

장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 및 평가 연구

변용찬 김성희 윤상용 이송희 조홍식 김동범 김용득 김찬우 서인환 이승기 석재은
임정기 정종화 박철우 김승오 김윤수 이운상 정영수 유홍성 곽용신 채혜영

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원

제 출 문

보건복지부장관 귀하

본 보고서를 「장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 및 평가 연구」의 최종보고서로 제출합니다.

주관연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 변용찬(한국보건사회연구원)

연구원 : 김성희, 윤상용, 이송희(한국보건사회연구원),
조홍식(서울대), 김동범(한국장애인단체총연
맹), 김용득(성공회대), 김찬우(가톨릭대), 서
인환(한국장애인단체총연합회), 이승기(성신
여대), 석재은(한림대), 임정기(용인대), 정중
화(삼육대), 박철우(국립재활원), 김승오, 김
윤수, 이윤상(한국사회서비스관리원), 정영
수, 유흥성, 곽용신(프라임전략연구소), 채혜
영(한국지역자활센터협회)



머리말

최근 고령화율이 급격하게 상승하고 있는 가운데 노인에 대한 가족부양기능이 약화되고 노인의료비가 급격하게 증가하는 등 사회적 노인부양체계 확립에 대한 요구가 높아진 결과, 우리나라에서는 2007년 4월 노인장기요양보험법이 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 의미하며, 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 장애인을 포함한 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이다.

장애인의 경우 장기요양에 대한 수요가 높고, 가족의 경우에도 장애인 간병 부담이 높은 현실을 감안해 볼 때, 장애인을 대상으로 장기요양 서비스를 제공할 필요성이 있다. 이때 고려하여야 하는 점은 장애인의 자립생활에 대한 욕구도 높은 상황에 있으므로 자립생활 패러다임을 반영한 서비스가 제공되어야 한다는 점이다.

본 연구는 노인장기요양보험법 제정 당시의 부대결의에 따라 2009년 하반기 시범사업을 실시하고, 그 결과를 분석한 것이다. 또한 장애인 장기요양 보장제도 도입 방식에 대하여 국회에 보고하기 위하여 시범사업 모형에 대한 평가를 실시하였으며, 장애인 활동보조사업의 확대라는 대안과 운영주체로서 전문기관을 선정하였다. 아울러 시범사업에서 본 사업으로의 확대를 위하여 평가판정 도구나 수가 체계 등 장애인 장기요양의 세부적인 제도에 대한 검토가 이루어졌다. 본 연구에서는 이를 위해

장애인장기요양시범사업 추진단을 구성 운영하였으며, 그리고 공청회를 개최하여 다양한 의견을 수렴하였다.

본 보고서는 이러한 다양한 노력의 결과물로서 변용찬 선임연구위원의 책임 하에 김성희 부연구위원, 윤상용 부연구위원, 이송희 연구원, 그리고 조홍식 서울대학교 교수, 김찬우 가톨릭대학교 교수, 김용득 성공회대학교 교수, 이승기 성신여자대학교 교수, 김동범 한국장애인단체총연맹 사무총장, 서인환 한국장애인단체총연합회 사무총장, 석재은 한림대학교 교수, 정종화 삼육대학교 교수, 임정기 용인대학교 교수, 박철우 국립재활원 의무사무관, 김승오 한국사회서비스관리원 팀장, 김윤수 한국사회서비스관리원 팀장, 이운상 한국사회서비스관리원 팀장, 정영수 프라임전략연구소 소장, 유홍성 프라임전략연구소 연구원, 곽용신 프라임전략연구소 연구원, 채혜영 한국지역자활센터협회 사무국장에 의하여 완성되었다. 연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 조언과 협조를 해주신 보건복지부 고경석 장애인정책국장, 최종균 장애인정책과 과장, 박민정 사무관, 최문선 주무관에게 사의를 표하고 있다. 또한 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 우리 원의 신윤정 연구위원과 이소정 부연구위원을 비롯하여 연구진행과정에서 성실하게 도와준 김유진 자료정리요원, 이수정 연구보조원에게 감사를 표한다. 이와 함께 장애인기능상태조사와 타임스터디조사가 가능하도록 도와준 중증장애인요양시설과 시범사업지역의 장애인자립생활센터, 장애인종합복지관 등의 관계자와 응답자, 조사원 그리고 국민연금공단, 국민건강보험공단, 한국사회서비스관리원에게도 감사의 마음을 전한다.

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

2010년 7월
한국보건사회연구원장
김 용 하

요 약.....	1
제1장 서론.....	11
제1절 연구의 필요성 및 목적.....	11
제2절 연구의 내용 및 방법.....	12
제3절 보고서의 구성.....	17
제2장 시범사업 개요.....	21
제1절 시범사업 추진배경 및 경과.....	21
제3장 시범사업 추진성과.....	33
제1절 자격심사.....	33
제2절 표준장기요양이용계획서.....	45
제3절 의뢰와 연계.....	53
제4절 모니터링.....	66
제5절 조직 및 운영.....	76
제4장 서비스 모형 및 수행기관 평가.....	91
제1절 활동보조서비스 확대안과 노인장기요양보험제도에 통합안 모형평가.....	91
제2절 수행기관 평가.....	99
제3절 종합적 논의.....	120
제5장 시범사업 관련전문기관의 비용분석.....	125
제1절 연구내용 및 방법.....	125
제2절 비용산정 방법.....	126
제3절 시범사업 비용 산정.....	136
제4절 사업의 전면 시행에 따른 비용산정.....	155

제6장	평가판정도구 및 판정체계 검증	183
제1절	1차 시범사업 도구 평가	183
제2절	2차 시범사업 적용 평가·판정도구 개발	191
제7장	1차 시범사업 급여수가의 현황과 평가	249
제1절	장애인장기요양 시범사업 서비스 급여 및 수가	249
제2절	장애인장기요양 시범사업 서비스이용행태	253
제3절	일본과 독일의 장기요양서비스 수가와 차등수가: 방문요양서비스를 중심으로	267
제4절	장애인장기요양보장제도 수가 평가 및 개선방안	278
제8장	장애인장기요양서비스 통합적 연계를 위한 전달체계 방안	291
제1절	시범사업 서비스 제공기관에 대한 현황 분석 및 역량강화 방안	291
제2절	인력 양성 및 개선 방안	306
제3절	바우처 전달체계 연계 방안 및 향후 제도 도입 시 개선사항	320
제9장	장애인장기요양제도와 관련 사회복지서비스 관계 설정	369
제1절	장애인 장기요양보장제도 도입에 따른 장애인연금, 장애인복지 인프라 구축 방안 등 관련 제도와의 관계 설정	369
제2절	기존 노인장기요양보험제도와의 연계 필요성 및 연계 방안	375
제3절	장애인장기요양보장제도 도입과 적용서비스 확대방안	378
제4절	장애인장기요양서비스 제공에 있어서 시각장애인 등급판정의 문제점과 개선 방안	405
제10장	결론 및 정책제언	445
제1절	결론	445
제2절	정책제언	448

참고문헌	459
부 록	467
[부록 1] 장애인장기요양시범사업추진단 위원 명단	467
[부록 2] 2009년 장애인장기요양인정조사표	469
[부록 3] 2009년 장애인 장기요양 타임스터디 서비스 코드표	499
[부록 4] 2009년 장애인 타임스터디 조사표	515
[부록 5] 일본 출장 자료 : 개호보험제도(도쿄도)	526
[부록 6] 일본 출장 자료 : 일본의 장애인복지시책에 관하여(후생노동성)	549
[부록 7] 일본 출장 자료 : 에도가와구의 복지	561
[부록 8] 일본 출장 자료 : 2010년도 장애인복지시책의 개요(에도가와구) ..	567

표 목차

〈표 2- 1〉 장애인장기요양보장제도 시범사업 선정 지역	22
〈표 2- 2〉 시범사업 등급별 총 급여수준	24
〈표 2- 3〉 요양 등급별 추가 지원 급여량(예)	24
〈표 2- 4〉 현 노인장기요양보험제도 수가	25
〈표 2- 5〉 1안 활동보조서비스 확대(안) 실시 체계	27
〈표 2- 6〉 2안 노인장기요양보험제도 장애인 포함(안) 실시 체계	28
〈표 3- 1〉 장애인장기요양 시범사업 현황	35
〈표 3- 2〉 지역별 모니터링 결과	68
〈표 3- 3〉 업무분장내역	79
〈표 3- 4〉 국민건강보험공단 시범사업지원팀 인력	80
〈표 3- 5〉 국민건강보험공단 지사별 인력현황	80
〈표 3- 6〉 국민연금공단 사무소 인력운영 현황	81
〈표 3- 7〉 국민건강보험공단 예산 현황	82
〈표 3- 8〉 국민건강보험공단 예산 집행 세부 현황	83
〈표 3- 9〉 국민연금공단 예산 집행 세부 현황	84
〈표 3-10〉 직원교육실시 평가현황	85
〈표 4- 1〉 장애인활동보조서비스와 노인장기요양보험제도 비교	92
〈표 4- 2〉 양안의 특징 및 장단점 비교	98
〈표 4- 3〉 서비스 이용장애인의 만족도 조사항목	110
〈표 4- 4〉 지자체 및 서비스 제공기관 만족도 조사항목	112
〈표 4- 5〉 향후 사업운영계획에 대한 평가영역 및 요소	113
〈표 4- 6〉 전달체계의 원칙 및 고려사항	116
〈표 4- 7〉 전달체계의 원칙 및 고려사항에 따른 양 공단의 비교	116
〈표 5- 1〉 TDABC 예시	128
〈표 5- 2〉 직접노무비 구성내용	129

〈표 5- 3〉 전문기관 서비스 운영비용 산정기준 표	131
〈표 5- 4〉 주요업무 내용	132
〈표 5- 5〉 방문조사 업무 비용산정 틀	134
〈표 5- 6〉 등급판정 업무 비용산정 틀	135
〈표 5- 7〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 틀	135
〈표 5- 8〉 기타비용산정 틀	136
〈표 5- 9〉 방문조사 비용(서초)	138
〈표 5-10〉 방문조사 비용(이천)	139
〈표 5-11〉 방문조사 비용(익산)	140
〈표 5-12〉 등급판정 비용(서초)	141
〈표 5-13〉 등급판정 비용(이천)	142
〈표 5-14〉 등급판정 비용(익산)	143
〈표 5-15〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(서초)	144
〈표 5-16〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(이천)	144
〈표 5-17〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(익산)	145
〈표 5-18〉 기타비용(서초)	145
〈표 5-19〉 기타비용(이천)	146
〈표 5-20〉 기타비용(익산)	146
〈표 5-21〉 국민연금공단 시범사업 비용 산정 종합	147
〈표 5-22〉 방문조사 비용(남구)	148
〈표 5-23〉 방문조사 비용(서귀포)	148
〈표 5-24〉 등급판정 비용(남구)	149
〈표 5-25〉 등급판정 비용(서귀포)	150
〈표 5-26〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(남구)	150
〈표 5-27〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(서귀포)	151
〈표 5-28〉 기타비용(남구)	151
〈표 5-29〉 기타비용(서귀포)	152

〈표 5-30〉 국민건강보험공단 시범사업 비용 산정 종합	153
〈표 5-31〉 시범사업 비용 산정 종합	153
〈표 5-32〉 기관별 비용 차이 분석	154
〈표 5-33〉 기관에 따른 비정규직 인력운영 방식	162
〈표 5-34〉 시범사업 데이터 요약	162
〈표 5-35〉 벤치마킹 데이터 요약	163
〈표 5-36〉 소요인력 산정모델의 도출	164
〈표 5-37〉 기관별 지사의 소요인력 산정결과	165
〈표 5-38〉 노인 장기요양보험사업의 본부기능 데이터	165
〈표 5-39〉 기관별 보정계수 도출	166
〈표 5-40〉 기관별 본부기능의 소요인력 산정결과	167
〈표 5-41〉 기관별 소요인력 산정 결과	168
〈표 5-42〉 비정규직 투입률	169
〈표 5-43〉 소요인력의 정규직과 비정규직(국민연금공단)	169
〈표 5-44〉 소요인력의 정규직과 비정규직(국민건강보험공단)	169
〈표 5-45〉 직급별 구성비율	170
〈표 5-46〉 소요인력의 직급별 구성(국민연금공단)	170
〈표 5-47〉 소요인력의 직급별 구성(국민건강보험공단)	171
〈표 5-48〉 기관별 직급에 따른 평균급여	171
〈표 5-49〉 소요인건비 추정결과(국민연금공단)	172
〈표 5-50〉 소요인건비 추정결과(국민건강보험공단)	173
〈표 5-51〉 기타비용 항목의 산정기준	174
〈표 5-52〉 대상자 1인당 기타업무 경비(국민연금공단)	174
〈표 5-53〉 대상자 1인당 기타업무 경비(국민건강보험공단)	175
〈표 5-54〉 기타업무 경비 산정결과	175
〈표 5-55〉 소요인력 1인당 기관운영비(국민연금공단)	176
〈표 5-56〉 소요인력 1인당 기관운영비(국민건강보험공단)	176

〈표 5-57〉 기관운영비 산정결과	177
〈표 5-58〉 6대 광역시의 단위 면적당(㎡) 평균 임대료	178
〈표 5-59〉 임대료 산정결과	178
〈표 5-60〉 전산장비 감가상각비의 산정결과	179
〈표 5-61〉 항목별 비용산정 결과	179
〈표 5-62〉 사업의 전면시행에 따른 비용산정 결과	180
〈표 6- 1〉 장애인장기요양 시범사업 현황	186
〈표 6- 2〉 신규 활동보조등급 결과	187
〈표 6- 3〉 요양등급 결과	187
〈표 6- 4〉 신규 활동보조등급 및 요양등급 현황	188
〈표 6- 5〉 장애유형별 신규활동보조등급과의 적합성 평가	189
〈표 6- 6〉 장애유형별 요양등급과의 적합성 평가	190
〈표 6- 7〉 ICF에 의한 장애 개념	198
〈표 6- 8〉 개인적 장애 모델과 사회적 장애 모델의 비교	205
〈표 6- 9〉 MBI의 점수 산출 방법표	210
〈표 6-10〉 상관계수	228
〈표 6-11〉 주성분분석결과 1	229
〈표 6-12〉 주성분분석결과 2 - 각 항목의 가중치	230
〈표 6-13〉 요양인정 점수(A)와 8개 추가항목 점수(B) 및 최종인정점수(c)의 평균 및 범위	230
〈표 6-14〉 요양인정 점수(A)와 8개 추가항목 점수(B) 및 최종인정점수(c) 및 각 안별 최종점수의 평균 및 범위	233
〈표 6-15〉 1-1안 적용 등급 분포	234
〈표 6-16〉 1-2안 적용 등급 분포	235
〈표 6-17〉 2-1안 적용 등급 분포	236
〈표 6-18〉 2-2안 적용 등급 분포	237
〈표 6-19〉 3-1안 적용 등급 분포	238

〈표 6-20〉 3-2안 적용 등급 분포	239
〈표 6-21〉 3-2안 적용 등급 분포	240
〈표 6-22〉 최종안등급별 대표장애유형 분포 (재가 1차 시범사업 대상 중 분포)	241
〈표 7- 1〉 서비스 유형별 수가	251
〈표 7- 2〉 소득수준별 본인부담금	253
〈표 7- 3〉 장애인장기요양 서비스종류별 이용자 현황	254
〈표 7- 4〉 장기요양등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	255
〈표 7- 5〉 활동보조등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	258
〈표 7- 6〉 요양등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	259
〈표 7- 7〉 장애유형별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	260
〈표 7- 8〉 지역별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ..	262
〈표 7- 9〉 성별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	263
〈표 7-10〉 연령별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간) ...	264
〈표 7-11〉 소득수준별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)	265
〈표 7-12〉 변수의 정의와 측정	266
〈표 7-13〉 장애인장기요양 서비스이용시간 영향요인	267
〈표 7-14〉 일본의 개호방문 수가체계	269
〈표 7-15〉 일본 방문개호비 서비스 단위별 변화 내용	270
〈표 7-16〉 일본 방문개호비 특정사업소 가산 내용	271
〈표 7-17〉 일본 방문개호비 특정사업소 산정요건	271
〈표 7-18〉 독일 수발보험의 서비스별·등급별 수발급여 한도액	273
〈표 7-19〉 독일 베를린 방문요양 급여비 (2004.1.1부터 적용)	275
〈표 7-20〉 독일 베를린 방문요양 급여비 (2007년 11월 현재)	278
〈표 7-21〉 활동보조등급별 급여수준 및 서비스이용수준 비교	285
〈표 7-22〉 장애인장기요양등급별 활동보조서비스 급여이용현황 및 급여이용율 ...	286
〈표 8- 1〉 시범지역 장애인복지시설 현황	292
〈표 8- 2〉 시범지역 활동보조서비스 제공기관 현황	293

〈표 8- 3〉 시범지역 재가장기요양기관 현황	294
〈표 8- 4〉 (제1안) 방문간호·방문목욕서비스 제공기관 선정원칙	295
〈표 8- 5〉 (제2안) 방문요양·방문간호·방문목욕서비스 제공기관 선정원칙 ...	296
〈표 8- 6〉 시범사업 서비스 제공기관 및 제공인력 현황	298
〈표 8- 7〉 시범사업 서비스 제공기관의 서비스 제공 현황	299
〈표 8- 8〉 기관별 활동보조서비스 제공현황	300
〈표 8- 9〉 기관별 방문목욕 서비스 제공 현황	301
〈표 8-10〉 기관별 방문간호 서비스 제공현황	302
〈표 8-11〉 장애인활동보조인의 근속기간별 현황	307
〈표 8-12〉 장애인활동보조인의 일을 자의로 그만 둔 사유	307
〈표 8-13〉 요양보호서비스 단가	309
〈표 8-14〉 장애인 활동보조인 사회보험 가입현황	310
〈표 8-15〉 장애인활동보조인 신규과정	312
〈표 8-16〉 장애인활동보조인 유사 경력자과정	313
〈표 8-17〉 요양보호사의 표준교육과정과 표준 시간	315
〈표 8-18〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간: 간호사....	317
〈표 8-19〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간: 사회복지사....	318
〈표 8-20〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 : 간호조무사·물리치료사·작업치료사	318
〈표 8-21〉 사회서비스 바우처 사업 개요	325
〈표 8-22〉 노인장기요양사업 심사종류 및 내용	330
〈표 8-23〉 노인장기요양 심사사후관리	332
〈표 8-24〉 장애인 장기요양사업 사업규모	334
〈표 8-25〉 서비스정보 집합 분류표	337
〈표 8-26〉 정기생성 절차	342
〈표 8-27〉 수시생성 절차	342
〈표 8-28〉 전출입 관리 절차	344

〈표 8-29〉 등급변경 관리절차	345
〈표 8-30〉 모니터링 절차	346
〈표 8-31〉 월별 대상자 현황	347
〈표 8-32〉 예약·생성·사용 현황	348
〈표 8-33〉 서비스별 제공기관 현황	349
〈표 8-34〉 서비스별 이용현황	352
〈표 8-35〉 비금융방식 적용 시 관리원의 추가 역할	357
〈표 8-36〉 금융방식과 비금융방식의 주요 차이점 및 시사점	358
〈표 8-37〉 금융방식과 비금융방식의 장단점 비교	359
〈표 8-38〉 비정상거래의 유형 및 주요 특징	360
〈표 8-39〉 기존 단말기와의 비교분석	364
〈표 8-40〉 단말기 별 장단점 비교	365
〈표 9- 1〉 2008-09 사회복지서비스 유형별 지출 내역(잉글랜드)	391
〈표 9- 2〉 장애인복지법상의 시각장애인 등급기준	407
〈표 9- 3〉 실명의 원인 구분	408
〈표 9- 4〉 활동보조서비스의 주요대상자	415
〈표 9- 5〉 활동보조서비스 신청 및 등급판정	416
〈표 9- 6〉 기능자립정도	434
〈표 9- 7〉 영역별 조사항목 점수표	436
〈표 9- 8〉 영역별 100점 득점 환산표	437

그림 목차

[그림 1- 1] 장애인장기요양보장시범사업추진단 구성	15
[그림 1- 2] 연구의 흐름도	17
[그림 2- 1] 추진 모형 - (제1안) 활동보조서비스 확대(안)	25
[그림 2- 2] 서비스 비용 청구 및 지급 체계	26
[그림 2- 3] 추진 모형 - (제2안) 노인장기요양보험제도에 장애인 포함(안)	26
[그림 3- 1] 국민건강보험공단 장애인장기요양 시범사업지원팀(T/F팀)	77
[그림 3- 2] 국민연금공단 장애인장기요양 시범사업지원팀(T/F팀)	78
[그림 5- 1] 비용산정 절차	128
[그림 5- 2] 장애인 장기요양보장제도 관련 전문기관 주요 업무 프로세스 맵	132
[그림 5- 3] 방문조사 업무 프로세스 맵	133
[그림 5- 4] 등급판정 업무 프로세스 맵	133
[그림 5- 5] 서비스 질 평가 및 관리 업무 프로세스 맵	134
[그림 5- 6] 비용산정 기준	155
[그림 5- 7] 업무특성에 따른 대상인원과 업무량의 관계	157
[그림 5- 8] Prime HR Model Type I	158
[그림 5- 9] Prime HR Model Type II	158
[그림 5-10] 인력과 업무량간의 관계	159
[그림 5-11] Prime HR Model Type II에 따른 인력산정 방법	160
[그림 5-12] 연구 특성에 따른 Prime HR Model Type II의 수정	160
[그림 5-13] 시범사업과 사업의 전면시행 시 필요 비정규직 인력	161
[그림 5-14] 지사의 인력산정 구조	163
[그림 6- 1] 2차 시범사업 적용 장애인 장기요양 평가·판정도구 개발 연구 과정 ...	192
[그림 6- 2] 장애화 과정 모델 (Disablement Process)	197
[그림 6- 3] 이분적 모델에 기초한 네 가지 접근	206
[그림 7- 1] 일본 방문개호비의 산정구조	270

[그림 8- 1]	활동보조 서비스 제공인력 일평균 제공시간	301
[그림 8- 2]	통합정보시스템 네트워크('07년 구축)	322
[그림 8- 3]	전자바우처 운영체계	326
[그림 8- 4]	재가서비스 제공절차	327
[그림 8- 5]	노인장기요양보험 관리운영체계	327
[그림 8- 6]	노인장기요양보험 비용청구·심사·지급업무 흐름도	328
[그림 8- 7]	노인장기요양 급여이용현황('09. 6.)	329
[그림 8- 8]	장애인장기요양사업 시스템 구성도	338
[그림 8- 9]	장애인장기요양 운영프로세스	340
[그림 8-10]	바우처 생성 프로세스	341
[그림 8-11]	예외청구 결제 프로세스	343
[그림 8-12]	장애인장기요양 서비스 이용자관리 프로세스	344
[그림 8-13]	제공기관 등록 프로세스	345
[그림 8-14]	제공인력관리 프로세스	346
[그림 8-15]	예약금 및 바우처 생성 이용 현황	347
[그림 8-16]	제공인력 연령분포	348
[그림 8-17]	요일별 이용건수 및 평균 이용시간	350
[그림 8-18]	평균시간별 이용자 수	350
[그림 8-19]	방문간호 시군구별 이용 횟수	351
[그림 8-20]	방문목욕 시군구별 이용 횟수	351
[그림 8-21]	비금융방식 운영체계	357
[그림 9- 1]	일본의 장애인판정 흐름도(활동보조서비스 지급판정 과정)	426
[그림 9- 2]	일본의 장애인자립지원제도 전달체계	427

요약

1. 연구의 필요성 및 목적

□ 우리나라에서는 급격한 인구의 고령화와 노인에 대한 가족부양기능이 약화됨에 따라 가족의 부양부담 경감과 노인의 사회적 부양체계의 확립을 위해 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 도입됨. 그러나 장기요양이라는 욕구는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인장기요양보험법(‘07.4.2 국회통과) 제정 시 적용대상에서 장애인이 제외됨에 따라, 이에 대한 대책으로서 2009년 7월부터 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시하고, 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고토록 하는 부대의견이 의결됨.

□ 이러한 부대 의결 내용에 따라 장애인의 장기요양 욕구에 대한 보장을 주제로 2008년 ‘장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구’를 수행하였으며 이어서 본 연구에서는 2010년 장애인 장기요양보장제도 도입방식에 대한 사회적 합의를 도출할 수 있는 기초자료를 확보하는 것도 중요한 목적이며 구체적으로는 다음과 같음.

- 첫 번째는 장애인장기요양보장제도 시범사업 추진방침이 결정됨에 따라 시범사업 모형 등 추진방안을 마련하고 시범사업 결과에 대한 평가를 실시하여 보다 바람직한 안을 결정하는 것임.

- 두 번째로, 대상자 선정을 위한 평가도구, 제공되어야 할 급여 범위, 제공 인력 등 시범사업의 모형에 대한 평가를 통해 본 사업에서 적용가능한 판정도구, 수가의 개발 등에 대한 연구를 계속하는 것임.
- 세 번째는 장애인 장기요양에 대한 대책을 국회에 보고할 수 있도록 전문가, 관련 단체 등 국민적 의견 수렴을 통한 사회적 합의 도출을 모색하는 것임.

II. 연구의 내용 및 방법

□ 장애인장기요양보장 시범사업 대안별 시행방안 마련 및 평가

- 활동보조서비스 확대방안과 노인장기요양보험제도에 장애인 포함방안에 대한 대안별 매뉴얼을 개발하고, 시범사업 관리운영주체 및 사업 수행 체계 간 역할분담 방안 등을 제시함.

□ 장애인장기요양제도 시범사업 및 본사업 모형 개발

- 장애인장기요양보장 시범사업을 통해 제도모형 대안별 장단점에 대한 분석과 함께 전문기관에 대한 비용 분석을 실시하고, 재가 및 시설 장애인 기능상태 및 타임스터디 조사를 실시하여 수요 추계 및 판정 도구의 적합성을 검토함. 또한, 장애인장기요양보장제도 수가체계의 타당성 및 신뢰성 평가를 실시함.

□ 장애인장기요양서비스 통합적 연계를 위한 전달체계 방안

- 장애인장기요양제도 관리운영체계 검토를 위하여 서비스제공기관을 비롯한 국가, 지자체, 관리운영주체 간 역할분담 방안을 검토하였으며 서비스 제공기관에 대한 현황 분석 및 역량강화 방안, 인력 양성 및 개선 방안, 활동보조인과 요양보호사 등 인력간의 차이에 따른 처우 문제 검토, 활동보조인과 요양보호사의 교과과정 및 자격연계 방안 검토와 통합적 자격관리 시스템 구축을 검토함.

- 그리고 바우처 전달체계와의 연계 방안 및 향후 제도 도입 시 개선사항에 대하여 검토하고자 기존 바우처 시스템 개편방안과 서비스 비용 청구 및 지급 등 일련의 정산 체계에 대하여 검토함. 또한 부정사용 및 부당청구 최소화 방안을 검토하고자 이상 결제 패턴에 대한 정보 제공 방안, 부정사용 및 부당청구 방지를 위한 모니터링 방안 등을 검토함.

□ 장애인장기요양제도와 관련 사회복지서비스 관계 설정

- 장애인장기요양보장제도 도입에 따른 장애연금, 장애인 복지 인프라 구축 방안 등 관련 제도와의 관계 설정을 검토하고 기존 노인장기요양보험제도와 효과적 연계 방안을 검토함.

- #### □ 본 연구의 연구 방법은 문헌 분석, 시범사업 실시를 통한 최종 모형을 제시하기 위해 장애인장기요양시범사업추진단을 구성 운영하고 판정도구, 급여·수가체계, 요양등급과 전달체계(등급판정 및 서비스 이용절차)등의 타당성 검토, 2008년 장애인실태조사 등 원자료 분석을 통해 장애인장기요양보장제도의 대상자 수요 추계 실시 및 장애아동 포함여부 등을 검토하고, 시설 및 재가 장애인을 대상으로 수가 및 급여 체계 산정을 위한 장애 유형별 타임 스터디 실시 그리고 장애인 장기요양보장제도의 도입에 대한 여론을 수렴하기 위하여 자문회의 및 정책 간담회, 공청회 등을 개최함.

III. 결론

□ 주요 연구결과는 다음과 같음.

- 이번에 실시한 시범사업에서 제1안(5개지역)과 제2안(1개 지역)에 대하여 각각의 장단점을 검토한 결과, 제1안인 「장애인 활동보조지원사업」을 확대하는 것으로 결론을 내림.
- 시범사업 수행 관련전문기관은 1차 시범사업 수행성과 평가와 양 기관의 장·단점 분석 등을 종합적으로 고려한 결과 국민연금공단이 관리운영기관

으로 참여하는 것이 바람직할 것으로 평가됨.

- － 장애인장기요양보장제도 시행에 따른 운영비용을 산정하여 본 사업으로의 확대에 대비하기 위하여 시범사업 비용 산정 결과 사업의 전면 시행에 따른 비용산정 결과 대상자 6만명을 전면 시행 할 경우 227억원(대상자 1인당 0.38백만원)이 소요될 것으로 나타남.
- － 평가도구의 경우 노인장기요양보험제도상의 판정도구와 장애인 활동보조제도상의 판정도구를 결합하고, 아울러 일본의 판정도구를 종합적으로 검토한 후 바람직한 안으로 제시함. 다만, 이러한 판정도구는 최종적이라기보다는 앞으로도 계속 개선되어 나가야 할 분야로 사료됨.
- － 급여 수가에 대한 연구에서는 급여 종류별 수가, 등급별 수가, 휴일 및 야간 수가 등 수가체계를 개선하기 위한 검토가 이루어졌으며, 장애인의 특성이 반영된 보다 적절한 수가체계가 되기 위하여 2차 시범사업에서 추가 연구를 수행하여야 할 것임.
- － 서비스 신청 접수, 수급자격 심사 및 사례관리 등의 업무를 담당하게 될 장애인장기요양서비스 운영 주체는 전체 장애서비스 전달체계에서 중요한 위상을 차지하게 될 것으로 보이며 따라서 사회서비스를 제공하는 관리운영주체로서 시군구와 평가판정 등의 업무를 담당하는 장애인장기요양서비스 관련전문기관간의 명확한 역할 분담과 유기적 협조 체계 구축이 필요함.
- － 장애인거주시설 개편과 장애인공적요양제도의 통합은 일정한 유예를 두는 것이 바람직할 것으로 보임. 다만, 급여의 범주 확대 차원에서 주간보호시설은 급여에 포함하여 제공하는 것이 바람직하다고 하겠음.

IV. 정책제언

□ 제도의 명칭

- － 활동보조가 가능한 장애인과 가족돌봄기능이 요구되는 장애아동 등에 대한 서비스를 포괄하는 「장애인활동지원서비스」가 보다 적절한 것으로 판단됨.

□ 대상자

- － 현행 활동보조서비스와 시범사업 시 적용한 장애등급 기준을 유지하는 것이 바람직하다고 판단되며 다만, 중장기적으로 제도발전과 함께 등급을 확대하고, 궁극적으로는 등급과 무관하게 인정조사표에 의한 일정 점수이상 인자로 하는 방안도 검토가능하다는 의견이 제시됨.

□ 연령구분

- － 6세 이상 65세 미만의 중증 장애인에게 신청 자격을 부여하되 우선적으로 장애 1급부터 실시하고, 18세 미만의 아동은 성인의 서비스 시간의 1/2 수준에서 결정되도록 함. 또한 65세 이상 노인장애인은 현행과 같이 노인 장기요양보험 대상자로 편입하는 등 현행 활동보조사업의 신청 자격과 동일하게 유지하는 것이 제도 초기의 안정적 정착을 위하여 바람직할 것으로 판단됨.

□ 급여의 범위

- － 현재 제공되고 있는 활동보조, 방문간호, 방문목욕 서비스에 더하여 주간보호, 복지용구 지원 등의 급여를 포함할 수 있을 것임. 다만, 복지용구의 지급 문제는 현재 국민건강보험공단과 지자체 등에서 다양하게 지급하고 있고, 서비스 한도액의 제약 등을 고려할 때 장기과제로 유보하는 것이 바람직할 것으로 사료됨. 또한 중장기적으로 가족 상담·교육 등 가족지원서비스, 휴식지원서비스(Respite), 재활서비스 등 장애아동을 위한 특성화된 급여의 제공에 대한 검토가 필요함.

□ 서비스 제공인력

- － 활동보조인의 경우 요양보호사와 같은 국가자격화보다는 활동보조인(40시간 교육)의 교육 시간과 과목(간병서비스 추가, 실습 강화)을 보강하여 실습을 강화하는 것이 자립생활의 패러다임에 부합되어 보다 바람직할 것으로 판단됨. 요양보호사와 같은 유사경력자의 경우 최소한의 추가교육 후 활동보조

인으로 활동할 수 있도록 허용하고, 특히 요양보호사가 받은 교육과목 중 활동보조인이 받는 교육과목과 동일할 경우 면제시켜주는 것이 좋을 것임. 그 외의 방문간호사 등은 노인요양과 동일한 기준을 적용하여 장애인 장기요양제도에서도 활동을 할 수 있도록 허용하는 것이 바람직할 것임.

□ 서비스 단가 및 지급 체계

- 1차 시범사업에서는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병의 경우 시간당 단일 수가를 적용하고, 방문간호 및 방문목욕 수가는 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 산정서비스 단가를 책정하되 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 설계됨. 다만, 이러한 단일 수가는 야간이나 휴일 서비스를 위축시킬 우려가 있기 때문에, 야간이나 휴일에 제공되는 서비스에 대해서는 별도의 단가를 검토할 필요가 있음. 또한 노인장기요양보험제도에서와 같이 이용시간이 증가함에 따라 체감할 수 있는 단가의 산출도 검토할 필요가 있음.
- 한편 바우처에 의한 서비스 제공 비용의 지급 및 정산을 하도록 하고 있으며, 이와 관련하여 바우처의 지급과 비용의 지급 등은 향후 보다 철저히 관리되어야 할 것이며, 이를 통해 제도의 발전을 도모할 수 있을 것임.

□ 자부담 문제

- 기초생활수급자는 무료로 하고, 일정소득 이하인 저소득자는 정액을 유지하되, 소득이 일정수준이상인 경우 상한액을 둔 정률적인 자부담으로 하는 등 소득역진현상을 제거하는 방향으로 본인부담금 체계를 재설계할 필요가 있음. 차등적 정률제의 세부 적용 방식은 다양한 방식에 대한 비교 검토가 요구됨.

□ 서비스 제공기관의 참여 조건

- 장애인 장기요양제도에서는 진입장벽이 너무 낮아 제공기관의 난립 및 영세화 등의 문제점이 발생하지 않도록 지침을 마련할 필요가 있음. 따라서

장애인장기요양보장제도에서는 현행 서비스 제공기관 범주 이외의 범위를 확대하는 것은 신중한 검토가 필요함.

□ 수행체계

- 1차 시범사업 후 실시된 평가에서 선정된 전문성을 갖춘 전문기관을 수행 기관으로 위탁하여 운영하는 수행체계를 갖출 필요가 있으며, 다만 지방자치단체와 위탁기관과의 관계는 긴밀하게 유지될 수 있도록 하는 방안이 수립되어야 함. 수행기관은 서비스 수급 자격 및 급여량을 결정하는 등급 판정 업무와 모니터링 및 사후관리의 역할을 보건복지부 및 지자체로부터 위탁 받아 수행하게 된 것임. 판정과 관련하여 노인장기요양보험제도 처럼 주기적 (예를 들면, 1년 또는 2년 마다)으로 자격심사 등급의 재판정 제도를 도입하는 것이 바람직할 것임.

□ 서비스 질 관리체계

- 제공기관의 서비스 기준과 관리체계가 수립될 필요가 있으며 우선, 제공기관으로 지정되기 위한 요건으로 서비스와 핵심인력에 관련된 기준들이 개발되어 제시될 필요가 있음. 그리고 지정받은 제공기관이 계속적으로 안전하고 적절한 수준의 서비스를 유지하고 있는지에 대한 점검체계가 만들어 질 필요가 있음.

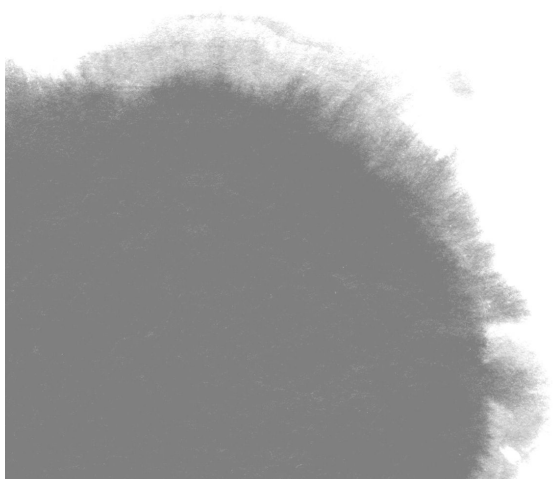
□ 재원조달

- 장애인장기요양보장제도의 재원 충당을 조세(국고와 지방비)로 하되, 일부 이용자 부담을 주는 것이 바람직하다고 할 수 있음. 조세방식은 국가의 책임 하에 장애인의 권리성을 담보할 수 있고, 재원부담의 형평성 제고가 가능하기 때문이며, 선진국의 예에서도 장애인에 대한 복지정책은 대부분 조세에 의해 지원되고 있음.

01

K
I
H
A
S
A

서론



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

우리나라에서는 급격한 인구의 고령화와 노인에 대한 가족부양기능이 약화됨에 따라 가족의 부양부담 경감과 노인의 사회적 부양체계의 확립을 위해 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 그러나 장기요양이라는 욕구는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인 장기요양보험법(‘07.4.2 국회통과) 제정시 적용대상에서 장애인이 제외됨에 따라, 이에 대한 대책으로서 2009년 7월부터 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시하고, 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고토록 하는 부대의견이 의결되었다.

이러한 부대 의결 내용에 따라서 지난 해에는 장애인의 장애요양 욕구에 대한 보장을 주제로 2008년 ‘장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구’를 수행한 바 있다. 이 연구에서는 장애인 장기요양 관련 해외사례에 대한 검토가 있었고, 또한 보건복지부에서 제공하고 있는 각종 장애인복지서비스, 노인장기요양보험제도와 비교 검토 등을 통해 장애인 장기요양제도 도입방안(활동보조서비스 확대안)에 대한 모형을 도출하고 일부 모의적용이 이루어졌다.

이러한 선행연구에 이어서 본 연구는 시범사업을 실시하여 본 사업에 대비한 보다 정교한 판정도구와 수가체계의 개발을 목적으로 한다. 그리고 2010년 장애인 장기요양보장제도 도입방식에 대한 사회적 합의를 도출할 수 있는 기초자료를 확보하는 것도 중요한 목적이다. 보다 구체적으로는 먼저 장애인장기요양보장제도 시범사업 추진방향이 결정됨에 따라 시범사업 모형 등 추진방안을 마련하고 시범사업 결과

에 대한 평가를 실시하여 보다 바람직한 안을 결정하는 것이 첫 번째 목적이다. 두 번째로, 대상자 선정을 위한 평가도구, 제공되어야 할 급여 범위, 제공인력 등 시범사업의 모형에 대한 평가를 통해 본 사업에서 적용가능한 판정도구, 수가의 개발 등에 대한 연구를 계속하는 것이다. 이러한 판정도구나 수가는 일회성의 연구로 확정지을 수 있는 성격이 아니기 때문에 계속적인 모의 적용을 통해 보다 바람직한 대안을 찾아가는 과정이 중요하다. 따라서 이러한 평가판정도구와 수가에 대한 검토를 계속하는 것이 두 번째 목적이다. 한편, 본 연구에서는 장애인 장기요양에 대한 대책을 국회에 보고할 수 있도록 전문가, 관련 단체 등 국민적 의견 수렴을 통한 사회적 합의 도출을 모색하는 것이 세 번째 중요한 목적이라 할 수 있다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구의 구체적인 연구내용을 제시하면 다음과 같다.

가. 장애인장기요양보장 시범사업 시행방안 마련 및 평가

본 연구에서는 장애인장기요양보장 시범사업을 추진하는데 필요한 대안별 시행방안을 수립하기 위하여 대안별 시범사업 매뉴얼을 개발하였다. 특히 시범사업에는 활동보조서비스사업을 확대 추진하는 방안과 노인요양보험제도에 장애인을 포함하는 방안을 모두 포함하고 있기 때문에 각 방안별 세부 매뉴얼의 개발이 필요하다. 이러한 시범사업 매뉴얼에는 본 사업에 대한 대비라는 측면도 있으므로 시범사업 관리운영주체 및 사업 수행 체계 즉, 국가, 지자체, 전문지원기관간 역할분담 방안 등을 제시하였다. 세 번째로 시범사업 실시내용에 대한 모니터링 및 성과 평가를 통한 모형의 타당성을 검토하였다.

나. 장애인장기요양제도 시범사업 및 본사업 모형 개발

장애인장기요양보장 시범사업을 통해 먼저 제도모형 대안별 장단점에 대한 분석과 함께 전문기관에 대한 비용 분석을 실시하였다. 재가 및 시설 장애인 기능상태에 대한 표본조사를 실시하여 수요 추계 및 판정 도구의 적합성을 검토하였다. 세부 내용은 요양 빈도 및 시간 등 요양 실태, 서비스 이용 현황과 선호하는 서비스, 본인 부담 가능 범위 등을 조사하였다. 또한 서비스 종류 및 제공시간에 대한 1분 타임스터디 조사를 실시하였다. 이는 요양인정 여부 결정을 위한 평가판정도구의 핵심개념인 ‘요양인정시간’의 타당성과 신뢰성 확보의 기초자료를 제공하기 위함이었으며, 조사 방법은 시범지역 장애인을 대상으로 24시간에 걸쳐 서비스 제공 종류 및 제공시간에 대한 1분 단위의 타임스터디를 실시하였다.

두 번째로 장애인장기요양보장제도 평가판정도구 및 판정체계를 검증하였다. 먼저 평가판정도구를 검증하기 위하여 ‘08년 개발한 장애인장기요양인정조사표(안)에 대한 편의성, 현실성, 적용 가능성, 신뢰성, 타당도를 검증하였다. 평가판정 영역 및 항목의 적절성을 검토하고자 개발된 7개 평가 판정 영역(신체, 사회생활기능, 인지, 행동변화, 간호, 재활, 추가항목)에 대하여 가능한 대안과의 비교 연구를 실시하였다. 또한 각 영역별 항목의 적절성은 실제 조사를 통하여 Rasch 모형에 입각한 문항적합도를 검증하였다. 평가판정 항목별 점수체계의 적절성을 검토하기 위하여 항목별 구분을 단순화 또는 세분화하여 기능상태의 차이를 적절하게 반영할 수 있는 방안을 검토하였다. 그리고 요양인정 대상자 선정기준(평가판정기준)의 적절성을 검토하고자 요양인정기준으로 기능상태 점수(예 : 독일), 기능상태 및 서비스 욕구 동시 고려(예, 미국), 요양인정시간(예, 일본) 등 다양한 대안을 검토하였다. 또한 요양등급 간 분류의 적절성을 검토하고자 시범사업 결과를 바탕으로 등급 간 분류의 적절성을 재검증하였으며, 시범사업 대상자수 제한을 보완하기 위한 추가 모의적용 실시하여 요양등급별 기능상태를 정립하고자 하였다.

또한 노인장기요양 인정조사표와의 비교 및 상관성 검토와 장애인과 노인의 차이 비교 분석을 통해 65세 전후 장애인의 장기요양적용 문제에 대하여 검토하였다. 끝으로 대상자 평가판정절차를 평가하기 위하여 평가판정 주체 및 절차 및 재판정제도 도입에 대하여 검토하였다.

다. 장애인장기요양보장제도 수가체계의 타당성 및 신뢰성 평가

장애인장기요양보장제도 수가체계의 타당성 및 신뢰성을 평가하고자 먼저 요양서비스 종류별·등급별 수가의 적정성을 검토하였으며 구체적으로는 장애유형별·행위별·시간대별(야간·휴일 등) 차등수가 개발을 통해 서비스 내용별, 등급별 등에 따른 수가 차등의 타당성 및 적정성을 검토하였다. 그리고 요양등급별로 적정한 총 한도액 검토, 적정한 본인부담금 수준 검토, 적정 요양 시간 및 사각지대 해소 방안을 검토하였다.

라. 장애인장기요양서비스 통합적 연계를 위한 전달체계 방안

장애인장기요양제도 관리운영체계 검토를 위하여 서비스제공기관을 비롯한 국가, 지자체, 관리운영주체 간 역할분담 방안을 검토하였다. 서비스 제공기관에 대한 현황 분석 및 역량강화 방안, 인력 양성 및 개선 방안, 시범사업 운영과정에서 요양전문인력의 역할 및 직무성과 분석, 활동보조인과 요양보호사 등 인력간의 차이에 따른 처우 문제 검토, 활동보조인과 요양보호사의 교과과정 및 자격연계 방안 검토와 통합적 자격관리 시스템 구축을 검토하였다.

그리고 바우처 전달체계와의 연계 방안 및 향후 제도 도입 시 개선사항에 대하여 검토하고자 기존 바우처 시스템 개편방안을 검토하였으며 서비스 비용 청구 및 지급 등 일련의 정산 체계에 대하여 검토하였다. 또한 부정사용 및 부당청구 최소화 방안을 검토하고자 이상 결제 패턴에 대한 정보 제공 방안, 부정사용 및 부당청구 방지를 위한 모니터링 방안 등을 검토하였다.

마. 장애인장기요양제도와 관련 사회복지서비스 관계 설정

장애인장기요양보장제도 도입에 따른 장애연금, 장애인 복지 인프라 구축방안 등 관련 제도와의 관계 설정을 검토하였다. 그리고 기존 노인장기요양보험제도와 효과적 연계 방안을 검토하였으며 장애인장기요양 수급자가 65세 이후 노인장기요양보험 제도로 편입 시 문제점과 효과적 연계방안 마련, 65세 이상 노인 장애인을 대상으로 제도의 전환에 따른 대상자 편입 시 문제점 정리 및 대안 등을 검토하였다.

2. 연구방법

가. 문헌분석

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

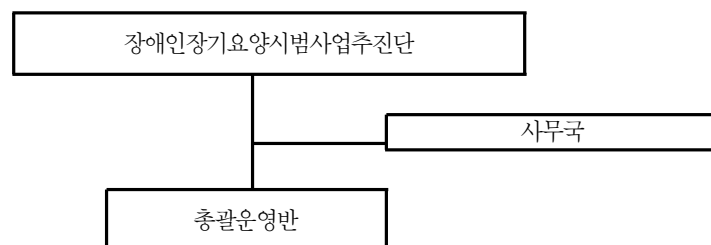
나. 「장애인장기요양보장시범사업추진단」 구성·운영

시범사업 실시를 통한 재원조달방안, 관리운영체계, 대상 장애인 판정기준, 급여 범위 및 수가, 공급시설 및 인력 등 기본적인 논점을 다각적으로 분석하여 최종 모형을 제시하기 위해 장애인장기요양시범사업추진단을 구성 운영하였다.

이러한 장애인장기요양보장시범사업추진단의 기능과 구성을 보면, 앞서 제시한 장애인 장기요양보장제도 2가지 도입방안에 대한 검토를 비롯하여 장애인 장기요양보장제도 시범사업 전반에 대한 심의 및 자문, 그리고 추진단 운영관련 의사일정 등 심의가 주요기능이라고 할 수 있다. 이러한 추진단에는 위원장을 포함하여 40인 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, 장애인 장기요양보장제도 시범사업 실시 전반에 대한 심의 및 자문, 시범사업 실시 후 평가를 위하여 총괄운영반을 설치하였으며 한국보건사회연구원에 사무국을 설치하여 추진단의 운영, 연구과제 수행 등 관련사항 지원하였다.

[그림 1-1] 장애인장기요양보장시범사업추진단 구성



다. 시범사업 실시 지원 및 모니터링

선행연구 결과를 바탕으로 한 대안별(활동보조서비스 확대안/노인장기요양보험제도에 장애인 포함안) 시범사업에 따른 실시모형을 검증하였다. 이때 판정도구, 급여·수가체계, 요양등급과 전달체계(등급판정 및 서비스 이용절차)등의 타당성 검토 및 제도의 적용 가능성을 검토하였다.

이때 기존 시범사업에 대한 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. 통계 자료 분석

2008년 장애인실태조사 등 원자료 분석을 통해 장애인장기요양보장제도의 대상자 수요 추계 실시 및 장애아동 포함여부 등을 검토하였다.

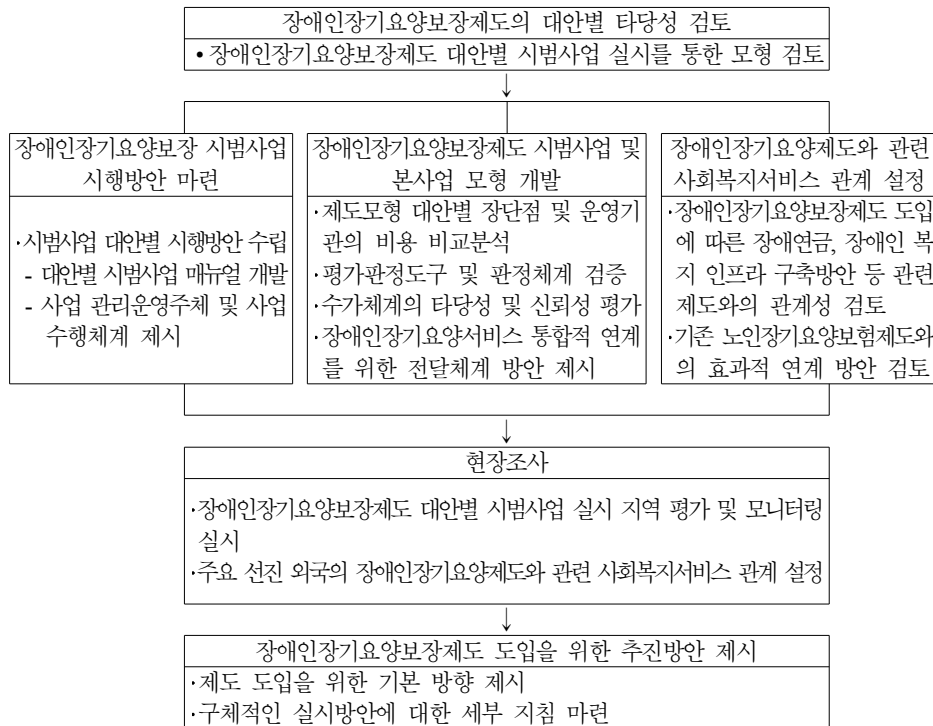
마. 시설 및 재가 장애인을 대상으로 수가 및 급여 체계 산정을 위한 장애 유형별 타임 스터디 실시

시설 및 재가 장애인을 대상으로 수가 및 급여 체계 산정을 위한 장애 유형별 타임 스터디를 실시하였으며, 2008년 장애인타임스터디 결과를 비롯하여 2009년 시설 및 재가 장애인을 대상으로 한 타임스터디 조사를 실시하여 장기요양대상 장애인의 수요추정 및 기능상태를 조사 분석하였다.

바. 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 여론 수렴

장애인 장기요양보장제도의 도입에 대한 여론을 수렴하기 위하여 자문회의 및 정책 간담회, 공청회 등을 개최하였다.

[그림 1-2] 연구의 흐름도



제3절 보고서의 구성

본 보고서는 모두 10장으로 구성되어 있다. 제1장에서는 연구의 필요성 및 목적, 연구내용 및 방법, 보고서의 구성 등에 대하여 기술하고 있으며, 제2장에서는 시범사업 개요로 시범사업의 추진배경 및 경과에 대하여 기술하였다. 제3장에서는 시범사업 추진성과로써 자격심사, 표준장기요양이용계획서, 의뢰와 연계, 모니터링, 조직 및 운영에 대하여 검토하였다. 제4장에서는 서비스 모형 및 수행기관 평가로 활동보조서비스확대안과 노인장기요양보험제도에 통합안 모형에 대한 평가와 함께 시범사업 수행기관에 대한 평가 내용이 기술되어 있다.

제5장에서는 시범사업 및 본 사업 모형 개발의 하나로서 시범사업 관련전문기관의 비용분석으로 비용산정 방법, 시범사업실시에 따른 비용 산정 및 시범사업의 전면 확대 시행에 따른 비용을 산정하였다. 제6장 평가판정도구 및 판정체계 검증에서는 1차 시범사업 도구에 대하여 평가하였고, 2차 시범사업 도구 개발과 인정조사항

목의 지침 수정 그리고 등급결정안에 대하여 검토하였다.

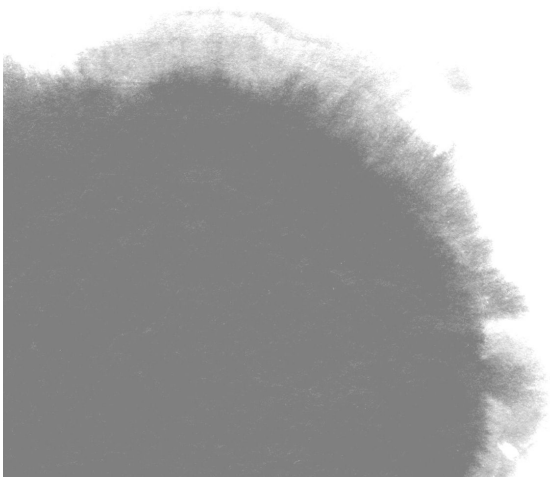
제7장에서는 1차 시범사업 급여수가의 현황과 수가 체계에 대하여 평가하였으며, 장애인장기요양 시범사업 서비스 급여 및 수가, 장애인장기요양 시범사업 서비스 이용 행태, 일본과 독일의 장기요양서비스 수가와 차등수가를 방문요양서비스를 중심으로 검토하였으며 장애인장기요양보장제도 수가 평가 및 개선방안에 대하여 기술하였다.

제8장 장애인장기요양서비스 통합적 연계를 위한 전달체계 방안에 대하여 검토하였으며 장애인장기요양제도 관리운영체계, 서비스 제공기관에 대한 현황 분석 및 역량강화, 인력 양성 및 개선 방안, 바우처 전달체계 연계 방안 및 향후 제도 도입 시 개선사항 등에 대하여 검토하였다. 제9장에서는 장애인장기요양제도와 관련 사회복지 서비스 관계 설정으로 장애인장기요양보장제도 도입에 따른 관련 제도와의 관계, 기존 노인장기요양보험제도와의 효과적 연계 방안 검토하였다. 끝으로 제10장에서는 결론 및 정책제언을 제시하였다.

02

K
I
H
A
S
A

시범사업 개요



제2장 시범사업 개요

제1절 시범사업 추진배경 및 경과

1. 기본방향

장애인장기요양보장제도 제1차 시범사업은 2009년 7월부터 2010년 1월까지 전국 6개 지역을 대상으로 실시되었다. 활동보조서비스를 확대하는 방안으로 전국 5개 지역에서 추진되었고, 국회부대결의를 존중하여 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는 방안도 부가적으로 전국 1개 지역에서 실시되었다.

2. 사업목적

장애인장기요양보장제도 시범사업의 사업목적은 다음과 같다.

첫째, 신체적·정신적 장애로 인하여 원활한 일상생활 및 사회활동이 어려운 장애인에게 일상생활활동보조(활동보조서비스)와 요양서비스를 제공하여 자립생활을 지원하고 사회참여를 증진하는 장기요양제도의 전반적인 모형을 현실에 적용해 보는 것이다.

둘째, 장애인장기요양보장제도 실시모형의 시범적용을 통해 모형의 적정성 및 본 사업의 실현 가능성을 검증하였다. 서비스 전달체계·판정도구·급여 및 수가체계 등 사업모형 검증과 사업운영 과정에서 문제점 및 개선방안의 사전도출로 본 제도 도입의 안정적인 기반을 마련하는 것이다.

셋째, 장애인장기요양보장제도 도입 방식에 대한 범국민적 합의를 도출하는 것으로서 활동보조서비스 확대 방안(이하 1안)과 노인요양보험제도에 장애인 포함 방안

(이하 2안)에 대한 비교·평가를 바탕으로 제도 도입 방식에 대한 사회적 합의 도출하고자 하였다.

3. 사업내용

제1차 시범사업의 내용은 첫째, 등급판정도구 적용·급여 및 수가체계 검증·서비스 질관리 등 제도 모형에 대한 전반적인 검증을 실시하고, 둘째, 서비스 이용실태 조사로 수요·재정추계의 기초자료를 마련하는 것이었다.

가. 시범사업 기간 : 2009년 7월 ~ 2010년 1월

시범사업 기간은 2009년 7월부터 2010년 1월까지로 등급판정 등 사업준비 기간이 2009년 7월 ~ 8월, 급여 제공 기간은 2009년 9월 ~ 2010년 1월 까지였다.

나. 시범사업 대상지역

시범사업 대상지역은 전국 6개 시군구 (지역별·권역별 안배)였으며, 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우 전국 5개 지역에서 실시되었고, 제2안 노인장기요양보험제도에 장애인 포함안은 전국 1개 지역에서 실시되었다.

〈표 2-1〉 장애인장기요양보장제도 시범사업 선정 지역

구 분		선정 지역				
활동보조서비스 확대안		서울 서초	광주 남구	경기 이천	전북 익산	제주 서귀포
	관련전문기관	국민연금공단	국민건강보험공단	국민연금공단	국민연금공단	국민건강보험공단
노인장기요양에 장애인 포함안		부산 해운대구				
	관련전문기관	국민건강보험공단				

다. 사업대상

시범사업의 총 대상지는 전국 6개 지역 539명이었다.

제1안은 기존의 활동보조서비스 수급자 중에서 시범사업 대상자를 선발하였으며, 제2안은 활동보조서비스 수급자와 비수급자 모두에서 대상자를 선발하였다. 활동보

조 수급자를 우선하되, 희망자가 목표 인원 미달되는 경우에는 활동보조 비수급자 중에서 노인요양등급 인정자를 선발하도록 하였다.

라. 급여내용

1차 시범사업에서는 기존 활동보조 급여에 추가적으로 방문간호·방문목욕 급여를 최대 20만원까지 제공하였다.

마. 사업 내용

시범사업에서는 등급 판정 및 수가 체계, 비용 산정, 서비스 질 평가 등 제도 전반과 활동보조 또는 장기요양(방문간호 등) 이용 실태 조사를 실시하였다.

바. 급여 종류

1차 시범사업은 재가서비스를 중심으로 실시되었으며, 활동보조(신변처리, 가사, 일상생활, 이동보조 등), 방문간호, 방문목욕서비스가 제공되었다. 참고로, 재가 급여(복지용구, 주·야간보호, 단기보호), 시설급여(요양시설), 특별현금급여는 1차 시범사업에서 제외되었다.

사. 급여 수가

급여 수가는 활동보조 8,000원, 방문간호 및 방문목욕은 노인요양보험수가를 적용하였다. 본인부담금은 현 활동보조 본인부담금(최대 4만원, 정액)을 유지하되 본 사업 시에는 추가급여량을 감안하여 인상하는 방안을 검토하였다. 또한, 제2안의 경우 활동보조 비수급자는 노인장기요양보험제도의 재가급여 본인일부부담금(장기요양 급여의 15%) 동일 요율을 적용하였다.

아. 급여수준

급여수준은 기존 활동보조급여를 시간에서 금액으로 변경하고 방문간호와 방문목욕을 위한 급여를 최대 20만원 추가 지원하였으며, 현재에도 요양 개념이 포함된 180시간 독거특례자의 경우는 추가 지원 없이 현행 급여시간을 금액으로 환산하여

지급 (금액 환산 144만원)하였다. 예를 들어, 180시간 독거 특례자는 180시간을 144만원(=180시간×8,000원)으로 환산하여 지원하고 활동보조 1등급 100시간(80만원)은 100만원(80만원 + 20만원)이 지원된다.

장기요양등급별 급여수준은 현행 노인장기요양보험 수급자의 방문간호, 방문목욕 이용실태를 감안하여 추가급여 수준을 설정하였으며, 서비스 이용대상자는 장기요양 등급별 총 급여비용 내에서 장기요양서비스를 이용하도록 하였다.

〈표 2-2〉 시범사업 등급별 총 급여수준³⁾

(단위 : 원)

장기요양 등급	활동보조 등급	요양 등급	서비스 총 급여량		
			활동보조급여	요양등급별 추가급여 ¹⁾	총 급여량 ²⁾
1	1	1	800,000	209,480	1,009,480
2	1	2	800,000	128,460	928,460
3	1	3	800,000	76,090	876,090
4	1	4	800,000	-	800,000
5	2	1	640,000	209,480	849,480
6	2	2	640,000	128,460	768,460
7	2	3	640,000	76,090	716,090
8	2	4	640,000	-	640,000
9	3	1	480,000	209,480	689,480
10	3	2	480,000	128,460	608,460
11	3	3	480,000	76,090	556,090
12	3	4	480,000	-	480,000
13	4	1	320,000	209,480	529,480
14	4	2	320,000	128,460	448,460
15	4	3	320,000	76,090	396,090
16	4	4	320,000	-	320,000

1) 요양등급별 추가급여 : 등급별로 방문간호, 방문목욕 차등 지원 (노인장기요양보험제도 수가 적용)

2) 총 급여량 = 활동보조급여 + 요양등급별 추가급여

3) 180시간 독거특례자의 경우는 추가 지원 없이 금액(144만원)으로 환산하여 지급

120시간 독거특례자의 경우는 위의 방식과 동일하게 적용하여 총 급여 환산

만 18세 미만 장애아동의 추가급여량은 상기 금액의 1/2 지원

※ 장기요양등급별 추가 급여량

- 방문간호와 방문목욕을 위한 급여 등급별로 차등하여 추가 지원

〈표 2-3〉 요양 등급별 추가 지원 급여량(예)

요양 등급	방문 간호	방문 목욕	추가 지원금액
1등급	4회	2회	209,480원*
2등급	2회	1.5회	128,460원*
3등급	1회	1회	76,090원*
4등급	-	-	-

〈표 2-4〉 현 노인장기요양보험제도 수가

방문목욕 (단위 : 원/1회)	차량 이용 시		차량 미 이용 시
	71,290		39,590
방문간호 (단위 : 원/1회)	30분 미만	30분~60분	60분 이상
	28,700	36,650	44,600

4. 추진체계

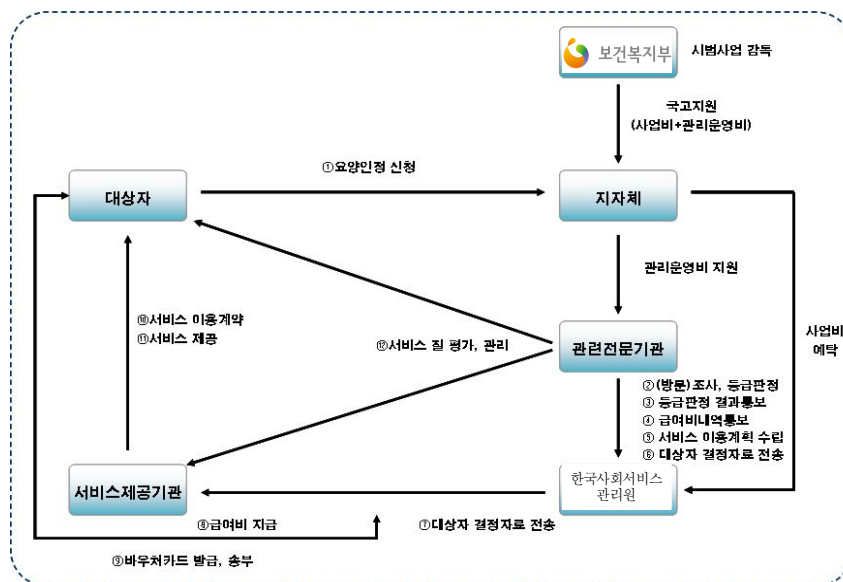
실시주체는 보건복지부이며, 관리운영주체는 지방자치단체(당해 시군구)에서 담당 하되 등급판정, 요양계획서 작성 등은 관련전문기관에 위탁하도록 하였다. 이때, 전문기관으로 선정될 수 있는 조건은 다음과 같이 제시하였다.

첫째, 전국적인 인프라 망을 갖고 있어 제도의 통일적인 관리운영이 가능할 것 (장애인복지서비스 질 관리 기능 수행)

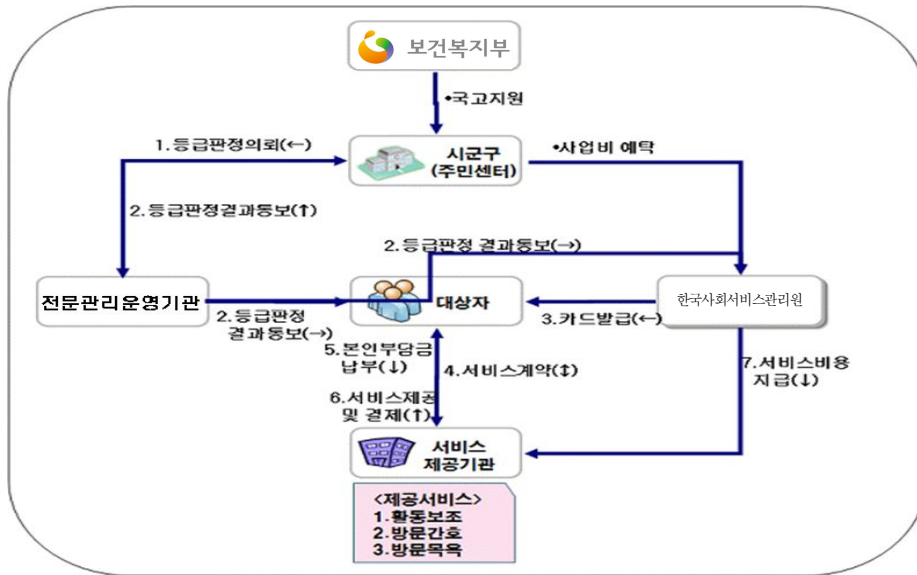
둘째, 요양, 장애 등 관련 사업 수행 경험이 있을 것

셋째, 직접적으로 장애인복지 서비스를 제공하는 기관은 제외하도록 하였으며, 이 때 직접서비스제공기관은 장애인자립생활센터, 장애인복지관 및 자활후견기관 등 현 활동보조서비스 제공기관을 의미한다.

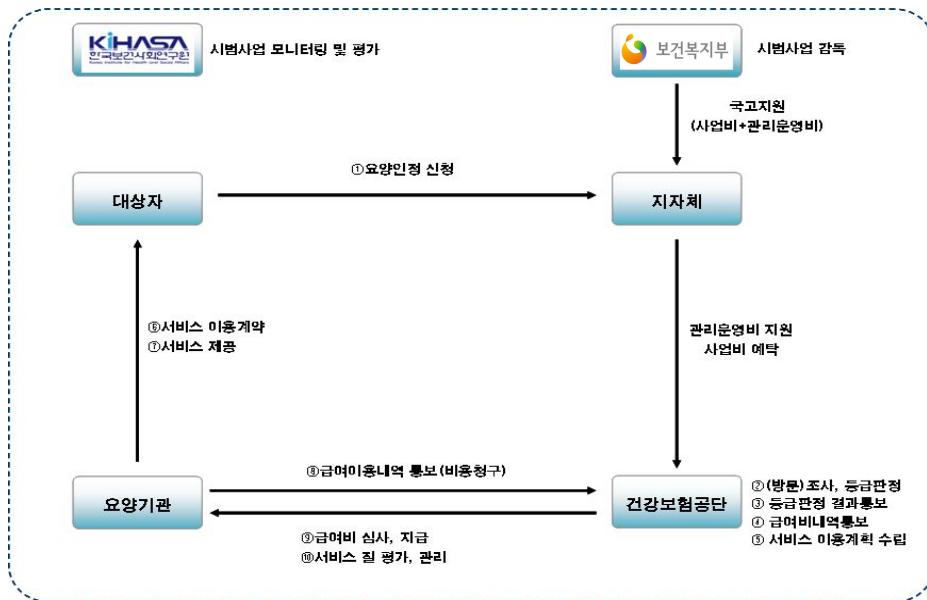
[그림 2-1] 추진 모형 - (제1안) 활동보조서비스 확대(안)



[그림 2-2] 서비스 비용 청구 및 지급 체계



[그림 2-3] 추진 모형 - (제2안) 노인장기요양보험제도에 장애인 포함(안)



〈표 2-5〉 1안 활동보조서비스 확대(안) 실시 체계

추진주체		기능
보건복지부	장애인정책과	○ 시범사업 총괄 ○ 시범사업계획 수립 및 지침 및 운영 매뉴얼 마련 ○ 시범사업지역 선정 및 홍보 ○ 시범사업지역 지자체 협조요청 ○ 시범사업이후 평가 및 모니터링 실시
	사회서비스기반과	○ 전자바우처 시스템 구축·관리
	장애인장기요양시범사업 추진단(총괄운영반)	○ 시범사업 추진상황 점검·평가
한국사회서비스관리원	담당자	○ 바우처 비용의 지급 및 정산
시·도 시·군·구 읍·면·동 (관련전문기관)	장애인장기요양지원센터 (장애인장기요양T/F팀)	○ ‘장기요양서비스인정위원회’ 구성·운영 ○ 신청자 방문조사 ○ 서비스 신청 접수 ○ 시범사업 행정 및 운영지원 ○ 신청자 평가·판정 실시 ○ 대상자 선정 및 등급 결정 ○ 평가·판정 결과 송부(한국사회서비스관리원로) ○ 이용지원업무와 서비스 모니터링 및 질 평가
제공기관	담당자	○ 활동보조인모집·(자체) 교육 ○ 활동보조서비스 서비스 제공 ○ 방문간호/방문목욕 서비스 제공
교육기관	담당자	○ 활동보조인 교육 - 현행 교육 커리큘럼에 간병교육 및 구강관리 교육 강화 ※ 방문간호서비스 제공인력의 경우 노인장기요양보험제도에 준함.

〈표 2-6〉 2안 노인장기요양보험제도 장애인 포함(안) 실시 체계

추진주체		기능
보건복지부	장애인정책과	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시범사업 총괄 ○ 시범사업계획 수립 및 지침 및 운영 매뉴얼 마련 ○ 시범사업지역 선정 및 홍보 ○ 시범사업지역 지자체 협조요청 ○ 시범사업이후 평가 및 모니터링 실시
	장애인장기요양시범사업 추진단(총괄운영반)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시범사업 추진상황 점검·평가
국민건강보험공단	장애인장기요양지원센터 (본부)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시범사업 총괄 운영 ○ 시범사업 지역내 인력 배치 ○ 시범사업 홍보, 정보시스템 개발 ○ 시범사업 평가, 통계 분석 ○ 이용지원업무 절차 및 지침개발(장애인 및 장애아동 포함) ○ 서비스 모니터링 및 질 평가 업무 총괄 ○ 장기요양관리요원 교육 ○ 시범사업 재정관리(시범사업 청구 및 심사) ○ 이의신청 및 민원총괄
	장애인장기요양지원센터 (지사 장애인장기요양T/F팀)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시범사업계획 및 실적보고 ○ ‘장기요양서비스인정위원회’ 구성·운영·홍보·통계·사무일반 ○ 이의신청 및 민원총괄
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 이용지원, 장기요양급여관리(부당수급 포함) ○ 지역사회 자원관리
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 청구, 심사·결정관련 업무, 서비스 이용 전산 사후관리 ○ 모니터링·질 평가 업무
제공기관	담당자 (장기요양기관)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장기요양급여이용계약 ○ 장기요양 급여제공(시설급여 제외)
	교육기관	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양보호사 및 방문간호 장기요양요원 경우 현행 노인장기요양보험에 준함.

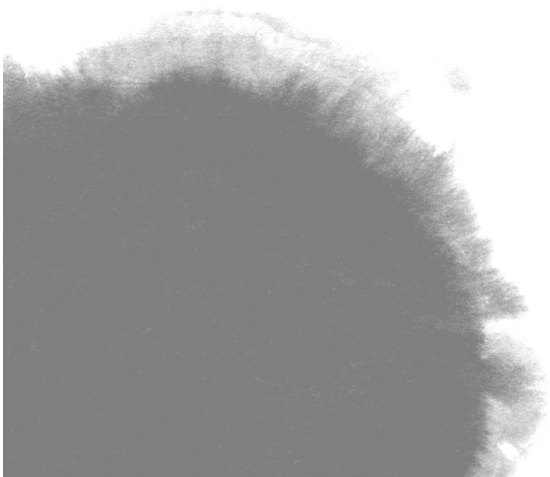
5. 추진경과

- 노인장기요양보험법안 부대결의('07.4)
- 장애인장기요양보장을 위한 정책연구 ('07.5)
- 장애인장기요양보장 실시모형 개발 및 모의적용을 위한 정책연구 ('08.1)
- 「장애인장기요양보장추진단」 설치·운영('08.2~'08.12)
- 「장애인장기요양시범사업추진단」 설치·운영('09.6~계속)
- 정책토론회('08.6), 공청회('08.11) 개최
- 추경으로 시범사업 예산 20억원 확보 ('09.4)
- 장애인장애인요양제도 시범사업 실시 및 평가를 위한 연구('09.6~계속)
- 장애인장기요양보장제도 제1차 시범사업 기본계획 확정 ('09.5.29)
- 제1차 시범사업 지역 신청·접수 (~'09.6.12), 6개 지역 선정 ('09.6.23)
- 제1차 시범사업 실시 ('09.7.1)
- 제1차 시범사업 등급 판정 실시 및 완료 ('09.8.1~8.25)
- 장애인장기요양 추진 T/F 구성 및 현판식 ('09.8.18)
- 제공기관 담당자 실무 교육 및 사업 준비 실태 점검 ('09.8.25~8.27)
- 제1차 시범사업 급여 제공 시작 ('09.9.1)
- 제1차 시범사업 종료 ('10.1.31)
- 제1차 시범사업 평가 실시 ('10.1.20~'10.2.8)
- 제1차 시범사업 평가 및 발전 과제 관련 공청회 개최 ('10.6.7)

03

K
I
H
A
S
A

시범사업 추진성과



제3장 시범사업 추진성과

제1절 자격심사

1. 자격심사관련 평가기준

본격적인 영역별 평가에 앞서 시범사업의 ‘자격심사’영역 관련 평가 기준을 논의해보면 다음과 같다.

첫째, 시범사업의 운영에 있어 자격심사를 위한 방문조사의 목적과 원칙이 잘 지켜졌나는 점이다. 자격심사의 목적과 원칙은 ‘시범사업 방문조사 지침서’에 언급되었듯이 “신청인의 기능상태 및 서비스 욕구 등을 객관적으로 파악하여 그에 따라 요양등급을 결정하고 표준장기이용계획서 작성 수립을 위함”이다. 따라서 이 목적과 원칙에 맞게 조사가 이루어졌는가를 평가하는 것이 평가의 핵심기준이라 하겠다.

둘째, 방문조사에서 최종 등급판정위원회의 결정까지 전반적인 등급판정절차와 그 체계가 시범사업의 설계에 따라 충실히 논리적으로 이루어졌는가 하는 점이다. 최종 등급판정 결과의 도출을 위해서는 대상자의 신청부터 몇 가지 절차가 적절히 관리되어야 하며 이 업무의 수행에 있어서 관리운영주체의 역할은 매우 중요하다. 특히 조사되어진 결과표(인정조사표) 등의 기록과 이를 정리한 자료가 등급판정위원회에 검토 자료로서 역할이 잘 이루어졌는지도 중요한 기준이라 하겠다.

셋째, 조사주체의 전문성 역시 중요한 기준이다. 이 영역은 대체로 방문조사자 및 자격심사 담당자의 본 업무관련 자격에 의해 평가되어 질 수 있다. 장애인복지 및 요양욕구에 대한 전문적 식견과 이해 없이 이루어지는 조사는 장기요양제도 본래 취지에 어긋난 자격심사 결과를 도출할 수도 있기 때문이다. 동시에 평가판정항목들에

대한 전문적 이해와 적용 능력 역시 중요한 기준이라 하겠다.

넷째, 본 시범사업의 자격심사는 실제 등급판정과 추가욕구조사로 이루어져있다. 즉 동일한 등급이라 할지라도 개인별 욕구는 상태 및 대상자의 환경에 따라 차이가 있을 수 있다. 따라서 단지 등급판정에 의한 자격심사만이 아니라 욕구조사를 통해 개개인별 장기요양욕구에 충분히 대처할 수 있는 자격심사가 이루어졌는지도 중요한 기준이다.

마지막으로 등급판정에 대한 이의제기 등의 신청당사자의 대변과 옹호 기제에 대한 시범사업 운영 주체의 관심과 노력이 적절히 이루어졌는가 하는 점이다. 비록 장기요양제도의 자격심사가 등급을 구분하여 욕구의 우선순위를 결정할 수밖에 없는 과정이나 그 결과에 대한 이의제기 및 상담 등의 권한은 신청자의 중요한 권한이다. 따라서 이 과정에 대한 관리주체의 노력도 필수적인 기준이라 하겠다.

2. 대상자 현황

가. 지역별 현황

서울 서초구의 경우 221명이 관리 대상자이며¹⁾ 이 중 129명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 92명은 49명이 관외기관 이용, 2명은 전출, 41명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

경기 이천시의 경우 76 명이 관리 대상자이며 이 중 54명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 22명은 2명이 관외기관 이용, 1명은 관외지역거주, 19명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

전북 익산시의 경우 136 명이 관리 대상자이며 이 중 96명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 38명은 4명이 관외기관 이용, 1명은 사망, 1명은 65세 도달, 1명은 이용종료, 21명은 참여 미희망, 그리고 10명은 도(광역자치단체)지원 대상으로 나타났다.

광주 남구의 경우 187 명이 관리 대상자이며 이 중 109명이 실 대상자로 등급판

1) 본 시범사업 1안은 기존의 활동보조 대상자 중에서 이 제도를 선택한 자에게만 적용됨으로 엄격한 의미의 신청자로 보기는 어렵고 총 관리대상으로 볼 수 있다.

정을 받았다. 제외된 78명은 49명이 관외기관 이용, 2명은 노인장기요양대상과 중복, 33명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

제주 서귀포시의 경우 총 활동보조대상자 116명 중 시범사업 신청자는 82명이었으나 1명은 장기출타로 인해 이 중 81명이 실 대상자로 등급판정을 받았다.

부산 해운대구의 가장 큰 특징은 위의 5개 지역과 달리 2인(노인장기요양보험제도 적용)을 실시하였다는 점이다. 따라서 자격심사 전반적과정과 그 대상자 면에서 차이가 크다고 하겠다. 부산해운대구의 경우는 기존의 비활동보조대상자 일부도 포함되었다. 즉, 장애유형에 따라 등록장애 2급에게도 실시되어 대상자 구성이 타 지역과 다르다. 자세히 살펴보면 총 229명이 관내 활동보조 대상자이다. 이 지역에서는 총 68명이 신청을 하였고 여기에는 비활동보조 대상자 40명도 포함되어 등급판정을 받았다.

총 신청자 68명 중 등급인정자는 56명이고 12명은 등급 외를 받았다. 이 결과는 타 지역의 기존활동보조대상자만의 사업이 아니라는 점에서 의미가 있다. 즉, 등급판정을 통해 시범사업 대상자 여부가 결정나는 점이 타 지역과 큰 차이로 하겠다.

〈표 3-1〉 장애인장기요양 시범사업 현황

지역명 \ 구분		총대상	제외대상	실 대상자 수
국민연금 공단	서울 서초	221	92	129
	전북 이산	115	15	100
	경기 이천	76	22	54
국민건강 보험공단	광주 남구	187	78	109
	제주 서귀포	116	35	81
	부산 해운대	299	243	56 (비수급자 30명포함)

대상자 선별과정에서 해운대구와 업무위탁 계약에 따라 활동보조대상자는 해운대구에서 신청·접수하고, 목표인원(50명 이내)에 미달되는 인원은 활동보조비수급자중 1·2급 등록장애인 희망자 68명에 대해 방문조사 실시한 후 등급 외 12명을 제외한 인정자(1~3) 56명에게 최초 이용지원시 직접 방문하여 등급판정결과(인정서) 및 표준장기요양이용계획서, 서비스제공기관 안내문을 전달하고 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 지원하였다는 점이 특징이다.

나. 대상자 확보 및 홍보

대상자 확보에 대한 홍보는 적절히 이루어진 것으로 보이며 실제 참여 미희망자에 대한 욕구 파악은 충분한 것으로 보기 어렵다. 그러나 제도 자체의 예산제약과 기존활동보조대상자에게만 실시하는 사업이라 대상자홍보 및 확보 부분은 1차 시범사업의 한계라고 볼 수 있겠다.

3. 인정조사 및 조사표 작성

가. 시범사업 평가판정도구 및 체계 평가

본 시범사업의 자격심사는 1차적으로 인정조사표에 의한 결과와 2차적으로 등급판정위원회의 최종결과를 통해 이루어졌다. 1차 시범사업 평가판정도구에 대한 주요 쟁점을 보면, 평가판정의 7개 영역이 적절한지, 요양인정대상자 선정기준이 적절한지 또 등급간 구분이 적절히 이루어졌는지, 장애유형별 차별적 접근을 할 것인지 등이 되겠다.

시범사업 평가판정도구는 기존의 활동보조사업 평가도구와 노인장기요양 평가도구가 동시에 접목되어 이루어졌다. 이렇게 구성된 가장 큰 이유는 기존의 활동보조사업의 확대로 시범사업안이 결정되면서 기존 활동보조등급자에 대한 등급조정이 힘든 상황에서 양도구의 동시 적용을 통해 도구의 비교가 필요했다는 점이다. 동시에 대상자의 급여 선택을 통해 활동보조급여와 방문간호/방문목욕 급여간의 차이를 조정하는 단계도 필요하였기 때문이다.

그러나 양 도구를 4등급씩 총 16개 구간으로 등급판정을 실시하여 대상자나 제공자 및 관리 주체 측에서의 이해 및 운영에 복잡성이 발생하였다. 동시에 양도구간의 등급차이에 대한 논리적 설명 부재 등이 문제점으로 지적되었다. 따라서 2차 시범사업에서는 동일한 체계의 평가판정도구로 통합하는 점이 필요하다.

또 다른 문제점은 시범사업이 활동보조사업의 확대안 임에도 불구하고 장기요양욕구 위주의 항목이 대부분이라는 점이다. 현재 평가판정도구는 기능상태면에서 중증자를 선별하는 도구로 ‘사회참여’관련 영역이 부족한 것이 사실이다. 활동보조욕구와

장기요양욕구는 그 조사 취지에 따라서는 엄밀하게 구분이 될 수 있으나 복지혜택의 기준이라는 측면에서 구분하여 접근하기가 어려운 면이 있다. 등급판정의 목적이 정확한 욕구사정보다는 대상자의 이용한도 지정이라는 측면에서는 자원의 효율적 할당(allocation)에 있기 때문에 중증도를 선별하는 기준으로 갈 수밖에 없다고 보인다.

다만 등급판정을 통해 등급 내에 포함된 대상자에게는 다양한 영역의 추가적인 욕구조사를 통해 이용자의 욕구에 근거한 서비스 급여가 제공되도록 전체 절차가 설계되어야 하겠다. 실제 자격심사의 인정조사는 등급판정과 추가욕구조사로 이루어져있다. 즉 동일한 등급이라 할지라도 개인별 욕구는 상태 및 대상자의 환경에 따라 차이가 있을 수 있다. 따라서 단지 등급판정에 의한 자격심사만이 아니라 욕구조사를 통해 개인별 장기요양욕구에 충분히 대처할 수 있는 자격심사가 이루어져야 하겠다.

또 다른 쟁점은 장애유형별 접근의 필요성이다. 일본과 마찬가지로 우리나라에서도 장기요양제도의 평가판정도구는 장애유형에 상관없이 단일한 평가판정도구를 사용하였다. 장애유형별 차별적인 접근을 하게되면 도구설계자체가 너무 복잡해지고 오히려 유형별 형평성을 벗어날 수도 있다.

이번 시범사업 결과를 보면, 타 장애유형에는 큰 문제가 없으나 시각 장애인에 대해서는 별도의 방법이 필요한 것으로 보인다. 즉 시각장애의 경우는 조사시 응답의 진실성을 정확히 평가하기 힘든 부분이 있고, 실제 특정 기능을 ‘못하는 것인지’ 또는 ‘안하는 것인지’에 대한 판단이 어렵다. 동시에 시각장애인 입장에서도 일정한 훈련을 통해 익숙해진 기능에 대해서 ‘완전자립’으로 평가될 경우 실제 전반적 기능상태와는 다른 등급판정 결과가 나올 수 있어 판정에 이의제기가 높아질 수 있다.

따라서 시각장애인의 경우에는 평가판정도구는 동일하게 적용하되 결과해석과 판정에 있어 시각장애의 특성을 고려하는 것이 필요하다고 하겠다.

나. 시범사업 지역별 평가

각 지역의 인정조사는 대체로 지침에 있는 절차를 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났다.

인정조사표는 1)표지 2)기능상태 3)욕구조사 4)재활동보조조기구 소지 및 필요여

부 5)총평 등으로 구성되어있는데 각 영역별 기록에서는 큰 문제점은 없었다. 다만 총평 등에서 대상자 개인별 특징도 있으나 중복된 기록내용이 많았다.

서울 서초, 경기 이천 및 전북 익산 지역의 조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답의 기록에는 충실했으나 그 이외의 기타 특이사항 작성 등에는 부족한 점이 있다고 판단된다. 대상자의 요양욕구가 비록 항목에 의해 결정되나 실제 조사시에 다양한 사항을 충분히 기록할 수 있는 인정조사가 되어야한 다는 점에서는 미비한 점이 있다. 특히 서초구의 경우 판단의 근거가 될 수 있도록 다양한 내용이 인정조사표에 기록될 필요가 있는데, 기본 양식의 항목에만 답변하는 경향이 강했다. 또 여러 지역에서 미기록된 항목도 있었다.

조사원이 충분히 그 대상자를 파악하고 있어야 등급판정위원회에서 필요시 대상의 정확한 상태를 제시할 수 있고, 등급판정 후에 필요한 욕구파악 등은 단지 항목에 대한 기술로 보기에는 부족한 점이 있다고 하겠다.

광주 남구와 제주 서귀포의 경우 인정조사관련 장애인의 장애유형과 기본정보에 대한 파악 등에는 충실히 대응한 노력이 보인다. 그러나 실제 이러한 사전지식이 방문조사 이전에 대상 장애인에 대한 선입관을 주어 조사에 어떠한 영향을 주었는지는 파악하기 힘든 점이 있다.

또 조사표와 이후 종합의견의 기록에 차이가 있는 점도 있었다. 예를 들어 조사표에서는 관련 항목에 체크가 되지 않았는데 이후 소견에는 대상자가 시청각장애로 재활동보조조기구가 필요하다고 한 것 등이 그 예이다.

조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답과 그 이외의 기타 특이사항 작성 등의 기록을 충실히 한 것으로 보인다. 인정조사의 활용도면에서도 다양한 심의자료를 만들어 인정조사결과가 등급판정전반에 걸쳐 충분히 활용되고 있음을 알 수 있었다.

부산해운대구는 노인장기요양보험제도의 평가판정 절차에서 나왔던 문제점에 대해 어느 정도 대비하고 있어 본 시범사업의 인정조사표를 충분히 활용하고 그 기록의 활용성에 대해서도 인식이 높았다.

조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답과 그 이외의 기타 특이사항 작성 등의 기록을 충실히 한 것으로 보인다.

4. 방문조사원 전문성

가. 전반적 평가

이 영역은 대체로 방문조사자 및 자격심사 담당자의 본 업무관련 자격에 의해 평가되어 질 수 있다. 장애인복지 및 요양욕구에 대한 전문적 식견과 이해 없이 이루어지는 조사는 장기요양제도 본래 취지에 어긋난 자격심사 결과를 도출할 수도 있기 때문이다. 동시에 평가판정항목들에 대한 전문적 이해와 적용 능력 역시 중요한 기준이라 하겠다.

방문조사가 기존의 활동보조사업에서는 보건소의 방문간호팀에 의해 이루어진 반면 본 시범사업에서는 공단 소속의 일정한 자격을 갖춘 전담 인력에 의해 실행되었다는 점이 가장 큰 특징이다.

전반적인 평가판정체계가 객관적이고 표준적으로 구성되었다고 해도 방문조사원의 재량권이 어느 정도 영향을 미치지 않을 수 없다. 이 재량권과 인정조사의 엄격성을 적절히 조정하도록 방문조사의 지침이 구성될 필요가 있다.

나. 시범사업 지역별 평가

서초구의 경우에는 총 7명의 방문조사원을 두고 있었으며 이중 4명은 간호사, 3명은 사회복지사 자격증이 있어 전문적인 자격은 지침의 기준을 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났다.

이천의 경우에는 총 6명의 방문조사원을 두고 있었으며 이중 3명은 간호사, 3명은 사회복지사 자격증이 있어 전문적인 자격은 지침의 기준을 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났다.

익산시의 경우에는 총 7명의 방문조사원을 두고 있었으며 이중 3명은 간호사, 4명은 사회복지사 자격증이 있어 전문적인 자격은 지침의 기준을 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났다.

광주남구의 경우에는 총 6명의 방문조사원을 두고 있었으며 국민연금공단 관리지역과의 차이는 노인장기요양 인정조사인력의 파견근무가 많았다는 점이다. 이러한

점은 인정조사의 전문성이라는 측면에서 유사 사업의 경험이 있었다는 강점이 있을 수 있다. 인정조사표 작성의 충분성은 이러한 점에서 나오는 것으로 볼 수 있다.

제주 서귀포의 경우에는 총 9명의 방문조사원을 두고 있었으며, 이중 4명은 간호사, 5명은 사회복지사 자격증이 있었다. 역시 국민연금공단 관리 지역과의 차이는 노인장기요양 인정조사인력의 파견근무가 많았다는 점이다.

부산해운대의 경우에는 총 3명의 방문조사원을 두고 있었으며 간호사 2인과 공단 전출인력 1인으로 구성되었다. 실제 자격증 소지율은 타 지역보다 낮다. 국민연금공단 관리 지역과의 차이는 노인장기요양 인정조사인력의 파견근무가 많았다는 점이다. 이러한 점은 인정조사의 전문성이라는 측면에서 유사 사업의 경험이 있었다는 강점이 있을 수 있다. 인정조사표 작성의 충분성은 이러한 점에서 나오는 것으로 볼 수 있다.

다만 노인을 대상으로 한 것이라 대상자의 정확한 욕구 파악에 있어 장애인과 노인의 차이가 충분히 나타나기 어려운 점은 한계로 볼 수 있다.

5. 등급판정위원회

등급판정위원회는 지침에 따라 학계, 전문가 집단 및 장애인계 등을 적절히 구성하여 인력풀을 구성하였다.

개최 회수에서는 대부분 2~3회가 개최되었고 이천에서는 1회가 열렸다. 국민연금공단관리 지역에서는 지침상 인원 13명 대비 참여율이 대부분 90%를 넘었고 국민건강보험공단지역에서는 80%를 넘었다. 국민건강보험공단관리지역의 등급판정위원회의 활동에 대표적으로 나타나는 특징은 다수 위원들이 노인장기요양제도의 위원회로 활동한 경험이 있다는 점이다.

장애인장기요양의 경우는 노인장기요양제도와 달리 총 대상자가 많지는 않으나 실제 논의가 필요한 사례는 많은 것으로 나타났다. 따라서 위원회의 효율적 운영을 위한 다양한 사전노력이 필요하리라 본다.

등급판정위원회의 활동에 대표적으로 나타나는 특징은 자체보고서에 일관성 있게 등급상향(위원회 심사로 방문조사보다 등급이 상향된 경우) 사례들을 집중 제시하였

다는 점이다. 이 결과는 방문조사결과에 나타난 대상자의 특이사항 및 욕구들을 잘 제시하여 대상자의 상태에 따른 등급이 부여되었다는 장점으로 볼 수 있다. 그러나 한편으로 방문조사결과보다 관대한 입장을 취해 본격적인 제도가 실행될 때 그 방문 조사의 엄격성 부분에서는 신뢰를 상실할 수도 있다는 점에서 등급판정의 엄격성과 효과성에 대해 좀 더 관리주체가 관심을 가져야할 점이라 하겠다.

다만 시범사업에는 참여 인력의 사명감이나 책임감이 특별히 높으나 제도 이후까지 지속적인 운영을 위해서는 위원회의 역할이 명확해져야하며 그 노력에 대한 적절한 보상체제도 필요하다고 본다.

6. 자격심사체계(이의신청 등)

가. 전반적 평가

방문조사에서 최종 등급판정위원회의 결정까지 전반적인 등급판정절차와 그 체계가 시범사업의 설계에 따라 충실히 논리적으로 이루어졌는가 하는 점이다. 최종 등급판정 결과의 도출을 위해서는 대상자의 신청부터 몇 가지 절차가 적절히 관리되어야 하며 이 업무의 수행에 있어서 관리운영주체의 역할은 매우 중요하다. 특히 조사되어진 결과표(인정조사표) 등의 기록과 이를 정리한 자료가 등급판정위원회에 검토자료로서 역할이 잘 이루어졌는지도 중요한 기준이라 하겠다.

그러나 이 영역은 시범사업이 활동보조대상자에게만 이루어졌고, 등급이 하향되더라도 기존 활동보조등급에 의한 급여제공이 이루어져 실제 사례가 많지 않음을 알 수 있다. 따라서 평가자체가 원래 취지와는 차이가 있음이 나타났다.

이의신청과 관련하여본다면, 등급판정에 대한 이의제기 등의 신청당사자의 대변과 옹호 기제에 대한 시범사업 운영 주체의 관심과 노력이 적절히 이루어졌는가 하는 점이 중요하다. 비록 장기요양제도의 자격심사가 등급을 구분하여 욕구의 우선순위를 결정할 수밖에 없는 과정이나 그 결과에 대한 이의제기 및 상담 등의 권한은 신청자의 중요한 권한이다. 따라서 이 과정에 대한 관리주체의 노력도 필수적인 기준이라 하겠다.

나. 지역별 평가

전반적인 자격심사체계는 큰 문제 없이 수행된 것으로 볼 수 있다. 제주 서귀포 및 광주 남구 등에서는 특히 노인장기요양보험사업의 경험을 통해 그 과정과 유사한 체계를 수행하는 데 있어 강점을 보였다. 다만 장애인의 특성에 대한 고려 등에 있어 제한이 있는 것으로 보인다.

이의신청 부분은 자격심사(판정)에 이의를 신청한 사례를 선정하여 지침에 따라 적절하게 대처하였는지 그리고, 이의신청에 따른 해결을 위해 관련전문기관에서 어떠한 노력을 기울였는지에 대해 평가해보는 영역이다.

서울 서초에서만 2건의 이의제기와 2건의 등급변경 신청이 있었으며 이 중 1건의 이의신청에서 등급이 변경되었다. 이의신청 및 등급변경 신청에 등급판정위원회가 적절한 대처를 한 것으로 볼 수 있다.

7. 자격심사 검토 과제

1) 대상자

대상자 자격 자체는 1안과 2안에서 차이를 보이고 있다. 앞에서 언급한 것처럼 2안은 기존활동보조대상자 이외 까지 신청 자격을 넓혀 노인장기요양등급 판정과정을 거쳐 최종 대상자로 확정하였다.

대상자 확보에 대한 홍보는 적절히 이루어진 것으로 보이나, 실제 참여 미희망자에 대한 욕구 파악은 충분한 것으로 보기 어렵다. 그러나 예산제약과 기존활동보조 대상자에게만 실시하는 사업이라 대상자홍보 및 확보문제는 지역의 관리주체에 대한 평가기준으로 보기는 어려운 점이 있다.

2) 인정조사 및 조사표 작성

인정조사표의 기록 자체는 6개 지역 모두 대체로 지침을 충분히 이행하고 있는 것으로 볼 수 있으나 관리주체에 따라 그 활용도 인식 및 기록의 충실성에는 차이

를 보인다.

인정조사표는 1)표지 2)기능상태 3)욕구조사 4)재활동보조조기구 소지 및 필요여부 5)총평 등으로 구성되어있는데 각 영역별 기록에서는 큰 문제점은 없었다. 다만 총평 등에서 대상자 개인별 특징도 있으나 중복된 기록내용이 대체로 많았다고 볼 수 있다.

국민연금공단의 관리 지역에서는 조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답의 기록에는 충실했으나 그 이외의 기타 특이사항 작성 등에는 부족한 점이 있다고 판단된다. 대상자의 요양욕구가 비록 항목에 의해 결정되나 실제 조사시에 다양한 사항을 충분히 기록할 수 있는 인정조사가 되어야한 다는 점에서는 미비한 점이 있다.

국민건강보험공단 관리 지역의 경우는 항목에 대한 답변 이외의 내용 등도 충분히 작성하여 향후 절차 및 기타 욕구 및 상태에 대한 파악이 쉽게 조사표가 작성이 되어있었다.

조사원이 충분히 그 대상자를 파악하고 있어야 등급판정위원회에서 필요시 대상의 정확한 상태를 제시할 수 있고, 등급판정 후에 필요한 욕구파악 등은 단지 항목에 대한 기술로 보기에는 부족한 점이 있다고 하겠다.

향후 평가판정도구가 수정보완되고 세부 지침이 구체적으로 확정되면 조사에 대한 적절한 교육을 통해 각 지역별 편차를 줄이는 대책이 필요하다. 실제 노인장기요양보험제도의 경우에도 지역별 인정조사의 편차를 줄이는 다양한 대책들이 마련되고 있어 표준적인 제도를 지향할 필요가 있다.

3) 방문조사원

대체로 각 지역은 6~7인의 방문조사원을 두고 있었다. 자격 면에서는 거의 동일하게 간호사와 사회복지사 자격증을 소유하고 있었다. 국민건강보험공단 관리 지역의 경우는 현재 실시하고 있는 노인장기요양제도의 경험을 갖고 있는 조사원이 많았다.

방문조사원의 역할은 단지 항목에 대한 정확한 측정 이상으로 장기요양제도에서는 중요하다. 조사원의 엄정하면서도 상세한 판단이 요구되며 이를 통한 객관적 요양인정조사표와 등급판정근거 자료를 작성하게 된다. 특히 장애인의 경우 노인과 달리 다양한 상태와 처해진 환경이 존재하여 이에 대한 즉각적인 대처가 방문조사에서

이루어질 필요가 있다.

전반적으로 보았을 때 본 업무에 익숙하지 않은 국민연금공단의 경우 기록 및 조사의 적극성은 높았으나 기록 자체의 활용이라는 측면에서 조사 현장의 정보를 충분히 담았는가하는 부분에 제한이 있다. 그러나 이러한 점을 대비해 사전 대상자의 파악이라는 측면에서는 노력한 흔적이 보인다.

4) 등급판정위원회

등급판정위원회는 6개 지역 모두 지침에 따라 학계, 전문가 집단 및 장애인계 등을 적절히 구성하여 인력풀을 구성하였다고 볼 수 있다. 대체로 2~3회 정도 위원회가 개최되었다.

장애인장기요양의 경우는 노인장기요양제도와 달리 총 대상자가 많지는 않으나 실제 논의가 필요한 사례는 많은 것으로 나타났다. 따라서 위원회의 효율적 운영을 위한 다양한 사전노력이 필요하리라 본다.

등급판정위원회 심의자료 작성이라는 점에서는 국민건강보험공단 관리지역은 노인장기요양제도의 기존 경험을 통해 보다 더 체계적인 자료 제공이 있었다. 그러나 전체 지역 모두 자료의 활용 및 설명 등에서는 보다 더 노력이 필요한 것으로 나타났다.

등급판정위원회의 활동에 대표적으로 나타나는 특징은 자체보고서에 일관적으로 나타나는 것은 등급상향(위원회 심사로 방문조사보다 등급이 상향된 경우) 사례들을 집중 제시하였다는 점이다. 이 결과는 방문조사결과에 나타난 대상자의 특이사항 및 욕구들을 잘 제시하여 대상자의 상태에 따른 등급이 부여되었다는 장점으로 볼 수 있다. 그러나 한편으로는 방문조사결과보다 관대한 입장을 취해 본격적인 제도가 실행될 때 그 방문조사의 엄격성 부분에서는 신뢰를 상실할 수도 있다는 점에서 등급판정의 엄격성에 대해 좀 더 관리주체가 관심을 가져야할 점이라 하겠다.

다만 시범사업에는 참여 인력의 사명감이나 책임감이 특별히 높으나 제도 이후까지 지속적인 운영을 위해서는 위원회의 역할이 명확해져야하며 그 노력에 대한 적절한 보상체계도 필요하겠다.

5) 자격심사체계(이의신청 등)

전반적인 자격심사체계에서는 6개 지역모두 큰 문제점은 없었다. 다만 2안을 적용한 해운대구의 경우 등급을 받고 중도이용중지자가 많았는데 이것은 자격심사부분보다 등급과 서비스 급여 연동 부분에서 발생하는 불만이 중요한 원인으로 보인다. 즉, 기존 활동보조급여에 익숙한 이용자의 경우 노인장기요양급여 전환시 발생하는 본인부담 및 이용량 감소가 주요원인으로 보인다. 따라서 등급판정관련 부분과는 별도의 영역으로 생각된다.

이의신청관련 부분은 자격심사(판정)에 이의를 신청한 사례를 선정하여 지침에 따라 적절하게 대처하였는지 그리고, 이의신청에 따른 해결을 위해 관련전문기관에서 어떠한 노력을 기울였는지에 대해 평가해보는 영역이다.

이 영역은 시범사업이 활동보조대상자에게만 이루어졌고, 등급이 하향되더라도 기존 활동보조등급에 의한 급여제공이 이루어져 실제 사례가 많지 않음을 알 수 있다. 따라서 평가자체가 원래 취지와는 차이가 있는 것으로 보인다.

제2절 표준장기요양이용계획서

1. 표준장기요양이용계획서 평가기준

‘표준장기요양이용계획서 작성’영역의 관련 평가기준은 다음과 같다.

첫째, 표준장기요양이용계획서의 작성 항목들을 자격심사 및 등급판정위원회 결과 자료들에 근거하여 충실하게 그리고 일치되도록 작성하였느냐는 점이다. 이는 결과적으로 장애인의 기능상태와 욕구, 그리고 요양필요도에 근거한 종합적인 계획서이므로 대상자에게 개별화되고 맞춤형 서비스로서 제시될 수 있을 것이다.

표준장기요양이용계획서 작성항목은 크게 일반 현황, 표준장기요양이용계획 및 비용, 종합소견으로 구성되어 있다. 일반 현황은 성명, 주민등록번호, 장기요양등급, 대상구분(아동/성인), 재가급여(월한도액), 본인부담금, 발급일 등의 항목으로 구성되어 있고, 표준장기요양이용계획은 급여종류(활동보조, 방문간호, 방문목욕), 급여횟수, 급여비용으로 구성되어 있으며, 마지막에 대상자의 기능상태 및 서비스 욕구에 근거

하여 종합소건을 작성하도록 되어 있다.

둘째, 표준장기요양계획서 작성체계가 적절히 이루어졌는가라는 점이다. 표준장기요양이용계획서의 작성은 지침에 근거하면 자격심사→표준이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준장기요양이용계획 확정 순으로 이루어지게 되어 있다. 즉, 표준장기요양이용계획서의 요양등급이나 급여량은 자격심사 및 등급판정위원회의 심의를 근거로 작성되는 것이며, 종합소건의 경우는 대상자의 기능상태 및 다양한 영역에서의 서비스 욕구파악 등을 통하여 작성하게 되는 것이다.

2. 표준장기요양이용계획서 작성의 충실성 및 일치성

가. 전반적인 평가

표준장기요양이용계획서는 인정조사표와 등급판정위원회 결과에 근거하여 작성되는 영역으로 이러한 결과들과 일치되도록 작성하고 항목마다 충실히 작성하였는지가 중요한 기준이 된다고 하겠다. 모든 지역이 이러한 기준에 따라서 작성하였다. 단, 지역별 작성에 있어 차이가 있었던 부분은 종합소건 작성에 있어 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우 가족의 지지정도, 주거생활 환경, 기능평가 소견, 대상자의 욕구, 종합평가소견으로 영역화하여 제시하였고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 재활욕구 및 신체기능, 인지기능 및 사회생활기능, 행동변화 및 기타사항으로 영역화하여 제시한 부분이다. 이는 다시 말해 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우는 대상자의 가족이나 생활환경, 복지욕구 등 신체기능 영역 이외의 다른 영역에 대해서도 종합적으로 제시한 것으로 볼 수 있고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 재활욕구, 인지·신체·사회생활기능, 행동변화 등으로 영역화하여 제시하고 있어 대상장애인의 다양한 측면에서의 기능상태를 파악하는데 필요한 내용들을 중심으로 제시하고 있어 약간의 차이를 보였다고 하겠다. 따라서 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우는 기능상태를 파악하는 과정에 지표에 따른 내용 점검 이외에 특이사항이나 구체적인 사항을 파악하여 요양욕구를 보다 더 충족시킬 수 있는 노력이 필요하고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 기능상태 파악 이외에 다양한 영역에서의 복지욕

구들을 파악하여 종합적인 소견에 포함하는 것이 필요하다.

나. 시범사업지역별 평가

서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우 표준장기요양이용계획의 조사항목 중 일반현황에서는 기본적인 인적사항 이외에 장기요양 등급, 재가급여, 본인부담금의 경우는 장애진단서 분석 및 간호사의 방문을 통한 기능상태 파악, 등급판정위원회의 의사확인, 활동보조인의 의견수렴에 근거하여 충실하게 작성하였다.

표준장기이용계획 및 비용의 경우 장애인장기요양 인정조사표에 근거하여 진행된 내부심의회 등급결정 결과 및 등급판정위원회의 심의 결과에 근거하여 결정된 인정 등급 및 급여량을 일치되게 작성하였다.

종합소견의 경우는 사회복지사의 방문조사를 통한 욕구 파악, 기존 활동보조인의 의견수렴, 장애인복지서비스에 대한 소개 등의 방법을 병행하여 작성하였으며, 가족 지지정도, 주거생활 환경, 기능평가 소견, 대상자의 욕구에 대한 영역별 분석을 통해 종합소견을 작성하였다. 이천의 경우 대상자의 기능상태 및 희망욕구를 바탕으로 종합적인 필요도를 확인하기 위한 회의를 개최하였다. 익산의 경우 다른 지역들에 비해 방문목록 서비스를 상대적으로 많이 실시한 것으로 나타났는데, 이는 지역적인 특성을 잘 반영한 것으로 볼 수 있다. 즉, 익산의 경우 다른 지역과 달리 방문목록 서비스를 제공할 수 있는 기관 인프라가 많아 농촌지역이라는 특성을 감안하여 찾아가는 서비스로서 제공이 이루어진 것으로 볼 수 있다.

그러나 표준장기요양이용계획서의 내용은 현재의 상태를 영역별로 구분하여 제시한 것 이외에 특이사항이나 향후 욕구충족을 위한 구체적인 방안을 종합적으로 제시하는 내용은 미비한 것으로 나타나 향후 이에 대한 보완이 필요할 것이다. 또한 급여종류별 이용계획 횟수의 작성에 있어 단위가 월 단위, 주 단위 등 혼합적으로 적용되고 있어 일원화된 작성단위로 작성하도록 하는 것이 필요시 된다.

광주 남구, 제주 서귀포의 경우 표준장기요양이용계획의 조사항목 중 일반현황에서는 기본적인 인적사항 이외에 장기요양 등급, 재가급여, 본인부담금의 경우 심의자료, 장애진단서 분석에 근거하여 작성하였다. 특히, 심의자료의 경우는 1차 판정결

과, 영역별(신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활 영역 등) 기능상태 원점수, 조사항목의 영역별 가중치 부과 100득점, 장애·치매성 노인의 일상생활자립도 및 등급별 분포, 서비스 이용현황을 정리하였고, 이외 조사자가 대상 장애인의 기본적인 일상생활활동, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활 등의 영역에 대한 상태를 파악하여, 참고되어야 할 사항을 정리·제시하여 표준장기이용계획서 작성 시 근거자료로서 활용되었다. 기능상태를 파악하는 영역에서는 지표에서 제시되는 것 이외에 특이한 사항 등을 보다 구체적으로 설명하는 내용을 포함하여 작성하였다.

표준장기이용계획 및 비용의 경우 작성의 근거가 되는 등급판정 심의자료에서의 대상자의 기능상태와 욕구가 일치되게 작성되어 있다. 표준장기요양이용계획에 있어 급여종류별 이용계획 횟수의 단위가 모두 주 단위로 작성되어 있다.

종합소견의 경우는 신체기능 및 재활영역, 의사소통, 간호문제, 기타 욕구 및 특성으로 구분하여 각 영역별 현재의 상태, 특히 신체기능 및 재활영역의 내용 및 재활동보조조기구에 대한 내용을 구체적으로 작성하여 제시하고 있는데, 이외 기타 다양한 욕구에 대한 내용은 미비하였다. 향후 제시된 대상자의 현재 상태를 기반으로 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 종합적인 지원 방향을 제시하는 것이 필요하다. 급여종류별 이용계획 횟수의 작성에 있어 단위는 주단위로 작성되어 있었고, 재활동보조조기구 관련 내용이 포함되어 있었다.

부산 해운대의 경우 위의 5개 지역과 달리 기존의 노인장기요양제도를 그대로 적용하여 실시하고 있는 지역(제2안)으로, 사업수행 경험을 가지고 있어 대상자들의 자격심사 및 욕구조사가 잘 이루어지고 있었다. 이러한 자료에 근거한 자격심사 및 등급판정위원회 결과를 통해 표준장기요양이용계획서의 항목을 충실하고 일치되도록 작성하였다. 인정조사시 확인한 대상자의 신체·인지기능상태 등 수급자의 기능과, 수급자 및 보호자의 욕구변화를 반영하여 대상자가 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 급여종류, 횟수, 급여비용, 본인부담금 등을 알아보기 쉽도록 기록하는 노력을 하였고, 장기요양 필요영역별 주요 기능상태를 작성하고 필요내용, 유의사항 등을 상세히 기록하여 서비스 제공자 및 보호자가 쉽게 서비스를 이용할 수 있도록 충실하고 일치되게 작성하였다. 또한 표준장기요양이용계획서는 인정조사 내용을 바탕으로 월 이용한도액 범위 안에서 가장 적절한 급여가 이루어질 수 있도록 작성하였다. 또

한 수급장애인의 기능상태나 욕구변화 발생시 이를 확인하고 표준장기요양이용계획에 반영하도록 노력하였다.

3. 표준장기요양이용계획서 작성체계

가. 전반적인 평가

모든 지역에서 표준장기요양이용계획서를 작성함에 있어, 자격심사→표준이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준이용계획 확정 순으로 작성하였다. 특히 등급판정위원회 개최시에는 다양한 영역의 관련 전문가들의 참여를 통해 검증을 받고자 노력하였으며, 이에 근거하여 표준장기요양이용계획서를 작성하였다.

단, 향후 작성체계과정 중에 추가되어야 할 것은 이용자인 장애인 당사자와 표준장기요양이용계획서를 함께 작성하도록 하는 과정이 있어야 한다는 것이다. 다시 말해 표준장기요양이용계획서 작성이 기관에 의한 일방적인 통보 형식의 계획서가 아닌 대상자와의 협의 및 공유를 통해 표준장기요양이용계획서가 작성되어야 한다는 것이다. 이를 위해 작성양식에 있어서도 표준장기요양이용계획서 하단에 대상장애인 당사자의 직인이 함께 들어가는 것이 필요하다.

나. 시범사업지역별 평가

서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우 표준장기요양이용계획서의 작성은 자격심사→표준이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준이용계획 확정 순으로 작성되었다.

자격심사는 장애인 관련 이용경험이 있는 직원이 참여한 개별욕구조사 실시로 종합적인 인정조사표를 작성하였는데, 이때 등급판정위원회, 사무소 회의, 대상자 욕구과약이라는 여러 단계의 검증절차를 통해 작성하였다. 등급판정위원회에서는 장애인, 의사, 공무원 등 다양한 전문가의 의견을 반영하여 이용계획서를 작성하였고, 사무소 회의는 내부간호사와 사회복지사가 참여하여 욕구 및 필요도 분석을 실시하였다. 또한 대상자의 욕구를 파악하여 담당자가 분야별 소견서를 작성하였고 이에 근거하

여 서비스 지급희망, 대상 여부를 작성·입력하였다.

표준이용계획(안) 수립은 이용자의 의견을 재확인하고, 객관적인 계획 수립을 위한 사례회의를 정례화 하는 등 팀접근을 실시하였고, 이를 통해 장애유형별 모델 표준이용계획을 작성하였다. 그 외 장애인복지서비스 전반에 관한 필요성을 분석하여 표준장기요양이용계획서를 작성하였다.

등급판정위원회 개최 시 개인별심의자료 및 요약자료를 작성하여 제공하였고 각 분야별 전문가의 의견수렴을 통해 다양한 의견을 수렴하였다.

이러한 절차를 통해 등급판정에 의한 표준장기요양이용계획을 확정하였고, 이용자 맞춤형 이용계획을 수립·지원하여 수요자 중심의 서비스 이용계획을 수립하고자 하였다.

광주 남구, 제주 서귀포, 부산 해운대의 경우도 표준장기요양이용계획서의 작성은 자격심사→표준장기요양이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준장기요양이용계획 확정의 순으로 작성되었다.

자격심사는 개별욕구조사 실시로 인정조사표를 작성하였고, 등급판정위원회는 장애인계, 의사, 공무원 등 다양한 전문가의 참여로 이루어졌으며, 등급판정위원회 개최 시 개인별 장애진단서와 심의자료 등이 근거자료로 제공되었다. 제주 서귀포의 경우 등급판정위원회에 참고인이 참석하여 대상자에 대한 위원들의 질의에 응답함으로써 대상자에 대한 상세한 정보를 제공하였고, 공정한 심사를 위해 개인을 식별할 수 있는 이름, 주민번호는 제외시키고 인정번호로 심의자료를 제출·관리하였다. 이러한 절차를 통해 등급판정위원회 심의를 통해 표준장기요양이용계획을 확정하였다.

4. 표준장기요양이용계획서 점수 부여 기준

현장평가에서 표준장기요양이용계획서의 작성 시 장애인의 기능상태, 희망사항(욕구) 및 요양 필요도 등이 충실히 기록되어 있는지, 장기요양인정조사를 통해 장애인의 기능상태와 희망사항(욕구) 및 요양필요도에 맞게 표준장기요양이용계획서가 작성되었는지 일치도를 자격심사와 이용계획의 일치성 정도를 살펴보았다.

이는 표준장기요양이용계획서 작성과 자격심사와 표준장기요양이용계획의 일치성

등 2가지 지표를 설정하고 이에 대한 평가를 진행하였다.

먼저, 표준장기요양이용계획서 작성 항목의 평가지표명은 ‘표준장기요양이용계획서 작성의 충실성’이었고, 평가목적은 표준장기요양이용계획서 작성 시 장애인의 기능상태, 희망사항(욕구) 및 요양필요도 등이 충실히 기록되어 있는지를 평가하는 것이었다. 여기서 충실히 기록되어 있다함은 장애인의 기능상태, 욕구 등이 기록되어 있고 개별 특성이 잘 나타나는 것을 의미한다.

평가는 표준장기요양이용계획서를 근거로 하여, 현장에서 평가위원이 무작위로 5개의 사례를 선정하여 표준장기요양이용계획서의 이용계획, 비용, 종합소견 등이 충실히 기록되어 있는지를 확인하여 평가하는 방법으로 이루어졌는데, 5개 사례에 대하여 각각 ‘매우 충실’(5점), ‘충실’(4점), ‘보통’(3점), ‘미흡’(2점), ‘매우 미흡’(1점)으로 평가하여 5점에서 1점까지 점수를 부여하고, 5개의 사례의 점수를 모두 합하여 총점 25점 만점의 점수를 부여하였다. 최종적으로 5개 사례의 총점을 분항목의 배점인 5점 만점의 산식($5 \times \text{사례수} / \text{총점수}$)에 의해 최고 5점에서 최저 1점의 환산점수를 최종적으로 부여하였다.

결과, 표준장기요양이용계획서 작성의 충실성에 대한 평가와 부여된 점수현황은 아래의 표와 같다.

광주의 경우 무작위로 선별된 5개의 사례 중 표준장기요양이용계획서 작성에 있어 현재의 상태에 대한 진단은 잘되어 있으나 이외 이용자의 욕구파악 내지는 이에 따른 향후 요구사항 기재가 미흡한 사례가 있었다. 서귀포의 경우 무작위로 선별된 5개의 사례 중 표준장기요양이용계획서 작성에 있어 이용자의 희망사항이나 욕구에 대한 내용이 제시되지 않는 사례가 있었고, 요양급여 한도액과 실 이용액이 일치하지 않는 사례가 있었다. 이천의 경우 무작위로 선별된 5개의 사례 중 표준장기요양이용계획서 작성에 있어 이용자의 욕구에 대한 내용 및 욕구를 반영한 계획서 작성이 미흡하였다. 그 외 지역의 시범사업 수행기관은 표준장기요양이용계획서 작성 시 장애인의 기능상태, 희망사항(욕구) 및 요양 필요도 등을 충실히 작성하였다.

두 번째로, ‘자격심사와 이용계획의 일치성’에 대한 평가를 진행하였는데, 평가목적은 ‘장애인장기요양인정조사를 통해 장애인의 기능상태와 희망사항(욕구) 및 요양 필요도에 맞게 표준장기요양이용계획서가 작성되었는지 일치도를 평가’하는 것이었

다. 본 평가항목을 평가하기 위해 장애인장기요양등급판정심의자료(장애인장기요양인정조사표, 표준장기요양이용계획서) 등의 자료를 근거로 하여, 현장에서 평가위원이 5개의 사례를 무작위로 선정하여 자격심사와 표준장기요양이용계획서의 내용을 비교하여 평가하였다. 5개의 사례에 대하여 각각 ‘매우 충실’(5점), ‘충실’(4점), ‘보통’(3점), ‘미흡’(2점), ‘매우 미흡’(1점) 으로 평가하여 5점에서 1점까지 점수를 부여하고, 5개의 사례의 점수를 모두 합하여 총점 25점 만점의 점수를 부여하였다. 최종적으로 5사례의 총점을 본 항목의 배점인 5점 만점의 산식(5*사례수/총점수)에 의해 최고 5점에서 최저 1점의 환산점수를 최종적으로 부여하였다.

결과, 표준장기요양이용계획서 작성의 충실성에 대한 평가는 아래와 같다.

광주의 경우 무작위로 선별된 5개의 사례 중 진단서에서 작성된 장애유형과 표준장기요양이용계획서에 기재된 장애유형이 일치되지 않는 사례가 있었고, 욕구에 따른 반영이 미흡한 것으로 나타났다. 서귀포의 경우 무작위로 선별된 5개의 사례 중 표준장기요양이용계획에 기록된 장기요양등급과 급여비용이 근거자료와 차이가 있는 사례가 있었고, 이용자의 욕구와 관련된 내용이 미흡하였다. 서초의 경우 선별된 5개의 사례 중 대상자의 특이사항이 불충분하게 작성된 사례가 있어 관련 내용이 이용계획에 반영되는데 미흡하였다. 그 외 지역의 시범사업 수행기관은 표준장기요양이용계획서의 자격심사와 이용계획이 매우 충실하게 작성하였다.

5. 표준장기요양이용계획서 검토 과제

표준장기요양이용계획서는 인정조사표와 등급판정위원회 결과에 근거하여 작성되는 영역으로 이러한 결과들과 일치되도록 작성하고 항목마다 충실히 작성하였는지가 중요한 기준이 된다고 하겠다. 모든 지역이 이러한 기준에 따라서 작성하였다. 단, 지역별 작성에 있어 차이가 있었던 부분은 종합소견 작성에 있어 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우 가족의 지지정도, 주거생활 환경, 기능평가 소견, 대상자의 욕구, 종합평가소견으로 영역화하여 제시하였고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 재활욕구 및 신체기능, 인지기능 및 사회생활기능, 행동변화 및 기타사항으로 영역화하여 제시하였다.

이는 다시 말해 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우는 대상자의 가족이나 생활환경, 복지욕구 등 신체기능 영역 이외의 다른 영역에 대해서도 종합적으로 제시한 것으로 볼 수 있고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 재활욕구, 인지·신체·사회생활기능, 행동변화 등으로 영역화하여 제시하고 있어 대상장애인의 다양한 측면에서의 기능상태를 파악하는데 필요한 내용들을 중심으로 제시하고 있어 약간의 차이를 보였다.

따라서 서울 서초, 경기 이천, 전북 익산의 경우는 기능상태를 파악하는 과정에 지표에 따른 내용 점검 이외에 특이사항이나 구체적인 사항을 파악하여 요양욕구를 보다 더 충족시킬 수 있는 노력이 필요하고, 광주 남구, 제주 서귀포의 경우는 기능상태 파악 이외에 다양한 영역에서의 복지욕구들을 파악하여 종합적인 소견에 포함하는 것이 필요하다.

단, 향후 작성체계과정 중에 추가되어야 할 것은 이용자인 장애인 당사자와 표준장기요양이용계획서를 함께 작성하도록 하는 과정이 있어야 한다는 것이다. 다시 말해 표준장기요양이용계획서 작성이 기관에 의한 일방적인 통보 형식의 계획서가 아닌 대상자와의 협의 및 공유를 통해 표준장기요양이용계획서가 작성되어야 한다는 것이다. 이를 위해 작성양식에 있어서도 표준장기요양이용계획서 하단에 대상장애인 당사자의 직인이 함께 들어가는 것이 필요하다.

제3절 의뢰와 연계

1. 의뢰와 연계 관련 평가기준

의뢰와 연계는 자격심사를 마치고 난 후 표준장기요양계획에 따라 서비스를 실제로 제공하기 위하여 서비스 기관에 의뢰와 연계를 어떻게 하였는지 평가하는 것이다.

평가 항목은 4가지로 하였다.

첫째는 서비스 제공기관에 대한 정보(안내)의 충분성이다. 이는 배점을 2점으로 하였다. 서비스 제공기관에 대한 정보의 충분성의 평가 목적은 서비스제공기관에 대한 정보를 어느 정도 충분히 확보하여 이용 장애인에게 정보를 어느 정도 제공하는지 평가하는 것이다. 서비스 제공기관의 정보를 제공한 리플렛, 안내정보지 등을 다

첫 사례를 무작위로 선택하여 각 5점 만점을 기준으로 평가하고 평균하여 2점 만점이 되도록 산식은 “점수의 합계/(5 × 사례수)로 하였다가 실제 방문평가에서는 서비스 제공기관의 리플릿이나 정보지가 준비되어 있지 않고, 관련전문기관의 리플릿이나 정보지가 준비되어 이를 평가하게 되었다. 평가위원의 사전 협의에 따라 서비스 제공기관은 각자의 리플릿이 잘 준비되어 있을 것이나 서비스 제공기관에서 이용 장애인에게 정보를 사전 제공하는 것이 아니라 관련전문기관에서 표준장기요양계획을 수립한 후 이용 가능한 서비스 제공 기관을 안내할 것이므로 이는 5종 이상의 각각 서비스 제공기관의 리플릿을 제공하기보다 종합 안내지를 제작성하여 하나로 제공하는 현장상황을 감안하여 리플릿의 제공 유무를 기준으로 점수에 반영하기로 하였다.

둘째, 서비스 제공기관과의 연계의 적절성을 평가하였다. 배점은 3점으로 하였다. 평가 목적은 서비스제공기관에 대한 정보를 어느 정도 충분히 확보하여 이용 장애인에게 정보를 어느 정도 제공하고 연계하였는지 평가하는 것이다. 적절하다는 것은, 충분한 서비스제공기관의 리스트를 가지고 있으며 실제로 의뢰하고 연계하며 관리하고 있는지의 여부를 말한다. 다섯 가지 사례를 무작위로 하여 평가하는 방법은 종합 정보지나 리플릿이 제공된 경우 이 산식을 적용할 수 없는데 모든 관련전문기관들이 그러하였다. 장기요양제도의 시범사업이 서비스 제공기관의 리스트를 확보하고 연계하고 관리하여야 실행 가능하기 때문에 평가위원들은 차별화된 평가를 하기 위하여 고민하던 끝에 첫 번째의 평가가 단순히 리플릿의 유무만을 기준으로 하였으므로, 그 리플릿의 질적 평가를하기로 하였다. 기준은 두 가지로 하였다. 첫째 이용 장애인에게 리플릿이 제공된 시기이다. 자격심사를 받은 후 서비스 시작 이전인 시점에 제때에 리플릿이 발송되었는가를 평가 기준으로 한 것이다. 다음으로 서비스 제공기관의 서비스 내용, 약도, 연락처, 담당자 등 충분한 정보를 담고 있는가를 평가 기준으로 하였다. 5점 만점에서 부족한 경우 한 단계를 낮추는 것으로 하여 다시 3점 만점으로 계산하였다.

셋째, 지역사회 장애인단체와의 협조 노력 정도를 평가 항목으로 하였다. 지역사회 장애인단체와의 간담회를 하였는지를 보기 위하여 공문과 회의록을 열람하였고, 간담회를 2회 이상 개최한 경우 1점 만점을 부여하고, 그렇지 않은 경우 80%의 점수를 배점하였다.

넷째, 위의 간담회 개최 결과 피드백의 충실성을 평가하였다. 배점은 1점으로 하였다. 평가목적은 지역사회 장애인 단체와의 협조체계 구축을 위해 간담회 개최 결과 제안된 내용에 대한 피드백이 충실히 이루어졌는지 평가하기 위한 것이다. 간담회 회의록과 처리결과 보고서를 열람하여 제안된 의견에 대하여 처리된 결과를 기준으로 하였다. 처리가 된 경우 만점으로 하고, 그렇지 않은 경우 80%만 점수를 부여하여 평가하였다.

2. 지역별 현황

서초구의 경우, 자체 제작한 서비스 제공기관 안내문을 발송하였으며, 자격확인 결과 통지서 및 표준장기요양이용계획서 발송 시 동봉하여 발송함으로써 발송 시기도 적절하였다. 유선안내와 필요시 방문 안내를 병행하였는데, 이에 대한 상세 보고서 방식이나 기록은 없었다. 서비스 제공기관의 프로그램은 사랑의 복지관, 서초장애인자립생활센터, 노인낙원효도사업단, 서울성모병원의 활동보조 서비스를 비롯하여 종합적으로 모든 서비스 종류를 안내하였다. 사랑의 복지관은 활동보조 서비스, 여가 프로그램, 자활지원, 의료지원, 주거환경사업 등을 안내하였고, 서초장애인자립생활센터는 활동보조 서비스, 동료상담, 자립생활기술훈련, 주택관리 서비스, 보조기기 지원 사업 등을 안내하였고, 노인낙원효도사업단은 방문목욕 서비스, 서울성모병원은 방문간호 서비스를 제공하는 것으로 안내하였다. 서비스 제공기관 외에 서초구 관내의 모든 장애인에게 제공 가능한 서비스 자원을 조사하여 아동과 성인 서비스로 나누어 프로그램 정보를 안내하였다. 홍보안내물은 7월에 발송되어 시기가 서비스 제공 직전으로 적절하였다. 사업 전반의 홍보 안내물은 리플릿 형태로 이 사업을 위해 칼라로 별도로 제작하여 제공하였다. 서비스 제공기관의 안내는 서비스 종류별로 구분하여 기관명, 주소, 연락처, 담당자, 약도, 교통편을 안내하였다. 그리고 서비스 제공 기관의 자체 리플릿도 제공하였다.

서비스 연계의 충분성을 보면, 방문목욕 서비스의 수가가 상대적으로 고가이며, 서비스를 한 번도 이용하지 못한 장애인이 새로운 서비스를 선택하는 데에 생소함과 목욕의 개인 프라이버시 문제 등으로 기피현상이 있었으나, 이를 해결하기 위한 충

분한 정보제공과 안내로 이용을 높였다. 그러나 노인기관에서 목욕서비스를 제공함으로써 대상은 노인으로 제한되는 문제가 있었다. 그리고 서초지역의 초도시화 특성상 가정 내 목욕 시설이 잘 되어 있어 방문목욕 서비스보다 활동보조 서비스로 목욕 보조를 받는 방식을 이용할 수 있다. 방문간호 서비스의 경우는 보건소의 맞춤형 건강관리 서비스를 이미 받고 있어 연계의 실적은 크지 않았다. 한 사례로 당뇨환자의 의료적 방문간호 서비스를 연계하였으나, 퇴근 후 집에 있는 시간이 야간인데 비하여 서비스 제공기관은 주간에만 서비스가 제공되어 시간이 서로 맞지 않아 연계가 이루어지지 않았다. 서초구 지역복지 협의회를 통하여 모든 서비스를 총망라하는 서비스 리스트를 작성하여 연계 안내에 활용하였다. 그 결과, 장기요양 서비스 외에 주야간 단기 보호 서비스, 보장구 구입 및 대여, 의료재활, 사회재활, 직업재활 등 16건의 추가 서비스를 제공하였다.

지역사회 장애인단체와 매월 간담회를 실시하였고, 여기서 서비스 제공기관의 대가자가 많아 이용이 어렵다는 문제가 가장 중요하게 대두되었다. 지역사회 단체가 서비스 제공기관과 일치하여 장애인 당사자 단체와의 간담회를 통한 전반적인 의견수렴이 되지 못한 아쉬움이 있었다. 서초장애인자립생활센터, 서초장애인자립생활센터 이용자, 사랑의복지관 등과의 간담회는 지역사회 장애인단체 간담회이자, 관련전문기관과 서비스 제공기관간의 간담회로 당사자 단체의 의견수렴에는 한계가 있어 보인다. 그러나 당사자 대표 단체가 아니라 하더라도 장애인 단체이므로 간담회의 실적으로 인정하였다. 1차 간담회 결과 목욕서비스 활용 저조와 활동보조인 부족 현상에 대한 의견에 대하여 여러 가지 대안을 제시하는 피드백이 있었고, 2차 간담회에서는 이용자의 이사로 체험홈 이용이 어렵다는 문제제시에 대하여 새로운 이사 지역의 체험홈을 안내하였다. 또한 방문간호가 노인중심으로 되어 있다는 문제제시에 대하여 장애인중심 간호서비스 개발을 건의하였고, 결제방법의 간소화와 방문목욕 활성화에 대하여는 카드 소지 여부 확인 등 절차의 사전 확인으로 불편을 주지 않도록 개선하였으며, 도시형 목욕 서비스 프로그램 개발을 논의하였다. 3차 간담회는 12월에 개최되어 서비스 종료 1개월 전이라 피드백을 하기에 시간적으로 부족하였으나, 원래 이 사업이 6개월 사업이고 서비스 제공 기간으로 보면 4개월에 한정되어 있어 시범사업의 특성상 피드백의 모형을 시험한 것으로 보아 차후 사업에 영향

을 줄 수 있을 것으로 판단할 수 있다. 피드백의 영향을 얼마나 주었는가보다 모형을 잘 준수하였는가를 보아 평가를 하였다. 한우리정보문화센터 등과의 간담회와 복지협의회와의 간담회 등이 있었으나, 장애인 당사자 대표 단체인 장애 유형별 대표 단체와 서비스 전문기관과 단체 특성의 구분을 잘하지 못 한 아쉬움도 있었다.

경기 이천의 서비스 제공기관은 활동보조는 이천시 장애인총연합회, 방문간호는 은빛노인복지센터, 방문목욕은 소망노인 복지센터가 서비스를 제공하였다. 서비스 대상 76명 전원에게 전문기관인 국민연금의 자체 안내 홍보물을 제작하여 발송하였다. 그리고 서비스 제공기관의 리플릿을 동봉하여 기관명, 담당자, 연락처, 주소, 홈페이지 등을 안내하였다. 발송 시기는 7월로 서비스 제공 시작 시기 전에 발송하였다. 활동보조 서비스 기관은 장애인 당사자 단체가 직접 담당하고 있었고, 방문 목욕 서비스나 방문간호 서비스는 장애인 기관에서는 아직 실시되지 않는 서비스이므로 노인장기요양기관의 서비스를 연계하여 실시하였다. 그리고 전화를 통하여 지리적 위치와 이용 가능한 서비스를 별도로 안내하였다. 서비스 이용자는 9월부터 12월까지 54명이 꾸준히 이용하였다. 활동보조 서비스는 가사지원, 이동보조, 신변처리, 일상생활 지원 등을 실시하였는데, 서비스 연계의 불가관정에 대한 조치도 병행하였다. 오지의 대상자를 위하여 인근 주민을 활동보조인으로 활용하였으며, 등하교 시의 이동보조를 위하여 차량 보유자를 활동보조인으로 채용하였다. 그리고 활동보조인을 대상으로 매월 정기교육을 실시하여 부실한 서비스를 방지하고 이용 장애인에게 추가비용을 요구하는 등의 문제를 예방하였다. 활동보조 서비스는 시군구에 서비스 전달기관으로 지정을 받게 되어 있는데, 장애인단체가 활동보조 서비스를 제공하는 기관으로 유일하게 등록되어 있어 이 기관을 이용할 수밖에 없는데 단체가 이용자에게 과도한 추가 비용 요구와 서비스 부실이 있어 이용자의 불만이 높아 이를 자치단체에 전달하여 결국 시범사업이 종료되는 시점에서 지자체가 활동보조 서비스 제공기관의 지정을 취소하였다. 관련전문기관인 국민연금공단은 서비스 제공기관의 지정이 취소되어 이용 장애인의 불만이 높고, 제공기관이 불성실하게 답변할 우려가 있으므로 모니터링 평가에서 제외하여 줄 것을 요청하였다. 제공기관의 부실을 평가점수로 반영하여 낮은 점수를 부여해야 하는지, 아니면 시범사업을 통하여 불성실한 운영을 밝혀냄으로써 역할을 한 것으로 볼 것인가에 대한 논의를 하였는데, 부산 해운대의

노인장기요양을 그대로 장애인에게 적용하여 장애인이 불만이 있었으므로 평가에서 제외하여 달라는 요청이 있어 상호 제외하기로 하였다. 노인장기요양의 기준을 적용한 것은 사업의 분석을 위한 것으로 전문기관의 잘못이 아니므로 평가에서 제외하였으나, 이천의 경우 관련전문기관의 모니터링 평가에서만 제외하고 의뢰와 연계의 전문기관의 역할은 평가에 영향을 미치지 않으므로 평가에 그대로 포함하였다. 상담 초기에는 방문목욕 서비스의 욕구가 높았으나, 겨울철이라는 점과 신종플루의 확산으로 접촉을 꺼리는 점, 서비스 제공기관의 시설 부족 등으로 실제 서비스는 연계가 제대로 되지 않았다. 8명의 서비스 욕구 중 서비스 제공은 전혀 이루어지지 못하였다. 방문간호 서비스는 이천보건소와 의료원에서 무료 간호 서비스가 제공되고 있어 장애인 장기요양 서비스의 방문간호 서비스 역시 연계 실적이 없었다.

이천보건소, 이천의료원, 장애인복지관, 주라꿈터, 한마음일터, 서희산업, 효양동산 등 의료시설과 재활시설 그리고 생활시설과 수화통역센터와 심부름센터 등의 이용시설이 관내에 있어 보장구 지원, 의료재활, 사회심리재활, 직업재활 등 종합적 연계를 시도하였고, 그 결과 보장구 지원 1건, 의료재활 4건의 연계 서비스를 제공하였다. 이는 서비스 인프라가 부족한 농촌 지역의 특성으로 방문간호 서비스와 방문 목욕 서비스가 아직 제공할 환경조성이 잘 이루어져 있지 못한 것으로 앞으로 장기요양 서비스의 확대에 서비스 제공 기관의 인프라의 구축의 필요성을 보여주고 있다 하겠다.

지역사회 장애인 당사자 단체와의 간담회는 1차는 이천장애인복지관에서 이루어졌으며, 주로 지역 특성을 고려한 실시 방안에 대하여 논의되었고, 서비스 이용 실적이 없는 방문간호와 방문목욕 서비스의 제공 방안도 논의되었다. 2차 역시 이천장애인복지관에서 관내 장애인 단체 대표 8명이 참석하여 간담회를 실시하였고, 오지의 활동보조 서비스 방안과 이용자의 과다한 서비스 요구에 대한 대책, 추가 비용요구의 해결책, 활동보조인의 동기부여에 대한 사항 등을 논의하였고, 방문간호와 방문목욕 서비스의 활성화에 대하여도 논의하였다. 본 시범사업의 지역 장애인 단체의 욕구 반영 외에도 지역 장애인단체와의 교류 확대를 목적으로 전직원 점자명함 제작과 단체의 수시방문을 실시하였다. 그리고 협조 체제 구축을 위하여 월 1회 재가 장애인 현장 방문 봉사활동을 실시하고, 장애인 행사에도 적극 참여하였다. 1차 간담회 피드백으로 오지의 활동보조인에게 유류비를 별도 지원하는 방안을 채택하였

고, 서비스 제공 내용을 명료화하고, 사용 서비스의 결제 내역을 상시 알 수 있도록 정보를 제공하고 서비스 이용이 저조한 서비스에 대하여 홍보를 강화하는 대책을 강구하였다. 2차 간담회에서는 서비스 이용자의 과다한 요구에 대하여 당사자가 아닌 가족의 이용 등을 모니터링을 통하여 규제하고, 추가 비용 부담을 모니터링을 통하여 적발하여 조치하는 등의 방안을 강구하였으며, 기타 연계 서비스 욕구에 대하여 물리치료, 반찬 배달, 주택상담 등을 실시하였다.

전북 익산의 경우, 앞에서 설명한 서울 서초구나 경기도 이천과 마찬가지로, 자격 확인 통지서 및 표준장기요양 이용계획서 발송 시에 서비스 이용 기관에 대한 정보를 자체 안내서와 기관 리플릿을 동봉하여 안내하였다. 익산시 장애인복지관과 익산 원광자활센터에서는 활동보조 서비스를, 사랑의 손길 새소망 노인복지센터에서는 방문목욕 서비스를, 익산성모병원에서는 방문간호 서비스를 주로 제공하는 것으로 하였으나, 홍보물에는 복지관과 자활센터의 경우 제공되는 모든 서비스를 안내하였다. 서비스 종류별 기관을 안내하는 도표 외에 기관별로는 기관명, 주소, 연락처, 담당자, 약도를 각각 제공하였다.

익산의 특성은 농촌 지역의 특성상 노인의 인구수가 많고 간호 서비스 인프라가 잘 구축되어 있는 지역으로 이용 장애인들이 노인 간호 서비스를 제공하는 것에 초기에는 호의적이지 않았으나, 서비스 이용 후 점점 이용률이 높아지는 경향을 보였다. 방문간호서비스 제공 기관은 장애인 차량이 별도로 마련되어 있었으며, 2인 1조의 요양 보호사가 이용자 성별에 따라 서비스를 제공하도록 하였다. 기타 연계 서비스로는 보장구 지원 서비스 18건, 시설 입소 2건, 의료재활 1건, 기타 6건으로 나타났다.

지역 장애인 당사자 단체와의 간담회는 총 7회를 개최하였는데, 1차는 청각 장애인 단체를 초청하여 직원의 수화강의를 하였으므로 간담회라기보다는 직원교육으로 분류하는 것이 좋을 듯하였다. 2차는 장애인 단체와의 만남과 화합의 장으로 장애인 행사에 참여하여 대화시간을 가진 것으로 직접 개최한 간담회로 보기는 어렵다. 서비스 제공기관과의 간담회나 이용자 간담회를 개최하였으나 지역 장애인 유형별 대표단체와의 간담회가 아닌 점이 아쉽다. 1차 간담회에서는 방문목욕 외에 다양한 연계 서비스를 제공하여 줄 것이 요구되었고, 2차 간담회에서는 방문간호 서비스는 타 간호 서비스와 차별화된 프로그램을 제공하여 줄 것이 건의되었고, 방문목욕 서비스

는 목욕 시설이 가정에 있는 경우 이를 이용하는 서비스 제공이 건의되었으며, 활동 보조 서비스의 경우 활동보조인 누구나 카드 소지 여부 점검 등에 대한 문제가 제기되었다. 서비스 제공기관간의 3차 간담회에서는 서비스의 질적 재고 방안에 대한 논의가 이루어졌으며, 이용자의 서비스 개념 미숙지로 인한 오해에 대한 불편사항과 과다한 서비스 제공 요구에 대한 문제가 제기되었다. 현 시범사업의 제도적 정착의 미비로 인하여 노인기관을 이용하는 장애인의 서비스 특성화 요구 등은 앞으로 제도를 보완해 나갈 문제이고, 사업의 홍보 외에 명확한 서비스 개념을 알려 민원을 방지하는 방안이 피드백되었다.

광주 남구의 경우, 7월 27일에 활동보조 서비스 이용 대상자에게 장기요양 시범사업에 대한 안내서를 발송하였으며, 8월 4일에 관련전문기관인 국민건강보험공단 지사에서 신청자를 대상으로 방문목욕과 방문간호 서비스 제공기관에 대한 안내를 하였다. 8월 27일 남구청에서 결과통지서와 서비스 이용안내문이 발송되었으며, 전문기관에서 9월 28일 급여성서비스 제공기관 안내문이 발송되어 서비스 이용 기관에 대한 서비스가 9월 초부터 실시된 점을 감안하면 홍보가 다소 늦은 감이 있었다. 홍보가 시기적으로 늦었고, 별도로 리플릿을 제작하는 것이 아니라 단순한 프린트물로 안내하는 등 다소 미비하다고 판단되었다. 활동보조 서비스를 받고 있던 기존의 장애인 이용자를 대상으로 하므로 별도의 활동보조에 대한 서비스 제공 기관의 안내는 생략하였으며 방문목욕서비스와 방문간호서비스 기관의 안내에 한정된 점과 리플릿을 제작하지 않은 점 등이 홍보에 다소 소홀한 것으로 보였다.

지역 장애인 단체 11개를 방문하거나 초청하여 시범사업에 대한 설명 및 협조요청을 하였고, 시범사업 종료에 다른 문제를 최소화하기 위해 추진현황과 향후일정 안내 및 장애인장기요양보장제도의 발전을 위한 의견수렴을 하는 등 장애인단체와 협력체계 구축에 노력하였다. 광주장애인단체총연합회, 열린케어 장애인자립생활센터, 광주시 장애인 복지시설협회, 광주시 지적 장애인 복지협회, 광주 농아인협회, 광주남구 장애인연합회, 한국여성 장애인연합회 광주지부, 광주 동구 지역 장애인 단체 등 장애인 단체와 간담회를 가져 사업의 협조를 구한 점은 평가되나, 건의에 대한 피드백의 기록을 남기지 않은 점이 매우 아쉽다. 피드백의 조치로서 전국 장애인 학술대회에서 건의하고, 장애인 장기요양 시범사업 추진단 중간점검 방문 시 건

의하고 이사장 주간업무 보고회에서 건의하였다고 하나, 기록이 없어 확인할 수 없었다. 그리고 피드백은 건의만으로는 조치가 이루어졌다고 보기 어려운 것으로 판단된다. 제시된 피드백 자료는 이용자의 모니터링 자료로서 지역 장애인 단체와의 간담회 피드백 자료로 인정하기 어려웠다. 지역 단체와의 간담회를 실시하여 논의된 내용은 기록해 두었으나 피드백에 대한 정보가 없어 아쉬움을 남겼다. 이는 전문기관의 담당자가 본 사업의 평가 지표를 잘못 이해하여 단체와의 간담회 피드백을 이용자 피드백으로 오해한 결과로 보인다.

제주도 서귀포시의 경우, 서비스를 연계하기 위한 정보제공의 내용은 기관에 대한 서비스의 종류와 연락처, 약도 등 충분한 정보를 제공하였으나, 정보 제공의 시기가 9월에 이루어져 이미 서비스가 제공된 후에 제공하였다는 점에서 시기적으로 부족함을 보였다. 이는 기존의 활동보조 서비스 이용자의 경우, 이미 활동보조 서비스 기관에 대하여 이용 장애인이 정보를 잘 알고 있으므로 방문 목욕 서비스와 방문간호 서비스만을 정보 제공한다는 이유에서 볼 때, 이용자 욕구가 약하고 이용자가 실제로 별로 없다는 점을 감안하면 이해가 되지만, 적극 홍보를 하지 못했다는 아쉬움이 남는다.

8월 26일 1차로 서비스 신청자 81명 전원에게 서비스 제공기관 안내 자료가 우편 발송되었으나, 9월 21일 다시 신청자 전원에게 서비스 제공기관이 안내되어 한 기관은 서비스 시작에 임박한 시점에, 한 기관은 서비스 제공 기간 중간에 기관에 대한 안내가 이루어졌다. 12월 29일 지역사회 자원 연계를 위한 기타 서비스 제공에 대한 안내가 이루어졌으나, 이 시기는 시범사업의 종료 시점으로 좀더 조기에 정보제공이 이루어졌으면 하는 아쉬움이 있었다. 서비스 연계는 활동보조는 서귀포시 장애인종합복지관과 서귀포시 장애인 자립생활센터를 활용하였고, 방문간호와 방문요양은 효행방문요양기관과 연계하였다. 서비스 사업 안내와 연계 기관에 대한 정보는 충분하다고 판단된다. 기타 연계로는 장애인종합복지관의 푸드뱅크, 지체장애인연합회와 시각장애인연합회의 차량지원, 이미용 서비스, 복지용구 서비스 등을 연계하였으나, 지역 유관 서비스 자원을 20여 곳 안내하면서 단순 안내에 그치고 이를 사례로 관리하여 기록에 남기지 못한 점은 시범사업의 단기성에 원인이 있는 것으로 보인다. 지역 장애인 당사자 단체와 간담회를 개최한 것은 주로 사업의 홍보와 판정

위원 참여 섭외 등으로 사업과 관련한 구체적인 의견수렴의 내용이나 피드백이 기록상 잘 나타나지 않았다. 당사자 단체선정은 지적장애인협회, 농아인협회, 신장장애인협회 등 매우 적절하였고, 피드백은 회의 시 보고하거나 주관기관과의 업무보고 시 전달하는 수준에 그친 점은 옥의 티라 하겠다.

제주도의 특성상 지역 단체와의 간담회가 의사소통이 잘 이루어질 수 있는 소도시형의 특성이 있음에도 공식 간담회를 빈번하게 개최하여 단체와의 협력이 잘 이루어짐을 보였으며, 지역 장애인 단체와의 긴밀한 협의를 통하여 사업의 협조와 홍보에 도움을 받았으며, 여러 가지 사업에 대한 의견에 대하여 이해시키는 피드백이 이루어졌다.

부산시 해운대구의 경우, 판정일자가 8월 14일 33명, 8월 24일 20명, 8월 28일 3명으로 인정자 56명에게 방문하여 연계 기관에 대한 정보를 제공하였다. 이 지역은 시범사업의 비교를 위하여 노인장기요양 서비스를 적용하는 것으로 사업을 실시하여 노인장기요양의 수가가 배로 비싼 이유로 서비스 시간이 절반으로 축소되는 점, 노인의 적용 도구를 장애인에게 적용하는 데에 대한 반발 등으로 정보를 직접 방문하여 제공함으로써 이해를 구하고자 노력하였다. 인공호흡기를 사용하는 중증환자가 눈으로 대화를 해야 하는 정도의 중증임에도 수발을 요구하여 서비스가 중단되는 어려움도 있었고, 요양보호사 개인 사정으로 서비스가 중단되기도 하고 서비스 제공 기관이 인력 부족으로 서비스를 제공하지 못하여 대체 서비스 제공기관을 추가로 선정하는 등 많은 운영상 어려움을 보였다. 그런 이유로 서비스 이용자가 상당수 중도에 서비스를 포기하는 문제점이 드러났다. 장애인 활동보조 서비스를 받던 장애인이 노인 장기요양 서비스 기준을 적용하자, 2급 장애인이 서비스 시간을 더 많이 받게 되는 사례도 있고, 기존의 활동보조 서비스의 서비스 시간이 대폭 축소되는 등 자격심사 결과 기존 서비스와 많은 차이를 보였다. 판정에 대한 불만과 장애인 서비스와 노인 장기요양 서비스의 차이로 중도에 포기하거나 불만을 토로하는 등의 어려움이 있었다. 장애인 무료차량 지원과 쌀 나누기 행사 등 장애인 단체와의 공조와 친목을 도모하고자 노력하면서 장애인단체에 대하여 시범사업의 실시목적 공유 및 대상자 참여 홍보 등 상호 역할 논의와 전반적인 의견을 수렴하고 협조를 구하는 등 적극적인 활동을 펼쳤다. 아울러 효율적인 수급자 지원방안을 논의하고 욕구 개선방안 모색과 지역사회 자원연계 방안을 설명하고 및 향후 진행계획을 논의하였다.

간담회는 초기 신청자가 저조하여 홍보와 업무 협조에 주력할 수밖에 없었으며, 홍보물 또한 노인장기요양 서비스를 적용하기 때문에 서비스 제공기관과 이용자용을 별도로 작성하여 활용하였다. 서비스 이용 기관은 센텀재가센터, 해운대장기요양센터, 미래방문요양센터 등 방문요양, 방문간호, 방문목욕 서비스를 종합적으로 실시하는 기관과 사랑샘재가요양센터와 같이 방문요양과 방문목욕을 실시하는 기관, 미소돌봄 장기요양센터과 같이 방문요양 서비스만 제공하는 기관 등이 서비스 제공기관으로 활동하였다.

지역 장애인 단체와의 간담회는 8차례에 걸쳐 이루어졌으며, 7월에 해운대 장애인협회와 간담회를 통하여 사업안내와 협조요청이 있었으며, 장애인협회와 사랑샘 자립생활센터와 지속적으로 간담회를 개최하였다. 건의사항으로는 수가가 장애인 장기요양에 비하여 높아 실제 서비스 시간이 축소되는 점에 대한 개선, 자부담 비율이 높아지는 것에 대한 대책, 목욕 서비스 등 장애인 맞춤형 서비스 제공 필요가 있었고, 피드백으로는 공감을 하나 전문기관이 해결할 문제는 아니므로 차후 시행을 위하여 상부에 보고하는 것으로 이루어졌다. 홍보의 공조와 역할 분담 등은 좋은 피드백의 결과라 볼 수 있다. 추가적 기타 연계 사업으로는 쌀 나누기 사업, 이미용 서비스 제공, 차량지원 등의 서비스가 이루어졌다.

이상을 평가 지표를 중심으로 간략히 요약하면 아래와 같다.

3. 서비스 정보 제공의 충분성

시범사업 지역 6개 지역은 큰 차별성을 보이지 않았다. 서비스 제공 기관의 안내는 전화, 리플릿 제작, 방문 안내 등 다양하게 이루어졌으며, 정보 역시 사업을 추진하는 데에 어려움이 없도록 충분히 이루어졌다.

다만, 자체 예산을 들여 리플릿을 칼라로 디자인을 정성들여 기획하여 인쇄하는 지역도 있었고, 기관, 연락처, 서비스 종류, 약도 등을 프린트하여 사용하는 정도의 차이를 보였다. 안내문은 서비스 제공 기관에 대한 안내문과 사업의 안내문이 별도로 이용 장애인에게 제공되었으며, 평가에서는 홍보물을 제공하였으면 모두 기본 점수를 부여하는 것으로 하였다.

4. 서비스 연계의 적절성

서비스 연계는 지역별로 차이를 보였다. 부산시 해운대구의 경우 노인장기요양 사업을 적용한 곳으로, 노인 장기요양 기관이 5개나 되어 연계망은 충분하였고, 적용에 있어서도 적절하였다. 전북 익산의 경우나 경기도 이천시의 경우는 중소도시형으로 활동보조 서비스의 기관이 한정되어 있고, 서비스 인프라도 부족한 상황에서 더욱 많은 노력이 필요하였다. 서비스 인프라가 전북 익산의 경우 방문간호 서비스가 잘 갖추어져 있고, 의료적 서비스 욕구가 강한 농촌형에 가까워 타지역보다 방문간호 서비스 실적이 높았다. 그 외 방문간호 서비스나 방문 목욕 서비스는 장애인 맞춤형으로 충분히 개발되지 못하였고, 기존 노인 서비스 기관을 이용하는 관계로 장애인에 대한 이해 부족과 목욕 차량 이용보다 가정 시설을 이용한 목욕 서비스 욕구가 강하였고, 서비스 수가의 상대적 가격차가 크므로 아직 충분하지 않은 서비스 제공량을 최대화하기 위하여 활동보조 서비스를 선호하는 것에 따라 해당 서비스 이용실적이 저조하였다.

연계를 위한 홍보의 시기의 적절성에서 서울시 서초구, 경기도 이천시, 전북 익산시의 전문기관은 이용 장애인에게 미리 안내를 하였으나, 제주도 서귀포시, 광주시 남구, 부산시 해운대구의 전문기관의 경우는 서비스 실시 전후에 서비스 제공 기관에 대한 정보를 안내함으로써 5점 만점을 한 단계 낮추어 평가하였다. 그리고 광주남구의 경우는 서비스 기관의 정보가 다소 불충분하여 이용자의 만족을 주기에는 다소 부족하다고 평가되었다.

5. 지역 장애인 단체와의 협력

지역 단체와의 협력은 별 차이를 보이지 않았다. 지역에 따라 서비스 제공 기관이 지역 장애인 단체이기도 하였고, 어떤 지역은 서비스 제공기관이나 이용자와의 간담회를 지역 장애인 단체와의 간담회로 간주하여 보고하였다. 지역 장애인 유형별 대표 단체와의 간담회는 광주남구가 가장 정확히 대상을 선정하여 실시한 것으로 나타났다. 그 외 지역은 서비스 기관이나 복지관 등을 단체로 간주하여 장애인 단체에 대한

의미를 잘 파악하지 못하고 있는 것으로 드러났다. 그러나 모든 지역에서 장애인들의 의견을 수렴하고자 최선을 다하였다. 장애인 행사에 참여한 것이나 후원 행사를 한 것 등을 간담회로 실적 보고한 경우도 있었으나 지역 장애인 단체와의 간담회를 하지 않고 대신한 것이 아니므로 이를 평가에 반영하지는 않았다.

6. 지역 장애인 단체 의견 피드백

지역 장애인 단체와의 간담회 후 의견개진에 대하여 얼마나 피드백이 이루어졌는가를 평가하는 것으로 광주 남구의 경우 매우 성실히 간담회를 가졌음에도 이 평가 항목의 자료로 이용 장애인의 사례를 요구사항 피드백을 자료로 제시하였다. 그리고 제주도 서귀포시나 부산시 해운대구의 경우도 피드백에 대한 정확한 기록이 되어 있지 않았다. 주로 간담회를 통하여 장애인 단체의 본 사업에 대한 홍보 협조와 공조 요청 등 관련전문기관의 요청이 많았고, 장애인 단체들은 여러 가지 불편함이나 제도적 보완을 해결할 수 있는 권한을 관련전문기관이 가지고 있지 않은 것이 사실이다. 사업의 지문 등 직접 사업과 연관된 의견보다는 경제적 어려움을 겪는 장애인의 현실에 대한 도움 요청으로 후원 사업이 이루어지거나, 장기요양 서비스가 아닌 기타 서비스 제공 요구 등 장애인 단체가 아직 사업의 이해를 잘 못하고 있거나 간담회가 성숙하지 못한 점도 있었고, 피드백 가능한 건의로 유도하는 운영상의 묘를 살리지 못한 전문 기관의 미성숙도 있었다. 간담회 내용은 기록이 있으나 피드백의 결과처리에 대한 기록이 없는 경우도 발견되었다.

7. 의뢰와 연계 검토과제

서비스 연계는 지역 사회의 서비스 제공 기관의 특성이 있었다. 부산시 해운대구의 경우 제2안 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함(안) 사업을 적용한 곳으로, 노인 장기요양 기관이 5개나 되어 연계망은 충분하였고, 적용에 있어서도 적절하였다.

전북 익산의 경우나 경기도 이천시의 경우는 중소도시형으로 활동보조 서비스의 기관이 한정되어 있고, 서비스 인프라도 부족한 상황에서 더욱 많은 노력이 필요하였다. 서비스 인프라가 전북 익산의 경우 방문간호 서비스가 잘 갖추어져 있고, 의료적

서비스 욕구가 강한 농촌형에 가까워 타지역보다 방문간호 서비스 실적이 높았다. 그 외 방문간호 서비스나 방문 목욕 서비스는 장애인 맞춤형으로 충분히 개발되지 못하였고, 기존 노인 서비스 기관을 이용하는 관계로 장애인에 대한 이해 부족과 목욕 차량 이용보다 가정 시설을 이용한 목욕 서비스 욕구가 강하였고, 이는 이용 수가의 상대적 가격차가 크므로 아직 충분하지 않은 서비스 제공량을 최대화하기 위하여 활동 보조 서비스를 선호하는 것에도 실적이 저조한 이유가 기인한다고 볼 수 있다.

지역 단체와의 협력은 큰 차이를 보이지 않았다. 지역에 따라 서비스 제공 기관이 지역 장애인 단체이기도 하였고, 또 어떤 지역은 서비스 제공기관이나 이용자와의 간담회를 지역 장애인 단체와의 간담회로 간주하여 보고하였다. 서비스 기관이나 복지관 등을 단체로 간주하여 장애인 단체에 대한 의미를 잘 파악하지 못하고 있는 것으로 드러났다. 그러나 모두 지역 장애인들의 의견을 수렴하고자 최선을 다했다고 본다.

제4절 모니터링

1. 모니터링 평가기준

모니터링 평가영역은 서비스 제공계획의 충실한 이해여부를 점검하고, 장기요양서비스가 목표에 맞게 제공되었는지를 평가하는 것이다. 아울러 서비스 제공과정에서 새로운 욕구가 발생하였는지를 확인하고 피드백이 되어 반영되었는지를 평가하였다.

평가항목은 3개 부문의 6가지 항목으로 구성되었다.

첫째 모니터링 실시부문은 4가지 항목으로

- ① 매월 모니터링을 실시하는가 여부의 항목이다. 평가배점은 1점으로 관련전문기관에서 월1회 이용자에 대하여 직접방문 면접, 또는 전화나 이메일을 통하여 모니터링을 실시하였는가를 보는 것이다. 시범사업기간 4개월 동안 월1회씩 총 4회 모니터링을 실시한 경우는 배점의 100%를 부여하고, 총4회 미만의 모니터링을 한 경우는 배점의 80%를 부여하였다. 모니터링 시행 여부의 확인은 모니터링 기록표를 통하여 확인하였다.
- ② 모니터링 결과분석보고서의 작성여부 항목이다. 평가배점은 1점으로 매월 실시

한 모니터링의 결과 분석보고서를 작성했는지를 파악하였다. 매월 1회씩 총 4회 동안 결과보고서가 작성되어 있으면 배점의 100%를 부여하고 4회 미만일 때는 배점의 80%를 부여하였다. 평가는 양식화된 모니터링 결과분석을 통해 충실히 기록한 것을 작성한 것으로 보았다.

③ 모니터링 이후 결과 활용에 대한 항목이다. 평가배점은 1점으로 이용자 5명의 기록카드를 무작위로 추출해 5명중 몇 명에게 모니터링의 결과를 활용했는가를 확인하여 모두에게 결과활용을 했다면 배점의 100%를 부여하고 결과를 적용하지 않은 인원이 있는 경우는 1인당 배점의 20%를 삭감했다. 관련전문기관은 모니터링 실시 이후에 서비스 제공기관에 피드백 여부를 기록하였는지를 확인하고 반영정도를 평가 하였다. 피드백 여부를 파악하기 위해 모니터링 기록표, 자체보고서, 서비스 제공기관에 대하 피드백을 실시한 관련서류를 통해 확인하였다.

④ 모니터링의 결과를 이용자에 대한 피드백 실시 여부의 항목이다. 배점은 1점이며 방식은 이용자 5명을 무작위 추출해 배점하는 것으로 앞의 ③번 방식과 동일하다. 다만 이 평가는 이용자의 욕구를 당사자에게 반영했는지를 사례관리 기록지를 통해 확인하였다.

둘째 부문은 이용자의 개별화일의 충실성에 관한 것으로 1개의 항목을 평가하였다. 배점은 3점으로 이용자 5명을 무작위로 추출해 이용자의 개별화일의 충실성을 보았다. 개별파일로는 장애인장기요양보장제도 시범 사업서비스 제공(변경)신청서, 개인정보의 제공 및 활용 동의서, 장애인장기요양 인정조사표, 표준장기요양이용계획서, 모니터링기록표 등을 점검하였다. 개별 파일 각각의 일치성과 정확성 그리고 적절한 조치와 기록의 충실성을 중심으로 평가하였다.

셋째 부문은 모니터링 양식 기록의 충실성으로 1개의 항목을 평가하였다. 배점은 3점으로 모니터링을 위해 작성하고 있는 이용자의 모니터링 기록표 내용이 어느 정도로 충실히 기록되었는지를 평가하였다. 모니터링 기록지에서 이용자의 일반특성, 서비스 모니터링, 이용자 욕구변화, 서비스 이용만족도, 서비스 종합계획, 서비스 욕구확대 희망분야, 기타 불편(특이)사항 및 추후계획 등을 살펴 충실하게 기록되었는지를 평가했다.

2. 지역별 현황

가. 모니터링 실시와 결과 분석보고서 작성 여부

보건복지부의 장애인장기요양 시범사업 지침에는 이용자에 대해서 월1회씩 정기적으로 방문 면접 또는 전화나 이메일을 통해 모니터링을 실시하도록 하였다. 지침대로 6개의 시범사업 실시기관 모두 월1회 이상 정기적인 모니터링을 실시한 것으로 나타났다. 모니터링 방법은 주로 직접방문이나 유선을 통한 모니터링을 병행하여 실시하였다. 매월 정기적인 모니터링에서는 일상적인 서비스에 대한 만족과 불편사항 등을 점검하였고 특이사항이나 추가적인 욕구가 있을 때는 수시로 모니터링이 이뤄졌다.

〈표 3-2〉 지역별 모니터링 결과

(단위 : 횟수)

지역	9월		10월		11월		12월	
	대상자	처리	대상자	처리	대상자	처리	대상자	처리
서초	125	125	116	116	114	114	110	110
익산	96	96	91	91	91	91	88	88
이천	54	54	47	47	49	49	51	51
광주	105	105	101	101	99	99	99	99
제주	81	77	81	81	80	80	80	80
해운대	56	110	42	97	41	78	39	68

모니터링은 모니터링 기록표의 내용을 중심으로 실시되었으며, 모니터링 방법은 대부분의 시범사업기관들이 직접방문보다는 유선을 통한 모니터링을 한 경우가 더 많았다. 다만 노인장기요양보험제도에 장애인 포함 방안(2안) 시범지역인 부산 해운대 경우는 직접 방문의 횟수가 더 많았으며 아울러 수시 상담도 진행하였다. 이는 이미 정착된 노인장기요양서비스 제공의 연장선에서 시범사업을 하기에 원활한 모니터링이 가능한 것으로 해석된다. 모니터링 실시 여부의 평가 항목에서는 실시기관 간의 차이를 보이지 않고 지침 기준에 맞게 처리된 것으로 평가했다. 시범기관별 모

니터링 실시 결과는 〈표 3-2〉와 같다.

모니터링 결과 분석 보고서는 모든 실시기관이 매월 정기적으로 보고하였으며 결과 분석도 비교적 잘 정리되어 있었다. 모니터링 기록표를 중심으로 분석하되 특이사항을 정리하였다. 주로 분석한 결과는 모니터링 대상자 현황과 모니터링 방법을 비롯한 기본적 분석부터 활동보조서비스(방문요양), 방문간호, 방문목욕 등의 서비스별 분석이 포함되었다. 서비스별 결과분석은 공통적으로 계획된 서비스의 일치여부, 바우처카드의 이용자 소지여부와 결제여부 등을 비롯해 활동보조인 일치여부, 간호사 일치여부 등이 분석되어 결과보고 되었다. 또한 이용자의 욕구변화, 서비스 이용만족도, 불편(특이)사항 및 추후계획 등도 분석되었다. 특히 매월 실시한 이용자 서비스 만족도는 모든 실시기관에서 시간이 지남에 따라 높아지는 경향이 공통적으로 나타났다. 국민연금공단과 국민건강보험공단에서 각각 산하의 실시기관에서 보고한 모니터링 결과 분석보고서를 취합하여 보건복지부에 보고한 내용은 서로 다른 양식으로 보고하였다. 두 공단이 분석한 결과보고서의 충실성은 양식이 다른 만큼 보는 사람의 관점에 따라 달리 평가할 수 있지만, 결과 분석보고서 작성여부는 두 기관이 모두 실시한 것으로 평가하였다.

나. 서비스 제공기관에 대한 피드백 여부

관련전문기관(국민건강보험공단, 국민연금공단)이 모니터링을 실시한 결과, 즉 이용자의 욕구사항을 서비스 제공기관에 피드백을 하고 있는지를 보았다. 실시기관들이 이용자의 모니터링 결과를 서비스 제공기관에게 수시로 전달하는 방법과 아울러 주로 정기적이거나 비정기적인 간담회를 통해 피드백하는 방식을 병행하고 있었다. 간담회의 참석자들은 활동보조인 제공기관, 방문간호서비스 제공기관, 방문목욕서비스 제공기관 등이 주 대상이다. 이외에도 지역 사·군구청의 공무원 등도 참석하였고, 필요한 경우 지역의 전문가나 이용자를 초청하여 자문을 받는 방식도 있었다. 또한 서비스 제공기관의 실무자들을 상대로 교육을 통해 이용자의 욕구를 반영하고 모니터링에서 나타난 시정사항을 전달하기도 했다.

간담회는 대부분 시범사업 실시기관의 회의실에서 이뤄졌고, 익산시의 경우는 방문간호

나 방문목욕 서비스가 시행되는 현장 즉 이용자의 자택에서 현장 간담회가 2번 이뤄졌다.

피드백은 개인별 모니터링의 피드백보다는 전반적인 서비스 제공과정에서 나타난 문제점을 논의하는 형식으로 대부분 진행되었으며 서비스 종결 시점에서 서비스 제공기관과의 간담회를 통해 피드백을 주기도 했다. 주로 서비스 제공과 관련한 협조와 피드백의 내용에 대한 공지사항을 전달하는 방식으로 진행하였다.

서비스 제공기관에 피드백을 준 주요 내용으로는 서초구의 경우는 서비스 미이용자(서비스 연계되지 않음)가 생겼을 때 활동보조 서비스 제공기관에 대한 피드백이 이뤄졌다. 서비스 미이용자가 생기는 경우는 다른 실시기관에서도 다수가 나타났으며 주로 이용자가 활동보조인을 거부하는 경우(신종플루의 감염위험, 활동보조인이 마음에 들지 않아서 등)와 활동보조인이 이용자를 거부하는 경우(단시간 이용자, 예고 없이 활동보조를 취소하여, 원하는 시간이 맞지 않아서 등)가 있었다. 반면에 이용자의 욕구에 맞춘 활동보조인을 연계해주려 노력한 사례 등(예를 들면 시각장애인이 컴퓨터 사용을 희망하여 컴퓨터를 교육할 활동보조인 소개)도 있었다. 피드백 내용 중 또 많은 사례는 활동보조인이 바우처를 소지하고 있는 경우였다. 이용자가 소지하고 이용자가 주체적으로 결제해야할 바우처를 활동보조인이 소지하거나 서비스 제공기관에서 보관하고 있어 계획과 일치하지 않는 서비스가 제공되고 이용자의 권리가 보전되지 않는 사례였다.

다. 이용자에 대한 피드백 여부

모니터링의 중요한 목적이 이용자의 욕구를 서비스에 반영하기 위한 것이기에 이용자의 욕구를 피드백 했는지 여부는 어느 항목보다 유심히 살폈다. 가장 먼저 중점을 둔 것은 서비스 제공계획과 장기요양서비스 목표에 부합한 서비스를 제공했는지 여부를 확인하였다. 인정조사표의 충실성을 보고 이를 통해 이용자의 욕구가 반영된 표준장기요양이용계획서와 제공된 서비스의 일치여부를 보았다. 노인장기요양에 포함해 서비스를 제공한 해운대지사의 방문요양을 비롯해 모든 실시기관에서 이용자들은 활동보조서비스를 대부분 신청하였다. 인천지사 등 일부 기관에서 방문목욕을 신청했다가 활동보조서비스로 바꾼 사례가 있지만 모두가 장기요양서비스계획과 제공

된 서비스가 대부분 일치하였다. 방문목욕을 신청했다가 활동보조서비스로 바꾼 이유는 활동보조서비스 단가에 비해 방문목욕서비스 단가가 높아 포기한 경우가 있었다. 이외에도 이용자가 목욕차량 대신 집안에 있는 목욕시설을 이용한 서비스 희망하였으나 서비스제공기관의 사정으로 계약이 이뤄지지 않은 경우, 다른 사람에게서 목욕서비스를 받은 경험이 없는 이용자가 신청 후 마음을 바꾼 경우 등이다. 활동보조서비스 외의 방문간호, 방문목욕 등의 서비스 단가차이는 활동보조서비스 단가와 의 차이의 적절성을 고려하여 책정하여야 할 과제로 남아있다. 또한 차량을 이용한 목욕서비스 외에 다양한 서비스 형태가 필요한 것으로 나타났다. 그러나 계획된 서비스와 제공된 서비스는 대부분 문제없이 일치하는 것으로 나타났지만 이번 시범사업에서는 활동보조서비스 외에 선택하기 어려운 현실도 살펴보아야 할 것이다.

다음은 모니터링 과정에서 나타난 이용자 욕구에 대한 피드백 처리여부를 확인하였다. 이용자의 욕구는 개인별로 다양하게 나타나 개별적으로 처리가 가능한 것도 있지만 제도 개선을 요구하는 것도 있었다. 현장에서 이용자들이 요구한 제도 개선 요구 사항을 요약하면 다음과 같으며 향후 제도 설계에 반영을 고려해 볼 필요가 있다.

첫째, 서비스 시간 및 급여종류 확대 요구이다. 가족이나 보호자가 없는 독거장애인의 경우 현재의 활동보조 시간으로는 서비스가 부족한 실정으로 서비스 시간의 확대를 요구하였다. 또한 보호자나 가족들이 출장 갔거나 건강상태의 악화 등으로 공백이 생기는 경우 이용가능한 주야간보호, 단기보호 등의 새로운 급여종류의 확대가 필요하다는 것이다

둘째, 방문목욕서비스 단가 조정이다. 방문목욕 서비스에 대한 이용 만족도는 높으나 활동보조서비스에 비해 상대적으로 높은 서비스 단가로 활동보조서비스 서비스 시간이 줄어들어 선호하지 않았다. 그러나 방문목욕 서비스의 이용률은 낮으나 서비스에 대한 만족도는 높아 향후 서비스 단가를 조정하는 제도 보완이 필요하다.

셋째, 만 65세 이상 장애인 활동보조 서비스이용에 대한 선택권 부여이다. 활동보조서비스를 이용하고 있는 장애인중 만 65세가 되면 활동보조서비스를 받을 수 없게 되는 것에 대한 지속적인 개선 검토 요구가 있다.

개인별로 나타난 욕구 중 다수의 욕구를 영역별로 분류하면,

첫째, 보장구에 대한 지원이다. 전동휠체어, 수동휠체어 등 고가의 보장구의 내구

연한의 단축, 구입비의 자부담 축소, 장애의 개별 특성에 맞는 맞춤형 재활동보조조기구 지원, 또는 보장구 지원제도의 정보 부족 등이 주 내용이었다.

둘째, 의료·직업·사회재활의 지원이다. 활동보조서비스 외에 물리치료 등 별도의 의료재활을 위한 지원요구가 많았다. 대부분 중증장애인인 이용자들이 활용할 지역의 의료재활서비스가 부족하며 개인들이 서비스를 연계하기도 쉽지 않은 것으로 나타났다. 일 할 수 있는 중증장애인의 경우는 직업알선에 대한 욕구가 있었으며, 활동보조서비스를 통해 가사도우미 수준의 활용이 아닌 사회참여 프로그램에 대한 욕구도 있었다.

셋째, 주야간·단기보호시설 등 시설 확충이다. 중증 장애인들은 활동보조서비스의 시간만으로 가족의 부담을 줄이는데 한계가 있어 주야간 단기보호시설의 이용을 바라는 것으로 나타났다. 또한 생활시설입소를 원하는 경우도 있어 현재의 요양이나 활동보조의 서비스지원 만으로는 가정 내 중증장애인의 일상지원이 부족해 시설 이용을 바라는 것으로 파악되었다.

넷째, 활동보조인에 대한 불만이다. 가장 많은 욕구가 있었던 항목이다. 활동보조인에 대해서는 이용자가 원하는 시간에 지원할 활동보조인이 없어 시간이 맞지 않는 경우가 많이 나타났다. 이 중에는 개인성향이나 지역적 특성(오지로 교통이 불편함)으로 활동보조인이 이용자에게 서비스 제공을 꺼리는 경우가 있었다. 서비스 제공시간을 초과 인정해 주기를 요구하는 활동보조인도 있다. 컴퓨터 교육 등 이용자가 원하는 전문분야의 능력을 보유한 활동보조인을 원하는 경우도 있다.

이 외에도 아·미용서비스를 필요로 하는 경우도 많이 나타났으며 학령기 아동을 둔 부모의 경우는 방문학습 등을 원하는 경우도 있었다. 실시기관들은 모니터링에서 나타난 개별적인 욕구들 중 조치 가능한 것은 피드백을 통해 해결될 수 있도록 노력하였다. 정보가 부재하여 보장구 등을 신청하지 못한 경우는 이를 조치하였고 지역사회 장애인복지관, 보건소 등에 서비스를 연계한 사례들도 파악되었다.

라. 개별파일 기록의 충실성

장애인장기요양 모니터링을 위해 작성하고 있는 이용자의 개별파일은 장애인장기

요양보장제도 시범사업서비스제공 신청서, 개인정보의 제공 및 활용동의서, 장애인장기요양인정조사표, 표준장기요양이용계획서, 모니터링 기록지 등이다. 평가에서 개별 파일 각각의 기록들이 연계성과 일관성을 갖고 작성되었는지를 살폈다. 개인별로 파일을 작성하여 기록 보관하고 있었으며 기록지 대부분은 공란과 무응답 없이 성실히 기재되어 있었다. 우선 시범사업 참여를 위해 참여자 전원 신청서를 접수받았고 이후 초기면접지에는 개인 식별정보 및 이용자의 관리, 자격관리 등에 대한 참여자의 서류가 첨부되어 있었다. 장애인장기요양 인정조사표에는 기능평가 부분과 욕구조사 부분이 비교적 세밀히 작성되었다. 개인의 기능상태, 욕구 등 서비스 필요도를 고려하여 특성에 맞게 표준장기요양이용계획서를 작성하였고 매달 실시한 모니터링 기록지에도 서비스 제공계획의 충실성 이행 및 추가 욕구 등을 파악해 기록되어 있었다.

그러나 광주 남구에서는 판정은 3등급을 받았는데 1등급으로 기록되었으며 판정은 시각으로 받고 청각으로 기재되어 있었다. 이는 중복장애의 경우 주장애를 기록하는데 판단의 착오로 보인다. 또한 정보가 불충분하여 욕구조사 등에 충분한 기록이 남지 않은 예도 있었다. 서귀포에서도 일부에서 표준장기요양이용계획서와 실제 서비스내용이 다른데 어디에도 변경된 사유를 알 수 있게 기재된 것이 없는 것도 있었다. 모니터링에서 욕구조사의 내용이 비교적 상세하고 조치한 내용도 적절하고 빠짐없이 기록한 것은 해운대가 가장 돋보였다. 이는 다른 시범지역과는 다르게 노인장기요양사업의 연장차원에서 시범사업을 실시한 일관된 업무였기 때문으로 판단되었다. 이천은 개별파일 기록들의 정보와 욕구조치에 대한 내용 등이 부족한 것으로 나타났다. 특히 모니터링에는 매월 같은 내용이 중복되어 기록되고 다른 사람의 기록에도 동일한 내용들이 기재되어 있던 점이 지적되었다.

마. 모니터링 양식 기록의 충실성

이용자 개개인의 모니터링 결과를 기록하는 ‘모니터링 기록표’에 기록된 내용의 충실성 여부를 평가하였다. 모니터링 기록표는 이용자의 일반특성, 서비스 모니터링, 이용자 욕구변화, 서비스 이용만족도, 서비스 종합계획, 서비스 욕구확대 희망분야, 기타 불편(특이)사항 및 추후계획 등으로 구성되어 있으며 이들 항목의 충실성과

상호 연관성 및 일관성을 살폈다. 앞의 항목과 마찬가지로 전체 이용자의 기록표를 보기엔 한계가 있어 무작위표본추출방식으로 5개를 선정하여 평가하는 방식으로 진행 하였다.

평가결과 전체 실시기관에 비치된 개별 모니터링 기록표는 대체로 성실히 기록되어 있었다. 먼저 상담자와 상담시간, 상담유형 등은 성실히 기재되어 있었다. 유선을 이용하여 모니터링한 경우 이용자 본인과의 통화가 어려운 경우 대리응답한 사람도 빠짐없이 기록되었다. 모든 실시기관들은 이용자의 일반특성, 서비스 모니터링 등의 항목은 체크하는 형식으로 빈칸 없이 상세히 체크되어 있었다. 이용자 욕구변화 항목에서 이용자의 기능상태 변화는 대부분 ‘유지’로 체크되어 있었으며 다음으로 ‘호전’에 많이 체크되었다. 호전된 이유로 구체적인 이유를 기술하지 않은 것도 있어 주관적으로 판단한 것이 아닌가하는 의구심도 들었다. 호전된 이유로는 대체로 서비스에 대한 만족과 담당자 또는 활동보조인과의 교류시간이 늘어나면서 활동이 늘어나고 대화가 많아지면서 활기를 찾았다고 기술한 것이 설득력을 주었다.

그러나 기록의 충실성을 기하고 서비스 질을 높이기 위해서는 일부 개선할 점도 눈에 띄었다. 우선 모니터링에 대한 체계적인 교육이 부족한 것으로 나타났다. 모니터링의 목적이 무엇인지 이해가 부족한 것도 눈에 띄었고, 모니터링과정에서 나타난 문제는 어떻게 처리해야 하는지 구체적인 지침도 없었다. 또한 반복되는 사례에 대해서도 일관된 조치가 미흡했다. 이는 모니터링 기록표에 나타난 항목을 체크하거나 기술하는 것으로 모니터링을 대신하고 있다는 것이다. 국민연금공단의 경우는 미흡하지만 모니터링 양식에 기록하는 방법에 대한 간단한 지침을 마련하고 있었다. 예를 들면 모니터링 양식을 기록할 때는 각항목별 문항에 대해 정확한 내용을 충실하게 기록하고 공란, 무응답 없이 기록하라는 원론적인 내용이다. 항목별로 일반적인 내용으로 설명하고 있지만 미흡한 것이 사실이다. 이는 국민연금공단을 포함해 국민건강보험공단의 실시기관에서 공통적으로 나타나 모니터링 기록표의 활용성이 떨어지는 것으로 보인다. 매월 서비스를 제공한 금액, 시간 등 숫자는 정확히 기록되었지만 서비스에 대한 모니터링에서는 이용자의 만족도와 서비스에 따른 변화나 현장에서의 개선점을 파악하는 데는 제한적인 것으로 나타났다.

예를 들면 기술하는 항목은 실시기관 별로 각각 기술방식이 다르고 활용하는 방

법도 달랐다. 또한 한 기관 내에서도 사례에 따라 일관성이 없게 기술한 것이 눈에 띄었다. 기술한 일부내용은 사례마다 같아 차별성이 없었다. 특정인에 대한 매월 모니터링에 계속 동일한 내용으로 기재한 것도 있다. 특히 개선될 점은 불편사항을 기재하고도 이에 대한 조치사항이 없거나 추후계획에도 기록되지 않아 불편사항을 어떻게 처리했는지 알 수가 없었다는 것이다.

모니터링 기록표에 나타난 항목은 어떤 목적으로 시행하는지를 알 수 있지만 구체적인 지침이 없어 통계로 나타낼 부분(예를 들면 서비스만족도)의 질문내용과 질문시기 등이 없어 체크한 부분의 신뢰를 갖기 어려웠다. 기술하는 항목은 어떤 부분을 주요하게 보고 질문하거나 살펴야 하는지의 지침이 없어 대화 내용이나 현재의 상태정도가 기재되어 있는 것도 많았다.

향후에는 모니터링 기록표를 보완하여 양적통계로 나타낼 부분과 개인의 의견을 기술하는 부분을 구별하여 정확한 지침으로 통일되고 일관되게 기록되어 모니터링의 활용도를 높일 필요가 있다. 물론 규격화 되지 않은 이용자개인의 욕구에 대해서도 기록하며 이때는 이의 처리과정을 단순한 기재만이 아닌 체계화된 보고와 처리과정을 규정화할 필요가 있다.

3. 모니터링 검토 과제

모니터링결과 마·미용서비스를 필요로 하는 경우도 많이 나타났으며 학령기 아동을 둔 부모의 경우는 방문학습 등을 원하는 경우도 있었다. 실시기관들은 모니터링에서 나타난 개별적인 욕구 중 조치 가능한 것은 피드백을 통해 해결될 수 있도록 노력하였다. 정보가 부재하여 보장구 등을 신청하지 못한 경우는 이를 조치하였고 지역사회 장애인복지관, 보건소 등에 서비스를 연계한 사례들도 파악되었다.

기록의 충실성을 기하고 서비스 질을 높이기 위해서는 일부 개선할 점도 눈에 띄었다. 우선 모니터링에 대한 체계적인 교육이 부족한 것으로 나타났다. 모니터링의 목적이 무엇인지 이해가 부족한 것도 눈에 띄었고, 모니터링과정에서 나타난 문제는 어떻게 처리해야 하는지 구체적인 지침도 없었다. 또한 반복되는 사례에 대해서도 일관된 조치가 미흡했다. 향후에는 모니터링 기록표를 보완하여 양적통계로 나타낼

부분과 개인의 의견을 기술하는 부분을 구별하여 정확한 지침으로 통일되고 일관되게 기록되어 모니터링의 활용도를 높일 필요가 있다. 물론 규격화 되지 않은 이용자 개인의 욕구에 대해서도 기록하며 이때는 이의 처리과정을 단순한 기재만이 아닌 체계화된 보고와 처리과정을 규정화할 필요가 있다.

제5절 조직 및 운영

1. 조직 및 운영 평가기준

장애인 장기요양보장제도 시범사업의 안정적이고 성공적인 제도 도입을 위해서는 수행 조직 및 운영이 체계적이고 안정적이며 장애인에 대한 서비스 조직이 구성되어 있어야 한다. 이러한 의미에서 조직 및 운영 상황을 검토하는 것은 시범사업 추진성과의 주요한 요소가 된다고 할 수 있다. 조직 및 운영을 평가하기 위해서, 조직구조, 인력운용 및 사업예산에 대해 분석하였는데, 이 3가지는 수행 주체의 역량을 가늠할 수 있는 주요 지표가 되기 때문이다. 이 3가지 영역에 대한 평가기준을 다음과 같이 설정하여 검토를 진행하였다.

첫째, 시범사업의 운영주체의 조직구조가 장애인장기요양보장제도에 적합하게 조직되었느냐 하는 점이다. 이를 위해 공단의 조직 구조를 본부와 지사를 구분하여 조직체계가 장애인장기요양보장제도를 적합하게 운영할 수 있도록 조직화되었느냐에 초점을 두었다.

둘째, 인력운용에 관한 사항이다. 장애인장기요양보장제도의 성패는 결국 제도를 운영하는 인력의 구성 및 전문성에 상당부분 의존할 수밖에 없다. 특히, 장애인의 사회참여 욕구 특성상 장애인장기요양보장제도가 장애인에 대한 요양서비스 뿐만 아니라 사회활동 참여 등을 지원할 수 있는 역량이 필요하고 이러한 역량을 갖추는데 있어서 인력은 가장 중요한 요소 중의 하나라고 할 수 있다. 따라서 시범사업 참여 인력의 구성 및 전문성에 대하여 검토를 진행하였다.

셋째, 사업예산에 관한 사항이다. 조직체계가 잘 갖추어져 있고 인력운영에서의 전문성이 담보되었다 하더라도 이를 뒷받침할 적정한 예산이 수반되지 않으면 제도의 도입은 난관에 부딪힐 수밖에 없을 것이다. 다만, 이번 장애인장기요양보장제도

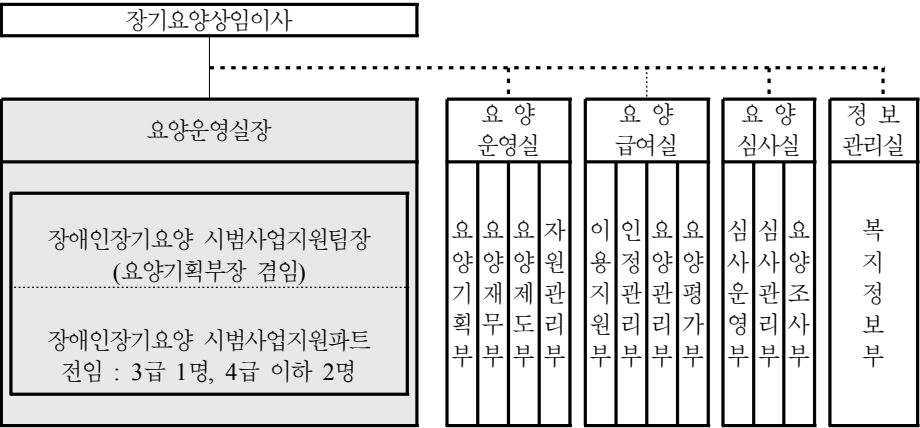
는 국가의 예산을 보조받아 사업을 수행하여 예산편성에서 사업 수행주체가 개입할 여지가 적었다는 특징이 있고 그러한 점에서 예산에 대한 평가는 큰 의미를 두기 어려운 측면이 있다. 이러한 특성 때문에 예산의 규모보다는 주어진 예산 하에서 세 부적으로 예산이 어떻게 집행되었는지에 대해 분석을 진행하였다.

2. 조직구조

국민건강보험공단과 국민연금공단 모두 장애인 장기요양보장제도의 시범사업을 위해 별도의 T/F팀을 구성하여 운영하였다.

먼저 국민건강보험공단의 조직구조를 보면 장기요양을 담당하는 장기요양상임이사
사가 있고 상임이사 밑에 요양운영실, 요양급여실, 요양심사실을 운영하고 있는데
이 조직은 기존의 노인장기요양제도를 운영하기 위한 조직이다. 국민건강보험공단은
장애인장기요양보장을 위해 조직을 만들었는데, 장기요양상임이사의 관할아래 장애
인장기요양 시범사업지원팀장(요양기획부장 겸임)을 두고 그 아래에 장애인장기요양
시범사업지원파트를 두는 것으로 구성하였다.

[그림 3-1] 국민건강보험공단 장애인장기요양 시범 사업 지원 팀(T/F팀)

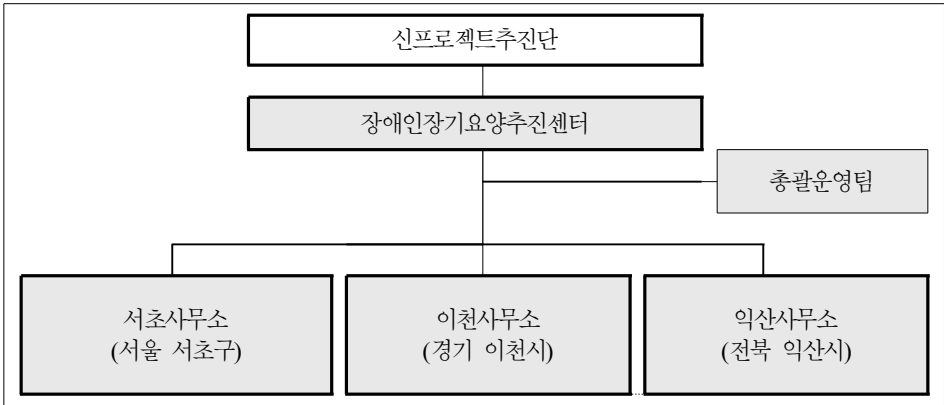


국민건강보험공단의 지사는 노인장기요양을 운영하는 기존의 노인장기요양보험센
터에서 장애인장기요양을 주로 담당하면서 관련부서와의 협조체계를 유지하는 것으

로 조직화되어 있다. 이러한 조직구조는 장애인장기요양보장제도가 시범사업으로 운영되었고 국민건강보험공단의 경우 이미 노인장기요양제도를 운영하고 있어, 기존의 조직을 최대한 활용한 조직구조 형태라고 볼 수 있다.

국민연금공단의 경우는 장애인복지업무를 총괄하는 본부부서로 신프로젝트추진단을 설치하고 추진단의 하부조직으로 장애인장기요양추진센터를 두었다. 신프로젝트 추진단의 주요 업무내용은 ‘장애인복지인프라 개편 시범사업’, ‘장애기초연금 도입지원’, ‘장애인생활설계서비스 추진’ 등을 맡고 있어 장애인과 관련된 주요 사업을 추진하는 T/F팀이라고 할 수 있다. ‘장애인 장기요양추진센터’는 하부조직으로 총괄운영팀을 두고, 시범사업을 진행하는 3개 지사와 연관성을 맺으면서 시범사업을 진행하였다.

[그림 3-2] 국민연금공단 장애인장기요양 시범사업지원팀(T/F팀)



국민연금공단의 업무분장내용을 보면 ‘장애인장기요양추진센터’의 총괄운영팀은 등급결정에 지원기준 마련 및 지역사무소 지원 등 총괄업무를 수행하였고, 지역사무소는 서비스 신청 접수, 신청자 방문조사 등 시범사업과 관련된 실제적인 업무를 수행하였다. 이를 표로 정리하면 아래와 같다.

〈표 3-3〉 업무분장내역

부 서		주 요 업 무
장애인장기요양추진센터	총괄 운영팀	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 지역 사무소 지원 ▫ 등급결정에 대한 적용기준 마련 ▫ ‘장기요양 서비스 이의신청위원회’ 구성·운영 ▫ 복지부 등 대외협력 및 지원
	지역 사무소	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 서비스 신청 접수지원 ▫ 신청자 방문조사 ▫ 신청자 평가·관정 실시 ▫ 이용지원업무·서비스모니터링 및 질 평가 ▫ 시범사업지역 지자체와의 협력 등

국민연금공단의 경우 노인장기요양제도를 운영하는 국민건강보험공단과 달리 별도로 장애인장기요양보장제도를 운영할 유사한 조직이 없으므로, T/F팀인 장애인장기요양센터에서 시범사업 업무를 전담하여 운영하는 체계를 구축하고 있는 것이 국민건강보험공단과 다른 특성이라고 볼 수 있다.

양 공단 공히 본사 및 지사의 추진체계가 안정적으로 작동하고 있었으며 전국적인 지사망을 갖추어 향후 장애인장기요양보장제도가 본사업으로 진행되어 전국적으로 통일적인 사업으로 시행되더라도 큰 혼란 없이 운영할 수 있는 역량을 갖추었다고 평가할 수 있다. 다만, 국민건강보험공단의 경우 노인장기요양제도에 대한 사업 운용으로 축적된 노하우의 강점이 돋보일 수 있는 반면에 이러한 경험이 자칫 장애인에 대한 사회활동참여라는 특성을 간과할 우려가 있다는 점이 지적될 수 있었고, 반면에 국민연금공단의 경우 장기요양제도에 대한 노하우가 부족하지만 장애인에 대한 다양한 시범사업을 수행하여 장애인의 특성을 보다 더 반영하는 조직이 될 수 있다는 점이 강점으로 부각될 수 있었다.

3. 인력운용

국민건강보험공단의 경우 장애인장기요양 시범사업지원팀의 인력과 시범사업을 진행한 각 3개 지사의 인력을 살펴본 결과, 21명의 인력이 투입되었다. 본사의 경우 1팀으로 구성된 4명의 인력이 투입되었는데, 아래표에서 각 인력의 구성 및 업무내용을 보여주고 있다.

〈표 3-4〉 국민건강보험공단 시범사업지원팀 인력

직 급	업무분장	비 고
2급	- 시범사업 업무 총괄	1명(겸임)
3급	- 시범사업 실무 총괄	1명(전임)
4급이하	- 시범사업 세부예산 수립 - 홍보 및 통계 관리 - 시범사업 재정관리(위탁금 배정, 정산 등) - 시범사업 실적보고 - 시범사업관련 지자체와 업무협의 및 연계	1명(전임)
	- 정보시스템 보완 - 장기요양관리요원 교육 - 시범사업 업무처리절차 및 지침개발 - 서비스 모니터링 및 질관리 업무 - 이의신청 및 민원총괄	1명(전임)

시범사업을 수행한 각 지사의 인력을 보면, 광주 동부지사는 7명, 서귀포지사와 해운대지사는 각 5명씩의 인력이 시범사업 업무를 수행하였다. 이 중 광주동부지사의 인력 7명은 전원이 사회복지사 자격증을, 서귀포지사의 경우는 5명 중 4명이 사회복지사를, 해운대지사의 경우 5명 중 4명이 사회복지사, 간호사, 작업치료사 자격증을 소지하고 있어 전문성이 있는 인력이 시범사업에 참여했다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-5〉 국민건강보험공단 지사별 인력현황

지사	합계	실무총괄	전담	계약직	파견근무
광주동부지사	7	1	1	1	4
서귀포지사	5	1	1	1	2
해운대지사	5	1	1	1	2

아울러 각 지사의 사업의지 및 사업수행능력을 간접적으로 측정할 있는 자체인력 투입률²⁾을 살펴본 결과, 광주 동부지사의 경우 76.2%, 서귀포지사 79.2%, 해운대지사 73.7%로 상당히 높은 수준의 자체인력 투입률을 보였다. 현장평가에서 자체인력투입률이 30%이상일 경우, 부여된 배점인 3점 만점을 부여하기로 하였는데 3개

2) $\frac{\text{자체 투입 인력(월)}}{\text{정부 지원 인력(월)+자체 투입인력(월)}} \times 100 = \%$

지사 모두 높은 자체인력 투입률을 보여 만점을 부여하였다.

국민연금공단의 경우에도 국국민건강보험공단과 마찬가지로 장애인장기요양 시범 사업을 위해 총 21명의 인력이 투입되었다. 본사의 경우 5명의 인력이 별도로 투입 되어 운용되었으며, 서초사무소에 6명, 이천사무소에 4명, 익산사무소에 6명의 인력 이 운용된 것으로 나타났다. 아울러 각 지사에 근무하는 인력은 사회복지사 혹은 간 호사의 자격을 모두 갖추고 있는 전문가로 충원하여 높은 전문성을 갖춘 인력이 사 업에 참여했다고 평가할 수 있다.

〈표 3-6〉 국민연금공단 사무소 인력운영 현황

구 분	계	서초사무소	이천사무소	익산사무소
계	16명	6명	4명	6명
정규직 (사회복지사)	8명	▫ 3급 1명 ▫ 4급이하 2명	▫ 3급 1명 ▫ 4급이하 1명	▫ 3급 1명 ▫ 4급이하 2명
계약직 (간호사)	8명	▫ 간호사 3명	▫ 간호사 2명	▫ 간호사 3명

국민연금공단의 경우에도, 사업의지 및 사업수행능력을 간접적으로 측정할 있는 자체인력투입률 살펴본 결과, 서초사무소 61.9%, 이천사무소 61.9%, 익산사무소 50%로 높은 수준의 자체인력 투입률을 보였다. 자체인력투입률이 30%이상일 경우 만점이 부여하기로 하였으므로 3개 지사 모두에게 만점을 부여하였다.

4. 사업예산

시범사업을 위한 예산의 경우 보건복지부에서 편성하여 교부금형태로 양 공단에 예산을 지원하여 운영하였으므로, 예산의 경우 양 공단의 노력이 투입되었다기 보다 는 이미 정해져 있는 변수라고 볼 수 있어 예산규모로 사업을 평가하는 것을 적절 하지 않다고 볼 수 있다. 다만, 주어진 예산이 어떻게 집행되었는지를 파악하는 것 은 시범사업 운영의 적절성을 평가하는데 있어 중요 요소가 될 수 있으므로 이에 초점을 맞추어 검토를 해보았다.

국민건강보험공단은 시범사업을 위해 총 275백만원의 교부금을 지급받아 216백

만원을 집행하였고 나머지 잔액은 59백만원인 것으로 나타났다. 광주동부지사의 경우 23백만원의 교부금중 16백만원을, 서귀포지사의 경우 20백만원 중 14백만원을 집행하였고, 해운대지사의 경우 232백만원을 교부받아 185백만원을 집행하였다. 해운대지사가 타 지사에 비하여 월등히 많은 교부금을 지원받은 이유는 관리운영방식의 차이로 인한 것이었다. 즉, 2안 모형에 대한 시범사업을 운영하는 해운대지사의 경우에는 사업비를 직접 받아 운영을 한데 비하여, 1안 모형을 운영하는 다른 지역의 경우에는 사업비를 한국사회서비스관리원에 위탁하였기 때문에 교부금의 차이가 발생한 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 국민건강보험공단 예산 현황

(단위 : 원)

구분	교부금	집행내역	집행잔액 (정산액)	비 고
총계	275,000,000	216,016,710	58,983,290	
광주남구	23,000,000	16,331,700	6,668,300	광주동부지사
서귀포	20,000,000	14,737,540	5,262,460	
해운대	232,000,000	184,947,470	47,052,530	

※ 교부금 : 275,000,000원(관리운영비 65,000,000원, 사업비 210,000,000원)

※ 집행액 : 216,016,710원(관리운영비 46,204,220원, 사업비 169,812,490원)

※ 잔 액 : 58,983,290원(관리운영비 18,795,780원, 사업비 40,187,510원)

지사마다 약간씩의 차이는 있지만 집행된 예산의 주요 항목은 계약직 인건비, 국내여비, 등급판정위원회 수당으로 분석되어 집행상의 커다란 문제점은 보이지 않았다.

〈표 3-8〉 국민건강보험공단 예산 집행 세부 현황

구분	교부금	집행 세부내역	집행잔액 (정산액)	비 고
광주 남구 (광주동 부지사)	23,000,000 (관리운영비)	○ 계 : 16,331,700 (관리운영비 소계 : 16,203,520) - 국내여비 : 4,816,660 - 등판수당 : 2,025,000 - 회의비 : 1,244,000 - 일반수용비 : 235,000 - 공공요금 : 548,230 - 계약직인건비 : 7,305,960 - 기타운영비 : 28,670 (사업비 : 128,180)	○ 계 : 6,668,300 - 관리운영 : 6,796,480 - 사업비 : (-128,180)	사업비 본부예산집행 →방문간 호지시 서비스용
서귀포	20,000,000 (관리운영비)	○ 계 : 14,737,540 (관리운영비 소계 : 14,725,300) - 국내여비 : 3,634,940 - 등판수당 : 1,425,000 - 회의비 : 1,223,900 - 일반수용비 : 200,000 - 공공요금 : 666,410 - 계약직인건비 : 7,546,380 - 기타운영비 : 28,670 (사업비 : 12,240)	○ 계 : 5,262,460 - 관리운영 : 5,274,700 - 사업비 : (-12,240)	사업비 본부예산집행 →방문간 호지시 서비스용
해운대	232,000,000 - 관리운영비: 22,000,000 - 사업비 : 210,000,000	○ 계 : 184,947,470 (관리운영비 소계 : 14,725,300) - 국내여비 : 14,810,140 - 등판수당 : 1,350,000 - 회의비 : 690,470 - 일반수용비 : 132,000 - 공공요금 : 661,680 - 계약직인건비 : 7402,450 - 기타운영비 : 228,660 (사업비 : 169,672,070)	○ 계 : 47,052,530 - 관리운영 : 40,327,930 - 사업비 : 6,724,600	사업비는 급여비용

국민연금공단은 시범사업을 위해 총 74백만원의 교부금을 지급받아 72백만원을 집행하였고 나머지 잔액 2백만원이 미집행된 것으로 나타났다. 서초사무소의 경우 30백만원을 교부받아 29백만원 집행하였고, 이천사무소의 경우 19백만원을 교부받아 18.7백만원 집행하였으며, 익산사무소의 경우 25백만원 교부받아 24.6백만원 집행한 것으로 나타났다. 국민연금공단의 경우도 집행된 예산의 주요 항목이 계약직 인건비, 국내여비, 등급판정위원회 수당이어서 집행상의 커다란 문제점은 없었다.

〈표 3-9〉 국민연금공단 예산 집행 세부 현황

구 분		항 목	서초구	이천시	익산시	비 고
교부금액			30,000,000	19,000,000	25,000,000	
집행 금액	소 계		29,312,049	18,715,238	24,649,390	
	인건비	일용임금	17,825,727	11,852,669	17,825,727	임금, 사회보험료
	사업비	소 계	11,486,322	6,862,569	6,823,663	
		사업추진비	1,986,800	1,675,270	891,980	
		관서업무비	476,630	692,900	521,000	
		일반수용비	3,599,460	2,242,400	1,799,580	
		특근매식비	740,270	600,000	525,000	
		복리후생비	88,962	51,999	86,103	
		국내여비	4,594,200	1,600,000	3,000,000	

5. 운영노력성 : 직원교육 실시 및 별도 투입한 노력 정도

현장평가에서 양 공단의 운영노력성을 살펴보기 위해 (1) 자체인력투입율 (2) 직원교육실시 (3) 별도 투입한 노력 정도 등 3가지 지표를 설정하고 이에 대한 평가를 진행하였다. 자체인력투입율에 대하여는 앞에서 검토·설명 하였으므로, 직원교육 실시와 별도 투입한 노력정도 항목에 대해 다루기로 한다.

먼저, 직원교육실시 항목의 평가지표명은 ‘직원 교육 실시 여부와 적정성’이었고, 평가목적은 ‘본 시범사업을 위하여 관련전문기관의 노력성을 평가하기 위해 직원 교육실시여부를 평가’하는 것이었다. 직원교육은 시범사업 초기교육 및 중간 보수교육을 포함하여 교육이 시범사업과 관련하여 사실상 이루어지는 경우 이를 인정하는 것으로 하였다.

시범사업과 관련된 교육이 실시되었다 하더라도 다음과 같은 경우는 교육실시로 인정하지 않았다. 먼저, 시범사업 수행주체인 공단이 주관이 되지 않고, 다른 기관에서 교육을 주관하는 경우이다. 예를 들어, 한국사회서비스관리원에서 주관하여 2009년 9월 24일에 실시한 ‘시범사업 평가판정’ 교육의 경우는 공단이 아니고 사회서비스센터에서 주관하는 것이어서 본 평가항목의 교육으로 인정하지 않았다. 다음으로, 공단의 직원이 관련 단체 및 기관에 방문하여 협조를 요청하고 사업을 설명하는 활동의 경우이다. 이러한 활동의 경우는 관련단체의 협조와 이해를 구하는 것으로 일

반적인 직원교육 실시의 범위에 포함시키기는 어렵다는 판단이 들었기 때문이다.

직원 교육 실시 평가항목의 점수 배점은 3점이었고, 5가지 교육사례까지를 평가하는 것으로 되어 있었으므로, 직원교육으로 인정할 수 있는 교육에 대하여 5가지 교육내용을 검토하여 점수를 부여하였다. 교육내용에 대하여 구체적인 질을 평가하기는 어려웠으므로, 외부전문가에 의한 교육과 내부 교육으로 나누어 외부전문가에 의한 교육의 경우에는 5점을, 내부 교육인 경우에는 4점을 부여한 후 이를 환산하여 최종점수를 부여하였다. 직원교육실시에 대한 평가와 부여된 점수현황은 아래의 표와 같다.

〈표 3-10〉 직원교육실시 평가현황

구 분	국민건강보험공단			국민연금공단		
	광주동부지사	서귀포지사	해운대지사	서초사무소	이천사무소	익산사무소
외부교육	3회	2회	3회	3회	3회	3회
내부교육	2회	3회	2회	2회	2회	2회

두 번째로, ‘별도 투입한 노력 정도’에 대한 평가를 진행하였는데, 평가지표 명은 ‘시설 등 기타 노력의 투입 정도’였고, 평가목적은 ‘관련 전문기관이 시범사업을 성공적으로 수행하기 위해 투입한 노력의 정도를 평가’하는 것이었다. 본 평가항목을 평가하기 위해 양 공단의 노력여하에 대해 검토하였는데, 양 공단에서 유관기관과 업무체계 구축, 인식개선에 대한 노력, 전산프로그램 개발, 지역사회자원 연계 등에 대한 노력을 성실히 수행한 것으로 나타났다. 따라서 본 평가항목에 대하여는 각 지사에게 배점이 부여된 2점에 대하여 만점을 주는 것으로 평가하였다.

6. 조직 및 운영 검토 과제

장애인 장기요양보장제도 시범사업의 안정적이고 성공적인 제도 도입을 위해서는 수행 조직 및 운영이 체계적이고 안정적이며 장애인에 대한 서비스 조직이 구성되어 있어야 한다. 이러한 의미에서 조직 및 운영 상황을 검토하는 것은 시범사업 추진성과의 주요한 요소가 된다고 할 수 있다.

첫째, 시범사업의 운영주체의 조직구조가 장애인장기요양보장제도에 적합하게 조직되었느냐 하는 점이다. 이를 위해 공단의 조직구조를 본부와 지사를 구분하여 조직체계가 장애인장기요양보장제도를 적합하게 운영할 수 있도록 조직화되었느냐에 초점을 두었다.

국민연금공단의 경우 노인장기요양제도를 운영하는 국민건강보험공단과 달리 별도로 장애인장기요양보장제도를 운영할 유사한 조직이 없으므로, T/F팀인 장애인장기요양센터에서 시범사업 업무를 전담하여 운영하는 체계를 구축하고 있는 것이 국민건강보험공단과 다른 특성이라고 볼 수 있다.

양 공단 공히 본사 및 지사의 추진체계가 안정적으로 작동하고 있었으며 전국적인 지사망을 갖추어 향후 장애인장기요양보장제도가 본사업으로 진행되어 전국적으로 통일적인 사업으로 시행되더라도 큰 혼란 없이 운영할 수 있는 역량을 갖추었다고 평가할 수 있다.

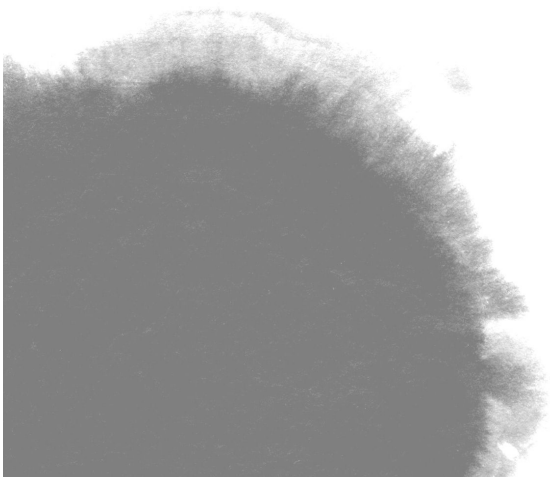
다만, 국민건강보험공단의 경우 노인장기요양제도에 대한 사업 운용으로 축적된 노하우의 강점이 돋보일 수 있는 반면에 이러한 경험이 자칫 장애인에 대한 사회활동참여라는 특성을 간과할 우려가 있다는 점이 지적될 수 있었고, 반면에 국민연금공단의 경우 장기요양제도에 대한 노하우가 부족하지만 장애인에 대한 다양한 시범사업을 수행하여 장애인의 특성을 보다 더 반영하는 조직이 될 수 있겠다는 점이 강점으로 부각될 수 있었다.

둘째, 인력운용에 관한 사항이다. 장애인장기요양보장제도의 성패는 결국 제도를 운영하는 인력의 구성 및 전문성에 상당부분 의존할 수밖에 없다. 특히, 장애인의 사회참여 욕구 특성상 장애인장기요양보장제도가 장애인에 대한 요양서비스 뿐만 아니라 사회활동 참여 등을 지원할 수 있는 역량이 필요하고 이러한 역량을 갖추는데 있어서 인력은 가장 중요한 요소 중의 하나라고 할 수 있다. 따라서 시범사업 참여 인력의 구성 및 전문성에 대하여 검토를 진행한바 모두 우수한 것으로 평가되었다.

셋째, 사업예산에 관한 사항이다. 조직체계가 잘 갖추어져 있고 인력운영에서의 전문성이 담보되었다 하더라도 이를 뒷받침할 적정한 예산이 수반되지 않으면 제도의 도입은 난관에 부딪힐 수밖에 없을 것이다. 다만, 이번 장애인장기요양보장제도는 국가의 예산을 보조받아 사업을 수행하여 예산편성에서 사업 수행주체가 개입할

여지가 적었다는 특징이 있고 그러한 점에서 예산에 대한 평가는 큰 의미를 두기 어려운 측면이 있다. 이러한 특성 때문에 예산의 규모보다는 주어진 예산 하에서 세부적으로 예산이 어떻게 집행되었는지에 대해 분석을 진행하였다. 평가결과 집행상의 커다란 문제점은 없었다.

서비스 모형 및 수행기관 평가



제4장 서비스 모형 및 수행기관 평가

제1절 활동보조서비스 확대안과 노인장기요양보험제도에 통합한 모형평가

장애인의 경우 장기요양서비스 수요가 높고, 가족의 장애인 간병 부담이 높은 현실을 감안해 볼 때, 장기요양 서비스 제공 필요성이 있으며, 특히 장애인에 대한 자립생활 지원 확대 등 활동보조인에 대한 욕구도 높은 상황에 있다.

이러한 장기요양이 필요한 장애인을 대상으로 장애인장기요양서비스를 제공하는 방안에는 크게 2가지가 있을 수 있다. 첫째, 현재 제공되고 있는 활동보조서비스를 확대하여 장기요양서비스를 제공하는 방안(제1안), 둘째, 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는 방안(제2안)이다.

제1안과 제2안에 대한 비교·평가를 바탕으로 제도 도입 방식에 대한 사회적 합의를 도출하기 위한 위하여 본 시범사업에서는 전국 총 5개 지역(서울 서초, 경기 이천, 전북 익산, 광주 남구, 제주 서귀포)에서 제1안을, 1개 지역(부산 해운대)에 제2안을 시범 실시하였다.

이 부분은 양 안에 대한 논의와 제1차 시범사업 평가결과를 중심으로 작성하였다.

1. 양 안의 모형평가

활동보조서비스 확대 방안(이하 1안)은 2007년부터 중증장애인을 대상으로 신체 및 가사활동과 외출이동 서비스를 중심으로 지원하는 현행 활동보조서비스를 확대 개편하는 방식이다.

구체적으로는 활동보조서비스외에 기존에 지원되지 않았던 방문간호와 방문목욕

서비스를 추가로 지원하고, 총 급여량도 등급에 따라 월 최대 20만원 까지 추가 지원하였다. 시범사업 지역은 서울 서초, 광주 남구, 경기 이천, 전북 익산, 제주 서귀포 총 5개 지역에서 기존 활동보조서비스를 받고 있는 장애인을 대상으로 실시되었다.

노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는 방안(이하 2안)은 현행 노인장기요양보험제도 그대로를 장애인에게 적용하여 서비스를 지원하는 방식이다.

서비스 내용은 현행 노인장기요양보험제도에 제공되는 서비스 중 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등 재가급여를 중심으로 이루어졌다. 시범사업 지역은 부산 해운대구에서 실시되었으며 기존 활동보조서비스 수급 여부와 관계없이 희망하는 장애인을 신청(50명 정도) 받아 실시되었다.

〈표 4-1〉 장애인활동보조서비스와 노인장기요양보험제도 비교

구 분	장애인활동보조서비스	노인장기요양보험제도
재원 조달방식	· 조세방식	· 사회보험방식 (건강보험)
대상	· 만 6세 이상 ~ 만 65세 미만의 등록 1급 장애인	· 만 65세 이상의 노인 ※ 65세 미만의 특정노인성질환
서비스내용	· 재가 급여(신체활동, 가사지원, 이동보조 등)	· 재가 급여(신체 활동, 가사지원, 방문 간호, 방문 목욕, 주야간 단기보호, 복지 용구 등) · 시설 급여 · 현금 급여
지원규모	· 1인당 월 32~80만원	· 1인당 월 81 ~ 114만원

가. 양 안에 대한 이론적 평가

양 안에 대한 이론적 평가는 장애인복지관련 주요개념과 사회보장제도로서의 이론적 특성에 근거하여 몇 가지 영역별로 평가하였다.

첫째, 효율성 측면으로 제도정착시기 측면을 살펴보면 1안이 활동보조서비스를 확대 개편하는 것으로서 2안에 비해 적절한 것으로 볼 수 있다. 전달체계 및 인프라 구축 용이성 측면으로는 1안과 2안 모두 기존의 전달체계 및 인프라를 활용할 경우

효율적인 것으로 볼 수 있다. 2안의 경우 현재 노인장기요양제도 체계가 구축된 관계로 효율성 면에서 적절하며, 1안의 경우 기존의 공적부조제도의 확대로 볼 수 있는 관계로 관리효율적인 측면에서 적절한 것으로 볼 수 있다.

둘째, 효과성의 측면과 관련해서는 서비스의 질의 측면과 장기요양에 관한 욕구충족정도를 살펴볼 수 있다. 먼저 서비스 질의 측면에서는 기존 활동보조사업으로만은 부족하다고 평가되므로 장기요양 욕구충족정도를 위해서는 2안이 더 나은 것으로 볼 수 있으나, 2안의 경우 현재 노인장기요양제도에서도 문제가 되는 부분으로 장애인에 대한 추가 급여내용을 어느 정도 두느냐에 따라 달라진다고 할 수 있다. 욕구충족정도의 측면에서는 수요자 지향 측면과 연관지어 생각해 볼 수 있다. 이는 개별성 존중을 기본철학으로 하며 현재 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는안에 대한 강한 불만을 가지고 있는 장애인계의 입장을 고려해볼 때 2안보다 1안이 더욱 적절한 것으로 볼 수 있다.

셋째, 정합성의 측면과 관련하여 기존 장애인복지제도와 다른 사회복지제도와와의 전반적인 관계를 고려하여 볼 때 현재 장애인복지제도에서 장애인장기요양보장제도와 유사한 내용의 제도는 활동보조사업이 있으며, 2안은 노인장기요양보험제도가 현재 실시되는 관계로 정합성면에서 1안과 2안 모두 적절하다고 볼 수 있다. 그러나, 현재 장애인복지 서비스의 정황적 측면을 살펴보면 재가지원서비스로서 요양서비스와 동일한 활동보조사업이 정착되어 가는 상황이며, 앞서 언급한 것처럼 노인장기요양요양보험제도에 장애인을 포함하는 것에 대한 장애인계의 강한 거부감과 그리고 정책 방향과 관련하여 현재 장애인시설이 30인 이내의 소규모화로 추진이 되어가는 상황에서 현실적으로 2안을 채택하기에는 어려움이 따른다.

나. 양 안의 수행성과 비교

양 안의 수행성과 비교는 1안을 실시한 5개 지역과(서울 서초, 경기 이천, 전북 익산, 광주 남구, 제주 서귀포) 2안을 실시한 1개 지역(부산 해운대)을 비교·평가한 것으로서 운영주체의 특수성이 반영된 점을 감안해볼 때 큰 차별성을 찾기는 어려웠다. 특히, 1안의 경우 5개 지역을 평가함에 따라 지역별로 편차가 커 이를 단순 비

교·평가하기에는 한계가 있는 것으로 보이며, 2안을 실시한 부산 해운대구의 경우 기존 시스템을 활용함에 따라 현재 제도가 안착되어있는 시점에서는 다소 안정적인 결과를 나타내는 양상을 보였다. 따라서 이 부분에서는 양 안의 모형을 비교·평가함에 있어 따라 차별되는 것을 중심으로 작성하였다. 실질적인 평가 부분은 다음 장에 언급될 수행기관 평가를 참고하면 되겠다.

첫째, 자격심사와 표준장기요양이용계획부분과 관련하여 인정조사표, 등급판정 심의자료 작성 등의 부분을 검토해 보았다. 2안을 실시한 부산 해운대의 경우 시스템 상으로는 현행 노인장기요양보험제도를 수행하고 있는 시점에서 동일한 방식으로 시범사업을 실시함에 따라 인정조사표, 등급판정 심의자료, 표준장기요양이용계획서 작성 등 자격심사 부분에서 1안에 비하여 강점을 나타냈다. 이는 2안을 실시한 수행기관(국민건강보험공단)이 이미 현행 노인장기요양보험제도를 시행하고 있음에 따라 조직 및 전문성 확보 측면에서 안정되었기 때문인 것으로 보인다. 그러나 시범사업 시 장애인장기요양인정조사표를 활용하여 자격심사를 실시한 1안과는 달리 노인장기요양인정조사표를 활용함에 따라 장애인 당사자의 권익과 이들에 대한 제도의 호환성 부분을 검토해볼 때 비탄력적이라는 한계점이 있는 것으로 나타났다.

둘째, 의뢰와 연계 부분과 관련하여 1안과 2안 서비스 정보의 충분성은 큰 차별성을 보이지 않았다. 다만, 지역에 따라 서비스 제공 기관이 한정되어 있어 추후 서비스 인프라에 대한 검토가 필요한 것으로 나타났다. 또한 서비스 수가와 관련하여 방문간호 서비스나 방문 목욕 서비스 등의 수가가 활동보조 서비스 수가에 비하여 상대적 가격 차가 크므로 이에 충분하지 않은 서비스 제공량을 최대화하기 위하여 활동보조 서비스를 선호하는 것으로 나타났다.

셋째, 모니터링 부분과 관련하여 1안과 2안 모두 개별파일 기록 및 모니터링 양식 기록의 충실성에서는 차별이 없는 것으로 나타났다. 그러나 전반적으로 모니터링 이후 이용자의 만족도와 서비스 변화를 위해 현장에서의 개선점을 파악하는데 여전히 제한적인 것으로 나타나 이러한 부분에 대한 적극적인 검토가 필요한 것으로 여겨진다.

넷째, 조직 및 운영과 관련하여 시범사업 매뉴얼에 따라 1안과 2안 모두 사회복지사, 간호사 등 자격증을 소지하고 있는 전문 인력이 시범사업에 참여하여 큰 차별

성이 나타나지 않았다. 다만, 직원 교육 실시 여부와 적정성과 관련하여, 운영주체에 따라 평가도구에 대한 교육을 중점적으로 실시하고자 노력과 장애인에 대한 이해를 중심으로 교육을 실시하는 등의 노력이 있는 것으로 나타났다.

2. 모형 평가와 검토 과제

이상의 2가지 안 가운데, 위의 여러 쟁점을 토대로 하여 하나씩 검토해 보면 다음과 같다.

가. 제1안: 활동보조서비스 등 기존 제도의 확대

독자적인 장애인 장기요양 체계를 구축하면, 장애인과 노인의 욕구의 차이를 보완할 수 있는 장점이 있다. 즉, 노인의 경우 장기요양 대상은 일상생활 동작 수행이 어려운 노인에게 서비스를 제공하는 것이지만, 장기요양 대상 장애인의 경우 일상생활 동작 지원서비스에 더하여 사회참여의 욕구가 있는 등 노인보다 더 다양한 욕구를 가지고 있는 장애인의 현실을 반영할 수 있다.

또한 장애인은 노인과 달리 일상생활 동작의 수행에 어려움을 겪고 있는 이유가 단순히 신체적인 어려움뿐만 아니라 시각, 청각, 언어 등 감각적인 장애에 기인하는 경우가 있고, 지적 장애, 정신 장애 등 다양한 유형에 대한 서비스가 고려될 수 있다는 점에서 수요자의 욕구에 부합되는 정책을 추진할 수 있는 장점이 있다.

그러나, 독자적인 장애인 장기요양 체계를 구축하기 위해서는 장애인 장기요양 서비스 제공을 위한 인프라의 구축이 필요하며, 독자적인 서비스 양 결정을 위한 자격심사 체계가 필요시 되는데, 현재 독자적인 서비스 인정 도구가 개발 중에 있으므로 이러한 인정 체계의 도입 시 독자적인 제도 도입이 용이할 수가 있다. 노인장기요양보험제도에서는 주로 노인을 중심으로 판정도구 및 판정 시간 등이 개발되어 있으므로 이러한 도구가 장애인에게 적합한 지에 대한 검토가 필요한데, 이는 노인용 판정도구가 다양한 장애유형에 대해 모두 적용하기 어려운 점이 나타날 수 있기 때문이다.

또한 서비스 욕구와 관련하여 장애인의 경우 연령 및 장애유형에 따라 다양하고, 제공인력의 구성도 다양하다는 속성이 있으므로 장기적으로 고려하면, 이러한 점을

포괄할 수 있는 독자적인 전달체계의 구축이 요구되어 지며, 장애인을 이해할 수 있는 독자적인 운영주체의 필요성이 제기된다고 하겠다. 실제로 장애인장기요양보장제도에서 제공되는 서비스 영역은 노인에게 제공하는 영역보다 유형이 훨씬 다양할 뿐만 아니라 관리운영체계가 복잡하기 때문에 노인장기요양보험제도에 편입되는 것보다는 독자적인 제도 구축이 오히려 용이해 질 수 있다.

다만, 장애인의 경우 기여방식의 보험 편입에 어려움이 예상되고, 사회적 합의 도출이 어렵다는 점에서 보험방식보다는 조세방식이 더 바람직할 것으로 예상된다. 외국의 사례에서도 독일을 제외하고는 장애인 장기요양 서비스는 조세방식으로 이루어지고 있으며, 지방자치단체가 운영주체가 되고 있다. 그러나 이럴 경우 막대한 예산을 어떻게 확보할 것인가가 정책과제로 대두될 것이다.

2007년 4월부터 노인장기요양보험 서비스와 유사한 장애인 활동보조서비스가 실시되고 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 해석된다.

일상생활동작 수행에 어려움이 있는 경우 가사·일상생활 서비스를 제공하고, 간병 욕구가 있는 경우 간병서비스도 포함되어야 하며, 또한 주간보호나 복지욕구에 대한 욕구도 충족되어야 할 것으로 판단되어 이러한 영역에서의 서비스도 제공되어야 할 것으로 사료된다. 특히 사회활동 참여 욕구가 있는 장애인에 대해서는 사회참여 지원을 위한 서비스도 제공되어야 할 것으로 생각된다. 즉 서비스 판정체계의 개발과 함께 서비스 연계체계의 개발이 필요하다고 하겠다. 따라서 활동보조서비스 제공 추이를 모니터링하고, 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 서비스의 유사성과 차이점을 고려하여 종합적으로 판단할 필요가 있다.

한편, 기존 서비스를 확대하는 방안은 운영주체가 현재의 중앙정부 및 지방자치단체가 되어야 하므로 지역특성에 적합한 서비스 제공이 이루어질 수 있으나, 재원조달의 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 있을 것인가가 관건이 된다고 하겠다.

나. 제2안: 노인장기요양보험제도에 통합(편입)

노인장기요양제도에 편입하게 되면 다음과 같은 장단점이 있다. 노인장기요양보험 제도에서 제공하고 있는 재가복지서비스, 시설서비스 등은 현재도 장애인을 대상으로 제공되고 있는 가정방문, 돌보미 서비스, 시설서비스, 주간기보호서비스, 활동보조서비스 등의 서비스와 서로 유사한 점이 많이 있다. 따라서 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 문제도 연구가 이루어져야 한다. 현재 장애판정체계에 대한 연구가 진행 중에 있으므로 이러한 연구에서 노인장기요양 서비스와 일치될 수 있는 장애판정체계의 구축에 대한 검토가 필요하다. 또한 노인을 대상으로 하는 노인장기요양보험제도에서의 판정도구로는 장애인에게 적용하는 것이 어려울 것이 예상되므로, 현재 개편이 진행 중인 장애판정체계의 틀 속에서 장애판정과 장기요양서비스에 대한 판정이 이루어지고 서비스 연계가 이루어지는 것이 바람직할 것이다.

또한 장애인이 포함되는 만큼 노인장기요양보험제도를 국민장기요양보험제도로 개칭하고, 유사서비스에 지원되는 정부의 재정을 추가로 지원하는 방안도 검토할 수 있다. 다만, 인구의 고령화로 노인인구가 급속히 늘어나게 되면 장기요양서비스가 노인 중심으로 제공되어 장애인이 소외되는 현상이 발생할 수 있다.

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 있다.

다만, 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 장애인복지서비스를 국가책임이 아닌 보험으로 이전한다는 비난의 우려가 있고, 장애인의 경우 보험기여가 거

의 없이 평생 보험급여를 제공해야 하므로 국민적 합의가 어렵다는 점이 제기되고 있다. 아울러 장애를 누구나 생애에 걸쳐 겪을 수 있는 사회적 위험으로서 국민들이 받아들이고 장애인 장기요양보험료를 납부하는 것을 수용할 것인가에 대하여는 긍정적인 대답을 내리기 어렵다고 하겠다. 다만, 장애영아의 부모도 보험기여를 하게 되며, 노인 역시 본인의 보험기여 없이 자녀가 보험기여를 한다는 점에서 장애인을 제외할 경우 형평성 문제가 제기될 수 있다.

참고로 일본의 경우 개호보험에서의 재정적자 증가에 따라 2005년부터 개호보험 대상 연령 인하(40세→20세) 등을 골자로 장애인을 개호보험에 통합하려고 하고 있으나, 장애인이 개호보험에 통합될 경우 장애인들은 서비스 축소를 우려하여 반대하고 있는 실정이다. 그러나 최근 일본은 장애인의 자립지원 관련 서비스를 개호보험에 통합하지 않는 것으로 결론을 내렸기 때문에 장애인 관련 서비스는 현재와 같이 독자적이며 개호보험과는 별개의 시스템으로 제공될 것으로 보인다.

앞서 논의한 1안과 2안의 쟁점에 따라 양 안을 비교해 보면 아래의 <표 4-1>과 같이 정리할 수 있다.

<표 4-2> 양안의 특징 및 장단점 비교

	제1안 : 활동보조서비스 확대 (가칭 장애인장기요양보장제도로 개편)	제2안 : 노인장기요양보험제도 확대 (국민장기요양보험제도로 개편)
특 징	- 활동보조사업의 대상자와 서비스 내용을 확대 (방문목욕, 방문간병 등 포함)	- 노인장기요양보험제도방식과 통합하여 운영
장 점	- 노인과 달리 자립생활과 재할 등의 욕구를 가진 장애인(장애아동 포함)에 맞는 서비스 제공 가능 - 독자적 제도를 원하는 장애인계의 지지 획득이 용이하여 제도 출범과 조기 정착 가능 - 기존 인력 및 인프라활용 - 장애인 자립생활모델의 정책적지지	- 기존 사업의 인프라 활용 등 하나의 제도 안에서 효율적인 제도 운영 가능 - 사회보험방식으로 재원 확보 용이 - 기본적인 노인장기요양 운영체계를 활용 - 연령주기별 요양체계확립 - 국민장기요양보험이라는 전체 장기요양제도의 안정
단 점	- 현 제도의 문제점(등급판정 전문성 결여, 사후관리 부재, 부정수급 등)에 대한 보완 필요 - 별도의 체계 구축에 따른 추가 비용 발생 - 장기요양요구대처에 미흡 - 새로운 재원확보에 한계 (점차적 증가될 활동보조사업 예산에만 의존)	- 노인은 집 안에서의 요양에 중점을 두고 있어, 생애주기별로 다양해지는 장애인의 욕구를 충족하기에는 미흡 - 정착단계인 노인요양보험제도 개편의 부담감, 노인과 장애인을 동일한 제도에 포함하는 것에 대한 장애인계의 반발 예상 - 재정조달 및 운영방식의 차이 조정 (보험/조세, 공단/지자체) - 장애인 지원에 대한 요양보험기금의 사용에 대한 논쟁

이번에 실시한 시범사업에서 제1안(5개지역)과 제2안(1개 지역)에 대하여 각각의 장단점을 검토한 결과, 제1안인 「장애인 활동보조지원사업」을 확대하는 것으로 결론을 내렸다. 그 이유로서는 첫째, 사회참여에 대한 욕구가 큰 장애인과 요양에 대한 욕구가 큰 노인의 욕구가 서로 다른 점이 부각되었고, 특히 장애인계에서는 요양이라는 표현 자체에 대해서도 거부감을 가지고 있을 정도로 노인요양체계에 대한 통합에 반대하고 있다. 둘째, 노인의 장기요양 문제는 보험제도로 가능하나, 장애인의 경우 기여방식의 보험 편입에 어려움이 예상되고, 특히 사회적 합의 도출이 어렵다는 점에서 보험방식보다는 조세방식이 더 바람직할 것으로 예상되기 때문이다. 셋째, 시범사업결과 제2안 지역인 부산 해운대구에서는 기존의 활동보조서비스를 받고 있는 인원 299명중 이번 시범사업에 신청한 인원은 28명으로 그 비율은 9.4%에 불과하였다. 그 외의 장애인은 기존의 활동보조서비스를 선호하고 있는 현실을 보았을 때 제2안보다는 제1안이 바람직하다고 판단되었기 때문이다.

제2절 수행기관 평가

시범사업은 전국 6개 시군구 (지역별·권역별 안배)에서 실시되었는데, 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우 전국 5개 지역에서 실시되었고, 제2안 노인장기요양보험제도에 장애인 포함안은 전국 1개 지역에서 실시되었다. 구체적으로 제1안의 경우는 관련전문기관으로서 국민연금공단(서울 서초, 경기 이천, 전북 익산)과 국민건강보험공단(광주 남구, 제주 서귀포)의 5개 기관에서 수행되었고, 제2안의 경우는 관련전문기관으로 국민건강보험공단(부산 해운대)에서 수행되었다.

따라서 시범사업 수행 관련전문기관은 크게 국민연금공단과 국민건강보험공단의 2개 축으로 구분되어 질 수 있는데, 양 기관에서 수행한 추진성과를 현장평가보고서에 근거하여 자격심사, 표준장기요양이용계획서, 의뢰와 연계, 모니터링, 조직 및 운영으로 구분하여 장단점을 비교해 보고, 이외에 전화만족도 조사, 향후 사업운영계획에 대한 양 기관간 특성을 제시하고자 한다.

1. 수행기관 현장평가

가. 자격심사

1) 국민연금공단

대상자 확보 및 대상자 확보에 대한 홍보는 적절히 이루어진 것으로 보이며, 조사원이 충분히 그 대상자를 파악하여 등급판정위원회에서 필요시 대상의 정확한 상태를 제시할 수 있도록 하였으나, 등급판정 후에 필요한 욕구파악 등은 단지 항목에 대한 기술로 작성되어 부족한 점이 있다고 하겠다.

자격심사 과정은 직원 선발·교육 → 사업안내 → 신청서 접수 → 방문조사 → 인정조사표 작성 → 등급판정위원회 심의의 순으로 이루어졌다. 구체적으로 직원선발·교육에서는 조기 직원선발 및 조직구성 완료, 기본교육과 직무교육을 병행(외부전문가, 내부 워크숍 병행)하였고, 사업안내에서는 공단이 별도 리플릿을 작성·배포하고, 방문, 전화, 이메일 등을 통한 전수 사업안내를 통해 서비스 제공기관과 협조체계를 구축한 후 안내를 실시하였다. 신청서 접수는 공단, 지자체, 서비스 제공기관에서 동시접수를 하고, 찾아가는 서비스인 방문 접수 및 지자체 전달을 통해 이루어졌다. 방문조사는 방문조사 전 실무경험 체험(1차, 2차, 3차의 단계적 접근)을 실시하였고, 정확한 평가를 위한 체계도 및 유형도식을 작성하였고, 간호사와 사회복지사 2인 1조로 구성하여 방문조사를 실시하였다. 인정조사표 작성은 현장조사 전 진단서분석 및 질문유형도를 제작하였고, 현장조사 중에는 2인 1조로 운영하여 가계도 등 생애파악을 병행하였다. 그리고 현장조사 후에는 팀접근 형태로 인정조사표를 작성하였다. 등급판정위원회의 심의는 중점심의와 일반심의로 구분하여 진행하였고, 회의자료에 대해 담당자별 충분한 설명을 하도록 하였다.

이를 통한 주요 성과로는 첫째, 현행 평가체계(구술중심)의 문제점을 보완하는 장애유형별 기능평가 참조자료를 마련하여 객관성을 향상시킴으로서 새로운 자격심사 방향을 제시하였고, 둘째 등급판정위원회 구성에 장애인계, 의료계를 포함하여 전문성을 확보하고, 장애인계 위원 위촉 확대로 대상자인 장애계 의견을 최대한 반영하였다. 또한 간호사와 사회복지사는 공단인력을 투입, 객관적이고 공정하게 심사하도록

함으로써 객관적이고 일관적인 자격심사가 이루어지도록 하였다. 셋째, 자격심사센터 교류를 통한 의학적 평가 교류, 장애인복지인프라 개편 시범사업 경험 활용, 공단에 서 수행하고 있는 장애인복지사업과 연계하여 판정·서비스연계 모델을 제시하였다.

신청인의 기능상태 및 서비스욕구 등을 객관적으로 파악하여 요양등급을 결정하고 표준장기요양이용계획서 작성을 위한 자료 확보를 목적으로 방문조사는 직접 방문하여 조사(방문조사)하는 것과 평가대상자가 의사표현 능력이 없어 보호자와 면담을 통해 평가를 진행하는 경우에도 반드시 대상자를 직접 보고 평가하는 것을 원칙으로 실시하였다.

방문조사의 추진방향은 방문조사 전 자료 확보와 분석을 통해 조사의 정확성을 도모하고, 방문조사 오류의 최소화 및 평가기준마련을 통한 등급결정의 객관성과 통일성을 확보하여, 조사결과의 체계적인 검증을 통한 향후 개선방향을 모색하도록 하였다. 구체적인 방문조사의 절차는 대상자 선정(원시대상자 자료생성, 대상자 선정) → 방문조사(평가의뢰, 대상자 분석, 방문조사) → 점수환산 등(조사표 입력, 표준장기요양이용계획서 작성) → 등급결정(회의준비 및 진행, 장기요양등급판정위원회 운영) → 이의신청(이의신청, 등급결정)의 단계로 이루어졌다.

그리고 자격심사 결정과정의 신뢰성 제고를 위해 충분한 직원교육실시, 공단 내 커뮤니티를 활용한 공단 전체의 통일성 구축, 장애유형별 특성에 따른 평가기준 참조자료 제시, 담당자 사례를 통한 피드백 공유 등이 이루어지도록 하였다.

인정조사는 대체로 지침에 있는 절차를 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났다. 인정조사표는 1)표지 2)기능상태 3)욕구조사 4)재활동보조조기구 소지 및 필요여부 5)총평 등으로 구성되어 있는데, 인정조사관련 장애인의 장애유형과 기본정보에 대한 파악 등에는 충실히 대응한 노력이 보인다고 하겠다.

지역의 조사표 작성에서는 실제 해당 항목에 대한 응답의 기록에는 충실했으나 그 이외의 기타 특이사항 작성 등에는 부족한 점이 있다고 판단된다. 대상자의 요양욕구가 비록 항목에 의해 결정되나 실제 조사시에 다양한 사항을 충분히 기록할 수 있는 인정조사가 되어야한 다는 점에서는 미비한 점이 있다.

방문조사원의 전문성과 관련해서는 모든 기관에서 방문조사원을 두고 있었으며 이들은 간호사, 사회복지사 자격증이 있어 전문적인 자격은 지침의 기준을 충분히

이행하고 있는 것으로 나타났다. 등급판정위원회는 지침에 따라 학계, 전문가 집단 및 장애인계 등을 적절히 인력풀을 구성하였다. 국민연금공단관리 지역에서는 지침 상 인원 대비 참여율이 대부분 90%를 넘었다.

2) 국민건강보험공단

대상자 확보 및 대상자 확보에 대한 홍보는 적절히 이루어진 것으로 보이며, 인정조사관련 장애인의 장애유형과 기본정보 파악 등에는 충실히 노력하였다. 그러나 조사표 작성내용과 종합의견의 작성내용에는 차이가 나는 부분이 있었다. 조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답과 그 이외의 기타 특이사항 작성 등의 기록을 충실히 한 것으로 볼 수 있다. 인정조사의 활용도면에서도 다양한 심의자료를 만들어 인정조사결과가 등급판정 전반에 걸쳐 충분히 활용되고 있음을 알 수 있었다.

방문조사원의 전문성과 관련해서는 전문적인 자격 지침의 기준을 충분히 이행하고 있는 것으로 나타났는데, 국민연금공단 관리 지역과의 차이는 노인장기요양 인정조사인력의 파견근무가 많았다는 점이다. 이러한 점은 노인장기요양이라는 유사 사업의 경험이 있었다는 강점이 있을 수 있다.

등급판정위원회는 지침에 따라 학계, 전문가 집단 및 장애인계 등을 적절히 인력풀을 구성하였고, 지침상의 참여인원 비율이 80%를 넘었다. 등급판정위원회의 활동에 대표적으로 나타나는 특징은 다수 위원들이 노인장기요양제도의 위원회로 활동한 경험이 있다는 점이다.

부산해운대구는 기존의 노인장기요양 평가판정 절차를 그대로 진행하고 있어 시행과정에서 나타났던 문제들에 대비하여 본 시범사업의 인정조사표를 충분히 활용하고 그 기록의 활용성에 대해서도 인식이 높다고 하겠다. 조사표 작성에서는 실제 해당항목에 대한 응답과 그 이외의 기타 특이사항 작성 등의 기록을 충실히 하였다.

방문조사원의 전문적인 자격과 관련해서는, 실제 자격증 소지율이 타 지역보다 낮았고, 역시 노인장기요양 인정조사인력의 파견근무가 많았다. 이는 인정조사의 전문성이라는 측면에서 강점이 되나, 욕구 파악에 있어 장애인과 노인의 차이가 충분히 나타나기 어려운 점은 한계로 볼 수 있다.

전반적인 자격심사체계는 적절히 수행된 것으로 볼 수 있다. 특히 노인장기요양보험사업의 경험이 있어 관련된 사업내용에 있어서는 강점을 보인다고 하겠다. 다만 장애인의 특성을 고려한 특별한 절차 등에 대해서는 제한이 있는 것으로 보인다.

나. 표준장기요양이용계획

1) 국민연금공단

표준장기요양이용계획서를 작성함에 있어, 자격심사→표준이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준이용계획 확정 순으로 작성하였으며, 등급판정위원회 개최 시 다양한 영역의 관련 전문가들의 참여를 통해 검증을 받고자 노력하였으며, 이에 근거하여 표준장기요양이용계획서를 작성하였다.

표준장기요양이용계획의 조사항목 중 일반현황에서는 기본적인 인적사항 이외에 장기요양 등급, 재가급여, 본인부담금의 경우는 장애인단서 분석 및 간호사의 방문을 통한 기능상태 파악, 등급판정위원회의 의사확인, 활동보조인의 의견수렴에 근거하여 충실하게 작성하였다.

표준장기이용계획 및 비용의 경우 내부심의시 등급결정 결과 및 등급판정위원회의 심의 결과에서 결정된 인정등급 및 급여량을 일치되게 작성하였다. 종합소건의 경우는 욕구 파악, 기존 활동보조인의 의견수렴 등의 방법을 병행하여 작성하였으며, 가족의 지지정도, 주거생활 환경, 기능평가 소견, 대상자의 욕구에 대한 영역별 분석을 통해 종합소견을 작성하였다. 그러나 표준장기요양이용계획서의 내용은 현재의 상태를 영역별로 구분하여 제시한 것 이외에 특이사항이나 향후 욕구충족을 위한 구체적인 방안을 종합적으로 제시하는 내용은 미비하였다.

종합소견 작성은 가족의 지지정도, 주거생활 환경, 기능평가 소견, 대상자의 욕구, 종합평가소견으로 영역화하여 제시하여, 대상자의 가족이나 생활환경, 복지욕구 등 신체기능 영역 이외의 다른 영역에 대해서도 종합적으로 고려한 것으로 볼 수 있다.

표준장기요양이용계획서의 내용은 현재의 상태를 영역별로 구분하여 제시한 것 이외에 특이사항이나 향후 욕구충족을 위한 구체적인 방안 특히 요양욕구를 보다 더 충

족시킬 수 있는 내용은 미비한 것으로 나타나 향후 이에 대한 보완이 필요할 것이다.

표준이용계획(안) 수립은 사례회의의 정례화를 하는 등 팀접근을 하였고, 이를 통해 장애유형별 모델 표준이용계획을 작성하였으며, 이러한 절차를 통해 등급판정에 의한 표준장기요양이용계획을 확정함으로써 이용자 맞춤형 이용계획을 수립·지원하여 수요자 중심의 서비스 이용계획을 수립하고자 하였다.

2) 국민건강보험공단

표준장기요양이용계획서를 작성함에 있어, 자격심사→표준이용계획(안) 수립→등급판정위원회 개최→표준이용계획 확정 순으로 작성하였으며, 등급판정위원회 개최 시 다양한 영역의 관련 전문가들의 참여를 통해 검증을 받고자 노력하였으며, 이에 근거하여 표준장기요양이용계획서를 작성하였다.

종합소견 작성은 재활욕구 및 신체기능, 인지기능 및 사회생활기능, 행동변화 및 기타사항으로 영역화하여 제시하여, 대상장애인의 다양한 측면에서의 기능상태를 파악하는데 필요한 내용들을 중심으로 제시하였다. 따라서 기능상태 파악 이외에 다양한 영역에서의 복지욕구들을 파악하여 종합적인 소견에 포함하는 것이 필요시 된다.

자격심사는 개별욕구조사 실시로 인정조사표를 작성하였고, 등급판정위원회는 장애계, 의사, 공무원 등 다양한 전문가의 참여로 이루어졌으며, 등급판정위원회 개최 시 개인별 별도 장애인단서와 심의자료 등이 근거자료로 제공되었다.

부산 해운대의 경우 위의 5개 지역과 달리 기존의 노인장기요양제도를 그대로 적용하여 실시하고 있는 지역(제2안)으로, 사업수행 경험을 가지고 있어 대상자들의 자격심사 및 욕구조사가 잘 이루어지고 있었다. 또한 표준장기요양이용계획서는 인정조사 내용에 근거하여 적절한 급여가 이루어질 수 있도록 작성하였고, 수급장애인의 기능상태나 욕구변화 발생 시 이를 표준장기요양이용계획에 반영하도록 노력하였다.

다. 의뢰와 연계

1) 국민연금공단

의뢰와 연계는 자격심사 이후 표준장기요양계획에 따라 서비스를 실제로 제공하기 위하여 서비스 기관에 의뢰와 연계를 어떻게 하였는지를 의미하는 것으로, 그 과정은 서비스 제공기관 안내(활동보조서비스 기관안내, 장애인관련 사업기관안내 및 프로그램 정리 안내) → 서비스 이용계획 수립지원(표준장기이용계획서 상세설명, 활동보조 및 지역사회서비스 이용방법 안내 등 효율적 이용계획 수립 지원, 지역사회 무료서비스 이용 정보 제공) → 서비스 제공기관 연계지원(이용 욕구에 따른 서비스 제공기관 연계 (수시), 이용여부, 기관변경 욕구 등 모니터링 결과 반영하여 재연계 추진) → 상시 의뢰연계시스템 구축(정기간담회 및 피드백을 통한 네트워크 구축, 장애인협의체 참여 및 지원으로 전문지원기관 위상 제고)으로 이루어지며, 그에 따른 주요 성과로는 서비스 연계실적 향상과 장애인단체의 공식참여가 이루어지게 된다는 것이다.

국민연금공단 수행기관의 경우 서비스 제공기관에 대한 정보는 자체 제작한 리플릿 형태의 서비스 제공기관 안내문 발송, 유선안내와 필요시 방문안내의 방법으로 제공하였다. 또한 서비스 제공기관 외에 관내 제공 가능한 서비스자원을 조사하여 프로그램 정보를 안내하였고, 서비스 리스트를 작성하여 연계 안내에 활용하였다. 지역사회 장애인단체와는 매월 간담회를 실시하여 개최결과에 따라 피드백이 이루어졌다.

2) 국민건강보험공단

홍보의 경우 활동보조 서비스 이용 대상자에게 장기요양 시범사업에 대한 안내서를 발송하였으며, 서비스 전문기관인 국민건강보험공단 지사에서 신청자를 대상으로 방문목욕과 방문간호 서비스 제공기관에 대한 안내를 하였다. 그러나 국민건강보험공단의 전문기관으로서의 홍보가 9월중으로 이루어져 시기적으로 늦었고, 별도 리플릿 제작이 아닌 단순 프린트물로 안내하였다. 활동보조서비스 제공 기관의 안내보다는 방문목욕서비스와 방문간호서비스 기관의 안내에 한정하고 리플릿을 제작하지 않은 점 등은 적극적인 홍보를 하지 못하였다고 하겠다.

지역 장애인 단체를 방문·초청하여 시범사업에 대한 설명 및 협조요청을 하였고, 시범사업 추진 현황과 향후 일정 안내 및 장애인장기요양보장제도의 발전을 위한 의

견수령을 하는 등 장애인단체와 협력체계 구축에 노력하였다.

서비스 사업 안내와 연계 기관에 대한 정보는 충분하였고, 지역 장애인 단체와의 간담회 및 의사소통이 잘 이루어졌다.

부산시 해운대구의 경우 시범사업의 비교를 위하여 독립된 장애인 장기요양 서비스가 아닌 노인장기요양 서비스를 적용하는 형태로 사업을 실시하였는데, 노인장기요양의 수가가 배로 비싼 이유로 서비스 시간이 절반으로 축소되는 점, 노인의 적용 도구를 장애인에게 적용하는 데에 대한 반발 등으로 정보를 직접 방문하여 제공함으로써 이해를 구하고자 노력하였다. 간담회는 초기 신청자 저조로 홍보와 업무협조에 주력하였고, 홍보물은 서비스 제공기관과 이용자용을 별도로 작성하여 활용하였고, 지역 장애인단체와의 간담회가 지속적으로 이루어졌다.

라. 모니터링

1) 국민연금공단

모니터링과정은 모니터링 실시(장애인관련 기관 및 프로그램 정보 제공 병행하며 매월 1회 이상 모니터링 실시) → 모니터링 결과분석보고서 작성(모니터링 결과분석 후 유관기관 간담회 실시 (매월), 개선사항 심층논의 및 피드백을 통한 간담회 성과 극대화) → 서비스제공 피드백(활동보조인 등 서비스 제공자 및 기관 대상 피드백 실시, 개선 성과 공유 및 욕구변화 신속대응으로 이용자 권리, 유관 기관 및 프로그램 정보 추가 제공) → 사례관리(이용자 개별파일 작성을 통한 맞춤형 자원동원 체계 관리, 생태도 포함하여 개별 자원동원체계와 유기적 연계)의 과정으로 실시하였고, 그에 따른 주요성과는 고객만족도 향상과 충실한 사례관리체계 마련이었다.

국민연금공단 수행기관의 모니터링은 지침 기준에 맞게 처리되었다. 즉, 모든 실시기관이 지침 기준에 맞추어 월 1회 이상 정기적인 모니터링을 실시하였고, 주로 직접방문이나 유선의 방법을 통해 실시하였다. 또한 모니터링 실시 이후 모니터링 결과분석보고서도 매월 정기적으로 보고하였고 결과분석 내용도 비교적 잘 정리되어 있었다.

이용자의 모니터링 결과에 대한 피드백은 서비스 제공기관에게 직접 전달하는 방법과 정기적·비정기적인 간담회의 실시를 통하여 이루어졌는데, 이때 피드백은 주로 전반적인 서비스 제공과정에서 나타난 문제점을 논의하거나 서비스 제공기관과의 간담회를 통해 이루어졌다. 이외에도 이용자의 개별적 욕구에 따른 서비스 제공을 위한 조치도 피드백을 통해 이루어졌다.

개인별로 파일을 작성하여 기록·보관하고 있었고 내용은 성실히 기재하였다. 구체적으로 참여자의 신청서, 초기면접지, 장애인장기요양 인정조사표, 모니터링 기록지 등이 첨부되어 있었다. 그러나 일부 실시기관에서는 개별파일 내용에서 같은 내용이 중복·기록되는 등의 경우도 있었다. 그러나 모니터링양식 기록방법에 관한 지침마련 등의 노력도 보였다. 전반적으로 실시기관에 비치된 개별 모니터링 기록표는 대체로 성실히 기록되어 있었다.

2) 국민건강보험공단

국민건강보험공단 수행기관의 경우 지침기준에 따라 월1회 이상 정기적인 모니터링을 실시하였고, 주로 직접방문이나 유선의 방법을 활용하여 모니터링을 실시하였다. 모니터링 이후 모니터링결과 분석보고서 또한 모든 실시기관에서 매월 정기적으로 작성·보고하였고 기록된 내용도 비교적 잘 정리되어 있었다.

모니터링 결과에 대한 피드백은 모니터링 결과를 서비스 제공기관에 수시로 전달하는 방법과 정기적·비정기적인 간담회를 실시하는 방법으로 진행되었고, 모니터링 피드백은 개인별 모니터링의 피드백 제공과 더불어 전반적인 서비스 제공과정에 대한 피드백이 주를 이루었다.

개인별 파일은 성실하게 작성·보관되어 있었는데, 이용장애인 관련 일반적인 정보 및 장애 상태 등이 기록되어 있었고, 장애인장기요양 인정조사표, 표준장기요양이용계획서, 모니터링 기록지 등이 첨부되어 있었다. 특히, 장애인장기요양 인정조사표에는 기능평가 부분과 욕구조사 부분에 대해 충실하게 작성하였다. 그러나 일부지역에서는 이용자의 정보에 대한 충분한 기록이 없거나 표준장기요양이용계획서와 실제 서비스 내용이 다른 경우가 있었다.

국민건강보험공단 실시기관에서도 모니터링 기록은 개인의 특성보다는 항목별 일 반적인 내용 중심으로 설명되어 있어 활용성이 떨어지는 것으로 볼 수 있다. 그러나 부산 해운대 경우는 모니터링에서 욕구조사의 내용이 비교적 상세하고 조치한 내용 도 적절하였다.

마. 조직 및 운영

1) 국민연금공단

국민연금공단은 장애인 장기요양보장제도의 시범사업 운영을 위해 내외부 전문인 력 확보와 직원교육 강화를 통해 직원의 전문성을 확보하고자 하였고, 장애인 관련 유관기관과의 협조체계 구축, 사업초기 사업기반 조성을 위한 경비를 지원하고 교부 금 수령 전 긴급전도자금을 배정하는 등 자체예산을 적극 투입하였다. 또한 전산프 로그램의 개발과 인정조사방법의 기준마련을 위한 지표개발의 노력을 하였다.

시범사업 운영을 위해 별도의 T/F팀을 구성·운영하였는데, 장애인복지업무를 총 괄하는 신프로젝트추진단이 본부 부서로 설치되었고 하부조직으로 장애인장기요양추 진센터를 두었다. ‘장애인 장기요양추진센터’에는 총괄운영팀을 두어, 시범사업 실시 기관과의 연계를 통해 시범사업을 진행하였는데, 본사 및 지사의 추진체계가 안정적 으로 작동하고 있었고, 사업운영에 따른 예산은 적절히 운영되었다.

결과적으로 국민연금공단은 T/F팀인 장애인장기요양센터를 새로이 설치하여 시범 사업 업무를 전담 운영하는 체계로 구축되었는데, 이는 국민건강보험공단이 현재 노 인장기요양보험을 운영하여 관련 유사한 조직을 가지고 있어 이를 활용하였던 것과 다른 특성이다. 향후 장애인장기요양보장제도가 본 사업으로 전국에서 시행될 경우 전국적인 지사망을 갖추고 있어 운영할 수 있는 역량을 갖추었다고 평가할 수 있다. 국민연금공단의 경우 국민건강보험공단에 비해 장기요양제도에 대한 경험이 부족하 지만 장애인에 대한 다양한 시범사업을 수행하여 장애인의 특성을 보다 더 반영하는 조직이 될 수 있겠다는 점이 강점이다

2) 국민건강보험공단

국민건강보험공단은 현재 시행 중인 노인장기요양보험제도 운영기관으로서, 장애인 장기요양보장제도 시범사업 운영을 위해 별도의 T/F팀을 구성·운영하였다. 즉, 장기요양상임이사의 관할 아래 장애인장기요양 시범사업지원팀장(요양기획부장 겸임)이 있고 그 밑에 장애인장기요양 시범사업 지원파트로 조직·구성되었다.

국민건강보험공단 지사는 기존의 노인장기요양보험센터에서 장애인장기요양을 주로 담당하도록 조직되었는데, 이는 기존의 조직을 최대한 활용한 조직구조 형태라고 하겠다. 이외 시범사업을 위해 교부된 예산은 적절하게 운영되었다.

본사 및 지사의 업무추진체계는 안정적으로 이루어졌으며, 향후 장애인장기요양보장제도가 본사업으로 진행되어도 전국적인 지사망을 갖추고 있어 체계적 운영의 역량을 갖추었다고 평가할 수 있다. 또한 국민건강보험공단의 경우 노인장기요양제도에 대한 사업 운용의 축적된 경험들이 있어 장애인 장기요양보장제도가 본 사업으로 진행될 경우 운영하는데 강점이 될 수 있다.

이상에서 제시된 각 해당 영역에서의 평가결과를 종합하여 볼 때, 전체적으로 국민연금공단에서 시범사업을 수행한 전문관련기관이 이 약간 더 높은 평가를 받았다.

2. 이용자 만족도 조사

시범사업에 참여한 관련전문기관(국민연금공단, 국민건강보험공단)의 시범사업기간 동안 수행한 사업 전반에 걸친 만족도를 파악하기 위하여, 시범사업에 직접 참여한 서비스 이용장애인, 해당지역 공무원 및 서비스 제공기관 담당자 등 총 553명을 대상으로 2010년 1월 28일부터 2월 1일까지 전화조사 형태로 만족도 조사를 실시하였다. 이때 이용장애인 본인이 응답하기 곤란한 경우에는 그 보호자를 대상으로 기관의 이용만족도에 대한 전화조사를 실시하였다.

즉, 2009년 7월부터 2010년 1월까지 실시한 시범사업 기간 중 방문조사를 통한 서비스 이용 등급의 판정, 서비스 제공기관 안내, 서비스를 잘 받고 있는지 확인 등의 업무를 수행하였는데, 본 만족도 조사는 공단직원이 이러한 장애인장기요양 관련 서비스를 어느 정도 충실하게 제공되도록 노력하였는지를 평가하기 위한 것이었다.

조사는 각 항목에 대하여 ‘매우 그렇다’, ‘그런 편이다’, ‘그저그렇다’, ‘그렇지 않은 편이다’, ‘전혀 그렇지 않다’의 5점척도로 측정하였으며, 구체적인 조사항목 및 결과를 이용장애인과 지자체 및 서비스 제공기관으로 구분하여 보면 다음과 같다.

가. 서비스 이용장애인의 만족도 조사

서비스 이용장애인을 대상으로 실시한 만족도 조사의 조사항목은 총 13개의 항목으로 구성되어 있는데, 문항별 핵심내용은 다음과 같다. ① 장기요양시범사업 서비스 이용관련 사전 설명 충분성, ② 자격심사를 위한 방문조사원의 시간 엄수, ③ 방문조사원의 전문지식과 기술성, ④ 조사표 작성시 궁금한 사항 질문 및 납득의 충분성, ⑤ 표준장기요양이용계획서 작성 공단직원의 전문지식과 기술성, ⑥ 표준장기요양이용계획서 작성시 직원과의 상담의 편안함 정도, ⑦ 서비스 안내, 연계의 상세한 설명 및 충분성, ⑧ 모니터링시 서비스 이용상태와 욕구에 대한 충분한 건의, ⑨ 모니터링 실시 후 욕구반영 여부, ⑩ 전반적인 상담, 자격심사의 만족도, ⑪ 공단 이용시 대중교통이용의 용이성, ⑫ 공단의 편의시설 이용 편리성, ⑬ 상담을 위한 독립된 공간의 편리성이 해당된다.

〈표 4-3〉 서비스 이용장애인의 만족도 조사항목

	조사항목
1	장기요양시범사업 서비스 이용관련 사전 설명 충분성
2	자격심사를 위한 방문조사원의 시간 엄수,
3	방문조사원의 전문지식과 기술성,
4	조사표 작성시 궁금한 사항 질문 및 납득의 충분성
5	표준장기요양이용계획서 작성 공단직원의 전문지식과 기술성
6	표준장기요양이용계획서 작성시 직원과의 상담의 편안함 정도
7	서비스 안내, 연계의 상세한 설명 및 충분성
8	모니터링시 서비스 이용상태와 욕구에 대한 충분한 건의
9	모니터링 실시 후 욕구반영 여부,
10	전반적인 상담, 자격심사의 만족도
11	공단 이용시 대중교통이용의 용이성
12	공단의 편의시설 이용 편리성
13	상담을 위한 독립된 공간의 편리성

만족도 조사 결과, 전체적으로 국민건강보험공단의 만족도가 각 항목에서 좀 더 높은 것으로 나타났다. 특히 모니터링시 서비스 이용상태와 욕구에 대한 충분한 건의, 국민건강보험공단으로의 접근성과 편의시설 이용의 편리성 항목에서 국민건강보험공단의 만족도가 더 많이 높은 것으로 나타났다. 반면 국민연금공단의 경우는 상담을 위한 독립된 공간 편리성항목에서 국민건강보험공단의 만족도보다 더 높았다.

나. 지자체 및 서비스 제공기관의 만족도 조사

지자체 및 서비스 제공기관의 담당자를 대상으로 실시한 시범사업 수행 관련 전문기관의 만족도 조사의 조사항목은 총 16개의 항목으로 구성되어 있는데, 문항별 핵심내용은 다음과 같다. ① 장애인장기요양시범사업 서비스 안내/모집관련 충분한 사전 설명과 협조성, ② 장애인장기요양 등급판정위원회 개최 및 참석요청 공지기간의 충분성, ③ 장애인 장기요양 등급판정위원회 개최일시 간격의 적정성, ④ 장애인 장기요양 등급판정위원회 위원들의 전문지식과 기술성, ⑤ 장애인 장기요양 인정조사표 작성시 이용자의 욕구 및 정보 파악의 적극성, ⑥ 방문조사원의 전문성과 기술성, ⑦ 공단 직원의 이용자의 서비스 이용상태에 대한 지속적이고 충분한 상담, ⑧ 표준장기요양이용계획서 작성시 공단직원의 전문지식과 기술성, ⑨ 표준장기요양이용계획서 작성시 서비스 이용자 욕구 및 의견수렴 충분성, ⑩ 이용계획서 작성 이후 기관의 담당직원과의 조정 노력, ⑪ 이의신청시 공단직원의 기관 담당직원과의 협의, ⑫ 공단 직원의 서비스 연계와 관련 설명의 충분성, ⑬ 매달 이용자의 서비스 이용상태와 욕구에 대한 기관 담당자와의 대화, ⑭ 이용자 모니터링 실시 이후 기관 담당자에게 의견 전달, ⑮ 전반적인 상담·자격심사 서비스 연계 만족도, 그리고 마지막으로 공단직원의 친절 만족도로 구성되었다.

〈표 4-4〉 지자체 및 서비스 제공기관 만족도 조사항목

	조사항목
1	장애인장기요양시범사업 서비스 안내/모집관련 충분한 사전 설명과 협조성
2	장애인장기요양 등급판정위원회 개최 및 참석요청 공지기간의 충분성
3	장애인장기요양 등급판정위원회 개최일시 간격의 적정성
4	장애인장기요양 등급판정위원회 위원들의 전문지식과 기술성
5	장애인장기요양 인정조사표 작성시 이용자의 욕구 및 정보 파악의 적극성
6	방문조사원의 전문성과 기술성
7	공단 직원의 이용자의 서비스 이용상태에 대한 지속적이고 충분한 상담,
8	표준장기요양이용계획서 작성시 공단직원의 전문지식과 기술성
9	표준장기요양이용계획서 작성시 서비스 이용자욕구 및 의견수렴 충분성
10	이용계획서 작성 이후 기관의 담당직원과의 조정 노력
11	이의신청시 공단직원의 기관 담당직원과의 협의
12	공단 직원의 서비스 연계와 관련 설명의 충분성
13	매달 이용자의 서비스 이용상태와 욕구에 대한 기관 담당자와의 대화
14	이용자 모니터링 실시 이후 기관 담당자에게 의견 전달
15	전반적인 상담·자격심사 서비스 연계 만족도
16	공단직원의 친절 만족도

만족도 조사결과, 모든 항목에서 전체적으로 국민건강보험공단의 만족도가 약간씩 더 높았고, 이외 이용계획서 작성 이후 기관의 담당직원과의 조정 노력의 항목과 이의신청시 공단직원의 기관 담당직원과의 협의항목에서는 국민연금공단의 만족도가 약간 더 높았다. 결과적으로 만족도 조사결과에 의하면 국민건강보험공단의 만족도가 국민연금공단보다 약간 더 높았다.

3. 향후 사업운영계획

시범사업 실시 이후 사업수행을 위한 관련전문기관 선정을 위하여, 현장평가, 이용자 만족도 조사와 더불어 향후 사업운영계획을 평가하였다. 향후 사업운영계획 평가는 먼저 양공단이 각각 자체보고서를 작성하여 제출하도록 하였는데, 자체보고서 작성은 크게 사업의 이해정도 및 비전, 장애인장기요양사업 위탁 시 사업운영계획, 기관 고유업무와 장애인장기요양사업과의 연관성이라는 평가의 큰 틀에 맞추도록 하였다. 즉, ‘향후 사업운영계획서’에 대한 자체보고서를 작성하여 제출한 이후 2월 8

일 추첨에 의하여 당일 발표 순서를 정한 이후에 자체보고서 및 ppt 프레젠테이션 발표와 이를 근거로 한 평가위원이 질의 응답하는 형식으로 평가를 실시하였다.

앞에서 설명된 바와 같이 양 공단의 향후 사업운영계획의 평가영역은 크게 3개, 즉 사업의 이해정도 및 비전, 장애인장기요양사업 위탁 시 사업운영계획, 기관 고유업무와 장애인장기요양사업과의 연관성으로 구성되었다. 각 평가영역에서의 하부 평가요소는 첫 번째, 사업의 이해정도 및 비전에서는 사업수행의지, 사업의 이해정도 및 수행비전으로 기관장의 관심정도, 충실성, 사업수행의 적극성·적절성, 비전의 충실성, 실현가능성, 기관투입 노력의 적극성 등이 평가의 관점이다.

두번째의 장애인장기요양사업 위탁 시 사업운영계획의 평가영역에서는 자격심사 사업 운영계획, 사례관리사업 운영계획, 의뢰 및 연계사업 운영계획, 모니터링 운영계획, 조직관리 관련 운영계획이 평가요소로, 특히 조직관리 관련 운영계획에는 향후 사업수행 시 추정소요인력 및 예산, 지사활용(시설, 기자재 등) 계획 등이 포함되었다. 이때 각 세부사업에서의 운영계획의 충실성, 적절성 및 실현가능성이 평가의 관점이다. 그리고 마지막으로 기관 고유업무와 장애인장기요양사업과의 연관성의 평가영역은 고유업무와의 연관성의 타당성, 작성의 충실성, 내용의 타당성이 평가의 관점이었다.

〈표 4-5〉 향후 사업운영계획에 대한 평가영역 및 요소

	평가영역	평가 요소
1	사업의 이해정도 및 비전	사업수행의지, 사업의 이해정도 및 수행비전(기관장의 관심정도, 충실성, 사업수행의 적극성·적절성, 비전의 충실성, 실현가능성, 기관투입 노력의 적극성)
2	장애인장기요양사업 위탁 시 사업운영계획	자격심사 사업 운영계획, 사례관리사업 운영계획, 의뢰 및 연계사업 운영계획, 모니터링 운영계획, 조직관리 관련 운영계획(조직관리 관련 운영계획에는 향후 사업수행시 추정소요인력 및 예산, 지사활용(시설, 기자재 등) 계획 등이 포함)
3	기관 고유업무와 장애인장기요양사업과의 연관성	고유업무와의 연관성의 타당성, 작성의 충실성, 내용의 타당성

이러한 평가영역별 평가관점에 따른 평가를 실시함에 있어, 양 공단의 향후 사업운영계획에 대한 발표와 더불어 사업계획에 대한 평가위원들의 질의과정을 통해, 평가는 '매우 적합', '적합', '보통', '부적합', '매우 부적합'의 5점 척도로 평가되었다.

이때 향후 사업운영계획에 대한 평가위원의 질의사항은 장애인장기요양보장제도 도입시 노인장기요양보험제도와의 동일 내지 차별적인 설계방안, 본 사업 수행 시 해당기관의 장점, 시범사업 운영과정 중 나타난 문제점 및 이에 대한 해결방안, 제 공주체로 선정된 이후 장애인 당사자들의 능동적인 의견개진과 참여 확보방안, 사업 수행주체의 지방자치단체 이관 발생 시 사업의 기득권 포기협조 여부 등이었다.

이러한 각 평가영역에서의 평가관점에 따른 평가결과 국민연금공단이 다소 높은 점수를 받았으나, 양 공단 모두 최소한 ‘적합’ 이상의 평가를 받은 것으로 나타나, 본 사업을 수행하는데 있어 기본적으로는 적합한 기관인 것으로 볼 수 있겠다.

4. 평가결과 종합

상기의 관리운영기관 수행 성과 평가, 이용자 등 만족도 평가, 향후 사업운영계획 평가를 종합한 결과가 양 동단 모두 장애인장기요양보장제도를 수행하는데 있어 기본적으로 적합한 기관이라 볼 수 있으나, 평가별 점수를 종합한 결과 국민연금공단이 다소 높은 점수를 받았다.

5. 평가를 통한 양 공단 비교

가. 전달체계의 구축 원칙

사회복지 전달체계의 원칙과 관련해서는 일반적으로 통합성(coordination)·연속성(continuity)·접근성(accessibility)·책임성(accountability)의 원칙 등이 주요 과제로 논의 되며(Gilbert & Terrell, 2007, 남찬삼·유태균 역), 이외에도 전문성(specialization)·평등성(equality)의 원칙 등이 제시되고 있다.

이러한 원칙 외에 최근에는 전달체계에서의 이용자 참여가 강조되면서 수요자 중심적 조직으로의 전환이 논의되고 있는데 이러한 변화는 소비자 주권 원칙의 강화에 뿌리를 두고 있다(Butcher, 2002). 이와 관련 미국에서는 소비자 지향적 케어(consumer-directed care), 영국에서는 소비자 참여(user involvement)라는 개념이

사용되고 있는데, 이것은 전문가 중심 내지 공공체계 중심의 원칙에서 벗어나 소비자의 선택(consumer or service user choice)이 보장되는 체계로의 전환을 의미하는 것이다(Yeatman et al, 2009).

이러한 변화를 고려해 볼 때, 우리나라의 전달체계의 구축은 앞서 말한 전통적인 원칙들인 통합성·연속성·접근성·책임성·전문성의 원칙 등을 구현하되 이를 소비자 중심적 체계가 되도록 하는 것이 필요하다고 말할 수 있다.

첫 번째, 장애인이 개별적으로 서비스를 찾아다니는 단편적인 문제를 극복하기 위해 통합성이 확보되어야 한다. 통합성은 장애인 장기요양제도가 요양제도라는 단일한 서비스로 분절화 된 채 운영되는 것이 아니라, 전반적 장애인복지 시스템과 조정 및 연계되어 통합된 체계 내에서 운영되어야 함을 의미한다고 할 수 있다. 장애인복지서비스가 다시 분절화·파편화되지 않고 장애인 진입단계부터 서비스 제공단계에 이르기까지 일관된 체계 속에서 통합적으로 이루어질 필요가 있다.

두 번째, 장애인 장기요양 서비스를 제공받기 위한 체계적인 연계시스템이 확보되어 서비스의 연속성이 확보되어야 한다. 체계적인 연계시스템이 확보되기 위해서는 지역사회 자원의 파악과 조정이 가능한 시스템을 구축해야 한다.

세 번째, 서비스 이용과 관련한 지리적이고 심리적인 비접근성 문제를 해결하여 서비스 제공기관에의 접근에 문제가 없도록 하여야 한다. 이를 위해서는 장애인복지 서비스를 관리하고 제공하는 충분한 지역조직이 확보되어야 한다.

네 번째, 책임성의 확보를 통하여 장애인의 의사전달과 불만사항이 체계적으로 처리되는 시스템을 구축하여야 한다. 이를 위해서는 장애인의 권익을 옹호할 수 있는 전달체계의 기능 구축이 필요할 것이다. 또한 서비스의 질을 확보할 수 있도록 서비스 제공기관의 질 관리 시스템의 도입도 이루어 져야 한다.

다섯 번째, 장애인복지 전달체계를 담당하는 기관의 전문성이 확보되어야 한다. 이것은 장애인복지만을 위한 전담기관을 설치한다든지 전달체계의 종사자를 충분한 전문 인력이 근무할 수 있도록 함으로써 해결할 수 있다.

마지막으로 수요자 중심적 조직으로의 구축 가능성에 관한 부분이다. 전달체계 구축이 다시 공급자 위주로 구축된다면 수요자 중심적 패러다임의 전환에 역행하는 것이고 발전 방향을 거스르는 것이다. 양 공단의 경우 장애인 복지와 관련성이 밀접한

조직은 아니므로, 장애인복지에 대한 이해 및 장애인 당사자의 참여 가능성 등이 수요자 중심적 조직 구축과 관련해서 논의 될 수 있다. 아래의 <표 4-6>은 이러한 전달체계의 원칙 및 고려사항을 정리한 것이다.

<표 4-6> 전달체계의 원칙 및 고려사항

영역	내용	세부 내용
1. 원칙	통합성	·전반적 장애인복지 시스템과의 정합성
	연속성	·지역사회자원 파악 및 연계
	접근성	·충분한 지역 조직
	책임성	·이의제기 처리 등 권익 옹호 기능 ·서비스 제공기관의 질 관리
	전문성	·전문 인력 배치
2. 고려사항	수요자 중심조직	·장애인 당사자 참여 ·장애인 복지에 대한 이해도
	안정적 운영가능성	·장기요양제도 운영 경험

나. 양 공단의 장단점 비교

앞서 논의한 전달체계의 원칙 및 고려사항에 따른 양 공단을 비교해 보면 아래의 <표 4-7>과 같이 정리할 수 있다.

<표 4-7> 전달체계의 원칙 및 고려사항에 따른 양 공단의 비교

원칙 및 고려사항	세부 내용	국민건강 보험공단	국민연금공단
통합성	·전반적 장애인복지 시스템과의 정합성	-	+
연속성	·지역사회자원 파악 및 연계	-	+
접근성	·충분한 지역 조직	+	-
책임성	·이의제기 처리 등 권익 옹호 기능 ·서비스 제공기관의 질 관리	- -	- -
전문성	·전문 인력 배치	-	-
수요자 중심조직	·장애인 당사자 참여 ·장애인 복지에 대한 이해도	- +	- ++
안정적 운영가능성	·장기요양제도 운영 경험	++	+

주) - : 미흡, + : 보통, ++ : 양호

먼저 통합성 영역을 보면, 국민건강보험공단이 장애인 장기요양제도를 운영할 경우 장애인 복지에 대한 경험이 부족하여, 향후 장애인 장기요양제도가 장애인복지의 전반적 시스템과 정합성 있게 조정되면서 운영될지 미지수라는 판단이 든다. 이에 비해 국민연금공단의 경우 장애인복지인프라 개편의 모의적용 사업에 2년간 참여한 경험이 있고, 중증장애인 위탁심사를 2007년 4월부터 담당하고 있어서 장애인복지와 관련한 다양한 사업을 수행한 경험이 있다. 국민연금공단의 경우 이러한 경험을 토대로 장애인 장기요양제도를 운영할 경우, 향후 전반적인 장애인복지 시스템에 맞추어 장기요양제도를 운영·발전시킬 수 있는 가능성이 국민건강보험공단보다는 다소 높다고 볼 수 있다. 국민연금공단이 통합성 영역에서는 보다 우수해 보이는 이유이다.

연속성을 볼 때도 국민건강보험공단보다는 국민연금공단이 우수해 보인다. 다양한 서비스 자원을 연결시키는 경험이나 자료가 2년간의 장애인복지 인프라 모의적용 사업을 통해 축적되어 있기 때문이다. 이것은 장애인 장기요양제도가 독립적인 제도가 아니라 전체 장애인복지 서비스 제공과정 속에서 주어지는 서비스라는 흐름과 악과 인식이 선행되어야 이루어질 수 있는 것이다. 장애인복지에 대한 경험이 상대적으로 적은 국민건강보험공단이 연속성 측면에서 다소 부족할 수밖에 없는 이유이다.

접근성 면에서는 국민건강보험공단 조직의 지사가 국민연금공단 조직의 지사보다 많아 상대적으로 우수하다고 평가할 수 있다. 접근성 영역에서 심리적인 접근성도 상당히 중요한 요소인데 이 부분은 평가를 할 수 있는 자료가 미흡하여 반영할 수 없었다.

책임성 부분의 경우 장애인 당사자의 권익 옹호기능과 서비스 제공기관의 질 관리를 해주는 것이 필요하다고 할 수 있는데, 양 공단에서 충분한 책임성을 발휘하기에는 경직적이고 비탄력적이라는 한계점이 있다. 장애인 당사자에 대한 권익 옹호기능은 장애인 중심적 서비스로의 인식 및 업무 전환이 선행되어야 하며, 서비스 제공기관의 질 관리는 서비스 제공에 대한 모니터링 시스템 구축이 우선되어야 하나, 양 공단에서 이러한 기능을 수행하기 위해 지속적으로 관심을 기울이면서 조직 체계를 갖추어 나갈 수 있을 지에 대해서는 의문점이 들 수밖에 없었다.

전문성의 경우는 전문 인력의 배치가 가장 중요한 사항이라고 할 수 있는데, 양 공단 모두 이미 관료제적 조직이 구축되어 있어서 전문성의 확보 면에서는 이를 실현하기가 쉽지 않아 보인다.

수요자 중심적 조직 중에서 장애인 당사자 참여부분은, 양 공단에서 장애인 참여를 얼마나 중요한 요소로 생각할 지에 대해 의문점이 남아있으므로 한계점으로 지적하였다. 장애인복지에 대한 이해도 부분의 경우 국민건강보험공단에 비해 장애인복지인프라 개편사업 참여, 중증장애인 위탁심사, 장애연금에 따른 자격심사 등에 대한 업무경험이 있는 국민연금공단이 다소 우수한 것으로 판단된다.

안정적 운영가능성 부분의 경우, 국민건강보험공단이 이미 노인 장기요양보험을 운영하고 있어서 장애인장기요양보장제도를 맡아 운영할 경우 축적된 경험을 바탕으로 안정적으로 운영할 수 있는 기반이 마련되어 있다고 할 수 있다. 이에 비해 국민연금공단의 경우 장기요양제도에 대한 경험이 없어 국민건강보험공단보다는 미흡하다는 판단을 하였다.

다. 양 공단의 한계

국민건강보험공단과 국민연금공단은 사회보험을 운영하는 대표적인 조직으로서 각각의 특징과 강점을 가지고 있다. 국민건강보험공단의 경우 국민건강보험의 운영 주체로서 국민의 전체적인 건강을 책임지고 있는 조직이고, 국민연금공단의 경우 국민의 노령에 따른 소득중단 또는 감소의 문제를 해결함으로써 안정적인 노후생활을 책임지고 있는 기관이다. 이러한 고유목적에 따라 양 공단의 조직, 인력, 예산 및 사업이 정해지며, 그 성격 상 장애인복지와의 관련성이 그리 크지 않다고 할 수 있다. 장애인 복지의 주요 제도의 하나로 도입이 논의되고 있는 장애인 장기요양제도의 경우에도 양 공단에서 이를 운영할 당위성이 높다고 볼 수는 없다. 이러한 특징은 장애인 장기요양제도를 양 공단 중 어느 한 공단에서 관할한다 하더라도 몇 가지 문제점을 야기할 수 있다는 것을 의미한다.

먼저, 장애인장기요양보장제도를 양 공단에서 운영할 경우, 장애인장기요양보장제도가 공단의 고유목적사업인 건강보험 혹은 연금보험운영에 예측되어 운영될 우려가 있다는 것이다. 국민건강보험공단은 질병에 대응해 예방과 치료를, 국민연금공단은 노후의 소득보장을 주된 목적으로 운영되는 조직이므로 장애인 장기요양제도와 같은 상대적으로 소규모의 사회(복지)서비스 적 성격을 지닌 사업을 맡아 운영할 경우,

이러한 사업이 부수적이고 이차적인 사업으로 전락할 가능성이 매우 농후하다고 볼 수 있다. 국민건강보험공단의 경우 장애인을 자립생활이 필요한 사회구성원으로 보기보다는 단순히 요양의 대상 또는 치료의 대상으로 간주하여, 장애인장기요양보장 제도에서 예정하고 있는 서비스를 경직적으로 운영할 가능성이 매우 높다. 국민연금 공단의 경우에도 장애인의 사회참여 혹은 자립에 필요한 서비스를 제공하는 관점이 아닌 소득보장 대상 혹은 장애인 장기요양제도에 맞추어 필요한 서비스만을 수동적으로 제공하는 운영주체가 될 가능성이 많다. 이러한 특성은 향후 장애인 장기요양 제도의 양적 혹은 질적 인 발전에 걸림돌로 작용할 우려가 높다고 할 것이다.

두 번째로, 국민건강보험공단 혹은 국민연금공단은 장애인 장기요양서비스에 대해 관심이 별로 없었던 조직이라는 것이다. 보건복지부에서 장애인 장기요양제도를 도입하고 정착시키기 위해 전국적인 조직이면서 안정되게 운영할 수 있는 조직이 필요했고, 이러한 이유로 국민건강보험공단과 국민연금공단이 운영주체로 검토되었다고 할 수 있다. 그러나 공단은 공히 장애인복지에 대한 관심과 이해가 충분한 조직은 아니라고 할 수 있다. 따라서 공단에서 장애인 장기요양제도를 운영할 경우 장애인 복지에 대한 이해 및 발전을 어떻게 가져갈 지에 대해 총체적이고 단계적인 계획 설정 및 이에 대한 점진적 작업이 진지하게 이루어져야 할 것이다. 조직의 목적, 구조, 예산, 사업에 이르기까지 포괄적인 논의가 필요하다.

세 번째로, 장애인에 대해 군림하는 조직이 될 우려가 있다는 것이다. 양 공단은 건강보험과 연금보험을 운영하는 거대 조직이다. 이러한 거대 조직의 특성은 관료주의가 그대로 적용되어 운영의 효율성에 강조를 두게 됨으로써 형식주의 및 경직화된 구조가 될 수밖에 없다는 한계를 가진다. 전국적으로 일관된 기준에 의한 획일적인 급여의 제공으로 운영이 되는 사회보험 조직의 특성상 장애인 장기요양제도도 장애인에 대해 일관적인 기준에 따른 획일적인 급여제공을 강조할 우려가 크다. 그러나 장애인 장기요양제도는 장애인의 자립생활에 기여해야 하며 이러한 목적을 달성하기 위해서는 장애인 당사자의 개별적 특성이 서비스 제공에 있어 상당부분 반영되어야 한다. 향후에 이러한 공급자적, 우월적 지위를 어떻게 수요자 중심적 조직으로 변화시킬 것인지에 대한 검토도 깊이 있게 이루어져야 할 것이다.

제3절 종합적 논의

1. 제1안 vs 제2안 모형평가

장기요양보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인장기요양보험법 제정 시 장애인이 제외됨에 따라, 신체적 및 정신적 기능면에서 요양보장을 필요로 하는 장애인에게 상당한 기간에 걸쳐 건강보호(health)와 사회보호(social care) 제공에 소요되는 요양비용을 사회화하여, 장애인이 권리로서 이용할 수 있도록 하는 공적제도를 시급히 도입할 필요가 있다고 하겠다.

장애인의 경우 장기요양서비스 수요가 높고, 가족의 경우에도 장애인 간병 부담이 높은 현실을 감안해 볼 때, 장애인을 대상으로 장기요양 서비스를 제공할 필요성이 있다. 이때 고려하여야 하는 점은 장애인이 자립생활에 대한 욕구도 높은 상황에 있다는 것이다. 장기요양이 필요한 장애인을 대상으로 장애인장기요양보장서비스를 제공하는 방안에는 크게 2가지가 있을 수 있다. 첫째, 현재 제공되고 있는 활동보조서비스를 확대하여 장기요양서비스를 제공하는 방안(제1안)과 둘째, 노인장기요양보험 제도에 통합하는 방안(제2안)이다.

이번에 실시한 시범사업에서 제1안(5개지역)과 제2안(1개 지역)에 대하여 각각의 장단점을 검토한 결과, 제1안인 「장애인 활동보조지원사업」을 확대하는 것이 더 바람직한 것으로 결론을 내렸다. 그 이유로서는 첫째, 사회참여에 대한 욕구가 큰 장애인과 요양에 대한 욕구가 큰 노인의 욕구가 서로 다른 점이 부각되었고, 특히 장애인에게는 요양이라는 표현 자체에 대해서도 거부감을 가지고 있을 정도로 노인 요양체계에 대한 통합에 반대하고 있다. 둘째, 노인의 장기요양 문제는 보험제도로 가능하나, 장애인의 경우 기여방식의 보험 편입에 어려움이 예상되고, 특히 사회통합의 도출이 어렵다는 점에서 보험방식보다는 조세방식이 더 바람직할 것으로 예상되기 때문이다. 셋째, 선진국에서 나타나고 있는 최근의 장애인복지 동향은 장애인

의 지역사회에의 보다 적극적인 참여와 직업을 통한 재활을 강조하고 있어, 장애인 복지 서비스를 이러한 방향으로 발전시키기 위하여는 장애인장기요양보장제도를 근간으로 하여 노인장기요양보험제도와는 차별적인 제도적 기반이 필요하다고 본다.

넷째, 시범사업결과 노인장기요양보험제도에 통합하는 제2안 지역인 부산 해운대구에서는 기존의 활동보조서비스를 받고 있는 인원 299명중 이번 시범사업에 신청한 인원은 28명으로 그 비율은 9.4%에 불과하였다. 이는 대부분의 장애인은 기존의 활동보조서비스를 노인장기요양보험제도에의 통합보다 더 선호하고 있다는 것으로 해석할 수 있으며, 이러한 시범사업 결과를 보았을 때 제2안보다는 제1안이 더 바람직하다고 판단되었기 때문이다.

2. 관련전문기관 평가

2차 시범사업 및 본 제도 도입을 위해 단일화된 관련전문기관의 선정이 요구되어짐에 따라 2009년 7월부터 실시한 장애인장기요양보장제도 시범사업에 참여한 관련전문기관(국민건강보험공단, 국민연금공단)의 해당 지사를 방문하여 시범사업 수행기관에 대한 평가를 실시하였다.

평가 결과 양 공단의 경우 자격심사, 이용계획서, 의뢰와 연계, 모니터링, 운영노력성 등 전반적인 업무의 흐름에서 모두 많은 노력을 기울이고 있었으며, 많은 성과를 낸 것으로 평가된다. 국민연금공단은 표준장기요양이용계획서의 작성, 의뢰와 연계 분야에서, 국민건강보험공단은 이용자의 만족도에서 보다 높은 점수를 받은 것으로 나타났으며, 향후 사업운영계획 평가 부분에서 국민연금공단이 조금 우위에 있는 것으로 나타났다. 전반적인 점수는 국민연금공단이 다소 높았다.

이러한 평가결과와는 별도로 국민건강보험공단과 국민연금공단 등 양 공단에 대한 일반적인 전달체계에서의 특징을 살펴보았다. 먼저 통합성 영역과 연속성 영역의 경우 국민건강보험공단보다는 국민연금공단이 상대적으로 유리한 것으로 평가되며, 접근성 면에서는 국민건강보험공단 조직의 지사가 국민연금공단 조직의 지사보다 많아 상대적으로 우수하다고 평가할 수 있다. 책임성 부분의 경우 장애인 당사자의 권익 옹호기능과 서비스 제공기관의 질 관리를 해주는 것이 필요하다고 할 수 있는데,

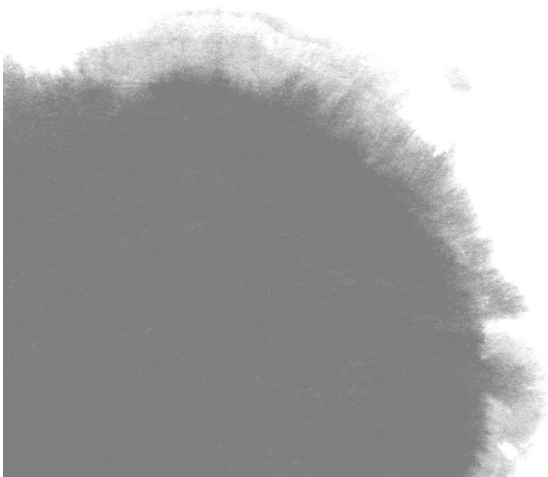
양 공단 모두 충분한 책임성을 발휘하기에는 경직적이고 비탄력적이라는 한계점이 있다. 전문성의 경우는 전문 인력의 배치가 가장 중요한 사항이라고 할 수 있는데, 양 공단 모두 이미 관료제적 조직이 구축되어 있어서 전문성의 확보 면에서는 이를 실현하기가 쉽지 않아 보임으로 이를 해소할 수 있는 방안 마련이 필요하다.

한편, 수요자 중심적 조직 중에서 장애인의 이해는 국민건강보험공단에 비해 장애인복지인프라 개편사업 참여, 중증장애인 위탁심사, 장애연금에 따른 장애심사 등에 대한 업무경험이 있는 국민연금공단이 다소 우수한 것으로 판단된다. 안정적 운영가능성 부분의 경우, 국민연금공단의 경우 장기요양제도에 대한 경험이 없어 국민건강보험공단보다는 미흡하다는 판단을 할 수 있다.

한편, 장애인 장기요양제도를 양 공단 중 어느 한 공단에서 선정되어 관할한다 하더라도 몇 가지 문제점을 야기할 수 있는 것으로 보인다. 먼저, 장애인장기요양보장제도가 공단의 고유목적사업인 건강보험 혹은 연금보험운영에 예속되어 운영될 우려가 있다는 것이다. 또한 국민건강보험공단 혹은 국민연금공단은 장애인 장기요양 서비스에 대해 관심이 크게 없었던 조직으로서 향후 조직의 목적, 구조, 예산, 사업에 이르기까지 보다 집중적으로 이를 해소할 수 있는 방안 마련이 필요하다.

결론적으로 상기의 1차 시범사업 수행성과 평가와 장·단점 분석 등을 종합적으로 고려한 결과 국민연금공단이 관리운영기관으로 참여하는 것이 바람직할 것으로 사료되나 위와 같은 우려에 대해서는 보다 심도 있는 논의를 통해 개선해 나가는 노력이 병행되어야 할 것이다.

시범사업 관련전문기관의 비용분석



제5장 시범사업 관련전문기관의 비용분석

제1절 연구내용 및 방법

본 연구는 장애인장기요양보장제도 시행에 따른 운영비용을 산정하는 데 그 목적을 두고 있다. 따라서 본 연구를 위해서는 다음과 같은 내용의 분석이 필요하다.

첫째, 장애인장기요양보장제도 시범사업에 따른 비용을 산출한다. 시범사업은 2개의 전문기관이 총 6개 지역에 사업 실시하고 있으며, 그 중 동일한 방식이 적용된 5개 지역을 대상으로 분석한다. 둘째, 장애인장기요양보장제도 운영전문기관의 소요인력을 추정한다. 여기서 소요인력이라 함은 운영전문기관의 장기요양보장제도 사업관련 업무 수행을 위한 필요인력 규모를 의미한다. 셋째, 분석 결과를 근거로 장기요양보장제도가 확대 실시되었을 경우의 총 비용을 추정한다. 본 연구에서의 비용은 전문기관의 장기요양보장제도 운영에 따른 비용을 의미하고 서비스 수혜자에게 공급되는 급여비는 포함하지 않는다.

연구 내용은 첫째, 행정서비스 공급비용 산정의 이론적 검토, 둘째, 장애인장기요양보장제도 비용산정 기준 도출, 셋째, 장애인장기요양보장제도 시범사업 운영비용 산정, 넷째, 장애인장기요양보장제도 전문기관 인력수요 추정, 다섯째, 장애인장기요양보장제도의 전면 시행에 따른 운영비의 산정 등이 있다.

첫째, 행정서비스 공급비용 산정의 이론적 검토는 ① 행정서비스 공급비용(원가) 산정에 관한 이론검토, ② 이론적 분석을 통한 시사점 도출 등의 단계를 거친다.

둘째, 장애인 장기요양보장제도 비용산정 기준 도출은 ① 일반적인 비용산정 기준검토, ② 일반적 비용산정 기준을 장애인 장기요양보장제도에 맞게 수정하는 단계

를 거친다.

셋째, 장애인 장기요양보장제도 시범사업 운영비용 산정은 ① 시범사업 지역별 운영비용 산정, ② 시범사업 전문기관별 운영비용 산정, ③ 장애인 1인당 운영비 산정 등의 단계를 거친다.

넷째, 장애인장기요양보장제도 전문기관 인력수요 추정은 ① 인력산정 방법의 검토, ② 시범사업 데이터와 벤치마킹 데이터를 통한 인력산정 모델의 도출, ③ 필요 인력의 산출 등의 단계를 거친다.

마지막으로 장애인장기요양보장제도의 전면 시행에 따른 운영비의 산정은 ① 비용항목별 비용의 산정 ② 기관별 총 비용 및 1인당 소요비용의 산정 등의 단계를 거친다.

제2절 비용산정 방법

1. 비용산정의 개요

가. 비용산정을 위한 방법론

보통 원가의 산정은 활동기준원가계산(ABC) 방법론을 활용한다. 활동기준원가 계산(活動基準原價計算, Activity-Based Costing, ABC)은 전통적인 원가계산방식의 문제점을 개선하기 위해 도입된 원가계산방법으로 ABC는 제조간접비를 소비하는 활동(Activity)이라는 개념을 설정하고 여러 활동에 따라 제조간접비를 배분함으로써 기존의 전통적인 원가계산방식에 비해 좀 더 합리적인 원가배부를 목적으로 한다.

보통 ABC는 고객에게 주어지는 제품과 서비스에 대한 활동을 통해 조직의 자원 비용을 부과하는 방식으로, 보통 제품과 고객의 비용과 이익을 이해하는 도구로 활용되며, 이는 다시 가격을 정하고, 인증하고, 처리 개선을 측정하는 등의 전략적인 결정을 지원하는데 이용되어 진다. 선진국에서 90년 대 이후 정부혁신의 일환으로 공공서비스 가격 설정 시 광범위하게 이용되고 있다. 그러나 활동기준원가계산법(ABC)에는 다음과 같은 문제점이 있다.

- 면접 및 설문조사 프로세스는 너무 많은 시간과 비용이 소요됨.

- ABC모델의 데이터가 주관적이고 실제적 검증이 어려움.
- 데이터의 저장, 처리, 보고에 많은 비용이 소요됨.
- 대부분의 ABC모델은 지엽적이므로 조직 전체자원으로 수익성(효과)을 향상시킬 수 있는 기회에 대해 통합적인 관점을 제시해 주지 못함.
- ABC모델은 상황변화에 따른 업데이트가 쉽지 않음.
- ABC모델은 사용되지 않은 Capacity의 존재 가능성을 무시하므로 이론적으로 문제가 있음.

특히, 공공부문 서비스의 경우 활동에 직접 배분되는 재료비 성격의 비용은 낮고 임의적으로 배분되는 간접비 성격의 비용이 높으므로 간접비의 임의적 배분으로 인한 ABC의 단점은 더욱 부각되기 마련이다.

최근 민간기업의 경우 ABC의 대안으로 시간중심활동기준원가계산(Time-Driven Activity-Based Costing, TDABC) 기법을 도입하고 있다. TDABC는 업무를 진행하는데 소모되는 비용을 ‘시간’을 기준으로 산정해 원가를 관리하는 경영기법이다. TDABC는 Capacity원가율에 자원 Capacity에 대한 수요(보통의 경우에는 시간)를 곱하여 부서의 자원원가를 원가대상에 할당하는 방법으로 TDABC를 위해 필요한 것은 ‘부서의 Capacity원가율’과 ‘부서에서 처리하는 거래별 Capacity사용량’ 두 가지 매개변수뿐이다. 따라서 ABC에서 발생하는 데이터의 수집 및 분류과정에서 발생하는 오류를 대폭적으로 감소할 수 있으며, 상대적으로 배분 기준이 객관적이고 명확하다는 장점이 있다. 또한 TDABC는 고객 및 제품별 분석은 물론 각 활동 단위 등 세분화된 프로세스별 분석이 가능하다. 따라서 본 연구에서는 TDABC기법을 기반으로 운영비용을 산정한다.

Capacity원가율은 ‘공급된 Capacity의 원가 / 공급된 자원의 실질사용 Capacity’로 도출할 수 있다.

TDABC의 간단한 예를 들면 특정 부서에서 1분기에 총 567,000천원의 비용이 발생하였으며, 부서 직원 수는 28명, 1인당 1일 실 업무 시간이 375분이라 가정할 경우 부서의 분기별 총 근무시간은 630,000분(=28명*3개월*20일*375분)이 된다. 따라서 Capacity원가율은 분당 0.9천원(567,000천원 / 630,000분)이 된다.

이 부서에서 고객주문 처리, 고객문의 처리, 신용조사 등의 업무를 수행하며, 작업
 무에 소요되는 시간이 각각 8분, 44분, 50분이 소요된다고 할 때 해당 업무 당 원가
 는 Capacity원가율*소요된 시간(분)으로 간단히 산출가능하며, 각 업무의 발생건수에
 따라 다음과 같이 원가계산이 가능하며, 업무의 구성 변화에 따른 예측이 용이하다.

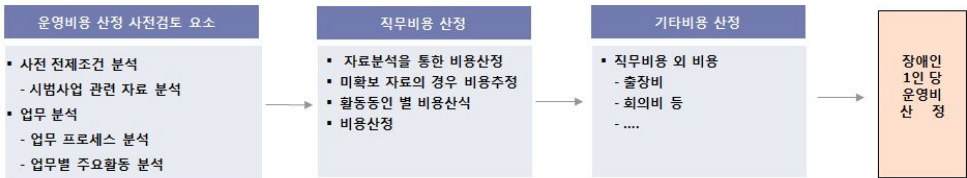
〈표 5-1〉 TDABC 예시

구분	처리시간 (분/건)	처리건수 (건/분기)	총 소요시간 (분)	Capacity원가율 (분당)	총 원가 (천원)
고객주문 처리	8	49,000	392,000	0.9천원	352,800
고객문의 처리	44	1,400	61,600		55,440
신용조사	50	2,500	125,000		112,500
사용 Capacity			578,600		520,740

나. 비용산정 절차

운영비용 산정 절차는 다음과 같이 운영비용 산정 사전검토, 직무비용 산정, 기타
 비용의 산정 등의 절차로 진행된다.

[그림 5-1] 비용산정 절차



다. 서비스 비용 산정기준 항목

전문기관 서비스 운영비용 산정기준 항목은 크게 사업에 직접적으로 소요되는 직
 접노무비, 직접재료비, 경비와 사업을 운영하기위한 지원 및 관리하기 위한 비용인
 일반 관리비료 세분할 수 있다.

1) 비용산정 항목 개요

(1) 직접 노무비

직접 노무비는 방문조사, 판정, 질평가의 업무를 수행하는데 투입된 인력의 인건비로 기본급, (제)수당, 상여금, 퇴직급여충당금을 포함한다. 기본급은 임금(賃金)을 구성하는 요소 가운데, 여러 수당을 제외한 금료를 말하며, (제)수당은 법정수당과 비 법정수당을 포함한다. 상여금은 할증임금제(割増賃金制)에 있어서 일정한 생산액 이상의 능력을 올린 자에게 지급되는 임금 부분을 의미하나 한국에서는 이외는 성격을 달리하여 저임금을 보충하기 위하여 정기적으로 지급되고 있다. 퇴직급여충당금은 종업원이 퇴직할 경우에는 근로기준법 또는 노사간의 단체협약에 따라 퇴직금을 지급하게 되어 있으나, 불규칙적으로 발생하는 퇴직금을 발생하는 대로 그 기의 손비(損費)로 처리한다면 기간손익계산의 관점으로 보아 타당하지 않기 때문에, 퇴직금을 당해 종업원의 재직기간 중의 각 기간에 사전배분하여 매기마다 일정액을 비용화하여 처리하는 방법을 택하고 있다. 이렇게 처리된 비용을 적립하는 것이 충당금이며, 실제의 퇴직금은 이 충당금에서 지급된다.

〈표 5-2〉 직접노무비 구성내용

비용항목	세부항목	내용
직접 노무비	기본급	정상 노동시간 내의 노동에 대해 지불되는 시간당 또는 월당(月當) 임금으로 근로자의 최저생활을 보장하는 기본적 임금항목이며 본봉(本俸) 또는 본급(本給)이라고도 지칭한다. 기본급은 본인급·능력급·근속급으로 구성되며, 각종 수당은 제외된다. 기본급을 여러 수당과 구별하는 목적은, 단체교섭 때 임금액 결정의 기준으로 삼고 노무비와 생산량과의 정상적 관계를 파악, 정확한 재무계획과 합리적인 임금제도를 확립하는 데 있다.
	(제)수당	(제)수당은 급여의 항목 중 기본급과 상여를 제외한 급여를 의미한다. 수당은 법정수당과 비 법정수당으로 구분된다. 법정수당은 근로기준법에 명시된 연장근로수당, 휴일근로수당, 연·월차수당, 생리수당 등으로 구분되어지며, 비 법정수당은 법정수당 이외에 고용자와 피고용자 간의 계약에 의한 수당으로 직책수당, 기술수당, 가족수당 등이 있다.
	상여금	한국에서 상여는 저임금을 보충하기 위한 생계비 보조적, 임금후불적 의미에서 정기적으로 지급되고 있다. 따라서 성과상여와 정기상여(예) 설상여금, 추석상여금 등)를 모두 포함한다.
	퇴직급여충당금	퇴직급여충당금은 불규칙적으로 발생하는 퇴직금을 발생하는 대로 그 기의 손비(損費)로 처리한다면 기간손익계산의 관점으로 보아 타당하지 않기 때문에, 기업은 퇴직금을 당해 종업원의 재직기간 중의 각 기간에 사전배분하여 매기마다 일정액을 비용화하여 충당금으로 처리하고 실제 퇴직금이 발생하였을 경우 퇴직급여충당금에서 지급된다.

(2) 직접 재료비

직접 재료비는 방문조사, 판정, 질 평가에 소요된 각종 물품의 비용을 의미한다. 직접 재료비의 계산은 구성항목별 합계금액으로 계산한다.

(3) 경비

경비는 방문조사, 판정, 질 평가에 소요된 출장비, 등급판정위원회 개최 비용, 회의 진행 경비, 협조 및 홍보 경비, 기타비용으로 구분되어진다.

계산방법은 각 항목별로 총합으로 계산한다. 등급판정위원회 개최 비용의 경우에는 등급판정위원회에 지급되는 비용을 구분하여 계산한다.

(4) 일반관리비

조직 및 사업의 유지를 위해 소요되는 일반관리비는 지원인력 인건비와 기관운영비로 구분되어지며, 지원인력 인건비는 본연의 사업의 진행을 지원하기 위한 인력의 인건비로 구성 항목은 직접 노무비와 같다. 기관 운영비는 사업을 운영하기 위한 본 사업조직과 지원조직을 유지 관리하는데 소요되는 비용으로 복리후생비, 사무용품구입비, 교육훈련비, 보험료, 전산유지보수비, 임차료, 감가상각비, 기타 일반관리비로 구분할 수 있다.

복리후생비는 (제)수당과, 상여금을 제외한 직원에게 모든 지원 비용을 포함하며, 그 예로 피복비, 문화지원비, 특근 매식비 등을 들 수 있다.

임차료는 조직이 점유하고 있는 공간에 대한 비용으로 이는 기존의 공간을 활용할 경우에도 전체 임대료×(해당사업 조직의 점유공간 / 전체 공간)으로 계산하여 준다.

감가상각비용은 해당 사업을 수행하기 위하여 사용되어지는 자산을 내용연수로 나누어 매년 상각비용을 계산하여 준다.

기타 일반관리비는 기관 운영비 항목에 포함되지 않은 운영비로 수도광열비 등이 있다.

라. 전문기관 서비스 운영비용 산정기준 항목

앞서 제시된 일반적인 서비스 비용산정 기준을 장애인 장기요양보장제도에 맞게

수정하여 전문기관 서비스 운영비용 산정기준을 정리하면 다음과 같다.

〈표 5-3〉 전문기관 서비스 운영비용 산정기준 표

비용항목		세부항목
직무비용	방문조사, 판정, 질 평가 인력 인건비	기본급
		(제)수당
		상여금
		퇴직급여충당금
기타비용	지원인력 인건비	기본급
		(제)수당
		상여금
		퇴직급여충당금
	기타업무경비	재료비
		출장비
		등급판정위원회 개최 비용
		회의 진행 경비
		협조 및 홍보 경비
		기타비용
		기관 운영비	복리후생비(특근매식비 포함)
	사무용품 구입비	
	교육훈련비	
	보험료	
	전산유지보수비	
	기타 일반관리비	
	임차료	
	감가상각비	
합 계		

2. 비용산정을 위한 업무프로세스 분석

가. 장애인 장기요양보장제도 주요업무 내용

시범사업에 따른 전문기관의 주요 업무로는 방문조사, 등급판정 및 판정 결과통
보, 서비스 질 평가관리 등이 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-4〉 주요업무 내용

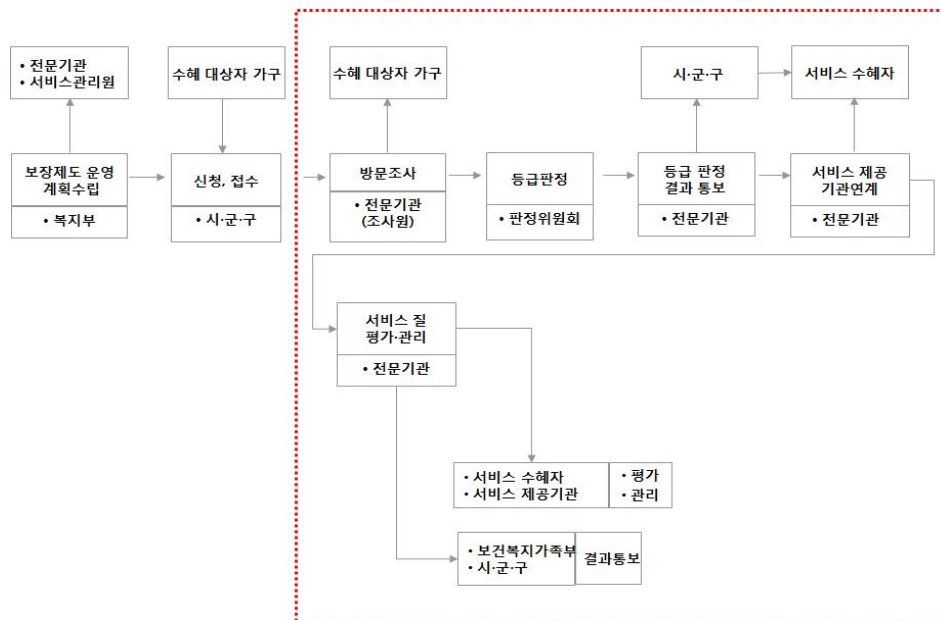
구분	주요업무 내용		
전문기관 업무	방문조사	등급판정 및 판정 결과통보	서비스 질 평가관리

나. 장애인 장기요양보장제도 관련 전문기관 주요 업무 프로세스 맵

1) 업무의 전체

장애인 장기요양보장제도 관련 전문기관의 주요 업무 프로세스는 크게 보장제도 운영계획수립, 신청 및 접수, 방문조사, 등급판정, 등급판정 결과 통보, 서비스 제공기관과의 연계, 서비스 질 평가 및 관리로 구분할 수 있다.

〔그림 5-2〕 장애인 장기요양보장제도 관련 전문기관 주요 업무 프로세스 맵

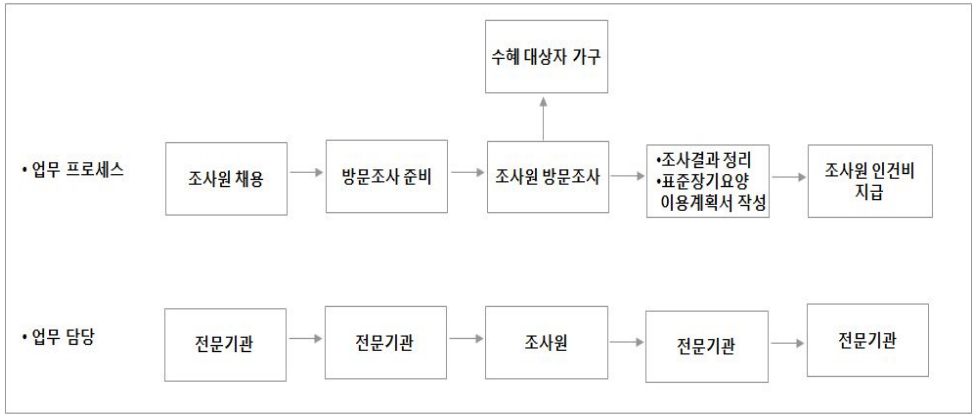


2) 방문조사 업무

방문조사 업무의 프로세스는 조사원의 채용, 방문조사 준비, 조사원 방문조사, 조

사결과 정리 및 이용계획서 작성, 조사원 인건비 지급으로 구분할 수 있으며, 세부적으로는 다음과 같이 나타낼 수 있다.

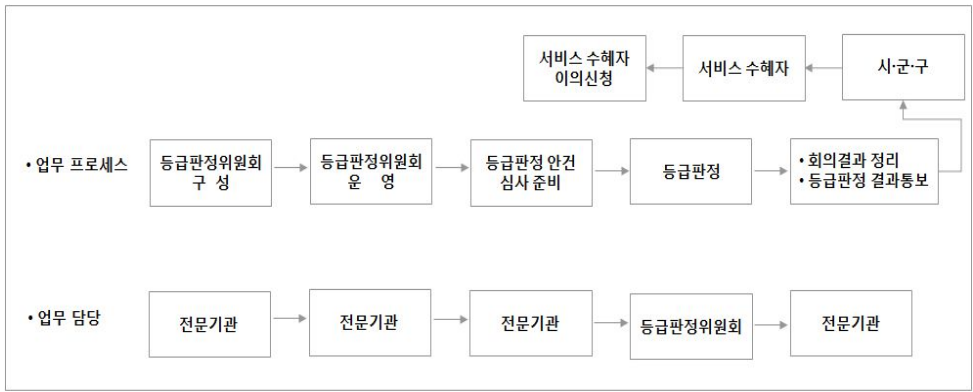
[그림 5-3] 방문조사 업무 프로세스 맵



3) 등급판정 업무

등급판정 업무의 프로세스는 등급판정 위원회 구성, 등급판정 위원회 운영, 등급판정 안전심사준비, 등급판정, 판정 결과의 통보 및 이의신청 등의 업무로 구분할 수 있으며, 세부적으로는 다음과 같다.

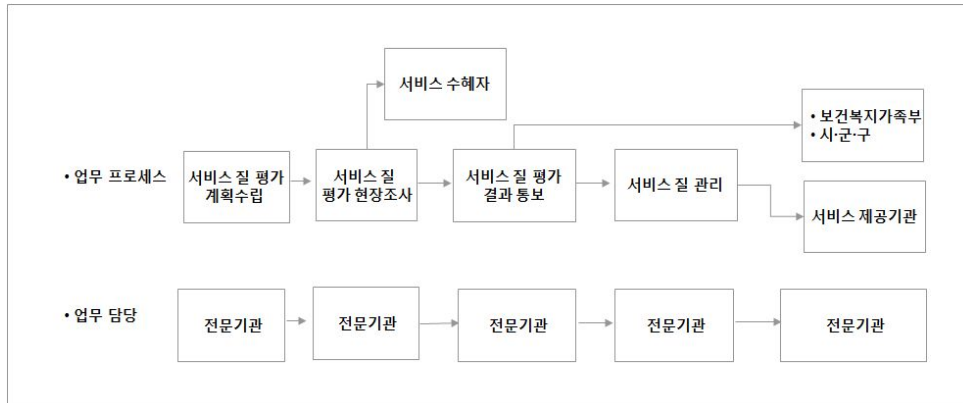
[그림 5-4] 등급판정 업무 프로세스 맵



4) 서비스 질 평가 및 관리 업무

서비스 질 평가 및 관리 업무의 프로세스는 서비스 질 평가계획 수립, 현장조사, 서비스 질 관리 등으로 구분할 수 있다.

[그림 5-5] 서비스 질 평가 및 관리 업무 프로세스 맵



3. 업무 프로세스별 비용산정 틀

가. 방문조사 업무 비용산정 틀

방문조사 업무의 비용산정은 방문조사 준비비용, 방문조사 비용, 조사결과 정리비용, 조사원 인건비 지급업무 비용 등으로 산출하며, 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 5-5〉 방문조사 업무 비용산정 틀

주요업무	주요활동	비용산식
방문조사	방문조사 준비	방문조사 준비비용 (담당자 임금*근무기간*직무비율)
	방문조사	방문조사 비용 (담당자 임금*근무기간*직무비율)
		조사원 1인 당 조사비*조사원수
	조사결과 정리 및 표준장기 요양이용계획서 작성	조사결과 정리비용 (담당자 임금*근무기간*직무비율)
	조사원 인건비 지급업무	조사원 인건비 지급업무 비용 (담당자 임금*근무기간*직무비율)

나. 등급판정 업무 비용산정 틀

등급판정 업무의 비용산정은 등급판정위원회 구성 및 운영, 안전심사 준비, 등급판정, 회의결과 정리, 결과통보, 이의신청 처리 등으로 구분하여 산출한다.

〈표 5-6〉 등급판정 업무 비용산정 틀

주요업무	주요활동	비용산식
등급판정	등급판정위원회 구성	위원회 구성비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	등급판정위원회 운영	위원회 운영비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	등급판정위원회 안전심사 준비	안전 심사비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	등급판정	등급판정 비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	등급판정위원회 회의결과 정리	회의결과 정리비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	등급판정 결과통보	통보 비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	맞춤형 서비스 이용계획서 작성 지원	지원 비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	이의신청 접수 및 처리	접수 비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)

135

다. 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 틀

서비스 질 평가·관리 업무의 비용산정은 서비스 질 평가계획 수립, 현장조사, 서비스 질 평가 결과 통보, 서비스 질 관리 등으로 산정한다.

〈표 5-7〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 틀

주요업무	주요활동	비용산식
서비스 질 평가·관리 (사례관리, 모니터링)	서비스 질 평가계획 수립	평가계획 수립 비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	현장조사	조사비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	서비스 질 평가 결과 통보	통보비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)
	서비스 질 관리	관리비용(담당자 임금*근무기간*직무비율)

라. 기타비용산정 틀

기타비용산정은 지원인력 인건비, 기타업무 경비, 기관운영비 등으로 산정한다. 지원인력 인건비는 담당자 임금*전체 직무 중 해당 직무비율로 산정되며, 이외의 항목은 실 발생 비용으로 도출한다.

〈표 5-8〉 기타비용산정 틀

주요업무	내용	비용산식
지원인력인건비	업무 책임자 인건비	담당자 임금*근무기간*직무비율
	업무지원 인력인건비	담당자 임금*근무기간*직무비율
기타업무경비	출장비	실 발생 비용
	등급판정위원회 개최 비용	실 발생 비용
	회의 진행 경비	실 발생 비용
	협조 및 홍보 경비	실 발생 비용
기관운영비	복리후생비	실 발생 비용
	특근매식비	실 발생 비용
	사무용품 구입비	실 발생 비용
	기타 물품 구입비	실 발생 비용
합계		

제3절 시범사업 비용 산정

1. 시범사업 비용산정 개요

가. 시범사업 비용산정 대상 및 범위

시범사업은 2009. 07. ~ 2010. 01. 동안 이루어 졌으며, 시범사업 비용산정은 크게 국민연금공단과 국민건강보험공단으로 구분한다. 세부적으로는 국민연금공단의 서초, 이천, 익산과 국민건강보험공단의 남구, 서귀포의 사업을 분석대상으로 하며, 사업 방식이 다른 국민건강보험공단의 해운대 사업은 제외한다.

비용은 각 기관의 사업관련 실 발생비용으로 계산한다. 임대료와 전산장비 감가상각비용은 제외하였다.

나. 시범사업 비용산정을 위한 기본가정

1) 사업의 완료

시범사업은 2009년 07월에 시작하여 2010년 1월 까지 대상자인 469명에 대한 전문기관의 서비스는 모두 완료되었으며, 비용은 모두 발생 된 것으로 가정한다.

2) 분석 데이터

비용산정 데이터는 각 기관에서 제출한 데이터를 이용하며, 이 데이터는 비교적 정확하다고 가정한다.

3) 각 기관의 본부에서 발생한 비용의 배분

시범사업과 관련하여 본부 발생 비용은 각 지사에 동일하게 분배한다. 보다 정확한 계산을 위해서는 본부의 지원기능에 대한 각 지사의 수혜 정도에 따라 비용이 분배 되어져야 하지만 현실적으로 정확한 수혜율을 구하는 것은 지극히 어렵다. 또한 각 기관의 시범사업 총비용은 지사의 합으로 산출되기 때문에 본부에서 발생한 비용은 모두 반영된다.

국민건강보험공단의 경우 본부 발생비용 중 남구와 서귀포에 각각 1/3씩 반영하여 준다. 이는 국민건강보험공단의 본부 발생비용 중 분석 대상에서 제외된 해운대 사업에 대한 부분을 고려해주기 위함이다.

4) 비용의 구분

직무비용이라함은 시범사업의 본연의 업무인 방문조사, 등급판정, 서비스 질 평가·관리 업무와 관련하여 지출된 정규직 및 비정규직의 인건비를 의미하며, 이외의 비용은 기타비용으로 분류한다.

기타비용은 지원기능 비용, 각종 물품 구입비, 복리후생비 및 등급판정위원회의 외부위원 참석수당을 포함한다.

2. 시범사업 비용산정

가. 국민연금공단

1) 방문조사 업무비용 산정

(1) 서초

서초의 방문조사 비용산정 결과 총 25,871,117원으로 이중 방문조사 준비비용이 2,083,399원, 방문조사 비용(직원)이 2,859,661원, 조사원 방문조사 비용이 17,825,727원, 조사결과 정리비용이 3,102,330원으로 나타났다. 그 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 5-9〉 방문조사 비용(서초)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
방문조사	방문조사 준비비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.1=287,070원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.1=1,213,349원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.15*1/3=136,610원	2,083,399원
	방문조사 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.15=669,555원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.15=430,605원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.13=1,577,354원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	2,859,661원
	조사원 조사비용 (조사원 1인 당 조사비*조사원수)	서초 조사원 A : 4,265,508원 서초 조사원 B : 9,294,711원 서초 조사원 C : 4,265,508원	17,825,727원
	조사결과 정리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.15=669,555원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.15=430,605원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.15=1,820,024원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	3,102,330원
합계			25,871,117원

(2) 이천

이천의 방문조사 비용산정 결과 총 19,196,360원으로 방문조사 준비비용이 2,194,354원, 방문조사 비용(직원)이 1,880,574원, 조사원 방문조사 비용이 11,852,669원, 조사결과 정리비용이 3,268,763원인 것으로 나타났다.

〈표 5-10〉 방문조사 비용(이천)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
방문조사	방문조사 준비비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.1=1,611,374원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.15*1/3=136,610원	2,194,354원
	방문조사 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.2=892,740원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	1,880,574원
	조사원 조사비용 (조사원 1인 당 조사비*조사원수)	이천 조사원 A : 7,575,354원 이천 조사원 B : 4,277,315원	11,852,669원
	조사결과 정리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.15=669,555원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.15=2,417,062원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	3,268,763원
합계			19,196,360원

(3) 익산

익산의 경우 총 26,674,338원으로 방문조사 준비비용이 2,400,754원, 방문조사 비용(직원)이 3,206,521원, 조사원 방문조사 비용이 17,825,727원, 조사결과 정리비용이 3,241,336원으로 각각 나타났다.

〈표 5-11〉 방문조사 비용(익산)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
방문조사	방문조사 준비비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.15=669,555원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.1=381,240원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.1=1,213,349원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.15*1/3=136,610원	2,400,754원
	방문조사 비용 (담당자 임금*전체 직무 중 해당 직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.2=892,740원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.4=1,524,960원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	3,206,521원
	조사원 조사비용 (조사원 1인 당 조사비*조사원수)	익산 조사원 A : 4,265,508원 익산 조사원 B : 4,265,508원 익산 조사원 C : 9,294,711원	17,825,727원
	조사결과 정리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.2=892,740원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.25=953,100원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.1=1,213,349원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.2*1/3=182,147원	3,241,336원
합계			26,674,338원

2) 등급판정 업무비용 산정

(1) 서초

서초의 경우 등급판정 업무 비용산정 결과 총 12,798,513원으로 나타났으며, 주요활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-12〉 등급판정 비용(서초)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
등급판정	등급판정위원회 구성 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.06=267,822원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.05=143,535원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.03=364,005원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.07*1/3=63,751원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,612,350원
	등급판정위원회 운영 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.06=267,822원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.05=143,535원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.03=364,005원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,639,672원
	등급판정위원회 안전심사 준비 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.13=373,191원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.15*1/3=943,329원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	2,604,989원
	등급판정 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.12=344,484원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.03=364,005원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.05*1/3=45,537원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,659,190원
	회의결과 정리 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.1=287,070원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.02=242,670원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원	1,067,183원
	결과통보 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.06=267,822원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.05=143,535원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.03=364,005원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.03*1/3=27,322원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,575,921원
	서비스 이용계획서 작성(담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 A : 2,975,800원*1.5개월*0.12=535,644원 서초 B : 1,913,800원*1.5개월*0.1=287,070원 서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.1=1,213,349원	2,036,063원
	이의신청 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	603,145원
합계			12,798,513원

(2) 이천

이천의 경우 등급판정 업무 비용산정 결과 총 12,974,006원으로 나타났으며, 주요활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-13〉 등급판정 비용(이천)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
142	등급판정위원회 구성 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.05=223,185원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.07*1/3=63,751원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,865,861원
	등급판정위원회 운영 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.05=223,185원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,893,183원
	등급판정위원회 안전심사 준비 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.12=535,644원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.15*1/3=943,329원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	2,520,084원
	등급판정 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.12=535,644원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.02=322,275원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.05*1/3=45,537원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,362,250원
	회의결과 정리 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.06=267,822원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원	1,164,583원
	결과통보 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.05=223,185원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.03*1/3=27,322원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,829,431원
	서비스 이용계획서 작성(담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.08=1,289,100원	1,735,470원
	이의신청 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	603,145원
합계			12,974,006원

(3) 익산

익산의 경우 등급판정 비용으로 총 12,087,647원으로 나타났으며, 각 활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-14〉 등급판정 비용(익산)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
등급판정	등급판정위원회 구성 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.05=223,185원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.07*1/3=63,751원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,666,848원
	등급판정위원회 운영 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.05=223,185원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,694,170원
	등급판정위원회 안전심사 준비 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.07=312,459원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.1=381,240원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.15*1/3=943,329원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	2,479,127원
	등급판정 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.07=312,459원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.05=190,620원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.02=242,670원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.05*1/3=45,537원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,250,080원
	회의결과 정리 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.07=312,459원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.05=190,620원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=242,670원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.1*1/3=91,073원	1,200,827원
	결과통보 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.04=178,548원 익산 B : 2,541,600원*1.5개월*0.05=190,620원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 B : 1,366,100원*2.0개월*0.03*1/3=27,322원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,776,402원
	서비스 이용계획서 작성(담당자 임금* 근무기간*직무비율)	익산 A : 2,975,800원*1.5개월*0.1=446,370원 익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.08=970,679원	1,417,049원
	이의신청 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	603,145원
	합계		12,087,647원

3) 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 결과

(1) 서초

서초의 경우 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 결과 총 7,316,597원으로 나타났다으며, 주요활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-15〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(서초)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
서비스 질 평가·관리 (사례관리, 모니터링)	평가계획 수립비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,065,469원
	조사비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.15=1,820,024원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	2,423,169원
	통보비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.03=364,005원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.03*1/3=188,666원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	697,022원
	관리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서초 C : 1,913,800원*6.34개월*0.1=1,213,349원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	3,130,937원
	합계		7,316,597원

(2) 이천

이천은 총 7,952,355원이 서비스 질 평가·관리 업무에 소요된 것으로 나타났으며 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 5-16〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(이천)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
서비스 질 평가·관리 (사례관리, 모니터링)	평가계획 수립비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,264,481원
	조사비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.15=2,417,062원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	3,020,207원
	통보비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.05=805,687원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.03*1/3=188,666원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,138,704원
	관리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	이천 B : 2,541,600원*6.34개월*0.1=1,611,374원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	2,528,963원
	합계		7,952,355원

(3) 익산

익산의 경우 서비스 질 평가 관리 업무 비용산정 결과 총 7,165,942원으로 나타났다으며, 주요활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-17〉 서비스 질 평가 관리 업무 비용(익산)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
서비스 질 평가 관리 (사례관리, 모니터링)	평가계획 수립 비용 (담당자 임금* 근무시간*직무비율)	익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05 = 606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	1,065,469원
	조사비용 (담당자 임금* 근무시간*직무비율)	익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.2=2,426,698원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.05*1/3=314,443원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	3,029,844원
	통보비용 (담당자 임금* 근무시간*직무비율)	익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.05=606,675원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.03*1/3=188,666원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.05*1/3=144,351원	939,692원
	관리비용 (담당자 임금* 근무시간*직무비율)	익산 C : 2,541,600원*6.34개월*0.1=1,213,349원 본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.1*1/3=628,886원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.1*1/3=288,702원	2,130,937원
합계			7,165,942원

4) 기타비용 산정

(1) 서초

서초의 경우 기타비용으로 총 21,955,069원이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-18〉 기타비용(서초)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
지원 인력 인건비	업무 책임자 인건비	본부 D : 3,889,160원*6.34개월*1/3=8,219,091원	8,219,091원
	업무지원 인력인건비	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.22*1/3=1,383,549원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.3*1/3=866,170원	2,249,656원
	출장비	187건(총 4,594,200원, 본부포함)	4,594,200원
기타 업무 경비	등급판정위원회 개최 비용	회의 준비비 및 진행비(301,250원) 외부위원 참석수당(1950,000원)	2,251,250원
	회의 진행 경비	16건(총 1,928,240원)	1,928,240원
	협조 및 홍보 경비	15건(총 1,632,740원)	1,632,740원
	복리후생비	88,962원	88,962원
기관 운영비	특근매식비	740,270원	740,270원
	사무용품 구입비	133,460원	133,460원
	기타 물품 구입비	117,200원	117,200원
	합계		21,955,069원

(2) 이천

이천의 기타비용은 총 16,003,965원이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-19〉 기타비용(이천)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
지원 인력 인건비	업무 책임자 인건비	본부 D : 3,889,160원*6.34개월*1/3=8,219,091 원	8,219,091 원
	업무지원 인력인건비	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.22*1/3=1,383,549원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.3*1/3=866,170원	2,249,656원
기타 업무 경비	출장비	89건(총 1,600,000원)	1,600,000원
	등급판정위원회 개최 비용	회의 준비비 및 진행비(182,290원) 외부위원 참석수당(750,000원)	932,290원
	회의 진행 경비	14건(총 2,055,600원)	2,055,600원
	협조 및 홍보 경비	10건(총 1,328,680원)	1,328,680원
기관 운영비	복리후생비	51,999원	51,999원
	특근매식비	600,000원	600,000원
	사무용품 구입비	181,000원	181,000원
	기타 물품 구입비	113,000원	113,000원
합계			16,003,965원

(3) 익산

익산의 경우 총 16,503,610원의 기타비용이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-20〉 기타비용(익산)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
지원 인력 인건비	업무 책임자 인건비	본부 D : 3,889,160원*6.34개월*1/3=8,219,091 원	8,219,091 원
	업무지원 인력인건비	본부 A : 2,975,800원*6.34개월*0.22*1/3=1,383,549원 본부 C : 1,366,100원*6.34개월*0.3*1/3=866,170원	2,249,656원
기타 업무 경비	출장비	124건(총 3,000,000원)	3,000,000원
	등급판정위원회 개최 비용	외부위원 참석수당(1,350,000원)	1,350,000원
	회의 진행 경비	11건(총 919,580원)	919,580원
	협조 및 홍보 경비	2건(총 117,000원)	117,000원
기관 운영비	복리후생비	86,103원	86,103원
	특근매식비	525,000원	525,000원
	사무용품 구입비	37,180원	37,180원
	기타 물품 구입비	없음	
합계			16,503,610원

5) 국민연금공단 시범사업 비용 산정 종합

국민연금공단의 시범사업 비용은 총 186,499,521원으로 나타나고 있으며, 사업 대상인원인 279명으로 나눌 경우 1인당 평균 668,457원이 소요된 것으로 나타났다. 항목별로는 직무비용이 132,036,877원, 기타비용이 55,251,444원 인 것으로 나타나고 있다.

사업장별로는 서초가 1인당 평균 526,677원, 이천이 1인당 1,039,383원, 익산이 1인당 650,329원이 소요된 것으로 나타나고 있다.

이천의 1인당 비용이 높게 나타난 것은 본부에서 발생된 비용을 3개 사업장에 균등분배 함으로써 상대적으로 대상자 인원수가 적은 이천의 1인당 비용이 높게 나타난 것으로 판단되어진다. 또한 타 사업장에 비하여 대상 인원이 적어 상대적으로 규모의 경제에 의한 비용감소 효과가 적은 것으로 판단되어 진다.

〈표 5-21〉 국민연금공단 시범사업 비용 산정 종합

(단위: 명, 원)

주요업무	국민연금공단 전체 (대상 : 279명)	서초 (대상 : 129명)	이천 (대상 : 54명)	익산 (대상 : 96명)
직무비용	132,036,877	45,986,227	40,122,722	45,927,928
기타비용	55,251,444	21,955,069	16,003,965	16,503,610
합 계	186,499,521	67,941,296	56,126,687	62,431,538
장애인 1인당 운영비용	668,457	526,677	1,039,383	650,329

나. 국민건강보험공단

1) 방문조사 업무비용 산정

(1) 남구

남구의 경우 총 10,673,174원으로 방문조사 준비비용이 2,235,016원, 방문조사 비용(직원)이 5,543,938원, 조사결과 정리비용이 2,894,220원으로 각각 나타났으며, 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 5-22〉 방문조사 비용(남구)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
방문조사	방문조사 준비비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.105=1,588,360원 남구 B : 2,471,000원*0.73개월*0.2=360,766원 남구 C : 1,796,000원*0.73개월*0.07=91,776원 남구 D : 1,473,000원*0.73개월*0.07=75,270원 남구 E : 1,628,000원*0.73개월*0.1=118,844원	2,235,016원
	방문조사 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.105=1,588,360원 남구 B : 2,471,000원*0.73개월*0.7=1,262,681원 남구 C : 1,796,000원*0.73개월*0.8=1,048,864원 남구 D : 1,473,000원*0.73개월*0.7=752,703원 남구 E : 1,628,000원*0.73개월*0.75=891,330원	5,543,938원
	조사결과 정리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.14=2,117,814원 남구 B : 2,471,000원*0.73개월*0.1=180,383원 남구 C : 1,796,000원*0.73개월*0.13=170,440원 남구 D : 1,473,000원*0.73개월*0.23=247,317원 남구 E : 1,628,000원*0.73개월*0.15=178,266원	2,894,220원
합계			10,673,174원

(2) 서귀포

서귀포의 경우 총 방문조사 비용은 11,538,430원으로 방문조사 준비비용이 2,307,686원, 방문조사 비용(직원)이 8,016,056원, 조사결과 정리비용이 1,214,689원으로 나타났다.

〈표 5-23〉 방문조사 비용(서귀포)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
방문조사	방문조사 준비비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 A : 1,628,000원*6.34개월*0.2=2,064,304원 서귀포 B : 1,667,000원*0.74개월*0.2=243,382원	2,307,686원
	방문조사 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 A : 1,628,000원*6.34개월*0.7=7,225,064원 서귀포 B : 1,667,000원*0.74개월*0.65=790,992원	8,016,056원
	조사결과 정리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 A : 1,628,000원*6.34개월*0.1=1,032,152원 서귀포 B : 1,667,000원*0.74개월*0.15=182,537원	1,214,689원
합계			11,538,430원

2) 등급판정 업무비용 산정

(1) 광주 남구

광주 남구의 경우 등급판정 비용으로 총 8,277,589원으로 나타났으며, 각 활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-24〉 등급판정 비용(광주 남구)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
등급판정	등급판정위원회 구성 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 C : 2,937,000원*6.34개월*0.05=931,029원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원	1,195,756원
	등급판정위원회 운영 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 C : 2,937,000원*6.34개월*0.1=1,862,058원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원	2,126,785원
	등급판정위원회 안전심사 준비 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 C : 2,937,000원*6.34개월*0.1=1,862,058원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.035=529,453원	2,391,511원
	결과통보 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 C : 2,937,000원*6.34개월*0.05=931,029원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원	1,195,756원
	등급판정 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 C : 2,937,000원*6.34개월*0.05=931,029원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원	1,195,756원
	이의신청 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	본부 A : 1,628,000원*6.34개월*0.05*1/3=172,025원 (본부직원)	172,025원
합계			8,277,589원

(2) 제주 서귀포

제주 서귀포의 경우 등급판정 비용으로 총 2,728,460원으로 나타났으며, 각 활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-25〉 등급판정 비용(제주 서귀포)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
등급판정	등급판정위원회 구성 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.025=446,812원 서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.035=64,475원	511,287원
	등급판정위원회 운영 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.05=893,623원 서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.035=64,475원	958,098원
	등급판정위원회 안전심사 준비 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.025=446,812원 서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.035=64,475원	511,287원
	결과통보 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.025=446,812원	446,812원
	등급판정 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.07=128,951원	128,951원
	이의신청 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	본부 A : 1,628,000원*6.34개월*0.05*1/3=172,025원	172,025원
	합계		2,728,460원

3) 서비스 질 평가·관리 업무비용 산정

(1) 광주 남구

광주 남구는 총 9,847,148원이 서비스 질 평가·관리 업무에 소요된 것으로 나타났다으며 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 5-26〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(광주 남구)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
서비스 질 평가·관리 (사례관리, 모니터링)	평가계획 수립 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원	264,727원
	조사비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.035=529,453원 남구 기간제 A : 7,305,960*0.85=6,210,066원	6,739,519원
	통보비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0175=264,727원 남구 기간제 A : 7,305,960*0.1=730,596원	995,323원
	관리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	남구 A : 2,386,000원*6.34개월*0.0525=794,180원 남구 기간제 A : 7,305,960*0.05=365,298 본부 A : 1,628,000원*6.34개월*0.2*1/3=688,101원	1,847,579원
	합계		9,847,148원

(2) 제주 서귀포

제주 서귀포의 경우 서비스 질 평가·관리 업무 비용산정 결과 총 12,970,926 원으로 나타났으며, 주요활동별로는 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-27〉 서비스 질 평가·관리 업무 비용(제주 서귀포)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
서비스 질 평가·관리 (사례관리, 모니터링)	평가계획 수립 비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.025=446,812원 서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.035=128,951원	575,762원
	조사비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 C : 2,819,000원*6.34개월*0.25=4,468,115원 서귀포 기간제 A : 7,546,380*0.7=5,282,466원	9,750,581원
	통보비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.07=128,951원	128,951원
	관리비용 (담당자 임금* 근무기간*직무비율)	서귀포 D : 2,523,500원*0.73개월*0.245=451,328원 본부 A : 1,628,000원*6.34개월*0.2*1/3=688,101원	2,515,632원
합계			12,970,926원

4) 기타비용 산정

(1) 광주 남구

광주 남구의 기타비용은 총 22,924,564원이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-28〉 기타비용(광주 남구)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
지원 인력 인건비	업무 책임자 인건비	본부 B : 4,812,250원*6.34개월*1/3=10,169,888원	10,169,888원
	업무지원 인력인건비	본부 C : 3,009,000원*6.34개월*1/3=1,271,804원 본부 D : 2,471,000원*6.34개월*1/3=1,044,409원 남구 A : 2,386,000원*6.34개월=529,453원(남구직원)	2,845,666원
기타 업무 경비	출장비	168건(총 4,816,660원)	4,816,660원
	등급판정위원회 개최 비용	회의 준비비 및 진행비(281,000원) 외부위원 참석수당(2,025,000원)	2,306,000원
	회의 진행 경비	3건(총 477,000원)	477,000원
	협조 및 홍보 경비	3건(총 475,000원)	475,000원
기관 운영비	복리후생비	959,350원	959,350원
	특근매식비	640,000원	640,000원
	사무용품 구입비	235,000원	235,000원
	기타 물품 구입비	없음	
합계			22,924,564원

(2) 제주 서귀포

서귀포의 경우 총 21,225,951원의 기타비용이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-29〉 기타비용(제주 서귀포)

주요업무	비용산식	비용산정	비 용
지원 인력 인건비	업무 책임자 인건비	본부 B : 4,812,250원*6.34개월*1/3=10,169,888원	10,169,888원
	업무지원 인력인건비	본부 C : 3,009,000원*6.34개월*1/3=1,271,804원 본부 D : 2,471,000원*6.34개월*1/3=1,044,409원	2,316,213원
기타 업무 경비	출장비	117건(총 3,634,940원)	3,634,940원
	등급판정위원회 개최 비용	회의 준비비 및 진행비(184,900원) 외부위원 참석수당(1,425,000원)	1,609,900원
	회의 진행 경비	5건(총 908,000원)	908,000원
	협조 및 홍보 경비	1건(총 120,000원)	120,000원
기관 운영비	복리후생비	1,707,010원	1,707,010원
	특근매식비	560,000원	560,000원
	사무용품 구입비	200,000원	200,000원
	기타 물품 구입비	없음	
합계			21,225,951원

5) 국민건강보험공단 시범사업 비용 산정 종합

시범사업의 비용은 총 100,186,243원으로 나타나고 있으며, 사업 대상인원인 190명으로 나눌 경우 1인당 평균 527,296원이 소요된 것으로 나타났다.

항목별로는 직무비용이 56,035,728원, 기타비용이 44,150,515원으로 나타났으며, 지역별로는 남구의 경우 대상자 1인당 474,518원, 서귀포의 경우 598,318원이 소요되는 것으로 나타났다.

상대적으로 서귀포가 대상자 1인당 소요 비용이 높게 나타난 이유는 투입인력의 직급이 상대적으로 높은 것으로 나타났으며, 본부의 발생비용에 대한 균등분배 때문인 것으로 판단되어 진다.

〈표 5-30〉 국민건강보험공단 시범사업 비용 산정 종합

(단위: 원)

주요업무	국민건강보험공단 전체 (대상 : 190명)	남구 (대상 : 109명)	서귀포 (대상 : 81명)
직무비용	56,035,728	28,797,911	27,237,817
기타비용	44,150,515	22,924,564	21,225,951
합 계	100,186,243	51,722,475	48,463,768
장애인 1인당 운영비용	527,296	474,518	598,318

다. 시범사업 비용 산정 종합

시범사업 비용 산정 결과 시범사업 전체의 총 비용은 286,685,764원이 소요된 것으로 나타났다. 이중 직무비용이 188,072,605원, 기타비용이 99,401,959원인 것으로 나타났다.

시범사업의 대상자 1인당 소요 비용은 611,270원 인 것으로 나타났으며, 기관별로는 국민연금공단이 668,457원, 국민건강보험공단이 527,296원으로 각각 나타났다.

153

〈표 5-31〉 시범사업 비용 산정 종합

(단위: 원)

주요업무	국민연금공단 (대상 : 279명)	국민건강보험공단 (대상 : 190명)	시범사업 전체 (대상 : 469명)
직무비용	132,036,877	56,035,728	188,072,605
기타비용	55,251,444	44,150,515	99,401,959
합 계	186,499,521	100,186,243	286,685,764
장애인 1인당 운영비용	668,457	527,296	611,270

두 기관의 1인당 소요 비용이 차이가 발생하는 원인을 파악하기 위하여 기관별 시범사업의 비용구조를 분석한 결과 국민연금공단의 경우 직무비용이 70.8%를 차지하는 반면 국민건강보험공단의 경우 55.9%로 나타나고 있다. 직무비용은 투입된 직원의 인건비로 계산되었으므로 차이 발생 원인을 두 가지로 압축할 수 있다. 첫째,

업무처리의 효율성으로 직원 1인당 처리하는 대상자수가 차이나는 것이다. 둘째, 투입된 인력의 인건비가 차이가 나는 것이다.

업무처리의 효율성 측면에서 두 기간의 실 투입인력³⁾ 1인당 처리하는 대상자수는 국민연금공단 22.4명 국민건강보험공단이 24명으로 나타나 효율성 측면에서는 국민건강보험공단이 조금 높은 것으로 나타나고 있다.

두 기간의 기간제근로자의 인건비는 근소한 차이로 국민연금공단이 낮은 것으로 나타나고 있다. 또한 두 기관의 1인당 평균연봉⁴⁾의 경우도 국민연금공단 50,132천원, 국민건강보험공단 51,606천원으로 근소한 차이로 국민연금공단이 낮은 것으로 나타나고 있다. 따라서 동일한 경력을 지닌 직원을 투입할 경우 국민연금의 인건비가 상대적으로 낮을 것이다.

결론적으로 대상자 1인당 소요 비용의 차이는 업무처리의 효율성을 감안하더라도 국민연금공단이 투입 인건비가 높은 경향이 있다. 이는 국민연금공단이 상대적으로 높은 호봉의 직원을 투입하였기 때문인 것으로 판단되어 진다.

〈표 5-32〉 기관별 비용 차이 분석

주요업무		국민연금공단 (대상 : 279명)	국민건강보험공단 (대상 : 190명)
비용구성 비율	직무비용	70.8%	55.9%
	기타비용	29.6%	44.1%
	합 계	100%	100%
실 투입인력 ($\frac{\Delta(\text{투입기간} \times \text{시범사업 업무비중})}{\text{시범사업기간}}$)		12.43명	7.93명
실 투입인력 1인당 처리 대상자수		22.4명	24.0명
기간제근로자 임금		1,466,043원	1,471,000원
직원 1인당 평균연봉		50,132천원	51,606천원

3) 시범사업 기간동안 해당업무에 100% 투입을 실 투입인력 1명으로 계산, 단장·센터장 제외.

4) 각 기관 홈페이지

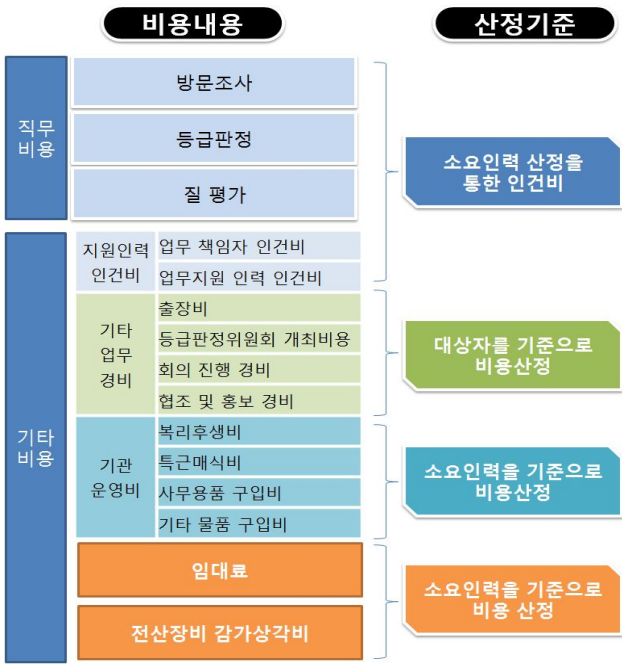
제4절 사업의 전면 시행에 따른 비용산정

1. 비용산정 개요

가. 비용산정 기준

비용산정 기준은 크게 투입인력과 대상자로 구분할 수 있으며, 그 세부내용은 다음과 같다.

[그림 5-6] 비용산정 기준



나. 비용산정을 위한 가정

1) 인건비

(1) 소요인력 및 운영구조

소요인력은 장애인 장기요양보장사업이 노인 장기요양보험사업과 인력운영면에서

유사하다는 가정하에 노인 장기요양보험사업 데이터와 시범사업 데이터를 활용하여 추정한다. 인력의 추정은 실 투입인력(해당 업무 투입률 100%)을 기준으로 한다.

추정된 소요인력의 직급별 구성비율은 노인 장기요양보험사업과 유사하다고 가정한다. 또한 각 기관의 정규직과 비정규직의 비율과 운영은 시범사업과 유사하다고 가정한다.

사업운영을 위한 조직(본부, 지역본부, 지사, 센터 등)은 각 기관의 현 조직구조와 동일하다고 가정한다.

(2) 직급별 임금

직급별 임금은 각 기관의 직급별 평균 임금을 기준으로 산정하며, 비정규직의 경우 시범사업의 임금을 기준으로 산정한다.

기능직은 6급과 동일하다고 가정하며, 연구직은 3급과 4급의 평균으로 가정한다.

2) 기타비용

기타비용 중 출장비, 등급판정위원회 개최비용, 회의 진행 경비, 협조 및 홍보 경비는 대상자에 영향을 받으며, 복리후생비, 특근매식비, 사무용품구입비, 기타 물품구입비는 소요인력에 영향을 받는 것으로 가정한다.

3) 임대료 및 전산장비의 감가상각비

임대료와 전산장비의 감가상각비는 소요인력에 영향을 받으며, 전산장비에 대한 감가상각 방법은 3년에 걸쳐 정액으로 완전히 상각되는 것을 가정한다.

2. 인력 및 인건비의 산정

가. 소요인력⁵⁾ 추정 개요

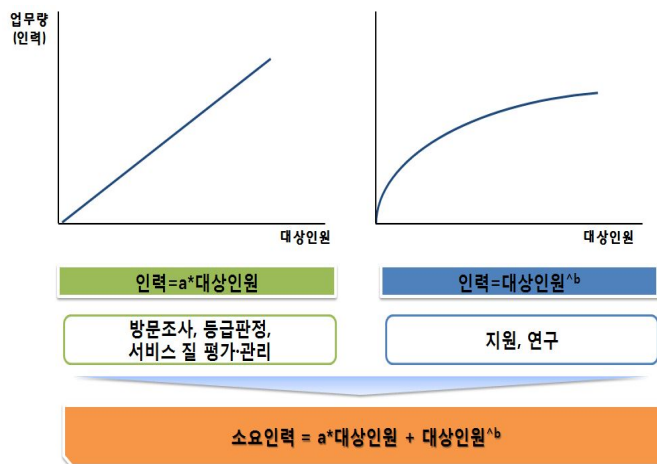
5) 소요인력은 사업수행을 위해 필요한 인원으로서 정규직과 비정규직을 모두 포함.

1) 업무의 내용에 따른 대상자수와 업무량의 관계

업무의 내용에 따라 대상인원에 업무량이 비례적으로 증가하는 업무와 대상인원이 증가함에 따라 대상인원 1인당 업무량이 점차 감소하여 업무량과 대상인원의 관계가 곡선 형태로 나타나는 업무로 구분 할 수 있다.

장애인 장기요양보장사업의 방문조사, 등급판정, 서비스 질 평가 관리 업무의 경우에는 대상인원수에 따라 소요인력이 직선 형태로 나타날 것이다. 이는 업무의 특성이 대상자와 직접적으로 관계되며, 전면 시행에 따른 대상자의 증가가 단위 지사의 대상인원 증가하는 것이 아니라 서비스지역의 확대에 따른 지사가 증가하는 형식으로 이루어지는 것이기 때문이다. 지원업무와 연구기능의 경우에는 대상자의 증가에 따라 규모의 경제효과로 인한 한계소요인력⁶⁾이 체감하는 형태로 나타날 것이다. 따라서 장애인 장기요양보장사업의 업무특성을 고려한 소요인력 추정의 기본틀은 다음과 같다. 본 연구에서는 사업기능(지사)과 지원기능(본부)을 구분하여 각각 소요인력을 산출 후 최종적으로 사업 전체의 소요인력을 도출한다.

[그림 5-7] 업무특성에 따른 대상인원과 업무량의 관계



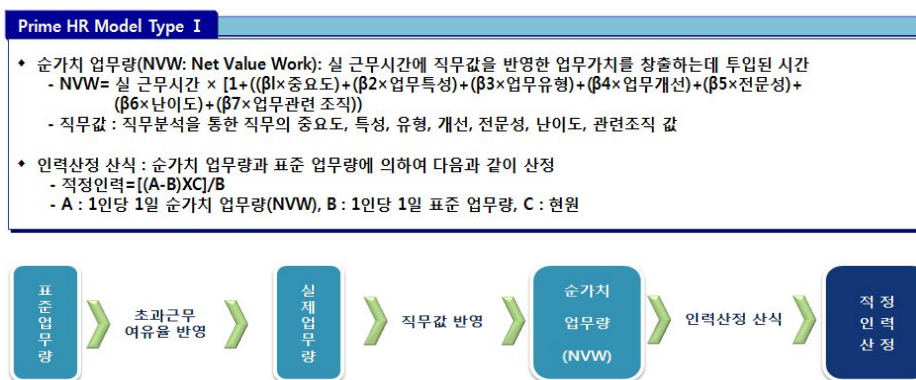
6) 한계소요인력이란 대상자 1인이 증가함에 따라 증가되는 소요인력을 의미함.

2) 인력추정 모델

(1) 지사 업무의 인력추정 모델

일반적인 인력산정 방법은 업무의 소요시간을 기반으로 산출하게 되며, 이와 관련하여 프라이م전략연구원에서는 업무의 소요시간과 직무의 특성을 반영한 순가치 업무량(NVW: : Net Value Work) 기반의 「Prime HR Model Type I」을 이용하여 인력을 산정을 한다.

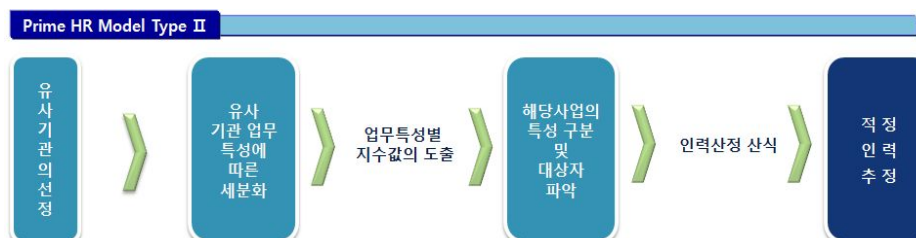
[그림 5-8] Prime HR Model Type I



(2) 본부 업무의 인력추정 모델

직접적인 인력추정이 불가능하며, 대상인원의 증가로 규모의 경제 효과가 기대되는 경우 지수함수 기반의 유사사업을 벤치마킹 방법인 「Prime HR Model Type II」를 이용하여 소요인력을 산정한다.

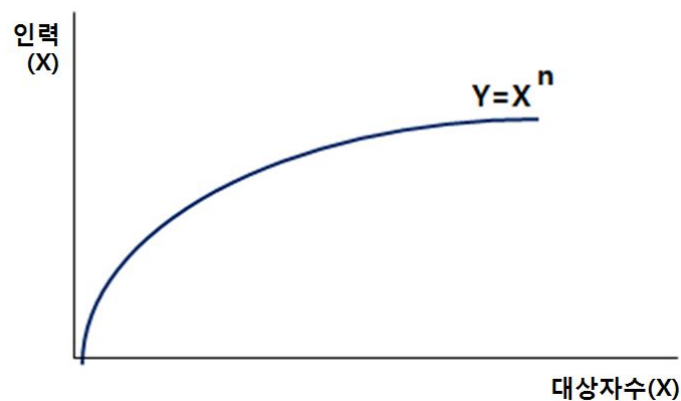
[그림 5-9] Prime HR Model Type II



일반적으로 대상자수(X) 증가 할수록 소요인력(Y)은 증가하게 된다. 그러나 규모의 경제효과가 작용하면 소요인력이 업무량에 동일한 비율로 증가하는 직선형태가 아닌 아래와 같은 곡선 형태의 지수함수 곡선을 따르게 된다.

이때 지수인 n은 1보다 작은 수를 가지며, 업무의 특성에 따라 대상자 수와 연관성이 높은 업무는 1에 가까운 수를, 낮은 업무는 0에 가까운 수를 지니게 된다. Prime HR Model Type II는 이러한 지수함수를 기반으로 유사기관의 벤치마킹 및 시범사업의 데이터를 이용하여 소요인력은 추정한다.

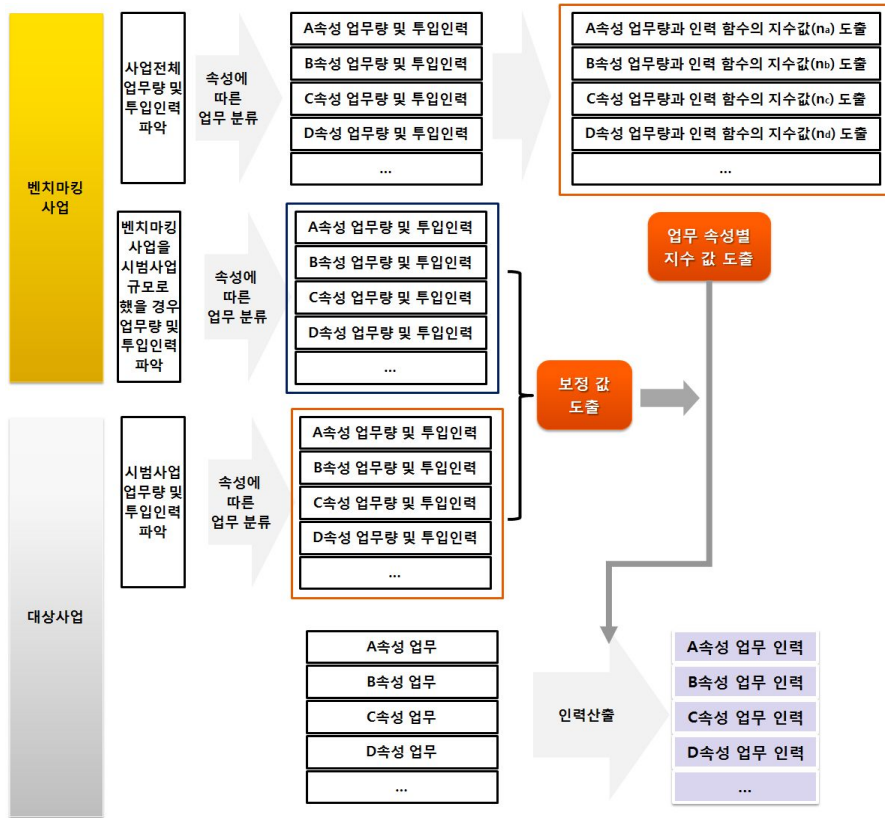
[그림 5-10] 인력과 업무량간의 관계



Prime HR Model Type II는 크게 벤치마킹 사업의 데이터와 시범 사업의 데이터를 사용하게 된다. 인력산정 방법은 벤치마킹 사업의 업무량과 인력의 관계에서 적용될 1차 지수 값을 도출하게 되며, 도출된 지수함수에 의하여 추정된 인력(a)과 벤치마킹 사업을 시범 사업 규모로 시행했을 경우 추정된 인력(b)을 이용하여, a와 b의 관계에서 보정치를 추정한다. 이를 이용하여 1차 산정된 함수식을 보정한다. 보정 과정을 통하여 벤치마킹 사업과 소요인력을 산출하고자 하는 사업간의 차이를 반영하여 준다.

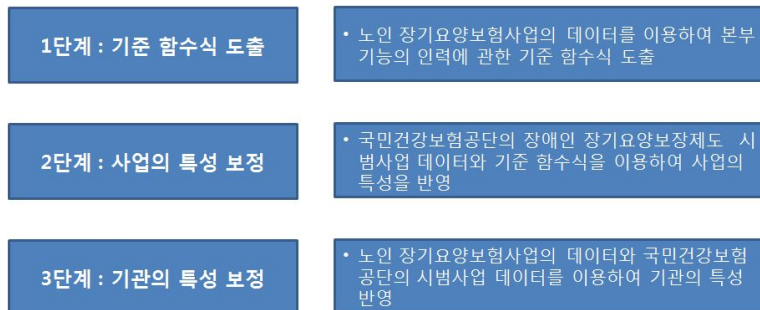
일련의 과정을 도식화 하면 다음과 같다.

[그림 5-11] Prime HR Model Type II에 따른 인력산정 방법



이를 본 연구에 맞게 수정하면 다음과 나타낼 수 있으며, 1단계와 2단계에 의하여 국민건강보험공단의 본부기능에 대한 인력 산정이 가능하며, 1~3단계에 의하여 국민연금공단의 본부기능에 대한 인력 산정이 가능하다.

[그림 5-12] 연구 특성에 따른 Prime HR Model Type II의 수정



(3) 장애인 장기요양보장사업의 소요인력 추정 모델

장애인 장기요양보장사업의 소요인력 추정은 Prime HR Model Type I과 Prime HR Model Type II를 결합하여 사용한다.

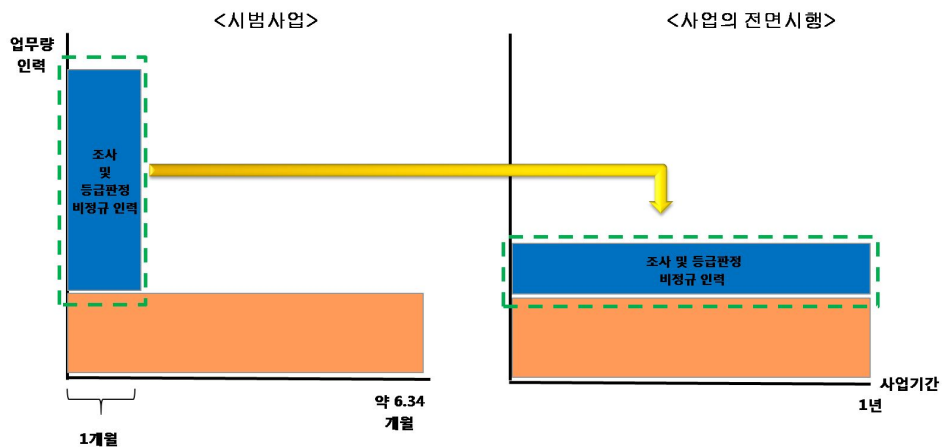
2) 인력추정 시 고려사항

(1) 시범사업 특성에 따른 고려요소

① 인력의 투입방법

시범사업의 경우 사업 초기(약 1개월)에 방문조사 및 등급판정 업무를 위하여 인력이 집중적으로 투입 되었다. 그러나 사업이 전면적으로 시행될 경우 시범사업과 달리 초기에 일시적으로 조사 및 등급판정 업무가 집중되지 않고 1년 동안 균등하게 발생할 것이다.

[그림 5-13] 시범사업과 사업의 전면시행 시 필요 비정규직 인력



② 비정규직 인력운영 방식

비정규직 인력운영 방식은 시범 사업과 유사하다고 가정한다. 세부적으로는 국민건강보험공단의 경우 서비스 질 평가 관리 업무에 비정규인력을 활용하였으며, 국민연금공단의 경우에는 방문조사 업무에 비정규직 인력을 사용하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-33〉 기관에 따른 비정규직 인력운영 방식

구 분	국민연금공단	국민건강보험공단
방문조사	정규직+비정규직	정규직
등급판정	정규직	정규직
서비스 질 평가·관리	정규직	정규직+비정규직

(2) 전면시행 방법에 따른 고려요소

사업의 전면시행 방법에 따라 소요인력이 달라 질 것이다. 따라서 시행방법을 60,000명 전면시행(1안), 1차 년도 20,000명, 2차 년도 40,000명(2안), 1차~3차 년도 각 20,000명(3안)으로 세분하여 소요인력을 산정한다.

3) 사용 데이터

(1) 시범사업 데이터 요약

시범사업의 경우 국민연금공단과 국민건강보험공단이 총 469명의 대상자를 처리하는데 35명의 인력이 투입된 것으로 나타났다. 업무 투입률을 감안한 결과 실 투입인력은 20.36명⁷⁾인 것으로 나타났다.

기관별 실 투입인력은 국민연금공단이 12.43명, 국민건강보험공단이 7.93명인 것으로 나타났다.

〈표 5-34〉 시범사업 데이터 요약

구분	합계	국민연금공단	국민건강보험공단
투입인력(명)	35명	20명	15명
실 업무 투입률(%)	2,036%	1,243%	793%
실 투입인력(명)	20.36명	12.43명	7.93명

주1) 국민연금 1 단장, 국민건강보험 1 센터장 제외.

주2) 실 업무 투입률은 기간 및 업무비중을 100% 기준으로 산정.

주3) 실 투입인력은 실 업무 투입률 100% 당 실 투입인력 1명.

7) 1인 해당업무 100%, 6.34개월 투입 기준.

(2) 벤치마킹 데이터 요약

벤치마킹 사례인 노인 장기요양보험사업의 경우 대상자수 613,421명에 직원수가 2,496명으로 나타났다.

〈표 5-35〉 벤치마킹 데이터 요약

구분	합계	본부				지역본부	지사
		소계	사업주관	지원	연구		
인원(명)	2,496	234	185	40	9	92	2,170

나. 소요인력 산정

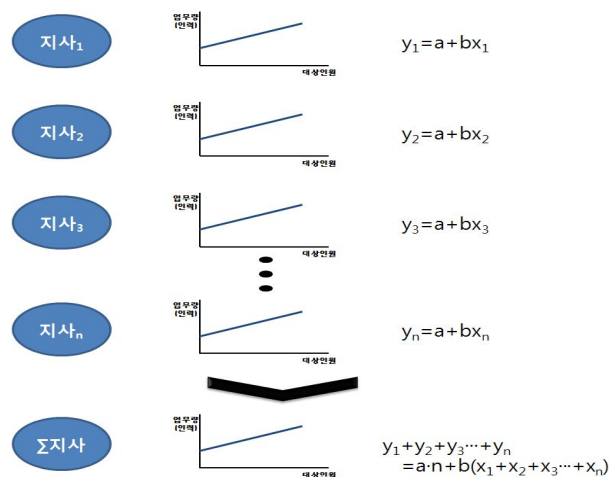
소요인력의 산정은 지사의 소요인력을 산정을 먼저 한 다음 산정된 결과를 이용하여 본부기능에 대한 소요 인력은 산정한다. 이는 본부기능에 대한 소요 인력은 지사의 인력에 가장 큰 영향을 받는다는 가정을 전제로 하고 있음을 의미한다.

1) 지사의 소요인력 산정

(1) 지사의 소요인력 산정방법

지사에 대한 인력산정은 개별 지사의 소요인력의 총합으로 도출한다.

[그림 5-14] 지사의 인력산정 구조



지사의 총 소요인력을 수식으로 나타내면 다음과 같다.

$$\text{소요인력}(Y) = a \cdot n + b \cdot \text{총 대상자수}(X)$$

- 소요인력(Y) = Σ 각 지사의 소요인력(y_n)
- 총 대상자수(X) = Σ 각 지사의 대상자수(x_n)

(2) 기관별 지사의 소요인력 산정모델

시범사업 데이터를 이용하여 각 기관의 소요인력 산정모델을 도출한 결과 국민연금공단⁸⁾의 경우 「총 소요인력(Y) = $1.090163 \cdot n + 0.005847 \cdot \text{총 대상자 수}(X)$ 」로 나타났으며, 국민건강보험공단의 경우 「총 소요인력(Y) = $0.997248 \cdot n + 0.0054837 \cdot \text{총 대상자 수}(X)$ 」로 나타났다.

〈표 5-36〉 소요인력 산정모델의 도출

구분		국민연금			건강보험	
		서초	이천	익산	남구	서귀포
기초 자료	대상(명)	129	54	96	109	81
	실투입인력(명) (시범사업기준)	3.49	2.66	3.14	3.02	2.73
	1년기준(명) 실투입인력 ⁸⁾	1.84	1.41	1.66	1.60	1.44
모델 도출	구 조	총 소요인력(Y) = a·n+b·총 대상자 수(X)				
	상수 값(a)	1.090163			0.997248	
	계수 값(b)	0.005847			0.005483	
	결 과	Y = 1.090163·n+0.005847·X			Y = 0.997248·n+0.005483·X	

(3) 기관별 지사의 소요인력 산정결과

장애인 장기요양사업의 시행(안)에 따른 각 기관의 지사의 소요인력을 추정한 결과 다음과 같이 나타났다.

국민연금의 경우 1안(6만 전면 시행)의 경우 475.1명, 2안(2만, 4만 단계시행)의

8) 시범사업(6.34개월 기준)과 전면시행(12개월 기준) 간의 차이를 반영하기 위해서는 시범사업의 투입인력을 동일한 수의 대상 인원을 12개월 동안 시행 하였을 경우에 필요한 인력으로 변환해 주는 과정이 필요하다.

경우 1차년도 241.2명 2차년도 358.2명, 3안(2만씩 3년간)의 경우 매년 241.2명이 필요한 것으로 나타나고 있다.

건강보험의 경우 1안(6만 전면 시행)의 경우 506.5명, 2안(2만, 4만 단계시행)의 경우 1차년도 287.2명 2차년도 396.8명, 3안(2만씩 3년간)의 경우 매년 287.2명이 필요한 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-37〉 기관별 지사의 소요인력 산정결과

구분	기준 지사 수 (개소)	소요인력			
		1안(6만)	2안 (2만, 4만)		3안 (2만, 2만, 2만)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	각 년도(2만)
국민연금	114	475.1	241.2	358.2	241.2
건강보험	178	506.5	287.2	396.8	287.2

2) 본부의 소요인력 산정

(1) 기준 지수함수 도출

해당기관의 특성에 따라 본부(사업주관, 지원, 연구)9)의 기능에 대한 지수함수의 지수값을 도출한다.

$$\text{본부기능 인력}_k = \text{지사 인력}^{n_k} + \epsilon_k$$

노인 장기요양보험사업의 경우 2,170명의 지사의 인력을 지원하기 위한 본부기능 인력은 총 326명 인 것으로 나타났다.

〈표 5-38〉 노인 장기요양보험사업의 본부기능 데이터

구분	본부 기능						지사
	계	본부				지역본부	
		소계	사업주관	지원	연구직		
인원(명)	326	234	185	40	9	92	2,170

9) 지역본부의 경우 지원업무를 담당하고 있으므로 본부기능에 포함하여 인력을 산정함.

노인 장기요양보험사업의 본부기능 데이터를 이용하여 지수값(n_k)을 도출한 결과가 0.75719¹⁰⁾로 나타났다.

(2) 기관별 보정계수 및 소요인력 산정모델 도출

벤치마킹 사례인 노인 장기요양보험사업과 장애인 장기요양보장사업과의 차이 및 운영기관의 차이를 반영하기 위해서는 보정과정을 거쳐야 한다.

보정계수를 도출하기 위해서는 먼저 도출된 함수식을 이용하여 장애인 장기요양보장제도 시범사업과 동일한 규모를 기준으로 인력을 추정한다. 이 과정에서 도출된 결과값은 노인 장기요양보험사업을 장애인 장기요양보장제도 시범사업과 동일한 규모로 시행하였을 경우 필요한 인력을 의미한다.

보정계수를 포함한 각 기관의 인력산정 모델은 다음과 같은 구조를 지니게 된다.

$$\text{국민연금 본부기능 소요인력} = (\text{지사소요인력}_{\text{연금}} \cdot \text{보정 계수}_{\text{연금}})^{0.75719}$$

$$\text{건강보험 본부기능 소요인력} = (\text{지사소요인력}_{\text{健保}} \cdot \text{보정 계수}_{\text{健保}})^{0.75719}$$

노인 장기요양보험사업의 데이터로부터 도출된 기준 지수함수와 각 기관의 시범사업 데이터를 이용하여 기관별 보정결과를 도출하면 다음과 같다.

〈표 5-39〉 기관별 보정계수 도출

구분	시범사업 데이터(실 투입인력)		보정계수 값 본부기능 소요인력 = (지사소요인력·보정계수) ^{0.75719}
	본부(명)	지사(명)	
국민연금	3.14	9.29	0.46287
건강보험	2.18	5.75	0.48728

일련의 과정을 종합하여 각 기관의 본부기능에 대한 소요인력 산정모델을 도출하면 다음과 같다.

10) $326 = 2,170^{0.75719}$

$$\text{국민연금 본부기능 소요인력} = (\text{지사소요인력}_{\text{연금}} \cdot 0.46287)^{0.75719}$$

$$\text{건강보험 본부기능 소요인력} = (\text{지사소요인력}_{\text{健保}} \cdot 0.48728)^{0.75719}$$

(3) 기관별 본부기능의 소요인력 산정결과

장애인 장기요양사업의 시행(안)에 따른 각 기관의 본부기능 소요인력을 추정한 결과 국민연금의 경우 1안(6만 전면 시행)의 경우 59.4명, 2안(2만, 4만 단계시행)의 경우 1차년도 35.5명 2차년도 47.9명, 3안(2만씩 3년간)의 경우 매년 35.5명이 필요한 것으로 나타나고 있다.

건강보험의 경우 1안(6만 전면 시행)의 경우 64.8명, 2안(2만, 4만 단계시행)의 경우 1차년도 42.2명 2차년도 53.9명, 3안(2만씩 3년간)의 경우 매년 42.2명이 필요한 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-40〉 기관별 본부기능의 소요인력 산정결과

구분	소요인력			
	1안(6만)	2안 (2만, 4만)		3안 (2만, 2만, 2만)
		1차년도(2만)	2차년도(4만)	각 년도(2만)
국민연금	59.4	35.5	47.9	35.5
건강보험	64.8	42.2	53.9	42.2

3) 소요인력 산정 종합

지사와 본부기능의 인력산정 결과 1안 기준 국민연금공단의 경우 534.5명이 소요될 것으로 판단되어지며, 국민건강보험공단의 경우 571.3명이 소요될 것으로 판단되어진다. 각 기관의 1개 지사 당 소요인력은 국민연금공단 4.17명, 국민건강보험공단 2.85명인¹¹⁾ 것으로 나타났다.

상대적으로 국민건강보험공단이 소요인력이 많게 나타난 이유는 지사수가 상대적으로 많아 단위 지사 입장에서 인력을 효율적으로 운영하기 위한 충분한 수의 대상자가 확보되지 못하기 때문으로 판단되어진다.

11) 1안(60,000명 시행), 국민연금공단 114지사, 국민건강보험공단 178지사 기준.

이 소요인력 추정결과는 서비스의 질이나 이용자의 접근성은 감안하지 않았다.

〈표 5-41〉 기관별 소요인력 산정 결과

구분		국민연금			건강보험		
		계	본부기능	지사	계	본부기능	지사
1안(6만)		534.5	59.4	475.1	571.3	64.8	506.5
2안	1차년도(2만)	276.7	35.5	241.2	329.6	42.4	287.2
	2차년도(4만)	406.1	47.9	358.2	450.7	53.9	396.8
3안(2만씩 3년)		276.7	35.5	241.2	329.6	42.4	287.2

앞서 산정된 소요인력은 비정규직을 포함한 인력규모 인건비를 추정하기 위해서는 정규직과 비정규직을 구분하는 과정이 필요하다.

장애인 장기요양보장사업의 시행에 따른 비정규직의 운영방법은 시범사업과 유사하다고 가정하며, 시범사업의 경우 비정규직은 지사업무를 수행하였으므로 비정규직은 지사업무 중 비정규직이 담당한 업무 비율로 산출한다.

시범사업 업무 중 두 기관은 총 15.04명을 지사업무에 투입하였으며, 이중 비정규직이 6.69명으로 44.5%를 차지한 것으로 나타났다. 지사의 업무에 대한 비정규직의 투입률은 기관별로 보면 국민연금공단 55.0%, 국민건강보험공단 27.5%인 것으로 나타나 국민연금공단이 상대적으로 비정규직의 활용도가 높은 것으로 나타났다. 두 기관의 비정규직 활용도 차이는 국민연금공단의 경우에는 방문조사 업무에 비정규직을 활용한 반면, 국민건강보험공단의 경우에는 서비스 질·평가관리 업무에 비정규직을 활용하였기 때문이다.

사업의 전면 시행에 따른 비정규직의 비율은 시범사업 전체 지사업무에 대한 비정규직의 투입비율인 44.5%를 가정한다. 이는 사업의 전면 시행 시 비정규직의 활용 정도는 두 기관의 평균수준으로 수렴한다는 가정을 전제로 하고 있다.

〈표 5-42〉 비정규직 투입률

구분	시험사업 전체			국민연금			건강보험		
	계	정규직	비정규직	계	정규직	비정규직	계	정규직	비정규직
지사 실 투입인원	15.04명	8.35명	6.69명	9.29명	4.18명	5.11명	5.75명	4.17명	1.58명
구성비율	100%	55.5%	44.5%	100%	45.0%	55.0%	100%	72.5%	27.5%

국민연금공단의 경우 시행방법에 따른 정규직과 비정규직 인원은 다음과 같다.

〈표 5-43〉 소요인력의 정규직과 비정규직(국민연금공단)

구분		국민연금공단 소요인력 계 ¹²⁾			기능별			
					본부기능	지사		
		계	정규직	비정규직	정규직	소계	정규직	비정규직 ¹³⁾
1안(6만)		534.5	323.1	211.4	59.4	475.1	263.7	211.4
2안	1차년도(2만)	276.7	169.4	107.3	35.5	241.2	133.9	107.3
	2차년도(4만)	406.1	246.7	159.4	47.9	358.2	198.8	159.4
3안(2만씩 3년)		276.7	169.4	107.3	35.5	241.2	133.9	107.3

국민건강보험공단의 경우 시행방법에 따른 정규직과 비정규직 인원은 다음과 같다.

〈표 5-44〉 소요인력의 정규직과 비정규직(국민건강보험공단)

구분		국민건강보험공단 소요인력 계			기능별			
					본부기능	지사		
		계	정규직	비정규직	정규직	소계	정규직	비정규직
1안(6만)		571.3	345.9	225.4	64.8	506.5	281.1	225.4
2안	1차년도(2만)	329.6	201.8	127.8	42.4	287.2	159.4	127.8
	2차년도(4만)	450.7	274.1	176.6	53.9	396.8	220.2	176.6
3안(2만씩 3년)		329.6	201.8	127.8	42.4	287.2	159.4	127.8

12) 정규직 = 본부기능 정규직 + 지사 정규직, 비정규직 = 지사 비정규직

13) 지사소요인력*비정규직구성비율(0.45)

다. 사업의 시행에 따른 기관별 인건비 추정

1) 소요인력의 직급별 구성

소요인력의 직급별 구성은 노인 장기요양보험사업 인력과 유사하다고 가정한다.
노인 장기요양보험사업 인력의 직급별 구성비율은 다음과 같다.

〈표 5-45〉 직급별 구성비율

구분	합계	임원	1급	2급	3급	4급	5급	6급	연구직	기능직
인원(명)	2,496	1	4	81	348	656	697	699	9	1
구성비율(%)	100	0.04	0.16	3.25	13.94	26.28	27.92	28.00	0.36	0.04

국민연금공단의 각 안별 소요인력은 직급별 구성을 추정한 결과는 다음과 같다.

〈표 5-46〉 소요인력의 직급별 구성(국민연금공단)

구분		1안(6만)	2안		3안(2만씩 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
계		534.5	276.7	406.1	276.7
정규직	소계	323.1	169.4	246.7	169.4
	임원	0.1	0.1	0.1	0.1
	1급	0.5	0.3	0.4	0.3
	2급	10.5	5.5	8.0	5.5
	3급	45.0	23.6	34.4	23.6
	4급	84.9	44.5	64.8	44.5
	5급	90.2	47.3	68.9	47.3
	6급	90.5	47.4	69.1	47.4
	연구직	1.2	0.6	0.9	0.6
	기능직	0.1	0.1	0.1	0.1
비정규직		211.4	107.3	159.4	107.3

국민건강보험공단의 직급별 구성은 다음과 같다.

〈표 5-47〉 소요인력의 직급별 구성(국민건강보험공단)

(단위 : 명, %)

구분		1안(6만)	2안		3안(2만씩 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
계		571.3	329.6	450.7	329.6
정규직	소계	345.9	201.8	274.1	201.8
	임원	0.1	0.1	0.1	0.1
	1급	0.6	0.3	0.4	0.3
	2급	11.2	6.6	8.9	6.6
	3급	48.2	28.1	38.2	28.1
	4급	90.9	53.0	72.0	53.0
	5급	96.6	56.3	76.5	56.3
	6급	96.9	56.5	76.8	56.5
	연구직	1.2	0.7	1.0	0.7
	기능직	0.1	0.1	0.1	0.1
비정규직		225.4	127.8	176.6	127.8

2) 직급별 인건비

각 기관의 직급별 인건비는 기관별 자료를 이용한다. 데이터가 없는 연구직은 3급과 4급의 평균을 적용하며, 기능직은 6급과 동일하다고 가정한다. 또한 비정규직의 경우에는 시범사업의 기관별 자료를 사용한다.

171

〈표 5-48〉 기관별 직급에 따른 평균급여

(단위 : 천원/년)

구분		국민연금공단	국민건강보험공단
정규직	임원	94,155 ¹⁴⁾	96,788
	1급	80,976	81,663
	2급	68,600	70,364
	3급	58,620	61,059
	4급	51,093	52,877
	5급	39,755	42,270
	6급	28,330	28,529
	연구직	54,857	56,968
	기능직	28,330	28,529
비정규직		17,593	17,652

주) 비정규직의 인건비는 시범사업에 실 지급된 비정규직 월급여 기준(기관별 비정규직 월 급여 × 12개월)

3) 인건비 추정결과

인건비 추정결과 국민연금공단의 경우 1안 17,683.5백만원, 2안 1차년도 9,214.8백만원, 2차년도 13,471.2백만원, 3안 1~3차년도 매년 9,214.8백만원이 소요될 것으로 나타났다.

〈표 5-49〉 소요인건비 추정결과(국민연금공단)

(단위 : 백만원)

구분		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
계		17,683.5	9,214.8	13,471.2	9,214.8
정규직	소계	13,964.3	7,327.1	10,666.9	7,327.1
	임원	9.4	9.4	9.4	9.4
	1급	40.5	24.3	32.4	24.3
	2급	720.3	377.3	548.8	377.3
	3급	2,637.9	1,383.4	2,016.5	1,383.4
	4급	4,337.8	2,273.6	3,310.8	2,273.6
	5급	3,585.9	1,880.4	2,739.1	1,880.4
	6급	2,563.9	1,342.8	1,957.6	1,342.8
	연구직	65.8	32.9	49.4	32.9
	기능직	2.8	2.8	2.8	2.8
비정규직		3,719.2	1,887.7	2,804.3	1,887.7

국민건강보험공단의 경우 1안 19,494.0백만원, 2안 1차년도 11,307.2백만원, 2차년도 15,410.0백만원, 3안 1~3차년도 매년 11,307.2백만원이 소요될 것으로 나타났다.

14) 자료가 없는 국민연금공단 임원 급여는 국민건강보험공단 임원의 97% 수준으로 추정. (1~6급의 급여가 국민건강보험 공단의 97% 수준임)

〈표 5-50〉 소요인건비 추정결과(국민건강보험공단)

(단위 : 백만원)

구분		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
계		19,494.0	11,307.2	15,410.0	11,307.2
정규직	소계	15,515.3	9,051.2	12,292.7	9,051.2
	임원	9.7	9.7	9.7	9.7
	1급	49.0	24.5	32.7	24.5
	2급	788.1	464.4	626.2	464.4
	3급	2,943.0	1,715.8	2,332.5	1,715.8
	4급	4,806.5	2,802.5	3,807.1	2,802.5
	5급	4,083.3	2,379.8	3,233.7	2,379.8
	6급	2,764.5	1,611.9	2,191.0	1,611.9
	연구직	68.4	39.9	57.0	39.9
	기능직	2.9	2.9	2.9	2.9
비정규직		3,978.8	2,255.9	3,117.3	2,255.9

3. 기타비용의 산정

가. 기타비용 산정개요

기타비용 항목 중 지원인력 인건비는 소요인력의 인건비 산정에 포함되었으므로 제외하며, 출장비, 등급판정위원회 개최 비용, 회의 진행 경비, 협조 및 홍보 경비 등의 기타업무 경비는 대상자를 기준으로 산정한다.

복리후생비, 특근매식비, 사무용품구입비, 기타 물품 구입비 등의 기관운영비는 소요인력을 기준으로 산정한다.

시범사업 비용산정에 포함하지 않은 임대료와 전산장비 감가상각비의 경우에도 소요인력을 기준으로 산정한다.

〈표 5-51〉 기타비용 항목의 산정기준

구분	기타비용 산정 항목			추가 산정 항목
	지원인력 인건비	기타업무 경비	기관운영비	
산정기준	제외(이미 산정됨)	대상자 기준	소요인력 기준	소요인력 기준
세부항목	책임자 인건비, 업무지원 인력 인건비	출장비, 등급판정위원회 개최 비용, 회의 진행 경비, 협조 및 홍보 경비	복리후생비, 특근매식비, 사무용품구입비, 기타 물품 구입비	임대료, 전산장비 감가상각비

나. 기타업무 경비 산정

1) 대상자 1인당 기타업무 경비

국민연금공단 시범사업의 경우 대상자 279명에 기타업무 경비는 총 20,328,229
원인 것으로 나타나, 대상자 1인당 73,055원이 소요된 것으로 추정된다.

〈표 5-52〉 대상자 1인당 기타업무 경비(국민연금공단)

(단위 : 원)

구분	전체		서초	이천	익산
	계	대상자 1인당			
출장비	9,194,200	32,954	4,594,200	1,600,000	3,000,000
등급판정위원회 개최 비용	4,533,540	16,249	2,251,250	932,290	1,350,000
회의 진행 경비	4,903,420	17,575	1,928,240	2,055,600	919,580
협조 및 홍보 경비	1,751,069	6,276	1,632,740	1,328.68	117,000
합계	20,382,229	73,055	10,406,430	4,589,219	5,386,580

국민건강보험공단의 경우 대상자 190명에 총 14,347,500원의 비용이 발생하였으
며, 대상자 1인당 75,513원이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-53〉 대상자 1인당 기타업무 경비(국민건강보험공단)

(단위 : 원)

구분	전체		남구	서귀포
	계	대상자 1인당		
출장비	8,451,600	44,482	4,816,660	3,634,940
등급판정위원회 개최 비용	3,915,900	20,610	2,306,000	1,609,900
회의 진행 경비	1,385,000	7,289	477,000	908,000
협조 및 홍보 경비	595,000	3,132	475,000	120,000
합계	14,347,500	75,513	8,074,660	6,272,840

2) 기타업무 경비 산정결과

사업시행 방법에 따라 1안의 경우 국민연금공단이 4,383.3백만원, 국민건강보험공단이 4,530.8백만원이 소요될 것으로 나타났다.

2안의 경우 국민연금공단이 1차년도에는 1,461.1백만원, 2차년도에는 2,922.2백만원이 소요될 것으로 나타났으며, 국민건강보험공단이 1차년도에는 1,510.3백만원, 2차년도에는 3,020.5백만원이 소요될 것으로 나타났다.

3안의 경우에는 국민연금공단이 1,461.1백만원, 국민건강보험공단이 1,510.3백만원씩 3년 동안 매년 발생하는 것으로 나타났다.

〈표 5-54〉 기타업무 경비 산정결과

구분	대상자 1인당 기타업무 경비(원)	사업 시행방법에 따른 기타업무 경비(백만원)			
		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
국민연금공단	73,055	4,383.3	1,461.1	2,922.2	1,461.1
국민건강보험공단	75,513	4,530.8	1,510.3	3,020.5	1,510.3

다. 기관운영비 산정

1) 소요인력 1인당 기관운영비

국민연금공단 시범사업의 경우 실 투입인력 12.43명에 기관운영비는 총

2,674,174원인 것으로 나타나, 인력 1인당 215,139원이 소요된 것으로 추정된다.

〈표 5-55〉 소요인력 1인당 기관운영비(국민연금공단)

(단위 : 원)

구분	전체		서초	이천	익산
	계	인력 1인당			
복리후생비	227,064	18,267	88,962	51,999	86,103
특근매식비	1,865,270	150,062	740,270	600,000	525,000
사무용품 구입비	351,640	28,290	133,460	181,000	37,180
기타 물품 구입비	230,200	18,520	117,200	113,000	
합계	2,674,174	215,139	1,079,892	945,999	648,283

국민건강보험공단의 경우 실 투입인력 7.93명에 총 4,301,360원의 비용이 발생하였으며, 인력 1인당 542,416원이 소요된 것으로 나타났다.

〈표 5-56〉 소요인력 1인당 기관운영비(국민건강보험공단)

(단위 : 원)

구분	전체		남구	서귀포
	계	인력 1인당		
복리후생비	2,666,360	336,237	959,350	1,707,010
특근매식비	1,200,000	151,324	640,000	560,000
사무용품 구입비	435,000	54,855	235,000	200,000
기타 물품 구입비				
합계	4,301,360	542,416	1,834,350	2,467,010

2) 기관운영비 산정결과

사업시행 방법에 따라 1안의 경우 국민연금공단이 114,991,796원, 국민건강보험공단이 309,882,261원이 소요될 것으로 나타났다.

2안의 경우 국민연금공단이 1차년도에는 59,528,961원, 2차년도에는 87,367,948원이 소요될 것으로 나타났으며, 국민건강보험공단이 1차년도에는 178,780,314원, 2차년도에는 244,466,891원이 소요될 것으로 나타났다.

3안의 경우에는 국민연금공단이 59,528,961원, 국민건강보험공단이 178,780,314원씩 3년 동안 매년 발생하는 것으로 나타났다.

〈표 5-57〉 기관운영비 산정결과

구분		인력 1인당 기관운영	1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
				1차년도(2만)	2차년도(4만)	
국민 연금	소요인력(명)		534.5	276.7	406.1	276.7
	기관운영비(원)	215,139	114,991,796	59,528,961	87,367,948	59,528,961
건강 보험	소요인력(명)		571.3	329.6	450.7	329.6
	기관운영비(원)	542,416	309,882,261	178,780,314	244,466,891	178,780,314

라. 임대료 및 전산장비 감가상각비 산정

시범사업의 비용산정의 경우 임대료와 전산장비에 대한 감가상각비에 대한 계산을 하지 않았으나 사업을 전면적으로 시행할 경우에는 해당 비용을 계산하여 주어야 한다.

1) 임대료 산정

임대료의 추정은 ‘단위면적당 실제 발생 임대료 × 실사용 면적’으로 계산 되어야 하지만 지역별 다른 임대료와 정확한 사용면적의 추정이 불가능하다. 따라서 임대료는 ‘1인당 개인사무 공간 × 면적당 평균 임대료’로 산정한다.

우리나라의 직원 1인당 개인 사무공간은 평균 6.9㎡¹⁵⁾으로 나타나고 있으며, 단위 면적당(㎡) 평균 임대료는 6대 광역시 중 가장 낮은 대전의 임대료와 관리비를 합한 10,148원을 적용 한다.

따라서 소요인력 1인당 임대료는 840,254.4원¹⁶⁾을 적용한다.

15) 아시아경제, 2009. 2. 29

16) 인력 1인당 평균임대료 = 6.9㎡(1인당 면적) × 10,148원(1㎡/월) × 12개월

〈표 5-58〉 6대 광역시의 단위 면적당(㎡) 평균 임대료 (2009년 9월 기준)

(단위: 원/㎡)

구분	월 임대료	월 관리비	계
부 산	8,297	5,872	14,169
대 구	6,309	5,378	11,687
인 천	7,242	5,086	12,328
대 전	5,243	4,905	10,148
광 주	5,679	5,299	10,978
울 산	7,033	5,370	12,403

자료 : SIPM

사업의 시행에 따른 기관별 임대료 산정결과 다음과 같이 나타났다.

〈표 5-59〉 임대료 산정결과

구분		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
국민 연금	소요인력(명)	534.5	276.7	406.1	276.7
	임대료(원)	449,115,977	232,498,392	341,227,312	232,498,392
건강 보험	소요인력(명)	571.3	329.6	450.7	329.6
	임대료(원)	480,037,339	276,947,850	378,702,658	276,947,850

주) 인력 1인당 평균임대료 = 6.9㎡(1인당 면적) × 10,148원(1㎡/월) × 12개월

2) 전산장비의 감가상각비 산정

전산장비의 감가상각비는 해당 업무를 수행하는 직원의 업무용 컴퓨터를 기준으로 도출한다. 보통 사무용 컴퓨터는 80~100만원으로 중간 값인 90만원을 기준으로 3년간 정액법에 의한 완전상각을 가정할 경우 컴퓨터 1대당 매년 30만원¹⁷⁾의 감가상각비가 발생할 것으로 예상된다. 사업의 시행에 따른 기관별 전산장비의 감가상각비를 산정결과 다음과 같이 나타났다.

17) 30만원 = 90만원 / 3년

〈표 5-60〉 전산장비 감가상각비의 산정결과

구분		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
국민연금	소요인력(명)	534.5	276.7	406.1	276.7
	감가상각비(만원)	16,035	8,301	12,183	8,301
건강보험	소요인력(명)	571.3	329.6	450.7	329.6
	감가상각비(만원)	17,139	9,888	13,521	9,888

4. 사업의 전면 시행에 따른 비용산정 결과

지금까지의 결과를 정리하면 다음과 같다.

〈표 5-61〉 항목별 비용산정 결과

(단위 : 백만원)

구분		1안(6만)	2안		3안 (매년 2만, 3년)
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	
국민연금 공단	인건비	17,683.5	9,214.8	13,471.2	9,214.8
	기타업무 경비	4,383.3	1,461.1	2,922.2	1,461.1
	기관운영비	115.0	59.5	87.4	59.5
	임대료	449.1	232.5	341.2	232.5
	전산장비의 감가상각비	160.4	83.0	121.8	83.0
	합계	22,791.3	11,050.9	16,943.8	11,050.9
	대상자 1인당	0.38	0.55	0.42	0.55
국민건강 보험공단	인건비	19,494.0	11,307.2	15,410.0	11,307.2
	기타업무 경비	4,530.8	1,510.3	3,020.5	1,510.3
	기관운영비	309.9	178.8	244.5	178.8
	임대료	480.0	276.9	378.7	276.9
	전산장비의 감가상각비	171.4	98.9	135.2	98.9
	합계	24,986.1	13,372.1	19,188.9	13,372.1
	대상자 1인당	0.42	0.67	0.48	0.67

사업의 전면 시행에 따른 비용산정 결과 6만명을 전면 시행(1안) 할 경우 국민연금공단은 22,791.3백만원(대상자 1인당 0.38백만원)이 소요될 것으로 나타났으며, 국민건강보험공단은 24,986.1백만원(대상자 1인당 0.42백만원)이 소요되는 것으로 나타났다.

사업을 1차년도에 2만명, 2차년도에 4만명을 시행(2안)할 경우 국민연금공단의 경우 총 27,994.8백만원(1차년도+2차년도)이 소요되며, 이때 대상자 1인당 0.47백만원의 비용이 소요되는 것으로 나타났다. 국민건강보험공단은 32,561.0백만원(1차년도+2차년도)이 소요되며, 이때 대상자 1인당 소요 비용은 0.54백만원이다.

사업을 3차년도에 걸쳐 매년 2만명씩 시행할 경우(3안) 국민연금공단의 경우 총 33,152.8백만원¹⁸⁾(대상자 1인당 0.55백만원), 국민건강보험공단의 경우 40,116.3백만원¹⁹⁾(대상자 1인당 0.67백만원)이 소요되는 것으로 나타났다.

전체적으로 국민건강보험공단이 국민연금공단보다 비용이 높게 나타난 가장 큰 이유는 소요인력이 상대적으로 많게 나타났기 때문이다. 이는 국민건강보험의 단위 지사 당 대상자가 충분하지 못하여 상대적으로 규모의 경제 효과가 적게 나타나는 것으로 판단된다.

〈표 5-62〉 사업의 전면시행에 따른 비용산정 결과

(단위 : 백만원)

구분		1안(6만)	2안		3안
			1차년도(2만)	2차년도(4만)	(매년 2만 3년)
국민연금 공단	직무비용	15,116.2	7,679.3	11,400.2	7,679.3
	기타비용	7,675.1	3,371.6	5,543.7	3,371.6
	합계	22,791.3	11,050.9	16,943.9	11,050.9
	대상자 1인당	0.38	0.55	0.42	0.55
국민건강 보험공단	직무비용	16,587.4	9,405.5	12,992.7	9,405.5
	기타비용	8,398.7	3,966.6	6,196.2	3,966.6
	합계	24,986.1	13,372.1	19,188.9	13,372.1
	대상자 1인당	0.42	0.67	0.48	0.67

주1) 직무비용 = 총 인건비 - 본부기능 인건비

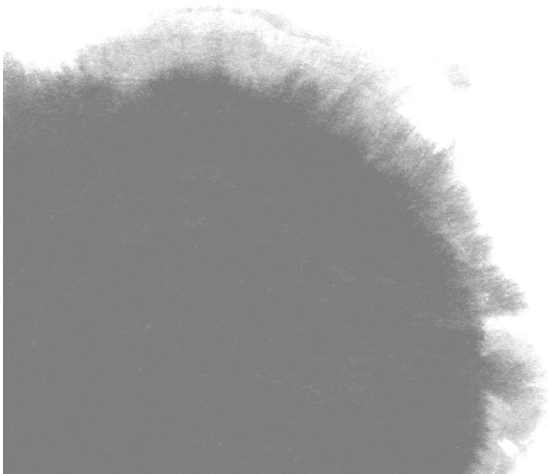
기타비용 = 본부기능 인건비 + 기타업무 경비 + 기관운영비 + 임대료 + 전산장비의 감가상각비

주2) 반올림에 의하여 소숫점 자리의 합이 차이가 발생할 수 있음.

18) 11,050.9*3년

19) 13,372.1*3년

평가판정도구 및 판정체계 검증



제6장 평가판정도구 및 판정체계 검증

제1절 1차 시범사업 도구 평가

1. 1차 시범사업 도구의 특징

본 시범사업의 자격심사는 1차적으로 인정조사표에 의한 결과와 2차적으로 등급 판정위원회의 최종결과를 통해 이루어진다. 1차 시범사업 평가판정도구에 대한 주요 쟁점을 보면, 평가판정의 7개 영역이 적절한지, 요양인정대상자 선정기준이 적절한지 또 등급간 구분이 적절히 이루어졌는지, 장애유형별 차별적 접근을 할 것인지 등이 되겠다.

시범사업 평가판정도구는 기존의 활동보조사업 평가도구와 노인장기요양 평가도구가 동시에 접목되어 이루어졌다. 이렇게 구성된 가장 큰 이유는 기존의 활동보조사업의 확대에 시범사업안이 결정되면서 기존 활동보조등급자에 대한 등급조정이 힘든 상황에서 양도구의 동시 적용을 통해 도구의 비교가 필요했다는 점이다. 동시에 대상자의 급여 선택을 통해 활동보조급여와 방문간호/방문목욕 급여간의 차이를 조정하는 단계도 필요하였기 때문이다.

그러나 양 도구를 4등급씩 총 16개 구간으로 등급판정을 실시하여 대상자나 제공자 및 관리 주체 측에서의 이해 및 운영에 복잡성이 발생하였다. 동시에 양도구간의 등급차이에 대한 논리적 설명 부재 등이 문제점으로 지적되었다. 따라서 2차 시범사업에서는 동일한 체계의 평가판정도구로 통합하는 점이 필요하다.

또한 활동보조육구와 장기요양육구는 그 조사 취지에 따라서는 엄밀하게 구분이

될 수 있으나 복지혜택의 기준이라는 측면에서 구분하여 접근하기가 어려운 면이 있다. 등급판정의 목적이 정확한 욕구사정보다는 대상자의 이용한도 지정이라는 측면에서는 자원의 효율적 할당(allocation)에 있기 때문에 중증도를 선별하는 기준으로 갈 수밖에 없다고 보인다.

다만 등급판정을 통해 등급내에 포함된 대상자에게는 다양한 영역의 추가적인 욕구조사를 통해 이용자의 욕구에 근거한 서비스 급여가 제공되도록 전체 절차가 설계되어야 하겠다. 실제 자격심사의 인정조사에는 등급판정과 추가욕구조사로 이루어져있다. 즉 동일한 등급이라할지라도 개개인별 욕구는 상태 및 대상자의 환경에 따라 차이가 있을 수 있다. 따라서 단지 등급판정에 의한 자격심사만이 아니라 욕구조사를 통해 개개인별 장기요양욕구에 충분히 대처할 수 있는 자격심사가 이루어져야 하겠다.

또 다른 쟁점은 장애유형별 접근의 필요성이다. 일본과 마찬가지로 우리나라에서도 장기요양제도의 평가판정도구는 장애유형에 상관없이 단일한 평가판정도구를 사용하였다. 장애유형별 차별적인 접근을 하게되면 도구설계자체가 너무 복잡해지고 오히려 유형별 형평성을 벗어날 수도 있다.

이번 시범사업 결과를 보면, 타 장애유형에는 큰 문제가 없으나 시각 장애인에 대해서는 별도의 방법이 필요한 것으로 보인다. 즉 시각장애의 경우는 조사시 응답의 진실성을 정확히 평가하기가 힘든 부분이 있고, 실제 특정 기능을 ‘못하는 것인지’ 또는 ‘안하는 것인지’에 대한 판단이 어렵다. 동시에 시각장애인 입장에서 일정한 훈련을 통해 익숙해진 기능에 대해서 ‘완전자립’으로 평가될 경우 실제 전반적 기능 상태와는 다른 등급판정 결과가 나올 수 있어 판정에 이의제기가 높아질 수 있다.

따라서 시각장애인의 경우에는 평가판정도구는 동일하게 적용하되 결과해석과 판정에 있어 시각장애의 특성을 고려하는 부분이 필요하다고 하겠다.

2. 기본 현황

시범사업 지역의 대상자 현황을 살펴보면 다음과 같다.

서울 서초구의 경우 221명이 관리 대상자이며²⁰⁾ 이 중 129명이 실 대상으로 등

20) 본 시범사업 1안은 기존의 활동보조 대상자 중에서 이 제도를 선택한 자에게만 적용됨으로 엄격한 의

급판정을 받았다. 제외된 92명은 49명이 관외기관 이용, 2명은 전출, 41명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

경기 이천시의 경우 76 명이 관리 대상자이며 이 중 54명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 22명은 2명이 관외기관 이용, 1명은 관외지역거주, 19명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

전북 익산시의 경우 136 명이 관리 대상자이며 이 중 96명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 38명은 4명이 관외기관 이용, 1명은 사망, 1명은 65세 도달, 1명은 이용종료, 21명은 참여 미희망, 그리고 10명은 도(광역자치단체)지원 대상으로 나타났다.

광주 남구의 경우 187 명이 관리 대상자이며 이 중 109명이 실 대상자로 등급판정을 받았다. 제외된 78명은 49명이 관외기관 이용, 2명은 노인장기요양대상과 중복, 33명은 참여 미희망을 한 것으로 나타났다.

제주 서귀포시의 경우 총 활동보조대상자 116명 중 시범사업 신청자는 82명이었으나 1명은 장기출타로 인해 이 중 81명이 실 대상자로 등급판정을 받았다.

부산 해운대구의 가장 큰 특징은 위의 5개 지역과 달리 2인(노인장기요양보험제도에 장애인 포함안 적용)을 실시하였다는 점이다. 따라서 자격심사 전반적 과정과 그 대상자 면에서 차이가 크다고 하겠다. 부산해운대구의 경우는 기존의 비활동보조 대상자 일부도 포함되었다. 즉, 장애유형에 따라 등록장애 2급에게도 실시되어 대상자 구성이 타 지역과 다르다. 자세히 살펴보면 총 229명이 관내 활동보조사 대상자이다. 이 지역에서는 총 68명이 신청을 하였고 여기에는 비활동보조 대상자 40명도 포함되어 등급판정을 받았다.

총 신청자 68명 중 등급인정자는 56명이고 12명은 등급 외를 받았다. 이 결과는 타 지역의 기존활동보조대상자만의 사업이 아니라는 점에서 의미가 있다. 즉, 등급판정을 통해 시범사업 대상자 여부가 결정되는 점이 타 지역과 큰 차이로 하겠다.

미의 신청자로 보기는 어렵고 총 관리대상으로 볼 수 있다.

〈표 6-1〉 장애인장기요양 시범사업 현황

구분 지역명		총대상	제외대상	실 대상자 수
국민연금 공단	서울 서초	221	92	129
	전북 이산	115	15	100
	경기 이천	76	22	54
국민건강 보험공단	광주 남구	187	78	109
	제주 서귀포	116	35	81
	부산 해운대	299	243	56 (비수급자 30명포함)

대상자 선별과정에서 해운대구와 업무위탁 계약에 따라 활동보조대상자는 해운대구에서 신청 접수, 목표인원(50명 이내)에 미달되는 인원은 활동보조비수급자중 1.2급 등록장애인 희망자 68명에 대해 방문조사 실시한 후 등급 외 12명을 제외한 인정자(1~3) 56명에게 최초 이용지원시 직접 방문하여 등급판정결과(인정서) 및 표준 장기요양이용계획서, 서비스제공기관 안내문을 전달하고 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 지원하였다는 점이 특징이다.

3. 1차 시범사업 도구 평가

1차 시범사업 도구 평가를 위하여 관련전문기관에서 실시한 자격심사 결과를 바탕으로 분석한 결과는 다음과 같다²¹⁾. 장애유형, 신규 활동보조등급, 요양등급과 시범사업 서비스 이용과의 관계성 평가는 수가 부분에서 언급되므로 본 장에서는 제외하도록 하겠다.

장애인장기요양인정조사표를 통한 시범사업 5개 지역(제1안) 이용자의 신규 활동보조등급 결과는 다음과 같다. 신규 활동보조등급은 4급이 36.4%로 가장 많았으며, 3급이 24.0%, 1급이 17.8% 그리고 2급이 8.1%의 순으로 나타났다. 등급외자로 나타난 경우 또한 12.6%로 높게 나타났다.

21) 시범사업 도구 평가를 위해 관련전문기관에서 실시한 장애인장기요양인정조사표를 일정기간 연구분석용으로 데이터를 수집하였으므로 실제 시범사업 대상자의 자격심사 결과와 비교하여 전체 대상자 수 및 분석 결과에서 다소 차이가 나타날 수 있다.

〈표 6-2〉 신규 활동보조등급 결과

구분		빈도	유효 퍼센트
신규 활동보조등급	특180	3	0.7
	특120	2	0.4
	1급	79	17.8
	2급	36	8.1
	3급	107	24.0
	4급	162	36.4
	등급외	56	12.6
합계		445	100.00

장애인장기요양인정조사표를 통한 시범사업 5개 지역(제1안) 이용자의 요양등급 결과는 다음과 같다. 3급이 43.3%으로 가장 높은 비율로 나타났으며 1급이 29.2%, 2급이 15.5% 순으로 나타났다. 그리고 요양등급별 추가 급여 지원에서 제외된 4급의 경우도 11.9%인 것으로 나타났다.

〈표 6-3〉 요양등급 결과

구분		빈도	유효 퍼센트
요양등급	1급	130	29.2
	2급	69	15.5
	3급	193	43.4
	4급	53	11.9
합계		445	100.0

신규 활동보조등급과 요양등급 결과를 비교해보면 요양등급 3등급이며, 신규 활동보조등급 결과 4등급이 나온 대상자가 21.8%로 가장 높은 비율로 나타났으며, 요양등급 1등급이며 신규 활동보조등급 결과 1등급이 나온 대상자가 14.6%인 것으로 나타났다. 그리고 요양등급 1급이며 신규 활동보조등급이 3등급인 경우도 9.9%로 나타났다.

〈표 6-4〉 신규 활동보조등급 및 요양등급 현황

구분			요양등급				전체
			1급	2급	3급	4급	
신규 활동보조 등급	180	빈도	3	0	0	0	3
		전체%	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7
	120	빈도	1	1	0	0	2
		전체%	.2	.2	.0	0.0	0.4
	1	빈도	65	4	10	0	79
		전체%	14.6	.9	2.2	0.0	17.8
	2	빈도	12	10	12	2	36
		전체%	2.7	2.2	2.7	0.4	8.1
	3	빈도	44	20	37	6	107
		전체%	9.9	4.5	8.3	1.3	24.0
	4	빈도	5	33	97	27	162
		전체%	1.1	7.4	21.8	6.1	36.4
	등급외	빈도	0	1	37	18	56
		전체%	0.0	0.2	8.3	4.0	12.6
계		빈도	130	69	193	53	445
		전체%	29.2	15.5	43.4	11.9	100.0

장애유형별로 신규 활동보조등급 결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 신규 활동보조등급결과 가장 많은 비율을 차지하는 지체장애의 경우는 신규 활동보조 1급이 9.4%로 가장 높게 나타났으며, 뇌병변장애의 경우는 1급과 3급이 각각 5.4%로 가장 높게 나타났다. 시각장애의 경우 4급이 9.7%로 가장 높게 나타났으며, 청각장애의 경우는 4급에서 0.2%로 나타났다. 지적장애의 경우 4급이 10.8%로 가장 높게 나타났으며, 자폐성 장애의 경우도 4급이 5.6%로 가장 높게 나타났다.

〈표 6-5〉 장애유형별 신규활동보조등급과의 적합성 평가

구분			신규 활동보조등급							전체
			등급외	1급	2급	3급	4급	특례 120	특례 180	
장애 유형	지체	빈도	21	42	17	23	25	0	0	128
		전체 %	4.7	9.4	3.8	5.2	5.6	.0	.0	28.8
	뇌병변	빈도	6	24	5	24	17	2	3	81
		전체 %	1.3	5.4	1.1	5.4	3.8	0.4	0.7	18.2
	시각	빈도	9	5	7	17	43	0	0	81
		전체 %	2.0	1.1	1.6	3.8	9.7	0.0	0.0	18.2
	청각	빈도	0	0	0	0	1	0	0	1
		전체 %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2
	지적	빈도	13	7	3	31	48	0	0	102
		전체 %	2.9	1.6	0.7	7.0	10.8	0.0	0.0	22.9
	자폐성	빈도	3	0	2	9	25	0	0	39
		전체 %	0.7	0.0	0.4	2.0	5.6	0.0	0.0	8.8
	정신	빈도	0	1	1	2	3	0	0	7
		전체 %	0.0	0.2	0.2	0.4	0.7	0.0	0.0	1.6
	신장	빈도	3	0	1	0	0	0	0	4
		전체 %	0.7	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
	호흡기	빈도	1	0	0	0	0	0	0	1
		전체 %	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
	간질	빈도	0	0	0	1	0	0	0	1
		전체 %	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2
	전체	빈도	56	79	36	107	162	2	3	445
		전체 %	12.6	17.8	8.1	24.0	36.4	0.4	0.7	100.0

장애유형별로 요양등급 결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 지체장애의 경우는 1급이 11.5%, 뇌병변장애의 경우도 1급이 9.9%로 가장 높은 비율로 나타났다. 시각장애의 경우 3급이 9.7%로 나타났으며, 청각장애의 경우는 3급이 0.2%인 것으로 나타났다. 지적장애의 경우도 3급이 11.2%로 가장 높은 비율로 나타났으며, 자폐성장애의 경우는 3급이 3.8%, 정신장애의 경우는 3급이 0.7%, 신장장애의 경우는 3급이 0.7%로 가장 높게 나타났다.

〈표 6-6〉 장애유형별 요양등급과의 적합성 평가

구분			요양등급				전체
			1급	2급	3급	4급	
장애유형	지체	빈도	51	22	48	7	128
		전체 %	11.5	4.9	10.8	1.6	28.8
	뇌병변	빈도	44	7	28	2	81
		전체 %	9.9	1.6	6.3	0.4	18.2
	시각	빈도	0	2	43	36	81
		전체 %	0.0	0.4	9.7	8.1	18.2
	청각	빈도	0	0	1	0	1
		전체 %	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2
	지적	빈도	26	21	50	5	102
		전체 %	5.8	4.7	11.2	1.1	22.9
	자폐성	빈도	6	15	17	1	39
		전체 %	1.3	3.4	3.8	0.2	8.8
	정신	빈도	2	2	3	0	7
		전체 %	0.4	0.4	0.7	0.0	1.6
	신장	빈도	0	0	3	1	4
		전체 %	0.0	0.0	0.7	0.2	0.9
	호흡기	빈도	0	0	0	1	1
		전체 %	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
전체		빈도	130	69	193	53	445
		전체 %	29.2	15.5	43.4	11.9	100.0

4. 문제점 및 개선점

1차 시범사업 평가판정도구에 대한 주요 쟁점을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 1차 시범사업에서는 기존의 활동보조사업 평가도구와 노인장기요양 평가도구가 동시에 적용되어 이루어짐에 따라 대상자나 제공자 및 관리 주체 측에서의 이해 및 운영에 복잡성이 발생하였다. 동시에 양도구간의 등급차이에 대한 논리적 설명 부재 등이 문제점으로 지적되었다. 따라서 단일한 도구의 활용이 검토되어야 할 것이다.

둘째, 장애유형별 접근의 필요성을 검토해야 한다. 장애유형별로 차별적 접근을 하게 되면 도구 설계자체가 복잡해지고 유형별 형평성에서 벗어날 수는 있으나 지적장애인의 경우 지체장애인과 달리 구분하여 조사하는 방법에 대하여 검토가 이루어져야 할 것이다. 지적장애인 등급 판정 방법 문제와 관련하여 지적장애인들의 경우 대부분 보호자의 진술 위주로 평가가 이루어진다. 특히, 일상생활동작에 대한 인지는 없으나 신체기능 상으로 수행을 할 수는 있으므로 지체장애인에 비해 상대적으로

낮은 등급으로 판정될 가능성 있으므로 이에 대한 검토가 요구된다.

끝으로, 시각장애인 등급판정과 관련된 부분으로 시각 장애의 경우 다른 장애유형과 달리 장애상태나 정도가 단순하여 이에 대한 대책 마련이 필요하다. 즉, 시각장애인의 경우 일상생활동작이 대부분 가능하므로 인정조사표의 판정 기준에 따른 엄격한 심사 시 등급 외로 판정되어 대상에서 제외되는 경우가 많다. 따라서 시각장애인의 경우에는 평가판정도구는 동일하게 적용하되 결과해석과 판정에 있어 시각장애의 특성을 고려하는 것이 필요하다고 하겠다.

제2절 2차 시범사업 적용 평가·판정도구 개발

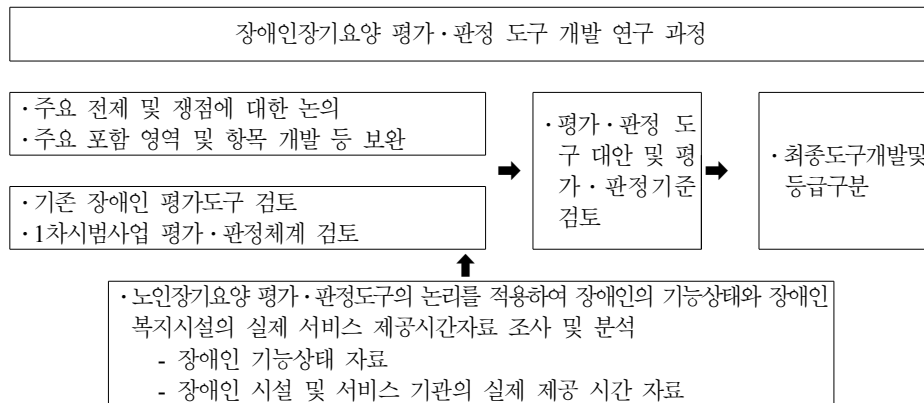
1. 평가·판정도구 개발과정

2009~2010년도 장애인장기요양보장추진단(이하 추진단)의 평가·판정분과에서는 장애인의 장기요양욕구의 객관적 평가와 이에 따른 체계적인 등급판정체계를 개발하기 위해 본격적인 평가·판정도구 개발에 착수하였다. 앞 절에서 언급한바와 같이 2008-2009년 1차 추진단 장애인 장기요양보장 정책 개발연구 보고서(변용찬 외, 2009)에서는 노인장기요양평가판정도구의 기본 개념들과 기존 장애인 활동보조지원사업 및 기타 도구에 대한 비교를 실시하였고 그 안으로 노인장기요양의 4개 등급과 기존 활동보조 4등급을 동시에 적용하여 총 16개 등급의 경우를 가지고 최종 급여량을 결정하였다. 장기요양제도의 최종안이 결정되지 않은 상태에서 장애인의 주요 욕구가 ‘요양’적인 측면과 ‘활동 및 참여’라는 측면이 동시에 고려되고 당사자의 선택권을 존중한다는 차원에서 적용하게 되었다.

앞 절에서 언급한 바와 같이 장애인의 선택권 존중을 위해 두 가지 도구의 동시 적용이 그 목적이었으나 1차 시범사업결과 제도의 실제 적용에서 16가지의 경우의 수가 상당히 복잡하고 실제 장애인 이용자와 서비스 제공자에게 혼란을 초래한다는 지적이 강해 2차 시범사업에서는 단일화된 도구로 개발되어야한다는 비판이 있어왔다.

따라서 본 연구에서는 1차 시범사업의 문제점을 수정보완하여 일원화된 도구로 개발하면서 요양욕구와 활동 및 참여 욕구가 동시에 반영될 수 있는 도구 개발이 필요되었다.

[그림 6-1] 2차 시범사업 적용 장애인 장기요양 평가·판정도구 개발 연구 과정



2. 평가·판정도구 개발 전제 도출²²⁾

도구개발사전에 평가·판정분과의 전문가들과 연구진은 전반적인 쟁점들을 점검하며 도구개발의 전제를 도출하기 위한 논의를 하였다. 실제로 장애인의 욕구평가는 다양한 도구들을 통해 이루어지고 있으나 요양욕구의 평가·판정도구는 최초로 시도되는 연구이다. 따라서 본 보고서에는 전제도출을 위한 초기회의자료를 바탕으로 제기된 다양한 논의들을 담아보았다.

동시에 1차 시범사업 도구 적용에서 문제점을 고려하여 작성되었다.

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

22) 본 전제는 2008-9년 1차 장애인장기요양시범사업 추진단에서 논의된 내용을 전제로 하며 자세한 내용은 “장애인 장기요양보장 실시모형개발 및 모의 적용연구(변용찬 외, 2008)을 참조바란다.

이 부분이 포함되어있지 않으나 간병이나 간호처치가 필요한 장애인들에 대한 간호 욕구 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, 정신적 장애에 대한 평가영역으로 자폐성장애, 지적장애, 정신장애 관련 영역과 항목들이 추가되어야 한다는 지적이 있었다.

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

이러한 추진단위원들의 논의 결과를 기초로 2차 시범사업 적용 장애인 장기요양 평가·판정도구 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 구성되어져야 한다.

셋째, 장애인 장기요양 평가·판정도구 적용이후 대상자로 확정된 이후에도 본 도구가 그 대상자에 대한 케어 플랜 작성 및 서비스 급여 제공계획 수립에 연동하여 작동할 수 있도록 도구가 개발되어야 되겠다. 평가·판정만으로 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 보장제도에 적용가능한 것은 충분히 활용되어야 한다는 접근으로 볼 수 있다. 실제 장애인과 노인의 차이는 분명히 존재하지만, 장기요양이라는 점에서 공통 부분이 존재하는 것도 사실이다. 따라서 평가·판정도구가 수년간 검증을 거쳐 만들어진 노인장기요양제도의 경험을 접목하여 장애인 장기요양제도 개발에 필요하다면 활용할 수 있다고 볼 수 있겠다.

마지막으로 본 평가판정도구는 전국적인 제도로서 장애인 자립지원관련 욕구 평가와 동시에 제한적 자원의 할당에서 있어서 우선적인 도구로 개발되어야 한다는 점이다. 즉, 모든 장애인의 다양한 욕구 반영을 기본 전제로 하되 실제 각 등급에 따른 자원할당과 연계되어 질 수 있는 1차 도구로서 중증도 중심의 선별기능이 강조 될 수 밖에 없는 현실적 정책환경을 고려하여 우선적으로 개발되어야 한다는 점이다.

3. 장기요양 욕구사정도구의 이론적 쟁점

다음으로 논의되는 내용은 공적 서비스제도의 평가·판정도구가 갖는 일반적인 쟁점들에 대해 장애인 장기요양보장제도가 어떠한 관련이 있는가를 기본요소별로 살펴보았다.

가. 장애인 요양제도의 평가·판정체계 기본요소별 쟁점

1) 장기요양제도 욕구사정(평가)체계의 기본요소

일반적으로 욕구사정은 다음과 같은 기본요소를 고려해야 한다. 각국의 사회 서비스 제도의 등급판정체계는 아래 기본 요소별로 주요 쟁점들을 갖고 있다.

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

가) 욕구사정의 목적

욕구사정의 목적은 그 제도나 서비스의 목적에 따라 다양하다. 공적체계의 장기요양 평가·판정도구는 욕구사정(assessment)보다는 대상자 선정(screening)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. 장애인 장기요양보장 제도에서도 등급의 결정을 위한 도구로 활용되는 것이 일차목표라고 하겠다.

나) 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.

다) 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 이용체계와 맞물려 등급변경 기준등과 함께 고려해야 한다. 장애인의 경우 한번 요양관련 등급이 판정되었다하더라도 여러 가지 개인의 상태가 변화될 소지가 높다. 따라서 1-2년마다 재사정을 통해 등급변화를 가질 수 있도록 제도가 설계되어야 한다.

라) 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 장기요양보장제도의 관리 및 운영 주체가 국민연금공단으로 확정된 가운데 연금공단에서 전문 교육을 받은 직원들에 의해 평가가 이루어진다고 하겠다.

나. '장애(disability)'에 대한 이론적 접근

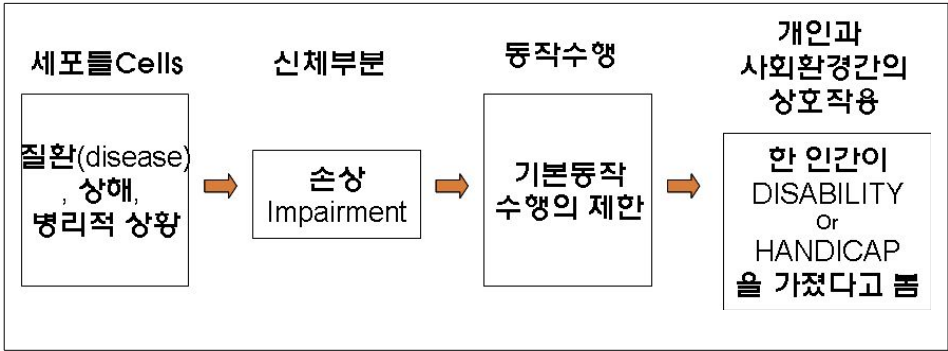
1) 장애에 대한 이론적 접근

가) 장애화 모델과 세계보건기구의 장애개념

장애를 보는 다양한 시각이 장애인의 장기요양욕구에 대한 기준을 달리하고 있어 왔다. 장애인에 대한 접근은 전통적인 disablement process와 이후 보다 더 세분화된 네 가지 접근 (Biomedical, Functional, Environmental 그리고 Human Rights)

차원에서 이해되어져 왔고 각 접근에 따른 사회 환경 및 제도 개선 등이 이루어져 왔다.

[그림 6-2] 장애화 과정 모델 (Disablement Process)



장애화 과정 모델을 기본 바탕으로 세계보건 기구에서는 아래와 같은 장애에 대한 개념을 시대에 따라 다르게 변화시켜 왔다.

① ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)

1980년 WHO에서는 장애를 손상(impairment), 능력장애(disability), 사회적 장애(handicap)로 구분하고, 이에 대한 대책도 예방, 재활, 기회의 균등을 정책적 대안으로 제시하였다. WHO의 관점에서 본다면, 사회적 불리(Handicap)는 장애인과 환경간의 관계와 관련된 기능으로 일반 시민들이 활용하고 있는 다양한 사회체계에 장애인 접근하지 못하게 만드는 문화적, 물리적 또는 사회적 장벽들에 부딪혔을 때 발생한다.

② ICIDH-2(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-2)

1997년의 ICIDH-2 분류법은 ICIDH에 대한 비판을 수용하여 손상(impairment), 불능(disability), 사회적 불리(handicap)를 단선적인 원인론이 아닌 상호관련성을 갖는 것으로 정의한다. 사회적 맥락을 추가하고, ‘사회참여’가 장애인 정책의 주요 이

슈가 된 점을 감안하여 활동(activity)과 참여(participation)라는 용어로 바꾸게 되면서 장애를 3차원의 축인 손상, 활동 참여로 설명하고 있음. 장애에 대한 사회적 모델이 반영되면서 상황적 요인이라는 개념과 그 하위개념으로 환경적 요인과 개인적 요인이 모델 속에 추가된다.

③ ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)

세계보건위원회(World Health Assembly)는 2001년 ICF를 세계에서 통용할 수 있도록 승인하였다.

〈표 6-7〉 ICF에 의한 장애 개념

구 분	제 1부: 기능과 장애		제 2부: 배경요인	
구성 요소들	신체기능 및 구조	활동 및 참여	환경 요인	개인 요인
영 역	신체 기능 신체 구조	생활영역(업무, 일상행위)	기능 및 장애에 외적 영향을 미치는 요소	기능 및 장애에 내부적 영향을 미치는 요소
구성물	신체기능상의 변화 (생리학적 변화) 신체구조상의 변화 (해부학적 변화)	능력(capacity): 표준 환경에서의 과제수행능력 수행(performance): 현재 환경에서의 과제수행정도	물리적·사회적·인 식적 측면의 특정들이 미치는 촉진효과 혹은 저해효과	개인의 특성이 미치는 효과
긍정적 측면	기능적, 구조적으로 완전함	활동과 참여	촉진요인	적용불가
	기 능			
부정적 측면	손상	활동제한 / 참여제한	방해요인 / 저해요인	적용불가
	장 애			

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

나) 이분모델 : 개인적 모델과 사회적 모델

(1) 개인적 장애 모델

① 장애의 개념

장애의 개인적 모델은 의료적 모델로도 불리는데, 이 모델은 장애 문제를 개인에게 지우며 이 문제의 원인을 기능적 제약이나 신체적 손상과 심리적 손상에서 찾는다(Brunzy, 1997; Drake, 1997; Gabel, 1997; Hahn, 1987; Oliver, 1983, 1989, 1996; Pender, 1987; Rioux, 1997, Williams, 1997).

이 모델에는 두 가지 접근법이 있는데 그것들은 생물-의학적 접근(bio-medical approach)과 기능적 접근(functional approach)이다. 생물-의학적 접근에 따르면, 장애는 수술, 약물 치료와 같은 의학적 혹은 생물학적 개입과 유전학적 개입을 통해 예방되거나 개선될 수 있는 신체적이거나 정신의학적 조건에 의해 야기된다. 이에 비해 기능적 접근은 장애란 결함(장애) 자체에 기인하는 기능적 무능력(functional incapacity)에서 유래하는 것으로 상정한다. 이 접근법에서 기능적 무능력은 작업 치료(occupational therapy)나 물리 치료와 같은 재활 서비스를 통해 치료될 수 있다. 또 장애는 조기 진단과 치료를 통해 예방될 수 있다. 재활 서비스의 목표는 장애인이 기능적 능력을 개발하거나 회복하는 것이며, 재활 치료는 심지어 장애 이전의 상태를 완전히 회복할 수 있도록 해 줄 수도 있다.

② 전문가의 역할

개인적 모델에서 장애를 다루는 일은 전문적 기술의 영역으로서 접근되어지며, 따라서 장애인들에게 사회의 기대에 적응하도록 원조하는 전문가들에게 의존할 것을 요구한다(Rioux, 1997; Weick, 1983). 이러한 개인적 모델은 장애를 의료적 관점에서 접근하는 경향을 강화시켰다. 이런 접근법에 비판적인 사람들은 개인적 장애 모델 아래서 영구 장애를 치료하기 위해 반복적이고 불필요하게 병원을 방문하는 것과 같은 부적절한 의료적 통제가 많은 사람들의 삶에 상당한 영향을 끼쳐 왔다고 지적한다(Oliver, 1998). 줄라에 따르면 장애의 의료화는 “그 함의가 기껏해야 의문의 여지가 있는 것이고 최악의 경우 해롭기까지 할 수 있는 보살핌(care)의 영역에서 의료적 영향력이 확대되는 결과를 가져왔다”(Zola, 1988: 371).

의료적 모델에서 사회복지사들의 주요한 과업은 개별 장애인이 그들의 장애에 적응하도록 돕는 것이 된다. 장애인은 중대한 손상을 입었고, 그 결과 우울증과 비탄을 경험하고 있는 것으로 추정된다(Hahn, 1987; Oliver, 1983). 예를 들어 웰러와 밀러(Weller and Miller, 1977a, 1977b)는 우울증을 “심각하고 영구적인 장애 조건에 대한 현실주의적이고 가장 적절한 반응이며 적응과 재활, 그리고 통합이 달성되기 위해서는 필수적인 단계”라고 묘사했다(Weller and Miller, 1977a: 375). 올리버(Oliver, 1983)는 장애에 대한 사회복지의 이러한 접근법을 장애를 가지고 있다는 것은 어떤 상태와 같은 것인가를 이론가들이 상상해왔다는 점에서 ‘심리학적 상

상력(the psychological imagination)’이라고 불렀다. 사회복지의 이러한 태도는 장애란 사회적, 문화적 맥락 속에서 이해될 수 있는 현상이라기보다는 개인적인 비극이라고 보는 가치판단을 표상하고 있는 것이다.

③ 장애인에 대한 이미지

개인적·의료적 모델에 입각하고 있는 사람들이 장애에 대해 가지고 있는 공통적인 사회적 이미지는 두가지라 할 수 있다. 하나는 앞에서 살펴본 것처럼 장애인들은 슬프고 비극적이라는 생각이다. 다른 하나는 장애인들은 앞의 스테레오타입에 들어맞지 않으며 매일 역경을 이겨나가는 ‘초인적인 영웅들(superheroes)’이라는 관념이다. 초인적인 영웅들로 인식되는 장애인들은 “프랭클린 텔라노 루즈벨트와 헬렌 켈러 같은 개인들이며, 그들이 정상화를 향한 지속적인 노력을 보여주는 한 사회에서 보다 기꺼이 받아들여진다” (Longmore, 1987). 그러나 ‘초인적인 영웅’의 이미지는 장애를 심리적 적응에 의해서만 관리될 수 있는 사적인 신체적 또는 정서적 비극으로 보는 인식에 기여할 뿐이다. 이러한 점을 감안할 때, 사회복지사들이 장애인들과 연관되는 것을 마음 내켜 하지 않아 왔던 것도 이해할 만한 일이다. 왜냐하면, 의료적 모델에 따르자면 사회복지가 장애 문제에 성공적으로 개입할 수 있는 사례들이 많지 않기 때문이다(Oliver, 1983; Oliver and Sapey, 1999). 그렇지만 이 점은 객관적 관찰의 문제라기보다는 개인적 모델의 개념적 한계와 연관된 인식의 문제일 가능성이 더 크다.

④ 개인적·의료적 모델 비판

지금까지 개인적·의료적 모델이 신체적 결함(장애)과 정신적 결함(장애)에 대한 유익한 처치에 기여했음에도 불구하고, 이 모델은 심각한 개념적 한계를 가지고 있다. 올리버(Oliver, 1983, 1996)는 개인적 장애 모델을 ‘장애에 대한 개인적 비극 이론(the personal tragedy theory)’이라 불렀는데, 왜냐하면 이 모델에서 “장애는 불운한 개인들에게 무작위적으로 일어나는 어떤 소름끼치는 우연적인 사건이기 때문이다”(Oliver, 1996: 32). 개인적 모델은 크게 세 가지 점에서 비판을 받는다. 첫째, 장애의 사회적 맥락을 고려하지 않는다는 점, 둘째, 장애인의 생물학적 결함의 강조는 장애인이 사회적으로도 열등하다고 추정하게 만든다는 점, 셋째, 장애인과 전문가의 관계가 의존적으로 된다는 점이 그것이다.

첫째, 이 모델에서 장애는 처치나 치료를 요하는 개인들의 의료적 상태들로 축소되는 경향이 있으며(Gabel, 1997), 이 모델은 장애가 하나의 현상으로서 나타나는 사회적 맥락을 적절하게 고려하지 않는다(Jones, 1996; Oliver, 1998).

둘째, 결함과 장애의 혼동은 생물학적 결함(deficit)이 사회적 결함을 가져온다는 관점으로 귀결된다 (Oliver, 1998). 세계보건기구(WHO)에서 나온 것으로 1980년에 개발되었던 국제 결함, 장애, 및 핸디캡 분류법(the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; ICIDH)은 최근에 장애인들의 주장에 따라 개정된 바 있다. 개정되기 이전의 분류법인 ICIDH는 개인적 장애 모델을 위한 개념적 틀로서 널리 이용되어 왔다(Pope and Tarlov, 1991). ICIDH에 따르면, 결함이란 질병, 사고, 또는 상해의 결과로서 생기는 손상 또는 비정상성(abnormality)이다. 장애란 이러한 손상에 기인하여 음식을 먹는 일이나 옷을 입는 일과 같은 일상적인 활동을 수행할 수 없는 개인의 무능력이다. 그리고 핸디캡은 어떤 사람이 장애로 인해 직면하는 불리한 조건으로 정의된다.

개인적 모델을 따르는 사람들은 종종 결함이라는 용어와 장애라는 용어를 서로 바꾸어 쓸 수 있는 것처럼 사용하며, 결함에서 장애를 거쳐 핸디캡으로 이어지는 하나의 발달 경로를 상정하기도 한다. 이는 문제가 있는 상황이라 할 수 있는데, 왜냐하면 결함과 장애의 혼동은 생물학적 결함(deficit)이 사회적 결함을 가져온다는 관점으로 귀결되기 때문이다(Oliver, 1998). 개인적 모델을 비판하는 사람들은 이 모델에서 설사 사회적 불리함의 차원(즉, 핸디캡)이 인정될 수 있다 하더라도, 이러한 개념화는 장애의 구성에 있어서의 사회의 역할을 모호하게 만든다고 주장한다. 또, 사회적으로 부여된 결함과 억압을 간과하고 생물학적 결함만을 강조하는 것은 장애인들이 생물학적으로 열등하고 기능적으로도 열등하다고 추정하는 일반적인 오해와 선입견을 강화할 위험이 있다.

셋째, 장애인과 전문가의 원조관계에서 전문가의 권력이 강해지고 이는 불평등한 관계를 만든다. 개인적 모델은 장애인들에게 이른바 장애 없는 신체라는 정상성(able-bodied normalcy)을 기준으로 부과한다. 이러한 정상화의 원칙(normalization principle)은 결함 또는 장애를 가진 신체를 비정상 혹은 이탈로 간주하게 되고, 이렇게 이탈자(deviant)로 간주되는 개인에 의해 수행되어야 하는 적응에 초점을 맞춘

다(Liachowitz, 1988).

그러나 정상화는 계층화된 불평등한 사회에서 결코 사람들의 삶을 완전히 변화시킬 수 없다. 소위 정상적 역할들이 항상 장애를 가진 사람들의 역할들보다 더 높은 가치를 부여받기 때문이다(Fulcher, 1996). 또, 정상성의 가정은 원조 관계에서 원조의 소비자(customer)들, 즉 장애인들의 의존성을 낳을 수 있다(Oliver, 1983). 이러한 관계에서는, 사회복지사와 같은 전문가들은 그들에게 종속되는 피원조자들과 대조적으로 원조자로서 고양된 지위와 권력을 갖는다. 서비스가 제공되는 방식이 장애인들과 전문가 공동체 사이에 긴장을 창출하는 권력 불균형을 낳는 것이다(Rioux, 1997). 더욱이, 이 모델은 사회사업가 등 원조 전문가들이 피원조자인 장애인들의 적응을 도와주는 일방적 관계를 설정하게 되는데, 자기 클라이언트들에게 가장 이익이 되는 것이 무엇인가에 관한 전문가들의 가정은 클라이언트 스스로 원하는 것과 일치하지 않을 수도 있다.

(2) 사회적 장애 모델

① 장애의 개념

장애의 사회적 모델은 장애인들에 있어서의 건강 개념을 이해하는 데에 개인적 모델과는 대조적인 시각을 제공한다. 이 모델은 장애인의 기능적 한계로부터 그러한 개인들에게 제약을 부과하는 사회적 환경들로 초점을 이동시킨다(Fine and Asch, 1988; Gabel, 1997; Hahn, 1987, 1996; Oliver, 1983, 1996; Oliver and Sapey, 1999; Rioux, 1997; Williams, 1997; Zola, 1988). 올리버와 세피는 다음과 같이 말한 바 있다. “장애는 개인적 불행도 사회적 문제도 아니다. 그보다, 장애란 사회적 문제들을 ‘갖고 있는’ 것이며, 장애를 입은 개인과 그 개인에게 사회에 의해 부과되는 제약 사이에는 어떤 관계가 존재한다”(Oliver and Sapey, 1999: 63. ‘ ’는 인용자 강조).

사회적 모델은 결함, 장애, 핸디캡 사이에 어떤 필연적인 인과 관계도 존재하지 않는다고 주장한다(Oliver, 1983, 1996). 이러한 세가지 항들은 상호교환될 수 있는 것으로 사용되어서는 안된다. 사람들이 어떤 결함을 갖고 있을 수는 있지만, 그들을 장애인으로 만드는 것은 환경이다. 예를 들면, 신체장애의 경우에 결함(impairment)

이란 팔다리의 일부나 전부가 없는 것으로서, 또는 불완전한 팔다리나 기관, 혹은 신체의 다른 불완전한 중요 부분이나 불완전한 기능을 갖고 있는 것으로서 정의될 수 있다. 다른 한편, 장애(disability)는 결함을 갖고 있는 개인들과 장애를 야기하는 사회적 환경 사이의 지속적인 상호작용을 통해 형성되는 사회적 구성물이다(Brunzy, 1997; Kennedy and Minkler, 1998; Oliver, 1983). 여기서, 제한을 가하는 사회적 환경이란 건강할 수 있는 개인들에게 부과되는, 장애를 야기하는 제약들이라고 이해될 수 있다. 그러므로 장애는 사회적 억압의 한 특수한 형태인 것이다.

② 전문가의 역할

사회적 모델에서는 장애를 갖고 있는 사람들을 사회가 어떻게 주변화하고(marginalize), 낙인을 찍으며(label), 범주화하는가(categorize)와 사회가 어떻게 그들의 욕구와 목적들에 보다 효과적으로 반응하도록 조정될 수 있을 것인가를 검토하는 것이 중요하다(Oliver, 1983, 1996; Rioux, 1997; Zola, 1993). 이 모델은 장애인들이 일상생활에서 직면하는 주요한 문제들로서의 낙인찍기(stigmatization), 차별 및 제도적 장벽들을 감소시키는 것에 관해 시사하는 바가 많다. 이 모델은 따라서 사회에서 불이익을 받고 불리한 조건에 처한 갖가지 집단들의 개인들을 권능화하고 단결시키는 잠재력을 가지고 있다(Hahn, 1996).

이러한 사회적 모델에 기초했을 때, 사회복지 실천은 장애인들과의 상호협조적인 관계들 속에서 이루어지며, 정치적, 사회적, 경제적, 물리적 환경들을 겨냥하여 기존의 장벽들을 제거하는 것을 목표로 삼게 된다(Williams, 1997). 그러므로 사회복지사를 비롯한 전문가들의 역할은 특정 개인들을 장애인으로 만드는 환경을 개선하는 것, 그들이 스스로 이런 환경을 극복하거나 그 개선을 요구할 수 있는 능력을 갖추게 하는 것에 더 초점을 맞추게 된다. 간단히 말해, 사회적 모델은 개인들이 특정한 목표를 달성할 수 없는 무능력들(소위 말하는 장애들)이란 사회적으로 조건지워지는 것이지 생물학적으로나 심리학적으로 결정되는 것이 아니라는 점을 이해하는 중요한 관점을 육성한다. 이러한 통찰력은 사회복지 실천에 대한 권능화(empowerment) 접근법과 일치하는 것이다(예를 들면, Holmes and Saleebey, 1993).

③ 장애인의 이미지

사회적 모델은 장애인들을 원조나 수혜의 대상이 아니라 하나의 주체로 상정한다.

사회적 모델에서 장애란 변칙적 이형(anomaly)이라기보다는 차이(difference)로 인식된다(Rioux, 1997). 여기서 욕구 평가(need assessment)는 병리적 현상에 대한 특수한 진단에 기초하지 않는다. 그것은 ‘특수한 상황에 있는’ 장애인들의 욕구와 목표에 기초한다(Williams, 1997). 따라서 사회적 장애 모델은 결함과 적응에 대한 진정한 전문가는 장애인들 자신이라고 주장한다(Oliver, 1996). 그러한 개인들이야말로 장애에 관해 명료하게 말할 수 있는 가장 훌륭한 적격자들인 것이다.²³⁾

④ 사회적모델에 관한 비판

사회적 모델에 대한 비판은 크게 두가지이다. 첫째, 장애인이 경험할 수 있는 우울이나 고통들을 부인한다는 점이다. 둘째, 사회적 모델은 사회적 장벽의 제거가 목표이기 때문에 장애인의 집단적 정체성을 중시하고 장애인 개인의 독특한 개별성을 무시한다는 점이다.

첫째, 어떤 장애인들은 사회적 장애 모델을 그것이 결함에 대한 매일의 개인적인 경험들과 관련이 없어 보인다는 이유로 비판한다.(Williams, 1997). 개인적 모델을 옹호하는 사람들 역시 사회적 모델은 문제를 다루는 데 실패했으며 손상이나 곤경을 병적으로 부인한다고 주장한다.(Marks, 1999: 13). 그렇지만 사회적 모델이 어떤 사람들이 신체적이거나 정신적인 손상과 도전들에 대해 슬퍼할 수 있다는 점을 부인하는 것은 아니다.(Oliver, 1983). 사회적 모델을 주장하는 올리버는 다만 사회적 모델이 결함에 기인한 개인적인 제약들을 다루도록 의도된 것이 아니라 장애의 사회적 장벽들을 다루는 것이라는 점을 강조한다.(Oliver, 1996). 그는 또한 다음과 같이 설명하고 있다. “결함으로부터 오는 고통에 대한 부인은 현실적으로는 전혀 부인이 아니다. 오히려 그것은 의학적인 치료나 여타 전문적인 처치를 통하는 것보다 집합적인 행동을 통해 도전 받을 수 있는 쟁점들을 확인하고 제기하려는 실용적인 시도이어 왔다”(Oliver, 1996: 38). 그럼에도 불구하고, 비판자들은 여전히 사회적 모델이 장애인들이 몸으로 겪는 경험들을 무시한다고 주장한다(Priestley, 2003).

둘째, 위의 비판점과 관련하여 사회적 모델은, 사회적 맥락에만 일면적으로 초점을 맞출 경우 장애를 가진 개인들의 심리적, 신체적 욕구들과 목표들이 간과될 수도

23) 이러한 관점에서 사회적 모델은 장애에 대한 지식은 정적인 개별 상태들이 아니라 사회적인 동적 과정으로서의 장애에 대한 맥락 특수적인(context specific) 장기적인 연구들을 요구한다는 점을 제안한다(Fine and Asch, 1988).

있을 것이란 점에서 비판 받기도 한다. 이런 관점에서 본다면, 사회적 모델의 극단적인 이용은 개인적 의학 모델의 것과 정반대 되는 문제들을 야기할 수도 있다. 즉, 사회적 개입들에 우선적인 관심사가 두어져야 한다고 상정하는 가운데 개인의 특수성들을 간과하게 되는 위험이 있는 것이다(Priestley, 2003).

(3) 개인적 모델과 사회적 모델 비교

개인적 모델과 사회적 모델은 서로 대조적인 통찰들과 실천적인 원조 전략들을 제공해준다(Oliver, 1996). 개인적 모델은 개인적인 장애와 결함들에 초점을 맞추고 그것들을 예방하거나 교정하려 시도한다. 이에 비해 사회적 모델은 사회적 장벽들과 억압의 힘들에 초점을 맞추며 그것들을 극복하거나 방지하려 한다.

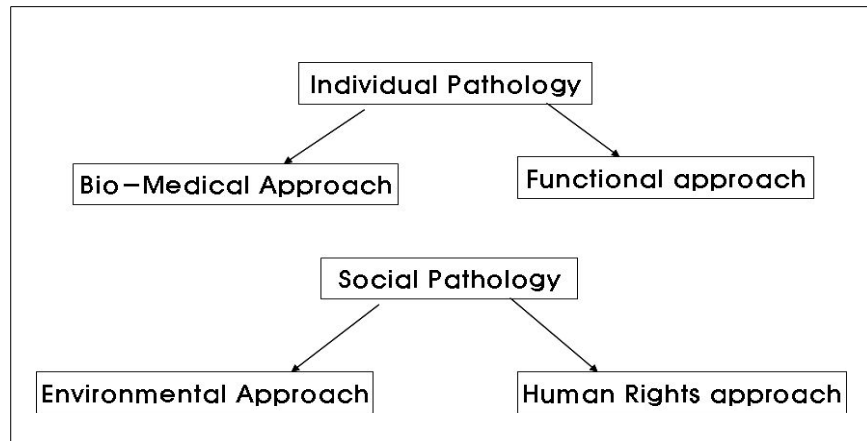
〈표 6-8〉 개인적 장애 모델과 사회적 장애 모델의 비교

개인적 모델	사회적 모델
개인적 비극으로서의 결함	사회적 억압으로서의 장애
개인적인 문제들에 관심	사회적 문제들에 관심
개인적 치료와 처치	사회적 행동과 권능화
전문가적 활동	자조와 협조
전문가의 원조 지배	개인적 및 집합적 책임
사회적 규준에의 적응	개별 차이의 긍정
장애인들을 위해 무엇을 하기(Doing for)	장애인들과 함께 실천하기(Working with)
환자의 순종	소비자의 권리
목표에 대한 전문가의 통제	장애인의 목표 선택

자료 : Oliver, M. (1996). Social model in context, in M. Oliver, Understanding disability: From Theory to Practice, p.34.에서 필자가 재구성.

(다) 이분적 모델에 기초한 네 가지 접근

[그림 6-3] 이분적 모델에 기초한 네 가지 접근



각 접근은 서로 다른 분야에서의 장애인에 대한 환경과 제도 개선에 초점을 두고 있다.

- Biomedical: 의료 및 임상 치료 분야
- Functional: 장기요양, 재활분야
- Environmental: 건축, 사회복지
- Human Rights: 정치권익강화, 사회옹호/참여

따라서 결론적으로 장애인장기요양보험제도가 이 네 가지 접근을 다 아울러서 갈 수 있는가하는 기본적인 질문이 제기 될 수 있다. 즉, 기능적인 측면을 강조하는 장애의 접근에서는 그 평가기준 역시 ‘일상생활의 자립도’에 초점을 두고 이와 관련된 차원에서의 영역의 욕구를 평가할 수 밖에 없는 것이 정책적 판단이 되어야 한다. 즉, 장애인장기요양제도의 도입안으로 “활동보조사업의 확대” 안으로 결정되었다 할지라도 전반적인 장애인 복지 체계를 다 고려한 평가판정도구의 개발은 현실적으로 어려우며 기능상의 제약 정도를 중심으로 개발해 나가는 것이 타당하다고 볼 수 있겠다.

2) 장애인의 장기요양욕구관련 주요 평가 도구

가) ADL (Activities of daily living) 평가 도구

ADL이란 주로 식사, 세면, 착·탈의, 용변 등 살아가는데 필요한 집안에서의 일을 말한다.

보행을 포함한 이동이 주로 하지 기능에 의한다면 일상생활 동작은 주로 상지 기능에 의해 이루어지므로 일상 생활 동작의 평가는 주로 상지 기능을 평가하는 것이라고 할 수 있다.

평가대상이 되는 활동 능력

장애가 있는 사람이 일정한 환경에서 발휘할 수 있는 잔존 능력으로 평가하고, 평가할 때는 의지 (의수, 의족), 보장구, 생활 용구, 가정환경도 고려되어야 한다.

평가 도구에 따라 평가 항목의 수가 다르고 평가 내용이 다른데, 기본적인 일상 생활 동작 중 평가 대상이 되는 몇 가지를 설명하면 다음과 같다.

① 식사 : 음식 또는 음료수를 먹고 마시는 동작을 말하는데, 음식을 찢 보자기를 풀거나 음식물을 처리는 동작도 포함한다.

② 개인위생 및 치장하기 : 세면, 양치질, 틀니 닦기, 면도, 머리 빗기, 손톱 깎기 등의 동작이 포함된다.

③ 착 · 탈의 : 기본적으로 상의 또는 하의를 갈아입는 동작을 말하는데, 내의나 외투를 갈아입는 동작과 옷을 털고 옷장에 넣는 동작, 단추를 끼우고 옷을 여미는 동작, 구두끈을 매고 푸는 동작 등이 포함되기도 한다.

④목욕 : 욕조나 샤워실에 들어가고 나오는 동작을 비롯하여 몸을 닦는 동작이 포함된다.

⑤용변 : 화장실에서 소변이나 대변을 보기 위하여 지퍼를 올리거나 내리며, 단추를 채우거나 열고, 하의를 내리고 올리는 동작, 용변 본 후 회음부를 깨끗하게 닦는 등의 동작이 포함된다.

ADL 평가의 기록

- complete independent : 보장구 없이 안전하게 그리고 적절한 시간내에 수행할

수 있는 경우

- modified independent : 보장구가 필요하거나, 수행 시간이 길어지거나 또는 안전의 위험이 있는 경우

- supervision : 도구를 챙겨 주거나, 보조기를 착용시켜 주는 정도의 도움이 필요한 경우

- minimal assistance : 75%이상의 수행 능력이 있는 경우

- moderate assistance : 50%이상 75%미만의 수행 능력이 있는 경우

- maximal assistance : 25%이상 50%미만의 수행 능력이 있는 경우.

- dependent : 수행 능력이 25%미만인 경우

나) FIM (Functional Independent Measurement)

FIM의 주요특징으로는

1. 6개의 대 항목 아래에 모두 18개의 소항목(13개의 운동영역 + 5개의 인지영역으로 구성)으로 되어 있다.

2. 환자가 있는 환경을 기술한다.

3. ‘실제로 하고 있는 것’을 평가한다.

4. 보통 3번 검사 : 입원 72시간 이내, 퇴원 72시간 이내, 퇴원 후 80~120일 이내에 재검사를 한다. (우리 OT실에선 치료가 들어가는 시점에서 한번, 빠르면 2,3주 대략 1달정도뒤에 한번, 퇴원 후 외래 F/U하면서 평가)

5. 7점 척도 (1~7점), 전체 18항목, 총 126점 만점이다.

6. 장점: 사회인지, 의사소통과 같은 심리사회적 요소가 포함 되었다.

7. 단점: 일상생활 중에 큰 영향을 미치는 항목도 그렇지 않은 것과 같은 수준으로 평가되므로, 총 점수만으로는 전반적인 신체적 활동 수준을 알기 어려울 때도 있다.

평가과정.

1. 환자의 기능 수준을 가장 정확히 기술하는 score를 FIM sheet에 기록한다.

2. 환자의 실제의 활동을 집적 관찰하여 평가한다.

3. 환경이나 시간의 차이에 의해 수행 능력이 달라지는 경우 가장 낮은 수준의

score로 기록한다. 그 이유는 환자가 그 기능을 완전히 숙달하지 못했기 때문이다.

예) 피곤하거나 치료setting 때문에 동기부여가 안되어 하지 못하는 경우

4. 손상당할 위험이 있을 경우는 ‘1’을 기록한다.

5. 환자가 과제를 수행하지 않을 경우 ‘1’을 기록한다.

예) 환자가 침상 위에서의 목욕을 원할 경우 ‘욕조/샤워실로 이동하기’항목에는 ‘1’을 기록한다.

6. 2명의 보조자가 필요할 경우 ‘1’을 기록한다.

7. 빈칸으로 남겨두는 항목이 없어야 한다.

8. no check를 기록하지 않는다.

9. 걷기/의자차, 의사소통 항목에서는 가장 많이 사용하는 형태에 동그라미 표시를 한다.

10. 걷기/의자차 사용하기 항목의 형태는 입원시와 퇴원시 항목이 같아야 한다.

(이동의 형태에 변화가 있을 경우 입원 시 기록을 퇴원시 가장 많이 사용하는 이동형태의 수준으로 기록한다.)

FIM항목

1. Self care

① eating ② grooming(몸치장): 양치질, 머리 빗기, 손 및 얼굴 씻기, 면도 또는 화장 등 ③ bathing ④ dressing upper body ⑤ dressing lower body ⑥ toileting

2. Sphincter control

① bladder management ② bowel management

3. mobility transfer

① 침대, 의자, wheelchair간 이동 ② toilet 출입 ③ bath tub(욕조) or shower stall 출입

4. locomotion (보행)

① walk, wheelchair ② stairs

5. communication

① comprehension ② expression

6. social cognition

①social interaction ②problem solving③memory

다) MBI(Modified Bathel Index)

MBI는 환자의 일상생활동작 수행 시 직접적인 관찰과 면접을 통하여 의존의 정도를 평가합니다. 각 항목마다 중요성 혹은 난이도에 따라 점수를 다르게 배정하고, 평가 결과는 각 항목의 합으로 나타나며, 완전 의존시 0점, 완전 독립시 100점으로 표기한다. 이 검사의 단점으로는 심리사회적 항목이 없으므로 의식 있는 활동수준을 알 수 없다는 것이다.

MBI의 점수 산출 방법표는 다음과 같다. 항목을 self care.....chair/bed transfer로 10개의 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 5단계별로 점수를 부여한다.

〈표 6-9〉 MBI의 점수 산출 방법표

	1	2	3	4	5
항목	과제를 수행할 수 없는 경우	최대의 도움이 필요한 경우	중등도의 도움이 필요한 경우	최소의 도움이나 감시가 필요한 경우	완전히 독립적인 경우
self care	0	1	3	4	5
bathing	0	1	3	4	5
feeding	0	2	5	8	10
toilet	0	2	5	8	10
stair	0	2	5	8	10
dressing	0	2	5	8	10
bowel control	0	2	5	8	10
bladder control	0	2	5	8	10
walking	0	3	8	12	15
*wheelchair	0	1	3	4	5
chair/bed transfer	0	3	8	12	15
범위	0	<----->			100

* wheel chair항목의 점수는 환자가 보행이 불가능하고 wheelchair로 이동 및 조작만 할 경우에 매긴다.
다섯단계를 나누는 일반적인 사용지침으로는

바델 지수의 일반적인 사용지침

1	평가항목의 과제를 수행할 수 없는 경우는 1로 분류하고 바델 점수는 0점에 해당합니다.
2	보호자에게 거의 대부분을 의지하는 경우, 또는 누군가 곁에 있지 않으면 안전에 문제가 있는 경우는 2로 분류합니다.
3	보호자에게 중등도로 의지하는 경우, 또는 과제를 끝까지 수행하기 위해 보호자의 감시가 필요한 경우는 3으로 분류합니다.
4	보호자의 도움이나 감시를 최소로 필요로 하는 경우는 4로 분류합니다.
5	완전히 독립적으로 과제를 수행할 수 있는 경우에는 5로 분류합니다. 환자의 과제 수행 속도가 느린 경우, 그 기능의 수행을 위해 다른 사람의 도움을 필요로 하지 않는다면 점수를 아래 단계로 분류하지 않습니다.

평가 결과, 0-20점 사이는 환자의 전체 기능이 완전 의존 상태, 21-61점은 거의 의존, 62-90점은 중등도의 의존, 91-99점은 약간의 의존을 의존 상태임을 의미한다.

이를 FIM과 비교를 하자면 둘 다 환자가 얼마나 혼자 생활할 수 있는 가를 보는 척도이다. 둘의 차이점을 말하자면 FIM은 126점 만점에 5개의 영역(self care, sphincter control, mobility, communication, social cognition)으로 구성 되어 MBI에 비해 더 세분화 되어 있고 MBI엔 없는 cognition영역이 포함되어 있다. 그리고 FIM은 미국에 저작권이 있으며 미국에서는 FIM교육을 이수한 사람만 FIM을 사용할 수 있고, 평가된 FIM score는 전산처리 되어 관리된다고 합니다. 그래서 어떤 나라건 FIM의 저작권료를 내고 정식 교육 이수를 받은 사람 외엔 사용하면 안 된다고 합니다. 그러다 보니 현재는 MBI를 사용하자는 추세로 돌아서고 있으며, MBI를 약간 한국식으로 변형한 도구도 만들어 진다.

3) 인정조사항목의 지침 수정

전국적으로 적용되는 도구로 “표준화”가 핵심 기능 중 하나인 본 평가도구 개발에서 항목 및 조사도구 개발과 더불어 조사상에서 지침을 명료하게 가져가는 것도 전체 평가관정체계의 안정적 실행을 위해 중요하다.

노인장기요양제도의 경우를 보더라도 시범사업 및 본 사업에서도 지속적으로 보완되고 있으며, 활동보조사업에서도 조사지침의 정확한 이해 부재로 인해 문제가 제기 되고 있는 것을 알 수 있다. 특히, 제도 실행 후 실제 각 사례별로 다양한 경우

가 발생하여 조사원 교육에서 정확한 내용이 전달될 필요가 있다.

따라서 이 부분은 향후 연금공단과 실무적 차원에서 영역별 전문가들과의 자문을 통해 정확히 구성될 필요가 있고, 지속적인 피드백을 통해 전국적으로 조사원들의 정확한 이해가 이루어져야 하겠다.

인정조사항목의 지침 수정과 관련하여 다음의 몇 가지를 제시하고자 한다.

첫째, 일상생활동작(ADL)과 관련하여 ‘식사하기’ 항목의 ‘부분 도움’의 지침에서 ‘시각장애자로 식사하는 동안 반찬의 종류와 배열을 알려주거나 항상 동일한 위치에 동일한 종류의 음식을 준비해주어야 식사할 수 있다.’를 ‘시각장애인으로 식사하는 동안 반찬의 종류와 배열을 알려주거나 항상 동일한 위치에 동일한 종류의 음식을 준비해주어야 식사할 수 있다.’로 수정 검토할 수 있겠다.

두 번째로, 수단적 일상생활수행능력(IADL)의 경우 ‘물건사기(쇼핑)’, ‘집안일’, ‘교통수단 이용하기’의 경우 문항 정의에 심장이나 호흡기장애로 인하여 의사로부터 활동의 제한을 받았기 때문에 도움이 필요한 경우도 포함한다를 추가 하고자 한다.

세 번째로 인지기능 영역에서는 ‘방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다’의 정의인 ‘단기 기억의 장애를 검사하는 항목’을 ‘기억 등록 회상의 장애를 검사하는 항목’으로 제목 변경하고 이와 관련하여 학문적인 기억분류에 따르면 5분후의 회상은 ‘장기 기억’에 해당하므로 따라서 ‘기억 등록 회상’으로 표현하는 것에 대하여 검토하여야 할 것이다. 또한 모든 항목에 있어서 증상여부에 ‘언어장애나 청각장애가 있는 경우 단어를 써서 평가를 수행해도 무방하다.’를 추가하는 방안에 대해서도 검토가 가능하다.

네 번째로, 재활 영역에 있어서 ‘운동장애-상지(팔)’의 경우 어깨의 근력을 위주로 평가한 것인데 실제 장애인의 경우 손기능의 문제로 인하여 일상생활에 장애가 있는 경우가 많기 때문에 장애인 기능평가로 불충분함. 건관절, 완관절, 수부관절로 나누어서 평가를 하면 좋으나 이 경우 평가가 너무 길어질 수 있다는 단점이 있다.

‘운동장애-하지(다리)’의 경우 고관절을 드는 힘이 좋아도 무릎뮌근과 발목올림근 약화 의해서 보행장애가 생기는 경우가 많기 때문에 이 또한 3대관절(Ex: 고관절 들기, 무릎펴기, 발목올리기)의 운동능력을 평가를 하면 좋으나 이 경우 또한 평가가 너무 길어질 수 있다는 단점이 있다.

이와 더불어 상지절단장애인, 하지절단 장애인의 경우 운동장애와 관절장애 표시가 애매하다. 즉, 절단장애를 따로 분류하여 넣던지 아니면 위에 끼워넣는 방법을 사용하던지 해야하는데 추가하기가 어렵고, 새로 추가할 수 있겠지만 평가가 너무 길어질 수 있다는 단점이 있다. 따라서 장애등급을 이용해서 3개로 나누는 방법도 쓸 수 있을 것으로 사료된다. 즉, 절단장애 1,2등급->③, 3,4등급->②, 5,6등급->①으로 체크하는 방법이다. 그러나 위와 같은 운동 평가와 관절평가가 척추장애와 변형장애는 반영이 안되고 있습니다. 이는 운동장애와 관절제한이 점수에 상관이 없으면 모르겠으나 점수에 영향을 미친다면 고려가 필요할 것이다.

끝으로, 언어장애, 심장장애, 호흡장애, 신장장애 등은 반영이 덜 되고 있으며, 시각·청각은 매우 간결하게 평가되고 있습니다. 장애 종류별 형평성 문제 제기할 수 있을 듯. 하지만 현재 상황에서 실질적으로 지급될 서비스의 계획을 세우는 데에는 큰 문제는 없을 것 같다. 하지만 장기요양 서비스가 다변화된다면 평가도구도 자세하게 이루어져야 할 것이다.

기존의 노인장기요양보험의 경우 노인, 성인 뇌병변 장애인 등에 대한 평가에서는 적절할 수 있으나 다른 장애를 모두 포함하는데 있어서는 한계가 있으므로 각종 장애의 등급을 점수 산정시에 포함시키는 방안에 대한 검토가 필요하겠다. 위의 평가보다 장애등급 자체가 더 기능을 잘 반영하고 있기 때문에 다음과 같은 점수제를 포함하는 것도 검토해 볼 수 있을 것이다. 즉, 현재 평가표가 장애가 심하면 ③을 주는 것 같으니 즉, 장애 1,2 등급은 ③ 주고, 장애 3,4 등급은 ② 주고 장애 5,6 등급은 ① 주고 예를 들며 (관절장애 1,2등급 = ③, 3,4등급 = ②, 5,6 등급 = ①) 이런식으로 점수를 부여하는 방법도 있을 것이다. 그러나 실제로 모든 장애를 평가하는 것은 너무 평가가 방대해 질 수 있다는 점에 대해서도 검토해야 할 것이다.

4) 기존의 평가판정체계도구비교를 통한 주요 검토사항

지금까지 장애에 대한 이론적 접근과 평가도구를 검토해 보았다. 이러한 검토내용을 장애인 장기요양 평가판정도구에 어떻게 적용할 수 있는가에 내용을 요약해 보면 다음과 같다.

가) 서비스 필요도 중심 접근

우선 장애인복지서비스의 판정체계는 장애정도보다 복지서비스의 필요도에 의해 결정되어야 한다는 점이다. 의학적 장애판단은 복지서비스와 완전히 일치하지 않을 수 있으며, 임상적 판단은 복지서비스에서 하나의 참고기준으로 작용할 수 있다.

따라서 장애인 장기요양제도의 판정체계는 복지서비스의 필요도에 의해 재편되어야 할 것이며, 향후 다양한 복지서비스가 도입된다면 일본과 같이 요양, 취업 및 재활, 지역사회 재활 등으로 구분하여 그 필요도에 의하여 판정체계를 갖추어야 할 것이다.

또 노인장기요양제도와 같은 서비스 필요도의 개념을 활용하는 방식은 전문가에 의한 평가와 달리 대상자 관리를 효율적으로 하여 재정운용에도 효과적으로 나타날 수 있다. 물론 구체적으로 장애인의 서비스 필요도가 어떤 것인가 하는 개념정립에는 관련 학자들간의 합의가 좀 더 필요한 사항이다.

나) 장애인 특성을 고려한 기능 수준을 직접적인 요양 판정 기준으로 활용 검토

노인요양보험제도에서는 공히 수발시간 측정, 활동보조 시간 측정 등을 통하여 수집한 데이터를 바탕으로 요양 인정 시간 및 활동보조 인정 시간 등을 산정하였다. 즉, 기능 평가를 직접적으로 판정에 적용하지 않고 기능 평가를 통하여 요양·활동보조 서비스 필요도를 추정하고자 한 평가 도구라 할 수 있다.

그러나 장애인의 경우 노인과 달리 같은 정도의 신체 기능에서 요양 서비스에 대한 필요도는 개인에 따라 크게 달라질 수 있다. 예를 들어 사지 마비 척수 손상 장애인에서 재활 훈련을 잘 받고 자립 의지가 강한 사람은 그렇지 않은 사람에 비하여 요양 요구도가 낮은 반면 활동보조 서비스 요구도는 높을 수가 있다. 그래서 추가적인 장애의 특성 고려가 되어야한다.

요양 필요도를 평가하고 그에 따라 서비스 급여 수준이 달라지면 장애인의 재활 및 자립 의지의 저하를 유발할 가능성이 있다. 이럴 경우 오히려 제도의 등급방식이 제도가 추진하는 바의 장애요인이 될 수 있다.

따라서 사회참여 욕구를 일부 반영하는 것이 장애인의 특성을 고려하는 도구로서 중요한 사항이라 하겠다.

다) 중증도 위주의 선별과정을 통한 등급체계

현재 우리나라는 활동보조인제도가 이미 도입되어 적용되고 있다. 어떠한 제도를 도입하든간에 상관없이 공적 지원에 사회적 합의를 원만하게 도출하기 위해서는 중증도 선별과정이 불가피하다고 본다. 즉, 다양한 장애인의 욕구를 종합하여 평가판정하는 것이 이론적으로 중요하나 이럴 경우 실제 적용에 있어 상대적으로 경증인 대상자에 대한 공적 지원이 더 증가하는 현상이 발생할 수 있다.

일반적으로 사회참여 욕구는 경증대상자에게 더 크게 나타날 수 있으며, 실제 중증도에 상관없이 욕구 해결을 통한 삶의 질 향상은 중요한 과제이다. 그러나 중증도 선별 위주의 영역이나 항목이 상대적으로 덜 반영된다보면 한정된 자원의 분배과정에서 상대적으로 경증인 대상자에게 자원 분배가 많아질 경우가 발생한다. 이러한 경우에 제기 될 수 있는 민원은 정책 결정자와 비장애인에겐 상당한 부담으로 작용할 요소가 강하다.

따라서 1차적으로는 중증도 선별을 통해 우선순위를 결정하고 그 등급내에서 세부적인 조사를 통한 욕구해결이 이루어 질 수 밖에 없는 점이 현 정책환경에서의 등급판정도구 개발의 바람직한 방향으로 볼 수 있겠다.

4. 2차 시범사업 적용도구 개발 과정

가. 장애인 기능평가 및 서비스 실태 조사 개요

다음은 장애인장기요양 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.

1) 조사의 내용과 방법²⁴⁾

본 조사에서는 시설과 재가를 대상으로 장애인기능상태조사와 1분 타임스터디 조사가 실시되었다. 서울, 경기, 인천 관할지역 중증장애인요양시설을 대상으로 시설 거주 장애인과 장애인장기요양 시범사업 지역의 재가장애인을 대상으로 제공되는 간호·재활·간병·수발·복지 등의 서비스파악 목적으로 1분 단위로 제공되는 서비스를 측정하는 1분간 타임 스터디 조사와 동시에 시설에 거주하는 장애인과 활동보조 서비스를 이용하는 장애인을 대상으로 장애인의 장기요양 욕구를 측정하는 기능 상태 조사가 이루어졌다. 각 조사의 구체적인 내용과 방법을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 기능상태 조사

기능상태 조사는 서비스를 받고 있는 거주자들을 대상으로 지난 연구용역에서 개발된 항목들을 중심으로 “장애인장기요양인정조사표”를 조사 도구로 하여 시설 및 재가 장애인들의 장기요양 욕구를 측정하는 조사이다.

장애인장기요양인정 조사표는 “2006년도 노인기능상태 조사표”와 “2008년 노인 장기요양인정조사표²⁴⁾”, “2008년 활동보조서비스판정표”를 바탕으로 2009년 장애인장기요양보장추진단 평가·판정분과에서 논의된 항목을 추가하여 개발된 “2009년 장애인장기요양인정조사표”를 조사도구로 활용하였다. 이와 관련하여 시설과 재가의 경우 별도로 조사가 진행되었으며 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 시설의 경우 조사대상은 서울, 경기, 인천 관할의 중증장애인요양시설을 대상으로 보건복지부의 조사 협조 및 조사 동의의 과정을 얻어 지역별(서울, 경기, 인천)로 최종 총 13개 기관이 참여하였다.

조사방법과 관련하여 먼저 조사지도원은 기관 선정 이후 시설 내 중간관리자급(사무국장, 사회재활팀장, 생활지도팀장 등) 중 시설장 추천 또는 연구진과 협의하여 조사지도원을 선정하였다. 이후, 한국보건사회연구원에서 조사지도원들을 대상으로 기능상태조사 및 타임스터디 조사에 대한 집합교육을 실시하였다. 이후 조사대상기관에서 서비스를 받는 장애인을 대상으로 기관의 사회복지사, 간호사 등 시설내 전

24) 장애인기능상태조사 및 1분 타임스터디 조사와 관련하여 현지 조사 준비, 자료 수집, 조사 방법, 조사 지도·감독, 자료 코드화 과정과 관련된 내용은 ‘한국보건사회연구원, 장애인장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구(2008)’의 p.104~116을 참고하기 바람.

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

문인력이 기능상태조사를 실시하도록 하였다.

둘째, 재가의 경우 조사대상은 제1안 활동보조서비스 확대안을 실시한 5개 지역 471명을 대상으로 장애인장기요양 시범사업 지역의 관련전문기관(국민연금공단, 국민건강보험공단)의 방문조사원(사회복지사, 간호사 등)이 기능상태 조사를 실시하였다.

이 조사는 서비스를 받는 장애인의 기능상태평가에 관한 것으로 “장애인장기요양 인정조사표”의 항목들을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 장애인장기요양 인정조사표는 기능상태, 욕구조사, 재활보조기구 소지 및 필요 여부, 총평 등 총 4개 영역으로 구성되어있으며, 기능상태와 관련하여 세부항목은 총 7개 영역, 65개 항목(중복 7개 항목 포함)으로 구성된다. 먼저 장애인의 신체기능영역으로서 기본적인 일상생활기능 부분(총 12개 문항), 사회생활기능 영역으로서 수단적 일상생활수행능력(총 8개 문항), 인지기능 영역(총 7개 문항), 행동변화 영역(총 14개 문항), 간호영역(총 9개 문항), 재활영역(총 10개 문항), 추가영역(총 5개 문항)으로 구성되어 다양한 신체적·정신적 수발욕구 측정을 가능케 하였다.

(2) 1분간 타임 스터디 조사

(가) 서비스 코드 개발

장기요양욕구를 가진 장애인의 서비스 필요도를 측정하기 위해서는 장애인의 기능 상태에 따라 어떤 서비스가 어느 정도 제공되는지에 대한 실증적 근거자료가 뒷받침되어야 한다. 즉, 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. 2008년 연구에서는 노인장기요양 서비스 코드를 바탕으로 장애인 서비스 코드는 전문가 자문회의를 거쳐, 노인장기요양과 비교하여 삭제·추가하여 개발되었다. 이에 따라 2차 타임스터디 조사는 1차 조사를 통해 실제 시설 및 재가에서 행하고 있는 서비스를 수정·보완하였다(부록 참조).

(나) 1분간 타임 스터디 조사

1분간 타임 스터디 조사는 시설 및 재가에서 직원 또는 활동보조인이 어떠한 서비스를 어느 정도 제공하고 있는가를 1분 단위로 측정하는 조사 방법으로 기록 방식은 구체적인 업무 내용을 전임 조사자가 기록하여 조사하는 방법(타계식)과 업무 수행자가 업무내용을 업무 종료 후에 상기해서 기록하는 방법(자계식)이 있다. 타임 스터디 조사와 관련하여 시설과 재가를 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 시설의 경우 중증장애인요양시설의 직원들 중 장애인에게 직접적인 케어 업무를 주로 담당하는 주요 직종인 생활지도원(사회복지사 또는 생활재활교사로 호칭되기도 함)을 대상으로 한 시설에서 24시간 파악되는 모든 케어서비스를 파악하도록 고안되었다. 당초 전문조사원들이 시설에 방문하여 24시간동안 타계식 방법으로 조사를 실시 할 계획이었으나, 신종 인플루엔자 예방을 위해 외부인(전문조사원)의 출입을 금함에 따라 시설의 종사자들이 1차 타임스터디 조사와 동일한 방식인 자계식 방법으로 조사를 실시하는 것으로 변경되었다.

중증장애인요양시설의 경우 직접적인 케어를 제공하는 생활지도원이 24시간동안 시설에 상주하며 제공하는 서비스를 기록하였으며, 교대 시 다음 생활지도원이 제공하는 서비스를 이어서 기록하였다.

이후 각각의 서비스에 대하여 조사를 실시한 시설 직원이 그 서비스를 연구진이 배포한 서비스 코드표를 보고 다시 코드화 하여 기록하였으며 이를 조사지도원이 다시 한번 검토한 이후 연구진에게 발송하도록 하였다. 서비스 코드는 신체수발, 전문간호처치, 기능훈련 및 평가, 복지지원 서비스 등²⁶⁾으로 분류된 TSC(Total Service Code)표를 노인장기요양보험제도 관련 연구 및 2008년 장애인장기요양보장제도 관련 제1차 타임스터디 조사를 통하여 한국보건사회연구원에서 서비스 항목 개발 및 수정·보완한 것으로 사용하였다²⁷⁾.

타임 스터디 조사표는 제공되는 서비스와 서비스를 제공 받는 시설거주 장애인과 재가 장애인들의 id도 함께 기록하여 추후 제공되는 서비스와 거주자 이용자들의 기

26) 추후 이 서비스 코드는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활 지원, 커뮤니케이션보조, 이동의 보조, 복지지원 서비스, 간호 등으로 재분류되었음.

27) 자세한 코드별 서비스 내용은 부록을 참조하기 바람.

능간의 관계를 살펴 볼 수 있도록 고안되었다. 요양 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.

둘째, 재가의 경우는 전자단말기를 활용하여 실시하였으며 이는 1차 때 실시한 자계식 조사방법인 활동보조인의 하루 근무시간에 맞추어 1분 안에 제공되는 서비스 및 그 대상자를 타임스터디 조사표의 해당시간에 순서대로 기록한 것과 다른 방법이다. 즉, 2차 타임스터디 조사에서는 1주일 동안 제공한 서비스 종류 및 제공시간에 대하여 시범사업용 결제 단말기를 통해 서비스 결제 시 소분류를 선택한 이후 시간 입력하는 방법으로 타임스터디 조사를 실시하였다.

이는 시범사업과 관련하여 시범사업용 전자 단말기 개발 시 한국보건사회연구원과 한국사회서비스관리원, 단말기 개발업체, 보건복지부 등이 논의를 거쳐 서비스 유형별로 타임스터디 조사와 같은 결과를 살펴볼 수 있도록 활동보조인들이 대분류, 중분류, 소분류에 해당되는 서비스를 체크하고 해당 시간을 입력할 수 있도록 설계 및 개발되었기 때문이다. 따라서 이러한 계획아래 시범사업 지역의 서비스 제공기관에 소속된 활동보조인들을 대상으로 2009년 8월 말 전자 단말기 교육 시 전자단말기 소분류 체크 교육²⁸⁾ 및 타임스터디 조사 안내에 대하여 사전 공지를 실시하였으며 이후 보건복지부와 한국사회서비스관리원, 시범사업 지역의 활동보조서비스 제공기관을 통하여 서비스 제공인력 중 소분류 체크가 가능한 활동보조인을 선발 조사원으로 활용하게 되었다. 또한 24시간 기록을 하도록 요청한 시설과는 달리 재가의 경우 2009년 11월 25일부터 12월 1일까지 7일 동안 타임스터디 조사를 실시하도록 사전에 안내를 하였으며, 이에 따라 제1안 활동보조서비스 확대안을 실시하고 있는 5개 지역의 활동보조인 115명이 최종적으로 조사에 참여하게 되었다.

이후 데이터는 전자단말기 활용 시 서비스 이용내역이 한국사회서비스관리원에 수집됨에 따라 한국사회서비스관리원을 통하여 조사 기간동안 조사에 참여 동의한 활동보조서비스 제공인력의 서비스 이용자(대상자) 명단과 조사대상기관별 타임스터디 조사에 참여 동의한 활동보조서비스 제공인력의 조사 수행 기간동안의 거래 내역

28) 장애인장기요양시범사업 결제 단말기 사용 매뉴얼 8,9페이지 통해 상세히 설명함.

(일일정산내역 등), 서비스 소분류, 서비스 제공 시간 등 포함한 서비스 제공 정보 관련 로데이터, 이 외 조사 관련 안내 및 자료 협조 등을 요청하여 본 연구진에게 제공하도록 하였다.

5. 2차 시범사업 적용도구 개발 연구와 분석

가. 본 도구 개발관련 확보 자료

본 도구 개발과 관련하여 위에서 언급한 장애인 시설과 재가²⁹⁾ 서비스 이용자 중 기능상태조사, 타임스터디 조사 과정에서 동시에 조사가 이루어진 이용자에 한하여 데이터를 머지한 결과 최종적으로 총 906명의 기능상태와 타임스터디 자료를 확보하였으며, 연구 분석용으로 활용하였다. 구체적으로는 1차 시범사업에 참여하지 않은 시설 이용자의 경우도 기능상태에 따른 가상의 활동보조등급을 부여하여 분석하였다.

나. 본 평가도구 개발 논리

개발 연구 설계 단계에서는 노인장기요양제도의 평가판정도구 개발논리와 같은 방식으로 설계되었으나 실제 수형분석 결과 이 논리가 적합하지 못하다는 것이 분석 결과 나타났다. 이러한 이유로는 첫째, 생활 및 요양 시설의 각 서비스시간 및 유형이 장애인의 기능상태와 부합하지 못하다는 점이다. 즉, 기본적으로 제공된 서비스 시간을 분석하기 위해서는 개개인별의 다른 기능상태에 따라 제공되는 시간에 차이가 나야 분석이 가능한데, 현재 장애인 시설의 경우는 크게 기능상태에 구분없이 서비스가 제공되고 있기 때문이다. 일본 역시 이러한 이유로 장애인자립지원법에서 자적인 장애인 평가판정도구를 가지지 못하고 ‘개호보험’제도의 평가판정도구를 활용한 등급 부여가 이루어졌다.

둘째 현재 장기요양제도 안은 활동보조서비스 확대로 재가 대상자에만 적용하는

29) 재가 서비스 이용자의 경우 시범사업 도구 평가를 위해 시범사업 지역의 관련전문기관에서 실시한 장애인장기요양인정조사 결과를 활용하였으며 이와 더불어 기능상태조사와 타임스터디 조사에 참여한 이용자에 한하여 데이터를 머지하여 분석하였음. 이에 따라 머지 시 두 조사가 동일하게 실시되지 않은 이용자는 연구 분석에서 제외됨에 따라 분석에 따라 실제 시범사업 전체 대상자 수와 차이가 나타남.

것으로 되어있어 시설입소자를 근거로 한 판정도구의 적용에도 문제가 있을 수 있다는 지적이다.

셋째, 최근 노인 및 장애인의 사회서비스에 사용되고 있는 기존도구활용(노인장기요양제도, 활동보조서비스 제도)을 통한 평가도구개발이 필요하다는 지적이 있었다. 즉, 기 실행되면서 검증이 된 도구들을 활용하는 것이 도구의 안정적 정착을 위해 필요하다는 점이다.

넷째, 노인장기요양도구에 쓰여진 항목들의 경우 일부 항목은 노인에 적합하도록 개발이 되었지만, 기본적으로 ‘장기요양’욕구에 초점을 두었고, 중증도 선별의 강점이 있다고 볼 수 있다. 즉, 평가판정도구는 노인들 중에서도 신체 및 인지 기능 등에 제한이 있는 대상을 선별하는 도구이므로, 장애인의 장기요양욕구에도 활용될 수 있으며, 추가적으로 사회생활이나 참여와 관련된 항목을 첨부하여 전체 도구를 보완해 나가는 방법이 중요하다고 할 수 있다.

다섯째, 노인 장기요양제도와 장애인 장기요양제도가 그 추구하는 이념과 서비스 내용이 다르다 할지라도 국가적인 차원에서 보편적으로 적용되는 사회 서비스 제도라고 할 때, 각 제도의 대상자의 등급에 따른 상태를 어느 정도 비슷하게 유지하는 것이 바람직하다는 견해다. 또, 장기적으로 노인장기요양제도와 통합을 통해 국민장기요양제도로 가는 방향을 전적으로 배제할 수 없다면, 비슷한 상태의 등급을 유지하면서 제도의 안정적 통합을 살펴볼 필요가 있다. 현재도 문제가 되는 64세 미만의 활동보조 대상 장애인이 65세 이후 받게 되는 노인장기요양제도와 서비스 격차 및 대상자 선정기준에 대한 논의를 해결하기 위해서라도 비슷한 상태에 대한 서비스 제공 정도를 동일하게 가져가는 방향이 필요하다고 하겠다.

다. 장애인장기요양 평가판정도구와 노인장기요양도구의 관계 관련 논의

장애인 장기요양 욕구의 평가판정도구를 노인분야와 완전히 분리하여 개발 및 실행하는 것은 장애의 개념적인 측면이나 외국의 제도 분석에서 볼 때 실제 불가능하다. 장애인과 노인의 돌봄이나 자립지원 관련 개개인별 욕구는 분명히 차이가 있을 수 있으나 공적 돌봄 서비스의 자격기준(eligibility)에서 볼 때는 노인이나 장애인이

나가 중요한 것이 아니라 어느 정도 장애에 의해 일상생활이 어려운가 하는 ‘서비스 필요도’가 중요한 것이다.

본 장애인장기요양제도의 평가판정도구는 기본적으로 노인장기요양 도구의 등급 판정 기준과 체계를 바탕으로 개발되었다. 그러나 장애인들의 사회참여 욕구와 관련하여 노인장기요양제도의 등급판정에는 활용되지 않는 IADL 관련 영역을 추가하여 그 비중을 전체 기준에 30% 정도를 차지하도록 하였다. 따라서 본 도구는 엄격히 보면 장애인의 돌봄욕구 및 사회적 지원 욕구를 반영하여 개발된 도구로 노인장기요양제도의 평가판정도구와는 차별성이 있다. 그러나 노인장기요양제도와 어느정도 공통된 부분도 존재한다. 이것은 다음의 이유를 가지고 있다.

첫째, 노인 중에서 장기요양 제도의 혜택을 보는 대상자는 기능장애에 의한 고령 자라는 점이다. 즉, 노인이나 장애인이나가 중요한 것이 아니라 ‘독립적 일상생활 수행을 하지 못하는 정도’가 중요한 기준이다. 따라서 장애인과 노인에게 있어서 공통적으로 측정되어야 할 항목과 영역이 유사한 부분이 많다.

둘째, 제한된 재정의 효율적 지출을 위해서는 중증도 위주의 선별과정을 통한 등급체계가 있어야 한다. 어떠한 제도를 도입하던가에 상관없이 공적 지원에 사회적 합의를 원만하게 도출하기 위해서는 중증도 선별과정이 불가피하다고 본다. 즉, 다양한 장애인의 욕구를 종합하여 평가판정하는 것이 이론적으로 중요하나 이럴 경우 실제 적용에 있어 상대적으로 경증인 대상자에 대한 공적 지원이 더 증가하는 현상이 발생할 수 있다.

따라서 1차적으로는 중증도 선별을 통해 우선순위를 결정하고 그 등급내에서 세부적인 조사를 통한 욕구해결이 이루어 질 수 밖에 없는 점이 현 정책환경에서의 등급판정도구 개발의 바람직한 방향으로 볼 수 있겠다.

중증도 위주의 선별에서는 ADL과 같은 영역의 비중이 높을 수 밖에 없게 된다. 일반적으로 사회참여 욕구는 경증대상자에게 더 크게 나타날 수 있으며, 실제 중증도에 상관없이 욕구 해결을 통한 삶의 질 향상은 중요한 과제이다. 그러나 중증도 선별 위주의 영역이나 항목이 상대적으로 덜 반영된다보면 한정된 자원의 분배과정에서 상대적으로 경증인 대상자에게 자원 분배가 많아질 경우가 발생한다. 이러한 경우에 제기 될 수 있는 민원은 정책 결정자와 비장애인에게는 상당한 부담으로 작

용할 요소가 강하다.

셋째, 노인 장기요양제도와 장애인 장기요양제도가 그 추구하는 이념과 서비스 내용이 다르다 할지라도 국가적인 차원에서 보편적으로 적용되는 사회 서비스 제도라고 할 때, 각 제도의 대상자의 등급에 따른 상태를 어느 정도 비슷하게 유지하는 것이 바람직하다는 견해다. 또, 장기적으로 노인장기요양제도와 통합을 통해 국민장기요양제도로 가는 방향을 전적으로 배제할 수 없다면, 비슷한 상태의 등급을 유지하면서 제도의 안정적 통합을 살펴볼 필요가 있다. 현재도 문제가 되는 64세 미만의 활동보조 대상 장애인이 65세 이후 받게 되는 노인장기요양제도와 서비스 격차 및 대상자 선정기준에 대한 논의를 해결하기 위해서라도 비슷한 상태에 대한 서비스 제공 정도를 동일하게 가져가는 방향이 필요하다고 하겠다.

넷째, 장애인의 경우 사회참여 및 활동에 대한 욕구가 가장 크고 이를 지원하는 것이 활동보조의 중요 이념이라는 점에서는 이러한 욕구를 선별하는 데 보다 초점을 두어야한다는 지적이 강한 것이 사실이다. 그러나 현실적으로 활동에 대한 욕구는 ‘need’라기 보다는 ‘demand’의 특성을 갖고 있어 이러한 대상자의 ‘demand’만에 근거하여 급여의 양이나 자격이 결정되는 제도는 전 세계적으로 없다. 다만 당사자의 ‘demand’는 전체 제공 량보다 구체적인 서비스 제공시에 선택적으로 주어지는 것이 바람직하다고 보인다.

위와 같은 이유로 독일, 일본 등의 국가에서는 돌봄서비스 혹은 장기요양 제도에서는 장애인과 노인이 같은 도구의 적용을 받는 것을 원칙으로 하고 특정 장애의 경우는 추가도구로 보완하는 방식을 채택하고 있다.

독일의 경우는 ‘수발보험’에서 장애인과 노인 구분없이 제도가 실행됨에 따라 특별한 구분이 없다. 다만 독일의 방식은 전문가가 방문하여 노인이나 장애인의 신체 기능을 직접 조사하고 각 영역별 필요서비스 시간을 파악한 후 이를 합하여 전체 등급을 결정한다. 물론 이때 각 서비스 별 시간의 범위는 지침에서 규정해 두고 있다. 예를 들어 ‘옷 갈아입기는 8~22분’, ‘식사하기 15~40분’ 등의 범위 안에서 대상자를 방문한 전문 판정원이 그 대상자의 기능상태를 보고 시간을 지정하는 방식이다. 그 영역에서도 ADL 위주로 되어 있으며 노인과 장애인의 구분은 없다.

일본의 경우는 개호보험에서 일부 장애인을 포함하고 있다. 40세 이상에서 65세

미만인 사람은 13개의 만성질환이 있는 경우 개호보험의 신청자격이 주어진다. 근육 장애 관련 대상자는 이 경우에 포함될 수 있다. 현재 우리나라 노인장기요양보험은 65세 미만인 경우 4대 노인성 질환자에게만 신청자격을 주고 있어 성인 장애인 중 포함 대상이 극히 제한적이다.

일본 역시 개호보험과 별도로 다수의 장애인을 위해서는 장애인 자립지원법을 활용하여 장애인의 장기요양 및 활동보조 욕구를 해결하고 있다. 개호보험과 별도의 제도로 운용되고 있으나 그 등급판정에서 활용하는 기본도구와 등급체계는 노인이 주 대상인 ‘개호보험’과 동일하다. 다만 추가항목들을 개발하여 보완하고 있으며, 주 관리주체가 지방자치단체인 관계로 정확한 등급에 추가항목의 반영정도는 지자체별로 차이가 있다.

결론적으로, 장애인복지의 이념과 주요 욕구 면에서 노인과 분명히 차이가 있으나 ‘돌봄서비스 필요도’라는 측면에서 양 대상자의 공통적인 면은 존재하며 특히, 중증자 선별에서는 ADL 중심의 평가가 이루어질 수 밖에 없다. 노인과 다른 장애인의 욕구 평가 및 급여 지원을 위해서는 실제로 평가판정을 통한 자원할당에 주목적인 등급의 대략적인 Screen 과정에서보다 추가욕구조사 및 사례관리 등에서 보완되어야 한다고 본다.

라. 도구설계안

1) 기존 도구들과 새 도구안의 비교

	현활동보조사업도구	1차시범사업 적용 도구	2차시범사업예정도구
항목수	20개	기존활동보조항목 20개+ 노인요양항목 52개로 산출	ADL 중복제외 총 60개 항목
평가영역	ADL + IADL + 5개 추가 (장애유형관련)	ADL + IADL + 인지기능 + 문제행동 + 간호욕구 + 재활욕구	ADL + IADL + 인지기능 + 문제행동 + 간호욕구 + 재활욕구
평가등급	4 등급	요양 4 등급× 활보 4등급 : 총 16개의 경우의 등급	통합 4등급
특징	기존 활보사업에서 적용되어 등급판정에 활용되고 있음	<ul style="list-style-type: none"> - 기존활보제도에 추가적으로 노인장기요양제도 평가판정도구를 추가함 - 양 도구의 등급도출방식을 각각 적용한 이원체계 	<ul style="list-style-type: none"> - 장기요양욕구와 사회활동관련 욕구를 추가하여 독자적인 도구로 개발 (항목의 다수는 노인장기요양에 사용되고 있는 것이나 등급결정 기준은 변경)

이러한 논리들을 통해 새롭게 개발되는 평가판정도구는 현재 노인장기요양도구 (기존활동보조 ADL 7개는 공통적으로 있어 노인요양항목에 포함)에 추가적으로 8 개의 사회참여활동 관련 IADL 항목을 추가하여 총 60개의 항목으로 개발되었다.

등급결정방식에 있어서도 현 노인장기요양등급결정의 요양인정점수와 추가항목의 비율을 조정하여 최종활보인정점수를 구했다.

2) 도구 개발의 기본전제

본 도구는 다음과 같은 기본 전제들 하에서 개발이 이루어졌다.

첫째, 본 평가판정도구는 장애유형에 상관없이 적용할 수 있도록 개발되었다. 장애인 장기요양제도의 설계가 복잡한 이유는 장애유형이 다양하기 때문이다. 그러나 본 제도가 지향하는 바는 장애의 유형이나 이유보다 ‘장애의 결과로 인한 일상생활 활동제약의 정도’를 파악하는 것이다. 따라서 일단 평가판정에서는 동일하게 적용하고 그 서비스 내용이나 기타 주변 여건 및 장애 유형의 특성 등은 등급판정 이후의 서비스 제공에서 고려하게 된다.

둘째, 중증도 선별에 초점을 두어 개발 되었다는 점이다. 재정 운영에 무리가 없어 경증부터 중증까지 다양하고 많은 장애인들이 혜택을 받을 수 있는 제도라면 다양한 상태의 파악이 중요하겠으나, 현재의 정책 여건상 사회적 합의는 보다 중증에게 많은 양의 혜택을 주는 것에 있다고 할 때, 본 도구 역시 보다 중증을 우선적으로 개발하는 데 초점을 둘 수밖에 없다.

특히, 장애인의 경우 사회참여 및 활동에 대한 욕구가 가장 크고 이를 지원하는 것이 활동보조의 중요 이념이라는 점에서는 이러한 욕구를 선별하는 데 보다 초점을 두어야한다는 지적이 강한 것이 사실이다. 그러나 현실적으로 활동에 대한 욕구는 ‘need’라기 보다는 ‘demand’의 특성을 갖고 있어 이러한 대상자의 ‘demand’만에 근거하여 급여의 양이나 자격이 결정되는 제도는 전 세계적으로 없다. 다만 당사자의 ‘demand’는 전체 제공 량보다 구체적인 서비스 제공시에 선택적으로 주어지는 것이 바람직하다고 보인다.

셋째, 제도의 재정적 안정성을 확보할 수 있기 위해서는 각 등급간 상태가 전국

적으로 표준화가 되어 수요자 관리 및 공평한 제도가 되어야 한다는 점이다. 즉, 제도가 전국적으로 실시되었을 때, 어느 곳에 사는 장애인이라 할지라도 동일한 상태라면 동일한 등급을 가져 서비스 양이 공평하게 결정되어질 수 있도록 도구가 개발되어야하는 점이다.

3) 도구개발 관련 확보된 변수

아래의 표는 도구개발 관련 자료에서 확보된 변수들이다. 위에서 언급한 대로 도구개발을 위해서 아래와 같은 변수들이 사용되었다.

id	장애 등급	활동 보조 등급	노인요양 등급		노인 요양	기존활동보조항목			시간	8개 항목의 점수	최종 점수	최종 등급
			인정 점수	등급		ADL	IADL	기타항목				
					52개 기능평 가항목	7개	8개	5개	재가- 결제시간 시설- 조사시간	도출값	OO	1~4 중 1개
			A			중복		제외		B	C	

4) ‘활보인정점수’의 개념과 도출과정

(1) 활보인정점수

앞서 언급된 새 평가판정도구의 항목들을 사용하여 최종등급결정에 사용되는 기준이 “활보인정점수이다. 구체적으로 보면 다음과 같다.

최종활보인정점수 = 노인장기요양도구(기존활동보조 ADL 7개는 공통적으로 있어 노인요양항목에 포함) 인정점수³⁰⁾ + 추가항목 점수

$$C = A + B$$

30) 이 점수의 도출과정은 2008년 변용찬 외 “장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구”의 p146~154를 참조하기 바란다.

(2) 도출과정에서의 통계적 쟁점

이러한 인정점수 개발에서 특히 ‘추가항목 점수’를 어떻게 도출할 것인가하는 부분이 주요 쟁점이 된다. 구체적으로 다음과 같은 질문에 대한 값을 구해야 한다.

첫째, 추가된 8개 항목의 응답과 다른 변수들의 상관관계 값을 통해 B값을 구할 수 있는 가?

둘째, 8개 항목의 응답 정보에 따른 값으로 지정될 수 있는 가?

셋째, B값의 상대적 크기는 어느 정도 되어야 하는 가? 즉, A값은 수형분석의 결과치이나 B값은 다른 정보들의 조합으로 구해야하기 때문이다.

(3) 새 평가판정도구의 장점

위와 같은 방식으로 개발되는 새로운 도구는 다음과 같은 강점을 가질 수 있다.

첫째, 기존도구의 활용을 통한 중증장애인 요양욕구(또는 활보욕구) 선별에 있어 강점을 가지게 된다.

둘째, 도구에서 평가하는 영역들을 전반적으로 보면 장기요양적 측면과 사회적 참여의 조화를 이룰 수 있다는 점이다.

마지막으로, 등급판정의 기준인 인정점수를 활용하여 규모변동에 적절히 대응할 수 있다는 점이다.

마. 분석결과

1) 상관계수

〈표 6-10〉 상관계수

상관계수	요양인 정점수	IADL (전화사 용하기)	IADL (물건 사기)	IADL (식사 준비)	IADL (집안일)	IADL (빨래 하기)	IADL (약챙겨 먹기)	IADL (금전 관리)	IADL (교통수단 이용하기)
요양인정 점수	1	0.5193	0.5348	0.4478	0.6308	0.4963	0.512	0.3454	0.5834
IADL (전화사용 하기)	0.5193	1	0.7304	0.4603	0.5131	0.4111	0.7683	0.7457	0.4901
IADL (물건사기)	0.5348	0.7304	1	0.4923	0.5819	0.467	0.6489	0.6902	0.5242
IADL (식사준비)	0.4478	0.4603	0.4923	1	0.6673	0.6184	0.5278	0.3995	0.4255
IADL (집안일)	0.6308	0.5131	0.5819	0.6673	1	0.7237	0.5422	0.3838	0.5172
IADL (빨래하기)	0.4963	0.4111	0.467	0.6184	0.7237	1	0.4707	0.3384	0.4074
IADL (약챙겨 먹기)	0.512	0.7683	0.6489	0.5278	0.5422	0.4707	1	0.6989	0.4779
IADL (금전관리)	0.3454	0.7457	0.6902	0.3995	0.3838	0.3384	0.6989	1	0.3936
IADL (교통수단 이용하기)	0.5834	0.4901	0.5242	0.4255	0.5172	0.4074	0.4779	0.3936	1

분석결과를 보면 (노인)요양인정점수와 추가된 8개 IADL 변수들간에서 양의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다.

2) 주성분 분석

장기요양인정점수와 상관관계가 높고, 추가적인 설명이 가능한 8개 추가변수에 대한 각 항목당 계수를 찾기 위하여 주성분분석을 실시하였다.

이를 위해서는 인정점수 및 8개의 추가변수를 이용하였으나, 지표구성시, 분산-공분산 행렬의 분석은 의미있는 결과의 생성이 어려워, 상관행렬을 이용하여 분석하였다.

주성분 분석결과 전체자료의 58%를 설명하는 제1 주성분을 이용하여 지표를 구성하였다(아래 표 참조).

지표구성시, 인정점수에 대한 가중치는 제외하고, 8개의 추가변수들의 가중치만을 이용하여 “8개 항목의 점수(B값)”를 산출하게 되었다.

〈표 6-11〉 주성분분석결과 1

Eigenvalues of the Correlation Matrix				
	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
1	5.28679160	4.12935809	0.5874	0.5874
2	1.15743351	0.43106201	0.1286	0.7160
3	0.72637150	0.28208048	0.0807	0.7967
4	0.44429101	0.06822398	0.0494	0.8461
5	0.37606704	0.03585243	0.0418	0.8879
6	0.34021461	0.09120346	0.0378	0.9257
7	0.24901115	0.03213488	0.0277	0.9534
8	0.21687627	0.01393298	0.0241	0.9775

3) 8개 추가항목을 이용한 지표구성

위에서 사용된 주성분 분석의 결과로 8개 각 항목의 가중치를 파악할 수 있었으며, 각 변수의 계수는 아래 표와 같이 계산되었다. 즉, 요양 인정점수를 제외한 나머지 8개의 계수값으로 지표를 구성하였다.

8개 추가항목을 이용하여 산출되는 점수는 절대적인 값이 아니라 상대적인 값이므로, 각 변수들에 대한 가중치의 상대적 크기가 중요하다고 하겠다. 또한 위의 표에 나타난 8개 추가항목의 계수값들은 요양인정점수와 상관계도 함께 고려되어 있으므로 좋은 지표가 될 수 있다. 따라서 최종적인 8개 항목의 점수는 다음과 같이 구해질 수 있다.

$$\text{8개 추가항목 점수} = 0.359713 \times \text{전화사용하기} + 0.360925 \times \text{물건사기} + \dots + 0.300868 \times \text{교통수단이용하기}$$

〈표 6-12〉 주성분분석결과 2 - 각 항목의 가중치

변수		계수
b1	IADL(전화사용하기)	0.359713
b2	IADL(물건사기)	0.360925
b3	IADL(식사준비)	0.316187
b4	IADL(집안일)	0.350476
b5	IADL(빨래하기)	0.308635
b6	IADL(약챙겨먹기)	0.359647
b7	IADL(금전관리)	0.317810
b8	IADL(교통수단이용하기)	0.300868

4) 영양인정 점수(A)와 8개 추가항목 점수(B) 및 최종인정점수의 평균 및 범위

〈표 6-13〉 영양인정 점수(A)와 8개 추가항목 점수(B) 및 최종인정점수(c)의 평균 및 범위

단순 통계량						
변수	N	평균	표준편차	최소값	최대값	라벨
영양인정점수 (A)	959	81.32170	28.38871	33.09000	145.90000	영양인정점수
score8 (B)	959	8.02027	1.57005	2.67426	9.39477	추가점수
최종인정점수 (단순합)	959	89.3420	29.3402	36.49	155.29	영양인정점수 + 추가점수

위의 표는 영양인정점수와 8개 추가항목점수의 결합을 위해 각 값들의 단순 통계량을 확인한 것이다.

전체 통계량을 비교해보면 8개 추가항목에 대한 점수(B)가 영양인정점수(A)의 약 10% 정도의 평균값으로 나타나고 있음을 알 수 있다. 따라서 A값과 B값을 단순 결합하게 되면, 전체변이의 약 10%미만의 비중을 추가항목 값이 차지하는 것으로 나타났다.

바. 등급결정안

위의 일련의 과정을 통해 각 개개인은 ‘최종활보인정점수’를 갖게 된다. 이러한 인정점수를 기준으로 하여 장애인 장기요양제도의 등급이 부여되게 된다. 이러한

최종점수의 등급기준을 정하는 것은 제도의 재정 및 각 등급별 상태 등으로 종합적으로 고려하여 결정하는 정책적 결정사항이다.

노인장기요양제도의 경우 2004년 전국노인실태조사때 동일항목을 조사하여 전국 노인의 장기요양욕구분포관련 정보를 확보한 상태에서 비율에 따라 등급을 조정하였으나 현재 장애인의 경우는 2008년 장애인 실태조사 자료에 동일항목이 없어 임의로 대비해야하는 제약이 따른다.

앞으로 “전국 활동제약자 실태조사”에 본 항목을 추가하여 조사하거나 또는 별도의 “전국장애인 기능상태분포”관련 조사를 통해 최종적으로 등급안이 제시될 수 있겠다. 현재는 시범사업자료에서의 분포와 활동보조 등급을 비교하여 결정해볼 수 있겠다.

1) 최종안 개요

기본적으로 지금까지 논의와 분석결과를 종합해보면 핵심사항은 다음과 같이 요약해볼 수 있다.

- 장애인 장기요양 등급판정을 위한 항목은 총 60 개 (노인요양 52 + IADL 8 개)
- 각 개인별 총인정점수 = 노인요양점수 + IADL 점수의 합
- 세부적으로는 총인정점수를 구하는 데 있어서 요양인정점수와 IADL 영역의 비중을 어느 정도 가져갈까 하는 문제이다.

(1) 두 영역(노인요양인정점수와 추가항목의 점수)간의 비율 정도

앞서 언급한 대로 8개 추가항목에 대한 점수(B)가 요양인정점수(A)의 약 10% 정도의 평균값으로 나타나고 있다. 단순합을 구하여 사용할 수도 있으나 이 경우에는 전체 합의 인정점수가 노인장기요양 등급구분선보다 전반적으로 상향되어 “장애인 장기요양등급이 더 엄격하게 적용된다”는 오해의 소지가 있을 수 있다.

동시에 장애인의 경우 ‘IADL’ 영역이 장애인 복지이념과 관련하여 차지하는 비중이 높은 영역임으로 보다 더 추가적인 비중도 고려해 여러 대안들을 제시해 볼 필요가 있다는 점이다.

(2) 세가지 최종안

따라서 요양인정점수와 IADL 영역의 점수 비중 방식을 달리하여 다음과 같이 세가지 안을 제시해볼 수 있다.

$$1\text{안} : \text{최종인정점수} = \text{요양인정점수} \times 0.8 + \text{IADL 점수} \times 1.8$$

1안의 구성비율을 보면 노인요양점수: IADL 점수의 비가 8:2 로 사회참여관련 IADL 영역의 비율을 높인 것으로 볼 수 있다. IADL비중을 높이면 중증도 선별이라는 측면에서 문제가 제기될 수 있으나 사회참여 욕구의 비중을 높였다는 점에서 강점이 있다.

$$2\text{안} : \text{최종인정점수} = \text{요양인정점수} \times 0.9 + \text{IADL 점수} \times 0.9$$

2안의 실제 구성비율을 보면 노인요양점수: IADL 점수의 비가 9:1 로 현재 자료상의 IADL 점수를 그대로 반영하였다. 이러한 비중은 분석 자료를 그대로 반영한 통계적 근거가 있다는 점에서는 강점이 있으나, ADL이나 장기요양욕구의 영역을 너무 강조하고 있다는 제한점이 따른다.

$$3\text{안} : \text{최종인정점수} = \text{요양인정점수} \times 0.7 + \text{IADL 점수} \times 3.0$$

3안의 구성비율을 보면 노인요양점수: IADL 점수의 비가 7:3 정도로 사회참여 관련 IADL 영역의 비율을 상당히 높인 것을 알 수 있다. 즉, 본 장기요양제도의 방향이 활동보조사업의 확대라는 측면에서 결정되었고, 장애인의 복지 이념을 가급적 따른다고 할 때 IADL 영역에 대한 가중치를 높게 둔 등급판정안이라 하겠다.

일반적으로 ADL에서의 제한이 많은 것은 IADL에 제한이 많은 것보다 중증인 경우다. 이렇게 IADL 영역의 기준을 높게 되면, ADL부분에는 큰 문제가 없으나 IADL 영역에서 전혀 자립이 불완전한 대상자들의 일부가 포함될 가능성이 있다. 전반적으로 봤을 때 지적 및 정신 장애인들의 포함가능성이 약간 높아진다. 물론 전

체적인 점수의 반영 정도는 ADL 영역의 비중이 높는데, 이러한 경향은 전 세계적으로 장기요양 제도를 실행하는 국가에서는 보편적인 현상이다. 앞서 언급한 것처럼 중증자를 선별하는 것이 제도내 평가판정도구의 중요한 역할이기 때문이다.

〈표 6-14〉 영양인정 점수(A)와 8개 추가항목 점수(B) 및 최종인정점수(c) 및 각 안별 최종점수의 평균 및 범위

단순 통계량						
변수	N	평균	표준편차	최소값	최대값	라벨
영양인정 점수(A)	959	81.32170	28.38871	33.09000	145.90000	영양인정점수
score8 (B)	959	8.02027	1.57005	2.67426	9.39477	추가점수
최종점수 (단순합)	959	89.3420	29.3402	36.49	155.29	영양인정점수 + 추가점수
1안 최종점수	959	81.0979	24.88684	32.76	135.51	영양인정점수 X 0.8 + IADL 점수 X 1.8
2안 최종점수	959	80.4078	26.49962	32.84	139.77	영양인정점수 X 0.9 + IADL 점수 X 0.9
3안 최종점수	959	80.9860	23.23952	32.38	130.31	영양인정점수 X 0.7 + IADL 점수 X 3

2) 등급판정기준(안)에 따른 등급 별 대상자 분포

다음에 살펴볼 내용은 각안별로 등급 구분기준을 설정하는 것이다.

(1) 1안 - IADL 점수를 전체 인정점수의 20% 정도 반영

1안의 최종점수를 다음과 같이 두 가지 기준으로 구분하여 각각 1-1안과 1-2안으로 구분해 볼 수 있다. 1-1안은 노인장기요양제도 기준과 동일하게 적용하여 3가지 등급으로 구분하는 경우이며, 1-2안은 현행 활동보조 제도처럼 4가지 등급으로 구분하는 안으로 볼 수 있다.

▶ 1-1안 : 3등급 체계

〈표 6-15〉 1-1안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 활보인정점수 기준	신등급 1-1안 분포		시범사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
				요양등급분포 ¹⁾ 3등급까지 포함		활보등급분포 ²⁾ 4등급까지 포함	
		분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	95점 이상	33.8	33.8	26.8	26.8	18.9	18.9
2	75점 이상 95점 미만	16.7	50.5	14.8	41.6	8.1	27.0
3	55점 이상 75점 미만	35.0	85.5	42.3	83.9	24.0	51.0
등급외 A	45점 이상 55점 미만	9.2	94.7	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외 B	40점 이상 45점 미만	2.9	97.6	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외 C	40점미만	2.4	100.0				
합		100.0		100.0		100.0	

주1) 시범사업 6개 지역 서비스 이용자를 대상으로 관련전문기관에서 실시한 요양인정점수를 활용하여 요양등급분포를 산출함.

주2) 시범사업 5개 지역 서비스 이용자를 대상으로 관련전문기관에서 실시한 새로운 활동보조 인정점수를 활용하여 활동보조등급 분포를 산출함(제2안을 실시한 부산 지역은 제외).

1-1안의 특징은 노인장기요양기준을 그대로 적용, 전체구분은 6등급(40점미만)으로 하였으나 제도 내에서는 3등급까지 포함시키는 안이다. 현활동보조가 4등급까지 적용하고 있어를 기준으로 한다면 3등급에서 cutting point가 될 수 있다

이 안은 노인장기요양기준과 동일한 점수를 기준으로 적용하고 있으며 현행 활동보조대상자의 다수가 포함됨을 알 수 있다.

▶ 1- 2안 : 4등급 체계

〈표 6-16〉 1-2안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 활보인정점수 기준	현 활보점수체계 적용 기준 ³¹⁾ 활보인정점수	신등급 1-3안 분포		시험사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
					요양등급분포 3등급까지 포함		활보등급분포 4등급까지 포함	
			분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	100점 이상	400점 이상	29.9	29.9	26.8	26.8	18.9	18.9
2	85점 이상 100점 미만	340 - 400점 미만	12.0	41.9	14.8	41.6	8.1	27.0
3	70점 이상 85점 미만	280 - 340점 미만	16.1	58.0	42.3	83.9	24.0	51.0
4	55점 이상 70점 미만	220 - 280점 미만	27.5	85.5	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외A	40점 이상 55점 미만	220 -160점 이상	12.1	97.6	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외B	40점미만	160점 미만	2.4	100.0				
합			100.0		100.0		100.0	

235

1-2안의 특징은 1등급은 활보인정점수 100점 이상으로 되어 있으며 전구간을 동일하게 15점 단위로 구분하였다. 이안의 경우 4등급 포함시 진입시점(entry point)은 55점이상으로 1-1안과 같고 그 안에서 네 가지 등급으로 구분하였다.

전체 등급분포는 2등급과 3등급이 적고 1등급과 4등급이 많은데 현 활동보조분포와 유사함을 알 수 있다.

1-2안의 경우 노인장기요양기준과 동일한 점수를 기준으로 적용하되 현재 활보체계의 점수체계를 고려하면 현행 활동보조대상자의 다수가 포함되는 것을 알 수 있다.

31) 활동보조점수체계가 현재 220점부터 제도 포함이 되는 것으로 되어 있어 활보인정점수에 4를 곱해 구해진 것이다. 비록 점수체계는 유사할지라도 이 점수는 기존 활보사업의 점수와는 전혀 다른 개념이다. 따라서 동일한 점수라 할 지라도 그 대상자의 상태는 다를 수 있다.

(2) 2안 - IADL 점수를 전체 인정점수의 10% 정도 반영

2안의 최종점수를 다음과 같이 두 가지 기준으로 구분하여 각각 2-1안과 2-2안으로 구분해 볼 수 있다. 2-1안은 노인장기요양제도 기준과 동일하게 적용하여 3가지 등급으로 구분하는 경우이며, 2-2안은 현행 활동보조 제도처럼 4가지 등급으로 구분하는 안으로 볼 수 있다.

▶ 2-1안 : 3등급 체계

〈표 6-17〉 2-1안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 요양인정점수 기준	신등급 1-1안 분포		시범사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
				요양등급분포 3등급까지 포함		활보등급분포 4등급까지 포함	
		분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	95점 이상	34.0	34.0	26.8	26.8	18.9	18.9
2	75점 이상 95점 미만	14.6	48.6	14.8	41.6	8.1	27.0
3	55점 이상 75점 미만	34.7	83.3	42.3	83.9	24.0	51.0
등급외A	45점 이상 55점 미만	9.8	93.1	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외B	40점 이상 45점 미만	2.7	95.8	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외C	40점미만	4.2	100.0				
합		100.0		100.0		100.0	

2-1안은 IADL 영역을 10% 정도의 비중으로 만 합치고 노인장기요양기준을 적용하여 6등급으로 구분하였으나 제도 내에서는 3등급까지 포함시키는 안이다. 현 활보등급에 포함되는 대상보다 더 많은 83.3%가 포함되게 설계되어있다. 다른 특징은 1-1안과 유사하다.

▶ 2-2안 : 4등급 체계

〈표 6-18〉 2-2안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 활보인정점수 기준	현 활보점수체계 적용 기준 ³²⁾ 활보인정점수	신등급 2_3안 분포		시범사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
			분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	100점 이상	400점 이상	29.8	29.8	26.8	26.8	18.9	18.9
2	85점 이상 100점 미만	340 - 400점 미만	11.3	41.1	14.8	41.6	8.1	27.0
3	70점 이상 85점 미만	280 - 340점 미만	12.4	53.5	42.3	83.9	24.0	51.0
4	55점 이상 70점 미만	220 - 280점 미만	29.8	83.3	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외A	40점 이상 55점 미만	220 -160점 이상	12.5	95.8	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외B	40점미만	160점 미만	4.2	100.0				
합			100.0		100.0		100.0	

237

2-2안의 특징은 1등급은 활보인정점수 100점 이상으로 되어 있으며 전구간을 동일하게 15점 단위로 구분하였다. 이안의 경우 4등급 포함시 진입시점(entry point)은 55점이상으로 1-1안과 같고 그 안에서 네 가지 등급으로 구분하였다.

전체 등급분포는 2등급과 3등급이 적고 1등급과 4등급이 많은데 현 활동보조분포와 유사함을 알 수 있다.

2-2안의 경우 노인장기요양기준과 동일한 점수를 기준으로 적용하되 현재 활보체계의 점수체계를 고려하면 현행 활동보조대상자의 다수가 포함되는 것을 알 수 있다.

32) 활동보조점수체계가 현재 220점부터 제도 포함이 되는 것으로 되어 있어 활보인정점수에 4를 곱해 구해진 것이다. 비록 점수체계는 유사할지라도 이 점수는 기존 활보사업의 점수와는 전혀 다른 개념이다. 따라서 동일한 점수라 할 지라도 그 대상자의 상태는 다를 수 있다.

(3) 3안 - IADL 점수를 전체 인정점수에 30% 반영

3안의 최종점수를 다음과 같이 두 가지 기준으로 구분하여 각각 3-1안과 3-2안으로 구분해 볼 수 있다. 3-1안은 노인장기요양제도 기준과 동일하게 적용하여 3가지 등급으로 구분하는 경우이며, 3-2안은 현행 활동보조 제도처럼 4가지 등급으로 구분하는 안으로 볼 수 있다.

▶ 3-1안 : 3등급 체계

〈표 6-19〉 3-1안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 요양인정점수 기준	신등급 4-1안 분포		시범사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
				요양등급분포 3등급까지 포함		활보등급분포 4등급까지 포함	
		분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	95점 이상	33.1	33.1	26.8	26.8	18.9	18.9
2	75점 이상 95점 미만	18.7	51.7	14.8	41.6	8.1	27.0
3	55점 이상 75점 미만	34.7	86.4	42.3	83.9	24.0	51.0
등급외A	45점 이상 55점 미만	9.2	95.6	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외B	40점 이상 45점 미만	2.6	98.2	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외C	40점미만	1.8	100.0				
합		100.0		100.0		100.0	

3-1안은 IADL 영역을 30% 정도의 비중으로 만 합치고 노인장기요양기준을 적용하여 6등급으로 구분하였으나 제도 내에서는 3등급까지 포함시키는 안이다. 현 활보등급에 포함되는 대상보다 더 많은 86.4%로 가장 많은 대상자가 포함되도록 설계되어있다. 나머지 특징은 1-1안과 유사하다.

▶ 3- 2안 : 4등급 체계

〈표 6-20〉 3-2안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 요양인정점수 기준	현 활보점수체계 적용 기준	신등급 4-3안 분포		시험사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
					요양등급분포 3등급까지 포함		활보등급분포 4등급까지 포함	
			분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	100점 이상	400점 이상	27.3	27.3	26.8	26.8	18.9	18.9
2	85점 이상 100점 미만	340 - 400점 미만	15.0	42.3	14.8	41.6	8.1	27.0
3	70점 이상 85점 미만	280 - 340점 미만	19.3	61.6	42.3	83.9	24.0	51.0
4	55점 이상 70점 미만	220 - 280점 미만	24.8	86.4	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외A	40점 이상 55점 미만	220 -160점 이상	11.8	98.2	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외B	40점미만	160점 미만	1.8	100.0				
합			100.0		100.0		100.0	

239

3-2안의 특징은 1등급은 활보인정점수 100점 이상으로 되어 있으며 전구간을 동일하게 15점 단위로 구분하였다. 이안의 경우 4등급 포함시 진입시점(entry point)은 55점이상으로 1-1안과 같고 그 안에서 네 가지 등급으로 구분하였다.

전체 등급분포는 2등급과 3등급이 적고 1등급과 4등급이 많은데 현 활동보조분포와 유사함을 알 수 있다.

3-2안의 경우 노인장기요양기준과 동일한 점수를 기준으로 적용하되 현재 활보체계의 점수체계를 고려하면 현행 활동보조대상자의 다수가 포함되는 것을 알 수 있다.

바. 최종 등급안과 등급별 장애 유형 분포

▶ 최종안 (3- 2안) : 4등급 체계

〈표 6-21〉 3-2안 적용 등급 분포

(단위 %)

등급	등급간 요양인정점수 기준	현 활보점수체계 적용 기준	신등급 4-3안 분포		시범사업 출현률-재가만 (등급안에 상관없이 동일)			
					요양등급분포 3등급까지 포함		활보등급분포 4등급까지 포함	
			분포	누계	분포	누계	분포	누계
1	100점 이상	400점 이상	27.3	27.3	26.8	26.8	18.9	18.9
2	85점 이상 100점 미만	340 - 400점 미만	15.0	42.3	14.8	41.6	8.1	27.0
3	70점 이상 85점 미만	280 - 340점 미만	19.3	61.6	42.3	83.9	24.0	51.0
4	55점 이상 70점 미만	220 - 280점 미만	24.8	86.4	12.9	96.8	36.4	87.4
등급외A	40점 이상 55점 미만	220 -160점 이상	11.8	98.2	3.2	100.0	12.6	100.0
등급외B	40점미만	160점 미만	1.8	100.0				
합			100.0		100.0		100.0	

위에서 언급된 6개의 대안들을 중심으로 등급체계 및 대상자 포함규모, 현 활동보조사업과의 관계 등을 고려하여 최종적으로 3-2안이 2차 시범사업 적용 등급안으로 결정되었다.

다시 한번 그 특징을 요약하면, 새 평가판정도구에서 도출되는 활보인정점수 전체에서 IADL 영역을 30%로 하였고 활동보조사업과 유사하게 4가지 등급체제로 구분하였다. 통계상으로만 보면 가장 많은 대상자를 포함시키는 안이라 할 수 있고, IADL 영역의 비중도 가장 높게 조합된 안이라 하겠다.

구체적인 등급 기준은 추가적인 전국 장애인의 분포 등을 고려하여 본 사업에 앞서 조정될 수 있겠다. 도구를 새롭게 적용하여야 함으로, 2차 시범사업을 통해 그 규모를 파악한 후 조정하는 것이 합리적이라고 할 수 있다.

〈표 6-22〉 최종안등급별 대표장애유형 분포 (재가 1차 시범사업 대상 중 분포)

	대표장애유형										전체
	지체	뇌병변	시각	청각	지적	자폐성	정신	신장	호흡기	간질	
1	39	33	0	0	15	2	2	0	0	0	91
2	16	15	1	0	23	9	1	0	0	1	66
3	17	18	2	0	42	24	1	0	0	1	105
4	48	15	55	1	23	9	4	4	0	0	159
소계	120	81	62	1	103	44	8	4	0	2	421
등급외 A	14	4	22	1	3	0	0	2	1	0	47
등급외 B	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	5
전체	136	85	80	2	107	44	8	8	1	2	473

위의 표는 새 등급안을 적용했을 때 등급별 장애유형(대표장애)의 분포이다. 4등급까지를 대상으로 전제할 때, 총 421명이 등급내에 포함될 수 있다. 이 중 지체장애와 뇌병변 대상이 전체 421명 중 201명으로 48%를 차지하고 지적 및 자폐성 장애의 경우는 421명 중 147명으로 35%에 해당된다.

시각장애 역시 아래 표만으로 볼 때는, 421명 중 62명으로 15% 정도에 해당되 비록 4등급이 많기는 하나 불리하다고 보기는 어렵다.

결론적으로, 1차시범사업대상자만을 중심으로 새 도구안을 적용해 본 결과 우리나라 전체 등록 장애 분포를 고려할 때는 본 평가판정도구가 특정 장애 유형에 유리하거나 불리하다고 판단하기는 어렵다. 정확한 규모는 전국적 추계가 이루어지면 가능하리라 본다.

6. 등급판정위원회의 역할과 재판정체계

1) 등급판정위원회 위원회의 구성 및 역할

등급판정위원회는 최종적으로 등급을 판정하는 위원회로서 60개의 평가항목을 통한 평가판정도구에 의해 1차적으로 평가된 결과를 바탕으로 사례별로 보다 더 심도 있는 최종 등급결정을 위해 필수적이다.

(1) 등급판정위원회 구성 관련 제언

평가판정위원회의 구성은 노인장기요양의 경우는 제 52조의 경우 건보공단에 두게 되어 있다. 위원은 보건, 의료 및 복지에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가로 시군구 소재 15인으로 구성되어 있다. 이 중 7인은 시군구청장이 추천하며 국민건강보험공단 이사장이 8인을 추천하고 공단 이사장이 위촉하는 형태이다.

장애인장기요양제도의 경우는 조세방식으로 지자체의 재원이 투입되는 것을 전제로 지자체를 중심으로 하되, 단, 평가판정 업무에 있어서는 관련전문기관인 국민연금공단에서 실시하는 것으로 고려해 볼 수 있다.

시범사업 운영을 통해 볼 때 다음과 같은 안들이 검토될 필요가 있다.

첫째, 추천과정의 적절성과 관련하여, 등급판정위원 선정시 시군구청장 및 공단 이사장의 선심성 인사를 방지하는 장치가 필요하다.

둘째, 전문성을 위한 구성으로, 전문직 내에서도 가급적 장애인 관련 전문직을 많이 포함하여 등급판정의 신뢰도를 높이는 방향, 특히 장애인의 경우는 당사자의 참여가 일부 필요하다고 생각된다.

셋째, 등급판정위원회 위원 교육과 관련하여, 위원회의 역할과 전반적 기능을 충실히 이해하는 교육이 필요하다.

넷째, 재임시 구성 비율과 관련하여 위원 재임 및 신임 위원 선정시 적절한 안배를 통해 지속적이고 효율적인 운영이 필요하다.

다섯째, 부위원장 제도와 관련하여 지역에 따라 인력이 부족한 경우 특히, 위원장의 불참이 빈번한 경우를 대비하여 부위원장이 위원장의 위임을 받아 운영할 수 있는 기제가 필요하다.

(2) 등급판정위원회 역할 관련 제언

등급판정위원회의 기능은 크게 다음 세 가지로 볼 수 있다.

첫째, 1차 평가판정 등급, 방문조사원의 결과 및 특기사항, 등록장애 등급, 장애인단성 등의 내용을 검토하여 최종등급 구분하는 역할이다.

둘째, 제도 신청, 변경, 갱신 및 위원회가 필요로 하는 사항에 따라 최종 등급 유효기간 가감조정 등의 사항을 결정하는 역할이다.

셋째, 그 외 급여 이용과 관련한 위원회의 의견을 제시할 수 있다.

위의 기능을 충실히 수행하기 위해 등급판정위원회는 공단이사장(또는 지자체장) 및 위원장이 필요하다고 인정되는 경우, 구성원의 3분의 1이상의 요구가 있을 때 회의를 소집하는 것이 필요하다.

위원회 소집시 위원장은 위원의 전문직이 한 쪽에 치우친 경우나 당사자가 불참한 경우 등의 구성요건에 특이한 사항이 있는 경우에는 위원회의 연기 등을 검토해 볼 필요가 있다.

사안의 중요성을 고려할 때 제삼자에 대해서 비공개 하는 것을 원칙으로 할 필요가 있겠다.

구체적으로 보면 등급판정에 대해 다음과 같은 변화를 줄 수 있다.

① 항목수정 : 방문조사시 평가된 항목을 수정하여 1차등급 결과를 재도출해볼 수 있다. 즉, 제도 신청시 필요한 다른 여러 가지 서류(예, 의사소견서 및 장애인단서 등)와 방문조사 결과의 차이가 있을 때 검토해 볼 수 있다.

② 점수변경: 등급을 결정하는 인정점수를 변경하는 방안으로 1차 평가판정의 결과에서 특히 고려하지 못한 부분에 대해 전문위원의 제안으로 재량권을 행사할 수 있는 역할이다.

③ 등급변경: 통계적 1차 판정결과의 한계를 극복하고자 등급자체의 변경을 제안하는 역할이다. 특히, 기능상태 이외의 다른 요소들을 전반적으로 고려하여 제안할 수 있다. 다만 이러한 등급변경은 위원회의 주관적 재량권을 강화하게 되어 오히려 판정의 객관성을 흐리게 할 여지가 다분히 있다. 따라서, 제한적으로 행사될 필요가 있다. 이러한 경우 참고할 수 있는 다른 지표의 개발이 필요하다고 하겠다.

등급판정위원회의 정보공유는 특히 중요한 사항이므로 위원회의 전체 입장을 고려하여 한계적으로 공개될 필요가 있다. 즉, 1차 등급체계가 과학적인 방법을 활용하여 등급판정을 하지만 개별적인 욕구를 적절히 반영하지 못하기 때문에 2차 등급판정체계가 필요하다. 그러나 개별적인 욕구에 대한 검토는 전국적으로 표준화 되기 어려우므로 사안별로 위원들의 책임과 권한을 자유롭게 행사할 수 있는 장치가 마련되어야 하겠다.

2) 재판정 체계 관련 제언

(1) 재판정제도의 필요성

노인장기요양보험제도의 경우 1년 1회 재판정을 실시하고 있으나, 활동보조서비스 사업의 경우 재판정제도를 실시하지 않고 있다. 그러나 장애인장기요양제도가 전국적으로 실시되고 욕구 및 상태변화에 따른 효율적 재정지출을 위해서는 일정기간 마다의 재판정이 필요하다고 생각된다.

특히, 장애인장기요양제도가 전체 등록장애인 중에서도 일정한 기준 이상이 될 경우 적용될 수밖에 없는 재정의 한계가 있다면, 재판정제도는 반드시 도입되어야 한다고 본다. 그렇지 않은 경우 동일한 등록장애 등급에서 지속적으로 민원이 제기될 수밖에 없다고 생각된다.

동시에 등급을 이미 받은 대상자의 경우 일정기간내에 여러 가지 사고 및 상태변화를 통해 변화된 욕구가 반영될 필요가 있고, 또 서비스 제공기관의 수가에도 반영될 필요가 있으므로 재판정제도는 서비스제공 주체뿐 아니라 대상자를 위해 반드시 필요하다고 하겠다.

(2) 재판정제도의 시기

재판정제도의 시기는 장애인의 경우 그 상태가 노인과 달리 급작스런 변화가 늦다고 가정할 때 2년을 원칙으로 하되 당사자의 요청이 있는 경우에 특별한 기간을 두는 방식으로 가져가는 것이 필요하겠다. 잦은 평가판정은 비용효율적으로 보기 어려우며, 방문조사관련 업무 과중을 가져올 수 있어 적어도 2년 정도가 필요하다고 생각된다.

다만, 이 재판정 시기 관련 부분은 보다 더 시범사업과 실무자문 등을 통해 구체화 될 필요가 있겠다. 장애인의 상태변화가 크게 없는 경우에는 3년 이상의 시기도 고려해 볼 필요가 있겠다.

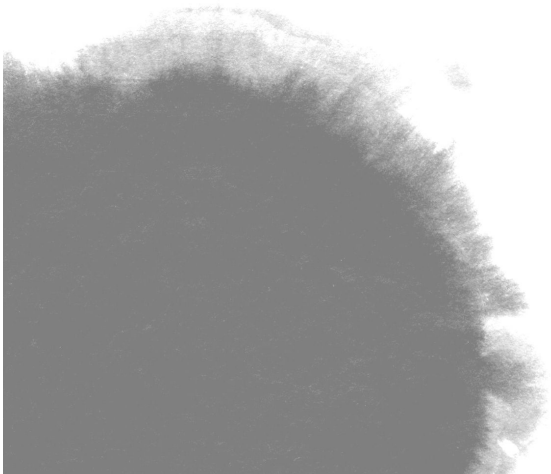
(3) 조기 재판정 청구 심의 자료

앞서 언급했듯이 당사자의 요청이 있는 경우 조기 심의를 할 수 있는 방안을 도

입한다면 그 신청시에는 일정한 자료 제출이 필요하다고 생각된다. 이 조항이 없다면 잦은 이의신청 및 재판정 요구가 발생할 수 있다.

노인장기요양보험제도의 경우는 실제 제도 초기 신청시 의사소견서를 반드시 제출하도록 되어 있다. 이 방식을 고려한다면 초기 신청관련 장애인의 상태 변화를 입증할 수 있는 자료 및 증빙서류를 반드시 제출하여 그 타당성을 검토하여 재판정이 이루어지는 것이 바람직하다고 하겠다.

1차 시범사업 급여수가의 현황과 평가



제7장 1차 시범사업 급여수가의 현황과 평가

제1절 장애인장기요양 시범사업 서비스 급여 및 수가³³⁾

1. 서비스원칙 및 내용

가. 서비스 제공 및 이용 원칙

장애인장기요양보장제도 시범사업 두 가지 모형의 서비스 제공 및 이용 원칙은 다음과 같다. 먼저 제1안 활동보조서비스 확대모형의 경우 장기요양서비스는 수급자 본인에 대한 서비스에 한정한다. 따라서, 수급자가 아닌 가족 등 타인의 빨래, 대청소 등의 서비스는 제공하지 않으며, 수급자의 부모나 배우자가 신변처리 지원, 가사 지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조 등을 충분히 돌볼 수 있는 상황에서는 활동보조서비스를 요청해서는 안 된다. 계약 체결시 서비스 이용자·가족과 활동보조인·제공기관간에 상호협력동의서를 작성한다. 활동보조인, 방문간호사 및 이용자 ‘1 대 1’ 서비스 제공을 원칙으로 한다. 제2안 노인장기요양보험제도 장애인 포함 모형은 노인장기요양보험제도에 준하여 서비스를 제공하였다.

33) 장애인장기요양보장제도 시범사업추진단, 『장애인장기요양보장제도 시범사업 세부 매뉴얼』, 보건복지부, 2009, pp.26-32.

나. 서비스 내용

장애인장기요양보장제도 제1차 시범사업은 재가서비스를 중심으로 실시되었으며, 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우 활동보조서비스(신변처리 지원, 가사지원, 일상 생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조), 방문간호서비스, 방문목욕서비스가 제공되었다. 제2안 노인장기요양보험제도에 장애인 포함 방안은 노인장기요양보험법상의 방문요양서비스, 방문간호서비스, 방문목욕 서비스가 제공되었다.

다. 지원대상 및 지원규모

지원대상은 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우는 만6세 이상 65세 미만의 활동보조서비스 수급 장애인 중 시범사업 기간 동안 시범사업 지역 내 제공기관을 이용하고 있는 장애인을 선발하되 다만, 해당 지역 이외의 제공기관을 이용하는 수급 장애인이 제공기관 변경을 원하지 않을 경우, 시범사업 대상자에서 제외하고 관외기관에서 받는 활동보조서비스는 유지할 수 있도록 하였다.

제2안 만6세 이상 65세 미만의 활동보조서비스 수급 장애인 중 희망자 중에서 선발하되 다만, 희망자가 목표 인원 미달되는 경우에는 활동보조 비수급자 중에서 노인요양등급 인정자를 선발하도록 하였다.

지원규모와 관련하여 제1안의 경우 기존 활동보조급여를 시간에서 금액으로 변경하고 최대 20만원 상당의 방문간호와 방문목욕 급여 추가지원하였으며 180시간 독거특례자의 경우 추가 지원 없이 현행 급여시간을 금액으로 환산하여 지급하도록 하였다. 단, 만 18세 미만 장애아동의 추가급여량은 상기 금액의 1/2 지원하였다.

끝으로 등급별 급여한도액 내에서 서비스 종류에 따른 제한 없이 선택 이용하도록 하였다³⁴⁾.

34) 제1안 시범사업 등급별 총 급여수준과 제2안 노인장기요양보험제도 등급별 급여한도액은 제2장 시범사업 개요를 참고

2. 급여종류 및 수가

가. 급여종류

제1안의 경우 활동보조서비스(신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동보조 등)와 요양급여(방문간호, 방문목욕)가 제공되었으며, 제2안의 경우 방문요양, 방문간호, 방문목욕서비스가 제공되었다.

나. 수가체계

제1안의 경우 활동보조서비스는 시간당 8,000원, 방문목욕·방문간호서비스는 노인장기요양보험제도 수가와 동일하게 산정하되, 제공 서비스 종별 × 횟수별 산정하였다. 이때, 방문간호서비스의 경우 회당 제공시간에 따라 수가를 차등하게 산정하였다. 제2안의 경우 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 하였으며 서비스 유형별 수가와 관련하여 다음의 표를 참고하면 되겠다.

〈표 7-1〉 서비스 유형별 수가

(단위: 원)

활동보조 (단위 : 원/1시간)	8,000							
방문요양* (단위 : 원/1회)	30분	60분	90분	120분	150분	180분	210분	240분
	10,680	16,120	21,360	26,700	30,200	33,500	36,600	39,500
방문목욕 (단위 : 원/1회)	차량 이용 시				차량 미 이용 시			
	71,290				39,590			
방문간호 (단위 : 원/1회)	30분 미만		30분 이상 60분 미만		60분 이상			
	28,700		36,650		44,600			

주: 해당 시간 이상인 경우 수가 산정

[예] 서비스 제공시간이 55분인 경우 30분에 해당하는 수가 산정

다. 서비스 수가 적용원칙

제1안의 경우 활동보조서비스 제공시간은 1시간 단위로 산출하며, 서비스 제공시간이 30분 미만인 경우는 산정하지 않고, 30분 이상인 경우는 1시간으로 산정한다. 이때 서비스 제공시간은 활동보조인, 방문간호사 등이 서비스 인정자의 가정에 도착하여

필요한 서비스를 제공하기 위한 준비·제공 및 마무리에 소요된 총 시간을 말한다.

방문목욕 및 방문간호서비스는 회당 단가를 적용하되, 방문간호서비스는 서비스 제공시간에 따라 차등 산정하도록 하였으며, 서비스 제공을 위한 활동보조인·방문간호사 등의 이동에 소요되는 비용이 수가에 포함되어 있으므로 별도 비용을 청구하지 않는 것으로 하였다.

제2안의 경우 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 하였다.

라. 휴일 및 야간 수가

제1안의 경우 휴일(토·일 포함) 및 야간 별도 할증 없으며, 제2안의 경우 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 하였다.

마. 바우처 지원액

바우처 지원액과 관련하여 제1안에서는 대상자의 장기요양 등급에 따라 매월 일 정액의 바우처를 지원하도록 하였다.

바. 본인부담금

제1안의 경우 소득수준에 따른 정액제로서 현 활동보조서비스 본인부담금(최대 4만원, 정액) 유지하되 최저생계비 120% 이내/초과는 장애수당 또는 장애아동부양수당 수령 여부로 구분하였다. 장애수당 또는 장애아동부양수당 미수령 장애인(아동)이 장애수당 또는 장애아동부양수당과 활동보조서비스를 동시에 신청하는 경우, 소득판정이 등급 인정보다 지체될 경우 2만원을 부담시키되, 소득 판정이 최저생계비 120% 초과일 경우 익월부터 부담액 상향 조정하는 방안으로 되었으며, 본인부담금을 국고 및 지방비로 지원할 수 없도록 하였다. 시범사업의 본인부담액 징수는 한국사회서비스관리원에서는 실시하는 것으로 하였다.

또한 수급자가 별도계좌에 입금시키면 인정된 급여량만큼 금액이 추가되어 바우처 생성하는 것으로 하였다. 이는 예를 들어, 총 구매력이 144만원일 경우 본인부담금 2만원

을 입금하면 142만원이 바우처로 지급한다는 것이다. 본인부담금 잔액은 시범사업 종료 후 일괄환급처리 원칙으로 하였다. 소득수준별 본인부담금은 다음과 같다.

〈표 7-2〉 소득수준별 본인부담금

소득수준	기초생활수급자	최저생계비 120% 이내	최저생계비 120% 초과
본인부담금	면제	월 2만원	월 4만원

주: 인정 시간 이상을 이용할 경우에는 전액 본인 부담
 ※ 최저생계비 120% 이내/초과 구분 : 장애수당 또는 장애아동부양수당 수급여부 기준

제2안의 경우 활동보조서비스 수급자는 현 활동보조서비스 본인부담금 유지하는 것으로 하였으며, 활동보조서비스 비수급자는 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 하였다. 본인부담금 납부 방법은 활동보조서비스 수급자의 경우 사회서비스 관리 센터 별도 계좌(기존 활동보조서비스 본인부담금 납부계좌)로 월 1회 납부하도록 하였으며, 활동보조서비스 비수급자의 경우는 서비스 이용 시마다 제공기관에 납부하는 것으로 하였다.

제2절 장애인장기요양 시범사업 서비스이용행태

장애인장기요양 1차 시범사업에서 제1안인 활동보조서비스 확대모형을 적용한 5개 지역에 대한 서비스이용행태에 대한 분석이다. 445명³⁵⁾ 대상자 중 모든 대상자가 활동보조서비스를 이용하였다. 간호서비스를 이용한 경우는 대상자의 10.8%인 48명에 불과하였고, 목욕서비스를 이용한 경우는 대상자의 14.2%인 63명이었다.

35) 시범사업기간동안 관련전문기관 방문조사원에 의하여 장애인장기요양인정조사표를 통한 방문조사를 실시하고, 5개월동안의 시범사업 이용내역(한국사회서비스관리원 데이터)이 있는 장애인에 한하여 머지된 과일로 분석을 실시하였으므로 전체 시범사업 대상자수와 다소 차이가 나타날 수 있음.

〈표 7-3〉 장애인장기요양 서비스종류별 이용자 현황

	이용자		비이용자	
	N(명)	구성비	N(명)	구성비
활동보조서비스	445	100.0%	0	0.0%
간호서비스	48	10.8%	397	89.2%
목욕서비스	63	14.2%	382	85.8%
전체서비스	445	100.0%	0	0.0%

장애인장기요양보장제도의 활동보조서비스 확대모형에서는 4등급의 활동보조등급을 4등급의 요양등급으로 세분화하여 만든 1~16등급의 장기요양등급별을 적용하였다. 장기요양등급별 장애인장기요양 서비스이용시간은 대체로 등급이 높을수록 많은 활동보조서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 그러나 간호서비스와 목욕서비스 이용시간은 장기요양등급에 따른 일정한 경향을 보이지 않았다. 총서비스시간은 장기요양등급이 높을수록 서비스이용시간이 많은 것으로 나타났다. 동일 활동보조등급내 요양등급 1, 2등급별 서비스이용시간의 차이는 그다지 크지 않거나 역전되는 경우도 관찰되었다.

2009년 9월부터 2010년 1월까지 5개월간 대상자의 평균 총서비스이용시간은 19,296분이었으며, 활동보조서비스는 18,935분이었다. 1인당 월평균 총서비스이용시간은 64.3시간이며, 월평균 활동보조서비스이용시간은 63.1시간이었다. 활동보조서비스 이용횟수는 월평균 12.6회였으며, 서비스이용 1회당 평균 이용시간은 5시간이었다.

한편, 가장 중증도가 높은 장기요양등급 1등급의 월평균 활동보조서비스 이용횟수는 16.8회였으며, 1회당 활동보조서비스 이용시간은 5.4시간이었다. 1등급의 월평균 활동보조서비스 이용시간은 91.4시간이었다. 월평균 활동보조서비스 급여비용은 시간당 8,000원 단가를 고려하면, 731,200원이다. 1등급의 간호서비스 월평균 이용횟수는 0.76회로 회당 36,650원(평균 1회당 573분 서비스이용을 감안)을 고려하면, 월평균 비용은 27,854원이다. 1등급의 목욕서비스 월평균 이용횟수는 월평균 0.86회로 회당 71,290원 수가를 고려하면, 월평균 비용은 61,309원이다. 따라서 1등급의 경우 활동보조서비스, 간호서비스, 목욕서비스를 합한 총비용은 820,363원이다. 이는 1등급에게 할당된 급여한도액인 1,009,480원의 81.3%에 해당한다.

2등급의 활동보조서비스 월평균비용은 754,587원, 간호서비스 월평균비용은 41,781원, 목욕서비스 월평균비용은 49,903원으로, 총비용은 846,271원이다. 이는 2등급 급여액 928,480원의 91.1% 수준이다.

10등급의 활동보조서비스 월평균비용은 466,427원, 간호서비스 월평균비용은 18,325원, 목욕서비스 월평균비용은 47,051원으로, 총비용은 531,803원이다. 이는 10등급 급여액 608,460원의 87.4% 수준이다.

16등급의 활동보조서비스 월평균비용은 340,733원, 간호서비스 월평균비용은 47,645원, 목욕서비스 월평균비용은 156,838원으로, 총비용은 545,216원이다. 이는 16등급 급여액 320,000원의 170.4% 수준이다. 목욕비용을 5만원 정도만 포함하는 경우에도 438,378원으로, 급여액 320,000원의 137.0% 수준이다.

15등급의 경우도 활동보조서비스 월평균비용은 330,693원, 간호서비스 월평균비용은 29,320원, 목욕서비스 월평균비용은 95,528원으로, 총비용은 455,541원이다. 이는 15등급 급여액 396,090원의 115.0% 수준이다.

〈표 7-4〉 장기요양등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

장기요양 최종등급		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕이 용횟수	목욕 총이용 시간	총 이용 횟수	총 이용 시간
등 급 외	평균	58.8	16538.4	1.0	60.0	1.0	440.0	59.1	16615.1
	N	18.0	18.0	1.0	1.0	3.0	3.0	18.0	18.0
	표준편차	28.2	9945.8	.	.	.0	69.3	28.2	9985.6
	최소값	6.0	1800.0	1.0	60.0	1.0	360.0	6.0	1800.0
	최대값	101.0	42720.0	1.0	60.0	1.0	480.0	101.0	43200.0
1급	평균	84.1	27414.4	3.8	1090.5	4.3	1470.0	85.4	27828.1
	N	69.0	69.0	10.0	10.0	12.0	12.0	69.0	69.0
	표준편차	19.6	4880.5	4.4	1742.2	2.3	1063.4	20.2	5051.8
	최소값	25.0	6502.0	1.0	19.0	1.0	180.0	25.0	6502.0
	최대값	153.0	40260.0	13.0	5280.0	8.0	2940.0	166.0	43380.0
2급	평균	81.3	28297.0	5.7	1420.0	3.5	1455.0	83.1	28889.9
	N	17.0	17.0	3.0	3.0	4.0	4.0	17.0	17.0
	표준편차	17.6	4101.6	3.2	1386.9	2.5	1330.3	17.6	3814.3
	최소값	55.0	23911.0	2.0	120.0	1.0	300.0	60.0	24811.0
	최대값	122.0	43200.0	8.0	2880.0	7.0	3360.0	129.0	43200.0
3급	평균	80.3	25511.6	8.0	2580.0	6.0	2136.0	81.5	25951.6
	N	36.0	36.0	2.0	2.0	5.0	5.0	36.0	36.0
	표준편차	25.0	3088.6	2.8	594.0	6.9	2412.9	24.8	2809.4
	최소값	51.0	12656.0	6.0	2160.0	1.0	300.0	51.0	12656.0

	최대값	189.0	31740.0	10.0	3000.0	14.0	5040.0	189.0	31740.0
	평균	73.3	22920.0					73.3	22920.0
	N	3.0	3.0					3.0	3.0
4급	표준편차	10.3	2347.7					10.3	2347.7
	최소값	62.0	20220.0					62.0	20220.0
	최대값	82.0	24480.0					82.0	24480.0
	평균	77.0	24773.2	8.0	1440.0	1.0	180.0	78.0	24953.2
	N	9.0	9.0	1.0	1.0	1.0	1.0	9.0	9.0
5급	표준편차	13.7	2096.9	.	.	.	.	14.0	2120.6
	최소값	51.0	21599.0	8.0	1440.0	1.0	180.0	51.0	21599.0
	최대값	92.0	28020.0	8.0	1440.0	1.0	180.0	92.0	28020.0
	평균	66.8	21641.8	2.3	102.0	1.0	360.0	67.7	21715.8
	N	9.0	9.0	3.0	3.0	1.0	1.0	9.0	9.0
6급	표준편차	20.5	3255.5	1.5	71.0	.	.	20.7	3218.2
	최소값	40.0	17100.0	1.0	41.0	1.0	360.0	41.0	17100.0
	최대값	100.0	27840.0	4.0	180.0	1.0	360.0	101.0	27840.0
	평균	65.4	20945.5	6.2	948.0	6.5	1770.0	66.9	21241.2
	N	28.0	28.0	5.0	5.0	2.0	2.0	28.0	28.0
7급	표준편차	18.0	3013.2	10.0	1166.1	.7	466.7	21.0	2886.9
	최소값	40.0	9480.0	1.0	180.0	6.0	1440.0	40.0	9480.0
	최대값	105.0	26640.0	24.0	3000.0	7.0	2100.0	132.0	26820.0
	평균	48.3	18300.0					48.3	18300.0
	N	4.0	4.0					4.0	4.0
8급	표준편차	10.8	2626.8					10.8	2626.8
	최소값	40.0	14400.0					40.0	14400.0
	최대값	64.0	20100.0					64.0	20100.0
	평균	66.1	17434.1	3.0	960.0	4.0	1120.0	66.8	17650.1
	N	40.0	40.0	2.0	2.0	6.0	6.0	40.0	40.0
9급	표준편차	31.4	4401.0	2.8	1187.9	3.0	931.6	31.3	4341.9
	최소값	3.0	14.0	1.0	120.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	182.0	28800.0	5.0	1800.0	8.0	2520.0	182.0	28800.0
	평균	58.7	17491.3	2.5	900.0	3.3	1050.0	59.5	17752.2
	N	23.0	23.0	2.0	2.0	4.0	4.0	23.0	23.0
10급	표준편차	17.9	4920.5	2.1	763.7	3.9	1470.1	17.5	4811.0
	최소값	28.0	10680.0	1.0	360.0	1.0	120.0	28.0	10680.0
	최대값	97.0	28020.0	4.0	1440.0	9.0	3240.0	98.0	28200.0
	평균	56.4	15583.7	1.3	380.0	8.7	2300.0	57.1	15779.0
	N	47.0	47.0	6.0	6.0	3.0	3.0	47.0	47.0
11급	표준편차	20.3	4411.6	.5	140.3	4.7	740.5	20.5	4430.8
	최소값	4.0	720.0	1.0	240.0	5.0	1680.0	4.0	720.0
	최대값	96.0	26280.0	2.0	600.0	14.0	3120.0	96.0	26280.0
	평균	43.1	13652.4	3.3	720.0	1.0	150.0	44.1	13857.4
	N	12.0	12.0	3.0	3.0	2.0	2.0	12.0	12.0
12급	표준편차	9.7	3213.0	2.3	623.5	.0	42.4	10.4	3242.1
	최소값	19.0	3600.0	2.0	360.0	1.0	120.0	19.0	3600.0
	최대값	58.0	15120.0	6.0	1440.0	1.0	180.0	60.0	15300.0
	평균	63.0	13655.9	5.0	900.0	13.0	3120.0	65.0	14102.6
	N	9.0	9.0	1.0	1.0	1.0	1.0	9.0	9.0
13급	표준편차	26.1	4002.4	.	.	.	.	26.4	3946.7

14 급	최소값	35.0	5985.0	5.0	900.0	13.0	3120.0	35.0	5985.0
	최대값	124.0	18240.0	5.0	900.0	13.0	3120.0	124.0	18240.0
	평균	48.9	12253.7	8.0	1500.0			49.8	12420.3
	N	18.0	18.0	2.0	2.0			18.0	18.0
	표준편차	25.7	5368.5	2.8	424.3			27.4	5484.8
	최소값	3.0	540.0	6.0	1200.0			3.0	540.0
15 급	최대값	119.0	19020.0	10.0	1800.0			129.0	19320.0
	평균	47.8	12401.4	4.0	1320.0	6.7	2156.5	49.5	12960.6
	N	75.0	75.0	4.0	4.0	17.0	17.0	75.0	75.0
	표준편차	26.0	4871.9	3.8	1415.6	4.8	1786.0	25.7	4836.5
	최소값	3.0	600.0	1.0	60.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	164.0	26280.0	9.0	3240.0	19.0	6840.0	164.0	26280.0
16 급	평균	36.5	12777.5	6.5	3120.0	11.0	1860.0	37.5	13115.0
	N	24.0	24.0	2.0	2.0	1.0	1.0	24.0	24.0
	표준편차	15.8	5736.4	7.8	3733.5	.	.	16.3	6014.1
	최소값	6.0	1380.0	1.0	480.0	11.0	1860.0	6.0	1380.0
	최대값	81.0	24000.0	12.0	5760.0	11.0	1860.0	81.0	24000.0
	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
합 계	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

활동보조등급별 서비스이용시간에 대한 분석결과는 다음과 같다. 1등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 90.4시간이며, 월평균비용은 723,000원이다. 2등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 71.8시간이며, 월평균비용은 574,613원이다. 3등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 54.5시간이며, 월평균비용은 435,867원이다. 4등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 41.8시간이며, 월평균비용은 334,440원이다. 활동보조등급 1등급 대비 4등급의 활동보조서비스 이용시간 및 비용은 46.2% 수준이다. 이는 낮은 중증도인 경우에도 높은 중증도 대비 46% 내외의 급여액의 설정이 필요함을 의미한다. 시범사업에서 나타난 활동보조등급별 활동보조서비스 이용시간 및 비용을 기준으로 보면, 1등급을 100으로 볼 때, 2등급은 79.4, 3등급은 60.3, 4등급은 46.2의 이용수준을 보이는 것으로 나타났다.

〈표 7-5〉 활동보조등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

활동보조등급		활보이 용횟수	활보이용 총시간	간호이 용횟수	간호이용총 시간	목욕이 용횟수	목욕총이 용시간	총이용 횟수	총이용 시간
등급 외	평균	55.6	15181.9	1.0	60.0	1.7	580.0	56.0	15287.8
	N	17.0	17.0	1.0	1.0	3.0	3.0	17.0	17.0
	표준편차	25.3	7546.6	.	.	1.2	283.5	25.2	7550.7
	최소값	6.0	1800.0	1.0	60.0	1.0	360.0	6.0	1800.0
	최대값	101.0	26340.0	1.0	60.0	3.0	900.0	101.0	26340.0
1급	평균	82.6	27131.2	5.8	1900.3	4.4	1573.6	84.1	27635.2
	N	129.0	129.0	16.0	16.0	22.0	22.0	129.0	129.0
	표준편차	20.7	4776.5	5.7	2665.8	3.7	1447.5	21.0	4837.5
	최소값	25.0	6502.0	1.0	19.0	1.0	180.0	25.0	6502.0
	최대값	189.0	43200.0	21.0	10080.0	14.0	5040.0	189.0	43380.0
2급	평균	66.3	21548.2	5.1	720.7	3.8	1020.0	67.6	21759.5
	N	50.0	50.0	9.0	9.0	4.0	4.0	50.0	50.0
	표준편차	18.2	3294.6	7.4	960.0	3.2	909.9	20.1	3231.7
	최소값	40.0	9480.0	1.0	41.0	1.0	180.0	40.0	9480.0
	최대값	105.0	28020.0	24.0	3000.0	7.0	2100.0	132.0	28020.0
3급	평균	58.5	16345.1	2.2	627.7	4.3	1208.0	59.3	16558.8
	N	123.0	123.0	13.0	13.0	15.0	15.0	123.0	123.0
	표준편차	24.2	4519.6	1.7	550.2	3.9	1130.2	24.1	4493.9
	최소값	3.0	14.0	1.0	120.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	182.0	28800.0	6.0	1800.0	14.0	3240.0	182.0	28800.0
4급	평균	46.9	12541.5	5.6	1713.3	7.3	2191.6	48.4	12994.4
	N	126.0	126.0	9.0	9.0	19.0	19.0	126.0	126.0
	표준편차	24.9	5017.5	4.1	1784.0	4.8	1700.2	25.1	5072.5
	최소값	3.0	540.0	1.0	60.0	1.0	120.0	3.0	540.0
	최대값	164.0	26280.0	12.0	5760.0	19.0	6840.0	164.0	26280.0
합계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

요양등급별 서비스이용시간에 대한 분석결과는 다음과 같다. 1등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 78.0시간이며, 월평균비용은 624,123원이다. 2등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 64.2시간이며, 월평균비용은 513,736원이다. 3등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 57.1시간이며, 월평균비용은 457,067원이다. 4등급의 활동보조서비스 월평균 이용시간은 48.8시간이며, 월평균비용은 390,101원이다. 요양등급 1등급 대비 4등급의 활동보조서비스 이용시간 및 비용은 62.6% 수준이다. 이는 낮은 요양등급인 경우에도 높은 요양등급 대비 62.6% 내외의 급여액의 설정이 필요함을 의미한다. 시범사업에서 나타난 요양등급별 활동보조서비스 이용시간 및 비용을 기준으로 보면, 1등급을 100으로 볼 때, 2등급은 82.3, 3등급은 73.2, 4등급은 62.6의 이용수준을 보이는 것으로 나타났다.

〈표 7-6〉 요양등급별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

요양등급		활보이용 횟수	활보이용 총시간	간호이용 횟수	간호이용 총시간	목욕이 용횟수	목욕총 이용시간	총이용 횟수	총이용 시간
등급 의	평균	43.8	14265.1	6.0	1440.0	4.3	940.0	46.1	14797.6
	N	8.0	8.0	1.0	1.0	3.0	3.0	8.0	8.0
	표준편차	26.9	12436.2	.	.	5.8	796.7	27.1	12409.9
	최소값	6.0	1800.0	6.0	1440.0	1.0	480.0	6.0	1800.0
	최대값	96.0	42720.0	6.0	1440.0	11.0	1860.0	97.0	43200.0
1급	평균	77.0	23404.6	5.2	1683.0	4.5	1383.0	78.3	23821.1
	N	127.0	127.0	15.0	15.0	20.0	20.0	127.0	127.0
	표준편차	25.4	7017.9	5.8	2731.6	3.2	1069.9	25.6	7169.7
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	182.0	43200.0	21.0	10080.0	13.0	3120.0	182.0	43380.0
2급	평균	62.6	19265.1	4.5	936.6	3.1	1153.3	63.6	19551.3
	N	69.0	69.0	10.0	10.0	9.0	9.0	69.0	69.0
	표준편차	23.2	7481.4	3.1	945.7	2.9	1266.3	23.9	7563.5
	최소값	3.0	540.0	1.0	41.0	1.0	120.0	3.0	540.0
	최대값	122.0	43200.0	10.0	2880.0	9.0	3360.0	129.0	43200.0
3급	평균	59.3	17140.6	4.2	1027.1	6.6	2095.7	60.6	17535.1
	N	193.0	193.0	17.0	17.0	28.0	28.0	193.0	193.0
	표준편차	26.2	6643.0	5.9	1107.1	4.8	1694.0	26.3	6571.4
	최소값	3.0	600.0	1.0	60.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	189.0	31740.0	24.0	3240.0	19.0	6840.0	189.0	31740.0
4급	평균	44.7	14628.8	3.6	1404.0	1.0	220.0	45.2	14788.8
	N	48.0	48.0	5.0	5.0	3.0	3.0	48.0	48.0
	표준편차	18.1	5509.9	4.7	2440.0	.0	124.9	18.2	5640.8
	최소값	6.0	1380.0	1.0	60.0	1.0	120.0	6.0	1380.0
	최대값	83.0	24480.0	12.0	5760.0	1.0	360.0	83.0	24480.0
합계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

시범사업에서 나타난 장애유형별 서비스이용시간을 월평균 활동보조 서비스이용시간을 중심으로 살펴보면, 지체장애유형은 70.0시간, 뇌병변장애유형은 70.5시간, 시각장애유형은 58.8시간, 청각장애유형은 48.6시간, 지적장애유형은 55.5시간, 자폐성장애유형은 55.1시간, 정신장애유형은 63.8시간, 신장장애유형은 65.2시간, 호흡기장애유형은 32시간, 간질장애유형은 60.3시간으로 나타났다. 시범사업 분석결과, 뇌병변장애유형이 활동보조서비스이용시간이 가장 길었고, 그 다음이 지체장애유형, 신장장애유형, 정신장애유형, 간질장애유형, 시각장애유형, 지적장애유형, 자폐성장애유형, 청각장애유형, 호흡기장애유형 순으로 나타났다. 뇌병변장애유형의 활동보조서비스이용시간을 100으로 볼 때, 가장 작은 활동보조서비스이용시간을 보인 호흡기장애유형은 45.4 수준이었다.

〈표 7-7〉 장애유형별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

장애유형1		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕 이용 횟수	목욕 총이용 시간	총이용 횟수	총이용 시간
지 체	평균	67.0	21005.3	4.5	1449.1	5.5	1615.0	68.2	21360.5
	N	128.0	128.0	18.0	18.0	12.0	12.0	128.0	128.0
	표준편차	23.4	7549.5	5.2	2516.3	4.3	1236.9	23.4	7656.6
	최소값	3.0	540.0	1.0	23.0	1.0	180.0	3.0	540.0
	최대값	120.0	31080.0	21.0	10080.0	14.0	3360.0	120.0	35040.0
뇌 병 변	평균	66.9	21147.2	3.6	669.6	5.1	1658.8	68.3	21553.2
	N	81.0	81.0	7.0	7.0	17.0	17.0	81.0	81.0
	표준편차	26.7	8872.0	4.4	1120.9	3.2	1136.4	27.0	8870.8
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	153.0	43200.0	13.0	3120.0	11.0	3600.0	166.0	43380.0
시 각	평균	53.1	17633.4	4.0	1551.4	5.8	2115.0	54.3	18080.8
	N	81.0	81.0	7.0	7.0	12.0	12.0	81.0	81.0
	표준편차	21.9	6265.5	4.5	2142.3	6.6	2507.0	21.8	6261.9
	최소값	6.0	1380.0	1.0	300.0	1.0	120.0	6.0	1380.0
	최대값	127.0	27660.0	12.0	5760.0	19.0	6840.0	127.0	27660.0
청 각	평균	50.0	14580.0					50.0	14580.0
	N	1.0	1.0					1.0	1.0
	표준편차	.	.					.	.
	최소값	50.0	14580.0					50.0	14580.0
	최대값	50.0	14580.0					50.0	14580.0
지 적	평균	61.1	16638.1	5.3	1200.0	4.7	1320.0	62.5	16988.7
	N	102.0	102.0	10.0	10.0	18.0	18.0	102.0	102.0
	표준편차	30.0	7397.0	6.9	986.7	3.6	919.4	30.7	7426.2
	최소값	3.0	600.0	1.0	120.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	182.0	42720.0	24.0	3000.0	13.0	3240.0	182.0	43200.0
자 폐 성	평균	65.2	16527.7	5.2	1150.0	3.5	870.0	66.4	16793.8
	N	39.0	39.0	6.0	6.0	4.0	4.0	39.0	39.0
	표준편차	27.4	4615.4	3.8	1045.7	2.6	857.7	27.9	4822.7
	최소값	15.0	4260.0	1.0	60.0	1.0	120.0	15.0	4260.0
	최대값	164.0	31260.0	10.0	2880.0	7.0	2100.0	164.0	31260.0
정 신	평균	74.0	19148.6					74.0	19148.6
	N	7.0	7.0					7.0	7.0
	표준편차	53.1	6203.1					53.1	6203.1
	최소값	33.0	11880.0					33.0	11880.0
	최대값	189.0	26220.0					189.0	26220.0

신 장	평균	67.3	19560.0					67.3	19560.0
	N	4.0	4.0					4.0	4.0
	표준편차	22.2	2999.2					22.2	2999.2
	최소값	38.0	16680.0					38.0	16680.0
	최대값	86.0	22440.0					86.0	22440.0
호 흡 기	평균	38.0	9600.0					38.0	9600.0
	N	1.0	1.0					1.0	1.0
	표준편차	.	.					.	.
	최소값	38.0	9600.0					38.0	9600.0
	최대값	38.0	9600.0					38.0	9600.0
간 질	평균	76.0	18060.0					76.0	18060.0
	N	1.0	1.0					1.0	1.0
	표준편차	.	.					.	.
	최소값	76.0	18060.0					76.0	18060.0
	최대값	76.0	18060.0					76.0	18060.0
합 계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

지역별 서비스이용시간의 편차도 상당히 크다. 지역별 월평균 활동보조서비스 이용시간을 중심으로 살펴보면, 서울 서초는 62.3시간, 경기 이천은 52.8시간, 광주 남구는 70.5시간, 제주 서귀포는 64.7시간, 전북 익산은 60.7시간으로 나타났다. 가장 서비스이용시간이 많은 지역은 광주 남구였다. 가장 서비스이용시간이 높은 광주 남구의 서비스이용시간을 100으로 할 때, 가장 서비스이용시간이 낮은 경기 이천의 서비스이용시간은 74.9 수준으로 나타났다.

〈표 7-8〉 지역별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

지역		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕 이용 횟수	목욕 총이용 시간	총이용 횟수	총이용 시간
서울 서초	평균	65.0	18683.3	6.8	2400.0	6.2	1744.0	66.6	19181.3
	N	120.0	120.0	14.0	14.0	15.0	15.0	120.0	120.0
	표준편차	30.3	8051.5	6.1	2896.3	5.4	1676.7	30.5	8177.1
	최소값	3.0	600.0	1.0	60.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	182.0	43200.0	21.0	10080.0	19.0	6840.0	182.0	43380.0
경기 이천	평균	45.0	15856.0	4.0	1219.8	5.0	1777.5	46.1	16216.4
	N	53.0	53.0	4.0	4.0	8.0	8.0	53.0	53.0
	표준편차	19.9	7703.4	2.9	1252.8	3.5	1703.7	19.7	7634.3
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	360.0	3.0	14.0
	최대값	92.0	30300.0	8.0	2880.0	11.0	5280.0	92.0	30300.0
광주 남구	평균	69.7	21154.0	5.3	1130.8	4.8	1575.8	71.3	21591.6
	N	102.0	102.0	13.0	13.0	19.0	19.0	102.0	102.0
	표준편차	25.9	6849.3	6.3	1044.1	3.9	1388.1	26.3	6868.2
	최소값	6.0	1860.0	1.0	120.0	1.0	120.0	6.0	1860.0
	최대값	189.0	31740.0	24.0	3000.0	13.0	4500.0	189.0	31740.0
제주 서귀 포	평균	61.6	19402.1	1.0	300.0	5.7	1818.0	62.4	19660.5
	N	75.0	75.0	4.0	4.0	10.0	10.0	75.0	75.0
	표준편차	22.8	7281.1	.0	84.9	5.2	1596.3	23.0	7241.5
	최소값	18.0	6240.0	1.0	180.0	1.0	480.0	19.0	6720.0
	최대값	120.0	42720.0	1.0	360.0	14.0	5040.0	120.0	43200.0
전북 익산	평균	64.3	18219.7	2.6	473.2	3.5	1063.6	65.1	18407.6
	N	95.0	95.0	13.0	13.0	11.0	11.0	95.0	95.0
	표준편차	24.8	7060.4	2.0	556.5	2.5	921.4	25.3	7155.6
	최소값	3.0	540.0	1.0	23.0	1.0	120.0	3.0	540.0
	최대값	110.0	30900.0	8.0	1800.0	8.0	2880.0	113.0	30900.0
합계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

성별 서비스이용시간 분석결과를 살펴보면, 월평균 활동보조서비스 이용시간을 기준으로 남성은 63.9시간, 여성은 62.0시간으로 나타나, 성별간 서비스이용시간은 거의 차이가 나지 않는다. 남성의 서비스 이용시간을 100으로 볼 때, 여성의 서비스이용시간은 97.0 수준이다.

〈표 7-9〉 성별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

성별		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕 이용 횟수	목욕 총이용 시간	총 이용 횟수	총 이용 시간
남 자	평균	63.7	19171.2	4.5	1330.4	4.5	1395.0	64.9	19532.3
	N	265.0	265.0	30.0	30.0	40.0	40.0	265.0	265.0
	표준편차	27.4	7635.9	4.6	2008.7	3.5	1192.3	27.8	7740.4
	최소값	3.0	14.0	1.0	48.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	21.0	10080.0	14.0	5040.0	189.0	43380.0
여 자	평균	61.9	18587.5	4.6	1145.4	6.1	1930.4	63.1	18948.7
	N	180.0	180.0	18.0	18.0	23.0	23.0	180.0	180.0
	표준편차	25.7	7397.4	5.9	1596.6	5.2	1788.3	25.8	7368.4
	최소값	3.0	600.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	166.0	42720.0	24.0	5760.0	19.0	6840.0	166.0	43200.0
합 계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

연령별 서비스이용시간을 월평균 활동보조서비스 이용시간을 기준으로 살펴보면, 19세 미만은 49.8시간, 20-29세는 69.0시간, 30-39세는 66.8시간, 40-49세는 65.5시간, 50-59세는 70.2시간, 60-64세는 69.1시간으로 나타났다. 50-59세 집단이 가장 서비스이용시간이 길고, 60-64세, 20-29세, 30-39세, 40-49세, 19세 미만 순으로 나타났다. 50-59세 집단의 활동보조서비스 이용시간을 100으로 보면, 60-64세는 98.4, 20-29세는 98.2, 30-39세는 95.2, 40-49세는 93.3, 19세 미만은 70.9 수준으로 나타났다.

〈표 7-10〉 연령별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

연령집단		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕 이용 횟수	목욕 총이용 시간	총 이용 횟수	총 이용 시간
19세 미만	평균	55.0	14945.6	3.5	889.1	5.1	1488.6	56.2	15287.6
	N	120.0	120.0	11.0	11.0	21.0	21.0	120.0	120.0
	표준편차	22.1	5153.4	2.2	703.2	3.8	1172.3	22.2	5070.9
	최소값	3.0	14.0	1.0	60.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	124.0	30240.0	7.0	1800.0	13.0	3600.0	129.0	30240.0
20- 29세	평균	71.0	20714.2	6.6	1260.0	6.2	1873.3	72.7	21141.8
	N	63.0	63.0	8.0	8.0	9.0	9.0	63.0	63.0
	표준편차	33.5	8072.1	7.9	1248.3	3.8	1013.3	34.3	8153.5
	최소값	6.0	1860.0	1.0	120.0	1.0	300.0	6.0	1860.0
	최대값	182.0	31260.0	24.0	3000.0	12.0	2880.0	182.0	31260.0
30- 39세	평균	64.4	20045.4	4.4	1047.8	3.9	1132.5	65.4	20315.2
	N	53.0	53.0	5.0	5.0	8.0	8.0	53.0	53.0
	표준편차	30.5	8436.5	5.3	1278.5	4.4	905.7	31.2	8523.4
	최소값	6.0	2460.0	1.0	19.0	1.0	360.0	6.0	2460.0
	최대값	189.0	42720.0	13.0	3120.0	14.0	3120.0	189.0	43380.0
40- 49세	평균	62.7	19656.0	4.0	1396.0	5.0	1669.1	63.8	20034.9
	N	89.0	89.0	11.0	11.0	11.0	11.0	89.0	89.0
	표준편차	25.3	7594.5	4.2	2075.3	5.8	2182.8	25.5	7758.7
	최소값	12.0	2940.0	1.0	41.0	1.0	180.0	12.0	2940.0
	최대값	127.0	43200.0	12.0	5760.0	19.0	6840.0	127.0	43200.0
50- 59세	평균	66.7	21073.8	3.3	921.2	4.2	1386.0	67.6	21347.2
	N	81.0	81.0	9.0	9.0	10.0	10.0	81.0	81.0
	표준편차	25.7	7799.1	3.6	1260.0	2.5	977.9	25.6	7753.1
	최소값	3.0	540.0	1.0	23.0	1.0	180.0	3.0	540.0
	최대값	119.0	43200.0	10.0	3240.0	7.0	3360.0	119.0	43200.0
60- 64세	평균	65.9	20740.2	7.5	2946.3	6.8	2700.0	67.4	21319.3
	N	39.0	39.0	4.0	4.0	4.0	4.0	39.0	39.0
	표준편차	21.5	6615.9	9.0	4768.7	6.8	2843.9	21.5	6805.1
	최소값	17.0	6600.0	2.0	85.0	1.0	120.0	28.0	9600.0
	최대값	120.0	30660.0	21.0	10080.0	14.0	5280.0	120.0	35040.0
합계	평균	63.0	18935.1	4.5	1261.1	5.1	1590.5	64.2	19296.2
	N	445.0	445.0	48.0	48.0	63.0	63.0	445.0	445.0
	표준편차	26.7	7537.4	5.1	1849.3	4.2	1448.0	27.0	7589.1
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	24.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

소득수준별 서비스이용시간을 월평균 활동보조서비스 이용시간 기준으로 살펴보면, 국민기초생활보장대상은 63.9시간, 차상위 120%는 58.9시간, 차상위 120-300%는 62.2시간, 차상위 300% 초과는 56.6시간으로 나타나, 대체로 소득수준이 낮을수록 서비스이용시간이 긴 것으로 나타났다. 서비스이용시간이 가장 긴 국민기초생활보장대상의 서비스이용시간을 100으로 할 때, 차상위 120%는 92.2, 차상위 120-300%는 97.3, 차상위 300% 초과는 88.6 수준으로 나타났다.

〈표 7-11〉 소득수준별 장애인장기요양 서비스이용시간(2009.9-2010.1 5개월간)

(단위: 회, 분)

소득수준		활보 이용 횟수	활보 이용 총시간	간호 이용 횟수	간호 이용 총시간	목욕 이용 횟수	목욕 총이용 시간	총 이용 횟수	총 이용 시간
국민 기초 생활 보장 대상	평균	64.7	19162.2	2.9	593.0	4.0	1360.0	65.7	19443.2
	N	175.0	175.0	21.0	21.0	27.0	27.0	175.0	175.0
	표준편차	29.2	7890.8	3.0	740.8	3.3	1204.6	29.5	7994.8
	최소값	3.0	540.0	1.0	23.0	1.0	180.0	3.0	540.0
	최대값	189.0	43200.0	13.0	3120.0	14.0	5040.0	189.0	43380.0
차상 위 120 %	평균	54.4	17681.2	1.0	120.0	1.0	120.0	54.4	17689.8
	N	28.0	28.0	1.0	1.0	1.0	1.0	28.0	28.0
	표준편차	28.9	8991.3	.	.	.	.	29.0	8991.0
	최소값	6.0	1860.0	1.0	120.0	1.0	120.0	6.0	1860.0
	최대값	120.0	31740.0	1.0	120.0	1.0	120.0	120.0	31740.0
차상 위 120 % 초과	평균	60.6	18657.6	5.4	1924.2	6.7	2012.7	62.3	19211.3
	N	146.0	146.0	19.0	19.0	22.0	22.0	146.0	146.0
	표준편차	23.4	7351.4	5.4	2612.9	5.3	1795.2	23.5	7367.0
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	123.0	43200.0	21.0	10080.0	19.0	6840.0	129.0	43200.0
차상 위 300 % 초과	평균	62.0	16981.3	5.0	1620.0	2.5	615.0	62.6	17144.1
	N	35.0	35.0	2.0	2.0	4.0	4.0	35.0	35.0
	표준편차	28.0	5735.3	1.4	254.6	1.3	399.1	27.7	5668.9
	최소값	3.0	600.0	4.0	1440.0	1.0	120.0	3.0	600.0
	최대값	164.0	30240.0	6.0	1800.0	4.0	1080.0	164.0	30240.0
합계	평균	62.1	18663.6	4.0	1217.9	5.0	1547.8	63.3	19017.6
	N	384.0	384.0	43.0	43.0	54.0	54.0	384.0	384.0
	표준편차	27.0	7603.3	4.3	1909.5	4.4	1486.5	27.2	7660.5
	최소값	3.0	14.0	1.0	19.0	1.0	120.0	3.0	14.0
	최대값	189.0	43200.0	21.0	10080.0	19.0	6840.0	189.0	43380.0

장애인장기요양시범사업 결과, 서비스이용시간에 영향을 미친 요인을 다중회귀분석을 통해 살펴보았다. 분석모형에서 종속변수는 총서비스이용시간이며, 독립변수는 장기요양최종등급, 연령, 성별, 소득수준을 투입하였다. 장애인장기요양 서비스이용

시간 영향요인 분석모형의 설명력은 41.8%였고, 모형적합도가 적정한 것으로 나타났다.

〈표 7-12〉 변수의 정의와 측정

변수구분	변수	변수측정
종속변수	총서비스이용시간(분)	총서비스이용시간(분)= 활동보조이용시간+간호서비스이용시간+목욕서비스이용시간
독립변수	장기요양최종등급	1~16등급 (1~16): 1등급= 최종중
	연령집단	19세미만=1, 20~29세=2, 30~39세=3, 40~49세=4, 50~59세=6, 60~64세=7
	성별	남성=1, 여성=2
	소득수준	국민기초생활수급자=1, 차상위120%=2, 차상위120-300%=3, 차상위300%초과=4, 기타=5

장애인장기요양 서비스이용시간에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과, 장기요양등급의 중증도가 높을수록 서비스이용시간이 유의미하게 많은 것으로 나타났다. 또한 연령이 높을수록 서비스이용시간이 많은 것으로 나타났다. 그러나 성별과 소득수준은 서비스이용시간에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

이와 같은 분석결과는 장기요양등급이 높고 장기요양 욕구수준이 높을수록 보다 많은 서비스이용시간을 활용되었다는 점에서 당초 장애인장기요양제도의 목적대로 바람직하게 서비스이용이 이루어지고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다. 또한 연령이 높을수록 장기요양등급이 높기 때문에 연령이 높을수록 서비스이용시간이 많게 나타난 것도 적절한 결과라고 보여진다³⁶⁾. 이는 한편, 성별이나 소득수준 등의 인적 특성 등이 서비스이용수준에 유의미한 영향을 주지 않은 것으로 나타난 결과는 인적 특성이 서비스이용에 장애요인으로 작용하지 않는다는 점에서 이 역시 당초 제도설계의 목적대로 바람직한 결과라고 보여진다.

36) 만 6세 이상-만 18세 미만 장애이동의 경우 활동보조등급 3,4 등급만 부여하기 때문인 것과 연관됨.

〈표 7-13〉 장애인장기요양 서비스이용시간 영향요인

	비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률	
	B	표준오차	베타			
(상수)	36355.484	4412.828		8.239	.000	
장기요양최종등급	-826.943	54.645	-.606	-15.133	.000	
age_group	555.905	192.062	.122	2.894	.004	
성별	-656.327	614.772	-.042	-1.068	.286	
소득수준	201.618	290.330	.029	.694	.488	
모형요약	R	R 제곱	수정된 R 제곱	추정값의 표준오차	Durbin－Watson	유의도
	.646	.418	.410	5883.333	1.827	.000

주: 종속변수는 총서비스이용시간(분)

제3절 일본과 독일의 장기요양서비스 수가와 차등수가: 방문요양서비스를 중심으로³⁷⁾

1. 일본의 방문요양 급여기준

한국의 장기요양보장제도의 방문요양급여와 유사한 체제로 일본의 개호보험에는 방문개호급여가 있다. 일본의 방문개호란 재가의 요개호자에 대하여 지정방문개호사업소의 방문개호원(홈헬퍼)에 의하여 일상생활상에 도움을 주는 것을 말하며, 신체개호(이승 등의 동작개호, 배뇨 등의 신변개호, 식사 등의 생활개호), 생활지원(조리·세탁·청소 등), 퇴원 등을 위한 승차·하차의 개호(개호택시 등)로 분류된다. 입소·입원 중의 이용자가 외박 중에 방문개호를 받은 경우나 이용자가 통소서비스 등 이용 중에 본인이 부재하는 동안 청소 등의 생활지원을 받은 경우는 산정대상이 되지 않는다.

개호수가는 이용자의 요개호도에 상관없이 제공되는 서비스내용이나 서비스 양(시간)에 착목하고 제공시간에 따라 설정되는 「방문개호비」, 그리고 서비스 질에 관한 일정의 요건을 충족시킨 사업소의 방문이나 조조·심야 등의 시간 외의 방문 등의 「가산」으로 구성된다. 방문개호비는 통원 등 승강개호비를 제외하고는 방문 1회마

37) 석재은, 임정기 외, 『방문요양 급여수가체계 개선방안 연구』, 보건복지부·한림대산학협력단, 2009.

다 정해진 점수가 아니라 「30분미만」 「30분이상 1시간미만」 「1시간 이상」 등의 서비스 시간마다 설정된 소정단위수를 산정한다(〈표 7-17〉 참조).

일본은 신체개호와 생활지원의 수가가 나누어져 있는 것이 특색이다. 즉, 1회의 방문에 신체개호를 위주로 하는 것인지 생활지원을 위주로 하는 것인지에 따라 수가를 달리 신청하는 것이다. 1회의 방문개호에 신체개호와 생활지원이 혼재하는 경우, 어느 쪽에 해당하는지는 신체개호에 해당하는 행위가 어느 정도 포함되어 있는가를 30분 1단위로서 구분하여 판단한다.

또한 1일에 복수로 방문하는 경우는 별도의 방문으로서 취급하기 위해서는 방문의 간격을 2시간 이상으로 두고 있다. 이는 우리나라 4시간 수가의 1일 복수방문과 같은 규정이라고 할 수 있다.

그 외 이송서비스와 관련되어 도로운송법상의 허가 또는 등록을 받은 지정방문개호사업소의 방문개호원 등이 통원 등을 위하여 스스로 운전하는 차량에 승차·하차의 개호를 한 경우에 1회 당 100 단위를 정액으로 산정하고 있다. 이송서비스 산정기준은 1. 스스로 운전하는 차량으로의 승차 또는 하차의 개호를 하는 것, 2. 승차 전 및 하차 후의 옥 내외에서 이동 등의 개호를 하는 것, 3. 통원처 및 외출지에서의 진료 등의 수속, 이동 등의 지원을 하는 것으로 이루어져 있다. 또한 통원 전에 착탈의개호나 배뇨개호, 침대에서 휠체어로의 이송개호 등 손이 많이 가는 개호 등, 승강 전에 서비스를 30분 정도 실시한 경우는 요개호4·5의 이용자에 한하여 신체개호(231 단위)로 산정한다. 이 경우 통원 등의 승강개호의 100 단위는 같이 산정할 수 없다. 또한 단순히 방문을 요하는 교통비를 이용자로부터 징수할 수는 없다. 단 사업자의 통상 서비스 실시지역 이외의 이용자에 대해서는 이용자의 동의를 필요로 하며 교통비를 징수할 수 있다.

즉 일본의 이송서비스는 정액단위로 지급되며, 등급이 높은 이용자가 이송과 관련하여 신체개호가 30분 정도 필요한 경우에는 방문요양수가로 산정하는 것을 알 수 있다.

다음 우리나라와 다른 점으로는 2인의 방문개호원에 의해 제공되는 수가는 2배로 산정하고 있으며, 야간, 조조는 소정 단위수의 25%, 심야는 50%로 가산하고 있다는 것이다. 야간(오후 6시~10시), 조조(오전 6시~8시)에 방문개호를 한 경우, 방문개호비의 단위 수에 「25/100」을 곱한 단위수를 가산하고, 심야(오후 10시~오전6

시)에 행한 경우는 「50/100」을 곱한 단위수를 가산하여 산정한다.

또한 서비스시간이 「조조시간대부터 통상시간대」 등 시간대가 걸쳐지는 경우, 서비스 「개시」 시간을 기준으로 시간대에 걸리는 가산을 산정한다. 예를 들면, 7시30분부터 「1시간이상 1시간 30분미만」의 서비스를 한 경우, 개시시간이 「조조시간대」에 해당하므로 「조조가산」으로 소정 단위수에 25/100을 곱한 단위수를 산정한다. 서비스 개시시간이 약간 이른 아침시간대에 걸리는 경우 예를 들어 케어플랜 상 7시50분부터 서비스가 시작되는 경우에는 “서비스 개시시간”을 기준으로 하면 서비스전체로서 조조가산의 대상이 되지만, 가산의 대상이 되는 서비스시간이 전체 시간을 차지하는 비율이 낮은 경우에는 가산을 산정할 수 없도록 되어 있다.

〈표 7-14〉 일본의 개호방문 수가체계

방문개호비	
1. 신체개호가 중심인 경우	
(1) 소요시간 30분미만의 경우	231 단위
(2) 소요시간 30분이상 1시간미만의 경우	402 단위
(3) 소요시간 1시간이상의 경우(1시간30분미만의 경우)	584 단위
(이후 소요시간 30분을 넘을 때마다 83 단위를 가산)	
2. 생활지원가 중심인 경우	
(1) 소요시간 30분이상 1시간미만의 경우	208 단위
(2) 소요시간 1시간 이상	291 단위
3. 퇴원 등을 위한 승하차의 개조가 중심인 경우	100 단위
【신체개호에 이어 생활지원을 제공하는 경우】	
신체개호 +생활지원 30분미만	(신체개호 소정단위수)+83 단위
+생활지원 30분이상 1시간미만	+ 166 단위
+생활지원 1시간이상	+ 249 단위
【3급과정의 방문개호원에 의한 경우】	
	소정단위수의 70/100
【2인의 방문개호원에 의한 경우】	
	소정단위수의 200/100
【야간조조심야 가산】	
야간조조	소정단위수의 25/100
심야	소정단위수의 50/100
【특정사업소 가산】	
특정사업소 가산(Ⅰ) (체제+인재+중증대응)	소정단위수의 20/100
특정사업소 가산(Ⅱ) (체제+인재)	소정단위수의 10/100
특정사업소 가산(Ⅲ) (체제+중증대응)	소정단위수의 10/100
【특별지역가산】	
	소정단위수의 15/100

[그림 7-1] 일본 방문개호비의 산정구조

기본부분		주	주	주	주	주	주
		신체개호의 (1)~(3)에 이어 생활원조를 하는 경우	3급개호방 문원에 의해 이루어진 경우	2인의 방문개호원 등에 의한 경우	야간 또는 조조의 경우, 또는 심야의 경우	특정사업소 가산	특별지역방 문개호가산
1.신체 개호	(1) 30분미만 (231 단위)	30분을 넘을 때마다 +83단 위(249단 위를 한도)	×70/100	×200/100	야간 또는 조조의 경우 +25/100 심야의 경우 +50/100	특정사업소 가산 (I) +20/100 (II) +10/100 특정사업소 가산 (III) +10/100	+15/100
	(2) 30분이상 1시간 미만 (402단위)						
	(3)1시간이상(584 단위에 30분 늘 때마다 +83단위)						
2.생활 원조	(1)30분이상 1시간미만 (208단위)						
	(2)1시간이상 (291단위)						
3.통원 등 승강개조 (1회당 100단위)							

----- : 특별지역방문개호가산은 지급한도액관리의 대상 외의 산정항목

이러한 일본의 방문개호비는 2006년 4월 개호수가 개정됨으로써 변화하였다. 개정의 주요 포인트는 재가 중증자에 대한 서비스의 충실과 서비스의 질을 향상시키기 위한 것이라고 할 수 있다. 따라서 방문개호의 경우에는 ‘생활지원(우리나라의 가사지원과 유사)’ 서비스의 적정한 이용을 위하여 30분 증가마다 가산하는 것을 폐지하고 1시간 이상의 서비스는 정액으로 설정하였다. 종래는 「신체개호」, 「생활지원」 모두 장시간 이용이 상정되어 있었지만, 개정에 의하여 「생활지원」은 이용의 적정화를 도모하기 위하여 1시간 이상의 서비스는 정액설정이 되고 30분씩 연장될 때마다의 가산은 폐지되었다.

〈표 7-15〉 일본 방문개호비 서비스 단위별 변화 내용

	30분미만	30분이상 1시간미만	1시간이상 1시간30분미만	이후 30분마다
신체개호	231 단위	402 단위	584 단위	83 단위
생활지원		208 단위	291 단위	(폐지)

또한 서비스 질에 관한 일정요건을 충족시키는 사업소를 평가하여 ‘특정사업소 가산’ 제도를 도입하였다. 즉 질 높은 서비스를 제공하는 사업소를 ‘서비스 제공체계에 관한 요건(체제 요건)’, ‘소속하는 인재에 관한 요건(인재요건)’, ‘중증이용자에 대한 대응에 관한 요건(중증대응요건)’의 관점에서 가산하도록 하였다. 각 요인별로 전부, 또는 조합하여 충족시키는 사업소는 아래의 구분에 의하여 소정 단위수에 가산할 수 있다.

〈표 7-16〉 일본 방문개호비 특정사업소 가산 내용

	산정요건	율
특정사업소 가산(Ⅰ)	체제요건+인재요건+중증대응요건	소정단위수의 20/100
특정사업소 가산(Ⅱ)	체제요건+인재요건	소정단위수의 10/100
특정사업소 가산(Ⅲ)	체제요건+중증대응요건	소정단위수의 10/100

특정사업소 가산요건별 산정내용은 〈표 7-17 와 같다.

〈표 7-17〉 일본 방문개호비 특정사업소 산정요건

<p>산정요건</p> <p>서비스제공체제에 관한 요건(체제요건)</p> <p>i 방문개호원 전원에게 개별연수계획이 책정되고 연수가 실시 또는 예정되어 있다.</p> <p>ii 다음의 기준에 따라서 서비스제공이 되고 있을 것</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이용자정보 등의 전달 기술지도를 위한 회의를 정기적(대략 월1회 이상)으로 개최 - 서비스제공책임자로부터의 정보 등의 전달, 담당 방문개호원의 적절한 보고 <p>iii 방문개호원 전원에게 건강진단 등을 정기적으로 실시</p> <p>소속하는 인재에 관한 요건(인재요건)</p> <p>i 사업소의 방문개호원 중 개호복지사가 30%이상</p> <p>ii 사업소의 방문개호원에 3급과정인 자가 없다.</p> <p>iii 모든 서비스제공책임자가 5년 이상의 실무경험을 가지고 있는 개호복지사</p> <p>중증이용자에 대한 대응에 관한요건(중증대응요건)</p> <p>i 전출월 전3개월의 이용자(개호예방을 포함)총수 중 요개호4·5가 20% 이상</p>

2. 독일의 방문요양 급여기준

독일의 수발보험은 모든 비용을 부담하는 완전보험을 원칙으로 하는 건강보험과 달리 부분적 급여가 원칙이다. 따라서 수발보험에 가입했다 하더라도 많은 경우 수급자 주위의 도움과 지원이 여전히 요구되는 것을 가정한다. 독일은 수발보험의 급여가 제공되지 않거나 부족한 경우 그리고 수발수급자나 급여의무를 지고 있는 사람이 요구되는 적절한 수발 및 간호 비용을 지급하지 못하는 경우, 이전과 같이 개인의 욕구충족을 위해 사회부조(Sozial Hilfe)의 급여를 요구할 수 있다.

따라서 독일의 수발보험 급여체계는 다른 나라에 비해 가족 및 대리인이 수발하는 범위가 넓고 현금수당의 선택이 매우 자유롭다. 수발보험의 급여원칙은 재가는 현물과 현금 중 선택가능하고, 현물과 현금의 혼합급여도 가능하지만, 시설은 현물급여만 제공한다. 현물급여는 수발금고와 계약을 맺은 서비스 제공기관이 대상자의 등급에 따라 정해진 서비스를 정액제로 제공한다. 최고 한도액까지 수발보험에서 부담하고 초과 금액은 본인이 부담한다. 현금급여는 수발보험 수급자가 수발보험 조합에서 수발수당(정액제)을 지급받아 자신을 돌보는 가족, 이웃, 수발인 등에게 제공한다. 현금급여액은 현물급여액의 약 50% 수준이다.

〈표 7-18〉 독일 수발보험의 서비스별·등급별 수발급여 한도액

(단위 : 유로, 2006년 1월 현재)

		1 등급	2 등급	3 등급 (특별장애)
재택(재가)수발	월간현물급여	384	921	1,432(1,918)
	월간수발수당(현금)	205	410	665
대리수발 (연간4주까지급여)	친인척	205*	410	665
	친인척 외의 사람들	1,432	1,432	1,432
단기수발	연급여	1,432	1,432	1,432
부분시설수발(주간,야간)	월급여	384	921	1,432
보충급여(2002.4.1부터) (상당한 일반적 보호 필요시) ※치매를 포함한 정신적 장애인	연간급여	460	460	460
완전시설수발	월간수발급여(정액)	1,023	1,279	1,432(1,688)
장애자원조(완전시설수발)	수발급여	기관비용의 10%, 월간 최대 256		
규정되어 있는 보조기구	월급여	31		
기술적인 보조기구	급여액	비용의 90%, 자부담 상한 25		
주거개선	급여액	2,557, 그 외 적절한 자부담		
수발제공자에 대한 연금보험료지불**	월액	127	255	382
	(구 동독지역)	(107)	(215)	(322)

주: * 자원봉사자의 경우 필요한 경비(소득손실, 차량비 기타)를 1,432 유로까지 지불받을 수 있음.

** 일주일에 적어도 14시간 이상 수발을 하고, 30시간 이상 일을 하지 않을 경우 그리고 연령의 이유로 완전연금을 수급하지 못할 경우

독일 수발보험의 수가는 수발시설이 수발금고와 매 2년마다 계약을 통해 결정한다. 모든 시설은 일당 수가제(per 야드)를 바탕으로 수발금고(공단)와 복지사무소등 이해당사자와 개별적으로 협상을 하게 되어 있다. 따라서 독일의 수가기준과 내용은 현지의 임금체계, 요양시설 마다의 임금체계, 수발기관의 수요·공급이 다르기 때문에 주마다 다르게 책정된다.

특히 독일의 방문요양 수가는 오히려 행위별 수가에 가깝다. 수발 행위별 조합에 대한 개별적 가격이 책정되어 있고 각각의 시설은 독립적이고 고유한 경쟁적 위치에서 서비스 내용을 구성한다. 따라서 수발 욕구가 있는 사람은 제공되는 서비스와 가격과 질을 고려하여 최적의 조합을 선택할 수 있다.

〈표 7-19〉는 베를린 시의 방문요양 급여기준에 관한 내용이다. 방문요양과 관련된 급여는 수발보험급여와 자부담과 복지사무소를 위한 급여로 크게 나누어진다. 먼저 수발보험급여는 기본수발과 가사원조 그리고 기타급여로 나누어진다. 기본수발은 신체수발과 체위변경, 음식물 섭취도움, 배설처리, 집밖 외출 동행 등으로 구성된다. 가사원조는 청소, 세탁, 식사준비 등이 포함된다. 기타급여에는 수발계획, 심야

(22시 이후) 및 조조(06시 이전), 주말 및 공휴일 방문에 대한 가산, 중증도(1, 2등과 3등급)에 따른 가산 등이 포함되어 있다.

독일의 수가체계가 매우 세분화되어 있는 편이기도 하지만, 기본적인 일련의 행위는 조합의 형태로 구성되어 있다. 특히 신체수발과 가사지원 서비스가 나누어져 있는 것은 일본과 같다. 또한 기타 급여에서 시간대, 주말 및 공휴일, 중증도 등이 가산되어 있는 점에서도 일본과 매우 유사하다. 단, 독일의 경우에는 야간시간대에 대한 가산제도는 이루어지고 있지 않다. 이상 일본과 독일을 비교해 볼 때 우리나라의 경우의 방문요양 급여에는 중증도를 반영하고 있지 않음을 알 수 있다. 따라서 중증도에 대한 보상체계가 가산될 필요성은 있다고 판단되어진다.

그 외 독일은 수발보험급여에 해당하지 않지만 제공되는 서비스에 대하여 각 주별로 급여비를 산정하고 있다. 수발보험급여에 속하지 않는 서비스는 하루일과 작성, 지속적 수발(8시간 단위), 심리사회적 돌봄, 손톱손질, 머리감기와 이미용 도움, 긴급원조, 가계부 작성 등이 포함된다. 독일의 경우 지속적인 서비스와 심리사회적 돌봄(정서적 지원) 서비스를 비급여 내용으로 포함하고 있다는 점이 특이한 점이라고 할 수 있다.

〈표 7-19〉 독일 베를린 방문요양 급여비 (2004.1.1부터 적용)

<p>□ 베를린시의 재가과견시설인 Diakonie-Sozialstation Kreuzberg의 급여조합 (Leistungskomplex) 추가: 수발금고(Pflegekassen), 베를린시 건강과 사회부 (Senatsverwaltung fuer Gesundheit und Soziales)와 시설간의 협약</p> <p>- 급여조합은 단일로 또는 병합하여 제공될 수 있음.</p> <p>1. 수발보험급여</p> <p>○ 기본수발(Grundpflege) (단위: 유로)</p> <p>■ 급여조합 1: 확대된 작은 신체수발: 12.36</p> <p>- 침상 찾고 벗어나기, 옷 갈아입기, 부분세면, 구강과 치아 보호, 머리 빗기</p> <p>■ 급여조합 2: 작은 신체수발: 8.24</p> <p>- 옷 갈아입기, 부분세면, 구강과 치아 보호, 머리 빗기</p> <p>■ 급여조합 3: 확대된 큰 신체수발: 목욕 없음: 18.54 목욕 있음: 24.72</p> <p>- 침상 찾고 벗어나기, 옷 갈아입기, 세면, 샤워, 목욕, 면도, 구강과 치아 보호, 머리 빗기</p> <p>■ 급여조합 4: 큰 신체수발: 16.48</p> <p>- 옷 갈아입기, 세면, 샤워, 면도, 구강과 치아 보호, 머리 빗기</p> <p>■ 급여조합 5: 몸 눕히기: 4.12</p> <p>- 몸 눕히기, 침상 만들고 방향 정하기, 침상에서 움직이기</p> <p>■ 급여조합 6: 음식물 섭취 도움: 10.30</p> <p>- 식탁 찾고 떠나기, 식사와 물마시기 감시와 돕기, 음식섭취 할 때의 위생</p> <p>■ 급여조합 7: 장과 방광 비우기: 옷 갈아입기 없음: 3.30 옷 갈아입기 있음: 8.24</p> <p>- a): 배설처리를 포함한 장과 방광 비우기 돕기 b): 옷 갈아입기, 화장실 검사 시 동행하기 등</p> <p>■ 급여조합 8: 방 벗어나고 다시 찾아오기 돕기: 2.88</p> <p>- 방을 벗어나고 다시 찾아올 때 옷 갈아입기, 계단 오르내리기</p> <p>■ 급여조합 9: 집 밖에서 동반하기: 24.72</p> <p>- 직접 본인이 나타나야 하고, 가택 방문이 가능하지 않은 경우(산책이나 문화행사 아님), 보통 한달에 3번</p>	
--	--

○ 가사원조(Hauswirtschaftliche Versorgung)

- 급여조합 10: 방 데우기: 4.94

- 집안에 있는 난방 재료 조달과 찌꺼기 버리기

- 급여조합 11: 방 청소하기: 방 정돈: 3.71, 방 청소: 11.71

- a): 방 정돈, 쓰레기 버리기 등

b): 방 청소, 쓰레기 버리기, 욕조, 변기, 부엌 닦기, 거실/침실 치우기, 진공청소 등

- 급여조합 12: 빨래 및 세탁물 교환: 19.78

- 세탁물 교환(침대 시트 포함), 세탁물 정리(다림질 포함), 세탁물 정돈(대개 1주일에 한번 정도)

- 급여조합 13: 장보기: 9.89

- 장보기와 식사 플랜 준비, 생필품 장보기(보통 일주일에 두 번)

- 급여조합 14: 집안에서 따뜻한 식사 준비: 11.12

- 요리, 냉동식품 녹이기, 접시 닦기, 작업대 치우기

- 급여조합 15: 수발욕구자의 다른 식사 준비

- 배달된 식사 준비, 접시 닦기, 작업대 치우기

○ 기타 급여

- 급여조합 16: 첫 번째 방문: 24.72

- 병력, 수발계획 짜기 및 수발계약

- 급여조합 17

- 17a: 방문시 지불되는 정액: 월-금요일 6:00-22:00; 2.61

- 17b: 방문시 지불되는 정액: 월-금 22:00 6:00, 주말과 공휴일: 5.22

- 급여조합 18: SGB XI 3조 37항에 따라: 등급 I 과 II: 16.00

등급 III: 26.00

- 수발 욕구자 혹은 친척들에 대한 상담, 수발금고에 전달

2. 자부담자 혹은 복지사무소를 위한 급여

- 급여조합 31: 하루일과 작성: 12.36

1. 시간적, 공간적 가이드라인 지원

2. 하루일과 계획

3. 자력으로 가사일 하는 것 돕기

- 급여조합 32: 지속적 수발, 1-8시간: 19.96
 - 9-16시간: 17.90
 - 17-24시간: 13.29
 - 방문 시 하루정액: 6.65
- 1. 중증 신체장애와 특별한 수발욕구를 가졌을 때 개인적 지원
- 2. 주-야 감시, 지속적인 감독 및 예기치 못한 수발욕구를 위한 대기
- 급여조합 33: 심리사회적인 돌봄: 12.36
 - 수발과 관련된 의사소통을 넘어
 - 1. 사회적 접촉의 자극과 지원(친척, 그룹제공 등)
 - 2. 활력을 목적으로 한 대화의 유인, 담화 도와주기
- 급여조합 34: 메니큐어: 4.94
 - 1. 손톱손질 도움주기
- 급여조합 35: 머리감기와 이마용 시 도와주기: 10.30
 - 1. 머리감기 돕기
 - 2. 이마용 시 돕기
 - 3. 가발 손질 돕기
- 급여조합 36: 긴급 원조: 24.72
 - 긴급한 상황에서 첫 번째 처방, 의사, 친척, 경찰에게 연락하기, 대기하기,
- 급여조합 37: 가계부: 14.83
 - 가계부 작성 시 매월 정액

자료 : 한국보건사회연구원(2007), 독일·오스트리아 출장보고서

〈표 7-20〉 독일 베를린 방문요양 급여비 (2007년 11월 현재)

번호	서비스 내용	범주	점수	점수가치	금액(유로)
1	확대된 간단한 신체수발	기본수발	300	0.0420 유로	12.60
2	간단한 신체수발	기본수발	200		8.40
3	확대된 상당한 신체수발	기본수발	450		18.90
3	확대된 상당한 신체수발(목욕포함)	기본수발	600		25.20
4	상당한 신체수발	기본수발	400		16.80
5	높이기/침대높이기	기본수발	100		4.20
6	식사 도움	기본수발	250		10.50
7a	대소변 배설 및 지원	기본수발	80		3.36
7b	대소변 배설: 특히 1. 옷 벗고 입기, 2. 대소변 수발 및 지원, 3. 생식기부위 청결 포함	기본수발	200		8.40
8	집안 출입 도움	기본수발	70		2.94
9	외출 동행	기본수발	600		25.20
10	집안 난방	가시수발	120		5.04
11a	집안 정리, 쓰레기 분리 및 버리기, 설거지 및 정리	가시수발	90		3.78
11b	집안 청소, 쓰레기 분리 및 버리기, 욕조, 변기, 부엌, 거실 및 침실 청소, 청소기/ 물걸레 청소, 설거지/ 먼지 닦기	가시수발	270		11.34
12	세탁물, 의복 교환 및 빨래	가시수발	480		20.16
13	장보기	가시수발	240		10.08
14	수발자 집에서 따뜻한 식사 준비 (휠체어에서 따뜻한 식사는 아님)	가시수발	270		11.34
15	수발자 집에서 이외의 식사 준비 (휠체어에서 식사 포함)	가시수발	90		3.78
16	첫 방문		700		29.40
17a	추가금액, 월-금요일 06시-22시		65		2.73
17b	추가금액, 월-금요일 22시-06시, 주말과 법정공휴일		130		5.46
18	수발보험법 37조, 3항에 의한 수발투입(요양현금급여를 받는 수발자를 위한 전문요양인 조인)		-		16.00

자료: Die Entwicklung der Pflegeversicherung, vierter Bericht, Bundesministerium fuer Gesundheit, Anlage 4, p. 72

제4절 장애인장기요양보장제도 수가 평가 및 개선방안

1. 서비스이용행태 분석에 기반한 수가 적정성 평가 및 개선방안

첫째, 장기요양등급별 서비스이용시간 분석결과에 의하면, 중증도가 높거나 중간 등급의 경우는 급여액의 한도내에서 서비스이용을 하고 있는 것으로 나타났다.

둘째, 시범사업에서 나타난 활동보조등급별 활동보조서비스 이용시간 및 비용을

기준으로 보면, 1등급을 100으로 볼 때, 2등급은 79.4, 3등급은 60.3, 4등급은 46.2의 이용수준을 보이는 것으로 나타났다.

셋째, 시범사업에서 나타난 요양등급별 활동보조서비스 이용시간 및 비용을 기준으로 보면, 1등급을 100으로 볼 때, 2등급은 82.3, 3등급은 73.2, 4등급은 62.6의 이용수준을 보이는 것으로 나타났다.

넷째, 시범사업 분석결과, 뇌병변장애유형이 활동보조서비스이용시간이 가장 길었고, 그 다음이 지체장애유형, 신장장애유형, 정신장애유형, 간질장애유형, 시각장애유형, 지적장애유형, 자폐성장애유형, 청각장애유형, 호흡기장애유형 순으로 나타났다. 뇌병변장애유형의 활동보조서비스이용시간을 100으로 볼 때, 가장 작은 활동보조서비스이용시간을 보인 호흡기장애유형은 45.4 수준이었다.

다섯째, 지역별 서비스이용시간의 편차도 상당히 컸다. 가장 서비스이용시간이 많은 지역은 광주 남구였다. 가장 서비스이용시간이 높은 광주 남구의 서비스이용시간을 100으로 할 때, 가장 서비스이용시간이 낮은 경기 이천의 서비스이용시간은 74.9 수준으로 나타났다.

여섯째, 성별 서비스이용시간 분석결과를 살펴보면, 월평균 활동보조서비스 이용시간을 기준으로 남성은 63.9시간, 여성은 62.0시간으로 나타나, 성별간 서비스이용시간은 거의 차이가 나지 않는다. 남성의 서비스 이용시간을 100으로 볼 때, 여성의 서비스이용시간은 97.0 수준이다.

일곱째, 연령별 서비스이용시간을 월평균 활동보조서비스 이용시간을 기준으로 살펴보면, 50-59세 집단이 70.2시간으로 가장 서비스이용시간이 길고, 60-64세, 20-29세, 30-39세, 40-49세, 19세 미만 순으로 나타났다. 50-59세 집단의 활동보조서비스 이용시간을 100으로 보면, 60-64세는 98.4, 20-29세는 98.2, 30-39세는 95.2, 40-49세는 93.3, 19세 미만은 70.9 수준으로 나타났다.

여덟째, 소득수준별 서비스이용시간을 월평균 활동보조서비스 이용시간 기준으로 살펴보면, 서비스이용시간이 63.9시간으로 가장 긴 국민기초생활보장대상의 서비스 이용시간을 100으로 할 때, 차상위 120%는 92.2, 차상위 120-300%는 97.3, 차상위 300% 초과는 88.6 수준으로 나타났다.

아홉째, 장애인장기요양 서비스이용시간에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분

석 결과, 장기요양등급의 중증도가 높을수록, 장애등급의 중증도가 높을수록 서비스 이용시간이 유의미하게 많은 것으로 나타났다. 또한 연령이 높을수록 서비스이용시간이 많은 것으로 나타났다. 그러나 성별과 소득수준은 서비스이용시간에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이와 같은 분석결과는 장기요양 욕구수준이 높을수록 보다 많은 서비스이용시간을 활용되었다는 점에서 당초 장애인장기요양제도의 목적대로 바람직하게 서비스이용이 이루어지고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다. 한편, 성별이나 소득수준 등의 인적특성 등이 서비스이용수준에 유의미한 영향을 주지 않은 것으로 나타난 결과는 인적특성이 서비스이용에 장애요인으로 작용하지 않는다는 점에서 이 역시 당초 제도설계의 목적대로 바람직한 결과라고 보인다.

또한 수가의 수준, 즉 활동보조서비스 비용의 시간당 수가 8,000원은 노인요양보험제도에 비해서도 낮고, 노인돌봄바우처제도(시간당 9,200원)에 비해서도 낮은 수준이므로, 기관의 평균 수급자 규모를 고려한 적정 관리인력 인건비 및 관리운영비용을 고려한 실증적인 경영수지 분석에 입각하여 수가수준을 현실화하여 상향조정하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

2. 일본과 독일의 방문요양서비스 수가 및 차등수가 사례분석에 기반한 차등수가 개발방안

일본의 방문요양 개호수가는 이용자의 요개호도에 상관없이 제공되는 서비스내용이나 서비스 양(시간)에 착목하고 제공시간에 따라 설정되는 「방문개호비」, 그리고 서비스 질에 관한 일정의 요건을 충족시킨 사업소의 방문이나 조조 심야 등의 시간 외의 방문 등의 「가산」으로 구성된다.

일본은 야간, 조조의 경우, 소정 단위수의 25%, 심야는 50%로 가산하고 있다. 야간(오후 6시~10시), 조조(오전 6시~8시)에 방문개호를 한 경우 방문개호비의 단위 수에 「25/100」을 곱한 단위수를 가산하고, 심야(오후 10시~오전6시)에 행한 경우는 「50/100」을 곱한 단위수를 가산하여 산정한다. 또한 서비스시간이 「조조시간대부터 통상시간대」 등 시간대가 걸쳐지는 경우, 서비스 「개시」 시간을 기준으로 시간대에 걸리는 가산을 산정한다. 예를 들면, 7시30분부터 「1시간이상 1시간 30분미만」의 서비스를 한 경우, 개시시간이 「조조시간대」에 해당하므로 「조조가

산」으로 소정 단위수에 25/100을 곱한 단위수를 산정한다. 서비스 개시시간이 약간 이른 아침시간대에 걸리는 경우 예를 들어 케어플랜 상 7시50분부터 서비스가 시작되는 경우에는 “서비스 개시시간”을 기준으로 하면 서비스전체로서 조조가산의 대상이 되지만, 가산의 대상이 되는 서비스시간이 전체시간을 차지하는 비율이 낮은 경우에는 가산을 산정할 수 없도록 되어 있다.

일본은 2006년 4월 개호수가가 개정으로 방문개호의 경우에는 ‘생활지원(나라의 가사지원과 유사)’ 서비스의 적절한 이용을 위하여 30분 증가마다 가산하는 것을 폐지하고 1시간 이상의 서비스는 정액으로 설정하였다. 종래는 「신체개호」, 「생활지원」 모두 장시간 이용이 상정되어 있었지만, 개정에 의하여 「생활지원」은 이용의 적정화를 도모하기 위하여 1시간 이상의 서비스는 정액설정이 되고 30분씩 연장될 때마다의 가산은 폐지되었다.

독일의 방문요양 수가는 오히려 행위별 수가에 가깝다. 수발 행위별 조합에 대한 개별적 가격이 책정되어 있고 각각의 시설은 독립적이고 고유한 경쟁적 위치에서 서비스 내용을 구성한다. 독일의 수가체계가 매우 세분화되어 있는 편이기도 하지만, 기본적인 일련의 행위는 조합의 형태로 구성되어 있다. 특히 신체수발과 가사지원 서비스가 나누어져 있는 것은 일본과 같다. 또한 기타 급여에서 시간대, 주말 및 공휴일, 중증도 등이 가산되어 있는 점에서도 일본과 매우 유사하다.

수발보험급여는 기본수발과 가사원조 그리고 기타급여로 나뉘어진다. 기본수발은 신체수발과 체위변경, 음식물 섭취도움, 배설처리, 집밖 외출 동행 등으로 구성된다. 가사원조는 청소, 세탁, 식사준비 등이 포함된다. 기타급여에는 수발계획, 심야(22시 이후) 및 조조(06시 이전), 주말 및 공휴일 방문에 대한 가산, 중증도(1, 2등과 3등급)에 따른 가산 등이 포함되어 있다.

- 방문시 지불되는 정액: 월-금요일 6:00-22:00; 2.61
- 방문시 지불되는 정액: 월-금 22:00 6:00, 주말과 공휴일:5.22

다시 정리하면, 야간 및 휴일에 대한 차등수가의 경우 일본은 시간대에 따라 기준 수가에 25% 혹은 50%를 가산하고 있으며, 독일은 야간시간과 휴일에 대한 가산은

기준수가에 100%이다. 즉, 야간 및 휴일의 경우, 일본은 125~150%, 독일은 200% 수가가 지급되고 있다. 이와 같은 일본과 독일의 사례를 참조하여 장애인장기요양의 야간 및 휴일가산을 실시하는 방안에 대해 검토해보는 것이 필요하다.

3. 장애인장기요양 2차 시범사업 수가(안)

가. 급여종류별 수가

1차 시범사업에서 장애인활동보조지원사업에는 활동보조서비스, 방문간호서비스, 방문목욕서비스가 급여종류에 포함되어 제공되었다. 1차 시범사업에서 활동보조서비스는 시간당 8,000원 정액으로 책정되었고, 방문간호서비스와 방문목욕서비스는 노인장기요양보험제도의 급여수준에 맞추어 이루어졌다.

활동보조서비스의 경우 8,000원은 6,000-6500원의 활동보조인의 시간당 인건비와 20%정도의 관리운영비를 고려하여 산출된 서비스 수가이다.

먼저, 유사한 서비스와의 상대적인 수가수준을 비교해보자. 활동보조서비스의 시간당 8,000원 수가는 노인돌봄바우처 9,200원에 비해 1,200원 낮은 수준이고, 노인장기요양보험에 비해서는 30분수가 10,680원, 60분수가 16,120원에 비해 많이 낮은 수준이다. 이와 같이 유사한 서비스 수가에 비해 장애인활동보조서비스의 수가 수준이 상대적으로 낮다고 평가된다.

다음으로, 장애인활동보조서비스의 절대적인 수가수준의 관점에서 고려해보자. 절대적 수가수준이란 서비스에 투입되는 비용이 보상되는데 필요한 수준을 의미한다. 수가는 ‘투입원가(인건비+관리운영비) + 알파’로 구성된다. 그러므로 장애인활동보조인서비스 산출에 필수적인 투입요소와 투입요소별 단가의 적정수준에 대한 파악이 필요하다. 투입요소의 구성과 양은 국가의 서비스 표준 설정에 의해 규정을 받는다.

장애인활동보조인서비스의 내용은 그 역사적 본질과 특성상 전문가에 의해 평가된 욕구를 충족시켜주는 서비스가 제공되는 성격이라기 보다는 장애인 당사자가 원하고 요구하는 활동을 지원해주는 특성이 강하다. 따라서 서비스 수가 구성시 직접 서비스인력의 인건비 외에 전문적 수퍼비전을 담당하는 전문인력의 구성을 필수적으로 포함시키지 않고 있다. 이는 노인장기요양보험제도와 구분되는 지점이다. 노인장

기요양보험의 방문요양서비스도 간접 전문인력에 대한 규정이 매우 약화된 상태이긴 하지만, 전문적 관리를 담당하는 간접인력을 필수인력으로 포함하고 있고, 이 부분이 서비스 단가에 포함되어 있다. 이러한 점을 고려할 때, 장애인활동보조인서비스는 노인장기요양보험제도의 방문요양서비스와는 다른 투입요소를 가지므로 서비스 단가가 상이한 부분이 이해될 수 있으며, 노인장기요양보험 방문요양수가보다 낮은 것은 이해할 수 있다. 그러나, 노인돌봄바우처와는 서비스 투입 구성요소에 있어 차별성이 없으므로 유사한 수준에서 수가가 결정되는 것이 합리적이다.

투입요소별 단가를 고려할 때, 직접서비스 인건비의 측면에서 노인장기요양보험 방문요양서비스는 240시간의 교육과 함께 2010년 8월 이후부터는 국가시험자격을 통과하여 취득하는 요양보호사 1급 자격을 갖추고 있는 것을 요구한다. 그러나 장애인활동보조인 인력 자격은 교육시간도 그보다 작고 서비스 인력에 대한 자격요건이 약하므로 직접서비스 인건비가 노인장기요양보험보다 낮게 책정되는 것이 합리적이다. 반면 노인돌봄바우처 서비스 인력과는 차이가 없기 때문에 유사한 인건비 책정이 필요하다. 또한 투입요소 중 관리운영비는 클라이언트 수 및 서비스 이용량에 따른 서비스제공기관의 규모에 따른 규모의 경제가 영향을 미친다. 즉 클라이언트 수를 많이 확보한 큰 규모의 기관일수록 서비스건당 실제 관리운영비는 작게 들기 때문에, 이윤이 남을 수 있는 구조이고, 기관의 규모가 작을수록 서비스건당 관리운영비가 많이 들기 때문에 경영에 어려움을 가질 수 있다. 따라서 클라이언트 규모에 따라 서비스 수가를 달리 설정하되, 정책적으로 유도하고자 하는 기관 규모를 고려하여 수가를 설정하는 것이 필요할 것이다.

한편, 장애인활동보조 서비스 수가 산정에서 고려해야 하는 부분으로 장애인활동보조인의 이동거리에 따른 감안이 필요하다. 노인장기요양보험에서는 평균적으로 고려하여 수가내에 전체적으로 반영한 구조인데, 이에 대한 불만과 비합리적이라는 지적이 계속 제기되는 실정이다. 따라서 장애인활동보조 서비스 수가 산정시에는 이동거리에 대한 수가를 감안할 필요가 있는 경우를 명시하여(예컨대, 해당지역에 서비스제공기관이 없는 경우 등), 명시적으로 이동거리에 따른 서비스수가를 산정하는 것을 검토할 수 있다.

그러나 장애인활동보조 서비스의 경우, 노인장기요양보험제도나 노인돌봄바우처는

1일 서비스인력이 2명 이상의 서비스 이용자에게 서비스를 제공하는 경우와 달리, 서비스인력 1일 1명의 서비스 이용자에게 5-6시간 가량을 제공하는 형태로 서비스 이용이 이루어지고 있는 특성을 가진다. 이는 서비스 수가 산정시 누수되는 시간이 노인장기요양보험제도 및 노인돌봄바우처제도에 비해 작음을 의미한다.

이상과 같은 점들을 고려할 때, 장애인활동보조서비스 수가 수준은 노인장기요양보험제도보다 낮고, 노인돌봄바우처보다도 낮게 설정되는 것이 투입대비 보상 차원의 관점에서 적절한 것으로 생각된다. 적정수준의 수가수준은 장애인활동보조서비스를 전문적 서비스 관리가 필요한 성격으로 발전시켜 나갈 것인지, 아니면 현재와 같이 장애인 당사자의 요구에 따라 활동지원을 하는 보조원 성격으로 유지시켜 나갈 것인지가 정책적으로 결정되어야 서비스 투입요소가 결정되고, 이에 따른 적정수가 산출될 수 있다. 하지만, 현행과 같이 장애인 자립적 생활을 위해 필요한 활동을 장애인 당사자 요구에 따라 충족하는 성격으로 유지된다면, 전문적 간접서비스 인력의 인건비를 포함하지 않은 직접서비스 인력의 인건비와 관리운영비가 포함되는 것이 적절할 것이다. 서비스 직접인건비가 시간당 6,000-7,000원 수준이고, 4대보험 가입이 이루어져야 한다면, 인건비용만 6,800-7,900원 수준이 되기 때문에 관리비용을 통상적인 20% 수준보다 낮은 15% 수준만 고려하더라도(장애인활동보조서비스는 1회당 서비스 시간이 길어 서비스시간에 비해 서비스 청구건수가 비교적 작으므로) 8,000-9,000원 수준은 확보되어야 할 것이다. 현행 수가가 시간당 8,000원임으로 추후 시범사업에서는 시간당 단가의 인상을 고려할 필요가 있다.

한편, 장애인장기요양제도가 장애인활동보조지원사업의 성격으로 정리된다면, 방문간호 및 방문목욕서비스를 장애인활동보조지원사업의 급여내용으로 계속 포함할 것인지에 대한 정책판단이 필요할 것으로 생각된다. 그 이유는 첫째, 장애인장기요양 등급별 급여이용행태에서 나타나듯이, 대부분의 서비스 이용자들이 활동보조서비스 중심으로 서비스가 이용될 뿐 아니라, 방문간호 및 방문목욕서비스 이용 수준과 장애인장기요양등급 간에는 특정한 상관관계를 보이지 않기 때문이다. 둘째, 방문목욕서비스의 경우 활동보조서비스를 이용하여 충족될 수 있는 욕구이기도 하다. 셋째, 장애인장기요양 대상만으로 방문목욕 및 방문간호 서비스 제공기관이 운영되기 어렵기 때문이다. 따라서 2차 시범사업에서는 활동보조서비스만을 급여내용으로 하는 서

비스를 운영하는 것도 고려할 수 있다. 만일 서비스종류를 계속 유지해야 한다면, 방문목욕 및 방문간호는 1차시범사업과 같이 노인장기요양보험과 동일한 수가를 적용하는 것이 적절할 것으로 생각된다.

나. 등급별 급여수준

장애인장기요양 2차 시범사업의 등급별 급여수준은 활동보조서비스 단가의 변동에 따라 달라질 것이다. 즉, 현재 시간당 8,000원 정액으로 책정되어 있는 활동보조서비스 단가가 인상됨에 따라 총급여수준은 변동될 것이다. 여기에서는 등급별 서비스제공량의 적정수준에 대해 평가해 보고자 한다.

첫째, 1차 시범사업에서 서비스 이용행태 분석에 근거해 보면, 장애인장기요양 1등급 100시간 정도의 서비스량은 적정한 것으로 보여진다. 1차 시범사업 서비스 이용행태에서 1등급의 서비스이용량은 평균 91.4시간으로 나타나, 100시간 정도내에서 욕구가 충족되는 것으로 판단된다.

둘째, 13-16등급에 해당하는 활동보조등급 4등급의 경우에는 서비스이용량이 40시간으로 책정되어 있는데 비해, 시범사업기간 동안 실제로는 42~46시간의 활동보조서비스를 이용한 것으로 나타나고 있다. 따라서 활동보조등급 4등급에 대한 서비스시간을 45시간 정도로 책정하는 것이 적절할 것으로 판단된다(표 7-24, 표 7-25 참조).

〈표 7-21〉 활동보조등급별 급여수준 및 서비스이용수준 비교

등급	활동보조등급	
	급여수준 (1등급=100)	서비스이용수준 (1등급=100)
1	100	100
2	80	79.4
3	60	60.3
4	40	46.2

〈표 7-22〉 장애인장기요양등급별 활동보조서비스 급여이용현황 및 급여이용율

등급	활동보조 서비스 월이용횟수	활동보조 서비스 월이용시간	활동보조 서비스 월이용급여액(a)	활동보조 서비스 월이용급여한도(b)	급여한도와 실이용금액의 차이 (b-a)	급여이용율 (a/b*100)
1등급	16.8	91.4	731,051	800,000	68,949	91.4%
2등급	16.3	94.3	754,587	800,000	45,413	94.3%
3등급	16.1	85.0	680,309	800,000	119,691	85.0%
4등급	14.7	76.4	611,200	800,000	188,800	76.4%
5등급	15.4	82.6	660,619	640,000	- 20,619	103.2%
6등급	13.4	72.1	577,115	640,000	62,885	90.2%
7등급	13.1	69.8	558,547	640,000	81,453	87.3%
8등급	9.7	61.0	488,000	640,000	152,000	76.3%
9등급	13.2	58.1	464,909	480,000	15,091	96.9%
10등급	11.7	58.3	466,435	480,000	13,565	97.2%
11등급	11.3	51.9	415,565	480,000	64,435	86.6%
12등급	8.6	45.5	364,064	480,000	115,936	75.8%
13등급	12.6	45.5	364,157	320,000	- 44,157	113.8%
14등급	9.8	40.8	326,765	320,000	- 6,765	102.1%
15등급	9.6	41.3	330,704	320,000	- 10,704	103.3%
16등급	7.3	42.6	340,733	320,000	- 20,733	106.5%
평균	12.6	63.1	504,936	560,000	55,064	90.2%

다. 휴일 및 야간수가

휴일 및 야간수가의 경우, 일본 및 독일의 외국 사례에서 보면, 일본은 서비스단가의 25-50%를 가산하여 주도록 하고 있으며, 독일은 서비스 단가의 100% 를 가산하여 수가를 설정하고 있다.

우리나라 근로기준법 제56조는 사용자는 연장근로(법정근로시간을 초과한 근로), 야간근로(오후 10시부터 오전 6시까지 사이의 근로) 또는 휴일근로에 대하여는 통상임금의 1/2 이상을 가산하여 지급하여야 하며, 이러한 법정수당이의 당사자간에 별도로 정한바가 없다면 사용자가 추가적인 임금을 지급할 의무는 없다고 명시하고 있다.

또한, 우리나라 노인장기요양보험제도는 방문요양의 경우, 야간(18-22시) 수가는 20% 가산, 심야(22-06시) 및 휴일 수가는 30% 가산을 적용하고 있다.

장애인활동보조서비스의 경우, 유사한 서비스인 노인장기요양보험제도의 적용기준을 준용하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 근로기준법은 50% 가산을 명시하고 있으나, 강제조항은 아니므로, 노인장기요양보험의 적용기준을 준용하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

라. 본인부담수준

1차 시범사업에서 장애인활동보조서비스의 본인부담수준은 월 4만원을 정액으로 부담하되, 시범사업 종료후 서비스이용량에 따라 본인부담금 잔액을 환급하는 방식으로 운영해왔다. 기초생활수급자는 면제이며, 최저생계비 120% 이하 차상위층은 일반계층의 50% 수준인 월 2만원을 부담한다.

1차 시범사업의 서비스 이용행태 분석결과에 따르면, 평균 서비스이용액이 50.4 만원이므로 월 4만원의 본인부담수준은 약 8% 정도의 서비스비용을 본인부담한 셈이다.

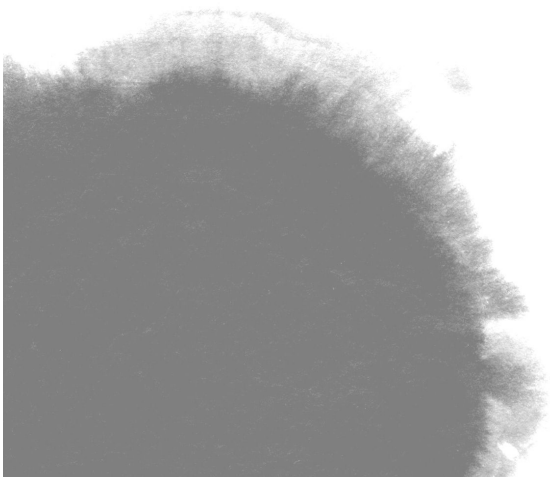
노인장기요양보험의 본인부담은 재가서비스의 경우 서비스수가의 15%이다. 기초수급자는 면제, 차상위저소득층은 50% 경감은 동일하다.

장애인활동보조서비스가 서비스이용자가 비용의식적으로 서비스 이용을 할 수 있도록 소득이 일정수준이상인 경우 상한액을 둔 정률적인 자부담으로 하는 등 소득역진현상을 제거하는 방향으로 본인부담금 체계를 고려할 필요가 있다.

그러나 장애인단체에서 본인부담액이 장벽이 되어 서비스 이용에 제한을 받게 되는 것에 대한 우려를 표명하고 있는 바, 본인부담이 서비스이용에 장애가 되지 않도록 고려하는 방안이 필요하다. 장애요양 등급이 높을수록 서비스 필요도는 더욱 높고, 서비스 이용가능 자원은 제약될 가능성이 높기 때문이다.

또한 소득등급별로는 기초수급자 면제, 차상위층 50% 경감 원칙은 유지된다. 차상위층 기준을 최저생계비 120%보다 확대하여 150% 수준까지 적용하는 방안을 고려하는 것이 필요하다. 장애인의 최저생계비는 일반최저생계비보다 많이 든다는 점을 고려한 제안이다.

장애인장기요양서비스 통합적 연계를
위한 전달체계 방안



제8장 장애인장기요양서비스 통합적 연계를 위한 전달체계 방안

제1절 시범사업 서비스 제공기관에 대한 현황 분석 및 역량강화 방안

1. 시범지역 서비스 제공기관의 현황

2009년 9월 1일부터 2010년 1월 31일까지 실시한 장애인장기요양보장제도 시범사업 지역의 장애인복지시설, 활동보조서비스 제공기관, 재가장기요양기관의 현황을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 시범지역의 장애인복지시설을 지역별로 살펴보면 다음과 같다.

서울특별시 서초구의 경우 총 24개소로, 장애인지역사회재활시설이 18개소인 것으로 나타났다.

광주광역시 남구의 경우 총 11개소로, 장애인지역사회재활시설이 7개소인 것으로 나타났다.

경기도 이천시의 경우는 총 14개소로 장애인 생활시설이 7개소인 것으로 나타났다.

전라북도 익산시의 경우는 총 26개소로 장애인생활시설이 12개소, 장애인지역사회재활시설이 9개소인 것으로 나타났다.

제주특별자치도 서귀포시의 경우는 총 9개소로 장애인지역사회재활시설이 4개소인 것으로 나타났다.

부산광역시 해운대구의 경우 총 8개소로 장애인지역사회재활시설이 4개소로 나타났다.

〈표 8-1〉 시범지역 장애인복지시설 현황

(단위 : 개소)

	계	장애인 생활시설	장애인 지역사회 재활시설	장애인직업 재활시설	장애인 유료복지 시설	장애인 생산품 판매시설	비 고
서울 서초구	24	2	18	4			
광주 남구	11	2	7	2	0	0	
경기 이천	14	7	3	4	-	-	-
전북 익산	26	12	9	4	-	1	
제주 서귀포	9	2	4	2			1
부산 해운대	8	3	4	1			
전체	92	28	45	17	0	1	1

주1) 서울 서초구, 경기도 이천시, 전북 익산시, 제주 서귀포시, 부산 해운대구 : 2009년 4월말 기준

주2) 광주 남구 : 2009년 5월말 기준

자료 : 보건복지부 내부자료, 장애인장기요양보장제도 시범사업 신청서(2009. 6)

시범지역 활동보조서비스 제공기관의 현황을 지역별로 살펴보면 다음과 같다. 서울 특별시 서초구의 경우 총 2개소이며 활동보조인은 262명인 것으로 나타났다. 광주 광역시 남구의 경우 총 2개소이며 활동보조인은 110명인 것으로 나타났다. 경기도 이천시의 경우 총 1개소이며 활동보조인은 66명인 것으로 나타났다. 전라북도 익산시의 경우는 총 4개소이며 활동보조인은 86명인 것으로 나타났다. 제주특별자치도 서귀포시의 경우는 총 2개소이며 활동보조인은 48명인 것으로 나타났다. 부산광역시 해운대구의 경우는 총 3개소로 활동보조인은 130명인 것으로 나타났다.

〈표 8-2〉 시범지역 활동보조서비스 제공기관 현황

(단위 : 개소, 명)

		계	중증장애인 자립생활센터	장애인 지역사회재활시설	지역자활센터	비 고
서울 서초구	기관 수	2	1	1		
	활동보조인	262	176	86		
광주 남구	기관 수	2	2	-	-	
	활동보조인	110	110	-	-	
경기 이천	기관 수	1	-	-	-	1(경기도 장애인복지회 이천시지부)
	활동보조인	66	-	-	-	66
전북 익산	기관 수	4		2	2	
	활동보조인	86		43	43	
제주 서귀포	기관 수	2	1	1		
	활동보조인	48	14	34		
부산 해운대	기관 수	3	1		1	1(복지관)
	활동보조인	130	83		33	14
전체	기관 수	14	5	4	3	2
	활동보조인	716	388	167	79	82

주1) 활동보조인 : 기준일 현재 활동보조 제공기관에 소속되어 있는 활동보조인 수

주2) 서울 서초구, 경기도 이천시, 전북 익산시, 제주 서귀포시, 부산 해운대구 : 2009년 4월말 기준

주3) 광주 남구 : 2009년 5월말 기준

자료 : 보건복지부 내부자료, 장애인장기요양보장제도 시범사업 신청서(2009. 6)

시범지역 재가장기요양기관의 현황을 지역별로 살펴보면 다음과 같다.

서울특별시 서초구의 경우 재가장기요양기관은 총 33개소로 방문요양기관이 22개소, 방문목욕기관이 17개소, 방문간호기관이 3개소인 것으로 나타났다.

광주광역시 남구의 경우 재가장기요양기관은 총 63개소로 방문요양기관이 45개소, 방문목욕 기관이 9개소, 방문간호기관이 1개소인 것으로 나타났다.

경기도 이천시의 경우 재가장기요양기관은 총 63개소로 방문요양기관이 27개소, 방문목욕기관이 21개소, 방문간호기관이 6개소인 것으로 나타났다.

전라북도 익산시의 경우 재가장기요양기관은 총 109개소로 방문요양기관이 61개소, 방문목욕기관이 31개소, 방문간호기관이 3개소인 것으로 나타났다.

제주특별자치도 서귀포시의 경우 재가장기요양기관은 총 44개소로 방문요양기관이 19개소, 방문목욕기관이 17개소, 방문간호기관이 1개소인 것으로 나타났다.

부산광역시 해운대구의 경우 재가장기요양기관은 총 67개소로 방문요양기관은 38개소, 방문목욕기관은 23개소, 방문간호기관은 5개소인 것으로 나타났다.

〈표 8-3〉 시범지역 재가장기요양기관 현황

(단위 : 개소)

		재가장기 요양기관	방문요양 기관	방문목욕 기관	방문간호 기관	주·야간보호 기관	단기보호 기관	비 고
서울 서초구	기관 수	33	22	17	3	5	4	
	요양보호사 (방문간호사)	534 (71)	501	0	0 (71)	15	18	
광주 남구	기관 수	63	45	9	1	5	3	
	요양보호사 (방문간호사)	842 (9)	774	49	0 (2)	11 (4)	8 (3)	
경기 이천	기관 수	63	27	21	6	5	4	
	요양보호사 (방문간호사)	78	30	30	2	9	7	
전북 익산	기관 수	109	61	31	3	8	6	
	요양보호사 (방문간호사)	1,099	757	316	5	15	6	
제주 서귀포	기관 수	44	19	17	1	5	2	
	요양보호사 (방문간호사)	314 (8)	151 (0)	142 (0)	0 (1)	18 (5)	3 (2)	
부산 해운대	기관 수	67	38	23	5	6	4	
	요양보호사 (방문간호사)	2,453	1,982	207	5	69	190	
전체	기관 수	3,246	2,425	655	26	102	65	
	요양보호사 (방문간호사)	5,666 (88)	4,385	845	28 (74)	166 (9)	251 (5)	

주1) 기관 수 : 한 기관에서 복수의 급여를 제공하는 경우 중복산정 예) A기관에서 방문간호와 방문목욕을, B기관에서 방문목욕을 제공하는 경우 재가장기요양기관은 2개소, 방문간호기관 1개소, 방문목욕기관 2개소로 산정

주2) 요양보호사 : 기준일 현재 요양기관에 소속되어 있는 요양보호사 수 (방문간호기관은 방문간호사 · 방문간호조무사 등 방문간호 장기요양요원 수)

주3) 서울 서초구, 경기도 이천시, 전북 익산시, 제주 서귀포시, 부산 해운대구 : 2009년 4월말 기준

주4) 광주 남구 : 2009년 5월말 기준

자료 : 보건복지부 내부자료, 장애인장기요양보장제도 시범사업 신청서(2009. 6)

2. 시범지역 서비스 제공기관의 선정 원칙

장애인장기요양보장제도 시범사업 지역의 서비스 제공기관 중 다음의 선정 원칙에 따라 대안별, 서비스 유형별로 서비스 제공기관을 선정하였다. 장애인장기요양보

장제도 시범사업 세부 매뉴얼(2009.7)에 제시된 시범사업 서비스 제공기관의 조건은 다음과 같다.

먼저, 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우 시범지역의 활동보조서비스 제공기관, 방문간호서비스 제공기관, 방문목욕서비스 제공기관 중 다음과 같은 조건에 해당하는 기관이 참여하도록 하였다. 먼저 활동보조서비스 제공기관의 경우 시범지역 내에서 '09. 6월말 현재 활동보조서비스 제공기관으로 지정되어 있는 기관이 참여하도록 하였다. 방문간호·방문목욕서비스 제공기관의 경우 지자체장(시·군·구청장)이 지역 내 노인장기요양보험법상의 재가장기요양기관(방문간호·방문목욕서비스 제공기관) 중에서 아래의 선정원칙에 따라 각각 2개소까지 선정할 수 있도록 하였다. 단, 해당기관이 희망하지 않을 경우 그 기관을 제외한 나머지 기관 중 선정할 수 있도록 하였으며, 시·군·구청장은 제공기관 선정 결과를 2009년 7월 31일까지 한국사회서비스관리원으로 공문을 통하여 통보하는 식으로 선정하였다.

〈표 8-4〉 (제1안) 방문간호·방문목욕서비스 제공기관 선정원칙

【 선 정 원 칙 】
<ol style="list-style-type: none"> 1. '09. 6월말 현재 활동보조서비스 제공기관이며, 이와 동시에 노인장기요양보험법상의 재가장기요양기관으로 지정되어 방문간호·방문목욕서비스를 제공하고 있는 기관을 우선적으로 선정 2. 시범사업의 취지를 이해하고, 적극 협조가 가능한 비영리기관을 우선적으로 선정 3. 사업 실적 및 인프라 구축이 우수한 상위 1~2위 기관 선정 (시설인프라, 이용자 수, 종사자 수 등 '09. 6월말 현재 실적 기준)

제2안 노인장기요양보험제도에 장애인 포함방안의 경우 시범지역의 방문요양 서비스 제공기관, 방문간호서비스 제공기관, 방문목욕서비스 제공기관 중 다음과 같은 조건에 해당하는 기관이 참여하도록 하였으며, 시범지역의 지자체장(시·군·구청장)이 아래의 선정원칙에 따라 선정하도록 하였다.

〈표 8-5〉 (제2안) 방문요양·방문간호·방문목욕서비스 제공기관 선정원칙

【 선 정 원 칙 】

1. ‘09. 6월말 현재 활동보조서비스 제공기관이며, 이와 동시에 노인장기요양보험제도의 재가장기요양 기관으로 지정되어 방문요양·방문목욕서비스를 제공하고 있는 기관 선정
2. 노인장기요양보험제도의 재가장기요양기관으로 방문요양·방문목욕·방문간호서비스를 동시에 제공하고 있는 기관 선정(‘09. 6월말 현재 실적 기준)

제1안과 제2안 모형을 실시함에 따라 시범사업 지역의 서비스 제공기관 선정과 관련하여 한국사회서비스관리원과 국민건강보험공단은 필요 시 지자체에 해당지역의 서비스 제공기관에 대한 정보를 제공할 수 있도록 하였다.

3. 시범사업 서비스 제공기관 및 제공인력 현황

먼저, 1안을 실시한 5개 지역³⁸⁾의 경우는 총 19개 기관, 서비스 제공인력은 총 552명이 참여하였다. 활동보조 서비스 제공기관은 총 9개소, 서비스 제공인력은 총 421명이었으며, 방문목욕 서비스 제공기관은 총 6개소로 서비스 제공인력은 총 94명, 방문간호 서비스 제공기관은 총 5개소로 서비스 제공인력은 총 37명으로 나타났다³⁹⁾. 이를 지역별로 살펴보면 다음과 같다.

서울특별시 서초구의 경우 활동보조서비스 제공기관은 사랑의 복지관, 서초장애인 자립생활센터 2개소가 선정되었으며, 방문간호서비스 제공기관은 서울성모병원, 방문목욕서비스 제공기관의 경우는 사회복지법인 노인낙원효도사업단 각각 1개소가 선정되었다.

광주광역시 남구의 경우 활동보조서비스 제공기관은 광주지적장애인자립지원센터와 열린케어장애인자립생활센터 2개소가 선정되었으며, 방문간호서비스 제공기관은 인구보건복지협회광주전남지회 1개소, 방문목욕서비스 제공기관의 경우는 광주공원 노인복지센터와 효사랑노인복지센터 2개소가 선정되었다.

38) (제1안) 활동보조서비스 확대안 시범지역 : 서울 서초구, 광주 남구, 경기 이천시, 전북 익산시, 제주 서귀포시

39) 방문목욕, 방문간호 간 서비스 제공인력 26명 중복됨.

경기도 이천시의 경우 활동보조서비스 제공기관은 사단법인 경기도장애인복지회 이천시지부 1개소가 선정되었으며, 방문간호서비스 제공기관은 마장소망노인복지센터 1개소, 방문목욕서비스 제공기관의 경우는 은빛노인복지센터 1개소가 선정되었다.

전라북도 익산시의 경우 활동보조서비스 제공기관은 익산시장애인종합복지관, 익산원광지역자활센터 2개소가 선정되었으며, 방문간호서비스 제공기관은 익산성모병원 1개소, 방문목욕서비스 제공기관의 경우는 사랑의 손길 새소망노인복지센터 1개소가 선정되었다.

제주특별자치도 서귀포시의 경우 활동보조서비스 제공기관은 서귀포시장애인종합복지관과 서귀포시장애인자립생활센터 2개소가 선정되었으며, 방문간호서비스 및 방문목욕서비스 제공기관의 경우는 효행방문요양기관 1개소가 선정되었다.

제1안을 실시한 시범지역의 서비스 제공기관의 현황 및 서비스 제공인력 현황은 다음과 같다.

〈표 8-6〉 시범사업 서비스 제공기관 및 제공인력 현황

((단위 : 명))

서비스	지역	제공기관명	제공인력 현황		
			전체	재직	퇴사
활동보조	서울 서초	사랑의복지관	75	70	5
	서울 서초	서초장애인자립생활센터	92	55	37
	광주 남구	광주지적장애인자립지원센터	43	34	9
	광주 남구	열린케어장애인자립생활센터	62	56	6
	경기 이천	(사)경기도장애인복지회 이천시지부	34	33	1
	전북 익산	익산시장애인종합복지관	25	24	1
	전북 익산	익산원광지역자활센터	27	27	-
	제주 서귀포	서귀포시장장애인종합복지관	47	44	3
	제주 서귀포	서귀포시장장애인자립생활센터	16	14	2
	활동보조 소계	9개소	421	357	64
방문간호	서울 서초	서울성모병원	1	1	-
	광주 남구	인구보건복지협회광주전남지회	4	4	-
	경기 이천	마장소망노인복지센터	2	2	-
	전북 익산	익산성모병원	3	3	-
	제주 서귀포	효행방문요양기관	27	12	15
	방문간호 소계	5개소	37	22	15
방문목욕	서울 서초	사회복지법인노인낙원효도사업단	12	11	1
	광주 남구	광주공원노인복지센터	3	3	-
	광주 남구	효사랑노인복지센터	2	2	-
	경기 이천	은빛노인복지센터	37	37	-
	전북 익산	사랑의손길 새소망노인복지센터	9	9	-
	제주 서귀포	효행방문요양기관	31	15	16
	방문목욕 소계	6개소	94	77	17
총계		20개소	552	456	96

자료 : 한국사회서비스관리원, 장애인장기요양시범사업 「이용현황 분석 및 결과」 보고, 2010.3 (보건복지부 내부 보고 자료)

제2안을 실시한 1개 지역인 부산광역시 해운대구의 경우는 총 5개 기관이 선정되었으며, 선템재가센터, 해운대장기요양센터, 미래방문요양센터⁴⁰⁾ 3개소의 경우는 방문요양·방문목욕·방문간호 서비스를 제공하며, 사랑샘재가요양복지센터는 방문요양·방문목욕서비스를 제공, 미소돌봄장기요양센터는 방문요양 서비스를 제공하도록 선정하였다.

40) 미래방문요양센터 경영상의 어려움으로 2009.11월부터 장애인장기요양시범사업 서비스제공기관에서 제외됨.

4. 서비스 제공기관의 서비스 제공 현황

2009년 9월부터 2010년 1월까지 시범사업 기간동안의 서비스 제공기관의 서비스 제공 현황을 서비스 유형과 제공기관별로 참여제공인력, 서비스 대상자, 전자 단말기 거래건수, 결제시간, 바우처 결제 금액에 따라 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 8-7〉 시범사업 서비스 제공기관의 서비스 제공 현황

(단위 : 명, 건, 시간, 원)

서비스	제공기관명	참여제공인력	서비스대상자	거래건수	결제시간	바우처 결제
활동보조	사랑의복지관	65	67	4,672	25,693	205,279,850
	서초장애인자립생활센터	82	57	4,942	21,252	169,902,980
	광주지적장애인자립지원센터	40	43	3,772	17,426	139,141,200
	열린케어장애인자립생활센터	53	60	5,176	28,236	225,437,880
	(사)경기도장애인복지회 이천시지부	33	51	2,923	18,076	144,312,500
	익산시장애인종합복지관	22	47	3,142	16,704	133,434,140
	익산원광지역자활센터	26	49	4,037	18,743	149,846,590
	서귀포시장애인종합복지관	44	65	4,853	24,930	199,154,890
	서귀포시장애인자립생활센터	15	17	1,093	6,837	54,666,960
	활동보조 소계(9개소)	380	452	34,610	177,897	1,421,176,990
방문간호	서울성모병원	-	-	-	-	-
	인구보건복지협회광주전남지회	2	4	13	-	420,800
	마장소망노인복지센터	-	-	-	-	-
	익산성모병원	2	17	293	-	11,525,500
	효행방문요양기관	2	2	13	-	476,450
	방문간호 소계(5개소)	6	23	319	-	12,422,750
방문목욕	사회복지법인노인낙원효도사업단	7	3	43	-	1,702,370
	광주공원노인복지센터	1	2	30	-	2,138,700
	효사랑노인복지센터	1	1	9	-	641,610
	은빛노인복지센터	7	8	169	-	6,690,710
	사랑의손길 새소망노인복지센터	2	12	92	-	6,558,680
	효행방문요양기관	5	6	53	-	3,112,670
	방문목욕 소계(6개소)	23	32	396	-	20,844,740
총계	20개소	409	511	35,325	-	1,454,444,480

자료 : 한국사회서비스관리원, 장애인장기요양시범사업 「이용현황 분석 및 결과」 보고, 2010.3 (보건복지부 내부 보고 자료)

먼저, 시범사업 기간동안 활동보조서비스 제공현황을 기관별로 대상자, 제공인력, 제공비용, 서비스일, 월 근무일, 거래건수, 거래시간, 일평균결재시간, 이용바우처 금액, 일평균 결재액, 월평균 결재액에 따라 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 8-8〉 기관별 활동보조서비스 제공현황

(단위 : 명, 일, 건, 시, 원)

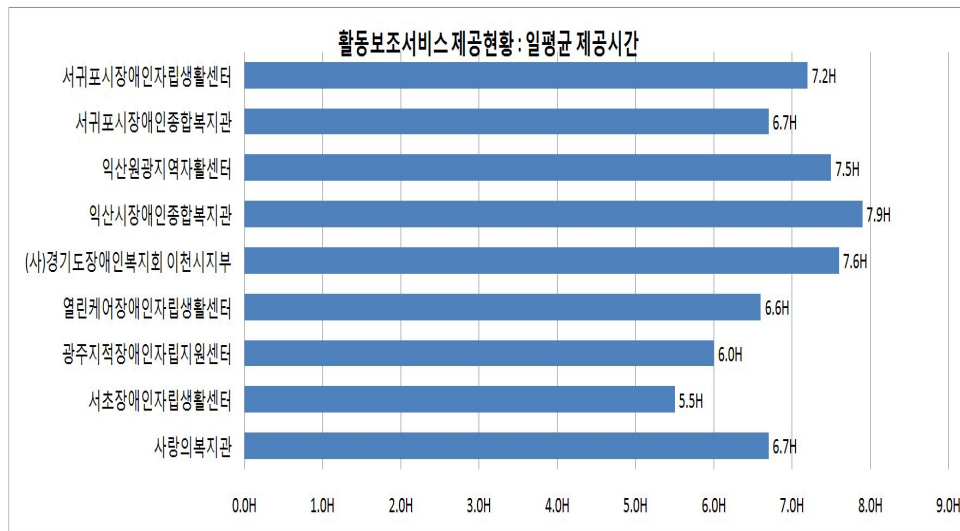
기관명	대상자	제공인력	제공비용	서비스일(A)	월근무일	거래건수	거래시간(B)	일평균결재시간(C=B/A)	이용바우처(D)	일평균결재액(E=D/A)	월평균결재액
사랑의복지관	67	65	1.14	3,842	14.54	4,672	25,693	6.7	205,279,850	53,430	778,514
서초장애인 자립생활센터	57	82	0.97	3,834	13.84	4,942	21,252	5.5	169,902,980	44,315	613,564
광주시직장 장애인자립지원센터	43	40	1.17	2,908	16.72	3,772	17,426	6.0	139,141,200	47,848	800,165
열린케어장 애인자립생활센터	60	53	1.24	4,270	18.11	5,176	28,236	6.6	225,437,880	52,796	956,495
(사)경기도 장애인복지회 이천시지부	51	33	1.67	2,363	16.40	2,923	18,076	7.6	144,312,500	61,072	1,002,586
익산시장애인 종합복지관	47	22	2.07	2,116	19.96	3,142	16,704	7.9	133,434,140	63,060	1,258,776
익산원광지역자활센터	49	26	1.84	2,512	20.26	4,037	18,743	7.5	149,846,590	59,652	1,208,624
서귀포시장 애인 종합복지관	65	44	1.66	3,747	19.53	4,853	24,930	6.7	199,154,890	53,150	1,037,978
서귀포시장 애인자립생활센터	17	15	1.22	944	14.51	1,093	6,837	7.2	54,666,960	57,910	841,353
활동보조 소계	456	380	1.36	26,536	16.77	34,610	177,897	6.7	1,421,176,990	53,557	898,699

주 : 월평균 결재액, 제공비용의 수치는 : 사업기간 동안 기관소속 제공인력 월평균데이터의 평균치임

자료 : 한국사회서비스관리원, 장애인장기요양시범사업 「이용현황 분석 및 결과」 보고, 2010.3 (보건복지부 내부 보고 자료)

또한, 기관별 활동보조서비스 제공인력의 일평균 제공시간으로 살펴보면 다음과 같다.

[그림 8-1] 활동보조 서비스 제공인력 일평균 제공시간



둘째, 기관별 방문목욕 서비스 제공 현황을 차량 미용시와 차량 이용시로분류하여 살펴보면 다음과 같다.

〈표 8-9〉 기관별 방문목욕 서비스 제공 현황

(단위 : 건, %)

순번	제공기관명	차량 미이용		차량 이용		전체 거래건수 (c)
		거래건수 (a)	(a)/(c) [%]	거래건수 (b)	(b)/(c) [%]	
1	효행방문요양기관	21	39.6	32	60.4	53
2	은빛노인복지센터	169	100.0	-	-	169
3	광주공원노인복지센터	-	-	30	100.0	30
4	효사랑노인복지센터	-	-	9	100.0	9
5	사회복지법인노인낙원효도사업단	43	100.0	-	-	43
6	사랑의손길 새소망노인복지센터	-	-	92	100.0	92
소계(방문목욕 6개소)		233	58.8	163	41.2	396

셋째, 기관별 방문간호 서비스 제공 현황을 기본간호, 치료간호, 교육상담 등으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

〈표 8-10〉 기관별 방문간호 서비스 제공현황

(단위 : 건, %)

순번	제공기관명	기본간호	치료간호	교육상담	전체거래 건수
1	마장소망노인복지센터	-	-	-	-
2	인구보건복지협회광주전남지회	13	4	-	13
3	익산성모병원	291	292	183	393
4	효행방문요양기관	9	12	8	13
5	서울 성모 병원	-	-	-	-
소계(방문간호 5개소)		100	49	98	101

6. 서비스 제공기관의 역량강화 방안

시범사업에 참여한 활동보조서비스 제공기관, 방문목욕서비스 제공기관, 방문간호 서비스 제공기관들이 서비스 제공 및 연계 시 나타난 강점 및 문제점을 시범사업 모니터링 결과를 중심으로 검토하면 다음과 같다.

가. 활동보조서비스 제공기관

시범사업을 통해 활동보조서비스 제공기관들이 장애인의 자기결정권을 통한 자립 생활을 실현하기 위해 해결해야 할 과제들로는 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 서비스 제공기관 및 활동보조인 등 인력의 양적 증가 부분으로 이는 지역 사회의 장애인들이 서비스를 제공받을 수 있을 만큼 많은 서비스 제공기관 및 인력이 확충 되어야 한다. 이를 시범사업 지역의 사례와 연관시켜 살펴보면, 서비스 제공기관의 활동보조인 연계 부족 및 원거리 등으로 인하여 서비스를 제공하지 못하는 경우가 발생하여 이에 대한 개선책이 필요한 것으로 관련전문기관의 모니터링 결과 나타났다. 이는 오지나 대중교통이 불편한 지역에 거주하는 대상자가 서비스를 요청하였을 경우 또는 차량 보유자를 활동보조인으로 이용자가 원하는 경우를 예로 들어 인근지역주민 및 차량 보유자를 활동보조인으로 채용하여 서비스를 제공토록 하는 방안에도 대해서도 검토해 볼 수 있을 것이다.

둘째, 서비스의 질적 향상부분으로 이는 사업 관련 공통된 지침 배포와 효과성이 검증된 프로그램 및 우수사례 등을 매뉴얼화 하여 보급하는 것이 필요하다. 이때,

지역의 특성과 장애인들의 특성과 욕구에 맞도록 추후 시범사업을 통하여 서비스 제공기관의 모형을 달리하여 검토하는 것 또한 방법이 될 수 있을 것이다.

셋째, 서비스 제공기관들과 지역의 장애인 복지 관련 기관들간의 명확한 역할분담을 통하여 기관간 서비스 중복 및 누락을 방지해야 할 것이다. 이를 위해 지역의 서비스 제공기관들간의 잦은 협력과 교류가 이루어져야 한다.

넷째, 예산지원과 관련된 부분으로 이는 예산확보가 안정적으로 이루어져야 한다는 것이다. 서비스 제공기관은 기관의 역량에 따라 상이한 양상이지만, 교육과 관련하여 활동보조서비스 제공기관의 경우는 공적인 지원이 없기 때문에 정기적이며 지속적인 교육은 부족한 실정이다. 따라서 이에 대한 예산 지원도 필요하다.

다섯째, 서비스 제공기관에 대한 이용인 교육이 필수적이다. 즉, 이용인은 활동보조인과의 원활한 의사소통을 통해 과도하게 서비스를 요구하지 않고 상호 존중의 활동보조서비스 분위기를 조성함으로써 불필요한 마찰의 가능성을 줄이도록 노력해야 한다. 따라서 이용인 교육은 원칙적으로 서비스를 이용하기를 원하는 사람이 서비스 제공기관을 선택한 후 서비스 계약을 맺고 서비스를 제공받기 전에 이루어지는 것이 바람직하며 이때, 서비스 계약을 맺는 과정에서 서비스 제공기관의 담당자는 확인된 이용인 본인의 서비스에 대한 욕구를 재점검하고 서비스를 이용할 수 있도록 함으로써 장애인 스스로 의 삶에 대한 결정권을 높일 수 있음을 다시 한 번 확인할 수 있도록 해야 할 것이다. 이때, 이용인 교육은 활동보조서비스 파견과 조정 경험이 있는 서비스 제공기관의 담당자(코디네이터 등)나 서비스 이용 경험이 많은 장애인 당사자 그리고 교육기관 등의 전문 강사가 담당하는 것이 교육의 효과성을 높일 수 있는 방법이 될 것이다. 이와 같이 이용인에 대한 교육 뿐만 아니라 서비스 제공기관의 종사자 및 전문가들의 권익신장을 위한 역할도 필요할 것이다.

나. 방문목욕서비스 제공기관

시범사업을 통해 방문목욕서비스 제공기관에서 검토되어야 할 과제들로는 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 서비스 제공기관 선정 시 장애인복지 관련 전문기관에 대해서도 검토되어야

한다. 이는 방문목욕서비스 제공기관에서도 수익성이 없어 적극적으로 대응을 못하고 있으며, 이용자 측면에서도 장애인에 대한 이해가 부족하여 애로사항을 호소하는 경우가 발생하였기 때문이다. 또한 관련전문기관에서 욕구조사시 방문목욕서비스를 희망하였음에도 불구하고, 서비스 제공기관의 영세성으로 인하여 목욕차량이 미보유되는 경우가 발생하여 서비스의 이용률이 감소하게 된 경우도 발생하였다. 따라서 추후 시범사업에서는 이동식 욕조 등 특수 목욕용 기구 등을 갖춘 기관의 참여를 검토해볼 수 있을 것이다.

이와 관련하여 전라북도 익산지역의 경우, 서비스 제공기관 선정 시 시범사업 매뉴얼을 통하여 제공된 서비스 제공기관의 선정원칙과 더불어 시범사업의 취지를 이해하고 적극적인 협조가 가능하며 인프라 구축이 우수한 비영리 기관을 선정하여 서비스를 제공토록 하여 서비스에 대한 이용자의 만족도 및 서비스 이용율의 증가에 영향을 미친 것으로 판단된다.

둘째, 이용률이 낮은 방문목욕서비스의 활성화를 위한 차별화된 방문목욕서비스에 대한 검토가 필요하다. 예를들어, 기존 활동보조인이 제공하는 목욕서비스와는 다르게 장애인의 특성 및 주변환경의 특성을 반영한 서비스로의 전환이 검토되어야 한다. 예를들면, 목욕서비스에만 한정하지 않고 이·미용서비스 등과 연계하여 서비스를 제공하였으며, 장애인의 특성에 맞게 개조된 차량으로 2인 1조의 요양보호사가 이용자의 특성에 따른 서비스를 제공하는 등의 방법을 검토해볼 수 있겠다.

셋째, 서비스 제공기관 및 안내에 대한 홍보의 적극성이 필요하다. 시범사업 기간 동안 방문목욕서비스의 경우 기존의 노인장기요양보험제도에 준하는 서비스 제공기관을 선정하여 활용함에 따라 서비스 제공기관 이용 안내 시 초기에 다소 부정적이었으나 충분한 정보제공과 안내로 인해 이용결정을 하게 된 경우가 있었다. 서비스 이용이후 만족도가 매우 높게 나타났고, 시범사업 종료 이후에도 서비스의 계속 이용을 희망하는 경우가 있었다.

다. 방문간호서비스 제공기관

시범사업 모니터링 결과 나타난 방문간호서비스 제공과 관련된 한계점은 다음과 같다.

먼저, 방문간호 서비스의 경우 필요 이용자가 기존에 이미 병원의 가정간호 또는 보건소의 맞춤형 건강관리서비스를 받고 있어 서비스 연계를 원하지 않는 경우가 있었다. 예를 들면, 제2안을 실시한 부산지역의 경우 지역의 보건소에서 실시하고 있는 맞춤형방문건강관리사업 등 기존의 무료서비스를 지속적으로 이용하는 것을 선호하고 활동보조서비스 이용 시간이 줄어드는 것을 염려하여 방문간호서비스를 이용하지 않는 것으로 시범사업 모니터링 결과 나타났다. 또한, 방문간호서비스 제공시, 방문간호 서비스 욕구가 있는 이용자에게 방문간호서비스를 연계하였으나 이용자가 서비스를 받기 원하는 시간과 방문간호서비스 제공기관의 직원 근무시간이 맞지 않아 서비스를 제공할 수 없는 경우도 발생하였다.

이와 같이, 시범사업을 통해 방문간호서비스 및 제공기관에서 역량강화를 위해 검토되어야 할 과제들로써 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 장애인 특성을 반영한 방문간호서비스 프로그램의 개발되어야 한다. 시범사업 기간동안 방문간호서비스 제공기관은 기존의 노인장기요양보험제도에서 방문간호 서비스를 제공하고 있는 기관 중 선정하였다. 방문간호서비스에 대한 활용이 높은 전북 익산지역의 경우를 사례로 들면, 의사가 직접 자택으로 방문하여 맞춤형 방문간호지시서를 작성하고 2인 1조의 간호사가 운동재활 등 부가적인 서비스를 제공함으로써 이용자의 방문간호서비스에 대한 만족도 및 서비스 이용을 증가시키는 데 많은 도움이 되었다는 것이다. 따라서 추후 이루어질 시범사업에서는 장애인 특성을 반영한 방문간호서비스 프로그램 예를들면 예방교육, 채혈, 영양수혈, 물리치료 등에 대해서도 검토되어야 함을 의미한다.

둘째, 서비스 이용자 모집을 위하여 지역사회 서비스 연계를 위한 유관 기관과의 협력체계를 구축해야 한다. 즉, 시범사업 기간 동안 관련전문기관에서 서비스 제공에 대한 안내를 실시하는 것 뿐만 아니라, 제공기관에서도 방문간호 서비스 이용자 모집을 위하여 관내 보건소 등에서 맞춤형 건강관리서비스를 받고 있는 대상자에게 서비스를 안내함으로써 이용자들이 방문간호서비스를 참여를 이끌어 낼 수 있도록 하여야 한다.

제2절 인력 양성 및 개선 방안

1. 활동보조인과 요양보호사 등 인력간의 차이에 따른 처우문제 검토

장애인 장기요양제도 시행 시 종사자의 처우문제는 서비스를 제공하는 종사자와 서비스 이용자 양 측면에서 중요하다. 종사자에게는 제공하는 서비스 의 노동에 대해 제대로 평가받는 지에 대한 정당성의 기준이 된다. 그리고 처우가 좋을 경우 일에 대한 만족도가 높아 근로 지속 가능성이 높아지기 때문에 자연스럽게 이용자에게는 서비스 질로 연결된다. 특히 서비스 제공자와 이용자가 직접 대면하고 관계하는 대인 서비스라는 특성으로 근로 지속성은 서비스 질 측면에서 중요하다.

장애인 장기요양 종사자의 처우는 현재 시행되고 있는 장애인활동보조인서비스를 검토하고 유사 서비스 직종 종사자의 조건을 함께 고려해야 한다. 유사 서비스는 먼저 시행되고 있는 노인요양제도의 요양보호사가 주요 기준이 될 것이다.

가. 장애인활동보조인과 요양보호사의 처우 현황

1) 장애인활동보조인 현황

처우에서 중요한 것은 급여 및 사회보험 등 복지제도이므로 이를 중심으로 살펴보겠다. 장애인활동보조인들의 처우에 대한 만족도 조사에 의하면 장애인활동보조인의 급여는 2008. 5월 현재 5,000원 이상 5,500원 미만 19.3%, 5,500원 이상 6,000원 미만 56.7%, 6,000원 이상 6,500원 미만 16.6%으로 나타나고 있다(연세대학교 사회복지연구소, 2008).

현재 받고 있는 시급에 대한 만족도를 살펴보면 시급의 적정성에 대해 148명 중 106명인 71.6%가 ‘아니오’라고 답하였고, ‘예’라고 답한 경우가 42명(28.4%)으로 만족도가 매우 낮음을 알 수 있다.

시급의 적절성 여부는 제공하는 서비스의 강도와 성격에 비춰 낮다는 것을 의미한다. 이는 활동보조인의 근무기간과 활동보조인 일을 자의로 그만두는 이유에서도

잘 드러나고 있다.

활동보조인 근속기간별 현황을 보면 2008. 4월 현재 6개월 미만이 52.2%이며 9개월 이상의 경우 26.6%로 일의 지속이 낮음을 알 수 있다(한국사회서비스관리원, 2008).

〈표 8-11〉 장애인활동보조인의 근속기간별 현황

(단위 : 명, %)

근속기간	3개월 미만	6개월 미만	9개월 미만	9개월 이상
빈도(%)	7.7(28.2)	7.1(24.0)	6.9(21.3)	7.2(26.6)

활동보조인들이 일을 시작한 지 1년도 채 되지 않아 일을 그만두는 사유를 살펴 보면 급여 불만족이 44.6%로 가장 높고, 높은 업무 강도가 9.8%, 업무내용의 불만족이 5.4%로 나타나고 있다(연세대학교 사회복지연구소, 2008).⁴¹⁾

〈표 8-12〉 장애인활동보조인의 일을 자의로 그만 둔 사유

(단위: 명, %)

사유	급여 불만족	업무내용 불만족	높은 업무강도	이용인과 갈등	다른 일이 생겨서	기타
빈도 (백분율)	41(44.6)	5(5.4)	9(9.8)	9(9.8)	24(26.1)	4(3.3)

활동보조서비스 중 노동 강도가 가장 센 서비스 유형으로 1순위 응답에서 목욕 46.6%, 대소변처리 39%, 나머지는 기타 신변처리 및 서비스 등으로 나타났다.

현재 활동보조서비스의 급여는 서비스 단가에 포함되어 있으며, 서비스 단가와 급여 비율은 정부에서 지침으로 제시하고 있다. 서비스 단가는 시간당 8,000원으로 급여는 서비스 단가의 75% 이상에서 제공기관 자율적으로 지급하도록 하고 있다⁴²⁾. 4대보험의 경우 해당 법령을 준수하도록 되어 있으므로 근로기준법 등에 의해 근로 시간에 따라 4대보험을 가입하여야 한다.

41) 장애우권익문제 연구소와 한국지역자활센터협회의 조사결과에서도 가장 큰 애로사항으로 ‘보수 및 시간 부족’으로 나타났으며, 노동강도가 1순위로 힘든 서비스 유형으로 목욕이 35.3%, 대소변 처리가 22.1%로 유사하게 나타나고 있다(장애인활동보조인 서비스 질 관리 연구, 2008)

42) 지급은 근로시간에 따라 4대보험 가입 종류가 다르고, 근로자부담금액이 포함된 경우도 있고 없는 경우도 있으며 지급 산출방식이 기관 방침에 따라 모두 다름.

2) 요양보호사 현황

2008. 7. 1일 시행된 노인장기요양제도의 요양보호사의 급여와 근로조건 등의 처우는 해당 법령을 준수하는 한에서 사업기관의 자율성에 맡기고 있다. 따라서 요양보호사의 급여는 시간당 최저임금 이상에서 사업기관마다 다르게 책정하고 있다.

정부 자료 및 연구기관의 실태조사에 의하면 실제 요양보호사의 처우를 직접적으로 나타내는 급여는 매우 열악하다는 것을 알 수 있다. 전국요양보호사협회의 실태조사에 의하면 시설에서 근무하는 요양보호사는 월 평균 100만원 정도, 재가 방문 요양보호사는 월 6-70만원 정도의 급여를 받는 것으로 나타나고 있다(요양보호사협회, 2009 재인용). 재가 방문 요양보호사의 처우는 더 열악하다. 국정감사에 제출된 정부 자료에 의하면 60만원 이하가 전체 표본의 80명에 해당하는 61%이고, 30만원 이하도 14%(19명)에 해당하고 있다. 게다가 한달에 평균 10일도 일하지 못하는 경우가 50%에 달한다고 한다⁴³⁾. 사회공공연구소의 조사결과에서도 월 평균 70만원 이상 80만원 이하가 21.5%, 60만원 미만이 11.7%로 열악한 것으로 드러나고 있다.

요양보호사의 급여를 지급은 한국농촌경제연구원(KRDL)은 시간당 6,000원에서 8,300원 정도 되는 것으로 나타나고 있다⁴⁴⁾. 게다가 4대보험 가입률도 50. 2%로 절반 가까운 요양보호사가 4대보험에 미가입되어 있고⁴⁵⁾ 12시간 2교대가 44%로 나타나고 있다⁴⁶⁾.

이처럼 현재 요양보호사의 처우는 급여, 근로시간, 근로형태 등에서 모두 열악한 조건에 처해있음을 알 수 있다.

요양보호사의 급여는 노인요양보호 서비스 수가에 포함되어 있다. 정부는 현재 서비스 단가에서 해당 법령을 준수하여 정하도록 하고 있다. 즉 사업기간은 근로기준법, 최저임금법 등의 법규를 지키는 한에서 자율적으로 급여를 책정할 수 있다.

요양보호서비스단가는 아래 30분 단위를 기준으로 책정되어 있고, 서비스 시간대와 서비스 유형에 따라 가산하고 있다. 30분일 경우 10,680원, 1시간은 16,120원이

43) 머니컬투데이(2009. 10. 5) 국정감사 한나라당 신상열 의원 자료

44) 경인일보(2009. 11.5)

45) 머니컬투데이(2009. 10. 5) 국정감사 자료

46) 머니컬투데이(2009. 9. 28)

다. 이를 1일 4시간을 평균 근무로 산출하면 표준 시간당 평균 9,875원이다. 서비스 시간에 따라 오후 6시 이후인 야간에는 20% 할증되고, 밤 10시와 새벽 6시 사이인 심야와 법정 공휴일에는 30%가 할증된다. 또 노동 강도가 높은 목욕 서비스의 경우 일반목욕의 경우 39,590원으로 책정되어 있다.

〈표 8-13〉 요양보호서비스 단가

(단위: 원)

구분	시간대	할증률	30분	60분	90분	120분	180분	240분
표준	-		10,680	16,120	21,360	26,700	30,200	39,500
야간	오후 6시~오후 10시	20%	12,810	19,340	25,630	32,040	36,240	47,400
심사 및 휴일	오후 10~오전 6시/ 관공서 휴일	30%	13,880	20,950	27,760	34,710	39,260	51,350

출처: longtermcare.or.kr 재구성

요양보호사의 시급을 서비스 단가와 비교해볼 때 요양보호사의 급여를 평균 6,000원으로 하여 산출할 경우 평균단가의 61% 수준을 차지함을 알 수 있다.

이처럼 서비스 단가에서 차지하는 비율이 낮고 처우가 열악한 이유는 크게 2가지로 볼 수 있다.

첫째, 요양보호사의 과잉 배출이다. 보건복지부가 추계한 2008년 7월 시행하는 노인장기요양보험 서비스 이용 수요는 7만 여명이었으며, 2009년 5월 현재 서비스 이용자는 13만 7명으로 나타나고 있다. 반면 2009년 5월까지 요양보호사 자격증 취득자는 51만 8,000명으로 나타나고 있어⁴⁷⁾ 서비스 수요를 훨씬 넘어 공급과잉되고 있음을 알 수 있다. 이러한 공급과잉으로 요양보호사들의 처우 역시 열악하게 되고 있다.

둘째, 재가요양기관의 공급과잉이다. 서비스 제공기관을 신고제로 설치할 수 있게 하여 현재 전국에 재가시설만 6,404 개가 우후죽순으로 설립되었다⁴⁸⁾. 따라서 각 사업기관마다 경쟁이 치열해지면서 고객 확보 유치를 위한 출혈경쟁이 심해지면서 비용도 높아지고 있다. 제공기관에서는 고객 확보를 위해 홍보, 물품공세 등을 과다하게 하고 있고, 자기부담액을 받지 않는 등 이에 대한 부담을 직간접적 형태로 요

47) 국정감사 자료(머니투데이 200. 10. 5)

48) 보건복지부, 2009. 9(세계일보 2009. 9. 30)

양보호사에게 전가하는 것이다.

나. 활동보조인과 요양보호사 처우 방안

현재 장애인활동보조인 및 요양보호사 시급, 급여 등 처우가 모두 열악하게 나타나고 있다. 이러한 열악한 처우는 서비스 종사자들의 잦은 이직으로 이어지고 서비스 질 저하로 귀결되기 때문에 처우 개선이 필요하다. 먼저 현재와 같이 서비스 종사자들의 급여가 서비스 단가 내에서 포함되는 형태라면 지금보다 더 좋은 처우를 위해서는 시간당 서비스 단가가 상향조정되어야 할 것으로 사료된다.

1차 시범사업에서는 활동보조서비스의 경우 시간당 단일 수가를 적용하고, 방문간호 및 방문목욕 서비스의 경우 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 설계되어있음에, 이러한 단가의 기준은 노인장기요양보험제도의 서비스 성격 등과 비교하여 검토되어야 할 것이다. 노인장기요양서비스와 장애인활동보조서비스의 유형이 유사하고 노동강도도 역시 유사하기 때문에 현재로서는 노인장기요양제도가 기준이 될 수밖에 없다.

하지만 서비스단가 조정만으로는 처우 개선을 기대할 수 없다. 현재 요양보호서비스가 장애인 활동보조서비스보다 서비스 단가가 높음에도 불구하고 종사자들의 시급 및 급여가 비슷하게 열악하고 4대보험 등은 오히려 요양보호사들이 더 열악하게 나타나고 있다. 장애인활동보조인의 경우 사회보험 가입율이 78% 이상인 반면 요양보호사들의 경우 50.2%로 나타나고 있기 때문이다. 게다가 배상보험을 의무적으로 가입하게 되어 있어 서비스 제공과정에서 일어날 수 있는 서비스 안전장치가 더 잘되어 있다.

〈표 8-14〉 장애인 활동보조인 사회보험 가입현황⁴⁹⁾

(단위 : %)				
산재보험	고용보험	건강보험	국민연금	상해보험
81.9	81.4	78.0	78.2	65.5

※ 상해보험은 4대보험에 들어가지 않으나 현재 정부 지침에서 산재보험으로 갈음할 수 있도록 하고 있어 산재보험 대신 가입하는 경우가 있음.

이처럼 서비스 단가가 높음에도 처우가 더 열악한 것은 서비스 종사자 및 사업기

49) 한국사회서비스관리원. 2008. 사회서비스 활성화를 위한 품질 및 성과관리체계 구축 방안Ⅰ. 재인용

관의 공급과잉이 주요 요인이다. 따라서 장애인 장기요양제도의 경우 노인장기요양제도 시행을 경험으로 하여 사업기관 설치 운영 자격을 엄격하게 해야 한다⁵⁰⁾. 또한 서비스 종사자들의 처우와 관련하여 관련 법규를 준수할 수 있도록 이에 대한 관리감독 등을 강화할 필요가 있다. 이러한 조건들이 이루어져야만 장애인 장기요양제도 시행 시 서비스 단가 상향 조정이 서비스 종사자의 처우개선으로 이어지고, 서비스 질로 나타나게 될 것이다. 또한 서비스 수가를 노인장기요양제도와 유사하게 한다는 것은 장애인 장기요양 서비스 종사자들의 양성체계, 자격기준 등을 요양보호사 수준으로 가져가야 한다는 전제가 있어야 한다.

2. 활동보조인과 요양보호사의 교과과정 및 자격연계 방안 검토

장애인 장기요양제도가 시행되면 종사자의 자격과 양성과정이 함께 갖춰져야 한다. 이때, 유사직종에 있는 종사자의 장기요양 참여와 자격 연계 방안에 대한 검토가 필요하다. 현재 장애인활동보조인 양성과정에서도 유사직종 경력자에 대한 연계 방안을 제시하고 있으며, 장기요양제도화가 될 경우 기존 제도와 유사직종에 대한 검토가 요구된다.

1) 장애인활동보조인 교육과정 및 양성체계

현재 장애인활동보조인 양성 교과과정은 신규와 보수교육 및 경력자 과정으로 구분되어 있다. 신규과정은 총 40시간으로 지정된 교육기관에서 수료해야 하며, 보수과정은 해당 사업기관에서 자체적으로 수행하고 1년 이상 경력자가 대상이다⁵¹⁾. 유사 경력자과정은 20시간으로 교육기관에서 수료해야 한다. 유사 경력자는 정부의 재정이 투입된 돌봄사업에 참여한 경력이 최근 1년간 360시간 이상인 자로 요양보호사를 비롯하여 아이돌보미, 가산간병도우미 등 바우처사업 종사자이다⁵²⁾. 신규자들

50) 보건복지부는 현재 노인장기요양 재가기관의 설치 기준을 사무실 면적 기준을 현행 16.5㎡에서 33㎡로 확대하고 요양보호사도 3명 고용을 20명 이상 고용으로, 30% 이상은 상근직으로 하는 등 강화하겠다고 밝혔다(세계일보, 2009, 9. 30)

51) 장애인활동보조인 교육체계는 2009년까지 신규과정 60시간, 보수과정 20시간으로 교육기관에서 양성하도록 하던 지침을 2010년부터 신규교육을 40시간으로 줄이고, 보수교육은 사업기관에서 할 수 있도록 변경함.

은 반드시 먼저 교육을 이수한 후 현장에 투입되어 활동할 수 있는 반면 유사 경력자들은 먼저 활동을 시작하고 교육을 이수해도 된다(보건복지부, 2010). 이들의 경력을 인정하기 때문이며 교육시간도 20시간 감면해주고 있다.

〈표 8-15〉 장애인활동보조인 신규과정

구 분	과 목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론 (30시간)/ 실기 (10시간)	1. 사회복지 및 장애인복지 이해	사회복지와 장애인복지 제도 이해	2	
		장애 유형별 특성	3	
		보장구의 이해	2	
		장애인 인권 침해 예방	2	
	2. 장애인 특성 이해	장애인의 성 및 장애가족 이해	2	
	3. 자립생활 이해	자립생활의 정의 및 이념	3	
	4. 의사소통 기술	효과적으로 듣고 이해하기	2	2
		효과적으로 말하기		
	5. 활동보조 서비스 이해	활동보조인 직업윤리	2	
		활동보조서비스 이해	2	
	6. 활동보조의 실제	신변처리 서비스	1	2
		가사 및 일상생활 서비스		
		의료 및 응급처치 서비스	2	2
		재활 서비스	2	2
		이동 서비스	1	2
		외출 서비스		
		사회활동서비스	2	
			2	
합 계			30	10
			40	

52) 유사 경력자 대상을 2010년부터 요양보호사, 아이돌보미, 가사간병도우미 등으로 구체적으로 명시함.

〈표 8-16〉 장애인활동보조인 유사 경력자과정

구 분	과 목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론 (30시간)/ 실기 (10시간)	1. 사회복지 및 장애인복지 이해	사회복지와 장애인복지 제도 이해		
		장애 유형별 특성	3	
		보장구의 이해		
		장애인 인권 침해 예방	2	
	2. 장애인 특성 이해	장애인의 성 및 장애가족 이해	2	
	3. 자립생활 이해	자립생활의 정의 및 이념	3	
	4. 의사소통 기술	효과적으로 듣고 이해하기		2
		효과적으로 말하기		
	5. 활동보조 서비스 이해	활동보조인 직업윤리	2	
		활동보조서비스 이해	2	
	6. 활동보조의 실제	신변처리 서비스		2
		가사 및 일상생활 서비스		
		의료 및 응급처치 서비스		
		재활 서비스		
		이동 서비스		2
		외출 서비스		
		사회활동서비스		
합 계			14	6
			20	

2) 요양보호사 교육과정

노인복지법⁵³⁾이 일부 개정됨에 따라 요양보호사의 자격증 교부 관련 내용도 변경되었다. 주요 내용으로는 요양보호사 자격시험제도를 도입하고, 요양보호사교육기관 운영제도를 신고제에서 지정제로 변경하는 것이다.

먼저, 신규로 요양보호사 자격을 취득하려면 현행과 동일한 280시간의 교육이수 후 시·도지사가 실시하는 자격시험에 합격해야 한다. 즉, 요양보호사가 되려는 사람은 노인복지법 제39조의3에 따라 요양보호사를 교육하는 기관에서 교육과정을 마

53) 법률 제9964호, 2010. 1. 25. 공포, 2010. 4. 26. 시행

치고 시·도지사가 실시하는 요양보호사 자격시험에 합격하여야 하며, 이에 따라 시·도지사는 요양보호사 자격시험에 합격한 사람에게 요양보호사 자격증을 교부하여야 한다.

요양보호사 교육과정과 관련하여 요양보호사의 자질을 향상하기 위하여 교육과정의 내용으로 치매요양보호기술, 호스피스 요양보호기술을 추가하는 등 요양보호사교육기관의 교육과정 내용을 보완·강화하였으며, 요양보호사 자격실시에 관한 규정을 마련하였다.

요양보호사 자격시험과 관련하여 시험은 매년 2회 이상 실시하도록 하였으며, 필기시험과 실기시험으로 구분하며 필기시험의 시험과목은 요양보호론(요양보호개론, 요양보호관련 기초지식, 기본요양보호각론 및 특수요양보호각론)을 가리킨다. 자격시험 합격자는 필기시험과 실기시험에서 각각 만점의 60퍼센트 이상을 득점한 자로 한다.

개정된 요양보호사 표준과정과 표준 시간은 다음과 같다.

〈표 8-17〉 요양보호사의 표준교육과정과 표준 시간

구분	과목	교육내용	세부내용	교육시간	
				이론	실기
이론강의 (80시간) / 실기연습 (80시간)	요양 보호 개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	사회복지제도 노인보건복지서비스 제도의 개요 노인장기요양서비스에서의 방문간호 장기요양보험 서비스 표준 노인보건복지서비스 관련 자원	5	
		요양보호 업무의 목적 및 기능	요양보호업무의 목적과 기능 요양보호사의 기본원칙 및 역할 범위 요양보호 서비스유형(시설·재가)	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	요양보호사 직업윤리 및 윤리강령 요양보호사 직업적 태도 노인의 인권 및 학대예방 요양보호사의 자기관리 및 안전관리 (건강관리, 스트 레스 관리, 자기계발, 자격관리, 성희롱 대처 등)	8	6
		요양보호 대상자 이해	노년기 특성(생리·심리적 특성) 노인과 가족 관계	2	
	요양보호 관련 기초지식	의학적· 간호학적 기초지식	노인의 기본 건강상태 사정(이론·실기) 노인의 주요 질환(치매, 뇌졸중, 파킨슨질환 등) 노인의 건강증진 및 질병예방	12	3
	기본 요양 보호 각론	기본요양 보호기술	<섭취 요양보호> 식사 돕기(경구, 비 경구) 복약 돕기와 약 보관	4	6
			<배설 요양보호> 화장실 사용 돕기 침상배설 돕기 이동변기 사용 돕기 기저귀 사용 돕기 유치 도뇨관(留置 導尿管) 사용 돕기	5	8
			<개인위생 및 환경 요양보호> 구강·두발·손발·회음부(會陰部) 청결 돕기 세면·목욕 돕기 옷 갈아입히기 침상청결 등 쾌적한 환경 유지하기	5	8
			<체위변경과 이동 요 양보호> 침상이동 돕기 휠체어 이동 돕기 보행(자가, 기구) 돕기 이송 돕기	6	8
이론강의 (80시간) / 실기연습 (80시간)	기본 요양 보호 각론	기본요양 보호기술	<안전 및 감염관련 요양보호> 낙상/미끄러짐/넘어짐 예방 감염예방 및 욕창예방 흡인(吸引)	3	6

구분	과목	교육내용	세부내용	교육시간	
				이론	실기
	가사 및 일상생활 지원	일상생활지원의 목적, 기능 및 기본원칙 식사준비와 영양관리 식품, 식기 등의 위생관리 피복과 침상의 청결관리 및 세탁 외출 돕기 및 일상업무 지원 쾌적한 거주 환경 유지하기	4	6	
		의사소통 및 여가지원	효율적 의사소통 의사소통 및 라포르(rapport)형성 방법 여가활동 돕기(TV시청, 음악듣기 등)	5	6
		서비스 이용지원	요양보호 대상자·장소 특성과약 및 서비스계획 변경 지원 타 직종, 타 서비스와의 연계성 업무 보고회, 사례 검토회	3	4
		요양보호 업무 기록 및 보고	기록과 보고의 목적 및 중요성 업무일지 기록 방법 업무 보고 방법	3	4
	특수 요양 보호 각론	치매요양 보호기술	치매대상자의 일상생활지원 치매대상자의 문제행동 대처 치매대상자와의 의사소통	6	6
		임종 및 호스피스 요양보호기술	죽음 및 임종단계 호스피스의 개요 임종대상자의 요양보호	3	3
		응급처치 기술	응급처치(골절, 질식, 경련, 화상 등) 기본 소생술	4	6
	소계			① 80	② 80
	현장실습 (80시간)	노인요양시설 실습	통합실습 I	40	
		재가노인복지시설 실습	통합실습 II	40	
		소계		③ 80	
총 계(① + ② + ③)				240	

자료 : 노인복지법 시행규칙, '요양보호사의 교육과정'

경력자 및 자격 소지자 등의 경우 교육시간을 감면할 수 있다. 먼저, 경력자의 경우 경력인정기관⁵⁴⁾으로부터 생활지도원, 유급가정보사원 및 간병인 등 간병 요양관

54) 경력인정기관

- 가) 법에 따른 노인주거복지시설, 노인의료복지시설 또는 재가노인복지시설
- 나) 「국민기초생활 보장법」에 따른 지역자활센터 및 자활공동체
- 다) 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관 또는 재가장기요양기관
- 라) 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소
- 마) 「의료법」에 따른 의료기관
- 바) 「장애인복지법」에 따른 장애인 생활시설, 장애인 지역사회재활시설(다만, 장애인 체육시설, 장애인 수련시설, 장애인 심부름센터, 수화통역센터, 점자도서관과 점자도서 및 녹음서 출판시설은 제외한다) 또는 장애인 유료복지시설
- 사) 「정신보건법」에 따른 정신질환자생활시설, 정신질환자지역재활시설 또는 정신질환자종합시설(정신질환자생활시설 또는 정신질환자지역재활시설이 결합되어 있는 시설만을 말한다)

련 종사자로서 1년(1,200시간) 이상의 경력을 인정받은 사람은 표준교육과정에서 실기연습시간 및 현장실습시간을 각각 2분의 1씩 감면할 수 있다. 또한, 경력인정기관 중 법 및 「노인장기요양보험법」에 따른 노인요양시설·재가노인복지시설·장기요양기관 또는 재가장기요양기관에서 생활지도원, 유급가정봉사원 및 간병인 등 간병·요양관련 종사자로서 1년(1,200시간) 이상의 경력을 인정받은 사람은 가목에 추가하여 종사한 시설과 관련한 현장실습시간의 전부를 감면할 수 있다.

두 번째로 자격 소지자 등의 경우 현장실습시간 감면할 수 있다. 이는 경력인정기관 중 법 및 「노인장기요양보험법」에 따른 노인요양시설·재가노인복지시설·장기요양기관 또는 재가장기요양기관에서 그 자격 또는 면허 소지자로서 종사하여 1년(1,200시간) 이상의 경력을 인정받은 간호사·사회복지사·간호조무사·물리치료사 및 작업치료사는 현장실습시간의 전부를 감면할 수 있다.

〈표 8-18〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 : 간호사

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (26시간) / 실기연습 (6시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	5	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	4
		요양보호대상자 이해	2	
	기본요양보호각론	서비스 이용지원	3	
		요양보호 업무 기록 및 보고	3	2
	특수요양보호각론	치매요양보호기술	3	
	소계		① 26	② 6
현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 실습		③ 8	
총 계(① + ② + ③)			40	

아) 「지역보건법」에 따른 보건소 또는 보건지소
 자) 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 기관 또는 단체

〈표 8-19〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 : 사회복지사

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (32시간) / 실기연습 (10시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	3	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	
	요양보호관련 기초지식	의학적·간호학적 기초지식	10	4
	기본요양보호각론	기본요양보호기술	4	3
		요양보호 업무 기록 및 보고	2	
	특수요양보호각론	치매요양보호기술	3	3
	소계		① 32	② 10
현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 등 실습		③ 8	
총 계(① + ② + ③)			50	

〈표 8-20〉 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 : 간호조무사·물리치료사·작업치료사

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (31시간) / 실기연습 (11시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	5	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	4
		요양보호대상자 이해	2	
	기본요양보호각론	의사소통 및 여가지원	5	
		서비스 이용지원	3	
		요양보호 업무 기록 및 보고	3	4
	특수요양보호각론	치매요양보호기술	3	3
	소계		① 31	② 11
현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 실습		③ 8	
총 계(① + ② + ③)			50	

3) 교과과정 및 인력연계 방향

(1) 기본 방향

현재 장애인활동보조인은 요양보호사 교육과정보다 낮을 뿐만 아니라 유사서비스인 아이돌보미 교육시간(기본 80시간)⁵⁵⁾, 노인돌보미 교육시간에 비해 낮다. 장애인

장기요양 제도 시행 시에는 종사자 양성을 위한 교육과정과 관련하여 먼저 활동보조인의 국가자격화의 문제를 검토해볼 수 있다. 이는 자립생활이라는 장애인 복지의 패러다임에 부합되는 방향이 아니므로 요양보호사와 같은 국가자격화보다는 활동보조인의 교육 시간과 과목(간병서비스 추가, 실습 강화)을 보강하여 실습을 강화하는 것이 자립생활의 패러다임에 부합되어 보다 바람직할 것으로 판단된다.

오히려 일본 홈헬퍼처럼 서비스 제공자와 서비스 및 인력에 대한 사례관리 전담자로 구분하여 직접 서비스 제공자가 관리 인력으로 일하는 자격을 취득하는 과정을 1급 또는 별도의 과정으로 개설하는 것도 검토가 가능하겠다.

(2) 연계방향

현재 요양보호사 양성 현황을 보면 2009년 6월 현재 51만 8,000천명이 자격증을 취득하였고 이중 13만 7,000명만이 취업을 하였다⁵⁵⁾. 전체 자격취득자 중 26.4%만이 취업하고 나머지는 자격 취득 후 취업을 하지 않거나 못하고 있는 것이다. 따라서 현재 양성된 요양보호사들을 유입할 수 있는 방안이 필요하다. 그리고 이미 장애인활동보조서비스에서 요양보호사를 비롯한 유사 서비스 경력자를 경력자과정을 통해 양성하여 활동할 수 있도록 하고 있다.

이때 자격과정을 하나로 통합할 수도 있고, 각각 별도의 과정을 두고 원하는 인력들이 다른 서비스로 들어갈 수 있는 방안을 만들 수도 있다. 이와 관련하여 요양보호사와 같은 유사경력자의 경우 최소한의 추가교육 후 활동보조인으로 활동할 수 있도록 허용하고, 특히 요양보호사가 받은 교육과목 중 활동보조인이 받는 교육과목과 동일할 경우 면제시켜주는 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다. 그 외의 방문간호사 등은 노인요양과 동일한 기준을 적용하여 장애인 장기요양제도에서도 활동을 할 수 있도록 허용하는 것이 바람직할 것이다. 뿐만 아니라, 서비스 제공기관의 코디네이터를 대상으로 일괄적으로 교육을 실시한 이후에 배치하는 방안과 추후 이들의 자질향상을 위한 보수교육을 실시 하는 등에 대해서도 검토가 가능하겠다.

끝으로, 통합적 자격관리 시스템 구축과 관련하여, 장애인 장기요양보장제도와 노

55) 아이돌보미의 경우 신규자는 기본교육 40시간을 먼저 이수하고 6개월 이내에 40시간 심화교육을 받게 되어 있으므로 신규교육은 80시간으로 볼 수 있음(보건복지부, 2009)

56) 국정감사자료

인장기요양보험제도의 종사자가 일정 교육과정을 이수 한 후 두 서비스에 유입되게 한다면 두 제도 종사자 자격관리 시스템에 대한 통합관리가 필요할 것으로 사료된다. 현재 장애인활동보조인의 경우 사업기관에서 교육 수료자를 한국사회서비스관리원 전산 시스템에 입력하도록 하여 한국사회서비스관리원에서 전산으로 데이터를 보관하고 있고, 시도에서도 수료생 명단을 보관하고 있다. 요양보호사의 경우 노인복지법의 개정에 따라 요양보호사 자격시험이 실시되며 이는 교육기관에서 교육과정을 정상이수한 경우에는 국가에서 시행하는 자격시험에 응시할 자격이 주어지며, 시험은 필기, 실기 2과목으로 치러지며 각각 만점의 60%이상을 득점한 경우 합격 처리된다.

이와 같이 2개의 자격증을 원활하게 관리하기 위해서는 현재 사회서비스 바우처 사업을 한국사회서비스관리원에서 일원화하여 관리하는 것과 같이 2개의 자격을 통합 관리할 수 있는 기구를 두는 것도 고려해볼 수 있다. 이는 별도로 둘 수도 있고, 시도 내에 통합시스템을 만들 수도 있을 것이다.

제3절 바우처 전달체계 연계 방안 및 향후 제도 도입 시 개선사항

1. 전자바우처 사업 운영 현황

1) 전자바우처 사업개요

보건복지부에서 시행하고 있는 사회서비스 바우처 사업은 2007년 3월 사회서비스 관리센터가 설립되고, 동년 4월부터 노인돌보미와 중증장애인활동보조서비스 바우처 신청을 접수하면서 개시되었다. 이후에 같은 해 7월에 지역사회서비스혁신사업 신청 접수가 시작되었으며, 2008년 2월과 8월과 산모·신생아도우미사업과 가사간병 방문도우미지원사업이 실시되었다(보건복지부, 2009).

사회서비스 사업의 대표적인 영역은 보건복지부에서 2007년부터 시행하고 있는 바우처를 통한 사회서비스 확충사업이며, 본 사업은 2009년 2월 현재 노인돌봄종합 서비스, 장애인활동보조서비스, 산모신생아도우미서비스, 가사간병방문서비스, 장애아

동재활치료서비스, 지역사회서비스투자사업 등으로 구성되어 있다⁵⁷⁾. 바우처를 통한 새로운 서비스 제공방식의 성과는 수요자 만족도 제고, 사회서비스 공급기관간 경쟁 촉발, 고용취약계층에 대한 적합 일자리 창출, 제도운영의 효율성과 투명성 제고 등이 제시되고 있다(이재원, 2009; 김원중, 2008; 이경수, 2008).

제도시행 이후에 서비스 이용자와 공급기관 규모를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 이용자의 규모 변화를 살펴보면 대부분의 사업에서 증가추세가 뚜렷하다. 다만, 노인돌보미 사업의 경우는 2008년 7월과 8월에 이용자가 급감하였다. 이는 노인장기요양보험제도가 실시되면서, 노인돌보미 사업의 대상범위가 축소되었고, 이에 따라 예산이 축소되었기 때문이다. 지역사회서비스투자사업의 경우 2007년 내에서는 급격히 증가하다가 2008년 하반기부터는 다소 감소하는 추세를 보인다. 이는 2008년에 배정 예산이 축소된 이유도 있고⁵⁸⁾, 지역사회서비스투자사업의 일부였던 장애아동재활치료서비스 영역이 2009년 2월부터 독립적인 바우처 사업 분야가 되면서 지역사회서비스투자사업의 일부예산도 신규독립 사업으로 이전하여 배정된⁵⁹⁾ 이유도 있다.

2) 사업운영체계

과거 사회복지 전달체계로서의 바우처가 사용된 실례가 선진국 등에서 있었지만, 바우처의 관리부족과 오남용으로 인한 부정적인 시각이 대다수이었던 것은 사실이다. 이러한 과거의 바우처방식을 개선하여 투명하고 효율적으로 운용할 수 있는 새로운 방식으로서 전자바우처제도를 도입하게 되었다. 전자바우처는 사회서비스를 편리하게 이용할 수 있도록 현금카드 형태로 지급되며, 서비스의 신청에서 이용과 비용지급, 정산 등 전 과정이 전자적 시스템으로 처리된다. 전자바우처 시스템에서 소

57) 이 외에도 임신·출산전 진료비 지원서비스, 장애아동 재활 치료 사업, *i*사랑 보육서비스가 있다.

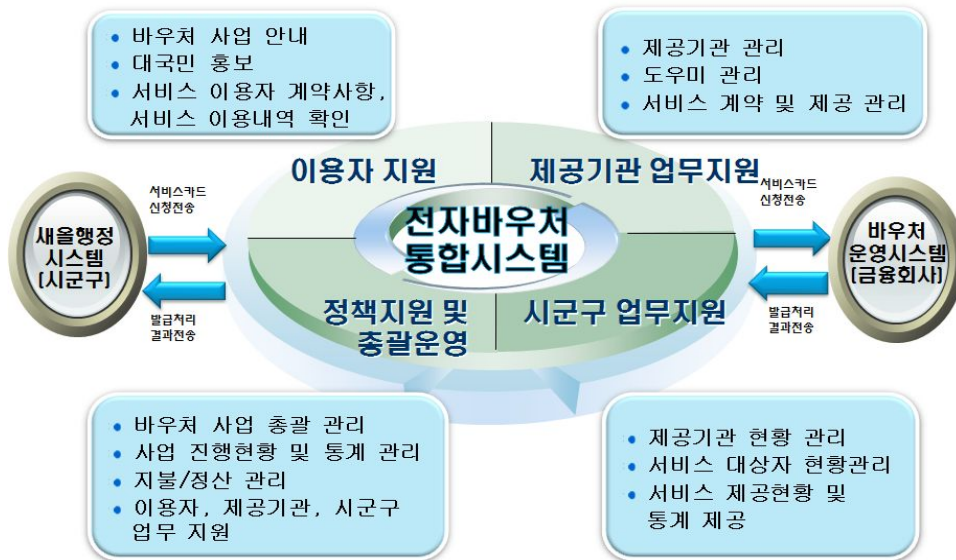
58) 지역사회서비스투자사업의 예산 변동을 보면 2007년에 국비 770억 원이 투입되었다. 그리고 2008년에는 국비 970억원의 예산이 운용되었다. 이는 2007년보다 증액된 것이지만, 2007년 8월부터 사업이 추진되었다는 점을 고려하면 실제 월 단위 가용예산은 상당히 감소한 수준이다(이재원, 2009)

59) 장애아동재활치료서비스 사업이 장애인국 소관으로 전환될 때 이에 소요되는 재원을 추가적으로 충분히 확보하지 못하였다. 이에 따라 기존의 지역사회서비스투자사업의 전체 재원에서 일부가 재활치료서비스 예산으로 배정되었다(이재원, 2009).

비자는 원하는 서비스를 자발적으로 선택하고, 서비스 수요변화 등에 대비한 대응이 신속하게 진행될 수 있다.

또한 전자바우처는 종이바우처에 비해서 실시간관리가 가능하고 오용가능성이 비교적 적다는 점에서 그 편리성과 유용성을 인정받을 수 있다. 또한 모든 관리가 전자화 되어 있기 때문에 보조금으로 지급되는 자금의 흐름이 투명하다는 장점을 갖고 있어, 정부 보조금 운용의 투명성을 제고할 수 있다. 아울러 전자바우처의 도입으로 나타날 수 있는 변화는 서비스전달의 투명화, 결제의 신속화, 통합정보시스템 네트워크화를 들 수 있다. 특히 통합정보시스템의 네트워크화는 일반이용자에게 나타나는 정보의 비대칭에 관한 문제를 완화하는데 일정부분 역할을 할 수 있는 것으로 여겨진다.

[그림 8-2] 통합정보시스템 네트워크('07년 구축)



첫째, 서비스 전달의 투명화란 전산시스템의 도입으로 어떤 서비스가 누구에게 적실하게 전달되었는지에 대한 서비스 전달과정의 투명성이 확보될 수 있다는 것이다. 특히 바우처제도에서는 사후관리체계가 적실하게 운영되어야 한다. 예를 들어 서비스이용자에게 현금으로 지급할 경우, 정부가 의도한 필수 서비스를 구매하기 보다는 다른 목적으로 사용하려는 유혹을 받기 쉽다. 그래서 국가는 바우처로 지원되는 사

업이 본래 설계한 대로 관련 서비스의 구매에 이용하는지의 여부를 정밀하게 추적해야 하는 모니터링 업무 부담을 가지게 된다. 전자바우처 제도는 민간금융기관의 신용카드나 체크카드 결제방식을 활용하여 이와 같은 서비스 전달과정을 실시간으로 관리할 수 있다.

둘째, 결제의 신속화란 전자바우처 서비스의 전산운용이 시장의 개별 주체들 별로 프로세스가 이루어진다는 것이다. 서비스 이용을 희망하는 일반인들은 해당 관할 주민센터에서 적격성 여부를 판정받고 은행에 본인부담분을 납부하면 된다. 이후에는 전자바우처 카드가 집으로 배달되며, 소비자는 관할구역내 서비스 제공기관에 도우미 파견을 요청하면 된다. 한편, 공급기관에서는 정부가 규정한 일정한 자격을 갖춘 도우미를 확보하고 서비스 이용자가 계약을 신청하면 무선 단말기를 가지고 소비자의 가정을 방문하여 서비스를 제공하고 바우처 카드로 이용대금을 결제하면 된다. 이후 대금의 지불은 신용카드 가맹점과 마찬가지로 서비스 제공기관별 서비스 내역이 전산으로 확인되어 5일 이내 국민은행으로부터 서비스 비용을 자동으로 청구·지급된다. 과거 종이바우처로 운영된 서비스의 경우 결제 업무가 장기간 소요되던 것에 반해 전자바우처 운용으로 결제업무가 5일 이내로 단축된 것에 대하여 일선 제공기관들은 이에 대해 좋은 반응을 보이고 있다.

셋째, 통합정보시스템의 네트워크화는 서비스 내역과 사용량, 결제금액, 제공기관 및 도우미의 기본정보 등의 정보들이 전자바우처 통합정보시스템 안에 내재되어 있음을 의미한다. 통합정보시스템의 정보들은 소비자, 제공기관, 지방행정기관·중앙행정기관, 그리고 한국사회서비스관리원·국민은행 등 기관에서 담당하고 있는 업무사항들이다. 바우처통합시스템은 2007년 2월 바우처 포탈, 제공기관운영 및 통합정보시스템의 구축 등 기본적인 시스템이 구축된 이래로, 바우처 이용자와 시군구 운영자들의 편의를 위한 기능을 부가시켰으며, 크게 바우처포탈시스템, 제공기관운영자시스템, 통합정보운영자시스템, 시군구업무지원시스템의 4부분으로 구성된다.

바우처포탈시스템은 바우처 이용자들을 위한 시스템으로 주요사업안내, 대국민 홍보, 서비스이용자의 계약사항과 서비스 내용을 확인할 수 있도록 만들어 놓았다. 제공기관운영자시스템은 제공기관의 편의를 도모한 도우미 관리 및 서비스를 계약하고 제공하며 관리할 수 있도록 전산화한 것이다. 통합정보운영자시스템은 한국사회서비

스관리원에서 바우처사업에 대한 전반적인 흐름과 사업의 진행상황을 모니터링 할 수 있도록 되어 있으며, 현재 바우처방식으로 진행되는 사업에 대한 관리와 데이터를 통계처리할 수 있도록 구성되어 있다. 시군구업무지원시스템은 시군구담당자가 관내 제공기관 및 서비스 이용자에 대한 현황을 파악하고 관리할 수 있는 편의를 제공하고 있다.

한국사회서비스관리원에서는 통합정보시스템에 대한 정보뿐만 아니라, 바우처 이용자 및 서비스 공급기관에 대한 정보를 구축하고 관리한다. 바우처시스템의 흐름을 모니터링 할뿐만 아니라, 이후의 관리에도 대비하고 있어, 바우처시스템의 처음 도입으로 인해 예상되는 기술적인 문제에 대한 해결책을 마련해 가고 있는 실정이다. 그 밖에도 사회서비스 및 전자바우처에 대한 대국민 홍보 및 안내 등 지원업무를 실시간 담당함으로써 이용자들의 정보비대칭에 대한 문제를 줄이는데 기여하고 있다.

3) 사업 현황

보건복지부의 전자바우처 사업은 노인돌봄, 장애인활동보조, 산모신생아, 가사간병, CSI, 산전진찰, 장애아동재활치료, 보육 등 8개 전자바우처 사업이 있다. 이러한 내용의 전자바우처사업은 〈표 8-13〉에서 보는 바와 같이, 단기간의 시행과정에도 불구하고 양적 확충이 이루어졌다. 2007년 3개 사업, 2,279억 원에서 2009년에는 6개 사업, 3,201억 원으로 사업의 종류와 예산이 확대·증액되었다. 이 중 4대 전자바우처사업의 경우에는 수혜자 수에 있어서도 주목할 만한 증가율을 보이고 있다. 2007년 각각 24,975명, 36,883명⁶⁰⁾, 16,000명, 69,600명(국회예산처, 2008: 239, 241; 고성철, 2008: 37에서 재인용)이었던 사업집행결과 수혜자 수가 2009년 2월 현재 각각 7,999명, 4,339명, 22,806명, 217,505명인 점을 감안 할 때, 집행결과에 따른 수혜자 수는 상당히 증가할 것으로 예측된다. 전자바우처사업이 보편적 서비스로 확대되고 있는 모습을 보이고 있는 것이다.

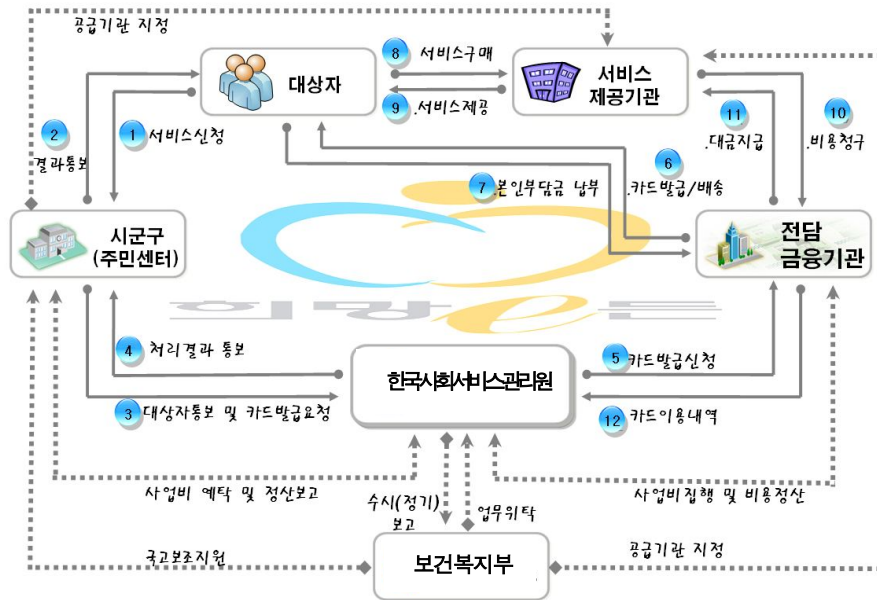
60) 산모·신생아도우미사업은 2008년 2월에 전자바우처사업으로 편입되었다. 이전까지는 종이바우처로 지급되었다. 따라서 이 수치는 종이바우처로 지급된 2007년 수혜자 수이다.

〈표 8-21〉 사회서비스 바우처 사업 개요

사업	내용
노인돌봄종합서비스	65세 이상 노인 중 일상생활이 어려운 분들에게 제공하는 가사 활동지원 서비스
장애인활동보조지원사업	활동이 어려운 중증 장애인에게 제공하는 일상생활 및 사회활동보조 서비스
산모·신생아 도우미지원	저소득 가정 산모와 신생아에게 제공하는 건강관리 및 가사지원 서비스
가사·간병 방문서비스사업	소년소녀 가장, 저소득노인, 장애인과 중증질환자에게 제공하는 무료 간병 및 가사지원 서비스
지역사회서비스투자사업	전국을 대상으로는 취학전 아동 인지능력향상 ^ㄷ 서비스와 비만 초등학생 건강관리서비스가 있으며, 각 지역별로는 장애아동 재활심리치료 등 300여개의 다양한 서비스가 있음
임신·출산전 진료비 지원서비스	출산 전 임신부에게 제공하는 산전진찰과 분만 비용 지원 등의 서비스
장애아동 재활 치료 서비스 사업	장애의 조기발견 및 중재를 위한 부모상담 서비스, 언어, 미술, 음악, 심리행동 치료 등의 서비스
i사랑 보육서비스	영유아 부모에게 서비스 이용권을 제공하는 수요자 중심의 보육서비스

강혜균(2007)는 전자바우처사업을 주로 취약계층을 대상으로 한 수급자-공급기관 관계로 형성되는 전통적인 사회서비스 구조가 아닌 일반 시민들이 함께 이용하는 소비자-공급자 관계를 특징으로 하는 사회서비스 시장구조를 새롭게 형성·운영하기 위한 혁신적인 사회서비스 전달체계 구축방안으로 평가한다. 전자바우처사업에 전제되어 있는 소비자 중심, 보편성, 시장원리의 활용, 그리고 서비스 품질관리 등의 새로운 정책가치(이재원, 2008)가 반영된 평가라고 볼 수 있다. 특히 보편적 복지를 추구하는 방향에서 대상자를 기초생활수급자에서 전국 가구 평균소득 이하로 확대하였다는 점과 소비자의 권리확보와 도덕적 해이 완화 차원에서 소비자에게 본인부담금을 부과한 점(김윤수, 2007: 296) 등도 주목해야 할 정책적 고려사항이다.

[그림 8-3] 전자바우처 운영체계



공급자 지원방식의 한계를 극복하고 자금관리 투명성, 양도 등의 부정적인 사용예 방, 복잡한 본인부담금 환급 및 정산 등의 처리를 위하여 '07. 4월부터 『금융카드 기반의 전자바우처』 도입하였다. 서비스 신청부터 카드발급, 서비스이용(카드 사용), 결제 및 정산 등 일련의 과정이 전자적으로 처리하고 있다.

2. 노인장기요양보험 운영 현황

가. 노인장기요양보험 운영체계

노인장기요양보험의 재가급여 서비스내역은 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간 보호, 단기보호, 복지용구 등이 있다. 방문요양은 장기요양요원이 가정을 방문하여 목욕, 배설, 가사 등 일상생활지원을 말한다. 방문목욕은 목욕장비를 갖추어 가정을 방문하여 목욕서비스 제공하는 것이고 방문간호는 의사의 지시를 받은 간호사가 노인을 방문하여 간호서비스 제공하는 것이다. 주·야간보호는 하루 중 일정 시간 동안 주야간보호시설에서 노인을 일시 보호하는 것이며, 단기보호는 단기간동안 노인을

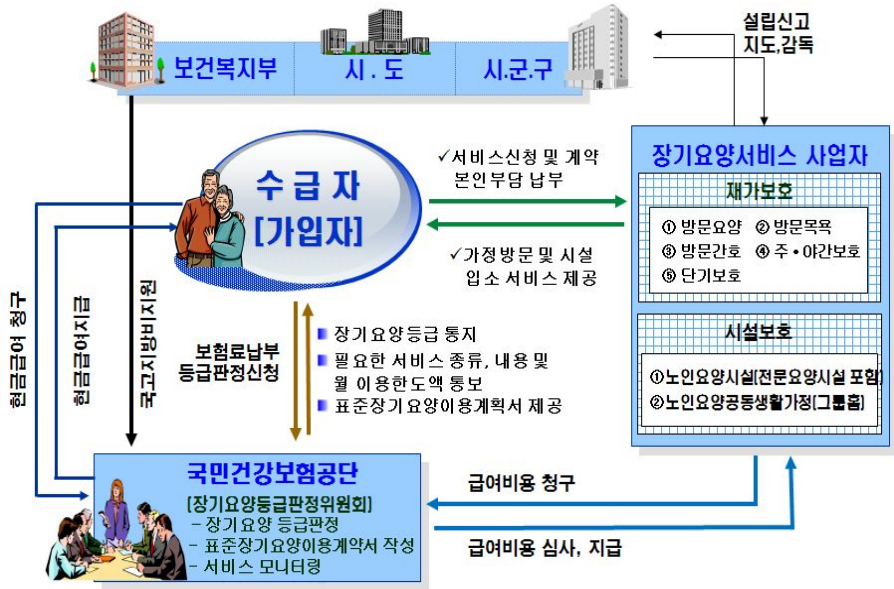
입소시켜 보호하는 것을 의미한다. 복지용구는 휠체어, 지팡이, 전동침대 등을 구입 또는 대여할 수 있도록 지원하는 것이다.

[그림 8-4] 재가서비스 제공절차



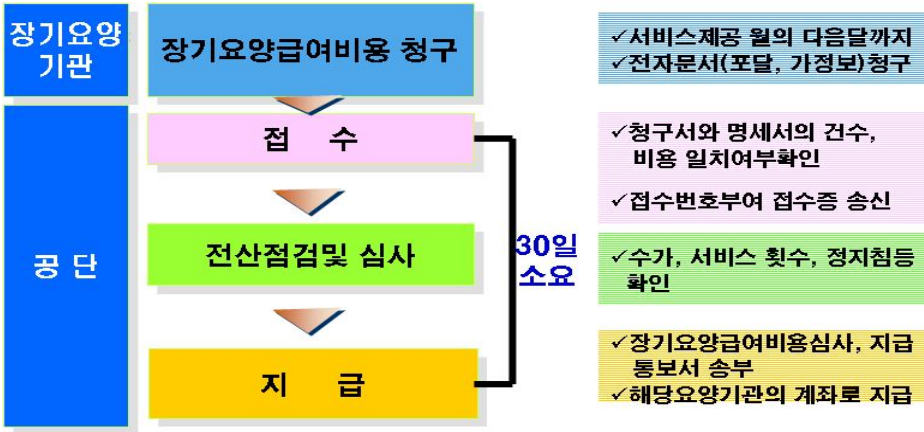
장기요양서비스 대상자인 기초생활 수급노인 또는 의료급여수급자는 시군구의 서비스 계약 승인을 통하여 장기요양기관과 이용계약을 체결하고 서비스를 제공한다. 이 때 시군구는 서비스 계약 승인과 함께 승인내역을 건강보험관리공단에 통보하게 된다. 반면 일반 노인은 장기요양기관과 직접 계약 협의를 통하여 서비스를 제공받을 수 있다.

[그림 8-5] 노인장기요양보험 관리운영체계



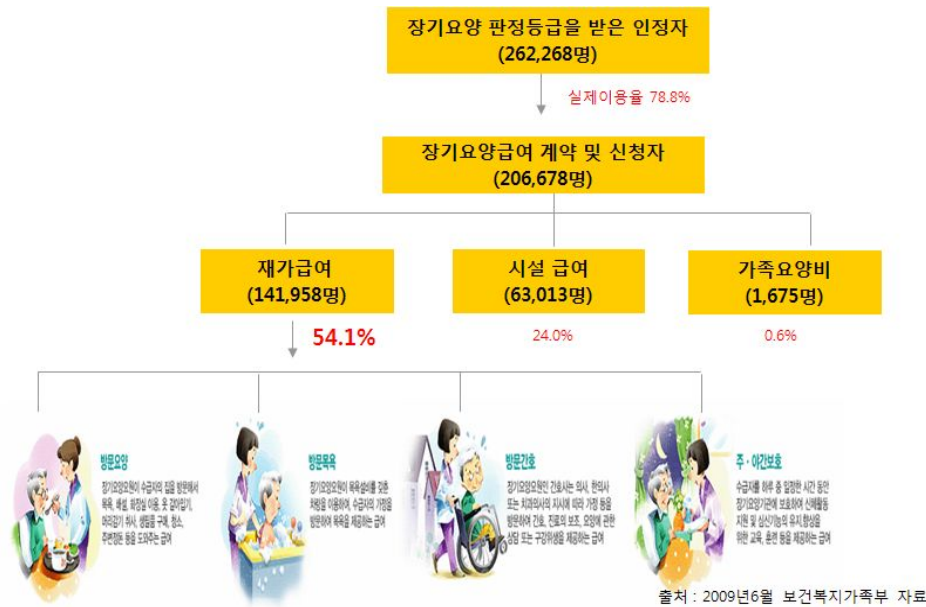
노인장기요양 가입자는 국민건강보험공단에 장기요양관련 등급을 판정받고 장기요양서비스 사업자에게서 서비스 계약과 아울러 서비스를 제공받는다. 국민건강보험공단은 장기요양의 등급판정, 표준이용계약서 작성 및 서비스에 대한 모니터링을 실시한다. 보건복지부·시도·시군구는 장기요양서비스 사업자의 설립신고 및 지도감독을 담당하며 공단에 국고지방비를 지원하고 있다.

[그림 8-6] 노인장기요양보험 비용청구·심사·지급업무 흐름도



장기요양기관은 요양급여에 대한 비용을 공단에 청구하고 공단에서는 전산점검과 심사를 통하여 지급하게 되는데 약 30일이 소요된다. 심사시 청구서와 명세서의 건수와 비용이 일치하는지에 대한 여부를 확인하고 수가, 서비스 횟수, 지침 등을 확인한다.

[그림 8-7] 노인장기요양 급여이용현황('09. 6.)



※ 시설급여 및 재가급여는 급여계약내역 통보전 기준, 가족요양비는 신청기준

[그림 8-7] 과 같이 2009년 6월 현재 장기요양 판정등급을 받은 인정자는 26만 여 명이며 이들 중 실제 이용율은 78.8%에 해당하는 20만6천 여 명에 해당되며 인정 자중에서 중 재가급여서비스 이용자 14만 여 명이 방문요양·방문목욕·방문간호·주 야간보호 서비스를 받고 있다.

2) 노인장기요양보험제도 심사업무

(1) 노인장기요양보험제도의 심사개요

노인장기요양(재가급여)은 장기요양기관에서 이용자의 케어플랜을 작성하여 서비스 제공 후, 장기요양시스템에 서비스 시간, 내용 등을 입력, 월 1회 공단에 청구하면 공단은 심사 및 현지실사 등의 절차를 거쳐 일정기간(약 30일) 후에 장기요양기관에 서비스 금액 지급하고 있다. 노인장기요양보험제도의 심사업무란 장기요양기관 으로부터 제출된 청구서·청구명세서에 대하여 장기요양보험급여비용 청구 관련규정 및 심사기준에 의거, 일반사항과 기준사항을 대조·확인함을 말한다. 일반사항심사는

청구서·청구명세서에 대하여 ‘장기요양보험급여비용 청구방법, 청구서·청구명세서 서식 및 작성요령’에 따른 일반 입력사항 등이 적합한지의 여부를 전산으로 점검한다.

〈표 8-22〉 노인장기요양사업 심사종류 및 내용

심사종류	심사내용	
기준사항 심사	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스단가 착오 - 필수기재사항누락 또는 착오기재 	<ul style="list-style-type: none"> - 청구명세서작성방법 착오 - 보완청구, 추가청구 착오
정밀심사	<ul style="list-style-type: none"> - 월(연) 한도액 초과 - 장기요양급여계약(변경)내역서미제출 - 시설 입소중 재가급여 청구 	<ul style="list-style-type: none"> - 방문간호지시서 관련 - 2가지이상의재가급여동시실시
급여종류별 집중심사	<ul style="list-style-type: none"> - 1일 2회 수가 산정건 - 야간,공휴일가산 산정건 - 방문간호 주3회초과,야간·휴일가산 산정건 	<ul style="list-style-type: none"> - 2인의 요양보호사 동시 서비스 산정건 - 방문목욕시 무자격자 청구, 차량이용횟수 초과여부건

기준사항심사는 청구명세서의 장기요양보험급여비용 청구내역이 수가기준에 의거 알맞게 산정되었는지의 여부를 전산점검후 담당직원이 심사한다. 기준사항 심사의 심사방법에 있어서 서비스단가 착오건은 요양등급별, 서비스코드별, 복지용구 코드별 수가 또는 단가 착오건 심사한다. 청구명세서 작성방법 착오건은 본인일부부담금 개정 전·후, 장기요양등급 변경 전·후, 수급자구분 변경 전·후, 미분리 작성건은 심사불능 처리를 확인한다. 필수기재사항 누락 또는 착오기재건과 보완청구, 추가청구 착오건은 미기재항목 및 중복청구, 사망일이후청구, 기타 착오청구 등 심사하고 있다.

정밀심사는 급여종류별, 서비스코드별 청구내역이 심사기준 및 산정기준에 의거 알맞게 산정되었는지 여부를 심사하고 장기요양서비스경향을 분석하는 등 급여비용을 정밀하게 심사한다. 정밀심사의 심사방법에 있어서 월(연) 한도액 초과건은 동일기관 월(연) 한도액 초과, 여러기관 월(연) 한도액 초과건 심사하고 있고 방문간호지시서 관련건은 방문간호지시서 발급전 청구, 유효기간 180일 이후 방문간호서비스 청구건은 심사불능 처리하고 있다. 장기요양급여계약(변경)내역서 미제출건은 심사불능 처리하고 있으며, 2가지 이상의 재가급여 동시 실시가 확인된 경우 심사조정한다. 시설 입소중 재가급여 청구의 경우 수급자가 입소 중 타 재가급여내역에서 확인시 심사불능 처리하고 있다.

급여종류별 집중심사 사항을 살펴보면, 방문요양사업의 1일 2회 수가 산정건은 방문시간 미기재시 서비스제공기록지를 Fax 등으로 제출받아 심사처리하고 차후에는 동 내용을 참고란에 기재토록 안내한다. 서비스제공기록지를 제출 받은 후 방문간격이 2시간 이상인지를 확인하고 방문간격이 2시간 이내인 경우 월 4회까지는 해당 서비스수가를 각각 2회 인정하고 5회부터는 총 서비스시간을 합산하여 1회로 인정한다. 방문요양사업의 2인의 요양보호사 동시 서비스 산정건은 2인의 요양보호사 입력여부와 2시간 미만의 수가를 산정하였는지의 여부를 확인하고 2시간 이상 수가 산정시나 2인의 요양보호사 미입력시 심사한다. 방문요양사업의 야간, 공휴일가산 산정건에 대하여는 서비스 개시시작과 종료시간 미기재시 서비스제공기록지를 Fax 등으로 제출받아 심사처리하고 차후에는 동 내용을 참고란에 기재토록 안내하고 서비스제공기록지상의 서비스 개시시간에 따른 야간 가산산정 또는 공휴 가산산정 착오시는 심사하도록 하였다. 그리고 타 장기요양기관 평균과 비교하여 야간 및 공휴일 산정건이 일정수준이상을 상회하거나 계속 증가하는 기관에 대하여는 집중관리하고 필요시 수급자조회, 현지확인 심사 실시한다.

방문목욕에 있어서 1인의 요양보호사 또는 무자격자 방문목욕 청구시 심사는 차량 미이용 방문목욕 청구건 없이 방문목욕 차량 이용수가만 산정하는 기관 또는 차량대비 방문목욕 차량 이용 수가 청구건이 통상 차량 1대당 1일 시행 할 수 있는 횟수를 현저히 초과했다고 판단되는 장기요양기관에 대하여는 집중관리 하고 필요시 수급자조회, 현지확인심사 실시한다.

방문간호에 있어서 방문간호 횟수 주3회 초과건은 응급상황 등 부득이한 경우에 대한 참고사항 기재가 없을 경우 심사 조정한다. 간, 공휴일 가산 산정건에 있어서 (1)서비스 개시시작과 종료시간 미기재시 서비스제공기록지를 Fax 등으로 제출받아 심사처리하고 차후에는 동 내용을 참고란에 기재토록 안내하고 (2)서비스제공기록지의 서비스 개시시간에 따른 야간 가산산정 또는 공휴 가산산정 착오시는 심사한다. 그리고 (3)타 장기요양기관 평균과 비교하여 야간 및 공휴일산정건이 일정수준이상을 상회하거나 계속 증가하는 기관에 대하여는 집중관리하고 필요시 수급자조회, 현지확인심사 등을 실시한다.

(2) 노인장기요양 심사사후관리

심사사후관리는 장기요양기관의 급여비용 청구에 따라 심사·지급한 비용지급이후에도 심사사후관리를 통해서 부정사용 및 부당청구를 최소화하기 위한 것이다. 중복 청구, 자격구분착오 등 기존 심사 과정에서 처리 불가능한 건을 발체·재심사 하는 것으로 이에 대한 업무처리 기준 및 방법·절차를 규정하는 것을 목적으로 하고 있다. 심사지급된 건 중에서 허위 또는 착오발생 가능성이 높거나 심사과정에서 발견할 수 없는 환수예정 항목을 대상으로 심사사후 건 선정하고 심사지급 월을 기준으로 3개월이 경과되면 심사사후 대상으로 선정 발체하고 있다. 발체시기는 매월 10일 이내 발체하고 있다.

〈표 8-23〉 노인장기요양 심사사후관리

업무명	내용
대상 발체	<ul style="list-style-type: none"> - 발체대상 : 심사지급된 건 중에서 허위 또는 착오발생 가능성이 높거나 심사과정에서 발견할 수 없는 환수예정 항목을 대상으로 심사사후 건 선정 - 발체주기 : 심사지급 월을 기준으로 3개월이 경과되면 심사사후 대상으로 선정 발체 - 발체시기 : 매월 10일 이내 발체
재심사 항목	<ul style="list-style-type: none"> - 중복청구, 무자격자, 자격구분 착오 청구, 월 한도액 초과(동일기관) - 건강보험 입원기간 중 중복청구(건강보험 D/B 연계) - 단기보호(동일기관) 90일 초과 청구 및 연 180일 초과청구 - 퇴소당일 12시간 이상 1일당 수가 청구 - 무자격요양보호사, 영업기간외 청구

심사사후 대상항목별 심사를 살펴보면 다음과 같다. 중복청구 건에 있어서는 동일 기간 내에 재가-재가 또는 입소-재가, 입소-입소의 중복 급여내역이 있는지 확인하고 동일한 급여제공일 경우 급여제공일이 1일 이상 중복청구 되었는지 확인한다. 만일 동일기관일 경우 중복청구된 급여내역을 조정하여야 한다. 무자격자의 경우는 장기요양인정유효기간 이전/이후 청구와 사망일 이후 청구를 고려한다.

자격구분 착오 청구에 있어서는 발체된 명세서의 급여제공일 전·후, 급여제공기간 중에 자격변동사항이 있는지 확인하고 수급자의 자격변동일, 자격변동사항에 맞게 본인부담율이 적절하게 청구되었는지 확인한다. 그리고 수급자의 자격이 상이하게 청구되었거나 청구기간내에 자격변동이 있는 경우 자격 변동일을 기준으로 대상자의

자격에 적합한 본인부담율로 조정한다. 월 한도액 초과(동일기관)의 경우는 발체된 청구명세서에서 수급자의 등급 및 급여총액을 확인하여 월 한도액이 초과되었는지 확인하며, 동일사유로 발체된 명세서에서 수급자에게 다른 서비스가 제공되었는지 확인한다. 그리고 청구된 각각의 명세서에서 급여액을 합산하여 수급자의 등급에 맞는 월 한도액과 비교한다. 건강보험 입원기간 중 중복청구(건강보험 D/B 연계)의 경우에는 건강보험 입원기간 중 시설급여 청구하고 건강보험 입원기간 중 재가급여 청구한다.

단기보호(동일기관) 90일 초과 청구 및 연 180일 초과청구의 경우는 발체된 청구명세서의 단기보호 급여 제공일수를 확인하고 동일사유로 발체된 청구명세서에서 동일기관의 입소일과 퇴소일을 확인한다. 그리고 급여일수(외박포함)가 90일이 초과되었다면 초과된 일수를 조정한다. 퇴소당일 12시간 이상 1일당 수가 청구의 경우는 발체된 청구명세서에서 입소 종료일을 확인하고 장기요양기관에 장기요양 급여제공 기록지를 요청·확인하여 수급자의 퇴소시간을 확인한다. 그리고 퇴소시간이 12시 이전이면 1일당 수가를 입·퇴소일 50% 수가로 조정한다. 무자격요양보호사의 경우에는 등록되지 않은 요양보호사의 서비스제공 후 청구와 2급 요양보호사가 방문목욕 실시 후 청구한다. 영업기간외 청구의 경우에는 요양기관의 휴업기간, 행정처분기간, 폐업일을 확인하고 급여제공일이 폐업일 이후 청구이거나, 휴업기간중이거나, 행정처분기간중이라면 조정한다.

3. 장애인 장기요양 1차 시범사업 운영 현황

가. 사업 개요

1) 장애인장기요양 시범사업 추진

본 장에서는 장애인장기요양 시범사업 추진과 관련하여 바우처 시스템을 활용한 제1안 활동보조서비스 확대안을 중심으로 시범사업 추진 내용에 대하여 살펴보고자 한다. 장애인장기요양 시범 사업기간은 2009년 9월부터 2010년 1월까지 (결산 : '10. 2월)진행되었으며, 그간의 추진경과를 살펴보면 2009년 6월에 ‘장애인장기요양

시범사업 실행계획'을 수립하여, (재)한국사회서비스관리원에게 대상자 자격정보관리, 바우처 발급 및 관리, 급여비용의 지급 정산 등 장애인장기요양 시범사업의 업무를 위탁하였다. 7월 부터는 장애인장기요양 시범사업의 기반시스템 구축, 결제단말기 적합모델 제안 및 임대, 바우처 카드 제작 등 시스템 개발 및 운영하였다. 2009년 7월과 8월 사이에 대상자 선정 및 인정등급 결정하였으며, 시범지역 내 활동보조서비스 제공기관 및 노인장기요양보험법 상의 재가장기요양기관 중 시범사업 참여 제공기관을 선정하였다. 그리하여 9월 부터는 활동보조, 방문간호, 방문목욕 3개 서비스를 제공하는 장애인장기요양 시범사업을 실시하게 되었다. 마지막으로 예탁금 및 본인부담금 정산, 단말기 회수 등을 위하여 장애인장기요양 시범사업 정산 및 결산이 2010년 2월에 시행되었다. 사업규모는 16억원이 예탁되어 14억원이 집행됐으며, 5개 시군구(서울 서초, 경기 이천, 광주 남구, 전북 익산, 제주 서귀포) 454명의 대상자와 20개 제공기관 409명의 제공인력이 참여⁶¹⁾하였다.

〈표 8-24〉 장애인 장기요양사업 사업규모

(단위: 원, 개, 명)

구 분		계	서비스 구분		
			활동보조	방문간호	방문목욕
재정	예탁금액	1,567,000,000	1,567,000,000		
	집행금액	1,454,460,480	1,421,192,990	12,422,750	20,844,740
공급	제공기관	20	9	5	6
	제공인력	409	380	6	23
수요	이용자	507	452	23	32

노인장기요양보험법안 통과 시 국회에서는 부대의결을 제시하였다. 부대의결은 2009년 7월부터 장애인장기요양 시범사업 실시 후 2010년 6월 장애인종합복지대책을 국회에 보고하도록 제시하였다. 이에 따라 보건복지부 장애인정책과에서는 ‘장애인장기요양제도 도입을 위한 시범사업’ 실시하게 되었으며 20억(금번 추경에 반영)의 예산으로 당초 제1안 활동보조서비스 확대안의 경우 전자바우처방식으로 3~4개

61) 실인원

시·군·구에서 200~250명의 대상과 제2안 노인장기요양보험제도에 장애인 포함안의 경우 1~2개 시·군·구에서 100명 내외으로 진행하는 것으로 계획하였다.

시범사업은 두 가지 모형으로 실시하며 한국보건사회연구원에서 시범사업에 대한 모형개발을 비롯한 종합적인 연구 수행과 더불어 시범사업 전반에 대한 평가를 실시하였으며, 사업운영과 관련하여 한국사회서비스관리원에서는 제1안 활동보조서비스 확대안의 ‘바우처관리 기관’으로 참여하고 이때 관련전문기관으로서 국민연금공단과 국민건강보험공단이 참여하였으며, 제2안의 경우 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는 방식으로 국민건강보험공단에서 진행하도록 하였다.

2008년 한국보건사회연구원은 ‘장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구’를 진행하였는데, 연구 결과 장애인장기요양제도는 현 활동보조서비스를 확대하고, 지불·정산업무를 한국사회서비스관리원에서 담당하는 것으로 제안하였다. 보건복지부 내 장애인장기요양 담당과의 의견도 동일하였다. 또한 장애인단체 등에서도 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하여 실시하는 방안이나 국민건강보험공단이 장애인장기요양제도의 관리운영주체가 되는 것에 대해 적극적으로 반대하고 있었다.

현재 장애인활동보조사업의 평가판정 및 대상자선정 기능은 시·군·구 및 보건소 방문간호팀의 방문간호사가 담당하고 있으나 장애인장기요양으로 확대될 경우 업무 과부하 및 평가판정의 전문성 문제가 발생하며, 새로운 조직을 만들기에는 막대한 예산이 수반될 수 있다. 장애인장기요양사업의 대상자평가판정 및 대상자선정의 역할은 이에 따라 관련전문기관에서 수행하는 것으로 추진이 예상된다.

2) 「장애인장기요양 시범사업」 운영 변경사항

대상자 선정을 위해서 시·군·구(방문조사 및 등급판정은 보건소)에서 시·군·구 지정 관련전문기관으로 변경되었고, 바우처 결제방식은 단일수가, 시간 차감방식에서 복수수가, 한도액 차감방식으로 변경되었다. 카드발급 및 비용지급에 있어서 금융기관 대행에서 한국사회서비스관리원에서 직접 수행하도록 되었고 결제 단말기는 전용 단말기·휴대폰(동글이) 단말기에서 전용결제폰 단말기로 변경하였다.

관련전문기관과의 정보 송수신 방식은 시범사업 대상인원이 매우 적은 것을 감안

하여 오프라인으로 송수신하도록 하였다. 본사업 시에는 전산망을 연결하여 실시간으로 망을 통해 송수신할 예정이다.

결제 단말기 개발을 위한 요건 정의를 위해서 다음과 같이 정리하였다. 서비스단가는 활동보조는 8,000원, 방문간호는 30분미만일 경우 28,700원, 30분에서 60분사이는 36,650원, 60분이상일 경우 44,600원으로 조정하였다. 방문목욕일 경우에는 차량이용시 71,290원, 차량미이용시 39,590원으로 조정하였다. 휴일·야간 서비스 제공 시 가산금은 미적용하도록 하였으며 월별 바우처 잔량은 2개월 이내 잔량은 기존 활동보조사업과 동일하게 이월하도록 하였다. 활동보조서비스결제 시간단위는 1시간단위로 결제(기존 활동보조사업과 동일)하였고 방문목욕 방문간호 결제 시는 시작/종료를 적용하여 진행하도록 하였다. 서비스정보의 집합 범위 결정은 중분류 또는 소분류에 대한 결정은 추후하되, 일단 소분류까지 개발이 진행되었다.

대상자 선정에 있어서 시범사업 지역을 선정한 후 시범사업 지역의 활동보조 대상자를 전원 시범사업 대상으로 선정(독거특례자 포함)하였다. 기존의 활동보조 대상자등급에 따른 서비스제공비용을 요양등급에 따라 비용을 가산하여 제공하도록 하고 있다(요양등급은 4등급 체계). 이에 따라 최종적으로는 시범사업 규모(전자바우처 방식)는 5개 시·군·구, 550명 노인장기요양보험제도에 장애인 포함방식은 1개 시·군·구, 50명 이하로 변경하였다. 전출입자 처리방안은 시범사업에서 비시범사업으로 전출자는 활동보조 대상으로 전환하였으나 비시범사업에서 시범사업으로 전입자는 활동보조 대상으로 유지하였다.

본인부담금 부담은 현재 활동보조서비스에 따른 본인부담금을 유지하였고 본인부담금 납부는 한국사회서비스관리원에 직접납부토록 하였다. 단, 제공기관이 월별·대상자별로 납부받아야 할 본인부담금을 확인할 수 있도록 시범사업 시스템을 구축하도록 하였다. 한도잔액 사용방안은 서비스비용 결제 시 한도잔액이 결제금액 이하일 경우 처리는 잔액이 모두 결제되도록 하고, 부족액은 제공기관에서 직접수납(추가구매방식)토록 하였다. 결제수수료의 공제는 결제금액의 1.5%를 공제하도록 하였으며, 결제단말기 파손분실 시 처리는 분실 또는 완파의 경우에만 배상책임이 적용되도록 하였다.

〈표 8-25〉 서비스정보 집합 분류표

대분류	중분류	소분류
활동보조	신변처리지원	목욕, 세면, 대소변, 옷갈아입기, 식사보조, 기타
	가사지원	청소, 세탁, 식사준비, 양육보조, 쇼핑대행, 기타
	일상생활지원	금전관리, 일정관리, 기타
	의사소통보조	낭독보조, 대필보조, 기타
	이동보조	등·하교지원, 출·퇴근지원, 야외·문화활동지원, 기타
방문간호	기본간호, 치료간호, 교육·상담	없음
방문목욕	차량이용, 차량미이용	없음

※ 기존 분류표에서 일상생활지원 “시간관리” 삭제

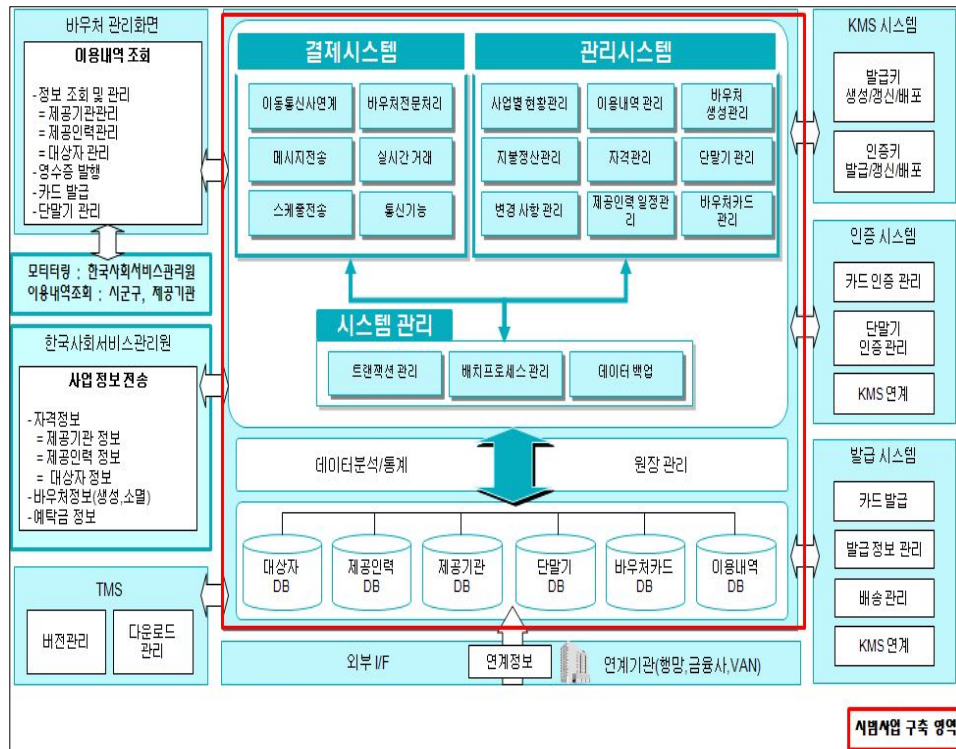
나. 시범사업 시스템 구성

1) 시스템구축 목적

장애인 장기요양 시범사업의 시스템 구축 목적은 전자바우처 방식을 도입하여 바우처 지불 정산의 투명성 및 효율성을 확보하기 위함이다. 이는 대상자 제공기관 제공인력 관리와 부정거래, 허위거래 방지가 가능하도록 하고, 기반시스템 구축을 통한 실시 모형의 문제점 및 개선 방안 등을 사전 도출하여 제도의 원활한 시행을 도모하고자 하였기 때문이다.

이에 대하여 장애인 장기요양 시범사업에 장애인활동보조 방식의 전자바우처 제도 도입에 대한 요구와 기반시스템 구축을 통한 시범사업 실시모형의 문제점 및 개선방안 등을 사전 도출하여 제도의 원활한 시행 도모하고자 한 내부적인 요청이 있었다. 그리고 대상자, 제공기관, 제공인력의 관리와 부정 거래, 허위거래 방지가 가능한 기반 시스템 구축을 위한 정보기술적인 측면을 고려하였다.

[그림 8-8] 장애인장기요양사업 시스템 구성도



[그림 8-8] 과 같이 장애인 장기요양사업 시스템은 크게 결제시스템과 관리시스템으로 나눌 수 있다. 그리고 이들의 연계와 배치 그리고 데이터 백업과 같은 시스템 관리로서 운영되며 이들은 KMS시스템, 인증시스템, 발급시스템과 연동되어 운영된다. 또한 이러한 사업관리는 사회서비스관리원의 사업정보를 전송하고 이들의 이용내역에 관한 사항을 조회할 수 있도록 설계되어 있다.

① 바우처결제시스템

바우처 결제시스템에는 바우처의 거래승인과 승인취소 그리고 바우처의 수동거래와 거래에 대한 예외처리가 있을 수 있다. 바우처거래승인 및 승인취소의 경우에는 바우처 서비스 시작을 등록하고 바우처 결제승인을 요청하거나 승인된 건에 대한 승인취소요청을 처리한다. 바우처 수동거래는 단말기장애나 음영지역에서 통신불능 등으로 인하여 부득이하게 결제가 불가능할 경우, 당일 내에 수급자카드번호를 수집하

여 단말기로 결제하는 방식을 의미한다. 바우처 거래 예외처리는 당일 내에 바우처 거래취소를 못하거나 바우처 결제를 하지 못하고 바우처포인트 소멸된 경우, 결제취소 및 예외청구를 심사후 처리를 지원한다.

② 바우처관리시스템

바우처 관리시스템에는 대상자관리, 제공기관관리, 시군구관리, 결제관리가 있다. 대상자관리는 시범사업대상자에 대한 신규 추가 및 시범지역 외 지역으로 전출, 자격해지(사망, 본인포기 등) 발생 등으로 인한 시범사업대상자 자격변경처리 등을 관리한다. 제공기관관리는 제공기관의 정보관리, 인력관리, 카드관리, 단말기관리가 필요하다. 제공기관정보관리는 시범사업에 참여하는 서비스제공기관을 시범 시군구로부터 통보받아서 제공기관정보를 등록하고 변동사항을 관리하는 것을 말한다.

제공인력관리는 시범사업에 참여하는 서비스제공기관에 소속된 제공인력의 정보를 제공기관이 등록하고 변경사항 관리를 의미한다. 바우처 카드관리는 서비스제공기관이 발급한 제공인력 및 대상자의 바우처카드의 발급현황을 확인하고 분실 및 훼손으로 카드 재발급이 필요한 경우, 재발급내역 등록 관리 및 바우처 카드의 배포와 카드 수불 현황관리를 말한다. 마지막으로 단말기관리는 제공기관에서 관리하는 단말기의 보유현황 및 상세한 단말기재원 및 관리담당 제공인력정보를 등록관리 의미한다.

시군구 관리에는 대상자 자격관리, 제공기관관리, 이용정보관리, 정산관리가 있다. 대상자자격관리에는 시범시군구별로 대상자의 자격확인 및 바우처 생성내역을 조회할 수 있다. 제공기관관리는 서비스제공기관의 기관정보 및 제공인력, 보유단말기 현황을 조회할 수 있다. 이용정보관리는 서비스결제현황 및 서비스이용내역을 일일별 또는 기간별로 조회할 수 있다. 정산관리는 한국사회서비스관리원에서 사업비에 대한 정산내역을 조회하고 예외청구나 결제취소현황을 조회할 수 있다.

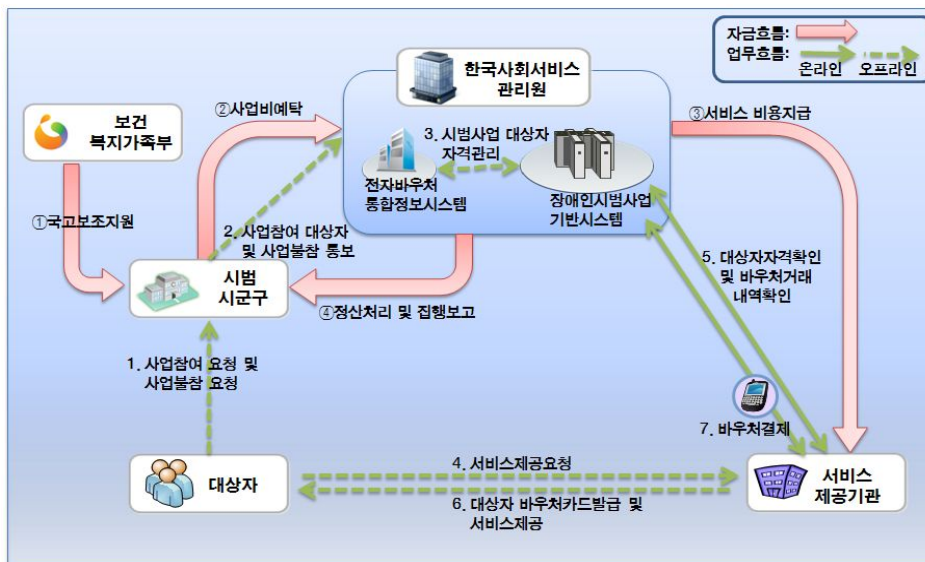
결제관리에는 거래승인관리, 거래내역조회, 예외처리 관리가 있으며, 거래승인관리 는 거래승인요건인 대상자, 제공기관, 제공인력, 서비스 결제시간 등을 고려하여 결제승인을 처리한다. 거래내역조회는 실시간으로 대상자, 제공기관, 제공인력, 시군구별로 거래내역을 조회할 수 있다. 예외처리 관리는 바우처 거래의 결제취소나 예외청구를 처리하기 위한 예외처리 관리하는 것을 말한다.

지불 정산관리는 정산처리내역을 시군구, 제공기관, 제공인력 및 이용자별 정산내역 조회하는 시스템이다.

2) 장애인장기요양 시범사업 운영체제

장애인장기요양 서비스대상자는 시범사업 시군구에 참여를 요청하면 시군구에서는 대상자 심사를 하여 서비스 대상자를 사회서비스관리원에게 통보한다. 서비스 제공대상자는 관련 서비스 제공기관에게 서비스 제공요청을 하게 되고 제공기관은 대상자에게 바우처카드를 발급하고 서비스를 제공하게 된다. 이후 제공기관은 단말기를 통한 바우처결제를 통하여 바우처 거래에 대한 서비스 비용을 지급받게 된다. 이때 보건복지부는 국고보조금을 시범지역 시군구에게 지원하고 각 시군구는 한국사회서비스관리원에게 사업비를 예탁하고 향후 정산처리 및 집행상황을 보고 받는다.

[그림 8-9] 장애인장기요양 운영프로세스

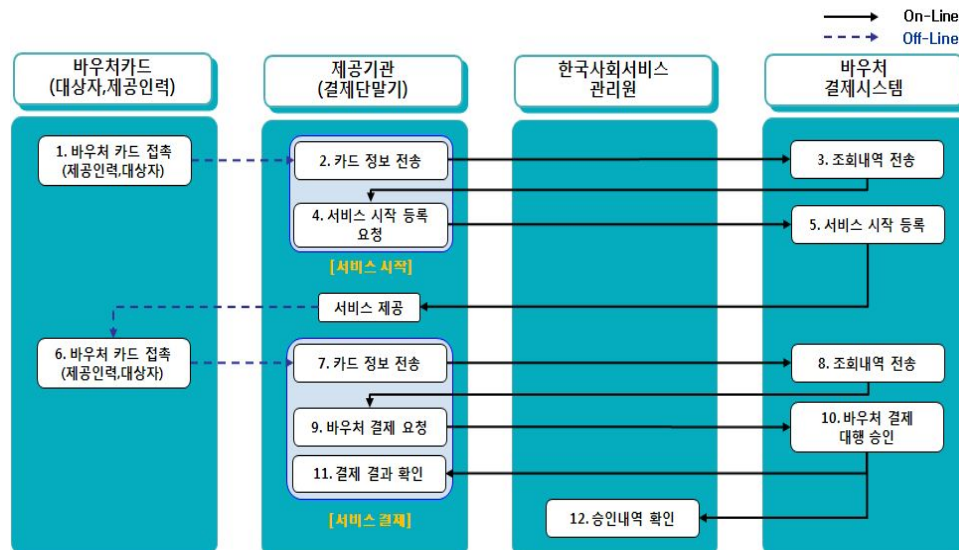


운영프로세스상 주요한 사항으로는 정산업무, 이용자관리, 제공기관 및 제공인력 등록, 모니터링 관리사항들이 있다.

① 정산업무 프로세스

바우처 대상자는 제공인력과 함께 바우처카드를 접촉함으로써 서비스 개시가 시작되고 서비스 제공후에 다시 카드를 접촉함으로써 서비스 종료가 인정된다. 이때 일련의 과정을 통하여 바우처 거래내역이 생성된다. 이에 대한 절차를 아래의 그림과 같이 표시할 수 있다.

[그림 8-10] 바우처 생성 프로세스



〈표 8-26〉 정기생성 절차

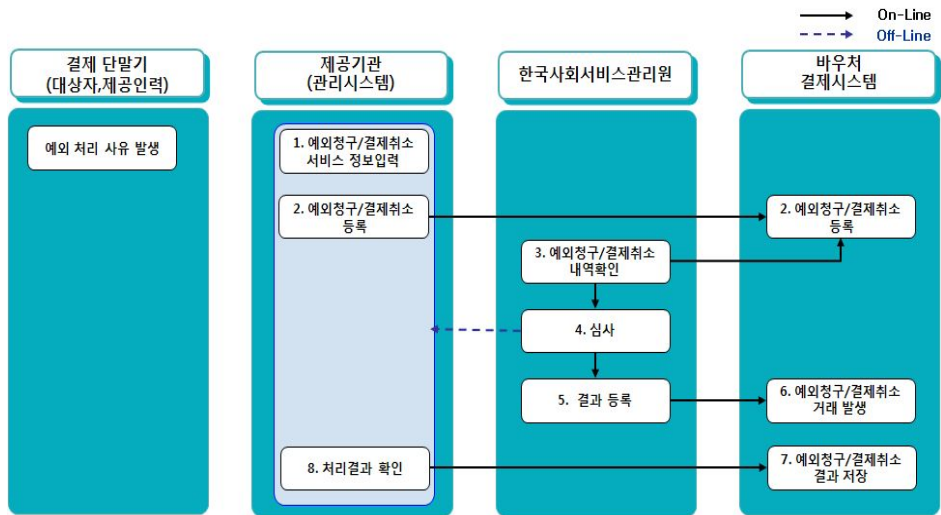
절 차	내 용	비고
본인부담금 납부내역 확인	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 전자바우처통합정보시스템을 활용하여 장애인장기요양 시범사업 대상자의 본인부담금 납부 현황 작성	- 매월 말일 09:00 ~ 09:30
본인부담금 납부내역 제공	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 장애인장기요양 시범사업 대상자의 바우처 생성을 위한 현황을 (주)신유에게 제공	- 매월 말일 09:30 ~ 10:00
바우처 생성	● (주)신유 - 장애인장기요양 시범사업 대상자의 본인부담금 납부 현황을 기준으로 바우처 생성	- 매월 말일 18:00 ~ 19:00
바우처 생성 확인	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 바우처 생성여부 확인	- 매월 말일 19:00 ~ 20:00

〈표 8-27〉 수시생성 절차

절 차	내 용	비고
본인부담금 납부내역 확인	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 전자바우처통합정보시스템을 활용하여 전일 기준으로 장애인장기요양 시범사업 대상자의 본인부담금 납부 현황 작성	- 매월 1일의 경우 · 07:30 ~ 07:50 - 매월 2일 ~ 11일의 경우 · 09:00 ~ 09:20
본인부담금 납부내역 제공	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 장애인장기요양 시범사업 대상자의 바우처 생성을 위한 현황을 (주)신유에게 제공	- 매월 1일의 경우 · 07:50 ~ 08:00 - 매월 2일 ~ 11일의 경우 · 09:20 ~ 09:40
바우처 생성	● (주)신유 - 장애인장기요양 시범사업 대상자의 본인부담금 납부 현황을 기준으로 바우처 생성	- 매월 1일의 경우 · 08:00 ~ 08:20 - 매월 2일 ~ 11일의 경우 · 09:40 ~ 10:00
바우처 생성 확인	● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 바우처 생성여부 확인	- 매월 1일의 경우 · 08:20 ~ 08:40 - 매월 2일 ~ 11일의 경우 · 10:00 ~ 10:30

바우처 생성은 정기와 수시 생성으로 나뉘고 정기생성은 매월 말일 본인부담금 납부내역을 기준으로 바우처 생성하는 것이고 수시생성은 본인부담금 2차 납부 기간(익월 10일) 중에 본인부담금을 납부한 대상자는 전일 납부한 본인부담금 내역을 기준으로 익일 바우처 생성되는 것을 의미한다. 절차는 위의 표와 같다.

[그림 8-11] 예외청구 결제 프로세스

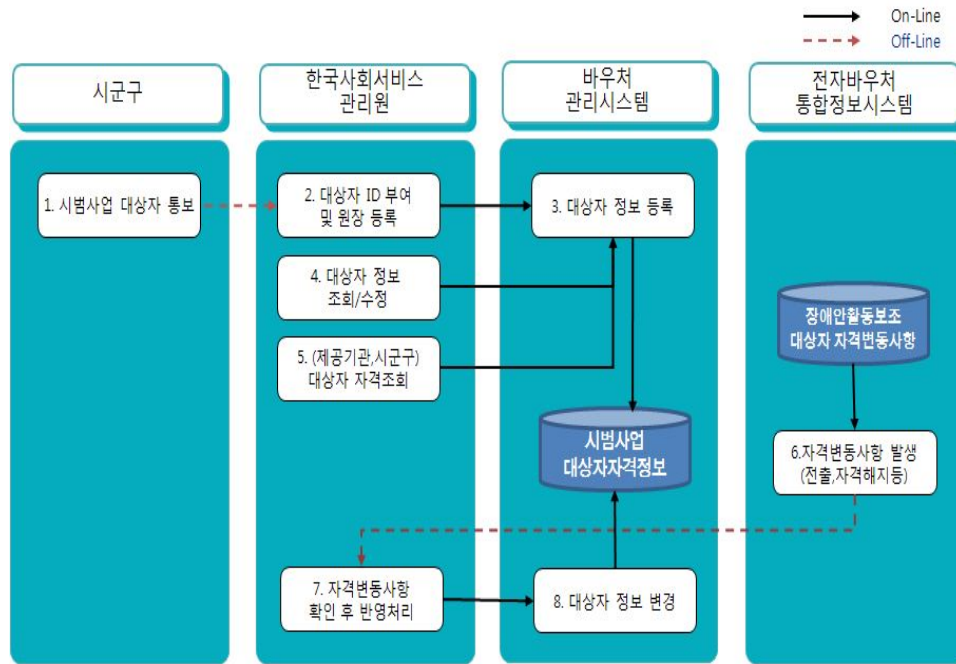


제공기관에서 결제 단말기의 이상 등으로 예외처리 사유가 발생하면 이에 대한 청구와 결제취소 정보를 입력하여 등록하도록 되어 있다. 이때 한국사회서비스관리원에서는 예외청구 결제취소에 대한 사항을 확인하고 심사결과를 등록하여 예외청구 거래발생에 대한 결과를 결제시스템에 저장하고 있다. 그리고 제공기관에서는 처리 결과를 결제시스템에서 확인할 수 있다.

② 이용자관리 프로세스

시범사업 시군구에서 서비스대상자를 통보하면 한국사회서비스관리원에서는 대상자의 ID 및 원장을 등록하여 해당 시군구 및 제공기관에서 조회할 수 있도록 하고 있다. 다만 한국사회서비스관리원에서는 대상자의 전출 및 자격해지 등으로 자격변동상황이 발생하면 이에 대한 사항을 확인하여 반영처리하여 대상자 정보를 변경하고 있다.

[그림 8-12] 장애인장기요양 서비스 이용자관리 프로세스



전출입 관리는 매일 전일 기준으로 전출입 내역 확인 후 전출입 처리하며 절차는 아래와 같다.

〈표 8-28〉 전출입 관리 절차

절 차	내 용	비 고
전출입 내역 확인	<ul style="list-style-type: none"> ● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 전자바우처통합정보시스템을 활용하여 장애인장기요양 시범사업 대상자의 전출입 내역 확인 	- 매일 09:00 ~ 10:00
전출입 확인	<ul style="list-style-type: none"> ● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 시군구에 실제 전출입 여부 확인 	- 매일 10:00 ~ 17:00
전출입 처리	<ul style="list-style-type: none"> ● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 - 장애인장기요양 시범사업 시스템을 통해 전출입 처리 	- 매일 17:00 ~ 18:00

* 전출입으로 인해 발생하는 상황에 대해 이용자에게 공지할 내용(본인부담금 납부 등)은 사업개발팀에서 시군구에 실제 전출입 여부 확인 후 개별적으로 대응

이용자 등급변경은 등급변경 예외전송 마감(매월 25일) 이후 등급변경 일괄적용 하여 진행한다. 절차는 다음과 같다.

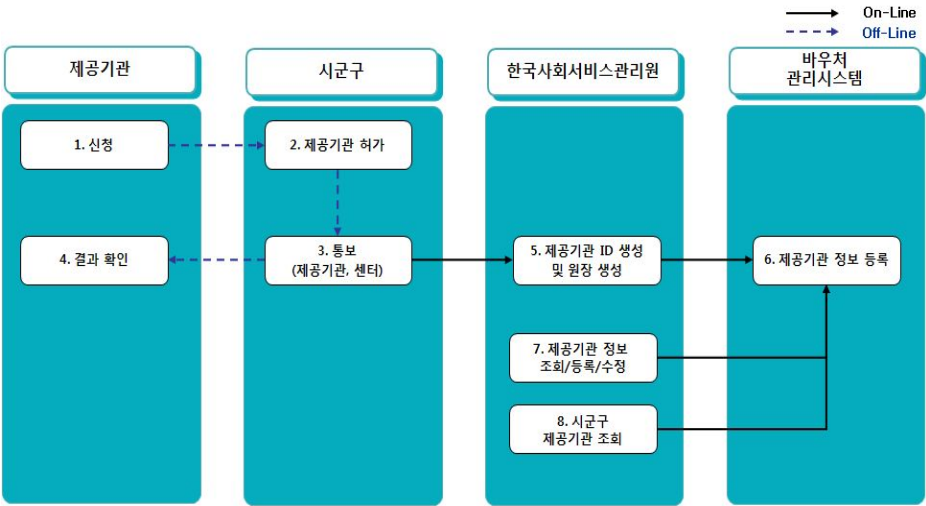
〈표 8-29〉 등급변경 관리절차

절 차	내 용	비고
등급변경 내역 확인	<ul style="list-style-type: none"> ● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 <ul style="list-style-type: none"> - 전자바우처통합정보시스템을 활용하여 장애인장기요양 시범사업 대상자의 등급변경 내역 확인 	- 매월 25일 이후
등급변경 처리	<ul style="list-style-type: none"> ● 한국사회서비스관리원 사업개발팀 <ul style="list-style-type: none"> - 장애인장기요양 시범사업 시스템을 통해 등급변경 처리 	- 매월 25일 이후

③ 제공기관 및 제공인력관리 프로세스

제공기관은 해당 시군구에 등록허가를 받아 결과를 확인하여 제공기관 정보를 바우처 관리시스템에 등록하도록 되어 있다. 이때 한국사회서비스관리원은 제공기관의 ID 및 원장을 생성하고 제공기관의 정보를 조회, 등록, 수정하여 시군구에서 제공기관을 조회할 수 있도록 하고 있다.

[그림 8-13] 제공기관 등록 프로세스



장애인장기요양사업 제공인력은 활동보조 교육이수 또는 자격을 취득하여 시군구에 신청하게 되며 시군구는 판정결과를 등록하고 자격증을 배부하여 제공기관에게 입사신청하게 된다. 제공기관은 제공인력을 바우처 관리시스템에 등록하게 되어 제공기관, 시군구, 한국사회서비스관리원에서 제공인력을 조회할 수 있도록 하고 있다.

[그림 8-14] 제공인력관리 프로세스



④ 모니터링 절차

모니터링은 결제 내역 중 비정상 거래, 수동거래, 시작중복 건에 대해 일별 모니터링을 진행하며 절차는 아래와 같다.

<표 8-30> 모니터링 절차

절 차	내 용	비고
모니터링	●(주)신유 - 결제내역 중 비정상거래, 수동거래 및 시작중복 건에 대한 모니터링	- 매일 09:00 ~ 18:00
모니터링 결과 제공	● (주)신유 - 이상결제에 대한 모니터링 결과를 한국사회서비스관리원 사업개발팀에 제공	- 매일 18:00 ~ 19:00

다. 시범사업 이용 현황 분석

1) 서비스 이용자 현황

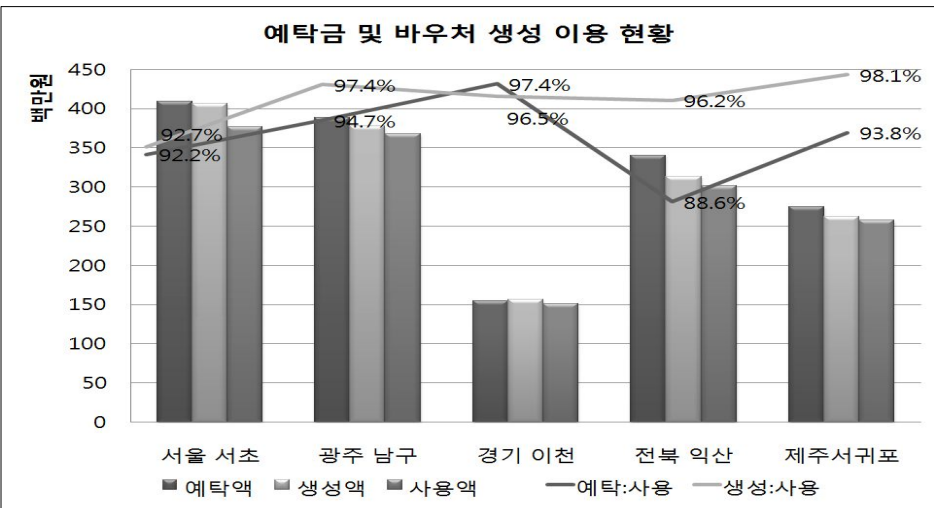
제1안을 실시한 시범사업 대상자는 5개 시군구 469명이며, 이중 21명이 본인포기, 전출입 등의 사유로 자격이 변경되었다. 469명의 대상자 중 454명이 실제로 서비스를 사용(바우처 사용 기준)하였다. 시범사업 대상자 전원에게 전용카드 발급(신규 재발급 포함, 498건)하였다.

〈표 8-31〉 월별 대상자 현황

(단위: 명)

구 분	누 계	9월	10월	11월	12월	1월
합 계	2,281	469	457	455	451	447
서울 서초	626	129	125	125	124	123
광주 남구	514	109	103	102	100	99
경기 이천	270	54	54	54	54	54
전북 익산	466	96	94	93	92	91
제주 서귀포	405	81	81	81	81	80

[그림 8-15] 예탁금 및 바우처 생성 이용 현황



예약액 및 바우처 생성과 이용현황을 살펴보면 바우처 생성액 대비 바우처 이용률 95.9%, 예약액 대비 88.6% 사용하고 있었다. 바우처 사용시 대상자에게 서비스 선택권을 부여하여 한도내에서 자유롭게 서비스를 선택 이용할 수 있게 하였다.

〈표 8-32〉 예약·생성·사용 현황

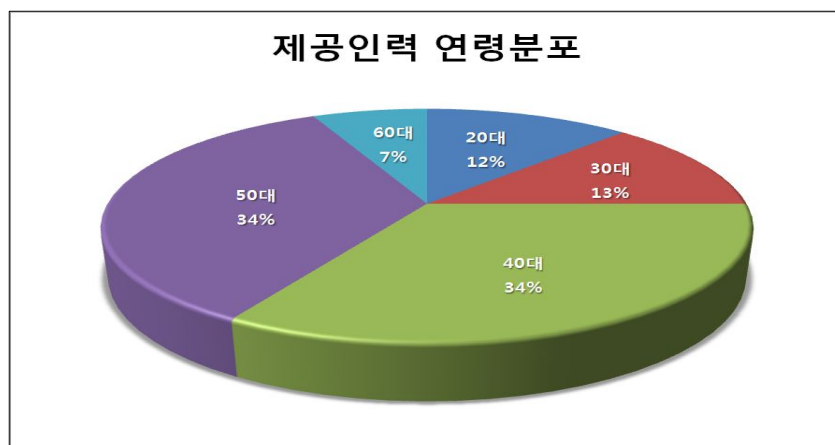
(단위: 원)

구 분	예약액(A)	생성액	사용액(B)	잔액(C)=(A)-(B)
합 계	1,567,000,000	1,516,590,170	1,454,460,480	158,906,548
서울 서초	409,000,000	406,492,220	376,901,200	48,597,585
광주 남구	388,500,000	377,745,610	367,780,190	20,719,810
경기 이천	155,000,000	156,540,350	151,003,210	3,996,790
전북 익산	340,000,000	313,359,900	301,364,910	38,635,090
제주서귀포	274,500,000	262,452,090	257,410,970	17,089,030

2) 서비스 제공자 현황

제공기관 현황을 살펴보면 전체 제공기관은 19개 기관 중 활동보조 9개 기관, 방문간호 5개 기관, 방문목욕 6개 기관(제주 효행방문요양기관은 방문목욕, 방문간호 서비스 모두 제공)이 선정되었다.

[그림 8-16] 제공인력 연령분포



제공인력의 현황을 살펴보면 제공인력의 등록인원 552명 중 409명이 서비스를 제공하였으며, 제공인력의 75%이상이 40대 이상이고 전체 제공인력 409명 중 남자 75명(18.4%), 여자 334명(81.6%)로 구성되었다.

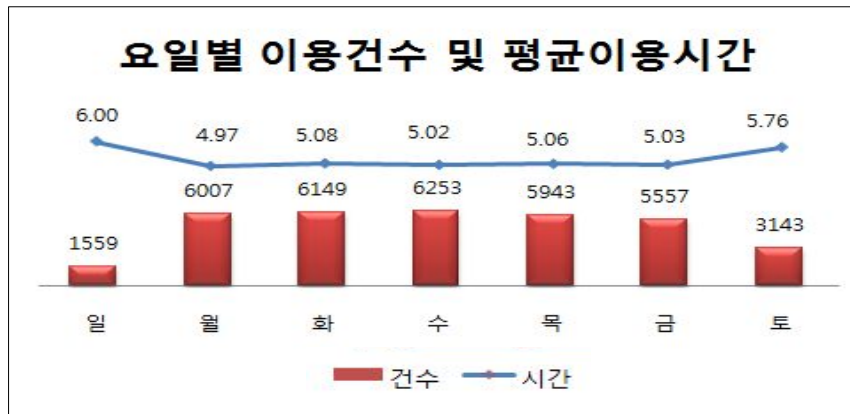
〈표 8-33〉 서비스별 제공기관 현황

(단위: 명, 원)

서비스	제공기관명	참여제공인력	서비스 대상자	제공비율	월평균제공
활동 보조 (9개소)	사랑의복지관	65	67	1.03	778,514
	서초장애인자립생활센터	82	57	0.70	613,564
	광주지적장애인자립지원센터	40	43	1.08	800,165
	열린케어장애인자립생활센터	53	60	1.13	956,495
	(사)경기도장애인복지회 이천시지부	33	51	1.55	1,002,586
	익산시장애인종합복지관	22	47	2.14	1,258,776
	익산원광지역자활센터	26	49	1.88	1,208,624
	서귀포시장애인종합복지관	44	65	1.48	1,037,978
	서귀포시장애인자립생활센터	15	17	1.13	841,353
	소 계	380	452	1.19	898,699
방문 간호 (5개소)	서울성모병원	-	-	-	-
	인구보건복지협회광주전남지회	2	4	2.00	2.6
	마장소망노인복지센터	-	-	-	-
	익산성모병원	2	17	8.50	78.6
	효행방문요양기관	2	2	1.00	2.6
	소 계	6	23	3.83	4.0
방문 목욕 (6개소)	사회복지법인노인낙원효도사업단	7	3	0.43	10.6
	광주공원노인복지센터	1	2	2.00	33.8
	효사랑노인복지센터	1	1	1.00	6.0
	은빛노인복지센터	7	8	1.14	1.8
	사랑의손길 새소망노인복지센터	2	12	6.00	8.6
	효행방문요양기관	5	6	1.20	18.4
	소 계	23	32	1.39	13.2
합 계		409	511	1.25	-

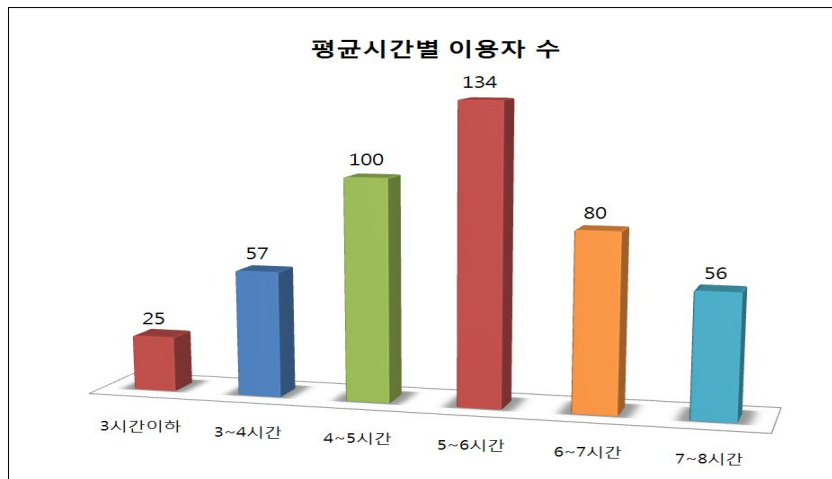
(3) 서비스 이용 특성

[그림 8-17] 요일별 이용건수 및 평균 이용시간



활동보조⁶²⁾ 서비스의 경우에는 전체 대상자 1회 평균이용시간은 5.14시간이며 1인당 월평균 이용 횟수는 15.3건이었다. 대상자가 서비스 1회당 이용한 평균 이용시간의 최대값은 8시간 이며, 최소값은 2.02시간으로 나타났다. 주로 평일에 서비스를 이용하고 있으며, 수요일에 가장 많이 이용하고 있었다.

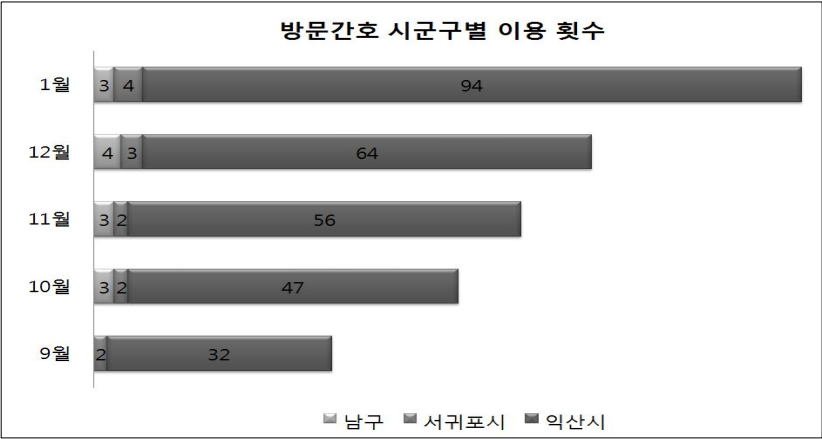
[그림 8-18] 평균시간별 이용자 수



62) 최대, 평균, 이용횟수는 전체 이용 내역 중 1회 결제 한도인 8시간 초과 건은 결제 내역 그대로 반영함. 8시간 이상 결제로 추측되는 건은 약 1800건으로 1건당 평균 결제시간은 11.9시간임.

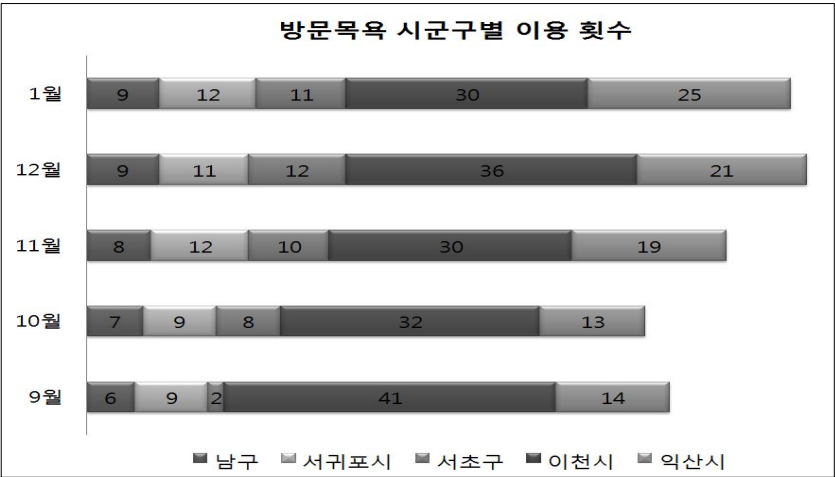
토, 일요일의 경우 이용빈도는 낮지만 평일에 비해 평균 이용시간이 긴 것으로 나타났으며, 전체 대상자 중 134명(29.6%)의 대상자가 1회 평균 5~6시간을 이용한 것으로 나타났다.

[그림 8-19] 방문간호 시군구별 이용 횟수



방문간호서비스의 경우에는 일부 지자체(서초구, 이천시)에서 방문간호 서비스 이용이 없었다. 1인당 월평균 이용액 108,023원이었으며 전체 이용 건수(319건) 중 92.7%(293건)를 익산시에서 사용하고 있었다. 전체 대상자 중 23명이 서비스를 이용하였고 월평균 2.77회 이용하고 있다.

[그림 8-20] 방문목욕 시군구별 이용 횟수



방문목욕서비스의 경우에는 전체 대상자 중 32명이 방문목욕 서비스를 이용하였고, 1인당 평균 월별 이용 횟수는 2.5회(5개월간 최소 1회, 최대 92회)이었다. 1인당 월평균 이용 금액 130,280원이었으며, 시범사업 시행초기에 비해서 전체 서비스 이용건수는 늘어난 것으로 나타나고 있다.

〈표 8-34〉 서비스별 이용현황

(단위: 건)

구 분		합 계	서울 서초구	광주 남구	경기 이천	전북 익산	제주 서귀포
합 계		82,059 (100%)	18,714 (22.8%)	19,464 (23.7%)	5,265 (6.4%)	23,354 (28.5%)	15,262 (18.6%)
활동 보조	소 계	80,851 (98.5%)	18,671 (99.7%)	19,408 (99.8%)	5,096 (96.8%)	22,496 (96.4%)	15,180 (99.4%)
	신변처리 지 원	14,637 (17.8%)	4,268 (22.8%)	2,805 (14.4%)	991 (18.8%)	4,111 (17.6%)	2,462 (16.1%)
	가사지원	18,184 (22.2%)	3,418 (18.3%)	3,515 (18.1%)	1,331 (25.3%)	5,766 (24.7%)	4,154 (27.2%)
	일상생활 지 원	18,075 (22.0%)	3,452 (18.4%)	4,770 (24.5%)	1,052 (20.0%)	5,156 (22.1%)	3,645 (23.9%)
	의사소통 보 조	10,909 (13.3%)	1,238 (6.6%)	2,896 (14.9%)	258 (4.9%)	4,148 (17.8%)	2,369 (15.5%)
	이동보조	19,046 (23.2%)	6,295 (33.6%)	5,422 (27.9%)	1,464 (27.8%)	3,315 (14.2%)	2,550 (16.7%)
방문 간호	소 계	812 (1.0%)	0 (0.0%)	17 (0.1%)	0 (0.0%)	766 (3.3%)	29 (0.3%)
	기본간호	313 (0.4%)	0 (0.0%)	13 (0.1%)	0 (0.0%)	291 (1.2%)	9 (0.1%)
	치료간호	198 (0.2%)	0 (0.0%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)	182 (0.8%)	12 (0.1%)
	교육상담	301 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	293 (1.3%)	8 (0.1%)
방문 목욕	소 계	396 (0.5%)	43 (0.2%)	39 (0.2%)	169 (3.2%)	92 (0.4%)	53 (0.3%)
	차 량 미 이 용	233 (0.3%)	43 (0.2%)	0 (0.0%)	169 (3.2%)	0 (0.0%)	21 (0.1%)
	차량이용	163 (0.2%)	0 (0.0%)	39 (0.2%)	0 (0.0%)	92 (0.4%)	32 (0.2%)

전체 서비스 이용 중 활동보조 서비스가 98.5%를 차지하였고, 방문간호 1.0%, 방문목욕 0.5%를 이용하고 있었다.

장애인 활동보조 서비스를 통한 주요 이슈를 살펴보면 시범사업을 통한 서비스의 확대방안 요구와 실시간 정보수집의 용이성 그리고 비금융방식으로 인한 전용단말기의 도입등이 나타났다. 우선 시범사업을 통해 활동보조서비스 확대 방안 실행에 있어서 도입방안을 실제로 적용 운영함으로써 2차 시범사업 및 본 사업 실행 시 필요한 운영 지식과 경험 축적하고 있다. 그러므로 새로운 바우처 결제방식(복수 추가, 한도액 차감방식) 운용할 필요성이 있으며 도입방안 타당성 검증에 필요한 기초자료가 수집되어야 함이 나타났다. 다음으로 실시간 서비스 정보 수집에 있어서 실시간으로 서비스 시작 및 종료, 결제 상황을 운영서버에서 확인 가능하였다. 결제 상황을 실시간으로 모니터링 함으로써 부당청구 최소화 및 결제 관련 민원 처리 용이하였으며 각 서비스 별 세부 이용 내역(중·소분류) 수집되었다.

마지막으로 비금융방식 및 전용폰 단말기 도입에 있어서 금융기관에서 대행하던 업무를 한국사회서비스관리원에서 직접 수행함으로써 시범사업 운영 및 통제가 용이함을 알 수 있었다. 신규시스템을 구축하여 현 바우처 사업에 미치는 영향 최소화할 수 있으며 전용폰 단말기의 다양한 추가기능(전자서명, SMS공지, 스케줄 기능 등)을 통하여 사업관리의 효과성 제고할 수 있었다. 시범사업의 특성상 이용하지 못하는 ARS 결제방식을 단말기의 수동결제 기능을 통하여 보완할 필요성이 제기 되었다.

4. 장애인장기요양 향후 운용 방향

가. 장애인장기요양 시범사업 시스템 특징

1) 서비스 대상자의 자격관리 및 변동처리가 실시간 반영

기존 사회서비스 전자바우처 사업의 운영체계에서는 서비스신청과 자격관리를 담당하는 사회복지통합관리망과 대상자 추가 및 자격변동으로 인한 처리가 국민은행에 반영되어야만 처리가 완료될 수 있어, 실시간 반영이 어려웠으나 시범사업 기반시스

템에는 이를 모두 하나의 시스템에서 통합관리함으로 인하여 대상자의 자격정보의 변동사항이 실시간으로 반영이 가능하여 보다 정확하고 신속한 대상자 자격관리가 가능하였다.

2) 비금융방식에 기반한 실시간 부정사용 모니터링체계

기존 사회서비스전자바우처사업의 운영체계에서는 서비스이용내역을 3일 이후에나 확인 가능하며, 이마저도 모두 결제승인이 완료된 것으로 되어 있어 부정결제건으로 확인되더라도 결제취소를 할 수 없고 사후적으로 환수조치를 취해야 함으로 인하여 많은 행정처리 부담이 가중되었으나 결제승인된 서비스이용내역정보가 실시간으로 집계되었다. 그리고 행정비용 및 소요기간이 장기간 걸리는 사후적 관리체계방식 보다 부정결제폐턴의 결제건을 확인하고 당일 즉시 강제결제취소처리를 할 수 있어 부정사용 및 허위청구에 대한 모니터링체계의 효율성이 높은 사전·예방적 관리체계구축으로 가능하여야 한다.

3) 제공기관의 업무효율을 향상할 수 있는 부가적인 서비스개발

제공기관의 코디네이터는 이용자의 서비스이용일정의 변동 및 제공인력의 갑작스런 퇴사 또는 휴무에 따른 제공인력의 변동사항까지 고려하여 일정관리에 많은 애로사항이 많았다. 그러나 제공기관의 코디네이터가 제공인력에 대한 일정관리를 원활하게 지원하기 위한 월간 및 일일 스케줄관리기능을 지원이 필요하다. 또한 코디네이터와 제공인력의 신속한 커뮤니케이션을 위한 메시지 전송기능까지 지원을 통해서 업무의 효율성을 향상시켰으며 제공인력이 이용자에게 대한 정보를 등록 관리할 수 있도록 기능을 구현하여 고객관리를 손쉽게 할 수 있도록 지원이 요구된다.

4) 상세한 서비스이용행태 분석 및 복수수가 결제처리 지원

활동보조, 방문간호, 방문목욕의 3대 서비스로 대분류한 활동보조서비스는 중분류

로 신변처리지원(간병지원)에서 이동보조까지의 5가지로 분류가 요구된다. 여기에 다시 각 중분류 아래에 3~6가지의 소분류로 구분하여 서비스이용자가 이용하는 상세한 서비스의 이용형태를 분석가능 할 수 있도록 DB를 집적할 수 있도록 단말기에 구현하였다. 활동보조, 방문간호, 방문목욕의 3대 서비스별로 단가체계가 시간당 금액체계와 횟수 당 금액체계를 복수로 단말기에서 청구할 수 있도록 복수수가체계를 구현하여 단말기 하나로 다양한 서비스의 특성을 고려한 결제방식을 지원이 가능하게 지원할 수 있었다.

나. 시범사업 관련 비금융방식 운영모델 검토

1) 비금융방식 운영모델 적용 필요성 및 검토배경

시범사업에 금융인프라를 활용하기 위해서는 금융시스템을 변경하여야 하나 비용 및 개발 기간 등이 소요되므로 단기간 운영해야 함을 감안하면 비효율적이다. 가시간 병방문사업의 경우에도 시범사업 시에는 금융인프라를 활용하지 않고, 별도 시스템을 구축하여 운영하고 있다. 또한 시범사업을 추진하기 위해서는 관련 시스템 개발이 7월 중순까지 완료되어야 하나 금융시스템을 변경하기에는 시간적으로 촉박하였다.

그럼에도 금융인프라를 활용해야 한다면 다음과 같은 문제에 대해 감수해야 할 필요가 있다. 시범사업은 단기간임을 감안, 탄력적 제도 운영이 용이하나 금융인프라를 활용할 경우 금융기관 협조 없이는 사실상 불가하다. 기존 시스템을 활용할 경우에는 현재 운영되고 있는 전자바우처 사업에 영향을 미칠 위험이 상존한다. 대상자 자격 및 결제 등에 대한 문제가 발생할 경우 신속한 처리가 가능해야 하나 금융기관의 복잡한 의사결정구조에 따라 처리 지연 우려된다. 따라서 현 전자바우처 사업에 미치는 영향을 최소화하고, 시범사업을 효율적으로 운영하기 위해서는 비금융방식 체제로 운영하는 것이 적절하다.

비금융방식 운영모델 적용에 따른 쟁점은 금융기관과의 계약과 제도의 본사업시 비금융방식 적용쟁점이 존재한다. 금융기관(KB)과의 계약상 쟁점을 살펴보면 현재 4대바우처에 대한 KB 국민은행과의 계약기간은 사실상 2012년 1월까지이며, 2월부

터 새로운 회기연도로 전환한다. 장애인장기요양제도의 도입 시기는 시범사업 결과에 대한 국회 보고('10. 6월) 후 입법 과정을 거쳐야 함으로 2012년 이전에 도입되는 것은 어려울 것으로 예상된다. 따라서 장애인장기요양제도 도입 시 KB 국민은행과의 계약상 문제는 발생하지 않을 것으로 판단된다.

한편 장애인장기요양제도 본사업 시 비금융방식 적용 적절성에 대하여는 장애인 장기요양 시범사업 시 비금융방식을 적용하는 것은 준비기간이 촉박한 점과 관리 효율성을 제고하기 위한 것으로써 본사업 시 비금융방식을 적용하는 것과는 무관하다. 즉, 장애인장기요양제도 본사업 시에는 시범사업 결과 검토와 관계기관(장애인정책국, 제공기관 등)의 의견수렴을 거쳐 운영모델을 결정하는 것이 타당하다.

2007년 4월부터 시행된 전자바우처 사업은 사업규모면에서 상당히 증가했으나, 도입 시 안정적 운영을 위해 채택했던 금융 인프라 기반 운영체계의 한계점 대두되었다. 소액이거나 일회성 사업의 경우 적용이 곤란하지만 이는 금융기관 중심 프로세스체제로 인한 사업의 다양성 한계가 나타났다. 고운맘카드의 경우 신용카드 권유에 따른 이용자 반발과 같이 이용자의 신용/체크카드사용 강요로 인한 사용 거부감이 나타났다. 사업변화에 다른 프로세스 개선 시 금융기관의 의사결정에 상당한 시간 소요되므로 결제인프라(단말기, 카드스펙) 운영방향이 금융기관의 안정적 운영에 치우쳐 사업의 변화에 신속하고, 확장성 있게 지원하기가 곤란하다. 상기와 같은 운영체계의 한계점을 극복하기 위해 “한국사회서비스관리원 중심”의 전자바우처 운영체제로 전환 필요하다. 즉 결제인프라(단말기, 카드스펙)에 대한 표준화 및 지속적 기술개발을 통한 핵심기술 확보가 요구되고 사업의 다양성과 확장성을 고려한 전자바우처 운영모델을 통해 사업 확대의 한계 극복되어야 한다. 전자바우처 사업에 대한 센터의 독보적인 핵심역량 강화가 요구된다.

2) 비금융방식 운영체계

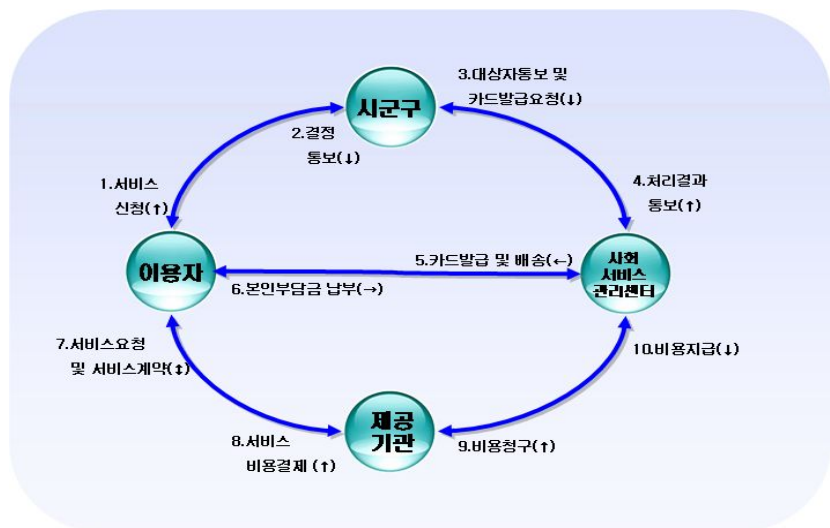
비금융방식 운영체계는 금융기관이 대행하던 카드발급, 결제승인, 비용지급 등의 역할을 사회서비스관리원이 직접 수행하고 단순 업무는 위탁할 수 있다. 기존의 관리원에서는 예탁금의 집행과 지불정산은 물론 시스템 운영, 모니터링, 제공기관관리, 콜

센터의 운영을 지속하여 왔다. 다만 비금융방식으로 전환되기 위해서는 센터에서 기존의 업무외에 카드발급, 결제승인, 비용지급 및 가맹점 계약 등의 업무는 <표 8-3 1> 와 같이 새롭게 추가 설계하여야 한다. 비금융방식은 [그림 8-22] 의 운영체계와 같이 비용지급, 카드발급 등의 금융기관의 역할을 관리원에서 수행하여야 함을 알 수 있다.

<표 8-35> 비금융방식 적용 시 관리원의 추가 역할

기존 역할	추가 역할	비고
<ul style="list-style-type: none"> · 정부예탁금 집행 및 지불정산 · 전자바우처통합시스템 운영 · 사회서비스 모니터링 · 제공기관 관리 · 콜센터 운영 등 	<ul style="list-style-type: none"> · 바우처카드 발급 · 바우처 결제 승인 · 전용단말기 관리 · 콜센터 업무 확대(카드발급등) · 바우처 비용지급* · 가맹점 계약 등 	<p>*바우처 비용지급은 은행 등에 위탁 대행</p>

[그림 8-21] 비금융방식 운영체계



비금융방식·금융방식 비교를 아래의 <표 8-39> 와 같이 살펴보면 운영체계 변화에 따른 쟁점은 업무증가로 신규인력이 필요한 예산, 신규시스템 구축을 위한 초기 IT투자비용, 본인부담금 납부 및 관리 체계, 제공기관 및 단말기 관리를 위한 보급·

관리체계 및 비금융방식과 금융방식을 혼합한 다양한 전자바우처 운영모델에 대한 체계적인 연구가 필요하다. 특히, 금융기관이 담당했던 결제승인, 비용지급, 카드발급, 단말기보급관리등의 업무를 한국사회서비스관리원이 담당함으로써 카드수수료를 낮출 수 있도록 효율적인 운영방안을 제시할 수 있는 계기가 마련되었다.

바우처카드관련해서는 기존 금융카드는 RF+IC+MS등의 콤보형의 고가의 카드의 보급으로 인한 운영체계 전반적인 운영비용의 상승을 가중시켜왔으나 시범사업에서는 저가의 RF리더기능만을 탑재함으로 인하여 카드의 제작과 배송비용을 낮춰서 전반적인 운영비용을 효율성을 향상 시켰다.

〈표 8-36〉 금융방식과 비금융방식의 주요 차이점 및 시사점

구분	금융 방식		비금융 방식
	단일금융기관	복수금융기관	
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 복수금융기관에 비해 시스템 구축비용 및 구축기간 최소화 - 비금융기관방식에 비해 초기 투자비용의 민간부담으로 인한 예산부담없음 - 사업운영 업무의 효율화 - 개인정보유출 위험성 통제가 수월 	<ul style="list-style-type: none"> - 사업의 안정성 증가 - 단일 금융기관에 비해 이용자의 카드선택권 확대 - 기존 금융카드 활용가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템구축비용 및 구축기간 최소화 - 민간 독과점 없이 공공기관운영을 통한 공공성 향상 - 결제수수료가 낮아짐 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적 운영가능 - 개인정보유출 위험성 최소화 - 통합민원처리로 시간단축 및 만족도 향상 - 비금융카드발급을 인한 이용자 거부감이 없음 - 금융기관 제휴를 통한 금융카드 사용욕구 충족가능
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 사업의 안정성 감소 - 수혜자의 선택권 배제됨 - 독과점 심화로 인한 금융기관확대시 어려움 - 복수금융기관보다 결제수수료가 낮으나 지속적으로 상승부담 - 카드관련업무와 자격관련업무의 민원이원화로 만족도 낮음 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적운영 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템 구축비용 및 구축기간 증가 - 사업운영시 협업작업증가 로 업무효율성 저하 - 개인정보유출 위험성증가 - 결제수수료가 제일 높아짐 - 카드관련업무와 자격관련업무의 민원이원화로 만족도 낮음 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적운영은 매우 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템초기구축비용의 부담 및 관리운영비(관리인력,콜센터지원등) 상승 - 핵심업무(결제승인,카드발급업무,단말기관리등)의 운영노하우 부족으로 안정성 검증요구

운영체계에 있어서 시범사업은 금융기관의 역할이 한국사회서비스관리원에서 담당하고 운영함으로 인하여 아래의 운영체계별로의 장단점을 확인할 수 있었다.

〈표 8-37〉 금융방식과 비금융방식의 장단점 비교

구분	금융방식	비금융방식
장점	<ul style="list-style-type: none"> -인프라구축비용 부담 없음 (금융기관 부담) -금융결제시스템 활용으로 안정적 운영 -신용카드 활용 가능 	<ul style="list-style-type: none"> -센터중심의 바우처사업 운영 및 통제 용이 -관련 민원의 신속처리 가능 -결제인프라의 표준화를 통한 호환성 증대로 사업확장 용이 -향후 금융기관과 제휴카드발급 확대 가능 -결제수수료 최소화
단점	<ul style="list-style-type: none"> -금융기반에 의존함에 따라 탄력적 운영 곤란 -금융기관에 개인정보 유출 -금융독과점 발생 -업무 분산에 따른 민원처리 불편 	<ul style="list-style-type: none"> -센터 추가업무 부담 가중 -인프라 구축비용(초기투자)발생 -신규 운영모델의 안정성 검증필요

3) 장애인장기요양 시범사업-비금융방식 운용

시범사업에 금융인프라를 활용하기 위해서는 금융시스템을 변경하여야 하나 비용 및 개발 기간 등이 소요되므로 단기간 운영해야 함을 감안하면 비효율적이다. 가사 간병방문사업의 경우에도 시범사업 시에는 금융인프라를 활용하지 않고, 별도 시스템을 구축하여 운영하였다. 금융인프라를 활용하기 위해서는 다음과 같은 선결과제가 존재한다. 시범사업은 단기간임을 감안, 탄력적 제도 운영이 용이해야 하나 금융인프라를 활용할 경우 금융기관 협조 없이는 사실상 불가하며, 기존 시스템을 활용할 경우에는 현재 운영되고 있는 전자바우처 사업에 영향을 미칠 위험이 상존한다. 그리고 대상자 자격 및 결제 등에 대한 문제가 발생할 경우 신속한 처리가 가능해야 하나 금융기관의 복잡한 의사결정구조에 따라 처리 지연 우려된다. 따라서 현 전자바우처 사업에 미치는 영향을 최소화하고, 시범사업을 효율적으로 운영하기 위해서는 비금융방식 체계로 운영하는 것이 적절하다.

다. 부정 사용 및 부당청구 최소화 방안⁶³⁾

한국소비자원에서는 2004년 한해 신용카드 부정결제와 관련하여 피해구제 청구된 건이 218건이었다. 이들 건의 부정사용 건은 소비자로부터 부당하게 카드정보 수집 후 계약체결(132건), 기존의 카드정보를 이용하여 2중, 3중 반복결제(50건), 타인의

63) 이재원 외(2009). 수요자 중심의 보육료 지원 전달체계 연구. 한국지방재정학회

카드정보를 도용하여 온라인부정거래(36건) 등이었다. 부정사용 발생시 카드정보 유출책임을 규명하기 어려워 분쟁해결이 쉽지 않았다(한국소비자보호원, 2005).

〈표 8-38〉 비정상거래의 유형 및 주요 특징

구분	유형	주요특징	바우처 적용가능성
도난 · 분실	전문범죄 소매치기 전철역 백화점 등 상주하며 계속 반복하여 범행 연체대납 및 현금대출업자연체대납 및 현금대출 광고 후 회원의 카드를 양도받아 고액의 매출발생후 잠적 유흥업소 종업원(빼끼) 단순범죄 카드습득자 주변인의 카드절도 회원 도덕적 해이 회원본인 주변인(가족)	전문범죄 이용한도내에서 최대한 사용 건당매출금액이 고액으로 구매 대형유통(백화점)등에서 발생 카드에 대한 지식이 상당함 분실후 1시간 이내 신속하게 사용 가짜 신분증 사용 부정사용자추적 및 검거가 곤란 단순범죄 우발적 범죄로 소액위주로 발생 정밀조사를 통해 부정사용자 검거율이 회원 도덕적 해이 빼끼에게 당한후 허위분실신고 주변인과 공모후 허위분실신고 고액의 매출발생 회원의 과실입증이 어려움	적음
배달사고 (카드우송 중 분실)	단순, 우발적범죄로 회원주변인에 의해 발생 등기발송에서 많이 발생 동일건물 내외 대리인이 수령한 후 본인에게 전달되는 과정에서 발생	장기간 사용으로 고액의 부정사용 매출 발생 회원의 도덕적해이는 거의 없음 우편법에 의해 우체국에 대한 피해보상요청불가능(우송요금만 배상)	가능
허위발급 (제3자 부정발급)	주민등록증 등 공문서 위조에 의한 범죄 은행직원과 연계한 발급대행업자	현금서비스까지 이용 고액매출발생	적음
비정상 매출	불법현금대출 매출전표 유통 기타	현금대출(연체대납)조직 매출전표 유통(카드승인 조회기조작) 가맹점개설 판매업자 등 등장	매우 높음
위·변조	짜깁기 업모싱 M/S복제	신분증위조 M/S 복제	적음
본인 미사용 허위매출	가맹점 업주 종업원	유흥업소나 외관원이 많은 업종에서 발생 폐업, 위장업소의 인수후 부정매출을 발생시키고 도주	매우높음
전자 상거래 관련사고	전표 취득 등 방법으로 카드번호를 습득한자 단순, 우발적인 범죄에서 점차 계획적 조직적으로 발전하고 있음	통신판매 및 전자상거래 등 업종에서 발생 전표취득 등의 카드번호를 습득한 자가 신용판매시 본인 및 카드소지여부 확인 하기 힘들다는 점을 악용하여 부정사용 미국등 금융선진국에서조차도 속수무책인 유형의 사고로 전자금융시스템 자체의 개선이 유일한 대안	

1) 전자급부 방식에서 바우처의 부정사용

바우처의 부정사용이란 전자카드를 가지고 현금이나 목적된 서비스 이외의 것을 얻기위해 사거나 파는 것을 의미한다. 전자바우처는 종이바우처나 명목 바우처에 비교하여 부정 사용 사례가 현저히 줄어들 수 있다. 많은 수기 절차를 거치는 종이 및 명목바우처와는 달리 집행과정이 전산으로 기록되기 때문이다. 미국의 경우 푸드바우처 제도에서 전자 급부 시스템을 도입한 이후 부정사례가 감소되었다는 연구결과가 있다. 하지만 미국의 사례에서 종이바우처는 이용자들에 의한 부정사용에 취약한 반면 전자바우처는 내부자에 의한 부정거래에는 보다 취약하다는 특징이 있다.

2) 장애인 장기요양제도의 부정사용이 우려되는 잠재적 유형

첫째, 지자체의 무자격자에 대한 카드 발급에 대한 사항으로 전자바우처의 부정사례라기 보다는 일반적인 사회복지서비스에서의 부정사례이다. 이용자가 소득신고를 사실과 다르게 하거나 자격관련 변동사항을 신고하지 않는 경우에 발생한다. 또한 제공기관에서 가상의 수혜자를 만들어 카드 대신 발급 받아서 이용하는 사례도 발생할 수 있다.

둘째, 장애인장기요양 카드 타인 대여를 통한 유형이다. 즉 이용자가 본인 명의로 발급받은 장애인장기요양 바우처 카드를 다른 사람에게 대여하여 대신 서비스를 이용하도록 허용하는 것이다.

셋째, 제공기관의 부당청구의 경우이다. 제공기관에서 정부가 규정하고 있는 제공서비스 내역을 허위로 작성 보고하거나 이용자를 허위로 입력하여 부당하게 서비스 비용을 청구하는 사례이다. 경우에 따라서는 바우처 카드를 보관하고 있거나 카드 번호를 알고 있으면서 실제 이용한 경우보다 많이 비용청구를 하는 사례가 있을 수 있다.

넷째, 이용자와 공급자와의 담합의 경우이다. 서비스 이용자와 사용자의 담합을 통해 바우처 지원비용을 현금으로 나누어 가지는 사기행위가 발생할 수 있다. 전자결제서비스 부정경제 문제는 본인인증 문제, 전자 결제시 거래내역 미통지 문제, 전자결제서비스 사업자에 대한 감독부재 문제, 약관상 손해 책임에 대한 미지정 문제,

사업자에 대한 소비자 선택권 부재문제, 제공기관 가맹점 지위 미부여 문제 등을 제시 하고 있다. 이용자가 서비스 대금을 전자 결제할 때 이용자가 본인인지 여부에 대한 확인절차가 미흡하여 본인 동의 없이 제 3자가 결제하는 경우가 발생할 수 있다(정윤선, 2006)⁶⁴⁾.

전자지불시스템에서 개인의 거래내용및 기타 정보는 개인의 금융프라이버시에 관한 사항으로서 사생활 비밀보호(헌법 제17조)와 관련하여 중요한 의미를 가지고 있다. 개인의 정보가 외부로 유출된다면 타인의 사용이 충분히 가능하여 진다. 또한 일반적인 전자지불 시스템은 전자상거래에 사용되는 개념으로 사용자가 소지하고 있는 카드의 개인 식별번호를 전자상거래 및 기타 소액결제 수단으로 이용한다. 하지만 기존 카드 결제의 경우 카드 발행 후 또는 사용 조건 재설정 후에 전자상거래 및 소액 결제 시 카드 사용자에 대한 본인 여부를 확인하기가 불가능하여 시스템의 안전성이 확보되어 있지 못하고 있다. 이와 함께 이용자와 제공기관간의 불공정거래의 위험이 있을 수 있다(윤나영, 2003).⁶⁵⁾ 전자결제시스템에서 가장 큰 문제점은 보안과 지불에서의 신뢰성에 관한 것이다. 개인의 정보를 도용하여 피해를 줄수 있으며 개인정보의 유출은 정부와 이용자의 신뢰를 저하시킨다((이진수, 2003)⁶⁶⁾

3) 부정거래 대응을 위한 전용폰단말기 도입 검토

위의 전자바우처의 부정거래에 대응하기 위하여 시스템적으로 검토할 사항을 다음과 같이 제시한다. 첫째, 무자격자에 대해 바우처 카드가 발급될 가능성을 최소화 하기 위해서는 자격판정과 관련된 유관 전산시스템들이 체계적으로 연계될 수 있게 조치해야 함. 이를 위해 전자바우처 이용과 관련된 부처 간 협의체를 구성 운영하여 관계 부처간 유기적인 업무협조체계가 구축되어야 한다. 또한 장애인 장기요양 시스템에서 비용 지원 전체과정을 포괄하여 설계되어야 하며 전산오류 가능성을 배제 할 수 없다. 가능한한 전산오류를 사전에 방지 할 수 있도록 정교한 전산시스템을 설계

64) 정윤선 (2006). 전자상거래 결제서비스 안전확보방안 연구.

65) 윤나영 (2003). 국내 전자지불시스템의 유형별 분석과 개선방안 연구. 동아대학교.

66) 이진수 (2003). e 비즈니스를 위한 전자결제시스템 활용에 관한 연구. 홍익대학교.

하여야 한다.

둘째, 바우처 이용과정에서 축적된 정보들을 체계적으로 분석하여 부정사용이 의심되는 사례들을 식별할 수 있다. 즉 카드 결제시간, 결제주기, 유사제공기관 간 평균과의 편차분석 등을 통한 이용자 행태 분석을 수행하면 현장 실사 및 모니터링 활동을 비용 효과적으로 뒷받침 할 수 있다.

셋째, 이용자에 대한 수시 전화 조사, 정기적인 우편 설문조사, 그리고 정기 혹은 수시 현장 실사를 통해 장애인 장기요양시스템의 운용과 부정사용을 모니터링 할 수 있다. 공식적으로 보건복지부와 지방자치단체가 모니터링 기능을 수행할 수 있지만 업무부담이나 전문성을 고려할 때 바우처카드 시스템의 운용을 위탁수행하는 관리원의 전문화된 모니터링 기능을 강화할 필요가 있다.

넷째 전자바우처의 특성상 내부자의 부정행위를 적발하기 위해서는 제공기관이나 관련 내부자의 신고를 활성화해야 한다. 이를 위해 내부고발 인센티브 및 내부 고발자 보호방안이 마련되어야 한다.

기존 전용단말기 구매 및 사용 환경에 대해 제공기관 등 실천현장에서 어려움 호소한다. 단말기 크기에 따른 휴대 불편, 주문에서 납품까지 장기간 소요(방문 설치) 또는 지연 빈번, 구매비 및 유지비 부담 등이다. 전용단말기의 단점을 보완하기 위하여 휴대폰(동글이) 단말기를 도입하였으나 다른 측면에서 문제점이 대두되었다. 동글이 호환성 저조(출시된 휴대폰 중 일부만 사용 가능), 이동통신사와 별도계약 절차(바우처정액제 가입)가 필요함에 따라 납품 지연, 동글이와 휴대폰 간 접촉부분 파손 빈번, 개인소유 휴대폰 사용에 대한 부담 등이다. 관리적 측면에서도 단말기를 통해 다양한 정보를 취득하여 부당청구를 최소화할 수 있는 새로운 방식의 단말기 도입 필요성이 대두되었다.

〈표 8-39〉 기존 단말기와의 비교분석

구분	전용단말기		휴대폰(동글이) 단말기	전용폰단말기
	무선	유선		
가격 (대당)	330,000원 (VAT별도) *통신사 약정 및 보조금정책에 따라 인하 가능	150,000원 (VAT별도) *통신사 약정 및 보조금정책에 따라 인하 가능	30,000원(VAT별)*휴 대폰 구매비 제외	250,000원(VAT별도) *통신사 약정 및 보조금정책에 따라 인하 가능
유지비 (월)	11,000원 (노인/장애인/산모) 14,850원(CSI) →제공기관부담	9,900원(VAT포 함) + 결제건당 15원 →제공기관 부담	기본료(12,000원)+통화 료→ 도우미부담 데이터통신료(2,000원) → 제공기관 부담	12,000원(예상) → 제공기관 부담
기본 기능	1. 바우처 거래 2. 인쇄 3. 잔여포인트조회 4. 당일거래 조회	1. 바우처 거래 2. 인쇄 3. 잔여포인트조회	1. 바우처 거래 (인쇄기능없음) 2. 잔여포인트조회	1. 바우처 거래 (인쇄기능없음) 2. 잔여포인트조회 3. 당일거래조회
추가 기능	없음	없음	없음	1. 업무공지 기능 2. 도우미 스케줄 3. 거래내역조회기능 4. 전자서명기능
구매 주체	제공기관	제공기관	1. 휴대폰 : 도우미 2. 동글이 : 제공기관	제공기관
이용자 서명	영수증서명	영수증서명	없음	전자서명
프로그 램 업데이 트	사용자 조작을 통한 수동 업데이트	사용자 조작을 통한 수동 업데이트	SKT - 자동 업데이트 KTF - 수동 업데이트	자동 업데이트
영수증 발행	단말기 출력	단말기 출력	불가	1. SMS 문자 2. WEB 출력
수동 청구	없음	없음	없음	있음

전용폰 단말기는 기존 전용단말기와 휴대폰 단말기의 혼합 형태로써 폰 모양의 전용단말기를 의미한다. 전용단말기는 통화기능이 없음에 따라 기관 소유가 용이하다. 동글이가 내장되어 휴대성을 더욱 강화하고, 개통 및 S/W변경방식 등을 간소화하여 신속한 보급이 가능하다. 단말기 내에 다양한 기능을 탑재하여 사업관리의 효과성을 제고하고, 부당청구 가능성을 최소화한다. 이는 전자서명 기능을 통해 이용자 서명을 시스템에서 확인 가능하고 결제정보 이외에 다양한 서비스정보 집합 가

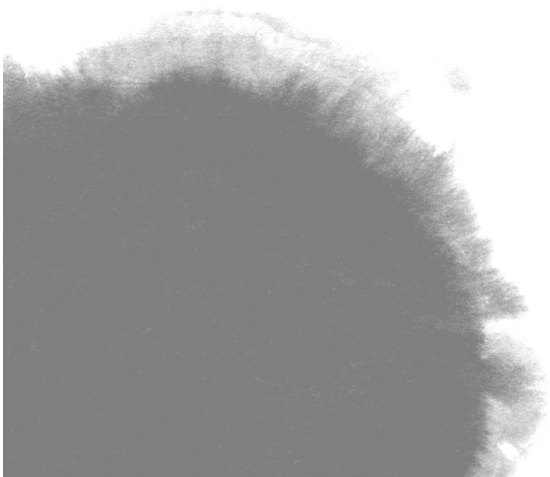
능하며, 기관공지, 서비스일정 등을 제공인력에게 수시 전송 가능하다. 제공기관 컴퓨터에서 제공인력 단말기로 공지사항이나 서비스일정 등을 송수신할 수 있도록 하여 업무 편의 제고할 수 있다. ARS결제와 유사하게 단말기 내에서 별도청구(수동청구) 가능하다.

〈표 8-40〉 단말기 별 장단점 비교

구분		장점	단점
전용 단말기	무선 (이동)	현재바우처 사업 주요 단말기	단말기가 아주 큼 관리 및 휴대가 불편함 구매가격이 고가임 매월 관리비를 지불
	유선 (고정)	지역혁신사업에서 사용	탁상형으로 이동불가 매월 관리비 지불 관리비가 무선보다 비쌈 현장서비스에 이용 불가
휴대폰 단말기 (동글이)		휴대가 간편 관리비 없음	SKT, KTF만 사용이 가능함 신규 휴대폰 출시때마다 매번 테스트로 선정해야 함 휴대폰 범용성이 떨어짐 전체 출시된 휴대폰 중 사용가능한 휴대폰은 10% 이하임 휴대폰 구매에 따른 도우미의 부담 증가 매거래시 동글이 연정에 따른 연결커넥션 파손 다수
전용폰 (RFID리더 기내장)		휴대가 간편 관리비 없음 전용단말기와 동글이의 단점을 보완한 PDA형 단말기	IC,MS 지원 안됨 인쇄 기능 없음

장애인장기요양 시범사업에 적용 필요성을 살펴보면, 장애인장기요양 시범사업을 위해서는 복수 수가, 한도액 관리를 적용해야 함에 따라 기존 단말기의 경우에도 별도 개발 및 보급 필요하다. 여기에서 전용폰 단말기 개발 기간 및 비용과 대동소이하다. 전용폰 단말기의 새로운 기능을 적용할 경우 시범사업 분석에 활용 용이하며 다양한 서비스정보 집합 기능 등이 있다. 통신음영지역 등으로 단말기 결제가 불가능할 경우 대체 결제수단인 ARS결제방식을 시범사업에서 활용하기 어려움에 따라 단말기 내의 수동청구 기능을 활용하여 결제할 수 있다.

장애인장기요양제도와 관련 사회복지서비스 관계 설정



제9장 장애인장기요양제도와 관련 사회복지서비스 관계 설정

제1 절 장애인 장기요양보장제도 도입에 따른 장애인연금, 장애인복지 인프라 구축 방안 등 관련 제도와의 관계 설정

1. 장애인연금 전달체계 현황 및 향후 전망

장애인연금은 장애연금 및 장애수당 등 기존 장애급여의 사각지대에 놓여 있던 차상위 계층 이상의 중증장애인의 생활안정과 자립을 지원하기 위한 새로운 장애급여로서 2010년 4월 관련 법률이 국회를 통과함에 따라 오는 7월부터 지급될 예정이다.

장애인연금의 신청, 수급자격 심사 및 지급 등의 업무는 지방자치단체인 시군구와 읍면동사무소가 담당하며, 기존 장애수당 수급자가 아닌 신규 신청자의 장애등급 재심사 업무는 국민연금공단에서 담당하도록 하고 있다. 즉, 신청에서 지급에 이르기까지 소득재산조사와 일반 업무는 지방자치단체가 담당하되, 신청자의 장애 상태가 중증에 해당하는지의 여부는 장애심사 전문기관인 국민연금공단에서 판단하도록 하고 있는 업무 체계라고 할 수 있다.

이렇듯 지방자치단체와 국민연금공단의 적절한 역할 분담을 내용으로 하는 현행 장애인연금 전달체계는 장래에도 크게 바뀌지 않을 것으로 판단된다. 다만 근로무능력 중증장애인에 대한 소득보전급여로서의 성격을 지니고 있는 장애인연금이 제도의 취지에 더욱 부합하기 위해서는 의학적 손상 중심의 장애 평가 결과인 현행 장애등급의 적정성을 평가하는 것 외에 추가적으로 근로능력평가 요소를 도입해야 한다는 과제를 언제 어떠한 방법으로 수용할 것인가에 따라 현행 전달체계에 약간의 변

화가 있을 것으로 전망된다. 만일 적절한 근로능력평가 방법이 개발되어 이를 적용 하려고 하면, 장애심사 전문기관인 국민연금공단이 이를 담당할 수밖에 없으며 이 경우 국민연금공단은 기존 장애등급 재심사 업무와 근로능력 평가 업무를 동시에 수행하게 될 것으로 보인다.

한편 국민연금 가입자로서 가입 기간 중에 발생한 질병이나 사고로 인해 장애가 발생한 자의 이전 소득 보전을 목적으로 하는 장애연금에 대해서도 장애인연금과 마찬가지로 의학적 손상 중심의 현행 평가 체계를 제도의 목적에 맞게 근로능력평가를 반영한 체계로 개편해야 한다는 지적도 오랫동안 제기되어져 왔다. 이에 대응하여 최근 국민연금공단이 장애연금 지급 기준의 개편을 중장기적인 과제로 설정하여 추진하고 있으며, 만일 이러한 개혁 작업이 성공적으로 진행된다면, 일정 시점부터 신규 장애연금 신청자들에게 새로운 기준을 적용하여 수급 여부를 결정할 수 있을 것이다. 이렇게 되면 소득보전급여로서 기여 급여(contributory benefit)인 장애연금과 비기여 급여(non-contributory benefit)인 장애인연금 기초급여의 장애 평가 기준을 동일하게 하는 것이 바람직하다고 판단되며, 추가비용급여인 장애인연금 부가급여는 근로능력평가 평가 결과 최종증의 장애인에게만 제한적으로 급여를 제공하는 것이 타당하다고 본다.

결과적으로 장애인연금과 장애연금의 수급 요건으로서 근로능력평가 요소가 도입 될 경우, 이를 담당할 국민연금공단의 역할은 현재보다 더욱 커질 것이며, 국민연금 공단은 장애 급여 전달체계의 핵심적인 기관으로 자리매김하게 될 것이다.

2. 장애인복지인프라 개편 동향 및 전망

지난 2007년부터 추진해 온 장애인복지 인프라 개편 사업은 현행 공공 장애서비스 전달체계에서 발생하는 다음의 세 가지 핵심적인 문제점은 즉, 첫째, 장애 판정의 엄격성 및 객관성 결여, 둘째, 서비스(급여) 대상자 선정 기준 및 과정의 부적합성, 셋째, 통합적 사례관리 기능의 부재를 해결하기 위한 최적의 방안을 마련하는 것을 목적으로 하고 있다.

가. 지난 3년간 주요 추진 사항

공공 장애서비스 전달체계에서 발생하고 있는 앞서 언급한 세 가지 문제점을 해결하기 위해, 정부는 ‘장애인복지 인프라 개편 사업’이라는 주제하에 지난 3년 동안 크게 세 가지 과업을 추진해 왔다.

첫째는 공공 장애서비스의 자격 요건으로서 의학적 장애 평가 기준과 장애서비스의 핵심 수급 요건으로서 근로능력평가도구, 그리고 장애인의 자원 및 욕구에 기초하여 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 도구로서 복지욕구사정도구 등 각종 평가 도구의 개발이었다.

둘째는 장애판정에서부터 서비스 제공 및 사례관리에 이르는 원스탑 장애서비스 전달체계의 구체적 모델을 개발해 왔으며, 전국적 조직망을 갖춘 ‘장애서비스센터’의 설치를 가장 이상적인 모델로 제시하였다. 장애서비스센터는 장애판정의 최종적인 권한을 가지며, 종합적인 욕구 사정(서비스 수급 자격 심사)을 토대로 공공 및 민간 장애서비스의 수급권을 결정한다. 또한 장애서비스센터는 서비스 수급권이 부여된 장애인을 공공 및 민간 서비스 제공기관에 연계하며, 서비스 모니터링에 기반한 사례관리서비스를 제공하게 된다.

셋째는 각종 평가도구의 적용 가능성 및 타당성 검증과 장애서비스센터의 실행 가능성 등을 면밀히 파악하기 위해 1·2차 모의적용사업을 실시하였다. 2008년 1차 모의적용사업은 3개 모델(공단형, 민간기관형(한국장애인개발원), 지자체형(장애인복지관 위탁형)별로 기존 등록장애인을 대상으로 평가도구의 적용, 서비스 욕구 사정 및 서비스 연계 등에 초점을 두고 진행했으며, 2009년 2차 모의적용사업은 2개 모델(지자체 내부형, 지자체 외부형)별로 2009년 신규 등록장애인을 대상으로 역시 평가도구의 적용, 서비스 욕구 사정 및 서비스 연계 등에 초점을 두고 진행해 왔다.

나. 장애인복지인프라 개편 방안으로서 장애서비스센터 설치를 둘러싼 현 상황

정부는 장애인복지인프라 개편 사업의 궁극적인 결과물로서 장애서비스센터의 설치를 추진하여 왔으나, 1, 2차 모의적용사업이 종료되었음에도 불구하고 향후 장애서비스센터의 실제 설치에 매우 불투명한 상황이다. 이는 크게 두 가지 요인이 작용

하기 때문인 것으로 보인다. 장애인만을 대상으로 하는 독자적인 전달체계 구축에 대한 거부감이 첫 번째 요인이며, 독자적 전달체계 구축에 소요되는 재정적 부담이 두 번째 요인이다.

장애서비스센터라고 하는 장애인 분야만의 독자적 전달체계 구축에 대한 거부감은 장애인만이 아니라, 아동, 노인, 한부모, 빈곤층 등 모든 사회복지서비스 대상을 포괄하는 통합적 전달체계 구축이 필요하다는 입장에서 비롯된 것이다. 현 정부는 장애인복지인프라 개편 사업과 별개로 보다 큰 범위에서 전체 사회복지전달체계의 효율화를 모토로 두 가지 개혁을 추진하였다. 하나는 공공복지에 대한 모든 복지대상자들의 원스탑 진입 및 사례관리 체계 구축을 위한 지역 복지전달체계 개편이었으며, 또 하나는 이것이 원활히 작동하도록 하기 위한 전산시스템으로서 ‘사회복지통합관리망’이 그것이다. 지역 복지전달체계 개편의 핵심적인 내용은 시군구 주민생활지원과에 통합조사관리팀과 서비스연계팀을 설치한 것이며, 양 팀은 각기 사회복지통합관리망의 하위 요소인 ‘복지급여 통합관리시스템’과 ‘상담사례관리시스템’을 활용하여 복지서비스 신청자에 대한 소득·재산 조사, 공공 복지서비스 수급 결정, 민간 복지서비스로의 연계 및 사후 점검 등의 업무를 수행하고 있다. 2010년 1월 ‘사회복지통합관리망’이 본격 가동된 이후 그간 시스템 불안정 등으로 인해 업무의 혼란을 초래하기도 하였으나 현재에는 복지대상자의 서비스 중복 및 누락을 일정 부분 방지하고, 저소득 빈곤층을 대상으로 한 기초적인 사례관리가 이루어지고 있는 것으로 평가할 수 있다.

둘째, 중앙과 지역장애서비스센터 설치에 소요되는 재정에 대한 부담은 정부 내부에서 장애서비스센터 설치에 대한 부정적 인식을 확산하는 결정적 요인으로 작용하였다. 국민연금공단, 혹은 한국장애인개발원 등 기존 인프라를 최대한 활용하는 방안을 모색해 왔으나, 장애서비스센터가 장애서비스 욕구 평가 및 사례관리서비스 제공을 담당할 신규 전문인력과 일정 수준의 물리적 공간과 전산시스템 및 장비 도입을 필요로 한다는 점에서 일정 규모 이상의 재정 투입은 필수적일 수밖에 없다.

다. 장애인복지인프라 개편 전망

이렇듯 공공 복지전달체계의 개혁 작업이 지속적으로 추진되고 있고 재원 확보의 어려움 등으로 인해 장애서비스센터 설치가 매우 불투명한 상황에서 향후 장애 복지 인프라 개편은 현재로서는 사회복지통합관리망 가동에 따른 지자체 복지전달체계를 적극적으로 활용하는 방안이 가장 현실성이 높을 것으로 판단된다.

사회복지통합관리망 개통, 시군구 서비스연계팀에 전문 요원 배치, 보건복지콜센터의 시군구 전환 등 지금까지 진행된 지자체 복지전달체계 개편은 ‘사례관리 시스템의 부재’라는 현행 장애서비스 전달체계의 문제점을 해결하는 데 일정 부분 기여할 수 있을 것으로 판단되나, 주 사례관리 대상을 기초보장 수급자 및 차상위계층 등 저소득 빈곤층 위주일 수밖에 없으며, 따라서 차상위계층 이상의 장애인에 대한 사례관리는 여전히 사각지대로 남을 수밖에 없는 한계를 지니고 있다. 특히 장애판정의 엄격성과 주거서비스, 주간보호서비스 등 장애서비스 수급 자격 심사의 적합성 제고 측면에서 현 전달체계는 명확한 한계를 지니고 있는데, 즉 현재의 체계는 객관성, 신뢰성이 결여된 현행 장애 판정 절차의 지속을 전제하고 있으며, 전문요원 인력의 제한과 전문성 부족으로 인해 다양한 측면의 장애상태를 객관적으로 평가하여 신청인에게 적합한 서비스를 제공하는 것은 거의 불가능하다고 할 수 있다. 따라서 현 전달체계를 통해 장애인복지서비스의 주요 문제점을 해결하기 위해서는 국민연금공단 중증장애위탁심사 대상의 전면 확대, 읍면동과 시군구 통합조사관리팀에 장애전담 담당자 각 1인 추가 및 시군구 서비스연계팀에 장애전담 사례관리 전문요원 2인 추가 배치 등이 이루어질 필요가 있다.

3. 장애인장기요양서비스 도입 이후 장애서비스 전달체계 개편 방향

장애인을 대상으로 하는 사회복지 정책 중 가장 핵심적인 정책은 소득보장정책, 고용 및 직업재활서비스 정책, 사회서비스 정책이라고 할 수 있으며, 최근 주요 선진 외국은 이들 정책을 집행하는 개별 전달체계의 통합 또는 전달체계간 유기적 협력 시스템 구축을 통해 이용자의 만족도와 정책 효과성을 제고하려는 노력을 기울이고 있다. 이러한 관점에서 지금까지 살펴본 장애인장기요양서비스 도입 이후 우리나라 장애서비스 전달체계의 개편 방향을 간략히 언급하고자 한다.

우선 사회서비스의 경우 지역복지전달체계인 시군구와 장기요양서비스 운영 주체 간의 적절한 역할 분담이 있어야 할 것으로 보인다.

지역 복지전달체계의 지속적인 개혁 작업으로 인해 장애서비스는 물론 아동, 노인, 빈곤층을 대상으로 하는 복지서비스의 책임주체로서 시군구의 역할은 더욱 커질 것으로 보인다. 특히 장애인복지 실시기관으로서 지역 복지전달체계는 장기요양서비스를 제외한 주거서비스, 주간보호서비스, 가족지원서비스 등 사회서비스의 핵심적인 주체로서 역할을 수행하게 될 것이다. 한편 정부는 장애인장기요양보장제도 제1차 시범사업을 통하여 장애인장기요양 평가판정 업무를 국민연금공단과 국민건강보험공단과 같은 관련전문기관에서 수행토록 하였으며, 추진단 평가 결과 향후 사업에 대한 운영주체로서 국민연금공단이 선정되었다. 즉, 국민연금공단과 같이 단일화된 전국 조직을 활용하여 제도 도입의 혼란을 최소화 할 수 있다는 것이다.

장애인장기요양서비스가 기존의 활동보조서비스에 방문목욕과 방문간호를 포함하고 제2차 시범사업에서는 주간보호 서비스 도입을 검토하고 있음을 볼 때 장애인장기요양서비스는 장애인을 대상으로 한 사회서비스의 가장 핵심적인 제도로 자리매김하게 될 것이다. 이와 관련하여 관리운영주체로서 시군구와 평가판정 등의 업무를 담당하는 관련전문기관 그리고 직접서비스 제공기관간 명확한 역할 분담 및 유기적 협조 체계의 구축이 필요할 것으로 보인다. 또한 장기요양서비스의 평가판정 및 모니터링 등의 업무를 담당하게 될 관련전문기관은 전체 장애서비스 전달체계에서 중요한 위상을 차지하게 될 것으로 보인다.

또한 소득보장 전달체계에 있어서는 장애인연금 도입과 향후 장애연금 등의 수급요건으로서 근로능력평가의 도입 등 소득보장제도의 개혁은 장애전문 심사 기관으로서 그리고 장애인장기요양제도와 관련해서는 평가판정 및 모니터링을 담당할 기관으로서의 국민연금공단의 역할은 더욱 커질 것으로 전망되는 가운데, 시군구와의 협력이 중요할 것으로 전망된다.

마지막으로 고용 및 직업재활서비스 전달체계에 있어서는 고용노동부 산하 고용지원센터와 한국장애인고용공단의 역할이 한층 강화될 필요가 있으며, 무엇보다 직업평가사 및 직업재활사 등의 전문인력의 지속적인 배치가 선행되어야 할 것으로 보인다.

이러한 각 영역별 전달체계의 개혁 작업과 별개로 전체적인 관점에서 소득보장,

고용서비스 및 사회서비스 전달체계간의 정보 교류, 통합 조사 및 통합 사례관리 등이 가능할 수 있도록 하기 위해 관련 전산시스템 구축과 업무 매뉴얼 개발 등의 정책적 노력이 있어야 할 것이다.

또한, 장애인장기요양제도의 운영주체를 중심으로 장기요양서비스 전달체계와 장애판정 및 사례관리 시스템을 통합·연계하여 장애인복지 독립 전달체계를 구축하는 방안에도 검토 가능하겠다.

제2절 기존 노인장기요양보험제도와의 연계 필요성 및 연계 방안

1. 노인장기요양보험제도와의 연계 필요성

1차 시범사업 결과 장애인장기요양제도는 장애인의 자립 및 사회활동을 지원하는 활동보조지원 중심의 특성을 갖고 독자적인 제도로 발전시켜나갈 계획이다. 이는 이미 2008년 7월부터 시행되고 있는 노인장기요양보험제도와는 별도의 법체계와 적용대상을 달리하여 장애인 활동지원에 초점을 둔 서비스내용으로 특화하여 제도를 발전시켜나간다는 것을 의미한다. 이러한 정책선택과 관련하여, 유사한 장기요양 욕구를 가진 인구계층을 대상으로 하는 장애인장기요양제도와 노인장기요양보험제도와의 효과적이고 효율적인 역할분담 및 연계방안을 검토하는 것이 필요하다.

장애인장기요양제도와 노인장기요양제도가 역할분담이 필요한 이유는 다음과 같다. 첫째, 장애인장기요양제도와 노인장기요양제도의 적용대상에 대한 구분의 문제이다. 가장 용이한 접근으로는 적용대상을 연령별로 구분하여, 장애인장기요양제도는 64세 이하 장애인을 대상으로 하고, 노인장기요양제도는 65세 이상 노인을 대상으로 하는 방식으로 구분하는 접근을 고려할 수 있다. 그러나 이와 같은 연령별 구분 접근의 경우에, 장애인장기요양제도와 노인장기요양제도의 수급자격 판정기준이 동일하지 않기 때문에 장애인장기요양제도 수급자였던 자가 65세가 되어 노인장기요양제도 적용대상으로 전환되는 과정에서 수급자격을 유지하지 못할 가능성이 있다. 이 경우 수급자격을 잃게 된 장애인장기요양 수급자였던 이용자에 대한 문제를 어떠한 방식으로 해결할 것인지에 대한 문제가 발생하게 된다.

한편, 양제도의 적용대상을 연령으로 구분하는 것이 아니라, 본인의 기능장애의 특성상 양제도로부터 받을 수 있는 서비스혜택을 비교하여, 본인의 선택에 의해 제도적용 대상을 구분할 수도 있다. 장애인장기요양제도 적용대상 중에서도 장애인 활동보조서비스 중심의 특성이 잘 부합하는 대상자도 많지만, 노인장기요양제도 적용대상과 보다 유사한 특성을 지니는 사람도 있다는 점을 감안할 때, 제도운영이 복잡해진다는 단점에도 불구하고, 64세 이하 대상의 경우 본인의 선택에 의해 적용제도를 결정하게 할 수도 있다. 물론 이는 노인장기요양보험제도의 적용대상 범위를 변경하고, 제도명칭에서 ‘노인’을 삭제하는 노인장기요양제도의 법개정 사항이므로, 다른 차원의 상당한 논의를 필요로 한다.

둘째, 장애인장기요양제도와 노인장기요양제도와 서비스내용의 차이에 따른 문제이다. 장애인장기요양제도는 활동지원 중심의 서비스를 강화, 특화해 나가는 방향이고, 노인장기요양제도는 요양 및 보호 중심의 서비스 내용을 특징으로 하고 있다. 이는 주요 서비스 종류의 구성과 제공량에 있어서도 차이를 보이고, 서비스 1회당 시간 제한 등 서비스 운영방식 및 규정에 있어서도 차이를 보일 수 있다. 장애인장기요양 수급자가 노인장기요양수급자로 전환되는 과정에서 서비스 종류의 구성과 제공량, 서비스 1회당 시간제한, 본인부담 등에 있어서 차이를 가지게 되는데, 이를 어떻게 해결할 것인가의 문제에 대한 고려가 필요하다.

2. 노인장기요양보험제도와 연계 방안

장애인장기요양제도와 노인장기요양보험제도와 효과적 연계방안은 다음과 같은 원칙에서 모색되는 것이 바람직할 것이다.

첫째, 양제도가 독자적인 제도로 만들기로 한 타당성이 유지될 수 있도록 양제도의 적용대상은 배타적으로 정의되어야 한다.

둘째, 양제도가 가지는 독특한 제도 특성에 따른 서비스 내용 및 구성, 수준의 차이를 인정해야 한다.

첫째 원칙으로부터 다음과 같은 양제도의 역할분담을 도출할 수 있다. 양제도가 장기간에 걸쳐 일상생활 수행에 타인의 도움이 필요한 상태에 있는 대상을 수급자로

한다는 공통점을 가지고 있지만, 장애인장기요양제도는 장애인의 자립 및 사회활동 참여 지원에 초점을 두고 있으며, 노인장기요양제도는 노인의 요양 및 보호에 보다 초점을 둔 제도이다. 이미 시행되고 있는 노인장기요양제도는 65세 이상 장기요양요구를 가진 노인과 64세 이하 노인성질환으로 인한 장기요양요구를 가진 대상을 보호하고 있다. 따라서 장애인장기요양제도의 적용대상은 노인장기요양보험 대상자가 아닌 비노령계층의 장기요양요구를 가진 장애인을 적용대상으로 하는 것이 적절하다. 두 제도의 적용대상이 배타적으로 규정되어야 제도운영이 원만하게 이루어질 수 있다. 적용대상 구분은 누구나 이해가능한 연령에 따른 구분이 가장 적절할 것이다. 65세 이상 노인 중 장기요양요구를 가진 자는 노인장기요양보험에서 포괄하고, 64세 이하 64세 이하 중 장기요양요구를 가진 장애인은 장애인장기요양제도에서 적용대상으로 포괄한다. 비노령계층 장애인은 자립 및 사회참여가 노령계층보다 훨씬 중요하므로 활동지원에 초점을 두고, 비노령 장기요양요구를 가진 집단을 적용대상으로 수급자를 선정한다.

여기에서 문제는 앞에서 지적한바와 같이 장애인장기요양제도 수급자였던 자가 65세 이상이 되어 노인장기요양보험대상자로 편입되는 과정에서 양제도의 장기요양 등급 판정도구가 상이하여 노인장기요양보험대상자로 모두 포괄되지 않을 가능성이 있다는 점이다. 그러나 첫 번째 원칙을 상기하면, 노인장기요양보험제도의 수급대상은 65세 이상 노령기 장기요양요구를 가진 대상자들에 대한 수급자격을 심사하는 것에 의해 결정되는 것이므로, 장애인장기요양보험 수급자가 반드시 노인장기요양보험 제도로 연계되어야 한다고 보지는 않는다.

국민형평성 차원에서 장애인장기요양대상자만을 특별하게 취급하여 노인장기요양보험 대상자로 편입하는 것은 바람직하지 않다고 보인다. 노인장기요양보험제도의 수급자격 선별은 그 나름대로의 제도논리를 가지고 있기 때문이다. 물론 향후 노인장기요양보험 수급범위 자체의 확대가 이루어지도록 제도 개선이 추진되는 것은 별개의 문제이다. 또한, 노인장기요양보험제도와 유사한 기능을 수행하는 노인돌봄바우처제도나 지역의 보건복지서비스 등을 활용하여 ‘장애인장기요양제도 수급자였으나 노인장기요양보험수급자가 되지 못한 집단’에 대한 욕구충족 방안의 마련은 반드시 필요하다고 생각된다.

둘째 원칙으로부터 장애인장기요양제도에 비해 경우에 따라 노인장기요양보험제
도에서 누릴 수 있는 서비스 수준이 낮아지고, 서비스 이용기준의 규제가 강화되고
본인부담 수준이 높아진다는 하더라도 이는 양제도의 특성에서 비롯된 것이므로 수급
자가 인정하고 감수할 수 밖에 없다고 판단된다. 장애인장기요양제도는 활동보조에
초점을 두어 활동지원 받을 수 있는 서비스이용량이 보다 많았을 수도 있고, 본인부
담수준도 낮게 설정될 수 있다. 장애인장기요양제도는 학령기 및 근로연령기에 있는
대상자의 활동을 지원하는데 필요한 서비스내용과 서비스량을 보다 고려하게 된다.
반면 노인장기요양보험제도는 노인의 요양과 보호를 지원하는 내용에 보다 초점을
두게 된다. 장애인장기요양제도 수급자였던 자가 노령이 되면 장애인의 특성보다는
노령의 특성에 맞는 서비스내용이 더 적합할 것이라 생각된다. 따라서 두 제도의 서
비스 내용 및 본인부담 수준의 차이는 인정하는 것이 적절하다고 판단된다. 본인부
담의 경우에는 노인장애인이든 장애인노인이든 간에 고려할 점은 부담능력의 문제라고
판단된다.

제3절 장애인장기요양보장제도 도입과 적용서비스 확대방안

장애인장기요양제도는 장애로 인하여 일상적인 활동에 제약을 받는 장애인들이
국가적 지원을 받아서 활동능력의 제한에도 불구하고 사회활동이 가능할 수 있도록
현물서비스를 중심으로 지원하는 제도이다. 이 제도는 일상생활이 가능할 수 있도록
하는 적절한 수준의 도움이 제공되어야 하며, 또한 모든 사람들에게 공평하게 제공
되어야 한다. 그러나 어떤 종류의 서비스를 얼마나 제공해야 적절한 수준이라 할 수
있는지, 그리고 어떤 기준과 방법으로 서비스 이용자격을 결정할 때 공평하다고 할
수 있는지는 대단히 어려운 문제라고 할 수 있을 것이다. 이런 문제 때문에 장기요
양제도의 본격적인 시행을 위해서는 선행요건들이 검토되어야 하며, 여러 관련 제도
들을 정비하면서 단계적인 확대가 필요하다.

지난해 7월부터 금년 1월까지 수행된 시범사업의 급여범위는 제 1안의 경우는 활
동보조, 방문간호, 방문목욕으로 구성되었으며, 제 2안은 방문요양, 방문간호, 방문목
욕으로 구성되었다. 시범사업에서 사용한 급여내용을 보면 방문간호나 방문목욕의

경우는 서비스 이용이 미미하여 사실상 제 1안은 장애인활동보조, 제 2안은 방문요양이 서비스의 대부분을 차지하였다. 이런 점 때문에 실효성 있는 장기요양제도가 되려면 기초적이고 필수적인 서비스 내용을 중심으로 서비스의 적용범위를 지속적으로 확대하여야 하는 상황에 있다.

현재의 장애인복지서비스에서 장애인요양제도로의 전환은 두 가지 점에서 중대한 제도적 변화라고 할 수 있다. 첫째, 서비스에 대한 국가의 책임성, 보편화된 서비스 접근성을 제도적으로 인정한다는 점이다. 이런 점 때문에 국가적으로 서비스 이용자 자격기준이 만들어지고, 공적인 조직을 통해서 공평하고 일관성 있는 이용 자격심사 체계가 필수적으로 포함된다. 둘째, 서비스에 대한 개별성과 선택이 제도의 핵심 기제가 된다는 점이다. 개인단위로 서비스 이용여부가 결정되고, 개인단위로 서비스 이용계획(서비스의 종류, 양의 결정 포함)이 수립되고, 서비스 제공기관을 이용자가 선택하는 방식이 상호연관성 있게 작동할 수 있도록 하는 것이 새로운 체계의 핵심적인 원리이다.

이런 방식으로의 제도변화는 우리보다 한발 앞선 국가들의 일반적인 양상이다. 영국의 성인 서비스를 지칭하는 커뮤니티케어에서는 1990년대 초부터 조세를 재원으로 하여 노인과 장애인을 동일한 제도적 체계를 통하여 운영되고 있다. 그리고 이 체계의 틀 속에서 노인, 신체장애인, 지적장애인, 정신장애인 등의 서비스 이용 집단별 특성이 반영된다. 일본의 경우는 노인을 위한 개호보험은 사회보험 재정으로 운영되고 있으며, 장애인서비스는 개호보험제도와는 별도로 2003년에 조치비제도(기관 지원방식)에서 지원비제도(개인별지원방식)로 전환하였으며, 2006년부터 자립지원법을 제정해서 시행해 오고 있다. 이런 외국의 제도에는 재택방문서비스와 거주시설서비스를 모두 포괄되어 있다.

우리나라에서도 장애인 장기요양제도 도입을 준비하고 있지만, 장애인복지서비스 전반을 포괄하지 못하고 있다. 이런 점 때문에 지난 장기요양제도 시범사업에 포함되었던 활동보조, 방문목욕, 방문요양 외에 서비스 범위가 확대될 필요가 있다. 이와 관련하여 거주시설 서비스 영역에서는 거주시설 개편과정이 진행 중에 있으며, 이후의 장기요양시범사업에서는 주간보호서비스를 포함하는 방안이 검토되고 있다.

이런 상황에서 본고에서는 장애인복지서비스 영역에 대한 장기요양제도 적용의

의미를 설명하고 가장 기초적인 서비스에 해당하는 내용들을 중심으로 향후 장기요양제도로의 통합 방안을 검토할 것이다. 구체적으로는 현재 개편방안이 진행 중에 있는 장애인거주시설(생활시설, 그룹홈, 단기보호 등)서비스와 재택지원서비스 가운데 향후 시범사업에서 포함될 것으로 예상되는 주간보호서비스를 중심으로 살펴볼 것이다. 본고를 통해서 제시하고자 하는 내용은 크게 세 가지이다.

첫째, 장애인복지서비스에서의 장기요양제도 적용이 어떤 의미를 가지며, 현재의 서비스 체제에서 어떤 변화가 수반될 것인가를 설명한다.

둘째, 현재의 장애인거주시설서비스의 현황을 고려해 볼 때 장기요양제도와 어떤 관계로 설정되어야 하며, 거주시설서비스의 내용과 체계는 어떻게 달라져야 하는가를 제시한다.

셋째, 장기요양제도의 후속 시범사업에서 포함될 것으로 예상되는 장애인주간보호서비스의 경우 어떤 과제에 직면해 있으며, 장기요양제도로의 통합을 위해서는 어떤 내용들이 검토되어야 하는가를 설명한다.

1. 장기요양제도 적용의 의미

1) 노인요양보험제도의 기본원리

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 점들은 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다.

첫째, 서비스 수급 자격과 양을 결정하는 엄격한 체계의 구축을 표방한다. 둘째, 서비스의 제공방식에서 이용자의 선택과 공급자의 경쟁을 표방하는 시장 기제를 활용한다. 셋째, 새로운 서비스 제공기관의 진입을 적극적으로 권장한다. 넷째, 새로운 서비스 제공인력의 진입을 적극적으로 권장한다. 다섯째, 노인복지서비스 실시 주체가 과거의 지방정부에서 건강보험공단으로 변화되었다.

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 규모도 크게 증가하였다는 점 등은 모두 제공되는 서비스와 서비스 제공인력에 대한 일정 수준의 관리와 규제 장치의 필요성을 제기하는 요소들이라고 할 수 있을 것이다. 이런 기본적인 특성과 과제들은 장애인장기요양제도의 도입과정에서도 그대로 제기될 것이다.

2) 장애인복지서비스와의 장기요양제도

장애인장기요양제도의 시행을 위해서는 장애인복지관, 장애인활동보조서비스, 장애아동재활치료서비스, 장애인생활시설, 장애인단기보호시설, 장애인공동생활가정, 장애인주간보호시설, 장애인직업재활시설 등의 현재 장애인복지서비스 전반을 검토하는 작업이 선행되어야 한다. 이들 제도의 기본적인 운영원리를 간략히 정리해 보면 다음과 같다.

구분	서비스 이용자격 판단 기준		자격결정 주체
	장애기준	소득기준	
장애인복지관	등록 또는 미등록	없음(수급자 및 차상위 이용료 감면)	장애인복지관
장애인 활동보조서비스	1급 등록장애	없음	지방자치단체
장애 아동 재활치료서비스	뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애 등록 아동 및 일부 미등록 아동	전국가구 평균소득의 100% 이하	지방자치단체
장애인생활시설	등록장애 전체	국민기초생활수급자, 무연고자	지방자치단체
장애인단기보호시설	등록장애 전체	없음(수급자 및 차상위 이용료 감면)	해당시설
장애인공동생활가정	등록장애 전체	없음(수급자 및 차상위 이용료 감면)	해당시설
장애인주간보호시설	등록장애 전체	없음(수급자 및 차상위 이용료 감면)	해당시설
장애인직업재활시설	등록장애 전체	없음	해당시설

장애인복지서비스에서 장기요양제도를 구축한다는 것은 원칙적으로는 이러한 제 각각의 기준과 각기 다른 서비스 이용절차를 하나의 구조에 통합한다는 의미이다. 이를 위해서는 각 서비스 별로 이용자격 결정 기준이 되는 장애기준, 소득기준, 자

기부담액 기준 등을 확립해야 하고, 이런 각 기준이 전체 제도의 틀에서 공평하고 합리적이어야 한다. 그리고 서비스 이용자격을 판단하는 기구도 정부기관 또는 장기요양제도 수행기관으로 일원화되어야 한다.

현재까지 검토되고 있는 장애인요양제도의 핵심원리는 개인별지원 원리라고 할 수 있다. 서비스를 신청 한 사람에 대하여 표준화된 기준을 적용하여 서비스 적격여부를 결정하고, 서비스를 제공받을 자격이 부여된 사람은 서비스 공급기관을 선택하고, 서비스를 제공한 기관은 제도 관리기관(지방정부 또는 제 3주체)으로부터 서비스 제공 비용을 수령하는 방식을 기본 구조로 하고 있다. 이 제도의 경우 노인요양보험제도와 동일한 원리이기 때문에 활동보조서비스, 재가복지서비스, 거주시설 서비스 등을 포괄하여 제도를 설계할 경우 노인요양보험제도의 도입 초기에 나타났던 상황이 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.

그러나 장애인 장기요양 제도의 구축에서는 노인요양보험제도에서와는 다른 몇 가지 특징들이 구체적으로 검토될 필요가 있다.

첫째, 서비스의 일반적인 목표와 관련된 차별성이다. 노인의 경우는 '돌봄 부담에 대한 사회적 책임 이행'이라는 성격이 강조되는 경향이 있다. 반면에 장애인의 경우는 자립과 지역사회와의 통합이 노인의 경우보다 훨씬 더 강조된다. 이런 특징들은 서비스의 내용에도 영향을 미치게 된다. 장애인에 대한 지원서비스는 노인서비스의 경우보다 보다 적극적이고, 역동적인 발달모델을 추구하는 신변자립훈련, 자립생활훈련, 자기주장훈련, 취업준비 훈련, 직업생활에 대한 지원 등이 강조된다.

둘째, 서비스 대상의 장애특성과 관련된 차별성이다. 장애인 장기요양의 핵심적인 대상은 중증의 신체장애인, 중증의 감각장애인, 대부분의 발달장애인으로 구성될 것이다. 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 자폐성장애 등을 포괄하는 의미의 발달장애인의 경우 신변자립, 의사소통, 자기결정, 재정관리, 직업준비, 직업생활 등의 삶의 전 영역에 걸쳐서 포괄적인 지원이 요구된다.

셋째, 서비스 대상의 연령특성과 관련된 차별성이다. 동일한 장애유형과 장애정도를 가지고 있다하더라도 장애아동에 대한 서비스는 성인에게 제공되는 서비스와 근본적으로 달라야 한다. 이런 이유 때문에 장애아동에 대해서는 적절한 보호와 함께 조기개입 또는 재활치료 등의 접근이 강조되며, 성인의 경우에는 활동보조서비스와 같은 개인별 활동에 대한 지원이 강조되어야 한다.

개념 면에서 보면 장애인장기요양제도는 시설서비스와 재택서비스, 아동서비스와 성인서비스를 포괄한다. 그리고 운영 원리는 서비스 이용자격을 공공에서 판단하고, 이용자격을 인정받은 사람은 해당 서비스를 선택해서 이용하도록 하며, 서비스를 제공하는 기관은 그 비용의 전부 또는 일부를 지방정부로부터 지급받는 방식으로 한다. 이 제도의 도입을 위해서는 노인요양보험제도와의 다양한 차별성 때문에 점증적이면서 구체적인 접근이 요구된다. 제도의 점진적 적용을 위해서는 다음의 틀을 참고할 수 있을 것이다.

구분	거주시설서비스	재택지원서비스
장애아동	생활시설 가정하숙 위탁보호 일시보호 입양	재활치료서비스 가족지원서비스 방과 후 활동지원서비스 주간보호서비스 재활보조기기
성인장애인	생활시설 공동생활가정 단기보호 가정하숙 주택지원	활동보조서비스 가족지원서비스 주간보호서비스 직업활동지원서비스 재활보조기기

우리나라 장애인장기요양제도 시범사업의 내용을 보면 기존의 장애인활동보조서비스에다 방문간호와 방문목욕서비스를 추가하는 것으로 하고 있다. 그러나 장기적으로는 현재의 시범사업에 포함되지 않았던 거주시설서비스와 기타 재가서비스들도 점진적으로 제도에 포함시키는 방향으로 발전시켜야 할 것이다.

2. 거주시설서비스의 통합 방안

장애인장기요양제도는 장애인의 일상적인 사회활동을 지원할 수 있는 수준의 서비스 범위를 가져야하기 때문에 향후 단계적으로 다른 장애인복지서비스 영역도 포섭될 필요가 있다. 국가가 통일적인 체계로서의 장기요양제도를 운영한다는 의미는 정부가 서비스 대상자를 결정하고, 결정된 대상자가 특정 서비스 제공자로부터 서비스를 이용하게 되면 이미 정해져 있는 서비스 가격에 따라 정부는 이 비용을 지불하게 되는 체계를 작동시킨다는 것이다. 이런 점에서 기초하여 장애인시설, 그룹홈, 단기보호 등의 거주시설서비스 영역을 장기요양제도의 틀에 포함시키는 것이 현재의 시점에서 적절한지를 검토하기로 한다.

1) 장애인거주시설과 장기요양제도

우리나라에서 거주시설서비스는 현재 법률상의 용어는 아니다.⁶⁷⁾ 현행 장애인복지법에서는 전형적인 장애인보호시설을 생활시설로 칭하고 있으며, 단기보호시설과 공동생활가정은 생활시설과 대비되는 지역사회재활시설에 포함시키고 있다. 그러나 최근에는 정부 공식문서에서, 원래의 가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 생활시설, 단기보호시설⁶⁸⁾, 공동생활가정⁶⁹⁾ 등의 거주 장소를 제공하고 생활에 필요한 서

67) 현재 국회에서 심의중인 장애인복지법 개정안에서는 장애인거주시설을 ‘거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주 및 요양 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설’로 규정하고 있다.

68) 현행법에서 장애인단기보호시설은 장애인생활시설에 대비되는 개념인 지역사회재활시설에 포함되어있다. 우리나라 노인장기요양보험제도에서는 재가서비스로 분류하였다가 최근에 시설서비스로 변경하였다. 외국의 경우는 시설서비스에 포함시키고 있는 경우도 있고, 재가서비스에 포함시키고 있는 경우도 있다. 우리나라 장애인거주시설개편방안에서 장애인거주시설의 범주에 단기보호시설을 포함하고 있는 근거는 두 가지이다. 첫째, 단기보호서비스 역시 보호기간의 차이가 있지만 거주시설서비스 제공 기능을 핵심으로 한다는 점이다. 따라서 장기거주서비스와 단기거주서비스의 상호 이전을 원활히 하기 위해서는 동일 범주에 포함시키는 것이 타당하다. 둘째, 실제로 우리나라 단기보호시설은 생활시설과 유사한 기능을 수행하고 있다는 점이다. 우리나라 생활시설 입소제도가 무연고자나 기초생활수급자로 입소자격을 제한하고 있기 때문에 수급자가구에 속하지 않은 사람들 가운데 생활시설 입소를 원하는 사람들이 소득에 의한 입소자격 제한을 두지 않고 있는 단기보호시설에 입소하여 지속적인 거주계약 갱신을 통하여 사실상 장기시설 보호를 받고 있다.

69) 현행법에서 공동생활가정도 장애인생활시설에 대비되는 개념인 지역사회재활시설에 포함되어 있다. 공동생활가정의 경우도 거주서비스를 핵심으로 한다는 점에서 거주시설로 규정되는 타당하며, 장애인거주시설 개편방안에서도 거주시설의 범위에 포함시키고 있다. 현재 우리나라 장애인공동생활가정의 운영상황을 보면 프로그램으로서의 지역사회생활훈련에 초점을 두고 운영되고 있는 경우도 있고, 지역사회에서 소규모

비스를 제공하는 시설이라는 의미로 ‘장애인거주시설’이라는 용어가 사용되기 시작하였다. 최근에는 이러한 장애인거주시설의 개념을 장애인복지법에 반영하는 장애인복지법개정안이 국회에서 심의 중에 있다. 이런 맥락에서 본고에서는 장애인거주시설서비스라는 용어를 사용한다. 그리고 본고에서 사용하고 있는 장애인거주시설서비스는 거주 공간의 제공과 함께 일상생활에 관련된 서비스를 제공하는 장애인생활시설, 장애인공동생활가정, 장애인단기보호시설 등에서 제공하는 서비스를 말한다.

보건복지가족부는 2008년 4월 11일 ‘2008 장애인 불편해소 대책’을 발표하였다. 여기에 포함된 장애인 거주시설 관련 핵심 내용은 다음과 같다. 첫째, 기존의 장애인 생활시설, 공동생활가정, 단기보호시설을 장애인 거주시설로 재편성하여 장애인거주시설의 유형을 다양화시키고, 거주시설의 지역사회 친화성을 높인다는 것이다. 둘째, 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 점진적으로 소규모 시설로 전환하도록 유도한다는 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 중요한 변화라고 평가할 수 있을 것이다.

이런 시점에서 장애인 주거서비스 개편이라는 과제와 장애인 장기요양제도의 도입이라는 계획이 어떤 관계에 있는지를 검토할 필요가 있다. 장애인장기요양제도의 도입 단계부터 거주시설 서비스가 편입되어, 요양제도의 틀 안에서 거주시설 개편의 과제가 용해되어 추진되어야 하는지, 아니면 일정정도 거주시설 개편이 안정적인 수준으로 진행된 후에 단계적으로 장기요양제도에 편입되어야 하는지에 대한 검토가 필요하다. 외국의 제도를 보면 거주서비스 기능을 포함하는 경우가 대부분이다⁷⁰⁾.

의 거주 장소와 지원서비스를 제공하는데 초점을 두고 운영되고 있는 경우도 있다. 장애인거주시설의 범위에는 후자의 경우가 포함될 수 있을 것이며, 전자의 경우는 거주시설서비스에 포함시키지 않고 현재와 같은 방식으로 계속 유지될 수 있을 것이다.

70) 노인의 경우 대부분의 국가에서 공적요양제도에 재가서비스와 시설서비스를 통합하여 운영하고 있고, 우

그러나 우리나라 장애인 거주시설은 대규모 시설이 중심을 이루고 있으며, 개인의 선택과 자율성이 보장될 수 있는 구조가 아니기 때문에 현재의 조건에서 장기요양제도로 곧바로 편입되는 경우에 시설 개편의 과제가 회석될 수 있는 위험이 있다.

노인요양보험제도나 장애인장기요양제도는 공통적으로 이용자의 선택과 공급자들의 경쟁을 중요한 운영원리로 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 신규진입 시설을 30인 이하로 제한하고, 기존의 대형시설은 단계적으로 소규모로 전환하도록 유도한다는 정책방향과 정면으로 충돌한다. 이런 맥락에서 노인요양보험제도의 골격을 장애인거주시설에 그대로 적용하는 것은 정책방향간의 모순이라는 문제를 야기할 수 있다.

2) 장애인거주시설 개편 과제

장애인거주시설서비스는 여러 가지 이유로 원 가정에서 생활하기 어려운 장애인에 대하여 대안적인 거주 장소를 제공하고, 이에 수반되는 보호 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 이러한 거주시설서비스는 19세기 산업 혁명기를 거치면서 생산에 동원되는 노동력을 최대한 확보하기 위한 방편으로 노동능력이 없는 장애인을 가정으로부터 분리시켜서 격리보호하고, 이들을 보호하는 데 필요한 노동력을 산업 생산에 집중시키기 위해 일반사회와 분리된 대형시설 중심으로 이루어졌다. 그러나 20세기 중반을 거치면서 시설을 이용하는 장애인에 대한 인권 침해, 대형시설의 비리 문제, 비효율적인 시설 운영 등의 문제가 제기되었다. 이런 문제제기들에 대처하기

리나라 노인요양보험제도에서도 시설급여를 포함하고 있다. 장애인의 경우를 보면 독일(수발보험제도), 영국(커뮤니티케어 제도), 일본(자립지원법 제도)의 경우는 시설보호서비스를 전체 제도에 통합하고 있지만, 호주에서는 별도의 프로그램으로 운영하고 있다(변용찬, 2009).

위해 서구사회에서는 장애인의 시설 이용 선택권 강화와 아울러 시설 소규모화 작업이 지속적으로 진행되었다.

우리나라 장애인거주시설서비스는 1950년대 전쟁고아를 보호하기 위한 시설에서 출발하였고, 1970년대에는 전쟁고아를 위한 시설들이 대대적으로 장애인시설로 전환되었으며, 이들 시설의 대부분은 대형 보호시설이다. 시설 서비스에 대한 정부지원이 본격적으로 시작된 것은 1980년대에 들어서이며, 1990년대에 들어서 소규모 시설인 공동생활가정을 설립하기 시작하였고, 동시에 일시적인 보호를 목적으로 하는 단기보호시설을 설치하게 되었다. 그러나 여전히 거주시설서비스는 대형시설 중심으로 제공되고 있으며, 이들 시설에서 발생하는 인권 침해나 비도덕적 운영 등의 문제들이 지속적으로 제기되고 있다. 이에 대해 정부는 시설평가제도 도입, 사회복지법인에 대한 관리 감독 강화 등의 방법을 통해 문제를 해결하고자 노력하였다.

그러나 이런 시도들은 거주시설서비스의 변화를 위한 부정적, 소극적 대책이라고 할 수 있다. 왜냐하면 이런 방식의 대처는 거주시설 이용자에 대한 부정적 낙인, 이용자와 시설서비스 제공자 사이의 불평등한 관계, 장애인시설에 대한 부정적 이미지 등의 근본적인 문제들을 해결하는 수단으로는 한계가 있기 때문이다. 이런 시점에서 장애인거주시설의 구조를 이용자의 선택 중심으로 변화시키기 위한 근본적인 방안을 모색하는 것이 필요하다.

장애인거주시설서비스에 대해 논의함에 있어서 가장 기본적인 원칙은 모든 사람이 기능하면 시설이 아닌 자신의 가정에서 살 수 있도록 하는 일이다. 이런 의미에서 보면 거주시설은 존재할 필요가 없는 것이 가장 좋으며, 아무리 좋은 시설도 집만큼 좋을 수는 없다. 그러나 문제는 본인의 집이 아닌 다른 장소에서 거주하는 것이 불가피한 경우가 있다는 것이다. 가족이 더 이상 보호자로서의 책임을 이행할 수 없고, 재택서비스가 지원되더라도 혼자서는 살아가기 어려운 처지에 있는 장애인의 경우에는 원래의 가정기능을 단기적 또는 장기적으로 대리할 수 있는 서비스가 필요하다. 이러한 경우에 최대한 가정과 같은 환경에서 대리적 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이 필요하며, 이것이 거주시설서비스의 목표로 설정되어야 한다. 이런 맥락에서 거주시설서비스가 재구조화되어야 하며, 재구조화는 다음과 같은 원칙 하에서 이루어져야 한다.

(1) 지역사회생활과 자립생활 중심

이 원칙과 관련해서는 영국에서 시행하고 있는 원칙을 참고할 수 있다. 케어서비스의 욕구사정에 관한 영국 보건부의 정책지침(policy guidance on assessing needs)에서는 ‘서비스는 가능한 수준까지 일반적인 생활을 유지하거나 회복할 수 있도록 제공되어야 한다.’고 하고 있으며, 개인을 돕는 서비스의 우선순위는 다음과 같이 제시되어 있다.

- ① 자기 집에서 살 수 있도록 지원한다.
- ② 보다 적절한 주거 장소로 이동한다.
- ③ 다른 일반 가정집으로 이동한다.
- ④ 거주보호시설(residential care)로 이동한다.
- ⑤ 요양원(nursing home)으로 이동한다.
- ⑥ 장기병동에 입원한다.

(2) 이용자의 자유와 자기결정

시설이 비판받는 핵심적인 이유는 시설적인 방식이 개인의 자유와 프라이버시를 침해할 수밖에 없다는 점이다. 이런 점에서 기존의 시설은 근본적인 변화가 필요하다. 이 변화에서 확립되어야 하는 내용들은 다음과 같다.

첫째, 일상에서의 기본적인 자유권이 보장되어야 한다. 이 자유권은 자유로이 이동할 자유, 본인이 거주하는 공간에 대하여 열쇠를 가질 권리, 필요하면 내부에서 방문을 잠글 수 있는 프라이버시 등을 포함한다. 이 외에도 법이 보장하는 모든 자유는 보장되어야 한다. 둘째, 자유권의 보장원칙에도 불구하고 스스로 상해를 입힐 위험(자해적 성향)이 있거나 다른 사람에게 상해를 가할 위험이 확인된 경우에 한해서는 위험 상황 노출을 막기 위해 기본적인 자유가 제한될 수 있어야 한다. 셋째, 자유권의 제한은 포괄적으로 허용되어서는 안 되며, 기본적인 자유권이 불가피하게 제한될 수밖에 없는 상황과 조건에 대한 공식적인 확인이 이루어지고, 이 내용이 거주시설과 이용자(또는 보호자) 간의 서비스 이용 계약서에 기재된 경우에 한해서만 기본적 자유권이 제한될 수 있다.

이런 점에서 거주시설서비스의 기본철학을 명확히 선언할 필요가 있다. 거주시설을 이용하는 장애인의 경우에도 국민에게 부여되는 일반적인 권리는 모두 존중되어야 한다. 다만, 예외적으로 구체적인 위험이 존재하는 경우에는 공식적 확인을 통해 제한하기로 계약서에 열거한 내용에 한하여 권리를 제한할 수 있다는 원칙이 확립되어야 한다.

(3) 집과 같은 주거 공간

우리나라 제도상 시설은 근원적으로 집과 같은 공간이 아니다. 장애인복지법시행규칙에 따르면, 1인당 거실면적은 가구 점유면적을 합산하여 3.3㎡(약 1평) 이상이면 된다. 그리고 한 방에는 성인의 경우 8명까지 공동으로 생활할 수 있다. 가정과는 판이한 시설적인(institutional) 방식이다. 공간에 대한 한국, 영국, 일본의 최저기준을 비교하면 다음과 같다.

① 한국	
· 생활시설 거실면적	· 생활시설 1실 정원
- 6세 미만: 1인당 2㎡ 이상	- 6세 미만: 10명 이하
- 6세 이상: 1인당 3.3㎡ 이상	- 6세 이상: 8명 이하
· 공동생활가정 면적과 정원	
- 1인당 거실면적: 3.3㎡ 이상	
- 1개 방 거주인원 2인 이하	
② 영국	
· 침실과 거실을 합하여 1인당 14㎡ 이상	· 휠체어 사용자의 경우 17.1㎡ 이상
· 원칙적으로 1인 1실	
③ 일본	
· 거실 1인당 바닥면적: 수납설비를 제외하고 9.9㎡ 이상	

집과 같은 주거공간의 원칙에 따라 시설 규모도 제한되어야 한다. 시설 규모에 대한 외국의 최근 기준을 보면 다음과 같다. 영국과 일본의 경우 신규시설의 정원은 20인 이하로 제한되어 있다. 단 일본의 경우에는 예외적으로 해당지역의 거주서비스 공급량이 계획에서 정하는 바에 미치지 못하는 특별한 사정이 인정되는 경우에 한해서만 30인 이하로 제한하고 있다. 또한 영국과 일본은 공통적으로 직원의 근무 집단의 단위, 식사단위, 공동시설 이용 단위 당 인원이 10명을 초과할 수 없도록 규정하고 있다.

(4) 필요에 맞는 서비스

필요에 적절한 서비스가 되기 위해서는 이용할 수 있는 서비스 종류가 욕구에 적합한 것이어야 하며, 과도한 서비스의 부과로 기본적인 자유가 제한되어서는 안 된다. 다음 내용은 다양한 거주서비스 스펙트럼을 예시한 것이다.

① 제공하는 서비스의 내용에 따른 구분

- 거주장소만 제공(주택임대)
- 거주장소와 관리서비스(건물수선, 공과금 관리 등)만 제공(공동주택)
- 거주장소 + 관리 + 미약한 수준의 개별지원(체험홈)
- 거주장소 + 관리 + 식사 + 미약한 수준의 개별지원(가정하숙, Adult Placement Scheme)
- 거주장소 + 관리 + 식사 + 개별지원(그룹홈, 케어홈)
- 거주장소 + 관리 + 식사 + 개별지원 + 간호지원(요양홈)

② 제공하는 서비스의 필요기간과 목적에 따른 구분

- 비교적 장기거주(1년 단위 거주 계약, 필요시 거주지 변경 가능)
- 1개월 이하 또는 1개월 단위 거주(단기보호)
- 생활훈련을 목적으로 하는 단기 거주(훈련형 그룹홈 또는 체험홈)

(5) 장애상황을 고려하는 지원

자신의 가정이 아닌 거주 장소 필요여부나 내용은 신체장애, 감각장애, 발달장애(지적장애, 자폐성 장애), 정신장애 등의 장애유형과 장애정도에 따라 다르다. 따라서 거주시설정책은 이러한 장애특성을 고려하여 수립되어야 할 것이다. 이와 관련하여 영국의 장애유형별 재택서비스와 거주시설서비스의 정부재정지출을 보면 다음과 같다.

〈표 9-1〉 2008-09 사회복지서비스 유형별 지출 내역(잉글랜드)

(단위: 백만 파운드)

구 분	합 계	사정 및 케어매니지먼트	거주보호서비스	재택 서비스
관리(service strategy)	60	60	.	.
노인	9,080	1,030	4,790	3,260
신체장애 성인	1,560	260	400	900
지적장애 성인	3,810	250	1,990	1,570
정신장애 성인	1,170	360	420	390
Asylum seeker	40	20	.	20
기타 성인 서비스	380	30	.	350
합계	16,100	2,010	7,600	6,490

(6) 보편적인 접근성

현재 우리나라 장애인생활시설 이용자격은 등록장애인으로서 국민기초생활수급권자 또는 무연고자로 제한되어 있다. 이러한 제한은 현재의 시설을 시설적(institutional)이게 만드는 원인이 되는 핵심 규정이라 할 수 있다. 이 규정은 다음과 같은 두 가지 문제를 야기한다. 첫째, 불필요한 시설 이용을 조장한다. 소득기준은 엄격하고, 장애기준은 의미가 없으며, 수급자는 경제적 어려움으로 인해 시설을 이용할 수밖에 없어 부적절한 시설 이용을 양산하게 되는 것이다. 둘째, 눈물겨운 시설 이용을 조장한다. 경제적으로 상당한 어려움이 있으나 수급자가 되지 못한 경우에는 장애인을 무연고자로 만들어 시설을 이용하게 하는 눈물겨운 상황을 만든다. 거주시설을 이용할 수 있는 자격기준에서 소득기준은 폐지하고, 장애기준은 다소 엄격하게 적용하여 불필요한 시설 이용을 제한해야 한다. 그리고 소득기준의 폐지에 따라 발생할 수 있는 수요 확대는 자기부담제도 설계를 통해 보완할 수 있을 것이다. 또한 서비스 제공기관 선택은 원칙적으로 이용자의 선택에 기초해야 하며, 이용기관의 이동도 어렵지 않게 기능할 수 있도록 해야 한다.

(7) 아동과 성인의 차별적인 욕구 반영

현재 우리나라 거주시설서비스는 아동과 성인의 욕구 차이를 반영하고 있지 못하다. 아동은 부모 또는 성인의 보호아래 안정감 있게 지낼 수 있도록 지원하는 것이 바람직하다. 반면 성인은 독립적인 가정에서 본인의 의사와 결정에 따라 생활할 수

있도록 지원하는 것이 중요하다. 거주시설서비스 구축에서도 이런 점이 반영되어야 한다. 자기 가정에서 살기 어려운 장애아동의 경우에는 입양과 위탁보호가 우선적인 대안이 되어야 한다. 반면, 성인은 주택임대, 공동주택, 거주시설서비스(그룹홈, 케어홈, 요양홈 등) 등 장애인의 욕구를 충족할 수 있는 방법이 우선적인 대안으로 고려되어야 한다.

3) 거주시설개편과 장기요양제도의 관계

(1) 관계의 기본적 성격

장애인서비스의 제공방법을 기존의 운영보조금 지급방식에서 개인별 지원방식으로 변화시키는 일은 개인의 선택과 개별성의 존중이라는 측면에서 긍정적인 방향이라고 할 수 있을 것이다. 장애인장기요양제도의 도입은 이런 측면에서 긍정적이라 할 수 있을 것이다. 그리고 이 제도에는 거주지원서비스와 재택지원서비스가 단일한 체계에 의해서 포괄되도록 하는 것이 일반적이고 바람직하다고 할 수 있다.

이런 관점에서 보면 장애인장기요양제도는 가능하면 최대한의 범위를 포괄하는 방향으로 설계되어 모든 장애인복지서비스가 일관성 있고 상호 유기적으로 연계될 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다. 따라서 장애인거주시설서비스도 시작단계에서부터 장기요양제도에 통합되는 것이 적절할 것이다. 그리고 장애인거주시설 개편 방안도 그 내용을 보면 합리적인 이용기준과 절차를 마련하고, 필수적으로 제공되어야 하는 최소한의 서비스 기준을 제시하고, 서비스에 소요되는 비용을 개인단위로 산정하고, 서비스에 대한 재정의 지원도 기관지원 방식이 아닌 이용자 지원방식으로 설계하고, 서비스 계약 제도를 도입하는 등의 내용을 핵심으로 하고 있기 때문에 변화의 방향이라는 측면에서 보면 장애인장기요양제도의 도입과 흐름을 같이한다고 볼 수 있다.

그러나 현실에서는 점증적 접근을 취하는 것이 필요하다. 노인요양보험과는 달리 장애인장기요양제도에서는 이처럼 점증적 서비스 확대에 기초해야 하는 이유와 다음과 같다. 첫째, 노인요양보험에서는 새로운 사회보험제도를 도입하고, 새로이 조성된 사회보험 재정으로 제도변화에 따라 확대되는 수요에 대처하는 방식이었던 반면에

장애인장기요양제도는 조세를 재원으로 설계되고 있기 때문에 급격한 서비스 확대가 용이하지 않다는 문제가 있다. 둘째, 노인요양서비스와 장애인장기요양서비스의 비교를 통해서 볼 때 서비스의 일반적인 목표, 서비스 이용집단(신체장애, 감각장애, 발달장애 등)의 특성, 서비스 이용집단의 연령 차별성(아동, 성인, 노인 등), 서비스를 주도하는 담론 등의 영역에서 중대한 차이가 있다.

(2) 구체적 검토 과제

장애인장기요양제도 도입단계부터 거주시설서비스를 포함하게 될 경우 생기게 될 구체적인 문제점들도 있다. 이들을 보면 다음 같다.

첫째, 현재 장애인거주시설의 가장 중대한 변화의 목표는 기존 생활시설의 대규모 격리보호와 획일적 보호라는 특성을 소규모의 지역사회 친화적이면서, 개인의 선택과 자율성을 지원할 수 있는 방식으로 변화시키는 것이다. 대규모 시설이 주류인 현재 시점에서는 개인별 수가 단순 합산 지급 방식의 공적요양체제는 대형시설을 유지하거나 유도할 수 있는 위험이 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 그리고 소규모 시설이 상당히 확대된 이후에도 시설의 소규모화 정책을 관철하기 위해서는 일정 수 이상의(현재는 30인) 인원부터는 수가 할인방식의 마련 등이 필요하다. 소규모의 지역사회중심의 시설로 변화시킬 수 있는 확실한 정책수단을 확립하지 않은 상태에서의 장기요양제도로의 편입은 적절치 않다.

둘째, 거주서비스의 최소기준 확립, 다양한 서비스를 포괄할 수 있는 수가 기준 마련, 합리적인 시설 서비스 이용자격 기준 마련, 자기부담 산정 기준 개발 등이 먼저 검토되고 제도화되어야 한다. 여기에서는 다양한 장애종류와 장애연령이 고려되어야 한다.

셋째, 현재 제도의 불합리에서 기인하는 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. 이들 무연고자의 경우 장애상태보다는 보호체계 부존재로 인하여 입소한 경우이기 때문에 요양체제에 의해 등급 판정을 할 경우 소

위 ‘등급 외 자’로 평가될 수 있을 가능성이 높다. 따라서 장기요양제도를 적용하기 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 몇 가지 부작용이 우려된다. 향후 장애인거주시설 개편과 장애인장기요양제도의 통합은 일정한 유예를 두는 것이 필요할 것으로 보인다. 향후 자연스러운 통합을 위해서는 거주시설 개편을 일정에 따라 충실히 수행하는 것이 우선적으로 중요하며, 이와 함께 장애인서비스의 특수성을 반영하는 최소서비스 기준개발, 거주서비스 수가체계 개발, 소규모화를 유도할 수 있는 규모별 할인 방식의 개발 등이 동시에 진행되어, 장기요양체제로의 편입에 필요한 조건을 마련하는 것이 필요할 것이다.

3. 주간보호서비스의 통합 방안

1) 주간보호서비스의 장기요양체제로의 통합 필요성

주간보호시설이 현재 준비 중인 장애인장기요양제도에서 중요하게 검토되는 맥락은 다음과 같다.

첫째, 장애인장기요양제도의 성격과 명칭에서 변화가 있다는 점이다. 장애인장기요양제도의 1차 시범사업은 1997년부터 바우처 사업으로 시행되고 있는 장애인활동보조지원사업을 주요 서비스 내용으로 포함하면서, 여기에 방문간호와 방문목욕을 추가하여 급여를 제공하였다. 이 과정에서 시범사업의 형식적인 측면과 내용적인 측면사이의 혼란이 야기되었다. ‘장기요양’이라는 의미는 보호자의 입장에서 보면 수발 부담을 덜어주는 서비스의 의미로, 이용자의 입장에서 보면 빈번한 일상에 다소 거리를 두면서 원인이 되는 질병이 더 나빠지지 않거나 호전될 수 있도록 하는 서비스의 의미로 이해된다. 그러나 장애인활동보조서비스는 보호자와 이용자 모두에게 장애인이 사회활동에 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하는 서비스라는 의미로 이해된다. 금번 시범사업은 장애인활동보조사업을 핵심내용으로 하고 있고, 이 제도가

장애인의 지역사회활동을 적극적으로 지원하는 취지가 강하기 때문에 이 제도에 대하여 '장애인장기요양제도'가 아니라 '장애인 지역사회생활 지원제도(communit living support for the disabled people)'등과 같은 명칭의 사용이 검토되기 시작했기 때문에 요양이라는 소극적 서비스의 의미가 아닌 지역사회생활이라는 적극적 의미의 접근의 여지가 높아졌다.

둘째, 활동보조제도를 중심으로 진행한 1차 시범사업에서 장애아동과 발달장애인의 이용이 상대적으로 취약했던 것으로 평가되었고, 장애아동과 발달장애인에게 가장 기초적인 서비스가 주간보호서비스라는 점이다. 활동보조제도가 6세 이상 65세 미만의 인구를 포괄하도록 되어 있지만 실제로 서비스 내용은 인지적 장애가 없는 성인 중심으로 설계되어 있다. 따라서 2차 시범사업에서는 장애아동과 발달장애인에게 서비스 접근성을 높이는 것이 필요하게 되어, 주간보호서비스의 통합이 우선적으로 고려되고 있다.

2) 주간보호서비스의 의미와 유형

주간보호가 무엇인가라는 질문에 대하여 주간보호를 다른 서비스와 구분하는 특성을 생각해 볼 수 있을 것이다(Harder et al., 1986). 첫째는 기본적 요건으로 비거주(nonresidential) 서비스이어야 한다. 둘째, 사회활동, 여가, 재활, 의료 등의 다양한 측면이 일상적 서비스에 통합되어 있어야 한다. 셋째, 급식 제공이 포함된다. 넷째, 서비스를 이용하는 사람이 자립적인 활동에 지장을 주는 정신적 또는 신체적 장애를 가지고 있어야 한다. 장애인복지사업안내(2010)에서는 주간보호를 '다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 장애인을 낮 동안 보호하여 장애인 가족의 항시 보호부담을 경감시켜 줌으로써 가족구성원이 안심하고 사회·경제활동을 영위할 수 있도록 하는 서비스'로 정의하고 있다.

외국에서는 주간보호시설의 역할과 기능정립을 위한 다양한 시도가 이루어져 왔다. 그러나 아직도 역할과 기능에 대한 명확한 정의는 제시되지 못하고 있다. 미국의 주간보호서비스는 아동과 성인으로 구분되어 있으며, 아동의 경우 발달과 지원에 초점을 두는데 비해 성인의 경우 단순보호에서 적극적 활동에 이르는 다양한 스펙트

럼으로 서비스 유형이 존재하고 있다. 주간보호서비스는 낮 동안의 보호를 지칭하는 광범위한 서비스를 포괄하며, 서비스가 제공되는 방식에 따라 센터형(center-based) 서비스와 방문형(home-based) 서비스로 구분하고 있다. 이러한 구분을 기준으로 할 때 우리나라 주간보호서비스의 경우 주로 센터형 서비스를 의미한다고 할 수 있다.

National Adult Day Service Association의 정의에 따르면 ‘성인주간보호서비스는 개별케어플랜을 통해 기능적·인지적 장애가 있는 성인의 욕구를 충족시킬 수 있도록 설계된 지역기반 집단 프로그램’이다. 이런 외국의 논의를 요약해서 장애인주간보호시설을 정의 해보면 다음과 같다. ‘장애인주간보호시설은 일정한 시설을 갖추고 보호자의 보호부담 경감과 이용자의 능력발달을 목적으로 장애인에게 낮 시간 동안 치료, 교육, 여가활동 등의 다양한 서비스를 개별적인 필요에 맞게 제공하는 시설을 말한다. 또한 시설의 유형은 아동주간보호시설(6-17세)과 성인주간보호시설(18-64세)로 구분된다.’

이처럼 주간보호시설에서 제공하는 서비스는 개념적으로는 다양하고 포괄적인데, 장애인주간보호시설에서 개인에게 제공되어야 하는 구체적인 서비스의 내용은 두 가지의 기준에 의해서 결정될 것이다. 첫째는 장애인과 그 가족의 욕구일 것이다. 둘째는 관련서비스와의 역할분담이다. 이에 대해서는 다음의 표를 참고할 수 있을 것이다.

생애주기	센터형 주간서비스	가정방문형 주간서비스	치료·재활서비스	시설보호서비스
영유아기 (0-5세)	장애아동보육, 영유아주간보호		장애아동재활치료서비스	장애영유아시설
아동청소년기 (6-17세)	아동주간보호	장애인활동보조 서비스	장애아동재활치료서비스	장애인생활시설, 단기보호서비스
성인기 (18-64세)	성인주간보호	장애인활동보조 서비스	직업재활서비스	장애인생활시설, 단기보호서비스, 공동생활가정
노인기 (65이상)	노인주간보호	노인방문요양서 비스		노인요양시설, 전문요양시설, 그룹홈

Harder 등(1986)은 성인주간보호서비스는 너무나 그 특성과 범위가 다양하여 서비스 기관에 대한 적절한 재정지원 기준을 마련하기 위해서는 일정 수준의 유형화가 필요하며, 유형화를 위한 기준으로 다음의 표에 설명된 항목들을 제시하였다.

유형화 기준	기준의 의미
사회적서비스의 강도 (intensity of social services)	현재의 상태를 유지하는데 목적을 두느냐 아니면 적극적인 행동과 능력변화에 목적을 두느냐
보건서비스의 강도 (intensity of health care)	현재의 상태를 유지하는데 목적을 두느냐 아니면 적극적인 행동과 능력변화에 목적을 두느냐
서비스 제공역량 (service capability)	광범위한 서비스를 모두 내부에서 제공하고 있느냐 아니면 외부의 서비스자원을 이용하도록 연계하느냐
서비스의 지위(affiliation)	국가 서비스의 관리체계에 통합되어 있느냐 아니면 사적인 영역에서 서비스를 제공하느냐
가격(costs)	서비스가 고가인가 또는 저가인가
재원의 출처(financial base)	정부지원금으로 운영되느냐 아니면 개인요금과 후원금만으로 운영되느냐
이용자의 지위 (participant status)	지역사회에 분리된 사람으로 보느냐 아니면 지역사회의 구성원으로서 활동을 강조하느냐
이용자 예상 이용기간 (expected client tenure)	이용기간을 제한하고 기간 동안 집중훈련을 받는 형과 발전보다는 유지에 목적을 두고 종결 없이 이용하는 형

이 유형화의 기준은 두 가지 방식으로 사용될 수 있을 것이다. 첫째는 국가적인 측면에서 어떤 기능을 중심으로 주간보호시설의 역할을 부여할 것인지에 대한 검토에 사용될 수 있을 것이다. 예를 들어 아동에게 서비스를 제공하는 주간보호시설은 고강도 사회적 서비스, 저강도 보건서비스, 광범위한 역량 직접 보유, 국가 서비스 체계에 통합된 이용자 선발 체계, 높은 단가, 정부비용과 자기부담, 적극적인 참여, 연 단위 서비스 이용 등으로 설정할 수 있을 것이다. 둘째, 각 개별 주간보호시설을 유형화하고, 각 유형별로 특성적인 역할을 부여하고, 이에 맞는 서비스 가격을 결정하는 틀로 참고할 수 있을 것이다. 이런 두 가지에 이 기준들이 활용되기 위해서는 전국적인 실태조사가 필수적으로 선행되어야 할 것이다.

향후 장애인주간보호서비스는 크게 아동주간보호시설과 성인주간보호시설로 구분되어야 하며, 각 시설 내에서 서비스 효과성과 비용효율성이 높은 표준 모델을 설정하는 작업이 필요하다. 이 과정에서는 다른 서비스와의 관련성을 고려하는 것이 중요할 것이다. 이와 함께 전국적으로 서비스의 발달 정도가 크게 다르기 때문에 일정 기간 동안 각 주간보호시설 내에서 각 2-3개의 차별적인 유형을 설정하는 것도 고려해 볼 필요가 있을 것이다.

3) 주간보호의 장기요양제도로의 통합 방안

(1) 검토맥락

활동보조서비스를 중심으로 했던 1차 시범사업에서는 장애아동과 발달장애인에 대한 서비스가 상대적으로 취약하였다는 문제가 제기되었다. 또한 1차 시범사업에서 제공되는 서비스 범위가 너무 협소하여 개인별 서비스 설계와 서비스 선택이 의미 있게 이루어지지 못했다는 점도 지적되었다. 1차 시범사업에서 제공되었던 서비스 급여는 활동보조, 방문간호, 방문목욕에 제한되었다. 향후 사업에서는 서비스 급여의 범위를 좀 더 확대할 필요가 있다는 점이 제기되고 있다. 생활시설, 그룹홈, 단기보호 등을 포함하는 거주시설급여의 경우는 시설의 소규모화와 탈시설화 등을 골자로 하는 거주시설개편이 추진 중에 있어 이 급여는 단기간 내에 장기요양제도에 편입되는 것은 어려운 상황이다.

이런 환경에서 장애인의 낮 시간의 보호와 지역사회활동을 주 내용으로 하는 주간보호서비스가 급여의 확대에 포함시킬 수 있는 가장 근접한 서비스라고 할 수 있으며, 주간보호서비스의 현재 여건이나 서비스 내용이 장기요양제도에 편입되는 데 어려움이 없는지를 검토하는 것이 필요하다.

(2) 주간보호시설의 현황과 검토과제

주간보호서비스는 정부가 민간 운영주체에 보조금을 지원하고, 이용자의 선발과 제공되는 서비스의 구체적인 내용의 결정은 서비스 제공기관에서 하고 있기 때문에 개인별 지원방식으로 운영되고 있는 장기요양제도와 통합이 고려되기 위해서는 서비스에 대한 정의가 이루어지고, 이에 따라 서비스의 내용이 확정되어야 한다. 주간보호서비스가 현재 시점에서 명확히 정의되기 어려운 상황에 대하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 이용자 선정과 관련하여 장애인 이용자가 신청을 하고 시설이 자체 심의를 통해 선정하도록 되어 있고, 정부보조금도 장애정도와 관계없이 일정액을 지원하고 있기 때문에 시설 입장에서는 보호 부담이 큰 중증장애인을 기피하는 경향이 생길 수 있다. 이는 다른 사람의 도움 없이 생활하기 힘든 장애인을 주간동안 보호한다는

제도의 설립목적과 배치되는 것이라고 할 수 있다.

둘째, 이용시간과 관련된 문제로, 장애인복지사업 안내에서는 이용시간이 평일 오전 8시부터 오후 7시까지로 되어 있고 토요일은 오전 8시부터 오후 2시까지로 되어 있다(장애인복지사업안내, 2010). 그러나 실제로 이렇게 운영할 경우, 직원의 입장에 서는 대략 12시간을 근무해야 하는 상황이고 보호업무 뿐만 아니라 운전, 식사 준비 책임까지 3인의 직원이 분담하고 있는 실정이어서 이 시간을 준수하는 것이 어려운 실정이어서 이에 대한 합리적인 조정이 필요하다.

셋째, 운영비 지원과 관련된 문제로서, 운영비는 지방비보조금, 전입금, 이용료, 민간후원금으로 충당하도록 되어 있는데, 정부보조금이 낮아서 이용료에 상당부분 의존하고 있는 실정이다. 이용료는 모든 이용자에게 수납할 수 있도록 되어 있고, 이용자의 비용부담이 높은 편이다. 또한 기초생활보장 수급자나 차상위층 등에게 이용료를 전액 또는 일부 감면하더라도 지방정부가 이를 보전해주지 않기 때문에 운영비 확보에 어려움이 있다.

넷째, 인력 부족의 문제로서, 개소 당 3인의 직원을 지원하되 이용자가 15인이 초과되는 경우에 1인을 추가 지원할 수 있도록 되어 있다. 직원 3인이 내외부 프로그램, 운전, 식사 준비 등의 제반 업무를 분담해서 진행하고 있기 때문에 지침이 요구하는 이용시간을 지킬 경우 근로기준법을 크게 위반하는 상황이 발생하게 되어 있다.

주간보호서비스가 보호자의 부담을 대리하기 위한 보호서비스와 함께 이용 장애인 개인의 특성과 장애정도를 고려한 개별화된 서비스를 제공하도록 하는 여건을 마련하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 다음과 같은 내용들이 검토되어야 한다.

① 실태조사

다양한 운영주체에 의해서 운영되고 있고, 다양한 인구집단(장애정도, 장애인의 연령, 장애유형 등)에게 서비스를 제공하고 있는 주간보호서비스의 전국적인 실태가 파악되어야 하며, 그 내용에는 다음과 같은 것들이 포함되어야 한다.

- 이용자 현황(연령, 장애유형, 장애정도, 성별, 가구소득 등)
- 서비스제공 인력 현황(자격, 근무연수, 급여수준, 성별 등)
- 서비스제공 기관 현황(재정규모, 재정구성, 공간규모, 공간구성, 운영주체 성격 등)
- 서비스 현황
(기초적 지원활동 현황: 식사지원, 배변지원, 씻기지원, 착탈의지원, 보행지원 등)
(활동적 서비스 현황: 외출활동, 외식활동, 도예활동, 서도활동, 여름캠프 등)

② 서비스 정의 및 내용 도출

주간보호서비스에 가격을 부여할 수 있도록 서비스에 대한 정의를 도출하고, 서비스 정의에 포함되는 서비스 내용을 제시한다. 여기에는 다음과 같은 절차와 내용들이 포함될 수 있을 것이다.

- 양적조사와 관찰 및 면접을 토대로 서비스 유형화
- 서비스 정의(대상 인구집단, 서비스 이용자격 기준) 및 범위(서비스의 구성 목록과 내용) 도출
- 정의된 서비스의 적정 가격 및 소득수준별 자기부담 체계

③ 개인별서비스 지원체제와 연계된 적용모형 검토

현재 1차 시범사업이 종료된 장기요양에 향후 주간보호서비스를 포함하는 경우 주간보호서비스 제공모형(신청, 자격심사, 제공절차, 비용지원 등)을 어떻게 구축해야 하는지를 제시해야 한다. 여기에는 다음의 내용들이 포함될 것이다.

- 서비스 신청 및 자격심사
: 서비스 신청 자격의 범위 검토
: 서비스 인정조사기준에 의한 장애정도별 서비스 제공 필요량에 대한 검토
- 서비스 제공
: 기존의 활동보조서비스 등과 비경쟁 관계로 설정할 것인가 아니면 경쟁적 관계로 설정할 것인가 또는 활동보조서비스와의 이용 비율 상한제 도입여부 검토
- 재정지원 구조
: 장기요양제도의 국고보조사업 방식과 기존 주간보호서비스의 지방비 지원 방식의 재정지원 체계 통합 방안 검토
: 기관에 대한 재정지원방식을 지급과 같은 기관지원방식, 개인별 지원방식(fee for services), 혼합방식 중 어떤 방식으로 할 것인지에 대한 검토

4) 제기되는 주요 검토 과제

장애인장기요양제도로의 통합이 검토되고 있는 시점에서 주간보호서비스에 대해서 현재의 열악한 서비스 조건을 개선하기 위하여 적극적으로 서비스를 정의하고, 유형화하면서 노인요양보험제도의 주간보호서비스보다는 훨씬 더 활동지향적인 서비스로 공식적으로 자리매김 되는 것이 중요한 시점이라고 할 수 있다. 개인별 지원제도로 전환하는 데는 서비스 표준화와 표준 가격결정 이외에도 다양한 쟁점들이 있다. 다음의 쟁점들은 주간보호서비스의 개인별지원방식으로서의 변화 가능성과 타당성

을 검토하기 위해서는 필수적으로 고려되어야 하는 것들이다.

(1) 서비스 성격관련: 주간보호서비스 자리매김과 관련된 과제

① 주간보호서비스의 정의: 낮 시간 단순보호 또는 낮 시간의 적극적 활동 지원
주간보호서비스가 전통적으로 수행해 왔던 역할은 가족(보호자)에 대한 휴식의 제공이었다. 그러나 최근에서는 주간보호서비스와 같은 가장 기초적인 서비스 영역에서 이용자의 사회통합과 자립에 기여할 수 있는 서비스를 제공하는 것이 중요하다는 지적이 제기되고 있다. 지적장애인에 대한 정부대책을 담은 영국의 정부보고서 'Valuing people: a new strategy for learning disability for the 21st century'에서는 'Modernizing day services'를 설명하고 있는데, 여기서 정부는 주간보호서비스의 역할과 관련하여 다음과 같은 내용들이 이루어지도록 서비스가 개별화되고 유연하여야 한다는 점을 강조하고 있다.

- 사람들이 자신들이 하고 싶은 일을 할 수 있도록 능력 개발을 지원한다.
- 광범위한 사람들과 친밀한 관계를 만들고 유지할 수 있는 사회적 기술과 능력을 개발할 수 있도록 돕는다.
- 사람들이 기술을 개발하고 자신들의 고용가능성을 높일 수 있도록 지원한다.
- 지역사회가 지적장애인과 잘 지낼 수 있도록 지원한다.

현재 우리나라의 장애인주간보호서비스의 경우는 이에 대한 정의와 합의가 필요하다. 주간보호서비스의 역할을 정의하기 위해서는 다른 서비스와의 관련성 등을 검토하는 과정이 필요할 것이다. 이 쟁점을 해결하는 과정을 통하여 주간보호서비스에는 어떤 목록의 서비스(보호서비스, 활동지원서비스, 치료적서비스 등)가 포함되어야 하는지, 그래서 서비스의 단위당 비용은 얼마나 되어야 하는지 등이 결정될 수 있을 것이다. 그리고 이와 함께 서비스의 가격을 단일 정액가격제로 할 것인지 아니면 서비스 요소별 가격을 정하고, 개인당 서비스 가격은 제공받은 서비스 요소별 합산 방식으로 할 것인지 등도 검토되어야 한다.

② 서비스 유형: 단일유형 또는 다양한 유형

우선, 이동서비스와 성인서비스로 구분하는 것이 필요한지를 검토해야 할 것이다. 그리고 구분이 필요하다면 각각으로 구분하고 각 대상별 서비스를 정의하고 목록을 도출하여야 하며, 서비스 비용도 다르게 산출되어야 할 것이다. 그리고 Harder 등 (1986)이 제시하고 있는 유형화의 기준항목 등을 고려하여 다양한 유형도출이 가능할 것인데, 이런 유형화를 서비스의 정의와 서비스 비용에 어떻게 반영할 것인가를 검토해야 한다.

③ 제공주체의 특성 반영: 병설운영형 또는 독립운영형

장애인복지관 등에 병설하여 운영하는 형태(타 재정으로부터 공간이나 인력을 지원받고 있는 주간보호시설)와 별도의 시설로 독립적으로 운영되는 시설에 대한 소요비용을 차별적으로 설정하는 것이 합리적인 것인데, 이에 대한 검토가 필요할 것이다. 여기에 더하여 개인시설의 진입을 허용하는 것이 필요한지, 그리고 개인시설의 진입허용이 적절하지 않다면 그 이유는 무엇인지에 대한 분석이 필요하다. 여기서는 이미 지방자치단체에 신고 되어 있는 개인시설을 함께 고려하여야 할 것이다.

(2) 제도 통합 관련: 장기요양제도 체계와의 통합과 관련된 과제

① 재정방식: 완전 개인별 지원 방식 또는 개인별지원과 기관지원의 혼합

장기요양제도와 통합된다는 의미는 서비스의 재정이 개인별로 산출되고 지원되는 방식으로의 전환을 의미한다. 그러나 개인별지원제도에 의한 새로운 자격심사 기준을 충족하지 못하는 이용자의 경우에 새로운 제도 적용으로 이용을 종료시키기는 어려울 것이다. 이 경우에는 적어도 일정기간 동안(또는 계속해서) 자격심사기준을 충족하지 못하는 기존 이용자들이 계속 이용할 수 있도록 하는 조치가 필요할 것이며, 이는 지금과 같은 기관지원방식을 통해서 이루어질 것이다. 이렇게 보면 당분간은 개인별지원방식과 개별지원방식이 공존하게 될 것이다. 이렇게 되는 경우에 개인별지원방식은 국고지원으로 전환될 것이고, 기관지원방식은 현재처럼 지방이양사업으로 집행되게 될 것이다.

② 활동보조서비스와 관계: 완전경쟁 관계 또는 부분경쟁관계 또는 별개의 관계
개인별지원방식은 서비스 이용자격을 충족하는 사람에게 월 단위의 이용한도액을 설정하고, 그 범위 내에서 자유롭게 서비스를 선택하도록 하는 방식이다. 예를 들어, 1차 시범사업의 경우에 요양등급 1등급의 경우는 월 100만원(산정기준: 활동보조 1등급 80만원, 방문목욕과 방문요양 추가로 인한 추가급여 20만원, 단 만 18세 미만 아동의 경우는 10만원) 가량의 한도가 설정되고 이 범위 안에서 활동보조, 방문목욕, 방문간호를 자유롭게 선택하여 이용하도록 하였다. 따라서 일반적인 예상을 해 보면 주간보호서비스 추가급여 만큼이 합산된 한도액 범위에서 활동보조, 방문목욕, 방문간호, 주간보호를 이용자가 자유롭게 선택하여 설계하는 방식이 될 것이다. 그러나 이렇게 하는 경우 이용자의 편의성은 향상될 수 있겠지만, 제공기관의 안정성은 낮아진다. 이런 점을 고려하여 각 개인별 특정 서비스 이용한도를 설정하는 등의 조절장치가 필요한지가 판단될 필요가 있다. 그리고 이렇게 월 한도액 기준으로 서비스 이용량이 결정되는 경우에는 주간보호서비스에서는 전일제, 반일제 등의 이용에 대해서도 검토가 필요할 것이다.

③ 이용자격 심사의 기준: 일반 심사기준 적용 또는 별도 심사기준 추가

1차 시범사업의 자격심사는 활동보조등급과 요양등급을 산정하고, 이 결과를 병합해서 장기요양등급을 결정하는 방식으로 운영되었다(예, 활동보조 1등급이고 요양등급 1등급이면 장기요양 1등급으로 결정). 그렇다면 주간보호서비스를 개인별지원제도에 포함하는 경우에 주간보호서비스 이용자의 특성(예를 들어 발달장애의 특성)을 고려한 추가적인 기준이 개발되어야 하는지가 검토되어야 할 것이다.

주간보호서비스의 장기요양제도로의 통합은 일견 단순해 보이지만, 서로 다른 두 체계가 하나로 되는 것이기 때문에 사려 깊은 정책적 고려가 필요하다. 특히, 현재의 주간보호서비스가 너무 열악한 조건에서 운영되고 있어서, 이 운영조건을 합리적인 수준으로 개선해야 하는 과제가 동시에 제기되고 있다. 여기에 더하여 주간보호서비스의 성격과 관련해서도 단순보호중심보다는 적극적이고 활동중심적인 서비스를 지향하는 방식으로의 변화를 합의하고, 정책적으로 이를 반영하는 과정도 동시에 포

합되어야 한다. 그리고 장기요양제도에 주간보호서비스를 성공적으로 통합하는 일은 발달장애인에 민감한 기초적 서비스 체계를 구축한다는 의미가 있을 것이며, 이를 토대로 향후 발달장애인에 관련된 서비스 체계 논의가 활발하게 일어나는 계기가 될 것이다.

4. 결론

장기요양제도의 도입은 장애인의 일상생활에 기초적인 서비스라고 할 수 있는 거주시설서비스와 재택지원서비스를 하나의 구조와 절차에 통합한다는 의미이다. 이런 관점에서 장기요양제도의 도입을 앞 둔 시점에서 거주시설서비스 전체와 재택지원서비스의 중요한 영역인 주간보호서비스의 통합 방안에 대하여 검토하였다.

거주시설서비스는 일정기간 개편 과정을 거쳐서 장기요양제도에 통합되는 것이 적절한 것으로 보였다. 거주시설 개편의 핵심과제는 거주시설의 서비스 내용과 이용 경로를 어떻게 개편할 것인가의 문제이다. 이를 두 가지로 요약하면, 첫째, 거주시설 서비스의 스펙트럼을 자연스럽게 만들자는 것이다. 거주장소와 간헐적 방문 수준의 지원이 필요한 사람에게는 이것만 제공하고, 거주장소와 상주 돌봄서비스가 필요한 사람에게는 이에 부합하는 수준의 서비스를 제공하는 방식으로 재편성하자는 것이다. 둘째, 이용자격과 절차를 보편적이고 공정하게 하자는 것이다. 현재 생활시설 이용자격은 수급자와 무연고자로 제한되어 있다. 공동생활가정과 단기보호는 이용에 소득제한이 없다. 이는 제도적 불비에 해당한다. 그래서 생활시설, 공동생활가정, 단기보호를 하나의 개념으로 통합하고, 서비스의 이용경로도 하나로 통합하자는 것이다. 그래서 서비스 이용자격에서 소득제한을 없애고, 대신에 소득에 따른 자기부담 제도를 도입하자는 것이다. 그리고 자기 집에서 떠나야 하는 상황이 인정되는 장애를 가진 사람에게만 거주시설 서비스를 제공하도록 하고, 이에 대한 관리를 지방정부 책임으로 하자는 것이며, 이런 체계가 만들어지면 자연스럽게 장기요양제도와 통합하자는 것이다.

재택지원서비스와 관련해서 보면, 장기요양제도에 주간보호서비스가 추가되면 지금까지와는 상당히 다른 양상이 전개될 것이다. 지금까지는 활동보조, 방문요양, 방

문목육만 포함하였는데, 주간보호가 추가되는 경우 서비스의 결정이 복잡해질 수 있을 것이다. 대표적인 것이 개인별서비스계획과 관련된 부분이다. 일정한 서비스 비용이 승인된 사람이 활동보조, 방문요양, 방문목욕, 주간보호를 어떤 조합으로 이용할 수 있도록 할 것인가가 중요한 관심이 될 것이다. 그리고 개인별 서비스 계획의 의미는 이 조합을 개인의 의사를 존중해서 수립하는 일이 될 것이며, 이것이 전달체계의 핵심적인 역할로 자리매김하게 될 것이다.

향후 장기요양제도가 도입되는 과정에서는 전달체계의 구축이 중요할 것이다. 이 제도는 결국 개인에 대한 서비스 자격심사를 일관성 있고 공정하게 하는 일과 개인별 서비스에 소요되는 비용을 합리적으로 산출하여 집행하는 일이 얼마나 잘 수행되느냐가 관건이 될 것이다. 이는 공식적인 체계와 전문적 역량을 갖춘 전달체계의 구축이 없이는 수행하기 어렵다. 영국에서는 장애인과 노인을 통합하여 지방자치단체가 수행하고 있고, 일본에서는 장애인과 노인이 별도의 제도로 운영되지만 두 제도 모두 지방자치단체가 수행하고 있다. 우리나라의 노인요양보험에서는 건강보험공단이 전달체계의 역할을 수행하고 있다. 그렇다면 우리나라 장애인서비스의 경우 거주 시설서비스와 재택지원서비스가 하나로 통합되는 장기적인 시점에서 장기요양제도의 전달체계를 어떻게 구축할 것이며, 이 전달체계가 개인별지원제도에 대하여 얼마나 전문적인 역량을 가질 수 있을 것인가가 중요할 것이다.

제4절 장애인장기요양서비스 제공에 있어서 시각장애인 등급판정의 문제점과 개선 방안

1. 활동보조서비스 제공에 있어서 시각장애인 등급판정의 문제점과 개선방안

우리나라의 장애인활동보조서비스 제도가 2007년부터 시행된 이후에 장애인의 자립생활에 많은 변화가 이루어져왔고 지역사회 참여와 활동에 크나큰 변화(김경미, 2005)를 주었다고 평가되고 있다. 이는 단순히 서비스 제공의 차원을 넘어서 중증 장애인도 가족의 보호나 시설의 보호를 넘어 독립적인 삶이 가능하도록 지원하고 있다는 측면에서 활동보조서비스 제도는 장애인의 역량강화의 방법으로 효율성을 높이

고 있다고 할 수 있다.

우리나라의 등록 장애인 약 213.7만명 중 1·2급의 중증장애인은 25.9%로 약 1/4 수준인 55.3만명이며, 이는 전체 장애인 중 일상생활에 있어 타인의 도움이 필요하다고 응답한 장애인의 약33.8%임을 감안할 때, 서비스 대상 장애인은 향후 점진적으로 확대하여야 할 과제라고 판단된다. 이와 관련하여 2010년의 예산규모는 1,294억원 정도로 서비스 대상자를 2만 5천명으로 추계할 때 월평균 72시간 정도 밖에 안 되는 수준인 것이다. 이는 장애인의 0.6%만이 활동보조인을 통한 도움을 받고 있고, 장애인복지사업 이용자 중 1.9%만이 활동보조서비스를 이용하고 있다는 것을 나타내고 있는 것이다(장애인실태조사보고서, 2008).

이러한 예산의 문제와 서비스 대상의 확대를 정책적으로 해결하기 위한 또 하나의 노력이 장애인장기요양보장추진단의 구성으로 볼 수 있다. 2009년에 막을 올린 추진단은 1년간의 장애인장기요양시범사업을 시행하였고 그 결과에 대한 공청회(보건사회연구원, 2010)도 마쳤다. 그럼에도 불구하고 활동보조서비스에 대한 양적 확대와 서비스 대상 범위의 확대 등, 지금의 활동 보조서비스로의 확대 방향의 논의가 계속되었다.

특히, 2009년도 국감에서 활동보조서비스 대상자의 판정문제에 대한 지적이 있었고, 현행 활동보조서비스가 중증장애인을 대상으로 하고 있으나 장애등급의 중증장애인과 활동보조서비스에서의 등급 상관성에 대한 문제는 충분히 검증되고 있지 못한 것이 현실적인 문제이다. 이는 예산의 문제도 있겠지만 장애유형에 대한 충분한 이해가 부족한 이유에서 기인한 것이며, 서비스 대상 중에서 1급 장애인이라도 시각 장애인이나 지적장애인 등은 장애등급이 1급이고 중증장애라고 분류되어 있음에도 불구하고 서비스 판정에서 낮은 시간을 인정받는 것에 대한 문제가 지적되었다(2009년도 보건복지위 국감자료).

따라서 본 연구는 현행 활동보조서비스의 등급판정의 문제점에 대하여 고찰해 보고, 시각장애인의 판정문제에 포커스를 맞추어 일본 등의 외국 사례를 바탕으로 향후 개선방향에 대하여 제시해보고자 한다.

가. 현황 및 문제점

1) 현황

2008년도 장애인실태조사 자료에 따르면, 220,061명의 시각장애인이 등록돼 있으며, 이 중에서 중증(1-2급)의 시각장애를 가지고 있는 사람은 18.1%에 달한다. 이 중에서 선천성 시각장애는 3%에 지나지 않으며, 질병은 58.6%, 사고로 인한 경우가 35.1%이다. 이 중에서 약 10%가 남의 도움이 없이는 일상생활을 영위하기에 상당한 제약이 있다고 답하고 있다. 이러한 실태는 선천성 시각 장애인의 경우는 성장하면서 사회생활기능을 익히고, 힌지팡이 등의 사용이 용이하지만 중도실명자인 경우는 힌지팡이 사용이나 점자 사용이 상당히 제약되어 있고, 시각장애인으로서 생활기술 습득도 용이하지 못하여 장애등급과 생활가능정도는 장애상태와 원인에 따라 시각장애인의 경우는 많은 차이가 있음을 알 수 있다.

등록 시각장애인 22,000명 중에서 약 12%정도는 타인의 도움이 없으면 전혀 생활이 어려운 사람들이지만 활동보조서비스 등급심사에서는 평균 40시간 정도 밖에 인정받지 못하고 있는 것이 현실(송재숙·정종화, 2009)이다. 현행 우리나라의 장애인복지법에서 시각장애인은 다음의 표-1과 같은 기준으로 등급을 정하고 있다.

〈표 9-2〉 장애인복지법상의 시각장애인 등급기준

등급	시각장애의 범위
1급	좋은 눈의 시력이 0.02 이하인 사람 (만국식 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 교정시력을 측정한 것을 말한다. 이하 같다.)
2급	좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람
3급	1. 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
4급	1. 좋은 눈의 시력이 0.15 이하인 사람 2. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
5급	1. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 2. 두 눈에 의한 시야의 2분의1 이상을 잃은 사람
6급	나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

시각 장애인의 실명 원인은 선천성과 후천성, 고령에 의한 백내장, 녹내장, 당뇨 등의 합병증으로 시각장애인이 되기도 하는데 이러한 다양한 원은 시각장애와 활동보조서비스의 등급 판정 상관관계를 충분히 확보하고 있지 못하다는 의미도 있는 것이다. 시각 장애인의 실명 원인을 구분해 보면 표-2와 같다.

〈표 9-3〉 실명의 원인 구분

발생시기	실명 원인
선천적 원인	유전(망막색소변성증, 선천성 백내장, 선천성 녹내장, 색맹, 색약 등), 선천성 기형, 부모의 전염병 감염(매독, 임질 등)
후천적 원인	교통사고, 산업재해, 전상, 감염병(포도막염, 베체트 병, 홍역, 천연두, 이하선염, 수포창, 소아마비 등), 퇴행성 안질환(백내장, 녹내장, 시신경위축, 망막색소변성, 황반부변성 등), 약물오용(메칠알콜 등), 전신 대사성 질환에 의한 합병증(당뇨병 등), 뇌질환(뇌혈관 혈전, 뇌출혈, 뇌종양, 뇌막염 등), 가타(망막박리, 미숙아망막증)
고령에 의한 원인	황반부 변성, 백내장, 녹내장, 당뇨병성 망막증

이러함에도 불구하고 시각장애가 다른 장애에 비하여 등급판정에서 낮게 나타나는 것은 시각장애의 사회적 불리를 충분히 이해하지 못한 이유도 있기에 시각장애인의 서비스 필요도에 따른 문제점을 기술하면 다음과 같다.

가) 시각장애의 이해부족에서 오는 문제

시각장애인은 선천시각장애인, 후천시각장애인, 저시력인으로 분류되며, 이러한 분류에 따라 활동보조서비스의 필요도도 큰 차이가 나타난다.

(1) 선천시각장애인

시각적 영상을 회상할 수 없는 선천적인 전맹인은 시각을 이용하지 않은 생활경험 때문에 손을 뻗어 닿는 거리 이외의 공간 인지는 사실상 불가능하다고 본다. 그러나 나름대로 잔존감각을 통하여 시각적 이미지에 가까운 구조나 패턴을 인지하고 있다.

특히 선천시각장애인은 같은 나이의 정안인에 비하여 경험영역이 거의 황폐되어 있는 실정이므로 말로는 잘 알고 있는 것같이 보이나 실제로는 그렇지 못한 경우가 많다.

아동의 경우는 훈련에 의하지 않고는 많은 부분에서 발달지체를 보이며, 모방 학습이 불가능한 관계로 신체 자세나 행동에서 독특한 특이성을 보이는 경우가 많으

며, 이것을 블라인디즘(Blindism)이라고 부르기도 한다. 걷고, 달리고, 던지고, 주고, 받고, 방향전환 하는 일상동작과 언어생활이 어색하거나 불안한 것은 모두 블라인디즘이라고 말할 수 있다.

선천성 시각 장애인은 어려서부터 사회생활 기능을 습득하면서 살아왔기 때문에 나이가 들면서 사회생활성숙도도 높아지며, 사회생활기술이 높아진다고 하는 것은 활동보조 서비스의 도움이 줄어든다는 것을 의미한다.

(2) 후천시각장애인

후천시각장애인은 보통 중도시각장애인이라고 부른다. 실명 전의 시각적 영상에 대한 경험은 잔존감각을 이용하여 시각적 이미지를 재생함으로써 환경을 인지하는데 도움을 준다. 중도시각장애인에게 있어서 동작과 자세의 어색함이나 언어 표현상의 특이성은 선천시각장애인처럼 문제되지 않으며 한 두 번의 연습으로 바로 수정될 수 있다. 그러나 감각적 정보입력의 주 통로를 시각에서 청각이나 촉각 등의 잔존감각으로 바꾸어주는데 많은 시간이 소요되며, 이것이 숙달될 때까지는 보통 16주 이상의 훈련이 필요하다(相澤興一, 2007).

중도시각장애인은 시력회복에 대한 미련이 많아 언젠가 다시 볼 수 있게 될 것이라는 막연한 기대를 가지는 사람들이 많으며, 시간이 흐를수록 희망을 잃는 사람들이 많다. 빨리 실명의 현실을 받아들이고 정신건강을 회복하여 재활훈련을 받게 하는 것이 중요하다.

중도시각장애인의 재활의 성패는 자신감의 회복에 있으며, 일단 자신감을 가지게 되면 자포자기에서 벗어나 생산적 사고방식을 가지게 되고 사회에 적응하며 살 수 있게 된다.

그러나 선천성 시각장애인의 점자나 한지팡이 사용에 익숙하여 사회생활이 용이해 지나 중도실명자들은 점자나 한지팡이 사용보다는 기존의 경험과 타인의 의지에 따른 자립을 원하기 때문에 오히려 사회생활 기술성은 떨어지고 활동보조서비스의 의존도는 커진다고 볼 수 있다.

(3) 저시력인

우리나라 시각장애인구 중 약 75%를 차지하는 저시력인들은 시각장애인의 범주에

속해 있지만 전맹을 포함한 중증시각장애인과 구별된 독자적인 장애영역으로 생각하고 있으며, 차별화된 서비스를 요구하고 있는 사람들이다. 저시력인들에게 있어서 시각장애인용 흰 지팡이는 대부분 거부되고 있으며, 재활훈련보다는 각종 렌즈의 사용과 조명의 활용, 활자확대 서비스 등을 통한 잔존 시력의 유지, 보존, 활용에 치중하고 있으므로 중증시각장애인과는 많은 차이가 있는 사람들로 보인다. 그럼에도 불구하고 이들은 자립생활을 위하여 활동보조서비스에 대한 낭독이나 확대 복사 등의 욕구가 높고, 저시력인이기 때문에 사회적 불리도 많다는 것이다. 활동보조서비스의 욕구가 높아도 현행 판정기준에서는 활동보조서비스를 지급할 수 없는 것이 현실인 것이다.

나) 시각장애인의 활동보조서비스 필요성

(1) 보행활동의 보조

시각장애인의 보행은 이동능력과 정위능력으로 구분된 두 가지 능력의 조합으로 이루어진다. 이동능력은 하나의 장소에서 다른 장소로 이동하는 능력이고, 정위능력은 현재 자신의 위치, 목적지의 위치와 방향 등 목적지에 도달하기 위해 필요한 모든 정보를 입수하여 활용하는 능력이다. 시각 장애인의 보행에는 보조기구를 전혀 사용하지 않는 보행, 정안인의 안내를 받는 보행방법, 흰 지팡이를 사용하는 방법, 전자기기를 이용한 보행 방법, 안내견을 이용한 보행 등이 있지만 일반적으로 지팡이를 이용한 단독보행 방법이 가장 많으며 일반적이다. 보행은 안전성, 독립성, 효율성을 위해서는 보행훈련을 받아야 한다.

(2) 문자 활동

시각장애인의 문자는 점자로 알려져 있으나 시각장애인 중 점자를 아는 사람은 전체 시각장애인구의 불과 14.1%에 불과하다. 전체 시각장애인의 75%에 달하는 저시력 인구(잘 보이는 눈의 시력이 0.04 이상인 사람)는 대부분이 확대 렌즈를 이용하여 일반 문자를 그대로 사용하고 있다.

점자를 사용할 수밖에 없는 중증시각장애인이라 할지라도 컴퓨터를 이용하여 일반문자를 사용할 수는 있으나, 인쇄글씨에 한해서만 문자인식(아르미와 스캐너 사용)

이 가능하며, 읽기보다는 쓰기에 치중되어 있는 실정이다. 전맹이라 할지라도 목자를 배워 간단한 메모나 편지를 쓸 수 있으며 목자를 쓰기에 편리하도록 고안된 생활용구도 개발되어 있다. 여전히 도움이 필요한 부분은 영수증, 계약서, 예금통장, 편지 등의 읽기이며, 주변 정안인의 도움이 필요하다.

(3) 여가활동

전통적으로 시각장애인들은 TV나 라디오 청취, 음악 감상 등의 수동적인 놀이에 치중하거나, 장기, 바둑, 오셀로, 맹인 윷, 화투 등의 비활동적인 놀이를 즐겨왔다. 최근 들어, 등산, 수영, 수상스키, 볼링 등의 동호인들이 늘어나면서 여가활동이 적극적이며 활동적인 분야로 확대되고 있다. 또 시각장애인 축구, 배구, 야구, 탁구, 골볼 등의 규칙이 개발되고, 기회제공 차원의 행사들이 늘어나면서 누구든지 마음만 먹으면 다양한 여가활동을 즐길 수 있게 되었다.

2) 문제점

활동보조서비스에서 장애판정과 관련하여 한계점은 다음과 같다.

첫째, 장애인복지법 상 장애등급판정이 의학적 기준에 맞춰져 있고, 또한 특정 서비스 욕구를 반영하기 보다는 포괄적 영역을 포함하고 있어 활동보조서비스를 위한 평가와 일치하지 않는 부분이 있다.

둘째, 15개 장애유형 모두에서 1급 장애인으로 한다 하지만, 실제 모든 유형의 장애에서 1급의 장애등급이 존재하는 것은 아니기 때문에(청각, 신장 등은 1급 부재) 이들 장애유형은 원천적으로 활동보조서비스에서 제외되는 것이다.

셋째, 장애인복지에서 다양하게 수행하고 있는 시책들(장애인 수당 및 장애아동부양수당 등)에서 급여합리화 혹은 서비스차별화를 위해 장애정도(중증과 경증)에 따른 구분을 하고 있는데, 이때 중증의 기준이 1·2급 장애와 3급의 지적·자폐장애인으로 하고 있는바 여기서의 ‘중증’의 규정과 활동보조서비스 내 필요 장애인으로 규정하는 ‘중증’의 규정이 일치하지 않는 문제가 있다.

넷째, 실질적 수급규모와 관련 장애인실태조사에서 등록 장애인 중 1급 장애인은

전체의 약 9.4%에 불과하고 일반적으로 중증이라고 할 수 있는 1·2급의 합계치(25.9%)의 약 34.9%수준에 불과하여 매우 협소한 대상범위임을 알 수 있다. 또한 타인의 도움이 필요하다고 응답한 장애인은 약 33.8%임을 감안할 때 이중 극히 일부만 활동보조서비스 혜택을 받게 되는 것이어서 수요와 공급의 기본적 사회복지 접근에도 부합되지 않는다 할 수 있다.

또한, 연령제한과 관련하여 만 6세 미만의 장애아동과 만 65세 이상의 장애인노인을 배제하는 것과 관련하여 추후에는 검토가 필요하다. 즉, 연령대와 일상 및 사회활동 범위 및 수준의 통계적 상관성은 인정하지만 활동보조서비스는 개별적 상황을 고려해야 한다는 점이다. 이는 즉 연령이 낮거나 높다하여 모두 통상적 활동이 적은 것이 아니며 개별적 욕구가 큰 개인도 존재한다는 것이다.

다섯째, 판정체계의 적절성과 관련해서는 조사도구와 조사인력이 주요변수가 된다. 우선 조사도구인 인정조사표의 문제점으로, 지적능력에 대한 평가 반영률이 낮음으로 해서 정신적 장애인에게 상대적 불리함이 있을 수 있다. 즉 인정조사표를 보면, 기능평가 항목의 수단적 일상생활능력평가에서 물건사기, 금전관리, 교통수단 이용, 추가항목에서 지각 등 4개 항목만이 지적능력과 직·간접적으로 관련된 평가항목이다. 특히 직접적 조사항목인 지각의 경우(현 상황에서 시간·장소·사람을 인지하는 정도)를 구체성이 떨어지는 5지선다로 평가하는 것(지각에 전혀 문제가 없다에서 혼수상태이다까지 5항목), 정신적 장애의 경우 시간 및 상황 등에 따라 편차가 심한 경우도 많다는 점을 감안할 경우 그 신뢰성에 많은 의문이 든다. 아울러 신체적 장애와 정신적 장애의 경우 활동보조의 필요서비스 유형이 상이한 만큼 평가항목의 가중치 부여도 상이해야함에도 그렇지 못하여 장애유형별 평가 적합도가 떨어진다고 할 수 있다. 이러한 평가항목의 부적합성은 실제 수급하는 장애유형 편중현상을 통해서도 나타나는데, 신체적 장애로서의 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애가 전체 이용 장애인의 약 2/3를 차지하는 것으로 나타나 이를 반증하고 있음을 보여주고 있다 하겠다. 따라서 인정조사표의 개선을 통해 지적능력 평가항목의 체계화와 가중치 조정 등이 요구된다.

여섯째, 활동보조서비스 인정조사를 위한 조사인력은, 보건소 방문간호팀이 수행하도록 규정하고 있는데, 의료적 모델(medical model)에 익숙한 의료 인력이 독자

적으로 평가하는 것이 탈각과 전환을 강조하는 자립생활모델에 얼마나 부응할 수 있을지 우려된다. 따라서 현재 임의규정으로 되어 있는 제공기관 조사원의 동반조사를 의무화하고, 추가적으로 장애인의 포함을 권장사항으로 삽입하는 것이 요구된다.

다. 해외사례

위에서 살펴본 바와 같이 활동보조서비스 제공 대상의 문제는 시각장애인 뿐만 아니라 지적장애인 등과 같이 중증장애인임에도 판정등급이 낮은 것에 대한 문제라고 볼 수 있으며, 이러한 문제점을 외국의 제도에서는 어떻게 해결하는가에 대한 사례를 고찰해보고자 한다.

1) 장애 서비스 등급 판정 모델 검토

선진국의 사례를 검토해 보면 장애정도(서비스 필요도)를 평가하는 방식에는 다음 4가지로 요약될 수 있다. 장애정도 평가를 위한 유럽위원회 최종보고서(disability assessment methods, Council of Europe, 2000, ISBN 92-871-4744-2)에 의하면 다음과 같은 4가지 평가방식을 제시하고 있다.

첫째, 장애률(Barema methods)로 표시하는 방법이다.

이 방법은 임의로 기준을 정하고 장애정도를 누진비율로 나타낸 것이다. 장애인은 이 기준에 비추어 누진비율에 따라 장애정도가 평가된다. 예를 들면 미국의 경우 9%이하의 결손은 1급, 10-20%까지의 결손은 2급, 25-49%까지의 결손은 3급, 50-70%까지의 결손은 4급으로 평가된다. 즉, 이 평가방식은 70%이하를 장애로 인정하며, 누진률이 9%이하라는 것은 중증의 장애임을 나타내는 것이다.

둘째, 요양욕구의 평가(Assessing care needs)방식이다.

주간과 야간, 요양서비스가 필요한 경우는 언제든지 신청할 수 있다. 이 판정방법은 타인의 도움이 어느 정도 필요한가를 기준으로 평가하며, 평가자의 주관적 판단 폭이 크기 때문에 객관성 측면에서 한계가 있다는 지적도 있다.

셋째, 기능적 능력손실 정도평가(functional capacity determination)방식

이 평가방식은 ADL이나 IADL의 리스트를 본인 또는 평가자가 그 리스트에 체크하면서 점수로 나타내는 평가방식이며, 어느 정도 객관성이 있고, 그 체크 리스트에서 추가되어야 하는 요양욕구는 본인이나 가족의 의견을 들어서 항목을 추가할 수 있다. 이 방식은 우리나라의 평가에서도 일부 적용되고 있고 일본의 평가방식에서도 일부 받아들여지고 있으나 객관성을 가지면서도 장애인의 욕구와 가족의 욕구를 종합하여 판정할 수 있다는 이점이 있다. 어떤 나라는 이 부분을 정형화하여 획일적으로 판정하기 때문에 문제가 생기기도 한다.

넷째, 경제적 손실 정도의 평가(Economic loss) 삽입방식이다.

장애가 없었다면 얻을 수 있었던 개인의 경제적 소득을 직접 또는 간접적으로 계산하여 장애정도를 판정하고 서비스 정도를 정하는 것이다. 이 평가방식은 비교평가 방식으로 진행된다면 동일한 조건을 기준으로 연령이나 학력, 전직경력, 장애종류 등을 종합적으로 고려하여 비교 판정하는 방법이다.

이러한 평가방식은 여러 나라에서 복합적으로 또는 단일적으로 사용되고 있으며, 시각장애인의 평가에서는 나라마다 그 특성이 다양하다고 보고서는 기술하고 있다. 직업생활이나 사회생활을 중시하는 측면에서 시각장애를 특별한 서비스(special Service needs)로 인정하는가 하면, 활동보조서비스(PAS)와는 별도로 가이드 헬프(Guide Help)로 별도지원을 하기도 하고, 미국의 메인 스트림 고용서비스에서는 추가인정으로 시각장애인에게는 월10-20시간을 추가로 인정해 주기도 한다(Rehabilitation Act, 2002년 개정).

스웨덴의 경우는 LASS법(1996; 활동보조서비스지원법)에서 시각, 청각 장애인에 대한 특별한 서비스 시간을 인정 기존의 활동보조서비스 시간 외에 월10시간 정도 추가로 인정하고 있으며, 노르웨이, 스웨덴, 일본, 미국, 영국 등은 시각장애인 단독의 가이드 헬퍼나 이동안내 서비스를 별도로 인정하고 있다(Batavia, A. I., DeJong, G. and McKnew, L. B. 1991). 즉 사회참여를 기능적 손실이라고 보기 보다는 사회적 참여 장애라고 보고, 참여의 제한을 보완하는 방안으로 시각 장애인들에게 기존의 활동보조서비스나 장기요양서비스와는 별도로 추가서비스를 지원하고 있는 것이다(武川正吾·塩野谷裕一編, 1999). 그러나 시간의 정도 지원정도의 구분

은 개인의 욕구, 직업, 외출 빈도에 따라 다르며 그 판단은 사회복지사나 공무원, 사회보험청 직원이 담당하고 있고, 장애 등급판정과는 무관하며, 사회복지사나 공무원이 필요에 따라 의사의 진단서나 소견서를 요구하는 경우도 있다. 많은 나라에서 직업생활을 하고 있는 중증장애인에게 더 많은 활동보조서비스를 제공을 인정하는 것이 일반적인 추세이고, 이러한 서비스 제공을 간병수당이나 특별장애욕구수당으로 지급하는 경우가 많으며, 스웨덴이나 노르웨이 등은 현금수당으로 지원하고 있다.

본 연구자가 조사한 선진 5개국의 활동보조서비스 지급 대상자 기준을 보면 대상자는 아래의 표-3과 같이 정리할 수 있을 것이다(정종화, 2006).

〈표 9-4〉 활동보조서비스의 주요대상자

미국	16-18세 이상 65세미만의 장애인(주로 신체장애인 대상)으로서 PAS의 자기관리가 가능한 장애인, 주에 따라 연령 규정이 다소 차이 있음, 재가생활자 중에서 중증장애인(주당 18시간 이상 PAS 필요성이 있는 자), 정신지체장애인의 경우 일부 주에서 가족급여실시, 기본적인 대상 규정은 Medicare 대상자 이어야 함.
영국	16세 이상 65세미만의 중증신체장애인 으로 지역에서 자립생활을 하는 장애인, 서비스의 자기 관리 능력이 인정되어야 함, 정신지체장애인이거나 정신장애인은 대상에서 제외(별도 프로그램으로 지원)
캐나다	16세 이상 65세 미만의 중증신체장애인 으로서 지역에서 자립생활을 하고 있는 자, 월 180시간 PAS가 필요한 장애인이 서비스의 대상, 입소시설 장애인은 대상에서 제외되나 SSLU(그룹 홈이나 케어하우스에 해당)에 살고 있는 장애인은 지원 대상.
스웨덴	PAS의 자기관리 능력이 있는 신체 장애인으로 지역에서 자립생활을 하고 있을 것, 주당 20 시간 이상의 PAS서비스가 필요하다고 인정되는 자.
일본	18세 이상 65세미만의 전체장애인(신체, 정신지체, 정신장애 등), 지역생활자 및 시설생활자도 대상, 일본 국내에 거주등록을 하고 있는 모든 장애인(외국인도 포함 됨, 이 경우 장애판정을 새로 받아야 함)

출처: 정종화·주숙자(2008) 자립생활과 활동보조서비스, 양서원

또한 선진 5개국의 활동보조서비스 신청 및 판정에 대하여는 표-4와 같이 정리할 수 있을 것이다.

〈표 9-5〉 활동보조서비스 신청 및 등급판정

미국	지방정부(주정부)에 본인이나 가족이 신청, 병원의 진단서 및 자기평가서 제출, 상담, 현장방문, 지원계획수립, PAS지원 확정 및 전달, PAS 등급 판정에 불만이 있을 경우, 행정소송 가능
영국	본인이 중개기관에게 상담 및 신청, PAS필요성의 자기평가보고서(ADL 및 사회참여 활동 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 Report 제출(ADL 및 사회활동 필요성 등) 및 피어 판정위원회(장애인으로 구성되어 있음)에서 심사, 판정결과의 주정부 보고 및 본인에게 통지, 서비스 구입 이용, 중개 기관인 CILT을 통해 지원요청
스웨덴	본인신청, 사회보험청지방사무소의 사회복지사에게 제출 및 상담, 판정회의, 결과통보 및 급여 지급, 3개월 단위로 신청하고 있으니 변동사항 없으면 갱신, 잔여일수 및 금액은 년도 말 이월은 불가, 잔액은 전부 반환
일본	본인 또는 가족신청, 공무원의 가정방문(1차 평가), PAS판정회의(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, 이동관련 기자재의 보유 유무 등)으로 판정기준 구성, 1차 컴퓨터 판정, 2차는 시정촌심사회 판정 및 의사진단서 및 위원회의 판정, 행정소송 가능, 장애판정등급을 5등급화(개호보험과 동일)

출처: 정중화·주숙자(2008) 자립생활과 활동보조서비스, 양서원

위 조사된 자료에서 일본은 획일적 판정방법을 주로 사용하고 있고, 다른 나라들은 판정을 여유롭게 하고 있다는 특징을 엿볼 수 있다. 이러한 이유는 그 나라의 문화나 장애인에 대한 인식이 중요한 요인이 될 수 있지만 장애인복지의 수준도 고려하여야 할 사항이라고 볼 수 있다.

특히, 장애특성을 고려한다는 측면에서 활동보조서비스를 획일적 판단으로 운영할 경우, 대상제외 문제가 발생되고 장애인 개인의 삶의 특성을 고려하지 못한다는 지적이 있기 때문에 대 부분의 선진국에서는 장애판정제도를 획일적으로 운영하지 않는 것 같다.

2) 일본의 장애인 개호서비스 장애등급 시스템 고찰

일본은 1986년부터 동경도가 처음으로 전신성장애인을 대상으로 장애인개호서비스를 지원하기 시작하였으며, 이전에는 홈 헬퍼 서비스를 가사지원 위주로 지원해왔다. 그러나 1986년 자립생활 운동과 함께 시작된 장애인개호지원 사업은 일본의 활동보조서비스의 시작이라고 할 수 있다. 그러다가 2000년에 노인개호보험이 시작되면서 장애인활동보조서비스와 통합을 추진했으나 장애인의 반대로 2003년도부터는

장애인 지원비제도를 시행하여 활동보조서비스를 장애전체대상자로 확대하고자 했다. 그러나 2003년부터 2년간 장애인 활동보조서비스에 필요한 지원비는 급격히 확대되었고, 2005년에는 “장애인자립지원법”을 제정하고 2006년부터 장애인자립지원법에 의하여 장애인관련 통합서비스 시대가 시작되었다. 그러나 이 제도가 시행되면서 서비스 비용부담문제로 적지 않은 진통을 감내해야 했으며, 전국의 6개 지자체에서 국가를 상대로 헌법위헌 소송을 제기하면서 2009년 중의원 선거를 기점으로 자민당이 정권을 내어주면서 민주당이 집권했고, 집권여당이 민주당은 현행 자립지원법을 폐기하고 새로운 법을 만들겠다고 정책공약을 내세웠다.

이처럼 일본의 장애인자립지원법이 주는 교훈은 우리나라에 큰 교훈으로 남아있고, 일본과 같이 후회하지 않으려면 이 과정을 자세히 살펴보고 더 좋은 대안을 찾는 것이 필요할 것이다. 그런 측면에서 일본의 자립지원법을 면밀히 살펴보면서 일본의 장애인개호제도를 고찰해 보아야 할 것이다.

가) 일본의 장애인자립지원제도

일본의 장애인자립지원제도는 1993년에 “장애인대책에 관한 장기계획”이 발표되었고, 이 계획은 장애인복지종합계획으로서 정상화(Normalization)의 이념을 기본으로 계획이 추진되었다. 이후, 1997년부터 사회복지기초구조개혁이 추진되었으며, 기본적인 골격은 이용인의 입장을 고려한 사회복지제도의 구축, 서비스의 질적 향상, 사회복지사업의 범위 확충 및 활성화, 지역복지의 추진 등을 주요 골자로 하는 제도개혁을 추진하였다.

장애인복지서비스에서도 이러한 사회복지기초개혁의 방향에 맞추어 2003년부터 장애인지원비 제도가 시행되었으며, 기존의 조치제도에서 이용계약방식으로 제도가 개정되어, 서비스 이용자의 선택권과 결정권의 강화를 통한 역량강화에 초점이 맞추어 졌다.

이후, 장애인 개호서비스의 양적 확대와 서비스 수요의 증대 등의 이유로 제도개혁이 추진되었는데, 지역을 중심으로 하는 서비스의 인프라 구축이 중점과제였으며, 장애인의 세 영역(신체장애인, 정신장애인, 지적장애인)제도의 통합적 서비스 제공이 논점이 되었다. 따라서 이러한 제도개혁의 배경 속에서 장애인자립지원제도가 탄생했으며, 2005년 8월에 법률이 제정되고 2006년 4월부터 장애인 자립지원제도가 시

행되었다. 이 제도가 시행된 배경에는 몇 가지 이유가 존재하는데,

첫째, 기존의 일본 장애인복지정책은 장애종별로 구분되어 있어서, 신체장애인의 경우는 “신체장애인복지법”에서 정책을 규정하고 있고, 지적장애인의 경우는 “지적장애인복지법”에서, 정신장애인의 경우는 “정신보건복지법”에서 각각 서비스 내용을 규정하고 있어, 홈 헬퍼 서비스의 경우, 정신장애인에게는 지원되지 않았고, 시설도 분리되어 있었다. 이 때문에 제도간의 격차가 심화되었고, 비용측면에서 비효율적이 라는 지적이 제기되어 왔다(坂本洋一, 2006).

둘째, 2003년도부터 지원비제도가 시행되었는데, 홈 헬퍼 서비스 수요자가 1년 6개월 만에 1.6배나 증가하여, 예산의 압박요인이 된 것이다. 특히, 사·장·촌 별로 서비스 격차가 심화되어 있어서 전국적으로 통일된 기준을 적용한 서비스 평준화를 제시할 필요가 있었던 것이다.

특히, 예산 문제에서는 지원비가 약 7.8배 증가하였고, 2003년 결산에서 12억엔의 추경예산을 편성하였으나 2004년 초에는 173억엔의 추가예산이 집행되어 증대되는 장애인 개호서비스 예산에 대한 근본적인 대책의 강구가 요구되었다. 이로 인한 장애인복지예산도 2004년도 예산이 3,738억엔 이었지만 2005년도 예산은 4,143억엔으로 증가하였다. 이처럼 증가하는 예산에 대한 근본적인 예산 확립방안이 필요하여 새로운 제도를 만들게 되었던 것이다.

셋째, 이용인 주체의 서비스를 제공하는 측면에서 이용인 계약 제도를 도입하였고, 서비스 판정체계를 확립할 필요성이 생겼다. 2003년의 지원비제도에서는 객관적인 판정기준이 없어, 각 지자체마다 지원 범위와 판정이 달랐고, 이 때문에 지속되는 민원에 시달려야 했다. 이 때문에 지자체간의 격차가 심화되었다.

그럼에도 불구하고, 장애인자립지원법의 제정과 시행을 놓고 다양한 의견이 개진되고 있으며, 시행 2년째를 맞이하면서 법률개정의 목소리가 높아지고 있다. 따라서 장애인의 자립지원제도가 어떤 측면에서 평가되고 있으며, 어떤 측면에서 과제로 등장하고 있는지에 대하여 내용을 중심으로 살펴 보고자한다.

나) 제도의 이념

장애인자립지원제도는 신체장애인복지법, 지적장애인복지법, 정신보건복지법, 아동

복지법의 복지서비스를 종합적으로 조정하고 지원할 수 있는 근거 법률로서, 자립지원법 제1조에서는 “장애의 유무에 관계없이 국민 상호간의 인격과 개성을 존중하여 안심하고 살아갈 수 있는 지역사회실현”을 근본이념으로 제시하고 있다.

그러므로 이 제도는 장애인의 자립을 지원하는 근거법률로서 제시되며, 시설생활이 아닌 지역사회생활에 초점이 있다는 것이다. 그럼에도 불구하고, 이 법률에서 말하고 있는 “자립”이라는 의미가 어떤 의미로 해석되고 있는가에 대한 논쟁이 심화되었다. 사또우 히사오(佐藤久夫, 2006)는 “중증장애인이 타인의 도움이 없이는 자립이 불가능한 상태에서 본인이 자립하고 정책적인 측면에서 후방지원을 한다면 그것은 진정한 의미에서의 자립지원이 아니라는 것이며, 본인에게 정률부담(10%)의 비용부담을 부과하는 문제는 중증장애인일수록 비용부담이 커지므로 자립을 하고자 해도 자립을 할 수 없는 제도가 되고 있다”고 비판하고 있다. 특히, 자립생활(IL)에서 말하고 있는 자립생활 이념을 충분히 고려하지 못한 정책적 판단이 문제라고 제도의 이념적인 문제를 지적하고 있다.

다) 서비스의 범위와 대상자

자립지원법에서는 크게 재가서비스와 시설서비스를 모두 포함하고 있으며, 이는 우리나라의 활동보조서비스와는 서비스 범위가 다른 것이 큰 특징이다.

첫째, 재가서비스로는 가정방문개호(Home Help)서비스가 제공되고 있으며, 이는 재가에서 목욕, 가사, 신체수발 등의 서비스를 제공한다.

둘째, 중증방문개호서비스가 제공되고 있는데, 이는 중증장애인으로서 상시 타인의 수발이 필요한 장애인으로서 목욕수발, 신체수발, 배설수발, 외출 등의 보조를 종합적으로 제공하는 서비스이다.

셋째, 행동원호라고 하여 지적장애인이나 발달장애인을 대상으로 개호서비스가 지원되고 있는데, 일상생활지원 중에서 외출보조나 지킴보조를 주로 지원하고 있다.

넷째, 중증장애인 등의 포괄지원인데, 개호서비스의 필요도가 매우 높은 장애인에게 재가요양 등의 복잡한 서비스를 포괄적으로 지원하는 서비스이다.

다섯째, 장애아동 주간보호서비스로서 장애아동을 상대로 기본적인 일상생활동작의 지도와 집단생활에의 적응지도를 지원하는 서비스이다.

여섯째, 단기보호서비스로서 가족의 개호부담 경감과 단기간의 시설에서의 보호를 통하여 일상생활을 지원하는 서비스이다.

일곱째, 장애인이 병원에서 입원 중에 있을 때, 요양에 필요한 수발서비스를 제공하고, 기능훈련이나 간호, 개호 서비스를 제고하는 것이다.

여덟째, 시설에 대한 서비스로서 24시간 생활시설에서의 요양서비스를 제공하는 것이며, 생활시설과 그룹 홈에 대한 지원이 제공되고 있다.

아홉째, 이 외에도 훈련급여라고 하여, 기능훈련과 생활훈련 급여를 지급하고 있으며, 공동작업장 등에서 일하는 장애인 등을 대상으로 취업지원 훈련 급여지급과 취업계속지원을 위하여 일반기업에 장애인이 취업할 수 있도록 지원하는 급여를 신설하여 지원하고 있다.

결론적으로 자립지원법에서는 재가서비스를 중심으로 하는 개호서비스와 훈련급여비, 자립지원의료비, 자립지원 훈련급여비를 제도적으로 지원하고 있는 것이다. 이외에 보장구 지급이 명시되고 있는데, 이는 노인을 대상으로 하는 개호보험급여와 비슷한 수준으로 전동휠체어나 장애인 특성을 고려한 다양한 보장구(복지기구) 및 주택개조서비스 비용까지 자립지원법에서 지원하고 있는 것이다.

이 제도의 대상자는 신체장애인, 지적장애인(발달장애인 포함), 정신장애인과 장애아동이 포함된다. 또한 난병장애로 판정된 경우, 신체기능 평가에서 등급판정을 받으며, 서비스 지원대상자로서 이용이 가능하다.

라) 급여의 범위와 본인부담금

급여는 위에서 제시한대로 다양한 서비스 급여를 설정하고 있고, 개호서비스와 훈련급여, 자립지원의료 급여로 크게 구분된다.

첫째, 개호서비스로는 홈 헬퍼 서비스, 중증방문개호서비스, 행동원호, 중증장애인 포괄지원서비스, 장애아동의 주간보호서비스, 단기보호, 요양개호, 생활개호, 시설지원, 케어 홈 지원이 있다.

둘째, 훈련급여는 자립훈련, 취업이행지원, 취업계속지원, 그룹 홈 지원이 있다.

셋째, 자립지원의료서비스로는 재활의료서비스와 장애아동의 특수치료, 정신장애인의 통원의료비의 공비 부담이 여기에 포함된다. 자립지원의료비의 실시 주체는 도

도부현(道都府縣)이다.

넷째, 보장구 급여가 지원되고 있다. 이 법에서 보장구 급여는 개호보험법에서 지급되고 있는 개호용품을 포함하고 있으며, 중증장애인 만을 위한 특수한 재활공학기구가 포함된다. 예를 들면, 중증장애인 의사전달 장치 등이 여기에 포함된다. 보장구 지급만이 아니라 보장구 수리비용을 보조해 주는 이점도 있다. 특히, 보장구는 고가이므로 이용자가 10%로 부담함으로 보장구를 구입할 수 있다는 이점이 있고, 전동휠체어 등의 필요성을 지원해 줄 수 있다는 이점이 있다.

자립지원법에서는 이전의 지원비 제도에서와 같이 서비스 급여의 상한선을 설정하고 있지 않다. 이는 우리나라의 경우, 월90시간이라는 상한선을 정해 놓으면 중증장애인의 경우 지역에서 자립생활이 불가능하기 때문인데, 필요에 따라서는 24시간 지원이 가능하도록 제도를 설계하고 있는 점이 특징 또한 본인부담제도(10%정률부담제도)를 두고 있는데, 생활동보조호대상자를 제외한 모든 서비스 이용자는 서비스 이용 급여에 대하여 10%의 정률부담을 법으로 정하고 있다. 이러한 본인부담률의 문제에 대하여 다양한 비판이 계속되고 있는데, 아이자와 고우이찌(相澤興一, 2007)는 “본인부담률은 결국 국가 책임을 가족에게 전가시키는 국가책임의 후퇴이며, 자립지원이라는 이념적인 측면에서 본인의 책임과 가족의 책임을 전제로 하는 정책적 결장”이라는 비판이 있으며, 카츠마따 사찌코(勝又幸子, 2007)의 실태조사 보고서에서도 10%의 본인 부담률이 생계에 대한 일정한 부담으로 작용하고 있다는 조사결과가 발표되었다. 특히, 사고비와 사회참여 부분에 대한 경제적 제약이 있다는 설문조사 결과가 주목된다.

이러한 본인 부담금 문제는 시설이용 장애인에게 큰 부담이 되고 있는데, 요양서비스 부분에 있어 추가적으로 동반되는 식사비용이나 요양수발을 위한 추가비용에 대하여는 급여에서 인정하고 있지 않기 때문에 본인부담이 높아지고 있고, 시설 운영 면에서는 기존의 운영비 지원이 아닌 급여별 수가지원이기 때문에 시설운영에 대한 인건비 부담이 경영적으로 어려운 상황이다. 이 때문에 시설에서 일하는 직원들의 인건비와 운영비 문제가 주요 이슈로 등장하고 있으며, 직원들의 인건비 문제 때문에 비정규직이 증가하고 있는 추세에 있다.

이러한 문제 때문에, 이용자 부담의 경감제도를 운영하고 있는데, 전년도 비과세

기준으로 생활동보조호대상자는 비용부담이 없고, 일반세금대상자는 전년도를 기준으로 월 부담액을 3만7200엔(약40만원)까지 하고, 저소득2는 2만4600엔, 저소득1은 1만5000엔까지의 월 부담상한제를 신설하여 운영하고 있다. 그러나 이러한 부담 기준은 세대별 소득을 계산한 것이어서 가족과 함께 거주하는 경우, 결국 가족의 부담일 수밖에 없다는 비판도 제기되고 있다.

마) 장애인 개호서비스 지원을 위한 장애등급 판정시스템

일본의 장애등급 판정시스템 에서는 1-6등급으로 구분되는데, 1등급이 가장 낮고 6등급이 가장 높은 중증장애인으로 분류된다. 등급구분은 요지원, 요개호1, 요개호2, 요개호3, 요개호4, 요개호5로 구분되면, 장애인개호서비스(활동보조)는 6등급까지 지원하고, 시설입소는 요개호2부터 이용할 수 있고, 중증포괄지원은 요개호5만 지원하여 상시개호서비스가 지원된다.

신죽꾸구의 장애인복지과 직원과의 인터뷰 조사⁷¹⁾에서 장애등급 판정과 관련한 문제점을 조사한 내용에 의하면,

첫째, 106개 항목(ADL항목79, 행동장애 등의 항목27항목)의 조사항목에 서는 개별적인 욕구조사가 충분하지 않기 때문에 상시 개호가 필요한 중증장애인에 대하여는 등급판정과는 별도로 장애상태나 중증도에 따라 추가지원을 시정촌심사위원회에서 결정한다고 하였다. 이때 의사의 진단서나 조사원의 진술 등이 포함되며, 사실 조사가 이루어져 최종 결정한다고 하였다.

둘째, 개호서비스 판정에 불만이 있을 경우, 이의 제기를 할 수 있도록 제도적으로 보완하고 있으며, 2008년의 경우 6건의 이의 신청이 있었는데, 이 중에서 등급상향조정이 3건이고 나머지는 뇌졸중 장애로 인한 등급 하향조정으로 재활치료를 통하여 신체기능이 향상되어 요개호도가 낮아진 경우이다.

셋째, ALS 등의 특수한 장애로 인하여 24시간 개호서비스가 필요한 경우, 서비스 범위의 확대(등급조정)를 요청한 사례에서 대부분은 이의신청인의 입장에서 판단하고 결정했다는 것이다. 그러나 특수한 난병 장애의 경우, 현행의 등급 판정에서는

71) 연구자는 2010년 2월 1일부터 5일까지, 5월11-14일 일본 동경도에 위치한 신죽꾸와 후꾸오까 키타큐슈시의 장애인복지과를 방문하여 인터뷰 조사를 시행하였으며, 여기에 기록된 내용은 그 조사내용을 기술한 것임.

지원범위를 정하기 어려워 결국 시정촌 심사위원회에서 결정한다고 했다.

또한 현행 등급판정은 ADL이나 IADL을 중심으로 신체마비나 경직, 이동정도, 동작상태, 특별한 개호범위, 자신의 신체케어 정도, 언어장애, 행동장애, 특별한 의료의 필요도, 사회참여생활 정도를 판정범위에 포함시키고 있는데, 이 조사과정에서 다음의 사항이 고려대상이 된다.

외출 빈도(사회참여 정도), 일상생활 범위, 취업관련 상황, 주 개호자의 유무, 거주환경, 장애의 상태변화 및 가족의 케어 지원정도를 종합적으로 판정에 고려한다고 했다.

이러한 과정에서 조사원이 79개 항목+27개 항목에 대하여 컴퓨터 판정을 포함한 1차 판정을 하고, 등급이 정해지면 조사원의 특이사항 기술과 의사의 진단서를 참고하여 기존의 판정내용을 인정할 것인지 추가할 것인지에 대하여 시정촌 심사위원회에서 2차 판정을 하여 최종결정을 내리고 등급판정표를 본인에게 통지한다. 지급 결정에 대한 이의가 있을 경우는 이의신청제도를 통하여 시정촌심사위원회에 이의제기를 할 수 있으며, 시정촌심사위원회는 이의신청에 대하여 재심을 실시한다.

(1) 일본의 활동보조서비스 장애등급 판정 시스템

일본은 79개의 ADL+IADL 항목과 27개의 장애종별 특수성을 반영한 등급결정 기준을 가지고 있다. 79개의 ADL+IADL의 항목은 다음과 같다.

신체장애특성과 관련한 항목으로 좌 상지마비 등, 우 상지마비 등, 좌 하지마비 등, 우 하지마비 등, 그 외 마비 등이며, 어깨관절의 움직이는 범위의 제한, 팔꿈치 관절의 움직이는 범위의 제한, 다리사이의 관절의 움직이는 범위의 제한, 무릎관절의 움직이는 범위의 제한, 발관절의 움직이는 범위의 제한, 그 외 관절의 움직이는 범위의 제한 등이고, 잠자리 뒤척임 (체위교환, 일어나기, 좌위보지(앉아있기), 양발로 서있기, 보행, 휠체어에서 침대로의 이동, 이동, 일어서기, 한쪽 발로 서있기, 세신(입욕 이외), 욕창의 유무, 욕창 이외 손이 필요한 피부질환 등, 삼킴, 식사섭취, 음료수 섭취, 배뇨, 배변, 구강청결, 세안, 머리 빗기, 손톱깎기, 상의 입고 벗기, 바지 입고 벗기, 약물복용, 금전관리, 전화이용, 일상의 의사결정(일상 생활에 불안, 고민에 관한 상담 등), 시력, 청력, 의사전달, 본인 스스로의 표현 방

법을 이용한 의사표시, 개호자의 지시에 대한 반응, 언어 이외의 수단을 이용한 설명이해 등이다.

장애특성을 고려한 항목으로 27개 항목은 다음과 같다.

매일 일정 이해하는 것이, 생년월일, 연령을 대답하는 것이, 면접조사 직전에 무슨 일을 하고 있었는지 생각해 내는 것이 가능 한가?, 자신의 이름을 대답하는 것이 가능한가?, 지금 계절을 이해하는 것이, 자신이 있는 장소를 대답하는 것이, 물건을 도난당했다는 등피해적, 실제 없는 것이 보이거나 들린다. 울다가 웃다가 감정이 불안정 하게 조절되지 않는다. 불면증 또는 주야가 바뀐 일이 있는가, 폭언과 폭행이 있는가? 계속 똑같은 얘기를 하거나 불쾌한 소리를 내는 일이 있는가? 큰 소리를 내는 일이 있는가, 조연이나 개호에 저항한 일이 있는가, 목적 없이 돌아다닌 일이 있는가, "집에 가야지"라고 안정 하지 못한 일이 있는가, 외출하면 혼자서 병원, 시설, 집에 돌아오지 못한 일이 있는가, 혼자서 밖에 나가고 싶은 눈으로 계속 있는 일이 있는가, 여러 가지 물건을 모으거나 무단으로 들고 간 일이 있는가, 불 관리를 하는 것이 가능한가, 물건이나 의류를 부수거나 찢거나 한일이 있는가, 불결한 행위 (배설물을 만지다 등)를 한일이 있는가, 먹을 수 없는 물건을 입에 넣은 일이 있는가, 심한 건망증이 있는가, 특정 물건이나 사람에 대해 심한 집착이 있는가, 많은 움직임이나 멈춤이 혼돈이나 불안정한 행동이 자신의 몸을 때리거나 상처를 입히는 등의 행위가 때리거나 차거나 기물을 부수는 등의 행위가 있는가, 타인을 갑자기 안거나 몰래 물건을 가져간 일이 환경의 변화에 따라 돌발적으로 평상시와 다른 소리를 낸 일이 있는가, 갑자기 달려 없어질 것 같은 돌발적인 행동이 있는가?

추가 조사항목

이 외에 과식, 반식(반 정도 씹고 넘기는 정도) 질식의 위험이 따른다.

기분이 우울하고, 비관적으로 되어 때론 사고력도 저하된 일이 있는가?

확실하기 위해 손을 반복해서 씻는 등 일상동작에 시간이 걸린 일이 있는가?

타인과 교류를 하는 것이 불안, 긴장으로 외출하지 못한 일이 있는가?

하루 종일 누워있거나 방에 계속 있으면서 아무것도 안한 일이 있는가?

얘기가 정리되지 않은 채 대화가 안 된 일이 있는가?

계속 집중하지 못하고 말한 것이 통하지 않는 일이 있는가?

현실에 맞지 않게 자신을 높게 평가하는 일이 있는가?

다른 사람에 대해 의심스럽게 거부하는 일이 있는가?

기타 참고사항으로는 다음과 같은 부분이 있다.

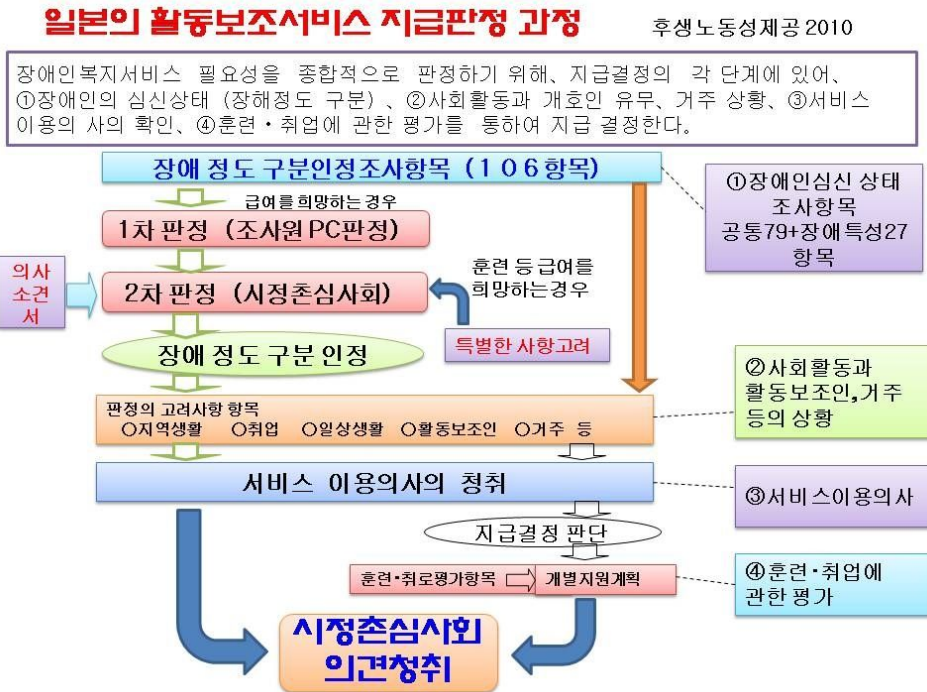
- 링겔의 관리, 중심정맥영양 유무, 투석 유무, 인공항문의 처치, 산소요법, 인공호흡
- 기관절개의 처치, 통증의 간호, 경관영양, 혈압, 맥박, 산소포화도등의 측정, 욕창의 처치
- 카테터(콘돔형 카테터, 고정형 카테터, 인공항문등)소변장애가 있는 경우, 조리(식단포함)
- 식사 배식(운반 포함), 청소(정리정돈), 세탁, 입욕준비 및 정리, 시장보기, 교통수단의 이용, 문자의 시각적 인식사용

이상의 판정 항목으로 타임체크로 평가되고 그것은 점수로 나온다. 이러한 방식은 우리나라의 평가방식에서도 응용되고 있지만 문제는 시각장애인 평가 항목에서는 신체적 기능장애를 위주로 평가하고 있고, 중도실명인지, 선천성인지, 힌지팡이를 사용할 줄 아는지, 점자사용이 가능한지에 대한 시각장애인 특성에 대한 항목은 매우 빈약하다고 할 수 있다. 이러한 문제는 제1차 판정(컴퓨터 판정)에서 문제로 지적되며, 제2차 판정은 컴퓨터 판정을 통하여 나온 결과를 가지고 “시정촌심사회(市町村審査會)”에서 최종 평가하는데 이는 전문가로 구성되어 평가가 구성되어 있다.

제2차 평가에서는 특이사항 기록이 중요한데, 이는 조사원이 가정을 방문하여 조사할 때 특이 사항은 가족이나 본인에게 듣고 그 서비스 욕구를 보충해 주는 역할을 한다.

서비스 판정 평가의 흐름은 다음과 같다.

[그림 9-1] 일본의 장애인판정 흐름도(활동보조서비스 지급판정 과정)

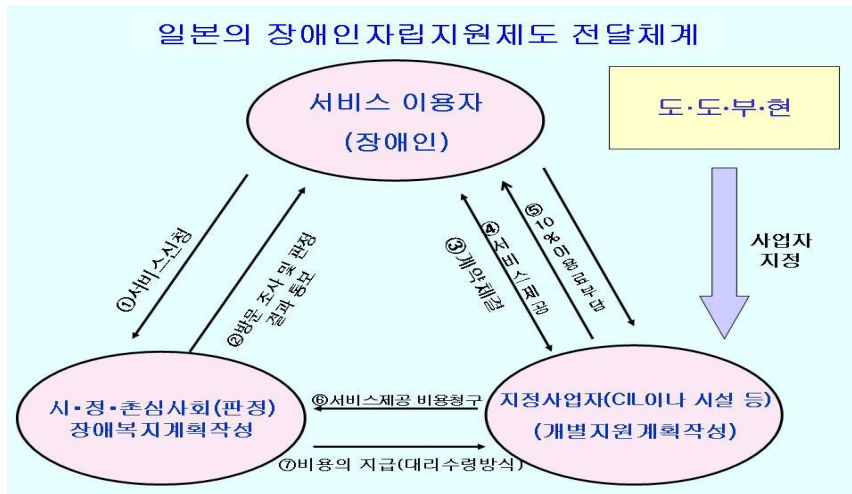


상기 판정에서 무엇보다 중요한 것은 조사원의 제1차 판정 자료와 의사소견서, 그리고 제2차 판정에서 시·정·촌심사회가 시각장애나 지적장애 정도를 어느 정도까지 서비스 욕구로 인정하는가이다. 일본도 한국과 큰 차이는 보이고 있지 않으나 제2차 판정에서 본인의 의견이나 장애특성을 충분히 고려하고 있고, 특히, 시각장애인의 경우 지자체에서 제공하고 있는 가이드 헬퍼를 중복하여 이용할 수 있다는 것이 큰 특징이라고 볼 수 있다.

바) 서비스전달체계

현행 일본의 자립지원제도의 전달체계는 [그림-9-2] 과 같다.

[그림 9-2] 일본의 장애인자립지원제도 전달체계



(1) 서비스 이용자의 권리 : 자립지원제도의 대상자는 위에서 기술한바와 같이 신체장애, 지적장애, 정신장애 등의 3영역을 모두 포함하고 있으며, 서비스 신청의 권리가 주어진다. 또한 중증의 난병으로 인한 신체기능상의 문제로 인하여 요양서비스가 필요한 장애인도 시정촌심사회에서 인정을 받아 서비스를 제공받을 수 있다.

(2) 서비스 제공기관 : 서비스 제공기관은 지방자치단체로부터 사업자 지정을 받아야만 서비스 인정기관으로 등록되어 서비스를 제공할 수 있다. 개호서비스 제공기관의 책임자는 개호복지사 또는 홈 헬퍼 1-2급 자격증 소지자로서 실무경력 3년 이상 인자라고 규정되어있다. 제공기관의 직원은 상근직 1인 이상을 두도록 규정하고 있다.

(3) 시정촌심사회 : 이 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 지역자립생활 관련, 취업관련, 일상생활, 수발자의 유무, 거주환경, 타 제도의 서비스 이용 유무 등을 종합적으로 판정한다.

(4) 케어매니지먼트의 도입: 장애인 자립지원제도에서는 케어매니지먼트 제도를 도입하고 있는데, 노인 개호보협제도와는 달리, 본인이 케어계획을 작성할 수 있고, 지적장애인이거나 정신장애인 등의 경우에는 케어계획을 케어매니저에게 의뢰하여 작

성할 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.

(5) 비용의 청구와 지급: 일본의 경우, 대리수령방식을 선택하고 있는데, 이는 현물서비스로서 서비스를 이용하고, 이용료의 본인 부담 분 10%를 서비스 제공사업소에 지불하면, 나머지 90%를 서비스 제공기관에서 사·정·촌에 비용을 청구하는 방식으로 진행된다.

(6) 활동보조인의 자격과 연수제도: 일본의 경우, 장애인활동보조인으로 일할 수 있는 자격기준을 정하고 있는데, 개호복지사와 같은 국가자격증, 시도지자체장이 발급하는 연수증명서 및 지정기관의 연수자격증(홈 헬퍼 1-3급)이 있고, 지방자치단체의 독자적인 프로그램에 의한 연수 수료자(50시간이수)이면 활동보조인으로 일할 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 합격한 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 정신장애인이나 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, 이론58시간, 개호실기42시간, 실습30시간을 이수해야 한다.

1급은 전체 230시간을 이수해야하며, 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.

(7) 운영재원(조세지원방식)

자립지원제도에서는 국고 50%의 재원과 도·도·부·현 25% 및 사·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.

라. 정책대안

1) 기본방향

상기의 내용을 종합하여 정책대안을 고려해 보면 기본적인 방향으로 다음과 같이 정리할 수 있을 것이다. 현행 활동보조서비스는 위에서도 기술한바와 같이 지적장애 인나 시각장애등의 등급 판정에서 서비스 욕구를 충분히 반영하고 있다고 판단하기에는 어려움이 있기 때문에 평가 항목에서 시각장애인이나 지적장애인들에 대한 특히 추가항목을 삽입하여야 장애특성을 고려한 상향 점수 차등화를 시행할 수 있을 것이다.

첫째, 시각장애인 특성에 따른 점수 차등화를 도입한다. 예를 들면 선천성 장애인이고 흰 지팡이를 사용하여 일상생활에 어려움이 없다면 활동보조서비스는 현행 판단기준으로 할 수 있지만 사고나 후천성 시각 장애인의 경우는 점자나 흰 지팡이 사용 등이 용이하지 않기 때문에 이 부분은 점수 차등화를 하여 고려한다. 외국의 경우 장애특성을 고려하여 월 10-20시간을 추가로 지급하고 있기도 하다.

둘째, 시각 장애나 지적장애 등에 대한 추가 평가항목을 삽입하여 상향 점수화 하는 방안이다. 기본적으로 시각장애인의 경우, 전맹, 약시 두 가지로 구분하고 전맹의 경우 월 20시간 상향 조정하여 인정하고 약시의 경우는 하향 또는 10시간 정도로 감산하는 방안이다.

셋째, 사회활동의 유무에 따라서 차등화 하는 방안이다. 이는 외국에서도 시행하고 있는 방법으로 활동보조지원에 있어서 사회활동 특히, 취업하여 일하고 있고 사회활동을 하고 있는 시각장애인에게는 소득 부분을 고려하여 추가 시간을 지원하는 방안이다. 미국의 경우는 많은 주에서 활동보조와 취업을 연계시키고 있다.

마지막으로 일본처럼 제2차 심사판정제도를 운영하면서 다양한 사람들이 참여하여 의견을 개진하고 시각장애인이나 지적장애인에 대하여도 그에 상의하는 특이사항을 이정하는 것이다. 일본의 현장조사에서 제1차 판정에서 부족한 판정은 제2차 시정촌심사회에서 대부분 상향 조정되었다는 의견을 많이 들었다. 이는 장애인의 특성을 확일적으로 판단하기에는 한계가 있고 우리나라의 경우, 자립생활의 이념이 확대되고 있는 상황에서 제2차 심사회에 장애인 당사자(동일유형의 장애인)의 의견을 청취하는 기회의 도입도 필요하다고 판단된다.

2) 세부 개선방안

위에서 일본의 장애인자립지원제도를 중심으로 일본의 장애인장기요양서비스에 대하여 개괄적으로 정리하여 보았다. 일본의 경우, 1970년대 후반부터 장애인 홈ヘル퍼서비스를 제공해 오고 있으며, 1986년부터는 동경도가 전신성장애인을 대상으로 활동보조서비스를 제공하였으며, 지자체에서 가장 먼저 24시간 상시 활동보조서비스를 제도화 하는 측면을 볼 수 있는데, 이는 우리나라의 경우도 지자체에서는 제일 먼저 활동보조서비스 사업을 지원한 서울시의 사례와도 맥을 같이한다.

후생노동성의 장애전문관의 인터뷰에서도 이 제도를 도입하면서 예산상의 어려움이나 자립지원에 대한 철학적 논쟁이 미흡했다는 설명이 있었지만, 여러 선행연구(岡部耕典, 2006)에서도 이러한 부분은 지적되고 있는 사실이다.

따라서 일본의 장애인자립지원제도를 장점과 단점으로 나누어 정리한다면 다음 몇 가지로 정리할 수 있겠다. 이 제도의 제도의 장점으로는,

첫째, 수요자 중심이라는 패러다임을 반영하고 있고, 자립지원이라는 시대적 상황에 대응하고 있다는 측면과 세분화되어있던 장애종별정책(지적장애인, 신체장애인, 정신장애인)을 통합적으로 운영함으로 효율성(예산 및 전달체계 개편)을 추구하고 있다는 점에서 사회서비스의 패러다임을 반영하고 있다는 장점을 제시하고 있다.

둘째, 제도의 운영방식에서 서비스의 상한선을 두고 있지 않으며, 모든 장애인(신체, 지적, 정신)을 대상으로 서비스를 제공하고 있으며, 제도운영에 있어서 노인 개호보험과는 다르게 조세방식으로 운영하고 있는 것이 특징이다.

셋째, 지적장애인이거나 정신장애인 등의 자기결정 능력이 미흡한 장애인들을 대상으로 케어매니지먼트의 제도를 통한 지원이 제공되고 있어, 장애인의 종합적이고 전문적인 서비스 계획을 수립할 수 있다는 것이다. 그럼에도 불구하고 이 제도의 단점으로는, 첫째, 제도도입과정에서 자립지원제도에 대한 충분한 논의를 거치지 않았고, 시범사업도 충분치 않아서 제도의 전체적인 틀에 대한 논의가 미흡하였다는 것이다. 특히, 이 법의 목적이 자립을 우선한다는 철학을 담아야 하는데, 자립은 본인이 하고, 정부는 제도적으로 후방 지원한다는 철학을 담고 있어서, 자립지원이라는 철학적 논쟁이 미흡하다는 비판이 제기되었다.

둘째, 서비스 이용에 대한 비용부담문제가 도입과정에서 논쟁이 되었다. 기존의 장애인복지서비스에서는 소득비례 부담제도였는데 자립지원제도에서는 일률부담(10%)을 정하고 있기 때문에 고용정책이 충분치 않은 상황에서는 장애인의 가계경제에 적지 않은 부담이 되며, 때에 따라서는 활동보조서비스의 책임을 가족에게 전가시키는 결과를 가져와 자립을 지원하는 것이 아니라 저해한다는 비판이 제기되었다. 특히, 주간에 장애인작업장에 다닐 경우, 비용을 부담하며 보호작업장을 다녀야 하는 모순이 발생한다는 의문과 비판이 제기되었다.

셋째, 서비스 등급을 판정하는 기준(ADL 79개 항목, 행동장애 판정항목 27개 항목=106개 항목)이 너무나 획일적이어서 장애인의 요양서비스 니즈를 충분히 수용할 수 없다는 측면에서 난병장애인이나 정신장애인, 지적장애인들을 중심으로 장애등급 판정에 대한 불만이 지속되고 있다. 특히, 이 제도는 자립을 지원하기 위하여 사회 참여를 충분히 보장하여야 하는데, 자립지원제도는 서비스의 등급화를 통하여 사회 참여를 제한하고 있다는 비판도 제기되고 있다. 이의 해결을 위하여 위에서도 기술한 바와 같이 장애등급심사에서 제2차 판정 시에 심사위원의 의견을 중시하고 특이 사항을 고려한다는 것이다. 즉, 시각장애인도 이 부분에 있어서 고려의 대상이 된다.

선천성인지, 노령으로 인한 것인지, 사고나 질병으로 인한 것인지, 점차나 힌 지팡이를 사용할 수 있는지 등에 대한 다각적인 검토가 이루어지고 이러한 검토위에 시각장애인의 욕구도 판정된다는 것이다.

마. 결론

이상과 같이 시각장애인의 등급판정을 중심으로 시각장애인의 특성과 외국의 선행사례나 일본의 사례를 고찰 하였다. 특히, 일본의 장애인자립지원 제도를 살펴 보면서 일상생활활동 항목이나 수단적 일상생활활동 외에 장애특성을 고려한 판정과 시·정·촌심사회의 기능에 대하여도 고찰해 보았다. 따라서 결론적으로 마무리 한다면 다음과 같다.

첫째, 시각장애인의 특성을 장애원인별, 선천성, 사고나 질병의 후천성 장애로 구분하여 장애특성을 고려한 추가서비스 지원을 부여한다.

둘째, 중증 시각장애인 중에서 전맹이고 중도실명자의 경우는 선천성 장애인보다 사회생활기술 습득이 저조하고 점자나 흰 지팡이 사용이 어렵기 때문에 이 부분을 추가로 인장하여야 한다.

셋째, 장애판정 도구를 개선하되 추가 항목을 별도로 구성하여 점수를 상향 조정 하도록 하고, 시간을 20시간 정도 조정할 수 있도록 한다.

마지막으로 시각장애인의 경우, 기존의 활동보조서비스와는 별도로 가이드 헬퍼, 시각장애도우미와 같은 서비스의 중복 이용을 허락하여야 할 것이다. 특히, 중도 실명 전맹의 경우는 일상생활에 크나큰 어려움이 동반되고 대부분이 가족에 의지하여 생활을 수행하는 현 상황을 고려하여야 할 것이다.

2. 장기요양시범사업에서 있어서의 시각장애인 등급판정의 문제점 및 개선방안

가. 현황

보건복지부는 2009년 장애인 장기요양제도의 시범사업을 실시하였다. 장기요양제도는 장애인의 탈시설화와 자립생활, 소비자주의와 당사자 결정권이라는 측면에서 출발한 활동보조 서비스의 업그레이드된 제도로써 서비스 전달체계의 새로운 인프라 구축과도 매우 밀접한 관계에 있다. 서비스 이용자의 자격심사를 정확히 하여 효율적으로 예산을 관리하고 이용자의 선택권을 신장함은 물론, 사례관리를 하여 전체적으로는 서비스의 추가적 총량을 관리하고 수요와 공급을 총량을 파악하여 적절히 조정하며 시설중심에서 지역사회 중심의 서비스로 전환을 의미한다. 활동보조뿐 아니라 앞으로 장애인의 여러 가지 서비스 욕구를 충족하기 위하여 다양한 서비스를 제공하는 한 시도로서 또한 서비스를 법적으로 권리로서 보장하는 방안으로, 그리고 서비스를 확대해 나가는 새로운 변화로서 장애인 장기요양 제도는 매우 바람직한 제도이다.

시각장애인에게 적용되는 장기요양 제도의 문제점을 등급판정 기준을 중심으로 알아보고, 다양한 장애인의 욕구를 충족시킬 수 있는 방안을 제시함으로써 장애 영역간 서비스의 격차를 해소하고 장기요양 제도의 발전에 대안을 제공하고자 한다.

현행 활동보조 서비스 등급판정 항목은 3개 영역 20개 문항이다.

신체기능은 일상생활동작(1 영역)과 수단적 일상생활수행능력(2영역)으로 이루어지며 일상생활동작(ADL)은 7개 항목으로 구성되어 있다. 그리고 수단적 일상생활수행능력(IADL)은 8개항으로 되어 있다. 3영역인 추가항목은 5개항이다.

이들의 총점은 535점이나 모든 장애를 중증으로 가진 사람은 현실적으로 있을 수 없을 것이다. 이를 표로 나타내어 보면 다음과 같다.

〈표 9-6〉 기능자립정도

영역	항목	기능자립정도(점수)
1. 신체기능: 일상생활동작(ADL) (220)	1. 옷 갈아입기	1(0). 2(10). 3(20). 4(40). 5(0)
	2. 목욕하기	1(0). 2(5). 3(8). 4(15). 5(20). 6(30)
	3. 식사하기	1(0). 2(30). 3(60). 4(75). 5(90)
	4. 침실에서 이동하기	1(0). 2(10). 3(15). 4(20)
	5. 옮겨 앉기	1(0). 2(10). 3(15). 4(20). 5(0)
	6. 걷기	1(0). 2(10). 3(26). 4(28). 5(30)
	7. 용변	1(0). 2(20). 3(30)
2. 신체기능: 수단적 일상생활수행능력(IADL) (130)	1. 전화 사용하기	1(0). 2(5). 3(10). 4(15)
	2. 물건사기	1(0). 2(5). 3(10). 4(20)
	3. 식사준비	1(0). 2(20). 3(30). 4(0)
	4. 집안일	1(0). 2(5). 3(10). 4(15)
	5. 빨래하기	1(0). 2(10). 3(15). 4(0)
	6. 약 챙겨 먹기	1(0). 2(10). 3(15)
	7. 금전관리	1(0). 2(5). 3(10). 4(0)
	8. 교통수단 이용하기	1(0). 2(3). 3(5). 4(10)
3. 추가 항목(185)	1. 휠체어타기	1(0). 2(15). 3(30)
	2. 듣기.	1(0). 2(5). 3(10). 4(15)
	3. 보기	1(0). 2(10). 3(15). 4(20)
	4. 지각장애	1(0). 2(20). 3(40). 4(60). 5(0)
	5. 정신장애	1(0). 2(30). 3(60)

장애인 장기요양 서비스의 등급 판정은 활동보조 및 요양욕구조사로 7개 영역 65개 항목으로 이루어져 있다. 활동보조 서비스의 신체기능 중 일상생활동작 영역이 기본적 일상생활기능으로 역영 명칭이 변경되어 있으며, 활동보조 서비스의 7개 항목 외에 노인장기요양서비스의 12개 항목이 추가되어 있다. 그리고 활동보조 서비스의 수단적 일상생활 수행능력이라는 영역의 명칭은 그대로 사용하면서도 사회생활기능능력이라는 명칭도 함께 사용하고 있다. 항목은 활동보조서비스의 8개 항목 그대로이다. 인지기능 능력 영역은 7개 항목으로 노인장기요양서비스의 항목을 그대로 사용하였고, 행동변화영역은 14개 항목으로 노인장기요양서비스의 항목을 그대로 사

용하였다. 재활영역은 10개항목으로 활동보조서비스에서는 신체적 손상이 점수화되는 항목이 아니라 기본조사로만 사용되었으나 장기요양서비스에서는 점수화되었다. 그리고 추가영역은 7개 항목으로 활동보조 서비스의 항목을 그대로 사용하였다. 장애인 장기요양서비스의 종류로는 2009년 시범 사업에서는 기존 활동보조서비스에 추가하여 간호서비스와 목욕서비스가 시행되었는데, 활동보조 서비스의 등급 판정은 기존 20개 항목을 그대로 사용하고, 추가 서비스는 요양욕구조사라 하여 노인장기요양 서비스 등급판정 도구를 그대로 사용하였다. 신체기능 중 기본적 일상생활 기능은 노인장기요양 12개에 7개 활동보조 서비스 항목이 추가하여 19개 항목이 되어야 하나 계산상은 세부항목으로 간주하여 전체 항목수에는 계산하지 않았다. 영역은 활동보조서비스 3개 영역과 노인장기요양서비스 5개 항목을 합하면 8개 영역이나 기본일상생활 영역이 중복되므로 7개 영역이고, 항목도 활동보조서비스 20개 항목에 52개의 노인장기요양 항목을 더하면 72개 항목이 되어야 하나 7개 항목은 세부항목으로 계산하지 않아 65개 항목이 되는 것이다. 7개 영역 65개 항목이 섞여 있으나 판정을 위한 점수화에서는 활동보조 서비스 항목은 활동보조 서비스 등급에 노인장기요양 서비스 항목은 요양욕구 등급판정에 사용되므로 상호 아무런 영향을 미치지 않는다. 활동보조서비스의 항목과 노인장기요양 항목을 모두 기능조사라 하고, 이용자 개인의 요양에 대한 욕구를 참고자료로 별도로 요양욕구라 명칭을 사용하여 조사하고 있는데, 다시 기능평가를 활동보조와 요양욕구판정이라 하여 노인요양이라는 용어를 장애인에게로 가져오면서 요양욕구라 규정하여 요양욕구의 명칭에 혼동을 줄 우려가 있다.

노인장기요양서비스(요양욕구) 등급 판정조사 항목을 요약하면 다음과 같다. 활동보조서비스 등급 판정 항목에 식사하기가 있고, 식사준비하기가 있다. 식사를 할 수 없는 사람에게 식사 준비는 가능한가를 묻는 것은 무의미하다. 그리고 식사준비가 사회생활이나 식사하기와 마찬가지로 기본생활이냐도 문제로 볼 수 있다.

활동보조 등급은 판정 조사표의 해당 점수의 합으로 정하나, 요양등급은 조사표 중 요양욕구(노인장기요양 5개 영역) 원점수를 100점 변환점수로 변환한 다음, 8개 서비스 군별 수형분석도에 의하여 요양인정점수를 구한다.

〈표 9-7〉 영역별 조사항목 점수표

영역	영역별 조사항목의 판단기준		점수
신체기능(기본적 일상생활기능) 영역	기능자립정도	완전자립	1
		부분도움	2
		완전도움	3
인지기능 영역	증상여부	예	1
		아니오	0
행동변화 영역	증상여부	예	1
		아니오	0
간호처치 영역	증상유무	있다	1
		없다	0
재활 영역	운동장애정도	운동장애없음	1
		불완전운동장애	2
		완전운동장애	3
	관절제한정도	제한없음	1
		한쪽관절제한	2
		양관절제한	3

〈표 9-8〉 영역별 100점 득점 환산표

영역	원점수	환산점수	영역	원점수	환산점수
신체기능(기본적 일상생활기능) 영역	12	.00	간호치치 영역	0	.00
	13	13.19		1	19.84
	14	22.24		2	36.90
	15	28.04		3	47.84
	16	32.38		4	55.81
	17	35.92		5	62.53
	18	38.96		6	68.98
	19	41.68		7	76.11
	20	44.18		8	85.86
	21	46.52		9	100.00
	22	48.76	재활 영역	10	.00
	23	50.93		11	11.51
	24	53.06		12	19.43
	25	55.17		13	24.72
	26	57.30		14	28.93
	27	59.46		15	32.62
	28	61.71		16	36.06
	29	64.06		17	39.46
	30	66.59		18	42.96
	31	69.36		19	46.69
	32	72.50		20	50.72
	33	76.22		21	54.97
	34	81.02		22	59.20
	35	88.40		23	63.19
	36	100.00		24	66.93
인지기능 영역	0	.00		25	70.53
	1	19.71		26	74.16
	2	33.81		27	78.07
	3	44.61		28	82.75
	4	54.78		29	89.57
	5	65.71		30	100.00
	6	80.06	행동변화 영역	0	.00
행동변화 영역	7	100.00		1	15.58
	0	.00		2	25.55
	1	15.58		3	32.10
	2	25.55		4	37.29
	3	32.10		5	41.80
	4	37.29		6	45.95
	5	41.80		7	49.94
	6	45.95		8	53.93
	7	49.94		9	58.08
	8	53.93		10	62.59
	9	58.08		11	67.80
	10	62.59		12	74.37
	11	67.80		13	84.37
	12	74.37		14	100.00
	13	84.37			
	14	100.00			

수형분석도에 의한 판정방식은 2분 분류형식이다. 2개 그룹으로 쪼개어 나가면서 다른 영역의 점수의 정도에 따라 나누어 5개 영역 중 다른 영역에서도 유사한 점수가 나타나는지를 비교하는 방식이다.

장애인은 각자 욕구가 다르고 모든 영역에서 점수가 높을 때에만 활동보조 서비스가 필요하다고 볼 수 있는지는 의문이다. 노인의 경우, 뇌졸중이나 중풍 등 외상 환자 중심의 케어가 장애인 활동보조에서 방문간호 서비스나 목욕 서비스가 필요하다고 판정하기에는 너무나 절차가 복잡하고 맞지도 않는다. ‘목욕에 있어 도움이 필요한가’라는 항목을 두어 직접 서비스의 필요성을 평가하고, ‘방문간호가 필요한가’라는 항목을 두어 서비스 욕구를 지원할 것인가를 평가하는 것이 오히려 맞다. 다른 영역에서도 일정 수준의 점수가 있어 그 점수의 합산이 일정 수준에 다다를 때에 서비스를 제공하는 것이 아니라 필요한 서비스를 직접 문항을 설정하여 지서비 자격을 판정하는 것이 옳을 것이다. 시각장애인의 평가에서 불리한 것이 바로 여기에 원인이 있다.

다. 정책대안

1) 기본방향

시각장애인의 경우, 문자정보에 대한 눈을 빌려 주는 서비스, 즉 문자의사소통 지원이나 독서 도우미 서비스, 보행시의 안내 도우미 등의 서비스가 필요하다. 시각장애인은 대개 독신생활을 하거나 시각장애인 간 상호 결혼을 하여 가정생활에서의 일상생활 지원이나 가사의 지원이 필요하고, 다양한 음식을 마련하기 위하여 장보기, 쇼핑하기, 요리하기 등 눈을 필요로 하는 모든 일에 도움이 필요하다. 시각장애인이 한 가지 요리법만을 익혀 간단히 식사를 할 수는 있겠으나 이는 영양유지나 식생활을 유지한다고 말하기 어렵다. 다른 생활에서도 대부분 눈을 필요로 하는 것들에서는 전혀 자유롭지 못하다. 아무리 촉각 등 다른 감각으로 대처하는 방법을 터득하고 있다고 하더라도 그것은 위험하기도 하고 불완전하다.

시각의 상실은 노동력 85이상을 이미 상실한 상태이고, 다양한 경험의 부족과 학

습이나 인지에서의 장애, 이동에서의 장애, 환경과 상호작용에서의 장애 등으로 인하여 비장애인의 일상생활과 동일한 삶을 누리기는 활동보조 서비스가 절대적으로 필요하다. 그럼에도 현행의 판정기준으로는 시각장애인의 시력 정도를 묻는 수준에서 받은 점수 정도로 충분한 서비스 시간을 인정받을 수 없다.

1급 장애는 장애 유형이 다르다 하더라도 여러 가지 면에서 그 장애 정도가 유사하다고 인정하는 것이다. 시각장애는 보지 못함으로써 상당한 일상생활에서의 어려움이 있음에도 활동보조 서비스의 판정기준이 지체장애인을 중심으로 되어 있어 거의 상당수가 서비스 대상자에서 제외되는 경우가 많다. 노동을 85%의 상실을 인정하면서도 그에 대한 지원은 상대적으로 소외되는 것을 방지하기 위하여 3가지 방안이 있을 수 있다.

2) 세부 개선방안

(1) 인정조사표의 재설계

이를 해결하는 방안으로는 시력에 관한 문항을 충분히 만들어 세분화하여 시력 상실의 경우 일정 점수가 나올 수 있도록 하는 방안이 있다. ‘신문을 읽을 수 있는가?’ ‘옷감을 구별할 수 있는가?’ ‘간판의 글자를 구별할 수 있는가?’ 등 문항을 다양하게 만들어 주는 방안이다.

옷 갈아입기: 도움없이 자기 옷을 찾아 갈아입고 청결관리를 할 수 있는가?

식사하기: 다양한 반찬을 적절량을 조절하여 젓가락질하고, 흘리지 않고 식사를 할 수 있는가?

목욕하기: 목욕실의 청결을 관리하고 물품을 관리할 수 있는가?

전화하기: 혼자서 전화를 할 사람의 번호를 찾아 전화할 수 있는가?

걷기: 도움 없이 혼자 원하는 목적지를 찾아 안전하게 보행할 수 있는가?

식사준비: 불의 양을 조절하고 칼이나 도마의 사용, 양념 조절 등을 할 수 있는가? 식재료를 준비하고 제품의 신선도나 이물질을 관리할 수 있는가?

물건사기: 물건의 품질이나 특색, 사용법, 색깔 등을 식별할 수 있는가?

집안일: 집안의 물품 관리와 청결관리, 간단한 집 수리를 할 수 있는가?

빨래하기: 옷의 청결관리, 양말의 짝맞추기, 새척의 상태를 판별하는 것을 할 수 있는가?

교통수단 이용하기: 빈 택시를 찾아 타거나 버스 번호판을 보고 목적지를 갈 수 있는가?

약 챙겨먹기: 약의 종류를 알고 약의 설명서 등을 볼 수 있는가?

(2) 기본 인정 시간의 할당

다음으로 시각장애인의 등급별로 일정 기본 서비스 시간을 할당하여 1급 장애인의 경우는 40시간을 기본으로 인정하고 현행 평가표에서의 결과를 추가하는 방안이다.

(3) 별도의 추가 서비스의 적용

또 다른 방안으로 특정 별도의 서비스 유형을 추가하는 방안이다. 안내 서비스, 가사 서비스, 독서나 문자 소통 서비스 등을 정하여 이를테면 각각 20시간씩 지원하는 방안이다.

이 경우 외출의 빈도, 출퇴근시의 도움 필요, 독신생활인지 정안인과의 가족 생활 인지의 여부 등에 따라 10시간씩 가감할 수 있을 것이다.

라. 결론

시각장애인의 활동보조 서비스 인정은 매우 필요한 것이다. 시력의 상실은 일상생활에서의 눈을 필요로 하는 시각 중심의 문화에서 필수적으로 활동보조라는 인적 서비스가 필요하다. 신체장애인처럼 운동성의 부족이 아니라 물품의 질이나 색감을 몰라 지원이 필요하며, 신문이나 고지서, 영수증, 문자책을 읽지 못하여 지원이 필요하다. 이동시 운동기능의 저하가 아니라 환경의 장애물이나 길을 알 수 없어 지원이 필요하다. 가사생활에서도 대부분 시력을 요구하는 행동이나 작업들이 대부분이어서 시각장애인의 활동보조는 필요하나, 현행 인정조사표는 단지 보기의 한 항목만이 시각장애인에게 해당되고, 운동성으로 다른 자립 생활영역을 알아보고 있어 시각장애인에게는 제대로 된 평가를 할 수 없다.

이를 해결하기 위하여 각 항목마다 보는 중심의 과업생동에서의 제한을 묻는 질

문을 추가하거나 시각장애인의 경우 일정 서비스 시간을 기본으로 부여하거나, 안내
헬퍼나 문자소통지원 활동보조 서비스를 별도로 정하여 추가적으로 지원하는 방안이
있을 수 있다.

시각장애인이 자립생활을 하는 경우 대부분 포기해버리거나 축각이나 청각에 의
존한다고는 하나, 불완전한 상태에서 부조화된 생활을 하기 쉽다. 자립은 지역사회
에서 통합된 사회에 동일한 수준의 삶의 질을 가지고 교류를 하면서 자신의 생활을
유지하는 것으로 활동보조인의 눈을 필요로 한다.

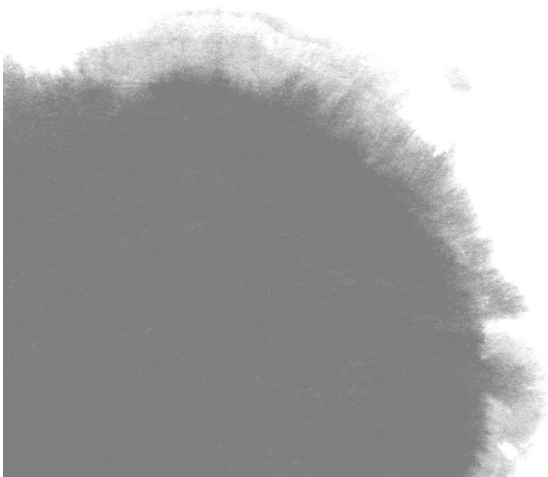
그리고 활동보조인을 교육함에 있어서도 대면낭독을 하는 법, 시각장애인의 안내
법, 정보소통법, 장애인의 자기존중감, 시각장애인의 응대법 등의 추가 교육도 필요
할 것이다.

장기요양 서비스에서 주간보호나 보조기구의 지원 서비스가 신설된다면, 보조기구
의 지원의 추가 서비스는 시각장애인에게는 필수적이며, 특히 정보통신기기의 지원
이나 이동에 필요한 기기의 지원이 필요하다. 방문간호 서비스의 경우, 아팍증, 당뇨
등 합병증을 가지고 있는 경우에 한하여 지원하고, 또한 중복 장애가 있는 경우에
지원하는 것으로 하면 될 것이다.

10

K
I
H
A
S
A

결론 및 정책제언



제10장 결론 및 정책제언

제1절 결론

본 연구는 노인장기요양보험법 제정 당시의 부대결의에 따라 2009년 하반기 시범사업을 실시하고, 그 결과를 분석한 것이다. 또한 장애인 장기요양 보장제도 도입 방식에 대하여 국회에 보고하기 위하여 시범사업 모형에 대한 평가를 실시하였으며, 장애인 활동보조사업의 확대라는 대안과 운영주체로서 전문기관을 선정하였다. 아울러 시범사업에서 본 사업으로의 확대를 위하여 평가판정도구나 수가체계 등 장애인 장기요양의 세부적인 제도에 대한 검토가 이루어졌다. 본 연구에서는 이를 위해 장애인장기요양보장 추진단을 구성 운영하였으며, 선진국 사례로서 일본의 사례를 집중 검토하였다. 그리고 공청회를 개최하여 다양한 의견을 수렴하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

장애인장기요양보장제도 제1차 시범사업은 2009년 7월부터 2010년 1월까지 전국 6개 지역을 대상으로 실시되었다. 활동보조서비스를 확대하는 방안으로 전국 5개 지역에서 추진되었고, 국회부대결의를 존중하여 노인장기요양보험제도에 장애인을 포함하는 방안도 부가적으로 전국 1개 지역에서 실시되었다. 이러한 장애인장기요양 보장제도 시범사업의 사업목적은 첫째, 신체적·정신적 장애로 인하여 원활한 일상생활 및 사회활동이 어려운 장애인에게 일상생활동보조(활동보조서비스)와 요양서비스를 제공하여 자립생활을 지원하고 사회참여를 증진하는 장기요양제도의 전반적인 모형을 현실에 적용해 보는 것이며, 둘째, 장애인장기요양보장제도 실시모형의 시범적용을 통해 모형의 적정성 및 본 사업의 실현 가능성을 검증해 보는 것이다.

이번에 실시한 시범사업에서 제1안(5개지역)과 제2안(1개 지역)에 대하여 각각의 장단점을 검토한 결과, 제1안인 「장애인 활동보조지원사업」을 확대하는 것으로 결론을 내렸다. 그 이유로서는 첫째, 사회참여에 대한 욕구가 큰 장애인과 요양에 대한 욕구가 큰 노인의 욕구가 서로 다른 점이 부각되었고, 특히 장애인계에서는 요양이라는 표현 자체에 대해서도 거부감을 가지고 있을 정도로 노인요양체계에 대한 통합에 반대하고 있다. 둘째, 노인의 장기요양 문제는 보험제도로 가능하나, 장애인의 경우 기여방식의 보험 편입에 어려움이 예상되고, 특히 사회적 합의 도출이 어렵다는 점에서 보험방식보다는 조세방식이 더 바람직할 것으로 예상되기 때문이다. 셋째, 시범사업결과 제2안 지역인 부산 해운대구에서는 기존의 활동보조서비스를 받고 있는 인원 중 이번 시범사업에 신청한 인원은 소수로 그 비율은 10% 미만에 불과하였다. 그 외의 장애인은 기존의 활동보조서비스를 선호하고 있는 현실을 보았을 때 제2안보다는 제1안이 바람직하다고 판단되었기 때문이다.

제1안의 경우는 관련전문기관으로서 국민연금공단(서울 서초, 경기 이천, 전북 익산)과 국민건강보험공단(광주 남구, 제주 서귀포)의 5개 기관에서 수행되었고, 제2안의 경우는 관련전문기관으로 국민건강보험공단(부산 해운대)에서 수행되었다. 따라서 시범사업 수행 관련전문기관은 크게 국민연금공단과 국민건강보험공단의 2개 축으로 구분되어 질 수 있다.

평가 결과 양 공단의 경우 자격심사, 이용계획서, 의뢰와 연계, 모니터링, 운영노력성 등 전반적인 업무의 흐름에서 모두 많은 노력을 기울이고 있었으며, 많은 성과를 낸 것으로 평가된다. 1차 시범사업 수행성과 평가와 양 기관의 장·단점 분석 등을 종합적으로 고려한 결과 국민연금공단이 관리운영기관으로 참여하는 것이 바람직할 것으로 평가되었다.

한편, 본 연구에서는 장애인장기요양보장제도 시행에 따른 운영비용을 산정하여 본 사업으로의 확대에 대비하였다. 이를 위해 장애인장기요양보장제도 시범사업에 따른 비용을 산출하였고, 장애인장기요양보장제도 운영전문기관의 소요인력을 추정하였으며, 이러한 분석 결과를 근거로 장기요양보장제도가 확대 실시되었을 경우의 총 비용을 추정해 보았다. 시범사업 비용 산정 결과 사업의 전면 시행에 따른 비용 산정 결과 대상자 6만명을 전면 시행 할 경우 227억원(대상자 1인당 0.38백만원)이

소요될 것으로 나타났다.

평가도구의 경우 노인장기요양보험제도상의 판정도구와 장애인 활동보조제도상의 판정도구를 결합하고, 아울러 일본의 판정도구를 종합적으로 검토한 후 바람직한 안으로 제시하였다. 이러한 장애인 장기요양 등급판정을 위한 항목은 총 60개로서 노인요양 관련 항목 52개와 수단적 일상생활동작 항목(IADL) 8개로 구성되어 있다. 다만, 이러한 판정도구는 최종적이라기보다는 앞으로도 계속 개선되어 나가야 할 분야로 사료되며, 장애인 장기요양 2차 시범사업에서 집중적으로 검토되어야 할 것으로 생각된다. 또한 등급판정위원회의 역할과 재판정에 대한 바람직한 방향에 대하여 검토가 이루어졌다. 그리고 급여 수가에 대한 연구에서는 급여 종류별 수가, 등급별 수가, 휴일 및 야간 수가 등 수가체계를 개선하기 위한 검토가 이루어졌으며, 장애인의 특성이 반영된 보다 적절한 수가체계가 되기 위하여 2차 시범사업에서 추가 연구를 수행하여야 할 분야이다.

한편 정부는 장애 판정의 엄격성 및 객관성 결여, 서비스(급여) 대상자 선정 기준 및 과정의 부적합성, 그리고 통합적 사례관리 기능의 부재를 해결하기 위한 최적의 방안을 마련하는 것을 목적으로 장애인 판정체계의 개편을 검토하고 있다. 이러한 측면에서 보면 장애인장기요양서비스는 장애인을 대상으로 한 사회서비스의 가장 핵심적인 제도로 자리매김하게 될 것이며, 서비스 신청 접수, 수급자격 심사 및 사례관리 등의 업무를 담당하게 될 장애인장기요양서비스 운영 주체는 전체 장애서비스 전달체계에서 중요한 위상을 차지하게 될 것으로 보인다.

따라서 사회서비스를 제공하는 관리운영주체로서 시군구와 평가판정 등의 업무를 담당하는 장애인장기요양서비스 관련전문기관간의 명확한 역할 분담과 유기적 협조체계 구축이 필요하며, 구체적인 방안에 대해서는 2차 시범사업에서 해결할 수 있어야 할 것이다.

한편, 외국의 공적요양제도를 보면 거주서비스 기능을 포함하는 경우가 많으나, 우리나라 장애인 거주시설은 대규모 시설이 중심을 이루고 있으며, 개인의 선택과 자율성이 보장될 수 있는 구조가 아니기 때문에 현재의 조건에서 거주시설을 장기요양서비스의 급여로 하는 부분은 현 단계에서는 많은 부작용이 우려된다. 향후 장애인거주시설 개편과 장애인공적요양제도의 통합은 일정한 유예를 두는 것이 바람직할

것으로 보인다. 다만, 급여의 범주 확대 차원에서 주간보호시설은 급여에 포함하여 제공하는 것이 바람직하다고 하겠다.

이번 1차 시범사업의 결과와 각 영역별 연구결과 제시된 안은 2차 시범사업을 통하여 계속 수정 보완될 것이다. 다음의 절에 제시하는 정책제언에서는 제도의 명칭, 대상자의 선정, 수가, 서비스 제공인력 등 여러 영역에 걸쳐 계속 검토되어야 하는 과제가 제시되어 있다. 본 사업에 대비하여 2차 시범사업 기간 중에 이용자인 장애인과 장애인 관련 단체, 학계, 실무자, 그리고 공무원 등 다양한 주체의 의견을 계속 수렴하여 보다 바람직한 제도로 만들어 나가야 할 것이다. 이를 통해 장애인 장기요양보장제도가 장애인의 삶의 질 향상에 가장 크게 기여하는 제도로써 자리매김할 수 있도록 지속적인 노력과 관심이 필요하다고 하겠다.

제2절 정책제언

1. 제도의 명칭

장애인장기요양보장제도의 1차 시범사업은 2007년부터 바우처 사업으로 시행되고 있는 장애인 활동보조지원사업을 주요 서비스 내용으로 포함하면서, 여기에 방문간호와 방문목욕을 추가하여 급여를 제공하였다. 이 과정에서 시범사업의 형식적인 측면과 내용적인 측면사이의 혼란이 야기되었다. '장기요양'이라는 의미는 보호자의 입장에서 보면 수발부담을 덜어주는 서비스의 의미로, 이용자의 입장에서 보면 빈번한 일상에서 다소 거리를 두어 원인이 되는 질병이 더 나빠지지 않거나 호전될 수 있도록 하는 서비스의 의미로 이해된다. 그러나 장애인활동보조서비스는 보호자와 이용자 모두에게 장애인이 사회활동에 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하는 서비스라는 의미로 이해된다.

이 내용은 2008년 장애인장기요양보장제도 1차 시범사업의 시안을 개발하는 과정에서 제기된 쟁점이다. 당시에 장애인에게 '요양'이라는 개념은 장애인의 자립생활을 지향하는 최근의 패러다임에 부합하지 않는다는 점이 지적되었다. 그리고 장애인은 '요양'의 대상이 아닌 '자립과 사회참여'를 위한 활동보조 중심이어야 한다는

개념을 충실히 반영할 수 있는 명칭이어야 한다는 점이 제기되었다. 당시에 검토되었던 명칭들은 장애인(자립)생활동보조조서비스, 장애인개별지원서비스, 장애인활동보조서비스, 장애인개별자립지원서비스, 장애인활동지원서비스 등이었다.

한편, 일본의 경우에는 장애인자립지원이라는 명칭을 사용하고 있다. 또한 금번 시범사업은 장애인활동보조사업의 확대를 핵심내용으로 하고 있고, 이 제도가 장애인의 지역사회활동을 적극적으로 지원하는 취지가 강하기 때문에 이를 존중하여 2차 시범사업부터는 제도의 명칭을 '장애인지역사회생활지원제도'로 하는 것도 대안으로 제시되고 있다.

이러한 여러 명칭 가운데 활동보조가 가능한 장애인과 가족돌봄기능이 요구되는 장애아동 등에 대한 서비스를 포괄하는 「장애인활동지원서비스」가 보다 적절한 것으로 판단된다.

2. 대상자

1) 장애 등급

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 장애인장기요양보장제도제공을 목표로 하고 있다. 이러한 기본목표는 우리나라 장애인 장기요양보장제도가 나아가야 할 목표로서 적절하다고 사료된다.

현행 활동보조서비스제도와 이번 시범사업에서 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, 이때 동일한 1급이라도 서비스 자격심사를 통하여 여러 등급으로 재분류하고 있다. 이는 등급에 따라 이용 시간의 차이를 주기 위한 것으로 장애등급이 1급인 자 가운데에서 장애정도가 보다 중증인 자부터 먼저 서비스를 이용할 수 있도록 하자는 것이다. 제

도 도입 초기에는 제도의 안정적 정착 등을 위하여 현행 활동보조서비스와 시범사업 시 적용한 장애등급 기준을 유지하는 것이 바람직하다고 판단된다. 다만, 중장기적으로 제도발전과 함께 등급을 확대하고, 궁극적으로는 등급과 무관하게 인정조사표에 의한 일정 점수이상인자로 하는 방안도 검토가능하다는 의견이 제시되었다.

공청회 등에서 일부 장애인단체를 중심으로, 장애인복지법상의 장애등급이 현재 1급으로 한정되어 있는 대상자의 자격제한 요건을 완화하여 장애등급의 구분 없이 인정조사표를 통해 급여량을 결정하는 것이 바람직하다는 의견이 있었다. 반면, 현실적으로 제한된 사회적 자원을 감안할 때 중증장애인으로 대상을 한정하되, 급여량 확대 등을 통한 집중적인 지원이 필요하다는 의견도 제시되었다.

2) 연령구분

활동보조제도가 6세 이상 65세 미만의 인구를 포괄하도록 되어 있지만 실제 서비스 내용은 성인 중심으로 설계되어 있다. 현재로서는 아동과 성인의 구분이 없고, 다만, 서비스 시간만 아동이 성인의 1/2이 되는 것으로 설계되어 있다. 장기적으로는 아동의 서비스와 성인의 서비스를 구분하는 것이 필요할 것이다. 여기서 성인보호서비스(adult care service)는 활동보조제도를 중심으로 하고, 아동보호서비스(child care service)는 재활치료와 주간보호 등을 중심으로 구성하는 것이 적절할 것이다. 이때 성인과 아동을 별도의 서비스 패키지로 구성하고, 서비스 대상자 선정 기준도 별도로 구축하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

한편, 65세가 되어 활동보조사업에서 노인장기요양보험제도로 전환이 될 때 서비스 연계 공백이 없도록 하는 방안이 검토되어야 한다. 같은 재원을 효율적으로 배분하는 문제를 고려해 보면 65세 미만의 장애인에게 보다 많은 혜택이 주어질 수 있도록 현재와 같이 연령 제한을 엄격히 적용하는 방향이 바람직할 것으로 사료되지만, 중장기적으로는 64세 이전에 장애를 입어 장애인이 된 경우에는 65세 이후에 어떤 제도에서 보호해 줄 것인가에 대한 추가적인 검토가 필요하다. 이 경우 65세 이후에 장애인으로 등록한 경우와의 형평성 문제를 어떻게 해결할 것인가에 대한 검토가 필요하다.

종합해 보면, 6세 이상 65세 미만의 중증 장애인에게 신청 자격을 부여하되 우선적으로 장애 1급부터 실시하고, 18세 미만의 아동은 성인의 서비스 시간의 1/2 수준에서 결정되도록 한다. 또한 65세 이상 노인장애인은 현행과 같이 노인장기요양보험 대상자로 편입하는 등 현행 활동보조사업의 신청 자격과 동일하게 유지하는 것이 제도 초기의 안정적 정착을 위하여 바람직할 것으로 판단된다.

3. 급여의 범위

1차 시범사업에서 제공되는 서비스 범위가 협소하여 개인별 서비스 설계와 서비스에 대한 선택이 의미 있게 이루어지지 못했다는 문제가 제기되었다. 1차 시범사업에서 제공되었던 서비스 급여는 활동보조, 방문간호, 방문목욕이었으나, 2차 시범사업에서는 서비스 급여의 범위를 좀 더 확대하는 것이 필요할 것이다.

현재 제공되고 있는 활동보조, 방문간호, 방문목욕 서비스에 더하여 주간보호, 복지용구 지원 등의 급여를 포함할 수 있을 것이다. 다만, 복지용구의 지급 문제는 현재 국민건강보험공단과 지자체 등에서 다양하게 지급하고 있고, 서비스 한도액의 제약 등을 고려할 때 장기과제로 유보하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 또한 중장기적으로 가족 상담·교육 등 가족지원서비스, 휴식지원서비스(Respite), 재활서비스 등 장애아동을 위한 특성화된 급여의 제공에 대한 검토가 필요하다. 각 서비스의 조합은 서비스 수행기관의 안내와 서비스 이용자의 선택에 따라 설계하도록 하며, 총 급여액에서 개인의 필요에 따라 조합하여 선택하는 방식이 적절할 것이다.

4. 서비스 제공인력

장애인 장기요양제도에서는 활동보조서비스, 방문목욕 및 방문간호 서비스가 제공되고 있다. 이 가운데 활동보조서비스를 제공하는 주 인력은 활동보조인이다. 활동보조인은 서비스 제공기관의 추천을 통해 교육기관에서 일정시간의 교육을 이수하면 활동보조인이 될 수 있다.

활동보조인의 자격기준 관련 주요 쟁점 사항은 첫째, 국가자격화하지는 논의가 있으며, 또한 요양보호사 등 유사경력자의 활동보조사업에서의 활동 허용 문제도 제기

되고 있다. 먼저 활동보조인의 국가자격화의 문제는 자립생활이라는 장애인 복지의 패러다임에 부합되는 방향이 아니므로 요양보호사와 같은 국가자격화보다는 활동보조인(40시간 교육)의 교육 시간과 과목(간병서비스 추가, 실습 강화)을 보강하여 실습을 강화하는 것이 자립생활의 패러다임에 부합되어 보다 바람직할 것으로 판단된다. 이때 교육시간의 축소 측면에서 서비스 질 저하에 대한 비판 가능성이 있지만, 동 제도는 전문적인 서비스 보다는 장애인의 활동을 지원하기 위한 것으로 집중적인 실습이 중요하다고 하겠다.

요양보호사와 같은 유사경력자의 경우 최소한의 추가교육 후 활동보조인으로 활동할 수 있도록 허용하고, 특히 요양보호사가 받은 교육과목 중 활동보조인이 받는 교육과목과 동일할 경우 면제시켜주는 것이 좋을 것이다. 그 외의 방문간호사 등은 노인요양과 동일한 기준을 적용하여 장애인 장기요양제도에서도 활동을 할 수 있도록 허용하는 것이 바람직할 것이다.

다만, 활동보조서비스의 제공을 수급자의 가족에게까지 확대하는 것은 부정수급의 우려가 높을 뿐만 아니라 우리나라 국민의 정서상 장애인 이용자가 서비스 이용에서 주도권을 행사하기 어렵다고 판단되므로 수급자 가족에 의한 서비스 제공은 불허하는 것이 바람직할 것이다.

5. 서비스 단가 및 지급 체계

1차 시범사업에서는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병의 경우 시간당 단일 수가를 적용하고, 방문간호 및 방문목욕 수가는 이용자의 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.

한편 서비스 제공에 대한 비용은 한국사회서비스관리원에서 바우처에 의한 서비

스 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 문제를 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.

6. 자부담 문제

장애인 장기요양 서비스를 받는 수급자의 경우 본인부담이 필요한 이유로서는 먼저, 자부담을 완전 면제하게 되면 서비스 이용이 불필요한데도 이용하는 서비스의 남용우려가 있고, 둘째, 서비스는 부담금을 내고 이용하는 것이 사회적인 원리에 부합되며, 셋째, 비용을 지불하여야 권리성이 생기게 되고, 넷째, 비록 서비스를 무료로 제공하더라도 이로 인한 불평등도의 감소효과는 없기 때문에 서비스의 무료 제공은 바람직하지 못하다는 연구결과가 있기 때문이다. 따라서 이러한 점을 감안해 볼 때, 본인의 일부 자부담이 반드시 존재하여야 한다고 사료된다.

다만, 지나친 본인부담금으로 인하여 서비스 이용이 어려울 정도가 되어서는 곤란하므로 적정선을 찾는 것이 중요하다고 사료된다. 이는 장애인의 경우 경제적인 상태가 열악하여, 자부담 능력이 부족할 경우 이러한 서비스가 필요한데도 이용하지 못하는 사태가 발생할 수 있기 때문이다.

본인부담금을 부과하는 방식으로는 정률제 방식과 정액제 방식이 제기될 수 있으며, 차등부과 방식과 감면방식으로 나눌 수 있고, 또한 상한의 설정 여부에 따라 분류가 가능하다. 먼저 정률제 방식의 경우 이용량에 비례하는 방식으로서, 노인장기요양보험제도에서 채택하고 있어 노인장기요양제도와의 정합성이 있고, 도덕적 해이

를 방지하는 효과가 있다. 다만, 기존의 활동보조서비스 보다 본인부담금 인상으로 이용자의 부담이 가중될 우려가 있다. 한편, 정액제의 경우 현행 활동보조서비스 시스템과 동일하여 장애인의 혼란이 최소화될 수 있는 장점이 있으나, 이용량과 연동되지 않아 과다 사용이 우려된다.

한편, 소득수준에 따라 본인부담금을 부과할 때 처음부터 차등부과를 할 수 있고, 또는 일정액을 부과한 후 소득수준에 따라 감면해 주는 제도가 가능하다. 일견 두 제도가 매우 유사한 것으로 보이나, 차등부과 방식은 본인부담금 부과 시 차등이 나도록 되어 있으므로 장애인의 입장에서는 권리성을 확보할 수 있다는 장점이 있으며, 감면제도의 경우 일정률이나 일정액을 부과한 후 소득수준에 따라 감면해 주게 되므로 시혜적이라는 점이 지적될 수 있다.

한편 정률제의 경우 이용량에 비례하도록 되어 있으므로 많이 사용할 경우 본인부담금의 액수가 상당히 커질 수 있다. 따라서 장애인의 부담능력이 한계가 있다는 점을 고려하여 소득수준별로 상한을 두어 장애인의 부담이 일정수준을 넘지 않도록 유도할 필요가 있다.

일본의 경우 정률 부담이 기본 원칙이지만, 소득수준에 따라서 자기부담 상한이 설정되어 있다. 즉, 생활동보조대상자나 저소득층(구민세 비과세 대상자)은 무료로 자기 부담금이 없고, 일반의 경우에도 이를 2개의 구분으로 나누어 구민세과세세대로서 16만엔 미만인 경우에 9,300엔, 그 이상인 경우 37,200엔을 자기부담금의 상한으로 설정하고 있다.

한편, 2010년 장애인 활동보조지원사업의 경우 본인부담금제도가 변경되었는데, 기초수급자는 면제, 차상위계층은 2만원으로 2009년과 동일하나, 그 이상의 계층에 대해서는 전국가구 평균소득을 기초로 하여 소득 및 지원량에 따라 차등부과하고 있다. 그러나 일부 소득 및 지원액 구간에서 소득역진 현상이 나타나는 문제점이 있다. 따라서 기초생활수급자는 무료로 하고, 일정소득 이하인 저소득자는 정액을 유지하되, 소득이 일정수준이상인 경우 상한액을 둔 정률적인 자부담으로 하는 등 소득역진현상을 제거하는 방향으로 본인부담금 체계를 재설계할 필요가 있다. 차등적 정률제의 세부 적용 방식은 다양한 방식에 대한 비교 검토가 요구된다. 예를 들면, ① 저소득층(평균소득 50% 이하 포함)은 정액제를 유지하되, 그 이상 계층에게는 정률

제를 적용 (최고 소득 계층의 부담률을 15%로 상정하고, 그 이하 소득 계층은 차등하여 부담률 적용)하는 방안이나, ② 노인장기요양보험제도처럼 전체 대상자에게 일정한 정률을 적용하되 저소득 계층은 일부 본인부담금을 감면(차상위 계층은 50% 감면 등)하는 제도 등에 대한 검토가 필요하다. 다만, 이 경우 본인부담금이 현행에 비하여 지나치게 증가하는 것을 방지할 수 있는 상한성 설정 등의 보완책이 필요하다고 하겠다.

7. 서비스 제공기관의 참여 조건

서비스 제공기관의 참여 조건으로서 현행 활동보조기관은 지자체의 공모·심사에 의해 지정을 받아야 사업 수행이 가능하나, 노인장기요양기관은 설치 기준을 갖추고 신고만 하면 가능하도록 되어 있다. 또한 산모·신생, 가사·간병 등 대부분의 사회서비스는 활동보조와 같은 방식이나 사회서비스이용권 관리법(안)에서는 등록 요건을 갖추면 참여가 가능한 내용을 담고 있다.

먼저, 노인장기요양보험제도와 같은 신고제도에서는 제공기관의 참여가 용이하고 경쟁으로 서비스 질 제고가 가능하다는 장점이 있으나, 기관의 난립, 과도한 경쟁 등의 문제점이 있을 수 있고, 특히 노인장기요양보험제도에서는 영리, 비영리 기관 모두 참여가 가능하다. 한편, 활동보조제도에서는 대상자 수에 따른 적정 기관 수가 참여하게 되고, 관리·감독이 가능하다는 장점이 있으나, 일정 범위의 기관만 참여 가능함에 따라 제공기관의 참여 문턱이 높아 진입장벽이 있고, 서비스 질 경쟁이 상대적으로 적어 시장에서의 질관리가 어려운 단점도 있다.

이러한 점을 고려해 볼 때 장애인 장기요양제도에서는 진입장벽이 너무 낮아 제공기관의 난립 및 영세화 등의 문제점이 발생하지 않도록 지침을 마련할 필요가 있다. 따라서 장애인장기요양보장제도에서는 현행 서비스 제공기관 범주 이외의 범위를 확대하는 것은 신중한 검토가 필요하다.

이는 그동안의 시범사업이나 활동보조지원사업의 경우 서비스 제공기관의 부족 등의 인프라 부족문제는 나타나지 않았고, 노인에 비해 제도의 규모가 작기 때문이다. 다만, 본 건은 노인장기요양보험제도에서 서비스 제공기관의 운영실태 파악 및 학계

와 장애인 단체 등의 의견수렴을 거치는 등 신중하게 검토하여 결정할 필요가 있다.

8. 수행체계

1차 시범사업에서 장애인장기요양보장제도는 그 재원을 조세에서 충당하고, 국가와 지방자치단체가 비용을 분담하는 체계로 설계되어 있다. 따라서 시행주체는 국가와 지방자치단체가 된다. 그러나 지방자치단체가 직접 수행하기에는 인력 확보 등 여러 가지 어려움이 예상되어 1차 시범사업에서는 서비스 자격심사와 관리기능을 제 3의 관련전문기관에 위탁하도록 하였다.

예를 들면, 평가판정 업무는 전문성이 요구되는 영역이나 현행 활동보조제도에서는 지자체(보건소)가 담당하고 있어 등급판정에 대한 대상자 관리가 매우 미흡한 실정이다. 민원 등에 의해 등급이 상향 판정되는 관대화 성향이 나타나고 있고, 그 결과 상태에 맞는 서비스 시간이 제공되지 못하고 있는 실정에 있다. 실제로 이번 시범사업에서 장애인활동보조사업 대상자에 대한 지방자치단체의 평가 결과를 양 공단에서 재판정 한 결과 다수의 등급 하향 조정이 발생하는 등 자격심사에 있어서 문제점이 나타났다. 참고로 노인장기요양제도에서는 이러한 기능상태에 대한 평가판정은 국민건강보험공단에서 담당하고 있으며, 1년 마다 재판정하도록 되어 있다.

또한 경기도 이천시의 경우 장애인 장기요양 시범사업 중 실시한 모니터링 결과 장기요양서비스 제공기관의 문제점이 나타남에 따라 서비스 제공기관을 교체하는 등 관련전문기관에 업무를 위탁한 후의 관리운영 성과도 있었다.

따라서 1차 시범사업 후 실시된 평가에서 선정된 전문성을 갖춘 전문기관을 수행기관으로 위탁하여 운영하는 수행체계를 갖출 필요가 있으며, 다만 지방자치단체와 위탁기관과의 관계는 긴밀하게 유지될 수 있도록 하는 방안이 수립되어야 한다. 수행기관은 서비스 수급 자격 및 급여량을 결정하는 등급 판정 업무와 모니터링 및 사후관리의 역할을 보건복지부 및 지자체로부터 위탁 받아 수행하게 된 것이다. 판정과 관련하여 노인장기요양보험처럼 주기적 (예를 들면, 1년 또는 2년 마다)으로 자격심사 등급의 재판정 제도를 도입하는 것이 바람직할 것이다.

9. 서비스 질 관리체계

본 시범사업 기간 동안에 장애인 이용자들은 전문기관으로부터 자격심사를 받고, 전문기관의 심사를 거쳐서 부여된 서비스의 내용과 범위 내에서 지역사회에 있는 제공기관을 선택해서 서비스를 제공받도록 하였다. 따라서 제공기관이 안전하고 일정 수준 이상의 서비스 질을 유지하도록 하는 관리장치가 중요하며, 각 제공기관들에 대한 서비스 정보도 정확한 내용이 손쉽게 이용자들에게 전달되는 것이 중요하다.

그러나 현재의 서비스 체계에서는 이 점에서 취약성이 발견된다. 서비스 제공기관은 지자체로부터 지정을 받으며, 지정의 요건으로 서비스 질에 관련된 기준은 제시되지 못하고 있다. 그리고 지정된 서비스 기관이 안전하고 일정수준의 이상의 서비스를 제공하고 있다는 점을 점검할 수 있는 기준도 마련되어 있지 않다. 따라서 제공기관의 서비스 기준과 관리체계가 수립될 필요가 있다. 우선, 제공기관으로 지정되기 위한 요건으로 서비스와 핵심인력에 관련된 기준들이 개발되어 제시될 필요가 있다. 그리고 지정받은 제공기관이 계속적으로 안전하고 적절한 수준의 서비스를 유지하고 있는지에 대한 점검체계가 만들어질 필요가 있다.

서비스 품질기준이 개발되어 제공기관 지정과정과 정기적인 점검과정에 활용되어야 하며, 이 역할을 지방자치단체에 부여할 것인지, 아니면 전문기관에 부여할 것인지를 명확히 하는 것이 필요하다. 그리고 장기적으로는 품질관리를 전담하는 제 3의 관리 기구를 전국단위로 설립하는 방안도 검토될 필요가 있다. 그리고 지정승인이나 정기적인 점검과정에서 산출된 서비스에 관련된 정보는 홈페이지 등을 통하여 구체적인 내용이 이용자에게 제공되도록 하는 것이 필요하다.

10. 재원조달

장애인장기요양보장제도의 재원 충당을 조세(국고와 지방비)로 하되, 일부 이용자 부담을 주는 것이 바람직하다고 할 수 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. 또한, 보험료 부과·징수의 행정력이 불필요하고, 체납자 급여제외문제가 발생하지 않아 보편적인 적용이 가능하다는 장점이 있어, 스웨덴, 캐나다, 영국, 호주, 일본 등 대부분의 OECD에서는 조세로 장애인 장기요양 문제를 해결하고 있다.

다만, 국가재정에 부담이 되고, 향후 대상자 확대 등 예산 증액에 어려움이 예상되는 단점도 있다. 재정당국 등에서는 제도 확대 요구에 대하여 현실적인 재정 여건 고려를 주장할 수 있다. 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 욕구 해결에 재정적 한계 기능성도 있다. 또한 부족한 재원으로 제도를 운영할 경우 서비스 질 담보에 어려움도 나타날 수 있다.

이러한 단점에도 불구하고 장애인에 대한 국가 책임 및 기존 정책과의 조화, 새로운 장애인 장기요양 보험료 부과에 대한 낮은 수용도 등을 고려하여 조세 방식으로 추진하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

- 경인일보 <http://www.kyeongin.com>에서 11. 9일자
- 경향신문(2008 9. 17.) 노인부양 ‘사회책임’ 공론화. ‘서비스 질’ 숙제. 11면.
- 김경미(2005.11). 장애인의 활동보조서비스 이용 이후의 삶의 변화에 관한 연구-신체적, 심리적, 사회관계적 측면을 중심으로. 한국사회복지학, 제7권 4호 pp.253-274.
- 김용득, 변경희, 임성만, 강희설, 이정호, 장기성, 전권일, 조순주(2007). 장애인거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안. 보건복지부·성공회대학교사회복지연구소.
- 김찬우(2008). 장애인 장기요양 정책 대안과 쟁점. 2008년도 사회복지연구소 춘계 학술 심포지엄 자료집.
- 김찬우 외(2008). 장애인 장기요양보장을 위한 정책 연구. 가톨릭대학교.
- 노인장기요양보험제도 www.longtermcare.or.kr
- 머니컬투데이 (2009. 9. 29)
- 머니컬투데이 (2009. 10. 5)
- 변용찬, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진, 이선우(2006). 2005년도 장애인 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 변용찬, 김성희, 윤상용, 강민희, 이송희, 선우덕, 이수형, 조홍식, 김찬우, 김용득, 정종화(2008). 장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구. 한국보건사회연구원.
- 변용찬 외(2008). 중·장기 장애인복지 발전방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 변용찬(2009). 장애인 장기요양제도 도입방향과 전망. 계간 사회복지, 180호 pp.72-81.

- 변용찬, 김성희, 윤상용, 강민희, 손창균, 최미영, 오혜경(2009). 2008년 장애인실태 조사. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부·성공회대학교 사회복지연구소(2007). 장애인 거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안.
- 보건복지부·성공회대학교 사회복지연구소(2009). 장애인 거주시설 서비스 최저기준 마련을 위한 연구.
- 보건복지부(2007). 2007년 장애인 활동보조지원사업 안내.
- 보건복지부(2007). “요양보호사 및 장기요양기관 인프라 확충 설명회” 자료
- 보건복지부(2008). 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2008). 2008년 장애인 활동보조지원사업 안내.
- 보건복지부(2009). 장애인복지사업안내.
- 보건복지부(2009). 산모신생아도우미 사업지침.
- 보건복지부(2010). 2010년 노인돌봄서비스사업 안내.
- 보건복지부(2010). 2010년 장애인활동보조지침.
- 보건복지부(2010). 장애인복지사업안내.
- 보건복지부(2010). 장애인활동보조지원 사업안내.
- 석재은(2008). 노인장기요양보험제도의 현황과 쟁점. 2008년도 사회복지연구소 춘계 학술심포지엄 자료집.
- 석재은(2008). 노인장기요양보험제도의 도입에 따른 재정방식 및 서비스 전달체계의 변화: 서비스 시장의 형성과 정책과제. 노인장기요양세미나 발표자료(보건복지부 노인장기요양보험 대외협력 T/F)
- 석재은, 임정기 외(2009). 방문요양 수가 및 급여기준 개선방안 연구. 보건복지가족부 한림대산학협력단.
- 세계일보 (2009. 9. 30)
- 송재숙, 정종화(2009). 중증장애인의 활동보조서비스 제공기관별 만족도 비교 연구. 재활복지, 13(1), pp.187-213.
- 연세대학교 사회복지연구소(2008). 장애인 활동보조지원사업 발전방안 연구.
- 윤상용, 최미영(2007). 외국의 장애인활동보조서비스제도 현황과 시사점. 보건복지포

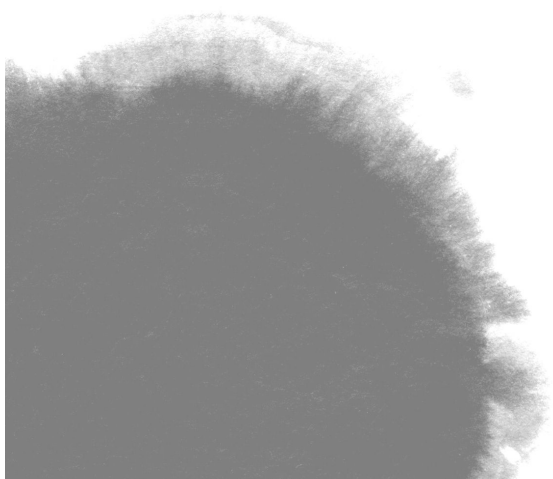
- 럼, 5월호, pp.97-108.
- 이익섭 외(2006. 5. 17). 장애인자립생활(IL)시범사업 평가 및 모델개발 연구 용역 보고서.
- 이익섭, 김경미, 김동기(2007). 활동보조서비스 성과 및 영향요인에 관한 연구. 한국 사회복지학, 59권1호, pp.117-143.
- 장애우권익문제연구소, 한국지역자활센터협회(2008). 장애인 활동보조서비스 질 관리를 위한 교육 방안 연구.
- 장애인장기요양보장제도 시범사업추진단(2009). 장애인장기요양보장제도 시범사업 세부 매뉴얼. 보건복지부.
- 정중화(2003). 장애인 PAS제도 구축을 위한 모델연구. 한국 장애인자립생활의 정착을 위한 정책과제와 방향. pp.15-27.
- 정중화(2006). 한국의 장애인활동보조서비스 제도화 방안 연구. 2006년 한국사회복지학회 추계학술대회 자료집. pp.167-170.
- 정중화, 주숙자(2008). 자립생활과 활동보조서비스. 양서원.
- _____(2008). 장애인장기요양보장제도의 외국사례연구-일본의 장애인자립지원제도를 중심으로. 2008추계 사회복지학회 학술대회 자료집.
- 한국보건사회연구원(2007). 독일·오스트리아 출장보고서.
- 한국사회서비스관리원(2008). 사회서비스 활성화를 위한 품질 및 성과관리체계 구축 방안
- 한국사회서비스관리원 www.socialservice.or.kr
- 해양부, 국가보훈처, 방송통신위원회 관계부처 합동(2008). 장애인정책발전 5개년 계획안. 분야별 세부추진과제 주요내용.
- 相澤興一(2007) 「障害者とその家族が自立するとき-障害者自立支援法批判」 創風社, pp.82.
- 岡部耕典(2006) 「障害者自立支援法とケアの自律 パーソナル・アシスタンスとダイレクトペイメント」 明石書店, pp.128-139.
- 勝又幸子(2007) 「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)、pp.134-135.

- 京極高宣(2006) 「障害者自立支援法の解説」 全国社会福祉協議会、pp.13-14.
- 坂本洋一(2006) 「よくわかる障害者自立支援法」 中央法規出版、pp.13-25
- 佐藤久夫 「リハビリテーション研究1995 年3 月号—特集の趣旨—」 1995 (財) 日本障害者リハビリテーション協会.
- 武川正吾・塩野谷裕一編 『先進諸国の社会保障①イギリス』 1999 東京大学出版会
- 古瀬徹・塩野谷裕一編 『先進諸国の社会保障④ドイツ』 1999 東京大学出版会
- 丸尾直美・塩野谷裕一編 『先進諸国の社会保障⑤スウェーデン』 1999 東京大学出版会
- 藤田伍一・塩野谷裕一編 『先進諸国の社会保障⑦アメリカ』 2000 東京大学出版会
- 日本障害者協議会政策委員会(2006) 障害の法的定義・認定に関する国際比較, 障害の定義・認定ワーキンググループ(アメリカ, オランダ, カナダ, スウェーデン, ノルウェー, デンマーク, イツ, フランス, フィンランド, ベルギー国際比較).
- Adolf D. Ratzka. (1986). *"Independent living and Attendant Care in Sweden: a consumer perspective"* , Institute on Independent living: Stockholm.
- _____(1993). *"Independent Living and our Organizations"* , Institute on Independent Living, Stockholm Sweden.
- _____(2004). *"The Swedish Personal Assistance Act of 1994"* , independent living Institute of Swedish, pp.1-7.
- Batavia, A. I., DeJong, G. and McKnew, L. B. (1991). "Toward a National Personal Assistance Program: The Independent Living Model of Long-Term Care for Persons with Disabilities." *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 16. pp.523 -545.
- Beatty, P., Adams, M., & O'Day, B. (1998). "Virginia's consumer-directed personal assistance services program: A history and evaluation" . *American Rehabilitation*, 24(3), pp.31-35.
- Benjamin,A., R. Matthias, and T. Franke(2000), "Comparing Consumer-directed and agency Models for Providing Supportive Services at Home" , *Health Services Research* 35(1), pp.351-366.

- Benjamin, A. (2001). "Consumer-Directed Services At Home: A New Model For Persons With Disabilities." *Health Affairs*. 20(6). pp.80-95.
- Council of Europe (2000). *Assessing Disability in Europe, Similarities and Differences* [ISBN 92-871-4744-2]
- Department of Health. (2001). *Valuing people: a new strategy for learning disability for the 21st century*.
- European Commission (2003), *Definition of Disability in Europe; A Comparative Analysis*, (http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_en.htm)
- Harder, W. P., Gornick, J. C. and Burt, M. R. (1986). "Adult day care: substitute or supplement?" *The Milbank Quarterly*, 64(3): pp.414-441.
- Hosley, E. M. (1964). "Part-time care: the day care problem". *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 355: pp.56-61.
- Human Resources Development Canada (2003). *Defining Disability: A Complex Issue* (<http://www.hrsdc.gc.ca/en/hip/odi/documents/Definitions/Definitions.pdf>)
- ICDR (Inter agency Committee on Disability Research) (2003). *Federal Statutory Definitions of Disability*. (<http://www.icdr.us/documents/definitions.htm>)
- ODSP (Ontario Disability Support Program) (1993-2003). *Ministry of community and social service*, Ontario Government, Canada.

- LASS (Lagen om Assistansersättning) of 1994 Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade(1993.5.27. No387).
- Lagen om assistansersättning Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

부 록



〈부록 1〉 「장애인장기요양시범사업추진단」 위원 명단

구분	성명	소속 및 직위	구분	비고
민간단장 (1)	조홍식	서울대학교 사회복지학과 교수	학계	총괄운영반 (11)
정부단장 (1)	고경석	보건복지부 장애인정책국장	정부위원	
간사 (2)	최종균	보건복지부 장애인정책과장	정부	
	변용찬	한국보건사회연구원 선임연구위원	연구기관	
위원 (7)	김성희	한국보건사회연구원 부연구위원	연구기관	
	김찬우	가톨릭대학교 사회복지학과 교수	학계	
	김용득	성공회대학교 사회복지학과 교수	학계	
	김 윤	서울대학교 의료관리학과 교수	의학계	
	이승기	성신여자대학교 사회복지학과 교수	학계	
	김동범	한국장애인단체총연맹 사무총장	장애인단체	
	서인환	한국장애인단체총연합회 사무총장	장애인단체	
위원 (29)	석재은	한림대학교 사회복지학과 교수	학계	
	임정기	용인대학교 사회복지학과 교수	학계	
	정종화	삼육대학교 사회복지학과 교수	학계	
	이선우	인제대학교 사회복지학과 교수	학계	
	김문근	을지대학교 사회복지학과 교수	학계	
	권호근	연세대학교 치과대학 교수 (대한치과의사협회)	의학계	
	김현리	충남대학교 간호학과 교수	대한간호협회	
	이일영	RI코리아(아주대학교 재활의학과 교수)	의학계	
	윤경재	서울의료원 재활의학과 과장	의학계	
	이경석	순천향대학교 의과대학 교수	의학계	

구분	성명	소속 및 직위	구분	비고
	김완호	국립재활원 근골격재활학과 과장	의학계	
	서동우	한별정신병원 진료원장	의학계	
	신형익	서울대학교 분당병원 재활의학과 교수	의학계	
	윤상용	한국보건사회연구원 부연구위원	연구기관	
	강민희	한국보건사회연구원 부연구위원	연구기관	
	선우덕	한국보건사회연구원 연구위원	연구기관	
	장기성	한국장애인복지시설협회 정책연구실장	장애인단체	
	최영광	한국장애인복지관협회 사무처장	장애인단체	
	이용복	한국장애인개발원 정책연구실장	장애인단체	
	최광훈	서초장애인자립생활센터 소장	장애인단체	
	박찬오	서울장애인자립생활센터 소장	장애인단체	
	박경석	한국장애인차별철폐연대 집행위원장	장애인단체	
	박홍구	한국장애인자립생활센터협의회 회장	장애인단체	
	정진모	한우리정보문화센터 관장	장애인단체	
	현재룡	국민건강보험공단 요양관리부장	건강보험	
	신동관	국민연금공단 활동지원센터장	국민연금	
	이상철	한국경제인총연합회 사회정책팀장	경제계	
	엄규숙	경희사이버대학교 사회복지학과 교수	참여연대	
	김진수	연세대학교 사회복지학과 교수	경실련	
사무국	이송희	한국보건사회연구원 연구원	연구기관	
	이민경	한국보건사회연구원 선임연구원	연구기관	

〈부록 2〉 2009년 장애인장기요양인정조사표

관리번호	장애인조사 일련번호	시설유형	시설번호	시설 내 장애인 일련번호

[서식 17호]

장애인장기요양인정조사표

(접수일 : 200 . . . 처리기한 15일)

신청구분	<input type="checkbox"/> ① 첫 신청		<input type="checkbox"/> ② 변경신청		<input type="checkbox"/> ③ 이의신청	
신청인	성 명	(남/여)	주민번호			
	주 소				나이	만 세
	전화번호1		전화번호2			
	전원정일	년 월 일	전차버스 등급			
대리신청인	성 명		신청인과의 관계		전화번호	

장애 유형	<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)	
	일 반 항 목	독거 여부	<input type="checkbox"/> ① 독거 <input type="checkbox"/> ② 준독거 <input type="checkbox"/> ③ 동거 가구원 있음 (본인을 포함한 총 가구원수 ____명, 장애인수 ____명)	
동거 여부		<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		
취업 여부		<input type="checkbox"/> ① 예 (직업종류:) <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당		
소득 수준		<input type="checkbox"/> ① 국민기초생활동보조장대 <input type="checkbox"/> ② 차상위 120% 이내 <input type="checkbox"/> ④ 기타() <input type="checkbox"/> ③ 차상위 120% 초과 <input type="checkbox"/> ④ 차상위 300% 초과		
건강 보험		<input type="checkbox"/> ① 미가입 <input type="checkbox"/> ② 건강보험(직장/지역) <input type="checkbox"/> ③ 의료급여(중)		

조사	첫방문	성명1		일시(소요시간)	. . . (분)
	재방문	성명2		일시(소요시간)	. . . (분)
		성명 사유			

인정 등급 및 급여량	장기요양 등급	<input type="checkbox"/> 활동보조등급 : 급 <input type="checkbox"/> 요양등급 : 급 <input type="checkbox"/> 급여량 : 원월	<input type="checkbox"/> 본인부담액 : _____원
	조정등급(독거)	<input type="checkbox"/> 활동보조등급 : 급 <input type="checkbox"/> 요양등급 : 급 <input type="checkbox"/> 급여량 : 원월	
	<input type="checkbox"/> 자체 <input type="checkbox"/> 인정위원회 (위원장 : 연락처 :)		

보 건 복 지 부
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 벗고 입기	<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"> • 도움 없이 혼자서 옷을 옷장에서 꺼내어 입을 수 있다. • 단추를 채우고 지퍼를 올리고 벨트를 채우는 일도 도움 없이 한다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 옷을 꺼내주고 준비해 주면 혼자 갈아입을 수 있다. • 상의(하의)는 도움 없이 입을 수 있으나 하의(상의)를 입을 때 도움이 필요하다. • 상의나, 하의를 입은 후 매번 뒷정리(벨트, 단추, 지퍼, 옷 추스르기)를 하는데 도움이 필요하거나, 옷을 입혀주면 뒷정리를 스스로 할 수 있다. <p>※ 뒷정리란 벨트, 단추, 지퍼, 옷 추스르기를 모두 할 수 있는 것으로서, 뒷정리에 1~2가지만 할 수 있는 대상자는 포함하지 않는다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 지시를 하지 않으면 전혀 옷을 갈아입지 않아 반드시 지시를 해야 한다. • 인지장애가 있는 대상자로 주1회~3회 부적절하게 입어 다시 입혀주어야 한다. • 시각장애가 있어 항상 옷 종류에 따라 동일한 장소에 준비해 주어야 한다. • 옷걸이에 있는 옷은 꺼낼 수 없어 낮은 서랍장에 있는 옷만 입을 수 있다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 부분을 다른 사람의 도움에 의존한다. 다른 사람이 옷을 옷장에서 꺼내주고 입혀 주고 벗겨주어야 한다. • 인지장애가 있는 대상자로 1주일에 4회 이상 옷을 부적절하게 입어 다시 입혀줘야 한다.
1-2. 옷갈아 입기	<p>▶ 옷 입고 벗는 일을 얼마나 잘 하실 수 있습니까? (※ 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>

항목	문항
	<input type="checkbox"/> ④ 혼자서는 옷을 입을 수 없으며 다른 사람이 입혀주어야 한다.
2. 세수하기	<p>▶ 세면대, 화장실, 싱크대 등의 수도를 이용하여 수도꼭지 돌리기, 세숫대야(세면대)에 물 받기, 얼굴 씻기, 수건으로 닦기 등의 행위가 가능한지를 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 위의 행위를 도움 없이 혼자서 할 수 있다. • 평소 물로 세수하지 않는 습관이 있어 물수건을 스스로 준비하여 사용한다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 위의 (일련의) 행위 중 한 가지 이상의 행위를 스스로 할 수 있다. • 세수를 스스로 했더라도 보호자가 부분적으로 다시 닦아 줘야 한다. • 물수건을 준비해주면 스스로 닦을 수 있다. • 지시를 하지 않으면 전혀 세수하지 않아 반드시 지시를 해야만 한다. • 타인의 도움없이 이동이 전혀 불가능하여 세숫대야(세면대)에 물을 받아, 비누, 수건 등을 준비해주면 할 수 있다. • 혼자 세수하도록 할 경우 물장난만 치기 때문에 옆에서 지켜보면서 지시를 해야한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다. • 스스로 세수한 부분을 보호자가 전부 다시 닦아줘야 한다.
3. 양치질하기	<p>▶ 세면대, 화장실, 세면대의 수도를 이용하여 칫솔과 행궁용의 물을 준비하고 치약을 칫솔에 바르는 것, 칫솔질하는 것, 가글하는 것(입안 행구기) 등의 행위가 가능한지를 평가하는 항목이다. 틀니를 사용하는 경우에는 틀니를 빼고, 씻고, 행구는 행위, 치아가 없고 틀니도 사용하지 않는 경우에 한하여, 가글액을 준비하고 가글한 후 뒤처리하는 행위를 포함</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 위의 (일련의) 행위를 도움 없이 혼자서 할 수 있다. • 틀니를 빼고, 씻고, 행구는 행위를 도움 없이 혼자 할 수 있다. • 치아가 없고 틀니도 사용하지 않아 가글액을 준비하고 가글한 후 뒤처리를 스스로 할 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 위의 (일련의) 행위 중 한 가지 이상의 행위를 스스로 할 수 있다. • 스스로 양치를 하거나 치아나 틀니가 없어 가글을 했더라도 깨끗하게 할 수 없어 부분적으로 보호자가 다시 닦아줘야 한다. • 지시를 하지 않으면 전혀 하지 않아 계속 지시를 해야만 한다. • 타인의 도움없이 이동이 전혀 불가능하여 치약, 칫솔, 양치컵 등을 준비해주면 스스로 할 수 있다.

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> • 틀니를 닦을 수는 없지만 넣고 빼는 행위는 가능하다. <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 양치질 또는 틀니 청결유지, 가글하기의 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다. • 스스로 양치한 부분을 보호자가 모두 다시 닦아줘야 한다. • 양치질 준비 및 칫솔질을 다른 사람이 해준 후 입에 행궁용 물을 넣어주면, 가글(입안 행구기) 한 후 물을 뱉어내는 것만 가능하다.
4-1. 목욕하기	<p>▶ 욕조에 들어가지 않고 샤워 등이 가능한지를 평가하는 항목</p> <input type="checkbox"/> ① 완전 자립 <ul style="list-style-type: none"> • 스스로 몸에 비누칠하기하기와 샤워를 할 수 있다. • 평소 욕조 목욕을 하는 경우는 혼자서 욕조에 들어가고 나올 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 위의 (일련의) 행위 중 한 가지 이상의 행위를 스스로 할 수 있다. • 샤워(물뿌리기)는 혼자하나, 몸에 비누칠하기는 혼자하지 못한다. • 몸의 일부(등밀기 제외)를 닦을 때만 도움이 필요하다. • 지시를 하지 않으면 전혀 목욕하지 않아서 반드시 지시를 해야한다. • 타인의 도움없이 이동이 전혀 불가능하여 욕실까지 데려다 주거나, 준비를 해주면 스스로 할 수 있다. <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 목욕을 할 때 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다.
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"> • 음식을 차려주면 도움 없이 식사할 수 있다. • 젓가락을 사용하지 못해도 포크나 숟가락을 사용하여 스스로 식사할 수 있다.

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> 경관영양(튜브급식)을 하고 있으며, 스스로 준비, 주입, 뒤통리가 가능하다. <p>□② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 시각장애자로 식사하는 동안 반찬의 종류와 배열을 알려주거나 항상 동일한 위치에 동일한 종류의 음식을 준비해주어야 식사할 수 있다. 타인의 식사를 먹지 않도록 지켜보거나 손으로 식사하지 않도록 지켜보아야 한다. 손가락으로 밥은 먹지만 반찬은 집을 수 없어 반찬을 집어줘야 한다. 시아결손·인지장애등으로 반찬을 집어주어야 한다. <ul style="list-style-type: none"> 평소 반찬을 먹지 않는 습관이 있는 대상자는 포함하지 않는다. 경관영양(튜브급식)을 하고 있으며 준비, 주입, 뒤통리 하는 과정에 일부 도움이 필요하다. 지시를 하지 않으면 전혀 식사하지 않아 반드시 지시를 해야 한다. 연하곤란이 있어 음식을 잘게 잘라서 준비해주고 옆에서 지켜보아야 한다. <ul style="list-style-type: none"> 저작 곤란, 보호자의 편의 등으로 음식을 잘게 잘라 준비해주는 것은 포함하지 않는다. 기력저하 등으로 죽을 손가락으로 떠먹는 것은 가능하나 죽 이외의 식사는 할 수 없다. <ul style="list-style-type: none"> 단순히 위장장애 등으로 죽을 선호하여 먹는 경우는 포함하지 않는다. 손떨림이 심하여 반찬 등을 잘게 다져서 손가락으로 떠먹을 수 있도록 준비해주어야 식사할 수 있다. <p>□③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 식사할 모든 부분에 도움이 필요하다. 손가락이나 포크를 사용해도 음식을 대부분 흘려 먹여주어야 한다. 손가락, 젓가락, 포크를 사용한 식사가 불가능하고 음료형식의 음식을 빨대로 마시는 것만 가능하다.
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>□① 아무런 도움 없이 식사할 수 있다.</p> <p>□② 식사하는 방법을 약간 알려주거나 해야 할 때를 알려주는 것이 필요하다.</p> <p>□③ 젓가락으로 반찬을 집거나, 음식을 자르거나, 빵에 잼을 바르는 일에 도움이 필요하다.</p> <p>□④ 밥을 떠먹거나, 음식물로 인해 호흡곤란이 발생하지 않도록 다른 사람의 도움이 필요하다.</p>

항목	문항
	<input type="checkbox"/> ⑤ 식사하는 데 전적으로 타인의 도움이 필요하다(정맥, 튜브 영양공급 포함).
6. 체위변경하기	<p>▶ 타인의 도움없이 체위를 변경하는 행위(제대로 눕기, 옆드리기, 옆으로 돌아눕기 등의 행위)가 가능한지 보는 항목</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> 타인의 도움 없이 체위를 변경할 수 있다. ※ 척추후만증, 통증 등으로 제대로 누운 자세를 할 수 없으나 좌/우 체위변경이 도움없이 가능한 경우도 포함한다. 평소에 무리 없이 무엇인가 붙잡고 체위를 변경할 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 평소 무엇인가 붙잡고 체위를 바꾸나, 체위를 유지하기 위해 베개 등으로 지지해 줘야 한다. 한 가지 체위만 바꿀 수 있어 다른 체위로 변경할 경우 도움이 필요하다. 할 때도 있고 못할 때도 있어 규칙적으로 보호자가 체위변경여부를 확인해야 한다. 옆드리기 체위를 하였으나 다른 체위로의 변경이 불가능하여 도와줘야 한다. 지시를 하지 않으면 전혀 하지 않아 계속 지시해야 한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 모든 체위를 혼자 바꿀 수 없어 보호자가 바뀌줘야 한다.
7-1. 일어나 앉기 (일어나 앉아 있기)	<p>▶ 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉을 수 있는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> 누운 상태에서 도움 없이 혼자서 일어나 앉을 수 있다. 무엇인가를 붙잡고 무리 없이 혼자 일어나 앉을 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 무엇인가 붙잡고 혼자 상반신을 일으킬 수 있으나 베개 등으로 지지해주지 않으면 완전히 일어나 앉을 수 없다. 무엇인가 붙잡고 혼자 일어났으나 베개 등으로 지지해주지 않으면 전혀 앉아 있을 수 없다. 손, 어깨 등을 잡아 지지를 해주면 일어나 앉을 수 있다. 지시를 하지 않으면 전혀 일어나 앉으려고 하지 않아 반드시 지시를 해야만 한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 전적으로 보호자에게 의지해야만 일어나 앉을 수 있다. 전적으로 보호자가 일으켜주면 앉아 있는 것이 가능하다 경직, 운동장애 등으로 누운 자세와 서 있는 자세밖에 할 수 없다.
7-2. 침실에 서 이동하기	▶ 잠자리에서 일어나고 침실(대)에서 돌아다니는 활동을 얼마나 잘 할 수 있습니까?

항목	문항
	<input type="checkbox"/> ① 잠자리에 드는 데 다른 사람의 도움이 필요 없다. <input type="checkbox"/> ② 잠자리나 침대에서 일어나는 데 때때로 다른 사람의 도움이 필요하다. <input type="checkbox"/> ③ 잠자리나 침대에서 일어나는 데 항상 다른 사람의 도움이 필요하다. <input type="checkbox"/> ④ 자세를 바꾸거나 돌아앉는 데 항상 다른 사람의 도움이 필요하다.
8-1. 옮겨 앉기	<p>▶ 침상을 벗어나 방안에서 스스로 이동할 수 있는지, 의자나 침대 등에 오르고 내릴 수 있는 지를 보는 항목</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 도움 없이 침상을 벗어날 수 있으며, 방안에서의 이동이 자유롭다. • 기어서라도 도움 없이 침상을 벗어나 방안에서 이동할 수 있다. • 의자나 침대 등에 오르고 내리는 행동도 도움 없이 할 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의자나, 침대 등에 오르고 내릴 때만 도움을 받고 그 후의 이동은 자유롭다. • 다른 사람의 부축이 있어야 이동할 수 있다. • 지시를 하지 않으면 전혀 하지 않아 계속 지시하고 지켜봐야 한다. • 휠체어에 의해서만 이동이 가능한데, 휠체어 위에 스스로 앉을 수 있다. <p>(단, 휠체어 이외 보행보조기, 지팡이 등 다른 이동수단이 있을 경우는 제외)</p> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 운동장애나 경직 등으로 앉을 수 없다. • 방안에서의 이동도 모든 부분에 도움이 필요하다. • 휠체어에 의해서만 이동이 가능하고 휠체어에도 옮겨 앉혀주어야 한다. <p>(단, 휠체어 이외 보행보조기, 지팡이 등 다른 이동수단이 있을 경우는 제외)</p>
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 시설내에서의 이동)	<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"> • 도움 없이 스스로 이동할 수 있다.

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> • 스스로 휠체어에 오르고 내릴 수 있고, 휠체어를 이용하여 이동할 수 있다. • 보장구·보조구를 착용하여 스스로 이동할 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 보장구·보조구를 착용하여 이동이 가능하나, 문턱 등을 이동할 때는 부분적으로 도움이 필요하다. • 휠체어에 앉혀주면, 휠체어를 이용하여 스스로 이동할 수 있다. • 지시를 하지 않으면 전혀 하지 않아서 계속 지시하고 지켜봐야 한다. • 보장구·보조구를 이용하나, 보행보조기를 옆에서 잡아주건, 보행시 손을 잡아주어야 한다. <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 스스로 이동이 불가능 하다. • 의료상 필요로 이동을 금지하고 있다. • 보장구·보조구를 이용하지 못하고 꼭 다른 사람의 부축을 전적으로 받아야만 이동할 수 있다.
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 걸거나, 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"> • 도움 없이 혼자서 화장실에서 대소변을 본 후 닦고 옷을 입을 수 있다. • 이동식 좌변기 또는 요강 등(와상 대상자용 간이 소변기 및 대변기 제외)을 사용하고 변기를 혼자서 비울 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> • 화장실까지 이동, 변기 위에 앉는 동작, 대소변 후에 닦는 동작, 대소변 후에 옷을 입는 동작, 휴대용 변기를 비우는 동작 중 한 가지 이상의 행위를 스스로 할 수 있다. • 인지기능, 행동변화로 인해 화장실 사용하는 동안 지켜보기가 필요

항목	문항
	<p>하다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 지시를 하지 않으면, 전혀 화장실을 사용하지 않아 반드시 지시를 해야한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 도움을 받아도 화장실에 가지 못하거나 휴대용 변기도 사용하지 못한다. 화장실을 가더라도 모든 부분에 도움이 필요하다.
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"> 대변을 스스로 가릴 수 있다. 화장실 이용을 못하더라도 변의를 느껴 침대위에서 와상 환자용 간이 대변기에 대변을 볼 수 있다. 부착한 인공항문을 스스로 관리 할 수 있다. 변비가 있어 주기적으로 관장(관장액, 관장약, 손가락 관장 모두 포함)을 직접 시행한다. 변의가 없더라도 규칙적으로 배변을 시도하여 배변을 할 수 있다. 인지장애가 있어 지시를 통해 전혀 실수하지 않고 대변을 조절할 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 대변을 스스로 조절하고 있으나 항상은 아니지만 주 1회 이상 실수를 한다. 인공항문 주머니 부착 준비, 뒤통리에 일부 도움이 필요하다. 변실금이 가끔 있어 항상 성인용 기저귀를 사용하고 있다. 변비가 있어 2주에 1~2회 정도 관장을 시행하고 있으며, 관장 액 삽입 시 도움이 필요하다. 인지장애가 있어 지시를 해도 주1회 정도 실수를 한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> 대변을 조절하지 못해 항상 성인용 기저귀를 사용한다. 인공항문을 하고 있으며 준비, 뒤통리 등 모두 도움이 필요하다. 변실금이 매일 있어 성인용 기저귀나 패드를 사용하고 있다. 변비가 있어 규칙적으로 매번 관장을 시행하고 있으며, 관장 액 삽입 시 도움이 필요하다. 인지장애가 있어 지시를 해도 전혀 대변을 조절할 수 없다.

항목	문항
12. 소변 조절하기	<p>▶ 소변을 스스로 참거나 조절하는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 소변을 지리거나 흘리지 않고 스스로 조절할 수 있다. • 인공요루(인공소변구멍)(Urostomy), 인공도뇨를 하고 있지만 스스로 관리할 수 있다. • 화장실을 가지 못하더라도 요의를 느껴 와상 환자용 간이 대소변기에 소변을 볼 수 있다. • 인지장애가 있어 지시를 통해 소변을 실수하지 않고 조절할 수 있다. <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 소변을 스스로 가리기도 하나 항상은 아니지만 하루 1회 이상 실수를 한다. • 요실금이 가끔 있어 항상 성인용 기저귀나 패드를 사용한다. • 인공요루(인공소변구멍), 인공도뇨를 하고 있으며 관리하는데 일부 도움이 필요하다. • 인지장애가 있어 지시를 해도 하루 1회 이상 실수를 한다. <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> • 소변조절이 불가능(요실금)하여 항상 성인용 기저귀를 착용하여야 한다. • 간호사나, 보호자가 정기적 도뇨를 시행하고 있다. • 요실금이 심해 항상 성인용 기저귀나 패드를 사용한다. • 인공요루(인공소변구멍), 인공도뇨를 하고 있으며 관리하는데 대부분 혹은 전적으로 도움이 필요하다. • 인지장애가 있어 지시를 해도 소변조절이 불가능하다.

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 조연 : 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 조연 : 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(쇼핑)	<p>▶ 사고 싶은 물건을 사려고 상점에 갔을 때 다른 사람의 도움 없이 혼자서 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 사다 주어야 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>

항목	문항
	<input type="checkbox"/> ③ 많은 도움과 지속적인 조언이 필요하다. <input type="checkbox"/> ④ 전혀 할 수 없다.
5. 빨래하기	<p>▶ 빨래(손으로 직접 하거나 세탁기를 이용하든 상관없이)를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다.(세탁기를 이용해 빨래하는 경우도 해당) <input type="checkbox"/> ② 타인의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (큰 빨래는 못해도 속옷이나 양말 정도는 빨 수 있거나, 빨래는 하지만 널 수 없는 경우) <input type="checkbox"/> ③ 빨래를 할 수 없어서 전적으로 다른 사람의 도움에 의존한다.
6. 약 챙겨 먹기	<p>▶ 약을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 잘 챙겨 드십니까?</p> <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (제 시간에 필요한 용량을 혼자 챙겨 먹을 수 있다.) <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	<p>▶ 용돈이나 통장, 재산관리 같은 금전관리를 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 타인의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (용돈 정도의 금전 관리는 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	<p>▶ 버스나 전철, 택시 혹은 승용차 등을 타고 외출할 때, 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? 또는 직접 운전을 하고 다니십니까?</p> <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	<p>▶ 단기 기억의 장애를 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 아래의 질의응답 방법에 따라 3가지 모두 기억하는지 확인한다. <ol style="list-style-type: none"> ① “나무, 자동차, 모자” 3가지 단어를 말해준 후 바로 “방금 말씀드린 3가지가 무엇인가요?”라고 질문한다. ② 대상자가 3가지 모두 기억하는지 확인한다. <ul style="list-style-type: none"> ※ 대상자가 기억하지 못할 경우 ①, ② 단계를 6회까지 반복할 수 있다. ※ 6회 반복한 후에도 3가지 단어를 기억하지 못할 경우 「예」라고 판단한다. ③ “5분 후에 물어볼테니 기억하세요”라고 말해준다. ④ 5분경과 후, 3가지 단어를 모두 기억하는지 확인한다. • 질의응답 형식의 조사가 불가능할 경우는 대상자 주변의 물건 3가지를 보여준 후 원래 있던 장소가 아닌 다른 곳에 물건을 두는 것을 보여줍니다. 5분 후 3가지 물건의 장소를 모두 기억하는지 확인한다. (손가락 등으로 물건의 장소를 가리키는 것도 무방하다) <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
2.오늘이 몇 월 며칠인지 모른다	<p>▶ 시간에 대한 지남력을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 질문을 하기 전 주변에 달력, 시계, 핸드폰 등 날짜를 알려주는 물건을 치운다. • 대상자에게 오늘이 몇 월 며칠인지 조사자가 직접 물어본다. • 답한 날짜가 정확한 날짜의 ±5일 이내에 속할 경우에 한하여, 「아니오」로 판단한다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
3.자신이 있는 장소를 알지 못한다	<p>▶ 장소에 대한 지남력을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상자에게 현재 있는 장소가 어디이며, 무엇을 하는 공간인지 질문하여 두 가지 모두 알고 있는지 여부로 판단한다. <ul style="list-style-type: none"> - 「있는 장소」: <ol style="list-style-type: none"> ① 대상자의 집인 경우 : 주소와 구체적인 공간 (방, 거실, 욕실 등) ② 시설입소자의 경우 : 시설의 주소와 구체적인 공간(방, 거실, 식당, 면회실 등) - 재가 대상자의 주소는 ○○시와 ○○동, 시설 입소자의 경우 ○○시와 시설명을 말한다. - 아파트에 거주하는 대상자일 경우, ○○동 ○○호 중 ○○동까지 아는지 확인한다. - 대상자가 최근 거주지가 바뀌었다면 최근까지 거주하였던 지역의

항 목	증상여부
	<p>시, 동을 알고 있는지 확인한다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>
4. 자신의 나 이나 생년 월일을 모 른다	<p>▶ 장기기억을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상자에게 나이와 생일을 확인하여 나이와 생일을 모두 알고 있는지 확인한다. <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>
5. 지시를 이 해하지 못 한다	<p>▶ 지시내용에 대한 이해능력의 장애여부를 묻는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상자에게 아래의 3가지 질문 중 1가지 지시만 선택하여 실행하는 지 확인하여 판단한다. <ul style="list-style-type: none"> ① “원손을 머리 위에 얹고 눈을 감은 후 고개를 끄덕여보세요” ② 볼펜을 대상자의 앞에 놓고 “볼펜을 왼손으로 집어서 오른손으로 옮긴 후 저에게 주세요” ③ 종이를 한 장 주면서 “이 종이를 오른손으로 받아서 반으로 접어 무릎위에 얹어 놓으세요.” 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. <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>
6. 주어진 상 황에 대한 판 단 력 이 떨어져 있 다	<p>▶ 일정한 상황에서의 판단력에 대한 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상자에게 아래의 상황에 대한 질문을 한 후 적절한 대답을 하는지 확인하여 판단한다. 예시된 답과 다른 대답을 한 경우에는 상황 판단력이 없는 것이다. <p>※ 상황질문</p> <p>"만일 외출하였다가 집으로 돌아오는 도중 길을 잃어버리면 어떻게 하시겠습니까?"</p> <p>답 : 경찰서를 찾아가서 도움을 청한다./지나가는 사람에게 도움을 청한다./택시를 타고 집으로 돌아온다./가족들에게 전화를 걸어서 자신을 집으로 데려가 달라고 한다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>
7. 의사소통 이나 전달 에 장애가 있다	<p>▶ 상대방의 말을 이해하고, 자신의 의사를 전달하는 능력을 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> 적절한 단어를 찾는데 어려움을 느낀다. 상대방의 말은 알아듣는 것 같으나 말로 표현하지는 못한다.

항 목	증상여부
	<ul style="list-style-type: none"> 말은 유창하게 하는 것 같으나 이치에 맞지 않거나 문법 등이 틀려 무슨 말을 하는지 알아듣기가 어렵다. <p> <input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오 </p>

[4] 행동변화 영역

※ 최근 한 달간의 상황을 종합하여 장애인이 보였던 증상에 ✓표 해 주십시오.

항 목	증상여부
1. 사 람 들 이 무엇을 흥 쳤다고 믿 거나 자기 를 해하려 한다고 잘 못 믿고 있다	<p>▶ 망상을 검사하는 항목이다. (망상은 사실이 아니면서 아무리 설득을 하여도 변하지 않는 굳은 신념을 말한다.)</p> <p>※ 망상의 진단기준을 참고하여 다음에 명시된 표현 등을 하는지 관찰하거나 알아본다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 사람들이 물건을 훔쳐간다. 자신을 해치려 한다. 가족을 다른 사람이라고 믿는다. 가족들이 자신을 버리려고 한다. 배우자가 바람을 피운다. 모르는 사람들이 자신의 집에 와있다 음식에 독이 들었다 <p> <input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오 </p>
2.헛것을 보거 나 듣는다	<p>▶ 환각을 검사하는 항목이다. (환각이란 아무런 외부의 자극이 없는데 무엇을 보거나 듣는 것을 말한다. 드물게는 다른 감각 기능과 관련된 환각도 있어 냄새를 맡거나 맛을 느끼거나 피부 감각을 느끼고 실제로 그러하다고 믿는다.)</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상자가 환각을 표현하는지를 알아본다. 환상이나 환청을 보거나 듣는 듯 한 행동(예를 들어 허공을 손으로 쫓는 행동)도 포함한다. <p> <input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오 </p>
3.슬퍼 보이거 나 기분이 쳐져 있으며 때로 울기도 한다	<p>▶ 우울증을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> 대상자의 감정 상태에 대한 객관적인 관찰과 주관적인 호소, 동반하는 신체 증상을 다음과 같이 나타낼 경우 우울증이 있는 것으로 판단한다. 우울증은 다음의 3가지 증상이 1개월 이내 2주 이상 지속될 경우에 한한다.

항 목	증상여부
	① 외양상 기분이 슬프고 우울해보이며 몸이 처지고 동작도 둔해 보인다. ② 본인 스스로 의욕이 없고 만사가 귀찮고 이렇게 살아서 무엇하나 하는 비관적인 생각이 든다. ③ 불면증이나 식욕부진 등 신체 증상을 호소한다. ※ 외양상 기분이 슬프고 본인 스스로 의욕이 없더라도 신체 증상의 호소가 없는 경우는 우울증에 해당하지 않는다. <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
4.밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 낮에 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 설친다	▶ 야간 불면증이 며칠간 지속되거나 명확하게 밤낮이 바뀌는 현상으로 문제행동으로서의 불면증을 검사하는 항목 • 불면증으로 인해 다음의 조건을 모두 충족할 경우에 한하여 「예」라고 판단한다. ① 잠을 자지 못하는 것으로 인해 본인 스스로 일상생활에 지장이 있다. ② 잠을 자지 않으면서 문제행동을 일으키며 타인의 일상생활에도 지장을 초래한다. <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
5.주위사람들이 도와주려 할 때도 도와주는 것에 저항한다	▶ 거부증을 검사하는 항목 ※ 다음과 같은 행동이 있는지 알아본다. • 뚜렷한 이유없이 옷을 입거나 세수나 목욕하는 행동을 도와주려할 때 화를 내며 이를 거부한다. <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
6.한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다 갔다 하며 안절부절 못한다	▶ 몹시 초조하고 불안하여 어쩔줄 몰라하며, 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리는 증상이 있는지 검사하는 항목 • 대상자가 불안해하며, 서성거리는 증상이 있는지 관찰하거나 알아본다. • 때로 대상자는 손을 비비거나 이리 저리 왔다 갔다 하며 서성거리거나 담배를 연속 피우는 등의 행동을 보인다. 손이 떨리거나 식은땀을 흘릴 수 있다. • 서성거리지 않더라도 불안, 초조한 증상을 보인다. <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오

항 목	증상여부
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"> • 외출 시 목적지를 찾지 못하거나 다시 돌아오지 못해 보호자가 항상 동행해야 한다. • 예전에는 잘 이용하던 길을 잃어버린다. • 거실이나 주방에서 나와서 방으로 돌아오지 못하는 경우도 포함한다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
8.화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다	<p>▶ 공격성에 대해 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상자가 맘에 들지 않으면 화를 내고 욕을 하며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다. ※ 폭언은 상대방을 향해 고함치기, 욕하기, 알아들을 수 없는 말을 반복하거나 무의미한 소음 등을 말하며, 폭행은 신체적 폭력으로 치기, 물기, 차기, 꼬집기, 손으로 남을 때리기 등의 행위 등을 보인다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
9.혼자 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다	<p>▶ 명백한 배회 증상을 평가하는 항목으로 혼자 밖에 나가려고 하여 보호자가 눈을 떼지 못하는 경우를 말함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혼자 문을 열고 밖에 나가려고 하여 계속 감시해야 한다. • 환경상의 조건 (건물 내에서 모든 서비스를 이용하거나 주위가 훤히 보이는 베란다 등)으로 밖에 나가는 일이 없거나 걸을 수 없는 경우 등은 포함하지 않는다. • 혼자 문을 열고 밖으로 나가려고 하여 항상 문을 잠가 놓지만 출입구를 찾기 위해 이방 저방 돌아다니는 경우 등은 포함한다. • 문을 열고 밖으로 나가려하지 않더라도 하루의 대부분의 시간을 계속 배회하는 경우는 포함한다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
10.물건이나 옷을 망가뜨리거나 부순다	<p>▶ 파괴적 행동을 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상자가 정서적으로 흥분한 상태에서 물건을 부수어서 망가뜨린다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
11.의미 없는 행동을 반복	<p>▶ 의미 없는 행동들을 반복하거나 부적절한 행동을 하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대상자가 아무 이유 없이 습관적으로 침 뱉기, 보따리를 찢다가 풀

항 목	증상여부
<p>하거나 부적절한 행동을 한다</p>	<p>기, 옷 입었다 벗기 서랍 열었다가 닫기, 수건을 접었다가 펴기와 같이 의미 없는 행동을 반복한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 특별한 대상이 없음에도 하루 종일 중얼거리며 욕하기, 같은 말을 하루종일 반복하기, 지속적인 소음내기, 손뼉치기 등의 행동을 반복한다. • 또는 부적절한 곳에 물건을 두거나 숨긴다. 예를 들면 쓰레기통에 옷을 넣거나, 빈 접시를 전자레인지에 넣는 부적절한 행동을 한다. <ul style="list-style-type: none"> - 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</p>
<p>12.돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다</p>	<p>▶ 본인의 소유인지 타인의 소유인지 인지하지 못하나 돈, 물건 등을 모두 자신의 소유로 인식하고 감추는 행동을 말함</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인의 소유인지 타인의 소유인지 인지하지 못하고 숨기는 경우도 포함한다. • 타인의 소유임을 명확히 인지하고 자신의 재산증식을 목적으로 숨기는 경우는 포함하지 않는다. 즉 도박이 있어 의도적으로 숨기는 것은 포함하지 않는다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
<p>13.옷을 부적절하게 입는다</p>	<p>▶ 여름에 겨울옷을 입는 등 계절에 맞지 않는 옷을 입거나 옷의 입는 순서를 바꾸어 입거나 옷의 앞뒤를 구별하지 못하는 경우를 말함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 여름에 겨울옷을 입는 등 계절에 맞지 않는 옷을 입거나 속옷 바깥으로 공공장소에 나가려 하는 등 장소에 적절치 않는 옷을 입는다. • 옷을 뒤집어 입거나 거꾸로 입는 경우, 속옷을 바깥으로 순서를 바꾸어 입는 경우를 포함한다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
<p>14.대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다</p>	<p>▶ 대변이나 소변을 가지고 부적절한 행동을 하는 경우를 말함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자신의 배설물이나 타인의 배설물을 주물럭거리거나 벽에 바르는 행위, 먹는 행위, 화장실 변기를 손으로 휘휘 젖는 행위 등이 이에 해당한다. <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>

5 간호 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당란에 ✓표 해 주십시오.

항 목	증상유무
1. 기관(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> <p>• 기관(숨관)이 절개된 대상자에 대하여 내관의 교환, 관의 입구(개구부) 소독, 고정끈의 교환, 내관을 통한 가래흡인(빨기) 등의 처치가 제공되는지 여부를 파악한다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 있다 <input type="checkbox"/>② 없다</p>
2. 흡인 (가래 빨아내기)	<p>▶ 구강, 비강 및 기도내 분비물을 카테터를 삽입해 제거하는 것을 말함.</p> <p>• 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.</p> <p><input type="checkbox"/>① 있다 <input type="checkbox"/>② 없다</p>
3. 산소요법	<p>▶ 호흡기능을 유지하거나 호흡을 편안하게 할 수 있도록 하기 위해 간헐적 또는 지속적으로 산소를 제공하는 것을 말함.</p> <p>• 흉부팽창이 잘 안되는 대상자, 즉 흉부수술 대상자, 폐쇄성 폐질환 대상자, 만성호흡기 질환 등을 가진 대상자에게 필요시 간헐적 또는 지속적 산소요법이 제공되고 있는지 여부를 평가한다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 있다 <input type="checkbox"/>② 없다</p>
4. 욕창간호	<p>▶ 거동이 불편한 대상자의 경우 계속적인 압력을 받는 부위의 피부상태와 순환기능을 관찰하며, 욕창부위의 소독 및 건조, 분비물이나 대소변 배설 후 피부를 깨끗하고 청결하게 유지하도록 하는 것</p> <p>• 욕창의 크기나 정도는 상관없다.</p> <p>• 보호자에 의한 욕창간호(욕창관리)도 포함한다.</p> <p>• 욕창이 있으나 아무런 처치도 받지 못한 경우도 포함 한다.</p> <p>• 당뇨가 있고 발에 상처가 있어 치료를 받는 경우(당뇨발 간호)도 포함한다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 있다 <input type="checkbox"/>② 없다</p>
5.경관영양(투브급식)	<p>▶ 입으로 음식을 섭취할 수 없는 환자에게 적절한 영양 및 투약을 하기 위하여 인공관을 위내로 삽입해 음식물이나 약물을 주입하는 것을 말함.</p>

항 목	증상유무
	<ul style="list-style-type: none"> • 위와 연결된 인공관을 통해 정기적으로 음식물이나 약물을 주입하고 있는 경우 <p><input type="checkbox"/>① 있다</p> <p><input type="checkbox"/>② 없다</p>
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"> • 급성 통증: 진단 과정이나 항암 치료 과정(수술 후, 항암화학요법, 방사선 치료)에서 발생하는 경우에 해당되며, 이로 인해 약으로 통증을 조절하는 경우 • 만성 통증: 암으로 인한 통증이 3개월 이상 지속되는 경우이며, 이로 인해 약으로 통증을 조절하는 경우 • 말기 통증: 급성 및 만성 통증의 특성을 다 나타내는데, 주로 말기 암 환자의 경우에 해당되며, 이로 인해 약으로 통증을 조절하는 경우 <p><input type="checkbox"/>① 있다</p> <p><input type="checkbox"/>② 없다</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"> • 필요에 따라 도뇨관(오줌줄)을 삽입하거나, 장기적으로 삽입하고 있거나 따른 구멍(개구부)을 통해 카테터를 삽입하여 소변을 배출하고 있는 상태. • 도뇨관을 삽입하지 않았으나, 콘돔카테터를 통해 소변을 배출하고 있는 상태. <p><input type="checkbox"/>① 있다</p> <p><input type="checkbox"/>② 없다</p>
8.장루(인공항문) 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"> • 장루(인공항문) 및 요루가 있는지를 관찰한다. 장루(인공항문) 및 요루를 통해 배변이 이루어지고 있는지 여부에 따라 판단한다. • 장루(인공항문)란 직장이나 대장, 소장 등의 질병으로 인해 대변 배설에 어려움이 있을 때 복벽을 통해 체외로 대변을 배설시키기 위하여 만든 구멍을 말한다. • 요루란 요관 등의 질병으로 인해 소변 배설에 어려움이 있을 때 복벽을 통해 체외로 소변을 배설시키기 위해 만든 구멍을 말한다. • 장루(인공항문) 및 요루에는 항문의 괄약근 조절능력과 소변 배출 능력이 없어 대변 및 소변이 수시로 배출되므로 부착물을 이용하여 관리한다.

항 목	증상유무
	<input type="checkbox"/> ① 있다 <input type="checkbox"/> ② 없다
9. 투석간호	<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"> • 복막 투석 <ul style="list-style-type: none"> - 복부에 복막투석을 위한 도관 삽입 부위가 있으며 일상적으로 복막투석을 하는 경우를 말한다. • 혈액 투석 <ul style="list-style-type: none"> - 환자의 팔에 혈액 투석을 위한 혈관이식 부위가 있으며, 주기적으로 혈액 투석을 하는 경우를 말한다. <input type="checkbox"/> ① 있다 <input type="checkbox"/> ② 없다

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 수리적인 운동능력이 저하 또는 소실한 상황을 말함.

▶ 【상지(팔)】

가. 운동 장애 없음

- 앉은 자세 혹은 기립 자세에서 견관절을 90도 굴곡한 상태에서 10초간 유지할 수 있다.
- 앉은 자세 혹은 기립 자세가 불가능할 경우 누운 자세에서 견관절을 45도 굴곡한 상태에서 10초간 유지할 수 있다.

나. 불완전 운동 장애

- 상지(팔)가 움직이되, 90도까지 올리지 못하거나 10초간 유지할 수 없다.
- 스스로 상지(팔)를 들어 올리지 못하지만, 조사자가 대상자의 상지(팔)를 90도까지 올려주면 10초간 유지할 수 있다.
- 상지(팔)를 움직여 90도까지 올렸으나, 자세가 유지되지 못하고 계속 위아래로 흔들린다.
- 상지(팔)를 완전히 편 상태에서 들어올리지 못하고 팔꿈치가 구부러진 상태에서 90도 굴곡하여 10초간 유지할 수 있으며, 상지(팔)을 완전히 펴보도록 하면 자세 유지가 어렵다.
 - ※ 단, 관절제한이 있어 팔꿈치 관절이 구부러진 경우는 포함하지 않는다.
 - ※ 대상자가 팔꿈치가 구부러진 상태에서 상지(팔)을 들면 반드시 완전히 상지(팔)을 펴보도록 지시하여 확인하고 판단한다.

다. 완전 운동 장애

- 상지(팔)가 전혀 움직이지 않거나 혹은 꿈틀거리기는 하나 중력에 반하여 상지

(팔) 전체를 들어 올리지 못한다.	
항 목	운동장애 정도
1. 우측상지	<input type="checkbox"/> ① 운동장애 없음 <input type="checkbox"/> ② 불완전운동장애 <input type="checkbox"/> ③ 완전운동장애
2. 좌측상지	<input type="checkbox"/> ① 운동장애 없음 <input type="checkbox"/> ② 불완전운동장애 <input type="checkbox"/> ③ 완전운동장애

▶ 【하지(다리)】

가. 운동 장애 없음

- 천정을 보고 누운 자세에서 다리를 30도 굴곡하고 5초간 유지할 수 있다.
- 누운 자세에서 다리를 들어 올리지 못하지만 보행을 하는데 전혀 지장이 없다.
※ 단, 보행이 부자연스러운 경우는 포함하지 않으며, 이 경우 반드시 특기사항에 기재한다.

나. 불완전 운동 장애

- 하지(다리)가 움직이되, 30도까지 올리지 못하거나 5초간 유지할 수 없다
- 스스로 하지(다리)를 들어 올리지 못하지만, 조사자가 대상자의 하지(다리)를 30도까지 올려주면 5초간 유지할 수 있다.(※단, 실행증 대상자는 포함하지 않는다.)
- 하지(다리)를 움직여 30도까지 올렸으나, 자세가 유지되지 못하고 계속 위아래로 흔들린다.
- 하지(다리)를 완전히 편 상태에서 들어올리지 못하고 무릎이 구부러진 상태에서 30도 굴곡하여 5초간 유지할 수 있으며, 하지(다리)를 완전히 펴보도록 하면 자세 유지가 어렵다.
※ 단, 관절제한이 있어 팔꿈치 관절이 구부러진 경우는 포함하지 않는다.
※ 대상자가 무릎이 구부러진 상태에서 하지(다리)를 들면 반드시 완전히 하지(다리)를 펴보도록 지시하여 확인하고 판단한다.

다. 완전 운동 장애

- 하지(다리)가 전혀 움직이지 않거나 혹은 꿈틀거리기는 하나 중력에 반하여 하지(다리) 전체를 들어 올리지 못한다.

항 목	운동장애 정도
3. 우측하지	<input type="checkbox"/> ① 운동장애 없음 <input type="checkbox"/> ② 불완전운동장애 <input type="checkbox"/> ③ 완전운동장애
4. 좌측하지	<input type="checkbox"/> ① 운동장애 없음 <input type="checkbox"/> ② 불완전운동장애 <input type="checkbox"/> ③ 완전운동장애

▶ 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 일상생활에 지장이 있을 정도로 현저하게 좁은 경우를

▶ 【어깨관절】

- 앉은 자세 혹은 서 있는 자세에서 상지(팔)가 눈높이까지 올라 올 수 없거나 조사자가 힘을 주어야 눈높이까지 올라가면 관절제한이 있는 것으로 기록한다.

※ 조사자가 힘을 줄 때는 자신이 가진 힘의 10% 정도만을 사용해야 하며, 10% 정도의 힘을 주었음에도 관절 움직임에 저항감이 있다면 무리하게 움직이지 말고 관절제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
5. 어깨관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

▶ 【 팔꿈치관절 】

- 팔꿈치가 완전히 펴지지 않거나 또는 팔꿈치가 90도까지 구부러지지 않아서 조사자가 힘을 주어야 한다면 관절제한이 있는 것으로 기록한다.

항 목	관절제한 정도
6. 팔꿈치관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

▶ 【 손목 및 수지관절 】

- 손목이 손등 쪽으로 30도까지 올라가지 않거나 조사자가 힘을 주어야 한다면 관절 제한이 있는 것으로 기록 한다.
- 한 손에서 3개 이상의 손가락이 구축이 있을 경우 관절의 제한이 있는 것으로 기록한다.
- 엄지는 한 손가락의 제한만으로도 제한이 있는 것으로 기록한다.
- 엄지가 포함되면 두 손가락만으로도 제한이 있는 것으로 기록한다.

항 목	관절제한 정도
7. 손목 및 수지관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

▶ 【 고관절(엉덩이관절) 】

- 검사하고자 하는 다리의 반대쪽 다리를 가슴에 붙였을 때, 검사하고자 하는 다리의 무릎부터 넓적다리가 바닥에서 뜨면 제한이 있는 것으로 기록한다.
- 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 기록한다.
- 바로 눕거나 옆으로 누워 다리를 펼 수 없는 경우 허벅지 관절을 움직일 수 없어 의복교체, 기저귀 교환 등 일상생활에 지장이 있다면 「관절제한」이 있는 것으로 기록한다.

항 목	관절제한 정도
8. 고관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

▶ 【 무릎관절 】

- 의자에 앉아 있는 상태라면 그 상태에서 무릎을 90도 구부렸다 펼 수 있는가를 보면서 측정하고 그렇지 않으면 선 상태에 한 쪽 무릎씩 검사한다.
- 의자에 앉거나 선 자세를 할 수 없는 경우 누운 자세에서 무릎이 90도 구부러지거나 펴지는지를 검사한다.
- 무릎이 완전히 펴지지 않거나 조사자가 힘을 주어야 한다면 제한이 있는 것으로 기록한다.
- 90도까지 굴곡이 되지 않거나 조사자가 힘을 주어야 하면 제한이 있는 것으로 기록한다.

항 목	관절제한 정도
9. 무릎관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

▶ 【 발목관절 】

- 발바닥과 다리가 수직이 되도록 발목을 움직일 수 없거나 또는 수직이 된 상태에서 퍼지지 않고 조사자가 힘을 주어야한다면 제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
10. 발목관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 한쪽관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절제한

㉚ 추가 항목

※ 장애인의 휠체어타기, 사청각기능, 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 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 목욕 외 일상생활 (신체수발) 지원	<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 가사활동 지원 (집안일 및 식사준비)	<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

〈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 도와 주는 사람*	1-4. 도움 충분도	1-5. 도움 횟수	1-6. 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·이웃방문	<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 지역사회시설 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·여가활동	<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 도와 주는 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/간병인/활동보조인	⑪ 무료 가정봉사원/간병인/활동보조인	⑫ 자원봉사자
⑬ 기타			

※ 보기 중에서 주로 도와주는 사람*을 하나씩만 선택하여 해당되는 번호를 기입해 주십시오.

③ 장애인장기요양 시범사업 서비스 이용의향부문

앞으로 어떠한 장기요양서비스를 받고 싶으십니까?

(※ 해당되는 분야에 모두 ☒ 표시 하시오)

1-1. 서비스 이용 분야		1-2. 이용희망 여부	1-3. 이용 희망 횟수	1-4. 이용 희망 시간
<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 간병		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	()회/주	()시간/회
<input type="checkbox"/> ⑲ 간호		<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. 재활동보조조기구 소지 및 필요 여부

현재 소지하고 있거나, 소지하지 않지만 필요한 재활동보조조기구는 어떤 것입니까?
(※ 소지 및 필요한 재활동보조조기구에 모두 ✓ 표시)

구분	재활동보조조기구 종류	소지 여부	필요 여부	구분	재활동보조조기구 종류	소지 여부	필요 여부
지체 및 뇌병 변	01) 상지의지			청각	01) 보청기		
	02) 하지의지				02) 화상전화기		
	03) 척추보조기				03) 골도전화기		
	04) 상지보조기				04) 문자전화기		
	05) 하지보조기				05) 문자송수신기		
	06) 정형외과용 구두				06) 음성증폭기		
	07) 지팡이				07) 인공와우		
	08) 목발				08) TV 자막수신기		
	09) 보행기			언어	01) 인공후두(성대)		
	10) 자세보조기구			신장	01) 복막투석기구		
	11) 전동휠체어			호흡 기	01) 산소호흡기		
	12) 수동휠체어			안면	01) 압력옷		
	13) 전동스쿠터			장루 · 요루	01) 장루주머니		
	14) 전동침대				02) 피부보호판		
시각	01) 안경(콘택트렌즈)			기타	01) 욕창방지용매트		
	02) 저시력보조기				02) 기저귀매트		
	03) 시각장애인용 흰지팡이				03) 목욕용 의자		
	04) 의안				04) 기타()		
	05) 스크린 리더						
	06) 화면확대기						
	07) 휴대용점자정보단말기						
	08) 음성 손목/탁상시계						
	09) 시각장애인용 안내견						

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"/> 기존 활동보조서비스 이용에 대한 기술	예) 주로 출근시간 준비를 위한 서비스 이용
<input type="checkbox"/> 향후 장애인장기요양서비스 이용에 대한 기술	예) 장기요양서비스 중 욕창관리 서비스 주기적 필요
<input type="checkbox"/> 기타 소견	

〈부록 3〉 2009년 장애인 장기요양 타임스터디 서비스 코드표

2009년 장애인 장기요양 (중증요양시설) 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 사회 참여 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. 간호서비스, 재활 서비스	(방문재활, 방문간호)	

「2009 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	입욕시 이동 (욕실 내 이동, 옮겨타기 체위 변경 제외)	0304	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	
	기타	기타 목욕관련 서비스	0308	리프트 조작	
			0309	목욕 종료 후 욕실 청소/사용용품의 정리	(샤워 후 소등 지시)
			0310	기타 목욕관련 서비스	
			0311	기타 목욕관련 서비스	
대소변	04. 배설	이동보조	0400	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			0401	화장실까지 이동보조(이동식 변기 포함)	
		배뇨 도움	0402	휠체어에서 변기로 이동 도움/변기에서 휠체어로 이동 도움	화장실, 휴대용변기로 앉히기 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(닦아주기, 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	

		기저귀 및 기타	0407	배변의 정리 (물내려주기, 닦아주기, 뒤처리)	
			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
			0411	기타 배설 관련 서비스	소변받기, 주입용변기의 세척 및 소독, 기저귀카바 뒤처리, 체위변경 후 물품 뒤처리
옷 갈아입기	02. 옷 갈아입기	옷 갈아입기 (양말·구두포함)	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
			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)
세면	01. 개인 위생	세면도움(얼굴 씻기) (목욕시 제외)	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, 물 컵, 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	회음부세척	세정, 좌욕을 위한 세면기, 수건 준비, 뒤처리 등
		머리감기 (목욕시 제외)	0109	이동보조	(미용실서 머리감길 때 대 상자 이동 보조)
			0110	머리감기 도움	샴푸, 드라이, 세면기 준비, 수발, 지켜보기, 세면기 뒤처리
		몸단장	0111	머리단장(준비·정리 포함)	빗질, 머리손질 위한 머리 빗, 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, 귀지제거		
		생리대 사용 (착용과 교체)	0116	생리대 준비			
			0117	생리 일자 확인, 생리대 착용과 교체 설명			
			0118	생리대 준비, 교체시 도움, 뒤처리			
			0500	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드			
				상차리기 (식사준비)	0501	상차리기(더운물준비, 상차리기)	준비(식사, 수분섭취 위한 앞치마, 식기, 조리기구 준비 및 확인)
					0502	식사 중 지켜보기/ 삼키기 곤란 도움 (등 두 드러주기 등)	식사용도, 설명, (수유 속도 및 수유 상황 확인)
				식사보조 (아침·점심·저녁, 간식 포함) 음료수	0503	식사 도움(식사하기 좋게 자르고 으갸)(떡여 주기 포함)	입 주변 닦아주기, 입안에 음식물 남아있는지 확인, (간단한 요리 도움, 조미료 사용 도움)
0504	식사량 및 칼로리 체크하기				수유 전 소화 상태 확인, 위 잔여물 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 영양 (간호)	0506			경관 영양 준비			
	0507			경관 영양 실시			
	0508			경관 영양 정리			
구토	0509			구토물 정리			
		기타	0510	기타 식사 및 영양 보조 관련 서비스	식사앞받이 착용, 수유 줄 빼기, 수유 병 데우기, 수유 줄 세척, 영양식(특별식) 지원, 식습관 개선 지원, 다과(차류, 과일 꺾기 등) 준비 및 지원		
			0511	식판 가져다주기			
		06. 체위 변경 (욕실 내, 배설 시 체위 변경 제외)	체위 변경	0600	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	체위변경 위한 베개 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 앉힘, 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, 베개 꺼내줌	
				0604	취침전 시계, 핸드폰 옆으로 대주기 도움		
옮겨타기	07. 이동 (욕실 내)	이동도움 (옮겨 타기)	0700	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	이동을 위한 보행기, 지팡이, 휠체어 등 준비		

	이동 제 외)	욕실 내 배설 시 옮겨타기 제외)	0701	침대에서 휠체어로/휠체어에서 침대로 침대에서 환자 이동카로/환자 이동카에서 침 대로	도움주기(안아 일으키기, 업기 유도 등), 지켜보기, 휠체어에서 마루, 의자, 침 상으로 침상에서 휠체어 로, 지켜보기, 유도 등
			0702	휠체어 준비 및 정리/휠체어에서 안전띠 묶기, 휠체어 발판 정리	옮겨타기 위한 의자,휠체 어, 안정장치 부착, 생활인 양 손목 고정(트레이 위), 생활인 원팔 프롤스탠더 함(재활 관련 서비스), S/C 벨트 먼지 제거, 다리벨트 착용,트레이 착용, 빼주기, 왓치 위에 다리를 올려놓 고 고정
		이동도움 (시설 및 실내)	0703	보행 도움	
			0704	보행도구에 의한 이동 도움 (휠체어, 워커, 이 동카 등 포함)	장비를 사용하여 움직이 기, 지팡이 혹은 워커 사 용시 도움
			0705	침대로 이동시킴	바닥에 자고 있는 생활인 침대에 눕음 그리고 침대 에서 내려 매트에 눕음
		기타	0706	물건 운반하고 들어올리기 도움	
			0707	방, 교실로 이동하도록 지도	
			0708	이동 후 헤어짐	(서비스 종료)
			5007	활동보조서비스 종료	
		2. 가사 지원			
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
쇼핑	13. 이용 자의 물 품관리	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 물품 구입 및 지원(쇼핑)
			5001	책대여 및 반납, 물품 가져다 주기	
			1305	환자용 보조기구의 관리	
청소	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, 대청 소, 개인수납장 정리 도움
			1202	빗자루질 하기/ 걸레질 하기/ 청소기 조작	
			1203	기타 청소 및 정리정돈	
		침실 및 병실 내 (생활시설 내)	1204	침대 주위정리정돈	호출기 정비
			1205	환기, 온도조절, 냉난방, 창문 개폐, 가습기 등의 조정	입소자 방 환경정리, 선풍 기 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	
		기타	1209	기타 환경관리 관련 서비스	청소지도(자신의 책장, 가 방 정리 하도록 지시), 역 할분담 지도(화장실 청소, 신발장 정리, 청소기 사용,

					쓰레기 버리기, 이불 정리 등), 개인 수납장(옷장, 사물함 등)정리 지원
	11. 침구·린넨	침구·린넨 교환	1100	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1101	침구 준비 정리	
			1102	침구, 린넨 교환	
			1103	기타 침구·린넨 관련 서비스	이불개기
			1400	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1401	세탁물 모으기, 세탁실로 가져가기, 빨래감분류 포함	세탁물 수집, 운반
			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	
			1408	사용 물품의 소독, 오줌통·변기·이동식 변기 소독	
			1409	기타 세탁 및 세척 관련 서비스	세탁물 찾기 등
			1410	세탁사용법 지도 및 교육	
			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 밑반찬 요리하기	
			1504	냉장고 정리하기/식품 보존상태 및 유통기한 점검하기	
			1505	도시락 및 밑반찬 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
			1507	양육지원.아기돌보기, 지켜보기 도움	(여성)장애인 - 자녀 부모 역할지원
			1508	양육지원.아동이랑 놀기	(여성)장애인 - 자녀 학습 및 놀이 지원
3. 일상생활 지원					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
일상생활 활동지원	13. 이용자의 금전관리	금전관리 및 기타	1306	이용자의 용돈관리(개별금전 관리)	가계부 정리, 공공요금 지불, 의료카드 관리 등
			1307	기타 금전관리 관련 서비스	
			1308	이용자 금전 관리 교육 및 지도	
			3604	시장보기(생필품 구매 등)	개별금전 관리, 급여 소득 관리 지원
	업무 지원	행정 및 은행 업무 지원	1607	행정업무대행(동사무소 관련, 은행 업무 등)	

	09. 문제 행동 대처 지원	문 제 행 동 에 대한 대처(정신질환, 지적장애 관련)	0900	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	문제 행동 대응 위한 물품 준비
			0901	문제 행동(배회, 불결행위, 폭력등)에 대응(설명, 설득, 안심시키기, 관심 돌리기, 격리등)	문제행동에 대한 (예방적) 대응, 배회, 불결행위, 물건부수기, 거짓말 등 대응 훈련, 잦은 감정 기록에 따른 지원, 과대망상, 자해, 폭력, 도벽, 올바르게 못한 성인식에 따른 지원 등
18. 관찰 및 측정	활동증후	신장·체중·혈압·체온·맥박·호흡 측정	1801	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1802	활동증후 (혈압·체온·맥박·호흡) 측정	열체크, 호흡체크, 바이탈 사인 체크
			1803	신장·체중·혈위 측정	체중 측정
			1804	수분섭취량/배설량 측정	식사 섭취량, 수분량 체크, 칼로리 계산
	기타		1900	기타 관찰 및 측정 관련 서비스	생활인 코피 유무 확인, (위 확인) 출혈 확인, 배뇨 빈도, 양, 간격 확인, 검체 채취, 메모 기입
32. 일상 생활 동작 (기상/취침, TV 시청, 독서 지원 등)	일상생활동작 설명 및 시범	일상생활동작 운동	3202	일상생활동작을 설명하고 시범보여줌	인사법(예절교육 포함) 교육시킴, 외우기 이동경로 및 착용여부 교육
			3203	일상생활동작 훈련시키고 보조함	
	기타		3204	기상준비(기상시킴) 및 확인	생활인 깨도록 라디오 켜
			3205	취침준비(취침시간 알람), 지도 및 확인, 수면 상태 점검	라디오 틀어주기, TV시청 준비해주기, 살짝 깬 생활인 토닥여 주기(취침유도), 이불덮어주기, 자세바르게 해줌 등, 생활인 취침 중 깨서 울음 토닥여 줌, (자리 점검) 각방 점검 및 점호, 잠자리 지도, 잘 자도록 운동시킴, 잘 자도록 운동 시킴
			3206	생활인 낮잠 깨우기, 깨우기	
사회 참여지원	37. 기타 재활 관련	기타(업무 관련)	3612	업무보조(컴퓨터)	
			3613	업무시 지켜봄, 도움	(기관장과 회의시 도움, 지켜보기)
			3614	물품전달 도움(직무시)	
	36. 작업 치료	직업훈련	3605	타이핑, 컴퓨터 사용 등	컴퓨터 끄고 켜기, 컴퓨터 작업 보조, 사무실 업무 보조
4. 커뮤니케이션 보조					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
낭독보조 / 대필보조	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 사용 시 수첩 가져다 줌, 전화 번호 찾아 읽어줌
			1013	기타 의사소통 관련 서비스	허락, 외우기 착용여부 교육, 수화가르치기, 말소표 찍기, 점자 찍기
			4007	이용자 공지사항 및 교육 알림	(알림 식사 및 프로그램 시간 전달을 위해 방송하기)
기타	1014	심리적 지원 위한 안아주기			
	34. 인지 및 정신 기능 (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 점차 공부 확인, 주간 학습계획서 작성 및 확인 체크, 여가생활지원, 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)
외출보조	16. 외출 동행 (사회활동 동지원)	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
	이동업무지원		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, (수업 시간까지 기다림, 대기, 장소 도착)
			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
	조언 및 지도	1012	식사, 복약, 요로감염, 욕창 예방 등 조언 지도		
	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		격려, 위로, 카운슬링, 전화말벗 및 상담 등 심리적 지원, 불만 호소
	사회복지사 기록	3905	사례기록 입퇴원(소)기록, 입원·입소대장기록, 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 지도를 위한 강의준비(PPT준비), 지역사회 주민 교육, 장애인식개선 캠페인 및 교육
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),노래 부르기		동화 테이프 듣기 지도, 동화 노래 부르기 지도,외부 프로그램 내용 대상자

				선정하기,외부 프로그램에 참여할 대상자 전달사항 전하기, 프로그램에서 숫자세기 지도
		4103	프로그램 정리, 평가	생활자들에게 전염병에 관해 전달하고 소감을 얘기하여 메모하고 개별일지 기록
	기타	4104	기타 프로그램 관련 서비스	사진촬영, 물품 가져다 줌, 이미용 서비스 프로그램 실시,사진찍는 생활인 보조해주기(학교로 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. 사례관리회의	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 특이 사항 전달, 타 시설로 가는 생활인 사무실에 인수인계, 간호사 선생님(작업치료)선생님께 라운딩 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		
		4505	기타 기록관련서비스	일지작성, 간호, 수발기록 등, 재실 훈련 일지 작성, 기초 생리선 조사표 작성,

			인계서 작성, 생활자 식이 조사 내용 확인 및 기록, 통계 및 통계표 작성, 업무 일지 작성 및 프린트, 결재 받음, 출장 명령부 작성, 시간 관리, 일정관리, 일기, 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. 자원봉사관리	자원봉사자 모집	4700	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4701	자원봉사 모집 계획, 홍보 등	
		4702	자원봉사활동 문의에 대한 응대, 신청접수	
	자 원 봉 사 자 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 재가 서비스를 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(데리러 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	4902	전화, 외출, 업무와 관련된 연락전화	
	외부·타기관과의 연락	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 작용, 의료기기 점검	
		5004	보장구 등 복지기 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. 간호 및 재활 서비스					
재활	08. 신체 기능 유지·증진 (운동 및 일상 생활을 위한 훈련 보조)	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
	28. 기능 훈련을 위한 이동 및 지켜보기	기타	0804	기타 신체기능의 유지·증진 관련 서비스	보조기착용 (자신의 건강 돌보기)
		이동	2801	기능훈련 및 치료를 위한 이동	
		지켜보기	2802	기타 기능훈련에 대한 지켜보기	주시하기, 듣기
	29. 신체적 평가	기타	2803	시범, 설명, 지시 등	
		관절운동범위	2901	관절운동범위 평가	
		근력	2902	근력 평가	
	균형	2903	균형평가		

	기타	2904	근간장 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(비만관리)
		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, 물리치료실로 보내기
		3301	설명·준비·실시·확인	물리치료 위한 물품준비, 유도, 설명, 시범, 실시, 지켜보기, 평가, 뒤처리(내려줌)
		3302	결과 확인·정리	
	온열치료(의료 재활)	3303	설명·준비·실시·확인	미온수 마사지, 보바스, 보이타치료
		3304	결과 확인·정리	
	전기치료(의료 재활)	3305	설명·준비·실시·확인	
		3306	결과 확인·정리	
	수치료	3307	*수치료, 파라핀 치료 포함, 족욕 포함	
	기타	3308	기타 물리치료 관련 서비스	
		3309	이완치료(마사지 및 압박공기치료)	마사지
		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	입으로 점자를 말하게 하여 기억시킴
35. 언어 치료	평가	3501	의사소통, 실어증 평가, 구음장애 검사,	지적정신기능평가, 인지, 실어평가, 구음장애 검사, 실어증검사실시, 대화능력 평가 등
	운동	3502	발성·발어기관의 운동을 시킴, 발성연습을 시킴, 구음연습을 시킴	언어치료적 훈련 시범, 지켜보기, 청능훈련
	기타	3503	기타 언어치료 관련 서비스	언어치료 훈련 위한 물품 준비, 유도, 설명, 뒤처리(정리)

36. 작업 치료	작업치료 측면 기능	3600	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	작업치료(훈련)위한 (물품) 준비, 유도, 설명, 작업활동 보내기	
		3601	연하, 상지기능·손가락의 정교성, 조화운동능력, 지구력 평가, 작업능력 평가	훈련	
		3602	수동적 놀이, 운동 놀이, 시각, 청각, 촉각, 전정각, 구성, 미술활동, 지적 그룹 놀이 지도를 실시	시청각놀이	
	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	경제교육, 작문요법, 책넘겨주기, 시간확인, 음악듣기, 영화감상, 심리치료, 원예치료, 놀이터에서 놀이	
	특기적성교육/여가생활지원	3607	행동전 준비, 보내기, 기다림, 인솔, (프로그램 실행)이동	성악, 바이올린, 연극교실, 피아노학원 등	
		3706	여가생활 지원 도움		
	체육활동(운동)	3608	준비, 훈련, 시범, 지시, 설명, 정리, 기다림	카세트 테잎 준비, 유도, 설명, 실시 평가, 시범 등 (체조, 승마, 수영, 스트레칭 등)	
		3609	도움, 지시	가방 벗어서 옷장 위에 올리도록 함께 수행, 정리하면서 생활자들에게 깨끗이 정리해 달라고 광고 함	
		3610	수업보조	연필쥐어줌	
		3611	골프연습 보조, 도움		
		3616	승마 배우기 보조, 도움		
	37. 기타 재활 관련	기타 서비스	3701	운동용구 준비·치우기	
			3702	운동교재, 프린트 작성, 작품의 완성과 수정	
3703			보장구·치료기구 선정 및 체크아웃		
3704			채집하기(수지침 등)뽑기포함		
기타		3705	기타 재활관련 서비스	(이용자 CD교체, TV틀어주기 끄기, 놀이주기, 보조기 벗기기, 자판기 이용하기 지도, TV시청 지도)	
직업재활		3707	직업능력 평가, 직업상담, 직업훈련 및 구직 훈련, 보호작업 훈련, 보행훈련, 직업재활견학 체험		
		3708	직업적응훈련, 견습생활(취업준비) 지도, 직장 내 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, 치료 레크리에이션 등	

	38. 재활 기록	재활기록	3801	ADL 평가등 재활기록 전반	
간호	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	
	19. 간호 계획 및 순회	준비 및 물품 정리	1800	업무를 위한 준비/물품정리	
		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, 열 생활실 확인, 생활인 인원 점검
	기타		1905	기타 간호계획 및 순회 관련 서비스	(배개, 이불 덮어주기 등)
			2000	시설 내 각종 화장실 점검, 현광 가동 점검	생활인 방문 단기
	20. 투약 및 주사	경구약(약물치료)	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, 약 복용 쉽게 정리, 약장 정리
			2003	약을 환자에게 배포, 경구투약 실시 및 도움·확인	위 보호제 투약(위 출혈 확인) 유도, 설명, 관찰, 뒤처리, 아침 약 투약, 약복용 지원
		주사	2004	피내·피하·근육주사 등의 준비·실시·정리	
			2005	정맥주사 준비·실시·정리 / 링겔주사	자기주사 관찰
	기타 투약		2006	*점안액·안연고, *점비약, 귀외용약 준비·실시 정리	자기주사
			2007	좌약(해열제, 완화제), 등 기타 투약	
	약품관리		2008	약품 서랍, 투약차 관리, 상비약 관리, 보관냉장고 관리	(집단)약처방전 리스트 관리 등
		기타	2009	약품 가져오기 지시	
	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			손씻기(소독약) 이용, 소독액 교환, 예방복 등, 소변 도구, 핀셋 등 소독, 예방 관련 지도 및 교육(영양, 복약, 요로감염, 욕창, 수면, 구강위생 등에 대한 지도, 교육 등)
			2200	기타 감염 및 예방 관련 서비스	
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(테핑, 체위 배액법 등)	
			2206	산소 흡입 준비·실시·정리: 경비(Nasotracheal)	산소요법

			카테타법·마스크법	
		피부간호	2207 피부 케어 (입술건조방지 등), 파우더 바르기, 로션포함	
			2208 외상의 처치·붕대 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 배개 준비·실시·정리	
		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 해 줌
			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 관련 서비스	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, 치과의사, 약사)

		관련기관 의뢰	2402	통원·입원·진찰 도움	진찰 후 물품정리, 뒤통치리
			2403	후원기관 연계 및 사회복지사 알선	
			2404	기타 협조 및 자문 관련 서비스	
	25. 응급 상 황 대 처	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	카덱스, 간호기록, 입퇴원(소)기록, 입원·입소 대장기록, 진단서 작성 보조 등	ADL 평가기록, 재활기록, 간호/개호기록 기입, 계획 등, 영양인정업무, 케어플 랜 작성 업무 등
			2702	기타 간호관련 서비스	시설내 조정업무(연락 등), 관찰, 사무실 관련 약품 받아옴,

〈부록 4〉 2009년 장애인 타임스터디 조사표

시설종류		시설번호		직명번호		직원번호		

시설명		직책		성명	
-----	--	----	--	----	--

1 분 타임스터디

보건복지부
한국보건사회연구원

2009년 중증요양시설 타임스터디 서비스 코드표 (참고)

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. 식사영양	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, 조연 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	활력중후, 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 처치 서비스

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 가까이 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, 목공수공예 등, 도구적 일상생활수행동작훈련, 직업훈련, 기타
37. 기타 재활 관련	기타 서비스, 기타
38. 재활기록	재활기록
<p>*연하운동: 입속에 있는 음식물을 삼키는 동작</p> <p>*수치료법(水治療法): 물의 세기나 온도에 의한 자극 따위를 이용하여 질병을 치료하는 물리 요법, 냉수마찰, 냉수욕, 온천 요법, 증기욕 따위가 있음.</p>	

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
무응답	무응답

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 연구원

02-380-8161

예시

시설종류	시설번호	직명번호	직원번호

09 : 00

서비스 실행 조사 (1분 타임스터디)

시 분	서비스 내용	서비스 코드	대상자 ID						비 고
9: 01	회의준비, 인사		유철수 외 8명						
: 02									
: 03									
: 04									
: 05	↓		↓						
: 06	단추채우기		유철수						
: 07	회의		유철수 외 8명						
: 08									
: 09									
: 10									
: 11	↓		↓						
: 12	일으켜 세우기, 안방으로 이동, 관장준비			김미미					
: 13	관장보조			↓					
: 14	↓			↓					
: 15	직원 간 대화⇔매트 세탁실로 가져가기		유철수 외 8명						
: 16	매트 물에 담기놓기								
: 17	화장실 사용								
: 18	방바닥 걸레질 하기		황금순	홍순이	김은미				
: 19									
: 20	↓		↓	↓	↓				

예시

시설종류	시설번호	직명번호	직원번호

09 : 00

서비스 실태 조사 (1분 타임스터디)

시 분	서비스 내용	서비스 코드	대상자 ID						비 고
9: 21	방바닥 걸레질 하기		황금순	홍순이	김은미				
: 22	걸레 세탁실로 가져다 놓기, 사무실→방으로 이동		↓	↓	↓				
: 23	방 걸레질하기		황이산			박명이			
: 24	↓								
: 25	일용품품정리, 침대시트정리정돈								
: 26									
: 27									
: 28	↓		↓			↓			
: 29	욕실정리		박금순 외 8명						
: 30	신발정리정돈		↓						
: 31	항문담을 수 있도록 보조			홍순이					
: 32	들어서 침대에 눕히기, 대변본 것 화장실에 버리기→보조변기								
: 33	보조변기 청소								
: 34	기저귀 버리기								
: 35	시설 내 이동, 방으로 이동								
: 36	기저귀 준비 및 교환								
: 37	↓								
: 38	배 맞사지, 외음부 닦아드리기								
: 39	↓								
: 40	하의 입히기			↓					

예시

시설종류		시설번호		직명번호	직원번호		

09 : 00

서비스 실태 조사 (1분

시 분	서비스 내용	서비스 코드	대상자 ID						비 고
9: 41	쓰레기통 점검 및 기저귀 버리기		홍순이						
: 42	이불정리. 정돈		김미미 외 6명						
: 43									
: 44									
: 45									
: 46	쓰레기 버리기								
: 47									
: 48			▼						
: 49	빨래걸기		김미미	박영희	이영희	최영훈			
: 50			▼	▼	▼	▼			
: 51			▼	▼	▼	▼			
: 52	시설내이동		김미미 외 6명						
: 53	방안에 세탁물 넣기		김미미	박영희	이영희	최영훈			
: 54	수건 및 의료 개기								
: 55									
: 56									
: 57									
: 58									
: 59									
: 60	▼		▼	▼	▼	▼			

(타임스터디)

☺ 현재 제공하지 않고 있으나 필요하다고 여기시는 서비스에 대해 자세하게 작성해 주시기 바랍니다.

07 : 00 [오전]

시설종류		시설번호		직명번호		직원번호		

서비스 실태 조사 (1분 타임스터디)

[illegible]

개 호 보 험 제 도

고령자의 자립을 지원하여 누구나 안심하고 살 수 있는
사회의 실현을 지향합니다.

2009년 4월

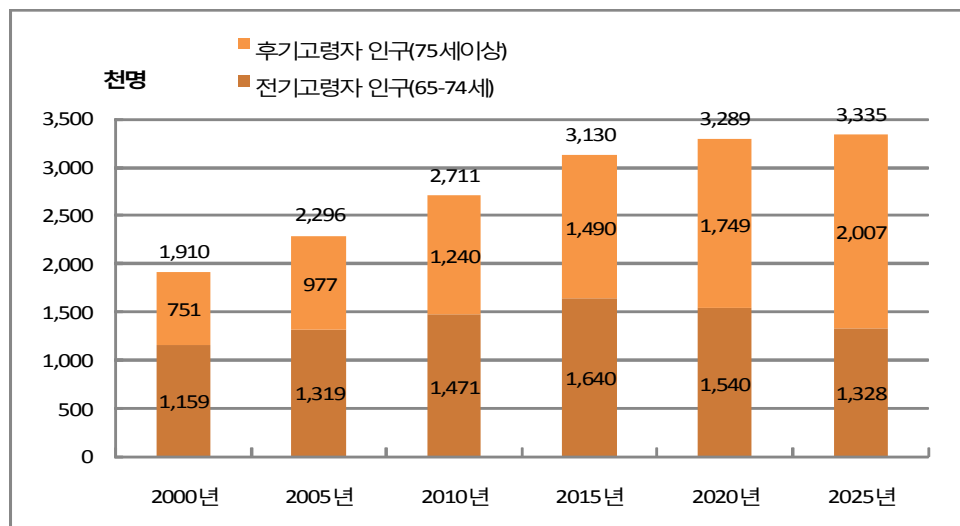
도쿄도

◆ 개호보험제도의 개요 ◆

【개호보험제도의 이념】

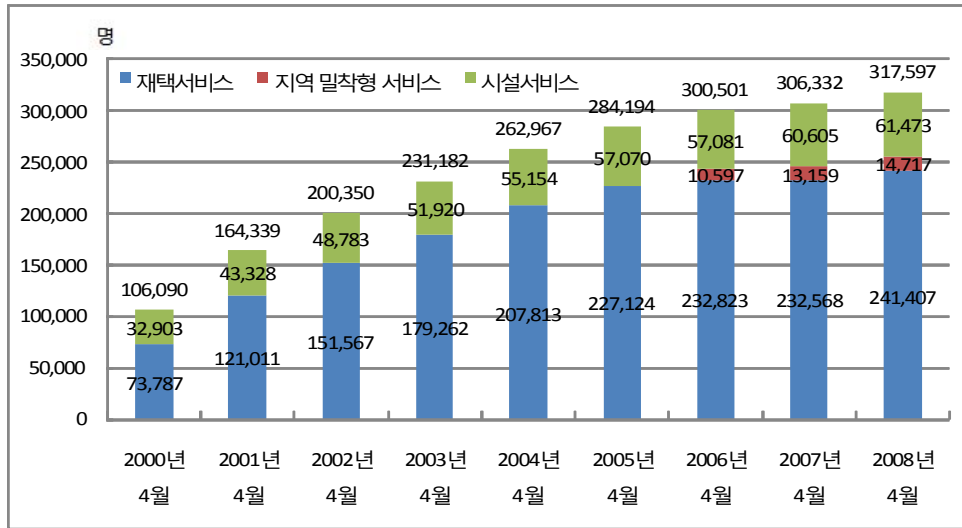
- 고령자 인구는, 2015년까지 급속한 증가를 계속하여, 그 이후에도 75세 이상의 후기고령자 인구는 계속해서 증가해 갑니다.
- 이러한 고령사회의 개호문제에 적절하게 대응하고, 개호를 필요로 하는 분을 사회전체가 지원하기 위한 사회보험제도로써, 2000년 4월부터 개호보험제도가 개시되었습니다. 그 후, 재택서비스를 중심으로 한 서비스 이용이 급속하게 확대되는 등, 안심된 노후를 지원하는 제도로써 정착되어 왔습니다.
- 개호보험제도는 나이가 들어감에 따라 동반되는 병 등에 의해 개호를 필요로 하는 상태가 되어도, 존엄을 유지해 나가며, 가능한 한 자립된 일상생활을 보낼 수 있도록 이용자의 선택에 의거하여, 필요한 서비스를 종합적이고도 일체적으로 제공하는 제도입니다.

〈도쿄도의 고령자 인구의 추이〉

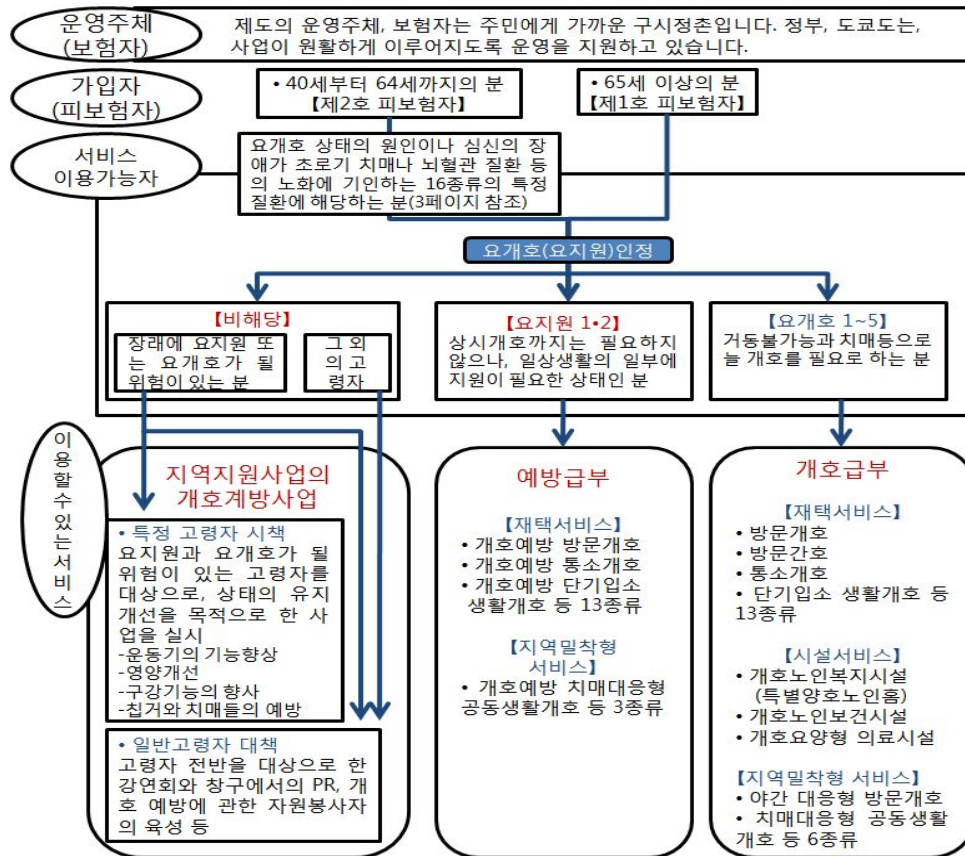


자료: 도쿄도총무국 「도쿄도 남녀 연령(5세 계급) 별 인구의 예측 2008년 3월」

〈도쿄도의 개호보험 서비스 이용지수의 추이〉



자료: 「개호보험 사업상황 보고」



※ 이용할 수 있는 서비스의 상세는 5페이지를 봐주십시오.

◆ 서비스 이용의 절차 ◆

- 개호보험의 서비스를 이용하는 경우는, 각구시정촌에 요개호(요지원) 인정신청을 하여, 인정을 받은 후 개호지원 전문원(케어매니저) 등이 작성한 케어플랜에 의거하여 서비스를 이용합니다.
- 요개호(요지원) 인정에서 비해당으로 된 분과 생활기능이 저하되고 있는 분중, 요지원과 요개호로 될 위험이 높은 분은, 지역지원사업의 개호예방사업에 참가할 수 있습니다. (16페이지 참조)

1. 신청

- 본인과 가족이 직접 구시정촌에 신청합니다.

【65세 이상인 분】

→ 개호가 필요하게 된 원인과 관계없이, 급부대상이 됩니다.

【40~64세의 분】

→ 이하에 열거한 특정질환이 원인으로 개호가 필요하게 된 경우에 급부의 대상이 됩니다.

①암(말기) ②관절류마티스 ③근위축성 측색경화증 ④후종인대골화증 ⑤골절을 동반하는 골다공증 ⑥초로기의 치매 ⑦진행성 핵상성마비, 대뇌피질기저핵 변성증 및 파킨슨병 ⑧척수소뇌변성증 ⑨척주관협착증 ⑩조로증 ⑪다계통위축증 ⑫당뇨병성 신경장애, 당뇨병성 신증 및 당뇨병성 망막증 ⑬뇌혈관질환 ⑭폐색성 동맥경화증 ⑮만성 폐색성폐질환 ⑯양측의 무릎관절 및 고관절에 현저한 변형을 동반하는 변형성 관절증

2. 요개호(요지원) 인정

- 개호와 필요한 지원의 정도를 판정합니다.

① 방문조사

신청 후, 인정조사원이 가정 등을 방문하여, 심신의 상태와 일상생활의 상황 등에

대해 청취조사를 실시합니다.

② 1차 판정

방문조사의 결과와 주치의의 의견서 내용의 일부를 컴퓨터 처리하여, 얻어진 데이터를 기준으로, 보건·의료·복지의 전문가로 구성된 개호인정심의회가 1차 판정을 확정합니다.

③ 2차 판정

1차 판정의 결과와 주치의의 의견서를 기준으로, 개호인정심사회가 종합적으로 판정하여, 2차 판정을 실시합니다.

④ 결과의 통지

2차 판정의 결과를 기준으로, 구시정촌이 요개호(요지원) 인정구분 등을 결정하여, 신청자에게 통지합니다.

요개호 (요지원) 인정의 구분과 이용가능 한 서비스



3. 케어플랜의 작성

- 개호보험의 서비스를 이용할 때는, 먼저 개호와 지원의 필요성에 따라 서비스를 조합한 케어플랜을 작성합니다.

【요개호 1~5로 인정된 분】

케어플랜은, 거택개호 지원사업소의 케어매니저에게 작성을 의뢰할 수 있습니다. 본인이 작성하는 것도 가능합니다.

【요지원1~3로 인정된 분】

케어플랜은, 지역포괄지원센터 (15페이지 참조)에 작성을 의뢰할 수 있습니다. 본인이 작성하는 것도 가능합니다.

- 요개호(요지원) 인정의 구분에 의해 개호보험으로 이용할 수 있는 서비스 비용의 상한(지급한도기준액)은 다릅니다. (지급상한기준액에 대해서는 14페이지 참조)

4. 서비스의 이용

- 케어플랜을 기준으로 서비스 제공 사업자나 개호보험 시설과 계약을 체결하여, 서비스를 이용합니다.
- 계약시에 서비스 시간, 요금, 내용, 해약시의 처리, 불만에 대한 대응 등을 확인합니다.
- 서비스에 드는 비용의 1할은 자기부담입니다. 단, 지급한도기준액을 넘은 이용분은 전부 자기부담이됩니다.
- 요개호(요지원) 인정에서 비해당으로 인정된 분이라도, 지역지원사업의 생활기능을 유지하기 위한 서비스를 이용할 수 있는 경우가 있습니다. 가까운 지역포괄지원센터에 상담해 주십시오.

◆ 이용할 수 있는 서비스 ◆

- 케어플랜의 작성
- 가정에서 받을 수 있는 서비스

- 개호보험에서 이용할 수 있는 서비스로는, 요개호 1~5로 인정된 분이 이용할 수 있는 서비스(개호급부)와 요지원 1·2로 인정된 분이 이용할 수 있는 서비스(예방급부)가 있습니다.
- 예방급부는, 개호예방(생활기능을 유지, 향상시켜, 요개호 상태가 되는 것을 예방하는 것)에 맞는, 정도가 가벼운 분을 대상으로 한 내용·기간·방법으로 서비스가 제공됩니다.
- 서비스 중 지역밀착형 서비스는 익숙한 거주 지역에서 다양하고도 유연한 서비스를 제공하기 위한 구조로, 사업소나 시설이 있는 구시정촌에 거주하고 있는 분의 이용이 기본이 됩니다. 지역밀착형 서비스 이외의 서비스는 타구시정촌에 있는 사업소나 시설의 이용도 가능합니다.

<케어플랜의 작성>

☐ 거택개호지원(요개호의 분)

거택서비스 등을 적절하게 이용할 수 있도록 심신의 상황·환경·본인의 희망 등을 기초로 거택개호 지원사무소가 케어플랜을 작성하여, 서비스 제공사업자와의 연락조정 등을 행합니다.

☐ 개호예방지원(요지원의 분)

요지원 상황의 악화방지와 개선에 중점을 두고, 이용자의 자립에 도움을 주는 개호예방 서비스가 제공될 수 있도록, 목표를 정해 지역포괄지원센터가 케어플랜을 작성합니다.

※ 요개호, 요지원 둘다 케어플랜을 본인이 작성하는 것도 가능합니다.

<가정에서 받을 수 있는 서비스>

☐ 방문개호

- 요개호인 분의 이용

홈헬퍼가 가정을 방문하여, 식사와 배설 등 일상생활의 개호와 조리과 세탁 등의 생활지원을 합니다.

- 요지원인 분의 이용

홈헬퍼가 가정을 방문하여, 이용자가 자력으로 하기에 곤란한 행위에 대해 식사와 배설 등 일상생활의 개호와 조리과 세탁 등의 생활지원을 행하여, 요개호상태가 되는 것을 예방합니다.

☐ 야간 대응형 방문개호

야간에 홈헬퍼 등이 정기적으로 가정을 순회하거나, 연락을 받은 가정을 방문하여 개호와 간호를 행합니다.

요지원의 분은 이용할 수 없습니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에 사업소나 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이

기본이 됩니다.

☐ 방문 입욕개호

가정의 욕실에서의 입욕이 곤란한 사람을 대상으로, 욕조를 가정에 가지고 가는 등으로 입욕 서비스를 실시합니다.

☐ 방문간호

간호사 등이 가정을 방문하여, 주치의의 지시에 따라 요양을 위한 간호와 진찰의 보조 등을 행합니다.

☐ 방문리허빌리테이션

이학요법사나 작업요법사, 언어청각사가 가정을 방문하여 심신기능의 유자 회복과 일상생활의 자립을 위한 훈련을 행합니다.

☐ 거택요양관리지도

의사, 치과의사, 약제사, 간호사, 관리영양사 등이 통원 곤란한 이용자의 심신의 상황과 환경 등을 고려하여 지도와 조언을 행합니다.

◆ 이용할 수 있는 서비스 ◆

- 시설 등에 나가서 받는 서비스

<시설 등에 나가서 받을 수 있는 서비스>

☐ 통소개호(데이서비스)

- 요개호인 분의 이용

시설에 나가서 식사, 입욕 등의 일상생활상의 지원과 기능회복을 위한 훈련, 레크레이션 등을 실시합니다. 또한, 구강기능과 영양 상태를 개선하기 위한 서비스, 난병과 암의 요개호자를 위해 의료와 연계한 서비스를 제공하는 사업소도 있습니다.

- 요지원인 분의 이용

식사 등의 지원과 기능회복을 위한 훈련을 실시합니다. 또한, 「선택적 서비스」로서, 개개의 이용자의 요구에 부합하여, 운동기(신체를 움직이는 근육과 뼈, 관절 등)의 기능향상과 영양개선, 구강기능의 향상을 위한 서비스를 제공하는 사업소도 있습니다.

☐ 치매대응형 통소개호(데이서비스)

시설에 나가서 가능한 한 집안에서 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록, 치매고령자를 배려한 개호와 기능훈련을 받습니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에, 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

☐ 통소리허빌리테이션(데이케어)

- 요개호인 분의 이용

의료기관과 노인 보건시설 등에 나가서 심신기능의 유지회복과 일상생활의 자립을 위한 훈련을 받습니다. 또한, 구강기능과 영양 상태를 개선하기 위한 서비스를 제공하는 사업소도 있습니다.

- 요지원인 분의 이용

기능회복과 일상생활의 자립을 위한 훈련을 실시합니다. 또한, 「선택적 서비스」로서, 개개의 이용자의 요구에 부합하여 운동기의 기능향상과 영양개선, 구강기능의 향상을 위한 서비스를 제공하는 사업소도 있습니다.

☐ 단기입소 생활개호(복지계 쇼트스테이)

특별양호 노인홈 등에 단기입소 하여 입욕, 식사 등의 일상생활상의 개호와 기능훈련을 받습니다.

☐ 단기입소 영양개호(의료계 쇼트스테이)

의료기관이나 개호노인보건의시설 등에 단기간 입소하여, 의사나 간호사 등에 의한 의학적 관리 하에서 영양상의 간호와 일상생활상의 개호, 기능훈련을 받습니다. 또한, 연속된 이용은 30일까지로 되어 있습니다.

□ 소규모 다기능형 거택개호

가까운 지역에 있는 사무소에서, 주로 통소에 의한 식사와 입욕, 기능훈련 등의 서비스를 받습니다. 또한, 이용자의 상태와 희망에 따라 같은 사업소가 숙박과 수시의 방문 서비스를 제공함으로써, 요개호도가 심해져도 재택의 생활이 계속될 수 있도록 지원합니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

◆ 이용할 수 있는 서비스 ◆

- 시설 등에서 생활하면서 받는 서비스

<시설 등에서 생활하면서 받는 서비스>

□ 개호노인복지시설(특별양호 노인홈)

항상 개호가 필요하며, 가정에서의 생활이 곤란한 분이 입소하는 시설입니다. 식사와 배설 등 일상생활상의 개호와 보살핌을 받습니다.

요지원인 분은 이용할 수 없습니다.

□ 지역밀착형 개호노인복지시설(특별양호 노인홈)

항상 개호가 필요하며, 가정에서의 생활이 곤란한 분이 입소하는 소규모 특별양호 노인홈입니다. (정원 30명 미만) 식사와 배설 등 일상생활상의 개호와 보살핌을 받습니다.

요지원인 분은 이용할 수 없습니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에, 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

☐ 개호노인보건시설

병상이 안정되어 병원에서 퇴원한 분등이 재택생활에 복귀할 수 있도록, 리허빌 리테이션을 중심으로 하는 의료케어와 개호를 받는 시설입니다.

요지원인 분은 이용할 수 없습니다.

☐ 개호요양형 의료시설

비교적 장기간에 걸쳐 일상적으로 의료케어를 필요로 하는 분이나 만성기의 리허 빌리테이션, 개호를 필요로 하는 분이 입원하는 시설입니다.

요지원인 분은 이용할 수 없습니다.

☐ 치매대응형 공동생활 개호(치매 고령자 그룹홈)

비 5~9명의 소인수의 치매고령자가 공동생활을 해나가면서, 가족적인 분위기속에서 개호와 보살핌을 받습니다.

요지원1인 분은 이용할 수 없습니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에, 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

☐ 특정시설 입소자 생활개호

개호보험의 사업자 지정을 받은 유료 노인홈이나 가벼운 비용의 노인홈 등에서 생활하면서 개호를 받습니다. 또한, 시설외의 사업자로부터 서비스를 받는 「외부 서비스 이용형 특정시설」도 있습니다.

☐ 지역밀착형 특정시설 입소자 생활개호

개호보험의 사업자 지정을 받은, 소규모 유료 노인홈과 가벼운 비용의 노인홈 등

(정원 30인 미만)에서 생활하면서 개호를 받습니다. 또한, 지역밀착형 특정시설의 입소자는 요개호인 분과 그 배우자 등에 한정되어(개호 전용형 특정시설), 요개호인 분만 개호서비스를 받을 수 있습니다.

요지원인 분은 이용할 수 없습니다.

* 지역밀착형 서비스이기 때문에 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

◆ 이용할 수 있는 서비스 ◆

- 그 외의 서비스

<그 외의 서비스>

☐ 복지용구 대여

- 요개호 2~5인 분의 이용

개호용 침대나 휠체어, 욕창방지용구 등, 재택생활을 지원하는 도구를 빌릴 수 있습니다.

- 요개호1·요지원인 분의 이용

생활기능의 유지·향상에 도움이 되는 복지용구(원칙적으로 손잡이 슬로프, 보행기, 보행보조 지팡이)에 한정해서 빌릴 수 있습니다.

☐ 복지용구 구입비의 지급

허리보조형 변좌와 특수노기, 입욕용 의자 등, 대여하기 힘든 복지용구를 지정 받은 사업자로부터 구입한 경우, 그 비용이 지급됩니다. 이용자가 일단 전액을 지불한 후, 9월이 개호보험으로부터 돌아옵니다.(동일연도에 대해 9만엔까지)

☐ 주택개수비의 지급

손잡이를 달고, 단차를 없애는 등, 소규모의 주택개수에 필요한 비용이 지급됩니

다. 이용자가 일단 전액을 사업자에게 지불한 후, 9월이 개호보험으로부터 돌아옵니다.(동일주택에 대해 18만엔까지)

- * 주택개수를 하기 전에 구시정촌에 주택개수 신청서 등을 제출할 필요가 있습니다.
상세한 것은 구시정촌에 문의해 주십시오.

《지역밀착형 서비스란》

익숙한 거주 지역에서 다양하고도 유연한 서비스를 받으며 생활을 계속할 수 있도록 설치되어 있는 서비스의 구조입니다.

가. 서비스는 사업소와 시설이 있는 구시정촌의 주민의 이용이 기본이 됩니다.

나. 사업소와 시설의 지정·지도 등을 구시정촌이 실시합니다.

다. 지역의 실정에 맞춰, 구시정촌이 개호보수를 설정합니다.(야간대응형 방문 개호와 소규모다기능형 거택개호만)

라. 지정(거부)과 지정기준 보수의 설정에 지역주민 등이 관여하는 공평하고 공정 투명한 제도입니다.

◆ 개호서비스의 선택방법 ◆

- 개호보험은 이용자가 사업자를 선택하여 개호서비스를 이용하는 시스템입니다.
어떤 서비스를, 어떤 사업자로부터 받을지 망설이시는 분은 먼저 거주하고 있는 구시정촌의 창구나 지역 포괄지원센터에 상담합니다.
- 이미 개호지원 전문원(케어매니저)이 정해져 있는 경우는, 개호지원 전문원과 상담하면서 서비스를 선택해 나갑니다.
- 서비스에 대해서는 자신에게 맞는 보다 좋은 사업자를 선택할 수 있도록 이하와 같은 정보제공의 시스템이 설치되어져 있습니다.

개호서비스 정보의 공표제도

- ▶ 인터넷을 통해 사업소가 제공하는 서비스의 내용과 운영상황 등의 정보를 언제든지 누구라도 간단하게 알아볼 수 있습니다.

공표되고 있는 정보를 비교 검토하여,
보다 적절한 사무소를 선택할 수 있습니다.



복지서비스 제삼자 평가제도

- ▶ 제삼자 평가기관이 각 사무소의 서비스와 조직 운영을 평가하여(사업평가), 실제 이용자의 의향 등을 조사합니다. (이용자 조사) 결과는 인터넷 상에 게재되어 각 사무소의 특징과 서비스의 질을 향상시키는 시스템 등을 파악할 수 있습니다.

이용자가 보다 적절한 사업자를 선택하는 것이 개호서비스의 질적 향상으로 연결됩니다.

개호서비스 정보의 공표제도와 복지서비스 제삼자제도는
「도쿄 복지 네비게이션」 <http://www.fukunavi.or.jp> 에서 볼 수 있습니다.

◆ 시설서비스의 이용자 부담 ◆

<비용의 1할이 자기부담>

- ◆ 시설서비스(주) 를 이용하는 경우, 서비스에 드는 비용의 9할이 개호보험에서 지급되고 , 나머지 1할을 이용자가 자기부담으로 합니다. 이용액은 요개호도에 따라 다릅니다.

주 : 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 지역밀착형 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설의 4종류

<식비 등의 자기부담>

- ◆ 시설서비스를 이용하는 경우는 식비와 주거비(광열수비), 일상생활비도 이용자의 자기부담액이 됩니다.
- ◆ 이들의 부담액은 이용자와 사업자의 계약에 의해 정해질 수 있으나, 소득단계에 따라 부담액이 이하의 표와 같이 경감됩니다.

《 시설서비스 부담액의 기준 (요개호3의 경우) 》

(단위:만엔)

		이용자 부담단계	개호서비스비 (1할 부담)	식비	주거비	합계
개별노인 복지시설 (특별양호노인홈)	유니트형 개인실	제1단계	1.5	1.0	2.5	5.0
		제2단계	1.5	1.2	2.5	5.2
		제3단계	2.5	2.0	5.0	9.5
		제4단계	2.6	4.2	6.0	12.8
	공동실 (2인실이상)	제1단계	1.5	1.0	0	2.5
		제2단계	1.5	1.2	1.0	3.7
		제3단계	2.5	2.0	1.0	5.5
		제4단계	2.5	4.2	1.0	7.7
개호노인보건시설	공동실 (2인실이상)	제1단계	1.5	1.0	0	2.5
		제2단계	1.5	1.2	1.0	3.7
		제3단계	2.5	2.0	1.0	5.5
		제4단계	2.9	4.2	1.0	8.1
개호요양형 의료시설	공동실 (2인실이상)	제1단계	1.5	1.0	0	2.5
		제2단계	1.5	1.2	1.0	3.7
		제3단계	2.5	2.0	1.0	5.5
		제4단계	3.1	4.2	1.0	8.3

주1: 모두 1개월(30일)의 부담액의 기준입니다. (사회복지법인 등에 의한 이용자 부담액 경감 적용 전) 실제의 부담액은 시설이 있는 지역 등에 따라서 다릅니다. (위의 표는 특별구의 경우)

주2: 표에서의 [개호서비스비]는 고액개호서비스비의 지급 후의 부담액입니다.

제1단계: 생활보호 수급자 또는 구시정촌민세 세대비과세의 노령복지 연금 수급자

제2단계: 과세연금 등 수입과 소득금액의 합계가 년 80만엔 이하의 구시정촌민세 세대비과세자

제3단계: 제1,2단계 이외의 구시정춘민세 세대비과세자
제4단계: 구시정춘민세 세대비과세자

◆ 재택서비스의 이용자 부담 ◆

<비용의 1할이 자기부담>

◆ 재택으로 받는 서비스 (왼쪽 페이지의 시설서비스 이외의 것)를 이용한 경우도, 들었던 비용의 1할은 이용자가 자기부담합니다.

<식비 등의 자기부담>

- ◆ 통소개호(데이서비스)등, 시설 등에 나가서 서비스를 받는 경우, 들었던 식비는 이용자의 자기부담이 됩니다.
- ◆ 단기입소 생활(요양)개호(쇼트스테이)를 이용한 경우에는, 들었던 식비와 체제비가 이용자의 자기부담으로 됩니다. 단, 소득에 따라 부담액이 경감됩니다.

요개호도	1개월간 이용할 수 있는 금액의 상한(기준)	상한까지 이용한 경우의 자기부담액(기준)
요지원1	49,700엔	4,970엔
요지원2	104,000엔	10,400엔
요개호1	165,800엔	16,580엔
요개호2	194,800엔	19,480엔
요개호3	267,500엔	26,750엔
요개호4	306,000엔	30,600엔
요개호5	358,300엔	35,830엔

주: 실제 금액의 상한 (지급한도 기준액)은 단위수로 정해져 있습니다. 1단위당의 단가는 지역서비스에 따라 다릅니다만, 위의 표에 서는 기준으로서, 1단위 10엔으로 계산하고 있습니다.

◆ 이용자 부담액의 경감제도 ◆

개호서비스 등의 이용자 부담액에는 이하와 같은 경감제도가 설정되어져 있습니다.

<고액 개호서비스비>

1개월간의 개호서비스의 1할 부담은 합계가 일정의 한계액을 넘은 경우는, 남은 액수가 「고액 개호서비스비」로서 소득 구분에 따라 신청에 의해 급부됩니다. (오른쪽 표 참조) 또한, 1년간의 의료보험과 개호보험의 자기부담액의 합계가 두드러지게 고액인 경우에는 고액 개호서비스비와 함께 일정액이 「고액 의료합산 개호서비스비」로서 급부됩니다.

<생계곤란자에 대한 이용자 부담액 경감제도>

구시정촌 「생계가 곤란하다」라고 인정한 이용자에 대해서는, 개호서비스의 1할 부담과 식바시설의 거주비 등의 자기부담을 약 4분의 3으로 경감하는 제도가 있습니다.

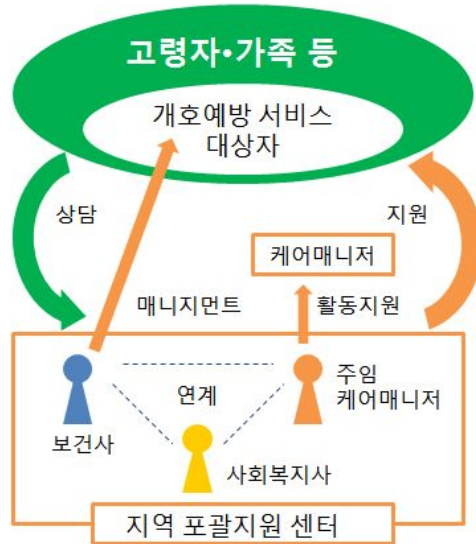
소득구분		상한액(원칙)
생활보호 수급자		개인별 15,000엔
구시정촌민세 세대비과세자	① 노령 복지연금 수급자	
	② 과세연금 등 수입과 소득금액의 합계가 80만엔 이하인 분	
	①, ② 이외의 분	세대별 24,600엔
구시정촌민세 세대과세자		세대별 37,200엔

부담액 경감제도의 상세한 사항은, 각 구시정촌에 문의해 주십시오.

◆ 지역지원사업 ◆

1. 지역포괄지원센터

고령자가 살고 있는 익숙한 지역에서 건강하고 활기찬 생활을 보내기 위해서는 개호보험 서비스뿐만 아니라 보건·의료·복지의 전문직과 자원봉사자 등 지역의 다양한 자원을 통합한 포괄적인 케어(지역포괄케어)가 필요합니다. 그래서 구시정촌이 설치하는 「지역포괄지원센터」가 지역포괄케어의 거점으로서, 개호예방케어 매니지먼트와 종합상담 등 「지역지원 사업」을 실시하여 고령자의 지역에서의 자립된 생활을 종합적으로 지원하고 있습니다.



2. 지역지원사업

지역지원사업은 고령자가 살고 있는 익숙한 지역에서 안심하고 자립된 생활을 보낼 수 있도록 구시정촌과 지역포괄지원센터가 실시하는 사업입니다.

주요한 사업은 이하와 같습니다.

❶ 개호예방 사업	→ 다음 페이지를 참조하십시오.
❷ 개호예방 케어매니지먼트	개호예방 사업을 효과적으로 실시하기 위해 본인의 의욕과 능력을 고려한 적절한 서비스 계획을 세웁니다.
❸ 종합상담·지원	고령자와 가족으로부터의 상담을 받아 다양한 제도와 지역자원을 활용하여 적절한 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다.
❹ 권리옹호	고령자가 존엄한 생활을 할 수 있도록 「권리옹호」 및 「학대방지」의 창구로서, 성년 후견제도의 소개와 고령자 학대의 조기발견·방지, 소비자 피해 등에 대응합니다.
❺ 포괄적·계속적 케어매니지먼트	고령자 분에게 심신의 상태와 그 변화에 맞춰 계속적으로 필요한 서비스가 제공될 수 있도록 케어매니저에의 지원과 의료기관 등 관계기관과의 조정을 행합니다.

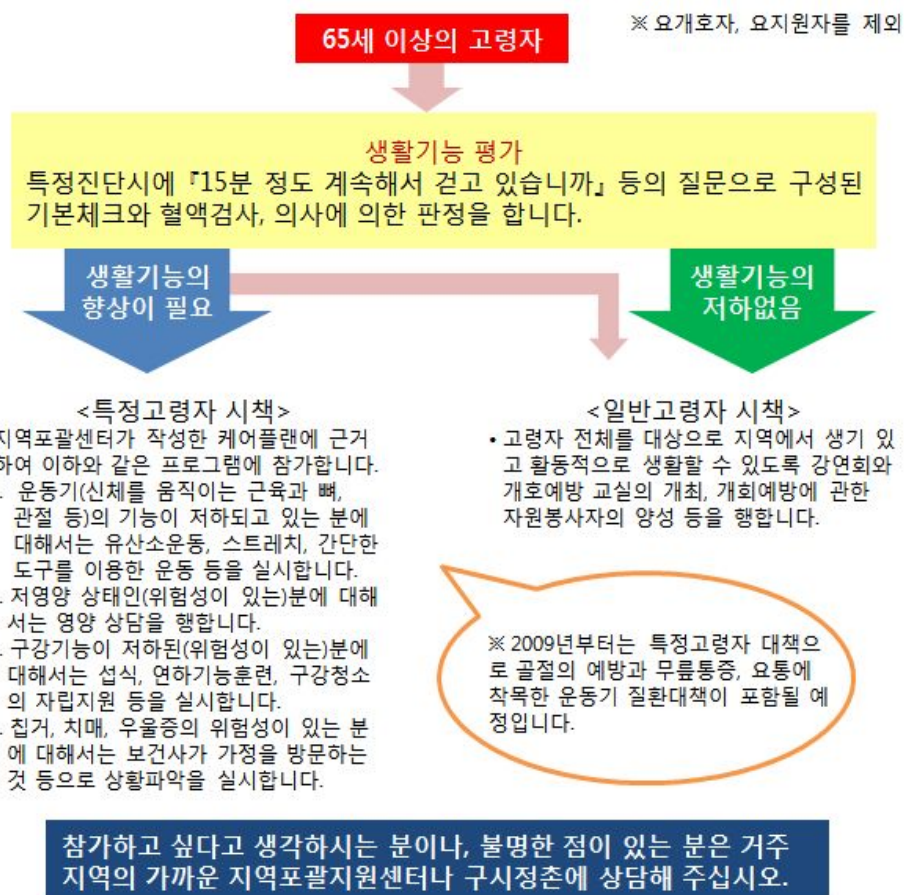
❶은 지역포괄 지원센터뿐만 아니라 구시정촌이 직접 실시하는 경우도 있습니다.

❷~❺는 지역포괄 지원센터가 실시합니다.

3. 개호예방사업

개호예방사업은 요지원이나 요개호가 아닌 고령자를 대상으로 심신의 쇠약을 예방·회복을 추진하는 것으로 요개호 상태가 되는 것을 예방하는 사업입니다. 모든 65세 이상인 분을 대상으로 한 「일반고령자 시책」과 생활기능이 저하하여 가까운 시일에 개호가 필요하게 될 위험이 있는 분을 대상으로 한 「특정고령자 시책」의 2종류가 있습니다. 먼저, 생활기능의 저하를 체크하는 「생활기능평가」를 받은 다음, 어느 시책에 참가할 수 있는지를 확인합니다.

〈개호예방 사업의 흐름〉



◆ 보험료 ◆

1. 65세 이상인 분(제1호 피보험자)의 보험료

【보험료의 액】

65세 이상인 분의 보험료는 각 구시정촌이 정하는 기본액에 소득단계에 따른 비율을 곱하여 결정하며, 피보험자의 소득수준을 배려하고 있습니다.

기준액은 각 구시정촌에서 책정하는 개호보험 사업계획에 준하여 정해지며, 개호보험 사업에 필요한 비용의 20%를 65세 이상의 인구로 나누어 산출됩니다. 그러므로 보험료의 액수는 구시정촌에 따라 다릅니다. 개호보험 사업계획은 3년 단위로 수정되기 때문에, 현행의 보험료는 원칙적으로 2011년도까지 적용됩니다.

개호보험료의 표준적인 단계설정은 이하의 표와 같습니다만, 당신의 보험료가 얼마가 되는지는 거주지에서 가까운 구시정촌의 개호보험 담당과에 문의해 주십시오.

소득단계	대상자	보험료액
제1단계	세대전원이 구시정촌민세 비과세로, 생활보호 수급자 또는 노령복지연금 수급자	기본액×0.5
제2단계	세대전원이 구시정촌민세 비과세로, 전년도에의 합계 소득금액과 과세연금수입의 합계가 80만엔 이하인 분	기본액×0.5
제3단계	세대전원이 구시정촌민세 비과세로, 제1단계, 제2단계에 해당되지 않는 분	기본액×0.75
제4단계	본인은 구시정촌민세가 비과세이나, 과세되고 있는 사람이 세대 중에 있는 분	기본액
제5단계	본인에게 구시정촌민세가 과세되고 있으며, 전년도에의 합계소득금액이 200만엔 미만인 분	기본액×1.25
제6단계	본인에게 구시정촌민세가 과세되고 있으며, 전년도에의 합계소득금액이 200만엔 이상인 분	기본액×1.5

※ 제4단계 중, 본인의 전년도 합계소득금액과 과세연금수입의 합계가 80만엔 이하인 분에 대해, [특별 제4단계]로서 제4단계보다 낮은 보험료를 책정하고 있는 구시정촌이 있습니다.

※ 소득단계를 7단계 이상으로 하거나, 단계별 보험료의 승률을 독자적으로 설정하는 등, 표준적인 설정과는 다른 보험료를 책정하고 있는 구시정촌도 있습니다.

【보험료의 납입방법】

개호보험료의 납입방법으로는, 연금에서 자동적으로 징수되는 [특별징수]와 금융기관 등에서 납입하는 [보통징수]가 있습니다. 특별징수는, 노령퇴직연금, 유족연금 또는 장애연금을 연액 18만액 이상 수급하고 있는 분이 대상으로 연금의 정기 지불(년6회)시 보험료가 공제됩니다. 특별징수의 대상이 되지 않는 분은 보통징수로 되어 각 구시정촌으로부터 납입용 용지가 송부되어집니다. 지급기간과 회수는 각구시정촌에 따라 다릅니다.

2. 40~64세인 분(제2호 피보험자)의 보험료

40~64세인 분의 보험료는 별도로 정해져, 의료보험(국민건강보험 등)의 보험료의 일부로서 징수됩니다. 보험료의 액수 등은 의료보험에 따라 다릅니다.

보험료를 납입하지 않으면, 여러 가지 제약이 따릅니다.

개호보험은 개호와 지원을 필요로 하는 고령자 등을 상호가 지원해 가는 제도입니다. 그러므로 서비스를 필요로 하지 않는 분을 포함하여 보험료는 반드시 납입해 주실 필요가 있습니다. 보험료를 내지 않고 있는 분에게는 서비스의 이용 시에 다음과 같은 조치를 취합니다.

❶ 1년 이상 납입하지 않고 있는 경우 → 지불방법의 변경

1할부담분만 아니라 서비스의 비용전액을 일단 이용자가 부담하는 것으로 됩니다. 후일, 신청에 의해 보험금부분(9할)이 지급됩니다.

❷ 1년 6개월 이상 납입하지 않고 있는 경우 → 보험금부의 일시중지

보험금부의 일부 또는 전부가 일시적으로 지급되지 않게 됩니다. 지급되지 않았던 보험금부비를 체납보험료로 충당시키는 경우도 있습니다.

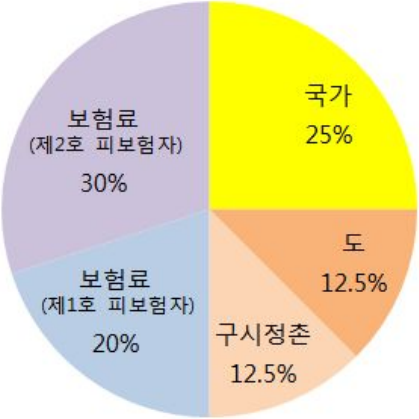
❸ 2년 이상 납입하지 않고 있는 경우 → 금부액의 감액

보험료는 2년 이상 납입하지 않고 있으면 시효가 됩니다만 서비스 이용 시에 시효가 된 미납 보험료가 있는 경우는 일정기간, 본래는 1할인 이용자 부담이 3할이 되며, 고액개호서비스비 및 입소자개호서비스비가 지급되지 않게 됩니다.

【개호보수개정에 동반한 긴급특별대책에 대해】

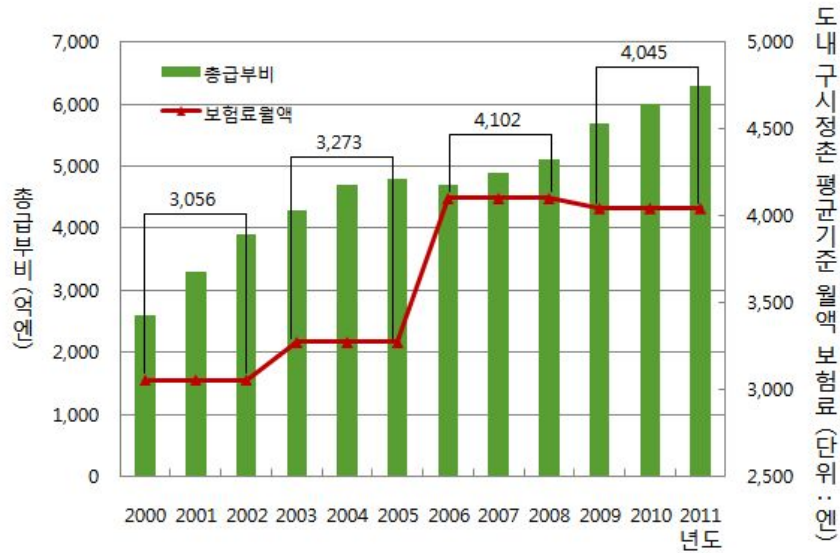
개호종사자의 처우개선을 목적으로 하여, 2009년 4월부터 개호보수가 플러스 3% 개정되었습니다. 이 개정에 의해 보험료가 급격하게 상승하지 않도록 정부는 긴급특별대책으로서 임시특례 교부금을 구시정촌에 교부하여, 보험료의 상승을 억제하는 조치를 취하고 있습니다. 개호보험료는 원칙적으로 3년간 일정합니다만 임시특례교부금의 도입에 의해, 2009년도부터 2011년도에 대해서는 년도에 따라 다른 보험료액이 되는 구시정촌도 있습니다.

● 개호보험의 재원구성



- ※ 상기의 그래프는 방문개호 등의 재택계의 서비스의 재원을 나타낸 것이다. 개호 보험시설, 특정시설의 급부비에 대해서는 국가가 20%, 도가 17.5%가 됩니다.
- ※ 국가부담분중 5%에 대해서는 조정교부금으로서 피보험자의 상황에 따라 배분되기 때문에 구시정촌의 부담률을 증가합니다.

● 개호보험 급부의 신장과 보험료의 추이



※ 2000년도부터 2007년도의 총 급부비는 개호보험 사업상황 보고에 의한. 2008년도부터 2011년도는 각 구시정촌이 산정한 급부에 상액의 합계.

※ 보험료의 월액은, 각 구시정촌의 기준액을 피보험자수에 의해 가중 평균한 것.

◆ 상담창구 ◆

① 거주지의 구시정촌 또는 지역포괄지원센터의 상담창구
② 도쿄도 국민건강보험단체 연합회
불만 상담창구 [개호서비스에 관한 불만 등] ☎ 03-6238-0177
③ 도쿄도의 상담창구
도쿄도 개호보험제도 상담창구 [개호보험제도 일반의 상담] ☎ 03-5320-4597
도쿄도 개호보험심사회 사무국 [요개호 인정결과 등의 불복신청] ☎ 03-5320-4293
도쿄도 소비생활종합센터 [계약에 관한 상담 등]
일반상담 ☎ 03-3235-1155
고령자피해상담 ☎ 03-3235-3366
고령소비자보호 핫라인 ☎ 03-3235-1334
도쿄도 보건의료정보센터 [의료기관의 정보제공 등] ☎ 03-5272-0303

일본의 장애복지시책에 관하여

2010년 5월
후생노동성 장애보건복지부

장애자의 수 (재택,시설)

- 장애자총수 744.2만명(인구의 약 5.8%)
 - 완전재택 689.5만명(92.6%)
 - 완전시설입소 54.8만명(7.4%)

신체장애자(아동)-366.3만명, 지적장애자(아동)-54.7만명, 정신장애자-323.3만명

재택신체장애자(아동) 357.6만명(97.6%)	재택지적장애자(아동) 41.9만명(76.6%)	재택정신장애자 290.0만명(89.7%)
시설입소신체장애자(아동) 8.7만명(2.04%)	시설입소지적장애자(아동) 12.8만명(23.4%)	입원정신장애자 33.3만명(10.3%)

신체장애자(아동)수는 2006년, 지적장애자(아동)수는 2005년, 정신장애자수는 2008년 조사에 따른 추산임. 신체장애자(아동)에는 고령자시설에 입소해 있는 신체장애자를 포함하고 있지 않음

장애자의 수(연령별)

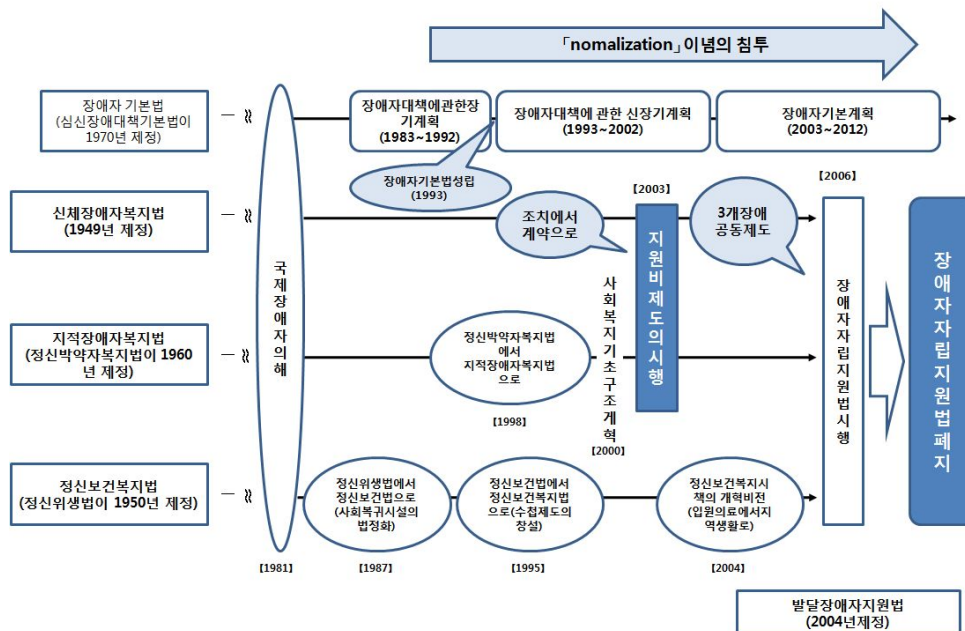
- 장애자총수 744.2만명(인구의 약 5.8%)
- 65세 미만 54%
- 65세 이상 46%

신체장애자(아동)-366.3만명, 지적장애자(아동)-54.7만명, 정신장애자-323.3만명

65세 미만인 자 (38%)	65세 미만인 자(96%)	65세 미만인 자(66%)
65세 이상인 자 (62%)	65세 이상인 자(4%)	65세 이상인 자(34%)

신체장애자(아동)수는 2006년, 지적장애자(아동)수는 2005년, 정신장애자수는 2008년 조사에 따른 추산임. 신체장애자(아동)에는 고령자시설에 입소해 있는 신체장애자를 포함하고 있지 않음

장애자시책의 역사

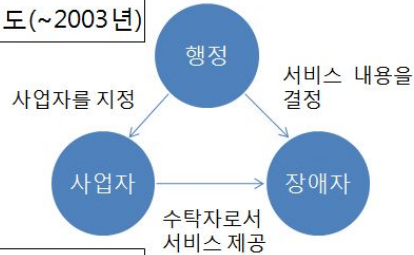


조치제도에서 지원비제도까지(2003년)

지원비제도의 의의

- 다양화, 증대화하는 장애복지의 필요성에 대응하였음
- 이용자의 입장에서 제도를 구축하였음

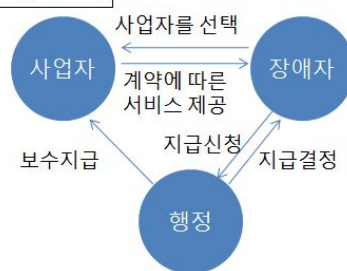
조치제도(~2003년)



<조치제도>

- 행정이 서비스 내용을 결정
- 행정이 사업자를 지정
- 수탁자로서 서비스 제공

지원비제도(2003~)



<지원비제도>

- 장애자의 자기결정을 존중 (서비스이용의향)
- 사업자와 이용자가 대등
- 계약에 따라 서비스 이용

지원비제도의 과제

지원비제도의 시행(2003년 4월~)에 따른 새로운 서비스 이용자가 증가하여
지역생활지원의 전진

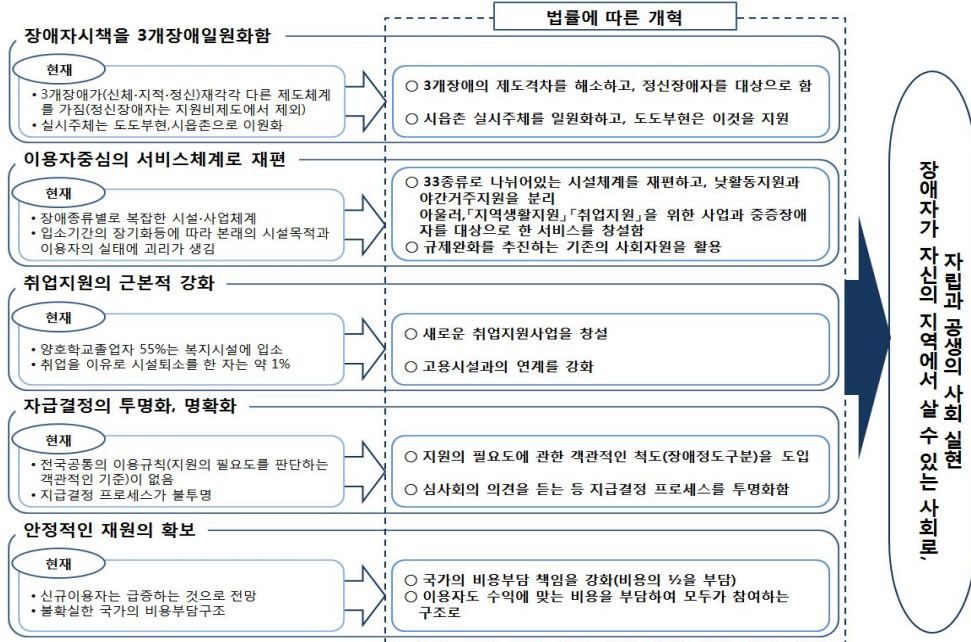
그러나

- 새로운 이용자의 급증에 따라 서비스비용도 증대됨. 이후에도 이용자의 증가가 예상되어, 현상태의 제도 유지가 힘들
- 지역격차가 큼(전국공통의 이용 규칙이 없어, 지역에 관한 서비스 제공체제가 각각 다르므로, 시읍면의 재정력의 격차)
- 장애종별로 서비스 격차가 크고, 제도적으로도 여러 모순이 있으며, 정신장애자는 지원비제도에 포함되어 있지 않음
- 일할 의욕이 있는 장애자가 반드시 일을 할 수 있는 것이 아님

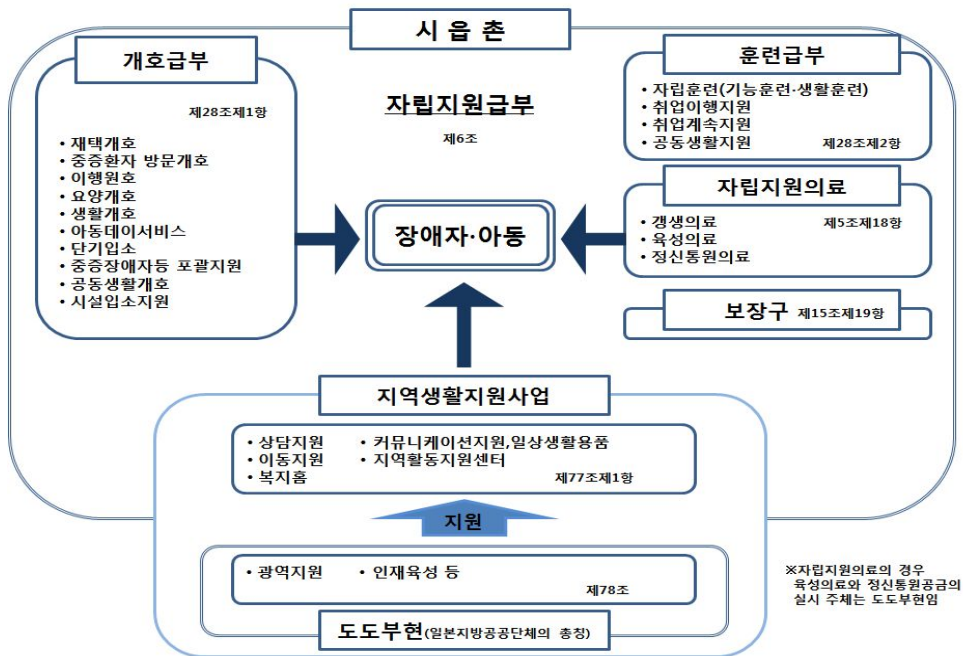
장애자가 평범하게 살아가기 위한 기반이 충분하게 준비되어 있지 않음

장애자자립지원법

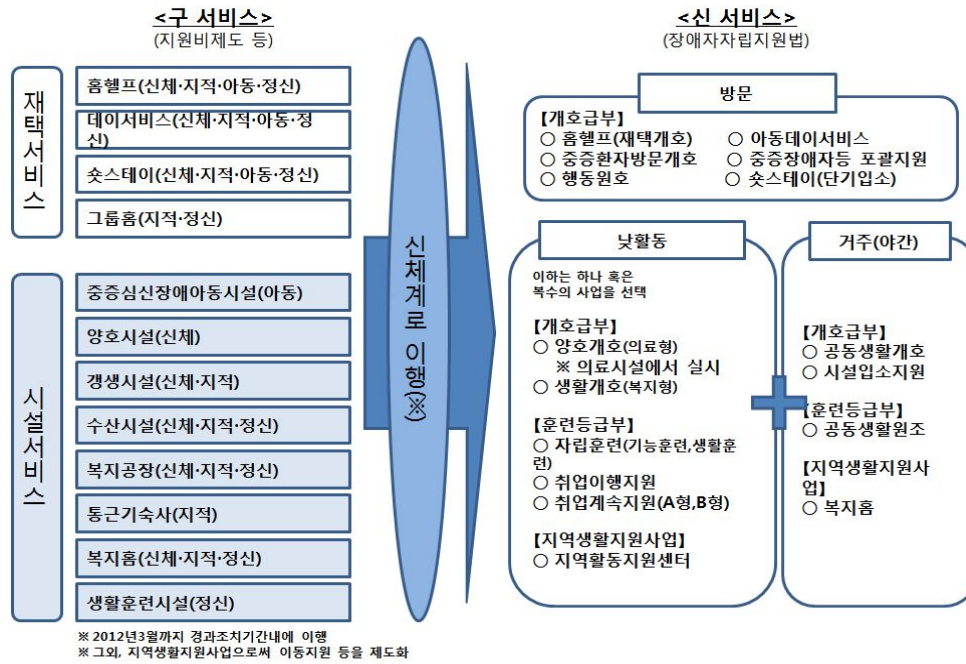
장애자자립지원법의 중요점



장애자자립지원법의 급부·사업



장애복지 서비스의 체계



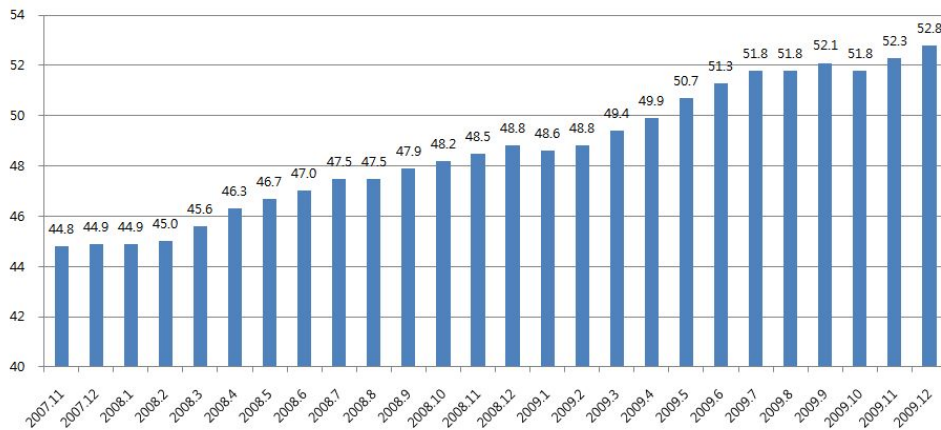
장애복지서비스 예산의 추이

장애복지서비스예산은 꾸준히 증가하고 있음



- (주1) 2005년도, 자립지원법시행 전의 장애복지서비스 관계예산(지원비 등)을 합한 것임
- (주2) 2006년도, 자립지원법시행 전후의 장애복지서비스관계예산(지원비, 자립지원급부 등)을 합한것임(자립지원법은 2006년 4월 일부시행, 동년 10월 완전시행하였음)
- (주3) 2007년~2010년도, 자립지원법에 근거한 현행의 서비스 체계에 관한 예산(2008년도는 보정)임

실제 이용자수의 추이 (2007년 11월~2009년 12월)



○ 2008년 12월→2009년 12월의 증가율 8.3%

신체장애자증가율 4.7%
지적장애자증가율 6.2%
정신장애자증가율 25.5%
장애아동증가율 10.3%

(2009년 12월 이용자수) 13.7만명
26.6만명
6.6만명
5.9만명

현재까지의 경위

- 2006년 4월: 장애자자립지원법의시행(동년 10월에 완전시행)
- 2006년 12월: 법의 원활한 운영을 위하여 특별대책
(2006~2008년의 3년간 국비:1,200억엔)
(①이용자부담 경위, ②사업자에 대한 갑작스런 변경의
완화조치, ③신법의 원활한 이행 등을 위한 긴급조치)
- 2007년 12월: 구 여당·장애자자립지원에 관한 프로젝트 팀 보고서
(근본적인 재검토 시점과 9개의 재검토 방향성의 제시)
: 장애자자립지원법의 근본적인 재검토를 지향하는 긴급조치
(①이용자부담의 재검토, ②사업자의 경영기반의 강화, ③그룹
홈 등의 정비촉진)
- 2008년 12월: 사회보장심의회 장애자부회보고의 종합
- 2009년 2월: 구여당·장애자자립지원법의 근본적 재검토의 기본방침
- 2009년 3월: 「장애자자립지원법 등의일부를개정하는법률안」국회제출
→동년 7월, 중의원의 해산에 따라 폐안
- 2009년 9월: 연립정권합의에 따른 장애자자립지원법의 폐지방침

[이후의 장애인보건의복지에 관하여]

- 2009년 9월9일의 연립정권합의에 따라 「장애인자립지원법」은 폐지되었고, 「제도의 허점」없이 이용자의 지불능력을 염두한 종합적인 제도를 만들도록 하고 있음
※ 새 제도는 늦어도 2013년 8월 까지 시행
- 이 종합적인 복지제도의 검토를 위해, 올해 4월에 장애인제도개혁추진회의에 종합복지부회를 설치하고 검토를 개시하였으며, 이후 장애자와 사업자 등 직접 관계되는 사람에서부터 여러 관계자의 의견을 충분히 반영하여 검토를 추진하고 있음
 - 2009년 12월 8일, 내각회의의 결정에 따라 내각에 「장애인제도개혁추진본부」 설치
 - 2010년 1월 12일, 제 1회 「장애인제도개혁추진회의」 개최
 - 2010년 4월 27일, 제 1회 「장애인제도개혁추진회의종합복지부회」 개최
- 새 제도가 발효되기까지, 2010년도 예산에서 저소득층(시읍면 주민세 비과세)의 장애인 및 장애아동에게 장애복지서비스 및 보장구를 무료로 제공하고 있음

연립정권합의 등

<연립정권합의>

- 「장애인자립지원법」은 폐지되고, 「제도의 허점」없이 이용자의 지불능력을 고려한 종합적인 제도를 만들.
(2009년 9월9일 민주당 사회민주당, 국민신당 「연립정권수립에 해당하는정권합의」에서)

<민주당 선언문(발췌)>

26. 「장애인자립지원법」을 폐지하고, 장애인복지제도를 근본적으로 재검토

[정책목적]

-장애인 등이 당연히 지역에서 살면서, 지역의 일원으로서 함께 생활할 수 있는 사회를 만든다.

[구체적인 방법]

- 「장애인자립지원법」은 폐지하고, 「제도의 허점」없이 이용자의 지불능력을 고려한 장애인종합복지법(가칭)을 제정한다.
- 일본의 장애인복지정책을 종합적이고도 집중적으로 개혁하여, 「국연장애인권리조약」의 비준에 필요한 국내법의 정비를 시행하기 위하여, 내각에 「장애인제도개혁추진본부」를 설치한다.

[소요액]

400억원 정도

<사회민주당 선언문(발췌)>

재건2 >> 생명 안전망에 충실

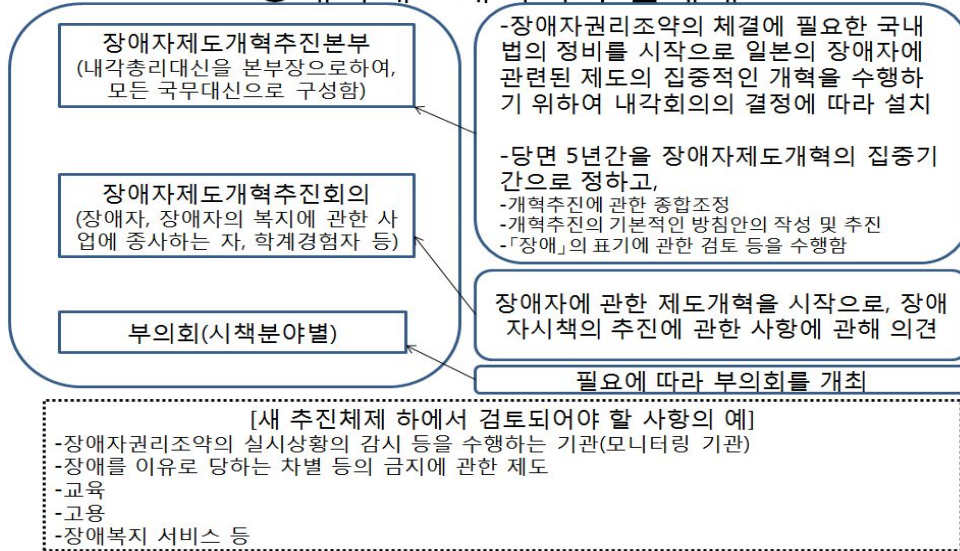
5. 장애인복지

-기본적인 생활, 직장에서도 이용료를 부과하는 「장애인자립지원법」을 폐지하고, 지원비제도의 지불능력을 고려한다.

-외면당한 장애인, 난치환자를 커버하는 종합적인 「장애인복지법」을 제정한다.

- 국제 수준에 맞춰 「장애의 정의」를 확립한다.
「국연장애자의 권리조약」에 의거한 장애자의 소득보장, 직장 생활 등 중요한 사회자원의 확충, 취업지원의 강화 등을 시행한다.

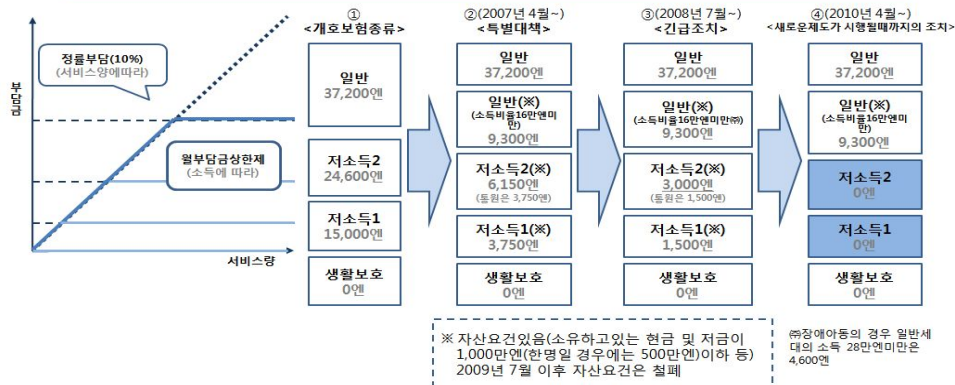
장애인제도개혁의 추진체제



이용자부담의 경감조치에 관하여

(재택·통원 서비스의 경우[장애인·장애아동])

- ① 부담이 과대해지지 않도록, 소득에 준하여 한달 부담한도액을 설정(개호보험 등)
- ② 2007년 4월부터 실시된「특별대책」에 따라 부담경감①의 한도액을 경감함. 2008년까지 시행되었음
- ③ 2008년 7월부터 긴급조치 실시(대상세대의 확대와 더불어 ②의 한도액을 더욱 경감함)
- ④ 2010년 4월부터 새 제도가 시행되기 까지 저소득층(시읍면 주민세 비과세)의 이용자부담금을 무료로 함



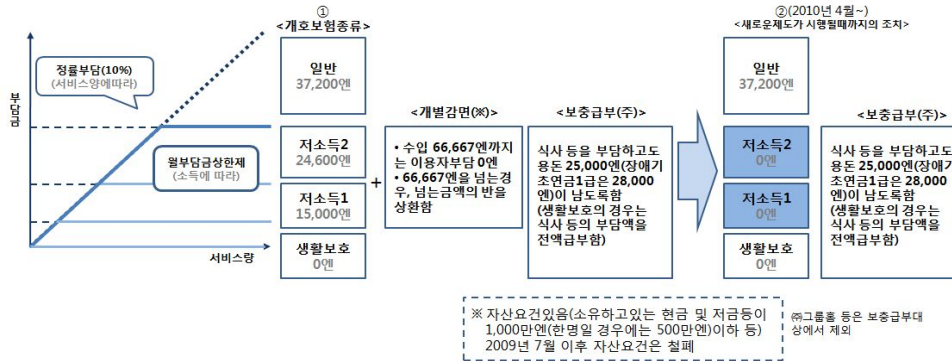
• 소득비율은 $=(\text{소득}-33\text{만엔}) \times 10\%$ 를 말함

- (1) 일반: 시읍면 주민세 과세세대
- (2) 저소득2: 시읍면 주민세 비과세세대 ((3) 제외)
- (3) 저소득1: 시읍면주민세 비과세 세대에 있어, 이용자본인(장애아동의 경우는 그 보호자)의 연수입이 80만엔 이하인 경우
- (4) 생활보호: 생활보호세대

- 긴급조치에 따라 2008년 7월부터 장애자의 부담한도액에 대해서는 세대전체에서가 아닌 「본인 및 배우자」의 소득만을 반영함

이용자부담의 경감조치에 관하여 (입소 서비스 등의 경우[장애자])

- ① 부담이 과대해지지 않도록, 소득에 준하여 한달 부담한도액을 설정(개호보험 등)
더불어, 개별감면, 보충금부(용돈제도)를 실시함
② 2010년 4월부터 새 제도가 시행될때까지 저소득층(시읍면 주민세 비과세)의 이용자부담금
을 무료로 함



- (1) 일반: 시읍면 주민세 과세세대
(2) 저소득2: 시읍면 주민세 비과세세대 ((3) 제외)
(3) 저소득1: 시읍면주민세 비과세 세대에 있어, 이용자본인의 연수입이 80만엔 이하인 경우
(4) 생활보호: 생활보호세대

- 긴급조치에 따라 2008년 7월부터 장애자의 부담한도액에 대해서는 세대전체에서가 아닌 「본인 및 배우자」의 소득만을 반영함

557

장애복지서비스와 관계된 이용자부담의 비교 (장애자(성인)의 경우)

소득계층		동원서비스 【지적장애자동원수산시설】 (사업비 약 14.9만엔)				
		지원비제도	장애자자립지원법	장애자자립지원법 (특별대책후) (2007년 4월~)	장애자자립지원법 (긴급조치이후) (2008년 7월~)	장애자자립지원법 (저소득무효화이후) (2010년 4월~)
과 세 세 대	일반 (연소득 약 800만엔)	26,500엔	29,200엔 (14,900엔+14,300엔)	원쪽과같음	원쪽과같음	원쪽과같음
	일반 (연소득 약 600만엔)	26,500엔	29,200엔 (14,900엔+14,300엔)	14,360엔 (9,300엔+5,060엔)	원쪽과같음	원쪽과같음
비 과 세 세 대	저소득2 장애기초연금1급 (연금 약99만엔,월8.3만엔)	0엔	12,560엔 (7,500엔+5,060엔)	8,810엔 (3,750엔+5,060엔)	6,560엔 (1,500엔+5,060엔)	5,060엔 (0엔+5,060엔)
	저소득1 장애기초연금2급 (연금 약79만엔,월6.6만엔)	0엔	12,560엔 (7,500엔+5,060엔)	8,810엔 (3,750엔+5,060엔)	6,560엔 (1,500엔+5,060엔)	5,060엔 (0엔+5,060엔)

※괄호안은,정률부담+식비

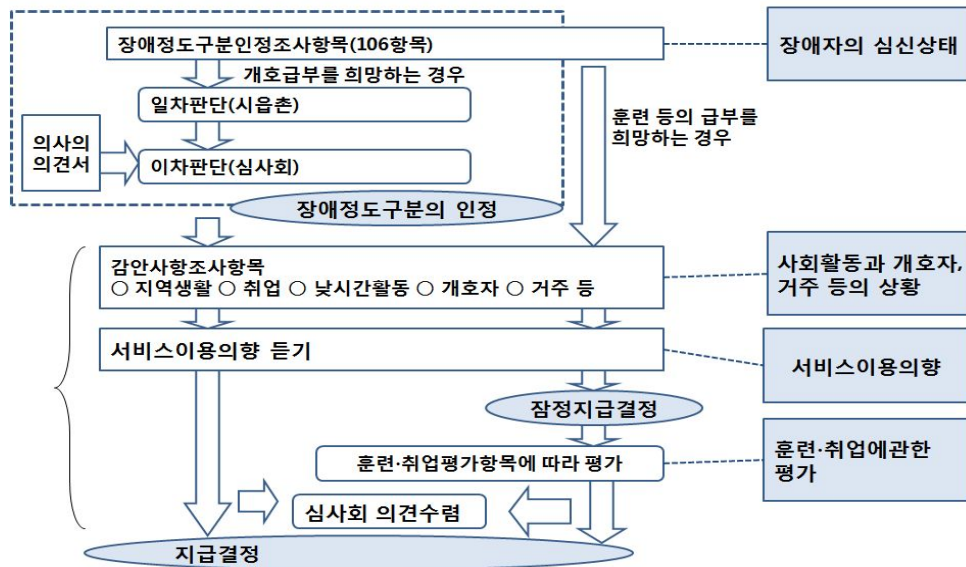
장애복지서비스에 관계된 이용자부담의 비교 (장애자(성인)의 경우)

소득계층		입소서비스 【지적장애자입소경생시설】 (사업비 약 19.2만엔)				
		지원비제도	장애자자립지원법	장애자자립지원법 (특별대책후) (2007년 4월~)	장애자자립지원법 (긴급조치이후) (2008년 7월~)	장애자자립지원법 (저소득무효화이후) (2010년 4월~)
과 세 세 대	일반 (연소득 약 800만엔)	53,000엔	77,200엔 (19,200엔+58,000엔)	원쪽과같음	원쪽과같음	원쪽과같음
	일반 (연소득 약 600만엔)					
비 과 세 세 대	저소득2 장애기초연금1급 (연금 약99만엔, 월8.3만엔)	49,800엔	55,000엔 (8,500엔+46,500엔)	원쪽과같음	원쪽과같음	46,500엔 (0엔+46,500엔)
	저소득1 장애기초연금2급 (연금 약79만엔, 월6.6만엔)	39,800엔	41,000엔 (0엔+41,000엔)	원쪽과같음	원쪽과같음	원쪽과같음

※괄호안은,정률부담+식비

지급결정의 흐름도

시읍면의 경우, 장애자의 심신의 상태를 장애정도구분으로 확인하며, 여기에 ①사회활동과 개호자, 거주 등의 상황, ②서비스의 이용의향, ③훈련·취업에 관한 평가에 근거하여 지급결정을 수행함



장애자자립지원법의 장애정도구분에 관하여

장애정도구분은, 지원서비스의 필요도(필요시간)를 표시하여 단계로 구분

비해당
구분1
구분2
구분3
구분4
구분5
구분6

필요도 낮음



필요도 높음

지원비제도

지원비제도시행후, 급부비가 대폭증대되었으나, 전국공통의 규칙이 없고, 지급 결정 프로세스가 불투명함.

장애자자립지원법

○지원필요도를 계산하는 객관적인 척도(장애정도구분)를 도입
○심사회의 의견반영등 지급결정 프로세스를 투명화

(참고자료) 장애정도구분의 확인조사항목(106항목)

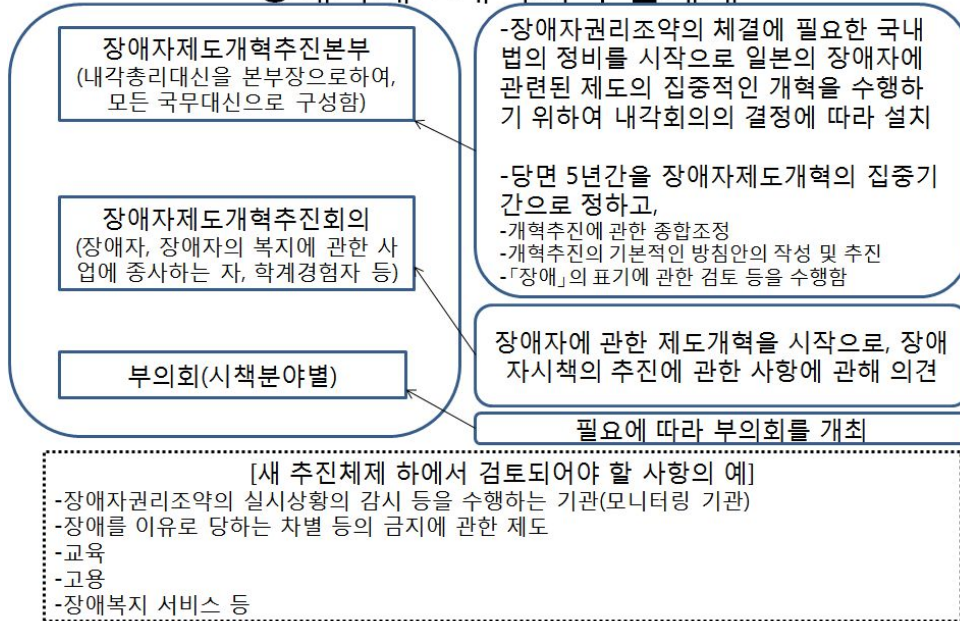
A항목군 마비·구속		특별개호		행동		IADL(B1항목군)	
1-1	마비(원발)	4-1 0L	욕창	7 0I	피해적	9-1	조리
	마비(오른팔)	4-1 0L	피부질환	7 0I	작화증	9-2	식사를 먹여줌
	마비(왼다리)	4-2	삼킴	7 0U	환영, 환청	9-3	청소
	마비(오른다리)	4-3	식사섭취	7 0E	감정이 불안정	9-4	세탁
	마비(그외)	4-4	음료수	7 0O	주야역전	9-5	입욕준비 돕기
1-2	구속(어깨관절)	4-5	배뇨	7 0K	폭언폭행	9-6	장보기
	구속(팔꿈치관절)	4-6	배변	7 0K	같은 이야기를 함	9-7	교통수단의 이용
	구속(고관절)	신변		7 0U	큰소리를 냄	행동장애(B2항목군)	
	구속(무릎관절)	5-1 0L	구강정결	7 0E	개포에 저항	7 0O	구매행
	구속(발관절)	5-1 0L	세수	7 0O	상시 배회	7 0I	다들 행동정지
이동		5-1 0U	이발	7 0S	집착해 지지 못함	7 0I	불안정한 행동
		5-1 0E	손톱깎기	7 0S	외출한 뒤 돌아오지 않음	7 0U	스스로 때리는 등의 행위
	2-1	5-2 0L	상의 입고벗기	7 0S	혼자 외출하고 싶어함	7 0E	타인을 때리는 등의 행위
	2-2	5-2 0L	바지 등 입고벗기	7 0S	수집벽	7 0O	종이 등에 따른 행동
	2-3	5-3	약 먹기	7 0S	물 단속을 못함	7 0H	보통과 다른 목소리
복잡한동작	2-4	5-4	금전관리	7 0T	물건과 의류를 망가뜨림	7 0H	충동적인 행동
	2-5	5-5	전화이용	7 0T	불결한 행위	7 0O	반복적인 행동
	2-6	5-6	일상의 의사결정	7 0T	이식행동	C항목군	
	2-7	의사소통		7 0E	심한 건망증	6-3-0I	의사전달
	3-1	6-1	시력	특별한의료		6-4-0I	설명에 대한 이해
3-2	3-1	6-2	청력	8-1	염색주사의 관리	7 0O	과식, 반추(rumination) 등
	3-2	6-3-0I	의사전달	8-2	중심정맥영양	7 0E	우울하고 비관적
	3-3	6-4-0I	지시에 대한 반응	8-3	투석	7 0I	사람을 대할때 불안간장
		6-5 0L	매일 일과에 대한 이해	8-4	인공장문 처치	7 0I	의욕이 부족함
		6-5 0U	생년월일을 말함	8-5	산소요법	7 0U	이야기의 정리가 안됨
3-3		6-5 0E	단기 기억	8-6	인공호흡기	7 0E	집중력이 지속되지 않음
		6-5 0E	자기이름을 말함	8-7	가관지 절개의 처리	7 0O	자기의 과대평가
		6-5 0O	현재 거실에 대한 이해	8-8	동물의 개포	7 0I	의심이 많고 거부적
		6-5 0K	장소에 대한 이해	8-9	경관영양(tube feeding)	9-8	문자의 시각적 인식
				8-10	모니터 측정		
				8-11	육창 처리		
				8-12	소식자(sonde)		

개호보험의개호가 필요하다고 인정되는 79항목

추가 27항목

[2009년 12월 15일 제 1회 장애인제도개혁추진본부자료(내각부 작성)]

장애인제도개혁의 추진체제



에도가와구의 복지

활기넘치는 생활을 위한
건강·복지사회 만들기

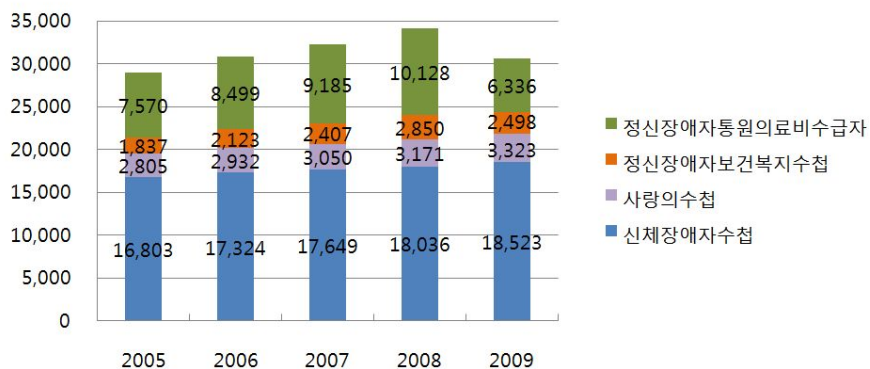
2010년 5월 12일

장애자 복지

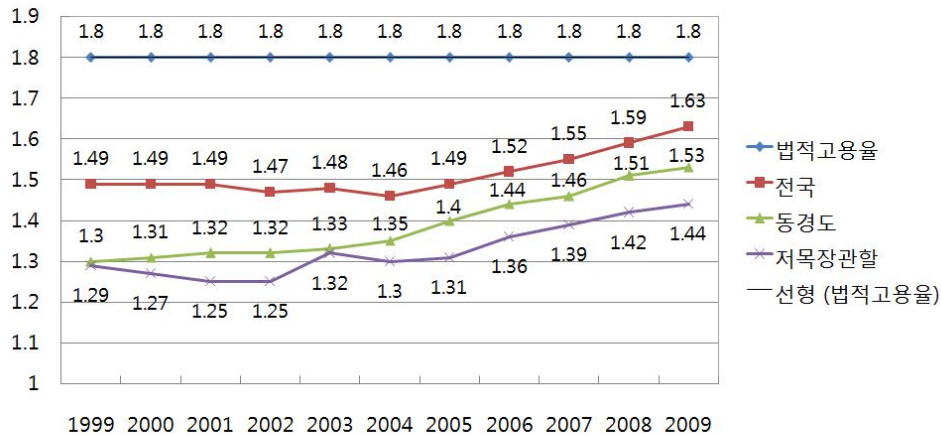
1. 통계

(1) 장애자수첩 소지자의 연차추이

	2005	2006	2007	2008	2009
장애자수첩소지자합계	29,015	90,878	32,291	34,185	30,680
신체장애자수첩	16,803	17,324	17,649	18,036	18,523
사랑의수첩	2,805	2,932	3,050	3,171	3,323
정신장애자보건복지수첩	1,837	2,123	2,407	2,850	2,498
정신장애자통원의료비수급자	7,570	8,499	9,185	10,128	6,336



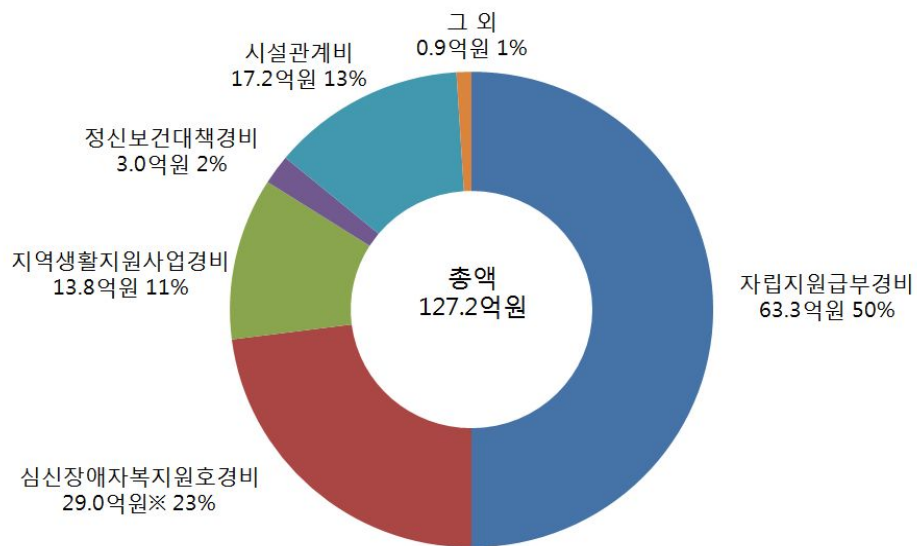
(2) 장애자의 실제 취업률 추이(일반 민간기업)



※「장애자고용의촉진등에관한법률」에 근거하여, 법정고용율에 해당하는 수 이상의 장애자를 고용하도록 의무화 하고 있음
 사업주로부터 매년 6월1일 현재 고용상황 보고를 요구하여, 그 보고를 집계한 결과를 기초로 작성
 (일반 민간기업의 경우, 상용노동자수 56인 이상 규모의 기업)

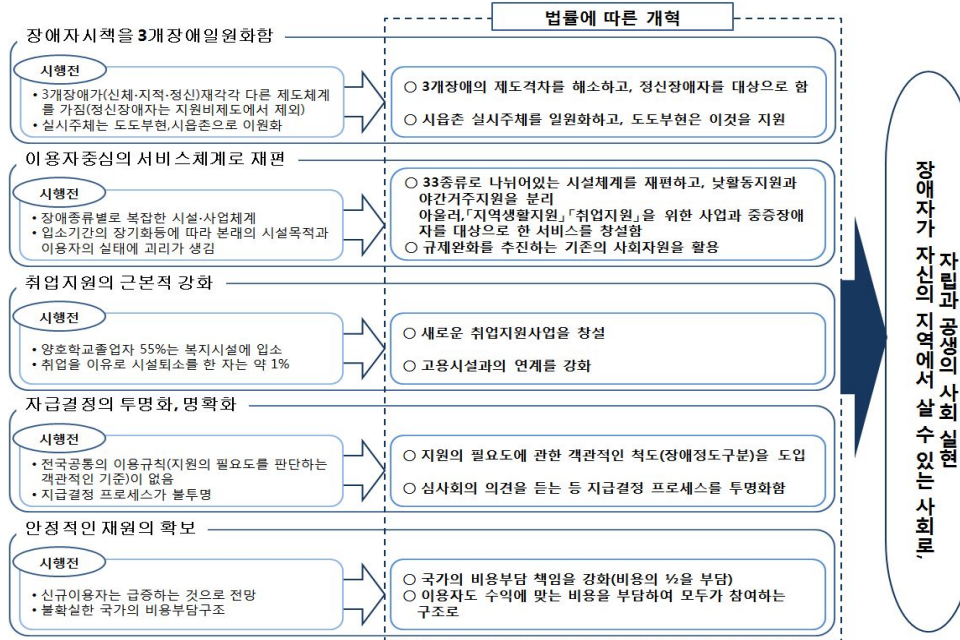
(헬로워크 저목장에서 수치제공)

2. 2010년도 장애자 복지관계 당초예산

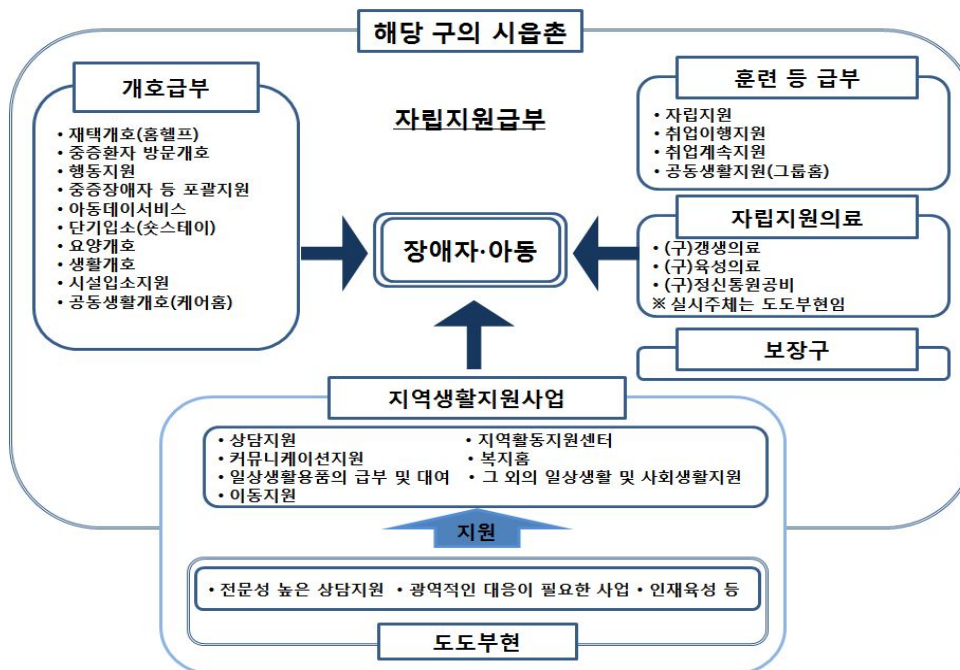


※ 아동복지비·아동육성수당(아동수당(장애수당))을 포함함

3. 장애인자립지원법의 개요



자립지원시스템 전체구상도



●매달 이용자부담금(장애자의 경우)

◆ 원칙 1항의 정율부담과 소득에 준하는 월부담상한액을 설정하고 있음

구분	세대 수입상황	월부담상한액
저소득1	특별구민세 비과세 세대는 서비스를 이용하는 본인 (장애아동의 경우는 보호자)의 수입이 80만엔 이하인 경우	0 엔
저소득2	특별구민세 비과세 세대는 「저소득1」 이하인 경우	0엔
일반	특별구민세 소득비율 16만엔 미만인 세대	9,300엔
	상기 이외	37,200엔

◎ 상기이외의 개인이용자 부담경감(에도가와구·도쿄부)

- ① 장애복지서비스와 지역생활지원사업 부담금의 월상한액을 합산한다.
- ② 보장구, 일상생활용품, 재택서비스, 이동지원은 저소득 1·2인 경우 무료로 시행함

• 소득비율은=(소득-33만엔)×10% 를 말함

에도가와구의 지역생활지원사업(내역)

법정필수사업	5사업	-상담지원 -커뮤니케이션 지원 -일상생활용품 지급 등 -이동지원 -지역활동지원센터 기능강화
재택지원서비스 등 사업	12사업	-이동목욕탕 서비스 -침구건조 등 -복지이발미용서비스 -일회용기저귀 지급 등 -일중일시지원(낮동안 장애자를 맡아, 장애자가족의 사회활동이 가능하도록 지원하는 것) -중증장애자 그룹홈의 조성 등
사회참가촉진사업	9사업	-휠체어 대여 -장애자 스포츠 대회 -장애자 작품전 -장애별 강좌강습 개최 -자립생활지원센터 사업 -심신장애자 상담원 등
단체 등에 수행하는 보조사업	5사업	-복지작업소 조성 -그룹홈의 수탁 -승강기가 설치된 택시의 수탁 등
급부·돕기 서비스 사업	18사업	-그룹홈의 집세 조성 -장애자수첩취득용 진단서 작성비용 조성 -복지전화 대여 -화재안전장치 설치 -생활개선 조성 -민간임대주택 집세 등의 조성 -개호자 격려 -복지택시 이용조성 등
정신장애자 서비스 사업	15사업	-지역활동지원센터에 관한 사업 -마음 전문 그룹워크에 관한 사업 -공동작업소에 관한 사업
갱생지도 사업	2사업	-자립지원세미나에 관한 사업 -갱생지도 자주그룹의 활동지원에 관한 사업

합계 66사업

[구립장애자취업지원센터의 구조]

장애자의 일반취업기회 확대를 도모하고 장애자가 안심하고 일할 수 있도록 가까운 지역에서 취업할 수 있도록 제공하여, 장애자의 일반취업을 추진하고, 장애자의 자립과 사회참여를 촉진하도록 함.

★상담부문

장애자의 취업에 관한 상담과 취업활동에 필요한 취업지원을 수행함

- 상담건수 2,537건 - 등록자수 107건

★훈련부문[정원 1회 3개월간 5명·연 4회]

일반취업에 필요한 장업기술의 습득과 사회적 매너의 훈련을 수행하여, 보다 확실한 취업의 촉진과 정착을 지향함

★수산부문[취업이행지원사업 정원 15명](수산: 授産, 취업하지 못한 사람이나 가난한 사람에게 일거리를 주어 생계를 해결할 수 있게 하는 것)

지역에 밀착한 수산작업을 통하여, 작업능력·사회생활에 대한 능력과 의식을 함양하여, 일반취업을 지향함

★기업내통소수산부문[취업이행지원사업 정원 7명]

기업내에 수산활동을 수행하여, 일반취업으로의 이행을 지향함

2009년 실적	상담부문	훈련부문	수산부문	기업내수산부문	계
취직자 수	30명	3명	1명	3명	37명

※ 2002년도부터 취업자 수 누계 210명(2010년 4월 현재)

[구립장애자취업지원센터의 새로운 구조]

장애자취업지원센터에서는 농지를 활용하여 화훼 육성판매를 실시하여, 장애자취업이행지원사업의 확대를 도모한다.

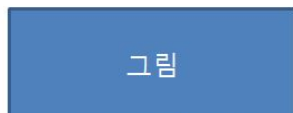
사업개시 : 2008년 11월

장 소 : 에도가와구 니시시노자키 잇초메 167번 1
(시노자키공원입구 버스정류장 앞)

면 적 : 약 600m²

작업내용 : 비닐하우스 2동, 다육식물 육성(에코포트에 심음)

농지의 풍경



상록침엽수·블루베리의 묘목



비닐하우스(표고버섯·다육식물·묘목의 육성)

[구립복지작업소의 새로운 구조]

★ 2008년도 「에코 포트」의 제조판매 개시!

에코포트는 신문과 복사용지 등을 이용하여 만들어
지구환경에 해롭지 않은 화분입니다.
지역의 축제와 기업 이벤트 용품으로 사용됩니다.

2008년 8월 20일
발매 신문에 게재

★ 2009년도 「두유를 사용한 제품제조 판매하는 베리소이즈」를 오픈!

이용자의 자립과
사회참가지원

제조·판매상품

그림

그림

그림

여러 작업제공을 실현

두유 넣은 도넛, 두유 푸
딩, 두유 아이스크림

지역의 화젯거리가 될 수
있는 상점을 만들도록 노
력하고 있습니다!

[제 2기 에도가와구 장애복지계획의 책정]

• 배경

2006년 4월에 시행된 장애인복지법은 각 지자체에 대해 국가가
나타내는 기본방침에 맞게 책정하도록 의무를 부여하고 있다.

• 계획의 기간

2009년부터 2011년까지 3년간

• 계획의 주요한 내용

- (1) 제 1기 계획(2006년부터 2008년)의 달성상황의 확인과 평가
- (2) 각 연도(계획기간)의 장애복지서비스·상담지원의 종류마다 필요한
양을 예상함
- (3) 장애복지서비스·상담지원의 종류마다 필요한 예상량의 확보를 위
한 방침
- (4) 지역생활지원사업의 종류별 실시에 관련된 사항 등

• 책정형태

장애자기본법에 근거한 에도가와구 장애복지계획을 고려하여 책정

〈부록 8〉 일본 출장 자료 : 2010년도 장애인복지시책의 개요 (에도가와구)

[2010년도 장애인복지시책의 개요]

에도가와구복지부장장애자복지과

장애인복지예산 12,438,784천엔 (21년도 11,510,181천엔) 전년대비 8.1%증가

에도가와구는 구민 제일주의를 위해 철저하게 공생·협동의 이념을 바탕으로 건전재정을 견지해나가면서 활력있는 생활을 위한 건강복지사회 만들기를 추진하고 있다. 올해의 장애인복지에 관한 예산내역은 아래와 같다.

1. 심신장애자복지비 <2,893,696천엔>

심신장애자복지수당 특별장애수당 난치환자복지수당의 지급 등

2. 장애인자립지원제도관계비 <9,441,598천엔>

개호급부비 훈련급부비 지역생활지원사업(수화통역, 이동지원, 이동목욕탕, 복지택시권 지급, 민간복지시설로 조성, 생활개선조성 등) 장애인정심사회 운영, 장애인취업지원센터와 희망의집 관리 등

3. 사회복지총무비·사회복지시설비 <4,360천엔>

휠체어 대여, 장애인시설유지관리경비 등

4. 아동복지부조비 <99,130천엔>

아동육성(장애)수당 지급

[참고] 에도가와구 일반회계예산 2,129억엔(2009년도 2,013억엔) 전년대비5.8% 증가

주요계획

1. 장애인계획·제2기 장애복지계획의 실적

장애자기본법에 근거한 장애자계획과 장애자자립지원법에 근거한 제2기 장애복지계획을 제정계획기간과 함께 2009년부터 2011년까지 3년간

2. 이용자부담의 경감(2010년도)

- ① 장애복지서비스(거주개호, 생활개호, 아동데이케어 등)를 이용하는 경우 저소득자(구민세 비과세) 세대에 대해 무료로 시행(2010년 4월부터)
- ② 지역생활 지원사업의 이동지원 지역활동지원센터 II형, 일상생활용품에 대해서도 저소득 구민(구민세 비과세)세대에 대해 무료로 시행

3. 수화통역자를 본청사내 배치

주2회 화·금요일 오후1시~오후4시 본청사 내 수화통역자를 배치

4. 구립장애자시설에 간호사, 물리치료사, 지원자를 증원하여 「의료케어」 등에 충실히 대응

[코토엔 케어센터 츠바키]
사업안내

2층

지적장애자 시설 「에팻쿠(epoch)」

중증 지적장애를 가진 환자(18세 이상)를 대상으로, 생활훈련과 사회훈련을 수행하여 사회생활능력 개발 및 일상생활을 도모합니다.

- 식사, 옷갈아입기, 배설 등의 기본적 생활습관 훈련을 수행합니다.
- 「흙」 「소리」 「동물」을 컨셉으로 이용자의 적성과 희망에 맞춘 작업훈련, 취미, 여가활동, 체력증진, 기능훈련 메뉴를 수행합니다.
- 스노잘렌(Snoezelen)을 활동에 추가하여 학습기능 향상과 릴렉스할 수 있는 공간을 만듭니다.
- 건강관리로 매일 건강지도 외에 질병예방을 위해 건강진단과 각종 검사·검진을 수행합니다.
- 숙박훈련과 사회견학 외에 일상적으로 외출기회를 마련하여, 지역민과 만날 기회를 제공합니다.
- 승강기가 설치된 와건차로 자택까지 바래다 드립니다.

1층

코토엔 홈헬퍼 스테이션 츠바키(방문개호)

고령자와 장애자의 자택에 홈 헬퍼가 방문하여 신체개호와 생활원조 등의 개호서비스를 수행합니다.

코토엔 츠바키 도시락(배식 서비스)

신체가 약한 고령자(허약자)를 대상으로 한 식사를 자택까지 배달해 드립니다.

카페 츠바키

지적장애자가 작업·훈련의 장소로 사용되며, 장애자와 고령자가 지역민과 교류할 수 있도록 하기위한 「모두의 키친」입니다.

3층

데이서비스센터 만남의 장(통원개호)

자택에서 개호를 받는 고령자가 사이좋은 사람들끼리 즐겁게 이야기를 나누며 식사를 하거나, 갱생치료와 레크리에이션을 즐겁게 받을 수 있도록 합니다.

옥상 : 옥상녹화와 운동장으로 이용되는 것 외에 축제와 불꽃놀이도 감상할 수 있습니다.

■ 사업개요

1962년10월27일 사회복지법인 코토엔 인가

양호노인 홈 인가

1976년 6월 1일 에도가와보육원 인가

1987년 4월 1일 특별양호노인 홈 인가

고령자재택서비스센터 병설

2006년 3월24일 · 지적장애자통원갱생시설인가(정원 40명)

· 지정통원개호사업소(정원 45명)

· 지정방문개호사업소

■ Contents

부 지 1,108.80m²

설비구조 철근콘크리트 3층

건축면적 664.37m²

연상면적 1863.20m²

■ 총사업비 704,100,973엔

도(국가) 보조금 136,316,000엔

에도가와구 보조금 178,000,000엔
법인 자금 389,784,973엔

[사업소 상황(2009년도)]

1. 이용자연령별구성상황

연령	남성	여성	합계	비율
50세이상	0	2	2	4.8%
45세이상 50세미만	1	0	1	2.4%
40세이상 45세미만	4	4	8	19.0%
35세이상 40세미만	2	5	7	16.7%
30세이상 35세미만	2	3	5	11.9%
25세이상 30세미만	2	0	2	4.8%
20세이상 25세미만	8	6	14	33.3%
20세미만	3	0	3	7.1%
소계	22	20	42	
평균연령	31.1			

(2010년 3월 31일 현재)

2. 장애정도구분

법구분	구분	남성	여성	합계	비율
구 법	중A	2	3	5	11.9%
	A	17	14	31	73.8%
	B	3	3	6	14.3%
	합계	22	20	42	
신 법	6	6	5	11	26.2%
	5	6	7	13	31.0%
	4	4	4	8	19.0%
	3	6	4	10	23.8%
	2	0	0	0	0.0%
	1	0	0	0	0.0%
	합계	22	20	42	
	평균	4.6			

※ 구 법의 구분은 서비스 추진비의 산정근거임

3. 독자(獨自) 데이터

① 통원치료자의 일상생활상황

		일부도움	전부도움	비고
통원 치 료 자 의 일 상 생 활	식사지원	18	3	일부: 지켜보기와 일부지원으로 식사가 가능함 전부: 모두 지원하지 않으면, 식사가 불가능
	배설지원	28	4	일부: 지원이 있으면 화장실에서 배설이 가능 전부: 상시 기저귀를 사용함
	옷입고벗기 지원	29	3	일부: 지켜보기와 일부지원으로 옷을 갈아입을 수 있음 전부: 혼자서 할 수 없어 전부지원이 필요함
	보행지원	12	6	일부: 도와주면 걸을 수 있고 휠체어 등을 지원하면 자력으로 이동가능 전부: 전부 도움이 필요
	잠잘 때 몸 뒤척이기 지원	3	1	일부: 조금 도와주면 가능 전부: 혼자서는 몸을 뒤척일 수 없기 때문에 전부 지원이 필요
	휠체어 사용자 수	10		
	기저귀 사용자 수	13		기저귀 사용자는 야간에만 사용하는 자도 포함
	욕창자 수	0		

(2010년 3월 31일 현재)

② 각종행사·클럽활동 등 참가상황

행사·클럽명	실사회수	참가인수	내용
숙박훈련	2	41	9~10월에 2그룹으로 나누어 실시(카모가와 씨월드)
외출 레크리에이션	16	131	매월 그룹별로 실시(교오센공원, 가스과학관 등)
개별외출	11	42	개별외출기획서 중에서 희망하는 곳을 조사하여 외출
생일 외출	11	42	생일월에 쇼핑을 겸해서 외출
회식	6	42	3월에 그룹별로 시행
차 마시기	8	84	12월에 카페 츠바키에서 실시
도예클럽	12	52	격주 화요일에 만남의장 이용자와 합동실시
독서클럽	9	28	격주 수요일에 만남의장 이용자와 합동실시
꽃꽂이클럽	24	57	격주 화요일에 만남의장 이용자와 합동실시
여름축제 봉오도리 대회	1	18	봉오도리에 보호자와 함께 참가
합동 떡메기 대회	1	11	보호자와 함께 참가

③ 독자서비스의 이용상황

목욕 지원	항목	일반목욕	기계목욕
	이용인수	7	6
	실시횟수	39	40
	1회 입욕인수	2~3	2~3
	1회 도우미 수	2	2
	실시인수(총 합계)	73	63

마중 방법	스타일	명 수
	문 to 문 방식	40
	욕조 방식	0
	직접통원	2
	단독통원	0

상시 시행	실시장소	실시횟수	참가인수
	구립 웃는얼굴의 집	2	15
	에도가와특별지원학교	4	27
	코마즈가와 사쿠라 홈	42	244

장애복지 서비스 등의 이용상황에 관하여

- 장애복지서비스비 등의 보수에 관해서는 시읍촌에서 수탁을 받아 2007년 10월부터 국민건강보험단체연합회(이하 「국보연합회」로 칭함)에서 사업자에 지불을 개시하였다.
- 이하의 데이터는 국보연합회에서 지불한 실적에 관한 데이터에서, 이용자수 등 기본정보를 추출·집산한 것이다.

1. 이용상황등의 개황(2007년 11월~ 2010년 1월)

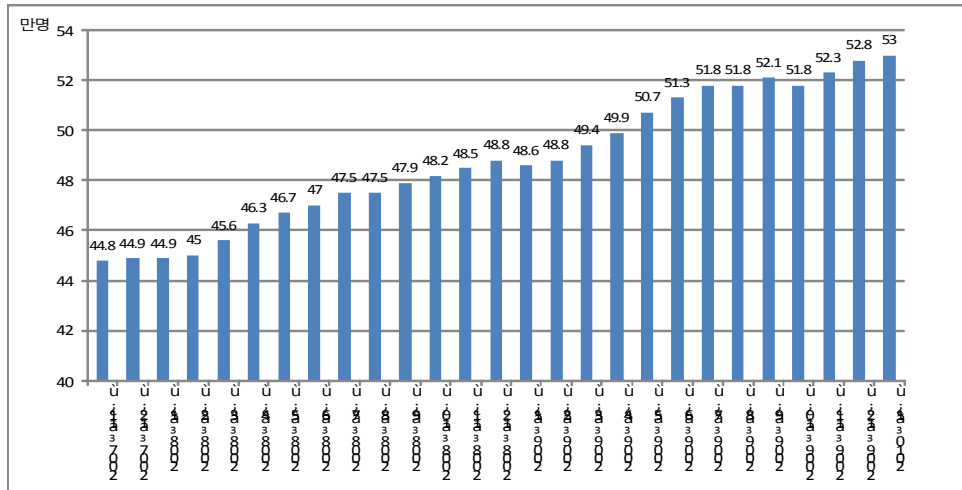
서비스 제공월	이용자수 (실제수) (만명)	총비용(A) (억엔)	급부비(B) (억엔)	이용자 부담액(C) (억엔)	사업운영 안정화사 업 등 조성액(E) (억엔)	부담률 (C/A)	보충 급부비 (억엔)	일인당 비용액 (A/실이용자수)
2007년 11월	44.8	676.8	641.0	29.0	6.7	4.28%	20.6	15.1
2007년 12월	44.9	670.7	633.0	28.5	9.1	4.24%	21.2	14.9
2008년 1월	44.9	660.4	621.5	28.1	10.7	4.25%	21.0	14.7
2008년 2월	45.0	657.3	619.5	28.4	9.3	4.31%	19.9	14.6
2008년 3월	45.6	689.3	652.1	29.0	8.2	4.20%	21.3	15.1
2008년 4월	46.3	712.9	675.9	30.2	6.6	4.23%	20.5	15.4
2008년 5월	46.7	720.9	683.0	30.3	7.4	4.20%	21.2	15.4
2008년 6월	47.0	720.8	683.4	30.5	6.7	4.24%	20.6	15.3
2008년 7월	47.5	753.1	726.1	21.5	5.3	2.86%	21.2	15.9
2008년 8월	47.5	707.6	675.6	20.9	10.8	2.96%	21.0	14.9
2008년 9월	47.9	726.3	697.4	21.2	7.6	2.92%	20.6	15.2
2008년 10월	48.2	763.1	735.7	21.5	5.7	2.82%	21.3	15.8
2008년 11월	48.5	713.9	682.5	21.0	10.3	2.94%	20.6	14.7
2008년 12월	48.8	736.4	705.8	21.2	9.1	2.88%	21.2	15.1

2009년 1월	48.6	720.3	688.6	21.0	10.6	2.91%	21.1	14.8
2009년 2월	48.8	693.8	661.4	20.8	11.5	2.99%	19.3	14.2
2009년 3월	49.4	761.9	732.9	21.5	7.2	2.82%	21.2	15.4
2009년 4월	49.4	825.1	797.4	21.8	5.6	2.65%	20.2	16.5
2009년 5월	50.7	817.5	785.2	22.0	10.1	2.69%	21.0	16.1
2009년 6월	51.3	863.6	835.9	22.5	4.9	2.61%	20.6	16.8
2009년 7월	51.8	888.9	866.9	17.2	4.5	1.94%	21.2	17.2
2009년 8월	51.8	834.2	807.1	17.0	10.0	2.03%	21.0	16.1
2009년 9월	52.1	842.8	817.6	17.0	7.9	2.02%	20.6	16.2
2009년 10월	51.8	873.6	850.1	16.9	6.4	1.94%	21.0	16.9
2009년 11월	52.3	840.9	814.3	16.9	9.4	2.01%	20.4	16.1
2009년 12월	52.8	863.8	836.9	17.1	9.5	1.98%	21.1	16.4
2010년 1월	53.0	847.8	819.3	17.1	11.3	2.01%	21.0	16.0

※ 「사업운영안정화사업 등 조성액(E)」은 사업운영안정화사업 및 이행시운영안정
화사업에 따라 조성분에 관한 청구·지불이 수행되는 것임

※ 각 수치는 반올림 한 것임

(참고1) 이용자수(실제수)의 추이 (2007년 11월~ 2010년 1월)



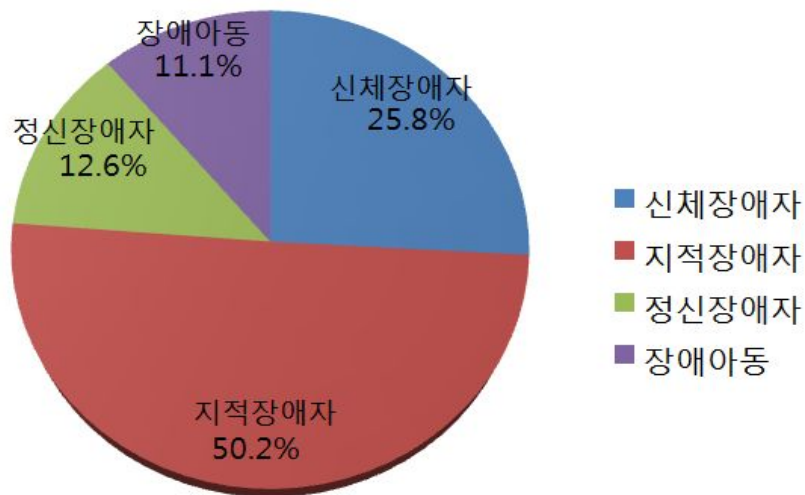
(참고2) 주된 장애종별 이용자수(실수)의 추이 (2007년 11월~ 2010년 1월)

(단위 : 만명)

서비스 제공월	이용자수 (실제수) 계	이용자의 주된 장애종별 내역			
		신체 장애자	지적 장애자	정신 장애자	장애 아동
2007년 11월	44.8	12.6	23.5	4.0	4.7
2007년 12월	44.9	12.6	23.6	4.0	4.8
2008년 1월	44.9	12.5	23.6	4.0	4.8
2008년 2월	45.0	12.5	23.5	4.1	4.8
2008년 3월	45.6	12.6	23.7	4.2	5.1
2008년 4월	46.3	12.8	24.4	4.4	4.6
2008년 5월	46.7	12.8	24.5	4.6	4.6
2008년 6월	47.0	12.9	24.6	4.7	4.8
2008년 7월	47.5	12.9	24.7	4.8	5.1
2008년 8월	47.5	12.9	24.7	4.8	5.0
2008년 9월	47.9	13.0	24.8	5.0	5.1
2008년 10월	48.2	13.0	24.9	5.1	5.1
2008년 11월	48.5	13.1	25.0	5.2	5.2
2008년 12월	48.8	13.1	25.0	5.3	5.3
2009년 1월	48.6	13.0	25.0	5.3	5.3
2009년 2월	48.8	13.1	25.1	5.4	5.3
2009년 3월	49.4	13.2	25.3	5.5	5.5
2009년 4월	49.9	13.2	25.8	5.9	5.0
2009년 5월	50.7	13.4	26.2	6.0	5.1
2009년 6월	51.3	13.5	26.4	6.1	5.3
2009년 7월	51.8	13.6	26.3	6.2	5.7
2009년 8월	51.8	13.6	26.4	6.2	5.6
2009년 9월	52.1	13.6	26.5	6.3	5.6
2009년 10월	51.8	13.5	26.2	6.4	5.7

2009년 11월	52.3	13.6	26.4	6.5	5.7
2009년 12월	52.8	13.7	26.6	6.6	5.9
2010년 1월	53.0	13.7	26.6	6.7	5.9
(구성율 합)	100.0%	25.8%	50.2%	12.6%	11.1%
1년간의 이용자수 증가율 (2009년 1월과 2010년 1월의 비교)	9.0%	5.4%	6.4%	25.8%	13.0%

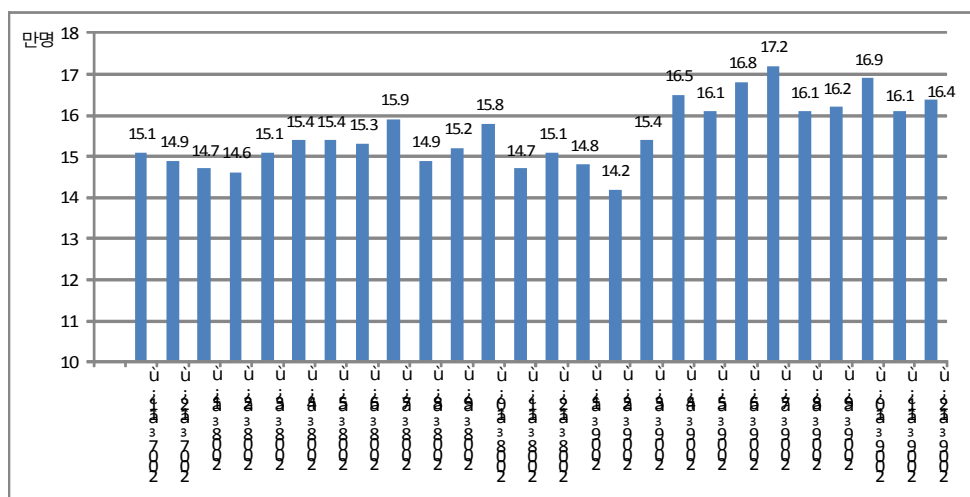
이용자수의 주된 장애종별 내역 (2010년 1월)



577

부록

(참고3) 일인당 비용액의 추이 (2007년 11월~ 2010년 1월)



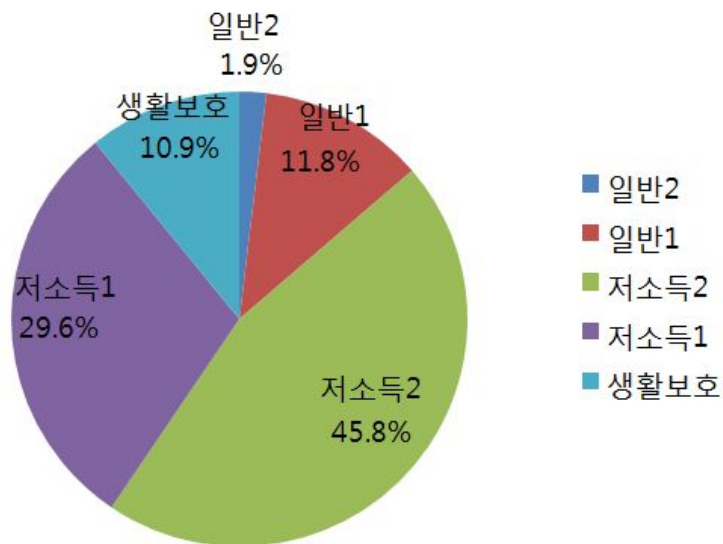
(참고4) 이용자부담액 등의 상황 (2010년 1월)

○ 장애복지 서비스

소득구분	2010년 1월				
	이용자수 (실제수) (만명)	소득구분의 비율 합	총비용(억엔)	이용자부담액 (억엔)	부담률
일반2	1.0	1.9%	7.8	0.7	8.63%
일반1	6.2	11.8%	42.2	2.5	5.95%
저소득2	24.2	45.8%	497.5	12.1	2.44%
저소득1	15.7	29.6%	231.5	1.7	0.75%
생활보호	5.8	10.9%	68.8	-	-
계(평균)	53.0	100.0%	847.8	17.1	2.01%

(내역)
 입 소 : 14.0만명
 GH·CH 등 : 5.7만명
 재 택 : 11.1만명
 통 원 : 22.2만명

소득구분에 따른 비율 (2010년 1월)



2. 서비스 종류별 이용자수 추이 (2007년 11월~ 2010년 1월)

	2007년 11월	2007년 12월	2008년 1월	2008년 2월	2008년 3월	2008년 4월	2008년 5월	2008년 6월	2008년 7월	2008년 8월	2008년 9월	2008년 10월	2008년 11월	2008년 12월	2009년 1월	2009년 2월
재택개호	88,206	88,941	88,325	88,680	89,379	89,755	90,314	90,741	91,906	91,106	93,194	94,101	94,730	95,813	94,983	96,955
중증환자 방문개호	7,062	7,074	7,018	7,010	7,007	7,043	7,084	7,071	7,103	7,086	7,150	7,170	7,156	7,177	7,097	7,089
행동원호	3,204	3,230	3,156	3,151	3,310	3,296	3,335	3,402	3,564	3,591	3,592	3,694	3,769	3,831	3,738	3,806
중증장애인 등 포괄지원	26	28	27	27	28	24	24	24	22	23	22	23	23	23	22	22
요양개호	1,963	1,969	1,966	1,962	1,970	1,984	1,964	2,022	2,026	2,026	2,024	2,043	2,050	2,048	2,039	2,042
생활개호	45,427	45,924	46,330	46,293	47,596	63,457	64,766	65,338	66,180	66,205	67,290	69,725	70,316	70,787	71,314	71,724
아동 데이서비스	35,050	35,663	35,977	36,248	37,967	33,775	34,636	36,152	38,516	37,439	38,785	39,632	40,065	41,236	41,331	41,492
단기입소	21,762	21,011	18,679	19,388	21,621	20,727	21,627	21,678	22,971	24,085	22,445	23,597	23,528	22,831	20,656	21,062
공동생활개호	22,794	22,998	23,253	23,475	23,675	24,824	25,461	25,768	26,178	26,420	26,905	27,230	27,486	27,797	28,033	28,239
시설입소지원	15,019	15,306	15,715	15,727	15,891	25,277	25,893	26,207	26,625	26,859	27,125	28,739	29,070	29,211	29,751	29,967
공동생활원조	18,012	18,059	18,150	18,205	18,352	18,770	18,973	18,982	18,940	19,062	19,175	19,255	19,388	19,460	19,496	19,567
자립훈련(기능훈련)	2,174	2,188	2,177	2,201	2,237	2,367	2,425	2,431	2,425	2,417	2,498	2,461	2,501	2,491	2,479	2,463
자립훈련(생활훈련)	5,770	5,803	5,870	5,913	6,121	7,206	7,416	7,474	7,691	7,747	7,879	7,510	7,736	7,785	7,804	7,813
숙박형 자립훈련	56	57	63	62	65	86	88	86	92	89	76	106	102	94	77	81
취업이행지원	9,253	9,359	9,564	9,654	10,118	13,371	13,807	13,941	14,374	14,536	14,760	15,009	15,162	15,214	15,333	15,491
취업이행지원(양성시설)	276	275	272	271	118	235	238	233	227	176	224	221	222	222	221	220
취업계속지원 A형	3,401	3,445	3,587	3,622	3,696	4,620	4,856	4,946	5,116	5,213	5,333	5,549	5,641	5,710	5,809	5,943
취업계속지원 B형	28,340	28,503	29,186	29,426	30,446	40,613	41,988	42,442	43,349	43,678	44,627	47,020	47,842	48,576	49,265	49,617
구 신체장애자경생시설지원(입소)	3,443	3,421	3,408	3,421	3,440	2,984	2,971	2,967	2,956	2,933	2,940	2,882	2,870	2,859	2,860	2,882
구 신체장애자경생시설지원(통원)	372	373	370	376	371	339	322	342	351	352	359	366	366	376	374	377
구 신체장애자양호시설지원(입소)	24,131	24,125	24,048	24,034	24,032	21,758	21,742	21,642	21,600	21,646	21,641	21,347	21,258	21,103	20,871	20,785
구 신체장애자양호시설지원(통원)	906	897	905	896	909	845	863	874	861	854	859	813	777	789	779	778
구 신체장애자수산시설지원(입소)	7,626	7,612	7,481	7,468	7,458	6,651	6,613	6,553	6,437	6,418	6,374	6,255	6,189	6,153	6,136	6,149
구 신체장애자수산시설지원(통원)	6,977	6,974	6,842	6,832	6,855	5,979	5,975	5,917	5,917	5,907	5,910	5,693	5,689	5,633	5,595	5,578
구 지적장애자경생시설지원(입소)	81,517	81,328	81,085	81,070	80,753	74,801	74,346	74,249	73,885	73,751	73,746	72,447	72,416	72,308	71,776	71,847
구 지적장애자경생시설지원(통원)	20,586	20,378	20,213	20,106	20,245	17,559	17,442	17,466	17,307	17,219	17,250	17,001	16,849	16,943	16,726	16,766
구 지적장애자수산시설지원(입원)	10,197	10,174	10,170	10,139	10,118	9,247	9,245	9,235	9,163	9,184	9,095	8,980	8,963	8,934	8,906	8,898
구 지적장애자수산시설지원(통원)	51,928	51,836	51,517	51,337	51,210	46,992	46,796	47,109	46,411	46,298	46,350	45,622	45,346	45,464	44,885	44,802
구 지적장애자통근기숙사 지원	2,460	2,465	2,461	2,446	2,482	2,380	2,304	2,314	2,295	2,301	2,298	2,204	2,243	2,229	2,212	2,215
계	517,938	519,416	517,815	519,440	527,470	546,965	553,514	557,606	564,488	564,621	569,926	576,695	579,753	583,097	580,568	583,252
지정상담지원									1,975	2,032	2,100	2,161	2,224	2,281	2,286	2,316
지정상담지원을 포함한 합계									564,525	564,658	569,963	579,790	579,790	583,134	580,605	583,289

	2009년 3월	2009년 4월	2009년 5월	2009년 6월	2009년 7월	2009년 8월	2009년 9월	2009년 10월	2009년 11월	2009년 12월	2010년 1월
재택개호	96,955	96,789	97,575	99,044	100,202	99,800	101,269	100,815	101,996	103,467	103,314
중증환자 방문개호	7,155	7,013	7,117	7,238	7,283	7,278	7,346	7,306	7,345	7,437	7,434
행동원호	3,956	4,042	4,072	4,144	4,388	4,414	4,403	4,399	4,465	4,528	4,530
중증장애자 등 포괄지원	23	23	26	24	25	25	24	26	23	24	22
요양개호	2,032	2,035	2,034	2,069	2,051	2,070	2,082	2,073	2,079	2,086	2,089
생활개호	74,042	96,655	99,010	100,206	101,531	101,827	102,871	105,121	106,618	107,821	108,389
아동 데이서비스	42,464	38,363	39,689	41,878	44,338	43,650	44,683	45,165	46,208	47,389	48,500
단기입소	23,878	22,826	23,785	24,313	26,087	26,549	25,293	25,059	24,604	23,862	22,819
공동생활개호	28,691	30,350	31,348	31,822	32,148	32,544	32,994	33,348	33,926	34,312	34,689
시설입소지원	30,917	43,695	45,020	45,644	46,486	46,566	47,086	48,849	49,423	50,221	50,728
공동생활원조	19,703	19,679	19,985	20,143	20,055	20,147	20,225	19,958	20,114	20,226	20,232
자립훈련(기능훈련)	2,527	2,321	2,329	2,404	2,419	2,403	2,435	2,196	2,268	2,254	2,253
자립훈련(생활훈련)	8,017	8,545	8,758	8,875	8,855	8,869	8,937	8,336	8,408	8,475	8,450
숙박형 자립훈련	92	166	186	190	218	226	304	370	409	411	425
취업이행지원	15,969	18,000	18,596	18,818	19,084	19,019	19,055	18,266	18,518	18,707	18,750
취업이행지원(양성시설)	110	195	194	199	195	163	190	187	190	186	186
취업계속지원 A형	6,168	6,823	7,171	7,342	7,494	7,654	7,815	7,900	8,233	8,356	8,574
취업계속지원 B형	51,514	64,515	67,168	68,563	69,385	69,967	70,351	71,808	72,789	74,121	75,169
구 신체장애자경생시설지원(입소)	2,847	2,117	2,103	2,106	2,103	2,087	2,094	2,084	2,048	2,081	2,068
구 신체장애자경생시설지원(통원)	383	265	268	274	273	287	285	287	275	283	286
구 신체장애자양호시설지원(입소)	20,312	16,858	16,928	16,952	16,473	16,425	16,251	15,565	15,609	15,547	15,533
구 신체장애자양호시설지원(통원)	778	682	713	714	697	682	674	596	601	591	592
구 신체장애자수산시설지원(입소)	6,073	5,081	5,044	5,014	4,993	5,004	4,992	4,684	4,740	4,586	4,643
구 신체장애자수산시설지원(통원)	5,535	4,657	4,640	4,657	4,666	4,665	4,684	4,509	4,522	4,565	4,554
구 지적장애자경생시설지원(입소)	71,327	61,265	61,277	61,167	60,601	60,419	60,434	57,602	57,790	57,873	57,233
구 지적장애자경생시설지원(통원)	16,859	13,481	13,593	13,587	13,296	13,240	13,260	12,725	12,574	12,689	12,539
구 지적장애자수산시설지원(입원)	8,790	8,030	7,972	7,886	7,779	7,777	7,765	7,708	7,655	7,729	7,677
구 지적장애자수산시설지원(통원)	44,555	37,364	37,498	37,542	37,230	37,104	37,134	36,376	36,511	36,554	36,305
구 지적장애자통근기숙사 지원	2,252	2,194	2,109	2,133	2,123	2,116	2,086	1,981	1,942	1,975	1,974
계	593,924	614,029	626,208	634,948	642,478	642,977	647,022	645,299	651,883	658,356	659,957
지정상담지원	2,380	2,430	2,525	2,627	2,719	2,777	2,860	2,931	2,905	3,024	3,028
지정상담지원을 포함한 합계	593,961	614,066	628,733	637,575	645,197	645,754	649,882	648,230	654,788	661,380	661,985

- (주) · 복수의 서비스를 이용하는 자에 대해서는, 이용자수로 각각 계산하였음
 · 지정상담지원에 대해서는, 2008년 7월부터 데이터를 추출하였음

3. 도도부현(都道府縣) 일본 지방공공단체의 총칭)별 이용상황 (2010년 1월)

(단위 : 명)

	서비스 이용자수 (실제수)	서비스종류별 이용자수 (복수종류의 서비스 이용자는 각 서비스의 인수를 계산하였음)															
		재택개호	중증환자 방문개호	행동원호	중증장애 자 등 포 괄지원	요양개호	생활개호	아동 데 이서비스	단기입소	공동생활 개호	시설입소 지원	공동생활 원조	자립훈련 (기능훈련)	자립훈련 (생활훈련)	숙박형 자립훈련	취업이행 지원	취업이행 지원 (양 성시설)
홋카이도	37,528	5,073	331	423	0	100	6,509	5,874	989	3,464	3,870	2,104	72	452	36	1,129	17
아오모리현	7,795	1,008	48	5	0	77	1,160	568	195	380	573	412	36	316	15	346	5
이와테현	7,763	842	22	14	0	31	1,202	635	241	816	747	384	10	232	30	207	2
미야기현	9,899	1,864	59	41	0	66	1,031	946	430	1,076	283	317	75	120	8	423	3
아키타현	5,717	446	17	2	1	69	1,464	183	111	120	1,215	407	85	200	35	72	2
아마가타현	5,404	628	23	18	0	26	913	397	113	191	515	457	17	132	0	39	5
후쿠시마현	8,714	1,389	61	50	0	34	1,206	960	236	309	440	767	3	143	0	128	3
이바라키현	10,833	1,349	36	19	0	41	3,219	1,303	432	565	2,194	500	34	488	19	771	5
토치기현	8,423	1,185	15	37	4	9	2,487	1,036	351	604	1,247	439	20	186	8	332	9
군마현	6,792	1,120	46	44	0	7	1,190	219	201	305	639	513	5	6	29	124	3
사이타마현	18,497	3,795	183	352	0	60	4,280	1,035	763	960	2,629	373	95	176	5	812	22
치바현	17,932	3,257	138	139	0	53	3,740	2,699	969	1,026	1,523	525	80	247	0	591	5
도쿄도	45,209	10,772	1,494	233	0	76	8,152	3,137	2,165	2,706	2,879	1,914	380	478	34	1,541	23
카나가와현	29,096	7,355	239	277	0	59	9,895	2,137	1,752	3,664	3,305	427	152	386	21	1,041	4
니이가타현	9,873	1,571	28	114	0	93	1,124	646	427	519	384	380	18	259	16	552	3
후쿠야마현	4,420	390	16	0	0	12	473	293	124	88	122	326	8	153	0	108	0
이시카와현	5,275	661	7	32	0	35	713	377	126	254	271	439	37	160	0	198	0
후쿠이현	4,373	426	21	5	0	13	702	252	110	339	373	180	5	105	18	476	0
야마나시현	3,850	611	53	71	0	0	987	270	207	153	599	216	23	67	0	147	0
나가노현	9,449	1,666	31	215	8	40	1,870	578	396	1,218	1,001	318	48	116	5	392	2
기후현	8,884	1,027	21	57	0	27	1,908	2,200	319	431	1,118	122	7	80	0	127	0
시즈오카현	12,870	1,788	83	94	0	24	3,132	550	715	546	1,802	440	57	161	0	552	5
아이치현	22,646	5,359	800	462	1	50	5,241	2,570	1,441	1,593	1,906	214	73	125	0	672	0
미에현	7,040	1,262	30	43	0	79	1,972	470	404	650	952	58	45	69	10	134	1
시가현	7,052	1,761	88	196	0	16	1,444	955	462	564	651	149	28	41	0	318	0
도쿄부	12,113	3,071	215	240	0	39	3,451	1,229	698	701	1,544	151	70	138	1	406	0
오사카부	36,548	12,713	1,609	243	5	58	8,917	1,941	2,480	3,771	2,003	283	149	367	0	1,504	0
효고현	21,318	5,072	554	94	0	61	5,894	1,212	1,235	1,061	3,438	308	129	416	0	597	21
나라현	5,936	1,383	98	310	0	19	1,624	900	291	301	724	49	8	137	3	181	0
와카야마현	5,727	1,309	56	33	0	4	885	931	167	392	617	89	10	110	0	177	0
돗토리현	3,943	630	25	27	0	34	558	282	93	265	273	181	1	34	0	76	0
시마네현	5,131	793	9	13	0	41	1,490	295	170	418	1,019	376	2	152	0	189	0
오카야마현	9,440	1,505	127	50	0	33	1,739	1,869	218	519	1,148	401	6	58	0	322	1

히로시마현	12,278	2,626	111	96	0	85	2,951	1,409	634	555	1,489	393	65	80	0	343	0
야마구치현	7,067	891	40	0	0	23	1,589	536	163	306	1,081	329	31	180	19	208	1
토구시마현	4,858	999	25	52	0	35	678	716	136	130	422	201	4	61	0	76	0
카가와현	4,182	861	36	20	0	29	609	486	305	97	284	240	39	79	0	113	0
에히메현	6,795	1,308	50	23	0	19	1,066	857	201	440	371	182	51	46	0	250	0
코우치현	4,435	656	13	2	0	8	268	190	122	280	65	357	5	11	0	104	0
후쿠오카현	21,650	5,144	134	92	0	162	4,148	725	707	851	1,845	966	74	405	7	864	21
사가현	4,162	560	16	55	0	7	688	202	117	245	428	240	10	43	1	152	3
나가사키현	8,670	1,243	71	21	0	50	943	621	234	776	193	504	51	311	57	297	3
쿠마모토현	9,790	1,222	98	1	0	69	1,002	794	238	293	610	682	21	201	1	362	3
오오이타현	6,709	1,397	17	71	3	63	453	412	163	144	223	574	53	110	0	183	2
미야자키현	5,421	862	34	4	0	38	913	315	168	299	430	211	6	76	0	265	4
카고시마현	10,008	1,171	91	81	0	60	1,526	1,052	354	271	893	702	13	309	0	407	4
오키나와현	8,232	1,313	115	59	0	55	983	1,236	246	33	390	432	42	224	48	469	4
합계	529,747	103,314	7,434	4,530	22	2,089	108,389	48,500	22,819	34,689	50,728	20,232	2,253	8,450	425	18,750	186

																지정상 담지원
	취 업 계 속 지원 A형	취 업 계 속 지원 B형	구 신체장 애자갱생시 설 지 원 (입 소)	구 신체장 애자갱생시 설 지 원 (통 원)	구 신체장 애 자 양 호 시 설 지 원 (입 소)	구 신체장 애자양호시 설 지 원 (통 원)	구 신체장 애 자 수 산 시 설 지 원 (입 소)	구 신체장 애 자 수 산 시 설 지 원 (통 원)	구 지적장 애자갱생시 설 지 원 (입 소)	구 지적장 애자갱생시 설 지 원 (통 원)	구 지적장 애 자 수 산 시 설 지 원 (입 원)	구 지적장 애 자 수 산 시 설 지 원 (통 원)	구 지적장애 자 통 근 기 속 사 지원	계		
홋카이도	857	5,483	200	54	1,349	13	372	136	4,672	1,281	487	1,712	226	47,285	126	
아오모리현	216	805	47	9	315	12	116	90	1,562	321	100	582	39	9,358	10	
이와테현	123	2,022	0	0	430	14	175	65	755	107	98	475	14	9,693	18	
미야기현	168	1,213	47	0	217	0	69	144	1,256	816	34	1,046	17	11,769	82	
아키타현	8	982	1	1	245	9	88	17	994	203	231	127	48	7,383	28	
야마가타현	99	1,121	53	15	0	0	136	80	861	119	262	298	20	6,538	20	
후쿠시마현	67	1,947	92	0	251	0	45	5	1,212	313	99	560	68	10,389	72	
이바라키현	110	1,268	0	0	53	0	94	42	913	142	135	565	0	14,297	58	
토치기현	41	901	3	0	117	3	11	43	688	138	97	887	54	10,952	36	
군마현	16	382	35	0	120	0	116	92	1,590	138	59	952	128	8,079	15	
사이타마현	125	2,582	15	2	262	8	186	57	1,850	656	299	1,493	8	23,183	48	
치바현	85	1,773	7	1	397	11	52	38	2,486	878	164	706	14	21,604	123	
도쿄도	231	7,575	216	45	519	0	378	317	4,732	1,137	169	2,866	167	54,336	139	
카나가와현	176	3,407	102	1	71	0	57	32	1,467	592	137	772	71	37,552	47	
니이가타현	97	1,542	46	9	385	25	23	192	1,762	230	35	948	17	11,445	110	
후쿠야마현	30	1,048	42	0	236	10	118	92	894	194	112	156	0	5,045	40	

이시카와현	48	763	3	0	333	17	60	36	806	33	223	646	25	6,303	36
후쿠이현	458	497	89	0	175	3	77	39	492	74	135	230	65	5,359	22
야마나시현	60	571	0	0	211	7	34	51	258	11	130	312	0	5,049	95
나가노현	177	1,399	1	0	77	0	161	64	1,338	231	116	721	0	12,189	85
기후현	133	942	0	0	461	14	96	48	582	254	115	784	32	10,907	35
시즈오카현	257	3,092	164	14	347	0	49	44	1,167	491	70	541	55	16,240	62
아이치현	333	2,153	4	0	646	60	36	210	1,817	415	2	2,848	74	29,105	209
미에현	73	1,225	2	0	179	0	3	77	586	59	5	793	37	9,218	26
시가현	146	1,345	3	0	125	34	15	56	119	15	48	978	1	9,558	62
도쿄부	222	1,795	49	27	160	0	33	142	479	69	60	1,075	3	16,068	81
오사카부	136	3,932	87	23	800	19	64	255	2,242	693	81	2,221	90	46,686	415
효고현	245	3,259	13	0	254	0	103	148	1,466	450	175	1,738	33	27,976	93
나라현	133	625	57	0	144	13	7	27	427	12	46	248	2	7,770	49
와카야마현	221	738	70	0	105	0	27	35	403	71	40	635	1	7,126	59
돗토리현	117	936	41	28	204	6	85	63	374	48	125	355	18	4,879	59
시마네현	88	1,170	28	14	128	8	8	9	172	10	196	335	19	7,152	108
오카야마현	341	1,379	43	5	485	1	65	92	608	164	121	380	42	11,722	85
히로시마현	292	1,493	70	0	388	22	212	154	680	127	239	895	96	15,505	107
야마구치현	74	1,381	12	3	140	0	158	15	1,019	108	121	411	29	8,868	133
토구시마현	39	316	0	0	209	16	50	94	763	187	102	429	21	5,761	9
카가와현	19	644	1	0	184	55	76	59	479	57	113	235	1	5,122	12
에히메현	209	530	0	0	362	4	45	98	1,159	135	144	382	40	7,972	12
코우치현	207	752	36	0	428	31	53	191	633	157	152	385	11	5,116	15
후쿠오카현	427	2,648	126	10	1,029	47	316	218	2,907	423	636	1,374	79	26,385	40
사가현	76	736	4	0	206	6	75	43	472	62	113	287	44	5,161	14
나가사키현	211	953	13	0	360	1	123	244	1,796	184	202	809	123	10,394	39
쿠마모토현	687	1,261	77	15	619	14	109	30	1,517	378	425	732	79	11,540	16
오오이타현	255	1,224	30	0	380	4	93	156	1,126	54	186	437	63	7,876	15
미야자키현	80	801	57	0	109	23	148	44	893	125	212	263	0	6,383	0
카고시마현	227	1,352	81	10	812	75	142	178	1,332	129	473	282	0	12,027	1
오키나와현	134	1,205	1	0	506	7	83	92	1,157	47	353	399	0	9,632	68
합계	8,574	75,169	2,068	286	15,533	592	4,643	4,554	57,233	12,539	7,677	36,305	1,974	659,957	3,028