
장애아동 재활치료 제공기관 평가기준 및 지표개발

연구진

- 연구책임 전동일 (한국장애인개발원 정책연구실 선임연구원)
- 공동연구원 오현경 (한국장애인개발원 정책연구실 위촉연구원)

지표개발위원

- 오혜경 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수)
- 양숙미 (남서울대학교 사회복지학과 교수)
- 김형우 (한국언어재활사협회 홍보이사)
- 공마리아 (한국미술치료학회 대외협력위원장)
- 송영혜 (한국아동심리재활학회)

지표검토위원

- 김순애 (모니카재단 부소장)
- 길은영 ((주)향나무 길은영 심리상담센터 원장)
- 박정희 (강북장애인복지관 사회서비스센터 팀장)
- 이종헌 (중앙아동발달클리닉 원장)
- 이주영 (숙명여자대학교 음악치료대학원 교수)

발 간 사

장애 자녀를 둔 부모들은 장애 자녀의 조기 개입을 통해 기능이 향상되고 본인이 이 세상에 없더라도 자립생활이 할 수 있게 되기를 희망하고 있다. 외국의 경우에도 조기 개입의 일환으로 재활치료가 제공되고 있다. 장애아동 재활치료가 장애를 없애주는 것은 아니지만 언어기능과 사회성을 향상시키고 문제행동을 감소시키는데 도움을 줄 것이다. 기본적인 발달 영역의 문제가 극복되고 일상생활이 가능해야 자립생활을 위한 노력의 성과를 얻을 수 있다. 장애아동 재활치료 사업은 장기적으로는 교육과학기술부의 바우처 사업과의 역할 정립의 과제가 남아있다. 또한 장애아동 재활치료 사업이 사례관리시스템으로의 통합 또는 유기적으로 연동된다면 자립기반 조성의 한 축은 완성할 수 있으며 작은 기여를 할 수 있기를 기대한다.

그러나 장애아동 재활치료 사업은 제도 도입 초기부터 많은 난제들이 부딪혔다. 소비자의 선택권을 확대하기 위해 기준을 낮추면 서비스 질의 문제가 부딪혔다. 민간자격에 의해 제공인력이 공급되는데 민간자격증이 남발되면서 피해자가 늘어나기도 하였다. 또한 농어촌 지역에는 서비스가 과소 공급되는 현상도 나타났다.

특히 장애아동 재활치료 사업의 경우 바우처 재정 지원 방식으로 제공되지 않더라도 서비스 질이 부모 등 관계자로부터 관심의 초점이 되었고, 과연 재활치료의 효과가 있는지 의심하는 사람도 있었다.

본 연구는 서비스 질을 통제하기 위한 방법으로 평가제도가 도입되었다는 것을 설명하고, 많은 사람들의 논의를 거쳐 평가기준과 지표를 개발하였다.

장애아동 재활치료에서 서비스 질 향상을 위해 특별히 강조되어야 할 부분은 제공인력의 질에 대한 부분이다. 이에 따라 제공인력의 지속성, 자격증 소지율, 4대 보험 가입률과 같은 요소를 점검하고자 하였다. 또한 행정관리 차원에서 소비자 선택권을 위한 정보제공이나 장부 과정 기록과 같은 사항들을 점검하였다. 최근 부정결제가 문제되면서 회계관리와 관련된 항목이 다수 추가된 것이 다른 지표와 다른 특징이다.

본 과제를 완성하기 까지 많은 분들의 수고와 노력이 있었고 이들의 의견 수렴 과정을 거쳐 완성되었다. 많은 의견을 주시기 위해 학자와 제공기관장을 직접 추천해 주신 한국언어재활사협회, 한국미술치료학회, 한국놀이치료학회, 한국표현예술심리치료협회, 한국음악치료학회, 한국장애인복지관협회 관계자분들께 감사드리며, 또한, 모의평가에 참여해 주신 원장(제공기관장)님께도 감사의 말씀을 드린다. 직접 참여 하지 않았지만 좋은 의견을 주신 분들과 단체 관계자분들의 관심으로 소기의 결과물이 만들어졌다.

이러한 노력들이 장애아동들에게 행복한 세상을 만드는데 일조 하는데 밑거름이 될 것이다.

마지막으로 본 연구가 장애아동 재활치료의 활성화에 밑거름이 되어 장애아동 재활치료가 발전하기를 기대하면서 본 연구를 진행한 연구진들의 노고에 감사 드린다.

2012년 11월

한국장애인개발원 원장 변 용 찬

일 러 두 기

2012년 9월 1일부터 장애아동복지지원법이 시행됨에 따라 기존의 ‘장애아동 재활치료’는 ‘발달재활서비스’로, ‘제공기관’은 ‘발달재활서비스 제공기관’으로 ‘제공인력’은 ‘발달재활서비스 제공인력’ 등으로 명칭이 변경되었다. 또한 제공기관의 설치·운영기준 등은 「장애인복지법」과 「장애아동복지지원법」에서 모두 규정하고 있으며, 「장애인복지법」에 규정한 제공기관에도 적용 된다. 이러한 규정에 따라 「장애인복지법」상의 제공기관은 ‘장애인 재활치료시설’로 분류되고 이에 대한 관련 규정을 적용받도록 되어 있다. 이러한 용어상의 변화에도 불구하고 본 연구에서는 ‘발달재활서비스’라는 용어보다 독자에게 익숙한 ‘장애아동 재활치료’라는 용어를 사용하였다.

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구방법 및 절차	3
1) 연구방법	3
2) 연구범위	4
3) 연구절차	5
3. 기대효과	7
II. 이론적 고찰	9
1. 장애아동 재활치료 사업	9
1) 장애아동 재활치료 사업의 개요	9
2) 장애아동 재활치료 제공기관	11
2. 장애아동 재활치료 제공기관 평가	15
1) 평가의 법적 근거	15
2) 장애아동 재활치료 평가의 목적: 서비스 질 관리	17
3) 장애아동 재활치료 평가 원리	20
3. 바우처 사업 평가 사례	23
1) 장애아동 가족지원사업 안내	23
2) 남찬섭 외(2010)의 장애아동 재활치료 평가 지표	24
3) 이미정·이경준·안효금(2010)의 재활치료 서비스 최저 기준	26
4) 박병일의 사회서비스 바우처 사업 만족도 조사	28
5) 2010년 산모신생아도우미 서비스 제공기관 평가	30
6) 2011년 사회서비스 품질평가	31

8) 소결	33
III. 평가체계	35
1. 평가운영 체계	35
1) 평가운영의 개요	35
2) 평가결과 활용	36
2. 평가지표 체계	37
1) 평가지표 개발 방향	37
2) 평가지표 개발 과정	41
3. 평가지표 해설	53
V. 모의평가	77
1. 개요	77
2. 평가점수 분포	78
1) 전체 점수분포	78
2) 개별지표별 점수분포	79
3. 개별지표에 대한 의견	100
1) 서비스 제공실적	100
2) 재가방문 서비스 제공실적	101
4) 제공인력 재교육	103
5) 제공인력 임상경력	105
8) 제공인력 4대 보험 가입	106
9) 제공인력 제공정보	108
10) 제공인력 정보제공 방법	112
11) 서비스 과정 기록	113
12) 장부 비치	113
13) 사례회의	114
15) 본인부담금 선납	116
18) ARS 결제	117

19) 일괄 결제	119
20) 임직원의 범죄 경력 조회	119
4. 기타 의견	120
1) 회계투명성 평가지표의 급간 조정	120
2) ARS 결제와 일괄 결제 점수 비중 제고 필요	121
3) 행정 서류 간소화 등	122
VI. 활용 방안 및 개선 과제	125
1. 활용 방안	125
1) 정기 평가	125
2) 상시 모니터링 시스템 구축	126
3) 지도 점검	126
2. 개선 과제	127
1) 평가 대상의 전환	127
2) 평가 전담 기구 설치	128
3) 지표 개선	128
4) 지역 서비스 격차 완화	129
V. 결론	131
1. 결과 요약	131
2. 의의 및 시사점	132
3. 제언	133
참고문헌	136
부 록	139
부록1. 2012년 장애아동 재활치료 제공기관 평가지표(안)	141
부록1. 장애인 편의시설 전수조사표	169

표 목 차

<표 1> 바우처 지원액 및 본인부담금	10
<표 2> 설치·운영 기준	12
<표 3> 대상시설별 설치해야 할 편의시설의 종류	13
<표 4> 제공기관 장애인 편의시설 설치 및 설치현황	13
<표 5> 「사회복지사업법」의 평가 관련 조항	15
<표 6> 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」의 평가 관련 조항	16
<표 7> 「장애아동복지지원법」의 조사 관련 조항	17
<표 8> 2012년 제공기관 선정 및 사업평가기준(예시)	23
<표 9> 남찬섭 외(2010)의 장애아동 재활치료 평가지표	25
<표 10> 이미정·이경준·안효금(2010)의 재활치료 서비스 최저 기준	28
<표 11> 장애아동 재활치료사업(2009-2011년) 만족도	29
<표 12> 사회서비스 전자바우처 사업(2009-2011년) 만족도 비교	29
<표 13> 산모·신생아도우미사업 제공기관 평가지표	31
<표 14> 2011년 사회서비스 품질평가 지표 구성	32
<표 15> 평가지표 개발 근거	38
<표 16> 지표 선정 과정	41
<표 17> 회계투명성 관련 지표의 주요 용어 정의	51
<표 18> '서비스 제공 실적[1]' 평가지표	54
<표 19> '재가방문형 서비스 제공 실적[2]' 평가지표	55
<표 20> '산간·벽지지역 실적[3]' 평가지표	56
<표 21> '제공인력 재교육[4]' 평가지표	58
<표 22> 바우처 사업 기준 인정 자격증 기준	59
<표 23> '제공인력 자격[5]' 평가지표	59
<표 24> '제공인력 임상 경력[6]' 평가지표	60

<표 25> '제공인력 지속성[7]' 평가지표	61
<표 26> '제공인력 4대 보험 가입[8]' 평가지표	62
<표 27> '제공인력 제공 정보 범위[9]' 평가지표	64
<표 28> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 평가지표	65
<표 29> '서비스 과정 기록[11]' 평가지표	66
<표 30> '장부 비치[12]' 평가지표	67
<표 31> '사례회의[13]' 평가지표	68
<표 32> '부정사용 및 결제[14]' 평가지표	69
<표 33> '본인부담금 선납[15]' 평가지표	70
<표 34> '선 결제[16]' 평가지표	71
<표 35> '심야 결제[17]' 평가지표	72
<표 36> 'ARS 결제[18]' 평가지표	73
<표 37> '일괄 결제[19]' 평가지표	74
<표 38> '임직원의 범죄 경력 조회[20]' 평가지표	76
<표 39> 「장애인복지법」의 재활치료시설 관련 행정처분	76
<표 40> 조사 개요	78
<표 41> 모의평가 참여 제공 기관의 현황	78
<표 42> 전체 점수 분포	79
<표 43> '서비스 제공 실적[1]' 구성 요소의 분포	80
<표 44> '제공인력 재교육[4]' 구성 요소의 분포	83
<표 45> '제공인력 자격[5]' 구성 요소의 분포	84
<표 46> '제공인력 임상경력[6]' 구성 요소의 분포	85
<표 47> '제공인력 지속성[7]' 구성 요소의 분포	86
<표 48> '제공인력 4대 보험 가입[8]' 구성 요소의 분포	87
<표 49> '제공인력 제공 정보 범위[9]' 구성 요소의 분포	88
<표 50> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 구성 요소의 분포	89
<표 51> '서비스 과정 기록[11]' 구성 요소의 분포	90
<표 52> '장부 비치[12]' 구성 요소의 분포	91

<표 53> '사례회의[13]' 구성 요소의 분포	92
<표 54> '본인부담금 선납[15]' 구성 요소의 분포	94
<표 55> '선 결제[16]' 구성 요소의 분포	95
<표 56> '심야 결제[17]' 구성 요소의 분포	96
<표 57> 'ARS 결제[18]' 구성 요소의 분포	97
<표 58> '일괄 결제[19]' 구성 요소의 분포	99
<표 59> '서비스 제공 실적[1]' 지표에 대한 모의 평가 의견	101
<표 60> '제공인력 재교육[4]' 지표에 대한 모의 평가 의견	103
<표 61> '제공인력 임상경력[6]' 지표에 대한 모의 평가 의견	106
<표 62> '제공인력 4대 보험 가입' 지표에 대한 모의 평가 의견	108
<표 63> '제공인력 제공정보 범위[9]' 지표에 대한 모의 평가 의견	111
<표 64> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 지표에 대한 모의 평가 의견	112
<표 65> '서비스 과정 기록[11]' 지표에 대한 모의 평가 의견	113
<표 66> '장부 비치[12]' 지표에 대한 모의 평가 의견	114
<표 67> '사례회의[13]' 지표에 대한 모의 평가 의견	115
<표 68> '이용자 실인원(명/월)' 계산 예시	117
<표 69> '본인부담금 선납[15]' 지표에 대한 모의 평가 의견	117
<표 70> 'ARS 결제[18]' 지표에 대한 모의 평가 의견	119
<표 71> '일괄 결제[19]' 지표에 대한 모의 평가 의견	119
<표 72> '임직원의 범죄 경력 조회[20]' 지표에 대한 모의 평가 의견	120
<표 73> 평가지표의 급간 점수 조정(안)	121
<표 74> 회계투명성 평가지표에 대한 점수 분포	121
<표 75> 'ARS 결제[18]'와 '일괄 결제[19]' 배점에 대한 모의 평가 의견	122
<표 76> 행정 서류 간소화에 대한 모의 평가 의견	124

그 립 목 차

<그림 1> 연구 절차	7
<그림 2> 제공인력 제공정보의 제시의 예	48
<그림 3> ‘서비스 제공 실적[1]’ 모의 점수 분포도	79
<그림 4> ‘재가방문형 서비스 제공 실적[2]’ 모의 점수 분포도	81
<그림 5> ‘산간·벽지지역 실적[3]’ 모의 점수 분포도	81
<그림 6> ‘제공인력 재교육[4]’ 모의 점수 분포도	82
<그림 7> ‘제공인력 자격[5]’ 모의 점수 분포도	83
<그림 8> ‘제공인력 임상 경력[6]’ 모의 점수 분포도	84
<그림 9> ‘제공인력 지속성[7]’ 모의 점수 분포도	86
<그림 10> ‘제공인력 4대 보험 가입[8]’ 모의 점수 분포도	87
<그림 11> ‘제공인력 제공 정보 범위[9]’ 모의 점수 분포도	88
<그림 12> ‘제공인력 정보 제공 방법[10]’ 모의 점수 분포도	89
<그림 13> ‘서비스 과정 기록[11]’ 모의 점수 분포도	90
<그림 14> ‘장부 비치[12]’ 모의 점수 분포도	91
<그림 15> ‘사례회의[13]’ 모의 점수 분포도	92
<그림 16> ‘부정 사용 및 결제[14]’ 모의 점수 분포도	93
<그림 17> ‘본인부담금 선납[15]’ 모의 점수 분포도	94
<그림 18> ‘선 결제[16]’ 모의 점수 분포도	95
<그림 19> ‘심야 결제[17]’ 모의 점수 분포도	96
<그림 20> ‘ARS 결제[18]’ 모의 점수 분포도	97
<그림 21> ‘일괄 결제[19]’ 모의 점수 분포도	98
<그림 22> ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’ 모의 점수 분포도	99

요 약

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

- 장애아동 재활치료 사업은 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보 제공을 통해 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능 향상과 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감하는 것을 목적으로 2009년부터 시행되고 있음.
- 바우처 재정 지원 방식을 채택하고 있는 사회서비스는 시장경쟁과 소비자 선택권에 의한 서비스 공급이 반응하도록 설계되어 있음.
- 바우처 재정 지원 방식이 시장경제에 진입하면 서비스 비용 인하 및 서비스 품질이 개선될 것이라는 기대와는 다른 결과가 선행연구로 나타남.
- 바우처 재정 지원 방식은 서비스 품질의 하락을 막고 공정한 경쟁을 보장하며 일정 수준 이하의 서비스 제공 기관은 시장에서 배제시키기 위한 수단으로 평가 제도의 도입이 시급함.
- 이러한 서비스 품질 관리를 위한 평가 제도의 시행 보다 국민에 대한 책무로서 평가 결과에 대해 보고할 의무가 있음.
- 이에 본 연구의 목적은 첫째, 바우처 재정 지원 방식에서의 평가 원리를 살펴 보고 둘째, 장애아동 재활치료 제공기관 평가방향을 도출하며 셋째, 장애아동 재활치료 제공기관 평가기준 및 지표를 개발하는데 있음.

2. 연구방법

- 첫째, 문헌조사를 통해 장애아동 재활치료 평가지표의 개발방향을 살펴봄. 문헌조사를 통해 바우처 사업이 갖추어야 하는 평가 방식을 보조금 사업의 평가 방법과 비교 고찰하고, 이번에 개발될 평가지표의 방향을 결정하는데 활용하고자 함.

- 둘째, 평가지표개발회의를 통해 평가지표를 개발하고 평가기준을 마련함. 지표개발위원회는 재활치료 자격증 발급단체를 중심으로 학계 연구자를 추천받아 구성함.
- 셋째, 지표검토회의는 개발된 평가지표 내용을 검토하여 실현가능성을 토대로 평가지표와 평가기준을 정비함. 지표검토위원회는 재활치료 자격증 발급단체로부터 제공기관 대표자(원장 또는 센터장)를 추천받아 구성함.
- 넷째, 개발된 평가지표에 대해 모의평가를 실시하고, 점수 분포와 의견을 반영하여 평가지표를 수정함. 개발된 평가지표는 수차례의 수정을 거쳐 내용타당도 및 실제 적용상에 발생할 수 있을 수 있는 문제점을 점검하기 위해 검토 함.

II. 이론적 고찰

1. 장애아동 재활치료 사업

- 장애아동 재활치료 사업은 전국가구 평균소득의 100%이하, 재활치료가 필요한 만18세 미만의 장애아동을 사업 대상으로 함.
- 장애아동 재활치료 사업은 지역사회서비스 혁신사업 중 자체 개발형 사업으로 보건복지부에서 2009년부터 전국으로 확대한 바우처 재정지원 방식임.
- 또한, 「장애인복지법 시행규칙」 제41조와 별표5에서 '장애인재활치료시설'로 규정하였다가, 2012년 9월 1일부터 시행되는 「장애아동복지지원법」에서 '발달재활서비스 제공기관'으로 명칭이 변경되면서 기준들이 다소 변화함. 장애아동복지 지원법 시행규칙 제8조 제1항과 관련하여 별표1의 '발달재활서비스 제공기관의 지정기준'에서는 시설기준과 인력기준을 제시하고 있음. 그리고 발달재활서비스 기준을 추가로 제시함.
- 이외에도 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조에서 서비스 품질관리를 규정하고 있으며, 「사회복지사업법」 제43조의2는 평가 수행의 직접적인 근거에 해당함. 또한, 장애아동 재활치료 사업을 구체적으로 규율하는 행정규칙으로 지침 성격의 '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'의 지정기관

선정 기준 등이 개별 지표 구성에 참고하였음.

2. 장애아동 재활치료 제공기관 평가

- 장애아동 재활치료 제공기관 평가지표는 장애아동 재활치료 사업의 특수성과 바우처 재정지원 방식으로 인해 갖추어야 할 평가의 원리를 살펴봄.
- 사회서비스는 서비스의 내용에 따라 돌봄형 사회서비스와 치료형 사회서비스로 구분해 볼 수 있음. 비교적 짧은 교육기간을 통해 제공인력을 양성할 수 있는 돌봄형 사회서비스에 비해 치료형 사회서비스는 이용자의 만족도로 서비스의 질을 평가할 수 없음.
- 공공서비스를 바우처 재정지원 방식으로 제공하는 경우 시장에서의 경쟁과 소비자 선택이라는 기제에 서비스를 공급하는데 목적이 있음. 바우처 재정지원 방식이 제공기관간 경쟁에 의해 서비스 질이 향상되고 서비스 비용이 인하될 것이라는 전망은 실현되지 않았고, 오히려 서비스 질만 악화되고 있다는 경험적 연구물이 축적되고 있음.
- 바우처 재정지원은 공급에 비례하지만 단가는 고정되어 있음. 특히 노동집약성이 강한 치료형 사회서비스의 비용 절감은 가변자본인 제공인력의 인건비를 인하해야만 획득할 수 있는데, 인건비를 절감하면 제공인력의 잦은 이직 등 서비스 질에 부정적 영향을 끼칠 수 있음. 특히, 영리 기관은 이윤 극대화를 위해 비용 절감이 늘어날수록 서비스 질은 악화될 것으로 예상됨.
- 따라서 바우처 재정지원 방식에서의 서비스 질이 하락하는 경향을 갖게 되며, 이를 통제하는 기제로서 '최저 서비스 기준' 정책을 시행해 오고 있음. 이는 일정 수준 이하의 제공기관을 시장에서 퇴출시키기 위해 평가제도 또는 인증제도를 적용하는 제도임.
- 바우처 재정지원 방식이 행정 비용 절감에는 효과적이지만 더 많은 행정 규제가 요구됨에 따라 비용효율성은 낮을 수 있음.
- 바우처 제도에서의 평가 및 인증제도는 보조금 제도와 달리 서비스 질 하락을 통제하기 위한 도구로 사용되고 있음.

3. 바우처 사업 평가 사례

- 본 연구에서 직접적으로 활용되고 일차적으로 검토되었던 사례는 '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'의 '제공기관 선정 및 사업평가기준'임. 이 기준은 전형적인 평가의 형태는 아니지만 일종의 간이형 평가 도구라고 볼 수 있음. 본 사업 지침은 장애아동 재활치료 사업 초기(2009년)부터 제공기관 선정 도구로 활용하였음. 본 연구에서는 지정기관 선정 기준표를 평가지표와 평가기준을 개발하기 위한 기초 자료로 활용하였음.
- 위의 '제공기관 선정 및 사업평가기준'은 부산복지개발원(남찬섭 외, 2010)에서도 사용되었으며 크게 네 영역(서비스 제공인력, 서비스 실시, 이용자의 권리, 종합의 영역), 17개 평가항목 총 70점(가산 2점)으로 구성되어 있음.
- 한국장애인개발원(이미정·이경준·안효금, 2010)은 장애아동 재활치료 사업에 대한 제공기관 운영의 최저 기준을 제시함. 최저 기준은 시설 설치 영역, 서비스 질, 이용자 권리, 재정 및 운영관리 영역으로 구분됨. 이 연구는 전통적인 평가들을 기본으로 「장애인복지법 시행규칙」 [별표5]의 '장애인복지시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준'과 '서비스 최저 기준'의 개념을 수용하여 개발한 것에 머물렀음. 하지만 재활치료시설이 갖추어야 할 기본적인 요소에 대해 언급하였다는 측면에서 향후 인증제도 또는 '국가최저서비스기준'으로 유용하게 활용될 수 있을 것임. 이러한 맥락으로 거주시설에 '최저 서비스 기준'이 적용할 수 있다는데 의의가 있음.
- 바우처 방식의 서비스의 본질은 보조금 방식으로 제공되는 서비스와 달리 '이용자의 만족도'로 집약된다고 이해될 수 있다(Tilly, Joshua & Cuellar, 2000). 또한 미국 주정부의 품질 관리는 최소한의 수준에서 이루어지고 있다(이재원 외, 2008: 10)고 가정할 수 있음. 소비자의 '선택' 능력을 전제(이재원 외, 2008: 10)하고 '소비자에 의한 평가'를 강조한다는 관점에서 박병일(2008~2011)의 연구는 사회서비스 사업 만족도 조사 평가라고 볼 수 있음. 이 연구에서 2009년 이후 시작된 장애아동 재활치료 사업의 평가는 점증적으로 상승되어 왔음. 2009년 이후 시작된 장애아동 재활치료 사업의 평가(만족도)는 2009년 78.6점, 2010년 79.8점, 2011년 82.8점으로 개선되었음. 2011년 6개 하위 영역을 비롯해 전반적으로 모든 영역에서 2009년에 비해 4.2점 향상되었음.

- 2010년 10월 보건복지부에서는 산모신생아도우미 서비스 제공기관에 대한 평가지표를 개발하고 11월 한 달 동안 기관평가를 실시함. 평가지표 개발의 목적은 산모신생아도우미 서비스 제공기관 평가를 통해 효율적인 제공기관의 운영과 기관 간 선의의 경쟁 유도에 있음(보건복지부, 2010). 2010년 ‘산모신생아도우미사업 제공기관 품질평가’(보건복지부 사회서비스정책과, 2010)는 제공기관 관리·운영 및 이용자 만족도 등에 대한 평가 및 결과 활용을 통해 서비스 품질향상을 높이기 위한 것임. 평가지표는 조직관리 및 기관운영, 서비스제공 분야 18개 지표로 구성되어 있음.

III. 평가체계

1. 평가운영 체계

- 평가의 법적 근거는 「사회복지사업법」 제43조 2의 평가에 대한 포괄적 규정 에 근거함. 간접적으로 사회서비스 품질관리를 위해 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조도 적용될 수 있는 여지가 있음.
- 평가의 일차적 목적은 서비스 품질 관리에 있으며 시설 운영 점검은 부차적 목적임. 법개정 이후 점검이 필요한 시기가 도래하였음.
- 평가 대상은 보건복지부의 장애아동 재활치료 사업에 대한 서비스 제공을 지정받은 기관 중 평가대상기간에 적용되는 기관임.
- 평가 범위는 평가지표에 관한 사항과 재활치료시설(발달지원서비스기관)의 시설과 운영관련 사항임. 본 평가는 지도 감독을 동시에 수행하는 것이 효과적 임.
- 평가 시기가 연초에 실시할 경우 향후 지도감독의 의미가 크며, 연말에 실시 할 경우 내년도 제공기관 지정과 연계성을 강조하게 됨.
- 평가 방법은 제공기관의 지정권이 있는 지방자치단체를 통해 소속 제공기관 을 평가 하는 것이 적절할 것으로 판단됨. 다만 평가지표 중에서 ‘임직원의 범죄’에 대해 재활치료기관장은 소속 직원과 재활치료기관으로부터 입금 받는

자에 대한 성범죄 조회와 담당 공무원은 재활치료기관장에 대한 성범죄를 조 회해야 함.

2. 평가결과 활용

- 바우처 재정지원 방식의 평가 취지는 서비스 품질 관리를 위해 최저 수준 이 하의 제공기관을 시장에서 퇴출시키는데 일차적인 목적이 있음. 가이드 라인 을 설정하고 최저 기준을 매년 상승시키는 방식으로 활용할 수 있음.
- 위와 같은 바우처 사업에 대한 평가의 본원적 목적 외에 평가지표 결과를 반 영하여 우수 기관 발표 및 판넬을 수여해서 평가지표 결과를 반영함. 단, 전 지역을 시도별, 시군별로 14개 권역으로 구분하여 1개씩 부여할 것을 권장함.

3. 평가지표 체계

1) 평가지표 개발 방향

- 본 연구에서 평가지표를 개발하는데 3원칙인 최소 기준 평가, 평가지표의 객 관화, 평가행정의 간소화를 중심으로 구성함.
- 최소 기준은 바우처 재정지원 방식의 서비스 공급의 원리에 충실하게 따르기 위해 채택되었음. 시장 원리를 적용하는 바우처 재정 지원 방식에서는 최소한 의 기준을 제시하되, 이 기준을 충족하지 못하면 시장 퇴출을 집행하는 역할 이 수행하는 기준선으로 활용되어야 함.
- 평가지표의 객관화는 최소 기준 평가에 부흥하고 평가지표를 단순화하여 평가 비용을 절감하고 나아가 상시 모니터링을 위한 토대를 마련하기 위해 채택됨.
- 평가행정의 간소화는 평가지표의 객관화를 통해 달성하고자 하였으며, 부가적 인 평가 업무를 가급적 생성되지 않도록 하는데 있음.

2) 평가지표 개발 과정

- 평가지표는 평가지표안의 마련, 평가지표개발회의, 평가검토회의를 통해 개별 문항이 개발되고 기준이 수정 보완되었음.
- 평가지표 과정 중에서 주요하게 논점과 반영 결과는 아래와 같음.

<부표 1> 개발 과정 중 주요 논점과 반영 결과

평가지표명	논 점	반 영
서비스 제공 실적[1], 재가 방문형 서비스 제공 실적[2], 산간벽지지역 실적[3]	실적이 중복 카운팅, 재가방문형 서비스는 비 현실적(일부기관만 적용)	배점 하향 조정, [2], [3]을 가산점으로 처리하여 만점에서 제외
제공인력 재교육[4]	재교육의 질적 평가	평가경험이 없는 사설기관에 전통적인 평가방식의 적용은 시기상조
	재교육 인정 범위	인권교육 등을 재교육 범위에 포함시키자는 견해가 있으나, 재활치료 영역은 기능향상에 집중 필요
제공인력 임상경력[6], 제공인력 지속성[7], 제공인력 4대보험 가입[8]	치료사의 높은 이직률을 고려할 때 기준(배점)의 완화가 필요	지표의 중요성으로 점진적으로 배점 상향 필요
제공인력 제공정보[9], 제공인력 정보 제공 방법[10]	제공인력 개인정보 보호	법적 기준에 따른 항목으로 구체화
사례회의[13]	단순한 횡수(시간)로는 질적 측정 불가능함	한계 기관을 고려하여 단계적인 난이도 상향 조정(1차년도는 횡수)
회계투명성[14]~[19]	일괄 결제로 인한 ARS 결제로의 회피	배점 조정함: 일괄 결제(30점), ARS 결제(10점), 심야 결제·선 결제(5점)

4. 개발된 평가지표

- 5회의 평가지표개발회의, 평가검토회의를 통해 개발된 평가지표는 3개의 중분류, 6개의 평가항목, 총20개의 평가내용으로 구성함.
- 총 배점은 155점을 기본으로 가산점 8점을 포함하며 필수지표의 경우 평가내용에 준하지 못할 경우 무조건 누락되도록 설계됨.

<부표 2> 개발된 평가지표 구성

구분		평가항목	배점 기준	평가 내용	비고
기본 지표	실적	공통실적	5	1. 서비스 제공 실적	
		가산실적	3	2. 재가방문형 서비스 제공 실적	가산점
			5	3. 산간벽지지역 실적	가산점
	인력 관리	인력 전문성	10	4. 제공인력 재교육	
			5	5. 제공인력 자격	
			10	6. 제공인력 임상 경력	
		인력유지	10	7. 제공인력 지속성	
			15	8. 제공인력 4대 보험 가입	
	품질 관리	행정관리	5	9. 제공인력 제공 정보 범위	
			5	10. 제공인력 정보 제공 방법	
			5	11. 서비스 과정 기록	
			5	12. 장부 비치	
			10	13. 사례회의	
		회계관리	10	14. 부정 사용 및 결제	
			10	15. 본인부담금 선납	
			5	16. 선 결제	
			5	17. 심야 결제	
			10	18. ARS 결제	
			30	19. 일괄 결제	
필수지표		필수	20. 임직원의 범죄 경력 조회		
합 계			155점(기본)+가산점(8점)+필수지표		

IV. 모의평가

- 개발된 평가지표에 대해 14개 제공기관을 대상으로 모의평가를 적용함.
- 적용결과, 전체 분포는 고른 분포를 보임(최소 80.2, 최대 136.0, 평균 118.0)
- 모의평가 결과, 우려와 달리 양호한 분포를 나타내고 있음.
- 모의평가 결과와 의견을 반영하여 일부 평가급간과 평가기준을 수정하여 최종안을 도출함.

<부표 3> 모의평가의 점수 분포

(단위: 개소, 점)

평가지표	배점	없음	미흡	보통	양호	우수	최상	무응답	평균
서비스 제공 실적[1]	5	0	3	2	2	4	3		3.14
재가방문형 서비스 제공 실적[2]	3	9	1	1	0	0	2	1	0.60
산간벽지지역 실적[3]	5	13	0	0	0	0	0	1	.00
제공인력 재교육[4]	10	1	3	0	2	2	6	-	6.71
제공인력 자격[5]	5	0	0	0	2	0	12	-	4.71
제공인력 임상경력[6]	10	0	1	4	5	2	2	-	6.00
제공인력 지속성[7]	10	0	0	0	4	4	6	-	8.29
제공인력 4대 보험 가입[8]	15	3	2	2	4	0	2	-	6.21
제공인력 제공 정보 범위[9]	5	0	0	2	0	1	11	-	4.50
제공인력 정보 제공 방법[10]	5	1	-	-	5	-	8	-	3.93
서비스 과정 기록[11]	5	0	0	0	0	1	13	-	4.93
장부 비치[12]	5	0	1	2	4	1	6	-	3.64
사례회의[13]	10	1	1	2	3	1	6	-	6.86
부정 사용 및 결제[14]	10	0	-	-	-	-	14	-	10.00
본인부담금 선납[15]	10	2	0	1	1	2	8	-	7.57
선 결제[16]	5	0	0	1	0	0	13	-	4.79
심야 결제[17]	5	0	0	0	0	0	14	-	5.00
ARS 결제[18]	10	1	1	1	0	1	10	-	8.71
일괄 결제[19]	30	2	0	1	0	6	5	-	22.43
임직원의 범죄 경력 조회[20]	-								

V. 결 론

- 본 연구를 통해 개발된 평가지표는 장애아동 재활치료 바우처 사업에 대한 품질 향상을 위한 도구로서 활용될 수 있으며, 또한 우수기관 선정 발표라는 인센티브는 기관의 동기부여와 소비자에게 정보 제공은 긍정적으로 작용될 것으로 기대됨. 또한 평가지표는 지도점검을 위한 체크리스트로 활용될 수 있음.
- 부분적으로 지표의 수준이 낮다는 평가가 있으며 이를 조정하기 위해 평가의 급간과 배점 기준의 상향 조정이 필요함. 향후 연구자는 회계투명성 관련 지표는 급간의 간격을 넓히는 것을 권장하며 4대보험과 사례회의, 일괄결재 지표의 배점은 더욱 높일 것을 권장함.
- 본 평가 지표는 제공기관 선정 기준을 토대로 최소한의 지표로 구성하였으나 바우처 재정지원 방식으로 서비스 품질을 확보할 수 없다면 더 많은 규제를 요구하는 인증제도로의 변화를 고민할 필요가 있음.
- 농·어촌지역과 산간벽지지역에 서비스가 과소 공급되는 현상을 평가지표에 반영하고자 하였으나 평가지표의 배점 상향 조정으로 해결될 수 있는 부분이 아님. 바우처 재정지원 방식의 단일한 방법 보다는 농·어촌지역과 산간벽지지역은 직영 또는 위탁의 방법을 통해 특별 관리할 수 있음.
- 장애아동 재활치료 사업은 제공기관 평가와 더불어 프로그램 평가가 병행되어야 함. 돌봄형 사회서비스와 달리 장애아동 재활치료 사업은 장애아동의 기능향상을 목적으로 함. 본 사업의 본질적인 서비스 질은 장애아동의 기능향상에 있음. 장애아동 기능향상의 정도를 평가를 위해서는 국가 수준에서의 평가 토대가 구축되어야 함.

I. 서론

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

장애아동 재활치료 사업은 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보 제공을 통해 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능 향상과 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감하는 것을 목적으로 2009년부터 시행되고 있다.

장애아동 재활치료사업은 사회서비스의 하나로 보건복지부에서 바우처 방식으로 운영되고 있는 제도를 활용하여 시행하고 있는 사업이다. 장애아동 재활치료사업은 지역사회서비스 혁신사업의 ‘자체개발형 사업’(지역특성 및 주민수요 등을 감안하여 지자체가 주도적으로 발굴·기획하는 방식)으로 시작되어 2009년부터 전자바우처의 형태로 전국사업으로 확대되어 운용되고 있다.

장애아동 재활치료 사업의 전국 확대는 장애자녀를 둔 부모로부터 환영을 받아왔다. 장애자녀를 둔 부모들은 장애가 있는 자녀의 재활치료를 위해 상당한 시간과 비용, 그리고 노력을 투자해 왔으나 경제적 부담에 대한 고통을 호소하여 왔다. 본 사업의 시행은 전자바우처 형식으로 운영되는 사회서비스 중 가장 높은 만족도 수준을 나타내고 있다(박병일, 2011).

장애아동 재활치료 사업을 수행하는 제공기관에 대한 평가는 국민에 대한 책무성의 차원과 서비스 질 향상을 위한 장치라는 두 가지 측면에서 요구된다. 국민의 세금을 재원으로 하는 모든 사업은 사업의 효과성에 대해 보고할 의무가 있으며 모든 사업에 해당된다. 본 연구에서 강조되는 사항은 장애아동 재활치료사업이 바우처 재정지원 방식으로 운영되는 이유로 갖게 되는 제도상의 부정적 효과에 대한 대응 차원에서 서비스 질 품질이 요구되어지고 관리를 위해 정부가 시장에 개입하는 차원에서 평가가 필요하다.

바우처 재정지원 방식으로 운영되면 서비스의 질적 향상과 가격하락을 가져오게 될 것이고, 서비스 이용자들의 만족도가 증진될 것이라고 기대(Belfield &

Levin, 2002¹⁾; Steuerle et. all, 2002²⁾)하였다. 그러나 바우처 재정지원 방식은 지급액은 공급에 비례하지만 단가는 고정되어 지급되는 방식이다. 특히 노동집약성이 강한 치료형 사회서비스의 경우 비용 절감은 가변자본인 제공인력의 비용, 즉 인건비를 인하하면서 획득할 수 있는데, 인건비를 절감하면 서비스 질에 직접적으로 영향을 받을 수 있다. 왜냐하면 장애아동의 낮은 사회성이나 관계형성의 어려움으로 인해 제공인력의 잦은 이직은 부정적 영향을 미칠 수 있다. 영리 기관은 이윤 극대화를 위해 서비스 질에 부정적인 영향을 미치는 비용 절감이 늘어날수록 서비스 질이 악화되는 경향이 발생하게 된다.

바우처 제도를 옹호하는 입장에서조차 지역에 한정된 독점적 공급자가 존재할 경우 정부가 일정수준에서 규제할 필요성이 있다(정광호, 2005: 10)며 서비스 질 하락을 긍정하고 있다. 바우처 재정지원 방식에 의해 제공되는 공공서비스의 효과에 대한 실증 연구가 대한 더 진행되어야 하지만 바우처 제도는 만능이 아닌 장단점이 있는 제도로 바라봐야 한다. 다시 말해 바우처 재정지원 방식으로 운영되는 사업에서 평가의 의미는 최저수준의 서비스를 제공하는 제공기관을 시장에서 퇴출하기 위한 도구로 사용되어 있다.

본 연구의 목적은 장애아동 재활치료 제공기관 평가 평가기준 및 평가지표 개발을 통해 장애아동 재활치료의 서비스 품질을 제고하는데 있다. 이를 위해 바우처 제도에서의 평가 원리를 토대로 평가 지표를 설계하고 평가 기준을 제시하는 데 목적이 있다. 이를 통해 장애아동 재활치료 사업의 목적인 장애아동의 기능 향상을 제고할 수 있는 인프라를 형성하여 궁극적으로 장애아동의 건강한 삶과 행복을 추구할 수 있는 환경 조정에 기여하고자 한다.

-
- 1) Belfield, C. R., & Levin, H. M. (2002). The Effects of Competition between Schools on Educational Outcomes, *Review of Educational Research*, 72: 279-341.
 - 2) Steuerle, C., Ooms, V., Peterson G., & Reischauer, R. (2000) *Vouchers and the Provision of Public Services*, Brookings Institution Press.

2. 연구방법 및 절차

1) 연구방법

본 연구의 목적은 장애아동 재활치료 평가기준 및 평가지표 개발하기 위한 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 문헌조사를 통해 장애아동 재활치료 평가지표의 개발방향을 살펴보았다. 바우처 방식으로 서비스는 소비자의 선택과 경쟁시장의 원리를 반영하여 이루어지고, 이에 따라 평가의 역할이 서비스의 질적 향상을 유도하기 위한 장치가 아닌 서비스 질 하락을 막는 최소한의 장치로 운영하고 시장에 대한 직접적인 개입은 자제하는 원칙이 적용되고 있다. 문헌 조사를 통해 바우처 사업이 갖추어야 하는 평가 방식을 보조금 사업의 평가 방법과 비교 고찰하고, 이번에 개발될 평가지표의 방향을 결정하는데 활용하고자 하였다.

둘째, 평가지표 개발방향을 토대로 평가지표개발회의를 통해 평가지표를 개발하고 평가기준을 마련하였다. 지표개발위원회는 치료 유형별 대표적인 자격증 발급단체를 중심으로 학계 연구자를 추천받아 구성하여 개별 치료 유형의 대표성을 침해하지 않도록 노력하였다. 자격증 발급단체 선정 기준은 자격증 발급자수를 고려하되 한국연구재단 등재 또는 등재후보 학술지를 보유하고 있는 단체로 구성하였다.

셋째, 지표개발회의를 통해 개발된 평가지표에 대해 지표검토회의에서 내용을 검토하여 실현가능성을 토대로 평가지표와 평가기준을 정비하였다. 지표검토회의도 치료 유형별 대표적인 자격증 발급단체로부터 제공기관 대표자(원장 또는 센터장)를 추천받았다. 이 때 추천단체는 언어재활 영역을 제외하고 앞서 지표개발회의에 추천된 단체와 중복되지 않도록 배려하였다. 언어재활 영역은 자격증 발급 주체의 단일화를 통해 2011년 8월 4일 '언어재활사' 국가자격이 신설되었다. 언어재활의 단일화로 인해 다른 재활치료유형과는 달리 지표개발위원회와 지표검토위원회의 교차시킬 수 없었다.

넷째, 개발된 평가지표에 대해 모의평가를 실시하고, 점수 분포와 의견을 받

영하여 평가지표를 수정하였다. 개발된 평가지표가 수차례의 수정을 거쳐 내용 타당도를 확보하였다고 볼 수 있으나, 실제 적용상에 발생할 수 있을 수 있는 문제점을 대응하기 위해 점검을 하였다.

2) 연구범위

구체적으로 시간적, 공간적, 내용적 평가 연구 범위는 다음과 같다.

시간적 평가 기준은 ‘2012년 장애아동 재활치료 사업’의 대상이 되는 2012년 2월부터 2013년 1월까지 해당된다. 지표개발은 2012년의 관련법을 기준으로 작성되었으나 평가대상기간을 2011년을 대상으로 적용이 가능하다. 다만, 사업기간인 2011년을 대상으로 적용할 때는 ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’을 제외하여야 하지만 2012년 이후에 ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’ 항목이 적용되므로 사전 평가 항목 공지 차원에서 포함하되 배점에서는 제외하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 개발된 지표 중 ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’는 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등)에 근거하여 작성되었으며 2012년 8월 5일부터 시행되는 조문이다. 이 항목은 유량(flow) 정보에 해당되므로 평가 적용 기준일이 2012년 8월 5일 이후가 기준이 되는 경우에는 포함되어야 한다. 통상 유량 정보에 대한 기준일은 연말(12월 31일)이다.

공간적 평가 연구 범위는 전국 장애아동 재활치료 사업을 실시하는 제공기관이다. 다만 모의 평가는 서울 지역과 경상지역을 중심으로 이루어졌기 때문에 연구 결과를 전체 결과로 확대 해석하는 데는 한계가 있을 수 있다. 필요에 따라 외국의 사례에 대해 살펴보았다.

내용적 평가 연구 범위는 보건복지부의 ‘장애아동 재활치료 사업’에 대해 평가를 시행한다고 가정하고 평가 수행을 위해 필요한 평가지표와 평가기준에 대해 제시하였다. ‘장애아동 재활치료 사업’은 3개 법률에 의해 직접적으로 규율된다. 첫째, 「장애인복지법」에서는 장애아동 재활치료 제공기관을 ‘장애인 재활치료시설’로 명명하고 설치·운영기준(동법 시행규칙 제41조 및 [별표4], [별표5]), 성범죄자의 취업제한(제59조3) 등을 규율하고 있다. 둘째, 「장애아동복지지원법」

이 시행되면서 장애아동 재활치료 제공기관을 ‘발달재활서비스 제공기관’(「장애아동복지지원법」 제21조)이라고 명명하고 지원 기준(동법 시행규칙 제7조), 지정 기준 및 지정 절차(동법 시행규칙 제8조 및 [별표1]), 운영 기준(동법 시행규칙 제9조 및 [별표2]), 발달재활서비스 제공기관의 지정취소(동법 시행규칙 제10조) 및 지정기간(동법 시행규칙 제11조) 등을 규정하고 있다. 셋째, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」은 장애아동 재활치료 사업을 포함한 보건복지부 소관 사회서비스 사업을 총괄적으로 규정하고 있다. 이 법은 「장애아동복지지원법」 등에서 장애아동 재활치료에 대해 특별한 규정이 없는 경우를 제외하고 장애아동 재활치료도 이 법이 정하는 바를 따른다(「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제3조). 특별한 규정이라 함은 동법에서는 사회서비스 제공자가 등록제를 채택하고 있으나(동법 제16조) 장애아동 재활치료는 제공기관 지정제의 적용을 받는다(「장애아동복지지원법」 제21조 제3항). 또한 두 법에서는 보고와 검사 또는 거부·방해하거나 기피하는 경우 과태료를 규정하고 있다. 장애아동 재활치료 제공기관의 경우에는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」에서 규정하는 과태료 보다 50만원이 더 많은 1차 위반하는 경우에는 150만원, 2차 위반하는 경우에는 250만원을 부과하고 있다.

3) 연구절차

연구절차는 문헌조사, 평가설계, 평가지표(안)작성, 지표개발회의, 지표검토회의의 순으로 진행되었다.

첫째 문헌조사 단계에서는 평가방향과 유사 지표를 탐색하였다. 주로 바우처 사업의 원리와 특성을 고려하여 바우처 사업 평가의 성격을 분석하였다.

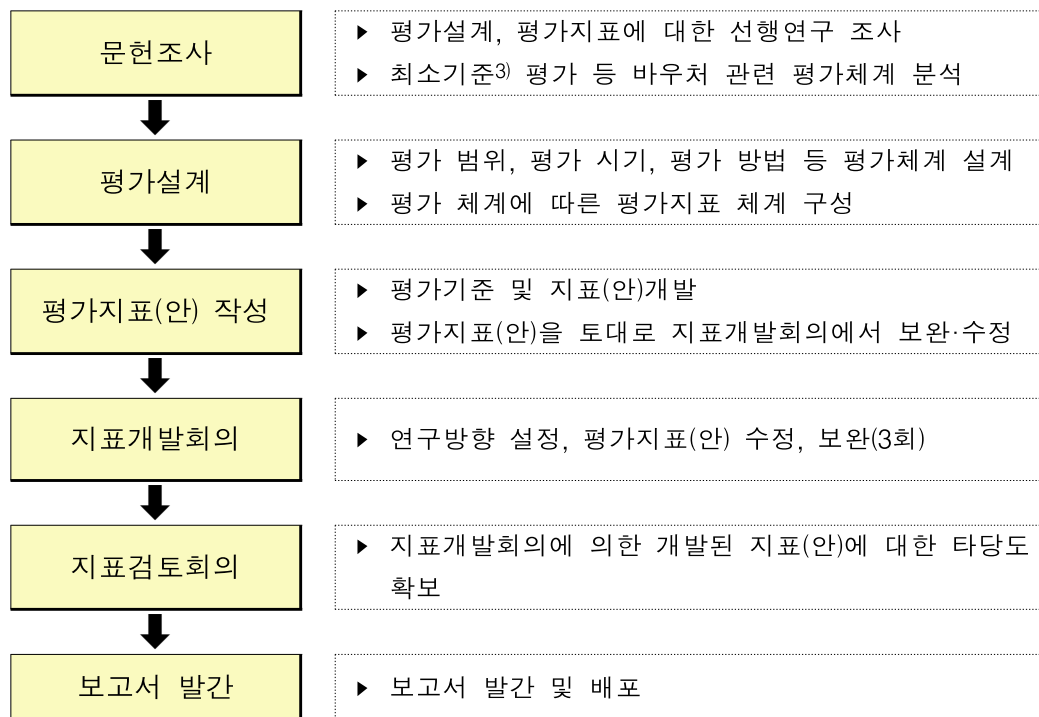
둘째, 평가설계 단계에서는 평가체계를 설계하고 평가지표 체계를 구성하였다. 평가체계 설계는 평가 범위, 평가 시기, 평가 방법 등을 중심으로 설계하였으며, 이에 따라 평가지표 체계를 구성하였다.

셋째, 관련 법령이나 사업 지침, 선행연구를 토대로 평가지표(안)를 마련하였다. 의사결정의 논의를 편의성을 확보하기 위해 50여 개의 기본적인 평가지표와

이에 따른 평가기준을 검토 후보 지표를 작성하였다.

넷째, 지표개발회의를 구성하고 평가지표와 평가기준을 개발하였다. 지표개발 위원은 연구방향을 설정하고 제시된 평가지표의 명료화하기 위해 선정하거나 대안적인 지표를 제시하였다. 3회에 걸쳐 시안을 제안하고, 이에 대해 지표개발 회의의 피드백을 토대로 수정·보완하였다.

다섯째, 지표검토회의에서는 지표개발회의에서 제시된 시안에 대한 검토를 통해 내용타당도를 높였다. 지표검토위원의 구성은 지표개발위원의 구성과 유사한 과정을 통해 선정되었다. 장애아동 재활치료 관련 자격발급기관(학회)에서 추천 받아 지표개발회의와 지표검토회의를 구성하였다. 자격발급기관(학회) 선정 기준은 장애아동 재활치료 이용자 수를 기준으로 선정하였으며, 자격발급기관에서 추천을 포기할 경우 후순위 학회로부터 추천받았다. 지표개발회의는 지표 개발에 직접 참여할 학자를, 지표검토회의는 개발된 지표를 검토할 제공기관장을 중심으로 구성하였다.



<그림 1> 연구 절차

3. 기대효과

본 연구를 통해 다음과 같은 사항이 기대된다.

첫째, 서비스 제공기관 관점에서는 서비스 질의 향상을 시설 차원의 노력이 이루어질 것으로 기대된다.

둘째, 개발된 평가지표는 장애아동 재활치료 사업에 대한 모니터링 체계를 도입을 통한 공정경쟁을 유도할 것으로 기대된다.

셋째, 장애아동 재활치료 제공인력의 전문화를 위한 재활치료 현장의 환경 조성이 기여할 수 있을 것이다. 지속적으로 실시되는 평가는 지표가 지향하는 방향을 제시하는 효과가 있다.

이를 통해 궁극적으로 장애아동의 기능향상을 이루어지고 장애인의 사회참여 확대 및 자립생활 기술 획득을 통해 장애인에 대한 사회적 비용 절감 효과가 기대된다.

3) 지표수가 상당히 많은(30개 이상되는) 지표에 대해 서비스 최저 기준을 조사하고 이를 지도하도록 규정하면 행정비용을 고려할 때 실효성이 없다. 이러한 이유로 본 연구에서는 서비스 '최저 기준'이라는 개념을 사용할 때 필수 지표 위주로 지표 수를 축소하였다는 의미를 강조할 때는 특별히 '최소 기준'이라는 용어를 특별히 사용하였다. 다시말해, 최저 기준과 최소 기준은 같은 번역상의 차이가 있지만 본 연구에서는 일반 용어를 사용할 때는 '최저 기준'이라고 부르며, 지표수를 최소화하였다는 특수한 의미를 강조할 때는 '최소 기준'이라고 구분해서 사용하였다.

Ⅱ. 이론적 고찰

II. 이론적 고찰

1. 장애아동 재활치료 사업

1) 장애아동 재활치료 사업의 개요

장애아동 재활치료 사업은 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능 향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보 제공 및 높은 재활치료 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담 경감을 목적으로 한다.

장애아동 재활치료 사업은 보건복지부에서 지역사회서비스 혁신사업 중 자체 개발형 사업을 2009년부터 전국으로 확대한 사업이다. 장애아동 재활치료가 이전에서 사설치료기관을 중심으로 제공되고 있어 이와 구분하기 위해 고유명사로 ‘장애아동 재활치료 사업’이라고 부르거나, 명확히 구분하기 위해 ‘장애아동 재활치료 바우처사업’이라고 부르기도 한다. 이 사업이 전통적 제공방식과 달리 전자바우처 형태를 제공한다는 의미에서 유래한다.

장애아동 재활치료 사업의 서비스 대상자가 되면 지급된 바우처로 지정된 제공기관에서 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동 치료 등 재활치료서비스 또는 장애 조기 발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모 상담 서비스(단 물리치료, 작업치료 등 의료기관에서 행해지는 의료지원 불가)를 이용할 수 있다. 이용할 수 있는 서비스는 제공기관에서 자율적으로 결정하게 되는데 이용자는 제공기관을 선택할 수 있다.

바우처 지급 대상자는 전국가구 평균소득의 100%이하에 속한 재활치료가 필요한 만18세 미만의 장애아동을 사업 대상으로 한다. 「장애인복지법」에 따르면 서비스 대상은 세 가지 기준을 충족하여야 한다. 첫째, 연령 기준이다. ‘장애아동 재활치료 사업’ 대상의 아동이란 만 18세 미만 말한다. 이는 「아동복지법」

(제3조)이 정하는 나이와 같다. 대상아동이 초·중·고등학교 또는 이에 준하는 특수학교 및 각종학교에 재학 중인 경우에는 만 20세 이하까지 지원 대상에 포함한다. 둘째, 장애 기준이다. 재활치료가 필요한 아동으로 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애 아동이 이에 해당한다. 장애등록을 하지 않은 만6세 미만의 영유아의 경우 의사진단서로 대체가 가능하다. 셋째, 소득 기준이다. 전 국가구 평균소득의 100% 이하를 대상으로 하고 있다. 단, 소득기준이 전 국가구 평균소득 100% 초과 150% 이하인 장애아 2명 이상 가구, 부모 중 1명 이상이 중증장애인(1, 2급 및 3급 중복장애) 가정에 대하여 시·군·구청장이 인정하는 경우에는 예산범위 내에서 지원할 수 있다. 소득에 따라 본인부담금이 면제에서 6만원으로 증가하도록 설계되어 있다.

장애아동 재활치료 사업 대상자에 해당되면 장애아동, 부모, 대리인 등이 주민등록상 주소지 읍·면·동에 연중 신청할 수 있다. 신청을 받은 지자체에서는 소득조사를 거쳐 서비스 대상자 여부 및 등급 결정하며 소득 수준에 따라 4등급으로 구분된다. 소득 등급은 수급자 및 차상위 계층은 행복e음, 증명서 등을 통해 타 복지급여 수령 여부 등에 의해 판단하며, 건강보험료 본인부담금액을 토대로 차상위 초과 전 국가구 평균소득 100% 이하 집단에 속하는지를 판단하게 된다. 소득기준에 따라 바우치가 지급되지 않을 수도 있으며 소득수준에 따라 보건복지부의 장애아동 재활치료 사업을 이용하고자 하는 사람은 소득기준에 따라 본인부담금을 달리 선납입하여야 한다.

<표 1> 바우치 지원액 및 본인부담금

소득기준	총 구매력(만원/월)			지원율 (%)
	소계	바우치 지원액	본인 부담금	
기초생활수급자 (다형)	22	22	면제	100.0
차상위 계층 (가형)	22	20	2	90.9
차상위 계층 초과~전 국가구 월평균소득 50% 이하 (나형)	22	18	4	81.8
전 국가구 월평균소득 50% 초과~100% 이하 (라형)	22	16	6	72.7

자료: 2012년 장애아동가족지원사업 안내

이용자는 제공기관과 월별 사용 계획을 따라 서비스가 제공되며 서비스 후 회당 결제하도록 규정하고 있다. 사전에 본인부담금을 납입하지 않거나 회당 결제하지 않고 일괄 결제하면 부당결제로 해당되면 불이익을 받을 수 있다.

2) 장애아동 재활치료 제공기관

본 연구의 평가대상인 장애아동 재활치료 사업의 제공기관은 장애아동 재활치료 서비스를 제공하는 주체이다. 제공기관은 재활치료기관의 설치, 운영 및 제공인력의 확보, 조달 및 이용자의 모집, 배분 등의 역할을 수행하고 있다. 또한 장애아동 재활치료 제공기관은 「장애인복지법」, 「장애아동복지지원법」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 등의 규율을 받게 된다.

제공기관의 역할에 따라 살펴봄으로서 평가 내용을 구성해 볼 수 있다.

첫째, 제공기관은 서비스 질적 수준을 유지하기 위해 시군구 범위 내 지정제도를 채택하고 있다. 제공기관은 국가(중앙부처) 또는 지자체의 허가, 등록 또는 지정을 받은 비영리단체·법인, 개인사업자, 상법상 법인 등으로서 재활치료서비스 수행능력과 경험이 있는 기관 우선 지정하며, 시·군·구 지역별 사업 대상 인원을 고려하여 수요에 맞는 적정 제공기관 수를 판단하여 지정하게 된다. 사회서비스 중 장애인활동지원제도와 함께 유지되지 있다. 지정제도는 지역을 블록으로 과점 상태를 유지하는 효과가 있어 바우처 제도의 본래적 의미의 시장 상태에서의 경쟁을 제한하게 된다. 장애아동 재활치료 사업이 시장 경쟁의 원리를 적극적으로 수용하지 못하는 것은 서비스 질의 하락을 방어하기 위한 것으로 이해할 수 있다.

둘째, 제공기관의 설치, 운영에 관해서는 관련법과 행정규칙 등을 통해 규정하고 있다. 제공기관의 설치, 운영과 관련된 법에는 「장애인복지법」과 「장애아동복지지원법」에서 규정하고 있다. 두 법에서는 운영규정의 제정·시행과 비치할 장부를 제외하고 중복되지 않는다. 「장애인복지법 시행규칙」 제41조와 별표5에서 ‘장애인재활치료시설’로 규정하고, 설치기준, 자격기준, 운영기준, 시설 구조·설비 등에 대한 기준을 제시하고 있다. 2012년 8월 5일부터 시행되는 「장애아동

복지지원법」에서 ‘발달재활서비스 제공기관’으로 명칭이 변경되면서 기준들이 다소 변화하였다. 장애아동복지 지원법 시행규칙 제8조 제1항과 관련하여 별표1의 ‘발달재활서비스 제공기관의 지정기준’에서는 시설기준과 인력기준을 제시하고 있다(<표 5>참고). 발달재활서비스 제공기관의 운영기준은 운영규정의 제정, 인력 및 회계의 분리 관리, 장부비치, 보험 가입을 규정하고 있다.

<표 2> 설치·운영 기준

구 분		내 용	근거
설치 기준	시설기준	사무실과 16.5㎡ 이상 면적의 치료(상담)실	A
	직원배치기준	시설장 1인, 재활치료사 1인 이상	A
자격 기준	시설장	장애인재활 관련 자격증+5년경력, 전문학사+10년경력, 전임강사2년	A
	재활치료사	국가(공인)자격증, 자격기본법에 근거한 민간자격증, 재활치료 관련 자격증, 전문학사이상 전공자+1,200시간 경력	A
운영 기준	운영규정	운영규정 제정·시행	A, B
	회계규정	인력 및 회계의 분리 관리	B
	보험가입	배상 보험 및 4대 보험 가입	B
	장부 비치	1) 시설의 연혁에 관한 기록부 2) 시설장 및 재활치료사의 인사카드 3) 치료사 관계서류(계약서, 치료사 명부, 자격증 등) 4) 서비스 제공 관련철(제공계획, 일정표, 상담기록철 등) 5) 서비스 모니터링 및 평가철 등 6) 예산서 및 결산서 7) 금전 및 물품의 출납부와 그 증빙서류 8) 4대 보험 가입철, 결제영수증 등 9) 각종 증명서류와 그 밖에 필요한 서류	A, B
	시설 구조·설비	편의시설(「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법」)	A

주) A: 「장애인복지법 시행규칙, 별표5(제41조, 제42조 관련)

B: 「장애아동복지지원법 시행규칙, 별표2(제9조 관련)

제공기관은 「장애인복지법」과 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법」에 따른 편의시설 설치 대상 시설에 해당된다. 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법」에서 제공기관은 노유자시설 중 사회복지시설에 속한다. 사회복지시설은 “동법 시행령 별표2 대상시설별 편의시설의 종류 및 설치기

준”에 따라 모든 편의시설을 의무적으로 설치하여야 한다. 이는 편의증진법 상 가장 많은 설치의무규정에 속한다.

제공기관의 운영주체를 기준으로 볼 때 비영리사업자가 59.6%, 영리사업자가 40.4%를 차지하고 있으며, 영리사업자 중 개인이 전체의 38.8%를 차지하고 있다(이용복, 2011: 82). 제공기관의 시설 현황에 대한 정보가 부족하여 영세성을 판단하기는 쉽지 않다.

<표 3> 대상시설별 설치해야 할 편의시설의 종류

편의시설 대상시설	매개시설		내부시설			위생시설				안내시설			기타시설						
	주출입구 접근로	장애인전용주차구역	주출입구 높이차이 제거	출입구 (문)	복도	계단 또는 승강기	화장실			욕실	샤워실 · 탈의실	점자블록	유도 및 안내설비	경보 및 피난설비	객실 · 침실	관람석 · 열람석	접수대 · 작업대	매표소 · 판매기 · 음료대	임산부 등을 위한 휴게시설
							대변기	소변기	세면대										
사회복지시설	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	의무	-

출처: 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법 시행령」, [별표 2](제4조 관련)

제공기관에 대한 편의시설에 대한 간이형 실태조사 결과는 이미정 외(2010b)의 연구에서 찾아볼 수 있다. 이 연구는 일부 편의시설에 대해 자기기입식으로 조사한 결과로 법정 규정 여부와 무관한(부적정 설치를 포함한) 단순설치율의 근사치로 이해할 수 있다. 장애인사용가능화장실의 경우 설치률은 58.2%이다. 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법」에서 규정하고 있는 화장실의 기준에 따라 법정 기준에 따라 설치 여부에 대한 평가가 이루어진다면 설치율은 낮아질 것이다. 화장실요소 뿐만 아니라 다른 요소에서도 비슷한 상황일 것으로 판단된다.

<표 4> 제공기관 장애인 편의시설 설치 및 설치현황

(단위: 개소, %)

구분	대상시설	설치빈도	설치율
경사로/승강기	325	275	84.6
주출입문(단차제거)	325	228	70.2
장애인전용 주차구역	325	228	70.2
장애인사용가능 화장실	325	189	58.2
시각장애인 유도·안내설치	325	138	42.5

출처: 이미정 외(2010b: 47) 재가공

편의시설의 제고하기 위해 평가항목을 현장조사를 통한 요소별 체크리스트를 제공(부록 2 참고)하거나 지자체 담당자의 점검을 받도록 요구하는 등 법적 기준을 준수할 위한 방법이 요구된다. 가장 강력한 방법은 미국 또는 영국과 유사한 방식으로 편의시설 인증 확인서를 지정신청서에 포함하도록 요구하는 방안이다.

셋째, 제공기관은 제공인력을 확보 및 조직을 통해 서비스를 제공하는 역할을 수행한다. 장애아동 재활치료의 서비스 질을 결정하는 가장 큰 투입요소로 제공인력의 질이 강조되고 있다. 제공인력의 주도적 활동에 의해 장애아동의 기능향상의 정도가 좌우되기 때문이다.

제공인력의 중요성에도 불구하고 제공인력에 대한 문제점으로 재활치료사의 확보, 잦은 이직, 장애아동 특성에 적합한 제공인력의 배치, 장애아동을 대하는 자세, 치료효과에 대한 의구심 등이 논란이 되고 있으며, 제공인력에 대한 대우의 열악함이나 제공인력에게 장애아동 유치를 종용하는 경우도 있다는 보고(이미정, 2010: 71-72)는 바우처 재정지원 방식에 의해 서비스 질이 향상되지 않을 수도 있다는 점을 보여준다. 제공인력의 중요성으로 자격기준을 「장애인복지법 시행규칙」 별표5(제41조, 제42조 관련)에서 직접적으로 규정하고 있다.

장애아동 재활치료 사업 도입 초기부터 고민은 서비스 질과 소비자 선택권이 상충관계(trade off)에 놓여있다는 것이고, 사업 초기에 비해 획기적인 개선이 이루어지지 않고 있다. 지방자치단체에서는 지정제도를 통해 서비스 질을 일차적으로 관리하고 있는데, 장애아동 재활치료가 질적 수준에 대한 신뢰 수준이

낮기 때문이다. 서비스 질을 높이하고자 자격 기준을 강화하면 소비자가 선택할 수 있는 서비스의 종류와 양이 줄어들어 소비자의 선택권이 부정되었다.

2. 장애아동 재활치료 제공기관 평가

1) 평가의 법적 근거

장애아동 재활치료 평가는 다른 정부 사업과 같이 국민에 대해 책임이 부여된다. 납세자에 대한 책무성의 차원에서 정부는 국회에 대해 재정 사용에 대한 효과와 적합하게 사용하였음을 보고할 의무가 있다.

장애아동 재활치료 사업에 대한 평가의 법적 근거는 다음과 같다.

첫째, 「사회복지사업법」(제43조의2 제1항)이 사회복지시설 평가에 주된 근거로 사용되며 장애아동 재활치료 사업도 이 법에 근거하여 평가를 수행할 수 있다. 이 법에서는 보건복지부장관과 시·도지사는 시설을 정기적으로 평가하고, 그 결과를 공표하거나 시설의 감독·지원 등에 반영할 수 있다고 규정하고 있다. 여기서 시설에는 「장애인복지법」 또는 「장애아동복지지원법」에 근거한 시설을 말한다(동법 제2조 제1호 제라목 및 제커목과 제4호).

<표 5> 「사회복지사업법」의 평가 관련 조항

「사회복지사업법」

제43조의2(시설의 평가) ① 보건복지부장관과 시·도지사는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설을 정기적으로 평가하고, 그 결과를 공표하거나 시설의 감독·지원 등에 반영할 수 있으며 시설 거주자를 다른 시설로 보내는 등의 조치를 할 수 있다.
② 보건복지부장관이나 시·도지사는 제1항의 평가 결과에 따라 시설 거주자를 다른 시설로 보내는 경우에는 제38조제3항의 조치를 하여야 한다.

둘째, 장애아동 재활치료 사업 평가에 대한 직접적인 근거는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조(사회서비스 품질관리)에서 규정하고 있다. 이 법은 사회서비스 범위에 「장애인복지법」과 「장애아동복지지원법」에 근거

한 사업인 장애아동 재활치료 사업을 포함시키고 있다(「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제2조 제1호 제라목 및 제커목). 동 법 제30조에서 사회서비스의 품질관리를 위한 평가를 규정하고 있으며, 구체적으로 동법 시행령 제19조에서는 ‘제공자의 기관 운영의 합리성, 서비스 제공의 적절성, 이용자 만족도 등을 고려’하도록 하고 있다.

<표 6> 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」의 평가 관련 조항

■ 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」

제30조(사회서비스 품질관리) ① 보건복지부장관은 이용자를 보호하고 사회서비스의 질을 높이기 위하여 사회서비스의 품질기준을 정하고, 그 품질기준에 따라 제공자가 제공하는 사회서비스의 질을 평가하는 등 사회서비스 품질관리 업무를 수행하여야 한다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 사회서비스 품질관리 업무를 대통령령으로 정하는 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

③ 제1항에 따른 사회서비스 품질관리 업무의 내용, 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행규칙」

제19조(사회서비스 품질관리) ① 전담기구는 법 제30조제1항에 따라 제공자가 제공하는 사회서비스의 품질을 3년마다 1회 이상 평가하여야 한다.

② 전담기구는 제1항에 따른 평가를 할 때에 제공자의 기관 운영의 합리성, 서비스 제공의 적절성, 이용자 만족도 등을 고려하여야 한다.

이 법의 주무부서이자 평가 수행 주체는 보건복지부 사회서비스정책과이다.

돌봄형 사회서비스(care social service)가 상대적으로 단순한 노무의 제공으로 서비스 제공이 완료되는 것과 달리, 장애아동 재활치료는 서비스 제공 기간 내에 적극적인 활동을 통해 장애아동의 기능 향상을 가져와야 한다는 점에서 서비스 산출이 주관적 만족도의 수준이 넘어 기능이 향상되어야 한다는 전문성을 내포하고 있다. 이러한 특수성을 고려한 평가가 이루어지기 위해서는 현재 시행 중인 전자바우처 중에서 재활(치료)형 사회서비스인 장애아동 재활치료와 언어발달지원은 별도의 평가가 필요하다는 당위성이 있다.

둘째, 평가에 대한 포괄적인 규정은 「장애인복지법」 제29조와 제52조에서 규정하고 있다. 평가 수행 등을 위해 ‘한국장애인개발원의 설립’을 규정(제29조),

평가에 대한 전문기관 의뢰(제52조)할 수 있도록 하고 있다.

셋째, 「장애아동복지지원법」에서는 직접적으로 평가를 수행한다는 규정은 없다. 간접적으로 「장애인복지법」과 더불어 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제9조 [별표2])에서는 제공기관의 평가 관련 서류를 비치하도록 규정하고 있다. 평가를 수행하지 않으면 평가 서류를 비치할 수 없으나, 평가의 주체에 대해서 규정하고 있으므로 본 법에 의해서 평가를 수행해야 된다는 근거라고 해석할 수는 없다.

그러나 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」에 근거하지 아니한다면 평가 대신 표준화된 조사표에 의한 시설 운영상황을 「장애아동복지지원법」 제35조에 근거하여 조사할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 관계 공무원으로 하여금 그 시설의 운영상황을 조사하게 하거나 장부와 그 밖의 서류를 검사하게 할 수 있다(제35조).

<표 7> 「장애아동복지지원법」의 조사 관련 조항

■ 「장애아동복지지원법」

제35조(보고와 검사) ① 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 복지지원 제공기관 및 지역센터를 운영하는 자로 하여금 그 시설에 관하여 필요한 자료제출과 보고를 하게 할 수 있으며, 관계 공무원으로 하여금 그 시설의 운영상황을 조사하게 하거나 장부와 그 밖의 서류를 검사하게 할 수 있다.

② 제1항에 따라 관계 공무원이 그 직무를 수행할 때에는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.

제41조(과태료) ① 정당한 사유 없이 제35조제1항에 따른 자료제출·보고를 거부하거나 거짓으로 한 자 또는 조사·검사를 거부·방해하거나 기피한 자에게는 300만원 이하의 과태료를 부과한다.

② 제1항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 부과·징수한다.

이상을 법률을 검토할 때 장애아동 재활치료의 평가 근거는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조라 할 수 있으나 평가 주체는 사회서비스정책과에 있다고 볼 수 있다. 그러나 장애아동 재활치료는 돌봄형 사회서비스와 달리, 장애아동의 기능향상을 점검해야 서비스의 복잡성으로 말미암아 별도 정의하는 것이 적절하다.

2) 장애아동 재활치료 평가의 목적: 서비스 질 관리

장애아동 재활치료 사업에서 서비스 질이란 장애아동의 기능 향상을 의미한다. 장애아동의 기능 향상은 장애아동 재활치료 사업의 2대 목적 중의 하나이다. 그러나 장애아동 재활치료로 인해 장애아동의 기능이 향상되었는지 파악하는 것은 쉽지 않다. 이러한 논의는 차후로 미루도록 하고, 단지 장애아동의 기능 향상의 정도를 측정하는 것은 쉬운 일은 아니지만 측정해야 할 당면 과제라고 할 수 있다. 본 연구에서는 기능 향상의 수준을 측정할 수 없다고 전제하고, 기능 향상을 측정할 수 없을 때 서비스 질의 무엇을 의미하는 지를 살펴보고, 이러한 의미에서 서비스 질이 갖는 의미가 돌봄형 바우처 사업과는 차이점이 존재할 수 있다.

장애아동 재활치료 사업에서의 장애아동의 기능향상을 바로 측정할 수는 없지만, 투입요소를 통해 간접적인 측정을 해 볼 수 있다. 투입되는 요소 중의 핵심은 제공인력에 있다. 제공인력이 제공하는 서비스의 질적 수준에 따라 서비스 질의 평가에 대해 논하게 된다. 그런데 제공인력의 질적 수준이라는 것은 장애아동의 기능 향상을 가능하게 하는 능력(capacity)을 의미한다. 이러한 능력은 오랜 기간의 수련과 경험에 의해 축적되는 인적 자원의 성격을 갖게 된다. 이러한 이유는 장애아동 재활치료 사업을 수행하는 제공인력은 소비자가 선택할 수 있도록 6가지의 투입요소에 대한 정보를 제공하도록 요구하고 있다. 이러한 6가지 사항은 개별 재활치료사의 질적 수준 나아가 제공할 서비스 질과 비례할 것이라고 전제하고 있다. 산출물을 평가하기 위해 투입요소에 대한 평가를 통해 간접적으로 파악하려는 시도는 한계가 있을 수밖에 없다. 투입이 좋다고 항상 결과가 이에 비례해서 좋다고 볼 수 없다.

특히 장애아동 재활치료 대상이 되는 장애아동은 인지 기능이 낮고 사회성이 라고 불리는 대인관계에서의 상호작용이 취약하다. 즉, 제공인력의 능력이 탁월하다고 하더라도 재활치료의 성격상 제공인력의 혼자만의 힘으로 성공적인 재활치료가 이루어지기보다 제공인력의 능력과 장애아동과의 상호작용의 결과라고 단순화시킬 수 있다. 이러한 가정이 맞다면 제공인력의 자격이나 임상경력

이 장애아동과의 상호작용을 잘 풀어나갈 수 있을 것이라는 예측 요인이 될 수도 있지만 반드시 그렇다고 볼 수 있는 것도 아니다.

이에 대해 장애아동의 부모들은 서비스 질에 대한 척도로 ‘제공인력의 지속성’을 가장 중요한 요소를 보는 경향이 있다. 제공인력의 지속성은 오랜 기간 동안 연속적으로 재활치료가 가능 기간을 말한다. 장애아동은 사회성이나 대인관계기술의 부족으로 신규 재활치료사와 관계를 형성하는데 오랜 기간이 소요되는 특성을 갖고 있다. 재활치료사의 잦은 교체는 장애아동의 퇴행과 같은 부정적 결과를 나타나기도 한다. 즉, 장애아동 재활치료에서 서비스 질이라는 간접적으로 제공인력의 지속성이며, 지속성을 알 수 있는 선행 지표는 경력이라고 할 수 있다.

장애아동 재활치료 사업이 재정 조달 방식이 소비자의 선택과 시장경쟁에 의한 서비스 공급을 강조하는 바우처 방식으로 제공되었다. 장애아동 재활치료 서비스가 치료형 사회서비스에 바우처 방식을 결합하였다는 측면에서 이례적이었지만, 복잡한 재활치료 시장에 대한 정부 지원이 이루어지기 위해서는 바우처 방식이 최적의 대안일 수 밖에 없었다. 고용없는 성장이 이루어지는 사회적 문제에 대한 대응으로 사회투자국가론에 기반하여 노동집약적인 사회서비스(social service)를 통한 극복을 하려는 일련의 시도가 전자바우처와 결합하면서 마치 사회서비스와 전자바우처는 밀접한 관계로 이해하는 현상이 발생하였다. 현재 운용되고 있는 보건복지부 사회서비스는 노인돌봄종합서비스, 장애인활동지원, 산모신생아도우미, 가사간병방문과 같은 노동집약 성격이 강하고 단기간의 교육훈련의 제공인력을 양성할 수 있는 분야에 집중되어 있다. 또한 사회서비스는 사회투자국가론의 본질적인 목적인 일자리 창출에 목적이 있으며 4대 보험과 연계하여 추진되었다. 노동집약적 사회적 일자리는 돌봄 노동과 직접적으로 관련이 높다고 볼 수 있다. 또한 이러한 과정에서 장애아동 재활치료와 같은 고가의 비용과 제공인력에 대한 고도의 훈련이 요구되는 분야에 전자바우처와 결합한 점은 이례적이라고 할 수 있다. 반면 장애아동 재활치료가 20여년 이전부터 장애아동 재활치료를 수행하는 사설치료교실이 산재해 있었고, 장애자녀의 조기개입을 위한 통상적인 기관으로 이용되어 왔다. 그러나 영리기관에 대해

정부가 지원하는 것이 바람직하지 않다는 판단에 의해 지원이 이루어지지 않았다. 이후 재활치료는 사회복지관 또는 장애인복지관에서 유무료로 공급이 이루어졌다. 2007년 보건복지가족부의 지역사회서비스혁신사업 자체개발형 사업으로 추진되어 2008년 전국 14개 시도지역 97개 시군구에서 약 135억의 예산으로 약 5천6백명에게 서비스가 공급되었다. 2009년 부터는 전국의 1만 8천명의 장애아동에게 월 20여만원 상당의 바우처가 제공되는 사업으로 발전하였다(김기룡, 2009). 바우처를 통한 재정지원 방식은 영리, 비영리 기관에 대한 지원을 할 수 있는 많은 양은 정책 수단 중에 하나였다고 평가할 수 있다. 이와 달리 의도와 달리 영리형 서비스 공급자를 배제하고자 하였고 영리기관의 이윤추구가 가격을 높이게 되었다(김기룡, 2009)고 주장하고 있으나, 오히려 시장경쟁 원리에 입각해 있는 바우처 제도에서 영리 기관의 참여를 배제하는 것은 작동 기제와는 맞지 않고 오히려 영리형 서비스 공급자의 참여는 의도하였던 바였다고 볼 수 있다.

3) 장애아동 재활치료 평가 원리

장애아동 재활치료 사업은 전달체계는 바우처 재정지원방식에 의해 운영되고 있다. 장애아동 재활치료가 반드시 바우처 방식으로 운영될 필요는 없다. 정부의 지원 정책에서 오랫동안 배제되어 왔던 ‘사설치료’에 대한 제도화가 2009년 장애아동 재활치료 사업이 전국사업으로 확대됨에 따라 바우처 방식의 일컫는 사회복지서비스로 편입되어 제도화가 되었다.

장애아동 재활치료가 바우처 재정지원방식으로 채택될 때 사용되는 평가 원리는 서비스 질 관리를 위한 규제로서 시장의 실패를 방어해 왔다고 할 수 있다. 이러한 서비스 감독의 기준이 서비스 최저기준(Minimum Standard)이다. 미국과 영국에서는 서비스 최저기준의 준수 이행을 모니터링하기 위해 인증기관을 별도로 운영해 오고 있다. 우리나라는 미국과 영국과 같은 상시 평가기관이 존재하지 않으므로 최저기준의 평가가 복잡하면 실효성이 떨어지게 된다. 왜냐하면 인증기관의 인증서가 시장 진입 요건이자 시장에서 서비스 제공 자격을

유지하는 수단이 됨으로서 서비스 질을 통제하게 된다. 그러나 우리나라의 경우 인증기관이 별도로 존재하지 않으므로 보건복지부와 지방자치단체가 지도감독을 수행해야 하므로 서비스 질 관리를 위한 평가가 시행되기 위해서는 집행기관과의 연동성을 고려해 주어야 한다. 보조금 재정지원 방식에 따른 일반적인 평가지표가 총점이 성과의 의미로서 작용하지만 바우처 재정지원 방식에 따른 평가는 시장 퇴출의 기준 지표로 활용되므로 지방자치단체가 지도할 내용에 대해 설명할 수 있을 정도로 명확하여야 한다. 상시 평가기관이 없는 상태에서 평가를 지방자치단체에서 적용, 활용하여야 한다.

바우처 방식이 주로 이론적 수준에 논의되어 왔으며 실증연구의 역사는 길지 않다. 바우처는 앞에서 언급하였다시피 소비자의 선택권을 넓혀주기 위한 방안으로 시장의 경쟁원리를 적용하였다는데 특징이 있다.

바우처 재정지원 방식이 전통적인 보조금 지원 방식과 달리 정부가 공공재원을 이용자에게 직접 제공한다는 점에서 차이가 있다. 이용자에게 직접 지원하게 되어 서비스 제공기관의 경쟁을 촉발하며, 비용 절감 및 서비스 경쟁을 하게 되며, 선택받기 위해 더 높은 수준의 서비스를 공급하게 된다는 주장을 한다. 이와 같이 바우처 제도는 비용절감 및 예산통제효과, 서비스 품질 향상, 소비자 권한 강화 및 소비자 접근성 강화된다고 주장하고 있다.

이러한 이론상의 바우처에 대한 작동기제는 한편으로 과장되었고 상호 모순적인 논의로 전개되는 특징이 있다. 특히 동어반복의 논리 구조를 갖고 있어 경험적 연구의 진행이 요구된다. 대표적으로 바우처는 경쟁시장 기제에 따라 작동하여 비용을 절감하게 된다. 그러나 실제 바우처로 인한 그러한 효과가 나타났는지 의심스럽다.

정부 측면에서 예산 절감이 이루어질지는 환경과 주변 요건에 따라 다르다. 바우처 시행에 따라 추가 비용이 발생하는 경우도 있고, 결제 시스템 등 행정 비용이 과도하게 소요되어 총비용은 오히려 증가할 수 있다. 또한 예산 통제 효과는 책임없는 주장에 불과하다. 바우처 상환액을 정해두더라도 초과 수요가 발생하였다고 추가 바우처 지급을 중단하는 형평성의 문제와 저항이 발생할 소지가 크다. 바우처 제공 총량은 시장에 의해 결정되는 것이 아니고 정책적으로 결

정되다. 즉 바우처 방식의 재정지원 방식을 채택하더라도 지급 중단이 이루어지는 것은 보조금 지급 방식과 차이가 없다. 오히려 보조금 지원 방식은 이윤을 부정하므로 공급 비용을 통제할 수 있다. 바우처는 공급이 늘어날수록 비용도 같이 비례적으로 늘어나는 비례제이기 때문이다.

둘째, 경쟁을 촉발하여 비용절감과 서비스 품질이 향상된다는 과장된 주장을 한다. 기술제와 달리 노동집약적 산업의 기술 혁신은 노동생산성의 향상 또는 급여체계의 개편 등 선택지가 한정적이다. 또한 바우처 재정지원방식과 같이 총액의 유동성이 낮을수록 변화의 폭이 크지 않다. 장애아동 재활치료 사업을 포함한 선별적인 바우처 시장은 두 가지 문제에 봉착한다. 하나는 수요가 한정적이다. 제공기관은 별다른 노력 없이도 최대 수요를 경험하고 잠재적인 추가 수요는 노력한다고 개발되어지는 것이 아니며 다른 제공기관으로부터 유인하는 것은 한계가 있다. 둘째, 영리기관은 이윤 극대화를 위해 비용을 절감할 수 있는 것은 제공인력은 임금에 한정된다. 임금의 비중이 매우 높기 때문에 수용비 수수료 등 추가 비용의 절감 효과가 크지 않다. 그러나 이용자 수가 많지 않은 제공기관은 기관운영을 위한 고정비용을 감당하기 위해 임금을 낮추는 경영전략을 채택할 수 있다. 임금을 낮추면 제공인력의 이직률이 높아지고, 이직률이 높아지면 앞에서 말한바와 같이 장애아동 재활치료는 치명적이고 직접적으로 서비스 질이 급락하게 된다. 따라서 바우처 재정지원방식에서는 일반적으로 서비스 질이 저하되는 경향을 있다는 것이 맞다.

바우처 재정지원방식은 시장경쟁을 도입하였다. 시장의 원리를 이해하는 것은 장애인복지 관계자에게는 쉽지 않은 것일 수도 있다. 선택을 시장에게 맡긴다는 것은 시장에 대해 개입을 하지 않는다는 것을 의미한다. 정부가 시장에 대한 개입은 시장 질서가 유지되도록 감시와 처벌하는 역할에 한정해야 한다. 영리기관들은 불법이나 탈법으로 인한 비용이 예상되는 이윤 보다 낮다면 불법이나 탈법을 저지를 것이다. 그리고 이러한 불법이나 탈법을 통해 이윤을 획득하는 제공기관이나 이용자가 늘어나면 시장에서 불법이나 탈법 참여자 수가 늘어나고, 어느 순간 시장 자체가 제대로 기능하지 못하고 붕괴될 것이다. 또한 정부는 시장에 대한 개입을 최대한 자제하여야 한다. 직접적으로 시장의 보이지 않

는 손에 의해 자원이 효율적으로 배분될 것이라는 믿음에서 기인하지만, 또 다른 이유는 정부의 활동은 시장 참여자들의 이해관계를 달리하게 되고 이에 따라 새로운 문제가 발생하게 되기 때문이다. 따라서 정부는 시장에 대한 개입은 최대한 자제하면서 상시 감시(모니터링)를 위한 시스템을 구축하고 불법이나 탈법자를 시장에서 퇴출시키는 강력한 처벌을 이행할 필요가 있다.

바우처 사업이 맞이하는 공통적인 고민은 서비스 품질 하락 경향일 것이다. 이러한 서비스 질 하락을 막기 위해 최소 기준 평가를 도입하게 된다. 최소 기준에 미달하는 소수의 제공기관을 시장에서 퇴출시켜 서비스 품질 하락을 통한 비용절감과 시장 퇴출이라는 비용 중에서 합리적인 선택을 할 수 있도록 하는데 있다. 한계 업체는 시장 퇴출이라는 비용에 비해 서비스 품질 하락을 통해 발생할 수 있는 기대 수익이 높다면 서비스 품질을 하락시키는 전략을 선택할 것이며, 정부의 감시 활동은 시장 퇴출이라는 비용을 높게 책정하여 서비스 품질로 인한 기대수익 보다 퇴출로 인한 기대 비용이 월등하게 높게 설정하여야 시장의 건전한 경쟁이 유지 될 수 있다.

3. 바우처 사업 평가 사례

1) 장애아동 가족지원사업 안내

‘장애아동 가족지원사업 안내’에서 제시된 ‘제공기관 선정 및 사업평가기준(예시)’는 전형적인 평가의 형태를 갖추지 않았지만 일종의 간이형 평가 도구라고 볼 수 있다. 본 사업 지침을 통해 장애아동 재활치료사업 초기(2009년)부터 제공기관 선정 도구로 활용하도록 예시하였다.

<표 8> 2012년 제공기관 선정 및 사업평가기준(예시)

구분	평가항목	배점	평가 내용
서비스 제공 관련	• 서비스 제공 실적	20	• 기관방문형 서비스 제공 실적 • 재가방문형 서비스 제공 실적
	• 서비스 제공 편의성	10	• 치료기관의 물리적 접근성 • 치료기관내의 편의시설 구비 수준
서비스 제공 인력 관련	• 서비스 제공 인력의 전문성	30	• 서비스 제공인력의 임상 경험, 학력 수준 • 서비스 제공인력의 재교육 • 서비스 제공인력의 인정자격 소지 여부
	• 서비스 제공 인력 유지	10	• 서비스 제공인력의 이직율이 낮은 정도 • 서비스 제공인력의 근로 조건(바우처 대비 임금 수준, 4대 보험 가입 여부, 퇴직금 등)
서비스 질 관리	• 서비스 관리의 적정성	10	• 바우처 결제방식 등 사업지침 이행 여부 • 서비스 이용요금의 적정성
	• 서비스 질 관리	10	• 서비스 과정 기록 및 평가 • 이용자 만족도
기타 사항	• 지자체별 자체 평가 기준 마련	10	• 재가방문 서비스 제공 실적에 따라 가산점 부여 (산간·벽지지역 등)
합 계		100	

출처: 보건복지가족부(2012). 2012 장애아동 재활치료 사업 안내

장애인활동지원사업 등을 포함한 전자바우처 사업 수행기관은 등록 또는 지정하도록 하고 있는데, 이 때 선정기준으로 <표 10>과 유사한 항목이 활용되었다.

장애아동 재활치료 사업에서 활용한 도구는 서비스 제공능력, 서비스 제공인력, 서비스, 기타 영역에 있어 100점 만점의 형태로 평가되었으며 신청 기관의 서비스 제공 경력 및 능력, 서비스 제공 인력 임금 등 근로조건, 서비스 질 관리 체계 등을 고려하여 정한 선정기준에 따라 사업 목적 달성에 가장 적합한 기관 선정에 활용되었다.

본 연구에서는 이 지정기관 선정 기준표를 평가지표와 평가기준을 개발하기 기초 틀로 활용하였다. 이 틀은 기본적으로 서비스 실적, 제공인력, 서비스 질

관리와 같은 토대는 장애아동 재활치료 사업에 있어 중심축으로 이해될 수 있다. 특히 장애아동 재활치료에서의 서비스 질은 투입요소 중 제공인력의 질적 수준이 중요성은 강조해도 부족함이 없다. 부산복지개발원에서 개발된 평가지표(남찬섭, 2010)도 이를 기본틀로 설정한 바 있다.

2) 남찬섭 외(2010)의 장애아동 재활치료 평가 지표

부산복지개발원(남찬섭 외, 2010)은 본 연구 대상과 목적과 같은 장애아동 재활치료 평가 지표를 개발한 바 있다.

남찬섭 외(2010)의 평가지표는 크게 네 영역(서비스 제공인력, 서비스 실시, 이용자의 권리, 종합의 영역), 17개 평가항목 총 70점(가산 2점)으로 구성되어 있는 있다. 서비스 제공인력 영역은 교육시간, 교육비, 사례회의, 전문자격, 평균 급여 수준, 근무여건, 이직률을 포함되었고, 서비스 실시 영역은 제공기관 선택 및 접수, 제공계획 수립, 서비스 이용 계약 체결, 서비스 이용 계획 체결, 서비스 제공, 모니터링 및 서비스 종료, 이용자 만족도 평가항목으로 구성하였다. 또한 이용자의 권리 영역에서는 정보제공 및 이용자 권리 보장, 비밀보장, 민원관리, 그리고 종합 영역에는 평가협조에 따른 가산점을 부여하였다.

남찬섭 외(2010)의 평가지표를 설명함에 있어 본 연구를 통해 개발된 평가지표와 비교해 보는 것도 흥미로울 수 있다. 두 지표의 차이점과 공통점은 어디에서 연원하는지 분석해 보는 것은 흥미로운 과제일 수 있다. 남찬섭 외(2010)의 연구와 같이 ‘장애아동 재활치료 사업’ 지침의 ‘제공기관 선정 및 평가 기준’을 토대로 평가지표(안)이 도출되고 최종 평가지표가 개발되었다는 점에서 유사하다. 두 연구 결과의 차이가 발생한 것은 평가지표 과정(본 연구에서는 5번의 지표개발회의와 지표검토회의)의 차이로 이해할 수 있을 것이다. 연구방법론 차원에서 분석해 볼 과제이다.

<표 9> 남찬섭 외(2010)의 장애아동 재활치료 평가 지표

평가영역	평가항목	세부평가지표	배점
A. 서비스 제공인력	A1. 교육시간	1인당 연 평균 교육 참여시간 ¹	4
	A2. 교육비	1인당 연 평균 교육비 지출액 ¹	4
	A3. 사례회의	체계적인 사례회의 개최 여부	4
	A4. 전문자격	전문자격 인력 비율	4
	A5. 평균급여 수준	전체 총 평균급여 ¹	4
	A6. 근무여건	서비스 제공 인력의 근무여건	4
	A7. 이직률	이·퇴직 비율 ¹	4
	소계		28
B. 서비스 실시	B1. 제공기관 선택 및 접수	서비스에 대한 충분한 설명 및 편의 제공 여부	5
	B2. 제공계획 수립	서비스 제공 계획의 수립 과정	5
	B3. 서비스 이용 계약 체결	서비스 이용계약 체결 시 이용자 의사 반영 정도	5
	B4. 서비스 제공	서비스 수행과정	5
	B5. 모니터링 및 서비스 종료	모니터링과 서비스 종료 과정	5
	B6. 이용자 만족도	서비스 만족도 제고를 위한 노력	5
	소계		30
C. 이용자의 권리	C1. 정보제공 및 이용자 권리 보장	이용자의 권리 보장 조치의 충분성	4
	C2. 비밀보장	이용자 개인정보 비밀보장을 위한 조치의 충분성	4
	C3. 민원관리	이용자의 민원 해결 노력	4
	소계		12
D. 종합	D1. 평가협조 (가산점)	현장평가에 대한 협조정도 (평가위원 주관적 평가)	(2)
	소계		(2)
계			70(2)

주) *상대평가 지표 (평가대상기관 전체의 평가결과에 비추어 수준에 따라 개별기관의 점수 부여)

남찬섭 외(2010)의 지표를 본 연구를 통해 도출된 지표와 비교할 때 갖는 특징은 3가지로 요약해 볼 수 있다.

첫째, 과정 중심의 지표로 구성되었다. 본 연구에서 개발된 서비스 제공인력

관련 영역의 공통점을 제외한다면 남찬섭 외(2010)의 평가 지표는 제공기관 입장에서 서비스가 제공되는 과정 중심으로 구성된 영역을 중심으로 구성되었다고 볼 수 있다(70점 중 30점). 반면, 본 연구는 설치 및 운영 기준의 점검하는데 방점을 찍고 있다는데 차이가 있다.

둘째, 질적 측면 평가를 위한 노력이 반영되었다. 개별 지표들은 중요한 의미를 갖는 선택 및 접수, 제공계획 수립 등의 측면에서 질적 측면을 측정하였다. 반면 본 연구에서는 서류의 존재여부, 장부 비치 여부 등은 법률이나 지침에서 규정하는 바를 단순한 형태로 점검하였다. 두 평가 방식과는 장단점이 존재한다. 질적 평가를 하려는 시도는 평가 주체의 평가운영 비용 뿐만 아니라 피검 기관에서도 증빙 서류의 준비 등 평가행정비용이 증가하고, 평가위원의 주관성이 반영될 가능성이 있다.

셋째, 평가항목간 배점이 대체로 동질적이다. 서비스 제공인력 영역과 이용자의 권리 영역은 개별 항목이 4점, 서비스 실시는 5점으로 배정하였다. 본 연구에서는 지표별로 배점의 차이가 있으며 지표의 중요도에 따라 5배수의 차이를 두었다.

남찬섭 외(2010)의 기존 보조금 평가와 달리 지표 수를 최소화하였고 장애아동 재활치료 분야에 대한 본격적인 의미에서 우리나라 최초의 지표라는데 의의가 있다고 평가할 수 있다.

3) 이미정·이경준·안효금(2010)의 재활치료 서비스 최저 기준

한국장애인개발원(이미정·이경준·안효금, 2010)은 장애아동 재활치료 사업에 대한 제공기관 운영의 최저 기준을 제시하였다. 최저 기준은 시설 설치 영역, 서비스 질, 이용자 권리, 재정 및 운영관리 영역으로 구분되어 있다.

이 연구는 전통적인 평가틀을 기본으로 「장애인복지법 시행규칙」 [별표5]의 ‘장애인복지시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준’과 ‘서비스 최저 기준’의 개념을 수용하여 개발된 것으로 이해할 수 있다. 이 연구는 기준을 제시하는데 머물렀지만 재활치료시설이 갖추어야 할 기본적인 요소에 대해 언급하였다는 측면

에서 향후 인증제도 또는 ‘국가최저서비스기준’으로 유용하게 활용될 수 있을 것으로 판단된다. 이러한 맥락에서 거주시설에 대해서는 ‘최저 서비스 기준’이 적용되고 있다.

<표 10> 이미정·이경준·안효금(2010)의 재활치료 서비스 최저 기준

영역	구분	기준
시설 설치	시설	대기실 1개소 이상 별도 설치
		치료실은 치료유형별로 1개소 이상 별도 설치
	편의 시설	경사로 또는 승강기 설치
		주출입문의 단차 제거 및 단차 보완
		장애인전용 주차구역 설치
		장애인전용 화장실 설치
		유도·안내 설비를 갖추어 것
	접근성	대중교통으로부터 도보로 20분 내의 거리
		정기적인 대중교통이 운행되는 곳에 설치
		주차면수가 법정 기준 이상 설치
		시설안내 표지판 설치
서비스 질	전문인력 직업안정성	4대 보험 중 최소 2개 보험 이상 가입 의무
		상근직과 비상근직 비율 1:2 초과 금지
		이직 방지 및 예방프로그램 개설 의무화
	타기관과 협력체계 구축	학교, 유치원, 어린이집과 연계 경찰서, 병의원과의 연락체계 구축
이용자 권리 보장	서비스 준비	대상자 선정기준과 대기자 관리기준 마련
		이용자와 프로그램과 이용시간에 관한 협의
		세부 프로그램과 이용시간 이용자가 선택
		치료사에 대한 설명과 치료 프로그램 소개
		치료사가 2인 이상일 경우 이용자에게 선택권 부여
	초기 평가	평가 시 가족이 참여 여부 확인과 참여
		이용자의 욕구에 협의하고 우선순위 같이 결정
	치료계획	치료목표에 이용자(보호자) 욕구 반영
		치료계획 전 평가내용, 관련 정보에 대해 알기 쉽도록 설명
	치료과정	이용자의 관심이나 흥미를 고려한 치료서비스 제공
		이용자에게 치료방법에 관한 선택과 거부권 제공
		이용자(보호자)가 요구시 치료에 관한 정보 제공
	평가	정기적 평가를 통해 치료계획 수정 및 보완
		평가결과 및 평가계획서는 이용자(보호자)가 확인가능
		이용자의 이의나 수정, 보완 요구 반영
기타		이용자의 개인정보에 대한 비밀 보장
		상담, 평가, 치료 등은 문서로 기록 보관
		이용자의 개별서비스 관련 문서의 열람요구 시 열람 가능

주) 권장사항 제외

출처: 이미정·이경준·안효금(2010)

그러나 장애아동 재활치료 사업을 수행하는 제공기관의 경우 거주 시설과는 달리 운영비 보조가 이루어지지 않는다는 면에서 바우처 지급과 무관한 영역까지 개입하는 것은 적절하지 않다. 이 기준에 따르면 특히 '재정 및 운영관리' 영역은 제한적으로 적용되는 것이 적절할 수 있다.

이러한 적용상의 난점에도 불구하고 정책 차원에서 인증 또는 평가를 계약의 요건을 하여 운영비 보조를 하지 않더라도 평가 범위에 포함시킬 수 있다. 그러나 장애아동 재활치료 사업을 돌봄형 사회서비스와는 달리 투입요소에 대한 관리 보다 산출요소(재활치료 효과)로 구조를 강화가 필요하다.

4) 박병일의 사회서비스 바우처 사업 만족도 조사

바우처 방식의 서비스의 본질은 보조금 방식으로 제공되는 서비스와 달리 '이용자의 만족도'로 집약된다고 이해될 수 있다(Tilly, Joshua & Cuellar, 2000). 또한 미국 주정부의 품질 관리는 최소한의 수준에서 이루어지고 있다(이재원 외, 2008: 10). 소비자 선택을 강조하는 서비스에 있어 평가도 전문가가 아닌 소비자가 하여야 하고(Doty et al., 1999), 이 때 소비자 중심의 접근이란 '품격있는 자율, 선호하는 생활양식의 지속, 위험을 감수할 권리, 소비자 만족'을 제시하였다(Kane, 1995). 이러한 논의들은 장애인당사자주의와 결합될 수 있는 관념이라고 볼 수 있다.

소비자의 '선택'능력을 전제(이재원 외, 2008: 10)하고 '소비자에 의한 평가'를 강조한다는 관점에서 박병일(2008~2011)의 사회서비스 사업 만족도 조사는 평가라고 볼 수 있다.

2009년 이후 시작된 장애아동 재활치료 사업의 평가(만족도)는 2009년 78.6점, 2010년 79.8점, 2011년 82.8점으로 개선되었다. 6개 하위 영역과 전반적 영역 모두에서 2009년에 비해 2011년에 4.2점 향상되었다.

<표 11> 장애아동 재활치료사업(2009-2011년) 만족도

연도	친절성	숙련도/ 전문성	적시성	욕구 충족도	안내 및 요구사항 처리노력	요소 만족도	전반적 만족도	서비스 만족도 (계)
2011	87.2	83.7	84.9	79.6	83.5	83.6	81.0	82.8
2010	85.7	81.8	82.4	77.5	77.8	80.8	77.5	79.8
2009	85.8	80.6	77.6	73.0	80.1	79.2	77.2	78.6

출처: 박병일(2009), 박병일(2010), 박병일(2011) 재구성

2011년을 기준으로 볼 때 장애아동 재활치료 사업이 6대 사업서비스 중 가장 만족도가 높았다.

<표 12> 사회서비스 전자바우처 사업(2009-2011년) 만족도 비교

연도	노인돌봄 서비스	장애인활동 지원(보조) 서비스	가사간병 서비스	장애아동 재활치료 서비스	산모신생 아도우미 서비스	지역사회 서비스 투자사업
2011	81.8	82.6	80.2	82.8	80.6	79.6
2010	81.5	80.6	81.5	79.8	79.4	76.8
2009	81.5	78.9	83.4	78.6	75.7	73.5

주1): 박병일(2008)은 만족도 하위 구성요소가 이후와 차이가 있어 비교 대상에서 제외

주2) 2009년, 2010년은 장애인활동보조서비스, 2011년은 장애인활동지원서비스 기준

출처: 박병일(2009), 박병일(2010), 박병일(2011) 재구성

노인돌봄, 장애인활동지원, 가사간병, 산모신생아도우미와 같은 돌봄형 사회서비스에서 이용자의 만족도가 본질적인 요소라고 평가하여도 수용하더라도 큰 문제가 없다. 그러나 치료형 사회서비스인 장애아동 재활치료 장애아동의 기능향상을 위해 2, 3개 이상의 재활치료를 받으며 절박한 심정을 결국 소비자의 문제로 귀결하는 것은 받아들이기가 쉽지 않다.

소비자 선택을 강조하는 논의(Tilly, Joshua & Cuellar, 2000, Doty et al., 1999, Kane, 1995)는 평가가 전문가가 아닌 소비자가 한다는 획기적인 발상에도 불구하고, 일률적으로 적용되기 어려운 서비스 유형도 있을 수 있다. 정보비대칭성이 심한 서비스 유형이 그렇다. 예를 들어 치료 서비스의 경우 진통제 처방

으로 일시적인 기능 향상으로 소비자의 만족도가 높아질 수 있으나 치료의 적시성이나 부작용 등의 측면에서 오히려 부정적일 수 있다. 소비자 선택과 연계되어 서비스에 대한 평가를 만족도로 귀결하려는 관점은 서비스의 특성을 고려하여 적용해야 한다.

5) 2010년 산모신생아도우미 서비스 제공기관 평가

2010년 10월 보건복지부에서는 산모신생아도우미 서비스 제공기관에 대한 평가지표를 개발하고 11월 한 달 동안 기관평가를 실시하였다. 이 평가지표 개발의 목적은 산모신생아도우미 서비스 제공기관 평가를 통해 효율적인 제공기관의 운영과 기관 간 선의의 경쟁을 유도하기 위해서라고 명시되어 있다(보건복지부, 2010c). 사업특성을 반영한 객관적이고 공정한 평가기준 및 지표개발을 통해 이용자의 합리적인 제공기관 선택을 지원하게 하기 위한 목적도 있다. 그리고 제공기관 스스로 품질향상을 위한 동기부여를 통해 사회서비스 시장 활성화 기반을 마련하고 사회서비스 선진화를 촉진하는 기회를 제공하기 위해서이다. 선행연구 두 번째는 ‘산모신생아도우미사업 제공기관 품질평가’ 지표로 기관평가 및 이용자 평가를 같이 수행하도록 구성되어 있으나 본 연구와 관련된 기관평가지표만을 살펴보겠다.

2010년 ‘산모신생아도우미사업 제공기관 품질평가’(보건복지부 사회서비스정책과 2010)는 제공기관 관리·운영 및 이용자 만족도 등에 대한 평가 및 결과 활용을 통해 서비스 품질향상을 높이기 위한 것이다. 평가기간은 ‘10.10월~12월까지 3개월간이었으며 평가대상은 ‘10.1.1~‘10.8.31 까지 50인 이상 서비스를 제공하는 기관이며 50인 미만 기관은 희망하는 기관에 한해서 평가를 실시하였다.

기관평가지표는 조직관리 및 기관운영 및 서비스제공 분야 18개 지표로 구성되어 있다.

<표 13> 산모신생아도우미사업 제공기관 평가지표

대분류	중분류	소분류
조직관리 및 기관의 운영	기관운영	운영규정, 윤리행동강령
		회계처리
		정보공개
		기록, 문서보관
		직원관리
	근로조건	근로계약 체결
		직원복지
	이용자 보호	사생활 보호
		불만신고
		배상보험
	서비스 질관리	모니터링
서비스 제공	서비스 개시	정보제공
		요구사항반영
		제공계약 체결
	이용자 권리	비용내역 제공
		응급상황 대처
		재육구 사정
종합	종합의견	평가팀 종합 의견

출처: 2010.9 산모신생아도우미사업 제공기관 품질평가 계획(안)

6) 2011년 사회서비스 품질평가

보건복지부 사회서비스정책과에서 2011년 9월에 발표한 ‘2011년 사회서비스 품질평가 계획(안)’에서는 가사간병방문도우미 사업과 노인돌봄(종합)방문서비스 사업에 대한 평가 지표를 발표한 바 있다.

평가지표는 현장평가 4개 영역 23개 지표(88개 세부지표)와 이용자 조사 4개 영역 15개 지표로 구성되어 있으며, 배점은 기관 평가 70점과 이용자 조사 30점으로 구성되어 있다. 현장평가는 기관 운영, 인적 관리, 서비스 제공, 이용자 보호에 대한 조사로 구성되어 있으며, 이용자 조사는 이용자를 대상으로 서비스 제공과정, 인력 관리, 이용자 보호, 서비스 만족도에 관한 사항을 전화조사로

이루어진다.

이 평가지표는 최저기준평가에 기반한 인증제도를 기반한 평가지표 구조를 채택한 연구의 일환으로 이해할 수 있다. 보건복지부 사회서비스정책과는 다른 사회서비스에 대해서도 유사한 평가지표 구조를 이용하여 품질평가를 계획하거나 시행한 바 있다.

<표 14> 2011년 사회서비스 품질평가 지표 구성

구분	대분류	소분류	문항 수	점수	세부지표
현장 평가 (70)	기관 운영	5	18	12.6	운영목표 계획 수립(3), 정보 관리(4), 회계 관리(4), 사업 평가(4), 지역사회 연계(3)
	인적 관리	5	20	15.5	근로계약(4), 인력관리(4), 교육과 훈련(4), 업무환경(4), 복리후생(4)
	서비스 제공	9	37	28.7	서비스 이용신청(3), 이용자 욕구 사정(5), 서비스 제공계획서(4), 서비스 일정표(3), 서비스 계약서 작성 및 보관(5), 서비스 관련 정보 숙지(4), 서비스 제공 및 변경(5), 서비스 모니터링 실시(5), 서비스 종료(3)
	이용자 관련	4	13	10.1	개인정보 보호(3), 권리보호(3), 의사반영 및 불만 처리(3), 응급상황 대처(4)
	소계		88	67.0	
	평가자 점수		-	3.0	
이용자 조사 (30)	제공인력 자질		3	6	
	서비스 제공		7	14	(노인돌봄 8문항)
	이용자 보호		3	6	
	서비스 만족도		2	4	
	소계		15	30	

출처: 보건복지부 사회서비스정책과(2011).

8) 소결

선행 평가지표는 다음과 같은 특징을 가지고 있다고 볼 수 있다.

첫째 본격적인 평가지표라고 할 수 있는 남찬섭 외(2010)의 장애아동 재활치

료 평가 지표는 ‘장애아동 가족지원사업 안내’의 ‘제공기관 선정 및 사업평가기준’에 기본적인 틀로 필수 요소를 중심으로 구성된 최소기준 지표라고 할 수 있다.

둘째, 이미정·이경준·안효금(2010)의 장애아동 재활치료의 서비스 최저 기준, 2010년 산모신생아도우미 서비스 제공기관 평가, 2011년 사회서비스 품질평가는 미국(QIS, CARF)과 영국(CSCI)의 인증기관에 의한 서비스 최저 기준에 대한 논의의 연장선상에서 구성되었다고 볼 수 있다.

셋째, 바우처 재정 지원 방식에서의 평가는 소비자의 만족도로 집약될 수 있다는 점에서 박병일(2008~2011)의 사회서비스 사업 만족도 조사는 평가로의 의미로 사용될 수 있다.

외국 사례에서 장애아동 재활치료를 바우처 재정지원에 의해 제공하는 사례는 발견하기 어려웠고 인증지표들은 주로 돌봄형(care) 시설에 적용하고 있었다. 외국의 서비스 최저기준에 의거한 평가지표들은 그 수가 적지 않아 지자체 등 감독기관에서 평가를 수행하는 것이 어려울 수 있다. 내용이 어렵다기 보다는 분량으로 인해 평가 서류를 점검하는 평가 서류 등에 소요되는 시간이 많이 소요될 것으로 예상된다. 이러한 이유로 ‘2011년 사회서비스 품질평가’도 위탁 수행되었다. 두 번째의 평가지표는 일시적인 평가만으로는 부족하고 상시 평가만을 담당하는 직원이 존재하는 평가원 또는 인증원이 설치가 전제된다.

이러한 현실적인 사유를 반영하여 국가와 지방자치단체에 의한 지도 감독과의 연동을 고려하여 평가지표를 단순화하고 객관성을 확보함으로써 장애아동 재활치료 시장의 공정성을 확보하는데 정보를 제공해야 하는 사항도 고려해서 평가지표가 구성될 필요가 있다.

본 연구는 이러한 이유로 첫 번째의 평가지표 작성 방식을 채택하였다. ‘장애아동 가족지원사업 안내’를 기본 틀로 설정하고 필수적이고 핵심적인 평가지표 위주로 구성하여 개발하였다.

Ⅲ. 평가체계

III. 평가체계

1. 평가운영 체계

1) 평가운영의 개요

본 연구에서 개발한 평가를 수행하기 위해 가정하고 있는 평가운영 체계를 설명하면 다음과 같다.

첫째, 평가 대상은 보건복지부에서 수행하고 있는 '2012년 장애아동 재활치료 사업'에 따른 제공기관을 한정하였다.

둘째, 평가의 법적 근거는 「사회복지사업법」 제43조의2의 평가에 대한 포괄적 규정에 근거할 수 있다. 간접적으로 사회서비스 품질관리를 위해 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조도 적용될 수 있는 여지가 있다.

셋째, 평가의 일차적 목적은 서비스 품질 관리에 있으며 시설 운영 점검은 부차적인 목적이다. 법 개정 이후 준법 상태를 점검이 필요한 시기가 도래하였다.

넷째, 평가 대상은 보건복지부의 장애아동 재활치료 사업에 대한 서비스 제공을 지정받은 기관 중에서 평가대상기간에 지정받았던 기관이다.

다섯째, 평가 범위는 평가지표에 관한 사항과 재활치료시설(발달지원서비스기관)에 시설과 운영관련 사항임. 후자는 본 평가 이외에 지도 감독의 목적도 동시에 수행하는 것이 효과적이다.

여섯째, 평가 시기는 제한할 필요는 없으나 시기에 따라 다소 의미의 차이가 있다. 연초에 실시할 경우 향후 지도감독의 의미가 크며, 연말에 실시할 경우 내년도 제공기관 지정과 연계성을 강조하였다.

일곱째, 평가 방법은 제공기관의 지정권이 있는 지방자치단체를 통해 소속 제

공기관 평가를 하는 것이 적절하다. 다만 평가지표 중에서 ‘임직원의 범죄’에 관련한 조회에 대해서는 지방자치단체 담당 공무원에게 안내가 필요하다. 재활치료기관장은 소속 직원과 재활치료기관으로부터 입금을 받는 자에 대한 범죄 조회를 신청하며, 담당 공무원은 재활치료기관장에 대한 조회를 신청해야 한다.

마지막으로 평가 절차는 다음과 같은 절차에 의해 평가를 수행할 것을 권장한다. 첫째, 중앙정부는 지방자치단체에 장애아동 재활치료 사업에 대한 평가를 실시하고 보고할 것을 요청한다. 둘째, 시군구에서는 소속 지정 제공기관에 ‘㉠ 자체 평가 실시 후 ‘제출부’ 제출, ㉡성범죄경력 조회 결과 보고 및 제공기관의 장의 ‘성범죄경력 조회 동의서’ 제출, ㉢자체 편의시설 조사 및 결과 자료 장부에 비치할 것을 요구한다. 셋째, 시군구는 제공기관의 장의 성범죄경력을 조회하고 회신결과를 자체 평가 결과를 ‘제출부’에 반영한 후 보건복지부에 제출한다.

참고적으로 성범죄경력 조회에 대해 추가 설명하면 다음과 같다. 성범죄 경력 조회 대상은 취업 중이거나 사실상 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하려 하거나 사실상 노무를 제공하려는 사람이다. 성범죄경력 조회를 위해서는 현재와 미래에 제공인력과 노무를 제공자는 성범죄경력 조회 동의서(「장애인복지법 시행규칙」 별지 제24호의3서식)를 받아서 성범죄경력 조회 요청서(「장애인복지법 시행규칙」 별지 제24호의2서식)를 작성하여 관할 경찰관서의 장에게 요청하면 회신 받을 수 있다. 단, 제공기관의 장은 지방자치단체에서 성범죄경력 조회 동의서를 받아 실시한다. 지정기관 신청을 할 때 제출서류에 성범죄경력 조회 동의서를 포함하도록 할 것을 권장한다.

유의사항은 성범죄자의 취업제한 대상은 여성도 포함되므로 여성도 성범죄경력 조회 대상에 포함시켜 동의서를 받고 조회를 의뢰하여야 한다. 제공기관의 장이 취업 중이거나 사실상 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하려 하거나 사실상 노무를 제공하려는 사람에 대하여 성범죄 경력을 확인하지 않는 경우(「장애인복지법」 제59조의3제3항 위반)에는 350만원의 과태료가 처분되며, 해임요구를 정당한 사유 없이 거부하거나 1개월 이내에 이행하지 않는 경우(「장애인복지법」 제59조의3제4항 위반)에는 700만원의 과태료가 처분된다.

2) 평가결과 활용

바우처 재정지원 방식의 사업에 대한 평가의 취지가 서비스 품질 관리를 위해 최저 수준 이하의 제공기관을 시장에서 퇴출시키는데 일차적인 목적이 있다. 가이드 라인을 설정하고 최저 기준을 매년 상승시키는 방식으로 활용할 것을 제안한다.

위와 같은 바우처 사업에 대한 평가의 본원적 목적 이외에도 동기 부여를 목적으로 우수 기관 발표 및 우수 기관 판넬을 수여하는 것만으로 매우 뛰어난 효과가 나타날 것이다. 시장에서는 우수기관 정보는 마케팅과 적극적으로 연결시키는 경향이 있기 때문이다. 단 전지역을 시도별, 시군별로 14개 권역으로 구분하여 1개씩 부여할 것을 권장한다.

2. 평가지표 체계

1) 평가지표 개발 방향

본 연구에서 평가지표를 개발하는데 3원칙인 최소 기준 평가, 평가지표의 객관화, 평가행정의 간소화를 중심으로 구성하였다.

(1) 최소 기준 평가

가장 우선적으로 최소 기준 평가를 고려하였다. 최소 기준은 바우처 재정지원 방식의 서비스 공급의 원리에 충실하게 따르기 위해 채택되었다.

최소 기준은 법적 기준에 근거하여 갖추어야 할 항목을 중심으로 구성하였다. 제공해야 할 최소 서비스 기준은 2가지 방식으로 결정할 수 있다. 외부의 기준(예를 들어 법률이나 규정, 계약 등)을 통해 개별 평가지표별로 획득해야 할 최소 점수를 도출하는 방법과 일정한 합의나 기준에 따라 절대선을 제시하는 방안이 있다. 이 최소 기준은 주관적이라고 볼 수 있다. 그러나 법률에 의해 규정될 수 있다. 이를 ‘국가최소서비스기준’으로 명명된다. 서비스 기준은 시설의 규

모와 같은 설치 기준이나 최소 구성 인원 수와 같은 운영 기준 등외에도 서비스 제공 조건 등을 규정할 수 있다. 「장애인복지법」에서는 거주시설의 경우 ‘서비스 최저기준’이 적용되고 있다(「장애인복지법」 제60조의3). 거주시설의 서비스 최저기준⁴⁾은 명칭과는 달리 상당한 수준에 이르고 있어 인증제도로 가기 위한 징검다리의 역할을 수행할 것으로 예상된다.

본 연구에서의 최소 기준 방식을 채택하게 된 근거는 바우처 사업 평가 원리를 반영하기 때문이다. 바우처 사업 평가는 소비자 선택과 공급자 경쟁을 뒷받침하기 위한 원리이다. 바우처 사업이 성공적으로 집행되기 위해서는 소비자들에게 서비스의 공급뿐만 아니라 바람직한 선택권을 보장하기 위해서 그들이 필요로 하는 제공기관에 대해 충분한 정보의 제공이 있어야 한다.

문제는 바우처 재정 지원 방식이 서비스 품질 하락 경향을 나타나게 되면서 규제의 필요성이 역설되었다. 그러나 시장에 의한 서비스 공급 문제를 해결하려는 취지를 고려한다면 시장 개입은 최소화해야 한다. 평가 지표 수가 늘어난다는 것은 규제가 늘어난다는 것을 의미한다. 따라서 시장 원리를 적용하려는 바우처 재정 지원 방식에서는 최소한의 기준을 제시하되, 이 기준을 충족하지 못하면 시장 퇴출을 집행하는 역할이 수행되어야 시장의 공정성이 확보된다고 볼 수 있다.

(2) 평가지표의 객관화

다음으로 평가지표의 객관화하고자 하였다. 최소 기준 평가에 부흥하면서 상시 모니터링 제도의 도입을 위한 조건을 충족하려는데 의도가 있다. 또한 평가지표를 단순화하여 누구든지 평가하고 누가 평가하더라도 결과가 같은 결과도출되어 평가비용을 절감하고 나아가 상시 모니터링을 위한 토대를 마련하기 위해 채택되었다.

4) 본 연구에서는 ‘최소’ 기준이라는 의미는 기준(평가지표)의 수가 최소라는 것을 의미한다. 반면, 거주시설의 서비스 ‘최저’ 기준은 평가 기준은 다양하지만, 개별 평가 기준에서의 평가 수준이 낮은 수준임을 나타내는 의미로 사용되었다.

이를 위해 평가 지표를 관련 규정에 근거하여 도출하고자 하였다. 일반적인 평가지표가 학술적 논의에서 도출되는 것과 달리 바우처 재정 지원 방식은 시장의 결정에 따른다는 취지를 존중하기 위해 최소한의 내용으로 한정하기 위한 방안이었다. 단 사례회의[13]는 장애아동 재활치료 사업의 서비스 질 향상을 위해 반드시 포함되어야 한다는 지표개발위원의 요구에 따라 포함하게 되었고, 지표검토위원이 이에 동의하여 주었다.

<표 15> 평가지표 개발 근거

구분		평가 항목	배점 최종 기준	평가 내용	평가지표 개발근거
기본 지표	실적	공통 실적	5	1. 서비스 제공 실적	지침
		가산 실적	3	2. 재가방문형 서비스 제공 실적	지침
			5	3. 산간·벽지지역 실적	지침
	인력 관리	인력 전문 성	10	4. 제공인력 재교육	지침
			5	5. 제공인력 자격	「장애인복지법 시행규칙」 제41조, 별표5
			10	6. 제공인력 임상 경력	지침
		인력 유지	10	7. 제공인력 지속성	지침
			5	8. 제공인력 4대 보험 가입	「장애아동복지지원법 시행규칙」 제9조, 별표2
			품질 관리	행정 관리	5
	5	10. 제공인력 정보 제공 방법			지침
	5	11. 서비스 과정 기록			지침
	5	12. 장부 비치			「장애아동복지지원법 시행규칙」 제8조, 별표1
	10	13. 사례회의			-
	회계 관리	10		14. 부정 사용 및 결제	지침
		10		15. 본인부담금 선납	지침
		5		16. 선 결제	지침
		5		17. 심야 결제	지침
		10		18. ARS 결제	지침
		30		19. 일괄 결제	지침
	필수지표		필수	20. 임직원의 범죄 경력 조회	「장애인복지법」 제59조의3

주1) 지침: '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'

평가가 이루어지기 위해서는 구체적인 지표와 기준이 마련되어야 한다. 개별 평가 지표의 근거는 법적 근거나 이에 준하는 규정에 의해서 작성되었다. 참고한 법적 근거와 이에 준하는 규정은 「장애인복지법」과 「장애아동복지지원법」(2011년 12월 31일 제정)이다. 「장애아동복지지원법」은 2012년 8월 5일부터 시행되었다. 또한 장애아동 재활치료 사업의 경우 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」에 의해 운영, 관리 등에 관한 사항에 대해 규율되고 있다. 또한 장애아동 재활치료 사업과 관련된 구체적인 규정은 '2012년 장애아동 가족지원 사업안내(이하 지침)'에 수록되어 있다. 본 안내서는 행정규칙인 지침의 성격을 갖는다고 할 수 있다. 일반적으로 지침은 상위법령(법률, 시행령, 시행규칙)과 관련 행정규칙(훈령, 예규, 고시, 지침), 판례, 행정심판례 등을 포괄적으로 고려한 세부 내용을 일관성 있게 정리한 행정규칙이라고 할 수 있다. 지침은 대국민에 대해서는 법적 구속력을 갖지 않는다고 하더라도 장애아동 재활치료 제공기관에 대해서는 계약서의 일부로서의 법적 구속력을 갖는다는 해석이 타당하다. 지침은 장애아동 재활치료 이용자에게 사업의 안내하는 형태를 갖고 있으면서 지방자치단체와 제공기관(지정기관)에게 구체적인 역할과 의무를 규율하고 있다. 이는 국민에 대한 약속이며, 국가와 제공기관 사이에는 대등한 상법상의 계약 관계를 갖는다고 볼 수 있다.

바우처 재정 지원 방식은 영리기관에도 사업 참여 기회를 제공함으로써 시장이 혼탁해 질 우려가 있어 상시 모니터링 시스템이 요구된다. 이를 위해서는 상시 모니터링이 이루어질 수 있도록 전산화가 필요하며, 이러한 전산화를 위해서는 평가지표의 단순화가 요구된다. 본 연구에서는 직접적으로 평가지표의 전산화를 고려하지 않았지만 가능성을 고려하였다.

(3) 평가 행정의 간소화

평가 관련 연구에서 자주 등장하는 불만은 평가로 인해 부가적인 평가 업무가 증대된다는 점이다. 평가 제도는 신규 사업에 있어 평가 지표는 사업 방향에 대한 가이드 역할을 하며 투입, 과정, 산출을 단계별로 점검할 수 있는 지침을 제공하는 긍정적인 측면을 고려할 때 평가 지표수와 평가를 확인하기 위한 증

빙서류가 더 요구되어져 왔다. 평가 지표의 일관성이 유지될 때 행위를 조직화하는 긍정적 측면이 있다.

바우처 재정 지원 방식의 사업에서는 기존의 보조금 방식의 평가 방식을 적용하는 것이 불가능하지는 않다. 바우처 방식의 사업에서도 미국의 CARF와 영국의 CQC도 보조금 방식의 평가 보다 더 많은 평가(인증) 지표가 활용되고 있다. 다만 평가결과에 따라 다음 평가(인증)가 3년 연장되기도 한다. 외국의 제도는 바우처 제도에 대한 이론적 논의와는 반대 방향으로 작동한 것으로 판단된다. 즉, 시장의 자율적 규제를 존중하기보다 서비스 품질 관리를 위해 엄격한 기준으로 최소기준평가제도가 인증제로 발전한 것으로 판단된다. 이러한 방식은 피평가 기관에서는 평가 행정의 증가로 귀결된다.

그러나 본 연구에서는 이와는 별도로 기존 평가에 있어 문제점으로 지적해 온 평가 행정의 과부하를 동시에 해결하려고 하였다. 또한 평가 경험이 없는 영리기관이 다수 포함되어 있어 평가 경험이 없다는 점을 감안하여 향후 제도 발전 방향이 변경되더라도 최초의 평가는 평가 행정과 그 확인이 가능하도록 구성할 수밖에 없었다. 실제 평가의 근거는 「사회복지사업법」 제43조의2의 포괄규정에 근거할 수밖에 없는데, 이는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조(사회서비스 품질관리)의 규정에 의한 평가와의 차별성을 제시하지 않는 이상 유효하지 않는다. 이러한 점을 고려할 때 만족도 조사 형태를 탈피하면서 시설 및 운영 지도점검 업무를 동시에 수행해야 하는 측면이 고려되었다.

2) 평가 지표 개발 과정

지표는 지표개발회의에 의한 지표개발과 지표검토회의에 의한 개발된 지표에 대한 검토를 걸쳤다. 지표개발위원회는 자격증 발급 단체(학회)로부터 추천받았으며, 지표검토회의는 지표개발회의에 참여하지 않은 자격증 발급 단체(학회)로부터 장애아동 재활치료 제공기관의 대표자를 추천받아 진행하였다. 단, 언어치료 영역은 한국언어재활사협회로 단일화되어 있어 지표개발회의와 지표검토회의에 참여하게 되었다.

지표개발회의는 3회에 걸쳐 이루어졌고, 지표검토회의는 지표개발회의에서 논의된 지표에 대해 검토하였다. 본 연구 과정에서는 지표개발회의에서 논의된 지표에 대한 검토와 추가 제안이 이루어졌다. 지표검토 과정에서 변경된 지표의 구성은 <표 18>와 같다.

<표 16> 지표 선정 과정

구분		평가 항목	배점 최종 기준	평가 내용	제1차 검토 회의 자료	제2차 검토 준비 자료	제2차 검토 회의 자료	제2차 검토 회의 후
기본 지표	실적	공통 실적	5	1. 서비스 제공 실적	○	○	○	○
		가산 실적	3	2. 재가방문형 서비스 제공 실적(가산점)	○	○	○	○
			5	3. 산간·벽지지역 실적(가산점)	○	○	○	○
	인력 관리	인력 전문 성	10	4. 제공인력 재교육	○	○	○	○
			5	5. 제공인력 자격	○	○	○	○
			10	6. 제공인력 임상 경력	○	○	○	○
		인력 유지	10	7. 제공인력 지속성	○	○	○	○
			5	8. 제공인력 4대 보험 가입	○	○	○	○
	품질 관리	행정 관리	5	9. 제공인력 제공 정보 범위	○	○	○	○
			5	10. 제공인력 정보 제공 방법 (신규)			○	○
			5	11. 권리 보장 (신규)		○	○	
			5	12. 개인정보 보호 (신규)		○	○	
			5	13. 서비스 과정 기록	○	○	○	○
			5	14. 장부 비치	○	○	○	○
			5	15. 민원 응대 (신규)		○	○	
			5	16. 서비스 이용 계약	○	○	○	
		과정 관리	10	17. 서비스 제공 계획	○	○	○	
			10	18. 사례회의 (신규)		○	○	○

			5	19. 모니터링과 서비스 종료 과정 (신규)		○	○	
		회계 관리	10	20. 회계 투명성: 단말기 보유 (세분화)			○	
			10	21. 회계 투명성: 부정 사용 및 결제 (세분화)			○	○
			10	22. 회계 투명성: 본인부담금 선납(세분화)			○	○
			5	23. 회계 투명성: 선 결제 (세분화)			○	○
			5	24. 회계 투명성: 심야 결제 (세분화)			○	○
			10	25. 회계 투명성: ARS 결제 (세분화)			○	○
			30	26. 회계 투명성: 일괄 결제 (세분화)			○	○
필수지표		필수	0. 임직원의 범죄 경력 조회		○	○	○	○
계	지 표 수				14	19	27	20
	기본 점수				90	140	190	140
	가산 점수				8	8	8	8

주1) 제1차 검토회의에서는 회계투명성이 필수 항목(충족 못하면 퇴출)이었으나, 기본지표로 전환하여 기준을 완화한 반면, 배점을 높게 부과하여 회계투명성이 달성되도록 유도

※ 평가대상 제공기관: 평가대상 기간에 실적이 있는 제공기관

평가지표 개발 및 평가지표 검토 과정 중에서 주로 논란이 되었던 사항을 정리하면 다음과 같다.

(1) 서비스 제공 실적[1]

기본 지표에 해당되는 실적은 모든 제공기관에 적용된다. 서비스 제공 실적[1]이 평가 지표는 지정기관 심사기준을 계승한 지표이다. 서비스 제공 실적[1]이 평가 지표에 포함한 이유는 과거 실적이 많을수록 시장에서 서비스 질이 우수하다고 평가받았다고 볼 수 있다. 이 외에도 서비스 제공 실적을 요구하는 이유는 인프라를 사전에 구축하고 경험이 있는 제공기관을 서비스 제공자로 선정하여 서비스 질 관리를 하려는 목적도 있다.

지표개발과 검토 과정에서 소규모 제공기관과 농촌지역에 위치하는 제공기관에게 불리하게 적용될 수 있다는 점이 지적되었다.

바우처 제도 취지에 비추어 볼 때 공급자 보다 소비자에게 초점이 맞추어져 있다고 본다면 소규모(영세) 등 수입 구조가 한계에 있는 제공기관은 시장에서 도태되도록 제도를 설계하는 것이 타당하다. 그러나 바우처 제도가 태생적으로 갖고 있는 문제점인 도농격차가 발생하여 농촌지역에 서비스가 과소공급되는 문제점을 대책을 마련할 필요가 있다. 이에 대해 급간의 간격을 좁히고 최고점을 하향 조정하고 배점을 하향 조정하였다.

(2) 재가방문형 서비스 제공 실적[2], 산간·벽지지역 실적[3]

‘서비스 제공 실적[1]’이 대규모 제공기관과 도시 지역과 같이 서비스 대상 집단이 많이 위치한 지역에 입지한 제공기관에 유리하게 작용한다. 이러한 소비자의 분포가 도시지역에 집중되어 있고, 농촌지역의 거리 비용이 높다는 것을 고려할 때 농촌지역의 서비스 제공이 더욱 어려워 질 수 있다.

이러한 문제점을 해결하기 위한 방안으로 개발된 지표가 ‘재가방문형 서비스 제공 실적[2]’과 ‘산간·벽지지역 실적[3]’이다. 이 지표는 지정기관 선정 지표를 구체화한 것으로 ‘서비스 제공 실적[1]’이 농촌지역이나 서비스 수요자가 과소 분포하는 지역에 소재한 제공기관이 추가 점수를 부여하여 우대함으로써 서비스의 과소 공급 문제를 해결하려는 의도가 있다.

개발과정 중에 실적의 중복 카운팅되는 점과 재가방문형 서비스가 이루어지기 어려우며 이는 비현실적이라는 지적하였다. 그러나 이 두 지표는 서비스 과소 공급되고 있는 지역과 농촌 지역의 특성을 고려하지 않아 서비스가 과소 공급되고 있는 지역의 제공기관을 실적이 저조하다는 이유로 시장에서 도태시키는 것은 서비스의 지역간 불균형 공급 문제를 심화시키는 문제가 발생한다.

이러한 도농간 격차 문제는 기존의 보조금 방식에서도 이러한 문제점이 발생하였다. 자원이 희소한 지역에 소재한 제공기관은 상대적으로 넓은 지리적 권역을 담당하면서 적은 이용자 수를 관리하며, 연계 지역자원의 수가 적다. 또한 제공인력의 확보 자체가 어려운 상황에 놓여있다. 이로 인해 실적이 낮은 경향을 보이는데, 실적이 낮다고 이 기관에 대한 지원을 중단하면 넓은 지역의 서비스 공급이 이루어지지 않는다. 이러한 문제점으로 인해 기존의 보조금 방식의

평가제도에서는 소재 지역에 따라 농촌인 지역에 가산점을 부여하였다. 중증장애인 직업재활 지원사업의 경우 전체 점수에 대해 서울특별시는 1.0배, 중소도시 1.1배, 기타지역 1.2배의 가중치를 부여하는 방식을 채택하고 있다.

본 평가지표에서는 재가방문형 서비스 제공 실적[2]과 산간·벽지지역 실적[3]을 만점 체계에서 제외하고 별도 가산점 체계로 구성하였다. 이로 시스템은 가산점의 영향은 별로 크지 않을 것으로 판단된다. 가산점 체계 보다 두 평가지표를 본 점수 체계를 넣게 되면 공격적 마케팅의 일환으로 재가방문형과 산간·벽지지역만을 대상으로 하는 제공기관이 탄생할 수 있는 제도적 유인책으로 작동할 수 있다.

(3) 제공인력 재교육[4]

지표개발 과정에서 제공인력에 대한 재교육의 질적 측면의 평가, 재교육의 측정 단위(횟수 또는 시간), 재교육 인정 범위에 대한 논의되었다.

첫째, 재교육의 질적 측면을 평가하는 방안에 대해 논의하였다. 현재 재교육은 단순히 재교육의 횟수로 제한하고 있다. 재교육이 전문성을 향상하기 위한 수단으로 활용되기 위해서는 연간 몇 시간의 재교육만으로는 부족하며, 재교육이 형식화되지 않으려면 질적인 측면이 평가되어야 한다고 주장되었다. 이러한 주장은 전적으로 동의할 수 있는 사항이지만, 평가를 통해 전문성을 평가하기 위해서는 일관적인 평가가 중요하다. 이와 관련된 개념이 신뢰도이다. 정확하게 측정되어 진다면 더 없이 좋겠지만(타당도), 정확성을 떨어지더라도 일정한 규칙에 의해 측정되어 진다면 오류의 폭이 좁다. 그러나 다수의 평가자에 의해 측정되는 경우 평가자간 신뢰도가 낮아질 수 있다. 평가자가 누구인가에 따라 평가점수의 폭이 크다면 피평가기관에서 평가결과를 신뢰하지 않을 것이다. 또한 본 평가지표와 같이 일정 점수 이하의 피평가기관을 시장에서 퇴출시키려는 판별척도로서 기능하기 위해서는 객관성과 신뢰성이 더욱 더 요구되어 진다. 따라서 재교육의 질적 수준이 높을수록 좋다는 관점에서 평가가 이루어진 기존 보조금 평가와 달리 최하 수준을 구분해 내려는 본 평가의 목적을 고려한다면 평가지표의 질적인 측면 보다 최소 수준을 판단할 수 있는 항목들로 지표를 구성

하는 것이 타당하다. 또한 평가경험이 없는 사설기관을 대상으로 질적인 측면의 평가를 강조하는 전통적인 평가방식의 적용은 시기상조이다. 다만 재교육 지표의 요식화를 막기 위해서 횡수 보다 시간으로 설정하였다. 그러나 질적인 측면에서도 최소한의 요구 사항이 있을 수 있다는 점에서 비판받을 수 있으며 이는 향후 지표 개선 과정에서 반영될 사항이다. 바우처 사업의 특수성을 반드시 고려할 필요가 있다.

둘째, 재교육 인정 범위와 이에 따른 증빙 방법이 주요 이슈였다. 기능 중심의 재교육 보다 인권교육이나 성교육, 장애인에 대한 이해와 같은 내용도 인정 범위에 포함 여부에 관한 사항이다. 재활치료 과정 중에서 부모들이 갖는 불만 중의 하나는 제공인력이 장애아동에 갖는 태도가 주요 불만 중의 하나라는 것을 고려하면 장애인에 대한 태도를 의미하는 인권교육 등을 포함시키는 것도 좋은 방안이다. 인권교육 등을 포함시킬 경우 전문성 강화라는 본래의 취지와 달리 비용이 낮은 교육내용 중심으로 편성될 가능성이 높다. 현 지표에서는 최대 12시간이면 최상 점수를 부여받게 되므로 우선 본 지표의 취지에 맞춰 재교육의 범위를 전문성 향상에 맞추는 것이 타당하다.

향후 재교육 시간을 확대하고 소양교육, 전문분야교육, 전문평가교육으로 세분화할 것을 제안한다. 소양교육은 장애아동의 이해와 태도, 장애인차별금지법의 이해 등 인권교육, 성교육 등으로 편성하고, 전문분야교육은 해당 재활치료 분야에 대한 최근 동향에 대한 재교육으로 구성할 수 있다. 전문평가교육은 서비스 품질에 대한 입증을 요구에 대응할 수 있도록 표준화된 도구의 사용과 관련 증빙 방법과 절차에 대한 표준화된 틀에 대한 교육을 내용으로 하며, 이는 프로그램 평가 준비와 관련이 있다.

(4) 제공인력 임상경력[6], 지속성[7], 4대 보험 가입[8]

지표개발 및 지표검토회의에서 평가지표의 핵심 방향은 서비스 질 향상에 있었다. 장애아동 재활치료의 서비스 질이 장애아동의 기능향상을 의미하지만, 현 시점에서 장애아동의 기능향상을 평가할 수 있는 평가도구와 평가기준이 마련되어 있지 않는 상태이다. 본 연구의 평가 대상은 제공기관이 평가 단위인 반

면, 장애아동 기능향상 평가는 프로그램이 평가 단위라는 점에서도 차이가 있다. 프로그램 평가를 이루어지지 않는 상태에서 제공인력이 제공하는 전문성을 측정하는 것은 간접적으로 이루어질 수밖에 없다. 프로그램으로 인한 장애아동의 기능향상을 직접적으로 투입할 수 없다면 간접적으로 장애아동의 기능향상을 위해 투입된 인력의 전문성을 나타내는 대리변수(proxy variable)인 임상경험, 지속성(근속기간) 등이 주요한 평가지표가 될 수 있다.

장애아동의 기능향상은 결국 제공인력의 전문성을 통해 확보된다고 볼 수 있다. 서비스 질을 논의하는데 있어 장애아동의 특수성이 반드시 고려되어야 한다. 장애아동 재활치료 사업 대상이 되는 장애아동은 정신적 기능의 손상으로 인해 기능이 저하된 상태이며, 때로는 사회성의 문제가 있다. 사회성에 문제가 있는 장애아동은 제공인력과 상호작용에도 한계가 있게 된다. 장애아동이 재활치료가 이루어지기 위해서는 장애아동과 재활치료사간의 상호작용이 이루어져야 하지만 장애아동의 사회성으로 인해 관계가 형성되는 것 자체도 오랜 시간(경우에 따라 3개월)이 필요하게 된다. 따라서 재활치료사의 전문성의 개념에는 관계 형성 능력이 포함되지만, 재활치료사가 지속성이 확보되어야 재활치료의 시작이라도 할 수 있다. 때로는 장애아동의 특수성으로 인해 잦은 재활치료사의 교체는 장애아동의 퇴행을 가져오기도 한다. 이러한 이유 등으로 인해 장애아동 재활치료 사업에 있어서는 어떤 주체 보다도 제공인력이 중요한 위치를 차지하고 있다. 또한 장애아동 재활치료에서 전문성이란 제공인력의 지속성을 의미할 정도로 높은 위상을 차지하고 있다. 따라서 장애아동 재활치료에서 전문성, 지속성, 서비스 질이라는 개념은 다소 혼용되어 사용되는 이유는 장애아동의 특수성에 있고, 이러한 맥락에서 평가지표의 구성과 강도가 구성되어 있다고 이해하여도 무방할 정도가 중요한 개념적 틀이다⁵⁾.

이러한 개념틀 속에서 전문성 강화를 위한 수단이 제공인력의 지속성 확보하고, 지속성을 확인하기 위한 도구가 4대 보험 체계로의 통합이다. 제공인력의 지속성을 확보하기 위해서는 고용의 안정성이 확보하고 경력 인정을 4대 보험

5) 제공인력의 전문성 향상을 위해서는 이러한 개념틀은 재구성될 필요가 있으나, 향후 과제로 남겨둔다. 그 중심축은 평가의 객관화에 있으며, 프로그램 효과를 입증하기 위한 평가틀을 도입하는 데에서 찾아볼 수 있다.

증명서(예, 건강보험자격득실확인서)로 일원화하는 방안을 제안되었다.

이러한 제안에 대해 지표검토위원들은 전문성 향상을 위해 4대 보험 체계를 받아들이고 단기적인 손해를 감내하자는 의견이 지배적이었다. 여기서 단기적인 손해라 함은 4대 보험 가입이 ‘제공인력 임상경력[6]’과 ‘제공인력 4대 보험 가입[8]’에 따른 적용받는 낮은 점수를 의미한다. 다시 말해 제공인력의 97.1%가 시간제(2011년 7월말 기준)인 상태(이용복 외, 2011)로 있기 때문에 대부분의 제공기관은 이 영역에서 낮은 점수를 공평하게 받게 될 것이므로 큰 문제가 없을 것이라는 의견이 다수였다.

이에 대해 치료사의 높은 이직률을 고려할 때 배점 기준 완화를 제안되었다. 이에 대해 두 가지 의견이 제시되어 기각되었다. 첫째, 앞서 말한 바와 같이 대부분의 제공기관에서 서비스 제공인력이 시간제이므로 대부분의 제공기관이 평가에서 낮은 점수를 받게 되면 초기 출발은 이 평가 항목으로 인한 점수 차이는 거의 없을 것이다. 둘째, 해당 평가 지표의 높은 배점은 제공기관장에게 제공인력 선발에 있어 공동의 이해관계를 형성하고 선호를 인정하게 될 것이다.

이러한 시도를 통해 얻고자 하는 바는 장애아동 재활치료 인력시장은 제공인력에게 두 가지 메시지를 전달하는데 있다. 첫째, 경력 인정을 받기 위해서는 제공기관에 4대 보험 가입을 요구하여야 한다. 두 곳 이상에 제공기관을 선택할 때에는 주된 서비스를 제공하는 곳에 가입한다. 여기서 주된 서비스를 제공하는 곳은 제공인력이 제공기관의 수락 여부를 고려하여 결정한다. 둘째, 제공기관은 4대 보험 가입을 희망하는 인력을 선호할 것이다.

서비스 질 향상과 고용의 안정성 확보를 위해 정부가 선택할 수 있는 정책 수단은 향후 국가자격증 도입을 할 경우 4대 보험 증명서를 통해 확인이 가능한 경력만 인정하는 선례를 남긴다면 시장에게 강한 메시지를 전달하게 될 것이다.

이와 같은 취지를 고려한다면 배점 기준을 완화하는 것 보다 강화하는 것이 본 평가지표의 취지에 부합할 것이다. 결과적으로 본 평가지표는 중요성으로 논란 끝에 배점이 상향 조정되었다(5→10→5→15). 본 평가지표를 적용 또는 개선하려는 후속연구자는 이 지표에 대한 배점을 상향 조정하는 것이 적절할 것으로 판단된다.

(4) 제공인력 제공정보[9], 제공인력 정보 제공 방법[10]

‘제공인력 제공정보[9]’와 ‘제공인력 정보 제공 방법[10]’에 대한 지표는 소비자의 선택권을 강화하기 위한 방안으로 제시되었다. 돌봄 서비스에서의 노무 제공 성격과 달리 장애아동 재활치료와 같이 장애아동의 기능향상을 위한 전문적 기술이 요구되는 분야에서 소비자가 실질적인 선택이 이루어지기 위해서는 제공인력에 대한 정보가 충분히 제공될 필요가 있다. 여기서 충분한 정보 제공이란 소비자가 장애아동 재활치료의 서비스의 질적 차이를 식별할 수 있는 정도의 정보의 양을 의미한다. 이에 따라 바우처 사업의 취지에 따라 ‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에서는 제공인력에 대한 제공할 정보의 내용과 정보 제공 방법에 대해 구체적으로 제시하고 있다.

제공할 제공의 제공인력에 관한 정보는 ①자격증 발급기관, ②자격요건, ③경력요건, ④이수과목, ⑤이수시간, ⑥임상시간 등 6가지 항목이다. 또한 이 정보를 제공기간 내에 비치하여 열람하게 하거나 이메일·우편 등으로 이용대상자나 부모에게 제공하도록 하고 있다.

‘제공인력의 개인정보 보호’를 위해 제안된 안 보다 개인정보의 범위를 줄이고, 정보 제공 방법을 전자문서에 의한 공개는 제외해야 한다는 주장이 주된 논의점이었다. 우선 제공인력의 정보 제공의 범위는 ‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에서 제시하는 6가지 항목은 지표개발회의와 지표검토회의에서 이견이 있었으나 소비자의 선택권 보장을 위해 받아들여기로 하였다. 그러나 지침에는 6가지 항목의 구체적인 범위를 명시하고 있지 않아 평가기준에 다음과 같은 제공인력의 제공정보를 제시하는 예를 제시하였다.

사진	• 자격: 미술치료사1급 (한국미술치료학회) • 경력: 10년 햇님발달센터('09~현재) 달님아동센터('05~'06) 꽃님복지관 치료실('00~'03) • 이수과목: 자폐인미술 외 • 이수시간: 30시간 • 임상시간: 1,000시간	자격증명(발급기관명), 주력분야 한 개만 기록 총 경력 최근 주요 경력 3개만 입력 자격증 시험 과목 중 주특기 1과목 선택 자격증 발급에 필요한 이수시간 자격증 발급 후 임상경력 시간
-----------	---	---

<그림 2> 제공인력 제공정보의 제시의 예

다음으로 제공인력에 대한 정보 제공 방법에서도 전자문서에 의한 공표는 불특정 다수에게 재활치료사의 개인 정보가 공개되는 것은 부적절하다는 의견이 있었다. 그러나 '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'에서는 정보 제공 방법을 기관내 열람 또는 전자메일을 이용하여 제공하도록 규정하고 있어 이를 존중할 필요가 있다. 제공인력의 정보 제공 방법도 소비자가 선택할 수 있는 유용한 정보가 공개될 필요가 있다.

(5) 사례회의의[13]

장애아동 재활치료 사업이 제도 내에 도입되면서 재활치료에서 특히 강조되는 사례회의(case conference)에 대한 개념을 이해할 필요가 있다. 사례회의는 장애인 복지에 대한 논의에서 등장하는 사례관리(case management)를 위한 회의를 지칭하는 사례회의와 다른 개념이지만 사례회의의 목적과 관점이 다를 수 있다. 재활치료에서는 특정한 재활치료 사례에 대한 문제해결이나 의견교환을 위한 좌담회를 사례회의라고 한다. 사례관리를 위한 회의와 형식 요건은 유사하지만 목적의 차이가 존재한다. 영리 기반의 재활치료의 사례회의는 외부자원의 활용은 논의되지 않고 개별적 관점에서 기능향상을 위한 효율적 방법을 찾는 데 있다. 장애인복지의 관점에서는 의료적 관점에 있다고 볼 수 있다고 이해할 수도 있다.

재활치료에서의 사례회의가 사회복지에서의 그것과 차이가 발생하는 가장 큰 이유는 재활치료가 영리성을 지향하기 때문이다. 영리성을 지향하는 상황이 전

제되면 협업이나 네트워크 형성 보다 경쟁을 하게 되며, 경쟁의 척도는 문제해결능력 즉 전문성이 된다는 전제가 깔려있다.

재활치료 연구자들은 사례회의의 중요성이 강조되고 있는데, 이는 재활치료가 전문가 개인의 역량에 의해 좌우되고 기술의 전수나 확산 등 전문가 집단간 의사소통은 집단좌담회의 형식에서 특정 사례를 통해 이루어지는 형식을 통해 특수한 개별 사례에 대한 적용이 논의될 수 있기 때문이다.

본 평가지표에서도 이러한 사례회의가 서비스 질 확보의 핵심요소라는데 동의하고, 사례회의가 평가지표에 포함되어야 할 관계 법령이나 지침 등 제도적 근거는 존재하지 않지만, 학술적 근거에 의거하여 본 평가지표를 포함시켰다. 이와 같이 본 지표의 중요하지만 평가기준은 단순히 횟수(시간)로 한정하여 양적인 측정에 한정된 점에 대한 논의가 있었다. 이에 영세 기관, 농어촌 소재 기관 등 경영상 한계 기관의 존재, 재활치료 기관의 첫 평가 등을 고려하여 향후 단계적으로 난이도를 상향 조정하되 지표개발회의에서는 이번 평가에서는 횟수로 단순화하기로 의견을 모으졌다.

본 지표는 지표개발과정에서 '제공인력 4대 보험 가입'[8]과 함께 재활치료 발전을 위해 가장 강조된 지표라고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 차기년도 평가지표에서는 질적 측면을 담보할 수 있는 지표를 추가하거나 개정을 검토할 필요가 있다.

(6) 회계투명성[14]~[19]

회계투명성 지표는 부정 사용 및 부정 결제를 차단하고 공정한 경쟁을 위한 시장 질서를 확립을 위해 모니터링 하는데 목적이 있다.

기존 보조금 방식의 지원 사업에서도 회계투명성 영역은 강조되어 왔지만 바우처 방식의 회계투명성은 더 강조될 필요가 있다. 시장의 경쟁 원리를 도입할 경우 가격 정책은 영업 비밀에 속하는 중요한 경영정보일 수 있다. 그러나 기본적인 동등한 관계에서 맺어진 계약은 이행되어야 한다.

이윤을 극대화하려는 시장에서는 이윤 추구를 위한 편법 또는 불법적인 행위에 대한 유혹이 강하게 작용한다. 일부의 편법 또는 불법적인 행위가 묵인된다

면 시장질서가 무너지게 되며 집단이기주의에 의해 제도가 붕괴될 가능성이 높다. 바우처 제공기관간의 공정한 경쟁을 유도하기 위한 회계투명성은 장부에 대한 공개를 요구하는 것이 아니며 국민의 세금에 해당되는 바우처 환급자의 당연한 권리일 수 있으며, 다른 계약자와의 공정한 거래를 확보하고 소비자를 보호하기 위해 강화되어야 할 필요가 있다. 가장 기본이라고 판단되는 결제 관련 회계 영역이 부정 사용 또는 부정 결제로 의심되는 사례들이 증가하면서 제도 지속성에 대한 도전을 받고 있어 상시 모니터링 활동 이외에 평가지표에 도입을 통해 공정거래에 대한 의지를 강하게 표시할 필요가 있다고 판단되어 높은 비중의 지표를 포함시켰다.

회계투명성 관련 지표의 쟁점은 ①상시 모니터링일 가능하도록 전산시스템에서의 식별가능한 정의, ②일괄 결제(30점)에 대한 높은 배점으로 인한 ARS 결제(10점)로의 회피의 적정성에 대한 것이다.

첫째, 회계투명성 관련 지표([14]~[19])의 주요 용어에 대한 정의는 <표 26>과 같다. 개별 지표가 의도하는 바와 의미에 대해서는 다음 절의 '2. 평가지표'를 참고하기 바란다. 상시 모니터링을 위한 토대를 마련하기 위한 가장 현실적인 방법은 전산시스템의 기능을 활용하는 것이며, 자동 연산이 가능한 정의를 고려하여 정의하였다.

<표 17> 회계투명성 관련 지표의 주요 용어 정의

지표	용어	설명	비고
본인부담금 선납[15]	선납	전자바우처 결제 시기 보다 사전에 이루어진 결제	-
	후납	전자바우처 결제 시기 보다 사후에 이루어진 결제	부정이용
선 결제[16]	선 결제	서비스 이용 전에 이루어진 결제	부정결제
	후 결제	서비스 이용 후에 이루어진 결제	-
심야 결제[17]	주간 결제	아침 8시~밤 10시 사이에 이루어진 결제	-
	심야 결제	밤 10시~다음날 8시 사이에 이루어진 결제	부정결제
ARS 결제[18]	ARS 결제	ARS로 이루어진 결제	부정결제
	비ARS 결제	ARS가 아닌 계약에 따른 기기로 이루어진 결제	-
일괄 결제[19]	일괄 결제	동일인물이 30분 이내에 연속으로 이루어진 결제	부정결제
	비일괄 결제	모든 결제가 30분 이상의 간격으로 이루어진 결제	-

둘째, 일괄 결제(30점)에 대한 높은 배점으로 인한 ARS 결제(10점)로의 회피의 적정성을 대한 논의가 있었다. 기기 고장이나 부모의 요구 등의 사유로 일괄 결제가 이루어져야 하는 일괄 결제의 배점이 높으므로 ARS 결제로 유도하는 결과를 가져올 것인데, ARS 결제는 '2012년 장애아동 가족지원 사업 안내'에서도 원칙적으로 금하고 있는데, ARS 결제가 늘어나는 것이 정책 방향인지에 대한 부분에 대한 토론이 있었다. 토론 결과, 두 결제 방식은 모두 지양해야 한다. 제공기관에서 만약 배점이 같다면 손쉬운 일괄 결제 방식을 선택할 것이다. 따라서 현재 증가하는 일괄 결제는 일차적으로 금지하는 것이 타당하다. 참고로 일괄 결제의 배점은 50점에서 30점으로 하향 조정되었으며, 심야 결제와 선 결제는 5점이 부과되었다.

다섯 가지 평가지표의 해당 내용은 모두 부정사용의 유형에 해당된다. 단 한 건이라도 부정사용이 적발될 경우 해당 지방자치단체는 부정사용액을 환수하고, 부정사용자(기관)에 대한 주의, 경고, 사업 참여 제한(최장 2년), 지정취소 등 조치를 한 후, 보건복지부와 보건복지정보개발원에 통보하도록 하고 있다. 또한 부정사용 및 불법행위가 적발된 경우 제공기관의 고의 및 중과실, 관리감독 소홀로 발생한 것일 때에는 제공기관이 부정사용액의 환수책임을 부과하고 있다. 또한 서비스 이용자도 제공기관의 바우처 부정결제에 협력하거나 제공인력에 대해 성추행 등 부당행위를 하는 경우 서비스 지원 대상자격 상실한다(보건복지부, 2012).

그렇지만 다섯 가지 결제 방법을 사용하면 모두 부정사용의 증거라고 볼 수 없다. 예를 들어 단말기 고장으로 인해 일괄 결제나 ARS 결제가 이루어질 수 있으며, 사업기관은 바우처 정보 연계처리과정상의 오류, 단말기 최초 발급, 단말기 고장, 통신음영지역 등의 사유인 경우 대체 결제가 이루어질 수 있다. 본 지표의 의도는 이러한 사유를 통해 불법성을 식별하는데 목적이 있지 않으므로 입증을 요구하지 않는다. 지도감독이 일차적인 목적이 있으나 평가지표에 보고하였다고 하더라도 부정행위에 대해 면책되지 않는다.

(7) 임직원의 범죄 경력 조회[20]

최근 발생한 아동성폭력 사건에 따라 「장애인복지법」이 개정되었다. 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등) 내용을 시급히 반영하고자 본 평가 지표에 반영하게 되었다. 본 평가지표에 대해서는 특별한 이견이 없었으나 평가 지표에 대해서 한 가지 특징과 경력 조회 절차에 대해 설명이 필요하다.

본 평가지표는 필수지표에 해당된다. 이 지표는 특별한 규정이라기보다는 「장애인복지법」 제59조의3의 규정의 이행을 구체화하는데 목적이 있다. 특히 장애 아동 재활치료 사업과 같이 모든 사업 대상이 해당 법령의 적용대상이 되는 사업장의 경우 정기적인 점검이 필수이다. 이 평가지표의 효력은 임직원의 범죄 경력이 조회된 경우 시설 운영자는 사업 수행이, 직원은 노무를 제공할 수 없다.

본 법과 관련하여 경력 조회 절차는 이 법은 최근(2012년 8월 5일)에 시행되는 관계로 선례가 남아 있지 않다. 시장·군수·구청장은 제59조제2항에 따라 장애인복지시설을 운영하려는 자에 대하여 본인의 동의를 받아 관계 기관의 장애인 성범죄의 경력 조회를 요청하여야 한다(「장애인복지법」 제59조의3 제2항). 또한 장애인복지시설⁶⁾ 운영자는 그 시설에 취업 중이거나 사실상 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하려 하거나 사실상 노무를 제공하려는 사람에 대하여 성범죄의 경력을 확인하여야 한다. 이 경우 본인의 동의를 받아 관계 기관의 장애인 성범죄의 경력 조회를 요청하여야 한다(「장애인복지법」 제59조의3 제3항).

3. 평가지표 해설

(1) 서비스 제공 실적

평가지표에 도입된 배경은 지정기관 선정 기준이었던 ‘서비스 제공 실적’ 체계를 계승하였다. 평가지표에 과거의 실적이 포함된 것은 바우처 방식의 사업

6) 장애아동 재활치료 사업의 제공 기관은 「장애인복지법」 상 장애인복지시설에 포함되며, 장애인복지시설에서는 장애인 지역사회 재활시설 중 장애인 재활치료시설에 해당된다(「장애인복지법 시행규칙」 제41조 [별표4]). 또한 「장애아동복지지원법」 상에서는 복지지원 제공기관 중 발달재활서비스 제공기관에 해당된다.

원리에 대한 이념에 근거한다. 소비자의 선택과 경쟁시장을 강조하는 바우처 방식에서는 서비스 질의 결과물이 소비자의 선택이라고 해석한다. 이는 경쟁시장에서 이용자 수나 매출액이 높다면 우수한 서비스 질 또는 효율성이 높은 서비스를 제공하였다는 해석이 가능하다.

구체적으로 본 평가지표는 서비스 제공 실적에 대해 지난 1년간의 실인원에 대해 해당 범주에 체크한다. 이 값은 전자바우처통합정보시스템의 내용과 일치해야 한다. 만약 다를 경우 전자바우처통합정보시스템 자료를 기준으로 적용한다. 실값 보다 정보시스템의 값을 기준으로 설정하는 것은 증빙을 간단하게 하기 위함이다. 총 실적에서 재가방문형(방문형서비스)을 제외한 기관내방형(기관내서비스) 실적이며 본 사업에 의해 예산을 받지 않은 사업 실적 제외하고 전자바우처 통합정보시스템에서 승인된 실적 기준으로 한다.

신규 진입자의 경우 전자바우처 상의 실적이 없을 수 있다. 이전 지정기관 지표의 의도는 시장 진입이전 실적을 존중하기 위함이었으나 전자바우처정보시스템을 기준으로 할 경우 [1]-[3] 지표를 적용하지 않고 총점에서 제외한다.

<표 18> '서비스 제공 실적[1]' 평가 지표

실인원 명, 총 시간	
☐ 최상(5)	40명 이상
☐ 우수(4)	20명 ~ 39명 미만
☐ 양호(3)	10명 ~ 19명 미만
☐ 보통(2)	5명 ~ 9명 미만
☐ 미흡(1)	1명 ~ 4명 미만
☐ 없음(0)	0명

(2) 재가방문형 서비스 제공 실적(가산점)

‘2012년 장애인아동 가족사업 안내’의 실적 체계는 이후의 ‘재가방문형 서비스 제공 실적’과 ‘산간·벽지지역 실적’를 구분하여 제시하고 있다. 여기서 ‘재가’

란 제공기관 등록 주소지가 아닌 곳을 말하며, 생활시설이나 교육시설(유치원), 보육시설(어린이집) 등을 말한다. 재가방문형은 일일 최대 8명, 주당 최대 15명까지 인정한다. 또한 서비스 제공 실적[1]과 중복 산정된다.

‘재가방문형 서비스 제공 실적[2]’ 평가지표가 포함된 이유는 농어촌 지역을 배려하기 위한 조치이다. 재가방문형이 비용이 같다면 소비자는 재가방문형을 선호하게 될 것이다. 이는 제공기관의 기회비용을 증가시키게 되어 재가방문형을 회피하게 된다. 다시 말해 이동시간이 왕복 1시간씩 소요된다면 재가방문형을 통해 1건을 할 때 기관방문형은 3건을 할 수 있게 된다. 그러나 교통편이 발달해 있지 않은 농어촌의 경우 서비스 이용 조건을 충족하는 대상자 수가 적고, 조손 가족 등을 배려하기 위해 재가방문형 기회비용에 대한 반대급부로 재가방문형을 포함시켰다.

그런데 ‘재가방문형 서비스’는 두 가지 측면에서 의도와 달리 작동할 수 있음을 염두해 두어야 한다. 하나는 도시지역의 시설에서 집단치료 형태로 이루어지는 경우이다. 이로 인해 재가방문형이 2인 이상의 집단치료가 이루어질 때 별도의 단가를 적용하도록 하였다. 또 다른 측면은 광역 단위 제공기관의 분리한 측면에 대한 보상으로 작용하게 되어 독과점에 유리한 유인으로 사용될 수 있다.

‘재가방문형 서비스 제공 실적[2]’ 지표는 ‘서비스 제공 실적[1]’와의 중복성으로 지표개발위원과 지표검토위원으로부터 삭제해야 한다는 의견이 다수였다. 이는 지표개발위원과 지표검토위원이 주요 재활치료 유형별 학계와 자격발급기관으로 추천받아 구성되어 있지만 운영을 잘 하는 기관을 중심으로 구성되어 있지만 위원들이 농어촌 지역에 대한 대표성은 다소 부족하다고 할 수 있어, ‘재가방문형 서비스 제공 실적[2]’에 대한 평가지표는 유지하되 배점 기준을 낮추는 방향으로 합의가 되었다.

집단치료의 단가가 낮은 상태에서 기관방문형 서비스가 이루어지지 않는 상태에서 재가방문형 서비스를 제공한다는 점을 고려하고, 한계 서비스 기관에 대한 시장 퇴출을 목적으로 하는 바우처 평가제도의 특성을 고려한다면 높은 점수를 받는 것이 중요한 의미를 갖지 않는다.

<표 19> '재가방문형 서비스 제공 실적[2]' 평가 지표

☐ 최상(3.0)	500시간/년 이상
☐ 우수(2.4)	300 ~ 500시간/년 미만
☐ 양호(1.8)	100 ~ 300시간/년 미만
☐ 보통(1.2)	10 ~ 100시간/년 미만
☐ 미흡(0.6)	1 ~ 10시간/년 미만
☐ 없음(0.0)	0시간/년

(3) 산간·벽지지역 실적(가산점)

산간·벽지지역 실적이 별도로 포함된 이유는 도농 격차 확대로 서비스 공급을 하고 있는 제공기관에게 가산점을 적용하기 위해서이다. 산간벽지지역(격오지 지역)이란 보험료 경감대상 도서·벽지지역(보건복지부고시 제2010-22호, 2011.12.1)을 말한다.

자원이 희소한 지역에 소재한 제공기관은 상대적으로 넓은 지리적 권역을 담당하면서 적은 이용자 수를 관리하며, 연계 지역자원의 수가 적다. 또한 제공인력의 확보 자체가 어려운 상황에 놓여있다. 이로 인해 실적이 낮은 경향을 보이는데, 실적이 낮다고 이 기관에 대한 지원을 중단하면 넓은 지역의 서비스 공급이 이루어지지 않는다. 이러한 문제점을 대응하기 위해 산간·벽지지역에 서비스를 공급하는 제공기관의 실적에 대해 가산점을 부여하는 방법을 채택하였다.

산간·벽지지역 실적[3]을 만점 체계에서 제외하고 별도 가산점 체계로 구성하였다.

또한 계산이 용이하도록 사전에 전년도 평가 구간 점수 제공하였다. 지정제도가 소규모 지역으로 한정되어 있고 배점이 낮은 관계로 서비스의 지역간 불균형 공급 문제에 해소하는데 기여하지는 못할 것으로 예상된다. 향후 산간·벽지지역 실적에 대한 배점은 상향 조정할 필요가 있다.

<표 20> '산간·벽지지역 실적[3]' 평가 지표

실인원 명, 총 시간	
☐ 최상(5)	40명 이상
☐ 우수(4)	20명 ~ 39명 미만
☐ 양호(3)	10명 ~ 19명 미만
☐ 보통(2)	5명 ~ 9명 미만
☐ 미흡(1)	1명 ~ 4명 미만
☐ 없음(0)	제공한 바 없음

(4) 제공인력 재교육

장애아동 재활치료사업의 제공기관 평가의 핵심은 인력관리와 회계관리라 할 수 있다. 장애아동 재활치료사업은 다른 사회서비스와 달리 제공인력의 역할이 특히 중요하다. 상호작용이 취약한 장애아동의 경우에는 제공인력이 능력과 태도에 따라 접근 자체가 이루어지지 않을 수도 있다. 장애아동과 의사소통 자체가 전문성이 요구된다.

이러한 이유로 인해 제공인력의 질적 측면을 담보하기 위해 제공인력 재교육[4] 이외에도 제공인력 자격[5], 제공인력 임상 경력[6], 제공인력 지속성[7], 제공인력 4대 보험 가입[8], 제공인력 제공 정보 범위[9], 제공인력 정보 제공 방법[10], 임직원의 범죄 경력 조회[20] 등 전체 지표 수 중 40%를 차지하고 있을 정도로 중요하게 다루고 있다.

제공인력 지표 중에서 제공인력 재교육[4]이 의도하는 바는 제공인력의 전문성 제고하는데 있다. 제공인력의 전문성 제고를 위해 제공기관이 제공인력의 재교육을 권장하는 장치를 마련하는데 기여할 것으로 볼 수 있다. 본 연구를 통해 마련한 지표는 제공기관이 제공인력에 대한 재교육을 실시하지 않더라도 제공인력이 개별적으로 이행한 재교육일 지라도 제공기관의 평가실적으로 인정함으로써 제공기관에서 재교육을 권장하도록 하는데 있다. 제공기관은 시장 경쟁에 의해 서비스가 공급되면 이윤을 극대화하기 위해 비용을 낮추는 방향으로 행동

할 것이다. 제공인력 재교육도 비용이 소요되므로 제공기관은 제공인력 재교육을 회피하거나 개별적으로 부담지게 할 것이다.

재교육의 범위는 개별 제공인력이 제공하고 있는 재활치료유형과 관련된 교육으로 치료유형과 관련성 있는 교육명으로 판단한다. 예를 들어 사이버 강의나 학회의 학술대회에 참여한 시간을 인정한다. 인정받을 수 있는 시간은 강사, 일정을 증명할 수 있는 교육 자료가 있는 경우에만 인정하고 토론회, 간담회 등 교육이 목적이 아니거나 부수적인 목적일 경우(예, 여름캠프 중 놀이치료 특강)와 교육과정(평생교육원, 학부, 대학원 등)에서 이루어진 교육은 제외된다.

사업계획서 및 예산서상 직원교육에 관한 내용이 포함되어 있는지 확인하고 교육비예산이 기관의 본예산에 포함되어 있는 경우 이를 교육비 지출로 인정하되, 예산산출서 상 사업기관 인력 외에 바우처 제공인력이 포함되어 있는지 확인하며 교육참가 결과보고서에는 일시, 주제, 교육내용, 참가자 등이 명시되어야 한다.

<표 21> '제공인력 재교육[4]' 평가 지표

1인당 평균 재교육시간(시/명) = $\frac{\boxed{\text{재교육 총 시간 (시)}}}{\boxed{\text{제공 인력 수 (명)}}$	
☐ 최상(10)	12시간 이상
☐ 우수(8)	8시간 이상~12시간 미만
☐ 양호(6)	5시간 이상~8시간 미만
☐ 보통(4)	3시간 이상~5시간 미만
☐ 미흡(2)	1시간 이상~3시간 미만
☐ 없음(0)	인정되는 재교육 없음

(5) 제공인력 자격

제공인력 자격은 「장애인복지법 시행규칙」 제41조, 별표5에서 규정7한 내용을 상향 조정해서 지표화하였다. 제공기관장(재활치료시설장)이 겸직으로 서비스를 제공하고 있더라도 제공인력 수에서는 제외된다. 해당 법령에 따르면 제공인력(재활치료사)이 될 수 있는 자는 국가(공인)자격증 소지자, 자격기본법에 근거한 민간자격증 소지자, 그리고 재활치료 관련 자격증 소지자, 마지막으로 1,200시간 이상의 경력을 가진 전문학사 이상자로 규정하고 있다. 이 규정에 따르면 자격증이 없더라도 제공인력이 될 수 있다. 그러나 제공인력의 전문성을 강화하기 위해 전문학사나 학사자로는 부족하고 소정의 사회적 인정 절차에 의해 인정된 자격 요건을 충족할 것을 권장되는 바이다. 이에 따라 자격증 소지를 권장하기 위해 설정된 지표이다.

<표 22> 바우처 사업 기준 인정 자격증 기준

구 분	요 건	비 고
재활치료서비스 관련 자격증이 있는 경우	• 국가자격증 소지자 • 국가공인 민간자격증 소지자 • 자격기본법에 등록된 민간자격 발급 기관에서 발급한 자격증 소지자	• 민 간 자 격 정 보 서 비 스 (www.pqi.or.kr)에서 공인민간 자격 및 등록민간자격확인 가능

※ 배우자, 직계 혈족, 형제·자매, 직계 혈족의 배우자, 동거자에게 서비스 제공할 수 없음

7) 「장애인복지법 시행규칙」 제41조, 별표5에서 ‘IV. 장애인재활치료시설의 설치·운영기준’ 중 ‘2. 관리 및 운영 요원의 자격기준’

- (1) 관련분야 국가자격증 또는 국가공인자격증 소지자

(2) 관련분야 국가자격증 또는 국가공인자격증이 없는 자는 아래 해당자

 - 자격기본법에 근거한 민간자격 발급기관에서 발급한 재활치료 자격증 소지자
 - 2년 이상 관련 자격증을 발급하고 전문학사 이상의 학력을 지원 조건으로 하는 관련 학회 및 단체에서 소정의 절차를 거쳐 발급받은 재활치료 관련 자격증 소지자
 - 자격증이 없이 관련 치료 분야의 관련 학과 전공자로
 - 전문학사 학위 이상 소지자이면서 경력 1,200시간 이상
 - 단, 학사학위 이상 학위소지자는 초과 이수한 수업연한을 경력으로 인정(1년 300시간)

자격증은 제공인력의 주된 치료유형 해당 자격증 유무로 체크한다. 자격증이 여러 개 있더라도 하나만 인정되므로, 유자격증 소지율은 100%를 넘을 수 없다. 자격증의 질에 대한 쟁점은 논외로 한다⁸⁾.

<표 23> '제공인력 자격[5]' 평가 지표

$\text{유자격증 소지율(\%)} = \frac{\text{자격증 소지자 수 (명)}}{\text{제공인력 수 (명)}} \times 100$	
☐ 최상(5)	95% 이상
☐ 우수(4)	90%~95% 미만
☐ 양호(3)	80%~90% 미만
☐ 보통(2)	60%~80% 미만
☐ 미흡(1)	1%~60% 미만
☐ 없음(0)	0%

(6) 제공인력 임상 경력

산식에서 분모와 분자는 평가 대상 마지막 날을 기준으로 산정하며 제공인력 수에는 제공기관장이 치료를 제공하더라도 분모와 분자에 포함되지 않는다.

임상경력은 자격증 발급 연월일 다음날부터 산정하되 '건강보험자격득실확인서'를 통해 확인할 수 있는 것만 인정된다. 자격증 발급 이후의 임상경력을 인정하지만 임상실습은 인정하지 않는다.

자격증 발급 이후의 평생교육원, 전문학사, 학사 과정 중에 수행된 임상경력 인지는 고려하지 않으며, 비바우처 임상경력도 포함한다. 임상 경력은 현재 강사의 주된 치료유형의 하나에 한하여 인정하며 한 강사가 2개 이상의 치료유형을 진행하는 경우 주된 치료유형 하나만 선택하고 선택된 치료유형을 기준으로 판단한다. 단, 산간벽지 실적이 연 10시간 이상 있는 치료사는 복수개의 자격증의

8) 민간자격증과 관련된 두 가지 쟁점은 민간자격발급기관간 난이도 차이로 대등하게 비교하는 것은 부적절하다는 주장과 기능(기술)의 보유를 표시하는 자격제도를 학력과 무관하며 학력과 연동시키는 것은 학력 차별에 해당된다는 주장과 관련이 있다.

임상경력 모두 인정한다.

<표 24> '제공인력 임상 경력[6]' 평가 지표

1인당 임상 경력(개월/명)		=	자격증 발급 이후의 제공인력 임상경력 (개월)	/	제공인력 수 (명)
☐ 최상(10)	8년 이상				
☐ 우수(8)	6년 이상~8년 미만				
☐ 양호(6)	4년 이상~6년 미만				
☐ 보통(4)	2년 이상~4년 미만				
☐ 미흡(2)	1개월 이상~2년 미만				
☐ 없음(0)	임상경력 없음				

(7) 제공인력 지속성

본 지표는 서비스 제공의 안정성과 지속을 위한 인력관리 등의 노력 정도를 확인하여 사업의 충실성을 파악할 뿐만 아니라 직원의 업무만족도 등을 간접적으로 파악하기 위한 지표이다. '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'의 '제공기관 선정 및 사업평가기준(예시)'의 '서비스 제공인력의 이직율이 낮은 정도'를 구체화한 지표이다.

이·퇴직의 범위는 본인의 사망, 동일법인 내 인사 발령, 정년퇴직 등의 사유로 이·퇴직한 자는 제외하고 재입사의 경우 퇴직시기가 평가기간 중이면 이·퇴직 한 직원 수에 산정하도록 하였다.

최대 급간을 3년 이상으로 설정한 이유는 장애아동 재활치료 사업이 2009년 도입된 바, 2012년 말 기준으로 4년이 최대라고 볼 수 있기 때문이다. 평가기간이 증가되면 급간 조정이 필요하다.

<표 25> '제공인력 지속성[7]' 평가 지표

$\text{1인당 평균 현직 근속기간} = \frac{\text{제공인력의 현직 근속연수합 (개월)}}{\text{제공인력 수 (명)}} \times 100$	
☐ 최상(10)	3년 이상
☐ 우수(8)	2년 이상~3년 미만
☐ 양호(6)	1년 이상~2년 미만
☐ 보통(4)	6개월 이상~1년
☐ 미흡(2)	3개월 이상~6개월
☐ 없음(0)	3개월 미만

(8) 제공인력 4대 보험 가입

‘4대 보험 가입 제공인력 수’란 평가대상 기관 중 치료를 제공했던 실인원을 말하며 근무 시간과 무관하게 4대 보험(건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험)이 모두 가입된 직원의 비율만을 체크(상해 보험은 4대 보험으로 인정하지 않음)한다.

월 근로시간이 60시간 미만이라도 4대 보험 가입을 권장하고, 월 근로시간이 60시간 미만이라도 전자바우처통합정보시스템에 1시간 이상 제공하였다면 분자의 ‘4대 보험 가입 제공인력 수(명)’에 포함한다.

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에 따라 “제공기관은 소속 서비스 제공 인력에 대한 4대 보험을 관련 법령에 의한 해당 보험의 가입 기준⁹⁾에 의해 처

9) 4대 보험 가입 관련 규정은 아래와 같다. 다만 본 평가지표에서는 배상보험과 상해보험은 산식에서 제외된다.

보험	근거	가입 기준
국민연금	국민연금법시행령 제2조	월 근로시간이 60시간 이상
건강보험	국민건강보험법시행령 제10조	월 근로시간이 60시간 이상
고용보험	고용보험법시행령 제3조	월 근로시간이 60시간 이상(주15시간 포함)
산재보험	산업재해보상보험법 제2조	의무 가입

※배상 보험은 제공기관에서 소속 서비스 제공 인력에 대해 의무적으로 가입

※상해 보험은 4대 보험으로 같음하되, 4대 보험 대상자가 아닌 경우에는 제공기관에서 상해 보험이나 별도 보상 대책을 마련하여야 함

리”한다.

<표 26> '제공인력 4대 보험 가입[8]' 평가 지표

$4\text{대 보험 가입률} = \frac{\boxed{\text{4대 보험 가입 제공인력 수 (명)}}}{\boxed{\text{제공인력 수 (명)}}} \times 100$	
☐ 최상(5)	95% 이상
☐ 우수(4)	90%~95% 미만
☐ 양호(3)	80%~90% 미만
☐ 보통(2)	60%~80% 미만
☐ 미흡(1)	1%~60% 미만
☐ 없음(0)	4대 보험에 가입되어 있는 제공인력은 없다.

(9) 제공인력 제공 정보 범위

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’의 제공기관은 이용자에게 제공인력 자격정보 제공이라는 항목에서 “제공인력에 대한 자격증 발급기관, 자격요건, 경력요건, 이수과목, 이수시간, 임상시간 등 제공인력에 대한 자세한 자격정보를 제공기관 내에 비치하여 열람케 하거나 이메일·우편 등으로 이용자나 부모에게 제공한다.”라고 규정하고 있다. 이에 따르면 제공인력에 대한 제공하여야 할 정보의 범위는 6가지—㉠자격증 발급기관, ㉡자격요건, ㉢경력요건, ㉣이수과목, ㉤이수시간, ㉥임상시간—이다.

법적 근거는 「장애인아동복지지원법」 제33조 제1항이다. 제공기관이 제공해야 할 정보를 관할 시장·군수·구청장, 지역장애아동지원센터, 서비스를 제공받고자 하는 장애아동 및 그 보호자로 규정하고 있다. 사실과 다른 정보를 제공하는 경우에는 제공기관의 장에게 1년 이하의 징역 또는 500만 원 이하의 벌금이 부과된다(동법 제39조 제2항). 제공하는 정보가 사실과 다른 경우 제공기관의 장이 정보 제공에 있어 상당한 주의 의무를 이행했다고 입증하면 면책 받을 수 있다(동법 제33조 제2항). 또한 제공기관의 장은 정보 변경에 따라 지체 없이 변경

내용을 시장·군수·구청장, 지역장애아동지원센터, 서비스를 제공받고자 하는 장애아동 및 그 보호자에게 알리도록 의무화되어 있다(「장애아동복지지원법 시행규칙」 제20조 제3항).

또한 장애인아동복지지원법에서는 제공해야 할 정보의 범위를 ‘서비스 질에 영향을 미치는 정보’로 포괄적으로 규정하고 있으며, 자격의 명칭, 발급기관, 취득요건, 경력 등을 나열하고 있다. ‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에 등장하는 6가지 정보의 범위 중에서 ‘이수시간’은 제외되되, ‘자격명칭’을 포함시키고, 자격요건을 취득요건으로 명칭 변경할 필요가 있다. 이수과목과 이수시간이 중요 정보를 담고 있으나 자격의 질에 대한 정보를 제공하기 위함이다. 그러나 이수과목과 이수시간은 민간자격증을 취득 요건으로 규정이 정규교육과정과 연계되어 있어야 산출가능하며, 정규교육과정을 밟지 않은 제공인력에게는 불리한 정보가 될 것이다. 또한, 기능 자격 취득을 학력 정보와 연동시키는 것이 적절한지 의문이라는 주장이 있다.

본 연구에서는 ‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’를 존중하여 이수과목과 이수시간을 포함시켰다.

본 지표에 대한 정보가 제공되었는지에 대한 판단 기준은 제공기관 내에서 비치된 가장 최근의 제공인력 정보와 현원을 대비하여 판단하며 현원에 대한 판단은 제체 평가서 제출 기간에 입력된 10일 기준의 전자바우처통합정보시스템의 정보를 기준으로 한다(만약 자체 평가서 제출 마감일이 2주 이전이라면 그 전년도 10일자가 기준이다). 6가지 항목에 대해 일부 인력에 대한 정보는 제공되고 있으나 일부 제공 인력에 대한 정보는 제공되고 있지 않을 때 해당 항목 정보가 제공되지 않는 것으로 본다.

평가지표는 제공하여야 할 정보 중에서 몇 가지를 갖추었는지를 확인하는 방법으로 구성되었다. 6가지를 모두 제공할 경우 5점을 부여하도록 설계되었다.

<표 27> '제공인력 제공 정보 범위[9]' 평가 지표

제공기관 내에서 열람이 가능한 제공인력의 정보	
☐ ① 자격증 발급기관	☐ ② 자격요건
☐ ④ 이수과목	☐ ⑤ 이수시간
☐ ③ 경력요건	☐ ⑥ 임상시간
☐ 최상(5)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.
☐ 우수(4)	위 항목 중 5가지 항목이 해당된다.
☐ 양호(3)	위 항목 중 4가지 항목이 해당된다.
☐ 보통(2)	위 항목 중 3가지 항목이 해당된다.
☐ 미흡(1)	위 항목 중 1, 2가지 항목이 해당된다.
☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.

(10) 제공인력 정보 제공 방법

본 평가지표는 앞의 '제공인력 제공 정보 범위[9]'와 연계되어 있다. 앞의 평가지표는 제공인력에 대한 정보의 범위를, 본 평가지표는 '제공인력 정보 제공 방법'[10]에 대해 규정하고 있다.

제공인력 정보 제공 방법에 대해서 '2012년 장애아동 가족지원 사업안내'에서는 "제공인력에 대한 자세한 자격정보를 제공기관 내에 비치하여 열람케 하거나 이메일·우편 등으로 이용자나 부모에게 제공한다."고 규정하고 있다.

두 개 이상의 정보 제공 방법을 사용하는 경우에는 상위의 제공 방법이 사용되었다고 판단한다. 우수 등급으로 평가받기 위해서는 이용자에게 개별적으로 정보를 제공하였다는 것을 증명해야 한다. 우수는 기관 내부의 게시판에 공개하는 것을 양호는 기관 내부에 책자 형태로 비치하는 것을 기준으로 평가된다.

제공인력의 정보를 소비자에게 제공하는 목적은 소비자의 알 권리를 충족시키는데 있다기 보다는 소비자가 선택권을 보장하는데 목적이 있다. 즉, 재활치료 시장에서 공급되는 서비스를 소비자가 구매하기 위해서는 어떠한 서비스가 더 좋은지를 판단할 수 있는 정보가 공개될 필요가 있다.

일반적인 상품과 달리 장애아동 재활치료는 제공인력의 전문성에 의해 서비스가 공개되므로 제공인력의 전문성을 비교, 선택할 수 있는 정보를 공개하도록

하고 있다. 바우처 제도에서는 제공인력이 상품화되는 문제점으로 인해 제공인력의 인권 문제와 충돌할 수 있다. 이에 대한 대안으로 전문성이라는 추상적인 지표 보다 기능향상이라는 실적 정보로 대체하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 또한 정부가 할 일은 공정한 시장경쟁이 선택에 필요한 정보 공개를 이루어지도록 하고 정보의 질에 대한 관리하는 파수군의 역할이 요구된다.

<표 28> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 평가 지표

☐ 우수(5)	기관 내부 게시판에 게시한다.
☐ 양호(3)	기관의 공개된 장소에 누구나 볼 수 있도록 비치하고 있다.
☐ 없음(0)	정보를 제공하고 있지 않다.

(11) 서비스 과정 기록

장애아동 재활치료 서비스는 6단계에 따라 서비스가 제공된다; ① 제공기관 선택(이용자) 및 접수(제공기관), ② 서비스제공계획 수립(제공기관), ③ 서비스 이용 계약 체결(이용자·제공기관), ④ 바우처 잔량 확인 후 서비스 실시(제공기관), ⑤ 모니터링(제공기관), ⑥ 서비스 종료 또는 계속(이용자·제공기관).

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에서는 각 서비스 과정에 따라 제공자는 기록을 남기도록 규정하고 있다. 제공기관 선택 및 접수 후 제공기관에서는 서비스 제공계획서를 작성해야 한다. 제공계획서는 지침에서 제공하는 [서식 7호, 서식 8호]에 따라 아동에게 제공될 언어발달지원 서비스 종류·내용·비용, 제공기간, 제공횟수, 총 비용, 본인부담액, 담당자 등을 명확히 기술해야 한다.

개별 작성을 원칙으로 하며 재활치료 제공자에 대한 모든 기록이 완비되었을 때 기록이 이루어졌다고 판단한다.

<표 29> '서비스 과정 기록[11]' 평가 지표

☐ ① '장애아동 재활치료 서비스 제공(이용)계약서(서식6호)'에 대한 기록 여부
☐ ② '개인정보 제공 및 활용에 관한 승낙서(서식7호)'에 대한 기록 여부
☐ ③ '사회복지서비스 제공(이용) 계획서(서식8호)'에 대한 기록 여부
☐ ④ '서비스 일정표(서식9호)'에 대한 기록 여부
☐ ⑤ '장애아동 재활치료 서비스 제공 기록지(서식11호)'에 대한 기록 여부
☐ ⑥ '장애아동 재활치료 서비스 이용자 모니터링(설문)(서식12호)'에 따른 온라인
모니터링 시스템에 입력

☐ 최상(5)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.
☐ 우수(4)	위 항목 중 5가지 항목이 해당된다.
☐ 양호(3)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.
☐ 보통(2)	위 항목 중 3가지 항목이 해당된다.
☐ 미흡(1)	위 항목 중 1, 2가지 항목이 해당된다.
☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.

(12) 장부 비치

개별 작성을 원칙으로 하며 재활치료 제공자에 대한 모든 기록이 완비되었을 때 기록이 이루어졌다고 판단한다.

비치할 장부는 「장애아동복지지원법 시행규칙」 [별표2] 발달재활서비스 제공기관의 운영기준(제9조 관련) 중 '3. 장부 등 비치'에서 갖추도록 규정하고 있다. 이법에 따르면 ㉠ 시설의 연혁에 관한 기록부, ㉡ 시설장 및 재활치료사의 인사카드, ㉢ 치료사 관계서류(계약서, 치료사 명부, 자격증 등), ㉣ 서비스 제공 관련철(제공계획, 일정표, 상담기록철 등), ㉤ 서비스 모니터링 및 평가철 등, ㉥ 예산서 및 결산서, ㉦ 금전 및 물품의 출납부와 그 증빙서류, ㉧ 4대 보험 가입철, 결제영수증 등을 갖추도록 규정하고 있다.

따라서 법적 기준에 따르면 평가지표는 반드시 5점을 받지 않으면 본 평가와 별도로 행정 처분을 받을 수 있다는 점에 유념해야 한다.

<표 30> '장부 비치[12]' 평가 지표

☐ ① 시설의 연혁에 관한 기록부
☐ ② 시설장 및 재활치료사의 인사카드
☐ ③ 치료사 관계서류(계약서, 치료사 명부, 자격증 등)
☐ ④ 서비스 제공 관련철(제공계획, 일정표, 상담기록철 등)
☐ ⑤ 서비스 모니터링 및 평가철 등
☐ ⑥ 예산서 및 결산서
☐ ⑦ 금전 및 물품의 출납부와 그 증빙서류
☐ ⑧ 4대 보험 가입철, 결제영수증 등

☐ 최상(5)	위 항목 중 9가지 항목이 해당된다.
☐ 우수(4)	위 항목 중 8가지 항목이 해당된다.
☐ 양호(3)	위 항목 중 7가지 항목이 해당된다.
☐ 보통(2)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.
☐ 미흡(1)	위 항목 중 1~5가지 항목이 해당된다.
☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.

(13) 사례회의

사례회의(case conference)는 사례관리를 위한 사례회의와 목적과 내용에서 차이가 있다. 재활치료 분과와 사회복지 분과의 접근 방식의 차이에서 기원한다. 사례회의는 특정한 재활치료 사례에 대한 문제해결이나 의견교환을 위한 전문가의 모임을 말한다.

사례회의 보고서는 사례회의 일시, 참가자, 사례사정, 대상자 사정(assessment), 서비스 개입과정, 지원계획 등이 포함되어야 한다.

사례회의는 다른 회의와 연속적으로 실시하거나 포함되어 실시된 것은 인정하지 않으며, 독립적으로 개최된 것만 인정한다. 주간보고 시간에 사례회의를 개최하면 인정하지 않는 것으로 보며 다만, 학술대회에서 행사 일정표에 배타적으로 시간과 공간이 설정되어 있다면 인정한다. 단, 제공인력 재교육[4]가 중복할 수 없다.

본 지표에 대한 법적 근거는 존재하지 않는다. 학계에서 강조되는 내용을 지표화하였다. 지표검토회의에서도 전문성 강화를 위한 핵심 지표로 인정받았다.

<표 31> '사례회의[13]' 평가 지표

$\text{1인당 평균 사례회의 참여 횟수(회/인)} = \frac{\text{사례회의 총 참여 횟수(건)}}{\text{제공 인력 수(명)}}$	
☐ 최상(10)	년 12회 사례회의에 참여한다.
☐ 우수(8)	년 6회 사례회의에 참여한다.
☐ 양호(6)	년 4회 사례회의에 참여한다.
☐ 보통(4)	년 2회 사례회의에 참여한다.
☐ 미흡(2)	년 1회 사례회의에 참여한다.
☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.

(14) 부정 사용 및 결제

전자바우처 클린센터(<http://www.vclean.or.kr>) 및 시군구 등 감독기관 관련 감사 결과 공문을 기준으로 평가하며, 자체 평가한 후 평가기관에서 근거 서류를 취합 확인한다. 자체평가에서는 최상(10)과 없음(0)에 대해서만 평가하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 감점(-5) 부과한다.

이 평가가 부정 사용 및 부정 결제에 대해 면책을 부여하는 것은 아니다. 다른 사회서비스와 달리 장애아동복지지원법을 통해 강화된 벌칙이 적용되고 있다. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 복지지원을 받거나 다른 사람으로 받게 하거나, 복지지원 이용권을 부정사용한 자는 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처한다(「장애아동복지지원법」 제39조 제2항)

부정 사용 및 부정 결제 유형은 사회서비스의 제공 없이 바우처를 청구 또는 결제하는 행위, 거짓 등 부정한 방법이나 고의로 실제 제공한 서비스의 대가 이상으로 서비스 제공 비용을 청구하는 행위(이용자의 당일 취소로 인한 사유 제외, 단, 이용인의 사정, 제공기관·제공인력의 사정, 공휴일 등을 고려하여 취소

시점에 따라 보장 및 환불 정책에 대한 내규를 마련하고 이용자에게 사전 공지해야 함), 사회서비스 제공시간을 초과하여 바우처를 결제하는 행위, 이용자의 바우처 이용할 수 없는 기간(병원 입원 등)에 바우처를 사용하는 행위, 이용자가 타인에게 바우처를 양도 또는 매매 등 부당하게 바우처를 사용하는 행위, 사업자 또는 종사자와 이용자 간의 담합에 의해 부당하게 바우처를 사용하는 행위, 제공인력(기관)이 이용자의 바우처 카드를 보관하고 바우처를 사용하는 행위, 본인부담금을 제공기관에서 면제(또는 제공기관에서의 대납)해 주는 행위, 기준 단가 외 준비물 등의 사유로 추가로 금품을 징수하는 행위, 그 밖의 부당한 방법으로 바우처를 사용하는 행위 등이 해당한다.

‘장애아동 가족지원 사업안내’ 근거하여 부정사용 적발 시 해당 지자체는 부정사용액에 대해 전액 환수하고 부정사용자(기관)에 대해 주의, 경고, 사업 참여 제한(최장 2년), 지정취소 등을 한 후, 복지부 및 보건복지정보개발원으로 통보한다.

부정사용 등 불법행위가 적발된 경우 제공기관의 고의 및 중과실, 관리감독 소홀로 발생한 것일 때에는 제공기관이 부정사용액의 환수책임을 져야한다.

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에 따라 전자바우처 부정사용 신고센터 운영하여 이용자, 제공인력, 제공기관 및 국민을 대상으로 바우처 부정사용에 대한 신고를 접수하고, 신고내용이 사실로 확인되는 경우 포상금을 지급한다.

<표 32> '부정 사용 및 결제[14]' 평가 지표

기관 설립 이래 바우처 카드의 부정사용에 대한 부당이득 환수 조치와 제공기관 탈락 조치를 받은 경험이	
☐ 최상(10)	없다.
☐ 없음(0)	있다.
☐ 감점(-5)	없다고 보고하였으나 추후 환수 및 탈락된 조치가 발견된 경우

(15) 본인부담금 선납

본인부담금 후납부란 자부담 납부가 결제 시기가 전자바우처 결제 시기 보다 사후에 이루어진 결제를 의미한다. 사업 대상자로 결정되면 바우처가 생성되지만 본인부담금은 제공기관에 선납(사전에 납부)해야 한다. 본인부담금을 납부하지 않고 바우처를 결제할 때에는 부당거래로 간주하여 자격이 박탈할 수 있다. 또한 당월 생성된 바우처는 당월 소멸한다.

본인부담금 후납부 또는 본인부담금을 납부하지 않는 행위는 부당거래 및 제도 악용 방지, 이용자의 도덕적 해이를 방지하기 위해 원칙적으로 금지하고 있다. 본인부담금 후납부를 돕거나 제공기관에서 본인부담금을 대납 또는 면제해주는 행위는 부당거래로 간주된다.

‘장애아동 가족지원 사업안내’에 근거하여 본인부담금은 제공기관에 반드시 사전에 납부하여야 하며, 본인부담금을 납부하지 않고 바우처로 결제할 시에는 부당거래로 간주하여 자격을 박탈할 수 있다.

본인부담금 선납은 사전 수요 예측의 의미도 있지만 본인부담금에 대한 면제를 이유로 한 고객유치활동으로 인해 전반적인 시장 질서가 혼탁해 지는 것을 금지하기 위한 조치이다. 본인부담금 선납이 잘 지켜지지 않고 불편을 호소하고 있다. 장애인활동지원사업처럼 본인부담금 선납이 이루어지지 않으면 포인트 생성이 되지 않도록 시스템을 변경할 필요가 있다.

<표 33> '본인부담금 선납[15]' 평가 지표

$\text{본인부담금 후납부율(\%)} = \frac{\text{본인부담금 후 결제 건수 (건)}}{\text{총 결제 건수 (건)}}$	
☐ 최상(10)	0.00%
☐ 우수(8)	0.01%~1.00% 미만
☐ 양호(6)	1.00%~2.00% 미만
☐ 보통(4)	2.00%~3.00% 미만
☐ 미흡(2)	3.00%~4.00% 미만
☐ 없음(0)	5.00% 이상

(16) 선 결제

선 결제란 전자바우처 결제(자부담 결제 제외) 시점이 서비스 제공 시점(장애 아동 재활치료 서비스 제공 기록지[서식11호] 기준) 보다 앞선 결제를 의미한다.

자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영하고 선 결제는 제도 악용을 방지하기 위해 원칙적으로 금지하되, 일부는 예외적으로 인정한다.

심야 결제를 피하고자 선 결제를 하고 서비스가 진행된 경우는 부정결제에 해당되며, 이용자가 귀찮다며 선 결제를 요구한 경우에는 제공기관이 불이익을 받는다고 안내하며 선 결제 거부해야 한다.

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에 근거하여 서비스 이용자는 월별 사용 계획에 따라 서비스를 이용하고, 서비스 후 회당 결제해야 한다.”(회당 결제 원칙)에 준하여 지표를 구성하였다.

<표 34> '선 결제[16]' 평가 지표

선 결제율(%) = $\frac{\text{선 결제 건수 (건)}}{\text{총 결제 건수 (건)}}$	
☐ 최상(5)	0.00%
☐ 우수(4)	0.01%~1.00% 미만
☐ 양호(3)	1.00%~2.00% 미만
☐ 보통(2)	2.00%~3.00% 미만
☐ 미흡(1)	3.00%~4.00% 미만
☐ 없음(0)	5.00% 이상

(17) 심야 결제

심야 결제란 전자바우처 결제(자부담 결제 제외) 시점이 밤 10시부터 다음날 8시 사이에 이루어지는 결제를 의미한다. 이 평가기준은 아동의 건강 및 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지하기 위해 설정되었다. 평가기준은 제도의 유연성을 감안하여 논의되었다.

자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영한다.

참고로 이용자가 오후 8시 이전에 서비스를 이용했으나 이용자의 개인사정으로 8시 이후 카드 결제할 경우 8시 이전에 결제하도록 유도하며 예외적으로 여의치 않을 때 다음날 결제한다. 이용자가 오전 8시 이전에 서비스를 이용하려고 할 경우 아동의 건강을 위해 금지된다고 안내한다.

<표 35> '심야 결제[17]' 평가 지표

심야 결제율(%) = $\frac{\text{심야 결제 건수 (건)}}{\text{총 결제 건수 (건)}}$	
☐ 최상(5)	0.00%
☐ 우수(4)	0.01%~1.00% 미만
☐ 양호(3)	1.00%~2.00% 미만
☐ 보통(2)	2.00%~3.00% 미만
☐ 미흡(1)	3.00%~4.00% 미만
☐ 없음(0)	5.00% 이상

(18) ARS 결제

전자바우처 사업의 서비스 비용은 단말기에 기반한 바우처 카드 결제가 원칙이며 바우처 정보 연계처리 과정상의 오류와 통신음영지역을 증명하는 경우 ARS 결제 건수에서 제외하고 계산한다.

자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과하되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영한다. 다만, 바우처 정보 연계처리 과정상의 오류, 통신음영지역, 바우처 카드 수령 불가 사유로 인해 전자결제가 불가능한 경우에 한하여 ARS 결제 인정한다.

ARS 결제는 위의 세 가지 경우를 제외하고 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지되며 각 건에 대한 증빙 자료 제출을 요구할 수 있다.

ARS 결제는 예외적 결제 방법으로 사용하는 경우 증명하여야 하며 통신 음영지역에 해당되는 경우 또는 해당 월까지 결제단말기 또는 바우처카드 수령이 불가하여 결제단말기를 통한 결제가 불가능한 경우에 한하여 인정한다.

<표 36> 'ARS 결제[18]' 평가 지표

ARS 결제율(%) = $\frac{\text{ARS 결제 건수 (건)}}{\text{총 결제 건수 (건)}}$	
☐ 최상(10)	0.00%
☐ 우수(9)	0.01%~1.00% 미만
☐ 양호(8)	1.00%~2.00% 미만
☐ 보통(7)	2.00%~3.00% 미만
☐ 미흡(6)	3.00%~4.00% 미만
☐ 없음(0)	5.00% 이상

(19) 일괄 결제

일괄 결제란 회당 결제 원칙을 위반하고 동일인물의 결제를 특정 시점에 연속적으로 이루어지는 결제를 의미한다. 즉, 동일인물이 30분 이내에 연속으로 이루어지면 일괄 결제로 간주한다. 바우처 단말기들의 이용 내역을 종합하여 판단한다. 30분 이내 동일인물이 두 번 연속해서 결제가 이루어진 경우 연속 1건으로 간주하며, 30분 이내 동일인물이 세 번 연속해서 결제가 이루어진 경우 연속 2건으로 간주한다.

자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영한다. 일괄 결제는 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지한다.

다음의 사유는 소급결제는 인정되지만, 본 지표는 지표 산출에는 사유와 무관하게, 즉 어쩔 수 없는 경우라고 하더라도 위의 정의에 부합하면 일괄 결제로 본다. 바우처 카드 및 결제단말기(전용, 동글이 등) 분실·고장, 신규 제공인력의 도우미카드 또는 결제단말기 신청 후 미 수령한 경우 등 정상적인 결제가 불가능한 경우이다.

다음과 같은 경우도 일괄 결제에 해당되는 사례이다. 첫째, A제공기관의 이용자가 1명 밖에 없지만 2개의 재활치료를 이용하다 보니 30분 이내로 결제가 이

루어졌다. 둘째, B이용자가 전일 결제하지 못해 시간이 끝난 후 2개를 한꺼번에 결제한 경우 일괄 결제에 해당된다. 셋째, C이용자가 2개의 재활치료를 연속으로 인용하고, 두 번째 재활치료 후에 결제하는 경우 회당 결제 원칙을 위반한 사례로 일괄 결제에 해당된다.

<표 37> '일괄 결제[19]' 평가 지표

일괄 결제율(%) = $\frac{\text{동일인물의 연속 결제 건수 (건)}}{\text{총 결제 건수 (건)}}$	
☐ 최상(30)	0.00%
☐ 우수(28)	0.01%~1.00% 미만
☐ 양호(24)	1.00%~2.00% 미만
☐ 보통(18)	2.00%~3.00% 미만
☐ 미흡(10)	3.00%~4.00% 미만
☐ 없음(0)	5.00% 이상

(20) 임직원의 범죄 경력 조회

임직원의 범죄이력[20]은 필수지표에 해당된다. 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등) 등 관계 법령에 따라 임직원이 될 수 없으며, 평가는 총 점수는 0점 처리되며 운영부적합 시설로 운영이 취소된다. 지표명이 임직원의 범죄 경력 조회이지만 적용 대상 범죄 경력은 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등)에 근거하여 제한적으로 적용된다. 성범죄자로 형 또는 치료감호를 선고받아 확정된 사람은 그 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행을 종료하거나 집행이 유예·면제된 날부터 10년 동안 장애인복지시설을 운영하거나 장애인복지시설에 취업 또는 사실상 노무를 제공할 수 없다. 이 때 성범죄자는 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제1항에 따른 성폭력범죄 또는 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 아동·청소년 대상 성범죄를 말한다(「장애인복지법」 제59조의3 제1항).

성범죄 경력 조회는 제공기관장이 제출 서류를 구비하여 관할 경찰서에 성범죄경력 조회 신청접수를 한다. 이 때 관할 경찰서에 ㉠ 범죄 경력조회 동의서(임직원이 제출), ㉡ 성범죄 경력조회 신청서(제공기관에서 작성)[서식 6호], ㉢ 사업자등록증 사본 등 아동·청소년 관련 교육기관 등의 장임을 증명할 수 있는 자료를 제출해야 한다. 적용되는 범죄의 범위는 협소하지만 적용대상은 넓다. 본 법조문은 취업 중이거나 사실상 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하려 하거나 사실상 노무를 제공하려는 사람을 포함하고 있다(「장애인복지법」 제59조의3 제3항). 국민세금이 성범죄 경력자로 금전이 지급되서는 안된다는 원칙을 말하며 재활치료시설장은 성범죄 경력자와 거래를 해서는 안된다는 것을 의미한다. 시장·군수·구청장은 제59조제2항에 따라 장애인복지시설을 운영하려는 자에 대하여 본인의 동의를 받아 관계 기관의 장에게 성범죄의 경력 조회를 요청하여야 하며(동법 제3항), 시장·군수·구청장은 성범죄로 유죄판결이 확정된 사람이 장애인복지시설에 취업하였는지를 직접 또는 관계 기관 조회 등의 방법으로 확인·점검할 수 있다(동법 제4항). 시장·군수·구청장은 제1항을 위반하여 장애인복지시설에 취업하거나 사실상 노무를 제공하는 사람이 있으면 장애인복지시설 운영자에게 그의 해임을 요구할 수 있다(동법 제4항),

또한 장애인복지시설의 운영자가 제59조의3제4항에 따른 해임요구를 정당한 사유 없이 거부하거나 1개월 이내에 이행하지 아니하는 경우에는 1천만원 이하의 과태료를 부과되며(「장애인복지법」 제90조 제1항), 성범죄 경력을 확인하지 아니한 경우에는 500만원 이하의 과태료가, 장애인 대상 성범죄 예방 및 신고의무와 관련한 교육을 실시하지 아니한 장애인복지시설의 운영자에게는 300만원 이하의 과태료를 부과된다.

<표 38> ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’ 평가지표

☐ 적정(1)	범죄이력(성, 금융 등)이 있는 임직원이 없다.
☐ 부적정(0)	범죄이력(성, 금융 등)이 있는 임직원이 한 명 이상 있다.

참고로 「장애인복지법」에 근거하여 재활치료시설 운영자에게 부과될 수 있는 행정처분은 다음과 같다.

<표 39> 「장애인복지법」의 재활치료시설 관련 행정처분

근거	조항	위반법령	내용
§90①	장애인복지시설의 운영자가 해임요구를 정당한 사유 없이 거부하거나 1개월 이내에 이행하지 아니하는 경우	§59-3④	1천만원 이하의 과태료
§90②	장애인복지시설의 운영자가 해당 장애인복지시설에 취업 중이거나 사실상 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하려 하거나 사실상 노무를 제공하려는 사람에 대하여 성범죄 경력을 확인하지 아니한 경우	§59-3③	500만원 이하의 과태료
§90③3-2	직무상 장애인 대상 성범죄 발생사실을 알고도 수사기관에 신고하지 아니한 장애인복지시설의 운영자와 해당 시설의 종사자	§59-2②	300만원 이하의 과태료
§90③3-3	장애인 대상 성범죄 예방 및 신고의무와 관련한 교육을 실시하지 아니한 장애인복지시설의 운영자	§59-2④	300만원 이하의 과태료
§90③4	시설 운영 개시 의무를 위반한 자	§60①	300만원 이하의 과태료
§90③5	시설의 운영 중단·재운영·시설폐지 등의 신고의무를 위반한 자	§60②	300만원 이하의 과태료

주) 구체적인 과태료 부과기준은 「장애인복지법 시행령」 별표5(제46조 관련) 참조

V. 모의평가

V. 모의평가

1. 개요

개발된 평가지표와 평가기준의 타당성을 확인하기 위해 소수의 제공기관을 대상으로 지표의 내용을 수정 보완하기 위해 모의평가를 실시하였다. 모의평가는 평가지표(안)이 마련된 9월 중에 실시되었으며 14개 기관을 대상으로 이루어졌다.

모의평가는 소수의 평가대상으로 인해 분석 결과를 일반화하기 어렵지만 대략적인 평가 결과의 분포 확인하고 평가 적용시 나타날 수 있는 문제점을 점검하기 위해 시행되었다. 모의평가 결과는 평가 점수 분포를 통한 평가 지표의 급간 간격의 적절성 확인, 평가지표와 평가 기준의 적절성 확인을 통한 내용타당도 파악이 주된 목적이었다. 모의 평가 결과를 바탕으로 개발된 지표를 수정하는데 활용하였다.

첫째, 평가 점수의 분포를 확인하였다. 좋은 평가 지표는 내용 타당도를 비롯하여 변별력 등의 조건등을 충족하여야 한다. 특히 본 지표는 결제와 관련된 지표의 수와 점수 비중이 높다. 또한, 점수간 급간의 차이가 적절한지 살펴볼 필요가 있다. 만약 제시된 급간 내에 다수의 포함되지 못한다면 급간의 간격을 더 넓힐 필요가 있다는 결과로 해석이 가능하다. 본 조사는 소수의 제공기관만을 대상으로 분석하였다는 한계로 인해 동시적 타당도 등은 확인하지 못한 한계점이 있다.

둘째, 조정이 필요한 평가지표와 평가기준을 확인하였다. 모의 적용 기관으로 하여금 소속기관에 평가를 적용한 후 적용상 나타나는 문제점과 대해서 의견을 수렴하고, 다른 지표와의 관계, 다른 기관과의 관계, 그리고 지표개발회의와 지표검토회의에서 논의되어 왔던 사항들을 종합적으로 고려하여 평가기준 등의

수준을 조정하였다.

<표 40> 조사 개요

구 분	주요 내용
조 사 명	장애아동 재활치료 모의평가
대상기관	14개소
목 적	내용 타당도 확인, 평가지표와 기준 개선
조사기간	2012. 9. 1. ~ 2012. 9. 30.
표집방법	임의표집
조사내용	개발된 평가지표에 대한 모의적용, 평가지표 및 기준에 대한 의견

모의평가에 참여 제공 기관은 재활치료 시설 유형은 독립기관 유형이 78.6%(11개소)였고, 복지관 소속 기관이 21.4%(3개소)로 현재 시설 유형 보다 복지관이 다소 적게 표집되었다. 서울 외 지역 71.4%(10개소)에 소재한 재활치료 시설이 서울 소재 재활치료 시설 28.6%(4개소) 보다 더 많이 참여하였다.

<표 41> 모의평가 참여 제공 기관의 현황

재활치료 시설 유형			지역		
구분	빈도(개소)	비율(%)	구분	빈도(개소)	비율(%)
독립 기관	11	78.6	서울 지역	4	28.6
복지관 소속	3	21.4	서울 외 지역	10	71.4
합계	14	100.0	합계	14	100.0

2. 평가 점수 분포

1) 전체 점수 분포

개발된 평가지표는 최소 0점에서 최대 155점을 받을 수 있도록 설계 되어 있다. 본 모의평가에 참여했던 제공기관에 대한 점수 분포를 살펴보면, 최소 80.2

점, 최대 136점, 평균 118.0점으로 나타났다. 최소, 최대값의 차이인 범위는 55.8점이었으나 표준편차는 16.4점으로 크지 않았다. 이러한 결과는 평가 점수 분포가 최소 또는 최대점 부근에 집중적으로 분포하고 있지 않고 118.0점을 중심으로 가능한 점수 범위 내에 고루 분포한다고 볼 수 있다.

본 모의평가에 참여한 제공기관이 전국 평균에 비해 우수한 기관이 다수 포함되어 있다고 본다면 평가 적용 과정에서는 평균값이 하향 분포할 것으로 예상된다.

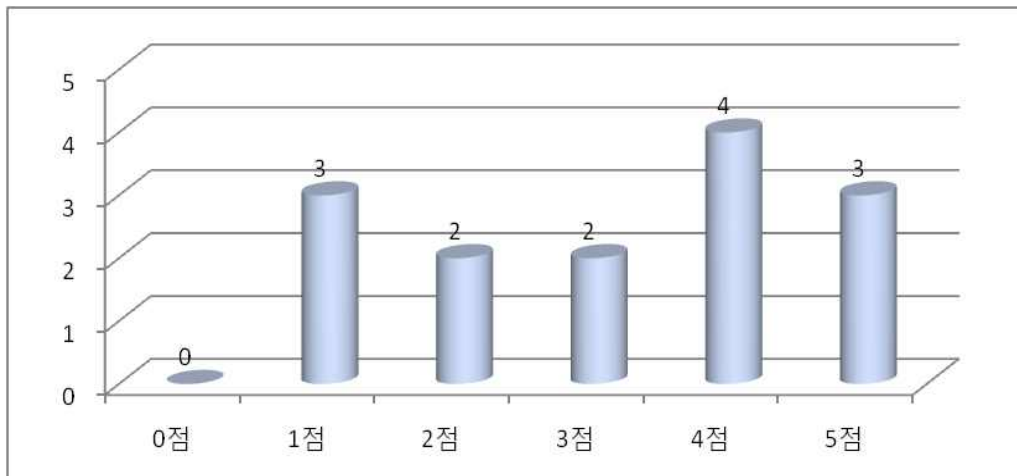
<표 42> 전체 점수 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
전체 점수 최대 155점(가산 8점 제외)	점	14	80.2	136.0	118.0	16.4

2) 개별 지표별 점수 분포

(1) 서비스 제공 실적

서비스 제공 실적에 대한 분포를 살펴보았다. 전반적으로 고른 분포를 나타내고 있었다. 별도의 급간 조정이 필요하지 않다고 볼 수 있다. 본 모의적용 대상 기관들이 운영 실적이 중상 이상이라는 점을 감안할 때 실제 분포는 이 보다 좌편포 할 가능성이 높다.



<그림 3> '서비스 제공 실적[1]' 모의 점수 분포도

서비스 제공 실적을 실인원 수를 중심으로 살펴보면 최소 2명, 최대 284,100명이 이용하였다. 실인원 33.2명이 1,442.4시간을 이용하는 것으로 집계되었다. 이는 실인원 1명이 1년 동안에 평균 44.2시간을 이용하였다는 것을 의미하며, 한 주에 0.85회 이용하였다는 것을 말한다.

<표 43> '서비스 제공 실적[1]' 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
서비스 제공 실적: 실인원 (A)	명	13	2	117	33.2	42.2
서비스 제공 실적: 총시간 (B)	시간	11	32	7,340	1,442.4	2,167.8
실인원 1인당 이용 시간 (B/A)	시/명	11	.9	84.0	44.2	27.8
평어	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	0명	1~4명 미만	5~9명 미만	10~19명 미만	20~39명 미만	40명 이상
빈도(개소)	0	3	2	2	4	3
비율(%)	0.0	21.4	14.3	14.3	28.6	21.4

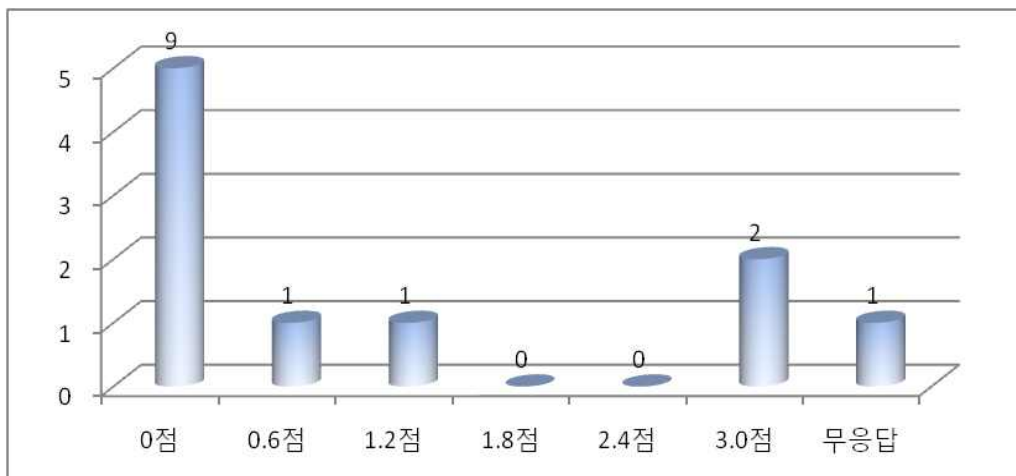
(2) 재가방문형 서비스 제공 실적(가산점)

모의 평가 결과 양극화된 구성을 보였다. 이 지표의 배점 구조가 도농 소재

지역의 영향을 크게 받을 수 있음을 시사한다. 재가방문형 서비스 제공 실적이 없는 기관은 64.3%(9개소)였다. 반면 재가방문형 서비스 제공 실적이 만점(3.0점)인 기관은 14.3%(2개소)였다. 다수의 기관의 재가방문형 서비스 제공 실적이 없고, 농어촌의 소재한 일부 기관은 만점을 받았다.

본 연구에서는 14개소의 제공기관을 대상으로 이루어진 결과에서는 낮은 배점으로 인해 큰 문제점이 발견되지 않으나, 전수 조사에서는 낮은 배점으로 인해 농촌 지역이나 소도시 지역에 소재한 제공기관에게 큰 이득을 가져주지는 못할 것으로 예상된다. 향후 전수 조사를 통해 농촌지역이나 소도시 지역에 소재한 제공기관이 이 지표에 대해 차지하는 빈도가 높다면 배점을 상향 조정할 필요가 있다.

본 지표에 대한 ‘재가방문형 서비스 실적(실인원)’에 대한 자료를 제출한 기관이 1개소 밖에 없어 구성 요소의 분포는 제시하지 않았다.

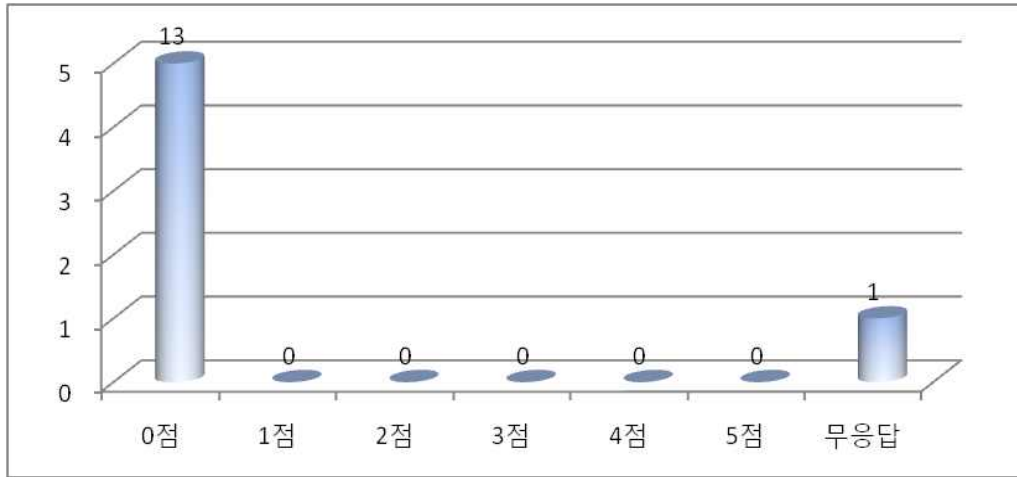


<그림 4> ‘재가방문형 서비스 실적[2]’ 모의 점수 분포도

(3) 산간·벽지지역 실적(가산점)

‘재가방문형 서비스 실적[2]’이 농촌지역과 소도시지역의 지역적 한계를 배려하기 위해 설정한 평가지표라면 ‘산간·벽지지역 실적[3]’은 농촌지역 보다 더 어려운 산간·벽지지역을 추가적으로 배려하기 항목이다. 이는 제공기관이 서

비스 제공을 회피하기 때문에 절대적으로 서비스 공급이 원천적으로 이루어지지 않을 수 있기 때문이다.



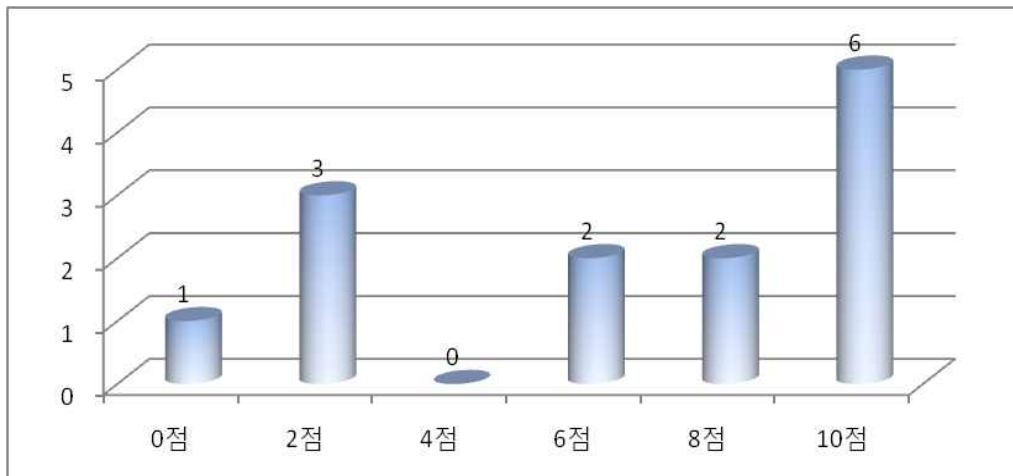
<그림 5> '산간·벽지지역 실적[3]' 모의 점수 분포도

본 모의평가에서는 표집된 제공기관의 지역적 소재를 고려할 때 '산간·벽지지역 실적[3]'이 있는 제공기관은 없었다. 전수 조사를 통해 산간·벽지 지역에 서비스 공급이 중단되지 않도록 서비스 제공기관의 특성을 파악하고 이들 제공기관이 유리하도록 배점 조정이 이루어질 필요가 있다.

본 지표에 대한 실적이 없으므로 구성 요소의 분포는 제시하지 않았다.

(4) 제공인력 재교육

제공인력에 대한 재교육은 제공인력 1인당 평균 재교육시간에 의해 산정된다. 모의평가 결과 제공 기관간 편차가 크게 나타날 것이 예상되었다. 10점 만점을 받은 기관이 42.9%(6개소)로 나타났다.



<그림 6> ‘제공인력 재교육[4]’ 모의 점수 분포도

제공인력 1인당 평균 재교육시간을 살펴보면 최소 0.0시간에서 최대 52.5시간으로 나타났으며 평균 12.8시간이었다. 이 모의평가 결과에 따르면 시간을 양호(6)에 배치하여 18시간 이상을 최상(10)으로 설정할 것을 권장한다. 새롭게 도입되는 평가지표의 수준이 현행 보다 낮으면 평가를 통해 노력을 위한 유인 기제를 제공하지 않을 수 있다. 개별 기관 마다 편차가 존재하므로 현재의 평균값을 중간 급간에 배치하는 것이 적절하다.

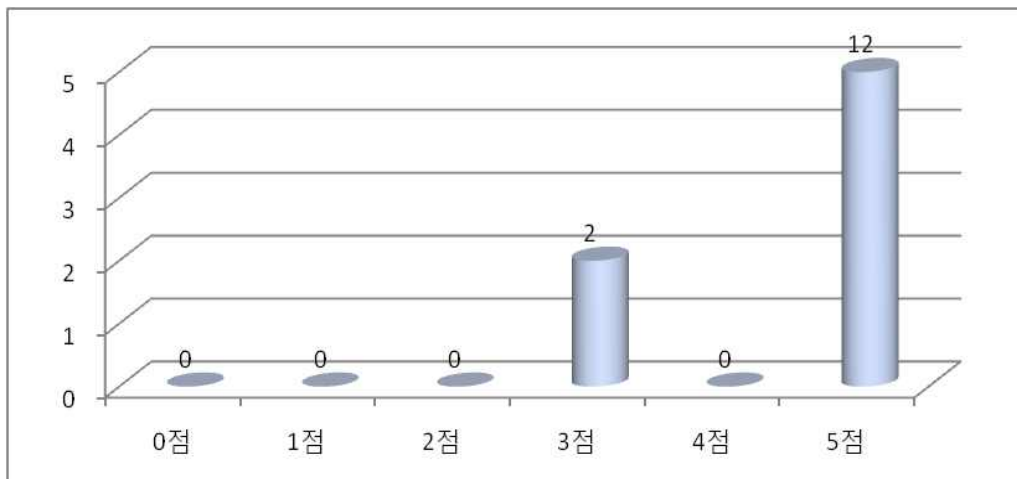
<표 44> ‘제공인력 재교육[4]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
재교육 총 시간 (A)	시간	12	0	210	53.3	64.0
제공인력 수 (B)	명	13	2	7	4.7	1.5
1인당 평균 재교육시간 (A/B)	시/명	12	0.0	52.5	12.8	16.1

평어	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)
급간	인정되는 재교육 없음	1~3시간 미만	3~5시간 미만	5~8시간 미만	8~12시간 미만	12시간 이상
빈도(개소)	1	3	0	2	2	6
비율(%)	7.1	21.4	0.0	14.3	14.3	42.9

(5) 제공인력 자격

‘제공인력 자격[5]’의 경우 5점 만점이 85.7%(12개소)를 차지하고 있었으며, 3점이 14.3%(2개소)로 나타났다. 제공인력의 자격은 지정 조건에 해당된다. 현행 법상 자격증을 소지하지 않더라도 서비스 제공인력이 될 수 있다(「장애인복지법 시행규칙」 제41조 [별표 5]) 해당되는 경우는 “전문학사 학위 이상 소지자이면서 경력 1,200시간 이상”인 경우이다.



<그림 7> ‘제공인력 자격[5]’ 모의 점수 분포도

자격증 소지율을 살펴보면 최소 83.3%에서 최대 100.0%로 대부분 자격증을 소지하고 있다고 할 수 있다. 따라서 제공인력 자격에 대해서도 최소 품질 기준을 강화하기 위해서는 급간을 좁히는 것도 고려해 볼 수 있다.

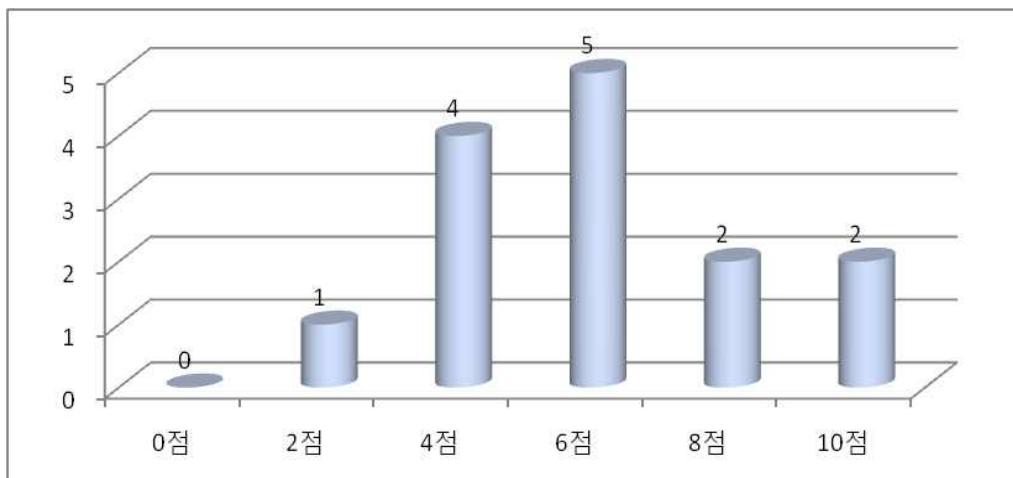
<표 45> '제공인력 자격[5]' 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
자격증 소지자 수 (A)	명	12	2	7	4.8	1.5
제공인력 수 (B)	명	13	2	7	4.7	1.5
유자격증 소지율 (A/B×100)	%	10	83.3	100.0	98.7	4.6

평어	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	0%	1~60% 미만	60~80% 미만	80~90% 미만	90~95% 미만	95% 이상
빈도(개소)	0	0	0	2	0	12
비율(%)	0.0	0.0	0.0	14.3	0.0	85.7

(6) 제공인력 임상 경력

'제공인력 임상 경력[6]'은 고르게 분포하였다.



<그림 8> '제공인력 임상 경력[6]' 모의 점수 분포도

본 평가지표 중에서 양호(6점)이 5개소로 가장 많았고, 다음으로 보통(4점)이 4개소로 나타났으며, 최상(10점)과 우수(8점)이 각각 2개소로 나타났다.

제공인력의 임상경력이 0개월인 경우도 있었지만, 최대 324개월(27년)의 임상경력이 있는 것으로 나타났다. 또한 평균이 153.4개월로 12년이 넘는 임상경

력을 가지고 있는 것으로 나타났다.

일반적으로 평균값을 평가지표의 중간에 위치하는 것이 적절하므로 급간의 간격을 넓힐 필요가 있다는 해석도 가능하지만, <그림 10>과 같은 고른 분포를 가진다는 것은 볼 때, 최대 324개월의 이상값으로 인해 평균값이 과도하게 산출된 것으로 이해한다면 현 급간 체계를 유지하는 것이 바람직할 수 있다.

다만, 평가기준으로 제시한 ‘건강보험자격득실확인서’로 확인이 가능한 경우에만 경력으로 인정한다는 규정에 대해 고려했는지는 다시 한 번 확인이 필요하다.

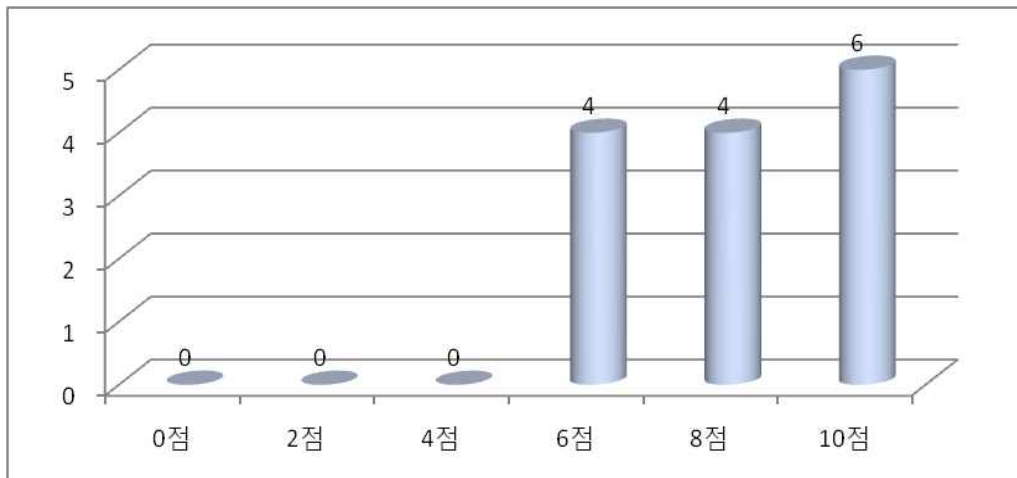
<표 46> ‘제공인력 임상경력[6]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
제공인력 임상 경력 (A)	개월	12	0	324	153.4	128.9
제공인력 수 (B)	명	13	2	7	4.7	1.5
1인당 임상 경력 (A/B)	월/명	12	0.0	63.0	32.4	23.0

평어	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)
급간	임상경력 없음	1월 이상~ 2년 미만	2년 이상~ 4년 미만	4년 이상~ 6년 미만	6년 이상~ 8년 미만	8년 이상
빈도(개소)	0	1	4	5	2	2
비율(%)	0.0	7.1	28.6	35.7	14.3	14.3

(7) 제공인력 지속성

제공인력의 지속성을 확인하기 위해 점수 분포를 살펴보면, 최상이 6개소, 우수와 양호가 각각 4개소 분포하였다. 모의적용 대상 기관의 제공인력 중 12개월 미만자가 존재하지 않는다는 점은 특이한 사항으로 이해할 수는 있다. 이는 모의적용 대상 기관이 상대적으로 우수한 제공기관으로 평가받는 기관을 중심으로 표집해서 나타난 결과로도 해석될 수 있다.



<그림 9> '제공인력 지속성[7]' 모의 점수 분포도

제공인력의 현직 근속연수합을 살펴보면 최소 15개월에서 최대 288개월로 나타났으며 평균 154.1개월로 나타났다. 1인당 평균 현직 근속기간을 살펴보면 최소 3.8개월, 최대 72.0개월로 평균 31.1개월이었다. 이러한 결과는 1년 등간 간격으로 지표를 조정하는 것도 고려할 수 있다고 판단된다.

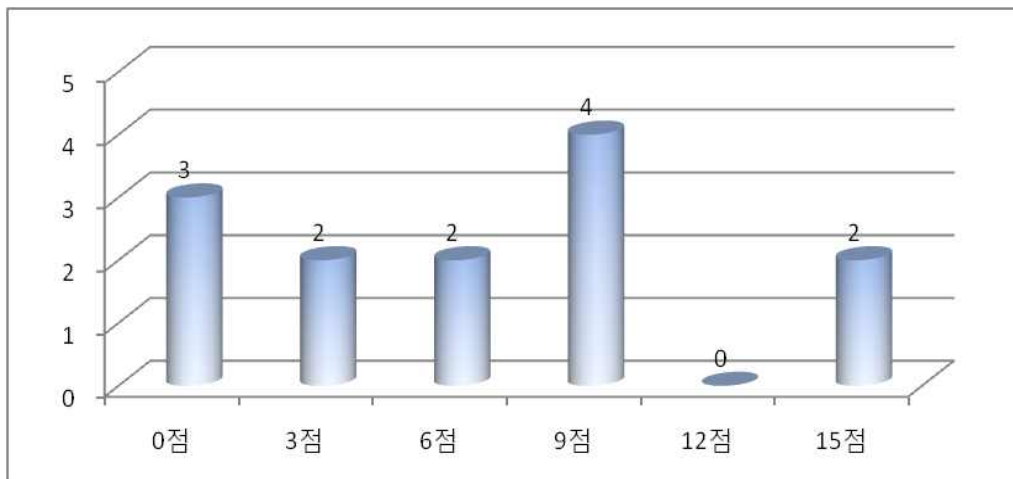
<표 47> '제공인력 지속성[7]' 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
제공인력의 현직 근속연수합 (A)	개월	11	15	288	154.1	93.8
제공인력 수 (B)	명	13	2	7	4.7	1.5
1인당 평균 현직 근속기간 (A/B)	월/명	11	3.8	72.0	31.1	19.3

평어	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)
급간	3개월 미만	3~6개월	6~12개월	1~2년 미만	2~3년 미만	3년 이상
빈도(개소)	0	0	0	4	4	6
비율(%)	0.0	0.0	0.0	28.6	28.6	42.9

(8) 제공인력 4대 보험 가입

‘제공인력의 4대 보험 가입[8]’에 대한 점수 분포는 대체로 고른 분포를 하고 있어 우려했던 바와 같이 좌편포되는 현상은 나타나지 않았다. 그러나 표본이 대체로 우수한 기관을 대상으로 모의평가가 이루어졌다는 점을 고려하면 일반화하기 어렵다.



<그림 10> ‘제공인력 4대 보험 가입[8]’ 모의 점수 분포도

제공인력 4대 보험 가입률을 살펴보면 최소 0.0%에서 최대 100.0%였으며, 평균 50.4%로 나타났다. 본 지표의 분포도 대체로 양호한 편이라고 할 수 있다.

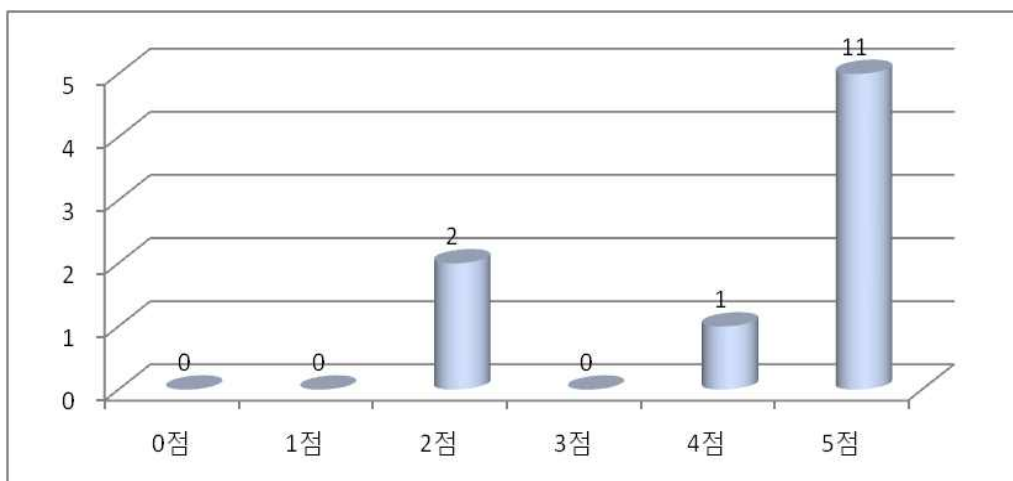
<표 48> ‘제공인력 4대 보험 가입[8]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
4대 보험 가입한 제공인력 수 (A)	명	14	0	7	2.3	2.4
제공인력 수 (B)	명	13	2	7	4.7	1.5
4대 보험 가입률 (A/B×100)	-	14	0.0	100.0	50.4	43.5

평어	없음(0)	미흡(3)	보통(6)	양호(9)	우수(12)	최상(15)
급간	0%	1%~60% 미만	60%~80% 미만	80%~90% 미만	90%~95% 미만	95% 이상
빈도(개소)	3	2	2	4	0	2
비율(%)	21.4	14.3	14.3	28.6	0.0	14.3

(9) 제공인력 제공 정보 범위

‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에는 제공인력 제공 정보는 6개 항목에 대해 제시하도록 규정되어 있다. 제공인력 제공 정보 범위는 78.6%(11개소)가 6개 항목의 정보를 모두 제공하고 있다. 또한 3가지 항목을 제공하는 기관은 14.3%(2개소), 5가지 항목 제공 기관은 7.1%(1개소)로 나타났다.



<그림 11> ‘제공인력 제공 정보 범위[9]’ 모의 점수 분포도

<표 49> ‘제공인력 제공 정보 범위[9]’ 구성 요소의 분포

항목번호	①	②	③	④	⑤	⑥	계
요건 충족 수(개소)	14	14	14	13	13	13	81
비율(전체 대비, %)	17.3	17.3	17.3	16.0	16.0	16.0	100.0
비율(개체 대비, %)	100.0	100.0	100.0	92.9	92.9	92.9	578.6

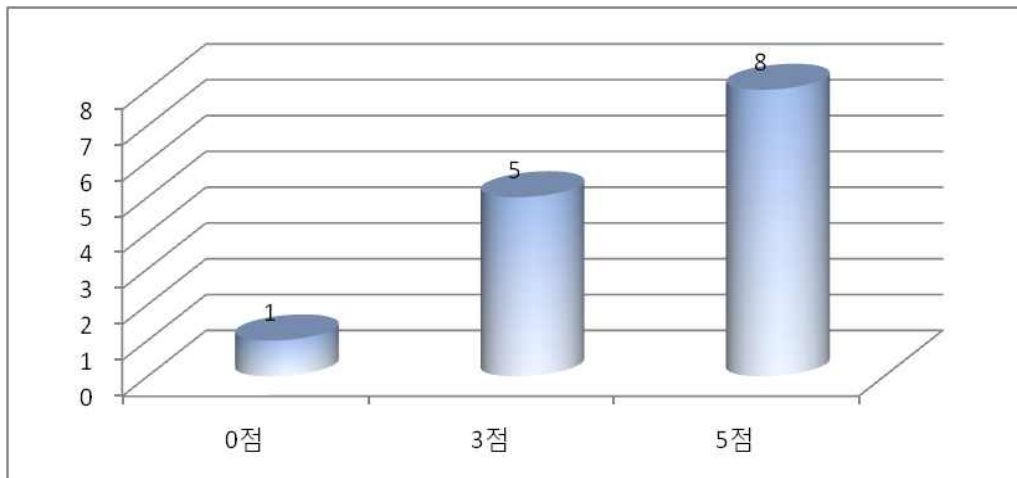
평가	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	해당항목 없음	1, 2가지 항목이 해당	3가지 항목이 해당	4가지 항목이 해당	5가지 항목이 해당	6가지 항목이 해당
빈도(개소)	0	0	2	0	1	11
비율(%)	0.0	0.0	14.3	0.0	7.1	78.6

주) 항목번호: ① 자격증 발급기관, ② 자격요건, ③ 경력요건, ④ 이수과목, ⑤ 이수시간, ⑥ 임상시간

제공인력 제공 정보를 제공하는 정보의 개수를 살펴보면 대부분이 모두 제공하고 있었으나 ④ 이수과목, ⑤ 이수시간, ⑥ 임상시간에 대한 항목에 해당하는 정보를 제공하지 않는 기관이 각각 1개소씩 있었다. 뒤에서 다시 다루겠지만 각기 차이가 많이 나는 자격증의 질에 대한 정보를 소비자에게 제공하는 것이 목적이지만 기준의 불명료함으로 혼란이 있을 수 있어 기준을 제시하는 것이 필요하다.

(10) 제공인력 정보 제공 방법

제공인력 정보 제공 방법은 3개 등급으로 평가되었다. 만점(기관의 공개된 장소(대기실)에 누구나 볼 수 있도록 비치)이 57.1%(8개소)였으며 3점(기관 내부 게시판에 게시)이 35.7%(5개소)를 차지하였다.



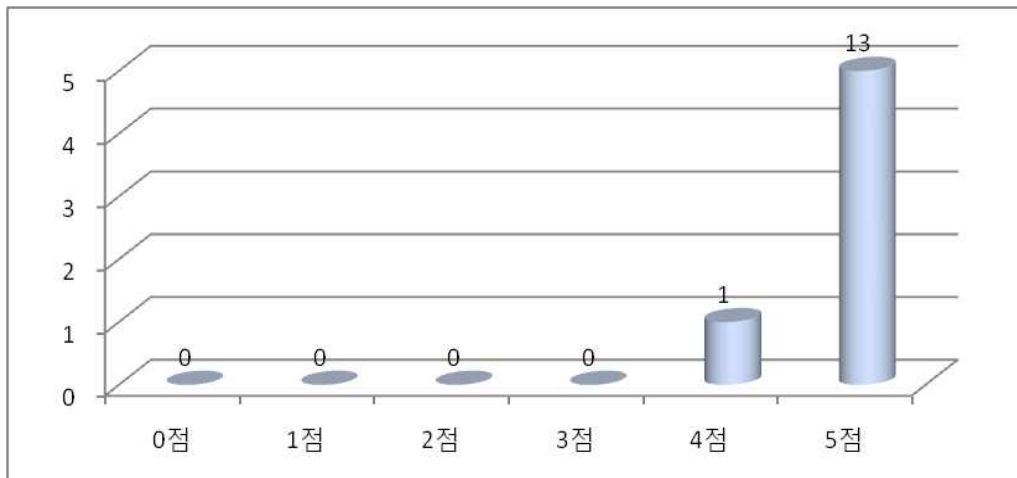
<그림 12> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 모의 점수 분포도

<표 50> '제공인력 정보 제공 방법[10]' 구성 요소의 분포

평가	없음(0)	양호(3)	최상(5)
급간	정보를 제공하고 있지 않다.	기관 내부 게시판에 게시	기관의 공개된 장소(대기실)에 누구나 볼 수 있도록 비치
빈도(개소)	1	5	8
비율(%)	7.1	35.7	57.1

(11) 서비스 과정 기록

'2012년 장애아동 가족지원사업 안내'에는 6종류의 기록을 제공하는 서식에 따라 서비스 과정을 기록하도록 규제하고 있다. 지정기관 지정 조건에 해당되는 본 규정을 대부분(92.9%) 준수하고 있었다.



<그림 13> '서비스 과정 기록[11]' 모의 점수 분포도

대부분 서비스 과정을 기록하고 있었으나 규정상 준수해야 서식 중 ③ '사회복지서비스 제공(이용) 계획서(서식8호)', ④ '서비스 일정표(서식9호)', ⑥ '장애아동 재활치료 서비스 이용자, 모니터링(설문)(서식12호)'에 대해 각각 1개소가 미작성되고 있는 것으로 모의평가 참여 기관들은 보고하였다.

<표 51> '서비스 과정 기록[11]' 구성 요소의 분포

항목번호	①	②	③	④	⑤	⑥	계
요건 충족 수(개소)	14	14	13	13	14	13	81
비율(전체 대비, %)	17.3	17.3	16.0	16.0	17.3	19.0	100.0
비율(개체 대비, %)	100.0	100.0	92.9	92.9	100.0	92.9	578.6

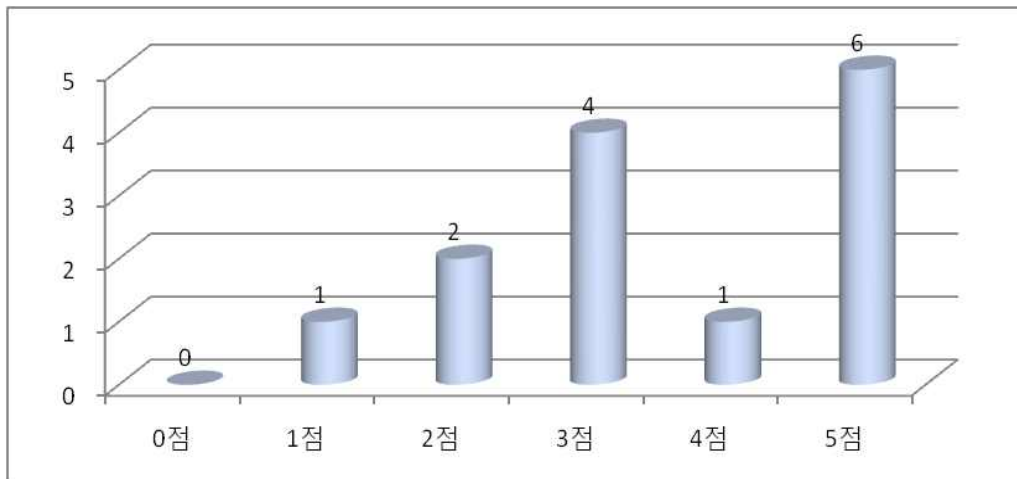
평가	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	해당항목 없음	1, 2가지 항목이 해당	3가지 항목이 해당	4가지 항목이 해당	5가지 항목이 해당	6가지 항목이 해당
빈도(개소)	0	0	0	0	1	13
비율(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	92.9

주) 항목번호: ① 장애아동 재활치료 서비스 제공(이용)계약서(서식6호), ② 개인정보 제공 및 활용에 관한 승낙서(서식7호), ③ 사회복지서비스 제공(이용) 계획서(서식8호), ④ 서비스 일정표(서식9호), ⑤ 장애아동 재활치료 서비스 제공 기록지(서식11호) ⑥ 장애아동 재활치료 서비스 이용자, 모니터링(설문)(서식12호)

(12) 장부 비치

「장애인복지법 시행규칙」 제41조 관련 [별표 5]와 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제8조 관련 [별표 2]에서 비치하여야 할 장부 9종에 대해 나열하고 있다.

규정에 따라 갖추어야 할 9종의 장부를 모두 비치한 제공기관은 42.9%(6개소)였다. 다음으로 7종을 비치한 기관이 28.6%(4개소)로 많았다. 전반적으로 법규를 준수하는 기관이 다수를 차지하고 있었다.



<그림 14> ‘장부 비치[12]’ 모의 점수 분포도

<표 52> ‘장부 비치[12]’ 구성 요소의 분포

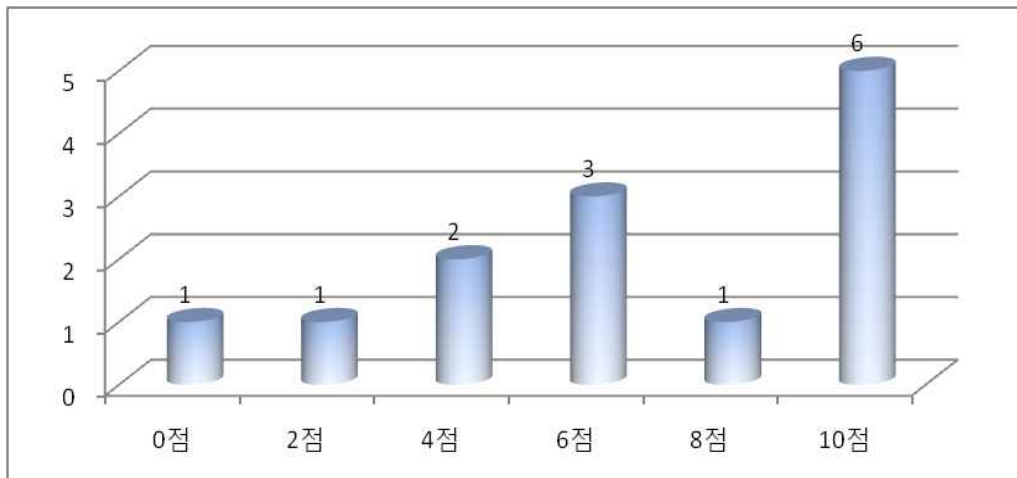
항목번호	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	계
요건 충족 수(개소)	13	12	14	14	14	9	10	14	13	113
비율(전체 대비, %)	11.5	10.6	12.4	12.4	12.4	8.0	8.8	12.4	11.5	100.0
비율(개체 대비, %)	92.9	85.7	100.0	100.0	100.0	64.3	71.4	100.0	92.9	807.1
평가	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)				
급간	해당항목 없음	1~5가지 항목이 해당	6가지 항목이 해당	7가지 항목이 해당	8가지 항목이 해당	9가지 항목이 해당				
빈도(개소)	0	1	2	4	1	6				
비율(%)	0.0	7.1	14.3	28.6	7.1	42.9				

주) 항목번호: ① 제공기관의 연혁에 관한 기록부, ② 제공기관의 장 및 제공 인력의 인사카드, ③ 제공 인력 관계 서류(근로계약서, 제공 인력 명부, 자격증 등), ④ 서비스 제공 관련 서류(서비스 제공계획, 일정표, 상담기록철 등), ⑤ 서비스 모니터링 및 평가에 관한 서류 등, ⑥ 예산서 및 결산서, ⑦ 금전 및 물품의 출납부와 그 증명서류, ⑧ 제공 인력 4대 보험 가입서류, 결제영수증 등, ⑨ 각종 증명서류와 그 밖에 필요한 서류

가장 비치가 되어 있지 않은 장부는 ‘예산서 및 결산서(⑥)’로 전체 14개소 중에서 64.3%(9개소)만이 비치하고 있었다. 다음으로 ‘금전 및 물품의 출납부와 그 증명서류(⑦)’은 71.4%(10개소)만이 비치하고 있었다. 재활치료시설은 해당 장부를 법률에 근거하여 모두 비치하여야 할 의무가 있다.

(13) 사례회의

사례회의는 참여 횟수에 의해 점수를 부여하였다. 모의평가 참여 기관 중 42.9%가 제공인력 1인당 6회 이상 참여한 것으로 나타났다. 이외에도 년4~5회 참여하여 6점을 부여받은 제공 기관이 21.4%(3개소) 차지한 것으로 나타났다.



<그림 15> ‘사례회의[13]’ 모의 점수 분포도

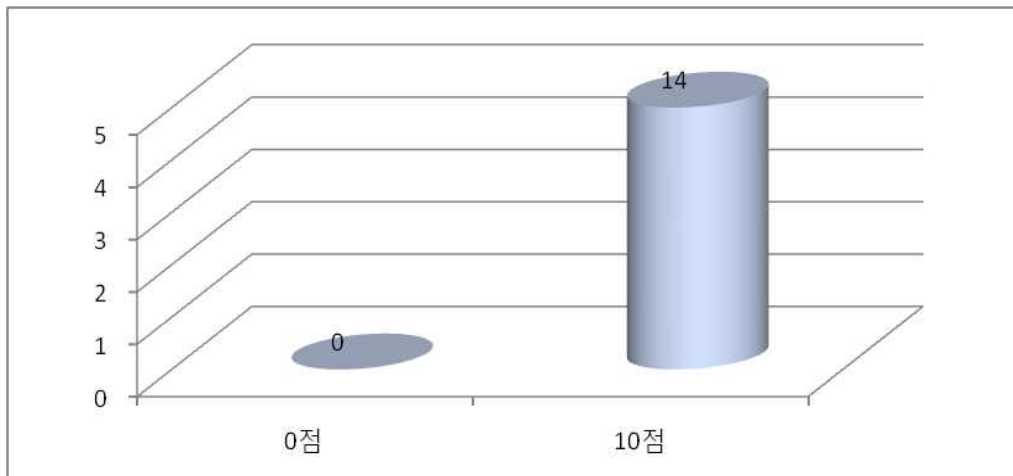
<표 53> ‘사례회의[13]’ 구성 요소의 분포

항목		단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
사례회의 총 참여 횟수 (A)		건	13	0	73	13.2	18.7
제공인력 수 (B)		명	13	2	7	4.7	1.5
1인당 사례회의 참여 횟수 (A/B)		건/명	13	0.0	14.6	3.0	3.9
평가	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)	
급간	년0회	년1회	년2~3회	년4~5회	년6~11회	년12회 이상	
빈도(개소)	1	1	2	3	1	6	
비율(%)	7.1	7.1	14.3	21.4	7.1	42.9	

한 제공기관에서 사례관리 참여는 73회 이루어지고 있고 평균 13.2회 참석하는 것으로 나타났다. 또한 1인당 사례회의 참여 횟수는 평균 3.0회, 최소 0회에서 최대 14.6회로 나타났다. 이러한 결과는 평균값이 보통(4)에 위치하고 있어 급간 구분의 상태가 양호하다고 할 수 있다.

(14) 부정 사용 및 결제

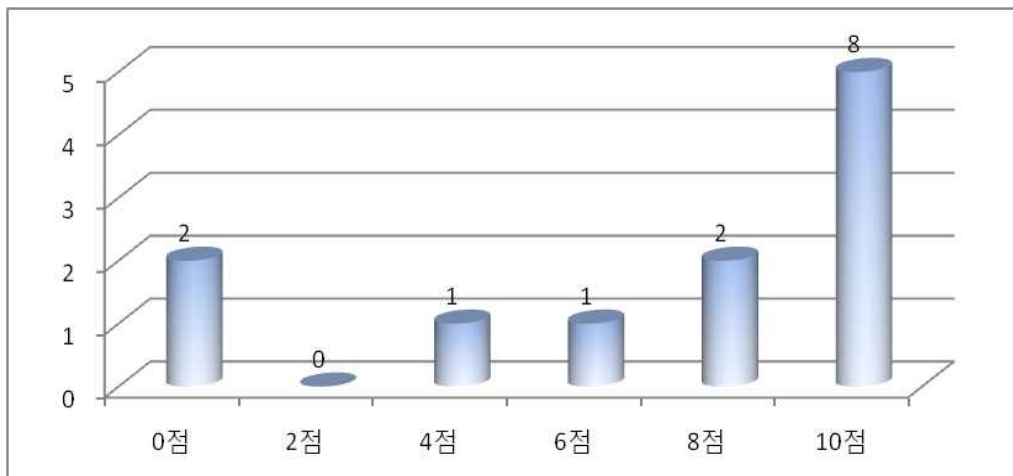
‘부정 사용 및 결제’에 대한 평가 항목은 기관 설립 이래 바우처 카드의 부정 사용에 대한 부당이득 환수 조치와 제공기관 탈락 조치를 받은 경험 유무로 평가하였다. 모의평가 대상 14개소 모두 부정 사용 및 결제 경험이 없는 것으로 나타났다.



<그림 16> ‘부정 사용 및 결제[14]’ 모의 점수 분포도

(15) 본인부담금 선납

본인부담금 선납 평가지표는 10점 만점이 57.1%(8개소)였으며, 8점과 0점이 각각 14.3%(2개소)였다.



<그림 17> ‘본인부담금 선납[15]’ 모의 점수 분포도

본인부담금 후납 건수는 58.2건이었으며 최소 0건, 최대 440건이었다. 후납 결제율을 살펴보면, 평균 2.7%로 나타났다. 최소 0.0%에서 최대 8.3%였다. 본인부담금의 납부는 연 최대 12회가 이루어진다고 할 때 단위의 조정을 고려하여 실인원 당 본인부담금 후납율을 계산하였으나 후납 결제율 지표가 급간 단위와의 일치성으로 인해 사용하기에 쉬운 것으로 나타났다. 이후 모의평가에서 본 지표에 대한 의견이 제시된 바 있어 단위 조정을 하고자 하였으나 본 안 대로 사용하고자 한다.

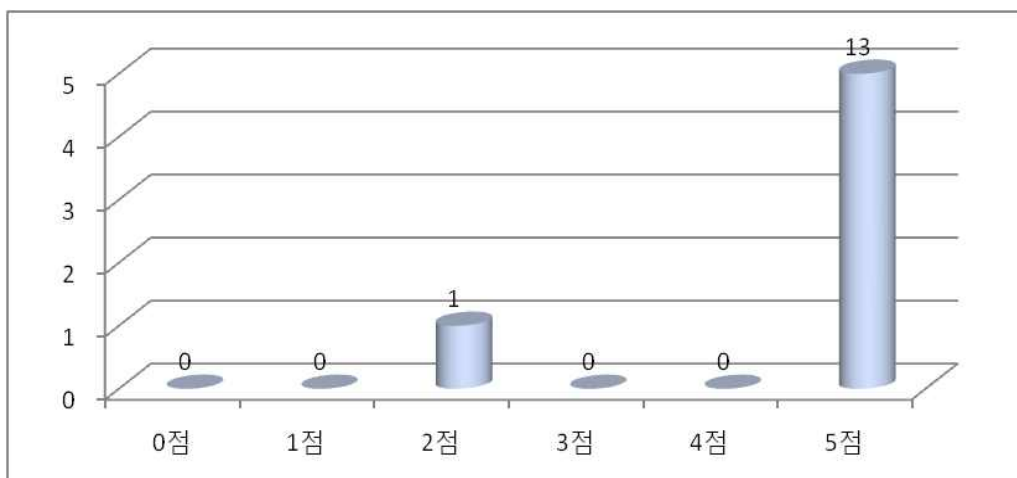
<표 54> ‘본인부담금 선납[15]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
본인부담금 후납 건수 (B=C-A)	건	13	0	440	58.2	138.8
총 결제 건수 (C)	건	13	0	10,589	2,228.9	3,692.6
서비스 제공 실적: 실인원 (D)	명	13	2	117	33.2	42.2
본인부담금 후납 결제율 (B/C×100)	%	8	0.0	8.3	2.7	3.5
실인원 당 본인부담금 후납율(B/D)	건/명	13	0.0	5.8	0.9	1.7

평가	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)
급간	5.00% 이상	3.00~4.00 % 미만	2.00~3.00 % 미만	1.00~2.00 % 미만	0.01~1.00 % 미만	0.00%
빈도(개소)	2	0	1	1	2	8
비율(%)	14.3	0.0	7.1	7.1	14.3	57.1

(16) 선 결제

‘선 결제[16]’ 평가지표에 대해 5점 만점이 92.9%(13개소)로 나타났으며, 2점이 1개로 분포하였다. 급간이 더 좁혀도 큰 문제는 없다고 볼 수 있다.



<그림 18> ‘선 결제[16]’ 모의 점수 분포도

일부 선 결제를 수행하였다고 답한 제공기관에서 몇 번의 선 결제를 하였는지에 대해 응답하지 않아 정확한 것은 알 수 없으나 선 결제 건수를 알더라도 전체 선 결제율이 크게 변화하지 않을 것으로 내다 볼 수 있다.

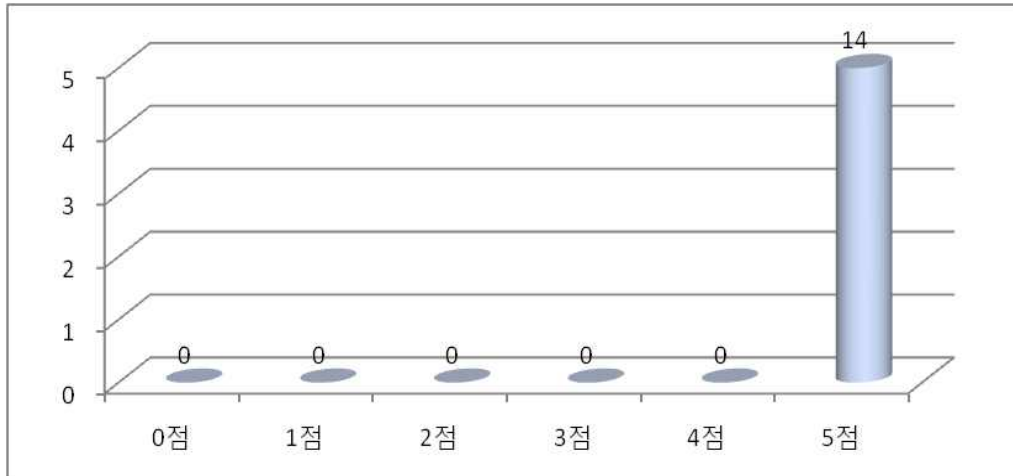
<표 55> ‘선 결제[16]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
선 결제 건수 (A)	건	13	0	0	0	0
총 결제 건수 (B)	건	13	0	10,589	2,228.9	3,692.6
선 결제율 (A/B×100)	%	13	0.0	0.0	0.0	0.0

평가	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	5.00% 이상	3.00~4.00 % 미만	2.00~3.00 % 미만	1.00~2.00 % 미만	0.01~1.00 % 미만	0.00%
빈도(개소)	0	0	1	0	0	13
비율(%)	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0	92.9

(17) 심야 결제

심야 결제는 모의 평가 참여 기관 모두 최고점을 받았다. 0.00%를 중심으로 급간 간격을 짧게 설정하여도 큰 문제가 없다고 볼 수 있다.



<그림 19> ‘심야 결제[17]’ 모의 점수 분포도

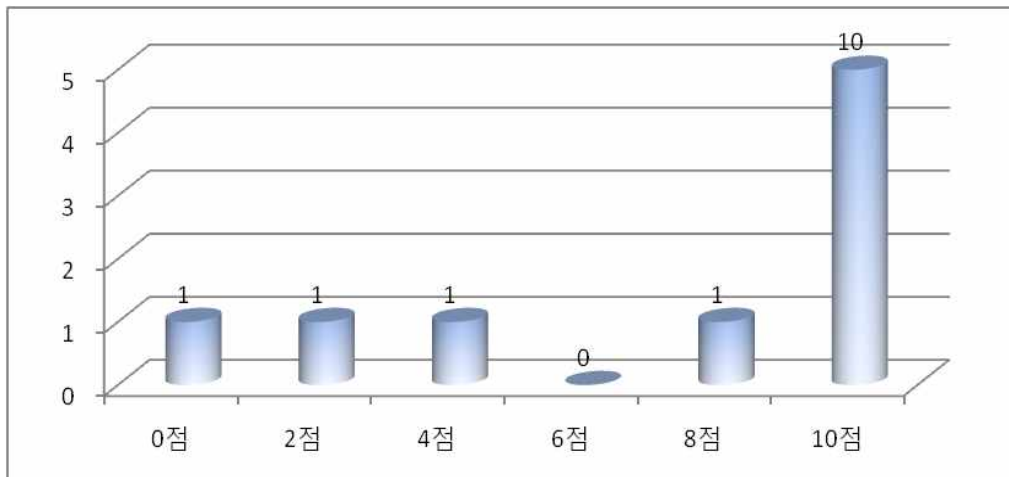
참여 기관 중 심야 결제가 이루어진 기관은 1개소도 존재하지 않아 나타난 결과이다.

<표 56> ‘심야 결제[17]’ 구성 요소의 분포

항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
심야 결제 건수 (A)	건	13	0	0	0	0
총 결제 건수 (B)	건	13	0	10,589	2,228.9	3,692.6
심야 결제율 (A/B×100)	%	8	0.0	0.0	0.0	0.0
평가	없음(0)	미흡(1)	보통(2)	양호(3)	우수(4)	최상(5)
급간	5.00% 이상	3.00~4.00 % 미만	2.00~3.00 % 미만	1.00~2.00 % 미만	0.01~1.00 % 미만	0.00%
빈도(개소)	0	0	0	0	0	14
비율(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

(18) ARS 결제

‘ARS 결제’ 지표도 0.00%를 중심으로 향후 급간을 좁게 설정하여 최소 서비스 요구의 수준을 상향 조정해도 다수는 만점을 받을 것으로 판단된다. ARS 결제는 다수가 만점을 획득하였고 만점을 제외하고 고른 분포를 보였다.



<그림 20> ‘ARS 결제[18]’ 모의 점수 분포도

<표 57> ‘ARS 결제[18]’ 구성 요소의 분포

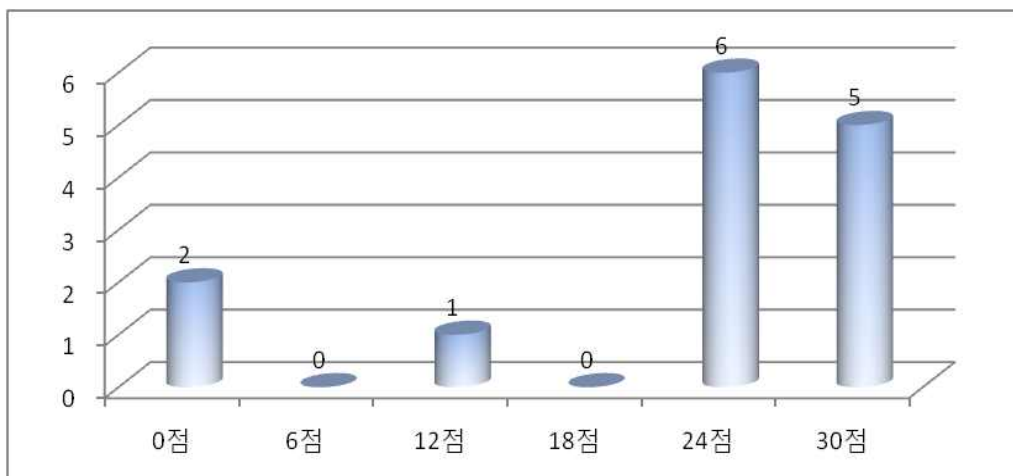
항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준편차
ARS 결제 건수 (A)	건	13	0	725	60.0	200.3
총 결제 건수 (B)	건	13	0	10,589	2,228.9	3,692.6
ARS 결제율 (A/B×100)	%	8	0.0	6.85	0.86	2.42
평어	없음(0)	미흡(2)	보통(4)	양호(6)	우수(8)	최상(10)
급간	5.00% 이상	3.00~4.00 % 미만	2.00~3.00 % 미만	1.00~2.00 % 미만	0.01~1.00 % 미만	0.00%
빈도(개소)	1	1	1	0	1	10
비율(%)	7.1	7.1	7.1	0.0	7.1	71.4

ARS 결제 건수가 ARS 무결제율(0.00%)는 71.4%(10개소)로 나타났고, 최대 ARS 결제율은 6.85%(725건)였으며 평균 ARS 결제율은 0.86%(60.0건)였다. 평균 결제율이 제안한 급간에 포함되지 않고 있어 ARS 결제율 급간도 좁게 설정할

필요가 있다고 볼 수 있다. ARS 결제는 이례적으로 발생하고 있다고 볼 수 있다. 이에 따라 모의평가에서 배점이 0, 6, 7, 8, 9, 10점 간격으로 구성하였으나 2점 간격인 0, 2, 4, 6, 8, 10점으로 변경하였다.

(19) 일괄 결제

모의평가 결과가 보여주듯이 일괄 결제의 배점이 높은 이유는 다른 수단에 비해 일괄 결제가 5배 이상 높은 결제율을 보이기 때문이다. 일괄 결제는 평균 256.6건이 발생하였고, ARS 결제 60.0건, 본인부담금 58.2건, 선 결제와 심야 결제는 0.0건을 보였다. 이러한 이유로 일괄 결제의 배점이 초기 50점으로 높게 설정되었었다.



<그림 21> ‘일괄 결제[19]’ 모의 점수 분포도

모의평거나 지표 검토 과정 중에서 ‘일괄 결제[19]’ 지표에서 관심의 초점은 30점이라는 높은 배점에 있었다. 이러한 높은 배점의 영향력을 상쇄시키기 위해 모의평가에서는 배점의 급간을 완화시키기 위해 우편포하여 배치시켰다(0, 10, 18, 24, 28, 30). 즉 점수가 높을수록 배점 간격이 좁아지도록 설정하였다.

그러나 모의평가 결과 이러한 우려는 기우에 불과하였다. 전체의 78.6%(11건)이 우수 이상으로 나타났다. 이러한 점을 고려한다면 배점 간격을 동일하게 설정하여도 큰 문제가 없을 것으로 판단하여 급간 6점 간격 배점(0, 6, 12, 18, 24,

30)으로 재조정하였다.

<표 58> ‘일괄 결제[19]’ 구성 요소의 분포

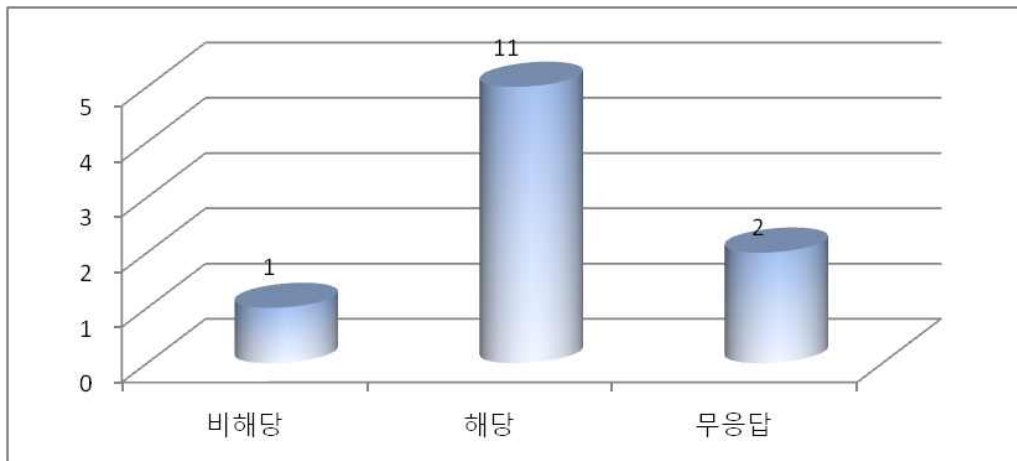
항목	단위	N	최소값	최대값	평균	표준 편차
일괄 결제 건수 (A)	건	13	0	1,675	256.6	610.5
총 결제 건수 (B)	건	13	0	10,589	2,228.9	3,692.6
일괄 결제율 (A/B×100)	%	8	0	30.62	5.89	11.25

평어	없음(0)	미흡(6)	보통(12)	양호(18)	우수(24)	최상(30)
급간	5.00% 이상	3.00~4.00 % 미만	2.00~3.00 % 미만	1.00~2.00 % 미만	0.01~1.00 % 미만	0.00%
빈도(개소)	2	0	1	0	6	5
비율(%)	14.3	0.0	7.1	0.0	42.9	35.7

(20) 임직원의 범죄 경력 조회

임직원의 범죄 경력 조회는 「장애인복지법」 개정에 따라 적용되는 평가지표이다. 「장애인복지법」에서는 아동 대상 성폭행에 의한 취업 및 사업 제한에 대해 규정하고 있다. 또한 평가지표의 범위에 비해 특정한 범죄에 한정되어 있으나, 강력한 조치를 포함하고 있었다.

모의평가 결과는 조심스럽지만(오타의 가능성도 있지만) 임직원의 범죄 경력이 조회될 수 있는 가능성이 있다는 것을 나타내지만, 정식적인 관계 기관의 조회를 거치지 않았고, 개인정보에 해당하는 사항이므로 평가하기에는 이른다.



<그림 22> '임직원의 범죄 경력 조회[20]' 모의 점수 분포도

3. 개별 지표에 대한 의견

본 연구의 핵심인 평가 지표와 평가 기준에 대한 세부 사항 조정을 위해 개별 지표 중심으로 의견을 수렴하였다. 지표별로 평가지표에서 수정, 삭제, 추가가 필요한 부분에 대해 의견을 중심으로 정리하였다.

1) 서비스 제공 실적

서비스 제공 실적 영역에 대해서 두 가지 의견이 수렴되었다.

본 평가는 교육청 바우처 사업 등을 지정 받은 실적은 포함되지 않고 '장애아동 재활치료 사업(보건복지부, 바우처)'에만 적용하도록 설계되어 있다. 같은 보건복지부 사업이더라도 '언어발달지원사업', '지역사회서비스사업', '장애아가족 양육지원사업'이나 시도에서 수행하는 재활치료 관련 사업도 포함하지 않는다¹⁰⁾.

10) 2011년 장애아동 재활치료 지정기관이 타 정부 사업 지정 현황은 다음과 같다(이용복 외, 2011: 84)

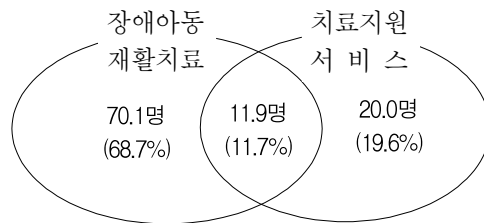
두 번째, 평가 증빙서류를 최소로 해 달라는 요구이다. 본 평가의 취지도 평가 준비를 위해 과도한 시간이 소요되지 않아야 한다는 현장의 요구를 반영하고자 노력하였다. 주로 입력은 전산 시스템을 기준으로 하고 있으나, 평가기준을 명확하게 제시하기 위해 집계표를 제시하였으나 이를 제출 의무 사항이 아니다. 이를 명확하게 하기 위해 해당 자료를 보조 자료로 표시하고 제출의무가 없음을 평가 기준에 제시하였다.

<표 59> ‘서비스 제공 실적[1]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 교육청 바우처 실적도 포함해야 되는지에 대한 점검 필요함.
- 증빙서류에서 표를 보내주셨는데 이는 서비스 과정기록(단가, 총시간, 매출액)에 이미 기록이 되어 있는 자료입니다. 서류를 중복으로 기재할 필요가 있을까요? 서류를 잘 준비하여 평가를 잘 받는 것도 중요한 일이지만 그보다 더 중요한 것은 중복되는 서류 작성에 시간을 뺏기는 것 보다 연구 시간을 확보하여 아동에게 질 좋은 서비스를 제공하는 것이 아닐까요?
- 사회서비스 제도의 장점 중 하나는 이용자가 양질의 서비스를 찾아 기관을 선택하여 경쟁체제를 도입한 제도임으로 많은 바우처 이용자가 찾는 기관이라면 이용자입장에서는 양질의 기관일 수 있음. 따라서 평가문항1의 제공 실적에 대한 평가점수(현재 5점)는 상향 조정(10점 이상 배점 필요)이 필요해 보임.

구분	전체 (개소)	지정기관수 (개소)	전체 대비 지정률(%)
보건복지부 장애아동 재활치료사업(바우처)	321	321	100.0
보건복지부 언어발달지원사업(바우처)	321	135	42.1
보건복지부 지역사회 서비스사업(바우처)	321	112	34.9
보건복지부 장애아가족 양육지원사업	321	4	1.2
교육과학기술부 치료지원서비스(바우처)	321	52	16.2
재활치료 관련 시도 지정 사업	321	11	3.4
기타 재활치료 관련 지정 사업	321	5	1.6

특히, 보건복지부의 장애아동 재활치료와 교육과학기술부의 치료지원서비스를 모두 지정받은 기관은 장애아동 재활치료 지정기관은 16.2%에 해당되며, 제공기관의 이용자의 중복도는 아래 그림과 같다(이용복 외, 2011: 84)



2) 재가방문 서비스 제공 실적

재가방문 서비스 제공 실적에 대해서는 별다른 의견은 없었으나, 본 지표와 간접적인 관련이 있는 방문치료는 재가방문형 서비스를 말하며 기관방문형과 상반되는 서비스 제공 방식이다. 방문치료는 재가방문형 서비스를 말하며, 제공 인력이 이용자의 거주하는 곳(가정이나 생활시설 등)에 방문하여 제공하는 서비스 형태를 지칭한다. 이 개념이 본 평가 지표에서 어떻게 반영되어 있는지 설명이 필요하여 포함시켰다.

재가방문형 서비스가 문제가 되었던 과거 사례는 생활시설에 방문하여 집단 치료가 이루어지고 결제가 이루어진 사건이 사회문제로 보도되었다. 집단치료는 집단크기가 2명 이상인 치료집단으로 이루어지는 치료 형태를 말하며, 이는 1명으로 구성된 개별치료 또는 개인치료와 구별된다. 이 사건의 핵심은 집단치료는 참여하는 아동의 부모 개개인의 동의가 필요한데, 생활시설에서 재가방문형으로 서비스가 제공이 서비스 질을 담보할 수 있지 않은 편법 운영이라는 지적이다. 이 사건에 대한 대책으로 집단치료가 원칙적으로 금지가 검토되다가 절충안으로 시설장의 동의에 따른 책임 부여와 집단크기별 결제액을 제한하는 방식으로 정리되었다.

그러나 집단치료가 개별치료 보다 치료에 있어 비효과적이라고 볼 수는 없다. 치료 집단의 크기를 결정할 때 치료효과가 고려되어야 한다. 개별치료 보다 집단치료가 더 효과적인 경우도 있다. 또한 집단치료 구성원을 유사한 장애정도나 유형이 좋을 수도 있으며, 상호작용과 집단 크기를 고려할 때 상이한 장애정도나 유형이 효과적인 경우도 있다. 집단치료가 개별치료 보다 진행이 어렵다. 또한 집단치료의 경우 참여하는 장애아동의 보호자나 미성년후견인으로부터 동의를 개별적으로 동의 받아야 한다. 이에 대한 판단은 개별 사례별로 살펴보아야 하며, 재활치료사가 판단하고 있다.

당시 논의의 되짚어 볼 때, 집단치료에 있어서 집단 구성은 제공인력에게 일임하되 집단일 경우 표준 보고서에 의해 보고서를 작성하여 집단 구성의 적절성을 평가하자는 대안도 검토되었으나 행정절차가 복잡해지고 행정 비용 문제

로 보류되었다. 이 안은 제공인력의 전문성에 대한 신뢰가 바탕이 되어야 한다. 그러나 일부 민간자격발급기관 자격증의 발급이나 재교육에 대한 노력에 비해 자격증에 대한 신뢰성을 확보하기 위한 자기 정화 노력은 집단치료에 대해 제공인력에게 일임하는 방식의 접근은 상대적으로 부족하다.

다시 말해 방문치료에 대한 사례수를 제한하는 조치는 제도 오용에 대한 대책 차원에서 마련되었으나 평가 시스템의 한계로 인해 방문치료는 2012년 장애아동 가족지원사업 안내를 통해 “1:1 개별서비스 제공이 원칙이며, 치료 목적상 집단치료가 필요한 경우 또는 부모(시설의 경우 시설장 등)의 동의를 받은 경우에 한하여 집단치료 서비스를 제공할 수 있으며, 이 경우 집단치료 서비스 단가를 별도 적용¹¹⁾하되, 다만, 집단치료가 5명 이상인 경우에는 시·군·구에 사전보고”하는 것으로 정리되었다(보건복지부, 2012).

3) 제공인력 재교육

제공인력 재교육에 대해 모의 평가에서 제안된 내용은 크게 네 가지 이다.

첫째, 재교육의 범위에 관한 사항이다. 다른 재활치료 영역의 연수에 대한 인정, 동일 영역 판단 기준 확대, 인권교육 등 소양교육의 포함 등에 대한 요구가 있었다.

재교육을 평가하는 이유는 재활치료 유형별로 제공인력의 전문성을 강화하는데 방점을 찍고 있다. 재활치료 유형 간의 교류 보다 재활치료 유형 내에서의 심화를 통해 장애아동의 기능향상을 위한 재활치료 유형간 경쟁 구조를 형성함으로써 재활치료를의 기술 향상을 꾀하고자 하는 의도가 있다. 재활치료 유형 단위로 장애아동의 기능향상에 집중하고 재활치료 효과에 대한 재활치료 유형간

11) 집단치료 서비스 단가(보건복지부, 2012)

대상인원	회당 서비스 단가
2명	개별 치료가의 70% x 2인 = 140%
3명	개별 치료가의 50% x 3인 = 150%
4명	개별 치료가의 40% x 4인 = 160%
5명 이상	시·군·구에서 정하되, 회당 총 결제액이 200% 이내

경쟁을 통해 재활치료사의 전문성 향상을 기대되며, 이를 통해 재활치료사의 권익증진이 장애아동의 이해 관계와 부합될 수 있을 것이다. 업무 영역을 개별 재활치료 유형 단위로 한정하는 것은 정체성이 유사한 직업군을 국가자격화를 통해 재활치료사의 권익향상하기 위한 방법으로도 유용할 것으로 판단되다. 이러한 원칙에 따라 융합형 재활치료 유형의 파생을 지양한다. 재활치료와 관련 있는 영역을 폭넓게 허용하자는 견해나 인권교육과 같은 소양교육을 포함하자는 견해는 반영하지 않았다. 왜냐하면 재활치료 유형 내 전문화 원칙을 지향함으로써 전문성 강화를 지지하고 재활치료 효과에 집중하기 위해서이다.

둘째, 사이버 강의나 학술대회의 인정 시간 제시할 것을 요청하였다. 본 평가 지표에서 교육 시간을 100% 인정 받을 수 있도록 하였다. 특별히 인정 시간을 제시하지 않은 이유는 재교육 시간은 '교육명'으로 판단하므로 학술대회라고 하더라도 해당 재활치료사가 자신의 재활치료유형과 일치하는 교육명을 주관기관에서 발행하는 리플렛이나 행사일정표 등을 통해 제시하여야 하기 때문에 번거로운 절차가 필요하지 않았다. 한국사회복지사협회 등의 사이버 강의의 경우에도 수료증이 요구되지만 '교육명'을 제시가 필요하므로 부분 인정할 이유가 없다. 평가기준으로 제시하였다시피, 부수적인 목적일 경우(예, 여름캠프 중 놀이치료 특강)와 교육과정(평생교육원, 학부, 대학원 등)에서 이루어진 교육은 인정 받을 수 없다.

<표 60> ‘제공인력 재교육[4]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 치료유형과 관련성을 교육명만으로 판단하기보다는, 내용과 치료의 연관성을 보아야 한다고 생각됨. 치료케이스와 관련되어 타 영역의 연수를 듣기도 하는 점에 대한 고려 필요
- 재교육의 범위에서 치료유형과의 관련성을 교육명으로만 판단하기 보다는 각 치료에 대한 연관성 여부로 판단할 수 있도록 고려함이 바람직하다고 생각됨.
- 사이버강의나 학술대회 등과 같이 시간으로 표시되기 어려운 부분에 대해서는 시간적용 기준 마련필요
-예) 장애인복지관 평가지표상에서는 ④사회복지사협회 사이버교육, 기타 원격교육은 수료증을 근거로 하여 1일 1시간으로 인정, ⑤수료증에 교육시간이 시간명시 되지 않거나 수료증이 발급되지 않은 교육훈련 참여시간은 1일 교육 8시간, 반일 4시간으로 함.
- [재교육으로 규정하기보다는 교육시간으로 수정 요함] 현재 치료사 교육은 지원하지 않지만 장애인 인권교육 및 이용자 권리 등 장애인복지종사자로서 필요한 자질에 관한 교육은 실시하고 있음. 장애아동 치료기관이므로 현행 장애인복지제도 및 인권 및 윤리교육 등도 치료사의 전문적인 교육이라고 판단하므로 실적에 반영할 필요있음
- [치료사 교육평가지 문제점] 1) 치료교육비가 고가이므로 예산상 무리가 따름. 장애아동 재활치료 바우처의 치료사에게 치료자격증에 관련된 교육비의 경우 1회당 10만원-30만원 수준으로 본 관 예산으로 지급하기 어려운 점이 있음. 치료사의 인건비, 치료 셋팅비, 치료실 유지 보수비, 치료실 교재교구 구입비 등의 사업비로 지출하고 있는 상황으로 수입 대비하여 지출이 상당히 이루어지고 있어 예산에서 어려운 점이 발생됨. 2) 치료 참여로 인한 치료 불참시 이용자가 바우처로 할당받은 시간을 포기해야 함
- 학회에 따라 다르긴 하지만 대부분의 학회에서 자격유지를 위한 보수교육이나 재교육을 실시하고 있습니다. 이는 학회에서 바로 확인이 가능한 부분이며 수료증을 받고 있음에도 불구하고 보완자료를 더 기재하여야 함은 중복으로 일을 하는 부분이 아닐까하는 생각이 듭니다. 또한 평가기준을 확인해보니 치료유형과 관련성을 ‘교육명’으로만 판단한다고 되어있는데 ‘교육명’으로만 판단한다면 폭넓은 재교육에 어려움이 뒤따를 것으로 판단됩니다. 교육명이 아니라 장애아동 재활치료와 관련 있는 영역은 전반적으로 폭 넓게 허용되어야 한다고 봅니다.

셋째, 예산과 이윤을 이유로 재교육 시행의 어려움을 언급하였다.

재교육은 반드시 제공기관에서 제공할 이유가 없으며 교육 비용을 보조해야 할 의무는 없다. 이 평가항목은 제공인력의 질을 담보하기 위해서 자기발전을 위해 노력하는 제공인력을 채용하고 이에 대해 제공기관이 평가받는 것이다. 또한 지정기관이 되기 위한 평가항목에 포함되어 있는 항목이기도 하다.

지표검토회의에서 재교육에 대한 검토의견은 직접 지원은 하지 않더라도 최소한 재활치료 제공인력이 재교육을 위한 출장 등을 허용하거나 배려하도록 하는데 있다. 재교육을 위한 출장을 허용하고 배려하는 기관에 대해 평가에서 보상받도록 하는데 목적이 있다.

넷째, 평가 행정 부담으로 학회의 자격유지를 위한 보수교육이나 재교육의 확인이 가능하나 이를 재차 확인하는 것은 중복적인 일이라는 의견을 제시하였다.

본 평가도 규제의 일종이다. 제시하는 평가지표는 다른 사회서비스의 평가지표나 외국의 인증제도에 비추어 볼 때 과격적으로 필수적인 지표에 한정하여 제시되고 있는 것이다. 또한 바우처 재정지원 방식에서 이루어지는 규제는 최소한의 서비스 질 유지를 위해 기존의 재정지원 방식에 비해 규제가 더 많을 수도 있다.

또한 제공기관과 제공인력은 전문성과 권위를 인정받기 원한다. 전문성을 인정받기 위한 여러 가지 방법 중의 하나는 제3자에게 제공인력 개개인의 전문성을 객관적으로 평가할 수 있는 판정체계를 확립해야 한다. 그리고 전문성의 범위를 좁힐수록, 다른 직업군과 중복되지 않을수록 판정체계 구축에 유리하다. 그러나 판정체계 구축이 어려운 점은 학력 요소를 가급적 배제하는 것으로, 학력 요소를 배제하면 사회적인 승인을 받기에 유리하다는 측면이 있다.

재교육의 범위는 재활치료 유형별 전문화 전략이 장애아동의 이해에 부합된다는 입장에서 구성되었지만 평가지표에 반영되었다고 전문화가 달성되는 것은 아니다. 이에 대해서는 제공기관장과 제공인력 그리고 자격증 발급기관, 학회 등이 전문화를 위한 지속적인 노력이 선행되어야 한다.

4) 제공인력 임상경력

제공인력 임상경력과 관련된 의견으로는 전업 제공인력 확보의 어려움으로 본 지표의 점수 획득에 어려움이 있을 수 측면에서 견해들을 제시하였다.

모의평가에 참여한 제공기관 중 한 곳에서는 제공인력 임상경력 산출 방식을 ‘건강보험자격득실확인서’ 등 4대 보험에 근거하겠다는 취지를 긍정하면서도 현

지표가 적용할 때 발생할 수 있는 문제점에 대해 제시하였다.

제공인력의 다수가 시간제 상태에 있어 ‘건강보험자격득실확인서’에 따를 경우 현재의 지표가 ‘0점’에 가까울 것으로 우려하였다. 이에 대해 지표검토위원 등은 제공인력의 전문성 강화와 수급의 안정성 확보를 위해 필요성을 동감해주었으며 다수 제공기관이 0점이라면 형평성에 문제가 없다는 의견을 제시하였다. 모의평가에서 제공인력의 임상경력이 평균 32.4개월(<표 44> 참조)로 나타났는데 우려할 만한 수준은 아닌 것으로 볼 수 있다.

이러한 지표가 단기적으로 제공인력 확보의 어려움을 직접적으로 해결해 주지 않을지라도 장기적으로 제공인력의 수급 확보를 위한 차원에서 설계되었다.

네 번째 제시된 의견은 한 제공인력으로 인해 높은 점수를 받을 수 있다는 점은 인정하지만 이로 인해 높은 점수를 받는 것이 본 지표의 취지에서 벗어나는 일은 아니다. 제공기관 입장에서는 경력이 많은 제공인력을 계속 채용하기 위해서는 많은 노력이 필요하다는 점을 인정할 필요가 있다.

<표 61> ‘제공인력 임상경력[6]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- ‘건강보험자격득실확인서’로 자격취득 이후의 경력을 산출이 긍정측면에서는 풀타임 근무 치료사 채용에 어려움을 겪는 기관들에게 있어서는 치료사 구인에 도움이 될 것으로 평가됨. 그러나 현재 파트치료사만을 채용한 기관의 경우에는 최악의 경우 치료사 경력이 ‘0’으로 산출될 수 있어 고려 필요할 것으로 생각됨.
- 치료를 원하는 수요에 비해 치료사의 공급이 적은 편이고, 바우처 치료의 경우 치료사의 잦은 이직률을 고려할 때 평가내용에 대한 기준을 완화할 필요성이 있다고 생각됨.
- 치료사들의 경우 프리랜서로 일하는 경우가 많고 실제 치료사들의 프리랜서 선호도 높은 편임. 따라서 직장 건강보험에 가입하지 않고 지역의료보험 가입자 많은 편. 건강보험여부로 임상경력을 산정하는 것은 무리가 있음. 임상경력을 시간으로 산정해서 몇 시간 이상은 1년으로 간주하는 것이 필요함(노무측 자문 필요함)
- 6번 문항에서 전체 교사의 임상경력 계산 하는 방법은 적절하지 않은 것 같습니다. 한 교사의 높은 임상경력으로 인해 높은 점수를 받을 수 있을 것 같습니다.

5) 제공인력 4대 보험 가입

시간제가 제공인력의 97.1%(이용복, 2011: 94)를 차지하고 있는 상태이므로 급간을 조정하자는 의견이 있었다. 그리고 한 제공기관에서는 구체적으로 최상 15점의 95%에서 70%로 하향 조정하자고 의견을 제시하였다.

지표검토회의에서 이 문제에 대해 집중 토론이 있었고, 지표개발회의에서 최종 논의된 바는 두 가지로 요약된다. 첫째, 제공인력은 급여 때문에 시간제를 선호한다. 그러나 제공인력의 전문화와 안정을 위해 단기적으로 혼란이 있더라도 장기적으로는 4대 보험에 기반한 경력인정 방식은 전문성 인정과 지위 향상에 기여할 것이다. 둘째, 제공기관 입장에서 제공인력 확보가 원활하지 않는데, 제공인력 확보가 쉬워질 수 있다. 셋째, 현 제공인력의 시간제 비율을 고려할 때 거의 대부분의 제공기관 해당 점수가 0점에 가까울 것이므로 형평성에 문제가 없다. 오히려 배점을 높임으로서 제공기관장의 노력에 대한 강한 보상을 주어질 필요가 있으며, 현재의 배점 체계도 큰 문제가 있는 것이 아니다. 모의평가에서도 기대와 달리 고른 분포를 하고 있는 것으로 나타났다(<그림 10> 참조). 또한, “‘제공인력 수’란 평가대상 기관 중 치료를 제공했던 실인원을 말한다(제공기관장은 치료를 제공하더라도 제외).”라고 명확히 하기 위해 변경하였다.

또한 ‘4대 보험 모두에 가입되어야 한다는 기준’이 변경되어야 한다는 의견도 있었다. 본 지표의 취지를 설명하면 「장애아동복지지원법 시행규칙」 별표2(제9조 관련)¹²⁾에서는 제공인력에 대한 배상보험과 4대 보험을 가입하도록 하였다. 그리고 별표1과 별표2는 지정요건에 해당된다. 지정요건을 충족하지 못할 경우 본 평가지표의 내용과 무관하게 지정취소 사유에 해당된다. 관계법령을 고려하면 산재보험은 의무가입하고 제공인력이 월 근로시간이 60시간 이상인 경우에는 국민연금, 건강보험, 고용보험 가입해야 하고, 60시간 미만인 경우에는 상해보험 또는 별도의 보상 대책을 마련하도록 하고 있다. 이러한 원칙은 장애아동

12) [별표 2]발달재활서비스 제공기관의 운영기준(제 9조 관련)

4. 보험 가입

- 가. 발달재활서비스 제공기관의 장은 발달재활서비스 제공 인력에 대한 배상보험에 가입해야 한다.
- 나. 발달재활서비스 제공 인력은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 4대 보험에 가입해야 한다.

재활치료 이외의 사회서비스에도 적용되는 바이다. 단 제공기관의 장은 가입대상에 해당되지 않는다.

지표개발회의에서는 이 기준을 상향 조정하여 제공인력이 60시간 미만인 경우에도 4대 보험 가입을 권장하도록 하였다. 4대 보험 가입을 통해 얻고자 하는 효과는 세 가지이다. 제공인력의 수급 안정성, 제공인력의 고용 안정성, 그리고 임상경력자료의 공신력 확보이다. 특히 세 번째는 중요한 의미를 갖는데, 국가 자격 체계로의 전환을 위한 공신력이 있는 이력 정보를 확보할 수 있으며 자격 제도 유지를 위한 행정비용을 절감할 수 있는 방안으로 활용될 수 있다.

<표 62> ‘제공인력 4대 보험 가입’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 지표상에서도 치료 인력의 97.1%가 파트로 근무하는 것을 알고 있고, 파트직원 에 대해서까지 제공기관이 4대 보험을 가입하기에는 부담이 있는 상황임에도 최상을 95%이상으로(15점) 배치한 것은 현실과 맞지 않음. 배점에 대한 가입 비율(%)조정이 필요함
- 현실적이지 않은 가입%로, 97% 파트직원에 대해 4대 보험 가입해주는 기관이 거의 없는 현실에서 최상 15점의 95%는 문제가 있음. 최상의 가입률 %는 차츰 높아가는 방식으로 변경 제안함.

현행		변경(안)	
최상(15)	95%이상	최상(15)	70%이상
우수(12)	90%~95%미만	우수(12)	60%~70%미만
양호(9)	80%~90%미만	양호(9)	50%~60%미만
보통(6)	60%~80%미만	보통(6)	40%~50%미만
미흡(3)	1%~60%미만	미흡(3)	1%~40%미만
없음(0)	가입인력 없음	없음(0)	가입인력 없음

- 본 기관 치료사 1년 강사계약 실시함. 1년 마다 재계약 실시. 강사료 사업소득 세로 소득신고하고 있음. 치료가 있을 시에만 출근하고 있는 상황임. 배상책임 보험 가입하여 만일에 발생하는 상황에 대하여 대비하고 있으며, 여름휴가비, 명절 상품, 직원 유니폼, 치료평가도구 등 지원하고 있음. 올해 치료강사비 상향조정하여 실시함. 장애아동 재활치료의 경우 이용자 거주지나 시군구 제한 없이 자유롭게 재활치료 기관을 선택, 이용하고 있는 상황으로 이용과 종결이 자유로워 이용자의 고정된 확보가 어려운 상황으로 강사계약을 실시함. 4대 보험 가입을 고려한다면 강사료 하향조정이 불가피함.
- 제공인력 4대 보험 가입에서 개인사업자의 대표는 4대 보험 모두에 가입되어야 한다는 기준이 수정될 필요가 있음. 이는 사업주는 산재, 고용보험 대상자가 아니면서 제공인력 일수 있기 때문임.

6) 제공인력 제공정보 범위

제공인력 제공정보 평가지표와 관련하여 3가지 내용에 대한 의견이 제시되었다.

첫째, 이수시간 표기 규칙 마련이 필요하다.

이수시간의 의미는 자격발급기관이 남발하면서 자격증의 질을 객관적으로 비교 평가할 수 있는 정보를 소비자에게 제공하는데 목적이 있다. 본 지표의 취지는 이수시간을 기준으로 자격증의 질을 비교하는데 있으므로 비교할 수 있는 규칙이 필요하다는 의견이다.

본 연구에서는 이수시간 표기 규칙의 마련이 필요하다는데 동의하지만 그 규칙은 전공과목의 내용과 비전공자와 전공자의 수준을 구분하는 방안에 대해 동의하지 않으며¹³⁾ 자격발급기관의 자격시험 응시 요건 또는 자격시험이 없이 발급되는 자격증의 경우 자격발급 요건을 기준으로 자격취득 경로에 따라 유형화하여 기준을 제시하자는 의견을 제시한다. 다만 자격발급기관의 자격증 발급 요건에 대한 정보가 없으므로 반영하지 못하였다.

자격발급기관이 학회가 아닌 경우도 있으므로 학회가 아닌 경우를 포괄하는 규칙이 필요하다. 자격증 발급 요건은 세 가지로 구성된다. 자격시험 응시 요건, 자격시험 합격 요건, 자격유지 요건이다. 이수시간이란 자격을 취득하기 위해 이수하여야 할 과목에 소요되는 최소 시간으로 정의할 수 있다. 자격 발급 기관에서는 별도의 교과 과정을 운영하는 것은 특수한 경우라 할 수 있으므로 자격 발급 기관에서 요구하는 자격시험 응시 요건을 충족하는데 소요되는 시간으로 환산할 필요가 있다. 복수 개의 자격 취득 경로를 인정하는 경우에는 자격 취득한 경로에 해당되는 소요시간을 이수시간으로 기록할 필요가 있다. 자격시험 응시 요건이 학력요건이 포함된 경우 학력요건에 대한 환산이 필요하다. 민간자격 발급기관 중에서는 국가자격발급 기준과 달리 이수 과목을 지정하지 하지 않고

13) 주장의 요지는 학력 서열화를 부여하는 것이다. 예를 들어 비전공학부를 전공하였으나 전공으로 석사를 취득한 경우는 학사 전공자 보다는 이수시간을 더 반영해 주되, 학사 전공자하고 전공으로 석사를 취득한 경우 보다는 덜 인정해 주는 방식으로 규칙을 정하자는 것이다. 그러나 경우의 수가 15가지가 되며 이러한 학력 서열화를 통해 얻는 바가 장애아동의 기능향상 능력과 비례할지 의문이다. 이러한 학력 서열화 방식이 갖는 또 다른 단점은 국가 수준의 행정이나 국가자격체제에서 수용되기 어려운 주장이라는 점이다.

학력요건을 포괄적으로 규정하기 때문이다. 이를 구분하기 위해 의견을 제시한 제공기관에서는 전공, 전선, 전기(전공기초)를 구분하고, 전공·비전공자를 구분 하자는 의견을 제시하고 있다. 이수한 전공과목의 내용과 전공·비전공자를 구분 하는 것은 행정비용에 비해 얻는 바가 크지 않다. 즉 이러한 주장이 수용되기 위해서는 세 가지 조건을 만족해야 한다. 첫째 비전공자가 장애아동 기능향상 효과가 낮다는 과학적 근거가 있어야 한다. 둘째, 장애아동 기능향상 효과를 측정하는데 소요되는 행정비용이 전공과목의 내용과 비전공자와 전공자의 수준을 구분하는데 소요되는 행정비용에 비해 과도하게 높다. 셋째, 전공과목의 내용과 비전공자와 전공자의 수준과 장애아동 기능향상의 정도가 비례하는 경향이 있다는 주장을 증명되어야 한다.

또한 「장애아동복지지원법시행규칙」 제20조 별지 제6호서식에서 자격취득요건을 교육과정, 임상시간으로 구분¹⁴⁾하여 입력하도록 규정하고 있다. 교육과정의 의미가 형식화되지 않도록 교과과정시간으로 정의하여야 한다.

두 번째 의견은 이수시간 확인 절차 마련이 요구하였다. 이 의견은 이수시간 표기 규칙을 마련하자는 첫 번째 의견과 밀접하게 관련이 있다. 민간자격증의 질에 대한 정보를 제공하는 것이 소비자의 선택권을 확보하는 방안이지만 이를 객관적으로 비교할 수단을 제공하지 않는다면 정보비대칭 문제를 해결할 수 없다. 자격증간의 차이를 비교할 수 있는 기준으로 제시할 필요가 있다. 이를 위해서는 자격발급기관에서의 자격발급 기준에 대한 정보가 제공되고 각 경로별 산출 시간을 국가나 공신력 있는 기관이 제시해 주는 것이 바람직하다. 향후 중앙장애아동지원센터에서 이러한 역할 수행을 부여하는 것이 전달체계 상 합리적이다. 다만 이러한 역할 수행을 원활하게 하기 위해서 전산시스템을 이용하는 것이 바람직하다. 이 정보를 효율적으로 관리하기 위해서는 「장애아동복지지원법시행규칙」 제20조 별지 제6호서식에 맞추어 ‘보건복지정보개발원’의 관련 데이터베이스에 입력하고 이 내용을 중앙장애아동지원센터와 지역장애아동지원센터에서 공유하는 것이 바람직하다. 그러나 「장애아동복지지원법」 제33조에서

14) 국가자격 발급 기준으로 시험응시요건에 해당되는 교과이수시간과 임상시간이 결합하여 제시된 것으로 보여진다. 그러나 민간자격 발급 기준은 교과목을 기준으로 하기 보다 학력 기준을 추가적으로 결합하므로 이 학력을 교과이수시간으로 환산하는 기준 제시가 필요하다.

는 제공기관이 지역장애아동지원센터의 장애아동에 제공하고, 중앙장애아동지원센터에 제공하도록 하고 있지 않기 때문에 제공기관에서는 이중적인 작업이 될 수 있다. 또한 지역적인 제약이 있지만 거주지 소재 제공기관을 이용하지 않는 이용자를 제안할 의도가 없다면 제공기관의 정보는 중앙장애아동지원센터에서 일률적으로 제공하는 것이 효율적일 수 있다.

셋째, 감사에서의 공개범위와 부모에게 공개범위의 구분이 필요하다고 제안하였다. 이러한 구분은 필요하며, 본 평가지표에는 '2012년 장애아동 가족지원사업 안내'에서 밝힌 6가지가 부모에게 공개범위로 설정하였다. 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제20조 별지 제6호서식에서 제시된 내용 보다는 적은 개수이다. 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제20조에서는 장애아동 및 그 보호자에게 해당 장애아동에게 발달재활서비스를 제공할 인력에 대한 정보를 제공하도록 하고 있다. 또한 이에 따른 별지 제6호서식에 따르면 제공할 인력에 대한 정보를 제공하도록 하고 있으며, 범위를 특정하고 있지는 않으나 보고해야 할 내용을 고려할 때 성명, 성별, 연락처, 최종학력, 전공, 자격증 명칭, 자격번호, 자격발급기관, 자격취득요건(교육과정, 임상시간), 취득시기, 주요경력으로 기간, 근무기관, 직위의 전부 또는 일부라 할 수 있다. 또한 발달재활서비스를 제공받고자 하는 장애아동 및 그 보호자에게도 정보를 제공하도록 하고 있다(「장애아동복지지원법」 제33조 제1항). 「장애아동복지지원법」 제33조 제1항에서 관할 시장·군수·구청장, 지역장애아동지원센터의 장, 발달재활서비스를 제공받고자 하는 장애아동 및 그 보호자로 규정하고 있다. 그러나 시행규칙에서는 관할 시장·군수·구청장에게는 발달재활서비스 제공 인력 전부에 대해 정보를 제공하지만, 발달재활서비스를 제공받고자 하는 장애아동 및 그 보호자에 대해서는 해당 장애아동에게 발달재활서비스를 제공할 인력으로 규정하면서 소비자의 선택권이 모호해 진 측면이 있다. 바우처 재정지원방식으로 서비스가 이루어진다는 점을 고려한다면 더 적은 수의 정보를 제공하더라도 소비자가 제공기관간 또는 제공기관 내의 서비스를 선택할 수 있도록 제공인력의 정보가 비교가능하도록 제공되어야 한다.

<표 63> ‘제공인력 제공정보 범위[9]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 이수시간 표기에 있어, 비 전공자의 경우에는 학회를 통해 자격을 획득한 경우에는 이수시간 계산이 용이함. 그러나 관련학과 4년 전공자의 경우에는 이수학점을 시간으로 환산하는 과정이 필요함에 따라 이수학점 계산에 있어 기준 필요(전공, 전공+전선, 전공+전선+전기(전공기초))
- 장애아동 재활치료 치료사 사진, 자격증, 대학 등을 치료실 앞 게시판에 게시하여 이용자의 알권리를 준수하고 있음. 치료사의 경력정도는 열람이 가능할 것으로 판단되나 임상시간의 경우 각 기관과 시간의 정도가 많아 오히려 더 이용자들이 정보를 아는 것에 산만하다고 판단되어 간략하게 게시하고 있으며, 치료사의 정보를 수시로 확인할 수 있도록 하고 있음. 이수과목은 각 협회에서 필수 이수과목을 제시하는 것이 선행 과제임. 과다정보로 판단됨, 꼭 필요하다면 임상시간 정도를 제시하되, 임상시간 또한 협회차원에서 철저한 관리가 선행되어야 함. 현행 장애아동 재활치료 전산시스템에서는 치료사별로 활동한 임상시간이 스크리닝 되는지 점검 요함.
- 9번의 경우에는 감사에서의 공개범위와 부모에게 공개범위가 구분되어야 할 것 같습니다.

7) 제공인력 정보 제공 방법

제공인력 정보 제공 방법[10]에 대해서 두 가지 의견이 제시되었다.

제공인력의 개인정보보호와 소비자의 선택권 보장의 절충안을 제안하였다. 바우처 재정지원 방식에서는 소비자 선택권이 보장되고 정보의 비대칭성이 해소되어야 시장이 작동한다는 원리에 따라 제공기관의 선택은 물론 제공기관 내에서 제공하는 서비스를 선택, 서비스 시간대의 선택¹⁵⁾ 등이 이루어지도록 제도가 설계되어야 한다. 또한 제공인력의 개인정보도 보호받을 권리도 있다. 이에 대한 절충점은 법이나 규정에 준하여 적용하는 방안이다. 본 평가 지표는 ‘2012년 장애아동 가족지원사업 안내’에서 규정하는 바에 따라 제공할 정보와 정보 제공 방법에 대해 제시하였지만, 이메일 등을 통한 제공은 지표개발회의에서 제외되었다.

두 번째로 제안된 자격증 이름으로 대체하자고 의견을 제시하였다. 그러나 제

15) 서비스 시간대의 선택은 갈등의 여지가 있지만 다수의 연구에서 관심을 갖지 못하고 있다. 시간대의 선택권을 보장하기 위해서는 제공기관에서 지급 받을 수 있는 바우처 포인트를 시간대별로 차별화하여야 하는데 이 경우 제도 설계가 복잡해 진다.

공기관과 달리 소비자는 각 자격증을 비교할 만한 정보 이해 능력을 갖추고 있지 못하다(정보 비대칭성 문제). 바우처 재정지원 방식을 선택하고 있는 장애아동 재활치료사업의 경우 소비자가 선택하는데 필요한 정보가 제공되어야 한다는 취지가 유지되어야 한다.

<표 64> ‘제공인력 정보 제공 방법[10]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 제공인력의 개인정보보호 문제 및 보호자의 선택권 보장 등에 있어 절충안이 필요하다고 생각됨(공개된 장소에서 누구나 볼 수 있도록 비치하고 있다는 평가내용에 대한 수정 필요). 평가내용의 점수 세분화 필요(예. 보호자 요청시 언제든지 정보열람 가능)
- 자격증을 발급하는 학회별로 차이는 있으나 하나의 자격증을 따기 위해서는 이미 이수과목, 이수시간, 임상시간 등의 자격요건을 갖추고 있어야 자격증을 딸 수 있습니다. 굳이 그 과정까지 다 기록해야 할 필요는 없다고 봅니다. 학회별로 자격증별 임상실습, 워크샵, 연수회, 수퍼비전 등 이미 정해진 시수가 있고 그 조건을 충족시키지 않고는 자격증을 발급받을 수 없기 때문에 어떠한 자격증을 갖추고 있는지만 기재하도록 하는 것이 바람직 할 것 같습니다.

8) 서비스 과정 기록

본 평가지표는 온라인 중심의 기록을 전제로 한다. 이에 따라 제안한 내용은 시스템 입력 편의를 위한 부가 서비스를 제안하고 있다. 부가서비스로 입력 기간 알람 또는 문자 기능 추가를 제안하였다.

기록은 당일 기록이 원칙이고 가까운 시일 내에 기록하는 것을 권장할 사항으로 월말 입력 기한을 주는 것은 전문서비스라는 것을 고려할 때 바람직하지 않다. 다시 말해 돌봄형 사회서비스는 시간이나 횟수, 내용과 같이 단순한 내용이며 때로는 기록을 전자결제 시간을 중심으로 대체가 가능하다. 반면 장애아동 재활치료와 같은 재활치료형 사회서비스는 사람마다 특성과 내용의 차이로 인해 모아서 기록하는 것은 비전문적이다.

<표 65> ‘서비스 과정 기록[11]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 이 부분은 서비스에 있어 직접적인 부분이라 생각합니다. 서비스 과정 기록은 필히 작성 되어 있어야 된다고 생각되며, 서비스를 제공하다보면 온라인 모니터링 시스템에 입력을 하는 일자를 놓치는 경우가 많습니다. 온라인 모니터링 시스템에 입력할 수 있는 기간을 담당자 메일이나 문자로 보내주실 수 있는 시스템이 구축되면 가장 좋은 것 같습니다. 만약 입력 기간을 알람 해주시는 것이 불가능하다면 온라인 모니터링 시스템 입력을 하는 기간을 분기별 첫 달 정도로 시간적인 여유를 주셨으면 합니다.

9) 장부 비치

제공기관 중에서 장부 비치 내용 중 ‘⑥예산서 및 결산서는 연매출과 ⑦금전 및 물품의 출납부’가 비과세 사업자에게는 무리한 서류양식이라는 의견을 제시하였다. 그러나 이 장부 비치는 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제9조에 근거한 [별표2]에서 해당 장부 비치를 의무화 있기 때문에 평가지표에서 제외하는 것은 적절하지 못하다.

장부 비치는 「장애아동복지지원법 시행규칙」 제9조에서 8종의 장부를 구체적으로 지정하고 있다. 이 시행규칙의 근거가 되는 「장애아동복지지원법」 제21조 제3항은 장부 비치를 지방자치단체가 지정할 수 있는 요건 중의 하나로 규정하고 있다. 따라서 이 규정을 위반할 경우 「장애아동복지지원법」 제21조 제5항 제2호의 ‘당초의 지정조건을 충족하지 못하게 된 경우’에 해당되어 지정 취소의 사유에 해당되며 경우에 따라 동법 제39조의 벌칙이 적용될 수도 있다.

<표 66> ‘장부 비치[12]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 문항12. 장부비치 중 ⑥예산서 및 결산서는 연매출과 ⑦금전 및 물품의 출납부와 그 증명서류는 4,800만원 미만 비과세 사업자인 자영업자에게 요구하기엔 무리한 서류양식임. 이는 세무기장 위탁 등을 통해서만 가능한 장부일 수 있음으로 새로운 비용과 업무부담일 수 있음으로 삭제가 필요함.

10) 사례회의

사례회의의 중요성으로 인해 사례회의의 내실화를 위해 의견을 제시하고 있으나 본 평가지표에서 의도하는 사례회의와 맥락에 있어 다소 차이가 있다.

본 지표의 사례회의(conference)는 일정한 사례에 대해 관계 전문가들이 해법을 찾기 위한 토론회의 의미를 갖는다. 장애아동 재활치료는 전통적인 장애인복지관의 주요 사업으로 다루어진 관계로 사례관리(case management)를 위한 회의와 혼동할 수 있다. 본질적으로 관계 전문가들이 사례에 대한 해법을 논의하는 자리라는 측면에서는 동일하지만 전자는 해법을 내부에서 찾고 후자는 외부 자원과 역할 분담을 통해 실현한다는 점에서 차이가 있다. 가장 큰 차이점은 전자는 결국 재활치료사 혼자 해결해야 한다는 점이다.

따라서 본 지표에서 제시하는 바는 장애인복지관 등 비영리 사회복지기관 등이 약 40%를 차지하고 있으나 일차적으로 ‘장애아동의 기능 변화’ 목적으로 특화시키는데 목적이 있다. 이에 대한 작동 기제는 바우처 제도의 영리성을 인정하는데 있다. 재활치료 영역을 비영리 사회복지 영역에서 분리시켜 지원하려는 움직임으로 이해할 수도 있다. 재활치료 영역이 유관 전문직으로부터 정체성을 유지 발전시키기 위해서는 수 년 안에 장애아동 재활치료 사업 영역에서 ‘장애아동의 기능 변화’를 입증할 책무성이 있다. 이를 입증하지 못한다면 계속적인 도전을 받게 될 것이다¹⁶⁾.

16) 장애아동 재활치료 사업 실시로 인해 전문치료사 수요가 급증하고 있으나 전문성 논란은 끊이지 않고 있다(이미정 외, 2010).

<표 67> ‘사례회의[13]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 사례회의를 1인당 참여횟수로 평가하기 보다 기관에서 사례회의를 정기적으로 실시하고 있는지를 평가하는 것이 좋음. 사업안내에서는 사례회의에 대한 언급이 없는 만큼, 평가지표로 들어왔을 때 미 실시기관의 반발도 있으리라 예상됨.
- 사례관리인 만큼 담당사회복지사가 관리하는 것이 더 전문성이 있다 판단됨.
 - 00장애인복지관은 사례지원팀이 별도로 편성되어 있어, 장애아동 재활치료에 관련된 초기사정과 사례관리가 별도로 이루어져 있음. 장애아동 재활치료 사업이 저소득 장애아동 가정인 만큼 초기 사정 모두 실시하여 관련된 사례회의 별도로 실시하고 있음. 치료사의 경우 치료로 인하여 사례회의에 참여가 어려울 경우 담당 사회복지사와 논의하여 관련된 정보를 제공하는 수준으로 실시하고 있음. 또한 본관 사례회의의 경우 치료에 관련된 본관 팀장이 참여하고 있음으로, 담당제공 인력이 참여하지 않더라도, 사례회의로 인정할 수 있는 것이 타당하다 판단됨. 또한 치료사의 경우 10시부터 오후8시까지 지속적인 치료로 인하여 참여하기 어려운 점이 있으며, 사례관리인 만큼 담당사회복지사가 관리하는 것이 더 전문성이 있다 판단되어짐.
 - 치료사들은 치료회기에 따른 계약이 일반적이므로 치료외 활동에 필요한 별도의 시간을 할애해야 하고 이에 대한 사회서비스센터의 별도의 지원이 없는 한 참여를 강요하기 어려운 시스템임.
 - 장애아동 재활치료 대상자 모두가 사례관리가 필요한 케이스는 아님. 사례관리를 엄격하게 보고 싶은 것인지, 재활계획회의 여부를 판단하고 싶은 것인지 명료화가 필요함
 - 복지관의 경우 사례관리 개념이 있지만 일반 사설기관에서 사례관리에 대한 개념이 일반화되어 있는지 의문임.
- 지침상에는 사례회의에 대한 부분이 없는 만큼 사례회의에 대한 1인당 참여횟수로 평가하기 보다는 사례회의의 대한 정기적인 실시여부로 평가가 이루어져야 된다고 생각됨.
- 사례회의 관련인 경우 장애인복지관 평가 지표 상에도 그 중요성이 대두되고 있으며, 현재 대부분의 복지관 사례지원팀이 운영되고 있음. 장애아동 재활치료는 저소득의 장애아동가정을 대상으로 치료를 실시한 만큼 사례회의에 대한 중요성과 그 전문성이 이슈화 되고 있음. 그러나 현재 대부분의 재활치료사의 경우 계약직 또는 파트타임으로 구성되어 있어 지속적인 사례관리를 하기에는 그 역량과 전문성이 부족한 실정임. 장애인복지관인만큼 초기사정을 통하여 사례가정을 발굴하고, 이에 적합한 사회복지사가 사례관리가 이루어져야 하는 것이 전문성과 체계적 개입을 위해 더욱 효과적이라 판단됨. 위기 개입 가정의 경우 치료의 영역을 제외하고는 다른 영역에는 주로 사회복지사의 개입이 주가 되는데 담당 치료사가 이를 조절하고 개입하는 것에는 무리가 있다고 판단됨. 담당사회복지사가 사례관리의 주가 되고 치료사의 경우 치료 영역에 관련된 정보를 제공해주는 수준으로 개입이 실시되고, 이러한 정보는 서면을 통하여 이루어지는 것도 사례회의에 참여하는 것으로 간주해야 한다고 판단되어짐. 또한 복지관이 아닌 사설 치료에서는 대부분 치료사 위주의 치료가 이루어지고 있는데 사례회의의 지침이나 매뉴얼이 없는 상황에서 전문성이 떨어진 사례회의가 무의미 하다 판단되어짐.

11) 본인부담금 선납

본인부담금은 선납하도록 규정하고 있다. 본인부담금은 소득수준에 따라 면제되거나 6만원의 본인부담금을 선납하도록 하고 있다.

모의평가를 수행한 기관에서 제출한 의견은 네 가지 의견을 제시하였다.

첫째, 아동 건강상의 이유로 인해 결석 등의 사유로 정산을 원하기 때문에 본인부담금 선납 제도 운영의 어려움에 대한 의견을 제시하였다.

둘째, 근본적으로 장애인활동지원제도와 같이 본인부담금을 선납하지 않으면 바우처 포인트가 생성되지 않는 방안이 마련될 필요가 있다.

셋째, 다른 ‘회계투명성’ 관련 지표([14][16][17][18][19])와 달리 ‘본인부담금 선납[15]’의 경우에는 선납은 전월에 일괄적으로 이루어지기 때문에 한 해에 최대 12회 이루어진다. 따라서 산출식의 부모를 ‘총 결제 건수’는 부적당하다는 의견을 제시해 주었다. 이에 따라 ‘총 결제 건수’를 ‘이용자 실인원’으로 변경하면 산식은 다음과 같다.

$$\text{본인부담금 후납 결제율(\%)} = \frac{\text{본인부담금 후납 결제 건수 (건)}}{\text{이용자 실인원 (명/월)}}$$

이 산식에서 ‘이용자 실인원(명/월)’이란 평가 대상 기간 동안의 월단위 인원수를 말한다. 통상 평가 대상 기간은 1년이 된다. 이용자 실인원은 월 단위로 1회 이상 결제한 사람을 실인원 1명으로 계산한다. 실인원 개념은 달이 바뀌면 동일 인물도 다른 사람처럼 취급하여 계산하는 방식이다. 실인원을 계산하는 기준은 바우처 이용을 기준으로 한다. 이 기준에 따르면 본인부담금 선납부 후 바우처를 이용하지 않는 자는 산식에서 ‘이용자 실인원’에는 포함되지 않지만, ‘본인부담금 후 결제 건수(건)’에는 포함될 수 있다. 따라서 ‘본인부담금 후납 결제율(%)’은 100%를 넘을 수 있다. 전산시스템에서 이용자 실인원 산출 기준 시점에 따른 결과이다.

<표 68> ‘이용자 실인원(명/월)’ 계산 예시

	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	실인원(명)
A			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
B				○		○	○				○	○	5
C													0
D	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12
계	1	1	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	27

넷째, 본인부담금 선납 후 바우처 포인트가 생성되도록 시스템 변경할 것을 제안하였다. 본인부담금 선납을 점검하기 위해 평가지표를 설정하는 것 보다 장애인활동지원사업처럼 전산시스템 상에서 해결하는 방안이 적절하다고 판단하여 변경을 제안한다.

<표 69> ‘본인부담금 선납[15]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 본관 장애아동 재활치료 이용시 본인부담금 선납으로 공지하고 있으나, 아동의 건강상의 이유로 인한 결석시 보강 실시 등 치료가 완료된 후 정산을 원하는 학부모들이 주로 의견을 나타내고 있음. 또한 이전 시기에는 교육청 바우처 지원 사업과 더불어 한꺼번에 후납하는 경향을 보이고 있음.
- 활동지원제처럼 본인부담금 선납 후 바우처 포인트가 생성되지 않는 이상은 이러한 문제는 지속적으로 발생될 것이라고 판단되며, 이에 대한 실무자들의 건의는 보건복지부 집합 교육시 지속적으로 이야기 되고 있는 상황임.
- 문항15. 본인부담금 선납은 월1회 납부임으로 결제건수와 관계없이 산출 공식이 필요함(지금의 계산식대로라면 위반하더라도 평가에 크게 영향을 미치지 못함)
- 건수에 대한 회수 작성에서 1년을 기준으로 작성하는 것인지? 유무가 우선체크된 다음 건수를 작성해야 맞지 않나요? 건수라고 하면 대상인원수에 맞는 건수여야 되지 않나요?
- 장애인활동지원사업의 경우에는 자부담을 선납하여야만 바우처 생성됨. 장애아동 재활치료의 경우도 정부가 정한 자부담금(2만/4만/6만)을 납부해야 하는 대상자는 그 금액을 납부하였을 때 바우처가 생성되도록 제도변경 제안함. 기관별 단가 이상에 따른 그 외 추가 비용은 각자 현재와 같이 기관에서 별도로 받도록 한다면 이용자들도 자부담 선납에 대해 더 강하게 인식하고 납부하는 계기가 될 것으로 생각되며, 기관별 회당 단가를 일정수준으로 맞추는 계기가 될 것으로 여겨짐. 장애인활동지원사업 처럼 본인부담금 입금이 완료된 이후에 바우처가 생성되도록 지침 변경이 필요하다고 봄. 본 사업은 본인부담금 납부와 상관없이 대상자로 결정되면 바우처가 생성이 됨. 본인부담금의 경우 한국보건복지정보개발원에서 정한 자체 계좌를 통한 이용자들의 입금이 아닌 제공기관에 반드시 본인부담금 사전납부를 하도록 하고 있음. 또한 이를 어길 시에는 부당거래로 간주하여 자격을 박탈할 수 있다고 되어있음. 그러나 현실적으로 제공기관 자부담 선납에 대한 이용자의 인식이 매우 약하고 제공기관 입장에서는 이용자에게 이에 대한 제제를 가하기에도 현실적인 어려움이 있음.

12) ARS 결제

ARS 결제를 금지하는 이유는 ARS가 본인 확인이 어려운 이유로 부정 거래의 도구로 활용될 가능성이 높기 때문이다. ARS 결제와 관련하여 몇 가지 의견이 제시되었다.

첫째, 소급결제로서의 일괄 결제를 인정이 필요하다. 지침상의 소급결제 예외 사항이 발생할 경우 일괄결제(30점)가 아닌 ARS결제(10점)를 하도록 유도하고 있다. 두 방식 모두 지양해야 한다. 예외적 결제상황이 자주 발생하지 않는다면 예외를 두지 않는 것이 좋다. 여기에 대해서는 1차 적용 후에 급간 조정을 포함하여 미세 조정을 할 것을 제안하는 차원에서 제안한 지표를 변경하지 않았다.

둘째, 실무자의 편의성 차원에서 일괄 결제 목록을 제공해 줄 것을 요구하였다. 한국보건복지정보개발원에서는 향후 전산시스템 개편에서 검토가 필요하다.

셋째, 단말기 고장을 인한 ARS 결제에 따른 예외 인정을 요구하였다. 이에 대해 지표개발회의와 지표검토회의에서는 ARS 결제를 없애려는 본 취지 상 ARS 결제를 강하게 규제하고 상시 모니터링을 위한 토대 마련을 위해 예외 인정을 하지 않는다는 것이 다수 견해이다.

<표 70> ‘ARS 결제[18]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- ARS 결제의 최상 점수가 10점인데 반해 일괄 결제의 최상점수가 30점으로 20점의 배점차이가 발생함.
 - 한국보건복지정보개발원에서 실시하는 제공기관 교육에 따르면 실시간 결제가 원칙이나 부득이 실시간 결제가 어려울 경우 예외적 결제방법이 있음을 안내하고 있고 지침 상에도 예외적 결제의 정당한 사유 발생시 예외적 결제방법(소급, ARS)도 인정하고 있음.
 - 다만, 제공기관 교육을 통해 ARS 결제의 경우 예외적 결제 방법 중의 하나이긴 하나 ARS 결제는 가급적 지양하도록 안내하고 있고 단말기를 통한 소급결제를 하도록 안내하고 있음.
 - 그러나 평가 지표상 점수 배점을 보면 예외적 결제를 해야 할 경우에는 그 사유가 발생할 때마다 소급결제 대신 ARS 결제를 선택할 수밖에 없음. 또한 지침상의 소급결제 사유에 해당하는 정당한 사유에 대해서도 일괄 결제로 보는 것은 무리가 있고 30분 이내에 연속적으로 결제가 이루어지면 일괄 결제로 본다는 점에 있어서도 이는 현실적으로 무리가 있음. 실제 치료 후 결제시 장애인 재활치료의 경우 단말기에 포인트만 입력하는 방식으로 결제가 이루어져 결제 시간이 1분 내외이고 집단치료의 경우 현실적 적용의 어려움이 있음. 지표상 극간점수 부분도 차이가 너무 좁아 현실적인 차이 반영이 필요하다고 생각됨
- OO장애인복지관은 ARS 5% 실시되고 있음. 한 가지 건의할 것은 현재 ARS 및 일괄 결제시 제공기록지에는 작성하고 있으나, 따로 리스트를 가지고 있지 않은 상황임. 추후 평가 하는데 있어 리스트가 필요할 시에는 전산에 이를 검색할 수 있도록 실무자들의 편의성과 정보접근성을 개선할 필요가 있다고 판단됨.
- 카드 단말기의 고장으로 인하여 1주일 정도 ARS 결제를 실시한 적이 있습니다. 단말기 회사에서 부품이 없으므로 새 단말기 교체를 권하였으며 새 단말기를 교체하는 과정에서 1주일 정도 걸린 부분인데 이런 사유에 대해서도 ARS 결제로 카운팅 되는 부분에서 아쉬움이 있었습니다. 단말기 AS 문제였음을 증명하는 서류가 첨부된다면 단말기 고장으로 부득이하게 ARS로 결제한 부분 때문에 평가에서 불이익을 받는 경우는 예외 사항으로 처리 될 수 있었음 좋겠습니다.

13) 일괄 결제

이용자가 불편함을 호소하더라도 모든 제공기관에서 이 원칙이 준수될 필요가 있다. 일괄 결제가 허용되면 불법·편법을 만연하고 부당거래를 식별하기 어려워진다. 공정한 시장경쟁 활성화를 위해서는 일괄결제가 소비자의 불편함을 가져오지만 강한 규제가 요구된다.

불편함으로 인해 제도의 지속성을 훼손시키는 것을 바람직하지 않다. 제공기관에서는 부모님께서는 다소간의 불편함이 있더라도 ‘장애아동 재활바우처’제도가

계속 유지되기 위해서는 불편하더라도 원칙을 지켜주시고, 원칙을 위반한 경우에는 신고해 주시라고 안내해 주도록 지도해야 한다.

<표 71> ‘일괄 결제[19]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 매 회기 수업을 한 후에 결제를 하지만 깜빡하시고 결제카드를 챙겨오지 않으시기도 하십니다. 부모님께 수업 후 매 회 결제를 요구하지만 그런 부분에 대한 불만이 많이 들어오고 계십니다. 다른 바우처는 월 초에 한번만 결제를 하던 되는데 왜 장애아동 재활바우처는 매 회기 결제를 해서 카드를 들고 다녀야 하는지에 대한 불만이 많으십니다. 저희가 설명을 하고 있기는 하지만 정책적으로 그 부분에 대해 이용하시는 부모님께 설명을 잘 해주셨으면 합니다.

14) 임직원의 범죄 경력 조회

「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등)은 2012년 1월 26일자로 신설 개정되어 2012년 8월 15일자로 시행되고 있다.

이 조항은 최근 발생한 아동 성범죄에 대한 후속 대책의 일환으로 아동권리협약 이후 본격적으로 논의되어 온 아동 성범죄를 단속하기 위한 근거로서 제도화되었다는데 의의가 있다.

그러나 성범죄 경력을 조회는 시군구청장이 장애인복지시설을 운영하려는 자에 대하여 본인의 동의를 받아 관계 기관의 장에게 성범죄의 경력 조회를 요청하도록 하고 있다. 성범죄의 경력 조회를 요청받은 경찰관서는 요청받은 경찰관서의 장은 장애인복지시설을 운영하려는 자나 취업자 또는 취업예정자가 법 제59조의3 제1항에 따라 장애인복지시설의 운영이나 장애인복지시설에의 취업 또는 사실상의 노무 제공이 제한되는 사람인지를 확인하여 시장·군수·구청장 또는 장애인복지시설 운영자에게 회신하도록 하고 있다(영 제36조2 제2항). 이러한 방식은 지방자치단체의 행정 부담을 가중시킨다고 판단된다. 시군구청장이 관할하는 시설에서 취업자나 취업예정자의 수시 변동하는 경우 이들의 조회를 매번 이루어져야 한다는 점과, 성범죄의 확정이 어느 시점에 이루어질 지 모르기 때문에 높은 행정비용이 소요될 것으로 예상된다.

이러한 문제점을 해결하는 방안은 아동성범죄의 경우에는 그 특수성을 인정하여 아동 관련 직종에 한정하여 법무부가 관계기관에 통보해 주고, 계좌를 통해 필터링하도록 시스템을 갖추는 방법을 고려해 볼 수 있다.

<표 72> ‘임직원의 범죄 경력 조회[20]’ 지표에 대한 모의 평가 의견

- 흉흉한 사건사고가 많이 발생하고 있는 현재입니다. 임직원 뿐 아니라 치료사와 치료와 관계된 모든 사람들에게 범죄 경력 조회를 할 수 있었으면 좋겠습니다. 아이를 맡기는 부모의 입장이라면 임직원 뿐 아니라 기관과 관계된 사람들 모두 안전한 분들이었으면 하는 바램이 있지 않을까요?

4. 기타 의견

1) 회계투명성 평가지표의 급간 조정

또 다른 지적 중의 하나는 회계투명성 평가지표들의 급간이 너무 좁으므로 급간의 간격의 조정이 필요하다는 의견이 있었다. 즉, 지표상 최상점을 받기 위해서 점수가 0.00%일 때만 가능한데, 이는 비현실적이라는 주장이며, 구체적으로 아래의 표와 같이 수정을 제한하였다.

<표 73> 평가지표의 급간 점수 조정(안)

	변경 전	변경 후(안)
최상(10)	0.00%	2.00%미만
우수(9)	0.01 ~ 1.00%미만	2.00 ~ 3.00%미만
양호(8)	1.00 ~ 2.00%미만	3.00 ~ 4.00%미만
보통(7)	2.00 ~ 3.00%미만	4.00 ~ 6.00%미만
미흡(6)	3.00 ~ 4.00%미만	6.00 ~ 9.00%미만
없음(0)	5.00%이상	10.0%이상

회계투명성 평가지표에 대한 점수 분포를 살펴보면 모의적용한 제공기관들 대부분이 최상의 점수를 차지하고 있었다. 이는 역으로 급간의 간격을 더 좁힐

필요가 있음을 의미한다.

<표 74> 회계투명성 평가지표에 대한 점수 분포

평가지표	배점	없음	미흡	보통	양호	우수	최상	평균
부정 사용 및 결제[14]	10	0	-	-	-	-	14	10.00
본인부담금 선납[15]	10	2	0	1	1	2	8	7.57
선 결제[16]	5	0	0	1	0	0	13	4.79
심야 결제[17]	5	0	0	0	0	0	14	5.00
ARS 결제[18]	10	1	1	1	0	1	10	8.71
일괄 결제[19]	30	2	0	1	0	6	5	22.43

2) ARS 결제와 일괄 결제 점수 비중 제고 필요

모의평가에 참여한 기관의 의견은 크게 두 가지이다.

하나는 본 연구의 지표 의도가 보건복지정보개발원의 방향과 상반된다는 것이다. 즉 일괄 결제(30점)이므로 일괄 결제가 발생할 수 있는 경우 ARS 결제(10점)가 대안적으로 선택하도록 유도하는데 이는 보건복지정보개발원의 ARS 결제 대신 일괄 결제하도록 하는 방침과 반대된다는 점이다.

원칙적으로 ARS 결제와 일괄 결제 모두 금지되고 있으나 시스템 구축 단계에서 오류로 인해 부정 거래의 예외적으로 인정되어 왔다. 그러나 시스템이 안정화 단계에 다다르면서 예외적 사항이 많이 줄었다고 볼 수 있다.

본 지표에서 일괄 결제에 점수 비중이 높은 이유는 ARS 결제율이 0.86%이고 일괄 결제율이 5.89%로 심각성이 더 높다는데 문제가 있다(<표 57>, <표 58> 참조). 두 결제 방식을 모두 지향해야 하지만 정책적으로 일괄 결제에 우선적으로 관심을 갖는 이유이다.

다음으로 카드미소지, 카드분실로 인한 선 서비스, 당일취소 결제, 2타임 연속 치료 아동의 치료 전 또는 치료 후에 한 번에 결제 등 일괄 결제에 대한 타당한 사유가 발생하는 경우도 적용하는데 문제가 있다는 의견을 제시하였다.

사유의 타당성은 관계 기관에서 판단할 사항이지만 너무 많은 예외를 두는

것은 시장 질서를 부정적으로 작용될 수 가능성이 커진다는 것을 의미한다.

<표 75> ‘ARS 결제[18]’와 ‘일괄 결제[19]’ 배점에 대한 모의 평가 의견

- 18번의 ARS 최상(0.00%)이 10점, 19번의 일괄결제 최상(0.00%)이 30점으로, 최상점의 점수차가 20점이나 됨. 현 지표라면 제공기관에서는 일괄결제 사유가 발생할 때 마다 ars를 선택할 것임.
- 평가지표상 일괄결제로 보는 「카드미소지, 카드분실로 인한 선 서비스, 당일취소 결제, 2타임 연속치료 아동의 치료 전 또는 치료 후에 한번에 결제」 등 타당한 사유가 있는 부분도 일괄결제로 보는 것은 무리가 있음. 이는 보건복지정보개발원의 제공기관 교육시 위에 언급한 부분은 ARS는 가능한 사용하지 말고 단말기를 통해 소급결제하라고 안내한 부분과도 상이해짐.
- 2012.7월과 같이 시스템 전환에 따른 일괄결제를 해야 하는 상황이 오더라도 제공기관은 평가를 의식하여 선 서비스제공 등 이용자 편의를 위한 서비스는 제공하지 않을 것임.
- 또한, 현재의 지표라면 제공기관이 이용자에게 카드를 보관하도록 유도시키는 공적인 빌미를 제공하게 될 것으로 생각됨.

3) 행정 서류 간소화 등

행정 서류 간소화는 본 평가지표 개발의 기본 방향이었다. 기존 평가 지표가 80~120개 항목으로 구성되어 있고 각 지표에 해당하는 근거서류를 준비하는데 많은 시간이 소요된다. 예외 사항이 생길 때마다 근거서류의 양도 증가한다. 본 평가 지표는 이러한 문제점을 탈피하고자 20개 항목으로 만들고 특별한 경우가 아닌 경우 예외 사항을 만들지 않으려고 노력하였다.

‘복지관에 기준을 두시고 평가를 하신다’고 의견이 있으나 오해이다. 오히려 본 평가 지표는 처음 평가를 경험하게 될 영리기관의 입장을 배려하려는 차원에서 구성되었다. 기존의 평가지표와 전혀 다른 구조를 가지고 있으며 평가 지표 수는 1/4~1/6 수준이다. 부산복지개발원에 이어 새로운 시도라고 볼 수 있다. 또한 본 평가지표는 법과 관련 규정 등에 근거하여 공평하게 작성되었다고 볼 수 있다. 대부분의 평가지표가 복지관과 영리기관에 동일하게 적용될 수 있

다고 생각하지만 두 가지 정도는 차별성이 있을 것으로 판단된다.

첫째, 사례회의의 정의, 재교육의 인정 범위 등은 장애유형별 재활인력의 전문화를 목적으로 한정적으로 정의하여 복지관에서 불리하게 받아들일 수 있으나 목적에 동의한다면 수용하기 어려운 것이 아닐 것이다.

둘째, 제공인력 재교육, 자격, 임상경력, 지속성, 4대 보험 가입에 있어서도 복지관이 더 불리하게 받아들일 수 있다. 복지관의 전체 채용 규모가 법적으로 규정되어 있고, 장애아동복지지원법에서는 ‘인력 및 회계의 분리 관리’를 규정하고 있기 때문이다. 평가지표가 복지관이 영리기관에 유리하다고 판단하기 어렵다. 그렇지만 다수의 평가지표는 기관이 처해 있는 여건의 차이에도 불구하고 공통으로 적용될 수 있다고 보여진다. 후속 연구에서는 평가도구의 ‘문항편파성(차별기능문항)’ 주장에 대한 검증해 볼 수 있을 것이다.

<표 76> 행정 서류 간소화에 대한 모의 평가 의견

- 1. 평가를 받기 위해 필요한 서류가 너무 많고 중복되는 부분 또한 많이 있습니다. 장애아동 재활치료를 위해 제일 우선이 되어야 할 부분은 직접 아동에게 서비스가 제공되는 부분입니다. 과도한 서류의 작성으로 인하여 혹은 중복되는 서류로 인하여 아동에게 질 좋은 서비스를 제공할 수 없다면 행정 및 평가를 잘 받기 위한 서비스가 되어버릴 것이라 생각합니다. 2. 기본적인 평가서류가 있지만 그 외 매달 만들어지는 서류도 많습니다. 비치하는 서류 외에 서류들을 전산으로 처리할 수 있었으면 합니다. 3. 복지관과 사설치료기관은 많이 다른 편입니다. 복지관(치료와 치료 외 서류에 대한 부분 분리)에 기준을 두시고 평가를 하신다면 사설 치료기관 특성상 질 높은 교육과 치료를 제공하지 않을 수 없는 선생님들의 부가 업무가 너무 많아져 결국은 치료를 위한 연구 시간에 영향을 미칠 수 밖에 없음을 고려해주셨으면 합니다. 복지관의 경우 장애아동 재활 치료사가 전담으로 있지만 사설치료실의 경우 자격을 갖춘 치료사가 일반아동 상담과 장애아동 재활치료 대상자를 함께 치료하는 곳이 대부분입니다. 현재 제공인력의 급여 정보에는 바우처 급여가 입력되도록 되어 있습니다. 사설치료실에는 월급여로 받기 때문에 일반 급여나 바우처 급여가 아닌 바우처 시수만 입력할 수 있도록 프로그램을 수정 또는 추가해서 입력할 수 있도록 해주시면 감사하겠습니다. 다시 한 번 부탁드립니다. 서류의 간소화!! 가 되어 아동이 질적인 서비스를 잘 받을 수 있도록~~^^
- 개소한지 얼마 되지 않은 기관의 경우 근무 지속성에서 의도치 않게 불리하게 작용할 수도 있을 것 같으며 서비스 제공 실적의 경우 월별 시간을 의미하는지 연도별 시간을 의미하는지 구체적으로 명시되지 않아 표기가 힘듭니다.

다만 외국의 경우 바우처 재정지원을 받기 위해서는 사전 인증하고 기존의 보조금 재정지원 방식 보다 더 많은 규제를 받는 경향이 있다. 바우처 재정지원 방식과 함께 인증제도가 도입되는 경향이 있어 향후 우리나라에서도 인증제도가 도입될 수도 있다. 그러나 인증제도 도입을 위해서는 상시 인증을 위한 인증기관의 설치가 전제되어야 한다.

VI. 활용 방안 및 개선 과제

VI. 활용 방안 및 개선 과제

1. 활용 방안

1) 정기 평가

본 평가지표가 개발된 배경에는 정기 평가를 전제로 개발되었다. 장애아동 재활치료 제공기관 평가의 목적은 국민에 대한 책무성에 따라 사업 결과에 대해 국가기관(국회 등)에 보고할 의무 이외에 바우처 재정지원 방식에 의해 운영되는 장애아동 재활치료 사업의 서비스 질을 유지하기 위한 가장 핵심적인 방법으로 평가제도가 실시될 필요가 있다.

정기 평가는 평가 시기에 따라 목적이 목적 다를 수 있다. 하반기에 실시되면 익년도 지정기관에 재지정에 영향을 미칠 것이다. 지방자치단체에 결과를 통보해 주어야 할 일정을 고려하면 평가 계획 수립(7월), 성범죄 조회 포함한 평가 실시(8~9월), 자체 평가와 시스템 자료 대조 확인(10월), 평가 결과 분석(11월), 보고서 작성 및 공표(12월)이라는 일정이 적합할 것이다. 상반기에 실시하면 과정 평가의 의의와 함께 지도의 의미가 있다. 이 경우 회계연도가 익년도 2월부터 시작하므로 계획수립(2월), 평가(3~4월)로 시작하여 공표(7월)로 설정하여도 된다. 어느 시기에 시작하든 전년도 사업이 평가 대상이 되므로 신규 진입한 제공기관은 평가 대상에서 제외되며, 다음연도에도 지정되지 못한 대상기관의 평가 정보도 축적할 수 없게 된다.

평가를 시행하기 위해서는 다음 사항을 고려해야 한다. 첫째, 평가에 대한 사전 공지가 이루어져야 한다. 장애아동 재활치료 사업은 국민의 조세에 의해 운영되는 사회제도이므로 국민과 국회 그리고 감사 기관들에 의해 보고의 의무를

갖고 있다. 그러나 장애아동 재활치료 제공기관 중 60%는 평가를 수행해 본 경험이 없는 영리 단체나 개인으로 구성되어 있다. 따라서 제도의 안착을 위해서 평가 적용은 일정한 시간을 두고 단계적으로 적용의 범위를 강화시킬 필요가 있다. 둘째, 바우처 사업 평가 방법은 기존의 보조금 평가 방법과 달리 공정한 경쟁과 함께 최소한의 서비스 질을 강제하기 위한 강력한 수단으로 작동한다. 계약에 의해 요구되는 최소한의 서비스 질이 충족하지 못하였을 때 시장에서 퇴출시키는 기제로 활용된다. 평가 결과에 따라 시장에서 진입할 수 없도록 한다.

2) 상시 모니터링 시스템 구축

시장경쟁 기제를 통한 사회서비스를 공급하고자 하는 경우 시장경쟁 기제에 의해 서비스 질 하락이 필연적으로 나타난다고 주장하였다. 이러한 서비스 질 하락을 막기 위한 최선의 방법은 상시 모니터링 시스템을 통한 점검이며, 차선으로 전국적인 단일 조사 또는 평가를 통한 정기 점검이다.

본 과제에서 제시된 평가지표는 후자를 전제로 작성되었다. 그러나 궁극적으로 시장경쟁 하에서 상시적으로 발생하는 불법, 탈법에 대한 유혹을 방지하는 것은 소비자의 권리 침해와 공정한 시장 질서를 파괴하여 장애아동 재활치료 제도의 붕괴로 이어질 수 있다.

이에 대한 대안으로 개발된 평가지표를 통해 상시 모니터링을 전산시스템으로 구축할 수 있도록 평가지표들을 구성하고자 노력하였다. 다수의 평가지표는 평가기준에서 제시된 정의에 따라 구축한다면 쉽게 전환될 수 있을 것이다. 일부 선택형 평가지표(예를 들어, 제공인력 제공정보[9], 제공인력 정보 제공 방법[10], 서비스 과정 기록[11], 장부 비치[12])와 같은 평가지표는 전산시스템에 추가로 체크할 수 있도록 점검 페이지를 구성하여 공개할 것을 제안한다.

상시 모니터링 체계를 갖추기 위해 평가지표 성격에 따라 다음과 같은 점을 고려해야 한다. 첫째, 실적이나 부정 결제의 경우 전산시스템은 결제시스템과 연동하여 실시간으로 제공하고 매월 말 기준 집계 점수가 산출되도록 한다. 둘째, 선택형 평가지표는 웹 상에 공개한다. 공개한 내용이 맞는지 전자바우처

클린센터(www.vclean.or.kr)에서 확인하고 이용자들이 감시할 수 있도록 한다. 포상금 지급 대상에 포함시킨다. 셋째, 상시 모니터링 중 일정 점수 이하의 조사 또는 감독을 시행한다. 이 경우 일정한 기준에 따라 시장 퇴출(지정 취소 및 향후 지정 대상에서 제외), 이행 계획서 제출을 요구한다.

3) 지도 점검

전국적인 정기 평가(조사)는 상시 모니터링 시스템이 구축되지 않았을 때 지방자치단체의 협조를 통해 시행할 수 있다.

평가의 목적은 지도감독 업무와 겹쳐서 실시할 수 있다. 법적 기준으로 충족 여부를 목적으로 조사를 실시하는 방안에 활용할 수 있다. 평가를 실시하면서 법적 요건의 충족을 확인할 수 있도록 구성하였다.

지도 점검 사항은 「장애인복지법 시행규칙」 별표5(제41조, 제42조 관련)과 「장애아동복지지원법 시행규칙」 별표2(제9조 관련)의 설치·운영, 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등)과 관련된 규정 등을 우선적으로 고려할 필요가 있다. 다른 점검 사항에 비해 법 적용하거나 개선하는 것이 어렵거나 오랜 시간이 걸리는 부분이다. 현황 파악을 우선 이루어질 필요가 있다.

2. 개선 과제

1) 평가 대상의 전환

보건복지부 소관 사회서비스는 크게 돌봄형(care)과 치료형(cure)으로 구분할 수 있다. 돌봄형 사회서비스는 노인돌봄종합서비스, 장애인활동지원사업, 산모/신생아도우미지원사업, 가사간병방문사업 등이 해당되며, 치료형 사회서비스는 장애아동재활치료사업, 언어발달지원사업 등이 해당된다. 전자의 경우는 후자에 비해 제공인력의 양성, 교육기간이 짧다. 반면 후자는 제공인력의 양성 및 교육

기간이 길고, 제공인력의 적극적인 활동에 의해 목표가 달성된다고 할 수 있다.

돌봄형 사회서비스의 경우에는 서비스 질의 총체는 소비자의 만족도로 규정될 수도 있으나 장애아동 재활치료 사업과 같은 치료형 사회서비스의 경우에는 직접적인 치료 효과에 대한 초점이 있다고 볼 수 있다. 재활치료 제공기관에 대한 평가는 투입요소의 질을 높이면 산출요소인 장애아동의 기능향상이 높을 것이라는 가정에서 이루어진 것으로도 이해할 수 있다. 장애아동 재활치료의 목적이 기능향상이고 기능향상을 직접 측정, 평가할 수 있는 기반이 구축된다면 기술적 발전은 물론 자격발급기관의 난립을 막을 수 있는 장점이 있다. 또한 개인 정보를 제외하고 평가자료를 제공한다면 학술적 발전과 함께 장애아동의 복지에도 크게 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

2) 평가 전담 기구 설치

본 연구는 평가 수행의 주체를 지방자치단체로 설정하였다. 다만 보건복지부는 평가에 대한 전반적인 계획 및 지침을 지원할 수 있도록 하여 지방자치단체가 장애아동 재활치료 평가에 참여하면 지도 업무 등을 수월하게 할 수 있도록 하였다.

그러나 바우처 재정지원방식이 갖는 문제점으로 인해 상시 평가 전담 기구가 요구되며, 평가자의 전문성과 지속성을 확보하는 차원에서도 바람직하다. 평가 전담 기구의 설치가 되더라도 장애아동 재활치료 사업에 있어서 다른 서비스와 달리 전문성 부분을 강조할 필요가 있으며, 전문성은 장애아동 재활치료 프로그램에 대한 평가를 제공기관 평가에 비해 우선시하고 이와 관련된 DB를 축적하여야 소비자에게 서비스 효과에 대한 정확한 정보를 제공할 수 있고, 기술 향상에 더욱 노력하고, 효과 없는 서비스를 제거하거나 개선시킬 수 있는 동기를 마련해 줄 것으로 예상된다. 이러한 노력을 효과적으로 수행할 수 있는 평가 전담 기구의 설치가 필요하다.

평가 전담 기구의 설치된다면 다른 평가 업무 즉 시설 평가나 사회서비스 사업에 대한 평가를 모두 담당하는 것이 바람직하다. 다만 장애인이나 장애인의

대변할 수 있는 자(장애부모)의 참여를 보장하여야 한다.

3) 지표 개선

본 연구 과정 중에서 개별 지표 부분에서 후속 연구자가 확인하고 반영여부를 검토하는데 필요한 사항을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 모의평가결과 최고점의 분포를 확인하고 급간 조정을 해야 한다. 평가 초기에는 천정효과(더 높은 점수가 없어 더 올라갈 수 없는 경우)가 발생하는 것은 운영 개선의 노력의 동인을 저하시키므로 고른 분포가 적당하다. 다만 회계투명성 지표의 경우 한 건도 없는 0건이 당연한 것이므로 최고점을 중심으로 분포할 수 밖에 없다. 다만 1건의 비중이 높게 반영되도록 점수간 급간의 조정함으로써 회계투명성 지표 개선을 위한 동기를 높일 수 있다.

둘째, 사례회의의 지표가 질적인 개선이 필요하다. 본 지표에 대해 학계와 현장에서 가장 중요하게 생각하는 지표 중의 하나가 사례회의이다. 사례회의는 장애아동 재활치료의 기능향상 기술을 다룰 수 있는 기술의 발전을 가져올 수 있는 가장 전형화된 공간이라고 볼 수 있으며, 이 영역을 강화해야 한다고 주장되었다. 근거 법령은 존재하지만 사례회의를 강화하되 평가 비용이 높지 않는 방안을 마련할 필요가 있다.

셋째, 전수 조사 후에 실적 부분 중 재가와 산간·벽지 실적의 배점을 상향 조정할 필요가 있다. 이 부분에 대한 실적은 평가 사후에 통계적으로 결정할 수도 있다. 재가와 산간·벽지 실적에 대한 평가지표를 만든 이유는 농어촌 지역에 서비스를 공급하는 제공기관이 최악의 경우 제공하는 서비스의 질적 수준이 낮더라도

4) 지역 서비스 격차 완화

바우처 방식의 재정지원은 지역간 서비스 공급이 제대로 이루어지기 어렵다.

또한 평가지표의 가산점을 적용하거나 배점을 높인다고 하더라도 도농간 서비스 격차가 해소되지 않는다. 본 연구와 관련하여 산간·벽지지역의 공급이 원활하지 않는다면 몇 가지 대안을 고려해 볼 수 있다.

도농간 서비스 격차 해소를 위한 전국 단일 가격 체계를 포기하는 방법을 고려해 볼 수 있다. 적정 공급이 이루어질 수 있도록 도시지역, 농어촌지역, 도서·벽지지역으로 구분하고 차등 가격을 부여하는 방안이다. 농어촌지역이나 도서·벽지지역의 가격은 적정 공급이 이루어질 때까지 계속 늘어나가는 방법이 고려해 볼 수 있다. 이 방법은 형평성의 문제와 함께 각 지역별로 어느 정도의 가격을 책정해야 하는지 비교할 만한 시장 가격이 형성되기 어렵다는 점에서 활용하기 어렵다.

정책가격정책으로 농어촌 지역 서비스 공급하는 방안이 마땅하지 않을 때, 공공부문에서 서비스를 직접 또는 위탁 공급하는 방법과 혼합하는 방법을 고려해 볼 수 있다.

하나는 산간·벽지지역의 서비스 공급을 위한 거점 제공 기관을 지정하고 거점 제공 기관으로 하여금 분소 형태로 지역복지센터를 운영하도록 하는 방안이다. 제공 기관의 재정 지원 방식은 기존 보조금 지급 방식으로 제공기관의 운영비와 전년도 실적 비례 방식으로 지원해 줄 수 있다. 전년도 실적 비례 방식으로 지원금을 배분하는 방식은 미국에서 일부 서비스를 보조금을 전년도 실적에 비례하여 연방정부에서 주정부로, 또는 주정부에서 자치주(county)로 예산을 배분할 때 사용하는 방식이다. 제공 인력에 대해서는 우리나라의 우정사업의 별정우체국 제도의 '별정우체국 연금'제도를 통해 장기근속을 유도할 수 있다. 별정우체국 제도는 우체국이 없는 지역에 민간이 자기 부담으로 시설 등을 갖추고 국가로부터 위임받아 체신업무를 수행하는 우체국(「별정우체국법」제2조)을 말한다.

또 다른 방안은 지방자치단체와 협력을 통해 귀농귀촌한 인력에 대한 재교육을 통해 자격증을 취득할 기회를 제공하는 방법을 선택할 수 있다. 귀농귀촌한 인력에 대해서는 산간벽지 지역으로 활동 범위를 제한하고 서비스를 제공할 수 있도록 하는 안도 검토해 볼 수 있다.

VII. 결 론

VII. 결 론

1. 결과 요약

본 연구의 평가지표의 구성을 살펴보면 기본지표와 필수지표로 구성되어 있으며, 이중 기본지표의 경우 3개의 중분류, 6개의 평가항목, 총 20개의 평가내용으로 구성되어있다. 총 배점은 155점을 기본으로 가산점 8점을 포함하며 필수지표의 경우 평가내용에 준하지 못할 경우 무조건 시장에서 누락되도록 설계하였다.

지표의 타당성을 확보하기 위해 학계와 현장 전문가가 5회의 걸친 지표개발 회의와 지표검토회의를 통해서 지표가 개발되었다. 지표개발회의와 지표검토회의에 참석한 전문가는 재활치료 영역별 대표성을 고려하여 주요 학회에서 추천 받은 인사로 구성하였다.

구성된 지표의 주요 내용은 실적, 인력관리, 품질관리로 구분할 수 있다. 실적은 서비스 제공 실적(5점), 재가방문형 서비스 제공 실적(3점), 산간·벽지지역 실적(5점)으로 구성하였으며, 인력관리는 제공인력 재교육(10점), 제공인력 자격(5점), 제공인력 임상 경력(10점), 제공인력 지속성(10점), 제공인력 4대 보험 가입(15점)으로 구성하였다. 또한 행정관리 평가항목에 대한 평가내용은 제공인력 제공 정보 범위(5점), 제공인력 정보 제공 방법(5점), 서비스 과정 기록(5점), 장부 비치(5점), 사례회의(10점)으로 설정하였으며, 회계관리는 부정 사용 및 결제(10점), 본인부담금 선납(10점), 선 결제(5점), 심야 결제(5점), ARS 결제(10점), 일괄 결제(30점)이다.

평가지표개발회의와 평가지표검토회의 및 모의평가와 모의평가에서 제시된 의견들을 최대한 반영하기 위해 노력하였으나 일관된 평가지표를 위해 지표 구성하는데 어려움도 존재하였다.

예를 들어 기존 평가 방식의 문제점으로 제시되었던 평가로 인한 갖추어야 할 근거 서류를 많다는 비판을 받아왔다. 이번 연구에서는 평가 자료를 획기적으로 줄이기 위해 법적 근거에 기반한 핵심적인 지표를 선별하여 수록하였지만, 논평자에 따라서는 질적인 측면을 측정하지 못하고 예외적인 상황을 반영하지 못한다는 비판이 있을 수 있다. 이러한 문제점을 최대한 해결하기 위해 노력하였지만, 평가행정을 간소화와 평가의 깊이를 동시에 만족하기 어렵다.

본 연구에서 가장 우선적으로 고려했던 바는 장애아동 재활치료 제공기관의 다수가 평가를 경험하지 못하였다는 점이다. 이로 인해 평가

2. 의의 및 시사점

장애아동 재활치료는 2009년 전국 사업으로 실시된 이래 올해로 5년째를 맞이하고 있다. 장애인에게 필요한 재활치료 서비스를 제공한다는 점에서 긍정적인 편익을 가져왔다고 볼 수 있다. 또한 장애아동 재활치료 사업은 시장하고 서비스 질의 향상을 강제하였다.

둘째, 재활치료 시장 측면에서 장애아동 재활치료는 시장의 확대를 가져왔다. 장애아동 재활치료는 저소득층 수요자에게 서비스 이용 욕구를 촉진시킴으로서 시장의 확장을 주도적으로 변화시켰다고 볼 수 있다.

지표를 개발하는 과정 중에 지표개발위원과 지표검토위원들은 전반적으로 지표가 평이하다고 평가하였다. 이번 장애아동 재활치료 사업에 대한 평가가 갖는 특성으로 인해 보조금 사업 기관을 대상으로 한 평가와 몇 가지 측면에서 차이점이 존재한다.

첫째, 장애아동 재활치료 사업에 참여하고 있는 약 60%는 영리를 목적으로 하는 소규모 기관이거나 개인이다. 이들은 보조금 사업 수행 기관과 달리 평가를 수행해 본 경험이 많지 않아 평가 자체에 대해 부정적인 인식을 가질 수 있다. 평가 사항이 계약 조건의 일환이더라도 제도의 지속성과 안정성을 확보하는 차원에서 본다면 다수의 동의를 전제로 운영되는 제도가 좋은 제도라고 할 수 있다.

둘째, 장애아동 재활치료 사업의 고질적인 문제점은 지역 간 격차가 존재하는 것이다. 바우처 사업 방식이 보조금 사업 방식과 달리 이윤 극대화를 위해서 유지 비용 등 관리 비용이 많이 들고 소비자 수가 적은 농어촌 지역의 영업 회피하고, 재활인력의 확보도 어렵다. 이로 인해 장애아동 재활치료 제공이 이루어지고 있지 않은 지역도 존재한다.

셋째, 바우처 사업에서의 평가의 역할은 보조금 사업에서의 평가가 일정 수준 이상의 서비스 질의 확보에 있다면, 바우처 사업에서의 평가는 공정한 경쟁시장의 관리와 경쟁시장으로 인한 서비스 질 하락을 막기 위한 퇴출 기제로 활용할 목적으로 활용된다는 점에서 차이가 있다.

3. 제언

후속 연구자를 위한 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 지표는 바우처 사업에 대한 최소기준평가라는 일반 원칙을 수용하고, 향후 상시적인 모니터링 시스템을 구축하기 위한 일환으로 평가지표가 설계되고 계획되었다. 바우처사업은 경쟁시장에 의한 소비자 선택이 자유롭게 이루어질 수 있는 공정경쟁 환경을 제공하도록 관리되고 모니터링될 필요가 있다. 시장에서 퇴출된 기관이 시장에 위장 진입하지 못하도록 사업자등록과 함께 대표자명단이 관리될 필요가 있다. 이러한 관리는 시장에 강력한 신호를 보내어 바우처 부정 사용 및 편법 운영 사례를 줄임으로서 서비스 질 향상을 위한 환경 조정에 기여할 것으로 기대된다.

둘째, 기술적인 측면에서 시장에서 퇴출하는 기준을 제시하지 않았다. 이는 시장 안정을 위한 급격한 변화는 지양하는 것이 바람직하기 때문이다. 바우처 사업의 경우 하위를 걸러내기 위한 제도적 장치가 우선될 필요가 있다. 시장에서 퇴출하는 기준은 두 가지 기준을 적용하는 것이 타당하다 하위 3% 중에서 절단점 이하의 기관을 퇴출함으로서 노력에 따라서는 퇴출하는 기관이 없을 수 있음을 시장에 신호를 보내는 것이 제도 운용의 효율성을 가져올 수 있다.

셋째, 이러한 서비스 질 관리를 위한 강력한 제재수단으로 시장 퇴출 방식은

도농간 서비스 제공 격차 문제를 오히려 악화시킬 우려가 있다. 농촌 지역의 서비스 공급이 잘 이루어지지 않은 상태에서 농촌 지역에 소재한 제공기관을 퇴출할 때 서비스 공급이 전혀 제공되지 않는 문제가 발생할 수 있다. 이를 해결하기 위한 방안은 3가지를 고려할 수 있다. 첫째, 평가결과 퇴출 대상이 되더라도 경고만 하고 실제 퇴출하지 않는 집중관리지역을 지정하는 방안이다. 집중관리지역은 제공기관이 1개 이하인 지역으로 지정한다. 둘째, 평가지표 내 지역가중치를 높게 부여하는 방안이다. 이 방식은 지역 가중치에도 불구하고 여전히 절단점 이하의 평가 결과가 나올 수 있다. 셋째, 서비스 공급이 전무한 지역은 국가가 직영하는 방안이다. 별도의 예산이 추가로 소요되는 단점이 있으나 경쟁시장에서 적자 지역인 지역을 공공의 목적을 고려하여 직접 해결하는 방안이다.

넷째, 학술적으로는 장애아동 재활치료가 바우처 방식으로 제공되고 있는데 사업의 효과성이 실증적으로 연구될 필요가 있다. 본 연구에서는 평가의 필요성을 국민에 대한 책무성과 외국의 실증연구를 토대로 바우처 제도가 안고 있는 서비스 질 하락의 경향을 주요한 논제로 삼고 있다. 그러나 한국의 경우 바우처 방식이 효과적이지 확인이 필요하다.

다섯째, 장애아동 재활치료 프로그램 평가 기준과 평가도구가 마련되어야 한다. 장애아동 재활치료사업의 목적은 경제적 부담 경감과 장애아동의 기능 향상이다. 제공기관을 평가하는 이유는 법률이 정한 서비스 질 관리와 계약 이행을 모니터링을 위한 현장 점검에 목적이 있다. 장애아동 재활치료 사업은 제공기관은 서비스를 조직하는 주체로서 작용하지만 산출물인 재활치료 효과에는 큰 영향을 미친다고 보기 어렵다. 오히려 제공인력의 전문성이 장애아동의 특성 및 환경이 상호작용하여 재활치료 효과가 나타난다고 볼 수 있다. 제공기관 평가는 장애아동 재활치료 사업의 서비스 질을 향상시키기 위한 핵심 투입요소인 제공인력 관리를 통해 서비스 질을 향상시킬 수 있다고 가정한다. 이러한 방식의 평가 방법은 한계가 있다. 투입요소를 제어하여 서비스 질을 향상시키겠다는 것은 아동 특성 요인과 아동 환경 요인 등을 고려하지 못하고 있다는 것이다. 아동 특성 요인 및 아동 환경 요인과 제공인력의 전문성은 상호작용이 발생할 수 있다. 예를 들어, 전학령기 지적장애가 있는 아동은 놀이치료가 효과적이고, 학령

기 자폐성 장애가 있는 아동은 미술치료가 효과적일 수 있다. 또는 같은 유형이라도 흥미도에 따라 다른 효과가 나타날 수 있다. 이러한 측면을 고려한다면 우수한 제공인력이 투입된다고 하더라도 항상 좋은 결과를 나타내는 것이 아닐 수도 있다. 이러한 이유로 평가는 제공기관 평가와 프로그램 평가로 구분하여 전자는 계약사항에 대한 현장점검을 내용으로 하고, 후자는 프로그램별로 평가할 것을 제안한다.

■ 참고문헌

- 강상경(2009). ADHD 아동 조기개입서비스 모니터링 및 발전방안 연구. 보건복지가족부.
- 강정순(2002). 영유아 어머니의 양육부담과 사회적 지원에 관한 연구, 한남대학교 지역개발대학원 석사학위논문.
- 고영미(2008). 장애이해 부모교육이 일반 유아 및 부모의 장애 수용 태도에 미치는 영향. 공주대학교 특수교육대학원 석사학위논문.
- 김기룡(2009). “장애아동 재활치료서비스 바우처 사업의 현황과 향후 과제”. 『복지동향』 124: 19-22.
- 김수진·유영준·윤철수·서은경·김기룡(2008). “장애아동 재활치료서비스 사업의 성과 및 운영 모형에 관한 연구”. 전국장애인부모연대.
- 남찬섭·김두레·이영주(2010). 부산광역시 장애아동 재활치료서비스 실태조사 및 평가 연구. 부산복지개발원.
- 박병일(2008). 2008 사회서비스 바우처사업 만족도 조사 보고서. 갤럽.
- 박병일(2009). 2009 사회서비스 바우처사업 만족도 조사 보고서. 갤럽.
- 박병일(2010). 2010 사회서비스 바우처사업 만족도 조사 보고서. 갤럽.
- 박병일(2011). 2011 사회서비스 바우처사업 만족도 조사 보고서. 갤럽.
- 박세경 외(2011). 유망사회서비스 수요 실태조사. 보건복지부. 한국보건사회연구원.
- 박윤희(2011). 부산, 울산, 경남지역 작업치료사의 바우처 인식도 조사연구. 한국고령친화건강정책학회지, 14.
- 백은령·이명희·유영준·최복천·김기룡(2009), 장애인가족지원 연구 보고서: 문헌연구 자료를 중심으로, 장애아이 We Can.
- 보건복지가족부(2009). 『2009년 장애아동 가족지원사업 안내』.
- 보건복지가족부(2010). 『2010년 장애아동 재활치료사업 안내』.
- 보건복지부(2011). 『2011년 장애아동 재활치료 사업 안내』.
- 보건복지부(2012). 『2012년 장애아동 가족지원사업 안내』.

- 송건섭(2006). 사회복지관의 성과평가 모형구성과 적용에 관한 연구: Servqual을 이용한 질적 평가. 한국정책과학학회보. 10(1): 205-222.
- 양숙미·오혜경·전동일(2010a). 장애아동 재활치료 서비스의 치료과정과 환경, 치료효과가 서비스 만족도에 미치는 영향, 한국장애인복지학. 한국장애인복지학회, 12: 1-14.
- 양숙미·오혜경·전동일(2010b). 장애아동 재활치료서비스 사업평가를 위한 기초연구, 장애인복지연구. 한국장애인개발원, 1(1): 1-13.
- 오정선(2002). 재가노인 복지 서비스 이용자의 서비스 만족에 영향을 미치는 요인 연구: 강서구 독거노인 가정봉사 파견 사업을 중심으로, 한림대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 유상희(2003). 사회복지서비스의 품질요인에 관한 연구- 고객만족을 위한 핵심요인을 중심으로. 서울대학교 석사학위 논문.
- 윤기찬(2004). 서브퍼프를 이용한 사회복지서비스의 질 측정 및 만족도 영향요인 분석. 행정논총. 42(4): 133-162.
- 이경숙(2006). 장애아동 재활치료 관리를 위한 정보시스템 개발에 관한 연구. 한림대학교 대학원 석사학위논문.
- 이미정·유경민·정지홍(2010a). 장애인복지 서비스 제공인력 체계화 방안 연구. 한국장애인개발원.
- 이미정·이경준·안효금(2010b). 장애아동 재활치료사업 개선방안 연구: 서비스 제공기관의 최저 운영기준을 중심으로. 한국장애인개발원.
- 이용복·김정희·유경민·이선화·양숙미·전동일(2011). 장애아동 재활치료사업의 성과 및 치료유형별 사례분석. 한국장애인개발원.
- 장욱(2010). 사회서비스바우처에 대한 행정법상 고찰. 연구논문, 101-129.
- 전준구(2006). 사회복지서비스의 품질, 고객만족, 후속행동과의 인과모형에 관한 연구. 한국사회복지행정학. 8(2): 105-139.
- 정무성·노승현(2006). 지역사회복지관의 서비스 질이 서비스 만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 한국비영리연구. 5(1): 163-207.
- 최성은·최석준. 2007. “바우처 사업 효과 분석 및 평가방안 연구”. 『한국보건사

회연구원』.

정광호(2005). 정책수단으로서 바우처(voucher) 제도의 현황과 쟁점. 『정책&지식』 제258호. 한국정책 지식센터·한국행정연구소.

한현정·김혜영(2003). 장애아동 가족지원서비스의 실태 및 요구 조사. 한국가족복지학, 8(2), 137-162.

McMurtry, S. L. and J. B. Torres(2002). Initial validation of a spanish language version of the client satisfaction inventory. Research on Social Work Practice. 12(1): 124-142.

McMurtry, S. L. and W. W. Hudson(2000). The client satisfaction inventory: results of an initial validation study. Research on Social Work. 10(5). 633-644.

Patterson, G. R., & Capaldi, D., Bank, L.(1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.).

Squires J. & Bricker B.(2007). An activity based approach to developing young children's social emotional competence, baltimore: Paul Brookes Publishing Co.

West, E. G. (1997). Education Vouchers in Principle and Practice: A Survey. The World Bank Research Observer, 12(1): 83-103.

보건복지부, 사회서비스 전자바우처. <http://www.socialservice.or.kr>

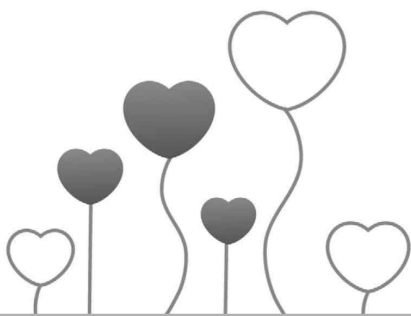
부 록

[부록 1]

2012년 장애아동 재활치료 제공기관 평가지표(안)

[붙임 2]

장애인 편의시설 전수조사표



[부록 1]

2012년 장애아동 재활치료 제공기관 평가지표(안)

2012.

※ 유의사항

- 본 평가지표는 평가 개요, 평가지표부, 제출부로 구성되어 있습니다.
- 제공기관의 장은 평가 개요를 참고하여 평가지표부를 작성하고, 제출부를 빠짐없이 기록하여 자치단체 담당 공무원에게 제출하여 주시기 바랍니다(필수항목인 20번 지표 제외)
- 자치단체 담당 공무원은 20번 지표에 대해서 제출부의 임직원 명부를 내용을 토대로 관할 경찰관서의 장에게 성범죄의 경력 조회를 요청하여 작성합니다(「장애인복지법」 제59조의3, 영 제36조의2, 규칙 제43조의3).
- 시군구 담당 공무원은 이를 작성 후 제출하여 주시기 바랍니다.

평가 개요

1. 평가기간

- 저량 자료: 2011. 2. 1. ~ 2012. 1. 31.
- 유량 자료: 2012. 1. 31. 기준

2. 평가절차

- 평가는 전자바우처통합정보시스템 자료를 토대로 확인되므로 평가 마감 전에 전자바우처통합정보시스템의 내용의 확인해야 합니다.
- 전자바우처통합정보시스템의 내용과 자체평가 내용이 다를 경우 전자바우처통합정보시스템의 내용이 적용될 수 있습니다.
 - 즉, 전자바우처통합정보시스템에 해당 내용이 없는 경우 근거 자료가 없는 것으로 간주되며, 전자바우처통합정보시스템과 자체평가 내용이 다를 경우 전자바우처통합정보시스템에 입력된 내용을 기준으로 적용됩니다.

※ 제공인력 정보 입력

- 제공기관은 매월 전자바우처통합정보시스템에 일자리 현황 및 고용실태, 자격정보 등 제공인력 현황을 입력해야 함
- **제공인력의 인적정보, 자격증정보, 급여정보 등을 등록**
 - 인적정보 : 성명, 주민번호, 참여사업, 주소, 주요활동지역
 - 자격증정보 : 자격증명, 자격증등급, 발급기관
 - 급여정보 : 시간당 단가, 월 급여, 보험가입 여부 등

※ 매월 3일~10일까지 전자바우처통합정보시스템에 제공인력 정보 입력

3. 용어의 정의

- 장애인재활치료시설 : 「장애인복지법 시행규칙」 제41조와 별표5에서 규정하는 치료(상담)실의 총칭
 - [별표 5] 장애인복지시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준(제41조 및 제42조 관련)

구 분		내 용
설치 기준	시설기준	사무실과 16.5㎡ 이상 면적의 치료(상담)실
	직원배치기준	시설장 1인, 재활치료사 1인 이상
자격 기준	시설장	장애인재활 관련 자격증+5년경력, 전문학사+10년경력, 전임강사2년
	재활치료사	국가(공인)자격증, 자격기본법에 근거한 민간자격증, 재활치료 관련 자격증, 전문학사이상 전공자+1,200시간 경력
운영 기준	운영규정	운영규정 제정·시행
	장부 비치	1) 시설의 연혁에 관한 기록부 2) 시설장 및 재활치료사의 인사카드 3) 치료사 관계서류(계약서, 치료사 명부, 자격증 등) 4) 서비스 제공 관련철(제공계획, 일정표, 상담기록철 등) 5) 서비스 모니터링 및 평가철 등 6) 예산서 및 결산서 7) 금전 및 물품의 출납부와 그 증빙서류 8) 4대 보험 가입철, 결제영수증 등 9) 각종 증명서류와 그 밖에 필요한 서류
시설 구조·설비		편의시설(장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법)

- 제공인력 : 본 평가안내서에서 제공인력이란 평가 대상 기간 내(매년 2월 1일 시작, 익년 1월 말 종료) 보건복지부 장애아동 재활치료 바우처를 제공하고, 전자바우처통합정보시스템에 기록된 서비스를 제공한 자를 말합니다.
 - 평가대상기간 중에 전자바우처통합정보시스템에 1회 이상 서비스를 제공한 적이 있는 자를 말합니다.
 - 정규직·계약직 구분 없이 바우처 서비스 1회 이상 제공한 자는 제공인력에 포함되며 제공인력수의 단위는 평가대상기간의 실인원입니다.
 - 실인원이란 평가대상기간 중 근속기간이나 제공시간과 무관하게 독립된 인원수를 의미한다. 전자바우처통합정보시스템에 서비스를 제공한 시간이 1회였다라도 실인원수에 포함하여 산정합니다.

4. 평가지표의 구성과 배점 기준

- 필수지표가 0이면 전체는 0점 처리됩니다.
- 기본지표는 해당 사항을 모두 더하면 평가 결과 점수가 됩니다.

구분		평가항목	배점 기준	평가 내용	비고
기 본 지 표	실적	공통실적	5	1. 서비스 제공 실적	
		가산실적	3	2. 재가방문형 서비스 제공 실적	가산점
			5	3. 산간·벽지지역 실적	가산점
	인력 관리	인력 전문성	10	4. 제공인력 재교육	
			5	5. 제공인력 자격	
			10	6. 제공인력 임상 경력	
		인력유지	10	7. 제공인력 지속성	
			15	8. 제공인력 4대 보험 가입	
	품질 관리	행정관리	5	9. 제공인력 제공 정보 범위	
			5	10. 제공인력 정보 제공 방법	
			5	11. 서비스 과정 기록	
			5	12. 장부 비치	
			10	13. 사례회의	
		회계관리	10	14. 부정 사용 및 결제	
			10	15. 본인부담금 선납	
			5	16. 선 결제	
			5	17. 심야 결제	
			10	18. ARS 결제	
			30	19. 일괄 결제	
필수지표		필수	20. 임직원의 범죄 경력 조회		
합 계			155점(기본)+가산점(8점)+필수지표		

※ 평가대상 제공기관: 평가대상 기간에 실적이 있는 제공기관

평가지표부

1 서비스 제공 실적

구 분	기본지표	영 역	실적						
지 표	공통실적	평가항목	기관방문형 서비스 제공 실적						
평가내용	실인원 명, 총 시간								
	☐ 최상(5)	40명 이상							
	☐ 우수(4)	20명 ~ 39명 미만							
	☐ 양호(3)	10명 ~ 19명 미만							
	☐ 보통(2)	5명 ~ 9명 미만							
	☐ 미흡(1)	1명 ~ 4명 미만							
	☐ 없음(0)	0명							
	증빙서류	• 전자바우처통합정보시스템							
평가기준	• 기관내방형(기관내서비스)과 재가방문형(방문형서비스)을 구분하지 않음								
	• 전자바우처통합정보시스템에서 승인된 실적 기준								
	• 보조 자료 (자료 작성 참고용이며 증빙서류로 제출해야 하는 자료 아님) 평가지표1, 평가지표2 관련								
	구 분	기관내방형				재가방문형			
		단가 (천원)	총시간 (시간)	매출액 (천원)	수혜자수 (명)	단가 (천원)	총시간 (시간)	매출액 (천원)	수혜자수 (명)
	언어치료								
	미술치료								
	놀이치료								
	음악치료								
	행동심리치료								
기타치료									
계									
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내								

2 재가방문 서비스 제공 실적(가산점)

구 분	기본지표	영 역	실적
지 표	가산실적	평가항목	재가방문형 서비스 제공 실적
평가내용	☐ 최상(3.0)	500시간/년 이상	
	☐ 우수(2.4)	300 ~ 500시간/년 미만	
	☐ 양호(1.8)	100 ~ 300시간/년 미만	
	☐ 보통(1.2)	10 ~ 100시간/년 미만	
	☐ 미흡(0.6)	1 ~ 10시간/년 미만	
	☐ 없음(0.0)	0시간/년	
증빙서류	- 전자바우처통합정보시스템 - 보조지표: 평가지표1 참조		
평가기준	‘재가’란 제공기관 등록 주소지가 아닌 곳을 말하며, 생활시설이나 교육시설(유치원), 보육시설(어린이집) 등을 말한다. - 재가방문형은 일일 최대 8명, 주당 최대 15명까지 인정한다.		
참 고	- 장애아동 가족지원 사업안내 - 시설방문의 경우 서비스대상이 2인 이하일 경우만 재가방문형 단가 적용 (교사 1인 기준)		

3 산간벽지지역 실적(가산점)

구 분	기본지표	영 역	실적
지 표	가산실적	평가항목	산간벽지지역 실적
평가내용	실인원 명, 총 시간		
	☐ 최상(5)	40명 이상	
	☐ 우수(4)	20명 ~ 39명 미만	
	☐ 양호(3)	10명 ~ 19명 미만	
	☐ 보통(2)	5명 ~ 9명 미만	
	☐ 미흡(1)	1명 ~ 4명 미만	
	☐ 없음(0)	제공한 바 없음	
	증빙서류	전자바우처통합정보시스템	
평가기준	- 계산이 용이하도록 사전에 전년도 평가 구간 점수 제공(매년 변경될 수 있음) - 산간벽지지역(격오지 지역): 보건복지부고시 제2010-22호(2011.12. 1) 보험료 경감대상 도서·벽지지역고시		
참 고	장애아동 가족지원 사업안내		

4 제공인력 재교육

구 분	기본지표	영 역	인력관리																												
지 표	인력전문성	평가항목	제공인력 재교육																												
평가내용	1인당 평균 재교육시간(시/명) = 재교육 총 시간 (시) 제공인력 수 (명) <table><tr><td>☐ 최상(10)</td><td colspan="2">12시간 이상</td></tr><tr><td>☐ 우수(8)</td><td colspan="2">8시간 이상~12시간 미만</td></tr><tr><td>☐ 양호(6)</td><td colspan="2">5시간 이상~8시간 미만</td></tr><tr><td>☐ 보통(4)</td><td colspan="2">3시간 이상~5시간 미만</td></tr><tr><td>☐ 미흡(2)</td><td colspan="2">1시간 이상~3시간 미만</td></tr><tr><td>☐ 없음(0)</td><td colspan="2">인정되는 재교육 없음</td></tr></table>			☐ 최상(10)	12시간 이상		☐ 우수(8)	8시간 이상~12시간 미만		☐ 양호(6)	5시간 이상~8시간 미만		☐ 보통(4)	3시간 이상~5시간 미만		☐ 미흡(2)	1시간 이상~3시간 미만		☐ 없음(0)	인정되는 재교육 없음											
	☐ 최상(10)	12시간 이상																													
	☐ 우수(8)	8시간 이상~12시간 미만																													
	☐ 양호(6)	5시간 이상~8시간 미만																													
	☐ 보통(4)	3시간 이상~5시간 미만																													
	☐ 미흡(2)	1시간 이상~3시간 미만																													
	☐ 없음(0)	인정되는 재교육 없음																													
증빙서류	• 교육참여 내부기안과 교육참가결과보고서, 수료증 등																														
평가기준	• ‘제공인력 수’란 평가대상 기관 중 치료를 제공했던 실인원을 말한다(제공기관장은 치료를 제공하더라도 제외).																														
	• 재교육의 범위 : 제공인력이 제공하고 있는 치료유형과 관련된 교육 - 치료유형과 관련성: 교육명으로 판단, 사례회의[13]와 중복 불가 - 강사, 일정을 증명할 수 있는 교육자료가 있는 경우에만 인정 - 토론회, 간담회 등 교육이 목적이 아니거나 부수적인 목적일 경우(예, 여름캠프 중 놀이치료 특강)와 교육과정(평생교육원, 학부, 대학원 등)에서 이루어진 교육 제외. - 인정 예시: 사이버 강의, 학회의 학술대회 참여																														
	• 사업계획서 및 예산서상 직원교육에 관한 내용이 포함되어 있는지 확인한다.																														
	• 교육비예산이 기관의 본예산에 포함되어 있는 경우 이를 교육비 지출로 인정하되, 예산산출서 상 사업기관 인력 외에 바우처 제공인력이 포함되어 있는지 확인한다.																														
	• 교육참가결과보고서에는 일시, 주제, 교육내용, 참가자 등이 명시되어야 한다.																														
	• 보조 자료 (자료 작성 참고용이며 증빙서류로 제출해야 하는 자료 아님)																														
	<table><tr><td>No</td><td>성명</td><td>주담당 치료유형</td><td>주최</td><td>교육명</td><td>년월일</td><td>교육시간(분)</td><td>증빙 서류번호</td></tr><tr><td>예 시</td><td>이** (성만 기재)</td><td>언어치료</td><td>한국언어 치료학회</td><td>언어치료사 전문가 과정</td><td>09.4.8</td><td>000시간</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							No	성명	주담당 치료유형	주최	교육명	년월일	교육시간(분)	증빙 서류번호	예 시	이** (성만 기재)	언어치료	한국언어 치료학회	언어치료사 전문가 과정	09.4.8	000시간		1							
	No	성명	주담당 치료유형	주최	교육명	년월일	교육시간(분)	증빙 서류번호																							
	예 시	이** (성만 기재)	언어치료	한국언어 치료학회	언어치료사 전문가 과정	09.4.8	000시간																								
	1																														
- 주담당 치료유형 : 언어, 미술, 음악, 놀이, 행동심리, 기타치료 중에서 선택																															
- 2개 이상 치료에 관여하는 경우에는 주담당 치료유형이 담당 재활치료사의 동의하에 지정(2개 이상 치료기관에서 활동하더라도 주담당 치료유형은 일치하여야 함), 교육은 주담당 치료유형 1개에 대해서만 인정됨.																															
- 주최, 교육명, 년월일, 교육시간은 증빙서류의 내용과 일치하여야 하며, 연월일과 교육시간을 식별할 수 없는 경우에는 교육을 수료한 것으로 인정되지 않음.																															
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내																														

5 제공인력 자격

구 분	기본지표	영 역	인력관리																																																		
지 표	인력전문성	평가항목	제공인력 자격																																																		
평가내용	유자격증 소지율(%) = $\frac{\text{자격증 소지자 수 (명)}}{\text{제공인력 수 (명)}} \times 100$ <table><tr><td>☐ 최상(5)</td><td>95% 이상</td></tr><tr><td>☐ 우수(4)</td><td>90%~95% 미만</td></tr><tr><td>☐ 양호(3)</td><td>80%~90% 미만</td></tr><tr><td>☐ 보통(2)</td><td>60%~80% 미만</td></tr><tr><td>☐ 미흡(1)</td><td>1%~60% 미만</td></tr><tr><td>☐ 없음(0)</td><td>0%</td></tr></table>			☐ 최상(5)	95% 이상	☐ 우수(4)	90%~95% 미만	☐ 양호(3)	80%~90% 미만	☐ 보통(2)	60%~80% 미만	☐ 미흡(1)	1%~60% 미만	☐ 없음(0)	0%																																						
	☐ 최상(5)	95% 이상																																																			
	☐ 우수(4)	90%~95% 미만																																																			
	☐ 양호(3)	80%~90% 미만																																																			
	☐ 보통(2)	60%~80% 미만																																																			
	☐ 미흡(1)	1%~60% 미만																																																			
	☐ 없음(0)	0%																																																			
증빙서류	전자바우처통합정보시스템에 등록된 서비스 제공인력 현황자료, 해당기간 시·구·군에 보고한 서비스 제공인력 현황자료, 해당 기간 서비스 제공인력 명단(월급명세서등 참조), 서비스 제공인력 관리카드 명단, 인사기록카드, 자격증, 학위증, 경력증명서, 교육 시간(임상시간), 자격증 검정기관 확인 등																																																				
평가기준	- 자격증은 제공인력의 주된 치료유형 해당 자격증이 유무로 체크한다. 자격증이 여러 개 있더라도 하나만 인정되므로, 유자격증 소지율은 100%를 넘을 수 없다. - 바우처 사업 기준 인정 자격증 기준 <table><tr><th>구분</th><th>요건</th><th>비고</th></tr><tr><td>재활치료서비스 관련 자격증이 있는 경우</td><td> - 국가자격증 소지자 - 국가공인 민간자격증 소지자 - 자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증 소지자 </td><td> - 민 간 자 격 정 보 서 비 스 (www.pqi.or.kr)에서 공인민간자격 및 등록민간자격확인 가능 </td></tr></table> ※ 배우자, 직계 혈족, 형제·자매, 직계 혈족의 배우자, 동거자에게 서비스 제공할 수 없음 - 보조 자료 (자료 작성 참고용이며 증빙서류로 제출해야 하는 자료 아님) <table><tr><th>구분</th><th>성명</th><th>주 담당재활 치료영역(1개)</th><th>입사일</th><th>퇴사일</th><th>현직 재직 기간</th><th>자격구분</th><th>자격명칭</th><th>자격검정기관</th><th>자격 등급</th><th>증빙 서류 번호</th></tr><tr><td>예시</td><td>이** (성만 기재)</td><td>언어치료</td><td>2009. 5. 10.</td><td>퇴사일 또는 재직종기</td><td>0년 0개월</td><td>1.국가 2.국가공인 3.민간공인 4.민간비공인 5.무자격 유자격자 6.무자격자</td><td>언어치료사</td><td>한국언어치료 전문가협회</td><td>2급</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			구분	요건	비고	재활치료서비스 관련 자격증이 있는 경우	- 국가자격증 소지자 - 국가공인 민간자격증 소지자 - 자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증 소지자	민 간 자 격 정 보 서 비 스 (www.pqi.or.kr)에서 공인민간자격 및 등록민간자격확인 가능	구분	성명	주 담당재활 치료영역(1개)	입사일	퇴사일	현직 재직 기간	자격구분	자격명칭	자격검정기관	자격 등급	증빙 서류 번호	예시	이** (성만 기재)	언어치료	2009. 5. 10.	퇴사일 또는 재직종기	0년 0개월	1.국가 2.국가공인 3.민간공인 4.민간비공인 5.무자격 유자격자 6.무자격자	언어치료사	한국언어치료 전문가협회	2급		1											2										
	구분	요건	비고																																																		
	재활치료서비스 관련 자격증이 있는 경우	- 국가자격증 소지자 - 국가공인 민간자격증 소지자 - 자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증 소지자	민 간 자 격 정 보 서 비 스 (www.pqi.or.kr)에서 공인민간자격 및 등록민간자격확인 가능																																																		
	구분	성명	주 담당재활 치료영역(1개)	입사일	퇴사일	현직 재직 기간	자격구분	자격명칭	자격검정기관	자격 등급	증빙 서류 번호																																										
	예시	이** (성만 기재)	언어치료	2009. 5. 10.	퇴사일 또는 재직종기	0년 0개월	1.국가 2.국가공인 3.민간공인 4.민간비공인 5.무자격 유자격자 6.무자격자	언어치료사	한국언어치료 전문가협회	2급																																											
	1																																																				
	2																																																				
	참 고	장애아동 가족지원 사업안내																																																			

6 제공인력 임상경력

구 분	기본지표	영 역	인력관리
지 표	인력전문성	평가항목	제공인력 임상경험
평가내용	1인당 임상 경력(개월/명) = 자격증 발급 이후의 제공인력 임상경력(개월) 제공인력 수 (명)		
	☐ 최상(10)	8년 이상	
	☐ 우수(8)	6년 이상~8년 미만	
	☐ 양호(6)	4년 이상~6년 미만	
	☐ 보통(4)	2년 이상~4년 미만	
	☐ 미흡(2)	1개월 이상~2년 미만	
	☐ 없음(0)	임상경력 없음	
증빙서류	전자바우처통합정보시스템에 등록된 서비스 제공인력 현황자료, <u>건강보험자격득실확인서</u>, 교육시간(임상시간), 자격증 검정기관 확인 등		
평가기준	- 산식에서 분모와 분자는 평가 대상 마지막 날을 기준으로 산정한다(제공기관장은 치료를 제공하더라도 제외). - 자격증 발급 이후의 임상경력은 ‘건강보험자격득실확인서’를 통해 확인한다. - ‘건강보험자격득실확인서’를 통해 확인할 수 없는 임상경력은 인정하지 않는다. - 자격증 발급 이후의 임상경력을 인정하지만 임상실습은 인정하지 않는다. - 자격증 발급 이후의 평생교육원, 전문학사, 학사 과정 중에 수행된 임상경력인지는 고려하지 않으며, 비바우처 임상경력 포함한다. - 임상경력은 현재 강사의 주된 치료유형에 하나에 한하여 인정한다. - 한 강사가 2개 이상의 치료유형을 진행하는 경우 주된 치료유형 하나만 선택하고 선택된 치료유형을 기준으로 판단한다. - 단, 산간벽지 실적이 연 10시간 이상 되는 치료사는 복수 개의 자격증의 임상경력 모두 인정한다.		
참 고	장애아동 가족지원 사업안내		

7 제공인력 지속성

구 분	기본지표	영 역	인력관리
지 표	인력유지	평가항목	제공인력 지속성
평가내용	$1인당\ 평균\ 현직\ 근속기간(월/명) = \frac{\boxed{\text{제공인력의 현직 근속연수합(개월)}}}{\boxed{\text{제공인력 수 (명)}}} \times 100$		
	☐ 최상(10)	3년 이상	
	☐ 우수(8)	2년 이상~3년 미만	
	☐ 양호(6)	1년 이상~2년 미만	
	☐ 보통(4)	6개월 이상~1년	
	☐ 미흡(2)	3개월 이상~6개월	
	☐ 없음(0)	3개월 미만	
증빙서류	• 해당기간 시·구·군에 보고한 서비스 제공인력 현황자료 • 해당 기간 서비스 제공인력 명단(월급명세서등 참조) • 서비스 제공인력 관리카드 명단, 퇴사자 명단 등		
평가기준	• 산식에서 분모와 분자는 평가 대상 마지막 날을 기준으로 산정한다(제공기관장은 치료를 제공하더라도 제외). • 본 지표는 서비스 제공의 안정성과 지속을 위한 인력관리 등의 노력 정도를 확인하여 사업의 충실성을 파악할 뿐만 아니라 직원의 업무만족도 등을 간접적으로 파악하기 위한 지표이다. • 이·퇴직의 범위 : 본인의 사망, 동일법인 내 인사 발령, 정년퇴직 등의 사유로 이 퇴직한 자는 제외함. 재입사의 경우 퇴직시기가 평가기간 중이면 이·퇴직한 직원 수에 산정된다.		
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내		

8 제공인력 4대 보험 가입

구 분	기본지표	영 역	인력관리												
지 표	인력유지	평가항목	제공인력 4대 보험 가입												
평가내용	4대 보험 가입률(%) = $\frac{\boxed{\text{4대 보험 모두 가입한 제공인력 수 (명)}}}{\boxed{\text{제공인력 수 (명)}}} \times 100$ <table><tr><td>☐ 최상(15)</td><td>95% 이상</td></tr><tr><td>☐ 우수(12)</td><td>90%~95% 미만</td></tr><tr><td>☐ 양호(9)</td><td>80%~90% 미만</td></tr><tr><td>☐ 보통(6)</td><td>60%~80% 미만</td></tr><tr><td>☐ 미흡(3)</td><td>1%~60% 미만</td></tr><tr><td>☐ 없음(0)</td><td>4대 보험에 가입되어 있는 제공인력은 없다.</td></tr></table>			☐ 최상(15)	95% 이상	☐ 우수(12)	90%~95% 미만	☐ 양호(9)	80%~90% 미만	☐ 보통(6)	60%~80% 미만	☐ 미흡(3)	1%~60% 미만	☐ 없음(0)	4대 보험에 가입되어 있는 제공인력은 없다.
	☐ 최상(15)	95% 이상													
	☐ 우수(12)	90%~95% 미만													
	☐ 양호(9)	80%~90% 미만													
	☐ 보통(6)	60%~80% 미만													
	☐ 미흡(3)	1%~60% 미만													
	☐ 없음(0)	4대 보험에 가입되어 있는 제공인력은 없다.													
증빙서류	• 현장확인, 직원면담, 직원 회의록, 직원게시판, 복무규정 등														
평가기준	• 산식에서 분모와 분자는 평가 대상 마지막 날을 기준으로 산정한다(제공기관장은 치료를 제공하더라도 제외). • 근무 시간과 무관하게 4대 보험(건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험)이 모두 가입 된 직원의 비율만을 체크한다(상해보험, 배상보험은 4대 보험으로 인정하지 않는다). • 월 근로시간이 60시간 미만이라도 상해보험 대신 4대 보험 가입을 권장한다. • 월 근로시간이 60시간 미만이라도 전자바우처통합정보시스템에 1시간 이상 제공 하였다면 분자의 '4대 보험 가입 제공인력 수(명)'에 포함된다.														
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내: “제공기관은 소속 서비스 제공인력에 대한 4대 보험 을 관련 법령에 의한 해당 보험의 가입 기준에 따라 처리”														
	• 4대 보험 가입 관련 규정 참고 ○ 건강보험 : 월 근로시간이 60시간 이상일 때 가입(국민건강보험법시행령 제10조) ○ 국민연금 : 월 근로시간이 60시간 이상일 때 가입(국민연금법시행령 제2조) ○ 고용보험 : 월 근로시간이 60시간 이상(주15시간 포함)일 때 가입(고용보험법시행령 제3조) ○ 산재보험 : 의무 가입(산업재해보상보험법 제2조) • 배상보험은 제공기관에서 소속 서비스 제공 인력에 대해 의무적으로 가입 • 상해보험은 4대 보험으로 같음하되, 4대 보험 대상자가 아닌 경우에는 제공기관 에서 상해 보험이나 별도 보상 대책을 마련하여야 함														

9 제공인력 제공 정보 범위

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	행정관리	평가항목	제공인력 제공 정보 범위
평가내용	제공기관 내에서 열람이 가능한 제공인력의 정보 ☐ ① 자격증 발급기관 ☐ ② 자격요건 ☐ ③ 경력요건 ☐ ④ 이수과목 ☐ ⑤ 이수시간 ☐ ⑥ 임상시간		
	☐ 최상(5)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.	
	☐ 우수(4)	위 항목 중 5가지 항목이 해당된다.	
	☐ 양호(3)	위 항목 중 4가지 항목이 해당된다.	
	☐ 보통(2)	위 항목 중 3가지 항목이 해당된다.	
	☐ 미흡(1)	위 항목 중 1, 2가지 항목이 해당된다.	
	☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.	
증빙서류	• 관련 비치 서류, 홈페이지, 기타 제공인력 제공을 증명할 수 있는 자료		
평가기준	• 제공기관 내에서 비치된 가장 최근의 제공인력 정보와 현원을 대비하여 판단한다. • 현원에 대한 판단은 제제 평가서 제출 기간에 입력된 10일 기준의 전자바우처통합 정보시스템의 정보를 기준으로 한다(만약 자체 평가서 제출 마감일이 2주 이전이라면 그 전년도 10일자가 기준이다). • 6대 항목에 대해서는 모든 인력이 제공될 때, 해당 항목 정보가 제공된 것으로 본다. • 예시 (※아래의 경력 이하는 자격증 취득 이전에 대한 정보 포함. 아래의 경력은 6번의 ‘임상 경력’ 산출 기준이 다름에 유의)		
	사진 홍길동 • 자격: 미술치료사1급 (한국미술치료학회) • 경력: 10년 햇님발달센터('09~현재) 달님아동센터('05~'06) 꽃님복지관 치료실('00~'03) • 이수과목: 자폐인미술 외 • 이수시간: 30시간 • 임상시간: 1,000시간 자격증명(발급기관명), 주력분야 한 개만 기록 총 경력 최근 주요 경력 3개만 입력 자격증 시험 과목 중 주특기1과목 선택 자격증 발급에 필요한 이수시간 자격증 발급 후 임상경력 시간		
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내: “제공기관은 이용자에게 제공인력 자격정보 제공” - 제공인력에 대한 자격증 발급기관, 자격요건, 경력요건, 이수과목, 이수시간, 임상시간 등 제공인력에 대한 자세한 자격정보를 제공 기관 내에 비치하여 열람케 하거나 이메일·우편 등으로 이용대상자나 부모에게 제공		

10 제공인력 정보 제공 방법

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	행정관리	평가항목	제공인력 정보 제공 방법
평가내용			
	☐ 최상(5)	기관 내부 게시판에 게시한다.	
	☐ 양호(3)	기관의 공개된 장소(대기실)에 누구나 볼 수 있도록 비치하고 있다.	
	☐ 없음(0)	정보를 제공하고 있지 않다.	
증빙서류	- 발송 메일 제목 리스트, 우편물 발송 영수증 - 관련 비치 서류, 홈페이지, 기타 제공인력 정보가 있는 매체물		
평가기준	- 두 개 이상의 정보 제공 방법을 사용하는 경우에는 상위의 제공 방법이 사용되었다고 판단한다. - 이용자에게 개별적으로 이메일이나 우편물을 이용하여 제공한 경우에는 5점을 부여한다. 이 경우 발송 메일 제목 리스트나 우편물 발송 영수증 등을 통해 증명한다.		
참 고	- 장애아동 가족지원 사업안내: “제공기관은 이용자에게 제공인력 자격정보 제공” - 제공인력에 대한 자격증 발급기관, 자격요건, 경력요건, 이수과목, 이수시간, 임상시간 등 제공인력에 대한 자세한 자격정보를 제공기관 내에 비치하여 열람케 하거나 이메일·우편 등으로 이용대상자나 부모에게 제공		

11 서비스 과정 기록

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	행정관리	평가항목	서비스 과정 기록
평가내용	☐ ① ‘장애아동 재활치료 서비스 제공(이용)계약서(서식6호)’에 대한 기록 여부		
	☐ ② ‘개인정보 제공 및 활용에 관한 승낙서(서식7호)’에 대한 기록 여부		
	☐ ③ ‘사회복지서비스 제공(이용) 계획서(서식8호)’에 대한 기록 여부		
	☐ ④ ‘서비스 일정표(서식9호)’에 대한 기록 여부		
	☐ ⑤ ‘장애아동 재활치료 서비스 제공 기록지(서식11호)’에 대한 기록 여부		
	☐ ⑥ ‘장애아동 재활치료 서비스 이용자 모니터링(설문)(서식12호)’에 따른 온라인		
	모니터링 시스템에 입력		
	☐ 최상(5)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.	
☐ 우수(4)	위 항목 중 5가지 항목이 해당된다.		
☐ 양호(3)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.		
☐ 보통(2)	위 항목 중 3가지 항목이 해당된다.		
☐ 미흡(1)	위 항목 중 1, 2가지 항목이 해당된다.		
☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.		
증빙서류	• ‘평가내용’과 같음.		
평가기준	• 개별 작성을 원칙으로 한다. • 재활치료 제공자에 대한 모든 기록이 완비되었을 때 기록이 이루어졌다고 판단한다.		
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내 서식6호~서식12호		

12 장부 비치

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	행정관리	평가항목	장부 비치
평가내용	☐ ① 제공기관의 연혁에 관한 기록부		
	☐ ② 제공기관의 장 및 제공 인력의 인사카드		
	☐ ③ 제공 인력 관계 서류(근로계약서, 제공 인력 명부, 자격증 등)		
	☐ ④ 서비스 제공 관련 서류(서비스 제공계획, 일정표, 상담기록철 등)		
	☐ ⑤ 서비스 모니터링 및 평가에 관한 서류 등		
	☐ ⑥ 예산서 및 결산서		
	☐ ⑦ 금전 및 물품의 출납부와 그 증명서류		
	☐ ⑧ 제공 인력 4대 보험 가입서류, 결제영수증 등		
☐ ⑨ 각종 증명서류와 그 밖에 필요한 서류			
	☐ 최상(5)	위 항목 중 9가지 항목이 해당된다.	
	☐ 우수(4)	위 항목 중 8가지 항목이 해당된다.	
	☐ 양호(3)	위 항목 중 7가지 항목이 해당된다.	
	☐ 보통(2)	위 항목 중 6가지 항목이 해당된다.	
	☐ 미흡(1)	위 항목 중 1~5가지 항목이 해당된다.	
	☐ 없음(0)	위 항목 중 해당하는 항목이 없다.	
증빙서류	• ‘평가내용’과 같음.		
평가기준	• 개별 작성을 원칙으로 한다. • 재활치료 제공자에 대한 모든 기록이 완비되었을 때 기록이 이루어졌다고 판단한다.		
참 고	• 「장애아동복지지원법 시행규칙」 [별표2] 발달재활서비스 제공기관의 운영기준(제9조 관련) 중 3. 장부 등 비치		

13 사례회의

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	과정관리	평가항목	사례회의
평가내용	1인당 평균 사례회의 참여 횟수(회/인) = 사례회의 총 참여 횟수 (건) 제공 인력 수 (명)		
	☐ 최상(10)	년 12회 이상	
	☐ 우수(8)	년 6회 ~ 11회	
	☐ 양호(6)	년 4회 ~ 5회	
	☐ 보통(4)	년 2회 ~ 3회	
	☐ 미흡(2)	년 1회	
	☐ 없음(0)	없다.	
증빙서류	• 사례회의 참여를 증빙할 수 있는 서류(사례회의 결과보고서, 발제자, 토론자임을 증명할 수 있는 자료집) 등		
평가기준	• 사례회의는 특정한 재활치료 사례에 대한 문제해결이나 의견교환을 위한 전문가의 모임을 말한다. • 사례회의 보고서는 사례회의는 일시, 참가자, 사례상정, 대상자 사정(assessment), 서비스 개입과정, 지원계획 등이 포함되어야 한다. • 사례회의는 다른 회의와 연속적으로 실시하거나 포함되어 실시된 것은 인정하지 않으며, 독립적으로 개최된 것만 인정한다. - 주간보고 시간에 사례회의를 개최하면 인정하지 않는다. - 다만, 학술대회에서 행사 일정표에 배타적으로 시간과 공간이 설정되어 있다면 인정한다. • 제공인력 재교육[4]와 중복 불가		
참 고			

14 부정 사용 및 결제

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	회계관리	평가항목	부정 사용 및 결제
평가내용	기관 설립 이래 바우처 카드의 부정사용에 대한 부당이득 환수 조치와 제공기관 탈락 조치를 받은 경험이 _____.		
	☐ 최상(10)	없다.	
	☐ 없음(0)	있다.	
	☐ 감점(-5)	없다고 보고하였으나 추후 환수 및 탈락된 조치가 발견된 경우	
증빙서류	• 바우처 단말기 신청·관리 서류(FDKL신청 제출 서류)		
평가기준	- 전자바우처 클린센터(http://www.vclean.or.kr) 및 시군구 등 감독기관 관련 감사 결과 공문을 기준으로 자체 평가한 후 평가기관에서 근거 서류를 취합 확인한다. - 자체평가에서는 최상(10)과 없음(0)에 대해서만 평가하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 감점(-5) 부과 - 참고) 부정 사용 및 부정 결제 유형 - 사회서비스의 제공없이 바우처를 청구 또는 결제하는 행위 - 거짓 등 부정한 방법이나 고의로 실제 제공한 서비스의 대가 이상으로 서비스 제공 비용을 청구하는 행위(이용자의 당일 취소로 인한 사유 제외, 단, 이용자의 사전, 제공기관·제공인력의 사전, 공휴일 등을 고려하여 취소 시점에 따라 보강 및 환불 정책에 대한 내규를 마련하고 이용자에게 사전 공지해야 함) - 사회서비스 제공시간을 초과하여 바우처를 결제하는 행위 - 이용자의 바우처 이용할 수 없는 기간(병원 입원 등)에 바우처를 사용하는 행위 - 이용자가 타인에게 바우처를 양도 또는 매매 등 부당하게 바우처를 사용하는 행위 - 사업자 또는 종사자와 이용자 간의 담합에 의해 부당하게 바우처를 사용하는 행위 - 제공인력(기관)이 이용자의 바우처 카드를 보관하고 바우처를 사용하는 행위 - 본인부담금을 제공기관에서 면제(또는 제공기관에서의 대납)해 주는 행위 - 기준 단가 외 준비물 등의 사유로 추가로 금품을 징수하는 행위 - 그 밖의 부당한 방법으로 바우처를 사용하는 행위 등		
참 고	- 장애아동 가족지원 사업안내: 부정사용 적발 시 처분 - 해당 지자체는 바우처 부정사용이 적발된 경우, 부정사용액에 대해 전액 환수하고 부정사용자(기관)에 대해 주의, 경고, 사업참여 제한(최장 2년), 지정취소 등 조치를 한 후, 복지부 및 정보개발원으로 통보 - 부정사용 등 불법행위가 적발된 경우 제공기관의 고의 및 중과실, 관리감독 소홀로 발생한 것일 때에는 제공기관이 부정사용액의 환수책임을 져야함 - 장애아동 가족지원 사업안내: 전자바우처 부정사용 신고센터 운영 - 이용자, 제공인력, 제공기관 및 국민을 대상으로 바우처 부정사용에 대한 신고를 접수하고, 신고내용이 사실로 확인되는 경우 포상금 지급 - 바우처 부정사용에 대한 전자바우처 클린센터 홈페이지(www.vclean.or.kr) 및 신고상담전화(02-6006-5002) 운영 (한국보건복지정보개발원)		

15 본인부담금 선납

구 분	기본지표	영 역	품질관리											
지 표	회계관리	평가항목	본인부담금 선납											
평가내용	본인부담금 후납 결제율(%) = 본인부담금 후납 결제 건수 (건) 이용자 실인원 (명/월)													
	☐ 최상(10)	0.00%												
	☐ 우수(8)	0.01%~1.00% 미만												
	☐ 양호(6)	1.00%~2.00% 미만												
	☐ 보통(4)	2.00%~3.00% 미만												
	☐ 미흡(2)	3.00%~4.00% 미만												
	☐ 없음(0)	5.00% 이상												
증빙서류	• 본인부담금 수입 통장, 거래 내역 관계 서류, 바우처 단말기 이용 내역, 정산 서류													
평가기준	• 본인부담금 후납부란 자부담 결제 시기가 전자바우처 결제 시기 보다 사후에 이루어진 결제를 의미한다. - 자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 익년도 회기까지 반영 - 본인부담금 후납부 또는 본인부담금을 납부하지 않는 행위는 부당거래 및 제도 악용 방지, 이용자의 도덕적 해이를 방지하기 위해 원칙적으로 금지하고 있음. - 본인부담금 후납부를 돕거나 제공기관에서 본인부담금을 대납 또는 면제해 주는 행위는 부당거래로 간주													
	• 산식에서 ‘이용자 실인원’이란 평가 대상 기간(1년) 동안의 월단위 인원수를 말한다. - 이용자 실인원은 월 단위로 1회 이상 결제한 사람을 실인원 1명으로 계산 - 실인원은 달이 바뀌면 동일 인물도 다른 사람처럼 취급하여 계산하는 방식 - 실인원 계산의 예 (바우처 이용 기준, 본인부담금 선납부 후 바우처 미이용자 제외)													
		2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	실인원(명)
	A			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
	B				○		○	○				○	○	5
	C													0
	D	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12
	계	1	1	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	27
	참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내: 본인부담금 납부방법 - “본인부담금은 제공기관에 반드시 사전에 납부하여야 함” - “본인부담금을 납부하지 않고 바우처로 결제할 시에는 부당거래로 간주하여 자격을 박탈할 수 있음.”												

16 선 결제

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	회계관리	평가항목	선 결제
평가내용	선 결제율(%) = 선 결제 건수 (건) 총 결제 건수 (건)		
	☐ 최상(5)	0.00%	
	☐ 우수(4)	0.01%~1.00% 미만	
	☐ 양호(3)	1.00%~2.00% 미만	
	☐ 보통(2)	2.00%~3.00% 미만	
	☐ 미흡(1)	3.00%~4.00% 미만	
	☐ 없음(0)	5.00% 이상	
증빙서류	바우처 단말기 이용 내역, 정산 관련 서류, 장애아동 재활치료 서비스 제공 기록지 [서식11호]		
평가기준	- 선 결제란 전자바우처 결제(자부담 결제 제외) 시점이 서비스 제공 시점(장애아동 재활치료 서비스 제공 기록지[서식11호] 기준) 보다 앞선 결제를 의미한다. - 자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과하되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영 - 선 결제는 제도 악용을 방지하기 위해 원칙적으로 금지하되, 일부는 예외적으로 인정 - 참고) 선 결제 사례 - 심야 결제를 피하고자 선 결제를 하고 서비스가 진행된 경우: 부정결제에 해당 - 이용자가 귀찮다며 선 결제를 요구한 경우: 제공기관이 불이익을 받는다고 안내하며 선 결제 거부		
참 고	- 장애아동 가족지원 사업안내 “서비스 대상자는 월별 사용 계획에 따라 서비스를 이용하고, 서비스 후 회당 결제 해야 한다.”(회당 결제 원칙)		

17 심야 결제

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	회계관리	평가항목	심야 결제
평가내용	심야 결제율(%) = 심야 결제 건수 (건) 총 결제 건수 (건)		
	☐ 최상(5)	0.00%	
	☐ 우수(4)	0.01%~1.00% 미만	
	☐ 양호(3)	1.00%~2.00% 미만	
	☐ 보통(2)	2.00%~3.00% 미만	
	☐ 미흡(1)	3.00%~4.00% 미만	
	☐ 없음(0)	5.00% 이상	
증빙서류	• 바우처 단말기 이용 내역, 정산 관련 서류		
평가기준	• 심야 결제란 전자바우처 결제(자부담 결제 제외) 시점이 <u>밤 10시부터 다음날 8시 사이</u>에 이루어지는 결제를 의미한다. - 자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과하되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 다음 년도 회기까지 반영 - 심야 결제는 아동의 건강 및 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지 • 참고) 심야 결제 사례 - 이용자가 바우처 카드를 없다면 8시 이후에 카드를 가지고 와서 결제한 경우: 8시 이전에 하지 않으면 불법이라고 안내하고 예외적으로 다음날 결제. - 이용자가 새벽에 재활치료를 받겠다면서 오전 7시에 이용하고 오전 8시에 결제하는 경우: 아동의 건강을 위해 금지된다고 안내.		
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내		

18 ARS 결제

구 분	기본지표	영 역	품질관리				
지 표	회계관리	평가항목	ARS 결제				
평가내용	ARS 결제율(%) = ARS 결제 건수 (건) 총 결제 건수 (건)						
	☐ 최상(10)	0.00%					
	☐ 우수(9)	0.01%~1.00% 미만					
	☐ 양호(8)	1.00%~2.00% 미만					
	☐ 보통(7)	2.00%~3.00% 미만					
	☐ 미흡(6)	3.00%~4.00% 미만					
	☐ 없음(0)	5.00% 이상					
증빙서류							
평가기준	• 전자바우처 사업의 서비스 비용은 단말기에 기반한 바우처 카드 결제가 원칙이며, 본 평가는 ARS 결제 사유와 관계없이 ARS 결제 횟수만을 고려한다. - 자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과하되, 다음 년도 회기까지 0점 부여 • ARS 결제는 위의 세 가지 경우를 제외하고 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지되며 각 건에 대한 증빙 자료 제출을 추가적으로 요구할 수 있다.(아래 3가지 사유에 해당해도 ARS 결제로 카운팅함) • 다음과 같은 3가지 사유로 인해 전자결제가 불가능한 경우에만 ARS 결제를 허용하나, 이러한 형태의 결제가 발생하지 않도록 사전에 노력하여야 한다. - 바우처 정보 연계처리과정상의 오류 - 통신음영지역 - 바우처 카드 수령 불가 • 보조자료: ARS 결제 사유에 대한 증빙자료, 정산 관련 서류						
	번호	날짜	결제시분	결제자	이용자	ARS 결제 사유	증빙자료 번호
	1						(별첨#1)
	2						
	3						
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내 - ARS 결제는 예외적 결제 방법으로 사용하는 경우 증명하여야 함. “통신 음영지역에 해당되는 경우 또는 해당 월까지 결제단말기 또는 바우처카드 수령이 불가하여 결제단말기를 통한 결제가 불가능한 경우에 한하여 인정”						

19 일괄 결제

구 분	기본지표	영 역	품질관리
지 표	회계관리	평가항목	일괄 결제
평가내용	일괄 결제율(%) = 동일인물의 연속 결제 건수 (건) 총 결제 건수 (건)		
	☐ 최상(30)	0.00%	
	☐ 우수(28)	0.01%~1.00% 미만	
	☐ 양호(24)	1.00%~2.00% 미만	
	☐ 보통(18)	2.00%~3.00% 미만	
	☐ 미흡(10)	3.00%~4.00% 미만	
	☐ 없음(0)	5.00% 이상	
증빙서류	• 바우처 단말기 이용 내역, 정산 관련 서류		
평가기준	• 일괄 결제란 회당 결제 원칙을 위반하고 동일인물의 결제를 특정 시점에 연속적으로 이루어지는 결제를 의미한다. 즉, 동일인물이 30분 이내에 연속으로 이루어지면 일괄 결제로 간주한다. 바우처 단말기들의 이용 내역을 종합하여 판단한다. - 30분 이내 동일인물이 두 번 연속해서 결제가 이루어진 경우: 연속 1건으로 간주 - 30분 이내 동일인물이 세 번 연속해서 결제가 이루어진 경우: 연속 2건으로 간주 - 자체평가에 따라 점수를 부여하고, 확인기관에서는 추후 보고가 허위임이 밝혀지면 최하점수(0) 부과되, 해당 평가년도에 반영되지 않을 경우 익년도 회기까지 반영 - 일괄 결제는 제도 악용 방지를 위해 원칙적으로 금지 • 다음의 사유는 소급결제는 인정되지만, 본 지표는 지표 산출에는 사유와 무관하게, 즉 어쩔 수 없는 경우라고 하더라도 위의 정의에 부합하면 일괄 결제로 본다. - 바우처 카드 및 결제단말기(전용, 동글이 등) 분실·고장, 신규 제공인력의 도우미카드 또는 결제단말기 신청 후 미 수령한 경우 등 정상적인 결제가 불가능한 경우 • 참고) 일괄 결제 사례 - A제공기관의 이용자가 1명 밖에 없는데, 2개의 재활치료를 이용하는데, 하다보니 30분 이내로 결제가 이루어졌다. 이 경우도 일괄 결제 사례로 간주되므로 유의할 것 - B이용자가 어제 결제하지 못해 시간이 끝난 후 2개를 한꺼번에 결제한 경우: 일괄 결제에 해당 - C이용자가 2개의 재활치료를 연속으로 인용하고, 두 번째 재활치료 후에 결제하는 경우: 회당결제원칙을 위반한 사례이며 일괄 결제에 해당됨.		
참 고	• 장애아동 가족지원 사업안내		

20 임직원의 범죄이력 조회

구 분	필수지표	영 역	
지 표		평가항목	임직원의 범죄이력
평가내용			
	☐ 적정(1)	범죄이력(성, 금융 등)이 있는 임직원이 없다.	
	☐ 부적정(0)	범죄이력(성, 금융 등)이 있는 임직원이 한 명 이상 있다.	
증빙서류	• 성범죄 경력 조회 동의서[서식 5호]		
평가기준	• 임직원의 범죄이력은 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등) 등 관계 법령에 따라 임직원이 될 수 없으며, 평가는 총 점수는 0점 처리된다(운영 부적합 시설). • 성범죄 경력 조회 방법 - 조회 신청 : 사업시행기관은 제출 서류를 구비하여 관할 경찰서에 성범죄경력 조회 신청접수 - 관할 경찰서 제출 서류 ○ 성범죄 경력조회 동의서(임직원이 제출) ○ 성범죄 경력조회 신청서(제공기관에서 작성)[서식 6호] ○ 사업자등록증 사본 등 아동·청소년 관련 교육기관 등의 장임을 증명할 수 있는 자료		
참 고	• 「장애인복지법」 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등) • 아동학대신고 의무가 있음. - 아동학대 신고 및 상담전화 : 국번없이 1391		

[서식 5호]

성범죄경력 조회 동의서					
대상자	성명	(한글)		(자국어)	
		(한자)		(영문)	
	주민등록번호	-	외국인인 경우: 국적과 여권번호 또는 외국인등록번호		
	주소				
	전화번호	자택: 휴대전화:			
본인은 ○○기관(시설)(예: 유치원, 보육시설, 아동복지시설, 청소년쉼터, 청소년활동시설 등) 취업자(취업예정자)로서, 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제44조 및 같은 법 시행령 제20조에 따른 성범죄경력 조회에 동의합니다. 년 월 일 동의자 (인)					
경찰서장 귀하					
※ 대상자가 외국인인 경우 한글과 자국어·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다					

210mm×297mm(보존용지)(2종) 70g/m²)

[서식 6호]

■ 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 시행규칙 [별지 제11호서식] <개정 2011.2.11>

성범죄경력 조회 신청서

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	즉시	
신청인	성 명		주민등록번호	-	
	기관명				
	주 소	(전화번호:)			
대상자	성 명	한글	자국어		
		한자	영문		
	주민등록 번호	-	외국인인 경우: 국 적과 여권번호 또는 외국인등록번호		
	주 소				
	취업(예정) 직위				

「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제44조 및 같은 법 시행령 제20조에 따라 우리 시설 또는 기관의 취업·노무 제공(예정)자에 대하여 성범죄경력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

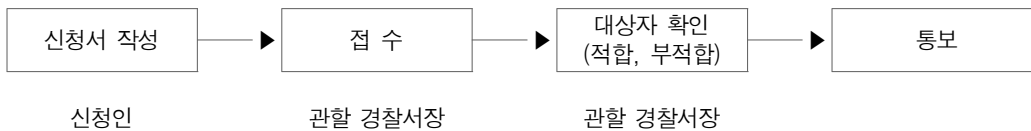
경찰서장 귀하

신청인 제출 서류	1. 사업자등록증 사본 등 아동·청소년 관련 교육기관 등의 장임을 증명할 수 있는 자료 1부 2. 취업자 또는 취업예정자 본인의 동의서 1부	수수료
		없 음

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글과 자국어·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

처리절차



210mm×297mm(보존용지(2종) 70g/㎡)

제 출 부

1. 기관현황

지 지 방 자 치 단 체	_____ 시도 _____ 시군구				
지 방 자 치 단 체 담 당 공 무 원	부서:	이름:	전화번호:		
시 설 명	(직인)				
주 소	(-)				
사업자등록번호 (고 유 번 호)					
지 정 이 력	• 지정 이력 (O, ×로 표기)	2009	2010	2011	2012
KB가맹점번호					
홈 페 이 지					
대 표 자	(직책)	(이름)	(서명)		
평 가 담 당 자 (작 성 자)	(직책)	(이름)	(서명)		
	사무실:	휴대폰:	이메일:		

2. 시설의 구조 및 설비

시설의 구조 및 설비	유무 (O, ×)	면적 (㎡)
0) 전체 면적	☒	
1) 치료실 (진단검사 및 발달재활서비스를 제공하기 위한 독립된 공간)		
2) 행정실 (사무와 행정 처리를 위한 별도의 공간)		
3) 대기공간 (장애아동이 발달재활서비스를 받는 동안 부모가 대기할 수 있는 공간)		
4) 소화기구 및 피난기구 ('소방시설 설치유지 및 안전관리에 관한 법률' 제9조에 따른 화재안전기준)		☒
5) 편의시설 승인(BF 인증 포함)		☒

3. 자체 평가 결과표

평가 내용	배점	점수	보조 지수	
1. 서비스 제공 실적	5		총 서비스 이용자 실인원:	_____명
			총 서비스 이용자 제공시간	_____시간
2. 재가방문형 서비스 제공 실적 (가산점)	3		재가방문형 이용자 실인원	_____명
			재가방문형 이용자 제공시간	_____시간
3. 산간·벽지지역 실적(가산점)	5		산간·벽지지역 이용자 실인원:	_____명
			산간·벽지지역 이용자 제공시간	_____시간
4. 제공인력 재교육	10		재교육총시간:	_____시
			제공인력수:	_____명
5. 제공인력 자격	5		자격증 소지자 수:	_____명
6. 제공인력 임상 경력	10		자격증 발급 이후의 임상경력	_____개월
7. 제공인력 지속성	10		제공인력 근속연수합:	_____개월
8. 제공인력 4대 보험 가입	15		4대보험 모두 가입한 제공인력수	_____명
9. 제공인력 정보 제공 범위	5		해당번호 모두 체크	①②③④⑤⑥
10. 제공인력 정보 제공 방법	5		-	-
11. 서비스 과정 기록	5		해당번호 모두 체크	①②③④⑤⑥
12. 장부 비치	5		해당번호 모두 체크	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
13. 사례회의	10		사례회의 총 참여 횟수	_____건
14. 부정 사용 및 결제	10		-	-
15. 본인부담금 후납	10		본인부담금 후 결제건수	_____건
16. 선 결제	5		선 결제 건수:	_____건
			총 결제 건수	_____건
17. 심야 결제	5		심야 결제 건수:	_____건
18. ARS 결제	10		ARS 결제 건수:	_____건
19. 일괄 결제	30		동일인물의 연속결제 건수	_____건
20. 임직원의 범죄 경력 조회	필수		택1	적정(①), 부적정(②)
155점(기본)+8점(가산)+필수지표	총점		(1~19번 항목 점수의 합)	-

4. 평가 개선 사항

[부록 2]

장애인 편의시설 전수조사(개정안)

전수조사표

2010

보건복지가족부
한국장애인개발원

1. 매개시설

평가기준	모든 이용자가 해당시설물의 대지경계선에서 주출입구까지 안전하게 이동·접근하는데 적합하여야 하며, 보행에 장애물이 될 수 있는 것이 없어야 한다.
-------------	--

1.1 주출입구 접근로

평가 번호	평가 내용
1.1.1	해당건물 내 보도 및 접근로의 바닥재질과 마감상태는 보행 장애인에게 적절한가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.1.1.1 잘 미끄러지지 아니하는 재질로 평탄하게 마감		물이 묻어도 미끄럽지 않으며 걸려 넘어질 염려 없음	마른 상태에서만 미끄럽지 않으며 걸려 넘어질 염려 없음	미끄러우며 걸려 넘어질 염려 있음	미끄러우며 걸려 넘어질 염려 있음
▶ 1.1.1.2 보도블록 등 이음새의 틈이 벌어지지 않고 평탄하게 마감		틈새없이 평탄하게 마감 (보도블록, 아스팔트 등)	틈새가 2cm이하로 평탄하게 마감 (보도블록 등)	틈새가 2cm초과하여 평탄하게 마감 (보도블록 등)	틈새가 2cm초과하며 마감상태 불량 (자갈, 모래 등)
▶ 1.1.1.3 빠질 위험이 있는 곳에는 덮개를 설치하되, 그 표면은 동일한 높이가 되도록 하며, 격자구멍 또는 틈새가 있는 경우 그 간격이 2cm이하		높이차 전혀 없으며, 격자구멍 등이 양방향 모두 2cm이하	높이차 전혀 없으며, 한방향은 2cm이하, 한방향은 2cm초과	높이차 있으며, 한방향은 2cm이하, 한방향은 2cm초과	높이차 있으며, 양방향 2cm초과

평가 번호	평가 내용
1.1.2	건물 접근로의 단차는 휠체어 등의 통행에 적절한가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.1.2.1 대지내를 연결하는 모든 보도 및 접근로에 단차(段差)가 있을 경우, 진행 방향상의 높이차이는 2cm이하		전체구간에 단차 2cm이하	일부구간에 단차 3cm이하	일부구간에 단차 4cm이하	일부구간에 단차 4cm초과

※ 다만 2005년 12월 30일 이전 허가신청된 건물인 경우에는 대지내를 연결하는 모든 보도 및 접근로에 단차가 있을 경우, 진행 방향상의 높이차이는 3cm이하도 적정으로 표시.

평가 번호	평가 내용
1.1.3	보도 및 접근로의 유효폭과 기울기는 ‘편의증진법’의 요구조건을 충족시키고 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.1.3.1 휠체어사용자가 통행 할 수 있도록 보도 또는 접근로의 유효폭은 1.2m이상 확보		전체구간의 접근로 유효폭이 1.2m이상	전체구간의 접근로 유효폭이 0.9m이상	일부구간의 접근로 유효폭이 0.9m미만	전체구간의 접근로 유효폭이 0.9m미만
▶ 1.1.3.2 보도 등의 진행방향 기울기는 18분의 1이하 (다만, 지형상 곤란한 경우 12분의 1까지 완화)		접근로 전체구간 기울기가 1/18 이하	접근로 전체구간 기울기가 1/12이하	접근로 전체구간 기울기가 1/8이하	접근로 전체구간 기울기가 1/8초과

■ 발달장애인 종합지원을 위한 법령체계 구축방안 연구

평가 번호	평가 내용
1.1.4	휠체어 등 보행자를 위해 보행안전통로는 확보되어 있으며 연속성이 있는가?

※ 보행자 접근시 차량과의 교차동선이 없는 경우는 안전보행통로가 확보된 것으로 간주함.

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.1.4.1 차도와 경계부분에 경계석·울타리·기타 차도와 분리할 수 있는 공작물설치. 차도와 구별하기 위한 공작물을 설치하기 곤란한 경우 시각장애인이 감지할 수 있도록 바닥재의 질감과 색상을 구분 설치		보행통로와 차도의 경계석이 설치되고, 보행통로의 재질과 색상 모두 구분됨	보행통로와 차도의 구분이 재질과 색상 모두 분명함	보행통로용 안전선만 황색 또는 청색 등으로 그려져 있음	보행통로와 차도의 구분이 없음
▶ 1.1.4.2 접근보행통로가 차량, 안내판, 가로수, 화분 등의 보행 장애물이 제거되도록 설치		대지경계선 내의 모든 구간에 안전보행통로 (폭 1.2m이상)가 설치되어있고 어떤 장애물도 없음(보행자 안전 접근이 가능)	대지경계선 내의 모든 구간에 안전보행통로 (폭 0.9m이상)가 설치되어 있으며 장애물이 있음	대지경계선 내의 일부 구간에만 안전보행통로가 설치되어 있으며 장애물이 있음	대지경계선 내의 모든 구간에 별도의 안전보행통로 없이 차량과 같은 레벨에서 접근함

1.2 장애인전용 주차구역 (10.2)

평가 번호	평가 내용
1.2.1	주차장의 설치위치, 크기 및 수는 적절한가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.2.1.1 장애인전용주차구역은 장애인 등의 출입이 가능한 건축물의 출입구 또는 장애인용 승강설비와 가장 가까운 장소에 설치		주차 후 주출입구 또는 부출입구 접근 경사로로 바로 접근 가능함 (차량동선과의 간섭이 전혀 없음)	주차 후 주출입구 또는 부출입구로 바로 접근 가능함 (건널목 등 차량동선과의 간섭이 다소 있음)	주차 후 주출입구 또는 부출입구로 접근 가능하다는 표시(경사로 표시 등)가 있음	주차 후 계단 접근만 가능함
▶ 1.2.1.2 장애인전용주차구역의 적정확보 주차면수		규정비율의 100%이상	규정비율의 90%이상	규정비율의 80%이상	규정비율의 79%이하
▶ 1.2.1.3 장애인전용주차구역의 크기는 폭 3.3m이상, 길이 5m이상(평행주차인 경우 폭 2m이상, 길이 6m이상)의 규정에 적합한 주차공간의 확보		100% 모두 규정 크기로 확보되어 있음	규정 크기로 확보되었으나, 바닥의 틈새 (잔디블럭 등)로 인해 휠체어 이동이 어려움	규정 크기로 확보되었으나, 바닥의 재질 (모래나자갈 등)로 인해 휠체어 이동이 불가	규정크기보다 작게 확보

평가 번호	평가 내용
1.2.2	주차구역의 표시, 유도, 안내표시는 적절하며 주출입구까지의 안전통로는 확보되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.2.2.1 장애인전용주차구역의 바닥에 장애인전용주차장표시 및 입식안내표시의 적정 설치		바닥 및 입식표시 규격에 맞게 모두 적정 설치, 안내표지내용 적정 기재	모두 설치 되어있으나 차량내부에서 인식하기 어렵게 설치, 이동식 입식표시	바닥 또는 입식표시 중 한가지만 설치	장애인전용주차 구역 표시 없음
▶ 1.2.2.2 장애인전용주차구역에서 건축물의 출입구 또는 장애인용 승강설비에 이르기까지 장애인 안전통행로가 확보되어 있으며 높이 차이를 없애고, 그 유효폭은 1.2m 이상		모든 구간에 폭 1.2m이상 안전보행통로가 연속적으로 설치, 어떤 장애물도 없음 (보행 및 차량 동선 교차시 횡단보도 설치, 어떤 장애물도 없음)	모든 구간에 폭 0.9m이상 안전보행통로가 연속적으로 설치, 장애물이 일부 있음	일부 구간에 안전보행통로가 설치되어 있고 장애물이 있음	모든 구간에 별도의 안전보행통로 없이 차량과 같은 레벨에서 접근함

1.3 주출입구 높이차이제거(14)

평가 번호	평가 내용
1.3.1	해당시설의 주출입구는 휠체어사용자가 타인의 도움 없이 접근이 가능한가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 1.3.1.1 해당시설의 주출입구와 연결접근로의 높이차이는 2cm이하가 되고 주출입문까지의 휠체어 등의 접근 가능여부		2cm이하의 단차, 또는 그 이상의 단차가 있는 부분에 경사로를 1/12이하 설치	2cm이상의 단차가 있는 부분에 경사로를 1/8이하 설치	2cm이상의 단차가 있는 부분에 경사로를 1/8초과 설치	2cm를 초과하는 단차 있음
▶ 1.3.1.2 경사로 또는 출입구의 폭 1.2m이상 (경사로의 경우, 기울기 1/120이하, 손잡이 높이 0.8~0.9m이하이고 굽기가 3.2~3.8cm이하) 으로 설치		단차없이 접근, 또는 규정에 적합한 경사로 (휠체어리프트 설치)와 출입구의 폭이 1.2m이상	규정에 적합한 경사로(휠체어리프트 설치)와 출입구의 폭이 0.9m이상	규정에 부적합한 경사로 또는 출입구의 폭이 0.9m미만	규정에 부적합한 경사로와 출입구의 폭이 0.9m미만

2. 내부시설[30.9]

평가기준

모든 시설은 진출·입하는 데 문제가 없어야 하며, 수평 및 수직이동에 장애로 인한 차별이 없어야 한다.

2.1 출입구(문) (13.7)

평가 번호	평가 내용
2.1.1	해당시설의 주출입문은 전·후의 활동공간이 확보되어 있으며 유효폭, 구조, 턱낮추기 등이 적정한가?

※ 주출입문으로 단차제거가 가능함에도 불구하고 부출입문으로 단차제거가 된 경우에는 부출입문을 주출입문과 동일하게 인정할 수 없음(이와같은 경우에는 부출입문이 단차제거가 된 경우라 하더라도 보통이하에만 해당됨을 뜻함)
다만, 지형 구조상 불가피하게 부출입문을 주출입문으로 사용하는 경우에는 부출입문을 주출입문으로 인정함.

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.1.1.1 주출입문턱의 높이 차이 및 점형블록 설치 여부(단, 부출입문을 주출입문과 동일 인정시에는 부출입문도 동일하게 봄)		주출입문에 단차 2cm이하이며 표준형 점형블록 설치	주출입문 혹은 부출입문의 단차가 2cm 이하이며 문의 0.3m 전면에 바닥재의 질감을 달리하고 있음	주출입문 혹은 부출입문의 단차가 2cm 초과 또는 점형블록 미설치	주출입문과 부출입문의 단차가 2cm 초과 그리고 점형블록 미설치
▶ 2.1.1.2 주출입문 통과유효폭의 0.8m이상 확보 여부		주출입문의 유효폭이 0.8m이상	주출입문의유효폭이 0.8m미만, 부출입문의유효폭이 0.8m이상	주출입문과 부출입문의유효폭이 0.8m미만	주출입문과 부출입문의유효폭이 0.65m미만
▶ 2.1.1.3 주출입문의 전·후면 유효거리를 1.2m이상 확보		주출입문의 전·후면 유효거리 1.2m이상	주출입문의 전·후면 유효거리가 1.2m미만, 부출입문의 전·후면 유효거리가 1.2m이상	주출입문과 부출입문의 전·후면 유효거리가 1.2m미만	전·후면 유효거리 미확보
▶ 2.1.1.4 주출입문의 손잡이는 중앙지점이 바닥면으로부터 0.8~0.9m사이에 위치하여 설치		높이 0.8~0.9m 사이에 손잡이 설치 (자동문 포함)	높이 0.8m미만 0.9m초과에 위치하여 손잡이 설치	높이 1.2m이상에 위치하여 손잡이 설치	수동문인 경우이면서 손잡이가 없음 또는 손잡이 설치 위치가 1.4m이상 0.4m이하

평가 번호	평가 내용			
2.1.2	해당시설 일반출입문의 활동공간, 유효폭, 구조, 턱낮추기, 손잡이 형태 등이 적절한가?			
평가세부내용 \ 점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.1.2.1 출입문턱의 높이 차이	모든 문에 단차 2cm이하	모든 문의 단차 3cm이하	모든 문의 단차 4cm이하	모든 문의 단차 4cm초과
▶ 2.1.2.2 출입문 통과유효폭의 0.8m이상 확보 여부	모든 문의 유효폭이 0.8m이상	일부 문의 유효폭이 0.8m이상이며 나머지는 0.65m이상	모든 문의 유효폭이 0.65m이상	모든 문의 유효폭이 0.65m미만
▶ 2.1.2.3 출입문의 전·후면 유효거리를 1.2m 이상 확보	모든 문의 전·후면 유효거리 1.2m이상	일부 문의 전·후면 유효거리 1.2m이상이며 나머지는 0.8m이상	모든 문의 전·후면 유효거리 0.8m이상	모든 문의 전·후면 유효거리 0.8m미만
▶ 2.1.2.4 공중의 이용을 주 목적으로하는 시설의 출입문의 손잡이는 중앙지점이 바닥면으로부터 0.8~0.9m사이에 위치하며 출입문 옆의 벽면에 점자표지판 부착	손잡이 높이 및 점자표지판 부착이 규정에 적합	손잡이 높이는 0.8~0.9m사이에 위치, 점자표지판 미부착	손잡이 높이는 0.8m미만 또는 0.9m초과, 점자표지판 부착	손잡이 높이는 0.8m미만 또는 0.9m초과, 점자표지판 미부착

※ 다만 2005년 12월 30일 이후 허가신청된 건물인 경우에는 벽면의 점자표시판이 바닥으로부터 1.5m 높이에 설치되어야 함.

2.2 복도 (8.4)

평가 번호	평가 내용				
2.2.1	해당시설 복도의 유효폭, 턱낮추기, 단차해소는 적정하며 시각장애인의 유도에 장애는 없는가?				
평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.2.1.1 복도의 유효폭은 1.2m이상으로 하 되, 바닥표면은 미끄럽지 않은 재 질로 마감		모든 복도의 유효폭이 1.2m이상 바닥표면은 미끄럽지 않음	유효폭이 1.2m이상, 바닥은 마른 상태에서만 미끄럽지 않음	유효폭이 1.2m이상, 바닥은 미끄러움	유효폭이 1.2m미만
▶ 2.2.1.2 복도 바닥면의 단차는 2cm 이하로 확보. 다만, 부득이한 사정으로 높이 차 이를 두는 경우에는 경사로 등 설 치		2cm이하 단차, 또는 경사로를 1/12이하 설치(또는 리프트설치)	2cm이하 단차, 또는 그 이상의 단차가 있는 부분에 경사로를 1/8이하 설치	2cm이하 단차, 또는 그 이상의 단차가 있는 부분에 경사로를 1/8초과 설치	2cm초과의 단차만 있음 (계단 등)
▶ 2.2.1.3 통로상부는 바닥면으로부터 2.1m 이상의 유효높이를 확보하였는가? 2.1m이내 장애물 있는 경우 난간 또는 보호벽 설치 여부		2.1m이내에 장애물이 있을 경우 바닥면으로부터 0.6m이하에 보호벽 설치	2.1m이내에 장애물이 있을 경우 바닥면으로부터 0.6m이하에 난간 설치	2.1m이내에 장애물이 있을 경우 바닥면에 재질을 달리하여 접근을 경고	2.1m이내에 장애물이 있으나 아무런 접근방지 장치가 없음

2.3 계단 또는 승강기 (8.8)

평가 번호	평가 내용
2.3.1	수직이동 수단으로 계단 또는 경사로, 리프트, 엘리베이터 중에서 장애인 이용에 불편이 없는 시설이 1종 이상 설치되어 있는가? (단, 단층건물인 경우에는 모든 항목을 4(적정)으로 표기)

※ 승강기가 의무인 건물은 계단이 규정에 맞게 설치되어 있어도 승강기의 점수를 입력하여야 함

평가 번호	평가 내용
2.3.1.1	계단의 유효폭, 휴식참, 난간의 굽기 및 높이 등은 적절한가?

평가세부내용 \ 점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.3.1.1.1 계단 및 참의 유효폭 1.2m이상 확보	모든 계단 및 참의 유효폭 1.2m이상 확보	모든 계단 및 참의 유효폭 0.9m이상 확보	일부 계단 및 참의 유효폭 0.9m이상 확보	모든 계단 및 참의 유효폭 0.9m미만 확보
▶ 2.3.1.1.2 계단에는 철크면이 설치되어 있으며 디딤판의 너비는 0.28m이상, 철크면의 높이는 0.18m이하로 설치되어 있으며, 디딤판의 끝부분에는 목발이나 발끝이 걸리지 않도록 설치	모든 계단에 철크면 설치 및 디딤판 0.28m이상, 철크면 0.18m이하	일부 계단에 철크면 미설치 및 디딤판 0.28m이상, 철크면 0.18m이하	모든 계단에 철크면 설치 및 디딤판 0.28m미만, 또는 철크면 0.18m초과	일부 계단에는 철크면 미설치 및 디딤판이 0.28m미만, 철크면 0.18m초과
▶ 2.3.1.1.3 계단측면에 굽기 3.2~3.8cm, 높이 0.8~0.9m에 손잡이가 연속되게 설치 또한, 손잡이 끝부분에 0.3m이상 수평손잡이를 연장설치	높이는 0.8~0.9m, 굽기는 3.2~3.8cm, 한쪽이상 연속 설치, 끝부분 0.3m이상 수평손잡이 설치	높이는 0.8~0.9m, 또는 굽기는 3.2~3.8cm, 한쪽이상 연속 설치, 끝부분 0.3m미만 수평손잡이 미설치	높이는 0.8m미만, 0.9m초과, 굽기는 3.8cm초과, 한쪽이상 설치, 끝부분 수평손잡이 미설치	손잡이 미설치
▶ 2.3.1.1.4 계단의 시작과 끝지점(중간 참 포함) 0.3m에 계단의 폭만큼 점형블록을 설치하고, 손잡이에 점자표기	계단의 시작과 끝지점에만 계단의 폭만큼 점형블록 및 점자표기 설치	계단의 시작과 끝지점에 계단의 일부 폭만큼 점형블록 설치	계단의 시작과 끝지점에 점자표기만 설치	모두 미설치

평가 번호	평가 내용
2.3.1.2	경사로의 유효폭, 기울기, 휴식참, 난간(손잡이), 안내 등은 적절한가?

평가세부내용 / 점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.3.1.2.1 경사로의 유효폭 1.2m이상 확보(건축물을 증축·개축·재축·이전·대수선 또는 용도 변경한 경우 0.9m까지 완화)	전체구간의 경사로의 유효폭이 1.2m이상	전체구간의 경사로의 유효폭이 0.9m이상	일부구간의 경사로의 유효폭이 0.9m이하	전체구간 경사로의 유효폭이 0.9m미만
▶ 2.3.1.2.2 바닥면으로부터 높이 0.75m 이내 마다 휴식참 설치	높이 0.75m 이내 마다 휴식참 설치	높이 0.9m 이내 마다 휴식참 설치	높이 1.2m 이내마다 휴식참 설치	높이 1.2m 이상에 휴식참 설치
▶ 2.3.1.2.3 경사로의 기울기는 12분의 10이하 설치	1/12이하로 설치	1/8이하로 설치	1/6이하로 설치	1/6초과로 설치
▶ 2.3.1.2.4 경사로 바닥면은 미끄럽지 않음. 경사로의 시작과 끝, 굴절부분 및 휴식참에는 1.5m×1.5m이상의 활동공간 확보	바닥은 미끄럽지 않음, 1.5×1.5m 이상의 활동공간 확보	바닥은 마른 상태에서만 미끄럽지 않음 1.2×1.2m이상의 활동공간 확보	바닥이 미끄럽거나 1.2×1.2m 이상의 활동공간 확보	바닥은 미끄러우며 1.2×1.2m 미만의 활동공간 확보
▶ 2.3.1.2.5 경사로의 길이가 1.8m이상이거나 높이가 15cm이상인 경우에 양측면에 손잡이의 연속 설치 및 손잡이의 높이와 굵기의 적정여부	손잡이를 양측면에 연속 설치, 높이 0.8~0.9m 굵기 3.2~3.8cm	손잡이를 양측면에 연속설치, 높이 0.8~0.9m 굵기 5cm이내	손잡이를 한쪽면에 연속설치 또는 높이 0.9m초과 0.8m미만, 굵기 5cm이내	손잡이 미설치

평가 번호	평가 내용
2.3.1.3	승강기, 휠체어리프트 등은 유효한 바닥 크기를 가지고 있으며, 장애인의 이용이 가능한가?

※ 승강기, 휠체어리프트 등은 설치되어 있으나 작동하지 않음 ()

■ 발달장애인 종합지원을 위한 법령체계 구축방안 연구

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 2.3.1.3.1 승강기 및 리프트 전면에는 1.4m×1.4m이상의 활동공간 확보		전면에 1.4×1.4m 이상의 활동공간 확보	전면에 1.3×1.3m 이상의 활동공간 확보	전면에 1.2×1.2m 이상의 활동공간 확보	전면에 1.2×1.2m 미만의 활동공간 확보
▶ 2.3.1.3.2 승강기 내부의 유효바닥 면적은 폭 1.1m이상, 깊이 1.35m이상		폭 1.1m이상, 깊이 1.35m이상, 통과유효폭 0.8m이상	폭 1.1m이상, 또는 깊이 1.35m이상	폭 1.0m이상, 또는 깊이 1.1m이상	폭 1.0m미만, 깊이 1.1m미만
▶ 2.3.1.3.2 (2008.1.10이후 신축 경 우) 승강기 내부의 유효바닥 면적은 폭 1.6m이상, 깊이 1.35m이상 (MRL 규정에 의거하여 깊이1.3m 가능)		폭 1.6m이상, 깊이 1.35m이상 통과유효폭 0.8m이상	폭 1.6m이상, 또는 깊이 1.35m이상	폭 1.1m이상, 또는 깊이 1.1m이상	폭 1.1m미만, 깊이 1.1m미만
▶ 2.3.1.3.3 승강기 내부의 휠체어 사용자용 조 작반은 진입방향 우측면에 가로형 으로 설치하고, 그 높이는 바닥면 으로부터 0.85내외로 설치. 조작설 비는 버튼식으로 설치. 또한 일반 조작반·충수·통화장치 등에 점자표 지 부착		우측면에 가로형 설치, 조작설비는 버튼식, 높이는 0.85~0.9m에설치, 일반조작반 점자표지 부착	우측 또는 좌측면에 가로형설치, 높이는 0.9m를 초과하여 설치, 일반조작반 점자표지 부착	우측 또는 좌측면에 가로형설치, 높이는 1m를 초과하여 설치, 일반조작반 점자표지 미부착	휠체어사용자용 조작반 미설치

3. 위생시설[18.9]

평가기준

위생시설은 타인의 도움 없이 이용할 수 있도록 전용 또는 겸용으로 설치되어야 하며, 반드시 남·여 구분하여 1개이상 설치되어야 한다.

3.1 대변기 (11.1)

평가 번호	평가 내용
3.1.1	해당시설에 장애인이 이용 가능한 화장실(대변기)이 남·여 구분하여 설치되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.1.1.1 장애인이 이용 가능한 화장실이 남·여 구분하여 각각 1개 이상 설치		휠체어접근 가능층 중 일반화장실내 혹은 입구에 남·여 각 1개이상 설치	휠체어접근 가능층 중 일반화장실과 별도로 남·여 각 1개씩 설치	한 층 또는 각층에 남·여 공용으로 1개만 설치	설치되어 있지 않음
▶ 3.1.1.2 일반화장실 출입문에 사용여부를 알 수 있는 시각적설비 유무		색상 및 문자로 사용여부를 알 수 있도록 하며 식별이 용이함	색상으로만 사용여부를 표시하며 식별이 용이함	색상으로만 사용여부를 표시하고 있으나 구분하기 어려움	설치되어 있지 않음
▶ 3.1.1.3 휠체어가 접근 가능하도록 통로 연결 여부		1.4×1.4m의 회전공간과 1.2m이상의 통로 공간을 확보	1.2×1.2m의 회전공간과 1.2m이상의 통로 공간을 확보하고 있음	1.2×1.2m의 회전공간과 0.9m이상의 통로 공간을 확보하고 있음	0.9×0.9m의 회전공간과 0.9m미만의통로 공간을 확보하고 있음
▶ 3.1.1.4 휠체어가 접근 가능하도록 통로의 바닥과 화장실의 바닥 단차가 2cm이하이면서 바닥은 미끄럽지 않은 재질로 마감		단차 2cm이하이면서 바닥면은 미끄럽지 않음. (미끄럼 방지용 타일 사용)	단차 2cm이하이며 바닥면은 미끄럽지 않음	단차 3cm이하이면서 바닥면은 마른 상태에서만 미끄럽지 않음	단차 3cm초과이면서 바닥면이 미끄러움
▶ 3.1.1.5 화장실 입구에 시각장애인이 구분할 수 있도록 점자블록 및 남녀 구분용 점자표지판 설치		남·여 각각의 일반화장실 출입구 옆에 점형블록을 0.3m전면에 설치 및 음성유도장치 설치, 1.5m높이에 점자표지판 부착	남·여 각각 또는 공용의 장애인화장실 입구에 점형블록을 설치하고 1.5m높이에 점자표지판 부착	남·여 각각의 일반화장실 또는 장애인화장실 입구에 점자블록 또는 점자표지판만 부착	아무 표시 없음

평가 번호	평가 내용
3.1.2	화장실 대변기 칸막이 출입문의 구조, 화장실의 크기, 위생기기의 설치위치가 휠체어 등의 접근과 이동에 적절한가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.1.2.1 대변기 칸막이의 출입문 형태		자동문, 밖여닫이, 미닫이, 접이문 (안여닫인 경우 내부공간 확보)	잠금장치 있는 주름문	잠금장치 없는 주름문	안여닫이 (내부공간 미확보)
▶ 3.1.2.2 대변기 칸막이의 출입문 통과 유효 폭 0.8m이상 확보		문의 유효폭이 0.8m이상	문의 유효폭이 0.75m이상	문의 유효폭이 0.65m이상	문의 유효폭이 0.65m미만
▶ 3.1.2.3 화장실의 유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상 확보		유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상으로 휠체어의 내부 회전이 가능함	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상, 내부설치물로 인 해 휠체어의 내부 회전이 불가능	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상이나 깊이는 1.8m미만, 내부설치물로 인해 휠체어의 내부 회전이 불가능	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m미만, 깊이 1.8m미만

※ 다만 2005년 12월 30일 이전 허가신청된 건물인 경우에는 화장실의 유효 바닥면 크기가 폭 1m이상, 깊이 1.8m이상 확보 할 수 있음.

평가 번호	평가 내용
3.1.3	대변기의 형태 및 보조손잡이가 적절하게 설치되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.1.3.1 대변기는 양변기형태이고 좌대의 높 이는 바닥면으로부터 0.4m이상 0.45m이하로 설치		높이는 바닥면으로부터 0.4~0.45m	높이는 바닥면으로부터 0.4m미만	높이는 바닥면으로부터 0.45m초과	양변기가 아님
▶ 3.1.3.2 대변기의 양옆에는 수평손잡이를 바닥면으로부터 0.6m~0.7m의 높이에 설치하되 한쪽 손잡이는 변기중심에서 0.4m이내의 지점에 고정하여 설치 (다른쪽 손잡이는 회 전식으로 설치)		설치높이는 0.6~0.7m, 벽측손잡이는 변기중심에서 0.4m이내, 다른쪽손잡이는 회전식	설치높이는 0.6~0.7m, 벽측손잡이는 변기중심에서 0.4m이내, 다른쪽손잡이는 고정식	설치높이는 0.6m미만 0.7m초과, 벽측손잡이는 변기중심에서 0.45m초과 다른쪽손잡이는 고정식	수평손잡이가 없음
▶ 3.1.3.3 대변기의 한쪽옆에는 수직손잡이가 규정에 적합하도록 설치		수평손잡이와 연결하여 설치되어있으며 손잡이 길이는 0.9m이상	수평손잡이와 별도로 설치되어 있으며 설치된 시작높이는 0.6m이내이며 길이는 0.9m미만	바닥면에서 부터 고정되어 설치, 이용자의 발에 걸려 넘어질 가능성이 있음	수직손잡이가 없음
▶ 3.1.3.4 대변기세정장치는 광감지식·누름버 튼식·레버식 등 사용하기 쉬운 형태 로 설치		광감지식 또는 바닥 및 벽누름버튼식 설치	바닥 또는 벽누름버튼식 설치	측면 레버식설치 (수조형)	후면 레버식또는버튼 식 설치

※ 다만 2005년 12월 30일 이전 허가신청된 건물인 경우에는 대변기 양옆에 설치되는 수평손잡이를 바닥면으로부터 0.6m~0.7m의 높이에 설치하되 한쪽 손잡이는 변기 중심에서 0.45m 이내의 지점에 고정식으로 설치할 수 있음.

3.2 소변기 (3.2)

평가 번호	평가 내용
3.2.1	소변기의 구조, 손잡이 등의 설치는 적정한가?

점수 평가세부내용	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.2.1.1 장애인용소변기의 수평손잡이 높이는 바닥면으로부터 0.8~0.9m, 길이는 벽면으로부터 0.55m내외, 좌우 손잡이의 간격은 0.6m내외	높이는 0.8~0.9m, 길이는 0.55m내외, 좌우손잡이의 간격은 0.6m내외	높이는 0.8~0.9m, 길이는 0.55m내외, 좌우손잡이의 간격은 0.6m초과	높이는 0.8m미만, 길이는 0.55m미만, 좌우손잡이의 간격은 0.6m초과	수평손잡이 미설치
▶ 3.2.1.2 장애인용소변기의 수직손잡이는 높이는 바닥면으로부터 1.1~1.2m이며 길이는 벽면으로부터 0.25m내외로 설치	높이는 1.1~1.2m, 길이는 0.25m내외	높이는 1.1~1.2m 또는 길이는 0.25m내외	높이는 1.1m미만, 1.2m초과, 길이는 0.25m초과	수직손잡이 미설치

3.3 세면대 (3.8)

평가 번호	평가 내용
3.3.1	세면기 등의 설치 높이 등은 적정하며, 위생기기의 조작버튼 등의 설치 위치 등도 적정한가?

점수 평가세부내용	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.3.1.1 휠체어사용자용 세면대는 상단높이가 바닥면으로부터 0.85m이하이고 하단높이가 0.65m이상이며 휠체어 발받이가 들어갈 수 있도록 공간확보	상단높이는 바닥면으로부터 0.8~0.85m이며 세면대 하부에는 0.65m이상높이와 깊이 0.45m내외 공간 확보 (높낮이 조절형 포함)	상단높이는 바닥면으로부터 0.85m초과이며 세면대 하부에는 0.65m이상높이와 깊이 0.45m내외 공간 확보	상단높이는 바닥면으로부터 0.85m초과이나 세면대 하부에는 0.65m미만의 높이와 깊이 0.45m미만 공간 확보	상단높이는 바닥면으로부터 0.9m초과이거나 하부공간이 전혀 없음
▶ 3.3.1.2 장애인용을 포함한 모든 수도꼭지는 광감지식·누름버튼식·레버식 등 사용하기 쉬운 형태의 설치 및 점자표시	광감지식 혹은 레버식으로 설치, 점자표기 있음 (광감지형은 점자표기 필요 없음)	레버식으로 설치, 점자표기 없음	누름버튼식으로 설치, 점자표기 없음	다이얼식으로 설치, 점자표기 없음

※ 다만, 세면대가 대변기 칸막이 내부에 설치된 경우에는 비교적 작은 크기의 세면대를 부착하는 것이 바람직하므로 세면대 하부공간의 깊이가 0.25m 내외의 공간확보된 것도 적정으로 봄.

3.4 욕실 (0.4)

평가 번호	평가 내용
3.4.1	해당시설의 욕실은 휠체어사용자가 이용가능 하도록 활동공간 등이 확보되어 있는가?

※ 욕실이 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

점수 평가세부내용	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.4.1.1 장애인용 객실 또는 침실에 설치된 욕실 등에 휠체어사용자의 출입 가능 여부	욕실 등의 출입구 유효폭이 0.8m이상이며 단차가 2cm이하	욕실 등의 출입구 유효폭이 0.65m이상이며 단차는 2cm이하	욕실 등의 출입구 유효폭이 0.65m미만이며 단차는 2cm이하	욕실 등의 출입구 유효폭이 0.65m미만이며 단차는 2cm초과
▶ 3.4.1.2 출입문의 형태는 미닫이문으로 되어 있으며 욕조의 전면에 휠체어 활동공간 확보 또한 바닥은 미끄럽지 않은 재질로 마감	출입문은 박여닫이문 또는 미닫이문, 욕조 전면에 폭1.4×1.4m 활동공간을확보, 바닥은 미끄럼방지타일로 마감	출입문은 안여닫이문, 욕조 전면에 폭1.4×1.4m 활동공간을확보, 바닥은 미끄럼방지타일로 마감	출입문은 안여닫이문, 욕조 전면에 폭1.4×1.4m미만의 활동공간을 확보, 바닥은 미끄러운 일반 타일로 마감	출입문은 안여닫이문, 욕조 전면에 폭1.0×1.0m미만의 활동공간을 확보, 바닥은 미끄러운 일반 타일로 마감
▶ 3.4.1.3 욕조의 높이는 바닥면으로부터 0.4~0.45m이내로 설치 (욕조에는 보조용 손잡이 설치)	욕조 높이가 0.4~0.45m	욕조 높이가 0.4m 미만 또는 0.45m초과	욕조 높이가 0.55m초과	욕조 높이가 0.65m초과

평가 번호	평가 내용
3.4.2	욕실내에 설치된 샤워기 등은 장애인을 이용을 고려하여 갖추어져있는가?

점수 평가세부내용	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.4.2.1 샤워기는 앉은 상태에서 손이 닿는 곳에 설치	0.4~0.8m 범위내에 있으며 접근하기 쉬운 곳에 설치	0.4~0.8m 범위내에 있으나 접근이 어려움	입식샤워기만 설치	샤워기 미설치
▶ 3.4.2.2 욕실에는 비상용 벨이 설치되어 있으며 비상용 벨은 욕조로부터 사용가능한 위치	버튼식 비상용 벨 등이 설치되어 있으며 욕조로부터 손이 닿는 위치에 있음	비상용 벨 또는 인터폰이 설치되어 있으나 욕조로부터 손이 닿는데 어려움	비상용 벨이 설치되어 있으나 욕조밖에 설치	비상용 벨 미설치
▶ 3.4.2.3 수도꼭지는 광감지식·누름버튼식·레버식 등 사용하기 쉬운 형태의 설치	광감지식 혹은 레버식으로 되어 있음,			다이얼식으로 되어 있음

3.5 샤워실 및 탈의실 (0.4)

평가 번호	평가 내용
3.5.1	해당시설에 설치된 샤워실은 휠체어사용자가 이용가능 하도록 활동공간 등이 확보되어 있는가?

※ 샤워실이 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 3.5.1.1 해당시설에 설치된 샤워실에 휠체어사용자의 출입 가능 여부		유효폭이 0.8m이상, 단차 2cm이하	유효폭이 0.65m이상, 단차 2cm이하	유효폭이 0.65m 미만, 단차 2cm이하	유효폭이 0.65m 미만, 단차 2cm초과
▶ 3.5.1.2 샤워실의 유효바닥면적은 0.9m×0.9m 또는 0.75m×1.3m 또한 바닥은 미끄럽지 않은 재질로 마감		바닥면적은 0.9m×0.9m 또는 0.75m×1.3m, 바닥은 미끄러움 없음	바닥면적은 0.9m×0.9m 또는 0.75m×1.3m, 바닥은 미끄러움	바닥면적은 0.9m×0.9m 미만 또는 0.75m×1.3m 미만이며, 바닥은 미끄러움	바닥면적은 0.9m×0.75m 미만, 바닥은 미끄러움
▶ 3.5.1.3 샤워용 접이식 의자 또는 이동식 의자의 높이는 바닥면으로부터 0.4~0.45m 이내		의자 높이가 0.4~0.45m	의자 높이가 0.45m초과	의자 높이가 0.55m초과 또는 이동식 의자	샤워용 의자 미설치
▶ 3.5.1.4 샤워기는 앉은 상태에서 손이 닿는 곳에 설치		샤워기 높이는 0.8m~1.4m 범위, 휠체어가 접근하기 쉬운 곳에 설치	샤워기 높이는 0.8m~1.4m, 휠체어접근하는데 어려움이 있음	샤워기 높이는 0.8m미만 1.4m초과, 휠체어접근하는데 어려움이 있음	샤워실내 단차 있음
▶ 3.5.1.5 수도꼭지는 광감지식·누름버튼식·레버식 등 사용하기 쉬운 형태로 설치		광감지형 혹은 레버식으로 설치, 점자표기 있음 (광감지형은 점자표기 필요 없음)			다이얼식으로 설치 점자표기 없음
▶ 3.5.1.6 탈의실의 수납공간 높이는 바닥면으로부터 0.4~1.2m에 설치하여야 하며, 하부에는 휠체어 발판 공간 확보		높이는 0.4m~1.2m, 하부에는 깊이 0.25m 이상 공간 확보	높이는 0.4m~1.2m, 하부에는 깊이 0.25m 미만 공간 확보	높이는 0.4m 미만 1.2m 초과, 하부에는 깊이 0.25m 미만 공간 확보	수납공간 미설치

4. 안내시설[6]

평가기준

시각 및 청각장애인의 시설접근 및 이용, 긴급시 피난 등을 위하여 시설에 대한 유도 및 안내표시가 충분히 갖추어져야 한다.

4.1 점자블록 (3.8)

평가 번호	평가 내용
4.1.1	해당시설의 주출입구 접근로에는 시각장애인이 접근하는데 불편이 없도록 시설이 설치되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 4.1.1.1 시각장애인이 대지경계선으로부터 주출입구까지 접근로로 이동하는데 불편이 없도록 시각장애인을 점자블록을 연속적으로 설치		점자블록을 연속적으로 설치하고 있음	점자블록을 연속적으로 설치하고 있으나 유지·관리가 불량하여 이탈블록이 있음	불연속적으로 설치, 점형 블록만 설치	주출입구 접근에 필요한 점자블록이 설치되어 있지 않음
▶ 4.1.1.2 표준형 점자블록의 사용 (색상은 황색, 실외 설치시 반사되지 않고 미끄럽지 않은 재질)		점형블록 및 선형블록 모두 표준형을 사용	점형블록 및 선형블록 중 한가지만 표준형을 사용	점형블록 및 선형블록 모두 표준형이 아님	설치되어 있지 않음

4.2 유도 및 안내설비 (1.1)

평가 번호	평가 내용
4.2.1	시각 및 청각장애인도 해당시설을 접근하고 이용하는데 불편한 점이 없도록 유도 및 안내시설이 잘 설치되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 4.2.1.1 시각장애인이 해당시설의 주요시설 위치 등에 대해 알 수 있도록 점자 또는 촉지도식 안내판 설치		촉지도식 안내판을 설치, 안내판앞에 점형블록을 설치	촉지도식 안내판을 설치하였으나 점형블록은 설치되어 있지 않음	촉지도식 안내판을 설치하였으나 찾기 어려움	시각장애인을 위한 점자 또는 촉지도식 안내판 미설치
▶ 4.2.1.2 시각장애인이 해당시설의 주요시설 위치 등에 대해 알 수 있도록 음성안내 장치의 설치		대지경계선에 접근시 시각장애인이 소지한 리모콘에 의해 작동되는 음성안내장치 설치	건물 주출입구에 직접버튼을 눌러서 작동되는 음성안내장치 설치	대지경계선 또는 건물 주출입구에 안내자를 기다리라는 간단한 음성 안내만 나오는 안내장치 설치	시각장애인을 위한 안내시설이 없음

4.3 경보 및 피난설비 (1.1)

평가 번호	평가 내용
4.3.1	시각 및 청각장애인도 비상시 빠르고 안전하게 피난할 수 있도록 경보 및 피난설비가 잘 설치되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 4.3.1.1 시각장애인을 위한 경보·피난설비가 연속적으로 설치		비상시 시각장애인 대피용 청각경보시스템 (비상벨)을 연속적으로 설치	비상시 시각장애인 대피용 청각경보시스템 (비상벨)을 비상구에 함께 설치	비상시 시각장애인 대피용 청각경보시스템 (비상벨)을 설치하고 있으나 연속성이 떨어짐	경보·피난설비 미설치
▶ 4.3.1.2 청각장애인을 위한 경보·피난설비가 연속적으로 설치		비상시 청각장애인 대피용 시각경보시스템 (경광등)을 연속적으로 설치	비상시 청각장애인 대피용 시각경보시스템 (경광등)을 비상구에 함께 설치	비상시 청각장애인 대피용 시각경보시스템 (경광등)을 설치하고 있으나 연속성이 다소 떨어짐	경보·피난설비 미설치

5. 기타시설 [5.3]

평가기준	숙박시설 등의 해당시설에는 휠체어사용자가 가능하도록 객실·침실 등을 설치하여야 한다.
------	---

5.1 객실 또는 침실 (1.8)

평가 번호	평가 내용
5.1.1	객실 또는 침실에는 ‘편의증진법’이 요구하는 수준의 객실을 확보하고 있는가?

※ 침실이 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.1.1.1 전체 침실수 또는 객실의 1% 이상은 장애인 등이 편리하게 이용할 수 있도록 설치		1.0%이상 설치되어 있으며 휠체어사용자가 이용하는데 불편이 없음	1.0%이상 설치되어 있으나 문턱에 단차2cm초과	1.0%미만으로 설치되어 있음	장애인 이용 가능한 객실 설치되어 있지 않음
▶ 5.1.1.2 장애인용 객실 또는 침실 및 식당, 로비 등 공용공간은 접근하기 쉬운 곳에 설치하여야 하며, 승강기가 가동되지 아니할 때에도 접근이 가능하도록 주출입층에 설치		장애인용 객실 또는 침실 및 식당 등의 모든 공용공간에 접근가능	장애인용 객실 또는 침실은 접근이 가능하나 공용공간 접근시 도움이 필요함	장애인용 객실 또는 침실 및 식당 등에 단차가 있어 접근시 도움이 필요	장애인용 객실 또는 침실 및 식당 등의 모든 공용공간에 접근 불가능
▶ 5.1.1.3 장애인용 객실 또는 침실의 출입문의 통과 유효폭이 0.8m이상 확보		유효폭이 0.8m이상	유효폭이 0.75m이상	유효폭이 0.65m 이상	유효폭이 0.65m 미만
▶ 5.1.1.4 장애인용 객실 또는 침실 내부에는 휠체어가 회전할 수 있는 활동공간이 1.2m 이상 확보		폭1.2m이상의 활동공간이 침대앞까지 확보	폭1.2m이상의 활동공간이 침대 앞까지만 확보	폭1.0m이상의 활동공간이 침대 앞까지만 확보	객실 내 단차가 있음
▶ 5.1.1.5 침대의 높이는 바닥면으로부터 0.4m이상 0.45m이하		장애인 객실의 모든 침대 높이가 0.4~0.45m	장애인 객실 침대 중 1개 이상의 높이가 0.4~0.45m	장애인 객실 침대 중 1개 이상의 높이가 0.45m초과	장애인 객실 모든 침대높이가 0.45m초과

평가 번호	평가 내용
5.1.2	객실에 부설된 화장실은 장애인의 접근 및 이용에 차별이 없도록 고려되어 있는가?

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.1.2.1 화장실의 출입문 통과 유효폭 0.8m이상 확보 및 2cm이하의 단차		유효폭이 0.8m이상 및 2cm이하 단차	유효폭이 0.75m이상, 3cm이하 단차	유효폭이 0.65m이상 또는 4cm이하 단차	유효폭이 0.65m미만 또는 4cm초과 단차
▶ 5.1.2.2 화장실의 유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상 확보		유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상으로 휠체어의 내부 회전이 가능함	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상, 깊이 1.8m이상, 내부설치물로 인해 휠체어의 내부 회전이 불가능	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m이상이나 깊이는 1.8m미만, 또는 내부 설치물로 인해 휠체어의 내부 회전이 불가능	유효 바닥면 크기가 폭 1.4m미만
▶ 5.1.2.3 대변기에는 수평 및 수직 손잡이 설치		수평·수직 손잡이 모두 적정 설치	수평 또는 수직손잡이 적정 설치	수평 및 수직손잡이 부적정 설치	손잡이 미설치

※ 다만, 2005년 12월 30일 이전 허가신청된 건물인 경우에는 화장실의 유효 바닥면 크기가 폭 1m이상, 깊이 1.8m이상 확보 할 수 있다.

평가 번호	평가 내용
5.1.3	객실 또는 침실은 진·출입구, 화장실, 샤워 및 욕실 등이 장애인을 고려하여 갖추어져있는가?

※ 침실이 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.1.3.1 장애인용 객실 또는 침실에 설 치된 콘센트·스위치·수납선반·옷 걸이 등의 높이는 바닥면으로부 터 0.8~1.2m 로 설치		콘센트·스위치·수 납선반·옷걸이 등의 높이는 바닥면으로부터 0.8~1.2m로 설치	콘센트·스위치의 높이는 0.8~1.2m로 설치, 수납선반·옷걸이 높이는 0.8m미만 1.2m초과 설치	콘센트·스위치의 높이는 0.8m미만 1.2m초과 설치 수납선반·옷걸이의 높이는 0.8~1.2m로 설치	콘센트·스위치·수 납선반·옷걸이 등의 높이는 바닥면으로부터 0.8m미만 1.2m초과 설치
▶ 5.1.3.2 장애인용 객실 또는 침실 및 화 장실에는 초인종과 함께 청각장 애인용 초인등이 설치 장애인용 객실에는 건축물 전체 의 비상경보시스템과 연결된 청 각장애인용 경보설비 설치		객실과 화장실 모두 초인등이 설치, 객실 등에 청각장애인용 경보설비를 설치	객실 등에 청각 장애인용 경보설비 설치, 객실과 화장실에 초인등 미설치	객실 등에 청각 장애인용 경보설비 미설치, 객실 또는 화장실에 초인등 설치	미설치

5.2 관람석 또는 열람석 (1.7)

평가 번호	평가 내용
5.2.1	해당시설의 관람석 또는 열람석은 장애인 등이 이용하기에 적정한가?

※ 관람석 또는 열람석이 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.2.1.1 관람석 또는 열람석은 장애인 등이 편리하게 접근, 이용할 수 있도록 출입구 및 피난통로에서 접근하기 쉬운 위치에 설치		출입구 및 피난통로 옆에 설치, 단차 2cm이하	출입구 옆은 아니지만 피난통로 옆에 설치	피난통로와 거리가 멀지만 출입구 구분은 가능함	피난통로와 거리가 멀고 출입구는 보이지 않음
▶ 5.2.1.2 휠체어사용자용 관람석인 경우에는, 유효바닥면적이 1석당 폭이 0.9m 이상, 깊이가 1.3m이상으로 설치 휠체어사용자용 열람석은 높이는 바닥면으로부터 0.7~0.9m이며, 하단은 높이가 0.65m이하이며 휠체어 발받이가 들어갈 수 있도록 0.45m 이상의 공간을 확보	관람석인 경우 열람석인 경우	유효바닥면적이 1석당 폭 0.9m이상, 깊이 1.3m이상 이며 1.2m이상의통로와 구분 높이는 0.7~0.9m, 하부에는 높이 0.65m이상, 깊이 0.45m이상 확보 (높낮이 조절형)	유효바닥면적이 1석당 폭 0.9m이상, 깊이 1.3m이상 이며 통로와 구분 없음 높이는 0.9m초과, 하부에는 높이 0.65m이상 깊이 0.25m이상의 공간 확보	유효바닥면적이 1석당 폭 0.85m이상, 깊이 1.25m이하 이나 통로 별도로 없음 높이는 0.9m초과, 하부에는 높이 0.65m미만, 깊이 0.25m미만의 공간 확보	휠체어사용자 용 관람석이 없음 높이는 0.7m미만, 하부에는 휠체어발받이가 들어갈 공간이 없음

5.3 접수대 또는 작업대 (1.4)

평가 번호	평가 내용
5.3.1	해당시설의 접수대 및 작업대는 장애인 등이 이용하기에 적정한가?

※ 접수대 또는 작업대가 불필요하여 설치하지 않은 시설임 ()

평가세부내용	점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.3.1.1 접수대 또는 작업대는 장애인 등이 편리하게 접근, 이용할 수 있도록 설치		접수대 또는 작업대는 출입구에서 보이는 곳에 설치, 접근로상 단차 2cm이하	접수대 또는 작업대는 출입구에서 보이지 않는 곳에 설치, 접근로상 단차 2cm이하	접수대 또는 작업대의 접근로상에 단차 3cm이하	접수대 또는 작업대의 접근로상에 단차 3cm초과
▶ 5.3.1.2 휠체어사용자가 사용하는데 편리하도록 접수대 또는 작업대의 높이는 바닥면으로부터 0.7~0.9m이며, 하단은 높이가 0.65m이하이며 휠체어 발받이가 들어갈 수 있도록 0.45m 이상의 공간을 확보		높이 0.8~0.9m, 하부 높이 0.65m이상, 깊이 0.45m이상 공간 확보	높이 0.9m초과, 하부 높이 0.65m이상, 깊이 0.25m이상 공간 확보	높이 0.9m초과, 하부 높이 0.65m미만, 깊이 0.25m미만의 공간 확보	높이는 0.7m미만, 하부에는 휠체어발받이가 들어갈 공간이 없음

5.4 매표소·판매기 또는 음료대 (0.4)

평가 번호	평가 내용
5.4.1	해당시설의 매표소, 판매기, 음료대 등은 장애인 등이 이용하기에 적정한가?

평가세부내용 \ 점수	4(적정)	3(보통)	2(미흡)	1(미설치)
▶ 5.4.1.1 매표소의 경우 휠체어사용자가 사용하는데 편리하도록 매표소의 높이는 0.7~0.9m이하에 설치하며 하부는 바닥면으로부터 높이 0.65m 이상 깊이 0.45m 이상의 공간을 확보	높이는 0.7~0.9m, 하부에는 높이 0.65m이상, 깊이 0.45m이상 공간 확보	높이는 0.9m초과, 하부에는 높이 0.65m이상, 깊이 0.25m이상 공간 확보	높이는 0.9m초과, 하부에는 높이 0.65m미만, 깊이 0.25m미만 공간 확보	하부에 휠체어발판이 들어갈 공간이 없음
▶ 5.4.1.2 자동판매기 또는 자동발매기인 경우 동전투입구, 조작버튼, 상품출구 등이 0.4~1.2m의 범위에 설치 또한 조작버튼은 시각장애인이 알기 쉽도록 점자가 표시되어 있으며, 누름버튼식 등으로 설치	조작버튼 높이는 0.4~1.2m 설치, 점자표시 및 누름버튼식 등 설치	조작버튼 높이는 0.4m미만, 1.2m초과 설치, 점자표시 및 누름버튼식 설치	조작버튼 높이는 0.4m미만, 1.2m초과 설치, 점자표시 미설치	조작버튼 1.4m이상 설치
▶ 5.4.1.3 음료대인 경우 음료대의분출구의 높이는 0.7~0.8m로 설치 음료대의 조작기는 광감지식·누름버튼식·레버식 등으로 설치	분출구의 높이는 0.7~0.8m 설치, 레버식 조작기 설치	분출구의 높이는 0.7~0.8m 설치, 누름버튼식 조작기 설치	분출구의 높이는 0.7m미만 또는 0.8m초과 설치, 규정에 적합한 조작기 설치	분출구의 높이는 0.7m미만 0.8m초과 설치 다이얼식 조작기 설치

※ 다만 2005년 12월 30일 이전 허가신청된 건물인 경우에는 휠체어사용자가 사용하는데 편리하도록 매표소의 높이는 0.7~1.1m이하에 설치하며 하부는 바닥면으로부터 높이 0.65m 이상 깊이 0.45m 이상의 공간을 확보할 수 있다.

장애아동 재활치료 제공기관 평가기준 및 지표개발

2012년 12월 10일 인쇄
2012년 12월 10일 발행

발 행 처 : (재)한국장애인개발원
 서울시 영등포구 의사당대로 이룸센터 5층
대표전화 : 02-3433-0600
팩 스 : 02-416-9567
홈페이지 : <http://www.koddi.or.kr>
인 쇄 처 : (사)리드릭(031-421-8418)

ISBN 978-89-94262-89-5

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.