
커뮤니티케어를 통한 중증장애인의 탈병원 연구

2019. 10.

본 보고서의 연구내용은 연구진의 의견으로 (재)한국장애인개발원의 공식적인
의견과는 다를 수 있습니다.

연구진

연구책임 : 서원선(한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀 부연구위원)
 공동연구원 : 서옥영(한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀 연구원)

자문위원

박종균(나사렛대학교 인간재활학과 외래교수)
 신규호(보건복지부 장애인권익지원과 사무관)
 이지은(대한작업치료사협회 전무)
 이찬우(한국척수장애인협회 사무총장)
 최명신(한국뇌병변장애인인권협회 사무총장)

발간사

정부는 커뮤니티케어(Community Care)를 통해 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리 체계 강화, 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 병원 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선, 지역사회 커뮤니티케어 인프라 강화 및 책임성 제고 등의 선도사업과 함께 전달체계 및 지역사회서비스 확충을 추진하고 있습니다. 특히 중증장애인의 병원 퇴원 후 재가복귀를 위한 경로 설정, 주거, 일자리, 소득지원 등 지역사회 정착여건 조성 등을 통해 중증장애인의 지역사회 참여를 확대하고 있습니다. 그러나 척수장애인과 같은 일부 중증장애인들은 사고 후 평균적으로 30.77개월(약 2.5년) 동안 병원에 입원하고 있어 사회복귀 및 재활이 지연되고 있으며 이는 미국, 영국 등의 입원 기간인 2-3개월과 비교해 현저히 장기간입니다.

중증장애인의 장기간 병원 입원을 줄이고 올바른 사회복귀를 위해 중증장애인의 탈병원을 지원하고 바람직한 탈병원 모형 및 절차를 제시할 필요가 있습니다. 이에 본 연구에서는 병원에 장기간 입원하는 척수장애인 및 뇌병변장애인의 탈병원 과정을 이해하고 탈병원에 필요한 정책 및 제도를 연구하였습니다.

본 연구에서는 중증장애인의 탈병원과 관련된 국내외 서비스 및 프로그램, 중증장애인 당사자가 참여한 심층인터뷰, 탈병원과 관련된 전문가가 참여한 포커스그룹인터뷰를 실시하였습니다. 심층인터뷰는 탈병원 과정을 체계적으로 이해 및 분석하기 위해 근거이론(Grounded Theory)을 적용하여 분석하였으며 포커스그룹인터뷰는 내용분석(Content Analysis)을 적용하여 분석하였습니다. 분석결과 탈병원을 위해 병원의 역할, 병원-커뮤니티의 연계 체계, 사회환경적인 지원으로 분류하여 정책 제언을 제시하였습니다.

연구의 설계와 발전을 위해 귀한 자문 의견을 주신 한국척수장애인협회 이찬우 사무총장, 한국뇌병변장애인인권협회 최명신 사무총장, 대한작업치료사

협회 이지은 전무, 나사렛대학교 인간재활학과 박종균 교수, 보건복지부 장애인권익지원과 신규호 사무관에게 감사를 드립니다.

본 연구결과가 중증장애인의 탈병원 과정을 이해하고 탈병원을 위한 제도 개선을 위한 기초자료로 활용되며 중증장애인의 사회통합을 지원하고 삶의 질을 향상시키는 기본 연구가 되기를 바랍니다.

2019년 10월
한국장애인개발원 원장
최 경 숙

▶ 목 차

연구요약	1
I. 서 론	9
1. 연구의 목적 및 필요성	11
2. 연구 범위 및 방법	41
3. 연구수행체계	5
II. 병원-커뮤니티 연계 사례	7 1
1. 중증장애인의 장기 입원 실태	9 1
2. 탈병원에 대한 개념 정의 및 대상	0 2
3. 중도 중증장애인의 탈병원 및 사회복귀 욕구 관련 연구	1 2
4. 국내외 중증장애인 병원-지역사회 연계 체계	3 2
III. 장애인 심층인터뷰	55
1. 연구 참여자 선정	75
2. 연구 참여자의 일반적 특성	8 5
3. 자료의 수집과 분석	95
4. 분석 결과	6
IV. 전문가 포커스그룹인터뷰	7 7
1. 연구 설계 및 질문의 개발	97
2. 자료 수집 과정 및 절차	08
3. 자료 분석	8
4. 연구 결과	8
V. 결론 및 제언	9
1. 탈병원을 위한 병원의 역할	3 9
2. 병원 및 지역사회 기관과의 연계 및 재할계획	8 9



3. 사회적·환경적 인프라의 개선	11
참고문헌	107
부 록	111
부록 1. 심층인터뷰 질문지	3
부록 2. 포커스그룹인터뷰 질문지	61



▶ 표목차

<표 II-1> 재활전문병원 및 권역재활병원 현황비교	5	2
<표 II-2> 재활의료기관 시범사업 적용 질병군 및 입원기준	8	2
<표 II-3> 권역재활병원 공공재활사업 현황	1	3
<표 II-4> 권역재활병원의 공공재활프로그램 내용	2	3
<표 II-5> 지역사회중심재활사업 운영보건소 재활프로그램	6	3
<표 II-6> 지역장애인보건의료센터의 법적 기능에 근거한 사업내용	0	4
<표 III-1> 심층인터뷰 참여자의 일반적 특성	8	5
<표 III-2> 개방코딩 결과	0	6
<표 IV-1> FGI 질문 내용	9	7
<표 IV-2> FGI 참여자 일반 사항	1	8
<표 V-1> 회복기 재활의료기관 2단계 시범수가(안)	5	9
<표 V-2> 근로복지공단 산하 산재병원 작업치료 수가 현황	6	9
<표 V-3> 보험급여 항목에서의 물리치료사 및 작업치료사 업무범위와 수가 비교	7	9
<표 V-4> 뉴질랜드 ACC 계좌별 대상 및 재원	3	0 1

그림목차

[그림 I-1] 퇴원노인 재가서비스 연계체계도	2	1
[그림 I-2] 연구수행체계	6	1
[그림 II-1] 권역재활병원 공공재활프로그램 운영지원 사업 추진체계	0	3
[그림 II-2] 권역재활병원의 입원환자 및 지역사회 장애인 대상 서비스 제공 절차 ...	3	3
[그림 II-3] 지역사회중심재활사업 운영보건소의 대상자 관리체계 모형	5	3
[그림 II-4] 지역사회중심재활사업 운영보건소의 대상자 등록을 위한 군분류 알고리즘	35	
[그림 II-5] 장애인건강권법의 건강보건관리 서비스 전달체계	0	4
[그림 II-6] 척수장애인을 위한 직업재활 연계도	4	4
[그림 III-1] 중증장애인의 탈병원 경험에 관한 패러다임 모형	3	6

연구 요약

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

- 정부는 커뮤니티케어(Community Care)를 통해 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리 체계 강화, 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 병원 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선, 지역사회 커뮤니티케어 인프라 강화 및 책임성 제고 등의 선도사업과 함께 전달체계 및 지역사회서비스 확충을 추진하고 있음
- 특히 중증장애인의 병원 퇴원 후 재가복귀를 위한 경로 설정, 주거, 일자리, 소득지원 등 지역사회 정착여건 조성 등을 통해 중증장애인의 지역사회 참여를 확대하고 있음
- 그러나 척수장애인과 같은 일부 중증장애인들은 사고 후 평균적으로 30.77개월(약 2.5년)동안 병원에 입원하고 있어 사회복귀 및 재활이 지연되고 있으며 이는 미국, 영국 등의 입원 기간인 2-3개월과 비교해 장기간의 입원임
- 중증장애인의 장기간 병원 입원을 줄이고 올바른 사회복귀를 위해 중증장애인의 탈병원을 지원하고 바람직한 탈병원 모형 및 절차를 제시할 필요가 있음
- 이에 본 연구에서는 병원에 장기간 입원하는 척수장애인 및 뇌병변장애인의 탈병원 과정을 이해하고 탈병원에 필요한 정책 및 제도를 연구함

2. 연구 범위 및 방법

- 중증장애인의 탈병원 과정 및 서비스와 관련된 국내외 문헌을 조사함
- 탈병원 경험이 있는 척수장애인 및 뇌병변장애인을 대상으로 심층인터뷰를 실시하여 탈병원 과정을 이해하고 탈병원 중 경험한 제도적 문제점에 대해 파악함. 근거이론(Grounded Theory)을 활용해 심층인터뷰 내용을 분석하였으며 과정을 도식화한 패러다임 모형을 제시함
- 병원 관련 전문가와 지역사회 관련 전문가로 그룹을 분류하여 포커스그룹인



터뷰를 실시함. 각 영역별로 탈병원을 위해 필요한 정책이나 제도에 대해 논의하였으며, 내용분석을 통해 인터뷰를 분석하여 주제화함

- 척수장애인 및 뇌병변장애인 당사자, 학계 전문가, 의료 전문가와 자문회의를 통해 연구방향, 연구내용, 조사 및 분석 등에 대한 자문을 실시하여 연구내용의 충실도와 연구의 객관성, 타당성, 연구결과의 적합성 및 기여도를 확보함

II. 병원-커뮤니티 연계 사례

1. 중증장애인의 장기 입원 실태

- 척수손상 또는 뇌졸중이나 뇌손상 등으로 중도장애가 발생한 입원환자들은 수술 후 재활치료를 마치면 지역사회로 복귀해야 하지만 현실적으로 병원-지역사회 연계 과정에서 발생하는 공백과 이질감은 중도장애인의 복귀 과정에 대한 부적응과 중도탈락을 야기함(김동아 외, 2018)
- 전반적인 중증장애인의 장기 입원 실태에 대한 통계자료는 미흡하나 중도장애인의 장애발생 후 입원기간을 살펴보면 척수손상의 경우 12개월~31개월, 뇌졸중의 경우 5.6개월~7.8개월 정도임(윤정아, 2012; 한국척수장애인협회, 2018)
- 이러한 결과는 외국의 경우 척수손상장애인의 재원기간이 50일~7개월, 뇌졸중장애인은 30~70일 정도인 것(윤정아, 2012)과 비교해 상당히 긴 기간임을 알 수 있음

2. 탈병원에 대한 개념 정의 및 대상

- 탈병원(de-hospitalization)이란 장애 혹은 질병 등으로 병원과 같은 의료시설에 장기간 입원하고 있는 상태에서 벗어나는 과정을 의미하며 일부 연구자에 의해 병원에서 지역사회로의 이동을 강조하기 위해 사회복귀(Social Re-entry), 사회통합(Social Integration)이라는 의미와 함께 사용하기도 함(European Spinal Cord Injury Federation, 2017; Jang, Park, & Shin, 2011;

Krause & Saunders, 2009)

- 또한 장기간 병원에 입원하여 탈병원이 필요한 장애인을 명확히 정의하기는 어려우나 Krause와 Saunders(2009)의 연구에서 사용한 이론적 정의에 의하면 척수장애인의 경우 18세 이상으로 사고 혹은 장애 발생 후 최소 1년 이상 병원에 입원하고 있는 장애인이고, 뇌병변장애인의 경우에는 윤정아(2012)가 제시한 뇌졸중장애인의 평균적인 입원기간인 5.6개월~7.8개월을 고려하여 6개월 정도 병원에 입원한 경우를 탈병원 대상으로 볼 수 있음

3. 중도 중증장애인의 탈병원 및 사회복귀 욕구 관련 연구

- 장기입원 중도 중증장애인의 탈병원 문제 자체를 중점적으로 다룬 선행연구는 많지 않지만 중도장애인의 사회복귀와 관련된 선행연구를 통해 탈병원 과정에서 어떤 욕구와 제한점이 작용하는지, 사회복귀 이후에 어떠한 어려움이 있는지에 대한 내용을 부분적으로 확인할 수 있었음
- 또한 척수장애인을 대상으로 일상홈 프로그램(전환재활서비스)을 통한 사회복귀 과정을 다룬 선행연구를 바탕으로(박종균, 2017; 최혜영, 정도선, 김종인, 2017) 중도장애로 발생한 장애수용 문제, 달라진 환경(물리적 환경과 인간관계의 변화), 미래에 대한 고민 등에 있어 일상홈 프로그램을 통해 어떤 변화가 있었는지 확인할 수 있었음

4. 국내외 중증장애인 병원-지역사회 연계 체계

- 국내사례에서는 주요 재활의료 전달체계에 해당되는 종합병원 재활의학과, 재활전문병원 및 권역재활병원, 재활요양병원 및 재활의학과 의원, 지역장애인보건의료센터, 보건소, 한국척수장애인협회(척수장애인재활지원센터)의 역할과 현황에 대해 살펴봄
- 또한 국내 병원 및 지역사회 연계형 사업 현황으로 재활의료기관 지정운영 시범사업, 권역재활병원 공공재활프로그램, 지역사회중심재활사업(보건소), 보건복지부 장애인 재활지원 사업, 척수장애인의 일상복귀 프로그램(일상홈), 장애인건강보건관리사업에 대한 내용을 제시함



- 국외사례로는 미국과 뉴질랜드를 선정하여 각 국가별 재활의료 전달체계, 병원과 지역사회 연계 방안에 대해 조사함
- 미국 전역에 여러 종류의 광범위하고 포괄적인 재활치료 프로그램과 운동능력 및 기능 향상을 위한 프로그램들이 실시되고 있으며, 미국 척수장애인협회(United Spinal Association)와 주정부 직업재활 프로그램(State-Federal Vocational Rehabilitation Services)은 척수장애인의 사회복귀를 주목적으로 하고 있으며 직업재활을 통해 척수장애인이 일상생활을 유지하는데 필요한 다양한 물적·인적 서비스를 제공하고 있음(United Spinal Association, 2019)
- 뉴질랜드는 돌봄체인(Chain of Care)을 통해 척수장애인의 응급 의료지원에서부터 재활과 사회복귀를 위한 체계적인 서비스 연계가 제공되며, 지역사회 재활 프로그램, 사고보상법인의 지원, 직업재활 프로그램 등이 시행되고 있음

III. 장애인 심층인터뷰

- 사고나 질병으로 인해 척수장애 혹은 뇌병변장애를 갖고 있는 장애인들로서 장기간 병원에 입원한 경험이 있으며 현재는 지역사회 내에서 사회활동에 참여하고 있는 사람들을 대상으로 탈병원 과정에 대한 심층인터뷰를 실시함
- 심층인터뷰 결과 탈병원 과정 중 탈병원을 저해하는 요인으로 크게 의료 체계의 문제와 지역사회의 준비 부족을 지적함
- 의료 체계의 문제로는 환자 중심의 병원 환경, 의사의 사회복귀에 대한 무지, 수가 중심의 의료 서비스 체계, 정보 제공의 미흡 등이며 지역사회와 관련된 문제로는 보조기기 지원의 부족, 차량개조 서비스의 부재, 직업재활 서비스의 부족, 가족상담의 부족 등을 들 수 있음

IV. 전문가 포커스그룹인터뷰

- 커뮤니케이션 체계 속에서 중증장애인의 탈병원을 위한 방안을 마련하기 위해 장애인 당사자, 커뮤니케이션 및 탈병원 관련 전문가를 대상으로 포커스그룹인터뷰를 실시함

- 분석결과 18개의 주제가 도출되었고, 각 주제는 중심 내용별로 병원-커뮤니티 연계의 구축, 탈병원을 위한 병원의 역할, 보조기기 제공 개선, 차량개조 확대, 커뮤니티케어를 위한 기타 지원의 5가지 영역으로 분류됨

V. 결론 및 제언

1. 탈병원을 위한 병원의 역할

- 중증장애인이 급성기 치료 후 신속하게 탈병원 및 사회복귀에 대한 동기부여를 할 수 있도록 병원 내에서 사회복귀에 대한 정보제공을 강화함(직업상담, 가족상담 포함)
- 병원과 지역사회 기관과의 연계를 위해 재활치료수가를 현실화하여 병원의 참여를 유인함
- 휠체어 사용, 트랜스퍼 등 중증장애에 적합한 작업치료 환경·수가를 마련해 사회복귀를 위한 작업치료의 기능을 강화함

2. 병원 및 지역사회 기관과의 연계 및 재활계획

- 병원이 사회복귀 프로그램을 운영하고 있는 장애단체의 프로그램을 활용하여 병원과 민간단체와의 연계를 강화함
- 중증장애인 사회복귀를 위한 일상홈 프로그램을 발전시켜 보다 많은 수의 중증장애인이 사회복귀 프로그램에 참여할 수 있는 기회를 제공함
- 병원-중간 단계 일상홈-장애인복지관의 재활협의체를 통한 지역사회 기관 간의 연계를 강화함

3. 사회적·환경적 인프라의 개선

- 병원-보조기기센터의 연계를 강화하고 개별 맞춤형 보조기기 지원을 위한 재원 마련을 위해 보조기기 예산 구조의 개편이 필요함



- 차량개조 서비스를 지원하기 위해 경증 위주의 지원책을 중증 위주로 개선하고 보건복지부에서도 차량개조 서비스를 제공함
- 심리사회적 지원을 위해 가족상담을 확대하고, 장애인의 직업활동을 위해 직업알선이나 배치 등 장애인 특성에 맞도록 직업재활 서비스를 개선함

I. 서론



1

연구의 목적 및 필요성

정부는 커뮤니티케어(Community Care)를 통해 장애인의 지역사회 통합을 달성하고 재가·지역사회 중심으로 사회 서비스를 제공하는 것을 추진하고 있다(관계부처합동, 2018). 커뮤니티케어를 통해 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리 체계 강화, 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 병원 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선, 지역사회 커뮤니티케어 인프라 강화 및 책임성 제고 등의 선도사업과 함께 전달체계 및 지역사회서비스 확충을 추진하고 있다.

특히 중증장애인의 병원 퇴원 후 재가복귀를 위한 경로 설정, 주거, 일자리, 소득 지원 등 지역사회 정착여건 조성 등을 통해 중증장애인의 지역사회 참여를 확대하고 있다. 척수장애인과 같은 일부 중증장애인들은 사고 후 평균적으로 30.77개월(약 2.5년) 동안 병원에 입원하고 있어 사회복귀 및 재활이 지연되고 있으며 이는 미국, 영국 등의 입원 기간이 2-3개월인 것과 비교하면 현저히 장기간 입원하고 있음을 알 수 있다(한국척수장애인협회, 2018).

중증장애인의 장기간 병원 입원을 줄이고 올바른 사회복귀를 위해 중증장애인의 탈병원을 지원하고 바람직한 탈병원 모형 및 절차를 제시하는 연구가 필요하다.

1) 커뮤니티케어(Community Care)의 개념과 특징

정부는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 20대 국정전략으로 추진하여 경제성장의 혜택과 복지서비스를 모두가 균등하게 누리고 개개인이 인간으로서 가치를 존중받는 국가를 실현하는데 주력하고 있다. 이를 위해 소득보장(기초연금·장애인연금 인상, 아동수당 도입 등) 및 건강·의료보장(건강보험 보장성 강화, 치매국가책임제 등)을 중점적으로 추진하고 있다. 뿐만 아니라, 커뮤니티케어 사업의 추진으로 포용적 복지국가를 완성하고 있다(관계부처합동, 2018).

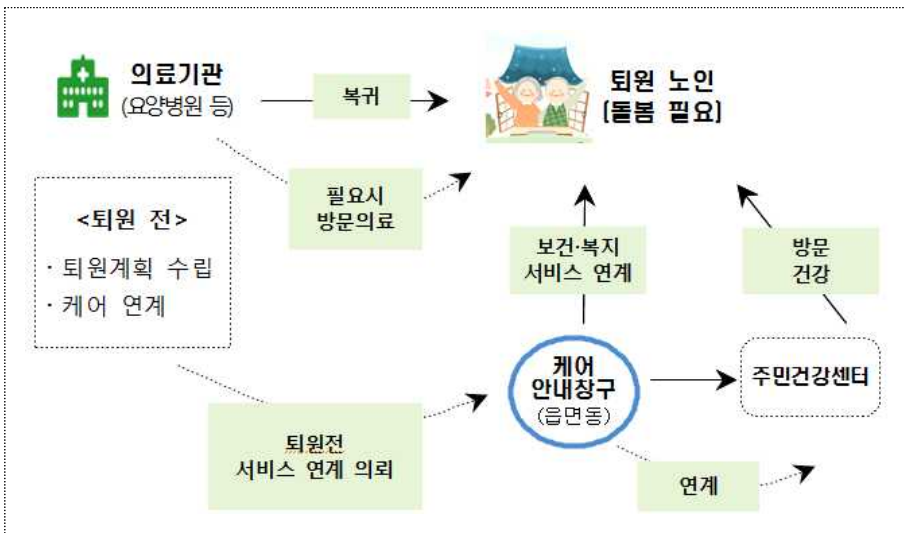
커뮤니티케어는 사람들이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책이다(관계부처합동, 2018; Care Act, 2014). 기존 복지 서비스는 분절적으로 제공되고 있어 체감하기 어려운 실정이다. 즉, 장애인을 중심으로 서비스가



연계·통합적으로 제공되는 것이 아니라 공급기관·사업별로 단편적으로 제공되어 재가서비스가 적절한 기능을 수행하지 못하고 있다. 특히 사고나 질병 등으로 중증 장애인이 된 경우 의료적 치료를 종료한 후 장기간 병원에 입원하거나 혹은 적절한 지역사회 복귀 연계 서비스·프로그램의 부족으로 재환이 장기간 지연되는 문제가 발생하고 있다.

2) 노인 대상 커뮤니티케어 계획

정부에서는 커뮤니티케어 확립을 위해 1차적으로 노인을 대상으로 커뮤니티케어 기본계획을 발표하여 노인에게 의료 및 복지 서비스를 지역사회 내에서 제공할 계획을 수립하고 있다(관계부처합동, 2018). 특히 병원 퇴원 노인의 원활한 지역사회 복귀를 위해 여러 형태의 연계 서비스를 구상하고 있다. 예를 들어, 병원에 ‘지역연계실’(의사, 간호사, 사회복지사 등 협업)을 설치·운영하여 퇴원환자의 지역 복귀를 위한 퇴원계획 수립과 돌봄 자원을 연계하고 있다. 이를 위해 종합병원·요양병원 등 약 2,000개 병원에 지역연계실(사회복지팀)을 설치하거나 「의료법」을 개정하



[그림 I-1] 퇴원노인 재가서비스 연계체계도

자료: 관계부처합동(2018)

여 전달인력 배치를 추진하고 있다(관계부처합동, 2018).

그리고 퇴원 노인이 주민건강센터, 노인 주야간보호센터, 노인복지관, 이동통신사 등을 통해 지역사회 활동에 필요한 재가 서비스, 요양 서비스, 보건·복지 서비스 등을 받을 수 있도록 서비스 전달 체계를 구상하고 있다(관계부처합동, 2018).

3) 장애인 대상 2019년 6월 커뮤니티케어 선도사업 실시

2019년 6월부터 2년 간 전국 8개 지방자치단체에서 커뮤니티케어 선도사업이 실시된다: 노인(4곳), 장애인(2곳), 정신질환자(1곳), 노숙인(1곳)(관계부처합동, 2019). 케어안내창구를 읍면동에서 운영해 수요자에 대한 기초 욕구 조사, 관련 정보를 안내·제공하고 서비스의 신청 접수와 신청 대행 등의 서비스를 제공한다. 또한 복합 욕구를 가진 고난이도 대상자에 대한 심층 사례관리·자원과 서비스 연계는 시·군·구 지역케어회의를 실시한다.

장애인 선도사업은 장애인이 거주시설에서 벗어나 지역사회에서 자립해 살아갈 수 있는 여건을 조성하는데 목적이 있다. 사업대상은 거주시설에 있는 장애인 중에서 지역사회에서 생활하기를 희망하는 장애인이며, 지역사회에 거주하고 있으나 장애 정도가 심화되어 거주시설 입소를 불가피하게 고려하는 장애인도 포함된다. 지자체는 거주시설에 있는 장애인을 대상으로 탈시설 욕구를 조사해 개인별 지원계획을 수립하며, 발달장애인은 발달장애인 지원센터의 담당자가 케어안내창구의 담당자와 협력·전문 상담을 제공한다. 퇴소 장애인에게는 자립체험주택과 케어안심주택의 2가지 유형의 주거모델이 제공된다. 자립체험주택은 장애인 2-3명이 생활하고, 지원인력이 자립 훈련 등을 지원하는 것으로 이후 케어안심주택으로 전환 지원이 이루어진다. 케어안심주택은 장애인이 공공임대주택에서 거주하고 지원인력이 정기적으로 방문·지원한다.

지자체는 장애인의 탈시설 후 초기 자립을 위해 1인당 약 1,200만원의 정착금을 지원한다. 지역 맞춤형 취업지원 서비스, 현장 중심 직업재활센터와의 연계 등으로 일자리를 통한 소득 보장 지원과 함께 장애인 건강주치의 서비스, 지역사회중심재활사업(보건소) 연계를 통해 건강관리와 재활서비스를 제공한다. 활동지원서비스와 발달장애인 주간활동서비스를 연계하고, 권익 보호를 위한 공공후견 서비스, 법률 지원을 함께 실시한다.

이처럼 커뮤니티케어를 통한 장애인 탈시설을 추진하고 있으나 탈병원에 대한



계획이나 구상은 미흡한 실정이다. 이에 중증장애인의 탈병원을 지원하기 위한 연구가 필요하며 커뮤니티케어 체계 내에서 탈병원을 추진할 수 있는 모형 마련이 요구된다.

2 연구 범위 및 방법

1) 연구 범위

본 연구에서는 커뮤니티케어 내에서 중증장애인의 탈병원을 위한 제도적·정책적인 방안을 마련하고 올바른 탈병원 모형을 제시하기 위해 문헌조사, 장애인 당사자 심층인터뷰, 전문가 포커스그룹인터뷰를 실시하였다. 특히 심층인터뷰는 근거이론(Grounded Theory)을 적용하여 장애인의 장기간 병원입원의 원인, 탈병원에 대한 동기부여, 탈병원 과정 등을 조사하였다. 그리고 포커스그룹인터뷰를 통해 탈병원을 위한 법률적·정책적·제도적 방향을 연구했으며 거시적 및 미시적인 시사점을 도출하였다. 이를 위해 다음과 같은 연구 범위를 정하였다.

첫째, 제2장에서는 커뮤니티케어 및 탈병원의 개념을 조사하였으며 탈병원과 관련된 국내외 사례를 조사하였다.

둘째, 제3장에서는 장애인 당사자의 실제 탈병원 경험을 조사하기 위해 심층인터뷰를 실시하였다. 심층인터뷰는 근거이론(Grounded Theory)을 적용하여 분석했으며 실제적인 탈병원 경험을 통해 관련 문제점·개선점에 대해 분석하였다.

셋째, 제4장에서는 전문가 포커스그룹인터뷰를 실시하여 탈병원을 위한 정책적·제도적 방향 및 대안을 조사하였다.

다섯째, 제5장에서는 제2장의 문헌조사, 제3장의 심층인터뷰, 제4장의 포커스그룹인터뷰를 토대로 커뮤니티케어 내에서 올바른 탈병원의 모형을 제시하고 탈병원과 관련된 정책적·제도적인 함의를 도출하였다. 구체적으로 개선 방향을 제시하기 위해 미시적 및 거시적 개선으로 구분하여 제시하였다.

2) 연구 방법

본 연구는 커뮤니티케어 내에서 중증장애인의 탈병원을 지원하기 위해 문헌조사, 심층인터뷰, 포커스그룹인터뷰를 병행하였다.

첫째, 탈병원과 관련된 법률·현장전문가 등으로 자문위원을 구성하여 총 2회에 걸쳐 연구방향, 연구내용 등에 대해 자문을 구하고, 이를 통해 연구내용의 충실도와 연구의 객관성 및 타당성, 연구결과의 적합성 및 기여도 확보를 위해 노력할 예정이다.

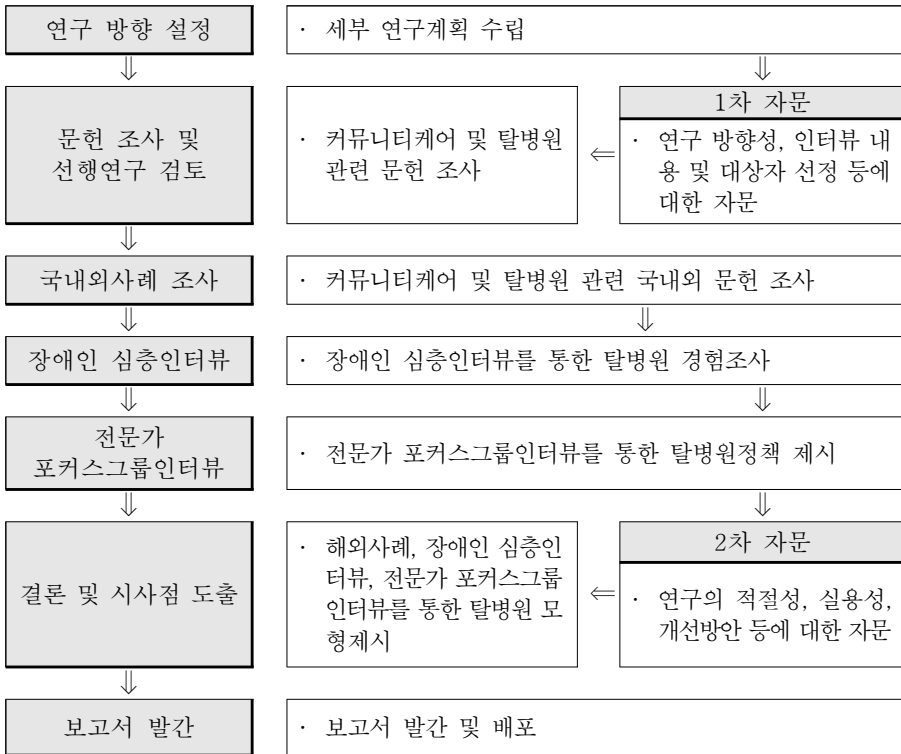
둘째, 문헌조사를 토대로 커뮤니티케어 및 탈병원의 개념, 국내의 탈병원 사례를 분석하였다. 특히 해외사례로는 미국과 뉴질랜드의 사례를 조사하여 해외의 탈병원 모형을 이해하고 국내 적용 방안에 대해 모색하였다.

셋째, 탈병원 과정을 이해하고 분석하기 위해 장애인 당사자를 대상으로 심층인터뷰를 실시하였다. 심층인터뷰는 근거이론(Grounded Theory)을 적용해 내용분석(Content Analysis)을 실시했으며 개념화·유목화하였다.

넷째, 탈병원을 위한 제도적·정책적 방향 및 대안을 마련하기 위해 전문가를 대상으로 포커스그룹인터뷰를 실시할 예정이다. 포커스그룹인터뷰를 통해 확보한 자료는 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하여 개념화 및 범주화하고, 분석 결과는 구체적인 함의를 도출하는데 활용할 예정이다.

3 연구수행체계

본 연구는 커뮤니티케어 내에서 중증장애인의 탈병원 과정을 이해하고 거시적으로 탈병원과 관련된 정책적·제도적인 개선점을 제시함과 동시에 미시적으로 개선이 필요한 세부 정책 내용을 조사하였다. 본 연구의 실행과정을 도식화한 연구수행체계는 [그림 1-2]와 같다.



[그림 I-2] 연구수행체계

II. 병원-커뮤니티 연계 사례



척수손상 또는 뇌졸중이나 뇌손상 등으로 중도장애가 발생한 입원환자들은 수술 후 재활치료를 마치면 지역사회로 복귀해야 하지만 현실적으로 병원-지역사회 연계 과정에서 발생하는 공백과 이질감은 중도장애인의 복귀 과정에 대한 부정적응과 중도탈락을 야기한다(김동아 외, 2018). 척수장애인은 외상 또는 발병 시(급성기 치료기) 3차 의료기관에서 수술과 의료적 치료를 받고, 이후 재활병원을 전전하거나 다시 척수손상치료에 대한 기대로 3차 의료기관에서 수술을 받는 과정을 반복하는 것이 일반적이고(박종균, 2017), 일상에 복귀하기까지 최소 3~5개의 병원을 옮겨다니게 된다(서해정, 박종균, 김소영, 이정민, 2017). 뇌졸중이나 외상성 뇌손상 등으로 인한 뇌병변 중도장애인 또한 병원에서 상당 기간의 입원치료과정을 거쳐 지역사회에 복귀하지만, 개별 기관에서 산발적으로 제공하는 프로그램이나 서비스를 찾아다녀야 하고, 제한된 공급 체계로 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많다(김동아 외, 2018).

입원 치료가 장기화되는 데에는 여러 문제점이 복합적으로 존재하는데 우선적으로는 회복기 재활치료 인프라 자체가 부족하고, 재활의료기관 선택에서부터 일상복귀까지의 과정에서 정보 제공이 미흡하며, 실질적으로 일상복귀를 결심하더라도 장애인이 생활 가능한 개조 주택이 준비되기까지 시간이 오래 걸리기도 한다. 뿐만 아니라 사고나 뇌손상 등으로 재활치료를 받아야 하는 경우 부적절한 입원료 체감제로 인해 2~3개월 간격으로 병원을 떠돌게 되는 ‘재활난민’ 문제도 있다(권범선, 2017a). 기능회복 시기에 입원기간이 제한되고, 병원마다 치료가 불연속적으로 이루어지는 것은 결과적으로 치료비용이 증가하고 장애인의 사회복귀를 지연시킬 수 있다. 실제로 재활치료 후 사회복귀율은 미국의 경우 뇌졸중 환자는 67~78%, 척수손상 환자는 89%에 이르지만, 한국은 뇌졸중 환자가 22.4%, 척수손상 환자가 15.3%에 그친다(지영진, 2017).

전반적인 중증장애인의 장기 입원 실태에 대한 통계자료는 미흡하나 중도장애인의 장애발생 후 입원기간을 살펴보면 대표적으로 척수손상의 경우 12개월~31개월(2018년 척수장애인 욕구·실태조사 결과 척수손상 직후부터 입원치료를 받은 기간은 평균 30.8개월임), 뇌졸중의 경우 5.6개월~7.8개월 정도인데(윤정아, 2012; 한



국척수장애인협회, 2018), 이러한 결과는 외국의 경우 척수손상장애인의 재원기간이 50일~7개월, 뇌졸중장애인은 30~70일 정도인 것(윤정아, 2012)과 비교해 상당히 긴 기간임을 알 수 있다. 장기 입원에 대한 법적 정의나 규정은 별도로 존재하지 않고, 상병에 대한 다양한 수준을 고려하면 재원기간을 기준으로 장기 입원을 단순 정의하는 것은 어렵기 때문에 입원료 체감구간을 적용하거나 임의로 기간을 지정하는 경우가 일반적이다(정설희, 오주연, 이혜진, 윤소영, 2012)¹⁾. 따라서 중증장애인의 장기 입원의 경우에도 어떤 고정된 기간을 기준으로 탈병원의 필요성을 논하기 어려울 수 있지만, 탈병원에 대한 조작적 정의와 그 대상을 구체화함으로써 중증장애인의 탈병원 과정을 이해하고 관련 문제점 등을 파악할 수 있다.

2 탈병원에 대한 개념 정의 및 대상

교통사고, 산재 등 예기치 못한 사고나 정신질환, 신체적 질환 등의 질병으로 중도장애인이 되면 치료 후 이전처럼의 사회생활을 위한 사회복귀 대상이 되는데(김종인, 2012) 그러한 과정에서 장기간의 입원과 재활치료로 인해 사회복귀가 늦어지면서 병원에 대한 의존도가 계속해서 높아질 경우 탈병원이 필요한 대상일 수 있다. 탈병원(de-hospitalization)이란 장애 혹은 질병 등으로 병원과 같은 의료시설에 장기간 입원하고 있는 상태에서 벗어나는 과정을 의미하며 일부 연구자에 의해 병원에서 지역사회로의 이동을 강조하기 위해 사회복귀(Social Re-entry), 사회통합(Social Integration)이라는 의미와 함께 사용하기도 한다(European Spinal Cord Injury Federation, 2017; Jang, Park, & Shin, 2011; Krause & Saunders, 2009).

또한 장기간 병원에 입원하여 탈병원이 필요한 장애인을 명확히 정의하기는 어려우나 장애인의 장기간 병원생활 및 사회복귀와 관련된 과거 연구를 통해 대상자의 정의가 가능하다. 특히 중증 척수장애인의 장기간 병원에 영향을 미치는 위험요인에 대해 분석한 Krause와 Saunders(2009)의 연구에서 사용한 이론적 정의에 의하

1) 예를 들어 요양형 장기 입원은 “의학적 필요도가 낮음에도 불구하고 급성기 의료기관에 장기적으로 입원하고 있는 경우”로 1) 입원기간 기준 16일 이상 또는 31일 이상, 2) 16일 또는 31일 이상 입원하면서 단순치료 질환군인 경우, 3) 16일 또는 31일 이상 입원하면서 요양병원 다빈도 상위 30개 상병에 포함되는 경우로 정의하기도 한다(정설희 외, 2012).

면 중증장애인은 18세 이상으로 중도 척수장애를 입고 사고 혹은 장애 발생 후 최소 1년 이상 병원에 입원하고 있는 장애인이다. 뇌병변장애인의 경우에는 윤정아(2012)가 제시한 뇌졸중장애인의 평균적인 입원기간인 5.6개월~7.8개월을 고려하여 6개월 정도 병원에 입원한 경우를 탈병원 대상으로 볼 수 있다.

3 중도 중증장애인의 탈병원 및 사회복지 욕구 관련 연구

장기입원 중도 중증장애인의 탈병원 문제 자체를 중점적으로 다룬 선행연구는 많지 않지만 중도장애인의 사회복지와 관련된 선행연구를 통해 탈병원 과정에서 어떤 욕구와 제한점이 작용하는지, 사회복지 이후에 어떠한 어려움이 있는지에 대한 내용을 부분적으로 확인할 수 있다.

김동아 외(2013) 연구에서는 척수손상장애인과 뇌병변장애인을 구분하여 초점집단인터뷰를 실시하고 내용분석(Contents analysis) 방법을 활용하여 사회복지 의미, 사회복지 욕구, 사회복지 제한점의 세 가지 영역별 분석 결과를 제시하였다. 중도 장애인에게 사회복지란 집으로 돌아가는 것, 사회로 돌아가서 생활하는 것 그 자체였지만 실제로 뇌병변장애인의 경우 이전의 삶으로 완전하게 돌아가지 못한다는 점에서 좌절을 경험하기도 하고, 척수장애인의 경우 직장 복귀는 어느 정도 이루어졌으나 대인관계 회복에 실패하기도 하였다. 사회복지 욕구 측면에서는 크게 경제활동과 개별화된 지원제도 두 가지 측면이 있었는데, 재취업 준비 과정에서 신체기능 등의 문제로 어려움이 있었고, 개별 맞춤형 지원을 필요로 하는 것으로 나타났다. 다만 이러한 사회복지의 제한점으로 병원에서 퇴원 이후의 삶에 대한 이해 부족으로 높은 불안감이 크게 작용하였지만, 실제 사회복지 이후에는 예상보다 적응이 어렵지 않았다고 했다.

또한 동 연구에서 만 18세 이상 척수손상 및 뇌병변 환자 273명을 대상으로(뇌경색 37.6%, 뇌출혈 31.4%, 척수손상 22.1%) 사회복지 욕구조사를 실시한 결과, 퇴원 후 일상생활 복귀에 대해 생각해본 적이 있는지에 대해 11.2%가 생각해본 적 없다고 응답하였고, 64.7%가 생각해본 적은 있으나 구체적인 계획은 없는 것으로 나타났다. 퇴원 이후 계획에 대해서도 다른 병원에 입원할 예정인 대상자가 63.0%, 집



으로 퇴원할 계획인 대상자가 37.0%였고, 다른 병원에 입원할 때 재활전문병원을 희망하는 경우가 전체의 78.4%였다. 그 이유에 대해서는 기능회복을 위한 재활치료가 더 필요하다고 응답한 경우가 72.1%, 다른 의학적 이유가 10.9%, 집에서 돌봐줄 사람이 없기 때문인 경우가 5.5% 등으로 나타났다. 집으로 퇴원하는 이유는 집에서 생활하는 것을 원하는 경우가 44.6%, 경제적인 이유로 입원치료를 유지하기 힘든 경우가 18.8%, 원하는 병원에 입원하기 어려운 경우가 14.9%였다. 집으로 퇴원한 이후 간병인 필요 여부에 대해서는 필요하다고 응답한 사람이 전체의 78.7%였다. 한편 사회복지관을 준비하기 위해 필요한 서비스 정도에 있어 정보제공 및 교육과 이동수단 지원이 매우 필요하다고 응답한 경우가 각 72.9%, 70.9%로 높게 나타났다. 이외에는 예후에 대한 의학적 설명(69.0%), 주거환경에 대한 준비(63.4%), 심리적지지 및 상담(58.0%), 일상생활 보조를 위한 인력(56.5%), 지역 내 기관 및 서비스 연계(56.1%) 순으로 높은 필요도를 보였다.

뇌병변 중도장애인을 대상으로 사회복지 준비(병원에서의 퇴원 준비 과정)와 사회복지 이후 생활에서 겪는 어려움에 대한 의견조사 결과(김동아 외, 2018) 재발, 낙상, 기능회복 등 건강에 대한 걱정, 독립적인 일상생활 복귀에 대한 두려움, 신체적/언어적 손상으로 인한 기능의 한계, 사회적 인식 부족으로 인한 두려움, 불편함(사람들 시선, 외출 시 불편함 등), 가족관계의 어려움 및 가족들에 대한 미안함 등이 있었다. 한편 뇌손상 장애인이 퇴원 후 지역사회 복귀 시 가장 필요로 하는 서비스는 의사와의 뇌손상 관련 상담인 것으로 나타났다(Pricewaterhouse Coopers, 2010; 김동아 외, 2018에서 재인용). 실제로 장애인의 주요 서비스 제공기관 가운데 뇌병변장애인이 가장 필요로 하는 곳은 재활병원이고, 실제로 이용 빈도 또한 가장 높았다(박희찬, 박은영, 박세영, 노수희, 2015).

한편 척수장애인을 대상으로 일상홈 프로그램(전환재활서비스)을 통한 사회복지 과정을 다룬 선행연구에서는(박종균, 2017; 최혜영, 정도선, 김종인, 2017) 중도장애로 발생한 장애수용 문제, 달라진 환경(물리적 환경과 인간관계의 변화), 미래에 대한 고민 등에 있어 일상홈 프로그램을 통해 어떤 변화가 있었는지에 대한 질적 분석을 하였다. 일상홈 프로그램은 한국척수장애인협회에서 운영하는 사회복지프로그램으로 일반 아파트인 일상홈에서 척수장애인 일상생활코치가 4~5주 동안 함께 생활하며 일상생활동작 훈련, 사회적응 훈련, 상담, 주거 편의시설 점검, 보조기기 점검 등의 프로그램을 맞춤형으로 진행하는 것이다. 연구 결과 병원 퇴원 직전이나

퇴원 후에 일상생활을 스스로 할 수 없고, 두려움을 가지고 있던 척수장애인들이 프로그램을 통해 일상생활 동작을 늘려나가기도 하고, 진로탐색을 통해 실질적인 소득 활동을 하고자 하는 자신감을 가지게 되는 등 여러 신체적, 정서적 변화를 경험하게 되었음을 보고하였다.

4 국내외 중증장애인 병원-지역사회 연계 체계

1) 국내사례

(1) 재활의료 전달체계

재활의료는 “손상이나 질병으로 인한 장애의 최소화 및 장애인(손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내에 장애인이 될 것으로 예상되는 사람 포함)의 기능 회복과 유지를 위하여 필요한 의료행위”를 뜻하며, 재활의료기관은 「의료법」에 따른 병원급 의료기관 중에서 재활의료를 행할 목적으로 지정된 병원을 말한다(장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률). 이에 적절한 재활의료 체계란 초기의 집중적인 재활치료로부터 신체기능 저하와 후유장애 최소화 및 회복을 위한 재활의료를 거쳐 사회 또는 가정으로 복귀하기까지의 연속적인 의료 제공 및 이용 체계를 의미한다(지영진, 2017).

국내 재활의료 전달체계에서는 재활의학과가 개설된 상급종합병원과 종합병원에서 급성기 재활치료를 받고, 전문재활의료기관인 산재보험 재활병원과 권역별 재활병원에서 아급성기 재활치료를 받은 후, 재활의학과 의원과 요양병원에서 만성기 재활치료를 받는 것이 일반적이다(권병선, 2017b). 하지만 실질적으로 의료기관 유형과 역할에 대한 구분 없이 급성기, 아급성기, 유지기의 기능이 혼재하며, 아급성기를 담당해야 하는 전문재활병원의 수가 부족해 환자에게 필요한 재활의료 전달체계 공급이 적절하게 이루어지지 않는 상황이다(호승희, 2017)²⁾. 이에 전반적인 재활의료 전달체계 내 주요 의료기관의 역할과 서비스 내용에 대해 살펴보고자 한다³⁾.

2) 2016년도를 기준으로 전국의 의원급 이상 요양기관(상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원) 33,575개소 중 재활의학과가 개설된 곳은 347개소로 약 1%에 해당됨(호승희 외, 2017)

3) 김미경(2008) 자료를 바탕으로 작성함



① 종합병원 재활의학과

급성기 재활치료는 대학병원과 같은 3차 기관에서 신경과, 신경외과, 정형외과 등의 특수전문의사의 직접 치료 후 재활의학과로 전과되어 제공되는 서비스이다. 급성기 환자는 특수전문의사의 의학적 개입과 함께 전통적인 재활치료를 받게 되는데, 합병증과 재발방지를 위한 개입과 관절운동, 자세변경, 앉기 등과 같이 침상에서의 기본적인 재활치료가 이루어지며 장애상태에 따른 차이는 있으나 입원기간 동안 재활의학과 의사가 중심이 되어 일반의사, 간호사, 치료사 등의 팀 협력에 의한 프로그램으로 재활치료가 진행되는 시스템이다.

② 재활전문병원 및 권역재활병원

급성기 재활치료를 통해 기능적 향상이 어느 정도 이루어졌으나, 아직 독립적인 생활이 가능할 정도는 아니며, 계속적이고 집중적인 재활치료가 장애인의 기능 향상을 이끌어낼 것으로 기대되는 경우(아급성기) 독립된 재활병원에서 서비스를 제공하게 된다. 상이군인도 민간병원에서 재활서비스를 받고, 교통사고로 인한 척수 장애인도 보훈공단의 보훈병원에서 재활서비스를 받을 수 있기 때문에 장애발생 원인과 이용하는 재활병원 유형의 구분은 명확하지 않다(서해정 외, 2017). 재활병원에서는 뇌졸중, 외상성 뇌손상, 척수손상 등을 포함하여 각 진료분야별로 의학적 관리와 유형별 재활치료(물리치료, 작업치료, 언어치료 등)를 기본적으로 실시하고, 병원에 따라서 사회적응훈련, 환자교육, 재활심리평가 등의 프로그램을 운영한다.

현행 「의료법」상 병원급 의료기관에서는 재활병원이 별도로 구분되어있지 않고, 일부 종합병원, 일반병원, 요양병원에서 부분적으로 해당 기능을 수행하는 상황이다. 2018년을 기준으로 보건복지부에서 지정한 재활의학과 전문병원은 국가중앙기관 역할의 국립재활원 재활병원을 포함해 전국 10개소이며(보건복지부 공고 제 2017-769호), 이외에 6개 권역별 재활병원에서 공공재활프로그램을 운영하고 있다. 이와 같이 「의료법」상의 전문병원인 재활전문병원과 「장애인복지법」에 근거한 권역별 재활병원이 현재로써는 재활치료에 특화된 인프라에 해당되지만 실질적으로 운영규모나 수가, 운영체계 등이 부족한 상황이다(신명희, 2017).

<표 II-1> 재활전문병원 및 권역재활병원 현황비교

구분	재활전문병원	권역재활병원
개소수	10개소(병원7, 요양병원3)	6개소(상급종합2, 병원3, 요양병원1)
목적	난이도 높은 재활치료	장애인재활, 기능유지
대상 환자	재활치료 필요환자 (발병 후 2년 이내 환자 66% 이상/ 회복기 재활환자 비율 40% 이상)	재활치료 필요환자 (발병기간 제한없음)
입원 기간	입원료 체감제 적용 (평균입원기간 112일)	입원료 체감제 적용 (평균입원기간 57.3일)
지역	서울3, 경기2, 인천1, 대전2, 대구2	인천, 강원, 대전, 광주, 양산, 제주 각1

주: 재활전문병원은 제3기('18~'20) 보건복지부 지정 재활의학과 전문병원 기준(보건복지부 공고 제2017-769호)

자료: 신명희(2017)와 보건복지부, 건강보험심사평가원(2019) 자료를 바탕으로 일부 내용 현행화하여 작성

③ 재활요양병원 및 재활의학과 의원

재활요양병원과 재활의학과 의원은 시기적으로 아급성기 혹은 만성기 재활치료에 해당하는 기관으로 재활 정도와 치료적 내용에 따라 차이를 보인다. 의학적 안정성이 부족하고 스스로 관리할 능력이 부족하여 재활간호사의 24시간 간호를 필요로 하고, 일주일에 1~2회 재활의학과 의사 개입, 2~3회의 일반의사의 개입이 필요한 경우에는 재활요양병원이 적합하고, 의학적으로 상당히 안정되어 의사나 간호사의 의학적 개입이 거의 필요하지 않고, 독립적으로 혹은 타인의 도움을 통해 통원이 가능할 경우 재활의학과 의원 이용이 적합하다. 즉, 요양병원은 기능적 손상이 크지만 기능향상의 잠재력이 낮은 장애인이 어느 정도의 전문적인 의료 관리를 필요로 할 경우에 적절하며, 재활의학과 의원에서는 지역사회 재가 중증장애인이 쉽게 접근하고 필요에 따라 특정 서비스를 이용할 수 있다.

④ 지역장애인보건의료센터⁴⁾

지역장애인보건의료센터는 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 장애인 진료, 재활의료 및 공공의료 활동을 수행하는 「건강검진기본법」에 따른

4) 보건복지부 장애인정책과(2019. 1.) 자료를 바탕으로 작성



국가건강검진기관으로 지정받은 의료기관이다. 보건복지부에서 2018년부터 사업수행기관을 공모·선정하여 운영하고 있으며, 센터장 1인은 재활의학 전문의로 해당 분야에 10년 이상의 경력 또는 교수 이상의 직급을 가진 자, 실무담당자(상근직)는 6인 이상으로 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등 보건의료인력, 의료사회복지사, 행정인력 등으로 해당분야 경력 3년 이상인 자를 기준으로 한다. 2018년과 2019년에 각 3개 기관이 선정되어 운영되고 있으며⁵⁾ 향후 2020년과 2021년에 각 4개소, 2022년에 5개소를 추가하여 총 19개소가 운영되도록 할 계획이다⁶⁾.

⑤ 보건소

보건소에서는 물리치료실을 운영하며 단순한 물리치료나 운동치료를 이용할 수 있도록 하고 있으며, 방문보건사업을 통해 방문간호서비스를 제공하기도 한다. 최근 권역재활병원에서 공공재활프로그램이 운영되면서 연계보건소에서는 장애인의 건강관리 및 재활 의지 유지 지원을 위해 재활사업을 실시하고 있으며(지역사회중심재활사업 운영보건소는 2018년 기준 253개소), 재활의료기관과 연계하여 적정서비스를 제공하고 있다(보건복지부, 국립재활원, 2018).

⑥ 한국척수장애인협회(척수장애인재활지원센터)⁷⁾

한국척수장애인협회는 2004년에 창립된 척수장애인 당사자 단체로 척수장애인의 사회복귀를 위한 다양한 사업을 수행하고 있다. 척수장애인 자조모임 지원, 정보제공, 네트워크 활성화, 정책연구, 장애인식개선교육 사업 등을 운영하는 한편 2010년부터 척수장애인재활지원센터를 개소하여 척수장애인에게 상담 및 재활서비스를 제공하여 사회복귀를 지원하고 있다. 현재는 중앙센터와 전국 14개 시도 센터가 있고, 이 가운데 11개소 센터(서울, 부산, 대전, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경남, 제주)에서 보건복지부 장애인 재활지원 사업 중에 하나인 ‘척수장애인 재활훈련지원 사업’을 수행하고 있다. 뿐만 아니라 척수장애인의 일상복귀 프로그램

5) 2018년 지역장애인보건의료센터는 보라매병원(서울시), 양산부산대학교병원(경상남도), 충남대학교병원(대전시), 3개소 기관이 선정되었고(보건복지부 공고 제2018-260호), 2019년에는 강원도재활병원(강원도), 서울재활병원(서울시), 원광대학교병원(전라북도), 3개소 기관이 선정됨(보건복지부 공고 제2019-326호)

6) 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)

7) 한국척수장애인협회 홈페이지 내용을 바탕으로 작성(www.kscia.org)

램 ‘일상의 삶으로’의 일환으로 척수장애인의 전환재활을 위한 일상홈(개조된 일반 아파트)을 운영하면서 대상자가 입소하여 일상코치(척수장애인 당사자)와 4주간의 일상생활 훈련 프로그램을 진행하도록 하고 있다.

(2) 병원과 지역사회 연계형 사업 현황

① 재활의료기관 지정운영 시범사업

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조 ‘재활의료기관의 지정 등’과 「보건의료기본법」 제44조 ‘보건의료 시범사업’에 따라 보건복지부와 건강보험심사평가원에서는 2017년 10월부터 전국의 15개 의료기관⁸⁾을 대상으로 재활의료기관 지정운영 시범사업을 수행하고 있다. 본 사업은 급성기 의료기관(종합병원 등)에서 퇴원한 환자들이 시범사업 참여기관으로 지정된 회복기 재활의료기관에 입원하여 추가적으로 병원을 옮기지 않고, 일정기간 동안 퇴원에 대한 걱정 없이 집중적인 재활치료를 받을 수 있도록 함으로써 재활의료기관 지정운영모델의 적절성과 효과성을 검토하고, 중증도를 반영한 재활환자 분류 등을 병행하여 수가산정에 필요한 기초자료 수집을 취지로 한다. 지정 병원에서는 재활의학과 전문의, 간호사, 물리·작업치료사, 사회복지사 등으로 구성된 전문재활치료팀을 운영하고, 주기적 환자 평가를 통한 환자 맞춤형 치료계획을 수립해 체계적인 재활서비스가 제공되도록 한다(보건복지부, 건강보험심사평가원 보도참고자료, 2017. 9. 29.). 대상환자는 수술 등 치료 후 기능 회복시기에 있는 환자로서 집중적인 재활치료를 통해 일상생활 복귀가 필요한 건강보험 가입자 또는 피부양자 및 의료급여 수급권자로 구체적인 질환 및 입원기준은 아래 표와 같다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2019).

8) 2017년 10월 7개 기관이 시범사업 참여기관으로 선정되었고(보건복지부 공고 제2017-588호), 2017년 12월에 8개 기관이 재심의를 통해 선정됨(보건복지부 공고 제2017-743호) - 서울 3개소, 인천경기 5개소, 강원 1개소, 충남 1개소, 광주전남 1개소, 대구경북 1개소, 부산경남 2개소, 제주 1개소



<표 II-2> 재활의료기관 시범사업 적용 질병군 및 입원기준

대상환자군		대상질환	입원기준	
			입원시기	적용기간
중추신경계	가	(뇌손상) 뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상 (척수손상) 외상성 및 비외상성 척수손상	발병/수술 후 90일 이내	180일
근골격계	나	고관절, 골반, 대퇴의 골절 및 치환술	발병/수술 후 30일 이내	30일
	다	하지부위 절단	발병/수술 후 60일 이내	60일
기타	라	비사용 증후군	발병/수술 후 60일 이내	60일

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원(2019)

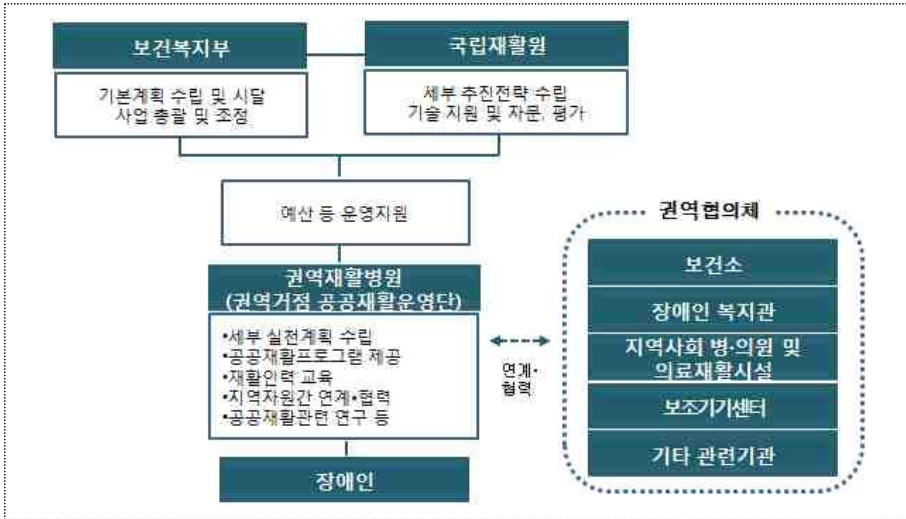
회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 추진계획(보건복지부 보도자료, 2018. 12. 27.)에 따르면 시범사업은 2019년 하반기까지 연장되었고, 현재 시범 지정·운영 중인 회복기 재활의료기관 및 회복기 재활의료기관으로 전환하고자 하는 병원·요양병원 등에 대하여 평가를 거쳐 정규 기관을 확대 지정하기로 하였다. 정규 기관으로 지정되면, 집중재활 역량 강화를 위한 새로운 형태의 재활치료 수가를 운용할 수 있게 되고, 재활의료기관 특성에 맞춘 별도의 의료기관 인증평가 기준도 적용된다. 새로운 형태의 재활치료 수가는 의사·간호사·물리치료사·사회복지사 등의 통합기능평가를 거쳐 수립된 치료계획에 따라, 항목·횟수 등의 제한 없이 자율적으로 치료프로그램을 구성·운영할 수 있는 수가 형태를 일컫는다. 뿐만 아니라 간호·간병 통합서비스도 우선 확대 대상이 되며, 재활의료기관-지역사회간 연계 활동에 대한 새로운 수가도 산정할 수 있게 되는데, 예를 들어 퇴원 시 지역사회에서 활용 가능한 통합재활치료계획을 제공하는 경우 추가 수가 산정. 지역사회 재활기관 등으로 환자 연계, 사회복지사·물리/작업치료사 등으로 구성된 팀이 환자 거주지를 방문하여 문턱 제거/지시대 설치 등의 서비스를 연계하는 경우에도 수가를 산정할 수 있게 된다.

② 권역재활병원 공공재활프로그램

권역별 재활병원은 제2차 장애인복지발전 5개년 계획(권역별 재활병원 건립계획)과 공공보건의료확충 종합대책안의 주요 추진 과제(필수 보건의료의 국가적 공급시스템 완비)에 따라 6개 권역별로 재활병원에 대한 순차적 지원 및 건립을 완료하였다(관계부처합동, 2005; 보건복지부 장애인정책과, 2017. 3.). 권역재활병원은 「장애인복지법」 제18조(의료와 재활치료)와 「공공보건의료에 관한 법률」 제3조(공공보건의료기관의 설치 운영)에 근거하며, 집중재활의료기관의 지역별 분포, 국립재활원과 지역사회중심재활사업 수행 보건소 등과의 연계로 장애인건강 보건관리와 공공의료재활 전달체계 기반 구축을 목적으로 한다(보건복지부 장애인정책과, 2017. 3.).

권역재활병원에서 수행하는 공공재활프로그램은⁹⁾ 회복기(1~6개월) 동안 집중적인 재활치료를 보장하고, 장애발생 후 조기 사회복귀를 도모하기 위해 조기사회복귀프로그램, 방문재활프로그램(지역사회중심재활 사업 연계), 장애인 건강증진프로그램 등의 공공재활프로그램을 운영하고 있다. 권역재활병원은 공공재활프로그램을 운영하기 위해 권역거점 공공재활운영단을 구성하고, 재활의학과 전문의, 작업치료사, 물리치료사, 심리치료사, 사회복지사 등의 재활전문인력을 구성하여 사업을 수행한다. 이에 공공재활운영단을 운영 및 지원하는 전담자(사회복지사) 1인 상근이 원칙이며 사회복지사는 대상자 상담 및 평가, 가족상담 및 사회치료, 서비스 제공을 위한 업무분장, 사례관리, 지역사회 자원 개발 및 연계, 공공재활운영 사업 수행 등의 역할을 한다. 사업 활성화를 위해서는 이와 같은 내부적인 운영단뿐만 아니라 권역재활관리협의회를 구성해야 하는데 권역 내 보건소, 장애인복지관, 지역사회 병·의원 및 의료재활시설, 보조기기센터, 기타 유관기관 등을 대상으로 전문가를 구성하여 사업 활성화를 위한 연계·협력 방안을 협의해야 한다(아래 그림 참고).

9) 이하 권역재활병원 내용은 보건복지부 장애인정책과(2017. 12.) 자료와 국립재활원 홈페이지의 공공재활의료 지원사업 안내 내용(www.nrc.go.kr)을 바탕으로 작성함



[그림 II-1] 권역재활병원 공공재활프로그램 운영지원 사업 추진체계

자료: 보건복지부 장애인정책과(2017. 12.)

실제 권역재활병원별 공공재활사업 현황을 보면 모든 기관에서 방문재활프로그램은 기본적으로 실시하고 이외에는 병원마다 운영내용에 차이가 있는데 조기사회복귀프로그램 또는 지역사회중심재활사업 또는 문화지원, 건강증진, 교육홍보 등의 프로그램이 운영되고 있다. 한편 권역재활병원 공공재활프로그램 운영지원 사업지침(보건복지부 장애인정책과, 2017. 12.)에 따른 공공재활프로그램 내용은 보다 구체적인 방문재활프로그램뿐만 아니라 건강증진프로그램, 교육 및 훈련 등의 내용이 제시되어있다. 구체적인 병원별 사업 현황과 프로그램 내용은 아래 표와 같다.

<표 II-3> 권역재활병원 공공재활사업 현황

연번	기관명(운영기관)	운영내용
1	경인의료재활센터병원 (대한적십자사 인천광역시)	-문화지원 프로그램 -방문재활 프로그램 -방문진료 및 교육지원 프로그램 -주거환경 개선 프로그램
2	강원도재활병원 (강원대학병원)	-방문재활프로그램-일상생활훈련, 연하관리 등 -지역사회중심재활사업 지원 -일상생활복귀증진사업 -일상생활보조도구 지원 및 연구 개발
3	대전충청권역 의료재활센터 (충남대학병원)	-조기사회복귀프로그램 -방문재활 프로그램-주거환경평가, 맞춤형 운동법, 보조기구 안내 등 -장애인 건강증진프로그램 -교육홍보연구사업
4	영남권역재활병원 (양산부산대학병원)	-조기사회복귀프로그램-집단, 개인 -방문재활 프로그램(보건소, 복지관 연계, 퇴원환자 지속적 건강관리) -지역사회전문가 교육
5	호남권역재활병원 (조선대학교병원)	-조기사회복귀지원사업 -방문재활 프로그램(보건소 기술지원) -건강증진 프로그램-건강검진, 비만관리 등 -리모컨 지원사업
6	제주권역재활병원 (서귀포의료원)	-조기사회복귀프로그램 -방문재활 프로그램(재활사례관리, 도서/무의촌 재활진료, 가정복귀환자 사후관리 등) -건강증진프로그램

자료: 국립재활원 홈페이지(공공재활의료지원사업 안내) www.nrc.go.kr
보건복지부 장애인정책과(2017. 3.)

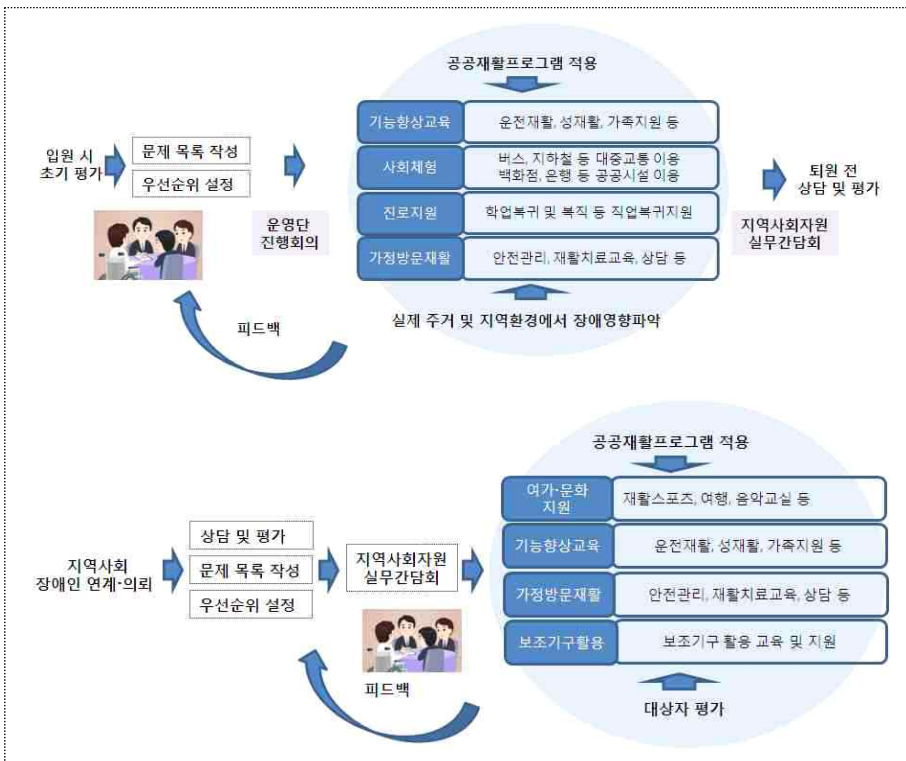


<표 II-4> 권역재활병원의 공공재활프로그램 내용

구분	내용
방문재활 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> -보건소 지역사회중심재활사업 기술 지원 -장애인 재활 평가 및 관절운동, 이동훈련 등 재활운동 -연하관리, 통증치료, 실변·실금 관리 등 건강관리 -투약관리, 만성질환예방, 낙상 및 안전 관리를 위한 교육
건강증진(건강 관리)프로그램	<ul style="list-style-type: none"> -장애인 건강검진 -만성질환 및 2차 장애 예방과 관리 -비만, 스트레스 등 건강행태 개선을 위한 프로그램 등 -자기주도형 건강관리 프로그램 개발 및 실행
소아청소년 재활프로그램	<ul style="list-style-type: none"> -중도장애 학교복귀 프로그램 -부모와 비장애 형제 등 가족지지 프로그램, 지원정책 정보제공 -부모교육, 자조프로그램 -교육프로그램(부모, 장애아동 등), 멘토링 프로그램 -바른자세 및 보조기구 관리, 인지재활, 심리·정서적지지 프로그램 등 -영유아, 소아, 학령기 아동 등 주간재활 프로그램 운영 등
조기사회복귀 지원	<ul style="list-style-type: none"> -사회복귀를 위한 일상생활, 사회참여 등 체험훈련 -가정방문 및 주거 환경 평가 -지역자원 연계, 연계 보건소 퇴원관리 상담활동 등 * (연계보건소 퇴원관리 상담활동) 퇴원과정, 퇴원직후 직면할 여러 상황에 대한 준비 <ul style="list-style-type: none"> · 정보수집, 재활계획 수립, 의사결정, 직업재활이나 진로, 건강문제 해결, 사례 관리 등을 위해 실시하는 전반적인 상담활동으로 장애인의 건강관리 및 재활의지 유지를 지원하기 위해 각 대상자가 퇴원하는 보건소 재활사업과 연계 실시
여성장애인 모성보건 지원 (권고사항)	<ul style="list-style-type: none"> -임신여성장애인의 등록관리 지원 <ul style="list-style-type: none"> · 보건소 모자보건실, 지역내 산부인과 병의원과 협력을 통해 임신여성장애인의 등록관리를 지원하고 보건소 방문건강관리사업과 연계체계 구축 -여성장애인의 성건강과 임신·출산 건강을 위한 참여형 프로그램 운영(산모교실, 자조모임 등)
교육 및 훈련	<ul style="list-style-type: none"> -장애인과 그 가족의 재활과 건강 증진을 위한 교육 -권역 내 보건소 등 보건의료인력 교육 -공공재활사업 수행 인력 교육 및 훈련 등
홍보	<ul style="list-style-type: none"> -장애인 및 지역사회에 공공재활 이해 및 인식을 향상을 위한 홍보 활동

자료: 보건복지부 장애인정책과(2017. 12.)

권역재활병원 공공재활프로그램은 권역재활병원 내원 환자 및 지역사회 장애인으로 공공재활프로그램을 필요로 하여 신청한 자를 대상으로 한다. 서비스 제공 절차로 입원환자의 경우 입원 시 담당자가 초기평가를 실시하여 대상자의 프로그램 필요도와 요구도를 조사하고 문제별 우선순위에 따라 서비스 제공계획을 수립하여 대상자별로 공공재활프로그램을 선택·적용하게 된다. 이때 실제 주거지와 지역환경에서의 영향요인을 파악하며, 퇴원 전에도 대상자와의 상담, 평가를 통해 퇴원 후에도 지속적 관리 방안을 마련한다. 지역사회 장애인 또한 마찬가지로의 절차로 서비스가 제공된다(아래 그림 참고).



[그림 II-2] 권역재활병원의 입원환자 및 지역사회 장애인 대상 서비스 제공 절차
 자료: 보건복지부 장애인정책과(2017. 12.)

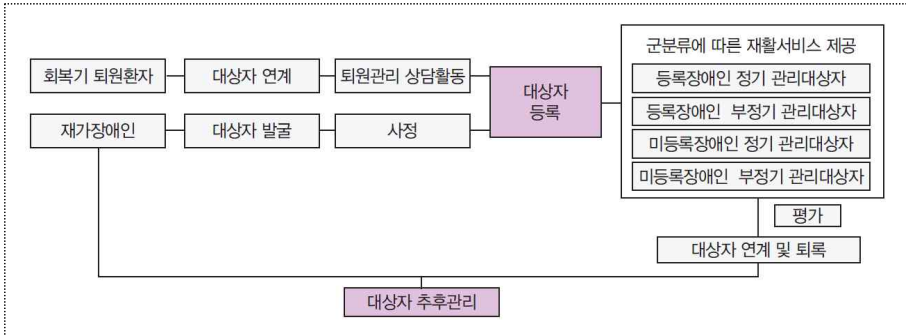


③ 지역사회중심재활사업(보건소)¹⁰⁾

지역사회 통합건강증진사업의 지역사회중심재활사업은 보건소를 중심으로 지역사회 인적·물적 자원을 최대한 개발·활용하여 재활서비스를 체계적으로 제공함으로써 장애인의 재활을 촉진하고 사회참여를 증진시켜 장애인의 건강권을 보장하는 것을 목적으로 한다. 보건소의 주요 역할은 1) 등록 및 퇴록 관리, 장애인 현황 파악 및 재활평가, 건강사정, 2) 장애인 건강보건관리사업 제공(방문재활 등 재활치료서비스 포함), 3) 연계병원 퇴원관리 상담활동이다. 이를 위해서는 권역재활병원을 비롯한 각급 병원, 장애인복지관, 관련기관, 대학, 보조기기센터 등 유관기관과 지역사회재활협의체(회)를 구성하여 기본계획을 수립하고, 전담자, 재활전담요원(의사 연계), 간호사, 물리치료사, 영양사, 사회복지사 등으로 팀을 구성하여 사업을 운영하는 것이 원칙이다. 사업수행을 위해 회복기 퇴원환자와 재가장애인을 포함한 지역사회장애인(정신장애 제외) 가운데 일정 비율 이상의 등록장애인인 미등록 장애인(정기관리 대상자)을 확보하여 재활서비스 필요도를 평가한 뒤 대상으로 등록하면 군분류에 따라 재활서비스를 제공한다.

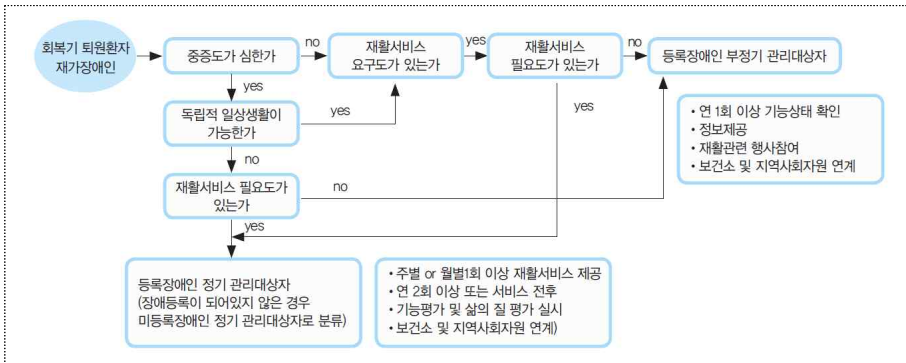
관리대상자의 군분류는 등록장애인 정기 관리대상자, 등록장애인 부정기 관리대상자, 미등록장애인 정기 관리대상자, 미등록장애인 부정기 관리대상자와 같이 네 가지로 구분되며, 각 보건소의 상황에 맞게 등록 및 퇴록 기준을 설정할 수 있다. 예시로 등록장애인 정기 관리대상자의 경우 “뇌병변·지체 1-3급 장애인 중 사고나 질환 직후 5년이 경과하지 아니한 자로 재활치료가 필요한 장애인”, “기능평가(MBI) 60점 이하, 삶의질(EQ-5D) 0.808점 미만인 자”, “와상 상태로 지속적인 의료지원이 필요한 자(욕창, 소변관리, 운동지도 등)”가 기준이 될 수 있다. 또한 등록장애인 부정기 관리 대상자의 경우 “연 1회 이상 재활관련행사 참여, 상담, 교육이 필요한 장애인”, “MBI 60점 이상, 삶의질 0.808점 이상인 자”, “손상 후 5년 이상인 자”가 기준이 될 수 있다. 미등록장애인 정기 관리대상자는 장애등록 후 등록장애인 관리대상자로 전환되며, 미등록장애인 부정기 관리대상자는 고령, 만성질환 등으로 재활이 필요한 경우로 교육 및 상담 대상에 포함되어 관리된다. 대상자 관리체계와 대상자 군분류 알고리즘은 각 아래 그림과 같다.

10) 보건복지부, 국립재활원(2018) 자료를 바탕으로 작성함



[그림 II-3] 지역사회중심재활사업 운영보건소의 대상자 관리체계 모형

자료: 보건복지부, 국립재활원(2018)



[그림 II-4] 지역사회중심재활사업 운영보건소의 대상자 등록을 위한 군분류 알고리즘

자료: 보건복지부, 국립재활원(2018)

보건소에서는 재활요구도 파악을 통해 대상자별로 장애상태에 적절한 맞춤형 재활프로그램을 실시하게 되는데, 장애인 건강보건관리 필수사업과 장애인 사회참여, 자원연계, 장애발생예방교육 등의 선택사업이 제시되어 있고, 사업별 구체적인 프로그램 예시는 아래 표와 같다.



<표 II-5> 지역사회중심재활사업 운영보건의소 재활프로그램

영역별 세부프로그램	프로그램 예시 (보건소별 선택 운영)	연계
건강관리증진(필수) - 장애인건강보건관리		
장애인 건강보건관리 서비스	장애별 자가관리건강프로그램	정신보건센터, 심뇌혈관질환예방관리사업
	교육·홍보(자가관리 교육, 만성질환 교육, 뇌졸중재발방지, 낙상/화상예방, 안전사고 예방 등)	의료기관, 심뇌혈관질환예방관리사업, 국립재활원 교육홍보과
거동불능 장애인 방문재활	일상생활동작관리	방문건강관리사업, 의료기관
	욕창/피부관리, 삼킴장애관리, 배뇨·배변 관리, 호흡재활	방문건강관리사업, 의료기관
	보조기기 대여 사용 방법 등 교육과 정보제공	여비, 의료 및 구료비
이동가능 장애인 재활교실	재활운동, 관절운동, 보행 및 일상생활 동작훈련, 근력증진, 통증관리, 기능평가	대학(물리/작업치료과)재활 병원
	장애아동 재활교실(삼킴장애관리, 감각통합프로그램, 미술·놀이·음악치료 등)	교육기관, 복지관
의료기관과 통합협력 서비스	연계병원 퇴원관리 상담활동, 사례관리, 중증대상자 연계, 권역재활병원 및 재활 의료기관 연계	재활의료기관, 권역재활병원
독립성향상(선택) - 장애인사회참여		
자조모임 및 상담, 가족지지	장애별 자조모임, 동료상담, 보호자교육, 가족소모임, 가정방문 등	장애인복지관, 장애인협회 등 관련기관
재활스포츠/ 레크레이션	탁구, 게이트볼, 휠체어에어로빅, 줄넘기, 좌식배구 등	스포츠센터, 장애인복지관, 장애인협회 등 관련기관
여가·문화지원	외출/나들이/체험프로그램(소풍, 공연 및 영화 관람, 박물관 견학 등)	자원봉사자, 장애인복지관, 장애인협회 등 관련기관
	집중력 및 소근육 훈련을 통한 공예 및 도예 만들기, 원예활동 등	장애인복지관, 장애인협회 등 관련기관
사회통합서비스(선택) - 자원연계		
건강검진 지원서비스	직접검진, 이동검진, 검진지원(수검독려 전화 및 홍보, 이동차량 지원), 검진기관 정보제공 및 연계 등	국민건강보험공단, 의료기관, 복지관, 이동지원센터

영역별 세부프로그램	프로그램 예시 (보건소별 선택 운영)	연계
보조기기 지원 서비스	보조기구 공적급여 및 대여 등 정보제공 및 추후관리, 세척 등 관리 및 사용법 교육, 고장 시 수리	지역보조기기센터
가옥내 편의시설지원 서비스	가옥진단, 안전바, 문턱제거, 경사로 등 편의시설 설치	지역보조기기센터, 장애인복지관
장애인운전 지원서비스	운전면허 취득교육, 운전적응 교육 등	국립재활원 장애인운전지원과
인적자원 연계	자원봉사자 지원, 복지단체 연계 등	자원봉사자, 복지단체
보건소 내 연계 서비스	금연, 절주, 신체활동, 비만, 방문건강관 리 등	금연사업, 한의원건강증진사업, 심뇌혈관질환예방사업, 방문건강관리사업
	만성질환(고혈압, 당뇨 등) 관리: 혈압· 혈당체크, 투약 관리	심뇌혈관질환예방사업, 방문건강관리사업
	구강보건센터 영양관리(영양상담 및 식이 지도)	구강보건센터
	영양관리(영양상담 및 식이지도)	영양사업
사회통합서비스(선택) - 장애발생예방		
장애발생 예방교육 (전국민대상)	낙상예방교육, 뇌졸중예방교육, 교통안전 교육, 산업안전교육, 허약노인장애예방, 장애 인식개선활동 등	국립재활원 교육홍보과
장애체험 교육	시각장애 체험, 지체장애의 휠체어 등 체험	국립재활원 교육홍보과
사회통합서비스(선택) - 기타		
기타	사업홍보	사업홍보 등

자료: 보건복지부, 국립재활원(2018) 자료를 바탕으로 재구성함



④ 보건복지부 장애인 재활지원 사업

보건복지부의 장애인 재활지원 사업¹¹⁾ 중 척수장애인 재활훈련지원 사업은 초기 및 칩거 척수장애인과 그 가족을 위한 상담, 교육, 훈련 프로그램, 환경개선 등의 재활서비스를 제공하여 건강한 사회 구성원으로 다시 지역사회(일상의 삶)에 복귀할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다(보건복지부, 2018). 이에 본 사업을 수행하는 척수장애인재활지원센터에서는 상담지원, 파견사업, 재활훈련 등을 실시함에 있어, 2013년부터 수도권 지역의 재활병원을 대상으로 병원에 입원 중인 초기 척수손상 환자들을 만나 올바른 장애수용과 정확한 정보제공을 도울 수 있는 정보메신저를 양성·파견하고 있다. 척수장애인재활지원센터의 전반적인 사업 내용은 아래와 같다(서해정 외, 2017).

- 상담지원(Counseling): 전국 단일망 콜센터 및 솔루션위원회를 통한 척수장애인 상담 지원 및 개별지원 대상자 사례회의 실시
- 파견사업(Outreaching): 초기 및 칩거 척수장애인의 일상복귀 지원을 위해 찾아가는 서비스 실시(찾아가는 정보메신저, 찾아가는 헬스케어 등)
 - 찾아가는 정보메신저: 입원해 있는 척수손상 환자들이 긍정적 장애 수용과 준비된 사회(일상)복귀를 할 수 있도록 지원
 - 찾아가는 헬스케어: 자가운동법, 스트레칭 등을 교육하여 일상생활 수행 능력을 강화시킬 수 있도록 지원
- 재활훈련(Training): 사회복귀를 위한 동기부여 및 사회적응 훈련실시(척수장애인 지역사회복귀훈련, 희망특강 등)
 - 척수장애인 지역사회복귀훈련: 초기 및 칩거 척수장애인이 지역사회에 안착할 수 있도록 휠체어 기술, 사회적응 훈련 등을 지원
 - 희망특강: 척수장애인 당사자 사례 중심의 강의를 통한 사회복귀 동기 부여
- 운영지원(Networking): 지방센터 및 유관 기관과의 협력을 통해 체계적인 서비스 제공

자료: 서해정 외(2017)

⑤ 척수장애인의 일상복귀 프로그램 ‘일상의 삶으로’ (일상홈)¹²⁾

한국척수장애인협회에서는 2013년 해외 사례를 토대로 한국 실정에 맞는 훈련

11) 중도시각장애인 재활훈련지원, 척수장애인 재활훈련지원, 시각장애인 음악재활센터 지원, 장애인보조견 전문훈련기관 지원

12) 한국척수장애인협회 홈페이지 내용을 바탕으로 작성(www.kscia.org)

프로그램(일상의 삶으로)을 개발하고, 2014년부터 일상홈이라는 주거공간에서 4주간의 사회복귀 프로그램을 진행하고 있다. 일상홈에 입주하면 척수장애인 일상생활 코치가 전담으로 배치되고, 일상생활 훈련, 생활체육, 문화·여가 프로그램, 상담프로그램, 개인별 맞춤 프로그램 등을 실시한다. 일상홈 프로그램은 참여자 1인을 기준으로 진행되기 때문에 1년 동안의 참여인원이 제한되어 있어 참여를 희망하는 척수장애인이 직접 프로그램을 신청하고, 초기면접과 참여자 선정회의를 통해 참여자를 선발하게 된다. 일상홈에서 진행하는 일상복귀 훈련프로그램의 구체적인 내용은 아래와 같다.

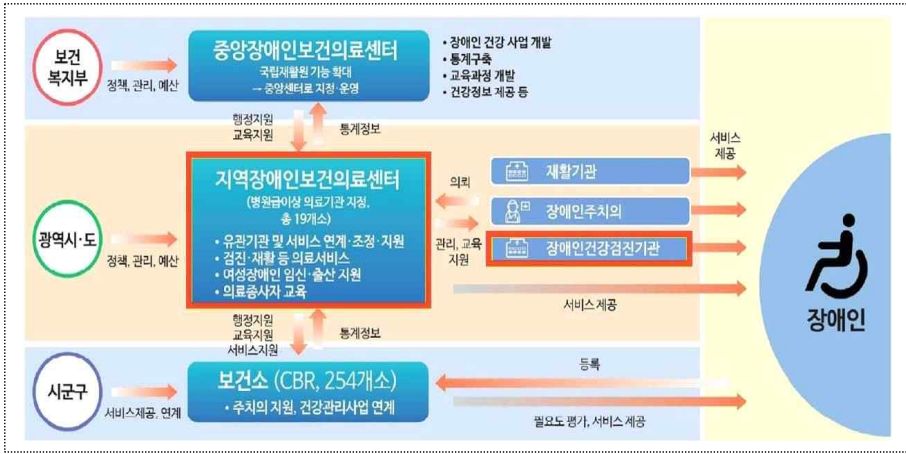
- 일상생활 동작 및 적응 훈련: 침대, 카, 변기 트랜스퍼 훈련, 신변처리 훈련(카테터 사용, 벨라톤 방법, 대소변 관리 등), 생활체력 훈련(휠체어밀기, 경사로 오르기 등), 요리, 청소, 장보기 등
- 사회적응 훈련: 문화·여가 프로그램, 대중교통 체험 등
- 상담: 초기상담, 동료상담, 가족상담, 직업상담, 진로상담, 성상담, 심리상담, 주거상담, 재무상담 등
- 개별맞춤 프로그램

자료: 한국척수장애인협회(2017)

⑥ 장애인건강보건관리사업¹³⁾

장애인 건강보건관리 영역에서는 중앙장애인보건의료센터, 지역장애인보건의료센터, 보건소가 주요 전달체계에 해당된다. 중앙장애인보건의료센터는 장애인 건강사업 개발, 통계구축, 교육과정개발 등 인프라의 중심축 기능을 하며, 지역장애인보건의료센터는 중앙장애인보건의료센터와 보건소(지역사회중심재활사업) 간의 연계·조정 역할과 함께 의료서비스를 제공한다.

13) 보건복지부 장애인정책과(2019. 1.) 자료를 바탕으로 작성



[그림 II-5] 장애인건강권법의 건강보건관리 서비스 전달체계

자료: 보건복지부 장애인정책과(2019. 1.)

지역장애인보건의료센터는 「장애인건강권법」 제20조와 같은 법 시행규칙 제15조에 근거하여 장애인에 대한 건강검진, 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공하고 해당 지역의 장애인 건강보건의료 및 재활의료 사업 지원, 장애인 관련 의료종사자에 대한 교육 등의 역할을 하고 있다. 기능별 구체적인 사업내용은 아래 표와 같다.

<표 II-6> 지역장애인보건의료센터의 법적 기능에 근거한 사업내용

법적 기능	사업내용
장애인 건강보건관리사업	<ul style="list-style-type: none"> 대상자, 보건·의료·복지 자원 DB 구축으로 보건의료정보플랫폼 운영 의료기관의 장애인건강보건관리사업 연계 및 보건소 CBR사업 지원 관할 시·도의 지역장애인 건강보건관리계획 수립 지원 의료기관 이용시 장애유형 등의 특성에 따른 편의제공, 방문진료 등 장애인 의료기관 이동지원 연계 및 응급의료 연계서비스 지원(권고) 장애인 자조모임 운영 및 장애인 건강리더와 자원봉사자 양성
여성장애인 모성보건사업	<ul style="list-style-type: none"> 임신 여성장애인등록 관리(DB 구축) 여성건강 클리닉(의료서비스 제공) 여성장애인 산모교실(당사자 교육) 참여형 동아리 사업(자조모임 지원)
보건의료인력 및 장애인·가족에 대한	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강주치의 및 임신·출산 관련 의료인, 기타 일반 의료서비스 제공인력에 대한 교육

법적 기능	사업내용
교육	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인 및 그 가족에 대한 교육 · 의료기관 종사자(비의료인), 관련 학과 학생에 대한 교육 등
건강검진, 진료, 재활 등 의료서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> · 재활의료서비스 제공(직접) · 장애 소아청소년 재활의료 서비스 제공(직접 또는 연계) · 장애인 건강 주치의 서비스 제공(직접 또는 연계) · 건강검진 서비스 제공(직접 또는 연계)

자료: 보건복지부 장애인정책과(2019. 1.)

2) 국외사례: 미국

(1) 재활의료 전달체계

미국에서 척수장애인을 대상으로 하는 재활 프로그램은 보충적 의료 치료프로그램, 운동 프로그램, 사회전환 프로그램 등을 들 수 있다. 보충적 의료치료 프로그램과 운동 프로그램은 운동이나 훈련을 통해 신체적 기능을 개선하고자하는 목적을 가지고 있으나 그 주된 목적은 상이하다. 보충적 의료치료 프로그램은 신체적인 재활 및 보상과 관련된 영역에 초점을 두고 있으며 운동 프로그램은 현상유지, 예방 등에 주된 초점을 두고 있다. 그리고 사회전환 프로그램은 퇴원이나 사회복귀를 준비하는 경우에 필요한 기술을 익힐 수 있도록 일상생활과 관련된 활동을 통해 훈련한다. 미국 전역에 여러 종류의 광범위하고 포괄적인 재활치료 프로그램과 운동능력 및 기능 향상을 위한 프로그램들이 실시되고 있다(Rehabilitation Hospital of the Pacific, 2019).

① 임상 프로그램(Clinical Programs)

미국에서는 많은 수의 척수장애 재활시설에서 광범위하고 포괄적인 임상의료 재활 프로그램을 제공하고 있다. 의료임상 재활프로그램을 통하여 척수장애인들은 훈련된 전문적인 지식을 갖춘 전문 작업 및 물리치료사, 영양사들로부터 의료 서비스를 받는다. 또한, 척수장애인들은 전기적 자극 사이클링 기기, 운동 반복 작동 로봇 기기 등과 같은 고가의 재활 기기를 사용하여 재활을 하기도 한다. 의료임상 재활프로그램은 구체적인 목적에 맞추어 이루어지며 척수장애인과 초기 면접과 목



표설정 과정부터 구체적인 목적을 수립하여 프로그램을 진행한다(Rehabilitation Hospital of the Pacific, 2019).

② 입원치료 프로그램(Inpatient Care Programs)

입원치료 프로그램(Inpatient Care Programs)의 주요한 목적은 척수장애인들이 본인들의 신체적 및 정신적인 잠재능력을 최대한 개발하고 향상시켜 최대한 자립적으로 생활을 하도록 지원하는 것이다. 팀 접근법을 이용하여 재활치료사는 척수장애인의 잔존 능력을 개발하기 위해 재활기술, 재활운동 등을 실시한다. 그리고 재활치료사는 척수장애인의 새로운 환경 적응 및 조정과 관련하여 척수장애인의 가족이나 보호자를 대상으로 재활과 관련된 교육을 실시하기도 한다(Rehabilitation Hospital of the Pacific, 2019). 그리고 팀접근을 위해 다음의 사람들이 참여하여 사례회의를 진행한다.

- 척수장애인 당사자와 그 부모 혹은 보호자
- 재활의사
- 재활간호사
- 물리치료사
- 작업치료사
- 언어치료사
- 여가치료사
- 재활심리학자
- 영양사
- 사례관리자

또한 이러한 팀접근을 통해 추가적으로 재활공학기기 사용, 여가 치료, 종합적인 가족훈련 지지 자조모임 등과 관련된 정보를 제공한다.

③ 지역사회 통합 프로그램(Community Integration Programs)

지역사회 통합 프로그램(Community Integration Programs)을 통해 척수장애인들이

은 치료 세션 중에 익힌 기술을 실제로 적용해 볼 수 있으며 척수장애인이 거주하고 있는 지역사회에서 기술을 적용하는 능력을 기를 수 있다. 지역사회 통합 프로그램을 통해 적용하고 기를 수 있는 능력으로는 안전 인지 능력, 문제 해결 능력, 재정관리 능력, 지역사회 이동 능력, 사회 기술 능력 등이다(Rehabilitation Hospital of the Pacific, 2019).

④ 외래환자 프로그램(Outpatient Care Programs)

척수장애인들의 재활과 사회통합을 위해 일부 재활병원에서는 병원 밖에 재활 클리닉 등을 설치하여 외래환자 프로그램(Outpatient Care Programs)을 제공한다. 이러한 병원의 재활클리닉에서는 물리치료, 작업치료, 언어치료 등을 포함한 종합적이고 체계적인 서비스를 제공한다. 고도로 숙련된 전문가나 치료사들은 척수장애인들의 개별적인 욕구와 필요를 충족시키기 위해 최신의 정보와 기술을 이용한다(Rehabilitation Hospital of the Pacific, 2019).

(2) 병원과 지역사회 연계

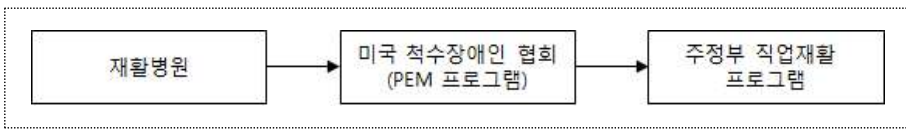
미국 척수장애인협회(United Spinal Association)와 주정부 직업재활 프로그램(State-Federal Vocational Rehabilitation Services)은 척수장애인의 사회복귀를 주목적으로 하고 있으며 직업재활을 통해 척수장애인이 일상생활을 유지하는데 필요한 다양한 물적·인적 서비스를 제공하고 있다(United Spinal Association, 2019). 특히 척수장애인의 의료적 치료가 종료되기 이전부터 사회복귀를 위해 협회에서는 척수장애인을 대상으로 사회복귀의 필요성과 함께 사회자립을 위한 직업재활의 중요성을 강조하고 있다. 그리고 척수장애인이 거주하고 있는 지역에 주정부 직업재활기관을 연계하여 척수장애인이 병원 퇴원 후 지역사회에서 살아갈 수 있는 기초적인 서비스를 받을 수 있도록 연계하고 있다. 그리고 주정부 직업재활 기관에서는 척수장애인의 직업재활과 사회자립을 위해 필수적인 서비스인 보조기기, 차량개조, 주택개조 등을 제공하고 있다(Parker & Patterson, 2013).

① 미국 척수장애인협회(United Spinal Association)의 고용멘토링 프로그램(Pathways to Employment Mentoring Program)



고용멘토링 프로그램(Pathways to Employment Mentoring Program)은 척수장애인의 사회복귀 및 직업재활을 지원하는 프로그램으로 척수장애인의 직업배치를 위해 협회는 고용주와 파트너십을 맺고 있다. 훈련된 척수장애 동료 멘토를 척수장애인과 연결시켜 장애에 대한 기본적인 지식과 경험을 공유함과 동시에 전문가(심리상담사, 취업 관련 상담사 등)를 통해 직장 생활의 장점, 직장 생활과 관련된 정보를 척수장애인에게 제공하고 있다.

이와 더불어, 주정부 직업재활 프로그램과 연계해 척수장애인이 신속하고 정확하게 직업재활을 달성할 수 있도록 상담 및 지원하며 직업재활 프로그램을 통해 척수장애인이 차량개조, 주택개조, 보조기기 등 척수장애인의 직업생활에 필요한 여러 서비스를 지원받도록 한다.



[그림 II-6] 척수장애인을 위한 직업재활 연계도

② 주정부 직업재활 프로그램

미국의 주정부 직업재활 프로그램은 재활법(Rehabilitation Act of 1973)과 후속 개정 법률을 통해서 여러 미국령에서 실시되고 있다. 주정부 직업재활 프로그램은 한시적인 서비스 제공 구조 내에서 사례관리 기능을 강조하고 있는 서비스 전달체계이다. 주정부 직업재활 프로그램에 참여하기를 원하는 사람은 일반적으로 병원, 학교, 지역사회 장애 기관, 기타 정부 기관, 의사, 가족 등에 의해서 주정부 직업재활 기관으로 소개된다. 재활상담사는 서비스 응시자가 적격성 기준에 부합하는지 전문적으로 사정·평가한다(Workforce Investment Act, 1998).

척수장애인의 직업목표를 달성하기 위해 개별고용계획(Individualized Plan for Employment, IPE)을 작성한 후 IPE에 기록된 재활서비스를 본격적으로 제공한다. 재활서비스는 척수장애인의 능력, 자산, 우선사항, 관심사, 재능 등을 고려하여 선정되며 척수장애인의 기능적 한계를 최소화하기 위해 제공된다.

주정부 직업재활 기관에서는 척수장애인의 직업재활을 위해 여러 종류의 재활서비스를 제공하고 있으며 제공하는 대부분의 재활서비스는 벤더(vendor) 혹은 제공

자(provider)라고 불리는 서비스제공업체를 통해서 제공된다. 이러한 서비스 벤더·제공자는 주정부 직업재활기관과 계약을 맺고 있으며 척수장애인이 사회복귀 및 직업재활에 필요로 하는 양질의 서비스를 제공한다. 벤더·제공자가 척수장애인을 대상으로 제공하는 대표적인 재활서비스로는 재활공학, 차량개조, 주택개조 등이 있다.

③ 주정부 직업재활 기관의 재활공학 서비스

재활공학이란 장애인의 재활욕구와 장애인이 당면한 건축적·환경적·공학적 장애물을 제거하기 위해 필요한 기술, 공학적 접근, 과학적 원리의 체계적 적용을 말한다. 재활공학에는 재활공학서비스, 보조공학서비스, 보조기기서비스 등이 포함된다. 구체적으로 주정부 직업재활기관에서는 재활공학의 세 가지 주요 영역인 보조공학, 건축물개조, 차량개조와 관련된 서비스를 제공한다.

○ 보조공학서비스

보조공학은 중증장애인 특히 척수장애인에게 직업재활과 자립생활서비스를 제공하는데 있어 필수적이며 훌륭한 도구이다. 직업재활기관은 척수장애인을 대상으로 하는 평가를 실시하기 위해 보조기기가 필요한 경우나 척수장애인의 IPE에 기재된 직업목표를 달성하는데 필요한 경우에는 보조공학서비스를 제공한다.

척수장애인은 보조공학평가, 보조공학서비스업체, 보조공학기기 등도 직접 선택할 수 있다. 이는 특히 척수장애인이 특정한 보조공학기기에 대한 지식이나 사용경험이 있는 경우에는 더욱더 그러하다.

보조공학기기를 이용해 최상의 결과를 얻기 위해 척수장애인의 재활이 시작되는 초기부터 보조공학기기가 필요한지 여부를 파악하고 되도록 빠른 시간 내에 적합한 보조기기를 제공한다. 뿐만 아니라, 보조공학기기를 이용해야 직업과 관련된 정보를 얻을 수 있고 직업목표를 선정할 수 있는 척수장애인의 경우에는 보조공학기기를 재활과정 초기에 제공한다. 직업재활을 위해 척수장애인에게 제공되는 보조공학기기의 대표적인 예는 휠체어, 스쿠터, 기타 이동형 보조기기를 들 수 있으며 일반적으로 무상으로 제공한다.



○ 건축물개조서비스

주정부 직업재활기관은 척수장애인의 승인된 IPE에 기재된 직업목표를 달성하는데 반드시 필요한 경우에는 제한적인 거주 주택 개조서비스를 제공한다. 척수장애인이 거주 주택 개조를 요청하는 경우에 재활상담사는 슈퍼바이저와 요청 건에 대해 논의하며 면밀하게 요청 건을 평가할 수 있는 방법을 공동으로 결정한다. 초기 평가를 할 경우 다음 사항을 고려한다.

- 척수장애인의 장애특성 및 직업목표와 관련해 개조 필요성·요청을 검토함
- 직업재활기관의 건축물 개조 직원에 의한 평가와 더불어 재활상담사나 슈퍼바이저는 척수장애인의 주택 개조에 대한 필요성을 확인하기 위해 초기 현장방문을 비롯해 후속 현장방문을 직접 실시해야 하며 현장방문에 대한 결과를 문서로 작성함
- 주택개조서비스 제공에 대한 규정이나 절차를 척수장애인에게 통보함
- 척수장애인 및 가족과 관련된 정보를 수집함(예를 들어, 장애의 특성, 장애의 예후, 기능적 한계, 이동제한 여부, 개조 요청의 세부 내용, 최근 혹은 과거에 주택 개조 여부, 주택의 소유권, 주택의 연수 및 상태, 개조 시 발생할 수 있는 안전성 문제, 개조에 따른 주위 건물에 미치는 영향, 척수장애인이 직업재활 서비스를 받는지 여부 등)

척수장애인을 위한 주택건축물개조서비스는 척수장애인의 직업목표 달성, 고용 유지, 독립적인 생활 유지 등을 목적으로 제공된다. 주택 개조와 관련된 구체적인 서비스 범위는 다음과 같다.

- 출입구: 출입구 개조는 척수장애인이 주택의 출입구를 이용할 경우에 제공된다. 출입구 개조 서비스로는 외부출입문 확장, 경사로 및 리프트 설치, 출입문 손잡이 및 자물쇠 설치, 출입문 레일 설치 등이 있다.
- 욕실 시설물: 욕실 개조 서비스는 욕실의 물리적인 구조를 근본적으로 개조하지 않는 범위 내에서 척수장애인이 욕실에 출입하거나 이용하는 경우에 제공된다. 욕실 개조 서비스는 출입문의 확장, 손잡이, 개조된 세면대, 좌변기 설치, 샤워시설과 욕조의 이용을 위한 보조용품 설치 등을 들 수 있다. 욕실의 물리

적인 구조를 변경하지 않는 경우에 한하여 바퀴가 달린 샤워시설을 설치할 수 있다. 바퀴가 달린 샤워시설 설치를 요청한 경우에는 직업재활기관의 건축물개조담당자가 척수장애인의 욕구를 면밀히 평가한 후 제공한다.

- 주택 내부 개조: 주택 내부 개조 서비스는 척수장애인이 주택 내에서 자유롭게 독립적으로 이동할 수 있도록 지원하기 위해서 제공된다. 주택 내부 개조는 내부 출입문 확장, 계단 손잡이 혹은 유사한 장치의 설치, 생활에 필요한 활동을 지원하기 위한 기타 보조 장치 설치 등을 들 수 있다.

직업재활기관에서 제공하는 건축물개조서비스는 척수장애인의 필요를 안전하게 충족시키는 장치를 제공하고 표준 건축물 자재를 이용하면서 최소한의 비용을 들이는 것을 원칙으로 한다. 부수적인 장치 설치나 구조물의 업그레이드를 할 경우 필요한 비용은 척수장애인이 지불한다.

○ 차량개조서비스

차량개조서비스는 척수장애인의 취업준비, 고용유지 등을 위해 제공되는 직업재활 서비스의 하나이다. 척수장애인은 개인적인 상황과 필요에 따라 IPE에 기재되어 있는 경우에 다음의 차량개조서비스를 제공받을 수 있다.

- 차량 이용에 필요한 보조용구 및 기구의 구매나 설치
- 신차나 중고차에 이미 장착된 보조 장치의 구매 비용 일부 지원
- 척수장애인의 자동차 조작 및 운전 능력의 평가
- 차량개조에 필요한 공학처방전 제공
- 차량 조작과 운전을 위한 훈련 제공

재활상담사는 차량개조를 실시하기 전에 척수장애인이 거주하고 있는 지역의 차량 필요를 충족할 수 있는 대중교통 수단의 종류와 여건에 대해 면밀하게 검토해야 한다. 재활상담사는 척수장애인이 버스이용, 준교통수단 스케줄 확인 및 이용, 대중교통 이용 시 소비되는 시간 계산 등과 같이 대중교통 시스템에 접근하고 이용할 수 있는 능력이 있는지에 대해서 조사한 후 차량개조를 실시한다. 직업재활기관은 척수장애인이 대중교통 수단을 이용할 수 없거나 대중교통이 척수장애인의 필요를



현저하게 충족하지 못하는 경우에 한해서 차량개조서비스를 제공한다.

차량개조서비스는 매 7년마다 1회만 척수장애인에게 제공된다. 7년에 1회 이상 차량개조서비스를 제공해야 할 경우에는 반드시 직업재활기관장의 승인을 받아 제공한다.

3) 국외사례: 뉴질랜드

(1) 재활의료 전달체계

뉴질랜드는 척수장애인의 재활과 사회복귀를 위해 병원에서부터 척수장애인이 지역사회로 신속하게 복귀할 수 있도록 체계적인 연계 및 서비스를 제공하고 있다. 일반적으로 뉴질랜드에서는 의료비 및 장애 관련 서비스는 무상으로 제공되고 있으며 병원 입원 후 3개월 내로 퇴원할 수 있도록 의사, 간호사, 심리상담사, 보조공학기사, 사회복지사 등이 협업하여 퇴원 계획을 수립하고 구체적인 퇴원 절차를 실시한다(Heuvel, Jansz, Xiong, & Singhal, 2017).

특히 돌봄체인(Chain of Care)을 통한 척수장애인 응급 의료지원으로 사고 현장에서부터 항공기로 크라이스트처치 센터(Christchurch Centre)나 오클랜드 센터(Auckland Centre)와 같은 척수장애 치료에 특화된 지역 센터로 즉시 이송되어 치료를 받는다. 크라이스트처치 센터에는 크라이스트처치 공공병원(Christchurch Public Hospital)과 버우드 척수병동(Burwood Spinal Unit)이 있으며 오클랜드 센터에는 미들모어 병원(Middlemore Hospital)과 오클랜드 척수재활병동(Auckland Spinal Rehabilitation Unit)이 있다.

척수장애로 인한 증상이 심한 환자의 경우 우선적으로 의료 전문의의 1차적인 치료를 받으며 급성기 치료 이후 평가를 통해 2차 혹은 3차 서비스로 연계된다. 즉 평가 결과에 따라 인근에 가장 인접한 종합병원 응급실 혹은 정형외과이나 신경외과에게 연계한다. 척수장애 평가 혹은 수술치료가 필요한 경우 응급환자실이나 정형외과실에 입원이 이루어진다. 일정 기간 치료가 종료된 후 척수장애인이 추가적인 심층 의료 케어나 수술 치료가 필요하지 않는 경우에는 척수장애 재활 병동으로 전이된다. 이후 척수장애인은 여러 국립 아웃리치 서비스 센터를 통해 지속적인 서비스를 받을 수 있으며 척수장애 전문가를 통해 가정 혹은 지역사회 내에서 지원 서비스를 제공받는다. 이러한 지속적인 지역사회 서비스를 통해 척수장애인은 단

계별 모형을 통해 연속적인 재활 서비스를 받고 있다.

② 사회복귀 프로그램

뉴질랜드의 재활병원에서는 의료적 처치가 종료된 경우 사회복귀를 위한 팀접근이 이루어지며 신속하게 사회복귀를 할 수 있도록 사회복귀 프로그램을 적용한다. 팀접근에는 의사, 간호사, 심리상담사, 직업상담사, 보조기사 등 다양한 전문가들이 참여하며 개별 척수장애인이 사회복귀하는데 있어 필요한 서비스를 파악하고 정부로부터 지원받을 수 있도록 재정지원 프로그램을 연계한다. 일부 재활병원에서는 이러한 사회복귀 프로그램 센터를 운영하여 병원 퇴원 후 사회복귀를 할 수 있도록 훈련, 상담, 연계 서비스 등을 제공한다.

(2) 병원과 지역사회 연계

① 척수장애인을 위한 지역사회 재활 프로그램

척수장애인을 위한 지역사회 재활팀(Community Rehabilitation Teams)에는 작업치료사, 언어치료사, 보조기기 컨설턴트, 심리학자, 상담사, 직업재활 전문가, 사회복지사, 정형외과 전문가, 물리요법사 등이 참여한다. 일반적으로 불완전 사지마비 척수장애인을 위한 아급성 내원 재활은 대략 5개월에서 6개월 정도 이루어지며 하반신마비의 경우에는 3개월 정도 진행된다. 재활 이후 합병증, 추가 질환, 급성 장애 등이 발생하는 경우에는 재입원이 가능하며 재입원을 위해서는 종합평가를 실시하여 척수장애인의 입원 기간과 기능적 장애 등을 재평가 한다. 이러한 재평가가 실시되는 경우에 지역사회 재활 팀은 서로 공조하여 척수장애인의 기능적 능력을 평가하여 적절한 재입원 기간을 결정한다.

② 척수장애인의 일상생활 지원과 사고보상법인(Accident Compensation Corporation)

척수장애인의 취업률은 장애정도 및 장애시기에 따라 매우 다른 양상을 나타낸다. 일반적으로 척수장애 발생 후 1년 이내에 약 35%의 척수장애인이 취업하고 있으며 이에 뉴질랜드에서는 척수장애인의 직업재활을 강력하게 추진하고 있다. 특



히 아급성기에 있는 척수장애인 중 척수장애 이전에 일을 하고 있었거나 혹은 학업 중이었던 사람을 대상으로 우선적으로 직업재활을 실시한다. 아급성기 기간 중에 직업재활에 대한 동기를 증대시키기 위해 직업재활 전문가가 척수장애인을 대상으로 직업상담 및 진로탐색을 실시한다. 사고보상법인(Accident Compensation Corporation, ACC)에서 제공하는 재정지원을 받을 수 있는 경우에는 병원퇴원 이후에도 추가적인 지원을 받을 수 있다. ACC 펀딩을 통해 본인이 원하는 일과 관련된 업무를 수행하는데 필요한 기술이나 기능적 능력을 향상시키는데 급여를 이용할 수 있다. 2013년에 발표된 연구에 의하면 척수장애인 165명 중 척수장애 이후 2.5년이 경과한 척수장애인의 고용 유지가 가장 높으며 긍정적인 고용효과를 보이는 척수장애인들의 대다수는 ACC 계획에 참여하여 적절한 직업재활 지원을 받은 것으로 나타났다.

ACC는 뉴질랜드 정부의 직할기관(Crown entity)으로 뉴질랜드의 무과실 보험(No-fault insurance)과 사고상해 계획(accidental-injury scheme)을 집행하고 있다. ACC 계획을 통해 상해를 입은 뉴질랜드 국민, 뉴질랜드를 일시적으로 방문한 방문객을 대상으로 재정적 보상 및 지원을 제공한다.

뉴질랜드 국민은 사고 이후 의료 케어 서비스와 함께 사고 후 신체기능을 최적화하기 위해 보조공학 및 보조기기(내구 보조기기 포함), 환경개조(주택개조 및 차량개조), 대중교통 지원, 개별활동지원 서비스, 지역사회 복귀 서비스 등을 지원받을 수 있다.

③ 직업재활 프로그램 콜라이도스코프(Kaleidoscope)

콜라이도스코프(Kaleidoscope)는 버우드 척수병동(Burwood Spinal Unit)과 오클랜드 척수재활병동(Auckland Spinal Rehabilitation Unit)에 기반을 두고 미들모어 병원(Middlemore Hospital)에서 제공되고 있는 직업재활에 특화된 프로그램이다(New Zealand Spinal Trust, 2019). Kaleidoscope는 척수장애가 있는 의과대 교수인 알란 클락(Alan Clarke) 박사에 의해 제안되었다. 클락 교수의 열성과 헌신적인 노력으로 Kaleidoscope의 초석을 마련하였으며 2003년에 버우드 척수병동과 2006년에 오클랜드 척수재활병동에서 본격적으로 개시되었다.

Kaleidoscope는 척수장애를 최근에 입은 사람이나 오래전에 척수장애를 입고 지역사회 내에서 거주하고 있는 척수장애인 모두를 대상으로 특성화된 직업교육, 진

로계획, 고용지원 서비스를 제공하고 있다. 즉 조기 중재(early intervention) 및 회복직업재활(restorative vocational rehabilitation) 프로그램으로 상세한 진로조언, 진로계획, 교육 지원 서비스를 제공함과 동시에 일에 대한 두려움 및 직무 수행을 저해하는 장애물을 제거하기 위한 서비스를 제공한다.

프로그램의 궁극적인 목적은 척수장애인이 적합한 일을 찾아 의미 있는 고용활동을 안정적으로 유지하는데 있다. 프로그램은 척수수술을 실시한 초기 급성기 상태의 척수장애인과 지역사회에 거주하고 있는 만성 척수장애인 모두에게 제공된다. Kaleidoscope의 기본 운영철학은 다음과 같다:

- 어느 누구나 좋은 직장을 가질 수 있다.
- 일을 해야 건강하다.
- 일은 빠르면 빠를수록 좋다.
- 일할 기회는 무궁무진하다.
- 개인적인 네트워크는 일을 구하는데 가장 중요한 열쇠다.
- 일자리를 구하는 과정은 장애 이전과 동일하다.
- 어떠한 일이라도 당신 스스로 할 수 있다.
- 당신의 인생 경험은 당신을 독특하고 자질 있는 사람으로 만든다.

Kaleidoscope 프로그램에 참여하기 위해서는 신경의학 전문의의 진단에 의해 척수장애 혹은 척수질환을 가지고 있어야 한다. Kaleidoscope는 재활 초기에 실시되는 것이 특징이며 약 80%의 척수장애인이 척수 수술을 마친 후 3주 내로 Kaleidoscope에 참여한다. 프로그램을 통해 척수장애인에게 종합적인 재활 서비스가 실시되며 여러 분야의 전문가들이 모여 다학문적인 접근을 통해 척수장애인에게 가장 적합한 직업목표를 선정한다. 이러한 다학문적인 접근과 상호 제후를 통해 척수장애인의 사회복귀와 노동시장 복귀에 가장 적합한 과정과 목표를 설정한다. Kaleidoscope 상담사는 지속적인 개별 직업코칭과 상담을 실시하며 척수장애인이 할 수 있는 일을 찾아 할 수 있도록 격려하고 독려한다. 직업재활 과정 중 발생하는 타인에 대한 의존은 학습된 행동으로 간주하며 직업교육과 역량강화를 통해 척수장애인 스스로가 의존도를 제거하도록 지원한다. 성공적인 직업재활을 위한 Kaleidoscope의 또 다른 특징으로는 직업재활 과정 초기에 고용주를 참여시키고 직업배치가 가능한 직무를 마련하여 척수장애인의 노동기회를 높이는데 있다.



4) 시사점

중증장애인의 탈병원과 지역사회 복귀에 대한 국내외 사례를 통해 우리나라와 해외의 서비스의 종류 및 서비스 전달 체계의 차이점을 발견할 수 있다. 해외 사례를 통한 시사점은 다음과 같다.

첫째, 미국과 뉴질랜드의 경우 중증장애인의 사회복귀계획이 병원에서부터 신속하게 진행되고 있다. 급성기 수술이나 치료가 종료되면 2-3개월 내로 사회복귀계획을 본격적으로 설계하고 사회복귀를 준비하는 과정으로 진입한다. 해외에서는 의사나 간호사와 같은 의료진이 주체가되어 사회복귀계획을 작성하고 진행하기보다는 심리상담사, 재활상담사, 보조기기 전문가 등 지역사회 거주와 관련된 여러 전문가가 참여해 구체적인 사회복귀계획을 설계한다. 이러한 신속하고 다학제간 협의를 통해 중증장애인이 병원에 입원해있는 동안 사회복귀를 준비하도록 유도한다. 그러나 우리나라의 경우에는 의료전문가 위주로 논의가 주로 행해지며 다학제적인 협의가 현실적으로 어려워 중증장애인의 실질적인 사회복귀 준비가 현저하게 지연되고 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 병원 내에서 다학제적인 논의가 가능하도록 병원환경, 수가 등을 개선할 필요가 있다.

둘째, 해외 사례를 살펴보면 중증장애인을 위한 지역사회 인프라와 서비스가 상당부분 제공되고있어 현실적으로 중증장애인이 사회복귀가 가능하다. 예를 들어, 척수장애인의 경우 지역사회 거주를 위해서는 보조기기, 차량개조, 주택개조가 반드시 수반되어야하며 이러한 서비스가 제공되지 않는 경우에는 지역사회로 복귀하는 것이 오히려 불편함을 초래할 수 있다. 미국이나 뉴질랜드의 경우 보조기기, 차량개조, 주택개조 등의 서비스는 중증장애인의 장애 정도에 따라 무상으로 제공되며 실질적으로 지역사회에 거주하는데 불편함을 최소화하고 있다. 하지만 우리나라의 경우 중증장애인을 위한 보조기기, 차량개조, 주택개조는 매우 미흡하여 중증장애인의 사회복귀에 실질적인 도움이 되지 못하고 있다. 실제로 고액의 자부담을 부담할 수 없는 중증장애인은 기본적인 사회활동 참여에 필요한 보조기기 등을 지원받지 못해 고립되어 신체적·심리적으로 상태가 악화되기도 한다.

셋째, 중증장애인을 위한 무형의 서비스가 강화되어야 한다. 보조기구나 차량개조와 같은 물리적인 지원과 더불어 심리상담, 직업재활상담, 가족상담 등과 같은 무형의 지원서비스도 강화할 필요가 있다. 해외에서는 다학제적인 접근을 통해 중증장애인의 심리재활을 위해 심리상담, 가족의 심리재활을 위해 가족상담, 경제적

자립을 위한 직업재활상담 등을 재활과정 초기부터 제공하고 있다. 특히 갑작스런 중도·중증장애로 인한 심리적 부적응 상태와 올바른 장애수용을 위해서는 적절한 심리상담이 필요하며 가족을 위한 가족지원 프로그램도 함께 제공되어야 한다. 그리고 중증장애로 인한 원직장 복귀가 어려운 경우 새로운 직장을 찾기위해 필요한 교육·훈련, 보조기기, 직업기술 등을 지원해야 한다. 미국과 뉴질랜드는 이러한 종합적인 재활 서비스를 지역사회 내에서 제공하고 있으나 우리나라는 현실적으로 많이 부족한 실정이다. 이러한 지역사회 내에서 제공되는 종합적인 재활서비스가 준비되어야 진정한 탈병원을 통한 사회복귀가 가능하다.

Ⅲ. 장애인 심층인터뷰



척수장애인 및 뇌병변장애인은 장애 발생 이후 장기간 병원에 입원하는 경우가 많으며 신속하고 적절한 사회복귀나 재활을 달성하지 못하기도 한다. 특히 병원에서 지역사회로 연계를 위한 서비스나 인프라의 부족은 중증장애인의 탈병원 과정을 저해하는 요인이 되기도 한다. 탈병원 과정 중 경험할 수 있는 문제점들을 심층적으로 분석하고 조사하기 위해서는 중증장애인이 장애를 입은 후부터 일정 수준의 탈병원 혹은 사회복귀를 달성하는 과정을 조사할 필요가 있다. 따라서 이러한 전반적인 과정을 살펴보기 위해서는 귀납적 연구를 통해 개념들을 도출해내고 그 개념들 간의 관계를 파악해야 하므로 질적조사를 사용하는 것이 바람직하다(Creswell, 2003). 또한 단순히 개별적인 경험들을 기술하고 해석하는 수준을 넘어 경험에 기초해 도출 가능한 이론을 제시하는 것이 필요하다. 이러한 경험에 기초해 제시된 이론은 문제에 대한 제도적 해결의 기초자료를 제공하며, 이를 위해 질적연구의 여러 방법들 중에서 근거이론(Grounded Theory)의 방법이 적절하다(Strauss and Corbin, 1998).

1 연구 참여자 선정

본 연구의 참여자들은 사고나 질병으로 인해 척수장애 혹은 뇌병변장애를 갖고 있는 장애인들로서 장기간 병원에 입원한 경험이 있으며 현재는 지역사회 내에서 사회활동에 참여하고 있는 사람들이다. 그러나 장기간 병원 입원과 관련해 정신장애인은 본 연구의 주요한 연구대상인 척수장애인 및 뇌병변장애인과 병원환경, 사회복귀를 위한 지원, 지역사회내 서비스 등이 이질적이라 판단되어 자문회의 및 연구진회의를 통해 연구에서 배제하기로 하였다.

Strauss와 Corbin(1998)은 이론적 표집(theoretical sampling)을 범주의 속성, 범주가 존재할 만한 조건, 범주의 차원, 범주들 사이의 관계를 더 파악할 필요가 있을 때 사용한다고 하였으며, Birks와 Mills(2015)는 이론적 표집이 근거이론의 특징으로, 과정을 조사하고 분석하는데 핵심적인 방법이라고 하였다. 이에 따라 본 연구의 참여자는 이론적 표집으로 선정하였다. 구체적으로, 척수장애인 및 뇌병변장애인 관련 단체로부터 추천을 받은 사람들 중에서 성별 및 연령, 현재 사회활동 참여



정도 등을 고려하여 2019년 5월부터 2019년 7월까지 연구 참여자 10명을 대상으로 심층인터뷰를 실시하였다. 이론적 표집을 위한 연구 참여자 기준은 1) 척수장애 혹은 뇌병변장애를 가지고 있는 자, 2) 장애 발생 후 일정 기간 병원에 입원한 경험이 있는 자(척수장애인의 경우 1년 이상, 뇌병변장애인의 경우 6개월 이상), 3) 탈병원 후 지역사회 내에서 사회활동을 지속하고 있는 자로 정하여 참여자를 선정하였다 (Krause & Saunders, 2009).

2 연구 참여자의 일반적 특성

연구 참여자의 일반적 특성은 <표 III-1>과 같다. 성별은 남성 8명, 여성 2명, 연령은 20대 1명, 30대 5명, 40대 3명, 50대가 1명이었다. 장애유형은 지체장애인으로 분류된 척수장애인이 6명, 뇌병변장애인이 4명이고, 모두 장애의 정도가 심한 장애인이었다. 발생원인은 교통사고와 스포츠/놀이 중 사고로 인한 경우가 대부분이었고, 교육수준은 대학교 졸업 이상이 6명, 고등학교 졸업이 4명이고, 고용상태는 전부 재직중이었다. 가족 동거여부와 관련해 동거를 하고 있는 경우는 4명, 독거가 6명이었다. 병원입원기간은 척수장애인 기준 평균 35.5개월, 뇌병변장애인은 7.3개월이었다.

<표 III-1> 심층인터뷰 참여자의 일반적 특성

구분	성별	연령	장애유형	발생원인	교육수준	고용상태	동거여부	병원입원기간(횟수)
참여자 1	여	30대	지체장애 (척수, 중증)	교통사고	대학교 졸업	재직중	유	39개월 (5회)
참여자 2	남	30대	지체장애 (척수, 중증)	스포츠/놀이 중 사고	고등학교졸업	재직중	무	26개월 (11회)
참여자 3	여	20대	지체장애 (척수, 중증)	교통사고	고등학교졸업	재직중	무	36개월 (7회)
참여자 4	남	30대	지체장애 (척수, 중증)	교통사고	대학교 졸업	재직중	무	54개월 (7회)
참여자 5	남	30대	뇌병변장애 (중증)	스포츠/놀이 중 사고	대학교 졸업	재직중	무	12개월 (1회)

구분	성별	연령	장애유형	발생원인	교육수준	고용 상태	동거 여부	병원입원 기간(횟수)
참여자 6	남	50대	뇌병변장애 (중증)	난산	대학원 졸업	재직중	유	6개월 (3회)
참여자 7	남	40대	지체장애 (척수, 중증)	스포츠/놀이 중 사고	대학교 졸업	재직중	유	30개월 (7회)
참여자 8	남	30대	뇌병변장애 (중증)	교통사고	대학교 졸업	재직중	유	6개월 (1회)
참여자 9	남	40대	지체장애 (척수, 중증)	스포츠/놀이 중 사고	고등학교 졸업	재직중	무	28개월 (6회)
참여자 10	남	40대	뇌병변장애 (중증)	사고	고등학교 졸업	재직중	무	6개월 (1회)

3 자료의 수집과 분석

본 연구의 자료 수집을 위해 책임연구자 및 공동연구자는 반구조적이며 개방적인 질문을 설계하였으며, 1시간에서 1시간 30분 정도의 심층인터뷰를 실시하였다. 연구자들은 본 연구의 목적, 내용, 진행방법, 연구 결과의 활용 및 참여자의 권리 등에 대해서 설명하였으며 연구 참여 동의서에 서명을 받고 심층인터뷰를 실시하였다. 연구 참여자의 구술 응답을 빠짐없이 수집하기 위해 연구 참여자의 동의하에 인터뷰 내용을 녹음하였으며 질문 내용에 대한 응답이 포화되는 수준까지 인터뷰를 진행하였다. 본 연구의 자료 분석은 수집된 정보들을 비교하여 범주화시키는 Strauss와 Corbin(1998)의 지속적 비교 분석(constant comparative analysis) 방법을 활용하였다. 구체적인 분석 과정은 개방코딩, 축코딩, 선택코딩의 순서로 진행되었다.



4 분석 결과

Strauss와 Corbin(1990, 1998)의 근거이론에 의하면 질적분석을 위한 자료는 크게 3단계 과정을 거쳐 분석 가능하다. 1단계로는 자료를 주요한 정보의 범주들로 코딩하는 개방코딩, 2단계로는 자료를 상위 개념으로 구분하는 축코딩, 3단계로는 모형 내 범주들 간의 상호관계를 기술하는 선택코딩이다. 이에 본 연구의 자료는 개방코딩의 결과를 제시하고, 축코딩에서 패러다임 모형과 함께 범주 유형별 설명과 대표적 진술문들을 기술했으며, 마지막으로 선택코딩에서 핵심범주를 제시하였다(Creswell, 2003).

1) 개방코딩

개방코딩의 결과는 <표 III-2>와 같다.

<표 III-2> 개방코딩 결과

범주	하위범주	개념
예기치 못하게 중증장애인이 되다	갑작스런 장애의 엄습	<ul style="list-style-type: none"> · 다이빙으로 생각지도 못하게 사고가 남 · 자동차 사고 후 깨어보니 장애인이 됨
장애로 인한 고된 생활	부모님에게 짐이 되어버린 나	<ul style="list-style-type: none"> · 부모님과 사소한 의견차이로 엄청 싸움 · 대/소변 문제가 가장 큰 어려움임 · 부모님이 외출하면 나 때문에 빨리 귀가하심
	장애인이 접근할 수 없는 세상	<ul style="list-style-type: none"> · 휠체어로는 10cm 문턱도 못 지나감 · 뇌손상으로 사람들이 이상하게 봄
	나 혼자 엄청 슬퍼함	<ul style="list-style-type: none"> · 아무도 없는 곳에서 엄청 울 · 장애 이전과 이후의 생활이 너무 다름
사람들의 이상한 시선	사람들이 나를 계속 쳐다봄	<ul style="list-style-type: none"> · 누나 돌잔치에서 사람들의 관심거리가 됨 · 인파 속에서 구경거리가 됨
	휠체어를 봐도 양보하지 않음	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인에게 무감각한 사람들 · 장애인에 대한 기본적인 에티켓도 없음
어린아이 취급하는 가족들	가족에 의한 고립	<ul style="list-style-type: none"> · 가족은 자립에 방해가 되기도 함 · 장애를 모르는 가족

범주	하위범주	개념
	식구로부터의 탈출	<ul style="list-style-type: none"> · 식구가 정신적으로 너무 힘들게 함 · 집에서 나가야 숨을 쉴 것 같음
병원의 미흡한 지원 체계	자립에 무지한 의사와 간호사	<ul style="list-style-type: none"> · 치료만 하는 의사와 간호사 · 자립에 대해서는 관심이 없는 의사와 간호사 · 환자를 이해하지 못하는 의사와 간호사
	무의미한 반복적 재활치료	<ul style="list-style-type: none"> · 고등학교 같은 무료한 생활 · 일상생활에 필요한 치료를 원함
	연계 시스템의 부재	<ul style="list-style-type: none"> · 중요한 정보가 부족함 · 장애 단체와의 교류가 필요함 · 병원복지사는 복지정보만 제공함
중증·중도 장애인만 느낄 수 있는 고통	생존을 위협하는 마비	<ul style="list-style-type: none"> · 손가락도 움직일 수 없는 고통 · 편마비로 인한 기이한 생활
	중도·중증장애로 인한 심리적 부적응	<ul style="list-style-type: none"> · 이전 세계와의 영원한 단절 · 5년간 혼자 집에 틀어 박혀있음
제도적 한계가 주는 충격	모든 것이 자부담	<ul style="list-style-type: none"> · 휠체어가 너무 비싸서 문제 · 활동지원도 자부담 · 주택개조도 본인이 알아서 실시
	차량개조가 필수	<ul style="list-style-type: none"> · 차량개조 비용이 너무 많음 · 일하는 사람 위주로 차량개조를 해줌
	집 밖으로도 못나가는 현실	<ul style="list-style-type: none"> · 개조된 집을 구하기가 너무 어려움
타인의 정서적 지지와 자극	치료사의 진실된 조언	<ul style="list-style-type: none"> · 가끔 진실된 치료사가 있음 · 치료사와의 속 깊은 이야기를 나눔
	병실 동료에 의한 자극	<ul style="list-style-type: none"> · 비공식적인 동료상담을 함 · 동료간 무언의 압박감을 느낌
장애단체와의 소통	동료상담사와의 우연한 만남	<ul style="list-style-type: none"> · 처음에는 무관심하다가 자주 보면 관심이 감 · 상담을 통해 필요한 정보를 얻음 · 장애 단체의 존재를 인지함
	사회복귀 프로그램에 참여	<ul style="list-style-type: none"> · 4주간 심화된 훈련을 함 · 대기자가 많아 아쉬움
자립을 위한 본인의 내적 힘	내면으로부터 오는 자신감	<ul style="list-style-type: none"> · 자립의 원동력은 자신감 · 스스로 자신을 긍정적으로 바라보기
	또 다른 모습으로 사회복귀를 위한 도전	<ul style="list-style-type: none"> · 휠체어를 탄 새로운 나의 모습 · 장애인도 운동할 수 있음

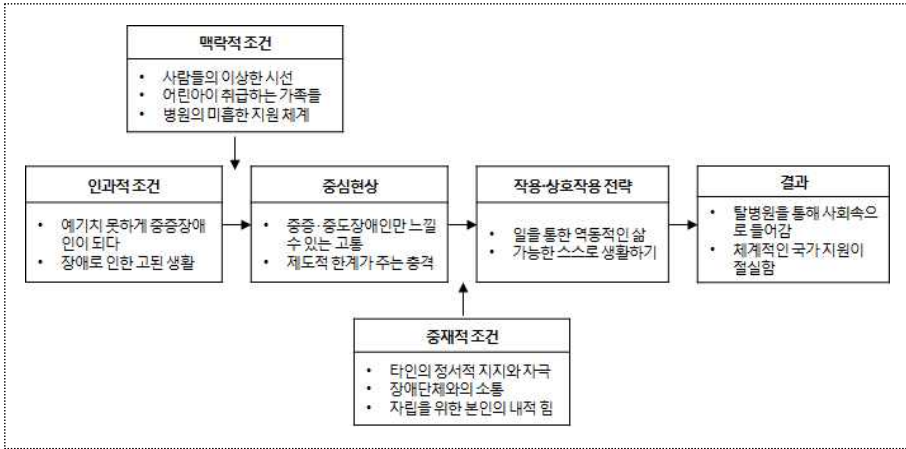


범주	하위범주	개념
일을 통한 역동적인 삶	적극적인 구직 활동	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인도 일을 찾아 노력해야 함 · 아무도 내일을 입에 넣어주지 않음
	장애에 맞는 일 찾기	<ul style="list-style-type: none"> · 앉아서 하는 일이 최고 · 번역이나 컴퓨터 일도 잘함 · 장애가 있어도 경력을 유지함
	일을 할 수 있음에 만족함	<ul style="list-style-type: none"> · 주 3일 근무도 좋음 · 작은 일부터 차근차근 시작함
가능한 스스로 생활하기	부모님도 자립을 인정	<ul style="list-style-type: none"> · 점차 부모님이 나의 능력을 인정함 · 이제야 부모님도 안심함 · 주말에만 부모님 집에 감
	활동지원서비스는 최소한으로 사용	<ul style="list-style-type: none"> · 가능한 내 스스로하기
탈병원을 통해 사회속으로 들어감	사회속에서 행복을 느낌	<ul style="list-style-type: none"> · 세금 내는 시민이 됨 · 사람들 속에서 삶을 느낌
	사회적 대인관계가 궁극적인 목표	<ul style="list-style-type: none"> · 별별 사람을 다 만남 · 비장애 친구와도 다시 만남
체계적인 국가 지원이 절실함	이동지원은 가장 기본	<ul style="list-style-type: none"> · 휠체어, 차가 없으면 이동은 불가함 · 선진국은 기본적으로 이동지원을 함 · 비용보다는 사람을 먼저 생각함
	주거지가 있어야 지역사회 통합이 가능	<ul style="list-style-type: none"> · 주거지는 커뮤니티케어의 중심 · 장애에 맞는 거주지 개조 필요
	정보 전달의 유기적 연계	<ul style="list-style-type: none"> · 정보가 1차적으로 중요함 · 아는 것이 힘!

2) 축코딩

(1) 패러다임 모형

본 연구의 연구 참여자에 대한 인터뷰를 통해 수집된 자료를 분석한 결과, 모두 70개의 개념들이 도출되었고, 이들은 32개의 하위범주와 14개의 범주로 유목화되었다. 이를 바탕으로 도출된 중증장애인의 탈병원 경험에 관한 패러다임 모형은 [그림 III-1]과 같다.



[그림 III-1] 중증장애인의 탈병원 경험에 관한 패러다임 모형

(2) 인과적 조건

참여자들은 후천적인 사고나 질병으로 인해 척수장애 혹은 뇌병변장애를 갖게 되었으며 참여자들의 장애정도는 장애부위에 따라 차이가 있었다. 갑작스런 사고로 인해 장애인이 된 경우에는 장애를 수용하는데 장시간이 걸리기도 하였으며 우울, 분노, 자살충동 등과 같은 심리적 부적응 상태를 경험하기도 하였다. 인과적 조건에 해당하는 범주로는 예기치 못하게 중증장애인이 되다, 장애로 인한 고된 생활이다.

① 예기치 못하게 중증장애인이 되다

예기치 못하게 중증장애인이 되다 범주의 하위범주는 갑작스런 장애의 엄습이다.

“수영장에서 다이빙을 했는데 바닥에 머리를 다쳐 목뼈가 부러졌고요... 깨어보니 손가락도 움직일 수 없었어요.(참여자 1)”

“겨울에 운전하다가 타이어가 터졌는데 그대로 가드레일을 들이받고 정신을 잃었죠. 눈을 떠보니 몸이 마비된 상태였고요.(참여자 2)”



② 장애로 인한 고된 생활

장애로 인한 고된 생활 범주의 하위범주는 부모님에게 짐이 되어버린 나, 장애인이 접근할 수 없는 세상, 나 혼자 엄청 슬퍼함이다.

a. 부모님에게 짐이 되어버린 나

“처음에 부모님하고 많이 싸웠어요. 이전에는 나 혼자 했던 모든 일을 부모님의 도움을 받아야 했거든요. 심지어 대변보는 것도요...(참여자 2)”

b. 장애인이 접근할 수 없는 세상

“휠체어를 타보니 온통 경사로고 턱은 왜 이렇게 많은지 정말 다니기가 어렵다고 느꼈어요. 친구들과하고 밖에 나가면 정말 갈 곳이 없었거든요.(참여자 3)”

c. 나 혼자 엄청 슬퍼함

“더 이상 내 발로 걸을 수 없다는 것을 알았을 때 혼자서 정말 많이 울었어요. 아무도 없는 화장실에서도 울었고요.(참여자 1)”

“자동차 사고 이후 이전과 이후 생활이 완전히 바뀌었어요. 너무 달라져서 한 5년은 우울하고 슬퍼했던 것 같아요(참여자 9)”

(3) 맥락적 조건

참여자들은 장애 때문에 주위로부터 차별적인 대우나 시선을 받았으며 병원 밖을 나가는 순간 사람들의 차별이 심해지는 것을 경험했다. 갑작스런 장애로 인해 여러 가지 인생의 변화를 겪게 되었으며 기존에 유지해 오던 대인관계나 가족들 간의 관계가 틀어지는 경험도 했다. 그리고 병원에서의 생활이 무미건조하고 무의미하다는 것을 깨닫고 귀중한 시간을 허비하기도 했다. 맥락적 조건에 해당하는 범주로는 사람들의 이상한 시선, 어린아이 취급하는 가족들, 병원의 미흡한 지원 체계이다.

① 사람들의 이상한 시선

사람들의 이상한 시선 범주의 하위범주는 사람들이 나를 계속 쳐다봄, 휠체어를 봐도 양보하지 않음이다.

a. 사람들이 나를 계속 쳐다봄

“조카 돌잔치에 갔는데 들어가자마자 한 100명되는 참석자들이 동시에 저를 바라보더라고요. 그 순간 나도 모르게 눈물이 났습니다.(참여자 8)”

“제가 휠체어를 타고 병원 밖으로 나간 적이 있었는데 사람들이 제가 사라질 때까지 저를 계속 보고 있더라고요. 목을 아주 틀면서 보더라고요.(참여자 1)”

b. 휠체어를 봐도 양보하지 않음

“지하철을 타거나 아님 어디 백화점 같은 데를 가서 엘리베이터를 타도 먼저 양보하거나 배려하는 사람이 거의 없었어요. 일본만 해도 엘리베이터는 우선적으로 장애인하고 노인들이 탄다는데 우리는 안 그러더라고요. 그래서 이동하는데 많이 힘들고 시간도 많이 걸려요.(참여자 5)”

② 어린이가 취급하는 가족들

어린이가 취급하는 가족들 범주의 하위범주는 가족에 의한 고립, 식구로부터의 탈출이다.

a. 가족에 의한 고립

“자립할 때 가족이 가장 힘들게 하는 것 같아요. 다들 그냥 집에 있으라고만 하고 밖에 나가는 것을 원하지 않아요. 집에 있어도 불화만 자주 생기고 다투고 그러거든요.(참여자 2)”

“사고 후 집에 계속 있었는데 가족들도 내 장애를 몰라서 어떻게 해야 할지도 모르고 그래서 서로를 이해하지 못한 적도 많아요.(참여자 9)”



b. 식구로부터의 탈출

“집에서 정말 나가고 싶었어요. 식구가 넘 힘들게 해서요. 그래서 결국 자취한다고하면서 나왔고요. 지금은 그래도 사이가 좋아요. 연락도 자주하고 부모님과 가까운 곳에 살아서 자주 방문하기도 하고요. 정말 집에서는 나가야 생활이 나아질 것 같아요.(참여자 2)”

③ 병원의 미흡한 지원 체계

병원의 미흡한 지원 체계 범주의 하위범주는 자립에 무지한 의사와 간호사, 무의미한 반복적 재활치료, 연계 시스템의 부재이다.

a. 자립에 무지한 의사와 간호사

“병원에 있을 때 의사와 간호사는 장애인의 자립이나 사회복귀에 대해서는 정말 무지하고 관심도 없는 것 같았어요. 딱 진찰이나 치료만하고 나가버리는 경우가 많고요. 그러니 뭐라고 물어보기도 어려워요.(참여자 3)”

“의사나 간호사들은 치료만 해요. 장애 관련해서 개인적인 걸 물어봐도 대답도 잘 안 해주고. 대답할 시간도 없는 것 같아요.(참여자 7)”

b. 무의미한 반복적 재활치료

“병원에 있으면 정말 편해요. 고등학교처럼 딱딱 시간표가 있어서 아침에 일어나서 밥 먹으면 재활치료하고 그 다음에도 치료하고 운동하고... 저녁에는 밥 먹고 그냥 주위 사람들하고 수다 떨거나 놀아요. 정말이지 몇 년 동안 이런 생활을 하면 시간이 아깝다는 생각이 들어요.(참여자 3)”

“병원에서는 근력 운동을 주로 합니다. 그런데 더 필요한 것은 일상생활 속에서 이런 거 저런 거를 할 수 있도록 근력을 키워 주는 겁니다.(참여자 5)”

c. 연계 시스템의 부재

“사실 장애인이 사회복귀 하려면 정보가 중요해요. 병원에 있었을 때 어느 누구도 장애인 재활이나 복지 서비스에 대해서 알려준 사람이 없었어요. 당연히 병원 내에 이러한 연계 시스템이 없으니 정보도 부족하고 그러다보면 그냥 병실에서 시간만 보내는 거지요.(참여자 7)”

“장애인 단체도 좋은 정보를 줄 수 있는데... 병원에서는 보통 장애 단체가 들어오는 것을

별로 안 좋아 하는 것 같아요.(참여자 8)”

“병원 사회복지사는 딱 복지 관련된 정보만 제공해요. 기초수급, 연금 같은 거요. 이러한 정보도 중요한데 하지만 더 필요한 정보도 많거든요.(참여자 7)”

(4) 중심현상

참여자들은 병원 생활을 장기간하면서 사회복지나 재활에 대해 동기부여가 되지 않거나 무의미한 생활로 인해 심리적으로 어려움을 겪기도 하였다. 지속적인 무기력함은 재활을 위한 자신감이나 동기를 저해하였으며 여러 형태의 부정적인 상황을 유발시키는 주요한 원인이기도 하였다. 특히 사회복지를 위해 퇴원하고 싶어도 본인의 의사보다는 주위 사람(의사, 치료사, 친구, 가족 등), 확실적인 병원 환경 등으로 인해 사회복지 혹은 자립에 대한 동기부여가 미약해지기도 했다. 중심현상에 해당하는 범주로는 중증·중도장애인만 느낄 수 있는 고통, 제도적 한계가 주는 충격이다.

① 중증·중도장애인만 느낄 수 있는 고통

중증·중도장애인만 느낄 수 있는 고통 범주의 하위범주는 생존을 위협하는 마비, 중도·중증장애로 인한 심리적 부적응이다.

a. 생존을 위협하는 마비

“척수장애는 정말이지 중증장애이면서도 중도장애입니다. 하루아침에 사지마비가 되어서 손가락 하나도 움직일 수 없거든요 내 몸이 내 몸이 아닌 것 같았어요 정말이지 온 몸이 마비되니 이러다가 혹시 죽을 수도 있겠구나하는 두려움이 밀려오더라고요.(참여자 4)”

“저는 왼쪽이 다 마비되어 있거든요. 그래서 키보드 치거나 양손으로 해야 할 일을 할 때면 잘 못하기도 해요.(참여자 8)”

b. 중도·중증장애로 인한 심리적 부적응

“가장 힘들었던 것은 장애인이 되고나서 친구와의 단절, 사회생활의 어려움, 내 자신과의 싸움이었어요. 이 과정 중에 심적으로 우울감, 고독감, 자살충동, 타인에 대한 분노 이런 것들을 많이 느꼈어요.(참여자 1)”



“병원에서 나온 후 집에서 거의 5년간 혼자 있었어요. 누나가 사다주는 학습지를 집에서 풀면서 그냥 우울하게 시간을 보냈고요.(참여자 9)”

② 제도적 한계가 주는 충격

제도적 한계가 주는 충격 범주의 하위범주는 모든 것이 자부담, 차량개조가 필수, 집 밖으로도 못나가는 현실이다.

a. 모든 것이 자부담

“휠체어는 정말이지 제일 필요한 보장구거든요. 그런데 현재 제도 하에서는 600만 원짜리 활동형 휠체어를 사려면 제가 자부담을 500만 원 정도는 내야해요. 정말이지 휠체어 하나를 사더라도 자부담이 많고요 집에 너무 미안한 마음이 들었어요.(참여자 4)”

“활동지원을 이용하는데 월 180만원도 못 버는데 자부담이 20만 원 정도입니다. 사실 자부담이 많이 부담이 되고요... 자부담을 낮추든 아니면 없으면 좋을 것 같아요.(참여자 4)”

“주택은 그냥 다들 알아서 개조해요. 어디서 개조 받을 곳도 없어요. 대충 나무판 잘라서 경사로 만들고 문지방을 깎아 대충 문지방을 제거하죠.(참여자 7)”

b. 차량개조가 필수

“일단 차가 있어야 밖에 나가서 뭘 할텐데... 차량 개조를 하려면 한 2천만 원은 들어요. 문제는 휠체어를 탄 상태로 차를 타려면 ○○○차만 사야하고요. 이차는 차량 값만 3천만 원이 넘어요.(참여자 3)”

“제일 황당한 것은 일을 해야지만 차량개조 1천5백만 원이 지원이 된다는 겁니다. 일 안 하면 차량개조도 못하는 거죠. 이 제도는 좀 개선되었으면 좋겠어요.(참여자 7)”

c. 집 밖으로도 못나가는 현실

“집 안에서도 집을 나가려고 할 때도 집이 개조가 되어있어야 합니다. 그런데 현실적으로 지금 정부 어디에서도 주택개조를 해주지 않아요. 그래서 장애인들이 알아서 나무 판으로 램프를 만들거나 아니면 LH에서 분양하는 새집을 찾아 입주하고 있어요. 그런데 LH에서는 새집만 개조해주고 현집은 또 개조를 안 해준다고 하더라고요.(참여자 4)”

(5) 중재적 조건

참여자들은 병원 내에서 같은 장애를 갖고 있는 동료들이 하나씩 퇴원하는 것을 보면서 퇴원을 생각하게 되었고, 뜻이 있는 물리치료사, 보조공학기사 등과 같은 전문가를 통해 점진적으로 자립을 생각하게 되었다. 그리고 장애단체에서 나온 상담사와 이야기하면서 사회복귀를 좀 더 구체적으로 구상하게 되었으며 장애단체의 사회복귀 프로그램을 통해 확실히 자립에 대한 자신감을 갖게 되었다. 이러한 심적인 지원과 함께 참여자들은 자신에게 맞는 보조기기들을 활용하면서 학교생활, 직장생활 등에 재도전하게 되었다. 중재적 조건에 해당하는 범주로는 타인의 정서적 지지와 자극, 장애단체와의 소통, 자립을 위한 본인의 내적 힘이다.

① 타인의 정서적 지지와 자극

타인의 정서적 지지와 자극 범주의 하위범주는 치료사의 진실된 조언, 병실 동료에 의한 자극이다.

a. 치료사의 진실된 조언

“한번은 물리치료사께서 나 같은 장애인도 일하고 결혼하고 살 수 있다고 말해줬어요. 처음에는 그냥 웃었는데 그 분이 보여준 실제 동영상을 보고 정말 놀랐어요. 휠체어를 타면서 운동도하고 열심히 사는 모습을 보니 정말 저 역시 기분이 좋았어요. 그런데 이런 치료사 만나기가 그리 쉽지는 않아요. 저는 운이 좋은 겁니다.(참여자 1)”

“의사와는 다르게 치료사하고는 한 30분에서 1시간 정도 이야기를 하곤 합니다. 그러다 보면 이런저런 이야기를 하는데 한번은 자립과 퇴원에 대해서 이야기를 해 주더라고요. 그런 이야기를 자주 들으니 약간 자신감이 생기기도 했어요.(참여자 7)”

b. 병실 동료에 의한 자극

“병원에 있으면 선배들이 있는데 이런 선배들이 살아가는데 필요한 정보나 이야기를 해주곤 합니다. 공식적인 상담은 아니지만 약간 동료상담 비슷한 거죠. 사실 의사로부터 듣는 것보다는 동료들로부터 듣는 것이 더 절실히 다가오거든요.(참여자 4)”

“처음에는 그냥 병원 생활이 좋았는데 시간이 지나니 병실 동료들이 하나씩 하나씩 퇴원을 하더라고요. 그 모습을 보니 나 역시도 이제 퇴원을 해야겠다고 생각했어요. 동료들에게 자극을 많이 받았던 것 같아요. 그 때 병실 동료들을 아직도 만나고 있어요.(참여자 7)”



② 장애인체와의 소통

장애인체와의 소통 범주의 하위범주는 동료상담사와의 우연한 만남, 사회복지 프로그램에 참여이다.

a. 동료상담사와의 우연한 만남

“하루는 병원에서 지나가다가 우연히 장애인체에서 나온 사람을 만났어요. 별 관심은 없었는데 나처럼 휠체어를 탄 사람이 상담하는 것을 보고 많이 놀랐고 그 분이 주는 정보가 많은 도움이 되었어요. 저녁에는 혼자서 인터넷을 찾으면서 그 상담사가 말한 것을 찾아 보기도 했고요.(참여자 3)”

“단체에서 나온 사람을 정보메신저라고 하는데 필요한 정보를 많이 줘요. 당연히 다는 아니지만 저 같은 경우에는 그런 정보가 많은 도움이 되었어요.(참여자 6)”

“처음으로 나 같은 사람들이 모인 장애인체에 대해서 알았어요. 알고 난 후에 인터넷으로 사이트도 들어가 보고 이런저런 사업을 한다는 것을 알았죠. 새로운 경험과 지식을 얻을 수 있어서도 좋았어요.(참여자 7)”

b. 사회복지 프로그램에 참여

“장애인체에서 하는 사회복지 프로그램은 딱 4주만 참여 가능해요. 그런데 여기에 2주만 참여해도 생각이 완전히 바뀌게 되요. 저도 그렇지만 후배들에게도 적극 이 프로그램을 추천하고 있어요.(참여자 8)”

“요즘에는 사회복지 프로그램이 조금 유명해져서 대기자가 많아요. 4주에 1명만 입소하니 더욱더 그런 것 같아요. 조금 더 프로그램이 활성화되었으면 좋겠어요.(참여자 7)”

③ 자립을 위한 본인의 내적 힘

자립을 위한 본인의 내적 힘 범주의 하위범주는 내면으로부터 오는 자신감, 또 다른 모습으로 사회복지를 위한 도전이다.

a. 내면으로부터 오는 자신감

“자신감이 정말 중요해요. 나 같은 장애인을 자주 만나고 그들이 일하는 모습을 보니 나도 할 수 있겠구나하는 자신감이 스스로 생겼어요. 저 사람들도 하는데 나라고 왜 못하나

하는 생각요.(참여자 1)”

“무엇보다도 스스로를 긍정적으로 바라봐야 합니다. 당연히 쉬운 일은 아니죠 스스로 이겨내야 할 과정이라고 생각해요.(참여자 2)”

b. 또 다른 모습으로 사회복귀를 위한 도전

“비록 이전처럼 성한 다리나 팔은 아니지만 그래도 휠체어를 탄 새로운 모습으로 사람들 앞에 나서고 싶었어요. 휠체어를 탄 다른 모습으로 전에 살았던 곳, 일했던 곳으로 복귀하는 것도 새로운 도전이라고 생각했습니다.(참여자 5)”

“장애인이 되기 전에 수영을 했어요. 그래서인지 운동을 좋아하고요. 그래서 나중에는 휠체어를 타고 할 수 있는 휠체어 럭비를 하게 되었어요. 국제경기에서 메달도 땀고요.(참여자 7)”

(6) 작용/상호작용 전략

참여자들은 사회복귀 과정 중에 직면하는 여러 상황들을 하나씩 이겨나가며 새로운 환경에 적응하면서 장애인으로 살아가는 방법을 터득해 갔다. 이러한 지역사회 통합을 통해 직업도 찾고 사회활동에 적극적으로 참여하였으며 긍정적인 감정을 조금씩 체험하게 되었다. 작용/상호작용 전략에 해당하는 범주는 일을 통한 역동적인 삶, 가능한 스스로 생활하기이다.

① 일을 통한 역동적인 삶

일을 통한 역동적인 삶 범주의 하위범주는 적극적인 구직 활동, 장애에 맞는 일 찾기, 일을 할 수 있음에 만족함이다.

a. 적극적인 구직 활동

“장애가 있어도 할 수 있는 일이 있을 거라고 생각했어요. 그리고 병원에 있을 때 저처럼 휠체어 타는 분이 보조공학기사로 일하면서 휠체어를 수리하는 것을 보고도 나도 일을 찾아 봐야겠다고 생각했어요.(참여자 5)”

“장애인에게 절대로 아무도 일을 주지 않아요. 스스로 찾고 두드리고 이리저리 알아봐야 합니다. 그러다보면 알바도하고 좋은 일자리도 찾아요.(참여자 6)”



b. 장애에 맞는 일 찾기

“그래도 많이 이동하지 않고 자리에 앉아서 하는 일은 가능하다고 생각했어요. 그리고 인식개선 강사도 척수장애인이 하기에는 딱 맞을 것 같고요. 근로지원인의 도움만 조금 있다면 못 할 일은 별로 없을 것 같아요.(참여자 2)”

“뇌병변 장애가 있어도 영어 번역하고 선배가 운영하는 컴퓨터 회사에서 엑셀작업을 도와가며 일하기도 했어요.(참여자 9)”

“경력이 끊어지면 안 될 것 같아서 가능한 계속 일하려고 노력했어요. 아는 분을 통해 이런 저런 일 여러 가지를 하면서 생계도 유지했지요.(참여자 6)”

c. 일을 할 수 있음에 만족함

“장애 때문에 월, 수, 금만 나와서 일하고 있지만 그래도 만족해요. 제가 감당할 수 있는 정도라고 생각해요. 병원에서는 아무런 일도 못할 줄 알았는데 그래도 이렇게 일하고 사회생활하니 너무 좋아요.(참여자 1)”

“지금은 알바식으로 교육 강사로 일하고 있지만 만족해요. 당연히 이러다보면 더 좋은 일도 할 거라고 생각해요. 알바지만 집에서 아무 일도 없이 혼자 있는 것보다는 나아요.(참여자 3)”

② 가능한 스스로 생활하기

가능한 스스로 생활하기 범주의 하위범주는 부모님도 자립을 인정, 활동지원서비스는 최소한으로 사용이다.

a. 부모님도 자립을 인정

“병원에서 나온 초기에는 엄마가 10이면 10 모든 일을 다 해줬어요. 그런데 트랜스퍼하고 화장실 사용하는 방법 등을 배우고 나니 이제는 내가 스스로 하는 일이 훨씬 더 많아졌어요. 당연히 집에서도 이제 더 이상 걱정하거나 짜증내지 않아요.(참여자 5)”

“전에는 주중에 여러번 부모님이 와서 이런저런 집안 일을 해주셨는데 이제 그냥 주말에만 부모님하고 만나요. 부모님도 이제는 그닥 많이 걱정하지 않으시고요.(참여자 2)”

b. 활동지원서비스는 최소한으로 사용

“활동지원서비스가 있기는 하지만 전 가능한 스스로 하려고 합니다. 어쩔 수 없이 필요한 경우에만 사용하고요. 집에서든 가능한 스스로 생활하고 있어요.(참여자 3)”

(7) 결과

참여자들은 병원 퇴원 후 점진적으로 사회복귀가 이루어지고 사회의 한 구성원으로 안정된 생활을 유지할 수 있음을 깨닫게 되었다. 그리고 갑작스런 장애로 인한 심리적인 충격보다는 새로운 생활에 적응하면서 장애 후배들에게도 모범이 되기도 하였다. 특히 탈병원을 통한 지역사회 통합을 위해서는 휠체어 지원, 차량개조, 주택지원 등과 같은 서비스가 국가 차원에서 체계적으로 제공되어야 함을 강조하였다. 결과에 해당하는 범주로는 탈병원을 통해 사회속으로 들어감, 체계적인 국가 지원이 절실함이다.

① 탈병원을 통해 사회속으로 들어감

탈병원을 통해 사회속으로 들어감 범주의 하위범주는 사회속에서 행복을 느낌, 사회적 대인관계가 궁극적인 목표이다.

a. 사회속에서 행복을 느낌

“장애가 때로는 힘들게는 하지만 그래도 새로운 삶을 발견했어요. 특히 병원 속에서가 아니라 일반 사회 속에서 일상적인 삶의 목적과 생활을 찾게 된 것이 무엇보다도 필요하다고 생각해요. 후배들도 이런 마음을 알아줬으면 해서 자주 탈병원하라고 이야기하고 있어요.(참여자 1)”

“일하면서 세금을 내니 나 역시 사회의 한 구성원이 된 것 같아요. 병원에 넘 오래있는 거 보다는 역시 병원 밖으로 나와 생활하는 것이 좋은 것 같아요.(참여자 7)”

“저는 혼자 너무 오래있어서 사람들 속에 있는 것이 좋아요. 그래서 만원 지하철조차도 그리 힘들지 않아요.(참여자 9)”

b. 사회적 대인관계가 궁극적인 목표

“병원 내에서도 사람을 만날 수는 있지만 많은 사람들을 만날 수는 없어요. 나랑 너무 똑같은 사람들이어서 대인관계도 넘 같은 것 같고요. 하지만 지금은 일하고 돌아다니면서 여러 사람들 속에서 여러 관계를 이루고 살아요. 이런 점이 탈병원의 긍정적인 효과라고 생각합니다.(참여자 1)”

“처음에는 장애 때문에 이전 친구들 만나는 것을 꺼려했어요. 하지만 탈병원하는 과정을 통해 이전 친구와도 다시 만날 수 있게 되었어요.(참여자 3)”



② 체계적인 국가 지원이 절실함

체계적인 국가 지원이 절실함 범주의 하위범주는 이동지원은 가장 기본, 주거지가 있어야 지역사회 통합이 가능, 정보 전달의 유기적 연계이다.

a. 이동지원은 가장 기본

“중증장애인에게 이동지원은 가장 기본적인 거라고 생각해요. 저 같은 사람에게는 휠체어, 차량개조, 주택개조는 물어볼 것도 없이 무조건 필요해요. 학교를 다니는 직장을 찾으러 어디를 가든 반드시 필요한 것들이거든요. 이런 부분들이 개선되기를 바랍니다.(참여자 1)”

“스웨덴, 뉴질랜드 같은 나라에서는 중증장애인을 위한 이동지원은 가장 기본적으로 제공해요. 모든 사회생활의 기본이거든요. 우리도 이렇게 되었으면 좋겠어요.(참여자 7)”

“병원에 2-3년 있으면서 돈 쓰는 거 보다는 이동지원을 확실하게주는 것이 더 좋을 텐데... 이런 생각을 못하는 이유를 잘 모르겠어요. 안 하는 건지 못 하는 건지 잘 모르겠어요.(참여자 5)”

b. 주거지가 있어야 지역사회 통합이 가능

“어디서 살 것인가가 매우 중요해요. 병원에서 나와도 살 곳이 없으면 당연히 다시 병원으로 가려고 합니다. 특히 휠체어가 접근이 되는 거주지가 필요하고요. 이러한 곳들이 많아져야 장애인들이 그래도 병원 밖으로 나오려고 할 겁니다. 사실 이런 부분이 제대로 안되어 있으면 병원 생활이 훨씬 편해요.(참여자 8)”

c. 정보 전달의 유기적 연계

“병원에서부터 필요한 정보가 잘 제공되었으면 좋겠어요. 병원에 있으면 아무것도 몰라요. 혼자 입원한 장애인의 경우에는 더 고립이 심하고요. 국가적으로 아니면 어떠한 형태로든지 장애와 사회복귀에 대한 정보가 잘 연결되고 유기적으로 공유되는 것이 필요해요.(참여자 7)”

“아는 사람과 모르는 사람은 천지차이입니다. 일단 모르고 지내면 쪽 병원에서 살아요. 하지만 정보 연계가 잘 되어 알면 그래도 쉽게 마음을 정할 수 있어요.(참여자 2)”

3) 선택코딩

(1) 핵심범주

개방코딩과 축코딩을 거치면서 참여자들이 서술했던 내용들을 분석한 결과를 바탕으로, 중증장애인의 탈병원 및 지역사회 복귀 경험의 핵심범주는 ‘갑작스런 장애로 인한 장기간 병원생활과 환경적인 변화를 딛고 사회복귀를 위한 목표를 명확히 설정하여 지역사회 내에서 생활함으로써 궁극적인 삶의 만족과 사회소속감을 달성했다’로 결정했다.

(2) 이야기 윤곽(story line)

참여자들은 갑작스럽게 후천적 중증장애를 갖게 되면서 기존에 사용하던 중요한 신체적 기능을 상실하게 되었다. 장애로 인해 수술 후 병원에서 장기간 입원하게 되고 장애로 인해 여러 형태의 불편함과 심리적인 어려움을 겪게 되며 장애에 대한 불안정과 무미건조한 생활로 인해 정서적인 부적응 상태를 경험하기도 하였다. 특히, 본인이 과거에는 아무런 도움 없이 하던 일을 할 수 없다는 현실에 직면하면서 자괴감, 불만, 불안 등과 같은 심리적인 충격을 받기도 했다. 그리고 장기간 병원생활로 인해 귀중한 시간을 허비한다는 생각이 들면서 탈병원을 계획하기 시작했다. 그러나 심리적인 문제를 해소하고 탈병원을 하기 위해 병원 내에서 여러 전문가, 주위 사람들의 도움을 필요로 했으나 탈병원과 관련해 정보를 제공하거나 격려하는 사람은 거의 없었다. 단지 우연한 기회로 중증장애인이 생활하는 모습이 담긴 동영상, 주위 지인이 던진 조언, 퇴원하는 주위 친구들을 직접 바라보면서 점진적으로 탈병원에 대한 구체적인 구상을 하였다. 탈병원을 실제로 실행하는 과정 중에 보장구 지원의 부족, 차량개조의 미흡, 양에 치중한 직업알선 서비스 등의 정책적 한계를 겪었으나 지역사회 복귀 프로그램, 장애 동료들의 조언, 활동지원서비스 등을 통해 탈병원을 포기하지 않고 지속적으로 진행하였다. 예를 들어, 활동형 휠체어 사용, 독립적인 거주, 자차 운전, 장애에 맞는 구직 및 직업활동 등의 과정을 통해 지역사회에 소속되기 위해 많은 노력과 시간을 투자하였다. 후배들에게 탈병원의 필요성을 강조하였으며 지역사회 참여로부터 느끼는 긍정적인 감정과 생각을 공유하고자하였고 궁극적으로 본인 스스로도 삶의 만족도를 높일 수 있었다.

IV. 전문가 포커스그룹인터뷰



중증장애인의 신속하고 올바른 탈병원과 지역사회 통합을 위해 제도적·정책적인 지원과 개선이 필요하다. 본 연구에서는 중증장애로 인해 장기간 병원에 입원하는 기간을 줄이고 신속하게 지역사회로 복귀하기 위해 필요한 정책·제도를 마련하고자 전문가를 대상으로 포커스그룹인터뷰(Focus group Interview, FGI)를 실시하였다.

1 연구 설계 및 질문의 개발

본 연구는 커뮤니티케어 체계 속에서 중증장애인의 탈병원을 위한 방안을 마련하기 위해 포커스그룹인터뷰(Focus Group Interview, FGI)를 활용하였다. 질문을 개발하기 위해 연구자들은 FGI 연구방법 절차에 따라 질문의 원칙을 숙지하고 연구 목적을 명확히 한 후 그러한 목적에서 질문이 벗어나지 않도록 하였다. 책임연구자 및 공동연구자는 질문의 초안을 작성하고 상호검증을 하였다. 다수의 의견 교류를 통해 질문의 최종안이 도출되었으며 <표 IV-1>과 같은 구체적인 질문을 개발하였다.

<표 IV-1> FGI 질문 내용

질문구분	질문내용
시작질문	1. 본 연구의 목적 및 필요성에 대해 간략히 설명하겠습니다. 2. 본 FGI 참석자를 간략히 소개하겠습니다. 3. 본 FGI의 진행방법(참여자 순번부여, 익명성 보장, 의견제시 방법, 의견제시 독점 금지 등)을 설명하겠습니다.
도입질문	1. 심층인터뷰 참여자의 인적사항을 간략히 소개하겠습니다. 2. 심층인터뷰 결과를 간략히 소개하겠습니다. 3. 심층인터뷰 결과의 특이점을 간략히 소개하겠습니다.
전환질문	1. 심층인터뷰 결과에 대한 의견을 말씀해주시기 바랍니다. 2. 탈병원과 관련해 추가적인 개인적 경험 혹은 의견이 있으면 말씀해 주시기 바랍니다.
주요질문1	1. 중증장애인의 탈병원을 위한 현 제도·정책의 문제점은 무엇인지 말씀해주시기 바랍니다. 2. 그러한 문제점의 주된 원인은 무엇인지 말씀해 주시기 바랍니다. 3. 중증장애인의 탈병원을 위해 필요한 제도·정책은 어떠한 것들이



질문구분	질문내용
	있는지 말씀해주시기 바랍니다.
추가질문2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 중증장애인의 탈병원을 위한 가족 및 주위 사람들의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다. 2. 중증장애인의 탈병원을 위한 병원의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다. 3. 중증장애인의 탈병원을 위한 지역사회의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다. 4. 중증장애인의 탈병원을 위한 기타 방안에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.
마무리 질문	<ol style="list-style-type: none"> 1. 본 FGI의 목적 및 필요성을 간략히 요약하겠습니다. 2. 본 FGI에서 논의된 주요 내용을 간략히 요약하겠습니다. 3. 요약한 내용에 추가적인 의견이 있으시면 말씀해 주시기 바랍니다. 4. 본 FGI를 종료하겠습니다.

2

자료 수집 과정 및 절차

질적연구는 양적연구와 달리 소수의 연구참여자들을 대상으로 연구주제와 관련된 자료를 수집하는 연구방법으로써 양적연구로 조사하기 어려운 내용이나 현상을 조사할 때 주로 사용된다. 질적연구에서는 소수를 대상으로 조사를 실시하기 때문에 연구목적에 대한 가장 바람직하고 유용한 정보를 제공해줄 수 있는 참여자를 선정하는 것이 중요하다(Morse & Field, 1995). FGI는 질적연구방법의 하나로써 소수의 선정된 참여자가 그룹에 참여함으로써 특정 서비스, 상품, 개념 등에 대해서 본인들의 견해, 의견, 사고, 태도 등을 토론하는 질적연구방법이다. 질문은 상호 역동적인 그룹 내에서 제시되며 이러한 그룹 환경 내에서 각 참여자들은 본인의 의견을 자유롭게 공개적으로 밝히며 그룹의 다른 참여자들에게 제시한다. 이러한 과정을 통해 연구자는 그룹에서 제시된 주요한 내용이나 사실들을 기록 및 요약하며 제시된 내용을 분석한다. 일반적으로 FGI 연구는 양적 연구를 수행하기 어려울 때, 그룹내 참여자들 간의 상호작용이 필요할 때, 복잡한 행동이나 동기를 밝히고 이해하고자 할 때 사용한다(Creswell, 2003; Wikipedia, 2019).

본 연구에서는 중증장애인의 탈병원을 위한 방안을 논의함에 있어 집단 간의 차

이를 고려했으며 다양한 자료를 수집하기 위해 장애인 당사자 및 커뮤니티케어·탈병원 관련 전문가로 FGI를 구성하였다. 장애인 당사자와 전문가는 장애 현장에서 최소 10년 이상의 전문 경력이 있는 자로써 연구 목적과 부합하는 의견을 제시할 수 있는 자로 선정하였다. FGI는 10명의 장애인 당사자 및 전문가를 대상으로 5명씩 나누어 2019년 8월에 총 2회 실시하였다. FGI에 참석한 참여자의 일반적 특성은 <표 IV-2>과 같다. 연구자는 참여자들에게 연구의 목적, 방법, 향후 계획 등에 대해서 설명하였으며 회의에 소요된 시간은 2시간 정도였다.

<표 IV-2> FGI 참여자 일반 사항

구분	성별	연령	장애유무	활동분야 및 경력
참여자1	여성	40대	있음/중증	장애인 복지 관련 영역/15년
참여자2	남성	40대	없음	보조기기 관련 영역/16년
참여자3	남성	40대	있음/중증	장애인 직업재활 관련 영역/22년
참여자4	남성	60대	없음	장애인 복지 및 의료 관련 영역/26년
참여자5	남성	50대	있음/중증	작업치료 관련 영역/27년
참여자6	남성	50대	없음	차량개조 관련 영역/16년
참여자7	여성	50대	없음	장애인 재활 관련 영역/20년
참여자8	남성	50대	없음	재활의료 관련 영역/23년
참여자9	남성	50대	없음	재활의료 관련 영역/25년
참여자10	남성	40대	없음	작업치료 관련 영역/17년

인터뷰는 각 참여자들로부터 중증장애인 탈병원과 관련된 새로운 진술이 더 이상 나오지 않는 자료의 포화시점까지 진행되었다. 책임연구자는 참여자들이 제약을 받지 않고 자유롭게 논의할 수 있도록 하였으며 특히 일부 참여자가 토론을 독점하거나 일방적인 주장을 하지 않도록 하였고 모든 참여자가 연구주제에 대해서 이야기하도록 하였다. FGI 중에 참여자들이 논의한 내용은 녹음하였고 이후 분석을 위해 녹취록을 작성하였다.



3 자료 분석

본 연구에서는 중증장애인의 탈병원에 대한 경험과 사회복귀를 위한 방안을 모색하기 위해 장애인 당사자와 전문가가 제시한 자료를 분석하였다. 자료 분석은 현상에 대한 폭넓은 이해를 높이기 위해 내용분석(content analysis)을 적용하였다(Creswell, 2003). 연구자는 FGI 논의 내용을 반복적으로 분석하면서 의미 있는 단어·문장·단락을 선택하여 개방코딩(open coding)을 분류하였다. 유사한 문장과 단락으로 자료를 구분하고 구분된 문장에서 하위주제를 도출한 후 최종적으로 주제를 구분하여 명명하였다(Creswell, 2003).

4 연구 결과

본 연구의 분석결과 커뮤니티케어를 통한 중증장애인의 탈병원과 관련해 18개의 주제가 도출되었다. 각 주제는 중심 내용별로 병원-커뮤니티 연계의 구축, 탈병원을 위한 병원의 역할, 보조기기 제공 개선, 차량개조 확대, 커뮤니티케어를 위한 기타 지원의 5가지 영역으로 분류되었다.

1) 병원-커뮤니티 연계의 구축

(1) 주제 1: 병원과 커뮤니티 기관과의 소견-모니터링 관계 형성

재활의학과는 팀접근으로 이루어지는 것이 일반적이지만 현재 우리나라의 경우 3급 종합병원 중 재활의학과가 있는 곳은 1곳 뿐이다. 이러한 상황에서 재활의학과가 없는 3급 병원에서 팀접근을하기에는 현실적으로 어렵다. 또한, 병원 내에 중증장애인의 사회복귀 프로그램을 실시하기 위해 건물 및 부대시설을 마련하는 것도 쉽지는 않다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 병원에서는 소견을 제시하고 보장구 평가나 사회적응훈련 등을 할 수 있는 기관을 선정해 장애인이 그러한 기관에서 서비스를 받도록하며 병원은 프로그램 결과를 모니터링을하는 체계를 고려해 볼

수 있다.

“의사는 사회복귀프로그램을 지시하고 프로그램은 척수당사자단체에서 진행하며 의사에게 모니터링을 받는 체계를 생각해 볼 수 있다. 재활병원이 많이 없는 우리나라 상황에서 고려해 볼 수 있는 시스템으로 병원에 모든 역할을 부과하기 보다는 소견-모니터링을 통해 지역사회 프로그램을 모니터링 함으로써 의사는 수입을 높이고 프로그램은 확대될 수 있다.(참여자4)”

“의사는 처방하고 협회가 프로그램을 한 것을 모니터링하는 수가를 책정하면 프로그램이 활성화 될 수 있다. 그리고 병원에서는 퇴원을 시키고 새로운 환자를 받으면 돈이 되기 때문에 가능한 빨리 퇴원시킬 수 있는 환경을 만들어 주어야 한다. 즉 신규 환자를 빨리 받으면 수입이 늘어나는 구조를 만들어 주어야 한다.(참여자5)”

(2) 주제 2: 장애인 단체의 일상홈프로그램 활성화

일상홈프로그램은 사회복귀가 어려운 중증장애인을 대상으로 곧바로 사회복귀를 실시하기 전에 중간 과정으로 사회복귀를 준비하는 프로그램이다. 이러한 프로그램은 척수장애나 뇌병변장애인을 비롯해 정신장애인, 교정시설 거주자 등을 대상으로 제공되고 있다. 중증장애인의 탈병원-사회복귀를 위해 일상홈프로그램이 활용되고 있으며 뉴질랜드, 스웨덴 등 해외에서도 유사한 프로그램이 운영되고 있다.

“현재 척수협회에서는 사회복귀프로그램이 진행되고 있는데 이 프로그램은 4주 과정으로써 과정을 이수한 사람들의 94%가 사회(학교, 직장, 가정)로 복귀한 상태입니다. 이러한 프로그램을 활성화하여 척수장애인의 사회복귀를 높일 수 있습니다.(참여자5)”

(3) 주제 3: 재활협의체를 통한 재활계획

탈병원-커뮤니티의 기본은 개별 장애인의 사례를 관리하는 것이며 단순히 장애인의 사례를 개시하여 초기상담을 하고 서비스를 연계하는 것 이상의 체계적인 계획이 필요하다(Chan, Leahy, & Saunders, 2005). 병원에서는 병원 내에 거주하기 때문에 의사 혹은 치료사에 의해 재활계획이 이루어지지만 병원을 퇴원하면 후속계획이 미흡해 탈병원을 체계적으로 지원하기가 어렵다. 병원에서는 의사 혹은 치료사가 퇴원 이후에는 동료상담사나 사회복지사가 재활계획을 지원하는 것이 필요하다. 이를 위해 커뮤니티 내에서는 재활협의체에서 재활계획을 주도적으로 관리하



고 프로그램을 운영해야 한다.

“재활협의체는 보건소, 복지관, CBR 기관 등이 모두 소속되어 있기 때문에 커뮤니티 내에서 중증장애인의 재활계획을 지원하는 주체로써 작용해야 한다.(참여자5)”

2) 탈병원을 위한 병원의 역할

(1) 주제 1: 병원 내 정보제공 기능 강화

일반적으로 재활병원에 입원해 있는 중증장애인은 재활치료에 대해 정확히 이해하지 못하는 경우가 많다. 재활치료를하면 다시 이전처럼 신체 기능을 회복할 수 있다고 생각하거나 영구적인 장애를 이해하지 못하기도 한다. 장애에 대한 정확한 정보를 제공해야하지만 의료진들은 장애인의 장애로 인한 심리적 충격을 우려하여 장애인에게 적시에 올바른 정보를 제공하지 못하기도 한다.

또한, 병원 내에서는 중증장애인이 병원 밖에서 어떻게 살아가는지에 대한 정보가 부족하다. 예를 들어, 보조기기, 주택개조, 차량개조, 장애인 주택 지원 등 퇴원 이후 생활에 필요한 정보를 병원 내에서 제공받기란 쉽지 않다. 병원 내에서 중증장애인을 대상으로 필요한 사회복귀 정보를 제공하기 위해 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제14조(장애인 건강권 교육)을 통해 병원 관련 전문가를 대상으로 장애 관련 교육이 실시되어야 한다. 예를 들어, 재활의료기관지정사업을 통해 병원 내 퇴원연계실의 지역사회퇴원연계 사회복지사를 대상으로 교육을 실시한다.

“탈병원은 퇴원연계실에서 가장 우선적으로 고민해야 하며, 권역재활병원이나 시범사업을 하고 있는 병원의 퇴원연계실을 적극적으로 활용해 장애인이 사회복귀하는데 필요한 정보나 지식을 제공하는 것이 필요하다.(참여자9)”

“외부에서는 00원에서 주택개조 사업을 한다는 것 자체도 모른다. 심지어 재활학과 의사나 치료사들조차도 00원에서 하는 개조사업을 잘 모른다. 그리고 민간단체에서 실시하는 사업도 잘 정리해 병원에 알려야 한다.(참여자10)”

(2) 주제 2: 재활치료수가의 현실화

2019년도 하반기 재활치료수가시범사업을 통해 회복기 재활치료 수가체계 개편, 대상환자군 확대 등, 성과기반 차등보상 도입 기반 마련, 지역사회 연계 기능 강화, 재활의료기관 별도 인증기준 마련, 요양병원의 종별 전환 지원 등을 실시하고 있다. 또한 집중재활치료에도 불구하고 일부 잔존하는 장애치료나 돌봄 서비스 등을 지역사회에 유기적으로 연계해 받을 수 있는 지원체계를 마련하기 위해 지역사회 연계 기능 강화도 추진한다. 이를 위해 지역사회 연계수가를 신설해 ‘통합계획관리료II(퇴원계획)’은 퇴원 전 1회에 한해 통합계획관리 시 사회복지사가 참여해 퇴원 후 관리를 위한 목표 및 계획을 세우고, 개인별 맞춤 계획을 환자 및 가족에게 설명·교육을 실시한 경우에 산정한다. 그리고 지역사회연계I(기관내 활동)은 환자 요구도에 맞는 서비스기관을 별도 현장방문 없이 유선 등으로 연계 시 산정하고, 퇴서 또는 지원서류 등 작성 및 발송, 환자(보호자)에게 설명·교육한 경우에 산정한다. 지역사회연계III(현장 방문활동)은 환자 및 보호자와 함께 지역사회 기관(복지관 등) 등을 방문한 경우, 1회 산정하는데 필요시 1회에 한해 추가할 수 있다. 통합재활안전방문관리료는 사회복지사 및 작업치료사가 함께 주거환경을 평가하는 경우에 산정하는데, 1회에 한해 산정하며, 2회 차부터는 기존 MM143 재활사회사업-다. 가정방문수가로 산정한다.

그러나 시범사업으로 실시되고 있는 수가가 현실성이 떨어져 광범위하게 적용되는데 한계가 있다. 예를 들어, 통합재활안전방문관리료의 경우 사회복지사와 작업치료사가 공동으로 지역사회 기관에 방문하는데 수가는 73,000원이 책정되어 금액이 매우 낮다.

“환자들은 여기 뭐가 있습니까라고 정보만 제공하면 안가기 때문에 직접 동반해 방문하는 것도 중요하다. 그래서 사회복지사와 작업치료사가 함께 가는데 수가는 토달 73,000원이다. 이 금액은 너무 낮다. 이런 식으로하면 오히려 수익이 떨어진다.(참여자8)”

“통합관리수가-팀 컨퍼런스- 4인 혹은 5인 이상이 함께모여야하는데 30분 컨퍼런스하러 치료를 빠지면 수익이 더 떨어진다. 명분상 수가를 만들어는 놓았으나 실효성이 없어 보편화 될지는 미지수다. 시범사업이라 초기예산이 부족한 것은 이해되지만 점진적으로 수가를 현실화해야 많은 병원들이 관심을 갖고 연계를 할 것 같다.(참여자10)”

(3) 주제 3: 작업치료 수가의 신설

급성기 치료 이후 다수의 중증장애인들은 지속적인 재활치료를 받으며 재활치료



를 통해 의료적으로 신체 기능을 최적화하는 노력을 기울인다. 그러나 현재 재활치료는 의료적인 기능에 치중되어 있으며 중증장애인의 실생활에 도움이 되는 보조기기를 이용한 장보러가기, 트랜스퍼하기 등의 생활형 치료가 병행되어야 한다. 생활형 치료를 보급하기 위해 치료사 수가 중 일상생활 활동에 도움이되는 치료동작을 분석하여 새로운 수가를 산정할 필요가 있다.

예를 들어, 척수장애에 대한 수가 코드는 컴플렉스, 스페셜, ADL 등으로 작업치료에서 사용할 수 있는 수가는 한정적이다. 기존 수가 코드와 더불어 운전재활, 트랜스퍼 등에 맞는 수가를 개발할 필요가 있다.

“척수장애에 맞는 수가가 한정적이라서 결국 척수장애 전문병원들이 사라지고 있다. 즉 수익 감소로 척수장애 재활병원의 수가 줄고 있다. 일상생활과 밀접히 연관되어 있는 운전재활, 휠체어에서 자동차로 이동, 장보기 등과 같은 동작을 분석해 새로운 치료 수가를 만드는 것도 고려해야 한다.(참여자7)”

3) 보조기기 제공 개선

(1) 주제 1: 병원-보조기기센터의 연계

보조기기는 중증장애인의 탈병원-커뮤니티와 관련해 매우 중요한 역할을하는 서비스로써 장애가 중증일수록 그 필요도는 높다. 특히 병원에서부터 보조기기의 중요성을 인지하여 보조기기에 대한 적절한 서비스가 제공되어야 한다. 특히 병원에 치료사들이 보조기기에 대한 정보를 숙지하여 중증장애인에게 보조기기에 대한 정보를 제공하거나 보조기기센터로 연계하여 중증장애인이 보조기기를 접할 수 있도록 해야 한다. 병원의 치료사가 개별 보조기기에 대해 최소 사용법만 알려주고 보조기기센터로 연계하여 전문적인 평가를 받을 수 있도록해야 한다.

“병원에서부터 탈병원을 지원할 수 있어야 합니다. 병원에서부터 보조기기를 포함한 종합적인 지원이 필요하죠.(참여자2)”

“커뮤니티케어 시스템 내에 보조기기 관리 및 연계가 포함되어 있어야 한다. 가장 유사한 것이 안심케어 주택이지만 이것 만으로는 부족하다. 현재 보조기기 센터가 10개 있으며 이러한 센터와 연계해 장애인의 보조기기 욕구나 관련 정보를 제공해야 한다.(참여자4)”

(2) 주제 2: 보조기기 예산 구조의 개편

보장구는 의료보험체계 내에서 의료보험수가로 지급되고 있기 때문에 국민 개개인이 모두 지불하고 있는 국민의료보험의 재원적인 한계를 극복하기가 어렵다. 즉 국민 개개인이 모두 의료보험을 납부하고 있기 때문에 보장구를 무료로 지원하면 결국 국민이 내는 보험료가 상승하는 결과를 초래한다. 이러한 문제 때문에 보장구의 상한액을 폐지하는 것은 전체 국민의 동의를 구하기가 쉽지는 않다.

또한 보장구의 상한액은 보장구 가격에 비해 너무 낮기 때문에 현실적으로 장애인의 자부담이 높은 경우가 많다. 일본에서도 보조기기의 상한액이 정해져 있기는 하지만 상한액의 기준은 현실적이며 매년 물가 상승분을 반영하여 상한액을 지속적으로 높이고 있다.

이러한 보장구와 관련된 재정 문제를 해결하기 위해서 의료적인 보장구는 건강보험을 통해 지원하고 기타 직업이나 일상생활과 관련된 보조기기는 별도의 재원(조세재정, 기금, 출현금 등)으로 지원할 필요가 있다.

“보장구의 상한액은 철폐되어야하나 의료보험수가 내에서는 이루어지기 어렵다. 그래서 보장구는 의료보험제도가 아니라 별도의 재원을 마련해 지원해야 한다. 건강보험체계 내에서 의료보험수가로 지급되는 것에는 한계가 있다. 정부는 국민 전체의 합의와 개별 납세자의 부담을 고려해 결정해야 하기 때문에 상한액 폐지는 어려울 것이다.(참여자5)”

4) 차량개조 확대

(1) 주제 1: 경증 위주의 지원책 개선

현재까지 척수장애인들에게 필요한 차량개조는 운전보조장치에만 국한되었다. 그러나 이는 장애 정도가 비교적 경한 흉수 1, 2번 이하 레벨의 장애인에게만 유용하고 이보다 중한 경수손상 장애인들은 차량에 접근하는 것부터 많은 제약이 있다. 중증장애인에게 적절한 차량개조 서비스가 제공되기 보다는 장애인 본인의 신체적 재활에만 의존하고 있다. 특히 90년대 이후부터 차량개조가 본격적으로 시작되었으나 중증장애인에겐 필요한 서비스나 지원이 제공되지 못하고 있다.

“차량개조는 주로 경증 척수장애인이 필요로하는 기기에 국한되어 있어 이제는 중증에게



도 적절한 지원이 이루어져야 합니다. 비록 몇몇 기관에서 관련 사업을 진행하고는 있으나 아직은 초기 단계이고 적극적인 지원이 이루어지지 못하고 있습니다.(참여자4)”

(2) 주제 2: 보건복지부의 차량개조 서비스 제공 필요

고용노동부나 일부 지자체 보조기기센터에서는 장애인을 대상으로 차량개조 서비스를 제공하고 있다. 보건복지부에서는 휠체어, 전동휠체어 등 여러 가지 보장구를 지원하고 있으며 보장구처럼 차량개조 및 차량과 관련된 보조장치 역시 중증장애인의 재활과 관련해 지원할 필요가 있다. 보건복지부는 차량개조가 중증장애인의 재활에 긍정적인 영향을 미친다는 사실에 기초해 차량개조 서비스를 보조기기에 추가해 지원할 필요가 있다.

“차량개조 장치가 어떻게 장애인의 삶에 변화를 가져 오는지를 생각한다면 당연히 보건복지부에서도 전 장애인들에게 맞는 차량개조나 보조장치 지원을 실시 해야 한다고 생각합니다.(참여자4)”

(3) 주제 3: 점진적인 지원 고려

현재 차량용 보조공학기기 지원에 적개는 150만원부터 승합차에 전동휠체어로 탑승해 운전을 할수 있는 정도까지 개조를 하려면 비용이 대략 2000만원 이상 소요된다. 차량개조를 위한 예산 마련을 고려해 볼 때 점진적으로 예산을 확대하는 것이 필요하다. 즉, 비교적 비용이 적게 들고 차량을 이용하는데 필수적인 승하차 보조장치와 운전보조장치부터 지원하고 그 외의 고가의 차량개조 부분은 장애인 당사자의 장애 정도나 생활환경을 평가하고 개조차량 이용 빈도, 장애인 당사자의 생활의 질적 향상 가능성, 사회참여 가능성 등에 따라 순차적으로 지원하는 방법을 고려할 필요가 있다.

“일반적으로 차량개조는 비용이 많이 드는 경우도 있습니다. 간단하게 핸드컨트롤 장치는 150만원이고 차량 전체를 개조하면 약 2000만원 정도 필요합니다. 이러한 재정 지원을 하루 아침에 마련하기는 쉽지 않을 것으로 생각됩니다. 그래서 차선택으로 고려해 볼 수 있는 것이 비용이 적게들고 차량이용에 필수적인 장치부터 지원하고 고가의 차량개조는 평가를 면밀히 진행해 꼭 필요한 경우에만 지원하도록해야 합니다.(참여자5)”

5) 커뮤니티케어를 위한 기타 지원

(1) 주제 1: 장애인등록과 등록증 발급시기의 개선

사고는 보상체계와 연결되어 있으며 보험사로부터 보상을 받기 위해서는 장애진단을 받아야 한다. 그러나 우리나라의 경우 장애진단을 받으려면 치료 후 최소 6개월 이상 경과되어야 가능해 보상이 지연되기도 한다. 척수장애의 경우 의료적 진단과 치료는 3-5개월이면 종료되기 때문에 이러한 점을 고려하여 6개월 이상 기다리기보다는 6개월 이전이라도 장애등록이 가능하도록 해야 한다.

“장애등록이 되어야 보상을 받을 수 있으며 보상이 되어야 주택개조 및 보조기구를 구입할 수 있다. 이러한 것을 고려해 보면 현재는 장애등록을 하려면 최소 6개월을 기다려야 하는데 이러한 시간도 탈병원을 지연하는 간접적인 요인이 될 수 있다.(참여자1)”

(2) 주제 2: 고용주의 중증장애인에 대한 인식개선

중증장애인에게 있어 직업재활이 어려운 원인은 여러 가지이지만 1차적으로 장애인이 심리적으로 준비가 되어있지 않거나 직업에 대한 자신감이 부족한 경우도 있다. 뿐만 아니라 중증장애인의 개인적인 문제와 더불어 고용주의 인식이 아직도 부족한 경우도 많다. 고용주의 장애에 대한 부정적인 인식을 개선하기 위해서는 정기적인 인식개선교육이 필요하다. 현재 여러 기관에서 장애인식개선교육을 실시하고 있으나 특별히 고용주의 인식개선이 무엇보다도 중요하다.

“일부 척수장애인들은 8시간 풀타임으로 근무하는 것을 두려워하기도 하지만 그것보다도 장애인을 뽑는 회사의 고용주가 장애를 전혀 모르거나 인식이 부정적인 경우도 많다. 그래서 실제로 척수장애인을 선발하고서도 그냥 집에 있으라고해 출근을 하지 않는 경우도 목격했다.(참여자5)”

V. 결론 및 제언

중증장애인은 초기 의료적 치료를 통해 신체적 기능을 최대한 유지하고 물리·작업치료 등을 통해 잔존 신체능력을 유지한다. 초기 의료적 처치는 중증장애인이 잔존 신체기능을 개발하는데 중요한 역할을 하지만 경우에 따라 의료적 치료가 현실적으로 종료되었으나 여러 환경적·개인적인 이유로 퇴원을 하지 않는 경우도 있다. 불필요한 장기 입원은 중증장애인의 재활과정이나 재활동기에 부정적인 영향을 미치기도 하며 바람직한 사회복귀를 지연시키는 주요한 요인이기도 하다. 이에 본 연구에서는 중증장애인의 불필요한 병원 입원을 줄이고 커뮤니티케어를 통해 지역사회 복귀를 위한 정책·제도를 마련하기 위해 문헌조사, 중증장애인 당사자 심층인터뷰, 전문가 FGI 등을 실시하였다. 이에 본 연구에서 중증장애인의 탈병원과 지역사회 복귀를 위한 구체적인 방법과 개선방향은 다음과 같다.

1 탈병원을 위한 병원의 역할

1) 병원 내 정보제공 기능 강화

과거 문헌에 의하면 중증장애인의 재활과 관련해 치료 초기부터 재활과 필요한 정보나 지식이 제공되는 경우가 그렇지 못한 경우와 비교해 재활 효과가 우수하다(최혜영 외, 2017). 그러나 일반적으로 재활병원에 입원해 있는 중증장애인은 재활 치료의 과정, 치료의 예후, 영구적인 장애 등에 대해 정확히 이해하지 못하는 경우가 많다. 재활치료를 하면 다시 이전처럼 신체 기능을 회복할 수 있다고 생각하거나 영구적인 장애를 이해하지 못하기도 한다. 치료 초기에 장애와 관련된 적절한 정보와 심리재활 서비스가 제공되지 않는 경우에는 장애를 받아들이고 수용하는데 장시간 걸리기도 한다(Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 1997).

장애에 대한 정확한 정보를 제공해야하지만 의료진들은 장애인의 장애로 인한 심리적 충격을 우려하여 장애인에게 적시에 올바른 정보를 제공하지 못하기도 한다. 또한, 병원 내에서는 중증장애인이 병원 밖에서 어떻게 살아가는지에 대한 정보를 제공하지 못하는 경우도 많다. 예를 들어, 보조기기, 주택개조, 차량개조, 장애인 주택 지원, 직업재활, 활동지원 등 퇴원 이후 생활에 필요한 정보를 병원 내에서 제공받기란 쉽지 않다.



이러한 문제점을 해소하기 위해 병원 내에서 중증장애인을 대상으로 필요한 사회복귀 정보를 제공할 필요가 있으며 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제14조(장애인 건강권 교육)을 통해 병원 관련 전문가를 대상으로 장애 관련 교육이 적극적으로 실시되어야 한다. 예를 들어, 재활의료기관지정사업을 통해 병원 내 퇴원연계실의 지역사회퇴원연계 사회복지사를 대상으로 우선적으로 중증장애와 일상생활, 중증장애인을 위한 정부·민간 서비스, 중증장애 관련 기관·단체, 기타 사회복지 서비스 등과 관련된 내용을 교육해 중증장애인이 병원 내에 있을 때부터 사회복귀에 대한 정보를 접할 수 있도록 해야 한다.

2) 재활치료수가의 현실화

우리나라는 의료기관에서 의료인이 제공한 의료서비스(행위, 약제, 치료재료 등)에 대해 서비스 별로 가격(수가)을 정하여 사용량과 가격에 의해 진료비를 지불하는 제도를 채택하고 있다(건강보험심사평가원, 2019). 정부에서는 재활치료에 대한 수가 개선을 위해 2019년도 하반기 재활치료수가시범사업을 통해 회복기 재활치료수가체계 개편, 대상환자군 확대, 성과기반 차등보상 도입 기반 마련, 지역사회 연계 기능 강화, 재활의료기관 별도 인증기준 마련, 요양병원의 종별 전환 지원 등을 실시하고 있다. 또한 집중재활치료에도 불구하고 일부 잔존하는 장애치료를 돌봄 서비스 등을 지역사회에 유기적으로 연계해 받을 수 있는 지원체계를 마련하기 위해 지역사회 연계 기능 강화도 추진한다. 이를 위해 지역사회 연계수가를 신설해 통합계획관리료 II(퇴원계획)는 퇴원 전 1회에 한해 통합계획관리 시 사회복지사가 참여해 퇴원 후 관리를 위한 목표 및 계획을 세우고, 개인별 맞춤 계획을 환자 및 가족에게 설명·교육을 실시한 경우에 산정한다. 그리고 지역사회연계 I(기관 내 활동)은 환자 요구도에 맞는 서비스기관을 별도 현장방문 없이 유선 등으로 연계 시 산정하고, 의뢰서 또는 지원서류 등 작성 및 발송, 환자(보호자)에게 설명·교육을 실시한 경우에 산정한다. 지역사회연계 II(현장 방문활동)는 환자 및 보호자와 함께 지역사회 기관(복지관 등) 등을 방문한 경우, 1회 산정하는데 필요시 1회에 한해 추가할 수 있다. 통합재활안전방문관리료는 사회복지사 및 작업치료사가 함께 주거환경을 평가하는 경우에 산정하는데, 1회에 한해 산정하며, 2회 차부터는 기존 MM143 재활사회사업-다. 가정방문수가로 산정한다(국립재활원, 2019).

<표 V-1> 회복기 재활의료기관 2단계 시범수가(안)

수가명(가칭)	점수	금액(원)	비고
통합계획관리료 II (퇴원계획)	911.05	68,240	-사회복지사가 치료팀과 함께 퇴원 후 관리를 위한 개인별 맞춤 계획을 세우고 환자 및 가족에게 설명 및 교육을 실시한 경우 산정(퇴원전 1회)
지역사회연계 I (기관 내 활동)	246.42	22,152*	-환자 요구도에 맞는 서비스기관을 별도 현장방문 없이 유선 등으로 연계 시 산정 -의뢰서 또는 지원서류 등 작성 및 발송, 환자(보호자)에게 설명·교육한 경우 산정
지역사회연계 II (현장 방문활동)	524.46	47,316*	-환자 및 보호자와 함께 지역사회 기관(예 보건소, 복지관 등)등을 방문한 경우 산정 -1회 산정(필요시 1회에 한해 추가)
통합재활안전방문 관리료	812.84	73,056*	-사회복지사 및 작업치료사 등이 함께 주거환경을 평가하는 경우에 산정 -1회에 한하여 산정하며, 2회차 부터는 기존MMI43재활사업·다가정방문수가 산정

* 종별가산 적용
교통비 108.30점(8,110원)별도

그러나 시범사업으로 실시되고 있는 수가가 현실성이 떨어져 광범위하게 적용되는데 한계가 있다. 예를 들어, 통합재활안전방문관리료의 경우 사회복지사와 작업치료사가 공동으로 지역사회 기관에 방문하는데 수가는 73,000원이 책정되어 금액이 매우 낮다. 재활치료 프로그램이 활성화되고 병원의 관심을 유도하기 위해서는 수가의 현실화가 필요하다. 시범사업을 통해 지적된 문제점과 함께 점진적으로 수가를 인상할 필요가 있다. 특히 산재장애인을 위한 작업치료 수가에서 제시하고 있는 재활 프로그램 및 직업재활 프로그램의 사례를 고려하여 유사한 영역이나 행위에 대해 적정 수가를 책정해야 한다.



<표 V-2> 근로복지공단 산하 산재병원 작업치료 수가 현황

구분	항목	분류	금액
재활 프로그램	검사료	다차원 수부 평가	124,250
		다차원 상지절 평가	201,650
		다차원 하지절단 평가	137,070
		일상생활동작 수행분석 평가	80,400
		다차원 인지기능 평가	216,000
	이학요법료	수부 집중재활프로그램	26,000
		상지 절단 집중의지훈련프로그램	26,000
		하지 절단 집중의지훈련프로그램	23,850
		일상생활동작 집중의지훈련프로그램	39,000
		일상생활 보조도구 훈련프로그램	26,000
		인지재활훈련프로그램	26,000
		집단치료(작업치료)	10,270
직업재활 프로그램	검사료	작업능력 평가	450,000
	이학요법료	작업능력 강화 프로그램(모의작업치료)	31,610

3) 중증장애에 적합한 작업치료 환경·수가 마련

급성기 치료 이후 다수의 중증장애인들은 지속적인 재활치료를 받으며 재활치료를 통해 의료적으로 신체 기능을 최적화하는 노력을 기울인다. 중증장애인이 잔존 기능을 이용하여 최대한 독립적으로 일상생활동작을 수행할 수 있도록 하기 위해 작업치료 등을 실시한다. 예를 들어, 척수손상 장애인을 위한 작업치료에는 상지근력강화운동, 일상생활동작 훈련(개인위생, 옷 입고 벗기, 식사), 휠체어 평가와 훈련, 전동기자차 및 전동스쿠터 운전훈련, 자동차이동연습(필요 시 자동차와 관련된 보조도구 사용), 자가청결도뇨훈련, 컴퓨터 사용 훈련(필요 시 특수컴퓨터보조도구 사용), 이동동작훈련(침대, 변기, 전동리프트), 일상생활과 관련된 여러 보조구 평가 및 사용훈련, 바른 자세교육 등이 있다. 또한 특히 경수 4번 손상 환자를 위한 일상생활훈련(호흡 및 턱조절 휠체어, 각종 보조도구)을 실시하기도 한다(국립재활원, 2019).

그러나 일상생활동작 수가에 포함이 되어있기는 하지만 현실적으로 20분 내에 한정된 치료실 공간 내에서 이러한 여러 종류의 훈련들을 실시하기에는 어렵다. 일부 국공립 재활병원과는 달리 시간과 공간대비 인력과 자원이 부족한 일선 민간 병원에서는 실시하기가 불가능하다. 이러한 민간 재활병원의 상황을 고려하여 별도로 세부항목을 지정해 수가를 개발하고, 적정수가를 산정한다면 민간 병원에서도 적극적으로 관련 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

또한 작업치료 수가는 “학문명”인 작업치료라는 용어가 보험수가로 정의되어 있어 업무범위에서 정의하는 개별적인 전문치료행위를 시행하는 기준을 제시하지 못하고 있다. 이는 신체기능만을 중요시하는 그동안의 건강 개념에 기반한 것으로 실제 지역사회에서 생활할수 있도록 지원하기 위해서는 생활기능과 기술을 훈련하는 작업치료사의 업무 환경과 수가체계의 개선이 필요하다. 작업치료 유사직종인 물리치료사의 수가체계를 살펴보면 업무 범위에 기반하여 개별 행위에 따라 장비별·치료행위별로 수가화 되어있다.

<표 V-3> 보험급여 항목에서의 물리치료사 및 작업치료사 업무범위와 수가 비교

구분	물리요법적 기능훈련	물리요법적 재활훈련	기계, 기구 이용한 물리 요법적 치료	도수근력검사, 관절가동범위검사
물리 치 료 사	① 단순운동치료 ② 보행폴치료 ③ 전신폴치료 ④ 중추신경계 발달재활치료 ⑤ 매트 및 이동치료 ⑥ 보행치료		① 복합운동치료 ② 등속성운동치료 ③ 신경인성 방광훈련 ④ 호흡재활치료 ⑤ 상기도중기흡입치료 ⑥ 간헐적호흡치료 ⑦ 양위양압호흡치료 ⑧ 기립경사훈련 ⑨ 항문직장 및 골반근의 생체피먹이기치료	① 상·하지 도수근력검사 ② 전신근력검사 ③ 관절가동범위검사
	도수치료	마사지	신체 교정운동	온열치료
	도수치료 (비급여)	① 마사지 치료 ② 압박치료 ③ 복합립프물리치료 ④ 신경인성 장훈련치료	① 경추견인치료 ② 골반견인치료 ③ 단순운동치료 ④ 복합운동치료	① 표층열 치료 ② 한냉치료 ③ 심층열치료 ④ 파라핀욕 분사신장치료



구분	물리요법적 기능훈련	물리요법적 재활훈련	기계, 기구 이용한 물리 요법적 치료	도수근력검사, 관절가동범위검사
	전기치료	광선치료	수치료	물리요법적 교육
	① 자외선치료 ② 경피적 전기 신경 자극치료 ③ 전기자극치료 ④ 기능적 전기 자극치료 ⑤ 요실금전기자극치료	① 심층열치료 ② 자외선치료 ③ 재활저출력레이저 치료 ④ 피부과적자외선치료 ⑤ 피부광화학요법 ⑥ 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법	① 증기욕치료 ② 정규욕치료 ③ 대조욕치료 ④ 회전욕치료 ⑤ 하버드탱크치료 ⑥ 유속치료	① 심장재활평가 ② 심장재활교육 ③ 심장재활치료
	감각훈련	지각훈련	활동훈련	삼킴장애 재활치료
	작업 치료	작업 치료	작업 치료	① 연하장애 재활치료, ② 연하재활 기능적 전기자극치료
작업 치료사	일상생활훈련	운전 재활훈련	직업 재활훈련	작업수행능력 분석 및 평가
	일상생활 동작훈련치료	수가없음	수가없음	수가없음
	기기의 사용 및 관리	팔보조기 제작 및 훈련	작업요법적 교육	인지 재활치료
	수가없음	수가없음	수가없음	① 작업치료 ② 전산화인지재활치료 (비급여)

2 병원 및 지역사회 기관과의 연계 및 재활계획

1) 병원의 민간 사회복지 프로그램의 활용

중증장애인의 지역사회 통합을 위해서는 병원에서 시행되는 의료적 치료뿐만 아니라 심리상담, 일상생활 적응훈련, 직업상담, 보조기기 활용 등 다양한 전문적 영역이 통합되어야 한다. 그러나 현실적으로 병원 내에서 이러한 다양한 전문 서비스를 중증장애인에게 제공하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그래서 병원 내에서 다학제적

서비스를 제공하기보다는 이미 관련 서비스를 제공하고 있는 기관이나 프로그램을 활용하는 것을 고려해 볼 수 있다. 특히 민간 장애인 단체나 기관에서는 중증장애인의 사회복귀를 위해 다학제적인 프로그램을 운영하고 있다. 예를 들어, 척수장애인을 위한 일상의 삶으로 프로그램을 통해 일상홈 거주공간에서 매일 선정된 참여자에게 일상생활코치가 1대 1로 일상생활 복귀를 지원한다. 신변처리, 가사활동, 문화 여가활동, 상담, 외부 교류 프로그램 등 4-5주간 함께 거주하면서 척수장애인의 사회복귀를 직·간접적으로 지원한다(한국척수장애인협회, 2019). 이러한 사회복귀 프로그램의 긍정적인 효과에 대해서는 다수의 연구에서 제시되었다. 최혜영 외(2017)의 연구에서는 일상홈 프로그램을 통해 척수장애인의 장기간 병원생활은 재화에 도움이 되기보다는 잔존능력을 약화하고 사회와 단절을 가중하게 되므로 병원입원 기간을 단축하고 조속히 지역사회로 돌아가 일상생활로 복귀하는 것이 바람직함을 제시하였다. 그러나 이러한 프로그램을 병원 내에서 실시하기 위해서는 건물 및 부대시설을 마련하고 인력을 배치하는 것은 쉬운 일이 아니다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 병원은 기존에 실시되고 있는 프로그램을 활용해 중증장애인의 사회복귀를 지원할 수 있다. 병원에서는 소견을 제시하고 보장구 평가나 사회적응훈련 등을 할 수 있는 기관을 선정해 중증장애인이 그러한 기관에서 서비스를 받도록 하며 병원은 프로그램 결과를 모니터링 함으로써 프로그램의 효과에 대해 검증할 수 있다. 재활병원이 적은 우리나라 상황에서 고려해 볼 수 있는 시스템으로 병원에 모든 역할을 부과하기 보다는 소견-모니터링을 통해 지역사회 프로그램을 모니터링 함으로써 의사는 수입을 높이고 사회복귀 프로그램은 확대될 가능성이 있다.

2) 중증장애인 사회복귀를 위한 일상홈프로그램의 확대

일상홈프로그램은 사회복귀가 어려운 중증장애인을 대상으로 곧바로 사회복귀를 실시하기 전에 중간 과정으로 사회복귀를 준비하는 프로그램이다. 이러한 일상홈프로그램은 척수장애나 뇌병변장애인을 비롯해 정신장애인, 교정시설 거주자 등을 대상으로 제공되고 있다. 중증장애인의 탈병원-사회복귀를 위해 이러한 일상홈프로그램이 활용되고 있으며 뉴질랜드, 스웨덴 등 해외에서도 유사한 프로그램이 운영되고 있다.

우리나라에서도 장애단체를 통해 중증장애인의 사회복귀를 위한 일상홈프로그램



램이 제공되고 있으며 장애에 대한 정보제공, 헬스케어 전문가의 건강관리, 지역사회복귀훈련, 개별지원 및 자원연계, 일상생활 지원서비스, 사회활동지원서비스 등을 제공하고 있다(서해정 외, 2017). 그러나 일상홈프로그램을 제공하기 위해 재활지원센터가 운영되고 있으나 법적근거, 규모, 예산, 인력구조 등이 열악하여 체계적으로 서비스를 제공하는데 한계가 있으며 안정적인 예산확보가 요구된다.

3) 재활협의체를 통한 지역사회 기관 연계

지역사회중심 재활협의체는 보건소를 중심으로 지역의 인적·물적 자원을 최대한 개발, 활용하여 재활서비스를 체계적으로 구축함으로써 지역사회 내 재활서비스를 제공하고 역량을 강화하여 장애인의 재활을 촉진하고 사회참여를 증진한다(국립재활원, 2019). 보건소에서는 사례관리가 필요한 중증의 법적 등록 장애인, 의료기관에서 보건소로 의뢰·연계된 관할 지역 내 거주하는 퇴원환자(예비 장애인), 저소득층으로 지역사회에서 지속적 관리가 필요한 법적 등록 장애인을 대상으로 대상자별 건강상태 및 재활요구도 파악 후 가정방문을 통한 재활운동 방법 교육, 재가 장애인은 재발방지교육, 낙상, 화상 등 안전사고예방교육, 맞춤형구강보건서비스사업과 연계 서비스 제공(구강검진, 스케일링) 등의 서비스를 제공한다. 또한, 지역사회자원연계 서비스 중 내부적으로 방문건강관리사업(취약계층 방문건강관리사업 연계, 건강관리), 구강보건사업(불소도포스케일링 사업 등 맞춤형 구강관리사업 연계), 치매관리사업(치매관리사업 및 치매안심센터 연계) 및 외부적으로 병원(전문재활치료 및 장애평가, 재활대상자 선정 자문 등), 장애인 복지팀(장애인 등록 및 장애인 복지관련 행정지원의뢰 등), 장애인종합복지관(사회재활프로그램후원 및 장소 협조), 자원봉사센터(자원봉사자 연계), 관련 대학(프로그램 운영 협조, 자원봉사 학생지원) 등과 연계해 중증장애인을 대상으로 연계 서비스를 제공한다(국립재활원, 2019).

그러나 보건소에서 실시하고 있는 사업은 탈병원 이후 사회복귀를 원하는 중증장애인의 욕구를 충족시키지 못하고 있다. 특히 구강치료, 물리치료 등은 일부 뇌병변 장애인에게 필요한 서비스이지만 직업재활이나 사회자립을 원하는 척수장애인에게는 부적합하다. 이에 척수장애인의 욕구에 맞는 서비스를 개발하여 탈병원 이후 사회복귀를 원하는 척수장애인에게 맞는 보건소 서비스를 제공해야 한다.

그리고 재활협의체는 중증장애인의 지역사회 생활에 밀접하게 관련되어 있는 보

조기기, 주택개조, 차량개조, 직업재활 사업을 실시하는 기관이나 단체를 적극적으로 발굴하여 기존 기관과 연계가 되도록 해야 한다. 예를 들어, 보조기기 관련 상담·평가·적용·자원연계 및 사후관리 등 사례관리 사업, 보조기기 전시·체험장 운영, 보조기기 정보제공 및 교육·홍보 등을 실시하는 지역보조기기센터 등과 긴밀히 연계하여 중증장애인이 보조기기를 통해 일상생활을 유지하는데 불편함이 없도록 해야 한다.

3 사회적·환경적 인프라의 개선

1) 보조기기 지원 확대

(1) 병원-보조기기센터의 연계 및 업무협약

보조기기는 중증장애인의 탈병원-커뮤니티와 관련해 매우 중요한 역할을 하는 서비스로써 장애가 중증일수록 그 필요도는 높다. 보조기기에 투입된 비용보다 사회적 순이익이 더 높다는 연구결과 역시 장애인에게 있어 보조기기의 중요성을 나타내고 있다(전영환, 2008; Edward, Brandt, & Andrew, 1997).

병원에서부터 보조기기의 중요성을 인지하여 보조기기에 대한 적절한 서비스가 제공되어야 한다. 특히 병원에 치료사들이 보조기기에 대한 정보를 숙지하여 중증 장애인에게 보조기기에 대한 정보를 제공하거나 보조기기센터로 연계하여 중증장애인이 보조기기를 접할 수 있도록 해야 한다. 병원의 치료사가 개별 보조기기에 대해 최소 사용법만 알려주고 보조기기센터로 연계하여 전문적인 평가를 받을 수 있도록 해야 한다.

장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 제14조(지역보조기기센터)에 따라 지역보조기기센터에서는 보조기기 관련 상담·평가·적용·자원연계 및 사후관리 등 사례관리 사업, 보조기기 전시·체험장 운영, 보조기기 정보제공 및 교육·홍보, 보조기기 서비스 관련 지역 연계 프로그램 운영, 보조기기 장기 및 단기 대여, 수리, 맞춤 개조와 제작, 보완 및 재사용 사업 등을 실시하고 있다. 그리고 보조기기센터가 운영되는 지역에는 많은 장애인이 거주하고 있어 서비



스가 확대되는 만큼 편익도 증가한다(윤재형, 김홍모, 2014). 이에 보조기기센터는 기능을 확대하고 병원과의 연계를 통해 중증장애인에게 보조기기에 대한 정보 및 사용기회를 제공해야 한다.

(2) 보조기기 예산 구조의 개편

보건복지부에서 제공하는 보조기기는 의료보험체계 내에서 의료보험수가로 지급되고 있기 때문에 국민 개개인이 모두 지불하고 있는 국민의료보험의 재정적인 한계를 극복하기가 어렵다. 즉 국민 개개인이 모두 의료보험을 납부하고 있기 때문에 보조기기를 전액 무료로 지원하면 결국 국민이 내는 보험료가 상승하는 결과를 초래한다. 이러한 문제 때문에 보조기기의 상한액을 폐지하는 것은 전체 국민의 동의를 구하기가 쉽지는 않다.

또한 우리나라의 경우 보조기기의 상한액은 보장구 가격에 비해 너무 낮기 때문에 현실적으로 장애인의 자부담이 높은 경우가 많다. 일본에서도 보조기기의 상한액이 정해져 있기는 하지만 상한액의 기준은 현실적이며 매년 물가 상승분을 반영하여 상한액을 지속적으로 높이고 있다.

이러한 보조기기와 관련된 재정 문제를 해결하기 위해서 의료적 보조기기는 건강보험을 통해 지원하고 기타 직업이나 일상생활과 관련된 보조기기는 별도의 재원(조세재정, 기금, 출현금 등)으로 지원할 필요가 있다.

뉴질랜드에서는 장애원인과 보조기기의 특성에 따라 다양한 재원을 확보·운영하고 있다. 사고보상법인(Accident Compensation Corporation, ACC)에서 제공하는 재정지원을 통해 보조기기를 지원받는다.

ACC의 주된 펀드는 세금과 정부 기여금으로 구성된다. 재원으로부터 수집된 수입금은 각 재원별로 사전에 마련된 계좌로 입금되며, 상해의 종류와 정도에 따라 계좌 중 해당 계좌에서 상해비용이 지불된다. ACC는 다음과 같이 5가지의 주요 계좌를 운영하고 있다: 노동(Work), 소득인(Earners), 비소득인(Non-Earners), 교통 자동차(Motor Vehicle), 상해치료(Treatment Injury) (Heuvel, Jansz, Xiong & Singhal, 2017).

<표 V-4> 뉴질랜드 ACC 계좌별 대상 및 재원

계좌	보상 가능한 상해의 종류	수입원
노동	노동 관련 상해	기업 혹은 자영업자가 납부한 세금
소득인	비노동 상해(수입이 있는 소득인의 경우)	소득에 부과한 세금 및 소득세 공제금액
비소득인	비노동 상해(수입이 없는 비소득인의 경우, 예를 들어 아동, 노인, 뉴질랜드 방문객 등)	일반세금에서 출현한 정부기여금
교통 자동차	자동차 사고 및 상해	휘발유(경유 및 LPG 제외)에 부과한 세금 및 자동차 운전면허 수수료 일부
상해치료	의료적 치료에 의한 상해	대상자의 고용 상태에 따라 소득인 혹은 비소득인 계좌금 일부

뉴질랜드에서는 사고 이후 의료케어 서비스와 함께 사고 후 신체기능을 최적화하기 위해 보조공학 및 보조기기(내구 보조기기 포함), 환경개조(주택개조 및 차량개조), 대중교통 지원, 개별 활동지원 서비스, 지역사회 복귀 서비스 등을 지원받을 수 있다.

2) 차량개조 지원 확대

(1) 경증 위주의 차량개조 지원정책 개선

현재까지 척수장애인들에게 필요한 차량개조는 운전보조장치에만 국한되었다. 그러나 이는 장애 정도가 비교적 경한 흉수 1, 2번 이하 레벨의 장애인에게만 유용하고 이보다 중한 경수손상 장애인들은 차량에 접근하는 것부터 많은 제약이 있다. 중증장애인에게 적절한 차량개조 서비스가 제공되기 보다는 장애인 본인의 신체적 재활에만 의존하고 있다. 특히 90년대 이후부터 차량개조가 본격적으로 시작되었으나 중증장애인에게는 필요한 서비스나 지원이 제공되지 못하고 있다.

미국, 뉴질랜드의 경우를 살펴보면 사고나 질병으로 중증장애인이 된 경우 차량개조가 필요한 경우 자립생활 및 직업재활을 지원할 목적으로 본인의 상황에 맞는 차량개조를 실시하고 있다. 예를 들어, 미국 직업재활국에서는 핸드 컨트롤러와 같



은 경리한 개조는 물론 휠체어 탑승 기기, 자동차 천장 상향 개조, 자동문 설치, 자동차 바닥 저상 설치, 특수 운전대 설치, 휠체어 탑승 장치 등 중형 이상의 차량개조도 제공한다(Texas Workforce Commission, 2019).

(2) 보건복지부의 차량개조 서비스 제공 필요

고용노동부나 일부 지자체 보조기기센터에서는 장애인을 대상으로 차량개조 서비스를 제공하고 있다. 보건복지부에서는 의료급여 수급권자 중 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인을 대상으로 장애인보장구 지원 사업을 실시하고 있다. 지원품목으로는 의자·보조기, 전동휠체어·스쿠터 등 85종의 품목을 동일 보장구 유형별로 내구연한 내에 1인당 1회 지원하고 있다(보건복지부, 2019). 그러나 휠체어, 전동휠체어 등 여러 보장구를 지원하고 있으나 차량개조 및 차량과 관련된 보조기기 역시 중증장애인의 재활과 관련해 지원할 필요가 있다. 보건복지부는 차량개조가 중증장애인의 재활에 긍정적인 영향을 미친다는 사실에 기초해 차량개조 품목을 보장구에 추가해 지원할 필요가 있다.

(3) 점진적인 차량개조 지원 고려

현재 차량용 보조공학기기 지원에 적개는 150만원부터 승합차에 전동휠체어로 탑승해 운전을 할수 있는 정도까지 개조를 하려면 비용이 대략 2000만원 이상 소요된다. 차량개조를 위한 예산 마련을 고려해 볼 때 점진적으로 예산을 확대하는 것이 필요하다. 즉, 비교적 비용이 적게 들고 차량을 이용하는데 필수적인 승하차 보조장치와 운전보조장치부터 지원하고 그 외의 고가의 차량개조 부분은 장애인 당사자의 장애 정도나 생활환경을 면밀히 평가하고 개조차량 이용 빈도, 장애인 당사자의 생활의 질적 향상 가능성, 사회참여 가능성 등에 따라 순차적으로 지원하는 방법을 고려할 필요가 있다. 미국의 경우 기본적으로 직업재활에 필요한 차량개조를 제한 없이 제공하고는 있으나 경우에 따라서 종합차량개조평가(Comprehensive Vehicle Modification Evaluation)를 실시한 후 차량개조를 결정한다. 특히 4년 이상 된 이미 개조된 차량을 구매하려는 경우, 차량이 48,000 마일 이상 주행한 경우, \$2,500 이상의 차량개조비를 지불하는 경우(단, \$10,000를 초과하는 차량개조서비스를 실시할 경우에는 기관장 및 재활공학서비스 전문가와 컨설팅을 실시해야

함) 종합차량개조평가를 실시한다(Texas Workforce Commission, 2019). 이처럼 차량개조와 관련해 점진적으로 개조의 범위와 지원 규모를 확대하기 위해서는 종합적인 차량개조 평가 시스템이 필요하며 중증장애인의 장애특성과 환경을 고려하여 가장 적합한 차량개조가 실시되도록 해야 한다.

3) 심리사회적 지원 확대

(1) 가족상담 확대

중증장애인의 탈병원 과정을 방해하는 요인으로 가족의 지나친 간섭이나 가족 간의 불화를 들 수 있다(한국척수장애인협회, 2018). 가족은 중증장애인의 최근접 거리에서 정서적인 지원을 할 수 있는 중요한 위치에 있기도 하지만 반대로 중증장애인의 자립이나 자기결정권을 심하게 침해하기도 한다. 특히 중증장애인의 가족은 중증장애인 당사자가 느끼는 심리적·정서적 충격을 동일하게 경험하는 경우가 많으며(Vash & Crewe, 2000) 중증장애인을 과도하게 보호 혹은 유기하기도 한다. 이러한 가족간의 불화를 해소하기 위해서는 체계적인 가족상담이 필요하다. 미국의 경우 사회복귀 및 직업재활 과정 중 장애인과 가족 간의 문제를 해소하기 위해 가족을 대상으로 심리상담 서비스를 제공하고 있으며 가족이 장애인의 사회복귀에 긍정적인 역할을 하는 경우 가족을 대상으로도 직업훈련이나 교육을 실시하고 있다(Parker & Patterson, 2013). 이처럼 우리나라도 가족의 중요성을 인지하여 가족을 위한 서비스를 마련할 필요가 있으며 기존 장애인 단체를 활용하여 척수장애인이나 뇌병변장애인 가족을 위한 서비스를 도입할 필요가 있다.

(2) 직업재활 서비스 개선

직업활동은 사회생활을 영위하고 자립적으로 살아가는데 가장 중요한 활동이다. 직업활동을 통해 사회의 한 구성원의 역할을 수행할 뿐만 아니라 심리정서적으로도 안정되고 가족 간의 불화도 줄일 수 있다(Parker & Patterson, 2013; Vash & Crewe, 2000). 중증장애인 역시 본인에게 맞는 보조기구나 서비스를 통해 적절한 직업을 찾을 수 있으며 역동적인 삶을 유지할 수 있다. 그러나 현재의 직업재활 서비스는 특정 직종에 대한 알선, 획일적인 직업교육 등으로 인해 중증장애인의 특성이나 선호를 충족시키지 못하고 있다. 특히 척수장애인이나 뇌병변장애인은 경우



에 따라 원직장으로 복귀하거나 전문적인 업무를 수행할 수 있으나 직업재활 기관을 통해 알선되는 직업은 단순노동 및 비전문직에 치중되어있는 경우가 많다. 중증장애인의 직업재활을 위해서는 보조기기나 차량개조와 같은 물리적인 지원이 선행되어야하며 직업알선이나 배치 등도 장애인 특성에 맞도록 개선되어야 한다.

참고문헌

- 관계부처합동 (2005). 공공보건의료 확충 종합대책. 보건복지부 관계부처 대책 수립팀.
- 관계부처합동 (2018). 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」-1단계: 노인 커뮤니티케어 중심-. 보건복지부 커뮤니티케어 추진단.
- 국립재활원 (2019). 지역사회중심 재활사업 운영 가이드. 서울: 국립재활원.
- 건강보험심사평가원 (2019). 수가 제도 개요. 서울: 건강보험심사평가원.
- 권범선 (2017a). 재활의료 공급체제와 전달시스템. Journal of the Korean Medical Association, 60(11), 860-863.
- 권범선 (2017b). 재활의료기관 임상 질 평가 방안. HIRA 정책동향, 11(5), 12-20.
- 김동아, 호승희, 신준호, 박경혜, 윤정아, 김동민, 오정은, 박옥태, 정미영, 임문희, 구미정, 김설희, 함석찬, 최성욱, 김태림, 오상욱. (2018). 뇌병변 중도장애인의 병원-지역사회 연계를 위한 교육 콘텐츠 개발. 국립재활원 재활연구소.
- 김동아, 호승희, 이정현, 구미정, 박경혜, 윤정아, 한화순, 김동민, 오정은, 신준호, 이영상, 이혜선. (2013). 병원기반 중도장애인의 사회복귀지원 프로그램 활성화를 위한 기초연구. 국립재활원 재활연구소.
- 김미경 (2008). 재활의료기관 현황. 중증장애인 자립생활 가이드(pp. 21-55). 서울: 국립재활원 재활훈련과.
- 김종인 (2012). “장애인 사회복귀 저해요인 분석과 지원방안(발제문)”. 2012 사회복귀 심포지엄(pp. 17-30). 서울: 국립재활원 사회복귀지원과.
- 박종균 (2017). 척수장애인의 삶의 적응에 관한 현상학적 연구-전환재활서비스. 직업재활연구, 27(1), 65-89.
- 박희찬, 박은영, 박세영, 노수희 (2015). 뇌병변장애인 지원서비스 현황 분석 및 지원 정책 방향 연구. 보건복지부·가톨릭대학교.
- 보건복지부 (2018). 2018 장애인복지 사업안내 제Ⅱ권. 보건복지부 장애인정책국.
- 보건복지부 보도자료, “회복기 재활의료기관 2단계 시범사업”, 보험급여과 (2018. 12. 27.), 10.
- 보건복지부 장애인정책과 (2017. 3.). 2017년 권역별 재활병원 선정계획. 보건복지부 장애인정책과.



보건복지부 장애인정책과 (2017. 12.). 2018년 권역재활병원 공공재활프로그램 운영지원 사업지침. 보건복지부 장애인정책과.

보건복지부 장애인정책과

보건복지부, 건강보험심사평가원 (2019). 본사업 제1기 재활의료기관 지정운영 설명회(자료집). 보건복지부, 건강보험심사평가원.

보건복지부, 건강보험심사평가원 보도참고자료, “「재활의료기관 지정운영 시범사업」 10월부터 실시”, 보건복지부 의료기관정책과, 보건복지부 보험급여과, 건강보험심사평가원 재활의료지정운영팀 (2017. 9. 29.), 1-4.

보건복지부, 국립재활원 (2018). 2018 지역사회 통합건강증진사업 안내 [지역사회중심재활분야]. 보건복지부, 국립재활원.

보건복지부 (2019). 장애인보장구. 세종: 보건복지부.

서해정, 박종균, 김소영, 이경민 (2017). 척수장애인재활지원센터의 기능과 역할정립 연구. 한국장애인개발원.

신명희 (2017). 현행 재활의료전달체계와 개선방향. HIRA 정책동향, 11(5), 7-11.

이규범 (2018). 재활협의체 사례를 통한 장애인케어의 보건의료적 접근 방안. 서울: 은평구재활협의체.

윤정아 (2012). “호주의 사회복지지원 프로그램(발제문)”, 2012 사회복지 심포지엄 (p. 67). 서울: 국립재활원 사회복지지원과.

윤재형, 김홍모 (2014). 장애인보조기구 사례관리 시범사업에 대한 경제적 성과분석. 경제연구, 32(1), 181-205.

전영환 (2008). ENABLE 보조공학 비용-편익 모델 분석. 경기: 한국장애인고용공단.

정설희, 오주연, 이혜진, 윤소영 (2012). 요양형 장기입원 적정관리 방안 연구. 건강보험심사평가원.

지영건 (2017). 재활의료수가 현황과 개선방안. HIRA 정책동향, 11(5), 28-36.

최혜영, 정도선, 김종인 (2017). 척수장애인의 일상홈 프로그램 참여가 일상복귀에 미치는 영향에 대한 FGI 연구. 지체중복건강장애연구, 60(3), 1-21.

한국척수장애인협회 (2017). “중도 중증장애인의 일상의 삶 복귀 훈련 프로그램 ‘일상홈’ 운영 및 효과”. 「중도 중증장애인의 일상의 삶 복귀 프로그램」 국제세미나 ‘사회복귀, 첫 단추 잘끼우기’. 서울: 한국척수장애인협회.

한국척수장애인협회 (2018). 2018년 척수장애인 욕구·실태조사. 한국척수장애인

- 협회.
- 한국척수장애인협회 (2019). 일상으로의 홈 프로그램. 서울: 한국척수장애인협회.
- 호승희, 안병기, 양정희, 김현진, 이슬, 김주희, 김은주 (2017). 재활의료 전달체계 및 정책 개선방안 연구. 국립재활원.
- Chan, F., Leahy, M.J., & Saunders, J.L. (Eds.) (2005). Case management for rehabilitation health professionals (2ed edition). Volume I: Foundational aspects. Aspen Professional Services.
- Birks, M., & Mills, J. (2015). Grounded theory: A practical guide. Los Angeles, CA: Sage.
- Creswell, J. (2003). Designing and conducting mixed methods research. New York, NY: Sages.
- Edward, N., Brandt, Jr., & Andrew, M. P. (1997). Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington, DC: Committee on Assessing Rehabilitation Science and Engineering.
- European Spinal Cord Injury Federation(ESCIF) (2017). Successful integration of people living with spinal cord injury. Authors.
- Heuvel, M., Jansz, P., Xiong, X., & Singhal, V. (2017). People with spinal cord injury in New Zealand. New Zealand: Wolters Kluwer Health Inc.
- Jang, H. J., Park, J., & Shin, H. (2011). Length of hospital stay in patients with spinal cord injury. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35(6), 798–806.
- Krause, J. S., & Saunders, L. L. (2009). Risk of hospitalizations after spinal cord injury: relationship with biographical, injury, educational, and behavioral factors. *Spinal Cord*, 47(9), 692.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44 (3), 151–160.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (1997). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Gaithersburg, MD: Aspen.
- New Zealand Spinal Trust (2019. 6. 24.). About Kaleidoscope. Retrived from <http://www.nzspinaltrust.org.nz/>
- Parker, R., & Patterson, J. (2013). Rehabilitation counseling: Basics and beyond.



- Austin, TX: Pro-ed.
- Rehabilitation Hospital of the Pacific (2019). Rehabilitation programs for spinal cord injury. HA: Rehabilitation Hospital of the Pacific.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1998). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd Edition. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Texas Workforce Commission (2019). RSD rehabilitation policy manual. Austin, TX: Authors.
- United Spinal Association (2019). Vocational and social programs for spinal cord injury. NY: Authors.

법률

- 공공보건의료에 관한 법률, 법률 제13982호 (2016)
- 보건복지부 공고 제2017-588호(재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관 선정 결과)
- 보건복지부 공고 제2017-743호(재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관 선정결과 공고)
- 보건복지부 공고 제2017-769호(제3기('18~'20) 전문병원 지정 결과)
- 보건의료기본법, 법률 제15883호 (2018)
- 의료법, 법률 제16254호 (2019)
- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 법률 제15902호 (2018)
- 장애인복지법, 법률 제15904호 (2018)
- Care Act 2014 (2014)
- Rehabilitation Act (1973)
- Workforce Investment Act (1998)

부 록



부록 1. 심층인터뷰 질문지

I. 인적사항

1. 성별

- 1) 남
- 2) 여

2. 연령

- 1) 20세-29세
- 2) 30세-39세
- 3) 40세-49세
- 4) 50세-59세
- 5) 60세-69세
- 6) 70세 이상

3. 장애유형 및 등급

4. 장애발생 원인

- 1) 교통사고
- 2) 산업재해
- 3) 질병
- 4) 스포츠 활동
- 5) 기타

5. 교육정도

- 1) 초등학교 졸업
- 2) 중학교 졸업
- 3) 고등학교 졸업
- 4) 대학교 졸업
- 5) 대학원 졸업
- 6) 기타



6. 현재 직업 상태

- 1) 실업
- 2) 재직 중
- 3) 취업 준비 중
- 4) 기타

7. 배우자 및 가족과의 동거여부

- 1) 독거
- 2) 배우자 혹은 가족과 동거
- 3) 기타

8. 병원입원 기간

9. 병원 입원 횟수

II. 장애발생 원인 및 대처여부

1. 어떻게 장애를 갖게 되었습니까?
2. 장애를 갖게된 후 심리적·정서적 상태는 어떠하셨습니까?

III. 장애로 인한 환경적 영향

1. 장애인이 된 후 어떠한 것들이 불편하거나 어려웠습니까?
2. 장애로 인해 대인관계(가족, 친구 등)를 유지하는데 어떠한 어려움이 있습니까?
3. 장애로 인해 일상활동(직장활동, 학교활동, 병원활동 등)에는 어떠한 어려움이 있습니까?

IV. 장애로 인한 심리정서적 영향

1. 장애로 인해 심리적인 영향(우울감, 분노, 고립감 등)은 어떠하셨습니까?
2. 장애로 인한 심리적 충격에 대해 어떠한 방식으로 대처하셨습니까?
3. 장애로 인한 심리적 충격에 주위 사람들은 어떻게 반응하셨습니까?

V. 탈병원을 위한 노력

1. 장애 수용은 어떠한 방식으로 하셨습니까?
2. 탈병원은 어떻게 하셨습니까?

VI. 탈병원의 저해요소 및 해결방향

1. 탈병원 과정 중 힘들었던 점은 무엇입니까?
2. 탈병원 과정 중 힘들었던 점을 어떻게 해결하셨습니까?
3. 탈병원 과정 중 도움이되었던 제도·정책·서비스 등은 있었습니까?
4. 탈병원에 필요한 제도·정책·서비스 등은 무엇이라고 생각하십니까?

VII. 탈병원의 효과

1. 탈병원이 필요하다고 생각하십니까?
2. 탈병원의 효과는 어떠하다고 생각하십니까?
3. 탈병원의 긍정적 및 부정적인 측면은 어떠한 것들이 있습니까?



부록 2. 포커스그룹인터뷰 질문지

I. 참여자 인적사항

1. 성별

- 1) 남
- 2) 여

2. 연령

- 1) 20세-29세
- 2) 30세-39세
- 3) 40세-49세
- 4) 50세-59세
- 5) 60세-69세
- 6) 70세 이상

3. 장애유무 및 장애등급

- 1) 장애 없음
- 2) 장애 있음

4. 전문활동 영역 및 활동기간

- 1) 의료 관련 영역
- 2) 장애인 복지 관련 영역
- 3) 장애인 자립생활 관련 영역
- 4) 장애인 권익옹호 관련 영역
- 5) 장애인 직업재활 관련 영역
- 6) 기타 영역

II. 연구개요 및 참석자 소개(시작질문)

1. 본 연구의 목적 및 필요성에 대해 간략히 설명하겠습니다.
2. 본 FGI 참석자를 간략히 소개하겠습니다.
3. 본 FGI의 진행방법(참여자 순번부여, 익명성 보장, 의견제시 방법, 의견

제시 독점 금지 등)을 설명하겠습니다.

III. 심층인터뷰 결과 소개(도입질문)

1. 심층인터뷰 참여자의 인적사항을 간략히 소개하겠습니다.
2. 심층인터뷰 결과를 간략히 소개하겠습니다.
3. 심층인터뷰 결과의 특이점을 간략히 소개하겠습니다.

IV. 심층인터뷰에 대한 FGI 참여자의 의견 청취(전환질문)

1. 심층인터뷰 결과에 대한 의견을 말씀해주시기 바랍니다.
2. 탈병원과 관련해 추가적인 개인적 경험 혹은 의견이 있으면 말씀해 주시기 바랍니다.

V. 중증장애인의 탈병원을 위한 제도 및 정책 개선에 대한 구체적인 논의(커뮤니티케어 포함)(주요질문)

1. 중증장애인의 탈병원을 위한 현 제도·정책의 문제점은 무엇인지 말씀해 주시기 바랍니다.
2. 그러한 문제점의 주된 원인은 무엇인지 말씀해 주시기 바랍니다.
3. 중증장애인의 탈병원을 위해 필요한 제도·정책은 어떠한 것들이 있는지 말씀해주시기 바랍니다.

VI. 중증장애인의 탈병원을 위한 기타 방안에 대한 논의(주요질문)

1. 중증장애인의 탈병원을 위한 가족 및 주위 사람들의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.
2. 중증장애인의 탈병원을 위한 병원의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.
3. 중증장애인의 탈병원을 위한 지역사회의 역할에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.
4. 중증장애인의 탈병원을 위한 기타 방안에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.

V. FGI 정리 및 종료(마무리 질문)

1. 본 FGI의 목적 및 필요성을 간략히 요약하겠습니다.



2. 본 FGI에서 논의된 주요 내용을 간략히 요약하겠습니다.
3. 요약한 내용에 추가적인 의견이 있으시면 말씀해 주시기 바랍니다.
4. 본 FGI를 종료하겠습니다.

커뮤니티케어를 통한 중증장애인의 탈병원 연구

발 행 일 : 2019년 10월

발 행 인 : 최경숙

발 행 처 : (재)한국장애인개발원

서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층

Tel. 02-3433-0600

Fax. 02-3433-9567

<http://www.koddi.or.kr>

편집·인쇄 : (사)한국나눔복지연합회

ISBN 978-89-6921-334-1 93330

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.