

책머리에

우리나라 산재보험은 1963년에 법이 제정되어 1964년 7월부터 시행에 들어갔으며 4대사회보험중 가장 먼저 시행된 사회보험으로써 업무상의 재해를 당한 근로자에 대한 신속·공정한 보상을 하고, 재해근로자의 재활 및 사회복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하는 것이 그 주요 목적중의 하나이다.

지난 10년간(1990~99) 산업재해자수는 868,013명이며, 이중 24,429명(2.8%)이 사망하였으며, 치료후 부분적 또는 영구 장애가 남는 산재장애자수는 281,476명(32.4%)나 된다. 노동능력을 100% 상실한 장애 1~3등급의 산재장애인은 6,982명, 노동능력 50% 이상을 상실한 장애 4~7등급은 29,971명으로 이들은 원직복귀가 거의 불가능하다. 이는 당사자의 요양비용뿐만 아니라 실직으로 인한 가정문제등 사회적 문제의 원인중의 하나로 작용하고 있다.

90년대후반까지의 우리나라 산재보험은 피재근로자에 대하여 요양급여를 통한 치료의 보장과 치료종결후 장애가 남은 근로자에 대한 장애급여 및 재해로 인하여 사망한 근로자의 가족에게 유족급여의 지급을 통하여 최소한의 생활보장에만 중점을 두어 왔을뿐 치료종결후 장애가 남아있는 피재근로자의 직업복귀, 사회복귀등 재활에 대한 노력은 상대적으로 취약하였다. 적극적인 재활사업을 통한 직업생활로의 복귀는 산재장애인이 단지 주어진 복지혜택을 받는 수동적인 존재로 머물러 있기보다는 독립적인 생활활동 주체로 사회에 적극적으로 참여할 수 있는 존재로서 사회에 통합될 수 있다는 점에서 노동정책에서 주요 주제중의 하나로 다루어져야 한다.

현재 산재보험에서 실시하고 있는 피재근로자에 대한 재활사업은 각 사업간의 연계가 취약한 종합적인 재활시스템구축이 미진한 상태에서 부분적 시설확충 및 직업재활훈련실시와 복지사업에 국한되어 있어 무엇보다도 우선적으로 체계적 재활사업을 위한 중장기 발전계획을 수립하여야 할 시점에 있다.

이와 같은 재활사업 확충에 대하여 90년대 중반 이후부터 한국노총과 민주노총을 중심으로 한 노동계와 산재근로자 단체, 경영계 및 학계에서 끊임 없이 요구하고 있으며, 정부(노동부)와 근로복지공단에서는 지난 몇 년간 이 분야에 대한 의견을 수렴하여 왔다. 이의 일환으로 한국노동연구원에서는 1998년도에 「산재보험 재활 및 사후관리강화방안 연구」를 수행하여 재활상담원제도와 재활공학연구센터 활성화를 정책건의 하였으며, 정책적으로 이 제도의 도입 및 센터의 활성화 방안이 모색되었다. 또한 최근에는 국가차원의 사회안전망구축 정책의 일환으로 노동부문 사회안전망 개선을 위해 재해근로자의 재활사업 보완·확충하는 방안이 적극 논의되고 있다.

이와 같은 시대적 상황하에서 본 연구는 산재보험 재활서비스에 대한 재해근로자와 현장 근로자들의 욕구를 설문조사를 통하여 파악하고, 현재 이루어지고 있는 재활사업의 실태 및 문제점을 분석하여 이를 토대로 보다 체계적인 재활사업의 중·장기 발전방안 모색을 위하여 노동부의 정책과제로서 한국노동연구원이 주관이 되어 진행되었다.

본 연구는 본원 산업복지연구센터 윤조덕 소장의 책임하에 본 센터의 진혜량 연구원과 대전대학교의 박수경 교수, 인제대학교의 박정란 교수, 평택대학교의 권선진 교수, 용인송담대학교의 이현주 겸임교수의 공동연구에 의하여 이루어졌다. 연구진행과정에서 실태조사 및 의견수렴을 위한 워크숍에 참여하여 고견을 준 노동부, 근로복지공단, 산재의료관리원, 재활공학연구센터, 한국노총, 민주노총, 한국경총 등 관련단체의 전문가에게 감사를 드린다. 그리고 출판을 담당한 박찬영 전문위원, 정철 책임연구원 등 출판팀의 노고에 대해서도 감사를 드린다.

2000년 12월

한국노동연구원

원장 李源德

제 1 부

산재보험 재활사업 증장기 발전방안

제 1 장 연구의 필요성 및 목적

제 1 절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 배경 및 필요성

우리나라 산재보험은 1963년에 법이 제정되어 1964년 7월부터 시행에 들어갔으며 의료보험, 국민연금 및 고용보험에 앞서 시행된 최초의 사회보험으로써 업무상의 재해를 당한 근로자에 대한 신속·공정한 보상을 하고, 재해근로자의 재활 및 사회복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하는 것이 그 주요 목적 중의 하나이다.

그러나 1990년대 후반까지의 우리나라 산재보험은 피재근로자에 대하여 요양급여를 통한 치료의 보장과 치료종결후 장애가 남은 근로자에 대한 장애급여 및 재해로 인하여 사망한 근로자의 가족에게 유족급여의 지급을 통하여 최소한의 생활보장에만 중점을 두어 왔을 뿐 치료종결후 장애가 남아 있는 피재근로자의 직업복귀, 사회복귀 등 재활에 대한 노력은 상대적으로 취약하였다.

산재장애인에 대한 현금 위주의 보상은 장기적인 생활안정을 도모하는 데는 한계가 있는 반면에 적극적인 재활사업을 통한 직업복귀 및 사회복귀는 산재장애인에게 재해 이전의 생활을 어느 정도 회복시켜 주고 자립할 수 있는 능력을 갖도록 한다는 점에서 재활사업은 생산적 복지구현의 일익을 담당할 수 있다.

현재 산재보험에서 실시하고 있는 피재근로자에 대한 재활사업은 각 사업간의 연계가 취약한 종합적인 재활시스템 구축이 미진한 상태에서 부분적 시설확충 및 직업재활훈련 실시와 복지사업에 국한되어 있어 무엇보다도 우선적으로 체계적 재활사업을 위한 중장기 발전계획을 수립하여야 할 시점에 있다.

이와 같은 재활사업 확충에 대하여 1990년대 중반 이후부터 한국노총과

민주노총을 중심으로 한 노동계와 산재근로자 단체, 경영계 및 학계에서 끊임없이 요구하고 있으며, 정부(노동부)와 근로복지공단에서는 지난 몇 년간 이 분야에 대한 의견을 수렴하여 왔다. 또한 국가차원의 사회안전망 구축 정책의 일환으로 최근에는 노동부문 사회안전망 개선을 위해 재해근로자의 재활사업을 보완·확충하는 방안이 논의되고 있다.

2. 연구의 목적

이와 같은 시대적 상황하에서 본 연구의 목적은 산재보험 재활서비스에 대한 재해근로자와 현장근로자들의 욕구를 설문조사를 통하여 파악하고, 현재 이루어지고 있는 재활사업의 실태 및 문제점을 분석하여 이를 토대로 보다 체계적인 재활사업의 중·장기 발전방안을 모색하는 데에 있다.

제 2 절 산재보험 재활사업의 독자성 및 의의

1. 산재장애인의 특성

산재장애인의 경우 일반 장애인, 특히 선천성 장애인이나 조기 장애인과 비교하여 다음과 같은 다른 특성(차이점)을 갖고 있다.¹⁾

첫째, 산재장애인의 경우 선천성 장애인 및 조기에 장애를 입게 된 경우보다 자신의 장애에 대해 신체적으로나 심리적으로 이를 수용하기 어려워 하며 적응상의 어려움을 보인다.

둘째, 산재장애인의 경우 일반 장애인보다 국가나 기업, 사회에 대한 보상심리가 강하다.

셋째, 산재장애인은 정인지체인 등과 같은 선천성 장애인과는 달리 전문 기술 및 직장경험이 있고 직장복귀에 대한 의욕이 높다.

1) 1998년 한국노동연구원의 산재장애인 실태조사 결과를 보면, 산재장애인의 경우 거의 대부분이 30대 이상(90%)의 남성(87.2%)이고, 장애유형은 지체장애인(96.7%)이 대부분이며 이 중 상지장애가 차지하는 비율이 37.6%로 가장 많다. 또한 기혼인 경우가 82.5%이고, 고등학교 이상 졸업자가 약 44%를 차지하고 있으며, 취업률은 28.6%이다.

넷째, 산재장애인의 문제는 산재장애인 당사자의 문제로 국한되지 않고 가족문제로 확산될 소지가 크다. 산재장애인의 경우 80% 이상이 기혼자로 산재사고 이후 장애로 인해 가족의 부담이 크다(산재발생 당시의 평균연령: 약 40세).

2. 산재보험 재활사업의 독자성

산재보험의 피재근로자에 대한 재활사업은 일반 장애인에 대한 재활사업과는 달리 다음과 같은 세 가지 관점에서 독자성을 갖는다.

첫째, 사업장 근로자의 업무상 재해에 대한 사업주 배상책임을 사회보험인 산재보험이 담당하고 있다는 점에서 산재장애인에 대한 재활사업은 일반 장애인에 대한 재활사업과 책임의 주체가 명확하다.

둘째, 산재보험 급여는 사용자의 배상책임에 근거를 두고 있어 일반 장애인을 위한 보편적인 복지서비스와는 달리 산재근로자가 보험급여 수급 및 재활서비스에 대하여 강력한 요구를 할 수 있는 법적 권리를 갖고 있다.

셋째, 산재근로자 재활사업은 사회적으로는 노·사관계의 안정과 직업복귀를 통한 생산적 복지구현의 일익을 담당하기 위한 정책적 선도사업의 성격을 갖고 있다.

3. 산재보험 재활사업의 의의

사회보험으로서 산재보험은 보편적 서비스를 제공하는 일반 장애인복지사업과는 다음과 같은 몇 가지 관점에서 명확히 구분되며 시대적 중요성을 갖는다.

첫째, 현재 우리나라 장애인복지정책은 정부 재원조달의 취약, 경험부족, 대상의 광범위성, 장애유형에 따른 차이 등으로 인하여 복지사업 내용이 포괄적이고 복합적인 특성을 갖고 있으며 장애인 복지여건의 열악성에 비추어 볼 때 이를 극복하는 방안마련에 난점이 있으며 체계의 정비와 발전에는 시간이 필요하다. 이에 비하여 산재보험의 재활사업은 국고보조 없이 실행이 가능하고 집중적인 연구 및 사업을 통하여 재활정책의 발전방안이나 대책 그리고 기술적 노하우를 축적하는데 적합하다는 장점이 있다.

둘째, 산재보험의 재활사업의 성과는 전문화, 특성화의 결과이므로 일반 장애인복지사업이 나아갈 방향이나 기술적 해결방안뿐만 아니라 관리운영 등에 대한 경험을 제공하여 장애인복지정책의 선도적 역할을 할 수 있다.

셋째, 따라서 산재보험의 재활사업의 활성화는 서비스 확대를 통한 산재보험의 발전 측면뿐만 아니라 일반 장애인복지사업도 활성화시키는 역할을 수행하게 되어 궁극적으로 사회통합에 중요한 기여를 할 수 있다.

제 3 절 산재보험 재활정책의 철학과 재활사업의 영역

1. 산재보험 재활정책의 철학과 목표

가. 산재보험 재활정책의 가치이념

산재보험 재활사업을 정부(노동부)차원에서 체계적이고 효율적으로 수행할 수 있도록 정책수립을 함에 있어 그 근거가 되는 재활정책의 필요성은 사회통합, 삶의 질 향상 및 생산적 복지의 세 가지로 정리될 수 있다.

1) 사회통합

산재로 인해 장애를 입게 된 근로자의 재활은 이들에 대한 의료적 치료나 경제적 지원만으로는 성취될 수 없으며, 사회의 일원으로서 더불어 살아가는 사회통합을 전제로 할 때 진정한 의미를 갖게 된다. 따라서 산재장애인에 대한 재활정책의 방향은, 산재발생 이후 이들이 가정, 직장, 사회에 재통합될 수 있도록 설정되어야 한다.

2) 삶의 질 향상

최근 장애인 재활분야에 있어 중요한 이슈는 삶의 질 향상이다. 삶의 질에 대한 관심의 증대는 경제개발 위주로부터 인본주의적이고 총체적인 시각으로의 전환과 관련된다. 산재장애인의 재활 역시 개개인의 인간다운 생활을 영위할 수 있도록 삶의 질을 향상시키는 방향으로 전개되어야 하며 이를 위한 정책이 기본전제가 된다.

3) 생산적 복지의 구현

최근 복지정책의 기조는 생산적 복지의 구현으로 표현되고 있다. 생산적 복지는 노동을 통한 복지로서 단지 시장의 성과만을 단순히 재분배하는 제도를 넘어 고용을 통한 분배를 전제로 한다. 산재보험 재할정책은 순수한 복지적인 측면 이외에 산재근로자가 다시 일할 수 있는 기회를 적극적으로 제공하는 노동정책의 측면도 고려되어야 한다. 즉 직업생활로의 복귀는 산재장애인이 단지 주어진 복지혜택을 받는 수동적인 존재로 머물러 있기 보다는 독립적인 생산활동 주체로 사회에 적극 참여할 수 있는 존재로서 사회에 통합될 수 있도록 한다는 점에서 중요한 의미가 있으며 이를 위한 재할정책이 요구된다.

산재장애인의 사회통합이나 삶의 질 향상은 제공 위주의 보험급여와 복지제공만으로는 불충분하며, 생산적 활동을 통한 적극적 사회활동 및 참여가 이루어질 때 가능하며 총체적인 장애(handicap)가 극복될 수 있다.

나. 산재보험 재할정책의 목표체계 또는 높은 수준의 사회통합

산재보험 재할의 철학과 궁극적인 목적은 높은 수준의 사회통합이다. 산재장애인에게 있어 사회통합이란, 산재장애인들이 장애발생 이후 신체적, 심리적, 사회적 기능이 재조직화되어 정상적인 생활방식으로 개인의 가정생활, 직업활동, 사회활동에 복귀하여 안녕감을 느끼는 상태를 의미한다. 산재근로자의 사회통합은 가정내 통합, 직업상의 통합, 지역사회 통합 및 안녕감의 네 가지 하위차원으로 구성된다(그림 1-1 참조).

1) 가정내 통합(family integration): 가정생활의 참여와 역할수행

장애발생 이후 산재장애인의 신체기능의 저하나 실업으로 인한 심리적 갈등이나 가장으로서의 역할수행에 대한 실패감은, 당사자의 가정생활에의 소극적인 참여나 가정내에서의 역할변화로 나타나게 되고, 결국은 가족성원간의 갈등으로 표출된다. 가정내에서 산재장애인의 역할수행이나 가정생활에의 참여정도는, 산재장애인이 사회에 다시 적응하는 데 있어 중요한 발판이 되므로 가정내 통합은 사회통합의 중요한 하위차원이다.

2) 직업상의 통합(vocational integration)

산재장애인에게 있어 원직복귀나 재취업은 경제적인 의미뿐만 아니라 희망을 가지고 살아갈 수 있도록 하므로 개인의 삶에 대한 태도나 가정생활 및 사회활동에 미치는 영향이 크며 사회통합을 이룰 수 있는 중요한 영역이다.

3) 지역사회 통합(community integration): 사회활동의 참여

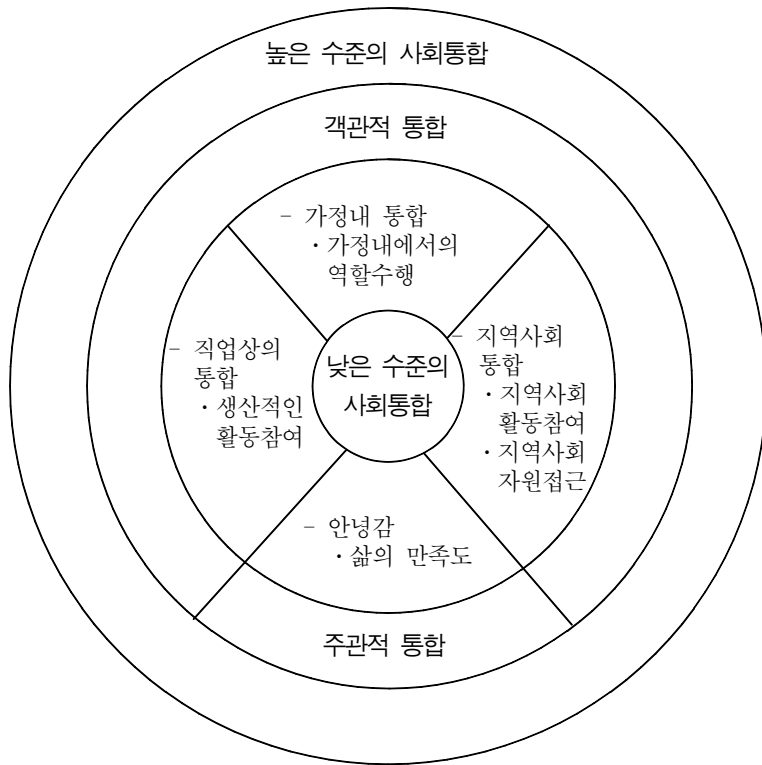
일반적으로 산재장애인은 장애발생 이후 지역사회 활동이나 지역사회 자원의 활용에 있어 소극적으로 변화하게 된다. 특히, 재취업하지 못한 산재장애인의 경우 장애발생 이후 기존의 친구, 친척, 직장동료와의 사회관계가 소원해지는 경향이 많으며, 심한 경우 관계가 단절되기도 한다. 또한 장애로 인해 활동성이 저하되거나 장애인에 대한 사회의 부정적인 시각 때문에 외부 출입을 하지 않으려는 경향이 강하다. 이러한 점에서 볼 때, 산재로 인한 장애발생 이후 산재장애인의 지역사회 활동의 참여도나 지역사회 자원의 활용정도는 사회통합의 중요한 척도가 된다.

4) 안녕감(well-being): 삶에 대한 만족

산재장애인이 산재발생 이전의 생활로 복귀했다 해도 장애로 인해 여전히 삶에 대한 만족감을 느끼지 못한다면 진정한 의미에서 사회통합이 되었다고 할 수 없다. 당사자의 사회적 능력이나 주변의 사회적 자원이 부족한 산재장애인의 경우, 이들의 사회통합을 촉진시키는 과정이 오히려 이들의 안녕감을 감소시킬 수 있다. 이러한 점에서 사회통합에 관한 모든 논의는 안녕감을 전제로 할 필요가 있다.

이러한 하위영역으로 구성된 사회통합의 개념체계는, 산재장애인의 사회통합을 증진하기 위해서 다양한 재활서비스를 제공하는 동시에 통합적인 체계로 조직·운영될 필요가 있음을 시사한다.

[그림 1-1] 산재장애인 사회통합의 단계



2. 산재보험 재활사업의 영역

가. 장애 개념의 변화

장애인을 어떻게 정의하느냐에 따라 장애인복지정책의 접근이 달라질 수 있다. 최근 들어 장애의 개념은 개인의 신체적 손상에서 사회적 제한으로 확대되고 있다.

UN은 1981년을 ‘세계장애인의 해’로 정하고 개인의 신체적 손상 (impairment), 손상으로 인한 기능적 제한인 능력장애(disability), 장애로 인한 사회적 결과인 불리(handicap)로 구별해야 할 필요성을 강조하였다. 또한 세계보건기구(WHO)에서는 1980년에 국제장애분류(International

Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: ICIDH)를 통해 장애에 대한 개념을 확대하였다.

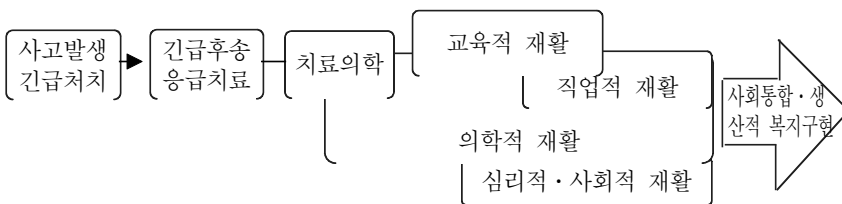
WHO에서는 1997년부터 장애(disablement)의 새로운 개념과 분류기준(ICIDH-2)을 마련하여 2000년 말부터 적용할 계획이다. 이 분류에서는 장애는 기본적으로 환경과 개인간의 상호작용과 같은 상황적 요인을 장애 개념으로 채택하고 있으며, 손상(impairment), 활동장애(activities), 사회적 참여의 장애(participation)로 구분하고 있다. 이 구분의 주요한 특징은 장애의 개념이 신체적 기능의 손상을 넘어 환경으로 인하여 발생할 수 있는 장애를 포함시키고 있다.

장애 개념의 이러한 변화는 장애인에 대한 재활정책이 단순히 개인적인 차원을 넘어 사회정책과의 연계 속에서 이루어져야 함을 의미한다. 따라서 산재장애인의 재활의 영역 역시 보다 확장된 개념으로 정의될 필요가 있다.

나. 산재보험 재활의 영역

산재보험 재활은 업무상 재해로 인한 재해근로자의 신속·적절한 치료와 치료과정중 또는 치료종결후 피재근로자가 지닌 잠재능력을 최대한으로 개발하여 발휘하도록 치료, 상담, 교육, 훈련 등 여러 방법을 활용하여 조속히 회복시키거나 개선을 도모하는 모든 노력과 조치가 포함된다. 따라서 그 과정은 통합적인 체계를 통해 지속적으로 이루어져야 한다. 그러므로 산재보험 재활사업은 의학적, 심리적, 사회적, 교육적, 직업적 분야를 포괄하고 관련된 재활서비스를 다양하게 제공하며 각 분야가 밀접한 연계를 갖는다. 이를 그림으로 나타내면 다음과 같다(그림 1-2 참조).

[그림 1-2] 산재보험 재활의 영역(박석돈(장애인 재활의 이념 및 프로그램)에서 재구성)



제 2 장 산재보험 재할서비스 현황 및 문제점

제 1 절 산업재해 발생 및 산재보험급여 지급현황

1. 산업재해 발생현황

1990년대 들어 안전의식의 고취, 기계화와 산업구조의 변화 그리고 정부의 강력한 산업안전정책의 실시 등에 힘입어 산업재해 발생건수가 해마다 감소하고 있다. <표 2-1>은 1990년부터 1999년까지 지난 10년 동안의 산업재해자수, 사망재해자수, 산재장애자수 추이이다. 산업재해 발생건수가

<표 2-1> 산업재해 발생률, 사망재해 천인을 및 신체장애재해 천인을

	산재보험 적용 근로자수 (A)	산업 재해자수 (B)	산업재해 발생률 (%) (C)	산재 사망자수 (D)	사망재해 천인율 (E)	산재 장애자수 (F)	산재 장애자 천인율 (G)
1990	7,542,752	132,893	1.76	2,236	0.30	27,813	3.69
1991	7,922,704	128,169	1.62	2,299	0.29	29,854	3.77
1992	7,058,704	107,435	1.52	2,429	0.34	33,569	4.76
1993	6,942,527	90,288	1.30	2,210	0.32	29,932	4.31
1994	7,273,132	85,948	1.18	2,678	0.36	29,907	4.11
1995	7,893,727	78,043	0.99	2,662	0.34	29,803	3.77
1996	8,156,894	71,548	0.88	2,670	0.33	27,394	3.36
1997	8,236,641	66,770	0.81	2,742	0.33	28,854	3.50
1998	7,582,479	51,514	0.68	2,212	0.29	24,759	3.27
1999	7,441,160	55,405	0.74	2,291	0.31	19,591	2.63

주: 산재장애자는 우리나라 산재보험 통계상의 장애등급 1~14등급 자에 해당.
자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

14 산재보험 재활사업의 중장기 발전전략

감소함에 따라 산업재해 발생률은 지속적으로 감소하고 있다. 1990년에는 총재해자수가 132,893명으로 재해율이 1.76%였으나 매년 꾸준히 감소하여 1999년에는 재해자수 55,405명, 재해율은 0.74%를 기록하였다. 산업재해로 인해 사망하거나 영구적인 신체장애가 남는 중대재해자도 1990년 30,049명에서 1999년에는 21,882명으로 감소하였다.

<표 2-2>는 산재로 인한 사망 또는 치료종결후 장애가 남는 중대재해

<표 2-2> 중대재해를 추이(1990~99)

(단위: 명, %)

	재 해 자 수					신체장애자수(D)			
	총 재해자수 (I)	재해율	중대 재해율 (F/I)	중대 재해자 수(F=D+E)	사망자 수(E)	신체장애자수(D)			
						계(D/I)	1~3급 (A)	4~7급 (B)	8~14급 (C)
1990	132,893	1.76	22.6	30,049	2,236 (7.4)	27,813 (20.9)	560 (2.0)	2,704 (9.7)	24,549 (88.3)
1991	128,169	1.62	25.1	32,153	2,299 (7.2)	29,854 (23.3)	638 (2.1)	3,087 (10.3)	26,129 (87.5)
1992	107,435	1.52	33.5	35,998	2,429 (6.8)	33,569 (31.9)	756 (2.3)	3,506 (10.4)	29,307 (87.3)
1993	90,288	1.30	35.6	32,142	2,210 (6.9)	29,932 (33.2)	825 (2.8)	3,332 (11.1)	25,755 (86.0)
1994	85,948	1.18	37.9	32,585	2,678 (8.2)	29,907 (34.8)	1,024 (3.4)	3,624 (12.1)	25,259 (84.5)
1995	78,043	0.99	41.6	32,465	2,662 (8.2)	29,803 (38.2)	1,423 (4.7)	3,853 (12.9)	24,527 (82.3)
1996	71,548	0.88	42.0	30,064	2,670 (8.7)	27,394 (38.3)	511 (1.9)	2,411 (8.8)	24,472 (89.3)
1997	66,770	0.81	47.3	31,596	2,742 (4.1)	28,854 (43.2)	499 (1.7)	2,751 (9.5)	25,604 (88.7)
1998	51,514	0.68	52.4	26,971	2,212 (4.3)	24,759 (48.1)	389 (1.6)	2,594 (10.5)	21,776 (88.0)
1999	55,405	0.74	39.0	21,882	2,291 (4.1)	19,591 (35.4)	357 (1.8)	2,109 (10.8)	17,125 (87.4)

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

발생률 추이로 총재해자수는 매년 꾸준히 감소하고 있지만 중대재해자의 비중은 오히려 증가하고 있음을 보여준다. 중대재해율의 경우 1990년 22.6%에 1998년에는 52.4%로 증가하였다.

산재사고로 인해 영구적인 장애가 남게된 피재근로자의 경우, 노동력을 100% 완전히 상실한 장애 1~3급 산재장애인과 노동능력이 50% 이상 손실된 장애 4~7급 산재장애인의 경우 전체 산재장애인에서 차지하는 비중이 각각 약 2%, 10%를 차지하고 있다.

2. 산재보험급여 지급현황

산재보험급여 지급총액은 해마다 증가하고 있는 추세이다. 다음의 <표 2-3>은 급여종류별 지급액 추이를 나타낸 것이다. 전체 보험급여액은 1990년에는 5,393억원이었으나 계속 증가하여 1999년에는 1조 2,742억원으로 지난 10년 동안 136.3%가 증가하였다. 모든 보험급여에 걸쳐 1997년 말부터 시작된 IMF 관리체제 이후 이어진 경기침체에 따른 재해율 감소로 보험급여액이 1998년과 1999년에만 각각 전년에 비해 감소하였고 그 이전에는 급여액이 매년 평균 15% 가량 지속적으로 증가하였다. 이처럼 각 보험급여액이 지속적으로 증가한 것은 전체 재해율은 감소하고 있지만 재해발생시 장기간 요양을 요하는 중증재해의 증가로 평균 요양일수가 계속 증가하고, 여기에 높은 수준의 임금인상률, 급여수준의 확대 등이 복합적으로 작용하였기 때문이다.

제 2 절 산재보험 재활서비스 체계

현행 우리나라 산재보험의 재활서비스 체계를 요약하여 나타내면 [그림 2-1]과 같다.

사업장에서 산재가 발생하면 사고현장에서 응급치료를 한 후 인근의 산재지정병원으로 이송하여 긴급한 위험요인을 제거한 후 부상의 상태에 따라 적절한 전문병원으로 이송하여 치료를 받는다. 이후 의료재활과정을 거쳐 치료를 종결하게 된다. 치료종결후 장애가 남으면 원직복귀가 불가능할 경우 전직훈련을 위한 직업재활과정에 들어간다. 또한 산재근로자와 산재

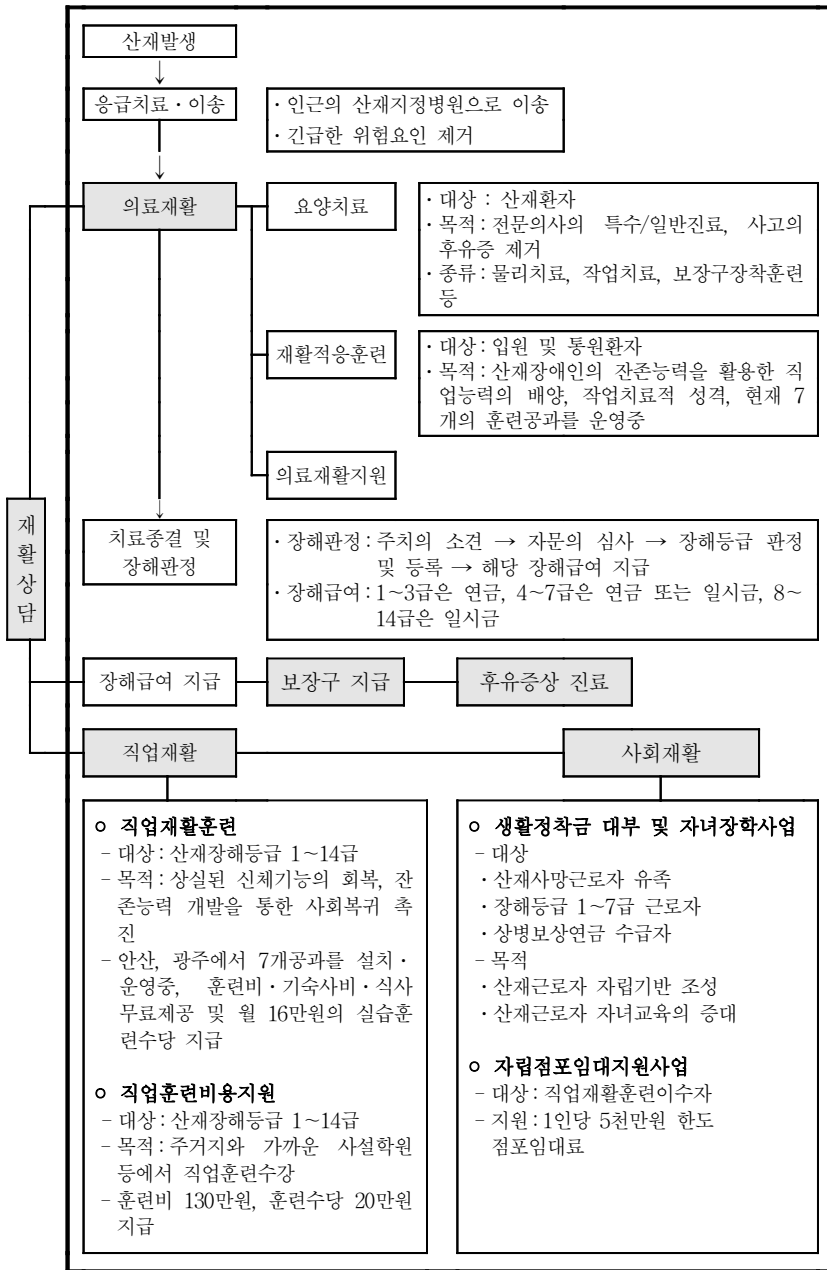
<표 2-3> 연도별 급여종류별 지급액 추이(1990~1999)

(단위: 원, %)

	요양급여	휴업급여	장해일시금	장해연금
1990	173,629,148,950	156,025,610,540	117,360,544,460	8,957,871,790
1991	192,238,772,980	223,727,039,680	159,935,474,260	13,990,150,600
1992	259,994,763,730	281,052,584,550	225,102,590,090	22,305,578,470
1993	224,021,148,110	268,736,548,950	219,489,697,900	26,837,526,270
1994	249,185,674,750	303,595,435,749	236,123,311,261	32,024,530,650
1995	279,418,012,180	357,981,516,570	254,183,235,280	41,496,811,070
1996	342,974,380,020	435,728,944,010	287,341,212,880	60,410,112,760
1997	396,735,529,740	478,644,576,740	343,028,598,190	79,441,014,910
1998	379,667,868,090	399,881,199,450	337,733,388,360	97,899,339,360
1999	358,693,869,610	337,391,379,040	231,795,854,210	111,997,334,950
	유족일시금	유족연금	장의비	상병연금
1990	69,228,343,000	282,456,460	6,371,621,370	7,495,873,440
1991	92,345,140,720	367,463,300	8,857,592,830	10,052,417,660
1992	118,064,083,490	467,459,480	10,962,049,690	13,615,059,360
1993	106,382,623,330	670,012,000	9,941,278,120	16,451,755,800
1994	142,668,164,487	1,100,082,210	13,304,701,624	20,560,824,110
1995	159,604,738,910	1,307,529,160	13,981,288,780	25,557,046,740
1996	177,617,917,890	1,883,834,620	16,598,240,290	32,782,487,610
1997	196,064,647,670	2,573,781,410	18,371,594,340	41,182,224,620
1998	165,709,520,340	2,992,051,400	15,389,030,270	51,793,589,800
1999	153,905,753,660	3,836,178,980	14,522,928,550	62,082,349,770
	총액	전년대비증가율(%)		
1990	539,351,470,010			
1991	701,514,052,030	30.07		
1992	931,564,168,860	32.79		
1993	872,530,590,480	-6.34		
1994	998,562,724,840	14.44		
1995	1,133,577,490,290	13.52		
1996	1,355,337,130,080	19.56		
1997	1,556,041,967,620	14.81		
1998	1,451,065,987,070	-6.75		
1999	1,274,225,648,770	-12.2		

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

[그림 2-1] 산재보험 재활서비스 체계



사망근로자 유족을 위한 복지사업의 성격을 띤 사회재활사업이 진행되고 있다. 이와 같은 일련의 재활과정 동안 효과적인 재활을 위하여 재활상담이 역할을 하고 있다.

제 3 절 의료재활서비스 현황 및 문제점

1. 의료재활서비스 시설 현황

업무상 재해근로자 요양에 대한 비용은 산재보험에서 지급하는 요양급여를 통해 지급되며, 요양기간 4일째부터 발생하는 요양비용 전액을 현물급여로 제공하고 있다. 요양급여에는 산재환자들에 대한 통상적인 진료 및 치료 이외에 물리치료나 작업치료와 같은 재활치료와 직업훈련을 위한 기초훈련으로서 재활적응훈련이 포함된다. 재활적응훈련은 일종의 작업치료 성격의 의료재활서비스로서 산재장애인의 잔존능력을 최대화하여 작업능력을 배양시키기 위한 목적으로 실시되고 있다. 또한 필요하다고 인정되는 경우 산재장애인에게 무료로 보장구를 제공하고 있다.

의료재활서비스는 근로복지공단 산하의 산재의료관리원과 산재지정병원에서 제공하고 있다. 산재의료관리원은 산재보험기금으로 운영되는 보험시설로서, 산하에 6개의 종합병원과 3개의 특수병원 그리고 1개의 재활공학연구센터가 있다. 9개 산재병원의 총병상수는 3,258개, 의사수는 123명, 9개 시설의 전체 직원수는 1,652명이다(표 2-4 참조).²⁾ 동해병원과 정선병원은 진폐환자의 치료를 위한 전문병원이며, 경기요양병원은 척수 및 마비환자의 요양을 위한 전문병원이다. 그리고 나머지 병원은 산재환자 일반요양전문종합병원이다. 이 중 재활의학과가 설치되어 있는 곳은 인천중앙병원과 대전병원 2개소이다.

산재장애인을 위한 의지·보장구 개발 및 보급사업과 관련하여 이를 담당하는 재활공학연구센터가 1개소 있다.

2) 병상수는 1999년 12월 말 기준이고(노동부, 『1999 산재보험사업연보』, 2000), 의사수 및 전체 직원수는 1998년 기준이다(산재의료관리원, 『97~98 병원연보』, 1999. 12.).

<표 2-4> 산재의료관리원 산하 의료시설 현황(1999년 말 현재)

	허가 병상수	시설규모(m ²)		개설진료과	소재지	설립일자
		부지	건물			
전체	3,258	334,208	171,924	99개 진료과	전국 9개 지역	
중앙병원	700	59,757	35,219	내과의 14개	인천시 부평	1983. 2.28
태백중앙병원	515	35,642	28,785	내과의 12개	강원 태백	1975. 1. 1.
창원병원	400	28,056	22,885	내과의 18개	경남 창원	1979.11.27.
순천병원	250	39,500	18,386	내과의 11개	전남 순천	1985. 5.24.
대전중앙병원	350	32,442	24,091	내과의 17개	대전시 대덕	1991. 7.23.
안산중앙병원	240	21,361	14,456	내과의 9개	경기 안산	1985. 5.21.
동해병원	341	72,785	12,154	내과의 4개	강원 동해	1983. 5. 3.
정선병원	253	44,665	10,667	내과의 3개	강원 정선	1988.11.30.
경기요양병원	175		5,281	정형외과의 2개	경기 화성	1985. 6.13.

주: 1997. 1. 1.부로 장성병원이 태백중앙병원으로 변경.

자료: 노동부, 『1999 산재보험사업연보』, 2000.

2. 의료재활서비스 현황 및 문제점

현재 물리치료³⁾나 작업치료⁴⁾ 등의 재활치료는 산재의료관리원 산하 병

- 3) 물리치료(physical therapy)란 질환 또는 상해후에 정상적인 신체기능의 회복 및 재활을 용이하게 하기 위하여 물리적 수단인 열, 광선, 물, 전기, 운동, 마사지 등 역학적 동인을 매개로 치료를 하는 것을 말한다. 흔히 물리치료는 서양의 것을 지칭하나 우리 것에도 침, 뜸 등은 동양 물리치료라 할 수 있다.
- 4) 작업치료(occupational therapy)는 정신이나 신체에 질병 또는 장애가 있는 사람들에게 여러 가지 흥미롭고 목적 있는 작업이나 동작, 놀이를 통해 불완전한 신체기능을 회복시키고 일에 대한 동기를 부여하여 장애를 가지고도 학교나 직장, 가정에서 최대한의 독립된 생활을 할 수 있도록 돕는 치료이다. 작업에는 일상생활에 관계가 있는 동작이나 목공, 금속공예, 수예, 원예, 인쇄, 게임, 연극 등 창조적·예술적·산업적 및 여가선용 등의 활동이 포함되며, 이러한 작업의 수행에는 목적의식과 신체운동, 정신적 활동성이 요구된다. 작업치료에는 ① 기능적 작업치료(일상생활동작훈련, 지각운동기능훈련, 의지 및 보장구 장착훈련), ② 지지적 작업치료, ③ 직업개발을 위한 치료, ④ 가정생활을 위한 재훈련 등이 포함된다. 대상은 뇌성마비, 척수손상, 소아마비, 뇌졸중, 상하지 마비, 관절염, 절단, 진행성근위축증, 뇌 손상, 말초신경 손상, 발달장애아, 교통사고 후유증 등이며, 주 2회, 1회당 40분 정도 치료를 하며,

원 및 산재지정 병·의원에서 담당하고 있다.

하지만 대부분 물리치료 위주로 제공하고 있으며 적합한 작업치료나 심리치료는 거의 제공되고 있지 못한 실정이다. 또한 건강보험 수가의 비현실화 및 급여항목 제한으로 의료기관에서 재활치료를 기피하는 현상마저 나타나고 있다.

의지 및 보조기는 11종 66개 품목에 대하여 재해근로자에게 지급되고 있으나 보조기 수가 비현실화 및 지급제한으로 보조기 구입에 따른 당사자의 추가부담이 상존하고 있다.

2000년 7월 1일부터 시행되고 있는 후유증상진료제도는 척수손상, 두부외상후증후군 등 11개 상병에 대하여 실시하고 있으며 후유증상카드를 발급하여 활용하고 있다. 대상인원 3,000명 중 531명에게 진료카드를 발급하였다.

제 4 절 직업재활서비스 현황 및 문제점

1. 직업재활훈련원 운영현황 및 문제점

산재장애인의 전직훈련을 위한 직업재활시설로는 안산과 광주의 2개소에 직업재활훈련원이 있다(표 2-5 참조). 산재근로자 중 원직복귀가 어려운 산재장애등급 1~14급을 입소대상으로 하고 있다.

다음과 같은 산재장애인의 전직훈련을 위한 직업재활훈련원 사업은 1인당 투자비용(1,500~1,700만원)에 비하여 취업 등 사회복귀 성과는 미흡한 실정이다.

2. 직업훈련비용 지원사업 현황 및 문제점

60세 미만의 장애등급 1~14급의 산재근로자에 대하여 국가기술자격법 및 자격기본법의 자격과 연계되는 훈련직종의 희망에 따라 학원 또는 직업

필요에 따라 소그룹 치료를 하는데, 일반적으로 재활병원, 종합병원의 재활의학과가 설치된 곳, 장애인종합복지관 등에서 실시하고 있다.

<표 2-5> 안산·광주재활훈련원 운영현황

(단위:명)

		안산재활훈련원	광주재활훈련원	
설립현황	설립시기	1985. 5. 22	1992.11.27	
	목적	기능양성 및 전인적인 훈련 실시로 새로운 직업선택 및 자영을 통한 자활능력의 배양과 사회복귀의 추진		
대상자현황	정원/현원	120명/117명	90명/94명	
	입소자격	산재장애등급 1~14등급(1~7급까지 중증장애인 우선)		
	입소현황	성별(남/여)	117명(116/1)	94(94/-)
		연령(30세이상)	71.9%(87명)	70.2%(66명)
장애등급		장애 1~14급까지 고르게 분포		
서비스현황	훈련공과(훈련생현원)	· 인쇄매체공과(31) · 의상공과(31) · 컴퓨터광고디자인공과(33) · 귀금속공예공과(22)	· 광고미술공과(39) · 의상공과(27) · 산업설비공과(28)	
	기타 서비스	· 숙식 및 훈련교재 무료 제공 · 훈련수당(월 16만원)/기술수당(5만원) 지급 · 비정기적 상담		
서비스관리운영현황	상급기관	근로복지공단 본부 및 지역본부(감사 및 업무지도)		
	재활훈련원 조직내 구조	원장-관리부장-서무관리/사회사업/재활훈련	원장-관리부장-서무과/교무과-교무행정/상담/훈련담당	
	사회사업가·직업재활상담원·훈련교사	-/2명/7명	1명/2명/6명	
	훈련생 모집	· 홍보매체 활용(매스컴, 관공서, 포스터 등) · 재활훈련원 직원상담(전화, 서신, 방문 등)		
	사후관리	· 생활정착금 대부(500~2,000만원) · 자립점포임대(5천만원)		

자료: 안산·광주재활훈련원 업무현황 재구성(안산재활훈련원 업무현황, 2000. 6. 3/광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31)

능력개발훈련시설을 이용할 경우 1인당 130만원 한도의 훈련비용과 훈련수당 20만원과 훈련수료후 사회복귀준비금으로 15만원을 지급한다. 이 사업을 통하여 1998년에는 148명이, 1999년에는 123명이, 2000년(10월 현재)에는 250명이 수료하였으며 319명이 훈련중에 있다.

이 사업은 산재근로자의 훈련을 지원하는데 그치고 훈련종료후 사후관리를 전혀 하지 못하는 등 사후관리체계가 미흡하다.

3. 직업재활상담원제도 현황 및 문제점

산재근로자의 전문적 재활심리상담을 위하여 1999년 9월부터 시범기간(8명)을 거쳐 2000년도에 49명으로 확대하여 실시하고 있다. 그동안 2000년 9월까지 연인원 총 18,507명의 산재근로자에 대하여 초기 재활상담을 실시하고 직업재활이 필요한 4,693명(25.4%)에게 직업재활계획을 수립하였다. 이들 중 503명(10.7%)은 재취업 또는 자영업을 실시토록 하는 등 서비스를 제공하고 있다.

그러나 직업재활상담은 1회성이 아닌 지속적 상담 및 서비스 제공이 필수적이므로 수차에 걸친 지속적이고 체계적인 면담을 필요로 하고 있으나 재활상담원 1인당 관리하는 산재근로자의 누적으로 효율적 상담이 이루어지기 어려운 실정이다. 재활상담원 1인당 현재 관리하고 있는 대상은 2000년 1/4분기에 27.4명에서 2/4분기에는 63.0명 그리고 3/4분기에는 95.8명으로 급격히 증가하고 있는 실정이다.

제 5 절 사회재활서비스 현황 및 문제점

1. 사회재활서비스제도

현재 산재장애인을 위한 사회재활서비스로는 생활정착금 대부사업과 산재근로자 자녀장학사업이 있다. 생활정착금 대부사업은 산재근로자 및 유족의 자립기반을 조성하고 사회복지귀를 촉진시키기 위해 지난 1987년부터 기금을 조성하여 장기저리로 생활정착금을 대부함으로써 산재근로자의 생활안정을 도모하고 있다(표 2-6 참조). 현행 제도에서 대부대상자는 산재사망자 유족이나 산재장해 1~7급 근로자와 그리고 상병연금수급대상자(1989년부터 포함)에게 각각 담보대출과 신용대출을 연리 6%, 5년 거치 5년 균등분할 상환 조건으로 실시하고 있다.

<표 2-6> 사회재활서비스제도

	생활정착금 대부사업	자녀장학사업
목적	산재근로자 및 유족의 자립기반을 조성하고 사회복귀를 촉진	재해근로자 생활안정 및 실질소득을 증대하고 재해근로자 자녀의 교육기회를 제공
대상	<ul style="list-style-type: none"> · 사망자의 유족 · 일반 산재근로자(장해등급 1~7급) · 상병보상연금수급자 	<ul style="list-style-type: none"> · 사망자의 유족 · 장해등급 1~7급의 재해근로자 자녀 · 상병보상연금 수급근로자 자녀
대부내용	<ul style="list-style-type: none"> · 담보대출 <ul style="list-style-type: none"> - 일반 산재근로자: 1,000만원 - 재활훈련이수자: 2,000만원 · 신용대출 <ul style="list-style-type: none"> - 사업자금 및 차량구입자금: 500만원 · 대부조건: 연리 6%, 5년 거치 5년 균등분할 상환 	<ul style="list-style-type: none"> · 산재근로자 자녀로 중·고등학생에게 졸업시까지 입학금, 수업료, 육성회비 등 정기적 필수 등록금 전액을 장학기금 이자수입으로 지급 · 공공직업훈련생: 기숙사, 식비 전액 · 산재근로자의 대학생 자녀학자금 대부사업(1997년도부터 실시) <ul style="list-style-type: none"> - 대부한도액: 학기 150만원 - 대부조건: 연리 5%, 졸업후 1년 거치 4년 균등분할 상환

자료: 노동부, 『1999 산재보험사업연보』, 2000.

2. 생활정착금 대부사업 현황 및 문제점

생활정착금 대부사업을 위해 연도별 기금조성 현황을 살펴보면, 1988년 10억원이었던 것을 1992년에 20억원, 1993년 30억원, 1996년 40억원으로 계속 증액하여 지난 1988년부터 1998년까지 지난 11년 동안 조성된 기금규모는 360억원에 이른다.

연도별 생활정착금 대부실적을 보면, 1988년 258명(담보 123명, 신용 135명)에게 962백만원(담보 557백만원, 신용 405백만원)을 대부하였고, 1999년의 경우에는 751명(담보 280명, 신용 471명)에게 5,009백만원(담보 2,664백만원 신용 2,345백만원)을 대부하는 실적을 보여, 지난 10여년 동안 대상자수는 약 2배 가량 증가했고, 대부액수는 약 4배 정도 증가하였다. 그러나 이와 같은 대부사업은 담보능력에 따라 차등지급됨에 따라 생활정착금으로서의 실효성이 저하되고 있는 문제점이 있다.

3. 장학사업 및 학자금 대부사업의 현황 및 문제점

자녀장학사업을 위한 기금조성 현황을 살펴보면, 1985년 20억원이었던 것을 1986년에 10억원으로 축소하였다가 1992년에 다시 20억원으로 증액하였다. 1995년에 30억원으로 증액하여 지급하다가 1999년에 다시 10억원으로 축소하여 지난 1985년부터 1998년까지 지난 15년 동안 조성된 기금규모는 270억원에 이른다.

다음으로 연도별 자녀장학사업 대부실적을 보면, 1985년 961명(중학교 406명, 고등학교 555명)에게 2억 27백만원(중학교 69백만원, 고등학교 157백만원)을 대부하였고, 1999년의 경우에는 5,750명(중학교 1,745명, 중학교 3,334명, 대학교 671명)에게 5,112백만원(중학교 965백만원, 중학교 3,199백만원, 대학교 948백만원)을 대부하는 실적을 보여, 지난 15여년 동안 대상자수는 약 5배 가량 증가했고, 대부액수는 약 20배 정도 증가하였다.

이와 같은 현재의 제도는 학비가 많이 소요되는 대학교육에의 대부비용이 계속 150만원으로 제한되어 있고, 장애 8~14급의 경증장애자는 대상에서 제외되어 있어 대부액 수준의 증대와 경증장애인에 대한 대책도 재활 및 사후관리와 관련하여 추가로 고려할 필요가 있다.

제 3 장 산재보험의 직업재활훈련원 훈련생 현황분석

제 1 절 훈련생 현황

1. 훈련중인 인원

안산재활훈련원의 정원은 120명이며 2000년 6월의 재학생은 117명이다 (표 3-1 참조). 광주재활훈련원의 정원은 90명이며 2000년 5월 현재, 재학생은 94명이다.

<표 3-1> 공과별 훈련생 현황(2000년 6월 현재)

(단위: 명)

		전체	의상 공과	인쇄매체 공과	광고 디자인과	산업 설비공과	귀금속 공예과	광고 미술공과
안산재활 훈 련 원	정원	120	30	35	30	-	25	
	현원	(117)	(31)	(31)				
광주재활 훈 련 원	정원	90	30			30	-	30
	현원	(94)	(27)			(28)		(39)

자료: 안산(2000. 6. 기준), 광주(2000. 5. 기준)재활훈련원 업무현황 재구성.

2. 훈련생의 특성

가. 연령별 현황

훈련생의 연령별 현황을 보면, 안산재활훈련원은 117명의 훈련생 중 67.5%(79명)가 30세 이상이며, 광주재활훈련원은 94명의 훈련생 중 30세 이상이 70.2%(66명)인 것으로 나타났다(표 3-2 참조). 이와 같은 분포는 전체

산재근로자의 연령별 특성과 유사하다. 참고로 1998년도 전체 산업재해자 51,514명 중 39세 이상은 78.9%(40,642명)이다(표 3-3 참조). 50세 이상 고령자 훈련생의 분포는 안산재활훈련원이 2.6%(3명)이며, 광주재활훈련원은 3.2%(3명)이다.

<표 3-2> 재활훈련원 훈련생의 연령별 현황

(단위: 명)

	안산재활훈련원					광주재활훈련원			
	전체	의상	귀금속	인쇄매체	컴퓨터디자인	전체	의상	광고미술	산업설비
20세이하	5	-	2	-	3	3	-	2	1
21~30세	33	1	4	11	17	25	4	14	7
31~40세	52	16	9	17	10	40	11	16	13
41~50세	24	12	7	3	2	23	11	6	6
51세이상	3	2	-	-	1	3	1	1	1
전체	117	31	22	31	33	94	27	39	28

자료: 안산재활훈련원 업무현황, 2000. 6. 3. 현재.
 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31. 현재.

<표 3-3> 전체 산재근로자의 연령별 현황

	18세 미만	18~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	45~49세	50세 이상	전체
전체 (%)	144 (0.28)	4,166 (8.09)	6,562 (12.74)	6,823 (13.24)	7,911 (15.36)	7,245 (14.06)	5,859 (11.37)	12,804 (24.86)	51,514 (100.00)

자료: 노동부, 『'98 산업재해분석』, 1999.

나. 성별 현황

훈련생의 성별 현황을 보면, 남자가 안산재활훈련원이 117명 중 116명이 고, 광주재활훈련원은 94명 전원이 남자로 나타났다(표 3-4 참조). 이는 1998년도의 경우 전체 산재근로자(51,514명) 중 남성이 89.1%로 여성보다 월등히 많다는 점에서 당연한 결과로 이해될 수 있으나, 한편으로는 재활훈

련원이 원칙적으로 수용시설이라는 점에서 특히 여성이 입소를 어려워하는 결과로 볼 수 있다.

<표 3-4> 성별 현황

(단위: 명, %)

	전 체	남 자	여 자
전체 산재근로자	51,514(100.0)	45,917(89.1)	5,597(10.9)
안산재활훈련원	117(100.0)	116(99.1)	1(0.9)
광주재활훈련원	94(100.0)	94(100.0)	-

자료: 노동부, 『'98 산업재해분석』, 1999.
 안산재활훈련원 업무현황, 2000. 6. 3.
 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31.

다. 학력별 현황

훈련생의 학력별 현황을 보면, 고졸 이상의 학력이 광주재활훈련원은 72.3%이고, 안산재활훈련원은 74.3%인 것으로 나타났다(표 3-5 참조).

<표 3-5> 훈련생의 학력별 현황

(단위: 명)

	안산재활훈련원					광주재활훈련원			
	전체	의상	귀금속	인쇄 매체	컴퓨터 디자인	전체	의상	광고 미술	산업 설비
전 체	117	31	22	31	33	94	27	39	28
초 졸	5	4	1	-	-	11	6	2	3
중 졸	25	13	4	5	3	15	7	6	2
고 졸	69	12	13	19	25	56	13	22	21
전문대졸	9	-	3	4	2	6	1	3	2
대 졸	9	2	1	3	3	6	-	6	-

자료: 안산재활훈련원 업무현황 재구성, 2000. 6. 3. 기준.
 광주재활훈련원 업무현황 재구성, 2000. 5. 31. 기준.

1998년에 한국노동연구원이 실시한 치료종결 산재장애인에 대한 조사에 의하면 산재장애인 중 · 고등학교 이상 졸업자가 42.3%⁵⁾인데 반해 재활훈련원의 훈련생은 더 높은 학력을 보이고 있어 이들의 취업이나 사회복귀에 대한 욕구가 상대적으로 높다고 볼 수 있다.

이와 같은 훈련생의 고학력화 현상은 지난 3년간 광주재활훈련원에 입교하는 산재장애인의 고학력화, 저연령화 추이변화를 통해서도 알 수 있다(표 3-6 참조).

<표 3-6> 광주재활훈련원의 연도별 훈련생의 학력 및 평균 연령추이

(단위: 명, %)

	학 력 수 준				연 령
	중졸이하	고졸이하	전문대졸이상	진 체	평균연령
1997	26(32.5)	52(65.0)	2(2.5)	80(100.0)	만 35세
1998	25(28.7)	56(64.4)	6(6.9)	87(100.0)	만 35세
1999	20(21.7)	59(64.1)	13(14.1)	92(100.0)	만 32세

자료: 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31.

라. 장애등급 및 장애유형별 현황

훈련생의 산재장애등급별 현황을 살펴보면, 광주재활훈련원의 경우 장애등급 1~7급의 중증장애인 훈련생은 45.7%(43명), 장애의 정도가 상대적으로 경미한 장애 8~14급의 훈련생은 54.3%(51명)이다.

안산재활훈련원은 장애등급 1~7급의 훈련생이 56.4%(66명)이고, 장애 8~14급의 훈련생이 43.6%(51명)으로 광주재활훈련원의 훈련생보다는 장애 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 안산재활훈련원과 광주재활훈련원 모두 장애등급 1~7급의 중증장애인만을 집중적으로 입소시키고 있지는 않

5) 한국노동연구원은 1998년도에 1996년 1월~1997년 12월 사이에 치료종결되어 신규로 장애관정을 받은 56,802명의 산재장애인 중 1,050명을 대상으로 전화설문 조사한 결과 초등학교 이하 졸업생은 32.8%, 중졸 24.9%, 고졸 35.0%, 전문대 이상 졸업은 7.3%로 나타났다(자료: 한국노동연구원, 『산재보험 재활 및 사후관리 강화방안에 관한 연구(I)』, 1998).

고 장애 8~14급의 산재장애인도 약 50% 정도 입소시키고 있기 때문에 나타난 결과로 보여진다.

훈련생의 장애유형별 특성을 살펴보면, 광주재활훈련원의 경우 전체 훈련생의 36.2%(34명)가 손가락 및 상지장애를 갖고 있으며, 발가락과 하지부에 해당하는 하반신 장애를 가진 훈련생은 19.1%(18명)로 나타났다(표 3-7 참조).

<표 3-7> 장애등급별 훈련공과 현황

(단위:명)

	안산재활훈련원					광주재활훈련원			
	전체	의상	귀금속	인쇄매체	컴퓨터디자인	전체	의상	광고미술	산업설비
1급	7	1	1	4	1	-	-	-	-
2급	2	1	1	-	-	2	-	2	-
3급	10	4	1	4	1	3	1	1	1
소계	19	6	3	8	2	5	1	3	1
4급	4	2	-	-	2	4	3	1	-
5급	12	1	2	5	4	6	1	4	1
6급	22	8	4	5	5	11	3	4	4
7급	9	3	1	3	2	17	6	5	6
소계	47	14	7	13	13	38	13	14	11
8급	10	1	2	4	3	5	1	3	1
9급	6	2	2	1	1	4	1	1	2
10급	7	2	2	1	2	12	4	2	6
11급	7	1	3	1	2	7	2	4	1
12급	14	3	3	2	6	15	3	9	3
13급	1	-	-	-	1	4	2	2	-
14급	6	2	-	1	3	4	-	1	3
소계	51	11	12	10	18	51	13	22	16
전체	117	31	22	31	33	94	27	39	28

자료: 안산재활훈련원 업무현황, 2000. 6. 3.
 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31.

<표 3-8> 장애유형별 훈련공과 현황(광주재활훈련원:2000. 5. 31. 현재)

(단위:명)

	전체	경부	귀	눈	두부	상지부	손가락	수부	안면부	체간부	발가락	하지부
전체	94 (100.0)	4 (4.3)	1 (1.1)	3 (3.2)	9 (9.6)	12 (12.8)	22 (23.4)	7 (7.4)	1 (1.1)	17 (18.1)	1 (1.1)	17 (18.1)
의상	27	1	1	-	3	2	8	1	-	6	-	5
광고 미술	39	2	-	-	4	8	10	2	1	7	1	4
산업 설비	28	1	-	3	2	2	4	4	-	4	-	8

자료: 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31.

훈련공과별 훈련생의 장애유형별 특성에서는 각 공과별로 두드러진 차이점이 나타나지 않고 있다. 이는 아직까지는 장애특성별로 훈련공과가 세분화되어 있지 않음을 보여준다.

따라서 장애특성별로 훈련내용이 다양하게 제공되어야 하며, 훈련원 입소 이전에 훈련공과 선정시 산재장애인의 장애유형을 고려하여야 할 것으로 보인다.

마. 거주지별 현황

거주지역별 훈련생의 현황을 살펴보면, 안산재활원의 경우 경인권(서울·인천·경기)내에 거주지를 두고 있는 훈련생이 67.8%(82명)이며, 광주재활훈련원은 호남권(광주·전남·전북·제주)내에 거주지를 두고 있는 훈련생이 50.0%(47명)인 것으로 나타나 훈련원이 위치한 지역내에 거주하고 있는 훈련생의 입소율이 높게 나타나고 있다(표 3-9 참조). 따라서 영남권에도 직업재활훈련원의 신설이 필요하다고 판단된다.

<표 3-9> 거주지역별 현황

(단위: 명)

	전체	경인·강원권				충청권			영남권				호남권				
		서울	인천	경기	강원	대전	충남	충북	부산	대구	울산	경남	경북	광주	전남	전북	제주
안산재활훈련원	121	26	18	38	5	4	7	4	6	1	3	1	5	0	1	2	0
광주재활훈련원	94	3	-	3	1	4	3	3	14	3	1	6	6	21	13	11	2

자료: 안산재활훈련원 업무현황, 2000. 4. 기준.
 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 기준.

바. 훈련생 자치활동

광주재활훈련원의 경우 각 공과별로 훈련생 대표가 구성되어 있으며, 이러한 훈련생의 자치회를 활용하여 실무자와 훈련생 대표로 구성된 소위원회가 훈련생의 의견을 청취하고 있다. 소위원회에서 생점화된 문제는 훈련원 운영위원회에서 논의되어 훈련생의 의견을 반영하고 있다. 또한 훈련교사와 직업재활상담원이 아이디어를 내어 ‘창업동아리’를 창설하였고, 선배 훈련원생과 재학중인 훈련생간의 연결을 통해 자발적인 취업을 가능하게 하고 있다.

한편 안산재활훈련원은 월 1회에 훈련생의 의견을 청취하는 시간을 가져 훈련생들로부터 의견을 수렴하는 기회를 마련하고 있고, 자원봉사자들을 적극 활용하여 방과후의 훈련생들이 여가시간을 활용할 수 있도록 취미활동을 권장하고 있다. 현재 중졸 검정고시반, 대입 검정고시반을 운영하고 있고, 취미반으로는 서예, 탁구, 당구 등이 있다.

제 2 절 훈련수료후 사회복귀 현황

1. 사회복귀 현황

사회복귀는 직업재활의 최종적인 목표로 재활훈련원의 경우 기관의 목표를 기능양성을 통한 자격증 취득과 취업 및 자영을 통한 사회복귀로 설정

하고 있다. 자격증 취득은 훈련과정을 이수한 후 사회에 나가 취업을 가능하게 한다는 점에서 사회복지를 위한 중요한 조건이라고 할 수 있다.

최종적인 사회복지과정이라 할 수 있는 취업현황을 살펴보면, 광주재활훈련원의 경우 1993년부터 2000년 현재까지 훈련이수자 211명 중 127명이 취업 및 자영을 하여 약 60.2%의 사회복지율을 보이고 있다. 이 중 75명은 취업, 52명은 자영을 한 것으로 나타났다(표 3-10 참조).

이들 중 수료생이 이수한 훈련공과의 연관분야에 취업 또는 자영을 한 경우는 1994~96년까지는 25%(1994: 16.7%, 1995: 7.7%, 1996: 25%) 이하이었으나, 1997년 이후는 그 상황이 많이 개선되고 있다(1997: 56.3%, 1998: 80.0%, 1999: 70.0%, 2000: 91.7%).

2. 사후관리

일반적으로 직업훈련이 끝난 후 일정기간 동안 사후관리가 이루어지고 있다. 현재 재활훈련원에서는 중도퇴소자에 대해서는 비정기적으로 전화에 의한 확인을 실시하고 있으나 이에 대한 체계적인 관리가 이루어지지 않고 있다.

노동부의 워크넷에 구직등록을 시키거나, 직업재활상담사가 직접 사업장과 연결하여 취업시키거나, 지방거주자의 경우 해당지역 근로복지공단 지사에 있는 직업재활상담원과 연계하여 취업할 때까지 사후관리한다. 사후관리는 전화상담 위주이며, 취업을 한 수료생이 직장내 인간관계의 어려움을 많이 호소하여 당해 직장내에 상담원이 있는 경우 훈련원 직업재활상담원과 연락을 취하고 경우에 따라서는 연고지 근로복지공단 지사 직업재활상담원과 연계하여 사후관리하기도 한다.

이밖에도 훈련이수자에 대해 생활정착금을 대부하고 있는데, 원칙상 '산재근로자 생활정착금'은 장애등급 1~7급인 산재장애인과 상병보상연금 수급자, 사망노동자의 유족에게 주택구입비 및 임차비, 사업비, 장애인용 차량구입비, 생업비를 지원하는 것으로 담보용자와 신용용자로 나누어 대부하고 있다. 특히 재활훈련원 훈련이수자인 경우 장애등급에 상관없이 담보용자인 경우 2천만원, 신용용자인 경우 5백만원의 생활정착금을 대부받을 수 있다.

<표 3-10> 직업재활훈련과정 수료후 사회복귀 현황(광주재활훈련원: 2000.5.31.현재)

(단위: 명, %)

공과	수료	사회복귀 현황			훈련공과관련 분야		훈련공과 비관련 분야		
		취업	자영	기타	취업	자영	취업	자영	
1993	의상 광고 계	1 - 1	- - -	- - -	1 - 1				
1994	의상 광고 계	35 16 51 (100.0)	10 7 17 (33.3)	5 2 7 (13.7)	20 7 27 (52.9)	4 - -	- - -	6 (운수, 판매, 선원, 경비, 건설) 7 서비스, 운수, 판매, 보험, 번역 5 (인강, 비디오, 용접, 칠물) 2 서비스, 식당	
1995	의상 광고 계	8 9 17 (100.0)	6 3 9 (52.9)	- 4 4 (23.5)	2 2 4 (23.5)	1 - -	- - -	5 경비, 청소, 서비스, 제조 3 경비, 공무원, 제조 - 4 판매, 서점, 서비스	
1996	의상 광고 계	12 14 26 (100.0)	- 3 3 (11.5)	5 4 9 (34.6)	7 7 14 (53.8)		2 세탁소 1 광고	3 화웨이, 서비스, 수송업 4 서비스, 판매, 수송	
1997	의상 광고 계	11 10 21 (100.0)	6 4 10 (47.6)	1 5 6 (28.6)	4 1 5 (23.8)	3 봉제 3 광고	1 세탁소 2 광고	3 제조, 서비스, 건설 1 사무직 - 3 금속, 화살, 판매	
1998	의상 광고 산업설비 계	11 16 3 30 (100.0)	1 6 2 9 (30.0)	6 5 - 11 (36.7)	4 5 1 10 (33.3)	1 세탁소 3 광고 2 보일러	5 세탁소 5 광고 - -	- 1 판매 - -	
1999	의상 광고 산업설비 계	13 19 11 43 (100.0)	4 6 9 19 (44.2)	7 4 - 11 (25.6)	2 9 2 13 (30.2)	- 4 9 보일러	6 세탁소 2 광고 - -	4 건설, 자립장, 샷시 2 봉제, 금융보험 - -	1 판매 2 건설, 식품 -
2000	의상 광고 산업설비 계	6 8 8 22 (100.0)	2 1 5 8 (36.4)	2 1 1 4 (18.2)	2 6 2 10 (45.5)	1 세탁소 1 광고 5 보일러	2 세탁소 1 광고 1 설비	1 판매 - -	
전체 (1993~2000)	의상 광고 산업설비 계	97 92 22 211 (100.0)	29 30 16 75 (35.5)	26 25 1 52 (24.6)	42 37 5 94 (44.5)	10 12 16 38	16 10 1 27	19 18 - 27	10 15 - 25

자료: 광주재활훈련원 업무현황.

3. 관련기관과의 연계

현재 재활훈련원은 노동부 취업알선센터와 장애인고용촉진공단과 연계를 가지고 있는데 주로 노동부 취업알선센터와 인력은행에 재활훈련원 훈련이수자에 대한 구직신청서를 접수시켜 이들에 대한 취업알선이 이루어지도록 연계하고 있다. 훈련생의 수료 2, 3개월 전에 워크넷에 구직등록을 하거나, 훈련교사의 개인적인 친분이거나 직업재활상담원의 사업장 연결로 취업알선을 하고 있다. 장애인고용촉진공단과는 체계적이고 지속적인 연계라기보다는 일시적이고 사안 중심적 연계로서 지방장애인기능경기대회에 재활훈련원의 훈련생이 출전하였을 경우 장애인고용촉진공단에서 이들에게 취업과 관련한 정보를 제공하고 있다.

제 3 절 개선방향

직업재활훈련 확충을 위하여 필요한 제도개선 및 운용상의 미비점·취약점의 보완사항은 훈련원 조직의 체계화, 훈련교사의 확충 및 능력향상, 훈련수당의 현실화, 치료종결후 곧바로 직업재활훈련 연계체계 구축, 훈련공과의 다양화와 훈련기관 증설, 체계적인 취업알선망 구축 및 훈련생의 산재보험적용 확대의 일곱 가지 사항으로 요약될 수 있다.

1. 훈련원 조직체계화

가. 현 황

안산재활훈련원(1985년 설립)과 광주재활훈련원(1992년 설립) 모두 설립 당시에는 산재근로자의 재활보호작업소로 설립되어 운영하다가 1997년 3월부터 근로복지공단으로 이관되어 순수직업훈련기관의 체계로 전환되었다. 훈련공과는 보호작업소 운영시에는 ‘인쇄공과’와 ‘봉제공과’의 2개 공과를 운영하였으나 1998년 순수 직업훈련기관으로 전환한 이후 안산재활훈련원은 ‘의상공과’, ‘인쇄매체공과’, ‘컴퓨터 광고디자인과’ 및 ‘귀금속공예과’의 4개

공과로 확대운영하고 있으며, 광주재활훈련원은 ‘의상공과’, ‘산업설비공과’와 ‘광고미술과’의 3개 공과로 확대개편하였다. 훈련생도 20~30명 수준에서 안산직업재활원은 120명(정원)으로, 광주직업재활원은 90명(정원)으로 확대하여 운영하고 있다.

나. 필요성

과거 보호작업소 운영을 위한 체계에서 설정된 현재의 조직을 산재장애인 중심의 전문직업훈련기관으로 운영하기 위해서는 이에 부응하도록 개편하여야 할 것이다.

다. 개선방향

선진산업국의 산재보험 장애인 전문 직업재활훈련기관의 조직·인력·시설 등과 비교하여 이와 대등한 수준이 되도록 현재의 직업재활훈련원 조직을 보완하여 체계를 갖추어야 할 것이다.

이를 위하여 산재보험 관장자인 노동부와 운영기관인 근로복지공단에서 ① 근로복지공단에 산재근로자의 재활사업을 총괄하는 재활사업본부(책임자: 상임이사)를 설치, ② 직업재활훈련원 관계자들의 선진 해외관련기관 견학 및 연수, ③ 노·사·정·학계 및 관계전문가로 구성되는 산재보험재활위원회 설치·운영 등과 같은 사항들에 대한 적극적인 검토가 이루어져야 할 것이다.

2. 훈련교사의 확충 및 능력향상

가. 현 황

현재의 훈련교사는 보호작업소 운영시의 훈련교사체계를 그대로 이어받은 것으로 산재장애인을 대상으로 하는 전문 직업훈련원 체계로 개편해야 하는 현 시점에서는 한계를 가지고 있다.

훈련교사수 측면에서는 국내의 타장애인 직업훈련기관에 비하여 교사의

수가 부족하다(표 3-11 참조).

<표 3-11> 국내 장애인 직업훈련기관의 훈련생 대 교사수 비율

	근로복지공단 직업훈련원	산업인력관리공단 산하 훈련원	장애인고용촉진공단 산하 일산직업전문학교
공과당 교사수 (훈련생수)	1~2명 (25명 기준)	3.5명 (30명 기준)	5.25명 (30명 기준)

자료: 근로복지공단 안산재활훈련원, 「재활훈련원발전방안(안)」, 2000. 7. 29.

또한 훈련교사가 갖추고 있는 현재의 능력이 보호작업장 운영 당시를 기준으로 한 것이어서 한계가 있다.

현재 각 공과별로 2인의 훈련교사가 배치되어 있는데 일반적으로 장애인 4~5명당 1인의 교사가 적정인원을 감안할 때, 직업재활훈련원의 교사당 훈련생의 비율이 높은 실정이다. 훈련교사의 수가 훈련생들의 적성, 신체장애 형태, 학력, 연령 등을 고려한 적절한 인원의 배치가 이루어지지 못하고 있다.

훈련교사의 수가 적절한 훈련생을 위한 교육인원에 미치지 못하는 관계로 소집단 교육이 이루어지지 못하는 요인이 되고 있으며, 사전에 해당 훈련생 각자에 대한 정보파악에 소홀하게 됨으로써 훈련생들의 개개인의 수준에 맞는 적절한 교재를 선별하기 어려운 문제점을 갖고 있다.

나. 필요성

급속한 산업구조의 다양화 추세에 새로운 직업분야에 적응할 수 있는 교사의 능력향상과 산재장애인의 장애특성에 따른 훈련과 지도를 가능하게 하기 위하여는 훈련교사수의 확충과 능력향상을 위한 대책이 필요하다.

다. 개선방향

훈련생에게 산재장애인 전문 직업훈련원으로서의 서비스를 충족시키기 위하여 훈련교사와 관련하여 다음과 같은 사항들에 대한 투자가 필요하다.

- ① 현재의 훈련교사에 대한 능력향상 프로그램 계획 및 추진
 - 특수장애인 시설 및 관련교육기관 등에 연수
 - 장애인 재활관련 기관과의 정보교류 기회 제공
 - 면허취득 및 직무능력 향상과정 참여기회 제공
 - 직업학교 및 정규대학 등 전문대학에서 실시하는 사회교육 시설 및 관련직종 산업체 위탁교육
 - 직종별 산업체의 급변하는 변화에 적응
 - 현장 중심의 신기술 습득
 - 교사 직무향상을 위한 선진산업국 연수
 - 선진산업국의 산재장애인 재활시설과 교육프로그램, 제도 등 견학, 연수, 자료수집
 - 선진산업국의 직업재활훈련기관과의 국제협력
- ② 훈련교사수의 확충
 - 훈련생수 대비 적정 훈련교사수를 산출하여 교사수 확충
 - 장애인 직업재활분야의 전문가를 교사로 채용
 - 해당 훈련공과의 경험 있는 전문가를 교사로 채용

3. 훈련수당의 현실화 : 직업재활급여 신설

가. 현 황

현재 산재보험에서는 직업재활훈련원 훈련생에게 훈련수당으로 월 16만원을 지급하고 있다. 여기에 훈련기간중 기능자격증 취득을 하는 경우 자격수당으로 월 5만원씩을 추가로 지급하고 있다. 그러나 훈련생들 중에는 부양가족이 있는 경우가 46.6%이며, 이들의 평균 부양가족수가 2.64명임을 고려할 때 부양가족이 있는 산재근로자의 경우 가족의 생활대책이 어려운 상황하에서는 직업재활훈련원 입소를 권유하기가 현실적으로 어렵다(표 3-12 참조).

<표 3-12> 장애등급별 부양가족 실태

(단위: 명, %)

		장애 1~3등급	장애 4~7등급	장애 8~14등급
부양가족 유무	있다	9 (75.0)	39 (58.2)	27 (46.6)
	없다	3 (25.0)	28 (41.8)	31 (53.4)
전체		12 (100.0)	67 (100.0)	58 (100.0)
부양 가족수	1	2 (22.2)	5 (12.2)	7 (26.9)
	2	1 (11.1)	9 (22.0)	11 (42.3)
	3	5 (55.6)	14 (34.1)	3 (11.5)
	4	1 (11.1)	10 (24.4)	5 (19.2)
	5	-	3 (7.3)	-
	전체	9 (100.0)	41 (100.0)	26(100.0)
	평균	2.56	2.93	2.23
평균 가족수		2.64		

주: 무응답 제외.

자료: 한국노동연구원, 직업재활훈련원 훈련생 설문조사(2000. 7) 분석(내부자료).

나. 필요성

독일 산재보험에서는 산재근로자의 직업재활훈련을 위한 직업재활보험 급여의 종류와 범위를 명시하고 있다. 직업재활보험급여는 재해근로자의 직업적응, 양성훈련, 기초훈련 및 전직훈련과 관련된 급여, 사업주에게 보조금으로 지급되는 보험급여, 산재장애인을 위한 작업장에서의 보험급여의 세 가지로 대별되며 보험급여의 지급기간은 원칙적으로 2년간이다(독일산재보험법 제3절(제35~38조), 부록 I 참조).

이와 같이 독일 산재보험에서는 피재근로자의 전직을 위한 직업훈련과정 뿐만 아니라 사업장에서의 생산성 저하분에 대하여 사업주에게 보조금을 지급함으로써 직장복귀에 최선을 다하고 있다. 그러나 우리나라 산재보험에서는 이와 같은 제도적 장치가 미흡하다.

다. 개선방향

산재보험법령에 산재근로자 직업재활훈련관련 보험급여 및 훈련기간 동안의 생활대책을 위한 보험급여 조항을 신설하여야 한다.

4. 치료종결후 직업재활훈련 연계체제 구축

가. 현황 및 필요성

요양개시 시점부터 재활상담이 연결되어 치료종결후 곧바로 직업재활이 시작되어야 재활성공률이 높다. 그러나 현황은 치료종결후 6개월이 지난후에야 입교하는 경우가 68.1%이다. 더구나 치료종결후 3년이 경과한 후에 입교하는 경우도 20.2%에 이르고 있다(표 3-13 참조). 참고로 미국 Washington Business Group on Health(사업주단체에서 출연한 연구기관)의 조사결과에 의하면 재활성공률은 재해발생일로부터 6개월이 경과하면 장애자의 50% 정도만 재활이 가능하고, 1년이 경과하면 10%만이 재활에 성공할 수 있으며, 2년 이상이 경과하면 재활성공률이 0%가 되는 것으로 보고 있다(치료종결후 시간이 상당히 경과한 산재장애인의 경우 취업하고자 하는 욕구가 거의 희박함).

나. 개선방향

현재 각 지사별로 그리고 안산과 광주직업재활훈련원에 각각 1명씩 배치되어 있는 직업재활상담원의 숫자를 증원하여 입원중인 산재환자의 상담을 체계화하여 치료종결후에 즉시 직업재활훈련과 연계될 수 있도록 운영하여야 할 것이다.

<표 3-13> 치료종결후 훈련원 입교까지의 소요기간(광주직업재활훈련원: 2000. 5. 훈련생을 중심으로)

(단위: 명, %)

	의상 공과	광고미술 공과	산업설비 공과	전 체	누적계
6개월 미만	7	15	8	30(31.9)	30(31.9)
6개월이상~1년미만	9	1	6	16(17.0)	46(48.9)
1년이상~2년미만	3	13	6	22(23.4)	68(72.3)
2년이상~3년미만	3	3	1	7(7.4)	75(79.8)
3년이상~4년미만	1	1	-	2(2.1)	77(81.9)
4년이상~5년미만	1	2	1	4(4.3)	81(86.2)
5년이상~6년미만	-	1	-	1(1.1)	82(87.2)
6년이상~7년미만	-	-	1	1(1.1)	83(88.3)
7년이상~8년미만	1	-	2	3(3.2)	86(91.5)
8년이상~9년미만	1	-	-	1(1.1)	87(92.6)
10년이상	1	3	3	7(7.4)	94(100.0)
전 체	27	39	28	94(100.0)	94(100.0)

자료: 광주재활훈련원 업무현황, 2000. 5. 31.

5. 훈련공과의 다양화 및 훈련기관 증설

가. 현 황

현재 안산직업재활훈련원은 ‘의상공과’, ‘인쇄매체공과’, ‘광고디자인공과’, ‘귀금속공예공과’의 4개 공과를 운영하고 있으며, 광주직업재활훈련원은 ‘의상공과’, ‘산업설비공과’와 ‘광고미술공과’의 3개 공과를 운영하고 있다.

나. 필요성

이와 같은 제한된 훈련공과만으로는 다양한 업종에서 발생하고 있는 산재근로자들의 직업재활훈련 욕구를 수용하지 못하고 있다. 또한 훈련원이 지역적으로 편중되어 있어 증설이 필요하다.

다. 개선방향

훈련공과의 다양화 및 훈련기관을 증설하여야 한다.

참고로 독일의 산재장애자 직업재활시스템은 다음과 같다.

성인장애자를 위한 직업재활시설은 독일전역에 24개소가 있으며, 수용능력은 총 14,656명이고 100여개의 직업훈련분야가 있다(부록 I 참조). 훈련기간은 직업훈련분야에 따라 약간씩 차이가 있으나 일반적으로 24개월이 원칙이다.

6. 체계적인 취업알선망 구축

가. 현 황

현재는 훈련생이 수료후 훈련교사의 노력에 의하여 취업하는 것이 대부분이며, 최근에 제도가 도입되어 활동하고 있는 직업재활상담원의 노력에 의하여 부분적으로 취업하고 있다.

나. 개선방향

- 정부(노동부)의 취업알선망체계와의 연계를 통하여 적극적인 취업활동을 하도록 하여야 한다.
- 한국노총을 비롯한 노동단체들이 산재근로자의 취업을 위하여 적극적인 노력을 하여야 한다.
- 산재보험과 고용보험을 비롯한 사회보험에서 장애인 직업재활에 적극적인 관심과 투자를 하여야 한다(독일 사회보험에서는 장애인 직업재활에 적극적인 투자를 하고 있다. 예를 들면, 독일 실업보험을 관장하고 있는 독일연방고용청에서는 독일 장애인 직업훈련 및 직업재활대책의 80.0%를 담당하고 있으며, 연금보험에서는 14.0% 그리고 산재보험에서는 5.6%를 담당하고 있다. 이와 같이 독일 사회보험에서는 장애인의 직업복귀를 위하여 총체적인 노력을 하고 있다(부록 I 참조).

7. 훈련생의 산재보험 적용확대

현재 훈련생에게 산재보험이 적용되지 않고 있으며, 직업재활훈련원에서 별도로 상해보험에 가입하여 기초적인 보호에 그치고 있는 실정이다. 따라서 훈련생들에 대한 산재보험 적용을 위한 제도적 보완(예: 독일처럼 교육기관에 수용된 학생들도 산재보험 적용대상에 포함되는 제도 개선)이 필요하다.

참고로 독일 산재보험에서는 직업재활훈련중인 산재근로자에게 산재보험이 적용되고 있다(독일산재보험법 제2조 제1항 제2호).

제 4 장 입원중인 산재근로자 재활실태조사 : 면접설문조사

제 1 절 조사의 개요

1. 조사의 목적

본 조사의 목적은 산재요양환자의 재활실태를 파악하여 요양기간 동안 필요한 재활서비스 체계를 수립하기 위한 기초자료를 제공하는 데 있다. 요양환자의 재활을 위한 개입시기 및 방법은 산재환자의 재활의지에 중요한 영향을 미치게 되므로 치료종결한 산재장애인에 대한 조사와는 다른 의미에서 중요하다. 구체적인 조사목적은 제시하면 다음과 같다.

첫째, 산재요양환자의 신체적, 사회심리적인 상태를 파악하고자 한다.

둘째, 산재요양환자의 재활서비스 만족도, 재활서비스에 대한 욕구를 파악하고자 한다.

2. 조사방법

가. 조사대상자의 선정과정

현재 산재의료관리원 산하 산재병원에 입원 중인 산재환자로서 면접이 가능한 환자를 대상으로 하였다. 조사대상 산재병원은 경인지역에 위치한 인천중앙병원, 안산중앙병원, 경기요양병원 등 3개 의료기관이며, 조사대상자는 조사대상 병원의 협조를 받아 산재로 입원중인 산재환자 전체에 설문 조사를 시행하였다. 요양환자 표본의 구성은 다음과 같다.

<표 4-1> 표본의 구성

		사례수	비율(%)
산재종합병원	인천중앙병원	156	48.0
	안산중앙병원	64	19.7
산재요양병원	경기요양병원	105	32.3
전체		325	100.0

나. 조사방법 및 조사과정

조사는 조사대상자가 환자이고 설문내용에 대한 이해가 부족할 것이라는 점을 감안하여 면접교육을 충분히 받은 조사원이 산재환자와 1 대 1로 직접 면접하는 방법으로 이루어졌다. 면접조사원은 대진대학교 사회복지학과 3~4학년 학생들로서 설문조사 전에 본 연구진에서 실시한 설문조사 교육을 통해 전문적인 설문용어 및 전화면접조사의 요령을 숙지하도록 하였다. 조사기간은 2000년 4월 10일부터 5월 30일까지였다.

다. 조사내용

산재요양환자를 대상으로 한 양적조사의 구체적인 내용은 다음과 같다.

<표 4-2> 산재요양환자 조사내용

	세부 설문내용
산재관련 사항	부상부위, 요양기간, 재요양기간, 전원횟수
신체적, 정신건강상태	일상생활능력 정도, 우울 정도, 자존감
가족지원 및 사회적 지원실태	가정생활, 가족지원, 사회적 지원
재활서비스에 대한 평가 및 재활서비스 욕구	재활관련 안내 및 상담, 응급조치, 재활치료, 개호문제 및 서비스에 대한 평가, 장기요양시설에 대한 욕구, 상담경험, 구직계획, 재취업시 어려움, 재취업시 필요한 지원, 직업재활훈련원 인지도, 직업재활훈련원 이용의사, 희망하는 직업훈련기관, 직업훈련시 필요한 지원, 재취업을 희망하는 곳, 재활서비스 인지도 및 필요성
사회인구학적 특성	성별, 연령, 교육 정도, 장애등급, 가족사항, 산재전후 직업

라. 분석방법

회수된 설문지는 325부이며, 부호화작업(coding)과 오류검토작업(data cleaning)을 거쳐 SPSS/PC Package를 사용하여 통계처리되었다. 사용된 통계분석방법은 빈도분석, 기술분석, t-test, 일원분산분석(Oneway Anova) 등이다.

제 2 절 결과분석

1. 조사대상자의 일반적 특성

가. 인구학적 특성

성별 분포를 보면, 남자가 96.3%, 여자가 3.7%로 대부분이 남자이다. 산재의료관리원 인천중앙병원과 안산중앙병원에서 요양중인 환자(이하 산재종합병원 환자)와 경기요양병원에 요양중인 환자(이하 산재요양병원 환자)의 남자 비율도 각각 97.3%, 94.3%를 차지하고 있다(표 4-3 참조).

연령 분포를 보면, 산재종합병원 환자의 경우 평균 연령이 46.7세인데 비해 산재요양병원 환자는 54.3세로 약 7.6세 많았다. 구체적으로 살펴보면, 산재종합병원 환자의 경우 50대 미만이 58.6%로 과반수를 넘는데 비해 산재요양병원 환자는 50세 미만이 28.6%에 불과하였다.

교육수준을 살펴보면, 산재요양병원 환자가 산재종합병원 환자에 비해 교육수준이 낮은 것으로 나타났는데, 무학 또는 초등학교를 졸업한 경우가 산재요양병원 환자는 64.4%나 차지하고 있는 반면에 산재종합병원 환자는 약 20.6%에 불과하였다.

결혼상태를 보면, 기혼인 경우가 산재종합병원의 경우 78.6%이며, 산재요양병원의 경우는 79.5%이다. 미혼인 경우는 산재종합병원 환자의 경우 13.2%인 반면, 산재요양병원 환자는 2.9%만이 미혼인 것으로 나타났다. 이혼이나 별거 및 사별의 비율은 산재요양병원 환자의 경우 18.2%로 산재종합병원 환자(6.9%)의 약 3배로 나타났다.

<표 4-3> 인구학적 특성

(단위: %)

	전 체	산재종합병원 환자	산재요양병원 환자
성 별	n=325	n=219	n=105
남 자	96.3	97.3	94.3
여 자	3.7	2.7	5.7
전 체	100.0	100.0	100.0
연 령	n=325	n=220	n=105
29세 이하	4.3	5.9	1.0
30세 이상~39세 이하	17.5	24.1	3.8
40세 이상~49세 이하	27.1	28.6	23.8
50세 이상~59세 이하	30.2	23.2	44.8
60세 이상	20.9	18.2	26.7
전 체	100.0	100.0	100.0
평균연령(표준편차)	49.2세(10.0)	46.7세(11.3)	54.3세(7.9)
교육수준	n=321	n=219	n=102
초등학교 이하 졸업	9.3	20.6	64.4
중학교 졸업	19.3	26.5	20.6
고등학교 졸업	24.6	41.6	30.4
전문대 이상 졸업	43.0	11.4	2.9
전 체	100.0	100.0	100.0
결혼상태	n=323	n=219	n=104
미 혼	9.9	13.2	2.9
기 혼	78.6	79.5	76.9
동 거	0.9	0.5	1.9
별 거	1.9	0.9	3.8
이 혼	6.2	4.6	9.6
사 별	2.5	1.4	4.8
전 체	100.0	100.0	100.0

나. 산재 이전 직업분포

산재 이전 직업분포를 보면, 전체적으로 기능근로자가 38.0%로 가장 많

왔고, 다음으로 단순노무직 근로자(32.7%), 장치, 기계조작 및 조립직원(15.1%)으로 나타났다(표 4-4 참조). 산재요양병원 환자의 경우 단순노무직근로자의 비율(37.3%)이 산재종합병원 환자(32.7%)보다 높았다. 또한 전문가 및 사무직원의 비율이 산재종합병원 환자의 경우 7.1%를 차지하고 있는데 비해 산재요양병원 환자의 경우는 한명도 없었다.

<표 4-4> 산재 이전의 직업분포

(단위: %)

	전 체 (n=245)	산재종합병원환자 (n=170)	산재요양병원환자 (n=75)
고위임직원, 행정, 관리자	2.0	2.4	1.3
전문가	0.8	1.2	-
사무직원	4.1	5.9	-
서비스직 또는 판매직원	5.3	6.5	2.7
기능근로자	38.0	37.6	38.7
장치, 기계조작 및 조립직원	15.1	14.1	17.3
단순노무직 근로자	32.7	30.6	37.3
농·임·수산업 근로자	2.0	1.8	2.7
전 체	100.0	100.0	100.0

다. 산재관련 사항

1) 부상상태

산재환자들의 부상상태를 보면, 전체적으로 신경이 손상된 경우가 상대적으로 많았고, 이 중에서도 특히 척추손상 비율(42.5%)이 높았으며, 다음으로는 골절환자가 많았는데, 특히 상지나 하지골절환자 비율이 높았다(표 4-5 참조). 이를 병원별로 살펴보면, 산재요양병원 환자의 경우는 병원의 특성상 척추손상이 51.4%로 가장 많았고, 골절상태인 경우는 하지 9.5%, 상지 7.6%, 상지+하지골절이 4.8%를 차지하고 있는 반면, 절단환자나 장기손상환자, 화상환자는 거의 없었다. 산재종합병원 환자의 경우 척추부손상이 가장 많았으며(38.2%), 하지골절은 12.7%, 상지골절은 10.5%를 차지

하였다.

<표 4-5> 부상상태

(단위:%)

	부상부위	전 체 (n=325)	산재종합병원 환자(n=220)	산재요양병원 환자(n=105)
골절상태	상지	9.5	10.5	7.6
	하지	11.7	12.7	9.5
	상지+하지	3.4	2.7	4.8
	기타	5.2	5.5	4.8
절단상태	상지	0.9	0.9	1.0
	하지	1.2	1.8	-
	상지+하지	0.6	0.5	1.0
	기 타	0.6	0.9	-
신경손상상태	두부	16.0	19.1	9.5
	척추부	42.5	38.2	51.4
	기타	22.2	24.5	17.1
장기손상	흉부	1.2	0.5	2.9
	복부	0.9	1.4	-
	기타	0.3	-	1.0
화 상	상지	0.6	0.9	-
	하지	-	-	-
	상지+하지	0.6	0.9	-
	기타	0.3	0.5	-
기 타		16.6	10.5	29.5

주: 중복응답.

2) 요양 및 재요양기간

산재사고로 인한 요양기간을 보면, 최초 요양기간은 1년 이상~2년 미만 (24.7%)이 가장 많았으며, 다음은 2년 이상 3년 미만(15.5%), 6년 이상 (15.1%), 3년 이상~4년 미만(13.8%), 6개월 미만(9.5%), 6개월 이상~1년 미만(9.2%), 4년 이상~5년 미만(8.2%), 5년 이상~6년 미만(3.9%)으로 나타나고 있다. 병원유형에 따라 분석한 결과, 산재종합병원 환자의 경우는 1년 이상인 경우가 약 78.2%인데 비해 산재요양병원 환자는 87.8%였으며, 3

년 이상의 장기요양한 경우는 산재종합병원 환자가 35.4%인데 비해 산재요양병원 환자는 53.1%로 과반수를 넘고 있다.

한편 재요양기간은 6개월 미만이 26.6%로 가장 많았고 6개월 이상~1년 미만(23.4%), 1년 이상~2년 미만(21.1%), 2년 이상~3년 미만(10.2%) 등으로 나타났으며, 6년 이상인 경우도 6.3%나 되었다. 병원유형별 분포를 살펴보면, 재요양기간이 1년 미만인 경우가 산재종합병원 환자의 경우 약 52%인 반면, 산재요양병원 환자는 38.2%에 불과하였지만, 1년 이상~2년 미만은 산재요양병원 환자가 23.1%로 산재종합병원 환자 18%보다 많았다.

<표 4-6> 산재사고로 인한 요양기간

(단위: %, 개월)

	최초 요양기간			재요양기간		
	전 체 (n=304)	산재종합 병원환자 (n=206)	산재요양 병원환자 (n=98)	전 체 (n=128)	산재종합 병원환자 (n=50)	산재요양 병원환자 (n=78)
6개월 미만	9.5	9.2	10.2	26.6	26.0	16.4
6개월 이상~1년 미만	9.2	12.6	2.0	23.4	26.0	21.8
1년 이상~2년 미만	24.7	27.2	19.4	21.1	18.0	23.1
2년 이상~3년 미만	15.5	15.5	15.3	10.2	12.0	9.0
3년 이상	41.4	35.4	53.1	18.8	18.0	19.2
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 요양기간의 차이를 분석한 결과, 최초 요양기간의 경우 산재종합병원 환자의 경우 평균 60.7개월인데 비해 산재요양병원 환자의 경우는 89.8개월로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 반면 재요양기간은 두 집단간(21.1개월, 20.9개월)에 유의한 차이를 보이지 않고 있다(표 4-7 참조).

<표 4-7> 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 요양기간의 차이

(단위: 개월)

	산재종합병원 환자	산재요양병원 환자	t
최초요양기간 평균	n=206 60.7	n=98 89.8	-3.17**
재요양기간 평균	n=50 21.1	n=78 20.9	.04

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

3) 전원실태

전원실태를 살펴보면, 전원경험이 있는 경우가 90.0%를 차지하고 있다. 이 중 1회 전원했다고 응답한 비율과 2회 전원했다는 비율이 각각 27.8%, 27.0%였고, 3회 전원이 22.8%, 4회 전원이 12.5% 그리고 5회 이상은 9.9%를 차지하고 있다. 병원유형별로 보면, 산재종합병원 환자의 경우 1~2회 전원한 경우가 과반수를 넘는 반면, 산재요양병원 환자는 3회 이상이 과반수를 넘어 전원빈도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다(표 4-8 참조).

<표 4-8> 전원실태

(단위: %)

	전 체 (n=320)	산재종합병원 환자 (n=193)	산재요양병원 환자 (n=93)
없다	10.0		
있다	90.0 (100.0)	100.0	100.0
1회	(27.8)	36.8	10.8
2회	(27.0)	25.9	29.0
3회	(22.8)	20.2	26.9
4회	(12.5)	10.9	16.1
5회 이상	(9.9)	6.2	17.2

2. 일상생활능력 정도

일상생활능력 정도를 살펴보면, 식사를 혼자 할 수 있다고 답한 비율이 73.5%였고, 대소변가누기, 휠체어로 이동, 화장실 이용 등은 응답자의 약 50% 이상이 혼자 할 수 있다고 답했으며, 옷입고 벗기, 신변처리, 목욕하기 등은 응답자의 40% 이상이, 보행, 의자, 침상으로 옮기기, 계단오르내리기 등은 응답자의 30% 이상이 혼자 할 수 있다고 답했다(표 4-9 참조).

산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 일상생활능력 정도를 비교해 본 결과, 두 환자 집단의 일상생활능력 정도에는 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 산재요양병원 환자의 경우 일상생활능력 평균 점수가 89.75점으로 경증에 해당하는 반면, 산재종합병원 환자는 평균 점수가 60.72점으로 중증도에 해당하는 것으로 나타났다(표 4-10 참조).

<표 4-9> 일상생활능력 정도

(단위: %)

	전혀 할 수 없음	대부분 도움이 필요	중간 정도 도움이 필요	일부 도움이 필요	스스로 할 수 있음
신변처리(n=307)	10.7	12.1	12.1	16.9	48.2
목욕하기(n=323)	12.7	14.6	9.6	21.4	41.8
식사하기(n=321)	6.5	5.3	3.1	11.5	73.5
화장실 이용(n=320)	10.3	12.8	11.6	11.6	53.8
계단오르내리기(n=322)	29.2	15.2	10.6	11.8	33.2
옷입고 벗기(n=323)	11.1	11.1	12.7	15.2	49.8
배변(대변)가누기(n=322)	11.5	9.6	9.9	11.2	57.8
배변(소변)가누기(n=318)	11.9	8.8	11.6	10.1	57.5
보행(n=322)	25.2	10.6	12.7	15.5	36.0
휠체어로 이동(n=311)	10.9	10.9	10.9	13.2	54.0
의자, 침상으로 옮기기(n=318)	28.3	14.2	11.6	10.1	35.8

주: 무응답 제외.

<표 4-10> 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 일상생활능력 정도

(단위: 점)

	산재종합병원 환자 (n=191)	산재요양병원 환자 (n=91)	t
일상생활능력 정도	60.72	89.75	-8.60***

- 주: 1) 일상생활능력 정도 점수가 0~42점은 중증, 43~79점 중중도, 80점 이상은 경중으로 구분함.
 2) 신뢰도 Chonbach's α = .9404
 3) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3. 심리 및 정신건강 상태

산재환자 우울 정도를 살펴보기 위해 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자 두 집단을 비교해 본 결과, 산재요양병원 환자가 산재종합병원 환자보다 우울 정도가 심한 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 수준이었다(표 4- 11 참조).

산재환자의 자존감의 차이를 알아보기 위하여 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 자존감을 분석한 결과, 산재종합병원 환자의 자존감이 산재요양병원 환자의 자존감보다 높았으며, 두 집단간에는 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 4-11> 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 우울 정도

	산재종합병원 환자	산재요양병원 환자	t
우울 정도	n=209 2.07	n=104 2.50	-5.35***
자존감 수준	n=206 2.39	n=102 2.17	2.99**

- 주: 1) 점수가 높을수록 우울 정도가 심함.
 2) 점수가 높을수록 자존감은 높음.
 3) 신뢰도 Chonbach's α = .8006 .
 4) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4. 가정생활 및 지원실태

가. 가정생활

산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자간의 가족문제 경험의 차이를 살펴본 결과, 두 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있다. 즉, 전반적으로 가정문제에 있어 산재종합병원 환자보다 산재요양병원 환자의 경우가 더 심각한 것으로 나타났다. 산재사고 이후 배우자와 이혼했다고 답한 비율이 산재요양병원 환자는 14.1%로 산재종합병원 환자(5.5%)의 3배 가까이 되었으며, 배우자의 가출도 역시 산재종합병원 환자가 2.6%인데 비해 산재요양병원 환자는 10.3%로 4배 가까이 되었다. 한편 자녀들과의 심한 견해차이나 갈등 경험에 대해서는 산재요양병원 환자(32.7%)가 산재종합병원 환자(15.1%)의 2배 이상으로 나타나 유의한 차이를 보였다. 가족성원의 건강문제 발생비율도 산재요양병원 환자(37.9%)가 산재종합병원 환자(18.2%)의 2배 정도 되었으며, 경제적 형편이 악화되었다고 응답한 경우도 산재요양병원 환자 93.2%, 산재종합병원 환자 83.7%로 유의한 차이를 보였다. 이러한 결과를 통해서 산재사고 이후의 가족관계가 전반적으로 산재요양병원 환자들의 가족관계가 산재종합병원 환자들의 가족관계보다 더욱 악화되었음을 알 수 있다(표 4-12 참조).

<표 4-12> 산재 이후 가정문제

(단위 : %)

	산재종합 병원환자		산재요양 병원환자		χ^2	p
	경험 있음	경험 없음	경험 있음	경험 없음		
배우자와 이혼(n=300)	5.5	94.5	14.1	85.9	6.53	.01064*
배우자의 가출(n=292)	2.6	97.4	10.3	89.7	7.97	.00474**
자녀들과의 심한 견해차이나 갈등(n=300)	15.1	84.9	32.7	67.3	12.51	.00041***
가족성원의 건강문제 발생(n=312)	18.2	81.8	37.9	62.1	14.38	.00015***
경제적 형편이 이전보다 어려워짐(n=318)	83.7	16.3	93.2	6.8	5.46	.01962*

주 : * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

나. 가족 및 사회적 지원실태

산재환자의 가족지원 실태를 보면, 의논상대나 위로를 ‘때때로 또는 항상’ 받는 경우가 약 60%였으며, 물질적 지원이나 외출시 동행이나 취미나 여가 생활을 함께 하는 등의 구체적인 지원을 받고 있다고 답한 경우는 약 30%, 필요한 정보 및 조언을 받는 경우는 약 15%에 불과하였다. 이는 가족들의 지원이 주로 어려운 문제에 대해 의논이나 위로를 해주는 역할이며, 다양한 정보제공이나 사회활동을 위한 구체적인 지원까지는 확대되지 못하고 있음을 보여준다.

한편, 산재환자의 가족 이외의 사회적 지원실태를 보면, 10명 중 2~3명은 가족 이외의 사람들로부터 여러 가지 도움을 받고 있었다. 구체적으로 보면, 의논상대 및 위로를 ‘항상 또는 때때로 받고 있다’고 답한 경우가 23.4%였고, 물질적 지원이나 구체적 지원은 28.2%, 필요한 정보 제공 및 조언은 23.6%로 나타났다(표 4-13 참조).

<표 4-13> 가족 및 사회적 지원실태

(단위 : %)

	가족지원					사회적 지원				
	n	전혀 없다	거의 없다	때때로 있다	항상 있다	n	전혀 없다	거의 없다	때때로 있다	항상 있다
의논상대	299	22.7	16.1	38.1	23.1	244	48.4	28.3	16.8	6.6
물질적 지원이나 구체적 지원(외출시 동행, 취미나 여가생활을 함께 함)	293	45.7	23.2	19.1	11.9	252	48.8	23.0	25.4	2.8
필요한 정보 제공 및 조언	271	52.8	31.4	12.5	3.3	254	52.4	24.0	19.3	4.3

산재환자의 가족지원 정도를 살펴본 결과, 산재종합병원 환자의 가족지원 정도가 산재요양병원 환자의 가족지원 정도보다 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있다. 이는 산재요양병원 환자의 경우 산재종합병원 환자보다 현실적으로 가족들과 만나는 빈도가 낮기 때문에 나타난 결과로 보인다.

산재환자의 가족 이외의 사회적 지원실태를 비교해 본 결과, 산재종합병원 환자의 사회적 지원정도가 산재요양병원 환자의 사회적 지원정도보다

높았으며, 통계적으로 유의한 수준이었다(표 4-14 참조).

<표 4-14> 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 가족 및 사회적 지원정도

	산재종합병원환자	산재요양병원환자	t
가족지원 정도	n=178 2.22	n=81 1.73	4.90***
사회적 지원정도	n=164 1.84	n=60 1.42	4.11***

- 주: 1) 점수가 높을수록 지원정도가 높음.
 2) 신뢰도 가족지원 정도 Chonbach's α = .6945,
 3) 사회적 지원정도 Chonbach's α = .4300
 4) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. 재활서비스 이용실태 및 평가

가. 재활서비스에 대한 안내 및 정보 제공

산재환자에 대한 안내나 정보제공 실태를 조사한 결과, 산재환자 10명 중 3~4명만이 자신의 요양상태나 보상절차, 재활서비스에 대한 안내를 들어 본 경험이 있는 것으로 나타났다(표 4-15 참조). 구체적으로 살펴보면, 자신의 부상 및 요양치료상태에 대한 안내나 설명을 들어본 경험이 있다고 응답한 경우가 42.2%, 산재보험급여의 내용 및 절차에 대해서는 34.4%, 재활서비스의 중요성이나 내용에 대해서는 29.8%가 안내나 설명을 들어 본 경험이 있는 것으로 나타났다.

한편, 이와 같은 산재관련 사항에 대한 안내나 정보에 대한 충분성을 조사한 결과, 만족도 평균 점수가 2점 내외로 나타나 전반적인 만족도가 떨어지는 것으로 나타났으며, 특히 산재보험급여의 내용 및 절차에 대한 안내나 설명이 가장 부족하다고 느끼고 있었다.

<표 4-15> 산재환자에 대한 안내나 정보제공 실태

(단위 : %)

	안내나 설명을 들어본 경험이 있는 경우		안내나 설명에 대한 충분성						만족도 평균 (표준편차)
	n	%	n	매우 부족	부족 한편	충분 한편	매우 충분		
산재보험급여의 내용 및 절차	323	34.4	157	29.3	45.9	21.7	3.2	1.99 (.80)	
현재 자신의 부상 및 요양치료상태	308	42.2	162	14.8	46.9	31.5	6.8	2.30 (.80)	
재활서비스의 중요성이나 내용	305	29.8	130	26.9	39.2	23.1	10.8	2.18 (.95)	

주: 점수가 높을수록 만족도가 높음(1=매우 부족, 2=부족한 편, 3=충분한 편, 4=매우 충분).

나. 응급조치

사고발생후 응급조치와 관련하여 불만스러운 점에 대해서는 현장에서 사고발생 직후 응급조치가 충분히 이루어지지 않는 점(22.3%)을 가장 많이 지적했고, 다음으로는 사고발생 현장에서 병원으로의 신속한 후송이 이루어지지 않는 점(9.1%), 적절한 응급조치 없이 여러병원을 옮겨다니는 점(7.8%), 병원에서의 응급조치가 제대로 이루어지지 않는 점(6.8%) 등의 순으로 나타났다. 병원유형별로 살펴본 결과, 특이한 사항은 산재요양병원 환자의 경우 병원으로의 신속한 후송에 대한 미비점에 대한 지적이 산재종합병원 환자에 비해 약 3배 이상 높았고, 적절한 응급조치의 미비점에 대해서도 약 2배 가까이 지적했다(표 4-16 참조).

<표 4-16> 사고발생후 응급조치와 관련하여 불만스러운 점

	전체 (n=309)	산재종합 병원환자 (n=208)	산재요양 병원환자 (n=101)
사고발생 직후 현장에서 응급조치가 충분히 이루어지지 않음	22.3	21.6	23.8
사고발생 현장에서 병원으로의 신속한 후송이 이루어지지 않음	9.1	5.8	15.8
병원에서의 응급조치가 제대로 이루어지지 않음	6.8	7.7	5.0
적절한 응급조치 없이 여러병원을 옮겨다녀야 했음	7.8	6.3	10.9
기타	10.8	13.0	4.0
불만없음	44.0	45.7	40.6

다. 재활치료

산재환자에 대한 재활치료 이용경험을 보면, 물리치료는 응답자의 93.2%가 이용한 경험이 있었던 반면, 작업치료는 36.4%가 이용한 것으로 나타났다(표 4-17 참조). 이는 현재 물리치료의 경우 인천중앙병원, 안산중앙병원 및 경기요양병원 모두 보편적으로 제공되고 있으나 작업치료는 인천중앙병원 한 곳에서만 실시하고 있기 때문으로 보인다. 병원유형별로 살펴보면, 산재종합병원 환자의 경우 물리치료 이용률은 90.4%, 작업치료는 45.2%가 이용한 경험이 있었으며, 산재요양병원 환자는 물리치료의 경우 응답자의 99%가 이용한 경험이 있지만, 작업치료는 16.7%만이 이용한 적이 있는 것으로 나타났다.

<표 4-17> 재활치료 이용경험

(단위: 명, %)

	전 체		산재종합병원 환자		산재요양병원 환자	
	n	이용률	n	이용률	n	이용률
물리치료	323	93.2	219	90.4	104	99.0
작업치료	313	36.4	217	45.2	96	16.7

물리치료를 이용한 산재환자의 만족도를 조사한 결과, 가장 만족도가 높은 항목은 치료를 받기 위해 기다리는 시간에 대한 만족도(만족도 평균 3.02)가 가장 높았으며, 다음으로 물리치료실이나 다양한 장비(2.91), 재활 전문의 및 재활전문치료사수, 환자나 가족대상 재활치료 교육 및 상담, 산재보험에 적용되는 치료범위 등의 순으로 나타났다(표 4-18 참조). 특이할 만한 사항은 산재보험에 적용되는 치료범위에 대한 불만을 표시한 경우는 응답자의 55.3%로 가장 만족도(평균 2.44)가 낮았고, 환자나 가족대상의 재활치료 교육 및 상담에 대한 불만을 표시한 경우도 44.3%나 되어 상대적으로 만족도(2.55)가 낮았다.

작업치료를 받아 본 경험이 있는 산재환자(인천중앙병원)의 만족도를 조사한 결과, 치료실이나 장비 등과 같은 물리적 환경에 대한 만족도(평균 2.63)가 가장 높았으며, 다음으로 재활전문 의 및 재활전문치료사수(2.57), 치료를 받기 위한 대기시간(2.56), 환자나 가족대상 재활치료 교육 및 상담 (2.37), 산재보험에 적용되는 치료범위(2.37) 등의 순으로 나타났다. 작업치료 역시 물리치료와 마찬가지로 응답자의 53.3%가 산재보험에 적용되는 치료범위에 대해 불만스러운 것으로 나타났다(표 4-18 참조).

<표 4-18> 재활치료에 대한 만족도

(단위: %)

	물리치료					작업치료					평균 (표준 편차)	
	n	매우 불만	약간 불만	약간 만족	매우 만족	n	매우 불만	약간 불만	약간 만족	매우 만족		
물리적 환경(물리/작업치료 실, 다양한 장비 등)	298	8.7	19.8	43.6	27.9	2.91 (.90)	110	14.5	23.6	40.9	20.9	2.63 (.98)
재활전문 의 및 재활전문 치료사수	296	10.8	18.9	60.7	20.3	2.86 (.92)	109	12.8	26.6	43.1	17.4	2.57 (.93)
산재보험에 적용되는 치료 범위	293	16.4	38.9	29.4	15.4	2.44 (.94)	107	15.0	38.3	35.5	11.2	2.37 (.90)
치료를 받기 위해 기다리는 시간	294	5.8	14.6	50.7	28.9	3.02 (.82)	108	18.5	18.5	46.3	16.7	2.56 (.97)
환자나 가족대상 재활치료 교육 및 상담	278	17.3	27.0	39.2	16.5	2.55 (.96)	105	18.1	28.6	41.9	11.4	2.37 (.95)

주: 점수가 높을수록 만족 정도가 높음(1=매우 불만, 2=약간 불만, 3=약간 만족, 4=매우 만족).

병원유형별로 재활치료에 대한 만족도의 차이를 분석한 결과, 물리치료의 경우 물리적 환경이나 재활전문가수, 치료를 받기 위해 기다리는 시간 등에 대한 만족도가 산재요양병원 환자가 산재종합병원 환자에 비해 높은 것으로 나타났다. 작업치료에 대해서는 산재종합병원 환자가 산재요양병원 환자보다 환자나 가족대상 재활치료 교육 및 상담에 대한 만족도가 높은 반면, 다른 항목에 대해서는 유의한 차이가 없었다.

<표 4-19> 재활치료에 대한 만족도 차이

(단위: %)

	물리치료 만족도		t	작업치료 만족도		t
	산재종합 병원환자 (n=196)	산재요양 병원환자 (n=103)		산재종합 병원환자 (n=103)	산재요양 병원환자 (n=21)	
물리적 환경(물리/작업치료실, 다양한 장비 등)	2.74	3.24	-4.75***	2.57	2.71	-.47
재활전문의 및 재활전문치료사 수	2.73	3.09	-3.20**	2.57	2.57	.01
산재보험에 적용되는 치료범위	2.36	2.50	-1.07	2.33	2.33	-.01
치료를 받기 위해 기다리는 시간	2.92	3.15	-2.16*	2.54	2.38	.54
환자나 가족대상 재활치료 교육 및 상담	2.45	2.28	1.12	2.40	1.76	2.65**

주: 1) 점수가 높을수록 만족 정도가 높음(1=매우 불만, 2=약간 불만, 3=약간 만족, 4=매우 만족).

2) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

라. 중증장애인 보호시설에 대한 이용 의사

산재환자에게 중증장애인을 위한 보호시설에 대한 이용의사를 질문한 결과, 산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자 모두 장기요양서비스에 대한 욕구가 가장 큰 것으로 나타났다. 특히 산재요양병원 환자의 경우 96.2%가 장기요양서비스를 이용하겠다고 답한 반면, 산재종합병원 환자는 63.8%가 이용할 의사를 나타내 두 집단간의 장기요양서비스 이용의사에 있어 유의한 차이를 보였다(표 4-20 참조).

<표 4-20> 중증장애인을 위한 보호시설(Care center)에 대한 이용의사

	이용할 의사가 있는 경우				χ^2
	산재종합병원 환자		산재요양병원 환자		
	n	%	n	%	
장기요양서비스	196	63.8	105	96.2	38.40***
주간보호서비스	195	50.8	103	57.3	1.15
단기보호서비스	192	47.4	103	65.0	8.40**
가족동반 보호서비스	187	48.1	102	58.8	3.02
가정봉사원 파견서비스	179	46.4	102	53.9	1.48

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

또한 단기보호서비스에 대해서도 산재종합병원 환자의 47.4%가 이용할 의사를 나타낸 반면, 산재요양병원 환자는 65.0%가 이용하겠다고 응답해 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 한편, 주간보호서비스나 가족동반 보호서비스, 가정봉사원 파견서비스 등에 대한 이용의사는 전반적으로 산재요양병원 환자가 산재종합병원 환자보다 이용하겠다는 비율이 높았지만 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 못했다.

마. 상담서비스

산재환자를 대상으로 자신이 직면한 여러 가지 문제에 대해 상담해 본 경험이 있는지를 질문한 결과, 장애 및 건강문제를 상담해 본 경험이 28.3%로 가장 많았고, 다음으로는 심리적 갈등 및 정신건강문제(10.2%), 산재보상 및 절차에 관한 내용(8.6%), 사회적응문제(3.7%), 취업문제(3.1%), 주변사람들과의 관계문제(3.1%), 가족갈등문제(2.8%) 등의 순으로 나타났다. 병원유형별로 살펴보면, 산재종합병원 환자들의 경우 다양한 문제에 대해 상담을 해본 것으로 나타난 반면, 산재요양병원 환자는 가족갈등문제나 취업문제, 주변사람들과의 관계문제 등은 상담해 본 경험이 전혀 없는 것으로 나타났다(표 4-21 참조).

<표 4-21> 상담경험 유무

(단위 : %)

	상담경험이 있는 경우		
	전 체 (n=325)	산재종합병원환자 (n=220)	산재요양병원환자 (n=105)
장애 및 건강문제	28.3	27.7	29.5
심리적 갈등 및 정신건강문제	10.2	11.8	6.7
가족갈등문제	2.8	4.1	-
취업문제	3.1	4.5	-
사회적응문제	3.7	5.0	1.0
주변사람들과의 관계문제	3.1	4.5	-
산재보상 및 절차에 관한 내용	8.6	8.2	9.5

<표 4-22>는 상담의 필요성에 대한 응답 결과이다. 상담의 필요성을 인정한 경우를 보면(매우 필요하거나 필요한 편이라고 답한 경우), 장애 및 건강문제(74.8%)가 가장 높았고, 다음으로는 산재보상 및 절차에 관한 내용(68%), 심리적 갈등 및 정신건강문제(62%) 순으로 이러한 문제들의 경우 상담의 필요성을 공감하고 있는 비율이 전체 응답자의 2/3 수준 내외로 나타났다. 반면에 취업문제(49.2%), 사회적응문제(45.2%), 주변사람들과의 관계문제(40.5%), 가족갈등문제(39.6%) 등은 응답자의 절반수준에 못 미치는 것으로 나타났다.

전반적인 상담의 필요도 수준을 살펴보기 위해 필요도 평균을 분석한 결과, 장애 및 건강문제(필요도 평균 3.05), 산재보상 및 절차에 관한 내용(2.92), 심리적 갈등 및 정신건강문제(2.78), 취업문제(2.54)가 필요성에 대해 긍정적인 경향을 보인 반면, 사회적응문제(2.44), 가족갈등문제(2.30), 주변사람들과의 관계문제(2.26) 등에 대한 상담의 필요성에 대해서는 상대적으로 필요도가 낮은 경향을 보이고 있다. 이는 주로 산재보상 및 절차나 개인의 신체적·심리적 문제에 대한 상담에 대한 욕구가 상대적으로 높음을 보여주는 결과이다.

<표 4-22> 상담의 필요성

	상담의 필요성 정도(%)				필요도 평균 (표준 편차)
	전혀 필요 없음	별로 필요 없음	필요한 편임	매우 필요함	
장애 및 건강문제(n=226)	6.2	19.0	38.1	36.7	3.05 (.90)
심리적 갈등 및 정신건강문제(n=279)	16.5	21.5	29.0	33.0	2.78 (1.08)
가족갈등문제(n=298)	29.9	30.5	19.5	20.1	2.30 (1.10)
취업문제(n=301)	24.9	25.9	19.6	29.6	2.54 (1.16)
사회적응문제(n=299)	26.4	28.4	20.1	25.1	2.44 (1.13)
주변사람들과의 관계문제(n=299)	32.4	27.1	22.1	18.4	2.26 (1.10)
산재보상 및 절차에 관한 내용(n=287)	15.3	16.7	28.6	39.4	2.92 (1.08)

주: 1=전혀 필요없음, 2=별로 필요없음, 3=필요한 편임, 4=매우 필요함.

6. 취업의사

가. 취업의사

산재환자 치료종결 이후 취업의사에 대해 물어본 결과, 산재종합병원 환자의 경우 ‘생각해 보지 않았다’고 답한 경우가 42.1%, ‘아무 계획이 없다’가 31.3%로 산재환자의 73.3%가 향후 취업에 대한 계획이 없는 것으로 나타났으며, 반면에 취업계획과 연관되는 항목들은 원직장으로 복귀할 계획(12.6%), 자영업(6.9%), 다른 직장에 취업할 계획(5.1%), 직업훈련(2.8%)으로 나타났다. 한편 산재요양병원 환자의 경우도 ‘아무계획이 없다’고 답한 경우가 49.5%로 절반 가까이 되며, ‘생각해 보지 않았다’가 28.6% 등으로 나타나 응답자의 약 78.1% 정도가 취업에 대한 계획이 없는 것으로 나타났

고, 취업할 계획이 있는 경우는 자영업(8.6%), 다른 직장에 취직(4.8%), 직업훈련(8.6%) 등으로 5명 중 1명 정도였다(표 4-23 참조).

<표 4-23> 치료종결 이후 취업의사

	(단위: %)		
	전 체 (n=319)	산재종합병원 환자(n=214)	산재요양병원 환자(n=105)
원직장으로 복귀할 계획이다	8.5	12.6	-
아무 계획이 없다	37.3	31.3	49.5
생각해보지 않았다	37.6	42.1	28.6
다른 직장에 취직할 계획이다	5.0	5.1	4.8
자영업을 할 계획이다	6.9	6.1	8.6
직업훈련을 받을 생각이다	4.7	2.8	8.6

나. 일상생활능력 정도와 취업의사

취업의사에 따른 일상생활능력 정도의 차이를 살펴본 결과, 재취업(자영업 포함)이나 직업훈련 등 구직활동에 참여할 의사가 있는 집단이 취업에 대한 아무 계획이 없는 집단보다 일상생활능력 정도가 높은 것으로 나타났다(표 4-24 참조). 이는 일상생활능력 정도가 취업이나 직업훈련을 받을 의사와 밀접한 연관이 있음을 보여주는 결과이다.

<표 4-24> 일상생활능력 정도와 취업의사

	취업할 계획이 있음 (n=65)	아무 계획이 없음 (n=211)	t
일상생활능력 정도	86.06	65.60	5.25***

- 주: 1) 점수가 높을수록 일상생활능력 정도가 높음을 의미함.
- 2) 취업계획이 있음은 재취업이나 자영, 직업훈련 계획이 있는 집단.
- 3) 아무 계획이 없음은 아무 계획이 없거나 생각해 보지 않았다고 답한 집단.
- 4) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

다. 정신건강상태와 취업의사

우울 정도와 취업의사와의 관계를 분석한 결과, 취업할 의사가 있는 집단이 아무 계획이 없는 집단보다 우울 정도가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었다(표 4-25 참조).

한편, 자존감과 취업의사간의 관계를 보면, 통계적으로 유의한 수준에서 취업할 의사가 있는 집단이 아무 계획이 없는 집단보다 자존감 수준이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 산재환자들이 재취업을 계획함에 있어 자존감과 같은 심리적 요인이 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

<표 4-25> 정신건강상태와 취업의사

	취업계획이 있음	아무 계획이 없음	t
우울 정도	n=77 2.12	n=230 2.24	-1.32
자존감	n=76 2.52	n=226 2.25	3.21**

- 주: 1) 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미함.
 2) 점수가 높을수록 자존감이 높음을 의미함.
 3) 취업계획이 있음은 재취업이나 자영, 직업훈련 계획이 있는 집단.
 4) 아무 계획이 없음은 아무 계획이 없거나 생각해 보지 않았다고 답한 집단.
 5) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

라. 가족 및 사회적 지원과 취업의사

가족지원과 취업의사간의 관계를 분석한 결과, 취업의사가 있는 집단의 가족으로부터의 지원수준이 아무 계획이 없는 집단의 가족으로부터의 지원수준보다 높은 것으로 나타났지만 통계적으로 유의한 수준은 아니었다(표 4-26 참조).

<표 4-26> 가족 및 사회적 지원과 취업의사

	취업계획이 있음	아무 계획이 없음	t
가족지원 정도	n=58 2.23	n=199 2.02	1.88
사회적 지원정도	n=48 1.94	n=173 1.66	1.43*

- 주: 1) 점수가 높을수록 지원 정도가 높음을 의미함.
 2) 취업계획이 있음은 재취업이나 자영, 직업훈련 계획이 있는 집단.
 3) 아무 계획이 없음은 아무 계획이 없거나 생각해 보지 않았다고 답한 집단.
 4) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

가족 이외의 다른 사람들로부터 사회적 지원과 취업의사간의 관계를 분석한 결과, 취업의사가 있는 집단의 사회적 지원수준이 아무 계획이 없는 집단의 지원수준보다 높은 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 수준이었다(t=1.43, p<.05). 이는 가족 이외의 지원이 산재환자들의 취업의사에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 결과이다.

마. 직업훈련 욕구실태

산재장애인 전용 직업재활훈련원에 대해서는 산재환자(36명)의 66.7%가 '알고 있다'고 답했다. 또한 이의 이용의사에 관한 질문에 응답한 산재환자(144명) 중 '기회가 된다면 이용하겠다'고 답한 경우는 80.6%로 나타났다(표 4-27 참조).

<표 4-27> 산재장애인 전용 직업재활훈련원 인지 및 이용의사

	비 율(%)
직업재활훈련원에 대해 알고 있다(n=36)	66.7
기회가 된다면 이용하겠다(n=144)	80.6

직업훈련을 받고 싶은 분야에 대해서는 기술, 기능직 분야가 41.7%로 가장 많았고, 다음으로 소규모 창업분야(25%), 전문직 분야(13.9%), 사무관

리직 분야(8.3%), 서비스분야(5.6%)의 순으로 나타났다(표 4-28 참조).

<표 4-28> 직업훈련을 받고 싶은 분야

직업훈련을 받고 싶은 분야(n=36)	비율(%)
사무관리직 분야	8.3
전문직 분야	13.9
기술, 기능직 분야	41.7
서비스 분야	5.6
소규모 창업분야	25.0
기 타	5.6
전 체	100.0

직업훈련을 받고 싶은 곳으로는 산재장애인 직업재활훈련원이 38.7%로 가장 많았고, 다음으로 기능대학이나 학교(19.4%), 장애인복지관(12.9%), 사설학원(9.7%), 일반 장애인직업훈련원이나 공공직업훈련원, 지역사회복지관(각각 6.5%) 등으로 나타났다(표 4-29 참조).

<표 4-29> 직업훈련 희망장소

직업훈련 희망장소(n=31)	비율(%)
장애인복지관	12.9
일반 장애인직업훈련원	6.5
공공직업훈련원	6.5
사설학원	9.7
산재장애인 재활훈련원	38.7
지역사회복지관	6.5
기능대학이나 학교	19.4
회 사	-
전 체	100.0

재취업시 일하고 싶은 곳으로는 자영업에 대한 선호도가 45.7%로 가장 높았으며, 다음으로는 일반 기업체나 정부, 지방자치단체(각각 17.1%)이며, 보호작업장이나 자립작업장(8.6%), 장애인 전용 기업체(2.9%)와 같은 장애인만을 위한 시설도 약 10% 정도를 차지하였다(표 4-30 참조).

<표 4-30> 재취업시 일하고 싶은 곳

재취업시 일하고 싶은 곳(n=35)	비 율(%)
일반 기업체	17.1
정부, 지방자치단체(공무원)	17.1
장애인 전용 기업체	2.9
보호작업장, 자립작업장	8.6
자영업(상업 등)	45.7
기 타	8.6
전 체	100.0

제 3 절 분석결과의 요약과 정책적 시사점

1. 장기요양과 정신건강상태

산재종합병원 환자와 산재요양병원 환자의 신체적, 심리적 상태를 비교해 본 결과, 산재요양병원 환자가 산재종합병원 환자보다 일상생활능력 정도는 더 높지만 우울 정도가 더 높고, 자존감도 낮은 것으로 나타났다. 산재요양병원 환자의 요양기간이 평균 89.8개월로 산재종합병원 환자 60.7개월보다 길다는 점을 감안한다면, 요양기간이 장기화될수록 산재요양병원 환자의 우울 정도가 심해지고, 자존감도 낮아짐을 알 수 있다.

이러한 결과를 통해서 요양기간이 길어질수록 우울 정도나 자존감 등 정신건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있고, 결국은 이로 인해 재활의욕이 저하되어 요양기간이 길어지게 되는 악순환을 유발할 수도 있다. 따라서 요양환자의 경우 무엇보다도 요양기간 동안 자신의 상태를 인정하고 새로운 생활

을 시작할 수 있도록 재활의욕을 북돋울 수 있는 사회심리재활서비스를 제공하는 것이 필요하다. 물론 장기적으로 요양이 필요한 산재환자들의 경우도 장기적인 요양생활을 의미있게 보낼 필요가 있다는 점에서 장기요양환자들에 대한 사회심리재활프로그램의 필요성은 동일하다 하겠다.

현재 경기요양병원의 경우는 물론 일반 산재종합병원에서도 산재환자의 심리적 갈등을 해결할 수 있도록 지원하는 사회심리재활프로그램은 거의 제공되지 않고 있으며, 부분적으로 종교인이나 자원봉사자들을 통한 심리적 지원과 가족의 지지 등 비공식적 지원체계를 통한 지원만이 제공되고 있을 뿐이다. 따라서 향후 요양환자의 심리적 갈등문제의 해결을 위한 다양한 사회심리재활프로그램을 개발하여 제공할 필요가 있다.

2. 장기요양과 재취업 의욕의 감소

산재환자들에게 향후 진로계획에 대해서 질문한 결과, 응답자의 약 80%가 ‘아무 계획이 없거나 생각해 보지 않았다’고 답했고, 자영업이나 직업훈련을 받겠다는 경우가 각각 8.6%, 다른 직장에 취업을 하겠다는 비율은 4.8%에 불과했다. 물론 산재요양병원 환자의 경우 척추환자 비율이 51.4%를 차지하고 있고 산재종합병원 환자의 경우도 척추환자 비율이 38.2%를 차지하고 있다는 점을 감안하더라도 ‘아무계획이 없거나 생각해 보지 않았다’고 답한 비율이 80%에 달하고 있다는 점은 주목할 필요가 있다.

산재환자들의 취업의사를 조사해 본 결과, 산재종합병원 환자가 산재요양병원 환자보다 재취업하거나 자영 또는 직업훈련을 하겠다는 비율이 높은 것으로 나타났다. 취업할 의사가 있는 집단의 경우 일상생활능력 정도가 높고, 자존감이 높으며, 가족 이외의 사회적 지원정도가 높은 것으로 나타났다.

여기에서 유의깊게 살펴보아야 할 결과는 취업의사가 있는 집단이 아무계획이 없는 집단보다 일상생활능력 정도가 높았다는 점으로, 앞서 산재종합병원 환자의 일상생활능력 정도가 산재요양병원 환자의 일상생활능력 정도보다 낮았다는 점과 관련해 살펴볼 필요가 있다. 결국 산재요양병원 환자의 경우 산재종합병원 환자보다 일상생활능력 정도가 높지만 낮은 자존감, 높은 우울 정도, 낮은 가족지원과 사회적 지원 등으로 재활의욕에 부정적인

영향을 받고 있음을 알 수 있다.

본 연구의 다른 조사인 산재장애인 재활실태조사(전화설문조사)에 의하면, 재취업이나 직업훈련이 치료종결후 대부분 1년 이내에 이루어지는 경우가 약 66%를 차지하고 있고 재취업 평균시기가 치료종결후 6.9개월에 불과한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 요양이 장기화되거나 치료종결 이후 공백기간이 길어질수록 재활의욕이 감퇴될 수 있음을 보여준다는 점에서 산재환자에 대한 재활개입은 조기에 시작될 필요가 있음을 보여준다.

3. 장기요양과 부정적 가족관계

본 조사에서 산재사고 이후 산재요양환자의 가족관계를 분석한 결과에 의하면 산재요양병원 환자의 가족관계가 산재종합병원 환자보다 부정적인 것으로 나타났다. 즉, 산재요양병원 환자의 경우 배우자와의 이혼(14.1%)이나 배우자의 가출(10.3%) 등의 사건을 경험한 비율이 산재종합병원 환자의 배우자 이혼경험(5.5%)과 배우자 가출(2.6%)보다 높은 것으로 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다. 또한 자녀들과의 심한 갈등경험 역시 산재종합병원 환자가 15.1%, 산재요양병원 환자가 32.7%로 두 집단간에 유의한 차이를 보여 산재요양병원 환자의 경우 산재사고 이후 배우자나 자녀 등 가족과의 갈등을 경험한 비율이 높은 것으로 나타났다.

한편, 두 환자집단의 가족지원 정도를 분석한 결과, 산재종합병원 환자(2.22)의 경우가 산재요양병원 환자(1.73)보다 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보이고 있다.

이러한 결과를 통해 추론해 볼 수 있는 것은 산재요양병원 환자의 경우 가족간의 갈등이 장기요양의 원인으로 작용할 수도 있다는 점이다. 이 또한 장기간의 요양으로 인해 가족의 부담이 증폭되어 가족갈등이 심화될 수 있을 수 있고, 이로 인해 요양기관에 머물러 있기를 선호할 수도 있다는 점을 간과하기 어렵다. 따라서 요양기간 동안의 다양한 가족지원서비스는 산재환자 가족의 부담을 감소시키고 나아가 가족기능의 유지를 도모할 수 있는 토대가 될 수 있다는 점에서 중요성을 가진다.

4. 직업재활상의 특성: 자영업 선호경향

본 조사의 요양환자의 평균 연령이 49.2세이고, 이 중 산재종합병원 환자의 평균 연령은 46.7세, 산재요양병원 환자는 54.3세였다. 조사대상자의 높은 평균 연령은 직업재활상의 특성을 보여준다. 우선, 재취업을 위한 직업훈련은 산재장애인 전용 재활훈련원에서 받기를 원했으며(38.7%), 직업훈련을 받고 싶은 분야에 대해서는 4명 중 1명은 소규모 창업을 원하고 있었고, 재취업시 일하고 싶은 곳 역시 자영업이라고 답한 비율이 45.7%로 절반 가까이 되었다.

이는 치료종결 산재장애인 대상 조사의 결과와는 차이를 보이고 있는데, 산재장애인의 경우 직업훈련 희망분야 중 소규모 창업분야가 12.6%에 불과했으며, 재취업시 일하고 싶은 곳으로 일반 기업체가 40.5%를 차지하고 있고 자영업은 16.8%에 불과하였다.

이러한 결과를 통해서 산재병원 요양환자의 경우 최소한 전체 응답자 5명 중 2명은 산재장애인 전용 재활훈련원에서 자영업관련 훈련을 받고 자영업에 종사하기를 원하고 있음을 알 수 있다. 이는 요양환자들의 경우 아직 사회에 통합되어 취업하는 부분에 대해 소극적인 경향을 보이고 있음을 보여주는 결과로, 직업재활프로그램의 계획시 고려되어야 할 것이다.

제5장 치료종결 산재장애인 재활실태조사 : 전화설문조사

제1절 조사의 개요

1. 조사의 목적

산재장애인의 사회복귀 실태와 재활서비스 이용 및 욕구과약을 통해 산재보험 재활서비스 중장기 정책방향 및 구체적인 사업시행 우선순위를 수립하기 위한 근거자료를 제공하는 데 있다. 구체적인 조사의 목적을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 산재장애인의 사회통합 실태를 파악하고 산재장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 한다.

둘째, 산재장애인의 재활서비스 이용실태 및 만족도, 서비스 이용에 대한 욕구를 파악하고자 한다.

2. 조사방법

가. 조사대상자의 선정과정

조사대상자는 1998년 1월부터 12월까지 신규 장애판정을 받은 산재장애인 26,155명으로서 이들 중 전화번호가 기재된 경우만을 선정하여 10명 중 1명씩을 표집하는 체계적 표집방법(systemic sampling)을 사용하여 표본의 10배인 5,000명을 추출하였다. 이는 산재장애인의 거주지 이전이 빈번하여 전화통화가 어렵고 또한 설문조사를 거부하는 경우가 많기 때문이다. 단, 1~3급 장애인의 경우, 절대적인 수가 적어 1998년 신규 장애판정자 중 전화번호가 있는 경우는 전부 조사대상자로 포함시켰다. 본 연구의 조사예정 총표본수는 500명이며, 최종적으로 분석된 표본수는 501명으로, 장애등

급 1~3급 39명, 4~7급 96명, 8~14급 366명이다.

나. 조사방법 및 조사과정

조사방법은 조사대상자가 재활서비스에 대한 이해가 부족한 점을 감안하여 전화면접조사를 실시하였다. 전화면접조사원은 연구자가 직접 실시하는 설문조사원 교육을 2회 실시하여 전문적인 설문용어 및 전화면접조사의 요령을 숙지하도록 하였다. 조사기간은 2000년 3월 31일부터 4월 15일까지였다.

다. 조사내용

산재장애인을 대상으로 한 설문조사의 구체적인 내용은 다음과 같다.

<표 5-1> 산재장애인 설문조사 내용

	세부 설문내용
산재관련 사항	부상부위, 장애등급, 장애인 등록여부 및 이유, 요양기간, 재요양횟수 및 기간, 전원횟수,
사회통합 실태	가정생활 참여 및 역할수행, 재취업여부, 사회활동참여 정도
신체적, 정신건강상태	일상생활능력 정도, 우울 정도, 자존감
치료종결 이후 상태	건강상태, 치료경험 및 개호서비스 욕구
가족지원 및 사회적 지원실태	가정생활, 가족지원, 사회적 지원
재활서비스에 대한 평가 및 재활서비스 욕구	재활관련 안내 및 상담, 응급조치, 재활치료, 개호문제 및 서비스에 대한 평가, 장기요양시설에 대한 욕구, 상담경험, 구직활동, 재취업시 어려움, 재취업시 필요한 지원, 직업훈련 경험, 직업훈련 시기, 이용한 직업훈련기관, 직업재활훈련원 인지도, 직업재활훈련원 이용의사, 희망하는 직업훈련기관, 직업훈련시 필요한 지원, 직업훈련을 원하는 않는 이유, 재취업경험, 재취업시기, 이직경험 및 횟수, 이직이유, 재취업을 희망하는 곳, 재활서비스 인지도 및 필요성
사회인구학적 특성	성별, 연령, 교육 정도, 장애등급, 가족사항, 산재전후 직업, 월평균 개인소득

라. 분석방법

회수된 설문지는 501부이며, 부호화작업(coding)과 오류검토작업(data cleaning)을 거쳐 SPSS/PC Package를 사용하여 통계처리되었다. 사용된 통계분석방법은 빈도분석, 기술분석, t-test, 일원분산분석(Oneway Anova), 중다회귀분석(Multiple Regression), 로지스틱회귀분석(Logistic Regression) 등이다.

제 2 절 결과분석

1. 조사대상자의 일반적 특성

가. 인구학적 특성

인구학적 특성을 살펴보면, 성별의 경우 전화설문에 응한 응답자(501명)의 80.2%(402명)가 남성이었다. 또한 전체 응답자를 장애등급별로 보면, 장애 1~3급의 경우 87.2%, 장애 4~7급의 경우 84.4%, 장애 8~14급의 경우 78.4%로 중증장애의 경우 남성의 비율이 높았다.

조사대상자의 연령은 30대 이상인 경우가 94.0%이다. 40대 이상인 경우는 75.2%, 50대 이상인 경우는 37.5%로 평균 연령이 전반적으로 높았다.

교육수준은 고등학교 졸업자 이상이 응답자의 41.6%이며, 중학교 졸업 이하는 58.4%이다. 초등학교를 졸업했거나 무학인 경우도 27.4%를 차지하여 전반적인 교육수준이 낮은 편이다.

결혼상태를 보면, 기혼자가 86.2%이고 미혼인 경우는 8.9%를 차지하여 10명 중 9명은 결혼한 것으로 나타났다.

산재장애인 응답자의 인구학적 특성을 요약해 보면, 결국 30대 이상의 기혼남성이 대부분이고, 중학교 이하 졸업자들이 과반수 이상을 차지하고 있다.

<표 5-2> 인구학적 특성

(단위: %)

	전 체	산재장애등급		
		1~3급	4~7급	8~14급
성별(n=501)		n=39	n=96	n=366
남 자	80.2	87.2	84.4	78.4
여 자	19.8	12.8	15.6	21.6
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
연령(n=501)		n=39	n=96	n=366
29세 이하	6.0	-	5.2	6.8
30세 이상~39세 이하	18.8	10.3	25.0	18.0
40세 이상~49세 이하	37.7	43.6	30.2	39.1
50세 이상~59세 이하	28.5	38.5	34.4	26.0
60세 이상	9.0	7.7	5.2	10.1
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
교육수준(n=495)		n=39	n=94	n=362
초등학교 이하 졸업	27.4	25.6	22.3	29.0
중학교 졸업	30.9	35.9	30.9	30.4
고등학교 졸업	36.0	25.6	38.3	36.5
전문대 졸업	2.0	2.6	2.1	1.4
대학 졸업	3.6	10.3	6.4	1.6
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0
결혼 상태(n=493)		n=38	n=95	n=360
미 혼	8.9	10.5	8.4	8.9
기 혼	86.2	81.6	89.5	85.8
동 거	0.4	-	-	0.6
별 거	1.2	2.6	-	1.4
이 혼	1.2	5.3	-	1.1
사 별	2.0	-	2.1	2.2
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

나. 사회경제적 특성

1) 산재 전·후의 직업

산재 이전에 종사했던 직업을 보면, 산재발생 가능성이 높은 기능직, 장치, 기계조작 및 조립직, 단순노무직이 전체 응답자의 82.4%를 차지하고 있다.

<표 5-3> 산재 이전의 직업분포

	전 체		장해 1~3급		장해 4~7급		장해 8~14급	
	산재 이전 (n=479)	산재 이후 (n=489)	산재 이전 (n=38)	산재 이후 (n=39)	산재 이전 (n=94)	산재 이후 (n=95)	산재 이전 (n=347)	산재 이후 (n=355)
고위임직원, 행정, 관리자	0.2	-	2.6	-	-	-	-	-
전문가	-	-	-	-	-	-	-	-
사무직원	8.6	2.9	10.5	-	19.1	3.2	5.5	3.1
서비스직 또는 판매직원	5.0	4.5	5.3	5.1	2.1	4.2	5.8	4.5
기능근로자	29.0	12.1	18.4	-	31.9	8.4	29.4	14.4
장치, 기계조작 및 조립직원	19.8	7.4	10.5	-	14.9	3.2	22.2	9.3
단순노무직 근로자	33.6	12.1	44.7	5.1	28.7	5.3	33.7	14.6
농·임·수산업 근로자	1.5	2.0	2.6	-	1.1	-	1.4	2.8
자영자	-	5.3	-	2.6	-	3.2	-	6.2
학 생	-	0.4	-	-	-	1.1	1.5	0.3
기 타	2.3	2.5	5.3	2.6	5.3	1.1	-	2.8
무 직	-	50.9	-	84.6	-	70.5	-	42.0
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

장해 1~3급인 경우 단순노무직의 비율이 응답자의 절반 가까이(44.7%) 되고 있으며, 장해 4~7급이나 장해 8~14급은 기능직이나 단순노무직의 비율이 비슷한 수준이었다. 한편 산재 이후에 종사하는 직업으로 전체적으로는 무직(50.9%)이 가장 많으며, 이를 제외하면 기능직이나 단순노무직의 비율이 여전히 높다(각각 12.1%). 장해등급별로는 장해 1~3급 장애인은

직업이 거의 없으며(84.6%), 장애 정도가 비교적 경미한 장애 8~14급 장애자는 무직인 경우가 42.0%로 나타났다(표 5-3 참조). 이는 앞서 살펴본 바와 같이 산재장애인의 교육수준이 낮고 연령이 높아 전직이 어려우므로 장애 정도가 경미한 장애인만이 원직복귀 또는 재취업을 하고 있음을 보여 준다.

2) 월소득

산재장애인 개인의 월평균 소득을 조사한 결과, 산재 이전 약 129만원 정도이던 것이 산재 이후에는 73만원으로 낮아졌다. 이를 장애 정도별로 살펴 보면, 장애 1~3급의 경우는 산재 이전 110만원이던 것이 65만원으로 절반 가까이 되고 있으며, 장애 4~7급은 137만원에서 76만원으로, 장애 8~14급은 128만원에서 73만원 수준으로 저하되었다(표 5-4 참조).

<표 5-4> 개인의 월평균 소득

(단위 : %, 만원)

	전 체		장애 1~3급		장애 4~7급		장애 8~14급	
	산재 이전 (n=477)	산재 이후 (n=360)	산재 이전 (n=38)	산재 이후 (n=20)	산재 이전 (n=95)	산재 이후 (n=62)	산재 이전 (n=344)	산재 이후 (n=278)
무소득	-	30.6	-	30.0	-	19.4	-	33.1
50만원 미만	1.9	5.6	7.9	10.0	1.1	11.3	1.5	4.0
50만원 이상~ 100만원 미만	29.8	29.2	26.3	35.0	23.2	33.9	32.0	27.7
100만원 이상~ 150만원 미만	31.0	20.6	26.3	15.0	32.6	24.2	31.1	20.1
150만원 이상~ 200만원 미만	18.9	8.3	23.7	5.0	21.1	8.1	17.7	8.6
200만원 이상	18.4	5.8	15.8	5.0	22.1	3.2	17.7	6.5
평균(표준편차)	128.9	72.9	110.3	65.0	137.0	76.0	128.4	72.8
t	14.85***		2.56*		7.73***		12.7***	

주 : 1) 순수한 근로소득만 의미함.

2) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

3) 수입의존도

산재장애인의 가족들이 산재장애인에게 수입을 의존하는 정도를 보면, 산재 이전 ‘전적으로 또는’부분적으로 의존했던 경우가 88.4%를 차지하여 가장으로서 집안의 경제를 도맡아 왔던 반면, 산재 이후에는 이러한 역할을 계속하고 있는 산재장애인은 56.1%로 저하되었다(표 5-5 참조). 이러한 경제적 역할축소의 경향은 장애 정도가 심할수록 더욱 현저하였다.

<표 5-5> 수입의존도 변화

(단위: %, 점)

	전 체		1~3급		4~7급		8~14급	
	산재 이전 (n=500)	산재 이후 (n=494)	산재 이전 (n=39)	산재 이후 (n=39)	산재 이전 (n=96)	산재 이후 (n=96)	산재 이전 (n=365)	산재 이후 (n=359)
전적으로 의존	56.8	31.6	69.2	15.4	63.5	26.0	53.7	34.8
부분적으로 의존	31.6	24.5	23.1	28.2	28.1	21.9	33.4	24.8
거의 의존 안함	3.6	15.6	5.1	10.3	2.1	30.2	3.8	12.3
전혀 의존 안함	8.0	28.3	2.6	46.2	6.3	21.9	9.0	28.1
평균(표준편차)	1.63	2.41	1.41	2.87	1.51	2.48	1.69	2.33
t	-12.50***		-7.28***		-7.20***		-8.88***	

주: 1) 개인의 근로소득.

2) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

다. 산재관련 사항

1) 장애유형

장애유형을 살펴보면, 상지장애가 46.7%로 가장 많았고, 다음으로 하지장애가 21.2%로 나타나 지체장애인이 거의 대부분이며, 척추손상은 16.8%, 뇌손상 6.2% 등의 순으로 나타났다(표 5-6 참조). 한편, 시각이나 청각언어 장애는 극소수인 응답자의 경우 지체장애와 중복하여 나타나고 있다.

<표 5-6> 장애 유형 및 장애 부위

(단위: %)

장애 유형	장애 부위	전 체	산재장애등급		
			1~3급	4~7급	8~14급
지 체	상지	46.7	23.1	46.9	49.2
	하지	21.2	20.5	18.8	21.9
	상지+하지	4.8	10.3	3.1	4.6
	척추	16.8	15.4	16.7	16.9
	몸통	2.6	2.6	2.1	2.7
	기타	3.2	2.6	3.1	3.3
시 각	실명	1.0	-	-	1.4
	저시력	0.6	-	1.0	0.5
	기타	0.2	-	-	0.3
청각·언어	소리를 전혀 듣지 못함	0.8	-	-	1.1
	난청	0.8	2.6	1.0	0.5
	언어의 불완전 사용	0.4	2.6	1.0	-
	말하지 못함	0.6	5.1	-	0.3
	기타	0.6	-	1.0	0.5
기타 및 중복	뇌손상	6.2	23.1	11.5	3.0
	중복장애	0.6	-	1.0	0.5

주: 1) 청각·언어장애인의 경우 본인이 설문에 답하기 어려운 사항은 가족이나 직장동료가 대신 답했음.
 2) n=501.

2) 장애 정도

전화설문조사에 응한 산재장애인 중 498명이 자신의 산재장애등급에 응답하였다. 이들 중 182명이 일반장애인 등록을 하였다(표 5-7 참조). 또한 일반장애인 등록을 하지 않은 이유를 묻는 질문에 응답한 산재장애인(295명) 중에서 3.4%는 장애인임을 밝히고 싶지 않아서, 28.5%는 장애인 등록 제도가 있는지 몰라서 그리고 16.9%는 등록할 필요성을 못 느껴서라고 응답하였다.

<표 5-7> 장애 정도

산재장애등급 (n=498)	비율(%)	일반장애등급* (n=498)	비율(%)
1급	1.4	등록(n=182)	36.5(100.0)
2급	1.8	1급	2.8
3급	4.6	2급	12.5
4급	2.4	3급	30.7
5급	4.4	4급	15.9
6급	7.2	5급	23.3
7급	5.2	6급	14.8
8급	9.0		
9급	3.6	미등록	63.5
10급	8.8		
11급	11.4		
12급	19.2		
13급	6.0		
14급	14.7		

주 : * 장애인복지법상의 장애등급(1~6급).

3) 최초 요양기간

산재사고로 인한 최초 요양기간을 보면, 6개월 미만인 경우가 76.6%, 6개월 이상 1년 미만인 경우는 11.6%로 응답자 10명 중 약 9명은 1년 이내

<표 5-8> 산재사고로 인한 최초 요양기간

(단위: %)

	전체 (n=501)	산재장애등급		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=96)	8~14급 (n=366)
6개월 미만	76.6	59.0	64.6	81.7
6개월 이상~1년 미만	11.6	7.7	11.5	12.0
1년 이상~2년 미만	5.0	17.9	11.5	1.9
2년 이상~3년 미만	1.8	2.6	3.1	1.4
3년 이상~4년 미만	1.6	2.6	4.2	0.8
4년 이상	3.4	10.3	5.2	2.2
평균요양기간 (표준편차)	20.5개월 (119.0)	38.9개월 (160.0)	19.5개월 (102.5)	18.7개월 (118.1)

에 최초 요양을 종결한 것으로 나타났다(표 5-8 참조). 하지만 최초 요양기간이 2년 이상의 장기요양환자도 전체 응답자의 6.8%를 차지하고 있으며, 장해 1~3급의 경우 이러한 경향이 더욱 현저하여 15.5%나 되고 있다.

2. 치료종결 산재장애인의 사회통합 실태

본 연구에서는 산재장애인의 사회통합을 가정생활의 참여 및 역할수행, 재취업 및 생산적 활동의 참여, 사회활동의 참여 등 3가지 하위차원으로 구분하여 조사분석하였다.

가. 가정생활의 참여 및 역할수행

1) 산재 이후 가정문제

산재 이후 가정문제를 조사한 결과를 보면, 응답자 10명 중 8명에 해당하는 78.1%가 경제적인 형편이 어려움을 호소하여 가장 심각한 문제로 지적되었고, 10명 중 1~2명은 자녀들과의 심한 견해차이나 갈등(10.9%), 가족성원의 건강문제(16.1%)를 경험한 것으로 나타났다(표 5-9 참조). 또한 배우자와의 이혼을 경험한 경우가 1.0%, 배우자의 가출을 경험한 경우가 3.9%로 조사되었다.

<표 5-9> 산재 이후 가정문제

(단위 : %)

	'경험이 있다'고 답한 비율			
	전 체	산재장해등급		
		1~3급	4~7급	8~14급
배우자와 이혼(n=483)	1.0	2.7	-	1.1
배우자의 가출(n=482)	3.9	5.4	-	4.8
자녀들과의 심한 견해차이나 갈등(n=487)	10.9	10.5	17.0	9.3
가족성원의 건강문제 발생(n=492)	16.1	23.1	17.9	14.8
경제적 형편이 이전보다 어려워짐(n=497)	78.1	84.6	86.5	75.1

2) 가정에서의 역할수행

장애 정도와 가정생활 참여 및 역할수행 정도는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 장애등급별로 보면, 주로 장애 1~3급과 장애 4~14급 장애인간의 차이가 현저하게 나타났다(표 5-10 참조). 여기서 주목할 만한 점은 가족들과 대화하는 시간을 갖는 경우도 산재장애등급과 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다는 점이다. 이는 장애 정도가 가족과의 대화가 직접적인 영향을 미쳤다가보다는 장애로 인한 심리적인 상태가 더 직접적인 관계가 있을 것으로 보인다.

<표 5-10> 장애 정도와 가정생활 참여 및 역할수행

	전체 (n=495)	산재장애등급			F	P
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=96)	8~14급 (n=360)		
가족을 위해 여러 가지 생활용품을 산다	2.56	2.03	2.53	2.62	8.39	.0003***
일상적인 가사일을 돕는다	2.55	2.21	2.69	2.55	3.71	.0252*
아이들을 교육하고 돌보는 일을 돕는다	2.47	1.95	2.42	2.55	8.54	.0002***
가족들과 대화하는 시간을 갖는다	2.94	2.79	3.09	2.91	1.67	.0485*

주: 1) 1=전혀 안한다, 2=거의 안한다, 3=때때로 한다, 4=자주 한다

2) 무응답 제외.

3) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

나. 취업 및 구직실태

전화설문에 응한 산재장애인의 취업실태를 보면, 상시고용(31.4%), 시간제 고용(11.7%), 자영업(5.5%)으로 다시 일하고 있는 경우가 48.6%로 나타났다. 상시고용의 경우를 장애 정도별로 보면, 장애 1~3급 장애인은 7.9%로, 장애 4~7급 장애인(15.2%)의 약 1/2 수준이었고, 8~14급 장애인(38.3%)의 1/5에 못미치는 수준이었다. 이는 장애 1~3급 장애인의 경우 '장애나 건강상의 이유로 일을 하지 못한다고 답한 경우'가 응답자의 76.3%에 해당한다는 점을 감안할 때 당연한 결과로 볼 수 있다. '현재 실업중이지만 적극적으로 일자리를 찾고 있다'고 답한 경우가 장애 1~3급 장애인 중

5.3%로 나타났고, 4~7급 장애인은 9.8%, 8~14급 장애인은 15.3%였다. 반면에 ‘현재 실업중이지만 일자리를 찾고 있지 않다’고 답한 경우가 장애 1~3급은 2.6%, 4~7급은 5.4%, 8~14급은 6.3%로 조사되었다(표 5-11 참조).

<표 5-11> 취업 및 구직실태

	전 체 (n=477)	산재장애등급		
		1~3급 (n=38)	4~7급 (n=92)	8~14급 (n=347)
상시고용	31.4	7.9	15.2	38.3
시간제 고용	11.7	5.3	6.5	13.8
자영업	5.5	2.6	4.3	6.1
현재 실업중이지만 적극적으로 일자리를 찾고 있음	13.4	5.3	9.8	15.3
직업훈련원 또는 학교에 다니는 중임	0.4	-	-	0.6
자원봉사일을 하고 있음	0.8	-	1.1	0.9
현재 실업중이지만 일자리를 찾고 있지 않음	5.9	2.6	5.4	6.3
장애나 건강상의 문제로 일을 할 수 없는 상황임	30.8	76.3	57.6	18.7
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

다. 사회활동 참여실태

장애 정도에 따른 사회생활의 참여 정도를 살펴보면, 친척, 친구, 이웃 등 가까운 주변사람들과의 만남을 제외하고는 대부분 소극적인 경향을 보였다. 특히, 영화나 스포츠관람, 운동 및 레저 참여, 쇼핑 등 집밖에서 이루어지는 활동에 대해 소극적인 경향을 보이고 있다(표 5-12 참조).

<표 5-12> 사회활동 참여실태

	전 체	산재장애등급			F	P
		1~3급	4~7급	8~14급		
가까운 친척과의 만남(n=497)	2.99	2.77	2.88	3.05	4.92	.0077**
친구나 이웃과의 만남(n=497)	2.98	2.90	2.90	3.02	1.26	.2853
친목회나 봉사활동에 참여(n=495)	2.14	2.18	2.16	2.13	.0856	.9180
종교행사에 참여(n=496)	2.09	1.95	2.07	2.11	.4507	.6374
영화나 공연, 운동경기 관람(n=496)	1.79	1.67	1.79	1.81	.7305	.4822
운동 및 레저활동 참여(n=496)	1.77	1.72	1.85	1.76	.6486	.5232
쇼핑하기(n=497)	1.92	1.79	2.06	1.90	2.22	.1102
외식하기(n=497)	2.01	1.95	2.20	1.97	3.83	.0224*

주: 1) 1=전혀 안한다, 2=거의 안한다, 3=때때로 한다, 4=자주 한다

2) 무응답 제외.

3) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3. 치료종결 산재장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인

가. 가정생활 참여 및 역할수행에 영향을 미치는 요인

<표 5-13>은 산재장애인의 가정생활 참여 및 역할수행에 영향을 미치는 요인을 분석해 본 결과이다. 종속변수는 가정생활 참여 및 역할수행 정도이고 독립변수는 산재장애인의 신체적 요인(장애등급과 일상생활능력 정도), 심리적 요인(우울 정도와 자존감) 및 사회적 요인(가족의 지지와 가족 이외의 사회적 지지)로 구성된다.

중다회귀분석 결과, 이러한 독립변수들이 가정생활 참여 및 역할수행 정도를 설명하는 정도는 40.9%였으며, 가정생활의 참여 및 역할수행에 영향을 미치는 요인은 성별, 연령, 결혼상태, 우울 정도, 가족의 지지로 나타났다. 즉, 남성보다는 여성이($\beta = -.523$), 연령이 적을수록($\beta = -.206$), 미혼보다는 기혼인 경우가($\beta = -.200$) 더 가정생활의 참여나 역할수행에 적극적인 것으로 나타났으며, 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 우울 정도가 낮을수록($\beta = -.234$), 가족의 지지 정도가 높을수록($\beta = .154$) 가정생활에 적극 참여하는 경향을 보였다.

<표 5-13> 산재장애인의 가정생활 참여 및 역할수행에 대한 중다회귀분석 결과

	B	SE	B	Beta T	Sig T
사회인구학적 요인					
성 별 ¹⁾	-.946022	.086673	-.522543	-10.915	.0000***
연 령	-.013896	.003772	-.206403	-3.684	.0003***
교육 정도 ¹⁾	-.010034	.039844	-.013407	-.252	.8013
결혼상태	.252037	.064481	.200663	3.909	.0001***
신체적 요인					
장해등급	.002219	.010416	.011374	.213	.8314
일상생활능력 정도	-.008846	.096466	-.004612	-.092	.9270
심리적 요인					
우울 정도	-.273697	.071263	-.233786	-3.841	.0002***
자존감	-.029933	.085611	-.022082	-.350	.7269
사회적 요인					
가족의지지	.156951	.058775	.154489	2.670	.0080**
사회적 지지	.018336	.066880	.016020	.274	.7842
상 수	3.768603	.477487		7.893	.0000***
R ² = .409 F=19.519 Sig F= .0000***					

주: 1) 가변수

- 2) 신뢰도: 일상생활 정도 Cronbach's α = .7509, 우울 정도 Cronbach's α = .8508, 자존감 Cronbach's α =.7489, 가족지지 Cronbach's α = .6660
 사회적 지지 Cronbach's α = .7360
 가족생활 참여 및 역할 Cronbach's α =.8162
- 3) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

이러한 결과에서 주목할 점은 신체적 요인인 장애 정도나 일상생활능력 정도와 같은 신체적 특성요인이 가정생활의 참여 및 역할수행 정도에 유의한 영향을 미치지 못하는 반면, 우울 정도나 가족의 지지 정도 같은 사회심리적 특성 요인이 유의한 영향을 미친다는 점이다. 이러한 결과를 통해 산재장애인이 가정생활에 참여하거나 역할을 수행하는 정도는 이들의 신체적 기능보다는 가족의 지지적 환경에 의해 더 많이 좌우됨을 알 수 있다.

또한 개인의 우울 정도가 가정생활의 참여나 역할수행에 미치는 영향이

다른 변수에 비해 상대적으로 높게 나타난 것 역시, 산재보험 재활서비스 개발에 있어 중요한 시사점을 제공한다.

한편, 여성의 경우 남성보다 가정생활의 참여나 역할수행 정도가 높게 나타났는데, 이는 여성의 경우 가사일이나 집안일 등 가정생활에 남성보다 더 깊게 연관되어 있어 산재사고 이후 가정에 머무르면서 집안일을 수행하는 것이 남성보다 자연스럽게 때문인 것으로 추측된다.

나. 취업에 영향을 미치는 요인

현실적으로 장애인이 경쟁고용을 통해 노동시장에 재진입하기는 어려운 점이 많다. 더욱이 아직까지의 산재사고의 발생이 주로 육체노동에 의존하는 건축업, 제조업이라는 점을 고려할 때 중증의 산재장애인에게 원직복귀는 거의 불가능하며, 산재장애인의 평균 연령이 높다는 점을 고려한다면, 전직도 쉽지는 않다.

산재장애인의 재취업(시간제, 자영업 포함)에 영향을 미치는 요인들을 밝혀보기 위해 로지스틱 회귀분석을 한 결과는 다음 <표 5-14>와 같다. 독립변수는 성별, 연령, 교육 정도, 결혼상태 등의 사회인구학적 요인, 우울 정도와 자존감과 같은 심리적 요인, 가족지원이나 가족 이외에 주변의 가까운 사람들의 지원 등의 사회적 요인이며, 종속변수는 재취업 여부이다.

로지스틱 회귀분석 결과 산재장애인의 재취업에 영향을 미치는 요인은 성별, 연령, 결혼상태이며, 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 장애등급과 우울 정도가 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 남성이 여성보다($\text{Exp}(B)=.3003$), 연령이 낮을수록($\text{Exp}(B)=1.0387$), 장애 정도가 경미할수록($\text{Exp}(B)=.8606$), 우울 정도가 낮을수록($\text{Exp}(B)=7.1863$) 재취업할 확률이 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통해 주목할 만한 사항은 산재장애인의 재취업에 있어 장애 정도가 절대적인 영향을 미치고 있다는 점이다. 이는 중증장애인을 위주로 하였던 현재까지의 직업재활정책이 중증장애인의 재취업에 거의 기여하지 못하고 있음을 보여주는 결과이다. 즉, 현재 신체적인 손상이 적은 장애 8~14급의 경증장애인만이 자력으로 재취업하고 있는 현실을 반영한 결과로 볼 수 있다.

또 다른 유의미한 결과는 산재장애인에 재취업이 장애 정도와 같은 신체적 특성뿐만 아니라 우울 정도와 같은 심리적 상태가 역시 중요한 영향을 미치고 있다는 점으로, 이는 직업재활이 사회심리적 재활과 연계되어 종합적으로 제공될 필요가 있음을 시사한다.

<표 5-14> 산재장애인의 재취업에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

	B	S.E	Exp(B)	Sig
사회인구학적 요인				
성 별 ¹⁾	-1.2029	.4144	.3003	.0037**
연 령	.0379	.0182	1.0387	.0368*
교육정도 ¹⁾	-.1425	.1880	.8672	.4483
결혼상태	-1.0676	.3076	.3438	.0005***
신체적 요인				
장애등급	-.1501	.0503	.8606	.0028**
일상생활능력 정도	-.6963	.7033	.4984	.3221
심리적 요인				
우울 정도	1.9722	.3945	7.1863	.0000***
자존감	-.3369	.3931	.7140	.3914
사회적 요인				
가족의 지지	.0433	.2782	1.0442	.8764
사회적 지지	.0436	.3190	1.0446	.8913
상 수	2.5391	2.6620		.3402

Model Chi-Square=116.199 Sig=.0000***

주: 1) 가변수

2) 신뢰도: 일상생활 정도 Cronbach's α = .7509, 우울 정도 Cronbach's α = .8508, 자존감 Cronbach's α =.7489, 가족의 지지 Cronbach's α = .7515
 사회적 지지 Cronbach's α = .7360

3) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

다. 사회활동 참여에 영향을 미치는 요인

<표 5-15>는 산재장애인의 사회활동 참여정도에 영향을 미치는 요인들

을 분석하기 위해 중다회귀분석한 결과이다. 분석결과, 교육 정도가 높을수록 사회활동 참여정도가 높은 것으로 나타났으며, 사회인구학적 특성을 통제한 상태에서 우울 정도, 사회적 지지가 사회활동 참여정도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 교육 정도가 높을수록($\beta=.140$), 우울 정도가 낮을수록($\beta=-.264$), 가족 이외의 사회적 지원 정도가 높을수록($\beta=.272$) 사회활동 참여에 적극적이었다.

이러한 결과에서 흥미로운 점은 사회활동 참여에 있어 신체적 요인인 장

<표 5-15> 산재장애인의 사회활동참여 정도에 대한 중다회귀분석 결과

	B	SE	B	Beta T	Sig T
사회인구학적 요인					
성 별 ¹⁾	-.071006	.070876	-.052656	-1.002	.3173
연 령	-.005972	.003089	-.120911	-1.934	.0541
교육정도 ¹⁾	.077738	.032775	.140359	2.372	.0183*
결혼상태	-.016752	.050307	-.018919	-.333	.7394
신체적 요인					
장애등급	.002693	.008512	.018334	.316	.7520
일상생활능력정도	.010222	.080102	.007023	.128	.8985
심리적 요인					
우울정도	-.228087	.057855	-.263903	-3.942	.0001***
자존감	.041940	.070320	.041508	.596	.5514
사회적 요인					
가족의 지지	-.011166	.048465	-.014846	-.230	.8179
사회적 지지	.232277	.055229	.271610	4.206	.0000***
상 수	2.289509	.395107		5.795	.0000***

R²= .266 F=10.617 Sig F= .0000***

주: 1) 가변수,

2) 신뢰도: 일상생활 정도 Cronbach's α = .7509, 우울 정도 Cronbach's α = .8508, 자존감 Cronbach's α =.7489, 가족의 지지 Cronbach's α = .7515
 사회적 지지 Cronbach's α = .7360, 사회활동 참여 Cronbach's α =.7998

3) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

해당급이나 일상생활능력 정도가 유의한 영향을 미치지 못하고 있는 반면, 우울 정도나 가족 이외의 다른 사람의 지원과 같은 사회심리적 요인들이 사회활동 참여에 유의한 영향을 미쳤다는 점이다. 이러한 결과는 산재장애인의 사회활동 참여의 기본전제가 신체기능뿐만 아니라 개인의 심리적인 요인 역시 중요한 영향을 미친다는 점에서 사회심리재활프로그램의 필요성을 시사한다.

4. 재활서비스 이용실태 및 재활서비스 욕구

가. 치료종결 이후 건강상태와 치료경험

1) 치료종결 이후 현재 건강상태

치료종결 이후 현재의 자신의 건강상태를 질문한 결과, 건강하다(매우 건강+건강한 편)고 생각하는 경우가 응답자의 60.0%를 차지하였다. 장애등급별로 보면, 장애 1~3급은 38.5%, 장애 4~7급은 53.1%, 장애 8~14급은 64.1%가 건강하다고 생각하고 있었다(표 5-16 참조).

<표 5-16> 치료종결 이후 현재 건강상태

	전 체 (n=500)	산재장애등급 (단위: %)		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=96)	8~14급 (n=365)
매우 건강하다	6.4	2.6	5.2	7.1
건강한 편이다	53.6	35.9	47.9	57.0
건강하지 않은 편이다	34.0	51.3	39.6	30.7
전혀 건강하지 않다	6.0	10.3	7.3	5.2

2) 치료종결 이후 치료경험

치료종결 이후 치료를 위해 의료 및 관련기관을 이용한 경험이 있는지를 질문한 결과, 32.2%가 이용한 경험이 있다고 답했다. 장애등급별로 살펴보면, 장애 1~7급 장애인이 장애 8~14급 장애인에 비해 의료기관 및 관련기

관 이용률이 약 1.5배 이상 높았다. 한편 치료가 필요하지만 이용하지 못하고 있다고 답한 경우는 장애 1~3급 장애인(10.3%)의 경우가 4~7급 장애인(2.1%)이나 8~14급 장애인(5.6%)에 비해 2~5배 정도 높았다(표 5-17 참조).

<표 5-17> 치료종결 이후 치료경험

(단위 : %)

	전 체 (n=494)	산재장애등급		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=96)	8~14급 (n=359)
있 다	32.2	43.6	46.9	27.0
없 다	62.6	46.2	51.0	67.4
필요하지만 못하고 있다	5.2	10.3	2.1	5.6
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

나. 중증장애인 보호시설 이용의사

중증장애인을 위한 보호시설에 대한 이용의사를 조사한 결과, 전체적으로 응답자 10명 중 3명 정도가 서비스를 이용할 의사가 있는 것으로 나타났다. 이용욕구가 가장 높은 서비스는 주간보호서비스(36.2%)이고, 다음으로 단기보호서비스(35.9%), 가정봉사원 파견서비스(31.9%), 장기요양서비스(30.1%), 가족동반 보호서비스(28.2%) 순으로 주로 시설에 입소하는 것 보다는 필요에 따라 이용할 수 있는 서비스에 대한 선호도가 높은 것으로 나타났다(표 5-18 참조). 장애등급별로 보면, 장애 1~3급 장애인이나 4~7급 장애인은 장기요양서비스, 주간보호서비스나 단기보호서비스에 대한 욕구가 높은 반면, 8~14급 장애인은 주간보호, 단기보호서비스와 함께 가정봉사원 파견서비스에 대한 욕구가 상대적으로 높았다.

<표 5-18> 중증 장애인을 위한 보호시설(Care center)에 대한 이용의사

(단위: %)

	이용할 의사가 있는 경우			
	전 체	산재장애등급		
		1~3급	4~7급	8~14급
장기요양서비스(n=495)	30.1	51.3	40.0	25.2
주간보호서비스(n=497)	36.2	53.8	40.6	33.1
단기보호서비스(n=496)	35.9	46.2	41.1	33.4
가족동반 보호서비스(n=496)	28.2	33.3	30.5	27.1
가정봉사원 파견서비스(n=496)	31.9	43.6	33.7	30.1

다. 상담서비스 이용실태

1) 상담경험

산재장애인의 경우 자신과 관련한 문제로 상담을 한 경험을 보면, 장애 및 건강문제나 산재보상절차에 관한 상담 등을 제외하고는 거의 없는 것으로 나타났다. 상담경험을 내용별로 보면, 장애 및 건강문제(13.2%)가 가장 많았고, 다음으로 산재보상 및 절차에 관한 내용(9.4%), 심리적 갈등 및 정신건강문제(6%), 취업문제(5.4%), 가족갈등문제(1.8%), 주변사람들과의 관계문제(1.2%), 사회적응문제(1.0%)로 상담을 한 것으로 나타났다(표 5-19 참조).

<표 5-19> 상담경험

(단위: %)

상담내용(n=501)	상담경험이 있는 경우
장애 및 건강문제	13.2
심리적 갈등 및 정신건강문제	6.0
가족갈등문제	1.8
취업문제	5.4
사회적응문제	1.0
주변사람들과의 관계문제	1.2
산재보상 및 절차에 관한 내용	9.4

2) 상담한 대상

상담한 대상을 보면, 장애 및 정신건강문제, 심리적 갈등 및 정신건강문제, 가족갈등문제, 사회적응문제, 주변사람들과의 관계문제 등은 주로 의사나 간호사와 상담한 경우가 가장 많았고, 산재보상문제나 취업문제는 근로복지공단 직원과 상담한 것으로 나타났다(표 5-20 참조). 한편, 전문상담원은 취업문제를 비롯하여 심리적 갈등문제나 가족갈등문제, 사회적응문제, 주변사람들과의 관계문제 등 전반적인 문제를 상담하였고, 성직자 등의 종교인에게는 심리적 갈등문제나 가족갈등문제 등에 대한 상담을 받은 것으로 나타났다.

<표 5-20> 상담한 대상

(단위 : %)

	상담한 대상							
	의사 간호사	재활 치료사	병원 사회 사업가	근로복 지공단 직원	전문 상담원	보장구 관련 전문가	성직자 종교인	기타
장애 및 건강문제(n=66)	62.1	16.7	1.5	9.1	6.1	-	3.0	1.5
심리적 갈등 및 정신건강문제(n=30)	43.3	6.7	3.3	3.3	23.3	-	13.3	6.7
가족갈등문제(n=9)	22.2	-	11.1	11.1	22.2	-	22.2	11.1
취업문제(n=27)	3.7	-	-	48.1	29.6	-	-	18.5
사회적응문제(n=5)	20.0	-	20.0	20.0	40.0	-	-	-
주변사람들과의 관계문제(n=6)	16.7	-	16.7	16.7	33.3	-	16.7	-
산재보상 및 절차에 관한 내용(n=47)	-	-	-	80.9	10.6	-	-	8.5

3) 상담의 필요성

상담의 필요성에 대해 질문한 결과, 산재보상 및 절차에 대한 상담의 필요성(2.96)을 가장 절실히 느끼고 있었으며, 다음으로 취업문제(2.90), 장애 및 건강문제(2.84), 심리적 갈등 및 정신건강문제(2.64), 사회적응문제(2.55), 가족갈등문제(2.38)와 주변사람들과의 문제(2.38) 등의 순으로 나타났다(표 5-21 참조).

장애등급별로 보면, 모두 산재보상 및 절차에 관한 내용에 대한 욕구가 높았으며, 장애 1~3급 장애인의 경우 장애 및 건강문제나 심리적 갈등문제에

대한 욕구가 높은 반면, 4~7급 장애인은 취업문제에 대한 관심이 상대적으로 높았으며, 8~14급 장애인은 산재보상 및 절차문제와 마찬가지로 취업문제에 대한 상담의 필요성을 가장 절실하게 느끼고 있는 것으로 나타났다.

<표 5-21> 상담의 필요성

	전 체	산재장애등급		
		1~3급	4~7급	8~14급
장애 및 건강문제(n=437)	2.84	2.80	2.69	2.89
심리적 갈등 및 정신건강문제(n=467)	2.64	2.74	2.57	2.65
가족갈등문제(n=486)	2.38	2.49	2.38	2.37
취업문제(n=470)	2.90	2.72	2.73	2.96
사회적응문제(n=490)	2.55	2.54	2.52	2.56
주변사람들과의 관계문제(n=489)	2.38	2.50	2.38	2.36
산재보상 및 절차에 관한 내용(n=454)	2.96	2.88	3.01	2.96

주: 점수가 높을수록 필요성 정도가 큼(1=전혀 필요하지 않음, 2=별로 필요하지 않음, 3=필요한 편임, 4=전혀 필요없음).

라. 직업재활서비스 이용실태 및 욕구

1) 직업훈련 의사

향후 기회가 주어질 경우 직업훈련을 받을 의사가 있는지에 대해 질문한 결과, 21%가 ‘직업훈련을 받겠다’고 답했다. 이를 장애등급별로 보면, 장애 1~3급 장애인의 경우 7.7%가, 4~7급 장애인은 26.3%가, 8~14급 장애인은 21%가 직업훈련을 받을 의사가 있는 것으로 나타났다(표 5-22 참조).

<표 5-22> 직업훈련 희망 여부

(단위: %)

	전 체 (n=491)	산재장애등급		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=95)	8~14급 (n=357)
직업훈련을 받겠다	21.0	7.7	26.3	21.0
직업훈련을 받지 않겠다	79.0	92.3	73.7	79.0

2) 직업훈련 희망분야

직업훈련을 받고 싶은 분야에 대해서는 기술, 기능직 분야가 36.9%로 가장 많으며, 다음으로 전문직 분야(17.5%), 서비스 분야(15.5%), 소규모 창업분야(12.6%), 사무관리직 분야(10.7%)의 순으로 취업하기를 희망하는 것으로 나타났다(표 5-23 참조). 이를 장애등급별로 보면, 장애 1~7급 장애인은 기술, 기능직 분야를 희망하는 비율이 높았고, 다음으로 서비스 분야나 소규모 창업분야 순으로 나타난 반면, 장애 8~14급 장애인은 기술, 기능직 분야를 가장 많이 희망하였고, 다음으로는 전문직 분야, 서비스 분야, 사무관리직 분야, 소규모 창업분야 순으로 나타나 중증장애인과는 달리 소규모 창업분야에 대한 선호도가 떨어지는 경향을 보였다.

<표 5-23> 직업훈련 희망분야

(단위: %)

	전 체 (n=103)	산재장애등급		
		1~3급 (n=3)	4~7급 (n=23)	8~14급 (n=72)
사무관리직 분야	10.7	-	4.3	12.5
전문직 분야	17.5	-	8.7	20.8
기술, 기능직 분야	36.9	66.7	34.8	34.7
서비스 분야	15.5	-	21.7	15.3
소규모 창업분야	12.6	33.3	17.4	11.1
기 타	6.8	-	13.0	5.6
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

3) 직업훈련시 필요한 지원

직업훈련시 필요한 지원은 1순위로 가장 많이 지적한 것이 훈련기간 동안의 생계보조비 지급(52.0%)이며, 2순위로 가장 많이 지적한 사항은 직업훈련비 보조(44.8%)이고, 3순위로는 치료 및 의료혜택(17.9%)으로 나타났다(표 5-24 참조).

<표 5-24> 직업훈련시 필요한 지원

(단위: %)

	1순위 (n=98)	2순위 (n=96)	3순위 (n=95)
직업훈련비 보조	9.2	44.8	14.7
훈련기간 동안의 생계보조비 지급	52.0	11.5	10.5
산재장애인 전문직업훈련원의 증설	5.1	3.1	2.1
일반 장애인 직업훈련원의 증설	-	2.1	1.1
다양한 훈련직종 개발	4.1	4.2	15.8
훈련교사의 자질향상	1.0	-	2.1
훈련장비의 확보	-	1.0	1.1
자녀장학금 지급	3.1	7.3	11.6
본인의 진학 등의 지원	2.0	1.0	3.2
대중교통시설의 편의제공	-	3.1	8.4
치료 및 의료 혜택	5.1	8.3	17.9
취업알선프로그램과의 연계	9.2	7.3	8.4
자영을 위한 대부사업	2.0	3.1	1.1
자영업을 위한 창업지도 등의 정보 제공	7.1	3.1	2.1
전 체	100.0	100.0	100.0

4) 재취업 의사

향후 재취업에 대한 의사를 조사한 결과, 재취업을 희망한다고 답한 경우가 31.1%로 10명 중 3명은 다시 취업할 의사가 있었다(표 5-25 참조). 이를 장애등급별로 보면, 장애 1~3급 장애인은 10명 중 1명꼴로, 장애 4~7급과 장애 8~14급 장애인은 10명 중 3명꼴로 재취업하기를 희망했다. 장애 8~14급 장애인이 취업을 희망하는 비율(33.7%)을 보면, 1~3급 장애인(10.3%)보다는 3배, 4~7급 장애인(30.4%)과는 비슷한 수준으로 나타나 중증장애인은 물론 경증장애인의 경우 재취업 자체도 어렵지만 재취업동기 역시 그리 높지 않았다.

<표 5-25> 재취업 의사

(단위 : %)

	전 체 (n=469)	산재장애등급		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=92)	8~14급 (n=338)
예	31.1	10.3	30.4	33.7
아니오	68.9	89.7	69.6	66.3

5) 재취업시 필요한 지원

재취업시 가장 필요한 지원을 보면, 응답자의 대다수인 80.6%가 취업알선에 대한 욕구를 나타냈으며, 다음으로 직업훈련이나 장애인 고용사업체에 대한 지원을 들고 있다(표 5-26 참조).

<표 5-26> 재취업시 가장 필요한 지원

	전 체 (n=134)	산재장애등급		
		1~3급 (n=4)	4~7급 (n=26)	8~14급 (n=104)
직업훈련	6.7	-	11.5	5.8
취업알선	80.6	75.0	80.8	80.8
직장적응훈련	2.2	-	3.8	1.9
지원고용서비스	3.0	-	3.8	2.9
장애인 고용사업체 각종 혜택	6.0	25.0	-	6.7
자영의 중도장애인에 대한 각종 지원	1.5	-	-	1.9
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

6) 재취업시 일하고 싶은 곳

재취업시 일하고 싶은 곳으로는 일반 기업체가 40.5%로 가장 많았고, 다음으로 자영업(16.8%), 장애인 전용기업체(13.7%), 정부 및 지방자치단체(12.2%), 보호작업장, 자립작업장 등의 순이었다(표 5-27 참조).

<표 5-27> 재취업시 일하고 싶은 곳

(단위 : %)

	전 체 (n=131)	산재장애등급		
		1~3급 (n=4)	4~7급 (n=26)	8~14급 (n=101)
일반 기업체	40.5	25.0	38.5	41.6
정부, 지방자치단체	12.2	25.0	3.8	13.9
장애인 전용기업체	13.7	25.0	19.2	11.9
보호작업장, 자립작업장	5.3	-	11.5	4.0
자영업	16.8	25.0	19.2	15.8
기 타	11.5	-	7.7	12.9
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

이를 장애등급별로 살펴보면, 장애 1~7급 장애인의 경우 일하고 싶은 곳으로 일반 기업체(38.5%)로 가장 많았고, 다음으로 장애인 전용기업체, 자영업 순으로 나타난 반면, 8~14급 장애인은 일반 기업체가 41.6%로 가장 많았고, 자영업(15.8%), 정부지방자치단체,(13.9%), 장애인 전용 기업체 (11.9%) 순으로 나타났다.

마. 재취업 실태 및 욕구

1) 재취업 경험여부

산재장애인의 재취업 실태를 보면, 치료종결 이후 원직장으로 돌아가거나 재취업한 경험이 있는 경우가 49.8%를 차지하고 있다. 장애등급별로는 장애 1~3급 장애인은 응답자의 15.4%가 재취업하거나 원직장으로 복귀한 것으로 나타났는데, 이는 4~7급 장애인(29.2%)의 1/2 수준이며, 8~14급 장애인(59.1%)의 1/4 수준에 불과하다(표 5-28 참조).

<표 5-28> 재취업 경험여부

(단위 : %)

	전 체 (n=492)	산재장애등급		
		1~3급 (n=39)	4~7급 (n=96)	8~14급 (n=357)
있 다	49.8	15.4	29.2	59.1
없 다	50.2	84.6	70.8	40.9
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

2) 재취업한 시기

재취업한 시기를 보면, 치료종결 이후 평균적으로 6.9개월 이내이다. 이를 장애등급별로 보면, 장애 1~3급 장애인이 평균 15개월, 4~7급 장애인이 평균 6.3개월, 8~14급 장애인이 평균 6.8개월로 나타났다(표 5-29 참조). 이는 앞의 직업훈련시기와도 같은 맥락에서 이해될 수 있는데, 치료종결 이후 1년 이내에 재취업한 경우가 응답자의 약 2/3를 차지하여 치료종결 이후 1년 이내가 재취업과 관련하여 가장 중요한 시기임을 시사한다.

<표 5-29> 재취업 시기

(단위 : %)

	전 체 (n=245)	산재장애등급		
		1~3급 (n=6)	4~7급 (n=28)	8~14급 (n=211)
6개월 이하	52.7	33.3	50.0	53.6
7개월 이상~12개월 이하	13.5	-	14.3	13.7
13개월 이상~18개월 이하	18.4	16.7	25.0	17.5
19개월 이상~24개월 이하	3.3	-	-	3.8
25개월 이상	12.2	50.0	10.7	11.4
평균(표준편차)	6.9개월 (7.8)	15.0개월 (14.9)	6.3개월 (6.2)	6.8개월 (7.7)

3) 산재 이후 이직횟수

산재 이후 이직한 횟수를 보면, 평균 이직횟수는 5.4회였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 이직이 없는 경우가 45.7%였고, 1회 이직했다고 응답한 경우가 18.4%, 2회인 경우가 3.3%, 3회인 경우가 3.7%, 4회인 경우가 0.4%인 반면, 5회 이상인 경우도 28.6%나 되었다(표 5-30 참조). 장애등급별로 살펴보면, 경증일수록 이직경험이 높은 것으로 나타났는데, 이는 산재장애인의 직장적응상의 어려움을 보여준다.

<표 5-30> 산재 이후 이직횟수

(단위 : %, 횟수)

	전 체 (n=245)	산재장애등급		
		1~3급 (n=6)	4~7급 (n=28)	8~14급 (n=211)
0회	45.7	33.3	53.6	45.0
1회	18.4	33.3	14.3	18.5
2회	3.3	16.7	3.6	2.8
3회	3.7	-	-	4.3
4회	0.4	-	-	0.5
5회 이상	28.6	16.7	28.6	28.9
평균(표준편차)	5.4회 (3.8)	3.3회 (3.9)	5.7회 (3.9)	5.4회 (3.8)

바. 재활서비스 인지도

현재 국가나 민간기관에서 시행중인 재활서비스에 대한 인지도를 조사한 결과, ‘알고 있다’고 답한 비율이 가장 높은 서비스는 물리치료나 작업치료이었으며(60%), 다음으로는 직업훈련(41.3%), 취업알선(39.7%), 취업상담(38.7%) 등 직업재활서비스에 대한 인지도가 상대적으로 높았다. 다음으로, 장애인 상담서비스(19%), 적성검사나 직업능력검사(18.8%), 사회적응훈련(15.4%) 등의 재활서비스의 인지도가 높은 편이었고 보장구 장착훈련 및 사용교육(13.7%), 가정봉사원서비스(13.5%), 차량지원서비스(11.7%) 등에

<표 5-31> 재활서비스 인지도 및 필요성 정도

	인지율		필요성 정도					평균 (표준 편차)
	n	%	n	전혀 필요 없음	별로 필요 없음	필요한 편임	매우 필요함	
재활치료(물리치료, 작업치료)	500	60.0	492	2.2	17.5	42.5	37.8	3.16 (.79)
취업상담	499	38.7	493	6.9	30.2	29.0	33.9	2.90 (.95)
검사(적성검사, 직업능력검사)	499	18.8	492	8.3	37.8	24.8	29.1	2.75 (.97)
직업훈련	499	41.3	491	7.1	35.0	25.7	32.2	2.83 (.96)
취업알선	499	39.7	492	7.9	30.7	23.6	37.8	2.91 (1.00)
보장구 제공 및 수리	497	16.3	491	26.1	32.0	25.1	16.9	2.33 (1.04)
보장구 장착훈련 및 사용교육	495	13.7	493	26.6	31.6	27.0	14.8	2.30 (1.02)
가정봉사서비스	496	13.5	492	24.8	30.9	27.4	16.9	2.36 (1.03)
사회적응훈련	495	15.4	492	22.4	33.1	25.8	18.7	2.41 (1.03)
가족교육 및 상담서비스	496	12.5	492	24.6	30.9	27.2	17.3	2.37 (1.04)
장애인 상담서비스	496	19.0	494	22.9	28.7	28.1	20.2	2.46 (1.05)
차량지원서비스	496	11.7	493	24.7	28.2	31.6	15.4	2.38 (1.02)
재활스포츠	496	9.3	493	26.0	31.0	31.0	12.0	2.29 (.98)
주택개조서비스	496	5.4	494	29.4	37.4	23.5	9.7	2.14 (.95)
여가 및 취미활동	496	5.2	492	27.4	38.0	24.2	10.4	2.17 (.95)

대해서는 10명 중 1명 정도만이 알고 있는 것으로 나타났다. 반면, 재활스
포츠(9.3%)나 주택개조서비스(5.4%), 여가 및 취미활동서비스(5.2%) 등에

대한 인지도는 상대적으로 낮았다(표 5-31 참조).

한편, 사회복지를 위한 재활서비스의 필요성에 대해 조사한 결과, 재활치료(80%)의 필요성에 가장 많이 공감(80.3%)하였고, 다음으로 응답자의 취업알선(61.4%)이나 취업상담(62.9%), 직업훈련(57.9%), 적성검사 및 직업능력검사(53.9%) 등 재취업을 위한 직업재활서비스에 대한 필요성에 대한 의식이 높았다. 한편, 장애인 상담서비스(48.3%), 사회적응서비스(44.5%), 차량지원서비스(47%)나 가족교육 및 상담서비스(44.5%), 가정봉사원서비스(44.3%), 재활스포츠(43%) 등과 같이 사회복지에 필요한 사회심리재활서비스에 대해서도 응답자의 약 절반 정도가 공감하고 있었고, 보장구 제공 및 수리(42%), 보장구 장착훈련 및 사용교육(41.8%), 주택개조서비스(33.2%) 등의 재활공학관련 서비스와 여가 및 취미활동서비스(34.6%) 등에 대한 필요성에 대해서도 응답자 10명 중 3~4명은 공감하고 있는 것으로 나타났다.

제 3 절 분석결과의 요약과 논의

1. 산재장애인 생활실태 결과에 대한 논의

가. 산재사고 이후 산재장애인의 사회경제적 지위의 변화

산재사고 이후 산재장애인에게 가장 두드러진 변화는 신체적인 기능상실과 함께 사회경제적 지위가 급격하게 변한다는 점을 들 수 있다.

본 조사결과에 따르면, 상시고용된 경우가 31.4%, 시간제 고용이 11.7%, 자영업이 5.5%로 10명 중 약 4~5명이 다시 일하고 있는 것으로 나타났다. 하지만 장애 1~3급 장애인의 경우 다시 일하는 경우가 15.8%(상시고용 7.9%, 시간제 고용 5.3%, 자영업 2.6%)에 불과하고 4~7급의 경우도 26.0%(상시고용 15.2%, 시간제 고용 6.5%, 자영업 4.3%)에 머물고 있는 실정이다.

한편, 전체 응답자의 78.1%가 산재사고 이후 경제적인 형편이 어려워졌다고 답하고 있다.

산재장애인 가정의 산재장애인에 대한 수입의존도를 보면, 산재 이전에

는 ‘전적으로 의존했던 경우’가 56.8%였으나, 산재 이후에는 31.6%로 줄어들었다.

나. 신체기능의 제약과 사회활동 참여의 축소

산재장애인의 경우 신체기능의 제약과 더불어 사회활동이 축소되는 경향을 보이게 되는데, 특히 재취업을 못한 경우에 더욱 현저하게 나타난다. 산재장애인의 사회활동 실태를 보면, ‘전혀 안한다’고 답한 비율이 가장 높은 항목은 운동 및 레저활동의 참여(43.1%)였고, 다음으로 종교활동(38.3%), 영화나 공연, 운동경기 관람(37.3%), 쇼핑(33.6%), 외식(24.6%), 친목회나 봉사회 참여(21.5%), 친구나 이웃과의 만남(3.8%), 가까운 친척과의 만남(1.0%) 순으로 나타나 주로 신체의 활동성이 필요한 사회활동에는 소극적인 경향을 보이고 있다. 하지만 ‘거의 안한다’고 답한 비율을 포함하면, 10명 중 약 6~7명이 사회활동에 거의 참여하지 않는 것으로 나타났으며, 특히 5명 중 1명에 해당하는 약 20% 이상이 가까운 친척, 친구나 이웃과의 만남이 거의 없는 것으로 나타났다.

다. 가족의 부양부담과 가족갈등문제

산재환자나 혼자서 일상생활을 영위하기 불편한 중증산재장애인의 경우, 대부분 가족, 특히 배우자의 지원에 대부분 의존하게 된다. 문제는 휴업급여나 장애급여가 충분한 소득이 되지 못하고 재취업이 어려운 산재장애인의 경우, 배우자나 가족이 대신 취업을 해야 하지만, 부양상의 문제로 취업이 어려운 경우 경제적인 문제로 인한 가족의 갈등이 발생할 수 있다.

본 조사결과, 집안에서 일상생활이 ‘매우 불편하거나 불편하다고 답한 경우가 56%였고, 이 중 약 36%는 일상생활을 하는데 도와주는 사람이 있었으며, 도움을 주는 사람은 배우자(82%)가 대부분이었고, 다음으로는 부모(6.8%), 자녀(5.1%), 기타 가족(4.3%) 등의 순으로 나타났다.

산재 이후 심각한 가정문제에 대해 산재장애인의 약 78%가 경제적인 형편이 어려워졌다는 점에 공감하고 있었으며, 가족성원의 건강문제와 자녀와의 갈등문제 등도 10명 중 1명 이상이 경험했으며, 응답자의 5% 정도가

배우자와의 이혼이나 가출을 경험한 것으로 나타났다.

라. 재취업이 상대적으로 어려운 중증장애인과 저학력 고연령층 장애인

재취업이 상대적으로 어려운 장애 1~3급 중증장애인이나 저학력 고연령층 산재장애인들을 위한 차별화된 재활서비스의 제공이 필요하다. 산재장애등급 1~3급과 4~7급의 중증장애인은 8~14급의 경증장애인에 비해 사회활동의 참여나 직장복귀가 현실적으로 어려울 수밖에 없다. 재취업한 비율을 보면, 상시고용률은 장애 1~3급의 경우 7.9%로 8~14급 38.3%의 약 1/5 수준이며, 4~7급 15.2%의 1/2 수준에도 훨씬 미치지 못하고 있다.

한편, 장애 1~3급 장애인은 장애나 건강상의 문제로 일을 할 수 없다고 답한 경우가 응답자의 3/4 이상(76.3%)으로 나타나 4~7급 장애인보다는 약 1.3배, 8~14급 장애인보다는 4배 이상 많은 것으로 나타났다. 산재장애인의 경우 30대의 취업률이 63.7%로 가장 높았고, 40대 57.6%, 20대가 43.3% 수준이지만 50대의 경우 취업률이 33.1%이고, 60대 이상은 27.8% 수준이었다.

교육 정도를 보면, 교육 정도가 높을수록 취업률이 높아지는 경향을 보였고 대략 40%에서 56% 수준이었으나 통계적으로는 유의한 차이를 보이지 않았다. 본 조사결과, 재취업할 의사는 50대가 33.3%로 가장 높았고, 다음으로 30대(30.6%), 40대(27.4%)로 비슷한 수준이다. 한편, 교육수준별로 재취업의사를 살펴본 결과 고등학교 졸업자가 33.7%로 가장 높았고 다른 경우도 대략 30% 전후로 나타났다.

결과적으로 재취업의사는 연령이나 교육 정도와 무관하게 비슷한 수준을 유지하고 있지만 현실적으로 재취업하기는 어렵다. 하지만 산재장애인의 94%가 30대 이상이고 약 75%가 40대 이상이며, 과반수 이상이 중학교 이하 졸업인 점을 감안할 때 이들에 대한 차별화된 재활대책이 요구된다.

마. 통합적 재활서비스의 필요성

산재장애인의 가정생활의 참여도에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 여성이 남성보다($\beta = -.523$), 기혼인 경우($\beta = .200$), 연령이 낮을수록($\beta =$

-.204), 우울 정도가 낮을수록($\beta = -.234$), 가족의 지원 정도가 높을수록($\beta = .154$) 일상적인 가정생활에 참여하거나 역할을 수행하는 정도가 높은 것으로 나타났다. 이 결과에서 중요한 점은 산재장애인이 가정생활에 참여하는 정도에 신체적인 능력은 유의미한 영향을 미치지 못한다는 점이다. 또한 산재장애인이 가정생활에 참여하거나 역할을 수행하는 정도는 이들의 신체적 기능보다는 자신의 심리적 상태나 가족의 지지적 환경에 더 많이 좌우됨을 시사한다.

사회활동 참여에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 교육수준이 높을수록($\beta = .140$), 우울 정도가 낮을수록($\beta = -.264$), 가족 이외의 다른 사람으로부터의 사회적 지원 정도가 높을수록($\beta = .272$) 사회활동에 더 적극 참여하는 것으로 나타났다. 이러한 결과에서 흥미로운 점은 심리적인 요인이나 사회적 지원이 신체적인 요인보다 영향력이 상대적으로 높다는 점으로 사회활동 참여에 있어 사회심리적 서비스가 중요함을 보여준다.

재취업에 영향을 미치는 요인에 대한 분석결과를 보면, 성별, 연령, 교육 정도, 결혼상태 등의 인구학적 특성이 통제된 상태에서, 장애 정도가 경미할수록($\text{Exp}(B) = .861$), 우울 정도가 낮을수록($\text{Exp}(B) = 7.186$) 재취업할 확률이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과에서 주목할 점은 동일한 조건에서 신체적인 능력과 더불어 심리적 지원이 뒷받침될 때 다시 취업하기가 용이하다는 점을 시사한다. 따라서 직업재활서비스는 사회심리재활서비스와 병행될 때 그 효과가 배가될 수 있다는 정책적 함의를 도출할 수 있다.

결국 이와 같은 결과를 통해 얻을 수 있는 중요한 정책적 함의는 산재장애인이 사회에 재통합되기 위해서는 통합적 재활서비스가 선결요건이라는 점이다. 즉, 신체기능을 최대화하여 일상생활능력을 향상시키고, 심리적 갈등을 해소할 수 있도록 하며, 가족과 가족 이외의 지원체계를 통해 개입할 필요가 있고, 이러한 재활서비스가 통합적으로 제공될 때 효과를 극대화할 수 있다는 점이다.

2. 재활서비스 이용 및 수요실태 결과의 논의

가. 의료재활

1) 응급처치 및 후송문제

산재사고 발생 이후 현장에서의 응급조치와 전문병원으로의 신속한 후송은 장애를 최소화하는데 결정적이다. 하지만 현재 체계적인 응급후송체계가 확립되지 않아 산재로 인한 피해가 더욱 커지게 되는 결과를 초래하게 된다. 조사결과, 현장에서의 응급조치가 충분히 이루어지지 못하는 점에 대한 불만과 여러 병원을 옮겨다니면서 부상이 악화되었다는 점이 문제점으로 지적되었다.

2) 재활치료 범위의 제한성

가) 물리치료 위주의 재활치료

재활치료 이용률을 조사한 결과, 요양 중 물리치료는 89.3%가 받아 본 경험이 있는 반면, 작업치료를 받아 본 경험은 불과 4.0%에 불과하다. 이는 현재의 재활치료가 물리치료에 국한되어 있음을 보여준다. 실제로 산재의료관리원 산하 산재병원 중 인천중앙병원에서만 작업치료를 실시하고 있다. 산재장애인의 대부분이 지체장애인이고, 상지장애인 경우는 46.7%⁶⁾나 되므로 작업치료의 필요성이 어떤 장애 유형보다 필요한 실정이다.

나) 물리치료 범위의 제한성

물리치료에 대한 만족도를 보면, 산재보험에 적용되는 치료범위의 제한성에 대한 불만을 지적한 경우가 응답자의 37.4%로, 환자나 가족을 대상으로 하는 재활치료 교육 및 상담(23.2%), 재활전문가의 수(18.9%), 치료대기 시간(18.7%), 물리적 환경(16.7%)에 대한 불만을 나타내는 경우보다 1.5배에서 2배 이상 높게 나타났다.

6) 1998년 한국노동연구원의 장애인 실태조사 결과에서는 산재로 인한 장애 부위가 상지의 경우 37.6%였다.

3) 치료종결 이후 건강상태 및 개호문제

산재장애인은 치료가 종결된 이후에도 건강이 좋지 않거나 일상생활에서 어려움을 겪게 된다. 중증장애인의 경우 마땅한 요양시설이 거의 없어 이들에 대한 보호는 주로 가족 중심으로 나타나게 되므로 가족의 부담이 커지게 되며, 더욱이 경제적 형편이 어려운 경우 이들에 대한 개호는 의료비 부담이나 가족성원의 취업을 어렵게 만들어 가족의 부담을 배가시키게 되므로 중증장애인을 위한 보호시설이나 재가장애인을 위한 개호지원이 필요하다.

가) 치료종결 이후 건강상태와 비용의 부담

치료종결 이후 자신의 '건강상태가 건강이 좋지 않다'고 답한 경우가 응답자의 40%나 된다. 지난 1년간 '의료기관을 이용한 경험이 있다'고 답한 경우도 32.2%나 되었고, 이 중 의료기관을 이용한 이유의 18.5%가 '재활치료 때문'인 것으로 나타났다. 이용한 의료기관은 응답자의 약 2/3에 해당하는 산재장애인이 일반 재활병원을 이용한 것으로 나타났다. 한편, 치료종결 이후 의료기관을 이용할 필요가 있음에도 불구하고 이용하지 못하는 이유에 대해 92%가 비용문제를 지적하였다.

나) 중증장애인을 위한 보호시설(care center)에 대한 욕구

혼자서 일상생활을 하기 힘든 중증장애인을 위한 보호시설을 설치하여 다양한 서비스를 제공할 경우, 주간보호(36.2%)와 단기보호(35.9%)에 대한 욕구가 가장 높았으며, 다음은 가정봉사원 파견서비스(31.9%), 장기요양서비스(30.1%), 가족동반 보호서비스(28.2%)의 순으로 나타났다.

나. 직업재활

1) 직업훈련에 대한 인식 및 동기부족

산재장애인의 경우 1/3 정도는 직업훈련에 대한 정보를 접하지만, 절반 이상이 치료종결 이후에 알게 되고 직업훈련을 받는 경우는 극소수에 불과하다. 본 조사결과를 보면, 산재장애인의 27.8%가 '직업훈련이나 취업알선에 대한 안내나 정보를 접해 본 경험이 있는 것'으로 나타났다. 하지만 직업

훈련 및 취업알선에 대한 안내나 정보를 접하게 된 시점을 보면, 응답자의 절반 정도(49.3%)가 '치료종결 이후'라고 답했으며, '요양기간중'이라고 답한 경우는 26.1%, '치료를 종결한 시점'이 24.6%로 나타났다.

이에 반해 실제로 직업훈련을 받아 본 경우는 3.2%에 불과하고 직업훈련을 처음 받은 시기를 보면, 치료종결후 평균 6.7개월이 지난 것으로 나타났다.

근로복지공단에서 운영하는 직업재활훈련원에 대한 인식 정도를 살펴본 결과, 응답자의 29.3%가 알고 있었으며, 이용해 본 경험이 있는 경우는 1.4%에 불과한 것으로 나타났다.

향후 직업훈련 욕구를 조사한 결과, 응답자의 20.6%만이 받을 의사가 있는 것으로 나타났다. 또한 '직업훈련을 받지 않겠다'고 답한 이유를 보면, '훈련이 필요하지 않은 경우'가 39.4%였고, 다음으로 '장애가 심해 훈련받기가 어렵다'고 답한 경우가 17.8%로 나타났다.

2) 높은 구직의욕과 취약한 취업알선체계

일반 장애인에 비해 산재장애인은 상대적으로 높은 구직의욕을 가지고 있다. 한국보건사회연구원의 「1995년 장애인 실태조사」에 따르면, 일반 장애인의 경우, 취업을 희망하는 비율이 지체장애인은 18.6%인데 비해, 산재장애인은 재취업할 의사가 있는 경우가 31.1%로 나타났다. 이는 본 조사결과 재취업을 했거나 자영업에 종사하는 비율이 약 48.6%이고, 장애나 건강상의 이유로 일을 할 수 없는 경우가 30.8%임을 감안할 때, 나머지 약 20%의 산재장애인을 집중적인 직업훈련의 대상으로 간주할 필요가 있음을 시사한다.

희망하는 직장은 일반 기업체가 40.5%로 가장 선호도가 높았고, 다음은 자영업(16.8%)이나, 장애인 전용 기업(13.7%) 등의 순으로 나타났다.

구직을 위한 구체적인 노력을 보면, 대중매체 등의 구인광고를 통해서라고 답한 경우가 32.4%였고, 다음으로 가족이나 아는 사람에게 부탁하거나(25.2%), 공공직업상담소의 이용(10%) 순으로 나타났다.

한편, 재취업할 경우 가장 필요한 지원에 대해 10명 중 8명이 취업알선을 지적하고 있어 현재의 취약한 취업알선체계를 가장 우선적으로 개선할 필요가 있는 것으로 나타났다.

3) 직업훈련과 관련된 욕구

직업훈련을 받고 싶은 분야에 대해서는 기술, 기능직 분야를 36.9%가 지적하였고, 다음으로 전문직 분야(17.5%), 서비스 분야(15.5%), 소규모 창업 분야(12.6%), 사무관리직 분야(10.7%)의 순으로 취업하기를 희망하는 것으로 나타났다. 이를 장애등급별로 보면, 장애 1~7급 장애인은 기술, 기능직 분야를 희망하는 비율이 높았고, 다음으로 서비스 분야나 소규모 창업분야 순으로 나타난 반면, 8~14급 장애인은 기술, 기능직 분야를 가장 많이 희망하였고, 다음으로는 전문직 분야, 서비스 분야, 사무관리직 분야, 소규모 창업분야 순으로 나타나 중증장애인과는 달리 소규모 창업분야에 대한 선호도가 떨어지는 경향을 보였다.

직업훈련시 필요한 지원은 1순위로 가장 많이 지적한 것이 훈련기간 동안의 생계보조비 지급(52%)이며, 2순위로 가장 많이 지적한 사항은 직업훈련비 보조(44.8%)이고, 3순위로 가장 많이 지적한 지원은 치료 및 의료혜택(17.9%)으로 나타났다.

다. 사회심리재활서비스

1) 재활서비스의 비체계성

산재발생후 향후 성공적으로 사회에 복귀하기 위해서는 요양초기부터 산재관련 절차나 자신의 상태에 대해 정확한 판단을 근거로 향후 재활계획을 세우는 것이 필요하다. 따라서 산재보험급여 내용이나 절차, 자신의 부상 정도 및 치료상태, 재활서비스에 대한 정보 등은 향후 재활계획을 세우는데 필수적인 요소이다.

하지만 조사결과 이러한 사항에 대해 병원이나 근로복지공단으로부터 들어 본 경우를 살펴보면, ‘산재보험급여 내용 및 절차’, ‘자신의 부상정도 및 치료상태에 대해서’가 각각 약 40%를 차지하고 있고, ‘재활의 중요성 및 내용’은 18%에 불과한 것으로 나타났다. 안내나 설명의 충분성⁷⁾에 대해서 조사한 결과, 산재보험 보상절차나 부상(2.17) 및 치료상태(2.27)에 대해서는 어느 정도 충분하게 느끼고 있었으나 재활서비스에 대한 안내나 설명은 부족한 것(1.91)으로 나타났다.

7) 4=매우 충분, 3=충분한 편, 2=부족한 편, 1=매우 부족

산재장애인에게 중요한 것은 산재사고 직후부터 개입하여 재활의 중요성을 인식시키고 재활의욕을 높일 수 있도록 지원하여 체계적으로 재활서비스를 제공받도록 하는 것이다. 따라서 향후 재활의 중요성을 인식시키는 노력과 더불어 다양한 재활서비스를 개발할 필요가 있다.

2) 전문적 상담서비스의 부족

산재장애인의 경우 장애 및 건강문제, 심리적 갈등 및 정신건강문제, 가족갈등문제, 취업문제, 사회적응문제, 주변사람과의 관계문제, 산재보상 및 절차에 관한 내용 등에 대해 ‘거의 상담해 본 경험이 없는 것’으로 나타났다. 이 중 장애 및 건강문제는 의사나 간호사, 물리치료사에게 상담한 경험이 약 10% 정도 되며, 나머지 문제에 대해서는 약 5% 내외만이 상담경험이 있는 것으로 나타났다. 한편, 상담의 필요성⁸⁾에 대해 조사한 결과, 전반적으로 필요성에 대해 공감하고 있었는데, 산재보상 및 절차에 관한 상담에 대한 욕구가 가장 높았고, 다음으로 취업문제, 장애 및 건강문제, 심리적 갈등 및 정신건강문제, 사회적응문제 등의 순으로 나타났다.

3) 재활서비스의 낮은 인지도와 높은 재활서비스 욕구

현재 국가나 민간기관에서 시행중인 재활서비스에 대한 인지도를 조사한 결과, 주로 인지도가 높은 프로그램이 필요성도 높게 생각하고 있는 것으로 나타났다. 인지도가 가장 높은 서비스는 물리치료나 작업치료 같은 재활치료로서 응답자의 60%가 알고 있었으며, 다음으로는 직업훈련(41.3%), 취업알선(39.7%), 취업상담(38.7%) 등 직업재활서비스에 대한 인지도가 상대적으로 높았다. 다음으로, 장애인 상담서비스(19%), 적성검사나 직업능력검사(18.8%), 사회적응훈련(15.4%), 보장구 장착훈련 및 사용교육(13.7%), 가정봉사원서비스(13.5%), 차량지원서비스(11.7%) 등에 대해서는 10명 중 1명 정도만이 알고 있는 것으로 나타났으며, 재활스포츠(9%), 주택개조서비스(5.4%), 여가 및 취미활동서비스(5.2%) 등에 대한 인지도도 상대적으로 낮았다.

한편, 사회복귀를 위한 재활서비스의 필요성에 대해 조사한 결과, 재활치료(80%)의 필요성에 가장 많이 공감하였고, 다음으로는 취업알선(61.4%),

8) 1=전혀 필요없음, 2=별로 필요없음, 3=필요한 편임, 4=전혀 필요없음

취업상담(62.9%), 직업훈련(57.9%), 적성검사 및 직업능력검사(53.9%) 등 재취업을 위한 직업재활서비스에 대한 필요성에 대한 의식이 높았다. 한편, 장애인 상담서비스(48.3%), 사회적응서비스(44.5%), 차량지원서비스(47%), 가족교육 및 상담서비스(44.5%), 가정봉사원서비스(44.3%), 재활스포츠(43%) 등과 같이 사회복귀에 필요한 사회심리재활서비스에 대해서도 응답자의 약 절반 정도가 공감하고 있었고, 보장구 제공 및 수리(42%), 보장구 장착훈련 및 사용교육(41.8%), 주택개조서비스(33.2%) 등의 재활공학 관련 서비스와 여가 및 취미활동서비스(34.6%) 등에 대한 필요성에 대해서도 응답자 10명 중 3~4명은 공감하고 있는 것으로 나타났다.

제 6 장 재활과정 질적 조사분석 결과 : 심층면접조사

제 1 절 조사의 개요

1. 조사의 목적

산재장애인의 질적 조사의 목적은 양적 조사를 통해 밝히지 못한 재활과정상의 구체적인 문제점을 파악함으로써 통합적인 재활시스템 구축을 위한 근거자료로 이용하기 위해서이다.

2. 조사방법

가. 조사대상자의 선정과정

본 질적 조사의 조사대상자는 본 연구의 양적 조사대상자들을 선정한 명단과 동일한 1998년 1월부터 12월까지 신규 장애판정을 받은 산재장애인들이다. 우선 이들 명단에서 전화번호가 기재된 경우만을 선정하여 연령, 장애등급에 따라 각 조건에 적합한 대상자에게 전화를 걸어 설문조사의 취지를 충분히 설명하고 조사협조를 의뢰한 후 조사를 허락한 경우 직접 방문하여 면접조사를 시행하였다.

표본의 선정은 <표 6-1>에 제시된 바와 같이 조건에 적합한 산재장애인을 유의할당하였으나, 실제로 본 연구에서 필요로 하는 조건에 적합한 표본을 다 채우지 못해 산재장애인 단체의 도움을 받아 추가로 본 연구의 조건에 맞는 2명의 산재장애인을 선정하여 조사하였다.

나. 조사방법 및 조사과정

본 조사의 면접원은 대진대학교 사회복지학과 3~4학년생으로서 앞서 양적 조사를 수행하였던 경험이 있으며, 근로복지공단에서 행하는 직업재활 상담원의 업무를 지원하는 자원봉사활동을 지속해 오고 있어 산재보험 재활시스템이나 산재장애인에 관한 기본지식을 가지고 있는 사람들로 평가될

<표 6-1> 표본의 구성

	장해등급	취업여부	예정표본수	실제표본수
20대	1~3급	취업	1	
		미취업	1	1
	4~7급	취업	1	1
		미취업	1	
	8~14급	취업	1	
		미취업	1	1
30대	1~3급	취업	1	
		미취업	1	1
	4~7급	취업	1	1
		미취업	1	1
	8~14급	취업	1	1
		미취업	1	1
40대	1~3급	취업	1	
		미취업	1	1
	4~7급	취업	1	
		미취업	1	1
	8~14급	취업	1	1
		미취업	1	
50대 이상	1~3급	취업	1	
		미취업	1	1
	4~7급	취업	1	1
		미취업	1	
	8~14급	취업	1	
		미취업	1	2
전 체			24	15

수 있다.

본 질적 조사의 경우 질문항목이 구조화되어 있으나 면접자의 능력에 따라 대답의 정도가 달라질 수 있으므로 조사를 시작하기 전에 조사자들이 현재의 제도나 설문항목과 조사시 유의점 등을 명확히 이해하고 숙지할 수 있도록 하기 위해 사전교육을 실시하였다.

질적 조사는 조사대상자의 집을 방문해서 조사하는 것을 원칙으로 하였으나 조사대상자의 요청에 따라 취업한 경우 직장근처나 집주변의 커피숍 등에서 수행되기도 하였다.

조사결과의 분석은 질적 조사방법을 이용하여 산재장애인의 산재발생부터 치료종결 이후 현재까지의 생활에 대한 전반적인 기술(description)을 하였으며, 재활과정을 요양전 단계, 요양단계, 치료종결 이후 단계 등으로 구분하여 각 재활단계별로 나타나는 문제점을 분석하였다. 단, 본 조사는 일부 사례만을 조사한 내용이므로 이를 전체 산재장애인에게 일반화하는 데는 주의가 따르며 이는 양적 조사의 결과를 통해서 보완될 필요가 있다.

다. 조사내용

질적 조사의 내용은 <표 6-2>에 제시된 바와 같이 산재관련 사항, 요양관련 사항, 치료종결후 사회복귀과정, 직업복귀과정, 사회인구학적 특성 등으로 구성된다.

<표 6-2> 질적 조사내용

	세부 설문내용
산재관련 사항	산재발생 상황, 산재로 인한 손상부위와 장애 정도, 산재발생후 응급처치와 후송과정
요양관련 사항	요양한 병원과 요양과정, 의료서비스에 대한 평가, 요양시 어려웠던 점, 병원시설 및 직원에 대한 평가, 보장구문제, 장기요양에 대한 의견
치료종결후 사회복귀과정	심리적 적응문제, 신체상의 적응문제, 가족과의 관계, 사회활동 및 사회관계문제, 가장 심각한 문제와 필요한 서비스
직업복귀과정	원직복귀, 구직 및 취업문제, 직업훈련문제
사회인구학적 특성	성별, 연령, 교육 정도, 장애등급, 가족사항, 산재전후 직업, 경제적 상태

라. 분석방법

질적 조사의 분석은 내용분석방법(content analysis)을 통해 응급처치 및 응급후송단계, 요양단계, 치료종결후의 세 단계로 구분하여 각 단계별로 두드러지는 문제점과 구체적인 사례를 제시하고, 정책적 함의를 도출하였다.

[그림 6-1] 재활과정 단계별 문제점

응급처치 및 후송단계	요양치료단계	치료종결 이후 단계
<ul style="list-style-type: none"> ○ 응급처치의 부재 --> 적시의 응급처치 부재 - 현장에서의 응급처치 부재 - 병원에서의 응급처치 부족 ○ 후송체계의 미비 --> 일반 운송체계 이용 - 기본적 응급처치가 부족 - 부상상태에 따른 적합한 후송 방법에 있어 전문적 장비의 미비나 전문지식의 부족 - 부상상태에 적합한 병원으로 후송이 이루어지지 못하고 지연 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 부적절한 치료 - 의료기기의 부족으로 인해 수술 반복 등의 피해 - 전문의료인력의 부족으로 인한 부적절한 치료를 받게 됨. ○ 산재지정병원의 열악한 치료 환경 - 산재지정병원의 위생문제 - 재활치료시설의 미비 - 재활치료에 대한 정보 부족 ○ 요양관리상의 문제 - 제공자 중심의 요양 및 보상과 정으로 인한 산재장애인의 불편 문제 - 정보 부족으로 인한 요양 및 보상절차상의 불편 ○ 산재관련 정보 및 상담체계의 부족 - 공식적이고 체계적인 정보나 상담의 부족으로 어려움과 피해의식, 공단에 대한 불신 증대 ○ 심리적 갈등과 제한된 가족의 지지 - 가족의 심리적 지지는 재활에 절대적인 영향을 미침. ○ 가족의 부담과 가정생활에의 부정적 영향 - 요양치료기간 동안 가족의 부담 및 희생(간호를 위해 생업 포기, 일시적인 가족해체, 배우자의 생업과 간호병행으로 인한 부담 등) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 일상생활의 제약과 좌절의 심화 - 일상생활상의 신체적 제약 - 중증은 물론 경증장애인 경우에도 좌절 심화 ○ 불확실한 미래와 심리적 불안감 - 치료종결전에 체계적인 재활계획의 부재 - 개별적인 노력을 통한 재활로 인한 불안감 증대 ○ 가족의 부양부담과 한계 - 심리적 지지 위주로 인한 한계 - 공식적 지원체계의 필요성 증대 ○ 사회활동의 위축과 축소 - 장애로 인한 자신감 저하 - 장애로 인해 타인에 대해 경계 - 경증이라도 사회활동의 위축에 영향을 미침 ○ 취업문제 - 재취업 의지는 대체로 강함 - 사회적 편견으로 재취업이 매우 힘들 - 원직복귀의 어려움, 원직에 복귀하더라도 그만두기 쉬움. - 구직은 개인적 노력에 국한되어 있으며 공식적 지원체계가 매우 부족함

제 2 절 결과분석

본 절에서는 치료를 종결한 산재장애인들에 대한 심층조사를 통해 수집된 사례들의 내용을 분석함으로써 재활과정 단계에서 나타나는 문제점을 도출하고자 한다. 재활과정 단계별로 나타난 문제점을 정리하면 [그림 6-1]과 같다.

1. 응급처치 및 후송단계

산재가 발생한 후 신속한 응급처치 및 후송시스템은 사망이나 장애 정도를 최소화할 수 있는 가장 기본적인 조건이다. 그러나 사업장에서 사고발생에 대비한 신속한 초기 응급처치조직이나 병원으로의 긴급수송체계가 미비하여 사고발생 이후 사고현장에서 병원으로 후송하는 시간이 늦어지거나, 후송했다 해도 병원에서의 기피현상으로 인해 신속한 치료를 받지 못하는 경우가 종종 발생한다.

질적 조사를 통해 나타난 응급처치 및 후송단계상의 문제점은 사고현장이나 병원에서의 응급처치가 부재한 상태로 사고를 당한 피재근로자를 방치하는 경우가 적지 않다는 점과 후송체계의 미비로 인해 신속한 후송이 이루어지지 못하고 있다는 점이다. 물론 119시스템이 있으나 당해 사업장 현장에 있는 차를 이용하는 경우가 대부분이었고, 이러한 경우 후송시간의 지연이나 피재자의 부상상황에 적합한 후송차량에 의하지 못해 부상을 더욱 악화시킬 수 있는 것이다.

반면, 경미한 부상이라도 인근병원까지 현장에 있는 자가용을 이용하여 이송한 후 응급처치를 받고 이후에 병원 응급차나 119시스템을 통해 부상을 전문적으로 치료할 수 있는 병원으로 이송하여 신속하게 적절한 치료를 받은 사례들도 있어 사업장에서 사고발생시 응급처치나 적절한 긴급후송에 대한 교육을 회사차원에서 적극적으로 제공할 필요가 있다.

가. 응급처치의 부재

산재사고 발생현장에서 응급처치를 하지 못한 채 병원으로 후송되거나 병원에 도착했다해도 병원에서의 거부나 응급처치 없이 지체하는 경우가 발생하여 적시의 응급처치가 이루어지지 못하는 경우가 있다. 산재가 발생한 사고현장에서 본인이나 동료들의 대처가 중요하지만 대부분 응급처치와 관련된 교육은 거의 이루어지지 않고 있어 사고발생시 적절한 대처가 이루어지지 못하고 있다.

본 질적 조사의 사례를 통해 나타난 문제점은 대부분의 산재사고 이후 현장에서의 응급처치는 거의 이루어지지 못하고 있으며, 병원에서 조차 응급처치 없이 방치되고 있다는 점이다. 다음의 사례들은 이러한 문제점을 단적으로 보여주고 있다.

<표 6-3> 응급처치의 부재 사례

응급처치의 부재 사례	
사례 4 (38세, 장해 1등급)	뼈가 조각난 상태에서 응급처치 없이 자가용으로 후송, 여러 병원을 전전함.
사례 5 (32세, 장해 6등급)	산재발생후 응급처치 없이 2~3시간이 지난 후 치료받음. 잘린 손가락을 비닐봉투에 넣어 기다림.
사례 6 (38세, 장해 4등급)	1톤 트럭으로 후송됨. 응급처치도 되지 못한 채 가까운 종합병원에 가지 못하고 먼 거리에 있는 회사지정병원에 가게 됨.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	응급처치 없이 대학병원에 후송되었으나 담당의사가 출타중이라는 이유로 5~6시간 방치됨. 다시 개인돈으로 인명구조공단의 차량을 이용하여 서울로 후송되었지만 수술비가 마련될 때까지 수술하지 못함.

나. 후송체계의 미비

산재사고 발생후 119시스템을 이용하기보다는 회사에 있던 자가용이나 택시를 이용한 경우가 대부분을 차지하고 있다. 사고 직후 성급한 마음에 자가용이나 택시를 이용하지만, 기본적인 응급처치나 부상상태에 따른 적합한 후송방법에 있어 장비의 미비나 전문지식의 부족으로 인해 부상의 정

도가 심한 경우 오히려 부상을 악화시킬 수 있다.

가까운 병원에 찾아가도 부상 정도가 심한 경우 진료를 거부하거나 다른 병원으로 이송해야 할 필요성이 있을 때 응급차나 119시스템을 이용하지 못하고 자비를 들여 이동하게 되고 부상상태에 따라 적합한 치료를 할 수 있는 병원에 대한 정보 부족과 병원에서의 치료거부로 인해 여러 병원을 전전하는 경우도 발생하고 있다.

이와 같은 경우는 본 조사의 다음과 같은 사례에서도 나타나고 있다.

<표 6-4> 후송체계의 미비

후송체계 미비	
사례 4 (38세, 장해 1등급)	뼈가 조각난 상태에서 응급처치 없이 자가용으로 후송하는 과정에서 뼈가 신경을 건들여 장애가 심해짐.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	처음 사고 직후 자가용으로 종합병원에 갔지만 응급처치 없이 방치. 다시 개인돈으로 인명구조공단의 차량을 이용하여 서울로 후송되었지만 병원에서 받아 주지 않아 여러 병원을 전전한 끝에 입원하게 됨.

2. 요양치료단계

가. 부적절한 치료

부적절한 치료는 손상부위의 악화를 초래한다. 다음의 사례들은 장애의 최소화해 있어 적절한 치료를 받을 수 있는 환경의 조성이 무엇보다도 중요함을 이야기해 주고 있다.

나. 열악한 치료환경

열악한 치료환경에 대한 불만은 주로 개인병원에 대한 것으로 병원의 위생이나 물리치료시설의 미비 등이 지적되었다. 특히 물리치료 등과 같은 재활치료에 대한 정보 부족으로 인해 재활치료를 충분히 받지 못한 점에 대한 아쉬움이 큰 것으로 나타났다.

<표 6-5> 부적절한 치료

	부적절한 치료
사례 1 (29세, 장해 3등급)	병원에 부상부위를 정확하게 검사할 만한 정밀기계가 없어 의사의 짐작으로 수술을 하였고, 인천중앙병원으로 이송한 후 정밀검사를 해보니 수술이 잘못되어 다시 수술을 하게 됨.
사례 6 (38세, 장해 4등급)	회사지정병원에서 팔을 절단해야 한다고 했으나, 본인이 거부하여 고대병원으로 옮기게 되었고 팔을 절단하지 않아도 치료가 가능하며, 1차수술을 큰 병원에서 받았더라면 더 나았을 것이라는 의사의 말을 들음.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	치료 의사가 바뀌자 빠른 진전을 보임. 이전 의사가 엉뚱한 곳의 신경을 모두 절단해서 신경손상이 추가적으로 발생함.
사례 12 (51세, 장해 1등급)	병원에서의 수술이 잘못되어 다른 병원에서 다시 한 번 동일한 수술을 받게 됨.

<표 6-6> 열악한 치료환경

	열악한 치료환경
사례 1 (29세, 장해 3등급)	입원한 병원의 위생문제가 심각한 수준, 환자에 대한 태도가 불성실함.
사례 6 (38세, 장해 4등급)	수술 이후 팔다리를 고정해야 하는 상태인데도 보조기구가 전혀 없어 본인이 직접 만들어 사용함.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	치료를 받은 개인병원에 물리치료시설이 전혀 없음. 큰 병원에서 물리치료를 받을 수 있는지를 전혀 모르고 있었음.

다. 영양관리의 문제

요양관리상의 문제는 산재환자들이 정확한 정보를 제공받을 수 있는 상담체계가 미비하여 오히려 동료 산재환자들을 통해 잘못된 정보를 접하게 되어 불신과 잘못된 관행을 발생시키는 결과를 가져오기도 한다. 이러한 예는 다음의 사례를 통해 살펴볼 수 있다.

<표 6-7> 요양관리의 문제

요양관리의 문제	
사례 4 (38세, 장해 4등급)	병원을 옮길 때마다 퇴원을 강요받을까봐 서류를 작성하는 과정에서 병원의 산재담당 직원들에게 돈을 줌.
사례 5 (32세, 장해 6등급)	병원의 원무과 직원과의 마찰이 큼. 병원에서는 산재환자가 많다는 이유로 번번히 서류처리시(휴업급여) 돈을 요구함.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	산재에 관련한 정보를 원무과 직원에게 돈을 주고 알게 됨. 이후 공단에 전화했으나 책을 참고하라고 해 산재관련 책을 구입하여 보게 됨.

라. 산재보상과정 및 자신의 부상상태에 대한 정보 및 상담의 부족

산재보상과정에 대한 정확한 정보의 제공은 다른 환자들로부터 입수한 부정확한 정보를 통해 느끼는 불신을 제거할 수 있고, 산재환자에게 적절한 서비스의 제공이나 무조건적인 장기요양 경향 등 요양관리상의 문제를 해결할 수 있으므로 매우 중요하다. 다음의 사례들은 오히려 공식적이고 체계적인 정보나 상담의 부족으로 인해 불신감과 자신이 손해봤다는 느낌만을 증폭시키고 잘못된 정보로 인해 산재요양관리에서의 잘못된 관행을 발생시키고 있음을 보여주고 있다.

<표 6-8> 산재보상과정 및 자신의 부상상태에 대한 정보 및 상담의 부족

정보 및 상담의 부족	
사례 1 (29세, 장해 3등급)	산재보험에 대해 알고 싶어 병원에 있는 사회복지사를 찾아 갔지만 별 도움이 되지 못함. 오히려 산재환자들에게 듣는 것이 훨씬 도움이 됨.
사례 2 (28세, 장해 6등급)	산재보상에 대한 정보를 충분히 알지 못해 연금으로 선택하지 못한 것이 매우 아쉬움.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	산재보상에 대한 정보 부족으로 치료도 늦어지고 의사도 잘못 만나고 물리치료실도 없는 곳에서 치료를 받음. 산재처리에 관한 모든 것을 상담해 주는 제도가 너무나도 절실히 필요하다고 느낌.
사례 15 (60세, 장해 10등급)	회사에서의 요구로 일찍 퇴원했음. 산재보상에 대해 정보를 얻을 수 있는 통로가 있었다면 충분한 치료를 받고 나올 수 있었을 것임.

마. 심리적 갈등과 가족의 지지

산재로 인해 장애를 입게 된 경우 심리적 갈등상황에 직면하게 되는데, 이때 가족의 지지는 산재장애인에게 큰 위안이 된다. 가족의 지지는 산재장애인이 심리적 갈등을 극복하고 사회활동을 재개하는 커다란 힘이 되는데, 이러한 예는 다음의 사례에서 확인된다.

<표 6-9> 심리적 갈등과 가족의 지지

심리적 갈등과 가족의 지지	
사례 2 (28세, 장애 6등급)	두 번의 산재사고로 인해 깊은 절망감에 빠졌으나 아내와 어머니의 격려로 심리적 안정을 찾게 됨.
사례 4 (38세, 장애 1등급)	산재사고를 당했음에도 불구하고 자신을 이해해 주고 결혼해 준 부인의 도움으로 하반신 마비로 전혀 움직이지 못했던 다리를 이제는 지팡이를 짚고 걸을 수 있게 됨.
사례 9 (45세, 장애 2등급)	아내를 포함한 가족이 있었기에 재활에 관심을 갖고 회복하려고 노력하게 됨.
사례 13 (50세, 장애 6등급)	산재사고 직후 자신이 가정에 도움이 전혀 되지 못한다는 점에 고통스러웠으나 부인의 지지로 인해 의욕을 갖게 됨.

바. 가족의 부담과 부정적 영향

산재장애인에게 있어 가족의 지지는 중요한 재활의 토대가 되지만 심리적 지지 이외에도 병간호를 위해서 가족이 치러야 할 희생 또한 간단하지 않다. 간호를 위해 생업을 그만두거나 요양기간 동안 자녀를 대책 없이 방치할 수밖에 없는 상황이 발생하게 된다. 또한 가족이 뿔뿔이 흩어져 있거나 경제적 형편이 어려운 경우 배우자는 생업에 종사하면서 간호를 해야 하는 상황이 발생하기도 한다. 다음의 사례들은 산재사고로 인한 가족의 부담과 가정생활에 미치는 부정적인 영향을 보여준다.

<표 6-10> 가족의 부담과 부정적 영향

	가족의 부담과 부정적 영향
사례 1 (29세, 장해 3등급)	어머니가 생업을 그만두게 됨에 따라 요양중 경제적인 어려움이 큼.
사례 7 (39세, 장해 12등급)	요양할 당시 어린 자녀를 맡길 곳이 없어 매우 곤란을 겪게 됨.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	요양중에는 가족이 뿔뿔이 흩어져 있게 됨. 아이들의 학교생활도 엉망이고 부인과 본인도 신체적으로나 심리적으로 모두 지침.
사례 11 (43세, 장해 12등급)	애들을 맡길 곳이 없고 간호를 위해 배우자가 직장을 그만두게 됨.
사례 13 (50, 장해 6등급)	아이들이 정신적으로 충격이 커 성적도 많이 떨어지고 학업에 지장이 있게 됨.
사례 14 (53세, 장해 11등급)	부인이 주로 간병도 해주고 생활이 어려워 공공사업도 다님.

3. 치료종결 이후 단계

가. 일상생활의 제약과 좌절의 심화

치료종결 이후 일상생활에서 겪는 신체적 제약은 장애의 정도를 막론하고 불편과 좌절감을 겪게 만든다. 장애인이 되었다는 사실을 일상생활을 통해 다시 한 번 확인하게 되는데, 이는 산재장애인의 재활의지에 부정적인 영향을 미치게 된다. 치료종결 이전 장애가 남아 있을 경우 보장구나 일상생활용구 등을 사용하는 일상생활훈련이 필요하며, 이는 단순히 생활을 유지하는 기술뿐만 아니라 자신의 독립적인 생활을 스스로 영위할 수 있도록 자신감을 심어 준다는 점에 있어 매우 중요하다. 다음의 사례들은 치료종결 이후 일상생활에서의 신체적 제약과 이로 인한 좌절감이 심화되는 경우를 보여준다.

<표 6-11> 일상생활의 제약과 좌절의 심화

일상생활의 제약과 좌절의 심화	
사례 2 (28세, 장해 6등급)	장애 정도가 외향적으로는 심각해 보이지 않으나 가장 기본적인 용변문제나 식사문제조차 해결하지 못함.
사례 4 (38세, 장해 1등급)	하반신 마비로 혼자 걸을 수 없었지만 지금은 지팡이를 짚고 다님. 하지만 다른 사람과 부딪치거나 물건을 들 수 없어 자신감이 상실되어 새로운 것에 대한 도전이 두렵고 사람 만나는 것을 꺼리게 됨.
사례 5 (32세, 장해 6등급)	밥먹는 것부터 화장실까지 모든 것이 불편하여 자살을 할 생각까지 했음.
사례 6 (38세, 장해 4등급)	일상생활 중 가장 어려운 일은 목욕하는 것으로 집에 목욕탕 시설이 없어 매번 남의 도움을 받아야 하는 일이 번거롭고 가족이라도 매우 부담스럽고 미안함.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	병원에 있을 때와는 달리 집으로 돌아왔을 때에는 자심감이 많이 떨어지고 위축됨. 외출시 의족이 잘 맞지 않아 부작용이 심함.

나. 불확실한 미래와 심리적 불안감

산재장애인의 경우 치료종결 이전에 구체적인 계획을 세우지 못하고 병원에서 치료가 종결되어 퇴원하여 집에 돌아온 후 향후 계획을 수립하게 된다. 이때 원직복귀를 못하고 이직이나 자영을 원하는 경우 이를 위한 훈련이나 취업알선과 같은 공식적인 프로그램을 접하게 되는 경우도 거의 없이 개별적인 노력에 의해 이직이나 자영을 하게 되므로 실패하는 경우가 많다. 본 질적 조사의 사례를 통해서도 치료가 종결되기 전 충분한 재활계획을 세우지 못한채 치료가 종결되어 산재보상금만 축내면서 불확실한 미래에 대한 불안감으로 지내게 되는 경우를 찾아 볼 수 있다.

<표 6-12> 불확실한 미래와 심리적 불안감

불확실한 미래와 심리적 불안감	
사례 5 (32세, 장해 6등급)	요양중에는 병원에 있으면 생계가 해결되니 퇴원하고 싶지 않았으며 요양이 끝날 즈음에는 너무나도 막막했음.
사례 14 (53세, 장해 11등급)	요양중 원직복귀는 어렵고 아무런 대책이 없어 고민만 됨.

다. 가족지지체계의 역할

산재장애인의 재활에 있어 가족의 지지는 가장 중요한 원천이며, 산재장애인의 일상생활을 유지하는데 있어 버팀목이 된다. 가족지지 형태는 주로 심리적 지지이며, 그 외에 외출동행이나 취업활동을 통한 경제적 지원 등이며, 정보 제공이나 취업알선 등의 구체적인 도움은 거의 제공되지 못하고 있다. 가족성원들 중에는 주로 배우자나 부모의 지지가 절대적인데, 이는 가족성원의 가족의 희생에 전제로 하며, 심리적 지지만으로는 한계를 보이고 점차 부담을 느끼게 된다. 이러한 예는 본 질적 조사의 사례에서도 발견되는데, 가족의 지지체계가 중요한 만큼 이를 유지할 수 있는 가족지원서비스의 제공이 요구된다.

<표 6-13> 가족지지체계의 역할

가족지지체계의 역할	
사례 1 (29세, 장애 3등급)	가족관계는 산재사고로 인해 오히려 더 좋아짐.
사례 4 (38세, 장애 1등급)	자살충동을 이기기 위해 장애를 받아들여야 했고 이때 부인이나 어머니의 지지가 많은 도움이 됨. 더욱이 자신의 장애를 알면서 결혼해 준 부인으로 인해 정신적으로나 육체적인 도움을 많이 받음.
사례 6 (38세, 장애 4등급)	어머니는 일관되게 안쓰러워 하시지만 아내는 처음과는 달리 점차 짜증을 많이 낸.

라. 사회활동의 위축과 축소

산재장애인의 경우 치료종결 이후 사회활동이 위축되거나 활동영역이 축소되는 경향을 보인다. 물론 장애로 인한 신체적인 제약이 중요한 역할을 하지만 장애로 인한 자신감의 저하나 장애로 인해 타인에 대해 경계하게 되며, 경증이라도 남에게 자신의 장애를 보이고 싶어하지 않는 경향 등으로 인해 사회활동이 위축되는 경우가 있다. 다음의 사례에서 이러한 경향을 살펴볼 수 있다.

<표 6-14> 사회활동의 위축과 축소

사회활동의 위축과 축소	
사례 2 (28세, 장해 6등급)	사고전에는 어떤 일을 하는데 겁이 없었지만 지금은 스스로 기피하고 자신감이 없어짐.
사례 3 (20세, 장해 12등급)	사고 이후에는 쉽게 손을 내밀지 않음. 주위의 시선에 많은 신경을 쓰게 됨.
사례 4 (38세, 장해 1등급)	장애로 인해 활동범위가 좁아졌고 사람들이 많은 곳은 피하게 됨. 여러 정보에 소외되는 느낌임. 새로운 것에 대한 도전이 두렵고 사람을 만나도 잡담만 하고 구체적인 이야기는 하지 않음.
사례 6 (38세, 장해 4등급)	쓸모없는 인간이 되었다고 생각함. 내가 고용주라도 나같은 사람은 채용하지 않을 것이라고 생각함.
사례 7 (39세, 장해 12등급)	다른 사람들이 자신의 인상을 좋지 않게 생각할까봐 화상부위를 숨기려 함.
사례 9 (45세, 장해 2등급)	사고 이전에는 친구들과 자연스런 부탁을 주고 받았지만 지금은 힘들. 내가 장애인이라 부탁을 들어주지 않고 부탁하지도 않는 것일까 하는 생각을 함. 친구들과과도 당연히 멀어지게 됨.
사례 12 (51세, 장해 1등급)	외출은 아주 드물게 함. 친구나 친척들과의 관계가 산재발생전과 달라졌고 거리감이 느껴짐. 사회활동을 거의 하지 않음.

마. 취업문제

취업은 산재장애인의 사회통합에 있어 전제조건이다. 산재장애인은 장애가 심해 재취업이 불가능한 경우를 제외하고는 회사에 취업을 하든, 자영업을 하든 일을 다시 시작해 보려는 의지가 강하다. 하지만 원직에 복귀하는 경우를 제외하고 장해 1~7급 장애인의 경우 재취업이 거의 힘든 것이 현실이다. 대부분 산재사고가 발생하면 회사와의 관계가 악화되어 경증인 경우라도 원직에 복귀하기 어렵거나 원직에 복귀하더라도 그만두게 된다. 한편 다른 직장을 구하기 위한 노력은 개인적 차원에서 이루어지고 있지만 산재장애인이라는 사회적 편견으로 인해 재취업은 여러 가지로 힘든 상황이다. 이러한 사례는 본 질적 조사에서도 일부 나타나고 있다.

<표 6-15> 취업문제

취업문제	
사례 2 (28세, 장애 6등급)	취업을 위해 아는 사람에게 연락해 보고 신문을 통해 이력서도 많이 넣었지만 장애인이라는 이유로 취업이 힘들. 택시운전도 하려 했지만 운전할 수 있는 기준에 미달되어 할 수 없게 됨.
사례 3 (20세, 장애 12등급)	원직에 복귀했지만 회사와의 관계가 좋지 않아 한 달도 못되어서 그만둠. 회사에서 사고 이전과는 달리 사소한 것들을 문제삼아 압력을 가함.
사례 4 (38세, 장애 1등급)	재취업을 위해 구청에 구직신청서를 내고 주위사람들에게도 부탁했지만 집이 있다는 이유로 구청에서는 취업알선이 곤란하다고 함.
사례 6 (38세, 장애 4등급)	자영업과 택시운전을 해보았지만 모두 신체적인 장애로 인해 겪는 어려움이 큼. 현재는 직업재활상담원의 도움을 받아 공인중계사 자격증 준비를 하고 있음.

바. 취업욕구

장애 1~3급의 중증장애인의 경우 현실적으로 재취업이 어려운 신체적 상태이지만 연령과는 관계없이 재취업에 대한 강한 욕구를 가지고 있었다. 현재 자신의 신체적인 조건이 재취업에 방해가 될 것이라고 생각하면서도 재취업에 대한 희망을 버리지 않거나 자영업이나 학업을 계속하기를 희망하는 등 연령에 상관없이 앞날에 대한 계획이나 희망을 버리지 않고 있다.

제 3 절 분석결과의 요약과 정책적 시사점

1. 개인적 특성과 재활

가. 신체적 능력

장애 정도나 일상생활능력 정도 등과 같은 신체적 능력은 재활에 있어서 가장 기본적인 개인의 요건이다. 장애 정도가 심할수록, 장애등급이 심할수록

<표 6-16> 취업욕구

취업욕구	
사례 1 (29세, 장애 3등급)	산재 이전 학생이었기 때문에 현재 취업보다는 공부를 계속하기를 원함.
사례 4 (38세, 장애 1등급)	재취업할 의사가 강하고 구청에서 제공하는 취업알선프로그램을 이용하는 등 적극적인 구직활동을 하고 있음. 하지만 재취업보다는 자영업이 적성에 맞다고 생각함. 직업훈련도 자신의 집과 가깝고 적성에 맞는 자영과 관련된 공과가 있다면 훈련을 받을 의사가 있음.
사례 9 (45세, 장애 2등급)	재취업할 의향은 있으나 장애로 인한 제약으로 실제로 구직활동 및 직업훈련을 받아 본 경험은 없음. 향후 장애에 어느 정도 적응되면 자신에게 적합한 직업훈련을 받고 싶어함.
사례 12 (51세, 장애 1등급)	중증장애로 인해 재취업은 어렵지만 개인적으로 컴퓨터도 배우고 자신의 삶을 긍정적으로 생각하고 나름대로 주어진 환경에 최선을 다해 적응하려 함.

록 재활과정은 길고 장시간의 인내와 노력을 필요로 한다. 하지만 본 질적 조사의 사례들을 보면, 장애등급이 높다 해서 반드시 재활과정이 더 어렵다고 단정할 수 없다. 특히 다시 일을 시작하려는 입장에서는 장애 1~7급 장애인은 물론이고 8~14급인 경우에서도 상당한 제약으로 다가온다는 점에 주목할 필요가 있다.

본 질적 조사를 통해 나타난 가장 중요한 정책적 함의는 치료를 종결하기 전 일상생활을 위한 기본훈련이나 보장구 장착훈련 등 기본적인 재활훈련이 필요하다는 점이다. 실제로 본 질적 조사의 사례에서 치료를 종결하기 전까지 일상생활에 필요한 기본적인 훈련이나 보장구 장착훈련 등 기본적인 신체활동을 위한 준비가 전혀 없이 치료를 종결하는 경우가 대부분이다. 더욱이 생활을 위한 주택개조는 전혀 생각할 수 없는 상태로 대부분의 산재장애인이 산재사고 이전과 똑같은 주변환경에 맞춰 생활하는 형태를 보이고 있다. 아무리 중증의 장애라도 훈련이나 일상생활용구를 통해 신체의 기능이 보완된다면, 일상생활을 한층 더 편리하게 영위할 수 있다는 점을 고려할 때 잔존기능의 회복에 대한 노력이 요구된다.

신체의 잔존능력을 최대화하기 위해서는 재활공학서비스의 활성화가 필요하다. 현재 국산 보장구에 대한 인식이 부정적이어서 외제를 선호하고 있

으나 가격이 너무 비싸 일반적으로 이용되고 있지 못한 실정이다. 현재 인천에 있는 재활공학연구센터에서는 장애인에게 알맞는 보장구를 평생 관리해 주기 위해 산재장애인에게 직접 찾아가는 아웃리치프로그램을 시작하였다. 이러한 프로그램을 통해 자신의 신체능력에 대한 정확한 진단과 보원을 위한 서비스를 제공받을 수 있으며, 잔존능력의 향상과 더불어 자신감을 회복할 수 있게 된다.

한편, 치료종결 이후 경우에 따라서는 장애로 인한 후유증상에 시달리게 되고 이로 인해 신체활동이 점차 감소하는 경향을 보이는 사례도 주목하여야 한다. 사례에서 보는 바와 같이 손가락이나 발 등 남들에게는 미미한 정도의 장애로 여겨질 수 있으나, 당사자는 지속적인 통증과 절임으로 인해 활동상의 문제를 유발하는 경우가 있었고 언제나 개인과 가족구성원이 그때그때 대처하는 방법을 사용하고 있었다. 이들의 신체기능의 회복을 위해서는 의료적 상담과 이를 근거로 한 후유증상의 치료나 운동을 통한 신체기능의 회복이 필요하다. 장애로 인한 후유증상에 대한 대처나 재활치료, 나아가 재활스포츠를 통해 신체적 능력의 향상과 더불어 스트레스 해소와 자신감을 회복할 수 있다.

나. 재활에 대한 동기 및 의지

본 질적 조사에 응해 준 조사대상자들의 긍정적인 성향을 감안하더라도 장애의 경중을 막론하고 재활에 대한 동기는 다양하게 나타나고 있다. 조사를 통해 파악된 쟁점은 재활동기와 의지는 단순히 장애 정도만으로 설명될 수 없으며, 재활의 개입시점과 정확한 정보에 따라 달라질 수 있다는 것이다.

첫째, 재활동기 및 의지는 단순히 장애 정도만으로 설명될 수 없다는 점으로, 연령이나 장애의 심각도(장애 1~3등급)가 재활에 대한 동기나 의지에 부정적인 영향을 절대적으로 미치지 못한다는 점이다. 사례 1(29세, 장애 3등급)의 경우 자신의 팔이 없는 데에 대한 심리적 갈등을 거의 느끼지 않고 있으며 오히려 장애인 캠프에 참여하는 등 자신의 장애에 대해 적극적으로 수용하고 인정하려는 태도를 보인다. 또한 사례 12(51세, 장애 1등급)은 전체화상, 다리절단, 신경마비, 척수증, 편마비, 시력 저하 등 복합성

장애 상태이면서도 심리적 어려움을 극복하기 위해 종교인들의 말씀을 경청하거나 책을 읽기도 하며, 컴퓨터 타자연습도 혼자 하면서 인터넷을 이용하기 위한 컴퓨터 공부를 하면서 자신의 장애에 깨끗하게 대처하는 모습을 보이고 있다.

한편, 이처럼 장애 1~3급의 중증장애인의 경우 어느 정도는 자신의 장애가 심각하므로 사회생활상의 여러 가지 제약에 대해 스스로 인정하는 노력이 있었기 때문에 막상 치료가 종결되어 일상생활에 불편을 느껴도 심리적인 상처를 덜 받는 경향을 보인다. 반면, 장애 4~7급의 장애인의 경우 현실에서 많은 신체적 제약을 느끼게 되면서 재활에 대한 동기가 약화되는 경향을 보이기도 한다. 사례 6(38세, 장애 4등급)의 경우 어렵게 택시운전을 하게 되었는데, 일반인과 같은 조건으로 일을 하다보니 좌절감만 더욱 커져 본인 스스로를 쓸모없는 인간으로 표현하면서 자신이 고용주라 해도 자신같은 사람은 채용하지 않을 것이라고 했다.

둘째, 산재장애인의 재활을 위한 개입은 사고발생후 요양치료가 시작되는 순간부터 진행될 필요가 있다. 치료종결 이후 재활계획을 세우는 일은 치료종결 이후 겪는 좌절감 때문에 약화되기 쉽고, 생활고로 인해 서두르게 된다. 요양단계부터 자신의 상태에 대한 상담과 향후 계획을 세운다면 불확실한 미래로 인한 불안감을 감소시킬 수 있다. 따라서 요양시작부터 재활과정에 깊숙히 개입할 수 있는 전문가가 필요하다. 상당수의 산재장애인이 원직에 복귀하기보다는 전직해야 하는 경우가 많은데, 전직을 위한 직업훈련을 받는 점에 대해 소극적인 태도를 보이고 있다. 본 조사의 여러 사례에서 연령의 고하를 막론하고 직업훈련에 대해 소극적인 태도를 보이는데, 이는 직업훈련과정에 대한 불만과 더불어 전직훈련 결과에 대한 불안감도 많이 반영된 것으로 보인다. 이는 재활개입의 시점이 치료종결 이후부터는 너무 늦고, 지금에 와서 새로운 일을 시작한다는 자체에 대한 부담감을 갖고 있는 것으로 보인다.

2. 가족의 지원과 부양부담

가족의 지원은 산재장애인의 재활과정에서 물심양면으로 산재장애인의 사회통합의 토대가 된다. 본 질적 조사의 결과에서 보면, 요양단계부터 치

료종결 이후까지 가족의 지원은 절대적이며, 특히 기혼자의 경우 배우자의 지원이 산재장애인의 재활의지에 긍정적인 영향을 미친다.

요양시기의 가족의 지원은 주로 간병과 심리적인 지지와 관련되며, 이때 가족성원이 간병을 위해 생업을 포기하거나 간병을 위해 자녀를 방치하거나 멀리 친척집으로 보내는 등 다른 가족성원들의 생활의 희생을 전제로 한다.

치료종결 이후의 가족지원은 산재장애인이 심리적으로 회복할 수 있도록 위로나 격려를 해주거나 신체적인 능력이 자유롭지 못한 경우 일상생활에 많은 도움을 제공한다. 나아가 산재장애인이 재취업하지 못한 경우 생계를 위해 대신 취업하기도 한다.

하지만 가족의 지원은 심리적 지원이나 간병이나 보호 등에 제한되며 일상생활능력의 향상이나 취업알선 및 정보 제공 등과 같이 공식적인 지원체계가 미비한 상태에서는 시간이 지남에 따라 부담으로 남게 되며, 경제적 여건이 좋지 않은 경우 가족의 부담은 가족갈등으로 이어질 수 있다. 이러한 상황은 장애 1~3급의 장애연금수급자보다 일시금을 받은 4~7급 장애인의 경우 더욱 두드러지게 나타난다. 즉 장애로 인해 재취업이 어려운 경우 가족성원 특히 배우자가 대신 취업하여 생계를 유지하거나, 다른 한편으로는 장애인을 간병하기 위해 다니던 직장을 그만두기도 하면서 산재장애인 자체가 가족의 부담이 되기도 한다.

3. 공식적 재활체계

가. 응급처치와 후송과정

응급처치와 후송체계는 산재사고 발생 직후 취할 수 있는 가장 기초적이고 중요한 영역이다. 본 조사를 통해 나타난 응급처치 및 후송체계의 문제점은 다음과 같은 세 가지로 요약될 수 있다.

첫째, 산재사고 발생시 회사나 근로자가 응급처치나 후송 등 사고에 대처하는 방법에 대한 교육이 이루어지지 않아 우왕좌왕하는 경우가 많다는 점을 들 수 있다.

둘째, 사고현장에서건 병원에서건 응급처치를 하지 않거나 못한채 방치

되는 경우가 있으며, 이는 향후 장애 정도에 치명적인 영향을 미칠 수도 있다는 점이다. 산재환자가 환영받지 못하는 현재의 여건에서는 산재환자가 발생했을 경우 어떤 형태로든 신속한 후송과 응급처치가 행해지도록 조치할 필요가 있다.

셋째, 후송체계의 미비를 들 수 있는데, 119시스템이나 응급차량 이외에 개인차량이나 트럭, 택시 등을 이용하여 응급처치가 늦어지는 경우가 발생하게 된다. 특히 회사지정병원이 먼 경우 회사에서 가까운 병원에서 응급치료를 받게 한 뒤 후송하거나 119를 통해 부상당한 부위에 알맞는 병원을 의뢰해 주는 후송체계의 구축이 필요하다.

나. 요양서비스 체계

요양단계에서 가장 중요한 관건은 환자의 부상에 대한 적절한 치료일 것이나 산재지정병원 환자의 경우 부적절한 치료나 수술로 인해 장애가 심화되는 경우도 발생하게 된다. 또한 열악한 치료환경으로 인해 산재환자가 충분한 처치를 받지 못하는 경우도 발생하는 데, 특히 물리치료나 보조장구와 같은 재활치료와 관련된 물리적 환경의 열악성을 내포한 산재지정병원을 이용한 환자들에게 많이 나타난다. 하지만 이처럼 산재지정병원을 이용하면서도 다른 병원에 대한 정보, 특히 산재병원에 대한 충분한 정보를 제공받지 못한 경우 이용에 제한을 받게 되고 치료효과도 낮다.

한편 요양과정에서 산재환자들의 관심의 초점은 산재보상과정에 대한 정보이다. 현재 이러한 사항에 대한 상담서비스가 미비하여 환자들은 다른 환자나 병원의 원무과 직원을 통해 잘못된 관행을 야기하고 산재환자들의 불신감과 자신이 손해보고 있다는 불만을 증폭시키고 있다.

다. 구직 및 취업알선서비스

산재장애인의 구직활동은 주로 개인적인 차원에서 이루어지며, 치료가 종결된 이후 충분한 준비와 계획에 따라 진행되기보다는 가족의 생계를 책임져야 한다는 생각에서 성급하게 이루어진다. 주로 장애가 경증인 경우 아는 사람을 통하거나 구청에서 제공하는 취업알선서비스를 이용하고, 중증

인 경우는 한국장애인고용촉진공단 등에서 장애인을 위한 취업알선서비스를 제공하고 있으나 잘 이용하지 않으며, 오히려 자영을 위한 구상을 하지만 아이টে이나 비용면에서 엄두를 내지 못한다.

현재는 근로복지공단의 직업재활상담원을 통한 취업알선서비스가 제공되고 있으나 시행초기이므로 성과는 많지 않다.

라. 직업훈련 및 지원서비스

본 질적 조사의 사례를 보면, 직업훈련서비스에 대한 산재장애인의 반응은 중증장애를 갖거나 연령이 많은 경우 회의적이며, 경증이면서 나이가 젊은 경우에는 직업훈련보다는 직장을 찾는 일에 더 많은 관심을 보인다. 직업훈련의 성과에 대해서도 확신이 부족하여 직업훈련에 소극적인 태도를 보이고 있다.

마. 사회심리적 지원

산재장애인의 재활프로그램은 크게 의료재활프로그램, 직업재활프로그램, 사회심리재활프로그램으로 구분될 수 있는데, 현재 산재장애인이 요양시부터 치료종결 이후까지 이들을 위한 사회심리적 서비스는 전무한 형편이다. 본 질적 조사를 통해 요양시 상담프로그램의 필요성과 치료종결 이후에도 신체적인 능력향상을 위한 재활스포츠, 사회적응프로그램, 스트레스의 해소, 가족의 지원프로그램 등 사회심리적 프로그램을 개발 및 실행할 필요가 있는 것으로 나타났다.

제 7 장 산재요양병원에 요양중인 만성 요통 근로자 실태조사 : 면접조사

제 1 절 조사의 개요

1. 조사의 목적

본 조사의 목적은 산업재해로 인한 만성 요통 근로자의 실태를 파악하고자 한다. 이 조사결과는 산재 요통 근로자들 스스로 일상생활 속에서 요통에 대처함으로써 노동력 회복과 생활의 활력을 가질 수 있도록 돕는 산재보험의 피재근로자 사후관리프로그램 개발, 특히 보건관리자의 간호중재와 산업보건서비스를 통한 프로그램 개발에 기초자료가 될 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 산재 요통 근로자의 일반적 특성 및 직업적, 의학적, 사회심리적, 경제적 특성을 파악한다.

둘째, 산재 요통 근로자 특성별 요통장애와의 관계를 규명한다.

2. 조사 대상

조사 대상은 산재보험 적용사업장에서 재해 또는 업무상 질병으로 인해 요통이 발생하여 근로복지공단에서 요양승인을 받아 재해기간이 6개월 이상 경과되었고 현재 산재요양병원에 입원하고 있는 요통 근로자를 대상으로 하였다. 본 조사에 참여하기로 동의한 105명을 임의표출하였다.

3. 조사 도구

요통장애는 Fairbank 등(1980)이 개발한 Oswestry 요통 기능장애 측정(The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire)을 임현술 등

(1998)이 변안한 척도를 사용하였다.

총 10개 문항으로 구성되어 있으며 각 문항마다 6개 항목으로 되어 있어 0점에서 5점까지 점수가 부여되어 점수가 높을수록 장애가 심한 것을 뜻한다. 10개 문항별 점수를 합한 후 총점(50점)으로 나누어 0~20% 경증장애, 21~40% 중등도 장애, 41~60% 중증장애, 61% 이상 고도장애로 구분한다. 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 0.8486이었다.

산재 요통 근로자가 지각하고 있는 통증 정도는 도표 평정척도(graphic rating scale)를 이용해 통증 정도에 따라 15cm의 직선을 15등분하여 측정하였으며 점수가 높을수록 통증의 정도가 심하다.

자이존중감은 Rosenberg(1965)의 척도를 전병재(1974)가 수정보완한 도구를 사용하였으며 총 10개 문항으로 4점 평정척도로 구성되어 있고 점수가 높을수록 자이존중감이 높은 것을 의미한다. 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 0.7609이었다.

대처방법은 Brown과 Nicassio(1987)의 VPPI와 Rosenstiel과 Keefe(1983)의 CSQ를 참고하여 김인자(1994)가 수정보완한 척도를 사용하였다. 적극적 인지대처, 적극적 행위대처, 소극적 인지대처, 소극적 행위대처 각 5문항씩 총 20문항으로 구성되어 있으며, 문항은 3점 척도로 점수가 높을수록 통증을 줄이기 위해 다양한 대처를 사용하는 것을 의미한다. 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α 값이 0.7530이었다.

4. 자료수집 및 면담과정

6개월 이상 경과된 산재 요통 근로자의 자료수집을 위해 요양기관 기관장의 허락하에 간호학 전공자와 사회복지학 석사과정에 있는 조사원 2인이 2000년 7월 24일부터 7월 29일까지 1주일 동안 현재 요양중인 근로자들과 함께 생활하면서 면담을 시행하였다. 조사의 일관성을 위해 조사원에 대한 사전 교육을 실시하였으며 일과가 종료될 때마다 면담과정에 대한 평가시간을 가졌다.

조사근로자에게 조사의 목적과 내용을 설명한 후 개별적인 1대 1 면담을 시행하였고 일관된 면담을 수행하기 위해 구조화된 설문지를 이용하였으며 면담 소요시간은 1인당 평균 1시간 30분에서 2시간 정도 소요되었다.

5. 자료분석 방법

수집된 105명의 자료 중 응답이 불성실하거나 면담도중 응답을 거절하여 다 완성되지 못한 8명의 자료를 제외한 97명의 자료를 SPSS/PC 프로그램을 이용하여 통계처리하였다.

본 연구에서 산재 요통 근로자의 제반 특성은 빈도와 백분율 등 서술적 통계방법을 사용하였고 변수별 요통장애와의 관계는 t-test, one-way ANOVA, Correlation Analysis로 분석하였다. 또한 요통장애에 영향을 미치는 특성을 보기 위해 다중회귀분석(Multiple Regression)을 사용하였다.

6. 조사의 제한점

산재보험에 가입된 사업장에서 요통이 발생하여 근로복지공단에서 요양승인을 받고 6개월 이상 경과된 만성 요통 근로자로 한정하고 있기 때문에 산재보험 적용사업장에서 발생한 급성 요통이나 3일 이하의 요양을 한 근로자, 5인 미만 산재보험 미가입 사업장을 포함하여 산업재해 요통 근로자 전체를 대표하는 데는 제한이 있다.

제 2 절 결과분석

1. 산재 요통 근로자의 제반 특성

가. 일반적 특성

근로자의 성별을 살펴보면, 남성 90명(92.8%), 여성 7명(7.2%)으로 남성이 대다수를 차지하였다. 평균 연령은 52.93(\pm 7.39)세이며, 연령별로 살펴보면, 30세 이하는 해당자가 없었고, 30세~45세 미만이 14명(14.4%), 45~60세 미만이 65명(67.0%), 60세 이상이 18명(18.6%)으로 근로자 대다수가 중장년층인 것으로 나타났다(표 7-1 참조).

학력은 무학을 포함한 국졸 이하가 52명(53.6%), 중졸(중퇴) 24명(24.7%), 고졸 이상이 21명(21.6%)이었으며, 면담결과 근로자 과반수 이상이 국

문해독에 어려움이 있었다.

결혼상태는 기혼이 94명(96.9%), 미혼은 3명(3.1%)이며, 기혼자 중 17명(18.1%)이 산재 이후 이혼이나 별거, 배우자의 가출상태였다. 또한 결혼상태와 관계없이 요양중에 있으면서도 부양해야 할 책임이 있는 경우가 91명(93.8%)으로 근로자 대다수가 부양의 책임을 지고 있었으며 평균 피부양자수는 3.0(±1.73)명이었다.

<표 7-1> 일반적 특성

		n	백분율(%)
성 별	남 자	90	92.8
	여 자	7	7.2
연 령	30~45세 미만	14	14.4
	45~60세 미만	65	67.0
	60세 이상	18	18.6
	평균값(세)	52.93(±7.39)	
학 력	국졸(중퇴) 이하	52	53.6
	중졸(중퇴)	24	24.7
	고졸(중퇴) 이상	21	21.6
결혼상태	기 혼	94	96.9
	미 혼	3	3.1
가족해체여부	유	17	18.1
	무	77	81.9
부양유무	유	91	93.8
	무	6	6.2
피부양자수	평균값(명)	3.0(±1.73)	

나. 직업적 특성

산업재해가 발생했던 사업장의 규모를 살펴보면, 50인 미만의 소규모 사업장이 39명(40.2%), 50~300인 미만 중규모 사업장이 30명(30.9%), 300인 이상 대규모 사업장이 28명(28.9%)으로 50인 미만 소규모 사업장에서 산재를 당한 경우가 많았다(표 7-2 참조).

<표 7-2> 직업적 특성

		n	백분율(%)
사업장 규모	50인 미만	39	40.2
	50~300인 미만	30	30.9
	300인 이상	28	28.9
업 종	제조업	15	15.5
	건설업	44	45.4
	광업	27	27.8
	기타	11	11.3
직 종	기능직	45	46.4
	단순노무직	52	53.6
고용형태	상용직	40	41.2
	임시직·일용직	57	58.8
근무기간	1년 미만	40	41.2
	1~5년 미만	21	21.6
	5년 이상	36	37.1
	평균값(년)	5.333(±7.489)	

업종별로 살펴보면, 제조업 15명(15.5%), 건설업 44명(45.4%), 광업 27명(27.8%), 3차 산업에 해당하는 전기·가스·수도업, 운수·창고·통신 및 기타 공공 사회서비스가 포함된 기타 업종은 11명(11.3%)이었으며, 직종별로 기능직 근로자는 45명(46.4%), 단순노무직 근로자는 52명(53.6%)으로 업종·직종에 따른 근로자 대다수가 육체적 노동에 종사하다 산업재해가 발생한 것으로 나타났다.

고용형태를 살펴보면, 상용직이 40명(41.2%), 임시·일용직이 57명(58.8%)으로 고용이 불안정한 상태에 있는 근로자가 과반수 이상을 차지하였다.

근무기간을 살펴보면, 평균 5.333(±7.489)년 동종업무에 종사하였고, 1년 미만은 40명(41.2%), 1~5년 미만이 21명(21.6%), 5년 이상이 36명(37.1%)으로 근무기간이 1년 미만인 근로자에게 산재 요통이 가장 많이 발생하였다.

다. 의학적 특성

산업재해가 발생한 날로부터 2000년 7월 24일 현재까지 평균 재해기간은 6.4(± 3.5)년이었으며, 이를 기간별로 살펴보면, 3년 미만 20명(20.6%), 3~6년 미만 40명(41.2%), 6년 이상 37명(38.1%)으로 근로자 대다수가 3년 이상 요통이 경과되었다(표 7-3 참조).

근로자가 지각하는 통증의 정도는 평균 11.51(± 2.29)점이었다. 약간 아프다 1명(1.0%)에 불과하였으며 보통 아프다 23명(23.7%), 매우 아프다고 한 경우는 73명(75.3%)으로 근로자 거의가 통증을 심하게 호소하였다.

요통장애 정도는 평균 57.4(± 12.3321)%이며, 요통장애 정도별로 살펴보면, 경증장애 1명(1.0%), 중등도 장애 8명(8.2%), 중증장애 48명(49.5%), 고도장애 40명(41.2%)으로 근로자의 90.0%(88명)가 중증 이상의 요통장애를 호소하였다.

요부에만 좌상, 염좌, 추간판탈출증, 골절, 전위증, 협착증, 골절 등의 진단명(조준 등, 1999)이 있는 단순 요부손상은 40명(41.2%), 요부를 포함한 두부, 경부, 체간, 상지, 하지 등의 손상이 병합된 복합 요부손상은 57명(58.8%)이었다.

또한 수술을 경험한 경우가 88명(91.7%), 수술하지 않은 경우가 9명(9.3%)에 불과하였다. 수술횟수는 평균 2.29(± 1.56)회 정도이었으며 1회 수술이 25명(25.8%), 동일부위에 2회 이상 수술을 한 경우가 63명(64.9%)으로 근로자 대다수가 2회 이상 재수술을 받은 것으로 나타났다.

요양병원에 요양한 기간은 평균 9.1개월이며 6개월 미만 41명(42.3%), 6개월에서 1년 미만 23명(23.7%), 1년 이상 33명(34.0%)이었다. 요양승인은 최초요양이 35명(36.1%), 재요양을 받은 경우가 62명(63.9%)으로 근로자 과반수 이상이 요통이 재발 또는 악화되어 재요양을 통해 입원한 것으로 나타났다.

또한 재요양근로자 전부가 근로복지공단으로부터 장애등급 판정을 받은 상태이었으며 장애등급별로 살펴보면, 장애 4~7급이 25명(40.3%), 8~14급이 37명(59.7%)으로 재요양근로자 과반수 이상이 경중의 장애등급을 받았다.

<표 7-3> 의학적 특성

		n	백분율(%)
재해기간	3년 미만	15	15.5
	3~6년 미만	34	35.1
	6년 이상	48	49.5
	평균값(년)	6.439(±3.517)	
통증 정도	약간 아프다	1	1.0
	보통 아프다	23	23.7
	매우 아프다	73	75.3
	평균값(점)	11.51(±2.29)	
기능장애	경증장애	1	1.1
	중등도 장애	8	8.2
	중증장애	48	49.5
	고도장애	40	41.2
	평균값(%)	57.4(±12.3321)	
손상부위	단순 요부손상	40	41.2
	복합 요부손상	57	58.8
수술횟수	0	9	9.3
	1회	25	25.8
	2회 이상	63	64.9
	평균값(회)	2.36(±1.57)	
요양기간	6개월 미만	41	42.3
	6개월~1년 미만	23	23.7
	1년 이상	33	34.0
	평균값(개월)	9.1(±6.564)	
요양승인	최초요양	35	36.1
	재요양	62	63.9
장해등급	4~7급	25	40.3
	8~14급	37	59.7
재가요양기간	1년 미만	24	38.7
	1~2년 미만	17	27.4
	2년 이상	21	33.9
	평균값(년)	2.1129(±3.0095)	
요양연기 횟수	평균값(회)	24.0(±9.66)	
의료기관 전원횟수	평균값(회)	6.73(±3.71)	

재가요양기간은 재요양근로자 중 재해기간과 휴업기간의 차이를 말하며 근로복지공단에서 지정한 의료기관에서 치료가 종결되어 가정에 돌아가 개별적인 방법으로 요양을 하거나 재취업 또는 직장복귀를 하는 등 사회에 복귀하여 근로자 개개인이 요통에 적응한 기간이다. 재가요양기간은 평균 2.1(±3.0)년이었으며, 기간별로 살펴보면 1년 미만이 24명(38.7%), 1~2년 미만이 17명(27.4%), 3년 이상이 21명(33.9%)으로 재요양자 과반수 이상이 요부에 장애를 가지고 있으면서 1년 이상 사회에 적응하다 좌절을 경험한 것으로 나타났다.

또한 주치의가 최초로 추정된 요양기간보다 기간을 연장한 횟수는 평균 24.0(±9.66)회로 휴업기간 중 적어도 2.5개월마다 근로복지공단으로부터 요양연기 승인절차를 거쳐 요양연기를 하였다.

요양기간중 다른 의료기관으로 입원치료를 받기 위해 근로복지공단으로부터 의료기관 전원 승인을 받은 횟수는 평균 6.73(±3.71)회이며 적어도 6회 이상 의료기관을 옮겨다니며 입원치료를 받은 것으로 나타났다.

마. 사회심리적 특성

자아존중감은 자신에 관한 긍정적 혹은 부정적 평가와 관련된 것으로서 자기존경의 정도와 자신을 가치있는 사람으로 생각하는 정도를 의미한다(Rosenberg, 1979). 근로자의 자아존중감은 평균이 24.2(±4.2964)점이다(표 7-4 참조).

대처는 자신에게 부담이 되거나 자신이 가진 자원을 넘어선다고 평가되는 외적·내적 요구를 다스리기 위해 계속적으로 변화하는 인지적·행동적 노력을 말한다(Lazarus와 Folkman, 1984). 대처방법별 점수를 살펴보면, 소극적 인지대처는 11점, 소극적 행위대처는 11점, 적극적 인지대처는 7점, 적극적 행위대처는 10점으로 나타나 일반적으로 소극적 대처를 주로 사용하고 있었다.

취업 의사를 살펴보면, 근로자 중 34명(35.1%)이 취업을 희망하고 있었으며 취업을 희망하지 않는 경우가 63명(64.9%)으로 근로자 과반수 이상이 취업을 원치 않고 있었다.

<표 7-4> 사회심리적 특성

		평균값	백분율(%)
자아존중감		24.2(±4.2964)	
대처접수	소극적 인지	11.1(±2.023)	
	소극적 행위	11.2(±1.915)	
	적극적 인지	7.3(±1.945)	
	적극적 행위	10.5(±1.920)	
취업 의사	희망(n)	34	35.1
	비희망(n)	63	64.9

바. 경제적 특성

산업재해 원인을 살펴보면, 작업장의 안전시설 및 기구장비를 제대로 갖추지 않아 발생한 환경적 특성에 의한 재해가 72명(74.2%), 개인의 과실로 발생한 개인적 특성은 25명(25.8%)으로 근로자 대다수가 작업장 환경에 의해 재해가 발생하였다(표 7-5 참조).

산재 요통으로 일을 하지 못해 근로복지공단으로부터 휴업급여가 지급된 기간을 살펴보면 평균 5.075(±2.446)년이었으며, 기간별로 살펴보면 3년

<표 7-5> 산재보상 특성

		빈 도	구성비(%)
재해원인	환경적 특성	72	74.2
	개인적 특성	25	25.8
휴업기간	3년 미만	20	20.6
	3~6년 미만	40	41.2
	6년 이상	37	38.1
	평균값(년)	5.075(±2.446)	
휴업급여	100만원 미만	14	14.4
	100~200만원 미만	57	58.8
	200만원 이상	26	26.8
	평균값(원)	1,722,184(±668,401)	
	최소값(원)	434,011	
	최대값(원)	4,302,667	

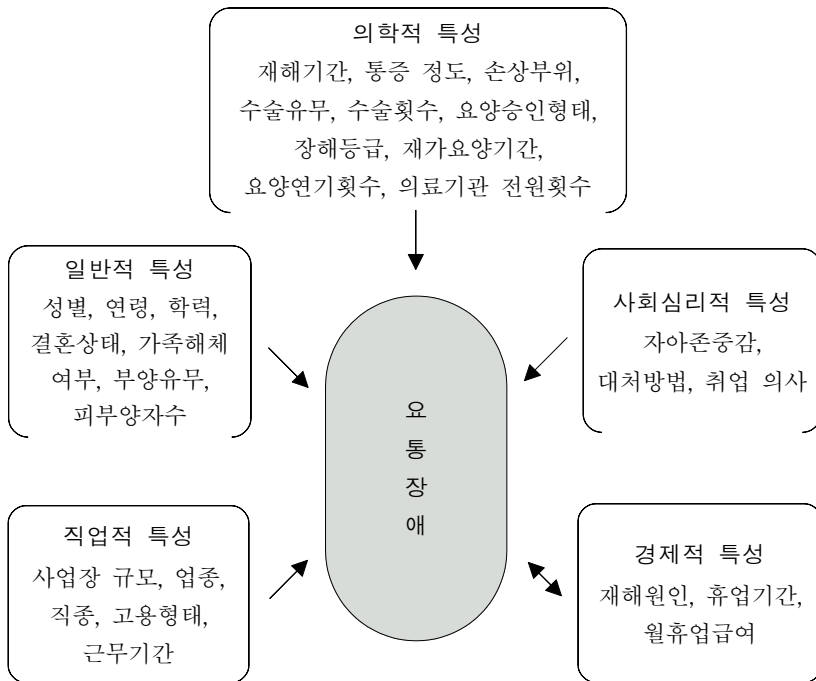
미만이 20명(20.6%), 3~6년 미만이 40명(41.2%), 6년 이상이 37명(38.1%)으로 근로자 대다수가 산재 요통으로 경제활동을 하지 못하였다.

월휴업급여는 평균 1,722,184(±684,401)원이었으며, 금액별로 살펴보면, 100만원 미만이 14명(14.4%), 100만원 이상 200만원 미만이 57명(58.8%), 200만원 이상이 26명(26.8%)이었다. 또한 최저 434,011원에서 최고 4,302,667원으로 개인간 휴업급여의 격차가 매우 큰 것으로 나타났다.

2. 산재 요통 근로자 특성별 요통장애와의 관계

요통장애에 영향을 미치는 요인으로 재해근로자의 의학적 특성, 일반적 특성, 직업적 특성, 사회심리적 특성 및 경제적 특성과의 관계를 나타내면 [그림 7-1]과 같다.

[그림 7-1] 산재 요통 근로자 특성별 요통장애와의 관계



가. 일반적 특성별 요통장애

성별에 따른 요통장애는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($t=4.888^{**}$) 남성은 55.9%, 여성은 77.1%로 여성이 남성보다 요통장애를 더 호소하였다. 나이에 따른 요통장애는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($r= .231^*$) 나이가 많을수록 요통장애를 더 호소하였다.

학력에 따른 요통장애 정도를 살펴보면, 국졸 이하가 60.2%, 중졸 55.0%, 고졸 이상이 53.4%로 국졸 이하가 요통장애를 더 호소하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=2.956^{***}$).

결혼상태와 요통장애는 통계적으로 유의한 차이가 있었는데($t=2.452^*$) 기혼자가 58.0%, 미혼자는 40.7%로 기혼자가 미혼자보다 요통장애를 더 호소하였다.

산업재해 이후 가족이 해체된 경우 요통장애 정도는 60.2%, 해체되지 않은 경우가 57.5%로 가족이 해체된 근로자가 해체되지 않은 경우보다 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다($t=.899$).

<표 7-6> 일반적 특성별 요통장애

		요통장애 정도	t/F/r
성 별	남 자	55.9(±11.2)	-4.888**
	여 자	77.1(±8.6)	
연 령			.231*
학 력	국졸(중퇴) 이하	60.2(±11.8)	2.956***
	중졸(중퇴)	55.0(±11.2)	
	고졸(중퇴) 이상	53.4(±13.6)	
결혼상태	기 혼	58.0(±11.5)	2.452*
	미 혼	40.7(±26.1)	
가족해체여부	유 무	60.2(±14.5) 57.5(±10.8)	.899
부양유무	유 무	56.8(±12.4) 67.3(± 6.0)	-2.067*
피부양자수			.129

주 : * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.1$

가족의 부양의무를 지고 있는 경우 요통장애 정도는 56.8%, 피부양자가 없는 경우는 67.3%로 부양의무가 없는 근로자가 요통장애를 더 호소하였으며 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($t=-2.067^*$). 그러나 피부양자수에 따른 요통장애는 상관관계를 보이지 않았다($r= .0129$).

나. 직업적 특성별 요통장애

사업장 규모별 요통장애 정도를 살펴보면, 50인 미만 소규모 사업장은 55.7%, 50인 이상 300인 미만 57.4%, 300인 이상 대규모 사업장은 59.9%의 요통장애를 보이고 있으나 통계적으로 유의하지 않았다($F=.928$). 업종별 요통장애 정도를 살펴보면, 제조업 57.1%, 건설업 53.0%, 광업 60.8%, 기타 업종이 67.5%로 기타 업종이 요통장애를 가장 많이 호소하였고 다음이 광업에 종사했던 근로자이었으며 통계적으로도 유의한 차이가 있었다($F=5.791^{**}$)(표 7-7 참조).

<표 7-7> 직업적 특성별 요통장애

		요통장애 정도	t/F/r
사업장 규모	50인 미만	55.7(±14.4)	0.928
	50~300인 미만	57.4(±12.0)	
	300인 이상	59.9(± 9.2)	
업 종	제조업	57.1(±13.0)	5.791**
	건설업	53.0(±11.4)	
	광업	60.8(± 9.6)	
	기타	67.5(±14.0)	
직 종	기능직	56.0(±12.9)	-1.024
	단순노무직	58.6(±11.9)	
고용형태	상용직	61.5(±12.9)	2.788**
	임시·일용직	54.6(±11.2)	
근무기간	1년 미만	54.5(±14.4)	2.044
	1~5년 미만	59.0(± 9.5)	
	5년 이상	59.8(±10.9)	

주 : * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.1$

직종에 따른 요통장애 정도를 살펴보면, 기능직 근로자가 56.0%, 단순노무직 근로자가 58.6%로 단순노무직 근로자가 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($t=-1.024$).

고용형태가 안정적인 상용직의 요통장애 정도는 61.5%, 임시·일용직이 54.6%로 고용형태가 안정적인 근로자가 요통장애를 더 호소하였으며 통계적으로도 유의한 차이를 보였다($t=2.788^{**}$).

근무기간에 따른 요통장애 정도를 살펴보면, 1년 미만은 54.5%, 1~5년 미만 59.0%, 5년 이상 59.8%의 요통장애를 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($F=2.044$).

다. 의학적 특성별 요통장애

재해기간별 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있으며($r=.297^{**}$) 재해기간이 길어질수록 요통장애를 더 호소하였다(표 7-8 참조).

통증 정도와 요통장애의 상관관계를 살펴보면, 강한 정적관계를 나타내고 있어($r=.503^{**}$) 근로자가 지각한 통증 정도가 심하면 요통장애를 더 호소하였다.

손상부위별 요통장애 정도를 살펴보면, 단순 요부손상이 60.2%, 복합 요부손상이 55.5%로 단순 요부손상을 입은 경우가 요통장애를 더 호소하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=1.883^{***}$).

수술횟수와 요통장애는 정적관계를 보이고 있는데($r=.268^{**}$) 수술한 경험이 많을수록 요통장애를 더 호소하였다.

요양기간별 요통장애는 통계적으로 유의하지 않았으며($r=.134$), 요양승인 형태별 요통장애 정도를 살펴보면, 재요양 58.3%, 최초요양이 55.9%로 재요양 형태로 요양중인 근로자가 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다($t=.922$).

근로복지공단으로부터 판정받은 장애등급별 요통장애 정도를 살펴보면, 장애 4~7급이 56.8%, 8~14급 59.3%로 경한 장애등급을 판정받은 근로자가 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-.771$). 재가요양기간별 요통장애와의 관계는 통계적으로 유의한 차이는 없었다($r=-.134$).

요양연기횟수와 요통장애는 정적관계를 보이고 있어($r = .308^{**}$) 요양연기횟수가 많으면 요통장애를 더 호소하였다. 의료기관 전원횟수와는 통계적으로 유의하지 않았는데($r = .133$) 의료기관 전원을 많이 한 근로자가 요통장애를 더 호소하는 것은 아니었다.

<표 7-8> 의학적 특성별 요통장애

		요통장애 정도	t/F/r
재해기간			.297**
통증 정도			.503**
손상부위	단순 요부손상 복합 요부손상	60.2(±11.5) 55.5(±12.6)	1.883***
수술유무	유 무	58.3(±12.0) 49.1(±12.7)	2.163*
수술횟수			.268**
요양기간			- .005
요양승인형태	재요양 최초요양	58.3(±12.1) 55.9(±12.5)	.922
장해등급	4~7급 8~14급	56.8(±14.3) 59.3(±11.1)	- .771
재가요양기간			- .134
요양연기횟수			.308**
의료기관 전원횟수			.133

주 : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

라. 사회심리적 특성별 요통장애

자아존중감과 요통장애와의 관계는 부적관계를 보이고 있어($r = -.294^{**}$) 자아존중감이 낮을수록 요통장애를 더 호소하였다(표 7-9 참조).

대처방법과 요통장애와의 관계에서 정적관계를 보이고 있어($r = .323^{**}$) 다양한 대처방법을 사용할수록 요통장애를 더 호소하였다. 대처방법을 살펴보면, 소극적 인지대처, 소극적 행위대처, 적극적 행위대처가 통계적으로

유의한 정적관계를 나타내고 있으며($r = .398^{**}$, $r = .277^{**}$, $r = .229^*$) 적극적인 인지대처와는 통계적으로 유의하지 않았다.

취업 의사에 대한 요통장애는 통계적으로 유의한 차이가 있었는데($t = -2.412^*$) 취업을 희망하는 경우가 53.4%, 희망하지 않는 경우가 59.6%로 취업을 희망하지 않는 경우가 요통장애를 더 호소하였다.

<표 7-9> 사회심리적 특성별 요통장애

		요통장애 정도	t/F/r
자아존중감			-.294 ^{**}
대처방법	소극적 인지대처		.398 ^{**}
	소극적 행위대처		.277 ^{**}
	적극적 인지대처		.013
	적극적 행위대처		.229 [*]
취업 의사	희 망	53.4(±12.7)	-2.412 [*]
	비희망	59.6(±11.7)	

주 : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.1$

마. 경제적 특성별 요통장애

재해원인별 요통장애와의 관계를 살펴보면, 환경적 특성이 56.5%, 개인적 특성이 60.0%로 개인적 특성에 의한 경우가 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = -1.216$)(표 7-10 참조).

휴업기간과 요통장애와의 관계를 살펴보면, 통계적으로 유의한 차이를

<표 7-10> 경제적 특성별 요통장애

		요통장애 정도	t/F/r
재해원인	환경적 특성	56.5(±12.1)	-1.216
	개인적 특성	60.0(±12.8)	
휴업기간			.298 ^{**}
휴업급여			-.277 ^{**}

주 : * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.1$

보이고 있어($r = .298^{**}$) 휴업기간이 길어질수록 요통장애를 더 호소하였다. 휴업급여와 요통장애와도 통계적으로 유의한 부적관계를 보이고 있어($r = -.277^{**}$) 휴업급여가 적을수록 요통장애를 더 호소하였다.

바. 요통장애에 영향을 미치는 요인

요통장애에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 유의한 관계가 있었던 연속변수와 비연속변수의 경우는 가변수(dummy variable)화한 후 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 시행한 결과 전체 모형의 설명력은 47.7%이며 모형 적합도는 0.001에서 통계적으로 유의하였다($F=16.430$). 이 결과에 가장 유의한 영향을 미친 독립변수를 살펴보면, 성별, 대처방법, 자아존중감, 요양연기횟수, 업종(건설업)이 요통장애에 영향을 미친 것으로 나타났다(표 7-11 참조).

<표 7-11> 요통장애에 영향을 미치는 요인

	B	β	t	tolerance	VIP
성별	-15.563	-0.350	-4.437**	0.936	1.068
대처방법	0.664	0.317	4.131**	0.985	1.016
자아존중감	-0.689	-0.254	-3.314**	0.988	1.012
요양연기횟수	0.290	0.242	3.104**	0.959	1.043
업종(건설업)	5.348	0.230	2.965**	0.968	1.033
constant	52.320		5.594**		
multi regression	0.691				
R square	0.477				
Durbin-Watson	1.961				
F-value	16.430				
Sig F	0.000				

주 : ** $p < 0.001$

제 3 절 분석결과의 요약 및 정책적 시사점

1. 일반적 특성과 요통장애

본 조사연구에서는 면담에 응한 근로자의 92.8%가 남성으로 성별에 따른 요통장애와의 관계는 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있었으며 성별은 요통장애에 영향을 미치는 특성으로서 여성이 남성보다 요통장애를 더 호소하였다. 그러나 본 조사는 남성에 편중되어 있어 결과를 일반화하기는 어렵다.

근로자의 현재 평균 연령은 52.6년이고 재해발생 연령(현재 연령-재해기간)은 46.49(± 7.46)세이었다. 45세를 기준으로 재해발생 연령별 구성비는 45세 미만 34.4%, 45세 이상 65.5%를 차지하였다. 노동부의 통계에 의하면, 1998년 전체 산재근로자 연령분포는 45세 미만 63.8%, 45세 이상 36.3%와 비교해 볼 때 재해발생 연령이 비교적 많았다. 이는 재해발생 당시의 신체의 유연성, 민첩성과도 관련이 있을 것으로 생각된다. 또한 현재 연령별 요통장애와는 정적관계에 있으며 연령이 많을수록 요통장애를 더 호소하였다. 연령이 많은 상태에서 요통이 발생하였고 요통의 잦은 재발과 악화로 요통은 만성화되어 현재까지 계속 치료를 받고 있기 때문인 것으로 추정된다.

근로자의 53.6%가 국졸 이하의 학력이었으며 학력별 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있었다. 특히 저학력의 경우 요통장애를 더 호소하였는데 저학력 근로자와 요통과 관련성이 있음을 보여주고 있다.

이는 산재가 발생한 업종이나 연령을 고려할 때 연령은 많고 학력은 낮은데다 요통을 지닌 상태에서 허리를 많이 사용하는 단순노무(구성비 53.6%) 업무를 하기에는 어려움이 있기 때문에 사회 복귀를 위해서는 육체적인 노동보다는 다른 직업으로 전환하기 위한 재활이 필요함을 시사한다.

근로자의 96.9%가 기혼자였고 이 중 18.1%가 산재 이후에 가족이 해체된 상태였으며 결혼유무와 관계없이 근로자의 93.8%가 산재보험에서 지급되는 휴업급여로 가족의 생계를 책임지고 있었다. 결혼상태와 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있는데 표본의 편중으로 일반화하

기에는 제한이 있다. 가족에 대한 부양의무가 있는 경우에 비하여 없는 경우가 요통장애를 더 호소하였고 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 피부양자수에 따라서는 통계적으로 유의하지 않았다. 부양의무가 없는 경우가 요통장애를 더 호소하여 향후 가족의 지지여부에 대한 연구가 더 필요하다.

2. 직업적 특성과 요통장애

산재가 발생한 사업장 규모는 근로자의 71.2%가 300인 미만의 중소기업 사업장에서 발생하였다. 노동부의 통계에 의하면, 1998년 전체 산재발생 중 사업장 규모가 300인 미만의 경우 85.9%로 사업장 규모가 작을수록 산업 안전관리의 문제가 있는 것으로 보인다. 또한 대규모 사업장에서 근무했던 근로자가 요통장애를 더 호소했으나 요통장애와는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

업종별로 살펴보면, 근로자의 45.4%가 건설업에, 27.8%가 광업에 종사하고 있었다. 업종별 요통장애 정도를 살펴보면, 제조업은 57.1%, 건설업은 53.0%, 광업은 60.8%, 3차 서비스산업에 속하는 기타 업종은 67.5%의 요통장애를 호소하였으며 업종과 요통장애는 유의한 차이를 보이고 있었다. 특히 건설업의 경우 요통장애에 영향을 미치는 변수로 건설업의 특성상 일용직 근로자가 많고 단순노무직 형태의 고용으로 인한 중대재해가 많이 발생하기 때문인 것으로 생각된다.

직종의 경우 기술능력을 보유한 기능직 근로자의 구성비는 46.4%, 단순노무직 근로자가 53.6%로 근로자의 과반수 이상이 특별한 기술을 요구하지 않는 직종에 근무하고 있었으며 직종과 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

근로자의 58.8%가 임시·일용직 근로자로 고용상태가 불안정한 상태에 있었으며 상용직이 임시·일용직보다 요통장애를 더 호소하였는데 고용형태에 따른 임금의 차이가 요통장애에 영향을 줄 것으로 판단되어 휴업급여 변수를 차단한 후 고용형태와 요통장애와의 관계를 살펴본 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

근무기간이 1년 미만인 경우가 41.2%로 주로 미숙련 근로자에게서 산재 요통이 발생하였다. 따라서 사업장에서의 미숙련 근로자를 대상으로 한 철

저한 안전교육 시행 및 안전한 작업환경, 보호구, 보건교육 등의 산재예방의 중요성을 시사한다. 근무기간에 따른 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 의학적 특성과 요통장애

재해기간은 산재 요통 근로자 대다수가 3년 이상 경과되어 요통이 만성화된 상태였으며 요통장애와 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있어 재해기간이 오래될수록 요통장애를 더 호소하였다. 이는 의료기관에서 물리치료를 받거나 진통제를 계속적으로 복용하고 있음에도 불구하고 증상을 더 호소하고 있는 것이다. 따라서 요통치료에 대한 포괄적인 재활치료가 아닌 간헐적인 물리치료나 약물투여의 효과는 일시적이고 재발을 일으키며 요통이 만성화될수록 주관적인 통증의 정도가 더 심해지고 유병기간이 오래될수록 예후에 영향을 미치므로 만성화된 요통은 다른 형태의 치료접근이 필요함을 시사하고 있다.

산재 요통 근로자가 지각하는 통증 정도는 평균 11.3점으로 일반 요통 환자를 대상으로 한 이은옥 등(1987), 김인자(1994), 박춘자(1995)의 연구결과보다 통증을 더 호소하고 있어 조수현 등(1996)의 연구결과와 같이 일반 요통 환자보다 보상에 관련된 요통의 경우 주관적 통증의 정도가 더 심함을 나타내고 있다.

요통으로 인한 일상생활 요통장애 정도는 평균 57.4%이며 근로자의 90.0%가 중증장애 이상을 호소하였다. 김지용(1997)의 중량물 취급근로자를 대상으로 한 연구에서 근로자의 21.9%가, 박주태(1999)의 용접봉 근로자의 25.2%가 중증장애 이상의 요통장애를 호소하였다.

선행연구와 달리 본 조사근로자의 경우 중증장애 이상을 호소하는 이유는 근로자 대다수가 3년 이상 경과된 만성 요통으로 유병기간이 길어질수록 예후가 나빠진 것으로 추측된다.

또한 요통의 강도를 표현하는 통증 정도와 일상생활의 요통장애와는 강한 정적관계를 보이고 있어 통증 정도가 심할수록 요통장애를 더 호소하였다.

근로자의 과반수 이상이 복합 요부손상이었으며 단순 요부손상이 복합

요부손상보다 요통장애를 더 호소하였고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 단순 요부손상자와 복합 요부손상자의 평균 수술횟수는 각각 약 2회 정도로 수술횟수가 유사함에도 불구하고 단순 요부손상이 요통장애를 더 호소하는 것으로 나타나 단순 요부손상인 경우 단순한 의학적 차이로 인한 것인가에 대한 규명이 더 필요하다.

또한 수술유무와 요통장애는 유의한 차이가 있었고 근로자의 대다수가 1회 이상의 요부수술을 경험하였으며 수술횟수가 많을수록 요통장애를 더 호소하였다. 따라서 증상을 호전시키기 위해 받은 수술이 요통장애를 더 악화시킨 것으로 나타나 수술에 대한 사후관리의 중요성을 시사하고 있다.

요양승인형태를 살펴보면, 근로자 과반수 이상이 근로복지공단으로부터 재요양 승인을 받았으며 최초 요양근로자보다 재요양근로자가 요통장애를 더 호소하였으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다.

재요양자 전원이 근로복지공단으로부터 장애등급을 판정받았는데 장애등급별 근로자 구성비를 살펴보면, 장애 4~7급은 40.3%, 경증장애에 해당하는 8~14급은 59.7%를 차지하였다. 1999년 전체 요통 재해근로자 중 7급 이하는 5.3%, 8~14급은 94.7%보다 경한 장애등급 판정을 받은 근로자가 산재요양병원에 재요양을 하고 있었다.

장애등급과 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았는데 이는 현재의 척추손상에 대한 장애판정이 운동범위 측정방법과 기능장애 중심으로 판정되고 있어 의사가 측정하는 장애등급 판정보다 산재요통으로 인한 근로자들의 일상생활의 요통장애는 더 심각하게 느끼고 있었다. 이는 통증 호소와 장애등급 정도는 관련이 없음을 의미하는데 장애판정 이후 지속적인 통증관리와 척추손상의 요양종결 시기 및 장애등급 판정기준에 대한 적정성 여부에 관한 연구의 필요성을 시사하고 있다.

재요양자 중 재가요양기간은 평균 2년 정도였으며 근로복지공단의 관리하에 있지 않고 근로자 스스로 선택한 치료방법을 통해 요통을 관리한 기간으로 추정할 수 있다. 재가요양기간과 요통장애는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나 요양종결후 재가요양 동안 어떠한 특성이 재요양에 영향을 미쳤는지 추후 연구가 필요할 것이다.

재요양근로자의 경우 여러 의료기관을 전전하며 입원을 하였고 여러 차례 요양연기와 수술 및 치료를 받았지만 산재 요통은 점차 만성화되었으며

장해등급 판정을 받아 보상종결이 종료되었다 해도 가정으로 돌아가 요통 관리에 실패하여 결국 재요양을 하게 된 것으로 판단된다. 이는 산재요통 근로자에게 많은 요양비용이 지출되고 있음에도 불구하고 산재 요통이 만성화되어 재해기간이 장기화되어 가고 있는 것으로 생각된다. 이 결과는 입원요양제도 이외에 근로자의 기능 정도에 따른 다양한 관리방안의 개발과 체계적인 연구의 필요성을 시사한다.

요양연기횟수는 평균 24회로 요양연기승인제도에 대한 문제점을 보여주고 있다. 또한 요양연기횟수별 요통장애는 통계적으로 유의한 정적관계에 있으며 요통장애에 영향을 미치는 특성으로 요양연기횟수가 많을수록 요통장애를 더 호소하고 있었다. 이는 요통장애가 심하기 때문에 요양을 더 해야 하는 상황과 경우에 따라 휴업급여를 받기 위해서 근로복지공단으로부터 요양연기승인을 받아야 가능하므로 휴업기간과 관련되어 나타난 결과로 생각된다.

근로자와의 면담과정에서 근로복지공단의 행정절차에 대한 문제를 제기하였는데 특히 요양연기 신청의 경우 산재근로자가 요양연기승인을 받기 위해 같은 서류를 여러 차례 제출하는 것은 개인적으로 시간적·경제적 손실을 줄 뿐 아니라 근로복지공단이 충분한 치료를 해주지 않고 치료기간의 통제수단으로 이용한다는 불신을 조장하고 있으며 요양을 연기시키기 위해 불필요한 수술을 강행하는 부작용을 낳을 수도 있다고 생각된다.

여러 의료기관을 옮겨다니며 입원한 전원횟수는 평균 6.7회였으며, 요통장애와 통계적으로 유의하지 않아 전원횟수가 많을수록 요통장애를 더 호소하는 것은 아니었다.

4. 사회심리적 특성과 요통장애

산재 요통 근로자의 자아존중감은 평균 24.3점이었으며 자아존중감이 낮을수록 요통장애를 더 호소하였다. 자아존중감은 요통장애에 영향을 미치는 유의한 변수로 작용하여 자아존중감이 낮을수록 요통장애를 더 호소하였다.

따라서 나이가 많고 저학력자인 산재 요통 근로자가 요통이 잔존한 상태에서 일반 환자보다 사회에 통합되는 것이 현실적으로 어려운데다 가족의

생계까지 책임져야 하는 상황에서 재가요양기간 동안 사회복귀 좌절을 경험하여 재요양을 한 것이 자아존중감을 저하시키는 원인으로 작용한 것으로 보인다.

대처방법과 요통장애는 강한 정적관계에 있으며 요통장애를 이겨내기 위해 소극적 인지대처, 소극적 행위대처, 적극적 행위대처를 다양하게 사용할수록 요통장애를 더 호소하였다. 대처를 많이 사용할수록 통증을 많이 호소하고 건강이 나쁘다고 호소한다고 할 수 있다. 그러나 산재 요통 근로자 스스로 요통장애를 조절하려는 적극적인 대처에 비하여 다른 사람이나 약물에 의존하는 소극적 대처를 많이 사용하고 있어 스스로 통증을 조절할 수 있는 적극적인 대처 사용에 대한 교육 및 간호가 필요함을 시사하고 있다.

취업 의사에 대해 과반수 이상이 요통으로 취업을 희망하지 않고 있었으며 요통장애와도 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있어 취업을 원치 않는 경우가 요통장애를 더 호소하였다.

연령이 많고 학력이 낮으면서 오랜기간 산재 요통이 경과되어 사회복귀에 현실적으로 어려움이 있는 근로자의 경우 사회에 복귀하고 싶은 희망을 버리지 않고 있었는데, 이는 산재 요통 근로자의 신체상태에 적합한 직업에 복귀하고 가족과 사회에서 사고발생 이전상태로의 기능을 회복하기 위한 체계적인 재활서비스가 절실함을 보여주고 있다.

5. 경제적 특성과 요통장애

산재발생 원인은 작업장 시설의 안전미비로 인한 환경적 특성에 의해 주로 발생하였다. 산재보험은 피재근로자의 과실여부에 관계없이 민사상의 손해를 산재보험 법령에 따라 보상을 하는 무과실 책임주의를 채택하고 있다.

환경적 특성으로 산재가 발생한 경우 산재보험으로 보상이 종결되었다 해도 사업주를 상대로 민사소송을 제기하여 산재로 인한 제반 치료와 상실 수익을 별도로 보전할 수 있는 기회를 가질 수 있다.

그러나 개인의 과실로 산재가 발생한 근로자의 경우 산재보험 이외에는 산재발생으로 인한 손해를 보전할 수 있는 방법이 없으므로 산재보험으로 관리되는 동안 충분히 치료받기 위하여 요통을 더 호소할 것으로 예상할

수 있으나 유의성이 없었다. 따라서 산재발생의 원인은 산재 요통 근로자의 요통장애 정도와는 관련이 없음을 시사하고 있다.

산재 요통으로 일을 하지 못한 휴업기간은 재해기간과 마찬가지로 근로자 대다수가 3년 이상 경제활동을 하지 못하였으며 요통장애와도 통계적으로 유의한 정적관계를 보이고 있어 휴업기간이 오래될수록 요통장애를 더 호소하였다.

현재 지급받고 있는 월휴업급여는 평균 180만원 수준이었으며 요통장애와 부적관계를 보였는데 부차적인 경제적 이득이 존재하는 경우 주관적 증상이 더 악화되는 경향이 있었다. 경우에 따라 취업기회가 어려운 낮은 임금의 근로자가 휴업급여를 받기 위해 요통을 더 호소할 수도 있다고 생각된다.

따라서 입원요양보다는 직업재활을 통한 사회복귀나 가정으로의 복귀를 위해 가정간호제도와 지역사회 의료자원을 이용할 수 있는 제도적 보완과 이러한 다양한 제도의 비용효과를 체계적으로 연구해야 할 시급한 과제를 시사한다.

6. 프로그램 개발방향

이상의 결과를 기초로 산재요양병원에 요양중인 만성 요통 근로자의 상태개선을 위하여 다음과 같은 부분의 프로그램 및 모형개발이 필요하다.

- ① 자아존중감이 낮고 다양한 대처방법을 사용하는 근로자가 요통장애가 높아 요양중인 산재 요통 근로자의 요통장애는 의학적 특성과 경제적 특성 이외에 근로자 스스로의 대처방법, 자아존중감 등의 심리적 특성을 강화할 수 있는 자조그룹, 가족모임 등의 간호중재프로그램 및 산업보건서비스의 개발이 절실하다.
- ② 요양중인 산재 요통 근로자 대부분이 남자이면서 중장년층이고 기혼자이며 산재 이후 가족해체를 경험하고 요양연기횟수가 많은 경우 요통장애가 높고 특히 수술경험이 많을수록 요통장애가 높은 것을 고려할 때 수술에 대한 사후관리의 필요성과 더불어 시설요양보다는 가정요양의 필요성을 더 시사하며 이를 위해 가정간호제도의 활용이나 지역사회 의료자원과 연계한 추후관리 모형개발과 효과연구가 필요하

다.

- ③ 복잡한 보상처리절차로 인해 증상을 과다하게 호소하거나 불필요한 수술을 조장할 우려가 있으므로 산재근로자 중심의 보상처리절차의 개선이 시급하다.
- ④ 재해로 인해 직업전환이 필요한 근로자를 위하여 체계적이고 다양한 재활프로그램 및 사회복귀프로그램의 개발과 원직복귀시 사업장 보건관리자의 지속적 추후관리 및 요양기관 주치의와의 연계협력 모형 개발 연구가 필요하다.
- ⑤ 산재보험급여 지급과 기능회복을 위한 프로그램의 비용효과분석 연구를 통해 과학적이며 체계적인 관리가 되도록 해야 할 것이다.

제 8 장 산재보험 재화에 관한 노동조합 조합원 의식조사

제 1 절 조사의 개요

1. 조사의 목적

본 조사의 목적은 한국노총 산하 단위노동조합의 조합원들을 대상으로 사업장에서 산업재해 발생후 요양치료 및 재화에 관한 실태 및 조합원 요구도를 파악하여 산재보험 재화정책 수립을 위한 기초자료를 마련하는 데에 있다.

2. 조사방법

본 조사의 대상은 한국노총 산하 제조업 단위조합연맹(기계, 화학, 섬유, 출판, 전기·전자, 광산, 철강·비철금속, 고무산업, 자동차, 조선 등)의 단위노조 중 무작위 추출(random sampling)을 통하여 500개 노조를 추출하여 이들 노조의 평조합원을 설문조사 대상으로 하였다.

각 노조의 조합원 총수를 감안하여 설문 부수에 차등을 두었으며, 총 2,483부를 우편으로 배포하여 780부(수거율 31.4%)를 수거하였다.

설문문항은 다음과 같이 구성되었다.

- 조합원 일반사항 : 성, 연령, 주당 실근로시간, 근속년수, 직종
- 사업장 일반사항 : 업종, 규모, 설립년도, 소재지
- 산재근로자 재화서비스 실태
 - 재화서비스 수급실태
 - 요양종결후 직장복귀 보장 정도
 - 사내 직업재화 프로그램 유무
 - 재화서비스 요구도

제 2 절 설문조사 결과

1. 일반사항

총 응답자(780명)의 88.8%(687명)가 남성이었고, 여성이 11.2%(87명)였다. 2000년도 2/4분기 경제활동참가인구수와 비교해 보면, 본 설문응답자의 남성 분포가 많은 것을 알 수 있는데, 이는 남성의 비율이 높은 제조업을 중심으로 조사가 이루어졌기 때문으로 생각된다(표 8-1 참조).

<표 8-1> 응답자의 성별 및 연령별 분포

		조사응답수(%)	경제활동인구수(%)
성 별	남 자	687(88.8)	13,005(58.8)
	여 자	87(11.2)	9,103(41.2)
	전 체	774(100.0)	22,108(100.0)
연 령	20세 미만	4(0.5)	407(1.8)
	20~30세 미만	193(25.6)	4,452(20.1)
	30~40세 미만	303(40.2)	6,022(27.2)
	40~50세 미만	204(27.1)	5,720(25.9)
	50~60세 미만	48(6.4)	3,256(14.7)
	60세 이상	1(0.1)	2,251(10.2)
	전 체	753(100.0)	22,108 (100.0)

자료 : 한국노동연구원, 『분기별 노동동향분석』, 제13권 제3호, 2000.

응답자의 평균 연령은 35.7세였으며, 그 분포를 살펴보면 30~40세 미만이 40.2%(303명)로 가장 많았고, 다음으로는 40~50세 미만 27.1%(204명), 20~30세 미만 25.6%(193명) 등의 순이다. 응답자의 93.0%(700명)가 경제활동이 비교적 활발하다고 할 수 있는 20~50세 미만의 연령대에 속해 있었다. 이는 우리나라 전체 경제활동참가인구수의 20~50세 미만의 비율(88.0%)에 비해 약간 높은 수치였다.

2. 산재경험과 재활서비스 실태

가. 재해경험

설문항목 응답자 747명 중 사업장에서 업무상 재해를 당하거나 직업병의 경험이 있다고 응답한 조합원은 32.7%(244명)였다(표 8-2 참조).

<표 8-2> 재해 및 직업병 경험

	응답자수(%)
예	244 (32.7)
아니오	503 (67.3)
전 체	747 (100.0)

나. 산업재해 발생시 처리방법

산업재해나 직업병의 경험이 있는 244명의 조합원을 대상으로 재해발생시의 처리방식, 제공받은 서비스, 작업복귀시 담당업무에 대해 설문하였다.

재해발생시의 처리방식으로는 산재보험으로 처리하였다는 응답이 43.7%(104명)로 가장 많았고, 의료보험으로 치료받은 다음 회사에서 치료비를 지급받았다는 응답이 23.5%(56명), 의료보험 없이 개인비용으로 치료하였다가 회사에서 치료비를 지급받았다는 응답이 17.6%(42명)였다(표 8-3 참조).

<표 8-3> 재해 및 직업병 발생시 처리 방식

	응답자수(%)
개인비용(의료보험 없이)으로 치료한 후 회사에서 지급받음	42 (17.6)
의료보험으로 치료받은 다음 회사에서 지급받음	56 (23.5)
산재보험으로 치료	104 (43.7)
기 타	36 (15.1)
전 체	238 (100.0)

다. 치료종결 이후 작업복귀 형태

재해를 당한 이후 다시 작업에 복귀하였을 때 담당하게 된 업무로는, 산재발생 이전의 원래의 담당업무로 복귀하였다는 응답이 67.4%(153명)로 가장 많았고, 노사가 합의한 업무로 배치되었다는 응답이 15.9%(36명), 노사합의 없이 회사가 일방적으로 쉬운 업무를 골라서 배치하였다는 응답이 11.0%(25명)였다(표 8-4 참조).

<표 8-4> 치료종결 이후 작업복귀시 담당업무

	응답자수(%)
산재발생 이전 원래의 담당업무로 복귀	153(67.4)
노사합의 없이 회사가 일방적으로 쉬운 업무를 골라서 배치	25(11.0)
노사가 합의한 업무로 배치	36(15.9)
기 타	13(5.7)
전 체	227(100.0)

주: 무응답 : 17명.

3. 치료후 작업복귀의 단체협약에 명시여부 및 실태

가. 단체협약에의 명시여부

산재근로자가 요양이 종결된 후 작업복귀를 할 수 있도록 단체협약에 이를 명시하고 있는가의 여부를 조사하기 위한 설문에 총 605명의 조합원이 응답하였다. 장애 정도에 상관 없이 무조건적인 복귀가 명시되어 있는 경우(37.4% : 226명)와 복귀가 명시되긴 했으나 장애 정도가 경미한 경우에 한해서만 작업복귀를 하는 경우(33.9% : 205명) 등과 같이 단체협약에 요양종결된 근로자의 작업복귀가 명시되어 있는 경우는 71.3%(431명)였고, 전혀 명시되어 있지 않은 경우가 8.9%(54명)였다(표 8-5 참조).

<표 8-5> 단체협약에의 산재근로자 작업복귀 명시여부

	응답자수(%)
산재근로자의 작업장 복귀에 대해서는 전혀 명시된 것 없음	54(8.9)
복귀가 명시되긴 했으나 장애 정도가 경미한 경우에 한해서 임	205(33.9)
장애 정도에 상관 없이 무조건적인 복귀가 명시되어 있음	226(37.4)
기 타	120(19.8)
전 체	605(100.0)

나. 작업복귀 실태

실질적으로 산재근로자가 작업복귀를 하고 있는가에 대한 설문에 총 654명의 조합원이 응답하였다. 다소 장애가 남더라도 가능한 작업에 복귀한다는 응답이 54.9%(359명)로 가장 많았고, 장애가 남지 않을 경우에만 일부 복귀한다는 응답이 21.3%(139명), 장애 정도와 상관 없이 복귀한다는 응답이 13.3%(87명), 건강상태와 관계없이 거의 복귀가 되지 않는다는 응답이 2.4%(16명)였다(표 8-6 참조).

<표 8-6> 산재근로자의 작업복귀 실태

	응답자수(%)
건강상태와 관계없이 거의 복귀 안됨	16(2.4)
장애가 남지 않을 경우만 일부 복귀	139(21.3)
다소 장애가 남더라도 가능한 작업에 복귀	359(54.9)
장애 정도와 상관없이 복귀	87(13.3)
기 타	53(8.1)
전 체	654(100.0)

다. 작업복귀 거부이유

회사측에서 산재근로자의 작업복귀를 거부하는 이유에 대해 설문한 결

과, 회사가 산재근로자의 재해 또는 직업병 재발가능성을 우려하기 때문이라는 응답이 43.2%(205명)로 가장 많았고, 다음으로는 산재근로자의 작업능률이 떨어지기 때문 32.9%(156명), 산재보상과정 중 회사측과 산재근로자간의 감정대립 때문 5.3%(25명), 근로자들의 동요를 방지하기 위해서 4.0%(19명)의 순으로 나타났다(표 8-7 참조).

<표 8-7> 회사측의 산재근로자 작업복귀 거부 원인

	응답자수(%)
근로자의 동요를 방지하기 위하여	19(4.0)
산재근로자의 재해 또는 직업병 재발가능성 때문	205(43.2)
산재근로자는 작업능률이 떨어지기 때문	156(32.9)
산재보상과정 중 감정대립 때문	25(5.3)
기 타	69(14.6)
전 체	474(100.0)

4. 정책개선 대상

현재 정부에서 산재근로자를 위해 시행하고 있는 사업 중 가장 개선이 시급한 사항에 대해 설문한 결과, 산재근로자 치료, 요양 및 재활시설의 확충·개선이라고 응답한 조합원이 50.4%(355명)로 가장 많았고, 다음은 산업재해보상제도 25.1%(177명), 산재근로자 직업재활프로그램 개발 및 시행

<표 8-8> 산재근로자를 위한 정부정책 중 가장 개선이 시급한 사항

	응답자수(%)
산재근로자 직업재활프로그램 개발 및 시행	160(22.7)
산재근로자 치료, 요양 및 재활시설의 확충 및 개선	355(50.4)
산업재해 보상제도	177(25.1)
기 타	13(1.8)
전 체	705(100.0)

22.7%(160명) 등의 순으로 나타났다(표 8-8 참조).

5. 재활사업 추진기관

산재근로자 직업재활사업을 시행하기를 희망하는 기관으로는, 노동부라고 응답한 경우가 60.0%(469명), 근로복지공단 57.3%(447명), 한국노총 등과 같은 노동조합 상급단체 48.3%(377명), 경총 등 경영자 단체 32.9%(257명) 등의 순으로 나타났다(표 8-9 참조).

<표 8-9> 희망하는 직업재활사업 담당기관(복수응답)

	응답자수(%)
노동부	468(60.0)
근로복지공단	447(57.3)
한국노총 등 노조 상급단체	377(48.3)
경총 등 경영자 단체	257(32.9)

주: 총 응답자(780명) 대비 백분율.

6. 재활서비스 요구도

총응답자 780명을 대상으로 재활서비스의 요구도를 조사하였다. 전혀 필요 없는 경우를 1점으로 하고 매우 필요한 경우를 4점으로 환산하여 각 서비스 항목에 대한 평균 점수를 비교하였다.

모든 항목이 3.00(필요하다)이상 이었고, 가장 요구도가 높은 항목은 직업재활훈련으로 3.52점이었다. 다음은 물리치료(3.46점), 생활정착금 대부사업(3.41점), 사회적응훈련(3.35점), 학자금 대부사업(3.34점), 재활스포츠(3.32점), 장학금 지급사업(3.31점) 등의 순으로 나타났다(표 8-10 참조).

<표 8-10> 재활서비스 요구도

	응답자수	평균점수
생활정착금 대부	652	3.41
학자금 대부	651	3.34
장학금 지급	651	3.31
장해인 가정방문 봉사서비스	634	3.14
사회적응훈련	642	3.35
주택구입비 용자	645	3.29
가족지원서비스	625	3.12
차량지원서비스	631	3.00
심리상담서비스	627	3.11
재활스포츠	638	3.32
물리치료	643	3.46
간병인제도	627	3.18
직업재활훈련	650	3.52

주: 전혀 필요없다=1점, 필요없다=2점, 필요하다=3점, 매우 필요하다=4점

산업재해나 직업병의 경험이 있는 경우에는 필요로 하는 재활서비스가 달라질 수 있다. 이에 재해 경험여부에 따른 재활서비스 요구도를 조사하였다.

재해경험이 있는 경우와 없는 경우 모두 재활서비스의 요구도 순위는 직업재활서비스, 물리치료, 생활정착금 대부 등으로 유사하였다. 직업재활훈련 요구도의 경우 재해경험이 있는 조합원은 3.54점, 재해경험이 없는 조합원은 3.50점이었고, 물리치료 요구도의 경우 재해경험이 있는 조합원은 3.49점, 재해경험이 없는 조합원 3.43점 등으로 재해경험이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 요구도의 점수가 높은 것으로 나타났다. 그러나 재해경험 여부에 따른 재활서비스 요구도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(표 8-11 참조).

<표 8-11> 재해경험 여부에 따른 재활서비스 요구도

	재해경험 있음	재해경험 없음
생활정착금 대부	3.41	3.41
학자금 대부	3.35	3.32
장학금 지급	3.34	3.29
장해인 가정방문 봉사서비스	3.15	3.12
사회적응훈련	3.30	3.38
주택구입비 용자	3.32	3.28
가족지원서비스	3.15	3.09
차량지원서비스	3.05	2.98
심리상담서비스	3.14	3.09
재활스포츠	3.33	3.31
물리치료	3.49	3.43
간병인제도	3.23	3.15
직업재활훈련	3.54	3.50

주: 전혀 필요없다=1점, 필요없다=2점, 필요하다=3점, 매우 필요하다=4점

제 3 절 정책적 시사점

이상의 분석결과를 통하여 한국노총 산하 노조의 조합원들의 산재보험 재활사업에 대한 주요 요구사항은 ① 산재근로자 치료·요양 및 재활시설의 확충, ② 산재근로자 직업재활프로그램의 개발 및 시행, ③ 노동부와 근로복지공단을 중심으로 한 노사단체를 포함한 직업재활사업의 정책수립 및 확충, ④ 다양한 재활서비스의 확충 등 4가지 사항으로 요약될 수 있다.

제 9 장 우리나라 산재보험 재활사업 중장기 발전전략

제 1 절 중장기 발전전략 수립의 필요성

산재보험법상 업무상 재해를 입은 산재근로자수는 매년 감소추세에 있으나 치료종결후 장애가 남는 산재장애자 중 중장애자수(장애등급 1~7급)는 오히려 증가추세에 있다(표 9-1 참조).

1. 필요성

그러나 아직까지의 산재보험은 산재근로자에 대한 신속·공정한 보상에만 중점을 두었으며 재해근로자의 재활 및 사후관리를 위한 서비스 제공은 미흡한 실정이다.

<표 9-1> 연도별 산재중장애자 발생추이

(단위: 명, %)

	1996	1997	1998	1999
재애자수(A)	71,548	66,770	51,514	55,405
재해발생률(B)	0.88	0.81	0.68	0.74
장애자수(C)	27,394	28,854	24,759	19,591
장애발생률(C/A)	38.3	43.2	48.1	35.4
중장애자(1~7급)(D)	2,922	3,250	2,983	3,466
중장애발생률(D/A)	10.7	11.3	12.0	12.6

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

본 연구조사에 의하면 산재로 인한 치료종결후 산재장애자의 51.4%가 특정한 직업을 갖지 못하고 있으며(표 9-2 참조), 산재 이전보다 실질소득

은 43% 감소(표 9-3 참조)되는 등 어려움을 겪고 있고, 당해 근로자 이외의 가족의 수입원에 의하여 생활을 이어가고 있으며, 이러한 경제적 역할 축소 경향은 장애 정도가 심할수록 현저하다. 또한 사회활동 참여에 대해 소극적이다.

따라서 현금보상 위주의 현행의 산재보험 기능만으로 산재장애자의 사회복귀 및 사회통합을 실현하기에는 극히 부족하므로 산재보험 재정의 일부를 재활 및 사후관리 등의 사업에 단계별, 계획적으로 투자하여 산재장애자의 자립을 도모할 필요성이 있다.

<표 9-2> 치료종결 산재장애인 취업실태

(단위: %)

	전 체	산재장애등급		
		1~3급	4~7급	8~14급
건강문제로 취업할 수 없음	30.8	76.3	57.6	18.7
취업	48.6	15.8	26.0	58.2
상시고용	31.4	7.9	15.2	38.3
시간제 고용	11.7	5.3	6.5	13.8
자영업	5.5	2.6	4.3	6.1
적극적 구직활동	13.4	5.3	9.8	15.3
기 타	7.2	2.6	4.3	6.1
전 체	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: <표 5-11>에서 재구성.

<표 9-3> 치료종결 산재장애인 월평균 소득

(단위: 만원)

	전 체		장애 1~3급		장애 4~7급		장애 8~14급	
	산재 이전	산재 이후	산재 이전	산재 이후	산재 이전	산재 이후	산재 이전	산재 이후
평 균	128.9	72.9	110.3	65.0	137.0	76.0	128.4	72.8

자료: <표 5-4>에서 재구성.

2. 재활사업 수립시 고려사항

산재보험 재활사업 중장기 발전전략 수립시 다음과 같은 기본원칙이 고려되어야 한다.

첫째, 산재장애자는 일반 장애자와 그 특성이 다르며 욕구 또한 상이하므로 일반 장애인에게 제공되는 복지사업, 특수교육, 고용촉진 등 보편적 과정을 통한 사회통합과정과는 차별화하여야 한다.

둘째, 산재장애자 특징에 부합되는 사업을 특화하여 수요자 중심적 재활 정책을 수립하여야 한다.

셋째, 재활사업을 통하여 산재보험의 사회안전망으로서의 역할을 확대하여야 한다.

최근 10년간 업무상 부상 또는 질병으로 인한 치료후 장애 1~14급에 해당하는 장애가 남은 산재장애인은 30만명 정도로 추정되며 이 중 일반 장애인복지법상 등록된 장애인은 약 36.5% 해당된다. 미등록자 중 51.2%는 장애인복지법상 장애 기준이 미달(표본조사)되기 때문이다. 장애인복지법상 장애인은 약 130만명 정도이며 68.6%가 등록된 장애인으로 집계되고 있다.

산재장애인이 일반 장애인과 구분되는 특성으로서는 산재장애인은 지체 장애인(96.7%)이 대부분이며, 30~40대(56.5%)의 연령으로 남성(80.2%)이 차지하는 비율이 높고, 기혼(86.2%)이 대부분이다. 장애부위는 상지(上肢)가 차지하는 비율(46.7%)이 높고, 고등학교 이상 졸업자가 41.6%를 차지하는 등 일반 장애인보다 학력이 높으며, 장애발생 이후 48.7%가 상시고용, 시간제 고용 또는 자영업으로 취업중이다. 산재장애인은 후천적 장애이므로 심리적으로 장애인이라는 점을 수용하기 어려워 적응상 어려움이 있다. 산재장애인은 대부분 기혼이므로 장애로 인한 생활문제는 장애당사자의 문제로 국한되지 않고 가족문제로 확산될 소지가 크다.

독일 산재보험은 산재보험법 제26조 제3항(SGB VII §26)에 “요양과 재활을 위한 보험급여는 연금급여에 우선한다”고 명시하고 있으며 실무사업 추진과정에 ‘재활은 첫번째, 연금은 두번째’라는 슬로건으로 재해근로자 조기 치료 및 산업현장 재복귀를 원칙으로 사업을 추진하고 있다(1994년 직업재활비 5억 2천 3백만DM 사용)

<표 9-4> 산재장애인과 일반 장애인 비교

(단위: %)

		산재장애인	일반 장애인
연 령	30~40대(60세 이상)	56.5(9.0)	25.6(44.1)
성 별	남 성	80.2	58.3
장해정도	지체장애(상지)	96.7(46.7)	58.3
학 력	고졸 이상	41.6	24.4
결 혼	기 혼	86.2	58.8
취 업	취업중	48.7	31.8

제 2 절 현행 산재보험 재활사업의 발전과정

1. 산재보험 재활사업의 발전과정

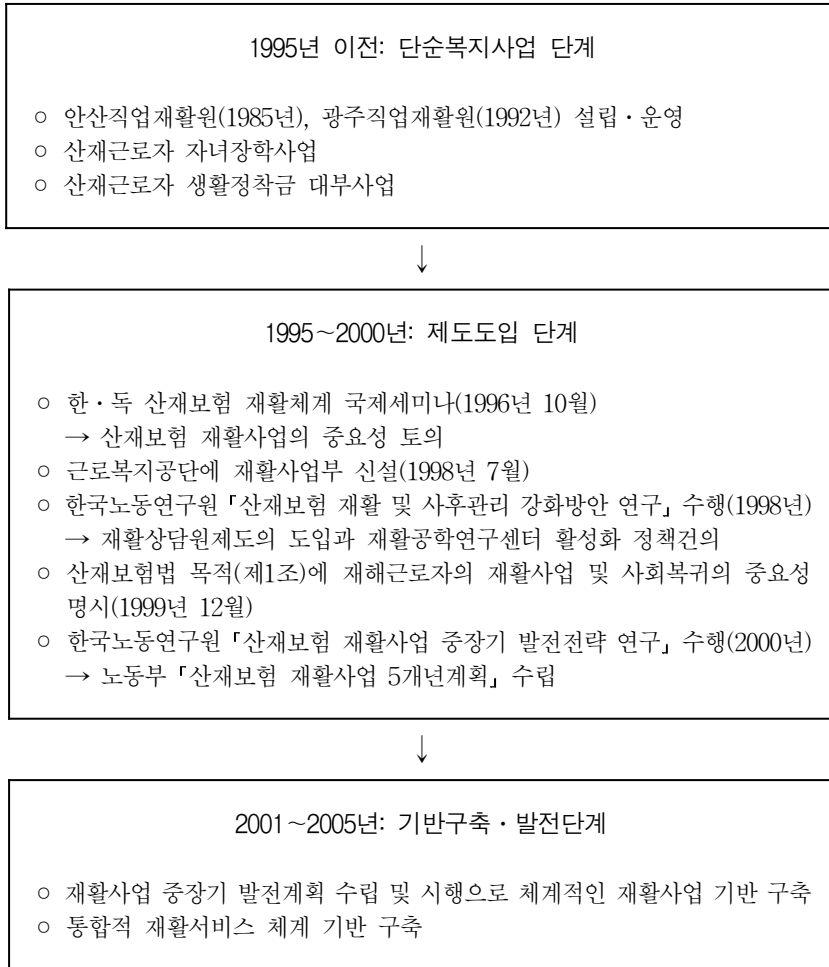
산재보험 재활사업은 산재보험업무가 노동부에서 근로복지공단으로 이관되기 이전인 1995년 이전에는 보호작업소 형태의 직업재활원 사업과 산재근로자 자녀장학사업 및 산재근로자 생활정착금 대부사업을 위주로 한 단순복지사업 단계였다(그림 9-1 참조).

1995년부터 재활사업에 대한 인식이 시작되어 1996년 10월 근로복지공단이 주관한 산재보험 한·독 국제세미나를 통하여 노동부, 근로복지공단, 노사단체 및 학계에서는 재활사업의 중요성을 절감하기 시작하였다. 이후 1998년 7월 근로복지공단에 재활사업부를 설치하였고, 1998년 한국노동연구원에서 「산재보험 재활 및 사후관리 강화방안에 관한 연구」 수행을 통하여 치료종결 산재장애인의 실태과약을 위한 조사연구후 재활상담원제도의 도입 및 재활공학연구센터의 활성화를 정책건의하였다. 또한 1999년 12월 산재보험법 개정시 목적(제1조)에 재활사업 및 사회복귀의 중요성을 명시하여 산재보험에 재활사업을 위한 제도를 도입하기 시작하였다.

2000년에는 노동부와 한국노동연구원을 중심으로 산재보험 재활사업 중장기 발전전략을 설계하여 2001년부터 재활사업의 기반을 구축해 가며 재

활의 통합서비스 체계를 구축하여 발전단계에 접어들 예정이다.

[그림 9-1] 산재보험 재활사업의 발전과정



2. 현행 산재보험 재활사업 투자추이

지난 5년간(1996~2000년) 산재보험 재활사업의 투자추이는 <표 9-5>와 같다.

2000년도의 경우 산재보험 예산 1조 7,139억원 중 재활사업에 1.32%

(227억원)를 투자하고 있다. 이 중 재활적응훈련, 재활공학연구센터 및 후유증상진료 등 의료재활에 69억여원, 재활훈련원 신규건립, 훈련생 비용지원, 훈련수료후 자립점포임대지원 등 직업재활에 82억여원, 그리고 산재근로자 생활정착금 및 자녀장학사업에 60억원을 사용하고 있다.

<표 9-5> 연도별 산재보험 재할사업 투자추이(1996~2000)

(단위 : 백만원)

	1996	1997	1998	1999	2000
보험금 예산(A)	1,551,552	1,893,507	1,903,513	1,580,030	1,731,901
재할사업비(B)	9,985	9,334	8,691	5,784	22,778
의료재활	2,449	1,522	1,848	581	6,981
재활적응훈련	263	196	312	-	340
재활공학센터	2,186	1,326	1,536	581	1,010
후유증상진료	-	-	-	-	5,631
심리재활	-	-	-	331	1,544
직업재활상담	-	-	-	103	1,088
의료재활지원	-	-	-	228	456
직업재활	536	812	843	3,872	8,253
재활훈련원	536	812	843	3,539	3,275
센터건립	-	-	-	-	1,562
훈련비용지원	-	-	-	333	330
자립점포지원	-	-	-	-	3,032
기 타	-	-	-	-	54
사회재활	7,000	7,000	6,000	1,000	6,000
생활정착금	4,000	4,000	3,000	-	3,000
자녀장학사업	3,000	3,000	3,000	1,000	3,000
재할사업비율(B/A)	0.64%	0.49%	0.46%	0.37%	1.32%

주: 생활정착기금 330억원, 장학기금 283억원, 학자금 37억원.

제 3 절 현행 산재보험 재활사업의 문제점 및 개선방향

요약 : 제3장~8장의 실태조사 결과를 중심으로

앞의 제3장~8장의 재해근로자 및 현장근로자의 산재보험 재활에 관한 욕구도 설문조사에서 나타난 현행 재활사업의 문제점 및 개선방향을 요약하면 다음과 같다.

1. 직업재활훈련원의 문제점 및 개선방향

직업재활훈련원 실태분석(제3장 참조)을 통하여 나타난 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-6>과 같다.

<표 9-6> 직업재활훈련원 문제점 및 개선방향

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 과거 보호작업소 운영시의 체계 유지<ul style="list-style-type: none">- 전문직업훈련기관으로 발전하기 위한 훈련원 조직체계화2. 과거 보호작업소 운영시의 훈련교사 체계 유지<ul style="list-style-type: none">- 산재장애인을 대상으로 하는 전문 훈련교사로의 능력향상을 위한 교사훈련 및 확충3. 훈련기간중 생활대책 미비로 인한 훈련기피<ul style="list-style-type: none">- 직업재활급여 신설, 훈련수당의 현실화4. 치료종결후 훈련원 입소기간의 지연으로 인한 재활성공률 저하<ul style="list-style-type: none">- 치료종결후 곧바로 직업훈련 연계체계 구축5. 훈련공과의 제한과 훈련기관의 부족<ul style="list-style-type: none">- 산업의 변화추이에 부응한 공과 신설- 지역별 특성을 고려한 훈련기관 증설6. 훈련수료후 구직체계의 취약<ul style="list-style-type: none">- 체계적인 취업알선망 구축7. 훈련중의 사고발생시 보험대책 미흡<ul style="list-style-type: none">- 훈련생의 산재보험 적용확대 |
|---|

2. 입원 산재근로자 재활욕구와 문제점 및 개선방향

입원 산재근로자 재활서비스 욕구 설문조사(제4장 참조)를 통하여 나타난 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-7>과 같다.

<표 9-7> 입원 산재근로자 재활서비스 욕구관련 문제점 및 개선방향

<ol style="list-style-type: none"> 1. 요양기간 동안 다양한 심리재활서비스 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 요양기간이 길어질수록 재활의욕 저하 → 요양기간 장기화 2. 산재환자에 대한 조기 재활개입 필요 <ul style="list-style-type: none"> - 요양기간이 길어질수록 재취업 의욕 감소 - 치료종결후 재취업 평균기간 6~9개월 3. 요양기간 동안의 다양한 가족지원서비스 필요 <ul style="list-style-type: none"> - 장기요양 → 가족간의 갈등 심화 → 장기요양 4. 자영업 선호경향 → 직업재활훈련시 고려 요망

3. 치료종결 산재장애인 재활욕구와 문제점 및 개선방향

치료종결 산재장애인 재활욕구 설문조사(제5장 참조)를 통하여 나타난 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-8>과 같다.

<표 9-8> 치료종결 산재장애인 재활서비스 욕구관련 문제점 및 개선방향

<ol style="list-style-type: none"> 1. 산재사고 이후 산재장애인의 <ul style="list-style-type: none"> - 사회경제적 지위의 저하 - 신체적 기능의 제약과 사회활동 참여의 축소 - 심리적 갈등의 심화와 사회통합의 제한 → 연령층, 교육수준에 따른 차별화된 재활대책 필요 2. 산재장애인에 대한 가족의 <ul style="list-style-type: none"> - 높은 지원은 산재장애인의 높은 사회활동 참여를 가능케 하나 → 가족의 생계활동을 저해하여 부양부담을 포함한 가족갈등문제 야기 → 이에 대한 해결책의 하나로서 중증장애인을 위한 보호시설(Care Center) 필요 3. 장애특성에 적합한 보조구의 공부체계 미비로 신체기능의 제약

- 적절한 보조구의 적시공급 → 신체기능의 최대화
 - 일상생활능력 향상 → 사회복귀 및 재취업욕구 증대
4. 치료종결 이후 의료기관 이용시 비용부담, 물리치료 위주의 제한된 의료재활서비스
 - 산재보험에서 비용부담 제도화 필요
 - 의료재활서비스의 다양화
 5. 직업훈련에 대한 인식·동기부족 및 지원부족
 - 생계보조비 지원, 직업훈련비 지원, 치료 및 의료혜택 확대 필요
 6. 취약한 취업알선체계
 - 산재보험 이외의 타취업알선망과의 연계 필요
 7. 전문적 상담서비스의 부족 등 재활서비스의 비체계성
 - 통합적 재활서비스 체계 구축 필요

4. 치료종결 산재장애인 재활과정 문제점 및 개선방향

치료종결 산재장애인의 재활과정과 관련된 질적 조사(심층면접)(제6장 참조)에서 나타난 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-9>와 같다.

<표 9-9> 치료종결 산재장애인 심층면접조사에 나타난 재활과정 문제점 및 개선방향

1. 신체적 능력
 - 치료종결하기 전 일상생활을 위한 기본 훈련이나 보장구 장착훈련 등 기본적인 재활훈련 필요 → 재활공학서비스 활성화
 - 치료종결 이후 장애로 인한 후유증 → 의료적 상담에 근거한 후유증상 치료, 재활치료, 재활스포츠
2. 재활에 대한 동기 및 의지
 - 연령, 장애의 심각도에 따른 차별화된 대책 필요
 - 사고발생후 요양개시 시점부터 재활을 위한 개입 필요
3. 가족의 지원과 부양부담
 - 가족의 지원은 심리적 지원이나 간병, 보호 등에 국한됨.
 - 일상생활능력이나 취업알선 및 정보제공 등과 같은 공식적인 지원체계가 미비한 상태에서는 시간이 지남에 따라 가족이 부담을 느낌 → 가족갈등 요인

4. 공식적 재활체계

- 사고현장의 응급처치나 긴급후송 등 사고에 대처하는 방법에 대한 근로자 교육 미비
- 긴급후송체계 및 병원에서의 응급치료체계 취약
- 부상의 특성별 신속한 전문적 치료체계 취약
- 산재보상과 관련된 상담서비스 취약
- 치료종결후 구직을 위한 취업알선체계 미비
- 직업훈련서비스에 대한 낮은 관심도
- 요양부터 치료종결 이후까지 연계되는 사회심리적 서비스 미비

5. 요양중인 만성 요통 근로자 재활 문제점 및 개선방향

산재보험 직영병원에 입원하여 요양중인 만성 요통 근로자 실태조사(제7 장 참조)를 통하여 나타난 재활과정의 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-10>과 같다.

<표 9-10> 산재병원에 요양중인 만성 요통 근로자 재활 문제점 및 개선방향

1. 자아존중감이 낮고 다양한 대처방법을 사용하는 재해근로자의 요통장애가 높음.
 - 재해근로자의 의학적 특성과 경제적 특성 이외에 스스로의 대처방법, 자아존중감 등의 심리적 특성을 강화할 수 있는 자조그룹, 가족모임 등의 상호중재프로그램 및 산업안전보건서비스의 개발 절실
2. 요양중인 산재 요통 근로자의 대부분이 남자이면서 중장년층이고, 기혼자이며, 경우에 따라 산재 이후 가족해체를 경험하고, 요양연기횟수가 많은 경우 요통장애가 높고, 특히 수술경험이 많을수록 요통장애가 높음.
 - 수술에 대한 사후관리 필요성
 - 시설요양보다 가정요양의 필요성
 - 이를 위한 가정간호제도의 활용이나 지역사회 의료자원과 연계한 사후관리 모형개발 필요
3. 복잡한 보상처리 절차로 인해 증상을 과다하게 호소하거나 불필요한 수술 조장 가능
 - 보상처리절차의 개선 시급
4. 낮은 직업복귀 욕구
 - 직업전환이 필요한 재해근로자를 위하여 체계적이고 다양한 재활프로그램 개발 필요

- 원직복귀시 사업장 보건관리자의 지속적 사후관리 및 요양기관 주치의와의 연계협력모형 개발 필요
- 5. 산재보험 급여지급과 신체적 기능회복을 위한 프로그램의 비용효과 분석에 의한 과학적·체계적 관리 필요

6. 노동조합 조합원의 재해근로자 재활 요구사항 요약

한국노총 산하 조합원들의 업무상 재해 및 질병경험 및 치료종결후 작업 복귀 및 산재보험 재활사업에 관한 요구도 설문조사(제8장 참조)를 통하여 나타난 문제점 및 개선방향을 요약하면 <표 9-11>과 같다.

<표 9-11> 노동조합 조합원의 재해경험 및 산재보험 재활요구도 관련 문제점 및 개선방향

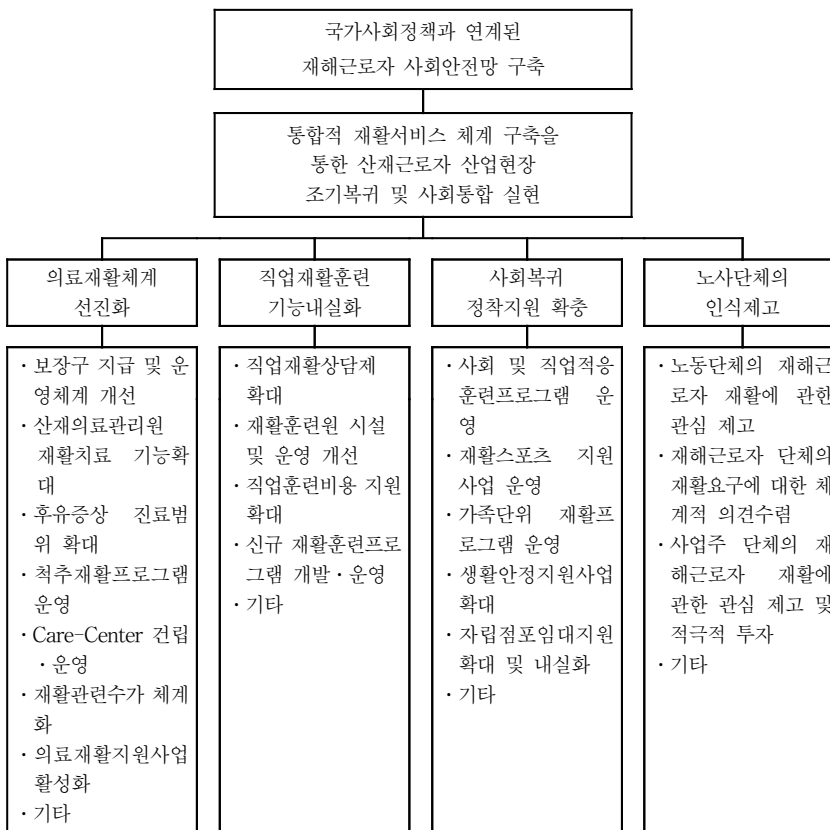
1. 업무상 재해 또는 질병경험: 32.7%
2. 업무상 재해 또는 질병발생시 처리방식
 - 산재보험으로 처리(43.7%), 의료보험으로 치료받은 다음 회사에서 비용받음(23.5%), 개인비용으로 처리(17.6%)
3. 치료종결 이후 작업복귀 실태
 - 다소 장애가 남더라도 가능한 작업에 복귀(54.9%), 장애가 남지 않을 경우만 일부 복귀(21.3%), 장애 정도와 관계없이 복귀(13.3%), 건강상태와 관계없이 거의 복귀 안됨(2.4%)
4. 작업복귀 거부이유
 - 산재근로자의 재해 또는 직업병 재발가능성 때문(43.2%), 작업능률이 떨어지기 때문(32.9%), 산재보상과정 중 회사와 감정대립 때문(5.3%)
5. 산재보험 재활사업에 대한 주요 요구사항/개선방향
 - 산재근로자 치료·요양 및 재활시설의 확충
 - 산재근로자 직업재활프로그램의 개발 및 시행
 - 노동부와 근로복지공단을 중심으로 한 노사단체를 포함한 직업재활사업의 정책 수립 및 수행
 - 다양한 재활서비스의 확충

제 4 절 산재보험 재활사업 증장기 발전전략

1. 기본방향

산재보험 재활사업 증장기 발전전략의 기본방향은 1단계에서는 통합적 재활서비스 체계 구축을 통한 산재근로자 산업현장 조기복귀 및 사회통합 구현이며, 2단계에서는 국가사회정책과 연계된 재해근로자 사회안전망 구축이다. 이를 위하여 다음과 같은 사항들이 전제된다.

[그림 9-2] 산재보험 재활사업 확충을 위한 기본방향 및 주요사업



- 향후 5년간(2001~2005년) 산재보험 예산의 5% 수준까지 재활예산을 확보하여 재활사업 기반조성
- 산재장애자 특성별로 차별화된 재활프로그램을 개발하여 서비스 제공
- 산재장애자 개별 정보시스템을 구축하여 관리
- 국가사회정책과 연계된 재해근로자 사회안전망 구축

산재근로자 현장 조기복귀 및 사회통합 실현을 위해서는 다음과 같은 부분의 보완·확충이 필요하다(그림 9-2 참조)

- 의료재활체계 선진화
- 직업재활훈련 기능내실화
- 사회복귀 정착지원 확충
- 노사단체의 인식제고

2. 추진전략

산재보험 재활사업 중장기 발전의 추진전략은 [그림 9-2]의 기본방향 및 주요 사업을 효율적으로 이룩하기 위하여 다음과 같은 9가지 분야에 대한 세부사업의 단계별 개발 및 시행으로 요약될 수 있다.

- 산재장애인 정보관리시스템 구축
- 법적·제도적 정비
- 의료재활체계 선진화
- 직업재활훈련의 활성화
- 취업알선 및 사후관리 강화
- 재활전문인력 확충
- 재활사업프로그램 개발
- 노·사의 인식제고
- 국가의 사회정책과 연계된 사회안전망 구축

3. 산재장애인 정보관리시스템 구축

가. 현 황

현행 산재장애인에 대한 정보관리는 치료종결 산재장애인으로서는 장해연금 수급자(장해 1~3급 전부 및 4~7급 극히 일부)만이 보험급여원부에 의해서만 관리되고 있으며, 장해일시금 수급자는 전혀 관리되고 있지 않다.

그동안 치료종결 산재장애인에 관한 체계적 실태조사는 한국노동연구원에 의하여 1998년과 2000년에 단속적으로 이루어졌을 뿐이다(각각 1,000명, 500명에 대한 전화설문조사).

나. 추진방안

산재장애인에 대한 체계적인 정보관리시스템 구축을 위하여 다음과 같은 사항들에 대한 사업이 단계적으로 추진되어야 할 것이다.

- 산재장애인의 개별정보를 D/B로 구축하여 보험급여관련 정보뿐만 아니라 취업상담, 직업알선, 생활지원 등을 포함한 재활프로그램의 체계적 관리
- 산재장애인에 대한 정기적 실태파악을 위한 패널조사
- 산재장애인과 관련된 취업알선시스템 구축 및 관련기관간 정보연계(예: 장애인고용촉진공단)
- 산재근로자 정보수첩 제작·배포
- 산재근로자가 필요한 정보를 제공해 줄 수 있는 수첩을 제작·배포하여 산재근로자의 권리를 스스로 찾을 수 있도록 함.

다. 기대효과

산재장애인에 관한 각종 정보관리의 일원화로 효율적인 산재예방·보상·재활정보관리 체계화를 이룩할 수 있다.

4. 법적·제도적 정비

가. 현황

1999년 12월 산재보험법 개정시에 제1조(목적)에 ‘재해근로자의 재활 및 사후관리’에 대하여 명시하였으나 이후 오늘날까지 관계법령에 직업재활 및 사회재활관련 보험급여 및 재활관련 비용지원에 대한 명시가 없으며 또한 의료재활급여 범위도 제한적이다.

나. 추진방안

1) 산재보험법령에 재활급여범위 명시

산재보험법령에 재활급여의 범위 및 수준, 재활관련 사업을 위한 투자를 할 수 있는 근거가 명시되어야 한다.

산재보험법 또는 관계법령에 재활관련 급여의 범위 및 수준에 대한 명시가 되어야 하며, 이를 위한 외국제도의 사전연구가 필요하다. 예로써,

- 독일 산재보험법에서는 직업재활보험급여의 범위와 기간을 명시하고 있음(법 제35조, 제38조, 제49~51조).

- 예: • 취업촉진을 위한 보험급여를 포함한 일자리의 유지 또는 획득을 위한 보험급여
- 건강상해로 인하여 요구되는 기초훈련을 포함한 직업에 대한 준비
 - 직업적응, 양성훈련, 기술훈련 및 전직훈련
 - 장애인 전용작업장의 채용과정 및 직업훈련분야 중에서의 고용 촉진
 - 직업재활훈련 기간중의 관련사업의 기숙사, 숙식비용
 - 사업주에 대한 보조금
 - 직업재활을 위한 훈련기간 동안의 보험급여는 2년 이상을 초과하지 아니함.

또한 독일 산재보험법에서는 사회재활보험급여의 범위를 명시하고 있다

(법 제39~43조).

예: • 차량에 대한 보조

• 주거지에 대한 보조

• 자문·상담 또는 사회교육학적·심리학적 보호

• 가사일 보조

• 여행비용

• 의사의 보호하에 그룹으로 이루어지는 의사의 처방에 따른 재활스
포츠

• 직업재활보험급여와 직접적으로 연관을 갖는 비용의 인수, 특히 교
육과정, 참가비, 시험료, 교육교재, 작업복 및 작업도구들

• 재활성공의 달성과 보장을 위한 기타의 보험급여들

2) 재활기금조성

산재보험 재활사업이 체계적, 단계적으로 이루어지기 위해서는 산재보험
기금에서 재활기금을 별도로 조성하여 지속적으로 일정비율을 투자하도록
하여야 할 것이다.

예로써, 독일 산재보험에서는 직업재활사업에 연간 예산의 약 2.7%를 투
자하고 있다.

3) 재활관련 비용지원 근거 명시

현행 산재보험법령에는 재해근로자의 재활 및 직업복귀를 위하여 사업주
및 기타 단체에 재활관련 비용을 지원할 수 있는 근거가 명시되어야 할 것
이다.

예로써, 독일 산재보험에서는 산재장애인의 직업재활촉진을 위하여 사업
주에게 보조금을 지급할 수 있도록 규정하고 있다(법 제36조).

다. 기대효과

재활관련 급여의 범위를 관계법령에 명시함으로써 관련사업을 시행할 수
있는 근거를 갖추게 된다. 특히 직업재활급여 범위의 명시는 이를 통하여
산재장애인들이 전직훈련을 통하여 새로운 직업을 갖는 일련의 과정들에

대한 체계적인 지원의 근거가 되며 또한 근로의욕을 제고시킴으로써 생산적 복지정책 구현의 한 과정이 된다.

5. 의료재활체계 선진화

가. 현 황

산재의료관리원 산하 병원들의 시설이 일반 종합병원보다 열악하며 각 병원별 독립채산제의 시행으로 수익성을 높이기 위하여 산재환자를 기피할 우려마저 있다.

나. 추진방안

1) 산재의료관리원의 역할 재정립(민간병원과의 차별화를 통한 산재보험 직영병원으로서의 역할 재정립)

현재 산재의료관리원의 경우 설립취지와는 달리 재정의 독립채산제로 인해 병원의 수익성을 높이기 위한 조치들로 인하여 산재환자의 비율이 점차 낮아지고 있는 추세이다. 또한 일반 대형 종합병원에서는 병원의 수익성을 이유로 산재환자를 기피하고 있다. 결국 이처럼 산재환자가 병원에서 기피되는 현상이 계속된다면, 산재환자가 이용할 병원의 폭이 좁아진다는 문제점이 발생하게 된다.

산재의료관리원의 경우 산재환자를 위한 병원으로 특화하여 산재환자를 집중적으로 치료할 수 있도록 공공성을 유지할 필요가 있다.

2) 요양병원의 재정비(요양 및 휴양시설의 기능의 다양화)

현재 운영되고 있는 산재병원의 경우 취약한 재정상태의 주요한 이유 중의 하나는 산재환자들의 장기입원 때문이다(치료요양기간: 산재종합병원 환자(60개월), 산재요양병원 환자(89개월). 표 4-7 참조). 치료보다는 요양이나 휴양이 필요한 산재환자도 이들을 수용할 만한 시설이 부족하여 산재병원에 장기 입원하게 되므로 장기요양시설, 주간보호시설, 단기보호시설, 가족동반시설 등으로 다양화하여 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다(표

5-18 참조).

본 연구의 조사결과에 의하면, 경기요양병원 환자들의 경우 일반 산재병원 환자들에 비해 일상생활능력 정도는 높으나 우울 정도가 더 높고 자존감도 낮은 것으로 나타났으며, 가족과의 관계도 더 부정적인 것으로 나타났다. 따라서 경기요양병원 환자의 경우, 사회심리적 재활서비스의 필요성이 일반 산재병원 환자들보다 높다. 현재 경기요양병원 환자를 위한 다양한 사회심리재활프로그램이 부족하며 이를 운영할 전문인력이 부족한 상황이다. 이를 위해 다양한 사회심리재활프로그램을 기획운영할 전문인력의 충원이 필요하다. 또한 자조그룹, 가족모임 등의 간호중재프로그램 및 산업안전보건서비스의 개발, 입원요양기간 장기화와 관련하여 가정 간호제도의 활용이나 지역사회 의료자원과 연계한 모형개발이 필요하다.

3) 응급수송시스템 및 응급전문치료 시스템의 체계화

산재사고 발생시 신속한 응급처치 및 후송시스템의 부재로 인해 응급처치 없이 병원에 후송되거나 병원에 도착했다 해도 병원에서의 거부나 응급처치 없이 방치되는 경우가 발생하여 장해를 최소화할 수 있는 기회를 상실하는 경우가 발생하고 있다(그림 6-1 참조). 이의 해결방안으로 24시간 내내 산재사고 발생시 응급처치 및 후송체계를 연계시켜 줄 수 있는 응급전화를 설치운영할 필요가 있다. 119 및 산재병원, 산재지정병원과의 응급수송시스템 구축이 요망된다.

4) 산재보험급여 범위의 현실화

가) 재활치료의 산재보험 수가 적용의 현실화

예를 들면, 재활치료 중 물리치료의 경우 산재환자의 치료부위가 둘 이상인 경우에도 한 병명에 대해서만 산재보험 수가가 인정되고 있어 충분한 효과를 거두기 어렵다. 따라서 산재보험 수가에 적용되는 물리치료의 범위를 환자의 병명에 따라 유연하게 적용할 수 있도록 항목을 확대할 필요가 있다.

나) 보장구의 산재보험 수가의 현실화 및 내구연한제도 현실화

또한 현재의 산재보험 보장구 수가는 오래 전에 책정되어 비현실적 수준

이므로 보장구에 대해 현실에 근거한 수가를 책정할 필요가 있다. 아울러 보장구의 내구연한이 경과되면 자동적으로 교체해 주는 실질적인 서비스체계의 구축이 요망된다.

다) 사회심리재활서비스의 산재보험 수가화

산재환자의 개인적 동기에 따라 치료순응도, 신체적·정신적 상태 등에 따라 치료의 효과가 상이하다. 따라서 일정기간 이상의 치료 이후에는 개별 상담이나 집단상담, 정보 제공, 가족교육 및 지원프로그램과 같은 사회심리 재활서비스의 제공이 향후 산재장애인 재활에 필수적이다. 이러한 사회심리 재활서비스가 산재보험에 수가화되어 있지 않아 대부분의 산재병원에서는 의료사회사업가를 채용하지 않으며, 사회심리재활서비스도 제공하지 못하고 있다.

5) 산재보험 보장구 지급체계의 개선

1998년 현재 산재보험 보장구 지급률은 21%에 불과하나 보장구를 필요로 하는 산재장애인은 최소한 잡아도 산재장애인의 33% 정도되므로 보장구 지급규정을 합리화하여 대상자 범위를 확대할 필요가 있다.

현재 보장구를 지급받기 위해서는 보장구 사용승인 청구와 보장구 사용 후 비용청구와 같은 이중적 절차에 의해 보장구가 지급되어 이용자의 불만을 사고 있다. 따라서 별도의 청구절차 없이 주치의의 판단에 의해 자동적으로 지급하거나 보장구 사용승인을 1회 신청으로 간소화하여 근로복지공단에서 소요비용을 직접 지급하는 방식으로 간소화할 필요가 있다.

6) 재활공학연구센터의 기능확대

가) 재가 산재장애인의 보장구 제작 및 보급, 수리기능의 확대

수요자 중심 서비스 실현을 위하여 재가 산재장애인을 직접 찾아가서 서비스를 제공하는 체제로 전환되어야 한다.

나) 산재장애인의 일상생활능력 강화를 위한 지원

보장구 장착훈련 및 일상생활동작훈련, 재활스포츠 등 일상활동의 회복을 위한 종합프로그램의 개발 및 보급을 치료종결 이전부터 시작하여 치료

종결 이후에도 필요한 시기까지 계속하여야 한다.

다. 기대효과

이와 같은 의료재활체계 선진화를 통하여 산업재해로 인한 사망자의 감소와 장애 정도를 경감시킬 수 있을 뿐만 아니라 요양기간 단축을 통한 산재보험 재정안정에도 기여한다.

6. 직업재활훈련의 활성화

가. 현 황

현재 안산과 광주 2개소에 직업재활훈련원이 있으며 수용능력은 200명이다. 1997년까지는 보호작업장 형태로 운영되었으며, 1998년도부터 전문 직업훈련기관으로 운영하고 있으나 여러 면에서 미비점이 많다.

나. 추진방안

1) 기존 훈련시설(안산, 광주) 개선 및 운영의 내실화

직업재활훈련원을 이용하는 훈련생의 경우 중도탈락률이 높고 취업에 대한 동기부여가 낮은 주요 원인 중의 하나는 개인의 특성에 맞는 직업훈련이 이루어지지 않는 데서 기인한다. 직업재활훈련원이 산재장애인이 휴양하거나 오갈데 없는 산재장애인을 보호하는 시설이 아니므로 취업을 희망하는 장애인을 훈련시키는 곳으로 발전시켜야 한다.

2) 훈련공과의 조정 및 확충

산재장애인의 연령, 학력 및 장애특성에 적합한 훈련공과를 다양하게 개발하여 산재장애인이 자신의 적성에 맞는 직종을 선택할 수 있는 기회를 제공해야 한다(독일의 경우 25개소의 장애인 직업훈련원이 있으며 100여개의 훈련직종이 있음). 특히 자영업에 대한 관심이 많은 점을 고려, 이에 적합한 직종을 지속적으로 개발하도록 한다(표 3-5 참조).

3) 훈련교재의 개발 및 표준화

산재장애인 개인의 장애특성과 능력에 맞는 훈련과정을 개발하며 이에 알맞는 훈련교재를 개발하고 표준화하도록 한다.

4) 훈련교사의 확충 및 능력향상

전문화된 직업훈련교사의 확충 및 교사수를 현실적인 수준으로 높여 내실있는 훈련이 될 수 있도록 할 필요가 있다(표 3-11 참조).

5) 권역별 종합재활센터의 건립

산재장애인의 사회통합을 증진시키기 위해서는 의료재활, 직업재활, 사회심리재활이 연속선상에서 유기적으로 제공될 필요가 있다. 따라서 향후 건립할 재활센터는 직업재활훈련원의 기능에 재활치료 및 사회심리재활서비스를 종합적으로 제공할 수 있는 시설의 기능이 확보될 필요가 있다. 서울경기권, 충청권, 영남권, 호남권, 관동권 등 권역별로 분산 설립하는 방안에 대한 적극적 검토가 필요하다.

6) 공공직업전문학교 및 민간장애인 훈련시설 위탁훈련 실시

산재보험의 직업재활훈련원 시설만으로는 부족하므로 공공직업전문학교 및 민간장애인 훈련시설에 위탁훈련을 통한 직업재활 실시대상의 확대가 필요하다.

다. 기대효과

재해근로자 전직훈련의 내실화 및 이를 위한 훈련원 내부시설과 인프라의 확충을 통하여 산업의 변화에 따른 노동시장의 수요에 부응하는 기능을 훈련시킬수 있게 된다.

7. 취업알선 및 사후관리 강화

가. 현 황

치료종결후 원직으로 복귀할 수 없는 산재장애인의 취업알선체계가 구축되어 있지 않다. 또한 직업재활훈련을 수료한 후 취업알선과정과 사후관리가 체계화되어 있지 않다.

나. 추진방안

1) 체계적 취업알선체계의 구축

현재 직업재활상담원과 외부 관련기관과의 공식적인 연계시스템을 구축하여 직업재활상담원이 취업알선에 있어 중심적인 코디네이터의 역할을 할 수 있도록 한다. 예를 들면, 한국장애인고용촉진공단과의 연계시스템 구축 및 노동부 산하 지방노동사무소의 고용센터나 인력은행 등과 연계시스템 구축을 들 수 있다.

2) 직장복귀(재고용)사업장 인센티브 제공

산재장애인을 고용함으로써 나타나는 생산성 저하부분만큼의 임금보조를 사업주에게 일정기간 해줌으로써 인센티브를 제공한다.

다. 기대효과

사업주로 하여금 재해근로자 (재)고용을 적극적으로 하도록 유도하는 계기가 될 수 있다.

8. 재활관련 전문인력 확충

가. 현 황

재활관련 전문인력의 '수요 및 수급계획' 및 '전문인력 양성계획'이 부재

한 실정이다.

나. 추진방안

1) 직업재활상담원의 역할 확대

산재장애인의 취업이 재활사업의 중요한 목표이나 이들의 직업재활은 충분한 신체적, 심리적 기능의 회복을 위해 필요한 의료재활 및 사회심리재활을 전제로 한다. 따라서 직업재활상담원의 명칭을 재활상담원으로 변경하고 재활상담원을 적어도 공단 지사별로 4~5명이 될 때까지 지속적으로 확충하는 것이 필요하다.

소관업무도 산재발생후 병원입원시부터 개입하여 치료 등의 과정을 거쳐 사회복귀시까지 지속적인 사례관리를 할 수 있도록 업무표준화가 이루어져야 할 것이다.

2) 근로복지공단에 가칭 재활사업본부 설치

산재보험 재활사업의 총괄계획 및 시행을 추진할 재활사업본부의 설치가 필요하다.

3) 산재의료관리원 산하에 사회사업과 설치

산재의료관리원 산하 산재병원에는 산재환자를 위한 여러 가지 지원을 위해 의료사회사업가가 필요함에도 불구하고 사회사업과가 설치되어 있지 않다. 산재장애인 및 가족을 위한 여러 가지 상담을 통한 지원서비스를 제공 및 연계해 줄 필요가 있음에도 불구하고 현재에는 성직자나 자원봉사를 통해 이루어지고 있는 실정이다. 산재병원내에 의료사회사업가를 점차로 확충하여 다양한 사회심리재활프로그램을 병원에서 운영할 수 있도록 하여야 할 것이다. 일반 종합병원의 경우에는 사회사업과를 설치하여 환자를 위한 서비스 향상에 기여하고 있다.

4) 재활전문인력의 확충

현재 작업치료는 인천중앙병원에서만 이루어지고 있으나 향후 일부 산재병원을 제외하고는 작업치료 실시를 확대할 필요가 있으며, 이를 위해서는

작업치료사를 확충해야 할 것이다.

또한 요양전문병원에 사회심리재활을 담당할 전문인력 확충이 필요하다.

5) 직업재활훈련원의 전문인력 확충

초기면접, 작업평가, 직업적응훈련, 직업훈련, 취업알선, 사후관리 등 일련의 체계적인 직업재활시스템 구축을 위한 전문인력의 확충이 필요하다.

6) 재활관련 전문인력의 수요파악 및 전문성 강화

재활관련 전문인력의 전문성 강화를 위하여 관련인력의 수요파악을 위한 실태조사를 실시한 후, 이에 근거하여 전문성 강화를 위한 프로그램 개발 및 실시, 연계기관의 업무이해를 위한 매뉴얼 개발, 공식적인 연계체계 구축을 통한 연계기관의 확대 및 연계기관간의 협력사업 개발이 필요하다.

다. 기대효과

재활관련 전문인력의 수요파악 및 인력확충 계획을 수립함으로써 필요한 전문분야의 체계적인 인력수급이 가능하게 된다.

9. 재활사업프로그램 개발

가. 현 황

현재 산재보험 재활관련 프로그램 개발계획은 구체화되어 있지 않은 실정이다.

나. 추진방안

1) 다양한 사회심리재활프로그램의 개발

산재장애인의 신체적, 심리적, 사회적 특성을 감안한 다양한 사회심리재활프로그램을 개발하여야 한다. 이는 산재장애인의 특성에 대한 지속적인 연구를 통해 가능할 것이다.

2) 의료재활프로그램 개발

의료재활프로그램 개발과 관련하여 물리치료, 작업치료, 일상생활능력훈련, 보장구 장착훈련, 보행훈련, 재활스포츠 등을 연계한 프로그램을 개발하여 신체적 잔존능력의 최대화와 신체적 적응능력을 강화함과 동시에 자신감 고취를 통한 재활의지 강화를 위한 프로그램 등과 같은 사항들에 대한 프로그램개발이 필요하다.

- 영양환자를 대상으로 한 개별 상담프로그램 및 집단프로그램
- 재가 산재장애인을 위한 사후관리 및 순회재활치료프로그램
 - 지역사회 간호사업과의 연계
 - 지역사회 장애인 복지사업과의 연계
- 후유증상 진료제도의 강화
현재 실시중인 후유증상 진료제도의 적용범위를 확대
- 의료상담프로그램 운영
요양중이나 치료종결 이후라도 자신의 장애나 건강에 대한 상담 제공. 특히, 자신의 장애에 관련된 치료나 보장구에 대한 정보 제공 및 상담 제공

3) 직업재활프로그램

직업재활프로그램 개발과 관련하여 다음과 같은 사항들에 대한 프로그램 개발이 필요하다.

- 산재장애인의 연령, 교육수준 및 장애특성에 따라 다양한 형태의 직업재활과정을 개발하여 개인적 특성에 적합한 직업재활과정을 이용할 수 있도록 함. 장애 정도, 교육 정도, 연령에 맞는 직업재활과정을 개발하여 지원할 수 있는 체계를 마련하도록 함.
- 자영업 지원프로그램의 운영: 자립작업장 및 자립점포임대지원, 창업지원 등
- 현재 운영중인 직업훈련지원프로그램 내용을 강화하여 훈련생들에게 실질적인 도움이 되도록 함.
- 재활공학연구센터를 통해 직업재활에 필요한 보장구나 작업기구를 개발하여 직업훈련시 활용하도록 함.

4) 다양한 사회재활서비스의 개발

사회재활프로그램 개발과 관련하여 다음과 같은 사항들에 대한 프로그램 개발이 필요하다.

- 요양환자나 재가 산재장애인을 위한 정신과적 상담, 심리상담, 집단치료, 재활스포츠, 사회적응훈련, 구직기술훈련 등의 프로그램
- 요양환자의 가족이나 재가 산재장애인의 가족의 부담을 경감시켜 줄 수 있는 다양한 프로그램 개발: 가족지원 및 교육프로그램, 가족치료 프로그램, 정보제공프로그램 등 가족지원프로그램
- 여가 및 문화생활 지원프로그램
- 주택개조 지원프로그램
- 중증 산재장애인을 위한 통근지원 및 일상생활지원 프로그램

5) 재활관련 기관간 및 재활서비스간 연계시스템 구축

재활관련 기관간 및 재활서비스간 연계체계 구축을 위하여 다음과 같은 사항들에 대한 프로그램 개발이 필요하다.

- 산재병원 및 산재지정병원과의 연계 구축: 치료의 보완적 관계, 재가 산재장애인을 위한 의료지원서비스 제공
- 산재의료관리원과 근로복지공단의 연계 강화 : 의료재활과 직업재활의 연계시스템 구축
- 취업알선체계의 구축: 한국장애인고용촉진공단과 노동부 지방노동사무소 고용센터, 인력은행 등과의 연계 구축
- 장애인종합복지관 및 관련기관과의 연계를 통한 사회심리재활프로그램의 제공
- 의료재활, 직업재활, 사회심리재활서비스의 연계를 위한 관련규정 보완

다. 기대효과

다양한 부문의 재활사업프로그램을 개발해 선정된 모델들을 시행하여, 그 결과 효율적인 모델로 입증된 프로그램을 확대발전시킨다.

10. 노·사의 인식제고

가. 현 황

산재근로자의 원직장으로의 작업복귀에 대하여 일반적으로 사업주가 거부하고 있으며 그 이유는 산재근로자의 재해 또는 직업병 재발가능성 때문, 산재근로자가 작업능률이 떨어지기 때문 및 산재보상과정 중 감정대립 때문이다.

나. 추진방안

산재근로자의 작업복귀시 당사자의 장애특성에 부응하는 작업장 시설개선을 하며 이에 소요되는 비용을 산재보험에서 부담(또는 장애인고용촉진법과 연계하여 비용을 부담토록 함)하도록 한다. 또한 작업능률 저하분만큼의 임금을 일정기간 동안 산재보험에서 사업주에게 보조하는 방안을 모색한다. 이와 같은 과정을 통한 산재근로자 재취업을 위하여 근로자단체(예: 노동조합)뿐만 아니라 사업주단체의 인식제고 및 역할증대가 이루어져야 한다.

다. 기대효과

근로자단체와 사업주단체가 재해근로자의 재활 및 직업복귀에 적극적 관심을 갖고 이를 위한 인식제고 및 제도개선을 위한 적극적 노력을 하는 계기가 된다.

11. 국가사회정책과 연계된 사회안전망⁹⁾ 산재보험 역할

가. 현 황

그 동안의 산재보험은 재해근로자에 대한 사후보상 위주의 보험적 성격이었다.

나. 추진방안

산재보험을 사후보상 위주의 관리시스템에서 예방-보상-재활의 통합시스템으로의 전환이 필요하다.

또한 산재근로자를 오늘날까지는 복지혜택의 수혜자로만 간주하여 왔으나 앞으로는 독립적인 생산활동의 주체로 사회복귀를 통한 생산적 복지를 실현하는 적극적 개념으로의 전환이 전제된다.

다. 기대효과

산재보험 재활사업의 확충 및 활성화는 사회안전망으로서의 산재보험의 역할을 확대하는 계기가 된다.

9) IMF 관리체제 시작 이후 경기의 침체로 인하여 대량의 부도·도난·폐업, 구조조정 등으로 사회안전망의 사각지대에 놓인 실업자가 양산되고 이들 중 다수는 빈곤층화하였다. 이는 1980년대에야 비로소 구축된 제1·2차 사회안전망인 사회보험 및 공공부조가 경제위기로 인한 사회적 위험을 흡수할 대응능력이 결여되었기 때문이다. 정부는 대량실업·취업기회의 상실 등으로 인해 영구히 근로능력의 상실, 빈곤화하는 것을 방지하기 위하여 고용·산재보험의 확충, 국민연금의 확대, 건강보험제도의 실시 등 사회안전망의 기본틀의 확충을 위해 노력하여 왔다.

제2부

일본의 산재장애자 재활체계

제10장 일본의 산재장애자 재활체계

제1 절 서 론

5년마다 실시되는 후생성의 장애자 일제조사에 의하면 1996년 일본의 18세 이상의 신체장애자 가운데 약 6.9%가 산업재해로 인한 장애자이다. 일본의 노동재해 발생률은 해마다 감소하고 있지만 재해강도는 꾸준한 재해 예방 대책에도 불구하고 산업별로 차이를 보이고 있다. 이에 따라 일본은 산업재해 예방사업과 아울러 산재장애자 재활에 많은 노력을 기울이고 있다.

일본의 노동재해보상보험제도내 장애자 재활은 크게 노동복지사업으로 설명될 수 있지만 실제 지역에 거주하는 장애자에 대한 직접적 서비스는 산재장애자, 일반장애자 구별없이 이루어지고 있는 것이 보통이다.

산재장애자에 대한 일본 재활정책의 특징은 산재장애자와 일반 장애자를 통합적으로 케어(Care)한다는 점이며 또 최근의 경향으로서 그동안 상대적으로 미진하였던 정신지체장애자와 정신장애자의 재활에 중점을 두고 있다는 점 등이다.

이밖에도 지역을 거점으로 한 장애자 재활체계(Community Based Rehabilitation : CBR) 확립과 관장부처의 틀을 넘은 정부부처 전체의 협력체제이다.

일본의 장애자 재활체계는 향후 보건과 복지, 그리고 노동의 통합적 서비스 제공이라는 과제를 남겨둔 우리나라 장애자 재활정책에 시사하는 바가 크다고 하겠다.

제 2 절 일본의 장애인 현황

1. 장애인수

가. 신체장애인

1996년 11월의 신체장애인 실태조사에 따르면 18세 이상의 재가 신체장애자는 193만 3,000명(인구비 2.9%)으로 추계되며 이를 전회조사(1991년 11월)와 비교하면 약 7.8%의 증가이다. 18세 이상 시설입소 신체장애인 15만 4,000명을 합하면 전체 장애인수는 208만 7,000명이 된다.

나. 신체장애아

18세 미만의 재가 신체장애아는 8만 1,600명(인구비 0.3%)으로 추계되며 전회조사와 비교하면 0.7% 증가를 보였다. 18세 미만의 시설입소자 8,000명을 합하면 전체 신체장애아는 9만명 정도이다.

다. 정신지체아·자

재가의 정신지체장애아·자 총수는 29만 7,000명으로 추계된다. 또 시설입소아·자는 11만 5,900명으로 전체 41만 3,000명이다. 전회조사와 비교하면 7.2%의 증가를 보였다.

라. 정신장애인

총수는 217만명으로 추계되며 이 중 재가가 182만명, 사회복지시설 입소, 그룹홈 이용자 8,000명, 정신병원 입원자 34만명이다.

<표 10-1> 장애자 전체

(단위: 만명, %)

	전 체	재 가	시 설	인구비
전 체	575.7	513.2	62.6	4.5
신체장애자	317.7	301.5	16.2	2.5
정신지체	41.3	29.7	11.6	0.3
정신장애자	216.7	182.0	34.8	1.7

자료: 후생성, 「신체장애아(자) 실태조사」, 1996.

_____, 「정신박약아(자) 실태조사」, 1995.

_____, 「환자조사」 등, 1996.

2. 재가 신체장애자의 상황

가. 장애 정도 상황

1, 2급의 무거운 장애를 가진 신체장애자는 126만 6,000명으로 전체의 43.2%를 차지하며 전회조사의 40.1%에 비교해 그 비율이 증가해 중증화의 경향을 보여준다. 3, 4급은 105만 2,000명으로 35.9%, 경도장애인 5, 6급은 50만 3,000명으로 17.1%를 나타낸다.

장애종류별로 1, 2급을 보면, 시각장애는 16만 8,000명(55.1%), 청각·언어장애 9만 9,000명(28.3%), 지체부자유 64만 1,000명(38.6%), 내부장애 35만 7,000명(57.5%)으로 시각장애와 내부장애의 경우 중증의 신체장애자가 반수를 넘고 있다.

중복장애는 가장 무거운 1급이 49.2%를 차지하고 1, 2급을 합하면 71.5%가 되어 중증의 신체장애자가 많음을 알 수 있다.

나. 원인별 상황

질병을 원인으로 하는 것이 187만명으로 전체의 63.8%를 차지하고 있다. 사고는 54만 1,000명으로 전체의 18.4%이며 그 중 노동재해는 20만 1,000명(6.8%), 기타 사고는 14만 9,000명(5.1%)이 된다.

다. 질환별 상황

질환별로는 뇌혈관장애(12.2%), 심장질환(10.0%), 골관절질환(8.7%)의 순으로 많다. 전회조사와 비교하면 심장질환, 신장질환, 방광질환 등의 내부장애의 증가가 눈에 띈다.

<표 10-2> 원인별 신체장애자수의 추이

(단위: 천명)

	전 체	교통사고	노동재해	기타사고	전상병자	소계	질병
1977년	2,413	121	223	157	92	592	1,627
1991년	2,722	115	186	154	69	525	1,588
1996년	2,933	128	201	149	63	541	1,871
8년의 내역							
시각장애	305	8	12	11	6	37	206
청각언어장애	350	5	9	7	7	28	213
지체부자유	1,657	114	173	129	48	464	966
내부장애	621	1	7	1	2	2	486
중복(재계)	179	6	9	4	3	3	116

자료: 후생성 「신체장애자 실태조사보고」.

<표 10-3> 도로교통사고 상황

	발생건수	전년비(%)	사망자수	전년비(%)	부상자수	전년비(%)
1993	724,675	4.2	10,942	-4.4	878,633	4.1
1994	729,457	0.7	10,649	-2.7	881,723	0.4
1995	761,789	4.4	10,679	0.3	922,677	4.6
1996	771,084	1.2	9,942	-6.9	942,203	2.1
1997	780,399	1.2	9,640	-3.0	958,925	1.8
1998	803,878	3.0	9,211	-4.5	990,675	3.3

라. 시설이용 신체장애자 상황

1) 갱생시설

신체장애자의 리해빌리테이션과 직업훈련을 행하는 갱생시설은 전국에 공사립 합쳐 135개소가 있으며 정원은 8,739명이다.

2) 생활시설

재가생활이 곤란한 중증 신체장애자에게 개호서비스를 제공하여 안심하고 생활할 수 있도록 원조하는 생활시설은 전국에 309개소가 있으며 정원은 18,383명이다.

3) 작업시설

고용이 곤란한 신체장애자에 입소 또는 통소에 의해 취업기회를 제공하는 작업시설은 전국에 442개소가 있고 정원은 19,193명이다.

4) 지역이용시설

신체장애자에 관한 각종 상담 등의 서비스를 제공하며 전국에 537개소가 있다.

제 3 절 일본의 장애자 재활정책과 제도

1. 장애자 복지의 정책이념

가. 노멀라이제이션(Normalization)

장애자 복지에서 특히 강조되는 이념 중 하나가 노멀라이제이션이다. 1959년 덴마크 장신지체장애자의 부모모임에서 시작된 노멀라이제이션은 일본에서도 1970년대부터 주목하기 시작해 1981년 국제장애자의 해를 계기로 일반화되었다.

노멀라이제이션은 심신에 장애가 있는 사람도 고령자도 모두 사회의 일원으로서 다른 사람과 다름없는 일상생활을 영위하는 것이 노멀한 인간생활임을 의미한다. 따라서 장애자를 격리, 고립시키는 사회야말로 어브노멀하다는 정신이 이념상의 기반이며 장애자 복지뿐만 아니라 일본 사회복지 전체의 기본적 정책이념이다.

나. IBR에서 CBR로

1) CBR(Community Based Rehabilitation)의 개념

선진국에서 발달한 종래의 리해빌리테이션은 장애를 질병, 사고에 의한 신체기능의 부전(不全)으로 보고 그 것을 가진 사람(장애자)의 신체적 기능회복을 설비가 갖추어진 시설, 또는 장애자 시설에서 교육을 받은 리해빌리테이션 전문직의 주도하에 치료, 훈련을 해왔다(IBR). 이 방법은 도농간 의료와 복지의 격차가 큰 개발도상국에서는 유효하지 않았으며 장애자의 대부분을 차지하는 재가장애자가 반드시 전문시설에서의 서비스가 필요한 대상이 아니었다. 이런 반성에서 최근에는 제한된 자원을 보다 효과적으로 활용하여 재활서비스의 대상을 확대할 수 있는 접근이 필요함에 따라 시설 중심에서 지역 중심의 CBR이 장애자 리해빌리테이션에 있어 하나의 큰 조류가 되고 있다.

CBR은 지역사회개발을 의미한다. 즉 장애자 자신을 포함한 지역주민이 참가하는 장애자 문제해결과정을 통해 지역사회 발전을 도모하자는 것이다. CBR의 대상은 빈곤과 차별 등을 포함한 모든 장애이며 모든 연령의 사람이다. 그러나 CBR의 본질이 이해되지 못한 채 하나의 장애만을 대상으로 하거나 가정방문과 순회활동(Outreach/Home Based)으로 잘못 이해되는 경우도 많이 볼 수 있다.

CBR은 IBR(Institutional Based Rehabilitation)과는 전혀 다른 접근이지만 CBR에서는 시설을 무용하다고 생각하지 않는다. 시설이나 그곳에 근무하는 전문가도 CBR의 중요한 사회자원이 된다. 이것을 조회(referral)시스템이라고 하며 이를 통해 보다 효과적인 CBR활동이 이루어진다.

2) 리해빌리테이션의 유형

가) 시설 중심형(IBR)

병원, 리해빌리테이션 시설 등에서 장애자를 대상으로 한 치료, 훈련서비스를 제공하는 방법이다. 시설은 특정 목적으로 설치되어 있기 때문에 시설 서비스에 합치하는 대상자만이 서비스를 받을 수 있으며 그 시설에 적합하지 않는 사람은 제외된다. 전문적 서비스를 제공할 수 있지만 지역주민의 참가는 환기되지 않는다.

나) 순회형(Outreach/Home Based)

시설에서 일하는 전문직이 시설 안에서 뿐만 아니라 장애자의 자택을 방문하거나 무의촌을 순회해 서비스를 제공하는 방법이다. 전문직에 의해 지역사회에서 서비스가 이루어지기 때문에 서비스에 적당한 사람만이 대상이 되기 쉬우며 치료효과가 없다고 판단되는 중증의 중복장애자 등이 배제되기 쉽다. 이 방법에서는 지역사회가 그 활동에 동원되기도 하지만 대개는 서비스 제공시의 맨파워로서이며 분석이나 서비스 결정, 평가를 행하는 일은 적다.

다) 지역사회 중심형

이 방법은 지역사회 사람들과 전문직이 협력해 문제분석과 서비스 결정, 평가를 실시한다. 지역주민은 문제해결에 필요한 지식과 기술, 경험을 가진 사회자원으로 인식된다. 지역주민에 있어 분석은 처음에는 어렵지만 전문직과 공동으로 하기 때문에 점차 그 능력을 높여나갈 수 있다. 이 방법은 전문직이 그 역할을 충분히 인식할 필요가 있는데, 분석과 결정, 평가를 행하는 것은 어디까지나 지역주민이며 전문직은 동기부여와 지원을 한다.

다. CBR의 효과

전문가들은 대개 시설 중심형(IBR)에서는 5~20%의 장애자가 그 대상이지만 CBR에 의해 70~75%의 장애자가 서비스를 받을 수 있다고 주장한다. 또 시설의 건설, 운영과 비교해 값싼 비용으로 문제해결이 가능하다. 이 때문에 CBR은 특히 아시아, 아프리카 등을 중심으로 한 25개국 이상에서 행해지고 있으며 그 가운데 13개국은 정부 리해빌리테이션 플랜의 일부로 제도화되어 있다.

그러나 CBR이 단지 개발도상국뿐만 아니라 선진국에서도 통용됨이 인식되어 1994년 ILO, UNESCO 및 WHO가 공동으로 다음과 같이 그 개념을 정의했다. 즉, CBR은 장애를 가진 모든 사람들의 리해빌리테이션, 기회의 균등, 그리고 사회통합을 지역에서 전개해 나가기 위한 전략이다. 그리고 CBR은 장애를 가진 사람들과 그 가족, 그리고 지역, 나아가 적절한 보건, 교육, 직업 및 사회서비스가 통합된 노력에 의해 실천된다.

특히 선진국의 CBR은 원조를 구하는 지역주민을 간과하거나 무시하지 않는 네트워크를 형성해 나가는 것이며 대도시에서 자연발생적인 원조망이 존재하지 않는 경우는 그것이 형성되도록 행정과 민간사회복지기관, 주민이 협조해 나가는 것이다.

라. CBR 활동을 지원하는 제요인

- ① 경제우선주의에서 생활중시로 정부의 정책전환
- ② 정부의 중적 행정의 시정
- ③ 지방자치단체장의 자세
- ④ 도도부현, 광역 시·정·촌 권역의 역할 명확화
- ⑤ 지역의 보건·의료·복지의 네트워크
- ⑥ 지역 케어 맨파워의 충실
- ⑦ 지역 재가케어의 거점 정비와 24시간 대응
- ⑧ 복지마을 만들기, 주택과 환경 접근
- ⑨ 지역주민 활동
- ⑩ 장애자의 소비자 활동

3. 노동자 재해보상보험법의 노동복지사업

가. 사업내용

1) 목적

노동복지사업단은 노동자 재해보상보험의 노동복지사업을 적절하고 능률적으로 행하고 노동재해 방지를 위해 필요한 자금융통을 함으로써 노동자 복지증진에 기여함을 목적으로 한다.

2) 업무범위

① 노동복지사업

가. 피재노동자의 사회복지촉진사업 : 노재병원, 리해빌리테이션 작업소, 휴양소 설치·운영, 재가 개호주택자금 및 자동차 구입자금 대여

- 나. 피재노동자 등 원조사업 : 노재원호금 지급, 노재연금 담보자금 대여, 남골시설, 노재보험회관 설치·운영
- 다. 노동자의 안전 및 위생확보사업 : 건강진단센터, 해외근무 건강관리 센터, 산업보건추진센터 설치·운영 및 소규모 사업장 산업보건활동 지원촉진조성금 지급
- 라. 노동조건 확보사업 : 미불임금 대불사업
- 마. 가~라의 업무수행에 지장이 없는 범위내에서 위탁을 받아 가~다의 노동복지사업 관련시설을 이용해 노동자 복지증진에 필요한 사업

② 노동재해 방지사업

노동재해 방지 등을 위한 자금대여 : 직장환경 개선사업, 건강진단기관 등 정비촉진 자금, 건설공사 안전기자재 자금

③ ①, ②업무의 부대사업

3) 업무개요

① 노재병원(의료 리해빌리테이션센터 및 종합척손(脊損)센터 포함)

노재병원은 업무재해 및 통근재해로 인한 피재노동자에게 적절하고 신속한 진단을 내려 피재노동자가 하루라도 빨리 노동능력을 회복해 신속하게 사회복귀를 하도록 하며, 특히 업무재해나 직업성 질병 등의 의료에 대해 풍부한 의학적 지식과 전문적 기술을 가진 인재와 최신설비를 갖춘 의료기관이다.

노재병원은 노동기준감독서장의 위탁을 받아 노동자의 업무상 사유 또는 통근부상, 혹은 질병에 관련한 인정검사 등도 행한다. 또 직업과 관련한 예방에서 치료, 리해빌리테이션에 이르는 종합적 의료, 즉 예방과 조기발견, 건강유지·증진까지를 담당한다.

따라서 진료에 필요한 과를 정비함과 동시에 근로자 의료의 중핵병원으로서 종합적이고 높은 수준의 의료를 확보하기 위해 의사 등 의료관계 직원확보, 의료용 기구정비 등에 각별한 배려를 하고 있다. 그 중에서도 재해 의학 및 리해빌리테이션 의료는 노재병원의 특색으로 높은 평가를 받고 있다.

<표 10-4> 연 환자수, 1일 평균 환자의 연도별 추이(입원)

(단위: 명)

	연 환자수	지 수	1일 평균 환자수	전년도비 증가율(%)
1993	5,440,568	100.0	14,905.7	0.8
1994	5,460,500	100.4	14,960.3	0.4
1995	5,449,258	100.2	14,888.7	△0.5
1996	5,434,159	99.9	14,888.1	0.0
1997	5,418,011	99.6	14,843.9	△0.3
1998	5,360,368	98.5	14,685.9	△1.1

<표 10-5> 병상 이용률, 평균 입원일수, 병상 회전수, 사망률 연도별 추이(입원)

	병상 이용률(%)	평균 입원일수(일)	병상 회전수(회)	사망률(%)
1993	96.1	32.2	11.3	4.0
1994	96.5	30.9	11.8	4.0
1995	96.0	29.2	12.5	3.8
1996	96.0	28.1	13.0	3.9
1997	95.8	27.5	13.3	3.7
1998	94.8	25.9	14.1	3.8

<표 10-6> 연 환자수, 1일 평균 환자수, 신외래 환자, 재래(再來)환자의 추이(외래)

(단위: 명)

	연 환자수	전년도비 증가율	1일 평균 환자수	연 환자수의 내역		
				신외래 환자	전년도비 증가율(%)	재래 환자수
1993	9,444,806	2.2	38,867.5	1,260,654	△0.2	8,184,152
1994	9,739,541	3.1	39,916.2	1,278,154	1.4	8,461,387
1995	10,031,919	3.1	40,780.2	1,296,569	1.4	8,735,350
1996	10,319,364	2.9	42,292.5	1,314,587	1.4	9,004,777
1997	10,352,050	0.3	42,426.4	1,266,626	△3.6	9,085,424
1998	10,432,334	0.8	42,755.5	1,274,128	0.6	9,158,206

<표 10-7> 진료과별 1일 평균 환자수(1998년)

	전체과	내과	심료 내과	정신과	신경과	신경 내과	호흡 기과	소화 기과	순환 기과	소아과	외과	정형 외과
입원	(100.0) 14,685.9	(27.4) 4,027.7	(0.2) 36.0	(0.5) 66.6	(0.6) 86.9	(3.0) 447.7	(0.4) 56.1	(1.6) 242.2	(1.8) 262.8	(2.1) 304.7	(11.0) 1,614.5	(24.2) 3,558.2
외래	(100.0) 42,755.5	(24.1) 10,319.4	(0.3) 120.5	(1.6) 689.6	(0.9) 381.1	(2.2) 953.6	(0.3) 138.6	(1.9) 814.3	(1.8) 762.5	(3.4) 1,465.2	(5.1) 2,160.0	(12.5) 5,360.0
입원대 외래	2.91	2.56	3.35	10.35	4.39	2.13	2.47	3.36	2.90	4.81	1.34	1.51

형성 외과	뇌신경 외과	심장 혈관 외과	피부과	비뇨 기과	산부 인과	안과	이비인 후과	재활과	방사 선과	마취과	치과	치과 구강 외과	의료 상담	기타
(0.9) 127.8	(6.6) 976.3	(0.9) 136.3	(1.0) 140.3	(4.5) 657.0	(4.3) 625.5	(2.0) 289.2	(2.4) 349.5	(3.4) 495.2	(0.3) 47.2	(0.1) 10.5	(0.1) 13.4	(0.3) 13.4	(0.2) 23.8	(0.3) 39.7
(0.8) 344.2	(3.9) 1,647.0	(0.5) 234.0	(4.1) 1,764.2	(4.6) 1,956.7	(3.5) 1,485.7	(6.3) 2,684.1	(5.0) 2,138.5	(12.4) 5,312.7	(1.5) 630.0	(0.6) 267.8	(1.0) 445.9	(1.0) 435.0	(0.3) 117.6	(0.3) 127.4
2.69	1.69	1.72	12.57	2.98	2.38	9.28	6.12	10.73	13.33	25.42	33.26	8.59	4.95	3.21

<표 10-8> 노재환자의 연도별 추이

	신입원환자수		연 입원환자수		신외래환자수		연 외래환자수	
	전 체	전년도비 증가율(%)	전 체	전년도비 증가율(%)	전 체	전년도비 증가율(%)	전 체	전년도비 증가율(%)
1993	5,110	1.6	403,631	△6.2	11,226	△2.7	389,438	△1.4
1994	5,148	0.7	378,485	△6.2	11,398	1.5	386,257	△0.8
1995	5,187	0.8	353,232	△6.7	11,353	△0.4	363,387	△5.9
1996	5,335	2.9	339,505	△3.9	12,876	13.4	357,647	△1.6
1997	5,206	△2.4	322,897	△4.9	12,090	△6.1	353,582	△1.1
1998	5,311	2.0	295,425	△8.5	11,473	△5.1	353,665	0.0

의료 리해빌리테이션센터는 피재노동자로서 사회복귀가 가능한 사람에 대해 진료 및 리해빌리테이션을 종합적으로 실시하는 것 외에도 리해빌리테이션 의학의 임상적 연구, 신체기능의 리해빌리테이션 공학적 연구 등 의료 리해빌리테이션 대상자의 사회복귀에 관한 연구도 하고 있다.

종합척손센터에서는 척수손상자에게 진료 및 리해빌리테이션을 종합적

으로 행하는 외에도 척수손상자에 대한 리해빌리테이션 의학의 임상적 연구와 일상생활용구 개발·연구 등 척수손상자의 사회복귀 등에 관한 연구를 하고 있다.

노재병원은 현재 전국에 37개소, 의료 리해빌리테이션센터 및 종합척수센터는 각 1개소가 설치되어 있으며 총가동병상은 15,498(1998년)개이다.

② 위탁 의료시설

노재병원의 활동을 보완하고 노재환자에 대한 충실한 의료서비스를 제공하기 위하여 노재병원이 설치되어 있지 않은 지역의 기존병원에 노재 위탁병동을 설치하고 그 운영을 위탁하고 있다.

③ 양성시설

가. 간호전문학교 : 노재병원의 규모 확대와 의료수준 향상에 따라 노재병원에 근무할 전문적 지식과 기술을 익힌 간호사를 양성하기 위해 노재병원의 부속시설로 13개소의 간호전문학교를 설치하고 있다. 입학정원은 545명이며 수업연한은 3년이다.

나. 리해빌리테이션 학원 : 노재의료의 특색인 리해빌리테이션 의료에 종사할 물리치료사·작업치료사를 양성하기 위해 1966년 큐우슈(九州) 노재병원내에 설치되었다. 입학자격은 고등학교 졸업자이며 정원은 물리치료학과·작업치료학과 각 20명으로 3년간의 수업연한이다.

④ 노재 리해빌리테이션공학센터

일본의 의수족·장구의 연구개발이 다른 선진외국과 비교해 지체되었다는 판단에 따라 1969년 중부노재병원내에 노재 리해빌리테이션공학센터를 설치했다.

⑤ 건강진단센터

직업성 질병의 예방조치를 취하는 의료시설로 특히 유해업무에 종사하는 노동자에 대한 적극적인 건강관리를 위해 설치되었다. 이 곳에서는 또 업무상·외 인정을 위한 검사진단, 건강진단에 관한 임상적 조사연구, 사업주 등을 대상으로 한 건강관리에 관한 상담, 지도를 한다. 현재 전국에 8개소

가 설치되어 있다.

⑥ 근로자 리플래쉬건강관리센터

근로자의 다양한 니즈에 따라 심신의 건강체크, 건강상태에 따른 생활지도, 직업생활에 관한 컨설팅, 교양, 스포츠 등을 통해 심신을 리플래쉬하기 위한 기능·시설을 구비한 근로자 리플래쉬센터 및 근로자 리플래쉬건강관리센터가 설치되어 있다.

⑦ 해외근무 건강관리센터

1989년부터 노동안전위생규칙의 개정으로 해외에 6개월 이상 파견되는 노동자는 부임 전, 귀국후에 건강진단 실시가 사업주 의무사항으로 되면서 설치되었다.

⑧ 산업보건추진센터

산업의학에 정통한 산업의 및 산업보건 관계자의 충분한 기능발휘를 위해 현재 전국 29개소에 설치되어 산업의학에 관한 연수와 지원, 산업보건에 관한 전문적 상담, 산업보건에 관한 정보수집·제공, 산업보건에 관한 홍보 개발 및 조사연구를 하고 있다. 또 1987년부터는 소규모 사업장 산업보건 활동 지원촉진조성금 지급신청에 관한 접수업무도 하고 있다.

⑨ 노재 리해빌리테이션 작업시설

피재노동자 가운데 외상성 척수손상자 및 양다리에 중증의 장애를 입은 사람은 요양기간이 길어지고 보행은 휠체어에 의지하지 않으면 안되어 사회복귀가 어려운 것으로 생각되어져 왔다. 이들과 같은 노재장애 노동자의 사회복귀를 촉진하기 위해 노재 리해빌리테이션 나가노(長野)작업소를 선두로 전국 8개소에 작업시설이 설치되어 있다. 수용정원은 400명(1998년)이며 이 곳에서는 이들의 건강관리를 계속하면서 소형전기, 카메라 부품제작 등 각종 작업에 종사시켜 자립생활을 원조하고 있다. 이미 노재 리해빌리테이션 작업시설에서 사회복귀한 척수손상자는 626명(1998년)이다.

⑩ 휴양소

상병을 치유한 피재노동자의 사회복귀 직전의 온천보양을 목적으로 전국 8개소에 설치되어 일반인에게도 넓게 개방되어 있다. 운영은 재단법인 노동복지공제회에 위탁하고 있으며 의사의 지도에 의한 온천요양과 달리 온천보양을 위해 휴업해도 휴업보상금부는 지급되지 않는다.

자격은 원칙적으로 노재보험법의 장애등급 8급 이상의 장애(보상)급부의 지급결정을 받거나 받을 가능성이 있는 사람(상병이 치유된 사람에 한함)이라면 무료로 온천보양을 받을 수 있다. 9급 이하의 장애(보상)급부의 지급결정을 받았거나 그 가능성이 있는 사람(상병이 치유된 사람에 한함)이라도 특히 필요가 인정되면 숙박비, 식사비, 서비스료 등 유흥비에 해당되지 않는 한 노재보험에서 직접 여관 등에 지불한다.

보양시설은 도도부현(道都府縣) 노동국장이 위탁계약한 약 200개소의 온천여관과 노동복지사업단이 설치·운영하는 8개소의 휴양소에서 행한다. 장소선택은 자유이며 하루 9천엔이 위탁료로 여관 등에 지불된다.

온천보양을 위해 여비가 필요한 경우 가장 경제적인 통상의 경로 및 방법으로 계산해 철도, 선박은 편도 200km(수로의 경우 수로 2km를 육로 1km로 환산)의 범위내에서, 자동차는 1km에 37엔의 비율로 계산한 요금으로 지급된다. 이밖에 보통급행열차를 운행하는 노선에 의한 여행은 편도 50km 이상은 급행요금이 지급되며 특별급행열차 운행노선에 대해서는 100km 이상에 대해 특별급행요금이 적용된다.

일당은 온천보양시설에 체재하는 기간 하루에 850엔이 지급된다.

⑪ 납골당

노재보험법 시행 20주년을 기념하여 노동재해로 인한 순직자의 위령당이 동경에 설치되었다. 이 영당(靈堂)은 산업순직자의 유골을 무료로 수장하며 희망에 따라 일반 근로자도 유료로 이용할 수 있다. 운영은 노동복지공제회에 위탁하고 있다.

⑫ 노재보험회관

피재노동자 및 유족 등의 복지를 위해 1982년 동경에 설치된 이 회관은 상담실과 체육시설, 숙박시설, 대·소회의실을 갖춘 지상 6층, 지하 2층의

복지시설로 피재노동자뿐만 아니라 일반 근로자도 이용할 수 있다. 운영은 역시 노동복지공제회에 위탁하고 있다.

⑬ 소규모 사업장 산업보건활동 지원촉진조성금 지급

1996년 노동안전위생법의 개정으로 상용노동자 2인 이상 50인 미만의 소규모 사업장에서 노동자의 건강관리에 필요한 의학적 지식을 가진 의사를 공동으로 선임하여 노동자의 건강관리 등을 실시하는 것에 대한 조성이며 노동복지사업의 일환으로 1987년부터 사업단에서 실시하고 있다. 1998년 실적은 1,344개 사업장에 약 9천만엔이다. 신청에 따라 1개년 사업연도에 다음 표의 구분에 따른 금액을 3개년 한도로 지급한다.

<표 10-9>소규모 사업장 산업보건활동 지원촉진조성금

	금 액
상용노동자 30인 이상 50인 미만의 소규모 사업장	83,400엔
상용노동자 10인 이상 30인 미만의 소규모 사업장	67,400엔
상용노동자 10인 미만의 소규모 사업장	55,400엔

⑭ 노재지원금

가. 요양원호금 : 1970년 노재보험법 개정으로 장기상병자보상제도가 도입되는데 법개정전인 1970년 3월 이전은 규폐(硅肺) 또는 외상성 척수장애자 등의 장기요양을 필요로 하는 사람도 일정기간후 모두 종결 보상비를 받았다. 따라서 개정전 법에 의해 종결 보상비를 받고 그 후에도 노재병원 등에서 요양을 받고 있는 사람들을 구제하기 위해 이들에게 요양에 필요한 비용과 <표 10-10>의 금액을 더한 금액을 요양원호금으로 지급하고 있다. 또 외상성 척수장애를 입고 병원 또는 진료소에 수용된 사람은 병원 또는 진료소에 수용된 날에 대해 하루당 70엔을 가산하고 있다. 또 상시개호를 필요로 하는 사람으로 집에서 개호를 받고 있는 사람에게는 한 달에 58,150엔(해당 달 개호에 필요한 비용이 58,150엔을 초과할 경우는 지출비용(107,100엔 한도)으로 한다)을 한도로 개호 가산액을 지급한다(병원 또는 진료소에 수용된 날이 있는 달 제외).

나. 생업원호금 : 노재보험법에 의한 장애등급 1~7급까지의 장애보상급부(장애급부), 유족보상급부(유족급부) 또는 상병보상연금(상병연금)을 받는 사람이 사업을 경영하기 위해 정부금융기관 등에서 용자를 받을 경우 용자의 이자 상당액(용자액의 5%, 2만엔을 한도)을 지급한다.

<표 10-10> 요양원호금

	금 액
a. 병원 또는 진료소에 수용된 날이 있는 달	58,150엔
b. 병원 또는 진료소에서 진료를 받은 일수가 7일을 넘는 달	25,300엔
c. 병원 또는 진료소에서 진료를 받은 일수가 2일 이상 7일 이하의 달	23,300엔

⑮ 재가 개호주택자금 대여

노동재해에 의해 중증장애를 입은 70세 미만으로 자택에서 개호를 받고 있는 사람이 보다 편리한 개호를 위해 필요한 구조 혹은 설비를 갖추기 위해 주택개량을 하는 경우 500만엔을 한도로 대여를 행하고 대여이율 3%, 변제는 2개월 거치후 신청시 연령이 만 65세 미만은 15년 이내, 만 70세 미만은 10년 이내 월부 상환하도록 한 제도이다.

⑯ 자동차 구입자금 대여

노동재해로 인한 중증의 척수손상자로 1968년 4월 현재 또는 그 이후에 노재병원이나 노재지정병원(진료소)에 입원해 요양급부를 받고 그 상병이 나온 사람으로 장애등급 3급 이상에 해당하는 사람이 신체장애자용 자동차를 구입하는 경우 그 자금으로 양 상지장애자는 200만엔, 기타 장애자는 120만엔을 한도로 대여하고 연리 3%, 2개월 거치 8년 이내 월부상환하도록 한다. 당 피해노동자가 사망, 또는 특별한 사정이 있는 경우 상환의 유예가 가능하다.

⑰ 연금담보자금 대여

1981년부터 노재연금 수급권을 갖고 현재 연금을 받고 있는 사람으로 적은 자금을 필요로 하는 사람에게 노재연금을 담보로 해 250만엔을 한도

로 대여이율 2.1%, 상환기간 4년 이내의 조건으로 자금을 대여한다.

⑱ 미불임금 대불

기업도산으로 사업주로부터 임금을 받을 수 없는 퇴직노동자의 손실을 경감시키고 생활안정을 목적으로 1976년부터 실시하고 있다. 1998년의 경우 4만 2,304명에 173억 3,462만 6천엔이다.

⑲ 노동안전위생 용자

- 가. 직장환경 개선자금 대여
- 나. 건강진단기관 등 정비촉진자금 대여
- 다. 건설공사 안전기자재자금 대여

4. 일본장애자고용촉진협회의 장애자 재활

1) 설립

1977년 신체장애자고용촉진협회 발족
1988년 일본장애자고용촉진협회로 명칭변경

2) 업무

- ① 납부금제도에 따라 고용촉진업무(납부금 징수, 고용조정금, 보상금 지급, 조성금 지급)
- ② 직업 리해빌리테이션
- ③ 연구조사업무
- ④ 고용상담, 강습 등에 의한 원조업무
- ⑤ 고용개발업무
- ⑥ 국제협력·교류업무

3) 장애자직업종합센터(1991년 오픈)

* 최근의 주요연구

- ① 문제점이 명확하지 않는 장애의 직업특성을 밝히기 위한 연구
정신장애, 고차원의 뇌기능장애, 학습장애, 자폐증, 난치병에 동반한 장애

- ② 고령화 대응으로 요구되는 문제에 대한 연구
 - 가령(加齡)이 장애자의 직업능력 등에 미치는 영향
 - 일반고용과 복지취로간의 이행을 원활히 하기 위한 시스템
 - 복지공장, 특별회사 등 장애를 배려한 고용시스템의 기능과 전망
- ③ 새로운 직업 리해빌리테이션 기법 개발, 개선
 - 다양한 일에 필요한 직무요건과 장애자에 적합한 직업을 탐색하기 위한 소프트웨어 개발
 - 정신지체장애자의 비언어 대인 커뮤니케이션 능력의 평가와 그 향상을 위한 프로그램 개발
 - 정신장애자의 구직 기술과 향상을 위한 프로그램 개발 등
- ④ 기술혁신 등의 성과를 활용한 장애자의 용이한 취로
 - 주로 사무직을 염두에 두고 다음과 같은 기구를 구상, 시작(試作)품 개발
 - 시각장애자용 윈도우즈 화면, 키보드만으로 사용가능한 소프트웨어
 - 상지장애자에 적합한 크기의 키보드
 - 사무실 안에서도 이용이 간편하고 앉기 편한 휠체어
 - 상기 기구를 갖춘 사무실 공간 구상
 - 재가훈련, 재가취업 등 인터넷을 활용해 장애자 고용을 개선
- ⑤ 기타

4) 사업주에 대한 원조

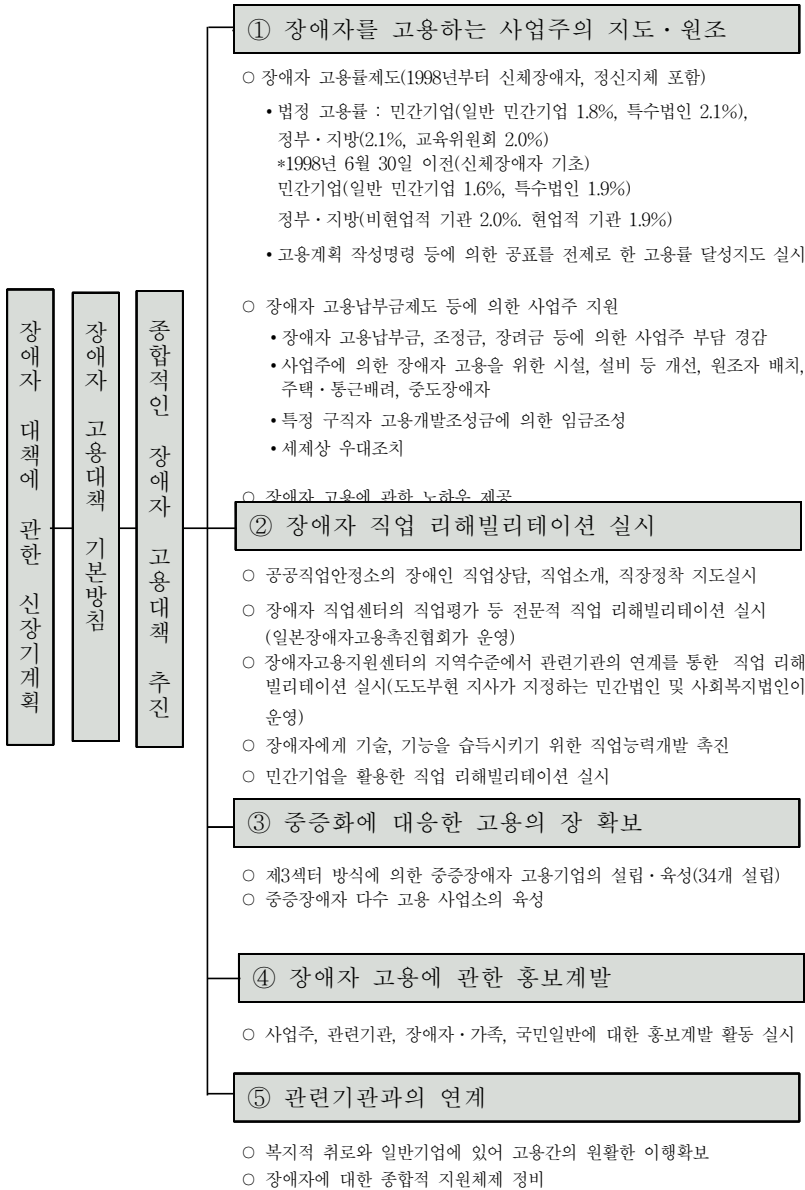
가) 장애자 고용계속조성금

사업주에 고용된 후에 노동재해, 교통사고 등으로 신체장애자가 된 노동자의 고용을 계속하기 위해 필요한 시설의 설치, 직장적응 조치를 실시한 사업주에 대해 조성한다.

나) 중증 중도장애자 직장적응조성금

- ① 요건: 중도장애자의 직장복귀를 촉진하기 위해 직장적응 조치를 실시하는 사업주
- ② 대상: 중증 신체장애자, 45세 이상의 신체장애자, 중증 신체장애자로 단시간 노동자
- ③ 한도액: 장애자 1명당 월 3만엔(중증 단시간 노동자는 월 2만엔)

[그림 10-1] 장애자 고용시책체계



제 4 절 일본의 장애인 리해빌리테이션 체제 : 직업재활을 중심으로

1. 장애인 취업현황

「장애자의 고용촉진 등에 관한 법률」에 따라 신체장애자, 정신지체, 정신장애자를 포함한 장애인 전반을 대상으로, 특히 중증장애자에 최대의 중점을 두고 추진되고 있다.

1) <표 10-11> 18세 이상 신체장애자의 취업률

(단위: %)

전 체	시각장애	청각장애	지체부자유	내부장애	일반15세이상
30.1	27.4	34.1	29.7	30.5	61.5

자료: 후생성, 「신체장애자 실태조사」, 1996.
총무청, 「노동력조사」, 1996.

2) <표 10-12> 15~64세 신체장애자의 취업상황

(단위: 만명, %)

		취업자				미취업자		
		전체	상용	임시일용	자영 등	전체	실업자	비노동
신체	100	66.1 43.7	36.9	6.7	22.5	85.1 56.3	28.3	56
일반	100	6,249 61.9	4,311	519	1,395	3,840 38.1	134	3,706

자료: 노동성, 「직업안정국 추계」, 1990.

3) 정신지체 취업상황

상용 5인 이상 사업소에서의 상용고용 : 추계 6만명

4) 정신장애자 취업상황

통원중 직업종사 : 48.9%(주로 직업에 종사 37.1%, 약간 종사 11.8%)

휴업중 : 3.9%, 불취업 : 46.1%

5) <표 10-13> 민간기업에서의 장애자 고용상황

(단위: 명)

	장애자 전체	중경도	중증	정신지체
1988	187,115	116,871	35,122	9,407
1993	240,985	132,451	54,267	15,950
1998	251,443	251,443	63,858	

주: 장애자 합계는 중증을 더블카운트로 계산.
자료: 노동성.

6) <표 10-14> 15세 이상 신체장애자의 장애별 취업, 불취업 상황

	총 수	시 각	청각, 언어	지 체	내 부	일 반
총 수	2,933	305	350	1,657	621	
취업자	845	80	112	469	184	
취업률	30.10%	27.40%	34.10%	29.70%	30.50%	
불취업자	1,958	212	216	1,111	420	61.50%
구직활동 했음	132	13	16	78	26	
구직활동 안함	1,136	131	125	623	257	
무응답	690	68	74	410	137	
회신 없음	131	13	22	78	17	
불취업의 이유	100%	100%	100%	100%	100%	
중증장애로	533	70	22	359	81	
	27.20%	33%	10.20%	32.30%	19.30%	
질병으로	373	30	31	185	127	
	19.10%	14.20%	14.40%	16.50%	30.20%	
고령으로	474	51	89	237	97	
	24.20%	24.10%	41.20%	21.30%	23.10%	
일할 곳이 없어	56	5	9	31	10	
	2.90%	2.40%	4.20%	2.80%	2.40%	
적당한 일이 없어	49	5	5	24	16	
	2.50%	2.40%	2.30%	2.20%	3.80%	
통근이 곤란해	11			11		
	0.60%			1%		
가사, 취학에 전념	103	9	18	55	21	
	5.30%	4.20%	8.30%	5%	5%	
기 타	84	10	13	45	16	
	4.30%	4.70%	6%	4.10%	3.80%	
무응답	275	32	28	163	52	
	14%	15.10%	13%	14.70%	12.40%	

자료: 후생성, 「신체장애자 실태조사보고」.

2. 종합 리해빌리테이션의 개념

1970년대까지 직업 리해빌리테이션은 직업지도, 직업훈련, 직업소개와 같이 각 영역마다 일반대책의 일부로 생각되어졌지만 장애자 개개인이 일관되고 종합적 서비스를 받을 수 있도록 배려할 필요에서 의료, 의학적 리해빌리테이션부터 일관되게 또 직업 리해빌리테이션 안에서도 일관된 서비스를 제공할 수 있는 시설이 계획되었다. 1979년 제1호로 국립 직업 리해빌리테이션센터가 사이타마(埼玉)현 도쿄로자와(所澤)시에 건설되었다. 이 센터는 같은 부지 위에 후생성 소관의 국립신체장애자 리해빌리테이션센터와 통합적 운영이 이루어지고 있다.

먼저 국립신체장애자 리해빌리테이션센터에 입소해 필요한 의학적 리해빌리테이션, 일상생활훈련을 받은 다음 국립 직업 리해빌리테이션센터에서 직업평가, 직업지도, 직업훈련 또는 직업적응지도를 일관된 흐름 속에서 받을 수 있다.

비슷한 형태의 시설로 1979년 종합척손센터(후쿠오카현)가 설립되어 척수손상자의 치료에서 직업복귀에 필요한 훈련, 직업지도를 종합적으로 행하고 있다. 1987년에는 국립기비고원 직업 리해빌리테이션센터(오까야마현)가 설립되어 마의학적 리해빌리테이션부터 직업지도, 직업훈련을 일관해 실시하고 있다. 한편 1988년부터 각 시설의 직업지도 부문은 「장애자의 고용촉진 등에 관한 법률」에 의해 광역 장애자 직업센터로서 역할을 하게 되었다.

3. 직업재활 : 지역장애자 고용지원 네트워크 구축을 목표로

일본의 직업 리해빌리테이션과 관련한 법률은 매우 많고 복잡하다. 노동성이 중심적 역할을 하고 있으나 각 법률의 소관 관청도 후생성, 문부성 등으로 복잡하다. 각 법령 중 기본적인 법률은 「장애자의 고용촉진 등에 관한 법률」이다.

가. 최근 현황

장애자의 사회적 자립 향상의 고조와 장애자 고용에 대한 사업주의 이해가 높아져 가는 분위기에 따라 종래에는 사업소에서 일하는 것이 어려웠던 사람에 대해서도 일할 기회가 생겨나고 있다. 따라서 고용을 지원하는 것도 취직이 가능하도록 직업능력을 기르는 것에 더하여 취직후를 포함한 취업면, 생활면을 통한 종합적 지원체제 구축에 중점을 두고 있다.

취업면, 생활면을 통한 종합적 지원을 하기 위해서는 장애자의 라이프 스타일을 염두에 두고 노동, 복지, 교육 등 각 시책을 충분히 연계해 제공할 수 있는 틀의 구축이 필요시되고 있다.

전술한 1995년 장애자 플랜에서는 장애자 고용촉진을 위해 의료, 복지관 계기관과 연계한 지원체제 정비와 직장환경, 생활환경 정비가 시책목표로 제시되었으며 1998년 노동성이 책정한 장애자 고용대책 기본방침에서도 고용면만이 아닌 지역에서의 교육, 복지 등 관계부문과의 연계와 주택, 교통수단 등을 포함한 사회환경의 종합적 중요성이 거론되었다.

이하 노동성(직업안정국 고령·장애자대책부)이 주축으로 후생성과 문부성이 옮겨져 자격으로 참가한 「지역장애자 고용지원 네트워크 연구회」의 보고서 일부를 인용한다. 이 연구회는 1997년 개최 이래 11회에 걸친 심의를 거쳤다.

나. 일하는 장애자를 위한 지원기관의 실태와 기대되는 기능

1) 노동기관·시설

가) 공공직업안정소

① 전국적인 제일선의 노동행정기관으로 사업주에 직접적인 지도와 직업리해빌리테이션 기관과의 연계를 통한 지역에서의 장애자 고용을 추진한다.

② 장애자 전문의 상담창구 설치와 전임의 장애자 직업상담원 배치 등 체제를 정비해 직업상담·직업소개, 직업정착지도를 실시함과 동시에 사업소에 대한 고용률 달성지도, 구직자 정보 제공, 고용관리에 관한 정보 제공 등을 행하고 있다.

③ 사업소 현장을 활용한 훈련, 실습도 이루어지고 있으며 종래의 직업적

응훈련에 참가해 1998년부터 정신장애자와 정신지체를 대상으로 고용예약 없이 최장 1년간 훈련을 하는 취업체험 지원사업이 개시되었다.

④ 정신지체, 정신장애자에 대한 새로운 지역사회 개척과 시설·의료기관으로 직접 나가서 취업의식의 계발, 고용정보 제공, 인권옹호문제를 포함한 관계기관의 연락조정 기회의 제공에 있어서는 보다 충실한 기능이 기대된다.

⑤ 관계기관의 연락조정 기회 등을 통해 파악된 장애자에 대한 취업지원과 생활지원 정보를 사업주에 제공한다.

⑥ 재직자에 직장 부적응이 발생한 경우 개별적 대응이나 계속고용이 곤란한 사람을 복지보건의관으로 알선하는 등에 관한 조정은 공공직업안정소만으로는 한계가 있으므로 관련지원기관의 역할이 기대된다.

<표 10-15> 공공직업안정소를 통한 장애인 구직현황

	신규 구직신청건수			취직건수		
	전 체	제1종	제2종	전 체	제1종	제2종
1975	44,064	34,499	9,565	21,891	15,056	6,835
1995	58,844	48,753	10,091	27,168	20,324	6,844
1997	77,025	58,341	18,684	28,325	19,404	8,921

나) 지역장애자 직업센터

① 도도부현(道都府縣)을 단위(홋카이도(北海道), 토오쿄오또(東京都), 아이치켄(愛知縣), 오오사카후(大阪府), 후쿠오카켄(福岡縣)은 각 1개소씩 지소 설치)로 설치된 직업 리해빌리테이션의 중핵기관이다. 장애자가 사업소에서 안정된 취업이 가능하도록 적절한 지원체제를 만드는 기능이 기대된다.

② 직업 리해빌리테이션 업무의 전문가로 장애자 직업카운슬러를 배치하고 직업평가에 따라 직업 리해빌리테이션 계획을 책정함과 아울러 취직을 위해 직업준비성을 높이기 위한 훈련, 취직후 직장적응지도, 사업주 지원 등을 실시하고 있다.

③ 직업 준비성을 높이기 위한 훈련으로 센터내에서 이루어지는 직업강습과 직업준비훈련외에 직업 리해빌리테이션 계획에 맞추어 생활지원 파트

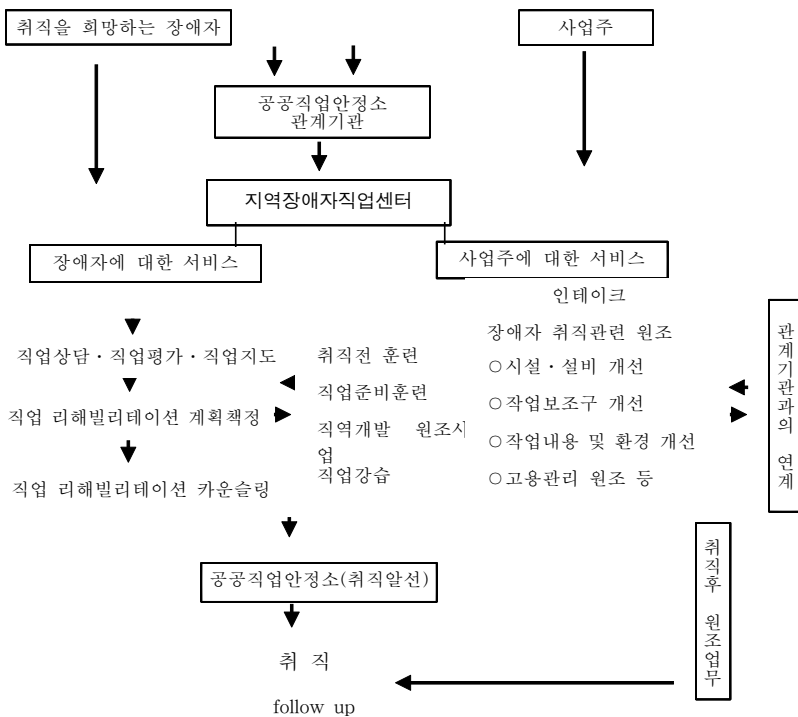
너를 장애자와 함께 사업소에 파견하는 지역개발 원조사업이 있다. 특히 지역개발 원조사업은 정신지체, 정신장애자를 취직으로 연결하는 효과가 높아 앞으로 직업 리해빌리테이션의 한 축으로 기대되고 있다.

④ 도도부현 전역을 커버하는 사업의 확충과 곤란사례에 대한 대응, 복지보건기관·시설 등에 대해 지도, 지원기능 등의 충실이 기대된다.

⑤ 사업주에 대한 지원은 채용시의 지원에 그치지 않고 경제정세나 기술혁신에 따른 직장환경의 변화, 시간경과에 따른 직장내 인적체제, 가족환경 변화 등에 대응해 장애자의 능력이 최대한 발휘될 수 있도록 시책의 제시가 기대된다.

⑥ 취직후 빈번한 지원이 필요한 사람에 대한 대응, 직장 이외의 생활면의 상담지원, 여가활동 지원, 고용계속이 곤란한 장애자의 복지보건시설로의 조정 등에 대해서는 지역장애자 직업센터만의 대응만으로는 한계가 있으므로 관계기관의 역할이 기대된다.

[그림 10-2] 지역장애자 직업센터 업무의 흐름



다) 장애인 고용지원센터

① 원칙적으로 인구 규모가 30만 이상의 구역에 설치한다. 시설내에서의 훈련과 직장실습을 통해 취업을 지원하고 취직후 직장적응을 지원하는 것으로 장애인 직장생활의 안정에 기여함이 기대된다.

② 지역장애인 직업센터가 책정하는 직업 리해빌리테이션 계획에 근거해 시설내 훈련을 통한 직업준비성 향상, 장애특성과 성격 파악, 신뢰관계 형성을 도모함과 동시에 직장실습을 통해 현실의 작업현장에서의 환경정비와 개별 장애인에 적합한 구체적인 작업내용 개척을 통해 취직에 연결시키고 있다.

③ 1998년에 창설된 알선형 장애인 고용지원센터는 수산시설 등 복지시설과 장애인 능력개발시설을 활용해 시설내 훈련을 실시하는 것으로 지역에 있는 기존의 사회자원을 활용해 지원체제를 구축해 나가는 것이다.

④ 한편 권리옹호와 재산관리문제를 포함한 생활지원은 장애인 고용지원센터만의 대응으로 한계가 있으므로 생활지원기관과의 연계가 기대된다.

라) 직업훈련학교, 능력개발 훈련시설

① 장애 종류와 정도에 따라 직업능력개발을 위한 훈련을 행하는 곳으로 취직을 지원하는 기능이 기대된다.

② 신체장애자를 대상으로 하는 코스가 주축이며 정신지체를 대상으로 한 훈련코스가 있는 직업훈련학교와 능력개발시설이 있는 곳은 10개 시도 부현, 정신장애자를 대상으로 한 훈련시설은 전국에 1개소 뿐이다.

③ 정신지체와 정신장애자를 대상으로 한 기능의 충실과 통근 등 이동면이 곤란한 중증장애자는 재택근무를 염두에 둔 훈련을 실시할 수 있는 체제정비가 기대된다.

④ 직업면에서의 지도와 병행해 생활면의 지도와 취직후 직장생활지원에 대해 통근기숙사와 그룹홈의 활용을 포함한 지원기관의 역할이 기대된다.

마) 근로자 복지시설

① 근로자를 위한 교양, 문화, 여가기회를 제공하는 시설이며 고용촉진사업단이 설치, 운영하나 시·정·촌 등이 설치한 시설로 유사한 기능을 가진 것도 있다.

② 다른 전문기관의 지원도 받으며 장애자의 여가활동의 체제정비와 직장에서의 문제 등에 관한 상담기능을 갖추는 것이 기대된다.

2) 보건복지기관·시설

가) 정신지체장애자 갱생상담소, 복지사무소

① 정신지체장애자 갱생상담소는 도도부현을 단위로 설치된 전문기관으로 정신지체장애자 관련상담과 18세 이상의 정신지체장애자의 의학적, 심리학적, 직능적 판정·지도를 행하며 정신지체장애자의 복지와 관련한 맨파워에 대한 기술지도, 복지시설 등과의 정보교환을 한다. 18세 미만의 정신지체장애아에 관련한 상담·판정은 도도부현이 설치한 아동상담소에서 행한다.

② 정신지체장애자 갱생상담소는 정신지체장애자의 전문기관으로 노동관계기관·시설은 물론 정신지체장애자와 관련한 폭넓은 지원기관에 전문적인 지도원조가 기대된다.

③ 복지사무소는 도도부현 및 시·정·촌에 설치되어 있는 복지의 최종 전달기관으로 수산시설 등의 입소조치에 관련한 사무를 관장한다.

④ 가족과의 연락조정과 복지시설로의 전환시 상황에 적절한 지원이 이루어지도록 하는 역할이 기대된다.

나) 통근기숙사

다) 수산시설 등의 훈련부문을 갖춘 복지시설

라) 정신보건센터, 보건소

마) 의료기관

3) 교육시설

특수학교, 사회교육기관

4) 관계단체 등

시·정·촌 등 공공기관, 당사자단체, 사업주단체, 노동자단체, 불런티어, 민간조직

다. 일하는 장애자를 위한 지원네트워크 형성과 기반정비

1) 개별 일상대응형의 종합적 지원(1차 종합대응)

① 종합적 지원네트워크의 필요성

장기적인 시점에서 장애자의 라이프 스테이지에 적절한 지원을 효과적으로 제공하기 위해 노동, 복지, 보건, 교육 등 제기관의 명확한 역할분담하에서 개별적이고 일상적인 대응형식의 종합적 지원네트워크가 필요하다.

② 종합적 지원네트워크의 조정기능

③ 일하는 장애자의 취업·생활지원 거점의 필요성

2) 광역수준에서의 전문적인 지원

① 전문적 지원기관의 필요성

② 전문적 지원기관의 기능

③ 전국수준의 네트워크에 의한 백업

3) 체제정비를 위한 프로세스

① 새로운 기관, 시설을 만들기보다 현재 있는 사회자원을 유용하게 활용하고 그 기능을 충실히 함과 동시에 새로운 기능을 부가해 가는 발상이 필요하다.

② 이러한 지원체제 구축을 위해 단기적 과제와 중장기적 과제를 명확히 하고 계획적인 정비를 해나가는 한편 지원체제 정비가 늦은 지역에서는 전문지원기관이 보완하는 것으로 현실적 대응에도 배려가 필요하다.

라. 장애자 직업상담원제도

1) 취 지

장애자 고용안정을 위해서는 고용촉진뿐만 아니라 고용관계가 시작된 후에도 장애자가 직장에 적합 여부와 그가 가진 능력을 최대한으로 발휘할 수 있도록 장애자의 특성을 충분히 배려한 고용관리가 이루어져 장애자의 직업생활을 충실하게 하는 것이 불가결하다.

이러한 관점에서 사업주는 「장애자 고용촉진 등에 관한 법률」에 의해 장

장애자를 5인 이상 고용하는 사업소에는 ‘장애자 직업생활상담원’을 두고 장애자에 적합한 직업선정과 능력개발 향상, 직장에서의 인간관계 등 장애자의 직업생활 전반에 걸쳐 상담과 조언 등을 하게 되어 있다.

2) 자격

- 도도부현(장애자고용촉진협회, 고용개발협회 포함)에서 개최하는 ‘장애자 직업생활상담원 자격인정강습’을 수료해야 한다.
- 직업능력개발학교의 장기과정의 지도원 훈련(복지공업과 관련 한정)을 수료한 자 등
- 대학 또는 고등전문학교 졸업자 또는 직업능력개발학교의 장기과정(복지공업과 관련 제외) 또는 직업능력개발 단기대학교의 전문과정 수료자 등으로 1년 이상 장애자의 직업생활에 대한 상담 및 지도업무 경험을 가진 자
- 고등학교 졸업자로 2년 이상 장애자 직업생활에 관한 상담 및 지도업무 경험을 가진 자
- 기타 3년 이상 장애자 직업생활에 관한 상담 및 지도업무 경험을 가진 자

장애자 직업생활 상담원의 자격은 취직과 채용에 관련하는 자격이 아니다. 이 자격은 사업소에 있어서 인사나 총무에 관계하는 사람이 장애자 고용에 관련한 일을 하게 될 때 등에 사업주의 지시 등에 의해 인정강습을 수강하게 되는 것이다.

3) 직 무

장애자 직업생활상담원은 대개 다음과 같은 사항에 대해 장애자로부터 상담을 받거나 이를 지도한다.

- 장애자의 적합한 직업선정, 능력개발 향상 등 장애자가 종사하는 직무 내용
- 장애자의 장애에 따른 시설설비의 개선 등 작업환경의 정비
- 작업조건과 직장의 인간관계 등 장애자의 직장생활
- 장애자의 여가활동
- 기타 장애자의 직장적응력의 향상

4) 상담원과 공공직업안정소와의 연계

상담원은 공공직업안정소와 다음과 같은 사항에 대해 연락을 하고 적절한 지도, 조언을 구하며 장애자의 직장적응력 향상에 노력해야 한다.

- 장애자의 직장적응상황
- 작업환경 정비상황
- 상담원이 장애자로 받은 상담상황과 해결책

4. 장애인 취업·생활지원에 관한 노동성과 후생성의 연계사업

가. 개 요

2001년 1월 일본의 후생성과 노동성은 조직이 통합되어 후생노동성으로 개칭된다. 양 성의 통합으로 가장 기대되는 부분이 바로 장애인 대책이라고 할 수 있다. 1999년 예산부터 이미 양 성의 통합을 시야에 넣은 시책연계로 '장애인 취업·생활지원 거점 만들기 시행사업' 등 제사업이 시행되고 있다.

이는 일하는 장애자를 종합적으로 지원한다는 관점에서 생활면을 포함한 지역의 지원기관에 의한 고용지원 네트워크이며 노동관계기관외에도 복지 보건시설과 교육시설 등 지역의 지원기관이 그 수준에 걸맞는 역할을 할 때 가능하다.

나. 장애인 취업·거점 만들기 시행사업

1) 취 지

장애인 가운데 특히 정신지체와 정신장애자의 경우 일반적인 직업능력보다 한 직장에서 계속 일할 수 있도록 현장실습과 취직후 정착지원이 특히 필요하다. 여기에는 일상생활이 안정된 취업생활에 큰 영향을 준다는 점을 배려할 필요가 있다.

취업과 생활은 밀접하며 따라서 취업지원과 생활지원의 일체적 서비스 제공의 필요성이 인정된다.

노동성은 「장애자의 고용촉진 등에 관한 법률」의 개정에 따라 1998년부터 지역에 있는 시설을 훈련의 장으로 활용하는 「알선형 장애인 고용지원

센터」를 도입했다. 제도 도입시 후생성과 협의해 수산시설 등의 복지시설도 활용할 수 있는 형태로 하였다.

장애자 고용지원센터의 지도를 받으면 취업지원 담당직원 등이 필요한 비용조성(보조율 3/4으로 상한 500만엔)이 가능하게 되는데 이러한 ‘취업지원’ 기능을 부가하는 것이 복지시설인 경우 복지시설이 가진 ‘생활지원’ 기능을 합친 종합적인 서비스 제공의 가능성이 생겨나게 되는 것이다.

이를 더욱 발전시킨 것이 노동성과 후생성의 연계사업으로 ‘장애자 취업·생활지원의 거점 만들기 시행사업’이다.

2) 사업의 개요

이 사업의 성격은 지역에서 취업지원과 생활지원서비스를 통합적으로 제공하는 거점을 정비하기 위한 모델사업이며 취업지원은 노동성이, 생활지원은 후생성이 각각 예산 조치를 하고 있다. 취업지원은 장애자 고용지원센터 사업을 활용하고 생활지원도 정신지체장애자 생활지원사업을 활용한다.

3) 사업추진체제

시행사업은 지정을 받은 법인마다 운영협의회를 설치하고 거점이 되는 시설외에도 공공직업안정소, 지역장애자 직업센터, 보건소, 특수학교, 지역의 복지시설 직원, 연구자, 사업주 대표 등의 참가가 전제된다. 운영협의회는 각 지역에서 취업·생활지원 거점기능이 효과적으로 발휘되도록 관계기관 상호의 네트워크 형성을 검토한다.

한편 정부 수준에서도 후생성과 노동성이 문부성의 협조를 받아 사업전체의 기획을 행하는 검토위원회를 설치하고 종합적인 지원방법 등을 검토해 나간다.

4) 사회복지시설 등과 기업의 파트너십 형성 촉진사업

복지시설의 취업지원 기능을 강화하기 위해서는 기업의 욕구를 복지시설이 잘 이해할 필요가 있다. 그렇게 하기 위해서는 사업소에 그룹별로 나가서 현장실습을 하는 것이 유효하다. 또 재직자에 대한 지원 가운데 기업에서 대응을 하지 못해 시설의 대응이 기대되는 것이 무엇인지도 기업과의 일상적 교류 속에서 파악하는 것이 중요하다.

이러한 의미에서 복지시설과 기업과의 파트너십 형성이 요구되므로 노동성에서는 1999년 예산부터 일본장애자고용촉진협회를 실시주체로 10개 도도부현(道都府縣)에 복지시설단체와 사업주단체의 협조하에 연수회 개최 등을 통한 의견교환 실시를 반영하고 있다.

5) 구체적 예산반영

후생성 : 2,116만 4천엔

노동성 : 2,744만 6천엔

제 5 절 일본의 장애인 리해빌리테이션의 과제와 시사점

1. 일본의 장애인 리해빌리테이션의 과제와 전망

가. manpower 문제

리해빌리테이션 전문의, 물리치료사, 작업치료사 양성문제에 공통되는 것은 앞으로 고령사회에 있어 현재의 양성시스템으로는 공급이 수요를 따라갈 수 없는 전문자원의 수적 부족이다. 1988년 후생성 의료관계자심의회 물리치료사, 작업치료사부회에서는 1999년에 대개 물리치료사 23,800명과 작업치료사 18,500명으로 그 필요인원을 예측했지만 실제 물리치료사의 경우 18,500명, 작업치료사는 12,000명 선이다.

또 1987년부터 새로 자격화된 사회복지사·개호복지사는 리해빌리테이션에 있어 필요불가결한 존재임에도 지금까지 별로 그 중요성이 검토되지 않았다.

따라서 앞으로 이들 직종간의 팀워크 속에서 각자의 역할을 명확히 할 필요가 있다.

나. 리해빌리테이션 관련 행정제도의 문제

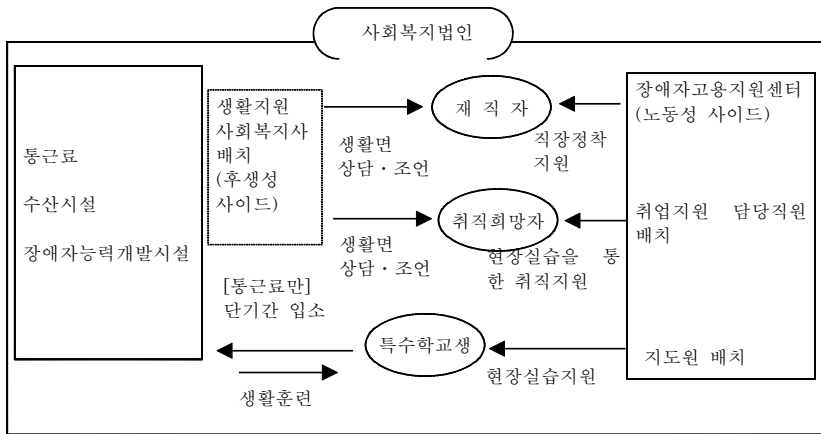
리해빌리테이션에는 주지하는 대로 의학적 리해빌리테이션과 교육적 리

해빌리테이션, 직업적 리해빌리테이션, 사회적 리해빌리테이션이 있으며 이를 통합한 접근의 중요성은 전술한 대로이다. 그러나 통합을 가장 저해하는 요인이 4개 분야가 행정적으로 별도의 성청에서 이루어진다는 것이다.

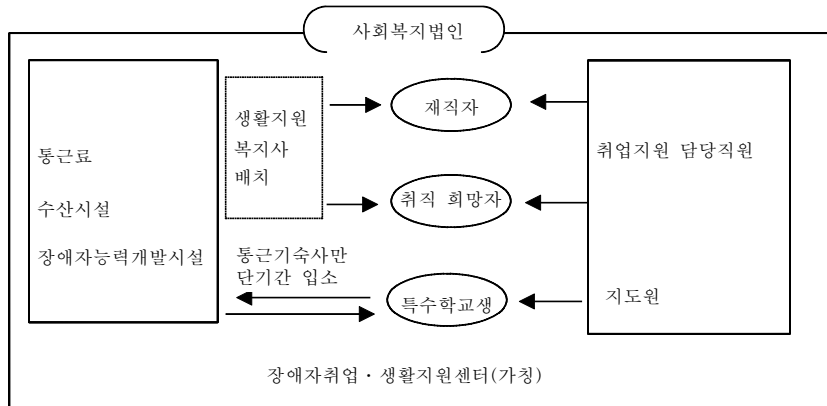
의학적 리해빌리테이션은 후생성, 교육적 리해빌리테이션은 문부성, 직업적 리해빌리테이션은 노동성, 사회적 리해빌리테이션은 분야에 따라 후생성, 건설성, 운수성 등이 담당하고 있다.

[그림 10-3] 알선형 장애자 고용지원센터

[1999년, 2000년도] 시행사업(10개소 예정)



[2001년도] 장애자·생활지원센터(가칭)로 본격실시



이는 제도를 복잡하게 하고 특히 장애자의 생활전반에 걸쳐 생기는 욕구에 대해 나가는데 많은 문제점을 발생시킨다. 장애자 플랜 등으로 이 문제에 대한 의욕적 접근을 하고 있지만 이는 행정개혁을 포함한 발본적 개혁이 필요해 조직이 큰 정부수준에서는 어려움도 예상되므로 시·정·촌 수준과 같은 지방자치단체 수준에서 기구와 제도개혁이 급선무이다.

다. 중증장애자 문제

리해빌리테이션의 목적은 ‘사는 보람’과 ‘살만할 가치가 있는 인생’을 핵심으로 하는 삶의 질 향상이다. 따라서 장애자 자신에 대한 ‘전인간적 복권’이 이루어져야 하며 그 이상으로 중요한 목적은 사회에 대한 ‘장애를 가지고 살아가는 가치(관) 있는 사회’를 창출하는 것으로 중증장애자의 리해빌리테이션의 문제는 해결될 수 있을 것이다.

2. 시사점

가. CBR의 도입과 확대

일본의 최근 장애자 리해빌리테이션의 골자는 종래 전문시설 중심의 서비스에서 지역주민과 함께하는 CBR로의 전환이다. 이는 장애자의 삶의 질을 높이는 차원에서도 필요할 뿐만 아니라 제한된 사회자원의 개발과 활용이란 측면에서 유효하다.

현재 우리나라는 리해빌리테이션 사업 가운데 순회재활형(Outreach, Home Based)의 일부가 겨우 도입되어 보건소의 방문보건사업, 복지관, 재가복지봉사센터의 가정봉사원 파견사업 등이 행해지고 있지만 이는 양적으로도 턱없이 부족할 뿐만 아니라 고용 등과 연계된 사업이 아니어서 장애자의 전체 생활을 종합적으로 지원하기에는 무리가 있다.

일본 장애자 복지를 특징지었던 ‘시설입소주의’(후생성), ‘일하는 장애자 만들기’(노동성) 등 두 가지 큰 조류는 1970년대부터 시작된 ‘지역복지 추진’이란 새로운 축으로 그 중심이 옮겨가 현재 장애자 복지행정의 중심이 되고 있다.

일본이 과거 중적인 시달형 서비스에서 지역 중시의 횡적 네트워크를 중심으로 한 서비스로 방향을 전환한 것은 결국 생활인으로서의 장애자 지원이 아니라면 의미가 없다는 것을 반증하는 것이다.

나. 정부 관계기관의 협력 : 거시적 관점

일본의 장애자 플랜은 정부 전체의 성청의 구분없는 협력체제의 대표적 제도이다. 이는 CBR에서도 그 필요성이 제기되었듯이 장애자 한 개인의 '생활'을 지원하기 위해서는 고용뿐만 아니라 보건, 복지, 교육, 교통, 문화 등 종합적 지원이라는 발상의 전환이 필요하다.

다. 지역네트워크 구축 : 미시적 관점

거시적 관점의 전체 국가적 협력체제 정비는 지역수준에서 노동과 보건과 복지, 교육, 문화의 연계와 알선으로 표출된다. 현재 일본에서는 이 부분을 대단히 중시하고 있으며 국가차원의 장애자 플랜의 골자이기도 하다. 우리의 경우 전체 정부차원의 청사진이 현재 제시되어 있지 않은 상황에서 광역수준의 계획보다는 오히려 최말단 지역수준의 모델사업으로 지역네트워크 구축을 위한 사업이 가능하다고 생각된다.

이 경우 누가 주도권을 쥐고 사업을 전개하느냐가 문제가 되는데 산재장애자든 일반 장애자든 고용을 중심으로 복지적 제문제(심리, 가족문제, 정신건강 등)와 교육문제(사회교육 등), 문화(여가활동, 스포츠)를 보완하는 것이 현실적으로 타당하다고 보며 또 실제로 각종 조사에서 장애자의 경제활동 욕구가 대단히 높은 것으로 나타나고 있다.

따라서 노동성 사이트의 산재(또는 중도)장애자 지원거점시설(중간시설과 직업능력개발 시설)을 두고 지역에 산재한 복지기관·시설의 서비스와 보건소, 의료기관의 서비스, 사회교육기관과의 연계를 한다면 적은 비용으로 통합적 서비스를 제공할 수 있다고 본다.

그런데 서비스를 윈스톱과 같이 효과적으로 지원하기 위해서는 케이스 매니지먼트의 필요성이(이 부분에 대해서 일본은 개호보험의 실시로 제도화되었음) 제기된다.

라. 정신지체, 정신장애자를 배제하지 않는 정책과 실천

노동성 사이트의 제시책은 그동안 정신지체, 정신장애자를 고려하지 않는 것이 대부분이었지만 1988년 장애인 의무고용에 정신지체장애자가 포함됨에 따라 점차 노동행정의 중심으로 이동해 최근은 특히 이 부분에 중점을 두고 있다.

마. 산재장애자와 일반 장애자의 비구분

일본 재활정책과 실천의 특징은 서비스를 제공하는데 있어서 특별히 산재장애자와 일반 장애자를 구별하지 않는다는 것이다. 실제 노동성이 설치한 많은 장애인 리해빌리테이션 기관은 일반 장애자도 함께 이용하고 있으며, 지역에는 그 설치 주체가 노동성이든, 후생성이든, 혹은 지방자치단체이든 산재장애자, 일반 장애자는 구별없이 서비스를 제공받고 있다.

참고문헌

- 강세윤(1995), 「재활요원 양성방안」, 아태장애인 10년 자료집, 아태장애인 10년 연구모임.
- 광주재활훈련원(2000), 「업무현황」.
- 국회인권포럼(1998), 「사회복지시설 수용자의 인권과 정책방향」, 제3회 정책심포지엄 자료집.
- 권선진 외(1998c), 『재활전문인력의 현황과 자격제도 도입방안』, 한국보건사회연구원.
- 권선진(1998a), 「장애범주 확대와 복지서비스 지원방안」, 『재활복지』, 장애인재활연구소.
- _____(1998b), 「장애인복지」, 『사회보장발전 목표설정과 정책과제』, 한국보건사회연구원.
- 권선진·김형수·전학석(1996), 『장애인구 대상별 특성과 정책과제』, 한국보건사회연구원.
- 권영희(1995), 「재활상담가 양성방안과 제도확립」, 제4회 재활심포지엄 자료집, 한국장애인재활협회.
- 근로복지공단(2000), 『산재근로자 재활사업의 발전방향 모색을 위한 국제 세미나 자료집』.
- _____(1997), 『독일산재보험법』(근로복지공단 연구자료 보완 97-라-11), (윤조덕·이은자 번역).
- _____(1996), 『통일전후 산재보험과 재활체계에 관한 한·독 세미나(결과 보고서)』, (연구자료 보완, 96-라-8).
- 김용득·유동철 편(1999), 『한국 장애인복지의 이해』, 한울.
- 김인·우영균·김용식·송석환·권순용(1995), 『재해성 요추추간판탈출증의 역학 및 임상적 연구』, 산업보건, 87(7).
- 김인영(1992), 「입원한 노인환자의 가족지지, 자아존중감, 무력감과 관계 연구」, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김인자(1994), 「만성요통환자의 대처유형과 건강통제위, 자기효능감과의 관

- 계], 서울대학교 석사학위논문.
- 김정범·이영식·이세중(1987), 「요통 및 하지방사통 환자들의 정신과적 고찰」, 대한군진의학학술지, 18(1).
- 김지용(1997), 「중량물취급 근로자의 요통발생에 대한 인체공학적 평가와 혈청내 Anti-type 1 Collagen Antibody의 역가변화」, 서울대학교 박사학위논문.
- 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.
- _____, 『산업재해분석』, 각년도.
- 노동부 산재보험과(2000), 「산재근로자 재활사업 5개년 계획(안)(2001~2005)」, (한국노동연구원 워크숍 자료).
- 박석돈(2000), 「장애인 재활의 이념 및 프로그램」(한국노동연구원, 세미나 발제문).
- 박수경(1997), 「산재장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 박옥희(2000), 『장애인복지의 이론과 실제』, 학문사.
- 박주태(1999), 「용접봉 생산공장 근로자의 요통발생 밀도 및 위험특성에 관한 코호트 연구」, 동국대학교 박사학위논문.
- 박춘자(1995), 「만성요통환자의 대처유형과 요통지식 및 자기효능감에 대한 연구」, 성인간호학회지, 7(1).
- 백남중·조수현(1994), 「만성요통으로 이행한 직업성 요통증례」, 대한산업 의학회지, 6(2).
- 보건복지부(2000), 「장애인복지사업 안내」.
- 보건복지부·교육부·노동부(1997), 『장애인 복지발전 5개년 계획: 1998~2002』.
- 산재의료관리원(1999), 『97~98 병원연보』.
- 산재의료관리원 경기요양병원(2000), 「산재환자를 위한 재활서비스체계 구축방안」(내부자료).
- 산재의료관리원 재활공학연구센터(2000), 「중장기 발전전략(장애인 신체재활사업: 재활공학연구 및 보장구관련 서비스)」(내부자료).
- 서동우 외(1999), 『장애범주 확대방안 및 장애분류 등급판정 기준에 관한 연구』, 한국장애인복지체육회.

- 안산재활훈련원(2000), 「업무현황」.
- 윤조덕(1996), 『사회통합을 위한 산업안전보건·산재보험 정책방향 - 우리나라와 독일의 비교를 통하여』, 한국사회정책 제3집, 한국사회정책학회.
- 윤조덕·박수경(1998a), 『산재장애인 삶의 질과 재활정책의 과제』, 한국사회정책, 5(2).
- 윤조덕·박수경·허준수·방하남(1998b), 『산재보험 재활 및 사후관리강화방안에 관한 연구(I)』, 한국노동연구원.
- 이복임(2000), 「산업재해로 인한 요통근로자의 치료기간에 영향을 미치는 특성」, 서울대학교 석사학위논문.
- 이은애(2000), 「산재보험의 재활사업현황 및 발전방안」(한국노동연구원 세미나 발제문).
- _____ (2000), 「근로복지공단의 산재장애인 재활사업 실무」(한국노동연구원 세미나 자료).
- 이은옥·임남영·김달숙·김순자·한윤복·김주희·김광주·박점희·이선옥·최순희(1987), 「요통환자의 통증행위에 대한 조사연구」, 간호학회지, 17(3).
- 이익섭(2000), 「산재보험 재활의 철학 - 미국 장애인 복지철학을 중심으로」(한국노동연구원 세미나 자료).
- 이현주(2000), 「산업재해로 인한 만성 요통근로자의 기능장애에 미치는 영향 요인」, 서울대학교 석사학위논문.
- 임병훈(1992), 「요통의 내과적 치료」, 대한의학협회지, 35(8).
- 임현술·정민근·김수근·이종민(1998). 『우리나라 직업성 요통의 발생규모 및 실태』 한국산업안전공단.
- 전병재(1974). 「Self-esteem: A test of its measurability」, 『연세논총』, 11.
- 조수현·한태륜·백남중(1996), 「요통환자의 심리적 특성과 동통행태에 대한 연구」, 대한재활의학회지, 20(2).
- 조준·박용구·윤도흠·김미영·이성태·안의환(1999), 『척추재해 인정, 합리적인 요양 관리방안 및 장애등급 판정 기준 마련을 위한 연구』, 건국대학교의료원.

한국노동조합총연맹(2000), 『산재보험 및 직업재활훈련 확충에 관한 연구』.

勞働福祉事業團 홈페이지

勞働省 홈페이지

勞働省勞災管理課 編著(1999), 『勞災保險制度詳解』, 勞務行政研究所.

北野誠一 등(1999), 『現代の障害者福祉』, 有斐閣.

石渡和實(1996), 「職業リハビリテーションサービスの新たなシステム構築に向けて-他分野との連携を中心に-」, 『リハビリテーション研究』, No. 85.

小島蓉子(1990), 「大都市の地域に根ざしたリハビリテーション」, 『リハビリテーション研究』, No. 64.

小田芳幸 등(1997), 「大都市における地域リハサービスの現象と課題」, 『リハビリテーション研究』, No. 91.

松田啓一(1996), 「横浜リハの目指す地域職業リハシステム-CBR觀點から-」, 『リハビリテーション研究』, No. 85.

手塚直樹(1995), 『障害者福祉論』, 光生館.

일본 후생성, 『후생백서』, 1998.

日本勞働機構 홈페이지

일본노동복지사업단 내부자료

일본장애자고용촉진협회 내부자료

日本障害者リハビリテーション協會 홈페이지

日本障害者雇用促進協會 홈페이지

總理府 홈페이지 등 다수의 web site

總理府障害者施策推進本部擔當室(1999), 『監修』, よくわかる障害者施策.

澤村誠志(1997), 「地域リハビリテーションはどこまでできたか-現状と將來と課題-」, 『リハビリテーション研究』, No. 91.

板山賢治(1996), 「障害者福祉施策の概要」, 『NHK講座』, 7월 12, 19, 26일 방송.

厚生省 홈페이지

厚生省, 『1999년도 厚生白書』.

- Begrave, F. Z.(1991), "Psychological Predictors of Adjustment to Disability in African Americans," *Journal of Rehabilitation*, Jan/Feb/Mar.
- Bloch, Frank S.(1992), *Disability Determination: The Administrative Process and the Role of Medical Personnel*, London: Greenwood Press.
- Bureau of Labour Statistics(1998), *1998~99 Occupational Outlook Handbook*.
- Busby, W.(1985), *Social Integration and Community Health*, Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
- Crip, R.(1990), "Return to Work after Spinal Cord Injury," *Journal of Rehabilitation*, Jan/Feb/Mar.
- Dejong, G., Branch, L. G., and P. J. Corcoran(1984), "Independent living Outcomes in Spinal cord Injury: Multiple Analyses", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 65.
- DeVivo, M. J., Rutt, R. D., Stover, S. L., and P. R. Fine(1987), "Employment after Spinal Cord Injury", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 68.
- Dworkin, S. F.(1991), *Illness Behavior and Dysfunction: Review of Concepts and Application to Chronic Pain*, Can. J. Physio. Pharmacol, 69.
- ESCAP, *Agenda for Action for the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons*, 1993~2002.
- Fairbank, J., Couper, J., & J. Davies, et al(1980), *The Oswestry Low Back Pain Questionnaire*. *Physiotherapy*, 66(2).
- Frederic K. Schroeder(1997), *Rehabilitation-Related Professions*.
- Frymoyer, J. W.(1991), *Predicting Disability from Low Back Pain*, Clin Orthop.
- Hahn, H.(1988), "The Politics of Physical Differences: Disability and Discrimination," *Journal of Social Issues*, Vol. 44, No. 1.
- Kennedy, C.(1989), "Community Integration and well-being: Toward

- the Goal of Community Care,” *Journal of Social Issues*, Vol. 45, No. 3.
- Kiernan, W. E. and M. McGauhey(1992), “A Support Mechanism for the Worker with a Disability,” *Journal of Rehabilitation*, April/May/June.
- Kotarba, J. A.(1980), “The Chronic Pain Experience: Management of the Impaired Self”, University of California San Diego, PhD Paper.
- Lazarus, R. A., & S. Folkman(1984), *Stress, Appraisal, & Coping*, Springer, New York.
- Lazarus, R. A., & R. Launier(1978), “Stress-Related Transaction between Person and Environment”, In Pervin, L.A. & Lewis, M.(eds), *Perspectives in Interactional Psychology*, New York, Plenum Press.
- Lee, P. W. H. et al.(1985), “Psychosocial Adjustment of Victims of Occupational Hand Injuries,” *Social Science and Medicine*, Vol. 20, No. 5.
- McCreary, C. P., D. E. Turner(1980), Emotional Disturbance & Chronic Low Back Pain, *J Clini Psycho*, 36.
- Moos, R. H.(1987), “Person-Environment Congruence in Work, School, and Health Care Settings,” *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 31.
- Robertson, S. E. and R. I. Brown(1991), *Rehabilitation Counselling*, N.Y.: Chapman & Hall.
- Rosenberg, M.(1979), *Society and the Adolescent Self-Image: Conceiving the Self*, New York : Basic Books, Inc.
- Rosenstiel, A. K., & F. J. Keefe(1983), *The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment*, *Pain*, 17.
- Rowland, G. H.(1994), *The Multidisciplinary Approach to Occupational Low Back Pain and Disability*, *J Am Acad Orthop*

Surg, 2.

- Schlock, R. L.(1990), "Attempts to Conceptualize and Measure Quality of Life," In Schalock, R. L. and M. J. Begab (eds.), *Quality of Life: Perspectives and Issues*, American Association on Mental Retardation.
- Segal, S. P. and U. Aviram(1978), "*The Mentally Ill in Community-Based Sheltered Care: A Study of Community Care and Social Integration*," New York, NY: Springer Publishing Company.
- Shamir, B.(1986), "Self-Esteem and the Psychological Impact of Unemployment," *Social Psychology Quarterly*, Vol. 49, No. 1.
- Shontz, F. C.(1978), "Psychological Adjustment to Physical Disability: Trends in Theories," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 59.
- Siska, K. F.(1995), *Social Integration in the Workplace: the Mentally Retarded in Work Settings*, Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
- Taylor, S., Biklen, J. D., and J. Knoll(eds.)(1987), *Community Integration for People with Severe Disabilities*, New York, NY: Teachers Colleges Press.
- Turk, D., & T. Rudy(1986), "Living with Chronic Illness: The Importance of Cognitive Appraisal", In Hugh S & Vallis J. M(eds). *Illness Behavior : A Multidisciplinary Approach*, New York, Plenum Press.
- Turner, J. B., Kessler, R. C., and J. S. House(1991), "Factors Facilitating Adjustment to Unemployment: Implication for Intervention," *American Journal of Community Psychology*, Vol. 19, No. 4.
- Whiteneck, G. C., Charlifue, S. W., Gerhart, K. A., and J. D. Overholser(1992), "Quantifying Handicap: A New Measure of Long-Term Rehabilitation Outcomes," *Archives of Physical*

Medicine and Rehabilitation, Vol. 73.

WHO(1997), *ICIDH-2: Beta-1 Draft for Field Trials June 1997*, A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning.

Willer, B., Ottenbacher, K. J., and M. L. Coad(1994), "The Community Integration Questionnaire: A Comparative Examination," *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 73.

Willer, B., Rosentbal, M., J. S. Kreutzer, Gordon, W. A., and R. Rempel(1993), "Assessment of Community Integration Following Rehabilitation for Traumatic Brain Injury," *Journal of Head Traumatic Rehabilitation*, Vol. 8, No. 2.

Wofensberger, W.(1972), *The Principle of Normalization in Human Services*, Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wofensberger, W.(1983), "Social Role Valorization," *Mental Retardation*, Vol. 21., No. 6.

Wood-Dauphinee, S. A. and A. Opzoomer(1988), "Assessment of Global Function: The Reintegration to Normal Living Index," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 69.

부 록

<부록 I> 독일 산재보험의 재활관련 법령 및 사회보험의 재활투자

<부록 II> 우리나라 일반 장애인 재활서비스 체계의 현황과 과제

<부록 I> 독일 산재보험의 재활관련 법령 및 사회보험의 재활투자

1. 독일 산재보험법(SGB VII)

제35조 직업재활보험급여의 범위

(1) 산재보험의 직업재활보험급여는 특히 다음과 같은 사항들을 포함한다.

1. 취업촉진을 위한 보험급여를 포함한 일자리의 유지 또는 획득을 위한 보험급여
2. 건강상해로 인하여 요구되는 기초훈련을 포함한 직업에 대한 준비
3. 직업적응, 양성훈련, 기초훈련 및 전직훈련(이와 같은 보험급여를 청구하기 위하여 필요한 학교 졸업을 포함)
4. 알맞은 학교교육에 대한 지원(이에 대한 준비를 포함한다) 또는 학교교육의무를 시작하기 전에 정신적인 능력과 육체적인 능력의 개발을 위한 지원
5. 장애인 전용 작업장의 채용과정 및 작업훈련분야 중에서의 고용촉진과 직업촉진

이와 같은 보험급여들은 또한 직무상의 승진을 위하여 이용될 수 있다.

(2) 제1항에 의한 직업재활급여의 선택절차에는 필요한 경우 구직 또는 취업적성훈련이 포함된다. 제4항과 제5항 및 제39조의 규정들도 상응하여 적용된다.

(3) 피보험자가 노력을 하여 습득하고자 하는 보다 높은 수준의 업무가 그의 능력을 볼 때 그리고 그의 적성, 취미 및 현재까지의 업무를 고려하여 적합하지 아니하면 전직훈련은 적절한 조처에 소요될 수 있는 비용의 액수까지 권유될 수 있다.

(4) 직업재활훈련은 그 건강상해의 종류 또는 중증 정도 때문에 또는 재

활의 성공보장을 위하여 필요한 경우 관계시설내에서 이루어질 수 있다. 이 경우 전제조건은 다음과 같다.

1. 교육기간, 교육계획 형성, 강의방식, 기초교육 및 시설책임자와 강사들의 직업경험에 비추어 성공적인 전직훈련이 기대될 때
 2. 시설이 적절한 수용조건을 구비하고 있고 그의 이용이 장애자에게 적합할 때
 3. 경제성과 절약성의 기본원칙이 고려되고, 특히 비용률이 적절할 때
- (5) 직업재활급여에서 피보험자에게 자기집 또는 부모의 집 밖에서의 식사가 요구되어지면 그에 필요한 숙소와 식사가 제공되어야 한다.
- (6) 법에 의해 구금되어 있는 동안에 법집행절차에 대립되지 아니하면 직업재활보험급여가 이루어진다.

제36조 사업주에 대한 보험급여

직업재활보험급여는, 사업주가 특히 다음과 같은 경우를 위하여 필요하다면, 사업주에게 보조금으로서 지급되는 보험급여도 포함된다.

1. 피재피보험자의 지속적인 직장복귀를 위한 조치
 2. 피재피보험자의 직장적응여부 판단을 위한 한시적 적응취업
 3. 사업장내에서 피재피보험자의 기초직업훈련 또는 전직훈련
- 이들 사업주에게 지급되는 보조금들은 사업주의 법적 분담금들과 조건들에 의하여 결정되어질 수 있다.

제37조 장애인을 위한 작업장에서의 보험급여

(1) 장애인을 위한 작업장에서의 산재보험 직업재활보험급여는 다음과 같은 상황에서 필요하다면 지급된다.

1. 당해 작업장에 취업하는 것이 피보험자의 적성에 적절한지 여부를 결정하기 위한 채용과정에서
2. 피보험자에게 능력을 갖추게 하기 위하여 피보험자의 능력 또는 소득활동 능력을 개발하고, 고양시키고 또는 회복시키기 위한 직업훈련분야에서, 그리고 피보험자가 이와 같은 직업훈련을 거친 후 중도장애자법 제54조 제3항에서 의미하는 경제적으로 평가받

을 만한 노동능력, 기능을 최소한 하나 습득할 수 있다고 기대되는 경우

제38조 산재보험 직업재활보험급여의 기간

- (1) 직업재활보험급여는 노력하고 있는 직업목표에 도달하기 위하여 법령에 정해진 기간 또는 일반적으로 소요되는 기간 동안 지급되어야 한다. 전직훈련과 향상훈련을 위한 보험급여는 일반적으로 피보험자가 단지 보다 긴 교육훈련을 받아야만 직업에 복귀할 수 있는 경우를 제외하고는 전일제 수업의 형태로 2년 이상을 초과하지 아니하여야만 지급된다.
- (2) 장애자를 위한 작업장내에서의 보험급여들은 합계 2년까지 지급되어진다.

독일 산재보험에서는 이와 같은 직업재활대책 시행기간 동안 취업활동을 할 수 없는 경우에 전환급여(Übergangsgeld)를 지급하여 직업재활훈련중인 산재근로자와 그 가족의 생활을 보장하도록 하고 있으며, 그 내용은 다음과 같다(독일 산재보험법 제49~52조).

제49조 전환급여의 전제조건

피보험자가 산재보험 적용사례 발생으로 인하여 제35조 제1항에 의한 직업재활급여, 대책들을 받고 그리고 이로 인하여 전일제 취업활동을 할 수 없는 경우에 전환급여(Übergangsgeld)가 지급된다.

제50조 전환급여의 개시와 종료

- (1) 전환급여는 직업재활급여, 대책기간 동안 지급된다.
- (2) 전환급여는 다음과 같은 기간 동안에 6주까지 계속하여 지급된다.
 - 1. 피보험자가 타의 이유로 더 이상 직업재활급여를 청구할 수 없을 때, 그러나 아무리 길어도 이 직업재활급여의 종료일까지 또는
 - 2. 피보험자가 어느 한 분야의 직업재활을 종료한 후 실업상태인 때, 다만 그가 고용사무소에 실업신고를 하고 그리고 구직노력을 하고 있으면, 그리고 피보험자가 산재보험의 휴업급여 또는 의료보험의 휴업급여에 대한 청구권을 가지고 있지 아니할 때

제51조 전환급여의 액수

(1) 전환급여의 액수는 다음과 같다

1. 다음과 같은 피보험자에게는 제2항과 제3항에 의하여 산정된 금액의 80%가 지급된다.
 - a) 최소한 1명의 자녀(제65조 제2항 제3호 a))를 가진 피보험자
 - b) 개호가 필요한 피보험자로서 다만 그의 배우자가 동일가정내에서 생활하면서 피보험자를 간호하고 그로 인하여 취업활동을 할 수가 없을 때
 - c) 피보험자와 동일가정내에서 생활하고 있는 그의 배우자가 개호가 필요할 때
2. 이외의 일반적인 피보험자에게 전환급여는 제2항과 제3항에 의하여 산정된 금액의 70%가 지급된다.

(2) 직업재활의 개시 이전 3년간 노동임금 또는 노동소득이 있었던 피보험자에게는 법 제47조 제1항과 제5항이 상응하여 적용된다. 피보험자가 산재보험 적용사례로 인하여 노동임금 또는 노동소득이 없었던 기간은 고려되지 않는다.

(3) 다음과 같은 피보험자들에게

1. 직업재활급여 개시전 노동임금 또는 노동소득이 있었던 마지막 날이 3년 이상 경과된 피보험자들에게
2. 직업재활급여 개시전에 노동임금 또는 노동소득이 없었던 피보험자들에게 또는
3. 휴업급여에 관한 규정들에 의하여 산정된 금액에 근거하는 것이 부당하다는 피보험자들에게

전환급여는 단체협약에서 정한 1년간 노동임금의 65%를 산정하거나 또는 단체협약규정이 없는 경우에는 피보험자의 거주지 또는 일상적인 체재보험자가 그의 직업능력과 그의 연령에 따라 고려되어질 수 있는 취업에 있어서 전환급여 개시 직전월(직전역월)의 노동임금이 표준이 된다. 1일(역일)에 대하여 이 금액의 360분의 1이 적용된다.

(4) 어느 한 보험급여가 종료된 후 실업인 피보험자에게 지급되는 전환급여는

1. 제1항 제1호의 전제조건하에서는 제2항과 제3항에 의하여 산정된

금액의 67%이고

2. 그 외에는 60%이다.

(5) 그 밖의 경우에는 휴업급여에 관한 규정이 상응하여 적용된다.

제52조 휴업급여와 전환급여에 산정되는 소득

휴업급여와 전환급여에 그와 동시에 취득했던 소득이 산정된다.

1. 노동임금 또는 노동소득은 근로자들에 있어서는 법에서 정한 공제액 만큼 그리고 기타의 피보험자들에 있어서는 20%를 감한다. 이는 일회적으로 지급된 노동임금에는 적용하지 아니한다. 휴업급여 또는 전환급여의 명목으로 고용주로부터 지급된 보조금은, 이들이 휴업급여 또는 전환급여와 합하여도 순노동임금(세금공제후 임금)을 초과하지 않는다면, 노동임금으로 적용되지 아니한다.
2. 단절된 기간으로 인하여 중단된 모성보호, 부가급여, 생계보조비 내지는 노동촉진법에 의한 보험급여들의 청구

2. 독일의 장애인 직업재활기관(예)

예로써 쾰른(Köln)시 장애인 전직훈련원(Berufsförderungswerk Michaelshoven/Köln)에서는 판매·회계부문의 5개 훈련직종, 기계기구 및 정밀공업 부문의 5개 훈련직종 및 전기·전자부문의 6개 훈련직종 등 모두 16개의 훈련직종이 제공되고 있으며 수용능력은 718명이고, 쾰른시 이외에 거주지를 두고 있는 훈련생을 위한 기숙사에는 498명을 수용할 수 있다(부표 I-1 참조). 24개월간의 훈련기간중 중도에 탈락하는 훈련생을 방지하기 위하여 전직훈련을 시작하기 전에 훈련생에게 해당 직종이 적성에 맞는 지 여부를 판단하기 위한 훈련과정을 운용하고 있는데 이 과정은 신체장애자에게는 3개월이고, 120명은 미리 적응훈련을 받을 수 있다. 특수한 경우 정신적 장애자의 직업적성 여부를 판단하기 위한 준비훈련과정은 6주간이며 8명이 적응훈련을 받을 수 있고, 3개월 과정의 전직준비훈련과정에서는 15명이 정규과정 이전에 적응훈련을 받을 수 있다(BMA, 1933, 39쪽). 지난 25년 동안 이 곳에서 전직훈련을 수료한 장애인은 약 6,000여명이었으며, 이들의 1992~94년간의 취업률은 약 80%이다(BFWMK, 1995a). 예로

<부표 1-1> 독일 성인장애자 직업재활시설별 훈련직종수 및 수용가능인원

(1995년 말 기준)

	훈련 직종수 (개)	훈련 가능인원 (명)	기숙사 수용가능 인원(명)
1. 베를린시 소재 직업재활원			
2. 함부르크시 소재 직업재활원	8	495	186
3. 부크홀츠베르크시 소재 직업재활원	17	1,425	1,100
4. 바트 피르콘트시 소재 직업재활원	18	308	300
5. 고스라시 소재 직업재활원	15	500	400
6. 오버하우젠시 소재 직업재활원	25	530	490
7. 도르트문트시 소재 직업재활원	23	950	600
8. 도르트문트시 소재 직업재활원	20	950	550
8. 함부르크시 소재 직업재활원	12	600	482
9. 미하엘호펜/퀸른시 소재 직업재활원	16	718	498
10. 발렌더시 소재 직업재활원	12	508	508
11. 바트비벨/프랑크푸르트시 소재 직업재활원	14	816	700
12. 마인츠시 소재 직업재활원	3	110	110
13. 비어켄펠트시 소재 직업재활원	20	600	600
14. 하이델베르크시 소재 직업재활원	39	1,860	1,700
15. 쾰른시 소재 직업재활원	14	560	645
16. 키르쉬제온/뮌헨시 소재 직업재활원	17	700	600
17. 뉘른베르크시 소재 직업재활원	14	630	450
18. 베를린 트렘도브시 소재 직업재활원	2	100	50
19. 뮐렌벡시 소재 직업재활원 *	9	400	216
20. 스트랄스운트시 소재 직업재활원	7	400	350
20. 스트랄스운트시 소재 직업재활원	17	300	288
21. 스트라스푸르트시 소재 직업재활원	7	416	420
22. 제링시 소재 직업재활원	5	220	150
23. 라이프치히시 소재 직업재활원	7	270	160
24. 라테보일/드레스덴시 소재 직업재활원			
전 체		13,966	11,337

자료: BMA, *Einrichtungen zur Beruflichen Eingliederung Erwachsener Behinderter Berufsförderungswerke*, Januar 1993.

써 이 곳 훈련기관의 판매·회계부문의 5개 직업훈련직종 중의 하나인 영업·판매·회계부문의 ‘일반사무직’이 되기 위한 전직훈련은 30명의 훈련생

으로 구성되며 교육기간은 18개월이고, 이 기간동안 배우는 교과내용은 ‘기업경제·경영학’, ‘국민경제학’, ‘회계학’, ‘영업·판매·회계기장’, ‘사무조직일반’, ‘영어’, ‘사기업경영’ 및 ‘컴퓨터’이다. 컴퓨터는 전직훈련을 위한 필수 도구로 이용되며 Telex, Telefax, BTX 등 현대적 통신수단의 이용법도 익히게 된다. 교육과정을 수료하면 상공회의소에서 주관하는 자격시험에 응시하여 자격증을 취득하며, 상업부문, 수공업부문, 제조업부문, 공공부문, 은행, 보험업 등의 분야에 취업이 가능하다(BFWMK, 1995b).

산재장애자들이 전직훈련기관에서 훈련받는 경우 산재보험조합(BG)에서 훈련비용, 생활비 등 모든 소요경비를 부담하며, 산재보험조합과 해당지역의 고용담당관청(Arbeitsamt)이 상호간에 당해 피재자의 직업적성, 직업전망 등을 상의한 후 당사자의 승낙을 거쳐 전직훈련기관에 입소시키게 된다.

<부표 1-2> 미하엘호펜/퀵른시 소재 성인장애자 직업재활원의 훈련직종 및 훈련기간

	훈련기간 (월)	자격증 취득 시험기관
I. 영업·판매·회계분야		
1. 일반사무직 사원	18	상공회의소
2. 영업·판매 사무직	24	상공회의소
3. 영업·판매 외근직	24	상공회의소
4. 화물·택배 영업직	24	상공회의소
5. 통신·사무기기 영업·판매직	24	상공회의소
II. 정밀공업 및 기계·기구제조업 분야		
6. 정밀기계·기구 조립·조작·운전	24	상공회의소
7. 공작기계 조작·운전(철판의 물리적 가공·변형)	24	상공회의소
8. 기계제도, 부품설계, 기계·기구 조작·운전	24	상공회의소
9. 공장건축제도	24	상공회의소
10. 치과병원의 기능공·기능사	24	수공업자연맹
III. 전기·전자공업분야		
11. 통신·사무기기 기술	24	수공업자연맹
12. 가전용품 조립	24	상공회의소
13. 전기기기 운전·보수·정비	24	상공회의소
14. 전기·전자업분야 생산기술	24	상공회의소
15. 라디오, TV 등 통신기기 운전·보수·정비	24	상공회의소
16. 정보수집·집적·가공·전달기술	24	상공회의소

주소: Suerther str. 171, 50999 Köln
 전화: 02 21/35 97-0
 팩스: 02 21/35 97-2 80
 운영기관: Diakoniewerk Coenaculum 사단법인
 원장: Ing. Hans-peter Riedel
 주임교사: 전자기술직: Ing. Horst Boedermann
 정밀기계기술직: Ing. Wolfgang Guillaume
 사회복지직: Ufrsuls Greiser
 행정위원장: Peter Quodden
 직업전환훈련석: 718명
 기숙사 수용인원: 498명

<훈련생의 입교대상자>

만 18세 이상인 자로서 다양한 장애유형: 중증장애에 개호가 필요할 경우에는 전문 부서의 해명이 요구됨.

<직업발견과 직무실험, 준비대책>

직업발견과 직무실험: 60명석과 훈련기간은 11~14일까지
 직업발견: 정신질환을 예전에 가졌던 특별한 자: 10명석과 훈련기간은 6주(1년 4회)

<준비대책>

재활준비과정: 30명석과 훈련기간은 3개월
 파트타임을 위한 사전훈련-직업훈련 이전에 이를 동반하는 훈련: 30명석과 훈련기간은 6개월(1년 2회)
 장기간 실업자의 재활-편입을 위한 훈련-촉진: 20명석과 훈련기간은 3개월(1년 2회)
 정신질환을 가졌던 자의 재활-준비훈련과정: 15명석과 훈련기간은 3개월(1년 2회)

독일 산재보험에서는 산재근로자의 고용촉진을 위하여 전직훈련, 장애인 전용공장 취업, 승용차에의 특수시설·장치 장착 등의 여러 가지 대책을 취하며, 이에 소용되는 모든 비용을 부담하고 있다. 1990년의 경우 산재장애인 고용촉진을 위하여 총 19,199건의 대책이 시행되었다. 예를 들면, 산재장애인이 다른 직종으로의 전직훈련을 받기 전에 해당 직종의 '직업적성 적합여부 판단을 위한 준비훈련과정'에서 631명의 산재장애인이 훈련을 받았으며, '전직훈련'에는 2,243명, '향상훈련'에는 171명이 참여하였고 장애인 전용 공장에는 9명이 취업하였다. 또한 장애 정도가 심한 산재장애자의 출·퇴근 편의를 위하여 846명의 장애인 승용차에 특수시설·장치를 하였다. 1991년에는 동독·서독지역을 망라하여 총 26,579건의 대책이 취하여

졌으며 산재보험에서 이에 지출한 비용은 총 3억 6,500만DM이었다.

3. 독일 사회보험의 장애인 직업재활 투자

독일 산재보험을 비롯한 관련기관·단체별 장애인 고용촉진대책을 살펴 보면 다음과 같다.

가. 관련기관·단체별 대책

독일에서는 일반 장애인 및 산재장애자를 막론한 모든 장애자들의 취업을 위하여 실시하는 직업재활에 대하여 독일연방고용청(Bundesanstalt für Arbeit), 연금보험(Rentenversicherung), 산재보험(Unfallversicherung) 등의 관련기관·단체들이 비용을 부담하며 다방면에 걸친 노력을 하고 있다.

<부표 I-3> 독일의 관련기관·단체별 장애인 직업훈련 및 직업재활대책 현황(1990)

	직업훈련 및 직업재활대책	
	건 수	비 율
1. 독일연방고용청	270,372	80.0
2. 연금보험	47,201	14.0
3. 산재보험	18,888	5.6
4. 사회적 피해보상법 관련단체(보훈처 등)	485	0.1
5. 공적부조금 지원(장애인 전용 공장 제외)	852	0.3
전 체	337,798	100.0

자료: BMA, *Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*, März 1994, S.131.

1990년도의 경우 총 337,798건의 장애인 직업재활을 위한 대책이 취하여 졌으며 이 가운데 독일연방고용청에서 취한 대책이 80.0%(270,372건)로 가장 많고, 다음은 연금보험 14.0%((47,201건), 산재보험 5.6%(18,888건)의 순이다(부표 I-3 참조).

또한 이 대책들을 종류별로 살펴보면, '취업을 위한 보조·도움'이

61.4%(207,457건)로 가장 많고, 다음은 ‘전직훈련’ 10.1%(34,148건), ‘양성·직업훈련’ 6.5%(22,097건), ‘직업적응훈련’ 6.2%(20,839건), ‘직업적성 적합여부 판단을 위한 준비훈련’ 4.3%(14,394건), ‘장애인 전용 공장 취업’ 3.8%(12,985건), ‘향상훈련’ 2.8%(9,415건)의 순이다(부표 I-4 참조).

<부표 I-4> 독일의 장애인 직업훈련 및 직업재활대책의 종류별 현황(1990)

	건 수	비 율
1. 취업자리를 얻기 위한 보조·도움	207,457	61.4
2. 직업적성 적합여부 판단을 위한 준비훈련	14,394	4.3
3. 직업적응훈련	20,839	6.2
4. 양성·직업훈련	22,097	6.5
5. 전직훈련	34,148	10.1
6. 향상훈련	9,415	2.8
7. 장애인 전용 공장 취업	12,985	3.8
8. 기타	16,463	4.9
전 체	337,798	100.0

자료: BMA, *Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*, März 1994, S.131.

나. 독일 산재보험의 산재근로자 고용촉진대책

<부표 I-5> 독일 산재보험의 산재근로자 고용촉진대책(1990년 서독)

(단위: 건)

	1985	1990
1. 직업적성 적합여부 판단을 위한 준비훈련	261	631
2. 취업자리를 얻기 위한 보조·도움	10,442	12,887
3. 전직의 필요성을 인식시키기 위한 교육과정	405	540
4. 전직 적응훈련과정	63	110
5. 양성·직업훈련	341	263
6. 전직훈련	1,519	2,243
7. 향상훈련	109	171
8. 장애인 전용 공장 취업	13	9
9. 차량의 특수시설·장치 장착(장애인 전용 공장 제외)	911	846
10. 기타의 대책	1,094	1,499
전 체	15,158	19,199

자료: BMA, *Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*, März 1994, S.131.

다. 독일연방고용청의 장애인 직업재활대책

독일연방고용청(Bundesanstalt für Arbeit)에서 장애인 직업재활을 위하여 1992년도에 투자한 비용은 총 43억 6,020만DM이었다. 이 중 98%(42억 8,010만DM)는 직업재활기간 중 장애인 개인에 대한 지원과 관련된 비용이며 나머지 2%(8,010만DM)는 관련기관·단체에 대한 지원비용이다(부표 I-6 참조). 장애인 개인에 대한 지원과 관련된 비용항목들 중 고용촉진 직업훈련 관련비용이 55.9%(24억 3,820만DM)로 가장 많은데 이는 주로 양성훈련과 전직훈련에 사용되고 있다.

<부표 I-6> 독일연방고용청(Bundesanstalt für Arbeit)의 연도별 장애인 직업재활 투자비용

(단위: 백만DM)

	직업재활기간중 장애인 개인에 대한 지원					직업재활 기간중 기관·단체에 대한 지원	전 체
	생활비 보조	직업훈련 비용	고용촉진 직업훈련 관련비용	기타의 고용촉진 관련비용	소 계		
1983	464.1	80.5	1,206.2	75.3	1,826.0	58.3	1,884.3
1984	407.2	88.7	1,243.7	81.4	1821.1	64.8	1,885.8
1985	381.6	104.7	1,277.2	96.6	1,860.1	39.7	1,899.8
1986	459.1	119.9	1,363.9	126.9	2,069.9	60.4	2,130.3
1987	579.9	135.3	1,522.1	158.8	2,396.0	54.8	2,450.8
1988	727.0	140.3	1,714.6	175.0	2,757.0	64.1	2,821.1
1989	909.9	142.0	1,693.2	147.6	2,892.7	48.4	2,941.1
1990	1,075.7	140.4	1,821.6	130.3	3,167.7	30.4	3,198.1
1991	1,254.4	145.2	2,055.7	154.4	3,609.7	94.5	3,704.1
1992	1,507.4	161.4	2,438.2	173.1	4,280.1	80.1	4,360.2

주: 장애인 고용촉진 직업훈련 관련비용은 양성훈련과 전직훈련 비용이 대부분을 차지하고 있음.

자료: BMA, *Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*, März 1994, S.131.

또한 이 비용의 지원대상 직업훈련 종류별 직업훈련 실적은 <부표 I-7>과 같다. 이 표에서 보는 바와 같이 1992년도에 총 130,422명의 장애인

이 고용촉진을 위한 직업훈련을 받았는데 이 중 전문적인 '전직훈련소'에서 직업훈련을 받은 사람이 24,529명(18.8%)으로 가장 많고, 다음은 '사내직업훈련' 15,616명(12.0%), '장애인 전용 공장' 13,276명(10.2%) 등의 순이다.

라. 독일 연금보험의 장애인 고용촉진대책

독일 연금보험(Rentenversicherung)의 피보험자 고용촉진을 위한 비용 지출은 크게 다음과 같은 3종류의 피보험자 그룹으로 대별된다.

- 15세 이상의 장애가 없는 피보험자
- 노동능력·취업능력의 부분적 상실로 인한 연금수령자
- 의료재활이 끝난 피보험자

<부표 1-7> 독일연방고용청의 지원에 의한 장애인 고용촉진 연도별 직업훈련(양성훈련+전직훈련) 실적

(단위: 명)

	연도별 직업훈련 참가자				
	1988	1989	1990	1991	1992
1. 사내직업훈련(부분적인 사외직업훈련 포함)	16,857	16,059	15,385	15,152	15,616
2. 양성직업훈련소	8,902	8,683	8,154	8,328	10,001
3. 전직훈련소	21,126	19,928	20,250	21,026	24,529
4. 의료·직업재활시설	593	559	554	744	884
5. 장애인 전용 공장	10,343	10,708	10,155	10,218	13,276
6. 기타 재활시설	4,967	5,309	5,569	5,587	9,341
7. 기타 사업장외 시설	26,777	31,359	34,249	39,370	55,147
8. 방송·TV에 의한 과정	927	1,173	1,176	1,400	1,628
전 체	90,492	93,778	95,492	101,825	130,422

주: 1991년까지는 구서독지역만의 통계이고, 1992년은 구동독과 구서독지역을 합한 통계임.

자료: BMA, *Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation*, März 1994, S.131.

연금보험의 고용촉진대책은 직업훈련뿐만 아니라 새로운 직업의 소개 및 안내에 이르기까지 그 범위가 넓다. 이와 같은 대책은 주로 비교적 나이가 많은 장애인들로서 직업의 경험이 있으면서 재취업하여도 직장생활을 영위

할 수 있는 피보험자를 대상으로 하고 있다.

특히 연금보험에서는 1992년 한 해 동안 피보험자 고용촉진을 위하여 총 53,095건의 대책을 강구하였으며 이에 소요된 비용은 5억 7,680만DM이다 (부표 I-8 참조). 이 가운데 ‘직업소개·안내’가 25,757건(48.5%)으로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 다음은 ‘차량 특수시설·장치 장착’이 4,130건(7.8%), ‘전직훈련’ 4,110건(7.7%) 등의 순이다.

<부표 I-8> 독일 연금보험의 고용촉진대책

(단위: 건)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992
1. 직업적성 적합여부를 판단을 위한 준비훈련	1,996	2,137	1,858	1,711	1,833	393
2. 전직의 필요성을 인식시키기 위한 교육과정	2,055	2,095	2,292	2,420	3,530	3,017
3. 직업적응훈련	176	270	408	528	806	1,050
4. 향상훈련	319	412	473	496	553	561
5. 양성훈련	352	357	449	476	592	619
6. 전직훈련	2,857	2,986	3,372	3,500	3,751	4,110
7. 장애인 전용 공장 취업						
8. 직업소개·안내	14,684	23,650	25,649	26,177	24,920	25,757
9. 차량에의 특수시설·장치 장착	3,668	3,432	3,201	2,767	3,369	4,130
10. 기 타	5,229	4,964	5,157	5,164	4,945	5,728
전 체	31,880	40,935	43,742	44,068	46,839	53,095
지출비용(백만DM)	310.0	326.2	347.9	370.1	462.0	576.8

주: 1990년까지는 구서독만의 통계이며, 1991년부터는 구동독과 구서독을 합한 통계임.

〈부록 Ⅱ〉 우리나라 일반 장애인 재활서비스 체계의 현황과 과제

1. 배경 및 필요성

최근 장애인 복지에 있어서의 큰 흐름은 장애인구의 점진적 증가, 지역사회 중심의 재활, 또는 통합적인 서비스 제공 및 연계, 사회통합 지향의 고용 정책 등과 같이 법과 제도의 변화 등으로 요약될 수 있다. 이에 따라 장애인 재활의 영역에 있어서도 적절한 대응이 요구되고 있는 바, 제도간이나 대상자별로 상호 분리되어 있는 장애인 재활체계의 고찰을 통해 장애인 재활서비스의 문제점을 파악하고 제도간 효율적인 연계방안을 모색해 봄으로써 장애인의 재활과 사회통합의 목표를 달성할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 우리나라 일반 장애인을 대상으로 한 재활과정과 관련서비스 체계를 종합적으로 분석하며, 그 결과를 바탕으로 향후의 장애인 재활체계의 연계를 포함한 개선방안을 모색할 필요가 있다.

이 장에서는 현행 우리나라 장애인 재활사업의 현황과 일반 장애인의 재활과정에 관한 고찰, 그리고 복지서비스 시책, 시설과 재활인력의 실태를 바탕으로 하여 일반 장애인의 재활체계 현황분석을 통해 문제점을 도출하고 제도별로 분산되어 있는 재활서비스의 효율적 연계를 위한 시사점을 제시하여 합리적인 재활체계 수립을 위한 방안을 모색해 보고자 한다.

2. 장애인구 현황

가. 법정 장애인과 장애범주 확대의 내용

우리나라의 법정 장애인은 1995년도 전국 실태조사 결과 105만명으로 추정되고 있으며, 개정된 장애인복지법에 따라 2000년부터 내부장애와 정신장애로 장애범주가 확대됨에 장애인구는 지속적으로 늘어나고 있다(권선

진, 1998a). 1차 확대범주에는 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 신장 및 심장질환과 장기간 치료가 필요한 정신분열병 등 만성 중증 정신질환 및 발달장애 중 자폐장애가 포함하도록 되어 있다. 그리고 2차 확대범주에는 완치가 어려운 간질환 및 만성 호흡기질환, 만성 알콜·약물중독, 기질성 뇌증후군과 자폐증을 제외한 기타 발달장애가 포함되어 있으며, 3차 확대범주에는 안면기형, 치매, 비뇨기계, 소화기계, 피부질환 등 특이장애 등으로 확대하도록 되어 있다(보건복지부, 1997).

<부표 II-1> 장애인복지법에 따른 장애분류

대분류	중분류	소분류	세분류	2차 확대	3차 확대
신체적 장애	외부신체 기능의 장애	지체장애	절단장애, 관절기능장애 지체기능장애, 변형 및 단축	-	- 안면기형
		뇌병변장애	중추신경 손상으로 인한 장애		
		시각장애	시력장애, 시야결손장애		
		청각장애	청력장애, 평형기능장애		
		언어장애	언어장애, 음성장애		
	내부기관의 장애	신장장애	투석중인 만성신부전증	- 만성호흡기질환 - 만성간질환	- 소화기질환 - 비뇨기질환
		심장장애	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상자		
	정신적 장애	정신지체	지능지수가 70 이하인 경우	-	-
		정신장애	정신분열병, 분열정동장애 양극성 정동장애, 반복성 우울장애	- 만성알코올· 약물중독 - 기질성뇌증후군	- 치매
		발달장애	자폐증	- 기타 발달장애	-

자료: 서동우 외, 『장애범주 확대방안 및 장애분류 등급판정 기준에 관한 연구』, 1999.

나. 등록장애인 현황

장애인 등록제도는 우리나라 장애인의 수 및 장애상태 등 정확한 실태 파악을 바탕으로 장애인 복지정책 수립의 기초자료로 활용함은 물론 장애에 관한 효율적인 복지관리체계 구축을 목적으로 1989년부터 실시되고 있다. 이 제도가 실시된 이래 장애인 등록률은 지난 10여년간 큰 폭으로 증가하

여 왔다. 표에서 볼 수 있는 바와 같이 2000년 2/4분기 현재 장애인 등록인원은 총 867천명으로서 추정장애인의 73%를 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다(보건복지부, 2000). 이 규모는 지난해에 비해 무려 10%가 늘어난 것으로 여기에는 새로운 장애분류체계와 판정기준에 의한 범주확대 장애인의 등록이 포함되었기 때문이다(부표 II-2 참조).

<부표 II-2> 장애유형별 등록인원(2000년 6월)

(단위: 명)

전 체	지체	뇌병변	시각	청각언어	정신지체	발달	정신	신장	심장
866,579	567,772	16,433	77,475	79,851	82,958	863	16,974	20,604	3,649

자료: 보건복지부, 내부자료.

장애인 등록률에서 간과할 수 없는 사실은 일반 장애인의 등록률에 비해 산업재해 장애인의 등록률이 상대적으로 낮다는 점이다. 한국노동연구원의 산재장애인 실태조사(1998년) 결과에 의하면 장해등급 기준에 차이가 있긴 하지만 전체 등록률이 37.5%로 일반 장애인의 등록률에 비해 크게 미치지 못하고 있다. 또한 장애등록을 하지 않은 이유로는 등록제도에 대한 무지와 등록의 필요성을 느끼지 못해서 등이 주된 이유이며, 산재장애인 중에는 주로 1~3급의 중증장애인에게서 등록률이 높게 나타나고 있다.

이와 같이 내부장애와 정신장애로의 범주확대에 따라 예상되는 변화는 그 동안 산업재해보상보험법나 다른 관련법에 의해 급여를 받더라도 장애인 등록을 할 수 없었던 장애인들이 법정 장애인으로서 복지서비스를 받을 기회가 다소 확대되었다는 점이다. 특히 장애범주가 2차, 3차까지 확대될 경우 현행 장애인복지법에서 제외되어 있는 장애인들의 경우에도 범주에 포함될 가능성이 높아 연금이나 배상 등 관련제도에서 적용대상이 되는 장애인들에게도 기회가 확대된다는 점에서 의의가 있다.

다. 장애인구 전망

우리나라는 인구노령화, 의료기술의 발달, 각종 산업재해·교통사고의 발생, 치료가 어려운 새로운 질병의 등장으로 장애의 양상도 점진적으로 변화

하고 있다. 변화의 주요 특징으로는 각종 사고와 질병에 의한 후천적 장애인의 증가, 노령장애인의 증가 등을 들 수 있다. 과거 예방과 치유가 불가능했던 질환으로 인해 발생되었던 장애가 의학기술의 발달 등으로 상대적으로 감소하고 있는 반면, 인구노령화에 의한 노령장애인의 비중 증가가 두드러지고 있다. 선진국의 경우에도 전체 장애인에서 65세 이상 인구가 차지하는 비중이 50% 이상이고, 그 비중이 점차 높아지고 있는 추세이다(권선진 외, 1996). 이는 생활수준의 향상, 평균수명의 연장, 의료기술 발전 등으로 야기된 결과로서 장애인의 노령화, 노인성 장애의 문제가 정책적으로도 더욱 비중있게 다루어지게 됨을 의미한다고 하겠다.

3. 장애인 복지관련 법률과 전달체계

가. 장애인 관련법률과 재활서비스

장애인의 재활과 복지에 관한 최초의 법률은 1981년에 제정된 ‘심신장애 자복지법’으로 이 법은 1989년의 전문개정을 거쳐 1999년 개정되어 오늘에 이르고 있다. 이 법에서는 장애인의 재활서비스와 관련해서는 동법 제32조에 국가와 지방자치단체는 장애인의 일상생활에서의 편의증진 및 사회활동 참여증진을 위하여 장애유형별 재활서비스 제공 등 필요한 시책을 강구하여야 하며, 예산의 범위내에서 이를 지원할 수 있다고 규정하고 있다.

장애인의 교육과 관련해서는 특수교육을 필요로 하는 장애인에게 국가 및 지방자치단체가 교육의 기회를 제공하고, 자주적인 생활능력을 기르게 함으로써 생활안정과 사회참여에 기여하고자 함을 목적으로 하는 ‘특수교육진흥법’이 있으며, 장애인의 직업재활과 관련된 법은 1990년의 ‘장애인 고용촉진 등에 관한 법률’이 시행되어 오다가, 1999년 ‘장애인 고용촉진 및 직업재활법’이 제정되면서 새로운 전기를 맞게 되었다.

이 법들은 각기 수급대상인 장애유형과 장애기준이 다소 다르게 정해져 있는 바, 이에 따라 동일한 장애라 하더라도 각 법에서의 등급이나 수급자격은 차이가 있을 수 있게 되어 있다(서동우 외, 1999). 이는 개별법의 제정 배경이나 법의 목적과 성격에 따라 처음부터 자격유형이나 기준이 다르게 정해질 수밖에 없었다는 점도 고려할 수 있기는 하나 종합적인 조정노력이

미흡했기 때문에 발생한 현상으로도 볼 수 있다. 예컨대 장애인복지법은 6등급, 국민연금은 4등급, 근로기준법, 공무원연금, 군인연금, 사학연금 및 산재보험법에서는 14등급으로 되어 있고 수급자격에 해당하는 장애도 다르게 되어 있어 상당한 혼란이 있는 실정이다. 이들 법을 비교하면 동일한 장애라 하더라도 장애인복지법에서 정하고 있는 최저장애의 기준이 다른 법의 최저장애 기준보다 엄격하게 되어 있다.

나. 장애인 복지 전달체계

관련법률에서 볼 수 있듯이 장애인과 직·간접적으로 연결된 중앙부처는 매우 다양하다. 그러나 장애인과 관련하여 근간을 이루는 법이라 할 수 있는 장애인복지법, 특수교육진흥법, 장애인 고용촉진 및 직업재활법은 각각 소관부처도 보건복지부, 교육부, 노동부 등으로 구분되어 있다.

<부표 II-3> 장애인 복지 전달체계 개요

	주무부처 및 전달체계
• 장애인 복지정책의 심의·조정	장애인복지대책위원회(국무총리)
• 장애인 복지 일반	보건복지부(장애인복지심의관: 장애인제도과, 재활지원과) → 시·도(장애인복지계) → 시·군·구(담당)
• 장애인 고용	노동부(장애인고용과) → 장애인고용촉진공단 → 12개 지방사무소
• 장애인 특수교육	교육부(특수교육정책과) → 시·도 교육청 → 시·군·구 교육청

장애인 복지 전달체계와 관련된 문제점으로는 첫째, 장애인 복지정책간의 상호 연계성이 미흡하다는 것이다. 장애인복지대책위원회가 설치되어 있지만 실무위원회가 상설화되어 있지 않은 상황에서 정책간의 연계성과 정합성을 사전에 검토하고 문제점을 지적하여 집행의 효율성을 기하기 위한 제도적 장치가 마련되어 있지 않다. 둘째, 보건복지부의 정책기능과 지방자치단체의 서비스 관리운영기능간의 연결이 원활하지 못하다는 점이다.

셋째, 지방자치단체에 장애인 복지서비스를 담당할 인력이 충분하지 못하다는 점이다. 중앙에서는 장애인 복지욕구를 수용하고 대처하기 위한 담당 부서를 설치하였으나 지방자치단체, 특히 시·군·구 단위에서는 직원 1명이 다양한 장애인 재활업무를 담당하고 있어 전문성을 찾기 어렵다(김용득 외, 1998).

4. 장애인 재활서비스 현황

가. 재활의 원리와 과정

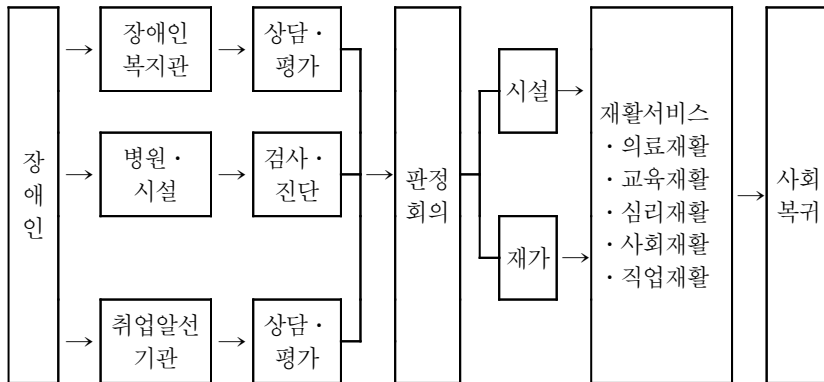
재활의 기본이념은 첫째는 기회의 균등이 보장되어야 한다는 것으로서 장애인에게 특별한 서비스를 제공하여 취업과 함께 국민으로서의 권리와 의무에 대한 참여를 준비하게끔 하는 것이며, 둘째는 인간은 전인격적 존재라는 것으로서 신체적, 정신적, 사회적, 직업적, 경제적 부문으로 나누어질 수 없는 하나의 완전한 개인이며, 인간의 각 부문은 전체를 형성하는 다른 부분들과 상호작용한다는 것이고, 셋째는 모든 인간은 독특한 존재라는 것이다. 따라서 장애에 대한 심리적, 개인적 반응은 개인마다 다르고 누구도 똑같은 잠재능력을 갖지 않으며 개인마다 독특한 요소와 소질, 대처방법과 목표가 있다는 것이다. 이러한 재활을 위해서는 다양한 분야의 전문가들의 협력에 기반한 과학적이고 합리적 방법의 서비스가 제공되어야 한다. 즉 재활은 장애인 개개인의 욕구에 대응하여 그들의 잠재능력을 최대한으로 회복시키기 위하여 의학, 심리학, 교육학, 기타 여러 전문분야의 협조를 필요로 한다(박옥희, 2000).

재활은 의료분야, 교육분야, 직업분야, 심리분야의 재활 등이 서로 유기적 연계하에 상호보완적인 임무를 수행해야 하는 종합적 성격을 가지며, 장애인이 하나의 인격체로서 자립할 수 있도록 전인적 접근방법을 취해야 한다. 따라서 완전한 재활을 위해서는 우선 의학적 재활을 통하여 장애를 입기 이전의 신체상태로 회복시키려고 노력하고, 다음으로 심리적, 직업적, 경제적으로 자립시키도록 해야 한다. 재활과정에서 개개 장애인의 잠재능력이 재활전문가에 의하여 평가되며, 개별화된 프로그램을 통하여 이러한 잠재능력을 개발한다. 재활은 장애인의 기능회복을 위한 서비스와 기술, 그리

고 모든 사람들이 갖고 있는 노력을 조직하는 것이다. 재활이 성공적으로 이루어지기 위해서는 장애인 본인의 동기부여가 필요하며, 장애인마다 다른 욕구에 따라서 재활의 방법도 달라질 수 있다. 재활의 전과정은 능력있고 자격있는 전문요원들에 의하여 이루어져야 한다.

재활과정은 연속적이고 역동적이며 총체적인 과정이다. 의료분야에서의 재활, 교육분야에서의 재활, 직업분야에서의 재활, 사회 및 심리분야의 재활은 유기적이고 상호보완적인 관계에 있다. 재활과정은 어떤 기관이나 시설을 통하여 검사받고 치료받는가에서부터 어떻게 사회생활에 적응해 나가는가 하는 방법을 습득하는 하나의 체계이다. 이러한 재활과정은 일련의 연속적인 과정이므로 장애인과 재활프로그램에 대한 지속적인 평가가 이루어져야 한다. 체계적인 재활과정에 따라서 재활프로그램을 실시해야만 효과적인 재활이 될 수 있다.

[부도 II-1] 재활의 과정 개념도



나. 재활서비스 기관

1) 생활시설부문

장애인의 재활서비스는 궁극적으로 가정이나 지역사회 보호의 목적을 갖는다. 특히 탈시설화 논의와 관련하여 시설보호가 지역사회 재활로 전환되어 나가야 하나 현실적으로 시설보호가 불가피한 실정이다. 장애인의 경우

에는 다른 대상과 달리 시설보호에 대한 서비스 욕구가 특성상 높게 나타나고 있다.¹⁰⁾ 더욱이 현재와 같이 재가복지서비스가 충분하지 못하고 그룹홈과 같은 지역사회 시설이 부족한 현실을 감안할 때, 일정기간 시설보호를 바탕으로 지역사회 복귀가 가능하다면 시설보호의 의미는 더욱 중요하게 고려되어야 할 것이다.

우리나라 장애인 생활시설은 1985년 90개소, 1990년 118개소로 증가하다가 1999년에는 182개소, 2000년에 193개소에 이르고 있으며, 수용인원은 현재 17천여명에 이르고 있다. 생활시설의 경우 생계가 어렵거나 부양자가 없는 장애인들이 입소하게 되며, 시설내에서의 재활서비스를 통해 사회복귀를 목적으로 하고 있으나 사회복귀의 본래 목적을 달성하기 어려운 실정이다.

<부표 II-4> 장애인 복지 생활시설 현황(2000. 7)

	전 체	지체장애	정신지체	시각장애	청각·언어	요양시설
시설수(개소)	193	38	64	11	14	70
정원(명)	20,383	4,201	6,169	1,043	1,434	7,598
현원(명)	16,992	3,288	5,838	676	913	6,448
입소율(%)	83.4	78.3	94.6	64.8	63.7	84.9

자료: 보건복지부, 내부자료, 2000.

우리나라 생활시설의 재활서비스를 외국의 경우와 비교함으로써 우리의 시설서비스의 현 주소를 파악할 수 있다. 장애의 범주와 등급이 유사하고 시설유형과 발전과정이 유사한 일본의 사례를 참고하고자 한다. 표에서 보는 바와 같이 우리나라 장애인 입소시설은 수요에 비해 공급이 크게 제한되어 있음을 알 수 있다. 즉, 장애인 1만명당 입소가능 시설수는 일본에 비해 1/5 수준이며, 요양시설이나 기타 근로시설을 합할 경우 그 격차는 더욱 커짐을 알 수 있다. 더욱이 시설 직원 1인당 장애인수에 있어서는 우리가 평균 3.8명인데 비해 일본은 1.6명으로 2배 이상의 차이를 보이고 있다. 일

10) 1995년도 장애인 실태조사 결과 시설에 입소하기 희망하는 장애인이 전체의 11% (약 11만명)로 나타나고 있다.

본의 시설서비스 수준이 우리보다는 훨씬 앞서 있음을 감안하더라도 현저하게 열악한 수준을 보이고 있음을 알 수 있다(권선진, 1998b).

<부표 II-5> 한국과 일본의 장애인 입소시설 현황 비교(1998년 기준)

	한 국				일 본			
	시설수	정원	장애인 1만명당 시설수	직원1인당 장애인수	시설수	정원	장애인 1만명당 시설수	직원1인당 장애인수
재활시설	112	12,135	1.1	4.2	1,798	105,900	5.5	1.6
요양시설	60	5,889	0.6	3.3	442	31,412	1.4	1.1
근로시설	8	532	0.1	4.2	425	26,199	1.3	2.3
전 체	180	18,566	1.8	3.8	2,665	163,511	8.2	1.6

자료: 보건복지부, 『장애인 복지사업지침』, 1998; 일본 후생성, 『후생백서』, 1998.

시설서비스의 양적인 측면뿐만 아니라 질적인 측면에 있어서도 대부분의 선진국에서는 이용자의 시설선택에 의한 수요자 서비스 중심의 운영이 이루어지고 있는데 비해 우리의 경우는 일차적인 의식주 문제를 해결하는 단순 수용보호에 급급한 실정으로 그간의 경제발전 수준에 비해 시설보호 부문이 특히 낙후되어 왔다고 하겠다. 이의 근본 원인은 시설운영의 개방성과 민주성 문제, 정부의 지원부족과 전문인력의 배치가 이루어지지 않고 있는 점뿐만 아니라 정부 지원에 따른 적절한 사후감독과 서비스의 질 개선을 위한 평가체계가 확립되어 있지 못한 데서 기인하는 것으로 파악되고 있다. 이로 인해 시설입소 장애인의 인권 침해나 강제노역, 운영비리 등의 사례가 사회문제화되고 있는 실정이다.

그러므로 시설입소자에 대한 기본권 보장의 차원에서라도 시설운영이 개선되어야 한다. 이의 방안으로는 기본적으로 선진국과 같이 이용자의 시설선택권 부여, 국가관리감독의 강화, 입·퇴소의 자유보장, 시설의 전문화 및 소규모화, 지역사회 재활이 가능한 그룹홈으로의 전환, 시설운영의 민주화와 투명성 확보(국회인권포럼, 1998) 등을 제도화할 수 있는 방안이 필요하다고 하겠다.

2) 재가복지부문

장애인복지관, 재활시설 등 장애인 복지관련 시설은 지속적으로 확대되어 왔다. 과거 수용시설장애인 위주의 복지정책이 재가장애인 서비스 중심으로 그 비중이 전환됨에 따라 장애인복지관 등 지역사회 이용시설의 증가가 두드러지고 있다. 정부에서는 장애인이 집에서 생활하면서 치료와 교육, 직업훈련서비스 등을 받을 수 있도록 통원 가능한 이용시설을 설치·운영하는 것을 지원하고 있다. 1999년 현재 장애인 이용시설은 장애인복지관이 67개소, 재가복지봉사센터가 30개소, 장애인체육관 17개소, 주간보호시설 43개소, 단기보호시설 9개소 등이 있다(보건복지부, 2000). 장애인종합복지관에서는 재가장애인의 상담, 치료, 교육훈련, 사회교류 촉진 및 여가활동 등의 종합적인 복지서비스를 제공하고 있으며, 장애종별 복지관에서는 유형별 장애인을 대상으로 하여 복지서비스를 제공하고 있다.

<부표 II-6> 장애인 지역사회 재활시설의 설치현황

(단위: 개소)

	장애인 복지관	의료재활 시설	주간 보호	단기 보호	공동생활 가정	장애인 체육관	심부름 센터	수화통역 센터
전 체	67(10)	15	43	9	21	17	21	21
서울시	28	4	14	3	2	4	1	3
기 타	39(10)	11	29	6	19	13	20	18

주: ()안은 장애인종합복지관 부설 분관, 이용시설 개소당 평균 이용자수는 연간 4만명임.

자료: 보건복지부 내부자료, 2000.

장애인의 경우 이동성이 낮은 관계로 지역사회 서비스를 이용하는 데 애로가 있다는 점을 감안하여 1992년부터 장애인종합복지관에 재가장애인 순회재활센터를 설치하여 운영하고 있다. 순회재활센터에서는 지역내의 재가장애인을 순회 방문하여 상담, 진료, 장애진단 등의 의료적, 사회심리적 재활서비스를 비롯한 종합적 서비스를 제공하도록 하고 있다.

장애인 이용시설과 관련된 문제점으로는 이용시설의 양적 부족, 시설의 위치로 인한 장애인의 접근도 저하, 전문인력과 설비부족, 순회재활센터의

기능미비 등을 들 수 있다. 현재 장애인종합복지관의 경우 서울을 포함한 수도권에 55%가 집중되어 있으며 그나마 중별복지관은 서울에 집중되어 있다. 따라서 지방의 복지관은 사업대상 지역이 넓지만 인근지역에 거주하는 재가장애인에게만 서비스를 제공하는 실정이다. 한편 장애인체육관의 경우에도 일반인의 이용(67%)이 장애인보다 많은 것으로 나타나 문제점으로 지적되고 있다.

또한 장애인종합복지관은 전문인력의 부족현상과 열악한 처우 등으로 인하여 서비스나 프로그램의 내실화를 기하는데 어려움이 있다. 최근에는 장애아 특수교육에 대한 수요가 많아짐에 따라 이용자들이 조기교육프로그램에 편중되고 언어치료 등을 받기 위해서 장기간 대기하는 현상까지 야기되고 있는 반면, 일부 프로그램의 경우 이용률이 낮은 실정이다. 순회재활서비스의 경우 전문 전담인력과 장비부족 등의 문제가 있으며, 주로 일회성 방문서비스에 국한되는 형편이다.

한편 일반 사회복지관에서도 장애인 프로그램이 운영되고 있지만 이들 기관을 찾는 장애인은 의료비나 보장구 지원, 기술습득, 생계지원 등의 욕구가 큰데도 불구하고 실제로 제공하는 서비스는 상담, 알선 및 이송서비스에 그치고 있어 장애인의 욕구에 부응하는 서비스 제공이 미흡하다.

재가복지서비스로서 앞으로 더욱 개발되어야 할 것이 주간 및 단기보호 서비스이다. 장애인복지관에서 주간보호 또는 단기보호서비스를 제공하는 것 이외에도 생활시설에서 재가복지사업을 확대하도록 하여야 한다. 이들 시설에서의 서비스 제공은 시설의 개방을 위해서도 도움이 될 것이며, 입소 정원에 미달된 시설의 경우에도 단기입소 프로그램 등을 실시하여 재가장애인에게 필요한 재활과 사회적응훈련을 실시하는 방안이 필요하다.

다. 재활서비스 인력

장애인 재활전문인력은 장애인이 완전하게 자립할 수 있도록 생의 주기에 따라 의료, 교육, 직업, 사회심리 등 모든 재활영역에 걸쳐 장애인의 재활을 전문적으로 원조하는 인력으로 규정할 수 있다. 현재 우리나라 재활전문인력은 양적으로나 질적으로 크게 미흡한 실정이며, 이 점이 바로 장애인 재활사업의 발전을 저해하는 주된 요인이라고 할 수 있다(강세운, 1995; 권

영희, 1995).

우리나라 재활전문인력은 장애유형, 또는 재활영역별로 다양한 종류가 있기는 하나 이 중에는 정규교육과정과 자격제도를 갖춘 직종과 양성과정 조차 갖추어져 있지 않은 직종이 혼재 되어 있어 직종간 편차가 심하고, 직종의 공식명칭이나 분류체계 등에 대한 합의도 이루어지지 않아 서비스 수요자인 장애인뿐만 아니라 서비스 공급 측면에서도 혼란이 있는 실정이며, 이에 따라 장애인관련 제반 정책의 수립도 효율적으로 추진되지 못하는 원인이 되고 있다(권선진 외, 1998c).

재활전문인력의 양성과 자격제도의 확립은 기본적으로 자격의 필요성 및 전문인력에 대한 각 직역별 수요·공급을 면밀히 검토한 후 시행되어야 하는 것이 원칙이다. 기본적으로는 기존에 자격제도를 갖추고 있는 직종 중에서도 수급예측에 의거 장단기 육성계획을 수립하여야 하며, 양성과정과 자격이 갖추어져 있지 않은 경우에는 우선적으로 양성과정을 설치하도록 하고 단계적으로 자격제도화하여 전문성을 인정하는 방식이 필요하다 할 것이다.

전문인력 양성을 위한 과제로서는 첫째, 장애인 수요에 따른 적정인력수급 계획의 수립이 필요하다. 재활전문인력 중 양성과정과 자격제도를 갖추고 있는 분야 중 장애인의 수요를 감안하여 적정인력 공급계획을 수립하여야 할 것이다. 예컨대, 재활전문의의 경우 면허취득자가 현재 376명에 불과하여 장애인의 수요에 비해 부족한 실정이고, 물리치료사는 선진국과 비교해서도 10배 이상 공급과잉 상태를 보이고 있는 반면, 장애인의 이용이 빈번한 재활원이나 복지시설 근무자는 매우 적은 실정이므로 이들이 재활시설에서 근무할 수 있도록 여건을 개선하고 배치기준을 강화하도록 정책적 뒷받침이 필요하다. 절대적으로 부족한 작업치료사의 경우에는 양성기관을 확충하고 그의 일환으로 과잉공급 상태인 물리치료학과와 작업치료학과로의 전환을 유도하는 방안이 요구된다.

둘째, 재활전문인력의 국가 또는 공인자격제도화를 위한 세부적인 방안의 마련이 필요하다. 현재 자체적으로 자격제도를 운영하고 있는 재활인력의 경우에 대해서는 자격검정 절차와 보수교육 등에 대한 검토를 바탕으로 민간자격을 국가가 공인해 주는 체계가 필요하다. 기타 민간자격으로 운영되고 있는 직종에 대해서는 양성과정, 자격검정체계, 검정기관의 공신력 등

을 감안하여 단계적으로 국가공인자격으로 인정하도록 한다. 이와 함께 제 <부표 II-7> 재활전문인력 양성과정 및 자격제도의 개요

	재활 영역	양성과정		자격제도			종사자 수	관련법률
		양성기관	교육 기간	종류	운영주체	취득 자수		
재활의학전문의	의료	재활의학전공의 수련병원(57개소)	4년	국가 자격	보건복지부	376명	339명	의료법
물리치료사	의료	전문대학(22개교) 4년제 대학(9개교)	- 3년 - 4년	국가 자격	보건복지부	13,035명	약 7,500명	의료기사 등에 관한 법률
작업치료사	의료	전문대학(1개교) 4년제 대학(1개교)	- 3년 - 4년	국가 자격	보건복지부	372명	192명	의료기사 등에 관한 법률
보장구기사 (의지보조구기사)	의료	전문대학(1개교)	2년	민간 자격	한국보장구협회		460~600명	장애인복지법
언어치료사	의료	4년제 대학(1개교) 대학원(4개교) 민간학회(2개소)	- 4년 - 2년	민간 자격	한국언어청각 임상학회 한국언어치료학회	518명	약 700명	
청각임상가	의료	대학원(1개교)	1~2년	민간 자격	한국언어청각 임상학회		약 550명	
특수교육교사	교육	4년제 대학 (10개교)	4년	국가 자격	교육부		7,896명	초·중등 교육법
직업생활상담원	직업	한국장애인고용 촉진공단	2주	민간 자격	한국장애인고용 촉진공단	574명	198명	장애인고용 촉진 등에 관한 법률
직업훈련교사	직업	기능대 등		국가 자격	노동부	22,133명	약 2,200명	직업훈련 기본법
직업재활상담사	직업	4년제 대학(3개교)	4년	민간 자격	한국직업재활학회	약 150명		
점역사	사회	한국맹인복지 연합회	1개월	민간 자격	한국맹인복지 연합회	43명	30~40명	
보행훈련사	사회	한국시각장애인 복지재단	1주일	민간 자격			약 20명	
수화통역사	사회	청각장애인 관련단체	3~6 개월	민간 자격	한국농아인협회	143명		
재활체육지도자	사회	4년제 대학(3개교) 한국장애인복지 체육회	4년 7~8일	민간 자격	한국장애인복지체 육회에서 강습회 이 수자에게 수료증 발 급	212명		
치료레크리에이 션 지도자	사회	한국치료레크리에 이션협회	33주	민간 자격	한국치료레크리에 이션협회	263명	114명	

자료: 권선진 외, 『재활전문인력의 현황과 자격제도 도입방안』, 한국보건사회연구원, 1998.

도적으로 이들 전문인력이 활동할 수 있도록 하기 위해 공공기관이나 행사 등에서 전문인력의 배치기준 마련이 필요하다. 재활체육지도자의 경우에도 장애인의 스포츠에 대한 욕구가 높고, 체육시설이 있다 하더라도 경기를 지도해줄 인력이 절대 부족하다는 점, 사회참여의 효과가 큰 분야라는 점, 그리고 복지체육을 전담하는 기구가 사업을 시행하고 있다는 점을 고려하여 현행 교육요건을 강화하여 전문성을 제고하고, 단계적으로 국가공인자격으로 제도화한다.

셋째, 현재 양성과정이 없는 분야의 경우 양성과정의 우선 설치가 필요하다. 장애인의 직업 및 사회적 재활에 필수적인 직업평가사와 직무지도원 같은 직업재활전문인력에 대해서는 양성과정을 관련대학이나 협회에서 설치토록 유도하고 그에 따른 자격제도를 도입하도록 하여야 한다. 직업평가사와 같은 직업재활분야의 전문인력은 현재 양성과정이 설치되어 있지도 않고 자격제도도 갖추어져 있지 않으므로 장애인의 직업재활의 중요성과 수요를 감안하여 일차적으로 교육과정의 설치가 필요하다고 하겠다.

결국 장애인 재활의 효과는 전문인력이 제공하는 서비스에 따라 크게 달라질 수 있으며, 장애인의 재활의 질을 높이기 위해서는 전문인력의 체계적인 양성과 훈련이 무엇보다 중요하다. 앞서 살펴본 바와 같이 장애인의 재활분야는 의료나 교육뿐만 아니라 체육이나 문화에 이르기까지 범위가 점차 확대되고 있고, 선진국의 예에서도 볼 수 있듯이 각 영역별로 세분화·전문화되고 있다. 따라서 재활전문인력의 양성은 당장의 과업일 뿐만 아니라 장애인의 욕구와 환경여건의 변화에 따라 중장기적으로도 대비해야만 할 과제가 되고 있다.

5. 장애인 재활사업의 체계구축 방안

가. 법·제도적 측면

1) 제도간 재활사업의 연계 활성화

장애인을 대상으로 일반 재활체계는 장애인복지법을 중심으로 적용되고 있으며, 산재장애인의 경우에는 산업재해보상보험법에 의해 다루어지고 있어 각각의 법 자체적으로 부족한 점이 있을 뿐만 아니라 제도간에도 장애

인의 재활에 서비스의 연계에 있어 보완되어야 할 측면이 있다. 산재보험법의 틀 내에서 그 동안 지적되어 왔던 재활치료의 보험적용 제한과 보장구 수가의 현실화, 산재장애인에 대한 사회심리서비스의 수가화 등의 문제점 등에 대해서는 개선이 필요하다. 특히, 산재장애인의 사회심리 재활이 크게 활성화되고 있지 못하다는 측면에서 관련서비스에 대한 수가화는 매우 시급한 사안이라 할 수 있다.

장애인복지법에 있어서도 복지서비스 적용대상 등에 있어 특별한 제한을 두고 있는 것은 아니나 유사한 문제점, 예컨대 재활치료 및 보장구에 대한 보험 적용의 한계 등과 같은 문제가 있었으며, 그 중 일부는 개선이 되어 왔다. 이 법에서 정하고 있는 복지서비스 대상자에서 중도장애인을 특별히 제한하고 있는 것은 아니나 장애인복지법이 보다 포괄적인 적용을 규정하고 있으므로 산재장애인의 제도이용이 보다 활성화되어 재활의 기회를 넓힐 수 있도록 할 필요가 있다.

2) 재활서비스 체계의 확충

장애인을 대상으로 한 의료, 사회, 교육, 직업재활 및 복지서비스 체계는 어느 정도 갖추어져 있으나 실질적으로 장애인의 수요를 감안할 때 내용면에서는 크게 부족한 실정이다. 더욱이 의료재활을 요하는 장애인의 경우 지속적인 치료로 인해 병원에서 기피하거나 경제적 문제로 충분한 치료를 받지 못하는 경우가 많다. 이에 따라 중간의료시설(센터) 등을 통해 사회복지 직전에 필요한 서비스를 받을 수 있는 방안을 모색중이다.

마찬가지로 산재장애인들의 사회적응 및 직장복귀를 돕기 위해서는 부족한 재활서비스 기관, 요양 및 재활을 위한 시설의 확충이 필요하다. 현재 운영되고 있는 산재병원이나 재활원의 경우에도 장애인 수요와 내용면에서 장애인이 재활훈련을 마치고 사회에 복귀하여 독립적으로 자신의 생활을 영위할 수 있도록 사회심리 및 직업재활 영역에 있어 충분한 서비스를 받지 못하고 있는 실정이다. 따라서 요양병원이나 재활시설 및 중간의료센터와 같은 산재개호센터 등을 확충하여 서비스를 필요로 하는 환자들을 수용할 필요가 있으며, 이를 통해 산재보험 의료전달체계를 효율화하고 산재장애인에게도 적절한 서비스 제공을 통해 보험재정 건전화에도 기여할 수 있다.

3) 장애등록 활성화를 통한 서비스 접근 확대

일반 장애인의 등록률에 비해 산재장애인의 등록률은 절반 정도로 낮으며, 장애등록을 하지 않은 이유로는 등록제도를 모르거나 등록의 필요성을 느끼지 못해서 등록하지 않는 것으로 나타나고 있다. 이는 산재장애인들이 일반 장애인에 비해 복지서비스를 중심으로 한 재활체계로의 접근이 제한될 수밖에 없음을 보여주는 결과로 볼 수 있다. 장애와 관련된 의료, 직업, 기타 사회적 서비스를 수급하기 위해서는 기본적으로 장애등록을 통해서 가능하므로 산재장애인에 대한 홍보강화 등을 통해 장애등록을 유도하도록 하여야 할 것이다.

더욱이 올해부터 내부장애와 정신장애가 법정 장애에 포함되었고, 향후에도 단계적으로 장애범주가 확대될 계획에 있어서 전체적으로 장애등록이 크게 증가할 것으로 전망된다. 이와 함께 의료 및 직업재활영역에 있어서 복지서비스의 내용도 상당히 폭넓게 다양해 질 것으로 예상되고 있다. 따라서 산재장애인의 등록을 유도함으로써 일반 재활체계내에서 서비스를 받을 수 있는 기회를 넓히는 방안이 강구되어야 한다.

현재 장애등급 기준에 있어서도 장애인복지법의 장애등급과 산재장애인에 대한 규정은 다르게 되어 있다. 법의 근본취지가 다르기 때문에 불가피한 결과일 수 있으나 수급자인 장애인의 입장에서는 상당한 혼란과 불편이 따를 수 있다. 특히 장애등급 판정절차 등과 관련하여서는 제도마다 다르게 되어 있어 비효율성과 경제적 부담이 큰 것으로 지적되고 있다. 따라서 중장기적으로는 장애유형 및 장애등급의 조정을 통해 판정 및 등록절차를 간소화할 필요가 있으며, 이를 위해서는 우선적으로 장애와 관련성이 큰 제도간의 조정이 필요하다.

나. 재활서비스 전달체계의 개선

1) 장애인 복지관련 정책기능의 연계

장애인 복지 전달체계와 관련하여 장애인 복지정책간의 상호 연계성이 미흡하므로 이를 개선하기 위해서는 각 부처별로 장애관련 정책들을 총괄

적으로 조정할 수 있는 연계체계가 요구된다. 현재 일반 장애인을 대상으로 장애인복지대책위원회가 설치되어 있으나 기능이 활성화되고 있지 못한 실정이다. 장애인 관련정책의 연계성을 제고하기 위해서는 우선 각 부처에서 장애인 복지관련정책들을 체계적으로 정비하고 이러한 정책들이 장애인의 생애주기별로 적절하게 배치되고 프로그램간 연계가 체계적으로 마련되기 위해서는 관련부처간 공유관계에 대한 심도있는 논의가 이루어지고 개별정책의 발전을 모색하는 상호 환류적 체계가 마련되어야 한다. 산재장애인의 경우에도 이들의 재활 및 사후관리를 총괄하는 부서를 노동부내에 신설하고 타부처와 연계하여 체계적인 사업을 수립하고 시행할 수 있도록 하여야 할 것이다. 이와 함께 중도장애인의 재활과 관련한 대책위원회내 분과 및 실무자간의 연계창구를 마련하는 방안이 검토될 수 있다.

2) 지역수준에서의 장애인관련 자원의 연계

장애인을 위한 지역사회 재활시설로서 장애인에 대한 상담, 사회심리, 교육, 직업, 의료재활 등 종합적인 재활서비스를 제공하는 장애인복지관과 장애의 진단, 판정, 재활치료 등의 의료서비스를 제공하는 재활병·의원, 주단기 보호시설 등이 산재해 있다. 이러한 기관들은 지역내에서 장애인들을 위한 재활의 자원으로 활용될 수 있으나 체계적으로 연계되어 있지 못하고 대상자가 제한되어 있어 효율적인 재활사업이 이루어지지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다.

따라서 이들 기관을 통해 산재장애인을 포함하여 재활서비스를 지원할 수 있도록 지역수준에서 연계체계가 확립되어야 할 것이다. 즉, 산재장애인의 경우에는 지방등록장애인을 대상으로는 읍·면·동 단위의 전담부서에서 기관현황이나 서비스 프로그램 등에 관한 정보를 제공해 주고, 그밖의 대상에 대해서는 개별 기관을 중심으로 관련정보를 제공해 줄 수 있을 것이다.

다. 재활영역별 과제

1) 의료재활서비스와 재활공학의 활성화

장애인에 있어 재활보조기구는 사회적 측면뿐만 아니라 직업재활에 있어서도 재활의 성과를 가름하는 중요한 수단이 된다. 재활보조기구 및 작업보

조시설의 품질을 개선하고 선진화하기 위해서는 재활공학서비스에 관한 체계적인 연구개발이 이루어져야 한다. 최근 장애인복지법의 개정으로 의지·보조기 기사에 관한 자격이 규정되어 앞으로는 전문화를 기대할 수 있게 되었다. 그렇지만 장애인의 각 재활영역에 있어 큰 영향을 미치는 재활공학은 관련학문분야와의 연계 없이는 발전이 불가능하다. 따라서 장애인의 경제적 부담을 줄이고 사회복지와 재취업 등을 촉진시키기 위해서는 첨단기구의 개발과 보급이 필요하다.

현재 일반 장애인들의 경우 국립재활원만이 유일한 기관이며 그밖에는 개별 보장구업체들이 독자적으로 보장구를 개발하는 등 연구개발과 보급이 매우 열악한 실정에 있는데, 산재의료관리원 산하 재활공학연구센터와 같이 첨단보장구 연구개발 기능을 갖춘 기관에 대한 지원을 확충하고 보장구업체 및 관련학문과의 연계를 통해 장애인에 필요한 재활보조기구나 작업기구들을 보급할 수 있도록 하여야 한다.

2) 사회심리재활 서비스 확충

산재장애인에 대한 산재보험 재활체계는 의료적 치료와 현금급여 위주로 제공되어 산재장애인의 사회통합에 있어 중요한 직업재활 및 심리사회적 재활서비스는 명목적인 수준에 머물러 있다. 이들의 사회통합의 어려움은 중도장애로 인해 장애를 수용하기 어려우며 갑작스런 신체기능의 상실로 인해 장애 이전에 수행하던 역할을 제한받게 된다. 따라서 산재장애인의 요양부터 사회복지에 이르기까지 체계적인 상담과 정보를 제공하여 산재장애인 각 개인의 특성에 맞는 재활계획을 수립할 수 있도록 지원하는 사회심리적 서비스가 필요하다. 이를 위해서는 사회복지사, 재활상담사 등 개별상담원에 대한 자격요건을 규정하여 배치토록 한다.

3) 직업재활 활성화

장애인에 있어 직업재활은 가장 어려운 재활영역 중의 하나이다. 최근 장애인 고용촉진 및 직업재활법의 제정으로 중증장애인을 위한 직업재활이 활성화될 움직임을 보이고 있으나 직업훈련 영역에 있어 양적인 부족뿐만 아니라 훈련내용 및 시설의 부족, 취업 부진 등의 문제로 장애인의 관심도 부족한 실정이다. 따라서 이를 위해서는 직업훈련시설의 투자 확충이 필요

하며, 내용면에 있어서도 다양한 훈련종목이 마련되어야 한다. 직업훈련의 효과를 높이기 위해 직업재활 실시 이전에 훈련생의 상담, 적성검사, 능력평가 등 일련의 훈련시스템을 구축하여야 한다.

이와 함께 직업훈련 이수율을 높이기 위한 생계보조 등의 지원과 함께 장애인고용촉진공단과 연계하여 취업을 보다 활성화시킬 수 있도록 하여야 할 것이다. 특히 일반 장애인을 대상으로 한 직업재활체계, 예컨대 장애인복지기관에서 올해부터 실시하는 직업재활센터 등을 일정 기준에 해당하는 산재장애인의 경우에도 이용할 수 있도록 하는 방안도 강구될 필요가 있다.

라. 재활서비스 시설 및 인력 측면

1) 지역내 장애인복지기관 이용의 연계 및 재활프로그램 개발

장애인들이 지역사회내에서 이용할 수 있는 기관으로서는 장애인복지관, 직업재활센터, 보호작업시설, 장애인관련협회 등이 있으나 이들 기관의 서비스를 이용하는 장애인은 비교적 제한되어 있다. 특히 대표적인 이용시설이면서 지역사회 재활서비스 체계를 전문적으로 갖추고 있는 장애인복지관의 경우에도 주로 정신지체장애인이 많은 실정이다. 이로 인해 재활에 필요한 지역내 자원이 충분히 활용되지 못하고 있으며, 사회심리 및 직업재활을 요하는 산재장애인의 이용 또한 미미한 수준으로 평가되고 있다.

따라서 이들 기관에서도 산재장애인과 같은 중도장애인을 대상으로 이들의 특성에 맞는 재활프로그램, 예컨대 장애상담, 가족지원 및 교육, 재활체육, 관련 정보제공, 사회적응훈련 등의 사회재활서비스 프로그램을 제공할 필요가 있다. 이를 위해서는 근로복지공단에서 자체적으로 이러한 서비스 프로그램을 체계화하도록 하고, 특히 지역사회 복귀라는 측면에서 장애인복지기관과의 연계를 통해 서비스를 받을 수 있도록 하는 방안이 강구되어야만 한다.

2) 재활전문인력의 양성 및 적정배치

현재 우리나라 장애인 재활체계에서 드러난 문제점 가운데는 전문인력의 부족문제와 함께 수급불균형이 심각한 점이라 할 수 있다. 특히 중도장애인의 사회복귀를 목표로 한 재활에 있어 중요한 역할을 담당하는 작업치료사

나 보장구 제작기사, 재활상담사, 직업능력평가사, 장애인 직업훈련교사, 재활체육지도자 등이 크게 부족하여 효과적이고 통합적인 재활이 제대로 이루어지지 않고 있다. 따라서 각 영역별로 부족한 재활인력을 전문적으로 양성할 수 있는 교육과정의 확충이 필요하며, 수급 불균형의 문제를 해결하기 위해서는 제도적으로 관련시설에 전문인력의 배치를 명문화하여 시행할 필요가 있다.

특히 산재로 인한 중도장애인의 경우 충분한 심리사회적 서비스를 받지 못함으로써 야기되는 사회부적응 등의 문제를 해소하기 위해서는 무엇보다도 재활상담사, 심리치료사, 재활체육지도자 등의 관련 심리사회적 영역에 있어서의 전문인력이 중요한 역할을 하는 것으로 평가되고 있다. 따라서 이들 영역에 있어 적절한 서비스를 적시에 받을 수 있도록 배치를 확대할 필요가 있다. 이와 함께 이들 영역에 있어 재활인력의 자격제도가 정립되어 있지 않은 실정인데, 양질의 서비스가 가능하도록 하기 위해서는 공인 자격 제도로의 정비라는 제도적 보완이 요구되고 있다.