

정책자료

2005-07

산재보험 요양·재활 사례 비교연구

- 독일과 한국 -

윤조덕 · 이현주 · 한충현

목 차

제1장 서론.....	1
제1절 연구의 배경 및 필요성	1
1. 요양기간의 장기화	1
2. 보험급여 지급 추이	2
3. 산업재해로 인한 근로손실일수	3
4. 독일 산재보험의 요양전문화 원칙 및 효과	4
제2절 연구의 목적	5
제3절 연구방법	5
제2장 산재보험의 요양·재활체계, 내용 및 비용지출	6
제1절 독 일	6
1. 재활체계	6
2. 재활실적	7
3. 재활 관련 비용	8
제2절 한 국	11
1. 재활사업체계	11
2. 재활사업 내용	12
3. 재활사업에 대한 평가	16
4. 우선적으로 보완해야 할 재활사업	18
5. 재활사업비용 지출	19
제3절 비교를 통한 정책 개선방향	21
1. 재정항목 비교	21

2. 비교를 통한 정책 개선방향	22
제3장 사업장 응급처치	24
제1절 독 일	24
1. 법적 근거	24
2. 사례(독일 자동차 사업장GM-OPEL)	25
제2절 한 국	25
1. 법적근거	25
제3절 비교를 통한 정책 개선방향	26
제4장 산재보험의 입원환자 요양	27
제1절 독 일	27
1. 입원요양의 전제조건 및 특별절차	27
2. 산재보험직영 산재전문병원	32
제2절 한 국	41
1. 산재환자 부상종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료과목 특화	41
2. 직업병 연구 및 직업병 전문치료기능 보완 및 신설	57
제3절 비교를 통한 정책개선 방향	60
제5장 산재보험의 회복기 산재환자 재활	61
제1절 독 일	61
1. 2차 외래 물리치료(EAP)	61
2. 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW)	68
3. 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung)	72
4. 업무시뮬레이션 장치 ERGOS를 이용한 재활사정평가	75

제2절 한 국	77
제3절 비교를 통한 정책개선 방향	77
제6장 산재보험의 재활상담	79
제1절 독 일	79
1. 재활상담원의 역할	79
2. 의료재활과정에서의 개입	80
3. 일자리 획득지원(Berufshilfe)과정에서의 개입	83
4. 사회재활과정에서의 개입	85
5. 요 약	91
제2절 한 국	92
1. 재활상담원 업무	92
2. 재활상담원 현황	96
3. 재활상담원 업무에 대한 평가	97
제3절 비교를 통한 정책개선 방향	106
제7장 결론 및 정책제언	108
제1절 결 론	108
제2절 정책제언	108
1. 재활사업체계	109
2. 사업장 응급처치	109
3. 산재보험의 입원 요양	110
4. 회복기 산재환자 재활	110
5. 재활상담 체계화	111
6. 제2차 재활사업 5개년 계획(2006~2010)	111
참고문헌	113
별 첨	119

표 목 차

<표 1- 1> 연도별 산재환자의 요양기간	2
<표 1- 2> 산재보험재정 세출 요소별 구성비 현황	2
<표 1- 3> 요양급여 및 휴업급여 증가 추이(1991~2003)	3
<표 2- 1> 산업부문 산재보험 적용사례 종류별 재활대책 현황 (2002)	8
<표 2- 2> 독일 산업부문 산재보험의 지출 추이(1980~2003)	10
<표 2- 3> 재활사업 5개년 계획 주요 내용(8개 사업, 27개 단위사업)	15
<표 2- 4> 산재보험 재활사업 확대현황	16
<표 2- 5> 재활사업 전반에 대한 기관장 의견	17
<표 2- 6> 기관장이 본 효율적인 재활사업을 위해 보완해야 할 사업	19
<표 2- 7> 산재보험 지출현황(2001~2003)	20
<표 2- 8> 산재근로자 재활사업 실적	21
<표 2- 9> 한국과 독일 산재보험 지출비교(2003)	22
<표 4- 1> 산재보험적용사례 종류별 의료재활대책, 종류별 종결건수 (2002)	28
<표 4- 2> 산재병원별/진료과목별 계획병상수(2002)	34
<표 4- 3> 독일의 산재전문병원들의 전문화 전략 - 중화상 환자센터수와 척추부상환자센터에서의 예	35
<표 4- 4> 산재병원별/보험관장기관별 입원환자 사례수(2002)	36
<표 4- 5> 푸랑크푸르트 산재전문병원의 평균입원일수 (2001~2002)	37

<표 4- 6> 산재병원별/보험관장기관별 병상이용 연일수(2002)	37
<표 4- 7> 산재병원/외래진료소별 보험관장기관별 외래환자수 (2002)	38
<표 4- 8> 산재병원별 입원수술(2002)	38
<표 4- 9> 산재병원별 인력현황(2002)	39
<표 4-10> 독일 산재병원 통계	40
<표 4-11> 발생형태별 사망재해 추이(2000~2003)	43
<표 4-12> 상해종류별 사망재해 추이(2000~2003)	44
<표 4-13> 상해부위별 사망재해 추이(2000~2003)	45
<표 4-14> 산재의료관리원 병상수 및 진료기능	46
<표 4-15> 산재의료관리원 진료과목 현황	47
<표 4-16> 산재의료관리원 진료과별 입원환자 대비 수술환자 비율 ...	49
<표 4-17> 외래환자 중 응급환자 진료현황	50
<표 4-18> 병원별 상위 10대 상병명(2001. 12. 31. 재원환자 기준) ...	51
<표 4-19> 전국 진폐환자 대비 산재의료관리원 진폐환자 요양 추이	52
<표 4-20> 요양담당 및 진폐정밀진단 의료기관 현황(2003)	53
<표 4-21> 산재병원 및 산재지정병원의 산재입원환자 현황 (2003. 12. 31. 현재)	55
<표 4-22> 의료기관별 입원기간 현황(2003. 12. 31. 재원환자 기준) ...	55
<표 4-23> 업무상 질병 재해율 추이(1990~2003)	57
<표 4-24> 업무상 질병 요양자 및 사망자 현황(2000~2003)	58
<표 5- 1> 2차 통원물리치료 센터수 추이(1994~2003)	67
<표 5- 2> 치료기간별 2차 외래물리치료자 건수	68
<표 5- 3> 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW) 클리닉 추이 (1991~2003)	71
<표 5- 4> 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW) 치료건수 추이 (1991~2003)	71
<표 5- 5> BGSW에 의한 입원환자 평균요양일수 추이	

(1994~2002)	72
<표 5- 6> 사업장 업무부담 테스트와 작업치료건수	75
<표 6- 1> 재활상담원에게 인도되는 주요 사안	82
<표 6- 2> 재활상담원의 조사 및 업무방법	88
<표 6- 3> 산재보험통계(산업부문 산재보험조합, 2003)	90
<표 6- 4> 재활상담원 1인당 통계(남부독일금속산재보험조합)	90
<표 6- 5> 재활상담원의 일반적 특성	97
<표 6- 6> 재활상담원이 본 재활상담원 업무	98
<표 6- 7> 기관장이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점	99
<표 6- 8> 재활상담원이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점	100
<표 6- 9> 기관장 입장에서 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항	102
<표 6-10> 재활상담원 입장에서 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항	103
<표 6-11> 지역별 본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원 인원	105
<표 6-12> 재활서비스 제공을 위해 재활상담원이 담당할 수 있는 적정인원	106

그림목차

[그림 2-1] 독일 산재보험의 재활시스템	7
[그림 2-2] 우리나라 산재보험의 재활시스템	11
[그림 2-3] 산재보험 재활사업의 흐름	13
[그림 2-4] 산재보험 재활사업 발전과정	14
[그림 4-1] 전국 산재환자 대비 산재의료관리원 산재환자 요양기간별 현황	54
[그림 5-1] 2차 통원치료(EAP) 개념	64
[그림 6-1] 재활상담원 자격요건	92
[그림 6-2] 재활상담 과정	95

요약

우리나라 산재보험은 1963년 산업재해보상보험법이 제정되어 1964년 7월부터 시행된 40년의 역사를 가지고 있다. 그러나 그동안 재해근로자에 대한 보상위주의 산재보험이었으며, 재해근로자에 대한 신속하고 전문적인 요양과 효율적인 재활을 통한 조속한 직업복귀에는 미흡하였다. 이로 인하여 매년 약 3만명 내외의 신규장애인 발생과 피재근로자의 장기요양은 당사자 및 그 가족의 삶의 질 저하뿐만 아니라 기능노동력의 근로손실을 장기화하여 기업 및 국가의 경쟁력 제고에 저해요인으로 작용하고 있다.

독일 산재보험은 1884년에 세계 최초로 산재보험법이 제정되어 120년의 역사를 가지고 있으며, 1892년에는 세계 최초로 산재보험직영 산재병원을 설립·운영하였다. 1920년대 1930년대에는 관계법령의 개정·보완을 통하여 중증산재환자의 신속하고 전문적인 치료를 위한 의료시설과 의료인력의 전문화를 꾀하여 그 결과 오늘날 산업재해, 직업병 발생 후 산재장애인 발생률을 감소시켰다.

본 연구에서는 독일 산재보험의 요양·재활 성공사례를 분석하고 이를 한국과 비교한 후 시사점을 정책제언하였다. 이를 요약하면 첫째, 재활사업체계·한국 산재보험의 재활사업과 관련된 내용과 비용에 관한 사항을 산재보험법에 신설·명시하여야 한다(예로써 직업재활급여의 범위 및 수준, 사회재활급여의 범위 및 수준 등), 둘째, 사업장 응급처치·사업장 규모에 관계없이 모든 사업장의 사업주의 의무로 사고발생시 응급처치 조직의 구성 및 교육에 관한 사항을 관계법령(예, 산업안전보건법)에 명시하여야 한다(예를 들면, 보건관리자의 업무에 명시), 셋째, 산재보험의 입원요양·기존산재병원(산재의료관리원)의 급성기 산재환자(중환자)의 신속

하고 전문적 치료를 위하여 다음 분야의 기능특화가 시급하다—사
고외과전문센터, 척수부상전문센터, 중화상전문센터 그리고 중독,
질식 전문센터. 또한 직업병 연구 및 치료기능의 개발 및 응용을 통
한 산재환자의 전문적치료를 위하여 다음 분야의 연구 및 전문치료
기능의 보완이 필요하다—근골격계질환 임상연구 및 치료기능, 화
학물질(유기용제 포함) 중독질환 임상연구 및 전문치료기능, 호흡
기계(진폐포함) 임상연구 및 전문치료기능 그리고 신경계질환 임상
연구 및 전문치료기능, 넷째, 회복기 산재환자 재활·한국 산재보험
에서 현재 독일 회복기 산재환자 재활에 성공적으로 역할을 하고
있는 다음과 같은 제도들의 도입, 응용을 검토함이 필요하다—2차
외래물리치료(EAP), 2차 입원치료(BGSW), 사업장 업무부담 테스
트(Belastungserprobung), 업무시뮬레이션 장치(ERGOS), 다섯째,
직업재활상담원의 고유업무영역에 대한 재정의가 필요하다(예로써,
산재환자의 입원단계에서부터 직업재활상담원의 신속한 개입, 의료
재활, 직업재활, 사회재활 전과정에 대한 재입, 직업적성평가를 중·
장기적으로 직업재활전문기관에서 평가하도록 전환) 등과 같다.

제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 필요성

우리나라 산재보험은 1963년 산업재해보상보험법이 제정되어 1964년 7월부터 시행된 40년의 역사를 가지고 있다. 그러나 그동안 재해근로자에 대한 보상위주의 산재보험이었다. 재해근로자에 대한 신속하고 전문적인 요양과 효율적인 재활을 통한 조속한 직업복귀에는 미흡하였다. 이로 인하여 피재근로자의 장기요양은 당사자 및 가족의 삶의 질 저하뿐만 아니라 기능노동력의 근로손실을 장기화하여 기업의 경쟁력 저하 요인과 산재보험의 재정안정화에 부정적 영향을 미치는 요인이 되고 있다.

1. 요양기간의 장기화

1999년부터 2003년까지 지난 5년간 치료 중인 산재환자의 요양기간이 5년 이상인 경우가 1999년 2,723명(8.6%), 2000년 3,501명(10.5%), 2001년 4,603명(12.6%), 2002년 5,261명(12.7%), 2003년 5,633명(11.5%)으로 나타나, 절대수가 증가하고 있는 추세를 보이고 있다(표 1-1 참조).

2 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 1-1〉 연도별 산재환자의 요양기간

(단위: 명, %)

	6개월 미만	6개월 이상 ~2년 미만	2년 이상 ~5년 미만	5년 이상 ~10년 미만	10년 이상	전 체
1999	16,581(52.4)	8,590(27.1)	3,764(11.4)	1,782(5.6)	941(3.0)	31,658(100.0)
2000	14,076(42.5)	11,471(34.6)	4,077(11.2)	2,297(6.9)	1,204(3.6)	33,125(100.0)
2001	13,371(36.8)	13,233(36.5)	5,093(14.0)	3,390(9.3)	1,213(3.3)	36,300(100.0)
2002	15,051(36.2)	15,635(37.6)	5,606(13.5)	3,851(9.3)	1,410(3.4)	41,533(100.0)
2003	17,280(35.0)	19,470(39.5)	6,924(14.0)	3,862(7.8)	1,815(3.9)	49,315(100.0)

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

2. 보험급여 지급 추이

보험급여는 1991년 7,015억원에서 2003년 2조 4,819억원으로 지난 12년간(1991~2003년) 1조 7,803억원이 증가하여 연평균 21.1% 증가하였다(표 1-2 참조). 보험급여가 전체 재정지출에서 차지하는 비중은 지난 12년간(1991~2003년) 81.8~90.3%를 차지하고 있다.

〈표 1-2〉 산재보험재정 세출 요소별 구성비 현황

(단위: 백만원, %)

	전체 재정지출	재해예방비	보험급여	근로복지 공단 출연	경상사업비	반환금
1991	776,677(100)	34,651(4.5)	701,514(90.3)	11,755(1.5)	22,939(3.0)	5,818(0.7)
1992	1,027,915(100)	49,375(4.8)	931,564(90.6)	10,513(0.8)	29,719(2.8)	6,744(0.6)
1993	1,046,697(100)	75,461(7.2)	872,531(83.4)	8,443(0.8)	29,999(2.8)	10,263(1.0)
1994	1,125,443(100)	74,215(6.6)	998,563(88.7)	6,229(0.6)	30,499(2.7)	15,937(1.4)
1995	1,407,092(100)	167,453(11.9)	1,133,577(80.6)	74,390(5.3)	17,794(1.3)	13,938(1.0)
1996	1,615,422(100)	172,737(10.7)	1,355,337(83.9)	75,631(4.7)	576(0.0)	11,141(0.7)
1997	1,834,568(100)	186,385(10.2)	1,556,042(84.8)	77,434(4.2)	713(0.0)	13,994(0.8)
1998	1,645,858(100)	95,175(5.8)	1,451,066(88.2)	84,315(5.1)	552(0.0)	14,750(0.9)
1999	1,499,174(100)	80,037(5.3)	1,274,226(85.0)	129,296(8.6)	668(0.1)	14,947(1.0)
2000	1,684,691(100)	81,717(4.9)	1,456,265(86.4)	121,363(7.2)	1,428(0.1)	23,918(1.4)
2001	1,999,718(100)	103,881(5.2)	1,744,560(87.2)	125,449(6.3)	1,794(0.1)	24,034(1.2)
2002	2,465,153(100)	208,525(8.5)	2,020,335(82.0)	166,639(6.8)	38,251(1.4)	31,403(1.3)
2003	3,029,809(100)	208,213(6.9)	2,481,814(81.8)	186,009(6.1)	100,915(3.4)	51,857(1.7)

주: 1993년도 보험재정의 세출 요소별 구성비에서 기금적립금 50,000백만원(4.8%)은 위 표에서 제외됨.

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

〈표 1-3〉 요양급여 및 휴업급여 증가 추이(1991~2003)

(단위: 억원)

	요양급여		휴업급여	
	금액	증가율지수	금액	증가율지수
1991	1,922	100.0	2,237	100.0
1992	2,560	133.2	3,811	125.7
1993	2,240	116.5	2,687	120.1
1994	2,492	129.7	3,036	135.7
1995	2,784	145.4	3,580	160.0
1996	3,430	178.5	4,357	184.8
1997	3,967	206.4	4,786	213.9
1998	3,797	197.6	3,999	178.8
1999	3,587	186.6	3,374	150.8
2000	4,252	221.2	4,225	188.9
2001	5,364	279.1	5,263	235.3
2002	6,090	316.9	6,287	281.0
2003	7,006	364.5	8,197	366.4

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

2003년도의 경우 전체 보험급여(2,481,814백 만원) 중 휴업급여(33.0%)가 차지하는 비중이 가장 높으며, 다음은 요양급여(28.6%)로 이들 요양·휴업급여(61.6%)가 차지하는 비중이 최근 수년간 계속적인 증가추세에 있다.

요양급여는 지난 12년간(1991~2003년) 연평균 22.0%씩 증가하였으며, 특히 최근 4년간(1999~2003년) 연평균 23.8%씩 증가하였다(표 1-3 참조).

휴업급여는 지난 12년간(1991~2003년) 연평균 22.2%씩 증가하였으며, 특히 최근 4년간(1999~2003년) 연평균 35.7%씩 증가하였다(표 1-3 참조).

3. 산업재해로 인한 근로손실일수

2003년도에 산업재해로 인한 총근로손실일수(59,135천일)는 노사분규로 인한 근로손실일수(1,299천일)의 45배에 달한다¹⁾.

1998년에 산업재해로 인한 피용자 1,000명당 근로손실일수가 한국(3,405.5일)이 대만(755.5일)보다 45배, 싱가포르(67.1일)보다 50배 높다²⁾.

1) 한국노동연구원, 『2005 KLI 노동통계』, 2005. 4, 141, 207쪽.

4 산재보험 요양재활 사례 비교연구

산입재해로 인한 이와 같은 높은 근로손실일수는 기업의 경쟁력 및 국가의 국제경쟁력 저하의 요인으로 작용한다.

4. 독일 산재보험의 요양전문화 원칙 및 효과

독일산재보험법(SGB VII) 제1조(예방, 재활, 보상) 제2호에 산재보험의 과제로서 예방과 더불어 “산입재해 또는 직업병이 발생한 후에 모든 적절한 수단을 통하여 피보험자의 건강과 직무능력을 회복시키는 것”을 명시하고 있다. 또한 제34조(요양의 시행) 제1항에는 다음과 같이 명시하고 있다³⁾.

“산재보험 운영기관들은 산재보험 적용사례 발생 후 가능한 한 신속한 그리고 적합한 요양과 필요한 경우 특별한 사고전문의학적 치료 또는 직업병 치료를 보증하는 모든 대책들을 강구하여야 한다. 산재보험 운영기관들은 이와 같은 목표에 준하여 의사와 병원이 완수해야 하는 전제조건들, 즉 전문적인 능력, 시설과 인력의 공급 내지는 떠맡은 의무들을 명시할 수 있다. 산재보험 운영기관들은 건강상태의 종류와 중증도에 따라 요양진료를 위한 특별한 절차를 규정할 수 있다.” 이와 같은 법규정에 의하여 독일 산재보험에서는 피재환자의 요양과 전문화 및 재활효율화를 꾀하여 왔다.

독일 산재보험의 피재환자 요양과 재활에 대한 중요성과 우선순위의 강조는 법 제26조(보험급여청구기본원칙) 제3항 “요양과 재활을 위한 보험급여는 연금급여에 우선한다”는 규정에 명확히 명시하고 있다.

독일 산재보험은 이와 같은 원칙하에서 전문적인 요양과 효율적인 재활 그리고 과학적인 예방을 위해 수십년간 노력해온 결과 근로자 장해연금 수급재해 천인율이 1960년 3.27에서 2002년 0.74로 42년간 78% 감소하였다(Timm, 2002: 28).

앞에서 보는 바와 같이 한국 산재보험은 전문적인 요양과 효율적인 재

2) 한국노동연구원, 『2002 해외노동통계』, 2002. 12, 98쪽.

3) “모든 적절한 수단을 통하여”는 경제성과 절약의 기본개념을 토대로 하고 있는 것이다(Benz, 1999: 702).

활을 통한 피재환자의 요양기간 단축이 급선무이며, 이는 피재근로자의 조기 직업복귀 및 근로손실 감축을 통한 기업 및 국가의 경쟁력 제고에 기여할 것이다.

제2절 연구의 목적

산재환자 부상특성에 따른 전문적인 요양 및 효율적 재활은 요양기간을 단축할 뿐만 아니라 장애정도를 감소시켜 조기 직업복귀 및 사회복귀를 가능케 한다.

본 연구는 세계에서 산재보험을 가장 먼저 도입·시행한 120년의 역사를 가지고 있는 독일 산재보험⁴⁾의 요양, 재활서비스 사례 중 성공사례를 집중적으로 정리한 후 우리나라의 사례와 비교하여 시사점을 도출하고자 한다.

제3절 연구방법

본 연구는 독일 사례의 분석·정리를 위하여 독일 관계기관 및 전문가를 방문하여 면담 및 자료 수집을 하였으며, 또한 독일 관계전문가 및 실무자를 초빙하여 세미나를 개최한 후 이들 자료 등을 분석·정리하였다.

한국 사례의 분석·정리를 위하여 관련기관을 방문하여 면담 및 자료 수집을 하였으며, 필요한 사항에 대하여는 실태조사를 실시한 후 그 결과를 분석·정리하였다.

아울러 독일과 한국의 기존 문헌 등을 수집하여 분석·정리하였다.

4) 독일 산재보험(gesetzliche Unfallversicherung)은 1884년에 법이 제정·시행되었다.

제2장

산재보험의 요양·재활체계, 내용 및 비용지출

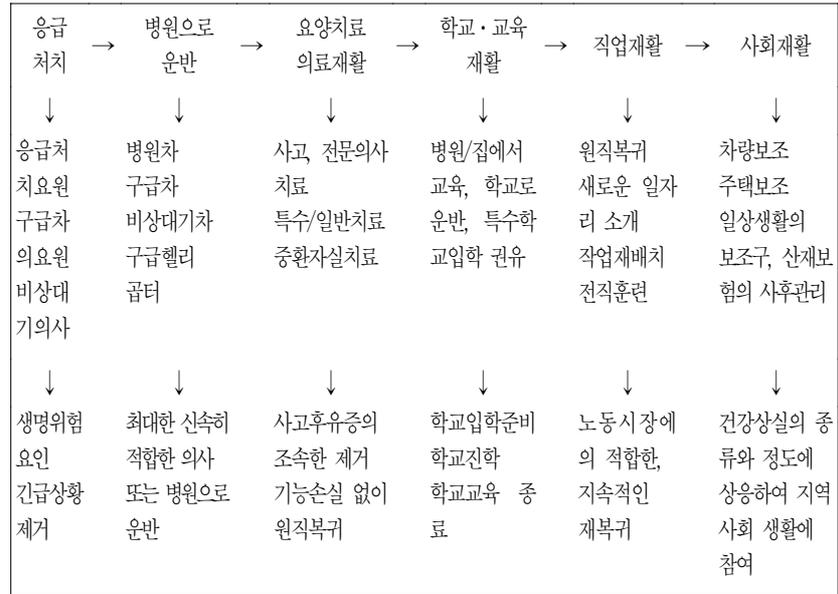
제1절 독일

1. 재활체계

사업장에서 산업재해를 당한 재해근로자는 현장에서 응급처치요원 또는 비상대기 의사의 응급처치를 받은 후 구급차 또는 헬기를 이용하여 병원으로 운반된다. 병원으로 운송된 산재환자는 산재보험에 의해 개발된 다양한 요양치료와 의료재활과정에 들어간다⁵⁾. 요양치료과정 중에 직업 재활대책과 보험급여(어린이와 학생의 경우는 학교·교육학적 재활)가 필요한지 여부가 검토된다. 이와 같은 직업재활대책의 적용이 불가능한 재해근로자는 최종단계에서 사회재활대책과 보험급여가 준비되어진다 (HVBG, 2002: 28~29). 이와 같은 독일 산재보험의 재활과정을 요약하면 [그림 2-1]과 같다.

5) 독일 산재보험이 산업재해와 직업병 발생 후 의료재활 시행에 대한 법적 책임을 갖게 된 것은 제국보험법(RVO)에서 발견되며, 『제국보험청 규정(1936. 6. 19): Bestimmung des Reichsversicherungsamtes vom 19. 6. 1936』에서 찾을 수 있다 (Hamacher, 1984: 56).

[그림 2-1] 독일 산재보험의 재활시스템



자료 : HVBG, *Reha 2000, 2002*, p.29.

2. 재활실적

독일 산업부문 산재보험에서 2002년도 한해 동안 재활(의료재활, 직업재활, 사회재활 등)이 종결된 피보험자는 152,474명이다(표 2-1 참조). 이들에게 취해진 대책은 총 242,532건이며 이 중 의료재활대책은 206,251건(85.0%)이며, 직업재활대책은 23,001건(4.7%)이다. 그리고 최초의 개호보증은 1,820건(0.7%)이다.

8 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 2-1〉 산업부문 산재보험 적용사례 종류별 재활대책 현황(2002)

(단위: 건)

	종결된 재활사례 (명)	재활대책 종류				전 체
		의료재활 대책	직업재활 대책	사회재활 대책	최초의 개호보증	
사업장 노동재해	94,312	126,962	11,893	5,269	454	144,578
도로상 노동재해	2,011	2,976	332	232	16	3,556
비도로상 출장재해	2,220	2,860	127	86	19	3,092
도로상 출장재해	3,659	5,262	556	504	64	6,385
비도로상 통근재해	8,117	10,717	610	444	74	11,844
도로상 통근재해	23,685	33,035	3,160	2,254	224	38,672
직업병	14,655	19,986	4,765	2,013	733	27,497
직업병 시행령 제3조에 의한 질환	675	406	1,430	58	6	1,901
산재보험법 제9조 제2항에 의한 질환	407	698	5	88	25	817
재활: 노동재해	2,620	3,203	95	496	202	3,996
재활: 통근재해	104	138	23	15	3	179
재활: 직업병	10	8	5	1	0	14
전 체	152,474	206,251	23,001	11,459	1,820	242,532

자료: HVBG, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003, 2004. 8, p.128.

3. 재활 관련 비용

가. 개요

독일 산업부문 산재보험에서 2003년 한해 동안 지출한 총비용은 106억 1,775만 유로(Euro)이다. 이 중 장해연금, 유족연금 등 현금보상 46.9%, 의료재활 및 직업재활을 포함한 재활비용 24.3%, 운영자금 및 준비금 10.9%, 관리비 9.8%, 재해예방 6.9%, 그리고 소송관련 비용 0.8%이다(표 2-2 참조).

재활비용은 총 26억 4,141만 유로이며, 이 중 의료재활비용(휴업급여 포함)은 23억 1,037만 유로(전체 지출비용의 22.2%), 직업재활비용은 2억 7,445만 유로(전체 지출비용의 2.6%)이다.

의료재활비용에 포함되어 있는 휴업급여(부상급여)는 5억 410만 유로

로 전체 지출비용의 4.7%이다.

직업재활비용에 포함되어 있는 전환급여는 7,495만 유로로 전체 지출비용의 0.6%이다.

나. 요양·의료재활 관련 비용

독일 산업부문 산재보험조합에서 2003년 한해 동안 요양 및 의료재활과 관련된 비용지출은 총 23억 1,037만 유로이다(표 2-2 참조). 이 중 산재환자의 병원에서의 입원치료비는 28.2%(6억 5,241만 유로), 주거지에서의 간호치료비는 0.2%(591만 유로)이다. 또한 통원치료비는 28.5%(6억 7,942만 유로)이며 치과치료비는 0.5%(1,088만 유로)이다. 요양치료기간 동안의 임금손실에 대하여 산재보험에서 산재근로자에게 지급한 휴업급여는 요양·의료재활 총비용의 21.8%(5억 410만 유로)이며, 휴업급여기간중인 산재근로자를 위하여 지급한 사회보험료는 1억 6,566만 유로(7.2%)이다.

이상과 같은 요양기간중의 보험급여에 관한 사항이 독일 산재보험법(SGB VII) 제28조(요양의 범위), 제29조(의료진료와 치과진료), 제29조(의약품과 붕대·가재 등), 제30조(치료수단: 약재와 치료조치), 제31조(의과용 보조구), 제32조(재가개호), 제33조(병원과 재활시설에서의 입원치료), 제34조(요양의 시행) 그리고 제45조(휴업급여의 전제조건), 제46조(휴업급여의 개시와 종료), 제47조(휴업급여의 액수), 제48조(질병재발에 있어서의 휴업급여), 제52조(휴업급여와 전환급여에 산정되는 소득)에 명시되어 있다.

다. 직업재활 관련 비용

독일 산업부문 산재보험조합에서 2003년 한해 동안 직업재활과 관련된 비용지출은 총 2억 7,445만 유로이다(표 2-2 참조). 이 중 직업훈련 관련 비용은 41.1%(1억 1,270만 유로), 직업훈련기간중의 전환급여는 0.3%(7,494만 유로), 전환급여기간중인 산재근로자를 위하여 지급한 사회보험료는 4,204만 유로(0.2%)이다.

10 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 2-2〉 독일 산업부문 산재보험의 지출 추이(1980~2003)

	지출계정 항목	단위(DM)		단위(Euro)		
		1980	1990	2001	2002	2003
예방	59	315,763,909	620,065,629	666,546,249 (6.4%)	697,539,731 (6.5%)	728,146,226 (6.9%)
재활	40~49	1,868,664,329	2,830,537,406	2,548,589,138 (24.7%)	2,641,414,357 (24.7%)	2,584,828,143 (24.3%)
I. 의료재활						
통원치료	400	370,495,741	610,339,844	663,294,462	679,421,669	675,879,912
치과치료	450	12,671,452	13,245,555	10,826,615	10,886,394	10,296,512
소계		383,167,193	623,585,409	674,121,077	690,308,063	686,175,423
입원치료	460	599,357,187	851,596,330	662,541,931	663,905,070	652,410,786
주거지에서 간호치료	465	-	-	4,815,453	5,916,144	6,190,628
소 계		599,357,187	851,596,331	667,357,384	669,821,213	668,601,413
휴업급여	470	547,348,968	705,589,868	530,644,427 (5.1%)	559,164,279 (5.2%)	504,104,457 (4.7%)
특별지원	475	565,953	810,808	501,793	526,529	479,947
소계		547,914,921	706,400,676	531,146,220	559,690,808	504,584,404
개호	480	3,469,457	13,688,934	51,173,369	54,674,977	61,040,401
개호급여	481	45,876,082	81,151,172	86,226,515	89,764,923	90,488,054
세탁, 의복비	482	13,853,343	18,541,944	14,692,879	14,982,551	15,001,215
그 외의 치료비용	483	296,411	440,166	1,443,712	1,435,978	1,273,442
휴업급여기간 중 사회 보험료	484	93,728,938	149,559,878	165,164,313 (1.6%)	177,285,173 (1.7%)	165,656,966 (1.6%)
요양치료 및 개호시 여행비용	485	54,560,632	79,644,494	95,579,851	97,641,739	99,207,723
생활비 보조 및 어린이 양육	486	407,212	1,208,591	3,554,948	3,727,030	3,539,156
사회참여비용	488	1,561,140	21,085,064	21,771,551	22,097,928	24,805,811
어린이사고시 휴업급여	489	-	-	2,679	1,533	1,362
소 계		213,753,270	365,325,243	439,609,817	461,591,851	461,011,406
의료재활 총계		1,744,222,571	2,546,907,659	2,312,234,498 (22.3%)	2,381,411,936 (22.2%)	2,310,372,647 (21.8%)
II. 직업재활						
직업훈련 관련 비용	490	52,494,006	105,360,574	98,303,353	106,554,356	112,699,586
전환급여	491	38,442,285	82,570,451	62,438,450	69,952,292	74,945,626
기타 현금급여	492	2,660,885	978,259	426,830	626,233	1,090,349
전환급여기간 중 사회 보험료	494	18,474,701	39,739,186	34,891,601	39,486,201	42,047,812
여행경비	495	1,769,575	9,057,290	10,640,168	11,581,931	13,277,265
생활비 보조	496	16,032	81,364	188,123	212,537	278,408
기타 비용	498	4,888,872	7,438,618	4,011,917	5,170,811	4,387,790
-	499	5,915,403	38,382,129	25,454,198	26,418,060	25,728,661
직업재활 총계		124,661,758	283,627,870	236,354,639 (2.3%)	260,002,421 (2.4%)	274,455,496 (2.6%)
현금보상	50~58	5,089,066,394	6,366,972,343	4,900,782,418 (47.3%)	4,978,705,088 (46.5%)	5,025,184,483 (46.9%)
관리비	70~75	609,843,288	1,020,171,568	956,847,108 (9.2%)	992,044,267 (9.3%)	1,039,619,619 (9.8%)
소송관련 비용	76~79	73,549,334	106,657,699	74,827,138 (0.7%)	83,475,846 (0.8%)	81,990,340 (0.8%)
운영자금 및 준비금	60~69	1,227,040,533	2,212,050,390	1,215,096,822 (11.7%)	1,317,411,040 (12.3%)	1,157,983,950 (10.9%)
합 계		9,184,147,786	13,156,455,036	10,362,688,872 (100.0%)	10,710,590,330 (100.0%)	10,617,752,761 (100.0%)

자료: HVBG, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003, 2004. 8, p.47, p.55.

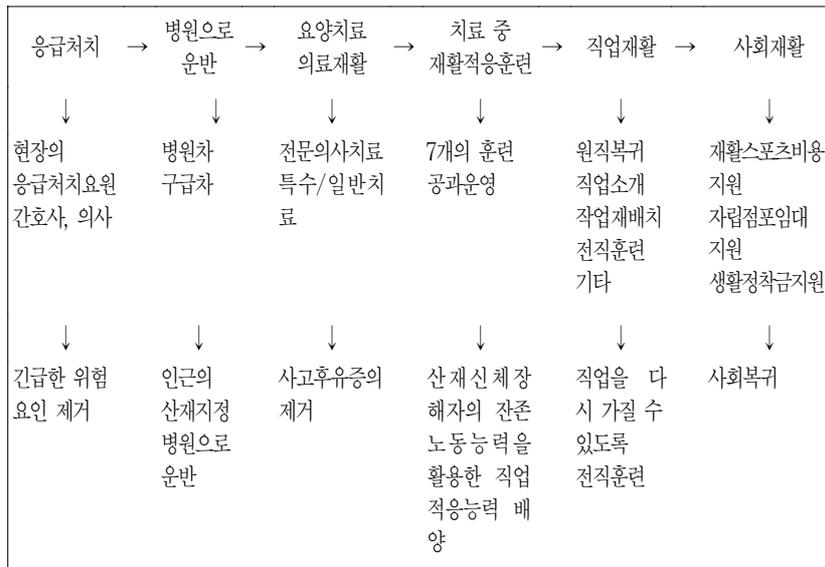
이상과 같은 직업재활기간 중의 보험급여에 관한 사항이 독일 산재보험법(SGB VII) 제35조(직업재활보험급여의 범위), 제36조(사업주에 대한 보험급여), 제37조(장애인을 위한 작업장에서의 보험급여), 제38조(산재보험 직업재활 보험급여의 기간) 그리고 제49조(전환급여의 전제조건), 제50조(전환급여의 개시와 종료), 제51조(전환급여의 액수), 제52조(휴업급여와 전환급여에 산정되는 소득)에 명시되어 있다.

제2절 한 국

1. 재활사업체계

사업장에서 업무에 종사 중 사고를 당한 피재근로자는 현장에서 응급처치를 받은 후 인근의 산재지정병원으로 운반된다. 부상의 정도가 심하거

[그림 2-2] 우리나라 산재보험의 재활시스템



나 장기적인 치료를 요하는 환자에 대하여는 산재의료관리원 산하 산재 병원 또는 산재보험에서 인가한(지정한) 해당분야의 전문병원 또는 종합 병원 등에 입원하여 의료재활과정에 들어간다. 요양치료기간 중 작업치 료의 연장으로 재활적응훈련을 받을 수 있다. 요양치료가 종결된 산재장 해자로서 원직복귀가 불가능한 산재근로자에 대한 전직훈련이 있다. 장 해정도가 심하여 직장복귀도 불가능한 산재근로자의 사회복귀를 위한 자 립점포임대지원사업 등이 있다(그림 2-2, 그림 2-3 참조).

2. 재활사업 내용

우리나라 산재보험의 재활사업이 법적인 근거를 갖게 된 것은 1999년 12월 산재보험법 개정시 제1조(목적)에 재해근로자의 재활 및 사회복귀 촉진을 추가로 명시한 이후부터이다. 그 이전까지는 재활사업은 단순복 지사업 및 제도 도입을 위한 준비단계이었다. 2000년도에 한국노동연구 원에서 재활사업 중장기 발전전략 연구(윤조덕 외, 2000)를 수행하여 이를 토대로 2001년도에 정부(노동부)에서 재활사업 5개년 계획을 수립하여 시 행하게 되었다(그림 2-4 참조). 이것이 재활사업 체계화의 효시이다.

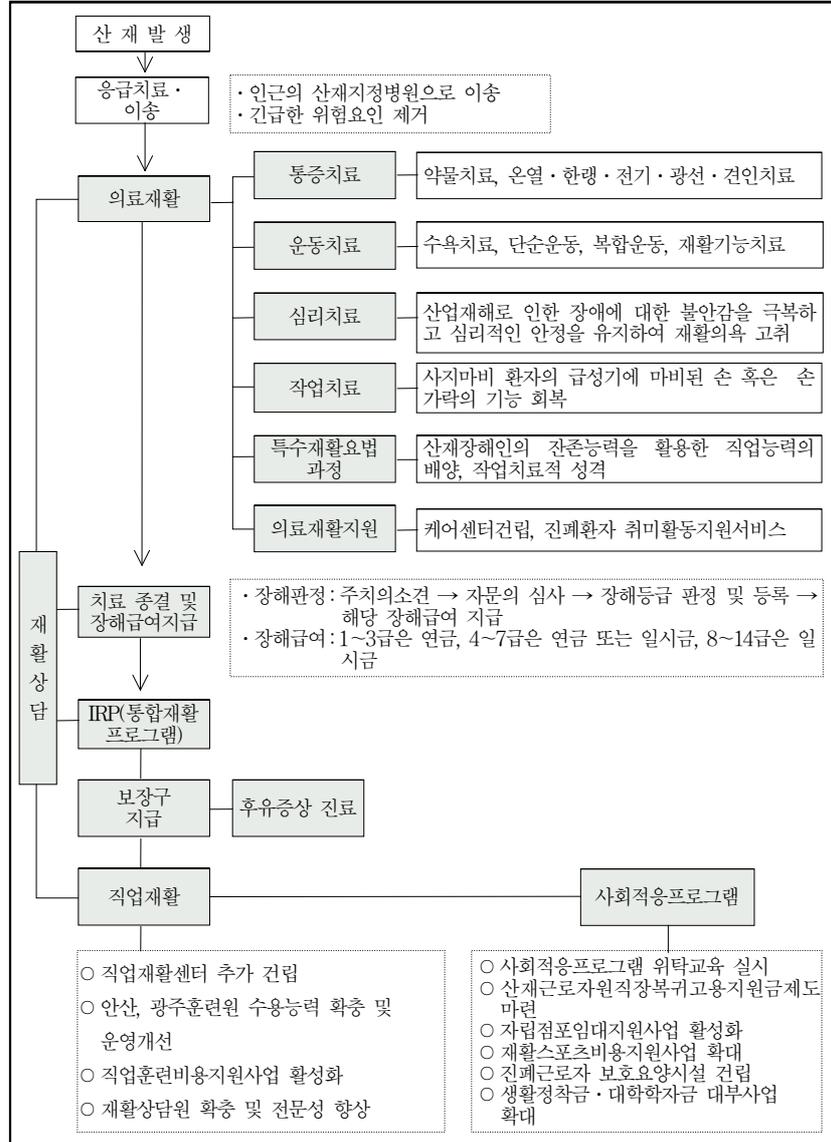
재활사업 5개년 계획(2001~2005)은 크게 4개 영역에 8개 사업부문 27 개 세부사업으로 구성되어 있다(표 2-3 참조). 첫번째, 의료재활 선진화 영역은 의료재활 지원사업 및 시설확충 등 3개 사업 부문에 11개 세부사 업이 있다. 두번째, 직업재활 내실화 영역은 직업재활시설 건립 및 직업 훈련 활성화사업 등 2개 사업부문에 4개 세부사업이 있다. 세번째, 사회 복귀정착지원영역은 사회적응프로그램 운영 및 취업·창업제고 등 2개 사업부문에 7개 세부사업이 있다. 네번째, 재활사업 인프라구축영역은 5 개 세부사업이 있다.

이와 같은 27개 세부사업의 진행을 통한 재활사업 확대현황은 <표 2-4>와 같다⁶⁾.

6) 2003년에는 한국노동연구원을 중심으로 재활사업의 수행효과성에 대한 평가가 있 었다(윤조덕 외, 2003).

2004년에는 산재보험제도 전반에 대한 문제점·취약점을 분석하고 선진화된 산재

(그림 2-3) 산재보험 재활사업의 흐름

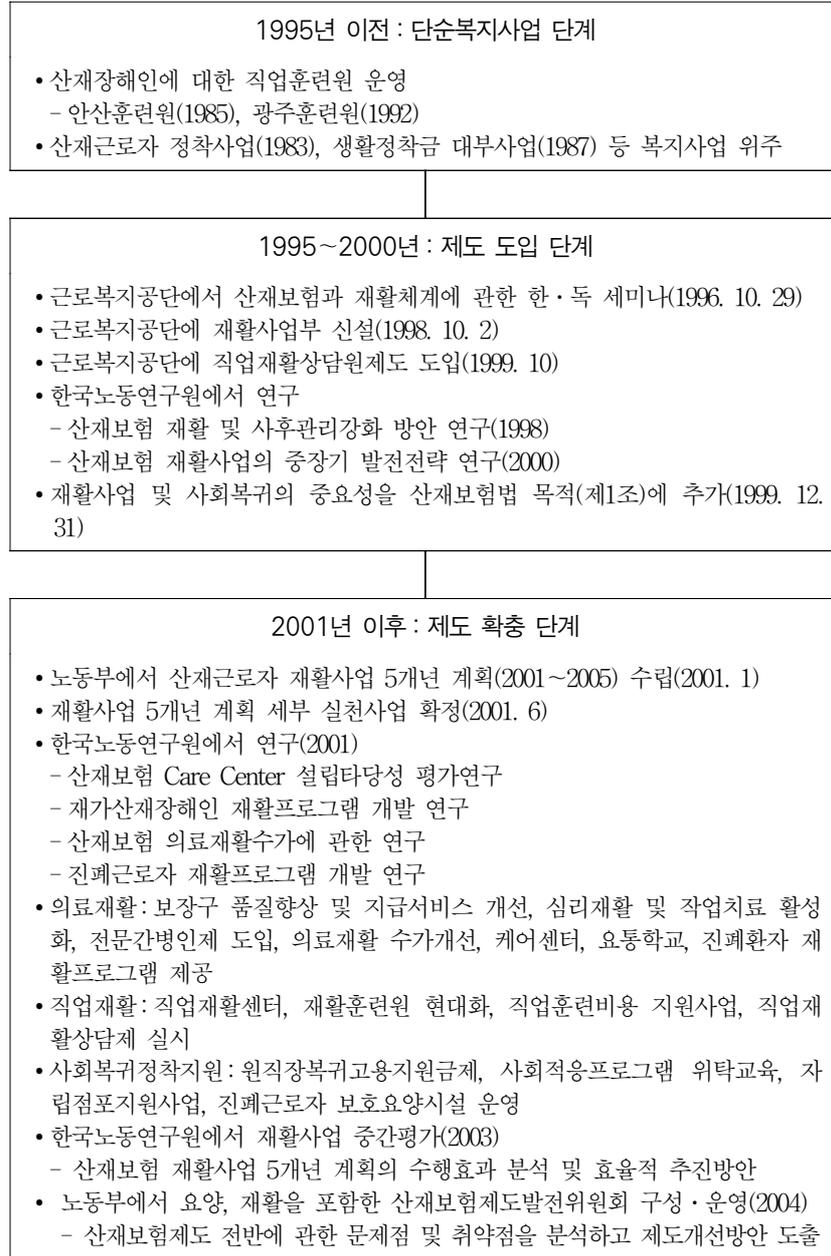


자료: 노동부, 『재활사업 5개년 계획 세부실천사업』, 2001. 6, 14쪽.

보험제도 구축을 위하여 노동부가 주체가 되어 산재보험제도 발전위원회가 구성되어 활동하였다. 이 위원회에는 재정·징수분과(제1분과), 요양·보상분과(제2분과) 그리고 재활·복지분과(제3분과)의 3개 분과가 20개의 연구과제를 중심으로 워크숍 및 토론회를 진행하였다.

14 산재보험 요양재활 사례 비교연구

(그림 2-4) 산재보험 재활사업 발전과정



자료: 윤조덕, 『산재보험 요양·재활서비스 선진화방안에 관한 한·독세미나』, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, 22쪽.

〈표 2-3〉 재활사업 5개년 계획 주요 내용(8개 사업, 27개 단위사업)

	사업명	단위사업	주관부서
의료 재활 신진 화	1. 의료재활 지원사업 및 시설 확충	1-1 심리재활 및 작업치료 활성화 1-2 요통학교 운영 1-3 산재환자 간병인제도 개선 1-4 진폐환자에게 적합한 프로그램 모델 개발 1-5 진폐환자 취미활동지원서비스 개선·보완 1-6 중증장애인을 위한 케어센터 건립	인천중앙병원 공단 재활사업부, 인천중앙병원 공단 보상부 한국노동연구원 공단 재활사업부 산재의료관리원
	2. 보장구 지급 서비스 개선 및 재활공학 연구센터 기 능활성화	2-1 산재장애자 보장구 지급제도 개선 2-2 보장구 관련 급여품목 확대 및 현실화 2-3 재활공학연구센터 기능 확대	공단 재활사업부 공단 보상부 재활공학연구센터
	3. 재활관련 수 가 개선	3-1 산재환자 중심의 의료재활수가 개선 3-2 후유증상 진료범위 확대	공단 보상부, 한국노동연구원 공단 재활사업부
직업 재활 내실 화	4. 직업재활시 설 건립 및 직업재활 훈련 활성화	4-1 직업재활센터 건립 4-2 안산, 광주훈련원 수용능력 확충 및 운영 개선 4-3 직업훈련비용지원사업 활성화	공단 재활사업부
	5. 직업재활상담 제 확대운영	5-1 재활상담원 확충 및 전문성 향 상	공단 재활사업부
사회 복귀 정착 지원	6. 사회적응프로 그램 운영 및 취업· 창업 제고	6-1 산재근로자 원직장복귀지원 제도 마련 6-2 사회적응프로그램 위탁교육 실시 6-3 자립점포임대지원사업 활성화 6-4 재활스포츠 비용지원사업 확대	공단재활사업부
	7. 산재근로자 생활안정 지원사업 확대	7-1 진폐근로자 보호요양시설 건립 7-2 생활정착금 대부사업 확대 7-3 대학학자금 대부사업 확대	공단 복지계획부 공단 복지진흥부
8. 재활사업 인프라 구축	8-1 산재근로자 재활정보관리 시스 템 구축 8-2 재활인력 확충 및 현장 서비스 강화 8-3 재활 조사연구사업 추진 8-4 재활사업 국제협력 강화 8-5 재활사업 평가시스템 마련	공단재활사업부 한국노동연구원 공단 재활사업부 노동부	

자료: 노동부, 『재활사업 5개년 계획 세부실천사업』, 2001, 17쪽.

〈표 2-4〉 산재보험 재활사업 확대현황

2000	2001	2002~2003
<ul style="list-style-type: none"> · 직업재활비용지원사업 · 직업재활상담제 · 의료재활지원사업 · 재활사업연구반 운영 · 후유증상진료제도 운영 · 자립점포임대지원사업 · 직업재활센터 건립 	<ul style="list-style-type: none"> · 직업훈련비용지원사업 · 직업재활상담제 · 의료재활지원사업 · 재활사업연구반 운영 · 후유증상진료제도 운영 · 자립점포임대지원사업 · 직업재활센터 건립 · 재활스포츠비용지원사업 · 사회적응프로그램 위탁교육 	<ul style="list-style-type: none"> · 직업훈련비용지원사업 · 직업재활상담제 · 의료재활지원사업 · 재활사업연구반 운영 · 후유증상진료제도 운영 · 자립점포임대지원사업 · 직업재활센터 건립 · 재활스포츠지원사업 · 사회적응프로그램 위탁교육 · 요통학교 운영 · 케어센터 건립 · 산재근로자 보장구지급사업 · 사회적응프로그램 위탁운영 · 산재근로자 (원)직장복귀지원사업 · 산재근로자 정보관리시스템 관리·운영 · 기타 신규사업개발운영

자료: 노동부, 『산재보험 40년사 1964~2003』, 2004, 863쪽.

3. 재활사업에 대한 평가

본 연구에서는 현재 진행중인 재활사업 프로그램 각각에 대한 기관장(근로복지공단 지역본부장, 지사장 및 직업재활훈련원장)의 평가 정도를 알아보기 위해 설문조사를 통하여 재활사업을 의료재활 선진화, 직업재활 내실화, 사회복귀정착지원, 재활사업 인프라 구축을 기본으로 한 4부문의 20개 세부사업으로 분류하여 총점 5점을 기준으로 측정하였다⁷⁾.

의료재활 선진화에서는 세부사업 중 산재근로자 보장구 지급제도가 3.41점으로 가장 높았고, 다음은 보장구 관련 급여품목 3.14점, 진폐환자 취미활동 지원서비스 2.82점, 산재환자 간병인제도 2.75점, 요통학교 운영 2.56점으로 조사되었다(표 2-5 참조).

7) 본 설문조사는 2004년 9~10월 중에 근로복지공단 지역본부장 및 지사장 46명 그리고 안산·광주 재활훈련원장 2명, 총 48명에 대하여 이루어졌다.

〈표 2-5〉 재활사업 전반에 대한 기관장 의견

(단위: 점, 지역)

	평균 (표준 편차)	최소 값	최대 값	해당사업 모름총계	서울	강원	부산 경남	대구 경북	인천 경기	광주 전라	대전 충청	훈련 원
의 료 재 활 선 진 화	요통학교 운영 (n=34)	2.56 (0.82)	1.00	4.00	14	1	2	2	1	2	2	2
	산재환자 간병인 제도(n=46)	2.75 (0.80)	1.00	4.00	2	-	-	-	-	1	-	1
	진폐환자 취미활동 지원서비스(n=36)	2.82 (0.70)	1.00	3.80	12	1	1	2	1	3	1	2
	산재근로자 보장구 지급제도(n=44)	3.41 (0.67)	1.67	4.33	4	1	-	1	-	-	-	1
	보장구 관련 급여 포함(n=43)	3.14 (0.73)	1.33	4.00	5	2	-	1	-	-	-	1
직 업 재 활 내 신 화	직업재활센터 건립 (n=41)	2.85 (1.04)	1.00	5.00	7	-	2	2	1	1	-	1
	안산훈련원에서 제공하는 재활관련 공과 및 프로그램 (n=47)	3.28 (0.77)	2.00	5.00	1	-	-	1	-	-	-	-
	광주훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램 (n=47)	3.38 (0.77)	2.00	5.00	1	-	-	1	-	-	-	-
	직업훈련비용지원 사업(n=48)	3.08 (0.79)	1.00	4.50	0	-	-	-	-	-	-	-
	재활상담원 확충 및 전문성(n=48)	3.05 (0.68)	1.00	4.00	0	-	-	-	-	-	-	-
사 회 보 귀 정 착 지 원	산재근로자 원직장 복귀지원제도(n=45)	2.58 (0.87)	1.00	5.00	3	-	-	-	1	1	-	-
	사회적응프로그램 위탁교육(n=41)	2.67 (0.74)	1.00	4.00	7	-	1	1	1	2	-	2
	자립점포임대지원 사업(n=48)	3.14 (0.69)	1.50	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-
	재활스포츠비용 지원사업(n=47)	3.21 (0.73)	1.33	4.67	1	-	-	1	-	-	-	-
	진폐근로자 보호요양 시설건립(n=33)	3.30 (0.77)	2.00	5.00	15	1	2	5	1	2	1	2
	생활정착금 대부 사업(n=47)*	3.37 (0.56)	2.00	4.33	0	-	-	-	-	-	-	-
	대학학자금 대부 사업(n=46)	4.09 (0.81)	2.00	5.00	2	-	1	-	-	-	1	-
	재활사업인포 라구축											
재 활 사 업 인 포 라 구 축	산재근로자 재활정보 관리 시스템 구축 (n=44)	2.75 (0.92)	1.00	4.00	4	-	-	2	-	1	-	1
	재활인력 확충 및 현장서비스(n=47)*	2.84 (0.81)	1.33	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-
	재활사업 평가 시스템 구축 및 활용 (n=47)	2.89 (0.67)	1.00	4.00	1	-	-	1	-	1	-	-

주: 1점: 전혀 잘 되고 있지 않다, 2점: 별로 잘 되고 있지 않다, 3점: 보통이다, 4점: 대체로 잘 되고 있다, 5점: 매우 잘 되고 있다.

* 무응답 1명.

직업재활 내실화에서는 광주훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램이 3.38점으로 가장 높았고, 다음은 안산훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램 3.28점, 직업훈련비용지원사업 3.08점, 재활상담원 확충 및 전문성 3.05점, 직업재활센터 건립 2.85점으로 나타났다.

사회복지정착지원에서는 대학학자금 대부사업이 4.09점으로 가장 높았고, 다음은 생활정착금 대부사업 3.37점, 진폐근로자 보호요양시설 건립 3.30점, 재활스포츠비용지원사업 3.21점, 자립점포임대지원사업 3.14점, 사회적응프로그램 위탁교육 2.67점, 산재근로자 원직장복귀지원제도 2.58점으로 나타났다.

재활사업 인프라 구축에서는 재활사업 평가시스템 구축 및 활용이 2.89점으로 가장 높았고, 다음은 재활인력 확충 및 현장서비스 2.84점, 산재근로자 재활정보관리 시스템 구축 2.75점으로 조사되었다.

4. 우선적으로 보완해야 할 재활사업

산재근로자의 효율적인 재활사업을 위해 우선적으로 보완해야 할 사업을 근로복지공단 이사장에게 순위별로 선택하게 하여 알아보았을 때, 제1순위 재활사업은 산재근로자 원직장복귀지원제도 25.0%(12명), 다음은 재활상담원 확충 및 전문성 22.9%(11명), 재활인력 확충 및 현장서비스 12.5%(6명) 순이었으며, 제2순위 재활사업은 재활인력 확충 및 현장서비스 18.8%(9명), 산재근로자 원직장복귀지원제도와 산재근로자 재활정보관리 시스템이 각각 14.6%(7명)로 나타났다. 제3순위 재활사업은 재활인력 확충 및 현장서비스 25.0%(12명), 재활사업 평가시스템 12.5%(6명) 순이었다(표 2-6 참조).

전체(1~3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(144건)로 보았을 때, 재활인력 확충 및 현장서비스가 18.8%(27건)로 가장 높았고, 다음은 산재근로자 원직장복귀지원제도와 재활상담원 확충 및 전문성이 각각 13.2%(19건), 산재근로자 재활정보관리 시스템 9.7%(14건) 순으로 나타났다.

〈표 2-6〉 기관장이 본 효율적인 재활사업을 위해 보완해야 할 사업

(단위: 명, 건, %)

	1순위	2순위	3순위	전 체 ¹⁾
산재환자 간병인제도	1(2.1)	-	1(2.1)	2(1.4)
진폐환자 취미활동 지원서비스	-	-	1(2.1)	1(0.7)
산재근로자 보장구 지급제도	-	-	1(2.1)	1(0.7)
보장구 관련 급여품목 현실화	-	2(4.2)	-	2(1.4)
산재환자 중심의 의료재활수가	3(6.3)	2(4.2)	1(2.1)	6(4.2)
후유증상 진료범위	1(2.1)	3(6.3)	3(6.3)	7(4.9)
직업재활센터 건립	4(8.3)	1(2.1)	3(6.3)	8(5.6)
안산, 광주훈련원의 수용능력 확대 및 운영	1(2.1)	1(2.1)	1(2.1)	3(2.1)
직업훈련비용지원사업	1(2.1)	6(12.5)	1(2.1)	8(5.6)
재활상담원 확충 및 전문성	11(22.9)	5(10.4)	3(6.3)	19(13.2)
산재근로자 원직장복귀지원제도	12(25.0)	7(14.6)	-	19(13.2)
사회적응프로그램 위탁교육	-	3(6.3)	4(8.3)	7(4.9)
자립집포임대지원사업	-	2(4.2)	4(8.3)	6(4.2)
재활스포츠비용지원사업	1(2.1)	-	-	1(0.7)
진폐근로자 보호요양시설 건립	1(2.1)	-	1(2.1)	2(1.4)
생활정착금 및 대학학자금 대부사업	1(2.1)	-	2(4.2)	3(2.1)
산재근로자 재활정보관리 시스템	4(8.3)	7(14.6)	3(6.3)	14(9.7)
재활인력 확충 및 현장서비스	6(12.5)	9(18.8)	12(25.0)	27(18.8)
재활사업 평가시스템	-	-	6(12.5)	6(4.2)
기타	1(2.3)	-	1(2.3)	2(1.4)
전 체	48(100.0)	48(100.0)	48(100.0)	144(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총응답건수 144건.

5. 재활사업비용 지출

2003년도의 산재보험 지출총액은 3조 298여 억원이다(표 2-7 참조). 이 중 산재근로자 재활 및 복지사업에 지출된 비용은 0.50%(150여 억원)이다(표 2-7 참조). 이들 비용은 산재보험법에 별도의 보험급여 항목으로 명시되어 있지 않고 복지사업에 포괄적으로 포함되어 지출되고 있다.

20 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 2-7〉 산재보험 지출현황(2001~2003)

(단위: 백만원, %)

	2001	2002	2003
전 체	2,191,082(100.0)	2,465,155(100.0)	3,029,809(100.0)
보험급여	1,744,560(79.6)	2,020,335(82.0)	2,481,814(81.9)
· 요양급여	536,464	609,002	709,578
· 휴업급여	526,306	628,739	819,681
· 장해급여	447,005	514,398	626,222
· 유족급여	134,576	151,757	192,583
· 상병연금	94,135	94,135	105,337
· 장의비	18,255	19,091	22,678
· 간병급여	1,192	3,213	5,735
반환금	24,034(1.1)	31,403(1.3)	52,858(1.7)
복지공단출연금	111,508(5.1)	166,639(6.8)	186,009(6.1)
안전공단출연금	121,202(5.5)	143,554(5.8)	142,846(4.7)
연구원출연금	1,067(0.05)	1,237(0.05)	1,162(0.04)
공단직원 및 청사임차용자금			7,734
용자사업	112,804	93,422	
산재근로자자녀용자금			21,667
산재예방시설용자금			62,699
산재보험시설비			372
기금관리비중	5,678	5,397	
산재보험기금관리비			617
산재예방관리비			1,834
산재예방진산관리			834
연구개발비			217
산재심사위원회운영			67
자본투자	69,833	2,758	
여유자금운용			-
지출잔액			69,079

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

〈표 2-8〉 산재근로자 재활사업 실적

(단위: 백만원, %)

	2001		2002		2003	
	건수/명	금액	건수/명	금액	건수/명	금액
재활보조기구 추가지급·수리			501	285	1,082	566
직업훈련비용지원 (연간 훈련위탁)	1,665		2,813	4,988	1,995	5,788
점포지원	67	3,017	156	7,434	154	8,151
재활스포츠지원	548	115	1,625	473	1,427	554
전 체				13,180		15,059

자료: 노동부, 『산재보험사업연보』, 각년도.

제3절 비교를 통한 정책 개선방향

1. 재정항목 비교

독일과 한국 산재보험의 2003년도 지출내역을 항목별로 정리하면 <표 2-9>와 같다. 이 표에서 보는 바와 같이 총액 중 산재예방부문에 독일과 한국 각각 6.9%를 지출하였으며 연금급여 등 현금보상에는 46.9%, 31.2%를 지출하였다.

휴업급여에는 독일이 4.7%, 한국이 27.1%를 지출하였으며⁸⁾, 휴업급여 기간 중의 사회보험료를 독일 산재보험은 지출하고 있는 반면에 한국 산재보험은 지출제도가 없다. 요양급여/의료재활급여도 독일 산재보험은 14.6%를 한국 산재보험은 23.4%를 지급하였다. 직업재활 중에 독일 산재보험은 전환급여와 이 기간 중에 사회보험료를 지급한 반면, 한국 산재보험은 이와 같은 제도가 없어 지급실적이 없으며 다만 복지사업으로 시행하고 있다.

8) 독일 산재보험의 피재자 휴업급여는 노동불능으로 인한 휴업3일 초과를 요하는 요양에 대하여 휴업 제7주째부터 지급하고 6주까지는 사업주가 임금을 지급한다. 한국 산재보험은 요양 4일 이상을 요하는 산업재해·직업병에 대하여 처음부터 지급한다.

22 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 2-9〉 한국과 독일 산재보험 지출비교(2003)

(단위: 유로, 백만원, %)

총 액	독일(유로)	한국(백 만원)
	10,617,752,761 (100.0)	3,029,809 (100.0)
1. 예방	728,146,226 (6.9)	208,213 ¹⁾ (6.9)
2. 현금보상	5,025,184,483 ²⁾ (46.9)	946,479 ³⁾ (31.2)
3. 휴업급여	504,104,457 (4.7)	819,681 (27.1)
4. 휴업급여기간 중 사회보험료	165,656,966 (1.6)	-
5. 개호급여/간병급여	90,488,054 (0.9)	5,735 (0.2)
6. 요양급여, 의료재활급여	1,550,123,170 (14.6)	709,578 (23.4)
7. 직업재활관련 비용	157,462,058 (1.5)	5,788 (0.2)
8. 전환급여	74,945,626 (0.7)	-
9. 전환급여기간 중 사회보험료	42,047,812 (0.4)	-
10. 산재근로자녀용자금	-	21,667 (0.7)
11. 관리비	1,039,619,619 (9.8)	180,221 ⁴⁾ (5.9)
12. 소송관련 비용	81,990,340 (0.8)	-
13. 운영자료 및 준비금	1,157,983,950 (10.9)	-
14. 기타	-	79,248 (2.6)

주: 1) 한국산업안전공단출연금(142,846백 만원)+산재예방시설용자금(62,699백 만원)+산재예방관리비(1,834백 만원)+산재예방 전산관리(834백 만원).

2) 장해급여+유족급여+장의비.

3) 장해급여+유족급여+상병연금+장의비.

4) 근로복지공단총연금(186,009백 만원)-직업재활관련 비용(5,788백 만원).

관리비, 소송관련 비용에 관한 한국 산재보험의 공식적인 통계자료는 발표된 바가 없어 독일 산재보험과 비교하기에는 한계가 있다.

2. 비교를 통한 정책 개선방향

재활사업체계 및 재활사업 관련 비용지출에 대한 독일과 한국 산재보험의 사례비교에서 다음과 같은 정책 개선방향을 제안한다.

첫째, 한국 산재보험의 재활사업과 관련한 사업의 내용과 비용에 관한 사항을 산재보험법에 보완·신설하여야 할 것이다. 이를 통하여 재활사업의 체계화가 이루어질 수 있을 것이다(예로써 직업재활급여의 범위 및 수준, 사회재활급여의 범위 및 수준 등). 즉, 재활급여에 대한 세부내용이

산재보험법에 명시되어야 한다.

둘째, 직업재활사업 관련 비용의 증대가 이루어져야 할 것이다. 예로써 2003년도에 산재보험 지출총액 중 독일 산재보험은 직업재활사업에 2.6%를 지출한 반면, 한국 산재보험은 직업재활 및 복지사업에 0.5%를 지출하였을 뿐이다. 산재장애인에 대한 소극적 직업재활에서 적극적 직업재활 대책으로 방향전환이 이루어져야 한다.

셋째, 2001년도부터 시작하고 있는 산재근로자 재활사업 5개년 계획(2001~2005) 사업 중 취약사업에 대한 효율화를 위한 보완대책 마련이 필요하다(예로써 재활인력 확충 및 현장서비스, 재활상담원 확충 및 전문성, 산재근로자 원직장지원복귀제도, 재활사업 인프라 구축 등).

제3장 사업장 응급처치

제1절 독일

1. 법적 근거

매년 독일의 사업장에서 약 10,000명의 근로자가 갑작스런 심장정지 현상이 일어나고 있다고 추정되며, 심장멈춤 후 매 1분이 경과될 때마다 생존가능성은 7~10%씩 감소한다(Bernlochner/Lehner/Reuchlein/Sandner, 2002: 16).

독일 산업안전보건법(ArbSchG) 제10조(응급처치 및 기타 긴급시 대책) 제1항에 의하면 사업주는 사업장의 종류와 업무 및 종업원수에 상응하여 응급처치, 화재진압 및 종업원의 대피에 필요한 대책을 강구하여야 한다고 명시하고 있다⁹⁾.

또한 독일의 사업장 산업안전보건조직에 관한법(ASiG) 제3조(사업장 의사의 임무) 제1항 제1호의 f에 의하면, 사업장의 의사(일명 공장 의사)는 사업장 응급구조·처치 조직을 구성하고, 이의 동원계획과 응급구조요원들의 교육을 담당하도록 명시하고 있다¹⁰⁾.

9) 이때에 사업장에 종사하지 않는 타인(예, 고객 및 방문자)이 있을 경우도 고려하여야 한다(Kittner/Pieper, 2002: 154).

독일은 “VBG 123(독일산재보험조합총연맹 산재예방규정(UVV) 123: 법적 구속력을 가짐)”에서 사업장 의사의 자격 및 선임에 관하여 규정하고 있다. 상시근로자 1인 이상의 사업장에는 공장의사의 선임·위촉을 규정하고 있고 자격은 의사이며 ① 산업의학 전문의사(의사자격 취득 후 4년간의 전문교육과정 수료), ② 공장의학 부전공의사(의사로서 2년 이상 실무경험 후 별도의 교육과정 이수), ③ 기타 의사이면서 소정의 교육과정을 이수한 공장의사)이다.

2. 사례(독일 자동차 사업장GM-OPEL)¹¹⁾

- 종업원수: 약 2만명
- 생산제품: 자동차
- 의료센터
 - 의사: 4명
 - 간호사: 23명
 - 응급구급차: 2대
 - 응급처지요원(상근자): 14명
- 응급환자발생: 2~3건/주(예: 심장마비환자, 급성환자 등)
- 교육받은 응급구조요원수: 전체 종업원의 5%
- 사내 스포츠센터: 1개소(스포츠교사 2명)

제2절 한국

1. 법적근거

사업장에서의 응급구조·처치에 관한 업무는 사업장 보건관리자의 업

-
- 10) 이와 같은 공장의사의 업무는 이른바 산업안전보건법 제10조의 긴급시 대책에 대한 업무까지 확장된다(Anzinger/Bieneck, 1998: 117).
 - 11) 연구자가 2004년 9월 방문면담시 수집한 자료이다.

무로서 ‘응급을 요하는 자에 대한 응급처치’를 산업안전보건법 시행령 제 17조(보건관리자의 직무 등) 제1항 제6호 나항에 명시하고 있다. 또한 산업안전보건법 시행규칙 제16조(보건관리자에 대한 시설·장비지원)에 사업주는 보건관리자에게 그 직무수행에 필요한 시설과 장비를 지원하여야 한다고 명시하고 있으며, 상담실·처치실 및 양호실을 갖춘 건강관리실과 상하수도 설비, 침대, 냉난방시설, 외부연락용 직통 전화, 구급용구 등을 구비요건으로 하고 있다.

그러나 사업장 전임보건관리자는 상시근로자 300인 이상인 사업장에 두도록 명시하고 있어(산업안전보건법 시행령 제16조), 300인 미만의 영세·중소사업장의 응급처치에 한계가 있다. 또한 응급구조·처치요원의 조직 및 교육에 관한 명문화된 규정이 법령에 명시되어 있지 않다.

제3절 비교를 통한 정책 개선방향

사업장 규모에 관계없이 모든 사업장에 대하여 응급처치요원의 위촉, 응급처치시스템의 조직 및 교육 등에 관한 사항을 관계 법령(예: 산업안전보건법 등)에 명시하여야 할 것이다. 예를 들면 사업장 보건관리자의 업무에 명시함이 필요하다. 이와 같은 제도의 보완으로 사업장에서 사고 발생 즉시 대처로 급작스런 사망재해 예방 및 부상정도 감소 그리고 사업장 근로자의 안전의식 제고를 기대할 수 있을 것이다.

제4장 산재보험의 입원환자 요양

제1절 독일

1. 입원요양의 전제조건 및 특별절차

가. 전제조건

독일 산재보험법(SGB VII) 제33조(병원과 재활시설에서의 입원치료) 제1항에 의하면 병원 또는 재활시설 내에서의 입원치료는 입원 이외의 방법으로는 치료의 목적에 도달할 수 없기 때문에 수용이 필요한 경우에 성립된다고 명시하고 있다. 아울러 입원치료(완전입원치료 또는 부분입원치료)는 병원 또는 재활시설의 범위 내에서 개별사항에 있어 피보험자의 의과적 치료에 필요한 모든 보험급여, 특히 의사의 진료, 간호사에 의한 간호 의약품, 붕대, 약제, 신체보조구, 숙박 및 간호의 모든 사항들을 포함한다고 규정하고 있다. 건강상해의 종류 또는 중증정도에 의해 특별한 사고전문의학적인 입원치료가 필요한 경우에 입원치료는 특수전문치료시설 내에서 이루어진다(제3항).

독일 산업부문 산재보험의 2002년도 피보험환자의 의료재활대책이 종결된 건수는 총 206,251건이다(표 4-1 참조). 이 중 완전입원치료 172,380

〈표 4-1〉 산재보험적용사례 종류별 의료재활대책, 종류별 종결건수(2002)

(단위: 건)

	합 계		입원 치료	부분 입원 치료	가정 개호	사업장 업무부담 테스트	산재 보조구 지급
	건수	%					
사업장 노동재해	26,962	61.6	104,386	187	743	6,106	15,540
도로상 노동재해	2,976	1.4	2,662	14	15	93	191
비도로상 출장재해	2,860	1.4	2,621	2	27	68	142
도로상 출장재해	5,262	2.6	4,484	13	46	161	559
비도로상 통근재해	10,717	5.2	9,278	17	156	469	797
도로상 통근재해	33,035	16.0	29,131	106	316	1,314	2,167
직업병	19,986	9.7	15,760	247	179	22	3,778
직업병시행령 제3조에 의한 질환	406	0.2	360	2	4	1	39
산재보험법 제9조 제2항에 의한 질환	698	0.3	591	3	5	0	99
재활: 노동재해	3,203	1.6	2,980	7	84	5	127
재활: 통근재해	138	0.1	122	1	6	0	9
재활: 직업병	8	0.1	5	0	0	0	3
합 계	206,251	100.0	172,380	600	1,581	8,239	23,451

자료: HVBG, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003, 2004. 8: 129.

건(83.6%), 부분입원치료 600건(0.3%), 신체보조구 지급 23,451(11.4%), 사업장 업무부담테스트(Belastungserprobung) 8,239건(4.0%), 그리고 가정개호 1,581건(0.8%)이다.

산재보험 적용사례 종류별로는 총건수(206,251건) 중 사업장 노동재해가 61.6%(126,962건)로 가장 많으며, 다음은 도로상 통근재해 16.0%(33,035건), 직업병 9.7%(19,986건)의 순이다.

나. 특별절차

독일 산재보험법(SGB VII) 제34조(요양의 시행) 제1항에 의하면 산재보험 운영기관은 산재보험 적용사례 발생후 가능한 한 그리고 상황에 적합

한 요양과 필요한 경우 특별한 사과의학적 치료 또는 직업병치료를 보증하는 모든 대책들을 강구하여야 하며(제1문), 건강상태의 종류와 중증정도에 따라 요양진료를 위한 특별한 절차를 규정할 수 있다(제3문)고 명시하고 있다.

이와 같은 규정에 의한 산재보험 요양의 특별절차로는 산재사고전문의사과정(Durchgangsarztverfahren), 이비인후과·안과부상절차(Augen- und Hals-, Nasen- und Ohrenverletzungen-Verfahren), 그리고 요양의사절차(H-Arztverfahren)가 있다¹²⁾¹³⁾(HVBG, 2002, 32).

다. 산재사고전문의사과정(D-Arztverfahren)

산재사고전문의사과정은 1929년 6월 15일부터 효력이 발생한 산재보험 조합연맹과 독일의사연맹간에 체결된 협약에 의하여 일반적용 도입되었다(Seidler, 1986: 669).

신속하고 전문적인 요양을 보증하기 위하여 사업주와 건강보험과 의사는 계약에 의하여 산재환자를 초기에 특별히 경험 있고 전문성을 갖춘 의사, 즉 산재사고전문의사에게 보일 의무가 있다(Hamacher, 1984: 57).

산재사고전문의사(D-Arzt: Durchgangsarzt)는 부상자를 검사하고 특별한 요양치료가 적절한지 여부를 결정하여야 한다¹⁴⁾¹⁵⁾. 또한 입원치료

12) '1956년 1월 1일 산재보험운영기관 연맹과 독일연합 의사협회간에 체결된 의사/산재보험조합협약에서 산재보험 요양절차의 조직적·기능적 목표설정이 이루어졌다. 세부사항으로는 산재사고전문의사절차(Durchgangsarztverfahren), 자문전문 의사절차(Beratungsfacharztverfahren), 이비인후과·안과의사절차(Hals-Nasen-Ohrenarzt- und Augenarztverfahren), 부상종류절차(Verletzungsartenverfahren) 그리고 이른바 요양의사절차(H-Arztverfahren)이다. 요양종류절차에 있어서 자연히 중요점은 산재사고전문의사절차와 부상종류절차에 놓여진다(Hamacher, 1984: 54).

13) 1936 6월 19일 법적 건강보험운영기관과 산재보험운영기관간의 상호연관에 관한 시행령이 제정되었으며, 여기서 4개의 절차가 규정되었다. 즉, ① 산재사고전문의사절차 ② 자문전문 의사절차 ③ 안과·이비인후과절차 그리고 ④ 부상종류절차이다(Seidler, 1986: 669~670).

14) 산재사고전문의사(Durchgangsarzt)의 역사는 아무리 늦게 잡아도 1926년으로 추정되며, 이는 1926년 9월 16일 산재사고전문의사연맹(Verband)이 설립되었기 때문이다(Probst, 2002: 251).

또는 통원치료 여부를 결정하여야 한다. 이와 같은 결정들은 산재보험운영기관이 보증한다. 부상자의 치료기간 단축 또는 보다 나은 건강회복을 위하여 요양치료가 필요하다면 산재사고전문의사는 필요한 대책을 강구하고 일반적으로 요양치료가 종료될 때까지 계속한다. 입원요양치료가 있어서 산재사고전문의사는 별도의 요양치료를 안내한다. 산재사고전문의사에 의한 일반적 요양치료는 단지 부상자가 원하는 경우에만 고려된다. 일반적으로 산재사고전문의사는 부상자를 주치의에게 되돌려보낸다. 산재사고전문의사는 산재보험운영기관에게 보고하고 요양과정을 감독할 의무를 지닌다.

산재로 인한 모든 노동불능 부상자 또는 사고의 후유증으로 다시 질환이 있는 부상자는 즉시 산재사고전문의사에게 인도되어야 한다. 이는 산재예방규정(UVV) “응급처치”에 의한 사업주의 의무이며, 또한 의사협약에 의한 의사의 의무이다.

2000년도의 산재사고전문의사수는 3,587명, 이들에 의한 산재보험에의 보고서건수는 3,192,777건, 별도의 요양치료조치는 719,106건(이 중 입원치료 134,211건, 통원치료 584,895건)이다(HVBG, 2002: 33)¹⁵⁾.

라. 부상종류절차(Verletzungsartenverfahren)

부상종류절차를 통하여 즉시 별도의 사고의학적 입원치료가 필요한 특정 중증부상 산재근로자는 이와 같은 부상의 치료를 하여 선정된 그리고 산재보험조합 지역본부의 인가를 받은 종합병원으로 인도된다. 산재보험조합 지역본부는 산재보험법 제34조 제1항 제2문의 규정에 의하여 산재보험운영기관이 정한 기준에 충족되는 종합병원과 공법적인 계약을 체결

15) 1921년 11월 29일 산재보험조합과 건강보험간에 협약이 이루어졌으며, 이때에 모든 사람들에게 이해된 것은 아니지만 산재사고전문의사(D-Arzt) 정의가 처음으로 이루어졌다. 이 협약에 의하면 건강보험의 의무로서 산재환자는 산재신고 후 조속히 산재보험조합의 요청에 의하여 건강보험의 의견을 들어 산재사고전문의사의 자문을 받도록 하였다(Seidler, 1986: 669).

16) 2002년도에 산재보험 직영 산재전문병원 9개소와 외래진료소 3개소에서 53,118건의 산재사고전문의사과정 요양치료와 31,684건의 보고서 제출이 있었다(VBGK, 2003: 18).

한다. 이들 병원들은 인적, 물적, 공간적 분야에 있어서 별도의 요건들을 충족시켜야 하며¹⁷⁾, 일정한 의무를 떠맡을 준비가 되어 있어야 한다. 일반적으로 개별병원에서는 연간 최소한 50건 이상의 부상종류절차를 다루어야 한다¹⁸⁾(HVBG, 2002: 33).

산재사고전문 의사절차에서의 사업주와 의사의 의무와 마찬가지로 부상자를 부상종류절차에 인도하여야 한다. 부상종류절차를 인가받은 종합병원에서의 요양치료는 항상 별도의 요양치료 범주로 이어진다. 이들 종합병원들은 다음과 같은 의무를 지운다. 요양치료의 조정과 감독을 위한 산재보험운영기관의 요청의 이행, 적시에 보고 및 소견서 제출, 보고된 수의 병원침상의 유지, 부상종류절차에 따른 요양치료를 위하여 산재보험으로부터 인가받은 종합병원은 2000년도에 778개소이며, 총 78,383건의 입원요양치료를 하였다(HVBG, 2002: 34).

마. 요양의사절차(H-Arztverfahren)

요양의사절차는 일정한 능력을 갖춘 의사가 1963년 제3보험법(RVO) 제557조 제2항 제2문에 도입되었다(Seidler, 1986: 670). 요양의사절차는 가벼운 부상 내지는 중간정도의 부상을 취급한다(Hamacher, 1984: 57).

요양의사절차를 담당하는 요양의사는 산재보험조합 지역본부와 공법적 계약을 체결하며, 제한된 범위 내에서 별도의 요양치료를 행한다. 이들은 산재보험에서 요구하는 인적, 물적, 공간적 전제조건을 충족하여야 한다.

요양의사절차에 따른 요양치료를 담당하기 위하여 산재보험조합 지역본부와 계약을 체결한 요양의사는 1997년도에 3,144명이며, 61,279건의

17) ‘중증산재환자를 취급하기 위한 병원의 인가를 위한 산재보험의 요구조건(Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter(Verletzungsartenverfahren)’에 인력요건과 시설요건이 명시되어 있다.

18) 이와 같이 50건 이상을 다루어야 한다는 요건은 1985년 개정된 ‘중증산재환자를 취급하기 위해 병원의 인가를 위한 산재보험의 요구조건’에 일반사항으로 연계되었다(Seidler, 1985: 323).

별도의 요양치료를 행하였다(이 중 입원치료 4,427건)(HVVG, 2002: 34~35).

2. 산재보험직영 산재전문병원

독일 산재보험의 직영전문병원 설립·운영의 효시는 1892년 보쿰시 광부요양병원(Bergmannsheil in Bochum)이다. 이후 1894년 할레병원(Halle), 1929년 겔센키르헨(Gelsen kirehen-Buer)병원 등이 설립되었다(Seidler, 1986: 668).

1928년 11월 14일의 제국보험법(Rvo) 개정시 제33조에 산재보험운영기관은 산재환자의 조속한 회복을 위하여 모든 전문의학적 및 사고의학적 치료를 강구할 것을 규정하였으며, 제34조에는 제국보험청은 산재보험운영기관들이 독자적인 사고전문클리닉을 설치하도록 촉진하는 규정을 명시하였다(Saidler, 1986: 669).

가. 구조 및 투자비·운영비 조달

중대재해 및 복합질병의 치료를 위하여 산재보험조합들은 2004년 현재 9개의 산재전문병원과 2개의 직업병 전문병원을 설립운영하고 있다. 산재보험조합에게는 이들 산재전문병원들이 최상급의 의료기관이다. 또한 이들 산재전문병원들은 독일 사고의학의 지속적인 발전을 위하여 중요한 역할을 하고 있으며, 이를 위하여 이들 병원들은 대학병원들과 밀접한 교류를 추구하고 있다(Matthias Witt, 2004: 80, 316).

나. 시설규모

계획병상수는 총 4,122병상이며, 의사수는 모두 1,020명이다. 각각의 산재병원들이 전문화되어 있어서 전문분야별로는 독일에서 가장 최고의 의료수준이다. 예를 들면 루드비히스하펜市(Ludwigshafen) 산재병원은 화상치료에 있어 독일 최고의 수준이며, 바드라이헨할市 산재병원은 내과

과목 하나만을 전문으로 하고 있다. 참고로 입원환자 수용이 가능한 11개 병원의 전문진료과목별 계획병상수는 다음과 같다. 외과·정형외과 분야(1,263병상), 척추손상(502병상), 내과(305병상), 특수외과의술(341병상), 수지/성형미세외과(218병상), 급성기후치료(201병상), 신경과(217병상), 신경외과(149병상), 화상(87병상), 비뇨기과(40병상)(VBGK, 2003: 12) (표 4-2 참조).

산재전문병원들은 기술적·학문적 발전에 뒤처지지 않기 위하여 신규 시설투자와 대체투자 그리고 보완투자가 불가피하고, 동시에 이것이 자산의 증가와 결부될 경우 산재보험조합을 공동기금으로 자금을 조달한다. 공동기금은 산재보험조합총연맹(HVBG)이 관리하고 이에 관한 절차규정에 따라 사용된다. 모든 산재보험조합들은 전년도에 지불한 연금급여에 대한 정해진 백분율에 해당하는 금액을 공동기금으로 납입해야 한다. 산재보험조합들은 당해 조합의 준비금에서 이 액수를 지불한다(Matthias Witt, 2004: 80, 316~317).

산재전문병원에서 소요되는 일상적인 대체물 구입과 같은 다른 모든 투자로서는 환자의 병원비 수입으로 조달된다. 산재전문병원들은 일반적으로 감가상각에 대하여 징수된 병원비 수입으로 조달할 의무가 있는데 이것은 산재보험조합들이 그들의 산재전문병원에 투자한 준비금이 유지되고, 감가상각으로 인해 감소되지 않게 하기 위해서이다(Matthias Witt, 2004: 81, 317).

다. 전문화 전략

산재보험조합의 산재전문병원은 자연히 증상자 치료에 중점을 둔다¹⁹⁾.

19) 법적으로 명시된 “모든 적절한 수단을 통하여”라는 규정에 근거하여 산업재해로 인한 신체부상과 건강손상을 제외하고 사고의 결과악화를 방지하기 위하여 병원 시스템에 특별히 중증환자를 위하여 산재보험 자체적으로 시설을 설치 운영한다. 여기에는 예를 들어 척추손상환자, 중화상환자, 복합된 부상자, 두개골-뇌-환자 및 뼈절단환자 내지는 정형외과 환자를 위한 시설 및 특수클리닉이 해당된다 (Hamacher, 1984: 57).

34 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 4-2〉 산재병원별/진료과목별 계획병상수(2002)

	함부 르크	보쿰	뒤스 부르크	프랑크 푸르트	루드비히 스하펜	튀빙겐	무어 나우	베를 린	할레	바드라 이헨탈	팔켄 스타인	전체
1. 사고일반 외과/정형 외과	119	152 ¹⁾²⁾	131	168	171	177	127	128	90	-	-	1,263
2. 척추손상	100	64	51	41	25	26	75	60	60	-	-	502
3. 패혈증외과	59	42	36	65	29	48	62	7 ⁷⁾	-	-	-	341
4. 호흡기 및 심장질환	-	50	-	-	-	-	-	-	-	138	135	323
5. 수지/성형 미세외과	34	25	33	36	54	48	26	26	36	-	-	318
6. 내과	-	161	-	-	-	-	-	72	72	-	-	305
7. 신경과	40	64 ⁴⁾	-	-	-	-	20	57	36	-	-	217
8. 2차 입원 (BGSW)	66	-	20	-	42	15	40	-	18 ⁶⁾	-	-	201
9. 중증치료	11	33 ³⁾	12 ⁸⁾	15	8	11	24	49	20	-	-	183
10. 신경외과	20	-	-	36	-	-	33	24	36	-	-	149
11. 일반외과	-	1 ¹⁾	-	-	-	-	-	68	36	-	-	104
12. 중화상	21	8	6	-	26 ⁹⁾	2	4	12	8	-	-	87
13. 이비인후과	-	-	-	-	-	-	-	24	40 ⁵⁾	-	-	64
14. 비뇨기과	-	-	-	-	-	-	22	18	-	-	-	40
15. 심장흉부 외과	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
병상수 합계	470	624	289	361	355	327	433	538	452	138	135	4,122
병상이용률	94.50	83.05	99.51	89.80	96.60	89.40	96.04	93.07	87.36	91.48	72.80 ¹⁰⁾	90.80

- 주: 1) 분리되어 있지 않음.
 2) 5개 병상은 외과응급감시, 6개 병상은 통증치료.
 3) 8병상은 심장·흉곽외과/응급.
 4) 6병상은 중증 두개골 부상.
 5) 예방적 재활클리닉.
 6) BGSW를 위한 18병상은 사고의학.
 7) 36병상의 패혈증외과는 사고외과·재생외과클리닉.
 8) 감시스테이션 포함.
 9) 이 중 9병상은 중환자실.
 10) 365일 치료일 기준.

자료: VBGK, "Gemeinsamer Jahresbericht 2002 der berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Unfallbehandlungsstellen", 2003. 10.

〈표 4-3〉 독일의 산재전문병원들의 전문화 전략 - 중화상환자센터수와 척수부상환자센터에서의 예

(단위: 병상수, %)

	독일총계	산재보험조합 산하 센터수	비율	독일 총병상수	산재보험조합 산하 병상수	비율
중화상환자	38	8	21	159	87	55
척수부상환자	15	9	60	800	502	63

자료: Matthis Witt(2004: 98, 335).

따라서 모든 산재전문병원에는 사고외과²⁰⁾, 수지/성형미세외과, 척수부상전문과²¹⁾²²⁾, 중화상전문과 등이 있다(Matthias Witt, 2004: 82)(표 4-18 참조).

예로써 산재전문병원의 중화상환자 병상수는 독일 전체병원 중화상환자 병상수(159명상)의 55%(87명상)를 차지하고 있으며 척수부상환자 병상수²³⁾는 63%(800명상 중 502명상)를 차지하고 있다(표 4-3 참조).

라. 의료서비스

산재전문병원들의 입원환자수는 2002년도에 총 98,220명이다. 이 중 산재환자는 26.67%(26,198명)이고 나머지 73.33%(72,022명)가 건강보험 등 타보험관장기관 환자이다(표 4-4 참조).

산재전문병원들의 2002년도 병상이용 연일수는 총 1,366,083인·일이

20) 1970년대부터 '사고외과' 과목이 의사기본교육규정과 향상교육규정에 기본과목으로 자리잡고 있다(Contzen, 1982: 146).

21) 2002년도 독일 산업부문 산재보험의 직업병유소견신고 총 62,435건 중 요추질환(들어올리기·운반하기: 직업병 번호 2108)은 12.2%(7,613건)를 차지하고 있다(HVBG, 2004b: 101).

22) 독일 건강보험통계(1991)에 의하면 피보험자의 질병으로 인한 휴가신청 중 운동기관(Bewegungsapparat)의 질병이 17~20%를 차지하고 있다(Korte/Hall, 1992: 602).

23) 척수부상환자의 포괄적 재활의 개념은 환자를 요양시작부터 환자가 완치되어 특수치료센터(클리닉)를 떠날 때까지 돌보는 것을 의미한다(Mehrhoff/Richter, 1995: 144).

다. 이 중 산재보험환자의 병상이용 연일수는 37.68%(514,682인·일)이다 (표 4-5 참조).

1) 입원환자수 및 구성비

병원별로는 산재환자 직업병 전문병원인 바드라이헨탈병원과 팔켄스타인병원의 산재환자 입원율이 가장 높으며(97~100%), 산재사고전문병원들 중에서는 뒤스부르크병원의 산재환자 입원율이 53.93%로 가장 높다.

2) 평균입원일수

산재병원의 부상종류별 환자의 입원일수는 각각 다르다. 예를 들어 프랑크푸르트 산재전문병원의 2002년도 입원환자 1인당 평균입원일수는 13.8일이며, 척추손상환자는 69.9일, 폐혈성 외과환자는 24.4일이다(표 4-5 참조).

<표 4-4> 산재병원별/보험관장기관별 입원환자 사례수(2002)

	사례수				
	법정산재보험		기타 보험관장기관		전 체
	사례수	비율	사례수	비율	
함부르크	3,529	39.20	5,473	60.80	9,002
보쿰	1,409	8.42	15,321	91.58	16,730
뒤스부르크	2,819	53.93	2,408	46.07	5,227
프랑크푸르트	2,673	30.62	6,057	69.38	8,730
루드비히스하펜	3,263	36.12	5,772	63.88	9,035
튀빙겐	1,878	28.81	4,640	71.19	6,518
무어나우	3,221	34.81	6,031	65.19	9,252
베를린	2,317	12.49	16,241	87.51	18,558
할레	1,925	16.09	10,038	83.91	11,963
바드라이헨탈	1,737	100.00	-	-	1,737
팔켄스타인	1,427	97.21	41	2.79	1,468
전 체	26,198	26.67	72,022	73.33	98,220

자료: <표 4-2>와 동일.

〈표 4-5〉 프랑크푸르트 산재전문병원의 평균입원일수(2001~2002)

(단위: 일)

	2001	2002
1) 패혈성 외과환자	24.6	24.4
2) 척추손상환자	47.9	69.9
3) 1)과 2)를 제외한 환자	12.2	11.4
전체환자 평균	14.2	13.8

자료: 프랑크푸르트 산재전문병원 내부자료.

〈표 4-6〉 산재병원별/보험관장기관별 병상이용 연일수(2002)

	병상이용 연일수				전 체
	법정산재보험		기타 보험관장기관		
	연일수	비율	연일수	비율	
함부르크	85,560	52.76	76,612	47.24	162,172
보쿰	20,154	10.66	168,992	89.34	189,146
뒤스부르크	60,305	57.45	44,661	42.55	104,966
프랑크푸르트	40,598	34.31	77,725	65.69	118,323
루드비히스하펜	57,104	45.64	68,027	54.36	125,131
튀빙겐	38,106	35.74	68,541	64.26	106,647
무어나우	68,620	45.21	83,172	54.79	151,792
베를린	33,013	18.06	149,739	81.94	182,752
할레	30,923	21.45	113,211	78.55	144,134
바드라이헨할	46,078	100.00	-	-	46,078
팔켄스타인	34,221	97.94	721	2.06	34,942
전 체	514,682	37.68	851,401	62.32	1,366,083

자료: <표 4-2>와 동일.

3) 외래환자수 및 구성비

산재전문병원 11개소 및 산재보험직영 외래진료소 3개소의 2002년도 외래환자총수는 248,424명이다. 이 중 산재보험환자는 24.6%(61,074명)이며 나머지 75.4%는 건강보험 등 타보험관장기관 환자이다(표 4-7 참조).

산재보험 외래진료소(3개소)를 제외한 11개 산재병원의 외래환자는 52,964명으로 전체(240,031명)의 22.1%를 차지하고 있다. 이들 산재전문병원의 산재보험 외래환자총수는 입원환자수(26,198명, 표 4-4 참조)의 2배 정도이다.

〈표 4-7〉 산재병원/외래진료소별 보험관장기관별 외래환자수(2002)

병원/외래진료소	전 체	법정산재보험	건강보험	외래수술
함부르크	25,956	8,552	7,605	-
보쿰	51,818	6,353	10,443	7,005
뒤스부르크	10,081	1,410	3,490	-
프랑크푸르트	21,957	3,337	10,555	1,342
루드비히스하펜	17,556	5,179	5,168	181
튀빙겐	19,581	6,884	4,307	256
무어나우	21,828	7,641	4,999	594
베를린	42,060	7,570	25,469	1,430
할레	29,178	6,038	17,201	246
바드라이헨할	16 ¹⁾	-	-	-
팔켄스타인	-	-	-	-
소 계	240,031(100%)	52,964(22.1%)	89,237	11,054
외래진료소 베를린	3,403	3,376	27	214
외래진료소 브레멘 I	2,270	2,150	96	133
외래진료소 브레멘 II	2,720	2,584	127	115
소 계	8,393	8,110	250	462
전 체	248,424(100%)	61,074(24.6%)	89,487	11,516

주: 1) 매 2주마다 기후요법.
 자료: <표 4-2>와 동일.

〈표 4-8〉 산재병원별 입원수술(2002)

	수술건수
함부르크	8,181
보쿰	9,200
뒤스부르크	6,287
프랑크푸르트	8,300
루드비히스하펜	13,924
튀빙겐	11,224
무어나우	10,808
베를린	14,977 ¹⁾
할레	9,054
전 체	91,955

주: 1) 이 중 2,520건의 왼쪽심장카테테르 측정점.
 자료: <표 4-2>와 동일.

4) 인력

산재전문병원 9개소, 직업병전문병원 2개소 및 외래진료소 3개소의 총 14개소 병원의 총인력은 2002년도에 5,003명이다. 이 중 정규직 의사 1,020명(20.4%), 실습의사 78명(1.6%), 간호사 3,007명(60.1%)으로 의사 및 간호사 인력이 전체의 82.1%를 차지하고 있다(표 4-9 참조).

병원별로는 9개소의 산재전문병원 중 베를린병원이 715명으로 가장 많은 인력을 보유하고 있다. 직업병 전문병원 2개소(바드라이헨탈병원, 팔켄스타인병원)은 소규모의 의사와 간호사 인력을 위주로 보유하고 있다. 외래진료소 3개소는 의사와 엑스선기사 그리고 물리치료사만을 보유하고 있다.

〈표 4-9〉 산재병원별 인력현황(2002)

	의사/간호사			의료기술인력					전체
	의사	실습 의사	간호 사	의료기술보조		약국 인력	물리 치료사	운동 치료사	
				실험실	엑스선/ 핵의학				
함부르크	129	5	428	11	20	6	70	22	691
보쿰	161	13	456	50	28	10	40	9	767
뒤스부르크	45	4	204	5	11	3	34	11	317
프랑크푸르트	70	8	208	12	13	4	20	7	342
루프비히스하펜	79	12	238	12	12	4	42	19	418
튀빙겐	68	4	209	7	13	1	38	11	351
무어나우	132	9	417	16	18	7	52	19	670
베를린	176	11	435	5	30	16	33	9	715
할레	140	12	388	13	24	7	51	16	651
바드라이헨탈	6	-	11	3	-	-	1	-	21
팔켄스타인	6	-	13	5	1	-	7	1	33
소 계	1,012	78	3,007	139	170	58	388	124	4,976
외래진료소 베를린	3	-	-	-	2	-	3	-	8
외래진료소 브레멘 I	2	-	-	-	2	-	7	-	11
외래진료소 브레멘 II	3	-	-	-	2	-	3	-	8
소 계	8	-	-	-	6	-	13	-	27
전 체	1,020	78	3,007	139	176	58	401	124	5,003

자료: <표 4-2>와 동일.

5) 산재전문병원 요약

9개소의 산재전문병원, 2개소의 직업병전문병원, 3개소의 외래진료소의 인력, 병상수, 의료서비스 등의 자료를 요약하면 <표 4-10>과 같다. 2002년도의 경우 병상이용률은 90.80%이며, 의사 1인당 병상수는 4.07병상, 간호인력 1인당 병상수는 1.11병상 그리고 직원 1인당 병상수는 0.50 병상이다.

<표 4-10> 독일 산재병원 통계

		2000	2001	2002
1	의료기관/병원수	14	14	14
2	계획병상	4,079	4,129	4,122
3	연간 진료일수	1,376,241	1,359,556	1,366,083
4	병원 입원사례수	92,166	94,509	98,220
5	병상이용률	92.18	90.21	90.80
6	산재사고전문의사에 의한 처리건수	45,798	50,360	53,118
7	통원치료환자수	209,883	222,788	248,424
9	소견서	47,406	45,525	49,865
10*	의사(명)	980	1,058	1,020
11	간호인력(명)	2,960	3,036	3,007
12	의료기술인력(명)	1,670	1,646	1,678
13	기능인력(명)	872	862	891
14	병원일반인력(명)	288	283	274
15	운영·공급기능인력(명)	636	634	630
16	유지·보수인력(명)	92	91	86
17	행정사무인력(명)	547	568	574
18	특별서비스인력(명)	93	109	100
19	기타인력(명)	30	40	42
20	전체인력(명)	8,255	8,416	8,380
21*	의사1인당 병상수	4.20	3.93	4.07
22*	간호인력1인당 병상수	1.12	1.11	1.11
23*	직원1인당 병상수	0.49	0.49	0.50

자료: <표 4-2>와 동일.

제2절 한 국

기존 산재병원의 입원요양 기능보완을 위한 대상은 첫째, 산재환자 부상종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료과목 특화, 둘째, 직업병 연구 및 직업병전문치료기능 보완 및 신설 등 두 가지로 요약될 수 있다.

1. 산재환자 부상종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료 과목 특화

가. 사망재해분석

1) 발생형태별 사망재해 추이(2000~2003년)

지난 4년간(2000~2003년) 산업재해로 인한 사망자수는 총 10,534명이다. 이를 발생형태별로 보면 업무상 질병으로 인한 사망자가 45.11%(4,752명)로 가장 많으며, 다음은 추락(17.30%), 교통사고(8.72%), 낙하비레(3.65%), 협착(2.78%), 화재·폭발(2.65%)의 순이다(표 4-11 참조).

일반적으로 장기간의 요양치료후 사망에 이르는 직업성 질병으로 인한 사망자(45.11%)를 제외한 급성기 산재환자의 사망으로는 추락(17.30%)으로 인한 사망이 가장 많으며, 다음은 교통사고(8.72%), 낙하비레(3.65%), 협착(2.78%), 화재·폭발(2.65%)의 순이다.

2) 상해종류별 사망재해 추이(2000~2003년)

노동부 연간 보고서 『산업재해분석』에 의하면 지난 4년간(2000~2003년) 상해종류별 분석이 이루어진 2,621명의 사망재해자 중 골절이 34.99%(917명)로 가장 많으며, 다음은 뇌진탕(9.12%), 화상(6.68%), 중독·질식(5.23%), 타박상(삔임)(2.06%), 절상·절단(1.72%)의 순이다(표 4-12 참조).

42 산재보험 요양재활 사례 비교연구

3) 상해부위별 사망재해 추이(2000~2003년)

노동부 연간 보고서 『산업재해분석』에 의하면, 지난 4년간(2000~2003년) 상해부위별 분석이 이루어진 2,621명의 사망재해자 중 두부가 39.95% (1,047명)로 가장 많으며, 다음은 전신(21.06%), 몸통(8.39%), 등(3.40%), 목(1.34%)의 순이다(표 4-13 참조).

4) 사망재해분석 종합

이상 지난 4년간(2000~2003년) 사망재해에 대한 발생형태별, 상해종류별 그리고 상해부위별 추이에서 보는 바와 같이 직업성 질병으로 인한 사망재해자를 제외한 급성기 산재근로자 사망의 경우, 다음의 경우에 대한 우선적, 전문적 치료기능의 보완이 필요하다.

- 골절로 인한, 두부상해로 인한 사망
- 뇌진탕으로 인한, 두부상해로 인한 사망
- 골절, 타박상(삔임), 절상·절단으로 인한 등, 몸통, 전신 상해로 인한 사망
- 화상으로 인한 사망
- 중독·질식으로 인한 사망

〈표 4-11〉 발생형태별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

	2000	2001	2002	2003	전 체
추락	376(14.87)	426(15.50)	464(17.81)	556(19.02)	1,822(17.30)
전도	62(2.45)	59(2.15)	68(2.61)	79(2.70)	268(2.54)
충돌	54(2.14)	52(1.89)	68(2.61)	63(2.16)	237(2.30)
낙하비레	84(3.32)	111(4.04)	81(3.11)	109(3.73)	385(3.65)
붕괴도괴	66(2.61)	57(2.07)	59(2.66)	71(2.43)	253(2.40)
협착	134(5.30)	153(5.57)	143(5.49)	140(4.79)	570(5.28)
절단 ¹⁾	-	-	1(0.04)	2(0.07)	3(0.03)
감전	107(4.23)	89(3.24)	67(2.57)	79(2.70)	342(3.25)
화재 ²⁾	79(3.13)	63(2.29)	25(0.96)	46(1.57)	213(2.02)
폭발 ³⁾	-	-	35(1.34)	31(1.06)	66(0.63)
파열 ⁴⁾	-	-	0	2(0.07)	2(0.02)
이상온도·기압접촉	4(0.16)	10(0.36)	10(0.38)	4(0.14)	28(0.27)
빠짐·익사 ⁵⁾	-	-	36(1.38)	58(1.98)	94(0.89)
유해화학중독질식	13(0.51)	13(0.47)	28(1.07)	26(0.89)	80(0.76)
무리한 동작	7(0.28)	2(0.07)	0	0	9(0.09)
광산사고 ⁶⁾	-	-	2(0.08)	2(0.07)	4(0.04)
교통사고	259(10.25)	262(9.53)	190(7.29)	207(7.12)	919(8.72)
업무상질병	955(37.78)	1,180(42.94)	1,227(47.10)	1,390(47.55)	4,752(45.11)
기타	253(10.01)	139(5.06)	81(3.11)	44(1.51)	517(4.91)
분류불능	75(2.97)	132(4.80)	20(0.77)	13(0.44)	240(2.28)
전 체	2,258(100.0)	2,748(100.0)	2,605(100.0)	2,923(100.0)	10,534(100.0)

주: 1), 4), 5), 6) 발생형태 '절단', '파열', '빠짐·익사', '광산사고'는 2002년도부터 신설되었음.

2), 3) 화재폭발은 2002년부터 '화재'와 '폭발'로 분리되었음.

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

44 산재보험 요양재활 사례 비교연구

〈표 4-12〉 상해종류별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

	2000	2001	2002	2003	전 체
골절	190	276	148	303	917(34.99)
동상 ¹⁾	-	1	0	0	1(0.04)
부종 ²⁾	-	2	0	0	2(0.08)
찢림	8	7	0	7	22(0.84)
타박상(삔임)	19	18	12	5	54(2.06)
절상, 절단	6	28	5	6	45(1.72)
중독, 질식	32	55	22	28	137(5.23)
찰과상	4	2	0	2	8(0.31)
베임 ³⁾	-	1	1	1	3(0.11)
화상	83	42	23	27	175(6.68)
뇌진탕	68	112	41	18	239(9.12)
익사	8	12	2	7	29(1.11)
피부병 ⁴⁾	-	0	0	0	0
청력장해 ⁵⁾	-	2	0	0	2(0.08)
시력장해 ⁶⁾	-	0	0	0	0
기타	303	295	134	255	987(37.66)
전 체	721	853	388	659	2,621(100.0)

주: 1), 2), 3), 4), 5), 6) 상해종류 ‘동상’, ‘부종’, ‘베임’, ‘피부병’, ‘청력장해’, ‘시력장해’는 2001년도부터 신설되었음.

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

〈표 4-13〉 상해부위별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

	2000	2001	2002	2003	전 체
두부	238	346	159	304	1047(39.95)
안면부	6	6	2	4	18(0.69)
눈 ¹⁾	-	0	0	0	0
목	12	16	2	5	35(1.34)
어깨	6	4	0	0	10(0.38)
팔	1	3	2	5	11(0.42)
손	9	8	3	0	20(0.76)
손가락 ²⁾	-	3	0	0	3(0.11)
등	4	2	3	80	89(3.40)
척추	7	8	1	0	16(0.61)
몸통	91	79	50	0	220(8.39)
다리	7	8	2	5	22(0.84)
발 ³⁾	-	2	0	0	2(0.08)
발가락 ⁴⁾	-	0	0	0	0
전신	187	139	98	128	552(21.06)
기타	153	33	66	128	380(14.50)
분류불능 ⁵⁾	-	196	-		196(7.48)
전 체	721	853	388	659	2,621(100.0)

주: 1), 2), 3), 4) 상해부위 '눈', '손가락', '발', '발가락'은 2001년부터 신설되었음.

5), 상해부위 '분류불능'은 2001년도에만 분류하였음.

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

나. 기존 산재병원(산재의료관리원)의 진료기능 분석

1) 일반진료기능

가) 진료과목

산재의료관리원은 일반진료기능을 하는 종합병원급 6개소, 특수병원 3개소를 운영하고 있으며, 2003년 총병상수는 3,566개이다. 6개 종합병원은 산재환자 진료와 산업보건사업을 수행하는 동시에 지역공공의료기관으로서 지역주민을 대상으로 종합진료를 맡고 있다. <표 4-14>에서 보는 바와 같이 인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원은 외과계열 진료기능

46 산재보험 요양재활 사례 비교연구

을, 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원은 진폐 및 일반내과 진료기능을 표방하고 있다. 특히 안산병원은 수도권 지역 진폐환자의 효율적인 요양관리를 위해 2002년 5월부터 진폐전문병동을 75병상으로 확충 운영하고 있다. 이 외에 3개의 특수병원이 있는데 동해병원 및 정선병원은 진폐 및 내과진료병원이며, 경기요양병원은 척추 및 마비환자 요양병원으로서 진료기능을 표방하고 있다.

특수병원으로 운영되고 있는 동해병원, 정선병원 및 경기요양병원을 제외한 6개 의료기관은 의료법에서 규정한 종합병원²⁴⁾으로 분류되어 있어 법으로 정하는 진료과목과 이에 해당하는 전문의를 반드시 갖추어야 한다.

〈표 4-14〉 산재의료관리원 병상수 및 진료기능

(단위: 개)

	병원명	병상수	진료과목	전문진료기능
종합병원	인천중앙병원	700	16	외과계열
	태백중앙병원	575	13	진폐 및 내과진료
	창원병원	400	17	외과계열
	대전중앙병원	450	15	외과계열
	안산중앙병원	296	13	진폐 및 내과진료
	순천병원	296	14	진폐 및 내과진료
특수병원	동해병원	385	3	진폐 및 내과진료
	정선병원	284	5	진폐 및 내과진료
	경기요양병원	180	1	척추 및 마비환자
	전 체	1,085	95	

주: 1) 복수 진료과는 하나의 진료과목으로 처리.

2) 응급실 포함.

자료: 산재의료관리원 내부자료(2003).

산재의료관리원, 『2003 병원연보』, 2003.

24) 의료법에서 종합병원이라 함은 입원환자 100인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 내과, 일반외과, 소아과, 산부인과, 진단방사선과, 마취과, 임상병리과 또는 해부병리과, 정신과(대통령령에서 정하는 규모 이상의 병상을 가진 경우에 한함) 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목과 이러한 규정에 의한 각 진료과목마다 필요한 전문의를 갖춘 의료기관을 말한다. 특히 국민건강보험법에서는 의료기관이라는 용어 대신에 요양기관이라는 용어를 사용하고 있으며, 동법 제40조 제2항에서는 요양기관을 종합전문요양기관과 전문요양기관으로 재분류하고 있다.

〈표 4-15〉 산재의료관리원 진료과목 현황

(단위: 개)

	인천중앙	태백중앙	창원	대전중앙	안산중앙	순천	동해	정선	경기요양	전체
총 수	20(16)	16(13)	20(17)	16(15)	16(13)	17(14)	3(3)	5(5)	1(1)	113(95)
내과*	○ [1,2과]	○ [1,2,3과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○	○		15(8)
신경과	○		○							2(2)
정신과*	○		○	○						3(3)
외과*	○	○	○	○	○	○				6(6)
정형외과	○ [1,2과]	○	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○				10(6)
신경외과	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]	○ [1,2과]			○	13(7)
마취과*	○	○	○	○	○	○				6(6)
산부인과*	○	○	○	○	○	○				5(5)
소아과*	○	○	○	○	○	○		○		7(7)
비뇨기과	○		○	○						3(2)
방사선과*	○	○	○	○	○	○	○	○		8(8)
임상병리과*	○	○	○	○	○	○				5(5)
재활의학과	○ [1,2과]		○	○		○				4(4)
치과*	○	○	○	○	○	○				6(6)
산업의학과	○	○	○	○	○	○	○	○		8(8)
흉부외과		○								1(1)
이비인후과			○			○				2(2)
성형외과					○					1(1)
해부병리과					○					1(1)
안과						○				
응급실	○	○	○	○	○	○		○		7(7)

주: 1) *은 의료법에서 규정한 전문진료과목.

2) ()안은 복수 진료과를 하나의 진료과목으로 산정함.

자료: 산재의료관리원 내부자료(2003).

병원별 진료과목을 살펴보면 <표 4-15>에서와 같이 창원병원이 가장 많은 진료과(17개)를 갖추고 있으며, 인천중앙병원 16개, 대전중앙병원이 15개, 안산중앙병원 13개, 정선병원 5개, 동해병원 3개, 경기요양병원이 1개 과를 갖추고 있다. 종합병원들은 13~17개의 진료과를 갖추고 있는 반면, 특수병원들은 질환의 특수성을 감안하여 1~5개의 진료과만을 갖추고 있다.

진료과 중 내과, 정형외과, 신경외과, 재활의학과 등은 2~3개의 복수 진료과를 두고 있다. 내과는 경기요양병원을 제외한 8개 병원에 모두 설치되어 있으며, 동해병원과 정선병원을 제외하고는 복수 진료과로 운영되고 있다. 그리고 정형외과는 특수병원을 제외한 6개 병원에, 신경외과는 7개 병원(6개 종합병원, 경기요양병원)에, 재활의학과는 인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원, 순천병원 등 4개 병원에 설치되어 있다. 정형외과와 재활의학과는 의료법에서 규정한 종합병원 필수진료과목은 아니지만 산업재해의 특성을 고려하여 설치되어 있다.

이외에도 방사선과와 산업의학과는 경기요양병원을 제외한 8개 병원에 모두 설치되어 있다. 응급실은 6개 종합병원에 모두 설치되어 있고 지역 사회 주민의 응급의료를 위해 정선병원에도 설치되어 있다.

이에 비하여 신경과(인천중앙, 창원), 정신과(인천중앙, 창원, 대전중앙), 비뇨기과(인천중앙, 창원), 흉부외과(태백중앙), 이비인후과(창원, 순천), 성형외과(안산중앙), 해부병리과(안산중앙) 등은 특정 병원에만 설치되어 있다.

종합병원으로서 반드시 갖추어야 할 전문과목 전문의가 충원되지 않은 진료과목으로서 정신과가 설치되어 있지 않은 병원은 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원이며 임상병리과가 설치되어 있지 않은 병원은 안산중앙병원이다.

나) 외과계 진료

산업재해의 특성상 수술을 요하는 경우가 많은데, 산재의료관리원의 외과계열 진료과가 역할을 어느 정도 수행하고 있는지를 파악하기 위하여 2003년도에 외과계열의 진료과에 입원한 환자 중 수술환자가 차지하는 비율을 살펴보았다(표 4-16 참조).

외과계열의 전문진료기능을 표방하고 있는 인천중앙병원은 0.8%, 창원병원은 5.4%, 대전중앙병원은 10.1%에 불과하여 외과부문으로서의 역할을 수행한다고 보기는 어려울 것으로 보인다. 인천중앙병원에 입원한 산부인과 환자의 17.5%, 정형외과에 입원한 환자의 0.9%, 일반외과에 입원한 환자의 0.8%가 수술을 하였다. 태백중앙병원은 일반외과에 입원한 환

〈표 4-16〉 산재의료관리원 진료과별 입원환자 대비 수술환자 비율

(단위: %)

	인천중앙	태백중앙	창원	대전중앙	안산중앙	순천	전 체
외과	0.8	5.7	5.4	10.1	16.1	7.5	4.6
정형외과	0.9	2.0	3.3	1.7	1.2	2.5	1.7
신경외과	0.3	2.1	0.5	0.1	1.1	0.3	0.4
성형외과	-	-	-	-	4.0	-	4.0
산부인과	17.5	16.2	0.8	13.2	21.0	8.5	4.7
비뇨기과	-	-	5.5	1.9	-	-	1.0
흉부외과	-	3.9	-	-	-	-	3.9
안과	-	-	-	-	-	44.4	44.4
치과	-	-	-	15.6	-	-	3.5
이비인후과	-	-	14.0	-	-	16.4	15.1
전 체	0.3	0.5	1.1	0.8	1.0	0.9	1.5

주: 동해병원, 정선병원, 경기요양병원은 수술 실적 없음.

자료: 산재의료관리원, 『2003 병원연보』, 2003.

자의 5.7%, 산부인과는 16.2%가 수술을 하였다. 대전중앙병원은 산부인과에 입원한 환자의 13.2%, 일반외과에 입원한 환자의 10.2%가 수술을 하였다. 진폐 및 내과진료를 표방하는 안산중앙병원은 일반외과 입원환자의 16.1%가 수술을 하였다. 순천병원은 산부인과 입원환자의 8.5%, 안과환자의 44.4%, 이비인후과 환자의 16.4%가 수술을 하였다.

따라서 산재의료관리원 진료과목별로 입원환자의 10~40%가 산부인과, 안과, 이비인후과에서 수술을 한 것으로 나타나, 수술은 산재근로자의 진료기능보다 지역주민의 일반진료를 대상으로 시행하고 있으며, 산업재해치료의 특성을 가진 외과계 전문병원이라고 보기는 한계가 있다.

다) 응급환자 진료

동해병원, 정선병원, 경기요양병원을 제외한 6개 병원은 응급의료에 관한 법률에 의하여 지역응급의료기관으로 지정되어 있다. 산재의료관리원의 응급환자 진료실적을 파악하기 위하여 외래환자와 응급환자 연인원수를 비교하여 보았다. <표 4-17>과 같이 대전중앙병원과 정선병원, 태백중앙병원이 외래환자 10명당 1명 정도가 응급실을 이용하였다. 이는 많은 환자가 300명상 이상 규모의 대도시 종합병원과 중소도시 종합병원보다

〈표 4-17〉 외래환자 중 응급환자 진료현황

(단위: %)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
대도시(300병상 이상)	7.4	7.4	-	-	-	-
중소도시(300병상 이상)	9.1	9.0	-	-	-	-
인천중앙병원	3.1	3.1	3.0	2.4	2.1	1.8
태백중앙병원	9.6	10.2	12.5	13.4	14.1	11.7
창원병원	8.6	8.0	9.0	8.0	5.9	5.1
대전중앙병원	12.5	13.6	14.4	15.1	12.1	11.4
안산중앙병원	11.2	9.9	10.8	8.2	8.5	8.4
순천병원	11.1	12.1	10.5	8.3	7.1	6.9
정선병원	12.2	9.2	13.2	14.9	15.6	14.5

주: 동해병원, 경기요양병원은 응급실이 없음.

1998년과 1999년도 300병상 이상 종합병원은 각각 87개소임.

자료: 산재의료관리원, 『병원연보』, 각년도.

산재의료관리원의 응급실을 이용한 것으로 나타났다. 일반종합병원보다는 산재의료관리원에 대한 지역주민의 기대가 컸음을 보여주는 것이다.

그러나 태백중앙병원, 대전중앙병원, 정선병원을 제외한 대부분의 병원들에서는 응급환자의 진료비율이 1999년 이후 계속 감소추세에 있다.

2) 주요 진단명

산재의료관리원 입원환자의 특성을 파악하기 위하여 한국표준질병 사인분류에 의한 분류기호에 기초하여 병원별 상위 10대 상병명을 분석해 보았다²⁵⁾. <표 4-18>에서 보는 바와 같이 인천중앙병원의 경우 두개골 및 뇌손상 등에 의한 사지마비와 관련된 합병증 유형, 골절, 화상으로 마비와 관련하여 합병증 치료를 위한 경우가 많았다. 창원병원과 대전중앙병원의 경우는 외과계열 진료과를 표방하고 있는 것과 달리 위장질환, 폐렴, 고혈압, 간질환, 당뇨병 등 내과계 질환이 주요 진단명을 차지하였다. 진폐 및 내과계열의 진료기능을 표방하는 안산중앙병원과 순천병원의 경

25) 산재의료관리원의 병원별 내원환자 상병 분석을 시도하고자 하였다. 대다수의 환자가 복수 진단명을 가지고 있는데, 산재의료관리원 전산인프라 내에서 주요 진단명을 선별하는 것이 불가능하여 복수 진단명을 포함하여 가장 많이 차지하는 진단명으로 구분하였다.

우에도 당뇨병·위장병·폐렴·상기도감염·고혈압 등 내과계 질환이 10대 진단명의 주종을 이루고 있었다. 태백중앙병원과 진폐전문특수병원인 동해병원과 정선병원의 경우 진폐증과 폐렴, 결핵, 폐기종, 만성기관지염, 만성폐쇄성 폐질환 등 진폐관련 합병증이 주종을 이루고 있었다. 경기도 양병원은 척수손상 전문기능에 따라 척수질환이 90% 이상을 차지하고 있었다.

〈표 4-18〉 병원별 상위 10대 상병명(2001. 12. 31. 재원환자 기준)

순위	인천중앙	태백중앙	창원	대전중앙	안산중앙	순천	동해	정선	경기요양
1	기타마비 증후군	진폐증	두부손상	인격행동 장애	기타 골절	폐렴	위염	진폐증	척추 질환
2	배병증	폐렴	위궤양	당뇨병	당뇨병	당뇨	결핵	결핵 진폐	족관절 골절
3	대뇌혈관 질환	기관지염	폐렴	두개손상	추간관 전위	고혈압	결핵관련진폐	폐렴	상완골절
4	두개내손상	장염	복부요추손상	감염성 위장염	요추골절	경부염좌	폐렴	폐쇄성 폐질환	골반골절
5	골절	두부손상	고혈압성질환	경부손상	폐렴	두부손상	폐기종	고혈압	고관절골절
6	뇌손상에 의한 정신 장애	경부손상	무릎아래다리손상	충수염	위장염	머리개방상처	만성기관지염	늑막염	
7	폐양성 육창	고혈압	경부손상	폐렴	고혈압	관절증	폐쇄성 폐질환	당뇨병	
8	염좌·좌상 등	요부손상	간질환	-	충수염	충수염	진폐증	위장병	
9	호흡기계 질환	다발성 좌상	당뇨병	다발성 표재손상	경추골절	위장염	관절증	심부전	
10	화상	위염	손손상	아래다리 골절	대퇴골절	상기도 감염	당뇨병	기관지 및 폐암	

주: 기타 마비성 증후군(사지마비, 편마비, 하지마비, 신경인성방광 등), 배병증(척추 추간관 탈출증, 협착증 등), 대뇌혈관질환(뇌내출혈, 뇌경색 등), 두개내 손상(뇌진탕, 뇌좌상, 두개내 출혈 등), 골절(두개골, 늑골, 척추, 상지, 하지골 등), 뇌손상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애(기질성 정신장애, 기질성 뇌증후군, 외상후 증후군 등), 육창성 폐양(육창), 손상(염좌, 좌상, 타박상, 탈구, 절단상, 신경, 척수, 인대 연골과열 등), 호흡기계질환(폐렴, 기흉 등).

자료: 산재의료관리원 내부자료(2001).

진폐특수병원인 동해병원과 정선병원을 제외한 7개 병원 모두에서 요통이 10대 상병명에 포함되어 있었다. 산재의료관리원에 입원했던 환자의 특성이 외과관련 상병보다는 실제 만성질환 중심의 내과계 진료를 중심으로 진료가 이루어지고 있음을 보여주고 있다.

3) 특수진료

산재의료관리원의 3개 병원은 특수진료를 위한 병원으로 운영되고 있다. 동해병원과 정선병원은 진폐진료를 위한 특수병원이고 경기요양병원은 척수손상환자를 위한 요양병원이다.

의료기관의 진폐요양담당의료기관 지정은 의료법에서 정한 병원 또는 종합병원 중에서 의료인과 시설에 관하여 일정 요건을 갖추도록 산재보험법에서 규정하고 있다. 의료인은 결핵 또는 내과계 전문의로서 진폐증에 관한 풍부한 지식과 경험이 있는 의사이거나 방사선 전문의로서 진폐증에 관한 풍부한 지식과 경험이 있는 의사, 기흉배기술을 시행할 수 있는 의사, 임상병리사, 폐기능 검사에 충분한 경험을 가진 의료종사자를 갖추어야 한다. 또한 의료시설은 결핵정밀진단에 필요한 제반 검사기기(도말 또는 집균·균배양에 필요한 기기)와 폐기능 검사기기, 엑스선촬영기(500밀리미터 이상으로 단층촬영이 가능), 혈액가스 분석기, 폐결핵에 합병된 진폐근로자 격리병실 또는 격리병동을 갖추어야 한다.

연도별 전국 입원진폐환자수는 1997년 2,270명에서 2003년 3,279명으로 매년 증가하고 있지만 산재의료관리원에 요양하는 진폐환자수의 증가는 전체 입원진폐환자 증가분에 못미치고 있다(표 4-19, 표 4-20 참조).

〈표 4-19〉 전국 진폐환자 대비 산재의료관리원 진폐환자 요양 추이

(단위: 명, %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
전국 진폐환자수(A)	2,270	2,437	2,587	2,738	2,968	3,171	3,279
산하병원 요양환자수(B)	852	995	1,071	1,104	1,170	1,276	1,304
B/A	37.5	40.8	41.4	40.3	39.4	40.2	39.8

자료: 산재의료관리원 내부자료(2004).

〈표 4-20〉 요양담당 및 진폐정밀진단 의료기관 현황(2003)

(단위: 개소, 병상, 명)

	병원수	병상수	전 체	진폐정밀진단기관		
				입원	통원	
산재의료관리원	5	1,351	1,304	1,120	184	5
종합전문요양기관	1	17	148	17	131	1
종합병원	10	1,369	1,201	1,138	63	4
병 원	11	781	626	617	9	5
전 체	27	3,518	3,279	2,892	387	15

자료: 근로복지공단 내부자료(2004).

태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원, 동해병원, 정선병원 등 5개 병원이 진폐요양담당의료기관으로 지정되어 있다. 2003년 전국 진폐입원요양환자 3,279명 중 39.8%(1,304명)가 산재의료관리원에서 요양하였다(표 4-19, 표 4-20 참조).

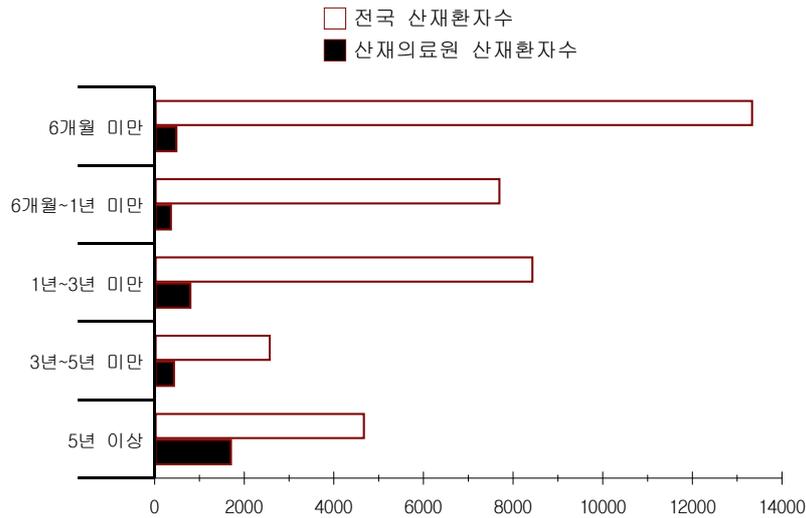
4) 장기요양환자 중심의 진료

한국노동연구원(2000)의 연구에 의하면 산재환자의 평균 재원일수가 자동차보험이나 건강보험보다 현저하게 긴 것으로 나타났다²⁶⁾. 2002년 2월 현재 전국 산재환자 중 산재환자 요양기간 구분에 따른 산재의료관리원 요양환자 점유율을 살펴보면, 6개월 미만의 전국 산재환자 중 3.8%, 6개월 이상 1년 미만 산재환자의 5.0%, 1년 이상 3년 미만 산재환자의 9.7%, 3년 이상 5년 미만 산재환자의 17.5%, 5년 이상 산재환자의 36.7%가 산재의료관리원에서 요양을 하고 있다(그림 4-1 참조). 이는 6개월 미만의 급성기치료는 3%대에 불과하며, 요양기간이 길어지는 환자일수록 산재의료관리원에 집중되어 있다. 이와 같은 현상은 산재의료관리원이 치료기능을 가진 의료기관으로서의 성격보다는 수용시설로서의 기능을 하고 있음을 보여주고 있다.

26) 윤조덕·이현주 외, 『산재보험 의료기관 지정제도 개선방안 연구』, 한국노동연구원, 2000.

54 산재보험 요양재활 사례 비교연구

(그림 4-1) 전국 산재환자 대비 산재의료관리원 산재환자 요양기간별 현황



자료: 산재의료관리원 내부자료(2002).

산재의료관리원에 장기요양중인 환자의 병원별 분포를 살펴보면 2003년도에 순천병원에 입원한 환자의 86.5%가 1년 이상 입원중이며, 태백중앙병원 환자의 88.4%, 정선병원 환자의 81.2%, 동해병원 환자의 88.5%, 인천중앙병원 환자의 54.3%가 1년 이상 장기입원중에 있다(표 4-21 참조). 특히 태백중앙병원 환자의 73.5%, 순천병원 환자의 61.1%, 동해병원 환자의 53.6%, 대전중앙병원 환자의 18.5%, 정선병원은 38.5%가 5년 이상 입원해 있다. 10년 이상을 입원하고 있는 환자가 태백중앙병원의 경우 전체 환자의 61.6%나 된다(표 4-22 참조).

창원병원과 안산중앙병원의 경우만 1년 이상 장기입원환자가 30% 수준으로 그나마 정상적인 급성기 의료기관의 역할을 하고 있는 곳이다. 정작 요양병원으로 인가된 경기요양병원의 경우에는 입원환자의 38.9%만이 1년 이상 장기요양을 하고 있다. 산재의료관리원은 급성기 의료기관의 법적 성격을 가지고 있음에도 불구하고 요양병원 환자의 입원기간보다 더 길게 나타나고 있다. 이는 산재의료관리원이 의료기관의 기능을 한다기보다는 요양병원의 성격이 강하여 산재의료관리원의 문제점을 명확하게 보여주고 있다.

〈표 4-21〉 산재병원 및 산재지정병원의 산재입원환자 현황(2003. 12. 31. 현재)

(단위: 명, %)

		전 체		요양기간(1년 미만)		요양기간(1년 이상)	
		환자수	점유율	환자수	점유율	환자수	점유율
전 국	전체	17,625	100.0	9,873	100.0	7,752	100.0
종합전문요양	소계	2,253	12.8	744	7.5	1,509	19.5
종합병원	소계	3,006	17.1	1,530	15.5	1,476	19.0
병원	소계	3,429	19.5	2,286	23.2	1,143	14.7
의원	소계	6,449	36.6	4,490	45.5	1,959	25.3
기타	소계	157	0.9	90	0.9	67	0.9
산재병원	소계	2,331	13.2	733	7.4	1,598	20.6

주: 1) 진폐제외시 산재점유율 6.9%(1,211명): 1년 미만 6.5%(646명), 1년 이상 7.3%(565명).

2) 보훈병원은 서울(800병상), 부산(340병상), 광주(600병상), 대전(300병상), 대구(300병상 등 5개 병원 2,340병상을 운영하고 있으며, 국가보훈자의 진료는 물론 치료종결과 상이등급 및 장애등급 구분(판정) 그리고 위탁진료의료기관 선정업무까지도 수행(타의료기관 진료기간: 40일로 제한).

자료: 근로복지공단(2003. 12. 31 현재).

〈표 4-22〉 의료기관별 입원기간 현황(2003. 12. 31. 재원환자 기준)

(단위: 명, %)

	전 체	6개월 미만	6개월 ~1년	1~2년	2~3년	3~5년	5~10년	10년 이상
전 체	2,331 (100.0)	434 (22.5)	299 (12.5)	306 (13.5)	189 (8.3)	286 (10.3)	379 (18.4)	411 (14.5)
인천중앙	433(100.0)	137(31.6)	61(14.1)	83(19.2)	50(11.5)	52(12.0)	45(10.4)	5(1.2)
태백중앙	445(100.0)	42(9.4)	10(2.2)	26(5.8)	10(2.2)	30(6.7)	53(11.9)	274(61.6)
창 원	183(100.0)	29(15.8)	26(14.2)	37(20.2)	25(13.7)	18(9.8)	34(18.6)	14(7.7)
대전중앙	179(100.0)	21(11.7)	23(12.8)	30(16.8)	44(24.6)	28(15.6)	27(15.1)	6(3.4)
안산중앙	221(100.0)	98(44.3)	49(22.2)	58(26.2)	8(3.6)	2(0.9)	6(2.7)	-
순 천	119(100.0)	7(5.9)	9(7.6)	10(8.4)	16(13.4)	27(22.7)	35(48.5)	15(12.6)
동 해	312(100.0)	19(6.1)	17(5.4)	31(9.9)	37(11.9)	41(13.1)	110(35.3)	57(18.3)
정 선	234(100.0)	13(8.4)	10(10.4)	26(11.1)	29(12.4)	50(15.9)	81(31.1)	25(7.2)
경기요양	180(100.0)	45(25.0)	65(36.1)	52(28.9)	12(6.7)	4(2.2)	2(1.1)	-

주: ()안의 수치는 병원별 환자의 요양기간별 분포 비율임.

자료: 산재의료관리원 내부자료.

5) 기존 산재병원의 진료기능 종합

이상에서 살펴본 바와 같이 현재의 산재병원(산재의료관리원)의 진료기능은 다음과 같이 요약된다.

- ① 종합병원 6개 병원(인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원, 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원)은 의료법에 의한 종합병원의 기능 중심으로 진료과가 설치되어 있다.
- ② 특수병원 3개 병원(동해병원, 정선병원, 경기요양원)은 진폐환자와 척수마비환자 요양소 기능이다.
- ③ 급성기 산재환자 치료기능보다는 산재환자 장기요양치료기능이다.
- ④ 급성기 산재환자 수술치료기능보다는 일반환자 수술치료기능이다.

다. 현황분석 종합

앞서 한국의 사망재해 분석에서 보는 바와 같이 직업성 질병(직업병)으로 인한 사망재해자를 제외한 급성기 산재환자 사망의 경우, 다음의 경우에 대한 전문적 치료기능의 보완이 시급하다.

첫째, 골절로 인한, 두부상해로 인한 사망

둘째, 뇌진탕으로 인한, 두부상해로 인한 사망

셋째, 골절, 타박상(삔임), 절상·절단으로 인한 등, 몸통, 전신상해로 인한 사망

넷째, 화상으로 인한 사망

다섯째, 중독·질식으로 인한 사망

앞의 기존 산재병원의 기능분석은 다음과 같이 네 가지로 요약된다.

첫째, 종합병원 6개 병원은 의료법에 의한 종합병원 기능 중심으로 진료과가 설치되어 있다.

둘째, 특수병원 3개 병원은 진폐와 척수마비환자 요양소기능이다.

셋째, 급성기 산재환자 치료기능보다는 산재환자 장기요양기능이다.

넷째, 급성기 산재환자 수술기능보다는 일반환자 수술기능이다.

독일 산재보험조합 직영 산재전문병원의 전문화 전략에서는 산재중환

자치료에 중점을 두고 있으며, 특히 사고외과, 수지/미세접합외과, 척수부상전문과 그리고 중화상 전문과의 4대 진료과목을 각각의 산재전문병원의 필수 전문화 분야로 두고 있다.

2. 직업병 연구 및 직업병 전문치료기능 보완 및 신설

가. 직업병 발생현황

1) 업무상 질병 재해율 추이

지난 13년간(1990~2003년) 업무상 질병 재해율은 1994년 최저점(0.015%)이었으며, 이후 증가추세에 있다(표 4-23 참조). 또한 전체 산업장해자 중에서 업무상 질병 재해자가 접하는 비율이 1994년 1.3%에서 2003년 9.6%로 급격히 증가하고 있다.

〈표 4-23〉 업무상 질병 재해율 추이(1990~2003)

(단위: 명, %)

	총근로자수	총재해자수	업무상 사고 재해율	업무상 질병 재해율	업무상 질병 접유율
1990	7,542,752	132,893	1.74	0.024	
1991	7,922,704	107,435	1.60	0.022	
1994	7,273,132	85,943	1.17	0.015	1.3
1996	8,156,894	71,548	0.85	0.024	2.7
1997	8,236,641	66,770	0.78	0.026	3.2
1998	7,582,479	51,514	0.66	0.024	3.6
1999	7,441,160	55,405	0.71	0.037	4.9
2000	9,485,557	68,976	0.68	0.043	5.9
2001	10,581,186	81,434	0.72	0.053	6.8
2002	10,571,279	81,911	0.72	0.051	6.6
2003	10,599,345	94,924	0.81	0.086	9.6

주: 업무상 사고재해율=(업무상 사고재해자수/총근로자수)×100.

업무상 질병재해율=(업무상 질병재해자수/총근로자수)×100.

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

_____, 『제2차 산업재해예방 5개년 계획(2005~2009)』, 2004. 12, 35쪽.

나. 근골격계 질환 발생현황

최근 근골격계 질환(신체부담작업과 요통) 및 뇌·심혈관계 질병 등의 작업관련성 질병이 크게 증가하고 있다(표 4-24 참조). 지난 4년간(2000~2003년) 직업병을 포함한 업무상 질병 전체 사망자 및 요양자는 2000년

〈표 4-24〉 업무상 질병 요양자 및 사망자 현황(2000~2003)

(단위: 명)

	연도	전체	직업병							작업관련성 질환				
			소계	진폐	난청	금속및 중금속 중독	유기 용제 중독	특정 화학 물질 중독	기타	소계	뇌· 심질환	근골격계 질환 ²⁾		기타
												신체 부담 작업	요통	
요양자	2000	2,459	523	61	251	16	16	21	158	1,936	1,122	393	421	0
	2001	4,396	1,116	567	287	23	38	27	174	3,280	1,512	778	820	170
	2002	4,190	944	529	219	6	45	26	119	3,246	1,296	1,167	660	123
	2003	7,740	1,423	867	314	17	21	49	155	6,317	1,538	2,906	1,626	247
사망자	2000	955	410	364	0	1	5	7	33	545	545	0	0	0
	2001	1,180	422	390	0	2	7	5	18	758	680	0	0	78
	2002	1,227	407	386	0	2	3	6	10	820	760	0	0	60
	2003	1,390	482	453	0	2	12	9	6	908	820	0	0	88
계 ¹⁾	2000	3,414	933	425	251	17	21	28	191	2,481	1,667	393	421	0
	2001	5,576	1,538	957	287	25	45	32	192	4,038	3,859	778	820	248
	2002	5,417	1,351	915	219	8	48	32	129	4,066	2,816	1,167	660	183
	2003	9,130	1,905	1,320	314	19	33	58	161	7,225	2,358	2,906	1,626	335

주: 업무상 질병자란 근로복지공단에서 산재보상지급 결정된 자이며, 산재보상 인정범위가 확대됨에 따라 예방목적에 적합한 통계를 산출하기 위하여 1999년부터 업무상 질병을 다음과 같이 『직업병』과 『작업관련성 질병』으로 구분.

- 직업병: 작업환경 중 유해인자와의 관련성이 뚜렷한 질병(진폐, 난청, 금속 및 중금속중독, 유기용제중독, 특정화학물질 중독 등).
- 직업병 기타: 물리적 인자, 이상기압, 세균바이러스 등.
- 작업관련성 질병: 개인질병 등 업무외적 요인과 복합적으로 작용하여 발생하는 질병(신체적 부담작업, 뇌, 심혈관질환, 요통 등).
- 작업관련성 질병 기타: 과로, 스트레스, 간질환 등으로 인한 질환 등.

1) 요양자수와 사망자수를 합함.

2) 신체부담작업과 요통을 합하여 근골격계질환이라고 함.

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도.

3,414명에서 2003년 9,130명으로 3년간 167.4%(5,716명) 증가하였다. 이들 업무상 질병 사망자 및 요양자 중 작업관련성 질환자가 차지하는 비중이 70%를 상회하고 있다(2000년 72.7%, 2001년 72.4%, 2002년 75.1%, 2003년 79.1%).

같은 기간동안 근골격계 질환(신체부담작업과 요통) 요양자는 2000년 814명에서 2003년 4,532명으로 3년간 3,718명 증가하였다. 이들 근골격계 질환 요양자는 전체 업무상 질병요양자 중 33~58%(2000년 33.1%, 2001년 36.4%, 2002년 43.6%, 2003년 58.6%)를 차지하고 있으며 그 절대수와 비중이 매년 증가하고 있다.

또한 뇌·심질환자는 같은 기간동안 전체업무상 질병 사망자 중 51~61%(2000년 57.1%, 2001년 57.6%, 2002년 61.9%, 2003년 60.0%)를 차지하고 있으며 그 절대수와 비중이 증가하고 있다.

다. 현황분석 종합

앞에서 살펴본 바와 같이 직업병을 포함한 직업관련성 질병재해자수가 빠른 속도로 증가하고 있다. 특히 근골격계 질환은 최근 조선업, 자동차산업, 보건의료업을 중심으로 집단요양신청으로 사회문제화되고 있는 현실이다.

따라서 임상과 연계되어 업무상 질병의 체계적인 연구 및 이에 의거한 전문적 치료기능의 보완·신설이 시급한 실정이다.

앞의 <표 4-23>, <표 4-24>에 의거하여 산재의료관리원에 시급히 신설되어야 할 직업병 연구기능은 다음과 같다.

첫째, 근골격계 질환 임상연구 및 전문치료기능

- 예를 들어 인천중앙병원의 경우 2004년 12월 24일 현재 척추관련 상병을 가진 환자수는 입원산재환자 총 457명 중 49.9%(228명)이며 산재외래환자 총 830명 중 91.1%(793명)임.

둘째, 화학물질(유기용제 포함) 중독질환 임상연구 및 전문치료기능

셋째, 호흡기계 질환(진폐 포함) 임상연구 및 전문치료기능

넷째, 중금속중독질환 임상연구 및 전문치료기능

다섯째, 신경계 질환 임상연구 및 전문치료기능

제3절 비교를 통한 정책개선 방향

이상의 한국 상황의 분석과 독일 사례를 통하여 현재의 한국 기존 산재병원(산재의료관리원)의 급성기 산재환자(중환자)의 신속·전문적 치료를 위하여 다음 분야의 기능특화가 시급히 이루어져야 할 것이다.

첫째, 사고외과전문센터

둘째, 척수부상전문센터

셋째, 중화상 전문센터

넷째, 중독·질식전문센터

또한 직업병 연구 및 치료기능의 개발 및 응용을 통한 산재환자의 전문적 치료를 위하여 다음 분야의 연구 및 전문치료 기능보완이 필요하다.

첫째, 근골격계 질환 임상연구 및 전문치료기능

- 예를 들어 인천중앙병원의 경우 2004년 12월 24일 현재 척추관련 상병을 가진 환자수는 입원산재환자 총 457명 중 49.9%(228명)이며 산재외래환자 총 830명 중 91.1%(793명)임.

둘째, 화학물질(유기용제포함) 중독질환 임상연구 및 전문치료기능

셋째, 호흡기계 질환(진폐포함) 임상연구 및 전문치료기능

넷째, 중금속중독질환 임상연구 및 전문치료기능

다섯째, 신경계 질환 임상연구 및 전문치료기능

제5장 산재보험의 회복기 산재환자 재활

제1절 독일

독일 산재보험의 회복기 산재환자를 위한 대표적인 재활프로그램으로 ① 2차 외래 물리치료(EAP), ② 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW), ③ 사업장 업무부담 테스트(Berastungserprobung), ④ 재활사정평가(Reha Assessment) 등 4가지를 들 수 있다(Kurt Görg, 2004: 343).

상기 절차들은 후 급성기 재활단계(post-acute rehabilitation phase), 즉 환자가 급성환자 수용병원에서 퇴원한 이후의 단계에 해당된다. 이와 같은 재활프로그램들은 급성기 치료절차, 특히 전문병원에서 치료받고 있는 중증 산재환자를 위한 부상종류절차(Verletzungsartenverfahren)를 보완한다. 이들 재활프로그램의 목적은 전문병원에서의 입원치료기간을 단축시키고 직업복귀를 가속화한다.

1. 2차 외래 물리치료(EAP)

가. 2차 외래 물리치료(EAP)의 역사 및 개념

2차 외래 물리치료, 즉 EAP(Erweiterte Ambulante Physiotherapie)는

독일 법정 산재보험에 의해 개발되었다. 1994년 1월 1일부터 독일의 모든 산재보험조합이 피보험자를 위한 재활프로그램으로서 EAP를 도입했다(HVBG, 2004: 5). 모든 산업재해자는 재활을 위한 EAP를 제공받게 된 것이다. 1년 후 독일의 건강보험 또한 피보험자에게 상기 재활프로그램을 제공할 수 있도록 EAP시스템을 도입했다. 오늘날 EAP는 독일 내에서 재활프로그램으로서 확고한 입지를 구축했다.

EAP는 사무업종산재보험조합(VBG: Verwaltungs BG)의 경험들을 바탕으로 하고 있다. 산업부문별로 구분되어 구성·운영되고 있는 독일 법정 산재보험에 의한 보호는 협회에 소속되어 있는 전문운동선수에게도 확대 적용되며, 이를 담당하는 기관은 사무업종산재보험조합(VBG)이다. 즉, 독일 내에서 전문운동선수는 산재보험에 의한 보호를 VBG를 통해 받는다.

외래 재활을 통한 운동 부상자의 회복이 빠르자, VBG는 전문운동분야에 적용되는 특정 치료형태에 관심을 갖게 되었다. 운동선수들은 초기부터 외래 재활시설에서 치료받기 시작했는데, 물리치료 이외에도 의료운동기구를 이용한 훈련이 일찍부터 이루어졌다. 동일한 부상을 입은 경우 일지라도 운동선수의 경우, 타보험가입자에 비해 훨씬 더 빠른 회복세를 보이며 활동을 재개할 수 있었다.

이러한 긍정적인 경험들을 토대로 VBG는 산재보험 관련 위원회를 설립하여 EAP를 모든 산재보험조합에 적용하도록 했다. EAP는 복합적인 외래치료 프로그램으로서, 그 동안 입원 재활치료 및 외래 단일치료법(기초 프로그램) 사이에 있던 틈새를 보완해 주는 기능을 한다. EAP는 중증 지지-운동기관 재해자를 위한 프로그램이며, 기초 프로그램인 단일치료법의 범위를 훨씬 넘어선다.

“모든 적정한 수단을 동원한다”는 독일 산재보험의 원칙에 따라 EAP를 포함한 재활의 최종목적은 환자의 입원치료 및 노동손실 기간을 단축시키고 직업복귀를 가속화하며 산재보험조합의 비용부담을 줄이는데 있다. 지난 수십년 동안 수술 후 재활부문에서 얻어낸 의학적 지식은 중요한 토대가 되고 있다. 함부르크 산재보험 직영병원의 연구에 따르면, 하지에 축 방향으로 작용하는 힘의 절반은 뼈로, 그리고 나머지 50%는 근

육조직으로 전달된다. 따라서 근육조직은 튼튼한 체지에 상당히 많은 영향을 미친다는 사실을 알 수가 있다. 이로 인하여 재활프로그램에는 근육조직 조기훈련이 추가로 편성되었다.

EAP의 경우, 치료체조 및 물리치료를 구성하는 여러 요소들이 의료훈련치료(medical training therapy)를 보완하고 있다. 각 치료는 복합적 치료법의 형태로 학제간으로 이루어져 있다. 기초프로그램인 단일치료법의 경우, 각각 차단되어 있는 치료 절차들로 인하여 치료상 손실이 발생할 수 있는 반면, 복합치료법의 경우, 각 치료 요소들이 상호 복합적으로 맞물려 있다. 따라서 EAP는 전담치료팀을 필요로 한다. 상기 치료팀은 전문교육을 받은 치료체조 강사, 마사지사, 수중재활운동 전문가 및 스포츠 강사로 구성되어 있다.

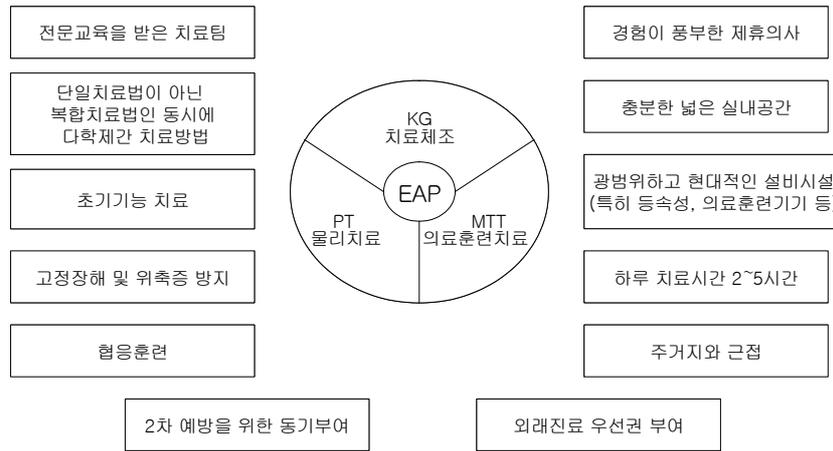
각 환자를 위해 개별적인 치료요법 계획이 세워지며, 이때 경험이 풍부한 재활의사의 도움을 받는다. 아울러 고정장해 및 위축증을 방지하기 위해 초기기능 치료가 적용된다. 의료훈련치료와 마찬가지로 협응훈련(coordination training) 또한 상당히 중요하다. 튼튼한 근육 또한 전체적으로 균형이 잘 잡힌 협응상태를 요한다. 인간이 쉽고 가볍고 경제적으로 움직일 수 있는 이유는 바로 이러한 근육간 협응상태가 잘 이루어져 있기 때문이다.

EAP의 중요한 구성요소 중의 하나는 치료에 능동적으로 참여하기 위해 재해자 및 치료팀에게 충분한 동기를 부여해 주는 것이다. 이와 함께 2차 예방에 대한 재해자의 관심을 높이는 것이 중요하다. 재해자가 재해를 긍정적으로 극복하고 후유증에 대한 보상을 충분히 받음으로써 결국 2차 사고를 예방할 수가 있기 때문이다.

재활치료는 가급적 환자의 주거지에 가깝고 충분히 넓은 실내공간 속에서, 그리고 전체 치료기간에 걸쳐 동일한 치료사에 의해 진행되는 것이 바람직하다. 치료는 기본적으로 주 5일로 집중적으로 이루어지며, 하루 치료시간은 2~5시간이다. EAP 치료기간은 일반적으로 4주로 제한된다²⁷⁾. 그러나 의사의 특별한 지시가 있는 경우 기간연장이 가능하다.

27) EAP는 조기에(4주 이내에) 병원체조/물리치료 등의 기본치료하에 피재환자의 기능회복을 도모하여 피재환자의 병상이 인지할 수 있는 정도로 호전되어 증상이

[그림 5-1] 2차 통원치료(EAP) 개념



자료: Görg Kurt(2004: 346).

이상의 내용을 요약하여 정리하면 [그림 5-1]과 같다.

나. EAP 진행방식 및 EAP 참여를 위한 시설요건

독일 법정 산재보험의 재활프로그램에서 핵심적인 역할을 담당하는 이는 산재사고전문의사(Durchgangsarzt)이다. EAP의 도입은 산재사고전문의사에 의해 이루어진다. EAP를 도입하기 위해 산재사고전문의사는 산재보험조합측이 제공한 EAP 처방전을 사용한다. 처방전에서 전문의사는 치료의 목적을 규정한다. 이는 특히 운동성, 체력, 협응상태 및 지구력을 향상시키는 것을 의미한다. 전문의사는 치료 진행을 위한 여러 가지 주의사항을 추가로 기입하게 되는데, 예를 들면 재해환자의 사지에 가하는 부하를 제한함으로써 치료에 의한 추가손상을 사전에 방지하는 것이다. 산재보험조합은 진단서를 자체적으로 검토한 후 3일 이내에 비용부담에 대한 입장을 밝힌다. 만일 산재보험조합이 EAP가 불필요하고 단일치료법(기초 프로그램)만으로도 충분하다고 판단할 때에는 이에 대한 명백한 사유를 산재환자 및 산재사고전문의사에게 밝혀야 한다.

고정되도록 피한다(HVBG·BLB·BUK, 5~6쪽).

EAP 시설은 산재사고전문 의사가 규정한 치료목적을 바탕으로 하여 EAP 처방전 내에서 치료계획을 세운다. 이때 최근 진료기록, 입원치료 후 퇴원서 등을 참고한다. 경험이 풍부한 EAP 시설의 제휴의사는 치료계획 작성에 관여한다.

EAP 처방전은 항상 2주를 기준으로 한다. 따라서 EAP를 계속 받기 위해서는 산재사고전문 의사로부터 새로운 처방전을 발급받아야 한다²⁸⁾. 환자는 2주가 경과한 후 치료를 위한 중간검진을 위해 전문의사를 면담해야 한다. 원칙적으로 EAP는 4주로 제한된다. 그러나 만일 전문의사의 소견에 따라 환자에게 후유증이 여전히 남아 있어 EAP를 계속 진행해야 될 경우, 그 사유를 명확하게 밝혀야 한다²⁹⁾. 이때 산재보험조합 측에서 이의를 제기하지 않은 한 EAP를 계속 진행시킬 수 있다.

이로 인해 산재보험조합은 환자의 재활상태에 대해 계속 업데이트된 정보들을 제공받을 수 있다. 산재보험조합은 언제든지 치료절차에 관여함으로써 재활치료를 조정할 수 있다. 이는 산재사고전문 의사와의 조율을 통해 이루어진다. EAP와 자주 연계되는 것이 사업장에서의 업무부담 테스트이다.

산재환자를 치료의 품질보증 심사를 한 결과, 일부 산재환자가 EAP를 너무 뒤늦게 처방받는다는 사실이 확인되었다. 이와 같은 경우, 산재사고 전문의사는 기초 프로그램인 단일치료법만 가지고도 일단 충분하다고 판단한 반면, 실질적으로 환자에게 필요한 것은 EAP의 형태를 띤 집중적인 복합치료법인 것이다. 이는 재활치료에 있어서 소중한 시간만 낭비하게 된다. 만일 환자가 너무 뒤늦게 EAP를 제공받을 경우, 잘못된 재활로 인해 발생한 손실을 해결해야 되는 문제점이 있다. 따라서 산재사고전문 의사와 산재보험조합은 가능한 일찍부터 EAP가 적절히 도입될 수 있도록

28) EAP처방전 1부는 EPA시설에, 사본 1부는 비용관련 사항의 조사를 위하여 산재보험운영기관에 그리고 또 다른 사본 1부는 담당의사가 보관한다(HVBG·BLB·BUK, 7쪽).

29) EAP 처방시작 14일 후에 점검검사(Kontrolluntersuchung)를 받는다. 이때 경우에 따라 새로이 추가로 14일간의 처방을 받는다. EAP처방은 최대 4주까지이며, 특별한 경우 의사의 이유서 소견을 첨부하여 연장처방을 받는다(HVBG·BLB·BUK, 7쪽).

주의해야 한다³⁰⁾.

외래 재활시설기관들은 해당 지역의 산재보험조합 주(州) 연맹(Landesverband der BGen)을 통해 EAP를 인가받는다. 그 근간이 되는 것은 2003년 7월 1일 제정된 규정 “2차 외래 물리치료(EAP)에 의료시설기관이 참여하기 위한 산재보험 운영기관측의 요구조건”이다(별첨 1 참조). 이 규정에서는 시설 내에 전문교육을 받은 치료팀 및 경험이 풍부한 제후의사를 요구한다(EAP 요건 3.1-3.3.3 참조). 실내공간 및 의료설비는 현대적인 것으로 규정되어 있다. 컴퓨터 진단 및 기록장치를 포함하는 등속성 다관절 시스템(isokinetic multi-joint system)은 임상진단뿐만 아니라 치료에도 이용된다(EAP 요건 3.4 참조). 결과적으로 EAP 시설기관 또한 산재보험으로부터의 인가에 의해 산재보험조합에 대한 특별한무를 지게 된다(EAP 요건 4. 참조).

다. 통계 및 재정적 측면

EAP 보험급여는 치료일당으로 계산된다. 재활시설이 치료체조를 위해 받은 비용은 일당 25.56유로이며, 물리치료 및 의료훈련치료의 경우 각각 17.90유로이다. 이는 하루 총액으로 따지면 61.36유로가 된다.

결과적으로 EAP는 질적으로 높은 수준을 제공하면서도 비용적인 면에서 저렴한 치료법이다. 만일 이러한 각각의 치료서비스들이 일괄요금으로 계산되지 않고 단일치료법(기초 프로그램)에 적용되는 요율에 따라 계산될 경우, 하루에 적용되는 치료비용은 80유로를 넘을 것이다. 이러한 일당제 이외에도 EAP 시설기관은 치료계획을 위한 서류작성 비용, 그리고 등속성 기기에서의 시작 및 종료테스트 비용을 지원받는다.

개별적인 경우를 관찰한 결과, EAP를 통한 긍정적인 비용절감효과가 입증되었다. 이와 같은 재정적 효과를 독일 내 모든 산재보험조합에 적용

30) 산재보험운영기관의 업무는 ① EAP 처방 후 1주일 이내에 EAP시설에게 비용부담 설명 또는 피보험자, EAP 처방의사 및 EAP시설에 EAP 처방 이의제기서를 보내며, ② 요양과정을 감독하고, ③ 요양기관의 품질을 감독하며, ④ 비용청구에 대한 신속한 지불이다(HVBG·BLB·BUK, 8쪽).

하기는 힘들다. 이유인 즉 유효한 데이터가 아직까지 많이 부족한 실정이기 때문이다. 치료절차 및 법적 상황이 계속 바뀜으로써 데이터간 비교가 어려워진다. 예를 들어, Diagnoses Related Groups(DRG)을 토대로 2003년에 도입된 사건별 포괄수과제로 인해 급성환자가 전문병원에서 체류하는 기간이 상당히 단축되었다. 이로 인해 산재환자가 병원에서 조기퇴원하게 됨으로써 불가피하게 EAP가 확장되는 결과를 낳았다. 그 결과 4주 간에 걸친 EAP 절차가 차지한 비율은 2/3로 증가하였다. 산재보험조합의 의료 컨설턴트가 판단한 결과 이는 적정한 수준이다.

지난 10년간(1994~2003년) 독일 내에서 EAP 센터수는 점차적으로 증가하였다. 1994년 157개 센터에서 10년 후인 2003년에는 428개소로 172.6%(271개소) 증가하였다(표 5-1 참조).

또한 치료기간 4주 이하인 EAP 치료사건수가 1995년 41.0%(12,180건 중 4,994건)에서 2003년에는 67.6%(14,665건중 9,913건)로 8년 사이에 26.6% 포인트 증가하였다(표 5-2 참조).

〈표 5-1〉 2차 통원물리치료 센터수 추이(1994~2003)

(단위: 개소)

	2차 통원물리치료센터수
1994	157(100.0)
1995	258(164.3)
1996	311(198.1)
1997	356(226.8)
1998	387(246.5)
1999	397(252.9)
2000	409(260.5)
2001	422(268.8)
2002	421(268.2)
2003	428(272.6)

자료: Görg Kurt(2004: 346).

〈표 5-2〉 치료기간별 2차 외래물리치료자 건수

	1995	2000	2003
4주 이하	4,994	9,506	9,913
4주 이상	7,186	5,151	4,752
전 체	12,180	14,657	14,665

자료 : Görg Kurt(2004: 346).

2. 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW)

가. 산재보험에 의한 2차 입원치료의 역사 및 개념 (BGSW)

수술치료의 지속적인 성공여부는 포괄적인 후 급성기 2차 치료에 의해 좌우된다. 독일 내 9개소의 산재보험조합 직영 산재전문병원(독일 산재전문병원)은 최적의 급성환자 진료뿐만 아니라 후 급성기 단계에서의 포괄적인 치료도 보장하고 있다. 이에 반해 1990년대 초에는 몇몇 급성환자 수용병원에서 수술결과가 좋음에도 불구하고, 차후 2차 치료(치료체조, 물리치료, 작업요법 등)에서 여러 가지 문제점이 발견되었다. 인적자원, 실내공간 및 의료설비뿐만 아니라 치료강도 또한 산재보험 재활치료가 요구하는 수준에 훨씬 못미쳤으며, “모든 적절한 수단을 동원한다”는 산재보험조합의 원칙에 위반되었다³¹⁾. 급성환자 수용병원에서 재정을 긴축하는 경우, 거의 대부분 물리치료가 긴축대상이 되었다. 물리치료사 고용인원이 감축되었으며 운동욕조와 같은 고가의 장비 구입은 중지되었다.

이는 1991년 산재보험에 의한 2차 입원치료, 즉 BGSW(Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung)가 도입되는 계기를 마련해 주었다³²⁾. BGSW는 급성환자 치료와 바로 연결되며³³⁾ 산재사고전문

31) 산재환자의 입원요양으로부터 조기의 통원요양으로의 전환은 중증산재환자의 경우 통원치료에서 충분한 사후처방의 가능성이 배제됨으로 인하여 노동불능기간이 장기화되거나 또는 입원치료병원에서의 장기간 입원을 불러오고 있다. 왜냐하면 재활시설이 매우 적기 때문이다(Schmitt, 1990: 624).

32) 건강보험과 연금보험의 ‘AHB절차’(AHB-Verfahren)로 부터의 경험을 활용하여 산재보험 운영기관이 지금까지의 규정들을 보완한 입원요양절차 내에서 하나의 새로운 절차, 즉 BGSW를 개발하였다(Schmitt, 1990: 623).

의사의 지도하에 이루어진 의료재활을 위한 모든 입원 치료서비스를 말한다. 그 대표적인 것은 치료체조, 물리치료, 작업요법, 언어치료, 심리사회치료, 간병서비스 등이다.

산재보험조합이 1994년 EAP를 도입한 이후 BGSW에도 의료훈련치료가 보충되었다. 오늘날 독일에서 점점 더 많은 재활 병의원이 업무환경에 맞는 재활치료를 BGSW에 편입시키고 있다. 이때 BGSW 종료 직전에 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung)를 재해사업장에서 자체적으로 또는 이와 유사한 조건의 사업장에서 실시한다. 환자는 아침에 사업장에서 근무하고 오후에는 BGSW 서비스를 받는다.

EAP와 마찬가지로 BGSW의 개념은 집중적인 훈련치료에서 비롯된다. 재활능력 및 조기활동은 BGSW를 위한 전제조건이 된다. 재해자는 원칙적으로 타인의 도움 없이도 식사와 목욕을 하고 옷을 혼자서 입을 수 있어야 하며 해당 병동에서 이동할 수 있는 상태여야 한다. BGSW는 최대 4주를 원칙으로 한다³⁴⁾.

BGSW가 종료될 무렵에 산재보험조합은 최종보고서를 받게 되며, 여기에는 재해환자의 긍정적 또는 부정적 업무성과도가 나타나 있다. 긍정적 업무성과는 재해환자가 아직까지 실행할 수 있는 활동에 관해 기술하고 있으며, 부정적 업무성과는 환자에게 불가능한 업무형태를 의미한다. BGSW 병의원의 전문의는 최종보고서에서 환자가 그밖에 어떤 치료법을 여전히 필요로 하는가에 대한 소견을 기술하게 된다.

EAP 및 BGSW 재활프로그램을 상호 비교할 때, BGSW는 입원진료에 적합하며 EAP는 외래진료에 적합하다. BGSW가 제공하는 치료서비스는 작업요법, 언어치료 및 심리사회치료 측면에서 볼 때 EAP의 치료범위를 넘어선다. 산재사고전문 의사 및 산재보험조합은 환자 개개인별로 EAP 또는 BGSW 여부를 결정한다. 산재보험운영기관은 BGSW요양치료과정을 감독, BGSW시설의 인력장비에 대한 품질감독과 청구비용의 조속한

33) BGSW에서는 특히 중요하게 다루는 부상으로는 ① 지지-운동기관의 부상, ② 두개골-뇌의 부상 그리고 ③ 말초신경부상이다(Schmitt, 1990: 628).

34) BGSW는 최대 4주간이며 이후 담당 산재사고전문 의사(D-Arzt)가 연장필요성 여부를 결정한다(HVBG·BLB·BUK, 11쪽).

지불을 한다(HVBG·BLB·BUK, 11쪽).

나. BGSW 진행방식 및 BGSW 참여를 위한 시설요건

BGSW는 급성환자 수용병원 소속의 산재사고전문의사에 의해 도입된다. 산재보험조합이 전문의사가 결정한 BGSW 처방전이 부적합하다고 판단할 때에는 24시간 이내로 이에 대한 이의를 제기해야 한다. 24시간 이내에 산재보험조합의 답변이 없을 때에는 BGSW를 위한 비용지급을 인가한 것으로 간주된다. 이의제기 기간을 짧게 잡은 이유는 입원치료에서의 시간적 지체를 방지하기 위함이다.

재활 병의원이 BGSW 프로그램에 참여하기 위해 요구되는 조건들은 앞서 기술한 'EAP 요건'을 기준으로 한다. 부분적인 측면에서 볼 때, 이러한 조건들은 EAP 요건의 범위를 넘어서기도 한다³⁵⁾. 재활 병의원은 산재보험조합의 주(州) 연맹이 발급한 BGSW 인가를 가지고 있는 경우에만 한하여 산재보험 환자를 진료할 수 있다. 이로 인해 전문인력과 양호한 실내공간 및 의료설비가 보장된다.

다. 통계 및 재정적 측면

지지-운동기관 재해자 치료를 위해 BGSW 병의원이 산정하는 1일당 수가 간병비용은 평균적으로 100유로이다. 신경과 병의원이 중증 두개골 뇌손상 환자를 치료하기 위해 산정해야 되는 비용은 환자의 치료단계에 따라 각각 다르지만, 대개 그 이상이다(Görg, 2004). 사건별 포괄수가제(DRG) 도입에 의해 급성환자 전담병원에서의 체류기간이 단축됨에 따라 BGSW는 향후 보다 큰 중요성을 갖게 될 것이다. BGSW 병의원에서의 산재환자 치료는 급성환자 수용병원을 통한 기타 치료보다 비용적인 측면에서 훨씬 저렴하다. 한편 재활 병의원은 급성환자 의료시설에서 볼 수 있는 쇼크실이나 수술병실 등을 구비할 필요가 없어지게 된다.

35) 운동-지지기관 부상에 대한 BGSW 참여를 위한 재활클리닉에 대한 산재보험의 요구조건 요건 참조(HVBG·BLB·BUK, 1997).

독일전역에 BGSW 클리닉수는 1991년 29개소에서 이후 매년 증가하여 2003년에는 147개소로 지난 13년간 406.9%(118개소) 증가하였다(표 5-3 참조). 또한 산재환자의 BGSW 클리닉에서의 치료건수도 1991년 2,460건에서 2003년 11,885건으로 지난 13년간 383.1%(9,425건) 증가하였다(표 5-4 참조). 이들의 평균입원일수는 1994년 37.4일에서 2003년 29.6일로 감소하였다(표 5-5 참조).

〈표 5-3〉 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW) 클리닉 추이(1991~2003)

(단위: 개소)

	2차 통원물리치료센터수(증감지수)
1991	29(100.0)
1992	37(127.6)
1993	43(148.3)
1994	72(248.3)
1995	78(269.0)
1996	114(393.1)
1997	130(448.3)
1998	137(472.4)
1999	140(482.8)
2000	155(534.5)
2001	155(534.5)
2002	149(513.8)
2003	147(506.9)

자료: Görg Kurt(2004: 352).

〈표 5-4〉 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW) 치료건수 추이(1991~2003)

(단위: 건, %)

	2차 통원물리치료건수
1991	2,460(100.0)
1995	7,220(293.5)
2000	12,002(487.9)
2003	11,885(483.1)

자료: Görg Kurt(2004: 353).

〈표 5-5〉 BGSW에 의한 입원환자 평균요양일수 추이(1994~2002)

(단위: 일)

평균입원일수		평균입원일수	
1994	37.4	1999	31.3
1995	36.5	2000	31.4
1996	29.1	2001	30.3
1997	32.2	2002	32.4
1998	31.5	2003	29.6

3. 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung)

가. 사업장 업무부담 테스트의 목적

사업장 업무부담 테스트는 재해자가 직업으로 재복귀하는 것을 목적으로 한다³⁶⁾. 환자가 어떠한 종류의 업무부담에 장기간 노출될 수 있는가를 알아내는 것이 이 테스트의 과제이다. 재해자는 업무 테스트를 받는 동안 법적으로 업무불능상태이다. 재해자가 사업장에서 시험적으로 근무함으로써 특히 네 가지 다음 사항들을 달성하도록 한다³⁷⁾. 첫째, 신체적·심리적인 업무부담능력의 향상 및 평가, 둘째, 일상적 업무에 재적응, 셋째, 근육조직 강화, 넷째 필요한 경우 재해를 유발한 잘못된 업무활동 극복이다.

그밖에도 사업장 업무부담 테스트는 사업주, 재해자 및 산재보험조합에게 다음 세 가지 여부에 대해 판단할 수 있는 기회를 제공해야 한다. 첫째, 환자를 위해 계획된 업무활동이 재해 후유증을 충분히 고려하고 있는가, 즉 장애자에게 적합한 활동인가, 둘째, 상기 업무활동의 강도가 위험하지 않은 범위 내에서 초과해도 되는가, 셋째, 재해자의 후유증을 고려

36) 사업장 업무부담 테스트의 목적은 예전의 원직장의 과거업무로 복귀, 원직장의 타업무로의 전환 또는 경우에 따라 새로운 직업으로의 전직이다(Nann, 2000: 618).

37) 산재보험에서 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung)와 작업치료(Arbeitstherapie)는 직업복귀를 위한 중요한 재활대책이다. 이 대책은 환자로부터 사업장에서 이루어진다(Nann, 2000: 618).

해 볼 때 사업장 내에 재해자에게 다른 적절한 작업장을 제공할 수 있는
가이다.

나. 사업장 업무부담 테스트 진행방식

1) 도입

사업장 업무부담 테스트의 도입을 결정하는 것은 언제나 산재사고전문
의사이다. 업무부담 테스트 도입은 기타 다른 참여자, 즉 재해자, 사업주,
산재사고전문 의사 및 산재보험조합의 동의하에 이루어진다.

2) 실행

사업장 업무부담 테스트를 실행하기 위해서는 앞서 언급된 참여인원들
의 긴밀한 협력이 필요하다. 상기 절차에 제일 큰 영향을 미치는 자는 재
활상담원이다. 재활상담원은 업무부담 테스트를 조정한다. 진단서를 근거
로 하고 사업주 및 재해자의 동의를 획득한 이후, 산재사고전문 의사는 사
업장 현장에서 진행방식을 결정하게 된다.

담당 전문의사는 환자를 치료하는 동안 가급적 빨리 업무 테스트를 시
작하는 것이 바람직하다. 재해발생일로부터 늦어도 8주 후에는 환자가 옛
일터로 복귀할 수 있는가를 검사해야 한다. 사업장 업무부담 테스트는 단
계적으로 이루어지는데, 예를 들면 환자를 하루에 우선 4시간 동안만 일
하도록 하는 것이다. 전문의사의 지도하에 업무부담 테스트는 점차 확장
될 수 있다. 이때 재해자의 심리적 및 신체적 상태를 충분히 고려해야 한
다.

사업장 업무부담 테스트 기간은 일반적으로 4~8주이다. 그러나 특별
한 전제조건하에 기간연장이 가능하며, 이는 무엇보다도 업무부담 테스
트가 지향하고 있는 목표, 즉 직업복귀를 달성하기 위함이다. 산재사고전
문의사는 업무부담 테스트를 도입하기 위해 “업무부담 테스트(F 3110)
(별첨 3 참조)” 및 “작업환경 설명서(F 3112)(별첨 4 참조)”를 이용하게
된다. 전문의사는 이 서식 안에 치료시작일, 예상소요기간 및 업무부담의
강도 변화 등을 적절히 제안한다. 또한 특정 활동을 권하며 업무부담을

적절히 제한하기도 한다. 의사가 작성한 작업환경 설명서는 재해자가 제공한 정보를 기준으로 한다. 작업환경 설명서는 재활상담원에게 일단 중요한 지표가 되며, 이는 경우에 따라 사업장 현장에서 이루어진 면담을 통해 수정될 수 있다.

3) 종료

사업장 업무부담 테스트는 첫째, 업무능력이 재활하는 경우, 둘째, 모든 테스트 과정이 끝났음에도 불구하고 직업복귀가 이루어지지 않았거나 테스트를 갑자기 중단하는 경우 등과 같은 경우에 종결된다.

이와 같은 경우에는 재해자는 추가 치료법을 적용받기 위해 전문의사를 즉각 면담하도록 한다. 이와 같은 추가 치료법은 EAP 등이다.

4) 보상-참여의무-산재보험에 의한 보호

사업장 업무부담 테스트 기간에는 사업주가 임금을 지불하지 않는다. 법적으로 볼 때, 재해자는 업무불능 상태이기 때문에 휴업급여로 청구할 수 있다. 업무부담 테스트는 재해자가 충분히 소화할 수 있는 재활치료 방법으로 인식되므로 재해자는 업무부담 테스트에 대한 참여의무가 있으며 이를 거부할 수 없다. 업무부담 테스트를 받는 동안 재해자는 산재보험에 의한 보호를 받게 되는데, 이는 재해자가 업무활동으로 인해 산재 위험에 다시 노출되어 있기 때문이다. 산재보험법(SGB VII) 제27조(요양의 범위) 제1항 제7호에는 “사업장 업무부담 테스트와 작업치료요법을 포함한 의료재활을 위한 조치 등”을 요양급여의 범위로 명시하고 있다³⁸⁾.

다. 통계

산업부문 산재보험의 사업장 업무부담 테스트 건수는 <표 5-6>과 같다.

38) 사업장 업무부담 테스트와 작업치료의 보험급여에 대하여 건강보험법(SGB V) 제27조 제1항 제6호에 그리고 연금보험법(SGBVI) 제15조 제1항 제3호에 각각 명시하고 있다(Nann, 2000: 618).

〈표 5-6〉 사업장 업무부담 테스트와 작업치료건수

(원자료: HVBG)

	건수
1994	4,410
1995	5,530
1996	6,332
1997	6,658
1998	7,401

자료: Nann(2000: 618).

4. 업무시뮬레이션 장치 ERGOS를 이용한 재활사정평가

가. 업무시뮬레이션 장치 ERGOS에 관한 설명

업무시뮬레이션 장치 ERGOS를 통해 모든 작업장 환경에서의 신체적인 업무능력에 대한 전반적 평가가 가능해진다³⁹⁾. 다양한 업무부서에서 240개 이상의 업무과제 및 그 절차를 모의실험할 수 있다. 이때 42개에 달하는 개별변수에 대한 평가가 이루어지며, 이 중 절반은 체력소모와 관련이 있다. 측정된 업무능력은 컴퓨터 데이터뱅크에 의해, 현재 14,000개로 분석가능한 다양한 분야의 업무활동을 상호간 비교할 수 있다. 이를 통해 업무능력에 대한 질적 및 양적인 평가가 가능해진다. 직업유형별로 환자의 기능적 업무부담에 대한 구체적이고 차별화된 평가가 가능하다.

표준화된 조사 및 컴퓨터 지원형 시청각적 세팅이 가능하고, 테스트 결과가 컴퓨터에 기록되며, 업무성과도를 작업환경에 따라 직접 비교할 수 있는 것이 ERGOS의 큰 장점이다.

업무시뮬레이션은 다양한 데이터뱅크의 지원을 받으며 표준화된 업무요건을 모방한다. 이와 같은 업무요건은 널리 알려진 국제적인 표준치를 기준으로 한다. 한편, 활동도표의 형태를 나타내며 미리 세팅된 업무요건 요소들은 질문방식 및 개별적인 업무분석에 따라 수정될 수 있으며, 그

39) 이와 같은 평가방법이 미국에서는 20여년 전부터 시도되고 있었고, 독일에서는 1998년부터 도입·시행하고 있다(Kaiser/Kersting/Schian, 2000: 175).

결과 데이터뱅크를 계속 확장할 수 있다. 이를 위해 응용 재활과학연구소, 장애인직업훈련원(Berufsförderungswerk) 및 의료재활시설들이 독일 내에서 광범위한 네트워크를 형성하며 협력하고 있다.

나. ERGOS 테스트 진행방식

산재보험조합의 재활상담원은 재해자를 위해 ERGOS 테스트를 신청한다. 독일에서 거의 모든 장애인직업훈련원이 업무시뮬레이션 장치인 ERGOS를 구비하고 있다. 이때 재활상담원은 “재해자가 여전히 화가로서 활동할 수 있는가?”와 같은 구체적인 질문을 작성한다.

재해자는 테스트를 받기에 앞서 의사로부터 진찰을 받는다. 이는 테스트로 인한 피해를 방지하기 위함이다. 다음으로 재해자는 본인의 업무능력에 대한 자체평가를 내린다. 이는 평가자의 상황판단을 위한 것이다. 그밖에도 재해자의 동기부여에 관한 여러 가지 주의사항이 제공된다.

직업을 입력한 이후 업무시뮬레이션 장치 ERGOS 테스트가 본격적으로 시작된다. 질문방식에 따라 테스트는 몇 시간 내지 1.5일까지 걸릴 수 있다. 테스트는 보호자의 보호하에 이루어진다. 보호자는 테스트 관찰에 관한 보고서를 작성함으로써 수집된 시스템상의 데이터는 이와 같은 보고서에 의해 보완된다. 마지막으로 ERGOS 테스트 결과, 보호자 보고서 및 재해자의 자체평가를 바탕으로 의사의 최종평가가 만들어진다. 이 최종평가는 재활상담원의 구체적인 질문자료로 활용되며 산재보험조합에 전달된다.

대부분의 경우 이와 같은 신체적 업무능력 테스트를 심리능력 테스트로 보완하는 것이 필요하다. 심리능력은 업무시뮬레이션 장치 ERGOS를 통해 평가될 수 없다. 이 시스템은 신체적 업무능력을 검사하기 위한 용도로만 이용된다.

제2절 한 국

한국 산재보험에는 독일 산재보험의 2차 외래 물리치료제도(EAP), 2차 입원치료(BGSW), 사업장 업무부담 테스트(Blastungzerprobung) 그리고 업무시뮬레이션 장치 ERGOS를 통한 재활사정평가제도가 없다.

제3절 비교를 통한 정책개선 방향

한국 산재보험에서 회복기 산재환자의 효율적 재활을 통한 조속한 직업복귀를 위하여 독일 산재보험 회복기 산재환자 재활에 성공적으로 역할을 하고 있는 다음과 같은 프로그램의 도입을 검토함이 필요하다고 사료된다.

- 2차 외래 물리치료(EAP): 이와 같은 제도가 도입·응용되면 산재환자의 전문적 물리치료를 통해 신체기능을 조기에 회복하여 직장복귀 및 사회복귀를 이루게 되어 산재근로자 및 가족의 삶의 질 향상뿐만 아니라 기능노동력의 조속한 직업복귀로 기업의 경쟁력 강화에 기여할 것으로 사료된다.
- 2차 입원치료제도(BGSW): 이와 같은 제도가 도입되면 입원에 의한 집중적인 훈련치료를 산재환자의 신체기능을 조기에 회복하여 직장복귀 및 사회복귀가 가능해진다.
- 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung): 이와 같은 제도가 도입되면 회복기 산재환자의 직업적응능력을 단계적으로 평가하여 효율적인 직업복귀가 가능해진다.
- 업무시뮬레이션 장치(ERGOS)를 통한 재활사정평가: 이와 같은 제

78 산재보험 요양재활 사례 비교연구

도가 도입되면 회복기 산재근로자의 저하된 신체적·정신적 능력에 적합한 업무를 용이하게 찾아내게 된다.

제6장 산재보험의 재활상담

제1절 독일

1. 재활상담원의 역할

“모든 것은 하나의 기관에서” 이 표어는 보통 독일 법정 산재보험제도의 특징을 표현할 때 사용된다. 즉, 사업장에서의 노동재해, 직업병 및 직업으로 인한 건강상의 위험의 예방(예방), 건강과 노동력의 회복(재활), 그리고 금전적인 보상의 지급(보상) 등을 하나의 기관이 책임진다는 것이다. 그러나 이 원칙은 전체 조직에만 해당하는 것이 아니고, 개별 분야에도 깊숙이 파고들어 있다(HVBG, 1996).

재활이라고 하면 일반적으로 장애인 또는 질병에 걸린 사람이 직업 및 사회생활에 스스로의 결정에 따른 사회융합적 참여권리를 가지고 노동시장에 편입되는 총체적 과정을 말한다. 독일 사회보장제도 내에서 법정 산재보험은 재활에 관여하는 모든 3단계, 즉 의료재활, 직업재활 및 사회재활을 책임지고 있는 유일한 운영기관이다.

재활을 위한 노력의 중심에는 산재보험조합의 재활상담원들이 위치하고 있다⁴⁰⁾. 이들의 과제는 재해자의 직업복귀 과정을 조정하고 관계자,

40) 사무업종산재보험조합(Verwaltungs-Berufsgenossenschaft)에서는 재활상담원에 의한 재활관리의 비용효과 및 품질효과에 대한 분석을 하였다. 분석방법은 2000년

즉 의사, 재활시설, 사업주, 보험급여 지급담당자 그리고 기타 사회보험 운영기관 등을 위한 연결고리와 대화상대자가 되는 것이다⁴¹⁾(HVBG, 1996: 2).

2. 의료재활과정에서의 개입

100년이 넘는 역사를 가진 법정 산재보험 운영기관들은 부상자 및 질병에 걸린 사람들에게 최상의 건강회복을 가능하게 하기 위하여 다양한 조직을 갖고 있다. 이것은 주로 우수한 설비를 갖춘 개인병원에서 부상자의 외래 치료를 담당하는 사고외과의사 등 우수한 의사들의 네트워크에서 출발한다. 중상자들의 입원치료는 특수 인력과 공간 및 기계적인 시설을 갖춘 선별된 종합병원에게만 허락된다. 일반 종합병원을 보완하기 위하여 독일 산재보험조합은 9개의 자체 산재전문병원을 운영하고 있다. 여기서는 특히 특수 분과로서 사고외과가 최고의 수준으로 운영된다. 산재보험조합 산하 산재전문병원의 구조헬기는 신속한 응급조치에 이용된다. 중상자의 응급관리 외에도 산재전문병원 들은 응급단계가 완료되었다 하더라도 치료과정의 부작용에 시달리는 환자들을 위해 상담기관 역할을 한다.

그렇다면 산재보험조합 관리하의 재활은 다른 사회보험 운영주체 관리하의 재활과 어떻게 구별되는가? 그것은 바로 요양절차의 관리이다! 산재보험 운영기관의 담당자는 재활급여를 지불하는 역할을 할 뿐만 아니라, 피보험자의 개인적인 상담자이자 의사들의 파트너로서 재활과정에 적극적으로 개입한다.

도 산재사례 중 재활관리를 안한 사례와 2001년도 산재사례 중 재활관리를 한 사례를 비교분석하였다. 분석결과 재활상담원에 의한 재활관리가 현저히 비용효과적이라는 분석결과가 나왔다(Froese/Wenzel, 2003: 203~207).

41) 현재(2004년) 독일 산재보험의 재활업무전담센터로서 9개의 산재전문병원들이 긴밀한 협력관계를 이루고 있으며, 약 1,000명의 산재보험 재활상담원과 3,500명의 산재사고 전문의사(Durchgangsärzte) 그리고 산재보험 주(州)연맹(지역본부)와 계약을 체결한 600여개의 클리닉들이 긴밀한 협력관계를 이루고 있다.(Breuer/Mehrhoff, 2005: 14).

이때 가장 선두에서 역할을 하는 것이 재활상담원이다. 통합방문방식에 따라 재활상담원들은 이미 병상에 있는 부상자들을 방문한다. 이를 통해 가능한 한 빠른 시기에 부상자와의 인간적인 접촉이 형성되고, 이들에게 누군가가 자신의 운명을 보살피 준다는 것을 알려주게 된다(Lahr, 2005). 법정 산재보험의 보험급여에 대한 상담과 설명 및 재활과정의 절차에 대한 첫 상담은 부상자들을 보살피고, 그들의 경제적 미래에 대한 두려움 및 그 가족들의 두려움을 덜어주기 위한 것이다. 아울러 직업복귀 및 사회복귀에 대한 전망을 보여줌으로써 당사자들을 치료과정에 적극적으로 참여하도록 동기를 부여한다. 이를 통해 이미 초기 시점에서 의료재활과 직업재활간의 끈김 없는 연결을 위한 전철이 놓여지는 것이다. 보상 분야에 있어서는 지불가능한 보험금의 액수에 대한 정보를 제공하고 목적에 따른 조사를 개시할 수 있다.

직업병에 있어서도 산재보험조합은 재활상담원을 통해 주도적으로 개입한다. 이 때 법률상의 직업병이 이미 발병하였느냐가 문제되는 것이 아니다. 예방과 재활의 결합을 통해 산재보험조합은 직업병이 발병하기 전에—일반적으로 재활과정 중인 자에게 제공되는—보험급여를 제공한다.

예: 한 노동자의 양손에 접촉성 습진이 생긴다. 이것은 산재보험법에서 의미하는 '피부병'에 해당하는 보험대상은 되지 못한다. 그러나 개인적으로 보호조치를 하는 것은 불가능하다. 재활상담원과 사업주, 피보험자, 산재보험조합의 예방담당부서 및 기타 관계자들과의 상담을 통해서 위험하지 않은 부서로의 예방적 차원의 사업장 내에서의 배치·전환을 이루어 낼 수 있다(Welz, 2004: 402).

의료재활과 직업재활에 동시에 해당하는 것이 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprobung)와 작업치료(Arbeitstherapie)이다. 이 방법은 육체적·정신적 부담을 극복하는 능력을 강화하고 기동성 개선 및 근육강화에 기여하는 한편, 의사와 사업주 그리고 부상자에게 예정된 업무가 부상자에게 앞으로도 적절한 것인지를 검토할 기회를 제공한다. 치료를 담당하는 의사는 재활상담원과의 합의를 통해 부담을 시간적으로 증가시키는 조치를 결정하게 되는데, 예를 들면 처음 2주 동안 근무시간을 하루 2시간에서 시작하여 완전한 작업을 할 때까지 2주 단위로 각각 2시간씩 늘

〈표 6-1〉 재활상담원에게 인도되는 주요 사안

<p>1. 신고된 산재분류</p> <ul style="list-style-type: none"> - 경미 사안: 법적, 의학적 혹은 사실적 문제 제기가 필요 없는 산재(예: 멍이 든 경우) - 중간 사안: 합병증을 유발하지 않는 의학적, 법적 사회복귀가 예상되며 /혹은 법적, 사실적 관점에서 단지 간단한 문제 제기를 내포하는 산재 (예: 벤 상처) - 중대 사안: 법적, 의학적 혹은 사실적 문제 제기의 심각성으로 인해 자격을 갖춘 담당관의 검토를 요하는 산재(예: 척추 부상, 절단 부상 등) <p>2. 재활상담원에게 인도되는 '중대' 사안</p> <ul style="list-style-type: none"> - 모든 종류의 두부 부상 - 모든 종류의 다중 부상 - 심한 마비현상을 동반하는 모든 부상(예: 척추 마비) - 안구 부상/깨끗는 듯한 통증을 동반하는 안구 부상 - 의사가 노동능력검사 및 노동부하적응검사를 권유하는 모든 경우 - 직업병으로 일자리가 위협받는 경우(예: 피부 질환, 혹은 호흡기 질환) - 아래에 기재된 근무/직업상 육체적 부담을 받는 사람이 아래에 기재된 재해를 당한 경우 <ul style="list-style-type: none"> · 심한 무리가 따르는 업무(예: 20킬로그램 이상의 물건)/척추 부위/팔, 다리/고 관절 부위의 부상 · 서서 행하는 업무/척추/무릎 관절과 과 관절 부상/합병증을 동반한 다리 골절 부상(예: 다층 골절/파편 골절) · 무리한 자세가 요구되는 업무, 사다리, 구조물 위에서의 업무/척추/모든 관절 부위의 부상(=어깨 관절, 팔꿈치 관절, 손 관절, 고관절, 무릎 관절과 관절) · 섬세한 손놀림/손가락 놀림이 요구되는 업무/어깨 관절 부상, 혹은 손 관절 부상/손가락 상실/다중 부상과 혹은 팔과 손 부위의 신경 부상 <p>3. 보험급여부서에서 6개월 이상의 컨트롤을 거쳐 재활상담원에게 인도</p> <p>4. 통합 방문 절차 차원에서의 정보</p> <p>5. 부상자/환자, 회사, 의사 등의 피드백</p>
--

자료: Welz Oliver(2004: 410~411).

려가는 것을 들 수 있다. 이 때 재활상담원은 기존의 네트워크를 활용하고, 기업 내에서 해당조치의 시작과 정도 그리고 종결을 조율하고 지도하

는 업무를 맡으며, 관계자들 사이에 나타나는 어려움을 중재한다. 이 때의 목표는 노동기능에 도달하는 것과 일자리를 얻는 것이다(Lahr, 2004). 재활상담원에게 인도되는 주요 사안을 정리하면 <표 6-1>과 같다.

3. 일자리 획득지원(Berufshilfe)과정에서의 개입

재활상담원에 의한 피재근로자의 일자리 획득지원(Berufshilfe)의 주된 목적은 기존의 직장에 복직하는 것이고, 이것이 불가능한 경우 동일직장 내에서의 배치전환을 통해 기존의 직장에서 계속 일하는 것이다. 피보험자가 이를 원할 경우가 많은데, 이 경우 새로운 환경에 적응하는 과정이 불필요하고, 보통은 안정된 직장이며, 산재보험조합의 재정적 자원을 절약하게 된다.

일자리 획득지원에는 항상 상황설명이 요구되는데, 이것은 해당 근로자와 가능한 한 빨리 개인적인 상황에 대해서 이야기하고, (양측의) 기대를 확실하게 못박는 것이다. 이 때 일자리를 얻기 위한 여러 가지 실천방법을 계획하고 협의한다. 그 다음의 진행절차는 사정평가절차와 요구분석(현재상태와 목표계획)이다. 이 분석을 통해 적절한 보험급여를 통한 직장복귀 계획이 세워지는데, 기존 작업장을 장애자에게 적응되게 개편하거나, 기업 내에서 다른 적절한 부서로 배치전환하거나 또는 새로운 일자리를 창출해 내는 것이 목표이다. 더 나아가 기업의 요구에 따른 재교육을 받거나 전직훈련을 받는 결과로 이어질 수도 있다. 이 지원작업이 성공하기 위해서는 재활상담원의 역량이 매우 중요하다. 재활상담원은 계획하고, 조정하고, 네트워크를 형성하고 유지하며, 진행자 역할을 할 뿐만 아니라 두 핵심관계자—피재근로자와 사업주—와 합의하여 해결책을 마련하고 이를 이행한다. 근로자에게는 자신의 일자리를 유지할 수 있는 여건을 만들어 주어야 하고, 사업주에게는 이 일자리를 포기하지 않도록 설득시켜야 한다. 재활상담원이 예방차원의 재활과 조기개입에서 성공적으로 일할 수 있으려면 신속하고 유연성 있게 대처할 수 있어야 한다.

〈기존의 일자리에 복직된 사례 1〉

자동차 제조회사에서 조립공으로 일하던 43세의 한 남자는 출근길에 오토바이 사고로 인해 척추골절상을 입었다. 그의 업무는 10kg 무게의 철판을 프레스 금형위에 올려놓는 것이었다. 부상으로 인해 무거운 물건을 들거나 나를 수 없었기 때문에 산재보험조합은 들어올리는 보조장치 구입자금을 지급했다(Lahr, 2004).

〈직장 내 배치전환 사례 2〉

철골지상건축회사에서 금속공으로 일하는 40세의 한 남자는 사다리에서 추락하여 양쪽 다리 발꿈치의 골절상을 입었다. 사다리나 골조 위에서 작업은 더 이상 불가능했다. 그러나 그는 직장 내의 계획 및 작업준비 부서에 투입될 수 있다. 이를 위해서는 특수컴퓨터 정보처리(EDP) 지식이 필요했다. 산재보험조합은 이를 위해 발생하는 직업교육비용을 지불하고 6개월간의 실습기간 동안 지불되어야 할 임금의 절반을 부담했다(Lahr, 2004).

기존 직장으로의 복직이 불가능하고 부상 또는 질병의 이유로 예를 들면, 특정 직업상의 접촉물질에 대한 알러지 반응 등으로 기존의 숙달된 직업에 머무르는 것이 불가능할 경우, 재활상담원은 새로운 방향의 직업을 검토한다.

이미 시행된 구직조치와 사고 및 질병후유증, 노동시장 상황, 피보험자의 연령 및 기동성 정도, (육체적·정신적·심리적) 적성 그리고 성향 등을 고려하여 재활상담원은 직업복귀제안서를 작성하고 피보험자와 이에 대해 논의한다. 이 때 재활상담원 측에서 다른 문제들, 즉 차량보조, 신체보조구 지급, 채무상당, 자녀보호 등의 관점들도 고려하여 전체 계획안을 작성한다.

피보험자를 장기적으로 직업생활에 편입시키기 위해서는 새로운 직업을 배우는 일, 즉 직업교육을 통한 전직을 통해서만 가능할 때가 적지 않다. 보통 2년 정도가 소요되는 이 기간 동안 재활상담원들은 재활상담사, 사회심리상담사 그리고 보험급여담당자의 1인 3역을 맡게 된다. 재활상담원은 직업교육에 동행하고 감독하며, 피보험자에게 어려움이 생길 경

우 상담자 역할을 하고, 여기에 소요되는 보험급여를 조달하며(전환급여, 숙식비용, 작업재료비용, 교통비용 등), 사회환경에 문제가 생길 경우(향수병, 교제문제, 중독문제 등) 첫번째 대화상대자가 된다.

전직훈련이 끝난 후에 재활상담원은 피보험자의 구직을 돕는다.

전직을 위한 직업교육과 복직절차가 끝난 후에도 재활상담원들은 피보험자에게 직장에서 어려운 일이 생겼을 경우나 사회환경에서 문제가 생겨 어렵게 이루어낸 직업복귀·사회복귀를 위협하는 경우 등 언제나 피보험자의 상담자로서 그들의 편에 선다⁴²⁾.

4. 사회재활과정에서의 개입

산재보험조합은 부상을 당하거나 질병에 걸린 피보험자가 사회생활에 복귀하는 것을 책임진다. 이를 위한 조치로는 차량보조와 주택보조 같은 것들이 있다(Lahr, 2004: 4).

가. 차량보조

차량보조는 다음의 사항들을 포함한다.

- 자동차운전면허 취득 보조
- 장애인 사용에 적응되게 필요한 차량개조작업에 대한 비용부담
- 차량구입보조금
- 원칙적으로 피보험자의 수입에 따라 차량보조금이 조정된다.

장애를 가진 사람을 위해 자동차를 기술적으로 어떻게 개조할 수 있는가에 대한 사례로 다음과 같은 예가 있다.

42) 대인서비스로 이해되는 일자리 획득지원에는 그것이 환자이든, 의뢰인이든 사회복귀대상자이든 ‘고객’이 한 가운데에 자리잡고 있다. 성공적인 일자리 획득지원은 질적으로 우수하고, 신속하며, 비용을 절감하는 방법으로 장애인이 사회와 직장에 재편입될 수 있도록 함으로써 그들이 자율적인 삶을 살 수 있는 권리를 지원한다. 이와 함께 재활과정 중인 자들에게는 직업복귀에 대한 개인적인 책임감이 자라난다(Welz, 2004: 403).

<사례 1: 팔, 손 또는 다리의 절단 경우>

차량개조 및 보조의 종류와 정도는 어느 쪽이 절단되었느냐, 또는 어떤 자동차를 선택하느냐에 달려있다. 설치장비는 장애의 정도에 맞춰져야 한다. 차량의 2차 기능을 설치할 때는 사고후유증을 고려해야 한다.

- (1) 한쪽 다리를 절단한 사람을 위하여 자동변속장치를 포함한 기술적인 해결책이 가능하다.
- (2) 양쪽하지마비의 경우 보통 두 손은 완전하게 사용할 수 있다. 따라서 휠체어에서 운전석으로의 이동이 가능하다. 장애자의 완전한 자립을 보장하는 휠체어 자동운반장치는 필수적이다. 여기에는 3가지의 기술적인 해결책이 있다.
 - ① 휠체어리프트 롤리(Rolly)-(자동차의 지붕 위에 박스 설치)
 - ② 리프트가 설치된 회전문
 - ③ 휠체어리프트용 로봇
- (3) 사지마비 환자들을 위한 기술적인 해결책에 대한 예는 다음과 같다. 이것은 두 다리의 완전한 마비와 더불어 손가락 사용이 제한되었거나 중지된 경우를 말한다. 휠체어에서 운전석으로 자리를 옮기는 것이 보통은 불가능하다. 손가락 기능이 부족함으로 상당한 기술적인 적응노력을 기울일 필요가 있다. 사고후유증으로 인하여 에어컨도 설치되어야 한다. 전기휠체어를 타고 개조된 자동차에 올라타는 것이 기술적으로 가능하다.

자료: Welz Oliver(2004: 404).

사회재활에 해당하는 또 하나의 보험급여는 주택보조이다.

주택보조는 다음 사항을 포함한다.

- 자신소유의 주택에 적용
- 임대 주택에 적용
- 주거보조는 주택구입보조금이나 이사비용을 포함할 수 있다.
- 장애인용 주택제공: 이에 대한 예로써 하이델베르크의 휠체어 사용 가능 주택 마련을 들 수 있는데, 여기에 드는 비용은 산재보험조합이 부담했다. 다양한 휠체어 사용가능 주택을 마련하여 하반신불수 장애자들에게 소개되었다.

주택보조는 사회재활을 목표로 한다.

- 장애물철거: 확장된 문, 문지방과 난간 제거, 큰 이동반경 확보 등
- 차량보조의 종류와 정도(예: 자동차의 크기)

- 보조장치제공의 종류와 정도(예: 휠체어 세워둘 곳을 마련)
- 지역사회 생활에 참가(예: 전화 또는 TV를 조작하기 위한 통신시설의 설치 등)

<사례 2: 의료재활과 사회재활이 결합한 주택건축사업에 대한 좋은 예>

휠체어 신세를 지는 한 뇌손상 환자의 이야기이다. 44세의 이 남자는 오토바이 사고로 뇌손상을 입었고, 이로 인하여 중증의 정신증후군을 얻었으며 왼 팔의 기능을 상실했고, 휠체어에 의존하게 되었다. 배우자와는 사고 직후 헤어졌기 때문에 그는 혼자서 자신을 돌보아야 하는 상황이었다. 사고당시 그는 오토바이 조립공으로 일하고 있었고, 사고 후 한동안 요양원에 머물렀다. 담당의사측에서는 그를 중증의 치료요양이 필요한 사례로 분류했다. 즉, 다양한 도움이 필요했고, 의사소통 역시 극도로 불가능했으며, 서서히 자기위험의 경향을 띤 우울증이 생겨났다.

그와 사업주 측에서 즉시 요양원을 떠나고 싶다는 요청이 들어왔다. 이를 위해 그들은 휠체어를 사용할 수 있도록 개조할 수 있는 넓은 농가를 샀다. 그는 이를 위해 산재보험조합 측의 재활상담원의 도움을 필요로 했다.

계속되는 계획 및 현실화 단계에서는 우선 주거공간을 휠체어에 맞추어 구성해야 했는데 무엇보다 넓은 공간이 필요했다. 의사의 지시에 따르면 24시간 간호가 보장되어야 하기 때문에 의료재활 차원에서 간병인의 거주가능성이 그 다음으로 마련되어야 했다. 이 때 2층의 경우 승강기를 설치해야 하지만 거주면적을 확장하는 것으로 이 문제를 해결했다.

계획단계와 현실화 단계는 피보험자와 그의 보호자, 의사, 간병기관의 치료사 및 남부독일 금속업산재보험조합(SMBG)의 보상국의 참가를 포괄한다. 차량보조와 개인보조구는 재활상담원 측에서 확보해 주어야 했다.

주거지원사업의 일환으로 구체적인 주택개조사업은 당사자와 보호자, 건축가 그리고 재활상담원의 공동작업을 통해 완성되었다. 이 때 무엇보다 이동공간이 확장되어야 했고, 여러 개의 벽(녹색)을 철거해야 했다. 휠체어를 세워둘 공간과 추가 공간(빨간색)도 마련되었다. 넉넉한 이동면적을 가진 자동차 주차공간도 마련되어야 했다. 이것은 사회생활에 참가하고, 필요한 의료기구를 갖춘 전문 의사의 정기검진에 규칙적으로 참가하기 위해서 꼭 필요했다. 간병인들을 위한 체류공간도 마련되어야 했다. 피보험자가 계속해서 심리치료와 치료 체조를 이용하고 있었기 때문에 이점 역시 계획 및 현실화 단계에서 고려되어야 했다.

건축개조를 마친 후에는 다음과 같이 변화되었다.

휠체어를 타고 세면대에 접근할 수 있고, 기울일 수 있는 거울이 부착되어 있다. 비데가 설치되었고 피보험자의 요구나 구체적인 장애에 맞춘 손잡이도 부착되었다. 샤워 부스도 휠체어를 타고 들어갈 수 있으며, 접이식 샤워의자가 달려 있다. 보조도구를 세워둘 수 있는 공간도 마련되었다. 경사진 곳은 경사도가 6%를 넘지 않아서 휠체어를 타고 지나갈 수 있다. 긴급 호출 시스템을 마련하여 의사 측에서 권장한 24시간의 간호요양시간을 16시간으로 단축할 수 있어 엄청난 비용을 절감할 수 있었다.

자료: Welz Oliver(2004: 405).

주택지원은 직업재활 측면에도 초점을 맞추는데, 예를 들면 가내 작업장(재택근무)을 설치하는 것이 여기에 해당된다. 주택지원은 특히 의료재활에도 기여한다. 사고후유증, 치료, 개호 및 약물복용의 종류와 정도를 결정하고, 주택보조대책을 구체적으로 계획할 때 이 사항들을 고려한다.

〈표 6-2〉 재활상담원의 조사 및 업무방법

1.	사고/질병: 사고/질병에 관한 첫 정보를 재활상담원에게 안내
2.	의료재활과정 주시: 신체적 부담이 되는 요소의 대략적 확인을 위해 필요한 경우 작업장에 대한 서술(첨부자료 참고) 경우에 따라 부상자/환자와 사업장과의 첫 (전화상) 접촉
3.	병원, 혹은 자택에 있는 부상자/환자(원칙적으로는 직접) 방문 및 상황 규명 부상자/환자가 처한 현재 상황 병력 의학적/직업적/사회적 상황, 부상자/환자와 목표 설정 개인적 잠재력 규명 (직업상 이력과 학력에 관한 첨부 설문지 참고)
4.	개별 작업/개인적 대책 플랜: 사회적응 준비, 치료과정 조정, 회사와의 첫(전화상/서면상) 대화 (인사담당 부서, 사업장종업원평의회, 중증장애인 담당부서, 사업장 의사 등)
5.	구체적 작업상황 규명: 모든 관련자(인사담당 부서, 사업장종업원평의회, 중증장애인 담당부서, 사업장 의사)와 직접 만나 대화를 나눈다는 목표를 가지고 사업장과 접촉을 한다. 작업장에 관한 정확한 조사 작업장에서 요구되는 긍정적, 부정적 요소 확인 필요한 경우 기타 노동 의학적 조사(예: 근육 작업량) 사업주에게 지원책과 작업장의 장애인을 위한 시설 설치 컨설팅(기술자문관 개입) 필요에 따라 차량지원 필요성 검토
6.	사업장에 재배치: 작업장의 요구사항 충족(이후 노동능력검사 및 사업장 업무 부담 테스트) 대안적, 적절한 일자리가 존재: 적응숙달 방법 및 범위 전직교육 방법 및 범위 산재보험조합의 재정적 지원(임금보조금, 재교육 비용부담 등) 심리-사회적 노동조건 필요한 경우 기술적 조정을 통한 작업장 재설치 작업시간 변경 담당보호의 내용 작업장의 요구사항 충족(그 후 노동능력검사 및 노동부하적응검사)

<표 6-2>의 계속

	이전 사업장 혹은 산재 후 작업 감당가능한 작업장에서 실현 대책 차원의 노동능력검사 및 사업장 업무부담 테스트 실시
7.	개인적 담당보호와 조직 경우에 따라 담당보호의 기간과 강도에 관해 현장에서 규명 주치의, (경우에 따라 심리상담자), 회사, 부상자를 연계
8.	원직복귀가 불가능한 경우 여타의 편입 가능성 검토: 재교육 전직을 위한 교육 일반 사업장에서 감당가능한 업무 중개
9.	부상자/환자와 현장에서 목표 설정: 직업을 찾아보고 장애인직업훈련원(혹은 여타 기관)에서 실시하는 노동능력 검사에 참가
9.1	장애인직업훈련원 현장에서 다음단계 재활과정 확정 재교육 계획 확정, 혹은 다음 범주에 따른 새로운 직업 계획 확정 적성: 신체적/정신적/심리적 취향 기타 요인: 연령/노동시장/이동성
9.2	구체적 전직교육 확정: 사업장내 전직교육 대책 사업장의 전직교육 대책(예: 장애인직업훈련원) 선택한 대책의 조직
9.3	전직교육 혹은 재교육 대책 동반: 수행 수준 검토 문제발생시 개입 필요한 경우 의사, 심리상담자 및 후원기관 개입 요청 필요한 경우 보충수업, 채무자 컨설팅 등
10.	적합한 일자리 획득: 다양한 가능성을 사용하면서 목표 추구 지원자 트레이닝 수행 이동성, 동기 등 검토 기업들과 접촉 현장에서 가능한 지원책에 대해 사업주 컨설팅 작업장 실습수행
11.	목표 검토: 목표를 위한 대책의 효율성 규명
12.	직업재활 종결, 또는 성공적인 직업생활 참여

자료: Welz Oliver(2004: 410~415).

주택지원과 차량시설지원은 의료재활, 직업재활, 그리고 사회재활의 밀접한 결합의 장점을 극명하게 보여주는 좋은 예이다.

사회재활에는 증상자에 대한 지속적인 관리도 포함된다. 재활상담원들은 규칙적으로 이들을 방문한다. 경험에 따르면 당사자들이 스스로 산재보험조합에 의뢰하지 않는 경우가 흔하다. 방문을 통해서 그들에게 변화가 생겼는지, 아래와 같은 사항에 대한 중재가 필요한 지 등이 확인된다. 즉, 사고 및 질병후유증의 악화, 치료, 보조장치마련, 장애에 맞춘 주택의 설비, 가정 간호 확보, 다른 사회보험 운영주체의 보험금 지급, 그리고 휴양보장 등이다.

이상의 재활상담원의 조사 및 업무방법을 요약정리하면 <표 6-2>와 같다.

참고로 남부독일금속산재보험조합의 재활상담원과 관련된 통계는 <표 6-3>, <표 6-4>와 같다.

<표 6-3> 산재보험통계(산업부문 산재보험조합, 2003)

(단위: 명)

1. 산재보험조합 총계	신고의무 산재건수(사업장재해+통근재해)	1,029,446
	직업병 유소건 신고건수	56,900
2. 남부 독일 금속산재보험 조합 (SMBG)	신고의무 산재건수	82,687
	산재건수 총합	240,425
	직업병 유소건 신고건수	4,408
	사망 산재건수	68
	사망 직업병건수	117
	피보험자수	1,799,291
	사업장수	64,348

자료: HVBG, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003, 2004. 8, 6.
Welz Oliver(2004: 408).

<표 6-4> 재활상담원 1인당 통계(남부독일금속산재보험조합)

피보험자수	97,259
사업장수	3,478
신고의무 산재건수	4,470
산재건수 총합	12,996
총보험급여액 중 일자리 획득지원비(직업재활비) 비율(%)	3.79

자료: Welz Oliver(2004: 408).

5. 요약

독일 법정 산재보험 운영주체들의 우수한 재활결과에 결정적인 역할을 하는 것은 산재보험조합이 피보험자의 회복과 사회복귀에 있어서 세 분야를 단독으로 책임지고 있기 때문이다. 의료재활, 직업재활, 그리고 사회재활을 한 기관에서 책임지는 것은 시간과 마찰로 인한 손실이 없는 빈틈 없는 상호작용을 보장한다. 모든 적절한 도구를 동원하고, 필요에 따라서는 모든 개별사례의 상황을 잘 아는 기관을 통해 평생 동안 개인적 보장을 통해 최상의 치료와 목표에 맞춘 직업복귀를 가능하게 함으로 여기에서 이익을 보는 사람은 바로 피보험자들이다.

시기적절하고 효율적인 복귀는 비용을 절감하는 재활이며, 보험료 지불자로서 기업에게 이익이 되며, 거기다가 유능한 노동력을 되돌려 받게 되는 것이다.

최상의 재활을 보증하는 요소들 중의 하나가 재활상담원이다. 이들은 재활의 세 측면을 관리하고, 더 나아가 산재보험조합의 보험지급 담당부서와의 조직적인 연결을 통해 조정을 위한 연결고리 역할을 한다.

피보험자와 그들 보호자와의 반복적인 개인적 접촉을 통해 재활상담원들은 익명의 관리인인 ‘산재보험조합’에 설문지, 법률조항 그리고 형식에 따른 결정들을 가지고 인간적인 모습으로 다가간다. 재활상담원은 피보험자의 친한 친구이자, 그들을 보살피고, 얘기를 들어줄 준비가 되어 있으며, 문제를 극복하는데 충고와 행동으로 돕는다.

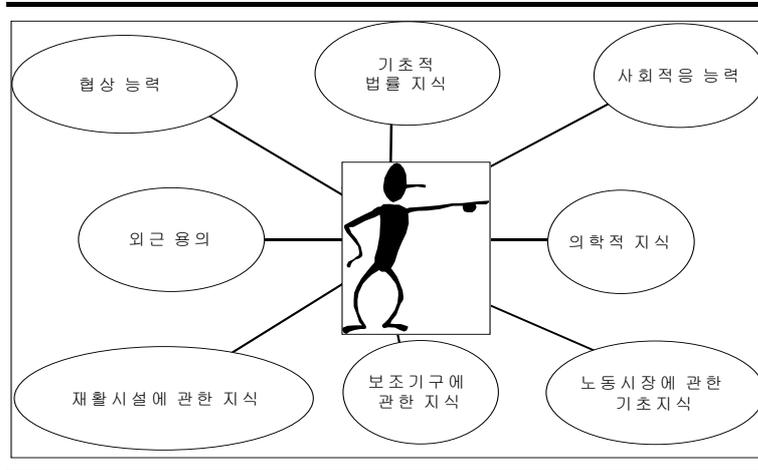
재활상담원은 보험급여 지급부서에서의 장기적인 경험을 가지고 있어야 한다. 이들의 학력은 학사에 해당한다. 이들은 탄탄한 법률지식, 노동시장 지식, 사회복귀시설 및 의학적인 지식도 가지고 있어야 한다. 개인적으로는 협상기술과 사회지식을 갖추어야 하며 외근을 할 수 있어야 한다(그림 6-1 참조).

전문지식보다 중요한 것은 개인적인 역량이다. 1928년 산재보험조합총연맹이 재활상담원에 대한 지도원칙으로 정해놓은 문장은 지금까지도 이들에 대한 요구를 가장 잘 표현해 주고 있다(Lahr, 2004).

“그것(일자리 획득지원)은 선천적 자질이다. 일자리 획득지원은 하나의

예술이고, 실제에 있어서 처리방법만이 배워서 익힐 수 있는 것이다. 이를 위해서는 목표를 수행하는 따뜻한 마음과 명쾌한 이성, 다른 사람의 정신에로의 감정이입능력, 사회적 이해, 예의 바른 행동, 종합판단능력, 노련함, 빠른 상황판단이 요구된다. 그들(재활상담원)은 부상자들에게 갈 길을 찾아주는 든든한 후원자여야 한다.”

[그림 6-1] 재활상담원 자격요건



자료: Welz Oliver(2004: 409).

제2절 한국

1. 재활상담원 업무⁴³⁾

가. 목적

산재근로자에 대한 전문적 심리상담과 직업평가를 통하여 개인별 특성

43) 근로복지공단, 『재활사업 업무편람』, 2004, 3~5쪽.

에 부합하는 재활계획을 수립하여 적절한 직업훈련 연계, 취업 및 자영지원, 사후관리서비스 등 재활서비스를 제공함으로써 직업 및 사회복귀를 도모한다.

나. 개요

1) 기초상담

- 요양 중 야기되는 사회복귀에 대한 심리적 불안을 해소하고, 산재근로자의 상병부위 등을 파악하여 재활상담이 필요한 자에 대해 재활사업을 안내
- 공단내방 및 전화를 통하여 상담을 희망하는 근로자에게 재활사업 안내 등 기초상담 실시
- 『산재근로자 재활사업을 위한 설문조사』 실시 및 답변사항을 전산입력해 이를 관리하여 대상자 선정시 참조

2) 초기면접

- 기초상담 실시 대상자 중 직업 및 사회복귀를 위해 재활이 필요한 자 또는 직업훈련비용 신청자 등 재활사업 지원자에 대한 초기면접 실시 및 카드 입력

3) 직업평가

- 재활서비스가 적절할 수 있도록 수집된 정보를 중심으로 신체적, 교육적, 심리적, 직업적, 환경적 요인을 분석
- 장애에 따른 직업적 제한점과 강점 등을 파악
- 취업가능성을 높이기 위해 직업적응에 관련된 요인을 분석
- 교육적, 환경적 요인과 더불어 적성이나 흥미, 기능수준에 대한 적절한 평가 및 관련정보 통합을 통한 추천권고 제시

4) 재활계획 수립 및 서비스 제공

- 개인별 특성에 적합한 구체적인 재활목표 설정

94 산재보험 요양재활 사례 비교연구

- 재활목표달성에 요구되는 각 서비스별 세부 지원계획
- 지원계획에 따른 사회적응훈련, 직업훈련, 자립점포임대지원 등 재활사업 지원

5) 직업배치 및 사후관리

- 지역별, 직종별 구인정보 수집 및 관리를 통하여 개개인에게 적절한 정보제공 및 직업배치
- 구인업체 개발을 위한 지역사회 특성에 맞는 고용정보 수집 및 체계화
- 성공적이고 안정적인 직업생활유지를 위한 사후관리 서비스 제공

6) 재활사업 홍보

- 산재근로자 및 사업주, 의료기관, 재활 관련기관 등의 관심유도를 위한 홍보 실시

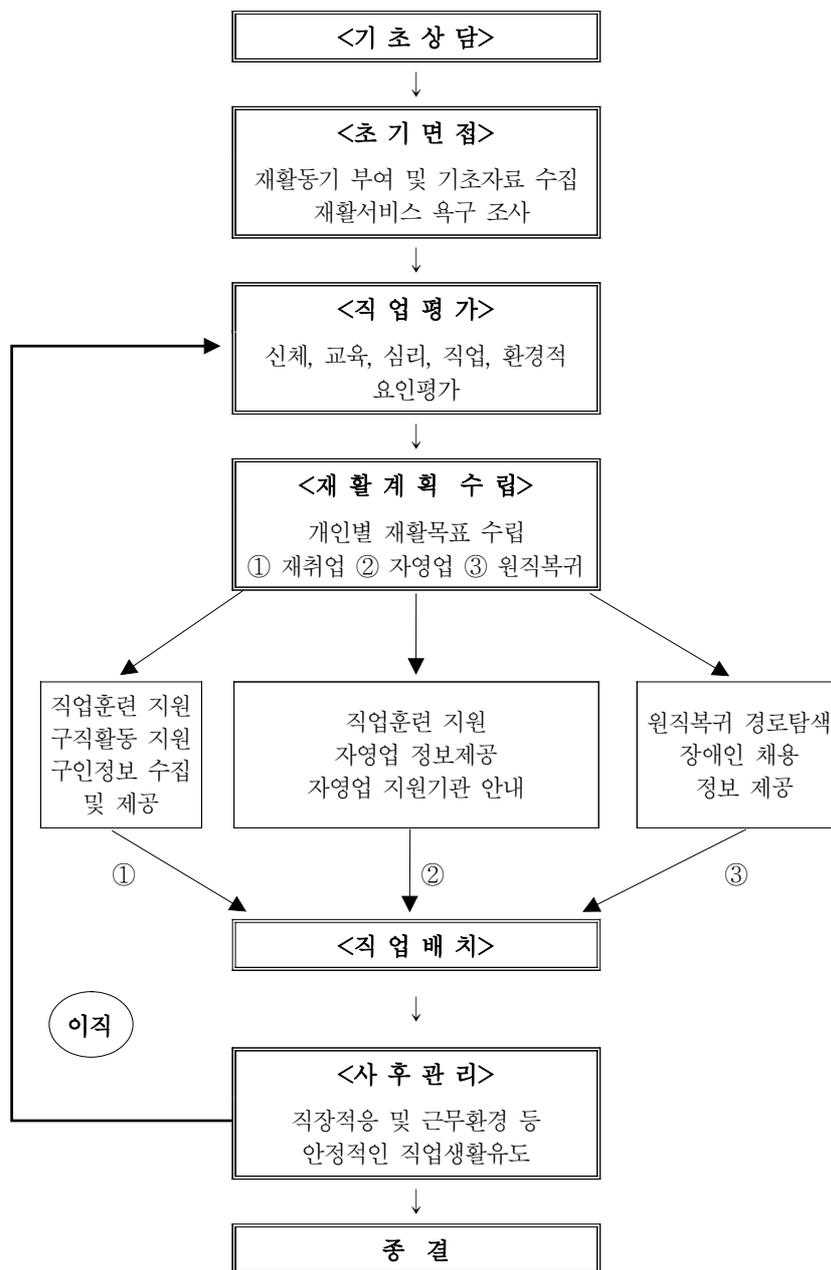
7) 전산입력

- 기초상담카드, 초기면접카드, 직업평가보고서, 재활계획서, 사후관리카드, 상담카드 등 재활상담 내용을 전산입력

8) 업무보고

- 재활상담 실적에 대해 『주간 상담업무보고서』를 작성하여 매주 보고 이상의 재활상담원의 업무과정을 요약하면 [그림 6-2]와 같다.

(그림 6-2) 재활상담 과정



2. 재활상담원 현황

근로복지공단 본부, 6개 지역본부 및 46개 지사 그리고 안산과 광주의 2개 직업재활원에서 근무하고 있는 직업재활상담원은 총 102명이다. 그러나 이 중 11명은 육아휴직 및 출산휴가 또는 일반업무 전환 등으로 현재 해당업무에 종사하지 않고 있어 실제 종사인원은 91명이다. 이들에 대한 일반사항은 다음과 같다⁴⁴⁾.

성별은 응답자(91명) 중 여자 78.0%(71명), 남자 22.0%(20명)로 조사되었다. 응답자의 평균연령⁴⁵⁾은 만 29.80세⁴⁶⁾로 25세 이상~29세 이하가 응답자(89명)의 55.1%(49명)로 가장 많았고, 다음은 30세 이상~34세 이하 31.5%(28명), 35세 이상 12.4%(11명) 순으로 나타났다(표 6-5 참조). 결혼 상태는 응답자(91명) 중 미혼 62.6%(57명), 기혼 37.4%(34명)이며, 최종학력은 4년제 대학교 졸업이 응답자(91명)의 78.0% (71명)로 가장 많았고, 다음은 석사 이상 11.0%(10명), 석사과정 재학 및 수료 8.8%(8명) 순으로 나타났다. 전공⁴⁷⁾은 사회복지가 응답자(91명)의 45.1%(41명)로 가장 많았고, 다음은 교육학 14.3%(13명), 심리학 11.0% (10명), 직업재활 5.5%(5명) 순으로 나타났다.

한편, 재활상담원으로 근무한 총기간⁴⁸⁾을 살펴보면, 응답자(91명)의 총 근무기간 평균은 40.55개월⁴⁹⁾로 조사되었다. 25개월 이상~36개월 이하가 38.5%(35명)로 가장 많았고, 다음은 49개월 이상~60개월 이하 25.3% (23명), 37개월 이상~48개월 이하 18.7%(17명), 13개월 이상~24개월 이하 7.7%(7명) 순으로 나타났다.

최종학교 졸업 후 첫 직장여부는 응답자(89명) 중 예 40.4%(36명), 아니오 59.6%(53명)로 조사되었다.

44) 본 조사는 2004년 9월 13일 이전 근무지를 기준으로 2004년 9~10월에 조사하였다.

45) 재활상담원의 연령대가 24세부터 45세까지 나타났다.

46) 표준편차 3.71

47) 그 외 전공으로는 경영학, 정보통신, 행정, 농업경제, 아동복지, 가정관리, 국가경제, 일어교육, 독어독문 등으로 조사되었다.

48) 설문지에서는 현 근무지의 재활상담원 근무기간과 현 근무지 이전의 본부나 지사, 훈련원의 재활상담원 근무기간을 질문하였다.

49) 표준편차 17.17

〈표 6-5〉 재활상담원의 일반적 특성

(단위: 명, %)

	구 분	빈 도(%)
성별 (n=91)	남자	20(22.0)
	여자	71(78.0)
연령 (n=89)	24세 이하	1(1.1)
	25세 이상~29세 이하	49(55.1)
	30세 이상~34세 이하	28(31.5)
	35세 이상	11(12.4)
	평 균	만 29.80세
결혼상태 (n=91)	미혼	57(62.6)
	기혼	34(37.4)
최종학력 (n=91)	전문대 졸업	2(2.2)
	4년제 대학교 졸업	71(78.0)
	석사과정 재학 및 수료	8(8.8)
	석사 이상	10(11.0)
전공 (n=91)	사회복지	41(45.1)
	교육학	13(14.3)
	직업재활	5(5.5)
	심리학	10(11.0)
	기타	22(24.2)
총근무기간 (n=91)	1개월 이상~12개월 이하	4(4.4)
	13개월 이상~24개월 이하	7(7.7)
	25개월 이상~36개월 이하	35(38.5)
	37개월 이상~48개월 이하	17(18.7)
	49개월 이상~60개월 이하	23(25.3)
	61개월 이상~72개월 이하	2(2.2)
	73개월 이상	3(3.3)
	평 균	40.55개월
최종 학교 졸업 후 첫 직장(n=89)	예	36(40.4)
	아니오	53(59.6)

3. 재활상담원 업무에 대한 평가

재활상담원 업무에 기관장과 재활상담원은 다음과 같이 응답하였다.

가. 재활상담원의 기능

현장에서 재활업무를 수행하고 있는 재활상담원의 업무정도를 알아보

기 위해 본 연구에서는 재활상담원의 주요 기능인 사례관리, 직업평가 및 직업상담, 정의적 상담, 직업배치를 기본으로 한 4개 상위차원과 8개 하위차원으로 분류하여 총점 5점을 기준으로 측정하였다.

사례관리에서는 하위차원인 사례기록 및 보고가 3.95점으로 가장 높았고, 다음은 초기면접 3.92점, 서비스 조정 3.32점으로 조사되었다(표 6-6 참조). 직업평가 및 직업상담에서는 직업상담 3.25점, 직업평가 3.06점 순으로, 정의적 상담은 3.68점, 직업배치에서는 직업배치 상담 3.20점, 직업개발 2.27점 순으로 나타났다.

〈표 6-6〉 재활상담원이 본 재활상담원 업무

(단위: 점, 지역)

		평균 (표준편차)	최소 값	최대 값	해당없음 총 계	서울	강원	부산 경남	대구 경북	인천 경기	광주 전라	대전 충청	훈련 원
사례 관리	초기면접 (n=91)	3.92 (0.61)	3.33	4.67	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	서비스 조정 (n=89)**	3.32 (0.70)	1.67	4.67	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	사례기록 및 보고(n=91)	3.95 (0.62)	2.50	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-	-
직업 평가 및 직업 상담	직업평가 (n=91)	3.06 (0.61)	1.67	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	직업상담 (n=91)	3.25 (0.67)	1.67	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-	-
정의적 상담	심리적 또는 정서적 상담 (n=91)	3.68 (0.53)	2.20	4.80	0	-	-	-	-	-	-	-	-
직업 배치	직업배치 상담(n=91)	3.20 (0.68)	1.67	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	직업개발 (n=83)*	2.27 (0.76)	1.00	4.00	7	3	-	2	-	-	1	1	-

주: 1점: 전혀 잘 되고 있지 않다, 2점: 별로 잘 되고 있지 않다, 3점: 보통이다, 4점: 대체로 잘 되고 있다, 5점: 매우 잘 되고 있다.

* 무응답 1명, ** 무응답 2명.

나. 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점 및 애로점

1) 기관장의 의견⁵⁰⁾

재활상담원의 업무수행에 있어서 기관장으로서 재활상담원의 문제점 및 애로점을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제1순위는 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름 27.1%(13명), 재활상담원의 전문성 25.0%(12명) 순이었으며, 제2순위는 보상업무에 대한 정보 부족과 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름이 각각 19.1%(9명), 재활상담원의 전문성 16.3%(7명)로 나타났다. 제3순위는 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 19.6%(9명), 보상업무에 대한 정보 부족과 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름, 양적 경영평가가 각각 15.2%(7명) 순이었다(표 6-7 참조).

<표 6-7> 기관장이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점

(단위: 명, 건, %)

재활업무에 대한 문제점 및 애로점	1순위	2순위	3순위	전 체 ¹⁾
재활상담원의 전문성	12(25.0)	8(17.0)	5(10.9)	25(17.7)
재활상담원의 신분	2(4.2)	3(6.4)	-	5(3.5)
재활상담원의 인원	2(4.2)	2(4.3)	2(4.3)	6(4.3)
제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무	3(6.3)	2(4.3)	3(6.5)	8(5.7)
재활상담원의 고유업무가 아닌 기타 업무의 증가	-	4(8.5)	-	4(2.8)
보상업무에 대한 정보 부족	7(14.6)	9(19.1)	7(15.2)	23(16.3)
산재환자의 실질적인 관심분야가 다름	13(27.1)	9(19.1)	7(15.2)	29(20.6)
다양하지 않은 산재근로자의 재활프로그램	4(8.3)	5(10.6)	6(13.0)	15(10.6)
본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드	2(4.2)	4(8.5)	9(19.6)	15(10.6)
양적 경영평가	1(2.1)	1(2.1)	7(15.2)	9(6.4)
기타	2(4.2)	-	-	2(1.4)
전 체	48(100.0)	47(100.0)	46(100.0)	141(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총응답건수 141건.

50) 본 조사는 2004년 9~10월 중에 근로복지공단 지역본부장 및 지사장 46명 그리고 안산·광주 재활훈련원장 2명, 총 48명에 대하여 이루어졌다.

전체(1~3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(141건)로 보았을 때, 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름이 20.6%(29건)로 가장 높았고, 다음은 재활상담원의 전문성 17.7%(25건), 보상업무에 대한 정보 부족 16.3%(23건) 순으로 나타났다.

2) 재활상담원의 의견

재활상담원이 인지하고 있는 업무에 대한 문제점 및 애로점을 순위별로 선택하게 하여 알아보았을 때, 제1순위는 재활상담원의 전문성 19.8%(18명), 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 17.6%(16명) 순이었으며, 제2순위는 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 18.9%(17명), 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 17.8%(16명)로 나타났다. 제3순위는 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 21.1%(19명), 양적 경영평가 18.9%(17명) 순이었다(표 6-8 참조).

〈표 6-8〉 재활상담원이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점

(단위: 명, 건, %)

재활업무에 대한 문제점 및 애로점	1순위	2순위	3순위	전 체 ¹⁾
재활상담원의 전문성	18(19.8)	7(7.8)	10(11.1)	35(12.9)
재활상담원의 신분	7(7.7)	2(2.2)	4(4.4)	13(4.8)
재활상담원의 인원	2(2.2)	2(2.2)	7(7.8)	11(4.1)
제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무	16(17.6)	17(18.9)	5(5.6)	38(14.0)
재활상담원의 고유업무가 아닌 기타 업무의 증가	8(8.8)	10(11.1)	7(7.8)	25(9.2)
보상업무에 대한 정보 부족	1(1.1)	5(5.6)	6(6.7)	12(4.4)
산재환자의 실질적인 관심분야가 다름	11(12.1)	13(14.4)	2(2.2)	26(9.6)
다양하지 않은 산재근로자의 재활프로그램	5(5.5)	11(12.2)	12(13.3)	28(10.3)
본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드	8(8.8)	16(17.8)	19(21.1)	43(15.9)
양적 경영평가	13(14.3)	7(7.8)	17(18.9)	37(13.7)
기타	2(2.2)	-	1(1.1)	3(1.1)
전 체	91(100.0)	90(100.0)	90(100.0)	271(100.0)

주: 1) 응답자 91명, 총응답건수 271건.

전체(1~3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(271건)로 보았을 때, 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드가 15.9%(43건)로 가장 높았고, 다음은 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 14.0%(38건), 양적 경영평가 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

3) 재활상담원 업무의 문제점 및 애로점에 대한 기관장과 재활상담원 의견 비교

재활상담원의 업무수행에 있어서 기관장으로서 재활상담원의 문제점 및 애로점에 대해 순위를 가중치 없이 전체 빈도(141건)로 보았을 때, 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름이 20.6%(29건)로 가장 높았고, 다음은 재활상담원의 전문성 17.7%(25건), 보상업무에 대한 정보 부족 16.3%(23건) 순으로 나타났다.

한편, 재활상담원이 인지하고 있는 업무에 대한 문제점 및 애로점에 대해 순위를 가중치 없이 전체 빈도(271건)로 보았을 때, 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드가 15.9%(43건)로 가장 높았고, 다음은 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 14.0%(38건), 양적 경영평가 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

다. 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항

1) 기관장의 의견

산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 기관장으로서 재활상담원이 보완해야 할 사항을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제1순위는 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 31.3%(15명), 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입 27.1%(13명) 순이었으며, 제2순위는 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 22.9%(11명), 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입과 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발이 각각 14.6%(7명) 순으로 나타났다. 제

3순위는 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입 16.7% (8명), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화와 직업복귀 또는 사회복귀를 한 산재근로자의 지속적인 사후관리가 각각 14.6% (7명) 순이었다(표 6-9 참조).

전체(1~3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(144건)로 보았을 때, 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입이 19.4% (28건)로 가장 높았고, 다음은 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 17.4%(25건), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 16.3%(23건) 순으로 나타났다.

〈표 6-9〉 기관장 입장에서 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항
(단위: 명, 건, %)

보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사항	1순위	2순위	3순위	전 체 ¹⁾
산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발	15(31.3)	7(14.6)	3(6.3)	25(17.4)
병원입원 단계인 치료초기부터 재활상 담원의 신속한 개입	13(27.1)	7(14.6)	8(16.7)	28(19.4)
재활상담원이 일정기간 보상업무 후 재 활상담원 재활업무 복귀	9(18.8)	6(12.5)	5(10.4)	20(13.9)
보상부 직원을 대상으로 한 재활서비스 에 대한 교육 실시	-	3(6.3)	3(6.3)	6(4.2)
재활상담원의 행정업무 축소를 통한 고 유업무 강화	-	1(2.1)	3(6.3)	4(2.8)
재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립 된 부서 등의 직제 변화	3(6.3)	4(8.3)	3(6.3)	10(6.9)
재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보 를 통한 전문성 강화	5(10.4)	11(22.9)	7(14.6)	23(16.3)
홍보를 통해 재활서비스에 대한 긍정적 이미지 제공	1(2.1)	3(6.3)	3(6.3)	7(4.9)
직업복귀 또는 사회복귀를 한 산재근로 자의 지속적인 사후관리	1(2.1)	3(6.3)	7(14.6)	11(7.6)
지자체, 사회복지관 등 지역사회자원과 의 네트워킹	1(2.1)	2(4.2)	4(8.3)	7(4.9)
질적 경영평가로의 전환	-	1(2.1)	2(4.2)	3(2.1)
전 체	48(100.0)	48(100.0)	48(100.0)	144(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총응답건수 144건.

2) 재활상담원의 의견

재활상담원으로서 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사항을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제1순위는 재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화 50.5%(46명), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 14.3%(13명) 순이었으며, 제2순위는 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 24.4%(22명), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 16.7%(15명) 순으로 나타났다.

〈표 6-10〉 재활상담원 입장에서 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항

(단위: 명, 건, %)

보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사항	1순위	2순위	3순위	전 체 ¹⁾
산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복지를 위한 직업(직종) 개발	13(14.3)	15(16.7)	9(10.0)	37(13.7)
병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담 원의 신속한 개입	10(11.0)	4(4.4)	4(4.4)	18(6.6)
재활상담원이 일정기간 보상업무 후 재 활상담원 재활업무 복귀	-	3(3.3)	4(4.4)	7(2.6)
보상부 직원을 대상으로 한 재활서비스 에 대한 교육 실시	1(1.1)	5(5.6)	7(7.8)	13(4.8)
재활상담원의 행정업무 축소를 통한 고 유업무 강화	6(6.6)	7(7.8)	12(13.3)	25(9.2)
재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립 된 부서 등의 직제 변화	46(50.5)	13(14.4)	9(10.0)	68(25.1)
재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보 를 통한 전문성 강화	7(7.7)	22(24.4)	13(14.4)	42(15.5)
홍보를 통해 재활서비스에 대한 긍정적 이미지 제공	-	6(6.7)	5(5.6)	11(4.1)
직업복귀 또는 사회복지를 한 산재근로 자의 지속적인 사후관리	2(2.2)	1(1.1)	2(2.2)	5(1.8)
지자체, 사회복지관 등 지역사회자원과의 네트워킹	1(1.1)	4(4.4)	11(12.2)	16(5.9)
질적 경영평가로의 전환	5(5.5)	10(11.1)	14(15.6)	29(10.7)
전 체	91(100.0)	90(100.0)	90(100.0)	271(100.0)

주: 1) 응답자 91명, 총응답건수 271건.

제3순위는 질적 경영평가로의 전환 15.6%(14명), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 14.4%(13명) 순이었다(표 6-10 참조).

전체(1~3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(271건)로 보았을 때, 재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화가 25.1%(68건)로 가장 높았고, 다음은 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 15.5%(42건), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

3) 재활업무의 문제점 및 애로점에 대한 기관장과 재활상담원 의견 비교
산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 기관장으로서 재활상담원이 보완해야 할 사항에 대해 순위를 가중치 없이 전체 빈도(144건)로 보았을 때, 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입이 19.4%(28건)로 가장 높았고, 다음은 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 17.4%(25건), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 16.3%(23건) 순으로 나타났다.

한편, 재활상담원으로서 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사항에 대해 순위를 가중치 없이 전체 빈도(271건)로 보았을 때, 재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화가 25.1%(68건)로 가장 높았고, 다음은 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 15.5%(42건), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

라. 적정인원

1) 지역본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원

지역본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원의 적정인원에 대한 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 6-11〉 지역별 본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재할상담원 인원

(단위: 명, %)

	기 관 장								재 할 상 담 원							
	본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재할상담원 인원															
	계 (n=48)	서울 (n=7)	강원 (n=5)	부산 경남 (n=8)	대구 경북 (n=6)	인천 경기 (n=9)	광주 전라 (n=8)	대전 충청 (n=5)	계 (n=90)	서울 (n=13)	강원 (n=6)	부산 경남 (n=18)	대구 경북 (n=11)	인천 경기 (n=21)	광주 전라 (n=13)	대전 충청 (n=8)
1명 이상~	23	2	5	3	4	1	4	4	30	3	5	3	6	2	6	5
2명 이하	(47.9)	(28.6)	(100)	(37.5)	(66.7)	(11.1)	(50.0)	(80.0)	(33.3)	(23.1)	(83.3)	(16.7)	(54.5)	(9.5)	(46.2)	(62.5)
3명 이상~	17	3	-	4	1	6	2	1	33	5	1	8	3	7	6	3
4명 이하	(35.4)	(42.9)	-	(50.0)	(16.7)	(66.7)	(25.0)	(20.0)	(36.7)	(38.5)	(16.7)	(44.4)	(27.3)	(33.3)	(46.2)	(37.5)
5명 이상~	7	1	-	1	1	2	2	-	21	4	-	3	2	12	-	-
6명 이하	(14.6)	(14.3)	-	(12.5)	(16.7)	(22.2)	(25.0)	-	(23.3)	(30.8)	-	(16.7)	(18.2)	(57.1)	-	-
7명 이상~	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	2	-	-	1	-
8명 이하	-	-	-	-	-	-	-	-	(3.3)	-	-	(11.1)	-	-	(7.7)	-
9명 이상~	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	2	-	-	-	-
10명 이하	-	-	-	-	-	-	-	-	(3.3)	(7.7)	-	(11.1)	-	-	-	-
11명 이상	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(2.1)	(2.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
평 균 (표준편차)	3.19 명 (2.14)	5.00 명 (4.62)	1.80 명 (0.45)	3.13 명 (1.13)	2.50 명 (1.38)	3.78 명 (1.20)	3.00 명 (1.31)	2.20 명 (0.45)	3.63 명 (1.85)	4.08 명 (2.14)	1.83 명 (0.75)	4.56 명 (2.48)	3.00 명 (1.27)	4.29 명 (1.19)	3.08 명 (1.44)	2.25 명 (0.71)

주: 인천·경기지역에는 안산재활훈련원을, 광주·전라지역에는 광주재활훈련원을 포함하였음.

기관장이 응답한 경우는 전국 평균 3.19명이며, 서울지역은 5.00명으로 가장 많았고, 다음은 인천·경기지역 3.78명, 부산·경남지역 3.13명, 광주·전라지역 3.00명, 대구·경북지역 2.50명, 대전·충청지역 2.20명, 강원지역 1.80명 순으로 나타났다(표 6-11 참조).

한편, 재할상담원이 응답한 경우는 전국 평균 3.63명이며, 부산·경남지역이 4.56명으로 가장 많았고, 다음은 인천·경기지역 4.29명, 서울지역 4.08명, 광주·전라지역 3.08명, 대구·경북지역 3.00명, 대전·충청지역 2.25명, 강원지역 1.83명 순으로 나타났다

2) 재할서비스와 재할상담원

산재근로자에게 지속적인 재할서비스를 제공하기 위해 재할상담원 1인이 담당할 수 있는 대상자의 적정인원에 대한 질문에 대해 다음과 같이 응답하였다.

〈표 6-12〉 재활서비스 제공을 위해 재활상담원이 담당할 수 있는 적정인원

(단위: 명, %)

	기 관 장								재 활 상 담 원							
	지속적인 재활서비스 제공을 위해 재활상담원 1인이 담당할 수 있는 대상자의 적정인원															
	계 (n=45)	서울 (n=7)	강원 (n=5)	부산 경남 (n=7)	대구 경북 (n=6)	인천 경기 (n=8)	광주 전라 (n=8)	대전 충청 (n=4)	계 (n=84)	서울 (n=13)	강원 (n=4)	부산 경남 (n=17)	대구 경북 (n=9)	인천 경기 (n=20)	광주 전라 (n=13)	대전 충청 (n=8)
1명 이상~ 50명 이하	22 (48.9)	3 (42.9)	-	4 (57.1)	1 (16.7)	3 (37.5)	7 (87.5)	4 (100)	53 (63.1)	10 (76.9)	3 (75.0)	12 (70.6)	3 (33.3)	15 (75.0)	5 (38.5)	5 (62.5)
51명 이상~ 100명 이하	12 (26.7)	4 (57.1)	-	2 (28.6)	2 (33.3)	3 (37.5)	1 (12.5)	-	20 (23.8)	2 (15.4)	1 (25.0)	4 (23.5)	3 (33.3)	4 (20.0)	4 (30.8)	2 (25.0)
101명 이상~ 200명 이하	4 (8.9)	-	2 (40.0)	1 (14.3)	1 (16.7)	-	-	-	9 (10.7)	1 (7.7)	-	1 (5.9)	2 (22.2)	1 (5.0)	4 (30.8)	-
201명 이상~ 300명 이하	4 (8.9)	-	1 (20.0)	-	1 (16.7)	2 (25.0)	-	-	2 (2.4)	-	-	-	1 (11.1)	-	-	1 (12.5)
301명 이상	3 (6.7)	-	2 (40.0)	-	1 (16.7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
평 균 (표준편차)	119.56 명 (130.12)	64.29 명 (28.79)	340.00 명 (151.66)	74.29 명 (61.88)	200.00 명 (170.29)	125.00 명 (110.71)	45.00 명 (25.07)	37.50 명 (15.00)	62.48 명 (58.94)	58.46 명 (51.45)	41.25 명 (44.04)	51.41 명 (42.42)	110.56 명 (93.22)	45.00 명 (40.46)	80.69 명 (59.39)	63.13 명 (78.96)

주: 인천·경기지역에는 안산재활훈련원을, 광주·전라지역에는 광주재활훈련원을 포함하였음.

기관장이 응답한 경우는 전국 평균 119.56명이며, 강원지역이 340.00명으로 가장 많았고, 다음은 대구·경북지역 200.00명, 인천·경기지역 125.00명, 부산·경남지역 74.29명, 서울지역 64.29명, 광주·전라지역 45.00명, 대전·충청지역 37.50명 순으로 나타났다(표 6-30 참조).

한편, 재활상담원이 응답한 경우는 평균 62.48명이며, 대구·경북지역이 110.56명으로 가장 많았고, 다음은 광주·전라지역 80.69명, 대전·충청지역 63.13명, 서울지역 58.46명, 부산·경남지역 51.41명, 인천·경기지역 45.00명, 강원지역 41.25명 순으로 나타났다.

제3절 비교를 통한 정책개선 방향

한국 산재보험의 재활상담 체계화를 위하여 독일 산재보험 재활상담원

제도와의 비교 및 실태조사를 통한 정책개선 방향은 다음과 같은 사항들로 요약될 수 있다.

첫째, 직업재활상담원의 고유업무 영역에 대한 재정의: 예를 들면 산재 환자의 병원입원 단계부터 직업재활상담원의 신속한 개입, 의료재활·직업재활·사회재활의 전과정에 대한 개입, 직업적성평가를 직업재활상담원이 직접하는 것이 아니고, 중·장기적으로 직업재활전문기관에 의뢰하여 평가하도록 전환하는 등의 업무영역에 대한 재정화가 필요하다.

둘째, 주기적인 재교육: 직업재활상담원이 직접 상담업무뿐만 아니라 요양업무, 보상업무 및 산재보험 전반에 대한 업무를 알고 상담 및 연결을 시킬 수 있도록 주기적인 재교육이 필요하다.

셋째, 적정인원의 확보: 산재근로자 전부는 아니더라도 최소한 중증산재환자에 대한 재활서비스가 가능하도록 재활상담원 인력보완이 이루어져야 할 것이다.

제7장

결론 및 정책제언

제1절 결 론

1884년에 산재보험법이 제정·시행된 독일 산재보험은 1892년에 세계 최초로 산재보험 직영 산재전문 병원을 설립·운영하였으며, 1920년대 1930년대에 법령의 개정·보완을 통하여 중증산재환자의 신속한 전문적 치료를 위한 요양시설을 자체적으로 설립·운영하여 오고 있으며, 산재환자 요양재활을 위한 의료시설과 의료인력의 전문화를 취하여 왔다. 산재보험의 요양전문화, 재활효율화 원칙과 이를 실현하기 위한 각 분야의 전문적인 지식과 노하우 축적을 통하여 오늘날 산업재해·직업병 발생 후 산재장애인 발생률을 감소시켰다.

한국 산재보험은 이와 같은 독일 산재보험의 성공사례를 통하여 자체의 취약점·미비점을 보완, 개선하여야 할 것이다.

제2절 정책제언

앞서 독일과 한국 산재보험의 요양, 재활사례 비교를 통하여 다음과 같

은 6개 분야에 대한 정책개선 방향을 제안한다.

1. 재활사업체계

재활사업체계 및 재활사업 관련 비용지출에 대한 독일과 한국 산재보험의 사례비교에서 다음과 같은 정책개선 방향을 제안한다.

첫째, 한국 산재보험의 재활사업과 관련한 사업의 내용과 비용에 관한 사항을 산재보험법에 보완·신설하여야 할 것이다. 즉, 재활급여에 관한 사항이 산재보험 법령에 명시되어야 한다. 이를 통하여 재활사업의 체계화가 이루어질 수 있다(예로써 직업재활급여의 범위 및 수준, 사회재활급여의 범위 및 수준 등).

둘째, 직업재활사업 관련 비용의 증대가 이루어져야 할 것이다. 예로써 2003년도에 산재보험 지출총액 중 독일 산재보험은 직업재활사업에 2.6%를 지출한 반면, 한국 산재보험은 직업재활 및 복지사업에 0.5%를 지출하였을 뿐이다. 즉, 현재까지의 소극적 산재장애인 직업훈련 대책에서 적극적인 대책으로 전환하여야 한다.

셋째, 2001년도부터 시작하고 있는 산재근로자 재활사업 5개년 계획(2001~2005)사업 중 취약사업에 대한 효율화를 위한 보완대책 마련이 필요하다(예로써 재활인력확충 및 현장서비스, 재활상담원 확충 및 전문성, 산재근로자 원직장복귀지원제도, 재활사업 인프라 구축 등).

2. 사업장 응급처치

사업장 규모에 관계없이 모든 사업장 사업주의 의무사항으로 사고발생 시 응급처치시스템의 조직 및 교육에 관한 사항이 관계법령(예: 산업안전보건법)에 명시되어야 할 것이다(예를 들면, 사업장 보건관리자의 업무에 명시). 이와 같은 제도 보완으로 사업장에서 사고발생 즉시 대처로 급작스런 사망재해 예방 및 부상정도 감소, 장해정도 감소, 그리고 사업장 근로자의 안전의식 제고를 기대할 수 있을 것이다.

3. 산재보험의 입원 요양

한국 상황의 분석과 독일 사례를 통하여 현재의 한국 기존 산재병원(산재의료관리원)의 급성기 산재환자(중환자)의 신속·전문적 치료를 위하여 다음 분야의 기능특화가 시급히 이루어져야 할 것이다. 첫째, 사고 외과전문센터, 둘째, 척수부상전문센터, 셋째, 중화상 전문센터 그리고 넷째, 중독·질식전문센터 등이다.

또한 직업병 연구 및 치료기능의 개발 및 응용을 통한 산재환자의 전문적 치료를 위하여 다음 분야의 연구 및 전문치료 기능보완이 필요하다. 첫째, 근골격계 질환 임상연구 및 전문치료기능: 예를 들어 인천중앙병원의 경우 2004년 12월 24일 현재 척추관련 상병을 가진 환자수는 입원산재환자 총 457명 중 49.9%(228명)이며, 산재외래환자 총 830명 중 91.1%(793명), 둘째, 화학물질(유기용제포함) 중독질환 임상연구 및 전문치료기능, 셋째, 호흡기계 질환(진폐포함) 임상연구 및 전문치료기능, 넷째, 중금속중독질환 임상연구 및 전문치료기능, 다섯째, 신경계 질환 임상연구 및 전문치료기능 등이다.

4. 회복기 산재환자 재활

한국 산재보험에서 현재 독일 산재보험 회복기 산재환자 재활에 성공적으로 역할을 하고 있는 다음과 같은 제도의 도입을 적극 검토함이 필요하다.

- 1) 2차 외래물리치료(EAP) : 이와 같은 제도가 도입·응용되면 산재환자의 전문적 물리치료를 통해 신체기능을 조기에 회복하여 직장복귀 및 사회복귀를 이루게 되어 산재근로자 및 가족의 삶의 질 향상뿐만 아니라 기능노동력의 조속한 직업복귀로 기업의 경쟁력 강화에 기여할 것으로 사료된다.
- 2) 2차 입원치료제도(BGSW) : 이와 같은 제도가 도입되면 입원에 의한 집중적인 훈련치료로 산재환자의 신체기능을 조기에 회복하여

직장복귀 및 사회복귀가 가능해질 것이다.

- 3) 사업장 업무부담 테스트(Belastungserprognung) : 이와 같은 제도가 도입되면 회복기 산재환자의 직업적응능력을 단계적으로 평가하여 효율적인 직장복귀가 가능해진다.
- 4) 업무시뮬레이션 장치(ERGOS)를 통한 재활사정평가 : 이와 같은 제도가 도입되면 회복기 산재근로자의 저하된 신체적 능력에 적합한 업무를 용이하게 찾아내게 된다.
- 5) 이와 같은 제도들을 가능케 하기 위한 관계법령(예: 산재보험법)의 개정·보완이 필요하다.

5. 재활상담 체계화

한국 산재보험의 재활상담 체계화를 위하여 독일 산재보험 재활상담과의 비교 및 실태조사를 통한 정책개선 방향은 다음과 같다.

첫째, 직업재활상담원의 고유업무 영역에 대한 재정의: 예를 들면 산재환자의 병원입원 단계부터 직업재활상담원의 신속한 개입, 의료재활·직업재활·사회재활의 전과정에 대한 개입, 직업적성평가를 직업재활상담원이 직접하는 것이 아니고, 중·장기적으로 직업재활전문기관에 의뢰하여 평가하도록 전환 등의 업무영역 재정의가 필요하다.

둘째, 주기적인 재교육: 직업재활상담원이 직접 상담업무뿐만 아니라 요양업무, 보상업무 및 산재보험 전반에 대한 업무를 알고 상담 및 연결을 시킬 수 있도록 주기적인 재교육이 필요하다.

셋째, 적정인원의 확보: 산재근로자 전부는 아니더라도 최소한 중증산재환자에 대한 재활서비스가 가능하도록 재활상담원 인력보완이 이루어져야 한다.

6. 제2차 재활사업 5개년 계획(2006~2010)

이상의 사항들이 제2차 산재근로자 재활사업 5개년 계획(2006~2010)

에 반영되어져야 할 것이다. 예로써 재활급여 도입방안에 대한 연구와 이를 토대로 관계법령 개정, 산재병원 전문화를 위한 단계적 투자 및 인력의 교육훈련, 회복기 산재환자 재활시스템 구축 및 산재병원에서의 시범적 시행, 해외(예: 독일) 성공사례의 벤치마킹 등이다.

참고문헌

- 국회전자도서관 <http://www.nanet.go.kr>
- 근로복지공단, 『재활사업 업무편람』, 2004.
- _____, 『통일전후 산재보험과 재활체계에 관한 한·독 세미나 자료집』, 1996. 10. 29.
- _____, 『산재장해자 직업훈련비용지원사업지침』(제정 1998. 2. 1, 제6차 개정 2002. 1. 1)
- _____, 『재활상담원 직무교육』(교육자료 재활 2002다-3), 2002. 4.
- _____, 『재활사업 직무교육』(교육자료 급여 2003라-12다), 2003. 8.
- _____, 『직업훈련비용지원규정』(규정 제243호, 제정 2003. 4. 11).
- _____, 『재활사업업무편람』, 2004.
- 노동부, 『2000년 7월 시행 산업재해보상보험법령 주요 개정내용』, 2000.
- _____, 『산재근로자 재활사업 5개년 계획(2001~2005) - 요약』, 2001. 1.
- _____, 『재활사업 5개년 계획 세부실천사업』, 2001. 6.
- _____, 『재활사업 5개년 계획 추진실적 평가회의자료』, 2002. 12.
- _____, 『산재보험사업연보』, 각년도.
- _____, 『산업재재분석』, 각년도.
- _____, 『산재보험 40년사 1964~2003』, 2004. 6.
- _____, 『제2차 산업재해예방 5개년 계획(2005~2009)』, 2004. 12.
- 박수경 외, 『산재보험 재활서비스 증대를 위한 재활상담원의 역할모형 개발에 관한 연구』, 대전대학교 부설 지방정부정책연구소, 2003.
- 박홍섭, 『한독 산재보험제도의 비교검토와 우리 산재보험의 정책과제』, 『통일전후 산재보험과 재활체계에 관한 한·독세미나 결과보고서』, 근로복지공단, 1996. 10. 29.
- 양정의, 『한국 산재보험 재활사업의 현재와 미래』, 『산재근로자 재활사업의 발전방향 모색을 위한 국제세미나 자료집』, 근로복지공단, 2000.

5. 23.

- 윤조덕·박수경·허준수·방하남·이민경·허수연, 『산재보험 재활 및 사후관리방안에 관한 연구(I)』, 한국노동연구원, 1998.
- 윤조덕·박수경·박정란·권선진·이현주·진혜량, 『산재보험 재활사업의 중장기 발전전략연구』, 한국노동연구원, 2000.
- 윤조덕·이현주·박성재·이복임, 『산재보험 의료기관 지정제도 개선방안연구』, 한국노동연구원, 2000.
- 유범상·김영란·윤조덕·정호근·임영·박정환, 『진폐근로자 재활프로그램 개발연구』, 한국노동연구원, 2001.
- 윤조덕·이지은·윤순녕·오진주·오정란, 『산재보험 케어센터 건립타당성 및 운영방안에 관한 연구』, 한국노동연구원, 2001.
- 윤조덕·이현주·김통원·박수경·이달엽·윤재영, 『산재보험 재활사업 5개년 계획의 수행효과 분석 및 효율적 추진방안』, 한국노동연구원, 2003.
- 윤조덕·이현주, 『산재보험 요양·재활서비스 선진화 방안에 관한 한·독세미나 자료집』, 한국노동연구원, 2004. 11. 2.
- 이승렬, 『산재근로자의 직업복귀실태와 결정요인 분석』, 한국노동연구원, 2003.
- 이현주·권선진·박성애·장병조·문무성·임송학, 『산재보험 의료재활 수가체계 개선방안 연구』, 한국노동연구원, 2001.
- 이현주·윤순영·최정명·한혜진·백은광, 『재가 산재장애인의 재활프로그램에 관한 연구(I) - 산재보험 사후관리 실태 및 개선방안』, 한국노동연구원, 2001.
- 이현주·박창제·정홍주·이흥무·에자와마사히코·윤순녕·주영수, 『산재보험시설의 전문화 방안』, 한국노동연구원, 2002.
- 이흥지, 『한국의 산재의료시설과 재활체계』, 『통일전후 산재보험과 재활 체계에 관한 한독세미나 결과보고서』, 근로복지공단, 1996. 10. 29.
- 한국산업안전공단, 『산업재해원인조사』, 각년도.
- 한국노동연구원, 『2002 해외노동통계』, 2002. 12.
- _____, 『2005 노동통계』, 2005. 4.

- Anzinger Rudolf/Bieneck Hans-Jürgen, Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Verlag Recht und Wirtschaft Heidelberg, 1998.
- Benz Manfred, “‘Mit allen geeigneten Mitteln’ contra Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit?“, Die BG, November 1999, pp.702~707.
- Bernlochner Jakob C./Lehner Reinhard/Reuchlein Horst/Sandner Sigfried, “Frühdefibrillation durch Ersthelfer und Betriebsanitär“, Die BG, Januar 2002, pp.16~20.
- Blome Otto, “Standards and Procedures for Official Recognition of Occupational Diseases: Occupational Stress, Cerebro- and cardiovascular diseases, musculoskeletal disorders and others“, *A International Seminar on Industrial Accident Compensation Insurance: Medical Care and Rehabilitation Services*, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, pp.375~398.
- Breuer Joachim/Mehrhoff Friedrich, *Management non Personenschäden-Herausforderungen und Strategien aus der Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung*, Die BG, 01-2005, pp.13~16.
- Breue Joachim/Mehrhoff Friedrich, *Management von Personenschäden-Herausforderungen and Strctegien aus der Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung*, Die BG, 01-2005, pp.13~16.
- Contzen H., *Entwicklung der Unfallchirurgie als erste Phase der Rehabilitation*, Die BG, Februar 1982, pp.146~148.
- Froese Eckegord/Wenzel Gernot, ‘Kosten-und Qualitätseffekte des dialog-ischen Reha-managements’, Die BG, Mai 2003, pp.203~207.
- Görg Kurt, “Rehabilitation Program for Convalescents of Industrial Accidents in Germany“, *A International Seminar on Industrial Accident Compensation Insurance: Medical Care and Rehabilitation Services*, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, pp.341~373.
- Hamacher E., ‘Grundlagen der medizinischen Rehabilitation’, Die BG,

Januar 1984, pp.54~59.

HVVG(Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften), 1994,
Erweiterte Ambulante Physiotherapie(EAP), 1994. 3.

HVVG, *Rechtsfragen bei Erste-Hilfe-Leistung*, 2004. 6.

_____, *Berufshelfer*, 1996. 9.

_____, Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger an
Rehabilitationskliniken nach §§ 33, 34 SGB VII zur Beteiligung
an der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung
(BGSW) für Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates
vom 1. März 1997(지지-운동기관(근골격계) 재해자를 위한 산재
보험 2차 입원치료(BGS W)에 사회법전 제7권(산재보험법) 제33
조 및 제34조에 따른 재활병의원이 참여하기 위한 법정 산재보
험운영기관측 요구조건).

_____, *Reha 2000*, 2002. 11.

_____, *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen
Berufsgenossenschaften 2003*, 2004. 8.

_____, *BK-DOK 2002 Dokumentation der Berufskrankheiten
Geschehens in Deutschland*, 2004. 10.

HVVG · BLB · BUK(Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften,
Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand),
Verletzungsartenverzeichnis, Stand 1. Januar 1999.

_____, “Anforderungen der Unfallversicherungsträger für die Beteiligung
von Einrichtungen an der Erweiterten Ambulanten Phys-
iotherapie(EAP)” in der Fassung vom 1. Juni 2003 (EAP에 의료
시설이 참여하기 위한 산재보험 운영기관의 요구조건).

_____, “Handlungsanleitung zur Verordnung”, Durchführung und
kontrolle der Krankengymnastik/physikalische Therapie, EAP
und BGSW.

Kaiser Harald/Kersting Manuela/Schian Hans-Martin, “Der Stellenwert

des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdagnostischen Begutachtung”, *Rehabilitation* 39, 2000, pp.175~184.

Kittner Michael/Pieper Ralf, Arbeitsschutzrecht, Kommentar für die Praxis zum Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften, erweiterte und überarbeitete Auflage, Bund-Verlag, 2002.

Korte Angela/Hall Schwäbisch, “Die Rückenschule, Ein Vorsorgeprogramm für die Wirbelsäule”, *Die BG*, Oktober 1992, pp.602~609.

Lahr Fredi, Der Berufshelfer in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung—Die Verzahnung von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation, (interne Dokument: SMBG), 2004. 9. 23.

Mehrhoff F./Richter F., “Die Rehabilitation Querschnittgelähmter”, *Die BG*, März 1995, pp.143~148.

Nann Hans-Peter, “Belastungserprobung und Arbeitstherapie—Chancen und Grenzen”, *Die BG*, 2000, pp.618~627.

Probst Jürgen, “Der Durchgangsarzt—bewährtes Modell einer öffentlichen Aufgabe”, *Die BG*, Mai 2002, pp.251~253.

Reuchlein Horst, “Erste-Hilfe-Aus- und Fortbildung im Betrieb—Öffnung des Marktes für neue Anbieter”, *Die BG*, 12/2003, pp.604~605.

Schmitt K-H, “Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)—eine neue Heilverfahrensart in der gesetzlichen Unfallversicherung”, Sonderdruck aus “*Die BG*”, Heft 10/1990, Erich Schmidt Verlag, Bielefeld.

Schmitt K.-H., “Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)—eine neue Heilverfahrensart in der gesetzlichen Unfallversicherung”, *Die BG*, Oktober 1990, pp.623~632.

Seidler Fritz, “Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung Schwer-

Unfallverletzter(Verletzungsarten-Verfahren)”, Die BG, Juni 1985, pp.323~325.

Timm Sven, Occupational safety and health policy and strategies in the statutory accident insurance of Germany, presentation for the KOSHA, Seoul, 1. November 2002.

VBGK(Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken), *Gemeinsamer Jahresbericht 2002 der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Unfallbehandlungsstellen*, 2003. 10.

Welz Oliver, “Reha Managers, Their Roles and Cases”, *A International Seminar on Industrial Accident Compensation Insurance: Medical Care and Rehabilitation Services*, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, pp.399~422.

Witt Matthias, “Development Strategies of Workers Compensation Funds Hospitals in Germany”, *A International Seminar on Industrial Accident Compensation Insurance: Medical Care and Rehabilitation Services*, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, pp.313~339.

[별첨 1]

2차 외래 물리치료(EAP)에 의료시설이 참여하기 위한 산재보험 운영 기관 요구조건(2003년 7월 1일자 기준)

산업부문 산재보험조합 총연맹, 농업부문 산재보험조합 연맹 및 공공 부문 재해보험 운영기관 총연맹에 의해 작성

1. 기본사항

산재보험 운영기관이 제공한 의료재활을 통해 전반적인 재활치료가 원칙적으로 보장되지만, 해당 치료시설에서 특별한 부상 또는 직업병을 위한 2차 외래 물리치료가 요구될 수 있다. 이와 같은 2차 외래 물리치료는 복합적인 치료법으로 다음과 같은 치료 요소들로 구성되어 있다.

- 치료체조
- 물리치료 및
- 의료훈련치료

상기 다양한 치료 요소들을 단일 또는 복합적으로 이용할 수 있다.

2. 목적

상기 2차 외래 물리치료는 무엇보다도 심각한 기능 및 업무장해, 그리고 지지-운동기관 장애를 제거하기 위한 것이다.

3. 전제조건

3.1 전문의료진

치료시설은 정형외과, 외과 또는 사고외과 전문의와 긴밀한 협력관계

에 있어야 하며, 이를 계약을 통해 체결하도록 한다. 상기 전문의는 2차 외래 물리치료 및 의료진찰 부문에서 풍부한 실무경험을 갖고 있어야 한다. 계약에 의한 협력관계는 특히 다음의 협의사항을 포함하도록 한다.

- 모든 의료질문에 있어서 즉시 치료시설과 통상적인 협의가 이루어질 것
- 모든 치료계획 작성에 참여할 것
- 치료에 필요한 모든 의료서비스를 제공할 것
- 개인정보보호법에 유의하여 필요한 의료기록을 제공함으로써 치료 시설을 보조할 것
- 2차 외래 물리치료 지시와 관련된 특정 질문에 있어서 치료시설과 통상적인 협의가 이루어질 것

상기 치료시설은 의사에게 업무수행을 위한 진료실을 제공해야 한다. 담당전문의와의 제휴계약은 해당지역의 산재보험조합 주(州)연맹에 고지해야 한다.

3.2 치료팀

2차 외래 물리치료는 적절한 치료시설에서 전담치료팀을 통해 규칙적으로 이루어진다. 전담치료팀은 전문의료진에 따른 전문의, 물리치료 인력(치료체조강사, 마사지사), 그리고 학사과정을 수료한 스포츠 강사로 구성되어 있다. 이러한 인적자원은 재활개념에 부합된 서비스를 제공해야 된다.

3.3 개인을 위한 전제조건

전문의료진 및 치료팀에서 언급된 모든 이는 전문자격을 갖춘 자들이다. 치료팀에 따른 전문자격을 인정하기 위해서는 다음 사항을 입증할 수 있어야 한다.

3.3.1 치료체조강사/물리치료사

- 국가로부터 공인된 치료체조강사/물리치료사 자격증 획득
- 공인된 후 최소 2년 동안 재해자 치료분야에서 집중적으로 활동한 경력을 갖고 있으며, 이 중 최소 6개월 동안 재해 병의원, 병원이나 재활위원회의 외과/정형외과, EAP 시설이나 외과/정형외과의원에서 활동한 경력을 지녀야 한다.
- 상기 활동을 중지한 지 2년 이상 경과하면 안된다.
- 사회법전 제5권 제124(4)조에 따라 공인된 신경정신과 기본교육과정 (최소 150 시간)을 수료
- 사회법전 제5권 제124(4)조에 따른 수치치료 또는 시리악스 치료 (cyriax)과정을 수료
- ‘EAP 스포츠 물리치료(30시간)’ 또는 ‘스포츠 물리치료를 위한 기초 과정 및 비디오테이프 과정(30시간)’을 수료
- ‘EAP 의료훈련요법’ 또는 ‘의료재활치료’ 기초과정을 수료(50시간)

3.3.2 마사지사

- 국가로부터 공인된 마사지사 자격획득
- 공인된 후 최소 2년 동안 재해자 치료 분야에서 집중적으로 활동한 경력을 갖고 있으며, 이 중 최소 6개월 동안 재해 병의원, 병원 또는 재활위원회의 외과/정형외과, EAP 시설 또는 외과/정형 외과의원에서 활동한 경력을 지녀야 한다
- 상기 활동을 중지한 지 2년 이상이 경과하면 안된다.
- ‘수기 림프순환마사지’ 연수과정 수료
- 특수 전기치료 연수과정 수료(최소 20시간)
- ‘EAP 스포츠 물리치료(30시간)’ 또는 ‘스포츠 물리치료를 위한 기초 과정 및 비디오테이프 과정(30시간)’ 수료
- ‘EAP 의료훈련요법’ 또는 ‘의료재활치료’ 기초과정을 수료(50시간)

3.3.3 석사졸업 스포츠 강사

- 학사졸업 스포츠 강사

- 대학에서 의학강의 수료 또는 독일 건강스포츠 및 스포츠치료 협회(DVGS)의 'EAP 정형외과/스포츠치료'과정 수료(수료증 단계 II, III 및 IV 단계 수료 입증)
- 특히 의료훈련요법에서의 경력을 가지며 최소 2년 동안 재활시설에서 전일제 스포츠강사로 근무한 경력
- 치료체조 치료법에서의 재교육 수료(최소 20시간). 의료훈련요법 재교육 수료(최소 100시간)

3.4 물질적 자원을 위한 전체조건

3.4.1 실내설비

의료시설은 다음과 같은 실내공간을 갖추도록 해야 한다.

- 다음 조건을 포함하는 치료실-최소 40m에 달하는 물리치료 면적-최소 80m에 달하는 의료재활 면적(만일 상기 두 개의 치료법들이 같은 공간에서 이루어질 경우 면적크기는 최소 110m)
- 치료의자를 포함하는 치료 칸막이실(최소크기 6m)
- 응급구조실(재해예방대책 규정 BGV A 5)로도 이용가능한 전문의료진에 따른 전문의 진료실
- 휴게실
- 대기실
- 여자용, 남자용으로 각각 분리되어 있는 화장실, 샤워실, 탈의실

방의 크기는 치료시설에서 수용하려는 환자수에 적합하도록 한다. 이때 최소크기는 300m이다. 상기 시설은 몸이 불편한 재해자가 접근하기 쉽도록 적합한 시설설비를 갖추고 있어야 한다. 그밖에도 당해 산업재해방지 규정을 준수하도록 한다.

3.4.2 의료기기 설비

해당 치료시설은 최소한 다음과 같은 의료설비 및 이를 위한 인원을 확충하고 있어야 한다.

- 컴퓨터 진단기기 및 기록장치를 포함하는 등속성 시스템
- 하지, 상지, 몸통을 위한 각각의 프레임을 가지며 치료에 적합한 두 개의 의료훈련장비
- 견인치료기
- 슬링테이블(sling table) 또는 윙폴
- 높이 조절이 가능한 전자동 치료의자
- 동력 자전거 에르고미터(bicycle ergometer) 및 상체 에르고미터(upper body ergometer)
- 최소규격이 1.5×2m이며 최소 30cm 이상의 쿠셔닝(cushioning)을 갖춘 소프트 바닥재
- 체조용 누목
- 소형 트램폴린
- 벽면 난간
- 대형 거울
- 런닝머신
- 냉동요법(cryotherapy)을 위한 설비 및 장치
- 가열용 선풍장치
- 경피신경전기자극치료법(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)을 포함하는 저-중-고주파 치료를 위한 전기치료기기
- 초음파 치료장치

상기 장비/기기는 당해 안전관리규칙에 부합해야 한다.

4. 의 무

치료시설은 다음과 같은 의무를 갖고 있다.

4.1 법정 산재보험 운영기관의 지원

법정 산재보험 운영기관이 법적 책임을 이행하는데 있어서 이를 보조

할 의무가 있다. 외래 재활시설의 경우, 치료방법을 안전하게 실행해야 할 의무가 있으며 품질보증 심사를 받아야 한다.

4.2 권리행사 지침

“KG/EAP/BGSW 처방, 이행 및 감독을 위한 권리행사 지침”을 준수하도록 한다

4.3 치료계획

치료를 시작할 때 계획을 세워야 되며 치료가 이루어지는 동안 꾸준히 업데이트하도록 한다.

산재보험 운영기관의 요청이 있을 때 이를 제공해야 한다.

4.4 치료서비스 제공

국가로부터 공인된 치료체조강사/물리치료사, 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가 자격(치료체조강사/물리치료사 및 마사지사에 따름)을 갖추는 자만이 치료서비스를 제공할 수 있다.

근육 및 협응 재활치료를 위해서 석사졸업 스포츠 강사 또한 투입한다. 이때 스포츠 강사는 역할적인 면에서 자립적으로 활동한 치료사와는 개념이 다르다. 치료사는 자격범위 내에서 치료서비스를 제공할 수 있으며, 한 수업(치료단위 시간)당 치료할 수 있는 환자수는 최대 3명이다.

이러한 치료는 그 형태, 방식 및 기간에 있어서 의학적으로 인정된 경험원칙에 부합되어야 한다. 이용되지 않은 치료서비스에 대한 비용을 청구할 수 없으며, 조기에 종결된 치료는 그 실질적인 치료행위 범위 내에서만 계산될 수 있다.

4.5 법적 책임

치료팀에 따른 자는 치료팀에 따른 전제조건에 부합하지 않은 자가 치

료에 관여하여 서비스를 제공하는 경우, 이에 대한 법적 책임을 가진다.

4.6 개인정보보호정책

치료시설에서 근무하는 자는 의사의 지시 또는 기타 다른 방법을 통해 고지받은 개인정보보호정책 또는 업무상 비밀에 대해 침묵할 의무가 있다. 당해 개인정보보호정책의 규정을 준수하도록 한다. 이는 형법 제203조 제1항 제1호와 연관된다. 치료시설의 운영진은 근무자에게 비밀준수 의무에 대해 교육시킬 의무가 있으며, 이를 기록으로 남기도록 한다.

4.7 문서기록

치료시설은 각 치료단위별로 치료 절차들을 문서로 기록해야 한다. 상기 문서에는 치료법, 치료날짜, 치료시간이 기입되어 있어야 한다.

4.8 문서보관

EAP 환자의 진찰기록 및 X-ray 필름은 최소 15년 동안 보관되어야 한다.

5. 참 여

5.1 전제조건 심사

전제조건 이행에 대한 심사는 해당 지역 산재보험조합 주(州)연맹에 의해 이루어진다. 이때 치료시설은 필요한 모든 서류, 즉 치료팀에 따른 치료인력에 관한 신상기록, 전문자격증 및 재교육 서류 등을 주연맹에 제출해야 한다. 주연맹은 감사를 통해 치료시설을 심사한다.

5.2 치료시설의 참여

치료시설이 필요한 모든 전제조건을 이행했을 때, 산재보험조합 주연맹에 의해 2차 외래 물리치료에 참여하게 된다(모든 산재보험 운영기관 적용).

5.3 치료진 교체

치료팀에 따른 치료사를 교체하는 경우, 이를 주연맹에 고지해야 한다. 동시에 새로 고용된 전문자격을 갖춘 치료사에 관한 서류를 제출해야 한다.

5.4 참여자격 상실

요구된 전제조건이 전체 또는 부분적으로 이행되지 않을 때에는 참여 자격이 상실된다. 이는 특히 전문자격 치료사가 제외되거나 전문자격이 없는 자로 교체되는 경우, 전문의의 참여를 더 이상 보장할 수 없거나 시설이 계약상 의무를 지키지 않은 경우 등이다.

5.5 해약

사회법전 제10권 제59조에 따른 해약이 이루어질 경우 참여는 종결된다.

6. 치료서비스 비용

치료서비스 비용은 신청서에 첨부된 요율표에 따른다.

7. 발 효

상기 요구조건들은 2003년 7월 1일자부터 효력을 갖는다.

2차 외래 물리치료(EAP) 처방전		- EAP 시설 소지용 -
산재보험 운영기관		
피보험인 성명	출생년/월/일	산재보험 운영기관의 비용부담 통지서를 제출한 이후에 환자는 물리치료를 시작할 수 있다. 상기 처방전의 유효기간은 2주이다. 유효기간 경과시에는 주치의로부터 처방전을 새로 발급받아야 한다. - 다음 페이지의 주의사항 참고 -
재해발생 사업장(사업주/탁아시설/학교/보호대상자의 명칭 및 주소 표기 등)		
피보험인 주소	EAP는 하기 기관에서 실행하도록 한다	
재해발생일		
진단서:		처방전:
<input type="checkbox"/> 치료체조 * <input type="checkbox"/> 물리치료 * <input type="checkbox"/> 약물치료 **		
수술 일자:	수술 형태:	재해 이전의 상해 또는 질병:
첨부 서류: <input type="checkbox"/> 퇴원서		
* : 별도의 치료체조 또는 물리치료는 원칙상 F 2400 서식으로 처방받아야 한다. ** : 약물치료를 EAP 범위 내에서 별도로 처방받을 수 있다.		
치료목적:		
<input type="checkbox"/> 운동력 향상 <input type="checkbox"/> 체력 향상 <input type="checkbox"/> 근육운동 향상 <input type="checkbox"/> 지구력 향상 목적(Neutral-0-Method): 목적: 목적:		
<input type="checkbox"/> 기타(방식 및 범위 표기할 것) 목적:		
치료시 주의사항: (활동 및 신체적 부담에 대한 제한, 특정 부위에 대한 관찰 등)		
치료 시작일: <input type="checkbox"/> 오늘부터 <input type="checkbox"/> ___년 ___월 ___일부터		
주당 치료횟수: <input type="checkbox"/> 주 5일 <input type="checkbox"/> 주 4일 <input type="checkbox"/> 주 6일		
EAP 치료기간 동안 직업활동 여부 <input type="checkbox"/> 직업활동 금함 <input type="checkbox"/> 직업활동 가능함		
재검진 면담 일자: (늦어도 치료 시작일로부터 2주 내)		
날짜	산재사고 전문의사/피부과 서명	산재사고 전문의사/피부과 직인

F 2410 0104 EAP 처방전

주의사항:

2주가 지난 이후 그 다음 처방전을 발급받는데 있어 비용부담 통지서를 추가적으로 제출할 필요가 없다.

EAP의 기간은 원칙상 4주로 제한된다. 그러나 산재사고 전문의사/피부과 의사가 개별적인 경우에 한하여 환자가 여전히 사고 후유증으로 인해 EAP를 계속 받아야 된다고 판단한 경우에는 산재사고 전문의사/피부과 의사는 이에 대한 사유를 사전에 별도로 밝혀야 한다. 산재보험 운영기관이 4주 이상의 EAP에 대하여 이의를 제기하지 아니한 한 상기 EAP를 계속 진행시킬 수 있다.

F 2410 0104 EAP 처방전

2차 외래 물리치료(EAP) 처방전		- 산재보험 운영기관 소지용 -
산재보험 운영기관		
피보험인 성명	출생년/월/일	산재보험 운영기관의 비용부담 통지서를 제출한 이후에 환자는 물리치료를 시작할 수 있다. 상기 처방전의 유효기간은 2주이다. 유효기간 경과시에는 주치의로부터 처방전을 새로 발급받아야 한다. - 다음 페이지의 주의사항 참고 -
재해발생 사업장(사업주/탁아시설/학교/보호대상자의 명칭 및 주소 표기 등)		
피보험인 주소		EAP는 하기 기관에서 실행하도록 한다
재해발생일		
진단서:		처방전:
<input type="checkbox"/> 치료체조 * <input type="checkbox"/> 물리치료 * <input type="checkbox"/> 약물치료 ** 수술 일자: 수술 형태: 재해 이전의 상해 또는 질병:		
첨부 서류: <input type="checkbox"/> 퇴원서		
* : 별도의 치료체조 또는 물리치료는 원칙상 F 2400 서식으로 처방받아야 한다. ** : 약물치료를 EAP 범위 내에서 별도로 처방받을 수 있다.		
치료목적:		
<input type="checkbox"/> 운동력 향상 <input type="checkbox"/> 체력 향상 <input type="checkbox"/> 근육운동 향상 <input type="checkbox"/> 지구력 향상 목적(Neutral-0-Method): 목적: 목적:		
<input type="checkbox"/> 기타(방식 및 범위 표기할 것) 목적:		
치료시 주의사항: (활동 및 신체적 부담에 대한 제한, 특정 부위에 대한 관찰 등)		
치료 시작일: <input type="checkbox"/> 오늘부터 <input type="checkbox"/> ___년 ___월 ___일부터		
주당 치료횟수: <input type="checkbox"/> 주 5일 <input type="checkbox"/> 주 4일 <input type="checkbox"/> 주 6일		
EAP 치료기간 동안 직업활동 여부 <input type="checkbox"/> 직업활동 금함 <input type="checkbox"/> 직업활동 가능함		
재검진 면담 일자: (늦어도 치료 시작일로부터 2주 내)		
날짜	산재사고 전문의사/피부과 서명	산재사고 전문의사/피부과 직인

F 2410 0104 EAP 처방전

주의사항:

2주가 지난 이후 그 다음 처방전을 발급받는데 있어 비용부담 통지서를 추가적으로 제출할 필요가 없다.

EAP의 기간은 원칙상 4주로 제한된다. 그러나 산재사고 전문의사/피부과 의사가 개별적인 경우에 한하여 환자가 여전히 사고 후유증으로 인해 EAP를 계속 받아야 된다고 판단한 경우에는 산재사고 전문의사/피부과 의사는 이에 대한 사유를 사전에 별도로 밝혀야 한다. 산재보험 운영기관이 4주 이상의 EAP에 대하여 이의를 제기하지 아니한 한 상기 EAP를 계속 진행시킬 수 있다.

F 2410 0104 EAP 처방전

2차 외래 물리치료(EAP) 처방전		- 개인 소지용 -
산재보험 운영기관		
피보험인 성명	출생년/월/일	산재보험 운영기관의 비용부담 통지서를 제출한 이후에 환자는 물리치료를 시작할 수 있다. 상기 처방전의 유효기간은 2주이다. 유효기간 경과시에는 주치의로부터 처방전을 새로 발급받아야 한다. - 다음 페이지의 주의사항 참고 -
재해발생 사업장(사업주/탁아시설/학교/보호대상자의 명칭 및 주소 표기 등)		
피보험인 주소	EAP는 하기 기관에서 시행하도록 한다	
재해발생일		
진단서:		처방전:
<input type="checkbox"/> 치료체조 * <input type="checkbox"/> 물리치료 * <input type="checkbox"/> 약물치료 ** 수술 일자: 수술 형태: 재해 이전의 상해 또는 질병:		
첨부 서류: <input type="checkbox"/> 퇴원서		
* : 별도의 치료체조 또는 물리치료는 원칙상 F 2400 서식으로 처방받아야 한다. ** : 약물치료를 EAP 범위 내에서 별도로 처방받을 수 있다.		
치료목적:		
<input type="checkbox"/> 운동력 향상 <input type="checkbox"/> 체력 향상 <input type="checkbox"/> 근육운동 향상 <input type="checkbox"/> 지구력 향상 목적(Neutral-0-Method): 목적: 목적:		
<input type="checkbox"/> 기타(방식 및 범위 표기할 것) 목적:		
치료시 주의사항: (활동 및 신체적 부담에 대한 제한, 특정 부위에 대한 관찰 등)		
치료 시작일: <input type="checkbox"/> 오늘부터 <input type="checkbox"/> ___년 ___월 ___일부터		
주당 치료횟수: <input type="checkbox"/> 주 5일 <input type="checkbox"/> 주 4일 <input type="checkbox"/> 주 6일		
EAP 치료기간 동안 직업활동 여부 <input type="checkbox"/> 직업활동 금함 <input type="checkbox"/> 직업활동 가능함		
재검진 면담 일자: (늦어도 치료 시작일로부터 2주 내)		
날짜	산재사고 전문의사/피부과 서명	산재사고 전문의사/피부과 직인

F 2410 0104 EAP 처방전

주의사항:

2주가 지난 이후 그 다음 처방전을 발급받는데 있어 비용부담 통지서를 추가적으로 제출할 필요가 없다.

EAP의 기간은 원칙상 4주로 제한된다. 그러나 산재사고 전문의사/피부과 의사가 개별적인 경우에 한하여 환자가 여전히 사고 후유증으로 인해 EAP를 계속 받아야 된다고 판단한 경우에는 산재사고 전문의사/피부과 의사는 이에 대한 사유를 사전에 별도로 밝혀야 한다. 산재보험 운영기관이 4주 이상의 EAP에 대하여 이의를 제기하지 아니한 한 상기 EAP를 계속 진행시킬 수 있다.

F 2410 0104 EAP 처방전

[별첨 2]

지지-운동기관(근골격계) 재해자를 위한 산재보험 2차 입원치료(BGSW)에 사회법전 제7권(산재보험법) 제33조 및 제34조에 따른 재활 병의원이 참여하기 위한 법정 산재보험 운영기관측 요구조건(1997년 3월 1일자 기준)

1. 서 문

다음과 같은 경우에 지지-운동기관 재해환자를 위한 2차 산재보험 입원치료에 재활 병의원(사회법전 제5권(건강보험법) 제107조)이 참여할 수 있다.

- 1.1 치료 및 재활서비스의 수준 및 효과가 통상적으로 인정된 의학적 기준에 부합되고 의학적 발전을 도모하는 경우
- 1.2 해당 병의원이 특정 조직으로부터 구속되지 않은 전문의에 의해 운영되는 경우
- 1.3 해당 병의원이 인적자원 전제조건 및 물질적 자원을 위한 전제조건에 기술된 인적 및 물질적자원을 위한 전제조건을 충족하는 경우
- 1.4 해당 병의원 소유주 및 2.1.1에 따른 책임이 있는 전문의가 뒤의 제4항 의무에 따른 의무를 지는 경우
- 1.5 법정 산재보험사 측에서 해당 병의원이 BGSW 절차에 참여할 필요 있다고 판단하는 경우

2. 인적자원 전제조건

2.1 의사

2.1.1 주임의사 또는 병의원/병동 관할의사는 치료를 진행하는데 있어서 (독일의 사고외과 전문의 자격에 해당되는) 독일의 외과 또는 정형외과 전문의 자격을 갖고 있어야 하며, 재해환자를 위한 2차 치료분야에서 충분한 실무경험을 갖고 있어야 한다.

2.1.2 2.1.1에 따른 전문의 이외에도 재활 병의원은 병실 병상수에 비례하여 전문교육을 받은 수석 의료진을 충분히 확보해야 한다.

2.1.3 BGSW 환자 치료에 필요한 모든 전문의는 (대진의를 통해서라도) 항시 대기해야 한다. 이는 특히 내과, 신경정신과, 이비인후과, 안과, 그리고 비뇨기과에 해당된다.

2.2 간병서비스

병실 병상수에 비례하여 간호사/간병인이 충분히 확보되어 있어야 한다.

2.3 치료체조강사/물리치료사

2.3.1 병실 병상수에 비례하여 국가로부터 공인된 치료체조강사/물리치료사가 충분히 확보되어 있어야 한다.

2.3.2 담당 치료체조강사/물리치료사 및 그 대리인은 다음의 전문자격을 입증할 수 있어야 한다.

2.3.2.1 국가로부터 공인된 치료체조강사/물리치료사 자격증 획득

- 2.3.2.2 적합한 시설에서 최소 2년 동안 피고용 치료체조강사/물리치료사로서 활동한 경력을 갖고 있고, 이 중 최소 6개월 동안 직업병 환자 및 재해환자 치료와 관련된 외과 및/또는 정형외과에서 직업실습 교육을 받았어야 한다. 치료체조강사/물리치료사로 마지막 활동한지 2년이 경과해서는 안된다.
- 2.3.2.3 공인된 최신 치료체조요법, 예를 들어 고유 수용성 신경근 축통법 (PNF), 보이타 치료(Vojta), 보바스 치료(Bobath), 시리악스 치료(Cyriax), 뷔리거 치료(Bruegger) 기능분석, 수기요법(manual therapy)등에 대한 전문교육 및 재교육 수료
- 2.3.2.4 의료훈련치료 전문교육 및 재교육 수료
- 2.3.2.5 스포츠 물리치료 연수과정 또는 이에 대응되는 교육과정 이수

2.4 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가

- 2.4.1 병실 병상수에 비례하여 국가로부터 공인된 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가가 충분히 확보되어 있어야 한다.
- 2.4.2 담당 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가 그리고 그 대리인은 다음의 전문자격을 입증할 수 있어야 한다.
 - 2.4.2.1 국가로부터 공인된 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가 자격증 획득
 - 2.4.2.2 적합한 시설에서 최소 2년 동안 피고용 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가로서 활동한 경력을 갖고 있고, 이 중 최소 6개월 동안 직업병 환자 및 재해환자 치료와 관련된 외과 및 또는 정형외과에서 직업실습 교육을 수료해야 한다. 마사지사 또는 마사지사 겸 수중재활운동 전문가로 마지막 활동한지 2년이 경과해서는 안된다.
 - 2.4.2.3 수기 순환마사지(manual lymph drainage) 및 특정 전기자극요법(예: 근육자극, 통증치료)에 대한 교육 및 재교육

2.4.2.4 학제간 협력작업을 장려하기 위해 요구되는 치료체조 기초지식 및 의료훈련치료 전문교육/재교육

2.4.2.5 스포츠 물리치료 연수과정 또는 이에 대응되는 교육과정 이수

2.5 스포츠 강사

2.5.1 병실 침상수에 비례하여 국가로부터 공인된 스포츠 강사가 충분히 확보되어 있어야 한다

2.5.2 담당스포츠 강사 및 그 대리인은 전문의료분야(예: 재활의학)와 관련된 스포츠 강사 전문교육을 받은 자로서 학제간 협력작업을 장려하기 위해 치료체조에 관한 기본지식을 갖추고 의료훈련치료 전문교육 및 재교육을 수료한 자여야 한다.

2.6 작업치료사

2.6.1 병실 침상수에 비례하여 국가로부터 공인된 작업치료사가 충분히 확보되어 있어야 한다.

2.6.2 담당 작업치료사 그리고 그 대리인은 하기 전문자격을 입증할 수 있어야 한다.

2.6.2.1 국가로부터 공인된 작업치료사 자격증 획득

2.6.2.2 적합한 시설에서 최소 2년 동안 피고용 작업치료사로서 활동한 경력을 갖고 있고, 이 중 최소 6개월 동안 직업병 환자 및 재해 환자 치료와 관련된 외과 및 또는 정형외과에서 직업실습 교육을 수료해야 한다. 작업치료사로 마지막 활동한지 2년이 경과해서는 안된다.

2.6.2.3 보조기구 부문에서의 연수과정 이수 또는 충분한 경력

2.6.2.4 보이타, 보박스 치료와 같은 신경정신과 치료법에 관한 추가 전

문교육

3. 물질적 자원을 위한 전제조건

3.1 실내공간

재활 병의원은 다음과 같은 시설을 갖추고 있어야 한다.

3.1.1 전문의료 검사장비를 갖춘 진료실

3.1.2 긴급상황을 위한 감시실

3.1.3 무균실 1실, 폐혈성 환자실 1실

3.1.4 적절한 실내를 갖춘 물리치료실. 특히 개인 및 단체치료실, 마사지사실, 전기치료실, 수중재활운동치료실, 회전바닥을 구비한 체조실 등

3.1.5 의료훈련치료실

3.1.6 정형외과적 및 정형외과 신발공학적 제작실(보조기구 제작을 위한 작업실)

3.1.7 작업치료를 위한 개인 치료실 및 소규모 단체실

3.1.8 작업치료를 위한 컴퓨터 훈련실

3.1.9 심리치료를 위한 단체치료 및 단체상담실(Biofeedback room)

3.1.10 회의실 및 세미나실

3.1.11 대진의실

3.2 의료기기 설비

BGSW 병의원의 의료기구 설비는 최소한 다음 사항을 포함해야 한다.

3.2.1 컴퓨터 진단 및 기록장비를 포함하는 등속성 시스템(isokinetic system). 만일 척추손상에 대한 치료가 집중적으로 이루어진 경우에는 테스트 및 치료를 위한 척추용 등속성 부속장치를 구비하도록 한다.

3.2.2 하지, 상지 및 몸통별로 각각의 프레임을 가지며 EAP에 적합한 두 개의 의료훈련장비

3.2.3 견인치료기

3.2.4 슬링 테이블(sling table)

3.2.5 높이 조절이 가능한 전자동 치료의자

3.2.6 동력 자전거 에르고미터(bicycle ergometer) 및 상체 에르고미터(upper body ergometer)

3.2.7 최소규격이 1.5×2m이며 최소 30cm 이상의 쿠셔닝(cushioning)을 갖춘 소프트 바닥재

3.2.8 체조용 녹목

3.2.9 소형 트램폴린

- 3.2.10 냉동요법(cryotherapy)을 위한 설비 및 장치
- 3.2.11 가열용 선광장치
- 3.2.12 경피신경전기자극치료법(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)을 포함하는 저-중-고주파 치료를 위한 전기치료기기
- 3.2.13 초음파 치료장치
- 3.2.14 X-ray 장비
- 3.2.15 방사선 촬영기기 및 X-ray 기능진단을 위한 영상 컨버터
- 3.2.16 펄스 더플러(pulse doppler)
- 3.2.17 초음파 진단장치
- 3.2.18 운동부하 심전도 검사(Exercise ECG testing)도 가능한 심전계
- 3.2.19 근전도 검사장치
- 3.2.20 실험실(만일 병의원에 구비되어 있지 않을 때에는 인근 실험실과 제휴할 것)
- 3.2.21 소규모 폐기능검사를 위한 장치(폐활량 및 심호흡 테스트)
- 3.2.22 CT-촬영기, MRT-촬영기, 신티그람 촬영기(scintigraphy), 그리고 필요한 경우 뼈 밀도 측정기구(만일 병의원에 구비되어 있지 않을 때에는 인근 의료시설과 제휴).

3.2.23 리프팅 장치 및 조절가능한 바닥을 구비한 운동욕조(최소규격 :
4×6m, 최대깊이 : 1.5m)

3.2.24 작업요법을 위한 컴퓨터 훈련장비

4. 의무

병의원 소유주 및 법적 책임이 있는 주임의사 또는 재활담당의사는 다음 사항의 의무가 있다.

4.1 법적 산재보험 운영기관이 법적 의무를 충분히 이행할 수 있도록 보조할 의무가 있다.

4.2 “KG/EAP/BGSW 처방, 이행 및 검사를 위한 권리행사 지침서”를 준수하도록 한다.

4.3 BGSW환자가 2.1.1에 따른 전문의로부터 바로 진찰을 받을 수 있도록 이를 보장해야 한다.

4.4 인적자원 전제조건 및 물질적 자원을 위한 전제조건에 따른 전제조건을 준수할 의무가 있으며, 병의원의 인적, 공간적 및 물질적 자원은 산재보험에 의한 2차 입원치료(BGSW)를 위해 제공되어야 한다. 외부 공급자에 의한 치료서비스가 이루어질 경우, 병의원 소유주는 하기를 보장해야 한다. 즉, 상기 외부 공급자가 지속적인 성과를 보장하고 당해 ‘요구조건’을 충족시켜야 한다.

4.5 법정 산재보험 운영기관이 이전 신청을 수용해야 한다.

4.6 중요한 정보, 보고서 및 평가결과, 그리고 부분입원이나 자택요양 여부에 관한 지시사항 등을 법정 산재보험 운영기관이 적시에 제

출해야 한다.

- 4.7 BGSW 환자에 관한 임상기록을 서류화해야 하며, 병력기록부, 임상 X-ray 사진 등을 법정 산재보험 운영기관의 요청시에 항상 제공해야 된다. 법정 산재보험사에 송부해야 되는 치료비 청구서에는 환자의 서명, 그리고 해당 치료법 및 치료날짜에 관한 기록이 있어야 한다.
- 4.8 BGSW 환자의 진찰 기록 및 X-ray 필름은 최소 15년 동안 보관되어야 한다.
- 4.9 지속적인 치료서비스를 보장해야 하며, 이는 주말에도 해당된다.
- 4.10 BGSW 환자를 신청일로부터 7일 이내에 수용해야 한다.
- 4.11 병의원 소유주는 의료진 및 의료보조 인력을 계속 교육시킬 의무가 있다.
- 4.12 매년 2월 15일까지 전년도에 이행된 BGSW 절차에 관한 통계를 산재보험조합의 주(州)연맹에 제출해야 한다.
- 4.13 정보보호의 규정을 준수하도록 한다.
- 4.14 병의원은 산재보험 운영기관의 품질보증 정책 및 그 이행에 협력해야 한다.
- 4.15 병의원 소유주는 BGSW 절차범위 내에서 이루어진 모든 치료서비스에 대한 법적 책임이 있다.
- 4.16 병의원 개념정의를 크게 변경(지침서 변경 등)하는 경우, 주임의

사 또는 주임치료사의 교체, 그리고 병원시설의 대규모 변경 등을 즉각 알릴 의무가 있다.

5. 참 여

5.1 재활 병의원은 병원 소유주가 해당 산재보험조합의 주(州)연맹과 공법상의 계약을 맺음으로써 신청을 통해 산재보험에 의한 2차 치료(BGSW)에 참여하게 된다.

이와 같은 참여는 다음과 같은 경우에 종결된다.

5.2 2.1.1에 따른 전문의가 제외되는 경우

5.3 반복된 의무위반으로 인한 해약, 또는

5.4 사회법전 제10권(사회보험 운영절차 및 정보보호에 관한 법)에 따른 해약인 경우

6. 주치의로서 환자에게 부담을 준다고 판단함에 따라 다음의 활동을 금하도록 한다.

- 계속 서기
- 고온 작업환경
- 계속 걷기
- 화물차 운전

F 3110 0501 업무부담 테스트

- 환자 머리 위에서 이루어진 작업활동
- 손에 부담을 주는 활동
- 오른쪽
- 왼쪽
- 구부러진 상태에서 일하기
- 팔에 부담을 주는 활동
- 오른쪽
- 왼쪽
- 무릎을 꿇고 일하기
- 다리에 부담을 주는 활동
- 오른쪽
- 왼쪽
- 쪼그린 자세로 일하기
- 큰 소음
- 지속적
- 일시적
- 비계 또는 사다리를 이용하거나 경사진 면에서의 작업활동
- 습한 곳에서의 작업활동
- 추운 곳에서의 작업활동

6.1. 기타 사항:

7. 환자가 작업장으로 이동할 때 특별히 주의해야 될 사항:

8. 기타:

업무부담 테스트를 실행하는 경우, 환자는 고용주에게 상기 추천서에 대해 고지해야 함을 명시한다.

(날짜)

(주치의 서명)

첨부문서
작업환경 설명서

수신자 주소 성명
피보험인

F 3110 0501 업무부담 테스트

〔별첨 5〕 실태조사 분석 - 사업장 응급처치

1. 조사 개요

가. 조사목적, 대상, 시기 및 방법

1) 조사목적

본 조사는 사업장의 사고발생 직후 응급처치 및 이송에 대한 실태조사를 통해 사업장 내 응급구조시스템 보완을 위한 방안들을 정책 제안하는데 그 목적이 있다.

2) 조사대상

본 설문은 한국노동조합총연맹 산하 25개 노련⁵¹⁾에 소속된 사업장 노동조합의 산업안전보건 관계자를 통하여 이들 사업장의 응급처치에 관한 사항을 대상으로 실시하였다.

한국노총 산하 노동조합이 설립된 사업장의 노조 산업안전보건 관계자에게 설문지 총 3,005부를 각각 우편발송한 결과, 20.4%(612부)가 회수되었으며, 이 중 분석이 가능한 설문지는 총 554부⁵²⁾이다(별표 5-1 참조).

51) 섬유·유통노련, 광산노련, 전력노조, 외기노련, 정보통신노련, 향운노련, 해상산업노련, 금융산업노조, 담배인삼노조, 화학노련, 금속노련, 출판노련, 자동차노련, 연합노련, 관광노련, 체신노조, 전택노련, 고무산업노련, 철도산업노련, 공공서비스노련, 아파트노련, 공공건설노련, 정투노련, 의료산업노련, 식품산업노련 등이다.

52) 이 중 4부는 노련 항목을 기입하지 않았다.

〈별표 5-1〉 설문지 발송현황 및 분석

(단위: 부, %)

소속 노련	발 송(사업장노조)	수 거(수거율)
섬유·유통노련	100	23 (23.00)
광산노련	20	5 (25.00)
전력노조	10	5 (50.00)
외기노련	40	12 (30.00)
정보통신노련	45	4 (8.89)
항운노련	50	6 (12.00)
해상산업노련	50	7 (14.00)
금융산업노조	100	4 (4.00)
담배인삼노조	20	13 (65.00)
화학노련	600	147 (24.50)
금속노련	600	155 (25.83)
자동차노련	300	64 (21.33)
연합노련	600	42 (7.00)
관광노련	50	5 (10.00)
체신노조	10	4 (40.00)
전택노련	300	31 (10.33)
고무산업노련	10	2 (20.00)
철도산업노련	10	4 (40.00)
공공서비스노련	30	4 (13.33)
아파트노련	20	4 (20.00)
공공건설노련	10	1 (10.00)
정투노련	10	2 (20.00)
식품산업노련	20	6 (30.00)
전 체	3,005	550 (100.0)

3) 조사시기

조사시기는 2004년 11월 1일~12월 5일까지 우편설문조사를 통하여 이루어졌다.

4) 조사방법

본 조사는 자기기입식 설문지를 기본으로 이루어졌으며, 조사내용은 대상자 및 대상사업장의 일반적 특징을 비롯해 사업장 응급처치 및 구조에 관한 사항 등으로 구성되어 있다.

나. 일반적 특성

〈전체사업장〉

소속 노련은 대상사업장(550개소) 중 금속노련이 28.2%(155개소)로 가장 많았고, 다음은 화학노련 26.7%(147개소), 자동차노련 11.6%(64개소) 순으로 나타났다(별표 5-2 참조).

지역은 응답사업장(553개소) 중 충청·대전이 25.1%(139개소)로 가장 많았고, 다음은 경기·인천 23.5%(130개소), 경남·부산 16.1%(89개소) 순으로 나타났다.

업종은 응답사업장(546개소) 중 제조업이 64.1%(350개소)로 가장 많았고, 다음은 서비스업 18.3%(100개소), 운수창고 및 통신업 8.2%(45개소) 순으로 나타났다.

근로자수는 응답사업장(553개소) 중 100인 이상~299인 이하가 42.7%(236개소)로 가장 많았고, 다음은 50인 이상~99인 이하 18.3%(101개소), 300인 이상~499인 이하 12.7%(70개소) 순으로 나타났다.

산업안전보건업무 중 안전관리업무는 응답사업장(518개소) 79.7%(413개소)가 회사에 소속된 안전관리자가 있으며, 인원은(응답사업장 334개소) 평균 1.82명으로 조사되었다. 또한 회사에 소속된 안전관리자가 보유하고 있는 자격증은 중복응답한 결과, 응답건수(388건) 중 산업안전기사가 63.1%(245건)로 가장 많았고, 그 다음은 산업안전지도사 20.1%(78건), 기타 11.6%(45건) 순으로 나타났다.

보건관리업무는 응답사업장(472개소)의 53.4%(252개소)가 회사에 소속된 보건관리자가 있으며 인원은(응답 사업장 206개소)은 평균 1.44명으로 나타났다. 또한 회사에 소속된 보건관리자가 보유하고 있는 자격증은 중복응답한 결과, 응답건수(279건) 중 간호사가 39.8%(111건)로 가장 많았고, 그 다음은 환경관리기사 31.2%(87건), 산업위생관리기사 14.7%(41건) 순으로 나타났다.

〈별표 5-2〉 대상사업장의 일반적 특성

(단위: 개소, 명, %)

	구분	빈도
소속 노련 (n=550)	섬유·유통노련	23(4.2)
	광산노련	5(0.9)
	전력노조	5(0.9)
	외기노련	12(2.2)
	정보통신노련	4(0.7)
	항운노련	6(1.1)
	해상산업노련	7(1.3)
	금융산업노조	4(0.7)
	담배인삼노조	13(2.4)
	화학노련	147(26.7)
	금속노련	155(28.2)
	자동차노련	64(11.6)
	연합노련	42(7.6)
	관광노련	5(0.9)
	체신노조	4(0.7)
	전택노련	31(5.6)
	고무산업노련	2(0.4)
	철도산업노련	4(0.7)
	공공서비스노련	4(0.7)
	아파트노련	4(0.7)
공공건설노련	1(0.2)	
정투노련	2(0.4)	
식품산업노련	6(1.1)	
	계	550(100.0)

<별표 5-2>의 계속

(단위: 개소, 명, %)

	구 분	빈 도
지역 (n=553)	서울	54(9.8)
	경기·인천	130(23.5)
	충청·대전	139(25.1)
	전남·광주	48(8.7)
	전북	8(1.4)
	경북·대구	62(11.2)
	경남·부산	89(16.1)
	강원	18(3.3)
	제주	5(0.9)
		계
업종 (n=546)	금융 및 보험업 ¹⁾	4(0.7)
	전기 ²⁾ ·가스·수도업	11(2.0)
	제조업 ³⁾	350(64.1)
	건설업 ⁴⁾	7(1.3)
	서비스업 ⁵⁾	100(18.3)
	어업 ⁶⁾	3(0.5)
	임업	1(0.2)
	광업 ⁷⁾	4(0.7)
	운수창고 ⁸⁾ 및 통신업 ⁹⁾	45(8.2)
	기타	21(3.8)
	계	546(100.0)
근로자수 (n=553)	49인 이하	43(7.8)
	50인 이상~99인 이하	101(18.3)
	100인 이상~299인 이하	236(42.7)
	300인 이상~499인 이하	70(12.7)
	500인 이상~999인 이하	50(9.0)
	1,000인 이상~1,999인 이하	35(6.3)
	2,000인 이상	18(3.3)
		계

<별표 5-2>의 계속

(단위: 개소, 명, %)

		구 분	빈 도
산업 안전 보건 업무	안전관리업무 (n=518)	대행기관	105(20.3)
		회사에 소속된 안전관리자	413(79.7)
		계	518(100.0)
		회사에 소속된 안전관리자 인원수 (n=334)	평균 1.82 (표준편차 2.23)
		회사 소속 안전 관리자의 경우, 자격증 여부 ¹⁰⁾ (n=388)	산업안전지도사 산업안전기사 건설안전기사 기타
		계	388(100.0)
	보건관리업무 (n=472)	대행기관	220(46.6)
		회사에 소속된 보건관리자	252(53.4)
		계	472(100.0)
		회사에 소속된 보건관리자 인원수 (n=206)	평균 1.44명 (표준편차 0.98)
회사 소속 보건관리 자의 경우, 자격증 여부 ¹¹⁾ (n=279)		의사 간호사 산업위생지도사 산업위생관리기사 환경관리기사 기타	14(5.0) 111(39.8) 12(4.3) 41(14.7) 87(31.2) 14(5.0)
	계	279(100.0)	

- 주: 1) 전국금융산업노동조합.
 2) 전국전력노동조합.
 3) 전국금속노동조합연맹 또는 전국화학노동조합연맹.
 4) 연합노련.
 5) 관광노련.
 6) 해상산업노련.
 7) 광산노련.
 8) 항운노련.
 9) 정보통신노련.
 10) 총 325명이 388건(total responses)을 중복응답함.
 11) 총 215명이 279건(total responses)을 중복응답함.

〈300인 미만 제조업 사업장〉

한편, 제조업의 경우 근로자수는 응답사업장(349개소) 중 100인 이상~299인 이하가 43.6%(152개소)로 가장 많았고, 다음은 50인 이상~99인 이하 16.3%(57개소), 300인 이상~499인 이하 14.6%(51개소) 순으로 나타났다(별표 5-3 참조).

이들 중 근로자수가 300인 이하인 제조업에서의 산업안전보건업무를 살펴보면 다음과 같다.

안전관리업무는 응답사업장(228개소)의 71.1%(162개소)가 회사에 소속된 안전관리자가 있으며 응답사업장(131개소)의 인원은 평균 1.32명으로 나타났다. 또한 회사에 소속된 안전관리자가 보유하고 있는 자격증은 중복응답한 결과, 응답건수(158건) 중 산업안전기사가 67.7%(107건)로 가장 많았고, 그 다음은 산업안전지도사 20.3%(32건), 기타 9.5%(15건) 순으로 나타났다.

보건관리업무는 응답사업장(209개소)의 45.9%(96개소)가 회사에 소속된 보건관리자가 있으며 응답사업장(83개소)의 인원은 평균 1.18명으로 나타났다. 또한 회사에 소속된 보건관리자가 보유하고 있는 자격증은 중복응답한 결과, 응답건수(92건) 중 환경관리기사가 46.7%(43건)로 가장 많았고, 그 다음은 간호사 23.9%(22건), 산업위생관리기사 17.4%(16건) 순으로 나타났다.

〈별표 5-3〉 300인 이하 제조업의 산업안전보건업무 현황

(단위: 개소, 명, %)

		구 분	빈 도
제조업에서의 근로자수 (n=349)	49인 이하		23(6.6)
	50인 이상~99인 이하		57(16.3)
	100인 이상~299인 이하		152(43.6)
	300인 이상~499인 이하		51(14.6)
	500인 이상~999인 이하		36(10.3)
	1,000인 이상~1,999인 이하		21(6.0)
	2,000인 이상		9(2.6)
	계		349(100.0)
산업 안전 보건 업무 ¹⁾	안전관리업무 (n=228)	대행기관	66(28.9)
		회사에 소속된 안전관리자	162(71.1)
		계	228(100.0)
	회사에 소속된 안전관리자 인원수 (n=131)		평균 1.32명 (표준편차 0.78)
	회사 소속 안전 관리자의 경우, 자격증 여부 ²⁾ (n=158)	산업안전지도사	32(20.3)
		산업안전기사	107(67.7)
		건설안전기사	4(2.5)
		기타	15(9.5)
	계		158(100.0)
	보건관리업무 (n=209)	대행기관	113(54.1)
회사에 소속된 보건관리자		96(45.9)	
계		209(100.0)	
회사에 소속된 보건관리자 인원수 (n=83)		평균 1.18명 (표준편차 0.54)	
회사 소속 보건관리 자의 경우, 자격증 여부 ³⁾ (n=92)		의사	2(2.2)
		간호사	22(23.9)
	산업위생지도사	5(5.4)	
	산업위생관리기사	16(17.4)	
	환경관리기사	43(46.7)	
기타	4(4.3)		
계		92(100.0)	

주: 1) 제조업 중 근로자수 300인 이하인 사업장.

2) 총 135명이 158건(total responses)을 중복응답함.

3) 총 78명이 92건(total responses)을 중복응답함.

2. 사업장 응급처치 및 구조

가. 응급처치

1) 응급처치

〈전체 사업장〉

사업장에서 근로자가 업무 중 사고를 당했을 경우, 응급처치를 하는 자에 대해 응답자(538명) 중 사고 당시 근처 동료근로자가 54.5%(293명)로 가장 많았고, 다음은 119 응급구조요원 27.1%(146명), 보건관리자 또는 산업보건의 응급처치 10.8%(58명) 순으로 나타났다(별표 5-4 참조).

한편, 근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치를 하는 경우는 응답자(538명)의 4.5%(24명)가 응답하였고, 이들을 대상으로 응급구조요원 현황에 대해 설문한 결과, 사업장 응급구조요원의 총인원은 평균 5.95명, 이들에 대한 교육시간은 연 11.79시간⁵³⁾으로 조사되었다.

〈별표 5-4〉 사업장 내 응급처치

(단위: 명, %)

구 분		빈도	빈 도		
사업장 내 응급처치 (n=538)	119 응급구조요원	146(27.1)			
	사고 당시 근처 동료근로자가 응급처치	293(54.5)			
	근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치	24(4.5)	응급 구조 요원 현황	총인원 (n=20) 교육시간 (n=14)	평균 5.95명 (표준편차 5.53) 연평균 11.79시간
	보건관리자 또는 산업보건의가 응급처치	58(10.8)			
	기타	17(3.2)			

53) 표준편차 9.05.

〈300인 이하 제조업 사업장〉

300인 이하인 제조업 사업장에서 근로자가 업무 중 사고를 당했을 경우, 응급처치를 하는 자에 대해 응답자(230명)중 사고 당시 근처 동료근로자가 66.5%(153명)로 가장 많았고, 다음은 119 응급구조요원 16.1%(37명) 보건관리자 또는 산업보건의 응급처치 11.7%(27명) 순으로 나타났다 (별표 5-5 참조).

한편, 근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치를 하는 경우는 응답자(230명)의 3.0%(7명)가 응답하였고, 이들을 대상으로 응급구조요원 현황에 대해 설문한 결과, 사업장 응급구조요원의 총인원은 평균 3.57명, 이들에 대한 교육시간은 연 10.83시간⁵⁴⁾으로 조사되었다.

〈별표 5-5〉 300인 이하 제조업 사업장 내 응급처치

(단위: 명, %)

구 분		빈도	빈 도		
사업장 내 응급처치 (n=230)	119 응급구조요원	37(16.1)			
	사고 당시 근처 동료근로자가 응급처치	153(66.5)			
	근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치	7(3.0)	응급 구조 요원 현황	총인원 (n=7) 교육시간 (n=6)	평균 3.57명 (표준편차 2.57) 연평균 10.83시간
	보건관리자 또는 산업보건의가 응급처치	27(11.7)			
	기타	6(2.6)			

〈시사점〉

이상의 실태조사 분석을 통하여 다음과 같은 시사점이 도출된다.

첫째, 근로자의 응급처치교육이 중요하다. <별표 5-5> 및 <별표 5-6>에서 보는 바와 같이 사업장에서 사고발생시 동료근로자가 응급처치를 하는 경우가 가장 많은 것으로 조사되었다.

둘째, 외부 119 응급구조요원이 사업장 사고현장에 빨리 도착하도록 네

54) 표준편차 6.34.

트위크 구축이 필요하다. <별표 5-6>에서 보는 바와 같이 사업장에서 사고발생시 외부 119응급구조요원이 응급처치하는 비율이 높은 것으로 나타났다.

셋째, 사업장 응급구조요원 조직 및 긴급시 역할제고방안 마련이 필요하다. <별표 5-5> 및 <별표 5-6>에서 보듯이 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치를 하는 경우가 아주 적은 것으로 조사되었다. 이는 이들의 조직 및 긴급시 역할이 제대로 구축·운영되고 있지 않음을 나타내고 있다.

2) 응급이송

<전체 사업장>

산업재해가 발생한 경우, 산재근로자를 병원으로 이송하는 방법은 응답자(538명) 중 일반 승용차로 이송이 50.2%(270명)로 가장 많았고, 다음은 119 응급구조차로 이송 33.8%(182명), 회사 전용 응급구급차로 이송 11.0%(59명) 순으로 나타났다(별표 5-6 참조).

<별표 5-6> 산업재해 발생시 병원이송 방법

(단위: 명, %)

	구 분	빈 도
산업재해가 발생한 경우, 산재근로자의 병원이송 (n=538)	일반 승용차로 이송	270(50.2)
	회사 전용 응급구급차로 이송	59(11.0)
	119 응급구조차로 이송	182(33.8)
	병원 구급차로 이송	27(5.0)

<300인 이하 제조업 사업장>

300인 이하 제조업에서 산업재해가 발생한 경우, 산재근로자를 병원으로 이송하는 방법은 응답자(230명) 중 일반 승용차로 이송이 67.0%(154명)로 가장 많았고, 다음은 119 응급구조차로 이송 21.3%(49명), 회사 전용 응급구급차로 이송 10.0%(23명) 순으로 나타났다(별표 5-7 참조).

〈별표 5-7〉 300인 이하 제조업에서의 산업재해 발생시 병원이송 방법

(단위: 명, %)

	구분	빈도
산업재해가 발생한 경우, 산재근로자의 병원이송 (n=230)	일반 승용차로 이송	154(67.0)
	회사 전용 응급구급차로 이송	23(10.0)
	119 응급구조차로 이송	49(21.3)
	병원 구급차로 이송	4(1.7)

〈시사점〉

이상의 실태조사 분석을 통하여 다음과 같은 시사점이 도출된다.

첫째, 병원구급차의 사업장 사고현장 접근로 제고방안 강구가 필요하다. <별표 5-6> 및 <별표 5-7>에서 보는 바와 같이 사업장에서 사고발생시 기존병원 구급차의 접근로가 매우 취약한 것으로 조사되었다. 사업장 자체병원이 없는 경우 일반승용차로 이송하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 그러나 이와 같은 경우 중증환자의 경우 즉시 긴급치료가 가능하여 부상의 정도를 심화시키거나, 치료기간의 증가가 심지어 사망에 이르는 경우도 발생할 수 있다.

둘째, 외부 119 응급구조차 내의 응급진료 의료진 배치여부가 중요하다. <별표 5-6>과 <별표 5-7>에서 보는 바와 같이 119구급차의 이용도가 높은 것으로 나타났다.

나. 의료실

〈전체 사업장〉

사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 유무는 응답사업장(524개소) 중 31.1%(163개소)가 설치되어 있다고 응답하였다(별표 5-8 참조). 또한 이들을 대상으로 의료실 현황에 대해 설문한 결과, 의사(응답 16개소) 평균 1.19명⁵⁵⁾, 간호사(응답 107개소) 평균 1.29명⁵⁶⁾, 기타인력

55) 표준편차 0.40

56) 표준편차 0.85

(응답 18개소) 평균 1.50명⁵⁷⁾, 침상수(응답 112개소) 평균 2.54침상⁵⁸⁾, 면적(응답 91개소) 평균 10.02평⁵⁹⁾, 연간 이용인원(응답 43개소) 195.53명⁶⁰⁾으로 응답하였다. 또한 의료실 수준에 대해 응답사업장(130개소) 중 보통 30.8%(40명), 약간 미흡 30.0%(39개소), 매우 미흡 17.7%(23개소)으로 78.5%가 보통 또는 그 이하로 나타났다.

〈별표 5-8〉 사업장 내 의료실

(단위: 개소, 명, %)

	구 분	빈도		빈도
사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 현황 (n=524)	설치되어 있다	163(31.1)	의료실 현황	의사(n=16) 평균 1.19명
				간호사(n=107) 평균 1.29명
				기타(n=18) 평균 1.50명
				침상수(n=112) 평균 2.54침상
				면적(n=91) 평균 10.02평
				연간 이용인원(n=43) 평균 195.53명
			의료실 수준	매우 미흡하다 23(17.7)
				약간 미흡하다 39(30.0)
				보통이다 40(30.8)
				대체로 적당하다 23(17.7)
				매우 적당하다 5(3.8)
			전 체	130(100.0)
	설치되어 있지 않다	361(68.9)		

〈300인 이하 제조업 사업장〉

근로자수가 300인 이하인 제조업 사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 유무는 응답사업장(223개소)의 22.9%(51개소)가 설치되어 있

57) 표준편차 1.20
 58) 표준편차 2.33
 59) 표준편차 9.14
 60) 표준편차 511.72

다라고 응답하였다(별표 5-9 참조). 또한 이들을 대상으로 의료실 현황에 대해 설문한 결과, 간호사(응답 20개소) 평균 1.05명⁶¹⁾, 기타(응답 8개소) 평균 1.00명⁶²⁾, 침상수(응답 34개소) 평균 1.53침상⁶³⁾, 면적(응답 28개소) 평균 7.39평⁶⁴⁾, 연간 이용인원(응답 15개소) 154.67명⁶⁵⁾으로 응답하였다. 또한 의료실 수준에 대해 응답사업장(42개소)의 33.3%가 보통, 약간 미흡 33.3%, 매우 미흡 26.3%로 보통 또는 보통 이하가 98.9%로 나타났다.

〈별표 5-9〉 300인 이하 제조업 사업장 내 의료실

(단위: 개소, 명, %)

	구 분	빈 도		빈 도
사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 현황 (n=223)	설치되어 있다	51(22.9)	의사(n=0)	-
			간호사(n=20)	평균 1.05명
			기타(n=8)	평균 1.00명
			침상수(n=34)	평균 1.53침상
			면적(n=28)	평균 7.39평
			연간 이용인원(n=15)	평균 154.67명
			의료실 수준	
			매우 미흡하다	11(26.3)
			약간 미흡하다	14(33.3)
			보통이다	14(33.3)
			대체로 적당하다	3(7.1)
			매우 적당하다	-
			전 체	42(100.0)
	설치되어 있지 않다	172(77.1)		

〈시사점〉

이상의 실태조사 분석을 통하여 다음과 같은 시사점이 도출된다.

첫째, 의료실내 설치사업장의 의료실 설치대책 강구가 필요하다. <별

61) 표준편차 0.22
 62) 표준편차 0.00
 63) 표준편차 1.05
 64) 표준편차 6.70
 65) 표준편차 511.45

표 5-8>과 <별표 5-9>에서 보는 바와 같이 조사대상 사업장(524개소)의 68.3%의 사업장에 의료실이 설치되어 있지 않으며, 특히 300인 이하 제조업 사업장의 경우 77%의 사업장에 의료실이 설치되어 있지 않은 것으로 조사되었다.

둘째, 의료실의 수준 제고가 필요하다. 의료실 수준이 보통 또는 보통 이하가 전체 사업장의 78.5%로 의료실 면적, 인력 등의 보완 또는 수준 향상이 필요하다. 특히 300인 이하 제조업의 경우, 의료실 수준이 보통 또는 보통 이하가 92.9%로 나타났다.

다. 응급구조 시스템

<전체 사업장>

산재근로자를 응급처치하거나 병원으로 이송하는 등의 사업장 내 응급구조 시스템 필요여부는 응답자(543명) 중 필요하다 82.7%(449명), 필요하지 않다 12.3%(67명), 잘 모름 5.0%(27명)로 나타났다(별표 5-10 참조).

한편, 사업장내 응급구조 시스템이 필요하지 않은 이유는 응답자(47명)의 40.4%(19명)가 사업장 특성상(택시, 버스 등 운송업)이 가장 많았고, 다음은 사업장 내 산업재해가 거의 발생하지 않기 때문 34.0%(16명) 순으로 나타났다.

<별표 5-10> 사업장 내 응급구조 시스템

(단위: 명, %)

	구분	빈도		빈도	
산재근로자를 응급 처치하거나 병원으로 이송하는 등의 사업장 내 응급구조 시스템 필요여부 (n=543)	필요하다	449(82.7)			
	필요하지 않다	67(12.3)	이유	사업장 내 산재가 거의 발생하지 않음	16(34.0)
				사업장 특성상(택시, 버스 등 운수업)	19(40.4)
				119가 보다 효과적임	4(8.5)
				응급시스템의 절차가 더 복잡함	4(8.5)
				기타	4(8.5)
	전체			47(100.0)	
잘 모름	27(5.0)				

〈시사점〉

이상의 실태조사 분석을 통하여 다음과 같은 시사점이 도출된다.

사업장 특성에 맞게 응급구조시스템의 구축·운영이 필요하다. <별표 5-10>과 <별표 5-11>에서 보는 바와 같이 사업장 내 응급구조 시스템의 필요성을 인식하지 못하는 응답이 전체 사업장의 17.3%(94개소)로 조사되었으며, 특히 사업장 특성상(택시, 버스 등 운수업)에서 필요하지 않다는 응답이 높은 것으로 나타났다.

[별첨 6] 설문지 : 사업장 응급처치

<노동조합의 산업안전보건 관계자가 작성하여 주시기 바랍니다>

설문번호	-			
------	---	--	--	--

사업장 응급처치 시스템에 대한 설문조사

안녕하십니까?

먼저 근로자를 위해 애쓰고 계신 산업안전보건 관계자 여러분의 노고에 감사드립니다.

한국노동연구원은 귀 노조 및 사업장의 사고발생 직후 응급구조 처치 및 이송과 산재근로자의 치료종결 후 직장복귀에 대한 실태조사를 통해 사업장 내 응급구조 시스템 보안을 위한 방안과 효율적인 직장복귀를 위한 방안들의 정책적 대안을 마련하기 위해 설문조사를 실시하고 있습니다.

본 조사에 응답해 주시는 내용은 향후 응급구조 시스템 및 산재근로자의 직장복귀정책을 위한 여러 방안들을 제시하는데 소중한 자료로 사용될 것입니다.

설문에 대한 모든 응답과 개인적인 사항은 철저히 비밀과 무기명으로 처리되고 또한 본 설문과 관련된 모든 정보와 결과는 통계법 제13조에 의거하여 비밀이 보장됩니다.

바쁘시더라도 시간을 내시어 설문에 적극 협조해 주시길 부탁드립니다.

2004년 11월

연구기관: 한국노동연구원

책임연구원: 윤 조 덕 선임연구위원(한국노동연구원 TEL. 02-785-7432)

담당연구원: 한 충 현 조사연구원(한국노동연구원 TEL. 016-367-3795)

○ 다음은 귀하 및 사업장에 대한 일반적인 질문입니다. 다음 빈칸에 해당되는 내용을 적어주시거나 가장 가까운 항목에 (√)로 표시하여 주시기 바랍니다.

1. 성 별	남 () 여 ()	2. 나 이	만 ___세
3. 근속 연수	()년 ()개월	4 노동조합 내 직위	
사업장	5. 소속 노련	1) 섬유·유통노련() 2) 광산노련() 3) 전력노조() 4) 외기노련() 5) 정보통신노련() 6) 향운노련() 7) 해상산업노련() 8) 금융산업노조() 9) 담배인삼노조() 10) 화학노련() 11) 금속노련() 12) 출판노련() 13) 자동차노련() 14) 연합노련() 15) 관광노련() 16) 체신노조() 17) 전택노련() 18) 고무산업노련() 19) 철도산업노련() 20) 공공서비스노련() 21) 아파트노련() 22) 공공건설노련() 23) 정투노련() 24) 의료산업노련() 25) 식품산업노련()	
	6. 지역	1) 서울() 2) 경기, 인천() 3) 충청, 대전() 4) 전남, 광주() 5) 전북() 6) 경북, 대구() 7) 경남, 부산() 8) 강원() 9) 제주()	
	7. 업종	1) 금융 및 보험업() 2) 전기, 가스, 수도업() 3) 제조업() 4) 건설업() 5) 서비스업() 6) 농업() 7) 어업() 8) 임업() 9) 광업() 10) 운수창고 및 통신업() 11) 기타()	
	8. 근로자수	1) 49인 이하() 2) 50인 이상~99인 이하() 3) 100인 이상~299인 이하() 4) 300인 이상~499인 이하() 5) 500인 이상~999인 이하() 6) 1000인 이상~1999인 이하() 7) 2000인 이상()	
	9. 산업 안전 보건	<ul style="list-style-type: none"> · 회사에 소속된 안전관리자가 안전관리업무를 합니까? () ① 대행기관에서 한다. ② 회사에 소속된 안전관리자가 한다. → ②번이라고 응답하신 경우, 안전관리자가 보유하고 있는 자격에 대해 모두 (√) 표시해 주시기 바랍니다. - 산업안전지도사() - 산업안전기사() - 건설안전기사() - 기타() → ②번이라고 응답하신 경우, 안전관리자 인원수 : ()명 · 회사에 소속된 보건관리자가 보건관리업무를 합니까? () ① 대행기관에서 한다. ② 회사에 소속된 보건관리자가 한다. → ②번이라고 응답하신 경우, 보건관리자가 보유하고 있는 자격에 대해 모두 (√) 표시해 주시기 바랍니다. - 의사() - 간호사() - 산업위생지도사() - 산업위생관리기사() - 환경관리기사() - 기타() → ②번이라고 응답하신 경우, 보건관리자 인원수 : ()명 	

① 설치되어 있다.

→

①번 '있다' 라고 응답하신 경우, 다음 빈칸에 해당되는 내용을 적어주시기 바랍니다.

· 의료실 관리책임자는 어떤 직위 또는 직책입니까?
()

· 의료실 상근 인원 : 의사()명, 간호사()명, 기타()명

· 의료실 병상수 및 크기 : ()침상, ()평

· 응급상황으로 인한 의료실 연간 이용인원 : ()명 / 1년

· 의료실에서 구비하고 있는 의료장비 등을 모두 기술하여 주시기 바랍니다.
()

· 사업장 의료실 내 의료장비 및 의료시설에 대한 수준은 어떻습니까?
()

① 매우 미흡하다. ② 약간 미흡하다. ③ 보통이다.
④ 대체로 적당하다. ⑤ 매우 적당하다.

② 설치되어 있지 않다.

4. 산재노동자를 응급처치 하거나 병원으로 산재노동자를 이송하는 등의 사업장 내 응급구조 시스템이 필요하다고 생각하십니까? ()

- ① 필요하다.
- ② 필요하지 않다.

→

②번 '필요하지 않다' 라고 응답하신 경우, 그 이유에 대해 기술해 주시기 바랍니다.
()

③ 잘 모르겠다.

○ 다음은 직장복귀에 관한 질문입니다.

5. 업무상 재해로 인해 장애가 발생한 노동자가 요양종결 후, 직장복귀를 하기 위해 누구와 주로 상담을 합니까? ()

- ① 회사 내 담당자

168 산재보험 요양재활 사례 비교연구

- ② 노동조합 간부
- ③ 근로복지공단
- ④ 노조 상급단체 산업안전보건 담당자
- ⑤ 노무사
- ⑥ 기타()

[별첨 7] 설문지 : 재활사업(재활상담원)

설문번호		-			
------	--	---	--	--	--

<p>재활사업 관련 설문조사</p>
<p>안녕하십니까?</p> <p>우리나라 산재근로자의 재활과 사회복귀를 위해 애쓰고 계신 여러분의 노고에 감사드립니다.</p> <p>산재근로자의 재활과 복지시스템 체계화 및 운영효율화를 위하여 노동부로부터 정책연구를 의뢰받아 수행 중에 있으며, 향후 산재근로자의 재활과 복지부분의 제도정착 및 운용 활성화를 위한 정책적 대안을 마련하기 위해 설문조사를 실시하게 되었습니다.</p> <p>본 조사에 응답해 주시는 내용은 앞으로 산재보험 재활사업에 관한 정책 방향을 설정하는데 소중한 자료로 사용될 것입니다. 바쁘시더라도 시간을 내시어 설문에 적극적으로 협조해 주시길 부탁드립니다.</p> <p>또한 본 설문과 관련된 모든 정보와 결과는 통계법 제13조에 의거하여 비밀이 보장되며, 설문에 대한 모든 응답과 개인적인 사항은 철저히 비밀과 무기명으로 처리되고 통계분석의 목적 외에는 절대 사용되지 않습니다.</p> <p>끝으로 귀하의 발전과 평안을 기원합니다.</p> <p style="text-align: right;">2004년 9월</p> <p>조사기관: 한국노동연구원 책임연구원: 윤 조 덕 선임연구위원 (전화: 02-785-7432, 팩스: 02-782-0849, E-mail: yoonjd@kdi.re.kr) 담당연구원: 한 충 현 조사연구원 (전화: 016-367-3795, E-mail: darkya@daum.net)</p>

예번	문항	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	매우 그렇다	해당 없음	
<재활상담원의 사례관리>								
1	초기면접	초기면접을 통해 재활서비스에 대한 산재장해인의 기대를 파악한다.	①	②	③	④	⑥	
2		초기면접을 통해 앞으로 제공될 재활서비스에 대한 내용을 설명해 준다.	①	②	③	④		⑤
3		초기면접을 통해 지역사회에서 이용할 수 있는 자원(여가, 교통정보 등)에 대한 정보를 제공해 준다.	①	②	③	④		⑤
4	서비스조정	산재근로자에게 서비스를 제공하는 재활시설 및 관련기관, 프로그램을 파악하고 있다.	①	②	③	④	⑥	
5		산재근로자와 상담시, 재활시설 및 관련기관, 프로그램에 대해 설명해 준다.	①	②	③	④		⑤
6		서비스가 적시에 적절히 제공될 수 있도록 다른 서비스 제공자들(고용주, 지역사회복지관, 병원 등)과 협력하고 있다.	①	②	③	④		⑤
7	사례기록 및 보고	산재장해인의 정보를 분석·평가하여 최신의 사례기록을 유지한다.	①	②	③	④	⑥	
8		기록에 있어서 비밀보장과 같은 윤리적 기준을 준수한다.	①	②	③	④		⑤
<직업평가 및 직업상담>								
9	직업평가	적절하고 유용한 평가도구와 기법을 사용하여 산재근로자에게 현실에 맞는 직업훈련의 수준과 유형을 제시한다.	①	②	③	④	⑥	
10		산재근로자를 특정 분야의 직업훈련이나 교육프로그램에 배치하기 전, 관련 분야의 전문가들과 협의한다.	①	②	③	④		⑤
11		산재근로자에게 직업 선택의 조언을 할 경우, 산재근로자의 과거 직업, 교육수준, 소득수준 등의 사회경제적인 요인을 고려한다.	①	②	③	④		⑤
12	직업상담	산재근로자에게 분인이 가지고 있는 장애의 결과와 장애의 직업적 의미에 관해 설명해 준다.	①	②	③	④	⑥	
13		산재근로자의 진단정보(훈련 및 교육기록, 의료기록)를 통해 산재근로자 본인이 원하는 직업을 연결해 준다.	①	②	③	④		⑤
14		산재근로자의 고용가능성을 높이기 위해 지역사회 고용가능업체 조사, 노동부 자료 등의 직업정보를 활용한다.	①	②	③	④		⑤

번호	문항	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	매우 그렇다	해당 없음
<재활상담원의 상담>							
15	상담시, 산재근로자 본인의 장애 특성에 대해 설명해 준다.	①	②	③	④	⑤	⑥
16	상담시, 산재근로자의 장애로 인해 생기는 심리적 문제(우울증이나 자살 생각)를 파악한다.	①	②	③	④	⑤	
17	상담시, 산재근로자가 자신의 장애를 수용할 수 있도록 원조한다.	①	②	③	④	⑤	
18	산재근로자가 독립적으로 기능할 수 있는 능력을 향상시킬 수 있도록 지원해 준다.	①	②	③	④	⑤	
19	산재근로자의 사회적 지지체계(가족, 친구 및 지역사회 관계)를 파악한다.	①	②	③	④	⑤	
<직업배치 및 직업개발>							
20	직업배치 산재근로자의 욕구와 능력에 적절한 직업기회에 대하여 정보를 제공한다.	①	②	③	④	⑤	⑥
21	산재근로자에게 취업인터뷰(입사지원서, 복장, 면담기술 등)에 대해 조언해 준다.	①	②	③	④	⑤	
22	산재근로자가 고용된 후, 적응상태를 점검한다.	①	②	③	④	⑤	
23	직업개발 산재근로자의 취업에 대해 긍정적인 인식을 가진 잠재적 고용주를 찾아서 산재근로자에 대한 정보를 제공한다.	①	②	③	④	⑤	⑥
24	산재근로자에게 현장훈련(on the job training)을 하게 한다.	①	②	③	④	⑤	
25	산재근로자의 작업기능과 수행할 수 있는 구체적 작업내용에 대한 정보를 고용주에게 제공한다.	①	②	③	④	⑤	

[별첨 8] 설문지 : 재활사업(본부장·지사장)

설문번호		-			
------	--	---	--	--	--

재활사업 관련 설문조사
<p>안녕하십니까?</p> <p>우리나라 산재근로자의 재활과 사회복귀를 위해 책임을 맡고 노심초사 노력하시는 귀하의 노고에 감사드립니다.</p> <p>산재근로자의 재활과 복지시스템 체계화 및 운영효율화를 위하여 노동부로부터 정책연구를 의뢰받아 수행 중에 있으며, 향후 산재근로자의 재활과 복지부분의 제도정착 및 운용 활성화를 위한 정책적 대안을 마련하기 위해 설문조사를 실시하게 되었습니다.</p> <p>본 조사에 응답해 주시는 내용은 앞으로 산재보험 재활사업에 관한 정책방향을 설정하는데 소중한 자료로 사용될 것입니다. 바쁘시더라도 시간을 내시어 설문에 적극적으로 협조해 주시길 부탁드립니다.</p> <p>또한 본 설문과 관련된 모든 정보와 결과는 통계법 제13조에 의거하여 비밀이 보장되며, 설문에 대한 모든 응답과 개인적인 사항은 철저히 비밀과 무기명으로 처리되고 통계분석의 목적 외에는 절대 사용되지 않습니다.</p> <p>끝으로 귀하의 발전과 평안을 기원합니다.</p> <p style="text-align: right;">2004년 9월</p> <p>조사기관 : 한국노동연구원 책임연구원 : 윤 조 덕 선임연구위원 (전화 : 02-785-7432, 팩스 : 02-782-0849, E-mail : yoonjd@kdi.re.kr) 담당연구원 : 한 충 현 조사연구원 (전화 : 016-367-3795, E-mail : darkya@daum.net)</p>

1. 다음은 귀하의 개인적 배경에 관한 질문입니다. 빈칸에 해당되는 내용을 적어주시거나 가장 가까운 항목에 (v)로 표시하여 주시기 바랍니다.

1. 성별	1) 남 2) 여	2. 나이	만 ____ 세
3. 결혼 상태	1) 미혼 2) 기혼 3) 동거 4) 이혼 5) 사별 6) 기타 ()	4. 최종 학력	1) 고등학교 졸업 2) 전문대학 졸업 3) 4년제 대학교 졸업 4) 석사과정 재학 및 수료 5) 대학원 석사 이상 6) 기타 ()
5. 근무 기간	· 현 근무지에서 본부장 또는 지사장으로 근무한 기간은? ()년 ()개월 · 현 근무지 이전에 타본부나 타지사에서 본부장 또는 지사장으로 근무한 경험이 있는 경우, 그 기관에서 근무한 기간은? ()년 ()개월		
6. 전공	1) 사회복지 2) 교육학 3) 행정학 4) 경영학 5) 기타 ()		
7. 적정 인원	· 귀하가 근무하는 지사에서 필요로 하는 적정수의 재활상담원은 몇 명이라고 생각하십니까? ()명 · 재활상담원이 산재근로자의 요양부터 직업복귀 및 사회복귀까지의 서비스 제공시, 재활상담원 1인이 담당할 수 있는 대상자의 적정인원은 대략 몇 명이라고 생각하십니까? ()명		

2. 귀 지사의 재활상담원 업무수행에 있어서 귀하가 느끼고 있는 재활상담원의 주요 문제점이 무엇입니까?

(제1순위: 제2순위: 제3순위:)

- ① 재활상담원의 전문성
- ② 재활상담원의 신분(예: 직급, 승진과 같은 인사제도)
- ③ 재활상담원의 인원
- ④ 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무
- ⑤ 재활상담원의 고유업무가 아닌 기타 업무의 증가(예: 보상부의 행정 업무 등)

- ⑥ 보상업무에 대한 정보 부족(예: 노하우, 경험)
- ⑦ 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름(예: 상담시, 재활보다 보상에 더 관심)
- ⑧ 다양하지 않은 산재근로자의 재활프로그램
- ⑨ 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드
- ⑩ 양적 경영평가
- ⑪ 기타()

3. 재활사업의 체계화를 위하여 귀 지사의 재활상담원에게 시급히 보완되어야 할 사항을 선택하여 주시기 바랍니다.

(제1순위: 제2순위: 제3순위:)

- ① 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발
- ② 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입
- ③ 재활상담원이 일정기간 보상업무 후, 재활업무 복귀
- ④ 보상부 직원을 대상으로 한 재활서비스에 대한 교육 실시
- ⑤ 재활상담원의 행정업무 축소를 통한 고유업무 강화
- ⑥ 재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화
- ⑦ 재활상담원의 체계적 교육 및 인재 확보를 통한 전문성 강화
- ⑧ 홍보를 통해 재활서비스에 대한 긍정적인 이미지 제공
- ⑨ 직업복귀 또는 사회복귀를 한 산재근로자의 지속적인 사후관리
- ⑩ 지자체, 사회복지관 등 지역사회자원과의 네트워킹
- ⑪ 질적 경영평가로의 전환
- ⑫ 기타()

4. 다음은 현재 진행중인 재활사업 전반에 관한 질문입니다. 아래에 제시된 각각의 단위사업의 운영이 잘 되고 있는지, 잘 안되고 있는지에 대해 귀하의 생각과 일치하는 항목에 (v)로 표시하여 주시기 바랍니다. (해당 사업에 대해 모르는 경우, 반드시 '모름'이라는 항목에 (v)로 표시하여 주시기 바랍니다)

이	번	문	항	전혀 잘되고 있지 않다	별로 잘되고 있지 않다	보통 이다	대체로 잘되고 있다	매우 잘되고 있다	모름
<의료재활 선진화>									
1	요통학교 운영		심리상담 프로그램 도입으로 환자의 요통에 대한 태도 변화를 유도하여 조기 직업복귀에 대한 재활의욕 고취	①	②	③	④	⑤	⑥
			치료 중 교육을 통해 환자의 정신적·육체적 회복 향상에 기여	①	②	③	④	⑤	
			안정된 자세와 작업방법 교정으로 요통재발 방지	①	②	③	④	⑤	
2	산재환자 간병인 제도		전문간병인제도 도입	①	②	③	④	⑤	⑥
			간병인 교육	①	②	③	④	⑤	
3	진폐환자 취미활동 지원서비 스		요양기간 중 정서안정을 통한 삶의 의욕 고취 및 재활치료	①	②	③	④	⑤	⑥
			작품전시회 개최 등을 통한 산재환자에 대한 사회인식 고양	①	②	③	④	⑤	
			취미활동을 통해 제작한 작품을 가족에게 선물하는 등 가족과의 유대 강화	①	②	③	④	⑤	
			지원금 부족 및 사용범위 제한으로 취미활동반 개설에 어려움이 있었던 대상 의료기관의 적극적 참여	①	②	③	④	⑤	
			지원금 확대에 따른 의료기관 참여	①	②	③	④	⑤	
4	산재 근로자 보장구 지급제도		노후화된 보장구를 사용하는 불편 및 자비부담에 따른 경제적 부담 해소	①	②	③	④	⑤	⑥
			승인절차 폐지 등 보장구 지급체계 개선	①	②	③	④	⑤	
			찾아가는 불편 해소 및 유통상의 부작용 해소	①	②	③	④	⑤	
5	보장구 관련 급여품목		보장구 수가인상으로 산재근로자 비용부담 완화	①	②	③	④	⑤	⑥
			수리품목 세분화로 민원발생 방지 및 업무처리 원활화	①	②	③	④	⑤	
			보장구 품목확대로 산재근로자 선택의 다양화	①	②	③	④	⑤	
<직업재활 내실화>									
6			직업재활센터 건립	①	②	③	④	⑤	⑥
7			안산훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램	①	②	③	④	⑤	⑥
8			광주훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램	①	②	③	④	⑤	⑥

연번	문항		전혀 잘되고 있지 않다	별로 잘되고 있지 않다	보통 이다	대체로 잘되고 있다	매우 잘되고 있다	모름
<직업재활 내실화>								
9	직업훈련 비용지원 사업	직업훈련을 통한 직장복귀	①	②	③	④	⑤	⑥
		직업훈련을 통한 자립점포지 원자의 창업	①	②	③	④	⑤	
10	재활상담원 확충 및 전 문성	재활상담 대상자에 대한 재활사 업(재활스포츠, 재활훈련원, 사회 적응프로그램, 자립점포지원 등) 연계	①	②	③	④	⑤	⑥
		재활사업 지원자의 중도탈락 방지	①	②	③	④	⑤	
		상담을 통한 직장복귀	①	②	③	④	⑤	
<사회복귀 정착지원>								
11	산재근로자	원직장복귀지원제도	①	②	③	④	⑤	⑥
12	사회적응 프로그램 위탁교육	사회적응프로그램	①	②	③	④	⑤	⑥
		사회적응프로그램 수료 후 사 회참여 및 직업복귀	①	②	③	④	⑤	
		외부 전문기관의 인력 및 노하우 를 활용함으로써 공단에서 직접 실시하는데 드는 비용 절감 및 재활서비스 중복 시행 방지	①	②	③	④	⑤	
13	자립점포 임대 지원사업	고령 및 신체장애로 재취업이 곤란한 산재장해자 자영업 기 회 제공	①	②	③	④	⑤	⑥
		창업컨설팅 서비스 제공으로 사 업 실효성 확보	①	②	③	④	⑤	
		점포지원자에 대한 창업이 성 공적으로 운영되도록 지도하 여 중도포기자 방지	①	②	③	④	⑤	
14	재활스포츠 비용지원 사업	임대지원금 한도액 상향으로 대도시 점포 인대가 곤란했던 문제를 해소하고 원하는 지역 에서 창업할 수 있도록 지원	①	②	③	④	⑤	⑥
		사업에 대한 인지도 향상으로 지원인원 확대	①	②	③	④	⑤	
		재활스포츠를 통한 동통 예방 및 호전	①	②	③	④	⑤	
15	진폐근로자	보호요양시설 건립	①	②	③	④	⑤	⑥
16	생활정착금 대부사업	대부 대상자(장해등급 8~9급) 확대	①	②	③	④	⑤	⑥
		대부한도액 확대	①	②	③	④	⑤	
		신용보증 시행 후 신용대부 실 행	①	②	③	④	⑤	
17	대학학자금	대부사업	①	②	③	④	⑤	⑥
<재활사업 인프라 구축>								
18	산재근로자	재활정보관리 시스템 구축	①	②	③	④	⑤	⑥
19	재활인력 확충 및 현장서비스	재활사업에 대한 조직 개편	①	②	③	④	⑤	⑥
		재활상담원 확충	①	②	③	④	⑤	
		특수 전문직 인력 확충	①	②	③	④	⑤	
20	재활사업	평가시스템 구축 및 활용	①	②	③	④	⑤	⑥

