

【제4주제】

산재보험 재할 · 복지 체계화 방안

윤 조 덕(한국노동연구원 선임연구위원)

윤 순 녕(서울대학교 교수)

김 희 결(경원전문대학 교수)

김 상 호(관동대학교 교수)

박 수 경(대진대학교 교수)

목 차

제1장 재활사업 현황	227
제2장 사업장에서의 응급구조·처치 시스템 구축	238
제3장 기존 산재병원 기능특화방안	247
제4장 재활사업에 있어서 보험시설과 민간시설·기관 등 관련기관의 연계체계 구축방안	284
제5장 산재보험 직업재활훈련 효율성 제고 방안	294
제6장 산재근로자 직장복귀지원금제도 활성화방안 연구	311
제7장 산재근로자의 직장복귀 제고방안 -사업장내 보건관리자 활용방안-	318
제8장 요양결정 장기소요 근로자 생활안정화 방안	330
제9장 산재근로자 복지사업 및 사회재활사업 활성화 방안	336
제10장 재활상담 체계화	344
제11장 요약 및 정책제언	357
참고문헌	360

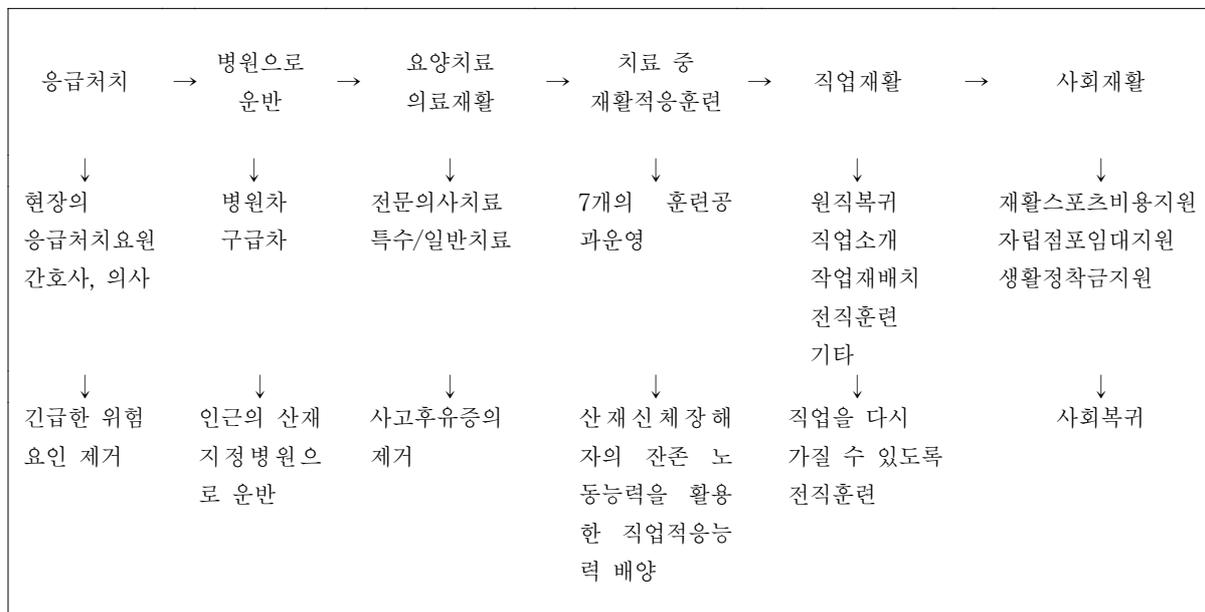
제1장 재활사업 현황1)

제1절 재활사업 체계, 내용 및 지출비용

1. 재활사업체계

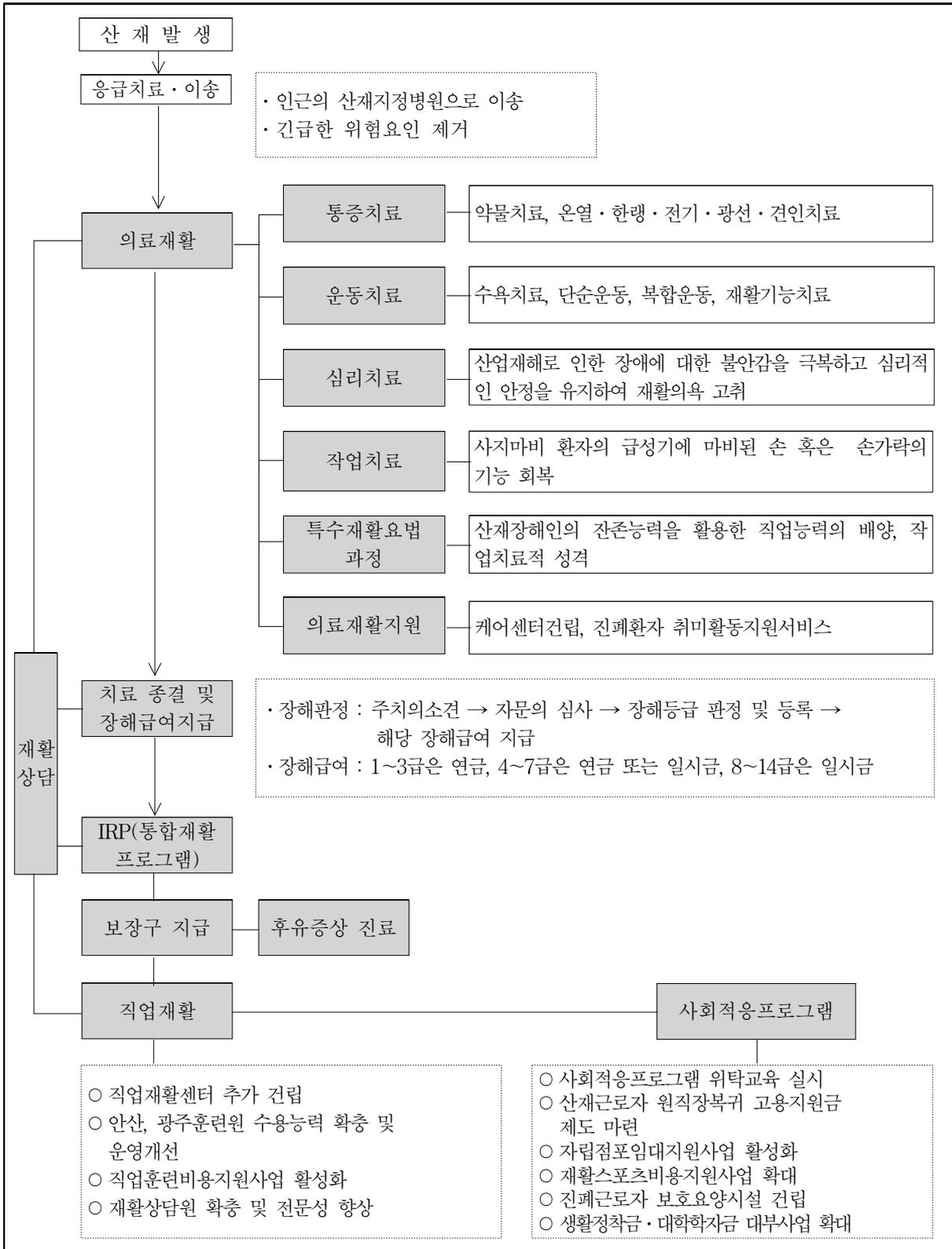
- 사업장에서 업무에 종사중 사고를 당한 피재근로자는 현장에서 응급처치를 받은 후 인근의 산재지정병원으로 운반되며 이후의 치료 및 재활과정은 [그림 1-1], [그림 1-2]와 같음.

[그림 1-1] 우리나라 산재보험의 재활시스템



1) 제1장(재활사업 현황)은 윤조덕이 작성하였음

[그림 1-2] 산재보험재활사업의 흐름



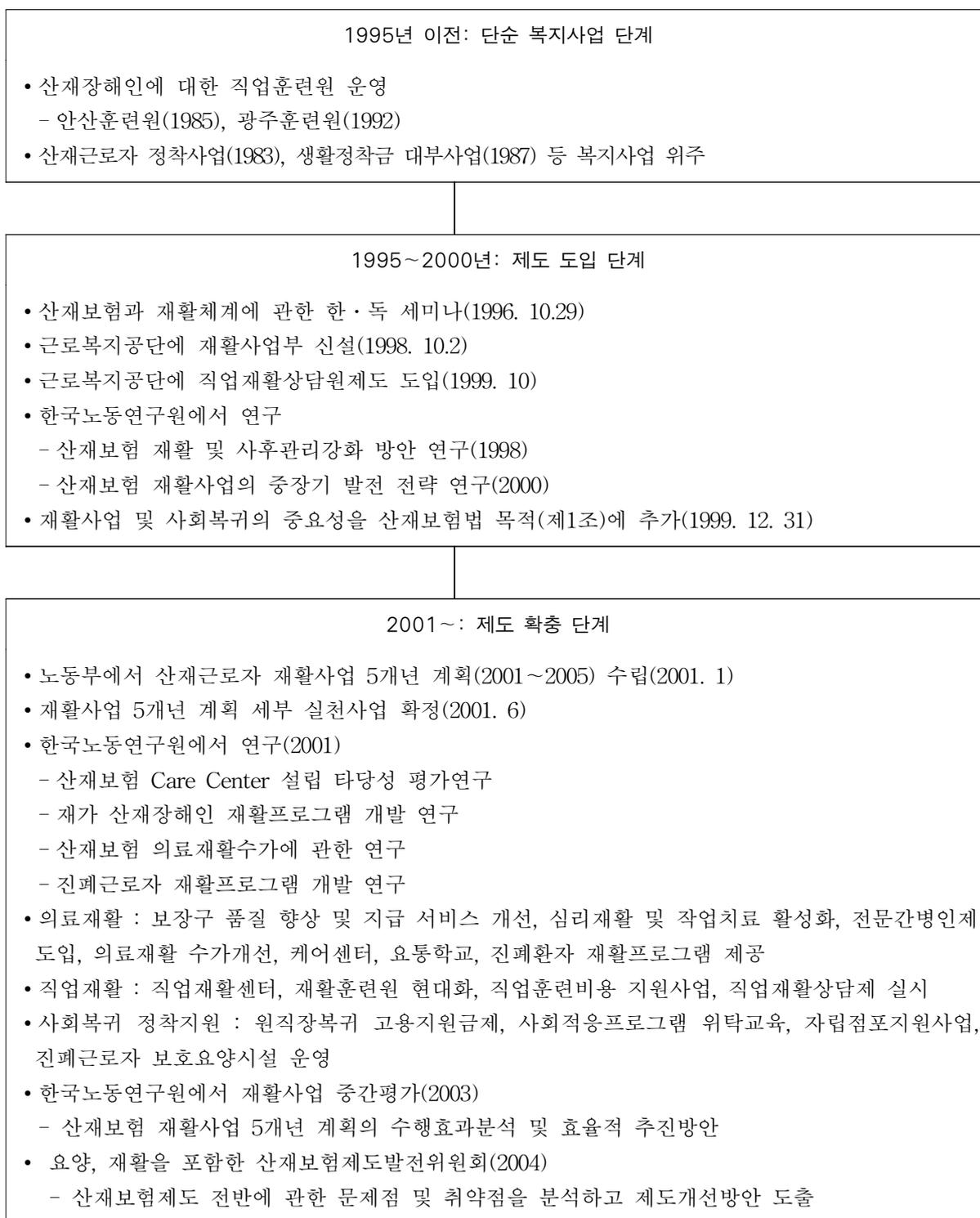
자료: 노동부, 『재활사업 5개년 계획 세부실천사업』, 2001. 6, 14쪽.

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 이후 부터임.
- 그 이전까지는 재활사업을 단순복지 사업 및 제도도입을 위한 준비단계이었다. 2000년도에 한국노동연구원에서 재활사업 중장기 발전전략 연구(윤조덕외, 2000)를 수행하여, 이를 토대로 2001년도에 정부(노동부)에서 재활사업 5개년 계획을 수립하여 시행을 하게 되었음(그림 1-3 참조).
 - 재활사업 5개년 계획(2001~2005)은 크게 4개 영역에 8개 사업부문 27개 세부사업으로 구성되어 있다(표 1-1 참조). 첫 번째, 의료재활선진화영역은 의료재활지원사업 및 시설확충 등 3개 사업 부문에 11개 세부사업이 있음.
 - 두 번째, 직업재활내실화영역은 직업재활시설 건립 및 직업훈련 활성화사업 등 2개 사업부문에 4개 세부사업이 있음.
 - 세 번째, 사회복귀정착지원영역은 사회적응프로그램 운영 및 취업·창업제고 등 2개 사업부문에 7개 세부사업이 있음.
 - 네 번째, 재활사업인프라구축영역은 5개 세부사업이 있음.
- 이와 같은 27개 세부사업의 진행을 통하여 재활사업이 자리매김을 하고 있으며 2004년 6월부터 ‘산재보험제도발전위원회’를 통하여 문제점 및 취약점을 분석하고 정책개선 대상과 방안을 모색중임.²⁾

2) 2003년에는 한국노동연구원을 중심으로 재활사업의 수행효과성에 대한 평가가 있었다. 2004년에는 산재보험제도 전반에 대한 문제점·취약점을 분석하고 선진화된 산재보험제도 구축을 위하여 노동부에서는 산재보험제도 발전위원회를 구성되어 활동하고 있다. 이 위원회에는 재정·요율분과, 요양·보상분과 그리고 재활·복지분과의 3개 분과가 20여개의 연구과제를 중심으로 문제점·취약점을 분석하고 정책개선방안을 모색하고 있다.

[그림 1-3] 산재보험 재활사업발전 과정



자료: 윤조덕, 『산재보험 요양·재활서비스 선진화방안에 관한 한·독세미나』, 한국노동연구원, 2004. 11.2, 22쪽.

〈표 1-1〉 재활사업 5개년 계획(2001~2005) 주요 내용(8개 사업, 27개 단위사업)

	사업명	단위사업	주관부서
의료 재활 선진 화	1. 의료재활 지원 사업 및 시설 확충	1-1 심리재활 및 작업치료 활성화	인천중앙병원
		1-2 요통학교 운영	공단 재활사업부, 인천중앙병원
		1-3 산재환자 간병인 제도 개선	공단 보상부
		1-4 진폐환자에게 적합한 프로그램 모델 개발	한국노동연구원
		1-5 진폐환자 취미활동지원서비스 개선·보완	공단 재활사업부
		1-6 중증장애인을 위한 케어센터 건립	산재의료관리원
	2. 보장구 지급 서비스 개선 및 재활공학 연구센터 기능활성화	2-1 산재 장애인 보장구 지급제도 개선	공단 재활사업부
		2-2 보장구 관련 급여품목 확대 및 현실화	공단 보상부
		2-3 재활공학연구센터 기능 확대	재활공학연구센터
	3. 재활관련 수가 개선	3-1 산재환자 중심의 의료재활수가 개선	공단 보상부, 한국노동연구원
		3-2 후유증상 진료범위 확대	공단 재활사업부
직업 재활 내실 화	4. 직업재활시설 건립 및 직업 재활훈련 활성화	4-1 직업재활센터 건립	공단 재활사업부
		4-2 안산, 광주 훈련원 수용능력 확충 및 운영 개선	
		4-3 직업훈련비용지원사업 활성화	
	5. 직업 재활 상 담제 확대운영	5-1 재활상담원 확충 및 전문성 향상	공단 재활사업부
		6. 사회적응프로 그램 운영 및 취업·창업 제고	6-1 산재근로자 원직장 복귀 지원제도 마련
6-2 사회적응프로그램 위탁교육 실시			
6-3 자립점포임대지원사업 활성화			
6-4 재활스포츠 비용지원사업 확대			
사회 복귀 정착 지원	7. 산재근로자 생활안정 지원 사업 확대	7-1 진폐근로자 보호요양시설 건립	공단 복지계획부
		7-2 생활정착금 대부사업 확대	공단 복지진흥부
		7-3 대학학자금 대부사업 확대	
8. 재활사업 인프라 구축		8-1 산재근로자 재활정보관리 시스템 구축	공단재활사업부
		8-2 재활인력 확충 및 현장 서비스 강화	한국노동연구원
		8-3 재활 조사연구사업 추진	공단 재활사업부
		8-4 재활사업 국제협력 강화	노동부
		8-5 재활사업 평가시스템 마련	

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

3. 재활사업에 대한 평가

- 현재 진행 중인 재활사업 프로그램 각각에 대한 기관장(근로복지공단 지역본부장, 지사장 및 직업재활훈련원장)의 평가 정도를 알아보기 위해 본 연구에서는 재활사업을 의료재활 선진화, 직업재활 내실화, 사회복지 정착지원, 재활사업 인프라 구축을 기본으로 한 4부문의 20개 세부사업으로 분류하여 총점 5점을 기준으로 측정하였음.³⁾
- 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 조사되었음(표 1-3 참조).
- 직업재활 내실화에서는 광주훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램이 3.38점으로 가장 높았고, 다음은 안산훈련원에서 제공하는 재활 관련 공과 및 프로그램 3.28점, 직업훈련 비용지원사업 3.08점, 재활상담원 확충 및 전문성 3.05점, 직업재활센터 건립 2.85점으로 나타났음.
- 사회복지 정착지원에서는 대학학자금 대부사업이 4.09점으로 가장 높았고, 다음은 생활정착금 대부사업 3.37점, 진폐근로자 보호요양시설 건립 3.30점, 재활스포츠 비용지원사업 3.21점, 자립점포임대 지원사업 3.14점, 사회적응 프로그램 위탁교육 2.67점, 산재근로자 원직장복귀지원제도 2.58점으로 나타났음.
- 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 조사되었음.

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

〈표 1-3〉 재활사업 전반에 대한 기관장 의견

(단위: 점, 지역)

문항		평균 (표준편차)	최소값	최대값	해당사업 모름총계	서울	강원	부산 경남	대구 경북	인천 경기	광주 전라	대전 충청	훈련원
의료 재활 선진 화	요동학교 운영 (n=34)	2.56 (0.82)	1.00	4.00	14	1	2	2	2	1	2	2	2
	산재환자 간병인제도 (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	1	2
	산재근로자 보장구 지급제도 (n=44)	3.41 (0.67)	1.67	4.33	4	1	-	1	-	-	-	1	1
	보장구 관련 급여품목 (n=43)	3.14 (0.73)	1.33	4.00	5	2	-	1	-	-	-	1	1
직업 재활 내실 화	직업재활센터 건립 (n=41)	2.85 (1.04)	1.00	5.00	7	-	2	2	1	1	-	1	-
	안산훈련원에서 제공하는 재활 관련 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	-	-	-	-	-
	직업훈련 비용지원사업 (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 복 귀 정 착 지 원	산재근로자 워킹장복귀지원제도 (n=45)	2.58 (0.87)	1.00	5.00	3	-	-	-	1	1	-	-	1
	사회적응 프로그램 위탁교육 (n=41)	2.67 (0.74)	1.00	4.00	7	-	1	1	1	2	-	2	-
	자립점포임대 지원사업 (n=48)	3.14 (0.69)	1.50	5.00	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	재활스포츠 비용지원사업 (n=47)	3.21 (0.73)	1.33	4.67	1	-	-	1	-	-	-	-	-
	진폐근로자 보호요양시설 건립 (n=33)	3.30 (0.77)	2.00	5.00	15	1	2	5	1	2	1	2	1
	생활정착금 대부사업 (n=47)*	3.37 (0.56)	2.00	4.33	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	대학학자금 대부사업 (n=46)	4.09 (0.81)	2.00	5.00	2	-	1	-	-	-	1	-	-
	재활 사 업 인 프라 구 축	산재근로자 재활정보관리 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 평가시스템 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

4. 우선적으로 보완해야 할 재활사업

- 전체(1-3순위)를 가중치 없이 다중응답 전체 빈도(144건)로 보았을 때, 재활인력 확충 및 현장서비스가 18.8%(27건)로 가장 높았고, 산재근로자 원직장복귀지원제도와 재활상담원 확충 및 전문성이 각각 13.2%(19건), 산재근로자 재활정보관리 시스템 9.7%(14건) 순으로 나타났음(표 1-4 참조).

〈표 1-4〉 기관장이 본 효율적인 재활사업을 위해 보완해야 할 사업

(단위: 명, 건, %)

보완해야 할 재활사업	1순위	2순위	3순위	전 체1)
산재환자 간병인 제도	1(2.1)	-	1(2.1)	2(1.4)
진폐환자 취미활동 지원서비스	-	-	1(2.1)	1(0.7)
산재근로자 보장구 지급 제도	-	-	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)
후유 증상 진료 범위	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)
직업훈련비용 지원사업	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)
사회적응 프로그램 위탁교육	-	3(6.3)	4(8.3)	7(4.9)
자립점포임대 지원사업	-	2(4.2)	4(8.3)	6(4.2)
재활스포츠비용 지원사업	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)
계	48(100.0)	48(100.0)	48(100.0)	144(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총 응답건수 144건

5. 재활사업 비용 지출

- 2003년도의 경우 의료재활(요양)에 산재보험지출총액(3조 298여억원)의 23.42%(7,059여억원)을 지출하였음.
- 직업재활에 직업훈련비용지원에 57여억원 그리고 안산과 광주의 직업재활원 훈련생 및 운영을 위하여 27여억원 총 85여억원을 지출하였음. 이는 산재보험 지출총액의 0.28%임.
- 참고로 독일 산업부문 산재보험에서는 2003년도에 직업재활 비용으로 지출총액의 2.6%를 지출하였음(표 1-7 참조)

6. 정책개선방향

- 재활사업비용항목과 관련하여 요양급여 이외에 직업재활 등에 관한 별도 항목이 없음.
 - 이는 산재보험법에 관련 규정이 명시되어 있지 않음에서 기인하며, 재활관련 사업과 비용에 관한 사항을 산재보험법에 규정함이 필요하다고 사료됨.
- 현재 진행중에 있는 산재근로자 재활사업 5개년 계획(2001~2005) 사업중 미진한 사업들(예를 들어 5점기준 평가에서 3점이하 사업(표 1-3 참조)에 대한 효율적 추진방안 또는 사업의 존속여부에 대한 검토가 필요하다고 사료됨
 - 특히 우선적으로 보완해야할 사업들 ‘재활인력 확충 및 현장서비스 강화’, ‘재활상담원 확충 및 전문성 제고’, 그리고 ‘산재근로자 원직장복귀지원제도’에 대한 집중적인 보완이 필요함(표 1-4 참조).

〈표 1-5〉 산재보험 지출 현황(2003)

(단위: 백만원, %)

구 분	2003
총 계	3,029,809(100.0)
보험급여	2,481,814(81.91)
· 요양급여	709,578(23.42)
· 휴업급여	819,681(26.05)
· 장해급여	626,222(20.67)
· 유족급여	192,583(6.36)
· 상병연금	105,337(3.48)
· 장의비	22,678(0.75)
· 간병급여	5,735(0.19)
반환금	52,858(1.74)
복지공단출연금	186,009(6.14)
안전공단출연금	142,846(4.71)
연구원출연금	1,162(0.04)
공단직원 및 청사임차용자금	7,734(0.25)
산재근로자자녀용자금	21,667(0.72)
산재예방시설용자금	62,699(2.07)
산재보험시설비	372(0.01)
산재보험기금관리비	617(0.02)
산재예방관리비	1,834(0.06)
산재예방진산관리	834(0.03)
연구개발비	217(0.01)
산재심사위원회운영	67(0.07)
지출잔액	69,079(2.28)

자료: 노동부, 『산재보험사업연보 2002』, 2004.

〈표 1-8〉 산재근로자 재활사업 실적

(단위: 백만원, %)

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

〈표 1-7〉 독일산업부문 산재보험의 지출추이(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 (20.3%)	2,830,537,406 (21.5%)	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	13,245,565	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
소계		599,357,187	851,596,331	667,357,384	669,821,213	658,601,413
휴업급여	470	547,348,968 (6.0%)	705,589,868 (5.4%)	530,644,427 (5.1%)	559,164,279 (5.2%)	504,104,457 (4.7%)
특별지원	475	595,953	810,808	501,793	526,529	479,947
소계		547,944,921 (6.0%)	706,400,676 (5.4%)	531,146,220	559,690,808	504,584,404
개호	480	3,469,457	13,693,934	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	14,962,551	15,001,215
그 외의 치료비용	483	296,411	440,166	1,443,712	1,435,978	1,273,442
휴업급여기간 중 사회보험료	484	93,728,993 (1.0%)	149,559,878 (1.1%)	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
생활비보조 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	1,553	1,362
소계		213,753,270	365,325,243	439,609,817	461,591,851	461,011,406
의료재활 총계		1,744,222,571 (19.0%)	2,546,907,659 (19.4%)	2,312,234,498 (22.3%)	2,381,411,936 (22.2%)	2,310,372,647 (21.8%)
II. 직업재활						
직업훈련관련비용	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
전환급여 기간 중 사회보험료	494	18,474,701	39,759,186	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
생활비보조	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 (1.4%)	283,627,870 (2.1%)	236,354,639 (2.3%)	260,002,421 (2.4%)	274,455,496 (2.6%)
현금보상	50-58	5,089,066,394 (55.4%)	6,366,972,343 (48.4%)	4,900,782,418 (47.3%)	4,978,705,088 (46.5%)	5,025,184,483 (46.9%)
관리비	70-75	609,843,288 (6.6%)	1,020,171,568 (7.8%)	956,847,108 (9.2%)	992,044,267 (9.3%)	1,039,619,619 (9.8%)
소송관련 비용	76-79	73,549,334 (0.8%)	106,657,699 (0.8%)	74,827,138 (0.7%)	83,475,846 (0.8%)	81,990,340 (0.8%)
운영자금 및 준비금	60-69	1,227,040,533 (13.4%)	2,212,050,390 (16.8%)	1,215,096,822 (11.7%)	1,317,411,040 (12.3%)	1,157,983,950 (10.9%)
합계		9,184,147,786 (100.0%)	13,156,455,036 (100.0%)	10,362,688,872 (100.0%)	10,710,590,330 (100%)	10,617,752,761 (100.0%)

자료: HVBG, *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften* 2003, 2004.8, 47쪽, 55쪽.

제2장 사업장에서의 응급구조·처치 시스템 구축4)

제1절 법적근거

- 사업장에서의 응급구조·처치에 관한 업무는 사업장 보건관리자의 업무로서 ‘응급을 요하는 자에 대한 응급처치’를 산업안전보건법 시행령 제17조(보건관리자의 직무 등) 제1항 제6호 나항에 명시하고 있음. 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 있음.
- 그러나 사업장 전임보건관리자는 상시근로자 300인 이상인 사업장에 두도록 명시하고 있어(산업안전보건법 시행령 제16조), 300인 미만의 영세·중소사업장의 응급처치에 한계가 있음. 또한 응급구조·처치요원의 조직 및 교육에 관한 명문화된 규정이 법령에 명시되어 있지 않음.

4) 제2장(사업장에서의 응급구조·처치시스템 구축)은 윤조덕이 작성하였음.

제2절 실태조사

1. 조사목적

- 본 조사는 사업장의 사고발생 직후 응급구조 처치 및 이송에 대한 실태조사를 통해 사업장 내 응급구조 시스템 보완을 위한 방안을 정책 제안하는데 그 목적이 있음.

2. 조사대상, 조사시기, 조사방법

- 본 조사의 대상자는 한국노동조합총연맹 산하 25개 노련⁵⁾에 소속된 노동조합의 산업 안전보건 관계자를 대상으로 설문조사를 실시하였음.
- 조사시기는 2004년 11월 1일부터 12월 3일까지 우편설문조사를 통하여 이루어졌음.
- 본 조사는 자기기입식 설문지를 기본으로 이루어졌으며, 조사내용은 대상자 및 대상 사업장의 일반적 특징을 비롯해 사업장 응급처치 및 구조, 직장복귀에 관한 사항 등으로 구성되어 있음.

제2절 설문 분석

1. 일반적 특성

- 응답자(392명)의 노동조합 내 직위는 대표급이 38.0%(149명)로 가장 많았고, 다음은 노동조합 간부 26.3%(103명), 사무국장 25.2%(99명) 순으로 나타났음(<표

5) 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

2-1> 참조).

〈표 2-1〉 대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

문항	구분	빈도(%)
성별 (n=452)	남자	435(96.2)
	여자	17(3.8)
연령 (n=446)	29세 이하	12(2.7)
	30세 이상~39세 이하	158(35.4)
	40세 이상~49세 이하	199(44.6)
	50세 이상~59세 이하	73(16.4)
	60세 이상	4(0.9)
	평균	만 42.13세
근속연수 (n=443)	1개월 이상~60개월 이하	38(8.6)
	61개월 이상~120개월 이하	112(25.3)
	121개월 이상~180개월 이하	117(26.4)
	181개월 이상~240개월 이하	102(23.0)
	241개월 이상	74(16.7)
	평균	164.29개월
노동조합 내 직위 (n=392)	대표급1)	149(38.0)
	부대표급2)	21(5.4)
	사무국장3)	99(25.2)
	노동조합 간부4)	103(26.3)
	조합원5)	20(5.1)

주: 1) 대표급(위원장, 지부장, 분회장, 조합장 포함)

2) 부대표급(부위원장, 부지부장 포함)

3) 사무국장(사무장, 사무처장 포함)

4) 노동조합 간부(연맹국장, 복지부장, 총무부장, 산업안전국장, 대의원, 명예산업 안전감독관 등 노동조합의 간부 포함)

5) 조합원(사원, 연락원 포함)

○ 소속 노련은 대상 사업장(466개소) 중 금속노련이 29.0%(135개소)로 가장 많았고, 다음은 화학노련 25.5%(119개소), 자동차노련 12.2%(57개소) 순으로 나타났음.

- 지역은 응답 사업장(466개소)의 26.8%(125개소)가 경기·인천으로 가장 많았고, 다음은 충청·대전 22.1%(103개소), 경남·부산 17.0%(79개소) 순으로 나타났다.
- 업종은 응답 사업장(462개소)의 64.9%(300개소)가 제조업으로 가장 많았고, 다음은 서비스업 18.6%(86개소), 운수창고 및 통신업 7.6%(35개소) 순으로 나타났다.
- 근로자 수는 응답 사업장(466개소)의 42.5%(198개소)가 100인 이상~299인 이하로 가장 많았고, 다음은 50인 이상~99인 이하 17.8%(83개소), 300인 이상~499인 이하 13.5%(63개소) 49인 이하(8.2%), 500인 이상 999인 이하(7.7%), 1,000인 이상 1,999인 이하(6.9%), 2,000인 이상(3.4%)의 순으로 나타났다.

2. 사업장 응급처치 및 구조

가. 응급처치

- 사업장에서 근로자가 업무 중 사고를 당했을 경우, 응급처치를 하는 자에 대해 응답자(455명)의 53.8%(245명)가 사고 당시 근처 동료 근로자로 가장 많았고, 다음은 119 응급구조요원 25.9%(118명), 보건관리자 또는 산업보건의 응급처치 11.6%(53명) 순으로 나타났다(<표 2-2> 참조).
- 한편, 근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치를 하는 경우는 응답자(455명)의 4.8%(22명)가 응답하였고, 이들을 대상으로 응급구조요원 현황에 대해 설문한 결과, 응급구조요원의 총 인원은 평균 6.4명⁶⁾, 교육시간은 년 9.8시간⁷⁾으로 조사되었음.

6) 표준편차 5.62

7) 표준편차 5.20

〈표 2-2〉 사업장 내 응급처치

(단위: 명, %)

문 항	구 분	빈도(%)	문 항	빈 도(%)	
사업장 내 응급처치 (n=455)	119 응급구조요원	118(25.9)			
	사고 당시 근처 동료 근로자가 응급처치	245(53.8)			
	근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 응급처치	22(4.8)	응급 구조 요원 현황	총 인원 (n=18) 교육시간 (n=13)	평균 6.4명 년 평균 9.8시간
	보건관리자 또는 산업보건의가 응급처치	53(11.6)			
기타	17(3.7)				

○ 시사점

- 동료 근로자의 응급처치 교육이 중요함.
- 외부 119 응급구조요원이 사고현장에 얼마나 빨리 도착하는가가 중요함.
- 보건관리자, 산업보건의의 역할이 미비함 → 역할 제고 방안 마련 필요

나. 응급이송

- 산업재해가 발생한 경우, 산재근로자를 병원으로 이송하는 방법은 응답자(454명)의 50.4%(229명)가 일반 승용차로 이송이 가장 많았고, 다음은 119 응급구조차로 이송32.6%(148명), 회사 전용 응급구급차로 이송 11.7%(53명) 순으로 나타났음(<표 2-3> 참조).

〈표 2-3〉 산업재해 발생 시, 병원이송 방법

(단위: 명, %)

문 항	구 분	빈 도(%)
산업재해가 발생한 경우, 산재근로자의 병원이송 (n=454)	일반 승용차로 이송	229(50.4)
	회사 전용 응급구급차로 이송	53(11.7)
	119 응급구조차로 이송	148(32.6)
	병원 구급차로 이송	24(5.3)

○ 시사점

- 일반 승용차로 이송시, 응급환자의 긴급치료 불가
→ 부상 정도 심화 → 치료기간 증가, 장애 정도 증가, 긴급한 경우 사망에 이침.
- 외부 119 응급구조차 내의 응급진료 의료진 배치여부가 중요함.
- 병원 구급차의 사업장 사고 현장 접근도가 매우 취약 → 접근도 제고 방안 강구 필요.

다. 의료실

- 사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 유무는 응답 사업장(441개소)의 30.2%(133개소)가 설치되어 있다라고 응답하였음(<표 2-4> 참조).
- 또한 이들을 대상으로 의료실 현황에 대해 설문한 결과, 의사(응답 15개소) 평균 1.20명⁸⁾, 간호사(응답 86개소) 평균 1.36명⁹⁾, 기타(응답 16개소) 평균 1.56명¹⁰⁾, 침상 수(응답 93개소) 평균 2.42침상¹¹⁾, 면적(응답 76개소) 평균 10.18평¹²⁾, 연간 이용인원(응답 37개소) 160.95명¹³⁾으로 응답하였음.
- 또한 의료실 수준에 대해 응답 사업장(106개소)의 33.0%(35명)가 보통이다로 가장 많았고, 다음은 약간 미흡하다 31.1%(33개소), 매우 미흡하다 17.9%(19개소)순으로 나타났다.

8) 표준편차 0.41

9) 표준편차 0.93

10) 표준편차 1.26

11) 표준편차 2.20

12) 표준편차 9.51

13) 표준편차 420.95

〈표 2-4〉 사업장 내 의료실 현황

(단위: 개소, 명, %)

문항	구분	빈도(%)	문항	빈도(%)
사업장 내 근로자의 응급상황을 대비한 의료실 현황 (n=441)	설치되어 있다	133(30.2)	의료실 현황	의사(n=15) 평균 1.20명 간호사(n=86) 평균 1.36명 기타(n=16) 평균 1.56명 침상 수(n=93) 평균 2.42침상 면적(n=76) 평균 10.18평 연간 이용인원 (n=37) 평균 160.95명
			의료실 수준	매우 미흡하다 19(17.9) 약간 미흡하다 33(31.1) 보통이다 35(33.0) 대체로 적당하다 15(14.2) 매우 적당하다 4(3.8)
	설치되어 있지 않다	308(69.8)	합 계	106(100.0)

○ 시사점

- 의료실 미설치 사업장에서 사고 발생 시, 응급치료 불가 → 부상 정도 심화
→ 치료기간 증가, 장애 정도 증가, 긴급한 경우 사망에 이침.
- 의료실 수준이 보통 또는 보통 이하가 82.1%로 의료실 면적, 인력 등의 보완 또는 수준 향상이 필요함.

라. 응급구조 시스템

- 산재근로자를 응급처치 하거나 병원으로 산재근로자를 이송하는 등의 사업장 내 응급구조 시스템 필요 여부는 응답자(459명)의 81.3%(373명)가 필요하다고 응답하였고, 필요하지 않다 13.1%(60명), 잘 모름 5.7%(26명)로 나타났음(〈표 2-5〉 참조).

- 한편, 사업장 내 응급구조 시스템이 필요하지 않은 이유는 응답자(43명)의 37.2% (16명)가 사업장 내 산업재해가 거의 발생하지 않음이 가장 많았고, 다음은 사업장 특성상(택시, 버스 등 운송업) 20.9%(9명), 사업장이 전국에 있음 14.0%(6명) 순으로 나타났음.

〈표 2-5〉 사업장 내 응급구조 시스템

(단위: 명, %)

문항	구분	빈도(%)	문항	빈도(%)	
산재근로자를 응급처치하거나 병원으로 산재근로자를 이송하는 등의 사업장 내 응급구조 시스템 필요 여부 (n=459)	필요하다	373(81.3)			
	필요하지 않다	60(13.0)	이유	사업장 내 산재 거의 발생하지 않음	16(37.2)
				사업장 특성상(택시, 버스 등 운수업)	9(20.9)
				사업장이 전국에 있음	6(14.0)
				사업장 및 주변에 병원이 있음	3(7.0)
				119가 보다 효과적임	3(7.0)
				응급시스템의 절차가 더 복잡함	2(4.7)
				기타	4(9.3)
	합	계	43(100.0)		
잘 모름	26(5.7)				

○ 시사점

- 사업장 내 응급구조 시스템의 필요성을 인식하지 못하는 응답이 18.7%(86개소)
- 제조업 사업장 내 응급구조 시스템의 필요성을 인식하지 못하는 응답이 9.5%(28개소)
 - 응급구조 시스템을 사업장 특성에 맞게 설치 또는 외부의 의료기관 간의 긴급연계 시스템의 구축이 필요함.

제3절 정책개선방안

- 산업안전보건법령에 사업장 규모에 관계없이 모든 사업장에 대하여 응급처치시스템의 조직 및 교육 등에 관한 사항을 명시함이 필요함. 이와 같은 제도보완으로 사고발생 시 즉시 대처로 급작스런 사망재해 예방 및 부상정도 감소 그리고 사업장근로자의 안전의식 제고를 기대할 수 있음.

제3장 기존 산재병원 기능특화방안¹⁴⁾

제1절 배경 및 필요성

1. 필요성

- 기존 산재병원 9개소의 조속한 기능특화 필요성으로서는 다음과 같은 세가지 사항을 들 수 있음.
 - 첫째, 산재환자에 대한 신속하고 전문적인 치료 및 효율적이고 체계적인 의료재활을 통하여 조속한 직업복귀 및 사회복귀를 이룩하는 것임. 이는 산재근로자 본인 및 가족의 삶의 질 향상에 기여함.
 - 둘째, 신속하고 전문적인 치료로 요양기간을 단축하고 장애정도를 감소시킴으로서 기능인력의 보호로 기업의 경쟁력 제고, 나아가 국가의 경쟁력 확보에 기여함.
 - 셋째, 의료시장 국제개방이 몇 년 후로 예정되어 있고 최근 대규모 민영병원들이 개원 및 증축(2005년도 수도권 4,500병상)중임. 이들 병원들은 최신장비와 최상의 전문인력을 갖추고 의료서비스의 선진화와 최적의 의료환경을 가속화시킬 것이며 이는 기존 산재병원들의 시장마저 잠식하게 되므로 기존 산재병원들의 경쟁력 확보가 시급하며 이를 위하여 전문화·집중화가 필요함.

14) 제3장(기존 산재병원 기능특화방안)은 윤조덕이 작성하였음.

2. 산업재해로 인한 장애인 현황

○ 1991년부터 2003년까지 지난 13년 간 산업재해로 인한 총 재해자 수는 1,062,356명임(표 3-1 참조). 이 중 사망자는 32,997명(3.1%)이며, 치료 종결 후 영구 또는 부분적으로 신체적 장애가 남은 산재장해인은 355,517명(33.5%)임. 특히, 노동능력 상실도 100%인 산재장해등급 1~3급은 8,433명(0.79%)으로 이들 대부분이 가정에서 일상생활을 영위하는데 제3자의 도움이 필요함. 노동능력 상실도 50% 이상인 장해등급 4~7급은 38,775명(3.65%)으로 원 직장으로의 복귀가 어려워 전직훈련이 필요함.

- 즉 이들 산재사망자 및 중증재해자는 치료 종결 후 산재보험의 유족연금, 장해연금을 포함한 보험급여 지급뿐만 아니라 전직훈련 및 사회복귀를 위한 추가적인 비용이 소요됨.

〈표 3-1〉 신체장해 등급별 산재장해인 수

(단위: 명, %)

	피보험 근로자수	총 재해자수*)		사망자 수(E)	산재장해인 수(D)				사망 및 재해인수 (F=D+E)	비율 (F/I)
		재해 천인율 (I)	재해 천인율		전 체(D/I) (%)	1~3급 (A)	4~7급 (B)	8~14급 (C)		
1991	7,922,704	128,169	16.2	2,299	29,854(23.3)	638	3,087	26,129	32,153	25.1
1992	7,058,704	107,435	15.2	2,429	33,569(31.9)	756	3,506	29,307	35,998	33.5
1993	6,942,527	90,288	13.0	2,210	29,932(33.2)	825	3,332	25,775	32,142	35.6
1994	7,273,132	85,948	11.8	2,678	29,907(34.8)	1,024	3,624	25,259	32,585	37.9
1995	7,893,727	78,043	9.9	2,662	29,803(38.2)	1,423	3,853	24,527	32,465	41.6
1996	8,156,894	71,548	8.8	2,670	27,394(38.3)	511	2,411	24,472	30,064	42.0
1997	8,236,641	66,770	8.1	2,742	28,854(43.2)	499	2,751	25,604	31,596	47.3
1998	7,582,479	51,514	6.8	2,212	24,759(48.1)	389	2,594	21,776	26,971	52.4
1999	7,441,160	55,405	7.4	2,291	19,591(35.4)	357	2,109	17,125	21,882	39.0
2000	9,485,557	68,976	7.3	2,528	19,784(28.7)	346	2,087	17,351	22,312	32.3
2001	10,581,186	81,434	7.7	2,748	25,360(31.1)	498	2,907	21,955	28,108	34.5
2002	10,571,279	81,911	7.7	2,605	26,354(31.1)	534	3,065	22,755	28,950	35.3
2003	10,599,345	94,924	9.0	2,923	30,356(32.0)	633	3,449	26,274	29,197	30.8
합계		1,062,356	9.7	32,997 (3.1%)	355,517(33.5)	8,433	38,775	307,209	384,432	36.2

주: *) 총재해자수=산업재해+직업병+통근재해

자료: 노동부, 산업재해분석, 각년도.

3. 요양기간의 장기화

- 높은 사망재해의 발생(3.1%)과 산재장해인 발생(33.5%)은 요양기간의 장기화를 의미하며, 이는 치료 중의 요양급여와 휴업급여의 증가, 치료종결 후 사망까지, 그리고 사망 이후에도 계속적인 장해급여, 간병급여, 유족급여 등의 보험급여 지급을 동반함.
- 1999년부터 2003년까지 지난 5년 간 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 있음(표 3-2 참조).
- 이와 같은 피재근로자의 요양 장기화는 재해 당사자 및 가족의 삶의 질 저하와 아울러 치료기간 중의 요양급여 및 휴업급여의 증가를 수반하며 이로 인해 산재보험의 지출 증대와 아울러 사업주의 보험료 부담도 증대되며, 또한 기능노동력의 장기간 노동손실로 기업경쟁력 저하의 한 요인으로 작용함.

〈표 3-3〉 연도별 산재환자의 요양기간

(단위: 명, %)

	6개월 미만	6개월 이상 ~ 2년 미만	2년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상 ~ 10년 미만	10년 이상	전체
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.

4. 보험급여 지급 추이

- 보험급여는 1991년 7,015억원에서 2003년 2조 4,819억원으로 지난 12년간(1991~2003) 1조 7,803억원이 증가하여 연평균 21.1% 증가하였음(표 3-4 참조). 보험급여가 전체

재정지출에서 차지하는 비중은 지난 12년간(1991~2003) 81.8~90.3%를 차지하고 있음.

- 2003년도의 경우 전체보험급여(2,481,814백만원)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 있음.
- 요양급여는 지난 12년간(1991~2003) 년평균 22.0%씩 증가하였으며, 특히 최근 4년간(1999~2003) 년평균 23.8%씩 증가하였음(표 3-5 참조).
- 휴업급여는 지난 12년간(1991~2003) 년평균 22.2%씩 증가하였으며, 특히 최근 4년간(1999~2003) 년평균 35.7%씩 증가하였음(표 3-5 참조).

〈표 3-4〉 산재보험재정 세출 요소별 구성비 현황

(단위 : 백만원, %)

구분	전체 재정지출	재해예방비	보험급여	근로복지공단 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 3-5〉 요양급여 및 휴업급여증가 추이(1991~2003)

(단위 : 억원)

연도	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

제2절 기능특화 대상

- 기존 산재병원의 기능특화 대상은 다음의 네가지로 요약될 수 있음.
 - 첫째, 산재환자 부상 종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료과목 특화
 - 둘째, 직업병 연구 및 직업병전문치료기능 보완 및 신설
 - 셋째, 2차 외래 물리치료 기능 보완 및 신설
 - 넷째, 예방성 보건관리분야 활성화

1. 산재환자 부상종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료과목 특화

가. 사망재해분석

1) 발생형태별 사망재해 추이(2000~2003)

- 지난 4년간(2000~2003) 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%, 낙하비래 3.65%, 협착 2.78%, 화재·폭발 2.65%의 순임 (표 3-6 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%), 낙하비래(3.65%), 협착(2.78%), 화재·폭발(2.65%)의 순임.

2) 상해종류별 사망재해 추이(2000~2003)

- 노동부 연간 보고서 「산업재해분석」에 의하면 지난 4년간(2000~2003) 상해종류별 분석이 이루어진 2,621명의 사망재해자중 골절이 34.99%(917명)으로 가장 많으며, 다음

은 뇌진탕(9.12%), 화상(6.68%), 중독·질식(5.23%), 타박상(삔임)(2.06%), 절상·절단(1.72%)의 순임(표 3-7 참조).

3) 상해부위별 사망재해 추이(2000~2003)

- 노동부 연간 보고서 『산업재해분석』에 의하면, 지난 4년간(2000~2003) 상해부위별 분석이 이루어진 2,621명의 사망재해자중, 두부가 39.95%(1,047명)으로 가장 많으며, 다음은 전신(21.06%), 몸통(8.39%), 등(3.40%), 목(1.34%)의 순임(표 3-8 참조).

4) 사망재해분석 종합

- 이상에서 보는 바와 같이 지난 4년간(2000~2003) 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 필요함.

- 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 3-6〉 발생형태별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

발생형태 \ 년도	2000	2001	2002	2003	계
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)
낙하비래	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(2.78)
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)
과열 ⁴⁾	-	-	0	2(0.07)	2(0.02)
이상온도·기압 접촉	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)
유해화학중독질 식	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)
총계	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', '과열', '빠짐·익사', '광산사고'는 2002년도부터 신설되었음

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

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도

〈표 3-7〉 상해종류별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

상해종류 \ 년도	2000	2001	2002	2003	계
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(삐임)	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)
총계	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 3-8〉 상해부위별 사망재해 추이(2000~2003)

(단위: 명, %)

상해부위 \ 년도	2000	2001	2002	2003	계
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)
총계	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

1) 진료과목

- 산재의료관리원은 일반진료기능을 하는 종합병원급 6개 소, 특수병원 3개 소를 운영하고 있으며, 2003년 총 병상수는 3,566개임. 6개 종합병원은 산재환자 진료와 산업보건사업을 수행하는 동시에 지역공공의료기관으로서 지역주민을 대상으로 종합 진료를 맡고 있음. <표 3-9>에서 보는 바와 같이 인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원은 외과계열 진료기능으로, 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원은 진폐 및 일반내과 진료기능을 표방하고 있음. 특히 안산병원은 수도권 지역 진폐환자의 효율적인 요양관리를 위해 2002년 5월부터 진폐전문병동을 75병상으로 확충 운영하고 있음. 이 외에 3개의 특수병원이 있는데 동해병원 및 정선병원은 진폐 및 내과진료 병원이며, 경기요양병원은 척추 및 마비환자 요양병원으로서 진료기능을 표방하고 있음.
- 특수병원으로 운영되고 있는 동해병원, 정선병원 및 경기요양병원을 제외한 6개 의료기관은 의료법에서 규정한 종합병원¹⁵⁾으로 분류되어 있어 법으로 정하는 진료과목과 이에 해당하는 전문의를 반드시 갖추어야 함.
- 병원별 진료과목을 살펴보면 <표 3-10>에서와 같이 창원병원이 가장 많은 진료과(17개)를 갖추고 있으며, 인천중앙병원 16개 과, 대전중앙병원이 15개 과, 안산중앙병원 13개 과, 정선병원 5개 과, 동해병원 3개 과, 경기요양병원이 1개 과를 갖추고 있음. 종합병원들은 13~17개의 진료과를 갖추고 있는 반면, 특수병원들은 질환의 특수성을 감안하여 1~5개의 진료과만을 갖추고 있음.

15) 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 3-9〉 산재의료관리원 병상수 및 진료기능

(단위: 개)

	병원명	병상수	진료과목	전문 진료기능
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	3,566	95	

주: 1) 복수 진료과는 하나의 진료과목으로 처리.

2) 응급실 포함.

자료: 산재의료관리원 내부자료(2003).

산재의료관리원, 『2003 병원연보』.

〈표 3-10〉 산재의료관리원 진료과목 현황

(단위: 개)

	인천중앙	태백중앙	창원	대전중앙	안산중앙	순천	동해	정선	경기요양	전 체
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(2003.12.)

- 진료과 중 내과, 정형외과, 신경외과, 재활의학과 등은 2~3개의 복수 진료과를 두고 있음. 내과는 경기요양병원을 제외한 8개 병원에 모두 설치되어 있으며, 동해병원과 정선병원을 제외하고는 복수 진료과로 운영되고 있음. 그리고 정형외과는 특수병원을

제외한 6개 병원에, 신경외과는 7개 병원(6개 종합병원, 경기요양병원)에, 재활의학과는 인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원, 순천병원 등 4개 병원에 설치되어 있음. 정형외과와 재활의학과는 의료법에서 규정한 종합병원 필수진료과목은 아니지만 산업재해의 특성을 고려하여 설치되어 있음.

- 이외에도 방사선과와 산업의학과는 경기요양병원을 제외한 8개 병원에 모두 설치되어 있다. 응급실은 6개 종합병원에 모두 설치되어 있고 지역사회 주민의 응급의료를 위해 정선병원에도 설치되어 있음.
- 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 있음.
- 종합병원으로서 반드시 갖추어야 할 전문과목 전문의가 충원되지 않은 진료과목으로서 정신과가 설치되어 있지 않은 병원은 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원이며 임상병리과가 설치되어 있지 않은 병원은 안산중앙병원임.

2) 외과계 진료

- 외과계열의 전문진료기능을 표방하고 있는 인천중앙병원은 0.8%, 창원병원은 5.4%, 대전중앙병원은 10.1%에 불과하여 외과 부문으로서의 역할을 수행한다고 보기는 어려울 것으로 보임(표 3-12 참조).

〈표 3-11〉 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), 『2003 병원연보』.

(2) 주요 진단명

- 산재의료관리원의 입원환자의 특성을 파악하기 위하여 한국표준질병사인분류에 의한 분류기호에 기초하여 병원별 상위 10대 상병명을 분석해 보았음¹⁶⁾. <표 3-12>에서 보는 바와 같이 인천중앙병원의 경우 두개골 및 뇌손상 등에 의한 사지마비와 관련된 합병증 유형, 골절, 화상으로 마비와 관련하여 합병증 치료를 위한 경우가 많았음.
- 창원병원과 대전중앙병원의 경우는 외과계열 진료과를 표방하고 있는 것과 달리 위장 질환, 폐렴, 고혈압, 간질환, 당뇨병 등 내과계질환이 주요 진단명을 차지하였음. 진폐 및 내과계열의 진료기능을 표방하는 안산중앙병원과 순천병원의 경우에도 당뇨병·위장병·폐렴·상기도감염·고혈압 등 내과계 질환이 10대 진단명의 주종을 이루고 있었음. 태백중앙병원과 진폐전문특수병원인 동해병원과 정선병원의 경우 진폐증과 폐렴, 결핵, 폐기종, 만성기관지염, 만성폐쇄성폐질환 등 진폐관련 합병증이 주종을 이루고 있었음. 경기요양병원은 척수손상 전문기능에 따라 척수질환이 90% 이상을 차지

16) 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.

하고 있었음.

〈표 3-12〉 병원별 상위 10대 상병명(2001년 12월31일 재원환자 기준)

순 위	인천중앙	태백중앙	창 원	대전중앙	안산중앙	순 천	동 해	정 선	경기요양
1	기타마비 증후군	진폐증	두부 손상	인격행동 장애	기타 골절	폐렴	위염	진폐증	척추 질환
2	배병증	폐렴	위궤양	당뇨병	당뇨병	당뇨	결핵	결핵 진폐	족관절골절
3	대뇌혈관 질환	기관지염	폐렴	두개 손상	추간관전위	고혈압	결핵관련진폐	폐렴	상완 골절
4	두 개 내손상	장염	복부요추 손상	감염성 위장염	요추 골절	경부 염좌	폐렴	폐쇄성폐 질환	골반 골절
5	골절	두부 손상	고혈압성 질환	경부 손상	폐렴	두부 손상	폐기종	고혈압	고관절골절
6	뇌손상에 의한 정신장애	경부 손상	무릎아래 다리손상	충수염	위장염	머리개방상처	만성기관지염	늑막염	
7	궤양성 육창	고혈압	경부 손상	폐렴	고혈압	관절증	폐쇄성폐질환	당뇨병	
8	염좌·좌상 등	요부 손상	간질환	-	충수염	충수염	진폐증	위장병	
9	호흡기계 질환	다발성좌상	당뇨병	다발성표제 손상	경추 골절	위장염	관절증	심부전	
10	화상	위염	손손상	아래다리골절	대퇴 골절	상기도감염	당뇨병	기관지및 폐암	

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

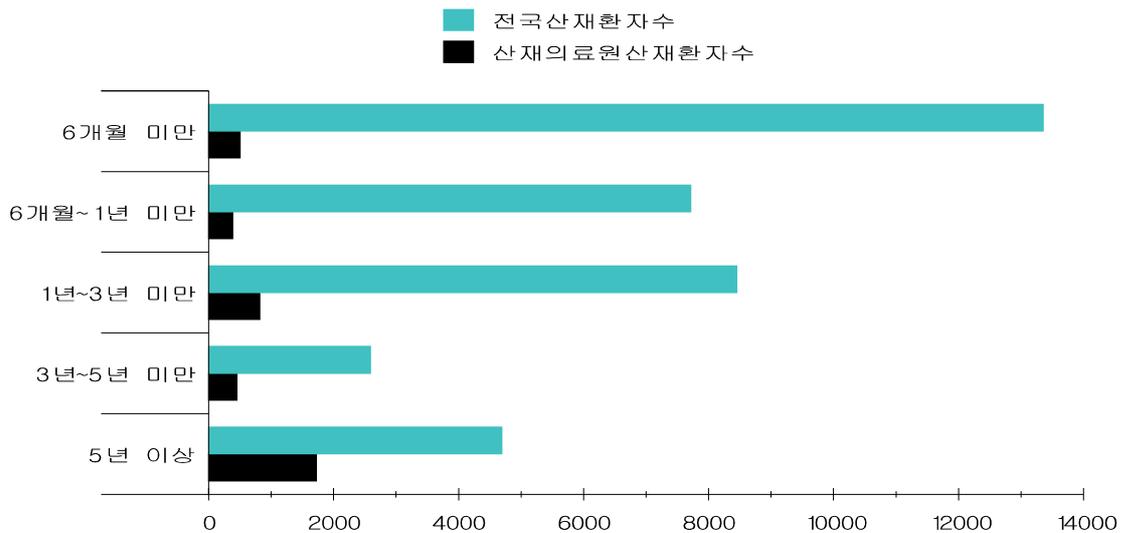
자료: 산재의료관리원 내부자료(2001).

- 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 있음.

(3) 장기요양환자 중심의 진료

- 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 있음 (그림 3-1 참조). 이는 6개월 미만의 급성기치료는 3%대에 불과하며, 요양기간이 길어지는 환자일수록 산재의료관리원에 집중되어 있음.
- 이와 같은 현상은 산재의료관리원이 치료기능을 가진 의료기관으로서의 성격보다는 수용시설로서의 기능을 하고 있음을 보여주고 있음.

[그림 3-1] 전국 산재환자 대비 산재의료관리원 산재환자 요양기간별 현황



자료 : 산재의료관리원 내부자료(2002.2).

〈표 3-13〉 산재병원 및 산재지정병원의 산재입원환자 현황(2003.12.31 현재)

(단위: 명, %)

구 분		합계		요양기간(1년 미만)		요양기간(1년 이상)	
		환자수	점유율	환자수	점유율	환자수	점유율
전국	합계	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 장애 등급 구분(판정) 그리고 위탁진료의료기관 선정 업무까지도 수행(타 의료기관 진료기간: 40일로 제한)

자료: 근로복지공단(2003.12.31 현재)

(4) 기존 산재병원의 진료기능 종합

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

- ① 종합병원 6개 병원(인천중앙병원, 창원병원, 대전중앙병원, 태백중앙병원, 안산중앙병원, 순천병원)은 의료법에 의한 종합병원의 기능중심으로 진료과가 설치되어 있음.
- ② 특수병원 3개 병원(동해병원, 정선병원, 경기요양원)는 진폐환자와 척수마비환자 요양소 기능임.
- ③ 급성기 산재환자 치료기능 보다는 산재환자 장기요양치료기능임.
- ④ 급성기 산재환자 수술치료기능보다는 일반환자 수술치료기능임.

다. 외국(독일) 산재보험 직영 산재전문병원의 진료기능 분석

1) 구조 및 투자비·운영비 조달

- 중대재해 및 복합질병의 치료를 위하여 산재보험조합들은 9개의 산재전문병원과 2개의 직업병 전문병원을 설립했음. 산재보험조합에게는 이들 산재전문병원들이 최상급의 의료기관임. 또한 이들 산재전문병원들은 독일 사고의학의 지속적인 발전을 위하여 중요한 역할을 하고 있으며, 이를 위하여 이들 병원들은 대학병원들과 밀접한 교류를 추구하고 있음(Matthias Witt, 204, 80쪽, 316쪽).

2) 시설규모

- 2002년도에 계획병상 수는 총 4,122병상이며, 의사 수는 모두 1,020명이다. 각각의 산재병원들이 전문화되어 있어서 전문분야별로는 독일에서 가장 최고의 의료수준임. 예를 들면 루드비히스하펜市(Ludwigshafen) 산재병원은 화상치료에 있어 독일 최고의 수준이며, 바드라이헨할市 산재병원은 내과과목 하나만을 전문으로 하고 있음. 참고로 입원환자 수용이 가능한 11개 병원의 전문진료과목별 계획병상 수는 다음과 같음: 외과·정형외과 분야(1,263병상), 척추손상(502병상), 내과(305병상), 특수외과의술(341병상), 수지/성형미세외과(218병상), 급성기후치료(201병상), 신경과(217병상), 신경외과(149병상), 화상(87병상), 비뇨기과(40병상)(표 3-13 참조)(VBGK, 2003, p.12).

3) 전문화 전략

- 산재보험조합의 산재전문병원은 자연히 중상자 치료에 중점을 둠. 따라서 모든 산재전문병원에는 사고외과, 수지/성형미세외과, 척추부상전문과, 중화상전문과 등이 있음(Matthias Witt, 2004, 82쪽)(표 3-15 참조).
- 예로서 산재전문병원의 중화상환자 병상수는 독일 전체병원 중화상환자 병상수(159명상)의 55%(87명상)를 차지하고 있으며 척추부상환자 병상수는 63%(800명상중 502명상)을 차지하고 있음(표 2-14 참조).

〈표 3-13〉 산재병원별 진료과목별 계획병상수(2002)

진료과목 \ 병원	함부르크	보쿰	뒤스부르크	프랑크푸르트	루드비히스하펜	튀빙겐	무어나우	베르린
1. 사고일반외과/정형외과	119	152 ¹⁾²⁾	131	168	171	177	127	128
2. 척추손상	100	64	51	41	25	26	75	60
3. 폐혈증 외과	59	42	36	65	29	48	62	7)
4. 호흡기 및 심장질환	-	50	-	-	-	-	-	-
5. 수지/성형미세외과	34	25	33	36	54	48	26	26
6. 내과	-	161	-	-	-	-	-	72
7. 신경과	40	64 ⁴⁾	-	-	-	-	20	57
8. 2차 입원(BGSW)	66	-	20	-	42	15	40	-
9. 중증치료	11	33 ³⁾	12 ⁸⁾	15	8	11	24	49
10. 신경외과	20	-	-	36	-	-	33	24
11. 일반외과	-	1)	-	-	-	-	-	68
12. 중화상	21	8	6	-	26 ⁹⁾	2	4	12
13. 이비인후과	-	-	-	-	-	-	-	24
14. 비뇨기과	-	-	-	-	-	-	22	18
15. 심장흉부외과	-	25	-	-	-	-	-	-
병상수합계	470	624	289	361	355	327	433	538
병상이용율	94.50	83.05	99.51	89.80	96.60	89.40	96.04	93.07

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 폐혈
 증외과는 사고외과·재생외과클리닉
 8) 감시스테이션 포함 9) 이중 9병상은 중환자실 10) 365일 치료일기
 준

자료: VBKG, 『Gemeinsamer Jahresbericht 2002 der berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Unfallbehandlungsstellen』, 2003년 10월, 11쪽.

〈표 3-14〉 독일의 산재전문병원들의 전문화 전략-중화상환자센터수와 척수부상환자센터에서의 예 -
(단위: 병상수, %)

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

자료: Matthis Witt, 2004, 98쪽, 335쪽.

(3) 의료서비스

- 산재전문병원들의 입원환자수는 2002년도에 총 98,220명이다. 이중 산재환자는 26.67% (26,198명)이고 나머지 73.33%(72,022명)이 건강보험 등 타 보험관장기관 환자임(표 3-3 참조).

〈표 3-15〉 산재병원별 보험 관장기관별 입원환자 사례수(2002)

병원	사례수				계
	법정산재보험		기타 보험관장기관		
	사례수	%	사례수	%	
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
베르린	2,317	12.49	16,241	87.51	18,558
할레	1,925	16.09	10,038	83.91	11,963
바드라이헨할	1,737	100.00	-	-	1,737
팔켄스타인	1,427	97.21	41	2.79	1,468
합계	26,198	26.67	72,022	73.33	98,220

자료: 앞의 <표 2-12>와 같음. 13쪽.

〈표 3-16〉 프랑크푸르트 산재전문병원의 평균입원일수(2001~2002)

(단위: 일)

	2001	2002
1) 폐혈성 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

2) 외래환자수 및 구성비

- 산재전문병원 11개소 및 산재보험직영 외래진료소 3개소의 2002년도 외래환자총수는 248,424명임. 이중 산재보험환자는 24.6%(61,074명)이며 나머지 75.4%는 건강보험 등 타 보험관장기관 환자임(표 3-17 참조).
- 산재보험 외래진료소(3개소)를 제외한 11개 산재병원의 외래환자는 52,964명으로 전체 (240,031명)의 22.1%를 차지하고 있음. 이들 산재전문병원의 산재보험 외래환자총수는 입원환자수(26,198명, 표 3-18 참조)의 2배 정도임.

〈표 3-17〉 산재병원/외래진료소별 보험관장기관별 외래환자수(2002)

병원/외래진료소	계	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
뒤빙겐	19,581	6,884	4,307	256
무어나우	21,828	7,641	4,999	594
베르린	42,060	7,570	25,469	1,430
할레	29,178	6,038	17,201	246
바드라이헨할	16 ¹⁾	-	-	-
팔켄스타인	-	-	-	-
소계	240,031(100%)	52,964(22.1%)	89,237	11,054
외래진료소 베르린	3,403	3,376	27	214
외래진료소 브레멘 I	2,270	2,150	96	133
외래진료소 브레멘 II	2,720	2,584	127	115
소계	8,393	8,110	250	462
합계	248,424(100%)	61,074(24.6%)	89,487	11,516

주: 1) 매 2주마다 기후요법.

〈표 3-18〉 산재병원별 입원수술(2002)

병 원	수술건수
함부르크	8,181
보쿰	9,200
뒤스부르크	6,287
프랑크푸르트	8,300
루드비히스하펜	13,924
뒤빙겐	11,224
무어나우	10,808
베르린	14,977 ¹⁾
할레	9,054
합계	91,955

주: 1) 이중 2,520건의 왼쪽심장카테테르측정점.

라. 비교를 통한 정책개선방향

(1) 현황 분석 종합

- 앞의 한국의 사망재해 분석에서 보는 바와 같이 직업성 질병(직업병)으로 인한 사망 재해자를 제외한 급성기 산재환자 사망의 경우, 다음의 경우에 대한 전문적 치료기능의 보완이 시급함.
 - 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 같은 네가지로 요약됨.
 - 첫째, 종합병원 6개 병원은 의료법에 의한 종합병원 기능 중심으로 진료과가 설치되어 있음.
 - 둘째, 특수병원 3개 병원은 진폐와 척수마비환자 요양소기능임.
 - 셋째, 급성기 산재환자 치료기능보다는 산재환자 장기요양기능임.
 - 넷째, 급성기 산재환자 수술기능보다는 일반환자 수술기능임.

- 독일 산재보험조합 직영 산재전문병원의 전문화 전략에서는 산재중환자치료에 중점을 두고 있으며, 특히 사고외과, 수지/미세접합외과, 척수부상전문과 그리고 중화상 전문과의 4대 진료과목을 각각의 산재전문병원의 필수 전문화분야로 두고 있음.

(2) 정책개선 방향

- 이상의 한국상황의 분석과 선진외국(독일)사례를 통하여 현재의 한국 기존 산재병원(산재의료관리원)의 급성기 산재환자(중환자)의 신속·전문적 치료를 위하여 다음 분

야의 기능특화가 시급히 이루어져야 할 것임.

- 첫째, 사고외과전문센터
- 둘째, 척수부상전문센터
- 셋째, 중화상 전문센터
- 넷째, 중독·질식전문센터

2. 직업병 연구 및 직업병 전문 치료기능 보완 및 신설

가. 직업병 발생 현황

(1) 업무상 질병 재해율 추이

- 지난 13년간(1990~2003) 업무상 질병 재해율은 1994년 최저점(0.015%)이었으며, 이후 증가추세에 있음(표 3-19 참조). 또한 전체 산업장해자중에서 업무상 질병재해자가 점하는 비율이 1994년 1.3%에서 2003년 9.6%로 급격히 증가하고 있음.

〈표 3-19〉 업무상 질병 재해율 추이(1990~2003)

(단위 : 명, %)

연도	총근로자수	총재해자수	업무상 사고 재해율	업무상 질병 재해율	업무상 질병 점유율
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: 업무상사고재해율=(업무상사고재해자수/총근로자수)×100

업무상질병재해율=(업무상질병재해자수/총근로자수)×100

자료: 노동부, 『산업재해분석』, 각년도

노동부, 『2005~2009 제2차 산업재해예방 5개년 계획(안)』, 2004. 12.

(2) 근골격계 질환 발생 현황

- 최근 근골격계질환(신체부담작업과 요통) 및 뇌·심혈관계 질병 등의 작업관련성 질병이 크게 증가하고 있음(표 3-20 참조). 지난 4년간(2000-2003) 직업병을 포함한 업무상 질병 전체 사망자 및 요양자는 2000년 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 있음(2000년 72.7%, 2001년 72.4%, 2002년 75.1%, 2003년 79.1%).
- 같은 기간동안 근골격계질환(신체부담작업과 요통) 요양자는 2000년 814명에서 2003년 4,532명으로 3년간 456.8%(3,718명) 증가하였음. 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 있음.

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

〈표 3-20〉 업무상 질병 요양자 및 사망자 현황(2000-2003)

(단위: 명)

구분	연도	합계	직업병							작업관련성질환				
			소계	진폐	난청	금속및 중금속 중독	유기 용제 중독	특정 화학 물질 중독	기타	소계	뇌· 심질환	근골격계질환 ²⁾ 신체 부담 작업	요통	기타
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, 산재보상인정범위가 확대됨에 따라 예방목 적에 적합한 통계를 산출하기 위하여 1999년부터 업무상 질병을 아래와 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) 요양자 수와 사망자 수를 합함.

2) 신체부담작업과 요통을 합하여 근골격계질환이라고 함.

자료: 노동부, 「산업재해분석」 각 연도

다. 정책개선방향

- 앞에서 살펴본 바와 같이 직업병을 포함한 직업관련성 질병재해자수가 빠른 속도로 증가하고 있음. 특히 근골격계 질환은 최근 조선업, 자동차산업, 보건의료업을 중심으로 집단요양신청으로 사회문제화 되고 있는 현실임.
- 따라서 임상과 연계되어 업무상 질병의 체계적인 연구 및 이에 의거한 전문적 치료기능의 보완·신설이 시급한 실정임.
- 앞의 <표 3-19>, <표 3-20>에 의거하여 산재의료관리원에 시급히 신설되어야 할 직업병 연구기능은 다음과 같음.
 - 첫째, 근골격계 질환 임상연구 및 전문치료기능
 - 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

3. 2차 외래문리치료 기능 보완·신설

가. 필요성

- 독일 산재보험에서는 산재환자의 빠른 회복과 산재보험재정안정화를 위하여 회복기 산재환자에 대하여 2차 외래물리치료제도를 시행하여 산재환자의 조속한 신체기능회복면에서 좋은 효과를 보고 있음.
- 한국 산재보험에서는 아직까지는 이와 같은 제도가 없으나 도입을 검토할 필요가 있다고 사료됨.

나. 독일 산재보험의 회복기 산재환자 2차 외래물리치료(EAP)

(1) 2차 외래 물리치료(EAP)의 역사 및 개념

- 2차 외래 물리치료, 즉 EAP(Erweiterte Ambulante Physiotherapie)는 독일 법정 산재보험에 의해 개발되었음. 1994년 1월 1일부터 독일의 모든 산재보험조합이 피보험자를 위한 재활프로그램으로서 EAP를 도입했음. 모든 산업재해자는 재활을 위한 EAP를 제공받게 된 것임. 1년 후 독일의 건강보험 또한, 피보험자에게 상기 재활 프로그램을 제공할 수 있도록 EAP 시스템을 도입했음. 오늘날 EAP는 독일내에서 재활프로그램으로서 확고한 입지를 구축했음.
- EAP는 사무업종산재보험조합(VBG: Verwaltungs BG)의 경험들을 바탕으로 하고 있음. 산업부문별로 구분되어 구성·운영되고 있는 독일 법정 산재보험에 의한 보호는 협회에 소속되어 있는 전문 운동선수에게도 확대 적용되며, 이를 담당하는 기관은 사무업산재보험조합(VBG)임. 즉, 독일내에서 전문 운동선수는 산재보험에 의한 보호를 VBG를 통해 받음.
- 외래 재활을 통한 운동 부상자의 회복이 빠르자, VBG는 전문운동분야에 적용되는 특정 치료형태에 관심을 갖게 되었음. 운동 선수들은 초기부터 외래 재활시설에서 치료받기 시작했는데, 물리치료 이외에도 의료운동기구를 이용한 훈련이 일찍부터 이루어졌음. 동일한 부상을 입은 경우일지라도 운동선수의 경우, 타 보험가입자에 비해 훨씬 더 빠른 회복세를 보이며 활동을 재개할 수 있었음.
- 이러한 긍정적인 경험들을 토대로 하여 VBG는 산재보험의 관련 위원회를 설득하여 EAP를 모든 산재보험조합에 적용하도록 했음. EAP는 복합적인 외래치료 프로그램으로서, 그 동안 입원 재활치료 및 외래 단일치료법(기초 프로그램) 사이에 있던 틈새를 보완해주는 기능을 함. EAP는 중증 지지-운동기관 재해자를 위한 프로그램이며, 기초 프로그램인 단일치료법의 범위를 훨씬 넘어섬.

- EAP의 경우, 치료체조 및 물리치료를 구성하는 여러 요소들이 의료훈련치료(medical training therapy)를 보완하고 있음. 각 치료는 복합적 치료법의 형태로 학제간으로 이루어져 있음. 기초 프로그램인 단일치료법의 경우, 각각 차단되어 있는 치료 절차들로 인하여 치료상 손실이 발생할 수 있는 반면, 복합 치료법의 경우, 각 치료 요소들이 상호 복합적으로 맞물려 있음. 따라서 EAP는 전담 치료팀을 필요로 함. 상기 치료팀은 전문교육을 받은 치료체조 강사, 마사지사, 수중재활운동 전문가 및 스포츠강사로 구성되어 있음.
- 각 환자를 위해 개별적인 치료요법 계획이 세워지며, 이때 경험이 풍부한 재활의사의 도움을 받음. 아울러 고정장해 및 위축증을 방지하기 위해 초기기능 치료가 적용됨. 의료훈련치료와 마찬가지로 협응훈련(coordination training) 또한 상당히 중요함. 튼튼한 근육 또한 전체적으로 균형이 잘 잡힌 협응상태를 요한다. 인간이 쉽고 가볍고 경제적으로 움직일 수 있는 이유는, 바로 이러한 근육간 협응상태가 잘 이루어져 있기 때문임.
- EAP의 중요한 구성요소 중의 하나는, 치료에 능동적으로 참여하기 위해 재해자 및 치료팀에게 충분한 동기를 부여해주는 것임. 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 때문임.
- 재활치료는, 가급적 환자의 주거지에 가깝고 충분히 넓은 실내공간 속에서, 그리고 전체 치료기간에 걸쳐 동일한 치료사에 의해 진행되는 것이 바람직함. 치료는 기본적으로 주 5일로 집중적으로 이루어짐. 하루 치료시간은 2~5시간임. EAP 치료기간은 일반적으로 4주로 제한됨. 그러나 의사의 특별한 지시가 있는 경우 기간연장이 가능함.

(2) 통계

- EAP 보험급여는 치료일당으로 계산됨. 재활시설이 치료체조를 위해 받은 비용은 일당 25.56 유로이며, 물리치료 및 의료훈련치료의 경우 각각 17.90 유로임. 이는 하루 총액으로 따지면 61.36 유로가 됨.

- 결과적으로 EAP는 질적으로 높은 수준을 제공하면서도 비용적인 면에서 저렴한 치료법임. 만일 이러한 각각의 치료 서비스들이 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 종료 테스트 비용을 지원 받음.
- 지난 10년간(1994~2003) 독일내에서 EAP 센터수는 점차적으로 증가하였음. 1994년 157개 센터에서 10년 후인 2003년에는 428개소로 172.6%(271개소) 증가하였음(표 3-21 참조).
- 또한 치료기간 4주 이하인 EAP 치료사건수가 1995년 41.0%(12,180건중 4,994건)에서 2003년에는 67.6%(14,665건중 9,913건)로 8년 사이에 26.6% 포인트 증가하였음(표 3-22 참조).

〈표 3-21〉 2차 통원물리치료 센터수 추이(1994~2003)

(단위: 개소)

연 도	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: Kurt Görg, 2004, 346쪽.

〈표 3-22〉 치료기간별 2차 외래물리치료자건수

(단위: 건, %)

	1995	2000	2003
4주 이하	4,994(41.5)	9,506(64.9)	9,913(67.6)
4주 이상	7,186(58.5)	5,151(35.1)	4,752(32.4)
계	12,180(100.0)	14,657(100.0)	14,665(100.0)

자료: Kurt Görg, 2004, 346쪽.

다. 정책개선방향

- 회복기 산재환자 2차 외래물리치료 기능을 기존의 산재병원내에 있는 물리치료시설을 보완하거나 또는 신설하여 운영하는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있음.

4. 소규모 사업장 예방성 보건관리분야 활성화

가. 소규모사업장 산업재해발생 현황

- 5인 미만 사업장에 대하여 2000년 7월부터 산재보험이 적용되었음. 지난 3년간(2001~2003) 5인 미만 사업장에서 발생한 산업재해자수는 전체 산업재해자수의 21~22%를 차지하고 있음. 2003년도의 경우 5인 미만 사업장에서 발생한 산업재해자수는 20,042명으로 전체(94,924명)의 21.11%를 차지하고 있음(표 3-23 참조). 또한 지난 3년간(2001~2003) 이들 5인 미만 사업장에서 발생한 산업재해의 재해율(1.44%, 1.43%, 1.58%)는 총재해자 재해율(0.77%, 0.77%, 0.90%)의 1.8배에 이르고 있음.

〈표 3-23〉 소규모사업장 산업재해 추이

(단위: 개소, 명, %)

		2001	2002	2003
5인 미만	사업장수	588,721	648,729	649,364
	근로자수	1,202,558	1,271,900	1,265,274
	재해자수	17,324	18,250	20,042
	재해율(%)	1.44	1.43	1.58
	분포	(21.27%)	(22.28%)	(21.11%)
5~9인	사업장수	156,720	176,971	177,162
	근로자수	1,016,223	1,150,259	1,149,640
	재해자수	12,383	13,451	14,839
	재해율(%)	1.22	1.17	1.29
	분포	(15.21%)	(16.42%)	(15.63%)
총계	사업장수	909,461	1,002,263	1,006,549
	근로자수	10,581,186	10,571,279	10,599,345
	재해자수	81,434	81,911	94,924
	재해율(%)	0.77	0.77	0.90
	분포	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)

나. 1차 예방사업

○ 산재의료관리원에서는 건강진단사업¹⁷⁾과 보건관리 대행¹⁸⁾, 작업환경 측정¹⁹⁾ 등의 사

17) 산업안전보건법에 의하여 실시하는 근로자의 건강진단은 실시 시기와 대상을 기준으로 채용시 건강진단, 일반건강진단, 특수건강진단, 임시건강진단으로 구분한다. 그밖에 건강관리수첩을 교부받은 자에 대하여 실시하는 이직자 건강진단, 진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률에 근거한 건강진단 등이 있다. 채용시의 건강진단은 사업주가 신규로 근로자를 채용하여 작업에 배치하기 전에 실시하는 건강진단으로서, 앞으로 근무하게 될 부서에서 직업성 질환을 유발할 가능성이 있는 유해인자를 취급할 경우에는 그 인자 또는 물질에 대한 특수건강진단을 실시해야 한다.

18) 우리 나라는 산업구조상 300인 이하 사업장의 자산규모 등을 고려하면 개개 사업장별로 보건관리자를 선임하기에 경제적인 능력이 부족하고, 중소기업에 대한 지원이 강화되더라도 보건사업에 일정부분의 비용을 투입하기에는 많은 시일이 걸리기 때문에 중소기업의 보건관리사업은 대기업과는 다른 차원의 방안이 강구되었다. 즉 개개 사업장별로 다른 보건관리 시스템을 구축하기보다는 여러 사업장을 동시에 관리하는 형식을 갖추는 것이 제공자측의 인력이나 장비 면에서도 효율적이라는 맥락에서, 외부 단체에 속하면서 다수의 기업에 공통되는 형태를 갖춘 시스템인 보건관리대행제도가 도입되어 중소기업의 보건관리사업이 이루어지고 있다.

19) 작업환경측정은 사업장에서의 건강관리는 사업장 내에 존재하는 유해요인에 의하여 발생하는 건강상의 부정적 영향으로부터 근로자를 보호하여야 하므로 가장 효과적인 방법은 유해요인에 과다하게 폭로되지 않도록 하는 것이다. 작업환경에 유해요인이 근본적으로 발생되지 않도록 하거나, 발생된 유해요인

업이 이루어지고 있음. 이들 사업에 대한 실적을 살펴보면 <표 3-24>에서 보는 바와 같음.

<표 3-25> 산재의료관리원 산업보건사업 대상자 및 사업장 현황

(단위: 명, 개소)

	건강진단				보건관리대행 대상자수	작업환경측정 사업장수
	전 체	일반건강 진단자수	특수건강 진단자수	채용신체 검사자수		
1997	274,643	127,194	114,670	32,779	70,290	3,992
1998	306,184	171,074	103,743	31,367	58,169	3,517
1999	268,916	147,796	85,485	35,635	60,722	3,691
2000	269,672	163,651	70,702	35,319	65,051	3,838
2001	243,613	153,870	56,429	33,314	58,519	3,849
2002	230,400	135,715	64,672	30,013	57,965	4,072
2003	274,610	167,575	65,490	41,545	58,746	4,062

자료: 산재의료관리원 내부자료.

다. 정책개선방향

- 이와 같은 5인 미만 소규모사업장의 체계적 산업안전보건관리가 시급하나 아직까지는 취약한 실정임.
- 따라서 산재의료관리원 산하 산재전문병원에서 현재 행하고 있는 사업장 건강검진, 작업환경측정 및 보건관리 업무를 이들 소규모사업장에 특화를 하여 효율적인 모델 개발, 확산 및 이를 통한 보험재정 안정화에 기여할 필요가 있다고 사료됨.

이 근로자에게 도달하지 못하도록 제거하거나, 근로자가 도달한 유해요인에 과폭로되지 않도록 보호조치를 취하는 등의 방법은 1차 예방인 작업환경관리의 범주에 해당한다. 이를 위하여 산업안전보건법에서는 해로운 작업을 행하는 작업장으로서 노동부령이 정하는 작업장에 대하여 노동부 장관이 정하는 자격을 가진 자로 하여금 작업환경을 측정·평가하도록 하고 있다.

제3절 기능특화의 전제조건

1. 전문의료인력 확보

가. 인력 현황

〈표 3-1〉 산재의료관리원 인원 현황(2003. 12)

(단위: 명)

	총계	임원	의사	간호직	연구직	의료전문직	일반직	기술직등
정원	1,733	4	133	861	18	245	269	203
현재	1,212	4	126	894	16	286	260	226

자료: 산재의료관리원 내부자료(2004.11)

〈표 3-2〉 최근 3년간 의사직 이직율(2001~2003)

(단위: 명, %)

2001				2002				2003			
정원	현원	퇴직자	이직율	정원	현원	퇴직자	이직율	정원	현원	퇴직자	이직율
128	87	45	48.1	133	94	46	50.8	133	96	31	32.6

자료: 산재의료관리원 내부자료(2004.11)

나. 독일 산재전문병원의 인력 현황

- 산재전문병원 9개소, 직업병전문병원 2개소 및 외래진료소 3개소의 총 14개소 병원의 총인력은 2002년도에 5,003명임. 이중 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 있음(표 3-3 참조).
- 병원별로는 9개소의 산재전문병원중 베르린병원이 715명으로 가장 많은 인력을 보유하고 있음. 직업병 전문병원 2개소(바드라이GPS할병원, 팔켄스타인병원)은 소규모의 의사와 간호사 인력을 위주로 보유하고 있다. 외래진료소 3개소는 의사와 엑스선기사 그리고 물리치료사만을 보유하고 있음.

〈표 3-3〉 한국과 독일의 산재보험직영 산재전문병원 통계(2000~2002)

연번	구분	2000		2001		2002	
		독일	한국	독일	한국	독일	한국
1	의료기관/병원 수	14	9	14	9	14	9
2	계획병상	4,079	3,635	4,129	3,697	4,122	3,566
3	연간 진료일수	1,376,241	-	1,359,556	-	1,366,083	-
4	병원 입원사례 수	92,166	796,750	94,509	829,607	98,220	853,784
5	병상 이용율(%)	92.18	91.4	90.21	88.1	90.80	89.9
6	산재사고 전문의사(명)	3,587	-		-		-
7	수술환자수	110,368					
8	통원치료 환자 수	209,883	214,233	222,788	247,004	248,424	267,218
9	의사(명)	980	125	1,058	114	1,020	116
10	간호인력(명)	2,960	818	3,036	833	3,007	866
11	의료기술인력(명)	1,670	252	1,646	262	1,678	276
12	기능인력(명)	872	145	862	147	891	167
13	병원일반인력(명)	288	-	283	-	274	-
14	운영·공급기능인력(명)	636	-	634	-	630	-
15	유지·보수인력(명)	92	-	91	-	86	-
16	행정사무인력(명)	547	316	568	271	574	258
17	특별서비스인력(명)	93	-	109	-	100	-
18	기타인력(명)	30	42	40	74	42	85
19	전체인력(명)	8,255	1,698	8,416	1,701	8,380	1,768
20	의사1인당 병상 수	4.20	29.08	3.93	32.43	4.07	30.74
21	간호인력1인당 병상 수	1.12	4.44	1.11	4.44	1.11	4.12
22	직원1인당 병상 수	0.49	2.14	0.49	2.17	0.50	2.02

주: VBGG(Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken), 『Gemeinsamen Jahresbericht 2002 der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Unfallbehandlungsstellen』, 2003. 10, 33쪽.
 산재의료관리원 내부자료(2004. 12)

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

다. 정책개선방향

- 산재의료관리원이 독일 산재전문병원과 같은 의료진과 인력을 갖추어 산재환자 전문병원으로서 국내의 타 대형병원들과 경쟁력을 갖추기 위해서는 우수한 의료진이 보완되고 또한 지속적인 근무를 할 수 있도록 제반여건 조성이 선결되어야 할 것으로 사료됨.

가. 외국(독일) 산재전문병원의 투자

- 독일 산재전문병원의 경우 신규시설의 증축·보수 및 고가장비의 신규구입에 소요되는 비용은 산재보험조합들의 공동기금에서 투자를 하고 있음.

나. 정책개선방향

- 시설의 신규 건설 및 증축 그리고 고가장비의 신규구입에 소요되는 제반비용을 산재보험기금에서 제공하여야 할 것으로 사료됨.
- 의사직을 포함한 기존 인력에 대한 국내외 연수교육 및 연구활동을 통한 임상능력 향상을 위한 교육투자가 체계적으로 이루어져야 할 것으로 사료됨.

제4장 재활사업에 있어서 보험시설과 민간시설·기관 등 관련기관의 연계체계 구축방안²⁰⁾

제1절 연구의 필요성

- 산재보험 지정 의료기관 수는 2001년 5,066개소로 전체 의료기관 중 종합전문요양기관의 90%, 종합병원 90%, 병원 83.4%, 의원 83.4%가 산재보험 의료기관으로 지정되어 있으며 급성기 치료 중심의 의료서비스 집중, 산재발생의 노령화, 중소병원의 경영악화 등은 불필요한 장기요양을 초래, 산업재해/직업병 발생 후 2년 이상 5년 미만 요양환자가 2000년도 전년대비 8.32%증가, 2001년도 전년대비 24.9% 증가 추세임
- 산재환자 요양기간 구분에 따른 산재의료관리원의 요양환자 점유율도 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 요양 중으로 의료기관의 기능보다는 요양병원(시설)로서 기능을 하고 있음
- 이는 요양급여 기간 중에만 지급되는 휴업급여 혜택은 장기요양으로 유인하게 되고, 요양종결 후 건강관리는 산재장애인 개인의 몫으로 남게 되어 현재와 같이 지역사회 중심의 건강관리체계가 구축되어 있지 않은 상황에서 자신의 건강을 책임져야 하는 산재장애인의 불안은 결과적으로 입원시설에 의존하게 만드는 요인이 됨

20) 제4장(재활사업에 있어서 보험시설과 민간시설·기관 등 관련기관의 연계체계 구축방안)은 김희걸이 작성하였음.

- 입원이 장기화 될수록 의존적인 생활태도로 인해 개인의 삶은 더욱 무기력해 질뿐만 아니라 사회재적응의 어려움도 심각해 짐
- 장기입원중인 환자 대부분이 받는 의료서비스의 내용은 단순한 처치, 투약, 물리치료 수준으로 지역사회에서 저렴한 비용으로 서비스이용 대체가 가능함.
- 실제 산재장애인의 욕구 조사결과에서도 가정이나 지역사회에서 간단한 기술과 정보를 적용하여 문제가 해결될 수 있는 것들도 많으므로 가족구성원에게 간병받는 것을 선호하는 것으로 나타남.
- 만성질환으로 이행되어 3차 예방이 중요한 산재장애인들에게는 자신의 장애를 스스로 관리할 수 있는 능력을 배양할 수 있도록 지지해 주는 서비스가 제공되어야 함. 2차 예방을 위한 시설중심의 의료서비스가 필요한 산재환자에게는 충분한 의료서비스가 제공되도록 하고 3차 예방은 사회통합이 전제된 재활 프로그램으로 편입되도록 방안 모색
- 본 연구는 지역사회로 복귀하기 위하여 퇴원준비중인 산재환자, 적절한 재활관리를 받지 못하고 있는 재가산재장애인들에게 지역사회 의료재활서비스를 제공하는 다양한 기관과의 서비스 연계, 장기입원 산재환자들의 재택치료로의 유인과 가정간호서비스의 연계 등 다양한 전달방식을 통해 산재장애인의 복합적 서비스욕구가 충족될 수 있는 합리적인 의료재활 서비스체계를 모색하여 산재보험의 재정안정을 도모하고, 산재장애인의 효율적인 의료재활관리를 통해 삶의 질을 향상시키는 데 기여하고자 함.
- 일차 문헌조사, 현지답사, 실무자그룹 면담을 통해 지역사회중심의 의료재활프로그램을 비교·분석하였으며, 현재의 의료재활서비스가 일부 서비스에 국한되거나 일시적 혹은 단편적으로 주어지는 경우가 많아, 산재대상자 다양한 요구에 근거한 재활서비스가 될 수 있는 전달방식을 적용하고자 최근 건강보험공단과 정신사레보건의사업 등 공공사업에 도입되어 효율성이 인정된 사례관리기법을 적용함.

제2절 지역사회중심의 산재의료재활 모형

1. 산재장애인을 위한 사례관리기법

- 산재환자들의 평균입원 일수가 긴 것은 치료보다는 요양 및 재활서비스가 필요한 환자가 산재병원에서 치료를 받고 있는데서 기인. 특히 재활에 대한 동기 및 의지는 단순히 장애 정도만으로 설명되지 않음으로 산재장애인의 재활을 위한 개입은 사고발생 후 요양치료가 시작되면서 진행되어야 하고, 치료종결 후에는 시간이 지날수록 여러 변수로 인해 감소하게 됨. 따라서 산재환자 치료기간이 일정기간 경과하면 계속 치료서비스가 필요한지, 장기요양서비스가 필요한지, 재활서비스가 필요한지 요구도를 평가하여, 이를 근거로 치료(보험)시설, 요양시설, 재택 등을 결정하고 이들에게 필요한 서비스가 지속적으로 대상자에게 전달될 수 있도록 관리하여야 함.
- 지역사회를 기반으로 하는 산재의료재활서비스 전달체계는 너무나 미비한 실정으로 현재의 산재보험 의료서비스는 산재로 인한 부상 및 질병 치료중심으로 제공되고 있기 때문에, 산재장애인의 잔존능력을 최대화할 수 있는 전문적인 의료재활서비스를 제공받기 어려운 실정임. 또 후유증을 호소하고 있는 산재장애인 중에서 가족관계의 결속력이나 적응력과 의사소통 정도가 원활하지 못하며, 미취업 산재장애인의 일상생활을 살펴보면 대다수가 특별히 하는 일없이 집안에서 지내고 있어 지역사회 내에서 자활할 수 있도록 이들이 필요로 하는 서비스를 제공해 주거나 연계해 줄 수 있는 지역사회내의 코디네이터(혹은 사례관리자)가 필요함.

2. 산재 사례관리자의 역할과 적정인력의 선정

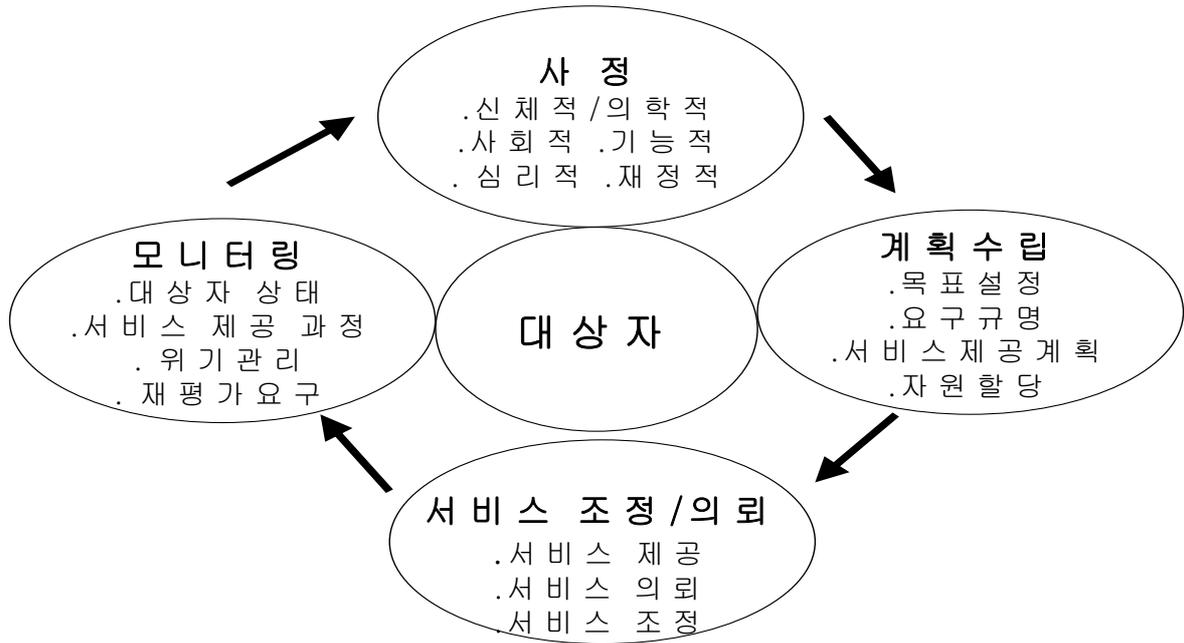
- 지역사회중심의 사례관리자는 다양한 요구가 있는 대상자를 복잡한 서비스 전달체계에 연결시켜 적절한 서비스를 받을 수 있도록 책임을 지며, 다학제간의 팀 접근을 통하여 목표를 달성할 수 있도록 하는 전체과정을 관리하는 사람으로 특정질환이나 집단의 건강문제에 대한 임상전문가이면서, 지역사회 의료자원에 대한 분석, 조정, 중재, 연계 능력을 갖춘 인력이어야 함.

- 사례관리는 이미 지역사회 여러 보건·복지서비스 기관에서 운영되고 있으나 이들에게 산재장애사례관리 역할에 대해 위탁하기에는 책임과 권한의 문제 등 연계상의 어려움이 뒤따르게 됨. 따라서 사례관리자의 역할로 볼 때, 산재환자(장애)의 특성을 파악하고 이들과 상호 신뢰감을 형성하며, 환자의 건강수준을 평가하고 필요한 의료서비스의 수준을 결정할 수 있는 의학적 평가능력과, 이러한 서비스를 제공하는 기관과의 의사소통이 원활하여야 함으로, 이 분야 관련인력의 조사결과 전문간호사의 자격을 갖추고 있는 산재의료원의 가정간호사가 적합한 것으로 평가됨.

3. 산재대상자의 사례관리과정

- 산재의료원이 사례관리사업의 중심점이 될 수 있도록 의료원내에 담당의사, 재활전문 의사, 사례관리자, 간호사, 물리치료사, 재활상담사, 사회사업가 등 환자치료에 관련되는 인력이 포함되는 사례관리위원회를 구성함.
- 사례관리자는 집중적인 치료시기를 지난 산재환자 중 의료재활이 요구되는 대상자를 선정하여 사례관리위원회를 거쳐 사례관리대상자로 선정함. 사례관리대상자에게 필요한 서비스를 산출하기 위해 대상자의 요구를 선정하고 필요한 자원연계를 위해 (1) 사정: 대상자의 신체적/의학적, 사회적, 기능적, 심리적, 재정적 상태를 파악, (2) 계획 수립 : 목표를 설정하고, 요구구명, 서비스제공을 위한 자원할당, (3) 서비스 조정/의뢰 : 서비스 조정, 의뢰와 (5) 추후관리를 지속하면서 대상자의 상태, 서비스제공 과정, 위기관리 등을 모니터링을 하고 재평가 후 휘드백을 하는 사례관리과정을 실시함.

[그림 4-1] 산재대상자의 사례관리과정

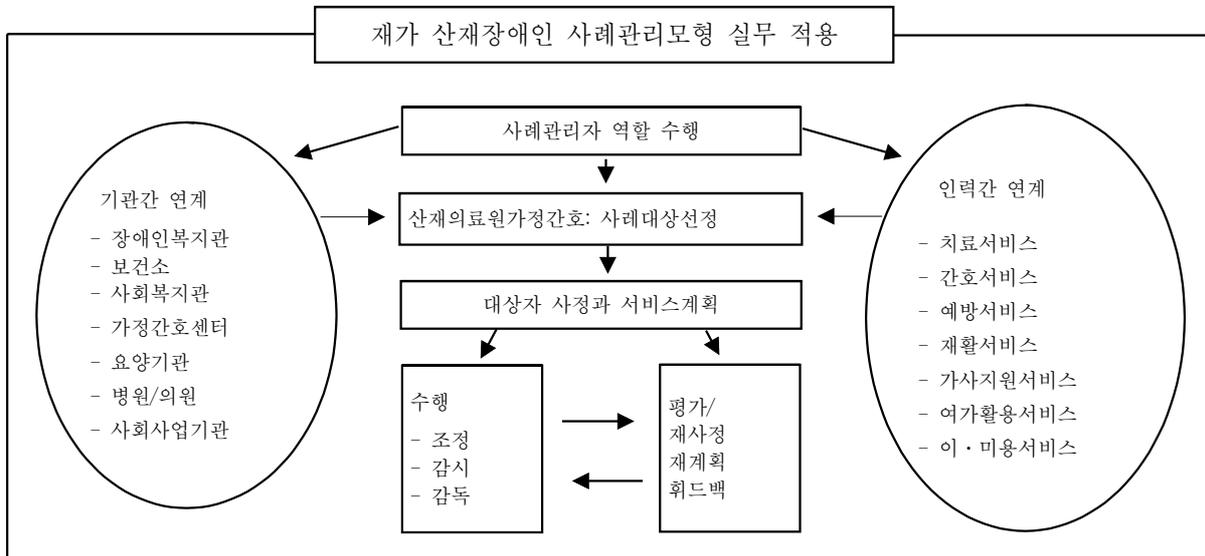


- 지역사회 산재실무협의회 구성 : 지역사회의 보건·복지서비스는 다양한 기관에서 중복되거나 편중되어 제공되고 있으므로 재가산재장애인을 위한 효율적인 서비스제공을 위해서는 지역사회에서 접근가능한 자원의 확보와 자원과의 연계형성이 매우 중요하며 연계가 잘 이뤄지기 위해서는 이들 자원간의 의사소통이 원활하여야 함은 필수적이라 할 것임. 산재사례관리자는 지역사회 자원목록을 작성하고, 산재실무협의회를 구성하여 담당실무자를 위원으로 위촉하여 사례관리사업에 참여하도록 유도하고 서비스 중재와 조정, 연계, 모니터링 등 관련된 기능을 부과하고 협의회를 이끌어 나감(표 4-1). 주로 동사무소, 보건소(보건지소, 보건진료소), 복지관, 장애인복지관, 요양시설, 단기(주간)보호센터, 가정봉사원센터 등으로 구성됨.

〈표 4-1〉 산재의료원의 산재사례관리위원회 · 실무협의회 구성과 역할

	산재의료원 사례관리위원회	지역사회 산재실무협의회	비고
위원	당담의사, 재활담당의사, 산재사례관리사, 간호사, 물리치료사, 재활상담원	산재사례관리사, 동사무소, 보건소 (보건지소, 보건진료소), 장애인복지관, 요양시설, 재활시설, 복지관 등	사 례 관 리 자 는 연계, 통합체계의 전체운영관리(산재의료원 소속 가정간호사)
역할	- 사례관리대상자 선정 - 사례관리계획 - 평가와 재계획 - 추구관리 계획 및 평가 - 사례관리사업 홍보	- 보건·복지서비스 분류 - 서비스조정/ 연계 - 서비스 모니터링 - 서비스평가 및 휘드백 - 대상자에게 서비스공급	

〔그림 4-2〕 재가산재장애인 사례관리 실무적용 모형



제3절 재활사업 관련기관의 연계체계 구축방안

1. 산재장애인 정보관리시스템 구축

- 산재장애인을 위한 포괄적인 재활은 다영역간 접근을 통해 이루어지며, 다 영역간의 접근은 자원과의 연계가 핵심이므로 이를 위해 기관간의 정보교환은 필수적 사항임.

- 2002년부터 지역사회중심의 사례관리사업을 실시해 온 국민건강보험공단은 보험급여와 관련된 자료들이 전산화되어 중앙회의 정보통신망을 통해 보험급여자의 건강검진, 상병상태, 의료기관 수진실태, 약물, 합병증 등에 대한 각종 정보가 중앙회, 지역본부, 지사까지 공유되어 적합한 사례관리 대상자선정에서 중요한 역할을 한 것으로 평가됨 (건강보험공단. 2003).
- 산재대상자의 경우 장기요양실태에 대해서는 산재보험자료를 활용할 수 있지만 지역사회에 있는 산재장애인에 대한 정보관리는 치료종결 산재장애인의 경우 장애연금 수급자(장해 1-3급 전부 및 4-7급 극히 일부)만이 보험급여 원부에 의해서만 관리되고 있으며, 장애일시금 수급자는 전혀 관리되지 않고 있어 이들에 대한 정보수집은 불가능함.
- 산재장애인에 대한 건강관리를 위해서는 통합된 산재보건의료정보시스템이 구축되어야, 지역별, 장애특성별, 개인건강상태별 정보를 통해 대상자에게 요구되는 서비스의 수준과 기관을 결정할 수 있으며, 취업상담, 직업알선, 생활지원, 추구관리 등을 포함한 재활프로그램의 체계적 관리도 가능하게 될 것임.
- 가정에서 서비스가 주어질 경우 관계기관과의 의사소통을 위한 모바일서비스 제공이 필수적임. PDA 등과 같은 어플라이언스 요소기술 개발도 병행되어야 함.
- 근로복지공단은 산재장애인의 의료재활을 위한 사례관리사업에 대한 홍보와 사이버상에서의 정보/상담 사이트 운영, 각종 훈련과 e-교육프로그램 운영, 취업정보시스템 구축 등 통합적인 정보통신센터의 기능이 요구됨. 이처럼 통합된 산재대상자의 정보체계구축은 효율적인 산재예방과 보상, 재활정보관리와 더불어 보험시설, 기관연계의 기본 인프라가 될 수 있음.

2. 재활사업에 있어서 관련기관의 연계체계 모형

- 지역사회중심 재활사업은 먼저 지역사회 내에서 제공될 수 있는 서비스를 발전시킨 후에 2, 3차 의뢰 체계와 연계되는 것이 바람직하며, 기존의 체계와 독립적으로 수행

하면 지역마다 축소된 재활기관을 갖추는 것으로 오해되고 별도의 물적, 인적 자원의 투자가 필요하게 됨으로, 지역사회내의 유관기관 및 일차 의료체계와 통합되는 것이 바람직함(WHO, ILO, UNESCO. 1994). 기존자원의 활용을 극대화하는 전략이 매우 중요.

- 지역사회내의 재활서비스는 양과 질 측면에서 미흡한 상황이며, 그마저 보건복지서비스·의료재활서비스 제공 기관 간, 부처간 협조체계의 미비로 사회복지·보건서비스 기능이 여러 기관·부처로 분산되어 집행되고 있는 실정임. 지역사회내의 자원간의 기능을 종합적으로 평가하고 관계기관 실무자들이 상호 협력하여 동일대상자에게 중복서비스가 제공되지 않도록 산재 사례관리위원회를 통한 조정과 연계가 필수적이라 할 수 있음.
- 서비스의 조정과 연계를 위한 전략 : 대상자의 요구에 대해 서비스를 포괄적으로 제공할 수 있는지에 대해 파악하고 집행기관이나 조직의 전문성에 대해 분류하며, 만성 질환이나 장애의 경우 개별적인 서비스보다 통합서비스 형태가 적합하다고 할 수 있음. 서비스 이용 상의 지리적, 심리적, 신체적, 경제적 접근성이 높아야 하며, 수요자가 서비스를 받는 과정에서 심리적, 물리적인 제약을 받지 않도록 하여야 함. 인터넷 포털서비스를 구축하고 전국 어디서나 인터넷이나 텔레서비스를 받을 수 있도록 다양한 프로그램을 개발하여 운영하며 사이버상의 홍보도 적극적으로 실시하도록 함.
- 특히 공공과 민간의 연계체계에서는 지역별 서비스자원의 불균형, 연계의 경험과 기반, 연계가 활발한 중심조직 등이 상이하기 때문에 연계는 수평적인 기관간의 체계를 핵심으로 하여 참여기관의 자발성과 서비스 조정의 탄력성 등의 이점을 갖도록 함.
- 지역사회 자원연계에 대한 일반적인 이론을 근거로 산재의료재활 서비스 기관간의 연계모형을 제안함.
- 이 연계모형에서는 산재의료원과 산재지정병원, 재활병원 등은 수평적 연계로 근로복지공단의 심사위원회를 거쳐 부적합한 장기요양관리자는 산재의료원으로 의뢰하고, 산재사례관리위원회에서 다루도록 하였음. 산재지정병원 중 가정간호센터를 운영하는

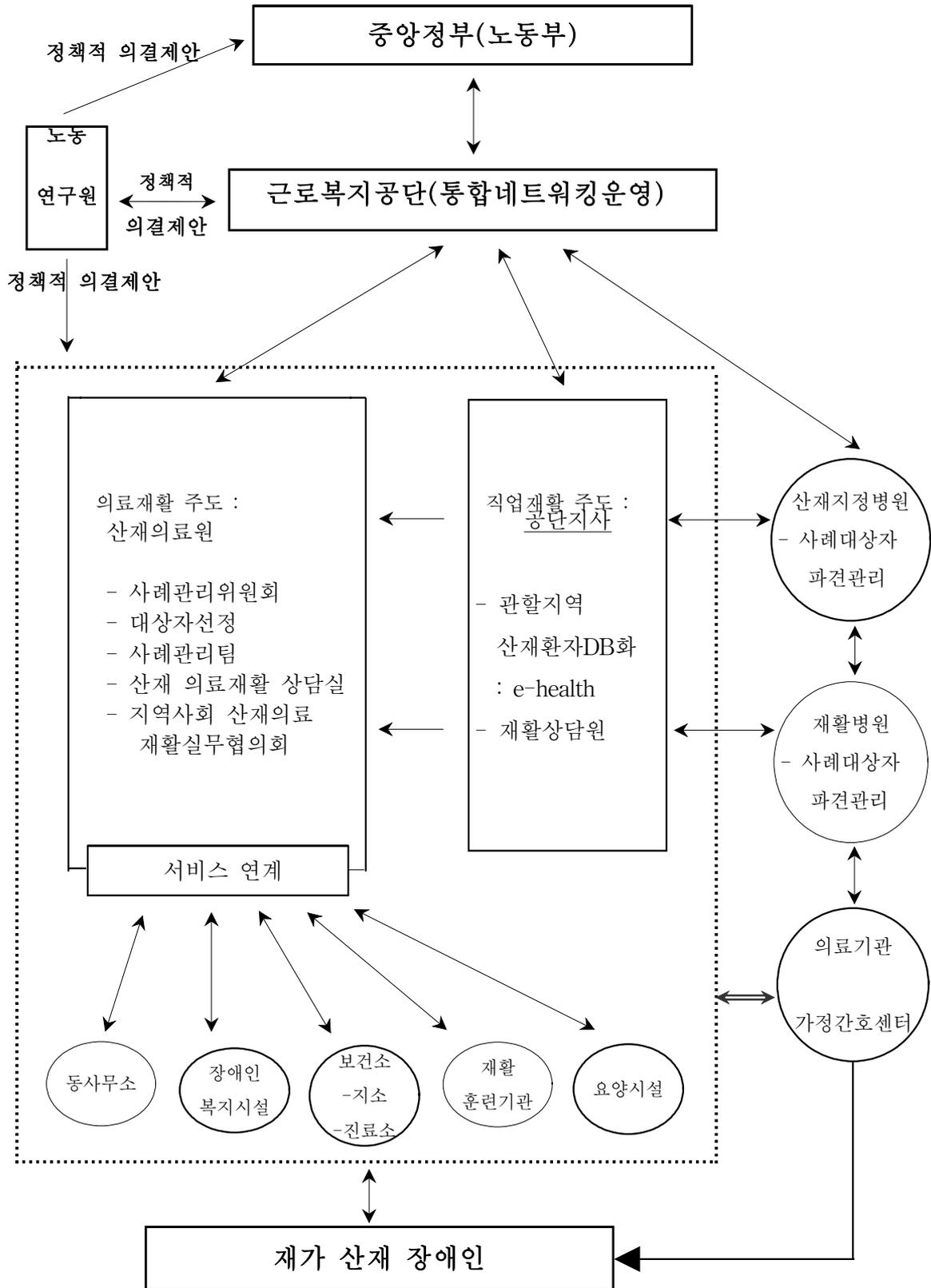
기관은 재가산재장애인을 위한 가정간호서비스를 제공함.

- 산재의료관리원 측과 근로복지공단 지사 간 연계 강화로 의료재활과 직업재활의 연계 시스템 구축해 나가고, 관련단체협의회와 산재실무협의회를 거쳐 의료재활, 직업재활과 사회심리재활서비스 등이 필요시 연속적으로 제공될 수 있도록 연계하도록 하며 필요한 규정은 보완해 나가도록 함.
- 근로복지공단에서는 인터넷포탈사이트를 통해 취업알선체계를 구축하고 한국장애인고용촉진공단과 노동부 지방노동사무소 고용센터, 인력은행 등과 연계하여 사이버상의 직업상담과 소개가 이뤄질 수 있도록 하며, 시간과 장소의 제한을 받지 않고 상시 접속하여 정보를 얻을 수 있도록 함.

3. 제 언

- 지역사회중심의 사례관리기법을 적용한 재활사업에서의 관련기관과 재활서비스간의 연계모형은 실무에 적용하기 까지 여러 가지 법적 제도적 보완이 요구됨. 특히 실무중심의 모형임으로 전국 8개 산재의료원을 중심으로 시범사업을 통해 실무적용의 적합성, 효과 및 효율성에 대한 평가가 이어져야 할 것임.

[그림 4-3] 산재장애인을 위한 의료재활서비스 전달과 연계모형



제5장 산재보험 직업재활훈련 효율성 제고 방안²¹⁾

제1절 현황 및 목표

1. 현황

- 직업재활훈련에 대한 투자는 장기적으로 산재근로자 복지증진과 보험재정안정화에 기여함으로 직업재활훈련에 대한 과감한 투자가 요망됨.
- 근로복지공단의 조사에 의하면 우리나라 신규 산재근로자의 약 2/3가 직업재활훈련의 필요성을 느끼고 있음(표 5-1 참조).
- 그러나 실제로 직업재활훈련을 받고 있는 인원은 매우 제한되어 있음. 이를 구체적으로 살펴보면 2003년의 경우 신규 산재장애자가 3만명을 초과하는 상황에서, 근로복지공단에서 운영하는 재활훈련원의 수용인원이 250명에 불과하며(표 5-2 참조), 민간학원에서 실시하는 직업훈련비용지원사업에서 지원하는 산재근로자수가 2004년에 2천명에서 3천명으로 확대되었지만 아직 적은 규모임.

21) 제5장(산재보험 직업재활훈련 효율성 제고방안)은 김상호가 작성하였음.

〈표 5-1〉 신규 산재근로자들의 직업재활훈련 필요성에 대한 설문조사

설문항목	빈도수(명)	백분율(%)
① 매우 필요하다	202	23.8
② 필요하다	358	42.3
③ 보통이다	133	15.7
④ 필요 없다	132	15.6
⑤ 전혀 필요하지 않다	22	2.6
계	847	2.6

자료: 근로복지공단 내부자료(2002. 9).

〈표 5-2〉 2002-2003년도 재활훈련원 훈련 현황

구분	2002년		2003년	
	안산	광주	안산	광주
목표인원	250명		250명	
	130명	120명	130명	120명
월평균 훈련인원 (목표달성률)	244명(97.7%)		253명(101.2%)	
	130명(100.1%)	114명(95.1%)	132명(101.6%)	121명(100.8%)
훈련생 중 자격증 취득	161명(195개)		221명(254개)	
	93명(113개)	68명(82개)	129명(138개)	92명(116개)
입교인원	232명		242명	
	142명	90명	121명	121명
수료인원	148명		180명	
	92명	56명	91명	89명
수료생 중 자격증 취득 (취득률)	135명(91.2%)		166명(92.2%)	
	83명(90.2%)	52명(92.9)	83명(91.2%)	83명(93.2%)
직업복귀(취업/자영, 직업복귀율)	126명(89/37, 85.1%)		161명(137/24, 89.4%)	
	79명(56/23, 85.9%)	47명(33/14, 83.9%)	85명(68/17, 93.4%)	76명(69/7, 85.3%)
중도탈락	61명		38명	
	28명	33명	25명	13명

주: 근로복지공단에서는 취업 여부를 조사하는 기준시점으로 해당연도를 사용하고 있음.

자료: 근로복지공단 내부자료.

- 또한 산재보험제도의 총비용에서 차지하는 직업재활사업 비용의 비중이 꾸준히 증가하고 있지만 2004년에도 0.30%에 불과한 실정임(표 5-3 참조).

〈표 5-3〉 근로복지공단의 재활사업 비용과 총지출에서 차지하는 비중의 추이

(단위 : 백만원, %)

구 분		산재보험 총비용	재활사업 비용			
			계	의료재활	직업재활	사회복지 정착지원
2001	금액	2,555,827	38,3038,300	8,589	14,971	14,740
	비율	(100.0)	(1.50)	(0.34)	(0.59)	(0.57)
2002	금액	2,745,521	76,949	14,263	6,568	56,118
	비율	(100.0)	(2.80)	(0.52)	(0.24)	(2.04)
2003	금액	3,010,730	71,760	23,509	7,962	40,289
	비율	(100.0)	(2.38)	(0.78)	(0.26)	(1.34)
2004	금액	3,128,369	56,090	14,983	9,336	31,771
	비율	(100.0)	(1.79)	(0.48)	(0.30)	(1.01)

주: 2004년 자료는 계획치임.

자료: 근로복지공단 내부자료.

- 독일 산업부문 산재보험에서는 산재근로자에 대한 직업재활사업이 총비용에서 차지하는 비중이 2002년의 경우 2.4%에 달하며(표 5-4 참조), 전국의 각 지역을 포괄하는 28개의 공공직업훈련원에서 총 272개의 훈련공과를 운영하고 있으며, 2004년 현재 약 2만명의 훈련생이 직업재활훈련을 받고 있음.
- 훈련기간은 2년이며, 이 기간의 훈련에 소요되는 비용은 훈련생 일인당 약 6-10만 EURO에 달함. 미하엘스호펜(Michaelshoven) 훈련원의 경우 2004년 현재 33개의 훈련공과에서 1,450명의 훈련생이 직업훈련을 받고 있으며, 405명의 직원이 근무하는 대규모의 공공직업훈련원임(이 중에서 9명의 의사가 의료서비스를, 16명의 심리사가 상담 및 심리치료를, 14명의 사회복지사가 사회적응서비스를, 그리고 5명의 전담인원이 취업알선을 담당하고 있음).
- 이처럼 독일은 전국을 포괄하는 공공직업훈련원 망(network)을 운영함으로써 훈련원으로서의 산재근로자의 접근을 용이하게 하며, 대규모의 공공직업훈련원을 운영하여 규모의 경제를 실현하고 직업재활훈련 서비스의 질을 제고하고 있음.

- 이러한 사실은 우리나라의 산재보험에서 직업재활훈련에 대한 투자를 대폭 확대할 필요가 있음을 보여줌.

〈표 5-4〉 독일 산업부문 산재보험의 재활사업의 항목별 지출비용

사업종류	DM		EURO		
	1980년	1990년	2001년	2002년	
산재보험 총비용	9,184,147,786	13,156,455,035	10,362,688,872	10,710,590,330	
의료재활	1,744,222,571	2,546,907,659	2,312,234,498	2,381,411,936	
	(19.0)	(19.4)	(22.3)	(22.2)	
직업 재활	직업훈련비용	52,494,006	105,360,574	98,303,353	106,554,356
	전환급여	38,442,285	82,570,451	62,438,450	69,952,292
	기타 현금급여	2,660,885	978,259	426,830	626,233
	전환급여 지급시의 사회보험료	18,474,701	39,759,186	34,891,601	39,486,201
	여행경비	1,769,575	9,057,290	10,640,168	11,581,931
	생활비보조	16,032	81,364	188,123	212,537
	기타 보충급여	4,888,872	7,438,618	4,011,917	5,170,811
	기타	5,915,403	38,382,129	25,454,198	26,418,060
	소계	124,661,758	283,627,870	236,354,639	260,002,421
	(1.4)	(2.2)	(2.3)	(2.4)	
의료재활+직업재활	1,868,884,329	2,830,537,406	2,548,589,138	2,641,414,357	

주 : ()는 %를 의미함.

자료: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2002(2003, p.47과 p.55).

2. 목표

- 본 연구에서는 산재근로자 직업재활훈련체계의 효율성을 제고하는 방안을 마련할 때 지향하는 목표로 다음을 설정하고, 이 목표를 충실히 수행할 수 있는 방안을 모색하도록 함.
- 휴업급여 같은 현금보상보다는 직업재활을 우선시하여 양질의 직업재활훈련 서비스를 제공함으로써 많은 산재근로자가 직업재활훈련에 참여토록 유도하고 직업복귀를 통하여 조속한 사회복귀를 달성토록 함. 이를 위하여 직업재활 훈련기관으로의 산재근로자의 접근을 용이하게 하여 재활훈련 참여를 제고하며, 자격증 취득보다는 실질적인

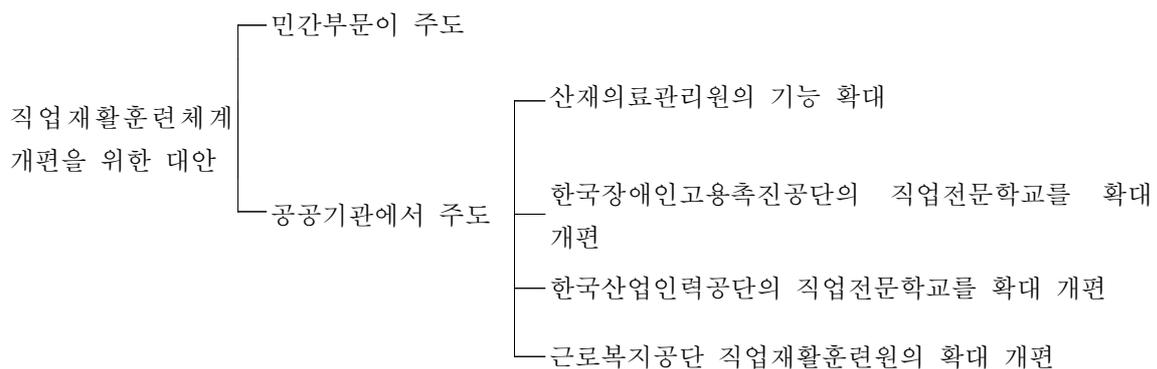
재취업을 통하여 직업으로 복귀할 수 있도록 수준 높은 직업재활훈련 서비스를 제공하는 체계를 구축토록 함.

제2절 방안모색

1. 대안구분

- 산재근로자 직업재활훈련체계를 개편하는데 고려할 수 있는 방안으로 크게 다음의 다섯 가지를 들 수 있음(그림 5-1 참조). 이 방안은 다시 직업재활훈련을 민간에 위탁하는 민간부문의 직업훈련에 주로 의존하느냐, 또는 공공기관에서 재활훈련에 대해 주도적인 역할을 수행토록 하고 민간부문이 이를 보조하는 형태를 취하도록 하느냐로 크게 양분할 수 있음. 후자는 민간부문에서 제공하는 기존의 직업훈련비용지원사업은 그대로 유지한 채 공공기관에서 제공하는 직업재활훈련을 대폭 강화하는 방안임.
- 본 연구에서는 공공기관에서 실시하는 직업재활훈련에 소요되는 모든 훈련비를 산재보험에서 훈련실시기관에 지급하는 것을 원칙으로 함.

[그림 5-1]



2. 대안비교

가. 민간부문이 주도: 대안 I

- 산재근로자 직업재활훈련체계를 개편하는 방안에서 고려할 수 있는 첫 번째 대안은 근로복지공단에서 운영하는 재활훈련원을 점진적으로 폐지하고 민간부문에서 주도적으로 직업재활훈련을 실시하도록 위탁하는 방안임.
- 이 방안은 양질의 훈련서비스를 제공하는 민간부문의 직업재활훈련기관이 이미 구축되어 있거나, 현재 구축되어 있지 않아도 정부의 정책을 통하여 단기간에 설립될 수 있을 때 현실성이 있는 방안임.
- 민간부문이 직업재활훈련에서 주도적 역할을 수행하도록 개편하는 방안에서 기대할 수 있는 가장 큰 장점은 민간직업훈련기관의 높은 유연성임.
- 세계화(globalization)와 개방화의 진전으로 노동에 대한 수요가 빠르게 변화하고 있으며, 이에 따라 훈련기관이 직업재활훈련에 대한 수요가 많은 지역에서 산재근로자가 희망하는 훈련공과의 직업훈련을 제공하는 것이 중요함. 이 방안에서는 직업훈련기관으로의 접근성과 훈련공과 운영의 탄력성을 제고할 수 있는 장점이 있음.
- 한편 재활훈련원에서 훈련받는 산재근로자 일인당 훈련비용이 직업훈련비용지원사업에 지출되는 일인당 훈련비용의 7.1배에 달하기 때문에 민간학원에 훈련을 위탁하는 것이 효율적이라는 주장이 제기되었지만 이는 타당성이 결여되어 있음.²²⁾
- 훈련기간, 일일 훈련시간 및 직업복귀율에서 큰 차이를 보이고 있는 두 훈련에서 개별훈련의 훈련성과는 고려하지 않고 단순히 비용만을 비교하는 것은 의미가 없기 때문임.

22) 이에 관한 통계는 근로복지공단이 작성한 회의자료에 기초함.

○ 또한 근로복지공단에서 2002년 9월에 산재근로자의 직업훈련기관 선호도를 조사한 결과 민간학원에서의 직업훈련을 가장 선호하는 것으로 조사되었기 때문에(민간학원: 43.9%, 재활훈련원: 22.0%, 산업인력공단: 15.6%, 장애인공단: 6.9%), 훈련수요자의 선호를 고려하여 민간학원 위주로 직업재활훈련체계를 개편해야 한다는 주장 역시 설득력이 부족함.

- 이 조사는 현행의 기본 틀이 그대로 유지되는 것을 전제로 하기 때문에 훈련체계를 대폭 개편하는 것을 출발점으로 하여 분석하는 본 연구에 적합하지 않음.

- 아울러 산재근로자가 현금급여 수급 목적의 도덕적 해이 때문에 민간학원을 선호할 가능성이 높기 때문임.

○ 산재근로자의 직업재활훈련을 민간부문이 주도토록 하는 이 방안은 대표적인 민간직업훈련기관이 영세한 사설학원인 우리나라의 현실을 고려하면 다음과 같은 문제점이 있음.²³⁾

- 첫째, 민간학원은 규모나 시설 면에서 영세하며, 단기간의 훈련 과정에서 재취업보다는 자격증 취득에 중점을 두어 운영되고 있음. 또한 2003년도의 경우 수료자의 훈련기간이 4.3개월에 불과함(표 5-5 참조). 직업복귀에 대한 통계를 수집하기 시작한 2001년 이후의 평균 직업복귀율이 27.7%에 불과하며, 중도탈락률이 점차 감소하는 추세이지만 평균 10.7%로 높은 수준임(표 5-6 참조).

- 둘째, 훈련생의 성실한 훈련 참여와 훈련서비스의 질을 통제할 수 있는 현실적 수단이 제한되어 있음. 이에 따라 산재근로자는 현금급여의 수급을, 그리고 민간학원은 수강료 수입을 위하여 동 제도를 남용하는 도덕적 해이 현상을 예방할 수 있는 현실적 수단이 제한되어 있어 이를 통제하기가 어려움.

23) 민간학원 이외에도 소수의 직업전문학교가 있지만 주된 문제점은 민간학원과 비슷하기 때문에 이에 대한 상세한 설명은 생략하도록 한다.

- 셋째, 중소도시의 경우 민간학원에서 제공하는 훈련공과가 제한되어 있기 때문에 거주지에서 산재근로자가 희망하는 훈련을 받기가 쉽지 않음. 이러한 문제점은 재할훈련원을 폐지하고 민간학원이 주도하는 직업재할훈련체계로 전환하는 이 방안에서는 수준 높은 직업재할훈련 서비스를 제공하여 많은 산재근로자가 훈련에 참여토록 하며, 이를 통하여 높은 직업복귀율을 달성하려는 앞에서 설정한 목표를 달성하기가 어려움을 보여줌.

〈표 5-5〉 2002-2003년도 직업훈련비용지원사업 훈련생의 평균 훈련기간 및 훈련비

(단위: 명, 원)

연도	수료 여부	평균 훈련기간	평균비용		
			훈련비	훈련수당	소계
2002년	수료자	3.5개월	805,870	955,465	1,905,134
	중도탈락자	4.5개월	395,347	634,279	1,029,626
2003년	수료자	4.3개월	1,152,038	1,436,072	2,631,913
	중도탈락자	4.6개월	405,717	551,516	957,223

자료: 근로복지공단 내부자료.

〈표 5-6〉 근로복지공단의 직업훈련비용지원사업 지원 실적

(단위: 명, %, 백만원)

구분	선발인원(a)	수료인원	직업복귀				중도탈락(b)	탈락률(b/a)	지원금액
			원직복귀	취업	자영업	직업복귀율			
1998	225	148	-	-	-	-	77	34.2	152
1999	178	122	-	-	-	-	56	31.5	247
2000	810	660	-	-	-	-	150	18.5	959
2001	1,665	1,418	6	269	78	31.8	247	14.8	2,187
2002	2,813	2,560	14	291	132	19.9	253	9.0	4,989
2003	1,995	1,832	38	715	239	38.1	161	8.1	5,788
2004.7	1,616	737	1	233	54	32.9	55	3.4	2,458
합계	9,302	7,477	59	1,508	503	27.7	999	10.7	16,779

자료: 근로복지공단 내부자료.

나. 산재의료관리원의 기능 확대: 대안II

- 직업재활훈련체계를 개편하기 위하여 검토할 수 있는 두 번째 대안은 의료재활서비스와 직업재활서비스를 산재의료관리원에서 전담토록 하는 것임.
 - 이론적 관점에서 보면 의료재활서비스와 직업재활서비스를 연계하여 동일기관에서 전담토록 하는 것이 바람직함. 특히 1997년 3월 1일 직업재활사업이 근로복지공단으로 이관될 때까지 산재의료관리원이 직업재활사업을 운영한 경험이 있는 점을 고려하면 이 방안은 더욱 설득력이 있어 보임.
- 그러나 요양과 직업재활훈련을 자연스럽게 연계할 수 있는 이러한 장점에도 불구하고, 우리나라의 현실을 고려하면 이 방안은 설득력이 떨어짐.
 - 산재의료관리원에서는 현재 6개의 종합병원과 3개의 특수병원을 운영하고 있는데, 이 병원이 재활훈련원과 같은 지역에 위치하고 있는 곳은 안산 한 곳에 불과함. 즉 재활훈련원이 운영되고 있는 광주와 재활훈련원 건립이 추진되고 있는 울산에 현재 병원이 없을 뿐만 아니라 가까운 장래에 설립될 계획 역시 현재로서는 없음.
- 의료재활서비스와 직업재활서비스를 한 기관에서 전담하여 자연스럽게 연계시키기 위해서는 병원과 재활훈련원이 동일 지역에 위치해야 하나, 우리나라에서는 이 조건이 충족되지 않음. 따라서 산재의료관리원에서 재활훈련원을 인수하여 운영하는 방안 역시 앞에서 설정한 목표를 달성하기 위한 바람직한 방안으로 볼 수 없음.

다. 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교를 확대 개편: 대안III

- 이는 산재보험의 재활훈련원을 점진적으로 폐지하고, 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교를 확대 개편하여 재활훈련원이 수행하던 기존의 역할을 맡도록 하는 방안임.

- 현재 한국장애인고용촉진공단에서는 일산, 부산, 대전, 전남, 대구의 직업전문학교에서 17개의 훈련공과를 운영하고 있음. 또한 2005년에는 훈련공과를 13개 분야로 개편하고 100개 이상의 직종으로 세분화하여 운영할 계획으로 있음.
 - 아울러 중증장애인 위주로 훈련시설이 설치되어 있어 본 연구에서 고려하고 있는 다른 대안보다 중증장애인의 학습권 및 이동성이 보장되는 장점이 있음. 2004년 6월 현재 훈련생 중에서 중증장애인이 차지하는 비중이 65.6%인데서 알 수 있듯이 직업전문학교는 중증장애인 위주로 운영되고 있음.
 - 또한 2004년 6월 현재 취업률이 72.4%로 비교적 높은 수준을 유지하고 있음.
- 한국장애인고용촉진공단은 중증장애인에 특화하여 직업재활훈련을 체계적으로 실시하고 있어 전문성이 있음.
- 따라서 산재장해인 중에서 산재 3급 이상의 중증장해인에 대한 직업재활훈련은 앞으로 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교에 위탁하는 것이 바람직하다고 사료됨. 중증장해인의 직업재활훈련과 관련된 이 제안은 다음에서 검토하는 경증장해인을 위한 대안에 관계없이 항상 유효하다고 사료됨. 한편 중증장해인의 훈련을 활성화하기 위하여 산재보험법 규정의 개정을 통해 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교에서 훈련받는 산재근로자에게도 재활훈련원 수료생과 동일한 혜택을 주도록 변경하는 것이 바람직하다고 볼 수 있음.
- 다음에서는 산재 4급 이하의 경증산재장해인의 직업재활훈련 역시 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교에 위탁하는 방안의 타당성을 검토하도록 함.²⁴⁾
- 이 방안의 가장 큰 장점은 한국장애인고용촉진공단이 장애인 직업재활훈련에 특화하여 전문성을 가지고 훈련을 실시하고 있으며, 전국을 권역별로 비교적 골고루 포괄하

24) 이 방안에서 초기에 산재장해인을 일반장애인과 같은 반에서 훈련할 지 또는 특별반을 편성하여 운영하는 것이 바람직한지에 대해서는 실무적인 차원에서 검토할 수 있을 것이다. 물론 장기적으로는 전자의 방향으로 나아가야 할 것이다.

는 직업전문학교 5개를 운영하고 있다는 점임.

- 이 방안을 선택할 때 예상되는 문제점으로 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교에서 훈련받는 것을 산재근로자가 기피하는 현상을 지적할 수 있음.
- 지금까지 이러한 기피현상이 존재하는 것은 사실이지만 2004년 6월 현재 직업전문학교 훈련생 중에서 선천성 장애인이 차지하는 비중은 24.7%에 불과하며, 질병 및 교통사고에 의한 장애인의 비중이 각각 25.0%와 19.1%인데서 알 수 있듯이 후천성 장애인의 비중이 급격히 증가하고 있음. 이는 산재장애인과 직업전문학교에서 훈련받는 일반장애인 간의 이질성이 점차 줄어들고 있음을 보여줌. 뿐만 아니라 장애인단체에서 장애인에 대한 편견을 없앨 것을 요구하는 상황에서 산재장애인이 일반장애인과 동일한 훈련기관에서 훈련받는 것을 선호하지 않기 때문에 이 방안의 문제를 제기하는 것은 설득력이 부족한 것으로 판단됨.

○ 경증산재근로자의 직업재활훈련을 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교에 위탁하는 방안이 실현되기 위해서는 다음의 사항이 선결되어야 함.

- 첫째, 한국장애인고용촉진공단이 경증산재장애인을 수용하여 이들을 훈련시키는데 대하여 동의하여야 함. 이를 위해서 노동부 해당부서간의 심도 있는 정책협약이 필요함.
- 둘째, 직업전문학교 훈련 대상에서 제외되는 10-14급 산재근로자의 훈련문제임. 『장애인고용촉진및직업재활법시행령』에 따르면 이들이 장애인에 포함되지 않기 때문에 이들 산재근로자가 직업전문학교에서 직업재활훈련을 받을 수 있도록 해당 규정을 개정하여야 함.
- 셋째, 장애인고용촉진및직업재활기금이 향후 부족할 것으로 예상되는 상황에서 한국장애인고용촉진공단이 경증의 산재근로자를 위하여 시설투자를 할 수 있는 여력이 부족함. 산재근로자가 만족할 만한 수준의 직업재활훈련 서비스를 받는데 소요되는 모든 훈련비는 산재근로자의 직업재활훈련에 대한 책임이 있는 산재보험에서 부담해야 할 것임. 또한 시설투자에 소요되는 비용의 부담은 근로복지공단과 한국장애인고용촉

진공단이 협의하여 해결하는 방안을 제안함.

- 넷째, 근로복지공단이 직업재활훈련 서비스의 질을 통제할 수 있는 체계가 구축되어야 함.
- 이상의 분석결과에 기초하여 재활훈련원과 직업전문학교를 통합하여 장애인 직업훈련에 전문성이 있는 장애인고용촉진공단이 운영주체가 되어 직업전문학교를 운영토록 하며, 산재보험에서 이에 소요되는 비용을 부담하고 직업재활훈련 서비스의 질을 통제토록 하는 방안은 앞에서 설정한 목표를 달성할 수 있는 대안으로 판단된다고 사료됨.

라. 한국산업인력공단의 직업전문학교를 확대 개편: 대안Ⅳ

- 한국산업인력공단에서는 2004년 현재 21개의 직업전문학교와 23개의 기능대학을 운영하고 있으며, 이들 훈련기관은 전국을 지역적으로 잘 포괄하는 훈련망(network)을 구축하고 있음.
- 직업전문학교에서 전통제조업과 국가기간산업 제조업 분야에서 1년의 훈련기간 동안 기능사를 양성하는 것과 달리, 기능대학에서는 전문대학과 동일하게 2년의 훈련기간 동안 전문인력을 양성하는 것을 목표로 하고 있음.
- 직업전문학교에서는 현재 고용보험의 위탁을 받아 많은 위탁훈련을 실시하고 있으며, 90% 수준의 취업률을 보이고 있음.
- 여기서는 한국산업인력공단의 직업전문학교를 확대 개편하여 각 권역을 지역별로 대표할 수 있는 지역에 위치해 있는 직업전문학교를 특화하여 산재장해인을 위한 특별반을 신설토록 하는 방안의 타당성을 검토하도록 함.
- 우선 중증산재장해인의 재활훈련과 관련하여 직업전문학교와 기능대학에서 이들을 훈련토록 하는 방안은 오랜 직업훈련 경험을 축적한 기관에서 훈련을 담당하게 되는

장점이 있음.

- 그러나 현재의 건물과 시설이 중증산재근로자가 접근하기 어렵게 되어 있으며, 중증 산재근로자를 위하여 기존의 건물과 시설을 개편하는 것은 비용효율성 (cost-effectiveness) 관점에서 문제가 있기 때문에 이 방안은 바람직하지 않다고 사료 됨.

○ 다만 산재 4급 이하의 경증산재근로자의 경우 기존의 건물과 시설을 개보수하면 훈련 실시 장소로의 접근성에 큰 어려움이 없을 것으로 판단됨.

- 따라서 본 연구에서는 경증산재근로자의 훈련기관으로의 원활한 접근성을 보장하며 권역을 지역별로 잘 대표하는 지역의 직업전문학교를 선정하고, 이 직업전문학교에서 경증산재근로자를 대상으로 하여 특별반을 편성하여 직업재활훈련을 실시하는 방안 역시 현실성이 있는 것으로 판단됨.

- 이 방안의 장점은 산재근로자의 훈련기관으로의 접근성을 보장하고, 일반근로자와 동일한 훈련기관에서 훈련을 받음으로써 사회적응을 촉진할 수 있으며, 직업전문학교가 지금까지 해온 직업훈련에서의 오랜 경험을 활용할 수 있다는 점임.

○ 경증산재근로자의 직업재활훈련을 한국산업인력공단의 직업전문학교에 위탁하는 방안이 성공적으로 실현되기 위해서는 다음의 사항이 선결되어야 함.

- 첫째, 한국산업인력공단이 이 방안을 수용하여야 함. 이를 위해서 노동부 담당부서 간의 긴밀한 정책협의를 필요함.

- 둘째, 직업전문학교의 건물과 시설을 개보수하는데 소요되는 비용의 재원조달 문제임. 연구자는 한국장애인고용촉진공단에의 위탁훈련에서와 마찬가지로 시설투자에 소요되는 비용은 근로복지공단과 한국산업인력공단과의 협의를 통하여 해결할 것을 제안함.

- 셋째, 직업전문학교의 훈련공과가 전통제조업과 국가기간산업의 제조업 분야에 치중되어 있어 급격히 변화하는 산업구조를 제대로 반영하지 못하며 산재근로자의 다양한 수요를 반영하기 어려움. 이는 직업재활훈련 서비스의 질을 하락시킬 수 있는 중요한 문제임. 따라서 훈련공과를 개설하기에 앞서 근로복지공단이 한국산업인력공단과 협의하여 이러한 문제가 발생하지 않도록 통제할 수 있는 체계를 구축하여야 함. 또한 개설된 훈련공과에서 제공되는 재활훈련 서비스의 질을 통제할 수 있는 체계가 구축되어야 함.
- 넷째, 한국장애인고용촉진공단의 위탁으로 한국산업인력공단의 직업전문학교에서 일반장애인을 훈련시키고 있지만, 전체 훈련생 중에서 이들 일반장애인이 차지하는 비중이 매우 낮음. 따라서 직업전문학교의 훈련교사가 장애인을 훈련한 경험이 부족하기 때문에 산재장애인을 훈련시킬 때 장애인의 특성을 충분히 반영한 훈련을 실시하기 어려운 문제가 있음. 이 문제는 산재근로자의 직업재활훈련을 담당하는 훈련교사가 한국장애인고용촉진공단에서 실시하는 관련된 연수에 참여토록 함으로써 극복될 수 있을 것으로 판단됨.

마. 근로복지공단 재활훈련원의 확대 개편: 대안 V

- 이는 지금까지 소극적으로 운영된 재활훈련원을 확대 개편하여 경증산재장애인을 전담하는 전문 직업재활훈련원으로 변화시키는 방안임.
- 이 방안이 성공적으로 실시되면 경증산재장애인은 물론 한국장애인고용촉진공단이 담당하는 경증의 일반장애인 중의 일부 역시 훈련생으로 받아들일 수 있을 것임.
- 또한 이 대안이 정착되면 산재근로자와 일반장애인뿐만 아니라 지역적 접근성의 편리함 때문에 희망하는 일반근로자에게도 훈련받을 기회를 제공토록 개방할 수 있을 것임.
- 재활훈련원이 가지고 있는 문제점들을 해결하고 본 연구에서 설정한 목표를 달성하기 위해서는 다음의 사항이 선결되어야 할 것임.

- 첫째, 각 권역을 대표하는 지역에 훈련원을 설치해 재활훈련원으로서의 접근성을 높여야 함. 예를 들면 재활훈련원이 없는 경상도, 충청도 및 강원도에 재활훈련원을 신설토록 하며, 안산과 광주의 재활훈련원은 규모를 확장하도록 함. 또한 건물과 훈련시설은 산재근로자의 특성을 반영하도록 하며, 산재장애인이 어려움 없이 훈련받을 수 있도록 여가생활을 즐길 수 있는 충분한 휴식공간 등의 제반시설을 갖추어야 함. 재활훈련원이 상담, 심리치료, 사회적응서비스 및 직장알선과 같은 서비스를 제공하기 위해서는 규모의 경제를 실현해야 하며, 안산훈련원과 광주훈련원 같은 소규모 훈련원에서는 이러한 서비스를 제공하기 어려움. 따라서 예를 들면 300-500명의 훈련생을 수용할 수 있는 규모의 재활훈련원을 신설하여 각 권역을 포괄할 수 있도록 함.
 - 둘째, 훈련공과 역시 직업재활훈련에 대한 산재근로자의 수요를 반영하여 대폭 개편할 뿐만 아니라 확대해야 함. 또한 수요자 중심의 훈련프로그램을 운영하여야 하며, 이를 위해서 노동시장의 변화에 유연하게 대처할 수 있도록 산재근로자가 희망하는 훈련공과를 개설하며 수요가 감소하는 훈련공과는 과감히 폐쇄하여야 함.
 - 셋째, 훈련원 관리자의 전문성을 제고하기 위하여 원장과 훈련부장을 외부에서 공채하고 훈련교사의 전문성을 높이도록 하며, 양질의 직업훈련을 받을 수 있도록 훈련교사를 확보해야 함. 이러한 변신을 통하여 산재근로자가 신뢰를 가지고 직업재활훈련에 적극적으로 참여할 수 있도록 유도하여야 하며, 다양한 성공사례를 발굴 홍보하고 희망을 제시하여 산재근로자가 장기요양보다 직업재활훈련을 선호할 수 있도록 제반여건을 개선하여야 함. 이러한 선순환체계를 구축함으로써 산재근로자의 복지 증진과 산재보험 재정의 안전성에 기여할 수 있게 될 것임.
- 이상 5가지 대안 각각의 장점과 문제점 및 선결사항을 요약정리하면 <표 5-7>과 같음.

〈표 5-7〉 대안별 장단점 비교

민간학원이 주도	장점	훈련기관으로의 접근성과 훈련공과 운영의 탄력성이 높음.		
	문제점	① 규모나 시설이 영세하며, 단기훈련과정에서 취업보다 자격증 취득에 중점을 두어 운영되고 있음. ② 산재근로자와 학원이 제도를 남용할 가능성이 높음. ③ 중소도시에서 제공되는 훈련공과가 제한되어 있음.		
산재의료관리원	장점	① 의료재활서비스와 직업재활서비스를 원활하게 연계할 수 있음. ② 훈련원을 운영한 경험이 있음.		
	문제점	병원과 재활훈련원이 동일 지역에 위치한 곳이 제한되어 있음.		
한국장애인고용촉진공단	중증	장점	① 전국을 비교적 잘 포괄하는 5개의 직업전문학교를 운영하고 있음. ② 중증장애인의 학습권 및 이동성이 보장됨. ③ 중증장애인 위주로 훈련을 실시하고 있어 전문성이 있고 경험이 풍부함.	
		문제점	산재근로자의 선호도가 낮음.	
	경증	장점	① 훈련기관으로의 접근성이 용이함. ② 장애인 직업재활교육에 특화하고 있어 전문성이 있음.	
		문제점	산재근로자의 선호도가 낮음.	
	선결 사항	① 훈련체계 개편에 대한 한국장애인고용촉진공단의 동의 ② 직업전문학교 훈련대상에서 제외되는 10-14급 산재근로자의 훈련 ③ 경증산재근로자를 위한 시설투자 비용의 조달 ④ 직업재활훈련의 질을 통제할 수 있는 체계의 구축		
한국산업인력공단	중증	문제점	건물과 시설에 대한 산재근로자의 접근성이 낮음.	
	경증	장점	① 훈련기관으로의 접근성이 높음. ② 일반근로자와 같은 훈련기관에서의 훈련으로 사회적응을 촉진함. ③ 직업훈련에서의 오랜 경험을 활용할 수 있음.	
		선결 사항	① 산업인력공단의 동의 ② 건물과 시설을 개보수하는데 소요되는 비용 조달 ③ 훈련공과의 대폭 개편과 훈련 서비스 질을 통제할 수 있는 체계의 구축 ④ 산재근로자 특성에 대한 훈련교사의 이해 제고	
			장점	산재근로자에 대한 축적된 훈련 경험
근로복지공단	경증	선결 사항	① 권역별 훈련원의 설치 및 제반시설의 개선 ② 훈련공과의 탄력적 운용 ③ 훈련원 관리자의 전문성 제고와 훈련교사의 확보	

제3절 결론 및 정책제언

- 산재근로자 직업재활훈련체계를 개편하는 방안을 검토할 때 직업재활훈련의 중요성을 인식하는 것이 선행되어야 함. 지금까지는 직업재활훈련사업이 산재보험의 부수적인 사업으로 인식되어 온 것이 사실임. 그러나 직업재활훈련은 직장복귀를 통한 산재근로자의 복지증진과 산재보험 재정안정화를 위해서 산재보험에서 중점적으로 다루어야 할 핵심사업 중의 하나이며, 이에 대한 인식의 전환이 필요함. 또한 신규산재근로자수가 빠르게 증가하는 현재의 상황에서 직업재활훈련사업에 대한 투자를 대폭 확대할 필요가 있음.
- 대안Ⅰ과 대안Ⅱ는 본 연구에서 설정한 목표를 달성하는데 적합하지 않은 것으로 판단되며, 본 연구에서는 현실성이 높은 대안으로 대안Ⅲ, 대안Ⅳ, 대안Ⅴ를 제시하였음. 대안Ⅲ 또는 대안Ⅳ를 선택하게 되면 원칙적으로 울산에 신축을 검토 중인 재활훈련원을 설립하지 않을 수도 있는 반면, 대안Ⅴ를 선택하게 되면 이 재활훈련원을 신축하는 것이 바람직함.
 - 또한 대안Ⅲ 또는 대안Ⅳ를 선택하더라도 경증산재근로자를 위한 훈련기관의 개원이 3-5년 이내에 가능하지 않을 전망이다. 울산훈련원을 신축하여 경증산재근로자 직업재활훈련기관의 하나의 모범사례로 운영토록 하는 것이 바람직함. 전국을 포괄하는 산재근로자 직업재활훈련체계가 구축되면, 울산훈련원은 경증산재근로자의 훈련을 주도적으로 실시하게 될 한국장애인고용촉진공단 또는 한국산업인력공단에 임대 또는 매각하는 방안을 검토할 수 있을 것임.
- 한편 본 연구에서는 시간을 포함한 여러 제약 때문에 근로복지공단의 재활훈련원 위주로 분석이 이루어졌으며, 한국장애인고용촉진공단의 직업전문학교와 한국산업인력공단의 직업전문학교에서 제공하는 직업훈련의 문제점, 세 훈련기관 간 훈련체계 통합의 필요성 및 통합방법에 대한 상세한 분석이 이루어질 수 없었음. 이에 관한 연구는 다음 연구자의 과제로 남겨 두도록 함.

제6장 산재근로자 직장복귀지원금제도 활성화방안 연구²⁵⁾

제1절 현 황

- 우리나라의 산재보험에서도 직장복귀지원금제도를 2003년 7월 1일부터 실시하고 있으며, 이의 주된 내용은 다음과 같음(표 6-1 참조). 산재장해등급 1~9급의 장해급여자를 요양종결일로부터 1년 이상 고용 유지하거나, 요양종결일로부터 1년 이내에 새로 고용하여 1년 이상 고용한 사업주에게 일정액의 직장복귀지원금(1-3급에게는 월 639,900원, 4-9급에게는 월 426,600원)을 지급함. 지원기간은 1년이며, 지원대상사업장은 상시근로자수 300인 미만 사업장으로 출발하였지만 2004년 1월 29일의 장애인고용촉진및직업재활법 제24조 개정에 따라 상시근로자수 50인 미만 사업장으로 축소되어 적용되고 있음.

- 그러나 직장복귀지원금은 사업의 효율성을 제고하기 위하여 다음과 같은 사업주에게는 지급되지 않고 있음.
 - 장애인고용촉진및직업재활법에 따라 장애인을 고용해야 할 의무가 있는 사업장, 장해급여자의 고용과 관련하여 다른 법령에 의하여 지원금 등을 지급 받는 사업주, 그리고 직장복귀지원금을 지급 받을 목적으로 다른 장해급여자 또는 장애인고용촉진및직업재활법에 의한 장애인을 이직하게 한 사업주 등임.

25) 제6장(산재근로자 직장복귀지원금제도 활성화방안 연구)은 김상호가 작성하였음.

〈표 6-1〉 장애인고용과 관련된 장려금 제도의 비교

구 분	장해급여자 직장복귀지원금	장애인 신규고용촉진장려금	장애인 고용장려금
근 거	산재보험법 제79조	고용보험법시행령 제22조의2	장애인 고용촉진및직업재활법 제26조
시 행 일	'03. 7. 1	'04. 10. 1	'90. 12. 31
지원대상	50인미만 고용사업주	고용보험가입 사업주	장애인고용률 2% 초과 사업주
지원조건	장해급여자(1~9급)를 요양종결일부터 1년 이상 고용 유지하거나, 요양종결일부터 1년 이내 새로 고용하여 1년 이상 고용	고용안정센터 등에 구직신청한 후 3월(중증 1월) 초과하여 실업상태에 있는 장애인을 피보험자로 채용	장애인을 상시근로자수의 2%를 초과하여 고용
지원기간	1년	1년	고용기간 중 계속
지원금액	1~3급 : 월 639,900원 4~9급 : 월 426,600원 ※ 1년치 지급	경증 : 월 45만원 중증 : 월 60만원	고용률 30%이하/30%초과 시 · 경증남성:월30만원/월40만원 · 경증여성· 중증남성: 월37.5만원/월50만원 · 중증여성: 월45만원/월60만원
신청기관	근로복지공단(지사)	노동부 고용안정센터	장애인고용촉진공단(지사)
신청시기 (지급시기)	1년 이상 고용한 이후 신청(30일 이내)	전월실적에 대해 다음 달 신청(10일 이내)	전년도 실적에 대해 익년 신청(60일 이내)
기대효과	산재장애인의 원직복귀 및 신규고용 촉진	대다수 중견기업의 장애인고용률 2% 미달하는 현실 감안, 중견기업의 장애인 신규고용촉진	장애인고용의무 미이행 사업주에게 부당금징수, 다수고용사업주에게는 지원함으로써 장애인 고용비용을 형평성 있게 조정

자료: 노동부 내부자료.

제2절 문제점

1. 개요

○ 직장복귀지원금에서는 동 제도가 도입된 지 1년이 경과된 2004년 7월부터 수급자격을

갖춘 사업주가 발생하게 되었음. 근로복지공단은 2004년 예산으로 32억3천만원을 설정하고 천2백명의 산재장해인에게 직장복귀지원금을 지급할 목표를 가지고 있었음. 그러나 2004년 10월말 현재 직장복귀지원금을 수급하는 산재근로자는 15명에 약 7천4백만원에 불과한 실정임. 다음에서는 이의 주된 이유를 직장복귀지원금제도 외의 문제점과 제도 내의 문제점으로 나누어 살펴보도록 함.

〈표 6-2〉 직장복귀지원금 운영계획 및 실적

(단위: 명, 백만원)

	목표		실적	
	인원	금액	인원	금액
8-10월 누계	1,200	3,230	15	74

자료: 근로복지공단 내부자료.

2. 제도외적 문제점

○ 우선 제도 외의 주된 문제점으로 다음을 지적할 수 있음.

- 첫째, 장애인고용촉진및직업재활법이 2004년 1월에 개정됨에 따라 직장복귀지원금이 지급될 수 있는 사업장의 규모가 300인 미만 사업장에서 50인 미만 사업장 종사자로 축소되었음. 이처럼 적용사업장 규모가 축소됨에 따라 적용대상 산재근로자가 50인 미만 사업장으로 제한되게 되었음. 더욱이 50인 미만 사업장에서 지원할 수 있는 최대 인원 역시 기존의 6명에서 1명으로 축소되었음.
- 둘째, 2004년 10월 1일부터 고용보험에서 모든 고용보험가입 사업주를 대상으로 하여 장애인 신규고용촉진장려금(경증장애인은 월 45만원, 중증장애인은 월 60만원)을 1년 동안 지급하고 있음. 장애인 신규고용촉진장려금은 1인 이상 사업장의 모든 장애인을 대상으로 하며, 취업한 매달에 대하여 월별로 지급하고 1년의 지원기간동안 장애인이 자발적으로 이직한 경우에도 장려금을 지급하고 있음. 이처럼 수급요건이 산재보험의 직장복귀지원금보다 월등히 완화되어 있는 것을 고용보험에서 제공하는 장애인 신규고용촉진장려금의 특징으로 지적할 수 있음.

- 이러한 제도 외적인 여건의 변화가 직장복귀지원금제도의 조기 정착에 부정적으로 작용한 것은 사실이지만, 다음과 같은 사실은 직장복귀지원금제도가 활성화되지 못한 결정적 원인이 이러한 제도 외적인 여건의 변화에 있다고 보기 어려움을 제시함.
 - 첫째, <표 6-3>은 근로복지공단이 2003년도 신규 산재장해자 30,363명 중에서 일부를 조사하고, 그 조사대상자 중에서 직업에 복귀한 장애등급 1-9급인 1,996명을 대상으로 하여 파악한 사업장 규모별 재직자수를 보여줌. <표 6-3>에 따르면 장애인고용촉진및직업재활법 개정에 영향을 받게 되는 산재근로자 비중이 21.3%에 불과함.
 - 둘째, 2004년 기준으로 직장복귀지원금을 신청하는 사업주는 2003년 7월부터 2003년 말까지 취업한 근로자를 대상으로 하는데, 이 기간에 대해서는 직장복귀지원금제도가 장애인고용촉진및직업재활법 개정의 직접적 영향을 받지 않음. 이는 2004년 11월 현재 기준으로 직장복귀지원금제도의 저조한 운영실적이 장애인고용촉진및직업재활법 개정에 결정적으로 영향을 받지 않았음을 보여줌.
 - 셋째, 고용보험의 장애인 신규고용촉진장려금이 신규로 취업한 매달에 대해 지급될 수 있지만 동 제도가 2004년 10월 1일에 도입되었기 때문에 제도도입 기간이 짧아 아직 수급자가 거의 발생하지 않고 있는 실정임. 연구자가 조사한 바에 따르면 일선 노동부사무소에서 동 제도의 세부내용에 대해 아직 완전히 파악하지 못한 실정이며, 제도 홍보의 부족으로 지원금 지급을 신청한 사업주 역시 거의 없는 실정임. 그러나 고용보험의 장애인 신규고용촉진장려금은 지급요건이 산재보험의 직장복귀지원금보다 완화되어 있고 급여수준도 비슷하며 모든 사업장의 장애인을 대상으로 하는 보편성 (universal coverage)을 중요한 특징으로 하고 있기 때문에 직장복귀지원금에 관한 기존의 규정이 그대로 유지되면 앞으로 산재보험의 장애급여자 직장복귀지원금의 활성화에 많은 부정적 영향을 미칠 것으로 예상됨.

〈표 6-3〉 장애인등급 1-9급 신규산재근로자의 사업장 규모별 재직자수

사업장 규모별 재직자수					직업복귀자		
50인 미만	50인 이상~ 300인 미만	300인 이상	기타	소계	1-3급	4~9급	소계
1,218	425	344	9	1,996	42	1,954	1,996
(61.0)	(21.3)	(17.2)	(0.5)	(100.0)	(2.1)	(97.9)	(100.0)

자료: 근로복지공단 내부자료.

3. 제도내적 문제점

○ 다음은 제도 내적인 문제를 살펴보도록 한다.

- 첫째, 직장복귀지원금의 지급요건이 엄격하다. 동 지원금을 신청하기 위해서는 해당 산재근로자를 1년 이상 고용하여야 하며, 산재근로자가 1년을 채우지 못하고 퇴직하면 지원금을 신청할 수 없다. 이처럼 고용기간을 1년으로 명시한 것은 장기고용을 유도하는 측면에서는 바람직함. 그러나 이 규정은 많은 장애인근로자가 1년의 고용기간을 채우지 못하고 이직하는 현실을 고려하면 산재근로자의 자발적 이직에 의하여 지원금을 수급하지 못할 위험을 전적으로 사용자에게 부담시키는 문제가 있음.²⁶⁾ 또한 지원금을 지급하는 시기가 산재근로자 고용 후 1년이 경과한 이후이기 때문에 특히 운영자금에 여력이 없는 중소기업의 경우 직장복귀지원금을 수급할 목적으로 산재근로자를 고용하는데 소극적일 가능성이 높음.
- 둘째, 장애인근로자의 고용과 관련하여 다른 법령에 의하여 지원금을 수급하는 경우에는 직장복귀지원금이 지급되지 못하도록 규정하고 있음. 이에 따라 직장복귀지원금제도가 도입된 이후 산재보험법 이외의 법령에 의하여 산재근로자에게 지원금이 제공되면 직장복귀지원금은 지급되지 못하게 됨. 이는 향후에 산재보험법 이외의 법률에 의하여 산재근로자를 대상으로 하는 지원금제도가 신설되면 산재보험의 직장복귀지원금

26) 한국장애인고용촉진공단이 알선 취업한 장애인의 경우 6개월 미만 근속자수의 비중이 2001년 45.5%, 2002년 48.3%, 2003년 45.7%이었다. 장애인고용촉진공단은 산재근로자보다 중증장애인을 취업알선 대상으로 하기 때문에 이러한 자료를 산재근로자에게 직접 적용하는 것은 무리이다. 다만 이 자료는 1년 이상의 장기근속을 하는 장애인의 비중이 높지 않음을 보여주는 것으로 사용될 수 있을 것이다.

제도가 더욱 위축될 수밖에 없음을 보여줌.

- 셋째, 지급절차가 복잡하다. 직장복귀지원금은 ‘그 장애급여자의 고용과 관련하여 다른 법령에 의하여 지원금 등을 지급받은 경우’ 지급이 정지됨. 따라서 타 기관에서의 장려금 지급 여부를 파악해야 하기 때문에 지급절차가 복잡하고 시간이 많이 소요됨.

제3절 대안

- 본 연구에서는 산재보험제도에서 선택할 수 있는 대안으로 다음의 두 가지를 제시함.
- 첫째, 기존의 제도를 그대로 유지한 채 고용보험제도에서 장려금을 제공하지 않는 기존직장에서의 고용 유지에 전념하는 방안임.
 - 그러나 이 방안을 선택하면 2004년도의 운영계획에서 목표로 설정한 천2백명 규모의 신청자를 달성하기가 매우 어려울 것임. 따라서 지원 목표인원을 대폭 하향조정 하지 않으면 이 대안의 실효성은 크지 않을 것으로 판단됨.
- 두 번째 대안은 기존의 직장복귀지원금 수급요건을 대폭 완화하여 동 제도를 조기에 활성화하려고 할 때 타당성이 있는 방안임.
 - 첫째, 산재근로자의 자발적 이직으로 고용관계가 종료될 때에도 장려금을 지급하도록 지급요건을 완화토록 함.
 - 둘째, 장애인고용촉진및직업재활법에 따라 장애인을 고용해야 할 의무가 있는 사업장에는 직장복귀지원금을 지급하지 않는다는 규정을 삭제하는 것을 적극 검토토록 함.
 - 셋째, 지원금 지급시기를 월별 또는 분기별로 변경하여 중소기업에게 편의를 제공토록 함.

- 넷째, 대체효과를 최소화 할 수 있는 규정을 구체적으로 명시토록 함.
- 다섯째, 지급요건으로 요양종결일로부터 1년 이내에 고용하여야 한다는 규정을 완화토록 함.
- 여섯째, 만약 지금까지 제안한 수급조건의 완화를 통하여 기대했던 효과가 충분히 발생하지 않을 때에는 마지막으로 직장복귀지원금 적용대상을 기존의 1급-9급에서 10급-14급까지로 확대하는 방안을 검토토록 함.

제4절 추후 연구과제

- 한편 연구자는 현행 산재보험의 중요한 문제점 중의 하나인 산재근로자의 장기요양 문제를 직장복귀지원금제도와 연계하여 해결하는 방안을 장기과제로 연구할 필요가 있다고 생각함.

제7장 산재근로자의 직장복귀 제고방안²⁷⁾

- 사업장내 보건관리자 활용방안-

제1절 서론

- 한 해 2만 명이 넘는 신규 산재장애인의 발생은 산업재해 발생 당시의 의학적인 접근도 중요하지만 이후 발생하는 영구적인 손상에 대해서는 이전의 생활로 돌아갈 수 있도록 하는 사회복귀(Social rehabilitation), 즉 재활서비스가 무엇보다도 중요함.
- 현재 산재보험 내에서 산재장애인에게 제공되고 있는 직업재활사업은 주로 근로복지공단에 의해 운영되고 있으나 제한된 재활훈련원의 수용능력, 제한된 재활훈련의 종류, 높은 중도탈락율, 부족한 사후관리, 비현실적인 훈련수당 등으로 저조한 직업복귀율을 나타내고 있음.
- 최근 산재근로자의 원직복귀에 대한 관심이 증가하고 있는 상황에서 산재근로자의 삶의 질에 직접적인 관련요인으로 직업복귀가 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났으며²⁸⁾, 원직복귀를 하는 것이 그렇지 않은 경우보다 평균임금도 높았으며, 직장 복귀의 가능성도 높은 것으로 나타남²⁹⁾.
- 실제로 직장복귀를 하는 과정에서 근로자의 건강상태를 지속적으로 관리하면서 그 상태에 따른 작업배치, 작업전환, 근로시간 조정과 산재근로자에게 적합하도록 조정해주는 과정이 요구되는데, 이러한 과정은 근로자가 근무하고 있는 사업장의 특성과 근

27) 제7장(산재근로자 직장복귀 제고방안 - 사업장내 보건관리자 활용방안)은 윤순영이 작성하였음.

28) 이현주 (2004) 산재근로자의 삶의 질 모형. 서울대학교 박사학위논문

29) 조광자 (2003) 산재장애인의 이전직장복귀 가능성 결정요인. 서울대학교 박사학위논문

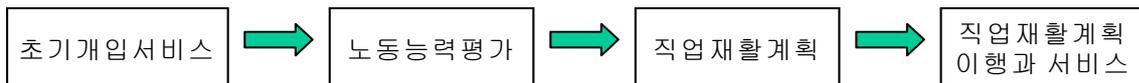
무환경에 대하여 잘 알고 있으면서 산업재해라는 신체적, 정신적 손상과 재활에 대한 지식이 있는 보건관리자³⁰⁾의 개입이 효과적일 것임.

제2절 외국의 산재근로자 직장복귀제도

1. 미국

- 미국은 주와 연방의 직업재활국(Division of Vocational Rehabilitation)의 직업재활상담원(Vocational Rehabilitation Counselor)은 아래의 흐름과 같이 사례관리자로서 장애근로자의 직업재활에 개입함(그림 7-1 참조)

[그림 7-1] 직업재활서비스 단계³¹⁾



2. 일본

- 일본의 산재근로자 사회적응프로그램은 사례관리자가 적극 개입하는 형태가 아니라 요양급부의 범위에 포함되어 의료기관을 중심으로 이루어지고 있음.
- 장애의 정도가 심하여 원직장 복귀가 어렵거나 산재를 입어 새로운 업무나 직장을 얻을 필요가 있는 경우 직업훈련은 산재보험제도가 아닌 국가단위의 장애인복지정책에 의하여 직업훈련사업이 진행되고 있음.
- 그러나 산재근로자가 국가단위의 장애인복지정책의 수혜범위에 포함되지 않는 장애의

30) 산업안전보건법시행령 제16조 (보건관리자의 선임등) 상시근로자 300인 이상 사업장의 경우 1인 이상의 보건관리자를 선임하여야 함. 300인 미만의 경우 보건관리 업무에 지장이 없는 범위에서 겸직 할 수 있으며, 보건관리대행기관에 위임할 수 있다.

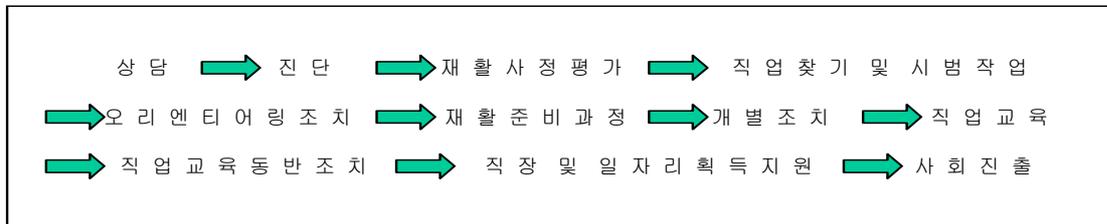
31) 이현주 외(2003). 산재근로자의 사회적응프로그램 모델개발 및 접근방안 (2003). 한국노동연구원

경우, 노재보험의 노동복지사업을 통해 현금·현물서비스 형태의 사회복지 추진사업을 제공받고 있음.

3. 독일

- 산재근로자 직업재활에는 산재보험조합의 재활상담원들이 직장 복귀 과정을 조정하고, 관계자 즉 의사, 재활시설, 사업주, 보험급여담당자, 그리고 기타 사회복지 운영기관 등을 위한 연결고리가 되어 사례관리자로서의 역할을 담당함(그림 7-2 참조).

[그림 7-2] 직업재활의 경로³²⁾



제3절 산재근로자의 직장복귀 실태와 보건관리자의 역할

1. 산재근로자 직업복귀 현황³³⁾

<표 7-1> 장애등급별 직장복귀 현황(2003)

(단위 : 명, %)

구분	1~3급	4~6급	7~9급	10~14급	합계
장해판정	634	2,319	5,023	22,387	30,363
직업복귀	49	586	1,150	9,977	12,192
비율	7.7	25.3	31.5	44.6	100

자료: 근로복지공단 내부자료(2004)

32) 이현주 외(2003). 산재근로자의 사회적응프로그램 모델개발 및 접근방안 (2003). 한국노동연구원

33) 근로복지공단 (2004). 2003년도 장애판정자 취업실태 결과보고

- 2003년도 장해보상청구서를 제출하여 장해판정을 받은 30,356명 중 12,192명이 직업복귀를 한 것으로 나타났는데, 1-3급의 폐질등급에 해당하는 장해판정자는 7.7%만이 직업복귀에 성공하고, 장해판정이 10-14급, 즉 경증장해일수록 직업복귀율이 81.8%로 높게 나타났음.

〈표 7-2〉 산재근로자 직업복귀 현황(2003)

(단위 : 명, %)

구분	원직복귀		재취업		자영업		합계
	훈련 없이	훈련 후	훈련 없이	훈련 후	훈련 없이	훈련 후	
인원수	8,656	7	3,260	42	211	16	12,192
비율	71.0	0.1	26.8	0.3	1.7	0.1	100

자료: 근로복지공단 내부자료(2004)

- 직업복귀에 성공한 12,192명 중 원직장복귀가 71.0%, 재취업이 26.8%로 나타났음.
- 근로복지공단에서 운영하고 있는 재활훈련을 통해 직업복귀를 하거나 자영업을 하는 비율은 전체 0.5%에 지나지 않음.

2. 설문결과

- 2003년도 12,192명의 직업복귀자 중 300인 이상 사업장에 직업복귀한 2,585명 중 고용보험 DB를 통하여 사업장이 경인지역에 위치한 사업장은 설문조사 대상으로 하였음. 이들 사업장에 전화를 하여 방문면접이 가능한 사업장에 대하여 방문면접이 이루어졌음. 최종적으로 분석가능한 설문응답은 103건이었음. 103개 중 보건관리자가 있는 사업장은 보건관리자(N=70)에게, 전담 보건관리자가 없는 경우에는 보건관리업무를 겸임하고 있는 안전관리자(N=33)에게 설문을 시행하였음.

가. 사업장의 일반적 특성

〈표 7-3〉 사업장의 일반적 특성 (보건관리자 N=70, 안전관리자 N=33)

(단위 : 명 , %)

문항	구분	빈도 (%)	
		보건관리자	안전관리자
업종	제조업	44 (62.9)	8 (24.2)
	서비스업	18 (25.7)	14 (42.4)
	운수·창고·통신업	3 (4.3)	9 (27.3)
	기타	5 (7.1)	2 (6.1)
위치	서울	23 (32.9)	22 (66.7)
	경기·인천	47 (67.1)	11 (33.3)
근로자 수	300명 미만	8 (11.4)	5 (15.2)
	300명 이상 - 1000명 미만	44 (62.9)	23 (69.7)
	1000명 이상 - 3000명 미만	9 (12.9)	5 (15.2)
	3000명 이상	9 (12.9)	0 (0.0)
	평균	1272.8 명	650.7 명
교대근무 여부	2부 교대	24 (34.3)	10 (30.3)
	3부 교대	21 (30.3)	7 (21.2)
	교대근무 안함	25 (35.7)	16 (48.5)

- 전담보건관리자가 있는 70개의 사업장은 제조업이 62.9%, 보건관리업무를 겸직하고 있는 안전관리자가 있는 사업장 33개는 서비스업이 42.4%를 차지하고 있었음.
- 보건관리자가 있는 사업장의 근로자 수는 평균 1272.8명, 안전관리자가 있는 사업장의 평균 근로자수는 650.7명으로 나타남.

〈표 7-4〉 보건관리자의 현황 (전담보건관리자가 있는 70개의 사업장)

(단위 : 명 , %)

문항	구분	빈도 (사업장 수, %) / 평균 (명/사업장)
보건관리자의 자격 ³⁴⁾ 과 수 (복수응답 가능)	의사	7 (10.0) / 1.3 명
	간호사	57 (81.4) / 1.6 명
	산업위생기사	9 (12.9) / 1.7 명
	환경관리기사	12 (17.1) / 2.0 명
	기타	3 (4.3) / 4.0 명
	평균	2.0 명/사업장
보건관리자의 부서	A	19 (27.1)
	B	29 (41.4)
	C	4 (5.7)
	D	5 (7.1)
	기타	2 (2.9)
	잘 모름	11 (15.7)
겸직 여부	겸 직 한 다	265 (37.1)
	겸직하지 않는다	44 (62.9)

- 전담보건관리자가 있는 70개의 사업장의 보건관리자 현황은 복수응답이 가능한 문항으로 평균 1개의 사업장에 2.0명의 보건관리자가 있는 것으로 나타남.
- 보건관리자 중 간호사가 57명으로 가장 많았으며, 보건관리자는 다양한 부서에 있었음. 주로 의료와 관련한 부서와 총무부와 관련한 부서에 주로 많이 배치되어 있었음.

34) 산업안전보건법시행령 제18조 <별표 6> 보건관리자의 자격 : ▲의료법에 의한 의사, ▲의료법에 의한 간호사, ▲ 산업위생관리기사, 환경관리기사(대기분야에 한함) ▲ 산업위생관리산업기사, 환경관리산업기사(대기분야에 한함) ▲ 전문대학 이상의 학교에서 보건위생관련학과를 졸업한 자로서 관련 학과목 12학점 수료자.

나. 사업장의 안전·보건 관리실태

〈표 7-5〉 사업장의 안전·보건관리 인력 및 규정 실태 (보건관리자 N=70, 안전관리자 N=33)
(단위 : 명, %)

문항	보건관리자 (N=70)	안전관리자 (N=30)
안전관리자	65 (92.9)	33 (100.0)
보건관리업무지침	59 (84.3)	9 (27.3)
안전보건관리규정	67 (95.7)	26 (78.8)
산업보건위원회	61 (87.1)	20 (60.6)

주: 각 항목문항에서 “유(있다)”의 비율만 기재

나. 산재근로자 직장복귀 현황

〈표 7-6〉 직장복귀한 산재근로자 수³⁵⁾ (2003. 1. 1 ~ 2003. 12.31)
(단위 : 명, %, 명/사업장)

구분	빈도 (%)	
	보건관리자 (N=52)	안전관리자 (N=25)
0명 (없음)	7 (13.4)	1 (4.0)
1명 이상 - 5명 미만	31 (59.7)	21 (84.0)
5명 이상 - 10명 미만	6 (11.4)	3 (12.0)
10명 이상 - 50명 미만	3 (5.7)	0 (0.0)
50명 이상 - 300명 미만	5 (9.5)	0 (0.0)
평균	41.3 명/사업장	2.5 명/사업장

- 2003년 1년간 직장복귀를 한 산재근로자가 있는 사업장 77개 중 전담 보건관리자가 있는 사업장 52개는 평균 41.3명, 보건관리 업무를 겸직하는 안전관리자가 있는 사업장 25개에서는 2.5명의 직장복귀 한 산재근로자가 있었음.

35) 직장복귀한 산재근로자가 있는 사업장만 응답함. (N=77)

다. 산재근로자의 직장복귀와 관련한 재원에 관한 인지와 활용정도

〈표 7-7〉 산재근로자 고용 관련 지원금 인지정도와 활용정도 (보건관리자 N=70, 안전관리자 N=33)

(단위 : 명, %)

문항	알고 있고 지원을 받은 적 있다		알고 있지만 지원금 받은 적 없다		모른다	
	보건	안전	보건	안전	보건	안전
직장복귀 지원금 ³⁶⁾ (월426,000~월639,000원)	4 (5.7)	0 (0.0)	23 (32.9)	12 (36.4)	43 (61.4)	21 (63.6)
장애인신규고용촉진장려금 ³⁷⁾ (월450,000~월600,000원)	14 (20.0)	5 (15.2)	26 (37.1)	22 (66.7)	30 (42.9)	6 (18.2)
장애인고용 촉진 장려금 ³⁸⁾ (월300,000~월600,000원)	17 (24.3)	9 (27.3)	25 (35.7)	20 (60.6)	28 (40.0)	4 (12.1)

- 재정적 지원에 대한 인지여부와 활용정도는 실제 산업재해로 인한 장애근로자나 일반 장애인들의 직업복귀에 관련하여 매우 중요한 부분임.
- ‘장애인고용장려금’과 중복되는 측면을 줄이기 위하여 50인 미만 사업장으로 대폭 축소된 ‘직장복귀지원금’에 대해서는 대상사업장의 60% 이상이 모른다고 응답.
- 그에 비하여 2004년 10월 최근에 시행되었지만 고용보험에 가입한 모든 사업주를 대상으로 하여 실업상태에 있는 장애인을 채용하면 지급하는 ‘장애인신규고용촉진장려금’제도에 대해서는 이미 지급을 받은 경우도 보건관리자가 있는 사업장의 20%, 안전관리자가 있는 사업장의 15.2%에 이룸.

36) 직장복귀지원금 : 산재보험법 제79조를 기반으로 2003년 7월 1일부터 시작. 50인 미만 사업장을 대상으로 장해급여자(1-9급)를 요양종결일부터 1년 이상 고용을 유지하거나 요양종결일로부터 1년 이내 새로 고용하여 1년 이상 고용하는 경우 1-3급은 월 639,900원 4-9급은 월 426,600원을 지원.

37) 장애인 신규고용촉진장려금 : 고용보험법시행령 제22조의2를 기반으로 2004년 10월 1일 시작. 고용보험가입 사업주를 대상으로 고용안정센터 등에 구직신청한 후 3월(중증 1월) 초과하여 실업상태에 있는 장애인을 피보험자로 채용하는 사업주에게 1년 간 지급. 경증 월 45만원, 중증 월 60만원.

38) 장애인 고용장려금 : 장애인고용촉진및직업재활법 제26조에 기반하여 1990년 12월 31일 시작. 상시 근로자 50인 이상의 사업장은 2%에 해당하는 근로자를 장애인으로 고용해야 하는데, 그 의무고용률 2%를 초과하여 고용할 경우 경증남성은 월30-40만원, 경증여성과 중증남성은 월 37.5-50만원, 중증여성은 월 45-60만원을 지급.

- 산재근로자의 직장복귀에 직접적인 재정적 지원을 해줄 수 있는 산재보험 내의 지원금인 ‘직장복귀지원금’이 대상사업장이 50인 미만으로 설정되어 있는 한계로 인하여 2004년 10월 현재 15명의 산재근로자가 약 7천4백 만원 정도 수급.

라. 보건관리자의 역할

〈표 7-8〉 일반적 직무³⁹⁾

보 건 관 리 자		안 전 관 리 자
○ 일반 질병관리		○ 작업안전 수칙 지도 & 감독
○ 요주의자 관리	○ 보건 통계 작성	
○ 상병자 투약	○ 근로자 건강 관련 예산수립	
○ 응급 처치	○ 직업병 원인 조사	
○ 일반질병에 대한 상담	○ 직업병 대책 수립	
○ 직업병에 대한 상담	○ 근로자 건강증진 방안 수립 및 실시	
○ 보건교육의 실시	○ 외부의 건강 관련 기관에 참여	
○ 작업 환경 측정		

- 산업안전보건법시행령에 명시된 보건관리자의 직무에 대하여 전담 보건관리자와 보건관리업무를 겸임하고 있는 안전관리자의 직무를 분석한 결과 위의 표와 같이 유의한 결과를 보이는 직무가 다르게 나타나는데, 전담 보건관리자가 근로자의 건강과 관련한 관리와 작업환경과 관련한 직무에 유의하게 높게 나타남.

39) 산업안전보건법시행령 제17조 (보건관리자의 직무등)

〈표 7-9〉 직장복귀와 관련한 보건관리자의 역할⁴⁰⁾

		보 건 관 리 자 의 역 할
산재발생 직후	indirect care	○ 산재 발생시 상부에 보고 ○ 산재 발생시 근로자를 의료기관에 의뢰
직장복귀 전	indirect care	○ 산재근로자와 직장복귀에 대하여 상의 ○ 요양기관의 의료진과 산재근로자의 직장복귀 가능성에 대해 상의 ○ 산재근로자의 해당 작업환경이 직장복귀 후에도 적합한지 평가 ○ 산재근로자의 손상정도에 적합하도록 작업환경을 수정하거나 보완하기 위해 상부에 보고
직장복귀 후	direct care	○ 산재근로자의 손상부위에 대한 정기적인 평가, 직접 처치나 투약 ○ 산재근로자의 손상부위에 대해 재활기관이나 다른 의료기관 의뢰 ○ 산재근로자의 건강과 근로상태에 대해 정기적인 상담과 교육 ○ 재해 상태에 적합한 작업 방법이나 보호기구 착용에 대해 교육
	indirect care	○ 산재근로자의 작업환경이 근로자에게 적합한지 평가 ○ 산재근로자의 작업환경이 적절하지 않을 때 수정, 보완하거나 직무 전환 하기 위해 상부에 보고 ○ 산재근로자 직업복귀 촉진을 위해 다른 기관에 참여하거나 정보를 수집

○ 산업재해와 관련한 보건관리자의 역할에 관한 설문에서 ‘산재 발생시 상부에 보고’와 ‘산재근로자의 직장복귀 전, 직장복귀에 대해 상급자와 상의’ 항목만 안전관리자가 높은 평균을 나타내었으나, 유의한 차이를 나타내지는 않았음. 나머지 항목들은 전담 보건관리자가 더 높은 평균을 나타냄.

○ 산재 발생 직후와 산재근로자가 직장에 복귀하기 전 단계에는 주로 행정적인 업무 등의 간접적인 케어를 제공하게 되는데, 그 과정에서는 보건관리자와 보건관리 업무를 겸직하고 있는 안전관리자 간의 업무 수행의 차이가 유의하지 않음.

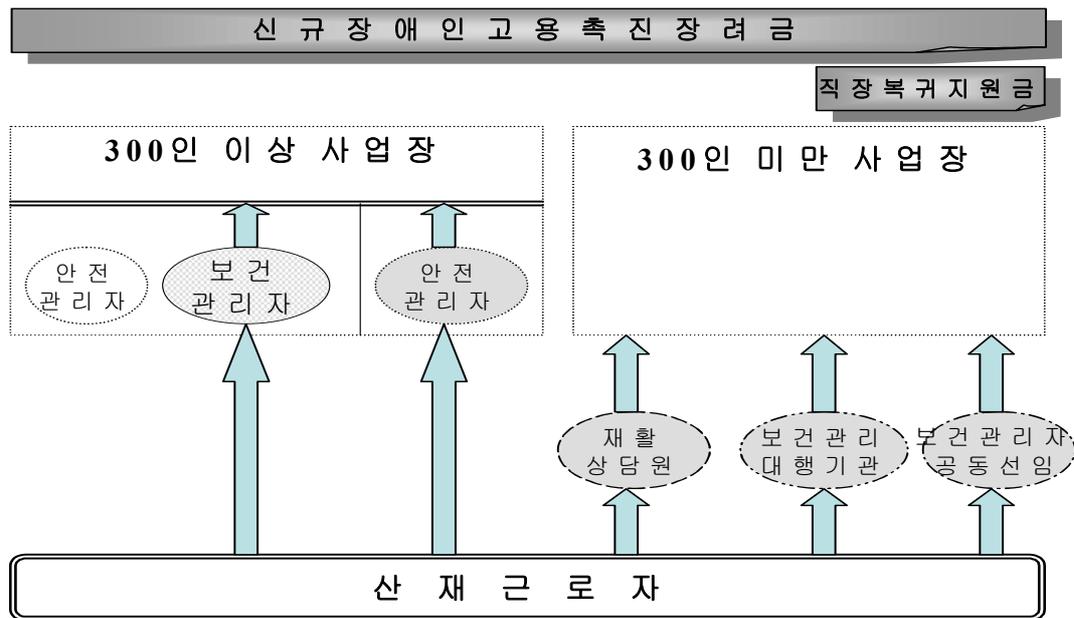
○ 산재근로자가 직장에 복귀한 후에는 손상부위에 대한 지속적인 관리나 처치, 그리고 상담과 교육과 같은 직접적인 케어가 필요하게 되는데, 그 역할 중 손상부위의 재활을 위하여 재활기관이나 의료기관에 의뢰를 하거나 산재근로자의 건강상태와 근로상태에 대해 정기적인 상담과 교육을 하는 보건관리자의 업무는 안전관리자에 비하여

40) 산재환자와 관련한 보건관리자의 업무는 따로 명시된 것이 없어 미국과 독일의 직업재활상담원의 사례관리 업무를 기초로 하여 설문 문항을 제작함.

유의한 결과로 나타남.

제4절 결론 및 정책제언

[그림 7-3] 산재근로자 직업복귀 사례관리자 모형



- 산재근로자가 효과적으로 직장복귀를 하기 위해서 우선적으로 산재장애인의 장애 상태에 대해서 잘 알고 있으면서 사업장 내에서 그들을 지속적으로 모니터링할 수 있는 인력인 보건관리자를 사례관리자로서 활용하는 모형을 제안.
- 현실적으로 보건관리자의 배치 현황이 특히 300인 미만의 사업장은 매우 적은 현실을 감안하여 안전관리자가 배치된 사업장의 경우에는 안전관리자로 하여금 산재근로자의 장애의 관리와 지속적인 상담과 교육에 대한 교육과정을 추가하여 산재근로자 직장복귀 과정에서 사례관리자로서 역할을 할 수 있게 하는 것도 의미 있을 것임.
- 상시근로자 300인 미만 사업장의 경우 중 사업장 내부에 보건관리자나 안전관리자가 배치되어 있지 않은 경우에는 현재 보건관리업무를 외부 보건관리대행기관에 대행

맡기고 있는 경우나 보건관리자를 공동선임한 사업장이 경우에는 그들로 하여금 산재 근로자의 직장복귀에 관한 추가적인 사례관리 교육 후에 직장복귀를 증진할 수 있는 인력으로 활용하는 방안을 제안함.

- 현재 보건관리 업무를 수행하지 않고 있는 경우에는 향후 증원할 예정으로 근로복지공단 지사에 배치되어 있는 재활상담원을 사례관리자로서 활용하는 방안을 제안함.
- 재활상담원은 기존에 산재근로자들의 재활에 있어서 사례관리 업무를 담당하기 위한 인력이었으나 산재근로자의 장애에 대한 배경 지식 없이 적은 인력으로 많은 산재근로자들을 관리하기가 어려워 현재는 거의 행정적인 업무에만 머무르고 있다는 지적이 있으므로 위와 같이 사업장의 특성과 규모 등에 따라 배치된 보건관리 업무와 관련한 인력들을 사례관리자로 활용하여 산재근로자들의 직장복귀를 촉진하는 것이 효과적일 것으로 사료됨.
- 산재근로자의 직장복귀를 촉진하기 위하여 지급하고 있는 산재보험의 ‘직장복귀지원금’이 현재 50인 미만의 장애 1~9급으로 한정되어 있음으로 인하여 수급자의 폭이 좁은 것을 고려하여 이의 확대 적용을 제안함.

제8장 요양결정 장기소요 근로자 생활안정화 방안⁴¹⁾

제1절 요양결정 장기소요 근로자 생활안정사업 추진의 타당성

1. 현황

- 산재보험 내에서 업무상 재해 특히 직업병에 관한 산재보험 승인절차 및 기간에 대한 논란은 여전히 지속되고 있음.
- 건강보험제도의 보장내용이 안정적인 독일과 캐나다에서조차도 산재보험 승인절차 및 기간에 대해서는 불만이 큰 것으로 나타났음.
- 더욱이 건강보험제도가 취약한 우리 나라에서의 경우 산재보험 승인여부가 산재근로자 입장에서는 경제적 부담으로 작용한다는 측면에서 매우 민감한 사항임. 따라서 산재 승인절차와 기간에 대한 불만과 개선요구가 클 수 밖에 없는 것이 우리의 현실임.

2. 필요성

- 요양결정 장기소요 근로자를 위한 대책을 마련해야 하는 필요성은 크게 두 가지로 정리될 수 있음.
- 첫째, 우리 나라의 경우 불완전한 사회보장체계와 산재보험제도로 인해 근로자가 경험하게 되는 문제와 그 영향이 너무 크다는 점임. 이는 근로자 개인뿐만 아니라 국가

41) 제8장(요양결정 장기소요근로자 생활안정화방안)은 박수경이 작성하였음

차원에서도 낭비적임. 일반적으로 산재로 인정되어 요양승인이 결정되기까지 장시간이 소요될 경우 산재근로자가 경험하는 어려움은 복합적임.

- 우선 우리 나라의 경우 산재근로자가 업무상 재해를 입증해야 하는 체계로, 직업병의 경우 근로자 스스로 이를 입증하기는 매우 어려움. 더불어 현재 요양신청 시 필요한 사업주 날인제도는 산재의 논란이 있는 경우 직업을 유지해야 하는 산재근로자에게 매우 불리하게 작용함으로써 결과적으로는 산재요양을 더욱 어렵게 만들 수 있음.

- 또한 산재요양이 불승인되는 경우 심사, 재심사, 행정소송 등의 구제절차 기간 동안 필요한 치료를 받기 어려우며, 일을 지속하지 못하는 경우 고용불안정의 문제까지 동시에 경험할 수 있음. 현재 산재보험 요양체계에서 산재요양을 신청하는 근로자의 경우 질환으로 인해 즉각적인 치료가 필요한 경우가 대부분이지만, 산재보험의 최초요양이 불승인되는 경우 육체적 고통, 심리적 어려움, 사업주 압력, 휴직 및 실직으로 인한 경제적 손실, 건강보험의 통한 요양급여로 인한 치료비 증가되는 복합적인 문제 상황에 직면하게 됨.

○ 둘째, 업무상재해의 범위결정이 모호한 문제들이 발생함에 따라 산재보험제도 운영에 있어 포괄적 적용경향이 나타나고 있음. 물론 산재보험에서 이러한 포괄적 적용을 하지 않는 나라에서는 타사회보험제도의 개선이나 사회복지서비스 영역을 강화함으로써 사회안전망 기능을 강화하고 있음.

- 현재 일부 국가에서는 산재보험의 기능이 사용자배상책임원칙에서 사회보장원칙을 강조하는 형태로 발전하고 있는 경향을 보이고 있음. 또한 현재는 물론 향후에도 산재인정 여부 논란은 지속될 것이고 특히 직업병은 지속적으로 증가할 것임. 따라서 이에 따른 승인여부를 결정하는 데 소요되는 시간은 여러 가지 노력을 기울인다 해도 획기적으로 줄이기 어려울 것으로 보임.

- 실제로 근로복지공단이 제공한 2000년 1월 1일 자료를 분석한 이 현주외(2004), 결과를 보면 처리기간에 있어 상해의 경우 평균 14일(표준편차 26일), 직업병은 평균 41일(표준편차 68일) 등이 소요되어 직업병 처리가 얼마나 어려운 지 알 수 있음. 또한 평

균처리기간보다 표준편차가 높아 각 개별근로자들간 산재보험 처리과정상의 편차가 심한 것을 알 수 있는데, 이는 향후 처리방법의 표준화 및 업무처리개선 등이 필요함을 보여주는 결과임.

3. 타당성

- 이러한 점에서 볼 때 요양결정 장기소요자를 위한 근본적인 지원대책 마련은 타당성을 가짐.
- 문제는 이들에 대한 대책마련이 산재보험제도를 통해서 이루어지는 것이 합리적인가 하는 점임.
 - 근본적으로는 국민건강보험제도의 개선이 전제되어야 할 것이나, 건강보험제도가 개선되기 전까지는 산재근로자 또는 잠재적 산재근로자의 보호라는 측면에서 이들에 대한 대책을 마련할 필요가 있을 것으로 판단됨.
 - 실제로 우리 나라의 경우 업무상 재해승인율이 95%(직업병 61%)에 이르고 있고, 불승인된 5%에 대한 전문적인 심사과정이 선행된다면 요양결정 장기소요자에 대한 지원대책은 산재보험사업으로서 타당성을 갖는다고 할 수 있음.
- 그러나 이러한 대책의 타당성을 높이기 위해서는 우리 나라 업무상 재해승인율이 캐나다 78%, 독일직업병 30%에 비해 상당히 높은 것으로 보이므로 산재승인율 95%의 타당성이 검증되는 작업이 전제되어야 할 것임.

제2절 생활안정화 방안

1. 진료비 대부사업

가. 대안 1) 산재근로자 진료비 대부사업

- 산재승인이 나기 전에 건강보험으로 요양치료를 받을 경우 가장 어려운 점은 경제적 부담이다. 따라서 치료 시 들어가는 자기부담비용을 요양승인결정이 날 때까지 저리로 대부해 주는 방안을 강구해 볼 수 있음.
- 대상: 산재승인 여부와 관계없이 주치의로부터 업무상 재해로 판정받은 경우
- 대부액: 산재요양결정이 날 때까지 치료를 위해 사용한 자기부담 비용
- 재원: 산재보험기금에서 조성하도록 하고 산재근로자를 위한 대부사업의 한 종류로 시행할 수 있을 것임.
- 장점: 근로자가 경제적 부담없이 필요한 치료를 신속하게 받을 수 있음. 병원 선택의 범위가 넓고 용이함.
- 단점: 주치의나 산재근로자의 도덕적 해이가 발생하여 현재보다 치료남용이 나타날 가능성이 있음. 또한 요양불승인된 근로자에게 대부금을 회수하는 데 난점이 있음.
- 기대효과: 향후 상세한 조사를 통해 자금수요를 추정해 볼 필요가 있지만 우리나라의 경우 다른 나라보다 승인율이 높아 장기요양결정자에 대한 진료비 대부사업을 하더라도 재정적 손실이 적을 것으로 예측됨. 특히 승인된 경우 처리기간이 188.4일로 불승인된 경우 43일에 비해 4배 이상 기간이 길다는 점을 볼 때, 산재근로자가 신속하게 요양치료를 받을 수 있도록 함으로써 효과적인 요양이 될 수 있고, 이는 장기적으로는 산재보험 재정에도 결국 도움이 될 것으로 예상됨. 무엇보다도 산재근로자들

이 요양승인 전까지 질병을 방치하지 않도록 함으로써 직업병 악화로 인한 부정적인 영향을 미연에 방지할 수 있음.

나. 대안 2) 병원 진료비 대부사업

- 산재병원 및 산재지정병원은 일반적으로 산재보험으로 요양신청을 한 경우 산재의 인정여부가 결정되기 전까지는 환자에게 병원비를 청구하지 못하게 하고 대신 병원 경영을 위해서 병원에 대부해주는 형태로 운영한다.
- 대상: 산재승인 여부와 관계없이 주치의로부터 업무상 재해로 판정받은 경우
- 대부액: 산재요양결정이 날 때까지 치료비
- 대부방식: 산재보험으로 요양신청을 한 경우 산재지정병원에 해당 근로자의 치료비용을 병원에 선지급해주고, 이후 불승인되면 건강보험공단과 병원으로부터 회수함.
- 재원: 단기적으로는 산재보험기금에서 조성하도록 하고, 장기적으로는 건강증진기금 또는 건강보험, 정부에서 대부금을 마련하도록 함.
- 장점: 산재근로자가 우선은 치료비문제를 신경쓰지 않고 필요한 치료를 받을 수 있고, 병원 입장에서도 해당 환자에 대한 거부감 없이 치료를 수행할 수 있음.
- 단점: 요양불승인이 될 경우, 건강보험공단과 병원에서 비용을 회수해야 하는 번거로움이 있음. 병원에서는 요양불승인이 되는 경우 환자에게 치료비를 회수해서 근로복지공단에 상환해야 하는 번거로움이 있어 기피할 수 있음.

2. 제도 개선을 통한 지원방안

가. 산재입증의 책임의 전환

- 현재와 같이 산재를 당한 근로자에게 신고의무가 집중된 현재의 산재신고 절차는 변화되어야 함. 신고의무는 의사, 보험자, 사업주 등으로 전환되어야 하며 신고내용은 근로자, 사업주, 의사가 사후에 확인할 수 있도록 해야 할 것임.

나. 요양신청과정의 간소화와 지원서비스

- 요양신청과정을 간소화하고 합리화하는 노력이 필요하며, 산재근로자가 요양신청을 위해 준비한 신청서 및 관련 서류를 찾아가는 서비스체계 구축을 통해 과감하게 생략하고 공단에서 처리하도록 하는 등의 방안을 강구해 볼 필요가 있음.

제9장 산재근로자 복지사업 및 사회재활사업 활성화 방안⁴²⁾

제1절 기본 방향

○ 기본방향은 다음과 같은 8가지로 요약됨

- 첫째, 최근 제기되고 있는 장애인복지이념 또는 자립생활 패러다임에 따라 사회재활 사업의 방향을 설정해야 함. 여기에서 중요한 점은 장애가 개인의 신체손상이 아니라 사회환경과의 상호작용 결과 나타난 복합적인 결과이므로 재활의 방향은 장애인의 신체적 손상을 최소화할 넘어 사회통합을 이룰 수 있도록 장애인의 자립생활여건을 형성해주는 데 초점을 두어야 한다는 점임. 이러한 장애의 사회적 정의는 특히 사회재활의 중요성을 강조하고 있다는 점에 주목해야 할 것임.
- 둘째, 산재보험의 의료 및 직업재활사업 또는 일반장애인복지 재활체계와의 연관성을 고려하여 설계되어야 함. 이는 다양한 사회재활 프로그램의 개발과 동시에 기존 지역 사회자원을 충분히 활용하는 방안을 의미함. 특히 산재근로자의 특성에 적합한 사회재활 프로그램은 과감하게 개발하고 제공하되, 지역사회자원을 활용할 수 있는 부분은 이를 적극 활용할 수 있도록 해야 함.
- 셋째, 사회재활 서비스가 필요한 사람에 대한 객관적이고 정확한 선별이 이루어져야 한다. 현재 산재보험 사회재활사업은 종류도 거의 없지만 누구나 신청하면 이용할 수 있도록 함으로써 서비스의 효과성의 최대화하지 못하고 있음. 시행 초기 홍보의 효과도 있지만 향후 사회재활서비스가 확대될 경우 이러한 사업수행 방식은 재정의 낭비와 함께 재활서비스의 효과성 저하라는 결과를 초래할 수 있음. 따라서 근로복지공단 재활상담원을 통한 정확한 사정과 이를 통한 개입이 이루어질 필요가 있음.

42) 제9장(산재근로자 복지사업 및 사회재활사업 활성화 방안)은 박수경이 작성하였음.

- 넷째, 대부사업의 경우 대부목적이 사회복귀와 직접적인 관련이 있는 것에 한정할 필요가 있음. 대표적으로 생활정착금 대부사업의 경우, 대부목적이 치료 종결 이후 생활정착에 필요한 비용을 소액으로 대부해 주는 사업으로 사용처가 다양하여 원래의 사업목적과 달리 운영될 가능성이 매우 높음. 따라서 향후 산재보험의 대부사업이라는 취지에 맞도록 사회복귀와 직접 관련이 있는 사용처에 국한해서 대부사업을 시행할 필요가 있음.
- 다섯째, 사회재활의 대상은 산재근로자 당사자 뿐만 아니라 가족까지 포함해야 함. 산재발생 이후 산재근로자의 복귀여부는 가족의 적응능력에 달려 있다해도 과언이 아님. 따라서 안정적인 가족유지를 위한 가족지원프로그램을 개발할 필요가 있음.
- 여섯째, 사회재활서비스는 획일적인 형태로 프로그램을 설계하여 제공하는 것보다는 재활상담원을 통한 개별화된 접근이 효과적임. 사례관리(case management)를 통해 산재근로자의 개인적 특성에 맞도록 일대일로 서비스를 계획하여 제공해 줄 수 있도록 하고, 사회에 완전히 복귀할 때까지 지속적인 지원자로서 역할을 수행할 수 있도록 업무체계를 구축해야 할 필요가 있음.
- 일곱째, 사회재활사업은 성과가 모호할 수 있으므로 기획 단계부터 명확한 목표를 설정하고 이를 달성할 수 있도록 프로그램을 개발해야 함. 또한 성과평가를 통해 사회재활서비스의 효과성을 객관적으로 제시할 수 있도록 각종 성과지표를 개발해야 할 것임.
- 여덟째, 사회재활의 중요성이 커지고 있으므로 산재보험법에 사회재활 제공에 관한 조항을 포함시킬 필요가 있음. 이는 사회재활의 지속적이고 안정적 추진을 가능하게 하고 사회재활의 특성상 단시간 효과성을 도출할 수 없다는 점에서 더욱 필요한 사항으로 판단됨.

제2절 활성화 방안

1. 산재근로자 복지사업의 범위 설정

- 산재근로자 복지사업의 범위를 명확하게 설정할 필요가 있음.
 - 현재 산재보험법 제78조에 명시되어 있는 내용은 산재근로자의 사회복귀를 촉진하기 위한 보험시설을 설치·운영에 관한 사업, 장학사업 등 그 유족의 복지증진사업, 기타 복지증진을 위한 시설의 설치·운영사업 등임.
 - 이 중 제1항에서 명시한 보험 시설은 요양 또는 외과후 처리에 관한 시설, 의료재활 또는 직업재활에 관한 시설로 규정되어 있고 보험시설의 운영은 위탁할 수 있도록 되어 있음.
- 하지만 실제적으로 산재근로자복지사업은 주로 장학사업 등 그 유족의 복지증진사업 즉, 대학학자금대부사업, 장학금지원, 생활정착금지원사업 등 주로 경제적 지원을 지칭하고 있음. 또한 의료재활사업의 경우 요양급여와 일부 혼동되어 사용되기도 하며, 사회재활의 세부사업 역시 소수의 프로그램만이 수행되고 있어 별도의 영역으로 구분되지 못하고 산재근로자복지사업의 한 유형으로 포함되기도 함.
- 중요한 점은 산재근로자 복지사업이든 재활사업이든 산재보험내에서의 명확한 개념을 정립하고 이에 따른 범위와 체계를 구축하고 이에 따른 다양한 모델을 개발할 필요가 있다는 것임. 따라서 다음과 같이 현재의 산재근로자 재활사업과 복지사업을 하나의 개념체계로 통합하고 개념을 명확히 정의하는 방안을 고려해 볼 수 있음.
 - 가. 1안) 산재근로자복지사업: 재활사업(의료/직업/사회재활), 무상지원 및 대부사업을 포괄함.
- 장점: 산재근로자복지사업으로 개념을 정립할 경우, 산재장애인뿐만 아니라 산재근로

자를 위한 복지사업이라는 포괄적 범위를 갖게 되어 사업의 범위를 확장하는 데 상당한 융통성을 발휘할 수 있음.

- 단점: 산재근로자복지사업이라는 개념이 포괄적이어서 재활프로그램의 전문성을 충분히 부각하지 못할 수 있음. 산재근로자를 위한 재활분야는 선진국의 경우 선도적인 역할을 하고 있다는 점에서 볼 때, 전문성과 이를 통한 노동의 생산성 확대, 삶의 질 향상이라는 측면을 강조함에 있어 부족하다는 이미지를 줄 수 있음.

나. 2안) 산재보험 재활사업: 의료재활/직업재활/사회재활(무상지원 및 대부사업 포함)

- 장점: 산재보험에서 예방, 보상분야와 함께 재활사업의 중요성이 부각될 수 있고 이는 결국 선진국에서 지향하는 재활사업의 선진화를 통한 생산성 향상, 사회통합의 증대라는 사회적 목표와 부합됨.
- 단점: 산재근로자를 갖고 있는 장애와 재활에 대한 부정적인 이미지를 산재보험 재활사업에도 반영할 수 있음. 특히 재활문제는 개인의 향상을 전제로 하고 있는 만큼 산재근로자를 위한 사회구조의 근본적인 개선에 대한 소극적인 대응으로 사업범주를 축소할 수 있음.

2. 산재보험 재활서비스 전달체계의 구축

- 효과적인 재활서비스를 제공하기 위해서는 의료, 직업, 사회재활 서비스가 통합적으로 제공될 필요가 있으며, 이는 산재장애인에 대한 체계적이고 과학적인 사정(assessment)를 통해 가능함.
- 현재 산재보험 재활서비스 체계는 의료재활, 직업재활, 사회재활이 각기 다른 기관에서 제공되고 있고 이를 이용하는 과정 또한 제한된 정보내에서 산재장애인의 개별선택이나 선호에 의해 이루어지고 있음.

- 특히 사회재활 프로그램의 경우 산재근로자가 선택하고 신청하면 제공하는 형식으로 이루어지고 있어 꼭 필요한 사람이 이용한다기 보다는 정보에 많이 접한 경우 이용하고 있어 제공자측이나 이용하는 근로자측 모두 프로그램의 효과성에 대해 충분히 공감하지 못하고 있음.
- 따라서 향후 효율적인 재활서비스 전달체계를 구축함으로써 재활서비스의 효과성을 최대화하기 위한 방안을 마련할 필요가 있으며, 근본적으로 근로복지공단 본부의 재활사업부 기능을 확충하여 이를 관장하게 하고 재활상담원의 전문적인 사례관리를 통해 다양한 사회재활서비스를 체계적으로 제공해야 할 것임.

3. 다양한 사회재활프로그램의 개발

- 재가 산재장애인의 사회복귀를 위한 다양한 사회재활서비스를 개발할 필요가 있다. 일본이나 독일의 경우 주택개조지원, 자동차 대부, 여행경비, 자녀보호지원비 등 다양한 사회재활서비스를 통해 가정, 사회 및 직장복귀에 어려움이 있는 재가 산재장애인들이 안정적인 생활을 유지할 수 있도록 지원해주고 있음.
- 이를 위해 사회복귀와 가정의 유지에 필요한 산재근로자들의 욕구를 체계적으로 조사하고 이를 토대로 다양한 사회재활 모형을 개발하고 산재보험시설 뿐만 아니라 위탁시설들을 통해서도 운영하는 등 접근성을 높이는 노력이 필요함. 예를 들어 현재 위탁형태로 운영하고 있는 사회적응 프로그램의 경우 각 기관의 역량에 따라 많은 편차를 보이고 있는데, 향후 산재근로자를 위한 몇 가지 모델을 개발하고 각 기관의 여건에 따라 이를 기준으로 적용할 수 있도록 하여 효과성이나 효율성을 높여 나가야 할 것임. 향후 고려해 볼 수 있는 다양한 재가 산재장애인을 위한 사회재활프로그램으로는 홈헬퍼 서비스, 사회적응 프로그램, 가족지원 프로그램 등임.

4. 산재근로자 대부제도의 개선

- 첫째, 대부사업 종류의 세분화 및 명확화하고 대부 종류를 다양하게 개발하여 확대할 필요가 있음.

- 현재의 생활정착금의 경우 지원의 효과성이 매우 낮은 만큼 현재와 같은 대부제도는 폐지하고, 산재보험재활사업으로서의 목적성을 살릴 수 있는 산재근로자 사회복귀와 직접적인 관련이 있는 대부프로그램을 개발하여 다양한 종류의 대부제도로 제공하는 방안을 고려해 볼 필요가 있음.
 - 예를 들어, 직업복귀를 위한 자동차구입 대부, 주택개조를 위한 대부, 학자금대부사업 등으로 구분하여 대부사업의 효과성을 증대시킬 필요성이 있음.
- 둘째, 전반적으로 대부예산을 확대해야 할 것이다. 현재 생활정착금의 경우 예산이 한정되어 있어 예산에 맞추어 대부자를 선정하다보니 자격요건을 갖추어도 선정인원은 예산 한도가 허용하는 범위 내에서 대부가 이루어짐. 현재 적격자 대비 선정자를 나타내는 선정율이 62.8%에 불과해 선정되지 않은 대상자들이 탈락 이유에 대해 명확하게 납득하지 못하고 있음.
- 따라서 향후 예산을 확대하고, 앞서 지적한 바와 같이 다양한 형태의 대부사업을 개발하여 예산에 맞추어 인원을 배정하기 보다는 명확한 선정기준을 통해 지원이 필요한 경우라면 자격요건에 맞을 경우 모두 지원할 수 있도록 해야 할 것임.
 - 이와 같은 사업형식은 산재보험 대부사업의 목적성을 명확히 할 수 있을 뿐만 아니라 산재근로자들의 대부사업에 대한 인식을 제고하는 데 기여할 수 있을 것임.
- 셋째, 대부사업에 대한 책임성을 높일 수 있도록 대부제도를 개선해야 한다. 따라서 산재보험기금에서는 수익률을 줄이고 더 효과적인 대부사업을 개발하여 산재근로자들의 사회복귀에 도움이 되도록 해야 할 것임.
- 현재 대부사업은 산재보험기금에서 출연한 재원으로 연 3%의 이율로 대부사업을 하고 있는 한편, 신용대부에 대한 보증은 근로복지진흥기금을 통해서 신용보증제도를 이용하고 있어 연체가 되었을 경우 근로복지진흥기금에서 충당되고 있음.

- 결과적으로 산재보험기금은 은행 수수료 1%를 제외하고 연 2%의 수익을 얻고 있음. 이는 산재근로자나 산재보험기금 측에서나 생활정착금 대부제도를 안이하게 이용할 수 있다는 점에서 문제가 있음.
- 산재보험에서 대부사업을 시행하는 것은 수익성을 고려하기 위한 것이 아닌 만큼 대부사업의 조건을 완화하되 선정 시 객관적이고 엄격한 기준을 적용함으로써 대부사업의 효과성을 높이도록 해야 할 것임.

5. 자립점포지원사업의 개선방안

- 첫째, 현재의 자립점포지원 대상자를 산재근로자의 연령이나 특성에 맞게 조정할 필요가 있음.
 - 연령이 높고 학력이 높지 않은 산재근로자의 경우 특별한 기능이 필요없는 직종의 자영업나 배우자 또는 가족들과 같이 운영할 수 있는 창업을 할 수 있도록 하는 지원 방안을 고려해 볼 수 있음.
 - 실제로 직업훈련이 기능인 양성 중심으로 이루어지고 있고 일부 지역의 경우 직업훈련을 받을 만한 여건이 되지 않는 경우도 있어 지원대상자의 확대를 현실적인 내용으로 개선할 필요가 있음.
- 둘째, 창업컨설팅의 역할을 창업 이전 뿐만 아니라 창업 이후에도 지속적으로 컨설팅을 제공해야 할 것임.
 - 자립점포지원사업의 성패는 창업컨설팅의 역할에 달려있다. 따라서 현재와 같이 창업 준비 뿐만 아니라 창업 이후에도 안정적으로 경영에 성공할 때까지 사후관리까지 포함하는 형태로 운영해야 할 것임.
- 셋째, 산재근로자에게 적합한 자영직종을 개발해야 하고 직업훈련 단계부터 이를 반영하여 준비하도록 함.

- 산재근로자 중에는 창업을 염두하고 직업훈련을 받는 경우가 많지만, 이 때부터 자신에게 적합한 직종을 고려하여 직업훈련에 임하는 경우는 드뭄.
- 또한 자립점포 임대는 채권확보가 가능한 건물로 제한되므로 점포입지가 상대적으로 불리함.
- 따라서 산재근로자의 적성과 능력, 이러한 지원여건을 고려하여 자영직종을 개발하고 직업훈련단계부터 창업을 구체적으로 준비할 수 있도록 하는 방안을 강구해야 할 것임.

6. 사회재활의 평가체계 구축

- 사회재활사업은 단기간에 명확한 효과를 산출하기 어려우므로 이를 감안하여 사업의 계획단계부터 구체적인 목표를 설정하고 프로그램 실시 후 성과평가가 이루어질 수 있도록 평가체계를 구축해야 할 것임.
- 현재와 같이 사회재활을 포함한 재활서비스를 실적 위주로 평가하는 방법은 재활서비스의 특성을 반영하지 못하므로 사업의 효과성을 정확하게 측정할 수 없음.
- 따라서 재활서비스별 특성을 감안한 평가지표를 개발하고 이에 따라 평가할 필요가 있음.

제10장 재활상담 체계화⁴³⁾

제1절 재활상담원 업무⁴⁴⁾

1. 목적

- 산재근로자에 대한 전문적 심리상담과 직업평가를 통하여 개인별 특성에 부합하는 재활계획을 수립하여 적절한 직업훈련 연계, 취업 및 자영지원, 사후관리서비스 등 재활서비스를 제공함으로써 직업 및 사회복귀를 도모함.

2. 개요

- 재활상담원의 업무과정을 요약하면 [그림 10-1]과 같다.

제2절 재활상담원 현황

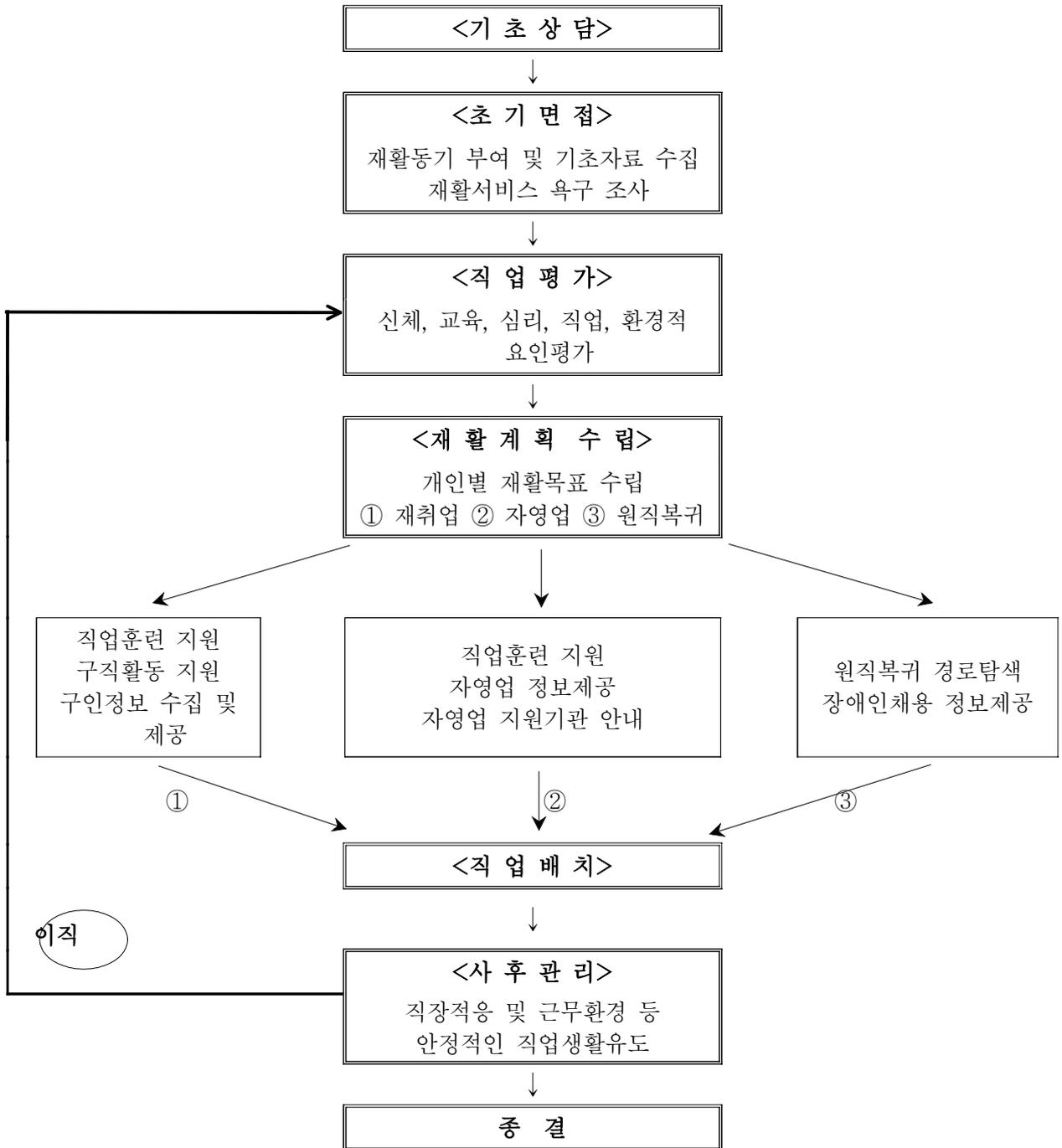
- 근로복지공단 본부, 6개 지역본부 및 46개 지사 그리고 안산과 광주의 2개 직업재활원에서 근무하고 있는 직업재활상담원은 총 102명임. 그러나 이중 11명은 육아휴직 및 출산휴가 또는 일반업무 전환 등으로 현재 해당업무에 종사하지 않고 있어 실제종사인원은 91명이다. 이들에 대한 일반사항은 다음과 같음(표 10-1 참조).⁴⁵⁾

43) 제10장(재활상담 체계화)은 윤조덕이 작성하였음.

44) 근로복지공단, 2004, 재활사업 업무편람, 3~5쪽.

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

[그림 10-1] 재활상담 과정



〈표 10-1〉 재활상담원의 일반적 특성

(단위: 명, %)

문항	구분	빈도(%)
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)
	평균	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)
총 근무기간 (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)
평균	40.55개월	
최종 학교 졸업 후, 첫 직장(n=89)	예	36(40.4)
	아니오	53(59.6)

제3절 재활상담원 업무에 대한 평가

- 재활상담원 업무에 기관장과 재활상담원은 다음과 같이 응답하였음.

1. 재활상담원의 기능

- 현장에서 재활업무를 수행하고 있는 재활상담원의 업무정도를 알아보기 위해 본 연구에서는 재활상담원의 주요 기능인 사례관리, 직업평가 및 직업상담, 정의적 상담, 직업배치를 기본으로 한 4개 상위차원과 8개 하위차원으로 분류하여 총점 5점을 기준으로 측정하였음.
- 사례관리에서는 하위 차원인 사례기록 및 보고가 3.95점으로 가장 높았고, 다음은 초기면접 3.92점, 서비스 조정 3.32점으로 조사되었음(표 10-2 참조). 직업평가 및 직업상담에서는 직업상담 3.25점, 직업평가 3.06점 순으로, 정의적 상담은 3.68점, 직업배치에서는 직업배치 상담 3.20점, 직업개발 2.27점 순으로 나타남.

〈표 10-2〉 재활상담원이 본 재활상담원 업무

(단위: 점, 지역)

문항		평균 (표준편차)	최소값	최대값	해당없음 총계	서울	강원	부산 경남	대구 경북	인천 경기	광주 전라	대전 충청	훈련원
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	직업배치상담 (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

2. 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점 및 애로점

가. 기관장의 의견⁴⁶⁾

- 재활상담원의 업무 수행에 있어서 기관장으로서 재활상담원의 문제점 및 애로점을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제 1순위는 산재환자의 실질적인 관심분야가 다른 27.1%(13명), 재활상담원의 전문성 25.0%(12명) 순이었으며, 제 2순위는 보상업무에 대한 정보 부족과 산재환자의 실질적인 관심분야가 다름이 각각 19.1%(9명), 재활상담원의 전문성 16.3% (7명)로 나타났다. 제 3순위는 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 19.6%(9명), 보상업무에 대한 정보 부족과 산재환자의 실질적인 관심

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

분야가 다름, 양적 경영평가가 각각 15.2%(7명) 순이었음(표 10-3 참조).

- 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 나타났음.

〈표 10-3〉 기관장이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점

(단위: 명, 건, %)

재활업무에 대한 문제점 및 애로점	1순위	2순위	3순위	전 체1)
- 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)
계	48(100.0)	47(100.0)	46(100.0)	141(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총 응답건수 141건

나. 재활상담원의 의견

- 재활상담원이 인지하고 있는 업무에 대한 문제점 및 애로점을 순위별로 선택하게 하여 알아보았을 때, 제 1순위는 재활상담원의 전문성 19.8%(18명), 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 17.6%(16명) 순이었으며, 제 2순위는 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 18.9%(17명), 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 17.8%(16명)로 나타났음. 제 3순위는 본부 및 지사의 관리자 및 직원들의 경직된 재활마인드 21.1%(19명), 양적 경영평가 18.9%(17명) 순이었음(표 10-4 참조).

- 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 나타났음.

〈표 10-4〉 재활상담원이 보는 재활상담원 업무에 대한 주요 문제점

(단위: 명, 건, %)

재활업무에 대한 문제점 및 애로점	1순위	2순위	3순위	전 체1)
- 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 기타업무의 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)
계	91(100.0)	90(100.0)	90(100.0)	271(100.0)

주: 1) 응답자 91명, 총 응답건수 271건

다. 재활상담원 업무의 문제점 및 애로점에 대한 기관장과 재활상담원 의견 비교

- 재활상담원의 업무 수행에 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 나타났음.
- 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 재

활마인드가 15.9%(43건)로 가장 높았고, 다음은 제도적으로 보장되고 있지 않은 재활상담원의 고유업무 14.0%(38건), 양적 경영평가 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

3. 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항

가. 기관장의 의견

- 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 기관장으로서 재활상담원이 보완해야 할 사항을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제 1순위는 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 31.3%(15명), 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입 27.1%(13명) 순이었으며, 제 2순위는 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 22.9%(11명), 병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신속한 개입과 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복지를 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 직업복지 또는 사회복지를 한 산재근로자의 지속적인 사후관리가 각각 14.6%(7명) 순이었음(표 10-5 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 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 17.4%(25건), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 16.3%(23건) 순으로 나타났다.

〈표 10-5〉 기관장 입장에서 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 이루어져야 할 사항

(단위: 명, 건, %)

보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사항	1순위	2순위	3순위	전체1)
산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회 복귀를 위한 직업(직종) 개발	15(31.3)	7(14.6)	3(6.3)	25(17.4)
병원입원 단계인 치료초기부터 재활상담원의 신 속한 개입	13(27.1)	7(14.6)	8(16.7)	28(19.4)
재활상담원이 일정기간 보상 업무 후, 재활상담 원 재활업무 복귀	9(18.8)	6(12.5)	5(10.4)	20(13.9)
보상부 직원을 대상으로 한 재활서비스에 대한 교육 실시	-	3(6.3)	3(6.3)	6(4.2)
재활상담원의 행정업무 축소를 통한 고유업무 강화	-	1(2.1)	3(6.3)	4(2.8)
재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화	3(6.3)	4(8.3)	3(6.3)	10(6.9)
재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 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 산재근로자의 지 속적인 사후관리	1(2.1)	3(6.3)	7(14.6)	11(7.6)
지자체, 사회복지관 등 지역사회자원과의 네트 워킹	1(2.1)	2(4.2)	4(8.3)	7(4.9)
질적 경영평가로의 전환	-	1(2.1)	2(4.2)	3(2.1)
계	48(100.0)	48(100.0)	48(100.0)	144(100.0)

주: 1) 응답자 48명, 총 응답건수 144건

나. 재활상담원의 의견

- 재활상담원으로서 산재근로자에게 보다 나은 재활서비스 제공을 위해 보완해야 할 사
항을 순위별로 선택하게 하였을 때, 제 1순위는 재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립
된 부서 등의 직제 변화 50.5%(46명), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로그램 및 사회복
귀를 위한 직업(직종) 개발 14.3%(13명) 순이었으며, 제 2순위는 재활상담원의 체계적
교육 및 인재확보를 통한 전문성 강화 24.4%(22명), 산재근로자 특성에 맞는 재활프로
그램 및 사회복귀를 위한 직업(직종) 개발 16.7%(15명) 순으로 나타났음. 제 3순위는
질적 경영평가로의 전환 15.6%(14명), 재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 통한

전문성 강화 14.4%(13명) 순이었음(표 10-6 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 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

〈표 10-6〉 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 체1)
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 재활상담원의 신속한 개입	10(11.0)	4(4.4)	4(4.4)	18(6.6)
재활상담원이 일정기간 보상 업무 후, 재활상담원 재활업무 복귀	-	3(3.3)	4(4.4)	7(2.6)
보상부 직원을 대상으로 한 재활서비스에 대한 교육 실시	1(1.1)	5(5.6)	7(7.8)	13(4.8)
재활상담원의 행정업무 축소를 통한 고유업무 강화	6(6.6)	7(7.8)	12(13.3)	25(9.2)
재활상담원으로 구성된 팀제 또는 독립된 부서 등의 직제 변화	46(50.5)	13(14.4)	9(10.0)	68(25.1)
재활상담원의 체계적 교육 및 인재확보를 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 산재근로자의 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)
계	91(100.0)	90(100.0)	90(100.0)	271(100.0)

주: 1) 응답자 91명, 총 응답건수 271건

다. 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 사회복지를 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 사회복지를 위한 직업(직종) 개발 13.7%(37건) 순으로 나타났다.

4. 적정인원

가. 지역본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원

- 지역본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원의 적정인원에 대한 질문에 대해 다음과 같이 응답하였음.
 - 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 10-7 참조).
 - 한편, 재활상담원이 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

〈표 10-7〉 지역별 본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원 인원

(단위: 명, %)

지역 인원	기관장								재활상담원							
	본부, 지사 및 훈련원에서 필요한 재활상담원 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 ~ 2명 이하	23 (47.9)	2 (28.6)	5 (100)	3 (37.5)	4 (66.7)	1 (11.1)	4 (50.0)	4 (80.0)	30 (33.3)	3 (23.1)	5 (83.3)	3 (16.7)	6 (54.5)	2 (9.5)	6 (46.2)	5 (62.5)
3명 이상 ~ 4명 이하	17 (35.4)	3 (42.9)	-	4 (50.0)	1 (16.7)	6 (66.7)	2 (25.0)	1 (20.0)	33 (36.7)	5 (38.5)	1 (16.7)	8 (44.4)	3 (27.3)	7 (33.3)	6 (46.2)	3 (37.5)
5명 이상 ~ 6명 이하	7 (14.6)	1 (14.3)	-	1 (12.5)	1 (16.7)	2 (22.2)	2 (25.0)	-	21 (23.3)	4 (30.8)	-	3 (16.7)	2 (18.2)	12 (57.1)	-	-
7명 이상 ~ 8명 이하	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (3.3)	-	-	2 (11.1)	-	-	1 (7.7)	-
9명 이상 ~ 10명 이하	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (3.3)	1 (7.7)	-	2 (11.1)	-	-	-	-
11명 이상	1 (2.1)	1 (2.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
평균 (표준편차)	3.19명 (2.14)	5.00명 (4.62)	1.80명 (0.45)	3.13명 (1.13)	2.50명 (1.38)	3.78명 (1.20)	3.00명 (1.31)	2.20명 (0.45)	3.63명 (1.85)	4.08명 (2.14)	1.83명 (0.75)	4.56명 (2.48)	3.00명 (1.27)	4.29명 (1.19)	3.08명 (1.44)	2.25명 (0.71)

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

나. 재활서비스와 재활상담원

○ 산재근로자에게 지속적인 재활서비스를 제공하기 위해 재활상담원 1인이 담당할 수 있는 대상자의 적정인원에 대한 질문에 대해 다음과 같이 응답하였음.

- 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 나타났음(표 10-8 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 나타났음.

〈표 10-8〉 재활서비스 제공을 위해 재활상담원이 담당할 수 있는 적정인원

(단위: 명, %)

지역	기관장								재활상담원							
	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)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
평균 (표준편차)	119.56명 (130.12)	64.29명 (28.79)	340.00명 (151.66)	74.29명 (61.88)	200.00명 (170.29)	125.00명 (110.71)	45.00명 (25.07)	37.50명 (15.00)	62.48명 (58.94)	58.46명 (51.45)	41.25명 (44.04)	51.41명 (42.42)	110.56명 (93.22)	45.00명 (40.46)	80.69명 (59.39)	63.13명 (78.96)

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

제4절 정책개선방향

- 직업재활상담원의 고유업무영역에 대한 재정의, 주기적인 재교육 그리고 적정인원의 확보가 이루어져야 할 것으로 사료됨.
- 직업재활상담원의 고유업무영역 확보 및 효율적 업무추진을 위하여 공단 지사에 별도의 부 또는 팀(현재는 보상부 소속임)을 편성함이 필수적이라고 사료됨. 이는 공단본부에 독자적인 사업계획 수립 및 실행기능을 갖는 재활사업국의 신설이 필수조건임.

제11장 요약 및 정책제언

1. 산재보험 재활사업의 내용과 관련비용에 대한 규정을 산재보험법에 명시함이 필요
 - 현재는 요양에 관한 사항 이외에 직업재활, 사회재활 등에 관한 규정이 명시되어 있지 않아 체계적 재활사업수행에 근거가 미약함.
2. 현재 진행중인 재활사업 5개년 계획(2001~2005)중 미진한 사업들에 대한 집중적인 보완이 필요함(표 1-3, 표 1-4 참조)
3. 사업장 규모에 관계없이 모든 사업장에 대하여 응급처치시스템의 조직 및 교육 등에 관한 사항을 관계 법령(예: 산업안전보건법 등)에 명시하여야 할 것임.
 - 이와 같은 제도 보완으로 사업장에서 사고발생 즉시 대처로 급작스런 사망재해 예방 및 부상정도 감소, 장애정도 감소 그리고 사업장근로자의 안전의식 제고를 기대할 수 있음.
4. 기존의 산재의료관리원 산하의 산재전문병원의 기능특화가 시급함.
 - 이는 산재환자에 대한 신속하고 전문적인 치료 및 효율적이고 체계적인 의료재활을 통한 조속한 직업복귀 및 사회복귀를 이룩하는 것이며
 - 산재근로자 본인 및 가족의 삶의 질 향상 상에 기여할 뿐만 아니라 기능인력의 보호로 기업의 경쟁력 제고 나아가 국가의 경쟁력 확보에 기여함
 - 기능특화대상은, 첫째, 산재환자 부상 종류 및 특성에 따른 급성기 산재환자 전문진료과목 특화, 둘째, 직업병 연구 및 직업병 전문치료기능 보완 및 신설, 셋째, 2차 외래 물리치료 기능 보완 및 신설, 넷째, 예방성 보건관리분야 활성화임.

5. 산재보험 재활사업의 민간시설·관련기관과의 연계방안으로써 제시된 연계모형 모델 (그림 4-3)의 실무적용을 위한 관계법령의 보완·개정이 필요함
 - 특히 사후중심의 모형으로서 전국 8개 산재의료관리원 산하 산재병원을 중심으로 시범사업을 통한 실무적용의 적합성, 효과 및 효율성에 대한 평가가 반복적으로 이루어져야 할 것임.

6. 산재보험 직업재활훈련 효율성 제고를 위한 5개 대안을 제안하였음.
 - 각각의 대안에 대하여 노·사·정·학계 등을 중심으로 공개적인 의견수렴 절차가 추후에 이루어져야 할 것임.

7. 산재근로자 직장복귀지원금제도 활성화 방안으로 2가지 대안을 제안하였음.
 - 각각의 대안별 전제조건(본문 제6장 제3절 참조)에 대한 정부(노동부)의 정책검토가 요망되며, 필요한 경우 노·사·정·학계 등을 중심으로 공개적인 의견수렴절차가 추후에 이루어져야 할 것임.

8. 산재근로자의 직장복귀제고방안들 중의 하나로서 사업장내 보건관리자 활용방안을 위한 설문조사와 활용방안 모델을 제안하였음.
 - 이 모델이 실효성을 갖추기 위해서는 현행 보건관리자의 역할 및 책임과 권한에 대한 연계연구가 이루어져야 하며 관계 법령의 보완이 필요함.

9. 산업재해 발생 이후 산재보험의 요양결정까지 장기간이 소요되는 산재근로자(예: 직업성 질병)의 생활안정화방안으로서 외국사례 연구 등을 통하여 진료비 대부사업의 2가지 대안을 제안하였음.
 - 대안 1: 산재근로자 진료비 대부사업, 대안 2: 병원진료비 대부사업

10. 산재근로자 복지사업 및 사회재활사업 활성화를 위해서는 산재근로자 복지사업의 범위 설정과 용어정리, 다양한 프로그램 개발, 재활서비스 전달체계 구축, 기존 복지사업의 개선 등이 이루어져야 할 것임.

11. 재활상담 체계화를 위하여 직업재활 상담원의 고유업무영역에 대한 재정의, 주기적인 재교육 그리고 적정인원의 확보가 이루어져야 할 것으로 사료됨.

12. 이상과 같은 산재보험 재활·복지사업의 체계화 및 효율적 운영을 위하여 다음과 같은 조직체계상의 보완이 우선적으로 이루어져야 할 것으로 사료됨.
 - 첫째: 노동부내에 산재보험과를 산재보험국으로 확대 개편하고 산재보험국 내에 하나의 부서로 재활·복지과를 신설함
 - 둘째: 근로복지공단 내에 산재근로자 재활·복지사업의 체계적, 효율적 계획 및 진행을 위하여 본부에 상임이사가 담당하는 재활사업본부를 신설함.
 - 셋째: 산재의료관리원의 기능특화를 위한 연구 및 실천 전담위원회를 노·사·정·학계로 구성하여 운영

13. 앞의 제1항~12항의 사항들이 「산재근로자 재활사업 제2차 5개년 계획(2006~2010) 수립시 검토·반영되어야 함

참고문헌

○ 제1장, 제2장, 제3장, 제10장

국회전자도서관 <http://www.nanet.go.kr>

근로복지공단, 『재활사업 업무편람』, 2004.

근로복지공단, 『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).

노동부, 『2000년 7월 시행 산업재해보상보험법령 주요 개정내용』, 2000.

(2001a), 『산재근로자 재활사업 5개년 계획(2001~2005)-요약』, 2001. 1.

(2001b), 『재활사업 5개년 계획 세부실천사업』, 2001. 6.

_____, 『재활사업 5개년 계획 추진실적 평가회의자료』, 노동부 산재보험과, 2002. 12.

_____, 『산재보험사업연보』, 각년도

_____, 『산업재재분석』, 각년도

_____, 『산재보험 40USS사 1964~2003』, 2004

박수경외, 『산재보험 재활서비스 증대를 위한 재활상담원의 역할모형 개발에 관한 연구』, 대전대학교 부설지방정부정책연구소, 2003.

박홍섭, 『한독 산재보험제도의 비교검토와 우리 산재보험의 정책과제』, 『통일전후 산재보험과 재활체계에 관한 한·독세미나 결과보고서』, 근로복지공단, 1996. 10. 29, 29~80쪽.

산재의료관리원, 『경기요양병원 케어센터 개원준비위원회 구성·운영방안』, 2003. 11.

양정의, 『한국 산재보험 재활사업의 현재와 미래』, 『산재근로자 재활사업의 발전방향 모색을 위한 국제세미나 자료집』, 근로복지공단, 2000. 5. 23.

- 유범상·김영란·윤조덕·정호근·임영·박정환, 『진폐근로자 재활프로그램 개발연구』, 한국노동연구원, 2001.
- 윤조덕·박수경·박정란·권선진·이현주·진혜량, 『산재보험 재활사업의 중장기 발전전략연구』, 한국노동연구원, 2000.
- 윤조덕·박수경·허준수·방하남·이민경·허수연, 『산재보험 재활 및 사후관리방안에 관한 연구(I)』, 한국노동연구원, 1998.
- 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.
- 이승렬, 『산재근로자의 직업복귀실태와 결정요인 분석』, 한국노동연구원, 2003.
- 이현주·권선진·박성애·장병조·문무성·임송학, 『산재보험 의료재활수가체계 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·이홍무·예자와마사히코·윤순녕·주영수, 『산재보험시설의 전문화 방안』, 한국노동연구원, 2002
- 이홍지, 『한국의 산재의료시설과 재활체계』, 『통일전후 산재보험과 재활체계에 관한 한독 세미나 결과보고서』, 근로복지공단, 1996. 10. 29, 101~128쪽.
- 한국산업안전공단, 『산업재해원인조사』, 각년도.
- HVBG, (Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften), Reha 2000, 2002. 11.
- HVBG, 『Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2003』, 2004. 8.
- Blome Otto, “Standards and Procedures for Official Recognition of Occupational Diseases: Occupational Stress, Cerebro- and cardio-rascular diseases, usculoskeletal disorders and others”, *A International Seminar on Industrial Accident Compensation Insurance: Medical Care and Rehabilitation Services*, 한국노동연구원, 2004. 11. 2, 375~398쪽.

- 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, 399~422쪽.
- 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, 341~373쪽.
- 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, 313~339쪽.
- Schmitt K-H, Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung(BGSW)-eine neue Heilverfahrensart in der gesetzlichen Unfallversicherung, Sonderdruck ans Die BG Heft 10/90, Erich Schmidt Verlag, Bielefeld.
- HVBG, Erweiterte Ambulante Physiotherapie(EAP), 1994.3.
- HVBG, Berufshelfer, 1996. 9.

○ 제4장

- 가천생명의료정보연구소. 경제자유구역 U-city Healthcare 구축전략. 창립기념자료집, 2004, 12.
- 강혜규. 참여복지정부 5개년 계획: 사회복지행정부분: 복지포럼. 2004.
- 김윤미. 산업간호에서의 Case Management의 활용. 한국산업간호학회지, 제10권 제1호, p110-119.
- 김지윤. 보건소의 방문보건재활업무 수행정도와 관련요인에 관한 연구. 지역사회간호학회지 제10권 제1호, p121-139.
- 김창엽 등. 건강보험 가입자 사례관리 사업개발 및 평가. 국민건강보험공단 연구과제물, 2003.
- 김창엽 등. 사례관리 시범사업 확대적용방안 연구. 국민건강보험공단 연구과제물, 2004.
- 김희걸. 재가와상노인의 사례관리 모형개발 및 효과. 중앙대학교 박사학위논문, 2002.
- 백은주. 산업재해 입원환자를 위한 사례관리 실천모형의 효과성에 관한 연구. 한국산업간

- 호학회지, 제10권 제1호, p24-40.
- 산재의료관리원. 가정간호 현황 및 발전방향. 2004.11.
- 이무승. 노인복지서비스의 이용과 연계에 관한 연구. 상지대학교 행정학과, 박사논문, 2003, 2.
- 이현주, 박창제, 정홍주, 이흥무, 예자와 마사히코, 윤순녕, 주영수. 산재보험시설의 전문화 방안. 한국노동연구원, 2003.
- 이현주, 윤순녕, 최정명, 현혜진, 백은광. 재가산재장애인의 재활프로그램에 관한 연구(1). 한국노동연구원, 2001.
- 장숙량. 장애인 재활사업의 포괄적 관리 모형개발 연구. 서울대학교 보건대학원, 박사논문, 2004.
- 전경자, 김은영, 김희걸, 박은옥, 소애영, 이꽃메. 사례관리 방법과 실제. 서울:군자출판사, 2004.
- 중량구보건소. 지역사회중심 재활사업 활동사례집. 2002.10.
- 최성진. 사회복지전달체계의 공공·민간부분 상호 연계를 위한 실증적 연구. 상명대학교 행정학과, 박사학위논문, 2004.2.
- 한국보건사회연구원. 노인요양보장체계(안) 공청회자료집. 2004.8.
- Case Management Society of America. Standards of practice for case management, Little Rock, CMSA. 1995
- Congressional Research Services. Case management standards in state community-based longterm care programs for older persons with disabilities. CRS-91-55, Washington DC, CRS, Library of Congress, 1993
- Flarey DL, Blancett SS, Handbook of nursing case management : health care delivery in a world of managed care, Gaithersburg, Md, Aspen Publishing, 1996
- Mukamel DB, Chou CC, Zimmer JG, Rothenberg BM. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. Gerontologist 1997;37(6):777-84.
- Mullahy CM. Essential readings in case management . Gaithersburg, Md, Aspen Publishing, 1998
- Rossi P. Case management in health care:A practical guide. W.B. Saunders

Company. 1999

Siefker M, Farrett B, Genderen V, Weis J. Fundamentals of Case Management.

Mosby. 1998.

厚生省老人福祉局. 高齢者 Care Plan 策定指針. 厚生科學研究所, 1994

○ 제5장, 제6장

김적교, 김상호(1999), 『독일의 사회적 시장경제』, 한국경제연구원.

김상호 (1999), 『21세기를 대비한 한국과 독일의 산재보험제도』, 독일 프리드리히 에베르트재단

노동부, 『산업재해분석』, 각 년도.

윤조덕, 이인재, 진혜랑, 윤명희(2000), 『산재보험 및 직업재활훈련 확충에 관한 연구』, 한국노동조합총연맹

윤조덕, 김현숙(1998), “산재보험 재활제도 문제점 및 개선방향: 우리나라와 독일의 비교를 통하여”, 『산재보험정책연구』, 제1호.

이승렬, 원종욱, 정연택, 최재동(2004), 『산재근로자 직업훈련 개선방안』, 한국노동연구원 산업복지연구센터.

이승렬, 원종학, 최기춘 (2003), 『주요국의 산재근로자 직업복귀지원제도』, 한국노동연구원 산업복지연구센터.

이현주, 이달엽, 이홍무, 최윤영, 최경숙, 김통원 (2004), 『산재근로자의 사회적응프로그램 모델개발 및 접근방안』, 한국노동연구원 산업복지연구센터.

한국노동연구원 산업복지연구센터(2002), 『독일 산재보험 직업재활 관련: 자료 I』.

한국산업인력관리공단(1996), 『독일의 직업교육훈련』, 번역자료.

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (2004), Berufliche Rehabilitation: eine neue Perspektive, Bad Vilbel.

Arnold, R. and Münch (1996), J., Fragen und Antworten zum Dualen System der deutschen Berufsbildung, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie(edt.), Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997), Übersicht über das Sozialrecht, Bonn.

Bundesministerium für Bildung (1998), Wissenschaft, Forschung und Technologie,
Berufsbildungsbericht 1998, Bonn.

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997),
Berufsausbildung im dualen System in Deutschland, Bonn.

HVBG(Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften) (2003), Geschäfts-
und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2002, Sankt
Augustin. Specht, R. (1997), Selbstverwaltung und Organe, HVBG.

○ 제7장

고덕기 외. 산재의료원 일부 입원 환자들의 직장 복귀 의사에 영향을 주는 요인. 대한산
업의학회지. 1998. 10(3). 379-387.

권순주 산업보건관리자의 직무능력에 관한 연구 - 서울, 경기 지역의 산업보건센터를 중
심으로. 한국보건간호학회지. 1996.9월 10(2) 37-50

근로복지공단 (2003) <재활사업 직무교육>

근로복지공단 (2001) <재활상담원 직무교육>

근로복지공단 (2004) <2003년 장애판정자 취업실태 결과보고>

김성실 외. 산업간호사의 업무수행과 직무만족도에 관한 연구. 한국보건간호학회지.
1997.3월 12(1) 37-54.

김현리 외. 소규모사업장 산업간호사의 업무활동 분석. 한국보건간호학회지. 1998.9월
12(2) 1-11

노동부 (각 년도) 산재보험사업연보

손해숙 외. 부산지역의 산업보건 서비스의 실태. 인제의학. 1995. 16(4). 639-648.

윤순영 외. (2002) 재가 산재장애인의 재활프로그램에 관한 연구(1) -산재보험 사후관리
실태 및 개선방안-. 한국노동연구원

이은주 외. 사업장 보건관리자 운용실태에 대한 조사. 대한산업의학회지. 1989.2월 1(1).
32-38.

이재희 외. 보건관리자의 자격에 따른 사업장 보건관리 업무수행 행태 .대한산업의학회
지. 1995.2월 7(1) 88-100.

이현주 외. (2002) 산재보험 의료재활수가체계 개선방안 연구. 한국노동연구원

이현주 외. (2004) 산재근로자의 사회적응프로그램 모델개발 및 접근방안. 한국노동연구

원

- 이현주 외. (2004) 주요국의 산재보험 급여체계 비교연구. 한국노동연구원
이승렬 외. (2003) 주요국의 산재근로자 직업복귀지원제도. 한국노동연구원
조광자 (2003) 산재장애인의 이전직장복귀 가능성 결정요인. 서울대학교 박사학위논문
한국노동연구원. (2004). 산재보험 요양·재활서비스 선진화 방향에 관한 한·독 세미나

○ 제8장, 제9장

근로복지공단(2004), 산재보험재활사업발전을 위한 독일산재보험총연맹·스위스 재 해
보험원 연수보고서.

윤조덕, 박수경(1998), 산재보험 재활 및 사후관리 강화방안(I)에 관한 연구.

이 현주 외(2004), 외국의 산재보험제도연구 -선보장·후정산제도를 중심으로, 한국 노
동연구원.

이 현주(2004), 산재근로자 사회적응프로그램 모델개발 및 접근방법 모색.

이 익섭 (1993), “한국장애인복지정책의 이념정립을 위한 고찰”, ‘93 한국사회복지학 회
추계학술대회회 자료집.

DeJong, Gerben(1983), "Defining and Implementing Independent Living," in
Independent Living for Physically Disabled People, Nancy M Crewe and
Irving Kenneth Zola & Ass, iUniverse.com, Inc: San Jose.

Hahn, H. (1988), "The politics of physical differences: disability and
discrimination", Journal of Social Issues Vol.44, No.1.

Mank, D. M. and Buckley, J. (1989), "Strategies for integrated employment," In
Kiernan, W. E. and Schlock, and Schlock, R. L. (eds). Economics, Industry,
and Disability: A Look Ahead. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Segal, S. P. and Aviram, U. (1978), "The Mentally ill in community-based
sheltered care: A study of community care and social integration," New
York, NY: Springer Publishing Company.

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