

등록번호	장애인복지과-647
등록일자	2023. 1. 11.
결재일자	2023. 1. 11.
공개구분	비공개(5)

주무관	장애인재활지원팀장	장애인복지과장	
민윤정	전향숙	김남주	
협조자			

2023년 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 계획안



광주광역시
장애인복지과

2023년 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 계획(안)

저소득 청각장애인에게 인공달팽이관 이식 수술비 등의 지원을 통해 정상적 언어생활과 의료비 부담 경감을 통한 안정적 생활 도모

I 사업 개요

- 관련근거 : 「장애인복지법」 제18조(의료와 재활치료)
- 사업명 : 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 사업
- 지원대상 : 수술 3명, 재활치료 4명
 - 기준중위소득 120%내의 인공달팽이관 수술 적합자
- 지원내용 : 수술비, 재활치료비(매핑 및 언어,청능 훈련)
 - 수술비 : 1인당 5,000천원 이내(잔액으로 당해연도 재활치료비 지원)
 - 재활치료비 : 1인당 3,000천원 이내(최대 3년간 9,000천원)
- 사업비 : 27,000천원 / 시비
 - * 예산과목 : 정책)장애인복지 단위)저소득장애인지원
 세부)청각장애인인공달팽이관수술지원
 편성목)자치단체등이전 통계목)자치단체경상보조금

II 사업추진 현황

- 지원대상 확대

연 도	사 업 대 상
2013	국민기초생활수급자 및 차상위계층
2014	전국가구 월평균소득 100% 이내(확대)
2017 ~	기준중위소득 120% 이내(확대)

○ 지원실적

(단위 : 명/천원)

구 분	지원현황(지원수/지원금액)				
	2018	2019	2020	2021	2022
합 계	4/7,535	2/5,820	4/11,949	5/18,853	2/2,579
동 구	-	-	-	-	-
서 구	-	-	-	-	-
남 구	-	1/3,600	2/5,549	1/3,080	-
북 구	2/4,000	-	2/6,400	3/10,773	1/2,030
광산구	2/3,535	1/2,220	-	1/5,000	1/549

○ 검토내용

- 2013년 광주광역시 시책사업으로 시작하여, 지원기준을 완화하였으나, 전체적으로 실적이 미미함.

따라서, 적극적인 홍보 및 대상자 개별 안내(장애등록 시 안내 및 신청 독려) 등을 통해 사업 수혜대상자 확대 필요

Ⅲ 추진 계획

○ 대상자 선정 및 지원

- 예산배정

구 분	합 계	동 구	서 구	남 구	북 구	광산구
사업량(명)	7	1	1	1	2	2
2023년 예산(천원)	27,000	3,000	5,000	5,000	8,000	6,000

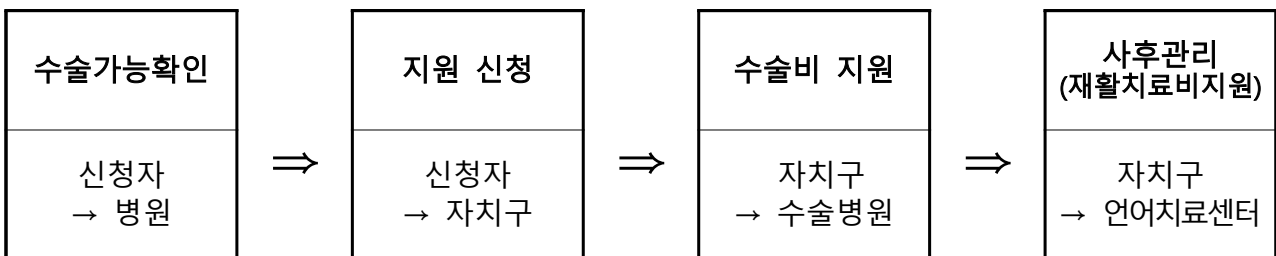
※ 2022년보다 예산 200천원 감액

- 대상자 선정기준

나 이	나이점수	소 득	소득점수
0 ~ 5세	30	기준중위소득 30%	70
6 ~ 10세	25	기준중위소득 50%	50
11 ~ 19세	20	기준중위소득 100%	30
20세 이상	15	기준중위소득 120%	10
총 점수(100) : 나이점수 + 소득점수			

※지원인원 초과 신청 시 고득점자순으로 선정

○ 사업 추진 절차



○ 사업 홍보 및 집행 점검

- 보도자료 배포 및 유관기관 홍보 요청
- 자치구별 홍보계획 수립 및 시행(장애 등록 시 개별 안내 및 신청 독려)
- 분기별 예산 집행 점검

IV 행정사항

- 자치구 보조금 교부 및 사업시행 : '23 1.
- 사업추진 및 홍보실적 점검 : '23 6월 중
- 예산집행 점검 및 독려 : '23 분기별

- 붙임 1. 청각장애인 인공달팽이관 수술지원사업 추진절차 1부.
2. 관련 서식 1부.
3. 2023년 기준 중위소득 120% 1부. 끝.

붙임 1

청각장애인 인공달팽이관 수술지원 사업 추진 절차

【수술전 검사】

- 재가 청각장애아동 보호자(청각장애인) 및 시설장 → 검사병원
 - 청각장애인이 생활중인 시설의 시설장 및 재가 청각장애아동 보호자(청각장애인)는 시술가능 병원에 수술 적격 여부 사전 검사신청
 - ※ 검사절차는 일반적인 의료기관 이용절차에 따름
 - 시설 입소장애인은 보호자가 있는 경우 보호자의 동의서를 받아 검사를 신청
 - 이미 검사를 받아 수술이 가능함을 판정 받은 청각장애인은 사전 검사 생략 가능
 - 검사 소요비용 : 시설입소 청각장애인은 관리운영비로 충당하고 재가 청각장애인은 자부담
- 검사병원 → 설장 또는 재가 청각장애아동 보호자(청각장애인)
 - 검사를 실시한 의료기관은 수술 가능여부 등을 기재한 [별지 제1호 서식]의 수술가능확인서를 시설장(수술대상자) 및 재가 청각장애아동 보호자(청각장애인)에게 통보
 - 본 사업시행 전 이미 검사를 받아 수술이 가능함을 판정 받은 경우 검사를 받은 의료기관에 수술가능확인서를 발급 받도록 함

【수술결정 및 수술】

- 시설장 또는 재가 청각장애아동 보호자(청각장애인) → 시·군·구 → 시·도
 - 수술가능대상자의 수술일자가 확정된 경우 시설장 및 재가(청각장애아동 보호자(청각장애인))는 [별지 제1호 서식]의 수술가능확인서 등 수술이 가능함을 확인할 수 있는 관련서류를 첨부하여 시·군·구 → 시·도에 신청
- 시·도 → 시·군·구
 - 시·군·구에서 신청한 보조금 교부 결정 및 재배정
- 시·군·구 → 시설장 및 수술병원
 - 시설입소 청각장애인의 수술비용은 **시설장**에게 지급
 - 재가 청각장애인의 수술비용은 시장, 군수, 구청장이 **수술병원**에 직접 지급
 - ※ 시설 및 재가 청각장애인의 수술비용은 수술전에 수술 병원에 지급될 수 있음

【수술후 사후관리】

- 시설장은 수술 받은 장애인의 재활치료를 담당할 시설내 재활관리 담당자 및 언어치료센터 등(병원부설이나 기타 언어치료소)을 지정하여 재활치료 및 재활훈련을 실시하고 매 3월마다 해당 시·군·구에 치료결과 및 발전정도를 통보하여 수술효과 극대화 도모
- 재가 청각장애아동의 보호자는 수술 받은 장애아동의 재활치료를 담당할 언어치료센터 등(병원부설이나 기타 언어치료소)을 지정하여 재활치료 및 재활훈련을 실시하고 매 3월마다 해당 시·군·구에 치료결과 및 발전정도를 통보하여 수술효과 극대화 도모
- 언어치료센터와 시·군·구 및 시·도는 시술 및 재활 진행상황 기록 보관

붙임 2 관련서식

【별지 제1호 서식】(의료기관용)

수술 가능 확인서

수술대상자	(남, 여)	주민등록번호	
시설장 또는 보호자 성명		연락처	
수술 적격여부 등 의사소견 구 체적 기재	1. 수술적격 여부 : 2. 보건복지가족부 고시 2005-29호('05.5. 11)에 의한 세부 인정기준에 적합한지 여부		
위 어린이의 수술 적격 여부 등을 통보합니다. 년 월 일 소속 : ○○ 대학병원 이비인후과 교수 성명 : ○○○ (인) ○○○ 시설장(보호자 ○○○ 귀하)			

※ 동 서식은 예시로 여타 수술가능 여부 확인 가능한 서류로 갈음가능

【별지 제2호 서식】

(시·군·구 및 시설, 재가보호자 공통용)

인공달팽이관시술 지원사업 보조금 교부 신청서

_____귀하

장애인복지법 제 72조 및 보조금관리에 관한 법률 제16조의 규정에 의거하여 다음과 같이 장애인생활시설(또는 재가) 청각장애인 인공달팽이관 지원사업 보조금의 교부를 신청하오니 교부하여 주시기 바랍니다.

20 . . .

신청인 : (인)

1. 보조사업자(시설, 보호자) 현황

법인명 (대표자)	시설명(시설장) 또는 보호자명	소재지	장애인 현황	
			정원	현원

2. 보조사업 계획

○ 인공와우 수술대상자 현황

시설명 또는 보호자	아동성명	장애종류	등 급	성 별	연 령

○ 사업비(수술비용)

(단위 : 천원)

시설명 또는 보호자	합 계	아동성명	계	시 비 보조금	구비	자부담

첨부 : 사업수행계획서 1부(개인별)

인공달팽이관 수술지원사업 수행계획서

1. 수술 계획

수술대상자 성명	(남, 여)	생년월일	
시설장 및 시설명 보호자명		연 락 처	
수술병원(담당의사)		수술일자	

2. 수술후 재활훈련 계획

구 분	구체적인 내용
시설내 재활 훈련 계획	* 재활관리를 전담할 시설내 직원 1인의 인적사항 기재 【담당부서, 경력(학력)등】 * 훈련시간등 기재
병원내 언어치료재활센터의 재활훈련 참가계획 등	* 수술 후 주기적으로 이용할 병원부속 언어치료센터명 및 담당 언어치료사 기재 * 이용회수 등 기재
기 타	* 종합병원의 언어치료외에 기타 사설 로컬 언어치료실 (의원급 언어치료실, 종합복지관, 개인치료실 등)등에서의 언어치료 계획

【별지 제3호 서식】: 기관 및 법인, 보호자 공통

인공달팽이관 시술 지원사업 실적보고

- 법인명 :
- 시설명(또는 보호자명) :
- 예산집행 상황

(단위 : 천원)

구 분	계	지방비	시·군·구비	자부담
예산액				
집행액				
잔 액				

- 수술실적 및 수술 후 재활관리 실적

아동명	(남, 여)	생년월일	
시설장 및 시설명 (또는 보호자명)		연락처	
수술병원		수술일자	
시설내 재활훈련 실적		병원내 언어치료센터 치료 실적	
기타 재활훈련 실적			

붙임 3

소득기준 (2023년 기준중위소득 120%이내)

2023년 기준 중위소득 120% 건강보험료 수준

(단위 : 원)

가구원수	소득기준	건강보험료 본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	4,148,000	147,280	105,944	148,789
3인	5,322,000	189,109	147,855	191,845
4인	6,482,000	230,142	196,236	233,952
5인	7,597,000	272,226	249,281	278,492
6인	8,674,000	309,670	293,801	320,126
7인	9,730,000	346,067	335,569	359,887
8인	10,785,000	403,785	402,840	434,962
9인	11,840,000	434,962	436,179	476,875
10인	12,896,000	476,875	481,248	521,613

※ 노인장기요양보험료를 제외한 금액임