

2023 특수교육대상학생 치료지원 운영계획

2023. 3.



전라북도김제교육지원청

Jeollabuk-do-GIMJE Office of Education

【특수교육지원센터】

I

운영 개요

1. 목적

- 특수교육대상학생에 대한 특수교육활동 및 통합교육 지원
- 특수교육대상학생의 생활적응능력 향상 및 2차 장애 예방

2. 근거

- 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제28조(특수교육 관련서비스)
- 같은 법 시행령 제24조(치료지원)
- 같은 법 시행규칙 제2조(장애의 조기발견 등), 제4조(개별화교육지원팀의 구성 등)
- 2023 전북 특수교육 운영계획(전북교육 2023-126)

3. 방침

- 「장애인 등에 대한 특수교육법」 및 같은 법 시행령·시행규칙 등 법령에 규정된 치료지원 제공 절차를 기준으로 운영
- 치료지원 제공 영역은 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련, 기타(미술치료, 음악치료, 심리운동, 감각통합)로 한하여 지원
- 치료지원 제공 영역은 개별 치료를 원칙으로 함
- 치료지원비는 치료지원 전자카드 「꿈활짝카드」로 지원
- 학교는 매월 치료지원 제공 기록지(사본)를 제공기관에서 받아 보관할 것
- 매회 실제 치료지원 결제를 원칙으로 함
- 치료지원비는 월 17만원을 지원하며, 초과 시 수익자가 부담함

4. 치료지원 대상

- 특수교육대상학생 중 치료지원이 필요한 학생(영아 포함)
- 치료지원 적용 제외 대상
 - 특수교육대상자 선정취소, 취학유예, 유예, 면제 학생

- 의무교육기관이 아닌 어린이집 등의 기관에 재원 또는 재택보육중인 유아
- 타시도 전출 학생
- 미인가 대안교육시설에 위탁 중인 학생
- 보건복지부 발달재활서비스 및 타 기관 제공 동일 영역 치료지원 수혜자
- 꿈활짝카드 부정 사용으로 치료지원 제공이 정지된 학생

5. 치료지원 영역

- 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련, 기타(미술치료, 음악치료, 심리운동, 감각통합), 총 6개 영역
- 의사의 처방과 확인이 이루어지지 않은 물리·작업치료는 지원 불가

6. 치료지원 제공인력

- 의료기사 등에 관한 법률 제4조에 따른 면허 소지자(물리치료, 작업치료)
- 국가자격 소지자(언어치료)
- 자격기본법 제19조 제1항에 따라 주무부장관이 공인한 민간자격 소지자

7. 치료지원 제공방법

- 치료지원 제공기관을 활용한 치료지원
 - 지원방법: 신청한 치료영역 이용 후 매회 전자카드(「꿈활짝카드」) 결제
 - 지원금액: 월 17만원 이내 실비 지원(초과분은 수익자 부담)
 - 제공기관: 치료지원 전자카드「꿈활짝카드」가맹점으로 등록된 기관

치료지원 제공기관 가맹점 신청 자격
<ul style="list-style-type: none"> • 「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」 제24조에 해당되는 기관 <ul style="list-style-type: none"> - 공공보건의료에 관한 법률 제2조에 따른 공공보건의료기관 - 장애인복지법 제58조에 따른 장애인복지시설 • 보건복지부 발달재활서비스 제공기관 • 대학 및 병·의원 해당 영역 치료실 <ul style="list-style-type: none"> - 물리·작업치료의 경우 의료법 제33조 제1항에 의하여 의료기관에서만 치료 가능 <p>※ 신청일 현재 면허/허가/등록/지정 취소, 휴폐업, 업무정지, 부정당업체 지정 등 결격사유가 없어야 함</p>

치료지원 전자카드 「꿈활짝카드」 사용 안내

- ① 카드 신청 및 (재)발급
 - 김제특수교육지원센터
- ② 이용 방법
 - 매월 1일 지원액이 포인트로 생성
 - 매월 말일 월 잔여 포인트 자동 소멸
- ③ 이용장소
 - 치료지원 전자카드 가맹점(드림스 APP 또는 홈페이지에서 대상 가맹점 조회 가능)



○ 특수교육지원센터 치료사를 활용한 치료지원

- 지원기간: 2023. 1. 1. ~ 2023. 12. 31.(주15시간 미만 운영)
- 치료지원 제공기관 이용이 어려운 학생의 경우(중증 장애로 이동이 어렵거나 제공기관의 접근성이 용이하지 않는 경우 등) 특수교육지원센터의 순회치료사 신청서 제출 후 특수교육운영위원회 심의를 거쳐 선정·지원
- 순회치료 영역: 음악치료

8. 치료지원 운영시간

○ 치료지원 시간은 정규교육과정 이외 운영을 원칙으로 함

- 정규교육과정 시간 내 치료지원 제공은 반드시 개별화교육지원팀 및 학교장의 승인을 받아야 하며, 치료지원 대상 학생의 출결사항은 지각·조퇴 처리함
- ※ 학교생활기록부 기재 요령 참조

II 운영 방법

1. 치료지원 제공 개요

구분	제 공 절 차	기 관	내 용												
치료 지원 제공 전	진단·평가*	특수교육 지원센터	○ 특수교육대상학생 선정배치 진단·평가 시 치료 진단·평가 포함하여 실시												
	진단·평가결과 통지	특수교육 지원센터	○ 치료지원 영역 내용이 포함된 결과를 학교로 통지												
	개별화교육계획 수립 및 기재**	해당학교	○ 치료지원 영역, 방법 등 지원 사항을 결정하여 개별화교육계획에 기재(보호자 의견수렴)												
	치료지원 신청	해당학교	○ 교육(지원)청으로 공문 발송												
	「꿈활짝카드」발급	특수교육 지원센터	○ 「꿈활짝카드」등록 및 발급 - 유초·중고 : 김제교육지원청 특수교육지원센터에서 수령												
치료 지원 제공	치료지원 운영 협조 안내	특수교육 지원센터	○ 학기 초(또는 치료 시작 전) 치료지원 제공기관에 공문 안내(학생 치료지원 관련 자료 등 제출 협조)												
	외부 치료기관 이용	치료지원 제공기관	○ 교육청 치료지원 제공기관으로 지정된 기관을 이용 하여 치료지원 실시 <table><tr><th>제출 시기</th><th>제출서류</th><th>제출처</th></tr><tr><td>시작 월</td><td>치료지원 제공 계획서</td><td>학교</td></tr><tr><td>매월</td><td>치료지원 제공 기록지</td><td>학교</td></tr><tr><td>학기 말</td><td>치료지원 학기별 평가</td><td>학교</td></tr></table>	제출 시기	제출서류	제출처	시작 월	치료지원 제공 계획서	학교	매월	치료지원 제공 기록지	학교	학기 말	치료지원 학기별 평가	학교
	제출 시기	제출서류	제출처												
시작 월	치료지원 제공 계획서	학교													
매월	치료지원 제공 기록지	학교													
학기 말	치료지원 학기별 평가	학교													
특수교육지원센터 치료사 이용	특수교육 지원센터	○ 외부 치료기관 이용이 어려운 경우 특수교육 지원센터 치료사 활용하여 치료지원 실시													
치료 지원 제공 후	치료지원 제공기관 모니터링	특수교육 지원센터	○ 치료지원 제공기관 점검표를 활용한 제공기관 현장점검 및 관리												
	치료지원 관리	해당학교	○ 치료지원 제공 계획서, 기록지 및 평가 결과를 토대로 교육내용 및 개별화교육계획에 반영												

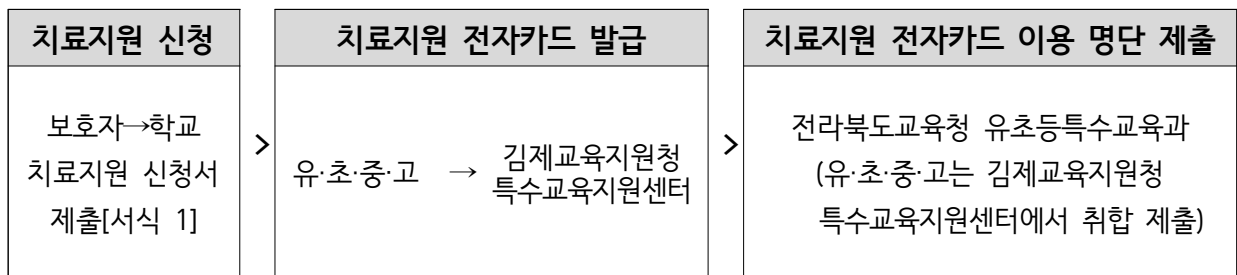
가. (특수교육지원센터) 치료지원 진단·평가*

- 특수교육대상자 선정·배치를 위한 진단·평가 시 치료지원 진단·평가 병행 실시
- 특수교육대상자 진단·평가 결과통지서를 근거로 치료지원 결정

나. (각급학교) 개별화교육계획 수립**

- 개별화교육계획 수립 시 진단·평가 결과통지서에 명시되어 있는 영역 내에서 치료지원 영역, 방법 등을 보호자의 의견 수립 절차를 거쳐 결정
- 결정된 치료지원 내용을 개별화교육계획에 기재
- 치료지원 계획, 결과 등은 치료지원 제공기관으로부터 받아서 기재
- 치료지원 영역, 방법 등은 학기 초에 결정하고, 변경 시 개별화교육지원팀의 심의를 거쳐 지원하도록 함

2. 치료지원 신청 절차

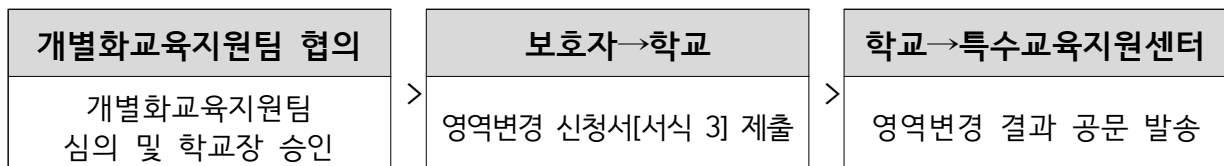


3. 제공 기간 및 시간

- 치료지원 제공 기간 : 2023. 3. 1. ~ 2024. 2. 29.
- ※ 다음 해에 취학, 진학을 위한 신규 특수교육대상학생 선정·배치 시 특수교육관련서비스는 다음 해 3월 1일부터 지원
- 치료지원 제공 시간: 1회당 50분(보호자 상담 포함)을 원칙으로 함
 - 병·의원의 경우 특수성을 고려하여 예외 적용 가능

4. 영역 변경

- 진단·평가 결과통지서에 명시된 영역 내 변경



※ 보호자 임의로 영역변경은 불가하며 반드시 소속 학교 개별화교육지원팀의 회의를 거쳐야 함

○ 진단·평가 결과통지서에 명시된 영역 외 변경

- 특수교육지원센터를 통해 진단·평가 실시
- 현재 결과통지서를 현재 소지하고 있지 않거나 진단평가 결과통지서에 치료지원 영역 등 중요 내용이 누락 된 경우
- 진단평가 결과통지서에 명시된 영역과 다른 영역의 치료지원이 필요한 경우
- 진단평가 절차

절 차	기 관	내 용
치료지원 진단평가 의뢰	해당 학교	<ul style="list-style-type: none"> ○ 김제특수교육지원센터로 치료지원 진단·평가 의뢰 → 단, 일부 영역의 경우 진단서류¹⁾ 제출 시 진단평가 대체 가능 ※ 특수교육대상학생 진단·평가 업무 길라잡이 참고
진단·평가	특수교육 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> ○ 특수교육지원센터에서 진단·평가 → 진단서류 제출 시 진단·평가 결과통지서에 반영
진단·평가 결과통지서 송부	특수교육 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치료지원 진단·평가 결과통지서를 학교로 송부【서식 5】
치료지원 실시	해당 학교	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「꿈활짝카드」 수령 후 치료지원 실시 ○ 「꿈활짝카드」 기존 이용 학생이 영역변경을 신청한 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 동일 치료기관 이용: 즉시 영역 변경하여 이용 가능 - 치료기관 변경: 익월 1일부터 이용

1) 진단서류: 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 보행훈련은 병·의원 등의 진단서(진단서, 소견서, 임상심리학적 결과보고서 중 1부) 제출이 가능한 경우 진단평가 대체 가능

III

행정사항

1. 치료지원 관련 제출서류 및 제출기한

번호	내 용	서식	제출일	비고
1	2023 치료지원 운영계획		3월 중 안내	
2	2023 치료지원 신청	서식1	3월 중	학부모→학교 (학교 보관)
3	외부치료기관 이용 시(「꿈활짝카드」 발급) 신청 서류			
	* 치료비지원 전자카드 (재)발급 현황	붙임1	2023. 4. 3.(월)	학교→ 교육지원청
4	예산 교부 신청 (「꿈활짝카드」를 이용하지 않는 경우) 서류			
	* 치료지원비 예산 교부 신청서	붙임1	2023. 4. 3.(월)	학교→ 교육지원청
학교 구비	치료지원 제공 계획서	서식5	치료 시작 월(또는 학기 초)	치료지원 제공기관 → 해당학교 (학교 보관)
	치료지원 제공 기록지	서식6	매월	
	치료지원 학기별 평가서	서식7	학기 말	

※ 매년 신청이 원칙이며, 전자카드 (재)발급 신청 현황(붙임1) 작성 시 치료지원 전자카드 이용 학생 현황 파악을 위하여 반드시 당해연도 치료지원 전자카드 이용 학생 전체 명단 작성

2. 「꿈활짝카드」를 이용하지 않는 학생의 경우 예산 교부 신청

- 특수교육대상학생 치료지원비 예산 교부 신청서(붙임1) 제출
 - 해당 유·초·중·고등학교는 김제교육지원청으로 2023. 4. 3.(월)까지 제출

3. 치료지원 운영 시 유의 사항

- 상급학교 진학·전학으로 인한 재배치 시
 - 해당 학교는 전입 학교로 치료지원 관련 진단·평가 결과서를 반드시 14일 이내에 송부
 - 관련 서류 분실 등으로 재발급이 필요한 경우 해당 특수교육지원센터에 요청
- 치료지원 지침 숙지하여 치료 중복지원 및 과다 지원 방지 철저 및 민원 발생 억제 노력
- 외부 치료지원 제공기관에 대한 모니터링
 - 모든 기관 연 1회 정기, 특별점검 수시 실시

- 진단·평가 결과통지서에 기타 영역 표시 경우 기타 영역(음악치료, 미술치료, 심리 운동, 감각통합) 내 변경할 때는 별도의 진단·평가 없이 변경 가능
- 외부 치료기관을 활용하는 치료지원 대상 학생의 안전한 교육권을 위해 학교에서 필요하다고 판단 시 제공기관에 다음과 같은 서류를 요구할 수 있음

사업자등록증, 관련 자격증, 성범죄경력조회서, 제공계획서, 제공기록지, 학기별 평가서 등

- 신청기한에 대상자가 누락 되지 않도록 안내하여 주시고, 추가 신청 대상은 신규 및 전입 특수교육대상자에 한함(단, 예산 범위 내 지원임)

4. 치료지원 관련 서류 보관

- 학기 초(또는 치료 시작 전) 치료지원 제공기관에 공문 안내
- 문서등록대장에 비전자 문서 등록하여 5년 보관
 - 학교: (학기별) 치료지원 제공 계획서·치료지원 제공 평가서
(월 별) 치료지원 제공 기록지

5. 치료지원비 부정 사용 시 조치사항

- 즉시 치료지원비 부정 사용분 환수 조치 등

치료지원비 부정 사용 사례
<ul style="list-style-type: none"> - 치료지원 전자카드를 치료지원 제공기관에서 보관하며 보호자 확인 없이 결제하는 경우 - 치료지원 제외 대상 또는 미이용 대상임을 알고도 결제하는 경우 - 학교 개별화교육지원팀 심의 및 학교장 승인 없이 방과후 시간 외에 치료·결제하는 경우 - 치료지원 전자카드를 매매·양도 및 가맹점과 부정 사용 협력하는 경우 - 전라북도교육청 치료지원 제공 영역 외 영역을 제공하고 결제하는 경우 - 치료지원 신청영역과 다른 영역의 치료지원을 제공하고 결제하는 경우 - 치료지원 제공 서류 허위 작성하고 결제하는 경우 - 치료지원 제공 전 치료지원비를 선결제하는 경우 - 정당한 사유 없이 치료지원 제공 일자와 치료지원 결제 일자가 다른 경우 - 기타 치료지원비 부정 사용으로 판단되는 경우

치료지원 관련 서식 모음

※ 모든 서식은 전라북도교육청 특수교육 지원센터 홈페이지 자료실에 탑재되어 있습니다.

- 【서식 1】 특수교육대상학생 치료지원 신청서
- 【서식 2】 특수교육대상학생 치료지원 영역변경 신청서
- 【서식 3】 치료지원 제공 취소 신청서
- 【서식 4】 꿈활짝카드 (재)발급 신청서
- 【서식 5】 202○년 치료지원 제공계획서
- 【서식 6】 202○년 치료지원 제공 기록지 ()월
- 【서식 7】 202○년 치료지원 제공 학기별 평가서

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

특수교육대상학생 치료지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년	반
보호자명		학생과의 관계		연락처				
주 소								

「꿈활짝카드」 신청여부	신청		미신청	* 카드 미신청 · 재발급하는 경우 사유
	신규	재발급	○	소규모 병원이용자로 가맹점 미등록기관임
치료지원 영역	물리치료			특수교육대상자 장애 영역
치료지원 이용 (예정) 기관명	**병원			이용시간
				월, 수 15:00~16:00

보건복지부 발달재활서비스 지원 여부	○	보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	언어치료
------------------------	---	------------------------	------

○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,
「꿈활짝카드」 발급과 관리

○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역

○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)

○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.

■ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

■ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.

■ 위와 같이 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.

년 월 일

학생명 : (서명)
보호자(법정대리인) 성명 : (서명)

○○ 학교장 귀하

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가
-------	--

【서식 2】 (학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

특수교육대상학생 치료지원 영역변경 신청서

학 교 명		학생명		학년반	
보호자명		학생과의 관계		장애영역	
주 소				연락처	
치료지원 제공 영역			보건복지부 재활치료 제공 영역		
기 존		변 경		기 존	
<div>개별화교육지원팀 협의 결과(요약)</div>					
<div>위와 같이 특수교육대상학생 치료지원 영역변경을 신청합니다.</div> <div> <div>년 월 일</div> <div> <div>신청인 ○○○ 의 보호자 :</div> <div>(서명)</div> </div> <div> <div>담당교사 :</div> <div>(서명)</div> </div> </div> <div>전라북도김제교육지원청교육장 귀하</div>					
첨부	※ 필요시 의사 진단서 및 소견서, 평가보고서(기관 치료사 의견서) 첨부 가능				

【서식 3】(학부모→학교→특수교육지원센터 제출)

치료지원 제공 취소 신청서

__○○__ 학교 __학년__ 반 성명: __○○○

위 학생은 20__년 치료지원 운영계획에 의거 치료지원대상자로 선정되었으나,
아래 사유로 인하여 치료지원 서비스를 취소하고자 합니다.

<예시>

○ (취소일자) : 2000.3.1.

○ (취소사유) :

수술 및 장기 입원으로 인하여 학교 교육활동 참여 및 치료지원 서비스를
제공 받는데 어려움이 있어 치료지원 제공 취소를 신청함.

20○○ . .

신청인 ○○○ 의 보호자 : (서명)

담당교사: (서명)

전라북도김제교육지원청교육장 귀하

【서식 4】「꿈활짝카드」재발급시(학부모→학교, 교육지원청 제출용)

「꿈활짝카드」(재)발급 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	학년	반
보호자명		학생과의 관계		연락처				
주 소								

「꿈활짝카드」 신청여부	신 청		재발급하는 경우 사유	
	신규발급	재발급		
치료지원 영역	물리치료		특수교육대상자 장애 영역	지체장애
치료지원 이용 (예정) 기관명	**병원		이용시간	월, 수 15:00~16:00

보건복지부 발달재활서비스 지원 여부	○	보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	언어치료
------------------------	---	------------------------	------

○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,
「꿈활짝카드」발급과 관리

○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역

○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)

○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.

■ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

■ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.

■ 위와 같이 특수교육대상학생 「꿈활짝카드」발급을 신청합니다.

년 월 일

학생명 : (서명)
보호자(법정대리인) 성명 : (서명)

○○ 학교장 귀하

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가
-------	--

【서식 5】(치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

202○년 치료지원 제공 계획서

학교명 (학년 반)		성명	
치료지원 영역		치료지원 제공인력	
제공 일정	월 회(주 회)/ 회당 분 매주 요일 (: ~ :)	제공 방법	가맹점 방문 () 치료사 가정 방문 ()

주요 기능상태 및 욕구	치료지원 목표

치료지원 월별 계획	월별	치료지원 내용
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
유의 사항		

치료지원 계획 및 이용 비용(조정가능)				
이용시간	단가	횟수	월 이용액	본인부담금
매주 수요일 13:00~15:00			원	원

년 월 일

보호자 : (서명)

☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관

☞ 해당 학생의 치료지원 제공기관으로 선정된 후 1개월 이내 계획서 제출

【서식 6】 (치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

202○년 치료지원 제공 기록지 []월

치료제공기관명					
치료지원 대상자	성명		소속		
치료 영역					
1. 치료지원 내용					
날짜(월/일)	/	/	/	/	/
회당 제공시간 (분)	00:00-00:00 (00분)				
담당 치료사	(인)	(인)	(인)	(인)	(인)
이용 금액 (원)					
이용자(확인)					

- ☞ 치료지원 영역별로 제공된 서비스 시간 및 치료 담당자 성명 표기
- ☞ 이용자(확인)란은 이용자 또는 그 가족이 기록내용을 확인하고 서명
- ☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관 ※ 상태 및 결과 기록

일 자	이용자의 상태 및 치료 결과
/ ()	<p>예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준비운동: 윗몸일으키기 • 본운동: 줄넘기, 철봉, 순발력 운동 • 정리운동: 정리체조(다리, 허리, 팔, 어깨, 목운동) <p>⇒ 관찰 내용(치료자 소견): 윗몸일으키기 20번 이상하기 어려워했으며, 본 운동 중 특히 철봉을 잘 매달려 있으며, 정리체조도 순서에 맞게 운동함. 힘들지만 적극적으로 참여하여 전체 수행 중 80%정도 수행함. 심리 및 정서적으로 변화부분 기입</p>
/ ()	
/ ()	

【서식 7】 (치료지원 제공기관→학교 제출(사본), 학교보관용)

202○년 치료지원 제공 학기별 평가서

성 명		생년월일	
학교명 (학년 반)		치료지원 영역	
제공 일정	월 회(주 회)/ 회당 분 매주 요일 (: ~ :)	제공 방법	가맹점 방문 () 치료사 가정 방문 ()

주요 기능상태 및 욕구	치료지원 목표

치료지원 월별 평가	월별	평가 내용
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
	○월	
종합평가		

☞ 원본은 치료지원 제공기관 보관