

# 가족 임시 간호 필요성 평가 지침

임시 간호의 정의: *임시 간호 서비스(Respite Services)*는 발달 장애가 없는 동일한 연령대의 개인보다 도움이 더 필요한 발달 장애가 있는 아동 또는 성인에 대한 간헐적이고 정기적으로 예정된 임시 간호 및/또는 감독을 의미합니다. *재택 임시 간호 서비스*는 가족의 집에서 제공됩니다. *가정 외 임시 간호 서비스*는 허가된 주거 시설에서 제공됩니다. 임시 간호는 모든 감독 간호의 필요를 가족이 제공하기 위한 것이 아니라 가족의 간호 책임을 보완하기 위한 것입니다. 임시 간호는 데이케어가 아닙니다. 임시 간호 서비스는 일반적으로 다음을 포함하는 지원 서비스입니다:

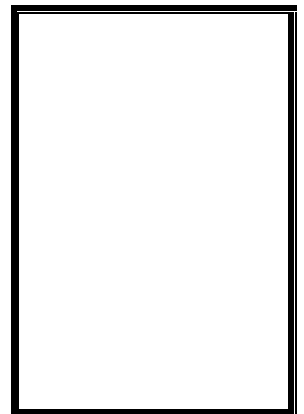
- 발달 장애가 있는 개인이 집에 머물 수 있도록 가족 구성원을 지원합니다
- 가족 구성원이 부재 시 해당 개인의 안전을 보호하기 위해 적절한 간호 및 감독을 제공합니다
- 가족 구성원이 끊임없이 요구되는 간호 책임에서 벗어날 수 있습니다; 그리고
- 기본적인 자조 필요 및 일반적으로 수행되는 기타 활동을 돌봅니다
- 지정된 교육을 완료한 후, 재택 간호에는 부수적인 의료 서비스 제공이 포함될 수 있습니다(복지 및 기관법(W&I Code) 4686)

다음 지침에 따라 개인의 현재 기술 수준, 지원의 필요성, 가족 역동성을 객관적으로 평가하세요. 각 제목 아래에서 가장 적절한 숫자("값")을 선택하세요. "값"을 요약 시트에 옮겨 적으세요 참고: 개인의 기술이나 기능 수준, 가족의 역동성에 중대한 변화가 발생하거나 대체 리소스가 확인될 때마다 가족의 임시 간호 필요성에 대한 재평가를 실시해야 합니다.

## I. 개인 연령

- 0 0 – 18개월
- 1 19개월 – 3세
- 3 3.1 – 5세
- 4 6 – 10세
- 5 11 – 14세
- 6 15 – 17세
- 7 18세 이상

점수



## II. 일상 생활 활동 (옷 입기, 식사하기, 몸단장하기, 배변하기 등에 대해 해당 연령대의 비장애 또래와 비교하세요)

- 0 특별한 보살핌이 필요 없음 - 개인의 필요가 발달 장애가 없는 같은 연령대의 개인의 필요를 초과하지 않음.
- 1 매일 감독 - 옷 입기, 몸단장하기, 식사하기 및 배변 지원 등 매일 감독을 받아야 함.
- 2 매일 직접 지원 - 사소하거나 가끔씩 매일 감독과 지원이 필요함(예: 일상적인 옷 입기를 완료할 수 없음)
- 3 옷 입기, 식사하기, 몸단장하기 및 배변하기 등 일부 측면에서는 완전한 보살핌이 필요하지만 전부는 아님(예: 샤워 온도 조절 불가, 배변 후 닦지 않음).
- 4 완전한 보살핌이 필요하며, 일상 생활 활동에서 자기 관리가 불가능함.
- 5 13세 이상이며 완전한 보살핌이 필요하고, 일상 생활의 모든 활동에서 자기 관리가 불가능함.

점수

## III. 이동성

- 0 개인은 독립적으로 움직일 수 있음.
- 1 개인은 움직일 수 있으며 독립적으로 이동하고 화장실 변기에 앉고 서며 침대에 오르내릴 수 있는 약간의 도움 또는 적응 장비(예: 독립적으로 보행기를 사용하기, 목발/보조기를 사용하여 걷기, 독립적으로 휠체어 사용하기)를 필요로 함.
- 2 개인은 도움을 받아야만 움직일 수 있음(보행기나 목발을 사용하거나 이동하는 데 도움이 필요함.) 휠체어를 독립적으로 사용할 수 없으며 화장실 변기에 앉고 서거나 침대에 오르내릴 때 도움이 필요함.
- 3 개인은 18개월에서 3세 사이이며 독립적으로 걷지 못함(예: 하루 종일 성인이 들어 움직이고, 붙잡고, 자세를 잡아주어야 함).
- 4 개인은 4세 이상이며 보조 및 특수 장비가 있어야만 움직일 수 있음(예: 표준 휠체어에서 들어서 화장실 변기 또는 침대에 올리거나 화장실 변기 또는 침대에서 들어서 휠체어에 앉혀야 함).
- 5 개인은 집이나 지역사회에서 장비를 가지고 독립적으로 움직일 수 없으며 지속적인 보살핌이 필요함.
- 6 개인은 거동이 불편하고 전적인 지원과 보살핌이 필요함(예: 몇 시간마다 몸을 돌리거나 침대에 오르내릴 때 리프트를 사용해야 함).

점수

#### IV. 의사소통

점수

- 0 개인은 18개월 미만 및/또는 말하기가 가능 및/또는 수화를 사용하고 이해함.
- 1 개인은 간단한 말을 사용하지만, 이해하기 어려우며, 비언어적 신호를 사용하거나 보완적 의사소통을 사용함.
- 2 개인은 의사소통을 위해 말이나 비언어적 신호 또는 장비를 사용하지 않음.

비언어적 신호: 제스처 (손으로 가리키기, 고개 흔들기 또는 손으로 이끌기), 얼굴 표정, 눈 맞추기 및 웃기/울기

#### V. 학교/데이 프로그램 (평균 150일 - 하루 6 시간 = 주당 풀타임 30시간)

- 0 개인은 학교 또는 데이 프로그램에 출석하거나 적절한 학교/데이 프로그램을 이용할 수 있지만 개인 또는 가족이 출석/참여하지 않기로 선택함.
- 1 개인은 주당 20-24시간 학교 또는 데이 프로그램에 출석함.
- 2 개인은 주당 11-19시간 학교 또는 데이 프로그램에 출석함.
- 3 개인은 제한된 시간(주당 5-10시간) 동안 학교 또는 데이 프로그램에 출석함.
- 4 개인은 학교 또는 데이 프로그램에서 정학/퇴학당했거나, 이용 가능한 프로그램이 없는 경우 임시 간호 평가 시트에 설명이 필요함.

점수

## VI. 의료적 필요 및 감독 또는 보살핌에 미치는 영향:

- 0 개인은 건강상의 문제가 없음(예방 및 일상적 보살핌으로 안정적임).
- 1 개인은 개입이 거의 필요하지 않은 최소한의 건강 문제를 갖고 있음(예: 정기적인 약물 복용, 임시 간호 기간을 제외하고 가끔씩 네블라이저 치료, 간병 지원이 거의 또는 전혀 필요하지 않은 발작 장애). 임시 간호 평가 시트에 설명이 필요함.
- 2 개인은 잦은 질병 또는 한 달에 3-4회 진료 예약이 필요하거나 매일 일반적인 감독 및 모니터링이 필요함(예: 무호흡증 모니터링, 2시간마다 몸을 돌려 눕히기 등) 임시 간호 평가 시트에 설명이 필요함.
- 3 개인은 즉각적인 간병인의 개입이 필요한 의료 상태 또는 절차에 지속적인 주의를 기울여야 함 (예: 매일 무호흡 증상, 임사 간호 시간 이외의 시간에 가끔씩 기관절개관 흡인하기, 여러 가지 약물 투여). 임시 간호 평가 시트에 설명이 필요함.
- 4 개인은 질병 또는 심각한 건강 상태로 인해 연중무휴 24시간 전적인 보살핌이 필요하며 부모가 주된 간병인임. 임시 간호 평가 시트에 필요 및 필수 활동에 대한 설명.

점수

## VII. 행동적 필요

파괴적 사회성, 공격적, 자해, 부수기, 도망, 감정 폭발

- 0 연령에 맞는 행동을 함.
- 1 대부분의 경우 행동은 지적을 하면 고침.
- 2 과도한 행동은 빈번한 지적이 필요하며 항상 성공적이지는 못함.
- 3 과도한 행동은 지적을 해도 반응하지 않으므로, 개입과 면밀한 감독이 필요함.
- 4 과도한 행동이 매주 더 자주 발생하므로 개입과 지속적인 감독이 필요함. 행동 프로그램 및 진행 상황에 대한 설명과 요약 시트에 필요한 추가 정보.
- 5 개인은 적어도 매일 심각한 과잉 행동을 보임 (예: 타인에 대한 공격성, 심각한 자해). 행동 프로그램 및 진행 상황에 대한 설명과 요약 시트에 필요한 추가 정보.

점수

## VIII. 가족 상황/간병인 상태

### 그룹 1 (한 가지 상황의 경우 3점 그리고 추가 상황의 경우 1점)

- 간병인이 간병 및 감독에 영향을 미치는 만성 또는 지속적인 질병을 앓고 있는 경우 *(의사의 확인 필요)*.
- 간병인이 급성 또는 단기 질병을 앓고 있는 경우 *(의사의 확인 필요)*
- 가정 내 가족 구성원이 급성 질환 또는 건강상의 위기가 있는 경우 *(의사의 확인 필요)*.
- 간병인에게 신체적 또는 정신적 장애가 있는 경우 *(의사의 확인 필요)*.
- 간병인이 노화 관련 기능 저하가 진행 중인 경우.
- 간병인이 지역센터 고객인 경우.
- 가정에 임시 간호가 필요한 어린이가 여러 명 있는 경우.
- 편부모인 경우.
- 최근 1년 이내에 가구 내에서 부모 또는 자녀가 사망한 경우.

그룹 1 점수

### 그룹 2 (한 가지 상황의 경우 2점 그리고 추가 상황의 경우 1점)

- 최근 6개월 이내에 출생 또는 입양을 한 경우.
- 지난 6개월 이내에 대가족 구성원이 사망한 경우.
- 대가족 구성원이 건강상의 위기가 발생한 경우.
- 간헐적 편부모인 경우(배우자가 주기적으로 부재 중이거나 양육권을 공유하는 상황).
- 지난 6개월 이내에 가정 내 성인 간병인(형제자매 포함)을 잃은 경우.
- 두 명 이상의 자녀를 둔 부모인 경우.

그룹 2 점수

### 그룹 3 (한 가지 상황의 경우 1점 그리고 추가 상황의 경우 1점)

- 간병인의 자녀가 아닌 가정 내 부양 성인인 경우.
- 최근에(3개월 이내) 이사를 했거나 이사가 임박한 경우.
- 자녀가 한 명인 부모의 경우.

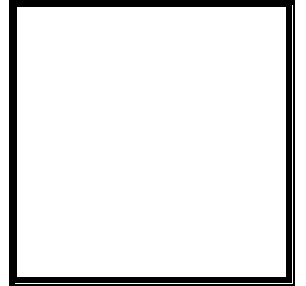
그룹 3 점수

## IX. 안전 및 감독 필요성

### 그룹 1 점수(이 상황에서는 3점).

- 개인이 어떤 환경에서든 하루 종일 심각한 과잉 행동을 보이는 경우 (예: 부상을 초래할 수 있는 타인에 대한 공격성, 위기 예방 전략 실행 및/또는 치료가 필요한 자해, 심각한 재산 파괴).

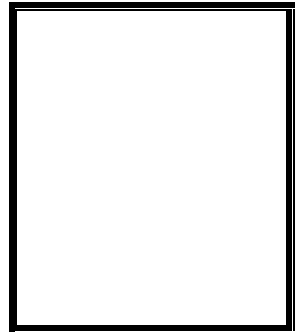
그룹 1 점수



### 그룹 2 (이 상황에서는 2점 그리고 추가 상황은 1점)

- 개인이 정기적으로 집을 나가는 경우.
- 개인이 지역사회에서 자신을 위협에 빠뜨리는 행동을 보여 지속적인 감독이 필요한 경우(낯선 사람에게 부적절한 접근, 공공 장소에서의 공격성).
- 개인이 의료상의 문제(예: G-튜브)가 있고 행동이 자신의 건강에 위협이 되는 경우.
- 행동/정신 건강 치료 서비스가 보류 중인 경우.

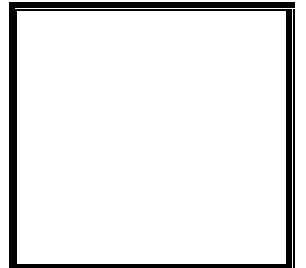
그룹 2 점수



### 그룹 3 (이 상황에서는 1점 그리고 추가 상황에서는 1점)

- 개인이 지역사회를 방황하여 지속적인 감독이 필요한 경우.
- 개인이 기본적인 지시(예: "아니오", "정지")를 이해하지 못하는 경우.

그룹 3 점수



# 가족 임시 간호 필요성 평가 요약 시트

날짜: \_\_\_\_\_

개인의 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 현재 연령: \_\_\_\_\_

개인의 지역센터 UCI#: \_\_\_\_\_ 서비스 코디네이터 이름: \_\_\_\_\_

양식 작성자(들)의 이름: \_\_\_\_\_

**작성 지침:** 가족 임시 간호 평가 지침을 사용하여, 가족이 지역센터 기금을 받을 수 있는 임시 간호 양을 추정할 수 있도록 다음 요약 시트를 작성하세요.

**I. 개인의 연령**

\_\_\_\_\_

**II. 일상 생활 활동**

\_\_\_\_\_

**III. 이동성**

\_\_\_\_\_

**IV. 의사소통**

\_\_\_\_\_

**V. 학교/데이 프로그램**

\_\_\_\_\_

**VI. 의료적 필요**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. 행동적 필요**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. 가족 상황/간병인 상태**

\_\_\_\_\_

**IX. 안전 및 감독 필요**

\_\_\_\_\_

**총값:** \_\_\_\_\_

개인의 이름: \_\_\_\_\_

총값: (1페이지에서 옮겨 적음) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ 시간/월

**임시 간호 시간당 요율:**

0 - 6점	일상적인 감독
7 - 11점	월 7시간
12 - 16점	월 14시간
17 - 21점	월 21시간
22 - 26점	월 28시간
27 - 31점	월 35시간
32 - 36점	월 42시간
37점 이상	확장된 기획팀 결정

이 도구를 처음 사용할 경우 임시 간호 시간이 감소하면 감소를 제안하기 전에 확장된 기획팀의 검토가 필요합니다

**연장된 임시 간호:**

WRC는 더 이상 재택 야간 임시 간호에 자금을 지원할 수 없으므로, POS 위원회는 모든 추가 시간에 대한 모든 요청을 개별적으로 검토하게 될 것입니다.

모든 요청에 대해 WRC는 해당 개인의 일시적 간호를 제공할 수 있는 자연적인 지원이 있는지 고려해야 합니다. (예: 부모가 출타 중인 동안 집에서 도움을 제공할 수 있는 조부모.) 모든 경우에 POS 위원회는 다음을 포함하여 가족이 이미 활용하고 있고 이용할 수 있는 지원이 무엇인지를 고려해야 합니다:

- 학교/데이 프로그램/근무 일정
- 현재 WRC 자금 지원 - 임시 간호, 특별 감독, PA 등
- IHSS 시간
- Crystal Stairs 자금 지원, Y 프로그램, 커뮤니티 센터와과 같은 일반 방과 후 프로그램과 같은 현재 활용되고 있는 기타 일반 리소스.
- 자연적 지원

**특수 상황**



평가 지침에 명시된 양을 초과하는 임시 간호 서비스에 대한 예외를 고려하기 위해, WRC는 가족에게 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 여기에는 건강 상태 확인, 추가 시간 사용 일정, 임시 간호 필요를 충족하는 대체 리소스 확인과 같은 서면 문서도 포함될 수 있습니다.

다음과 같은 추가 임시 간호를 고려해야 하는 정상 참작이 가능한 가족 상황:

- 부모가 해당 개인을 돌보기 위해 직장을 그만둔 경우
- 가족에게 영향을 미치는 고객의 추가적인 질병
- 극단적이고, 과도한 행동 문제
- 주된 간병인이 고객의 보살핌 및 감독 필요를 충족하는 능력에 영향을 미치는 최근의 사건
- 현재의 리소스로 해결되지 않는 고객 지원 필요(자연적 지원, 일반적 리소스, 지역센터 자금 지원 리소스)
- 가장 최근의 IPP 또는 가족 임시 간호 필요성 평가에서 이전에는 논의되지 않은 고객의 보살핌 및 감독 필요 수준에 대한 입증된 변화

고려할 수 있는 일반 리소스(임시 간호를 대신하는 것이 아닌 추가 지원)

- 추가 지원을 위해 가족을 IHSS에 의뢰했나요?
- 해당 개인이 보호 감독을 받을 자격이 있나요?
- 가족/개인이 EPSDT 지원을 받을 자격이 있나요?
- 자녀를 저희 간호/임시 간호 기관 중 하나에 평가 의뢰를 할 경우, 자녀는 G-튜브가 있거나 EPSDT를 통해 시간을 받을 수 있는 질환이 있나요?
- 가족이 Crystal Stairs 기금과 같은 일반 서비스를 받을 자격이 될 가능성이 있나요?