

정책연구자료 99-03, 발간부수: 1,200부

ISBN 89-8187-193-0 93330

2000年 障碍人 實態調査를
위한 基礎研究

卞俗粲

金成禧 徐東佑

李善雨 林有景

韓國保健社會研究學院

머 리 말

우리 나라의 장애인 복지정책은 장애인복지서비스의 확대, 특수교육 강화, 고용촉진 등을 통해 장애인이 가족, 이웃, 지역사회와 더불어 살아가는 사회를 구현함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등의 보장을 기본방향으로 하고 있다.

이러한 장애인 복지정책을 수립·추진하기 위해서는 무엇보다도 정책의 대상이 되는 장애인의 수요와 생활실태 및 복지욕구를 정확하게 파악할 필요가 있다. 이를 위해 장애인복지법에서는 전국적인 장애인 실태조사를 실시하도록 규정하여 1985년도부터 매 5년마다 조사가 실시되어 왔고, 이제 2000년도의 조사를 앞두고 있다. 1999년에는 『장애인복지법』이 개정됨에 따라 그 동안 주로 신체장애에 국한되어 있던 장애범주가 정신장애까지 확대된 바, 내년에 실시되는 장애인실태 조사에서는 신규로 확대된 장애범주에 해당하는 장애유형 즉, 정신장애, 발달장애 중 자폐증, 심장 및 신장장애 등 내부장애의 출현율을 파악해야 하는 중요한 과제를 안고 있다.

본 연구는 새천년의 첫 해인 2000년도의 장애인 실태조사가 원활하게 수행됨으로써 장애인의 수요와 생활실태 및 복지욕구를 파악할 수 있도록 조사계획을 수립하는 데 그 목적을 두고 있다. 특히 신규로 확대된 장애유형과 관련된 조사항목 개발은 이 분야에 대한 기초자료가 거의 전무한 현실에서 이루어졌다는 데 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 우리 연구원의 변용찬 연구위원의 책임 하에 서동우 부연구위원, 이선우 책임연구원, 김성희 주임연구원, 그리고 임유경 주임연구원에 의하여 완성되었다. 연구진들은 이 보고서를 작성함에

있어 많은 조언과 협조를 해 준 보건복지부 최원영 과장, 양남진 사무관, 전순영 담당 그리고 장애유형별로 조사항목을 검토해 주신 분야별 전문의에게 감사를 표하고 있다. 또한 연구진은 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해 준 남정자 부연구위원과 변재관 책임연구원, 평택대학교의 권선진 교수, 그리고 각종 자료를 정리해 준 황주희 연구원과 보고서 편집에 많은 수고를 해 준 손숙자 주임연구조원에게 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구진의 개인적인 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀 둔다.

1999年 12月

韓國保健社會研究院

院 長 鄭 敬 培

目 次

要 約	9
I. 序 論	24
1. 研究의 必要性 및 目的	24
2. 研究 內容 및 方法	25
3. 報告書의 構成	26
II. 障碍人 實態調査의 背景	28
1. 調査의 目的	28
2. 調査方法에 대한 檢討	31
3. 國內外 障碍人調査 現況과 示唆點	35
III. 調査 對象	50
1. WHO의 定義	51
2. 外國의 定義	60
3. 우리 나라의 定義	72
IV. 標本 設計	92
1. 調査對象地域	92
2. 調査規模	92

3. 標本調査區 抽出 基礎資料	92
4. 邑·面·洞別 標本調査區	93
5. 2000年 障礙人 實態調査를 위한 標本抽出	93
6. 推定方法	96
7. 標本誤差	98
V. 調査票 設計	101
1. 家口調査票	103
2. 活動制約者 實態調査票	115
VI. 調査 및 分析計劃	132
1. 調査計劃	132
2. 分析計劃	143
VII. 結 論	145
參考文獻	148

表目次

〈表 II- 1〉	우리 나라 障礙人調查의 歷史	44
〈表 II- 2〉	年度別 障礙人 實態調查 標本規模	46
〈表 III- 1〉	機能障礙의 分類	54
〈表 III- 2〉	能力障礙의 分類	55
〈表 III- 3〉	社會的 不利의 分類	56
〈表 III- 4〉	世界保健機構의 새로운 國際障礙分類 體系	59
〈表 III- 5〉	日本의 障礙人數	62
〈表 III- 6〉	障礙種類別 身體障礙人數	62
〈表 III- 7〉	障礙定義 및 範疇의 國際比較	70
〈表 III- 8〉	障礙人福祉法에 따른 障礙分類 및 障礙範疇 擴大計劃	76
〈表 III- 9〉	障礙等級表 障礙項目의 領域別 分類(1999)	77
〈表 III-10〉	腦柄變障礙 等級基準	79
〈表 III-11〉	視覺障礙 等級基準	79
〈表 III-12〉	聽力障礙 等級基準	80
〈表 III-13〉	平衡機能障礙 等級基準	81
〈表 III-14〉	言語障礙 等級基準	82
〈表 III-15〉	腎臟機能障礙 等級基準	83
〈表 III-16〉	心臟機能障礙 等級基準	84
〈表 III-17〉	精神遲滯障礙 等級基準	85
〈表 III-18〉	ICD-10의 精神障礙 包含基準	86
〈表 III-19〉	精神障礙 等級判定基準	87
〈表 III-20〉	ICD-10의 發達障礙 包含基準	89

〈表 III-21〉	發達障礙 等級判定基準	89
〈表 III-22〉	各 障礙類型別 障礙出現率(1995)	90
〈表 IV- 1〉	電算파일의 構成項目	94
〈表 IV- 2〉	在家障礙人數의 標準誤差	99
〈表 V- 1〉	障礙特性 調査項目의 構成	116
〈表 V- 2〉	施設障礙人 實態調査의 調査項目 比較	124
〈表 V- 3〉	障礙人 實態調査의 調査內容 變更事項 對比表	125
〈表 VI- 1〉	2000年 障礙人 實態調査 日程	142

그림 目次

[그림 III- 1]	障礙의 3가지 次元	53
-------------	------------------	----

要 約

I . 研究目的

- 각종 장애인 복지정책을 수립·추진하기 위해서는 정책의 대상이 되는 장애인 수의 정확한 추정과 장애인 생활실태와 이들의 복지욕구에 대한 기초자료가 필요함.
- 2000년 장애인 실태조사에서는 1999년 장애인복지법 개정에 의해 장애범주가 확대됨에 따라, 신규로 확대된 장애범주인 정신장애, 발달장애 중 자폐증, 심장 및 신장장애 등의 출현율을 파악해야 하는 과제를 안고 있음.
- 본 연구는 2000년도의 장애인 실태조사가 원활하게 수행됨으로써 기존 장애와 더불어 신규 확대 장애의 출현율과 장애인의 생활실태 및 복지욕구를 파악할 수 있도록 조사표 설계 및 조사계획을 수립하는 데 있음.

II . 國內外 障礙人調查 現況과 示唆點

1. 國外的 障礙人 實態調查

가. 英國

- 장애인구를 파악하기 위해 실시되었거나 조사내용 중 장애관련 내

용이 포함되어 실시된 대규모 조사로는 Office of Population Census and Surveys(OPCS)에 의해 실시된 장애조사(1985~1986년), Family Expenditure Survey(FES), General Household Survey(GHS), Labor Force Survey(LFS) 등이 있음.

- 이상의 대규모 조사 이외에도 영국사회보장부에서는 장애수당 수혜자 중 1%를 표본추출하여 정기적으로 장애관련 자료를 수집하고 있음.

나. 美國

□ 대표적인 전국 규모의 조사로는 인구센서스(10년마다 실시)와 소득 및 프로그램 참여조사(5년마다 실시), 그리고 미국장애인조사가 있음.

- 이외에 1960년부터 실시된 보건후생부의 전국건강조사가 있는데, 이는 일반국민의 건강 및 보건상태에 대한 파악을 주목적으로 하고 있으며 장애여부를 파악할 수 있는 항목이 포함되어 있음.

다. 日本

□ 아시아지역에서 가장 먼저 장애인 실태조사를 실시한 국가로, 신체장애인과 정신지체인에 대한 법률이 따로 있고, 조사도 각각 따로 실시되고 있음.

- 신체장애인에 대한 조사는 재가장애인만을 대상으로 하며, 1975년만 제외하고 매 5년마다 정기적으로 실시되어 왔음.
- 시설수용 장애인에 대한 통계는 매년 행정기관에 보고되는 사회복지 수용시설의 수용자수를 통해 따로 집계되고 있음.
- 정신지체인에 대한 조사는 1963년에 처음 실시되었으나 1975년

이후 주민의 반대로 실시되지 못하다가 1990년에 다시 실시되어 매 5년마다 다시 실시될 계획이며, 시설수용 정신박약자의 경우는 별도로 집계되고 있음.

라. 獨逸

- 재활서비스에 관한 연간조사와 국가등록제도를 지속적으로 실시하고 있는데, 이는 독일 장애통계의 중요한 자료원이 되고 있음.

마. 濠洲

- 전국자료는 호주 통계청이 실시하는 장애인 및 노인에 관한 조사임.
 - 1988년의 장애인 및 노인조사에서는 장애인을 크게 능력장애인과 사회적 불리자로 구분하여 각기 따로 장애인구를 추정함.
 - 1993년에는 장애를 지닌 자와 60세 이상 자 및 이들의 보호자를 대상으로 장애·노령 및 보호자조사를 전국적으로 실시함.

바. 스페인

- 1950년, 1960년, 1981년 센서스에 장애관련 질문을 포함하여 장애인구를 파악한 바 있으나, 국제장애분류법에 기초하여 이루어진 대표적인 조사는 1986년도의 장애조사로, 국립통계청에 의해 실시된 가구표본조사임.
 - 스페인의 장애인조사는 국제장애분류를 사용했으면서도 이 분류법의 복잡성과 광범위성을 고려하여 현실적으로 적용이 용이하도록 수정하여 활용한 대표적인 사례라고 할 수 있음.

2. 우리 나라의 障碍人 實態調査

가. 障碍人 實態調査의 歷史

- 1960년대에 전국 규모의 장애인조사를 실시하게 되었고, 1981년 장애인복지법이 제정되면서 매 5년마다 조사를 실시하게 되었음.
- 1995년에 실시된 장애인실태조사는 우리 나라 장애인 통계에 관한 가장 최근 자료로서 그 결과는 광범위하게 활용되고 있음.

나. 調査方法

- 실태조사 규모를 보면, 1980년 조사는 인구센서스 조사구를, 1985년 조사는 1984년도 상주인구조사를, 1991년 조사는 1985년도 인구센서스 조사구를, 1995년 조사는 1990년도 인구센서스 조사구를 이용하여 대상지역을 선정함.
- 표본가구수는 1980년 2만 9천여 가구, 1991년 4만 6천여 가구, 1995년 3만 9천여 가구 정도로, 표본가구수가 우리 나라 전체 가구수에서 차지하는 비율은 0.31~0.40% 정도이고, 표본인구수는 대체로 13~16만여 명 정도(전체 인구의 0.29~0.38%)임.
- 시설장애인에 대한 조사는 1980년에는 실시하지 않았고, 1985년에는 보건사회부의 기존 통계자료를 인용하였으며, 1991년과 1995년에는 6종 사회복지시설(노인, 장애인, 아동, 부녀, 부랑인시설 및 정신요양시설)을 대상으로 우편설문조사를 실시함.

3. 示唆點

- 많은 국가가 세계보건기구에서 제시하고 있는 장애분류체계를 참

고하여 자국의 특성과 현실에 맞는 별도의 장애정의와 조사방법을 이용하여 장애인구 및 이들의 복지욕구를 조사하고 있음.

- 우리 나라의 장애인 실태조사는 국제장애분류에 기반하지 않고 신체장애 및 기능장애 중심으로 실시되어 왔으나, 추후 조사에서는 국제장애분류에서 제시한 기능장애 이외에 사회적 불리를 모두 포함하여야 함.
- 이와 같이 국제장애분류를 실제 적용시에는 그 사회의 현실에 맞게 수정·보완하는 작업이 필요하므로 우리 나라도 현실에 맞는 장애정의와 분류체계를 구성하기 위해 노력하여야 함.

Ⅲ. 調査 對象

1. WHO의 定義

- 장애개념은 크게 신체 또는 정신의 기능저하, 이상, 상실 또는 신체 일부의 훼손 등을 지칭하는 의학적 수준의 협의의 개념과 WHO에서 규정한 손상 또는 기능장애, 능력장애, 사회적 불리의 분류와 같이 세 측면을 모두 포함하는 광의의 개념으로 나누기도 함.
- 세계보건기구의 국제장애분류(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)라는 분류법에 의하면 장애의 세 차원인 기능장애, 능력장애, 사회적 불리는 인과적, 시간적 연속관계에 있는 것으로 봄.
 - 기능장애란 ‘심리적, 생리적 또는 해부학적 구조나 기능의 손실 또는 비정상’을 뜻하는 것으로, 손실을 포함한다는 의미에서 질병을 포함하는 보다 더 포괄적인 개념임.

- 능력장애란 ‘기능장애로부터 야기된 것으로 인간에게 정상적인 것으로 간주되는 범위내에서 또는 그러한 방식으로써 활동을 수행하는 능력의 제약 또는 결여’를 말함.
 - 사회적 불리란 ‘기능장애나 능력장애로부터 야기되는 것으로서, 연령, 성, 사회·문화적 요인에 따른 정상적인 역할의 수행을 제약 또는 방해하는 개인에 대한 불이익’을 뜻함.
- 이상에서 설명된 바와 같이 WHO는 장애를 손상(신체 또는 정신 기능장애, impairment), 불능(능력장애 또는 일상 또는 사회기능장애, disability) 및 불리(handicap)의 세 가지 단계로 분류하고 이 세 가지를 포괄적으로 장애 분류에 포함시키고 있음.

2. 外國의 定義

가. 日本

- 일반적으로 『장애자기본법』(1993)에 의하고 있는데, 장애인이란 “신체장애, 정신박약 또는 정신장애가 있음으로써 장기간동안 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”라고 정의함.
- 신체장애인에 대한 정의는 『신체장애자복지법』(1949)에서 규정함.
 - “신체장애가 있는 18세 이상의 자로서 도도부현지사로부터 신체장애인수첩의 교부를 부여받은 자”로, 신체장애 종류로 시각장애, 청각장애, 지체부자유, 심장·취장·호흡기능장애, 음성·언어·저작기능장애, 직장·소장·방광기능장애 등을 구분함.
 - 정신지체인에 대해서는 『학교교육법』과 『아동복지법』 등에서 정신박약이란 용어를 사용하면서 일반화되기 시작함.

- 정신박약이란 “여러 가지 원인에 의하여 정신발육이 항구적으로 지연되고 그 때문에 지적능력이 열등하고 자기의 신변에 대한 처리 또는 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 자”로 정의됨.
- 정신지체인을 제외한 기타 정신장애인은 “정신분열병, 중독성 정신병, 정신박약, 정신병질 등의 정신질환을 가진 자”로 규정함.

나. 美國

- 장애정의를 몇 개의 법률 즉, 『사회보장법』, 『재활법』, 『미국장애인법』에서 규정하고 있음.
 - 『사회보장법』에서 장애인이란 “의학적으로 판정하여 적어도 1년간 지속될 것으로 판정되는 또는 사망에 이를 것으로 판정되는 신체적, 정신적 손상으로 인하여 실질적인 소득활동에 참여하지 못하는 자”로 규정함.
 - 『재활법』에서는 장애인을 “일상적 활동분야 중 한 가지 이상의 활동에 현저한 제한을 받는 신체적 혹은 정신적 손상을 가진 자, 그러한 손상이 과거에 있었던 자, 그러한 손상을 가진 것으로 간주되는 자, 이러한 자로서 그 상태가 12개월 혹은 그 이상 지속될 가능성이 있는 경우”로 규정하고 있음.
 - 『장애인법』에서는 장애인을 “개인의 일상생활 활동 중 한가지 이상을 현저히 제한하는 신체적 또는 정신적 기능장애를 지닌 자, 이러한 기능장애의 기록이 있는 자, 이러한 기능장애를 가진 것으로 간주되는 자” 등으로 규정하고 있음.
 - 그 밖에도 『발달장애인법』과 『교육법』에서도 규정하고 있으나, 일반적으로 『미국장애인법』(ADA)의 정의를 따르고 있음.

다. 獨逸

- 『중증장애인법』(1974)에 의하면 생업능력상실률(MdE=mimderungd-ererwerbsfähigkeit)에 의해 장애를 규정하고, 장애판정을 해왔음.
- MdE에 의한 장애판정은 1983년 “사회적 손해보전 청구권과 장애인법에 따른 의사판정을 위한 지침” 마련 후 1986년부터 장애정도(GdB)의 기준에 따라 장애판정이 이루어지고 있음.
 - 이 기준에 의하면 장애정도를 10~100까지 10단위로 나누어 최소한 20% 이상의 장애가 있으면, 장애인으로 판정하며, 중복장애는 장애정도의 종합적인 기능손실을 고려하여 장애정도를 확정함.

라. 濠洲

- 『연방장애인서비스법』과 『장애인차별금지법』에 규정되어 있음.
 - 『연방장애인서비스법』은 장애인을 “지능, 전신감각, 신체적 손상 등으로 인해 의사소통, 학습, 이동 등에 지장이 있는 자”로 정의함.
 - 『장애인차별금지법』은 장애를 가능한 광범위하게 규정하여 신체적·지적·심리적·정신적·감각적·신경적 장애와 추형, 기형 및 질병을 야기하는 유기체의 존재 등을 모두 포함함.

마. 英國

- 『국가부조법』, 『장애인고용법』, 『장애인차별금지법』 등 각각의 법에서 장애정의를 규정함.
 - 『국가부조법』에서 장애인은 “맹·농·언어장애, 또는 어떠한 특성이든 지니고 있는 정신적 질병으로 고생하는 자 및 질병, 부상 또는 선천적 기형에 의해 현저히 그리고 영구적으로 장애를 지

나게 된 모든 자”들로 규정함.

- 『장애인고용법』에서는 “부상, 질병, 또는 선천적 기형 등으로 자신의 연령, 경험 및 자격에 상응하는 직업을 취득하고 유지하거나 자영업을 운영하는데 상당한 장애를 지닌 자”로 규정함.
- 『장애인차별금지법』에서는 “정상적인 일상생활을 하기 위한 개인의 능력에 지속적이고 장기적으로 불리한 영향을 주는 신체적 또는 정신적 손상을 말한다”고 정의하고 있음.
- 장애의 원인보다는 장애가 실제로 존재하고 이러한 상태가 12개월 지속되고 있는지가 중요함.

3. 우리 나라의 障 碍 定 義

가. 障 碍 定 義

- ‘장애인복지법’(1999. 1. 개정)에서는 장애인을 “신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람”으로 포괄적으로 규정하고 있음.
- 현재는 내부장애와 정신장애가 포함됨으로써 일부 확대되고는 있으나 아직도 선진국에 비해서는 장애범주가 협소함.

나. 障 碍 範 疇

1) 障 碍 範 疇 擴 大 的 必 要 性 及 背 景

- 1989년 『장애인복지법』이 개정된 이후 법 제2조에서 법정 장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신적 결함(정신지체)의 5가지 영역으로 한정하고 있었음.

- 유럽이나 미국 등 서구 선진국의 경우에는 일반적으로 장애인의 범위가 개발도상국가들에 비하여 매우 포괄적인 것이 특징임. 최근 우리 나라와 일본 모두 서구 선진국의 장애개념을 수용하는 방향으로 장애인 정책이 전환되고 있음.
- 『장애인복지발전 5개년 계획』에 따르면, 장애범주를 점차적으로 확대하여 빠른 시일 안에 선진국 수준에 도달하도록 되어 있음.
 - 이에 따라 1999년 『장애인복지법』이 개정되어 장애범주 확대를 위한 법적 근거가 마련됨.

2) 障礙範疇 擴大와 이에 따른 障礙의 分類

- 『장애인복지발전 5개년 계획』에 따르면, 1차 확대범주에는 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 신장 및 심장질환과 장기간 치료가 필요한 정신분열증 등 만성 중증정신질환 및 발달장애 중 자폐장애가 포함되도록 되어있음.
 - 2차 확대범주에는 완치가 어려운 간질환 및 만성 호흡기질환, 만성 알코올·약물중독, 기질성 뇌증후군과 자폐증을 제외한 기타 발달장애가 포함되며, 3차 확대범주에는 안면기형, 치매, 비뇨기계, 소화기계, 피부질환 및 특이장애 등이 포함되도록 되어 있음.
- 『장애인복지법』의 장애분류는 신체적 장애와 정신적 장애로 크게 분류되었으며, 신체적 장애 및 정신적 장애의 대분류 밑에 중분류, 소분류 및 세분류의 분류체계를 가지고 있음.
 - 신체적 장애라 함은 “주요 외부신체기능의 장애, 내부기관의 장애” 등을 말하며, 정신적 장애라 함은 “정신지체 또는 정신질환으로 발생하는 장애”를 말함.

(가) 身體的 障礙

- 지체장애란 신체적 장애 중 팔(손가락 포함)과 다리(발가락 포함) 그리고 몸통 즉, 척추의 기능장애를 의미함.
 - 지체장애는 장애부위에 따라 팔, 다리, 몸통으로 나누고 있으며, 장애항목은 절단장애, 관절기능장애, 지체(팔, 다리, 몸통) 기능장애, 변형 및 단축장애로 구분하고 있음.
 - 그간 민원의 대상으로 되어오던 꼬추, 왜소증 등 기존에 누락된 장애항목이 추가됨.
- 뇌병변장애는 기존의 지체장애에서 분리·신설된 것으로, “뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인해 신체적·정신적으로 장애가 생겨 보행 또는 일상생활동작 등에 현저한 제한을 받는 자”를 말함.
- 시각장애는 “시기능의 현저한 저하 또는 소실에 의해 일상생활 또는 사회생활에 제약이 있는 자”로, 시각장애는 시력감퇴에 의한 시력장애와 시야결손에 의한 시야결손장애로 구분되고 있으며, 장애등급은 6개의 등급으로 나누고 있음.
 - 평형기능장애란 공간내에서 자세 및 방향감을 유지하는 능력을 말하는 것이며, 평형기능장애의 등급은 3급, 4급, 5급의 3등급으로 규정되어 있음.
- 언어장애란 말(언어)의 장애로서 자신을 표현하며, 인간관계를 맺고, 사회 생활을 영위하는 데 지장이 있는 것을 말하는 것으로 3급과 4급의 2개의 등급으로 구분됨.
 - 언어장애란 음성 또는 언어장애로, 음성·언어장애는 음성장애, 발음장애, 실어증, 말더듬증 등이 있을 때 나타나며, 발음(조음)

장애 등을 포함하고 있는 구어장애의 의미를 가짐.

- 신장장애란 통칭 만성신부전을 뜻하는 말로 “신장의 기능장애로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람으로서 신장의 기능장애가 앞으로 회복할 가능성이 극히 적고 그로 인하여 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로 규정되어 있음. 신장장애등급은 2급과 5급으로 구분됨.
- 심장장애란 “심장의 기능 부전으로 인하여 일상생활 정도의 활동에도 호흡곤란 등의 기능장애가 있어 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로 규정되어 있으며, 장애판정(1·2·3급)을 받기 위해서는 장애판정 직전 1년간 치료력 또는 의사소견서를 확인하여야 함.

(나) 精神的 障礙

- 정신지체는 “정신발육이 항구적으로 지체되어 지적능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 사람”으로 규정되어 있으면, 발병연령은 18세 이전임. 장애등급은 1급, 2급, 3급으로 구분되어 있음.
- 정신장애인이란 “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애로 인한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 현저한 제한을 받아 도움이 필요한 사람”으로 규정되어 있음.
 - － 장애판정 직전 1년간의 치료력 또는 의사소견서를 제출해야 함.
- 발달장애는 “소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 의한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능

수행에 제한을 받아 도움이 필요한 사람”으로 규정되어 있으며, 등급은 3등급으로 구분되어 있음.

다. 障 碍 出 現 率

- 1995년 장애인실태조사 결과에 의하면 장애인 출현율(인구 100명당 장애인수)은 2.35%로, 지체장애인이 58.3%로 가장 많았고, 중복장애인(19.5%), 청각장애인(10.7%), 시각장애인(5.5%) 등으로 나타남.

IV. 標 本 設 計

- 표본조사구는 전국을 조사대상지역으로 하여 추출하는 것이 바람직하지만, 본 조사에서는 제주도의 본도를 제외한 각 시도의 모든 섬지역은 조사대상지역에서 제외기로 함.
- 조사규모는 250개 조사구로 결정하였으며, 조사구당 평균 200가구가 포함되도록 함. 가구수로는 약 50,000가구를 목표로 함.
- 본조사구는 1995년 인구총조사의 조사구를 이용하여 추출함.
 - 기본표본조사구는 조사구당 1995년 인구총조사의 4~6개 조사구로 구성되었으며, 인구총조사의 가구수로 200가구 이상 규모임.
- 200개의 표본조사구 중 시부·군부의 가구수로 시부에서 138개 조사구와 군부에서 62개 조사구를 추출기로 함.
- 이러한 표본설계를 위하여 2000년도 장애인 실태조사에서는 통계협회에 표본추출을 의뢰하였는데, 의뢰한 표본은 우선 전산파일을 작성하고 표본조사구를 추출하게 됨.

V. 調査票 設計

1. 家口調査票

- 일차적으로 모든 가구를 대상으로 하며, 조사항목은 가구원 일반사항, 가구특성, 법정장애, 향후 범주확대 장애로 구성됨.
- 법정장애 항목에서 장애인으로 판별된 장애인들은 판별조사와 동시에 활동제약자 실태조사의 조사대상이 됨.

2. 活動制約者 實態調査票

- 장애특성, 주된 장애, 장애진단 및 치료, 건강 및 질병, 보호여부 및 보장구, 여가 및 사회활동, 경제상태, 생활만족도 및 생활환경, 등록제도 및 복지서비스, 교육, 고용 및 직업재활 등의 주제별로 구성되어 있음.
 - 조사대상은 『장애인복지법』에 규정된 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체, 내부장애, 정신장애를 가진 가구원임.

3. 施設障礙人 實態調査票

- 전국 6개 종류의 모든 사회복지시설을 대상으로 하여 시설의 일반사항과 개별 장애인의 성별, 연령, 장애유형, 장애등급을 조사함.

VI. 調査 및 分析計劃

1. 調査計劃

- 조사지침서 개발

- 사전조사의 실시
 - 표본, 접근, 설문, 응답, 자료처리, 조사표 작성, 조사관련 업무, 자료분석 등의 내용들을 점검함.
- 조사원 교육
- 현지조사
- 사후조사
 - 실태조사 완료된 후 약 3개월이 경과한 후 실시
- 자료의 처리
 - 자료 정리 및 분석

2. 分析計劃

- 조사자료의 분석은 크게 세 부분으로 구분됨.
 - 첫째, 장애출현율 및 장애인구수의 추정과
 - 둘째, 재가장애인의 사회, 경제, 복지, 장애관련 특성에 관한 사항,
 - 셋째, 각 장애유형별 세부 특성에 관한 것임.

I. 序論

1. 研究의 必要性 및 目的

정부는 UN이 『세계장애인의 해』로 정한 1981년 『심신장애자복지법』을 제정하고 정부조직에 장애인복지 전담부서(당시의 보건사회부 재활과)를 설치한 이래, 장애인과 관련된 각종 법령과 제도를 정비하여 장애인의 복지 증진을 위해 노력해 오고 있다. 즉, 서울장애인올림픽 개최('88), 장애인 의무고용제 도입('90), 『장애인고용촉진 등에 관한 법률』의 제정('90), 『특수교육진흥법』 전면개정('97), 『장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률』의 제정('97), 장애인 복지발전 5개년 계획(1998~2002년)의 수립·시행('97. 12), 『장애인복지법』 개정('99. 1)을 통한 장애인 범주의 확대('99. 1), 『장애인의 고용촉진 및 직업재활법』의 제정('99. 12) 등 지난 10여 년간 장애인을 위한 정책적 노력의 성과들이 많이 나타나고 있다.

이러한 일련의 성과에서도 나타나고 있는 바와 같이, 우리 정부에서는 장애인 복지의 확대, 특수교육의 강화, 고용촉진 등을 통해 장애인이 가족, 이웃, 지역사회와 더불어 살아가는 사회를 구현하는 등 장애인의 완전한 사회참여와 평등을 보장하는 것을 장애인 복지정책의 기본방향으로 삼고 정책을 추진해 왔다(보건복지부, 교육부, 노동부, 1997. 12).

이러한 각종 장애인 복지정책을 수립하고 추진하기 위해서는 무엇보다도 정책의 대상이 되는 장애인 수의 정확한 추정이 필요하며, 이

와 함께 장애인 생활실태와 이들의 복지욕구에 대한 기초자료가 필요하다. 이를 위해 장애인복지법에서는 매 5년마다 장애인실태조사를 실시하도록 규정하고 있다. 더구나 1999년 개정된 장애인복지법에서는 그 동안 주로 신체장애에 국한해 왔던 장애범주를 내부장애와 정신장애까지 확대한 바 있다. 따라서 2000년 장애인 실태조사에서는 이처럼 신규로 확대된 장애범주에 해당하는 장애유형 즉 정신장애, 발달장애 중 자폐증, 심장 및 신장장애 등 정신장애와 내부장애의 출현율을 파악해야 하는 과제를 안게 되었다.

본 연구의 목적은 2000년에 실시할 계획으로 있는 장애인실태조사를 어떻게 하면 보다 정확하게 실시할 수 있으며, 특히 신규로 확대된 장애유형의 출현율뿐만 아니라 장애인의 생활실태 및 복지욕구를 보다 정확히 파악할 수 있도록 장애인 실태조사의 조사표 설계 및 조사계획을 수립하는 데 있다.

2. 研究 內容 및 方法

본 연구에서는 장애인복지정책 수립에 기초가 되는 장애인구수의 추정하고 장애인의 생활실태 및 복지욕구를 파악하기 위해 2000년에 실시할 계획인 장애인 실태조사를 대비하여 바람직한 조사방법, 외국의 장애인 실태조사, 1999년 장애인복지법의 개정으로 새로이 확대된 범주에 포함되는 장애의 정의를 검토하였으며, 이를 바탕으로 하여 2000년 장애인 실태조사 조사표를 설계하고 동 조사의 조사계획을 수립하였다.

이를 수행하기 위하여 본 연구에서는 주로 장애인 실태조사관련 문

현을 검토하였으며, 외국의 장애인 실태조사 현황을 파악하기 위하여 인터넷 검색과 관련 전문가와의 정책간담회를 개최하였다. 특히 장애인 복지정책 수립에 필요한 자료가 조사표에 포함되도록 하기 위해 정부의 관계공무원과 협의를 거쳤으며, 장애범주확대에 따른 조사표 설계를 위하여 장애유형별 전문의의 자문을 통해 현실에 적용가능한 조사표가 되도록 하였다.

3. 報告書의 構成

본 보고서는 모두 7장으로 구성되어 있다.

먼저 제1장은 서론으로 2000년 장애인 실태조사 모형개발의 필요성 및 목적, 연구방법에 대해 기술하고 있다.

제2장은 장애인 실태조사의 배경에 대해 외국과 우리 나라의 사례를 중심으로 기술하였으며, 제3장은 조사대상에 대한 것으로 장애의 정의를 세계보건기구의 정의와 함께 외국의 정의, 그리고 우리 나라에 있어서의 장애정의를 기술하고 있다.

제4장은 2000년 장애인 실태조사의 표본에 대한 것이며, 표본추출시 고려사항, 표본추출 과정, 그리고 표본오차 계산방법 등에 대해 간략히 설명하고 있다.

제5장은 조사표의 설계과정에 대해서 기술하고 있으며, 특히 2000년 장애인 실태조사에서 가장 중요한 장애인의 판별방법에 대해 기술하고 있다. 또한 1995년의 장애인실태조사와 비교하여 항목의 내용이 변화되었거나 새로이 추가된 항목을 정리하고 있으며, 이에 대한 비교표를 일목요연하게 제시하였다.

제6장은 실질적인 조사계획을 기술한 부분으로서 조사일정, 사전조사, 본조사, 사후조사 등의 조사과정 단계와 주요 분석계획을 설명하고 있으며, 제7장에서는 결론을 제시하였다.

Ⅱ . 障碍人 實態調査의 背景

우리 나라는 1988년 장애인올림픽 개최 이후 일반국민의 장애인에 대한 관심이 증가하고 있다. 특히 장애인복지법은 1981년 제정된 이래 수 차례의 개정을 통해 우리 나라 장애인의 복지증진에 많이 기여해 온 것으로 판단된다. 특히, 장애인복지법의 규정에 근거하여 실시되고 있는 장애인 실태조사는 장애인복지대책 수립에 중요한 기초자료로서 활용되어 왔다고 볼 수 있다. 즉, 장애인 실태조사는 장애인의 복지증진을 위해 대상이 되는 장애인에 대한 정확한 인구수를 추정하고 장애인들이 지니고 있는 다양한 욕구와 실태를 파악할 수 있게 해준다. 이러한 측면에서 본 장에서는 장애인실태조사의 목적을 알아보고, 그 발전과정을 외국과 우리 나라의 사례로 나누어 정리한 후 그에 따른 시사점을 알아보기로 하겠다.

1. 調査의 目的

많은 나라들은 각각 나름대로의 장애인 실태조사를 실시하고 있는데 실태조사의 가장 큰 목적은 보다 객관적인 장애관련 통계를 생산한다는 것이다. 즉, 대부분의 국가에서는 장애인 실태조사를 통하여 장애와 관련된 기초통계들을 얻게 된다. UN에서는 1982년에 『세계행동계획』을 채택한 바 있는데, 이에 의하면 장애관련 통계는 장애인복지정책의 수립, 실행, 감시, 분석 및 연구에 기초가 된다는 사실을 인정하고 있으며, 특히 185조에서는 “가맹국은 손상(impairment) 및 능력

장애(disability)의 원인, 유형 및 발생률, 장애인의 경제·사회적 상황, 그리고 이러한 문제에 대처하기 위하여 기존 자원의 이용가능성 및 실효성에 대하여 연구 프로그램을 개발해야 한다”고 지적하고 있다.

또한 198조에서는 “국제연합 통계부는 국제연합 사무국과 기타 부 또는 국, 그리고 전문기관 및 지역위원회와 함께 개발도상국과 협력하여 장애인에 관한 전수조사 또는 표본조사와 같은 적절한 방법에 기초한 자료의 수집에 대하여 현실적이고 실제적일 수 있는 시스템을 개발하고 특히, 장애인의 상태를 개선하기 위해 가구조사를 실시할 수 있도록 지침서를 개발해야 한다”고 강하게 요청하고 있다. UN이 권고하고 있는 장애인 관련 통계의 주요 활용내용은 다음과 같다(U.N., 1988b:6).

- ① 공적 교육 및 국민적 인식의 도모
- ② 각종 프로그램, 행동계획, 정책 등에 대한 욕구의 평가
- ③ 행동프로그램의 계획 및 수립
- ④ 프로그램을 위한 자원의 배분
- ⑤ 자원의 지리적 배분
- ⑥ 감독(monitors) 및 평가
- ⑦ 장애인의 생활의 질과 수준에 대한 프로그램과 정책의 결과 및 영향의 평가

또한 UN은 장애인수, 장애인의 분포, 장애인의 복지 문제 및 욕구 등이 전국단위의 장애인 관련 통계에 반드시 포함되어야 하며, 이러한 통계를 지역사회중심재활사업과 같은 프로그램의 수행이나 장애인복지정책 수립에 활용하기 위하여 그 내용에 있어서 보다 심층분석이 가능하게 수집·생산되어야 한다고 강조하고 있다.

한편, 우리 나라에 있어서는 장애인복지법 제28조에 의해 매 5년마

다 장애인실태조사가 실시되고 있다. 동 법 시행령 제17조에 따르면, ① 성별, 연령, 학력, 가족상황 등 장애인의 일반특성에 관한 사항, ② 장애유형, 장애정도, 장애발생원인 등 장애특성에 관한 사항, ③ 취업·직업훈련, 소득 및 소비, 주거 등 경제상태에 관한 사항, ④ 보장구 착용, 복지시설이용, 재활서비스, 편의시설 설치요구 등 복지요구에 관한 사항, ⑤ 장애수당, 재활보조기구 교부, 장애등록제도 등 복지지원사항에 관한 사항, ⑥ 여가 및 사회활동 등 사회참여사항에 관한 사항, ⑦ 생활만족도 및 생활환경에 대한 태도 등 장애인의 의식에 관한 사항, ⑧ 기타 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항을 조사하도록 되어 있다.

따라서 우리 나라의 장애인 실태조사는 먼저 장애유형별 출현율의 파악에 가장 큰 관심을 기울여야 한다. 장애유형별, 성별, 연령별, 지역별 장애인구수의 추정과 같은 출현율은 장애인복지정책수립에 가장 기초적인 통계자료가 되기 때문이다. 게다가 장애인에게 제공되고 있는 각종 복지서비스에 대한 인지도와 이용률, 그리고 사회복지시설 이용의향 등에 관련된 통계는 장애인의 복지요구를 충족시키기 위해서 필요한 자료라고 할 수 있다. 이러한 장애관련 통계는 제한된 자원을 보다 효과적이고 효율적으로 활용할 수 있는 우선순위의 설정에도 도움을 줄 수 있다.

이러한 측면에서 2000년 장애인 실태조사에서 얻고자 하는 구체적인 통계자료는 다음과 같이 요약할 수 있다. ① 우리 나라 장애유형별 장애인구의 추정, ② 장애인의 사회인구학적 특성 및 경제상태, ③ 장애유형별 장애특성, ④ 장애인의 복지요구 및 복지지원 상황, ⑤ 장애인의 사회참여 상황, ⑥ 장애인의 의식에 관한 사항 등이다. 이러한 장애통계는 장애인정책을 계획·수립·평가하는 데 필요불가결한 것이며, 장애인을 대상으로 실시하는 프로그램을 이행하는 데 있어서는

기준과 지침이 된다. 따라서 2000년도 장애인실태조사의 목적은 우리나라 장애인구 수 및 장애인의 생활실태를 파악함으로써 장·단기 장애인복지정책 수립 및 시행을 위한 기초자료를 생산하는 데 있다.

2. 調 査 方 法 에 대 한 檢 討

장애통계의 유용성과 필요성이 중요시되어 왔음에도 불구하고, 장애관련 통계생산의 어려움 때문에 선진국에서조차 최근에 이르러서야 장애관련 자료들을 수집, 작성하기 시작하고 있다.

일반적으로 장애통계의 수집방법으로는 크게 인구센서스에 의한 것과 가구표본조사에 의한 것이 있고, 이외에 제3의 방법으로 장애인등록과 같이 행정기관의 기록에 의하여 장애인구를 파악하는 방법이 있다. 이와 같은 장애통계들의 수집방법들은 각각 장·단점을 가지고 있는데, 구체적인 내용을 비교해 보면 다음과 같이 정리할 수 있다.

가. 人 口 센 서 스

인구센서스란 전 인구를 대상으로 조사를 행하는 방법으로, 먼저 인구센서스를 통해 장애관련 통계를 수집하는 방법의 장점을 열거하면, 먼저 자료를 작은 지역단위로 계산할 수 있다는 점을 들 수 있다. 그리고 위험인구에 대한 자료도 수집되므로 작은 지역의 장애출현율을 계산할 수 있다. 그리고 인구센서스는 전수조사이기 때문에 상세한 교차분석표에는 標本誤差가 없다. 그러나 지역에서의 장애원인에 대한 연구는 관찰사례수에 의하여 제한을 받게 된다. 지역별 차이는 그 지역의 어떤 인과유형에 의해서라기보다 관찰된 사례수가 작기 때문일 수 있다. 그리고 장애관련질문이 유사하다면 장애출현율의 시계

열분석에 유용할 수 있다. 또한 발견된 장애인의 수가 많으므로 보다 상세한 교차분석과 보다 특수하고 복잡한 분석이 가능하다. 마지막으로 시각장애인, 청각장애인, 정신장애인과 같이 발견하기 어려운 장애인구의 연구에 유용한 표본틀을 제공할 수 있다.

그러나 이러한 인구센서스를 이용한 자료수집에는 다음과 같은 한계가 있다. 즉, 인구센서스는 전 인구를 대상으로 하므로 많은 양의 조사항목을 조사하기에는 비용이 너무 많이 들기 때문에 조사내용이 기본적인 사회경제적, 인구학적 특성에 제한된다는 단점이 있다. 장애인의 특수상황에 대한 제한된 면접만이 가능하다. 그리고 우리나라의 경우 인구센서스가 5년마다 이루어지고 있으나 전국민을 대상으로 조사하기 때문에 조사량이 방대하여 자료처리에 많은 시간이 소요된다. 따라서 자료수집과 조사결과 발표간의 시간이 상당히 길 수 있다. 한편, 질문의 복잡성과 민감성, 조사도구의 제한점 등으로 인하여 무응답의 비율이 높거나 과소추정될 수 있다. 실제로 1980년 우리나라에서도 인구센서스에 장애관련 문항을 조사한 바 있으나, 장애인이 너무 적게 조사되어 발표를 유보한 바 있다. 그리고 일반적으로 장애 출현율이 낮기 때문에¹⁾ 약 2% 내외의 장애인을 확인하기 위하여 전체 인구에게 장애관련 질문을 하는 것은 비용도 많이 들고 시간소모적이다. 마지막으로 인구센서스에는 약 15만명 내외의 조사원이 투입되는데 이들에게 장애의 정의부터 개념을 이해시키기 위한 교육을 실시하는 것은 현실적으로 어려울 뿐만 아니라 표본오차는 없더라도 비표본오차가 너무 커지는 점이 단점으로 작용하게 된다. 이러한 인구센서스를 통해 장애통계자료를 생산하는 국가로는 바레인, 이집트, 홍콩, 인도네시아, 네덜란드, 파키스탄 등이 있다(Chamie, 1989).

1) 재가장애인의 출현율은 1980년에는 2.18%, 1985년에는 2.27%, 1990년에는 2.23%, 1995년에는 2.37%로 선진국에 비해 낮은 수준에 있음.

나. 標本調査

표본조사는 표본이론에 근거하여 가구를 추출하고 조사를 행하는 방법으로 장애인구뿐만 아니라 위험인구자료가 수집되기 때문에 출현율을 계산할 수 있다는 장점이 있다. 아울러 전수조사에 비하여 상대적으로 조사의 규모가 적기 때문에 포함될 조사내용의 범위와 깊이 에 보다 많은 융통성을 가질 수가 있으며, 장애인 발견을 위한 특수한 조사를 설계할 수 있다. 그리고 조사설계와 조사도구가 유사하다면 시계열분석이나 센서스자료와의 비교가 유용하다. 그리고 지역적 범위와 면접사례수가 제한되어 있어 관찰여건과 면접에 대한 통제가 용이하며, 장애인 판별력을 증대시키기 위하여 설계를 수정할 수 있다²⁾는 장점이 있다. 그리고 장애의 개념이나 정의가 어렵기 때문에 다른 조사에 비하여 상대적으로 어려운 것으로 인정받고 있는 장애인 조사를 위해 현지조사의 감독과 특수현지훈련 기회 및 장애관련 세부 질문의 사전조사 기회가 더 많아 조사의 질을 높일 수 있다는 장점이 있다.

그러나 이러한 표본조사도 제한된 표본크기와 소지역별 분할에 따른 표본오차로 인하여 많은 지역별 출현율을 분석하는 데에는 제한이 있다는 단점이 있다. 특히 대규모 조사가 아닌 경우 표본크기가 제한되며, 이에 따라 장애인구가 총인구에서 차지하는 비중이 낮은 경우가 많으므로 표본인구 중 확인된 장애인구의 크기가 매우 작아 다층적인 교차분석에는 한계가 있을 수 있다.

한편 표본조사를 통해 장애인관련 통계자료를 생산하고 있는 국가로는 캐나다, 미국, 스웨덴, 독일, 일본, 영국 등이 있다(Chamie, 1989).

2) 예로서 확률표본의 선정과 센서스, 등록목록의 사용을 병행하거나 표본단계를 충화시키거나 표본분할을 증가시킬 수 있음.

다. 登錄制度

등록제도에 의한 장애인실태조사는 세밀한 교차분석과 분할과 같은 복잡한 자료분석에 필요한 많은 사례수를 확보할 수 있다는 장점이 있으며, 사회보장, 사회복지기관, 의료 및 교육기관 같은 정부 및 민간기관이 장애인에게 서비스를 제공하는 것을 도와줄 수 있다. 그리고 무엇보다도 소지역별로 등록인구에 대한 분석이 가능하여 지역별 장애통계생산에 유리하다. 그러나 조사대상 범위와 대표성 정도를 모르며 표본오차를 추정할 수 없고 위험인구가 밝혀지지 않으므로 장애 출현율과 발생률을 계산할 수 없다는 단점을 가진다. 이러한 등록제도를 통해 장애통계를 생산하고 있는 국가로는 자마이카, 요르단, 레바논 등이 있다(Chamie, 1989).

라. 示唆點

이처럼 인구센서스와 가구표본조사는 각기 장단점을 지니고 있으므로 상호 보완적일 수 있다. 따라서 두 가지 방법을 병행하여 사용하는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

그러나 우리 나라의 경우 전국민을 대상으로 하는 인구센서스는 장애인 파악 등에 어려움이 있어 과소추정의 오류를 범할 수 있으며, 조사항목도 매우 제한적일 수밖에 없다. 따라서 현 실정에서 가장 바람직한 장애인 관련 통계수집방법은 전체 가구를 모집단으로 하는 가구 표본을 추출하여 이들 가구의 전체 가구원을 대상으로 장애여부를 판정하는 것이다. 즉 이러한 표본조사에 의한 실태조사를 통해 장애인의 출현율, 장애인의 특성, 복지욕구 등을 파악하는 것이 보다 바람직할 것으로 판단된다.

이외에도 장애인등록제도를 통해 장애인구를 파악하는 방법은 대부

분의 경우 행정기록이 불완전하고 비연속적이며 아직까지는 등록률이 낮아 대표성에 문제가 있기 때문에 장애관련 통계로서의 의의가 적다고 하겠다. 다만, 지속적인 복지서비스의 확충으로 우리 나라에 있어서도 장애인 등록률이 꾸준히 상승하고 있으므로 가까운 장래에 표본 조사의 보완조사라는 형태로 등록장애인을 대상으로 복지욕구를 조사하는 것은 의미가 있다고 하겠다.

3. 國內外 障礙人調査 現況과 示唆點

많은 국가에서는 장애인구를 파악하기 위하여 여러 가지 방법을 사용하고 있다. 그러나 나라마다 조사방법과 조사대상인 장애의 정의와 범위가 각각 달라 장애통계는 국가별로 매우 다양하게 제시되고 있다. 본 절에서는 1980년 세계보건기구에서 제시한 국제장애분류³⁾를 기준으로 외국과 우리 나라의 장애인조사 현황을 알아본 후 시사점을 제시해 보기로 하겠다⁴⁾.

가. 外國의 事例

세계보건기구가 국제장애분류를 발표한 1980년 이전에 실시된 장애인 실태조사는 주로 기능장애(impairment)에 초점을 두고 있으며, 여기에 덧붙여 쉽게 인지할 수 있는 신체적 기능장애와 이로부터 야기되는 몇 가지 능력장애(disability) 및 사회적 불리(handicap)의 조사에 치

3) 국제장애분류(ICIDH:International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap)란 1980년에 세계보건기구에서 장애에 관한 개념적 틀로 정립·발표한 것으로, 이 분류법에 서는 장애를 기능장애, 능력장애, 사회적 불리의 3가지 차원으로 제시하고 있음.

4) 보다 자세한 논의는 한국보건사회연구원, 『장애인복지의 현황과 정책과제』, 1994를 참조.

중한 경향이 있다. 국제장애분류가 제정된 이후에도 많은 국가들은 이러한 기준에 따라 조사를 실시하지 않고 있으며, 자국의 장애정의에 따라 장애인조사를 실시하고 있다.

1) 英國

영국의 경우 장애인구를 파악하기 위해 실시되었거나 조사내용 중 장애관련 내용이 포함되어 실시된 대규모 조사는 Office of Population Census and Surveys(OPCS)에 의해 실시된 장애조사(1985~1986), Family Expenditure Survey(FES), General Household Survey(GHS), Labor Force Survey(LFS) 등이 있는데 그 구체적인 내용을 간단히 정리해 보면 다음과 같다.

Office of Population Census and Surveys(OPCS)에 의해 실시된 장애조사(1985~1986년)는 일반가구와 시설을 대상으로 한 표본조사로 조사대상으로는 성인과 아동이 모두 포함되었다. 조사내용에는 연령, 장애정도, 장애유형, 장애의 경제적·사회적 결과(소득수준, 장애로 인한 추가비용, 고용과 이동시의 장애로 인한 영향 등), 건강에 대한 욕구와 사회적 서비스에 대한 개별적 욕구 및 이의 이용정도 등이 포함되었다.

Family Expenditure Survey(FES)는 가구를 대상으로 매년 실시는 표본조사로, 피조사자 자신이 영구적으로 일할 수 없다고 응답하는 것과 장애생계수당 등의 수혜여부를 통해 장애인을 판별한다. 조사내용은 주로 소득, 자본, 가구의 소요비용 등에 대한 것이며, 이외에 연령, 성별, 혼인상태, 가구형태, 주거형태, 경제활동상태, 교육정도 등의 내용이 포함되었다.

General Household Survey(GHS)는 매년 실시되는 가구표본조사로, 피조사자 자신이 장기간의 질병, 장애, 허약상태를 지니고 있는지를 응

답하는 것에 의해 장애인을 판별한다. 1971년이래 조사가 지속되었으므로 장기간에 걸친 일반적인 건강상태와 장애의 추세를 파악하는 데 사용될 수 있는 조사이다.

Labor Force Survey(LFS)는 매분기마다 실시되는 것으로, 피조사자 본인이 장기간의 질병이나 장애가 있다고 응답하는 것에 의해 장애인을 판별한다. 조사의 주목적은 경제활동상태의 경향을 파악하는 것으로, 임금노동을 제한하는 장애의 유형에 관한 정보와 지난해에 산재여부에 관한 정보를 포함하고 있다.

이상의 대규모 조사 외에도 영국사회보장부에서는 장애수당 수혜자 중 1%를 표본추출하여 정기적으로 장애관련 자료를 수집하고 있다.

2) 美國

대표적인 전국 규모의 조사로는 인구센서스(10년마다 실시)와 소득 및 프로그램 참여조사(5년마다 실시), 그리고 미국장애인조사가 있다. 이외에 1960년부터 실시된 보건후생부의 전국건강조사가 있는데, 이 조사는 일반국민의 건강 및 보건상태에 대한 파악을 주목적으로 하고 있으며 장애여부를 파악할 수 있는 항목이 포함되어 있다.

소득 및 프로그램참여조사(Survey of Income and Program Participation)는 1983년부터 미국 센서스국에서 실시하고 있는 패널조사이다. 동 조사에서는 시설거주자를 제외한 민간인이 대상이 되며, 기능적인 제한, 취업에 있어서의 제한, 사회보장 장애급여나 재향군인회의 장애급여를 받고 있는지를 조사하여 장애를 파악하고 있다. 특히 기능제한의 정도는 일상생활동작(ADL)과 수단적 일상생활동작(IADL)을 통해 파악하고 있는데, 구체적인 내용을 알아보면 15세 이상 된 사람 가운데 아래에 해당되면 장애로 파악된다(국립특수교육원, 1999).

- ① 휠체어를 사용하거나 6개월 이상 캐인(cane)이나 유사한 도구를 사용해 온 경우
- ② 기능적 활동수행에 곤란을 겪는 경우
- ③ 한 가지 이상 ADL(일상생활)에 곤란을 겪는 경우
- ④ 한 가지 이상 IADLs(도구사용)에 곤란을 겪는 경우
- ⑤ 발달장애나 정신 또는 정서장애로 판별된 경우
- ⑥ 16세 이상으로 가사 일을 하는 데 어려움이 있는 경우
- ⑦ 16~67세 연령에서 직업으로 할 수 있는 작업의 양이나 종류가 한정된 상태
- ⑧ 21세 이하의 연령이면서 발달서비스 수용, 일상활동 제한, 일반 학교 생활능력, 걷기, 뛰기, 계단이용 능력과 관련된 조사에서 부모가 장애를 인정한 경우
- ⑨ 65세 이하이면서 의료보호나 SSI를 받는 경우

국제장애인센터(International Center for the Disabled)에서 실시하고 있는 미국장애인조사(Survey of Disabled Americans)는 전화조사를 통해 이루어지고 있는데, 장애인의 태도와 경험을 사정(assessment)하기 위한 것이다. 미국내 거주자 중 16세 이상인 자가 대상이 되며, 개인은 다음과 같은 3가지 질문에 자신을 분류하도록 요구받는다. 여기서 3가지 질문은 ① 취업, 취학, 또는 다른 활동에 있어서 완전한 참여에 제한이 있는지, ② 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정서장애, 정신장애, 또는 학습장애 등 신체적인 장애가 있는지, ③ 자신이 장애가 있는지 또는 남들이 자신이 장애가 있다고 생각하는 지이다. 이와 함께 사회 활동이나 취업활동에 장애의 영향이 있는지, 주류화에 동참하는 데 장애가 있는지, 그리고 장애급여를 받고 있는 지 등을 조사하여 장애 정도를 파악하고 있다.

전국건강조사(NHIS: National Health Interview Surveys)의 조사대상은 미국에 거주하고 있는 재가민간인이며, 노인요양원 입소자(Nursing Home), 군인, 교도소 수형자, 타국 거주 미국인은 조사에서 제외된다. 1994년의 경우 45,705가구에 116,179명이 조사되었다. 전국건강조사는 “만성적인 손상이나 건강상의 문제로 활동에 제약을 받고 있는지 여부”를 질문함으로써 장애를 파악하고 있다. 이때 응답자는 활동제한의 상태를 주요 활동⁵⁾에의 제약에 따라 보고하도록 되어 있다.

3) 日本

일본은 아시아지역에서 가장 먼저 장애인 실태조사를 실시한 국가이다. 일본은 1949년에 『신체장애자복지법』이 제정되어, 1951년에 최초로 전국적인 신체장애인 조사를 실시하였다. 이후 매 5년마다 신체장애인의 파악을 위해 전국가구표본조사를 실시하고 있는데, 일본 장애인조사의 역사적 과정을 보면 다음과 같다.

- ① 1949년: 신체장애자복지법 제정
- ② 1951년: 신체장애인조사(18세 이상자 대상)
- ③ 1955년: 신체장애인조사(18세 이상자 대상)
- ④ 1960년: 신체장애인조사(18세 이상자 대상) 정신박약자복지법 제정
- ⑤ 1963년: 정신박약자조사
- ⑥ 1965년: 신체장애인조사(18세 이상자 대상)
- ⑦ 1970년: 신체장애인조사(전연령 대상)
- ⑧ 1975년: 신체장애인조사와 정신박약자조사 취소

5) 주요 활동이란 연령에 따라 차이가 있다. 예를 들면, 4세 이하 어린이인 경우 노는 것(playing), 5세부터 17세까지는 학업(attending school), 18세부터 69세까지는 취업 또는 가사(working or keeping house), 70세 이상인 경우 독립적인 생활(living independent)를 의미함(자료: Pope and Tarlov, *Disability in America*, National Academy Press, 1991).

- ⑨ 1980년: 신체장애인조사(18세 이상자 대상)
- ⑩ 1987년: 신체장애인조사(전연령 대상)
- ⑪ 1990년: 정신박약자조사(전연령 대상)
- ⑫ 1991년: 신체장애인조사(전연령 대상)
- ⑬ 1996년: 신체장애인조사(전연령 대상)

위의 장애인조사의 역사적 과정에서 볼 수 있듯이 일본의 경우는 신체장애인과 정신지체인에 대한 법률이 따로 있고, 조사도 각각 따로 실시되고 있다.

신체장애인에 대한 조사는 후생성 사회원호국 갱생과의 주관으로 실시되며, 재가장애인만을 조사대상으로 한다. 본 조사는 1975년만을 제외하고 매5년마다 정기적으로 실시되어 왔는데, 조사결과들은 신체장애인복지대책의 수립에 기초자료로 활용되고 있다. 시설수용장애인에 대한 통계는 매년 행정기관에 보고되는 사회복지 수용시설의 수용자수를 통해 따로 집계되고 있다.

신체장애인 조사의 목적은 일차적으로 전국의 신체장애인수를 추정하는 것이며, 장애종류와 정도, 원인 등에 대한 기초자료를 수집하고 일상생활실태, 보장구 소지실태, 각종 연금수급 실태, 주거실태 등 생활실태를 파악하여 신체장애인복지대책의 수립에 기초자료로 활용하는 데에 있다.

신체장애인조사와는 별도로 실시되는 정신지체인에 대한 조사는 1963년에 처음 실시되었다. 그러나 1975년 이후 주민의 반대로 실시되지 못하다가 1990년에 다시 실시되어 매 5년마다 다시 실시될 계획이다. 이외에 집단시설의 정신박약자는 따로 집계되고 있다. 정신박약자조사의 조사내용에는 성, 연령, 주거형태, 동거인, 낮동안 지내는 기관(미취학자, 취학자, 졸업자 경우), 외출빈도, 지역사회내 스포츠 등에

의 참여빈도, 장애로 인한 차별 경험여부와 경험내용, 정신박약 이외의 장애여부, 필요한 복지서비스 종류와 내용 등이 포함되어 있다.

4) 獨逸

독일은 장애인구에 대한 경향과 추세를 파악할 수 있도록 재활서비스에 관한 연간조사와 국가등록제도를 지속적으로 실시하고 있는데, 이는 독일 장애통계의 중요한 자료원이 되고 있다.

독일(서독 경우) 장애인조사의 역사적 과정을 보면 다음과 같으며, 이러한 조사결과 일반적으로 10% 내외의 장애출현율을 보이고 있다.

- ① 1966년: 장애에 관한 특별모형(microcensus) 표본조사
- ② 1974년: 보완적 표본을 이용한 센서스에 장애항목 추가
- ③ 1975년: 정신적 및 정신치료적 보호관리에 관한 조사(긴급보호 필요자 조사)
- ④ 1976년: 연간 인구조사, 장애에 관한 특별모형(microcensus)
- ⑤ 1979년: 장애인조사(국가등록자의 표본)
- ⑥ 1981년: 장애인조사(국가등록자의 표본)
- ⑦ 1983년: 장애인조사(국가등록자의 표본)
- ⑧ 1986년: 연간 인구조사, 장애에 관한 특별모형(microcensus)

5) 濠洲

호주의 경우 호주통계청(ABS: Australian Bureau of Statistics)에서 자료를 생산하고 있다. 장애인에 관한 전국 자료는 호주 통계청이 실시하는 장애인 및 노인에 관한 조사이다. 이 조사는 1981년 약 83,000명의 가구주와 5,300명의 시설수용자가 조사되었으며, 1988년에는 67,000명의 가구주와 6,700명의 시설수용자가, 그리고 1993년에는 42,000명의 가구

주와 6,500명의 시설수용자를 대상으로 실시하였다(김형식, 1999).

1988년의 장애인 및 노인조사(The Survey of Disabled and Aged Persons)에서는 장애인을 크게 能力障礙人(disabled person)과 社會的不利者(handicapped person)로 구분하여 각기 따로 장애인구를 추정하였다. 그리고 일반가구뿐만 아니라 종합병원 및 정신병원, 요양원, 은퇴자 거주마을 등 보건의료시설 및 기관도 조사대상으로 하였다.

이 조사에서 사회적 불리의 발생영역은 ① 자기보호관리상의 사회적 불리, ② 이동상의 사회적 불리, ③ 언어소통상의 사회적 불리, ④ 통학 제한, ⑤ 고용 제한의 5가지 영역으로 선정하였다. 그리고 주요 조사내용(Australian Bureau of Statistics, 1990)으로는, 일반사항, 주거사항(거주형태, 가구관련사항), 장애상태, 사회적 불리의 영역 및 정도, 교육상태, 보조기구의 수 및 종류 등이 있다.

1993년에는 장애를 지닌자와 60세 이상자 및 이들의 보호자를 대상으로 장애·노령 및 보호자조사(The Survey of Disability, Aging, and Carers)를 전국적으로 실시하였다. 조사대상 시설은 1988년 조사와 동일하게 주거시설과 병원 등 보건의료시설로 구분하여, 1988년 조사와 동일한 방법으로 실시하였다.

조사의 주요내용은 주요주제와 기타주제, 사회인구학적 주제로 나

6) 호주 통계청에서 사용하고 있는 장애인은 다음과 같이 정의된다. 즉 6개월 혹은 그 이상의 기간동안 지속되어 왔거나 그럴 가능성이 있는 사람으로서 다음과 같은 장애 혹은 손상에 해당되는 자이다. 1) 시각상실자(안경이나 콘택트렌즈를 착용하더라도 안 보이는 경우), 2) 청각상실자, 3) 모국어를 말하는데 어려움을 겪는 자, 4) 의식을 일시적으로 상실하거나 발작 혹은 완전히 상실한 자, 5) 학습과 이해가 느린 자, 6) 팔이나 손을 완전하게 사용할 수 없는 자, 7) 발이나 다리를 완전하게 사용할 수 없는 자, 8) 신경 혹은 정서적 여건으로 인해 오랫동안 치료를 받아 온 자, 9) 신체적 활동이나 육체노동을 하는 데 제한이 따르는 자, 10) 신체가 왜곡되거나 뒤틀린 자, 11) 정신장애로 인해서 도움 및 지도(supervision)를 필요로 하는 자, 12) 장기간의 치료나 의료보호를 받아온 자(여전히 치료를 받아야 되는 조건 때문에 몇 가지 면에서 제한을 받고 있는 자)임.

누어 볼 수 있는데, 주요 주제에는 장애유발조건, 사회적 불리상태·영역·정도, 보호자 관련 내용들이 있었고, 기타 주제에는 요구하는 지원 활동 종류, 응급사태시 대비책, 지역사회활동 참여, 보조도구 내용 등이 있었다. 사회인구학적 주제에는 고용, 교육, 지역적 분포, 가구형태, 가족형태, 소득, 개인적 특성에 관한 내용이 있다.

6) 스페인

스페인의 경우 1950년, 1960년, 1981년 센서스에 장애관련 질문을 포함하여 장애인구를 파악한 바 있으나, 국제장애분류법에 기초하여 이루어진 대표적인 조사는 1986년도의 장애조사(The Survey of Disabilities, Impairments, and Handicaps)로, 국립통계청에 의해 실시된 가구표본조사였다. 이 조사는 국제장애분류법을 사용하여 실시된 조사였으나, 스페인의 실정에 맞게 다시 수정·보완한 것으로 능력장애⁷⁾를 야기한 기능장애의 형태를 구분하였고, 조사의 시발점이 다른 여러 조사들과 달리 능력장애였다는 점⁸⁾이 중요하다. 또한 사회적 불리에 관한 조사도 실시하였는데, 이는 국제장애분류에서 제시한 것과 동일하게 5가지 생존역할⁹⁾의 측면에서 정의되었다.

결과적으로 스페인의 장애인조사는 국제장애분류를 사용했으면서도 이 분류법의 복잡성과 광범위성을 고려하여 현실적으로 적용이 용이하도록 수정하여 활용한 대표적인 사례라고 할 수 있다(박옥희 외, 1994).

7) 능력장애는 일반적이며 중증정도로 인지된 능력장애만을 선정하였는데, 이는 활동 수행능력을 기준으로 하였음.

8) 동 조사는 우선 능력장애에 관한 질문을 하고 그 다음에 기능장애와 사회적 불리에 관한 질문을 하게 되어 있음.

9) 5가지의 생존역할 측면이란 신체적 독립, 사회적 통합, 지향성, 이동성, 시간적 점유, 경제적 자족 등을 말함.

나. 우리 나라의 障碍人 實態調査

1) 障碍人 實態調査의 歷史

우리 나라의 경우 1960년대에 들어서야 전국 규모의 장애인조사를 실시하게 되었다. 그것도 경제기획원 통계국이나 보건복지부 등에서 간헐적으로 실시한 것이 전부로, 현재와 같이 매 5년마다 장애인실태 조사를 실시하게 된 것은 1981년 『심신장애자복지법』이 제정되면서부터라고 할 수 있다. 지금까지 실시된 우리 나라의 전국 장애인조사의 역사를 보면 다음 <表 II-1>과 같다.

<表 II-1> 우리 나라 障碍人調査의 歷史

실시년도	조사명	조사기관
1955	인구센서스(장애인 항목 포함)	경제기획원
1961	장애아동조사	보건사회부
1962	경제활동인구조사(장애인구 집계)	경제기획원
1966	전국 장애자 실태조사	보건사회부
1968	사회복지 기초자료 조사	보건사회부
1979	심신장애자 실태조사	한국경제개발협회
1980	인구센서스(장애인 항목 포함)	경제기획원
1980	심신장애자 실태조사	한국보건개발연구원
1985	전국 심신장애자 실태조사	한국인구보건연구원
1990	경제활동인구조사	통계청
1991	장애인 실태조사	한국보건사회연구원
1995	장애인 실태조사	한국보건사회연구원

경제기획원 통계국(현 통계청)에서는 1955년과 1980년 두 차례에 걸쳐 장애인에 관한 조사항목을 삽입한 인구센서스(현 인구 및 주택 총조사)를 조사한 바 있었으나 조사결과는 발표되지 않았다. 이는 1980년도 센서스의 경우 병어리, 봉사, 지체마비 등이 있는 지에 대하여 질문하였으나 조사결과 장애인수가 매우 적게 나타났기 때문이다.

1990년에 실시된 경제활동인구조사는 취업, 실업, 노동력과 같은 인구의 경제적 특성을 파악하기 위해 약 3만 3천가구를 대상으로 실시되었는데, 장애관련 항목인 활동상태에 대한 질문(일했음, 일시휴직, 구직 중, 가사, 통학, 연소·연로, 불구, 기타로 구분)의 결과 1990년 현재 15세 이상 인구 3080만 1천명 중 불구자는 16만 9천명으로서 동인구의 0.5%로 나타났다. 일반적으로 센서스에 의한 장애출현율은 표본조사에 의한 것보다 더 낮게 나타나고 있는데, 우리 나라의 경우도 예외는 아니라고 할 수 있다.

우리 나라의 경우는 전국장애인조사 이외에도 장애인을 대상으로 한 여러 가지 국지적인 조사들이 실시되고 있는데, 한국소비자보호원에서 1988년 실시한 서울시 거주 신체장애인 197명을 대상으로 한 장애인 소비생활에 관한 면접설문조사가 있고, 한국궤립조사연구소에서 1985년에 실시한 서울시 거주 신체장애인 600명을 대상으로 한 장애인의 생활실태와 의식에 관한 면접설문조사가 있으며, 서울시 남부장애인종합복지관에서 1992년에 실시한 서울시 거주 18세 이상 등록장애인 1,028명을 대상으로 한 면접설문조사가 있다. 그 외 1995년 서울시내 거주 20세 이상의 지체, 시각장애인 502명을 대상으로 장애인 편의시설에 대한 욕구를 파악한 서울시정개발연구원의 면접설문조사가 있다.

현재 1981년 장애인복지법이 제정된 이후 장애인실태조사가 5년을 주기로 실시되고 있으며, 수 차례에 걸친 조사경험을 바탕으로 조사의 정도가 점차 개선되어 가고 있다. 특히 1995년에 실시된 장애인실

태조사는 우리 나라 장애인 통계에 관한 한 가장 최근 자료로서 그 결과는 광범위하게 활용되고 있다.

2) 調査 方法

가) 調査規模

지금까지 실시된 1980년, 1985년, 1990년, 1995년도¹⁰⁾의 장애인 실태조사 규모를 보면, 다음의 <表 II-2>와 같다. 1980년 조사의 경우 조사대상지역은 인구센서스 조사구를 이용하여 표본추출되었고, 1985년 조사에서는 1984년도 상주인구조사를 사용하였다. 1991년 조사에서는 1985년도 인구센서스 조사구를 이용하여 조사되었고, 1995년 조사에서는 1990년도 인구센서스 조사구를 이용하여 대상지역을 선정하였다.

<表 II-2> 年度別 障礙人 實態調査 標本規模

(단위: 가구, 명)

구 분		1980년	1985년	1991년	1995년
표본 가구	전체 가구수(A)	9,969,201	9,571,361	11,354,540	12,745,280
	표본가구수(B)	29,300	31,905	45,512	39,078
	B/A(%)	0.37	0.33	0.40	0.31
표본 인구	전체 인구수(C)	37,406,815	40,419,652	43,390,374	44,850,801
	표본인구수(D)	136,595	130,360	163,522	130,556
	D/C(%)	0.36	0.32	0.38	0.29

註: 전체 가구수 및 인구수는 각년도 인구센서스 기준이며, 1995년도 장애인구추계(통계청, 1994)와 가구수 추계(한국보건사회연구원, 1994)를 기준으로 함.

10) 실제 조사는 1991년에 실시되었으나 조사결과는 「1990년도 장애인실태조사 보고」에 수록되어 있음.

표본가구수는 1980년 2만 9천여 가구, 1991년 4만 6천여 가구, 1995년에는 3만 9천여 가구 정도이다. 표본가구수가 우리 나라 전체 가구수에서 차지하는 비율은 0.31~0.40% 정도였다. 표본인구수는 조사년도에 따라 증감이 있으나 대체로 13~16만여 명 정도이며, 전체 인구의 0.29~0.38%가 표본인구로 추출되었다.

시설에 수용되어 있는 장애인에 대한 조사는 1980년에는 이루어지지 않았고, 1985년에는 보건사회부의 기존 통계자료를 인용하였으며, 1991년과 1995년에는 6종의 사회복지시설(노인, 장애인, 아동, 부녀, 부랑인수용시설 및 정신요양원)을 대상으로 각 시설에 수용되어 있는 장애인에 대하여 장애유형별 장애인 수를 우편설문조사를 통해 조사하였다.

3) 示唆點

많은 국가가 세계보건기구에서 제시하고 있는 장애의 분류체계를 참고하되, 자국의 특성에 맞게 장애의 정의를 별도로 내리고 있으며, 자국의 현실에 적합한 조사방법을 이용하여 장애인구 및 이들의 복지욕구에 대해 조사를 실시하고 있다.

우리 나라의 경우도 『장애인복지법』의 규정에 따라 5년마다 장애인 실태조사를 실시하고 있으나, 장애의 정의가 세계보건기구가 제시하고 있는 장애분류체계와는 차이가 있다. 즉, 우리 나라에서 실시된 장애인 실태조사는 국제장애분류에 기반하지 않고 신체장애 및 기능장애 중심으로 사용되어져 왔다.

그러나 앞으로 실시되는 장애인실태조사에 대해서는 국제장애분류에서 제시한 대로 기능장애 이외에 사회적 불리(handicap)까지 모두 포함하는 조사가 되어 할 것이다. 다만, 최근 세계보건기구에서는 지금까지

의 의학적 모델 중심의 장애분류체계를 사회적 참여를 강조하는 사회적 모델로 수정하기 위해 의견을 수렴하고 있다(WHO, ICIDH-2, 1997)는 점을 고려할 때, 우리 나라의 장애 정의도 다시 한 번 검토할 필요가 있다.

한편, 세계보건기구가 제시한 국제장애분류법을 그대로 일률적으로 적용하는 데는 여러 가지 문제가 있다는 지적이 있다. 즉, 장애인 실태조사에 적용하여 사용할 경우 첫째, 뚜렷한 기능장애를 가진 아동인 경우에도 나이가 어려 아직 능력장애의 징후를 보이지 않을 수 있다는 것이다. 더욱이 1세 이하의 영아의 경우 운동기능장애가 걷기능력장애를 야기할지의 여부를 결정하는 것이 불가능하다는 점이다. 즉, 연령집단에 따라서 국제장애분류법이 잘 적용될 수 있는 연령과 그렇지 못한 연령집단이 있다는 문제가 있는 것이다. 둘째, 정신지체장애의 경우 나이가 매우 어린 아동에게서는 발견하기가 힘들다. 셋째, 국제장애분류상에 열거된 장애종류 중 어떤 것은 노령화과정 자체와 동일시 될 수 있다는 점이다(박옥희, 1994). 즉, 연령집단에 따라 조사결과가 차이가 나게 됨에 따라 동일한 조사결과라 할 지라도 서로 다른 분석적 해석이 필요함을 지적하고 있다.

장애통계를 내는데 있어서의 세계적인 동향을 보면 대부분의 국가에서 기능장애 중심으로 장애인 실태조사들을 실시하고 있으며, 이러한 경향은 우리 나라의 경우도 동일하다.

그러나 최근에 들어서는 세계보건기구에서 제시한 국제장애분류에 기반하여 장애통계를 생산하는 추세에 있으므로 우리 나라의 경우도 이에 대응하여 국제장애분류체계의 수용여부를 결정하여야 할 것이며, 이를 통해 더 많은 장애인들이 보다 많은 의료와 복지혜택을 받을 수 있도록 하여야 할 것이다. 그러나 다시 한 번 강조하는 바, 이

와 같이 국제장애분류를 실제로 적용하는 데 있어서는 그 사회의 현실에 맞게 수정, 보완하는 작업이 반드시 필요하고 바람직하므로 우리나라의 경우에도 우리의 현실에 맞는 장애의 정의와 분류체계를 구성하기 위해 노력하여야 할 것이다.

Ⅲ. 調查 對象

장애인복지란 장애인이 ‘장애’ 때문에 생기는 문제를 예방·극복하고 일반인과 똑같이 인간다운 생활을 할 수 있도록 하기 위한 사회적 노력이라 할 수 있다. 복지의 대상이 되는 장애 또는 장애인의 정의 및 범주는 그 나라의 정치·경제·사회적 여건과 복지수준에 따라 변화하며, 장애인조사에서 나타나는 장애인구와 장애출현율은 이런 장애 및 장애인의 정의에 따라 변하게 된다.

장애의 개념을 구체화할 때 혼동을 야기시키는 점은 ‘질병’과 ‘장애’의 구분이다. 엄밀한 의미에서 질병이나 상해는 치유 가능성이 있는 것으로 간주되는 반면, 장애는 신체, 정신적 구조나 기능의 상실이 영구적 또는 반영구적으로 남는 경우를 의미한다고 볼 수 있다. 하지만 양자간을 명확히 구분하기는 쉽지 않은 바, 이는 일련의 과정 또는 연속적인 개념으로 이해되어야 보다 정확할 것이다. 즉, 질병(disease)이나 상해(injury)는 장애(disability)와 명확히 구분될 수 없는 속성을 가지고 있으며, 이는 질병이나 상해가 원인이 되어 장애로 귀결되는 경우가 많고 질병과 상해가 장애와 시간적으로 동시에 존재할 수도 있으며, 치유 가능성과 영구적 기능상실의 구분이 쉽지 않기 때문이다. 또한 의학의 발달로 치유 가능성과 영구적 기능상실의 구분점이 변화하고 있어서 더욱 구분을 어렵게 하고 있다.

구미 선진국의 경우 세계보건기구(WHO)에서 제시한 기능장애, 능력장애, 사회적 불리를 모두 포함하는 장애기준을 적용하고 있거나 이와 유사하게 장애 범주를 잡고 있는데 비해, 우리 나라는 1999년 장애인복지법의 개정을 통해 2000년부터 심장질환이나 신장질환과 같

은 내부장애와 정신장애, 발달장애 중 자폐증을 장애범주에 포함시키고 있다. 그리고 알코올 남용이나 기타 내부장애, 치매 등 정신장애도 추후 확대될 장애범주에 포함시키고 있다. 이처럼 우리 나라의 경우 2000년부터 장애 범주가 확대되기는 하지만 동남아국가와 같이 비교적 대상 범위를 좁게 보고 있는 국가 중의 하나이다.

따라서 제Ⅲ장에서는 장애인복지의 대상이 되는 장애인이 누구이며, 그 대상자의 수는 얼마나 되는지를 세계보건기구(WHO)에서 제시한 장애기준과 외국의 경우, 그리고 우리 나라의 경우로 나누어 알아보기로 하겠다.

1. WHO의 定義

장애라고 하는 것은 한 사회가 어떠한 사람을 장애인이라고 정의하느냐에 따라 달라질 수 있는 상대적인 개념이다. 정상과 비정상의 구분은 개별 사회의 문화적 기대(cultural expectation)에 따라 다르며, 환경에 의해서도 변화할 수 있다. 이는 신체적·정신적 손상이 있다고 할지라도 주어진 환경에 잘 적응하여 사회생활에 아무 지장이 없다면 장애인과 비장애인은 아무 차이가 없기 때문이다(한국재활재단, 1996).

1955년 국제노동기구(ILO) 총회의 『장애인의 직업재활에 관한 권고』에서는 장애인을 “신체적 또는 정신적 결손의 결과 안정된 고용을 확보하고 유지할 가능성이 실질적으로 감소된 사람”이라고 정의하였는데(한국장애인재활협회, 1992), 이는 고용의 측면에서 장애를 본 것이다. 1975년 국제연합총회의 『장애인권리선언』에서는 장애인을 “선천적이든 후천적이든 신체적·정신적 능력의 불완전으로 인하여 일상의 개인적 또는 사회적 생활에서 필요한 것을 자기 자신으로서는 완전히 또는 부분적으로 확보할 수 없는 사람을 의미한다”고 하였다.

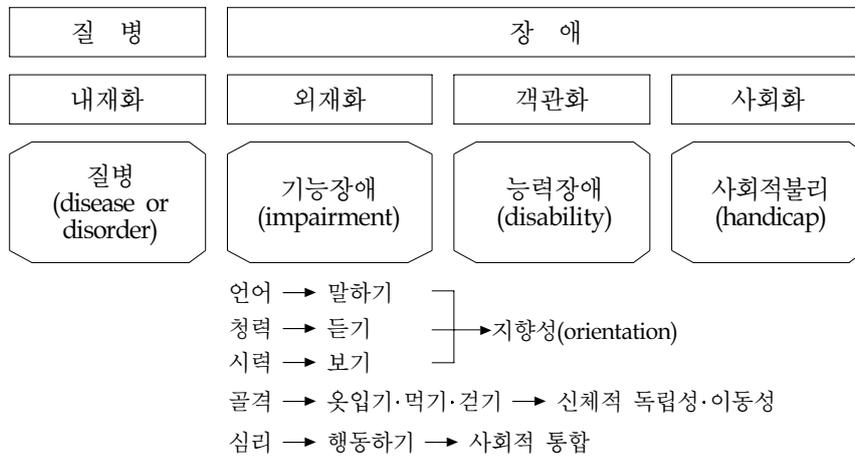
그리고 1979년 국제연합총회의 ‘세계장애인의 해’를 앞둔 선언에서는 “장애는 개인과 그 환경간의 관계로 파악되어야 한다”고 주장하여 기능상의 장애뿐만 아니라 사회적 불리도 장애개념에 포함되어야 함을 밝혔다. 그 후 1980년 국제연합총회는 ‘세계장애인의 해’ 행동계획 결의에서 “세계장애인의 해는 개인적 특질의 손상(impairment), 손상으로 인한 기능적 제한인 능력장애(disability), 그리고 장애의 사회적 결과인 불리(handicap)간에 구별이 있다”는 사실을 인식시켜야 한다고 선언하였다. 또한 국제연합은 ‘세계 장애인의 해’의 중요 목적이 장애가 무엇인가에 대한 대중의 이해, 그리고 장애가 가져올 수 있는 문제에 대한 인식을 증진시키는 것이 되어야 한다고 규정하고, 오늘날 많은 사람들이 장애를 신체적 동작의 제한과 동일시하나 장애인은 동질적 집단을 형성하지 않는다고 하였다(박옥희, 1994). 즉, 다양한 장애의 종류와 장애가 갖는 제 차원에 따라 그에 대한 해결방안과 대책은 변화되기 때문에, 장애 또는 장애인을 어떻게 정의하는가는 장애인복지문제에 있어 가장 기본적인고도 중요한 문제이다.

장애의 개념은 크게 신체 또는 정신의 기능저하, 이상, 상실 또는 신체 일부의 훼손 등을 지칭하는 의학적 수준에서의 개념인 협의의 개념과 세계보건기구에서 규정한 손상 또는 기능장애, 능력장애, 사회적 불리의 분류와 같이 세 측면을 모두 포함하는 광의의 개념으로 나누기도 한다.

근래에는 장애를 단순히 신체적이거나 지적인 결함 정도에 국한시키지 않고 이로 인해 일을 수행할 수 없는 능력의 저하(disability)에 역점을 두고 있으며, 이러한 능력저하로 인해 일상생활이나 사회생활을 하는 데 겪어야 하는 불리의 정도 등이 기준이 되고 있다. 이러한 개념이 바로 세계보건기구에서 제시한 장애정의이기도 하다. 즉, 1980년 세계보건기구는 국제장애분류(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)라는 장애에 관한 개념적 틀을

정립, 발표하면서 앞으로 이 분류법에 의하여 장애를 분류할 것을 권장하였는데(그림 III-1 참조), 이 분류법에 의하면 장애의 세 차원인 기능장애, 능력장애, 사회적 불리는 인과적 또는 시간적 연속관계에 있는 것으로 본다. 각 장애의 차원에 대한 내용은 다음과 같다.

[그림 III-1] 障碍의 3가지 次元



資料: 박옥희 외, 『장애인복지의 현황과 정책과제』, 1994, p.158.

가. 機能障碍

기능장애란 ‘심리적, 생리적 또는 해부학적 구조나 기능의 손실 또는 비정상’을 뜻하는 것으로, 손실을 포함한다는 의미에서 질병보다 더 포괄적인 개념이다. 기능장애는 일시적 또는 영구적인 손실이나 비정상이 특징이며, 사지, 기관, 피부 또는 정신적 기능체계를 포함한 신체 다른 구조의 비정상, 결손 또는 손실의 발생 또는 존재를 포함한다. 이는 병리적 상태의 외재화를 의미하는 것으로, 기관수준에서의 방해(disturbances)를 반영하는 것이다(WHO, 1980:47).

세계보건기구는 기능장애를 대분류와 중분류로 다음의 <表 III-1>과 같이 분류하였다.

<表 III-1> 機能障礙의 分類

대분류		중분류
1	지적 장애 (intellectual impairments)	10~14 지능장애 15~16 기억장애 17~18 사고장애 19 기타 지적 장애
2	기타 심리적 장애 (other psychological impairments)	20~22 의식 및 자각장애 23~24 인지 및 주의집중장애 25~28 정서적 및 의지적 기능장애 29 행동유형장애
3	언어장애 (language impairments)	30~34 언어기능장애 35~39 말하기장애
4	청각장애 (aural impairments)	40~45 청각성 장애 46~49 기타 청각장애
5	시각장애 (ocular impairments)	50~55 시력장애 56~58 기타 시각장애
6	내부장애 (visceral impairments)	60~66 내부기관장애 67~69 기타 특별기능장애
7	골격계 장애 (skeletal impairments)	70 두부·몸통장애 71~74 사지장애 75~79 사지결손
8	기형장애 (disfiguring impairments)	80~83 두부·몸통기형 84~87 사지기형 88~89 기타 기형장애
9	일반적·감각적 및 기타장애 (generalized, sensory, and other impairments)	90~94 일반적 장애 95~98 감각장애 99 기타 장애

資料: WHO, "International Classification of Impairments", *Disabilities, and Handicaps*, 1980, pp.48~52.

나. 能力障碍

능력장애란 ‘기능장애로부터 야기된 것으로 인간에게 정상적인 것으로 간주되는 범위내에서 또는 그러한 방식으로써 활동을 수행하는 능력의 제약 또는 결여’를 말한다.

〈表 III-2〉 能力障碍의 分類

대분류		중분류
1	행동장애 (behavior disabilities)	10~16 인신장애 17~19 관계장애
2	의사소통장애 (communication disabilities)	20~22 말하기장애 23~24 듣기장애 25~27 보기장애 28~29 기타 의사소통장애
3	자기관리장애 (personal care disabilities)	30~32 배설장애 33~34 위생장애 35~36 착의장애 37~39 식사 및 기타 신변처리장애
4	운동장애 (locomotor disabilities)	40~45 보행장애 46~47 제한성 장애 48~49 기타 운동장애
5	신체적 장애 (body disposition disabilities)	50~51 가내성 장애 52~57 신체운동장애 58~59 기타 신체적 장애
6	동작기민장애 (dexterity disabilities)	60~61 일상활동장애 62~66 수동작장애 67~69 기타 동작장애
7	상황적 장애 (situational disabilities)	70~71 의존 및 인내장애 72~77 환경적 장애 78 기타 상황적 장애
8	특수기술장애(particular skill disabilities)	
9	기타 활동제한 (other activity restrictions)	

資料: WHO, "International Classification of Impairments", *Disabilities, and Handicaps*, 1980, pp.144 ~ 147.

능력장애는 일상적으로 기대되는 활동수행, 행동과다 또는 결핍이 특징이다. 이러한 과다·결핍은 일시적, 영구적일 수 있고 회복가능하거나 불가능할 수도 있으며 진행적이거나 퇴행적일 수 있다. 능력장애는 기능장애의 직접적 결과 또는 신체적, 감각적, 다른 기능장애에 대한 개인적 반응으로서 일어날 수 있다. 이는 기능장애가 객관화된 것을 의미하며, 개인적 수준에서의 방해(disturbances)를 반영한다. 능력장애는 <表 III-2>와 같이 대분류와 중분류로 분류할 수 있다.

다. 社會的 不利

사회적 불리란 ‘기능장애나 능력장애로부터 야기되는 것으로서, 연령, 성, 사회·문화적 요인에 따른 정상적인 역할의 수행을 제약 또는 방해하는 개인에 대한 불이익’을 뜻한다.

사회적 불리는 가치가 규범에서 분리될 때 한 개인의 상황 또는 경험에 부여된 가치와 연관된 것이다. 이는 개인의 활동, 지위와 본인 또는 그가 속한 특정집단의 기대간 불일치가 특징이다. 기능장애와 능력장애가 사회화된 것으로, 이로 인하여 야기된 개인에 대한 사회적, 문화적, 경제적, 환경적 결과들을 반영하는 것이다.

사회적 불리의 분류는 사회규범면에서 볼 때 동료들에 비하여 장애인을 상대적 불이익에 처하게 하는 상황들의 분류이다(表 III-3 참조).

<表 III-3> 社會的 不利의 分類

분 류	내 용		
생존역할	1. 지향성 장애 4. 점유장애	2. 신체적 독립장애 5. 사회적 통합장애	3. 이동장애 6. 경제적 자족장애
기타장애	7. 기타 장애		

資料: WHO, "International Classification of Impairments", *Disabilities, and Handicaps*, 1980, p.184.

이상에서 설명된 바와 같이 WHO(1980)는 장애를 손상(신체 또는 정신기능장애, *impairment*), 불능(능력장애 또는 일상 또는 사회기능장애, *disability*) 및 불리(*handicap*)의 세 가지 단계로 분류하고 이 세 가지를 포괄적으로 장애의 분류로 포함시켰다. 손상은 심신의 구조적 기능적 손상자체를 의미하고, 불능은 손상에 의한 개인적 차원에서 일상생활의 활동에 나타나는 이차적 장애를 의미하며, 불리는 손상과 불능으로 인한 사회적 차원에서 경험하는 불이익으로서 편견, 차별 등을 의미한다. 손상단계에서는 생의학적 모델(*biomedical model*)에 의해 진행되는 병리(*pathology*)를 중단시키기 위한 치료적 개입이 필요하고, 불능단계에서는 직업재활 등의 재활개입이 필요하며, 불리단계에서는 직업알선 등의 사회적 개입이 필요하다.

이와 같은 장애의 분류와 필요한 개입서비스가 외부의 신체장애 뿐만 아니라 내부의 신체장애나 정신장애에도 똑같이 적용이 가능하다는 것을 알 수 있으며, 이는 내부의 신체장애와 정신장애가 장애라는 측면에서 기존의 외부 신체장애와 동일한 접근방법이 가능하다는 것을 보여준다. 다만 기존의 외부 신체장애는 질병이나 손상으로 인한 병리적 현상은 초기에 중단되고 장애(*disability*)와 불리(*handicap*)가 지속되는 경우가 많은 반면, 내부의 신체장애와 정신장애는 질병에 의한 손상(*impairment*)과 장애 및 불리가 동시에 지속되는 경우가 많다는 점이 다를 수 있으며, 이에 따라 장애의 정도가 질병의 치료수준에 따라 많은 영향을 받고 있는 점이 다르다고 할 수 있다. 따라서 새로이 범주에 포함되는 내부장애의 경우는 장애에 대한 장애인복지 서비스 체계와 더불어 질병의 치료적 개입을 담당하고 있는 보건의료 서비스 체계를 효과적으로 연계하는 통합적이고 포괄적인 서비스를 제공하여야 장애인의 기능을 최대화할 수 있다고 할 수 있다.

라. 國際障礙分類法에 의한 障礙分類의 問題點

세계보건기구에 의한 국제장애분류는 장애의 기본개념과 정의를 표준화하려는 노력의 결과로 작성된 것으로, 공통적이며 일관성있는 장애기준을 사용하여 비교가능한 장애통계를 생산할 수 있다는 데 의미가 있다.

이를 위해 국제연합 통계국은 국제보건기구와 협력하여 국제장애분류의 개념과 정의, 장애정도의 측정 등을 인구센서스, 가구조사, 장애인등록제도 등에 적용, 공통적인 자료수집 방법과 통계적 표준을 수립하려는 노력을 하고 있다. 이러한 국제장애분류에 기반한 통일된 지침을 적용하여 각 나라의 장애통계의 비교성과 명료성을 개선하기 위해서는 정기적으로 상황에 맞는 장애분류의 수정을 필요로 하게 된다.

그러나 국제장애분류법에는 질병과 기능장애, 능력장애, 사회적 불리간 명확한 경계를 구분하기가 곤란하다는 문제가 있으며, 이외에도 질병이나 부상, 기능장애 이외에 능력장애와 사회적 불리에 영향을 주는 요인들이 많이 존재할 수 있다는 문제가 있다. 한편 Chamie는 국제장애분류의 개념과 정의를 장애(disablement)의 분류에 적용하는데 다음과 같은 문제가 있다고 지적하였다(Chamie, 1990:274~276).

첫째, 기능장애, 능력장애, 사회적 불리의 개념을 상호 배타적인 방법으로 분류하기가 곤란한 경우가 있다는 것이다. 이러한 문제에 대한 개선방안으로 Chamie는 능력장애를 신체운동의 제한이 되는 기능적 제한(functional limitation)과 일상생활동작의 제한, 도구적 일상생활동작의 제약, 학습활동제약, 직업적 제약으로 구분되는 활동제약(activity restrictions)의 두 가지 개념영역으로 분류할 것을 제시하였다. 둘째, 국제장애분류 개념을 사용하고 이 분류법에 따라서 부호화하도록 하기 위해서는 고도의 능력과 숙련성을 지닌 사람들을 훈련시키는

데 있어서의 문제가 있다. 셋째, 장애에 대한 각기 다른 이론과 모형에 대하여 이 분류체계를 적용함에 있어서의 문제를 지적하였다.

또한 세계보건기구에서 제시하고 있는 ‘손상, 장애, 사회적 불리’의 분류체계는 너무 의료중심적이고 개인중심적이다. 따라서 이러한 분류체계에서는 장애의 맥락을 결정하는데 중요한 요소인 환경적 요인을 적절히 설명하지 못하고 있다고 비판을 받고 있다(Bradley, 1987; Bolduc, 1992; 김형식, 1992에서 재인용).

이러한 비판에 따라 세계보건기구는 기존의 기능장애, 능력장애, 사회적 불리라는 장애분류만으로는 여러 건강상의 조건을 갖고 있는 사람들의 다양한 경험을 포괄하지 못한다고 판단하여, 1997년 국제장애분류개정안(WHO, 1997)을 제시하기에 이르렀다. 새로운 개정안은 제1차 분류안이 1980년 발표된 이후 의료서비스 및 장애에 대한 이해의 변화를 반영하기 위한 것으로서 신체기능 및 구조(Body Functions and Structure), 활동(Activities), 그리고 참여(Participation) 등 크게 3가지의 범주로 나누고 있다(表 III-4 참조). 이러한 개정안은 현재 전세계의 의견수렴 및 현장검증을 통해 빠른 시일내에 확정될 예정으로 있다.

〈表 III-4〉 世界保健機構의 새로운 國際障礙分類 體系

분 류	신체기능 및 구조	활 동	참 여
기능 수준	신체(신체부분)	개인(전체로서의 개인)	사회(사회와의 관계)
특 성	신체기능 신체구조	개인의 일상활동	상황에의 개입정도
긍정적인 측면	기능 및 구조의 통합	활동	참여
부정적인 측면	손상	활동제한	참여제한

2. 外國의 定義

가. 日本

일본의 경우 장애인과 관련된 법은 1970년에 제정된 『심신장애자대책기본법』으로, 이 법은 1993년에 『장애자기본법』으로 개정되어 현재의 장애인에 대한 종합적인 복지시책들의 근거규정이 되고 있다.

일본에서의 장애 정의는 일반적으로 1993년에 개정·통합된 『장애자기본법』에 의하고 있는데, 동법에서 장애인이란 “신체장애, 정신박약 또는 정신장애가 있음으로써 장기에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”라고 정의하고, 시행령에서 장애범주를 구체적으로 제시하고 있다. 이러한 『장애자기본법』 이외에 보다 구체적인 법률로는 신체장애인을 대상으로 한 『신체장애자복지법』과 정신지체인을 대상으로 한 『정신박약자복지법』이 있는데, 각각의 법에서 장애에 대해 따로 규정하여 정책들을 시행하고 있다.

1949년에 제정된 『신체장애자복지법』에서는 신체장애인에 대해 규정하고 있는데, 그 내용은 “신체장애가 있는 18세 이상의 자로서 도도부현지사로부터 신체장애인수첩의 교부를 부여받은 자”이며, 신체장애의 종류로는 시각장애, 청각장애, 지체부자유, 심장·취장·호흡기능장애, 음성·언어·저작기능장애, 직장·소장·방광기능장애 등이 있다. 이상의 내용을 볼 때, 일본의 경우 이미 저작기능장애와 신장, 심장장애 이외의 내부장애들을 장애범주에 포함시키고 있음을 알 수 있다.

내부장애의 경우는 장애상태의 변화가 가능하다. 따라서 장애판정시 장애상태의 적정화를 기하기 위해 진단의사의 소견에 따라 장애상태의 재심사를 거쳐 등급을 재조정하고 있는데, 그 기한은 1년 이상 5년 이하이다.

정신지체인에 대해서는 『정신박약자복지법』에 규정되어 있지 않고, 학교교육법(1947)과 아동복지법(1947) 등에서 정신박약이란 용어를 사용하면서 일반화되기 시작하였다. 이에 따르면 정신박약이란 “여러 가지 원인에 의하여 정신발육이 항구적으로 지연되고 그 때문에 지적 능력이 열등하고 자기의 신변에 대한 처리 또는 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 자”로 정의되고 있다. 이러한 정신지체인들은 1960년의 『정신박약자복지법』이 제정되면서부터 모두 복지혜택을 받게 되었는데, 그 이전까지는 18세 미만의 정신지체아들만이 아동복지법의 규정에 의해 복지혜택을 받고 있었다.

이외에도 장애인과 관련된 법률로는 1960년에 제정된 『장애자고용 촉진 등에 관한 법률』이 있는데, 이 법에서 장애자란 “신체 또는 정신에 장애가 있으며 장기간에 걸쳐 직업생활을 영위하는 것이 현저히 곤란한 자”로 규정되어 있다.

이외에 정신지체인을 제외한 기타 정신장애인에 관한 복지조치로서 『정신보건법』이 있는데, 여기에서는 정신장애인을 “정신분열병, 중독성 정신병, 정신박약, 정신병질 등의 정신질환을 가진 자”로 규정하고 있다.

이상의 내용들을 종합해 볼 때, 일본에서는 장애인을 신체적 장애를 지닌 자를 대상으로 한 『신체장애자복지법』, 그리고 정신지체, 정신지체를 제외한 일반적인 정신장애를 지는 자를 대상으로 하는 법률이 각각 따로 제정되어 실행되고 있음을 알 수 있다.

일본에서는 재택자와 시설입소자를 모두 포함하여 장애인 수를 추정하고 있다. 이 중 신체장애자는 약 318만명(1996년), 정신박약자는 약 41만명(1995년), 정신장애자(1996년)는 약 217만명으로 총 576만명으로 추정되고 있다(表 III-5 참조).

〈表 III-5〉 日本의 障碍人數

(단위: 만명)

구분	총수	재택자	시설입소자
신체장애(아)자	317.7	301.5	16.2
정신박약(아)자	41.3	29.7	11.6
정신장애자	217	182	34.8

資料: 일본후생성, 『후생백서』, 1999.

이 중 18세 이상의 신체장애자수는 293만 3,000명으로 전 조사결과(1991년)에 비해 약 7.8% 증가된 결과이다. 신체장애인수를 장애종류별로 보면, 지체부자유가 165만명(56.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 내부장애가 62만명(21.2%), 청각·언어장애가 35만명(11.9%), 시각장애가 30만명(10.4%)의 순이었다(表 III-6 참조).

〈表 III-6〉 障碍種類別 身體障碍人數

(단위: 천명)

구분	신체장애자					
	총수	시각장애	청각·언어장애	지체부자유	내부장애	중복장애
1982	1,977(100.0)	336(17.0)	317(16.0)	1,127(57.0)	197(10.0)	150(7.6)
1987	2,413(100.0)	307(12.7)	354(14.7)	1,460(60.5)	292(12.1)	156(6.5)
1991	2,722(100.0)	353(13.0)	358(13.2)	1,553(57.1)	458(16.8)	121(4.4)
1996	2,933(100.0)	305(10.4)	350(11.9)	1,657(56.5)	621(21.2)	179(6.1)

資料: 일본후생성, 『후생백서』, 1999.

신체장애아의 경우(1991)는 전국에 8만 1,600명이 있는데, 시각장애 아동이 5,600명(6.9%), 청각장애아동(음성언어기능장애 포함)이 1만 6,400명(20.1%), 지체부자유 아동은 4만 1,400명(50.7%), 내부장애는 1만 8,200명(22.3%)으로 추정된다.

정신박약(아)·자 총수(1995)는 41만 3,000명(18세 미만 9만 6,000명, 18세 이상 30만 1,000명, 연령 미상은 1만 6,000명)으로 추계되었다.

이 중 재택정신박약(지적장애)아·자는 29만 7,000명(18세 미만 8만 6,000명, 18세 이상 19만 5,000명, 연령미상 1만 6,000명)으로 추계되었고, 시설입소자의 경우는 11만 6,000명(18세 미만 1만 1,000명, 18세 이상 10만 5,000명)이었다.

나. 美國

미국을 비롯한 서구 선진국들의 경우 아시아국가들에 비해 장애의 범위를 매우 넓게 규정하고 있는 것이 특징인데, 구체적인 예로 아시아국가들이 신체장애자의 범위를 의학적 기준에 의해서 판정하고 있다면, 미국이나 서구선진국가들은 장애인을 노동능력이 감퇴된 자로 간주하는 것이 일반적이다.

미국에서는 『사회보장법』(the social security act), 『재활법』(the rehabilitation act), 『미국장애인법』(the american with disability act) 등과 같은 몇 개의 법률을 통하여 장애를 정의하고 있는데, 그 내용을 구체적으로 알아보면 다음과 같다.

1935년에 제정된 『사회보장법』은 장애를 사회보장적 측면에서 규정하고 있는데, 동법에서 장애인이란 “의학적으로 판정하여 적어도 1년간 지속될 것으로 판정되는 또는 사망에 이를 것으로 판정되는 신체적, 정신적 손상으로 인하여 실질적인 소득활동에 참여하지 못하는 자”로 규정하고 있다. 즉, 사회보장측면에서는 소득활동 여부가 장애 판정의 기준이 되고 있는 것이다. 구체적으로 월평균소득이 일정액 이상인 경우는 장애로 판정되지 않고, 그 장애(impairment)가 기본적인 노동과 관련된 활동들을 방해하는 경우여야 하며, 현재의 상태가 능력장애를 야기하는 기능장애 목록 속에 포함되어 있어야 한다. 또한

과거에 하던 소득활동을 할 수 있는지를 판정하고, 과거의 일 이외의 연령, 교육, 과거 경력, 기술 등을 고려하여 어떤 다른 형태의 일을 할 수 있는지를 판정하는 것에 의하여 장애판정을 내리고 있다. 이렇듯 사회보장제도에서의 장애는 소득활동능력을 기준으로 자신에게 적합한 일을 할 수 없어야 하며 그 기간은 적어도 1년 이상이어야 한다고 규정하고 있다. 결과적으로 일을 할 수 있으면 장애로 간주되지 못하며, 부분적이거나 단기적 장애는 포함되지 않는다. 그러나 후천성면역결핍증과 같이 더 이상 일을 할 수 없거나 불치의 암과 같은 과거 하던 일의 양이 심하게 제한되는 경우 등은 모두 장애로 간주된다.

1920년 『직업재활법』으로 제정, 1973년에 개정된 『재활법』에서는 장애인을 “일상적 활동분야 중 한 가지 이상의 활동에 현저한 제한을 받는 신체적, 정신적 손상을 가진 자, 그러한 손상이 과거에 있었던 자, 그러한 손상을 가진 것으로 간주되는 자, 이러한 자로서 그 상태가 12개월 혹은 그 이상 지속될 가능성이 있는 경우”로 규정하고 있다.

『재활법』은 특히 중증장애인에 역점을 두고 있는데, 여기서 중증장애인이란 “고용가능성면에서 한 가지 또는 그 이상의 기능적 능력들을 현저히 제한하는 중대한 신체적, 정신적 장애를 지닌 자, 장기간에 걸쳐 복합적인 직업재활서비스를 필요로 한다고 인정되는 자로서 독자적인 기능능력 또는 취업능력이 현저한 장애에 의하여 심하게 제약되어, 기능하거나 직업에 종사함에 있어 독립적인 재활서비스를 요구할 정도의 자”를 뜻한다. 구체적인 예로는 팔·다리 절단, 관절염, 자폐증, 맹, 화상, 암, 뇌성마비, 농, 뇌질환, 심장질환, 반신불수, 혈우병, 호흡 및 폐기능장애, 정신질환 등 정신장애, 다발성 경화증, 근위축증, 근육 및 골격이상, 신경이상, 사지마비, 척수질환, 학습장애 등의 신체적, 정신적 장애를 지닌 자들이 속한다.

1990년에 제정된 『장애인법』에서는 장애인을 “개인의 일상생활 활

동 중 한가지 이상을 현저히 제한하는 신체적 또는 정신적 기능장애를 지닌 자, 이러한 기능장애의 기록이 있는 자, 이러한 기능장애를 가진 것으로 간주되는 자” 등으로 규정하고 있어 『재활법』과 동일하다고 볼 수 있다.

여기서 ‘일상활동’이란 자기보호(self-care), 보기, 듣기, 말하기, 걷기, 숨쉬기, 손으로 하는 작업의 수행, 배우기, 일하기 등의 기능을 뜻하며, ‘간주된다’라는 의미는 주요 일상활동을 현저히 제한하지는 않으나 고용인에 의해 그러한 제약을 가졌다고 취급되는 정신적 또는 신체적 기능장애를 가진 것, 오직 기능장애에 대한 고용인의 태도의 결과로서 주요활동을 제한하는 기능장애를 가진 것, 어떠한 기능장애도 갖지 않았으나 고용인에 의하여 그러한 장애를 가진 것으로 취급되는 것 등을 말한다. 예를 들어 얼굴이 심한 추형인 경우 타인의 부정적 반응을 유발함으로써 장애를 가진 것으로 간주된다.

또한 ‘기록이 있는 자’의 예로는 정신질환이나 암에서 회복된 경우이다. 그리고 여기서 말하는 신체적, 정신적 기능장애란 모든 생리적 장애나 상태, 외형적 추형, 또는 다음과 같은 신체체계(신경적, 근골격계, 특수 감각기관적, 생식기적, 소화기적, 비뇨기적, 피부과적, 혈액 및 임파적, 내분비적) 중 한 가지 이상에 영향을 주는 해부학적 손실, 정신지체, 유기체적 두뇌증후군, 정서적 또는 정신적 질환, 특수한 학습장애 등 모든 정신적 또는 심리적 장애를 말한다.

또한 이 법에서 중증장애인이란 “다양한 서비스를 장기간에 걸쳐 필요로 하는 자”로서, 예를 들어 절단, 맹, 암, 뇌성마비, 심장병, 반신마비, 정신지체, 정신병, 다발성 경화증, 근위축증, 신경계장애(간질, 뇌졸중 등), 양하지마비, 척수질환, 신장질환, 호흡장애 등으로 인한 장애인을 뜻한다.

미국의 장애법주는 <表 III-7>에서와 같이 신체장애(지체장애, 시각

장애, 청각장애, 언어장애, 외형적 추형, 신경계 장애, 근골격계장애, 감각기관 장애), 정신지체, 정신장애, 학습장애, 알코올중독, 내부장애(생식기, 소화기, 비뇨기, 피부, 혈액, 내분비계 장애, 암, AIDS 등)로 구분되고 있다.

이외에도 『발달장애인법』과 『교육법』에서도 장애인을 규정하고 있으나, 일반적으로 장애개념은 『미국장애인법』(ADA)의 정의를 따른다. 장애판정은 보건·교육·복지부장관의 위임으로 주기관과 연방사회보장국 장애인판정위원회에서 판정하며 위원은 의료인 및 전문가로 사회보장국에서 위촉한다.

미국의 경우 장애인구를 파악하기 위해 실시된 조사 중 하나인 국민건강조사(1990년) 결과에 의하면, 주요 생활활동에 한계를 가진 장애인 수는 약 3380여 만명으로 추산된다. 그리고 ‘인구조사국’(McNeil, 1993)에 의하면 1991~1992년의 미국장애인수는 미국 인구의 19.4%인 4890만명이며, 이 중 49.3%가 중증인 것으로 보고되었다.

다. 獨逸

장애인복지가 가장 발달된 독일은 1974년의 『중증장애인법』에 예 규정된 생업능력상실률(MdE=minderung dererwerbsfähigkeit)에 의해 장애를 규정하고 있으며, 생업능력상실률에 의해 장애판정이 이루어졌다. 『중증장애인법』에서의 장애개념은 경제활동능력의 쇠퇴로 규정하는 생업능력상실률을 기준으로 MdE가 30% 이상인 사람을 장애인이라고 하고, 50% 이상인 사람을 중증장애인이라 하며, 80% 이상인 경우 최중도장애인이라 규정하였다.

생업능력상실률(MdE)의 개념은 모든 생활영역에서의 장애 또는 손상의 결과와 연관되어 있으며, 직업생활에서의 제약에만 관련되는 것은 아니다. MdE는 기능의 결함, 다시 말해 신체적, 정신적 또는 심리

적 능력의 결함에 따른 결과에 대한 척도이기도 하다. 그러므로 MdE는 장애의 정도를 나타내며, MdE 등급에서 능력의 정도를 추론해 낼 수 없다. 『사회보장법』에서 평가할 때 특히 직업과의 관련성을 고려해야 하는 경우에는 종사하거나 추구하는 직업과는 무관하게 판정하는 것이 원칙이다. 이러한 MdE에 의해 이루어지던 장애판정은 1983년 “사회적 손해보전 청구권과 장애인법에 따른 의사판정을 위한 지침”이 마련되면서 1986년부터 장애정도(GdB)로 대체되어 이 기준에 따라 장애판정이 이루어지고 있다.

이 기준에 의하면 독일은 장애정도를 10~100까지 10단위로 나누어 최소한 20% 이상의 장애가 있는 경우 장애인으로 판정하며, 중복장애가 있을 경우 장애정도의 종합적인 기능손실을 고려하여 장애정도를 확정한다. 특히 독일의 장애인복지제도는 중증장애인에 중점을 두고 있는데, 중증장애인이란 “육체적으로나 정신적으로 장애가 있고 또 그 장애로 인하여 생계능력이 일시적으로만이 아니라 최소한 50% 까지 저하된 자로, 장애정도가 50% 이상이고 독일내에 거주 또는 주로 거주하거나 고용되어 있는 자”를 말한다. 단, 일정 조건하에서는 장애정도가 30~50% 사이인 자도 중증장애인에 준하는 자로 간주될 수 있다. 이러한 장애여부의 판정은 장애인의 신청에 따라 연방후생법의 시행을 담당하는 후생성이 담당한다.

이상의 내용으로 볼 때 독일에서는 장애를 일반적으로 건강문제로 인하여 제약이 유발되고, 그 결과 사회생활에 제한을 받게 되는 것이라고 정의될 수 있다. 즉, 모든 건강문제인 육체적, 정신적, 심리적 변화가 일시적으로 나타날 뿐만 아니라, 이로 인하여 사회생활에 침해를 받게 되는 것을 장애라고 본다. 장애가 질병이나 사고에 의한 것인지 또는 선천적인 것인지는 중요하지 않으며 장애가 실제로 존재하고 있는지가 중요하다(박옥희, 1998).

독일에서의 장애범주는 크게 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어장애, 추형), 정신장애, 정신지체, 그리고 내부장애(심장순환기, 신장, 호흡기, 소화기, 비뇨생식기, 신진대사, 혈관, 피부장애)로 구분하고 있다.

독일의 장애인 표본조사 결과에 의하면 장애인구수는 1988년말 현재 640만명으로 조사되고 있는데, 이는 전인구의 10.4%에 해당한다.

라. 濠洲

호주는 『연방장애인서비스법』(The Commonwealth Disability Service Act)과 『장애인차별금지법』(The Disability Discrimination Act)에 장애정의를 규정하고 있는데, 그 내용을 구체적으로 보면 다음과 같다.

1986년에 제정된 『연방장애인서비스법』에 의하면, 장애인을 “지능, 전신감각, 신체적 손상 등으로 인해 의사소통, 학습, 이동 등에 장애가 있는 자”로 정의하고, 다음과 같은 장애를 가진 사람들로 구체화하고 있다.

첫째, 지적, 심리적, 감각적 혹은 신체적 손상을 유발하거나 그러한 손상들을 중복적으로 유발시킬 수 있는 장애, 둘째, 영구적이거나 그러한 가능성이 있는 장애, 그리고 결국에는 다음과 같은 장애를 초래할 수 있는 장애 즉, 개인의 의사소통, 학습 혹은 이동능력을 현저히 감소시키거나, 지속적인 지원서비스를 필요로 하게 되는 경우이다.

1992년에 제정된 『장애인차별금지법』에서의 장애정의는 연방 및 주의 법률에 나타난 정의를 기준으로 규정되어 있는데, 장애의 정의를 가능한 한 광범위하게 규정하여 신체적, 지적, 심리적, 정신적, 감각적, 신경적 장애와 추형, 기형 및 질병을 야기하는 유기체의 존재(예: HIV바이러스) 등을 모두 포함한다. 또한 현재뿐만 아니라 과거에 존재한 사실이 있거나 혹은 미래에 존재할 가능성이 있거나 가진 것으로 인지되는 장애도 포함하고 있다. 구체적으로 법에 명시된 범위는 다음과 같다.

신체적, 정신적 기능을 부분적으로나 전체적으로 상실한 경우, 신체부분을 부분적으로나 전체적으로 상실한 경우, 질병을 유발시키거나 유발시킬 가능성이 있는 유기체의 존재, 신체의 역기능, 추형, 기형의 경우, 학습장애를 유발하는 장애나 역기능, 사고과정, 실체에 대한 인지, 감정, 판단 등에 영향을 미치거나 행동장애를 유발하는 장애나 질병이 있는 경우가 된다. 일반적으로 호주에서는 장애정의나 범주를 결정할 때, 『장애인차별금지법』의 정의를 따르는데, 장애 범주는 크게 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어장애, 기형, 추형), 정신장애, 정신지체, 알코올 및 약물중독, 그리고 내부장애(심장, 신장, 호흡기, 당뇨, 암, AIDS 등)로 구분하고 있다.

이러한 장애정의에 따라 호주 통계국에서는 장애통계생산을 위한 조사에서 적용하는 장애정의를 다음과 같이 규정하고 있다. 호주에서의 장애인이란 “6개월 혹은 그 이상의 기간동안 지속되어 왔거나 그럴 가능성이 있는 사람으로서 다음과 같은 장애 혹은 손상에 해당되는 자”이다. ① 시각상실자(안경이나 콘택트렌즈를 착용해도 안 보이는 경우), ② 청각상실자, ③ 모국어를 말하는 데 어려움을 겪는 자, ④ 의식을 일시적으로 상실하거나 발작 혹은 완전히 상실한 자, ⑤ 학습과 이해가 느린 자, ⑥ 팔이나 손을 완전하게 사용할 수 없는 자, ⑦ 발이나 다리를 완전하게 사용할 수 없는 자, ⑧ 신경 또는 정서적 여건으로 인해 오랫동안 치료를 받아 온 자, ⑨ 신체적 활동이나 육체노동을 하는데 제한이 따르는 자, ⑩ 신체가 왜곡되거나 뒤틀린 자, ⑪ 정신장애로 인해서 도움 및 지도를 필요로 하는 자, ⑫ 장기간의 치료나 의료보호를 받아온 자(여전히 치료받아야 하는 조건 때문에 몇가지 면에서 제한을 받고 있는 자)이다(김형식, 1999). 이 기준에 의한 통계청의 『장애인과 노인에 대한 조사보고서』(1993)에 따르면, 호주 전체 인구의 18.0%에 해당하는 317만 7천명이 장애인으로 나타났다.

〈表 III-7〉 障 碍 定 義 및 範 疇 의 國 際 比 較

국가	관계법	장애정의	장애범주
일본	장애인기본법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 장애인이란 신체장애, 정신박약, 정신장애가 있음으로써 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 자 ◦ 정신박약자란 여러 가지 원인에 의해 정신발육이 항구적으로 지연되고 그 때문에 지적능력이 열등하고 자기의 신변처리, 사회생활에의 적응이 현저히 현저히 곤란한 자 ◦ 정신장애이란 정신분열증, 중독성정신병, 정시박약, 정신병질 등의 정신질환을 가진 자 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신체장애: 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 ◦ 정신박약(지체), 정신장애 ◦ 내부장애: 심장기능, 호흡기능, 소화기능, 비뇨기능장애
미국	미국장애인법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 장애인이란 ① 개인의 일상생활 활동 중 한가지 이상을 현저히 제한하는 신체적 또는 정신적 기능장애를 지닌 자, ② 이러한 기능장애의 기록이 있는 자, ③ 이러한 기능장애를 가진 것으로 간주되는 자 등으로, 여기에서의 일상활동이란 자기보호, 보기, 듣기, 말하기, 걷기, 숨쉬기, 손으로 하는 작업의 수행, 배우기, 일하기 등의 기능을 뜻하며 간주됨. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신체장애: 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 외형적 추형, 신경계장애, 근골격계장애, 감각기관장애 ◦ 정신지체, 정신장애, 학습장애, 알코올중독 ◦ 내부장애: 생식기, 소화기, 비뇨기, 피부, 혈액·내분비계장애, 암, AIDS 등
독일	중증장애인법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 장애란 보통에서 어긋나는 신체적·정신적 또는 심리적 상태에서 기인하는 지속적인 기능저하 상태임. 보통에서 어긋난다는 것은 당사자의 연령에 비추어 전형적인 상태에서 벗어난 상태를 말하며, 지속적이란 6개월 이상을 뜻함. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신체장애: 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 추형 ◦ 정신지체, 정신장애 ◦ 내부장애: 심장순환기, 신장, 호흡기, 소화기, 비뇨생식기, 신진대사, 혈관, 피부장애
호주	장애인서비스법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지능, 정신, 감각, 신체적 손상 등으로 의사소통, 학습, 이동 등에 장애가 있는 자 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신체장애: 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 기형, 추형 ◦ 정신지체, 정신장애, 알코올 및 약물중독 ◦ 내부장애: 심장, 신장, 호흡기, 당뇨, 암, AIDS 등
	장애차별금지법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 장애를 가능한 광범위하게 규정하여 신체적·지적·심리적·정신적·감각적·신경적장애와 추형·기형 및 질병을 야기하는 유기체의 존재(예: HIV 바이러스) 등을 모두 포함하고 있으며, 현재뿐만 아니라 과거와 미래에 가장 가능성이 있거나 가진 것으로 인지되는 장애도 포함. 	
영국	국가부조법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 맹자, 농자, 아자 또는 어떠한 특성이든 지니고 있는 정신적 질병으로 고생하는 자 및 질병, 부상 또는 선천적 기형에 의해 현저하고 영구적으로 장애를 지니게 된 모든 자 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 신체장애: 시각장애, 청각장애, 언어장애, 질병, 부상, 선천적 기형 ◦ 정신장애: 신체장애, 정신장애로 인해 자신의 연령, 경험, 자격에 상응하여 취업하지 못하는 자
	장애인고용법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 부상, 질병 또는 선천적 기형 등으로 인하여 자심의 연령, 경험 및 자격에 상응하는 직업을 취득하고 유지하거나 자영업을 운영하는 데 상당한 장애를 지닌 자 	

資料: 서동우(1997)에서 일부 수정함.

마. 英國

영국은 법의 목적과 성격에 따라 장애의 정의를 약간씩 다르게 정의하고 있는데, 그와 관련된 법은 『국가부조법』, 『장애인고용법』, 그리고 『장애인차별금지법』으로 각각의 법에서 규정하고 있는 장애의 정의는 다음과 같다.

『국가부조법』에 의하면 공적부조의 대상이 되는 장애인은 “맹·농·언어장애, 또는 어떠한 특성이든 지니고 있는 정신적 질병으로 고생하는 자 및 질병, 부상 또는 선천적 기형에 의해 현저히 그리고 영구적으로 장애를 지니게 된 모든 자”들로 규정하고 있다.

『장애인고용법』에서는 장애인이란 “부상, 질병, 또는 선천적 기형 등으로 인하여 자신의 연령, 경험 및 자격에 상응하는 직업을 취득하고 유지하거나 자영업을 운영하는 데 상당한 장애를 지닌 자”로 규정하고 있다.

다음으로 1995년 11월에 제정된 『장애인차별금지법』에서는 장애를 “정상적인 일상생활을 하기 위한 개인의 능력에 지속적이고 장기적으로 불리한 영향을 주는 신체적 또는 정신적 손상을 말한다”고 정의하고 있으며, 손상이란 단지 정상적으로 일상생활을 하기 위한 개인의 능력에 영향을 주는 것으로 간주된다. 즉, 이동력, 손기능, 신체협응력, 지속력(들 수 있는 능력, 일상 사물을 이동하는 능력), 말하고 듣고 보는 능력, 기억력 또는 집중력, 학습 또는 이해력, 신체적 위험에 대한 지각력 중 하나에 영향을 주면 손상이라고 정의한다.

영국의 경우 장애는 질병이나 사고에 의한 것인지 또는 선천적인 것인지의 원인은 중요하지 않고 장애가 실제로 존재하고 이러한 상태가 12개월 지속되고 있는지가 중요하다. 영국에서의 장애범주는 크게 신체장애(시각장애, 청각장애, 언어장애, 질병, 부상, 선천적 기형), 그

리고 정신장애(신체장애 및 정신장애로 인해 자신의 연령, 경험, 자격에 상응하여 취업하지 못하는 자)로 구분하고 있다.

영국은 다양한 기준에 의해 장애인구를 조사하였는데, 1988년의 각 조사의 결과를 보면, 만성질환, 장애, 무능력자의 비율이 33.0%, 경제활동인구 중 건강문제 또는 손상을 갖고 있는 인구가 21.5%, 활동에 제약을 받는 사람이 19%, 노동연령인구 중 노동을 하는 데 제약이 있는 인구가 8.6%로 나타났다(한국장애인복지체육회, 1999).

3. 우리 나라의 定義

가. 障礙 定義

우리 나라의 현행법 중 장애와 관련된 법은 『장애인복지법』, 『장애인고용촉진 등에 관한 법률』, 『특수교육진흥법』, 『산업재해보상보험법』, 『자동차손해보상보험법』, 『근로기준법』, 『국가유공자예우등에 관한 법률』, 『국민연금법』, 『공무원연금법』, 『사립학교교원연금법』, 『군인연금법』, 『국가배상법』 등 모두 12종류의 법이 있다. 그러나 장애라는 개념은 각 법에 따라 장애, 장해, 폐질, 상이, 후유장애 등으로 달리 표현되고 있는 실정이다.

이상의 장애관련 법 중 구체적으로 장애정의를 하고 있는 법으로는 『장애인복지법』, 『장애인 고용촉진 등에 관한 법률』, 『특수교육진흥법』 등이 있는데, 『장애인 고용촉진 등에 관한 법률』은 『장애인복지법』에 의한 장애 정의를 그대로 적용하고 있고, 일반적으로도 『장애인복지법』상의 장애 정의를 장애 개념으로 보고 있다.

『장애인복지법』(1999. 1. 개정) 제2조 제1호에서는 장애인을 “신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람”으로 포괄적으로 규정하고 있으나, 제2조

제2호에서는 장애인복지법의 적용을 받는 장애인은 제1항의 규정에 의한 장애인중 다음 각호의 1에 해당하는 장애를 가진 자로서 대통령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다고 하여 장애범주가 대통령령으로 위임되어 있으며, 현재는 기존의 장애범주에 비해 내부장애와 정신장애가 포함됨으로써 일부 확대되고는 있으나 아직도 선진국에 비해서는 장애범주가 협소하다고 하겠다.

나. 障碍 範疇

1) 障碍範疇 擴大의 必要性 및 背景

우리 나라는 1989년 『장애인복지법』이 개정된 이후 법 제2조에서 법정 장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신적 결함(정신지체)의 5가지 영역으로 한정하고 있었다. 이에 따라 5가지 영역의 기존 장애범주와 동일한 정도의 고통을 겪고 있었던 정신장애인이나 내부장애인 등은 그 동안 장애복지서비스를 전혀 제공받고 있지 못하였다. 따라서 이들 장애인들은 과중한 의료비 부담과 취업의 어려움 등으로 인한 경제적 고통을 겪고 있었고, 특히 정신장애인은 정신장애에 대한 사회적 편견에 의해서 더욱 그 고통이 컸다고 하겠다.

우리 나라는 5가지 장애영역에 해당하는 법적 장애인의 인구가 ‘1995년도 장애인 실태조사’에 의하면 약 105만명 정도로 추정되어 전 인구의 2.35%를 차지하고 있다(정기원 등 1995). 그러나 WHO에서는 전체 세계인구의 약 10%정도를 장애인으로 추정하고 있어 외국의 장애인구가 우리와 큰 차이를 보이고 있음을 알 수 있다. 이는 장애인의 범위와 기준에서 큰 차이를 보이고 있기 때문이다(表 III-7 참조).

유럽이나 미국 등 서구 선진국의 경우에는 일반적으로 장애인의 범위가 개발도상국가들에 비하여 매우 포괄적인 것이 특징이다. 예를

들어 과거의 한국이나 일본의 경우 장애인의 범위를 주로 의학적 모델(medical model)에 입각하여 주로 신체구조 및 신체기능상의 장애로 판정하는 것에 비하여 유럽 등 서구 선진국에서는 신체, 정신의 기능적인 장애에 추가하여 특정한 일을 어느 정도 수행할 수 있는지의 여부에 의한 과업수행(노동) 능력, 그리고 개인적 요인뿐만 아니라 환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건까지 포함하는 사회적인 의미의 장애 등 포괄적으로 장애범위를 채택하고 있다. 즉, 영국처럼 장애를 ‘신체적 장애 및 정신적 장애로 인해 자신의 연령, 경험, 자격에 상응하여 취업하지 못하는 자’로서 포괄적인 규정을 두고 있기도 하다. 물론 최근에는 우리 나라와 일본 모두 서구 선진국의 장애개념을 수용하는 방향으로 장애인 정책이 전환되고 있다.

1996년 12월 국무총리를 위원장으로 하는 ‘장애인복지대책위원회’에서 『장애인복지발전 5개년 계획』을 수립토록 결정하고 장애인 관련 전문가 등으로 민·관 실무작업단을 구성하여 각 부문별 조사·연구를 실시하고, 교육부, 노동부, 재정부 등 관계부처와의 협의 후 1997년 12월 동 계획을 공포하였다. 『장애인복지발전 5개년 계획』에 따르면, 장애범주를 점차 확대하여 빠른 시일 안에 선진국 수준에 도달하도록 하고 있다. 또한 국민의 정부 출범 이후 정부가 추진하는 100대 국정과제 중의 하나로 장애범주 확대가 포함되었다. 이에 따라 1999년 1월 ‘장애인복지법’이 개정되어 장애범주 확대를 위한 법적 근거가 마련되었다.

2) 障礙範疇 擴大와 이에 따른 障礙의 分類

장애범주 확대는 각 장애간의 형평성과 장애인들이 겪고 있는 사회경제적 고통을 감안할 때 조속히 이루어져야 하는 것은 이론의 여지가 없다. 그러나 장애범주를 일시에 모든 영역에 걸쳐 확대하기란 현실적으로 어려운 점이 많다. 구체적으로 장애범주 확대와 관련되는

행정적 수요를 감당하기 어렵다는 것, 아주 다양한 여러 가지 장애에 대한 등급판정 기준을 만드는 것이 기술적으로 어렵다는 것 등이 감안되어야 한다. 그러나 무엇보다도 장애범주 확대와 관련되는 추가 소요예산의 확보가 가장 큰 어려움이라 할 수 있다.

따라서 현재 보건복지부가 추진하고 있는 장애범주 확대와 관련된 정책기조는 장기간 동안 걸쳐 많은 장애관련 전문가들의 연구와 토론을 거쳐 만들어졌다. 또한 관련 부처와의 협의를 마친 「장애인복지발전 5개년 계획」을 토대로, 동 계획에서 추천된 확대범주의 순서에 따라 장애범주를 확대하되, 예산의 범위 안에서 가능한 한 빨리 장애범주 확대를 추진해 나간다는 것이다.

「장애인복지발전 5개년 계획」에 따르면, 1차 확대범주에는 진료일수가 길고 의료요구가 큰 만성 신장 및 심장질환과 장기간 치료가 필요한 정신분열증 등 만성 중증 정신질환 및 발달장애 중 자폐장애가 포함되도록 되어있다. 2차 확대범주에는 완치가 어려운 간질환 및 만성 호흡기질환, 만성 알코올·약물중독, 기질성 뇌증후군과 자폐증을 제외한 기타 발달장애가 포함되며, 3차 확대범주에는 안면기형, 치매, 비뇨기계, 소화기계, 피부질환 및 특이장애 등이 포함되도록 되어 있다. 그러나 ‘장애인복지발전 5개년 계획’에는 많은 장애가 구체적으로 포함되지 않은 실정이다. 예를 들어, 간질, 암, AIDS, 혈우병, 선천성 대사이상 등의 장애는 구체적으로 포함되어 있지 않다. 이들 장애는 장애의 심각도, 장애자 추정수, 장애등급 판정기준의 난이도 등을 감안하여 2차 또는 3차 범주확대시에 나누어서 포함시키는 것이 바람직할 것으로 보인다. 또한 범주가 확대되는 장애의 경우는 장애에 대한 장애인복지 서비스 체계와 더불어 질병의 치료적 개입을 담당하고 있는 보건의료 서비스 체계를 효과적으로 연계하는 통합적이고 포괄적인 서비스를 제공하여야 장애인의 기능을 최대화할 수 있을 것이다.

우리 나라 『장애인복지법』상의 장애분류는 법 제2조제2항에 언급되었듯이 신체적 장애와 정신적 장애로 크게 분류되며, 신체적 장애 및 정신적 장애의 대분류 밑에 중분류, 소분류 및 세분류의 분류체계가 있다. 신체적 장애는 “주요 외부신체기능의 장애, 내부기관의 장애” 등을 말하며, 정신적 장애는 “정신지체 또는 정신질환으로 발생하는 장애”를 말한다. <表 III-8>은 『장애인복지법』에 따른 장애의 분류와 확대예정인 장애범주를 요약하였다.

<表 III-8> 障 碍 人 福 祉 法 에 따 른 障 碍 分 類 및 障 碍 範 疇 擴 大 計 劃

대분류	중분류	소분류	세분류	2차 확대대상	3차 확대대상
신체적 장애	외부장애 (외부기관의 장애)	지체장애	- 절단장애 - 관절장애 - 지체기능장애 - 변형 및 단축	-	- 안면기형
		뇌병변장애 ¹⁾	- 중추신경 손상으로 인한 복합적인 장애		
		시각장애	- 시력장애 - 시야결손장애		
		청각장애	- 청력장애 - 평형기능장애		
	내부장애 (내부기관의 장애)	신장장애 ²⁾	- 투석 중인 만성신부전증 및 신장이식자	- 만성호흡기질환 - 만성 간질환	- 소화기질환 - 비뇨기질환
		심장장애 ²⁾	- 일상생활이 현저히 제한되는 심장기능이상자		
정신적 장애	정신지체		- 지능지수가 70 이하인 경우	-	-
	정신장애 ²⁾		- 정신분열병 - 분열정동장애 - 양극성정동장애 - 반복성우울장애	- 만성 알코올·약물 중독 - 기질성 뇌증후군	- 치매
	발달장애 ²⁾		- 자폐증	- 기타 발달장애	-

註: 1) 지체장애에서 분리된 장애등급 판정기준 설정함.

2) 1차 확대 장애범주임.

가) 身體的 障礙

① 肢體障礙

지체장애란 신체적 장애 중 팔(손가락 포함)과 다리(발가락 포함) 그리고 몸통 즉, 척추의 기능장애를 의미하고 있다.

〈表 III-9〉 障礙等級表 障礙項目의 領域別 分類(1999)

평가영역	장애항목	장애부위	장애정도	장애 등급	
신체적 평가영역	절단	팔	양 쪽	-	1급 2호, 2급 1호, 3급 1호, 4급 1호
			한 쪽	-	2급 2호, 3급 3호, 4급 4호, 4급 6호 5급 3호, 6급 2호, 6급 5호
		다리	양 쪽	-	1급 2호, 2급 1호, 3급 1호, 5급 1호
			한 쪽	-	3급 2호, 4급 1호, 6급 1호
	변형	다리	-	-	4급 3호, 6급 3호
기능적 평가영역	해부학적 국소부위 미만성 분포	팔	양 쪽	완전한 상실	1급 1호, 3급 2호, 4급 2호
				뚜렷한 장애	2급 4호, 5급 1호
			한 쪽	완전한 상실	2급 3호, 3급 4호, 4급 5호, 4급 7호, 5급 4호
				뚜렷한 장애	3급 5호, 4급 8호, 5급 5호, 5급 6호, 6급 1호, 6급 3호, 6급 4호
		다리	양 쪽	완전한 상실	1급 1호, 5급 2호
			뚜렷한 장애	2급 2호	
	한 쪽	완전한 상실	3급 3호		
		뚜렷한 장애	4급 4호		
	몸통		기능장애	1급 1호, 2급 1, 2호, 3급 1호, 5급 1호	
	관절에 국한된 분포	팔	양 쪽	완전한 상실	없음
				뚜렷한 장애	없음
			한 쪽	완전한 상실	4급 3호
				뚜렷한 장애	5급 2호
		다리	양 쪽	완전한 상실	없음
뚜렷한 장애			없음		
한 쪽	완전한 상실	4급 2호, 6급 2호			
	뚜렷한 장애	5급 3호			

장애등급표의 지체장애 항목은 크게 신체적 평가영역과 기능적 평가영역으로 구분되어 있는데, 신체적 평가영역에 속하는 것은 절단과 변형이 있고, 기능적 평가영역에는 기능장애가 해부학적 국소 부위에 미만성으로 분포(topographic distribution)하는 경우와 특정 관절 자체에 국한된 경우로 나누어 볼 수 있다(表 III-9 참조).

또한 장애등급표에서 지체장애는 장애부위에 따라 팔, 다리, 몸통으로 나누고 있으며, 장애항목은 절단장애, 관절기능장애, 지체(팔, 다리, 몸통) 기능장애, 변형 및 단축장애로 구분하고 있다.

이외에 1999년의 장애인복지법 시행령 개정령에는 그 동안 민원의 대상이 되어오던 꼽추, 왜소증 등 기존에 누락된 장애항목이 추가되었다.

② 腦炳變障礙

1999년의 장애인복지법 시행령 개정령에는 뇌병변장애 항목을 지체장애에서 분리하여 신설하였다. 여기서 규정하는 뇌병변장애란 “뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인해 신체적·정신적으로 장애가 생겨 보행 또는 일상생활동작 등에 현저한 제한을 받는 자”를 말한다.

현 장애인등급표상의 장애항목으로는 뇌성마비를 비롯한 뇌졸중, 뇌손상 등 중추신경마비에 대한 정확한 장애판정이 매우 어려운 실정이다. 따라서 뇌병변에 의한 장애를 별도로 판정할 수 있도록 지체장애, 시각장애, 청각장애 등과 함께 신체적 장애의 중분류로 구분하여 뇌병변장애 등급표를 마련하였다(表 III-10 참조). 기존 지체장애등급표에 의해 장애등급이 결정된 뇌병변장애인에 대해서는 기존의 장애등급을 그대로 인정하게 된다.

〈表 III-10〉 脳病變障礙 等級基準

등급	장애 정도
1급	- 보행이 불가능하거나 일상활동동작을 거의 할 수 없어 도움과 보호가 필요한 사람
2급	- 보행이 제한되었거나 또는 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람 - 보행과 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
3급	- 보행이 상당한 정도 제한되었거나 일상생활동작이 상당히 제한된 사람 - 보행과 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람
4급	- 보행이 경중한 정도 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람 - 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
5급	- 보행이 경미하게 제한되었거나 섬세한 일상생활동작이 제한된 사람 - 보행시 파행을 보이며 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람
6급	- 보행시 파행을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경중한 정도 제한된 사람

③ 視覺障礙

시각장애란 “시기능의 현저한 저하 또는 소실에 의해 일상생활 또는 사회생활에 제약이 있는 자”로 『장애인복지법』 장애등급판정지침에서는 시력감퇴에 의한 시력장애와 시야결손에 의한 시야결손장애로 구분한다. 6개의 등급이 있으며(表 III-11 참조), 1999년 개정된 시행령에서는 나쁜 눈 0.02 이하, 좋은 눈 0.2 이하 시력을 가진 사람으로 규정한다.

〈表 III-11〉 視覺障礙 等級基準

등급	장애 정도
1급	- 좋은 눈의 시력이 0.02 이하인 사람(만국식 시력표에 의해 측정된 것을 말하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 교정시력을 측정된 것을 말함. 이하 같음.)
2급	- 좋은 눈의 시력이 0.04 이하인 사람
3급	- 좋은 눈의 시력이 0.08 이하인 사람 - 두 눈의 시야가 각각 주 시점에서 5도 이하로 남은 사람
4급	- 좋은 눈의 시력이 0.1 이하인 사람 - 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
5급	- 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 - 두 눈에 의한 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람
6급	- 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람

④ 聽覺障礙

청각장애는 청력장애와 평형기능장애로 구분된다. 청력장애란 일반적으로 몇 데시벨(db)의 소리를 들을 수 있는가와 같은 크기의 소리라도 어음의 청음명료도를 퍼센트로 표시하여 그 장애정도를 분류할 수 있다. 청력장애는 2급, 3급, 4급, 6급의 4등급으로 구분하고 있다. 즉, 청력장애 2급은 두 귀의 청력 손실이 90데시벨 이상인 사람(두 귀가 완전히 들리지 않는 사람)이 해당되고, 3급은 두 귀의 청력 손실이 80 데시벨인 사람(귀에 입을 대고 큰 소리로 말해도 듣지 못하는 사람), 4급은 첫째, 두 귀의 청력 손실이 70데시벨인 사람(귀에 대고 말을 해야 들을 수 있는 사람), 둘째, 두 귀에 들리는 말소리 명료도가 50퍼센트 이하인 사람이 해당되고, 6급은 첫째, 두 귀의 청력 손실이 60데시벨 이상인 사람(40cm 이상 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람), 둘째, 한 귀의 청력손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력손실이 40데시벨 이상인 사람이 해당된다(表 III-12 참조).

〈表 III-12〉 聽力障礙 等級基準

등급	장애 정도
2급	- 두 귀의 청력손실이 각각 90데시벨 이상인 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니 하는 사람)
3급	- 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨 이상인 사람(귀에 입을 대고 큰 소리로 말을 하여도 듣지 못하는 사람)
4급	- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨 이상인 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람) - 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최량 명료도가 50% 이하인 사람
6급	- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨 이상인 사람(40센티미터 이상 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람) - 한 귀의 청력손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력손실이 40데시벨 이상인 사람

평형기능장애란 공간내에서 자세 및 방향감을 유지하는 능력을 말하는 것으로 쉽게 말해 어지럼증으로 몸의 중심을 잡지 못하는 것을 이야기하는 것이며, 시각, 고유 수용감각 및 진정기관에 의해 유지된다.

〈表 III-13〉 平衡機能障礙 等級基準

등급	장애 정도
3급	- 양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
4급	- 양측 평형기능의 소실 또는 감소로 두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 사람
5급	- 양측 평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나거나, 복합적인 신체운동이 어려운 사람

평형기능장애의 등급은 3급, 4급, 5급의 3등급으로 규정되어 있는데, 3급은 평형 기능에 매우 뚜렷한 장애가 있는 사람(두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상 지속적으로 걸을 수 없는 사람)이고, 4급은 평형기능이 소실 또는 감소된 사람(두 눈을 뜨고 10미터를 걸으려면 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 사람)이며, 5급은 평형기능이 감소된 사람(두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나거나 복합적인 신체운동은 어려운 사람)이 해당된다(表 III-13 참조).

⑤ 言語障礙

일반적으로 언어장애란 상대방과 통신의 도구로서 사용되어지는 말(언어)의 장애로서 자신을 표현하며, 인간관계를 맺고, 사회 생활을 영위하는데 지장이 있는 것을 말하며, 독서불능증(alexia)이라 하여 교육을 받아도 문자를 익히지 못하는 질환도 포함시킬 수 있다. 즉, 언어

장애란 음성 또는 언어장애로 의사소통이 어렵거나 의사소통이 이루어지지 않는 경우를 말하는데, 그 정도에 따라 그 기능을 완전히 상실한 사람과 현저한 장애가 있는 사람으로 구분한다. 음성·언어장애는 음성장애, 발음장애, 실어증, 말더듬증 등이 있을 때 나타나는데 여기에서 음성장애는 단순한 음성장애보다는 발음(조음)장애 등을 포함하고 있는 구어장애의 의미를 갖는다.

언어장애의 등급은 3급과 4급으로 구분되어 있는데, 3급은 음성 또는 언어기능을 잃은 사람으로 간단한 대화만이 겨우 가능한 사람을 말하며, 4급은 음성, 언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성 또는 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람으로 느린 속도로 일상 대화만이 어느 정도 가능한 경우가 해당된다(表 III-14 참조).

〈表 III-14〉 言語障礙 等級基準

등급	장애 정도
3급	- 음성기능 또는 언어기능을 잃은 사람
4급	- 음성, 언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성 또는 언어 기능에 현저한 장애가 있는 사람

⑥ 腎臟障礙

내부 장기장애 중 신장장애는 통칭 만성신부전을 뜻하는 말로 정상적인 신장은 인체의 불순물을 제거하고 체내의 수분을 균형있게 유지시켜주지만 만일 만성신장질환으로 인해 신장에 이상이 발생하게 되면 신장은 더 이상 정상적인 기능을 할 수 없게 된다. 따라서 신장장애가 생기면 혈액정화를 목적으로 혈액투석기계를 사용하며, 혈액투석을 하거나 인체의 복막을 이용한 복막투석을 하게 되는데, 진료일수가 길고 병원에서 소비하는 시간이 많아 취업 등 사회적 활동의 제

약이 생겨 의료비 부담 등 경제적인 고통을 받고 있는 신장장애자나 그 가족의 장애범주 확대에 대한 요구가 높아져 왔다(한국장애인복지체육회, 1999).

1999년 1월 7일 전면 개정된 장애인복지법에서는 1차 장애범주확대 대상 질환에 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 신장 질환이 포함되었는데, 시행령 개정령에 의하면 신장장애인이란 “신장의 기능장애로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람으로서 신장의 기능장애가 앞으로 회복할 가능성이 극히 적고 그로 인하여 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로 규정되어 있다.

신장장애등급은 2급과 5급으로 나뉘는데 구체적인 등급규정은 <表 III-15>와 같다.

<表 III-15> 腎臟機能障礙 等級基準

등급	장애 정도
2급	- 만성신부전증으로 인하여 1개월 이상 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람
5급	- 신장을 이식받은 사람

⑦ 心臟障礙

생활패턴이 서구화되고 노령인구가 증가함에 따라 만성심장질환의 유병률이 증가하고 있는 추세이고 의료수준의 향상으로 생존율이 높아져 이에 대한 장애범주의 확대에 대한 요구도가 높아지고 있는 실정이다. 이에 따라 1999년 1월 전면 개정된 『장애인복지법』에서 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 심장질환이 1차로 장애범주에 포함되었다.

심장장애인이란 “심장의 기능 부전으로 인하여 일상생활 정도의 활

동에도 호흡곤란 등의 기능장애가 있어 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로 규정되어 있으며, 심장장애를 판정받기 위해서는 장애판정 직전 1년간 동일 심장질환에 대하여 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력 또는 의사소견서를 확인하여야 하며(환자는 치료력 또는 의사소견서를 제출), 최근 2개월간의 환자상태와 임상 및 검사소견으로 장애등급을 판정한다.

심장장애의 장애등급은 1급, 2급, 3급으로 나뉘어지는데, 구체적인 장애등급 기준은 <表 III-16>과 같다.

<表 III-16> 心臟機能障礙 等級基準

등급	장애정도
1급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 운동능력을 완전히 상실하여 상시적으로 개호인이 필요한 사람(심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한함)
2급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동으로는 심부전증상 또는 협심증 증상등이 일어나서 정상적인 일상생활을 영위하기 어려운 사람
3급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 가벼운 일상생활은 가능하나 정상적인 사회활동은 영위하기 어려운 사람

나) 精神的 障礙

① 精神遲滯

정신지체는 “현재 기능에 있어서 실질적인 장애가 동반된 상태”를 의미하는 것으로 『장애인복지법 시행령』에는 “정신발육이 항구적으로 지체되어 지적능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 사람”으로 규정되어 있다.

정신지체는 웨슬러 지능검사 등 개인용 지능검사를 실시하여 얻은 지능지수(IQ)와 사회성숙도 검사 등에 따라 판정하는데 지능지수는 언어성 지능지수와 동작성 지능지수를 종합한 전체검사 지능지수를 말하는 것으로, 노인성치매는 제외된다.

정신지체의 발병연령은 18세 이전으로 되어 있으며, 표준화된 지능검사의 소견에서 유의하게 표준 이하의 지적인 기능과 동시에 그와 연관된 적응성, 제한성이 두 가지 혹은 그 이상의 실제 적응기술영역들(의사소통, 자기관리(self care), 가정생활, 사회성 기술, 지역사회활동, 자기지시, 건강과 안전, 기능적 학업효과, 여가, 직업기술의 영역)에서 존재하는 것으로 특징 지워진다.

정신지체의 장애등급은 1급, 2급, 3급으로 구분되어 있는데, 구체적인 등급기준은 <表 III-17>과 같다.

<表 III-17> 精神遲滯障礙 等級基準

등급	장애 정도
1급	- 지능지수 34 이하인 사람으로 일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 평생 동안 타인의 보호가 필요한 사람
2급	- 지능지수 35 이상 49 이하의 사람으로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 직업을 가질 수 있는 사람
3급	- 지능지수 50 이상 70 이하의 사람으로 교육을 통한 사회적, 직업적 재활이 가능한 사람

② 精神障礙

정신장애인의 삶의 질 증진과 사회통합을 위해서는 장애인복지법상의 법적 장애인의 범주에 어떤 장애가 포함하느냐와 함께 장애인복지법상의 혜택 이외에 상병수당, 연금 등 일반적인 복지제도가 어떤 가

도 중요하다. 그러나 우리 나라의 경우 장애인복지법상의 복지서비스를 제외하고 정신장애인들이 제공받고 있는 공공 및 민간 복지서비스는 극히 제한되어 있다고 볼 수 있다. 이러한 시점에서 정신장애인이 법정 장애인에 포함된 1999년 장애인복지법의 개정은 정신보건법, 의료보험, 의료보호 등 정신장애자와 관련된 법과 제도의 한계를 보완하는 것이라 할 수 있다(한국장애인복지체육회, 1999).

1999년 개정된 장애인복지법에 의하면 정신장애인이란 “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애로 인한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 현저한 제한을 받아 도움이 필요한 사람”으로 규정되어 있다. 1차 장애범주 확대에 포함되는 정신질환은 우리 나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 지침에 따라 ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 하여야 한다(表 III-18 참조). 정신장애 판정을 받기 위해서는 장애판정 직전 1년간 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력 또는 의사소견서를 제출하여야 한다.

〈表 III-18〉 ICD-10의 精神障碍 包含基準

진단군	진단분류코드	정신질환명
정신분열병 및 분열정동장애 (Schizophrenia and Schizoaffective Disorders)	F20 F25	정신분열병 분열정동장애
정동장애 (Affective Disorders)	F31 F33	양극성 정동장애 반복성 우울장애

정신질환의 상태에 대한 확인은 진단된 정신질환 상태가 정신장애

등급 판정기준에 따라 어느 등급에 적절한지를 임상적으로 진단평가 과정을 통하여 판단한 뒤 등급을 정한다. 법에 의하면 정신장애등급은 3등급으로 구분하여 제시하고 있는데, 구체적인 장애등급 기준은 다음의 <表 III-19>와 같다.

<表 III-19> 精神障碍 等級判定基準

등급	장애 정도
1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고, 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람(정신병을 진단받은 지 1년 이상 경과한 사람에 한함). 2. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상이 지속되거나, 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 3. 반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고, 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람 4. 분열정동장애로 1호 내지 3호에 준하는 증상이 있는 사람
2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축 등의 음성증상이 있고, 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 사람 2. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나, 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 사람 3. 만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고, 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람 4. 만성적인 분열정동장애로 1호 내지 3호에 준하는 증상이 있는 사람

〈表 III-19〉 계속

등급	장애 정도
3급	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 636 1203 757">1. 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있거나 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 <li data-bbox="440 779 1203 900">2. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지 않지만 증상기가 지속되거나, 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 <li data-bbox="440 922 1203 1043">3. 반복성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람 <li data-bbox="440 1066 1203 1095">4. 분열정동장애로 1호 내지 3호에 준하는 증상이 있는 사람

③ 發達障礙(自閉症)

1999년도의 장애인복지법 개정에 의해 새로이 장애 범주에 포함된 발달장애는 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 의한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 도움이 필요한 사람으로 규정되어 있다. 발달장애는 발달의 전 영역에 걸쳐서 장애가 일어나는 질환으로 첫째, 대인관계의 형성이 일어나지 않고, 둘째, 언어의 발달이 일어나지 않거나 발달의 심각한 지연이 있으며, 셋째, 상동증, 과잉운동증, 공격적인 행동, 자해적인 행동 등의 행동장애가 동반되는 특징이 있다.

발달장애는 우리 나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Disease 10th Version)의 진단지침을 따르는데, ICD-10의 진단명이 F84 전반성발달

장애(자폐증)인 경우에 발달장애(자폐증) 등급판정을 받는다(表 III-20 참조). 진단된 발달장애의 상태가 발달장애 등급판정기준에 따라 어느 등급에 적절한 지는 임상적 진단평가과정을 통하여 판단한 뒤 등급을 정하며, 발달장애 등급은 3등급으로 구분되어 있다(表 III-21 참조).

〈表 III-20〉 ICD-10의 發達障礙 包含基準

진단군	진단분류코드	발달장애명
전반적 발달장애	F84.0 F84.1	소아기 자폐증 비전형적 자폐증

〈表 III-21〉 發達障礙 等級判定基準

등급	장애 정도
1급	- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해 나가는 것이 거의 불가능한 사람
2급	- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 영위하기 어려운 사람
3급	- 2급과 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

다. 障礙出現率

1995년도 장애인 실태조사 결과에 의하면 전국의 재가지체장애인의 출현율은 인구 천명당 16.86건으로, 이를 전국 일반인구에 적용하면 전국의 재가 지체장애인구수는 732,277명이 될 것으로 추정되며, 전체 장애인의 58.6%에 해당하게 된다.

시각장애인의 출현율은 인구 천명당 2.13건으로, 이를 전국 일반인

구에 적용하면 전국의 재가 시각장애인은 92,594명이 될 것으로 추정되며, 이 중 2.3%는 시야장애가 있는 것으로 나타났다.

청각장애인의 출현율은 인구 천명당 4.59건으로, 이를 전국 일반인구에 적용하면 전국의 재가 청각장애인구 수는 199,433명이 될 것으로 추정되었다. 이 중 0.3%가 평형기능장애인인 것으로 나타났다.

언어장애인의 출현율은 인구 천명당 3.39건으로, 이를 전국 일반인구에 적용하면 전국의 재가언어장애인구 수는 148천명이 될 것으로 추정되었고, 장애형태로는 실어증과 조음장애가 가장 많았다.

정신지체의 경우는 재가정신지체인의 출현율이 인구 천명당 1.81건으로, 이를 전국 일반인구에 적용하면 전국의 재가정신지체인구 수는 약 79천명이 될 것으로 추정되었다.

〈表 III-22〉 各 障 碍 類 型 別 障 碍 出 現 率 (1995)

(단위: %, 명)

장 애	출현율	추정치
지체장애	16.86	732,277
시각장애	2.13	92,594
청각장애	4.59	199,433
언어장애	3.39	148,000
정신지체	1.81	79,000

이러한 장애인 실태조사는 추정 장애인수나 장애출현율이 때로는 과소(under-estimation) 또는 과도(over-estimation)하게 나타날 소지가 많다. 이러한 점이 장애인 실태조사가 다른 조사와 비교해 볼 때 상대적으로 어려운 점이라고 할 수 있다. 이와 같이 장애인 실태조사에서 장애인구가 과소 또는 과대하게 파악되는 요인을 살펴보면(박옥희외, 1994) 다음과 같다. 먼저 과소추정의 원인으로서는 장애가 있는 사람

이 사회문화적 압력 때문에 장애 보고를 하지 아니하려는 경향이 있고, 영유아의 경우 장애를 진단·평가하는 능력의 미비, 또는 아동이 경험하는 장애로 인한 문제에 대한 가족의 이해부족으로 장애보고가 적게 나타날 수 있다. 정신지체나 정신질환의 경우 초기단계에서는 발견이 어렵다는 점을 지적할 수 있으며, 수치심으로 인해 장애를 인정하지 않으려는 경향도 많이 있기 때문이다. 또한, 사회적 불리 없이 성공적으로 활동하고 있는 경우 장애를 보고하지 않는 경우가 많고, 오직 눈에 보이는 특정 장애만을 선별적으로 보고하는 사회적 경향이 있다. 그리고 면접자가 조사 당시 장애인이 보이지 않으면 장애에 대한 질문을 누락하는 경향이 있을 수 있다.

한편, 과대 추정되는 요인으로서 먼저 장애조사 실시기간 동안 파악된 장애인에 대하여 복지혜택을 약속하는 경우 과대하게 보고되는 경향이 있으며, 장애를 보고한 사람에게 조사 참여의 대가가 지급되는 경우 장애의 보고가 과대하게 나타날 수 있다. 그리고 장애의 정의가 애매할 경우 또는 광범위할 경우 장애인을 과도하게 많이 보고할 가능성이 있다. 그리고 중복장애인의 경우 장애인을 두 번 추정할 가능성이 있으며, 눈에 명확히 안보이는 장애가 있을 경우 장애인으로 오판할 가능성이 높은 경우 등을 들 수 있다.

IV. 標本 設計

1. 調査對象地域

표본조사구는 전국을 조사대상지역으로 하여 추출하는 것이 바람직하지만, 교통이 불편한 섬지역에서 표본조사구가 추출되면 조사비용이 많이 소요될 뿐만 아니라 현지조사가 곤란하게 되는 경우가 있으므로, 제주도의 본도를 제외한 각 시도의 모든 섬지역은 조사대상지역에서 제외키로 하였다¹¹⁾.

2. 調査規模

조사규모는 주어진 예산, 조사관리능력 등을 고려하여 250개 조사구로 결정하였으며, 조사구당 평균 200가구가 포함되도록 하였다. 따라서 가구수로는 약 50,000가구를 목표로 하였다.

3. 標本調査區 抽出 基礎資料

표본조사구는 1995년도에 실시된 인구총조사의 조사구를 이용하여 추출하였다. 기본표본조사구는 조사구당 1995년 인구총조사의 4~6개 조사구로 구성되었으며, 인구총조사의 가구수로는 200가구 이상이 되는 규모이다.

11) 제주도 본도를 제외한 섬지역의 가구수는 전국 가구수의 1% 미만에 불과함.

표본으로 추출된 조사구 경계선 안에 1995년 인구총조사 이후 주택이 많이 신축되었을 때(특히 아파트가 신축되었을 때)에는 가구수가 많이 증가되어도 경계선 안의 모든 가구를 다 조사하여야 하지만, 가구수가 너무 많이 증가한 경우에는 모든 가구를 다 조사하는 것이 현실적으로 곤란하게 되는 경우가 있을 뿐만 아니라, 표본오차도 증가하게 된다. 이에 대한 대책으로 조사구 내의 가구 중에서 일부 가구를 표본으로 추출하여 조사하는 방법도 있지만, 절차가 복잡하고 표본오차가 증가하는 것은 마찬가지이다.

이러한 부담을 조금이라도 감소시키기 위하여, 자료수집이 가능한 1995년 인구총조사 이후의 신축아파트에 대하여는 별도로 표본조사구를 추출하였다.

4. 邑·面·洞別 標本調査區

250개의 표본조사구를 읍·면·동의 가구수에 비례하는 비율로 배분하면, 읍부 또는 면부의 경우에는 표본조사구수가 동부에 비해 상당히 작기 때문에 실제로 활용가치가 있는 자료의 생산이 곤란한 것으로 판단된다. 따라서 읍부와 면부에는 별도의 가중치를 주어 표본을 추출하도록 한다. 이를 통하여 읍·면·동 등 지역별 분석이 가능하도록 한다.

5. 2000年 障礙人 實態調査를 위한 標本抽出

이러한 표본설계를 위하여 2000년도 장애인 실태조사에서는 통계협회에 표본추출을 의뢰하였다. 의뢰한 표본추출 과정은 다음과 같다.

가. 電算파일 作成

- 1) 기초자료: 1995년 인구주택총조사의 조사구별 집계표 내용이 수록된 전산파일의 자료로 한다.
- 2) 전산파일의 구성항목: 다음의 19개 항목으로 구성한다.

〈表 IV-1〉 電算파일의 構成項目

번호	항목명	단위수	비 고
①	일련번호	5	제1단계: 층별 부여
②	행정구역번호	6	제1단계: 기초자료
③	조사구번호	4	제1단계: 기초자료
④	거처수	3	제1단계: 기초자료
⑤	- 단독주택	3	제1단계: 기초자료
⑥	- 아파트	3	제1단계: 기초자료
⑦	- 연립+다세대주택	3	제1단계: 기초자료
⑧	- 기타	3	제1단계: 기초자료
⑨	일반가구수	3	제1단계: 기초자료
⑩	지역구분(1)	2	제2단계: 항목 ②에 근거
⑪	주택특성	1	제2단계: 항목 ⑤~⑧에 근거
⑫	크기의 측도(MOS)	2	제2단계: 항목 ⑨에 근거
⑬	타 조사 표본	1	제3단계: 자료수집
⑭	행정구개편	1	제3단계: 자료수집
⑮	지역구분(2)	2	제3단계: 자료수집
⑯	층번호	1	제4단계: 항목 ⑮에 근거
⑰	누적 MOS	7	제4단계: 항목 ⑫에 근거
⑱	표본지정번호	7	제5단계: 기본집계결과 이용
⑲	표본조사구번호	4	제5단계: 표본추출결과 이용

- 3) 기초자료항목 수록 (제1단계): 기초자료 파일에서 조사구 종류번호가 '1' 또는 '2'인 조사구의 해당 사항을 표본조사구 추출용 전산 파일에 수록한다(조사구 종류번호가 '3' 이상인 조사구는 제외). 이때 수록 항목번호 및 항목명은 다음과 같다. ② 행정구역번호, ③ 조사구 번호, ④ 거처수, ⑤ 거처수-단독주택, ⑥ 거처수-아파트, ⑦ 거처수-연립 및 다세대주택, ⑧ 거처수-기타, ⑨ 일반가구수
- 4) 기초자료 항목에서 유도되는 항목 수록 (제2단계): 제1단계 항목의 내용을 근거로 다음의 항목을 수록한다.
- ⑩ 지역구분(1): 항목 ②의 내용에 따라 다음의 번호를 부여한다
- 7대 시 ——— 11
 - 기타 시 ——— 21
 - 읍 ————— 31
 - 면 ————— 32
- ⑪ 주택특성: 항목 ⑤~⑧의 내용에 따라 다음의 번호를 부여한다.
- 단독주택이 가장 많은 조사구 ————— 1
 - 아파트가 가장 많은 조사구 ————— 2
 - 연립 및 단독주택이 가장 많은 조사구 — 3
 - 기타 조사구 ————— 4
- ⑫ 크기의 측도(MOS): 항목 ⑨의 일반가구수를 '5'로 나누어 반올림한 결과를 MOS로 부여한다.

나. 標本調査區의 抽出

1) 層別 標本地域數 決定

한국보건사회연구원에서 기본집계 결과를 검토하고, 각 층별로 표본지정 번호와 표본조사구 번호를 결정한다. 표본추출번호는 250개로 한다.

2) 標本指定番號 및 標本調査區番號 收錄

⑰번 항목의 누적 MOS와 표본지정 번호를 비교하여 표본지정 번호보다 큰 첫 번째 누적 MOS에 해당하는 조사구를 표본조사구로 추출한다. 표본조사구로 추출된 조사구에 대하여는 ⑱번 항목에 표본지정번호를, ⑲번 항목에 표본조사구 번호를 수록한다(확률비례계통추출법의 적용). 표본조사구로 추출된 조사구의 ⑬번 항목(타 조사 표본)이 '9'인 경우에는 표본조사구로 하지 않고 그 다음 조사구를 표본조사구로 한다. 표본조사구 번호가 수록된 경우, 그 조사구부터 차례로 MOS의 합계가 44를 초과할 때까지의 조사구에 동일한 표본조사구 번호를 부여한다. 이 때 ⑬번 항목(타 조사 표본)이 '9'인 조사구가 있을 때에는 표본조사구로 하지 않고(표본조사구 번호를 부여하지 않고) 다음 조사구로 넘어 가서 표본조사구 번호를 부여한다. 따라서 하나의 표본지정 번호와 관련되는 표본조사구 수는 대부분 3~4개 조사구가 되며, MOS의 합계는 '44' 이상이 된다.

한편, 한국보건사회연구원에서는 표본조사구에 대한 현지확인을 하고, 그 결과 철거조사구인 경우는 추가 표본조사구를 추출한다. 대한통계협회에 추가 조사구 요도와 가구명부의 복사를 요청하면, 대한통계협회에서는 조사구 요도 2부와 가구명부 1부를 복사하여 제출한다.

6. 推定方法

가. 總數의 推定值

이 조사결과에서 어떤 특성 y 를 갖는 인구의 추정치는 다음과 같이 산출하였다.

$$Y' = \sum_h Y'_h = \sum_h \sum_i Y'_{hi} = \sum_h \sum_i M'_{hi} Y_{hi} \cdots (1)$$

$$M'_{hi} = M_{hi}(P''/P') \cdots \cdots \cdots (2)$$

$$M_{hi} = (S_h/n_h S_{hi})(A'_{hi}/A_{hi}) \cdots \cdots \cdots (3)$$

$$P' = \sum_h \sum_i M'_{hi} P_{hi} \cdots \cdots \cdots (4)$$

위의 공식에서 사용된 기호의 의미는 다음과 같다.

Y'	=	어떤 특성 y 를 갖는 인구의 추정치
h	=	층을 나타내는 첨자
i	=	표본조사구를 나타내는 첨자
M'	=	추정치 산출용 조정 승수
Y	=	특성 y 를 갖는 것으로 조사된 사람수
M	=	제1단계 승수
P''	=	가구조사 모집단의 기준 인구
P'	=	가구조사 모집단의 제1단계 추정인구
S	=	크기의 측도
n	=	표본조사구수
A'	=	표본조사구 내의 총가구수(조사완료+조사미완)
A	=	조사완료 가구수

공식(2)에서, P'' 는 가구조사 모집단의 2000년 4월 15일 현재의 인구이며, 이는 장래인구추계(통계청, 1996)를 기초로 하여 산출할 것이다.

나. 構成比, 比率 및 平均의 推定值

특성 X 에 대한 특성 Y 의 구성비, 비율 및 평균의 추정치는 다음과 같이 산출하였다.

$$R' = Y' / X' \cdots \cdots \cdots (5)$$

위의 공식에서 사용된 기호의 의미는 다음과 같다.

R'	=	특성 X에 대한 특성 Y의 구성비, 비율 및 평균의 추정치
Y'	=	특성 Y에 대한 인구의 총수 추정치
X'	=	특성 X에 대한 인구의 총수 추정치

다. 加重標本 合計值

특성 Y를 갖는 인구에 대한 가중표본 합계치는 조사된 장애인수를 기준으로 다음과 같이 산출하였다.

$$y' = \sum_h y'_h = \sum_h \sum_i y'_{hi} = \sum_h \sum_i M''_{hi} Y_{hi} \cdots (6)$$

$$M''_{hi} = M'_{hi}(Z/Z') \cdots \cdots \cdots (7)$$

y'	=	특성 Y를 갖는 人口에 대한 가중표본 합계치
M''	=	가중표본 합계치 산출용 승수
Z	=	표본에서 조사된 장애인수
Z'	=	공식(1)에서 추정된 장애인수

7. 標本誤差

가. 標本項目에 대한 標本誤差

이 보고서에 수록된 각종 통계치는 표본조사에 의하여 얻어진 추정치이므로 동일한 조건에서 전수조사를 실시했다고 가정할 때에 얻게 되는 통계치와 차이가 나는데, 이는 표본오차 때문에 발생한다.

표본조사결과에 의한 추정치에는 비표본오차와 표본오차가 있다. 비표본오차는 조사대상의 누락, 용어 정의의 불명확, 질문에 대한 이해의 차이, 일부 응답자의 정확한 답변에 대한 무능력 또는 고의적인 회피, 조사원의 기입착오, 수집된 자료의 부호기입착오 및 입력착오,

조사누락 및 미상의 처리에 의한 오차 등과 같이 조사표 설계단계부터 자료처리의 완료단계까지 표본추출 여부와 관계없이 복합적인 원인에 의하여 발생한다. 이것은 전수조사에서도 발생한다. 표본오차는 조사대상을 전부 조사하지 않고 일부 표본에 대해서만 조사하기 때문에 어쩔 수 없이 생기는 오차로서, 표본조사에서는 어느 경우에도 피할수 없는 오차이며, 전수조사에서는 전혀 생길 수 없는 오차이다.

따라서 표본조사에 의한 추정치와 전수조사했다고 가정할 때의 통계치의 차이는 표본오차로 설명해야 하며, 비표본오차와는 관계가 없다. 그런데 전수조사 결과의 통계치는 알 수 없기 때문에 이 차이를 정확하게 안다는 것은 불가능하며, 단지 표본조사로 수집된 자료를 기초로 표본오차의 크기를 추정하여 확률적으로 설명할 수 있을 뿐이다.

이러한 표본오차의 크기를 나타내는 것으로는 주로 표준오차를 사용하는데, 표준오차가 갖는 뜻은 표본에서 얻은 추정치와 전수조사했다고 가정할 때의 통계치와의 차이가 표준오차보다 적게 되는 확률이 약 68%이며, 표준오차의 2배 이하가 되는 확률은 약 95%라는 뜻이다.

참고로 1995년 조사결과와 기본 항목에 대한 표준오차 산출결과는 <表 IV-2>와 같다.

<表 IV-2> 在家 障礙人數의 標準誤差

장애종류	장애인 수		출현율	
	추정치 ¹⁾	표준오차	추정치 ²⁾	표준오차
전 체	1,028,837	36,612	23.67	0.87
지체장애	696,249	29,538	16.02	0.70
시각장애	73,104	6,754	1.68	0.16
청각장애	153,444	9,477	3.53	0.22
언어장애	36,371	4,083	0.84	0.09
정신지체	69,669	5,246	1.60	0.12

註: 1) 중복장애의 경우 주된 장애로 분류함.

2) 1,000명당 출현율임.

나. 標準誤差 算出公式

1) 總數의 標準誤差

공식(1)에 의하여 산출한 Y에 대한 분산(var), 표준오차(se)의 추정식은 다음과 같다.

$$var(Y') = \sum_h [(n_h/2(n_h - 1))] \sum_t DY'^2 \dots \dots \dots (8)$$

$$DY'_{hi} = Y'_{hi} - Y'_{hi+1} \dots \dots \dots (9)$$

$$se(Y') = var(Y')^{1/2} \dots \dots \dots (10)$$

2) 出現率 및 構成比의 標本誤差

공식(5)에 의하여 산출한 R 에 대한 분산(var), 표준오차(se)의 추정식은 다음과 같다.

$$var(R') = \sum W^2_h var(R'_h) \dots \dots \dots (11)$$

$$W_h = X'_h / X \dots \dots \dots (12)$$

$$var(R'_h) = [n_h/2(n_h - 1) / X'^2_h] \sum_t DZ^2_{hi} \dots \dots \dots (13)$$

$$DZ_{hi} = DY'_{hi} - R'_h DZ'_{hi} \dots \dots \dots (14)$$

$$se(R') = var(R')^{1/2} \dots \dots \dots (15)$$

V. 調査票 設計

『장애인복지법』 제28조의 규정에 의해 장애인 실태조사는 매 5년마다 실시하게 되어 있다. 이 규정에 의해 실시되는 2000년 장애인 실태조사의 경우는 과거와 달리 1999년 장애인복지법이 개정됨에 따라 많은 부분에서의 조사표 개정이 필요한 실정이다. 따라서 2000년 장애인실태조사를 위한 조사표의 설계는 다음과 같은 개정원칙에 의해 설계되었다.

- 1) 1999년 개정된 장애인복지법 제2조의 장애 정의 및 종류에 맞게 개정을 추진하되, 가능한 한 1995년도 조사표의 체제를 유지하여 시계열적인 비교가 가능하도록 한다.
- 2) 개정된 장애인복지법에 따라 추가된 법정 장애범주는 시행령 및 시행규칙과 장애판정지침에 확정된 장애의 판정기준에 따라 조사표에 추가한다.
- 3) 확대예상 범주에 포함된 장애는 물론, 확대예상 범주에 포함되어 있지는 않다 하더라도 외국의 법정장애 범주에 포함되어 있는 장애범주에 대해서는 대략적인 장애인 수를 파악하여 향후 장애인복지정책의 기초자료로 활용될 수 있도록 조사표에 추가한다.
- 4) 새로 추가된 법정 장애인의 수를 파악하기 위한 조사표 개정 이외에 기타 장애인실태 조사표의 항목에서 새로운 법정 장애의 특성에 맞게 추가 또는 변경해야 할 항목을 개정한다.
- 5) 장애 유무 및 장애 종류에 관한 조사표는 우선 아주 포괄적인 장애의 정의(『장애인복지법』 제2조 제1항의 “장애인은 신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한

제약을 받는 자”)에 의한 질문을 하여 가구원 중 장애인이 있는지를 파악하고, 이들에 대한 구체적인 장애종류에 대해서는 가구조사에서 파악한다. 이 중 법정장애에 대해서는 가구조사에서 응답된 장애별로 구체적인 추가질문을 하는 방식으로 조사표를 개편한다.

특히, 판별조사표를 작성할 때의 원칙은 첫째, 조사원은 전문의료인이 아니므로 조사문항만 가지고 장애인을 찾아내야 하는 어려움 있어 문항의 기준을 엄격하게 하되, 둘째, 현실적인 생활의 어려움이나 질병기간 그리고 질병의 종류가 구체적으로 제시되어야 하며, 셋째, 신규로 확대되는 장애 등 장애종류에 따라 시간의 흐름에 따라 가변성이 있으므로, 본 조사에서는 보건복지부의 장애판정지침에서 제시하고 있는 ‘장기간’에 적합하게 ‘1년 이상’을 참조기간으로 하고자 한다.

한편, 조사표는 가구조사표와 가구조사표에 의해 장애인으로 판정된 장애인만을 대상으로 하는 활동제약자 실태조사표로 구성되어 있는데, 조사의 실시는 첫째, 가구조사에서 법정장애인이 없는 가구로 판정된 가구에 대해서는 가구조사표만 작성한다. 둘째, 가구조사에서 법정장애인이 있는 가구로 1차 판정된 가구에 대하여는 가구조사표와 활동제약자 조사표를 모두 작성한다. 셋째, 가구조사에서 법정장애 이외의 2차 3차 장애범주에 포함되는 장애인으로 판정된 경우에는 가구조사표만 작성하고 활동제약자조사표는 작성하지 않는다.

위에서 제시된 기본원칙에 의해 설계된 장애인 실태조사표는 많은 내용들이 새로 추가되었다. 구체적으로 내부장애(신장장애, 심장장애)와 정신장애(정신장애, 발달장애)가 법정장애범주에 포함됨에 따라 그에 따른 조사항목들이 새로이 추가되었고, 그 외에도 정부의 장애인복지서비스가 많이 증가함에 따라 관련된 조사항목들도 추가되었다.

2000년 장애인 실태조사 실시를 위해 새로이 개발된 장애인 실태조사표의 항목들을 가구조사표, 장애유형별 특성, 장애진단 및 치료, 건

강 및 질병, 보호여부 및 보장구, 여가 및 사회활동, 경제상태, 생활만족도 및 생활환경, 등록제도 및 복지서비스, 교육, 고용 및 직업재활, 시설장애인조사표로 구분하여 구체적인 내용들을 알아보기로 한다.

1. 家口調査票

일차적으로 모든 가구를 대상으로 하는 가구조사표의 조사항목은 크게 가구원 일반사항, 가구특성, 법정장애, 향후 범주확대 장애로 나뉘어 질 수 있는데, 각각의 조사항목에 대한 내용을 보면 다음과 같다.

먼저 가구원 일반사항에는 가구원 이름, 가구주와의 관계, 성, 연령, 교육정도, 결혼상태, 경제활동분야 및 종사상의 지위, 사회보험(연금, 의료보험) 가입상태, 일상생활 제약여부를 파악하도록 되어 있다.

그리고 일반사항에 대한 조사시 다음에 해당하는 경우는 조사추가 대상이 되는데, ① 가구원 중 여행, 출장 등으로 국내외의 다른 곳에 잠시 출타 중인 자가 있는 경우, ② 병원에 입원해 있는 사람이 있는 경우, ③ 방위소집, 1개월 미만의 가출자, 미결수 등이 있는 경우, ④ 선박, 항공기, 철도, 탑승승무원이 있는 경우, ⑤ 식구는 아니지만 같이 살고 있는 하숙인, 또는 3개월 이상 계속 동거중인 사람이 있는 경우가 그에 해당된다.

그러나 위의 경우와는 반대로 다음에 해당하는 경우는 조사에서 제외되는데, ① 직장이나 학업 때문에 외지 또는 외국에서 살고 있는 사람의 경우, ② 형이 확정되어 교도소, 소년원, 감호소에 살고 있는 사람의 경우, ③ 군 또는 전투경찰에 입대하여 집을 떠나 있는 사람이 있는 경우, ④ 기도원, 사회복지시설 등에 장기간 요양 또는 수용되어 있는 사람이 있는 경우가 해당된다.

가구특성에서는 가구원의 총소득액 및 총지출액(저축 제외), 가구의

주된 수입원, 주거 형태, 주거 소유형태 등을 파악하고자 한다.

법정장애의 조사항목에서는 기존의 장애범주인 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체장애 이외에 2000년부터 장애범주에 새로이 포함되게 되는 왜소증, 뇌병변장애, 정신장애, 발달장애(자폐증), 심장장애, 심장장애를 판별할 수 있는 조사항목이 추가되었다. 또한 구미선진국의 경우 이미 장애범주에 포함되어 있고, 앞으로 2차 3차 장애범주로 확대될 예정인 각각의 장애범주들에 대해서도 장애판별 조사항목이 추가되었는데, 호흡기장애, 만성간질환, 만성알코올 및 약물중독장애, 기질성 뇌증후군, 기타정신발달장애, 소화기장애, 비뇨기장애, 치매, 외부기형, 만성통증, 간질 등 경련장애, 암 등이 포함되어 있다. 법정장애 항목에서 장애인으로 판별된 장애인들은 가구조사와 동시에 활동제약자 실태조사의 조사대상이 된다.

이러한 가구조사는 말 그대로 일반가구를 방문하여 그 가구내에 장애인이 있는 지 여부를 판별하는 데 의의가 있으며, 여기서는 장애판별을 위한 구체적인 조사항목에 대해서 논의해 보기로 한다.

가. 身體的 障礙

1) 肢體障礙

지체장애란 신체적 장애 중 팔(손가락 포함)과 다리(발가락 포함) 그리고 몸통 즉, 척추의 기능장애를 의미하고 있으며, “선천적 또는 후천적 원인으로 상·하지, 척추, 전신 등에 절단, 마비, 관절장애, 기형 및 변형 등이 있어 일상생활동작의 수행에 불편이 있는 것” 또는 “원인에 관계없이 상지, 하지, 체간에 일부 또는 전신의 운동기능장애를 갖고 있는 것”을 의미한다. 장애등급표의 지체장애 항목은 크게 신체적 평가영역과 기능적 평가영역으로 구분되어 있는데, 신체적 평가영역

에 속하는 것은 절단과 변형이 있고, 기능적 평가영역에서는 기능장애가 해부학적 국소 부위에 미만성으로 분포(topographic distribution)하는 경우와 특정관절 자체에 국한된 경우로 나누어 볼 수 있다.

장애등급표에서 지체장애는 장애부위에 따라 팔, 다리, 몸통으로 나누고 있으며, 장애항목은 절단장애, 관절기능장애, 지체(팔, 다리, 몸통) 기능장애, 변형 및 단축장애로 구분하여 6개의 등급으로 구분하고 있으며, 이외에 1999년 장애인복지법 시행령 개정령에는 그간 민원의 대상으로 되어오던 꼽추, 왜소증 등 기존에 누락된 장애항목이 추가되었다.

이에 따라 지체장애를 위한 판별문항은 ‘가구원 중 팔, 다리, 몸통에 마비, 절단, 변형이나 관절운동 이상 등으로 일상생활활동에 어려움이 있는 사람이 있습니까?(절단, 변형된 경우에는 지속된 기간과 관계없으며, 마비, 관절운동이상은 6개월 이상 지속된 경우임)’와 ‘가구원 중 20세 이상의 남성으로서 키가 145cm 이하(단, 왜소증의 증상이 뚜렷한 경우는 18세 이상에서)이거나 18세 이상의 여성으로서 키가 140cm 이하인 사람이 있습니까?’로 구분하여 조사하기로 한다.

2) 腦炳變障礙

뇌병변장애란 “뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인해 신체적·정신적으로 장애가 생겨 보행 또는 일상생활동작 등에 현저한 제한을 받는 자”를 말하며, 뇌병변장애의 장애등급은 6등급으로 나누고 있다.

이러한 뇌병변장애를 판별하기 위한 조사문항은 ‘가구원 중 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인해 보행이나 섬세한 일상생활 동작이 상당히 제한된 사람이 있습니까?’로 하되, 여기서 섬세한 일상생활 동작이 제한된 사람이란 그릇을 씻거나 돈을 세는 일,

주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데는 주의를 기울여야 하며, 반복과 비교적 오랜 시간이 필요한 상태 및 이와 유사한 기능을 갖고 있는 상태의 사람을 말한다.

3) 視覺障礙

시각장애인이란 “시기능의 현저한 저하 또는 소실에 의해 일상생활 또는 사회생활에 제약이 있는 자”로, 현행 장애인복지법에 따른 장애 등급 판정지침에 의하면, 시각장애는 시력감퇴에 의한 시력장애와 시야결손에 의한 시야결손장애로 구분되고 있으며, 시각장애인의 장애 등급은 6개의 등급으로 나누고 있다. 1999년 장애인복지법 시행령개정에 의해 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람, 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람을 시각장애인으로 규정하고 있으므로 조사문항에서는 ‘가구원 중 두 눈의 시력이 나빠 안경을 끼고서도 잘 안보이는 사람 (교정시력 0.2 이하 정도)이나 한쪽 눈이 실명된 사람이 있습니까?’와 ‘가구원 중 두 눈의 시야가 좁아서(두 눈의 시야가 각기 10. 이내 또는 두 눈에 의한 시야의 1/2 이상 상실) 일상생활을 하는데 어려움이 있는 사람이 있습니까?’로 구분하여 조사하고자 한다.

특히, 1995년 조사에서는 교정시력 0.6 이하인 사람을 장애인으로 분류하였으나, 2000년 조사에서는 장애인 판정지침에 따라 교정시력 0.2이하인 사람으로 개정됨에 따라 2000년 실태조사에서는 개정된 기준에 따라 조사를 행하고자 한다. 본 조사에서는 조사원의 개별방문에 의해 실제 조사가 이루어지므로 응답자가 자신의 시력을 아는 경우에는 그 응답에 따라 분류하고 시력을 모르는 경우에는 3m 약식시력표를 사용하여 직접 조사원이 측정하도록 한다. 참고로 약식시력표를 이용한 시력검사방법은, 소지하고 있는 ‘E’를 응답자에게 보여주되

밝은 조명 아래에서 측정해야 하며 반드시 오른쪽 눈, 왼쪽 눈의 시력을 구별해서 측정해야 하기 때문에 응답자의 손으로 먼저 오른쪽 눈을 가리게 하고 왼쪽 눈의 시력을 측정한 후 반대로 왼쪽 눈을 가리게 하고 오른쪽 눈의 시력을 측정한다. 측정방법은 3m앞에 약식시력표를 들고 3번째 줄에 있는 작은 'E'자를 가리키며 응답자가 가지고 있는 연습용 'E'를 같은 방향이 되도록 한다. 방향을 제대로 분별한다면 이 사람의 시력은 0.5 이상이 된다(4번째 줄에 있는 E자와 연습용 E자가 같은 방향이 되도록 지시하여 방향을 제대로 분별하면 0.7 이상임). 이때 방향을 제대로 분별하지 못하면 두 번째 줄에 있는 E자와 같은 방향이 되도록 지시하고 방향을 제대로 분별하면 0.3에 해당된다. 방향을 분별하지 못하면 1번 줄의 가장 큰 'E'자의 방향과 같은 방향이 되도록 한다. 이때 방향을 제대로 구별하면 0.1에 해당하며 0.1을 선택하고 측정을 종결한다. 그러나 3m 거리에서 제일 큰 'E'자를 구별하지 못하면 검사자가 응답자 앞으로 다가가서 1.5m 앞에서 제일 위의 가장 큰 'E'자를 구별하도록 한다. 이 때 구별하면 0.05에 해당하고, 1.2m 앞에서 구별이 가능하면 0.04에 해당하고 60cm 앞에서 구별이 가능하면 0.02에 해당된다. 그리고 60cm 앞에서도 'E'자를 구별하지 못하면 0.02 미만이 된다. 이러한 시력측정이 시각장애인의 분류에 가장 중요하기 때문에 조사원들의 신중한 판단을 요하며, 왼쪽 눈과 오른쪽 눈의 시력을 따로 측정해야 하기 때문에 장애인의 손으로 눈을 가릴때 완전히 가리도록 주의하여 시력측정을 해야 한다.

4) 聽覺障礙

청각장애는 청력장애와 평형기능장애로 구분되고 있는데, 청력장애란 일반적으로 몇 데시벨(db)의 소리를 들을 수 있는가와 같은 크기의 소리라도 어음의 청음명료도를 퍼센트로 표시하여 그 장애정도를 분

류할 수 있는데, 청력장애 등급은 2급, 3급, 4급, 6급의 4개 등급으로 구분하고 있다. 즉, 청력장애 2급은 두 귀의 청력 손실이 90데시벨 이상인 사람(두 귀가 완전히 들리지 아니하는 사람)이 해당되고, 3급은 두 귀의 청력 손실이 80데시벨인 사람(귀에 입을 대고 큰 소리로 말하여도 듣지 못하는 사람), 4급은 첫째(4-1항), 두 귀의 청력 손실이 70데시벨인 사람(귀에 대고 말을 하여야 들을 수 있는 사람), 둘째(4-2항), 두 귀에 들리는 말소리로 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람이 해당되고, 6급은 청각장애자로 첫째(6-1항), 두 귀의 청력 손실이 60데시벨 이상인 사람(40cm 이상 거리에서 발생된 말소리를 듣지 못하는 사람, 둘째(6-2항), 한 귀의 청력손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람이 해당된다.

한편, 평형기능장애란 공간내에서 자세 및 방향감을 유지하는 능력을 말하는 것으로 쉽게 말해 어지럼증으로 몸의 중심을 잡지 못하는 것을 이야기하는 것이며, 시각, 고유 수용감각 및 진정기관에 의해 유지되는데, 평형기능장애의 등급은 3급, 4급, 5급의 3등급으로 규정되어 있다.

조사문항은 가구원 중 ‘보청기를 사용하고 있거나(인공와우 포함) 어느 한 쪽 귀라도 잘 안들리는 사람이 있습니까?’와 ‘가구원 중 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 멈추지 않고 10m 이상 걸을 수 없는 사람이 있습니까?’로 구분하여 조사하고자 한다.

5) 言語障礙

일반적으로 언어장애란 “상대방과 통신의 도구로서 사용되어지는 말(언어)의 장애로서 자신을 표현하며, 인간관계를 맺고, 사회 생활을 영위하는데 지장이 있는 것”을 말한다. 즉, 언어장애란 “음성 또는 언어장애로 의사소통이 어렵거나 의사소통이 이루어지지 않는 경우”를

말하는데, 그 정도에 따라 그 기능을 완전히 상실한 사람과 현저한 장애가 있는 사람으로 구분하는데, 음성·언어장애는 음성장애, 발음장애, 실어증, 말더듬증 등이 있을 때 나타나는데 여기에서 음성장애는 단순한 음성장애보다는 발음(조음)장애 등을 포함하고 있는 구어장애의 의미를 가진다. 언어장애의 등급은 3급과 4급으로 구분한다.

조사문항은 ‘가구원 중 귀는 잘 들리는데 말을 잘 못하거나 발음이 이상하거나 음성이 이상한 사람이 있습니까?’이다. 이때 언어장애는 어떤 사람이 의사소통상의 방해를 받아 사회생활면에서 정상적인 적용이 불가능한 경우를 말하는 것으로, ① 말을 해도 쉽게 들을 수 없거나, ② 말이 쉽게 이해되지 않거나, ③ 음성이 듣기에 거북하거나, ④ 특정 음성의 변형이 있거나, ⑤ 언어학적으로 불완전하거나, ⑥ 발성이 어렵거나 말의 리듬, 음조 혹은 고저에 이상이 있거나, ⑦ 말이 말하는 사람의 연령, 성, 신체적인 발달정도와 일치하지 않는 특성을 보이므로 조사시 이러한 특성을 활용하여야 할 것이다.

6) 腎臟障碍

신장장애란 “신장의 기능장애로 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람으로서 신장의 기능장애가 앞으로 회복할 가능성이 극히 적고 그로 인하여 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로 신장장애가 생기면 혈액정화를 목적으로 혈액투석기계를 사용하며, 혈액투석을 하거나 인체의 복막을 이용한 복막투석을 하게 된다. 신장장애 등급은 2급과 5급의 2등급으로 구분하고 있다.

조사문항으로서는 ‘가구원 중 신장기능이 나빠 한 달 이상 투석을 받고 있거나 신장이식을 받은 사람이 있습니까?’이다.

7) 心腸障礙

심장장애인이란 “심장의 기능 부전으로 인하여 일상생활 정도의 활동에도 호흡곤란 등의 기능장애가 있어 일상생활 활동에 현저한 제한을 받는 사람”으로, 심장장애를 판정하기 위해서는 장애판정 직전 1년간 동일 심장질환에 대하여 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력 또는 의사소견서를 확인하여야 하며(환자는 치료력 또는 의사소견서를 제출), 최근 2개월간의 환자상태와 임상 및 검사소견으로 장애등급을 판정하게 된다. 심장장애는 3등급으로 구분된다.

조사문항으로서는 ‘가구원 중 심장질환으로 인해 1년 이상 치료를 받고 있으며(경제적인 이유로 치료를 받지 못하는 경우 포함), 이로 인해 일상생활 또는 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?’이며, 이때 1년간 동일 심장질환에 대하여 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력을 확인하여야 한다.

나. 精神的 障礙

1) 精神遲滯

정신지체는 “현재 기능에 있어서 실질적인 장애가 동반된 상태”를 의미하는 것으로, 장애인복지법 시행령에는 정신발육이 항구적으로 지체되어 지적능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 사람으로 규정되어 있다. 정신지체는 웨슬러 지능검사 등 개인용 지능검사를 실시하여 얻은 지능지수(IQ)와 사회성숙도검사 등에 따라 판정하는데 지능지수는 언어성 지능지수와 동작성 지능지수를 종합한 전체검사지능지수를 말하는 것으로, 노인성치매는 제외된다.

이러한 정신지체는 그 발병연령이 18세 이전으로 되어 있으며, 표준화된 지능검사의 소견에서 유의하게 표준 이하의 지적인 기능과 동시에 그와 연관된 적응성, 제한성이 두 가지 혹은 그 이상의 실제 적용기술영역들(의사소통, 자기관리(self care), 가정생활, 사회성 기술, 지역사회활동, 자기지시, 건강과 안전, 기능적 학업효과, 여가, 직업기술의 영역)에서 존재하는 것으로 특징 지워진다. 정신지체의 장애등급은 1급, 2급, 3급의 3등급으로 구분된다.

조사문항은 ‘가구원 중 지능이 떨어지거나 자기 나이에 비해 지적 발달이 늦거나 생활적응능력이 부족한 사람이 있습니까?’이며, 이러한 정신지체장애를 판별하려면 사회성숙도검사를 실시하여야 한다.

2) 精神障碍

정신장애인이란 “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애로 인한 기능 및 능력장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 현저한 제한을 받아 도움이 필요한 사람”으로서, 우리 나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 지침에 따라 ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 한다. 정신장애 판정을 받기 위해서는 장애판정 직전 1년간 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력을 제출하여야 한다.

구체적인 조사문항은 ‘가구원 중 정신분열증, 조울병, 우울증 등의 정신질환으로 인해 1년 이상 치료받고 있으며(경제적 이유로 치료받지 못하고 있는 경우 포함) 일상생활이나 사회생활능력이 상당히 부족한 사람이 있습니까?’ 이다. 이때 일상생활 혹은 사회생활을 영위하

기 위한 기능수행제한 정도란 아래 6개 항목 중 3가지 이상에 해당하는 경우를 말한다. 여기서 6개 항목이란, (1) 적절한 식사를 자발적으로 하기도 하나 아직 도움이 필요, (2) 세면, 목욕, 청소 등의 청결유지를 자발적으로 하기도 하나 아직 도움이 필요, (3) 적절한 의사 표현이나 협조적 대인관계를 맺는 것이 아직 충분하지 않고 불안정, (4) 자발적인 통원 치료 및 약물복용이 대체로 가능하지만 아직 도움이 필요, (5) 소지품 및 금전에 대한 기본적인 관리 능력은 있으나 적절한 금전관리와 구매행위에 아직 도움이 필요, (6) 대중교통수단이나 공공시설을 이용할 수 있으나 아직 도움이 필요한 수준을 의미한다.

3) 發達障礙(自閉症)

발달장애란 “소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 의한 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능수행에 제한을 받아 도움이 필요한 사람”을 말한다. 발달장애는 발달의 전 영역에 걸쳐서 장애가 일어나는 질환으로 첫째, 대인관계의 형성이 일어나지 않으며, 둘째, 언어의 발달이 일어나지 않거나 발달의 심각한 지연이 있으며, 셋째, 상동증, 과잉운동증, 공격적인 행동, 자해적인 행동 등의 행동장애가 동반되는 특징이 있다. 발달장애는 우리나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Disease 10th Version)의 진단지침에 따르면, ICD-10의 진단명이 F84 전반성발달장애(자폐증)인 경우에 발달장애(자폐증) 등급판정을 받게 된다.

조사문항은 ‘가구원 중 말이 늦고 타인에 대한 관심이 전혀 없으며 반복적인 행동을 하기 때문에 일상생활이나 사회생활이 상당히 어려운 아동(사람)이 있습니까?’이며, 이때 일상생활 혹은 사회생활이 상당히 어려운 경우라 함은 아래 20개 항목 중 4개항목 이상에 해당하

는 경우를 말한다. (1) 불러도 대답이 없다. (2) 독립적으로 적절한 식사가 불가능하다. (3) 대소변을 가리지 못한다. (4) 또래와 놀지 못한다. (5) 남의 말을 이해하지 못한다. (6) 표현언어가 없다. (7) 자기 방어를 하지 못한다. (8) 충동적인 행동을 보인다. (9) 자해적인 행동을 한다. (10) 한가지 장난감에 집착한다. (11) 가구의 위치를 옮기면 불안해한다. (12) 같은 길로만 갈려고 한다. (13) TV에서 선전만 보려고 한다. (14) 밖으로 나가면 그냥 마음대로 가버린다. (15) 머리의 크기가 작다. (16) 눈을 맞추지 않는다. (17) 손을 비틀거나 씻는 것 같은 행동을 반복한다. (18) 모든 물건을 입에 집어넣는다. (19) 생후 1~2년 정도는 정상적인 발달을 보인다. (20) 혼자서 말을 하는 데 대화를 하지 못한다.

다. 擴大가 豫想되는 障碍類型

확대가 예상되는 장애 유형을 파악하기 위한 조사항목은 다음과 같이 13개 항목으로 구성되어 있다. 여기에는 호흡기장애, 만성간질환, 만성알코올 및 약물중독장애, 기질성 뇌증후군, 기타정신발달장애, 소화기장애, 비뇨기장애, 치매, 외부기형, 만성통증, 간질 등 경련장애, 암 등이 포함되어 있다. 각각의 확대예상 장애유형별 구체적인 조사 문항을 알아보면 다음과 같다.

1. 가구원 중 ‘폐나 기관지의 만성질환’으로 인하여 1년 이상 치료받고 있으며, 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
2. 가구원 중 ‘만성간질환’으로 인하여 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
3. 가구원 중 술이나 마약 등의 ‘약물’에 중독되어 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?

4. 가구원 중 ‘뇌질환’이나 사고 등 ‘뇌의 병변’으로 인해 지적능력, 생각이나 감정조절, 행동, 수면 등에 이상이 생겨 1년 이상 치료를 받았으나 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
5. 가구원 중 말이나 글을 이해하거나 표현하는 것 또는 숫자, 계산 등의 특정능력이 비슷한 나이의 다른 아동에 비해 유난히 늦은 아동이 있습니까?(기타 정신발달장애로 정신지체, 언어장애 및 발달장애(자폐증)이면 제외)
6. 가구원 중 ‘위장계통의 질환’으로 인해 1년 이상 치료를 받고 있으며, 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
7. 가구원 중 ‘신장, 방광이나 요도’의 이상으로 인해 소변을 보는데 이상이 생겨 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
8. 가구원 중 ‘치매(노망)’로 인하여 생각이나 감정, 행동에 장애가 생겨 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
9. 가구원 중 ‘선천성 기형이나 질환, 화상’ 등의 사고 등으로 인하여 얼굴 등 노출부위의 피부 및 신체외부의 기형(색깔, 모양, 혹 등의 안면 및 노출부위의 피부기형, 유방절제)으로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
10. 가구원 중 ‘두통, 요통, 신경통’ 등 만성적인 통증으로 인해 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
11. 가구원 중 ‘간질이나 반복되는 경련’으로 인해 1년 이상 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?
12. 가구원 중 ‘암’으로 인해 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까?

13. 가구원 중 위의 경우가 아닌 다른 장애로 일상생활이나 사회생활에 1년 이상 상당한 어려움이 있는 사람이 있습니까? 어떤 장애입니까?

2. 活動制約者 實態調査票

활동제약자 실태조사표는 장애특성, 주된 장애, 장애진단 및 치료 건강 및 질병, 보호여부 및 보장구, 여가 및 사회활동, 경제상태, 생활만족도 및 생활환경, 등록제도 및 복지서비스, 교육, 고용 및 직업재활 등의 주제별로 구성되어 있다.

본 조사표의 조사대상은 장애인복지법에 규정된 법정장애인, 즉 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체, 내부장애, 정신장애를 가진 가구원이 된다.

각 주제별로 구체적인 조사내용을 알아보기로 한다.

가. 障礙類型別 特性

본 조사에서는 장애유형을 법정장애 기준에 따라 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체, 발달장애(자폐증), 정신장애, 신장장애, 심장장애로 구분하고 있다.

장애특성에서는 각 장애유형별로 장애여부, 장애정도 및 부위, 장애 발생 시기, 장애유발 질환명, 주된 장애원인, 일상생활동작능력 등이 공통조사항목으로 포함되어 있고, 그외 각 장애특성에 따라 약간씩 다른 조사항목들이 포함되었다(表 V-1 참조).

구체적으로 지체장애와 뇌병변장애의 경우는 <表 V-1>에서 제시된 공통조사항목 이외에 장애가 절단, 마비, 관절운동장애, 변형인지 등을 파악할 수 있는 장애형태를 파악하고자 한다.

〈表 V-1〉 障碍特性 調査項目의 構成

장애유형	조사항목
지체장애· 뇌병변장애	지체 및 뇌병변장애 여부, 장애부위, 장애종류, 장애발생 시기, 장애 유발 질환명, 주된 장애원인, 일상생활동작능력
시각장애	시각장애 여부, 시력인지 여부, 시력, 점자해독 여부, 장애발생 시 기, 장애유발 질환명, 주된 장애원인
청각장애	청각장애 여부, 보청기사용여부, 장애정도, 주된 의사소통방법, 장애 발생 시기, 장애유발 질환명, 주된 장애원인
언어장애	언어장애 여부, 장애유형, 주된 의사소통방법, 장애발생 시기, 장애유 발 질환명, 주된 장애원인
정신지체	정신지체 여부, 장애발생 시기, 사회성숙도 검사, 장애유발 질환명, 주된 장애원인
발달장애	발달장애 여부, 장애발생 시기, 발달상의 특성, 정신지체 동반여부,
정신장애	정신장애 여부, 장애발생 시기, 주 정신질환명
신장장애	신장장애 여부, 장애발생 시기, 투석시작 시기, 신장이식 여부, 신장 이식 시기, 주된 장애원인
심장장애	심장장애 여부, 장애발생 시기, 심장장애 정도, 주된 장애원인

시각장애의 경우 시력인지 여부, 시력, 점자해독 가능여부를 파악하고자 하며, 청각장애의 경우는 보청기 사용여부, 장애정도, 주된 의사소통방법, 수화가능 여부를 파악하고자 한다. 그리고 언어장애의 경우 장애유형, 주된 의사소통방법, 수화가능여부를 파악하고자 한다.

그리고 정신지체의 경우 사회성숙도 검사를, 발달장애는 발달상의 특성 여부, 정신지체 동반여부를, 정신장애는 주된 정신질환명을 기본적인 조사항목 이외에 더 추가하여 새로이 파악하고자 한다.

그리고 내부장애의 범주인 신장장애의 경우 신장투석시기와 신장이식여부와 시기를, 심장장애의 경우 심장장애의 심각정도를 파악하고자 한다.

나. 障碍診斷 및 治療

먼저 주된 장애가 무엇인지를 장애진단 및 치료에 대한 조사를 하기 이전에 알아본다. 즉, 주된 장애의 조사항목에서는 2가지 이상의 중복장애가 있는 경우에만 해당되는 질문으로, 여러 가지 장애 중 가정생활이나 사회생활에 지장을 가장 많이 초래하는 한 가지 장애를 파악하기 위한 것이다. 이때 주된 장애란 장애인이 생각하기에 장애 정도가 가장 심하고 가정이나 사회생활에 지장을 가장 많이 초래한다고 생각하는 것이다.

장애진단 및 치료에서는, 장애의 진단과 관련된 행태에 대해서는 장애진단 여부, 장애진단 시기, 장애진단 기관 등을 파악하고자 하며, 장애치료 행태에 대해서는 과거의 장애치료 시기, 즉시 치료하지 않은 이유, 첫 번째 치료기관, 충분한 치료 여부, 충분한 치료받지 않은 이유와 현재의 치료여부 및 치료기관, 치료시 장애 호전여부, 현재 치료받지 않는 주된 이유 등을 파악하고자 한다.

이러한 장애진단 및 치료는 1995년 조사에서는 중복장애의 경우 주된 장애에 대하여 조사를 실시하였다. 그러나 2000년 조사에서는 개별 장애유형과의 연관성을 분석하기 위하여 제1장 장애특성에서 조사를 하기로 한다.

다. 健康 및 疾病·保護與否 및 補裝具

1995년 조사에서는 장애인들이 본인의 건강상태를 어떻게 생각하고 있는지에 대한 주관적 건강상태와, 지난 1년간의 병이나 증상 여부 등 만성 질환과 지난 15일간 아프거나 불편했던 급성질환에 대해 조사를 실시하였다. 그러나 2000년 조사에서는 주관적 건강상태만 남기고 급·만성이환에 대한 조사는 삭제하기로 하였다. 이것은 급·만성이환은 국

민건강조사에서 파악이 가능하고 단순히 이환만 조사해서는 이환에 대한 충분한 자료수집이 어려울 뿐만 아니라 장애와의 연관성이 약해 분석시에도 정책적으로나 사회적으로 별다른 의미가 없을 것으로 판단되었기 때문이다.

한편, 장애인들의 일상생활에서의 불편정도와 남의 도움여부, 도와주는 사람 여부, 비용지출시 얼마나 지출하는지에 대해서도 파악하고자 한다. 이때 유료고용의향을 질문하여 가정봉사원제도와 연계여부를 파악한다 보고자 한다. 이때 이러한 보호자를 개호수당과 연계하기 위하여 도움을 주는 시간의 총량을 추가하기로 하였다. 또한 이러한 후보호자가 장애인을 수발하는 과정에서 소득활동에 지장을 받고 있는 지 여부에 대해서도 조사항목을 추가하였다.

그리고 장애인들에게 있어서 의수족이나 보조기, 안경, 보청기 등 보장구는 재활에 있어서 매우 중요하며 필수적이다. 따라서 2000년 장애인 실태조사에서는 이러한 보장구의 소지여부, 활용여부, 필요보장구의 종류, 그리고 보장구가 필요한 데도 구입하지 않는 이유 등을 파악해 보고자 한다. 이러한 조사항목은 보장구 산업의 육성과 함께 장애인 재활정책에 기초자료로 제공될 것이다.

라. 餘暇 및 社會活動

먼저 여가활동 항목의 내용에 ‘영화감상’에 연극감상, ‘전시회, 음악회 등 관람’에 운동경기관람을 포함하고, 종교활동이 조사되도록 하는 것을 검토해 보았다. 특히 서예나 그림그리기, 골동품 수집 등은 정책적으로 의미가 없을 것으로 판단되어 조사부담을 줄인다는 차원에서 삭제하기로 하였다. 특히 사회활동은 자원봉사활동, 시민사회단체활동, 지역단체활동(부녀회, 주민단체 등)으로 세분화할 필요가 있으나 이 조사항목 역시 정책적인 의미가 별로 없다고 판단되어 삭제하고자 한다.

장애인에게는 이동성의 확보가 매우 중요하다. 이를 파악하기 위한 대리변수로서 외출 횟수에 대한 조사를 할 것이며, 집밖 활동시 불편 정도와 함께 가장 불편한 점을 조사한다. 특히 주된 외출목적과 외출시 불편한 점, 그리고 외출하지 않을 경우 외출하지 않는 이유 등에 대해서도 질문을 추가할 계획이다. 이때 ‘건물, 도로 등의 편의시설 미비’를 ‘건물의 편의시설 미비’와 ‘도로의 편의시설 미비’로 구분할 필요가 있다. 건물의 편의시설과 도로의 편의시설은 설치의 주체가 다르다는 특징을 갖고 있기 때문이다. 도로는 지방자치단체, 즉 정부에서 편의시설을 설치해야 하기 때문에 예산에서 반영되어야 하는 반면, 건물의 편의시설은 건물주가 설치해야 하기 때문에 설치비용을 용자하는 방식으로 접근이 이루어져야 한다.

가장 많이 이용하는 교통편에서는 그 범주에 ‘사회복지기관·시설의 승합차 또는 버스’를 포함한다. 이는 일반버스와는 다른 특성을 갖고 있으며, 장애인들은 일반 교통편을 이용하기 불편하기 때문에 사회복지기관·시설의 교통편을 활용하는 경우가 많기 때문이다. 한편 장애인이 생각하는 편의시설의 설치가 가장 필요한 시설은 어떤 것인가를 파악하기 위하여 이에 대한 항목을 추가할 계획이다.

마. 經濟狀態

장애인의 경제상태를 파악하기 위하여 장애연금의 제도, 경제적 어려움 정도, 최소한의 한달 생활비, 추가비용 여부를 조사할 계획이다. 특히 추가비용금액은 정책적으로 장애수당지급 등 매우 중요하기 때문에 세부 항목으로 나누어 조사하고자 한다.

다만, 장애인가구의 경제상태를 보다 과학적으로 판단하기 위해 소득원천별 월평균소득, 지출비목별 지출수준, 부채 및 재산상태에 대한 조사항목을 추가하자는 의견이 있었으나, 이러한 조사항목은 응답하기가

어려울 뿐만 아니라 조사결과에 대한 신뢰도를 떨어지게 하는 요인이 될 수 있으므로 이번 조사에서는 추가하지 않기로 결정하였다.

바. 生活滿足度 및 生活環境

1995년 조사에서는 재가장애인의 일상생활에 대한 만족도와 함께 생활하면서 장애로 인한 문제가 발생하였을 경우 주로 상담하고 있는 자, 사회적 차별여부 및 경험, 장애로 인한 심리적 부담정도, 장애인이 느끼는 장애인에 대한 일반인의 인식에 대한 견해, 그리고 재가장애인의 장애에 대한 인식, 즉 장애인이 스스로를 장애인이라고 생각하는지 여부를 조사하였다. 그러나 2000년 조사에서는 장애유형이 확대됨에 따라 장애를 판별하는 데 상당히 많은 문항이 추가되었기 때문에 가능하면 조사문항을 줄이기 위해 노력하였다. 이러한 차원에서 볼 때 장애로 인한 정신적·심리적 부담이나 자신을 장애인이라고 생각하는 장애인지 등에 관한 조사문항은 정책적인 의미가 없다고 판단되어 삭제하였다.

사. 登錄制度 및 福祉서비스

장애인등록제도 인지여부, 등록시 받게 되는 취업알선, 전화료 감면, 자동차세 감면, 보장구 지급 등의 혜택을 받기 위한 등록희망여부, 등록제도 인지경로, 그리고 등록여부, 등록시 장애유형 및 등급, 미등록 이유 등에 대해 조사하고자 한다. 이때 등록제도 인지경로에 ‘인터넷’을 ‘인터넷 또는 PC 통신’으로 수정하여 최근에 많이 활용하고 있는 PC 통신에 대한 문항을 추가할 필요가 있다.

한편, 장애인복지사업은 현재 정부가 시행하고 있는 복지서비스외에 외국의 제도 등을 참조하여 앞으로 확대가 필요한 복지서비스에

대해서도 문항을 추가하는 것이 바람직하다. 예를 들면, ‘공원, 고궁, 박물관 등 무료 입장’을 ‘공원, 고궁, 박물관, 국·공립 공연장 등 무료 입장’으로, ‘승용차 특별소비세, 자동차세 감면’을 ‘승용차 특별소비세, 등록세, 취득세, 자동차세, 면허세 감면’으로, ‘무료 장애인 수용·요양 시설’을 ‘무료 장애인생활시설’로, ‘장애인복지관’을 ‘장애인복지관(재가복지서비스)’으로 변경할 필요가 있다.

한편, 등록장애인을 대상으로 하는 장애인복지서비스 항목에는 장애인자동차 표지발급, 승용차 LPG 연료 사용 허용, 장애인 의료비 공제, 증여세 면제, 장애인보장구 부가가치세 감면, 장애인의무고용제, PC 통신요금 할인 등을 새로이 추가하고, 등록저소득 장애인을 대상으로 하는 장애인복지서비스에는 의료보험료 감면 서비스를 추가하고자 한다. 또한 전체 장애인을 대상으로 하는 문항에는 시각장애인 심부름센터, 수화통역센터, 장애인생산물 공판장 등에 관한 문항을 추가할 필요가 있다.

그리고 주택의 개조 필요 여부 항목에 있어서는 기존의 설문지를 활용하되, 개조가 필요하다면, 비용을 모두 스스로 부담할 수 있습니까?라는 문항과 (모두 부담할 수 없다면) 정부가 장기저리로 개조비용을 융자한다면 융자를 받을 생각이 있습니까? 라는 문항을 추가할 필요가 있다.

아. 敎育

학교의 종류, 일반학교에 다닌 경험, 특수학교로 옮긴 이유, 학교생활에 대한 적응정도, 학교생활에서의 문제점 등에 대한 조사를 하고자 한다. 이때 학교까지의 거리(① 1km 이내, ② 1~4km, ③ 4~10km, ④ 10km 이상)와 통학방법(① 도보, ② 시내버스, ③ 자가용,

④ 학교 통학버스, ⑤ 택시, ⑥ 기타)에 대한 문항을 추가할 필요가 있다. 또한, 일반적으로 장애아동을 위한 교육비는 일반아동을 위한 교육비보다 많이 소요되는 것으로 추정된다. 따라서 장애아동에 대한 교육정책을 수립하기 위해서는 장애아동 교육비를 정확하게 조사할 필요가 있다. 이에 따라 월평균 교육비, 월평균 사교육비, 교육비의 부담정도 등에 대한 문항을 추가할 필요가 있다.

자. 雇傭 및 職業再活

1999년 12월 통과된 『장애인고용촉진 등에 관한 법률』 개정법에 다른 변화를 반영하기 위해 직업관련서비스 인지도 및 이용도에 문항을 추가할 필요가 있다. 예를 들면, 직업상담, 직업적성검사, 직업능력평가, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 취업알선, 취업후 적응지도, 사업주에 대한 고용지도 등의 세부 문항으로 구성하는 것이 바람직할 것이다.

또한 『장애인고용촉진 등에 관한 법률』 개정법의 통과에 따른 변화를 반영하기 위해 장애인고용정책관련 일부 문항을 추가 또는 변경하여야 할 것이다. 예를 들면, 의무고용제(300인 이상 사업체 5% 이상), 국가나 지방자치단체의 장애인의무고용(2% 이상), 장애인고용부담금(5% 미만 고용업체), 장애인고용장려금(5% 이상 고용업체), 장애인고용관리비용 지원, 취업알선비용 지원, 장애인고용시설자금 융자 및 무상지원, 장애인복지공장 설립자금 융자, 장애인근로자에 대한 직업안정자금 융자, 장애인창업자금융자, 장애인직업훈련원 운영, 보호작업장 운영, 한국장애인고용촉진공단 운영 등이다.

한편, 산업 문항으로서 ① 농업, 수렵업 및 임업, ② 어업, ③ 광업, ④ 제조업중 석유화학, ⑤ 제조업중 비금속, 금속, ⑥ 제조업 중 기

계, 장비, ⑦ 제조업 중 전자, 통신, ⑧ 제조업 중 자동차, 운송, ⑨ 제조업중 경공업 및 기타, ⑩ 전기, ⑪ 가스 및 수도사업, ⑫ 건설업, ⑬ 도·소매 판매업 및 소비자용품 수리업, ⑭ 숙박 및 음식점업, ⑮ 운수, 창고 및 통신업, ⑯ 금융 및 보험업, ⑰ 부동산, 임대 및 사업서비스업, ⑱ 교육서비스업, ⑲ 보건 및 사회복지사업, ⑳ 기타 공공, 사회 및 개인서비스업, 무응답으로 변경할 필요가 있다.

차. 施設障礙人 調査

1995년도 장애인실태조사에서 사용한 시설장애인 조사표는 조사표의 항목이 시설의 명칭 및 소재지, 종사자 관련 현황, 법인관련 사항 등 시설의 일반적인 사항과 장애유형별 수용인원만을 파악하였다.

사실 장애인실태조사는 전국적인 조사이기 때문에 재가장애인의 비중이 크다. '98년말 현재 전국적으로 874개소의 시설에서 78,211명의 요보호자가 거주하고 있고, '95년도 장애인실태조사에서 파악한 시설장애인 수가 2만명을 넘어서고 있어 이들 장애인에 대한 개별조사를 실시하기란 현실적으로 제약이 많은 것이 사실이다.

그러나 기존의 시설장애인 조사표 항목으로는 시설장애인의 수와 전체 장애출현율을 제외한 성별이나 연령 등 기본적인 인구학적 특성과 관련된 장애유형 및 출현율조차도 파악이 불가능하다.

따라서 2000년도 시설장애인 조사표에서는 장애인의 성별, 연령, 장애유형, 장애등급에 대한 조사항목을 추가할 필요가 있다. 1995년도와 2000년도 시설장애인 실태조사표의 항목을 비교하여 보면 다음의 <表 V-2>와 같다.

〈表 V-2〉 施設障碍人 實態調査의 調査 項目 比較

구분	1995년	2000년
시설의 일반사항	<ul style="list-style-type: none"> - 시설명 - 대표자성명 - 전화번호 - 주소 - 시설구분 <ul style="list-style-type: none"> • 무료, 유료, 무료+유료, 기타 - 시설설치년도 - 총직원 수 - 사회복지사 수 - 자원봉사자 수 - 법인명 - 법인구분 	좌 동
시설장애인 관련사항	- 장애인 총수	좌동
	- 장애유형별 수용인원 <ul style="list-style-type: none"> • 단일장애인 수 • 중복장애인 수 	- 개별장애인의 장애유형
	-	- 개별 장애인의 장애등급
	-	- 개별 장애인의 성별
	-	- 개별 장애인의 연령

카. 調査項目의 比較

지금까지 논의한 내용을 바탕으로 2000년 장애인 실태조사에서는 여러 조사항목이 추가될 것이며, 일부 항목의 경우 내용보완이 이루어 질 것이다. 이러한 변화내용을 요약하여 일목요연하게 보이기 위하여 과거에 실시되었던 장애인 실태조사 항목들과 수정·보완·추가된 조사항목들을 비교해 보면 <表 V-3>과 같다.

〈表 V-3〉 障 碍 人 實 態 調 査 の 調 査 內 容 變 更 事 項 對 比 表

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고	
조사명	-	활동부자유자 복지수요조사	장애인 실태조사	활동제한자 실태조사	활동제한자 실태조사	변경	
가구원 일반 사항	1) 가구주와의 관계	○	○	○	○	-	
	2) 성별	○	○	○	○	-	
	3) 연령	○	○	○	○	-	
	4) 사회보장	○	○	○ (고용보험)	○(보훈, 개인연금)	추가	
	5) 교육정도	○	○	○	○	보완	
	6) 결혼상태	○	○	○	○	-	
	7) 경제활동	○	○	○	○	-	
장 애 유 무	법 정 장 애	1) 지체장애	○	○	○	○	-
		2) 시각장애	○	○	○	○	-
		3) 청각장애	○	○	○	○	-
		4) 언어장애	○	○	○	○	-
		5) 정신지체	○	○	○	○	-
		6) 뇌병변장애	-	-	-	○	추가
		7) 정신장애	-	-	-	○	추가
		8) 발달장애(자폐증)	-	-	-	○	추가
		9) 신장장애	-	-	-	○	추가
		10) 심장장애	-	-	-	○	추가
행 후 범 주 확 대 장 애	1) 호흡기장애	-	-	-	○	추가	
	2) 만성간질환	-	-	-	○	추가	
	3) 만성알코올중독 및 약물중독	-	-	-	○	추가	
	4) 기질성뇌증후군	-	-	-	○	추가	
	5) 기타정신발달장애	-	-	-	○	추가	
	6) 소화기장애	-	-	-	○	추가	
	7) 비뇨기장애	-	-	-	○	추가	
	8) 치매	-	-	-	○	추가	
	9) 외부기형	--	--	--	○	추가	
	10) 만성통증	-	-	-	○	추가	
	11) 간질 등 경련장애	-	-	-	○	추가	
	12) 암	-	-	-	○	추가	
	13) 기타	-	-	-	○	추가	

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
경제상태	1) 주택유형	-	-	○	○	-
	2) 주택소유관계	-	○	○	○	-
	3) 월평균수입	○	○	○	○	-
	4) 월평균지출	-	○	○	○	-
	5) 주된 수입원	-	-	○	○	-
지체장애	1) 지체장애 여부	○	○	○	○	-
	2) 장애정도 및 부위	○	○	○	○	보완
	3) 장애발생시기	○	○	○	○	-
	4) 장애진단 여부	-	○	○	○	수정
	5) 장애유발 질환명	-	-	○	○	-
	6) 의사의 진단명	-	○	-	-	보완
	7) 장애원인	○	○	○	○	보완
	8) 일상생활정도	-	-	○	○	수정
뇌병변장애	1) 지체장애 여부	-	-	-	○	추가
	2) 장애정도 및 부위	-	-	-	○	추가
	3) 장애발생시기	-	-	-	○	추가
	4) 장애진단 여부	-	-	-	○	추가
	5) 장애유발 진단명	-	-	-	○	추가
	6) 의사의 진단명	-	-	-	○	추가
	7) 장애원인	-	-	-	○	추가
	8) 일상생활정도	-	-	-	○	추가
시각장애	1) 시각장애 여부	○	○	○	○	-
	2) 시력인지 여부	○	○	○	○	보완
	3) 시력	○	○	○	○	-
	4) 장애발생시기	-	○	○	○	-
	5) 의사의 진단명	-	○	○	-	-
	6) 장애원인	○	○	-	○	-
	7) 수술경험(가족포함)	-	○	-	-	-
	8) 점자해독가능여부	-	-	○	○	-
	9) 선호하는 호칭	○	-	-	-	-
청각장애	1) 청각장애 여부	○	○	○	○	-
	2) 보청기 사용 여부	-	○	○	○	-
	3) 의사소통방법	○	○	○	○	-
	4) 장애발생시기	-	○	○	○	-
	5) 의사의 진단명	-	○	-	○	-
	6) 장애원인	○	○	○	○	-
	7) 수화가능여부	-	-	○	○	-
	8) 보청기관련 (사용여부/시기/구입방법)	○	-	-	-	-

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
언어장애	1) 언어장애 여부	○	○	○	○	-
	2) 장애 유형	-	○	○	○	-
	2) 의사소통방법	○	○	○	○	-
	3) 장애발생시기	-	○	○	○	-
	4) 장애진단 여부	-	○	-	-	-
	5) 의사의 진단명	○	○	○	-	-
	6) 장애원인	-	-	○	○	-
	7) 수화가능 여부	○	-	-	○	-
정신지체	1) 정신지체 여부	○	○	○	○	-
	2) 장애발생시기	○	○	○	○	-
	3) 의사의 진단명	-	○	-	-	-
	4) 장애원인	○	○	○	○	-
	5) 일상생활동작 능력	○	○	-	-	-
	6) 치료처/시기정도	-	○	○	○	-
	7) 보장구	-	○	○	-	-
	8) 복지수요/서비스	-	○	○	-	-
	9) 여가활동	-	○	○	-	-
	10) 교육·훈련가능성 (사회성숙도검사)	○	○	○	○	-
	11) 장애정도 지능검사	○	-	-	-	-
발달장애	1) 발달장애 여부	-	-	-	○	추가
	2) 장애발생시기	-	-	-	○	추가
	3) 발달상의 특성여부	-	-	-	○	추가
	4) 정신지체 동반여부	-	-	-	○	추가
정신장애	1) 정신장애 여부	-	-	-	○	추가
	2) 장애발생시기	-	-	-	○	추가
	3) 주된 정신질환명	-	-	-	○	추가
신장장애	1) 신장장애 여부	-	-	-	○	추가
	2) 장애발생시기	-	-	-	○	추가
	3) 투석시작 시기	-	-	-	○	추가
	4) 신장이식여부·	-	-	-	○	추가
	5) 신장이식시기	-	-	-	○	추가
	6) 주된 원인	-	-	-	○	추가
심장장애	1) 심장장애 여부	-	-	-	○	추가
	2) 장애발생시기	-	-	-	○	추가
	3) 심장장애 정도	-	-	-	○	추가
	4) 주된 원인	-	-	-	○	추가

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
장애 공통	일상생활 불편정도 및 보호여부					
	1) 집안에서의 활동 및 불편여부	○	○	○	-	삭제
	2) 일상생활 불편정도	-	-	○	○	-
	3) 보호자(일상생활에서의)유무	-	-	○	○	보완
	4) 보호자의 소득활동지장 여부	-	-	-	○	추가
	4) 보호의 충분도	-	-	○	○	수정
	5) 보호자의 대가유무 및 지불액	-	-	○	○	-
	6) 유료보호자 고용의향	-	-	○	-	삭제
	7) 보호자의 1일 보호시간	-	-	-	○	추가
	건강 및 질병					
	1) 주관적 건강상태	-	○	○	○	-
	2) 지난 1년간 질병유무	-	-	○	-	삭제
	3) 의료기관 이용빈도	-	-	○	-	삭제
	4) 지난 15일간 질병유무	-	-	○	-	삭제
	진단 및 치료					
	1) 장애진단 여부 (초기)	○	○	○	○	-
	2) 진단처 (초기)	-	-	○	○	보완
	3) 진단시기 (초기)	-	-	○	○	-
	4) 치료시기 (초기)	-	○	○	○	-
	5) 치료정도 (초기)	○	-	○	○	보완
	6) 즉시 치료받지 않은 주된 이유	○	○	○	○	보완
	7) 치료방법-진단여부(초기)	○	○	○	○	보완
	8) 충분한 치료 여부	-	-	○	○	-
	9) 충분한 치료 받지 않은 주 이유	-	-	○	○	수정
	10) 현재 치료 유무	-	-	-	○	추가
	11) 현재 치료처	-	-	-	○	추가
	12) 현재 치료시 장애호전 여부	-	-	-	○	추가
	13) 현재 치료받지 않은 주된 이유	-	-	-	○	추가
	14) 현재 치료 요구	-	-	-	○	추가
	보 장 구					
	1) 보장구소지여부	○	○	○	○	-
	2) 소지보장구 종류, 욕구	○	○	○	○	보완
	3) 활용도, 활용하지않은 주된 이유	-	-	○	○	-
4) 필요않지만 구입하지 않은 이유	○	○	○	○	-	
5) 필요한 보장구 유무 및 종류	○	○	○	○	보완	

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
장애 공통	교 육					
	1) 학교재학 여부 및 학교 종류	-	-	-	○	추가
	2) 과거에 학교재학 여부 및 종류	-	-	-	○	추가
	3) 교육재활수혜 여부	○	○	○	-	삭제
	4) 학교생활 어려움	○	○	○	○	-
	5) 학교생활 적응도	-	-	○	○	-
	6) 교육받은 기관	○	-	○	○	-
	7) 통학시간 및 방법	-	-	-	○	추가
	8) 교육비 부담 정도	-	-	-	○	추가
	생활만족도 및 생활환경					
	1) 만족도	-	-	○	○	-
	2) 생활문제 의논상대	-	-	○	○	보완
	3) 사회적 차별 경험	-	-	○	○	-
	4) 장애의 정신적·심리적 부담	-	-	○	○	삭제
	5) 장애인에 대한 일반인 인식도	-	-	○	○	-
	6) 장애인으로서의 자기인식	-	-	○	○	삭제
	경 제 상 태					
	1) 장애연금 수혜여부	-	-	○	-	삭제
	2) 경제적 어려움 정도	-	-	○	-	삭제
	3) 주관적 소속 소득계층	-	-	-	○	추가
	4) 주관적 최저생계비	-	-	○	○	-
	5) 장애로 인한 추가소요비용·주소요처	-	-	○	○	보안
	6) 소득 주 수입원(지출)	-	-	○	○	삭제
	등 록 제 도					
	1) 인지도/등록여부	-	○	○	○	보완보
	2) 인지경위	-	○	○	○	완
	3) 미등록사유	-	-	○	○	보완
	4) 장애등급	-	-	○	○	-
5) 등록으로 인한 혜택	-	-	○	○	보완	
6) 등록제도 권유 유무	-	-	○	-	삭제	
7) 정부·민간기관에서의 장애인복지 사업인지도 및 이용도	-	-	○	○	보완	

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
장애 공통	복 지 서 비 스					
	1) 가장 원하는 서비스	○	○	○	-	삭제
	2) 사회/국가 요구사항	○	○	○	○	보완
	3) 시설입소 의향	-	-	○	-	삭제
	4) 장애인복지사업 인지도·이용도	-	-	○	○	보완
	5) 주택개조 의사	-	-	○	○	이동
	6) pc 보유 여부	-	-	-	○	추가
	7) pc 통신 및 인터넷 이용 여부	-	-	-	○	추가
	여가 및 사회활동					
	1) 여가활동 종류	-	○	○	-	삭제
	2) 여가활동 참여빈도	-	-	○	○	보완
	3) 종교 종류	-	-	○	○	-
	4) 사회활동·참여빈도	-	-	○	-	삭제
	5) 외부활동시 불편도 및 불편사항	-	-	○	○	보완
	6) 주이용 교통수단 및 어려움	-	-	○	○	보완
	7) 설치희망 편의시설	-	-	-	○	추가
	8) 주택개조 의사(필요성)	-	-	○	○	이동
	9) 개조시 용자의 필요여부	-	-	-	○	추가
	경 제 활 동(고용 및 직업재활)					
	1) 직업관련 서비스 인지도 및 이용도	-	-	○	○	-
	2) 장애인 고용정책에 대한 인지도	-	-	○	○	삭제
	3) 고용촉진공단이용 여부 및 인지도	-	-	○	○	삭제
	4) 직업관련서비스 인지도 및 이용도	-	-	○	○	삭제
	5) 직업훈련 경험유무, 종류	-	-	○	○	삭제
	6) 직업훈련을 받은 장소	-	-	○	○	-
	7) 직업훈련을 받은 시기	-	-	○	○	삭제
	8) 직업훈련을 받은 기간	-	-	○	○	-
	9) 직업훈련과 관련된 희망	-	-	○	○	-
	10) 희망직업훈련 종류 및 장소	-	-	○	○	삭제
	11) 직업훈련기관, 자격증 및 기술소지여부	-	-	○	○	-

〈表 V-3〉 계속

구분	조사항목	1985년	1991년	1995년	2000년	비고
	경 제 활 동(취업자)					
장 애 공 통	1) 취업시기	○	○	○	○	-
	2) 취업경로	-	-	○	○	-
	3) 고용사업체 규모	-	-	○	-	삭제
	4) 고용사업체 종류	-	-	○	○	-
	4) 취업 형태	-	-	-	○	추가
	5) 현 취업 직종	-	-	-	-	삭제
	6) 근무시간/일수(직업에 종사한)	-	-	○	○	-
	7) 주당 평균 일수/시간	-	-	○	○	-
	8) 월 평균 수입	-	○	○	○	-
	9) 장애로 인한 업무방해 정도	-	-	○	○	-
	10) 직장시설 설비개조 필요성 유무	-	-	○	-	삭제
	11) 출퇴근 교통수단	-	-	○	-	삭제
	12) 이직의향 및 사유	-	-	○	-	삭제
	13) 직업생활에서의 어려움	-	-	○	-	삭제
	14) 직무 만족도	-	○	○	○	-
	15) 희망업종(이직시)	-	-	○	-	삭제
	16) 희망 직업형태(이직시)	-	-	○	-	삭제
	17) 직업훈련과 현직무 관련성	-	-	○	-	-
18) 직업훈련과 현직무 도움정도	-	-	○	○	-	
	경 제 활 동(미취업자)					
	1) 장애 이전 취업 유무	○	○	○	○	-
	2) 장애 이후 취업 유무	○	○	○	○	-
	3) 이전직업 총 종사시간	○	○	○	-	삭제
	4) 미취업사유	-	-	○	○	보완
	5) 취업희망여부	-	-	○	○	-
	6) 취업하지 않은 이유	-	-	○	○	보완
	7) 희망직종과 고용형태	-	-	○	-	삭제
	8) 혼자서 출퇴근 가능여부	-	-	○	-	삭제
	9) 직장 선택시 고려 사항	-	-	○	-	삭제
	10) 장애인전용 기업체의 취업희망 여부	-	-	○	-	삭제
	11) 고용촉진공단 이용의향	-	-	○	-	삭제
	12) 구직활동 여부	-	-	-	-	추가

VI. 調査 및 分析 計劃

1. 調査計劃

가. 調査指針書 開發

실태조사에 있어서 조사원이 반드시 알아야 할 내용들을 바탕으로 조사지침서를 개발하고자 한다. 조사지침서는 모두 4개 부문으로 이루어지는데, 현지조사 절차, 가구조사표(장애판별 조사표) 및 활동제약자조사표로 구분하여 조사표 작성요령을 설명한다.

조사지침서의 제1장 조사개요에서는 먼저 재가장애인의 생활실태와 복지욕구를 정확히 조사해야 할 필요성을 조사의 배경으로 정리한 후, 장애인 실태조사의 가장 중요한 목적이 ‘우리 나라의 전체 장애인 수를 추정하는 것’이라고 강조한다. 그리고 ‘표본조사에서 발견된 장애인 1인은 총수 추정시 수백명에 해당하기 때문에 장애기준에 해당되는 사람은 빠짐없이 조사될 수 있도록 하는 것이 무엇보다도 중요하다’는 내용을 담을 계획이다.

장애인 실태조사의 법적 근거를 제시함으로써 조사의 중요성을 다시 강조하고, 조사범위와 조사내용을 간단히 소개하고자 한다. 그리고 현지조사의 방법과 절차를 구체적으로 설명하여 조사원이 현지조사에서 그대로 따르도록 하였으며, 조사표의 구성을 설명하면서 이때까지의 많은 표본조사에서 어려움으로 지적되고 있는 가구와 가구원의 개념을 가구의 유형별로 설명하여 현지조사에 이용될 수 있도록 한다.

지침서의 제2장에서는 조사원이 현지조사에서 거쳐야 할 조사절차

를 구체적으로 설명한다. 표본조사구의 규모와 조사구별 조사대상 가구수를 밝히고, 조사팀의 편성을 설명하여 개별 조사원이 담당해야 할 조사의 분량을 제시할 계획이다. 그리고 조사원이 현지에서 해야 할 업무의 내용을 차례대로 제시하여 그대로 따르도록 하되, 업무의 내용에는 ① 조사구 관할 동·읍·면사무소의 방문, ② 통·리·반장 방문, ③ 조사구 경계선 확인, ④ 조사구 요도의 작성, ⑤ 가구의 확인, ⑥ 가구명부 작성 그리고, ⑦ 현지조사를 포함시킬 계획이다. 실제 조사와 관련하여 조사원의 역할이 무엇인지를 설명하고, 가구를 방문할 때 주의해야 할 사항을 구체적인 예와 함께 상세히 설명하고자 한다.

조사지침서의 제3장에서는 조사표의 구성을 설명한 후, 조사표의 각 항목에 대하여 작성요령을 구체적으로 설명할 것이다. 특히 경제활동과 관련하여 조사원에게 도움을 주기 위하여 직업분류 및 산업분류에 대한 정의와 예를 제시한다.

그리고 지침서의 제4장에서는 조사표의 작성요령을 설명한다.

나. 事前調査의 實施

장애인 실태조사의 신뢰도와 타당도를 높이기 위한 조사문항의 개발과 실제 조사에 소요되는 시간과 비용을 추정하여 효율적인 조사가 진행되도록 하기 위하여 사전조사(pretest)를 실시할 계획이다. 사전조사에서는 주로 다음의 내용들을 점검할 것이다.

1) 標本

- ① 조사구를 확인하는 데 어려움은 없는가?
- ② 조사대상 가구 및 조사대상자를 선정하는 데 어려움은 없는가?
- ③ 장애인을 확인하는 과정에서의 어려움은 무엇인가?

2) 接近

- ① 조사를 하는 과정에서 주민들의 반발은 없는가?
- ② 조사를 하는 과정에서 응답을 거절하는 경우에는 어떻게 대응할 것인가?
- ③ 조사를 하는 과정에서 특별히 주의해야 할 사항은 무엇인가?

3) 說問

- ① 조사항목의 순서가 제대로 되어 있는가?
- ② 조사표의 형태는 조사하기에 적당한가?
- ③ 조사표에서 표현방법이 잘못된 곳은 없는가?
- ④ 조사표의 문항들이 논리적으로 되어 있는가?

4) 應答

- ① 조사표에서 제시하고 있는 보기의 범위를 벗어난 응답을 하는 경우가 없는가?
- ② 전혀 기대하지 못한 응답을 하는 경우는 없는가?
- ③ 응답에서 일관성이 결여된 경우는 없는가?

5) 資料 處理

- ① 자료를 범주화하는 데 어려움은 없는가?
- ② 부호화하는 과정에서의 문제점은 없는가?

6) 調査票 作成

- ① 조사표를 작성하는 과정에서 발생하는 문제점은 없는가?

- ② 조사대상자의 비밀을 보장하는 데 어려움은 없는가?

7) 調査關聯 業務

- ① 가구조사에 소요되는 시간은 얼마인가?
- ② 장애인조사를 마치는 데 소요되는 시간은 얼마인가?
- ③ 장애인 조사를 하는 과정에서의 특별한 어려움은 무엇인가?

8) 資料 分析

- ① 빠진 조사항목은 없는가?
- ② 얻어진 자료를 분석하는 과정에서의 어려움은 무엇인가?

사전조사는 일차적으로 완성된 조사표를 근거로 연구진이 약 2일간에 걸쳐 현지에서 장애인 약 20명을 대상으로 실시한다. 이 사전조사에서 얻어진 조사문항 관련 결과는 조사표 확정시에 반영될 것이며, 조사결과에서 얻어진 일반가구 및 장애인 거주 가구당 조사에 소요되는 시간은 조사원들의 1일 업무량을 배정하는 데 필요한 자료로 활용될 것이다.

다. 調査員 教育

장애인 조사는 장애인에 대한 사회의 부정적인 인식, 노출 기피, 장애정도에 따른 判定의 어려움 등으로 인해 일반 사회조사와는 다른 특성을 갖는다. 특히 각 장애유형별 원인, 주요 증상, 재활, 치료 등에 관한 이해가 필요하고, 조사에 있어서 장애인복지증진에 대한 헌신적 참여의사와 강한 동기유발이 요구된다. 그러므로 조사원과 지도원을 대상으로 장애조사에서 요구되는 기본지식, 동기유발, 면접기술 등에

관한 훈련을 조사가 실시되기 전에 실시할 계획이다. 더욱이 2000년 장애인실태조사의 경우에는 장애범주의 확대로 기존의 신체장애 중심에서 내부장애와 정신장애가 포함됨에 따라 장애의 정의가 보다 복잡해진 실정이다. 따라서 장애 특성에 대한 교육은 장애 유형별로 전문의가 훈련에 참가하여 조사원들을 교육하되, 5일간 교육을 하는 것으로 계획하고 있다.

교육내용은 주로 장애 판별방법과 조사 일반 및 조사표 내용에 관한 사항, 그리고 조사실습으로 구성될 것이며, 원내 연구진과 외부의 강사들에 의해 진행된다. 그리고 교육기간 중에는 연구원이 소재하고 있는 인근 동(불광동, 녹번동)에 거주하고 있는 등록장애인 명부에 의거하여, 일반 가구원 및 장애인을 대상으로 조사실습을 할 계획이다. 이 조사실습을 바탕으로 교육에 참가한 전문의 및 연구진 전원이 참가한 토론회를 가져, 실제 조사에서 직면할 수도 있는 장애정도 판별 등 조사시 발생할 수 있는 관련 문제점들을 사전에 조정할 계획이다.

라. 現地調査

1) 調査期間

현지조사는 2000년 3월 10일부터 5월 30일까지 약 3개월 동안에 걸쳐서 이루어 질 것이다.

2) 調査員 選定 및 調査팀 編成

장애인 실태조사를 위하여 3명의 조사원과 1명의 지도원(supervisor)으로 짜여진 조사팀을 구성하게 된다. 조사원은 직접 표본가구를 방문하여 조사표에 의거한 자료수집의 업무를 담당하며, 지도원은 각

조사팀의 조사원에 대한 현지 지도 및 감독의 업무를 담당하게 된다. 특히 지도원은 현지 조사구 내 표본가구의 조사원별 업무할당 및 지정, 조사결과의 점검 및 누락사항의 발견, 재방문 지시 등의 업무를 수행하여야 한다.

조사원과 지도원은 공개모집할 계획이며, 면접전형을 거쳐서 선발할 것이다. 조사원과 지도원의 교육수준은 고등학교 졸업 이상의 학력과 20~30대의 연령으로 사회조사의 경험이 있는 여성을 대상으로 한다. 특히 '95년도 장애인 실태조사 경험이 있는 사람들은 지도원으로 선발할 계획이며, 연구원의 직원들을 조사감독원으로 편성하여 현지 조사기간 중 각 조사팀을 담당, 관리하도록 할 것이다. 감독원들의 주된 임무에는 장애의 판정에 대한 어려움, 조사시 비협조 등 조사진행중 예기치 않게 발생하는 문제, 기타 조사원이나 지도원의 개인적 문제 등을 해결해 주는 것이다.

3) 調査의 節次

현지조사는 지도원 1명과 조사원 3명으로 구성된 조사팀이 정해진 조사일정에 따라 1개 조사구의 가구를 모두 조사한 후 다음 조사구로 이동하는 방법으로 실시한다. 장애인 실태조사에서 무엇보다 중요한 것은 장애인을 어떻게 확인하고 판별해 내며 각각의 장애유형을 어떠한 방법을 통해 판정할 것인가의 문제이다. 우리 나라와 같이 아직도 장애인에 대한 부정적인 인식 때문에 가족 중에 장애인이 있는 경우 외부에 노출되는 것을 기피하는 경향이 있으므로 이를 극복해 내지 않으면 정확한 조사를 기대하기 어렵다. 따라서 조사원이 대상가구를 방문하여 단도직입적으로 질문할 것이 아니라 행정기관이나 이웃 등 대상지역의 주민을 통하여 등록장애인과 장애인의 존재여부를 사전에 파악하는 것이 중요하다. 아울러 장애출현율이 저소득층과 노인층에

서 높은 것을 고려하여 생활보호대상가구와 노인이 사는 가구를 사전에 파악하는 것이 중요하다. 조사팀이 해당 조사구에서 조사를 완료하는 과정은 다음과 같다.

가) 調査區 管轄 洞·邑·面事務所 訪問

연구진은 각 조사구에서 사용할 조사표를 조사에 관한 협조 공문과 함께 조사구를 관할하는 동·읍·면사무소로 미리 우송한다. 조사구에 도착한 지도원은 조사원과 함께 관할 동·읍·면사무소를 방문하여 조사표를 인수하고, 담당자와 현지 조사업무에 대한 협의 후 관내도에서 조사구 요도를 복사하여 통·반의 경계선을 표시하고, 반별 가구수를 파악하는 등 조사를 실시하는 데 필요한 기초자료를 수집한다.

나) 洞·里長 및 班長 訪問

조사팀은 동·읍·면사무소에서의 업무 협의가 끝나고 난 후, 조사구 또는 조사구의 인접지역에 숙소를 정한 후, 조사팀의 지도원은 통·리·반장을 방문하여 주민에 대한 홍보 및 기타 사항에 대한 협조를 구한다. 장애인 실태조사에서는 조사구 내의 장애인을 정확히 파악하는 것이 무엇보다도 중요하다. 따라서 동·읍·면사무소에서 제공하는 등록 장애인 명부와 통·반·리장으로부터 관내의 장애인에 대한 사전 정보를 파악하여 조사에 활용하도록 한다.

다) 調査區 境界線 確認

조사구의 경계선을 잘못 설정할 경우에는 조사구 밖의 가구가 조사에 포함되거나, 아니면 조사구 안의 가구가 제외되는 경우가 생겨서 표본설계와는 다르게 조사가 행해지게 된다.

따라서 현지조사 업무는 조사구의 경계선 확인부터 시작하는데, 조사구의 경계선을 실제로 답사하여 조사구의 범위를 분명히 해 두어야 한다. 조사구 경계선을 확인하는 과정에서는 ① 1995년 인구총조사 당시의 조사구 설정 기본도, 또는 ② 조사구의 지역명을 기초자료로 활용한다. 그리고 이 기초자료의 우측 상단에 실태조사에서 사용된 3자리수의 조사구 번호와 그 조사구가 속한 행정구역(시·도 - 구·시·군·동·읍·면)의 명칭을 기입한다.

라) 調査區 要圖의 作成

조사구의 경계선에 대한 확인이 끝난 후 조사구 내의 약식 현황도인 조사구 요도를 작성한다. 조사구 요도는 주택이든 주택이 아니든 사람이 살고 있는 장소의 누락을 방지하기 위한 기본자료가 되며, 체계적이고 조직적인 조사를 위하여 반드시 필요한 것이다. 따라서 조사구 요도는 가급적 사실 그대로의 축소판이 되도록 하여야 하며, 누구든지 조사구 요도만 있으면 조사구의 경계선은 물론 조사구 내의 ① 각종 거주용 및 비거주용 건물, ② 도로, 하천, 능선, 논, 밭, 교량 등의 지형지물, ③ 거처의 구분 등을 쉽게 식별할 수 있도록 하여야 한다.

마) 家口의 確認

조사구 요도의 작성이 완료되면 지도원은 조사구를 9개 이하의 여러 개의 구역으로 분할하여 조사원별 담당 구역을 지정해 준다. 담당 구역이 결정된 후 조사원은 방문하기 쉬운 순서를 정한 다음, 순서에 따라 첫 번째 거처부터 구역번호를 포함한 거처 일련번호를 기입한다 (예: 1번 구역의 1번 거처, 101; 5번 구역의 15번 거처, 515 등). 그리고 출입문별로 사람이 살고 있는지를 확인하고, 사람이 거주하고 있

을 때에는 몇 가구가 살고 있는지를 확인한다. 출입문별로 가구 유무를 확인하였을 때 사람이 거주하고 있지 않는 건물의 경우에는 거처번호를 기입하지 않고 사선을 그어 구분하여야 한다.

다세대주택과 같이 2층 이상의 건물에 여러 개의 거처가 있지만, 조사구 요도에 거처마다 거처번호를 기입하기 곤란한 경우가 있다. 그러한 경우에는 해당 건물 표시 안에 거처번호를 모두 기입하지 않고, 시작번호와 끝번호만을 연결시켜 기입한 다음, 조사구 요도의 적당한 부분에 이에 관한 설명을 추가하면 된다(예: 13번 거처부터 15번 거처가 있는 경우에는 '13~15'로 기입하고, 경계선 밖의 적당한 여백에 '13번 거처(지하층), 14번 거처(1층), 15번 거처(2층)'과 같은 설명을 추가한다).

바) 家口名簿의 作成

가구명부는 한 거처의 방문이 끝날 때마다 기입한다. 만약 방문을 하였으나 조사하지 못한 가구의 경우에는 가구번호까지만 기입하고 재방문 하여야 한다.

4) 事後調査

현지조사가 완료된 후 조사결과와 신뢰도 검증을 위한 사후조사를 실시할 계획이다. 사후조사는 실태조사가 완료된 후 약 3개월이 경과한 후 실시할 것이며, 실태조사에서 발견된 장애인의 장애상태의 변화를 파악하기 위한 것이다. 조사대상 및 규모는 장애인 실태조사 당시 적용되었던 전국의 250개 표본조사구 가운데 약 40개¹²⁾의 조사구에서 조사완료된 장애인을 대상으로 조사하게 된다.

12) 40개 조사구는 다단계 비례 층화추출에 의해 표집함.

5) 資料의 處理

가) 資料整理

조사가 완료된 후, 총 20명의 지도원으로 구성된 자료정리요원에 의해 가구조사표와 활동제약자 실태조사표의 기재사항을 점검한다. 조사항목 중에서 기재가 누락되었거나 또는 부실기재된 문항이 발견되는 경우에는 조사표상에 기입되어 있는 응답자의 전화번호를 이용하여 조사표를 완성하도록 한다.

조사원들이 장애원인 등과 관련해서 정확한 질병명을 모르기 때문에 응답자의 응답을 그대로 조사표에 기입한 경우에는, 그 내용을 개별적으로 연구진이 검토하여 분류하며, 장애의 정도, 범위 및 장애원인 분류에 관련해서 구분이 곤란한 경우에는 전문의의 자문에 따라 구분하는 과정을 거칠 계획이다. 또한 이 과정에서 현행의 법적인 장애기준에 해당되지 않는 경우에는 장애인에서 제외시켜야 하며, 조사지역 경계밖에서 조사가 이루어진 경우도 주소와 지역요도를 확인하여 조사대상에서 제외시킨다.

나) 資料分析

수집된 자료는 부호화 지침(coding instruction)에 따라 부호화된 후, 전산입력한다. 그리고 오류점검(error checking) 프로그램을 이용하여 오류를 교정한다. 본 조사의 결과는 SPSS통계패키지에 의해 분석될 예정이며, 본 조사의 일차적 목적이 장애인 실태를 제시하는 것이기 때문에 빈도, 백분율, 변량분석 등 기술통계에 주안점을 두고 분석할 계획이다.

2. 分析 計劃

조사자료의 분석은 크게 세 부분으로 구분된다. 첫째, 장애출현율 및 장애인구수의 추정과 둘째, 재가장애인의 사회, 경제, 복지, 장애관련 특성에 관한 사항, 그리고 셋째, 각 장애유형별 세부 특성에 관한 것이다.

장애출현율 및 장애인구수의 추정은 가구조사에서 나타난 조사자료를 기초로 재가장애인 출현율을 구한 후, 이를 전국의 일반가구의 인구(추정치)에 적용하여 산출된다. 그리고 전국 장애인 출현율은 추정된 총 장애인 수를 우리 나라 총인구로 나누어 계산한다. 이때 우리 나라 일반가구내의 인구는 2000년도 통계청의 추계인구가 적용된다.

장애인 출현율을 구하기 위한 재가장애인의 출현율은 표본조사구내 가구수의 상대적 규모, 지역별 인구 및 가구수, 조사미완율 등을 고려하여 250개 조사구별로 가중치(weight)를 부여하여 산출된 결과이다. 따라서 백분율의 분포나 인구 천명당 출현율 등의 통계치들은 표본 실수가 아닌 가중치가 적용된 비율(%) 또는 수치로서 결과해석의 편의와 정책활용도를 높이기 위하여 각 表상의 합계란에는 가중 표본합계(N)와 전국 추정수의 통계치를 함께 제시하여 참고할 수 있도록 할 것이다.

둘째, 재가장애인의 일반적 특성은 장애인의 사회, 경제, 복지욕구 등의 실태를 장애종류별로 비교하여 볼 수 있도록 개괄적으로 기술·분석할 것이며, 중복장애의 경우에는 주된 장애를 기준으로 분류할 계획이다. 따라서 분석의 단위는 인(person)으로서 장애인의 일반적인 특성을 파악할 수 있도록 한다.

셋째, 각각의 장애종류에 따른 특성과 현황에서는 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 기존 5가지 장애유형과 뇌병변장애, 정신장애, 발달장애, 신장장애, 심장장애 등 신규로 추가되는 장애

유형을 개별화하였다. 그리고 각각의 장애유형에 따른 장애원인, 장애의 발생시기, 장애치료 등 장애와 관련된 세부 특성들을 중심으로 분석을 실시하고자 한다. 여기서는 한 사람이 2가지 이상의 중복장애를 가지고 있는 경우, 각 장애에 모두 포함시켜 분석할 것이며, 분석단위는 건(spell)으로서 각 장애별 내용을 구체적으로 참고할 수 있도록 할 계획이다.

VII. 結 論

장애인복지정책은 근본적으로 사회통합의 원칙에서 수립, 시행되어야 한다. 사회통합은 장애인이 차별과 편견에서 해방되어 사회적 장애를 느끼지 않고 비장애인과 함께 교육을 받고 직업을 가지며, 가정을 가지고 문화활동과 여가생활을 즐기는 등 독립적인 사회생활을 할 수 있는 것을 의미한다. 따라서 이러한 기준에 부합하는 최소한의 기준과 함께 실행방안이 마련되어야 한다.

이러한 실행방안을 마련하기 위해서는 장애인의 생활실태와 복지욕구에 대한 정확한 기초자료의 확보가 무엇보다 중요하다고 하겠다. 1999년 개정된 장애인복지법에서는 각종 장애인복지정책 수립의 기초가 되는 장애통계를 생산하기 위하여 매 5년마다 장애인 실태조사를 실시하여야 한다고 규정하고 있다. 특히 동 법에서는 장애인의 범주를 기존의 지체, 청각, 언어, 시각, 정신지체에 한정되어 있던 것을 정신장애와 내부장애까지 포함하는 등 장애범주를 확대하였다. 이에 따라 2000년 장애인 실태조사는 확대된 장애범주에 따라 신규로 확대된 장애의 출현율이 어느 정도인가를 파악해야 하는 과제를 안게 되었다.

장애인 실태조사에서 무엇보다 중요한 것은 장애인을 어떻게 확인하고 판별해 내는가에 있다. 특히 아직도 장애인에 대한 부정적인 인식 때문에 가족 중에 장애인이 있을 경우 이를 외부에 노출하는 것을 기피하는 경향이 있는 우리 나라에서는 장애인의 확인과 판별에 특히 관심을 가져야 할 것이다. 각각의 장애유형을 판정함에 있어 정부의 장애판정지침과 함께 장애유형별 전문의의 도움을 받아 현실적으로 적용가능한 판정방법을 선정하여야 할 것이다. 그리고 이러한

판정방법이 현실적으로 적절한 지를 파악하기 위해 사전 조사를 거쳐야 한다. 현장 조사에 있어서 장애인의 판별과 확인을 위해서는 조사원에 대한 교육이 매우 중요하므로 2000년 조사에서는 조사원 교육일정을 기존의 4일에서 하루 늘린 5일로 할 계획이다. 특히 조사원 교육에서는 가능한 한 시청각 교재를 활용하여 살아있는 교육이 되도록 할 것이다.

2000년 장애인실태조사를 위한 조사표의 설계는 다음의 개정원칙에 의해 설계되었다. 먼저, 1999년 개정된 장애인복지법 제2조의 장애의 정의 및 종류에 맞게 개정을 추진하되, 가능한 한 1995년도 조사표의 체계를 유지하여 시계열적인 비교가 가능하도록 한다. 둘째, 개정된 장애인복지법에 따라 추가된 법정 장애범주는 시행령 및 시행규칙과 장애판정지침에 확정된 장애의 판정기준에 따라 조사표에 추가한다. 셋째, 확대예상 범주에 포함된 장애는 물론, 확대예상 범주에 포함되어 있지는 않다 하더라도 외국의 법정장애 범주에 포함되어 있는 장애범주에 대해서는 대략적인 장애인 수를 파악하여 향후 장애인복지정책의 기초자료로 활용될 수 있도록 조사표에 추가한다. 넷째, 새로 추가된 법정 장애인의 수를 파악하기 위한 조사표 개정 이외에 기타 장애인실태 조사표의 항목에서 새로운 법정 장애의 특성에 맞게 추가 또는 변경해야 할 항목을 개정한다. 다섯째, 장애 유무 및 장애 종류에 관한 조사표는 우선 아주 포괄적인 장애의 정의(장애인복지법 제2조 제1항의 “장애인은 신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”)에 의한 질문을 하여 가구원 중 장애인이 있는지를 파악하고, 이들에 대한 구체적인 장애종류에 대해서는 활동제약자 실태조사표에서 파악한다. 이 중 법정장애에 대해서는 활동제약자 실태조사표에서 응답된 장애별로 구체적인 추가질문을 하는 방식으로 조사표를 개편한다.

마지막으로 장애인복지정책의 수립에 필요한 기초자료가 될 수 있도록 정책관련 조사항목의 개발에 중점을 두어 정책적인 활용도를 제고한다.

이러한 원칙에 따라 조사표를 개발하고, 전문적인 조사원 교육·훈련, 사전 및 사후조사의 실시, 철저한 조사방법론의 활용 등을 통해 2000년 장애인 실태조사가 소기의 목적을 달성할 수 있도록 관계자 모두의 노력이 요청된다. 이를 통해 장애인에게 인간으로서의 삶을 보다 풍부하게 할 수 있고 완전한 사회참여와 평등이라는 이념이 실현될 수 있으며, 결과적으로는 장애인 모두가 사회에 통합됨으로써 더불어 함께 사는 사회를 만들어 나가야 할 것이다.

參考文獻

- 국립특수교육원, 『특수교육대상자 출현율조사 기초연구』, 1999.
- 김중대, 『장애자복지론』, 대구, 홍익출판사, 1989.
- 김형식, 『호주의 장애인 정책』, 한국아·태재단, 1992.
- 남상만 외, 『장애인복지개론』, 홍익제, 1997.
- 박옥희·권중돈, 『장애인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 박옥희, 『장애인 복지의 이론과 실제』, 학문사, 1998.
- 보건복지부, 『장애인복지법(개정법)』, 1999.
- _____, 『장애등급 판정지침(개정령)』, 1999.
- _____, 『장애인복지법 시행령(개정령)』, 1999.
- _____, 『보건사회백서』, 1999.
- _____, 『장애인복지사업안내』, 1999.
- _____, 『주요업무자료』, 1999.
- 이익섭, 『장애인에 관한 국제문헌과 행동지침』, 『연세사회복지연구』, 제1권, 연세대학교 사회복지연구소, 1993.
- 이흥재, 『장애인인권의 사회법적 보장』, 『장애인복지법제』, 법무부, 1989.
- 정기원 외, 『'95 장애인 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

- 한국장애인재활협회, 『국제 장애인정책 선언집』, 1996.
- 한국장애인복지체육회, 『장애범주 확대방안 및 장애분류·등급판정 기준에 관한 연구』, 1999.
- 總理府 編, 『障害者白書』, 1995.
- 厚生省 更生課(監修), 『日本の身體障害者』, 東京, 第一法規, 1994.
- Andrew M. Pope & Alvin R. Tarlov, *Disability in America: Committee on a National Agenda for the Prevention of Disability*, National Academy Press, 1991.
- Chamie, M., “Survey Design Strategies for the Study of Disability”, *World Health Statistics Quarterly*, Vol.42, 1989.
- WHO, *International Classification of Disease 10th Version*, 1997.
- WHO, “International Classification of impairments”, *Disabilities, and Handicaps*, 1980.
- WHO, *International Classification of Functioning and Disability; Beta-2 Version*, 1999.

□ 著者 略歷 □

• 卞 俗 察

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
美國 유타州立大學校 社會學 博士
現 韓國保健社會研究院 研究委員

〈主要 著書〉

『社會福祉施設 居住者の 健康增進 및 施設運營 改善方案』, 韓國保健社會
研究院·保健福祉部, 1999. (共著)

『障礙人 就業實態와 雇傭의 經濟的 效果』, 韓國保健社會研究院, 1996.(共著)

• 金 成 禧

梨花女子大學校 社會福祉大學院
社會福祉學 碩士
現 韓國保健社會研究院 主任研究院

• 徐 東 佑

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
美國 Johns Hopkins University
保健學 博士
現 韓國保健社會研究 副研究委員

• 李 善 雨

美國 버클리大學 社會福祉學 博士
現 韓國保健社會研究 責任研究員

• 林 有 景

中央大學校 大學院 社會福祉學 碩士
現 韓國保健社會研究 研究員

政策研究資料 99-03

2000年 障碍人 實態調査를 위한 基礎研究

A Preliminary Study on "2000 National Disability Survey" for Korea

1999年 12月 日 印刷 價: 4,000원

1999年 12月 日 發行

著 者 卞 俗 榮 外

發行人 鄭 敬 培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 예원기획

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-193-0 93330