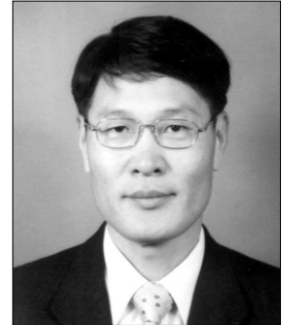


장애판정도구의 개발과 과제

Development of a Korean Guide for Impairment Rating



이경석 순천향대학교 의과대학 교수

최근 우리나라의 장애인복지는 양적으로 크게 성장하였다. 그러나 비교적 짧은 기간 동안에 빠른 성장을 한 만큼, 양적인 성장에 걸 맞는 질적 관리가 부족하여 적지 않은 부작용이 생기고 있다. 이러한 부작용을 개선해야 더 건실한 성장을 기대할 수 있으리라 본다. 이를 위해서는 우리나라 사람들의 문화와 사회여건에 합당한 과학적인 장애평가기준이 필요하다.

대한의학회가 주관하여 장애평가의학에 관한 지식과 경험이 있는 전문가들을 주축으로 하여 연구팀을 구성하였다. 현재 가장 과학적이라는 미국의학협회 기준을 기본모형으로 삼고, 우리나라 여건에 합당한 실질적인 평가기준을 개발하였다. 장애평가 기준은 과학성, 객관성, 편이성, 합리성, 그리고 현실성을 갖추도록 노력하였다. 장애의 종류와 범주는 매우 다양하나, 이번 연구는 의학적으로 평가할 수 있는 장애를 평가대상으로 하였다. 따라서 치과분야와 한의학적인 질병이나 장애는 제외하였다. 11개 분야에 대한 의학적 장애평가 기준을 마련하였다. 앞으로도 대한의학회가 개발한 장애평가기준을 다듬는 일과 신체 부위나 특정 직업 또는 직업에 따른 차이를 복지 서비스에 어떻게 반영할 것인지를 연구해야 하리라 본다.

1. 장애평가기준 개발 배경과 목적

장애인에 대한 복지제도가 열악했던 시절에 비하면 최근 우리나라의 장애인복지는 크게 발전하였다. 특히 장애인복지법의 개정과 함께 장애인의 권리의식이 커지면서 등록 장애인이 꾸준히 증가하면서 양적으로 큰 성과가 있었다. 그러나 비교적 짧은 기간 동안에 빠른 성장을 한 만큼, 이러한 양적인 성장에 걸 맞는 질적 관리가 부족하여 적지 않은 부작용이 생기고 있음도 사실이다. 이러한 부작용은 피할 수 없는 부분이 없지 않으나, 그대로 방치할 경우 복지제

도의 성장과 개선에 큰 방해가 될 것이다. 한번 좁 습을 고르고, 단점과 문제점을 개선해야 더 건실한 성장을 기대할 수 있으리라 본다. 단점과 문제점은 여러 측면에서 검토하고 평가함이 더 좋으리라 보며, 의학적 측면에서도 적지 않은 단점과 문제점이 지적되고 있다.

체계적이고 효율적인 장애인복지는 장애 유무와 정도를 객관적이고 과학적으로 평가할 수 있는 기준이 있어야만 가능하다. 그러나 현재 이용하고 있는 장애평가 기준은 진단 오류와 가짜 장애인, 등 판정 자체에 대한 불신과 불만의 원인이 되고 있다. 장애는 정의나 범주가 나라

마다 다르다. 따라서 우리나라에서는 우리나라 사람들이 사회적으로 합의한 정의와 범주를 기준으로 하여 장애 유무나 정도를 평가해야 한다. 하지만 우리나라에서 장애의 정의나 범주를 사회적으로 합의한 적은 없으며, 이해관계가 서로 달라 쉽게 합의를 이끌어 내기도 쉽지 않아 보인다. 오히려 법률이 먼저 장애의 정의와 범주를 정하고 있음이 현실이다.

한편, 현재 우리나라에서 사용 중인 장애평가 기준은 산재보상보험법 이외에도 근 30가지가 되고, 각 기준마다 등급이 서로 달라 이를 이용하는 국민들은 같은 장애에도 서로 다른 종류의 진단서를 발급받아야 하는 불편과 혼동이 있다. 예를 들면 산재에서 5급을 받았더라도, 이 장애가 장애인 복지법에서는 3급이 될 수 있으며, 국민연금법에서 등위가 되기도 한다. 따라서 이로 인한 혼란과 불편이 끊이지 않고 있다. 진단서 하나로 모든 일을 해결하는 것이 아니라 자동차 보험이나 생명보험이 서로 달라 매년 병원을 방문하여 각기 다른 진단서를 발급받아야 하며, 의사들도 이를 잘 몰라 어쩔 때는 환자가 한 가지 진단서를 떼기 위해서도 헛걸음을 하는 경우가 적지 않다. 이런 문제점들을 인식하여 2005년 2월에는 국회위원 6인의 발의에 의해 장애평가기준 일원화를 위한 공청회가 열렸었다. 정부에서도 여러 부처가 각기 연관은 되어 있으나, 모두를 포괄할 수 있는 부서가 없어서 결국 여러 부처가 공동으로 관여하여 평가기준을 일원화해야 한다는 주장에 공감을 했었다. 미국에는 이미 미국의 학협회가 주체가 되어 단일화된 과학적인 장애평가 기준이 있다. 우리나라에도 우리나라 사람들의

문화와 사회여건에 합당한 과학적인 장애평가 기준이 필요하다.

장애평가의 목적은 다양하다. 장애인의 사회 참여나 재활을 목적으로 한 평가기준과 법적인 분쟁과 관련되어 손해배상을 해야 하는 경우의 평가기준이 같을 수 없다. 흔히 미국의 학협회 기준은 재활을 염두에 둔 평가기준이라고 한다. 장애평가 기준은 과학성, 객관성, 편이성, 합리성, 현실성을 갖추도록 노력하였고, 특히 객관성 확보를 중요한 가치로 삼았다. 우리나라 여건에 합당한 과학적이고 객관적인 장애평가 기준을 개발함이 이 연구의 목적이다.

2. 연구 방법

다양한 신체장기를 어느 한 분야에 전문인 의사 한 사람의 연구에 의해 장애평가 기준을 만든다는 것은 불가능한 일이다. 또한 국민들의 신체장애에 대한 개념만으로 평가기준을 만드는 것도 불가능한 일이다. 대한의학회가 주관하여 장애평가의학에 관한 지식과 경험이 있는 전문의들을 주축으로 하여 장애부위나 계열별 장애평가 연구팀을 구성하였다.

이미 미국에서는 20년이 넘는 세월 동안 여러 분야의 전문가들이 모여 기준을 만들고, 그 기준을 여러 차례 개정하여 두꺼운 책자로 제시하고 있다. 장애평가 기준 개발의 배경과 목적, 장애의 기본 개념과 장애평가 방법과 원칙에 대한 교육을 받고, 미국의 학협회가 2000년에 개정하여 발표한 장애평가 기준 [AMA 기준 5판]을 분석하였다. 이 기준을 적극 활용하여 우리

나라 사람들의 사고방식이나 문화여건, 등 국내 여건과 맞지 않은 점들은 유럽이나 미주 또는 아시아 여러 나라의 제도를 참조하여 우리나라 여건에 맞게 조정하여, 우리나라 여건에 적합한 장애평가 기준을 개발하였다.

3. 연구내용과 범위

질병이나 손상으로 인한 장애는 보는 관점에 따라 신체손상(physical impairment), 장애(disability), 그리고 사회적 불리(handicap)의 세 가지로 나눈다. 신체 장애란 해부학적, 생리적 또는 심리적 기능(function) 또는 구조(structure)의 이상을 말한다. 곧, 나이와 성별 또는 직업의 종류에 관계없이 정상인 사람에 비해 갖는 어려움을 신체장애라 한다. 능력상실은 어떤 특정한 일을 할 때, 신체장애로 인해 그 일을 하기 어려움을 능력상실이라 하며, 특히 돈을 버는 노동의 어려움을 노동능력 상실이라 한다. 그리고 불리한 신체장애나 능력상실로 인해 사회활동이 제한되거나 방해됨을 말한다. 우리가 만드는 장애평가기준은 신체 장애 울이며, 능력상실을 이나 노동력 상실률로 전환시키는 방법이나 원칙을 마련하는 일은 앞으로 의학과 함께 다른 분야가 공동으로 연구해야 할 것이다.

장애의 종류와 범주는 매우 다양하나, 이번 연구는 의학적으로 평가할 수 있는 장애를 평가 대상으로 하였다. 따라서 치과분야의 장애는 이번 연구에서는 포함되지 않았다. 또한 현대의학으로 분석하기 어려운 한의학적인 질병이나 장애도 제외하였다.

장애평가 대상은 의학적으로 평가할 수 있는 고정된 신체증상을 원칙적인 대상으로 삼았다. 우리가 평가하는 장애는 일시적 장애가 아니라 영구적 장애이다. 영구적이란 장애를 평가하는 때부터 1년이 지난 뒤에도 증상의 변화가 3%를 넘지 않을 정도로 고정되었을 때 평가하는 고정된 장애를 말한다. 다만 증상이나 장애가 점점 나빠지는 경우에는 각각의 경우에 합당한 기간을 따로 정할 수 있다.

영구적 장애 중에서는 반드시 사고나 외상과 같은 외부 요인에 의해 발생하는 손상이나 중독만이 장애평가의 대상이 되는 것은 아니고, 질병에 의한 경우라고 하더라도 더 이상 증상이 호전되지 아니 하고 고정된 경우에는 장애평가의 대상으로 포함하였다. 다만, 전문가들 사이에서 의견이 서로 달라 합의하지 못한 경우들에 대해서는 평가기준을 확정하지 아니 하고 새로운 방법이나 기준에 의해 합의가 이루어질 때까지 유보하였다.

근골격계, 내부 장기, 특수기능, 그리고 정신 신경계통, 등 인체의 여러 분야에서 생길 수 있는 장애의 유무와 정도를 객관적이고 과학적인 방법으로 평가할 수 있는 도구를 개발하였다. 현재 가장 과학적이라는 평가를 받고 있는 미국 의학회 기준을 기본모형으로 삼고, 우리나라의 여러 여건을 고려하여 우리나라 여건에 합당한 실질적인 평가기준을 개발하였다.

4. 평가기준의 일반 원칙

1) 기본 원칙

대한의학회 장애평가 기준(Korean Academy of Medical Science Guides for Impairment Evaluation: KAMS Guides)은 다음과 같은 원칙에 따라 개발하였다.

과학성, 객관성, 편이성, 합리성, 그리고 현실성을 갖추도록 노력하였다. 과학성을 갖추기 위해 가장 공신력이 있는 미국의학협회기준을 기본모형으로 삼았다.

객관성을 갖추기 위해 주관적 증상에 의한 판단을 줄였다. 이를 위해 객관적 징후와 검사소견에 따라 항목별로 점수를 매기고, 그 점수를 이용하여 장애정도를 평가하는 방법을 적극적으로 개발하였다.

편이성을 위해 지나치게 세세한 항목의 평가에 얽매이지 않고, 전체적인 기능을 고려한 평가가 가능하도록 종합적인 평가방법을 도입하였다.

합리성을 갖추기 위해 특정 부위의 다양한 장애의 합이 해당 부위 기능 전 소실보다 크지 않도록 하고, 우리나라 사람들의 장애인지도를 고려하였다.

현실성을 갖추기 위해 우리나라 장애인 이동 시설과 같은 장애환경과 의료 환경을 고려하고, 주기적인 개정과 보완을 통해 현실성을 보완할 수 있도록 하였다. 의료 환경은 과학적인 장애 평가를 위해서는 정밀검사가 필요할 수 있으나, 보통의 병원에는 없는 고가의 희귀 장비로만 판정이 가능한 것은 유용성이 크게 낮아지게 되

로, 보통의 장비로 가능하도록 하되, 필요한 경우에는 정밀검사를 활용할 수 있도록 하였다.

2) 장애 평가 시기

장애평가는 증상이 고정된 상태에서 평가해야 하며, 현재는 증상이 고정된 경우라도 앞으로 증상의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 2년 뒤에 다시 평가하도록 한다.

증상이 고정되었다 함은 향후 1년이 지난 뒤에도 증상의 변화가 3%를 넘지 않을 정도로 거의 고정된 경우를 말한다. 증상 고정은 보통 치료가 종결된 뒤에 판단하지만, 반드시 치료가 종결된 뒤에 평가해야 하는 것은 아니고, 치료를 받는 중이라도 악화 또는 호전 가능성이 희박할 때에는 증상 고정으로 볼 수 있다. 증상이 고정되었다 함은 향후 1년이 지난 뒤에도 증상의 변화가 3%를 넘지 않을 정도로 거의 고정된 경우를 말한다.

3) 장애 평가 대상

의학적으로 평가할 수 있는 장애는 원칙적으로 치료가 종결된 뒤에도 회복되지 않고 남은 고정된 증상을 대상으로 한다. 그러나 장애는 반드시 그 원인이 외상이어야만 하는 것은 아니고, 선천성 질환이나 질병에 의한 고정된 증상도 포함한다.

의학적으로 평가하는 장애는 다음과 같은 11개 분야로 나누어 연구하였다. 각 분야별 장애의 범주는 다음과 같다.

- 1) 심폐장애 - 심장과 순환기 장애와 폐와 호흡기 장애를 포함한다. 심장은 관상동맥질환, 부정맥, 선천성심장질환, 판막질환, 심근병증, 심막성 심장질환, 등 심장질환과 함께, 대동맥과 말초혈액 질환을 포함한다.
- 2) 소화기 장애 - 소화기는 상부 위장관, 하부 위장관, 그리고 간, 담낭, 췌장과 같은 복부장기의 장애를 포함한다.
- 3) 신장과 비뇨기장애 - 신장, 방광과 요도, 그리고 생식기를 포함한다.
- 4) 혈액과 내분비장애 - 혈액 질환, 내분비 질환, 그리고 대사 장애, 등을 포함한다.
- 5) 사지장애 - 상지와 하지를 포함한다.
- 6) 척추장애 - 척추와 골반, 그리고 척수기능 장애를 포함한다.
- 7) 외모장애 - 흉터는 물론, 피부와 추상 장애를 포함한다.
- 8) 특수감각장애 - 시각, 청각, 후각, 미각, 등의 장애를 다룬다.
- 9) 신경장애 - 뇌와 말초신경계, 그리고 통증 장애를 다룬다. 중추신경계 중 척수기능 장애는 척추장애에서 다룬다.
- 10) 정신행동장애 - 정신장애, 정신지체, 그리고 발달장애(자폐)를 포함한다.
- 11) 소아발달장애 - 자폐증을 제외한 소아의 장애를 다룬다.

장애는 주관적이고 사회경제적 영향을 크게 받기 때문에 이를 객관적으로 입증하기 위해서는 현대 의학의 여러 가지 진단 방법을 이용하여 정상과 다름을 증명할 수 있는 객관적 증거가 확인되어야 한다. 객관적 증거에는 해부학적

또는 형태적인 이상만이 아니라 기능상의 이상도 포함한다.

의학적으로 입증된 객관적 증거는 반드시 학자들 사이에서 의견이 일치된 경우에 한하는 것은 아니나, 최소한 70% 이상의 지지를 받아야 하며, 논란이 되는 장애에 대해서는 특별 위원회의 의결에 의해 결정한다.

통증과 같이 대다수가 동의할 수 있는 객관적 평가 도구가 없는 증상에 대해서는 유용한 평가 도구가 개발될 때까지 장애평가를 유보한다.

각 분야의 장애는 해당 분야를 전문으로 다루는 전문가가 평가하여야 한다.

4) 장애 종류별 장애율의 원칙

1. 간, 폐, 심장, 등과 같이 한 장기나 기관의 기능 소실이 사망을 초래할 수 있을 때에는 해당 장기의 기능 전 소실을 모두 100% 장애로 평가하였다. 장애 상태에 따른 장애율은 기능 전 소실에 대한 상대적 비율에 따라 정하였다.

2. 눈, 코, 귀, 입(먹기), 입(말하기), 팔, 다리, 외모, 등은 기능을 모두 잃더라도 그 자체로는 사망에 이르지 않으며, 이런 장기의 기능소실은 크게 두 가지 참고자료를 고려하여 정하였다. 첫 번째 참고자료는 미국의학협회 기준이다. 미국의학협회의 장애율은 세계 표준(global standard)으로 통용될 수 있을 정도의 과학성과 공신력을 갖고 있다. 대한의학회가 만드는 장애율은 의학적으로 평가한 신체장애율이며, 미국 의학협회 기준도 신체장애율이다. 신체장애율은 그 사람의 직업이나 업무를 무시하고 사람으로서 당연히 갖추고 있는 건강에 비해 어느 정

도의 결합이 있는가를 말한다. 따라서 미국사람이든 한국 사람이든, 남자든 여자든, 직업이 무엇이든지, 신체장애 유무의 거의 비슷하다고 본다. 두 번째 참고자료는 우리나라 사람들의 장애인 지도다. 장애는 사회와 문화의 영향을 받는다. 장애인 한 개인에게 객관적인 사실로서 존재하는 것이 아니라 사회적인 가치판단에 의해 필요에 따라 규정된다. 다시 말해서 장애인이 되고 안 되고는 그 사람 자신의 자격 문제가 아니고 어떤 사람이 다른 사람과 다르다는 사실에 대해서 사회적으로 불리한 제재를 가하게 되는 조건 때문이다. 또한 장애와 비장애의 구분은 사회의 문화적 기대에 따라 기준이 다르고, 장애 상태는 환경에 의해 영향을 많이 받으며 언제든지 변화할 수 있다. 따라서 장애에 대한 개념과 평가 기준은 나라마다 다르다. 당연히 우리나라에서는 우리나라에서 정한 장애인의 기준과 조건에 합당해야 장애인으로 등록을 하게 된다. 따라서 우리나라 사람들의 일반적인 장애인지도 세계표준과 함께 고려하여 적정 장애율을 정하였다. 우리나라 사람들의 장애인지도는 2006년 노동부 연구용역 사업으로 일반인과 전문가를 대상으로 설문조사를 한 적이 있는데, 결과는 다음과 같다.

(1) 장애인지도 일반인 설문조사 결과

모두 15문항으로 구성된 일반인 설문은 두 서로 다른 종류의 장애에 대해 어느 쪽 장애가 더 큰가를 묻는 방법으로 장애의 비중을 조사하였다. 비율에 차이가 있지만 더 크다고 생각했던 장애의 서열을 나열하면 다음과 같다.

지속적 식물상태 > 사지 완전마비 > 하반신 완전마비 > 두다리 소실
 시력소실 > 두 팔 소실 > 편마비
 강직성 척추염 > 신부전증 > 청력 소실
 한 팔 절단 > 요추 다분절 유합
 화상 흉터 > 성기능 소실 > 손가락(엄지와 검지) 소실 > 위 부분절제

한편, 두 장애 간의 차이가 5%를 넘지 않는 경우는 두 장애가 서로 비슷한 정도라고 할 수 있는데, 한 다리 절단 = 청력 소실 = 정신지체 = 한 팔 절단이 서로 비슷하였다(표 1).

(2) 장애인지도 전문가 설문조사 결과

모두 29문항으로 구성된 전문가 설문은 특정 장애에 비해 다른 종류의 장애의 장애정도를 묻는 방법으로 장애의 비중을 조사하였다.

전문가가 평가한 장애의 서열을 나열하면 다음과 같다.

지속적 식물상태 > 사지 완전마비 > 시력 완전 소실 > 하반신 완전마비 > 오른쪽 완전 반마비 > 청력 완전 소실 > 성기능 소실 > 한쪽 신장 소실

일반인들은 두 다리 소실이 두 팔 소실 보다 장애가 더 크다고 생각한 반면 전문가들은 팔 장애가 더 크다는 답변(55.9%)이 다리 장애가 더 크다는 답변(24.2%)보다 훨씬 더 많았다.

지속적 식물상태를 가장 심한 형태의 장애로 보아 이를 100% 장애로 보고, 사지 완전마비를

표 1. 장애인지도 일반인 설문조사 결과

비교 항목	전자	후자	거의 같다	모른다
지속적 식물상태: 사지 완전마비	516(36.8)	349(24.9)	478(34.1)	58(4.1)
사지 완전마비: 두 팔 소실	940(67.1)	169(12.1)	253(18.1)	40(2.8)
두 팔 소실: 두 다리 소실	365(26.0)	574(40.9)	432(30.8)	31(2.2)
두 팔 소실: 시력 소실	223(15.9)	903(64.4)	243(17.3)	33(2.4)
두 다리 소실: 하반신 완전마비	227(16.2)	675(48.2)	453(32.3)	47(3.4)
하반신 완전마비: 정신지체	575(41.0)	496(35.4)	261(18.6)	70(5.0)
정신지체: 청력소실	553(39.4)	565(40.3)	231(16.5)	53(3.8)
한 다리 절단: 강직성 척추염	142(10.1)	880(62.8)	269(19.2)	111(7.9)
손가락 소실: 화상흉터	187(13.3)	1045(74.5)	136(9.7)	34(2.4)
한 다리 절단: 청력소실	611(43.6)	551(39.3)	196(13.9)	44(3.1)
편마비: 두 팔 소실	292(20.8)	681(48.6)	357(25.5)	71(5.1)
화상흉터: 성기능 소실	795(56.7)	292(20.8)	223(15.9)	92(6.6)
엄지, 검지 소실: 위 부분 절제	744(53.1)	338(24.1)	229(16.3)	91(6.5)
한 팔 절단: 요추 다분절 유합	567(40.4)	474(33.8)	240(17.1)	121(8.6)
청력소실: 신부전증	397(28.3)	670(47.8)	241(17.2)	94(6.7)

97% 장애로 보았을 때, 상대적인 장애 정도는 다음 <표 2>와 같았다.

또한 두 팔 마비와 한 팔 마비를 기준으로 상대적 비교를 한 결과는 다음과 같았다.

의식 없음 > 두 팔 마비 > 말 못함, 대소변 못가림, 주 1~2회 발작, 부축해야 걸음 > 한 팔 마비 > 기억력 저하와 불안, 불면과 의욕상실과 입맛 감소, 성기능 소실

이와 같은 결과를 종합하여 다음과 같은 장애율을 기준으로 삼는다. 미국의학협회 기준을 대부분 따랐다. 크게 다른 점 몇 가지를 설명하면 다음과 같다. 팔과 다리는 일반인과 전문가의 의견이 상반되어 현재 상태에서 기왕의 기준을 바꿀만한 충분하고 합당한 사유가 되지

못한다고 보아 50:50의 같은 장애로 다룬다. 시각은 100% 장애로 다루어 왔으나, 노동력 상실률이 아닌 신체장애율에서는 미국의학협회 기준과 같이 85% 장애로 다룬다. 청각은 미국의학협회 기준(35%) 보다는 높지만 산재 등급의 장애율(4급, 90%) 보다는 낮게 60%를 적용한다(표 3).

또한 하반신 마비는 산재기준에서는 사지 마비와 두 다리 소실과 함께 같은 1급으로 다루고 있으나, 신체장애율로 평가할 때 장애 정도가 뚜렷이 다르기 때문에 하반신 마비를 사지 보다 낮게 다루고, 하반신 마비를 두 다리 절단 보다 높게 평가한다.

표 2. 장애인지도 전문가 설문조사 결과

평가 항목	산술평균	중앙값	최빈값
지속적 식물상태	100	100	100
사지 완전마비	97	100	100
시력 소실	81.6	85	80
하반신 완전마비	69.3	70	70
산소요법 필요한 만성 호흡기 질환	59.5	60	70
두 다리 소실	58.4	60	60
강직성 척추염	54.0	60	50
정신지체(35~49)	53.3	50	50
심부전 증상	50	50	50
3개월 이상 투석	46.2	45	30
간 이식	45	40	30
수술한 심한 촉만증	44.0	45	50
청력소실	43.9	40	40
요추 3분절 고정환 사람	31.9	30	30
위 대부분 절제환 사람	28.9	25	20
한쪽 신장을 절제	25.8	20	10
비장을 절제환 사람	20.4	20	10

표 3. 주요 장애에 대한 대한의학회 장애율

부위	장애종류	미국의학협회	장애인지도	대한의학회
눈	시각	85%	82%	85%
	냄새	5%	-	5%
코	숨쉬기	90%+	60%	90%
	귀	청각	35%	44%
입	먹기	60%	-	60%
	말하기	35%	35%	35%
팔	손, 팔 쓰기	60%	58%	60%
	다리	발, 다리 쓰기	40%	58%
배뇨	요실금	40%	40%	40%
배변	변실금	35%	35%	35%
생식기	성교불능	20%(35%)	20%	20%
위장관	상부/하부	75%	-	75%
외모	얼굴추상	50%	-	50%

5) 장애계열과 복합장애의 장애평가

장애계열은 서로 다른 장애가 함께 있을 때, 그 장애의 정도를 조정할 때 중요한 판단기준이 된다. 또한 장애유형이나 계열의 구분은 장애 유형이나 정도에 따라 특정 복지 서비스의 제공 여부나 범위를 결정함에 이용할 수도 있다. WHO의 새로운 장애분류체계인 ICF에서는 신

체의 구조나 기능의 이상으로 인한 장애를 8개 부위로 구분한다.

신체는 신체를 해부학적 관점에서 눈, 귀, 코, 입, 두부안면경부, 신경정신, 흉복부장기, 체간, 팔, 다리, 등 10개 부위별로 나누고, 이를 다시 기질적 장애와 기능적 장애로 나누어 25개 계열로 구분하고 있다(표 5).

맥브라이드는 장애부위를 14개 신체부위로

표 4. ICF 장애분류와 장애계열

신체기능	신체구조	개선안
정신기능(mental function)	신경계구조	정신/신경
감각기능과 통증	눈, 귀와 관련 구조	감각기능
음성과 언어기능	발성과 언어관련 구조	음성/언어
심혈관, 혈액, 면역, 및 호흡기계통	심혈관, 면역, 호흡기	심혈관/호흡/면역
소화, 대사, 및 내분비	소화기, 대사, 내분비	소화/대사/내분비
비뇨와 생식	비뇨와 생식기	비뇨생식
신경근육과 운동 관련기능	운동관련 구조	근골격계
피부와 관련된 구조물	피부와 관련된 구조	피부와 외모

표 5. 장애분류와 계열 비교

산재보험법	맥브라이드	미국의학협회	장애인복지법
1(시력 장애)	눈	시계(視界; visual system)	시각장애
2(안구 운동장애)			
3(눈 조절기능장애)			
4(시야장애)			
5(눈꺼풀)			
6(귀 청력)	귀	이비인후과계	청각장애
7(귓바퀴)			
8(코)	머리		언어장애
9(입, 씹기 말하기)			
10(입 치아)			
11(두부, 안면, 경부 흉터)		피부	안면장애

〈표 5〉 계속

신재보험법	맥브라이드	미국의학협회	장애인복지법
12(신경)	신경계와 심장	신경계	뇌병변장애 간질장애
13(정신)		정신(행동)계	정신지체 정신장애 발달장애(자폐증)
14(흉복부)	흉복부	심혈관계	심장장애
		호흡기계	호흡기 장애
		소화기계	간장애 장루/요루 장애
		비뇨생식기계	신장장애
15(척추)	척추와 골반	척추	지체장애
16(기타 체간골)			
17팔(결손, 기형장애)	위팔	상지	
18팔(기능장애)	아래팔		
19팔(흉터장애)	손		
20손가락(결손, 기능장애)	손가락 엄지손가락		
21다리(결손, 기형장애)	대퇴관절/무릎/대퇴	하지	
22다리(기능 장애)			
23다리(단축장애)			
24다리(흉터장애)	다리		
25발가락(결손, 기능장애)	발		
		조혈계	
		내분비계	
		통증	

나누고 있고, 미국의학협회기준은 15개 부위로 나누고 있으며, 장애인복지법은 크게 신체장애와 정신 장애 둘로 나누고, 신체장애를 다시 외부와 내부로 나누며, 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 신장, 심장, 정신지체, 정신장애, 발달장애, 등 15개 소분류로 나누고 있다.

장애계열은 가장 최근에 국제적으로 공인을 받은 ICF의 분류체계를 따름이 가장 적절하리

라 본다. 원칙적으로 장애는 같은 계열 중에서 가장 심한 장애 하나만 인정하고, 계열이 다를 때 병산(並算: combine)한다. 한편, 같은 계열의 장애라도 각각의 장애가 독립적으로 발생할 수 있으며, 작은 장애가 큰 장애의 부분집합이 아닐 때에는 병산할 수 있다. 한편 계열이 다르더라도 큰 장애가 생기면 90%이상의 확률로 당연히 동반되는 장애는 병산하지 않으며, 큰 장

애 하나만 인정한다. A와 B, 두 장애의 병산은 $A + (100 - A) \times B$ 와 같은 수식에 따라 계산하여 구할 수 있다.

5. 대한의학회 장애평가 기준의 활용과 과제

1) 장애유형과 범주 보다는 장애 정도에 따른 복지가 필요하다.

현재와 같이 특정 장애유형을 지정하는 방식은 장애유형에 따라 장애를 차별하는 문제가 있다. 장애 유형 보다는 장애정도에 따른 복지가 되어야 하며, 예를 들면 척추 수술을 받았지만 일상생활이 가능한 척추장애인은 장애인복지 혜택을 받고 있으나, 장애인복지법의 법정장애 유형에 등록되지 않은 희귀질환에 의한 중증 장애인은 심한 장애가 있어도 등록되지 않은 장애라는 이유로 복지 혜택을 받지 못하면 이는 장애유형에 따른 장애의 차별에 해당한다.

한편, 질병과 장애의 구별은 적지 않은 논란이 있다. 장애평가 대상은 의학적으로 평가할 수 있는 고정된 신체증상을 원칙적인 대상으로 삼는다. 일반적으로 치료가 필요한 경우를 질병으로 다루고, 치료가 필요하지 않거나 소용이 없을 때 장애로 구분한다. 따라서 불치나 난치인 만성질환도 원칙적으로는 치료의 대상이지 장애평가의 대상은 아니다. 그러나 영구적 장애 중에서는 반드시 사고나 외상과 같은 외부 요인에 의해 발생하는 손상이나 중독만이 장애평가의 대상이 되는 것은 아니고, 질병에

의한 경우라고 하더라도 더 이상 증상이 호전되지 아니 하고 고정된 경우에는 장애평가의 대상으로 포함할 수 있다. 다만, 전문가들 사이에서 의견이 서로 달라 합의하지 못한 경우들에 대해서는 평가기준을 확정하지 아니 하고 새로운 방법이나 기준에 의해 합의가 이루어질 때까지 유보함이 바람직하다고 본다. 또한 치료를 소홀히 하여 증상을 악화시켜서 인위적으로 장애등급을 조작하는 부작용이 생길 수 있다. 또한 노인이 되어 생기는 자연적인 현상까지 장애로 평가할 수 있기 때문에 질병과 노화에 대해서는 원하지 않는 부작용에 대한 충분한 논의와 검토가 우선되어야 하리라 본다. 예를 들면 65세 이후 70세 사이에는 장애인 보상이나 노인 연금 중 유리한 쪽을 택할 수 있으나, 70세 이후에는 노인연금으로 전환하도록 하는 방법이 대안이 되리라 본다.

2) 대한의학회 장애평가 기준은 완제품이 아니라 원료에 해당

현재 마련한 장애평가 기준은 노동능력이나 개개인의 사회경제적 여건에 대한 고려가 전혀 되지 않은 신체장애 율이기 때문에 이 비율을 바로 노동력이나 경제적 보상 또는 배상에 적용해서는 안 된다. 장애의 개념과 평가 기준은 평가 목적에 따라 다르다. 보통 의학적으로 평가한 신체장애 율은 직업이나 일을 떠나 사람으로서 생활하는 데 겪는 어려움의 정도를 뜻한다. 대한의학회의 장애평가 기준은 바로 이 수준의 장애평가로 다른 말로는 의학적 장애(medical impairment)라고 할 수 있다. 신체장애 율이란 말

하자면 원자재 상태로 최종 상품이 아니다. 따라서 이 원자재를 각각의 장애평가 목적에 맞게 사용할 수 있도록 하는 전환계수 등을 만들어야 하며, 신체장애율에 전환계수를 적용해야 최종 목적에 합당한 실질적인 비율을 얻게 된다. 예를 들면 시력장애로 인한 신체장애율 50%인 사람과 한쪽 팔을 절단하여 신체장애율이 50%인 사람에 대한 복지서비스는 다를 것이고, 한쪽 팔을 절단한 장애인의 경우에도 직업에 따라 직업능력이나 근로능력이 다를 것이다.

노동력 상실률은 특정 직업이나 업무에 대한 수행능력 여부를 평가하는 것으로 돈을 벌 수 있는 능력, 곧, 경제적 측면에서 평가한 경제적 장애(economical impairment)이라고 할 수 있다. 노동력 상실률은 의학적 장애에다가 특정 부위나 장기의 기능과 특정 업무나 작업의 난이도나 중요성을 고려하여 개발한 경제적 장애 전환계수(작업과 장애 종류별 가감비율)를 활용하여 구한다. 노동력 상실률은 신체장애로 인한 기대수익의 상실과 같은 경제적 측면의 보상이나 배상에 활용할 수 있다.

한편 장애인 개개인의 환경과 조건을 무시하고 의학적 장애만으로 복지 서비스를 결정하지 않고, 장애인 개개인의 다양한 복지 욕구를 효과적으로 충족시키기 위해서는 의학적 장애나 경제적 장애와 다른 형태의 장애평가가 필요하

다. 장애복지를 위해서는 개호, 교육, 직업재활 등 장애복지에 대한 필요성을 파악하고, 그 정도에 따라 복지욕구 전환계수(복지와 장애 종류별 가감비율)를 활용하면, 장애인 개개인의 여건과 환경을 고려한 복지 측면에서 평가한 장애, 곧 복지적 장애(welfare impairment)를 구할 수 있다. 복지 장애등급은 복지장애율에 따라 등급을 정하면 되고, 경제적 여건과 각 지방자치단체의 복지능력에 따라 혜택을 받을 수 있는 등급을 확대해가면 될 것이다. 예를 들면 90% 이상의 복지장애율은 1급, 80~89%를 2급, 70~79% 3급, 60~69% 4급, 50~59% 5급, 40~49% 6급, 30~39% 7급, 20~29% 8급, 10~19% 9급, 10% 미만을 10급으로 나누고, 2010년까지는 5급 장애인까지 혜택을 주고, 2015년부터는 7급 장애인까지 혜택을 늘릴 수 있을 것이다.

이와 같은 방법으로 의학적 장애에 장애인복지법을 비롯한 다양한 우리나라 법률의 목적과 취지에 합당한 전환계수를 곱하면, 각 법률의 목적에 상응하는 장애정도와 등급을 구할 수 있다. 이제 남은 과제는 예상되는 부작용을 최소로 줄이기 위해 대한의학회가 개발한 장애평가 기준을 다듬는 일과 신체 부위나 특정 직업 또는 작업에 따른 차이를 복지서비스에 어떻게 반영할 것인지를 연구해야 하리라 본다. 보건복지