

장애인 등록 및 판정제도 발전방안

2012

한신대학교 산학협력단

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「장애인 등록 및 판정제도 발전방안」 최종보고서로 제출합니다.

2012년 6월 29일
한신대학교 산학협력단장

- 연구 기관 : 한신대학교 산학협력단
- 책임연구원 : 변 경 희 (한신대학교)
- 공동연구원 : 권 선 진 (평택대학교)
우 주 형 (나사렛대학교)
이 은 미 (한국신학대학교)
이 미 정 (한신대학교 재활학과 강사)
유 병 주 (제주 산업정보대학)
- 연구보조원 권 재 속 (한국장애인고용공단)

제1부 문헌연구

제 1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

1) 연구의 배경

1989년 도입된 장애인등록제도는 등록 장애인을 대상으로 복지서비스를 제공하는 보편적 제도로써 장애인구 현황 조사 및 예산 편성의 편의성 등 행정의 원활한 집행을 가져온다는 장점을 갖고 발전해 왔다. 장애인등록제도는 초기에 장애에 대한 부정적인 인식과 홍보 부족 그리고 미약한 장애인복지 서비스 등으로 효율적으로 작동되지 못하였다. 그러나 장애등록 후 주어지는 복지관련 혜택들이 지속적으로 늘어나면서 등록률도 꾸준히 증가하고 있다.

그러나 장애등록제도는 공공과 민간이 제공하는 모든 장애인복지 서비스 수급을 위한 공식적인 진입 단계로써 장애등급에 의해 수급자격이 결정되면서 이에 대한 논란도 점차적으로 커지고 있다. 특히 최근 들어 장애연금제도 및 장애인 활동지원 제도(이하 활동지원제도) 도입 등 정부가 장애인에게 주는 장애인복지 서비스가 늘어나면서 장애등록제도에 비판의 목소리가 더 높아지고 있다. 장애판정 재심사 결과로 장애등급이 하락이 되면 기존에 제공받던 서비스에서 탈락되는 상황들이 일어나기 때문이다.

현재 장애등록제도와 관련하여 장애등록제도 전면 폐지를 주장하는 측과 기존의 장애등록제도는 유지하되 장애판정체계를 보완할 필요성이 있다고 주장하는 두 측이 있다. 장애등록제도에 대한 불만과 불신으로 일부 장애계는 ‘장애등급제 폐지와 사회서비스 권리확보를 위한 공동대책위원회(이하 장애등급제폐지 공대위)’가 출범되어 장애등급심사로 인해 등급이 하락, 각종 사회서비스가 중단되는 피해사례를 고발하고 등급기준이 아닌 생활 및 지원적 필요에 따라 사회서비스에 접근할 수 있도록 보편적 복지를 요구하고 있다.

또 다른 측에서는 급격한 제도 변화를 우려하며 장애등록제도 유지에 대한 입장을 제시하고 있다. 대부분의 공공과 민간이 제공하는 장애인 복지 서비스들은 장애등급에 영향을 받고 있기 때문에 준비되지 않은 급격한 변화는 기존의 서비스 대상자들에게 혼란과 불이익을 가져올 수 있다는 우려를 하고 있다. 장애판정기준과 관련하여 기존의 의학적 판정기준이 문제점은 있으나 그 외 사회 및 환경적 평가기준을 도입한다면 평가자의 주관성으로 인해 평가기준의 표준화 문제 등을 고려해야

이 개입되는 문제 등을 고려해야 할 필요성이 있다는 지적을 하고 있다.

장애등록제도와 관련된 문제점을 세밀하게 분석할 필요성이 있다. 장애인등록제도와 관련하여 제기되고 있는 문제점들이 장애인이라고 등록하는 등록제도 그 자체의 문제인지 아니면 기존의 장애판정기준과 판정결과로 인한 장애유형 별 등급제도에 대한 문제점인지 논의할 필요성이 있기 때문이다. 현재 장애인등록제도와 장애인등급제도는 용어들도 혼용하여 사용하고 있어 문제를 더욱 혼란스럽게 만들고 있는 실정이다.

장애등록제도와 장애판정제도를 이분화해서 살펴보면 기존 장애인등록제도에 있어서 가장 많이 문제점으로 제기되고 있는 것은 장애등록 후 장애인들의 욕구에 맞는 복지서비스가 제공되고 있지 못하고 있다는 점이라 할 수 있다. 장애가 중증인 경우에 더 많은 복지서비스를 제공하는 것은 맞으나 의학적 기준만으로 판정되는 장애등급이 모든 서비스 적격기준이 되는 것에 대한 근본적인 문제제기인 것이다. 장애등급이 낮아 장애관련 복지서비스 욕구와 필요성은 높으나 혜택을 받지 못하는 경우가 있으며, 반면 지원 필요성이 없는 장애인에게도 장애등급이 높다는 이유만으로 혜택이 주어질 수 있기 때문이다. 결과적으로 이러한 문제점들은 장애등급 상향을 위한 도덕적 해이의 가능성을 높이고 장애인 복지 서비스의 양적 확대에도 불구하고 장애인의 서비스 만족도가 낮은 현상이 발생할 수 있는 문제점을 가지고 있다.

최근 들어 일부 장애인단체들을 중심으로 장애등급에 대한 인권적인 측면도 제기되고 있다. 장애등급은 UN의 장애인권리협약이나 장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률과 상충되는 모순을 갖고 있으며 장애에 대한 부정적인 편견을 강화하고 있다는 지적이다. 즉, 장애등급은 '낙인화'에 영향을 미치며 장애인에 대한 차별과 편견을 야기해 장애인들의 자립생활 및 정상화를 저해하고 있다는 비판이다(오마이뉴스, 2012년 8월8일자).

장애 판정제도에 대한 문제점은 기존의 의학적 판정기준에 대한 한계를 지적하고 있다(김윤태, 2010, 권선진 외, 2006, 변경희, 김용득 외 2003, 이경석, 2005, 한국뇌성마비장애인연합·한국장애인단체총연맹 2005). 권선진 외(2006)는 해당 장애와 적합하지 않는 판정 기준과 지나치게 치우친 의료적 판정기준, 일관성이 떨어지는 장애판정 그리고 부정확한 중복장애 합산 등의 문제점들을 지적하였다. 정부는 장애판정기준의 문제점을 보완하기 위해 장애등급 기준 개정¹⁾들을 실행하고 있다. 또한 장애판정 결과에 대한 악용 사례가 늘어나면서 장애판정 과정의 객관성을 높이하고자 2007년도에는 중증장애인 재심사제도를 실시하였고 2011년부터는 장애등급 원심사

1) 부록에서 그동안 장애판정기준 개정을 정리하여 수록하였다.

제도를 도입하였다.

이러한 제도적 변화는 기존의 장애판정체계에 대한 문제점을 보완하는 노력의 일환이라 할 수 있으나 근본적으로 기존의 의료 중심적인 장애판정기준에 대한 변화는 아니다. 또한 현 법정 장애범주 15개의 명칭이 의학적 장애진단명과 불일치하여 재활접근 및 치료 등을 위한 기초자료로써 한계가 있다. 예를 들어 척수장애는 현행 장애범주로는 지체장애에 속하지만 의학적으로 척수장애와 일반적인 지체장애는 확연히 다른 장애 성격을 가지고 있기 때문이다. 뇌병변 장애의 경우에도 이 범주 내 속해 있는 뇌성마비, 뇌손상, 뇌졸중 등도 각 장애유형별로 대상이 확연히 다르기 때문에 필요로 하는 서비스 내용에도 차이가 있으나 개별 장애유형에 대한 배려는 이뤄지지 못하고 있다.

우리나라와 같이 장애등급제도를 적용하고 있는 일본의 경우 장애등급에 대한 불만의 목소리는 높지 않다. 장애등급 판정 심사결과로 장애등록을 하고 있으나 개별 장애인에게 필요한 서비스들은 서비스 별로 적격성 심사과정을 가지고 있어 장애등급과 무관하게 서비스를 제공하고 있기 때문이다. 일본의 경우에는 장애유형 별로 제공되는 제도의 한계점을 인식하고 2005년 장애인자립지원법 제정을 통해 장애등록제도는 기초 자료로 활용하고 실질적인 복지서비스는 장애인정조사를 바탕으로 제공하고 있다.

대부분의 복지선진국에서도 한정된 재원과 자원을 효율적으로 운영하기 위해 장애유무와 정도는 평가하고 있다. 장애정도는 국가로 부터 제공받을 수 있는 서비스 양과 질에 영향을 미치고 있기 때문이다. 장애유무와 정도를 평가하기 위해 우선적으로 의학적 판정을 하고 있다. 그러나 의학적 판정은 장애유무에 대한 심사와 의료적 서비스 필요성을 위한 자료로 활용이 되고 있다. 대부분의 장애관련 복지서비스는 의학적 평가를 통한 장애유무를 바탕으로 서비스 필요성은 각 서비스 목적에 부합하는 가를 판단하기 위해 개인의 사회활동영역 평가 및 개인의 특별한 상황까지 고려해서 실질적으로 각 개인의 실제 생활에서 장애가 미치는 영향까지 평가하고 있다.

장애정책 방향과 방안은 각 국가마다 그 나라의 복지정책과 복지체계의 성숙도에 따라 영향을 받고 있다. 우리나라 장애등록제도도 장애인복지의 공식적인 진입 단계로서 지속적으로 변화를 요구하는 장애계 의견들과 장애인복지의 새로운 추세인 수요자 중심의 복지 서비스 욕구 등으로 앞으로 개선방안을 마련하는 것은 필수 불가결인 것은 확실하다.

궁극적으로 장애인복지의 효과성과 효율성을 제고하기 위해서는 장애등록제도와 이에 영향을 미치는 장애판정체계의 목적과 기능을 검토해야 할 것이다. 장애등록제도의

효과성을 높이기 위해서는 기존의 장애인복지 수혜자들이 향후의 새로운 기준체계에서 탈락될 경우 야기될 수 있는 문제점들을 충분히 고려하면서 장애인복지 인프라 및 전달체계에 대한 논의도 함께 이뤄져야 할 것이다. 장애판정체계는 기존의 의학적 장애판정기준 외 개별 장애인의 복지 필요성과 욕구의 정확한 판정을 위해 사회적 능력, 환경적 요소 평가 및 개별 장애인의 상황과 특성을 고려하는 장애판정 방법의 다양성을 고려하여야 할 것이다.

제2절 연구 목적 및 방법

본 연구에서는 장애등록 및 판정제도에 대한 개선방안을 모색하기 위해 국내외 문헌조사를 통해 우리나라의 현황을 분석하고 주요 선진국의 관련제도 검토를 통해 시사점을 얻고자 하였다. 주요 선진국으로는 종합적이고 포괄적인 장애 평가와 서비스 별 적격성 기준을 통해 선별적인 복지 서비스를 실시하고 있는 미국과 우리나라와 같이 장애등록 및 판정기준을 가지고 있는 일본을 분석하고 의료적 평가를 중심으로 장애판정을 하고 있는 독일을 선정하여 심층 분석을 하였다.

종합적이고 포괄적인 장애 판정과 이러한 결과를 장애인복지서비스와 연동할 수 있는 체계를 제안하기 위해 세계적으로 장애개념의 새로운 패러다임을 제시하고 있는 세계보건기구의 ICF(International Classification of Functioning)에 대한 최근 연구동향과 장애판정에 미치는 영향을 살펴보았다.

장애등록 및 장애판정제도에 대한 심도 있는 분석을 위해 양적 조사와 질적 조사를 실시하였다. 양적조사로는 2011년 장애인실태조사 2차 분석을 실시하여 각 장애유형에 대한 세밀한 분석과 장애인복지 서비스와의 연동성에 대한 통계 분석을 실시하였다. 질적 조사로는 장애등록 및 판정기준에 대한 장애인 당사자들과 관련자들을 대상으로 포커스 그룹인터뷰 및 심층면접 등을 통해 장애등록 현황과 문제점 그리고 개선방안을 찾고자 하였다.

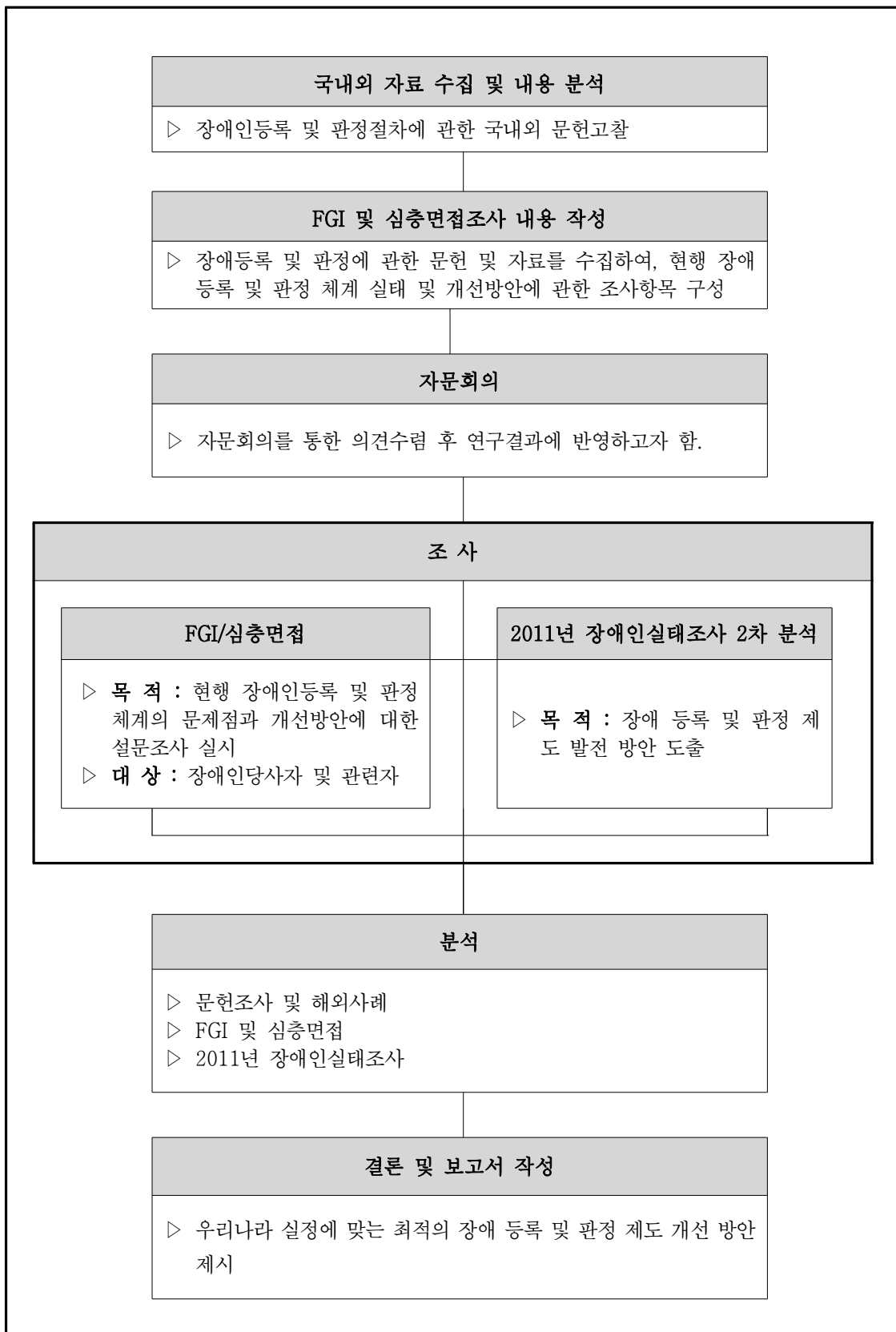


그림 1 연구체계도

제2장 우리나라 장애인등록 및 판정제도에 대한 고찰

제1절 국내·외 장애개념 및 정의

우리나라의 장애 개념 및 정의는 장애인복지법, 장애인 등에 대한 특수교육법, 산업재해보상보험법, 국가유공자등 예우 및 지원에 관한법률 등에서 제시하고 있다. 이 법들 상에 나타난 장애는 장애, 장해, 폐질, 상이 등으로 다양하게 표현되고 있으며, 각 법의 목적에 따라 대상자의 범위를 정하고 있으며 장애평가도 다르게 실시하고 있다. 이러한 현실로 인해 이경석(2008)은 각 법령에서 제시하는 장애기준마다 등급이 서로 다르고 같은 장애라 해도 서로 다른 종류의 진단서를 발급받아야 하는 문제점을 지적하였다.

각 법에서 제시된 공통된 장애의 개념정의는 선천적이든 후천적이든 병이 일단 치유된 후 고정된 후유증을 남긴 상태로 정의되어 있다. 장애등급도 장애자체에만 머물러 있음으로 장애를 파악하는 방법이 손상이나 질병을 원인으로 하고 있다. 각 법률에서 적용하고 있는 장애기준은 표1과 같다.

국외 장애 개념의 경우 미국을 살펴보면 미국장애인법 (American with Disabilities, ADA)에서 명시한 장애 정의는 '개인의 일상생활 활동 중 한 가지 이상을 현저히 제한하는 신체적 또는 정신적 기능장애를 지닌 자, 이러한 기능장애를 가진 것으로 간주되는 자' 로 정의내리고 있다. 미국장애인법 (ADA)에서 신체적 손상은 '생리학적인 질병 또는 조건, 외형적인 기형 또는 신경학적, 근골격, 호흡기질환, 심장혈관, 생식기, 소화기, 비뇨생식기, 임파성, 피부, 및 내분비기관등의 신체적 영향을 주는 해부학적 손실'을 포함. 정신적 손상은 지적장애, 정서적 또는 정신질환, 특별학습장애 등 정신적, 심리적 부조화를 포함하고 있다. 미국장애인법 (ADA)에서의 장애 정의는 WHO에서 제시하는 손상과 ICDH-2에서 나타난 활동제한 요소의 결합을 가지고 있는 것이 특징이다. 즉 손상과 장애의 특징을 의료적 평가에만 의존하지 않고, "손상을 가진 것으로 간주되는 자"를 포함하여 사회적 환경과의 상호작용 속에서의 제한을 포함하고 있다.

영국의 장애개념은 다음과 같다. 영국의 장애인차별금지법 (Disability Discrimination Act, DDA)에서는 장애를 "정상적인 일상생활을 하기 위한 개인의 능력에 본질적이고 장기적으로 불리한 영향을 주는 신체적 또는 정신적 손상을 말한다."고 정의되고 있다 (한국장애인복지진흥회, 1999). 이 법에서의 일상생활의 의미는 대부분의 일반 사람들이 하는 정상적인 활동을 의미한다.. 이 법에서 일상생활과 관련 있는 활동 등은 이동능력, 손기능, 신체협응력, 배설억제 능력, 목표물에 대

한 운반 능력, 말하기, 듣기, 보기, 기억력, 집중력, 신체적 위험에 대한 지각력 등과

<표 1>각 법률에서의 장애정의와 장애기준

법률구분	장애 정의	장애 기준	소관 부처
고용촉진및 직업재활법	<ul style="list-style-type: none"> - 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자 - 중증장애인은 장애인 중 근로능력이 현저하게 상실된 자 	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지법시행령 제2조의 전체기준 - 국가유공자법시행령 14조3항의 전체기준 - 산재보상보험법 시행령 31조1항의 1~9급까지 	노동부
장애인 복지법	<ul style="list-style-type: none"> - 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자 	<ul style="list-style-type: none"> - 신체적장애와 정신적장애로 구분 - 15개의 장애유형별로 각각 1~6등급으로 구분 	복지부
국가유공자 등예우및 지원에관한 법률	<ul style="list-style-type: none"> - 상이등급에 해당되는 신체적 장애를 입은 자 (전상군경, 공상군경, 4.19혁명 부상자 등) 	<ul style="list-style-type: none"> - 신체장애를 포함하여 정신장애, 신경장애, 내부장애, 생식기능장애 등 포괄적으로 규정하여 1~7등급으로 규정 	보훈처
산업재해 보상보험법	<ul style="list-style-type: none"> - 장애라 함은 부상 또는 질병이 치유되었거나 신체에 남은 영구적인 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 손실 또는 감소된 상태 	<ul style="list-style-type: none"> - 근로자가업무상 부상 또는 질병에 걸려 치유되었으나 신체에 장애가 남는 경우 그 재해에 의한 신체장애의 범주를 1~14등급으로 규정 - 정신지체, 희귀질환 등은 포함되지 않음 	노동부

같은 사항들 중의 하나에 영향을 주는 것을 포함하고 있다 (한국장애인복지진흥회, 1999). 이 법에서는 손상을 신체적 손상과 정신적 손상으로 구분하고 있는데, 신체적 손상은 시각 및 청각 같이 감각에 영향을 미치는 것을 포함하고 있으며, 정신적 손상은 학습장애와 정신질환을 포함하고 있다. 이러한 손상은 본질적으로 불리한 영향을 가지고 있어야 한다. ‘본질적으로 불리한 영향’이란 장기적이어야 하며, ‘본질적인 영향’이란 일상생활활동에 대치되는 상태를 의미하고 있다.

“장기적으로 영향을 미친다”는 것은 “손상이 적어도 12개월 이상이어야 한다”는 것이다. 만약 의학적 치료에 의하여 손상이 완치될 가능성이 있는 경우에는 손상이 장기적으로 영향을 가질 수 있는가에 대한 사정을 통해 장애여부를 재 고려한다. 영국의 장애인차별금지법(DDA)에서는 손상의 진행성 상태도 법의 대상으로 포함시킨 것이 특징이다. 예를 들면 암, HIV감염 등이 예시이다. 그러나 알코올 및

니코틴 중독, 계절적 알레르기 증상, 방화성향, 도벽성향, 타인에게 신체적 또는 성적으로 폭력적인 성향, 노출증, 관음증, 문신, 비의학적인 액세서리 착용으로 인하여 일상생활에 제한이 오는 경우는 이 법에서 손상의 상태로 인정되지 않는다 (이성규, 2001).

미국과 영국에 이어 장애인차별금지법을 시행하고 있는 호주의 장애개념을 살펴 보면 다음과 같다. 호주의 장애인에 대한 제도적 장애개념 명시 조항은 장애인차별금지법²⁾(DDA), 장애인서비스법³⁾ (DSA), 호주통계국⁴⁾ (ABS)의 장애인, 노인 및 보호자에 대한 조사, 연방/주정부 장애협정⁵⁾ (CSDA), 및 사회보장 관련 법규 등에서 찾아 볼 수 있다. 대표적으로 통용되고 있는 장애개념은 장애인차별금지법에 명시된 장애에 대한 정의이며 이 개념은 광의적으로 해석되고 있다. 이 법에서는 장애의 유형을 신체장애, 지적장애, 정신장애, 감각장애, 신경장애, 그리고 학습장애, 에이즈 바이러스를 포괄하고 있다. 호주도 미국이나 영국처럼 장애개념을 가능한 한 넓게 정의하고 있다.

호주의 경우에는 Australian Institute of Health and Welfare(AIHW)⁶⁾에서 2003년도에 ICF Australian User Guide를 발표하면서 ICF를 적극 활용하고 있는 국가이다. 그동안 각기 다른 분야에서 장애에 대한 개념을 다르게 적용됨으로 인한 혼란을 방지하기 위해서 이와 같은 접근방안을 선택하게 되었다. ICF를 적용함으로써 정책 관련자, 서비스 이용자, 서비스 제공자들 간의 혼란을 최소화하고 있다. 전 생애에 걸쳐 다양한 서비스들을 필요로 하는 장애인들에게 ICF의 종합적인 접근 방법은 각 부처 간의 서비스 연관성을 부여하고 필요한 서비스들을 일관성있게 제공할 수 있는 토대를 제공하여 서비스 효과성 및 효율성이 높다고 하였다(AIHW, 2003).

우리나라와 같이 장애판정 시 의학적 기준을 적용하고 있는 독일의 장애개념은 다음과 같다. 독일에서 장애의 정의는 개인의 신체적, 정신적, 심리적 상태가 사회에서 통합적인 활동을 하는데 있어 능력에 제한을 가진 모든 사람을 의미한다. 이 규정은 중증장애인법 (SchwbG: Schwerbehindertengesetz), 연방장애인평등법 (BGG: Bundesgleichstellungsgesetz für behinderte Menschen)과 사회법전 (SGB IX: Sozialgesetzbuch)에서 언급하고 있다. 독일의 장애심사 기준은 우리나라와 같이 기본적으로 의학적인 측정법에 기초하고 있으며, 기능장애에 대한 정도를 측정하고 있다.

2) Disability Discrimination Act

3) Disability Services Australia

4) Australian Bureau of Statistics

5) Commonwealth-State Disability Agreement

6) 호주의 보건복지부

독일에서 장애판정의 기준인 “Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit” (장애의 의학적 판정을 위한 기준, 1996년 개정)에 매우 구체적으로 명시되어 있는데 세부 장애영역별로 장애정도에 따라 점수가 차등화 되어 있어 우리나라 장애기준 보다 세부적이다. 우리나라처럼 장애유형별로 등급이 주어지는 것이 아니라 장애의 종류나 원인에 상관없이 장애정도가 50% 이상인 사람을 중증장애인의 법적 지위를 가지게 된다. 만일 장애정도가 30% 이상 50% 미만이 경우 고용 측면에서 구직에 어려움이 있을 경우에는 의사를 비롯하여 노동사무소, 통합사무소, 재활전문가, 중증장애인대표 등의 협의를 통해 중증장애인에 준하는 자격을 얻을 수 있다 (남용현, 2001).

독일에서의 장애의 종류는 아래와 같이 크게 9가지로 대별되고 이 9가지의 장애 유형은 각 항목별로 다시 세분화되어 총 55개의 장애유형으로 세분화되어 있다.

- ① 절단, 부분절단 (지체)
- ② 기능장애 (지체)
- ③ 척추·몸통기능장애·흉곽의 기형
- ④ 실명 및 시각장애
- ⑤ 언어장애, 청각장애, 평형감각장애
- ⑥ 왜소증, 가슴의 변형·상실
- ⑦ 내부 기관의 기능제한
- ⑧ 편마비, 뇌신경장애, 정신정서장애, 중독증
- ⑨ 기타 장애

제2절 우리나라 장애인등록 및 판정 제도 현황

1. 장애인등록제도 및 등록 장애인 현황

우리나라 장애인등록제도는 장애인복지법 제32조 및 동법시행규칙 제3조부터 제10조를 근거로 시행되는 제도이다. 정부는 우리나라 장애인현황 파악을 주목적으로 1981년 「심신장애자복지법」 제정 후, 그 이듬해인 1982년에 장애인 등급기준을 발표하였다. 이 기준에 의거하여 한국인구보건연구원(현 한국보건사회연구원)의 주관 하에 1987년 10월부터 1988년 9월까지 서울시 관악구와 충청북도 청원군을 선정하여 장애인등록제도를 시범 실시하였으며, 1988년 11월 1일부터 전국적으로 장애인 등록제도를 시행하면서 1989년에 전면 개정된 「장애인복지법」에 이 제도를 명문화

하여 오늘에 이르고 있다.

복지선진국의 경우 1960년대부터 꾸준히 장애인에 대한 재활서비스 전달방식이 시설중심재활(IBR; Institution Based Rehabilitation)에서 정상화(normalization)와 사회통합을 목표로 하는 지역사회중심재활(CBR; Community Based Rehabilitation)로 전환되면서 다양한 장애인복지 서비스를 필요로 하게 되었다. 우리나라의 경우에도 지역사회중심재활에 세계적인 추세와 함께 재가 장애인들의 비중이 늘어나면서 다양한 서비스 욕구로 인해 장애인들에 대한 현황파악과 이를 바탕으로 지역사회 중심의 장애인복지 서비스들의 필요성이 늘어났다. 따라서 장애인등록제도를 통해 장애인구 파악과 복지서비스 욕구 등의 기초자료를 통해 정확한 실태파악과 장애인에 대한 효율적인 관리체계구축 마련을 하고자 하였다.

장애등록제도 초기에는 예상보다 낮은 장애인 등록률을 보였고, 이러한 결과는 장애인의 시각에서가 아니라 행정가의 시각에서 시작되었기에 결과적으로 장애인들의 등록을 이끌어내지 못했다는 지적을 받았다 (권선진, 2006). 그러나 장애인 등록률은 장애인복지시책의 확대와 장애범주의 확대 그리고 IMF와 같은 외환위기를 겪으면 등록 장애인은 '98년에는 전년대비 24.0%의 증가율을 보였으며 '99년 32.3%, 2000년에는 37.4%의 급격한 증가율이 있었다. 저성장, 고실업과 구조조정 등 경제적 여건 악화는 복지혜택에 대한 관심을 증가시키면서 장애인 등록을 촉진시켰다는 해석이 가능하다.

결과적으로 우리나라 장애 인구는 '89년 말 약 17만 명에서 2011년에는 약 268만 명으로 16배 정도 증가하였다. 2011년 장애인 실태조사⁷⁾ 분석을 보면 우리나라 장애인구 출현률은 재가 장애인과 시설장애인을 합하여 총 2,683,477명으로, 인구 100명당 5.61명이다. 이러한 결과는 2000년 3.09%, 2005년 4.59%, 2011년 5.61%로 나타나 지속적으로 증가하고 있다.

선진화 과정에서 국가가 제공하는 복지가 늘어나면서 앞으로 장애인등록률은 더욱 더 높아질 것으로 예상된다. 최근 들어 제도화된 활동지원제도와 장애연금제도 등으로 인해 장애인등록제도에 관심은 더 높아 지고 있다. 우리나라에서 처음으로 제공되는 무기여 형태의 장애인연금은 아직까지 해외선진국과 비교하면 금액은 매우 낮으나 앞으로 연금액 상승기대로 인해 장애인들에게 큰 기대를 주고 있다. 활동지원제도에 대한 중증장애인들의 서비스 필요성이 증가하면서 장애등록에 영향을 미칠 것이다. 2009년부터 장애아동 재활치료서비스가 활성화되면서 장애 자녀의 재

7) 보건복지부장관은 장애인 복지정책의 수립에 필요한 기초 자료로 활용하기 위하여 3년마다 장애실태조사를 실시하여야 한다(「장애인복지법」 제31조). 1980년부터 장애인 실태조사가 5년마다 시행되다가 2005년 이후에는 법 개정으로 3년마다 실시하게 되어 2011년 실태조사는 8번째 실태조사에 해당한다.

활치료에 대한 높은 서비스 욕구로 인해 장애아동들의 장애등록률도 높아지고 있는 추세이다(이미정 외 2010).

2. 장애인 등록 및 심사 업무

2007년 이전에는 장애인 등록을 원하는 장애인의 경우 각 장애유형별로 지정된 전문의에게 장애등급 판정을 받아 장애인단서를 해당 지자체에 제출하면 보건복지부에 장애인으로 등록이 되어 별도의 등급심사는 없었다. 하지만 장애등급 판정의 객관성에 문제가 제기되면서 등급판정의 적정성 확보를 위해 2007년 4월부터 중증 장애수당 신규신청자에 한해 국민연금공단에 장애등급 위탁심사가 의뢰되고, 2009년 10월부터는 활동지원서비스를 신규로 신청하는 1급 장애인에 한해 위탁심사가 시작되었다.

2010년 1월부터는 장애등급심사가 확대되어 신규로 1~3급 장애인등록을 하는 경우와 신규로 장애수당, 장애인연금, 활동지원서비스를 신청하는 경우 장애등급심사를 실시하게 되었다. 2011년 4월부터는 전체 신규 등록 대상자까지 등급심사제를 확대하여 시행함으로써 장애인등록 시 모든 등급(1~6급)에 관한 장애등급심사제도가 국민연금공단을 통하여 전면적으로 실시하고 있는 체계로 운영되고 있다. 국민연금공단은 장애인복지법시행규칙 제3조, 제6조 및 제7조에 따라 장애판정 전문기관으로 선정되었다.

정부가 2007년부터 국민연금공단에 장애등급 위탁심사를 의뢰하게 된 배경은 다음과 같다(보건복지부, 2010). 첫째는 비장애인의 허위·부정 장애등록 사례가 지속적으로 발생되고 이에 관한 언론 보도로 ‘장애인 등록’에 대한 사회적 불신이 고조되고 있었다는 점이다. 둘째는 일선 의료기관에서 장기간 치료과정을 통해 환자와의 관계구축 마련으로 인해 장애등급이 상향 부여되는 현상이 팽배되어 장애등급 판정의 신뢰성 확보가 중요한 과제로 인식되었기 때문이다. 마지막으로 일선 의료기관 의사들의 장애판정기준에 대한 이해부족 등으로 장애판정의 객관성에 대한 우려로 인해 일선 의료기관에서는 장애소견서만 제출하고 최종 장애판정을 하지 않는 것이 적절하다는 지적에 의한 결과이다.

새로운 장애판정제도 전에는 장애 판정 시 신청자가 직접 판정 의사를 대면하는 시스템으로 되어 있어, 신청자의 장애 등급 조정 요구가 판정의가 객관적인 평가를 통해 정확한 장애판정을 내리는데 영향을 미치는 것으로 조사되었다(권선진 외 2006). 권선진 연구에서 장애인을 대상으로 장애판정 시 조사대상자의 경제적 상태를 고려하여 세금감면 등 복지혜택과 관련지어 등급을 높여 판정해 줄 것을 의사에

게 요구한 적이 있는지를 묻는 질문의 결과, ‘있다’고 응답한 경우가 18.8%(75명)로 조사되어 10명중 2명은 장애등급의 상향판정을 의사에게 요구한 경험이 있는 것으로 나타났다. 또한 전문의를 대상으로 장애진단 시 신청자가 경제적 형편, 복지혜택 등을 이유로 장애등급 조정을 요구한 적이 있는지를 조사한 결과, “있다”고 응답한 경우가 89.7%로 대부분이 장애등급의 조정을 요구받은 경험이 있는 것으로 나타났고, “없다”는 10.2%로 나타나, 장애판정 시 등급 조정 압력으로 인해 의사가 객관적인 장애판정을 내리기 어려운 것으로 나타났다.

실제로 2007년 중증장애수당 신청 장애인에 대한 국민연금공단의 장애등급 재심사 결과 일선 의사들이 부여한 장애등급 중 38%가 하락되어 일선 의사들의 장애판정의 문제점이 지적되었다. 결과적으로 장애등록 과정에서 부정한 사례로 인해 부적격자에게 서비스가 지원되는 도덕적 해이(moral hazard) 현상도 발생되고 있어 제도자체에 대한 불신감을 갖게 만들고 있다. 부정 판정이나 부정수급의 경우 법적인 사후처벌이 존재하지만 제도 자체에 대한 신뢰성을 상실할 경우 제재수단만으로 문제를 해결하는 데는 한계가 있다. 아래 표2와 같이 장애 등급과 관련해서 부적절한 사례들이 보고되었다.

<표2 허위장애등록으로 사법기관 등에 적발된 주요 사례 >

일시	구분	주요 내용
'10.6.8	서울지방 경찰청	병원사무장이 의사의 진단없이 허위로 장애진단서발급(212명)
'10.3.5	감사원	정신질환, 시각장애 등으로 병역면제처분 후 운전면허취득(500여명)
'10.1.26	광주지검 목포지청	비장애인이 장애인을 대리로 진단받게 하고 장애등록(60명)
'09.11.17	감사원	운전면허취득이 불가능한 시각장애인이 운전면허취득(4,687명)
'09.6.30	춘천지검 강릉지청	등록 브로커를 통해 문진시 허위답변으로 허위청각장애진단서를 발급받아 장애등록(22명)

자료: 보건복지부, 2010

새로운 장애등급 판정심사의 주 내용을 살펴보면 다음과 같다.

- 각 장애유형별 장애판정 진료과의 확대,
- 추가로 제출된 최근 의학적 검사자료에 의한 장애등급심사
- 지체(척수)장애 3급과 4급 신설, 심장장애와 간질 판정기준의 연령 별 분리
- 뇌병변장애 등급 산정 시 수정바텔지수(목욕, 용변, 이동, 식사 등 일상생활 수행능력)적용

(보건복지부, 2012)

보건복지부에서 발간한 ‘2012년 장애인복지 사업안내’에 따르면 장애인등록절차는 아래 <그림 2>과 같다.

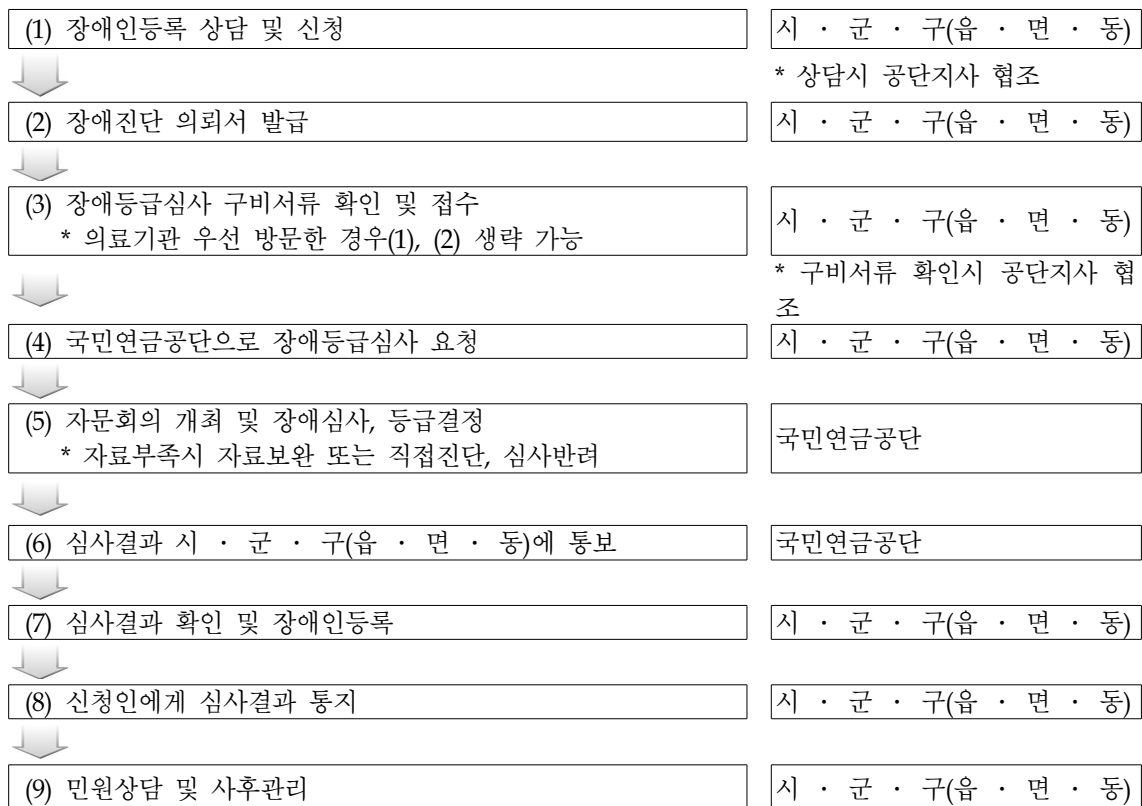


그림 2 장애인 등록 절차

자료 : 보건복지부, 2012.

체제로 전환되었다. 이와 같은 제3의 기관에서 최종 장애판정을 하는 방식은 미국의 사회보장국(Social Security Administration) 내 장애판정서비스(Disability Determination Service)와 매우 유사한 방식이다. 미국에서는 일선 의료기관에서는 그동안의 치료 기록 등 장애판정에 필요한 다양한 서류들을 제출하면 장애판정서비스에서 무대면으로 서류 심사를 통해 최종 판정을 하고 있다. 대부분의 복지선진국의 경우에서도 최종 장애판정은 무대면 심사를 실시하고 있다. 다만 현재 우리나라와는 달리 최종 판정에서 참고하는 자료들이 개인의 의료적, 사회 및 환경적 요소 등 다양한 자료들의 검토를 통해 수급여부를 결정하고 있다.

3. 장애인 판정제도 현황과 문제점

장애인등록제도가 전국적으로 실시된 이후 2000년도 이전까지는 지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체(현 지적장애)의 5가지 장애유형에 따라 1등급부터 6등급까지 구분되어 있는 '장애인의 장애등급표'에 의하여 등급판정이 내려졌다. 이후 장애범주의 확대에 따라 2000년 1월에는 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 정신지체(현 지적장애), 정신, 신장, 자폐성, 심장장애 등 10개 분야로 장애영역이 늘어났으며, 2003년 7월 개정된 '장애등급판정지침'에 따라 2차 장애범주 확대로 호흡기, 간, 안면, 장루·요루, 간질 등 15개 유형으로 늘어나면서 장애영역은 확대되었다. 현재는 2009년 개정 공포된 판정지침 '보건복지가족부고시 제009-227호'에 따라 장애 판정이 이루어지고 있다.

장애등급판정기준의 관련고시는 2003년 6월 보건복지부 고시 37호(2003. 6. 28) '장애등급판정기준' 고시 이후 총 5회 개정 고시가 있었다(2010.1. 1, 2011. 3.30, 2011. 4. 1, 2011. 8.19, 2012. 6. 8)(표 4 참고). 현재 실행 중인 우리나라 장애범주와 등급은 아래 표 3와 같다.

<표 3> 장애인복지법에 따른 장애 범주 및 등급

대분류	중분류	소분류	세분류	장애등급
신체적 장애	외부기관 의 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 등 의 장애	1~6급
		뇌병변장애	뇌의 손상으로 인한 복합적인 장애	1~6급
		시각장애	시력장애, 시야결손장애	1~6급
		청각장애	청력장애, 평형기능장애	2~6급
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애	3~4급
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인 한 장애	1~3급
	내부기관 의 장애	신장장애	투석 치료중이거나 신장이식자	2, 5급
		심장장애	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 장애	1~3급, 5급
		간장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간 기능 이상	1~3급, 5급
		호흡기장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호 흡기기능 이상	1~3급, 5급
		장루·요루장애	일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루	2~5급
		간질장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간 질	2~4급
정신적 장애	발달장애	지적장애	지능지수와 사회성숙지수가 70 이하인 경우	1~3급
		자폐성장애	소아청소년 자폐 등 자폐성 장애	1~3급
	정신장애		정신분열병, 분열형정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울장애	1~3급

<표4> 장애등급판정기준 주요변경 연혁

		2003. 6.28	2010. 1. 1	2011. 3.30	2011. 4. 1	2011. 8.19	2012. 6. 8
지 체	상지절단						
	하지절단						
	상지관절		변경				
	하지관절		변경				
	상지기능		변경				
	하지기능		변경				
	척추		변경				
	변형		변경				
뇌병변			변경		변경		
시각							
청 각	청력						
	평형						
언어			변경				
지적							
정신							
자폐성							
신장							
심장			변경				변경
호흡기							
간							
안면						변경	
장루/요루							
간질			변경				

2011년에는 장애인복지법 제2조 및 같은 법 시행규칙 제2조제2항의 규정에 의한 「장애등급판정기준」(보건복지부고시 제2011-91호)을 아래와 같이 개정·고시하였다.

장애유형	장애판정 시기
지체·시각·청각·언어·지적·안면 장애	장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 등록하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생후 또는 수술후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다(지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장애 등 장애상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다).

장애유형	장애판정 시기
뇌병변 장애	뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(예, 파킨슨병 등)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하여야 한다.
정신 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 한다.
자폐성 장애	전반성발달장애(자폐증)가 확실해진 시점
신장 장애	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람
심장 장애	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람
호흡기 · 간 장애	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람
장루 · 요루장애	복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술후 에스결장루, 전대장절제술후 시행한 말단형 회장루 등) · 요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점
간질장애	<ol style="list-style-type: none"> 1. 성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 3년이 경과하고 2년 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점 2. 소아청소년의 경우 간질 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착된 시점

장애판정기준과 관련해서 새로운 개정 작업들이 진행되고 있으나 지속적으로 문제가 제기되고 있는 장애영역들이 있다. 척수장애의 예를 들 수 있다. 척수손상으로 인한 척수장애인들은 운동신경의 마비로 인해 상지 및 하지 마비되고 기립 및 보행이 불가능하여 휠체어를 타야하며, 감각신경의 마비로 인하여 피부의 감각을 소실하여 욕창이 발생하게 된다. 또한 자율신경의 마비로 인하여 소변과 대변을 조절하는 기능에 장애가 발생하고 성기능의 장애가 생긴다.(공민호와 이범석, 2011) 그러나 이러한 세부적인 의료적 평가는 기존의 장애판정에서 다루지지 못하고 있다는 것이다.

그 외 같은 지체장애로 속해 있으나 근육병 그리고 왜소증의 경우에도 의료적 상황과 욕구가 매우 다양하여 같은 장애영역에 속해 있는 것에 대한 근본적인 한계점이 있다. 안면추형은 의학의 발달로 인한 유전적 질환을 가진 환자들의 생존을 증가와 더불어 사회가 산업화되어가고 고도로 발달해 감에 따라 발생하는 산업재해나 각종 사고 및

환경오염으로 인한 유전적 질환의 증가 등과 더불어 지속적인 증가 추세에 있다. 안면 추형은 현대 의학이 많이 발달하였음에도 불구하고 일단 발생하고 나면 원판회복이 거의 불가능하여 대부분의 경우 질병이나 상해의 단계에서 장애로 이행하게 된다. 이로 인해 안면추형장애를 가진 환자들은 원인질환 자체로 겪는 어려움뿐만 아니라, 수술이 필요한 경우에도 미용수술로 분류되어 보험 혜택을 받을 수 없게 되어 비싼 수술비로 인한 경제적 부담의 이중고를 겪게 된다. 더구나 선천적 원인이나 어릴 때 입은 화상이나 손상으로 인한 안면추형환자인 경우에는 심리적인 장애까지도 유발하며 평생을 사회적 장애를 갖고 생활하는 경우가 많다. 특히 최근 들어 외모로 평가받는 비중이 많아지면서 이러한 추세는 높아지고 있다. 따라서 안면장애는 장애등급과 상관없이 사회적 장애 경험을 하고 있다고 보는 것이 맞다.

2011년 장애인실태조사에 의하면 안면장애의 약 44.2%를 차지하고 있는 화상장애의 경우 안면장애 내 속해 있어 화상장애로 인한 어깨, 손, 가슴 등 안면 외 화상부분은 타 장애영역의 장애판정기준에 맞춰서 심사를 받아야 하는 번거로움도 있어 개선방안이 필요할 것이다.

보건복지부의 기준(2003)에 따르면, 현재 언어장애를 가지고 있는 환자들의 경우, 판정 가능한 장애등급은 3급과 4급이다. 그러나 실생활에서의 장애정도나 다른 장애와의 형평성에 있어서 재고의 여지가 있으며 판정기준 또한 언어장애의 종류에 따라 더 세분화되고 정교화 되어야 할 필요가 있다. 실어증의 경우 그 정도가 아무리 심하다고 해도 최고 3급에 해당되는데, 실제적인 의사소통의 기능을 수행하는 면에 있어서는 필답이 가능한 완전한 청력손실 환자보다, 실어증환자의 경우가 일상생활에서 더 많은 어려움을 겪을 수 있다. 이는 수용언어와 표현 언어에 있어서 모두 심한 장애가 있는 전실어증(global aphasia) 환자는 물론이고 유창성은 보존되어 있지만 듣고 이해하는 능력의 심한 저하로 의사소통이 거의 불가능한 베르니케 실어증(Wernicke's aphasia) 환자도 이에 해당된다. 하지만 베르니케 실어증 환자와 같은 언어장애 중증도를 보인다고 하더라도 듣고 이해하는 능력이 상대적으로 보존되어 있는 브로카 실어증(Broca's aphasia) 환자는 의사소통기능면에서 더 나은 능력을 보인다. 따라서 전반적인 장애등급을 판정하는 기준은 물론이고 세부적으로도 판정내용을 재검토해야 할 필요가 있다.

언어장애는 앞에서 언급했던 바와 같이 말장애(speech disorders)와 언어장애(language disorders)가 있다. 말장애 안에는 음성장애(voice disorders)와 공명장애, 아동 조음-음운장애 및 유창성장애, 성인 신경말장애가 포함되며, 언어장애 안에는 아동 언어 발달장애와 성인 신경언어장애가 포함된다. 그러나 장애등급 판정지침에서는 이러한 용어들이 부정확하게 사용되거나 혼용되기도 하며, 객관적인 검사 방법이나 결과에 대한 정확한 기준을 제시하지 못하고 있다. 표현 언어지수나 수용언어지수는 아동 언어발달

검사 중 표준화된 도구들로 산출이 가능하나 성인의 경우 다른 척도를 사용하는 등 중증도를 다른 기준으로 평가하기 때문이다. 장애등급의 판정기준을 다시 검토하여 재정립된 언어장애의 개념과 종류, 중증도에 따른 새로운 지침을 마련하는 것이 필요하다. 현재의 판정기준은 언어장애로 인한 현실적인 모두 어려움을 반영하지 못하고 있을 뿐만 아니라 언어장애에 대한 용어자체도 혼용되고 있으며, 언어장애의 유형과 특성에 따른 중증도의 판단기준이 명확하지 못하기 때문에 주관적인 판단에 의해 좌우될 가능성이 있다. 이에 대해, 언어병리학자 및 언어치료전문가들을 포함한 자문기구를 구성하여 전체적으로 재검토해야 할 필요가 있다.

그동안 장애등록제에서 실행하고 있는 장애판정체계의 보완을 위해 보건복지부도 새로운 장애판정 기준 개발 및 장애인서비스 전달체계의 개선방안을 마련하고자 아래와 같은 다양한 연구들을 진행하였다.

구분	보건복지부 발주 연구 용역(연구수행기관)					기타 주요 연구 (연구수행기관 및 연도)
	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년 2011년(계획)	
장애범주, 등록 및 판정 기준	<ul style="list-style-type: none"> 3단계 장애범주 확대 방안 연구(보사연) 장애 등록 및 판정체계 개선 방안 연구(평택대) 	<ul style="list-style-type: none"> 2007년 한국 장애인 평가 기준 연구(대한의학회) 근로 능력 평가 도구 개발 연구(가톨릭대) 	<ul style="list-style-type: none"> 2008년 한국 장애인 평가 기준 연구(대한의학회) 근로 능력 평가 도구 개발 연구(한신대) 노동 능력 상실율 개발 연구(대한의학회) 	<ul style="list-style-type: none"> 2009년 한국 장애인 평가 기준 연구(대한의학회) 장애 범주 확대시 장애인구 증감 및 소요예산 추계(서울대) 기초 근로 활동능력 평가 도구 개발 연구(한신대) 	<ul style="list-style-type: none"> 뇌병변 장애등급 판정 개선 연구(대한재활의학회) 	<ul style="list-style-type: none"> 장애관련 공적제도의 장애 판정기준과 급여 수준 비교(보사연, 2006) 국민연금장애 심사기준 개편 방안 연구(연세대, 2010) 국가유공자 등의 장애인등록에 따른 서비스 조정 연구(장애인개발원, 2010)
전달 체계		<ul style="list-style-type: none"> 2007년도 장애인복지 인프라 개선 방안(보사연) 	<ul style="list-style-type: none"> 2008 장애인복지 인프라 개선 방안 연구(보사연) 	<ul style="list-style-type: none"> 2009 장애인복지 인프라 개선 연구(보사연) 	<ul style="list-style-type: none"> 장애인서비스 지원 체계 개편 방안 연구(보사연) 장애인서비스 지원 체계 개편 방안 연구 	<ul style="list-style-type: none"> 장애인복지서비스 전달체계의 사회복지통합관리망 활용방안(장애인개발원, 2010)

특히 장애판정과 관련해서는 기존의 의학적 판정기준을 대체할 수 있는 방안으

로 대한의학회 장애평가기준개발위원회에서 한국장애평가기준인 KAMS(Korean Academy of Medical Science Guides for Impairment Evaluation)를 개발하였다. KAMS의 가장 큰 의의는 국민연금법부터 산재보상보험법 등에서 약 30가지가 넘는 다양한 장애평가기준을 한 가지 방법으로 통합하여 국민들이 겪는 혼란을 최소화하는 것이다. KAMS는 미국의학협회에서 20년이 넘는 기간 동안 여러 방면의 의료진과 전문가에 의해 개발된 기준인 AMA 기준 5판을 방식을 우리나라 상황에 맞게 개발하였다. 이 기준을 토대로 우리나라 국민들의 여건에 맞게 조정하여 그 타당성을 확보하려는 노력을 하였다.

KAMS 개발과 더불어 장애인인프라 연구에서는 근로능력 및 욕구 평가도 도입하였다. 의학적 평가인 KAMS와 근로능력 그리고 욕구평가를 통해 장애판정기준의 다양화와 장애인 당사자들의 서비스 욕구에 기반을 둔 복지서비스 제공을 위한 토대마련이 목적이었다. 장애인인프라 연구를 바탕으로 시작된 시범사업은 2010년, 2011년도 그리고 2012년에도 진행되고 있으나 아직까지 KAMS를 활용한 장애평가는 진행되지 못하고 있으며 근로능력평가도 원래 취지와는 다르게 직업재활서비스 적격성을 평가하는데 적용되고 있으며 지역 내 장애인복지 인프라 부족으로 인해 욕구평가도 원래 취지대로 활용되는데 한계가 있었다.

제3절 우리나라 장애인 등록 및 판정 제도의 문제점

1. 장애등록제도의 문제점

장애인 인구수와 실태조사를 하는 방법은 크게 등록 제도를 이용하는 것과 인구센서스를 통한 것으로 나뉘어진다. 미국, 스웨덴 같은 서구 선진국은 인구센서스를 통하여 정기적으로 장애출현률 및 실태를 파악하고 있고, 우리나라를 포함한 일본, 싱가포르, 대만 등의 국가에서는 장애인등록제도를 이용하여 실태조사를 하고 있다. 각 방법은 서로 장·단점이 있으나, 장애인등록제도의 경우 소규모 지역에 대한 분석이 가능하고, 장애 출현률과 발생률의 추정에 필요한 자료를 제공할 수 있으며, 특수 장애 인구에 대한 심층연구를 위한 표본 틀을 제공하는 등의 장점이 있다(UN, 1986; 최선자, 1997 재인용).

우리나라의 경우에도 그동안 장애등록제도를 통해 장애 인구에 대한 기본적인 정책적 토대를 마련하는 긍정적인 영향이 있었다. 그러나 서론에서 제기하였듯이 장애등록 결과가 장애등급으로 이어지고 이러한 결정으로 인한 복지서비스 혜택에 영향을 미치면서 장애등록에 대한 의미 및 현 장애등록제도에 대한 문제점이 꾸준히

하게 제기되고 있다. 장애등록제도와 관련된 문제점을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1) 새로운 장애인복지 패러다임에 맞지 않는 제도

장애등급제도에 대한 장애계의 비판을 살펴보면 장애등급제가 장애인들의 개별 복지 서비스 욕구와 필요성을 만족시키는 기초자료가 아닌 서비스 예산 통제를 목적으로 하는 행정편의주의적 접근이라는 지적을 하고 있다(서인환, 2011). 자립생활 패러다임으로 인해 장애인 당사자가 중심이 되는 시점에서 현재 장애등록제는 수요자 중심의 복지가 아닌 공급자 중심의 접근이라는 것이다. 따라서 장애등록제도의 원래 취지를 살리기 위해서는 장애등록의 결과로써 장애인 복지 서비스 제공에 필요한 정책마련을 촉진시키고 장애유형이나 정도에 맞춰진 복지서비스가 아닌 개별 장애인의 서비스 필요성을 중심으로 수요자 중심의 복지서비스가 정착이 되어야 한다는 요구가 강해지고 있다(www.talk.imbc.com:2012년4월20일자) 그러기 위해서는 장애인의 의료/장애 상태, 근로능력과약, 경제적 상황, 가족 여건 등을 전반적으로 파악할 수 있는 판정체계를 갖추는 것이 필요할 것이다.

2) 장애평가비용에 대한 부담

새로운 장애등록제도의 엄격성에 대한 비판과 더불어 장애상태를 증명하기 위한 장애진단서, 장애유형별 소견서, 의무기록 및 검사결과 등 다양한 서류 제출이 요구되고 있어 장애판정을 받기 위한 접근성이 문제가 되고 판정비용 부담도 커지는 문제가 파생되고 있다(김운태, 2010). 장애등급 판정에 필요한 각종 검사나 평가비용을 장애인이 전액 자부담해야 하므로 저소득 장애인들에게는 큰 부담이 되고 있다. 각 장애유형별로 요구되는 검사나 평가비용이 수십만 원에 달해 등급판정을 포기하거나 빚을 내어 등급판정을 받는 사례들이 일어나고 있다(김운태, 2010). 판정비용을 경감하기 위한 정부의 판정지침이 있기는 하지만 별 도움이 되고 있지 않으며, 일선 의료기관에서 잘 지켜지고 있는지도 의문이다.

권선진 외(2006) 장애등록 및 판정 실태조사에서도 나타났듯이 장애별로 진단비용의 편차가 크고 재판정을 기피하는 주된 이유로 비용에 대한 부담으로 조사되었다. 근본적으로 장애판정에 드는 비용부담을 경감할 수 있는 방안이 필요하며, 이는 장애판정 자체가 장애인 사회재활의 시발점으로서 장애인복지서비스의 시작이라는 관점에서 전향적으로 검토되어야 할 것이다.

3) 장애 판정 전문가 부재의 문제

장애판정의 객관성을 담보하기 위한 방안으로 국민연금공단 산하에 장애판정센터를 통해 일차 의료기관에서 보내온 장애심사 소견서를 검증하는 절차를 마련하였으나 국민연금공단에서 최종 판정을 하는 의료진도 장애평가를 실시할 수 있는 자격인증이 있는 것은 아니다. 따라서 새롭게 보완된 장애등록제도는 지역에서 받은 일차 장애소견서를 검토하여 최종 판정하는 검증 절차라는 장점은 있지만 장애판정의 전문성 확보라는 측면에서는 보완의 필요성이 있다. 장애판정의 객관성과 신뢰성은 우선적으로 전문성을 전제로 할 때 가능하기 때문이다(안규환, 2007).

아직까지 우리나라의 경우 장애판정기준에 대한 표준화된 교육 없이 장애 판정 지침서 한 권에 의해 평가가 시행되어 일관성이 부족한 것이 현실이다. 장애판정에 대한 정식훈련을 받지 않은 의료진에 의해 장애여부와 정도가 평가되고 있기 때문에 장애평가에 사용되는 기준을 명확히 숙지하지 못하면 동일한 장애에 대해 의사에 따라 장애판정이 달라지는 현상은 발생할 수밖에 없다 (변용찬, 2005).

외국의 경우 장애판정을 할 수 있는 장애판정 심사자의 자격을 엄격히 하고 있으며 전문적인 프로그램을 개발하여 장애판정 교육을 실시하고 있다. 우리나라도 외국의 경우처럼 장애판정 심사자의 전문성을 높이기 위한 방안마련이 시급하다. 의과대학에서 정규 교육과정으로 장애판정에 대한 교육 커리큘럼이 필요하며 일정 시간 이상의 임상경험 그리고 자격인증을 위한 검증 제도 과정이 필수적으로 마련되어야 할 것이다.

복지 선진국의 경우를 보면 의료적 평가와 더불어 개별장애인의 사회 및 환경적 요인들도 포함하는 종합적인 평가를 실시하고 있다. 우리나라의 경우에도 장애인복지 관련 전공자들도 장애판정에 대한 이해를 높이고 사회 및 환경적 평가에 대한 교육이 이뤄져야 할 것이다.

4) 장애등급과 복지서비스 연계에 따른 문제

대부분의 우리나라 장애인복지서비스 수급결정은 보편적인 감면제도부터 활동지원 및 장애연금까지 장애등급에 의해 영향을 받고 있다. 앞에서 지적하였듯이 현재 장애인당사자들의 생존권과 활동권에 지대한 영향을 미치는 활동지원서비스나 장애인연금 등은 과 같은 대표적인 장애인복지서비스를 받기 위해서 장애재판정을 받아야 한다. 활동지원 서비스의 경우 재판정 결과로 등급이 하향되는 경우에는 서비스 대상에서 제외되거나 축소되어 생활이 어려워지거나 심지어는 생존의 위협에 내몰

리는 경우까지 생기고 있다는 문제제기가 있다. 신규 판정을 받는 경우에도 새로운 장애등록제도에서 장애판정을 받는 경우에는 예전과정과 비교하여 상대적으로 등급이 하향되거나 서비스 기준에 못 미치는 등급을 받게 되는 경우가 많아 장애판정에 대한 형평성 문제가 있을 수 있다. 따라서 외국의 경우를 보면 새로운 제도로 전환되는 과정에서는 유예기간을 두어 대상자들의 상대적 형평성을 고려하고 있다.

장애등록제도가 원래 취지에 맞게 복지서비스 제공을 위한 기초자료로 활용되기 위해서는 꼭 필요한 대상자에게 서비스가 제공될 수 있도록 서비스별 적격성 기준 마련이 필요할 것이다. 대부분의 장애인복지서비스가 1급과 2급 장애등급에 국한되어 있어 장애등급이 아닌 서비스 적격성에 의한 서비스 연계 또는 현재 장애등급 심사 기준에 장애인 개인의 사회적 욕구 및 복지서비스 필요성까지 포괄하는 것 등을 심도 있게 고려해야 할 것이다. 지금처럼 의학적 판단만으로 등급이 결정되어 실제 장애인 개인의 욕구와 서비스 필요성을 반영하고 있지 못해 이로 인해 생기는 문제는 심각하다고 지적하고 있다(김윤택, 2010).

현재 우리나라에서 활동지원제도에서 적용하고 있는 인정조사표를 서비스 적격성 기준이라고 하고 있으나 인정조사는 장애 1급인 대상자만 해당이 되고 있어 서비스 진입을 위한 적격성에 활용되는 것이 아니라 장애1급을 가진 서비스 대상자 중 서비스 양을 조정하는데 활용되고 있다. 따라서 엄격한 의미에서 인정조사표를 서비스 적격성 기준이라고 하기에는 근본적인 문제점은 있다(양희택, 2011).

우리나라와 같이 장애등록과 등급체계가 있는 일본의 경우는 우리와 같은 체계를 가지고 있으나 이에 대한 장애계의 불만은 적다고 한다. 장애등록과정에서 장애 진단 및 욕구의 평가과정과 심사위원회를 두고 장애등록제도의 효율적인 운영을 위한 노력을 하고 있다(권선진, 2006). 일본에서는 등록과정은 서비스에 진입하는 제1단계 관문의 기능으로 하도록 하고, 제2단계에서는 장애인의 욕구에 맞는 서비스 의뢰, 서비스 정보제공, 상담 및 초기평가, 장애정도와 욕구에 따른 서비스 계획을 수립할 수 있도록 함으로써 수요자 중심의 복지서비스를 효율적으로 제공하기 위한 기반이 마련되어 있다.

2. 장애판정제도의 문제점

장애판정 결과가 복지 서비스에 영향을 미치고 있는 현 체계에서는 장애 등급판정에 따른 장애인들의 불만이 커질 수밖에 없을 것이다. 장애판정결과가 서비스 수급여부에 영향을 미친다면 그 어떤 평가기준을 만든다고 해도 문제점은 제기될 것이다. 해외 연구에서도 장애판정결과가 서비스 수급에 영향을 미친다면 허위진술

(Faking)을 완전 배제할 수는 없다는 연구결과를 제시하였다(The Disability Assessment Structured Interview, 2010). 다만 외국의 경우에는 장애인복지 서비스가 사례관리를 통해 제공됨으로써 장애판정 시 허위 진술이 미치는 영향이 크지 않다. 사례관리를 통해 필요한 서비스를 적절하게 제공하는 서비스 전달체계가 있기 때문이다.

서인환(2011)은 이제까지 장애판정과 관련하여 제기된 주요 문제점인 부정사례들은 장애판정기준 자체가 객관적이지 못하고 주관적인 판단이 가능하기에 있을 수 있는 문제라는 지적을 하였다. 장애판정이 장애등록을 위한 기초자료로 그 역할을 수행하기 위해서는 장애인들의 복지 서비스 필요성과 욕구를 평가하여야 하는데 현재 장애판정기준은 의학적 판정을 하고 있기 때문에 장애인복지 서비스를 제공하기 위한 자료로 사용하는데 한계가 있다는 것이다. 구체적으로 장애판정제도에 대한 문제점들을 살펴보면 다음과 같다.

1) 장애판정의 엄격화

2007년부터 진행된 전체 장애등급심사 현황을 살펴보면 아래 표5와 같이 진단 대비 장애등급이 상향 조정이 된 경우는 0.4%인 반면 등급이 하향 조정된 경우가 전체의 35.3%로 나타나 새로운 장애등록의 엄격성을 간접적으로 관찰할 수 있다. 이러한 결과가 새로운 제도 변화로 인한 장애판정 결과의 정확성에 의한 결과인지 아님 지나치게 엄격한 기준에 의한 것인지에 대한 심도 있는 분석은 필요할 것이다. 그러나 이러한 결과로 인해 필요한 서비스를 받을 수 있는 수급자격에서 탈락되는 경우는 고려해야 할 것이다.

<표5> 장애등급심사 현황 ('07.4월~'10.5월)

(단위: 명, %)

계	진단대비 결정구분				확인불가*	결정보류**
	소계	상향	동일	하향		
120,121 (100.0%)	116,502 (97.0%)	458 (0.4%)	73,653 (61.3%)	42,391 (35.3%)	502 (0.4%)	3,117 (2.6%)

자료: 보건복지부, * 확인불가: 심사자료 부족, **결정보류: 결정시기 미도래(치료 중)

후천적 장애인 중 높은 비율을 차지하는 내부 장애의 경우에도 현행 판정기준이 지나치게 엄격해 등급판정을 받기가 쉽지 않다는 문제 제기가 있었다. 그러나 판정기준이 개정되면서 각 장애유형별로 정도의 차이가 있지만 기준이 완화되기보다는 오히려 엄격해져 등급하락이 예상되는 경우가 많아 졌다는 지적이 있다(김윤태,

2010).

2) 의료적 측면에 치우친 장애등급 판정의 문제

대부분의 복지선진국에서도 장애판정을 할 때 우선적으로 의료적 평가를 한다. 다만 우리나라와의 차이를 보면 장애인당사자의 환경과 조건을 고려하고 장애유형에 치우친 기준이 아닌 장애인 당사자의 종합적인 의료평가를 하고 있다. 앞에서도 지적하였듯이 우리나라 의료평가는 장애유형에 국한된 제한적인 기준을 가지고 있는 문제점이 있다. 그동안 장애인당사자뿐 아니라 전문가들 사이에서 이에 대한 문제제기와 정책적 대안 제시가 지속적으로 있어 왔다. 하지만 아직까지도 현 장애판정체계의 이러한 문제를 극복하고 있지 못하고 있다(김윤태, 2010). 새로운 등록제도에서는 장애상태 증명을 위한 각종 검사와 평가의 의무화, 의무기록의 제출, 의학적인 전문지식이 요구되는 판정지침의 강화 등 장애판정에 있어서의 제한적인 의학적 판단에 대한 의존성이 더욱 심화되었다.

수요자 중심의 복지서비스가 요구되고 증가하는 장애인들의 다양한 복지 서비스 필요성을 만족시키기 위해서는 현재 의료적 판단 외에도 장애인 개별욕구와 복지 수요에 따른 객관적이고 종합적인 판정을 하기 위해서 일상생활 수행능력, 근로능력 및 생활환경까지 고려한 종합적인 판정을 하여야 할 것이다.

3) 장애 판정기준의 객관성 문제

박병배 외(2009)는 장애의 의학적 판정을 하는데 있어 가장 객관적이고 절대적 기준은 검사장비 등을 통해 장애상태를 수치화 방안이라 하였다. 그 외 다른 방법으로는 현실적으로 모든 장애를 의료적으로 정확하게 수치화하는 것은 어렵다고 지적하였다. 즉, 의료적 평가방법에서 객관적인 검사를 위해서는 검사 장비를 동원하여 수치화된 결과를 반영하는 것이라 할 수 있으나 현실적으로 모든 장애유형을 판정할 수 있는 검사 장비는 없다는 문제점이 있다. 의학적 판정 중 혈액검사 등 정확한 수치를 나타내는 경우에는 등급 간 판정기준이 수치화/계량화 되어 있어서 객관적인 장애등급이 결정될 수 있으나 신경외과(마비)나 정신질환 등은 등급 간 경계가 부정확하여 심사자의 주관적 판단에 따라 최종 판정이 이뤄 질 수밖에 없는 근본적인 문제점이 있다. 이러한 맥락에서 보면 현재 장애판정 평가는 각 상병마다 등급 간의 큰 기준은 있지만, 의사의 임상경험 및 주관적 판단에 의해 영향을 받고 있다는 해석이 가능하다.

이러한 문제점은 권선진 외 (2006) 연구에서도 제기되었다. 의사들은 장애진단의 적용항목(33.7%)과 세부기준이 없는 점(34.5%)이 등급기준의 가장 큰 문제점으로 지적하였다. 현행 장애판정기준에 의하면, 지체, 시각, 청각장애 등은 신체결손이나 기능상실로 인한 기능장애(Impairment)를 기준으로 판정하나, 뇌병변장애의 경우는 기능장애로 인한 능력장애(Disability)를 기준으로 평가하도록 되어 있어 장애평가의 객관적 기준이 다르다는 문제가 존재한다. 즉 마비로 인한 지체기능장애의 경우 근력저하 정도를 평가기준으로 하는 반면에 뇌병변장애는 마비로 인한 보행 및 일상생활동작수행 제한 정도를 평가하므로 같은 정도의 마비를 가지고 있다 하더라도 판정결과가 달라질 수 있어 객관성과 형평성의 문제가 있을 수 있다.

결과적으로 비슷한 정도의 장애 상태를 갖는 지체장애와 뇌병변장애 간에 현격한 차이가 존재해 뇌병변장애인이 불이익을 받고 있는 문제점이 있다. 이러한 문제점을 보완하기 위해 수정바텔지수 판정기준 적용으로 판정의 편이성은 확보하고자 하는 노력이 이뤄졌으나 수정바텔지수로 인한 평가의 객관성을 확보하기에는 여전히 부족하며 오히려 판정의 객관성을 해치는 기준이 되었다는 비판도 있다 (함계걸음, 2010).

4) 장애등급 판정의 형평성 문제

장애정도의 다양성과 이러한 다양성에 영향을 미치는 개별 장애인들의 사회 환경적 요인 등으로 인해 장애판정을 통해 등급을 결정하는 것은 근본적으로 매우 어려운 과제이다. 따라서 장애판정을 수행하는 의료기관 및 전문 의사간에 판정결과에 차이가 있다는 것은 당연한 결과라는 지적은 타당성이 있다. 현실적으로 판정차이는 단순한 장애등급 기준 적용상의 오류부터 의료기관 및 검사자가 적용하는 각종 검사나 평가결과의 차이 등과 같은 문제가 빈번하게 나타나고 있다(김윤태, 2010).

장애판정의 객관성을 확보하기 위해서는 평가자 간 신뢰도(Interrater-reliability) 검사가 이뤄져야 할 것이다. 원칙적으로 말하면 같은 장애인을 서로 다른 검사자가 평가해도 같은 결과가 나와야 한다는 것이다. 그러나 우리나라의 경우 장애판정기준 개정은 이뤄지고 있으나 그 기준에 대한 표준화 작업은 거의 이뤄지지 않고 있다. 평가기준을 개발한 후 실행되기에 앞서 우선적으로 개발된 기준에 대한 평가자 간들의 객관성 마련을 위한 과정을 반드시 거쳐야 한다. 즉, 새로운 기준을 가지고 평가자들 간에 같은 결과가 도출되는지 검증해야 하는 것이다.

5) 장애판정체계에 대한 문제

새로운 장애등록제도로 인해 기존의 장애등록제도가 가지고 있는 문제점을 보완 위해 객관적인 장애판정 체계라는 긍정적인 면도 있으나 지역에서 일차적인 장애 평가를 실시하였던 의사들의 장애판정 회피현상도 일어나고 있다고 지적하였다(김운태, 2010). 일차적으로 장애를 판정하는 의료기관이나 전문의사의 입장에서는 장애판정을 위한 조건이 미비하여 판정을 포기하거나 2차적으로 결정되는 장애판정에 따른 부담으로 장애판정을 기피하고 있기 때문이다. 이러한 문제점은 현재 장애판정은 의학적 판정만을 중심으로 하고 있기 때문일 것이다. 최종 장애판정은 의학적 판정을 위한 자료 외 개별 장애인이 장애로 인해 영향을 미치는 사회적, 환경적 요소들도 같이 고려할 수 있는 자료들도 함께 종합적으로 판정할 수 있도록 변화하는 근본적인 대책이 필요할 것이다.

3. 장애인등록 및 판정에 관한 선행연구

1) 장애범주 확대 및 기준 관련 연구

지금까지 장애등록제도에 관한 선행 연구들을 살펴보면 다음과 같다. 한국장애인복지체육회(1999)에서 조사한 장애범주 확대방안 및 장애분류, 등급판정 기준에 관한 연구 보고서에서는 1단계로 확대되는 정신장애, 발달장애, 신장장애, 심장장애 등의 각 영역별로 장애등급 분류 및 판정기준, 장애판정지침 등을 공통적으로 제시하였다. 이 연구는 장애범주 초기의 연구로서 장애판정 기준을 마련했다는 점에서 의미 있는 결과라고 볼 수 있다. 이어 한국보건사회연구원(2001)에서 수행한 장애범주 2단계 확대를 위한 장애등급 기준연구에서는 2단계 확대 장애유형인 호흡기, 간, 안면기형, 장루·요루, 간질장애 등에 대한 기준을 제시하였다.

이외에도 부분적으로 사회보험의 장애급여와 관련하여 장애등급에 관한 연구들이 이루어졌는데, 국민연금이나 산업재해보상보험제도의 장애등급 기준에 관해서는 원종욱(2001), 김성숙(2002), 정경배·권선진(2005) 등의 연구가 있으나 이들 연구는 제도 간 장애등급 조정의 필요성에 관한 부분과 장애판정방식을 주로 다루고 있으며, 장애인등록제도의 주요골자인 장애인등록이나 판정에 관한 근본적인 내용은 언급하지 않고 있다.

김정열 외 (2010)는 장애인복지법 상에서 제시하고 있는 장애개념의 수정의 필요성을 제기하였다. 장애인복지법 상에서 장애인의 정의는 장애로 인한 손상에서 기

인하는 활동제한을 명시하고 있는 듯 하나 시행령과 시행규칙에서 장애종류와 기준을 두고 있으며 이를 바탕으로 장애등급을 매기고 있어 편협적인 접근을 하고 있다는 비판을 하고 있다. 장애인의 범위를 넓고 포괄적으로 잡는 것은 세계적인 추세이며 이미 복지선진국에서는 실천하고 있다. 앞으로 우리나라도 장애범주를 확대하는 방향보다는 포괄적으로 전환하는 노력이 필요하다고 지적하였다.

조한진(2006)은 장애인복지법 상에서 장애정의를 개정해서 의료적 이상과 손상 그리고 사회적 및 환경적 차원을 함께 고려하는 것의 적절함을 제시하였다. 이미 WHO에서는 2000년에 ICF 발표 이후 환경적 접근을 강조하고 있다. 현재 우리나라 장애 판정기준을 보완하기 위해 ICF에 대한 이해는 중요하다. ICF는 개별 당사자의 개인 및 사회 그리고 환경요소까지 고려하는 포괄적인 접근방법을 활용하기 때문에 기존의 의료적인 평가기준을 보완할 수 있는 가장 이상적인 접근방안이라 할 수 있기 때문이다. ICF는 미국과 호주 등의 서구 국가에서는 서비스 제공에 기본 원칙의 바탕이며 일본에서는 서비스 필요성 판정에서 제공과정 까지 깊이 영향을 미치고 있다.

2) 등록제도 관련 연구

최선자(1996)는 장애인등록에 관한 사항과 이차적 이득에 관한 사항에 대한 요인을 설정하여 장애인등록제도에 대한 문제점과 등급별 복지시책에 대한 설문조사와 사례연구를 병행하였다. 이 연구에서는 장애인이 희망하는 복지혜택과 장애인 당사자의 장애등급 판정에 대한 등급의 적절성에 대한 조사가 이루어졌는데 장애인이 희망하는 복지혜택으로는 소득보장과 취업기회 확대를 선호하였고, 등급의 적절성에 대해서 62.7%가 장애등급이 적절하다고 하였고, 그렇지 않다가 37.3%로 조사되었으나, 응답자의 장애유형을 알 수가 없고, 장애인 응답자 수가 33명에 불과하여 장애등급 판정에 대한 장애인이 어떻게 인식하는지를 이해하기에는 어렵다고 할 수 있다.

권선진(2006)은 장애인등록 및 판정절차 개선방안 연구에서 장애등급기준의 합리적인 개선을 위하여 등급판정기준의 세부지침 개발, 중복장애 합산기준의 개선 및 ‘장애판정위원회’의 역할과 기능 강화를 제시하면서 장애판정절차의 개선으로 최초 장애판정 시기와 재판정 규정을 엄격히 시행할 것과 장애인단서 발급 및 통지 절차를 개선하여야 한다고 하였다. 아울러 장애인단 의료기관 지정제 도입과 장애인단 비용의 지원 확대가 필요하다고 하였다.

장애등급에 대한 논의는 2007년 이후 장애등급심사제도가 국민연금공단을 통하

여 시행되면서 많아지고 있다. 새로운 등급심사제도 과정에서 등급하락에 따른 서비스 지원 탈락 등으로 인한 민원 제기와 함께 장애인등록 판정제도에 대한 개선의 목소리가 커지면서 이에 대한 활발한 토론과 연구들이 진행되어 오고 있다.

김윤태(2010)는 현행 장애등급제의 문제점들을 볼 때 단기적으로는 장애유형별 등급판정기준을 형평성 있게 할 것과 장애판정 비용부담의 경감 방안 강구, 장애판정 의료기관 및 전문의 대상의 표준화된 평가지침 마련 및 교육 이수 의무화 등을 제시하고 있다. 장기적으로는 장애인 당사자의 기본권 확보에 필요한 서비스를 제공하는 판정제도로의 전환이 모색되어야 할 것이라고 하였다.

서인환(2011)은 장애등급 판정제도의 개선방향으로 원인이 아니라 현상을 보아야 하고, 의료적 판정이 아니라 일상생활의 제한성을 판정해야 한다고 주장하였다. 또 진단비를 개인이 부담해서는 안 되며, 서면심사가 아닌 전문기관을 지정하여 직접 판정을 받도록 개선할 것과 현재 활동지원에 대한 등급제한 폐지의 필요성을 강조하고 있다.

장애인등록제도 시행 이후 이와 관련된 연구는 최근에 와서는 장애등급 심사제도를 중심으로 논란이 가열되면서 장애인등록제와 현행 판정체계에 대한 근본적인 개선안을 찾아보고자 하는 노력들이 나타나고 있다고 할 수 있다. 새로운 대안으로 ICF를 사용하는 재활의학전문병원 네트워크 설치와 열린 장애 판정(안규환, 2007)의 주장, 장애등급제 폐지와 대안적 복지전달체계 모색(박경석, 2010; 변경희, 2010) 등의 논의들이 진행되었다.

3) 장애등록이 직업재활에 미치는 영향 관련 연구

장애등록과 판정이 직업재활에 미치는 영향에 대한 연구도 진행되었다. 강필수(1992)는 장애인고용과 관련하여 장애인으로 인정받는 기준을 장애인복지법시행령 제2조 의 규정에 의한 기준을 따르고 있는데, 장애인복지법령에 의한 장애등급표는 신체의 생리학적, 형태학적 평가를 중심으로 하는 평가표 일뿐 장애인의 일상생활 능력, 교육 및 작업능력, 가득능력, 사회적응능력 등에 관해서는 평가하지 않고 있어 고용측면에서의 장애정도를 정확히 파악할 수 있는 요소들이 반영된 새로운 등급표의 모색의 필요성을 제기하였다.

장애인고용공단의 경우 미등록 장애인들이 구직상담을 위하여 내담하고 있으나, 공단에서는 장애인등록을 할 수가 없어 이들의 취업알선시 장애인등록을 타 기관으로 의뢰해야 하는 불편을 겪고 있으며, 의무고용 사업체의 취업 장애인중 장애인등록을 하지 않은 경우에는 고용기준율에 포함시켜야 할 필요성이 있어 이에 대한

지원책마련이 시급한 실정이다.

김현정(2008)의 석사학위 논문인 장애판정 및 직업재활서비스 체계 개선방안에서는 우리나라와 외국의 장애판정체계와 직업재활 서비스에 대한 비교 분석을 하였다. 본 논문에서는 2000년부터 2008년까지 국내외 논문, 저서, 연구 보고서, 입법자료, 통계지표 등을 바탕으로 문헌연구방법에 기초하여 우리나라와 미국, 영국, 독일, 일본, 프랑스, 캐나다 등 6개 국가에 대한 장애판정 및 직업재활서비스 체계를 분석하였다. 연구 결과 우리나라 장애판정체계의 문제점을 다음과 같이 지적하였다. 첫째, 장애판정 시 신청자와 의사의 직접대면으로 인한 장애등급 조정요구로 장애판정의 객관성 부족의 위험성이 있다. 둘째, 근로능력평가의 부재로 장애판정이 외국의 경우와 달리 직업재활과 연계될 수 없어 장애인들이 고용서비스로의 진입에 소극적이다. 셋째, 장애판정 심사자의 전문성 결여로 장애판정의 객관성과 신뢰성 구축에 어려움이 있다. 넷째, 장애인의 능동적 사회참여를 유도하기 위한 직업재활 서비스체계와 직업재활정책의 정비가 요구된다. 다섯째, 직업재활 상담사의 자격요건이 기관별로 다양하고 선진국에 비해 전문성을 갖추지 못하였다는 것이다.

4) 장애등록과 장애유형 관련 연구

박인태(2001)의 연구에서는 대구·경북지역의 정신보건센터와 사회복지시설에 등록하여 주간재활프로그램을 이용하는 정신질환자를 대상으로 정신장애인들의 인식과 태도를 실시하였다. 주간재활프로그램을 이용하는 정신질환자로 한정되어 있어 표본의 대표성에 한계는 있으나 장애등록 이후 희망하는 복지 서비스 중 직업에 대한 욕구수준이 가장 높은 것으로 조사되었다.

김경미(2002)는 장애인등록제도에 대한 정신질환자의 인식과 태도조사를 위해 부산, 경남에 위치한 정신과 병·의원, 요양원, 사회복지시설 등 정신보건시설을 이용하고 있는 정신질환자를 대상으로 조사하였다. 이 연구에서 정신장애인들은 장애인등록에 대해 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났으나 희망하는 복지정책에 대한 욕구로는 생계보장과 의료혜택 순으로 조사되었다. 그러나 본 연구는 조사대상이 입원중인 정신장애인에 편중된 경향이 있어 전체 정신장애인의 결과로 해석하기는 어렵다.

홍홍근(1998)은 시각장애인들의 등록제도에 대한 인식과 만족도에 대해 연구하였는데 시력과 등급판정의 적절성에 대한 관계에서 시력과 등급이 일치하지 않고 특히 진단의사의 주관성이나 동정심에 의해 등급판정이 결정된다고 지적하였다.

이미정 외(2010)는 청각장애인 복지서비스 이용실태 및 욕구조사에서 청각장애인

들의 장애등록률은 후천적 장애인 증가 및 고령화로 인한 노인성 난청의 증가에 영향으로 2005년 160,565명에서 2009년 245,801명으로 급격하게 증가하는 추세라 지적하였다. 이러한 증가하는 추세임에도 불구하고 청각장애인들의 경우에는 현재 정부에서 시행하고 있는 시책에 대한 정보가 부족하고 이를 위한 제반시설이 없는 것으로 조사되었다. 본 연구에서는 청각장애인들에게 우선시 되어야 하는 서비스로 수화교육, 정보제공서비스 프로그램, 직업재활 서비스를 제시하였다.

이명희 외 (2011)가 진행한 뇌병변장애인 실태 및 욕구조사 연구를 살펴보면 뇌병변 장애유형의 경우에도 뇌졸중 장애인들의 비중이 높아지면서 전체 등록 장애인의 증가수준보다 높은 증가율을 보이고 있다. 뇌병변장애인의 경우 뇌성마비, 외상성 뇌손상 그리고 뇌졸중을 포함하는 장애영역이다. 그러나 3가지 장애들이 뇌의 기질적 병변이라는 공통점은 있으나 장애발생 시기 등이 차이가 있으며 장애정도에 차이가 커서 각 장애유형의 서비스 욕구와 필요성이 현저히 다르다. 따라서 앞으로 장애 등록 이후 복지서비스와의 효율적인 연계를 위해서는 같은 뇌병변장애로 속해 있으나 개별 서비스 필요성 및 욕구 중심의 서비스 제공에 대한 논의가 필요할 것이다.

김정희 외 (2011)가 실시한 발달장애인의 서비스 욕구와 시장분석세미나 연구결과를 살펴보면 발달장애영역 중 지적장애와 자폐성 장애의 욕구가 차이가 있는 것으로 알 수 있다. 지적 및 자폐성 장애는 유사한 측면이 있으나 기본적으로 지적장애는 지능적인 측면의 장애로 인한 인지장애가 주요 특성이며 자폐성장애도 인지장애도 포함하는 경우가 있으나 사회성 발달에 더 문제가 심각한 경우가 많다. 따라서 복지서비스를 제공할 때 차별성 있게 지원이 되어야 복지의 효율성을 기대할 수 있을 것이다. 발달장애 판정과 관련해서 이경아(2011)는 조기발견이 중요함에도 불구하고 조기 선별 및 진단도구가 미비하다는 지적을 하였다.

제3장 우리나라 장애판정과 장애인복지서비스에 대한 고찰

제1절 우리나라 장애인 복지 서비스와 장애판정

1. 장애판정과 장애인복지서비스

현재 우리나라 장애인복지의 가장 큰 문제점은 장애인당사자 개개인의 생활환경이나 상황, 복지적 욕구 등은 전혀 고려치 않고 오로지 의학적 기준에만 근거해 모든 장애인을 일률적으로 1~6등급으로 나눠 등급을 부여하고 이 등급에 따라 장애인 복지 서비스의 양과 종류가 결정되고 있다는 것이다. 결과적으로 장애인들이 실제로 필요로 하는 장애인 복지정책과 실제 제공받고 있는 서비스와 괴리가 커지고, 아무리 장애인 복지정책의 양이 늘어나도 질적인 만족도는 낮을 수밖에 없다. 장애에 대한 정확한 의료적 심사의 필요성을 만족시키면서 개별 장애인의 기능적 제한을 비롯하여 개인의 특성 및 심리적, 사회적, 환경적 측면을 종합적으로 평가할 수 있는 체계 마련이 필요할 것이다. 이러한 종합적인 평가체계가 정착된다면 장애등록제도의 본래의 취지라 할 수 있는 장애인에 관련된 각종 서비스의 종합적인 연계를 도모할 수 있는 기초자료를 제공할 수 있다. 장애의 사회적 모델과 자립생활패러다임이 확산되고 장애인권 의식이 확산되고 있는 지금, 장애등급제를 강화하는 것은 시대에 역행하는 방안이다. 새로운 변화에 맞는 장애등록제도 시스템 구축이 필요할 것이다.

앞에서 이미 지적하였듯이 장애수당, 장애인연금 그리고 활동지원서비스 등은 정부 예산으로 지원되는 주요 장애인복지서비스들이며 장애인당사자들의 일상생활에 미치는 영향이 매우 크다. 그런데 이러한 주요 서비스들이 장애등급에 따라 서비스 결정이 되기 때문에 장애판정결과에 민감할 수밖에 없다. 현재 이러한 서비스들을 서비스 만기 시 재심사를 다시 받아야 하며 만일 등급이 하락이 되면 서비스가 중단될 수 있어 심각한 문제를 야기하고 있다. 그리고 신규장애인등록 시 장애등급에 관계없이 장애등급심사가 의무화됨에 따라 등급심사제와 연계되어 서비스대상자 여부를 판정받게 되므로 장애인등록은 바로 등급심사와 연계되는 결과를 초래하고 있어 장애판정에 대한 논의는 앞으로 지속적으로 논란이 될 것으로 예상된다.

우리나라에서 실시하고 있는 보편적 등록제도는 이제까지 정확한 장애인 현황 파악 및 이를 바탕으로 장애인복지시책을 마련되어 전반적인 장애인복지 영역 확대에 기여하였다. 그러나 본 제도의 중심은 개별 장애인이 아닌 장애 인구에 대한 집

단적인 접근으로 인해 개별 장애인들이 느끼는 복지혜택은 많지 않은 문제점이 있다. 특히 대부분의 경우 보편적 제도 내에서는 예산구조도 각 기관에 보조금형태로 지원되면서 장애인의 사례관리(case management)가 용이하지 못하고 원활한 서비스 연계가 이루어지지 못하는 단점을 갖고 있다.

보편적 제도와는 달리 제한적 제도에서는 장애서비스를 받기 위해서는 등록을 하는 것이 아니라 필요한 서비스를 원하면 서비스 별 적격성(eligibility criteria)을 통해 서비스를 지원받는 자격이 주어지고 있다. 미국의 경우에는 0세부터 입학 전까지는 개별가족지원계획서(Individualized Family Service Plan), 학령기에는 특수교육 제도 내에서 개별교육계획서(Individualized Education Plan) 그리고 성인기엔 직업재활국에서 개별고용계획서(Individualized Plan Employment)를 작성하여 이용자가 필요한 서비스를 제공하고 있다.

제한적 제도의 시발점은 수요자 중심 서비스 제공의 필요성에 따른 것이다. 이 제도 안에서 평가는 이용자의 서비스 욕구와 필요성에 의해 실행되기 때문에 다양한 장애유형과 범위로 인한 장애인복지의 특성상 재활전문인력, 즉 사회복지사, 심리치료사, 언어치료사, 물리치료사, 특수교사, 직업재활사 등 여러 전문가의 개입을 중요시하고 있다. 또한 서비스 평가 수요자 욕구 중심의 서비스 제공을 위해 팀 협력 프로그램과 통합적인 서비스를 위하여 서비스의 중복이나 단편성을 조정하는 사례관리가 필수적으로 진행되고 있다.

외국의 사례를 보면 공공기관이 중심으로 사례관리시스템이 운영되고 있다. 이 과정에서 공공기관에서는 서비스 계획 및 조정 그리고 예산지원을 하고 있으며 민간기관에서는 실질적으로 직접 필요한 서비스들을 수행하는 역할을 하고 있다. 결과적으로 사례관리를 통해 불필요한 중복서비스를 받지 않기 때문에 서비스비용의 효율적 활용과 이용자의 선택권 확대라는 장점이 있다.

우리나라에서도 보편적 등록제도의 단점을 보완하기 위해 2007년도부터 3년 동안 진행된 장애인복지인프라 사업과 이후 진행되고 있는 시범사업들을 통해 장애판정과 장애인복지 서비스를 연계하려는 노력을 하고 있다. 수요자 중심의 서비스 제공을 위한 욕구조사를 통해 지역사회 내 서비스 인프라와 연계를 시도하였으나 기관별로 이용자가 포화상태에 있으며 제공될 수 있는 복지 인프라가 부족하고, 부처 및 기관과의 네트워크가 없어 현재까지 원활한 진행을 하는데 어려움이 있다. 보편적 등록제도와 제한적 등록제도의 장·단점은 아래와 같다.

	보편적 등록제도	제한적 등록제도
장점	장애인 현황 파악 가능 수요예측을 통한 효율적인 예산편성	장애유형과 특성 고려 가능(소비자 욕구 반영 가능) 장애인의 인권 중심
단점	장애유형 및 특성 고려 미비 지원의 빈인빈 부익부 발생 우려 행정편의주의로의 변질 우려	정확한 수요예측 난해 장애현황 파악이 난해 서비스 지원체계가 복잡

우리나라와 같이 보편적 장애등록제도를 실시하는 일본은 장애등급이나 판정의 적절성에 대한 문제가 제기되고 있으나 장애인등록제도에 대해서는 거부하지 않는 형태도 진행되고 있다. 일본의 경우 장애등록제도를 실시하고 있으나 장애유형별로 장애인수첩(장애인복지카드; 신체장애자수첩, 지적장애자요육수첩, 정신보건복지수첩)이 각 유형별로 지급되고 있으며 법률체계도 장애유형별로 신체장애자복지법, 지적장애자복지법, 정신장애자보건복지법으로 분리되어 있어 각 장애유형 별에 대한 배려를 하고 있다.

또한 2005년 장애인자립지원법 제정을 통해 장애등급과 무관하게 106개 항목으로 구성된 장애정도구분인정조사항목에 따른 서비스 필요성 정도 구분하여 필요한 서비스를 제공을 위한 평가를 별도로 하고 있다. 서비스 인정조사는 개별 장애인의 사회활동이나 개호자 및 거주자 등의 상태는 물론 서비스 이용 의향을 종합적으로 판단하여 서비스를 지원하는 목적으로 실행되고 있다.

2. 장애인복지서비스 현황

‘2012년 장애인복지 사업안내’에서 제시되고 있는 장애인복지서비스를 살펴보면, 소득기준, 장애등록 여부와 장애등급 등이 주요한 서비스대상자 선정기준이 되고 있는 것을 알 수 있다. 이 중 소득수준과 장애유형 및 등급에 따라 제한되어 제공되는 주요서비스로는 장애인연금, 장애수당, 장애인 자녀교육비 지원, 활동보조서비스, 장애아 가족양육 지원, 지역가입자 건강보험료 경감 등을 들 수 있다.

소득과 무관하게 장애등급기준으로만 적용되는 서비스로는 승용차 개별소비세 면제, 장애인용차량 취득세·자동차세 면제, 고궁 및 국·공립공원 등 요금 감면, 철도·도시철도 요금 감면, 항공요금 할인, 연안여객선 여객운임 할인, 장애인자동차 검사수수료 할인, 전기 및 도시가스 요금 할인, 장애인직업재활시설의 근로장애인 비율 등이 있다. 대부분 이러한 서비스들은 비용 감면제도이며 보편적인 복지혜택이나 혜택을 받을 있을 수 있는 장애인들은 제한적이라는 측면이 있다. 현재 장애등

록 후 정부에서 지원받을 수 있는 주요 장애인 관련 사업들을 2012년 기준으로 정리하면 아래 표6과 표7와 같다.

우리나라의 경우 장애등급이 주요 기준이 되기 때문에 위에서 살펴본 바와 같이 별 장애인의 상황에 따라 서비스 필요성이나 욕구가 참고 되지 못하고 있다. 대부분의 복지서비스들은 중증장애인들이 위주로 되어 있어 경증장애인들이 소외되는 문제점도 있다. 즉, 장애인등록의 궁극적 목적은 장애인에게 필요한 서비스를 제공하기 위한 자격을 주는 것이나 장애인복지 주요 사업들은 장애등급상으로 중증 등급에게 치중 되었다는 것이다. 이러한 맥락으로 인해 2급 장애인의 경우에는 사회적으로 활동하는데 어려움이 많은 경우에도 현 제도 내에서는 활동지원서비스를 받지 못하고 있다. 앞으로 장애인복지 서비스는 장애정도를 고려하되 서비스 필요성을 중심으로 제공되는 방안을 고려해야 할 것이다.

앞으로 장애등록제도에서 보편적인 복지서비스는 장애유무만으로 서비스를 받을 수 있도록 하고 그 외 활동지원이나 장애연금 등과 같은 주요 서비스는 장애정도를 고려하되 장애정도에 영향을 미치는 개별 장애인의 환경과 상황을 고려하는 것으로 전환될 필요성이 있다.

일본의 경우에는 효율적인 장애인복지 서비스를 제공하기 위해 장애인복지의 전달체계를 복지사무소를 중심으로 일원화하고 있으며 장애인복지서비스의 지역격차의 심각성을 고려하여 서비스를 전국 공통으로 제공되는 지원과 지역실정에 따라 지원할 수 있는 독자사업으로 구분하는 형태로 전환을 시도하고 있다. 주요 서비스 내용으로는 개호급부(거택개호, 중증방문개호, 행동원호, 중증장애자등 포괄지원, 아동데이스터비스, 단기입소, 요양개호, 생활개호, 장애자지원시설에서의 야간 케어 등 시설입소지원, 공동생활개호)와 훈련 등 급부(자립훈련, 취로이행지원, 취로계속지원, 공동생활원조) 및 지역생활훈련 사업(이동지원, 재활지원센터, 복지홈)로 구분하여 제공하고 있다.

<표 6> 보건복지부 장애 등급별 사항

시책내용	1 급	2 급	3 급	4 급	5 급	6 급	기타조건
장애인연금	•	•	△				- 18세 이상, 소득기준(단독가구 551천원, 부부가구 881.6천원) 3급은 중복장애인 한정
경증장애수당			•	•	•	•	18세 이상, 국기법 수급 및 차상위자
장애아동수당	•	•	△				18세 미만, 국기법 수급 및 차상위자. 3급은 중복장애인 한정
장애인자녀 교육비	•	•	•				최저생계비 130%이하 초~고교 본인 및 자녀 양육자

장애아무상보육료	•	•	•	•	•	•	12세 이하 장애아동
장애인자립자금	•	•	•	•	•	•	최저생계비 250%이하 성년 등록장애인
자동차 자금 대여	•	•	•	•	•	•	등록 장애인근로자
장애인등록진단비	•	•	•	•	•	•	국기법 수급자로 신규 및 재판정 장애인
장애검사비	•	•	•	•	•	•	수급 및 차상위자로 연금 등 신청을 위해 재진단 필요자
장애인의료비 지원	•	•	•	•	•	•	2종 의료수급권자인 등록장애인
자동차분 건보료	•	•	•	•	•	•	등록장애인 사용 자동차로 자동차세 면제 차량
산출건보료 경감	30 %	30 %	20 %	20 %	10 %	10 %	지역가입자 감면
장애인보조기구	•	•					수급 및 차상위자. 단, 시청각의 경우 등급과 무관
보장구건보료적용							등급과 무관하게 처방 획득
장애아동재활치료	•	•	•	•	•	•	18세 미만, 전국가구평균소득 100%이하 뇌병변, 지적, 자폐, 언어, 청각, 시각에 한정
자녀언어발달지원	•	•	•	•	•	•	18세 미만 비장애아동으로 전국가구평균 소득 100% 이하 단, 양부모가 모두 시각, 청각, 언어, 지적, 뇌병변, 자폐성
장애인활동지원	•						만6~64세 1급 중 인정조사 결과 220점 이상인 자
장애아가족양육지원	•	•	△				전국가구평균소득 100% 이하 3급은 지체상지,뇌병변,시각,지적,정신,자폐, 심장,호흡,간질에 한정
농어촌 주택개조	•	•	•	•	•	•	수급자 및 차상위자
실비 시설 입소비용	•	•	•	•	•	•	1인당 월평균소득액 이하인 가구의 등록 장애인
자동차 표지판	•	•	•	•	•	•	단, 개별기준에 의해 주차가능과 불가능으로 구분

<표7> 중앙행정기관 장애 등급별 사항

시책내용	1급	2급	3급	4급	5급	6급	기타조건
승용차 개소세 면제	•	•	•				본인 및 주민등록상 생계를 같이하는 배우자 · 직계존속 · 직계비속 · 직계비속의 배우자 · 형제 · 자매중 1인
자동차 취득세 면제	•	•	•				개소세와 동일. 단, 승용차는 2,000cc이하 등 세부기준 존재
LPG 사용 허가	•	•	•	•	•	•	개소세와 동일
철도채권 구입 면제	•	•	•	•	•	•	개소세와 동일
소득세 공제	•	•	•	•	•	•	연 200만원 추가 공제
의료비 공제	•	•	•	•	•	•	총소득 3% 초과분에 대해 전액 공제

상속세 상속 공제	•	•	•	•	•	•	상속인 및 동거가족인 등록장애인에 대해 공제
특수교육비 공제	•	•	•	•	•	•	전액
증여세 면제	•	•	•	•	•	•	5억원 이내
보장구 부가세 영세	•	•	•	•	•	•	등록장애인 구매시
수입물품 관세 면제	•	•	•	•	•	•	
특허출원료	•	•	•	•	•	•	
차량구입 지역 채권							각 지역 조례에 따름
고궁 능원 입장료	•	•	•				보호자 1인 포함 면제 또는 할인
공영주차요금	•	•	•	•	•	•	각 지역 조례에 따름
철도감면	50 %	50 %	50 %	30~50 %	30~50 %	30~50 %	1~3급의 경우 보호자 1인 포함 4~6급의 경우 kt는 30%, 이외는 50%
도시철도 감면	•	•	•	•	•	•	전체 100% 무료
유선전화	•	•	•	•	•	•	발신형태에 따라 30~50%
이동통신 및 인터넷	•	•	•	•	•	•	가입비 면제 및 사용료 35% 할인, 인터넷은 30%
TV수신료	△	△	△	△	△	△	시청각장애인 한정
공동주택특별분양	•	•	•	•	•	•	
무료법률구조	•	•	•	•	•	•	
항공요금	50 %	50 %	50 %	30~50 %	30~50 %	30~50 %	항공사별 차이. 1~3급은 보호자 1인 포함
연안여객선 요금	50 %	50 %	50 %	20 %	20 %	20 %	1~3급은 보호자 1인 포함
고속도로 통행료	•	•	•	•	•	•	등록된 차량에 해당 장애인 탑승시
전기요금 할인	•	•	•				월 8천원 할인
도시가스 할인	•	•	•				1m3당 81원 할인
자동차검사비	50 %	50 %	50 %	30 %	30 %	30 %	

제4장 ICF(International Classification of Functioning)에 대한 고찰

제1절 ICF 개요

1. ICF 발달과정

1980년 세계보건기구에서는 장애분류인 ICIDH(International Classification of Impairment, Disability and Handicap)를 발표하여 손상을 의미하는 impairment, 장애를 의미하는 disability, 사회적 불리를 의미하는 handicap이라는 용어를 사용함으로써 그동안 무분별하게 사용되던 장애관련 용어들을 정리하였다. 이후 1997년 개정판인 ICIDH-2가 발표되었는데 이는 ICIDH를 보완한 것으로 장애를 3차원의 축인 손상, 활동, 참여로 설명하면서 손상과 활동은 개별적 모델⁸⁾로, 상황요인과 참여는 사회적모델⁹⁾에서 말하는 환경으로 제시하였다. 그러나 이 개정판은 장애당사자들에 의해 많은 비판을 받았다. 손상과 활동의 이론적 근거가 되는 개별 또는 의료적 모델이 개인에게 초점을 두고 있으며 장애를 이해하는데 있어 부정적 측면에 초점을 두는 것과 사회적 불이익을 받고 있는 장애인들의 현실을 고려하지 않은 분류라는 이유 때문이었다. 이와 같은 문제제기에 의해 새로운 장애의 정의와 분류의 필요성이 대두되었다.

결과적으로 세계보건기구는 2000년에 ICIDH-2에서 제시되고 있는 내용을 계승하면서 동시에 분류체계와 언어사용을 보다 긍정적이며, 환경지향적인 맥락에서 수정하고 장애에 대한 개별적 모델과 사회적 모델을 통합한 ICF를 발표하였다. ICF는 국제질병분류인 ICD-10과 상호보완적으로 사용하도록 만들어졌다. 세계보건기구는 ICF는 진단과 기능이 동시에 포함된 정보를 제공할 수 있어 개인의 건강상태에 대해 보다 자세한 정보를 알 수 있는 지침이 될 수 있으며 이는 서비스 의사결정에도 도움이 될 것이라고 설명하고 있다. ICF는 1980년의 ICIDH의 질병이 미치는 영향, 질병의 결과로서 발생할 수 있는 여타 건강조건에 중점을 둔 것과 달리 '건강의 구성요소'를 찾아내는 데 주력하는 적극적 접근을 하고 있다.

ICF는 다양한 전문영역과 분야에 적용될 수 있도록 고안된 '다목적'을 가진 분류

8) 개별적 모델: 장애를 개인이 가진 의학적, 기능적 문제라고 보는 시각으로 의료모델, 치료모델로 불리기도 한다.

9) 사회적 모델: 장애인이 가진 문제를 사회환경의 측면에서 해석하고 이를 개선해야 한다고 보는 시각이다.

이다. ICF의 목적은 첫째, 건강과 건강관련 상태, 결과, 그리고 결정요소를 이해하고 연구하기 위한 과학적 기초를 제공하기 위함이고, 둘째, 건강과 건강관련 상태를 설명할 수 있는 공통의 언어를 구축함으로써 보건관련자들, 연구자들, 정책입안자들, 대중, 장애인들과 같은 다양한 사용자들의 의사소통을 향상시키기 위함이며, 셋째, 국가별, 보건영역별, 서비스별 비교를 가능하게 하기 위함이며, 넷째, 건강정보시스템을 위한 체계적인 코딩 안을 제공하기 위함이다. 이 네 가지 목적들은 상호 연관되어 있으며 다음과 같은 분야에서 적용되었다 (WHO, 2004).

- ① 통계학적 도구
- ② 연구용 도구
- ③ 임상도구¹⁰⁾
- ④ 사회정책도구
- ⑤ 교육도구

ICF에서 사용하는 주요용어들의 정의는 다음과 같다.

용 어	정 의
신체기능(Body Functions)	신체조직의 생리학적 기능을 의미하는데 이에 심리학적 기능도 포함된다.
신체구조(Body Structures)	장기, 사지 및 그것의 구성요소처럼 신체의 해부학적 측면을 의미한다.
손상(Impairments)	신체 일부의 심각한 변형 혹은 손실 같은 신체기능 혹은 구조상의 문제를 의미한다.
활동(Activity)	개인의 행동이나 일 수행을 의미한다.
참여(Participation)	생활상황에 연관되는 것을 의미한다.
활동제한(Activity Limitation)	개인이 활동을 수행함에 있어 갖게되는 어려움을 의미한다.
참여제약(Participation restriction)	개인이 생활상황에 연관될 때 경험할 수 있는 문제를 의미한다.
환경요인(Environmental Factors)	사람들이 생활하고 삶을 영위하는 물리적, 사회적, 태도적 환경을 의미한다.

ICF는 각각 두 개의 구성요소로 이루어진 두 부분으로 이루어져 있다. 제1부는 기능(Functioning)과 장애(Disability)로 신체의 기능과 구조, 활동과 참여로 구성되

10) 위의 임상도구에서는 욕구평가, 특정상태와 치료법 선택, 직업상의 평가, 재활 및 결과평가 등과 관련해서 이용되었다.

어있다. 제2부는 배경요인들로 환경적 요인(Environmental Factors)과 개인적 요인(Personal Factors)으로 나뉘는데 개인적 요인들은 사회적 문화적 다양성 때문에 ICF에서는 분류되지 않고 있다. 여기서 각 구성요소는 긍정적인 용어로도 표현될 수도 있고 부정적 용어로도 표현될 수 있다. 각 개인의 건강 또는 건강관련 상태는 해당범주의 코드를 선택하고 그에 맞는 평가치를 추가함으로써 부호화시킬 수 있다. 이것은 각 범주 내 기능이나 장애의 정도를 또는 환경적 요소가 촉진요인인지 방해요인인지를 나타내주는 숫자를 표시하게 되어 있다. ICF의 구성요소 및 주요 개념들을 도표화하면 다음과 같다.

<표8 > ICF개요

	제 1부: 기능과 장애		제 2부: 배경요인	
구성요소	신체 기능 및 구조	활동 및 참여	환경요인	개인요인
영역	신체기능 신체구조	생활영역 (임무, 일상행위)	기능 및 장애에 외적 영향을 미치는 요소	기능 및 장애에 내부적 영향을 미치는 요소
구성개념	신체 기능상의 변화 (물리학적 변화)	능력(capacity) 표준 환경에서의 임무 수행	물리적·사회적·심리적 측면의 특징들이 미치는 촉진 효과 혹은 저해 효과	개인의 특성이 미치는 효과
	신체 구조상의 변화 (해부학적 변화)	수행(performance) 실제 환경에서의 임무 수행		
긍정적인 측면	기능적·구조적으로 완전함	활동 참여	촉진요인	적용불가
	기능			
부정적인 측면	손상	활동제한 참여제한	방해요인/저해요인	적용불가
	장애			

출처: International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva, p. 11

ICF는 알파벳과 숫자를 조합한 방식을 사용한다. b는 신체기능(body functions)을, s는 신체구조(body structures)를, d는 활동 및 참여(activities and participation)을 e는 환경요소(environmental factors)를 의미한다. ICF코드는 qualifier라 불리는 평가치가 있어야 완성된다(표 9참고).

2. ICF 활용을 위한 구체적인 분석

ICF를 활용함에 있어 다음과 같은 몇 가지 주요한 사항들을 참고하여야 한다. 우선 ICF는 건강영역과 건강관련영역에 대해 일상적으로 쓰이는 정의가 아닌 표준화된 조작적 정의를 제공하고 있으나 이를 알파벳과 숫자를 조합한 방식으로 사용하며 이를 코트라 한다. b는 신체기능 Body functions을, s는 신체구조 Body structures를, d는 활동 및 참여 Activities and Participation을 e는 환경요소 Environmental factors를 의미한다. 각각의 알파벳 문자 뒤에는 숫자가 따라오는데 각 장에 해당하는 숫자(한 자리)가 먼저 오고, 그 뒤에 2단계(두 자리 숫자), 그 다음엔 3,4단계(각각 한 자리 숫자)가 붙는다.

ICF코드는 qualifier라 불리는 평가치가 있어야 완성된다. 이는 각 건강수준을 나타내는 것으로(예를 들면 문제의 심각성 등) 점 다음에 한 자리, 두 자리 또는 그 이상의 숫자로 표시되고 있으며 평가치가 없는 코드 자체만으로는 어떤 의미를 가지지 않는다. ICF에 분류되어 있는 세 가지 구성요소¹¹⁾는 모두 양적인 측면에서 동일한 측정기준을 이용한다. 관련 분류 영역에 따라 적절한 양적 표현을 선택해야 한다¹²⁾. 이상이 있다는 것은 구성개념에 따라 손상, 제한, 제약, 혹은 방해를 의미할 수 있다. 환경요인의 경우 제1평가치는 환경의 긍정적인 영향 즉 촉진 역할 정도 혹은 부정적인 영향 즉 방해역할의 정도를 가리키는데 이용된다. 두 가지 모두 0 - 4 로 표시된다. 촉진역할을 할 때는 점(.)대신 플러스 표시(+)가 사용된다(예.e110+2). 아래 표9는 각 구성요소별 평가치에 대한 자세한 활용설명이다.

<표 9평가치(Qualifier)>

구성요소	제 1 평가치	제 2 평가치
신체기능(b)	손상의 정도 혹은 규모를 가리키는데 사용되 는, 마이너스 척도를 가진 일반적인 평가치 예: b167.3 언어의 심리적 기능에 있어 심각 한 손상을 가리킨다.	없음
신체구조(s)	손상의 정도 혹은 규모를 가리키는데 사용되 는, 마이너스 척도를 가진 평가치	신체 구조 각각에서 변화의 본질을 가 리키는데 사용된다. 0 구조상의 변화 없음 1 완전 부재 2 부분 부재 3 부분 추가 4 기형 차원

11) 신체기능과 구조, 활동과 참여, 환경요인-개인요인은 제외되므로 세 가지만 해당된다.

12) xxx.0 문제없음(전혀없는, 없는, 무시해도 좋은,...) 0-4%, xxx.1 경도의 문제있음(약간, 낮은,...) 5-24%, xxx.2 중등도의 문제있음(중간의, 적당한,...) 25-49%, xxx.3 중도의 문제있음(높은, 심한,...) 50-95%, xxx.4 완전 문제있음(전체의,...) 96-100%, xxx.8 다른 이름으로 분류되지 않음. xxx.9 적용불가능임 이다.

	예: s730.3 상지의 심각한 손상을 가리킨다.	5 불연속성 6 일탈 상태 7 분비액 축적을 포함해, 구조상의 질적인 변화 8 기타 특이적인 사항 9 상세불명 예: s730.32 상지 일부 부재를 가리킨다
활동과 참여 (d)	수행 일반적인 평가치 현 환경 속에서의 문제 예: d5101.1_ 현 환경 속에서 이용할 수 있는 '보조기구를 이용해' 몸 전체를 목욕하는데 약간의 어려움이 있음을 의미한다.	능력 일반적인 평가치 원조가 없으면 제한을 받음 예: d5101.2 몸 전체를 목욕하는데 약간의 어려움이 있음. 이것은 보조기구 혹은 인적 도움이 없으면 목욕하는데 약간의 어려움이 있음을 의미한다.
환경요인(e)	방해 정도 그리고 촉진 정도 각각을 가리키는, 마이너스 척도와 플러스 척도 양 측면을 가진 일반적인 평가치. 예: e130.2 교육용 제품이 보통 수준의 방해 역할을 하고 있음을 의미한다. 반대로 e130+2는 교육용 제품이 보통 정도의 촉진 역할을 하고 있음을 가리킨다.	없음

출처: International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva, p. 24

3. 국·내외 ICF 연구

최근 들어 우리나라에서도 다양한 ICF 관련 연구들이 진행되고 있으나, 아직까지 그 내용과 범위는 제한적이다. 대한재활의학회지에 '국제 기능, 장애 및 건강 분류의 등장과 재활의학적 적용(2004)', '급성기 후 재활병원에 입원한 뇌졸중 환자의 재활 서비스 욕구(2007)', '급성기 후 재활병원에 입원한 척수손상 환자의 재활 서비스 욕구(2008)' 관련 논문이 실려 있지만 병원 내의 활용으로 한정되어 있다. '중증 지체장애인의 활동보조서비스 욕구에 대한 영향요인 검증-ICF 분석 틀의 적용(2008)', 'ICF 모델에 기초한 장애인의 참여 척도 개발(2008)'도 있으나 제한적인 ICF 코드를 산출해서 적용하고 있다.

박은옥 외 (2007)은 세계보건기구가 ICF 개념에 근거하여 개인의 기능 및 장애를 다면적으로 측정하고자 개발된 WHODAS II(Disability Assessment Schedule II)를 적용하여 제주지역에 거주하는 장애인의 기능 상태와 관련요인들을 분석하여 장

애인들의 재활서비스 수요를 예측하여 지역사회재활사업에 필요한 기초자료를 제공하고자 하였다. 강은아와 맹진영(2011)도 실업 장애인의 구직행동에 영향을 미치는 요인에 관한 연구를 함에 있어 장애인고용패널 2차년도 자료를 ICF 분석틀을 적용하여 2차 통계분석을 실시하는 연구를 진행하였다.

국립재활원을 중심으로 주요 ICF 연구들이 진행되었다. 예를 들면 김완호 외(2006)은 장애평가와 재활서비스 제공을 위한 ICF의 임상적 적용을 위한 연구는 한국의 실정에 맞는 ICF 일반형 핵심지표(core set) 연구를 실시하였다. 본 연구의 가장 큰 의미는 총 1424개의 항목으로 구성된 ICF를 임상현장에서 사용이 용이하도록 핵심지표를 개발하였다는 것이다. 이어 김완호 외(2008)는 국제 기능장애 건강 분류를 이용한 장애인의 기능 및 환경 요인 분석 연구를 통해 ICF 와 기존의 기능평가인 FIM(Functional Independence Measure)와 MBI(Modified Barthel Index)간의 유의한 상관관계가 나타나 ICF의 포괄적인 평가도구로서의 가치를 재확인하는 의미 있는 연구를 실시하였다.

국가적 차원에서도 ICF에 대한 관심은 높아지고 있다. 통계청은 2009년도 1차 연구에 이어 2010년에도 ICF를 적용하여 한국기능장애건강분류(KCF) 개발 2차 연구를 추진하였으며 2011년도에는 ICF를 쉽게 이해할 수 있도록 사용자를 위한 ICF 활용길잡이를 발간하였다. 또한 2012년에는 ICF 항목 중 신체구조와 기능에 대한 세밀 분석 연구를 진행하고 있으며 2013년부터는 ICF를 한국국가표준으로 제도화할 계획을 가지고 있다.

국제적으로 ICF 연구는 활발하게 진행되고 있다. 2001년에 WHO가 ICF 개발 후 세계적인 공통어로 건강과 장애를 이해시키기 위한 많은 노력을 하고 있다. 특히 ICF 의 방대한 내용으로 인해 그 실용성이 떨어지는 문제점을 해결하고자 활용성을 높이기 위해 다양한 핵심지표(core set)¹³⁾ 연구를 실시하고 있다. 현재 스위스에 위치한 ICF Research Branch 에서는 ICF 핵심지표 프로젝트 연구들을 지속적으로 진행하고 있다. 지금까지 약 29개 상병 유형으로 핵심지표들이 개발되었다. 핵심지표들은 몇 년 간에 걸쳐 ICF에 전문성을 갖춘 세계적인 석학들에 다양한 연구방법으로 개발되고 있다. 구체적인 연구과정은 아래 그림4의 과정으로 진행된다.

13) 핵심지표는는 방대한 ICF 코드 중 관련 영역을 대표하는 것을 추려서 ICF 활용성을 높이는 것을 목적으로 개발되고 있다.



그림 4 핵심지표 연구과정

<표10> 개발된 핵심지표 리스트

ICF 핵심지표 (2012년 1월 26일 기준)
Neurological conditions (신경계)
Musculoskeletal conditions (근골계)
Acute inflammatory arthritis(염증성 관절염)
Cardiopulmonary conditions(심장과 폐)
Geriatric patients (노인병)
Spinal cord injury (척수)
Chronic widespread pain (만성 통증)
Low back pain (요통)
Osteoarthritis (골관절염)
Osteoporosis (골다골증)
Rheumatoid arthritis (류머티스성 관절염)
Chronic ischemic heart disease (만성빈혈 심장병)
Diabetes mellitus (당뇨병)
Obesity (비만)
Obstructive pulmonary diseases (폐쇄성 폐(肺)질환)
Depression (우울증)
Breast Cancer (유방암)
Stroke (뇌졸중)
Ankylosing spondylitis(강직성 척추염)
Systemic lupus erythematosus (전신 홍반성 루프스)
Multiple sclerosis (다발성 경화증)
Head and neck cancer (머리와 목 암)
Sleep (수면장애)
Hand conditions (손장애)
Bipolar disorders(양극성 정동장애)
Traumatic brain injury (외상성 뇌손상)
Inflammatory bowel disease(염증성 장(腸)질환)
Amputation (절단)
Hearing Loss (청각 장애)

<표11> 뇌졸중 핵심지표 예시

뇌졸중 핵심지표	
신체기능	b 1100.0 의식 정상
	b 114.1 경도의 지남력 손상
	b 7302.3 한쪽의 팔, 다리에 고도의 근력 저하가 있음
	b 16700.1 구어 파악의 경미한 손상
	b 167100.4 언어표현은 전혀 안됨
	b 1400.2 주의력 집중은 중등도의 손상이 있음
	b 1440.3 단기 기억은 심한 손상
신체구조	b 1441.1 장기 기억은 경도의 손상
	s 1103.2 뇌저 신경적의 중도손상
활동과 참여	s 7201.2 어깨 관절의 중도 손상
	d 4500. 단거리 보행은 경미한 손상
	d 4501. 장거리 보행은 중도한 손상
	d 4502. 움직이는 지면에서는 이동하기 중증의 어려움
	d 330.2 구두로 말하거나 이야기하는 것은 중등도로 어려움
	d 5300. 배뇨조절은 경도의 장애
	d 5301. 배변조절은 문제없음
	d 550.3 음식 먹기위해 썰기가 매우 어려움
	d 5100.2 손이나 발은 혼자 씻기가 중등도로 어려움
	d 5101.3 전신을 스스로 씻기가 매우 어려움
	d 5400.2 옷을 스스로 입기가 중등도 어려움
	d 5401.2 옷을 스스로 벗기가 중등도 어려움
환경	d 310.2 구두로 함축된 의미를 이해하는 중등도로 어려움
	e 300. +4 직계가족이 있어 만족스런 지원을 받을 수 있음.
	e 355.1 의사, 치료사가 모두 있으나 언어치료사는 없음
	e 5800.1 일반병원에서 재활치료를 받고 있음.

최근 들어 ICF 연구 중심은 각 항목에 대한 평가치(qualifiers)를 적용하는데 주력을 두고 있다. 핵심지표가 마련이 되어도 ICF를 활용하기 위해서는 각 항목에 대한 평가치에 대한 기준이 필요하다는 인식하여 기존의 타 임상결과나 평가도구 등과 연결(LINKING/MAPPING)을 통해 ICF 항목을 평가할 수 있는 평가치 기준 연구 개발하고 있다(Cieza & Stucki, 2008, Grill, Stucki, 2011, Cieza, Geyh, Chatterji, Kostanjsek, Ustun, Stucki, 2005, Stucki, Kostanjsek, Ustun, Cieza, 2008). 이러한 연구들은 이제까지 ICF가 분류체계의 역할에 기여했다면 앞으로는 평가체계로서도 그 역할을 할 수 있다는 가능성을 보여주는 차원에서 의미가 있다. 평가치를 적용하는 방법은 표 12에서 제시하는 것과 같이 기존의 의료적 임상평가, 심리적 임상평가 그리고 당사자의 서비스 욕구 등을 통해 각 영역에서 제시되는 결과를 ICF 항목과 접목하여 평가치를 결정하는 것이다.

<표12> ICF 평가치 적용 영역

ICF 평가치에 대한 기준 적용 원칙	
Technical measure (의료적 임상평가)	Laboratory(임상병리결과), imaging(방사선결과), electro-physiological examination(MRI,CT,PET SCAN등)
Clinical measure (임상평가)	physical+Cognitive Impairment measurement (신체 및 인지능력 평가 결과)
Patient Oriented Measure (당사자 의견)	Self-report(자기평가), Quality of Life(삶의 질 평가) Health Preference measurement(건강선호도검사)

제2절 ICF 와 장애 평가

1. 평가 활용가능성

ICF는 각 개별 장애인의 신체 구조와 기능, 활동과 참여 그리고 환경까지 종합적으로 평가할 수 있는 이상적인 구조를 가지고 있다. 개별적인 기능적 평가뿐만 아니라 환경과 더불어 평가할 수 있는 장점이 있다. ICF는 의학적인 평가와 함께 개인의 사회생활에 영향을 미치는 활동과 참여 그리고 환경까지 평가함으로써 각 개인의 개별성과 환경과의 상호작용을 포함한 포괄적인 평가를 가능하게 하는 장점이 있다. 포괄적인 평가로 인해 각 개인의 다양한 상황을 근거로 분석하고, 기술하여 얻어진 평가정보는 각 개인에게 필요한 복지서비스를 제공하는데 지침이 될 수 있다.

ICF를 활용하여 평가도구로 활용한 예를 들어보면 우선 2004년도에 일본에서 개발한 종합평가시스템이 있다. 종합적인 직업재활서비스 체계를 구축하고 적절한 서비스를 제공하기 위해 ICF를 활용한 평가체계이다. 이 체계는 ICF를 기본으로 ①장애인의 개인적 특성 ② 일의 특성 및 조건 ③ 장애인의 개인적 특성과 직업영역에서의 일의 조건이 결합되었을 때 고려사항 ④ 지역사회의 활용할 수 있는 자원 등을 포함하여 직업재활의 방향성을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다. 일본은 직업생활의 여러(諸) 국면에 '참가(참여)'를 활성화하기 위해 학습된 지식 응용, 과제 수행 등 직업관련 '활동' 증진, 물리적·인적·제도적 직장 환경, 가정과 지역 환경, 노동·교육·복지·보건·의료 등 전문적 지원제도라는 '환경인자', 흥미, 가치관과 직종과 작업방식의 다양성과 개별성을 선택하는 '개인인자' 간의 지속적인 상호작용을 위한 시스템 개발에 전력을 다하고 있다.

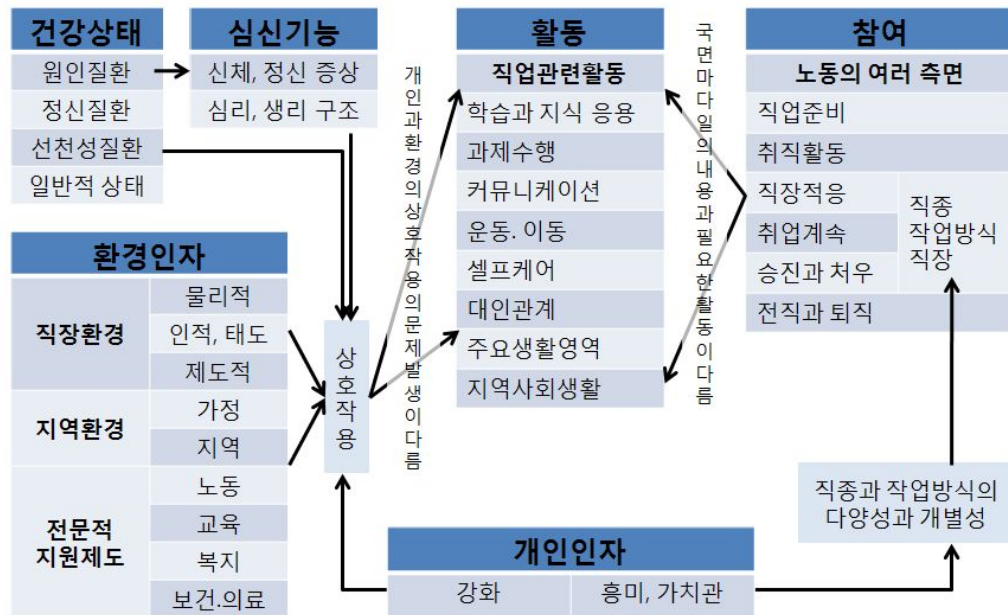


그림5 ICF 를 활용한 일본 직업재활시스템

위의 그림과 같이 일본의 경우에는 ICF를 통해 직업재활의 방향성을 잡고 있다. 직업재활에 있어서 분과적, 폐쇄적, 단속적 지원 구조에서 한 개인의 일시적인 노동 장애를 해결할 수 있는 복합적, 병렬적, 다차원적 의료지원, 복지지원, 교육지원, 노동지원 재활서비스 구조와 기능을 반영할 수 있는 평가도구 개발의 변화를 시도하고 있다.

더 나아가 일본에서는 ICF를 바탕으로 아래 그림과 같이 표준 환경과 실제 상황(현실 환경)의 차이를 극복해서 최고 능력 발현을 발휘하게 하는 '환경개선'과 그림 B와 같이 표준 환경(최고 능력, capacity)과 장애가 없는 사람의 표준 능력의 차이를 극복하게 해 주는 '능력개발'의 명확한 구분을 전제하고 있다. 일본은 이를 토대로 한 장애판정 기준과 시스템 구축을 추진하고 있다.



ICF를 활용한 장애판정을 실천하고 있는 대표적 국가는 네덜란드이다. 네덜란드는 2006년부터 ICF를 이용한 장애판정의 신뢰도와 타당도를 높여 나가고 있다. 네덜란드는 2006년 정부 개혁에 따라 건강보험과 국민연금 등의 변화가 급진적으로 이루어졌다. 특히 국민연금은 국민고용장애연금법(Work and Income According to Labor Capacity (WIA) 법을 제정하여 연금의 구조가 ‘근로’를 자극할 수 있도록 장애연금의 고용 재통합 역할을 강조하는 시스템을 구축하고 있다.

또한 네덜란드는 지방사회복지법, 의료급여 및 희귀난치질환지원법 등을 시행하는 과정에서 ICF가 법률적으로 명시되어 있고 국민연금공단과 복지시스템 내 장애판정센터가 설치되어 운영되고 있다. 네덜란드 외 호주, 스웨덴과 스위스에서도 ICF를 활용하여 장애판정 분석을 하고 있다. 대만의 경우에는 약 5년간의 연구과정을 통해 ICF로 장애판정기준을 개발하여 2012년 7월부터는 신규신청자나 재심사자들을 대상으로 적용할 것으로 공표하였다. ICF는 국제적으로 상당한 이론적 근거와 현실적 제도 운영으로 그 가치를 높이고 있는 상황이다. 따라서 해외 복지선진국의 경우를 살펴보면 ICF는 이제 장애개념에 대한 이론적 배경 및 장애분류로 적용하는 연구사례를 넘어 장애연금 판정기준에서 직업재활 영역에서도 적극적으로 활용되고 있는 상황이다.

2. 평가영역에서 ICF 활용에 있어서의 문제점

우리나라에서도 ICF를 활용한 장애인복지 평가시스템 개발은 개별 장애인의 세밀한 의료적 평가와 사회, 환경적 평가까지 복합적이고 종합적인 평가를 가능하게 지원할 수 있는 이상적인 방향성이라 본다. 그러나 이러한 평가시스템이 개발되기 위해서는 오랜 연구시간과 연구과정을 필요로 한다. ICF로 장애판정시스템을 개발한 대만의 경우에도 약 5년간의 연구과정을 겪었다고 한다. 이와 같이 ICF를 활용한 평가기준을 개발하는 것은 오랜 연구기간을 필요로 할 것이며 앞으로 우리나라

에서 이러한 연구를 진행한다면 다음과 같은 문제점들이 예상된다. 첫째, ICF 전문가가 많지 않은 문제점이 있다. ICF를 평가기준으로 활용하기 위해서는 의료계(재활계 포함) 및 장애인복지계에서 ICF 전문가가 필요하다. 의료계에서는 전문적인 의료적 지식을 통해 신체 기능과 손상 영역을 활동과 참여는 일부 의료계와 장애인 복지 전문가에 의해 평가되어야 한다. 그러나 현재 우리나라의 경우 ICF에 관심이 많은 의료영역은 일부 재활의학 전공의나 물리치료와 작업치료사 등이 전부이다. 아직까지 의료계나 장애인복지계에서 ICF에 대한 관심이 전반적으로 낮아 이 영역을 평가할 수 있는 전문 인력이 부족하다는 문제점이 있다.

둘째, ICF의 1424개의 방대한 내용으로 인해 이를 바탕으로 평가기준을 개발하려면 평가 기준으로서 편의성에 대한 지적을 받을 수 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 통계청에서는 2010년 한국장애분류개발 2차 연구와 이어 사용자를 위한 ICF 활용길잡이 연구를 진행하였으나 ICF 이해를 높이기 위한 기초적인 연구로서 평가를 위한 수단으로 활용하기 위해서는 좀 더 깊이 있는 연구가 필요하다.

앞으로 해외에서 개발되고 있는 핵심지표 연구들과 같이 우리나라 장애판정체계에 맞는 장애유형 또는 상병 평가를 위한 핵심지표 개발도 고려해 볼 가치가 있다. 이미 앞에서 제시하였듯이 김완호 외(2006)가 개발한 한국형 핵심지표 등이 있어 이러한 연구방법을 활용하여 앞으로 좀 더 넓은 장애영역으로 개발하는 것이 의미가 있을 것으로 예상된다. 특히 ICF 평가치 개발에 대한 해외 연구들이 활발해 지면서 ICF를 평가지표로 개발하는데 크게 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

마지막으로 ICF를 평가 수단으로 활용하기 위해서는 평가 후 필요한 서비스로 연계할 수 있는 장애인복지 인프라 구축이 필요하다. ICF를 통해 의료 및 활동과 참여 그리고 환경적 요인들을 종합적으로 점검하여 필요한 지원(intervention)을 위한 평가를 하기 위해서는 ICF를 통해 개별 장애인의 서비스 필요성을 파악하고 이에 맞는 관련 서비스들을 제공하는 것이 동반되어야 한다.

즉, 우리나라 복지현장에서 ICF를 적용하려면 평가된 복지서비스 들을 제공할 수 있는 일정 정도의 인프라 구축이 되었을 때 ICF 원래 취지를 만족시킬 수 있다. 그러나 아직까지 우리나라 장애인복지 인프라도 부족하고 개별 장애인에게 필요한 서비스들을 제공할 수 있는 사례관리 시스템이 마련되지 않은 문제점이 있어 ICF를 활용한 평가시스템이 개발된다 하더라도 이에 대한 활용성이 현저히 떨어지는 한계점이 있다. 현재 국민연금공단에서 시범사업으로 진행되는 장애인서비스센터 사업에서도 장애평가 후 필요한 서비스 연계에 어려움이 있다. 앞으로 점차적으로 복지 인프라가 일정 정도 구축된다면 ICF는 적절한 평가도구로서 필요한 서비스 제공을 위한 지침이 될 수 있을 것이다.

제5장 외국의 장애인등록 및 판정제도에 대한 고찰

제1절 미국의 장애인등록 및 판정 제도

1. 장애인의 정의 및 장애판정 기준

미국에서 '장애'의 정의는 일상생활이나 자립생활, 직업재활에서의 노동상실률, 사회환경 영향, 교육기회여부, 의료적 차원 등의 여러 관점에 따라 다르게 해석되고 있으며, 사회보장법이나 미국장애인법(ADA), 활동보조서비스(PAS) 제도 등 각 법과 제도에 따라 장애판정 기준도 다르게 되어 있어 우리와 같이 일원화 된 장애등록제도는 없다. ADA 장애 정의에 의한 보호대상자 적격 판정은 한 가지 이상의 주요 일상 활동에 실질적인 제한이 있는 신체적 정신적 장애의 기록이 있느냐가 기준이 되고 있다.

미국에서 가장 세밀한 장애판정을 하고 있는 공공기관은 사회보장국(SSA: Social Security Administration)이다. 장애연금과 관련된 미국사회보장법 적용 대상자를 가리는 장애판정은 소득활동파악, 심각한 장애상태여부확인, 잔존능력평가, 이전 업무 수행 여부 심사, 다른 종류의 일을 전혀 할 수 없는지 여부 심사 등 5단계 과정을 통해 진행되고 있다.

반면 직업재활 대상자의 경우에는 신체 및 정신장애로 인해 직업을 찾고 유지하는데 어려움이 예상되는 대상자들로 직업재활서비스 혜택이 취업을 하는데 도움이 될 수 있을 장애인들을 서비스 대상으로 선정하고 있다. 활동보조서비스제도의 경우 각 주(州)나 서비스 제공기관에 따라 판정을 달리 하고 있으나 대부분의 장애판정은 지방정부(주정부)를 통해 본인이나 가족이 신청을 하면, 병원의 진단서나 자기평가서를 제출해 이후 상담, 현장방문, 지원계획수립, 활동보조서비스지원 확정 등으로 진행되고 있다.

미국의 경우 앞서 지적한대로 각 법·제도·지역에 따라 장애판정을 달리하지만 공통적인 것은 의학적 장애판단보다는 장애인의 소득 창출 능력, 장애인의 직업 능력 판정에 주안점을 둔 장애 판정을 실시하고 있다.

미국의 장애인 정의는 소비자(이용자) 주권에 많은 영향을 받고 있다. 소비자 주권은 미국에서 최초로 사용되었으며, 이용자의 선택권을 보장하는 것을 의미하는 것으로 소비자 중심에서 생각하고 실천하고 판단하는 것을 의미한다. 이러한 장애인복지서비스 패러다임 동향에 따른 장애인복지서비스 개념은 '장애인의 생애주기에 따른 욕구와 필요에 적합한 서비스를 지원하는 다각적인 활동으로 국가와 사회

의 한 구성원으로서 모든 분야의 활동에 참여할 기회를 균등하게 보장하고, 개인의 선택과 자기결정 및 참여를 기반을 두어 장애인의 권익과 사회통합을 추구하는 총체적인 산물'로 정의할 수 있다.

결과적으로 대부분의 장애복지 관련 서비스들에 대한 판정은 서비스별에 따라 서비스 적격성이 있다. 그러나 이 과정에서 사례관리자에 의해 진행되는 경우가 많다. 사례관리자에 의해 개별 장애인의 서비스 욕구와 필요성에 의해 평가 후 개별 계획서를 통해 서비스들이 제공된다. 아동기에는 개별화가족지원계획(IFSP: Individualized Family Service Plan), 학년 기에는 개별화교육계획(IEP: Individualized Education Plan), 전환기에는 개별 전환계획(ITP: Individualized Transition Plan) 그리고 성인기에는 개별화고용계획(IPE: Individualized Plan Employment)을 통해 서비스가 계획되고 점검되며 사후지도까지 이어진다. 미국의 경우에는 이러한 사례관리 계획이 마련되지 않으면 서비스에 대한 예산지원이 되지 않기 때문에 필수적인 실천방안이다. 미국의 경우에는 장애인관련기관들의 예산은 개별 장애인에게 제공된 서비스 양에 의해 지원되기 때문이다.

1) 사회보장국의 장애판정 방안과 절차

사회보장국에서는 사회보험의 성격인 SSDI(Social Security Disability Insurance) 와 공극부조 성격인 SSI(Supplemental Security Income)를 통해 장애인들의 소득보장을 책임지고 있다. SSDI는 장애를 입기 전에 직장생활을 하면서 매달 가입되었던 사회보장이므로 직업경력이 없는 자는 신청할 자격이 없다. 그동안 일하면서 사회보장 세금 (Social Security taxes)을 납부한 경우에만 해당되기 때문이다. SSI는 직업경력과는 무관하며 저소득자 에게만 해당되는 제도이다. 즉, 경제적 필요에 의해 필요시 지급된다. 사회보장제도는 완전 장애 (total disability)의 경우에만 지급된다. 부분적 장애나 임시 장애의 경우에는 지급대상이 되지 않는다. SSI는 수급자격이 있는 장애아동이나 성인을 모두 포함한다. 아동의 경우에 장애란 의료적으로 확정된 죽음이나 또는 12개월 이상 지속되는 신체 또는 정신적 장애가 있어 그로 인해 심각한 기능제한이 있어야 한다. 성인의 경우에 장애란 죽음 또는 12개월 이상 지속되는 것을 의미하며 장애로 인해 생산적인 활동을 하는데 상당한 제한을 주어야 한다. 사회보장제도에서 장애개념은 근로 능력정도를 통해 직업활동 수행정도에 중점을 둔다. 즉, 의료적 상태로 인해 이전의 직업 그리고 새로운 직업을 수행할 수 없을 때 그 상태를 장애로 의미한다.

SSDI나 SSI 두 가지 제도 다 같은 장애판정기준과 절차에 따라 수급여부가 결정된다. 제도의 재원에 의해 지급되는 것이 아니고 근로능력 손실로 인해 소득보장을 할 수 없는 기준에 따라 연금이 지급되기 때문이다. 신청인이 사회보장급여를 신청하면 장애판정의 해당여부

를 확인하기 위한 의료자료 또는 그 외 자료를 제출하여야 한다. SSI의 혜택을 받기 위해선 우선적으로 다음과 같은 기준에 해당되어야 한다. ① 65세 이상의 노령자이거나, ② 시각장애 또는 장애가 있는 자¹⁴⁾ 그 외 ③ 제한된 소득과 자원 그리고 ④ 미국시민권이나 또는 영주권을 소지하고 있는 자 이다.

사회보장국은 수급 적격성 심사를 위해 신청서, 의료자료, 잔존 기능 능력 (RFC: Residual Functional Capacity)를 바탕으로 심사를 진행한다. RFC는 수급대상자의 잔존 신체 및 정신기능에 대한 평가를 한다. 신체적 잔존기능평가는 약 10개 부분(짧은 문항 40개 정도)으로 나누어져 앉기, 서기, 걷기, 일하기, 듣기, 반복동작, 무릎 굽히기, 오르기, 당기기, 물리적 환경적응, 통증 등을 평가한다. 평가결과에 따라 아주 가벼운일(sedentary work), 가벼운 일(light work), 중급정도의 일(medium work), 심한 육체적 일(heavy work)의 4가지 유형으로 구분한다. 정신적 잔존기능평가는 크게 이해력과 기억력, 집중과 인내력, 회적 상호작용 그리고 적응의 네 부분으로 되어 있고 전체문항 수는 20개이다. 각 RFC는 의사에 의해 그 외 신청인이 제출한 각종 의학적 기록, 교육, 경력 및 기타 참고자료를 토대로 직접 기록한다. 이러한 심사 후 신청인에게 5가지 기본적인 질문을 한다.

① 현재 직장생활 여부:

만일 지금 한 달에 \$1040¹⁵⁾이상의 소득이 있는 직업을 가지고 있다면 대부분의 경우 장애가 있다고 판정하지 않는다. 만일 현재 일하고 있지 않다면 다음 2단계로 넘어 간다.

② 최 중증 장애 상태여부:

현재 건강상태가 기본적으로 직업을 갖지 못할 만큼 심각한가를 평가한다. 만일 최중증이라면 다음 3단계로 넘어간다.

③ 사회보장국에서 제시하고 있는 장애판정 해당 여부:

사회보장국은 각 신체 주요부분에 의료적 상태에 대한 자료가 있어 그 것에 해당되면 자연적으로 장애판정이 가능하다. 만일 그것에 등록이 되어있지 않다면 현재 장애상태를 사회보장국의 장애판정 기준과 비교하여 판가름한다. 만일 장애가 인정되면 다음 단계로 넘어간다.

④ 예전의 직업을 수행여부:

건강상태는 중중이나 내담자의 장애를 입기 전의 업무를 수행할 수 있는지 여부를 평가한다. 만일 할 수 없다면 마지막 단계로 간다.

⑤ 직업 수행 능력 여부:

14) 사회보장제도 223(d)(1)(A)에 의하면 장애는 “지난 12개월 이상 의학적으로 판정된 신체 또는 정신적 손상으로 인해 기본적으로 생산성 있는 활동을 할 수 없는 것”이라 정의하고 있다. 더 나아가 223(d)(2)(A)에서는 “그런 심한 상황으로 인해 내담자의 나이, 학력, 직장경력등과 상관없이, 또한 지역사회에서 구직이 가능하다 해도 생산적으로 일할 수 없는 상태”를 의미한다.

15) 2012년 기준이다.

만일 예전에 수행했던 업무를 더 이상 할 수 없다면 다른 일을 할 수 있는지 여부를 평가한다. 사회보장국은 내담자의 의료적 상태, 연령, 교육, 직업경험 그리고 전이 가능한 기술(transferable skill)을 바탕으로 취업가능성을 분석한다 (www.ssa.gov).

위의 과정을 통해 접수된 관련 자료들은 사회보장국에서 장애판정을 담당하는 장애판정서비스(DSS: Disability determination services)로 이관돼서 최종 판정이 내려진다. DDS는 장애평가 심사를 수행위해 심사를 실시할 수 있는 관련 전문가와의 계약 등을 통한 전문 인력 확보를 하여 장애평가업무를 전문적으로 수행하고 있다. DDS의 심사팀은 의사, 심리학자, 직업판정 경험을 가지고 있는 장애심사관으로 구성되며 장애심사관과 의사는 전자파일 내용을 근거로 장애연금 지급여부를 결정한다.

장애평가와 관련하여 미국에서는 전문적인 자격이 주어진다. 1994년 워싱턴에 세워진 미국의료감정위원회(ABIME)는 신체장애평가와 관련 새로운 전문의자격 제도로, 시험을 통해 의료감정의사 자격을 부여한다. 미국의료감정위원회 소속 전문의사들은 의료사고에 대한 임상적인 진료심사 및 임상소견 분석, 교통사고와 산재 사고 후의 장애평가, 노동능력 평가, 감정서 작성, 의학적 증언 등의 업무를 수행하며, 의료감정학회를 통해 평생 교육을 이수하고 매년 보수교육을 의무적으로 이수하여 5년마다 감정의 인증 자격을 재검증하는 시스템을 갖추고 있다.

미국 사회보장국의 재심사과정은 4단계로 설계되어 있어 매우 체계적이다. 재심사과정의 첫 단계는 재판정 (reconsideration determination)이라고 한다. 재판정을 담당하게 되는 심사위원은 신청인의 첫 심사를 담당하지 않은 사람으로 하는 것을 원칙으로 한다. 즉, 재판정 결과는 다른 심사자에 의해 결정된다. 결과문에는 재판정결과와 그 이유에 대한 설명이 제시된 공문이 발송된다. 만약 신청인이 재판정에 대한 결과에 수용할 수 없으면 행정법 판사(ALJ: Administrative Law Judge)에게 심사받을 수 있는 권리가 있다. 때로는 행정법 판사에게 평가받는 방법으로 직접 만나는 방법이 아닌 비디오 원격회의(video conference)를 진행하기도 한다. 원격회의 장소가 신청인의 거주지에서 가까운 경우가 많아 지리상 편리한 경우가 많고 직접 면접방법보다 대기 시간이 짧은 장점이 있다. 그러나 이러한 회의방법은 행정법 판사가 신청인의 정보를 분석하고 난 후 직접면접 또는 video conference가 적절한지를 결정한다. 재심사의 두 번째 과정의 결과는 사회보장국에 의해 판사결정에 대한 복사본과 결과통보가 신청인에게 전해진다.

신청인이 행정법 판사의 결정에 동의하지 않으면 항소협의회 (Appeal Council)를 통한 다음 단계의 재심사를 신청할 수 있다. 그러나 이 과정에서 항소협의회는 사전 심사 단계인 행정법 판사의 결정이 합당했다고 판단하면 케이스를 기각할 수 있다. 또한 재심사를 실시한다고 결정을 해도 항소협의회가 판정을 심사하지 않고 다시 행정법 판사에게 반환되는 경우도

있다. 만일 심사가 기각이 되면 신청인에게 판정 기각이유를 서면 통지한다. 심사를 재검토하기로 결정되어도 그 과정을 항소협의회가 심사하게 되면 신청인에게 그 결정을 통보하고 심사가 행정법 판사에게 반환되면 행정법 판사에게 보낸 지시공문을 신청인에게도 보내 준다. 신청인은 항소협의회 재심사 결과에도 만족하지 않거나 항소협의회가 심사를 기각하였을 때 마지막 단계인 연방법원(federal court)에 항소할 수 있다. 이러한 신청인의 항소 권리는 항소협의회 판정결과 통보지에 포함되어 있다 www.ssa.gov.

신청인은 수급대상에서 탈락되면 재심사국 (ODAR: Office of Disability Adjudication and Review)을 통해서 재심사를 신청할 수 있다. 신청인은 사회보장에 대한 수급판정을 받은 후 결과에 만족하지 않으면 60일 이내에 재심사를 신청하여야 한다. 재심사는 반드시 서면으로 작성하여 제출하며 이 과정에서 신청인이 희망하면 사회보장국은 재심사 과정을 지원하여야 한다. 신청인이 주어진 기간 내 재심사를 신청하지 않으면 행정법 판사는 상고를 기각할 수 있다. 최종기간이 지난 후 재심사를 신청하게 되면 적합한 사유서를 제출해야 하며 추가 시간 허용을 신청하여야 한다.

재심사가 있기 최소한 20일 전에 신청인에게 날짜, 시간 그리고 장소에 대한 공문을 발송한다. 행정법 판사는 신청인의 거주지에서 75마일¹⁶⁾ 내 거리에서 심사를 받도록 편의를 주고 있다. 재판소까지의 거리가 신청인의 거주지에서 75마일이 넘는 경우에는 사회보장국에서 여비를 지원할 수 있다. 신청사유가 적절하면 버스표 구입이나 자동차 운행비, 그리고 식사경비나 숙박 또는 택시이용료를 재심사 사전에 지급해 주기도 한다. 또한 행정법 판사는 필요시 참고인에게도 같은 혜택을 줄 수 있다. 경비지원은 행정법 판사에게 경비를 관련된 영수증을 첨부하여 서면 신청하여야 한다. 그러나 만일 신청인이 자의에 의해 더 멀리 있는 곳으로 스케줄 변경을 할 경우 더 이상의 지원을 하지 않는다. 사전에 경비가 지급이 되지 않으면 재심사에 참석할 수 없는 상황인 경우에는 재심사 전에 신속하게 사전 신청을 하여야 한다. 이런 경우에는 심사 끝나고 20일 이내에 각 항목의 여행경비를 정리하고 영수증을 첨부하여 제출하여야 한다. 만일 실제 사용된 경비보다 사전에 더 많이 지출된 경우에는 20일 이내에 그 차이를 반납해야 한다.

2) 직업재활국

미국 직업재활국에서 장애판정 목적은 직업재활서비스 대상자 선정을 위한 적격성 심사(service eligibility)와 직업재활서비스 제공의 방향성을 위한 활용이다. 사회보장급여를 지급해야 하는 사회보장국과는 달리 직업재활국은 엄격한 장애판정기준을 적용하지 않는다. 서비스 적격자선정과정에서 장애가 너무 경증인 경우에는 일반고용을 담당하는 노동부 산

16) 1마일은 약 1.6km임으로 75마일은 120km 이다.

하의 직업센터 (Job Center)등으로 의뢰하여 적격성 심사에서 제외된다. 또한 장애가 너무 중증인 경우에도 직업평가 및 검토를 한 후 일반고용을 할 수 없다고 판단되면 직업재활국 서비스 적격성에서 떨어져 지역사회 재활센터 (community rehabilitation center)로 전이된다. 장애판정 심사를 통해 적절한 직업재활 대상자로 선정되면 신청인의 장애정도는 직업재활 서비스 방향성에 영향을 미치게 된다. 장애정도는 신청인의 직업선정에도 영향을 미치지만 중증장애인에게는 지원고용을 제공할 수 있는 근거를 제공하며 재활공학이 필요한 대상자에게는 기초자료로 활용된다.

1975년 재활법 (Rehabilitation Act)에서의 장애인의 정의는 ‘하나 이상의 주요 일상 활동을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 장애를 가진 자, 이전에 상기의 장애를 경험한자, 상기의 장애를 가지고 있는 것으로 간주되는 자’로 규정하고 있다. 재활법에서 포괄하는 장애유형은 절단, 관절염, 자폐증, 시각장애, 화상, 암, 뇌성마비, 낭포성 섬유증, 청각장애, 뇌 손상, 심장질환, 편마비, 혈우병, 호흡기 또는 폐 질환, 정신지체, 정신질환, 다발성 경화증, 근위축증, 근골 질환, 신경계 질환 (발작과 간질을 포함), 양측하지마비, 사지마비 및 기타 척수질환, 겸상 (鎌狀)적혈구성빈혈, 특정학습장애, 말기 신장질환 등이다. 재활법에서 이렇게 장애정의를 내렸던 의도는 직업재활 서비스를 중증장애인들 중심으로 하기 위함이었다.

직업재활국에서 적용하는 장애정의는 ‘장애유형이나 장애등급’ 등은 중요하지 않은 개념이다. 직업재활국에서 장애란 개선될 수 있고 제거되거나 대체될 수 있다는 보기 때문이다. 특히 미국장애인법 개정 후 취업에 하는데 있어 고용차별이란 능력 있는 장애인(qualified individuals with disabilities)에게 적절한 배려 (reasonable accommodation)를 제공했을 때 직무를 수행할 수 있음에도 불구하고 취업을 시키지 않았을 때 차별이다. 신체 및 정신적 장애는 적절한 배려를 통해 기능을 가능하게 할 수 있다는 것을 전제하고 있다. 적절한 배려를 제공하기 위해 직업재활사들은 장애를 기능제한적(Functional Limitation)으로 평가하고 분석하고 적절한 취업으로 연계하고 있다.

장애인이 취업하고자 하는 직종을 직무 분석하여 각 직무수행에 필요한 장애인의 기능을 평가하는 것이 장애유형을 정의내리는 것 보다 더 중요하게 접근되고 있다. 신체적, 정신적 손상(impairment)에 대한 평가는 장애인의 근로조건을 진단하는 첫 단계이다. 같은 뇌성마비를 가진 장애인이라고 지적능력이 높은 자가 있고 지적장애를 동반하는 경우도 있다. 신체적 능력도 각기 다를 것이다. 따라서 장애유형만을 아는 것만으로는 장애인의 신체능력을 파악하고 예측하는데 그 한계가 있다. 따라서 장애평가는 직무수행에 필요한 신체능력을 기능 제한적으로 실시하는 것이 바람직하다. 이러한 접근법은 장애인의 현재 능력이 직무를 수행하는데 있어 부족한 경우 필요한 재활공학 및 용품을 지원할 수 있는 기초 자료가 되기 때문이다.

미국에서 장애인이 직업재활서비스를 받으려면 기본적으로 주정부에서 운영하고 있는 직업재활국의 지방사무소를 통해야 한다. 지방사무소에 비치되어 있는 신청 의뢰서를 작성 제출하면 직업재활사와 예약한 일정에 직업상담을 하고 신청서를 작성하게 된다. 앞에서 논하였듯이 직업재활국에서는 서비스를 희망하는 신청자들을 대상으로 서비스 적격성 심사를 실시한다. 서비스 적격성 심사는 1973년 재활법에 의해 시행되고 있는데 직업재활사는 신청자가 서비스 신청서를 작성한 후 60일 이내에 서비스 적격성 여부를 결정하여 통보해야 한다. 부적격한 사유가 직업을 가질 수 없을 정도의 최종증인 경우에는 부적격사유서를 작성하여야 한다. 대부분의 적격성 심사는 내담자의 의료 및 심리평가에 의존하지만 최종 결과는 직업재활사가 모든 자료를 반영하여 결정을 내린다. 이 과정에서 평가되는 내용은 다음과 같다.

- ① 적격성 (Eligibility) : 신청자와 직업재활사가 함께 장애로 인한 직업적 능력을 판단하고 직업적 능력과 직무분석을 비교하여 고용 가능성을 가늠하여 직업재활사가 직업재활 서비스 대상에 대한 서비스 적격성을 결정한다.
- ② 장애의 중요성 (Significance of Disability) : 신청자의 장애가 고용상황에서 기능을 수행하는데 영향을 미칠 수 있는지 장애정도를 판단한다.
- ③ 직업재활욕구사정 (Vocational Rehabilitation Needs Assessment) : 신청자와 직업재활사는 어떠한 직업재활서비스가 고용효과 측면에서 유용한가를 파악하고 연결할 수 있는 서비스를 결정한다.

이 과정에서 직업재활사에게 많이 사용되고 있는 평가도구의 한 예시로 FAI (Functional Assessment Inventory)¹⁷⁾ (Crewe & Athelstan, 1984)를 들 수 있다. FAI는 직업재활사가 사용하기 위해 만들어진 42문항의 평가도구이다. 모든 문항들은 직업적으로 관련 있는 행동들과 능력을 기본으로 직업재활서비스 계획을 목적으로 만들어졌다. FAI 문항 중 30개 문항들

17) 1. 시력

- 심한손상 없음.
- 세부적인 것을 보아야 하는 일에는 어려움 있음.
- 운전이나 독서 등의 주요활동을 충분히 방해할 정도의 손상.
- 거의 또는 완전 시력 손상.

2. 청력

- 심한손상 없음
- 대화를 이해하거나 전화를 사용하는데 약간의 어려움 있음.
- 독순술로 대면 대화를 할 수 있고, 전화사용은 가능하지 않음. 벨소리나 높은 톤의 소리 등 특정 환경과 관련된 소리는 들을 수 없음.
- 극심한 청력의 손상 및 농아. 어떤 말도 이해할 수 없음.

은 내담자의 직업적 능력과 어려움을 나타낼 수 있는 내용이며 10개 문항들 특별한 장점을 그리고 장애 정도를 알 수 있는 2개의 문항으로 구성되어 있다. FAI는 7개의 영역으로 되어 있으며 그것들은: 적응행동(adaptive behavior), 이동성(motor functioning), 신체능력(physical condition), 의사소통(communication), 지적능력(cognition), 직업적 자격(vocational qualification)과 환경(environmental orientation) 등이다. FAI는 표준화 작업을 준수한 Functional Assessment Rating system 으로 인해 직업재활사에게 내담자의 직업재활서비스를 위한 종합적인 적격성 심사와 내담자가 필요한 영역을 보완할 수 있는 적절한 직업재활 서비스를 계획하는데 활용할 수 있다 (Bolton, 1982).

신청자가 직업재활서비스 대상자로 선정되면 직업재활사는 장애로 인한 근로능력 측면에서 세 가지 장애정도를 판정한다. 직업재활사는 장애가 고용환경에서 미치는 영향의 정도를 결정하게 되는 데 장애는 다음과 같은 세 가지 경우가 중의 하나로 정의된다.

- ① 장애
- ② 중증장애 (significantly disabled)
- ③ 최중증 장애 (most significantly disabled)

이 세 가지의 분류방식은 직업재활서비스의 제공 우선순위 측면에서 중요한 결정요소로 작용한다. 이러한 장애분류는 이동성 (Mobility), 언어소통(Communication), 자기관리(Self Care), 사회성(Interpersonal Skills), 지구력(Work Tolerance), 그리고 직업기술(Work Skills)의 영역으로 판정된다. 이 영역에서 3가지 이상에 장애가 있으면 최중증이며 2가지는 중증 그리고 그 이하인 경우는 장애로 판정된다.

이러한 판정결과는 평상시에는 많은 영향을 미치지 않지만 만일 주정부에서 직업재활서비스를 신청한 장애인에게 예산상의 부족으로 인하여 서비스를 다 제공하지 못할 경우에 연방정부는 재활법에서 제시하고 있는 선택적 지시 (order of selection)라는 항목을 적용시킨다. 즉 직업재활서비스는 최중증장애인에게 우선적으로 지원을 하는 것이다. 최중증장애인에게 서비스의 우선순위가 부여되며, 그 다음에는 중증장애인, 그 다음은 경증장애인 순서로 서비스 제공 순위를 결정하게 된다. 만일 직업재활서비스 예산이 충분하지 못하여 서비스 제공에 시간이 요하는 경우는 신청자의 순서가 올 때 까지 대기리스트에 올려 지게 된다. 신청자가 직업재활 서비스 대기자리스트에 등재된 경우 매90일 마다 장애정도별 서비스 진행사항을 서면통보 받게 되어 있다. 따라서 신청자는 직업재활서비스 제공 시기를 예측할 수 있게 되는 것이다. 그리고 대기자리스트에 오른 경우에도 직업재활국에서는 지역사회 내 직업재활서비스기관에 신청자의 관련 정보를 지속적으로 제공하여 신청자가 주정부의 직업재활서비스를 받기 전까지 계속하여 고용욕구를 유지할 수 있도록 지원한다.

SSI 또는 SSDI를 수령하는 경우에는 최종증장애로 고려되는데 이는 사회보장급여는 최종 증 장애를 가진 자 만이 대상자이기 때문이다.

제2절 장애판정과 장애복지서비스와의 연동성

1. 장애인복지 이념과 판정 그리고 서비스

미국은 52개 주로 구성된 연방국이기 때문에 사회보장제도 즉 장애인복지정책도 강한 지방분권적 성격을 갖는다. 각종 장애인복지정책을 실현하는 데에 있어 연방 정부는 대체로 주정부에 강제적인 방법을 사용하지 않고 대부분의 경우 무상의 재정원조(grant-in-aid)를 통해서 주정부의 자발적인 참여를 도모한다. 연방정부에서는 각종 제도의 기본적인 골격(보통 재정원조의 요건이 되는 기준)만 규정하고 제도의 세부규칙과 운영은 주정부나 지방정부에서 담당한다. 이 때문에 같은 이름의 사회 보장제도라도 주에 따라 그 자격요건과 급여수준 또는 프로그램의 규모가 매우 다른 것을 볼 수 있다.

유럽의 복지선진국들이 장애인복지의 이념들을 보급하였다 하면 미국의 그러한 이념을 실천시킨 현장이라고 할 수 있을 것이다. 유럽에서 Nirje와 Wolfenberger 정상화 원리 그리고 Oliver의 사회모델에 대한 이론을 바탕으로 장애인들이 실제 지역사회에서 통합적인 생활을 할 수 있게 필요한 구체적인 서비스를 본격적으로 시작한 것이 미국이기 때문이다. 특히 De jong 이 주장한 자립생활패러다임의 변화는 미국에서 전문가가 아닌 수요자 중심의 서비스 모델을 확립하는데 주요한 역할을 하였다. 이러한 모델은 서비스 전달체계에도 지대한 영향을 미쳤다. 수요자 중심의 서비스를 제공하기 위해서 사례관리체계(case management system)가 구체적으로 실천되었다. 다양한 장애유형과 정도 그리고 연령 등 각 장애인의 복합적인 욕구에 대응할 수 있는 포괄적인 전달체계의 구축이 필요하게 되었기 때문이다. 또한 이러한 장애인의 욕구에 맞춤형 서비스 전달체계는 서비스 수요자를 소비자로 인정하고 그 선택권을 보장하여 적극적인 장애인들의 정책 결정의 참여, 권리옹호 등의 역할을 하도록 제도적 기반을 마련하는 것이 중요한 절차로 인정받고 있다.

장애인복지예산은 다른 일반적인 사회복지와는 다르게 장애인복지와 관련해서는 연방정부의 지원이 많다. 직업재활의 경우에는 연방정부가 전체 예산의 80%를 책임지고 주정부는 약 20%를 담당하고 있다. 노인, 장애인, 아동 및 그 외 사회적 약자를 포함하여 대부분의 사회복지 서비스들은 이용자중심(client centered)의 철학을 바탕으로 개별적인 서비스 제공을 원칙으로 하고 있다. 따라서 다양한 이용자들의

욕구를 만족시키기 위해 공공기관을 중심으로 이루어진 사례관리를 통해 이용자가 필요한 서비스들은 지역사회 내 민간 사회복지 기관들과의 계약제를 통해 다양하고 보편화된 서비스를 제공하고 있다. 결과적으로 미국의 사회복지 시스템에서는 서비스 실천방안은 사례관리이며 각 서비스 시스템 내 수요자들의 권리옹호를 실천할 수 있는 이의제기와 구제절차의 공식화 방안은 필수적으로 마련되어있다. 사회보장국이나 직업재활 외 대부분의 서비스 제공기관에서는 판정의 목적인 필요한 서비스 제공임으로 두 가지가 서로 연동되어 작동하고 있다.

1) 리저널센터(Regional Center) 내 판정기준

리저널센터는 지적 및 발달장애를 가진 장애 아동부터 성인까지 생애주기별로 지속적인 서비스를 제공하는 있는 미국의 다른 주에서는 찾아볼 수 없는 캘리포니아 주만의 독특한 서비스 기관으로 캘리포니아 주정부(California Department of Developmental Services: DDS)의 재정 지원으로 운영되는 비영리 민간기관이다. 리저널센터는 1969년 Lanterman법 제정 이후 발달장애인의 독립적이고 생산적인 삶의 영위를 목적으로, 그리고 장애인의 권리와 보호요구가 지역사회에 의해 가장 잘 운영될 수 있다는 신념에 기초하여 지역사회 내 '서비스 종합센터'의 조직망으로 설립되었다.

리저널센터는 장애의 정도, 서비스를 받을 자격, 현재의 능력 및 필요한 서비스의 종류를 결정하기 위해 평가검사를 실시한다. 평가검사 기간 동안 리저널센터는 사람들의 장애에 관한 정보를 수집하고 심사하며 의사, 심리학자 및 기타 전문가의 검사를 받도록 주선한다. 평가검사는 일차적인 서류접수가 끝난 날로부터 60일 이내에 완료되어야 한다. 평가검사가 끝난 후 리저널센터는 서비스를 받을 자격이 있는지를 결정한다. 서비스를 받을 자격이 없다고 판명됐을 경우 당사자는 이 결정에 불복하여 공청회를 요구할 수 있다. 생애주기별로 다양한 서비스를 제공하고 있는 리저널센터의 경우 대표적으로 적용하고 있는 판정기준은 주거지원을 위한 기준과 클라이언트 발달 평가보고서 (CLIENT DEVELOPMENT EVALUATION REPORT:CDER) 그리고 작성된 CDER를 바탕으로 서비스 종류와 수준을 결정한 수 발달장애인의 행동 수준을 평가하는 FRANKLAND FACTOR가 있다.

주거지원을 기준은 Community Care Facilities(CCC)에서 제공하는 서비스와 연동해서 적용되고 있다. CCC는 우리나라 그룹홈과 유사한 주거시설로 주정부로부터 허가를 받고, 리저널 센터와 활동 계약을 체결한 다음에, 아동과 성인을 모두 포함한 발달장애인들에게, 주로 비 의료적인 분야의 서비스를 24시간 제공하는 시설기

관이다. CCC는 발달장애인들이 자신의 일상생활을 유지하고 자기를 보호하는데 반드시 필요한 각종 도움이나, 발달장애인에게 필수적인 개인 서비스, 보호와 관찰 등의 서비스를 제공하기 위해 다음 4가지 서비스 수준 가운데 한 가지를 선정하여 이와 관련된 서비스를 발달장애인에게 제공한다.

- Service Level 1: 문제행동을 보이지 않으며, 자기 스스로 돌보기가 가능한 발달장애인에게 한정된 수준의 돌보기와 보호와 관찰 서비스를 제공하는 수준
- Service Level 2: 주된 문제행동은 없으며, 어느 정도의 자기 돌보기가 가능한 발달장애인에게 장애인 돌보기, 보호와 관찰, 필요할 때마다 일시적으로 훈련 서비스를 제공하는 수준
- Service Level 3: 분열성 행동, 자해행동을 하며, 신체적 움직임과 이동능력에 있어서 어느 정도의 한계가 있으며, 자기 스스로를 돌보는 기술이 매우 부족한 발달장애인에게 장애인 돌보기, 관찰과 보호, 지속적인 훈련 서비스를 제공하는 수준
- Service Level 4: 심각한 분열성 행동과 자해행동, 공격적 행동을 하며, 신체적 움직임과 이동 능력에 있어서 심각한 손상과 결함이 있고, 자기 스스로를 돌보는 기술이 매우 부족한 발달장애인에게 장애인 돌보기, 관찰과 보호, 전문적인 지도감독 상태에서의 훈련 서비스를 제공하는 수준으로 Service Level 4는 다시 Level 4A와 Level 4B로 나뉘며, 발달장애인의 무능력 수준의 심각한 정도에 따라 제공되는 서비스의 수준이 결정된다.

리저널센터에서 실시하는 주요 평가인 CDER는 주 정부의 발달장애국(Department of Developmental Services)에 사용되고 있는 발달장애인의 진단평가 도구로써 1977년에 제정된 The Lanterman Developmental Disabilities Services Act을 근거로 하여 개발되었다. 평가의 주요목적은 발달장애인들의 욕구에 맞는 가장 적절한 서비스를 제공하기 위한 것이다. 리저널센터의 평가팀은 CDER의 자료를 바탕으로 하여 발달장애인에게 필요한 서비스 욕구(service needs)를 파악하고 그 욕구를 충족시키기 위하여 종합적인 서비스 전략을 수립한다. CDER에 도출된 발달장애인의 평가정보는 리저널센터의 사례관리자들이 발달장애인의 욕구에 적합한 프로그램을 파악하고, 이를 적절히 배치하기 위하여 사용된다. 예를 들면, 어떤 발달장애인이 근육운동기능도 양호하고, 자립 생활 능력도 갖추고 있고, 인지나 의사소통도 원활하고, 직업을 가질 수 있는 능력도 있으나, 사회적 정서적 능력이 결핍되었다고 CDER에 기록되었다면, 사례관리자는 이 기록에 근거해서 이 장애인에 특

별한 욕구에 맞는 서비스를 찾아서 배치한다.

CDER는 크게 진단과 평가의 2개 부분으로 구성되어 있다. 진단 부분에는 개인의 포괄적인 발달에 관한 내용, 가장 중요하다고 생각되는 장애에 대한 내용 등을 기록할 수 있는데 반드시 의사나 임상심리 전문가가 기록해야 한다. 평가 부분에는 장애인의 기능발달수준을 기록하는데 다음과 같이 6개 영역으로 구성 되어 있다.

- 근육운동 영역(Motor Domain)
- 자립생활 영역(Independent Living Domain)
- 사회성 영역(Social Domain)
- 정서 영역(Emotional Domain)
- 인지 영역(Cognitive Domain)
- 의사소통 영역(communication Domain) 등이 있다.

각 영역별 평가항목은 총 66개 항목으로 구성되어 있는데 구체적으로 내용은 아래와 같다. 평가 부분의 6개 영역의 각 항목에 대한 평가 지침이 있다.

① 근육운동 영역(7개 항목)

- ㉠ 구르기과 앉아있기
- ㉡ 손의 사용
- ㉢ 팔의 사용
- ㉣ 기어 다니기와 서있기
- ㉤ 이동하기
- ㉥ 계단 오르기
- ㉦ 휠체어 기동성

② 자립생활 영역(19개 항목)

- ㉧ 음식 준비
- ㉨ 침대 정돈
- ㉩ 설거지하기
- ㉪ 가벼운 가사일 하기
- ㉫ 기본적인 의학적 자가 처치
- ㉬ 자가 약물투약
- ㉭ 음식섭취
- ㉮ 화장실 사용

- ㉔ 소변 조절 능력 수준
- ㉕ 대변 조절 능력 수준
- ㉖ 개인 위생(청결)
- ㉗ 목욕
- ㉘ 복장 착용
- ㉙ 익숙한 장소로의 이동
- ㉚ 익숙하지 않은 장소로의 이동
- ㉛ 운송수단의 이용
- ㉜ 현금 관리
- ㉝ 물건 구입
- ㉞ 공공 식당에서의 음식 주문
- ③ 사회적 영역(7개 항목)
 - ㉟ 동료들과의 일대일 상호 작용
 - ㊱ 동료들과는 다른 사람들과의 일대일 상호 작용
 - ㊲ 우정관계(긴밀한 사회적 관계) 형성
 - ㊳ 우정의 유지
 - ㊴ 사회활동 참여
 - ㊵ 그룹 공동 과제 수행
 - ㊶ 수용 불가능한 사회적 행동 (절도, 지나친 괴성, 괴롭힘, 거짓말)
- ④ 정서 영역(15개 항목)
 - ㊷ 공격성
 - ㊸ 자해행동의 빈도
 - ㊹ 자해행동의 심각성
 - ㊺ 배설물로 더럽히기
 - ㊻ 자산 파괴행위
 - ㊼ 뛰어 다니거나 배회하는 행동
 - ㊽ 우울증과 같은 행동 (무관심, 지나치게 울거나 슬퍼함, 자살 위협)
 - ㊾ 좌절에 대한 대응
 - ㊿ 상동행동
 - ⓫ 부적절한 옷 벗기
 - ⓬ 과잉행동
 - ⓭ 분노표출
 - ⓮ 저항

- ㉟ 사회적 관계 변화에 대한 적응력
- ㊱ 물리적 환경 변화에 대한 적응력
- ⑤ 인지 영역 (9개 항목)
 - ㉠ 청각 인식
 - ㉡ 시각 인식
 - ㉢ 시간 개념을 가진 사건 진행과 행동 수행
 - ㉣ 숫자 인식
 - ㉤ 쓰기 기능
 - ㉥ 읽기 기능
 - ㉦ 주의 집중할 수 있는 시간
 - ㉧ 안전 인식(안전 규칙을 따르고, 위험 상황 모면하기)
 - ㉨ 지시와 의사 표시의 기억
- ⑥ 의사소통 영역(9개 항목)
 - ㉠ 단어 사용
 - ㉡ 의미 있는 비언어적 의사소통
 - ㉢ 수용 가능한 비언어적 의사소통
 - ㉣ 수용 가능한 언어
 - ㉤ 의미 있는 언어
 - ㉥ 수용 가능한 표시 언어(손짓, 몸짓)
 - ㉦ 의미 있는 표시 언어
 - ㉧ 의도를 지닌 의미 있는 의사소통
 - ㉨ 언어의 명료성

FRANKLAND FACTOR는 매우 객관성을 지닌 신뢰성 있는 자료로 이미 조사된 CDER의 자료를 바탕으로 작성된다. 그러나 CDER 상의 모든 자료를 참고로 하기보다는 발달장애인의 행동수준을 평가하기 위해 CDER의 정서영역 15항목 가운데에서 34번 공격성, 35번 자해행동의 빈도, 36번 자해행동의 심각성, 37번 배설물로 더럽히기, 38번 자산 파괴행위, 39번 뛰어 다니거나 배회하는 행동, 41번 좌절에 대한 대응, 44번 과잉행동, 45번 분노표출, 46번 저항 등 10개 항목을 바탕으로 작성되며, 각 항목의 평가기준 중에서 매우 심각한 행동 수준을 기술하고 있는 1번 ~ 3번 내지는, 1번 ~ 2번의 평가기준이 채점항목으로 사용된다.

FRANKLAND FACTOR 평가자는 발달장애인의 행동 수준에 따라 해당 평가기준 항목에 적절한 점수를 부여하며, 항목별 채점이 끝나면, 10개 항목에 부여된 각각의

점수를 모두 합계하여 FRANKLAND FACTOR 점수가 산정된다. 산정된 점수가 0점 ~ 10점이면 행동 수준이 매우 낮고, 11점 ~ 20점이면 경미한 행동수준이고, 21점 ~ 30점이면 중도 행동수준이며, 31 점 이상이면 심각한 행동수준인 것으로 판정한다.

2) 장애 영유아 아동의 서비스 판정 관련 연구

1986년에 전장애아동교육법이(Education of All Handicapped Children Act, Amendments of 1986)개정되면서 신생아부터 2세 (Part H of IDEA)그리고 3세부터 5세(Part ZB of IDEA) 들을 서로 다른 서비스 시스템에서 지원받게 하면서 같은 유아지만 서비스 제공을 위해서 다시 다른 기준으로 서비스 적격성 심사를 받아야 하는 문제점이 생겼다. 따라서 장애를 가진 영 유아 아동이 유치원으로 전환할 때 영 유아기와 학령기 대상자에 대한 적격성 판정 차이로 인해 서비스 지원을 받지 못하는 경우가 많아지면서 미국 전역에서 관련된 적격성 정책을 수집하는 연구가 있었다 (Frank Porter Graham Child Development Center, 1992).

연구 결과를 살펴보면 대부분의 주에서는 적절한 서비스지원이 되지 않으면 위기 집단이 될 수 있는 요인들을 중심으로 장애영유아 서비스 판정기준을 삼고 있었다. 30개 이상의 위험요인들을 판정기준으로 하는 주도 있으며 다면위기모델을 적용하는 주에서는 다양한 의료적 상황과 환경 요인들을 함께 고려하기도 하였다. 보고서 결론에서는 위기집단에 속한 영 유아 들이 3세가 되면 지역 내 헤드스타트 (Head Start) 등에 연계할 수 있는 관련부처간의 네트워크를 통해 서비스를 지원하여 위기집단에 있는 영유아들이 서비스 중단으로 인해 피해가 되지 않도록 하는 것이 중요하다고 지적하였다.

3) 장애학생의 교육서비스 제공을 위한 판정

1990년 미국장애인법(ADA: Americans with Disabilities Act 제정으로 인한 장애학생 지원에 대한 보장성과 전 장애아동교육법(IDEA: Individuals with Disabilities Education Act) 강화로 인해 학습장애를 가진 학생들의 대학 진학률이 높아지면서 학습장애 학생들의 교육권 보장에 대한 논의가 꾸준히 진행되고 있다. 학습장애를 평가하는 목적은 부적절한 교육으로 인한 학습 지진, 영어에 익숙하지 않은 이민자 또는 학습능력이 떨어지는 학생들과 학습장애를 가진 경우를 차별적으로 선별하는 것이다.

IDEA 법안에서 학습장애란 ‘같은 학습 환경에서 연령또래보다 표현 언어, 청취

이해력, 논술, 독해, 읽기, 수학 계산능력 또는 수학능력 중 한 개 또는 그 이상으로 문제가 있는 경우이다. 그러나 만일 학생이 시각, 청각, 지적장애, 정서장애 그리고 환경, 문화 또는 경제적으로 열악한 상황으로 인해 개인의 능력과 성과에 어려움이 있는 경우는 제외한다' 라고 명시하고 있다. 즉, 학습장애는 다른 장애로 인한 영향으로 학습에 장애가 있는 경우가 아닌 특정 분야에 학습적 어려움이 있는 경우를 뜻한다. 2001년 콜로라도 주 교육부에서 학습장애를 가진 학생들의 평가를 위해 각 학습장애영역을 평가할 수 있는 표준화된 평가도구들을 소개하고 학습현장에서 사용할 수 있는 지표들을 제시하였다.

Crank과 Deshler(2001) 는 미국 중부에 소재하고 있는 대형 주립대학에서 학습장애를 가지고 있는 학생들이 대학에서 필요한 지원을 받기 위한 서비스 적격성 심사과정에 대한 연구를 실시하였다. 연구 내용을 요약하면 표준화된 도구를 적용하여 적격성 심사 기준을 적용시킨 결과 같은 학습장애를 가진 학생이라도 학습능력에 문제가 없는 경우는 서비스 대상에서 제외시켜 학습장애로 인해 학습능력이 현저히 떨어지는 학생들에게 집중적인 지원을 할 때 대학에서 학습장애를 가진 학생들에게 가장 효율성 높은 학습지원 서비스를 제공할 수 있다는 연구 결과를 제공하였다.

이러한 적격성 기준의 타당성을 인정받기 위해서는 학습 장애로 인한 학습의 어려움 정도를 판정할 수 있는 선별적 방법과 임상중심 방법을 적용해야 한다고 강조하였다. 이 연구에서 사용된 표준화된 평가도구는 우리나라의 대입 고사와 같은 Stanford Achievement Tests(SAT)를 실시하였고 이 도구에 의해 서비스 필요성이 인정되는 학생들에게는 2차적으로 독해, 논술기능 그리고 수학능력을 평가할 수 있는 Woodcock Johnson Psycho-Educational Battery Achievement Test를 실시하였다. 2차 검사에서 걸러진 대상자는 마지막으로 단어이해도를 검사하는 Peabody Picture Vocabulary Test 와 문제해결능력을 평가하는 Raven's Progressive Matrices Test 를 실시하여 학습장애로 인한 학습이 어려운 학생들을 세밀하게 선별하는 과정을 실시하였다. 이와 같은 방법을 거쳐 같은 학습장애를 가지고 있다고 해도 학습장애로 인해 학습능력에 영향을 받고 있는 학생들을 정확하게 선별하여 꼭 서비스가 필요한 학생들에게 집중적인 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하여 학습지원 서비스의 효율성을 높이고 있다.

4) 지적 장애를 가진 학생들을 위한 판정과 서비스

지적장애를 가진 자들의 평가와 지원을 위한 가이드(Assessment and Decision

Making Technical Assistance Guide for Mental disability)(1997, Iowa Department of Education) 라는 보고서에서 지적장애를 가진 학생들의 학습목적에 맞는 서비스를 제공하기 위해서는 각 개별 학생을 대상으로 다학문적 전문가에 의해 개별 욕구와 필요성을 파악하기 위한 평가를 실시해야 한다고 강조하였다. 이러한 평가과정에서 개별학생의 부족한 부분만을 평가하는 것은 의미가 없으며 현재 개별학생의 교육활동 및 적응행동기술을 평가하여 지원계획과 연동하는 것은 방안을 마련하는 것이 효과적인 학습지원을 할 수 있는 토대라고 지적하였다. 즉, 지원목적없는 평가는 의미가 없다는 것이다. 따라서 평가 자료는 평가목적에 부합하게 수집이 되어야 하며 신체 및 정신적 장애에 대한 평가는 표준화된 평가나 의료평가 등을 활용하는 것이 적절하며 미래 활동(학교 진학이나 지역사회 내 이용시설 또는 근로활동)에 대한 평가는 현장평가가 더 효율적인 방안이라고 제시하였다.

이 보고서에서는 지적장애학생을 평가하는데 필요한 지침을 제공하였다. 1) 평가 관련자들은 평가의 목적을 정확히 인식하여야 한다. 2) 평가는 현재 장애정도를 결정하고 분류하는 것이 아니라 문제행동 해결을 위한 것이다. 3) 평가도구의 한계점에 대해 관련자에게 인지시켜야 하며 평가과정과 결과에 대한 정보를 제공하여야 한다. 4) 평가도구는 타당성과 신뢰도를 인정받은 것으로 실시하여야 한다. 5) 평가 도구와 실시과정에서 문화적, 인종별 그리고 언어적으로 차별하지 않아야 한다. 6) 평가는 다면적으로 실시되어야 한다. 다면적 평가를 위해서 다양한 관련자(선생님, 부모, 학생 그리고 학생을 잘 알고 있는 서비스 제공자 등) 들의 의견을 수용하고 평가하는 상황까지 고려하여야 한다. 또한 표준화된 도구를 사용하되 필요 시 장애를 고려한 다른 방안이 평가방안도 고려하여야 하며 교실, 집, 일터 또는 지역사회 등 다양한 환경에서 이뤄져야 한다. 7) 단 한 번의 시점에서 평가를 실시하는 것이 아니라 평가는 정보를 수집한다는 개념으로 인식하는 것이 필요하다. 8) 평가과정은 개별 학생의 성과들을 취합하기 위해 의미 있고 관련된 정보를 수집하는 것이다. 9) 평가과정은 개인의 장점과 단점을 파악하는 것이다. 10) 현재 개별학생이 생활하는 실제 환경에서 평가하는 것이 매우 중요하다. 11) 장애학생의 학습 성과물 등 다양한 결과들을 가지고 실시하여야 한다. 12) 적응행동평가는 개별학생의 공식적이고 구조적인 면접도 하여야 하지만 학생 주변의 사람들과의 인터뷰 등을 통해 같은 문화권의 같은 연령대 친구들과 차이가 있는지를 중심으로 고려하여야 한다. 13) 최종 결과는 다학문적 전문가들에 의해 수집된 양적 및 질적 자료를 가지고 종합적인 평가를 실시하여야 한다.

지적장애를 평가함에 있어 중요한 지능검사도 학습적인 측면만이 아닌 학생의 생활전반에서 평가되어야 하며 적응행동검사도 연령대에 따라 영역에 차이가 있어

이를 고려할 필요성을 제기하면서 아래 표13을 제시하였다.

<표13> 연령별 적응행동 검사 영역

0-6세	6-13세	14-21세
의사소통 자기 관리 사회성 신체 발육	의사소통 자기 관리 사회성 가정생활 지역사회 생활 자기 지시 건강관리 및 안전 기능교육 여가활동	의사소통 자기 관리 사회성 가정생활 지역사회 생활 자기 지시 건강관리 및 안전 기능교육 여가활동 직업

출처: AAMR(1992)

5) 보조공학을 제공받기 위한 서비스

1992년에 유타 주에서 보조공학 예산지원을 위한 가이드 책을 개발하기 위해 미국 연방장애연구소(NIDR:National Institute on Disability and Rehabilitation)에서 연구 지원비를 받아 유타주립대학 내 보조공학센터에서 보조공학 지원을 받기 위한 서비스 적격성 연구를 실시하였다.

장애학생의 경우에는 보조공학서비스를 받을 수 있는 대상자는 장애를 가진 3세부터 21세 학생들이며 기본적으로 보조공학 서비스를 받기 위해선 이동성, 의사소통 그리고 학습에 어려움이 있어 보조공학서비스가 필요하다는 전문가(다학문적 팀)에 의해 사전 서비스 적격성을 승인받아야 한다. 그 외 대상자는 각 보조공학 서비스 예산을 지원할 수 있는 기관에서 제시하는 적격성 심사를 따로 받아야 한다. 예를 들어 직업재활서비스를 통해 보조공학서비스를 지원받기 위해서는 우선적으로 직업재활국(Division of Vocational Rehabilitation)에서 실시하는 기본 서비스 적격성인 신체 또는 정신적 장애로 인해 취업을 하는데 상당한 어려움이 있으며 직업재활서비스를 통해 혜택을 받을 수 있다는 서비스 적격성 기준을 통과하여야 한다. 이러한 적격성 심사 후 개별고용계획서(IPE: Individualized Plan of Employment)에서 취업을 하거나 직장생활을 유지하는데 보조공학서비스가 필요하다는 계획서를 작성해야 한다. 보조공학을 위한 100%지원을 받기 위해서는 제정육구평가를 통해 보조공학서비스를 스스로 지원하기에는 경제적 어려움이 있다는 것을 증명하여야 한다.

2. 시사점

미국의 장애판정체계를 살펴보면 우리나라의 시사점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 각 장애서비스 목적에 맞는 장애판정체계의 합리성과 체계성이다. 미국에서 가장 엄격한 장애판정을 실시하고 있는 사회보장국은 수급 적격성 심사를 위해 장애를 증명하는 관련 의료자료들을 제출해야 하며 의사에 의해 잔존 기능 능력 (RFC: Residual Functional Capacity) 의 평가들을 요구하지만 이와 더불어 5단계의 평가 과정들을 구비하고 있다. 이러한 과정에서 중요시 되는 기본 개념은 근로능력 여부이다. 장애연금을 지급하는 조건이 장애로 인해 생산적인 취업활동을 할 수 없다는 것이 장애연금 평가의 목적이기 때문이다. 따라서 첫 단계부터 일정정도 직업생활을 할 수 있는 능력이 되는 지를 질문한다. 그 외 단계에서도 근로능력을 추가적으로 평가하기 위해 신청인의 건강상태가 장애를 입기 전의 업무를 수행할 수 있는지 여부와 현재 직업을 가질 수 있는 지를 중점적으로 평가하고 있다. 이러한 과정에서 신청인의 의료적 상태, 연령, 교육, 직업경험 그리고 전이 가능한 기술 (transferable skill)을 바탕으로 종합적인 취업가능성을 분석하고 있다. 결과적으로 미국의 장애연금은 근로능력이 전혀 없을 때 지급이 되고 있다.

우리나라에서도 장애연금과 같은 서비스는 근로능력을 중심으로 제공되어야 할 것이다. 근로능력은 장애정도와는 다른 차원의 개념이다. 장애정도가 중증이라 해도 개인의 직업력 및 학력 그리고 장애가 직무수행에 미치는 영향 정도가 다르기 때문이다. 장애연금은 근로능력이 없을 때 소득보장의 차원으로 지급되기 위해서는 현재 우리나라처럼 장애등급 상 중증을 대상으로 하는 장애연금 기준은 보완이 필요할 것이다. 즉, 우선적으로 장애연금의 목적을 정확하게 선정하고 난 후 장애연금과 같이 소득보장의 성격이 있는 경우에는 장애유형과 정도에 의해 결정되는 장애등급에 영향을 받는 것이 아니라 개별 장애인의 근로능력을 종합적으로 판단할 수 있는 장애연금 심사과정이 마련되어야 할 것이다.

미국의 경우 장애연금 수급을 위한 장애판정은 까다로운 과정을 거치지만 그 외 장애인복지 서비스를 받기 위해서는 서비스 내용과 목적에 따라 서비스 적격성을 심사하고 있다. 캘리포니아 주 리저널센터에서는 발달 평가보고서 (CLIENT DEVELOPMENT EVALUATION REPORT: CDER)를 바탕으로 필요한 서비스 종류와 수준을 결정하고 있다. CDER에 의해 행동 수준을 평가하는 FRANKLAND FACTOR를 통해 필요한 서비스 적격성에 적용하고 있다. 문제행동을 보이지 않으며, 자기 스스로 돌보기가 가능한 발달장애인들은 서비스 레벨 1이 부여되며 이 수준에 맞게 필요한 수준의 돌보기와 보호와 관찰 서비스를 제공한다. 반면 심각한 분열성 행동과 자해행동, 공격적 행동을 하며, 신체적 움직임과 이동 능력에 있어서 심각한 손상과 결함이 있고, 자기 스스로를 돌보는 기술이 매우 부족한 발달장애인

들에게 전문적인 지도감독을 통해 훈련 서비스를 제공하는 기준인 서비스 레벨4를 부여하고 있다. 이러한 평가결과를 가지고 발달장애인의 서비스 욕구에 적합한 개별적 서비스 계획을 수립하고 이를 효과적으로 제고하는 데 활용하고 있다. 리저널 센터는 이러한 평가과정과 평가에 의한 서비스 계획 및 제공을 통해 필요한 서비스 제공뿐만 아니라 실제 발달장애인에게 제공되는 서비스들을 바탕으로 예산을 수립하고 프로그램의 효과성 관리 및 예방전략 수립 그리고 앞으로 추가적으로 필요한 서비스 자원개발 계획 수립 등을 하고 있다.

현재 우리나라의 경우 발달장애인과 관련된 통상적인 개념은 지적이나 자폐성 장애는 장애등급과 무관하게 모두 중증으로 간주하고 있지만 장기적으로 볼 때 개별 서비스에 따라 서비스 필요성을 중심으로 평가하여 차별성 있게 접근하는 것이 필요할 것이다. 현재 지적 및 자폐성 장애1급이라 해도 사회에서 생활하는데 크게 어려움이 없는 경우가 있는 반면, 장애등급 상으로는 3급이라 해도 사회적으로 생활하는데 많은 지원이 필요한 경우가 흔하게 일어나고 있다. 따라서 기존처럼 장애등급이 아닌 실제 필요한 서비스 들을 서비스가 개발되고 제공되어야 할 것이다.

둘째, 장애판정 시 개인별 접근성을 높이는 방안을 고려해야 할 것이다. 미국의 경우에는 장애판정 시 요구하는 대부분의 제출 서류들은 확실적인 기준이 아닌 개별 장애인이 본인의 장애로 인한 사회참여가 어려운 정도를 증명할 수 있는 관련 서류들을 중심으로 제출하고 있다. 장애인복지 서비스를 제공하는 목적이 개별장애인의 사회참여 또는 개별 장애인의 서비스 필요성이기 때문에 장애판정도 이러한 목적에 맞게 개별 접근을 하고 있는 것이다.

최근 들어 세계적으로 장애를 정의함에 있어 사회심리적인 요소들을 포함하고 있으며 개인별로 접근하는 추세이다. 우리나라에서도 장애등록 과정에서 의료적인 자료만을 활용하지 않고 개인의 다면적인 측면을 평가할 수 있는 포괄적인 접근을 할 필요성이 있다. 각 개인의 여건에 따라 장애가 미치는 영향이 다르기 때문이다. 즉, 최종 장애판정심사 시 신청인의 연령, 환경, 직업/학업 경험 등 비 의료적인 자료 검토를 통해 개별 장애인에 대한 깊이 있는 심사 후 이를 토대로 장애인복지서비스와 연동하는 것이 필요하다.

셋째, 우리나라 장애등급 명칭을 변경하는 방안을 고려해 볼 필요성이 있다. 현재와 같이 장애유형 별 장애등급제가 아닌 장애유형 구분 없이 장애정도에 따라 최중증, 중증 그리고 경증으로 명칭을 변경하는 방안이다. 미국의 직업재활국에서는 크게 장애인의 이동성(Mobility), 언어소통(Communication), 자기관리(Self Care), 사회성(Interpersonal Skills), 지구력(Work Tolerance), 그리고 직업기술(Work Skills)을 중심으로 3가지 이상의 영역에서 어려움이 있으면 최중증이며 2가지는 중증 그리고 그 이하인 경우는 경증으로 판정하고 있다. 이러한 기준은 예산 감축 등의 상황으로 인해 모든 장애인에게 필요한 서비스를 다 제공하지 못할 경우에 재활법에서 제시하고 있는 선택적 지시 (order of selection)에 따라 최

중증장애인에게 서비스 우선권을 주고 있다. 최중증장애인은 더 많은 서비스를 필요로 하기 때문이다. 직업재활국 외 사회보장국이나 그 외 장애인복지 관련기관에서도 기본적으로 장애유무만을 적용하거나 장애 정도에 따라 최중증, 중증, 경증으로 명칭하고 있다. 장애가 있는 것은 서비스 적격성에 기본 전제이지만 같은 장애유형으로 장애정도가 같다고 해도 개별 장애인의 상황에 따라 서비스 필요성에 차이가 있기 때문에 장애정도에 대한 의미는 크지 않다. 장애등급제도는 우리나라와 일본에서 적용하고 있는 제도이다. 일본에서도 장애등급은 유지하고 있지만 이에 대한 문제점을 인식하고 서비스 적격성 제도를 적극 활용하고 있다. 우리나라에서도 장애인들의 역량강화가 급속하게 이뤄지면서 장애인들의 인권적인 측면에서 장애등급에 대한 거부감이 높아지고 있다. 또한 기존의 제공되고 있는 대부분의 장애인복지 서비스 수급자격을 보면 중증 장애인(1-3급)과 경증장애인(4-6급)으로 구분되어지고 있어 현재 통용되는 1급부터 6급까지 장애등급의 필요성이 있는지 고려해야 할 것이다.

넷째, 미국 사회보장국의 재심사 과정의 체계성도 고려할 필요성이 있다. 미국에서 장애연금 신청인은 수급대상에서 탈락되면 장애판정에 대한 재심사를 신청할 수 있다. 재심사과정은 총 4단계로써 첫 번째 단계인 재판정 (reconsideration determination)으로부터 행정법판사(ALJ: Administrative Law Judge), 항소협의회 (Appeal Council) 그리고 마지막 단계로 연방법원(federal court)에게 까지 항소할 수 있다. 이러한 과정에서 신청인은 사회보장국에서 제시하는 필요서류들을 구비해야 하는 책임은 있지만 사회보장국에서도 신청인에게 필요한 지원과 서비스들을 제공하고 있다. 대부분의 신청인들의 경제적 어려움을 고려하여 사회보장국은 재심사과정에서 필요한 버스표 구입이나 자동차 운행비, 그리고 식사경비나 숙박 또는 택시이용료 등의 경비를 지원하고 있다. 현재 우리나라에서도 장애등록 시 그리고 재심사 시 소요되는 비용에 대한 부담이 문제점으로 제기되고 있다. 장애등록 비용 절감에 대해 우리나라 실정에 맞게 지역사회 내 보건소 이용 등을 체계화시켜 장애등록 과정이 저소득 장애인에게 과도한 비용부담으로 인해 피해를 받는 것을 줄이거나 없애는 방안도 마련되어야 할 것이다.

재심사와 관련하여 현재 우리나라에서도 장애판정위원회를 통해 재심사를 실시하고 있다. 그러나 그 과정과 내용이 다소 형식적인 면이 있다. 대부분의 재심과정에서 대면 평가를 통해 개별 장애인에 대한 세밀한 평가를 하는 것이 아니고 제공된 서류심사만으로 가지고 재심사를 하기 때문에 정확한 판단이 어려운 것이 현실이다. 장애인복지 패러다임의 변화와 이로 인한 장애인당사자들의 권리도 높아지고 있다. 최근 들어 장애판정 결과에 대한 재심사 논쟁이 뜨겁다. 미국과 같이 체계적이고 단계적인 재심과정을 구비하여 현 장애판정기준을 악용하는 소수를 선별할 수 있을 뿐만 아니라 장애판정에 의한 선의의 피해자를 줄일 수 있는 체계적인 재심사 과정이 마련될 필요성이 있다. 또한 미국의 사회보장국의 소비자 중심의

이념이 행해지는 장애연금신청 과정도 고려해 볼 필요성이 있다. 미국의 사회보장국은 다양한 방법으로 신청인의 편의를 지원하고 있다. 사회보장급여 신청 방법을 직접 사무실 방문, 전화접수, 우편접수 또는 인터넷접수를 가능케 하여 신청인의 편의를 고려하고 있다.

제2절 일본의 장애등록 및 판정제도

1. 장애등록의 목적 및 현황

일본의 장애인 등록제도는 정부나 지방자치단체가 장애인들에게 다양한 복지서비스를 제공할 목적으로 마련된 것으로, 장애유형별 법률에 따라 장애등록 형태나 내용이 각기 다르며 장애인 복지서비스에 따라 장애등급이 별도로 존재 한다.

장애유형별 장애인관련 법률에 따른 장애등록제도는 신체장애자복지법에 따라 신체장애인의 경우는 신체장애자수첩을 ,지적장애자복지법에 따라 지적장애인의 경우는 요육수첩을(지역에 따라 사랑의 수첩, 녹색 수첩 등으로 명칭이 다름), 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률에 따라 정신장애인의 경우 정신장애자보건복지수첩이 제공된다.

이러한 장애인유형별 법률에 따른 장애유형 및 장애등급별 장애인 현황은 2009년 현재 <표14> 와 같이, 신체장애 5,107,947명, 정신장애 544,314명, 지적장애 816,548명으로 총 6,468,809명에 이르고 있다.

<표14> 일본의 장애등급별 장애인 현황

장애자수 (추계)	1급	2급	3급	4급	5급	6급	계
신체장애	1,556,685	848,211	879,857	1,159,304	332,655	331,235	5,107,947
정신장애	91,718		335,047		117,549		544,314
지적장애	중증		증증장애 이 외			계	
	354,779		461,769			816,548	

출처: 内閣府 障害者施策に関する基礎データ集
<http://www8.cao.go.jp/shougai/data/h23.html>

한편, 일본은 장애유형별 법률에 따라 장애인수첩을 교부받은 사람이외에도 난치병 환자들을 비롯해 장애인복지서비스가 필요한 사람들이 존재하고 있다는 점을 감

안해, 장애유무와 관계없이 국가가 상호 인격과 개성을 존중하며 국민이 안심하고 생활할 수 있는 지역사회를 만들어간다는 목적아래 2005년 장애인자립지원법을 제정하고 2006년 시행에 들어가면서 장애인복지서비스 이용을 위한 장애인정조사를 실시하고 있다.

2. 장애판정 방안 및 절차

일본의 장애판정과 절차는 크게 두 가지로 나뉘어져 있다. 첫째는 각종 장애유형별 법률을 토대로 장애인 수첩이 교부되는 장애판정, 둘째는 복지서비스 지급 대상을 결정하기 위한 장애인정조사 장애정도 구분이다.

이러한 장애판정과 장애인정조사에 다른 장애정도 구분은 등급 기준이나 절차에 있어서 여러 가지 차이를 보이고 있어, 이를 나누어 정리하면 다음과 같다.

1) 일본의 개별 장애유형별 법률에 근거한 장애 판정과 절차

일본의 장애유형별 법률은 크게 신체장애는 신체장애자 복지법, 지적장애는 지적장애자 복지법, 발달장애는 발달장애지원법, 정신장애는 정신보건 및 정신장애자복지법으로 나뉘어져 있다.

(1) 신체장애자복지법에 따른 장애판정과 절차

① 신체장애자복지법에 따른 장애판정

신체장애자복지법에 따른 신체장애는 <표15> 에서와 같이 시각장애, 청각 및 평행기능 장애, 음성기능·언어기능 또는 저작기능 장애, 지체부자유, 심장·신장·호흡기·방광 혹은 직장·소장·HIV에 의한 면역·간장의 기능 장애 등으로 구분되어 있다.

특히 지체부자유는 경우는 장애부위나 기능상의 장애정도에 따라 상지장애, 하지장애, 체간장애, 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능장애로 세분화되어 있다.

이들 장애는 일반적으로 1급에서 6급으로 구분되며 1급으로 갈수록 장애정도가 중중에 속하나 상지장애, 하지 장애, 체간장애, 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능장애와 같은 지체부자유는 경우 1급에서 7급으로까지 구분된다.

또, 동일한 등급에 대해 두개의 장애가 중복된 경우는 한 단계 위의 등급을 부여 받게 되고 지체부자유 7급에 해당하는 장애가 2개 이상 중복하는 경우는 6급으로 산정된다.

장애정도와 장애를 구분하는 기준은 시각장애의 경우 <표15>와 같이 시력과 시야에 의해 결정되어지며 한쪽 눈의 시력이 0.02이하이고 다른 쪽 시력이 0.06이하인 자로 양쪽 눈의 시력의 합이 0.2를 넘을 경우 시각장애로 판정된다.

<표15> 신체장애자 장애정도 등급

장애 구분		1급	2급	3급	4급	5급	6급	7급
시각장애		○	○	○	○	○	○	
청각 및 평행 기능 장애	청각장애		○	○	○		○	
	평행기능 장애			○		○		
음성기능,언어기능 또는 저작기능 장애				○	○			
지체부자유	상지	○	○	○	○	○	○	○
	하지	○	○	○	○	○	○	○
	체간	○	○	○		○		
	영유아기이상의 비진상지기능 행성 뇌병변에 의한	○	○	○	○	○	○	○
	운동기능장애	○	○	○	○	○	○	○
심장,신장, 호흡기, 방광, 혹은직장, 소장, HIV에 의한 면역, 간장의 기능 장애	심장기능장애	○		○	○			
	신장기능장애	○		○	○			
	호흡기기능장애	○		○	○			
	방광 또는 직장장애	○		○	○			
	소장기능장애	○		○	○			
	HIV면역기능장애	○	○	○	○			
	간장기능장애	○	○	○	○			

청각장애의 판정기준은 청력레벨로 판정하며 청력레벨이 70데시벨 이상이거나 한 쪽 귀의 청력레벨이 90데시벨 이상이고 다른 쪽 귀의 청력레벨이 50이상인 경우 청각장애로 판정된다.

평형기능장애는 평형기능의 장애 정도에 따라 구분되어지며, 음성기능, 언어기능 또는 저작기능 장애의 경우 음성기능, 언어기능 또는 저작기능의 상실 정도에 따라 판정된다.

지체부자유 중 상지장애의 경우는 상지 기능의 상실 정도, 관절의 기능의 장애정도, 몇 번째 손가락의 기능이 어느 정도 상실되었는지에 따라 장애정도와 장애유무가 결정된다. 한편 하지장애의 경우는 하지 기능의 상실 정도, 발가락 기능의 장애정도, 관절의 기능의 장애정도, 몇 번째 발가락의 기능이 어느 정도 상실되었는지에 따라 장애정도와 장애유무가 결정되며, 체간장애의 경우는 체간의 기능장애로 인

해 앓아 있을 수 있는지, 서 있을 수 있는지, 보행이 가능한 지 등에 따라 장애등급이 결정된다.

영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동 기능장애 중 상지기능장애의 경우는 상지를 사용하는 일상생활 동작, 사회생활, 상지의 기능장애 여부 등에 따라 장애등급이 결정되며 이동기능장애는 보행 정도, 일상생활동작, 사회생활동작, 이동기능의 제약 등에 따라 장애등급이 결정된다.

<표 16>장애유형별 진료 및 검사항목

장애	검사항목
시각장애	시력, 시야, 중심시야, 현상태(외안, 중간투광체, 안저)
청각장애	청력, 청력검사결과, 망막상태
평행기능 장애	평행실조 상태, 폐안기립, 개안직선보행 10m, 폐안직선 보행 10m,
음성기능,언어기능 장애	발성상태, 의사소통 정도
저작기능 장애	장애상태, 저작 및 삼킴 기능 장애정도
지체부자유	신경학적 기타 기능장애(감각장애, 운동장애, 기인부위, 배뇨배변기능장애, 형태이상), 동작 및 활동 정도,관절가동역(ROM), 근력테스트(MMT)
뇌병변에 의한 운동기능장	상지기능장애, 이동기능장애
심장기능장애	임상소견, 복부 방사선소견, 심전도소견, 활동능력 정도, 인공 신장, 기타 수술 상태
신장기능장애	신장 기능, 검사소견, 임상소견, 일상생활 제약, 현재까지의 치료내용,
호흡기기능장애	신체측정, 활동능력정도, 복부방사선소견, 환기기능, 동맥혈가스
방광 또는 직장장애	뇨로변형stoma, 고도의 배뇨기능장애 장관stoma, 치료곤란 장루, 고도의 배변기능 장애
소장기능장애	소장절제 경우(수술소견, 소장 조형소견), 소장질환의 경우(병변부위, 범위 기타 소견), 영양유지방법, 변의 성질, 검사소견(적혈구수, 혈색소량, 혈청 총 농도, 혈청알부민농도, 혈청 총 콜레스테롤농도, 중성지방, 혈청 나트륨농도, 혈청 칼륨농도, 혈청 크롤 농도, 혈청 마그네슘농도, 혈청칼슘 농도)
HIV면역기능장애	HIV항체 검사법 결과, 에이즈발병상황, CD4장성 림프구 수,검사소견(적혈구수, Hb양, 혈소판수,HIV-RNA 양), 일상생활활동제약 정도
간장기능장애	간성병변, 복수, 혈청알부민치, 프로토론빈 시간, 혈청 총 비리루빈치, 장애변동 요인, 간 이식수술 유무 및 항면역요법 실시유무, 보완적 간기능진단(혈청총 비리루빈치, 혈중 암모니아농도, 혈소판수), 상태에 영향을 미치는 병력(원발성 간암 치료, 특발성 세균성 복막염치료, 위식도 청맥 치료, B형감염 또는 C형 감염), 일상생활활동 제약(피로

장애	검사항목
	감 정도, 구토 정도, 통증을 수반한 근육경련 정도)

심장기능장애, 신장기능장애, 호흡기기능장애, 방광 또는 직장장애, 소장기능장애, HIV면역기능장애, 간장기능장애는 일상생활의 제약정도와 사회에서 일상생활의 제약정도에 따라 장애정도가 결정된다. 즉, 일본의 장애인수첩을 교부받기 위한 장애 판정기준은 대부분의 의학적 판단을 근거라고 하고 있으며 장애정도의 차이는 그에 따른 일상생활이나 사회생활 등에 있어서의 기능 제약 정도로 구분하고 있다.

② 신체장애자복지법에 따른 장애판정 절차

신체장애자복지법에 따라 신체장애자수첩을 교부받고자 할 경우 각 구·시·정·촌 창구에 신청하면, 일반적으로 1개월 정도 후에 신체장애자수첩이 교부된다.

신체장애자수첩 교부를 희망하는 경우는 <그림6>와 같이 신체장애자복지법에 따라 지정된 지정병원에서 진찰을 받고 진단서를 교부받은 후 각 구·시의 복지사무소나 정·촌의 장애인복지담당과에 수첩교부 신청서를 제출하면 된다.

이러한 수첩교부 신청을 받은 각 구·시의 복지사무소나 정·촌의 장애인복지담당과는 지역에 설치되어 있는 심신장애자복지센터에 전달하고, 심신장애자복지센터는 제출된 신체장애자 진단서, 교부신청서를 토대로 장애인수첩 교부 여부를 결정하게 된다.

이때 신체장애자복지법에 해당되지 않는 경우나 등급 인정에 있어서 전문적인 심사가 필요한 경우는 각 시·정·촌의 사회복지협의회에 자문을 구하는 한편, 지정의사회의를 통해 진단서 내용과 의견서를 재검토하고 있다.

최종적으로 신체장애자수첩 교수자로 결정된 경우 심신장애자복지센터는 각 구·시의 복지사무소나 정·촌의 장애인복지담당과에 결과를 통보하고 이들 기관을 최종적으로 신체장애자수첩 교부 희망자에게 수첩을 교부한다.

(2) 지적장애·발달장애·정신장애 관련 법률에 따른 장애판정과 절차

① 지적장애·발달장애·정신장애 관련 법률에 따른 장애판정

지적장애자복지법에 따라 요육수첩을 교부받는 지적장애의 판정기준은 <표17>과 같이 지능지수에 따라 중증과 중증이외의 자로 구분하고 있으나 지적장애의 판정기

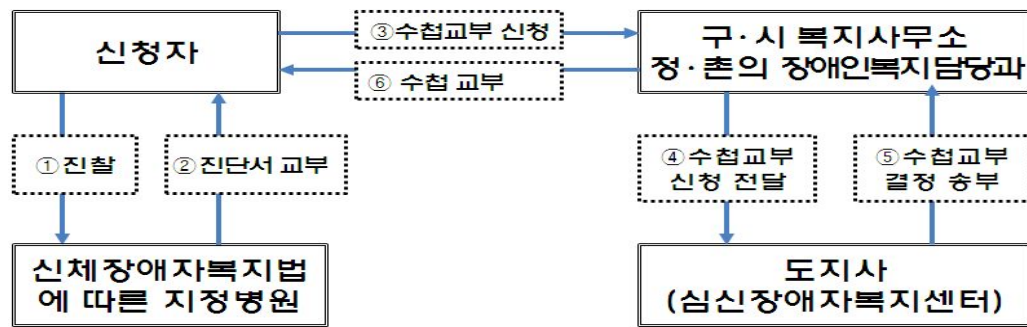


그림6 신체장애자수첩 교부 절차

준은 도·도·부·현 및 시·정·촌에 따라 각기 다르다. 법률에 따라 2개 등급으로 구분하는 지역이 있는가 하면 일부 지역의 경우 지적장애 등급을 A, B, C 등급으로 구분하는 경우도 있어 지역별 차이가 나타나고 있다.

그러나 일반적으로 지적장애를 구분하는 기준은 지능지수의 점수를 기반으로 하고 있으며 지능지수가 35이하인자로 일상생활의 개호를 필요하거나 흥분 등의 문제가 있는 자 또는 지능지수가 50이하로 시청각 및 지체부자유 등의 장애가 있는 경우를 중증으로 구분하고 그 외의 경우를 경증으로 구분하고 있다.

구체적으로는 <표17>에서와 같이 신체장애를 겸하고 있는지 여부, 일상생활의 개호 필요도, 지능지수 등에 따라 장애정도의 중증·경증이 결정된다.

<표17> 지적·정신·발달장애정도 등급

장애유형	급수	
지적장애	중증	지능지수가 35이하인 자로 식사, 착탈의, 배변 및 세면 등 일상생활의 개호를 필요로 하거나 흥분 등의 문제행동이 있는자. 지능지수가 약 50이하로 시각, 청각, 지체부자유 등의 장애가 있는 자
	경증	중증 이외의 자
정신장애	1급	일상생활 능력이 불가능한 자
	2급	일상생활이 현저히 제한을 받거나 또는 일상생활에 현저히 제한을 더해 주어야 할 필요가 있는 자
	3급	일상생활 혹은 사회생활이 제한을 받거나 또는 일상생활 혹은 사회 생활에 제한을 더해 주어야 할 필요가 있는 자
발달장애	-	뇌기능 장애로 그 병태가 평상시 저연령층에서 발생하는 자 중 언어장애, 협조운동장애 기타 후생노동성에서 정하는 장애

정신장애의 경우에는 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률에 따라 정신장애

수첩을 교부받고 있으며 장애정도는 일상생활능력의 제한정도에 따라 1급에서 3급으로 구분하고 있다. 정신장애의 판단에 있어서는 치료내용, 현재의 병 상태, 검사소견, 생활능력 상태, 장애인복지 등 서비스 이용 상황 등이 활용되고 있다.

한편, 발달장애는 발달장애자지원법에 따라 자폐성, 아스퍼거 증후군, 기타 광범위성 발달장애, 학습장애, 주의결핍 다행성 장애, 기타 이와 같은 뇌기능장애로가 있으며 그 상태가 통상 저연령에 있어서 발견되는 자로 구분하고 있어 장애정도는 특별히 구분하지 않고 있다.

<표18> 지적·정신장애 진료 및 검사 항목

장애	검사항목
지적장애	신체장애유무, 일상생활의 개호 필요도(신변처리, 언어와 사회적 행동), 지능지수
정신장애	발병부터 현재까지의 병역 및 치료 내용, 현재의 병 상태, 구체적인 정도, 검사소견, 생활능력 상태(생활환경, 일상생활능력 판정, 일상생활능력정도, 장애인복지등 서비스 이용 상황

② 지적장애·발달장애·정신장애 관련 법률에 따른 장애판정 절차

일본은 지적장애, 발달장애, 정신장애와 관련해 관련 근거법이 각기 존재함에 따라 장애판정절차에도 차이가 있다.

지적장애로 판정받는 경우에는 요육수첩을, 정신장애로 판정받은 경우는 정신장애 보건복지수첩이 교부되며 발달장애의 경우는 별도의 등록이나 수첩이 교부되지 않는다.

지적장애인에게 지급되는 요육수첩은 지적장애인이 복지서비스를 이용할 때 필요한 것으로 지적장애인에게 일관된 지도와 상담 및 지원조치를 쉽게 받을 수 있도록 하기 위해 마련된 것으로 지역별 차이가 존재한다.

지적장애로 판정을 희망하는 경우는 <그림7>에서와 같이 복지사무소나 지방자치단체의 복지담당에게 신청을 하면 된다. 그러나 요육수첩 신청 후 판정에 있어서는

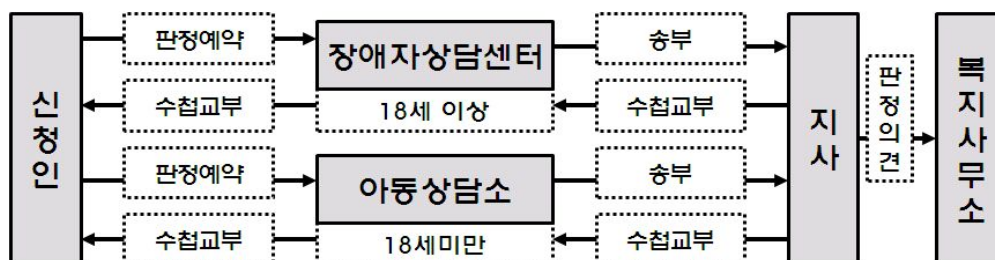


그림7 요육수첩 교부 절차

연령에 따라 판정기관에 차이가 있다. 18세 미만의 경우는 아동상담소, 18세 이상은 지적장애자갱생상담소에서 판정을 담당한다. 이는 일본의 법률제도가 18세 미만의 장애아동에 대해서는 아동복지법에 근거하여 복지서비스가 제공되고 있기 때문이다.

지적장애 판정에 있어서는 지적장애와 일상생활이나 사회생활에 있어서의 행동상의 장애의 양면을 종합적으로 판단하며 정신과 진단서가 있는 경우는 별도의 판정을 받지 않아도 요육수첩 교부 대상자로 인정을 받게 된다.

그러나 성장기인 18세미만의 요육수첩 교부대상자의 경우는 3세, 6세, 12세, 18세에 달하는 때 또는 그 사이에 지적장애 정도에 상당한 변화가 발생한 경우 갱신 신청을 할 수 있다.

한편 정신장애인의 경우는 <그림8>와 같이, 정신장애자수첩 교부를 희망하는 신청인이 거주지 구·시·정·촌 담당창구(특별구 지역은 보건소, 보육센터 등, 시·정·촌 지역은 시청, 초·손의 장애복지주관과 등)에 정신장애자수첩 교부 신청서와 의사 진단서(정신장애에 관한 초진일 부터 6개월이 경과한 날 이후에 작성되어 작성일이 신청일 부터 3개월 이내의 것) 또는 정신장애를 지급사유로 한 장애연금 또는 특별장애급부금을 현재 수급 받고 있다는 사실을 증명하는 서류(연금 증명서 등)의 복사본, 본인 사진, 주소가 적힌 엽서 등을 제출하면 된다.

교부서류를 접수받은 거주지 구·시·정·촌은 관련서류를 지역 내 정신보건복지센터에 송부하고 정신보건복지센터는 정신장애수첩 검토위원회에 판정의뢰를 실시하며 그 결과를 바탕으로 판정결과를 구·시·정·촌을 통해 신청자에게 교부하게 된다.



그림8 정신장애수첩 교부 절차

단, 정신장애수첩은 2년에 한 번씩 갱신을 해야 하며 유효기한 3개월 전에 신청을 해야만 한다.

한편, 발달장애의 경우는 모자보건법이나 학교 보건 안전법에 따라 건강검진을 실시할 때 조기에 발달장애를 발견하도록 하고 있으며, 발달장애가 의심될 경우에는 시·정·촌이나 도·도·부·현에 설치된 발달장애자지원센터에 상담을 실시, 필요한 지

원을 받도록 하고 있다.

2) 일본의 장애인복지서비스 제공을 위한 장애정도구분 인정

(1) 일본의 장애인복지서비스 제공을 위한 장애정도구분 인정

2005년 제정된 장애인자립지원법에 따라 2006년부터 실시되고 있는 장애정도 구분 인정은 그동안 일본의 장애인관련 법률이 장애유형별로 존재하고 있어 장애인복지서비스 제공에 있어서도 복잡하고 장애유형별로 편차가 존재하는 등 문제가 발생되고 있으며 장애정도와 장애판정에 있어 의학적 판정기준의 비중이 높아 장애인의 실질적인 생활상의 기능제약의 상황을 객관적으로 평가하는데 한계가 있다는 지적에 따라 마련된 것이다.

이에 일본은 장애판정에 있어서 장애인의 생활과 환경 및 활동 등을 종합적으로 평가하는 ICF의 철학을 근거로 투명하고 공평한 복지서비스의 지급결정을 실현하는 관점아래 첫째, 신체장애, 지적장애, 정신장애의 특성을 반영할 수 있도록 배려한 3개 유형의 장애 공통의 기준 마련, 둘째, 조사자와 판정자의 주관에 의해 좌우되지 않는 객관적인 기준 마련, 셋째, 판정프로세스와 판정에 있어서 고려사항을 명확히 마련하겠다는 방침을 세워 장애정도구분 인정 기준을 마련하여 시행하고 있다.

장애인자립지원법에 따른 장애정도구분은 구분 1에서 구분 6으로 총 6개 단계로 구분되며 구분 기준은 <표19>와 같이 각 장애정도구분 인정조사표 조사항목별 소요시간 등으로 계산된다.

인정조사표 조사항목별 소요시간은 2005년부터 전국의 60개 시·정·촌 1,800명의 장애인을 대상으로 장애정도구분 판정 등 시행사업을 실시하고, 그 데이터를 분석한 결과와 전문가들의 의견을 추가해 장애정도구분 기준이 마련되었다.

장애인자립지원법에 따른 장애정도구분은 1급에서 6급으로 갈수록 중증으로 타인의 개호가 더 필요한 형태로 구분되며 이는 6급에서 1급으로 갈수록 중증으로 판정되는 장애유형별 법률에 따른 장애정도와 차이가 있다.

한편, 장애정도구분은 상황조사표(조사실시자, 조사대상자, 장애상태 및 등급, 현재 받고 있는 서비스 상황, 지역생활에 관한 감안사항, 취로에 관한 감안사항, 주중 활동에 관한 감안사항, 거주와 관한 감안사항, 기타사항)와 인정조사표, 특기사항을 중심으로 판정하며 필요에 따라 의사진단서 등이 활용된다.

<표19> 장애정도 구분 기준

구분 1	장애정도 구분 기준 시간이 25분 이상 32분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
구분 2	장애정도 구분 기준 시간이 32분 이상 50분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
구분 3	장애정도 구분 기준 시간이 50분 이상 70분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
구분 4	장애정도 구분 기준 시간이 70분 이상 90분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
구분 5	장애정도 구분 기준 시간이 90분 이상 110분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
구분 6	장애정도 구분 기준 시간이 110분 이상의 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태

- ①장애정도 구분 기준 시간은 위의 표 구분마다 정해진 시간 범위의 상태
 ②장애정도 구분 기준시간은 구분 ①의 정해진 시간 범위에 없지만 인정조사 중 행동장애 빈도 또는 수단적 일상생활동작(IADL)에 관한 지원 필요성에 관한 항목 결과를 초안으로 ①의 상태에 상당하다고 인정되는 상태
 ③장애정도 구분 기준 시간, 인정조사의 결과, 특기사항 및 의사의견서를 기준으로 ②의 상태에 해당한다고 인정되는 상태. 또 장애정도 구분 기준 시간은 하루당 개호, 가사원조 등 지원에 필요한 시간을 일정의 방법에 의해 측정된 것이지만, 이것은 장애정도구분 인정을 위해 설정된 기준시간으로 실제 개호 서비스에 필요로 하는 시간인지, 필요로 하다고 예상되는 시간과는 일치하지 않음.

인정조사 항목은 <표20>와 같이 장애자의 특성을 고려하여 판정이 될 수 있도록 개호보험 요개호인정조사항목(79개항목)과 조리나 물건구입이 가능한지 여부 등 IADL에 관한 항목(7개 항목), 다동이나 집착 등 행동장애에 관한 항목(9개 항목), 이야기가 정리되지 않는 등 정신면에 관한 항목(11개 항목) 등 27개 항목을 추가되어 총 106개 항목으로 구성되어 있다.

<표20> 장애정도 인정조사표 내용

종류	내용
(1) 마비, 구축에 관련한 항목	1-1 마비 등의 유무 1-2 관절 동작범위 제한 유무
(2) 이동 등에 관련한 항목	2-1 잠자리 뒤집기 2-2 누운 상태에서 일어나기 2-3 앉은 자세 유지 2-4 양다리로의 선 자세 유지 2-5 보행 2-6 갈아타기 2-7 이동
(3) 복잡한 동작 등에 관련한 항목	3-1 일어서기 3-2 한쪽다리로 선 자세 유지 3-3 세신
(4) 특별 개호 등에 관련한 항목	4-1 욕창 등의 유무

종류	내용
	42 삼키기 43 식사 섭취 44 음수 45 배뇨 46 배변
(5) 신변 돌보기 등에 관련한 항목	5-1 청결 5-2 의복착탈 5-3 약 복용 5-4 금전관리 5-5 전화이용 5-6 일상 의사결정
(6) 커뮤니케이션 등에 관련한 항목	6-1 시력 6-2 청력 6-3-1 의지 전달 6-3-2 본인 독자의 표현방법을 이용해 의사표시 6-4-1 개호자의 지시에 대한 반응 6-4-2 언어이외의 커뮤니케이션 수단을 이용한 설명 이해 6-5 기억·이해
(7) 행동장애	7 행동장애
(8) 특별한 의료에 관련항목	
(9) 사회생활에 관련한 항목	9-1 조리 9-2 식사 차리기와 정리하기 9-3 청소 9-4 세탁 9-5 입욕준비·후 정리하기 9-6 물건 구입 9-7 교통수단 이용 9-8 문자의 시각적 인식 사용

(2) 일본의 장애인복지서비스 제공을 위한 장애정도 구분 인정 절차

일본의 장애인복지서비스를 이용하기 위해서는 장애인자립지원법에 따른 장애정도 구분 인정조사를 받아야 한다.

장애정도 구분을 판정하는데 있어서는 <그림9>와 기타 장애인 복지서비스의 필요성을 종합적으로 판정하기 위해 지급결정 각 단계에 있어서 장애인의 심신 상태, 사회활동이나 개호자, 거주 등의 상황, 서비스 이용의향, 훈련에 관한 평가를 파악한 후 지급결정을 실시하며, 개호급부와 훈련급부는 각각 이용 프로세스가 다르다. 훈련급부의 경우는 일반적으로 1차 판정으로 이루어지며 개호급부가 필요한 경우는 2차 판정까지 이루어진다.

① 상담신청 : 공통

서비스 이용을 희망하는 장애인 또는 장애아동 보호자는 구·시·정·촌 또는 구·시·

정·촌이 위탁을 의뢰한 지정 상담지원사업자에 상담을 한다. 지정 상담지원사업자는 장애인 등의 보건 또는 복지에 관한 전문적인 지식이나 기술을 가지고 있는 기관으로 장애인이나 장애아동 보호자가 서비스를 신청하기 전에 상담이나 신청 절차를 지원하고 있다.

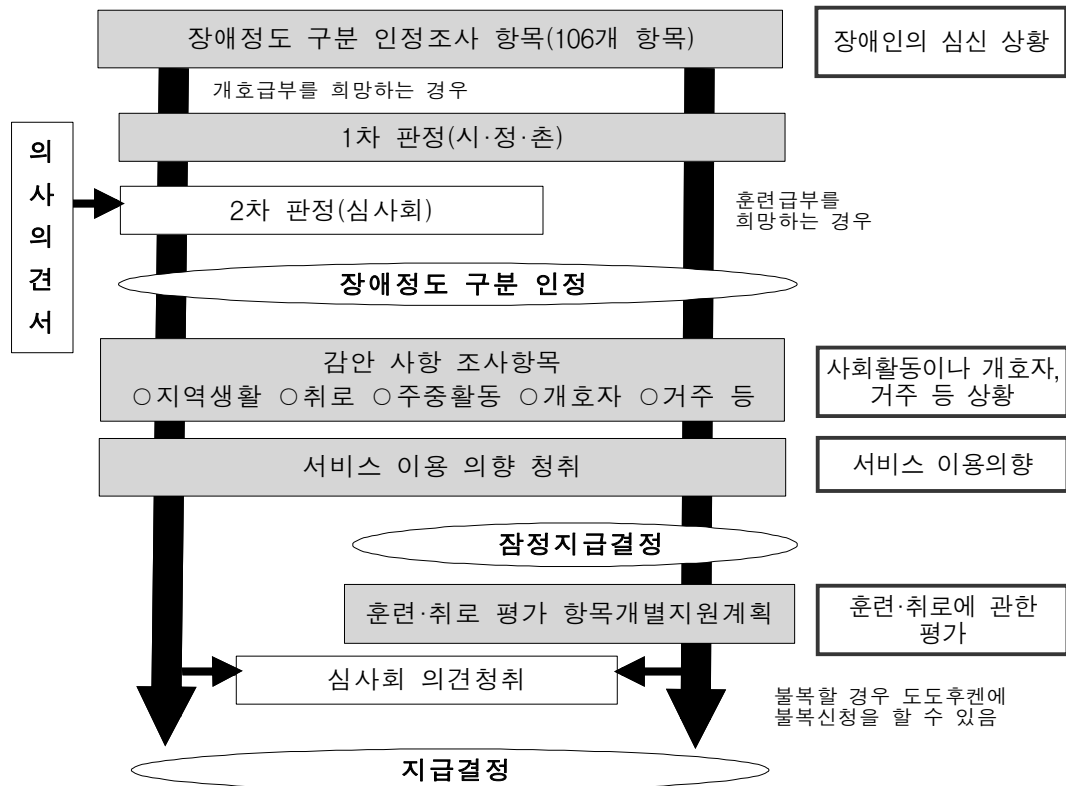


그림9 장애판정 및 서비스 지급 절차

② 이용신청 : 공통

장애인이 이용하고 싶어 하는 서비스가 결정되면 거주지 구·시·정·촌에 서비스 이용을 신청하게 되며 지정상담지원사업자는 서비스 신청을 대행하여 신청할 수 있다. 장애아동의 경우는 보호자가 신청을 대신한다.

③ 장애정도 구분 인정조사 : 공통

장애인의 심신 상태를 종합적으로 판정하기 위해 일정한 연수를 받은 인정조사원에 의해 방문조사가 이루어진다. 조사 내용과 종류는 장애정도 구분 인정조사, 상황조사, 기타 특이사항 등 3가지로 이루어진다.

- 장애정도 구분 인정조사...장애인의 심신 상황을 파악하기 위한 106개 항목 조사
- 상황조사...주중 활동 상황, 본인, 가족, 개호자의 상황, 서비스 이용의향, 거주환경

경 등에 관한 조사

- 기타 특이사항... 장애정도 구분 인정조사에서 파악할 수 없었던 본인의 상황에 관한 조사

④ 1차 판정 (컴퓨터 판정) : 공통

인정조사원에 의해 조사되어 온 106개 항목의 장애정도 구분 인정조사결과를 토대로 컴퓨터에 의해 1차 판정이 이루어진다. 장애정도 구분은 장애복지서비스의 필요성을 명확하기 하기 위해 장애인의 심신 상태를 종합적으로 나타내는 구분으로 구분1에서 구분6까지 6단계로 이루어져 있다.

⑤ 2차 판정 (심사회에 의한 판정) : 개호급부 신청시

개호급부를 필요로 하는 경우 실시되는 것으로 장애보건시책에 관해 다양한 전문적 지식을 갖춘 분야의 위원이 구성되어 있는 구·시·정·촌심사회에 의해 2차 판정이 실시된다. 2차 판정에는 1차 판정결과와 더불어 의사소견서와 특기사항을 기초로 장애정도 구분이 이루어진다.

의사의견서는 신청자의 심신 상황에 대한 의학적 의견을 청취하기 위한 것으로 1차 판정의 보완자료로 활용된다. 의사의견서에는 담당의사명, 최종 진찰일, 의견서 작성 횟수, 타과진료 유무, 질병에 관한 의견(진료명, 병태의 안정성, 치료내용), 특별한 의료(처방내용, 특별한 대응), 심신 상황에 관한 의견(행동상의 장애유무, 정신 신경병태 유무, 신체 상태), 서비스 이용에 관한 의견(현재 발생 가능한 질병과 그 처방 방침, 개호서비스 이용에 있어서의 유의점, 감염성 유무), 기타 특기사항(장애 변동성, 생활상의 기능장애와 그것으로 인한 지원의 필요성이나 장애정도 파악에 필요한 정보) 등을 기록하게 되어 있다. 특히 정신장애의 의사의견서에는 정신병태, 능력장애 평가, 생활장애 평가에 대한 내용을 추가로 첨부되어 진다.

한편 구·시·정·촌심사회는 장애인자립지원법에 다른 개호급부비 등 지급에 관한 장애정도구분을 심사하기 위해 구·시·정·촌심사회에 설치된 것으로 심사위원은 장애인보건복지의 학식과 경험이 있는 자로 도·도·부·현이 실시하는 연수과정을 이수해야만 한다.

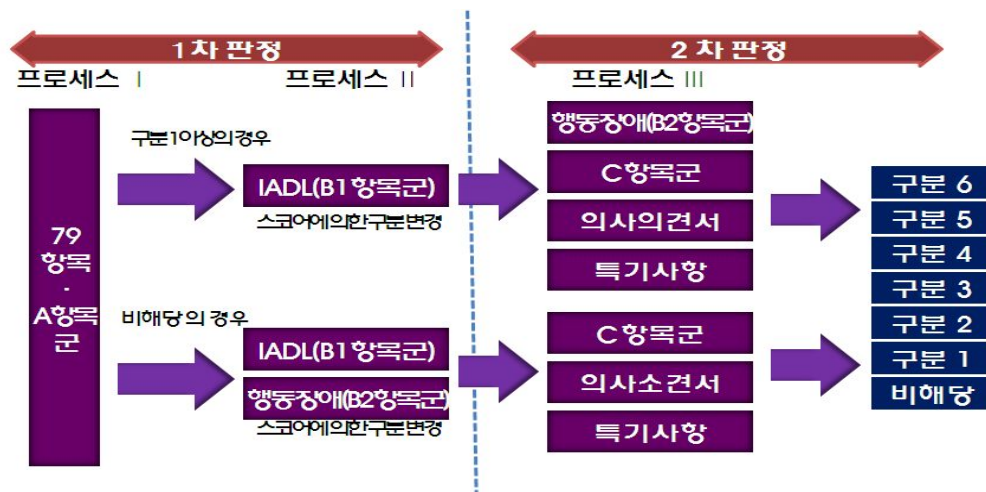


그림10 장애정도구분 판정 프로세스

심사회는 총 5인으로 구성하며 개호급부에 관한 장애정도 구분 심사 및 판정과 구·시·정·촌 지급의 필요성 여부에 대한 의견을 제시하며 합의는 과반수의 합의에 의해 이루어진다.

⑥ 장애정도구분 인정 : 개호급부 신청시

구·시·정·촌은 구·시·정·촌 심사회에서 종합적 판정을 기초로 장애정도 구분 인정을 실시하여 신청자에게 통지한다.

⑦ 감안사항 조사 : 개호급부 신청시

구·시·정·촌은 장애인의 복지서비스 필요성을 종합적으로 판정하기 위해 지역생활, 개호자, 거주, 주중활동, 취로 등의 상황을 파악하는 감안사항 조사를 실시한다.

⑧ 서비스 이용의향 청취 : 훈련급부 신청시

구·시·정·촌은 신청자의 지급결정을 실시하기 위해 신청자의 서비스 이용의향을 청취하고 지급 결정안을 작성한다.

⑨ 잠정지급결정 : 훈련급부 신청시

1차 판정결과를 토대로 훈련급부 신청자에게는 그 서비스가 본인에게 적절한지 여부를 판단해야 하기 때문에 잠정적인 지급결정을 실시한다. 일정기간 서비스를 이용하고 서비스 효과나 본인의 의사를 확인한다.

⑩ 훈련, 취로평가항목, 개별지원계획 : 훈련급부 신청시

훈련급부 신청자의 경우 잠정지급결정 평가를 실시한 후 훈련 효과가 기대되고 본인에게 서비스 이용의사가 있는 경우 서비스 사업자가 개별지원계획을 책정하도록 한다.

⑪ 심사회 의견 청취 : 공통

구·시·정·촌은 작성한 지급 결정안이 해당 구·시·정·촌이 정하는 지급결정 기준과
 괴리가 있는 경우, 구·시·정·촌 심사회에 의견을 요청하며 구·시·정·촌 심사회는 지
 급 결정안을 작성한 이유 등의 타당성을 심사하고 지급 결정안 및 훈련 등 급부 등
 유효한 서비스 이용 등에 대해 심사회의 의견을 구·시·정·촌에 보고한다.

⑫ 지급결정 : 공통

구·시·정·촌은 개별지원계획안을 기초로 지급결정기간 등을 설정해 최종 지급결정
 을 내린다.

⑬ 수급자증 교부 : 공통

서비스 지급량이 결정되면 장애복지서비스 수급자증이 교부되며 수급자증을 교부받
 은 자는 서비스를 이용하는 사업자를 선택해 이용에 관한 계약을 체결하고 서비스
 이용하면 된다.

3. 장애판정과 장애 관련서비스와의 연동성

1) 일본의 장애유형별 법률에 따른 장애인 복지 서비스

일본은 장애유형별로 장애인법률이 존재하고, 그에 따라 장애판정이 이루어지고
 판정결과에 따라 신체장애자수첩, 요육수첩, 정신장애자보건복지수첩이 제공된다.
 이러한 장애판정결과는 장애인복지서비스 제공의 정도나 내용을 결정하기 위한 근
 거로 활용되고 있다.

장애유형별 법률에 따른 장애인 수첩 소지자의 경우는 <표21>와 같이 장애인복지
 서비스를 장애수첩별, 장애등급별로 지급받을 수 있다. 장애유형별 장애판정결과에
 따라 제공되는 장애인복지서비스는 우리나라의 장애인복지 시책에 해당된다고 할
 수 있다. 주로, 소득세, 상속세, 증여세, 소비세주민세, 개인 사업세, 자동차세, 자동
 차취득세 등과 같은 각종 세금 감면제도와 민간이나 공공기관에서 시행하고 있는
 각종 할인제도, 장애인을 우선적으로 지원하는 각종 우대 제도를 비롯해 시각장애
 에게 제공되는 서비스 등이다.

이러한 서비스는 장애인 수첩 소지자가 세무서, 구·시·정·촌, 우체국, NTT사업소
 등을 직접 방문하여, 서비스를 신청하면 된다.

<표21> 장애유형별 수첩에 따른 장애인복지서비스

종류	내용	신체	요육	정신
----	----	----	----	----

종류	내용	신체	요육	정신
소득세	장애자공제	3-6급	B	2-3급
	특별장애자공제	1-2급	A	1급
	배우자공제 및 부양공제의 동거특별장애자 가산	1-2급	A	1급
	심신장애자부양공제 소득공제	○	○	-
	신마루우제도	○	○	1-3급
상속세	장애자공제	3-6급	B	2-3급
	특별장애자공제	1-2급	A	1급
증여세	특별장애자 부양 신탁계약에 의한 6천만엔까지 비과세	1-2급	A	1급
소비세	신체장애자용 개조 자동차, 일정 신체장애자용 물품 양도, 대여 등의 자산 양도 등 비과세	○	-	-
주민세	전년도 소득 125만엔 이하 비과세	○	○	1-3급
	장애자공제	3-6급	B	2-3급
	특별장애자공제	1-2급	A	1급
	동거특별장애자 부양공제	1-2급	A	1급
개인사업세	중증 시각장애인이 안마, 마사지, 지압, 침 등의 의료에 관한 사업을 하는 경우 비과세	○	-	-
자동차세	일정 장애등급 이상의 신체장애인 등이 취득한 자동차로 전용으로 신체장애인 등이 운전하는 것 또는 전문으로 생계를 동일하게 하는 자가 운전하는 경우 또는 신체장애자만으로 구성된 세대의 신체장애자 등이 취득한 자동차로 전용으로 상시 그의 개호자가 운전하는 것	○	A	1급 및 자립지원수급증명을 받은 자
자동차취득세	자동차세가 감면된 자동차를 취득한 경우 감면	○	A	
각종 할인제도	JR 여객운임 할인	○	○	-
	항공여객운임 할인	○	○	-
	유료도로 통행료 감면	○	A	-
	택시요금 감면	○	○	-
	버스요금 감면	○	○	
	NHK방송수신료 감면	○	○	○
	점자우편물 등 무료	○	-	-
	점자 소포 감면	○	-	-
	청각장애이용 소포 감면	○	-	-
	신체장애자 전보 감면	○	○	

종류	내용	신체	요육	정신
	NTT번호 안내료 무료	○	○	○
	휴대전화 사용료 감면	○	○	○
각종 우대제도	정기간행물 제 3종 우편물 인가	○	-	-
	공영주택	○	○	○
	주차금지 대상 제외	○	○	○
	고령자 운전자 등 전용 주차구역 제도	○	-	-
	각종 공공시설 이용요금 할인 등	○	○	○
각종 수당	특별아동부양수당	1-2급	○	○
	특별장애자수당	1-2급	○	○
교통 이용	자동차 연료비 조성	○	○	-
	복지택시권 교부	1-3급	○	-
	리프트 장착 택시 운행	○	○	-
보장구 서비스	보장구비용 지급	1-2급	-	-
정보	긴급 통신, 화재 안전시스템 설치	1-2급	-	-
	화재, 방화정보 매일 서비스	○	○	○
의료비	심신장애자(아) 의료비조성	1-2급	○	-
시각장애전용	시각장애를 위한 정보제공 서비스	○	-	-
	보조견 육성	○	-	-
	점자도서, 녹음도서 대출	○	-	-

2) 일본의 장애인복지서비스 제공을 위한 장애정도 구분 인정과 복지서비스

장애인자립지원법에 따라 장애정도 구분 인정조사를 통해 장애정도가 결정된 경우 이용할 수 있는 복지서비스는 2005년도 장애인자립지원법 제정 당시 대대적으로 복지서비스 체계를 수정하면서 바뀌었다.

2003년 일본은 노멀라이제이션 이념에 기초해 그동안 실시되어왔던 조치제도를 지원비 제도로 전환하여 실시하였으나 첫째, 신체·지적·정신이라는 장애유형별로 서비스가 제공되고 있어 이용하기 힘든 상태에 있고 정신장애인의 경우 지원비 제도에서 제외되는 등의 문제가 발생하였고, 둘째, 지방자치단체에 따라서는 서비스 제

공주체가 불충분하여 필요로 하는 사람 모두에게 서비스가 제공되지 못하며, 셋째, 일하고 싶어 하는 장애인에 대한 일자리 확보 지원이 충분하지 않고, 넷째, 지급결정 과정이 불투명하고 전국 공통의 판단기준에 기초한 서비스 이용 절차가 규정되어 있지 않는 등의 문제가 발생하였다.

이러한 문제점을 해결하고 장애인이 지역에서 안심하고 살아갈 수 있는 노말라이제이션 사회의 실현을 목적으로 장애인자립법 제정이 추진되었다. 따라서 장애인자립지원법은 첫째, 장애유형과 관계없이 장애인이 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 서비스 이용을 위한 체계를 일원화하고 시설 및 사업을 재편성하고 둘째, 장애인에게 가까운 시·정·촌이 책임을 지고 일원화된 서비스를 제공하며 셋째, 서비스 이용자도 서비스 이용량과 소득에 따라 부담하는 동시에 국가와 지방자치단체가 책임을 지고 비용을 부담토록 재원을 확보해 필요한 서비스를 계획적으로 충실하게 하며, 넷째, 취로지원을 근본적으로 강화하는 동시에 다섯째, 지급결정 체계를 투명화 및 명확화 한다는 방침아래 복지서비스를 재편성하였다.

이러한 서비스는 장애인 개개인의 장애정도와 상황 등을 감안해야 하는 상황을 고려해 개별적으로 지급결정을 하도록 하는 ‘장애인복지서비스’와 지방자치단체가 창의적으로 개발하여 이용자의 상황에 따라 융통성 있게 실시할 수 있도록 하는 ‘지역생활 지원 사업’으로 나뉜다.

‘장애인복지서비스’는 개호 지원을 필요한 경우에는 ‘개호급부’, 훈련 등의 지원이 필요한 경우 ‘훈련 등 급부’로 구분하며 지급 대상자는 장애인자립지원법에 따른 장애정도 구분 인정조사 결과를 토대로 결정된다. 각 서비스 내용은 <표22>와 같다.

특히, 장애인자립지원법에 따라 지원되는 장애인복지서비스는 서비스 이용량과 소득에 따라 1%의 정률부담과 소득에 따른 부담상한 액이 설정되어 있어 서비스 이용에 따른 이용부담금이 요구된다.

<표22> 장애인자립지원법에 따른 장애인복지서비스

종류	내용	세부 내용
개호 급부	거택개호	자택에서 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함
	중증방문개호	중증의 지체부자유자로서 일상적인 개호를 필요로 하는 사람에게 자택에서 입욕, 배변, 식사 개호, 외출 시에 있어서 이동지원 등을 종합적으로 실시함.
	동행지원	시각장애에 의해 이동에 상당한 곤란이 있는 자로서 이동에 필요한 정보제공(대필, 대독을 포함), 이동원조 등 외출지원을 실시함.
	행동원호	자기판단능력이 제한되어 있는 사람이 행동을 할 때 위험을 피하기 위해 필요한 지원, 외출지원을 실시함.

종류	내용	세부 내용
	중증장애인 등 포괄지원	개호 필요성이 상당히 높은 사람에게 거택개호 등 복지 수의 서비스를 포괄적으로 실시함.
	아동데이서비스	장애아동에게 일상생활에 있어서 기본적인 동작 지도, 집단생활에의 적응훈련 등을 실시함.
	단기입소	자택에서 개호하는 사람이 병으로 있는 경우 등 단기간, 야간을 포함한 시설 등에서 입욕, 배변, 식사 개호를 실시함.
	요양개호	의료와 상시 개호를 필요로 하는 사람에게 의료기관에서 기능훈련, 요양상 관리, 간호, 개호 및 일상생활 돌봄을 실시함
	생활개호	상시 개호가 필요한 사람으로 주중, 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시하는 동시에 창작적 활동 또는 생산활동 기회를 제공함.
	장애인지원시설에서의 야간케어 등(시설입소 지원)	시설에 입소한 사람을 야간이나 휴일, 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함.
	공동 생활개호(케어홈)	야간이나 휴일, 공동생활을 실시하는 주거에서 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함
훈련 등 급부	자립지원(기능훈련, 생활훈련)	자립한 일상생활 또는 사회생활이 될 수 있도록 일정기간, 신체기능 또는 생활기능향상을 위해 필요한 훈련을 실시함.
	취로이행(전환)지원	일반기업 등의 취업을 희망하는 사람에게 일정기간, 취업에 필요한 지식 및 능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시함.
	취로계속지원(A형-고용형, B형)	일반기업 등으로의 취업이 곤란한 사람에게 일할 수 있는 장소를 제공하는 동시에 지식 및 능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시함
	공동생활지원(그룹홈)	야간이나 휴일, 공동생활을 실시하는 주거에서 상담이나 일상생활상의 원조를 실시함

(1) 장애인자립지원법에 따른 장애인복지서비스

① 개호급부

가. 거택개호

○장애정도구분이 구분1 이상인자. 단, 통원개호(신체개호를 따르는 경우)를 산정한 경우에는 다음에 해당되는 자

- 구분 2이상에 해당하는 자
- 장애정도구분 조사항목 중 아래 항목 중 하나이상 인정되는 자
 - (보행) 「3 불가능」
 - (갈아타기) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」
 - (이동) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

(배뇨) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

(배변) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

나. 중증방문개호

○중증 지체장애인으로 상시개호를 필요로 하는 자. 구체적으로는 장애정도구분 4 이상으로 아래 항목에 해당하는 자

- 2지이상의 마비 등이 있는 자
- 장애정도구분 인정조사항목 중 (보행)(갈아타기)(배뇨)(배변) 중 「가능」 이외로 인정된 자

다. 동행지원

○신체개호가 따르지 않는 경우

동행지원 평가조사표에 의해 조사항목 중 「시력장애」 「시야장애」 및 「야맹」 중 하나가 1점 이상으로 (이동장애) 점수가 1점 이상인 자

○신체개호를 따르는 경우

아래의 항목 중 하나에 해당하는 자

- 동행지원 평가조사표에 따른 조사항목 중 「시력장애」 「시야장애」 및 「야맹」 중 하나가 1점 이상으로 (이동장애) 점수가 1점 이상인 자
- 구분 2이상에 해당하는 자
- 장애정도구분 인정조사항목 중 각각 다음의 상태 중 하나 이상이 인정된 자

(보행) 「3 불가능」

(갈아타기) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

(이동) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

(배뇨) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

(배변) 「2 지켜보기」 「3 일부보조」 또는 「4 전체 보조」

※ 장애아동은 첫 번째 항목에 일상생활에 있어서 신체개호가 필요하며 동행지원 서비스 제공시에도 세 번째 항목에 대해 보조가 필요한 경우)

라. 행동원호

○지적장애인 및 정신장애로 인해 행동상 상당히 곤란이 있는 장애인 등으로 상시 개호를 필요로 하는 자

○구체적으로는 장애정도구분이 구분 3이상으로 장애정도구분 인정조사항목 중 행동관련항목(11개 항목) 등의 합계 점수가 8점 이상(장애아동의 경우는 이것에 해

당하는 심신 상태)인자

마. 중증장애인 등 포괄지원

- 상시개호가 필요한 장애인 등으로 의사소통을 도모하는데 상당히 지장이 있는 자 중 사지마비 및 와상 상태에 있는 자 및 지적장애 또는 정신장애에 의해 행동상 상당히 곤란이 있는 자
- 구체적으로는 장애정도구분이 구분 6(장애아동에 있어서는 구분 6에 해당하는 심신 상태)에 해당하는 자 중 의사소통에 상당히 곤란이 있는 자로 아래 항목 중에 해당하는 자

유형		상태
중증방문개호 대상자로 4지 모두 마비 등이 있고, 와상 상태에 있는 장애인 중 우측에 해당하는 자	기관절개에 따라 인공호흡기에 의해 호흡관리를 하는 신체장애인	·근디스트로피 ·척추 손상 ·ALS(근육위축성측색경화증)
	1유형	지체성 의식장애
	최중증지적장애인 (2유형)	중증심신장애
장애정도구분 인정조사항목 중 행동관련항목(11개항목) 등 합계 점수가 15점 이상인자(3유형)		강도행동장애

바. 아동데이서비스

- 양육의 관점에서 개별양육, 집단양육을 실시할 필요가 있다고 인정된 아동
- 구체적으로는 다음과 같음
 - 시·정·촌 등이 실시하는 유아기 건강검진 등에서 요육의 필요성이 인정된 아동
 - 아동상담소, 보건소, 아동가정지원센터, 의료기관등으로부터 요육의 필요성을 인정받은 아동

사. 단기입소

- 장애정도구분이 구분 1이상인 장애인
- 장애아동의 장애정도에 따라 후생노동성대사가 정한 구분에 있어서 구분 1이상에 해당하는 장애아동

아. 요양개호

- 기능훈련, 요양상 관리, 간호, 의료적 관리 아래서 개호, 일상생활상 돌봄, 기타 필요한 의료를 필요로 하는 장애인
- 구체적으로는 병원 등으로의 장기입원에 의해 의료적 케어에 추가로 상시 개호를

필요로 하는 장애인으로 다음에 해당하는 장애인

- 근육위축성측색경화증(ALS) 환자 등 기관절개에 따른 인공호흡기에 의한 호흡관리를 하는 자로 장애정도구분 6인자
- 근디스트로피 환자 또는 중증 심신장애인으로 장애정도구분 5이상인 자

자. 생활개호

- 입욕, 배변 및 식사 등의 개호, 창작적 활동 또는 생산활동 기회 제공, 기타 필요한 원조를 요하는 장애인
- 구체적으로는 지역이나 입소시설에 있어서 안정적인 생활을 영위하기 위해 상시 개호 등의 지원이 필요한 자로 다음에 해당하는 자
- 장애정도구분이 구분 3이상(장애인지원시설에 입소하는 경우는 구분 4이상)인 자
- 연령이 50세 이상인 경우는 장애정도구분이 구분 2이상(장애인지원시설에 입소하는 경우는 구분 3이상)인 자

차. 장애인지원시설에서의 야간 케어 등(시설입소지원)

- 생활개호를 받은 자로 장애정도구분이 구분 4이상(50세 이상의 자는 구분 3이상)인 자
- 자립훈련 또는 취로이행(전환)지원(이하 훈련 등)을 받고 있는 자로 입소한 상태로 훈련 등을 실시하는 것이 필요 및 효과적이라고 인정된 자. 또는 지역의 장애인복지서비스 제공체제 상황 기타 어쩔 수 없는 상황으로 인해 출퇴근에 의해 훈련 등을 받는 것이 곤란한 자

카. 공동생활개호(케어홈)

- 장애정도구분이 구분 2이상인 자

② 훈련 등 급부

가. 자립지원(기능훈련, 생활훈련)

(기능훈련)

- 지역생활을 영위하는데 있어서 신체기능, 생활능력 유지향상 등을 위해 일정한 지원일 필요한 신체장애인
- 구체적으로는 다음의 예와 같은 상황
- 입소시설, 병원을 퇴소 및 퇴원한 장애인으로 지역생활 이행(전환)을 도모하면서

신체적 재활 유지나 신체기능 유지 회복 등의 지원이 필요한자

- 특수학교를 졸업한 자로 지역생활을 영위하는데 있어서 신체기능 유지, 회복 등의 지원이 필요한 자

(생활훈련)

- 지역생활을 영위하는데 있어서 생활기능력 유지, 향상 등을 위해 일정 지원이 필요한 지적장애인. 정신장애인
- 구체적으로는 다음의 예와 같은 상황
 - 입소시설, 병원을 퇴소 및 퇴원한 장애인으로 지역생활 이행(전환)을 도모하면서 생활능력 유지 향상 등의 지원이 필요한 자
 - 특수학교를 졸업한 자로 지역생활을 영위하는데 있어서 생활능력 유지 향상 등의 지원이 필요한 자

나. 취로이행(전환)지원

- 취로를 희망하는 65세 미만의 장애인으로 통상 사업소에 고용되는 것이 가능하다고 예측되는 자
- 구체적으로는 다음의 예와 같은 상황
 - 취로를 희망하는 자로 단독으로 취로하는 것이 곤란하기 때문에 취로에 필요한 지식 및 기술습득 또는 취로처 소개 기타 지원이 필요한 65세 미만의 자
 - 안마, 마사지, 지압사 면허, 침사 면허 등을 취득함 취로를 희망하는 자

다. 취로계속지원(A형-고용형,B형)

(고용형)

- 기업 등에 취업하는 것이 곤란한 자로 고용계약에 기초해 계속적으로 취로하는 것이 가능한 65세 미만인 자 (이용개시일 65세 미만인 자)
- 구체적으로는 다음의 예와 같은 상황
 - 취로이행(전환)지원사업을 이용하였지만 기업 등의 고용으로 연결되지 않은 자
 - 특수학교를 졸업해 취로활동을 했지만 기업 등의 고용으로 연결되지 않은 자
 - 기업 등을 이직한 자 등 취로 경험자로 현재 고용관계가 없는 자

(비고용형)

- 취로이행(전환)지원 사업 등을 이용했지만 일반기업 등의 고용으로 연결되지 않는 자나 일정 연령에 달한 자로 취로 기회 등을 통해 생활 활동에 필요한 지식 및 능력 향상이나 유지가 기대되어지는 자
- 구체적으로는 다음의 예와 같은 상황

- 취로 경험이 있는 자로 연령이나 체력면에서 일반기업에 고용되는 것이 곤란한 자
- 취로이행(전환)지원을 이용한 결과, B형 이용이 적당하다고 판단된 자
- 상기에 해당하지 않는 자로 50세에 달하고 있는 자 또는 장애기초연금 1급 수급자
- 상기에 해당하지 않는 자로 지역에서 일반취로 장소나 A형 사업소에 의한 고용의 장소가 부족하게 고용되는 것 또는 취로이행(전환)지원 사업자가 적게 이용하는 것이 곤란한 구·시·정·촌이 판단한 자

라. 공동생활지원(그룹홈)

- 개호를 필요로 하지 않고, 취로하고 있거나 또는 자립훈련, 취로이행(전환)지원 등을 이용하고 있는 자

(2) 장애인자립지원법에 따른 지역생활 지원 사업

지역생활 지원 사업은 장애인 및 장애아동이 그가 가지고 있는 능력 및 적성에 따라 자립한 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 지역 특성이나 이용자의 상태에 따라 융통성 있게 지원하는 사업으로 시·정·촌과 도·도·부·현이 실질적인 주체가 된다. 또 지역생활 지원 사업 각 도·도·부·현 및 시·정·촌의 장애복지계획에 의해 결정되어 진다.

따라서 지역생활 지원 사업은 장애인자립지원법에 따른 장애정도 구분 인정조사 결과를 참고로 지자체별로 기준을 설정하여 지원하고 있다.

① 시·정·촌

가. 상담지원 사업

- 장애아동의 보호자 또는 장애인의 개호자의 상담에 따라 필요한 정보를 제공하는 등 편익을 제공하는 동시에 상담내용에 따라서는 상담자의 권리옹호를 위해 필요한 지원을 실시한다.
- 상담지원 사업을 효과적으로 실시하기 위해 지역에 기반상담지원센터를 설치하여 운영하고 있다.
- 상담지원사업의 구체적인 내용은, 복지서비스 이용지원(정보제공 및 상담), 사회자원을 활용하기 위한 지원, 사회생활력 향상을 위한 지원, 동료상담, 권리옹호를 위한 필요한 지원, 전문기관 소개, 지역자립지원협의회 운영 등 이다.

나. 일상생활용구 급부 등 사업

○ 장애인이 일상생활을 원활히 할 수 있도록 장애 유형이나 정도에 따라 다양한 복지용구의 급부나 대여를 실시한다.

○ 급부 또는 대여해주는 일상생활용구로는 개호·훈련지원 용구(입욕 들것, 특수침대, 훈련의자, 특수변기 등), 자립생활 지원용구(입욕보조용구, 변기, 머리 보호용 모자, 이동 또는 승차지원용구, 지팡이, 청각장애인용 옥내 신호기), 재택요양 등 지원용구(흡입기, 투석액 가온기, 산소통운반비, 맹인용 채운기 등), 정보·의사소통지원용구(휴대용 회화 보조장치, 점자디스플레이, 점자타자기, 시각장애인용 휴대 녹음기, 맹인용 시계 등), 배뇨관리지원용구(수뇨기, stoma용 장비 등), 거주생활동작 보조용구(탈부착용 손잡이, 단차해소 등의 개수리비와 그것에 필요한 주택 개조 또는 수리비) 이 있다.

다. 커뮤니케이션 지원 사업

○ 청각, 언어기능, 시각 기타 장애로 인해 의사소통에 지장이 있는 장애인 등 일상생활을 영유하는데 지장이 있는 장애인 등에게 수화통역 등을 파견하여 원활한 의사소통을 지원한다.

○ 구체적인 사업으로는 의사통역사, 요약 필기사 파견, 수화통역사를 설치하기 위한 사업, 점역, 음성통역 등에 의한 지원 사업 등이 있다.

라. 이동지원사업

○ 장애로 인해 옥외 이동이 곤란한 사람에게 외출을 위해 지원한 실시하여 지역의 자립생활 및 사회참여를 촉진하는 사업이다.

○ 구체적인 사업으로는 개별적으로 이루어지는 개별 지원형, 복수의 장애인에게 동시에 지원하거나 옥외에서 집단, 동일목적지에서 여러 사람에게 동시에 참여토록 하는 그룹 지원형, 복지버스 등 차량에 의한 차량 이송형 지원 등이 있다.

마. 지역지원센터 기능강화 사업

○ 지역지원센터는 장애인이나 장애아동이 지역에서 일상생활이나 사회생활을 자립적으로 이용할 수 있도록 이용자에게 창작적 활동이나 생산활동에 참여할 기회를 제공하고 사회와의 교류를 촉진하는 동시에 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 있다.

○ 지역지원센터는 상담사업이나 정신보건복지사 등 전문인력을 배치하여 의료, 복지 및 지역사회와의 연계 조정, 지역주민 자원봉사 육성, 장애인에 대한 이해촉진

사업 등을 실시하고 있음. 또, 재택장애인에 대해 기능훈련, 사회적응훈련 등을 실시하고 소규모 작업장을 지원하고 있다.

② 도·도·부·현

가. 전문성 강화 사업

○ 전문적인 상담이나 광역적 대응이 필요한 사업을 담당하고, 서비스 제공자를 위한 연수사업 등이 실시된다.

○구체적으로는 발달장애자지원센터 운영, 고지뇌기능장애지원 사업, 장애아동 등 요육 지원사업, 장애인 취로·생활 지원사업 등이 있다.

나. 상담지원체계 정비 및 지역자립지원협의회

○ 광역적으로 지원할 필요가 있는 사업으로 상담지원에 관한 조언을 담당할 전문가를 배치, 지역네트워크 구축을 위한 지도 및 조정 등 광역적 지원을 실시하여 지역의 상담지원체계 정비를 추진하는 것을 목적으로 한다.

○ 지역네트워크 구축을 향한 지도 및 조정, 지역에서 대응이 곤란한 사례에 관한 조언, 권리옹호 및 취로지원 등 전문적 지원시스템 구축 지원, 광역적 과제 및 복수의 권역에 이르는 문제 해결 체계 정비 및 지원, 상담지원 종사자 능력 향상을 위한 지도, 지역 사회자원 점검 및 개발에 관한 지원을 실시한다.

다. 서비스·상담지원자·지도자육성사업

○ 상담지원 사업이 원활히 실시될 수 있도록 서비스 제공자 및 지도자 육성을 통해 서비스 질적 향상을 도모하기 위해 실시되었다.

○ 구체적으로는 장애정도 구분인정 조사원 등 연수사업, 서비스관리책임자 연수사업, 거택개호종사자 등 육성연수 사업, 수화통역자 육성연수 사업, 시청각자 통역 및 보조원 육성연수사업, 신체장애자 및 지적장애자 상담원 활동강화 사업, 음성기능 장애자 발성 훈련지도자육성 사업, 기타 서비스 및 상담지원자 등 육성 사업 등이다.

4. 시사점

일본은 장애유형별로 별도의 법률과 지원체계가 존재하고 있어 특정 법률과 제도만을 우리나라에 적용하기에는 한계가 있다. 일본의 장애등록과 판정제도가 어떠

한 배경아래 만들어졌고 이들 법률 간의 관계성을 함께 고려하면서, 우리나라의 상황에 접목하고 조절하는 것이 필요하다.

이러한 측면에서 일본의 장애등록과 판정체계를 살펴보면, 우리나라와 유사한 형태를 띠면서도 그 용도와 그에 따른 서비스 지원에 있어서는 다양한 형태로 변형되어 발전하고 있다. 일본은 우리나라와 같이 장애유형이 존재하고 있으며 의학적인 기준에 따라 장애정도를 결정하고 장애등급을 6급에서 7급으로 구분하여 장애판정이 이루어진다. 이러한 장애판정기준은 2006년 장애인자립지원법 시행과 더불어 장애유형별로 존재하는 장애판정기준과는 별도로 복지서비스 지급 대상을 결정하기 위한 장애인정조사 장애정도 구분으로 시행하고 있다.

이는 의학적 판정기준에 따른 장애등급 판정이 결국 장애인 개인의 상황이나 활동을 고려하는데 한계가 있다는 판단에 따라 정부의 예산지원이 필요한 서비스가 실제 필요한 장애인들에게 제공될 수 있도록 복지서비스와 그 서비스를 필요로 하는 장애유형이나 정도를 구분하는 형태로 대대적으로 수정, 변경하여 진행하고 있는 것이다.

특히, 복지서비스 지급 대상을 결정하기 위한 장애정도 구분은 1단계와 2단계로 나누어 1단계에서는 장애정도를 구분하고 2단계에서는 예산은 물론 별도의 인력지원이 필요한 개호서비스의 지급여부를 파악하기 위한 체계로 구분하여 전달체계의 효율성을 높이는 동시에 장애인의 욕구에 따라 장애인 스스로 2단계 판정을 받을지 여부를 결정하고 판단하도록 하는 체계로 장애인당사자의 선택권을 보장하고 있다.

이외에도 복지서비스 지급대상을 결정하는 장애정도 구분 내용은 장애유형별 장애판정기준과는 달리 의학적 결과의 비중을 줄이는 대신, ICF의 항목에 입각하여 개호보험 요개호인정조사항목과 IADL에 관한 항목, 행동장애에 관한 항목, 정신면에 관한 항목 등 총 106개 항목을 평가하도록 대폭 수정되었다.

또한, 106개 항목에 대한 조사는 조사의 객관성과 타당성을 높이기 위해 일정기간 연수를 받은 인정조사원이 장애인의 가정을 직접 방문하여 조사를 실시하도록 하는 한편, 조사 대상 장애인의 주증 활동상황, 본인, 가족, 개호자의 생황, 서비스 의향, 거주 환경 등의 상황조사는 물론 조사항목에 포함되어 있지 않으나 고려되어야 할 부분들을 자율 기술식으로 기입하도록 하는 등 장애인이 현재 처한 상황과 주변여건 등을 종합적으로 판단하도록 하고 있다.

이외에도 인정조사원의 조사결과의 부정을 예방하고 조사결과의 신뢰성을 높이기 위해 모든 조사결과를 컴퓨터로 데이터화해 각 질문에 대한 타당성 여부를 검토하는 동시에 인정조사원 매뉴얼을 보급, 조사할 때 발생하는 어려움을 해결할 수 있도록 체계를 갖추고 있다.

일본은 특히 장애인정조사결과를 토대로 한 장애등급을 결정할 때에는 106개 항목별로 주변상황을 고려하여 장애인이 타인의 도움을 필요로 하는 시간을 기준으로 설정, 6급을 가장 중증으로 판정하고 있다. 즉, 일본은 장애인의 장애정도를 장애인의 자립에 초점을 두고 혼자서 할 수 있는지 여부에 따라 장애정도를 구분하는 형태로 변화되고 있는 것이다.

이러한 일본의 변화로 인해 장애인정조사결과에 따른 복지서비스 지원내용도 대대적으로 수정 변경되어, 복지서비스별로 지원 대상을 특정유형이나 등급에 한정하지 않고 106개 조사항목별 중 서비스 이용이 필요한 항목을 선정, 그 항목에 해당되는 장애인들이라면 해당서비스를 받도록 하는 체계를 갖추고 있다.

이처럼 일본은 기존의 일률적이고 획일적이던 장애인등록 및 판정, 그리고 서비스를 장애인 개개인의 특성과 상황을 고려하는 동시에 복지서비스의 지급 목적에 따라 이용대상자를 선정하는 체계로 대대적인 변화를 추진하고 진행 중에 있다.

반면, 이러한 일본의 상황은 기존의 장애유형별 등록 및 장애판정과 복지서비스 지급 대상자를 결정하는 장애인정조사 장애정도 구분이 혼재하는, 즉 서로 다른 판정기준에 따라 운영되는 복지시책과 복지서비스가 혼재되어 있는 과도기적인 형태로 서비스 이용 장애인 및 서비스 지원자에게는 복잡하게 다가오는 문제점이 있다.

이는 기존의 장애판정을 통해 장애등급에 따라 일률적으로 지원받아왔던 시스템을 일시에 원점으로 되돌려 다시 신규 체제로 전환하기에는 현실적 부담이 있기 때문인 것으로 판단된다. 장애정도와 장애유형에 따라서는 기존에 지급받던 내용을 신규체제로 전환됨에 따라 받지 못하게 될 우려도 발생되기 때문에 일본은 차선책으로 복지시책은 기존 형태로 유지하면서, 복지서비스는 신규체제로 전환하는 형태로 방향을 추진하고 있다. 일본은 장애인등록 및 판정체계의 전환에 있어 세계적인 추세와 현재 일본의 상황을 고려한 기본 원칙을 수립하고 이에 따라 구체적인 세부 계획을 수립하는 동시에 제도 시행에 따른 문제점을 최소화하기 위한 방법을 마련하는 등 치밀한 계획아래 정책을 진행하고 있다.

제3절 독일의 장애등록 및 판정 제도

1. 장애의 정의

1) 장애인 및 중증장애인 개념

독일의 장애인에 대한 정의는 「사회법전 제9권」(「Sozialgesetzbuch IX」, 「SGB IX」)¹⁸⁾에 규정되어 있다. 이에 따르면 "장애인은 신체적 기능, 정신적(지적) 능력 혹은 심리적 건강이 상당한 정도로 6개월 이상, 해당 연령대의 전형적인 상태에서 벗어나고, 이로 인해 사회생활에 참여하는데 제약을 받는 사람이다. 또한 이러한 제약(Beeinträchtigung)이 예상되는 경우 장애의 위험이 있는 사람으로 간주된다"(제2조 제1항).

장애인과 장애의 위험이 있는 사람들은 그들의 자기결정(Selbstbestimmung)과 사회생활에 대한 동등한 참여를 촉진시키고, 불이익을 감소시키거나 예방하기 위해 필요한 현금 및 현물급여를 받을 수 있도록 법으로 규정하고 있다(「SGB IX」 제1조). 이는 1994년 이후 독일 기본법에서 보장하고 있는 '누구도 자신의 장애로 인하여 불이익을 당해서는 안된다'라는 (「헌법」 제3조제3항) 규정을 실천하는 것이다.

독일의 경우 일부 예외가 있긴 하지만 장애인정책의 주요 대상은 중증장애인이다. 중증장애인이란 뒤에 자세히 언급하겠지만, 장애정도(Grad der Behinderung, GdB)가 50이상인 장애인을 의미한다. 특히 고용과 관련하여 독일의 할당고용제도는 중증장애인을 정책대상으로 인정하고 있다.

2) '장애의 정도'(Grad der Behinderung, GdB)와 '손상결과의 정도'(Grad der Schädigungsfolgen, GdS)

장애정도(GdB)와 손상결과의 정도(GdS)는 건강상의 상해로 인한 기능적 제한의 신체적, 지적(정신적), 심리적 그리고 사회적 영향에 대한 척도이다. 손상결과 정도와 마찬가지로 장애정도(GdB)는 10단위로 구분되어 20에서 100까지로 분류된다.

18) 독일은 사회보장과 관련된 법률들을 영역별로 묶어 개별 「사회법전」(「Sozialgesetzbuch」)으로 통합시켜 나가고 있다. 관련 법률들을 통합하여 「사회법전」으로 통합시키는 작업은 1976년부터 시작하여 1977년 「사회법전 제1권(총칙)」이 제정되었고 이후 1977년 「사회법전 제4권(공통 규정)」, 1981년 「사회법전 제10권(행정절차)」가 제정되었다. 이후에도 1989년 「사회법전 제5권(질병보험)」이 제정되었으며 이런 작업의 일환으로 2001년 장애(인)와 관련된 「사회법전 제9권」이 제정되었다. 「사회법전 제9권」은 두 개의 장으로 구성되어 있는데, 제1장(일반)은 장애인과 장애위험에 직면한 사람과 관련된 제반 규정을 담고 있으며, 제2장은 중증장애인의 고용에 관한 규정을 담고 있다.

그러나 장애정도를 퍼센트로 표시되는 것은 잘못된 것인데, 예를 들어 “나는 50퍼센트의 장애정도를 가지고 있다”라고 볼 수 없으며 또한 “나는 장애정도가 50이다”라고 단순히 말하는 것도 잘못된 것이다. 다시 말해 장애정도에 대한 판정은 매우 복잡하다.

독일에서 사용되는 ‘장애정도’(GdB)의 개념은 ‘손상결과의 정도’(GdS) 개념 및 그 영향에 따른 결과를 수치화한 것이라고 할 수 있다. 독일의 경우 장애를 판정하고 그 정도를 파악하는 데 있어서 가장 핵심적인 역할을 하고 있는 장애정도 측정은 2009년 1월 1일부터 시행되고 있는 ‘원호의료 - 원호의료 원칙에 대한 규정’(Versorgungsmedizin - Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen)에 근거하고 있다. ‘원호의료규정’이 도입되기 이전까지는 ‘장애의 의학적 판정을 위한 기준’(Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit)이 사용되었었다. 또한 손상정도의 결과(GdS)는 이전에 사용되었던 ‘근로능력의 감소’(Minderung der Erwerbsfähigkeit, MdE:)라는 개념을 대체한 개념이다.

GdB와 GdS는 같은 원칙에 의해 측정되지만, 두 개념의 궁극적인 차이는 GdS는 단지 손상결과(원인)에만, 그리고 GdB는 원인과는 독립적으로 모든 건강상 장애(결과)에 관련된 것이라는 데 있다. GdB와 GdS의 또 다른 차이점은 GdB는 주로 중증장애의 권리(「사회법전 제9권」의 제2부)와 관련하여 사용되고, 이에 반해 GdS는 법적 사고보험(gesetzliche Unfallversicherung) 및 사회적 보상권(soziales Entschädigungsrecht)과 관련하여 사용되는 차이가 있다.

그러나 두 가지 개념 모두 일반적인 직업생활 뿐만 아니라 모든 생활영역에서의 기능제약의 영향을 내용으로 하고 있다. 따라서 GdB와 GdS에서 수행능력(활동능력)의 정도(범위)를 추론하지는 않는다. 그러나 판정 시 사회적 보상권리 안에서 특별한 직업적 관련사항을 고려해야만 하는 경우가 아니라면, GdB와 GdS는 기본적으로 실제로 수행하고 있거나 갖고자 노력하고 있는 직업과는 독립적이다.

3) 중증장애인 판정

앞서 언급했듯이 독일 장애인정책의 주요 대상은 중증장애인이다. 할당고용제도 역시 중증장애인을 정책대상으로 하고 있다.

GdB와 GdS는 모두 의료인 판정가(ärztlicher Gutachter)에 의해 결정된다. 중증장애인증명서를 발급받기 위해서는 총체적 장애정도(Gesamt-GdB)가 조사된다. 이것은 단순히 여러 손상들의 개별적인 장애정도를 합산하여 계산되는 것이 아니다. 예를 들어 장애정도가 20인 5개 장애종류를 중복으로 가지고 있는 경우, 각각의 장애를

합산하여 ‘장애정도는 100이다’라고 보지 않는다.

총체적 장애정도를 위해 결정적인 것은 개별적인 기능제한들(Funktionsbeeinträchtigungen)이 상호간 어떻게 나열되고 중복되어 영향을 미치는 가이다. 따라서 장애와 그 영향은 함께 고려되는 것이지 각기 분리된 손상들로 보는 것이 아니다. 판정할 때는 이중 최고의 개별-장애정도를 찾아내고 나머지 기능제한들을 참고해서 장애의 범위가 이들로 인해 사실상 더 확대되는지를 검사한다.

앞서 언급한 것처럼 독일에서 중증장애인 여부를 판정할 때의 기준은 GdB이다. GdB에 따른 장애정도 50 이상부터는 중증장애(Schwerbehinderung)에 해당된다. 이 경우 중증장애인증명서(Schwerbehindertenausweis)를 신청할 수 있으며, 증명서에는 장애정도가 표시되고 경우에 따라서 기능적 제약을 나타내는 인식표시(Merkzeichen)가 기재된다. 증명서에 기록된 장애의 정도는 이후 변동될 수 있으며, 이를 위해 새로운 의학적 판정(medizinische Gutachten)과 함께 신규신청이 필요하다.

독일에서 장애의 판정 혹은 중증장애인증명서를 받기 위해서는 부양사무소(Versorgungsamt)를 방문해야 한다. 부양사무소는 우리나라의 시군구에 해당되는 자치시와 크라이스(Kreis) 등에 설치되어 있다. 부양사무소는 전쟁희생자·군인·대체복무자, 의사(義士)자 및 중증장애인에 대한 각종 지원과 관련한 업무를 주로 담당하는 기관이다.

부양사무소는 의사의 진단을 토대로 중증장애인증명서를 발급한다. 장애인이 부양사무소에 중증장애인증명서 발급을 신청하면 부양사무소는 신청자에게 신청서를 발송한다. 중증장애인증명서 발급 신청자는 다음과 같은 자료들을 구비하여 부양사무소에 제출하게 된다(LVR, 2011).

- 의사의 진료내역이 담긴 자료
- 병원, 요양원 혹은 재활기관 등의 증명자료
- 의사의 진단서(가정醫 혹은 전문의)
- 사회보험기관, 노동법원 등을 위해 발급받은 증명 자료
- 보건 관련 기관 등에서 발급한 증명서류 등.

부양사무소는 서류 검토 후 조건에 합당한 경우 중증장애인증명서를 발급하게 된다. 소요기간은 일반적으로 몇 주 정도 걸리는데, 경우에 따라 수개월이 소요되기도 한다. 중증장애인 판정 및 증명서 발급을 위해 부양사무소는 신청자가 제출한 증명서류의 검토는 물론 다른 의사들의 소견을 구하기도 한다.

중증장애인증명서 발급이 거부되거나 장애정도에 불복할 경우 1개월 이내에 부양사무소에 이의제기를 할 수 있다. 주(州) 부양사무소는 지역 부양사무소의 결정이

적합한가 여부에 대해 판단하고 이에 대해 결정한다. 장애인의 이의신청에 대해 주(州) 부양사무소까지 이를 기각할 경우 사회법원(Sozialgericht)에 제소할 수 있다. 장애정도가 심해질 경우 재(再)판정신청을 할 수 있으며, 장애판정의 취소, 변경, 재판정에 관한 규정은 일반 행정절차 등에 관해 총괄적으로 규정하고 있는 「사회법전 제10권」의 규정을 따르도록 하고 있다.

독일의 경우 합법적인 영주권을 가진 외국인은 물론 합법적인 체류자들도 중증장애인증명서를 발급받을 수 있고 국가에서 제공하는 장애인관련 제반 서비스를 독일인과 동등하게 수혜 받을 권리를 가지고 있다. 즉 「사회법전 제9권」에 따라 이 법률의 효력범위 내에서 적법하게 거주하거나, 일상적으로 체류하거나 일정한 일자리에 취업한 자들도 중증장애인증명서를 발급받을 수 있다. 또한 국경근로자¹⁹⁾들도 중증장애인증명서를 발급받을 수 있다. 이들이 중증장애인증명서를 발급받을 경우 독일국민이 받는 각종 중증장애인 복지서비스, 예를 들어 장애인주차증 발급, TV시청료 면제·할인 등을 받을 수 있다. 그러나 장애연금 혹은 장애조기연금 수령 등과 관련해서는 독일 국민 혹은 외국인 여부가 의미가 있는 것이 아니고, 당사자가 장애연금 등을 수령할 조건을 충족하고 있는지 여부가 지급여부의 판단기준이 된다.

한편 앞서 언급한 할당고용제도 관련하여 「사회법전 제9권」은 GdB가 '30이상~50미만'²⁰⁾, 즉 GdB 30과 40에 해당하는 장애인이 일정 요건을 충족할 경우 '준중증장애인'(Gleichgestellte) 자격을 부여하여, 이들을 고용할 경우 중증장애인을 고용한 것으로 인정하고 있다.

일반적 경우 중증장애인을 부양사무소(Versorgungsamt)에서 판정하는 것과 달리 '준중증장애인'은 노동사무소(Arbeitsamt)²¹⁾가 판정한다. 노동사무소는 장애정도가 30 이상 50 미만인 장애인 중에서 장애로 인하여 노동시장에서 일자리를 구하거나 유지할 수 없는 경우 관련 전문가와의 협의를 통해 중증장애인에 준하는 '준중증장애인'을 인정해주고 있다.

〈표23〉 독일의 (중증)장애 판정

-
- 19) 국경근로자(Grenzarbeitnehmer)란 거주지가 독일 이외의 국가이고 독일 내에서 취업한 사람으로서 적어도 일주일에 한번 이상 거주지에 돌아가는 근로자와 무국적자(담당기관에 의해 체류허가를 받은 사람)를 의미한다.
- 20) GdB(장애의 정도)는 10 단위로 판정하기 때문에 'GdB 30 이상 50미만'이란 결국 GdB 30과 40을 의미한다.
- 21) 노동사무소는 비장애인은 물론 중증장애인에 대한 직업자문, 훈련알선, 취업알선과 더불어 고용주에 대해서도 중증장애인 고용과 관련하여 각종 자문을 한다. 이와 더불어 준중증장애인 인정 및 취소, 고용주의 중증장애인 고용의무 이행 여부 감독, 장애인작업장 선정 및 취소, 통합전문가(서비스)의 선정 및 재정적 지원 등을 한다.

구분	중증장애인	준중증장애인
판정담당기관	부양사무소(Versorgungsamt)	노동사무소(Arbeitsamt)
장애정도	장애정도 50 이상	장애정도 30이상~50미만 중 장애로 인하여 노동시장에서 일자리를 구하거나 유지할 수 없는 경우
장애인정 기준	주로 의학적 판단	의학적 판단 + 직업재활적 접근

4) 중증장애인 현황

독일의 경우 중증장애인에 대한 실태조사는 1985년 이래 연방통계청에 의해 2년에 한번 씩 수행되고 있다. 연방통계청에 따르면 2009년 12월 31일 기준 총 7,101,682명의 중증장애인이 있는 것으로 나타났다. 남성이 51.5%(3,658,107명)를 차지하고 있으며 여성은 48.5%인 3,443,575명으로 나타났다. 아래의 표는 1997년 이후의 중증장애인 수의 추이를 정리한 것이다

〈표24〉 연도별 중증장애인 수

(단위 : 명)

구분	1997년	1999년	2001년	2003년	2005년	2007년	2009년
전체	6,621,157	6,633,466	6,711,797	6,638,892	6,765,355	6,918,172	7,101,682
남성	3,501,132	3,497,458	3,530,018	3,485,341	3,527,983	3,587,250	3,658,107
여성	3,120,025	3,136,008	3,181,779	3,153,551	3,237,372	3,330,922	3,443,575

자료: Statistisches Bundesamt (2012), Schwerbehinderte Menschen.
2009년 기준 중증장애인을 연령별로 살펴보면 고령화현상이 뚜렷이 나타나고 있는데 전체 중증장애인 가운데 74.9%(5,315,765명) 이상이 55세 이상인 것으로 나타났다.

〈표25〉 연도별 연령별 중증장애인 수

(단위 : 명, %)

구 분	1997년	1999년	2001년	2003년	2005년	2007년	2009년
전 체	6,621,157	6,633,466	6,711,797	6,638,892	6,765,355	6,918,172	7,101,682
15세미만	126,347	127,431	127,161	123,985	120,213	120,227	123,319
15~24세	128,186	132,596	138,987	146,680	153,064	157,075	160,405
25~34세	268,036	247,819	227,247	210,406	200,061	200,510	210,081
35~44세	415,801	442,721	464,455	476,492	468,581	447,270	417,603
45~54세	661,851	665,975	734,219	770,516	794,660	826,264	874,509
55~64세	1,632,117	1,611,454	1,552,336	1,485,261	1,424,805	1,410,756	1,452,236
65세이상	3,388,819	3,405,470	3,467,392	3,425,552	3,603,971	3,756,070	3,863,529

자료: Statistisches Bundesamt (2012), Schwerbehinderte Menschen.

2009년 기준 중증장애인을 장애정도별로 살펴보면 전체 중증장애인의 24.9%(1,768,049명)가 장애정도(GdB) 100에 해당되는 가장 중(重)한 중증장애인으로 나타났다. 중증장애인 가운데 30.6%(2,170,575명)는 장애정도 50의 장애를 가지고 있다. 연도별 및 장애정도별로 살펴보면 각 장애정도별 비율에 큰 변화가 없는 것으로 나타났다.

〈표26〉 연도별 장애정도별 중증장애인 수

(단위 : 명, %)

구 분		전 체	50	60	70	80	90	100
1999	중증장애인	6,633,466	1,942,333	1,065,083	775,890	855,724	355,969	1,638,467
	비 율	100.0	29.3	16.1	11.7	12.9	5.4	24.7
2001	중증장애인	6,711,797	2,005,326	1,071,372	772,737	840,886	353,681	1,667,795
	비 율	100.0	29.9	16.0	11.5	12.5	5.3	24.8
2003	중증장애인	6,638,892	2,039,827	1,062,939	756,466	815,512	343,392	1,620,756
	비 율	100.0	30.7	16.0	11.4	12.3	5.2	24.4
2005	중증장애인	6,765,355	2,044,599	1,098,587	770,049	828,419	351,423	1,672,278
	비 율	100.0	30.2	16.2	11.4	12.2	5.2	24.7
2007	중증장애인	6,918,172	2,093,757	1,119,760	778,112	842,713	359,683	1,724,417
	비 율	100.0	30.3	16.2	11.2	12.2	5.2	24.9
2009	중증장애인	7,101,682	2,170,575	1,143,002	791,562	861,327	369,167	1,766,049
	비 율	100.0	30.6	16.1	11.1	12.1	5.2	24.9

자료: Statistisches Bundesamt (2012), Schwerbehinderte Menschen.

연방통계청의 중증장애에 대한 통계에 따르면, 장애종류는 총 55개로 분류된다. 이는 원인적인 질병진단에 근본적으로 구분된 것이 아니라 (예를 들어 다중 경화증), 장애의 외형과 장애를 통한 특성의 기능제약(예를 들어 사지의 기능적인 변형)에 초점을 두고 있다. 이 장애종류들은 아래의 9개 장애유형을 좀 더 세분화하여 분류한 것이다.²²⁾

<표27> 장애종류 및 연령별 중증장애인 수(2007년)

장애종류	인원수
총 수	6,91,172
사지의 일부 또는 전부 상실	73,831
사지의 기능제약	953,675
척추와 몸체의 기능제약과 흉곽의 기형	870,049
실명과 시각장애	348,442
언어장애, 청각장애, 평형감각장애	282,035
한쪽 가슴 혹은 양쪽가슴 상실과 변형등	177,323
내부기관 및 기관체계의 기능제약	1,748,483
편마비, 뇌신경장애, 정신정서장애, 중독증	1,305,481
기타장애	1,158,853

출처: <http://www.gbe-bund.de>(2011).

2. 장애 판정 기준: 원호의료-규정(Versorgungsmedizin-Verordnung: VersMedV)

장애판정을 위해 2009년부터 시행되고 있는 원호의료-규정은 연방노동사회부가 연방국방부와 함께 심리를 거쳐 「연방원호법」(2008년 제정) 제30조제17항을 근거로 규정되어있다. 이 규정은 손상결과의 의료적 평가와 「연방원호법」 제30조제1항에서 의도하는 손상결과 정도의 증명을 위해, 또한 「연방원호법」 제1조제3항에 따른 건강장애의 인정을 위한 원칙, 「연방원호법」 제35조제1항에 따른 간병수당의 단계와 도움이 요구되는 상태(Hilflosigkeit)의 평가를 위한 기준, 그리고 조사와 지속발전을 위한 방법을 정하는데 목적을 두고 있다(제1조).

연방노동사회부는 장애판정을 위해 독립적인 ‘의사의 원호의료 사실확인 자문위원회’(Äztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin: Beirat)를 구성하여 모든

22) 2009년의 장애유형별 현황자료는 현재 기준 아직 발표되지 않았다.

원호의료적인 관심사들에 대해 연방노동사회부를 자문하고, 의료의 현 상황과 원호의료적 요구에 부합하도록 하고 있다 (제3조). 자문위원회는 17명의 위원으로 구성되어 있다:

- ① 원호의료적으로 특별히 자격을 갖춘 8명의 의사,
- ② 국방부의 원호의료-판정 영역에서의 의사 1명,
- ③ 원호의료의 중요한 전문분야에서 학문적으로 특별한 자격을 갖춘 8명의 의사.

또한 자문위원회의 자문을 위해 장애인단체의 전문적 지식이 있는 의료 대표단과 같은 외부 의료전문인들이 추가로 포함될 수 있으며 자문위원은 연방노동사회부로부터 4년간의 임기를 위촉받는다.

원호의료-규정의 내용은 아래와 같이 크게 4개 부분으로 구성되어 있다.

A 부문: 일반적 원칙(Allgemeine Grundsätze)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 손상결과 2. 손상결과와 정도(GdS), 장애정도(GdB) 3. 총-장애정도(Gesamt-GdS) 4. 무능력(도움이 필요한 상태, Hilflosigkeit) 5. 아동과 청소년의 무능력 판정의 특수성 6. 실명과 고도시각장애 7. 상태의 중요한 변화
B 부문: 장애정도-목록(GdS-Tabelle)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 장애정도-표에 대한 일반적 참조 2. 머리와 얼굴(Kopf und Gesicht) 3. 신경체계와 정신(Nervensystem und Psyche) 4. 시각기관(Sehorgan) 5. 청각 및 평형기관(Hör- und Gleichgewichtsorgan) 6. 코(Nase) 7. 구강(Mundhöhle), 인후공간(Rachenraum) 그리고 상(上)기도(obere Luftwege) 8. 흉곽(Brustkorb), 심호흡기(tiefere Atemwege)와 폐(Lungen) 9. 심장(Herz)과 혈액순환(Kreislauf) 10. 소화기관(Verdauungsorgane) 11. 헤르니아(탈장)(Brüche, Hernien) 12. 배뇨기관(Harnorgane) 13. 남자 성(性)기관(Männliche Geschlechtsorgane) 14. 여자 성(性)기관(Weibliche Geschlechtsorgane)

15. 신진대사(Stoffwechsel), 내분비(Innere Sekretion)기관 16. 혈액(Blut), 조혈기관(Blutbildende Organe), 면역체계(Immunsystem) 17. 피부(Haut) 18. 균형(지지) 및 운동기관, 류머티스성 질환
C 부문: 사회적 보상권에서의 사정(Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht)
1. 원인개념(Ursachenbegriff) 2. 원인 관계의 판정에 대한 사실 3. 원인 관계의 개연성(추정적 사실) 4. 가능원호(Kannversorgung) 5. 간접적인 손상결과 6. 의도적으로 야기한 손상들 7. 발생 의미에서의 인지와 악화 의미에서의 인지 8. 악화의 종류 9. 전문적인 치료의 부족(결핍) 10. 진단처리와 예방적, 치료적 수단의 결과 11. 손상과 사망과의 원인관계 12. 사전상해, 사후상해, 결과상해 13. 간병수당, 간병수당단계를 위한 전제들
D 부문: 인식표시(Merkzeichen)
1. 교통수단 이동능력의 심각한 제약(인식표시 G) 2. 항시 동반을 위한 자격부여(인식표시 B) 3. 특별한 보행장애(인식표시 aG) 4. 청각장애(인식표시 Gl)

A 부문: 일반적 원칙(Allgemeine Grundsätze)

장애인이란 신체적 정신적 장애로 인해 사회생활 참여에 제약을 받는 사람을 말하는 것으로 이를 위한 기준은 '장애정도'(GdB)와 '손상결과정도'(GdS)이다.

1) 손상결과(Schädigungsfolgen)

손상결과는 사회적 보상권 차원에서, 손상과의 원인관계에 있으며 관련법에 따라 언급된 모든 건강장애를 나타낸다. 손상결과의 영향은 '손상결과의 정도(GdS)'로 측정되며 손상결과정도에 나타나지 않은 건강상태의 이상(예: 기능적으로 중요하지 않은 흉터, 치아손실)도 또한 손상결과에 속한다.

2) 손상결과도의 정도(GdS)와 장애정도(GdB)

손상결과정도(GdS)와 장애정도(GdB)는 동일한 원칙에 따라 측정된다. 두 개념에서 GdS는 손상결과(원인적)에 의해, GdB는 원인에 상관없이 독립적(결과적)이라는 것에 의해 구별된다. 두 개념은 모든 생활영역에서 기능제약의 영향을 받으며, 단지 일반적인 직업생활에 제한되지 않는다는 취지를 갖고 있다. GdS와 GdB는 건강상해로 인한 기능제약의 신체적, 정신적, 심리적 그리고 사회적 영향에 대한 척도이다.

GdB와 GdS는 해당 연령에 맞는 전형적인 상태에서 벗어남을 전제로 한다. 이런 배경에서 나이에 따른 신체적인 변화는 GdB와 GdS의 판정에서 고려되지 않는다. 즉 나이로 인한 전형적인 능력의 제한 때문에 곧바로 장애인으로 판정 않는다. 그러나 병리학적인 변화, 즉 비정규적이고 단지 나이에 의한 것이 아닌 것으로 관찰될 수 있는 변화는 GdB와 GdS의 판정 시 고려될 수 있다. 그리고 고령의 나이에 처음 나타나거나 노인병(예: 노인성 당뇨, 노인성 내장안)으로 불리는 경우는 해당된다.

‘손상결과정도 목록’(GdS-Tabelle)에서 제시된 평가치는 독일의 오랜 경험으로부터 얻어진 것이며 나이와 독립적으로(또한 훈련과 독립적으로) 중간치를 나타낸 것이다. 각 개별경우에 따라 평가치는 달라질 수 있는데 이는 개인의 특별한 사유를 고려하기 때문이다. GdS는 단지 일시적이 아니라 이로 인해 6개월 이상 지속적인 건강상해가 전제되어야 한다. 따라서 건강상해가 감소될 때 평가치는 6개월 이후에 - 혹은 예측하여 - 남아있는 손상에 맞추어 결정된다. 장기간 병이 진행되는 건강상태에서의 변동은 평균치로 기록된다. 즉, 병이 진행될 때 건강상태가 개선되고 악화되는 상태가 반복적으로 일어난다면(예: 만성적 기관지염, 피부병, 발작병), 일시적인 악화는 - 전반적인 생활방식에서 내포된 영향으로 인해 - 잠시의 건강상해로서 판정 시 고려되지 않는다. 따라서 이러한 경우에 GdB 판정과 GdS 판정은 손상의 평균적 범위에서 정해진다. 장애판정 신청자가 건강상해 발생 후 6개월 내에 사망하면 장애정도는 의사의 경험으로 건강상해 발생 6개월 후에 나타날 수 있다고 예측되는 정도로 정해지며, 발생과 동시에 사망하면 장애정도는 고려되지 않는다.

GdS의 판정 시 심리적 수반현상(예: 얼굴변형, 여성의 가슴 상실의 경우)과 통증 역시 참고 되어 GdS 목록에 기록된다. 심리적 수반현상이 신체기관의 변화로 인해 더 높게 예측된다면, GdS는 더 높게 결정된다. 통증에 관해 GdS 목록에 기록된 평가치는 일반적으로 현재 통증을 포함하고 있으며 의사의 경험상 특별히 통증이 심한 상태일 경우에도 고려된다. 부위에 따라 그리고 병리학적 변화의 정도에 따라 상당한 정도로 뒤따르는 고통으로 의사의 치료가 요구된다는 것이 입증된다면 높은

평가치를 받을 수 있다.

3) 총체적 GdS(Gesamt-GdS)

건강상해로 인한 많은 기능제약들이 존재하면 이들의 개별-GdS를 정할 수 있다. 그러나 모든 기능제약들을 통해 총-GdS를 조사할 때에 개별 평가치가 합산되지 않는다. 개별 기능제약들은 이들 간 상호관계를 통하여 총-GdS에 결정적인 영향을 미친다. 총-GdS를 사정할 때에 일반적으로 기능제약에 근거를 두고 가장 높은 개별-GdS를 결정한 다음, 다른 모든 기능제약들을 고려하여 결정한다. 그래서 다른 기능제약들로 인해 처음 정한 GdS보다 더 높게 추가하여 장애정도가 총체적으로 인정된다. 그러나 GdS 20 수준의 심하지 않은 기능제약이 심한 장애정도로 상향되는 일은 흔하지 않다.

4) 무능(Hilflosigkeit)

사회적 보상권에서 간병수당을 받기 위해서는 손상자(손상의 결과)가 ‘무능한’(hilflos) 상태에 있음이 증명되어야 한다. ‘무능하다’라는 것은 건강상해의 결과 - 「사회법전 제9권」과 「소득세법」(Einkommensteuergesetz)에 의해 단지 일시적이어서는 안된다. 이는 일상생활 가운데서 개인의 존재적 안전이 자주, 그리고 반복적으로 발생하는 일련의 상황으로 인해 타인의 도움을 장기적으로 필요로 한다는 것을 의미한다. 이 전제들은 또한 관찰이 필요하거나 위에 언급된 상황들에 대해 지도를 해주어야 하는 도움이 필요하며, 그 도움이 장기간 수행되어야 할 뿐만 아니라 지속적으로 도움을 줄 준비가 되어있어야만 한다.

일상생활에서 개인 존재의 안전에 영향을 미치는 상황, 특히 옷입기와 벗기, 영양섭취, 개인위생, 위기상황들이 자주 그리고 반복적으로 발생한다. 이러한 상황들을 지원하는데 무엇보다도 필요한 신체이동, 정신적 자극 그리고 의사소통에 대한 가능성이 고려되어야 한다. 무능(Hilflosigkeit)은 심리적 혹은 정신적 장애인에게 일상생활 중 수많은 상황에서 직접적인 도움이 필요할 때 뿐 아니라 끊임없는 돌봄 없이는 동기부족의 결과로 이러한 상황들을 시도하려 하지 않는 장애인 모두에게 나타난다. 따라서 자주 그리고 규칙적으로 반복되는 상황들에서 필요한 도움의 범위는 광범위해야만 한다. 이것은 생활에 필수적이고 일상에서 반복되는 경우 일지라도 개별상황에서는 항상 도움이 필요하기 때문이다(예를 들어 각각의 옷들을 입을 때, 여행이나 산책 시 동반의 필요성, 대중교통 이용 시, 혹은 간단한 상처나 절

병치료 시 도움 등). 그러나 직접적인 사람의 돌봄과 관련되지 않은 일(예를 들어 가계부양)은 여기에서 제외된다.

아래와 같은 중증장애인들의 경우는 면밀한 검사 없이도 신청자의 무능상태가 항상 인정된다:

- ① 실명과 고도의 시각장애
- ② 척추마비와 기타 중증의 지체장애(장기간 지속적으로, 거주 공간 안에서도 휠체어 사용이 필요한 장애 등),
- ③ 개별 GdS가 100으로 평가되는 뇌손상자, 간질이 있는, 지적장애인과 정신장애인,
- ④ 2개 혹은 종아리나 두발의 절단을 제외한 다수의 사지 상실(최소한 손 혹은 발의 상실은 사지상실로 간주된다).

장애로 인해 장기적으로 병상에 누워있어야 하는 경우에는 항상 무능상태를 인정하는 조건에 해당된다. 그러나 장기적인 병상이 장애인이 침대를 절대로 벗어날 수 없다는 것을 전제로 하는 것은 아니다.

5) 아동과 청소년의 무능판정에서의 특수성

아동과 청소년의 무능 판정은 위에 언급된 상황들만을 고려하는 것이 아니라, 이러한 상황들을 유도하는 신체적, 정신적 발달(예를 들어 사지의 사용방법 지도 혹은 주위환경 및 언어를 습득하는데 도움을 통해서) 그리고 필요한 관찰이 무능을 사정하는 중요한 논의사항에 포함된다. 장애아동과 장애청소년의 무능에 대한 사정에서 항상 고려되어야 할 것은 장애로 인해 건강한 동갑내기 비장애아동들의 무능의 범위를 넘을 수 있기 때문에 장애로 인해 추가로 필요한 지원내용의 범위는 월등하게 높아야 한다. 특히 선천적이거나 아동기에 발생한 지적장애인은 일반적으로 18세 성인이 될 때까지 GdS가 100이하일 경우에도 무능상태로 고려되어 이에 상응하는 지원을 한다. 특히 행동장애가 있을 경우 상시적인 관찰이 요구되며, 신생아의 경우에도, 예를 들어 중증의 뇌손상이 증명되면 무능상태로 인정된다.

6) 실명(Blindheit)과 고도의 시각장애(hochgradige Sehbehinderung)

실명(Blindheit)이란 시력을 완전하게 잃음을 의미한다. 장애인이 시각장애인일 경

우 양쪽 시력(Sehschärfe)이 전혀 없거나 0.02(1/50) 이상이 되지 않거나 시력에 다른 고도의 손상이 있어 시력손상이 동등하게 나타나야 한다.

7) 중요한 상태의 변화(Wesentliche Änderung der Verhältnisse)

손상결과 혹은 장애 범위의 중요한 변화란 변화된 건강상태가 6개월 이상 지속되거나 예측될 때 그리고 GdS의 변화가 최소 10에 도달할 때를 말한다. 중요한 변화는 사회적 보상권(예: 간병수당)에서 지속적인 서비스나 장애인에 대한 불이익을 보상하는데 필요한 전제조건이 충족되거나 소멸되는 것이다. 치료과정은 상태의 중요한 변화를 나타낼 수 있으므로 치료과정 이후에도 동일한 증세가 남아있을 경우에 GdS의 새로운 평가치를 결정한다.

사회적 보상권 측면에서 장애판정은 고통범위가 확대되어 손상의 결과가 여전히 지속하여 발전되는지를 추가적으로 조사할 수 있다. 우선 손상에 의한 장애, 외형들을 기초로 하여 그 손상이 진전되거나 혹은 완전히 그대로 남아있을 때, 그리고 새로운 원인에 의해 생기게 될 때, 그 남아 있는 외형들은 건강 상태의 중요한 변화로 제시될 수 있다('존재기초의 전위; Verschiebung der Wesensgrundlage').

B 부문: GdS-목록

아래의 GdS-목록에 제시된 수는 손상결과정도의 근거를 제시하는 평가치이며 실제로 손상된 신체적, 정신적 그리고 심리적 장애의 모든 부분들은 개별적으로 사정될 수 있다. 재판정 기간은 개별적 경우의 특수성을 참작해서 결정한다. 목록에 언급되지 않은 건강상해(Gesundheitsstörungen)에 대한 GdS는 비교 가능한 건강상해를 유추해 판정한다.

악성종양의 치유증명은 내부장기 이식 후에, 그리고 질병처치 이후까지 일정유예기간을 두도록 목록에 기록되어 있다. 이러한 질병들을 위한 GdS의 기초 평가치들은 수술이나 다른 방법의 종양제거 후 상태와 연관되며 치유증명의 유예시간은 일반적으로 4년이다. 또한 목록에 언급되지 않은 악성종양질환들은 별도의 원칙에 따른다: 치유의 과정까지 - 일반적으로 종양제거 후 5년 경과까지 - 남아있는 내부기관과 사지손상은 그 자체만으로 GdS 50 이상으로 하고, 일반적으로 종양제거 후 초기단계에서는 GdS 50, 종양제거 후 말기단계에는 GdS 80으로 산정한다. 남아있는 신체손상 치료결과가 GdS 50 혹은 그 이상이 될 때 치유인정과정까지 정해지는 GdS는 그에 상응하게 더 높게 결정될 수 있다.

아래의 GdS-목록은 일부를 정리하여 예시로 제시한 것이다:

1. 머리와 얼굴(Kopf und Gesicht)	
· 두개골손상(뇌기능장애 없는)	30
· 안면변형(적은 손상/고도변형)	20-30/50
· 안면신경통(경/중中/중重/최중도)	10/20-40/50-60/70-80
· 두통(경/중中/중重도)	10/20-40/50-60
2. 신경체계와 정신(Nervensystem und Psyche)	
· 뇌손상(경/중中/중重)	30-40/50-60/70-100
· 정신적장애 - 중中도/중重도	50-70/70-100
· 간질발작 - 드물게(아주드른 경우: 연(年) 간격/ 드른 경우: 월 간격)	40/50-60/
· 간질발작 - 중도(주(週) 간격)/자주(거의 매일)	60-80/90-100
· 뇌종양	50
· 뇌성마비	30-100
· 특별한 정신적 장애(아동의 경우)	
- 행동장애, 정규학교 불능	50-80
- 자폐(진행과정에 따라)	50-100
· 학습장애	20-30
· 지적장애(언어 및 지적능력 저하/중도학습장애/다운증후군)	30-70/80-100/100
· 정신장애(조울증/자주 & 여러 주 조울증 /노이로제(중증강박))	50-100/30-50/50-100
3. 시각기관(Sehorgan)	
· 지속적인 치료가 불가능한 안와(眼窩)의 염증을 수반한 한쪽 눈의 상실	40
· 수정체 상실로 인공수정체나 콘택트렌즈로 교정	10-30
· 안근마비(이중상)와 사시(Strabismus)	30
· 시야상실(정도에 따라)	10-70
4. 청각 및 평형기관(Hör- und Gleichgewichtsorgan)	
· 선천적 혹은 아동기(7세 이하) 농(聾)의 경우(언어장애 포함)	100
· 청소년기(8-18세) 농(聾)의 경우	80-100
· 평형감각 상실과 심각한 결과 수반	50-80
· 만성적 중이염(장기간 한 귀/장기간 양 귀 모두)	10/20
5. 코(Nase)	

· 코의 상실(일부/완전한 상실)	10-30/50
· 만성적 비강염, 중(重)도의, 취비증(Ozaena)	20-40
6. 구강(Mundhöhle), 인후공간(Rachenraum) 그리고 상(上)기도(obere Luftwege)	
· 유동식 섭취, 언어장애를 수반한 턱 경련	50
· 상/하턱 상실, 변형된 코 손상	20-50
· 입천정 상실, 수정 불가능	50
· 입술 상실, 턱상 실, 구개파열(정도에 따라)	20-50(아동:30-50)
· 악성종양에 의한 후두 상실/5년간 악성종양 치유	70-80/100
8. 흉곽(Brustkorb), 심호흡기(tiefere Atemwege)와 폐(Lungen)	
· 악성종양(폐암), 기본적 5년 치료기간	80
· 호흡기 질병(기관지 확장증 등): 중(中)/중(重)도	50-70/80-100
· 계속적인 중증 발작을 동반한 기관지 천식	40-50/40-60
· 아동천식 증세, 연 10회까지 호흡기발작/중증(3개월 천식기관지염)	40-60%/70-100
· 결핵(추가적 폐기능장애/치료가 요구되는 폐결핵)	100/50
8. 심장(Herz)과 혈액순환(Kreislauf)	
· 심장병:심장판막장애, 동맥류 등	30
· 최소 1년간 심근경색으로 치료	50
· 심장손상(치료후 판막, 심근경색 등 - 운동부하 검사 ergometertest 75Watt시 심장부담/50Watt시/심부전)	20-40/50-70/90-100
· 박동손상(추가적, 경한 영향/심박급속증, 서맥(느린맥))	20-40/50-80
· 고혈압(경/중(中):낮은 장기손상/중(重)도:여러 장기손상)	10/20-40/50-100
9. 소화기관(Verdauungsorgane)	
· 식도의 기능적 협착(음식흡수, 흡인에 심각한 장애)	50-70
· 위(십이지장)와 장질환(영양섭취와 체력에 심각한 부작용)	40-50
· 간, 담도, 췌장질환(심각한 만성간염, 황달, 췌장염)	50-70(췌장 경우:-80%)
10. 헤르니아(탈장)(Brüche, Hernien)	
· 배꼽탈장, 자주 재발되는 장폐쇄 현상	40-50
· 횡경막탈장(장기이동과 영향에 따라)	40-70
11. 배뇨기관(Harnorgane)	
· 소변생산과 이동에 손상(심장, 혈액순환 등 장기에 영향)	40-50
· 다른 신장이 손상된 상태에서 한 신장의 상실과 결핍	40-50
· 만성 요도염(중(重)도)	20-40
12. 남자 성(性)기관(Männliche Geschlechtsorgane)	
· 악성 종양(전립선암, 고환암 등 5년 치료기간, 성기 상실)	50-100(단계에 따라)

13. 여자 성(性)기관(Weibliche Geschlechtsorgane)	
· 유방절단수술이나 방사선치료: 한쪽/두쪽	30/40
· 유방암, 자궁암 등(단계에 따라)	50-80
· 질벽 및 자궁하강(요실금의 정도에 따라)	20-50
14. 신진대사(Stoffwechsel), 내분비(innere Sekretion)	
· 당뇨병(정도에 따라)	30-40
· 심각한 갑상선 기능항진/기능저하	50-100/20-40
· 갑상선암(5년 치유기간)	50-80
15. 혈액(Blut), 조혈기관(blutbildende Organe), 면역체계(Immunsystem)	
· 만성 림프성 백혈병, 비호드킨 림프종/비장의 심하게 비대	40-70/80-100
· HIV 감염으로 심한 건강제약/에이즈질병	50-80/100
16. 피부(Haut)	
· 내인성피부질환, 피부전체, 얼굴에 발생	40-50
· 비닐버즘, 변색된 강한비듬/중증의 피부전체에 발생	20-40/50-80
· 악성피부암:5년 치유기간	50-80
17. 균형(지지) 및 운동기관(Haltungs- und Bewegungsorgane), 류머티스성 질병(rheumatische Krankheiten)	
· 만성 골수염(中, 重)	50-70
· 성장이 끝난후 신장이 130cm이하/130-140cm(균형적)	50%/30-40
· 척추손상(中/重)	20-40/50-70
· 팔(양팔/한팔 상실/한팔과 한다리 상실)	100/70-80/100
· 손-손가락 상실(한 손 혹은 다섯손가락/두손 상실)	50/100
· 손가락 상실(두 엄지/두 개 손가락/네 개 손가락/열개 손가락)	40/30/40-50/100
· 다리상실(두 다리 혹은 한 팔과 한 다리/허벅다리 상실)	100/70-80
· 발상실(한발/양발상실)	40/70
· 고관절이 불안정한 자세로 경직/무릎관절 경직	40-60/40-60
· 신경상실(총체적 신경얼기);요천골신경총	80

C 부문: 사회적 보상권에서의 사정

1) 원인정의(Ursachenbegriff)

「연방원호법」상의 원인개념은 의학적 의미와 일치하지는 않으며 자연과학-철학적

의미를 내포하고 있다. 원인들 간의 특별한 관계들은 질병이나 장애 발생에 중요한 영향을 미친다. 장애가 발생하는데 수많은 상황들이 영향을 미칠 때, 여러 원인들이 동등하게 발생하고 영향범위 내에 나란히 존재한다면 이들은 「연방원호법」상 ‘동반 원인’으로 보며, 다른 원인에 대응되게 월등히 능가하는 의미가 있는 상황은 ‘단독 원인’으로 본다.

이에 반해 ‘임시원인들’(Gelegenheitsursachen)이나 마지막 자극 혹은 동기는 개념적으로 중요한 조건으로 보지 않는다. ‘임시원인’은 단지 건강손상이 가능할 수 있는 연고가 되는 사실 없이, 매일 일어나는 사실들을 통해 대략 같은 시간에 그리고 대략 같은 범위로 발생되었을 때 인정될 수 있을 뿐이다. 예를 들어 간단한 물건을 드는 것은 탈장(脫腸) 발생에 책임이 되는 경우, 외적인 영향은 질병 발생에 중요하게 연관된 것이 아니고, 단지 이미 존재하고 있는 손상들 내부에 특별한 특징을 나타내는 증상을 발현하도록 지원하는 것이다.

이상에서 살펴본 것처럼, 원인개념은 손상의 과정과 건강상해 혹은 사망 사이의 원인적 연관성, 직업 관련성, 무능상태, 의복 및 침구손상 등에 대한 총비용의 조건, 그리고 손상결과로 인한 전쟁희생자 보호와 치료영역을 사정하는데 중요한 역할을 한다.

2) 간병수당과 간병단계를 위한 조건

사회적 보상권 관련하여 간병수당(Hilfe zur Pflege)²³⁾은 손상을 입은 사람이 손상의 결과로 일생생활을 하는 과정에서 자주 그리고 반복적으로 나타는 상황으로 인해, 타인의 도움이 지속적으로 필요한 무능(도움부재)상태에 있을 때 지급된다. 이러한 전제는 관찰이나 지도의 형태로 도움이 직접적으로 이루어져야할 때 실현되거나 지원업무의 상시 준비가 요구되는 상황에도 해당된다.

독일의 경우 간병수당은 6단계로 구분된다. 장기간의 병상에 있거나 혹은 장기간 특별한 간병이 요구되는 경우에는 II단계에서 VI단계까지 제시된다. 장기간의 특별한 간병이 요구될 경우, 간병에 드는 비용은 손상을 입은 사람이 장기간의 병상에 누워있는 것과 같은 동등한 정도로 제공됨을 원칙으로 하며, 장기간 병상에 있다는 것은 앞서 이미 언급한대로 절대로 침대를 벗어날 수 없음을 의미하는 것은 아니다.

23) 원래 간병수당(Pflegegeld)은 5대 공적 보험 가운데 「사회법전 제11권」(「SGB XI」)에 규정된 간병보험에 해당한다. 그러나 여기서 이야기하는 간병수당은 간병지원(Hilfe zur Pflege)으로서 「사회법전 제12권」(「SGB XII」)에 따른 공적부조의 일환으로 수급자의 소득과 재산에 의해 결정된다. 이 공적부조는 「SGB XI」의 간병보험에서 인정하고 있다. 「사회법전 제11권」(「SGB XI」)에 따른 간병단계와 수당은, 1991년 동제도가 시행된 이후 계속 상승하여 2012년 1월 1일부터 새로운 수가가 적용되고 있다.

<표28> 「사회법전 제11권」에 따른 간병수당 등 지원수준 추이

(단위: 유로(€))

	이전까지	2008년 7월 1일 이후	2010년 1월 1일 이후	2012년 1월 1일 이후
간병수당(Pflegegeld)				
간병 I단계	205	215	225	235
간병 II단계	410	420	430	440
간병 III단계	665	675	685	700
재가방문 간병 시 현물급여(Sachleistungen in der ambulanten Pflege)				
간병 I단계	384	420	440	450
간병 II단계	921	980	1,040	1,100
간병 III단계	1,432	1,470	1,510	1,550
시설간병 시 현물급여(Sachleistungen in der stationären Pflege)				
간병 I 과 II단계	1,023~1,279€	종전과 동일		
간병 III단계	1,432	1,470	1,510	1,550
간병 III단계 plus 극한 경우(Härtefall)	1,688	1,750	1,825	1,918

출처: <http://www.pflegestufe.info/index.html>

그 외 건강손상 없이 양쪽 절단의 경우 - 양쪽 종아리 부분 절단과 같은 - 일반적으로 I 단계의 간병수당을 산정하며, 특별한 경우를 제외하고 간병수당은 아래의 간병단계에 따라 산정된다.

- ① 넓적다리 부분에서 두 다리의 상실 시: 단계 II
- ② 양손 혹은 팔꿈치 아래 양팔 상실 시: 단계 III
- ③ 팔꿈치 위 팔에서 양팔의 상실 혹은 3개 사지의 상실 시: 단계 IV.

단계 V에 따른 간병수당은 특별한 통증상태에 있고 간병에 특별히 높은 비용이 요구될 때 고려된다. 아래의 경우가 이에 해당된다.

- ① 방광과 직장마비를 수반한 척추마비
- ② 중증의 정신적, 신체적 손상을 수반한 뇌손상
- ③ 넓적다리에서 두 다리를 상실한 팔이 없는 사람
- ④ 양쪽 넓적다리를 절단한 시각장애인

- ⑤ 한쪽 상지와 한쪽 하지의 완전히 상실된 시각장애인.

특별히 심각하게 손상을 입은 사람은 단계 VI에 따라 간병수당을 받는다. 이는 아래 경우에 해당된다.

- ① 완전히 청각을 상실한 시각장애인
- ② 두 팔이 없는 시각장애인
- ③ 팔꿈치 위 팔에서 두 팔과 넓적다리에서 두 다리를 상실한 사람
- ④ 통증상황과 함께 이미 단계 V에 따라 간병수당을 확정받고 그 외 건강장애로 간병요구가 현저하게 높아진 사람(예를 들어 방광과 직장마비를 수반한 양 다리의 완전한 마비와 양팔의 심각한 상해)
- ⑤ 특별한 통증 상황과 위와 같은 손상으로 간병이 요구되는 다른 손상자.

D 부문: 인식표시(Merkzeichen)

1) 대중교통 이용에서 이동능력의 현저한 제약(인식표시 G)

「사회법전 제9권」에 따라 장애인이 장애로 인해 대중교통 이용에 현저한 제약을 받는지를 판정한다. 무능상태의 청각장애인은 항상 대중이용수단에서 무료의 혜택을 받을 권리를 갖는다. 대중교통 이용 시 이동능력에 현저한 제약을 받을 때, 보행 능력에 제약이 있는 사람, 또한 내적인 통증에 의해 혹은 발작이나 방향감각의 손상으로 현저한 어려움을 겪거나 스스로 혹은 걸어서 다른 곳으로 갈 수 없는 사람 등이 이에 해당한다.

2) 상시 동반이 필요한 권리(인식표시 B)

동반자의 무상 혜택은 「사회법전 제9권」에 따라 상시 동반을 위한 권리를 판정한다. 신생아나 유아들의 경우 상시 동반을 위한 권리가 요구되며, 이는 같은 손상을 입은 성인에게도 동일하게 적용된다. 실제로 이와 관련해 장애로 인한 불이익이 일어나거나 장애로 인한 과비용이 발생하는지 여부는 검사하지 않는다.

3) 특별한 보행장애(인식표시 aG)

「대중교통법」(StVG)에 따라 중증장애인이 주차를 손쉽게 할 수 있도록 하기 위해 장애인이 현저한 보행장애가 있는지를 판정한다. 또한 신생아나 유아의 경우 현저한 보행 장애의 사정판정이 요구된다. 이 판정은 동일한 건강장애를 가진 성인에게도 똑같이 적용된다. 실제로 이와 관련하여 장애로 인한 불이익이나 장애로 인한 과비용이 발생하는지 여부는 고려하지 않는다.

4) 청각상실(인식표시 GI)

청각상실은 그 외에도 중증의 언어장애(이해하기 어려운 음성언어, 제한된 언어사용)가 함께 있을 경우, 두 귀가 완전히 들리지 않는 청각장애 뿐만 아니라 또한 거의 농(聾)에 가까운 양쪽 귀에 난청이 있는 청각장애도 포함된다.

5) 기타

위의 인식표시 외에도 RF(TV수신료 면제), H(Hilflosigkeit, 무능), Bl(Blind, 시각장애인), 1.Kl(1.Klasse 1등급 좌석) 등이 있다.

3. 중증장애인에 대한 복지서비스

먼저 중증장애인에 대한 고용 관련한 서비스를 살펴보면, 독일의 경우 「사회법전 제9권」을 중심으로 해고보호(Kündigungsschutz) 등 다양한 보호조치와 더불어 아래와 같은 각종 무상 및 유상(유자)의 서비스를 제공하고 있다. 중증장애인에 대한 고용 관련 서비스에 관하여는 뒤에 자세히 언급하고자 한다.

- (준)중증장애인 취업지원금	- 신규창업으로 인한 채용 지원금
- 중증장애인을 위한 직업교육 지원금	- (한시적) 시험고용 지원금
- 작업보조를 위한 지원금	- 직업교육에 수반하여 필요한 비용에 대한 지원금
- 중증장애인을 위한 진입보조 지원금	- 작업장 장비·시설의 개조비용 지원V
- 사외(社外)시설의 직업교육 지원금	- 특별비용 발생에 대한 지원금
- 신규일자리 창출에 대한 비용 지원금	

<http://www.integrationsaemter.de>

한편 중증장애인에 대한 복지 관련 서비스를 살펴보면, 먼저 소득세 감면, 자동차세 감면 및 면제 등의 혜택이 주어진다. 또한 근거리 및 원거리 교통 이용 시 교통

수단 무료나 할인이 가능하고, 일부 중증장애인의 경우 보조인도 무료이용이 가능하다. 주거보조 관련해서는 전세소득관계 확정 시 비과세혜택과 주거보조비(Wohngeld) 신청이 가능하다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011). 시각장애인과 청각장애인에 대해서는 방송수신료(Rundfunkgebühren) 면제가 가능하다. 아래의 표29는 중증장애인에 대한 복지 관련 서비스를 요약·정리한 것이다.

<표29> (중증)장애인에 대한 고용 및 복지서비스

종류	내용	장애정도
소득세 추가공제	310 유로	30
	430 유로	40
	570 유로	50
	720 유로	60
	890 유로	70
	1,060 유로	80
	1,230 유로	90
	1,420 유로	100
	3,700 유로	장애 인식표시 H(무능) 및 BI(시각장애인)
자동차세 면제	자동차세 면제	장애 인식표시 H(무능), aG(특별한 보행장애) 및 BI(시각장애인)
상속세 추가공제	상속세 추가공제	별도 규정에 따름
장애인자동차 비용 지원	장애인차량 구입 및 개조비용 지원: 1인당 9,500유로까지 무상지원	50 이상
각종 할인제도	철도, 항공, 버스, 전철 등의 할인 및 면제	할인 및 면제조건은 별도 규정에 따름
	방송수신료 할인 및 면제	
	전화 및 휴대폰요금 할인 및 면제	
	휴대전화 사용료 감면	
각종 우대제도	주택수당 산정 시 추가공제: 1,500 유로	100
	공영주택 임대를 위한 소득기준 추가공제	별도 규정에 따름
	장애인 체육활동 참여	20 이상
보장구 서비스	보장구비용 지급	별도 규정에 따름
시각장애전용	보조견 교통비 면제	BI(시각장애인)
고용 관련 서비스	5일간의 유급 추가휴가 부여	50 이상
	해고보호	50 이상

종류	내용	장애정도
	장애인근로자 및 사업주에 대한 각종 유상·무상 지원	50 이상
	수급연금 금액의 감액없는 조기 정년퇴직	50 이상
	초과근무 면제	50 이상

자료: LVR (2010) 및 <http://www.integrationsaemter.de>

독일의 재활 가능성이 없거나 재활 이후에도 장애가 지속되는 경우에는 장애심사 절차가 시작된다. 이때 ‘장애정도’(Grad der Behinderung, GdB)의 개념이 아닌 ‘손상결과의 정도’(Grad der Schädigung, GdS)가 사용된다. 장애의 범주에는 육체적, 정신적, 사회심리적 장애 등을 포괄하며, 사회적 장애개념에 입각하여 장애를 판정한다. 또한 육체적, 정신적, 사회심리적 손상 정도 즉, 단순히 의학적 기준에 의거하여 장애를 판단하지 않고, 이러한 손상과 함께 성, 연령, 직업력 등 개인적 요소가 근로능력에 미치는 영향을 ‘근로가능시간’으로 환원하여 판단한다. 근로가능시간이 3시간 미만인 경우 완전장애, 3~6시간 미만의 근로가 가능한 경우에는 부분장애로 인정한다. 6시간 이상 근로가 가능하면 장애로 인정되지 않는다(LVR, 2010). 잔존하는 근로가능시간이 부분장애에 해당하더라도 이러한 장애인이 현재의 노동시장 상황에서 적절한 일자리가 없는 이유 등으로 취업이 어렵다고 판단되면, 완전장애로 장애등급이 상향조정될 수 있다. 이런 점에서 독일의 장애판정에서는 근로능력에 영향을 미치는 주관적 요소 외에도 노동시장의 상황 등 사회적 환경요소도 고려한다는 점에서 사회적 장애개념을 폭넓게 적용하고 있다고 볼 수 있다(이용하, 외, 2010).

4. 중증장애인에 대한 고용서비스

중증장애인의 고용과 관련한 규정은 「사회법전 제9권」(「SGB IX」) 제2부(Teil 2)에 다음과 같은 내용들이 언급되어 있다.

- 고용주의 중증장애인 고용의무(Beschäftigungspflicht)
- 해고보호(Kündigungsschutz);
- 추가휴가나 추가업무로부터의 자유와 같은 기타 혜택
- 중증장애인대표 제도²⁴⁾
- 통합합의제도²⁵⁾
- 직장생활이 가능하도록 하는 특별지원 등

그 외에도 「사회법전 제9권」의 제1부와 「사회법전 제3권」(「SGB III」(직업촉진)에 중증장애인의 직업생활에의 참여(Teilhabe von Schwerbehinderte am Erwerbsleben)에 관련된 사항들을 규정하고 있다.

1) 중증장애인에 준하는 장애인의 ‘동등한 자격’(Gleichstellung)

앞서 언급한대로 「사회법전 제9권」 제2부에는 준중장애인, 즉 장애정도(GdB) 30 혹은 40인 장애인에게도 ‘동등한 자격(Gleichstellung)’을 부여하여 중증장애인에 준하는 자격을 부여하고 있다. ‘동등한 자격’의 전제는 장애인이 장애로 인해 ‘동등한 자격’ 없이는 적절한 직업을 구하기 어렵다는 데 있다(「사회법전 제9권」 제2조제2항). 중증장애인에 준하는 ‘동등자격’이 주어진 장애인은 직업생활 관련하여 중증장애인의 보호권리를 갖지만 5일간의 추가휴가 청구권은 제외된다.

2) 중증장애인에 대한 고용주의 의무

① 의무고용

연평균 월 20인 이상을 고용하고 있는 민간 및 공공기관의 고용주는 상시근로자수의 최소 5% 이상을 중증장애인으로 고용해야 한다(「사회법전 제9권」 제71조). 직업 훈련 중인 피고용인의 수는 의무고용비율을 고려하는 고용인의 수에 포함되지 않는다. 아래의 표30은 2001년 이후 독일의 중증장애인 고용현황을 정리한 것이다.

〈표30〉 중증장애인 고용률(2001~2010년)

(단위 : %)

24) 중증장애인대표(Schwerbehindertenvertretung)는 중증장애인들의 고용을 촉진하며, 그가 속한 사업체나 (정부)기관에서 장애인들의 이해를 대변하고 조언하는 역할을 수행한다. 「사회법전 제9권」에 따라 상시 5명 이상의 중증장애인이 고용되어 있는 기업이나 기관에는 각 1인의 중증장애인 대표와 부대표를 선출한다. 중증장애인대표의 임기는 4년이며, 명예직으로서 무보수로 그 직무를 수행한다. 중증장애인대표는 피고용인이 담당기관에 장애의 판정 혹은 장애정도에 대한 판정을 신청할 경우 이 일에 대한 자문을 해줄 수 있다. 고용주는 중증장애인에 대한 채용 과정, 즉 중증장애인이 기업이나 정부기관에 고용될 수 있는지에 관한 채용 과정에서 중증장애인 대표를 참여시켜야 할 의무를 가진다. 고용된 중증장애인의 수가 200명을 넘을 경우 이 사업장의 중증장애인 대표는 원하는 경우 그의 직무로부터 자유로울 수 있다.

25) 「사회법전 제9권」 고용주는 사업장의 여러 대표기구들과 더불어 중증장애인대표와 통합의 목적을 설정하고 구속력 있는 통합합의(Integrationsvereinbarung)를 도출해 낼 의무를 가진다. 통합에 대한 합의의 내용은 (중증)장애인과 관련된 인사계획, 작업장 시설, 작업장 환경, 근로형태나 근로시간 등에 관한 것이다. 또한 통합에 관한 합의 내용들을 성공적으로 수행하기 위해서 합의된 목적들이 어떻게 실행되어야 할 것인지에 대해 정기적으로 조정이 이루어져야 한다.

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
민간부문	3.4	3.4	3.6	3.6	3.7	3.8	3.7	3.7	3.9	4.0
공공부문	5.1	5.2	5.4	5.6	5.7	5.9	6.0	6.1	6.3	6.3
평균	3.8	3.8	4.0	4.1	4.2	4.3	4.2	4.3	4.5	4.5

주 : 상시근로자 20인 이상 민간 및 공공부문(법정의무고용률 5%, 일부 연방정부기관 6%)

자료: Bundesagentur für Arbeit(2012), Arbeitsmarktstatistik.

② 조정금

중증장애인 의무고용률에 미달하는 고용주는 매월 일정한 금액의 조정금(Ausgleichabgabe, 우리나라의 장애인고용 부담금과 같음)을 납부하여야 한다. 조정금은 중증장애인 미고용인원에 따라 중증장애인 1인당 당 매월 115 에서 290 유로이다. 조정금은 통합사무소(Integrationsamt)에서 관할하며 직업적 통합을 촉진하기 위한 재정으로 사용된다.

〈표31〉 2000년까지의 조정금 규모 변화

(단위: DM)

연도	1953년 ~	1974년 ~	1986년 ~	1990년 ~ 2000
조정금 규모	50DM	100DM	150DM	200DM

주: 미고용된 중증장애인 1인당 월 납부액

〈표32〉 2001년 이후 조정금 규모 변화

(단위: 유로)

중증장애인 고용률	부담금(미고용 1인당 월 납부액)	
	2001년 ~ 2011년	2012년 이후
0% ~ 2% 미만	260 유로	290 유로
2% ~ 3% 미만	180 유로	200 유로
3% ~ 5% 미만	105 유로	115 유로

주: 미고용된 중증장애인 1인당 월 납부액

③ 공시의무(Anzeigepflicht)

또한 고용주는 중증장애인 고용의무와 무관하게 장애인을 고용할 수 있는 빈 일

자리를 공시해야 하며(Anzeigepflicht), 이에 관해 노동사무소와 논의해야 한다.

④ 불이익 처분 금지(Benachteiligungsverbot)

중증장애인 피고용인에 대해 포괄적인 불이익처분금지가 법률에 규정되어 있다(「사회법전 제9권」 제81조제2항). 이에 따라 고용주는 중증장애인 피고용인에게 중증장애로 인한 불이익을 주어서는 안된다. 이 규정은 「일반동등대우법」(「Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, AGG」)²⁶⁾에도 규정되어 있다.

3) 해고보호(Kündigungsschutz)

「사회법전 제9권」에 따라 중증장애인의 고용주에 의한 노동관계의 해고는 통합사무소의 사전 동의를 필요로 하며, 해고 예고기간은 적어도 4주가 되어야 한다. 고용주는 해당 사업장이나 기관의 소재지를 관할하는 통합사무소에 해고하고자 하는 중증장애인에 대한 해고 동의를 문서로 신청해야 한다. 통합사무소는 관할 노동사무소, 기업의 경영위원회나 인사위원회 그리고 중증장애인 대표의 견해를 들어야 하고 중증장애인 당사자의 의견을 청취해야 한다. 통합사무소는 각 절차의 상황에서 유효한 합의를 위해 노력해야하며 필요한 경우 신청을 접수한 날로부터 1개월 이내에 구두심사의 바탕 위에서 해고동의 여부에 대한 결정을 내려야 한다.

해고에 대한 동의 여부가 결정되면 결정사항은 고용주와 중증장애인 당사자에게 송부되며 노동사무소에는 해당 결정사항의 사본이 송부된다. 통합사무소가 해고에 동의한 경우 고용주는 송부를 받은 지 1개월 이내에 해고를 통보할 수 있다.

〈표33〉 해고보호 현황(210년 기준)

(단위 : 건, %)

구분	사례 수	%
해고동의 전체 신청건수	27017	100.0
일자리 유지	5945	22.0
기타	711	2.6
일자리 상실	20361	75.4

26) 2006년 8월 18일부터 시행된 「일반동등대우법(Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz), 이하 「AGG」)은 사회의 전반적인 차별금지를 목적으로 하고 있다. 이 법 제1조에서 인종, 성별, 종교, 연령, 사상, 성적 지향 등과 함께 장애를 원인으로 하는 차별을 배제하는 것을 목적으로 규정하고 있다. 특히 장애를 이유로 직업훈련, 직무 등에서의 차별을 금지하고 있으며, 고용주, 동료, 제3자에게서 받을 수 있는 차별적인 행위들에 대한 예방조치를 고용주에게 의무로 부여하고 있다.

자료 : BIH(2012), Jahresbericht 2010/2012.

4) 기타 사항

중증장애인 피고용인은 1년에 1주간의 추가휴가(Zusatzurlaub)를 신청할 권리가 있다(「사회법전 제9권」 제125조). 주당 5일 근무에 대해 정기적인 5일 추가휴가를 낼 수 있으며 한 주에 2일만 일하고 2일만 추가휴가를 낼 수도 있다. 또한 중증장애인은 독립적인 직업활동이나 자택근무를 희망할 경우 해고로부터의 보호와 함께 이러한 근무형태들은 법적으로 인정받을 수 있다.

직장 근무를 위한 근로지원인은 중증장애인들의 직업생활 참여를 가능하게 하는 것으로 절대적으로 필요하다. 이를 위한 비용은 통합사무소에서 부담한다. 그밖에도 「사회법전 제9권」에는 업무를 쉽게 수행할 수 있도록 하는 기술적인 업무지원, 예를 들어 특수 재활의자·지지대, 시각장애인을 위한 모니터, 청각장애인을 위한 음향확대기 등의 지원이 이 가능하도록 하는 법률적 근거를 규정하고 있다.

5. 장애인의 기초생활보장: 「사회법전 제12권」(「SGB XII」)에 따른 장애인(직업불능)의 기초생활보장(Grundsicherung)

1) 장애인의 기초생활보장

노령과 직업불능(Erwerbsminderung)으로 인한 기초생활보장은 노인·장애인기초보장제도(Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: GAE)에서 담당한다. 수당지급의 전제와 범위는 「사회법전 제12권」(「SGB XII」)에 규정되어 있다. 이 법전에는 취업희망자를 위한 기초생활보장(실업수당II라고 칭함)도 규정되어 있다²⁷⁾. 이 수당들은 「사회법전 제2권」(「SGB II」)에 따라 지원이 필요한 사람에게 지급된다.

독일의 장애인 소득보장은 크게 공적연금제도(Gesetzliche Rentenversicherung)와 노인·장애인기초보장제도(Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: GAE)에 의해 이루어지고 있다.²⁸⁾ 독일은 2001년에 GAE를 도입하게 되는데, 이는 이전의 통합형 사회부조제도(Sozialhilfe, 우리나라의 기초생활보장제도에 해당)에서

27) 실업수당I(ALG I)은 이전에 지불된 임금(Lohn)과 급여(Gehalt)에 대한 사회보험금으로 지급된다. 실업수당II는 실업수당I에 대한 수급권이 없는 하루 최소 3시간 일할 수 있는 근로능력이 있는 도움을 필요로 사람들에게 사회부조를 노동시장에서 사용할 수 있도록 지불하는 것이다.

28) 노인소득보장의 경우 이외에도 국고지원의 개인연금인 리스터연금(Riester Rente)이 있다. 이 제도는 공적연금의 급여수준을 장기적으로 감축하면서 이를 보완할 목적으로 2001년에 도입되었는데, 국민연금과 깊게 연계 운영되는 사실상의 준 공적연금이라고 할 수 있다. 그러나 동 제도는 순전히 노령급여만 제공하며 장애나 사망에 대한 보험급여는 제공하지 않는다(이용하 외, 2010).

노인·장애인 계층을 분리하고 이들 계층의 욕구에 맞게 현대화한 최저보장제도이다. 2005년에는 실업자계층을 일반부조제도에서 분리하여 종전의 실업수당제도와 통합한 구직자 기초보장제도를 도입함에 따라 독일의 기초보장제도는 크게 일반부조제도, 구직자 기초보장, 노인·장애인기초보장 등 범주형제도로 개편되었다(이용하 외, 2010)

GAE의 경우 일반부조제도 및 종전의 부조제도와 비교할 때 급여수준은 거의 유사하나 피부양자요건을 거의 폐지하는 등 수급요건을 크게 완화한 점이 특징이다(bvkm, 2011). 특히 이 제도는 공적연금의 재정불안에 따른 급여수준의 하향조정과 이를 보완하기 위해 국고지원의 리스터 개인연금의 도입이 저소득층의 보장성 약화로 이어지는 문제를 효과적으로 대처하기 위한 일환으로 도입되었다. 전반적으로 볼 때 독일은 순수한 공적제도만을 기준으로 볼 때, 노후보장과 장애보장의 체계가 동일한 점이 특징이다. 다만, 준공적연금인 리스터연금을 포함하면 노령위험이 장애위험에 비해 더 다원화되어 있고 다소 더 두텁게 보장되고 있다.

장애인이 18세 성년이 되고 완전히 직업불능일 때 기초생활보장에 대한 수급권을 갖는다. 이들은 질병 혹은 장애로 인해 일반적인 노동시장에서 3시간 이상 매일 직업생활을 할 수 없는 사람들이다. 완전한 직업불능은 이후에도 지속적이어야 한다. 즉 이런 상태들이 제거될 수 있는 가능성이 없어야 한다. 이 수급권은 완전한 직업불능자가 어떤 거주상황에 있는지와는 무관하다. 기초생활보장은 따라서 독립거주하고 있는 장애인뿐만 아니라 거주시설이나 부모와 함께 살고 있어도 받을 수 있다.

장애인의 기초생활보장은 사회사무소(Sozialamt)²⁹⁾에서 신청한다. 신청양식에는 특히 신청자의 수입과 재산 상태에 대해 기록하도록 되어 있다. 일반적으로 기초생활보장은 1년간 인정되며, 인정기간이 지남에 따라 새로이 신청서를 제출해야 한다.

장기간 완전한 직업불능은 모든 신청자 개별로 조사된다. 특정 그룹에 대해서는 이미 기록이 되어 있어 신청할 필요가 없는데, 예를 들어 완전한 직업불능으로 장기연금자에 해당하는 사람과 근로영역(Arbeitsbereich)이 장애인작업장(WfbM)인 장애인의 경우는 개별조사를 필요로 하지 않는다. 이들은 장애인작업장에서 활동하는 동안 완전직업불능에 해당되기 때문이다. 또한 주간보호나 장애인작업장 내 교육그룹³⁰⁾에 속하는 장애인 역시 신청할 필요가 없다. 장애인작업장의 직업훈련영역(Berufsbildungsbereich)에 있는 장애인에 대한 완전직업불능 인정 여부에 대한 고려는 현재 논의 중이다. 이에 관하여 ‘연방지체및중복장애인연합’(Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V, bvkm)은 「사회법전 제12권」에 따라

29) Sozialamt는 지역의 사회복지업무를 전담하는 지역 공공행정기관(Kommunalverwaltung)의 총칭으로 지역에 따라 명칭이 다를 수 있다. 「사회법전 제12권」에 규정된 사회복지수당(Sozialhilfe)의 지급 등을 담당한다.

30) 최근에 성인중증장애인들을 위한 주간보호를 교육영역이 아닌 작업장 내에 둠으로써 직업영역에 포함시키고 있다.

이들 그룹에 대해 수급권 검사가 필요없다는 의견을 제시하고 있다. 그 외 모든 기초생활보장 수급권에 대해서는 연금수당 지급 담당부서에서 장기간 직업불능 상태에 있는지 아닌지를 조사한다. 사회사무소(Sozialamt)는 수급권 신청자의 기록과 증명을 통해 신청자가 장기간 동안 하루 3시간 이상 일할 수 없는 상태에 있을 가능성이 있을 때 조사를 시작한다.

2) 장애인작업장 근로장애인의 기초생활보장비 지원

기초생활보장에 대한 수급권은 그것이 필요한 경우, 생활상태가 적절한 소득과 재산이 없음을 증명할 수 있는 신청자에게만 주어진다. 20년 이상 장애인작업장에서 일한 장애인은 직업불능연금을 받을 수 있으며, 이 연금이 기초생활보장 요구를 충족할 경우에는 기초생활보장에 대한 수급권을 주지 않는다. 장애인이 수입이 있을 경우, 예를 들어 작업장에서 활동을 하고 받은 소득으로 최소한 일부 생활이 가능한 경우, 기초생활보장은 이미 소유한 소득에 추가로 지급된다.

장애인작업장의 직업훈련 과정에 있거나 직업초기과정 중에 있는 장애인은 연방노동공단(Bundesagentur für Arbeit)에서 훈련비를 지원받는다. 첫해에는 매달 63 Euro, 두 번째 해에는 매달 75 Euro를 지원받는다. 연방사회법원의 결정에 따라 훈련비는 기초생활보장 금액에 산입되지 않는다.

장애인작업장에서 종사하고 있는 장애인의 경우, 적립단계 동안에 퇴직연금(Riester-Rente)은 보호된 재산으로 본다. 장애인이 연금수령에 요구되는 적정 연령에 도달하여 연금수당을 받으면, 퇴직연금은 물론 기초생활보장에 필요한 최고금액으로 장애인의 수입이 된다.

3) 장애아동 부양비(Kindergeld)와 기초생활보장

부모가 그들의 장애아동을 양육하기 위한 아동부양비는 - 이것은 장애인의 수입이 아니기 때문에 - 기본적으로 기초생활보장에 산정되지 않는다. 그러나 부모가 아동부양비를 장애인에게 양도했을 때, 예를 들어 아동의 계좌에 이체한다면 연방사회법원의 판결을 통해 아동은 구체적인 목돈이 생기게 되어 소득으로서 수요비용의 감소를 고려하게 된다. 기초생활보장이 기본법에 반하게 감소된다면 이의를 제기할 수 있다.

아동부양비는 일반적으로 부모에게 지급된다. 그러나 특정의 조건에 의해 아동을 부양하는 곳에 지급된다(소위 전환이라고 부름). 부모가 없거나 혹은 부모가 기초생

활보장수급권을 가진 자녀를 위해 거의 지출을 하지 않을 경우, 아동부양비의 전환은 연방재정부서의 법정판결을 통해 사회복지사무소에서 관할한다.

4) 장애인 기초생활보장수급권자의 재산 보호

소득과 함께 기초생활보장수급권자는 기본적으로 자신의 총 평가재산이 기초생활보장 수요에 충족되어야만 한다. 그러나 일정 재산가치(예를 들어 기초생활보장수급권자가 살기에 적당한 부동산)는 입법자로부터 보호되어 수요조사에 고려되지 않는다. 또한 현금 혹은 기타 현금가치가 있는, 예를 들어 통장이나 예금자산은 2,600 Euro까지 보장받는다.

신청자의 고소득과 재산과 더불어, 함께 살고 있는 배우자나 동거인의 소득과 재산은 그들의 필요한 생계비를 초과하는 한도에서 고려된다. 근본적으로 기초생활보장은 부모의 소득과 관계없이 인정된다. 그러나 기초생활보장수급권자의 한 쪽 부모의 연간 총수입이 100,000 Euro를 초과했을 때는 예외조항이 적용된다. 소득의 총합은 「소득세법」의 의미에서 총수입으로 이해될 수 있기 때문이다. 이 경우 성인 장애 자녀를 둔 부모의 비용분담액은 월 23.90 Euro이다

만약 한 부모가 자신의 기초생활보장수급권자 자녀에게 생활비를 지급한다면 - 예를 들어 부모가 이혼해서 아버지가 생활비를 지급하도록 판결이 났을 때 - 기초생활수급권자의 수입은 그 결과로 기초생활보장에서 수요 감소를 예상할 수 있다. 따라서 기초생활보장 수급권자에게는 이러한 경우 생활비 지급이 되지 않는 것이 결과적으로 이득이 되므로 생활비 의무자는 - 예를 들어 이혼한 아버지 - 자신의 생활비 지급을 정지할 수 있으며, 그 대신에 기초생활보장 수급권자 자녀는 기초생활보장의 수당을 요구해야 한다.

5) 기초생활보장의 수준

기초생활보장은 기본적으로 다음의 내용들을 포함하고 있다.

- 확정된 규정수요단계(Regelbedarfsstufe)의 표준등급(Regelsatz)
- 거주와 난방 그리고 중앙온수공급을 위한 적절하고 실질적인 비용
- 2011년 1월 1일부터 거주지의 온수시설설치에 필요한 비용으로 규정수요단계의 2.3% 추가수당(Mehrbedarf) 제공(이후에 상술함)
- 인식표시 G(대중교통으로 이동능력장애) 혹은 aG(심각한 보행장애)가 표시된 중증장애인증명서를 소지한 사람에게 지급 결정된 규정수요단계의 17% 추가수당 제공
- 고가의 식료품이 필요한 환자나 장애인에게 적절한 추가수당 제공

- 질병보험 및 간변보험 비용 부담
- 임신중인 어머니를 위한 추가수당(Mehrbedarf)
- 1명이 상의 미성년 자녀를 혼자 키우는 편부모를 위한 추가수당

확정된 정기적인 지급 수당과 함께 기초생활보장 수급자는 다음과 같은 1회적 지원을 기타 수당을 받는다.

- 가재도구와 함께 주거지의 최초 설비
- 첫 의복의 마련
- 임신과 출산에 대한 첫 준비
- 2011년 1월1일부터 정형외과적 재활신발의 맞춤과 수리, 치료도구의 수리 그리고 치료도구의 대여

그 밖에도 거주지 안정 혹은 유사한 위급상황으로 정당하게 발생된 부채는 기초생활보장비에서 부담할 수 있다.

이와 더불어 음식섭취, 의복, 신변처리, 가사운영 그리고 일상생활에서의 개인적 욕구를 위해 매달 총괄비용을 지급받는다. 또한 가사 에너지(예를 들어 요리나 조명을 위한 전기)비용 등이 지원되며, 최근에는 온수생산을 위한 비용은 별도로 지급되고 있다.

사회사무소는 수급권자의 적절한 거주를 위한 사실상의 비용을 부담한다. 임대주택은 적절한 규모를 위한 지역시가에 따라 임대료를 지급한다. 독신자들에게는 일반적으로 총면적 45~50m², 그리고 2인가구를 위해서는 60m²부터 적당한 규모를 정한다. 그 외 추가되는 가족 구성원은 한사람 당 15m²씩 거주면적을 추가한다. 중증 장애인(예를 들어 시각장애인 혹은 휠체어 이용 지체장애인)은 15m²를 더 추가해서 계산한다. 임대계약에 합의된, 예를 들어 벽면도색과 같은 미관을 위한 수리비용은, 연방사회법원의 판결에 따라 사실상의 거주비용의 일부분으로 정하고 사회사무소에서 부담할 수 있다. 주택의 적은 수리비용 등도 지급한다.

단독주택이나 아파트를 소유한 기초생활보장 수급권자에게는 부동산을 취득하기 위한 신용대출의 이자를 주거비용에 포함하여 지급한다. 상환비용(Tilgungsleistungen)은 고려하지 않는데, 이는 재산형성에 해당되기 때문이다. 그 밖에 주택건물 안전을 위한 기본세금, 도로점유 비용, 하수비용, 쓰레기 배출비용과 단독주택의 수리 및 유지비용은 고려대상에 해당한다. 비용의 적절성에 대한 기준으로 가족상황에 맞추어 적절한 주택임대료를 지급한다. 난방비는 적절한 범위 내에서 실제비용을 모두 지원한다. 최근에는 중앙온수공급에 필요한 비용도 지원하고

있다.

장애인 수급자가 부모의 집에서 생활하며, 필요정도에 따른 사회보장비, 예를 들어 실업수당II를 받는다면, 거주, 난방, 온수공급비는 가족공동체의 현재 구성원의 수에 따라 분할될 수 있다. 이 경우 사회사무소는 1인당 비용분할에 의해 기초생활보장 수급권자 자녀의 몫에 해당되는 비용의 부분을 부담한다.

18세 이상 법적 의료보험가입자는 의료보험비를 지불해야 한다. 여기에는 물론 비용한계가 적용된다. 매년 보험자는 자신의 총소득의 2% 정도에서 최대비용을 지불한다. 만성질병으로 장기치료 중에 있는 환자의 경우 부담한계는 자신의 수입에 1%로 정한다.

장애로 인해 대중교통 이용에 심각한 어려움을 겪고 있거나 도움이 없는 청각장애인인 중증장애인은 부양사무소(Versorgungsamt)에서 매년 60Euro 비용으로 대중교통 이용카드를 살 수 있으며 이것으로 가까운 지역 교통수단들은 무상으로 이용할 수 있다. 중증장애인증명서에 인식표시 H(도움이 필요한 사람 'Hilflos') 혹은 BI(시각장애인 'Blind')가 기록된 장애인은 카드를 무료로 신청할 수 있다. 이 이용카드 관련하여 무료이용권에 대한 자격이 있는 중증장애인은 기초생활보장비에서 무료로 지급받을 수 있다.

6. 시사점

독일도 우리나라와 유사한 중증장애인 등록제도를 실시하고 있다. 그러나 우리나라와 달리 독일은 장애인정책의 대상이 원칙적으로 중증장애인이다. 중증장애인 여부를 판단하기 위한 기준으로 장애정도(Grad der Behinderung, GdB)와 손상결과의 정도((Grad der Schädigung, GdS)를 사용하고 있다. 두 가지 개념 모두 건강상의 상해로 인한 기능적 제한의 신체적, 지적(정신적), 심리적 그리고 사회적 영향에 대한 척도를 의미한다. 독일의 경우 장애판정에서 가장 핵심적인 역할을 하고 있는 기준은 2009년 1월 1일부터 시행되고 있는 '원호의료 - 원호의료 원칙에 대한 규정'(Versorgungsmedizin - Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen)에 근거하고 있다.

GdB와 GdS는 같은 원칙에 의해 측정되지만, 두 개념의 차이는 GdS는 단지 손상결과(원인)에만, 그리고 GdB는 원인과는 독립적으로 모든 건강상 장애(결과)에 관련된 것이라는데 있다. GdB와 GdS의 또 다른 차이점은 GdB는 주로 중증장애의 권리('사회법전 제9권」의 제2부)와 관련하여 사용되고, 이에 반해 GdS는 법적 사고보험(gesetzliche Unfallversicherung) 및 사회적 보상권(soziales Entschädigungsrecht)과

관련하여 사용되는 차이가 있다.

중증장애인의 경우(GdB 50이상) 필요한 지원내용이 기록된 중증장애인증명서를 발급받고 현물 및 현금급여를 받을 수 있다. 독일의 장애판정체계와 이에 따른 기초생활보장제도와 직업생활지원제도를 살펴본 결과, 우리나라의 장애판정 및 등록 체계에 주는 시사점 몇 가지를 제시하고자 한다.

첫째, 지금까지 논의된 독일의 사례를 참고하여 향후 우리나라의 장애판정을 위한 의학적 판정의 기준을 장애 혹은 손상을 둘러싼 다양한 상황을 종합적으로 반영하는 좀 더 명확하고 체계적이고 객관적인 기준이 만들어져야 할 것이다. 또한 우리나라의 현행 장애판정기준이 지나치게 기능장애 위주로 구성되었기 때문에 향후에는 사회참여 장애를 포함하는 판정기준이 마련되어야 할 것이다.

둘째, 장애등급이 아닌 장애인 개인의 개별적인 필요와 욕구에 따라 지원내용을 세분화하여 실질적인 도움을 제공해야 한다. 우리나라는 장애를 6등급으로 구분하고 이에 따라 지원내용을 일괄적으로 제시하고 있다. 따라서 장애등급이 매우 추상적이고 체계적으로 세분화되지 못함에도 불구하고 장애인에 대한 현물 및 현금급여의 모든 전제조건이 되고 있다. 이에 반하여 독일에서 의학적 판정의 기초가 되는 「원호의료-규정」은 장애 혹은 손상결과 정도의 증명을 위해 건강상해의 인정을 위한 기본원칙, 간병수당의 단계와 도움이 요구되는 상태(Hilflosigkeit)의 평가를 위한 기준, 그리고 조사와 지속발전을 위한 방법을 정하는데 목적을 두고 구체적이고 명확한 근거자료를 제시하고 있다. 우리나라에서도 이러한 명확한 의학적 판정을 위한 근거자료의 마련이 시급히 요구된다.

셋째, 공적 부조와 기타 다른 사회보장제도와의 연계를 명확히 규정하여 이 과정에서 낙오되거나 중복되는 사례를 방지해야 한다. 독일 장애판정체계에서 장애인에 대한 간병지원은 사회보험인 간병보험보다 더 포괄적이고 광범위한 지원을 하도록 간병보험에서 인정하고 있다. 또한 장애인의 직업생활을 위해 노동사무소 뿐만 아니라 사회사무소, 통합사무소 등 모든 관련부서들이 체계적으로 연계하여 실질적이고 구체적인 도움을 제공하고 있다. 이러한 부서 간 연계, 서비스 간 연계가 잘 이루어져야 지원에 대한 낙오와 중복을 예방·제거할 수 있다.

넷째, 장애인의 인권보장과 개별 복지혜택의 연관성(예: 직업영역에서 해고로부터의 보호)이 잘 이루어지도록 고려되어야 한다. 독일의 경우 「사회법전 제9권」과 「장애인평등법」을 위시하여 많은 관련 법률들이 장애인의 삶 전반 영역에서 차별과 불이익이 발생하지 않도록 규정하고 있다. 또한 「사회법전 제9권」을 기본으로 「사회법전 제3권」, 「사회법전 제11권」 및 「사회법전 제12권」 등에서 (중증)장애인에 대한 다양한 지원제도들을 규정하여 인간적인 삶이 보장될 수 있도록 규정하고 있다. 또

한 각 관련기관들의 유기적 연계를 위한 조항들을 마련하여 시행하고 있다. 물론 독일도 상당히 다양한 기관들이 (중증)장애인 관련한 업무를 담당하고 있어 업무의 분절이나 단절, 혹은 중복의 문제가 발생할 수 있다. 그러나 각각의 관련 법률들에 정확한 정책대상과 담당분야 등을 명확히 규정함으로써 각 기관 간에 분절·단절·중복의 문제들이 발생하지 않도록 예방하고 있어 우리에게 주는 함의가 크다고 할 수 있다.

제2부 조사연구

제1장 장애인 실태조사 분석

1. 목적

전국적으로 대표성을 갖는 장애인 조사 자료를 분석하여 현행 장애등급과 복지서비스의 이용실태에 대한 관계가 어떠한지를 실증적으로 규명해보기 위하여 ‘2011년 장애인 실태조사’의 원자료를 2차 분석하여 장애유형, 장애등급과 복지서비스 및 관련 사항간의 관계를 계량적으로 분석하고자 하였다. 여기서 나타난 결과를 근거로 현행 장애등급제도의 개선방향을 복지서비스의 수급과 전달과정의 관점에서 제안하고자 한다.

2. 분석대상 및 방법

전국 장애인의 복지서비스 이용실태를 2011년 장애인 실태조사의 원자료를 심층 분석하였다. 2011년 실태조사는 전국의 38,231가구를 표본으로 하여 6,010명의 장애인을 대상으로 조사한 결과로서 전국 장애인으로는 2,611,127명으로 추정된다.

분석내용은 크게 2개 영역으로 구분하여 실시하였다.

첫째, 장애유형별 세부내용을 비교하여 장애유형과 등급별로 주 진단명과 동반장애에 대한 사항을 분석하여 현재 장애유형이 가지고 있는 문제점이나 다양성을 알아보하고자 하였다. 동일한 지체장애라 하더라도 질병에 따라 상황이나 욕구에 차이점이 있다는 점을 고려하였고, 이와 함께 만성질환에 관한 특성과 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL), 인지기능 영역의 자립적 수행정도를 비교해 보았다. 이를 통해 각 장애유형과 장애등급으로 비교해 영향을 미칠 수 있는 요인들을 파악하고자 하였다.

둘째, 장애등록 관련사항(등록여부, 시기, 재심사 여부 등), 재활치료서비스, 보조기구 지원서비스, 구직방법 등 경제활동 관련 서비스, 복지서비스, 복지서비스 기관, 국가에 대한 사항 등을 장애유형 및 장애등급별로 차이가 있는지를 분석하고자 하였으며, 세부장애유형에 따라 비교하여 차이가 있는지도 검토하였다.

본 연구에서 분석방법으로는 장애유형과 등급별로 차이가 있는지를 알아보기 위해 활용하여 빈도분석과 교차분석을 시행하였다.

3. 장애유형별 특성의 심층 분석

1) 지체장애

지체장애의 경우 매우 다양한 형태의 장애부위를 보이고 있는 바, 지체장애의 장애부위는 하지의 장애가 48.2%로 가장 많았으며, 다음으로는 상지가 23.5%, 척추 28.2%의 순이었다. 이를 성별로 보면 남자의 경우 하지 한쪽과 상지 한쪽이 상대적으로 여자에 비해 많은 반면, 여자의 경우는 하지 양쪽이 좋지 않은 비율이 높았고, 특히 척추 부위의 장애가 상대적으로 많아 차이를 보이고 있어 성별 지체장애의 부위에 있어 양상이 다를 수 있다.

〈표34〉 지체장애의 장애부위

(단위: %, 명)

구분		남자	여자	전체
상지	상지 우측	14.9	6.4	11.1
	상지 좌측	12.9	4.2	9.1
	상지 양 쪽	3.7	2.7	3.3
하지	하지 우측	16.5	12.2	14.6
	하지 좌측	16.2	14.0	15.2
	하지 양 쪽	12.2	26.3	18.4
척 추		23.5	34.2	28.2
계		100.0	100.0	100.0
전국추정수		880,680	663,763	1,544,443

다음으로 지체장애인의 장애형태를 장애인복지법 상 기준인 절단, 마비, 관절장애, 변형의 4가지로 구분하여 조사한 결과를 보면 관절장애가 67.1%로 가장 많고, 그 다음 마비(15.6%), 절단(12.2%), 변형(5.1%)의 순이었다. 이전의 실태조사와 비교해 볼 때 관절장애가 크게 늘어나고 있는 추세를 알 수 있으며, 상대적으로 마비와 절단의 비중은 점차 낮아지는 것을 볼 수 있다.

장애등급별로도 차이를 보이고 있는데, 대체로 1급과 2급 중에는 마비가 68.1%로 가장 많은 반면 3급 이하에서는 관절장애가 점점 많아짐을 알 수 있다. 따라서 장애정도에 따라 같은 지체장애라 하더라도 장애형태와 양상이 상이함을 볼 수 있다.

〈표35〉 지체장애의 장애형태

(단위: %, 명)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	계
절단	6.6	15.4	18.4	12.5	5.4	16.3	12.2
마비	68.1	43.1	24.0	16.1	9.8	5.0	15.6
관절	20.2	29.9	46.8	68.3	81.6	74.5	67.1
변형	5.2	11.6	10.8	3.1	3.2	4.3	5.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	44,092	82,203	185,330	261,145	400,725	367,674	1,341,169

지체장애의 4가지 형태를 구체적으로 살펴보면, 절단의 경우에는 손목미만이 절단된 경우가 가장 많고, 마비 중에서는 하지 한쪽이나 하지 양쪽의 마비가 비교적 많았다. 관절장애는 척추(27.6%), 무릎(18.2%), 고관절(9.3%) 등에서 장애가 많았으며, 변형의 경우에는 주로 상지와 하지변형이 많은 편이었다. 이전의 실태조사와 비교해 볼 때 고령인구의 증가로 관절부위의 장애가 늘어나는 점을 볼 수 있다.

〈표36〉 지체장애의 장애형태(손상부위별)

(단위: %, 명)				
구분	손상부위	남자	여자	전체
절단	팔꿈치 이상	0.6	0.2	0.4
	팔꿈치 미만~손목	1.3	0.4	0.9
	손목 미만(손등, 손가락)	12.4	3.0	8.4
	무릎 이상	0.8	0.2	0.6
	무릎 미만~발목	1.6	0.6	1.2
	발목 미만	0.9	0.2	0.6
	양 쪽 발가락	0.1	0.0	0.1
마비	상지한 쪽	4.6	1.2	3.2
	상지양 쪽	0.4	0.3	0.4
	하지 한 쪽	5.8	6.0	5.9
	하지 양 쪽	4.7	2.3	3.7
	상하지 한 쪽	1.7	0.6	1.2
	상하지 양 쪽	1.2	0.6	0.9
	전신(전신마비)	0.4	0.0	0.2
관절	어깨	2.3	1.7	2.0
	팔꿈치	2.7	1.1	2.0
	손목	2.1	1.1	1.7
	손가락	2.4	0.6	1.6
	고관절(엉덩이)	8.1	10.8	9.3
	무릎	11.7	26.9	18.2
	발목	6.4	2.8	4.8
변형	척추(디스크)	23.3	33.4	27.6
	척추후만증	0.4	1.3	0.7
	척추측만증	0.8	0.5	0.7
	하지길이 단축(5cm이상)	0.7	0.6	0.6
	상지변형	1.1	1.3	1.2
	하지변형	1.2	1.0	1.1

	상하지 변형	0.1	0.8	0.4
	왜소증	0.3	0.3	0.3
계		100.0	100.0	100.0
전국추정수		785,842	586,770	1,372,612

지체장애가 발생된 원인을 주된 질환명에 따라서 분류하면, 주된 질환으로는 전체적으로 근골격계질환(28.7%)이 가장 많았고, 골절(24.0%), 관절염(13.2%), 절단(11.6%) 등의 순으로 많았다. 이 결과를 2005년도 조사와 비교하면 절단과 소아마비의 비중이 감소하고 관절염은 증가하고 있는 것으로 나타났다. 장애등급별로 비교하면 소아마비와 척추손상/척추질환의 경우 상대적으로 중증장애인(1~2급)이 많고 관절염의 경우에는 4~5급의 경증장애인에서 비율이 높게 나타나 차이를 보였다. 그밖의 신경근육질환이나 근골격계 질환의 경우에는 2급 이하의 등급에서 고르게 높게 나타나 역시 차이를 보이고 있음을 알 수 있다. 성별에 있어서는 남자의 경우 절단이나 골절이 여자보다 많은데 비해 여자는 관절이 훨씬 더 많아 차이가 있었다.

〈표37〉 지체장애의 장애형태(질환명)

구분	(단위: %, 명)						계
	1급	2급	3급	4급	5급	6급	
소아마비	16.8	15.9	8.9	8.1	3.6	1.5	5.8
척추손상/질환	25.3	11.8	6.6	0.6	2.5	1.7	3.9
관절염	6.8	2.9	6.7	32.1	16.6	2.4	13.2
종양(암)	-	0.8	0.1	0.5	0.3	-	0.3
절단	7.3	13.3	17.2	12.4	4.8	16.0	11.6
신경근육질환	12.4	4.5	3.5	1.2	1.0	1.1	2.0
근골격질환	9.2	23.0	21.9	19.3	37.8	32.7	28.7
골절	9.3	16.0	23.3	18.6	25.5	30.2	24.0
미상	1.1	3.8	1.8	2.0	1.1	0.4	1.3
기타	11.8	8.0	10.0	5.2	6.8	14.0	9.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	43,902	81,328	185,330	261,145	400,724	367,675	1,341,104

2) 뇌병변장애

뇌병변장애인의 장애부위를 알아보면 상지와 하지에 모두 장애가 있는 비율이 높았는데, 이는 지체장애와 다른 뇌병변장애의 특성을 잘 나타내주는 결과라 볼 수 있다. 전체적으로 하지가 상지보다는 약간 많으며, 상지나 하지 양쪽보다는 한쪽에 장애가 있는 것으로 나타나며, 척추는 상대적으로 적은 편이다. 이는 뇌병변장애의

하위장애 중 뇌졸중이 큰 비중을 차지하고 있고, 뇌졸중의 대표적 증상인 편마비에 의한 결과로 데서 비롯된 결과로 추정해볼 수 있다. 대체로 뇌병변장애의 경우 운동장애와 함께 감각장애, 인지·언어장애 등을 복합적으로 수반하는 경우가 일반적이다. 장애의 부위에 있어서는 남녀별로 큰 차이를 보이지 않는다.

〈표38〉 뇌병변장애의 장애부위

(단위: %, 명)

구분		남자	여자	전체
상지	상지 우측	18.1	20.9	19.3
	상지 좌측	19.6	17.2	18.5
	상지 양 쪽	7.6	6.5	7.2
하지	하지 우측	19.0	20.9	19.8
	하지 좌측	19.6	17.5	18.7
	하지 양 쪽	11.5	12.8	12.0
척추		4.5	4.1	4.3
계		100.0	100.0	100.0
전국추정수		354,603	266,497	621,100

뇌병변장애인 중 뇌성마비의 특성을 구체적으로 알아보기 위해 동반증상을 조사한 결과는 다음과 같다. 뇌성마비의 동반증상으로는 경직·불수의운동이 가장 많아서 69.9%를 차지하고 있으며, 관절구축이 62.6%, 배변장애를 갖는 경우도 27.2%로 대부분 경직·불수의운동과 관절구축이 가장 많은 동반증상인 것으로 조사되었다.

〈표38〉 뇌성마비의 동반증상

(단위: %)

구분	남자	여자	전체
경직·불수의운동	69.0	71.3	69.9
관절구축	60.1	66.1	62.6
배변장애	24.9	30.3	27.2
기타	11.3	15.1	12.9

주: 뇌병변장애 중 뇌성마비인의 중복응답 결과임.

뇌성마비의 주 특성은 장애의 중복을 들 수 있는데, 주 동반장애로는 언어장애가 가장 많아서 42.3%를 차지하고 있고, 지적장애 31.1%, 시각장애 14.0%, 청각장애 11.8%의 순으로 언어장애와 지적장애가 많음을 알 수 있다. 성별로는 남자의 경우가 여자보다 동반장애를 갖는 비율이 높아 다소의 차이를 보이고 있음을 알 수 있다.

〈표39〉 뇌성마비의 동반장애

(단위: %)

구분	남자	여자	전체
시각장애	14.8	12.9	14.0
청각장애	12.6	10.6	11.8
언어장애	43.8	40.2	42.3
지적장애	32.2	29.6	31.1
간질장애(경련)	10.6	7.2	9.2
기타	2.5	2.0	2.3

주: 뇌병변장애 중 뇌성마비인의 중복응답 결과임.

3) 시각장애

시각장애는 시력장애와 시야결손장애로 구분되는데, 시력장애가 거의 대부분을 차지하고 있는데, 2011년 조사에서도 98.4%가 시력장애고, 시야결손장애는 극히 적었다. 장애등급별로는 시야결손장애의 경우 대체로 4~6급에 분포하고 있음을 알 수 있다.

〈표40〉 시각장애 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
시력장애	96.9	100.0	100.0	99.3	94.8	98.9	98.4
시야결손장애	3.1	-	-	0.7	5.2	1.1	1.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	41,908	16,875	16,912	16,104	22,283	158,073	272,155

시각장애인이 본인의 시력을 알고 있는지를 살펴보면 다음과 같다. 대체로 자신의 시력을 알고 있는 경우가 47.4%로 모르는 경우가 더 많았다. 장애등급에 따라서는 대체로 경증의 시각장애인일수록 자신의 시력을 아는 비율이 높았고, 반대로 중증일수록 시력을 알지 못하는 것으로 나타났다.

〈표41〉 시력 인지여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
안다	28.1	34.0	34.9	41.5	48.2	55.7	47.4
모른다	71.9	66.0	65.1	58.5	51.8	44.3	52.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	41,908	16,875	16,912	16,104	22,283	158,073	272,155

시각장애인이라 해서 모두 점자를 읽을 수 있는 것은 아는데, 점자해독 여부를 알아보면 가능한 경우가 5.3%로 대부분의 시각장애인은 점자를 모르는 것으로 나타났다. 장애등급에 따라서는 대체로 1급의 중증시각장애인이 점자를 사용하는 비율이 21.4%로 높았고, 나머지 등급에서는 미미한 수준으로 차이를 보였다.

〈표42〉 점자해독 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
가능	21.4	2.5	-	1.5	7.1	2.0	5.3
불가능	72.8	97.5	100.0	98.5	92.9	97.9	93.8
배우는 중	5.8	-	-	-	-	0.1	0.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	41,908	16,875	16,912	16,104	22,283	158,073	272,155

4) 청각장애

청각장애는 청력장애와 평형기능장애의 2가지로 구분이 되는데, 대부분 청력장애가 거의 대부분을 차지하고 있으며, 평형기능장애는 극히 드문 실정으로 장애등급에 따라 크게 영향을 받지 않고 있다.

〈표43〉 청각장애 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
청력장애	100.0	99.3	100.0	99.2	98.8	100.0	99.4
평형기능장애	-	0.7	-	0.8	1.2	-	0.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	9,644	54,369	55,063	55,402	66,140	49,032	289,650

청각장애인이 보청기를 사용하는지를 알아보면 전체적으로 60%가 보청기를 사용하고 있어 사용자가 비사용자보다 더 많은데, 장애등급별로는 대체로 1급(중복장애임)을 제외하고 3급부터 5급까지 사용하는 비율이 매우 높게 나타났으며, 최경증인 6급의 경우에는 보청기 사용 비율이 39.1%로 낮았다.

〈표44〉 보청기 사용여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
예	60.3	47.0	71.1	69.6	68.8	39.1	60.0
아니오	39.7	53.0	28.9	69.6	31.2	60.9	40.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	9,644	54,369	55,063	55,402	66,140	49,032	289,650

인공와우(달팽이관)수술을 받았는지에 있어서는 3.5%만이 수술을 받았고, 장애등급별로는 1급과 2급의 중증 청각장애인의 수술 비율이 상대적으로 높았다.

〈표45〉 인공와우 수술여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
있다	9.5	9.2	3.8	0.3	1.5	2.0	3.5
없다	90.5	90.8	96.2	99.7	98.5	98.0	96.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	9,644	54,369	55,063	55,402	66,140	49,032	289,650

청각장애인의 의사전달방법에 있어서 주로 사용하는 방법은 '말'로 86.0%를 차지하여 대부분 비장애인과 마찬가지로 언어를 사용함을 알 수 있다. 그리고 수화를 사용하는 청각장애인은 5.0%를 차지하였으며, 구화는 4.1%로 전체적으로 9% 정도는 수화나 구화를 사용하는 것으로 나타났다. 장애등급별로는 1급과 2급의 경우에 수화와 구화사용비율이 높았으나 경증장애인에서는 대부분 말(언어)을 사용하고 있어 차이를 보였다.

〈표46〉 의사전달 방법(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
수화	3.9	21.3	3.8	-	-	0.8	5.0
구화	22.7	9.8	1.0	5.0	1.6	-	4.1
필담	9.9	5.9	1.3	0.4	-	0.9	1.9
말	47.8	53.5	92.1	94.2	98.1	96.9	86.0
몸짓	15.7	9.4	1.7	0.4	0.3	1.5	3.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	9,644	54,369	55,063	55,402	66,140	49,032	289,650

5) 언어장애

언어장애의 세부유형을 알아보면 다음과 같은데, 일반적으로 조음장애가 가장 많아 40.7%를 차지하고 있으며, 다음으로는 실어증 33.8%로 이 2가지가 상당수를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 언어장애 1급과 2급의 경우에는 다른 장애와 중복장애인데, 주로 조음장애는 장애등급에 관계없이 큰 비중을 차지하나 실어증은 중증일수록 많고, 또한 말을 전혀 못하는 비율이 높음을 알 수 있다. 반면 음성장애나 말더듬은 경증장애인에게서 더 많은 것으로 볼 수 있다.

〈표47〉 언어장애의 세부유형(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	전체
전혀 말을 못함	15.9	25.3	6.5	-	-	15.7
조음장애	37.1	37.4	45.3	45.7	100.0	40.7
말더듬	2.0	0.7	4.1	9.1	-	2.7
음성장애	1.5	1.8	12.7	31.8	-	7.2
실어증	43.5	34.8	31.5	13.4	-	33.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	27,554	39,090	21,990	10,422	1,217	100,273

언어장애의 의사전달방법을 다음의 표에서 보면 역시 말(언어) 사용자가 58.7%로 가장 많으나 수화를 사용하는 경우도 10.7%로 청각장애의 수화사용자 보다 비율이 높은 것을 볼 수 있다. 장애등급별로는 역시 중증일수록 수화사용이 많고 경증일수록 말(언어) 사용의 비율이 높았다.

〈표48〉 언어장애의 의사전달 방법(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	전체
수화	1.4	22.8	6.6	-	-	10.7
구화	7.1	1.2	10.0	-	-	4.6
필담	-	2.5	9.6	4.1	-	3.5
말	45.1	58.5	58.1	93.8	82.5	58.7
몸짓	44.9	14.6	13.2	2.1	17.5	21.4
기타	1.5	0.3	2.5	-	-	1.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	27,554	39,090	21,991	10,422	1,217	100,275

6) 기타 장애

(1) 자폐성장애

일반적으로 자폐성장애의 특성상 동반장애를 갖는 경우가 흔하다. 자폐성장애의 동반장애를 알아보면 다음과 같은데, 지적장애를 동반한 경우가 66%로 가장 많았고, 지적장애와 경련성장애를 함께 갖고 있는 경우가 11.2%로 전체적으로 77.2%가 동반장애를 갖고 있었으며, 없는 경우는 22.7%를 차지하였다. 장애등급별로는 2급이나 3급에 비해 1급의 경우 동반장애가 더 많았다.

〈표49〉 자폐성장애의 동반장애(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	전체
없음	5.3	33.3	12.4	22.7
지적장애만 동반	66.7	66.7	74.0	66.0
지적장애 및 경련성장애 동반	28.1	-	13.6	11.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	6,775	10,279	3,355	21,543

(2) 정신장애

정신장애의 세부 장애유형을 등급별로 알아본 결과 정신분열증이 72.5%로 가장 많았으며, 다음으로는 반복성우울장애와 양극성 정동장애의 순이었다. 장애등급별로는 약간의 차이를 보이는데 1급의 경우에는 정신분열과 정동장애(기분장애)가 결합된 분열정동장애가 상대적으로 많았고, 3급의 경우 반복성 우울장애와 양극성 정동장애가 많아 차이를 보였다.

〈표50〉 정신장애의 세부유형(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	전체
정신분열증	69.1	86.3	60.9	72.5
양극성 정동장애	-	3.5	14.8	8.9
반복성 우울장애	-	6.9	20.8	13.4
분열정동장애	13.8	1.6	-	1.6
미상	6.6	-	0.9	0.9
기타	10.5	1.8	2.6	2.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	6,869	46,367	52,549	105,749

(3) 신장장애

신장장애의 경우 장애등급이 2급은 투석을 받는 경우이고, 5급은 이식수술을 받

은 경우인데, 실태조사에서 전체적으로 79.6%가 현재 투석을 받고 있는 것으로 나타났다. 즉, 신장장애와 다른 장애의 중복으로 인해 등급이 분산되어 있긴 하지만 2급은 거의 대부분 투석을 받고 있고, 경증으로 갈수록 투석을 받는 비율이 절반 이하로 낮아짐을 알 수 있다.

〈표51〉 신장장애의 투석여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
예	100.0	93.9	64.0	49.1	-	43.5	79.6
아니오	-	6.1	36.0	50.9	100.0	56.5	20.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	5,286	44,614	456	2,256	8,379	453	61,984

신장이식을 받더라도 투석을 하는 경우가 있긴 하지만 신장이식 여부를 질문한 결과 전체적으로 22.3%가 신장이식을 받았으며, 장애등급별로는 5급은 전부, 4급은 절반정도가 이식을 받은 것으로 나타났다.

〈표52〉 신장이식 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
예	-	9.3	36.0	50.9	100.0	-	22.3
아니오	100.0	90.7	64.0	49.1	-	100.0	77.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	5,286	44,614	456	2,256	8,379	453	61,984

(4) 호흡기장애

호흡기장애의 산소처방을 받아 가정에서 사용하는지를 알아본 결과 대체로 41%가 산소치료 처방을 받아 사용하고 있으며, 장애등급에 따라서는 1급과 2급의 경우 산소치료 처방을 받아 사용하는 비율이 높았다.

〈표53〉 호흡기장애의 산소치료처방 사용여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	전체
사용	59.0	76.3	16.9	41.0
비사용	41.0	23.7	83.1	59.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	4,375	4,235	9,475	18,085

(5) 안면장애

안면장애의 후천적 장애원인이 무엇인지를 구체적으로 살펴보면 화상에 의한 안면장애가 44.2%로 가장 많았고, 그 외에 흑과 같은 신생물(종양)질환 24.3%, 기타 사고 및 외상 9.5%, 교통사고 9.1%의 원인이 많았다. 성별로는 남자가 화상이 가장 많고 여자는 종양질환이 가장 많았다.

〈표54〉 안면장애의 후천적 장애원인(성별)

(단위: %, 명)

구 분			남자	여자	전체
후천적 원인	질환	심혈관질환	-	7.6	2.9
		신생물질환	15.3	38.6	24.3
		기타	16.2	-	10.0
	사고	교통사고	1.9	30.4	9.1
		화상	51.0	33.4	44.2
		기타 사고	15.5	-	9.5
계			100.0	100.0	100.0
전국추정수			192,690	592,334	2,517,312

(6) 장루·요루장애

장루·요루장애의 장애부위를 세부적으로 알아보면 전체 장루·요루장애인 중에서 64.0%는 장루이고, 24.5%는 요루장애, 11.6%는 장루·요루장애이다. 여성의 경우 86.9%가 장루인 반면 남성은 장루와 요루가 비슷한 분포를 보이고 있다.

〈표55〉 장루·요루장애의 장애부위(성별)

(단위: %, 명)

구 분	남자	여자	전체
요루	40.1	4.4	24.5
장루	46.1	86.9	64.0
요루+장루	13.8	8.7	11.6
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	11,303	8,798	20,101

7) 만성질환 현황

현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 여부는 장애인의 70.0%가 자신의 장애상태와 관련이 있거나 장애 외의 다양한 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 장애유형별로는 간질환, 호흡기장애, 신장장애, 정신장애, 장루·요루장애 등의 순으로 만성질환 유병률이 높았다.

〈표56〉 현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 유무(장애유형별)

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐 성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡 기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
예	68.3	88.1	64.7	70.7	56.1	36.1	20.8	83.2	95.8	69.5	96.6	70.0	57.9	81.1	100.0	70.0
아니오	31.7	11.9	35.3	29.3	43.9	63.9	79.2	16.8	4.2	30.5	3.4	30.0	42.1	18.9	-	30.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1325877	316308	256841	278337	21049	153332	162389	103894	58501	18508	19248	9289	2426	16705	14573	2611126

장애등급별 만성질환 유무를 알아보면, 장애등급에 따라 일관된 차이를 보이지는 않고 있어 중증이나 경증의 구분 없이 만성질환은 공통적으로 있음을 알 수 있다.

〈표57〉 현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 유무(장애등급별)

(단위: %, 명)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	계
예	64.0	70.0	72.9	77.4	72.3	61.8	69.7
아니오	26.0	30.0	27.1	22.6	27.7	38.2	30.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,92690	381,194	448,389	374,693	528,013	592,333	2,517,313

장애인들이 현재 3개월 이상 앓고 있는 주된 만성질환 1순위로는 고혈압의 비율이 33.5%로 가장 높았고, 기타를 제외하고는 골관절염(퇴행성 관절염) 10.3%, 당뇨병 8.9%, 뇌졸중 7.7% 등의 순으로 나타나 대표적 만성질환인 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 심장질환을 많은 장애인들이 마찬가지로 앓고 있었다. 장애유형별로 살펴보면 고혈압의 경우에는 호흡기장애, 간장애, 간질장애, 자폐성장애와 정신장애를 제외하고 고르게 높게 나타났으며, 장애특성에 따라 관련 있는 만성질환을 갖고 있는 경우가 많았다. 예를 들면 심장장애는 심근경색증, 신장장애는 신부전과 당뇨, 호흡기장애는 천식과 폐질환, 자폐성장애와 정신장애는 우울증, 간장애는 B형 간염 등 장애유형에 따라 비교적 다른 만성질환을 갖고 있는 것을 알 수 있다.

〈표58〉 장애유형별 주된 만성질환명

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
고혈압	36.3	34.5	39.2	36.4	23.5	19.4	-	12.0	30.7	22.9	11.6	12.7	26.4	25.3	0.9	33.5
이상지혈증	1.6	0.7	2.5	0.3	-	0.2	-	0.8	-	7.3	-	-	-	-	-	1.2
뇌졸중(중풍)	1.6	40.6	2.5	3.1	15.7	-	-	1.4	-	-	-	-	-	-	-	7.7
심근경색증	1.4	0.4	1.1	3.0	-	1.9	-	-	-	20.4	-	-	-	-	-	1.4
협심증	2.4	0.9	1.5	2.0	7.4	0.6	-	-	-	7.9	-	-	-	-	4.9	1.8
골관절염(뇌행성 관절염)	16.1	0.7	9.7	10.1	-	4.8	-	0.2	-	2.1	2.8	-	4.7	1.6	3.7	10.3
류마치스관절염	2.8	0.2	0.9	1.7	-	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.7
요통	5.8	0.5	2.8	3.8	-	5.8	-	1.2	-	0.8	-	-	18.6	8.8	-	3.9
폐결핵	-	-	0.4	0.1	-	-	-	-	-	-	2.9	-	-	-	-	0.1
천식	1.1	1.1	1.4	2.2	2.2	2.5	-	0.8	-	-	26.3	-	-	-	-	1.5
폐질환(만성기관 지염,폐기종)	0.5	0.1	0.9	0.7	-	1.4	-	0.7	-	-	31.0	-	-	-	4.0	0.8
우울증	1.0	0.3	0.9	1.5	-	5.4	15.6	25.9	-	-	-	-	-	3.6	3.1	2.3
야토피 피부염	0.1	0.5	0.2	-	-	0.5	16.4	-	-	-	1.1	-	-	-	-	0.2
신부전	0.1	0.5	0.3	1.1	-	-	-	-	53.0	5.7	-	-	-	-	5.3	2.0
당뇨병	9.8	4.7	15.6	9.8	7.7	4.8	-	2.0	10.5	2.7	3.0	15.1	23.0	11.9	-	8.9
감상선장애	0.7	-	1.5	1.3	3.1	0.6	-	1.6	-	-	-	7.5	-	-	-	0.8
위암	0.4	-	1.0	1.0	4.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4
간암	0.1	-	-	0.2	-	-	-	-	1.6	-	-	7.6	-	-	-	0.1
대장암	0.1	-	-	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.2	-	0.3
유방암	0.2	-	0.1	0.1	-	1.5	-	-	-	-	2.3	-	-	-	-	0.2
자궁경부암	-	-	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.4	-	0.1
폐암	-	-	0.4	0.7	-	-	-	-	-	-	3.1	-	-	-	-	0.1
기타암	1.1	1.3	1.2	1.7	10.9	-	-	-	-	-	4.2	-	-	23.1	-	1.3
위십이지장궤양	0.7	-	0.6	1.9	-	-	-	1.1	-	-	-	-	-	-	-	0.7
B형간염	0.9	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	22.8	2.9	-	-	0.5
C형간염	0.1	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1
간경변증	0.4	0.2	0.1	0.4	-	-	-	-	0.5	-	-	29.3	-	-	-	0.4
기타	14.9	12.7	15.0	15.6	24.8	50.4	68.0	52.1	3.8	30.3	11.6	5.0	24.4	8.1	78.0	17.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	905611	278778	166144	196695	11804	55378	3382	86403	56051	12864	18583	6500	1404	13540	14572	1827717

8) 일상생활지원

(1) 기본적 일상생활동작(ADL)

2008년도 실태조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 항목별로 기능자립정도를 완전 자립, 부분 도움, 완전 도움의 3가지 항목으로 구분하여 조사하였으나 2011년도 조사에서는 활동지원제도의 인정조사항목을 포함하여 조사를 실시한 관계로 일반적인 점수산정을 하는데 어려움이 있다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 보면, 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 개인위생 관련 항목인 '목욕하기', '옷 입고 벗기', '방 밖으로 나가기'로 나타났다. 즉, 목욕하기의 경우 완전도움이 각각 5.7%, 5.1%로 다른 항목에 비해 자립정도가 낮았다. 장애유형별로 살펴보면 뇌병변장애의 경우 모든 항목에서 대부분 다른 사람의 도움이 필요한 것으로 나타났고, 자폐성장애는 옷입고 벗기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기 등에서 도움이 많이 필요하고, 장루·요루장애는 화장실 이용하기에서 도움이 필요한 것으로 나타나 장애유형별로 각각의 특성을 반영하고 있다 (김성희 외, 2011년 장애인 실태조사).

이와 함께 장애등급별로 구분해 보면, 가장 중증인 1~2급을 제외하고 3~4급과 5~6급의 경우 대부분의 항목에서 90% 이상의 자립률을 보이고 있는 것으로 나타나고 있으며, 목욕하기와 걷기 항목에서만 3~4급의 완전 자립 비율이 90% 이하로 나타나 장애등급에 따라서는 1~2급과 기타 등급 간의 차가 큼을 알 수 있다.

〈표59〉 기본적 일상생활동작(ADL)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
1-1) 옷벗고 입기				
완전자립	60.2	91.4	97.7	87.1
부분도움	26.4	7.4	1.8	9.2
완전도움	13.4	1.2	0.5	3.7
1-2) 옷갈아입기				
도움 필요없음	59.0	90.9	97.6	86.6
약간 지시필요	12.5	2.2	0.5	3.8
중간 도움필요	16.8	5.7	1.5	6.3
매우 도움필요	11.7	1.2	0.4	3.2
2) 세수하기				
완전자립	73.8	95.8	99.0	92.2
부분도움	15.4	2.9	0.7	4.8
완전도움	10.8	1.3	0.3	3.0
3) 양치질하기				
완전자립	74.5	96.0	99.1	92.5
부분도움	14.7	2.7	0.6	4.5
완전도움	10.8	1.3	0.3	3.0
4-1) 목욕하기				
완전자립	54.7	86.2	96.4	83.6
부분도움	25.6	11.1	2.8	10.7

	완전도움	19.6	2.7	0.8	5.7
4-2) 목욕하기					
	도움 필요없음	53.0	86.0	95.9	82.9
	약간 지시필요	7.4	3.2	0.9	3.1
	방법만 알려주면 됨	4.4	1.0	0.4	1.5
	욕탕출입시 도움	6.1	3.3	1.0	2.9
	씻고 말리는데 도움	11.7	4.1	1.0	4.4
	전적인 도움필요	17.5	2.5	0.7	5.1
5-1) 식사하기					
	완전자립	71.3	94.7	98.8	91.2
	부분도움	21.1	4.8	0.9	6.8
	완전도움	7.6	0.5	0.2	2.0
5-2) 식사하기					
	도움 필요없음	68.7	94.3	98.7	90.4
	약간 지시필요	7.4	1.2	0.2	2.2
	젓가락 사용시 도움	14.9	3.7	0.7	4.9
	수저사용시 도움	4.8	0.6	0.1	1.3
	전적인 도움필요	4.2	0.2	0.2	1.1
6) 체위변경하기					
	완전자립	84.5	97.0	99.1	95.1
	부분도움	8.2	2.5	0.5	2.9
	완전도움	7.2	0.5	0.4	2.0
7-1) 일어나 앉기					
	완전자립	81.5	95.9	98.3	93.7
	부분도움	9.8	3.5	1.2	3.9
	완전도움	8.7	0.6	0.5	2.4
7-2) 침실에서 이동하기					
	도움 필요없음	79.4	95.4	98.5	93.1
	종종 도움필요	7.5	3.2	0.6	3.0
	항상 타인 도움필요	5.9	1.0	0.3	1.8
	전적으로 타인 도움필요	7.3	0.4	0.5	2.0
8-1) 옮겨 앉기					
	완전자립	80.5	96.2	99.0	93.9
	부분도움	10.6	3.0	0.4	3.6
	완전도움	8.9	0.8	0.6	2.5
8-2) 옮겨 앉기					
	도움 필요없음	79.3	95.3	98.9	93.3
	약간 도움필요	7.7	2.8	0.4	2.8
	한사람 도움필요	8.2	1.5	0.3	2.5
	두사람 도움필요	4.8	0.4	0.4	1.4
9-1) 방밖으로 나가기					
	완전자립	75.7	92.7	97.1	90.8
	부분도움	11.6	5.8	2.3	5.5
	완전도움	12.7	1.5	0.7	3.7
9-2) 걷기					
	도움 필요없음	61.4	79.7	90.7	80.4
	보조기구 필요	18.2	17.5	8.3	13.6
	한사람 도움필요	7.9	1.8	0.3	2.5
	두사람 도움필요	1.5	0.2	0.1	0.5
	전혀 걷지 못함	11.0	0.8	0.6	3.0
10-1) 화장실 사용하기					
	완전자립	73.1	95.3	98.5	91.7
	부분도움	15.5	3.5	0.8	5.0
	완전도움	11.5	1.2	0.6	3.3
10-2) 용변					

	완전자립	73.2	95.3	98.6	91.7
	부분도움	15.2	3.5	0.8	4.9
	완전도움	11.7	1.3	0.6	3.3
11) 대변조절하기	완전자립	82.7	97.0	98.7	94.5
	부분도움	8.7	1.8	0.9	3.0
	완전도움	8.6	1.1	0.4	2.5
12) 소변조절하기	완전자립	83.1	96.2	98.4	94.2
	부분도움	8.5	2.6	1.0	3.2
	완전도움	8.4	1.2	0.5	2.5
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수		573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

(2) 수단적 일상생활동작(IADL)

수단적 일상생활동작(IADL)을 항목별로 살펴보면 장애인이 수행하는데 있어 자립정도가 낮고 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 빨래하기, 식사준비하기로 나타났다. 즉, 빨래하기는 완전도움이 12.1%, 식사 준비하기는 완전도움이 11.5%로 다른 항목에 비해 자립정도가 낮았다. 장애유형별로는 뇌병변장애와 지적 및 자폐성장애의 경우 다른 장애유형에 비해 대부분의 항목에서 도움정도를 더 필요로 하였다(김성희 외, 2011년 장애인 실태조사).

한편 IADL을 장애등급별로 구분해 보면, 경증인 5~6급의 경우 집안일을 제외한 대부분의 항목에서 완전 자립적으로 수행할 수 있다는 응답이 90%를 상회하는 것으로 나타났다. 그렇지만 3~4급의 경우에는 ADL과 달리 자립적 수행 비율이 높지 않았으며, 1~2급의 중증장애인들의 경우 완전 자립 수행율이 30~50% 정도로 차이를 보이고 있어 ADL에서 보다 장애등급별 IADL의 차이가 크게 드러나고 있어 중간등급의 변별력을 높이는 지표임을 알 수 있다.

〈표 60〉 수단적 일상생활동작(IADL)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
전화사용하기				
완전자립	49.6	84.0	94.8	81.0
부분도움2	16.6	8.2	3.0	7.8
부분도움3	13.1	5.2	1.4	5.3
완전도움	20.7	2.6	0.8	5.9
물건사기(쇼핑)				
완전자립	41.5	80.1	94.4	77.7
적은 부분도움	19.4	12.5	3.7	10.2
많은 부분도움	13.0	3.6	0.7	4.5
완전도움	26.1	3.9	1.1	7.7
식사준비				

	완전자립	34.0	73.8	92.0	72.8
	부분도움	29.2	19.5	6.0	15.7
	완전도움	36.8	6.8	2.0	11.5
집안일	완전자립	32.2	68.1	86.2	67.9
	적은 부분도움	26.0	23.0	11.4	18.5
	많은 부분도움	14.7	3.9	0.8	5.0
	완전도움	27.2	5.0	1.6	8.6
빨래하기	완전자립	41.2	76.9	90.5	74.8
	부분도움	21.1	15.3	7.4	13.1
	완전도움	37.7	7.8	2.1	12.1
약 챙겨먹기	완전자립	56.2	89.6	97.7	85.6
	부분도움	18.0	6.9	1.6	7.1
	완전도움	25.8	3.5	0.7	7.4
금전관리	완전자립	42.8	78.5	93.5	77.0
	부분도움	22.6	14.8	5.0	12.2
	완전도움	34.6	6.7	1.5	10.7
교통수단 이용하기	완전자립	34.1	75.4	91.2	73.0
	적은 부분도움	20.2	13.6	6.0	11.7
	많은 부분도움	28.7	8.7	2.0	10.3
	완전도움	17.0	2.2	0.8	5.0
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수		573,884	823,082	1,120,348	2,517,314

(3) 인지기능영역

인지기능영역을 항목별로 살펴보면 전체적으로 ‘주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다’가 58.1%, 의사소통이나 전달에 장애가 있다가 51.0%, 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다가 50.9%로 인지기능영역에 어려움이 있는 것으로 나타났다. 장애유형별로 보면 지적 및 자폐성장애의 경우 대부분의 항목에서 다른 장애유형에 비해 인지기능에 어려움이 있는 것으로 나타나(김성희 외, 2011년 장애인 실태조사) 이러한 장애유형에 대한 서비스 개발 및 지원방안이 모색될 필요성이 있음을 시사하고 있다.

인지기능 영역을 장애등급별로 세분해 보면 역시 장애등급별로 1~2급의 인지기능이 다른 등급에 비해 현저히 떨어지는 것으로 나타나고 있으며, 3~4급과 5~6급 간에는 차이가 있지만 1~2급 보다는 적어 인지기능의 경우 장애정도에 따라 영향을 받게 됨을 알 수 있다.

〈표61〉 인지기능 해당여부

(단위: %)				
구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
이야기 및 일에 대한 기억				

	예	57.1	45.0	39.6	50.9
	아니오	42.9	55.0	60.4	49.1
오늘 일자에 대한 인지	예	53.3	25.2	13.5	39.0
	아니오	46.7	74.8	86.5	61.0
장소인지	예	29.0	8.1	2.0	18.6
	아니오	71.0	91.9	98.0	81.4
본인 나이와 생년월일 인지	예	48.1	16.3	5.8	32.2
	아니오	51.9	83.7	94.2	67.8
지시에 대한 인지	예	47.7	22.9	13.9	35.2
	아니오	52.3	77.1	86.1	64.8
상황에 대한 인지	예	70.8	46.3	32.3	58.1
	아니오	29.2	53.7	67.7	41.9
의사소통과 전달장애	예	64.5	38.9	22.4	51.0
	아니오	35.5	61.1	77.6	49.0
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수		573,884	823,082	1,120,348	2,517,314

4. 장애등록 및 서비스 이용 현황

1) 장애유형별 등록현황 및 장애등급

2008년도 실태조사는 등록장애인을 대상으로 실시하였기 때문에 등록여부를 파악하지 않았으나, 본 조사에서는 장애등록 여부를 확인하였다. 등록장애인은 전체의 96.4%로 매우 높은 등록률을 보이고 있다. 2005년도 조사의 장애인등록률(79.4%)에 비해 크게 높아지고 있음을 알 수 있다. 장애유형별로는 비교적 등록률이 고르게 높게 나타났으나 심장장애, 장루·요루장애, 간질장애 등이 상대적으로 낮은 등록률을 보였다.

〈표62〉 장애등록 여부

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
예	97.7	96.4	96.6	93.2	87.6	99.2	97.3	96.1	96.8	69.5	89.4	87.4	100.0	80.9	82.9	96.4
아니오	1.5	2.5	2.8	6.3	10.4	0.5	2.7	3.9	1.3	30.5	6.5	0.0	0.0	19.1	13.0	2.8
신청중	0.3	1.0	0.2	0.2	1.9	0.3	0.0	0.0	1.9	0.0	4.1	7.3	0.0	0.0	0.0	0.4
보훈처등록	0.5	0.1	0.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	0.0	4.0	0.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1325878	316309	256841	278338	21048	153332	16238	103894	58501	18508	19249	9289	2426	16704	14572	2611127

한편 장애등록을 하지 않은 이유를 알아본 결과, 전체적으로 등록절차와 방법을 몰라서가 32.7%로 가장 많았으며 본인이 장애인이라고 생각하지 않아서 17.0%, 남에게 알리기 싫어서 14.6% 등의 순이었다. 대체로 등록 절차와 방법을 모르는 경우가 있어 등록 후 지원사항과 변경된 절차 등에 대한 홍보가 강화될 필요가 있다.

〈표63〉 장애등록 하지 않은 이유

(단위: %, 명)

구 분	비 율
등록절차와 방법을 몰라서	32.7
등록해도 별혜택이없을것같아서	12.2
등록하는 데 비용이 들것같아서	3.4
등록과정이 번거로워서	5.0
장애인이라고 생각하지 않아서	17.0
남에게 장애인임을 알리기싫어서	14.6
등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서	4.7
앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서	7.7
기타	2.7
계	100.0
전국추정수	72,365

등록된 장애유형과 상관없이 본인이 생각하는 주된 장애가 무엇인지를 알아본 결과는 다음의 표와 같다. 전체적으로 지체장애가 절반 정도를 차지하여 50.8%로 나타났다, 다음으로는 뇌병변장애 12.1%, 청각장애 10.7%, 지적장애 5.9%, 정신장애 4.0%의 순으로 대체로 우리나라 전체 등록 장애인 구성비와 약간의 차이가 있지만 비슷한 추세를 보이고 있다.

〈표64〉 장애유형 분포

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
남	29.2	7.1	5.8	6.2	0.6	3.3	0.6	2.1	1.2	0.4	0.5	0.3	0.1	0.3	0.3	58.0
여	21.5	5.0	4.0	4.5	0.2	2.5	0.0	1.9	1.0	0.3	0.2	0.1	0.0	0.3	0.3	42.0
계	50.8	12.1	9.8	10.7	0.8	5.9	0.6	4.0	2.2	0.7	0.7	0.4	0.1	0.6	0.6	100.0
전국추정수	1325877	316309	256841	278337	21049	153332	16238	103894	58500	18508	19249	9289	2426	16705	14572	2611126

등록한 장애인들의 장애등급을 살펴보면, 1급이 11.2%, 2급이 11.6%, 3급이 17.8%, 4급이 14.9%, 5급이 21.0%, 6급이 23.5%였다. 일반적으로 중증장애인이라고 하는 1, 2급 장애인은 22.8%로 2005년 조사에 비해 비중이 줄고 경증의 비중이 약간 증가한 것으로 파악된다. 장애유형별로는 신체외부의 장애와 내부의 장애, 그리고 정신영역의 장애처럼 장애 유형에 따라 등급체계가 다르게 되어 있다. 또한 2가지 이상의 장애가 중복된 경우 등급이 상향 조정될 수 있으며, 신체외부의 장애에서는 지체장애나 청각, 시각장애 보다 뇌병변장애가 중증의 비율이 높은 것을 알 수 있다.

〈표65〉 등록장애인의 장애등급

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
1급	2.7	24.9	14.4	1.8	1.5	24.3	32.5	5.7	6.6	7.7	25.4	-	-	-	0.9	11.2
2급	5.6	23.1	3.1	19.0	4.0	39.7	55.3	45.7	77.3	1.9	24.6	3.6	48.6	-	2.8	11.6
3급	12.9	25.2	4.8	18.0	49.5	36.1	12.2	48.7	0.3	90.4	50.0	22.1	21.1	13.0	50.4	17.8
4급	19.9	12.1	5.3	18.3	45.0	-	-	-	1.0	-	-	-	17.0	34.6	46.0	14.9
5급	30.6	8.2	8.7	24.8	-	-	-	-	14.8	-	-	72.8	-	51.1	-	21.0
6급	28.3	6.4	63.7	18.1	-	-	-	-	-	-	-	2.4	13.3	1.3	-	23.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1295818	305010	248157	259338	18444	152135	15793	99804	56600	12864	17218	8117	2426	13509	12084	2517317

장애인등록제도가 처음으로 도입된 1988년 이후 현재에 이르기까지 장애인의 장애인등록 시기를 구분하여 살펴보았다. 제도 도입 초기인 1988~1989년은 전체의 3.1%가 등록을 하였으며, 1990~1995년은 전체의 4.4%가 등록하였다. 2006년 이후에는 거의 절반에 가까운 장애인이 등록하여 등록시기가 오래되지 않았음을 알 수 있다. 최근 들어 장애인 등록률이 높아지는 것은 경제적 상황과 함께 장애인연금과 활동지원제도와 기타의 혜택 등에 대한 인식 제고가 작용한 것으로 보인다. 장애유형별로는 단계적 범주 확대에 따라 등록시기가 다른데, 주로 2003년 이후 15개 장애가 범주에 포함되면서 신규장애를 기점으로 등록이 점차 늘어나게 되었다고 볼 수 있다.

〈표66〉 장애등록 시기

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
1988~1989년	3.3	0.7	1.7	5.8	1.3	7.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.1
1990~1995년	6.2	2.3	2.3	1.8	15.5	6.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.4
1996~2000년	20.4	14.0	18.8	16.2	12.8	15.7	1.7	14.2	14.0	6.1	9.7	2.4	-	2.2	7.5	17.7
2001~2005년	31.0	32.0	36.1	25.7	22.0	23.9	30.3	30.7	29.3	57.4	36.2	27.0	88.8	47.4	32.9	30.9
2006~2010년	37.4	45.4	37.9	47.6	41.3	41.7	59.4	48.0	50.4	36.5	52.1	70.1	11.2	40.4	53.2	40.9
2011년~	1.7	5.4	3.2	2.8	7.0	4.3	8.6	7.1	6.3	-	2.0	0.5	-	10.0	6.4	3.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1295819	305008	248158	259335	18443	152135	15793	99803	56398	12864	17218	8117	2426	13508	12085	2517110

2) 국가나 사회로부터의 지원에 대한 인식

장애인 등록 후 국가나 사회로부터 지원을 많이 받고 있다고 생각하는지 인식을 파악한 결과 별로 받고 있지 못하다가 44.5%, 전혀 받지 못하고 있다가 17.8%로 전체적으로 62.3%의 장애인이 기대만큼 충분치 않다고 생각하고 있다. 반면 매우 또는 약간 받고 있다는 전체의 37.6%로 약 2/3 정도는 만족스럽게 생각하지 않고 있음을 알 수 있다.

〈표67〉 장애등록 후 국가·사회의 지원에 대한 인식(장애유형별)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
매우 많음	1.1	4.1	1.5	1.3	4.5	6.2	5.3	5.8	19.0	8.4	21.1	7.7	-	-	13.1	2.7
약간 받고있음	30.1	41.5	29.1	36.4	24.7	52.0	42.9	53.5	49.4	45.8	33.5	33.1	51.5	24.7	40.3	34.9
별로 받지 못하고 있음	49.1	37.9	47.3	44.7	55.6	33.4	40.4	30.9	22.7	37.3	40.1	22.3	24.0	43.4	35.6	44.5
전혀 받지 못하고 있음	19.7	16.5	22.1	17.6	15.2	8.4	11.3	9.8	8.9	8.5	5.3	36.8	24.5	31.9	11.1	17.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1295819	305008	248158	259337	18444	152134	15793	99803	56600	12864	17218	8117	2426	13509	12084	2517314

장애등급별 국가·사회의 지원에 대한 인식에 있어서는 장애등급이 높은 중증일수록 지원을 받는다는 응답이 높은 반면 등급이 낮은 경증장애인의 경우에는 받지 못한다는 응답이 많아 차이를 보이고 있다. 이는 현행 복지시책이 주로 중증장애인 위주로 짜여 있기 때문이라 할 수 있다.

〈표68〉 장애등록후 국가·사회의 지원에 대한 인식(장애등급별)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
매우 많이 받음	8.0	6.2	3.7	1.6	0.8	0.5	2.7
약간 받음	55.2	51.4	43.3	27.7	26.6	23.3	34.9
별로 못 받음	28.7	32.3	40.0	49.7	50.8	52.1	44.5
전혀 못 받음	8.2	10.0	13.1	21.0	21.7	24.1	17.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	192,690	381,194	448,389	374,693	528,014	592,334	2,517,314

3) 장애재심사 여부, 재심사 사유, 심사후 등급조정

장애유형별로 재심사 규정에 의거하여 심사를 다시 받거나 장애상태의 변동 또는 장애인연금이나 활동지원제도의 지원을 받기 위해서는 등급 재심사를 받아야 하는데, 재심사를 받았는지를 여부를 알아본 결과는 다음과 같다. 전체적으로 15.8%의 장애인이 재심사를 받은 것으로 조사되었다. 장애유형별로는 간질장애, 정신장애, 자폐성장애, 지적장애가 재심사를 많이 받았으며, 지체장애, 장루·요루장애의 재심사 비율이 가장 낮았다.

〈표69〉 장애등급 재심사 여부(장애유형별)

(단위: %, 명)																
구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
예	8.9	24.4	12.5	10.5	13.4	38.2	42.1	48.7	27.0	37.3	20.6	18.5	27.3	9.6	56.9	15.8
아니오	91.1	75.6	87.5	89.5	86.6	61.8	57.9	51.3	73.0	62.7	79.4	81.5	72.7	90.4	43.1	84.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1295818	305008	248158	259337	18444	152134	15793	99803	56600	12864	17217	8117	2426	13509	12084	2517312

장애등급 재심사 여부를 장애등급별로 보면, 주로 1~3급의 경우 재심사를 받은 비율이 높았으며, 상대적으로 4~6급은 낮아 중증의 장애인에 대한 재심사 비율이 높음을 알 수 있다.

〈표70〉 장애등급 재심사 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)							
구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
예	38.8	28.2	24.7	12.0	6.6	4.2	15.8
아니오	61.2	71.8	75.3	88.0	93.4	95.8	84.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(전국추정수)	192,690	381,193	448,389	374,693	528,014	592,334	2,517,313
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------

장애등급 재심사를 받게 된 사유가 무엇인지를 알아보면 재판정 시기가 도래하여 받은 경우가 47.7%로 가장 많고, 다음으로는 장애상태가 변하여 42.7%로 이 두 가지 사유가 거의 대부분을 차지하였다. 즉 재심사 규정에 의하거나 장애상태 변화로 대부분 재심사를 받았으며, 연금신청 때문에 재심사를 받은 경우는 6.5%였다. 장애 유형별로는 지적장애와 자폐성장애, 언어장애, 심장장애, 간장애 등은 장애상태 변화보다는 재심사 규정에 따라 재심사를 받는 비율이 높았으며, 지적장애와 자폐성 장애는 장애인연금을 신청하기 위해 받은 비율이 다소 높았다.

〈표71〉 장애등급 재심사 사유(장애유형별)

(단위: %, 명)																
구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
장애인연금신청	3.6	4.4	4.8	8.6	0.0	17.8	12.2	3.0	8.1	0.0	4.1	0.0	0.0	0.0	10.5	6.5
장애인활동보조 서비스 신청	0.7	0.6	0.7	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	30.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
장애 재판정 시기가 되어	36.4	45.6	41.3	23.3	79.3	55.5	70.8	81.1	27.3	67.4	59.9	67.8	100.0	100.0	54.4	47.7
장애상태가 변화하여	56.7	46.3	53.1	66.9	20.7	23.5	17.0	12.2	64.6	2.1	36.0	32.2	0.0	0.0	35.1	42.7
기타	2.6	3.2	0.0	1.3	0.0	0.7	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	115234	74529	31089	27144	2464	58043	6644	48585	15271	4800	3543	1502	663	1300	6877	397688

장애등급별 재심사 사유는 장애재판정과 장애상태 변화가 주를 이루었으나 1~2급의 경우 장애인연금 신청이나 활동보조서비스 신청을 위한 이유가 10%를 넘어 중증장애인은 복지급여 수급을 위해 재심사를 받는 경우가 있음을 알 수 있다.

〈표72〉 장애등급 재심사 사유(장애등급별)

구분	(단위: %, 명)						
	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
장애인연금 신청	9.1	10.8	5.5	1.0	1.7	1.6	6.5
장애인활동보조 서비스 신청	3.0	0.3	1.6	0.0	0.0	0.0	1.1
장애 재판정 시기가 되어	40.8	52.7	50.1	38.9	41.2	61.1	47.7
장애상태가 변화하여	45.4	35.4	39.6	55.7	56.4	37.4	42.7
기타	1.7	0.8	3.2	4.4	0.8	0.0	2.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	74,787	107,333	110,762	44,858	35,102	24,843	397,685

장애등급 재심사 후 등급이 조정되었는지에 있어서는 절반 정도인 50.8%가 조정된 것으로 응답하였다. 장애유형별로는 대체로 비슷하였으나 정신장애, 호흡기, 간장애, 장루·요루장애가 등급조정 비율이 상대적으로 낮았다.

〈표73〉 장애등급 재심사 후 등급조정여부(장애유형별)

(단위: %, 명)

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	정신장애	신장장애	심장장애	호흡기장애	간장애	안면장애	장루·요루장애	간질장애	전체
예	56.9	53.8	54.6	53.0	55.4	48.3	48.1	34.5	57.6	-	37.7	32.2	40.9	23.2	62.6	50.8
아니오	43.1	46.2	45.4	47.0	44.6	51.7	51.9	65.5	42.4	100.0	62.3	67.8	59.1	76.8	37.4	49.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	115233	74529	31088	27145	2464	58043	6644	48585	15272	4800	3543	1502	663	1300	6876	397687

재심사 후 등급이 조정되었는지 장애등급별로 살펴보면 최경증인 6급을 제외하고 대체로 고르게 조정된 것을 알 수 있다.

〈표74〉 장애등급 재심사 후 등급조정여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
예	60.8	41.5	55.8	57.5	52.2	24.1	50.8
아니오	39.2	58.5	44.2	42.5	47.8	75.9	49.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	74,787	107,335	110,762	44,857	35,101	24,844	397,686

장애등급 조정이 어떻게 이루어졌는지를 살펴보면 전체적으로 상향조정이 71.0%로 많았으며, 하향조정은 적은 편이었으며, 이는 앞서의 재심사 사유에 장애상태 변동에 따라 신청한 장애인이 많다는 점이 반영된 결과로 해석할 수 있을 것이다.

〈표75〉 장애등급 조정 내용

(단위: %, 명)

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	정신장애	신장장애	호흡기장애	간장애	안면장애	장루·요루장애	간질장애	전체
하향 조정	20.1	32.5	10.9	9.7	60.5	28.4	24.7	82.1	32.6	-	100.0	100.0	100.0	45.0	29.0
상향 조정	79.9	67.5	89.1	90.3	39.5	71.6	75.3	17.9	67.4	100.0	-	-	-	55.0	71.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	65614	40101	16971	14374	1366	28056	3194	16755	8791	1336	483	271	301	4307	201920

4) 장애등급별 재활치료서비스 수급현황

현재 받고 있는 재활치료서비스 여부를 살펴보면 물리치료가 20.3%로 가장 많이 받고 있는 재활치료로 나타났고, 나머지 미술치료나 음악치료 등의 예술치료는 매우 미미한 수준을 보였으며, 그나마 언어치료가 약간 많았다. 이는 장애아동에 대한 재활치료 바우처제도가 시행됨에 따라 많은 장애아동이 치료를 받고 있으나 전체 장애인에 대해 조사하였기 때문에 매우 적은 비율로 나타난 것으로 추정된다.

장애유형별로는 지체장애와 뇌병변장애, 안면장애는 물리치료를 받는 비율이 높고 자폐성장애의 경우에는 언어치료, 미술치료, 음악치료, 놀이치료 등을 다양하게 받고 있는 반면, 지적장애와 언어장애는 주로 언어치료를 그리고 내부장애는 물리치료를 제외하고 이러한 재활치료를 대부분 받지 않는 것으로 나타나고 있다.

〈표76〉 현재 받고 있는 재활치료서비스 여부(장애유형별)

(단위: %)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
물리치료	26.7	29.6	9.1	11.7	5.3	5.6	-	7.6	4.7	11.5	2.5	4.2	21.9	8.5	3.3	20.3
작업치료	0.2	4.0	0.4	-	-	2.4	12.1	3.1	-	-	-	-	11.2	-	-	1.0
언어치료	0.1	2.1	0.1	0.6	11.0	12.5	45.3	0.3	-	-	-	-	-	-	-	1.5
음악치료	-	0.9	0.1	0.3	2.4	5.5	22.1	6.4	-	-	-	-	-	-	-	0.9
놀이치료	-	0.6	-	0.1	5.2	3.9	11.9	-	-	-	-	-	-	-	-	0.5
미술치료	-	1.6	0.1	0.3	5.1	7.9	23.6	4.6	-	-	-	-	-	-	-	1.1
심리·행동치료	0.1	0.5	0.1	-	7.5	5.8	8.8	8.8	-	-	-	-	11.2	-	2.5	1.0
기타	0.5	1.9	0.4	0.1	5.2	6.4	23.1	2.3	-	-	-	-	-	-	-	1.2

장애등급별로 어떤 재활치료서비스를 받고 있는지를 알아보면 1-2급의 중증의 경우에는 주로 언어치료, 작업치료, 작업치료, 음악치료, 미술치료 등을 많이 받고, 반면 경증 장애인의 경우에는 물리치료를 더 많이 받는 것으로 차이를 보이고 있다. 즉, 언어, 미술, 음악치료 등의 심리치료는 주로 1~3급의 지적장애나 자폐성장애가 대상이 되기 때문에 중증의 비중이 높은 것으로 볼 수 있다.

〈표77〉 현재 받고 있는 재활치료서비스 여부(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체	추정수
물리치료	15.6	21.4	21.7	20.2	509,222
작업치료	3.2	0.6	0.1	1.0	24,530
언어치료	4.7	1.3	0.1	1.5	38,377
음악치료	3.0	0.7	-	0.9	23,000
놀이치료	1.6	0.4	-	0.5	12,656
미술치료	3.2	1.2	-	1.1	28,137
심리·행동치료	2.1	1.5	-	1.0	24,550
기 타	2.0	1.2	0.4	1.2	30,808

현재 받고 있는 재활치료서비스의 주당 평균 이용시간을 살펴보면 작업치료가 주당 평균 3.43시간으로 가장 많고, 다음으로는 놀이치료 2.72시간, 물리치료 2.37시간의 순이었으며, 전체적으로 약 2시간 정도의 치료를 받는 것으로 나타나고 있다. 치료서비스를 받고 있는 장애유형 중 정신장애는 놀이치료, 지적장애는 작업치료, 뇌병변장애는 물리치료를 받는데 더 많은 시간을 소비하는 것을 알 수 있다.

〈표78〉 현재 받고 있는 재활치료서비스 주 평균 이용 시간

(단위: 시간)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
물리치료	2.23	3.24	1.85	2.03	2.07	1.59	-	2.51	1.66	2.90	2.19	2.00	3.45	2.98	1.94	2.37
작업치료	2.51	2.82	1.00	-	-	7.52	2.27	3.22	-	-	-	-	1.00	-	-	3.43
언어치료	2.00	2.52	1.00	1.58	1.69	1.65	1.75	2.00	-	-	-	-	-	-	-	1.83
음악치료	-	2.80	2.00	1.00	1.00	1.55	1.61	2.04	-	-	-	-	-	-	-	1.82
놀이치료	-	3.05	-	1.00	1.24	2.35	1.51	4.18	-	-	-	-	-	-	-	2.72
미술치료	2.00	2.44	1.00	1.00	1.25	1.37	1.63	2.37	-	-	-	-	-	-	-	1.76
심리·행동치료	1.00	1.14	1.00	-	1.17	1.54	1.93	1.57	-	-	-	-	1.00	-	1.00	1.47
기타	4.03	3.70	5.00	1.00	2.00	2.31	2.60	1.00	-	-	-	-	-	-	-	2.94

현재 받고 있는 재활치료서비스의 월평균 비용(본인부담)을 살펴보면, 언어치료가 약 13만으로 가장 높게 나타나고 작업치료 11만 2천원, 심리·행동치료가 10만 2천원 등의 순으로 나타났다. 장애유형별로는 자폐성장애와 지적장애의 경우 치료비용이 다른 장애에 비해 더 많이 드는 것을 알 수 있어 이들의 치료비용 부담을 경감하기 위한 지원이 모색되어야 할 것이다.

〈표79〉 현재 받고 있는 재활치료서비스 월 평균 비용

(단위: 만원)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
물리치료	3.96	6.99	3.56	1.93	4.35	7.33	-	1.37	3.22	1.00	1.00	-	-	4.83	180.0	4.35
작업치료	17.96	9.31	20.00	-	-	10.19	12.90	2.00	-	-	-	-	-	-	-	11.15
언어치료	16.47	16.99	6.00	9.4	6.69	10.15	18.31	-	-	-	-	-	-	-	-	12.99
음악치료	-	2.31	24.00	4.00	6.78	8.78	12.03	1.23	-	-	-	-	-	-	-	7.83
놀이치료	-	7.17	-	5.00	7.30	5.13	17.28	1.00	-	-	-	-	-	-	-	6.87
미술치료	26.00	2.80	3.00	-	18.42	6.98	7.77	1.00	-	-	-	-	-	-	-	6.76
심리·행동치료	1.00	14.75	2.45	-	3.42	11.34	30.55	2.00	-	-	-	-	1.00	-	2.00	10.22
기타	5.68	9.12	1.00	6.00	14.54	12.52	23.91	1.00	-	-	-	-	-	-	-	11.10

현재 재활치료서비스를 받지 않고 있다고 응답한 이유 중 ‘다닐 필요가 없어서’라고 응답한 경우가 70.2%로 가장 많았고, 다음으로는 ‘비용부담 때문’이라고 응답한

경우가 15.9%로 대부분 재활서비스가 필요 없기 때문인 것을 알 수 있다. 재활치료 바우처의 시행에 따라 각 지역별로 치료기관이 확대되어 2008년도 실태조사에서와 같이 비용부담이나 시설 접근성이 낮아서라는 응답은 크게 감소하였다. 신장장애와 지체장애, 그리고 심장장애 순으로 '다닐 필요가 없어서' 다니지 않는 비율이 높았으며, 자폐성장애, 시각장애, 언어장애, 그리고 뇌병변장애와 심장장애 순으로 '비용 부담 때문에' 다니지 않는 비율이 높았다. 장애유형별로는 대체로 자폐성장애의 경우에는 비용부담이 크고 적합한 시설이 없어서가 많은 반면 다른 장애는 공통적으로 치료의 필요성을 크게 느끼지 못하는 것으로 나타나고 있다.

〈표80〉 현재 재활치료서비스를 받지 않는 이유(장애유형별)

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
몰라서	1.6	2.5	1.8	4.2	5.1	6.6	-	8.6	2.2	1.9	1.2	5.5	-	7.2	11.6	2.8
시설이 없어서	1.4	5.5	0.5	2.1	-	5.0	17.5	0.9	-	-	6.0	-	-	3.2	-	2.0
믿지 못해서	3.2	4.0	0.6	0.8	1.3	3.9	-	4.7	-	-	-	-	-	2.9	8.8	2.6
다른 방법이 있어서	5.4	6.4	1.0	1.1	2.6	1.5	-	4.3	1.8	1.3	5.5	17.2	2.5	0.8	-	4.0
비용부담 때문에	17.9	26.6	8.2	7.5	17.2	20.7	49.1	11.9	3.2	18.4	8.6	19.8	3.5	26.4	8.0	15.9
대기 중이어서	0.1	-	-	0.2	2.6	0.5	7.6	0.4	-	-	-	-	-	-	-	0.2
다닐 필요가 없어서	68.2	48.1	86.5	83.5	71.3	60.5	25.8	67.3	92.9	78.4	78.6	57.5	94.0	56.4	71.7	70.2
기타	2.2	6.9	1.5	0.6	-	1.3	-	2.0	-	-	-	-	-	3.2	-	2.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	963102	217817	231152	242871	16485	111546	4910	85497	55766	16379	18768	8899	1894	15287	13507	2003880

장애등급별로 재활치료서비스를 받지 않는 이유를 알아보면 다닐 필요가 없어서라는 응답의 비율이 높긴 하지만 장애등급에 관계없이 비용부담으로 인해 받지 못하는 응답이 공통적으로 가장 많아 결국 장애등급에 관계없이 재활치료서비스에 대한 욕구는 유사한 것으로 볼 수 있다.

〈표81〉 현재 재활치료서비스를 받지 않는 이유(장애등급별)

(단위: %)

구분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
몰라서	3.1	2.9	2.0	2.6
시설이 없어서	3.0	2.5	0.7	1.8
믿지 못해서	2.9	2.9	2.3	2.6
다른 방법이 있어서	4.7	3.7	4.2	4.1
비용부담 때문에	17.4	16.4	14.6	15.8

대기중이어서	0.1	0.1	0.1	0.1
다닐 필요가 없어서	65.1	69.6	74.5	70.8
기 타	3.7	1.9	1.6	2.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	442,502	618,857	869,934	1,931,293

5) 장애등급별 보조기구 관련서비스

전체 장애인의 44.8%가 보조기구를 구입하였다고 응답하였는바, 이 가운데 보조기구 구입 시 건강보험을 포함한 외부지원을 받은 경우는 전체적으로 39.7%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 구입 시 지원을 받은 곳으로는 모든 국민 대상의 의료보장제도인 건강보험 및 의료급여제도의 보장구 급여사업으로 58.2%가 해당되었다. 그 밖에는 보건복지부와 지방자치단체 보조기구 교부사업(13.6%)과 사회복지공동모금회, 산재보험, 장애인고용공단 등이 있었다. 장애등급별로는 1, 2급의 중증장애인이 보조기구 구입 시 외부지원을 5, 6급의 경증장애인에 비해 많이 받은 것으로 집계되고 있어 차이를 보이고 있다.

〈표82〉 보조기구 구입시 외부지원 유무

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	60.5	39.9	24.1	39.7
없다	39.5	60.1	75.9	60.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	311,408	384,651	418,703	1,114,762

보조기구를 사용과 관련하여 전문적인 상담과 평가서비스를 받아 본 경험이 있는지에 대한 조사에서 경험이 있는 장애인은 전체의 19.6%에 그쳐 5명 중 1명만이 전문서비스를 받은 것으로 나타났다. 장애등급별로는 1-2급의 중증장애인의 보조기구 관련서비스 수급율이 다소 높았으며 이는 사용하는 보조기구의 특성에 따른 것으로 추정된다.

〈표83〉 보조기구 상담, 평가서비스 받은 경험유무

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	23.4	19.9	16.5	19.6
없다	76.6	80.1	83.5	80.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0

(전국추정수)	311,409	384,651	418,702	1,114,762
---------	---------	---------	---------	-----------

현재 사용 시 만족도와 관련하여 매우 만족한다고 응답한 비율은 전체의 11.6%로 약간 만족 59.1%를 포함하여 전체적으로 70.7%는 만족하고 있는 것으로 나타났으며, 만족하지 않는다는 29.3%로 만족하는 경우가 더 많았다. 장애등급별로는 등급에 관계없이 만족도가 고르게 나타나 큰 차이가 없음을 알 수 있다.

〈표84〉 보조기구에 대한 만족도

(단위: %)				
구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
매우 만족	15.3	11.9	8.6	11.6
약간 만족	52.9	57.5	65.1	59.1
약간 불만족	22.9	22.1	21.1	22.0
매우 불만족	8.8	8.5	5.1	7.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(전국추정수)	301,413	368,940	397,863	1,068,216

장애인 보조기구 구입과 관련하여 공공 및 민간의 다양한 자원들이 어느 정도 충분한지에 대해 질문한 결과 매우 그렇다가 27.1%, 약간 그렇다가 46.3%로 전반적으로 73.4%는 지원수준이 충분하다고 생각하고 있는 반면 충분하지 않다고 생각하는 경우는 26.6%로 충분하다고 생각하는 비율이 훨씬 높았다. 장애등급별로 중증이나 경증장애인간에 큰 차이를 보이지는 않았다.

〈표85〉 보조기구 지원수준에 대한 충분도

(단위: %)				
구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
매우 그렇다	32.2	24.3	22.0	27.1
약간 그렇다	40.4	53.6	46.0	46.3
별로 그렇지 않다	22.6	18.7	27.3	22.3
전혀 그렇지 않다	4.8	3.3	4.6	4.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(전국추정수)	188,417	153,581	101,105	443,103

장애인이 보조기구가 필요한데 구입하지 않은 이유를 보면 구입비용 때문인가 전체의 61.2%로 가장 많았으며, 그 밖의 이유로는 적합한 보조기구가 없어서 16.8%, 사용이 불편해서 등의 순이었으나 주로 경제적 이유가 가장 큼을 알 수 있다. 장애등급별로는 중증이나 경증 간에 구입하지 않은 이유에 있어 큰 차이를 보이지 않고

있다.

〈표86〉 보조기구가 필요한데 구입하지 않은 이유

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
적합한 장애인보조기구가 없어서	20.9	15.6	13.5	16.8
사용해도 별 효과가 없어서	6.1	5.6	4.0	5.3
사용하면 불편해서	5.0	5.6	5.6	5.4
미관상 흠해서	1.1	4.7	5.4	3.7
구입비용 때문에	58.0	61.5	64.7	61.2
구입처를 몰라서	5.0	4.4	4.7	4.7
구입할 시간이 없어서	0.8	0.6	2.0	1.1
기타	3.2	2.0	0.2	1.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(전국추정수)	144,371	144,626	123,437	412,434

6) 생활만족도 및 차별경험 및 차별에 대한 인식

장애인이 혼자서 집밖으로 외출이 가능한 경우는 86.0%였고, 혼자서 불가능한 경우는 14.0%로 나타났다. 장애유형별로는 자폐장애, 뇌병변장애, 지적장애 등의 혼자 외출이 상대적으로 낮았다. 장애등급별로는 1-2급은 57.1%가 혼자 외출이 가능한데 비해 5-6급은 97.2%가 가능하다고 하여 차이를 보이고 있다.

〈표87〉 혼자 외출여부(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
예	57.1	90.8	97.2	86.0
아니오	42.9	9.2	2.8	14.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,658	1,089,508	2,165,105

장애인이 전반적으로 현재의 삶에 어느 정도 만족하고 있는지를 알아 본 결과 53.5%가 만족한다고 응답하였고, 46.5%가 불만족한다고 응답하여 전체적으로 현재 삶에 대한 만족정도가 불만족 정도에 비해 약간 더 높았다. 장애등급별로 보면 중증의 1-2급 장애는 만족한다가 48.9%인데 비해 경증의 5-6급은 61.5%로 차이가 있었다.

〈표88〉 현재 삶에 대한 만족도(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
매우 만족	6.3	7.5	11.0	8.8
약간 만족	32.6	45.1	50.5	44.7
약간 불만족	36.9	35.2	32.6	34.4
매우 불만족	24.4	12.2	5.9	12.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,348	2,517,314

장애인들은 생활하면서 본인의 장애로 인해 문제가 자주 발생하는지에 대해 37.3%의 장애인이 문제가 발생한다고 응답하였다. 장애유형별로는 자폐, 간질, 정신 장애의 순으로 문제가 많다고 하였으며, 기타 신체장애는 문제발생이 적다고 조사되었다. 한편 장애등급별로는 1-2급의 중증인 경우 발생비율이 52.8%로 경증에 비해 높아 차이를 보였다.

〈표89〉 장애로 인한 문제 발생여부(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
예	52.8	39.8	27.6	37.3
아니오	47.2	60.2	72.4	62.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

장애인이 취업 시 사회적인 차별을 받았는지에 대해 받은 경우는 34.1%, 안 받았다가 65.9%로 약 1/3 정도는 취업에 있어 차별경험이 있는 것으로 응답하였다. 장애유형별로는 안면장애, 지적장애의 차별경험이 많았으며, 장애등급별로는 1-2급의 중증이 경증보다 취업에 있어서 차별을 더 받은 것으로 응답하였다.

〈표90〉 사회적 차별경험(취업)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
받았다	49.2	43.0	24.0	34.1
안받았다	50.8	57.0	76.0	65.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	170,634	375,521	584,765	1,130,920

현재 장애란 이유로 장애인 본인이 차별을 받고 있다고 느끼는지에 대해 장애인

의 40.3%는 항상 또는 가끔 받고 있다고 응답하여 10명 중 4명은 장애로 인해 차별 받고 있다고 생각하고 있음을 알 수 있다. 장애등급별로 구분해 보면 1-2급은 차별 받고 있다고 느끼는 비율이 56.6%인데 비해 경증은 26.5%로 중증일수록 차별받고 있다고 느끼는 비율이 높아 차이가 있다. 이는 중증장애인일수록 차별에 노출될 가능성이 높아진다는 점과 함께 차별감수성(민감성)이 상대적으로 높기 때문으로 볼 수 있다.

〈표91〉 장애로 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는지 정도(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
항상 느낀다	16.0	10.0	4.2	8.8
가끔 느낀다	40.6	37.6	22.3	31.5
별로 느끼지 않는다	28.8	35.3	40.5	36.1
전혀 느끼지 않는다	14.7	17.1	33.0	23.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,883	823,083	1,120,347	2,517,313

우리나라에서 장애인에 대한 차별이 어느 정도 있다고 생각하는지에 대해서는 약간 많다가 48.2%, 매우 많다가 32.7%로 전체적으로 80.9%가 차별이 있다고 생각하는 것으로 드러나 우리 사회에 차별이 여전히 많이 남아 있다고 인식하는 장애인이 많음을 알 수 있다. 장애유형별로는 안면장애와 지적장애, 간질장애 등이 차별인식이 높았으며, 장애등급별로는 5-6급의 경증이 1-2급에 비해 차별인식이 다소 낮았으나 큰 차이를 보이지는 않았다.

〈표92〉 우리나라의 장애인에 대한 차별인식(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
전혀 없다	0.8	0.6	0.9	0.8
별로 없다	14.0	19.0	20.0	18.3
약간 많다	45.4	46.9	50.6	48.2
매우 많다	39.8	33.5	28.5	32.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,882	823,082	1,120,346	2,517,310

7) 주거지원 이용경험

장애인에 대한 주택복지사업의 이용경험에 대해 알아보면 다음과 같다. 영구임대

주택 이용 경험이 있는 장애인은 전체의 8.8%이며, 장애유형별로는 신체내부장애와 시각장애의 비율이 다소 높고, 자폐, 안면장애 등의 비율은 낮았다. 장애등급별로 구분해 보면 1-2급 중증의 영구임대주택 이용이 경증에 비해 높은 것으로 나타났으나 큰 차이를 보이지는 않았다.

〈표93〉 영구임대주택 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	13.9	9.5	5.7	8.8
없다	86.1	90.5	94.3	91.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

전세자금 지원을 이용한 경험이 있는 장애인은 0.9%로 적었는데, 장애등급별로 큰 차이를 보이지 않고 있었다.

〈표94〉 전세자금 지원 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	0.9	1.3	0.6	0.9
없다	99.1	98.7	99.4	99.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

저소득층 월세지원의 경우 전체 장애인의 3.9%가 이용한 경험이 있는 것으로 파악되었는데, 장애등급별로 1-2급은 6.2%, 5-6급은 2.7%로 전체적인 이용률이 낮아 등급별로 큰 차이를 보이지 않고 있었다.

〈표95〉 저소득층 월세지원 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	6.2	4.0	2.7	3.9
없다	93.8	96.0	97.3	96.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,081	1,120,347	2,517,312

주택 구입 자금 지원을 이용한 경험이 있는 장애인은 1.6%로 조사되었는데, 역

시 장애등급별로 큰 차이를 보이지 않고 있었다. 한편 주택개조사업의 경우 전체 장애인의 0.4%만 이용한 경험에 있는데, 이 역시 전반적인 경험률이 낮아 장애등급별로 큰 차이를 보이지 않고 있었다.

〈표96〉 주택구입자금 지원 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	1.4	1.0	2.1	1.6
없다	98.6	99.0	97.9	98.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

〈표97〉 주택개조사업 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
있다	0.7	0.1	0.4	0.4
없다	99.3	99.9	99.6	99.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,884	823,082	1,120,347	2,517,313

8) 장애등급별 복지서비스 이용경험

장애인들이 정부, 지방자치단체, 민간기관에서 시행하고 있는 다양한 장애인복지사업을 이용한 경험이 있는지를 알아본 결과는 다음과 같다. 먼저 소득보장 시책에 대해서는 경증장애수당 수급경험이 전체의 15.2%로 가장 많았으며, 이어서 장애인연금 11.7%, 장애인자녀교육비 지원 2.7%, 장애아무상보육료 지원 1.7%, 장애아동수당 1.4% 등의 순으로 나타났다. 2010년 도입 시행된 장애인연금으로 인해 장애인연금과 경증장애수당을 합한 수급율이 26.9%로 높아지고 있음을 알 수 있다.

장애유형별로 구분해 보면 장애인연금은 주로 뇌병변장애, 지적장애, 정신장애의 수급율이 높아 이들이 상대적으로 중증임을 알 수 있으며, 경증장애수당은 장애유형에 따라 고르게 수급하고 있었다. 한편 자녀교육비나 무상보육료의 경우에는 자폐성장애와 지적장애의 수급율이 높았다.

둘째, 의료보장시책에 있어서 장애인보조기구 건강보험 경험률이 11.6%로 가장 많았으며, 이어서 장애인 의료비 지원 7.8%, 장애인보조기구 무료교부 4.9%, 장애인 등록진단비 지원 4.5%의 순이었다. 장애유형별로는 정신장애와 신장장애, 간질장애의 경우 의료비 지원이 높았으며, 등록진단비는 주로 신체내부장애인의 수급율이

높았다. 보조기구 건강보험 적용은 뇌병변장애, 청각장애, 호흡기장애, 장루요루장애의 수급율이 높았는데, 이들 장애는 대체로 보조기구의 필요도가 높다고 할 수 있다.

셋째, 장애인 자가운전 지원시책은 소득수준에 제한이 없는 보편적 수급요건으로 인해 다른 복지시책에 비해 이용률이 비교적 높게 나타났다. 장애인 표지발급의 경우 39.5%였고, 승용자동차에 대한 세금면제도 25.4%의 수급율을 보이고 있다. 장애 유형에 따라 자가운전지원이 어떠한지 살펴보면 주로 시각장애, 청각장애, 정신장애, 안면장애, 간질장애의 이용률이 다른 장애에 비해 낮은 것으로 나타나 차이가 있다.

넷째, 각종 세금 및 이용료 감면 시책의 경우에도 매우 높은 경험율을 보이고 있는데, 통신관련 요금감면 및 할인이 87.8%로 모든 시책 중에서 가장 많았으며, 교통요금 감면 및 할인이 76.6%로 이 두 가지 감면제도의 이용률이 전체적으로도 가장 높았다. 그밖에 국립공원 등 공공시설 이용료 감면 및 할인은 47.1% 였다. 세금 및 이용요금 감면 시책에 있어 장애유형에 따라서 큰 차이가 없었다.

다섯째, 그밖의 장애서비스에 있어서는 노인장기요양보험 수급이 3.8%였으며, 활동보조 2.1%, 장애아동재활치료 바우처 2.0% 등으로 다른 복지시책에 비해 이용경험이 높지 않은 수준을 보이고 있다. 장애유형별로 노인장기요양보험의 경우 뇌병변장애가 많아 뇌졸중 장애가 많이 포함되어 있는 것으로 보이며, 장애인활동보조 서비스는 자폐성장애, 지적장애, 뇌병변장애, 시각장애의 수급비율이 높고, 장애아동 재활치료바우처는 주로 언어장애, 지적장애, 자폐성장애에 집중되어 있는 특징을 보이고 있다.

〈표98〉 장애인복지사업 이용경험(장애유형별)

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병 변장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
장애인연금 지급	4.2	22.6	9.3	8.7	2.2	32.5	11.0	39.8	33.9	0.5	25.4	-	13.5	-	9.2	11.7
경증장애수당	14.0	15.2	13.7	11.3	17.2	14.2	-	31.9	10.7	18.8	19.5	18.8	-	9.2	44.2	15.2
소득보장																
장애아동수당	0.2	2.4	0.6	0.2	9.0	11.7	19.1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	1.4
자녀교육비 지원	1.0	1.5	2.0	2.7	6.4	18.3	22.0	3.1	1.5	-	-	10.5	2.7	-	3.0	2.7
장애아 무상 보육료	0.2	1.9	0.4	0.5	9.0	14.0	57.1	-	0.4	-	1.1	0.7	-	-	-	1.7
자립자금 대 여	0.1	0.2	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	2.2	-	-	-	0.9	0.2
의료보장																
장애인의료비 지원	5.5	7.8	6.2	3.9	14.9	13.3	9.4	23.7	24.7	9.5	8.4	10.5	-	5.4	21.8	7.8
장애인등록진 단비 지원	3.1	4.4	4.8	3.3	5.1	9.9	5.6	11.7	5.3	-	10.6	10.5	-	-	10.4	4.5
장애인보조기 구 무료교부	4.6	10.3	5.4	4.1	-	2.0	-	-	2.0	-	10.5	-	-	8.3	-	4.9
장애인보조기 구 건강보험	7.4	23.7	7.2	30.5	-	0.9	-	1.4	4.3	0.5	21.8	-	-	34.3	7.4	11.6
자가운전지원																
장애인자동차 표지발급	44.2	10.6	31.2	23.6	27.7	35.6	66.1	12.3	40.9	42.3	48.8	56.5	22.8	19.8	11.3	39.5
승용자동차 세금면제	23.3	37.1	17.3	18.9	29.4	39.7	70.1	15.6	36.9	46.4	45.8	20.1	4.9	13.1	9.0	26.2
세금및요금감면																
세금공제 및 면제	24.7	29.4	20.2	22.7	27.0	28.3	53.9	14.9	22.7	35.8	27.5	9.9	52.5	19.3	4.1	25.4
교통요금 감 면 및 할인	78.7	64.4	71.5	69.1	78.5	68.1	88.8	72.0	82.8	67.1	68.6	66.8	100.0	53.0	56.6	76.6
통신요금 감 면 및 할인	88.5	81.9	86.7	78.7	73.0	81.7	75.1	78.8	86.1	69.5	81.8	61.1	100.0	57.3	6.6	87.8
공공시설 이 용요금 감면	49.6	37.4	45.4	36.6	42.5	52.0	79.5	34.3	49.1	38.7	60.3	47.1	23.5	16.5	32.7	47.1
주택 분양 가 산점	3.1	3.3	3.4	0.9	3.4	1.3	-	4.9	1.9	8.6	-	-	-	-	-	2.9
장애인활동보 조서비스	0.6	4.1	4.5	1.3	-	5.6	17.7	2.4	1.9	-	3.9	-	-	-	-	2.1
장애인서비스																
여성장애인 가사도우미	0.5	0.8	0.9	0.1	-	0.6	-	1.4	1.5	-	-	5.3	-	-	-	0.6
장애아동재 활치료비용	0.1	3.4	0.2	0.6	15.2	18.1	37.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2.0
노인장기요양 보험	1.8	18.5	2.4	1.8	-	0.2	-	0.4	1.3	-	6.5	-	-	8.7	-	3.8

장애등급별 장애인복지서비스 이용 경험률을 알아보면 다음과 같다. 소득보장시책에 있어서는 주로 중증인 1, 2급 장애인은 장애인연금을 수급한 비율이 높았으며, 경증장애수당은 3급과 4급이 가장 많았고, 5급과 6급의 순으로 많았다. 장애아동수당의 경우에는 1급이 가장 많았으며, 자녀교육비 지원과 장애아 무상보육료 지원에 있어서는 1~3급이 다른 등급에 비해 많았다.

둘째, 의료보장 시책에 있어서는 대체로 중증장애인의 경험률이 고르게 높았다. 즉, 경험률이 높은 장애인 보조기구 건강보험 급여와 장애인의료비에 있어서는 1급과 2급의 수급률이 높았으며, 장애등록진단비, 보조기구 무료교부 역시 중증장애인의 경험률이 경증에 비해 높았다.

셋째, 자가운전지원시책에 있어서는 장애등급에 따라 달랐는데, 장애인자동차표지 발급은 장애등급에 상관없이 고르게 이용하고 있는 반면, 세금면제는 1~3급의 경험률이 높아 차이를 보였다. 이는 세금감면이 주로 중증장애인 위주로 되어 있기 때문으로 보인다.

넷째, 세금 및 요금감면시책은 대체로 장애등급에 관계없이 보편적으로 제공되는 교통요금 감면과 통신요금 감면, 공공시설 이용요금 감면의 경우 등급에 관계없이 경험률이 유사하게 나타나 장애등급별로 큰 차이가 없었다.

다섯째, 장애서비스에 있어서는 활동보조서비스의 경우 1급이 대상이고 2급의 경우 일부 지원이 이루어지고 있음을 알 수 있으며, 장애아동재활치료의 경우에도 주로 중증인 1~3급의 경험률이 비교적 높아 차이를 보이고 있다.

〈표99〉 장애등급별 장애인복지서비스 이용경험률(복수응답)

(단위: %)

구 분		1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체	전국추정수
소득 보장	장애인연금	49.1	47.1	3.0	1.0	0.4	0.3	11.7	(295,421)
	경증장애수당	3.5	7.1	27.3	20.5	14.7	12.1	15.2	(382,379)
	장애아동수당	6.6	1.7	2.8	0.3	0.3	0.3	1.4	(38,573)
	장애인자녀교육비	4.7	7.5	4.3	1.1	0.7	0.5	2.7	(67,736)
	장애아무상보육료	8.3	4.3	1.9	0.4	0.0	0.1	1.7	(43,226)
	장애인자립자금	0.0	0.2	0.3	0.4	0.0	0.1	0.2	(3,828)
의료 보장	장애인의료비	11.8	15.4	9.5	7.2	4.4	3.8	7.8	(196,608)
	등록진단비	10.9	8.0	5.2	3.0	2.4	2.3	4.5	(112,792)
	장애인보조기구 무료교부	17.9	10.6	4.4	4.8	1.1	1.0	4.9	(124,524)
	장애인보조기구 건강보험급여	26.3	18.7	14.0	11.3	8.0	4.0	11.6	(292,756)
자가 운전 지원	장애인자동차표지	51.0	40.8	43.3	31.8	38.0	38.2	39.5	(994,086)
	승용자동차 세금면제	49.3	43.1	47.2	11.7	12.4	13.5	26.2	(660,275)
세금 및 요금 감면	세금공제 면제	32.5	30.0	33.6	19.8	21.3	20.9	25.4	(639,536)
	교통요금감면	72.8	77.2	78.54	71.5	77.8	78.2	76.6	(1,928,479)
	통신요금감면	85.8	88.6	90.1	85.8	86.4	88.8	87.8	(2,211,030)
	공공시설요금감면	47.6	50.6	52.2	42.7	43.3	47.2	47.1	(1,186,718)
	주택분양알선	3.8	3.3	3.8	2.5	2.7	1.9	2.9	(71,807)
장애 서비 스	장애인활동보조서비스	19.4	3.1	0.5	0.1	0.0	0.0	2.1	(51,889)
	여성장애인가사도우미	2.7	0.7	0.3	0.3	0.6	0.3	0.6	(15,385)
	장애아동재활치료바우처	8.6	3.7	4.0	0.4	0.1	0.0	2.0	(51,068)
	노인장기요양보험	11.6	8.6	4.8	1.8	0.8	0.6	3.6	(91,013)

9) 장애등급별 장애인복지 관련기관 이용경험 및 이용의향

장애인복지사업을 실시하는 여러 기관들을 이용한 경험이 있는지와 향후 이용을 희망하는지를 알아본 결과는 다음과 같다. 장애인복지 관련 기관 경험율을 보면 18개 기관 중에서 장애인들이 가장 많이 이용한 기관은 장애인복지관으로 전체의 10.8%가 이용한 것으로 나타났다. 다음으로는 특수학교(특수학급)와 이동지원서비스 센터가 각각 4.9%, 3.4%의 이용률을 보이고 있다. 장애인복지관과 특수학교의 이용

률이 높게 나타난 것은 전국적으로 가장 많이 이 두 기관이 전국적으로 가장 많이 분포하고 있고 장애인들이 제일 잘 인식하고 있는 기관이기 때문이라 할 수 있다. 이동지원센터의 경우 지속적으로 이용이 늘어나는 서비스로 예상할 수 있다. 나머지 기관 중에서는 정신의료기관, 재활병의원, 직업재활시설의 이용률 순으로 나타났으나 이들 기관을 제외하고 전반적으로 매우 낮은 이용률을 보여주고 있다.

〈표100〉 장애인복지관련 사업 실시기관 이용경험(장애유형별)

(단위: %)

구분	지체 장애	뇌병 변장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
직업재활시설	1.4	0.6	0.9	1.0	0.9	9.5	9.9	5.3	0.2	-	-	-	-	-	36	1.8
장애인복지관	7.6	10.9	9.2	8.2	21.0	41.0	41.8	14.8	6.0	49	1.7	5.3	13.9	2.9	74	10.8
재활병의원	1.9	6.1	0.6	1.4	3.9	4.5	3.9	3.3	1.8	-	2.9	-	11.2	-	-	2.4
주간·단기보호시설	0.1	1.1	0.1	0.6	4.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6
장애인체육관	1.3	1.6	0.5	0.7	5.9	5.0	13.5	0.5	1.3	-	1.5	-	-	0.5	-	1.5
장애인심부름센터	0.2	0.5	4.0	0.2	-	0.8	-	0.3	-	-	-	-	-	-	-	0.6
수화통역센터	-	-	-	3.3	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-	-	0.4
정신의료기관	-	0.1	-	0.1	-	1.3	-	59.3	-	-	-	-	-	-	-	2.5
정신장애인사회 복지시설	-	-	-	0.1	-	-	-	107	-	-	-	-	-	-	-	0.4
이동지원서비스 센터	2.2	8.9	4.4	0.9	-	4.2	2.9	2.3	7.6	-	10.5	-	-	5.1	-	3.4
장애인정보화교 육기관	0.8	0.4	1.7	0.6	-	2.4	7.1	0.9	0.2	-	4.9	-	-	-	-	0.9
장애인자립생활 센터	0.2	0.7	0.2	0.4	0.9	1.7	5.0	2.0	1.4	-	-	-	-	-	-	0.4
점자도서관	-	-	2.9	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3
정신보건센터	-	-	-	-	-	-	2.6	7.6	-	-	-	-	-	-	-	0.3
특수학교/특수학 급	0.6	2.8	3.5	4.4	6.4	49.3	73.5	1.5	-	-	-	-	-	-	-	4.9
특수교육지원센 터	0.1	1.7	0.3	0.4	-	7.5	27.8	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8
성인장애인 교육 시설	0.1	0.3	0.1	0.1	-	2.2	-	1.0	-	-	-	-	-	-	-	0.3
장애아동보육시 설	0.1	0.9	0.5	0.3	5.9	7.5	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.0

장애유형별 장애인 관련기관 이용경험에 있어서는 장애인직업재활시설은 지적장애와 자폐성장애, 그리고 정신장애의 이용률이 타 장애에 비해 높아 이들 장애인이

직업재활의 대상이 됨을 알 수 있다. 장애인복지관의 경우에는 자폐성장애와 지적장애가 각각 41.8%, 41.0%씩 이용하여 상당히 높은 이용률을 나타내고 있다. 주단기보호시설은 지적장애가 다른 장애에 비해 이용률이 높으며, 장애인심부름센터는 시각장애인, 수화통역센터는 청각·언어장애인의 이용률이 높았다. 정신의료기관은 정신장애인의 59.3%가 이용한 것으로 응답하여 10명중 6명 정도로 높았다.

이동지원서비스센터의 경우에는 주로 뇌병변장애, 시각장애, 호흡기장애의 이용률이 높고, 장애인자립생활센터의 경우 이용률이 전반적으로 낮았다. 특수학교의 경우에도 주로 자폐성장애, 지적장애, 청각장애 등의 이용률이 집중적으로 높게 나타나고 장애아동보육시설 역시 자폐와 지적장애가 높아 장애유형별로 차이가 있었다.

장애등급에 따라 장애인복지 관련기관 이용경험을 알아보면 대체로 1, 2급의 중증장애인의 이용률이 높게 나타나고 있음을 볼 수 있다. 장애인직업재활시설과 장애인복지관의 경우만 하더라도 지적장애, 자폐성장애의 이용비율이 높다는 점을 고려할 때 주로 이들이 1~3급에 속하는 중증장애인임을 알 수 있으며, 특히 장애인복지관의 경우에는 1, 2급 중증장애인이 20.7%로 5명 중 1명이 이용한 것으로 나타났다. 재활병의원과 주·단기보호시설 역시 1, 2급 중증의 비율이 높았으며, 장애인심부름센터, 수화통역센터, 정신장애인사회복지시설 역시 1, 2급의 이용률이 높았다. 특수학교의 경우에도 중증의 비율이 높았으며, 기관에 따라서는 5, 6급의 경증장애인은 전혀 이용경험이 없거나 극히 낮은 비율을 보여 대부분의 기관들이 중증장애인 위주의 이용양태를 보이고 있다는 특징이 있다.

〈표101〉 장애인복지관련 사업 실시기관 이용경험(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체	전국추정수
직업재활시설	4.3	1.6	0.9	1.8	47,147
장애인복지관	20.7	12.2	5.5	10.8	280,403
재활병의원	5.8	2.6	0.7	2.4	62,431
주간·단기보호시설	1.8	0.4	-	0.6	14,376
장애인체육관	3.8	1.4	0.5	1.5	38,915
장애인심부름센터	2.4	0.2	0.1	0.6	16,211
수화통역센터	1.4	0.1	-	0.4	9,363
정신의료기관	5.6	3.7	-	2.5	62,449
정신장애인사회복지시설	0.8	0.8	-	0.4	11,302
이동지원서비스센터	13.1	1.1	0.2	3.4	86,201
장애인정보화교육기관	2.8	0.6	0.3	0.9	24,721
장애인자립생활센터	1.1	0.4	0.1	0.4	10,482
점자도서관	1.3	-	-	0.3	7,710
정신보건센터	0.5	0.7	-	0.3	8,507
특수학교/특수학급	17.1	3.2	0.3	4.9	127,476
특수교육지원센터	3.4	0.3	-	0.8	22,167
성인장애인 교육시설	0.9	0.2	-	0.3	7,320
장애아동보육시설	3.6	0.6	0.1	1.0	26,444

다음으로 장애인들의 장애인복지 관련기관에 대한 향후 이용희망 여부를 알아본 결과는 다음과 같다. 18개 장애인 관련기관 중 가장 이용하기 희망하는 비율이 높은 기관은 장애인복지관으로 전체의 31.2%가 희망하고 있으며, 다음으로는 이동지원서비스센터 30.0%, 재활병의원 26.3%, 장애인심부름센터 18.8%의 순이었다. 이용경험률이 전반적으로 낮는데 비해 이용 희망율이 비교적 높게 나타난 점은 이용에 관한 욕구가 있음을 보여주는 것이다. 그밖에는 장애인체육관 16.5%, 정보화교육기관 15.7%, 자립생활센터 13.5%, 직업재활시설 12.0%, 주간·단기보호시설 10.0%의 이용희망율을 보였다.

이용희망율을 장애유형별로 세분해 보면 경험률과 다른 양상을 보이는데, 신체내부장애인의 경우 이용률이 매우 낮았으나 희망율에 있어서는 비교적 높게 나타나고 있다. 예를 들면 직업재활시설의 경우 자폐나 지적장애의 희망율이 높으나 간과 안면장애의 경우에도 비교적 높아 이들의 직업재활 욕구가 있음을 엿볼 수 있으며, 장애인복지관은 전 장애영역에 있어 고르게 희망율이 높게 나타나고 있다. 이동지원서비스센터의 경우에는 뇌병변장애를 비롯하여 이동이 불편한 장애는 물론 정신영역의 장애, 호흡기, 심장 등 신체내부의 장애도 고르게 희망률이 높게 나타났다.

〈표102〉 장애인복지관련 사업 실시기관 이용희망(장애유형별)

(단위: %)

구분	지체 장애	뇌병 변장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
직업재활시설	10.1	9.4	10.2	8.5	25.2	33.3	56.5	18.9	10.8	4.2	5.3	23.9	27.3	-	17.4	12.0
장애인복지관	29.7	28.8	27.7	29.2	53.3	55.2	71.9	30.7	22.0	13.7	35.3	42.7	45.9	23.1	51.8	31.2
재활병의원	27.7	35.4	16.8	20.3	28.7	29.8	42.5	22.3	21.6	12.8	19.4	19.0	29.0	17.3	20.7	26.3
주간·단기보호시설	7.5	15.1	7.1	7.3	16.7	22.8	45.8	14.2	8.6	-	13.3	10.6	16.2	16.6	8.4	10.0
장애인체육관	16.2	13.2	14.4	15.5	28.6	32.3	68.3	9.4	14.1	8.2	10.9	23.2	17.9	8.8	14.9	16.5
장애인심부름센터	16.8	22.3	25.5	15.9	33.7	20.4	37.2	11.9	25.8	11.0	22.4	25.8	16.2	26.2	18.0	18.8
수화통역센터	-	-	-	7.5	-	0.9	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	0.9
정신의료기관	0.1	-	-	0.3	-	1.2	-	64.9	-	-	-	-	-	-	1.6	2.7
정신장애인사회복 귀시설	0.1	-	0.3	-	-	0.6	-	32.8	-	-	-	-	-	-	-	1.4
이동지원서비스센 터	27.0	47.1	28.4	24.5	34.6	30.7	43.3	21.5	35.5	34.9	46.8	27.9	27.3	38.2	29.5	30.0
장애인정보화교육 기관	15.1	12.1	14.1	11.6	29.4	33.6	61.0	12.1	22.6	6.7	13.9	7.4	39.8	10.5	21.9	15.7
장애인자립생활센 터	10.7	14.7	8.6	9.2	25.1	38.0	68.6	22.1	13.3	-	12.6	12.7	27.3	6.2	30.1	13.5
점자도서관	0.1	-	5.0	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6
정신보건센터	0.1	0.1	-	-	-	0.1	-	40.3	-	-	-	-	-	-	-	1.7
특수학교/특수학 급	0.3	2.6	1.0	0.3	8.6	24.3	70.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2.6
특수교육지원센터	0.3	3.0	0.7	0.6	8.6	18.5	69.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2.2
성인장애인 교육 시설	11.3	11.8	10.5	11.7	18.9	40.0	68.7	19.4	8.3	4.5	12.1	20.0	24.9	7.5	20.1	13.7
장애아동보육시설	0.1	1.3	0.2	0.2	4.6	3.7	31.8	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7

한편 재활병의원의 경우에는 뇌병변장애와 지체장애의 희망율이 비교적 높고, 장애인체육관은 자폐성, 지적장애의 희망율이 높았다. 자립생활센터는 정신영역의 장애와 함께 안면장애의 이용의사가 높게 나타났으며, 장애인정보화교육기관도 지적장애, 자폐성장애와 함께 안면장애의 희망률이 높았다. 그밖에 장애유형별로 시각장애의 경우 점자도서관, 장애인심부름센터, 청각장애는 수화통역센터, 정신장애는 정신의료기관, 정신보건센터, 사회복귀시설에 대한 욕구가 큰 것으로 나타났으며,

성인장애인을 위한 교육기관은 자폐성장애와 지적장애, 그리고 신체내부의 장애도 비교적 높은 욕구를 보이고 있었다.

장애등급별 장애인관련기관 이용희망율에 있어서도 대체로 이용경험률과 다소 다른 양상을 보이는데, 전체적으로 1, 2급의 중증의 욕구가 높긴 하나 3, 4급 및 5, 6급의 경증장애인도 이용희망률이 낮지 않게 나타나고 있다. 장애인복지관의 경우에는 5, 6급 장애인도 26.4%로 이용의사가 높고, 재활병의원, 장애인체육관의 경우에도 유사한 결과를 보여주고 있다. 이동지원서비스센터, 장애인정보화교육기관, 장애인자립생활센터, 성인장애인을 위한 교육시설 등의 경우에도 1, 2급 중증장애의 이용의향이 높았지만 경증도 비교적 높게 나타나 이들 기관에 대한 욕구가 크다는 점을 보여주고 있다. 따라서 장애인관련기관에서 볼 수 있듯이 중증장애인이 아니라도 접근하기 쉽고 이용기회만 주어진다면 이러한 기관과 관련 서비스에 대한 욕구가 크다는 점을 시사하고 있다.

〈표103〉 장애인복지관련 사업 실시기관 이용희망(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체	전국추정수
직업재활시설	16.5	13.2	8.7	12.0	301,204
장애인복지관	36.3	34.0	26.4	31.2	783,299
재활병의원	30.9	27.5	22.3	26.3	653,098
주간·단기보호시설	16.4	9.6	6.4	10.0	244,066
장애인체육관	19.1	16.4	15.1	16.5	413,525
장애인심부름센터	26.6	18.6	14.8	18.8	471,100
수화통역센터	2.8	0.5	0.2	0.9	22,670
정신의료기관	6.0	4.1	0.1	2.7	68,967
정신장애인사회복지시설	3.1	2.1	0.1	1.4	36,091
이동지원서비스센터	42.5	30.1	22.3	30.0	741,436
장애인정보화교육기관	20.5	15.9	13.4	15.7	397,660
장애인자립생활센터	20.7	14.1	9.2	13.5	337,840
점자도서관	2.2	0.1	0.2	0.6	15,536
정신보건센터	3.6	2.7	0.2	1.7	44,108
특수학교/특수학급	8.4	1.8	0.2	2.6	65,742
특수교육지원센터	7.4	1.6	0.1	2.2	57,273
성인장애인 교육시설	19.6	13.8	10.2	13.7	340,167
장애아동보육시설	2.3	0.4	-	0.7	16,953

10) 국가와 사회에 대한 요구사항

장애인들에게 사회나 국가에 대한 요구사항을 알아본 결과, 첫 번째 요구로 꼽은

것은 소득보장으로 전체의 38.2%가 희망하였으며, 다음으로는 의료보장으로 31.4%가 응답하였다. 이와 같이 소득보장과 의료보장에 대한 요구가 약 70%를 차지하여 2가지 사항이 가장 주된 욕구임을 알 수 있다. 그밖에는 고용보장 8.7%, 주거보장이 8.1%로 두 가지가 비슷한 비율을 보이고 있는데, 특히 주거비에 대한 관심이 높아지면서 주거보장에 대한 욕구가 늘어가는 경향을 볼 수 있다. 장애인 인권보장(3.3%), 보육·교육보장(2.3%) 등은 비교적 낮은 요구수준을 보여주고 있다.

장애유형별로는 대체로 큰 차이가 없으나 뇌병변장애, 청각, 언어장애, 심장장애, 호흡기장애, 장루요루장애 등은 장애특성상 의료보장에 대한 욕구가 소득보장보다 높고, 자폐성장장애인의 경우 보육과 교육보장이 가장 많아 차이를 보였다.

한편 장애등급별로도 중증이나 경증에 관계없이 소득보장과 의료보장, 주거보장이 고르게 높았으나 고용보장에 있어서는 1, 2급을 제외한 경증장애인이 다소 높고, 문화·여가·체육활동에 있어서는 경증일수록 요구가 많았으며, 인식개선 역시 경증이 다소 높았으나 비교적 고른 분포를 보이고 있었다.

〈표104〉 국가에 대한 요구사항(장애등급별)

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
소득보장	38.0	38.9	37.8	38.2
의료보장	31.3	29.8	32.6	31.4
고용보장	6.4	9.9	9.0	8.7
주거보장	8.4	8.2	7.9	8.1
이동권 보장	3.2	2.4	1.2	2.1
보육·교육보장	3.4	2.1	1.9	2.3
문화·여가·체육활동보장	1.2	1.6	1.7	1.6
장애인 인권보장	4.6	3.4	2.6	3.3
장애인 인식개선	1.6	1.5	2.1	1.8
장애예방	1.0	0.7	1.2	1.0
기타	0.4	0.3	0.4	0.4
없음	0.5	1.1	1.6	1.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,883	822,215	1,120,347	2,516,445

11) 국민기초생활보장 수급여부 및 추가비용

장애인가구의 국민기초생활보장 수급여부를 살펴보면 비수급가구가 82.8%, 일반수급가구가 16.5%였으며, 조건부수급가구가 0.7%로 조사되었다. 장애등급별로 구분해 보면 일반수급가구의 경우 1, 2급 중증장애인 가구가 29.7%가 수급가구인데 비해, 3, 4급은 19.7%, 5, 6급은 9.0%가 수급가구로 장애등급에 따라 수급가구비율이

차이를 보이고 있다.

〈표105〉 국민기초생활보장 수급여부

(단위: %)

구 분	1-2급	3-4급	5-6급	전체
아니오	70.3	80.3	91.0	82.8
일반수급가구	28.9	19.0	8.3	16.5
조건부수급가구	0.8	0.6	0.7	0.7
의료교육자활특례	-	0.1	-	0.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	573,883	823,082	1,120,347	2,517,312

장애로 인해 지난 1년간 추가소요비용이 있었던 장애인은 71.4%로 나타났으며, 장애등급별로는 장애가 중증일수록 추가비용을 지출하는 비율이 높아지는 것을 알 수 있다. 즉 1급과 2급의 경우 80%를 상회한 반면 6급은 63.7%로 장애가 중증일수록 추가비용이 더 드는 것을 알 수 있다.

〈표106〉 장애로 인한 추가비용 여부(장애등급별)

(단위: %, 명)

구 분	1급	2급	3급	4급	5급	6급	전체
있다	89.5	81.8	73.8	69.5	65.1	63.7	71.4
없다	10.5	18.2	26.2	30.5	34.9	36.3	28.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	192,690	381,194	448,388	374,693	528,013	592,334	2,517,312

장애로 인한 추가 소요비용의 내역을 장애등급을 1-2급과 3-6급으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다. 전체적인 평균 추가비용은 16만 원 정도로 3년 전 조사보다 다소 높아진 수준이며, 항목별로 의료비가 약 57천원, 보조기구 구입·유지비 약 32천원, 교통비 약 23천원, 보호간병비 14천원의 순으로 나타났다. 장애등급별로 추가비용 내역에 있어서는 1-2급 중증의 경우 월평균 236천원으로 경증인 3-6급의 125천원에 비해 약 2배 정도 더 지출되는 것을 볼 수 있다. 세부항목별로는 의료비와 함께 보호간병비, 교통비 등의 지출이 큰 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다. 반면 경증장애인의 경우에는 의료비와 함께 보조기구 구입·유지비의 비중이 상대적으로 커 차이를 보이고 있다.

〈표107〉 장애로 인한 추가비용(장애등급별)

(단위: 천원)

구 분	1-2급	3-6급	전체
월평균 총 추가비용	236.0	124.7	160.7
교통비	33.3	19.3	22.8
의료비	80.9	44.3	56.8
보육·교육비	15.5	2.9	6.0
보호·간병비	36.5	2.9	14.1
재활기관이용료	6.5	0.4	1.9
통신비	8.5	10.2	9.6
보조기구구입·유지비	27.5	28.8	31.7
부모사후대비	8.8	4.1	5.4
기타	18.6	10.0	12.3

4. 시사점 및 논의

2011년 장애인 실태조사를 분석한 결과를 근거로 다음과 같이 몇 가지 논의점을 도출하였다.

첫째, 장애유형별 특성을 통해서 볼 때 동일한 장애와 등급이라 해도 차이가 있는 것으로 분석되었다. 지체장애라 하더라도 장애부위와 형태에 따라 달라 중증의 경우에는 마비가 많고, 경증은 관절장애가 많은 것으로 조사되었다. 같은 1급 시각장애라 하더라도 점자를 해독할 수 있는 장애인과 그렇지 못한 장애인이 있는 것으로 분석되었다. 이는 시각장애인 중 후천적인 경우에는 점자습득이 되어 있지 않은 결과라 해석될 수 있다. 청각·언어장애의 경우에도 수화를 사용하는 장애인은 일부에 불과한데 이 또한 후천적 청각장애인의 경우 수화교육이 되지 않은 결과라 볼 수 있다.

동반장애 유무와 종류에 따라 장애특성이 달라진다는 점으로 동일한 법적 범주의 장애라 하더라도 욕구가 다른 것을 알 수 있다. 이러한 특성은 지체장애, 뇌병변장애와 같이 인구규모가 큰 장애만이 아니라 신체내부장애와 같은 경우에서도 볼 수 있다. 따라서 장애관련 서비스 제공 시 장애별 접근이 아닌 개별적인 접근이 서비스 효율성을 높일 수 있다고 할 수 있을 것이다. 또한 ADL이나 IADL, 인지기능에서 볼 수 있는 바와 같이 각각의 영역에 있어 장애유형별로 자립적으로 수행하거나 다른 사람에 의존하는 비율이 다르게 나타나고 있고, 장애등급에 따라서도 당연히 차이가 나고 있어 장애정도에 의해 영향을 받고 있으며 욕구가 다양함을 알 수 있다.

둘째, 서비스 이용현황과 관련하여 현행 장애등록제도와 등급제 방식의 적합성에

관한 사항이다. 현재 장애유형별로는 비교적 등록률이 고르게 높게 조사되었고, 등록률이 90%를 상회하는 등 나름대로 정착되었다고 할 수 있으나 장애유형에 따라서는 여전히 낮은 등록률을 보이는 장애가 있다. 즉, 심장장애, 장루·요루장애, 간질장애 등의 경우에는 상대적으로 등록률이 낮았는데 이는 장애판정의 엄격성, 부정적 인식 등이 작용한 것으로 해석할 수 있다. 이와 함께 미등록 장애인의 경우에는 등록절차와 방법을 모르는 경우가 많다고 나타나 이에 따라 변경된 판정제도나 시책에 대한 홍보가 필요함을 시사하고 있다.

다음으로 장애유형별로는 신체외부의 장애와 내부의 장애, 그리고 정신영역의 장애처럼 장애유형에 따라 등급체계가 다르게 되어 있다는 점을 들 수 있다. 2002년 이후 15개 장애가 범주에 포함되면서 신규장애를 기점으로 등록이 점차 늘어나고 있으나 여전히 장애등급간의 객관성과 형평성 문제는 지속되고 있으며, 특히 장애관련 서비스와 관련하여 효율적으로 연계되고 있는가 하는 점에 대한 의문이다. 특히 장애판정의 오류에서 비롯되는 문제점들이 해결되지 않은 채 지속되어 왔으며, 장애인의 욕구중심이 아니라 서비스 공급과 전달의 편의성 위주의 제도라는 이미지가 남아 있다는 점이다.

셋째, 정부지원 서비스와 관련해서 공급의 양이 확대되어 왔음에도 불구하고 장애인들이 장애등록 후 국가나 사회로부터 지원을 많이 받고 있지 못하다고 생각하는 비율이 전체의 2/3 정도를 차지하는 것으로 분석되었다. 현행 장애등급의 구분에 따라 대체로 중증장애인 대상의 복지지원 시책이 많아 중증일수록 지원을 받는다는 응답이 높은 반면, 등급이 낮은 경증장애인의 경우에는 받지 못한다고 생각하여 상대적 박탈감도 보이고 있다.

최근 장애인연금이나 활동지원서비스 등 제도의 시행에 따른 장애판정의 변화 등과 장애상태의 변동이나 재심사 규정에 따라 등급 재심사를 받아야 하는데, 전체적으로 15.8%의 장애인이 재심사를 받고 있다. 이 가운데 장애연금을 수급하기 위해 받은 이유는 세 번째 순위로 조사되었으나 장애연금과 같은 기본적인 소득보장은 단순히 등급변경이나 조정이 아니라 수급자격 심사의 과정으로 변화될 필요가 있다.

넷째, 장애등급에 따라서 서비스 수급 현황을 재활치료서비스, 보조기구 지원서비스, 주거, 복지서비스 등을 중심으로 분석한 결과 장애등급별로 어떤 재활치료서비스를 받고 있는지를 알아보면 1, 2급의 중증의 경우와 3~6급의 경증장애인 간에는 서비스 수급에 있어 차이를 보이고 있으나 서비스 욕구에 있어서는 등급에 관계없이 비교적 고르게 나타나 서비스에 대한 욕구는 등급과 무관하게 유사함을 알 수 있다. 보조기구 지원서비스 경험에 있어서는 1-2급의 중증장애인의 서비스 수급율이 다소 높았으며,

영구임대주택의 경우에도 중증이 많아 차이를 보였다.

다섯째, 장애인들이 정부, 지방자치단체, 민간기관에서 시행하고 있는 장애인복지 사업을 이용한 경험 여부에서 소득보장 시책은 2010년 시행된 장애인연금으로 인해 연금(중증)과 경증장애수당의 수급율이 다른 시책에 비해 높은 편이다.

의료보장시책에 있어서 장애인보조기구 건강보험이 10명중 1명 꼴로 많았으며, 등록 진단비는 주로 신체내부장해인의 수급율이 높았다. 의료보장 시책에 있어서는 대체로 중증장애인의 수급률(경험율)이 높은 편으로 소득보장과 의료보장의 경우 경증장애수당을 제외하고 중증 위주로 되어 있다.

한편 소득수준에 제한이 없는 급여요건이라 할 수 있는 장애인 자가운전 지원시책과 각종 세금 및 이용료 감면 시책의 경우 전체적으로 높은 경험율을 보이고 있는데, 장애유형에 따라 큰 차이가 없지만 자가운전의 경우에는 취약한 청각장애, 안면장애, 정신장애는 이용경험이 낮았으며, 세금감면 또한 중증 위주로 되어 경증의 이용률이 낮았다. 그 밖의 장애서비스인 활동보조나 장애아동재활치료는 주로 대상이 중증 또는 의사소통과 정신영역의 장애로 한정되어 있어 서비스 이용에 장애유형이나 등급별로 편중 현상을 보이고 있다.

여섯째, 장애인복지사업을 실시하는 기관들을 이용한 경험에 있어서는 접근성과 인지도가 높은 장애인복지관이 가장 많은 이용률(10.8%)을 보였으나 특수학교, 재활병의원을 제외하고는 전반적으로 낮은 이용률을 나타내고 있으며, 장애유형에 따라서는 정신영역의 장애와 장애등급에 따라서도 1, 2급 중증장애인이 주로 이용하여 경증장애인은 전혀 이용경험이 없거나 극히 낮은 비율을 보여 기관 이용 양상이 중증장애인 위주로 편중되어 있다는 특징을 보이고 있다.

장애인들의 장애인복지 관련기관에 대한 향후 이용희망 여부를 알아보면 장애인 관련기관 중 가장 이용하기 희망하는 비율이 높은 기관은 장애인복지관, 이동지원 서비스센터, 재활병의원 등인 바, 이용경험률이 전반적으로 낮는데 비해 이용 희망율이 비교적 높게 나타난 점은 이용에 관한 욕구가 높음을 보여주는 것이다. 즉, 신체내부장해인의 경우 기관 이용률이 매우 낮았으나 희망율에 있어서는 높게 나타나 욕구는 고르게 높다는 점을 보여주고 있다. 또한 장애등급별 기관 이용희망율에 있어서도 이용경험률과 다소 다른 양상을 보여 5, 6급 장애인도 복지관 이용의사가 높고, 재활병의원의 경우도 유사한 결과를 보여주고 있다. 따라서 중증장애인이 아니라도 접근하기 쉽고 이용기회만 주어진다면 이러한 기관과 관련 서비스에 대한 욕구는 장애등급과 무관하게 크다는 점을 시사하고 있다.

마지막으로 장애인들에게 사회나 국가에 대한 요구사항에 있어서는 소득보장과 의료보장에 대한 요구가 주된 욕구이나 장애유형별에 따라서는 특성상 의료보장에

대한 욕구가 큰 장애(내부장애 등)가 있고, 장애등급에 따라 경증은 고용보장과 문화·여가·체육활동에 대한 요구가 다소 높았다. 장애로 인해 지난 추가소요비용이 있는 경우는 71.4%로 나타났으며, 장애등급별로는 장애가 중증일수록 추가비용을 지출하는 비율이 높아지고 있으나 6급의 경증장애인도 최소 67%는 추가비용을 지출하고 있는 것으로 분석되었다. 그러나 장애등급에 따라 중증과 경증 간에는 추가비용의 차이가 2배 정도 나고 있어 장애정도가 심할수록 추가비용이 많을 것을 알 수 있다.

제2장 포커스 그룹 인터뷰 및 심층면접 조사

제1절 포커스 그룹 인터뷰 결과 분석

1. 연구참여자

본 연구에서는 포커스그룹인터뷰를 통해 현재 우리나라 장애인 등록 및 판정제도에 대한 현장 전문가들의 의견을 듣고, 문제점과 개선방안을 분석하여 향후 장애인 등록 및 판정제도의 변화와 발전을 위한 기초자료를 수집, 분석하였다. 포커스그룹 인터뷰는 총 3회에 걸쳐 진행되었고, 장애 전 영역을 아울러 관련 전문가, 실무자, 장애당사자 등을 대상으로 이루어졌다.

포커스그룹 인터뷰 참여자들은 다음과 같이 세 그룹으로 나누어졌고, 연구 참여자들의 기본적 인적 사항은 다음과 같다. 인터뷰 참여자의 관련 장애영역은 지체장애 4명, 정신장애 2명, 지적장애 2명, 청각장애 1명, 시각장애 1명, 자폐장애 1명, 뇌병변장애 1명, 내부장애 1명으로 구성되었다.

<표108. 연구참여자>

구분		성별	장애 전문영역	구분
Group 1 (신체 & 내 부 장애 혼 합)	A	여	정신장애	기관 실무자
	B	여	청각장애	복지관 실무자
	C	여	지적장애	복지관 실무자
	D	남	내부장애	협회 실무자
	E	남	시각장애	기관장
	F	남	지체장애	재활의학 의사
Group 2 (신체장애)	G	여	지체장애 (저신장)	협회 실무자
	H	남	지체장애 (근육병)	기관장
	I	남	뇌병변 장애 (뇌성 마비)	협회 실무자
	J	남	지체장애 (척수장애)	협회 실무자
Group 3 (정신장애)	K	남	자폐장애	단체 실무자
	L	여	지적장애 부모	기관장
	M	남	정신장애	기관 실무자

2. 자료수집

본 연구에서는 질적연구의 주요 자료수집방법의 하나인 포커스그룹인터뷰 방법을 통해 자료를 수집하였다. 포커스그룹인터뷰는 주제에 대한 심도 있는 논의를 전개함으로써 문제의 원인과 해결방법을 더 심도 있고 폭넓게 모색하는데 용이하다는 장점이 있다. 인터뷰 참여자들은 유사한 경험과 정보욕구를 가진 다른 참여자의 생각으로부터 새로운 생각을 떠올릴 수 있으며, 그들의 자연스러운 의사표시에 자극을 받아 다른 참여자들도 부담 없이 의견을 표시하게 함으로써 양질의 정보가 도출되게 하는 방법이다(신경림 외, 2004). 본격적인 자료 수집은 2012년 3월부터 5월까지 총 3개월에 걸쳐 진행하였다. 인터뷰 시간은 각 그룹 당 2시간에서 2시간 30분 가량 소요되었으며, 참여자들의 동의를 받아 음성 녹음하였다.

자료수집을 위해 사용한 면접 질문은 대략 다음과 같다. 1) 새로운 장애등록과정에 대한 의견 (좋은점과 불편한 점: 예: 비용과 시간 등) 2) 장애판정과 장애등록에 대한 의견 3) 장애등급과 실제 기능과의 관계 4) 재심사에 대한 사례 5) 각 장애유형에서 고려되어야 할 장애특성 6) 장애인서비스별 기준에 대한 의견 7) 장애등록 및 판정 제도 변화에 대한 의견/ 개선방안 8) 소득이나 재산을 기준으로 한 현 장애인복지 서비스 자격 기준에 대한 의견

3. 자료분석

본 연구에서는 면접결과를 분석함에 있어 연구참여자가 기술한 내용으로부터 의미 있는 문장이나 구를 추출하고, 이를 기초로 일반적이며 추상적인 진술을 만들어 의미를 구성하여 주제묶음으로 범주화 한 후 경험의 구조를 기술하는 방식을 사용하였다(신경림 외, 2004). 이 과정에서 질적자료 분석을 위한 소프트웨어인 ATLAS.ti(Version 5.0)를 사용하였는데 모든 면접 내용을 녹음하여 이를 필사한 후 이 프로그램에 넣고 일일이 코딩을 해나갔다. 이 프로그램은 텍스트, 그래픽, 오디오, 비디오 등으로 작성된 방대한 자료분석에 유용한 프로그램이다(Muhr, 2004).³¹⁾ 그러나 프로그램에서 자체적으로 면접내용을 분석해 주는 것이 아니라 연구자가 필사된 텍스트를 모두 프로그램에 넣고 텍스트를 읽어내려 가면서 의미 있는 문장이나 구에 블록을 설정하고 여기에 코드 이름을 붙여나가는 작업을 수행한다. 이러한 과정에서 코드에 덧붙여 연구자의 코멘트를 기록하거나 분석을 함에 있어 연구자의 아이디어나 통찰이 생길 때 이를 메모로 따로 구성하기도 한다. 이렇게 구성된 코

31) 독일의 the Technical University of Berlin에서 1989년에서 1992년까지 ATLAS라는 프로젝트 이름으로 다학제 연구자들이 모여 개발한 프로그램이다. 1993년부터는 상업화되어 사용되기 시작하였고, 계속 최신화과정을 거쳐 2004년 ATLAS.ti 5.0이 개발되었다.

드 이름이나 메모, 코멘트 등은 ATLAS.ti 에서 Hermeneutic Unit(HU)이라 부르는 데이터베이스를 만들어 내고 원자료는 의미 있는 체계적 자료로 탄생한다. 본 연구를 위해 ATLAS.ti 프로그램을 사용함으로써 연구자는 시간을 절약할 수 있었을 뿐 아니라, 기억력의 한계 등으로 놓치기 쉬운 자료들을 빠짐없이 활용할 수 있었으며, 원자료를 가지고 여러 번의 재분석을 수행해보거나 개념이나 범주, 주제간 연결 작업 등을 시행해봄으로써, 연구 분석의 신뢰도를 높이는데 도움을 받을 수 있었다.

4. 윤리적 고려

연구자는 연구면접을 시작하기 전 연구 참여자들에게 비밀보장과 도중철회권리에 대해 고지하였고, 면접내용 녹음에 대한 동의를 구한 후 면접을 시행하였다. 자료 분석과 결과 제시에 있어 연구 참여자의 개인적 정보가 불필요하게 많이 드러나지 않도록 노력하였다.

5. 연구 결과

1) 최근 장애판정제도 변화와 문제점

최근 변화된 장애판정제도에 대해 질문한 결과, 서류심사의 한계, 과도한 서류 제출 요청, 실제 상황이나 관찰이 포함되지 않은 판정, 등급탈락 등의 문제가 언급되었다.

(1) 서류심사의 한계와 과도한 서류 제출 요청

현재 국민연금공단에서는 장애심사센터를 통해 46여명의 심사센터 정규직원과 약 670여 명의 전문심사위원이 장애판정 및 등급심사를 실시하고 있다. 이전에 지역의 각 주치의가 장애등급을 줄 수 있었던 제도에서 이제 진료기록이나 자료 등만 지역의사로부터 받고, 이를 심사센터에서 일괄적으로 서류 심사하는 제도로 바뀐 것이다. 이러한 변화에 대해 인터뷰 참여자들은 모두 인식하고 있었고, 서류에만 의존하는 심사가 가진 한계, 따라서 현장성이 배제된 심사, 과도한 서류 제출 요청이 문제라고 지적하였다.

공통적으로 문제가 되는 게 비용문제하고, 일단은 등록을 하려면 좀 때야 되는 서류도 많고, 서울은 좀 그나마 덜한데 지역 같은 경우, 의료 이것까지 찾아서 해야 하

는 그러면 거리도 멀고 교통도 불편하고... (FGI Group2- 참여자 I)

이 신청에 대해서 이견 좀 불합리하다는 얘기가 좀 많이 나왔어요. 무슨 얘기냐면 등급이 3급이다. 그럼 나는 왜 3급이냐 나는 1급이다라고 생각을 하죠. 의사가 페이퍼 보고 결정하면 직접 가서 한다면 몸 좀 보여준다던가 이런 기능을 수행할 수 있는 루트가 전혀 없어요. 가짜장애인 선별하려는 목적이 있다고 그러는데, 그것은 개별서비스 과정에서 증명되는 것이지요. (FGI Group2- 참여자 H)

특히 이의 신청 시 서류 제출 건이 많아진다.

뭐 예를 들어서 판정에 이의가 있거나 그러면은 이런저런 필요한 서류를 많이 내라고 그러는데. 귀찮죠, 사실은. (FGI Group3- 참여자 K)

(2) 심사기준 강화로 등급자 탈락

연구 참여자들은 심사가 엄격해졌다는 생각이 든다고 하였다. 이에 따라 장애인들의 장애등급이 하향 조정되는 결과를 가져오게 되었고, 이에 대해 장애인 당사자와 부모들의 문제제기 및 불만사항이 많이 접수된다고 진술하였다. 특히 심장장애의 경우 장애등급 탈락의 수가 많아 전체적으로 심장장애인 수가 급감하였다는 사례가 드러났다.

그런데 지금은 장애인에 대해서 굉장히 엄격해졌어요. 그 전에는 실제 의사가 그 장애를 보고 실제 지능이 51이라고 하더라도 아 이 아이는 2급 정도다 그래서 2급이라고 판정을 했어요. 그런데 지금을 보면 어 51이면 왜 2급이야 3급이지 하는거죠. 그런데 그 분들은 데이터를 가지고만 판단을 한다는 거죠. 수치만 따진거예요. 그런데 그 전에는 사회성 지능지수랑 아이큐가 있는데 그 두 수에서 종합을 해서 했는데 지금은 그 두 수중에서 높은 것을 가지고 판정을 하는데. 그런데 특수교육이나 많은 장애 서비스를 받고 반복과 교육을 받다보면 지능지수는 좋아지지 않았어도 사회성이 굉장히 좋아져요. 그것이 계속 향상된단 말이에요. 사회성을 어머니가 열심히 향상시켜서 SQ는 높아진다고 생활이 나아지는 것은 아니잖아요. 그런데 장애등급은 낮아져요. (FGI Group1- 참여자 C)

장애인 등록수가 매년 7%로가 상승하는데 저희 심장장애는 매년 17% 감소했습니다. 1년 사이예요. 부산에는 22% 약 4명 중 1명꼴로 없어졌어요. 부산에는 1900명이 있었는데 500명의 숫자는 사라지고 현재 1400명이 있습니다. (FGI Group1- 참여자 D)

2) 장애등록 및 등급제도의 문제점

(1) 등록제도는 꼭 필요하지만 등급제도는 개선이 필요함

현재의 등록제도 자체에 대해서는 꼭 필요하다고 동의하는 경우가 많았다. 장애인 총수를 집계하거나 복지수요자 총수를 산정하는데 있어 필수적이라고 생각하기 때문이다. 다만 등급을 서비스 자격요건과 단순히 직결시킴으로 인해 서비스를 제한하는 점과 장애를 둘러싼 다양한 개인적, 사회적, 경제적, 환경적 요인을 고려하지 않는 장애등급 판정 및 그에 따른 서비스 제공은 문제가 많다고 지적하였다.

현재도 장애인등록제도에 있어서는 저 개인적인 생각에는 등록이 필요하다고 생각을 하는데요. 왜냐면 등록을 해서 그 부분이 필요한 양을 알아야 공급을 할 수 있다고 생각해서 등록은 필요하다고 보는데요. (중략)...장애는 소득하고 연동되어 있으니 부모님들이 내가 죽어서 우리 아이들을 위해서 집을 물려줘야지 싶어서 아이 이름으로 집을 마련하면 이 아이는 소득은 전혀 없는데 부동산이 있으면 장애연금을 못받게 되지 않습니까. 현재 소득은 월소득하고 부동산하고 판단해서 지급하기 때문에. 장애 급수에 맞는 서비스 연계는 조금 정의해보아야 하지 않느냐... (FGI Group1-참여자 C)

그게 처음에 시작할 때는 그렇게 등록제도를 만들어서 전달체계를 만들고 등급을 어쨌든 만들고 서비스를 구분하는 정도의 의미가 있었겠지만 여기에 많은 다양한 서비스가 추가되고 원래 시작했던 틀보다 더 많은 것이 엮이면서 걸잡을 수 없는 문제가 생기지 않았나 생각해요. 어떻게 보면 등록제가 필요한 그 시대의 필요한 거에 비해 지금 시대가 너무 많이 변했고 국가 재정이나 급여나 급여체계나 서비스가 다양해지고 시설도 다양해졌기 때문에 그것을 감당할 수 없는 것이 되어서 기본 틀을, 줄기를 바꿀 상황이라고 생각이 되요. (FGI Group1-참여자 A)

장애의 총 수를 알아야했기 때문에 장애의 총 수를 파악하기 위해서 했었던 건데 그게 이제 그거를 가지고 서비스와 연결을 하려고 보니 어려워지는 거잖아요. 사실 이게 다른 목적인데 이거를 연결시키려고 하니까 그 사이의 정밀한 부분을 고려해야 하는데 단순히 그 부분이 확인해서 연결하니까. (FGI Group1-참여자 F)

(2) 장애판정에 눈속임이나 거짓 증상 호소가 가능한 현실

본 연구의 참여자들은 객관적으로 증명하기는 어려우나, 자폐장애나 지적장애,

정신장애, 시각이나 청각장애의 경우 사전에 학습된 내용이나 연습으로 등급상향을 위해 거짓 증상 호소가 가능하다고 진술하였다. 이러한 현상은 등급을 개인 노력이나 의지에 따라 상향조정할 수 있음을 의미하고, 결국 등급 및 판정제도의 신뢰를 떨어트릴 수 있게 된다.

그러니까 (장애판정)기준을 자기가 학습해가지고 알 수 있는 사람은 조절할 수 있단 얘기죠. (FGI Group3- 참여자 K)

정신장애인 분들은 3급일 경우에는 수당이 안나오니까 최소한 2급은 받아야 되니까. 다 ‘아, 저 환청 때문에 너무 힘들어요.’ 이렇게 말하죠. (FGI Group3- 참여자 M)

이러한 문제는 FGI 뿐만 아니라, 심층면접 결과에서도 동일하게 언급되었다. 현재의 제도가 장애등급이 곧 복지수혜와 연결되도록 작동하고 있기 때문에 발생하는 문제이고, 이는 결국 부정수급의 문제, 수혜자와 비수혜자 간 불평등한 구조를 유발할 수 있는 문제가 되기 때문에 심각하게 인식되어야 할 것이다.

(3) 장애등급의 단순화와 등급의 신뢰성 문제

중요하게 지적된 문제는 현재의 장애판정 및 등급제도는 지나치게 단순하고 다양성이 부족하여 장애등급간 형평성이 어긋나는 경우가 많다는 의견이 지배적으로 나타났다. 동일등급 내 장애격차도 심하고, 장애유형 간 장애등급의 차이도 심하다는 것이다. 따라서 등급의 신뢰성 문제도 언급되었다.

산재는 14등급으로 하는데 지금 장애인 등급보다 훨씬 구체적으로 분류가 되어있죠. 우리장애인들이 14등급, 15등급으로 가면 혼란해서 못 찾아 먹을까봐 장애인 등급은 6등급으로 되는 건지도 모르지만 그럼에도 불구하고 그렇기 때문에 다양성을 잃는 것이죠. (FGI Group1- 참여자 B)

문제점이 뭐냐하면 중증장애를 가리기가 어려워요 지금 등급에서는. 왜냐하면 시각 장애에도 1급에서 보면 전맹에서부터 눈앞에서 1미터에서 손가락을 셀 수 있는 사람 까지가 1급이거든요. 전맹은 볼도 구분 못하는 어둡고 밝은 것을 구분 못하는 사람 인데 손가락을 셀 수있는 시력이라면 엄청난 시력이거든요. 그런데 그 사람들이 같은 1급이라는 거죠. 눈 하나안 보이는 건 사회생활에 전혀 지장이 없습니다. 사실 저는 6급인데 취업에도 지장을 안받고 자영업도 그렇고... (FGI Group1- 참여자 E)

지적장애나 자폐성장애의 경우는 등급 구분이 전혀 의미가 없다는 의견이 지배

적이었다.

자폐장애, 1급, 2급, 3급은 의미가 없어요. 아무의미가 없어요. (FGI Group3 - 참여자 K)

지적장애야말로 등급구분이 의미가 없어요. 반복되지만, 정말 상관 없어요. 3급인데 1급 같은애, 1급인데 3급 같은애 정말 많거든요. (FGI Group3 - 참여자 L)

지적장애나 자폐성장애에 있어 현 제도하의 등급의 차이는 단순히 지능지수의 차이를 의미하지만, 실제 중한 장애와 덜 중한 장애의 차이는 자립능력이나 학습 및 사회활동 능력, 자기신변처리능력을 얼마나 더 갖추고 있느냐에 있다는 것이다.

(4) 현 제도에서 소외 또는 더욱 불이익을 받게 되는 장애인

현재의 장애판정 및 등록제도는 몇 몇 유형의 장애인에게 더욱 불리하거나 소외시키는 현상을 발생시킨다. 예를 들면, 정신장애인의 경우 장애인으로 등록하면 받을 수 있는 혜택보다는 사회적 편견이나 낙인 때문에 오히려 불이익이 많은 상황이다. 또한 시각장애의 경우 실제 생활에서의 심한 장애로 반드시 장애로 판정받아야 함에도 불구하고 제외된 시각장애 내 세부장애도 있었다.

등록하면 오히려 불이익이 많은 정신장애인 쪽에서는 여전히 등록에 따른 이득보다도 불이익이 많은 상황이 많은거죠. 그래서 정신장애 쪽에서 등록하는 사람은 그것을 빌어서 장애인고용의 문제나 혜택을 받을 사람이거나 아니면 말씀하신 1급을 받아서 장애수당이던지 연금을 받는 사람 이 정도가 이득이 되는 사람만 등록을 하는 상황이에요. (FGI Group1 - 참여자 A)

그런데 오히려 그보다 더 지장을 받는 광각장애나 색각장애는 안 들어가 있단 말이에요. 사실 시야 같은 경우에는 5도 이하든 10도 이하든 절반이든 간에 보는 것에 지장이 없어요. 그런데 색각장애는 엄청나게 제한을 받거든요. 교통신호도 못 보지요, 토마토 따오라고 하면 빨강, 파랑 다 따오지요. 실험실같이 색깔 구분하는 거는 취업도 못하고 광각 같은 경우도 그렇습니다. 어떤 사람은 밝은 곳에서 못 보는 사람도 있고 이게 주맹이고 어두운 것을 못보면 야맹이에요. 해가 떨어지면 설설 기는 사람이 있단말이에요. 그런데 이사람들이 장애의 범주에 안 들어간단 말이죠. (FGI Group1 - 참여자 E)

내부장장애인의 경우도 타 장애에 비해 소외되는 것이 현실이다. 사실 내부장장애가

장애범주에 포함된 것은 긍정적인 일이지만, 개별 장애유형을 고려한 서비스가 개발되지 않았기 때문에 장애범주에 포함된 것 그 이상의 의미를 살리지 못하고 있다.

아니 그래서 장애의 범주를 국가가 넓히는 것은 세계적 추세에서 더 넓히는 것이 바람직하다고 보는건데..그런 의미로 심장이나 신장이나 간질이나..간질도 어떻게 보면 환자죠. 치료가 되어야 하는..그런데 간질이 장애에 들어오는 것은 그 사람이 간질로 인해 간질이 없는 사람과의 삶과 다르고 제한을 받는 것 때문에 그런데, 넓은 의미에서 확장된 것은 긍정적인거죠. 그런데 이제 개별 장애의 유형의 특성을 살린 서비스가 개발되었냐는 것은 이제 그거를 해야하는거죠. (FGI Group1 - 참여자 F)

특히 내부장애인의 경우 타 장애에 비해 생명의 위험성이나 서비스의 시급성이 높다는 점에서 이런 점을 감안한 서비스나 제도적 혜택이 부족한 것이 큰 문제로 제기되었다.

(5) 의료적 판정과 생활상의 판정은 다른 문제

더불어 의료적 판정이 이루어진 후에도 실생활에서의 장애는 서비스기관에 따라 재판정하게 되는 것이 현실이다. 예를 들어 시각장애의 경우가 특히 그러하다.

지금 현재 장애등급 내에서는 시각장애 쪽에서 본다면 시각장애 등급은 전혀 필요가 없습니다. 복지관에 들어오면 전부 검사 다시해요. 실제적인 실질검사. 병원해서 하는 의료검사가 아니라 생활검사. 시력이 안보여도 같은 시력이라도 가운데가 안보이는 사람 가장자리가 안보이는 사람. 불규칙적으로 먹물을 뿌린 것처럼 안 보이는 사람 이런 특징이 있기 때문에 그 사람들을 다 1급으로 2급으로 몰아넣을 수가 없어요. 그래서 재활서비스는 전반적인 것을 다시해서 서비스를 제공하기 때문에 사실상 등급은 무의미해요. (FGI Group1 - 참여자 E)

또한 자폐장애나 지적장애는 중증의 기준을 일상생활능력과 연계시켜 보아야 한다는 의견이 많았다.

사실은 제가 생각하기에 장애 중증이랑 경증이랑 나누는 건 일상생활을 고려를 해야 하는데 그렇게 본다면 자폐하고 일상생활의 연계성을 생각해 본다면 등급에 상관없이 중증이거든요. (FGI Group3 - 참여자 K)

따라서 현재의 장애판정 및 등급분류는 형식적인 분류이지, 실제적으로는 큰 의

미가 없다고 하였다.

정신지체(지적장애)지능이 50인 사람하고 51인 사람하고 뭐가 차이가 있겠어요. 기준을 나누려고 하니까 50하고 51을 나눈거잖아요. 그래서 이제 그런 문제들은 우리나라가 가진 등급제를 시행하는 한 아무리 정밀하게 만들어도 어느 등급에 속하는 것은 있을 수밖에 없는 문제이고요. (FGI Group1 - 참여자 E)

(6) 현 제도하의 경계선 급 장애인 소외 문제

특히 현 등록 및 등급제도하에서는 경계선 급 장애인이 더욱 위험에 노출되어 있다는 의견이 있었다. 위험에 노출되어도 제도로 보호받지 못하는 문제가 있어 여성의 경우 성폭력, 남성의 경우 금융사기의 피해자가 되기 쉽다는 것이다.

지적장애에서는 경계성 장애가 가장 어렵잖아요. 저희가 경험상 보면 75~80 장애는 거의 오지 않고요. 70~75에서, 대부분 여성은 성폭력, 남성은 금융사기, 명의를 빌려준다거나 바지사장하는 경우도...남성은 어떨 때 보면 군대도 가기도 하고 의고사 제대도 있겠지만요. 성폭력 피해여성은 경계성 장애예요. (FGI Group 1- 참여자 C)

IQ로 자르는데, 오히려 그 약간 딱딱한 것 때문에 훨씬 혜택은 둘째고, 그 케어하는 사람이나 본인, 그리고 그 애들은 사회에 나가면 굉장히 장애예요... 이 안에서는 4급이지만, 개가 사회에 나가서 아무것도 못하거든요. 그래서 심지어 저희 이용자부모 중에는 글자 그대로 표현하면 '차라리 더 아프면 좋겠다' 엄마가 이렇게 말했어요. 왜냐면 그렇게 경계선이어서 성적인 호기심도 왕성해요, 심지어는 본인이 장애인 아니라고 생각해요, 똑똑해서. 그래서 자기가 복지관서비스 이런거, 바보애들 가는데 내가 왜 가냐 이런 애들도 있고, 부모가 미칠려고 그러거든요. 그래서 경계선 아이들을 우리 수급자에서 차상위에서 하듯이 아이큐에서는 위지만 다른 맥락을 보고 애네들도 서비스를 줄 방법을 고민해봐야 되요. 최종증 못지않게 서비스가 필요한 게 이 경계라고. (FGI Group 3- 참여자 K)

3) 등급 및 판정제도의 개선 및 발전방안

(1) 장애등록 및 판정제도 개선의 목적을 분명히 한 후 제도가 바뀌어야 함

현재의 등록 및 판정제도에 대한 개선 및 발전방안에 대한 질문에서는 먼저 개선의 목적이 무엇인지를 분명히 한 후 제도가 바뀌어야 한다는 의견이 있었다.

그렇기 때문에 무엇을 필요로 해서 무엇을 목적으로 우리가 이것을 바꿔야하는지, 그 주제가 먼저 정해지고 거기에 따른 것을 만들어야 합니다. 그런데 지금 장애 분류를 스포츠에서 하는 분류와 다르고 장애인복지법에서 하는 장애인분류가 다르고 산재보험에서 하는 분류가 다르고 전부다 보훈처에서 하는 분류가 다르고 그렇기 때문에 이거는 목적에 따라서 보완해 나가야지 이거를 완전히 확 뒤바꾸는 것은 하나의 혁명이고 지금 체제를 완전히 다시 무너트리는 거고 엄청난 예산을 다시 소모하는 거란 말이죠. (FGI Group1 - 참여자 D)

(2) 장애등급과 복지혜택이 직결되는 현 제도의 개선이 필요함

본 연구에서는 장애등록제도 초기 도입시기와 현재는 장애인복지환경이 급격하게 변화하였기 때문에 등급판정에 대한 인식이나 태도가 확연히 바뀐 것을 알 수 있었다. 장애등급이 곧 복지혜택으로 연결되기 때문에 이왕이면 장애등급을 종종으로 받고자 하는 경향이 있다는 것이다.

초창기에는 지적장애만 봤을 때에 장애등급을 낮게 받기를 원하셨죠. 실제로 3급을 받고자 했다는 거죠. 실제로 어머니 아이가 지금 장애 1급이다 하면 평평 우셨어요. 내가 이 아이를 위해서 얼마나 고생하고 노력하는데 아직도 1급이냐 말이죠. 그런데 지금은 이왕에 장애등급을 받을거면 높은 거를 받고자 하는 거죠. 아예 1급을 받고자 하죠. 보조금도 나오죠 활동보조도 해주죠 그러니까 모든 서비스가, 장애등급에 의해서 서비스가 연계되다 보니까 이왕이면 높게 등록하기를 원하고 그러다보니까 중복장애로 하는 경향이 의외로 많이 있어요. (FGI Group1- 참여자 C)

(3) 손상율에 의한 분류와 그에 따른 문제점

대안으로 가장 많이 지지를 얻은 의견은 장애를 의료적 손상에 의한 손상율로 객관적 기준으로 삼고, 이를 서비스 제공 시 참고 또는 자격기준으로 적용하자는 의견이었다.

손상율은 객관적인 것이기 때문에 어디나 가도 동일한 손상율을 나눌 수 있어요. 그 거를 가지고 서비스에 활용할 때 그 손상율에 따라서 손상이 어떤 손상인지 파악이 되니까 그 손상의 내용과 손상율을 가지고 서비스를 만들든지 제도를 만들든지 해가지고 그렇게 가면이제 그 장애등급에서 오는 부담이 적어질 수 있죠. 그렇게 되면서.....이상적인데...행정하고 제도를 만드는 사람들은 굉장히 복잡해질거예요. 많이 복잡해질거예요. (FGI Group 1- 참여자 F)

그러나 손상율에 의한 분류와 서비스 제공이 가지는 가장 큰 문제점은 같은 손상율을 가졌다고 해도, 일상생활에서 느끼는 어려움이나 문제가 다를 수 있기 때문에 또 다른 복합적 기준적용이 필요하다는 점이다.

(손상율에 의한 판정제도 의견에 대해)이상적이라고 보시는 것은 사실은 사람의 손상에 따라서 결과도 같을 것이라고 보는 것 때문에 나타나는 것인데 사실은 그렇지 않잖아요. 똑같은 손상에서 사람마다 나타나는 결과나 겪는 과정이나 일상생활에서 나타나는 문제는 다르기 때문에..사실상 팔이 여기가 잘라졌다고 두 사람이 똑같이 생활하는 것은 아니잖아요. (FGI Group 1- 참여자 A).

따라서 손상율에 직업능력, 사회성 등 복합적 요인을 중복 적용하는 분류가 가능할 수 있다. 장애손상율에 의한 서비스 자격기준 수립이나 혜택은 여전히 현 제도의 맹점을 보완할 수 없기 때문에 손상율에 직업능력평가나 개인적, 환경적 여건, 실생활 능력 등을 반영해야 한다는 의견이 있었다. 그러나 이 기준도 객관적 기준 외 환경 또는 상황적 요인 적용에서의 주관성 개입의 문제가 발생한다.

손상이 100%면 손상을 30%를 반영하고 이 사람의 경제적인 거나 직업이 더 중요하면 그거를 반영하는 거죠. 그게 모든 서비스가 일률적일 필요는 없다는 거죠. 연금별로 다를 수 있고 활동보조 서비스도 다를 수 있죠. 그런데 그거를 그 어떤 등급을 이런 걸 고려해서 등을 정하자 하자면 할 수 있으면 좋은데 현실적으로 너무 고려될 부분이 많다는 거죠. (FGI Group 1- 참여자 F)

저는 장애와 서비스 연계는 별개로 가고 서비스 연계나 복지급여 같은 경우는 정말 그 분들의 실제 여건을 반영해서 서비스를 따로 해야지. 손상율로 해서 급여를 직접적으로 연결하는 것은 안된다는 것인데. (FGI Group 1- 참여자 C)

저희도 사실은 이 친구가 지능이 66이다 하는게 뭘 알려주는 것이냐고 말씀해요. 차라리 이 친구는 지하철을 타고다닐 수 있다. 시계를 볼 수 있다. 약속시간에 맞춰서 나갈 수 있다. 이렇게 생활에 필요한 것이 맞는 것이지 아이큐 66이 뭘 말해주냐는 거냐는거죠. 선생님들도 모르시잖아요. 아이큐 66이 뭘 말하는 건지. 책을 읽을 수 있다는 건지, 시계를 볼 수 있다는 건지, 약속을 지킬 수 있다는 건지..그래서 저희도 할 때는 지능지수는 최소라고 보는 거고 차라리 생활에서 봐야한다고 봐야한다는거죠. (FGI Group 1- 참여자 B)

환경적, 상황적 요인을 적용할 경우 주관성이 개입될 수밖에 없는데 이러한 문제를 어떻게 극복할 수 있는가하는 것은 또 다른 과제가 된다. 또한 이 대안이 적용될

경우 급증할 수밖에 없는 복지수요로 인한 예산의 문제는 어떻게 해결할 것인가도 문제점으로 지적되었다.

그러지 말고 의학적 판단에 상황적 요인을 섞으면 좋겠죠. 의학적인 거에 상황적인 것 몇 점까지 이렇게 갈 수 있겠죠. 그렇게 가면 좋는데 그런데 예상되는 것은 우리나라 정서가 그거를 얼마나 수용할 수 있느냐의 문제죠.(중략) 계속 일관되게 말씀 드리는 것은 그래도 장애 제도가 개인의 상황에 따라 기준이 계속 바뀌는 것은 바람직하지 않다는 거죠. 그러니까 아까 이렇게 개별 15개 유형 장애인이 다 그런 문제들을 제기를 하지만, 심장은 절실한 느낌을 받았는데 사실 다른 장애 유형도 그마다 그런 문제가 또 있는데, 그것이 그 사람의 개인적인 상황이나 아니면 제도가 뒷받침하지 않으니까 그에 따라 등급을 3급에서 2급으로 하는 것은 아니고 등급은 손상을 이라는 객관적인 잣대..즉 변화하지 않는 것이 필요한 것이죠. 이거는 상황이나 외적으로 변하지 않아요. 그리고 변화가 필요하다면 그 외에 외적 요인으로 변화를 주는 것이 맞다는 것이죠. (FGI Group 1- 참여자 F)

글쎄요. 저도 객관적 기준에 상황적 기준을 고려한다는 것에 동의하는데요...상황적 요인을 어디까지 보자는 것인지..그거에 대한 소요예산 과연 그거를 어디까지 볼 것이냐...그것이 가장 어려운 것 같아요. (FGI Group 1- 참여자 C)

(4) 개인별 욕구사정과 그에 따른 서비스 제공

위의 논의에서 더 진행된 의견은 개인별 욕구사정과 그에 따른 서비스 제공이다. 개인의 상황이 다 다르기 때문에 같은 장애유형, 같은 등급이라고 일괄적인 서비스를 받게 하는 것은 예산을 비효율적으로 사용하게 될 가능성이 높기 때문에 개인의 욕구와 능력에 맞는 서비스를 제공하자는 의견이다.

저는 여기다 뭐라고 썼냐하면, 등급은 무조건 폐지해야 되고, 서비스 선정은 검토해 볼 필요가 있는데, 그보다 저는 근본적인 대안이라면, 어떤 서비스들을 이렇게 만들어 놓고 거기에 대한 기준을 둔다기 보단, 장애인 개인별로 필요한 서비스를 사정하고, 그 서비스가 그 사람한테 필요하면 주는 거죠. 이 사람이 서비스에 맞는지, 서비스를 만들어 놓고 나열하기 보다는. (FGI Group 3- 참여자 K)

우리나라에서 중증장애인의 기준은 의학적 기준에 의해 주로 결정되지만, 사실 중증이라는 것은 어떤 국가, 어떤 환경에서 장애를 입고, 어떠한 지원을 받느냐에 따라 다르게 개념정의 될 수 있는 부분이라는 의견이 있었다.

사실 이게 중증이라는게 참 애매한 것 같아요. 왜냐면 이상목 교수님도 말씀하셨는

데, 이상목 교수님도 만약에 한국에서 다쳤다면... 결국은 육체적 손상이 문제가 아니고요, 손상 이후에 어떻게 사회가 서포트를 해주냐에 따라 그 사람이 중증이 되느냐 아니면 그렇게 되는 것 같아요. 그래서 이거는 굉장히 심각한 문제다. (FGI Group 2- 참여자 J)

4) 소득 및 재산기준 적용에 따른 복지서비스 차등지원에 대한 의견

(1) 소득이나 재산을 고려하되 수급권자 집중적 서비스는 지양해야 함

현재 우리나라 대부분의 장애인복지 서비스 수혜자격은 수급권자로 제한되어 있다. 주요 서비스와 혜택이 수급권자에 집중되다 보니, 진짜 수급권자가 양산되고, 이혼 등의 가족해체도 일어나며, 만성적인 복지 의존자도 만들어내고 있다. 물론 예산의 한계가 있기 때문에 소득이나 재산과 상관없이 장애가 있는 모든 장애인에게 서비스를 보편적으로 제공하는 것은 어렵다. 그렇지만 현재와 같이 대부분의 복지 혜택이 수급권자에게 편중되고, 이에 적용받지 못하는 사각지대 장애인들을 발생시키는 현재의 문제점은 개선되어야 한하는데 연구 참여자들의 의견이 일치되었다.

너무 이제 수급권자에 편중되어 있잖아요. 그렇다고 소득기준을 무시할 수도 없고, 제가 보기에 나경원 딸은 수급권자랑 똑같이 해주는 건 아니라고 보는데, 수급권자에게 집중되어있는 건 사실은 선별적 복지잖아요. 그거를 좀 보편적 복지로 가도록 높이는. 애매한가요? 아무튼 소득은 고려는 하되, 어지간한 소득이 되면, 보통의 집 한 채, 차 한대 있으면 어지간한 서비스를 받을 수 있었으면 좋겠어요. 장애인은. (FGI Group3- 참여자 L)

(2) 부모의 소득이 기준이 되어서는 안 됨

지적, 자폐, 정신장애 등은 부모가 자녀의 생계를 위해 재산을 물려주는 경우가 많다. 그러나 이 재산이 인정되어 근로능력이 전혀 없어 장애당사자의 소득은 전무한 데도 기초적인 혜택이나 수급을 못 받게 되는 경우가 빈번하다. 따라서 부모의 소득이나 재산, 또는 부모가 물려준 재산이 수급자격을 결정하는 것은 재고해보아야 할 의견이 있었다.

특히나 장애는 소득하고 연동되어 있으니 부모님들이 내가 죽어서 우리 아이들을 위해서 집을 물려줘야지 싶어서 아이 이름으로 집을 마련하면 이 아이는 소득은 전혀 없는데 부동산이 있으면 장애연금을 못 받게 되지 않습니까 현재 소득은 월소득하고

부동산하고 판단해서 지급하기 때문에. 장애 급수에 맞는 서비스 연계는 조금 정의 해보아야 하지 않느냐...그렇게 생각했습니다. (FGI Group1- 참여자 C)

제2절 심층면접 결과 분석

1. 연구참여자

본 연구에서는 포커스그룹인터뷰에 더불어 장애 당사자이면서 관련 단체의 대표나 실무자, 장애판정 경험이 많은 의사들을 대상으로 일대일 심층면접을 실시하였다. 포커스그룹인터뷰와 비교할 때 심층면접에서는 조금 더 주관적이고 개인적인 의견이 많이 드러났으며, 이는 집단인터뷰에서 볼 수 있는 타인을 의식하거나 발언의 기회가 적다는 단점을 극복할 수 있는 장점으로 볼 수 있다. 심층면접에서는 장애판정 및 등록제도에 대한 전반적이고 일반적인 공통질문과 각 장애유형별 영역질문을 추가하여 진행하였다.

심층면접에는 장애당사자이면서 기관의 장이나 실무자가 7명, 장애판정기관의 실무자 1명, 장애판정 경험이 많은 의사 3명으로 총 11명이 참여하였다.

<표109 연구참여자>

참여자	성별	장애 전문영역	구분
A	남	시각장애	당사자/교사
B	남	청각장애	당사자/기관장
C	남	척수장애	당사자
D	남	신장장애	당사자/기관장
E	남	절단장애	당사자
F	남	안면장애(화상)	당사자/실무자
G	여	지적/자폐장애	부모
H	여	전 영역	장애판정기관 실무자
I	남	정신장애/간질장애	의사
J	남	정신장애	의사
K	여	전 영역	의사

2. 자료수집

본 연구에서는 질적 연구의 주요 자료수집방법의 하나인 심층면접법을 통해 자료를 수집하였다. 면접법은 보고자 하는 중심 현상에 대한 풍부한 정보를 얻기 위해 사전에 계획하고 형식화 한 것이다(Kvale, 1996; 신경림 외, 2004). 본격적인 자료수집은 2012년 5월부터 6월에 걸쳐 진행하였다. 모든 면접은 비밀보장 및 연구목적에 위한 사용 등에 대해 고지한 후 참여자의 동의를 구한 뒤 음성 녹음하였다. 자료 수집을 위해 사용한 면접 질문은 대략 다음과 같다. 1) 장애등록의 목적 2) 2007년부터 변화된 장애판정제도에 대한 의견 3) 해당 장애영역에서의 장애판정기준에 대한 의견 4) 재심의 필요성이나 의사가 있으신지, 있다면 그 이유는? 5) 장애등록 후 제공받고 있는 서비스와 서비스 욕구 6) 장애유무만을 판정하고 서비스별 대상자 선정기준 도입하는 제도에 대한 의견 7) 소득이나 재산과 연동되는 복지서비스 제공에 대한 견해 8) 향후 장애등록 및 판정제도 개선방안

3. 자료분석

심층면접도 포커스그룹인터뷰와 마찬가지로 연구 참여자가 기술한 내용으로부터 의미 있는 문장이나 구를 추출하고, 이를 기초로 일반적이며 추상적인 진술을 만들어 의미를 구성하여 주제묶음으로 범주화 한 후 경험의 구조를 기술하는 방식을 사용하였다(신경림 외, 2004). 심층면접의 경우 연구 참여자가 어떤 현상이나 경험에 의미를 부여하고, 이를 해석해나가는 방식에 초점을 두면서 결과를 분석하였다. 이 과정에서 질적 자료 분석을 위한 소프트웨어인 ATLAS.ti(Version 5.0)를 사용하였다.

4. 윤리적 고려

연구자는 연구면접을 시작하기 전 연구 참여자들에게 비밀보장과 도중철회권리에 대해 고지하였고, 면접내용 녹음에 대한 동의를 구한 후 면접을 시행하였다. 자료 분석과 결과 제시에 있어 연구 참여자의 개인적 정보가 불필요하게 많이 드러나지 않도록 노력하였다.

5. 연구 결과

1) 장애등록제도의 목적

본 연구가 장애인정과 등록에 대한 발전방안을 모색하기 위한 연구이기 때문에 연구 참여자들은 장애인등록의 목적이 무엇이라고 생각하는지 질문하였다. 대부분 유사한 의견이 도출되었으며, 실용적인 차원에서의 답변과 다소 비판적인 답변이 드러났다.

(1) 서비스 대상 및 수요 파악

대부분의 연구 참여자들은 장애인등록제도의 목적을 서비스 대상자 및 수요를 파악하기 위함이라고 인식하고 있었다.

서비스혜택 내지는 그런 사회복지 제도를 주기위한 선별심사라고 봐요. (참여자 G)

장애인등록을 해야지 정부에서 복지 서비스 실시할 때 수요라든지 예측을 할 수가 있잖아요. 대상자는 얼마나 되고 비용은 얼마나 되는지 판단할 수가 있잖아요. 장애인등록 제도가 없으면 그런 거 예측하기가 어렵잖아요. 도우미 서비스를 한다고 했을 때 수요가 몇 명이나 되나 이런거요. 진보적인 장애인들이 장애인등록 이런 게 장애인들을 차별하고 인권 문제까지 제기하고 그런 거 같은데 등록 자체는 문제가 없다고 생각합니다. 등록을 해야지 어떤 정부에서 예측 가능하고 장애인으로서의 권리를 주장할 수 있는 거 아니에요. (참여자 E)

장애인 등록을 하는 이유는 일일이 그걸 세부적으로 디테일하게 체크해놓지 않으면 그렇게 세세하게 공동체 일원들에게 배려하고 챙기는 부분이 미스도 생길 수 있고, 오류도 생길 수 있고, 체계적인 관리도 할 수 없으니까 장애인 등록이라는 건 필수적으로 해야 되지 않겠냐. 그래서 불편한 사람을 빠짐없이 챙기자. 어떤 온정적인 차원이죠. (참여자 D)

한 의사는 장애인등록의 목적과 관련하여 현재의 제도가 이상적인 목적과는 거리가 멀다고 비판한다. 서비스 대상을 파악하고 기존의 주어진 서비스의 틀 내에서 제공기준에 따라 제공할 뿐 장애인등록한 장애인이 가장 필요로 하는 서비스가 무엇이고, 어떻게 도와주면 될 지 묻는 경우는 거의 없다고 비판한다.

대체 이게 정신장애라고하면 대체 몇 명이나 되는지 국가에서는 서비스를 제공하려고 해도 전체 범위를 잘 모르니까 등록이란 어떤 수단을 통해서 우리 엔넘버를 파악하려고 노력하지 않았을까 하는 생각이 들고요 그러니까 등록을 시켰겠죠. (중략) 중요한 건 서비스 욕구라든지 그런 것들에 대해서는 별로 파악을 하지 않고 일단 뭐 딱 정해진 것 안에서 그 사람들에게 제공될 서비스 양도 딱 정해놓고 분배 하는 식

으로 되버리니까 그런 게 좀 아이디얼한 등록의 목적이라고 하면 거기엔 좀 안맞지 않느냐 이런 생각이 들고요 (참여자 J)

(2) 장애인 등록이 수급권 및 복지혜택의 도구로 전락함

장애인등록제도의 목적이 장애인에게 필요한 서비스를 제공하고 궁극적으로는 재활과 자립을 돕기 위한 것이어야 하는데, 현재 우리나라 시스템에서는 장애인의 장애등급이 수급권 또는 각종 복지혜택과 연결되기 때문에 국가의 행정적 편의를 제공하는 수단으로 전락했다는 의견이 있었다. 또한 장애인이 직업재활에 성공하여 일정 정도 소득을 갖게 되면 수급자격이 바로 박탈되기 때문에 근로동기를 약화시키고, 오히려 자립을 저해하게 된다. 장애인들이 장애인으로 등록하고, 수급자 혜택을 받게 될 때 빈번히 발생하는 문제이다.

행정의 편의주의. 행정의 원칙이라는게 책임소재를 분명히 하고 예산을 최소화하고 실제적으로 도와준다고 하지만 이 경우에 우리나라는 비전문가가 전문적인 일을 너무 많이 합니다. 책임소재를 비전문가가 책임을 질수 없기 때문에 전문가에게 덜 씹워요. 합리적인 기준을 가지고 물론 행정적인 부분이며 합리적으로 하면 문제가 없겠죠. 소위 합법적 욕구에만 토대를 맞추는 행정은 이게 빨리 고쳐져야되요. (참여자 A)

이제 가서 돈을 벌면 분명히 한계가 있음에도 불구하고 그거를 수입으로 따지잖아요. 수입으로 따져서 돈을 이렇게 많이 버는데 무슨 이러면서 기초수급자를 탈락시키고 장애등급은 그냥 유지한다 하더라도 거기에 베네핏이 적고 그걸 가지고 기초수급대상자 쪽을 탈락이 돼버리고 그러다 보니까 직업을 안가지려고 하는 거죠 일하면 더 손해래요. (참여자 J)

2) 장애판정 및 등급제도의 실태와 문제점

장애판정과 등급제도에 관해서는 다양한 의견이 도출되었다. 주로 의료적 측면이 부각되는 현 제도 때문에 사회적 장애나 직업적 장애가 파악되지 않을뿐더러, 궁극적으로 재활이나 자립에 도움이 되지 않는다는 의견이 많았다.

(1) 의료적 측면이 강조되고, 사회참여, 재활, 자립이 잘 고려되지 않는 판정제도

우리나라의 장애판정 및 등급기준은 의료적 기준에 준한다. 그런데 장애는 더

이상 의료적 기준으로만 규정할 수 없는데 왜냐하면 사회라는 환경에 놓은 장애인들이 일상생활과 사회생활을 하는데 있어서 부딪히는 장애는 결코 의료적 차원의 장애로만 설명될 수 없기 때문이다.

너무 의사들이 판정을 해가지고,, 의학적인 관점에서만 판정이 되니까 문제인거 같아요. 좀 전에 화상 환자 말씀을 하셨지만 나도 그렇게 보험회사에서 30년 가까이 환자들 대해보니까 화상환자들이 절대 사회활동을 안 해요. 사회하고 단절이 되는 거예요. 오히려 1급 다른 하반신 마비 이런 사람들보다 더 사회적으로 큰 문제를 가지고 있어요. (참여자 E)

그렇죠. 사실 그거보다는 그렇게 등록을 해 놔으면 장애인에 재활을 인증제라든가 이 사람은 시각장애인이지만 혼자 생활할 능력이 있다, 이 사람은 시각장애인지만 글을 읽고 쓸 수 있다. 이 사람은 시각장애인이지만 컴퓨터를 사용할 수 있다. 독립적인 일상생활이 가능하다. 이런 인증제가 되어야 되고, 그런 인증제를 통과한 시각장애인은 일반 사회에서 어떠한 기업에 고용될 수 있다, 뭐 이럴 수 있어야 되는데 우리는 거기까지 나가는게 아니고, 등급제에 의한 항구적인 수요자로 딱 규정을 해버리잖아요. 그렇게 규정될 바에는 그걸 뛰어넘을 수 없다면 더 많은 수요를 받는 것이 좋은거잖아요. (참여자 A)

(2) 재판정 시 등급이 낮아지는 이유와 현 제도 안에 포함시키지 못하는 장애

2007년 이후 새롭게 바뀐 장애판정제도는 그동안 몇 차례의 수정 보완을 거쳐왔다. 그런데 이 제도에 적용을 받는 장애인들의 경우 활동보조인이나 연금 신청을 위해 재판정을 받게 되는데 새로운 판정제도가 더욱 엄격해졌다고 느끼게 되는 것으로 나타났다. 이에 대해 평가기관의 관계자나 의사는 장애가 영구적이 아닐 경우 진행성이기 때문에 악화 또는 호전가능성이 있고, 그에 따라 등급이 낮거나 높아지게 된다고 설명하였다. 또한 의료기술의 발전으로 증상이 완화되는 등의 결과에 기인한 경우가 많다는 의견이 있었다.

등급 쓰는 란이 없기 때문에 저희가 등급 안 쓰고, 본인들한테도 얘기 안합니다. 얘기안하고 ‘등급이 얼마나 됩니까?’ 물어보면 ‘글쎄요 저희는 잘 모르니까 본부에서 결정 나오니까 저희가 잘 모르겠습니다.’ 이렇게 얘기는 해 드리고요 2년 후에 재판정 되는 경우에는 좀 ‘등급이 대강 이정도 될 것 같습니다.’ 라고 설명은 드립니다. 왜냐면 2년 후에 평가 받는 게 이제 발병 후 6개월 때 평가 받았다가, 그때부터 2년 후에 평가 받는 거니까 뇌병변 장애의 경우에 일부, 많은 분들이 등급이 상향 되거든요. 좋아지거든요. 그러니까 경미한 장애 쪽으로. 전환이 되는 경우들이

꽤 있습니다. 등급이 한 두 개 낮아지는 경우들은 있거든요. (참여자 K)

판정기준이 엄격해졌더라는 건 의학이 발달하다보니까 예를 들어 인공관절을 치환술 하면 예전엔 무조건 5급을 줬었어요. 그런데 이제는 인공관절을 하면 일상생활에 지장이 없기 때문에 오히려 인공관절을 하고 상태가 합병증이 생기거나 기능할 때 문제가 이런 경우에 한해서 주도록 바뀐거죠. 의학이 발달하면서 예전에는 신이식을 했다 하면 그때는 부작용이 많고 그랬어요. 그런데 요즘엔 평생 잘 살고 그러니까 조금 차이가 있는거죠. (참여자 H)

한편 같은 와상의 상태라도 현 제도 하에 등급을 받아 혜택을 누릴 수 있는 장애가 있고 그렇지 않은 장애가 있는 한계점을 가지고 있다.

일단 평가기준에 없는 장애들이 있잖아요. 기준상 노인성 치매 와상상태로 누워있는데 그리고 등록도 1급으로 되어있는데 지금 노인성치매에 대해서는 주지 말라고 규정에 노인성 치매에 대한 거는 안주고 노화로 인한 거는 안주고 이런 것들이 있잖아요. 그랬을 때 그 사람은 누워있는 일상생활을 완전히 못하는 1급인데 뇌경색이 와서 1급으로 된 사람이나 뭘 차이가 있느냐 그래서 좀 불합리하다고 얘기하는 경우가 있죠. (참여자 H)

물론 노인성 치매는 장기요양보험을 통해 서비스가 제공되고 있지만, 요양보호와 장애등급을 받아 관련 서비스를 받는 것은 서비스의 내용이나 범위가 다르기 때문에 현 장애판정제도로 커버하지 못하는 영역으로 분류해야 할 것이다.

(3) 장애등급(등록)이 복지서비스와 연동됨으로써 발생하는 문제

결국 우리나라에서 장애판정과 그에 따른 등급부여는 바로 복지서비스와 직결되기 때문에 많은 문제가 발생할 수 밖에 없게 된다. 높은 등급은 많은 혜택을 의미하기 때문에 많은 장애인들 또는 그들의 부모들은 가능하면, 또는 어떻게 해서라도 높은 등급을 받기 원한다.

일단 등록제 자체는 문제가 있겠어요? 등록한 다음에 그거에 따라서 복지 급수가 달라 지잖아요. 그러다 보면 급수를 자꾸 높이려고 할 것 아니에요 더 많은 액수를 받으니까. (참여자 A)

어쨌든 우리 부모들 사이에서 장애가 인정된 사람들, 어떤 말이 나오냐면 어차피 2급이나 3급이나 1급이나 장애등록 한 건 마찬가지고 혜택이라도 받으려면 차라리 1급 높게 받자, 이럴려면 애들 콜라먹이고 설탕이나 사탕 이런 거, 초콜릿 먹이고 데

리고 가면 애들이 굉장히 산만해지거든요. 카페인이나 단거 먹고. 그러면 이런 거 먹고 가면 의사말도 안 듣고. 그냥 막.. (참여자 G)

이러한 문제는 만성적 복지 의존자를 양산한다. 일을 해서 자립을 추구하기보다 본인의 장애등급으로 받을 수 있는 모든 혜택을 누리면서 계속 더 요구만하고 행정력을 낭비시키는 사례도 있다.

장애인이 잘 할 수 있는 것은 그걸 개발해서 일을 주어서 생산적으로 만들어야 복지가 유지되고 본인도 즐겁고 그렇게 되지 않으면 본인도 매일 얻어먹게 되면 제 주변에도 얻어 먹는게 길들여져서 10년씩 임대주택에 바우처, 수급자에 아주 누리면서 사는 사람 많아요. 그러다가 못마땅하면 여기저기 민원을 넣어서 투서하니깐 행정낭비는 계속 시키고... (참여자 A)

왜냐하면 그게 장애등급이 그 사람이 받는 복지혜택의 정도를 결정해줘서 그래요. 사실 그래서 지난 번에 그 보건복지부랑 해서 대한의약회에서 장애평가기준 만들면서 그때가 사회복지 쪽으로도 의료등급만이 아니고 다른 그 사람들의 요구도까지 같이 봐서 새로운 미국스타일의 장애평가를 합리적인거를 만들자고 했었을 때는 그렇게 되면 사실은 의사가 받는 부담은 좀 사실 적는 거거든요. 그게 아직은 흐지부지됐잖아요. 아직도 그냥, 물론 이제 진단서 발행하는 의사보다는 조금 다른 기관으로 넘어가서 제 3자의 힘으로 갔으니까 의사의 부담은 조금 일부는 줄었는데 아직도 그 사람이 갖고 있는 의료등급이, 의료장애등급이 복지등급이랑 똑같이 취급이 되니까 그거는 아직도, 거기에 대한 어려운 점은 없어지지 않죠. (참여자 K)

한 청각장애인 단체 기관장인 청각장애 당사자인 참여자 B씨는 현재의 수급제도에 대해 많은 우려를 나타냈다.

수급 후에 오히려 일하는 욕구가 많이 저하되고 일하는 능력이 있음에도 불구하고 월급이 발생되면 수급이 정지되는 것에 대해 오히려 차라리 편하게 수급을 받는 것을 원한다. 그런 것들에 문제가 많이 발생해서 나이가 많은 사람들이야 어쩔 수 없지만 젊은 분들까지 그렇게 되는 것에 우려를 표한다. (참여자 B- 수화통역)

(4) 장애등급 내 세분화/ 장애유형 간 등급 균형이 필요함

이번 조사에서는 장애등급과 장애유형에 대한 한 가지 일관된 의견이 있었다. 그것은 장애등급 내 세분화가 필요하고, 장애유형 간 등급 균형이 필요하며, 특정 장애유형 내 세부장애유형의 확대가 필요하다는 의견이었다.

장애유형하고 상관없이 장애급수만을 놓고 그 서비스의 형태가 일률적으로 지원이 되지 않습니까? 예를 들어, 뭐 그렇게 설계되었잖아요. 그런데 사실 그 장애유형별로 다양한 욕구들이 있어요. 그런데 그거를 ‘그냥 급수에 의해서 일률적으로 서비스를 지원한다.’ 라는 건 문제가 있는 것 같습니다. 그거는 서비스를 받는 장애인분들한테도 불만이 있을 것이고, 그리고 국가 역시 마찬가지로 급수에 따라서 획일적으로 전달하는 서비스가 효율적이지 못해서 가야할 사람들에게 덜 가고, 가지 않아야 할 사람들에게 더 가고 하는 그런 문제도 있을 수 있다고 생각이 되어 지거든요. 그런 측면에서 현행장애판정제도는 문제가 있다고 보여 지구요. 그래서 그 측면에서 현행장애판정제도는 개편이 될 필요가 있다 이렇게 말씀을 드리고 싶습니다. (참여자 F)

그니까 1급도 국가유공자 기준처럼 세분화 할 필요가 있을 거 같아요. 1급을 그래서 우리나라유공자들은 1급 1항, 2항, 3항 이렇게 나누는데 세 등급으로 나뉘어서 완전히 사지마비 된 사람 이상목 교수 같은 사람은 1급 1항, 척수 다쳐서 손은 쓰지만 휠체어 타는 사람들 그런 사람들이 1급2항, 그리고 맹인 시각장애인들, 의족착용해서도 보행이 정 힘든 사람들 그런 사람들이 1급 2항이고 절단자들 중 팔다리 다 절단 된 사람이 1급1항이에요. 하지 절단 되서 두 다리 없는 사람이 1급3항이에요 나도 장애인 등급 판정 보면 1급 세분화 해가지고 아까 화상환자 말씀하셨잖아요. 그 사람들도 1급을 줘야 한다고 생각해요. 그리고 청각장애인들 수화 쓰는 사람들 이런 사람도 몸 말짱하지만 최고등급이 2급이죠. 그 사람들도 최소한 1급3항은 줘야 돼요. 대인관계 너무 장애 많잖아요. 그 사람들은. (참여자 E)

따라서 동일 장애 내 동일 등급을 받더라도 기능이 현저히 다르기 때문에 더 많은 서비스나 혜택이 필요한 사람은 상대적으로 불이익을 받게 될 수 있다.

한 예를 들면 척수장애인 일 때 상지는 정상이고 하반신 마비가 온 척수장애인들이 맥브라이드법에서는 100%예요. 보행불가니까 100% 노동력 상실률이 있고, 장애인복지법에서도 두 다리가 완전 마비가 되면 1급이거든요 하지기능 1급으로 들어가 있습니다. 그런데 사실 그 분들하고 사지마비자도 똑같이 1급이거든요. 손 조금, 어깨 조금 움직이고 이러는 사람도 수술 아무것도 못하는 사람들도 똑같은 1급이거든요. 맥브라이드 똑같이 100% 뭐. 그렇게 되면 사실은 이 두 사람이 척수 손상자에서 사지마비와 하반신 마비는 완전히 삶이 다르거든요. 사지마비는 보호자가 없으면 도와줄 사람이 없으면 아무것도 못하는데 하반신 마비, 양 하지 마비만 있는 사람들은 자기가 휠체어를 타고 어디든지 갈 수가 있거든요. 그리고 얼마든지 주변에 좀 물론, 턱 있는데는 못 올라가지만 요즘은 턱을 다 없애는 상황이니까 얼마든지 자기가 독립되서 생산적인 삶도, 직장도 가질수도 있고 얼마든지 사회생활도 즐길수도 있고 훨씬 더 삶이, 라이프스타일이 전혀 다르죠. 그런데 그게 법에서는 똑같은 다 1급이잖아요. 장애인 복지법도 1급, 맥브라이드도 1급 이렇게 가는 거니까 그런 상황에서

는 전혀 다른 차이가 나는거죠.(참여자 K)

위의 사례는 동일 장애 유형 내 등급 세분화에 대한 문제이지만, 장애유형 간 등급균형이 필요하다는 지적도 나타났다.

언어장애에 말더듬증은 원인불명이 많거든요. 그러니까 이럴 경우에는 사실 그런데 언어장애는 3급 4급, 두 급밖에 없어요. 말더듬이 심하다고 평가되어 나오면 3급 줘야 되거든요. 다른데 아무런 문제 없잖아요 언어만 해서 3급이거든요. 그러니까 이제 말더듬이라는게 환경에 따라, 긴장상태에 따라 달라지는 거라서 사실은 그거는 좀 법에서 너무 많이 줬거든요 급수를. 제가 보기에 말 더듬을 갖고 3~4급을 준건 너무 많이 줘서 저희는 그거는 수정을 해야 된다고 생각이 들거든요. (참여자 K)

같은 3급을 받았어도 장애유형에 따라 장애의 정도가 매우 다를 수 있는 현 제도의 문제점을 나타내주고 있다.

(5) 새 판정제도는 기록의 불충분성과 현장성 부족으로 인한 문제가 발생함

이미 밝힌 바와 같이 장애인당사자 입장에서는 새 판정제도가 엄격해 등급이 낮아지는 문제가 발생한다고 하였다. 또한 기관실무자나 현직 의사들도 현 제도가 주로 기록이나 자료에 의존하기 때문에 기록이나 자료가 불충분할 경우 장애 당사자에게는 매우 중요할 수 있는 장애판정에 있어 합리적이고 공정한 장애판정이 이루어지기 어려울 수 있다고 지적하였다.

그거 보기도 힘든 차트인데 의사들 글씨가 개발 새발 아녘니까. 저도 몰라요 그걸 읽겠다고 차트 복사 해나가도 그걸 누가 볼지. 그 실효성도 저는 의문인데 그걸 복사해서 뭘 과연 얼마나 진정으로 그 많은 사례를 리뷰할 수 있겠느냐 불가능한 상황 이니까 그것조차 사실은 더 개선이 아니라 눈 가리고 아웅 식으로 대하게 된 게 아니냐 그런 의구심이 저로서는 들죠. (중략) 실제적으로 증상과 기능을 같이 볼 수 있는 건 주치의 밖에 없거든요. 그런데 그런 주치의들을 자꾸 불신해서 등급을 내리지 말라고 해버리면 사실 오히려 이거는 맹점을 더 강화시키는 상황이 될 수도 있다. (참여자 J)

리뷰커미티에서 자꾸 그것만(서류) 가지고 한다고 그러면 제가 아까 말씀 드린 게 임상에서 현재 기능이라든지 자꾸 싸운다든지 뭘 자꾸 산책시켜놓으면 병동을 못 찾아온다든지 그런 거에 대한 평가를 과연 차트만 보고 할 수 있느냐 차트가 환자의 모든 면을 다 커버하진 않으니까... (참여자 J)

현장에서 환자를 본 사람이 보는 관점과 서류만 가지고 판정하는 사람은 다릅니다. 저는 대학도 있었고 그랬습니다만, 대학의 차트가 마냥 잘 되어있는 것만도 아니거든요? 나는 상당히 비교적 기록을 많이 하는 편이라고 생각하는데, 나중에 판정하려고 하면 기록이 부족한 부분이 참 많아요. 그러면 의사가 태만한 탓에 기록만 제출하고 나면, 저 쪽에서 판정하는 사람은 자기 기준에 따라서 맞게 판정을 했더라도, 환자한테는 엄청난 불이익이 있단 말이에요. 그걸 구제할 길이 없어요. 그런 게 가장 현재 실행하는 제도에서 문제점이라고 저는 생각합니다. (참여자 1)

단지 기준점수를 가지고 판정을 내리는 것은 한계가 있다는 문제제기가 많았다. 특히 지적장애, 자폐장애, 정신장애 등은 날씨나 컨디션에 따라 매우 기능이 낮을 수 있는데 이러한 점을 고려하지 못한 채 1회적인 검사와 그 결과로 판정을 하는 것은 오류발생 가능성이 높다는 것이다.

나는 지적장애 같은 경우는 지금 기준 자체가 잘못됐다고 봐요. 아이들 그날 컨디션에 따라서 지적판정의 오차범위가 있는데. 1점만 모자라도 기냐 아니냐 판정을 해버리니까. 그러니까 이거는 의사진단이 아니라, 국민연금공단에서 직접 판정단을 만들어야 된다고 봐요. 그리고 3일이고 일주일이고 와서 정말 지켜봐야 된다고 봐요. (참여자 6)

서류만 가지고 한다는 자체가 문제가 있다는 거죠. 또 발달장애친구들은 정말 아까 초콜릿 먹이거나, 콜라 같은 거 단거 먹여서 데리고 간다 할 만큼 엷다운되는 게 굉장히 크거든요. 그러니까 몇 시간 봐서 하는 게 아니라 정말 3일이건 일주일이건 같이 생활해보고 판정을 해야 되는 게 맞지 않나. (참여자 6)

이와 같은 새로운 제도는 처음으로 장애판정을 받는 사람보다 이전에 장애등급을 받았던 사람들이 활동보조서비스나 장애연금 등 새로운 서비스 신청을 재판정을 받게 될 때 더욱 문제를 발생시킨다. 현 제도에서는 심사를 위해 해당 장애인의 의무기록이나 자료를 요구하는데, 오래 전 판정을 받은 장애인들에게는 이와 같은 자료가 거의 남아있지 않다는 것이다.

심사체계에서는 지금 저희가 하면서 사실 보면 그니까 신규 발병이 되어서 오는 사람들은 문제가 덜한데요, 예전에 판단을 받았던 사람들, 예전에 장애등급을 받았던 사람들이 다시 활동보조인 서비스를 받기 위해서나 장애연금을 받기 위해서 재평가를 받을 때가 제일 불만이 많거든요 그거 자료도 없고. 그래서 우리가 이제 보다보면 서류들만 갖고, 그리고 뭐 10년 전에 진단을 받고 지금 다시 판정받으라고 왔으면 10년 사이에 이 사람이 병원도 별로 안가면 자료가 하나도 없거든요. 의무기록이 없어요. 5년이 기본 연한이니까. 저희 대학병원같은 경우에는 여러 과를 전전하면

저희과에서는 10년 전에 왔던 사람도 기록이 남아있지만 개인병원이나 종합병원은 없어요 기록이. 그러니까 기록이 아무것도 없습니다. 그러면 현재 상황만 갖고 달랑 오거든요. 사실 어떤 사람은 사진도 찍지 않고, 그냥 진단서 써주세요 그러면 쓱쓱 써가지고 가져오는데, 그럴 경우에는 여러 번 자료 보안을 하면 뭐, 장애인들도 짜증내고 뭐 이렇게 자꾸 하는데, 그런 경우가 제일 어렵더라고요. (참여자 K)

이에 더불어 한 의사는 만성이나 중복장애 경우 기록만 보고 판정하는 것은 더욱 한계가 있다고 지적한다.

그러니까 대개는 만성 환자들이 해당이 되지, 초기 환자들은 해당이 안되요. 초기 환자는 뭐 어린애들이고 이러니까 그렇고. 그러니까 만성 환자들의 경우, 정신과도 그렇고 간질도 그렇고, 복지의 대상이 되지, 그렇기 때문에 오랜 경력. 그게 있는데. 오랜 경력을 적어 오라했을 때. 10년, 20년 앓은 환자가 왔을 때, 의사가 그걸 매일 자세히 적겠느냐 이 말이죠. 큰 변화없음, 이거면 되지. 그런데 그걸 가지고 저쪽에서 실제 현장에서 환자를 본 의사의 말을 못 믿고, 자기들이 차트를 보겠다하니까 문제가 있다. 지금 그 얘기에요. (참여자 I)

(6) 새 판정제도는 지나치게 많은 서류를 요구하고 절차가 복잡해 장애인의 부담을 가중시킴

기록의 불충분성이나 현장성 부재 외에도 현재의 심사제도가 요구하는 서류가 많고, 절차가 복잡하며, 이의제기 시 요구되는 서류가 과다하여 서류를 갖추기 위한 노력과 비용이 장애인 당사자와 그 가족에게 부담이 된다.

항목이 굉장히 나열 되있더라고요. 나열되었는데 그거를 해서 가져가면, 이 검사 더 해와라 저 검사 더 해와라. 이런 식으로. 그래서 시간도 많이 걸리고, 또 우리 동네 같은 경우는 시골이라 없어서 서울 나가서 해야 되요. 그리고 아이가 학교를 다니니까 일부러 시간을 빼야되. 아니면 방학 중에 하던가. 그것도 예약으로 해서 가야되니까 되게 생활하는데 계획이 다 무너지죠. (참여자 G)

아니죠. (새 판정제도는) 엄격해졌다 라기보다는 절차가 복잡해졌다고 할 수 있죠. 객관성을 담보로 한 엄격성이 아니라 행정 책임을 회피하기 위해 절차가 복잡해 진 거죠. (참여자 A)

많은 서류를 요구하거나 중복되는 내용을 요구하는 경우도 장애인의 불편과 비용부담을 가중시키는 것으로 나타났다.

서류상에 뭐 한가지면, 그거로 충분히 가능한 것이 대부분인데 환자에게 동사무소에서 ‘장애인 증명서를 해오시오’ 이거 해주면 ‘당신 장애소견서를 해오시오’ 이 내용이 똑같은 거거든요. 그 다음에 또 뭐 ‘근로능력평가서를’ ... 자기들이 서류로만 이렇게 해서 한 환자한테 이 세 가지를 쓰게 하거든요. 그런데 이거 한꺼번에 와서 했을 때는 그나마라도 환자한테 비용은 적게 부담할 수 있는데, 바쁜 시간에 이거 하나만 해가지고, 그 다음에 또 동사무소에서 이거해오라. 그 다음에 이거해오라. 내용이 똑같아요. 그런데 갈수록 이게 더 부실해요 내용이. 세 가지를 해오라 해가지고 가거든. 환자는 세 가지의 증명서의 요금을 내야할 것 아니에요. 나는 장애를 돕기 이전에 부담을 줄여 주는 게 참 중요하다고 생각해요. (참여자 I)

특히 국민연금법에 의한 장애심사와 장애인복지법에 의한 장애심사에 있어 가장 큰 차이는 장애인복지법에 의한 심사대상자들은 소득이 일정하지 않거나, 없고, 따라서 병원에 자주 가기에 어려운 사람들이 많아 서류를 갖춰 오는 게 어려울 때가 많다. 특히 이의 신청 시 추가자료 제출을 요구받게 되는데 대상자 특성 상 이러한 추가 자료를 구비해 오는 것이 쉽지 않다.

보통 이의신청이 오면 장복법은 이쪽 심사는 어려운 게 서류를 잘 안 갖춰와요. 좀 어려움이 있어요. 예를 들면 국민연금은 그래도 소득이 있고 이래서 병원진료기록이나 이렇게 많은데 이쪽 장애등록 심사쪽은 병원자체에도 가기가 좀 어려운 분들이 많이 있고, 서류들이 좀 국민연금 심사보다는 서류를 갖춰오는 게 어려움이 있습니다. 그러다보니까 원심 때는 자료를 못 냈던 부분들이 있으면 이심 때는 추가로 자료를 더 내죠. (참여자 H)

(7) 심사의 객관성을 유지하기 위한 노력

한편 자료의 불충분성, 현장성 부재, 절차의 복잡성 등과 같은 비판을 인식하고 있는 평가기관에서도 나름대로의 심사 객관성 유지를 위한 노력을 하고 있는 것으로 나타났다. 예를 들면 심사의 크로스체크, 심사업무인력 훈련 강화, 직접진단 등의 방법이다.

(직접 봐야겠다 이런 케이스도 혹시 있나요?) 네 있죠. 많이 해요. 외과적인 장애 주로 외형적인 외부장애만 본다고 보시면 돼요. 뇌병변이나 지체장애 위주로 왜냐하면 정신장애 같은 경우는 잠깐 와서 증상을 본다고 되는 게 아니잖아요. 암이 있다고 해도 간이 안 좋다 해도 잠깐 본다고 알 수 있는 게 아니잖아요. 장애유형별로 다릅니다. 직접진단이 필요한 장애 유형에 대해서는 직접진단 하고 있어요. (참여자 H)

심사자 간 이견이 있거나 할 때 여러 차례의 회의를 통하거나 심사자를 추가하는 등의 방식을 택하고 있다.

선생님들도 이견이 있을 수 있기 때문에 일단 1차 자문회의에서 아니다 싶으면 2차 자문회의도 거치고 내부적으로 혼자결정이 부담스러울 수 있기 때문에 회의나 이런 걸 통해서 여럿이 모여서하구요. (중략) 대부분은 소집해서 같이 의견을 교환하기 때문에 서로들 의견을 피력하죠. 심사자들이 사전에 다 검토된 자료를 하기 때문에 중간에서 조율을 하죠. 그러고도 안 된다 하면 다음회의에 상담을 다른 선생님한테 두 분 더 받아요. 그래서 네 분도 받죠 그러면서 조율해요. (참여자 H)

이와 같은 노력에도 불구하고, 기존의 장애등급제도와 이를 판정하는 현재의 판정제도에는 많은 개선이 필요할 것으로 보인다. 왜냐하면 도움을 받기 위한 절차가 가능하면 편리하고 합리적이어야 장애인 당사자와 그 가족의 불편함과 불이익을 줄일 수 있기 때문이다.

3) 장애판정 및 등급제도 관련 장애유형별 이슈와 필요 서비스

장애판정 및 등급제도와 관련하여 장애유형별 이슈와 필요로 하는 서비스에 대해 질문하였다. 이를 각 장애유형별로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 지체장애

지체장애에는 많은 유형이 있다. 또한 각 유형도 동일한 형태를 띄기 보다 매우 개별적이고 장애인마다 다른 장애 양상을 보여준다. 그런데 지체장애인의 경우 등급판정에 있어 타 장애보다 불리하다고 생각하는 경향이 나타났다.

① 등급판정에 있어 타 장애보다 불리하다고 생각함

많은 장애인들이 본인들의 장애가 더 중하고 어렵다고 느끼고, 타 장애보다 불리한 등급을 받는다고 생각하는 것으로 나타났다. 이러한 생각은 사실에 기반한 것도 있고, 개인적이고 주관적인 판단에 기인한 것도 있는 것으로 보인다.

제가 절단장애는 많이 봤어요. 병원 다니면서 많이 봤는데, 제가 느꼈던 심정이 ‘차라리 절단장애였으면’ 이렇게 느꼈을 때가 있었거든요. 절단장애인은 의족이나 의수를 쓸 경우 제가 느끼기에는 생활하는데 지장을 안 받겠다 싶은 정도의 손상인데도 2급을 받더라구요. (참여자 C)

한 의사는 경험에 의하면 등급판정에 있어 뇌병변장애에 비교할 때 지체장애의 경우 경미한 장애들은 등급산정에 인정되기 어려운 편이라고 진술하였다.

그러니까 예를 들어서 지체장애 하지장애 6급이나 뇌병변 장애 6급이나 이렇게들 비교를 해보면, 뇌병변 장애는 기능을 많이 봐주니까 뇌병변 장애, 경미한 장애들은 아마 뇌병변장애가 좀 더 포함될 수가 있는데, 경미한 장애의 경우에 지체장애 쪽으로 속하는 사람들은 장애등급이 안 나오니까 그렇게 얘기할 수는 있을 것 같은데요. (참여자 K)

② 경증의 경우 받을 수 있는 서비스가 없어 직업재활이 더 불리함

척수장애의 경우 중증이 아닌 경증의 장애등급을 받았을 경우 해당되는 서비스가 거의 없다. 경증이기 때문에 직업재활이 가능하지만, 직업재활을 돕는 활동보조, 근로지원 서비스가 더 절실하다. 한 연구 참여자는 어렵게 구한 직장이 15분 거리이지만, 아침에 단추를 채우거나 지퍼를 올리는 등 옷을 갈아입는데 드는 시간이 50분에서 1시간이 걸린다고 하였다.

제가 요즘 뼈저리게 느끼고 있는게 뭐냐면, 출퇴근 하는데 시간이 너무 많이 걸려요. 그러니까 준비하는 과정이 옷입는거부터 해가지고, 집을 나서기까지가 시간이 너무 많이 걸리고, 심지어는 단추를 못 채운다거나, 자크를 못 올리고 나가는 경우도 있거든요. 그랬을때는 활동보조가 필요하겠다는 생각이 들더라고요. 그런 식으로 실질적인 도움이 될 수 있는 부분으로 활동보조를 쓸 수 있게 됐으면 하는 생각이 있어요. (참여자 C)

(2) 시각장애

① 등급판정에 필요한 장애정도를 미리 알고 거짓 응답할 여지가 높음

시각장애나 청각장애 등 감각장애는 등급판정에 오류가 많다는 지적이 있었다. 다시 말하면 얼마큼 안보이는지, 얼마큼 안들리는지는 의학적으로, 과학적으로 명확히 구분해내기 어렵기 때문에 피판정자의 거짓응답이나 일부 조작에 의해 등급을 높이 받을 수 있는 여지가 있다는 것이다.

소위 시각장애와 청각장애의 경우에는 감각장애잖아요. 이거는 정확하게 의사가 판정할 방법이 없어요. 왜냐면 세상에 있는 증상이 주관증상과 객관증상이 있는데, 고혈압 같이 딱 혈압을 잴수 있는 그런 객관증상이라면 모르겠는데, 그건 지체장애한테는 가능하죠. 손가락 하나 없으면 몇 급, 다리 없으면 몇 급, 뭐 이렇게 판정을

할 수 있지만 시각장애 쪽은 심리적 요인도 많은데다가 뇌에서 보이는가와 뇌에서 해석할 수 있는냐의 인지적인 면도 들어가잖아요. 그거를 의학적으로 정확히 해석하려면 무리가 많아요. 어느 의사가 와도 정확하게 해석할 방법이 없어요. 그래서 의학적 판정 기준이지만 그 판정 기준을 만든 것이 기초 연구 없이 만들어 졌다고 생각해요. (참여자 A)

② 정보제공의 의무화

시각장애의 경우 장애판정과 관련해 한 가지 요구하는 사항은 시각장애로 판정될 경우 향후 재활을 위한 정보제공이 의무화되어야 한다는 점이었다. 시각장애인들이 장애를 입고 일찍 사회로 복귀하지 못하거나 재활에 적극적이지 못한 이유가 중요한 재활정보나 네트워크에 대한 고지가 의무화되어있지 않기 때문이라는 지적이었다.

시각장애인들이 일찍 재활에 참여하지 못하는 점. 의사가 이런 이런 점들이 있다고 한마디만 해주면 집에만 있지는 않을 것이다. 물론 집에 있는 것을 못 찾은 사회복지사 잘못이기 하지만 1300년 이방언이 시각장애인을 보고 한 이야기가 있어요. 지금 현재는 저 사람들이 거지고 시각장애인일지 몰라도 저 사람 후손에게서 재상이 나올 수 있으므로 저 시각장애인 모두를 모아서 가르쳐라. 마찬가지로. 의학적 모델에서 시각장애인을 판정받은 순간 어쩔 수 없지만 그 다음에 어떤 연계방안이 있다는 사실을 그 본인이나 그 후에 보호자, 부모에게 의무적으로 통지되는 시스템이 되어야 합니다. (참여자 A)

(3) 청각장애

① 등급판정에 필요한 장애정도를 미리 알고 거짓 응답할 여지가 있음

청각장애도 시각장애와 마찬가지로 등급판정을 높게 받기 위한 거짓 응답의 여지가 높다는 의견이 나타났다.

예를 들면 제가 80db 오른쪽은 90db 정도 되구요 최고로 들을 수 있는 소리가 그 소리를 기억한다면... 제가 소리가 날 때 버튼을 누르는게 있는데 단계별로 기억했다가 최하소리가 들릴 때 버튼을 누르지 않는 등.. 말로 설명을 어렵지만 이렇게 등급을 높이는 것이 가능하다고 생각합니다. (참여자 B- 수화통역)

② 의사소통이 안되면 등급 구분 없이 모두가 중증으로 분류되어야 함

청각장애인에게 있어 가장 어려운 문제는 듣지 못하고 말하지 못함에서 오는 의사소통의 문제이다. 따라서 의사소통의 문제는 단순히 경한 수준의 장애로 치부할

수 없기 때문에 장애판정 시 모두 중증으로 분류될 필요가 있다고 하였다.

다른 장애인에 비해 청각장애인에게는 수급자 외에 다른 혜택이 없어서 제가 원하는 건 수화통역 지원 이와 같이 제도에 대해 여러 가지 늘어나면 좋을 것 같다. 그런 판정이 꼭 필요하다기 보다는 수화통역이나 취업환경개선 의사소통 문제 해결을 해결해 주면 자동적으로 필요한 것을 많이 주게 됩니다. 의사소통이 안 되기 때문에 수급에만 의지하고 있는 분들이 많기 때문에 어쩔 수 없습니다. 농아인에게 제일 필요한 것은 의사소통 문제입니다. 그걸 먼저 해결해 줘야 한다고 생각한다. 그 문제가 해결되지 않으니 수급이나 다른 제도에 의지하는 농아인이 많기 때문에.. (참여자 B- 수화통역)

지적장애나 자폐장애에서와 같이 청각장애에 있어서도 등급구분이 큰 의미가 없다는 의견이 있었다. 왜냐하면 청력이 있어도 의사소통이나 판단에 큰 영향을 미치는 못하기 때문이라는 것이다.

제가 77db 다른 사람에 비해 저는 소리가 있는 편입니다. 그런데 들어도 판단이 되지 않습니다. 청력이 있어도 판단이 안 되기에 결국 똑같습니다. 다만 소리가 좀 더 들릴뿐이지 의사소통 판단이 되지 않고 변별력이 없습니다. (참여자 B- 수화통역)

소리의 많이 들림과 적게 들림이 의사소통에 필요한 판단력과 의미, 맥락 이해에 큰 도움이 되지 않는다는 뜻으로 해석할 수 있겠다.

(4) 절단장애

① 보조도구 구입비용이 타 장애에 비해 월등히 높아 경제적으로 매우 부담됨

한편 절단장애의 경우에는 팔이나 다리 등 신체일부가 영구히 부재한 것으로 인해 같은 지체장애 내에서도 등급을 높이 받는 경향이 있다고 인식되었다. 그러나 문제는 절단장애의 경우 보조도구 구입비용이 타 장애에 비해 훨씬 높아 경제적 부담이 큰 것으로 나타났다.

의족이 고가잖아요 비싼데 비쌀수록 성능이 좋은거죠. 기능이 그만큼 더 비쌀수록 좋아 지는거죠. 그런데 뭐랄까 건강보험에서 해주는 게 지원해주는 액수가 적으니깐 고가품 살 때 실질적인 혜택이 안 되는 거예요. 80프로 지원해 준다고 그러면 가장 저가품 기준으로 책정한 거예요. 최저가 기준으로 80프로니까 불만들이 많죠. 고가로 하면 자기돈 내가지고 거의 2-30% 밖에 못 받는거예요. (참여자 E)

② 절단장애 아동이나 청소년에게 차별화된 지원이 필요함

특히 성인 절단장애인의 경우 신체발달이 이미 이루어졌기 때문에 의수나 의족 등을 자주 교체가 필요성이 덜 하지만, 아동이나 청소년 등 성장기에 있는 절단장애인들은 신체의 변화에 맞춘 의수나 의족 등 보조기구 착용이 불가피하기 때문에 더 많은 경제적 지원이 이루어져야 한다는 의견이 나타났다.

아동이 문제죠 아동들이 크잖아요. 키가 계속 크는데 성인이랑 똑같이 3년에 한 번 혜택을 주니까 아동들이 키 큰거에 따라서 맞출 수가 없잖아요. 애들을 18세까지 큰다고 그러니까 그때까지는 1년에 하나씩 적응을 해준다던지... (중략) 아동들을 더 많이 지원해줘야 하는 이유가 용도가 다르잖아요. 의족 같으면 걸어 다니고 의수면 잡고.. 애들은 놀이를 하니까 어른보다 용도가 더 많은거예요. 어른들은 걷고 잡고 그런건데 애들은 놀이수단도 되고, 활동이 많잖아요. 애들은 그냥 가만히 안 있잖아요. 하나씩 밖에 안 해주는 게 문제예요 어떤 용도든. (참여자 E)

(5) 간질장애

간질장애는 최근에 장애유형에 분류된 장애유형으로 아직까지 등록율이 높지 않은 편이다. 그러나 현재까지의 판정기준에서 나타난 문제가 다음과 같이 크게 두 가지로 나타났다.

① 간질 횡수나 발작 종류만으로 평가하는 것은 문제가 있음

현재 간질장애 판정기준에는 자세한 발작의 임상 양상과 발생 빈도 등을 주 기준으로 하고 있는데 이러한 기준으로는 문제가 있다는 것이다.

간질의 경우도 횡수라든지, 이런 것만 가지고 이렇게 평가하도록 되어있거든요? 그런데 미리 본인이 전조증상을 느끼고 거기에 준비를 할 수 있는 여유가 있는 사람하고, 그렇지 않고 갑작스럽게 하는 사람하고 또 대발작이라든지, 소발작이라든지 이런 것하고, 대발작 같은 경우에 빈도는 적더라도 예기치 않은 데에서 그냥 뭐하면 극단적인 사고를 유발할 수 있기 때문에... (참여자 I)

② 복합적 장애를 가진 경우가 많으나 전혀 고려되지 못함

한 의사는 간질장애의 경우 다른 신체적, 정신적 장애가 중복되어 복합적으로 장애가 있는 사람이 많은데 이러한 복합장애는 더더욱 고려 받지 못한 경우가 많다고 설명하였다.

그 간질 환자중에서도 복합적인 장애가 있는 사람이 많아요. 뭐 어렸을 때 소위 브레인에 그 뭐랄까. 소아마비라든지, 뇌에 여러 가지 기능 장애가 있는 사람이라든지. 그러면 복합판정이 되는 거거든요. 그런데 지금 의사들은 간질 치료했으면 간질에 대해서만 적게 되어있지. 신체적인 장애에 있어서는 처음 한 번 적어 놓은 걸 빼놓고는 전혀 적지 않게 된단 말이죠. 그런데 차트 복사해가면, 증상만 보고하지 그 사람의 신체조건은 전혀 고려되지 않죠. (참여자 I)

③ 등록 시 낙인효과가 큼

내부 장애에 속하는 간질장애는 정신장애와 마찬가지로 장애등록 시 낙인효과가 큰 장애유형이다.

그런데 나머지 그 뇌전증(간질)이라든지 기타 장애인들은 등록 되어있는 인구가 심하게 말씀드리면 절반 정도뿐이 안 되었다고 말씀드리는데 맞을 거예요. 거의 안하죠. 왜? 특히 뇌전증 같은 경우는 크게 혜택받는게 없기 때문에, 특히 젊은 사람들 같은 경우엔, 내가 굳이 뇌전증 신고를 해서 나 간질 환자다 라고 등급이 나오면 결혼하는데도 문제가 있고, 학교 입학 하는 데에도 문제가 있고, 취업은 물론 안 되고, 그러니까 전부 숨어있어요. 그러니까 불가피하게 국가에서 살기 위해서 국가의 혜택을 필요로 하지 않는 나머지 장애인들은 숨어 있다고 봐야 되요. 거의 숨어있다고 봐야죠. 말 않죠. (참여자 D)

(6) 정신장애

① 정신장애 유형과 등급을 다양화 할 필요가 있음

현재 우리나라에서는 정신장애 유형에 정신분열증, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애 등 4개의 장애유형으로만 분류할 수 있다. 이렇게 제한적으로 장애유형을 규정하다보니 수많은 정신장애 유형을 단지 4개의 유형으로만 억지스럽게 범주화해야 하는 문제가 발생한다.

우리나라 (정신)장애진단은 딱 네 개 예요 그니까 그 사실은 이미 십년이 지금 지난 시점에서는 진단 영역을 확장시킬 필요가 있고 그런 거에 대한 거는 지금 진단 기준 자체가 이 메이저싸이코틱디스오더에 한한 그것만 해놔서... 뭔가 환자를 좀 도와주고 싶어도 진단명에 해당이 안되니까 약간의 싸이코틱한 환자가 정신분열증이 된다든지, 경증의 우울증환자가 반복적인 우울장애 환자로 분류된다든지, 이런 게 많은 거죠. 자꾸 4개 영역으로만 제한을 하다보면 거기에 끼워 맞춰야 되니까 이런 웃기는 현상이 생길 수도 있는 거죠. (참여자 J)

등급에 있어서도 경증장애 유형을 만들어 증상이 완화되거나 회복되었더라도 지속적인 직업재활과 사회재활을 위해 어느 정도의 지원은 제공해야 한다는 의견이 있었다.

재활해서 취업했다 그러면 5급 , 5급 카드 가지면서도 베네피트중에 일부는 유지하고 이런 식으로 하면 5급 좋다 이럴 거 아니에요 그런데 3급에서 탈락되면 아예 떨어지니까 그럼 이 사람은 계속 중증에 있으면서 '중증이 어떻게 돈을 벌어' 이게 안 맞거든요 아니 중증장애인이 어떻게 한 달에 80만원을 벌어 이게 말이 돼? 그럼 잘라야지 이렇게 되어버리다 보니까 모 아니면 도 식의 리커버리 이렇게 되어 버리니까 그레이존이 전혀 없는 거죠. 그러니까 경증의 정신장애다 라는 그런 개념 중에 능력저하 정신장애 이런 식의 개념을 가져야된다 증상은 있으나 일시적으로 능력이 좀 저하되는 아예 장애까지 가진 않지만 기능이 좀 저하된 그런 개념을 만들자고 해서 정신보건법 상에 정신질환자에 대한 정신 질환자라 함은 정신 장애인이라 함은 능력 저하 질환자라 함은 이런 식으로 해서 나눠놓자는 개정안을 반의 했다가 통과가 안된걸로 알고 있습니다. 사실 저도 그런 게 좀 필요했고 능력 저하 라는게 1, 2, 3급까지 안가더라도 4, 5, 6급이라든지 범위가 좀 넓으면 .. (참여자 J)

② 등록 시 혜택보다는 낙인효과가 훨씬 큼

정신장애인은 장애등록 시 타 장애에 비해 낙인효과가 큰 장애유형으로 알려져 있다.

정신장애 이러면 전부다 중증장애다 보니까 그니까 문제는 베네피트를 많이 받는건 좋은데 이 스티그마가 또 많다는 거죠. 정신장애는 전부다 심각 하구나 남들이 볼 때 4, 5, 6급이 있는데 여기는 4, 5, 6급이 없어 전부 중증이야. 그니까 일반인들의 머리 속에 다른 장애인에 비해 정말 심각 하구나 정신장애에 걸리면 심각 하구나 그런 거 때문에 정신 장애인에 대한 사회적인 낙인 이라든지 편견 그게 더 심해질 수 있어서 정신과의사 일부에서는 왜 정신장애는 오, 6급이 없느냐 그런 것도 좀 만들어서 일, 이, 삼급이 아니고 회복된 사람들 범위를 더 넓게하는 게 필요하지 않겠느냐. 너무 중증으로 다 분류해 버리니까 남들이 볼 땐 다 스키폰레니아 정신 중증 이라고 이렇게 인식이 되어 버리면 이 사람들이 회복 되도 사회에서 받아주지 않는 그런 부작용이 있다. (참여자 J)

(7) 뇌병변장애

① 타 장애에 비해 호전 가능성 때문에 등급변화가 심함

뇌병변 장애의 경우 타 장애에 비해 등급변화가 빈번한 편이다. 상태 호전이나 치료효과로 인해 중증에서 경증으로 변화할 가능성이 높기 때문이다. 따라서 호전

이 되기 전 높은 등급을 받았던 장애인이 향후 건강이 좋아져 낮은 등급을 받게 되면 상대적으로 복지수혜에 대한 박탈감이 생길 수도 있다.

뇌병변장애의 경우 등급이 많이 바뀌는데요 왜냐면 뇌병변장애는 대부분 발병 후 6개월에 다 장애진단을 받아요. 그 진단을 받는 그분들의 마음속에 하나는 좀 더 심할 때 받는 게 등급이 잘 나오니까, 두 번째는 사실은 뇌병변장애는 6개월 가지고 판정은 안 되거든요. 최소한 1년은 있어야 하는데, 저 같은 경우에는 6개월 지나서 판정해주는 경우가 저한테 진단을 받을 경우에는 중증일 경우에는 중증 1급 정도는 앞으로 몇 달을 지나 봐도 차이가 없을 것 같은 분들은 해주고, 좀 젊은 사람들에서 40대, 4~50대면서 회복이 가능성이 있는 사람은 저는 거의 한 1년까지 가까이 미루거든요. 몇 달 조금 더 미룹니다. 만 1년은 아니지만, 앞으로 2~3개월 더 경과를 보고 좋아지시면 조금 더 기다려셔야 되고 변화가 없으면 해드리겠습니다. 해가지고 저는 미뤄서 하기 때문에 2년 후 재판정할 때 이제 등급 차이가 많지는 않게 되는 데요 그러지 않은 경우에는 많은 분들은 초기 중증으로 나왔지만, 나중에 좋아지면서 등급 변환이 많이 돼요. (참여자 K)

(8) 언어장애

① 타 장애보다 등급이 후함

한 전문의는 타 장애보다 언어장애의 경우 장애등급이 후한 편이라고 하였다. 이는 언어장애인에게는 혜택이 될 수 있고, 나름의 고충이 있겠지만, 장애판정 및 등급제도 전체로 볼 때는 구체적인 조사가 이루어진 후 조정되어야 할 부분이라고 하겠다.

이제 말더듬이라는게 환경에 따라, 긴장상태에 따라 달라지는 거라서 사실은 그거는 좀 법에서 너무 많이 줬거든요 급수율. 제가 보기에 말 더듬을 갖고 3~4급을 준건 너무 많이 줘서 저희는 그거는 수정을 해야 된다고 생각이 들거든요. (참여자 K)

(9) 안면(화상)장애

화상장애는 사회적 장애가 큰 장애이다. 현재는 안면장애의 범주에 포함되어 있지만, 화상장애인의 장애원인은 대부분의 안면장애인들과 다르기 때문에 다른 각도에서 바라보고 지원해야 할 필요성이 높은 것으로 나타났다.

① 안면장애와 장애원인이 다르기 때문에 별도의 구분이 필요함

화상장애는 화상에 대한 충격이나 치료에서의 통증, 치료 후 변화된 자기모습에

대한 충격, 사회적 관계에서 거부당할 때의 충격 등으로 일반적인 안면장애와는 또 다른 고충이 있다. 또한 지속적으로 수술을 받아야 하는 경우가 많고, 일상생활에서 겪는 고통의 유형이 다르기 때문에 구분이 필요하다는 것이다.

안면변형이 아니라 화상 장애 영역으로 따로 그렇게 원인에 의한 장애. 그러니까 ‘결과로서가 아니라 원인에 의한 장애로 따로 이렇게 바뀌었으면 좋겠다.’ 는 게 제 생각입니다(장애판정제도 개선이 필요함-안면/화상장애 등 원인에 의한 분류). (참여자 F)

② 사회적 장애가 심한 장애이므로 장애범주 확대가 필요함

사실 화상장애의 경우는 팔이나 다리를 못 쓰거나 하는 등의 기능상의 문제보다는 사회적 장애가 훨씬 심한 장애이다. 화상부위로 인해 사람들의 시선이 가장 문제가 되고 이는 결국 사회생활을 어렵게 한다. 따라서 현재의 기능장애 위주의 장애판정 질문지 등은 화상장애인의 사회적 장애도 판정할 수 있는 질문까지 포함되어야 한다는 주장이 있다.

그래서 저 같은 사람들, 그러니까 이제 기능상의 장애는 없지만 어떤 사회생활 하는데 있어서, 분명하게 어떤 차별과 불리한 조건을 가진 사람들, 남들하고 같이 경쟁을 해서 동일한 조건에서 경쟁할 수 없는 사람들이 있거든요. 이런 사회적 장애를 가지고 있는 사람들에게 대한 범주를 좀 확대해야 된다고 봅니다. 저는 화상으로 인한 안면장애지만, 화상으로 인한 노출부위까지는 다 장애로 넓게 좀 봐줘야 된다는 거죠. 예를 들면 손 같은 경우에도 심하게 화상 입으신 분들이 굉장히 많거든요. 보기가 정말 흉할 정도로, 그런 사람들도 역시 그렇다고 여름에 장갑을 끼고 다닐 수 있습니까 아니면 뭐 어떡할 수 있겠습니까 사회생활의 기본이라는 게 또 악수도 하기도 하고, 그런데 그 손을 보면 놀라거든요. 그래서 그런 장애의 범주를, 좀 더 넓게, 좀 더 포괄적으로 좀 더 넓게 좀 봐줘야 하지 않겠나. (참여자 F)

③ 요금 감면 등의 혜택보다 의료적 지원, 연금액 상향조정이 더 절실함

화상장애인은 외출을 잘 하지 않는다. 못한다고 말하는 것이 더 적절한 표현이다. 화상으로 인해 얼굴 등이 거부감을 줄 수 있기 때문에 자의 또는 타의에 의해 외출을 거의 하지 않는 것이다. 이런 장애인들에게 KTX, 비행기 등 할인보다는 현금지원이나 실제적인 연금 지원이 훨씬 절실하다고 한다.

화상 입은사람들이 원래 공공기관이나 공중에 노출되기를 꺼려하고 사회적인 시선을 꺼려하고 이런거를. 예를 들면, 자기가 차가 있으면, 차를 가지고 자기가 원하는 것을 이렇게 비장애인이 갈 수 있는 것처럼 화상입은 사람도 그 사람들이 자유롭게 갈

수 있도록 그 사람들에게 약간의 교통 바우처 같은 걸 줘서 결제를 하게 하면 어떻겠느냐. (참여자 F)

(10) 지적 및 자폐장애

① 1,2,3 등급 구분이 의미가 없음

지적 및 자폐장애에 대한 심층면접에서는 FGI 결과에서와 마찬가지로 등급 구분이 전혀 의미가 없다는 의견이 많았다.

그런데 1급이나 3급이나, 자폐성장애나 지적장애는 별 차이가 없거든요. 생활하는 거나 일상생활, 사회생활, 직장생활 다 차이가 없다구요 정말. 사회생활 하는 데는. 그러니까 1급만 그중에, 다 똑같은 놈 중에 1급만 준다고 하면, 정말 기를 쓰고라도 그렇게 한다는 거지. (참여자 G)

오히려 1급이어도 3급 같은 장애인이 있고, 3급이어도 더 중증인 장애인이 있다는 것이다. 이것은 단지 지능점수 등의 장애판정기준을 넘어서는 사회성 훈련, 일상생활 훈련, 자립훈련에 따라 차이가 발생하는 것을 의미하는 것이다.

② 2년을 주기로 재심사를 받아야 하는 것은 의미가 없음

현재 지적 및 자폐성 장애의 경우 2년 주기로 재심사를 받도록 되어있는데 발달이 끝난 성인 장애인들에게까지 이러한 기준을 요구하는 것은 무리가 있다는 의견이다.

발달장애 친구들. 자라면 성장하는 나이가 있잖아요. 연령대가 있는 건데. 성인이 된 발달장애인들에게 다시 받으라고 요구하는 거는 무리다라는 생각이 들어요. 이미 성장은 끝났고, 그런데도 불고하고 장애인이 훨씬 더 좋아졌거나, 훨씬 더 퇴행을 해서 나빠졌거나 그럴 때에는 본인들이 아니면, 받고자 하는 사람들이 신청을 해서 다시 받아야 맞는 거지. 이것을 2년마다 한번 씩 강제로 해논다는 거는 지원도 없는 상태에서, 지원해주지 않는 상태에서 2년마다 재심을 해야 되는 이유를 모르겠어요. (참여자 G)

(11) 내부장애

① 의료비 지원을 위해 등록함

현재 우리나라에서 내부장애로 분류하고 있는 장애는 심장, 신장, 호흡기, 장루·

요류, 간질 등 5개이다. 이들 장애는 주로 의료적 서비스에 대한 욕구가 높고, 그에 따라 장애등록을 하는 것으로 나타났다.

저는 장애인 등록을, 투석을 해야 되니까 치료비를 감당 못하고 그러니까 장애인 등록을 했고요. 그렇지 않으면 아마 장애인들 굳이 그런 이유가 없다면 살기 위해 마지못해 한 거지 굳이 할 이유는 없다고 생각을 합니다. (참여자 D)

② 낙인과 소외현상이 큼

내부장애의 경우에는 장애인으로 자기를 인식하기보다 환자로 인식하는 경우가 많다. 그만큼 의료적 욕구가 더 시급하기 때문이다. 그러나 의료적 문제와 더불어 사회적으로 소외되거나 돌봄을 받지 못하는 것에 대한 욕구도 나타났다.

그, 일단은 심장 같은 경우에는, 심장 같은 경우에는 어딘가에 가서 치료를 하거나 뭔가를 해야 되니까 병원에 가서, 병원 신세를 져야 되니까. 물론 다른 것도 뭐, 병원 신세를 지지만은. 그래서 그 불가피하게 이렇게 노출이 100% 다 되어 있어요. (참여자 D)

저도 이렇게 많이, 이렇게 간 질환, 저는 이제 그런 카페에 가입 되서 이렇게 정모에도 나가고 하거든요. 그런데 그 분들이 크게 이렇게 뭐 이렇게 뭐를 더 해줬으면, 뭐를 더 해줬으면 국가에서 뭐 이런 얘기는 별로 못들은 것 같아요. 왜냐면 그 분들이 항상 소외당하고 있는 거, 외로운 거, 예. 외로운 거, 소외당하는 거, 이런 거를 호소를 많이 하지, 국가에서 뭐 더 해줬으면, 이런 거는 없어요. (참여자 D)

4) 소득이나 재산에 따른 복지서비스 차등 지원에 대한 의견

이미 여러 번 언급한 바와 같이 우리나라 복지서비스는 장애등급 및 장애등록과 연동되고, 소득기준이 복지수혜의 가장 중요한 기준으로 작용한다. 따라서 소득과 연동되는 복지서비스에 대한 의견을 들은 결과 다음과 같이 찬성, 반대, 또는 유연성 있는 제도 등 세 가지 의견이 나타났다.

(1) 찬성

찬성을 하는 입장에서는 가난한 사람과 부유한 사람에게 보편적 복지라는 이름으로 똑같은 서비스를 제공하는 것은 불공평하며, 예산이 낭비되고, 세금부담이 커

질 수 있다는 이유로 차등지원을 찬성하였다.

일단 일정 소득이 있고 안정이 되면 아무래도 서비스를 덜 받아도 크게 불만족 하지는 않을 것 같아요. 저 같은 경우에는. 대부분의 장애인들이 지금 현재는 뭐 사회적인 활동을 안하고 있기 때문에 뭔가 그 안하면서 혜택을 받으려고 하는 거는 그것도 약간 불합리하다고 생각하거든요. 될 수 있는 한 하고, 부족한 부분에 대해서 지원을 받는게 낫지 않을까. (참여자 C)

장애등급이 높다고 모든 혜택을 소득수준에 관계없이 똑같이 받을 순 없죠. 왜냐하면 장애등급하고 복지혜택이 똑같이 가는 우리나라 실정에서는 소득수준에 따른 차별은 저는 뒤야된다고 생각을 하구요. (중략). 예를 들어서 어디갈 때 비행기값 할인 해주고 이러는 혜택은 그거는 뭐 국가가 주는게 아니잖아요. 민간차원에서 주는 건 똑같이 주고, 국가에서 돈으로 줘야 되는 경우, 지금처럼 돈으로 보상을 해주는 경우에는 그거는 당연히 차등을 뒤야겠죠. 그래야 어려운 사람이 중증장애인이 되도 불만이 없죠. 그렇지 않으면 똑같은 중증장애인인데 저 사람은 돈을 많이 벌어서 으리으리한 저택에 사는데도 혜택을 똑같이 많이 본다 그러면 늘 이사람은, 늘 억울하잖아요. 장애인이 된 것도 억울한데, 혜택도 똑같이 나누면 나는 억울하다고 생각할꺼니까, 그 복지혜택주는 거는 국가에서 일시불로 주는 거는 소득수준에 따라, 지금처럼 소득수준에 따라 줘야한다는 생각하는데요. (참여자 K)

(2) 반대

반면 차등지원을 반대하는 입장은 크게 다음의 두 가지 이유로 반대하는 것으로 나타났다.

① 소득에 따른 서비스 차등 지원은 중산층을 빈곤층으로 추락시킬 수 있음

현재는 수급권자가 아니지만, 장애로 인해 추가되는 비용이 과다할 경우 빈곤층으로 전락하고, 이는 결국 장애인 당사자와 그 가족에게 큰 문제가 되기 때문에 소득수준에 따른 차등지원을 반대하는 것이다.

예를 들어, 화상장애인의 경우에는 화상을 입은 후 적게는 수차례, 많게는 수십 차례의 수술이 필요하다. 그런데 이러한 수술의 대부분은 매우 비용이 비싸기 때문에 장애인과 그 가족은 경제적으로 매우 큰 압박을 느낀다. 몇 회의 수술만 하더라도 이미 중산층이 빈곤층으로 전락하게 될 위험이 나타난다.

소위 이게 중산층이라고 하는 집안도 화상을 크게 한번 입었다, 그런데 이게 산재나 이게 아니고서는 이걸 전부 가게 부담입니다. 중산층이 한순간에 하층을 전락하는

거거든요. 현재 소득있는 거 가지고는 그 소득가지고 판정해서 지원한다는 것은 조금 문제가 있다는 거죠. 그래서 소득을 서비스제공선정기준에 포함시키는 것에 대해서는 반대합니다. (중략) 분명히 그 장애로 인해서, 발생하는 추가비용이라거나 이런게 있을 수 있는데, 그거를 이 사람이 돈을 적게 벌고, 많이 벌고, 그것으로 인해 그런 걸로 차등을 뒀서, 서비스를 차등해서 달리해서 주고 한다는 게 이게, 그걸 관리하는데 들어가는 것도 상당히 효율적이지 못할 것입니다. 차라리 그 장애로 인해서 발생하는 비용은 엄연히 존재하는 것이고, 그거는 소득하고 상관없이 주자, 이게 제 생각입니다. (참여자 F)

② 부모의 소득보다는 장애당사자의 소득과 근로능력을 고려한 지원이 필요함.

지적, 또는 자폐장애의 경우 부모들이 부모 사후를 위해 장애자녀에게 남겨줄 유산을 모으는 경향이 있다. 따라서 부모들의 재산이나 소득기준으로는 부모 생전이나 부모 사후에 장애자녀에게 국가적 복지혜택이 돌아갈 가능성이 없어지기 때문에 이에 대해 반대한다.

당사자의 소득기준으로 해야죠. 부모가 언제까지. 유산을 남겨주고 안 남겨주고의 문제는 일반사람들도 마찬가지거든요. 부유하게 사냐, 안사냐의 문제는 그 사람이 가진 그냥 환경인 것이지. 이게 기준이 되어서는 안되죠. 부모의 소득기준은. (참여자 G)

요즘 재산을 기준으로 판정을 많이 하는 것 같습니다. 그런데 제가 알아보니 장애인 부모님이 늙어서 자신이 죽으면 장애인 생활하는데에 어려움이 많기 때문에 재산을 많이 자녀를 위해 남겨둡니다. 그래서 부모님이 주시는 재산 때문에 장애인은 실제 소득이 전혀 없는데에도 저소득이란 판정을 받기 어려운 것들이 있습니다. 이걸 재산을 물려주지 말하는 것과 똑같습니다. 부모님이 자기 위해서 힘들게 고생해서 재산을 물려주려고 하는데 사회적 법. 제도 문제 때문에 혜택을 못 받게 되는 경우가 많이 있습니다. 재산보다는 일하는 능력을 중심으로 보고 판단하면 좋지 않을까. (참여자 B- 수화통역)

(3) 유연한 척도가 필요함

소득을 기준으로 수혜자격을 정하고 있는 현재의 제도에 대해 유연한 스케일이 필요하다는 의견이 있었다.

그것도 그렇죠. 사실 그런 슬라이딩 스케일 같은 게 좀 있으면 훨씬 더 공정하고 타당하게 다들 생각 할 텐데 그건 주냐 안주냐 있으면 주고 없으면 안주고 딱 두개다 보니까 사실은 뭐 똑같은 일인 거 같아요. 그러다 보니까 자꾸 등록을 하게 되고 탈

락되지 않으려고 하고 등급을 올리려고 하고 이런 것 자체가 유연한 스케일 자체가 없으니까 탈락되면 아무것도 없고 절박하고 그런 것들을 어쩔 수 없이 그렇게 제도로 유인을 그렇게 하는 상황밖에 안 되는 거 같아요. (참여자 J)

5) 장애판정 및 등급제도 개선방안

향후 개선되어야 할 장애판정 및 등급제도에 대한 연구결과는 다음과 같다.

(1) 서비스별 개별 판정 및 개인 요구에 기반한 서비스 제공

현재의 판정 및 등급제도가 의학적 기준에 주로 달려있기 때문에 재활이나 자립, 사회생활을 향상시키는 방향으로의 전환이 필요하고, 그러기 위해서는 장애유무만 판정하고, 서비스별로 개별 판정하거나 개인의 욕구 사정에 따른 서비스 제공이 이루어져야 한다는 의견이 많았다.

그런데 그런 것들이 지금 현행장애판정체계에서 어려우니까 일차적으로 기초 판정 같은 걸 하고, 그 이차 서비스를 받고자 할 때, 그때마다 이차판정을 해서 개별판정을 해서, 서비스를 받을 자격이 되는지 안되는 지 여부를 물어보는 게 그게 타당하지 않겠나 하는 게 제 생각입니다. 이렇게만 되면 적어도 지금의 현행장애판정제도로 인해서 받아야 될 걸 받지 못하고, 받지 않아도 될 걸 받아서 야기되는 불합리하고 효율적이지 못한 이런 예산집행을 막을 수 있죠. 지금은 국가차원에서도 효율성이 떨어지고, 소비자만족도가 떨어지는데, 사실 재편을 해보면 어떻겠느냐 그래서 예산의 예산집행효율성을 높이고, 서비스 받는 장애인의 서비스만족도도 높이는 그런 방향으로 재설계해보면 어떻겠느냐 하는 것이 제 생각입니다. (참여자 F)

따라서 장애인들은 동일 등급 내 일률적 서비스가 아닌 개인의 상황과 선호를 고려한 서비스가 가능해 개인의 선택권을 행사할 수 있어야 한다고 생각한다.

화상 입은 사람들이 원래 공공기관이나 공중에 노출되기를 꺼려하고 사회적인 시선을 꺼려하고 이런 거. 예를 들면, 자기가 차가 있으면, 차를 가지고 자기가 원하는 것을 이렇게 비장애인이 갈 수 있는 것처럼 화상 입은 사람도 그 사람들이 자유롭게 갈 수 있도록 그 사람들에게 약간의 교통바우처 같은 걸 줘서 결제를 하게 하면 어떻겠느냐. 일정한 바우처에 이 사람의 개별판정을 해서 이 사람은 정말 상태가 중해서 이 사람은 여행가는 것도 상당한 애로가 있겠다하면, 애가 차가 있겠다 하면 ‘그래. 너 차타고 갈 때 한 십만원정도 쿠폰줄테니까, 한 십만원 한도 내에서 니가 니 차를 가지고 운행을 해서 하라고 한다거나.’, ‘이런 식의 개별판정을 받게

해서 받을 수 있는 사람에 한해서 준다거나 이런 식으로 다시 재설계를 하면 어떻겠느냐.’ 이런 거죠. 그렇게 되면 뭐, 굳이 여기에 같이 동반자 할인 이런 거 다 필요 없거든요. (참여자 F)

결국은 이 사람의 지원의 정도를 알고 싶다면 법적으로 맹인으로 대우를 받아야 되느냐 아니냐를 분류해 놓고 지원의 정도를 따로 측정을 해야지 처음부터 사람을 등급으로 매겨 놓고 이 사람을 이 지원이면 합당해 라고 한다면 솔직히 얘기해서 나는 교사고, 공무원이고 한 달에 월급이 삼백만원이 넘는데 왜 지하철이 무료여야 되냐 그 돈 아껴서 다른 사람 주거나 하지. 그렇지만 사실 나는 받을 수 있는 이상 포기 는 안하죠. 경제적 이익이니까. (참여자 A)

그러나 이러한 서비스별 대상자 기준 선정에 대해 우려를 나타내는 목소리도 있다.

그것도 혼란일거예요. 제가 볼 땐 그룹은 정할 수 밖에 없고 그룹 내에서도 장애유형별로 정할 수 있는 게 있겠죠. 저 같은 경우는 다른 장애 내과장애 이런 경우는 뭐 힘들면 병원으로 대부분 하지만 다른 뇌병변이나 지체나 영구적 장애들은 좀 활동보조를 2급 전체 확대가 어렵다 이러면 뇌병변장애만 좀 확대하면 어떨까 이런 개념처럼 어떤 장애의 그룹을 정하는 건 정하는 대신에 거기 내에서 서비스를 또 개별 서비스로 접근하면 되지 이걸 다 흐트러서 1에서 6급을 한통속으로... 미국이 그럴 줄아요 거기가 유무만 체크하는 거잖아요. 그렇게 하면 서비스대상자 230만명이다 이러면 장애인 거기 내에서 다 찾아주기는 어려울 거라고 봐지죠. (참여자 H)

(2) 지나치게 다양하고 복잡한 기준적용은 현실적으로 무리가 있음

서비스별 기준 적용이나 개인별 사정에 따른 서비스 지원은 객관화 된 기준이나 척도가 필요한데 아무리 이상적이고 좋은 제도라고 해도 현실적으로는 너무 복잡하고 기준 마련이 가능하지 않을 것이며, 오히려 이러한 제도를 악용하는 사람들도 생겨날 것이라는 부정적 견해가 있었다. 특히 의료전문가에게서는 이러한 의견이 지배적이었다.

서비스 욕구에 근거해서 사실 해야 되는데 그런 욕구에 근거해서 한다 그러면 좋죠. 그런데 그런 것들을 장애인 등급에 대한 그로스한 베네피트를 정하지 않고 너무 인디비주얼라이즈드 시켰을 때는 과연 가능할까 우려가 되요. 인력이라든지 정부재원이 더 많이 필요 하죠. 우리나라 수준에서는 제 생각엔 불가능할거 같고 스웨덴이나 스칸디나비아 쪽의 복지 인력이라든지 그런거에 대한 축적된 경험이라든지 일반인들의 컨센서스 라든지 이런 것들이 같이 되어야지 가능한 거지 애는 어린앤데 웃을

양복을 입히려고 하면.. 아이디얼하긴 하지만 우리나라 시스템에서는 저는 성공하긴 어려울 거라고 생각이 되요. (참여자 J)

또한 제도가 복잡해지면 결국 자기주장을 할 수 있는 사람들만이 혜택을 받을 수 있지, 정작 자기를 옹호하지 못하는 장애인들은 더욱 소외될 것이라고 하였다. 또한 제도가 악용될 여지가 높아지게 된다는 것이다.

그렇게 따지기 시작하면 제도를 만들기가 굉장히 어려울 것 같아서, 저는 사실 의사의 입장, 환자의 입장 고려한 것보다도, 국가의 정책을 세우는 사람이 가능한 한 척도로 할 수 있지만, 너무 다양해져버리면, 적용하기가 굉장히 어렵고, 악용의 소지가 많다 생각해서. 사실 가능한 한 정책입안자의 편을 들어서 생각하는 편이거든요. (중략)... 사실 시혜를 한다, 어떤 것을 준다 할 때는 요구를 다 충족을 할 수가 없는데, 사실은 요구를 받아야 할 더 많은 혜택을 받아야 할 사람들은 자기주장을 할 줄도 모르고 그런 배경이 없는 사람들이 더 많아요. 그러니까 그런 제도를 만들어 놓는 것 자체는 아이러니하다고 생각하는데, 뭐 복잡하게 만들어 놓으면 만들어 놓을수록 악용하는 사람들에게만 유리하지, 진짜 소외된 사람들은 구제될 길이 없어요. (참여자 I)

더욱이 새로운 서비스 기준을 마련하게 되면 현재 받고 있는 서비스를 받지 못하는 장애인들의 저항이 만만치 않을 것이라는 의견도 있었다.

의료적인 거는 장애 유무, 유무만 결정을 하고 이런 방법도 있는데 그런 방법을 써도 한동안은 시끄러울 거예요. 왜냐하면 기존에 받았던 사람들에 대해서 그걸 없앨 수는 없잖아요. 기존에 이미 등록장애인들이 전 국민의 5%고 그 사람들의 반 이상은 받았던 혜택들을 다시 재정비를 하든지 아니면 그거는 그대로 인정해주고, 새로운 등록하는 사람만 이렇게 하는 방법도 있긴 있는데 어쨌든 늘 불만의 소지는 다 있죠. 그러니까 원하는 만큼을 나라가 다 해줄 수 아직은 없으니까. (참여자 K)

(3) 판정에 주치의 참여, 판정의사 보수교육 강화, 심사절차의 간소화

현재의 판정제도에 있어 현장성이 부족하고, 피판정자의 상태를 가장 잘 알 수 있는 주치의가 배제된다는 것은 문제가 있다는 의견이 많았다. 따라서 판정에 주치의 참여가 가능해져야 하고, 판정의사들의 보수교육을 강화하며, 심사절차를 간소화해야 한다는 의견이 있었다.

나는 여기서 기록만 가지고 하는 게 아니라 현재 판정할 때 당시의 상황을 자세히 적고, 그것을 그 자료를 갖고 자기들이 다시 평가하는 건 좋은 일이라고 생각해요.

서로가 양쪽에서 크로스 체크하는 것은. 그런데 여기서는 그냥 자료만 보내라. (참여자 I)

장애 판정을 모든 의사들이 그냥 의사면허만 가지면 다 할 수 있게 하는 건 저는 반대구요, 내가 장애 판정을 하고 싶다 하면 일정 어떤 의무 교육 시간이라든지 이런 걸 통해서 퀄리파이드된 판정을 시키는 의사를 하던가... 장애인 판정은 그 판정하면서 돈 받는거 그게 중요한 게 아니라 정말 중요한 스케일을 객관적으로 적용하고 말썽이 없게 공정하게 서비스를 제공하려면 아니면 기관을 지정해서 일정 종합병원급이라든지 정신병원도 어느 정도 규모 이상의 것을 해서 좀 공정하게 하게 도와준 다든지 그런 것들 둘 중에 하나라도 좀 됐으면 좋겠어요. 옛날에도 두 가지 얘기했었는데 지금 아무것도 안 되어있어요. (참여자 J)

이제 그전에는 장애를 갖다가 평가 할 수 있는 기관이 정해져있었잖아요. 일정 규모라든지 대학병원이라든지 그거를 개원의들해서 짝 풀어놔버리니까 소위 이것을 장애등급을 판단을 하는 의사들의 집단 의식이라든지 스킴이라든지 이런 것들이 부족한 상황에서 판단할 수 있게 확대를 해놓다 보니까 사실은 그게 더 좀 문제가 생기는 거 같아요. 그때 보완책으로 같이 논의 했던거 자체는 그러면 어떻게 보면 장애를 등급을 지정 병원식으로 해보자는 의견도 있었고 의사들에 대한 적어도 그러면 장애 진단을 내릴 수 있는 의사는 보수교육을 받은 사람이 하게하자는 등 퀄리티를 어느 정도 부여하고 그리고 보수교육을 받으면서 할 수 있게끔 그런걸 좀 보완하자 그런 의견도 났었는데 그게 이제 받아들여지지 않았고 오히려 자꾸 불신하게 되는거죠 미국도 마찬가지지만 환자들을 위하다 보니까. (참여자 J)

점점 장애인입장에서 좀 비용지원이라든가 찾아가는 서비스 뭐 이런걸 하는데 한계가 있으니까 좀 더 이런 쪽 비용을 많이 지원해 주고 그담에 그분들이 심사받으려면 오고 이런건데 거꾸로 그 입장에서 찾아가주는 방문서비스 지자체도 마찬가지고, 그담에 서류나 이런 것들을 지자체로부터 아예 접수해서 가져오는데 아예 그쪽에서 스캔으로 떼서 접수 오면 쉽게 시간이 좀 단축도 될 테고 이런 부분이라든가 장애인 등록 시스템 자체에서 민원들 서류 간소화라든가 비용지원이라든가 이런 것들 좀 해주면 좋겠고 의료기관에서 장애 쪽에 어떤 진단비용을 복지부나 이런데서 해주는 거잖아요 지원할 수 있다면 일반인하고 차별화해서 해주는 방법도 있을 수 있겠죠. (참여자 H)

(4) 지역본부 설치의 장단점

전국적으로 분포되어 있는 장애인들의 장애판정 심사는 지역적 접근성이 큰 불편사항으로 지적되고 있어 지역본부 설치에 대한 의견을 물어보았다. 지역본부를 설치하는 경우 있을 수 있는 장점과 단점은 아래와 같이 언급되었다.

심사의 일관성이나 이런 거는 센터나 이런데서 집중으로 하는 게 일관성은 효과적인 것이고. 이제 지역본부로 가면 고객 편의 입장에선 가까워지니까 좋은 점이 있구요. 그 다음에 이제 지역본부의 한계는 아무래도 의료진은 센터 서울권 내 의료시설이나 자문의사선생님들이 많이 돼있는 장점이 있죠. 현재 지역본부하고 센터하고 하고 있고 조금은 더 지역본부로 심사를 옮겨갈 것으로 준비 하고 있고 본부나 복지부나 정책적으로는 결정해야 될 부분이죠. (참여자 H)

(5) 장애판정에 있어서는 의료기준이 가장 객관적이라고 생각함

본 연구에 참여한 의료인이 아닌 한 참여자는 장애판정은 철저히 의사의 소견에 따라 결정되어야 한다고 강하게 주장한다. 의료인들도 이 의견에 소극적, 적극적으로 동의하는 것으로 나타났다.

사회적인 문제, 이해적인 문제, 복지적인 문제 이런 식으로 자꾸 들어가기만 하면 복잡해지기만 하지, 이거는 본질이 해결되는 문제는 아니다. 그러니까 장애 등급문제는 철저히 의사의 소견에 따라, 전문인의 판단기준에 맡기는 거지 다른 복지적인 개념이나 이런 걸 자꾸 도입시키면, 자꾸 복잡해질거예요. 제 생각입니다. (참여자 D)

의학적인 심사가 장애인들에게 보편적으로 모두다 획일화 해서 판정하는 거다 이렇긴 하지만 의학적인 평가가 객관적인 부분이 좀 많고요 ICF 활동력이나 근로능력이나 재활 직업 뭐 이런 것들을 사용 환경에 맞춰서 사용 하는 건데 그러려면 이제 평가자체가 더 복잡해지고 그거를 제일 중요한건 그 도구 자체를 객관화 해야 되는데 객관화부분이 좀 어려운부분이죠. (참여자 H)

(6) 사회적, 직업적 기능도 함께 평가되어야 함

한 정신과 의사는 의학적 측면 뿐 아니라 사회적 기능을 동시에 평가해야 한다고 주장하였다.

정신과 의사들도 환청 망상 불안 우울 이런 어떤 싸이코 패솔로지에 대한 거는 너무나 잘 평가를 하는데 비해서 이 사람의 대인관계가 어떤지 일할 수 있는 능력이 어떠한지 집중력이 어떠한지 이런 것들에 대한거는 별로 개념이 없고 트레이닝자체도 레지던트 때부터 의학교육 자체가 그렇지만 너무 그런 싸이코패솔로지에 치중되어 있는 메디컬모델에 입각해서 재활모델, 치료모델 여러 가지 이런 통합적이고 포괄적으로 보는 시각 자체가 결여 되어 있다고 보니까. 사실 저희가 재활환자들을 보긴 하지만 환

청이나 망상이 있어도 나가서 일 할 수 있는 능력이 있는 환자들이 많은가 하면 증상은 별로 없어도 무기력한 환자들이 또 많거든요. 음성증상 같은 것들이 있어서 자기가 대인관계 기피하고 이런 상태에 있으면 어떤 환청이나 망상같이 비비드한 증상이 없어도 지능이 굉장히 떨어지거든요. 사실 그러한 비사회적인 그런 상황이 오히려 장애를 더 많이 초래한다고 생각이 드는데 그런 거에 대한 개념이라던지 관점 이런 것들이 떨어져 있는 게 사실이죠. (참여자 J)

참여자들은 현재의 획일적이고 의료적 기준에 의한 판정 외에 장애인의 직업과 자립을 고려할 수 있는 판정이 이루어져야 한다고 주장한다.

그런데 판정할 때 좀 문제가 있다고 생각한다. 의사의 입장에서 기계로 판정할지는 몰라도 어떤 사람은 거짓으로 할 때도 있고 기계만 너무 믿다보니 청각장애인에 자립에 대해 무시당하는 경우가 있는 것 같다. 예를 들면 제가 농아인이고 수화를 쓰는 데 농아인이라서 의사가 무시하는 부분도 있는 것 같다. (참여자 B - 수화통역)

의사들도 직업적인 거 다 고려했다고 그러는데 의사도 책정이 좀 그래요 직업적인 거 감안해서 판정하는 거 의학적인 것 외에 직업적인 거나 사회적인 것 반영한게 너무 미미한거죠. 반영이 좀 많이 되었으면.. (참여자 E)

(7) 중복장애에 대한 구체적인 기준 마련과 서비스 확대가 필요함

중복장애인들은 더 많은 불이익이나 차별에 노출되어 있다. 중복장애를 규정짓는 기준이 작동되고는 있으나, 중복장애로 인한 제 3, 제 4의 장애는 거의 인식이 되지 않는다. 뿐만 아니라, 어느 쪽에도 주류로 참여하기 어려운 문제 때문에 서비스 지원에 있어서도 소외되는 것이 일반적이다.

제 환자중에도 스킴조프레니아 이면서 멘탈리터레이션(지적장애)을 가진 친구가 있어요. 그래서 이제 복지관을 가요. 아버지 입장에선 가서 친구도 좀 사귀고 그래라 하고 가면 맨날 가가지고 끝나고 오다가 맥주 먹고 담배피고 그러니까 그래서 뭐 여러 가지 그런 문제점 때문에 복지관에서 맨날 전화 온다고 저한테 컴플레인 하는데. 복지관 프로그램 자체가 그렇게 정신장애인과 지적장애인 중에서 특별화 된 프로그램은 아닌 거 같고 하니까 그냥 걸돌고 가서 컴퓨터나 하고 배우는지 게임하는지 그러다가 그냥 자기 멋대로 중간에 와버리고 그러니까 가족들 입장에선 또 걱정이고 버스도 타고 와야 되는데 자기 혼자 없어지고 하니까 전화오고 그런 인디비주얼라이즈된 서비스가 저희 상황에선 좀 어렵겠지만 복지관에 간다 한다고 다 해결되진 않을 거 같아요. (참여자 J)

1. 시사점 및 논의

본 장에서는 포커스그룹인터뷰와 심층면접법을 활용하여 현재 우리나라 장애인 등록 및 판정제도에 대한 문제점과 개선방안에 대해 조사하였다. 이 조사결과는 향후 우리나라 장애인 등록 및 판정제도의 변화와 발전을 위한 실증적 기초자료로 활용할 수 있을 것이다. 연구의 결과를 간략하게 요약하고 연구결과가 가지는 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 현재 우리나라의 장애판정제도는 기존 제도의 문제점 보완을 위해 새롭게 도입되어 운영되고 있다. 그러나 이 제도가 가진 가장 큰 문제점은 서류심사의 한계를 어떻게 보완하고 극복할 것이냐의 문제이다. 현장성이나 피판정자에 대한 관찰이 배제된 심사가 장애판정의 객관성을 담보할 수 있을지의 문제와 중증장애인이거나 오래 전 장애등록한 장애인이 필요에 의해 새로운 장애판정을 원할 경우 기록의 부재 등으로 불이익을 당할 수 있다는 점이 개선해야 할 문제점으로 지적되었다.

둘째, 일부장애의 경우 학습이나 사전 연습으로 등급상향이 가능하다는 현장의 증언이 있었다. 이 의견에 대해 의학적으로 가능하지 않다는 반론이 있을 수도 있다. 그러나 실제 현장의 현상과 실태를 잘 파악하여 판정기준을 다각화하거나 기준을 더 정교화할 필요가 있다. 이 문제가 개선이 되어야 타 장애와의 형평성을 유지할 수 있을 것이다.

셋째, 장애등급 폐지 및 장애유형 간 등급균형화, 장애유형 내 세부유형 마련에 대한 의견이 있었다. 장애등급이 높은 것이 더 중증을 의미하는 것이 아니기 때문에 장애등급을 폐지해야 한다는 의견이 많았는데 이는 현재의 판정기준이 지나치게 의료적 기준에 의존하고 있기 때문인 것으로 분석되었다. 또한 장애유형 간 등급균형이 필요한데 같은 등급이어도 장애유형에 따라 경미한 장애가 인정받거나 또는 인정받지 못하는 경우가 발생하기 때문이다. 또한 장애유형 내 세부유형을 마련하여 장애인으로 판정받아야 할 신체적, 정신적 상태임에도 세부유형에 포함될 수 없어 제외되어 온 사각지대 잠재적 장애인들에 대한 지원이 가능해져야 할 것이다.

넷째, 중복 및 경계선급 장애인들은 현재의 장애판정 및 등급, 등록제도 하에서 더 소외가 되는 것으로 나타났다. 중복장애의 경우 등급이 상향된다고는 하여도 각각의 장애가 필요로 하는 지원이나 서비스, 또는 2차적으로 발생시키는 다양한 질병이나 장애로 인해 이중고, 삼중고를 겪는 것으로 나타났다. 현재로서는 이들에 대해 등급을 상향조정해주는 조치 외에는 특별한 지원책이 없는 것이 문제점으로 드러났다.

다섯째, 장애등급과 소득 및 재산기준을 적용하여 복지혜택과 직결시키는 문제는 앞으로 지속적인 연구가 필요할 것이다. 현재와 장애등급이 높을수록 많은, 다양한 혜택을 받는 체계로 운영되는 우리나라 장애인복지는 장애등급을 높게 받기 위한 비윤리적 행태도 발생시킬 뿐만 아니라, 불필요한 서비스라도 등급이 높으면 무조건 받게 되는 예산의 비효율적 낭비 문제도 야기시키고 수급에만 의존하고자 하는 복지의존자를 양산할 수 있다. 그러나 부모의 재산이나 소득을 적용하여 장애당사자의 근로능력이나 자립능력과 상관없이 복지수혜에서 제외시키는 문제는 부양자제도에 대한 근본적인 원칙에 대한 추가 연구를 통해 보완이 필요하다. 또한 장애인복지 서비스 비용과 관련하여 소득이 있는 대상자는 자기 부담을 높이는 방안에 대해서는 반대 의견도 있었다. 높은 의료비로 중산층에서 빈곤층으로 추락할 위험이 높아 질 수 있다는 지적이다. 따라서 이러한 문제점들은 단순히 장애인복지제도와 정책, 법률로 해결할 수 있는 문제가 아니라 국가의 국민기초생활보장제도를 비롯한 다양한 법률 및 제도와 연계된 전체적인 조정이 필요한 문제일 것이다.

여섯째, 본 연구에서는 의학적 기준에 절대적으로 의존하고 있는 현재의 장애판정기준에 직업적, 사회적, 자립 능력 기준을 함께 도입하여 판정기준을 만들어야 한다는 의견이 많았다. 장애는 유무만을 판정하여 기초기준으로 삼고, 서비스별 또는 개인의 욕구별 판정기준을 만들어 통합적이고 복합적인 관점에서 장애인에 대한 지원에 접근해야 한다는 견해이다. 그러나 이러한 대안이 지나치게 이상적이라는 비판, 기준이 복잡해지는 문제, 의학적 기준을 제외한 여타의 기준 적용 시 주관성이 개입되는 문제, 기존의 장애인복지 수혜자들이 향후의 새로운 기준체계에서 탈락될 경우 야기될 수 있는 반발과 관련한 문제 등을 면밀하게 분석해야 할 것이라는 제언이 있었다.

제 3부 결론 및 제언

제 1장 연구 결론 및 제언

제 1절 연구 결론 및 제언

우리나라에서 장애등록제도가 가지는 의미는 매우 크다. 장애등록을 통해 장애등급이 부여되고 이 기준을 토대로 장애인복지 수급여부가 영향을 받기 때문이다. 장애인연금 및 활동지원제도 제정을 통해 장애인복지 서비스가 확대되면서 현 장애등급판정체계 적정성 확보를 목표로 2011년부터 장애등급 원심사제도가 도입되었다. 원심사제도는 일선 의료기관의 의료소견서를 2차적으로 검증하면서 예전과 비교하여 상대적으로 판정의 객관성 확보라는 장점을 가지고 있다. 그러나 서류 미비시 정확한 장애판정이 어려우며 과다한 서류 제출 요청 등 서류심사 특성에 따른 한계점도 지적되고 있다. 또한 새로운 판정체계 내에서 장애등급 하향 조정으로 복지서비스에서 탈락되는 경우도 늘어나면서 장애등록제도 목적에 대한 근본적인 문제 등이 제기되고 있다.

따라서 본 연구에서는 다양한 연구방법과 과정들을 적용하여 우리나라 장애등록 및 판정체계에 대한 현황을 살펴보고 개선방안을 제시하고자 하였다. 우선적으로 국내외 문헌조사를 통해 현재 우리나라 장애등록과 판정에 대한 현황을 살펴보고 미국, 일본, 그리고 독일의 장애등록제도 분석을 통해 우리나라의 장애등록제도 발전을 위한 시사점을 도출하였다. 양적 연구방법으로는 2011년 장애인실태조사 2차 분석을 통해 현재 각 장애유형 별 등록 및 서비스 제공 현황 분석을 하였다. 질적 연구로는 장애인당사자와 평가 수행 경험자들을 대상으로 포커스 그룹인터뷰와 심층면접을 통해 장애등록 및 판정제도에 대한 심도 있는 의견을 도출하였다.

본 연구결과를 영역별로 정리하고 시사점 및 제언들을 아래와 같이 제시하고자 한다.

1. 문헌조사 결과 및 제언

현재 우리나라 장애평가 기준에 관한 규정이 존재하는 법률은 총 23개로 각각의 법률에 근거한 신체장애율표 및 장애등급표에 차이가 있다(이미진, 2006). 그러나 자동차손해배상 보장법과 같이 손해배상을 목적으로 하는 것을 제외하고, 국가가 주체가 되어 장애판정을 하는 것은 국민연금법, 장애인복지법 장애인 등에 대한 특수

교육법, 국가유공자등 예우 및 지원에 관한법률 그리고 산업재해보상보험법에 의한 것이 대표적이라 할 수 있다. 각 법의 목적에 따라 대상자의 범위를 정하고 있으며 장애평가 기준도 다르게 실시하고 있다. 결과적으로 각 법에서 제시하는 등급기준이 달라 같은 장애유형이라해도 장애등급이 다른 경우가 대부분이다.

각 제도에 의한 장애등급의 차이는 장애인 당사자에게 번거로운 절차가 될 수 있다. 각의 법에서 제시하는 기준으로 장애등급을 받은 후 국가에서 제공하는 장애인복지 서비스를 제공받기 위해서는 장애인복지법상 장애인으로 다시 장애판정을 받고 장애인복지법상의 장애등급을 받아야 하기 때문이다.

앞으로 장애등록과 관련해서는 부처 별 행정편의적 접근이 아닌 장애인 중심의 장애등록체계가 마련되어야 할 것이다. 이러한 등록체계를 구축하기 위해서는 각 법의 목적에 맞게 장애판정 결과를 적용하고 난 후 각 법에서 적용한 장애판정결과를 가지고 장애인복지법 상 장애 등록을 할 수 있는 체계를 구축해야 할 것이다.

이러한 등록체계를 구축하기 위해서 우선적으로는 복지부는 각 법률의 장애등급을 장애인복지법 상 장애등급으로 전환되는 등급대비표(가칭)를 마련하여 장애인복지법에 의한 장애판정을 다시 받는 것을 방지할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 그러나 장기적으로 더 바람직한 방안은 장애인복지법 내 장애등록제도는 장애판정 결과를 장애유무나 최중증, 중증, 그리고 경증 등으로 결정하는 것이다. 즉, 타 법에 장애판정 결과를 가지고 장애인복지법 상 장애판정을 할 때 기존의 장애유형별 장애등급이 아닌 장애정도로만 결정하는 방안이다.

기존 장애유형별 장애등급체계는 근본적인 한계점이 있다. 문헌조사에서 지적하였지만 지체장애의 경우에 같은 장애영역에 속해 있으나 척수장애, 근육병 그리고 왜소증의 경우에는 각 질병별로 의료적 상황과 욕구가 매우 다양하여 같은 장애영역에 속해 있음으로서 불이익이 있을 수 있다. 안면추형도 현행 제도에서 보완이 필요하다. 2011년 장애인실태조사에 의하면 안면장애의 약 44.2%를 차지하고 있는 화상장애의 경우 안면장애 내 속해 있어 화상장애로 인한 어깨, 손, 가슴 등 안면 외 화상부분은 타 장애영역의 장애판정기준에 맞춰서 심사를 받아야 하는 번거로움이 있다. 언어장애를 가지고 있는 경우에도 판정 가능한 장애등급은 3급과 4급뿐이다. 그러나 실생활에서의 의사소통 장애로 인해 느끼는 장애정도는 다른 장애영역보다 낮지 않다.

이러한 문제점과 더불어 현재와 같은 장애유형별 접근은 한계점이 있다. 최근 들어 노인성 장애유형이 꾸준히 늘어나고 있으며 정신장애영역에서도 기존의 정신장애 외 강박증(obsessive compulsive disorder)³²⁾이나 품행장애(conduct

32) 강박장애는 불안장애의 하나로서, 반복적이고 원하지 않는 강박적 사고(obsession)와 강박적 행동(compulsion)을 특징으로 하는 정신질환이다. 잦은 손 씻기(hand washing), 숫자 세기(counting),

disorder)³³⁾ 들이 급속하게 출현되고 있으며 만성복합통증증후군(Complex Regional Pain Syndrome: CRPS)³⁴⁾도 증가하고 있다. 알코올 환자, 치매질환, 다양한 말기암, 선천성 수족 기형아, 후각장애인, 양안 교정시력이 각각 0.12로 시력저하 등 장애유형 확대의 요구는 높아지고 있는 추세이다. 새로운 장애영역에 대한 사회적 욕구와 세계적 흐름에 부응하는 장애 개념에 대한 필요성으로 인해 기존처럼 제한적인 장애유형을 확대하는 방안은 바람직하지 않아 근본적인 개선방안을 고려해야 할 것이다.

장애등록제도에서 장애등급이 폐지되려면 장애판정 기준의 다양화를 통해 수요자 중심의 장애인복지가 제공될 수 있도록 하여야 한다. 현 장애등록제도에 대한 가장 큰 문제점으로 제기되고 있는 점은 장애등록 후 장애인복지 서비스로 연계되지 못하고 있다는 것이다. 장애등록제도의 원래 취지를 살리기 위해서는 장애등록의 결과로써 장애인 복지 서비스 제공에 필요한 정책마련을 촉진시키고 장애등급에 맞춰진 복지서비스가 아닌 개별 장애인의 서비스 필요성을 중심으로 수요자 중심의 복지서비스가 정착이 되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 장애인의 의료/장애 상태, 근로능력과약, 경제적 상황, 가족 여건 등을 전반적으로 파악할 수 있는 장애판정기준과 체계를 갖추는 것이 필요하다.

현재 우리나라 장애인복지 서비스 수급자격 기준을 살펴보면 1급 장애인만을 대상으로 하는 활동지원 수급자격 외에는 기존의 장애등급체계 변화를 가지고 와도 제도적으로 큰 혼란은 없을 것으로 판단된다. 대부분의 장애인복지 서비스 수급자격을 보면 1-3급은 중증 그리고 이후 6급까지는 경증으로 분류될 수 있기 때문이다. 개별적인 장애인복지 서비스 필요성이 아닌 장애등급 별로 장애인복지 수급자격이 주어지는 현 제도의 현황도 심도 있는 검토가 필요하다. 현재 장애인복지 서비스 제공 현황을 보면 주요 서비스는 1-2급 중증장애인에게 한정하여 있어 경증장애인이 소외되는 경향도 발생하고 있다. 제한된 예산을 효율적으로 운영하기 위해서는 중증장애인에게 서비스 우선권을 제공하는 것을 옳은 방향성이다. 그러나 장애등급이 동일하더라도 장애유형에 따라 일상생활에 어려움을 겪는 차이가 다르고 같은 장애유형과 등급이라 해도 개인별 상황에 따라 서비스 필요성에 차이가 있는 것을 고려해야 한다. 또한 아직까지 우리사회에서 장애등급이 상대적으로 경증이라 해도 사회적 편견 및 개인적인 요소들로 인해 사회생활에 어려움을 겪고 있는 경우도 감안해야 할 것이다.

확인하기(checking), 청소하기(cleaning) 등과 같은 행동을 반복적으로 함으로써 강박적 사고를 막거나 그 생각을 머리에서 지우려고 하는 경우가 흔하다.

33) 타인의 권리나 입장을 침해하거나 나이에 걸맞는 기준이나 규범을 깨는 행동을 반복적·지속적으로 하는 증상으로 DSM-IV를 통해 진단받고 있다.

34) 통증 판정은 인지적(cognitive), 행동학적(behavioral), 정서적(emotional), 사회-문화적(socio-cultural), 교육적(educational) 그리고 종교적(religious) 등 많은 요인에 의해 강한 영향을 받는 복잡한 현상이다 (박병배 외 2009).

앞으로 장애인연금 및 활동지원서비스 등 지속적인 예산 투입이 필수적이며 장애인 당사자들에게 주요한 서비스들은 각 서비스 목적에 맞게 서비스 적격성 심사를 통해 수급자격을 선정하는 방안으로 진행되어야 할 것이다.

현재 활동지원서비스는 서비스 적격성 심사를 실시하고 있다. 활동지원서비스에서 사용되고 있는 인정조사표는 ADL과 IADL 그리고 장애유형 등을 토대로 평가한 후 1급 장애인 중 220점 이상 판정을 받은 장애인들을 대상으로 제공되고 있다.

기존의 인정조사표의 가장 큰 비판은 이 기준들이 요양 중심적이라는 것이다. 활동지원서비스 목적이 중증장애로 인해 일상생활 및 사회활동에 어려움이 있는 대상자에게 활동지원서비스 제공을 통해 사회참여를 높이는 것이다. 그러나 기존의 인정조사표는 이러한 목적을 달성하기에는 적절하지 않다는 것이다. 대부분의 해외 선진국에서도 활동지원서비스의 경우 기본적인 ADL과 IADL을 평가하고 있으나 개별 장애인의 사회활동 참여 정도 및 개별 장애인의 사회적·환경적 요인들을 더 비중있게 종합적으로 평가하고 있다. 앞으로 우리나라 활동지원서비스 적격성 심사도 본 제도의 목적에 맞게 기존의 ADL과 IADL 비중은 낮추고 사회활동 정도 및 개별 장애인의 사회 및 환경적 요인들을 평가하는 추가급여 기준을 높을 필요성이 있다.

현 장애등록체계에서 판정비용에 대한 문제점도 고려해야 할 것이다. 문헌조사에 의하면 새로운 장애등록제도에서는 서류심사를 통한 최종 장애판정을 하고 있기 때문에 제도의 성격상 정확한 판정을 하기 위해서는 예전과 비교하여 장애상태를 증명하기 위한 장애진단서, 장애유형별 소견서, 의무기록 및 검사결과 등 다양한 서류 제출이 요구되고 있어 예전보다 판정비용 부담도 커지는 문제점이 발생되고 있다. 또한 다양한 서류 제출을 위해 추가적인 수고를 해야 하는 경우가 많아지면서 편이성도 문제가 되고 있다.

현재 장애 판정비용을 경감하기 위한 정부의 판정지침이 있기는 하지만 크게 도움이 되고 있지 않으며, 일선 의료기관에서 잘 지켜지고 있는지도 의문이다. 근본적으로 장애판정에 드는 비용부담을 경감할 수 있는 방안이 필요하며, 이는 장애판정 자체가 장애인복지서비스의 시작이라는 관점에서 전향적으로 검토되어야 할 것이다.

장애인등록제도의 변화를 위해서는 앞으로 장애판정 전문가 양성이 제도화되어야 할 것이다. 장애판정의 객관성을 담보하기 위한 방안으로 국민연금공단 산하에 장애판정센터에서 최종 판정을 하고 있으나 국민연금공단에서 최종 판정을 하는 의료진도 장애평가를 실시할 수 있는 자격인증이 있는 것은 아니다. 현재 장애판정기준에 대한 표준화된 교육 없이 장애 판정 지침서 한 권에 의해 평가가 시행되어 일관성이 부족한 것이 현실이다. 장애판정에 대한 정식훈련을 받지 않은 의료

진에 의해 장애여부와 정도가 평가되고 있기 때문에 장애평가에 사용되는 기준을 명확히 숙지하지 못하면 동일한 장애에 대해 의사에 따라 장애판정이 달라지는 현상은 발생할 수밖에 없다. 미국이나 일본 등에서는 엄격한 장애판정자격이 있다. 앞으로 우리나라에서도 의과대학에서 정규 교육과정으로 장애판정에 대한 교육 커리큘럼이 필요하며 일정 시간 이상의 임상경험 그리고 자격인증을 위한 검증 제도 과정이 필수적으로 마련되어야 할 것이다.

또한 의학적 판정 외 개별 장애인의 사회 및 환경적 평가를 할 수 있는 장애인 복지 관련 전공자들도 장애판정에 대한 교육 및 자격제도가 마련될 필요성이 있다. 특히 의료적 평가와 비교하여 상대적으로 객관성 담보가 어려운 사회 및 환경적 평가를 장애평가 영역으로 도입하기 위해서는 장애인복지에 대한 해박한 이론적 지식과 현장 경험이 있어야 할 것이다. 사회 및 환경적 평가의 목적은 장애인복지 서비스 필요성을 파악하는 것이 주목적이다. 따라서 개별장애인의 서비스 욕구를 서비스 필요성과 연동하여 실제로 필요한 서비스를 제공하는 사례관리자의 역할도 동반하는 것이 적절할 것이다.

2. 해외 사례 결과 및 제언

미국, 일본 그리고 독일의 장애등록과 판정제도와 세계보건기구에서 제시하고 있는 ICF에 대한 문헌조사 결과 및 시사점을 정리하면 다음과 같다. 미국의 경우에는 장애등록제도는 없으나 대부분의 서비스를 제공받기 위해서는 장애유무를 증명하는 의료적 소견서는 필요로 한다. 소견서를 위해 특별히 검사를 받는 경우는 거의 없고 주치의에 의해 그동안 치료기록을 바탕으로 장애유무와 정도로 소견서가 작성된다. 미국은 선별적 복지를 실시하는 대표적인 국가로서 장애인복지 서비스는 개별 서비스마다 서비스 적격성이 있어 서비스 목적에 따라 서비스가 필요한 이용자를 대상으로 서비스 제공을 하고 있다.

미국의 경우, 장애연금이나 활동지원과 같은 고 비용이면서 지속적인 서비스 제공이 필요한 경우 엄격한 장애판정과정을 거친다. 엄격성만 놓고 본다면 현재 우리나라보다 더 엄격하고 복잡한 과정을 통해 서비스 적격성을 결정하고 있다. 또한 장애연금의 경우에는 장애판정 결과 수급자로 선정이 되어도 다양한 근로유인기제를 지원하고 직업재활국과 서비스 연동을 통해 탈 수급을 위한 노력을 하는 것을 원칙으로 하고 있다. 장애연금을 지급하는 목적은 근로능력이 없는 대상자들에게 기초생활을 위한 급여지급을 하는 것이다. 따라서 지속적인 지원을 받으려면 장애연금 수급자가 근로능력이 없다는 것을 증명해야 한다.

활동지원의 경우에도 대부분의 주(州)에서는 우리나라와는 달리 활동지원서비스 신청 시 의료자료를 제출하거나 또는 의료인이 활동지원서비스 필요성에 대한 타당성으로 인정하는 과정이 포함되어 있다. 이와 같이 미국의 경우에는 장애연금이나 활동지원과 지속적인 지원이 필요한 경우에는 엄격한 평가 잣대를 적용하고 있으나 이러한 과정에서도 가장 중요하게 배려되는 부분은 개별 장애인의 상황과 환경요인이다. 기본적으로 미국의 장애인복지 서비스는 서비스가 필요한 대상자에게 적절한 서비스를 제공하는 것이 목적이기 때문이다. 따라서 장애판정은 곧 서비스로 진입하는 첫 단계라 할 수 있다.

미국에서 개별 장애인의 개별성을 인정할 수 있는 것은 장애판정을 하고 있는 다양한 전문가들의 전문성을 인정하고 있기 때문에 가능한 측면이 있다. 우리나라의 경우에는 현재 의학적 장애판정 기준만을 객관적인 기준으로 선정하고 장애판정에 대한 자격을 전문의에게만 주고 있다. 앞으로 개별장애인의 사회적 및 환경적 평가를 도입하려면 장애인복지 전문가를 장애판정 전문가로 인정하는 인식의 변화와 함께 제도 개선도 이뤄져야 할 것이다.

위에서 명시하였듯이 미국의 평가 목적은 효율적인 서비스 제공을 위한 원칙이라는 점은 우리나라 장애등록제도에 시사점이 많다. 특히 전 생애주기별로 다양한 장애인복지 서비스가 필요한 지적이나 자폐성 장애인의 경우 장애평가는 매우 중요한 서비스 적격성 기준이 된다. 캘리포니아 주 발달장애인들에게 생애주기별로 서비스를 제공하는 리저널센터의 경우는 발달 평가보고서 (CLIENT DEVELOPMENT EVALUATION REPORT: CDER)를 바탕으로 필요한 서비스 종류와 수준을 결정하고 있다.

CDER에 도출된 발달장애인의 평가정보는 리저널센터의 사례관리자들이 발달장애인의 욕구에 적합한 프로그램을 파악하고, 이를 적절히 배치하기 위하여 사용된다. 예를 들면, 어떤 발달장애인이 근육운동기능도 양호하고, 인지나 의사소통도 원활하여, 직업을 가질 수 있는 능력도 있으나, 사회적 정서적 능력이 결핍되었다고 CDER에 기록되었다면, 사례관리자는 이 기록에 근거해서 이 장애인에 사회성 훈련 등 특별한 욕구에 맞는 서비스를 찾아서 배치한다.

최근 들어 우리나라에서도 발달장애인들을 위한 종합법이 제시되었다. 법안 내용을 보면 생애주기별로 다양한 서비스 필요성을 요구하고 있다. 앞으로 발달장애인들에게 효율적인 장애인복지 서비스를 제공하기 위해서는 미국 리저널센터의 CDER 과 같이 서비스 필요성을 평가할 수 있는 종합 평가기준을 개발하여 필요한 서비스를 평가하고 이러한 결과를 바탕으로 서비스를 제공하는 체계로 발전되어 가야 할 것이다.

우리나라와 같이 장애인등록제도를 시행하고 있는 일본의 경우에는 장애등록을 통해 장애등급을 부여하고 있지만 장애등급이 서비스 수급자격과 연동되어 있지 않다. 일본에서는 기존의 장애등록제도로 인한 한계점³⁵⁾을 보완하기 위해 ICF의 철학을 근거로 장애인의 생활과 환경 및 활동 등을 종합적으로 평가할 수 있는 장애정도 구분 인정기준이 마련되어 있다. 장애정도구분 인정 기준은 개별 장애인에게 공평한 복지서비스를 지급하기 위한 목적으로 첫째, 신체장애, 지적장애, 정신장애의 특성을 반영할 수 있도록 배려한 3개 장애 유형의 공통 기준을 마련하였으며 둘째, 조사자와 판정자의 주관에 의해 좌우되지 않는 객관적인 기준 마련을 위한 노력을 하였으며 셋째, 판정프로세스와 판정에 있어서 고려사항을 명확히 마련하겠다는 방침 하에 개발되어 시행하고 있다.

장애인자립지원법에 따른 장애정도구분은 1급에서 6급이며 장애등급이 높을 수록 중증으로 타인의 개호가 더 필요한 형태로 구분되고 있다. 장애인 복지서비스의 필요성을 종합적으로 판정하기 위해 지급결정 각 단계에 있어서 장애인의 심신 상태, 사회활동이나 개호자, 거주 등의 상황, 서비스 이용의향, 훈련에 관한 평가를 파악한 후 지급결정을 실시하며, 개호급부와 훈련급부는 각각 이용 프로세스가 다르게 진행된다. 일반적으로 훈련급부의 경우는 1차 판정만으로 서비스 결정이 되고 있으며 개호급부가 필요한 경우는 2차 판정까지 이루어진다. 즉, 일본의 경우에도 미국과 같이 서비스 지원이 지속적으로 필요한 경우 좀 더 세밀한 판정체계를 가지고 있다.

일본에서는 인정조사 결과를 전산화하는 시스템을 구비하고 있다. 위에서 논의한 서비스 적격성을 위한 인정조사체계는 판정결과에 대한 표준화와 객관성을 담보하기 위해 1차 판정 결과는 전산화를 통해 결정하고 있다. 1차 판정은 인정조사원에 의해 조사되어 온 106개 항목의 장애정도 구분 인정조사결과를 토대로 컴퓨터에 의해 장애복지서비스의 필요성을 명확하기 하기 위해 장애인의 심신 상태를 종합적으로 판정하고 있다.

2차 판정은 개호급부를 필요로 하는 경우 실시되는 것으로 장애보건시책에 관해 다양한 전문적 지식을 갖춘 분야의 위원이 구성되어 있는 구·시·정·촌심사회에 의해 판정이 실시된다. 2차 판정에는 1차 판정결과와 더불어 의사소견서와 특기사항을 기초로 장애정도 구분이 이루어진다. 이처럼 일본은 기존의 일률적이고 획일적이던 장애인등록 및 판정, 그리고 서비스를 장애인 개개인의 특성과 상황을 고려하는 등

35) 장애인관련 법률이 장애유형별로 존재하고 있어 장애인복지서비스 제공에 있어서도 복잡하고 장애유형별로 편차가 존재하는 등 문제가 발생되고 있으며 장애정도와 장애판정에 있어 의학적 판정기준의 비중이 높아 장애인의 실질적인 생활상의 기능제약의 상황을 객관적으로 평가하는데 한계가 있다는 지적이 있다.

시에 복지서비스의 지급 목적에 따라 이용대상자를 선정하는 체계로 대대적인 변화를 추진하고 진행 중에 있다. 이러한 변화를 추진하는 주 이유는 기존의 장애판정을 통해 장애등급에 따라 일률적으로 지원받아왔던 시스템을 일시에 원점으로 되돌려 다시 신규 체계로 전환하기에는 현실적 부담이 있기 때문인 것으로 판단된다.

복지시책 수급자격은 기존의 장애등급에 의해 지원되는 체계를 유지하고 복지서비스는 신규체제인 인정조사표에 의한 합리적인 기준을 통해 서비스 적격성 심사를 하고 있다. 우리나라에서도 기존의 다양한 감면제도 등 복지시책은 현재와 같은 방향을 유지하고 장애인복지 서비스는 개별 장애인의 사회 및 환경 등 개별 요인들을 평가하여 제공하는 방안을 도입하는 것도 고려할 필요성이 있다.

독일의 경우에는 장애판정 시 의학적 기준을 중심으로 결정하고 있는 국가이다. 독일에서 장애판정을 위해 2009년부터 시행되고 있는 원호의료-규정은 크게 4개 부분으로 구성되어 있다. 손상결과, 손상결과의 정도, 장애정도, 총 장애정도, 도움이 필요한 상태, 등의 일반적인 원칙, 장애를 입은 신체 장애정도 목록, 간접적인 손상결과, 예방적, 치료적 수단의 결과, 간병수당을 위한 전제들을 포함한 사회적 보상권에서의 사정 그리고 마지막으로 장애로 인한 편의제공을 위한 인식표시³⁶⁾ 등이다.

특히 이중 장애정도 목록은 장애정도를 체계적으로 정리하고 있어 우리나라 의학적 장애판정기준을 보완하는데 참고할 가치가 있다. 독일에서 의학적 판정은 장애 혹은 손상결과 정도의 증명을 위해 건강상해의 인정을 위한 기본원칙, 간병수당의 단계와 도움이 요구되는 상태의 평가를 위한 기준, 그리고 조사와 지속발전을 위한 방법을 정하는데 목적을 두고 구체적이고 명확한 근거자료를 제시하고 있다. 따라서 독일의 장애판정은 서비스와 연동하기 위한 기초 자료 성격이 매우 크다. 독일은 장애판정 결과를 사회보장제도에서 제공하는 서비스와 연계하고 있다. 독일 장애판정체계에서 장애인에 대한 간병지원은 사회보험인 간병보험보다 더 포괄적이고 광범위한 지원을 하도록 간병보험에서 인정하고 있다. 또한 장애인의 직업생활을 위해 노동사무소 뿐만 아니라 사회사무소, 통합사무소 등 모든 관련부서들이 체계적으로 연계하여 실질적인이고 구체적인 도움을 제공하고 있다. 이러한 부서 간 연계, 서비스 간 연계를 통해 서비스 지원에 대한 낙오와 중복을 예방하고 있다.

독일 장애인정책의 주요 대상은 우리나라와 같이 중증장애인이다. 중증장애인증명서를 발급받기 위해서는 총체적 장애정도를 조사하고 있다. 이 과정에서 의료적

36) 1. 교통수단 이동능력의 심각한 제약(인식표시 G) 2. 항시 동반을 위한 자격부여(인식표시 B) 3. 특별한 보행장애(인식표시 aG) 4. 청각장애(인식표시 GI)

정보를 적용하고 있으나 현재 우리나라 장애판정 과정과는 많은 차이가 있다. 여러 손상들의 개별적인 장애정도를 합산하여 계산하는 것이 아니라 총체적 장애정도를 판정하기 위해 개별적인 기능제한들이 상호간 어떻게 나열되고 중복되어 개인의 삶에 영향을 미치는가를 판단하고 있다. 즉, 장애로 인한 기능제한들이 삶에 미치는 영향력을 함께 고려하고 있다. 따라서 중증장애 판정을 할 때는 이중 최고의 개별 장애정도를 찾아내고 나머지 기능제한들을 참고해서 장애의 범위가 이들로 인해 사실상 더 확대되는지를 검사하고 있다. 독일의 의료적 평가과정을 살펴보면 현재 우리나라에서 지속적으로 논란이 되고 있는 중복장애를 인정하는 범위와 방법의 발전방안에 대해 시사 한 바가 많다. 우리나라의 경우 예를 들어 척수 장애의 경우만 보더라도 척수장애로 인한 마비 정도를 주 장애로 평가하고 있다. 욕창으로 인한 피부문제, 감각 마비로 인한 비뇨기과 문제 및 내부 장애문제 등을 총체적으로 평가하지 않고 있다. 우리나라의 의료적 평가도 독일과 같이 한 개인이 가지고 있는 총체적 장애정도를 포괄적으로 보는 접근을 방안으로 변화되어야 할 것이다.

또한 독일은 장애판정 결과를 개별 장애인이 필요한 다양한 서비스와의 연동을 하는 기초 자료로 활용하고 있다. 장애판정 결과를 부처 간 서비스 연계 시 활용되고 있어 장애인들이 개별 서비스를 위해 여러 번의 장애판정 심사를 하지 않도록 하고 있어 수요자 중심의 서비스를 제공하고 있다.

본 연구에서는 국·내외 문헌조사 중 ICF 관련문헌 등을 통해 현재 우리나라 장애등록 및 판정제도를 보완하는 방안으로 그 적용성에 대한 시사점을 살펴보았다. 해외 복지선진국의 경우를 살펴보면 ICF는 이제 장애개념에 대한 이론적 배경 및 장애분류로 적용하는 연구사례를 넘어 장애연금 판정기준에서도 활용하고 있다. ICF의 구조와 기능은 기존의 장애등록 판정을 위한 의학적 기준으로 적용될 수 있으며 장애인들의 다양한 복지욕구 진단은 활동과 참여 영역을 통해서 평가할 수 있기 때문이다. ICF의 환경 및 개별적 요소들 까지 포함할 수 있다면 장애인 중심의 개별 서비스 필요성 및 욕구들을 종합적이고 평가할 수 있는 기준들이 마련될 수 있을 것이다. 결과적으로 ICF를 활용한다면 종합적이고 포괄적인 평가가 가능함으로 장애판정과 더불어 개별 장애인에게 필요한 서비스로의 연계까지 할 수 있는 토대가 마련될 것으로 기대된다.

세계보건기구는 ICF의 단점인 광대한 항목들로 인해 실제 임상현장에서 사용하는데 어려움을 해결하기 위한 방안으로 핵심지표들을 개발 하고 있다. 2011년 기준으로 약 29개 핵심지표들이 개발되어 ICF의 효율성을 높이고 있다. 우리나라에서도 기존의 장애유형을 핵심지표로 개발하는 방안을 검토할 필요성이 있다. ICF로 장애유형별 핵심지표를 개발한다면 기존의 방대한 ICF 전체 항목 평가는 아니지만 핵심

지표 내 신체구조, 기능, 활동과 참여 그리고 환경요인까지 종합적으로 평가할 수 있어 기존 우리나라의 편협적인 의료적 평가기준의 문제점을 보완할 수 있는 대처 방안이 될 수 있을 것이다.

3. 2011년 장애인실태조사 결과 및 제언

본 연구에서 양적조사방법으로 2011년 장애인실태조사를 통해 우리나라 장애등록 및 판정제도의 현황을 살펴보고자 하였다. 그 결과를 분석해 보면 다음과 같다. 첫째, 장애유형별 특성을 통해서 볼 때 동일한 장애와 등급이라 해도 장애정도에 차이가 있는 것으로 분석되었다. 같은 지체장애라 하더라도 중증의 경우에는 마비가 많고, 경증은 관절장애가 많은 것으로 조사되었다. 같은 1급 시각장애라 하더라도 점자를 해독할 수 있는 장애인과 그렇지 못한 장애인이 있음을 볼 수 있다. 청각·언어장애의 경우에도 수화를 사용하는 장애인은 일부에 불과한 것으로 분석되었다. 또한 동반장애 유무와 종류에 따라 장애특성이 달라지고 동일한 법적 범주의 장애라 하더라도 서비스 욕구가 다른 것을 알 수 있었다. 따라서 결과적으로 기존의 장애유형별 등급은 개별 장애인의 대한 세밀한 정보를 제공하지 못하고 있는 것을 알 수 있었다. 따라서 이러한 결과는 장애인복지 서비스 제공 시 지금처럼 장애별 접근이 아닌 개별적인 접근을 하는 것이 서비스 효율성을 높일 수 있는 방안이라는 예측을 가능하게 한다.

둘째, 현재 장애등록 후 장애인복지서비스에 대한 만족도가 낮은 것을 알 수 있었다. 장애인 등록 후 국가나 사회로부터 지원을 많이 받고 있다고 생각하는지 인식을 파악한 결과 별로 받고 있지 못하다가 44.5%, 전혀 받지 못하고 있다가 17.8%로 전체적으로 62.3%의 장애인이 기대만큼 충분치 않다고 생각하고 있어 만족스럽게 생각하지 않고 있음을 알 수 있다. 연구의 서론에서 문제 제기하였듯이 우리나라 장애복지에 대한 예산은 지속적으로 늘어나고 있는데 장애인 당사자들이 느끼는 만족도는 저조한 것이 현 장애인복지의 큰 문제점이다. 이러한 문제점에 대한 다양한 해석은 가능하나 우선적으로 현재 장애인 복지 서비스가 장애인 당사자에게 적절하게 연계되지 못하고 있다는 것을 간접적으로 가늠해 볼 수 있는 결과라 할 수 있다.

셋째, 장애인복지 서비스가 중증위주로 치우쳐 있는 것을 알 수 있었다. 장애등급에 따라 장애인복지 관련기관 이용경험을 알아보면 대체로 1, 2급의 중증장애인의 이용률이 높게 조사되었다. 장애인직업재활시설과 장애인복지관의 경우만 하더라도 지적장애, 자폐성장애의 이용비율이 높다는 점을 고려할 때 주로 이들이 1~3

급에 속하는 중증장애인임을 알 수 있다. 영구임대주택, 재활병의원과 주·단기보호 시설 역시 1, 2급 중증의 비율이 높았으며, 장애인심부름센터, 수화통역센터, 정신장애인사회복지시설 역시 1, 2급의 이용률이 높았다. 특수학교의 경우에도 중증의 비율이 높았으며, 기관에 따라서는 5, 6급의 경증장애인은 전혀 이용경험이 없거나 극히 낮은 비율을 보여 대부분의 기관들이 중증장애인 위주의 이용양태를 보이고 있다.

대부분의 복지선진국에서도 중증장애인 중심의 장애인복지 서비스가 제공되고 있다. 그러나 중증장애인을 판정하는 과정이 종합적이고 체계적이라 꼭 서비스가 필요한 장애인에게 서비스가 공급되고 있는 반면 우리나라의 경우에는 중증장애인에 대한 기준의 폭이 편협 적이라 현 장애등급 상으로 중증장애인들이 서비스 수급 대상으로 판정하는 것이 적절한가를 고려가 필요성 있다. 장애등급이 중증이라고 해서 일상생활이나 그 외 사회적 기능에서 중증이 아닌 경우도 있기 때문이다.

같은 맥락에서 현재 기준으로 장애등급은 낮으나 일상생활이나 사회적 기능은 현저히 낮거나 어려운 경우가 많다. 예를 뇌성마비 장애인들의 경우에는 심한 언어 장애로 인해 사회적 활동에 현저한 어려움이 있으나 휠체어 없이 걸을 수 있다는 상황만으로 낮은 장애등급을 받는 경우가 많다. 척수장애인의 경우에도 절단장애와 비교하면 수족의 사용이 어려운 것은 거의 같으나 존재여부로 인해 절단보다 상대적으로 낮은 장애등급을 받고 있다. 즉, 앞에서 지적하였듯이 현재 우리나라 장애등급기준이 제한적인 의료평가를 실시하고 있어 현 장애판정기준으로 경증장애인이라 해도 일상에서 생활하는 데는 중증장애인인 경우도 많은 측면을 고려해 봐야 한다.

또한 경증장애인들의 장애인복지 서비스 이용률도 높게 나타나고 있는 점을 감안 하여야 한다. 장애등급별 장애인관련기관 이용 희망율을 살펴보면 전체적으로 1, 2급의 중증의 욕구가 높긴 하나 3, 4급 및 5, 6급의 경증장애인도 이용희망률이 낮지 않게 조사된 것을 알 수 있다. 고용보장에 있어서는 1, 2급을 제외한 경증장애인이 다소 높고, 문화·여가·체육활동에 있어서는 경증일수록 요구가 많았으며, 인식개선 역시 경증이 다소 높은 것을 알 수 있어 경증장애인들에 대한 배려도 고려해야 할 것이다.

실태조사 결과를 보면 서비스 욕구에 있어서는 등급에 관계없이 비교적 고르게 높게 나타나 서비스에 대한 욕구는 등급과 무관한 것으로 분석되었다. 경증장애인들이 접근하기 쉽고 이용기회만 주어진다면 복지서비스에 대한 욕구가 큰 것으로 조사되었다. 현재 우리나라 장애인복지 서비스가 중증 위주로 되어 있어 경증장애인들은 상대적으로 서비스 이용 자격에서 소외되고 있다는 결과는 고려할 필요성이 있다. 경증장애인들에게 시기적절하게 필요한 서비스를 제공하는 것은 장애의 중증화를 방

지하고 더 나아가 경증장애인들의 사회참여 촉진할 수 있기 때문이다.

4. 질적연구조사 결과 및 제언

본 연구에서는 질적 연구방법으로 장애 전 영역에 아울러 장애인당사자, 전문가 그리고 현장 실무자들을 대상으로 포커스그룹인터뷰와 심층면접을 실시하였다. 장애등록제도와 관련하여 참여자들과 심도 있는 논의를 통해 제도의 문제점과 개선방안을 모색하려하였다. 이 과정은 다음과 같은 질문사항을 중심으로 진행되었다. 1) 새로운 장애등록과정에 대한 의견 (좋은점과 불편한 점: 예: 비용과 시간 등) 2) 장애판정과 장애등록에 대한 의견 3) 장애등급과 실제 기능과의 관계 4) 재심사에 대한 사례 5) 각 장애유형에서 고려되어야 할 장애특성 6) 장애인서비스별 기준에 대한 의견 7) 장애등록 및 판정 제도 변화에 대한 의견/ 개선방안 8) 소득이나 재산을 기준으로 한 현 장애인복지 서비스 자격 기준에 대한 의견 등이다.

연구 결과를 통해 현재 우리나라 장애인 등록 및 판정제도에 대한 문제점 및 개선방안을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 새로운 장애등록제도에 대한 분석이 필요하다는 의견이 제기되었다. 새로운 장애등록제도의 문제점으로 지적한 의견을 정리해 보면 최종 장애판정을 주요 서류심사 만으로 진행되고 있어 현장성이나 피 판정자에 대한 관찰이 배제된 심사가 장애판정의 정확성을 객관성을 담보할 수 있을지에 대한 염려의 지적이 있었다. 또한 오래 전 장애등록한 장애인이 필요에 의해 새로운 장애판정을 원할 경우 기록의 부재 등으로 불이익을 당할 수 있다는 점이 있다는 의견도 의미 있게 고려해야 할 것이다. 후속연구를 통해 2011년부터 시행된 새로운 장애등록제도에 대한 연구를 통해 보완이 필요한 부분을 검토할 필요성이 있다.

둘째, 연구참여자들은 현재의 등록제도는 복지수요자 총수를 산정하는 등 필수적이라는 의견이 많았다. 다만 등급을 서비스 자격요건과 단순하게 직결시킴으로 인해 서비스를 제한하는 점과 장애등급 판정 시 개인적, 사회적, 경제적, 환경적 요인을 고려하지 않는 것이 문제라고 지적하였다. 또한 기존의 장애판정은 일부장애의 경우 학습이나 사전 연습으로 등급상향이 가능하다는 의견도 제기하였다. 연구의 이론적 배경에서 지적하였듯이 현실적으로 모든 장애판정을 객관적이고 과학적으로 실시할 수는 없다. 현재 가장 객관적이라고 인정받고 있는 의학적 판정의 경우에도 정확한 수치나 판독이 가능한 검사 외에는 객관적이라고 할 수 없기 때문이다. 미국의 장애판정과정에서도 이러한 문제점을 인식하여 가능한 범위 내에서 개인의 의학적, 사회적 장애를 최대 가늠할 수 있도록 다양한 평가 자료를 통해 판

정하고 있다. 우리나라에서도 다각적인 평가를 할 수 있는 방안을 모색해야 할 필요성이 있다.

셋째, 중증장애인 범위에 대한 의문 및 장애유형 간 등급균형화, 장애유형 내 세부유형 마련이 필요하다는 다양한 의견들을 제시하였다. 연구에 참여한 장애인 당사자들은 현재 제한된 의료기준으로 판정받는 기준으로는 장애등급이 더 높다고 더 중증 장애인을 의미하는 것은 아니라는 지적을 하였다. 지적이나 자폐성 장애인의 경우 장애등급의 의미가 없으며 공격성 및 그 외 행동장애가 심한 경우에는 기존의 1급으로는 부족하다는 의견도 있었다. 같은 맥락에서 절단장애로 인한 지체1급과 경추장애나 근육병으로 인한 지체 1급에는 생활하는데 있어 많은 차이가 있어 지체 1급만으로 지체 장애 내 다른 장애유형 중 중증을 대표적으로 설명하는 데는 한계가 있다. 같은 맥락에서 장애유형 간 등급균형도 문제점이 있다. 같은 등급이어도 장애유형에 따라 경미한 장애가 인정받거나 또는 인정받지 못하는 경우가 발생하고 있으나 장애인복지 서비스 수급자격에는 등급만을 기준으로 하기 때문에 형평성이 어긋난다는 것이다. 장애등급이 높을수록 많은, 다양한 혜택을 받는 체계로 운영되는 우리나라 장애인복지는 장애등급을 높게 받기 위한 비윤리적 행태도 발생시킬 뿐만 아니라, 불필요한 서비스라도 등급이 높으면 무조건 받게 되는 예산의 비효율적 낭비 문제점도 지적하였다. 결론적으로 연구 참여자들은 현재의 장애판정 및 등급분류는 형식적인 분류이지, 실제적으로는 큰 의미가 없다고 하였다.

기존처럼 장애등급을 유지한다면 장애유형 내 세부유형 마련이 필요하다는 의견 제시가 있었다. 현재 장애등록제도에서 배제된 사각지대 내 장애인들도 필요한 서비스를 제공할 필요성이 있기 때문이다. 특히 현재 등록제도 하에서 중복 및 경계선급 지적장애인들이 상대적으로 더 소외되고 있다고 하였다. 경계선급 지적장애인들의 경우에는 특수교육 대상자로의 자격은 주어지기 때문에 고등학교까지 교육의 혜택을 받고 있으나 이후 장애인복지법상에서는 장애로 인정받지 못하고 있다. 또한 정신장애의 경우 기존의 장애유형 외 다양한 정신장애가 있으나 현 제도에서는 배제되고 있어 적절한 서비스를 통해 사회참여를 유도할 수 있어야 할 것이다.

넷째, 최근 들어 일부 장애인계에서 문제시하고 있는 부양의무제 폐지와 관련하여 소득 및 재산기준을 적용하는 문제에 대한 의견을 수렴하였다. 소득 기준이 복지 서비스 차등 지원에 필요한지에 대해서는 찬반론이 있었다. 찬성을 하는 입장에서는 가난한 사람과 부유한 사람에게 보편적 복지라는 이름으로 똑같은 서비스를 제공하는 것은 불공평하며, 예산이 낭비되고, 세금부담이 커질 수 있다는 이유로 차등지원을 찬성하였다. 반면 차등지원을 반대하는 입장은 크게 다음의 두 가지 이유로 반대하는 것으로 나타났다. 소득에 따른 서비스 차등 지원은 중산층을 빈곤층

으로 추락시킬 수 있다는 지적을 하였다. 즉, 현재는 수급권자가 아니지만, 장애로 인해 추가되는 비용이 과다할 경우 빈곤층으로 전락하고, 이는 결국 장애인 당사자와 그 가족에게 큰 문제가 되기 때문에 소득수준에 따른 차등지원을 반대하는 것이다. 또한 지적, 자폐, 정신장애 등은 부모가 자녀의 생계를 위해 재산을 물려주는 경우 이 재산이 인정되어 장애당사자의 소득은 전무한데도 기초적인 혜택이나 수급을 못 받게 되는 경우가 빈번한 문제점도 있다는 지적을 하였다. 따라서 부모의 소득이나 재산, 또는 부모가 물려준 재산이 수급자격을 결정하는 것은 제고해보아야 할 의견이 있었다.

현재 우리나라 대부분의 장애인복지 서비스 수혜자격은 수급권자로 제한되어 있다보니 가짜 수급권자가 양산되고, 이혼 등의 가족해체도 일어나며, 만성적인 복지 의존자도 만들어내고 있는 문제점은 있다. 앞으로 소득을 기준으로 수혜자격을 정하고 있는 현재의 제도에 대해 유연한 척도는 필요할 것이다. 또한 이 문제점은 장애인복지제도와 정책, 법률로 해결할 수 있는 문제가 아니라 국가의 국민기초생활보장제도를 비롯한 다양한 법률 및 제도와의 전체적인 조정이 필요한 문제이다.

다섯 번째, 많은 연구 참여자들이 의학적 기준에 절대적으로 의존하고 있는 현재의 장애판정기준에 직업적, 사회적, 자립 능력 기준을 함께 도입하여 판정기준을 만들어야 한다는 의견을 제시하였다. 현재의 판정 및 등급제도가 의학적 기준에 주로 달려있기 때문에 재활이나 자립, 사회생활을 향상시키는 방향으로의 전환이 필요하고, 그러기 위해서는 장애유무만 판정하고, 서비스별로 개별 판정하거나 개인의 욕구 사정에 따른 서비스 제공이 이루어져야 한다는 의견이 많았다.

그러나 연구 참여자 중 기존의 장애인복지 수혜자들이 향후의 새로운 기준체계에서 탈락될 경우 야기될 수 있는 반발과 관련한 문제, 그나마 과학적으로 객관성이 높은 의학적 기준을 제외한 여타의 기준 적용 시 주관성이 개입되는 문제 등에 대한 심도 있는 검토는 필요하다는 지적도 있었다. 또한 서비스별 기준 적용이나 개인별 사정에 따른 서비스 지원은 객관화 된 기준이나 척도가 필요한데 아무리 이상적이고 좋은 제도라고 해도 현실적으로는 너무 복잡하고 기준 마련이 가능하지 않을 것이며, 오히려 이러한 제도를 악용하는 사람들도 생겨날 것이라는 부정적 견해가 있었다. 특히 의료전문가에게서는 이러한 의견이 지배적이었다.

제2장 정책적 제언

제1절 장애인등록 및 판정제도 변화를 위한 법적 제언

우리나라의 장애인복지법에서 장애등록제도의 변천을 살펴보면 법제도 시행 초창기부터 법정장애인제도, 장애인등록제도 및 장애등급심사제도를 기본적인 제도의 틀로서 유지하고 있다. 최근에 와서 특히 논란이 되는 것은 장애등급심사제도이지만, 이 모두가 장애인복지서비스 및 시책들과 연관성을 가지는 한편 장애인복지전달체계의 확립과도 밀접한 관계가 있어 기본 틀을 어떻게 유지 또는 개선할 것인가는 매우 중요한 문제라 할 수 있다. 법제도적인 개선방안을 위한 제언으로 단기적인 추진과제와 좀 더 심도 있는 연구와 사회적 합의점을 도출하는 과정을 필요로 하는 장기적인 과제로 구분하여 제시하면 다음과 같다.

1. 단기적인 법제도 개선방안

정부는 2010년 장애인복지법 개정을 통하여 국민연금공단이 장애등급심사의 전문기관으로서의 역할을 할 수 있도록 하는 근거규정을 마련하였다(법 제32조제6항). 장애인복지법 제2조는 장애의 종류와 기준을 시행령에 위임하였고, 장애의 정도에 따라 구분하는 장애등급제도는 시행규칙으로 정하도록 장애인복지법시행령 제2조제2항에서 규정하고 있다. 그리고 장애인복지법 제32조에서 장애인등록제도를 규정하면서 제4항에서는 장애 인정과 등급 사정에 관한 업무를 담당하게 하기 위한 장애판정위원회를 보건복지부에 둘 수 있도록 하고, 아울러 직권에 의한 장애등급 조정 조치(동법 제32조제3항), 국민연금공단에의 장애등급 심사의뢰 규정(동법 제32조제6항)을 두고 있다. 이러한 법 규정에 비추어 볼 때, 장애등급심사제도는 보건복지부장관이 제정하는 시행규칙과 장애판정위원회에 의하여 그 내용과 방법이 결정되고 있다.

앞에서 제시한 현행 장애등급 심사제도를 중심으로 하는 문제점들은 주로 장애판정 기준과 장애판정 절차에 관한 것으로서 시행규칙이나 보건복지부 지침³⁷⁾을 개정함으로써 개선할 수 있을 것이다. 장애유형에 따른 기본적인 장애기준들은 시행령을 통하여 검토되어야 할 것이다. 그러나 장애등급심사의 궁극적인 목적이 장애인복지서비스를 연계하기 위한 것이라면 근본적인 문제점을 짚어봐야 한다. 현재는 장애인등록을 희망하는 신청자의 서비스욕구가 아닌 의학적 기준에 의한 장애인

37) 고시 또는 공고의 형식으로 만들어 질 수 있다.

을 하게 되므로 이미 이 단계에서 서비스 수급 가능여부가 의료적으로 결정이 되기 때문이다.

가장 바람직한 개선방법은 1차적으로 의료기관에서는 장애정도에 소견서를 제출하고 2차적으로 공단에서는 장애유무와 정도를 평가하는 의료적 평가와 더불어 서비스 적격성 심사를 실시하는 것이다. 즉, 공단에서는 장애진단과 등급을 판정하면서 서비스욕구판정까지 연계하는 새로운 장애판정시스템을 도입하는 방안이다. 이러한 과정 도입이 당장 어려운 일이라면 1단계에서는 장애진단 소견서만 제시하고, 2단계인 심사단계에서 실질적인 장애등급과 서비스욕구 및 필요성 심사 판정을 하는 권한을 부여하는 방법부터 시행하는 방안을 검토 할 필요성이 있다.

2010년부터 새롭게 진행되고 있는 기존의 장애등록 심사과정에 대한 보완도 필요하다. 현재 국민연금공단 산하 장애판정센터에서 시행되는 장애등록 및 판정제도의 원래 취지는 지역의사들의 장애등급 상향 압박에 대한 문제점 해결이라 할 수 있다. 이러한 문제점을 해결하는 방안으로 1차 지역의사들의 소견서 및 기타 의료평가자료 구비 후 장애심사센터에서 전문가문위원회 의한 2차 검사를 실시하는 것으로 진행되고 있다. 그러나 이 과정에서 대표적인 문제점으로 제기되고 있는 접근성 문제와 의료적 서류만으로 판정되는 문제 등에 대한 보완 등은 개선이 필요하다고 본다.

접근권이 떨어지는 중증장애인들을 고려하여 인터넷 접수를 개설하는 방안이 적절하다고 본다. 개인정보 공개에 대한 검토는 필요하지만 장애 증명을 위한 서류 등은 건강보험 데이터베이스와 연동할 수 있다면 장애판정 비용 절감 효과도 있을 것으로 예상된다. 최근 들어 장애인들의 정보접근권이 늘어나고 있으며 컴퓨터 인증과정의 정밀화 및 자료 스캔 등 각종 새로운 방안들이 구축되고 있어 가능한 방안이라고 본다.

현 장애판정에서 문제시되고 있는 의료적 평가의 한계를 보완하는 방안으로 최종 심사 시 다양한 전문가들의 참여를 고려할 필요성이 있다. 전문의사, 작업치료 및 물리치료사, 사회복지사, 재활전문가 등으로 구성된 장애심사위원회 강화를 통해 최종 장애심사 시 다면적인 접근을 하는 것이 필요할 것이다. 이러한 다면적인 접근은 장애심사 후 필요한 장애인복지 서비스 연계로 용이하게 하는 장점이 있다.

현행 장애등급제 개선에 대한 요구는 2007년 이후 실제로 기존 서비스 수급자가 장애등급심사에 의해 탈락되는 일이 발생하면서부터 꾸준히 제기되어 왔다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 우선적으로 장애등급심사제의 목적이 무엇인가를 근본적으로 분석을 할 필요성이 있다. 현재 장애등급심사는 장애판정의 부수적인 산물임에도 불구하고 이것이 실질적으로 서비스급부를 좌우하는 도구를 적용되

고 있는 것이 문제의 원천이라 할 수 있다. 장애등급이 서비스 자격 조건으로 되기 때문이다.

결과적으로 거의 모든 장애인복지서비스가 중증장애인에게 편중되어 있어 장애 등급은 낮지만 개인 및 사회적 환경으로 인해 장애인복지서비스가 필요한 대상자를 배제하고 있는 문제점을 가지고 있다. 따라서 장애인등록제도의 원래 취지에 맞게 서비스 목적과 장애인당사자의 서비스 필요성에 부합되는 방식으로 서비스판정 중심의 판정과 등록제도로 변화를 추진하는 것이 필요하다고 본다. 그러나 이러한 급격한 변화는 정부를 포함한 현재 서비스 수급자들에게도 혼란을 초래할 수 있을 것이다. 이러한 맥락에서 우리와 같은 장애등록 및 판정제도 있는 일본의 경우를 세밀하게 분석할 필요성이 있다. 일본에서도 기존의 장애유형별 등록 및 장애판정과 복지서비스 지급 대상자를 결정하는 인정조사표를 같이 활용하고 있다.

이미 앞에서 논의하였듯이 일본의 경우에는 장애등급에 의한 복지서비스³⁸⁾와 장애인 자립지원법³⁹⁾에 따라 인정조사표에 의한 서비스 등급에 따른 장애인복지 서비스를 구분하여 제시하고 있다. 대부분의 장애등급에 의한 복지서비스는 현재 우리나라와 같이 각종 할인 및 우대제도 중심으로 구성되어 있다. 반면, 인정조사 결과에 따라 서비스 등급에 영향을 받는 서비스들은 크게 개호급부와 훈련 등 급부 등이 있다.

개호급부는 거택개호, 중증방문개호, 동행지원, 단기입소, 요양개호 등 일상생활에서 필요한 각종 지원서비스를 포함하고 있다. 이러한 서비스들은 현재 우리나라 활동지원서비스와 매우 유사하나 우리보다 훨씬 세분화되어 있어 이용장애인의 서비스 필요성에 따라 적절하게 제공되고 있다. 훈련 급부 서비스로는 기능훈련이나 일상생활훈련을 지원하는 자립지원, 직업재활 그리고 공동가정생활 지원을 하는 서비스들로 구성되어 있어 지역사회에서 자립적으로 생활하는 것을 목적으로 하고 있다.

일본도 우리나라와 같이 일률적이고 획일적이던 장애인등록 및 판정의 문제점을 보완하기 위해 장애인 개개인의 특성과 상황을 고려하는 동시에 복지서비스의 지급 목적에 따라 이용대상자를 선정하는 체계로 대대적인 변화를 추진하고 있다. 우리나라도 일본과 같이 현 서비스수급자들의 혼란을 최소화하기 위해 기존의 각종 감면제도 등 보편적인 장애인복지 서비스 제공의 기준은 기존의 장애등급체계는 유지하되 활동지원서비스 나 장애연금제도 등은 서비스 목적에 맞게 개별적으로 서비스 필요성 중심의 평가를 실시하는 것이 바람직한 방향성이라 할 수 있다.

2. 장기적인 법제도 개선방안

38) 본문 표 21 참고

39) 본문 표 22 참고

장애등록 및 판정체계의 발전을 위한 장기적인 개선방안으로는 기존의 현행법상 유형화되어 있는 법정장애인제도를 계속 유지할 필요가 있는지를 고민해볼 필요가 있다. 장애인복지법은 제2조제1항에서 장애인의 정의를 개방적 개념으로 포괄적으로 규정하고 있으나, 제2항에서는 장애의 종류를 시행령으로 정하도록 위임하고 있어 사실상 장애서비스의 수급자가 제한되는 결과를 초래하고 있다. 최근 들어 장애의 유형과 정도는 중증화·중복화·다양화되고 있을 뿐만 아니라 희귀난치성질환도 꾸준히 늘고 있어 모든 장애의 종류를 유형화하는 것은 사실상 불가능한 것이다.

궁극적으로 우리나라도 외국의 복지선진국에서처럼 서비스 제공을 위한 실질적인 장애판정체제로 변화되어야 할 것이다. 즉, 기존의 장애등급제를 폐지하고 장애인복지법 제2조 개정을 통해 개별장애인의 실질적인 서비스요구 중심의 판정으로 전환하는 것이다.

최근 들어 장애인 당사자들이 인권적인 측면에서 장애등급 폐지를 요구하고 있다. 장애등급 대신 장애유형과 관계없이 장애정도를 최중증, 중증 그리고 경증으로 변환하는 방안을 고려할 필요성이 있다. 현재 장애복지 서비스도 크게 중증과 경증으로 제공되고 있기 때문에 큰 무리 없이 진행될 수 있을 것으로 예상된다. 다만 현재 장애등급으로 인해 수급에 영향을 미치는 주요 법령으로는 장애인연금법과 장애인활동 지원에 관한 법률 등이 있다

장애인연금의 경우에는 중증장애인으로 대상을 한정하고 있는데, 이는 본래 연금의 취지에는 맞지 않는다. 연금은 장애로 인해 근로능력이 현저히 떨어지는 경우 기초 생활을 할 수 있도록 정부에서 지원하는 공공부조이다. 중증장애를 가지고 있어도 근로능력이 있다면 수급자격이 없는 것이 맞는 방향성이다. 미국의 연금심사에서 보았듯이 연금 수급 판정은 의료적 장애평가 외 근로능력 중심으로 평가를 하고 있다. 이러한 평가과정에서 개인의 학력, 경력 등 개별적인 접근과 지역사회 내 노동시장 현황 등을 종합적이고 포괄적으로 평가하여 수급 결정을 하고 있다.

이런 측면에서 보면 현재 우리나라의 경우 장애등급을 중심으로 실시되는 장애연금심사는 오히려 너무 간략하여 제도를 악용할 수 있는 여지도 있다는 의식을 가져야 할 것이다. 또한 미국의 사회보장국은 직업재활국 및 그 외 고용관련 기관들과 긴밀한 연계를 통해 연금수급자들을 위해 다양한 근로유인기제를 제공하여 탈수급을 위한 노력을 하고 있다. 아직까지 우리나라의 장애인연금은 수령액도 적고 초기 단계이지만 제도의 발전을 위해서는 탈수급을 위한 근로유인기제 도입과 더불어 개인별 상황을 고려하는 장애연금심사 적격성 기준을 마련하는 것이 필요할 것이다.

현재 장애등급이 수급자격에 미치는 영향이 가장 큰 제도는 장애인활동 지원에

관한 법률에 의한 활동지원서비스이다. 장애등급이 서비스급여와 연계되어 수급 자격을 제한하고 있기 때문이다. 활동지원서비스 대상자는 우선적으로 장애1급이며 장애1급 중에서도 인정조사표 220점 이상인 자만이 서비스 수급자격이 주어지고 있다. 이러한 심사과정과 기준의 엄격성으로 인해 실제 서비스를 필요로 하는 중증장애인들도 탈락되는 일이 발생하고 있다.

이러한 결과는 제도의 본래 취지와 달리 형식적인 장애등급으로 기준과 잣대를 적용하게 되어 나타난 일이라 할 것이다. 따라서 궁극적으로 이러한 문제점 개선은 관련법제도를 개정함으로써도 개선이 가능할 것이다. 즉, 「장애인연금법」과 「장애인활동 지원에 관한 법률」 등의 개정을 통해 제도의 취지와 목적에 맞게 서비스 대상자에 대한 기준이 검토되어야 할 것이다.

제2절 장애인복지 전달체계에 대한 제언

1. 장애인복지 전달체계 강화의 필요성

장애인등록 및 판정제도는 장애인복지전달체계를 어떻게 구축하느냐 와도 밀접한 관련이 있다. 현재 장애판정과 서비스 업무가 여러 부서로 분산되어 있어 서비스 효과성과 업무 효율성이 현저히 떨어지고 있다. 시군구는 장애진단에 따라 단순히 복지카드를 발급하는데 주력하고 있다. 장애인등록증 발급 시 서비스에 대한 일부 소개가 이루어지고 있으나 서비스자원으로 연계되지 못하는 제한점이 있다. 즉, 의학적 장애진단에 의한 등급판정과 각종 복지혜택의 수혜여부 간의 관계를 매개하는 제도적 장치가 미흡하며, 의학적으로 판정된 장애등급과 각종 복지혜택의 수혜자격이별개로 작동하는 체계로 되어 있어 장애등급과 복지수혜자격을 연결하는 양자 간의 관계를 재평가하는 중간적인 절차가 마련되어 있지 않은 실정이다.

이러한 문제점을 해결하기 위한 대안으로 국민연금공단에서 장애인서비스지원센터를 시범사업으로 운영하고 있다. 현재 국민연금공단은 장애등록제도의 핵심기관인 장애심사센터를 주관하고 있으며 장애인서비스 지원체계 시범사업을 수행하고 있어 장애판정과 장애인복지 서비스 간의 연동성을 가장 잘 실천할 수 있는 기관으로 부상하였다. 국민연금공단은 장애판정 이후 사례관리를 통해 개별 장애인의 서비스 필요성과 욕구에 따라 지역사회 내 서비스제공기관과의 연계를 할 수 있도록 역할과 기능을 강화하여야 할 것이다. 현행제도 상 국민연금공단과 시·군·구의 업무역할을 정리하여 제시하면 아래와 같다.

구 분		수 행 업 무 내 용
국민 연 금 공단	장애 심사 센터	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애인 심사 및 등급판정 ○ 자료보완 및 직접진단 요구 ○ 자문의사 관리 및 회의운영 ○ 장애등급 조정 및 재판정 ○ 재청구심사 업무 ○ 시·군·구(읍·면·동)에 심사결과 통보 및 심사완료서류 이송
	지사	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애인 심사요청 서류 접수 및 확인 ○ 공단장애심사센터로 심사요청 ○ 신청인에게 자료보완요구 및 보완요청 통지 ○ 직접진단 실시 ○ 시·군·구(읍·면·동)로 심사결과 통보 ○ 시·군·구(읍·면·동)로 심사완료서류 반환
	장 애 인 서 비 스 지 원 센터	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애심사센터에서 제공된 기초 평가 자료를 가지고 개별 장애인에게 필요한 복지 서비스 계획 및 지역사회 연계를 적절한 서비스 제공 ○ 지역사회에서 제공되는 복지 서비스 모니터링 ○ 실제 제공된 서비스 및 필요한 서비스 데이터 구축 후 정책 반영을 위한 자료 제공 ○ 지자체와의 긴밀한 협조를 통해 지자체 내 복지서비스 질 관리 담당
시·군·구 (읍·면·동)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애인등록 신청서 접수 ○ 장애판정시기의 걱정여부 등 확인 ○ 장애유형별 장애진단기관 및 전문의 등 기준적합여부 등 확인 ○ 장애인 심사요청 기본구비서류 접수 및 확인 ○ 장애인 심사요청 (공단장애심사센터로 전산송신) ○ 보완서류 이송 (공단지사) ○ 직접진단 및 자료보완 협조 ○ 재청구심사 접수 및 심사 요청 ○ 장애심사 결과를 근거로 장애등급결정, 등록 실시 및 통보

제3절 후속 연구를 위한 제언

본 연구에서 검토한 문헌 및 해외 사례 그리고 질적 연구 참여자들의 의견을 종합해 보면 의학적 기준에 절대적으로 의존하고 있는 현재의 장애판정기준에 직업적, 사회적, 자립 능력 기준을 함께 도입하여 판정기준을 만들어야 한다는 의견은 압도적이다. 결론적으로 장애등록제도는 유지하되 장애등급제도는 변화가 필요하다는 의

전이 대다수였다.

장애등록단계에서는 장애는 유무 또는 정도로만 판정하여 보편적인 복지서비스는 장애유무만으로 서비스를 받을 수 있도록 하고 그 외 활동지원이나 장애연금 등과 같은 주요 서비스는 장애정도는 고려하되 장애정도에 영향을 미치는 개별 장애인의 환경과 상황을 고려할 수 있는 방안을 검토할 필요성이 있다. 장애연금과 같은 기본적인 소득보장제도는 단순히 등급변경이나 조정이 아니라 별도의 수급자격 심사 과정이 필요할 것이라 본다. 현재 활동지원제도에서 실시하는 인정조사표도 일종의 서비스 적격성검사라고 할 수 있으나 1급 장애인들만이 해당되고 있기 때문에 엄밀한 의미에서 서비스 적격성이라 할 수 없는 문제점이 있어 앞으로 제도개선이 필요하다고 본다.

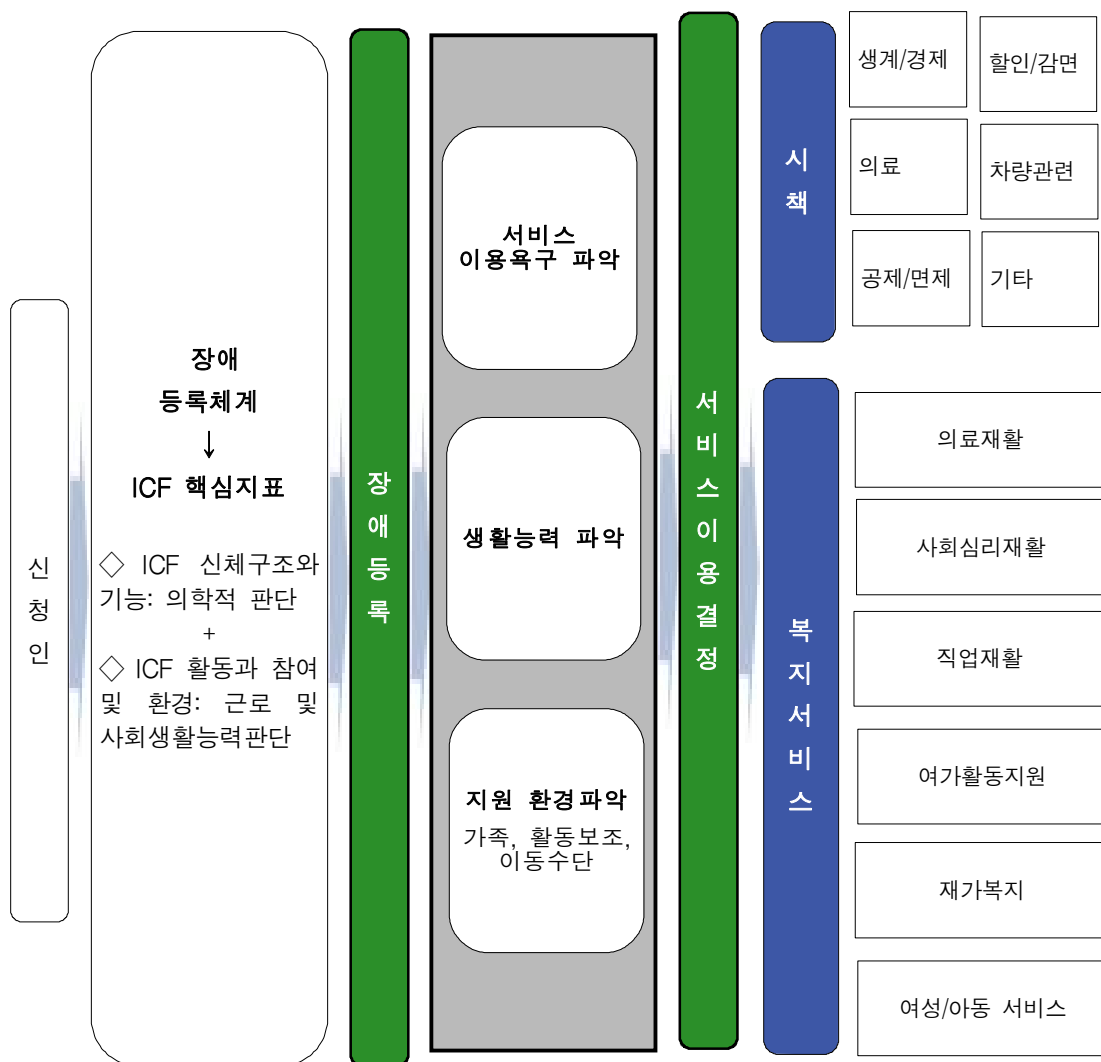
세부적으로 후속 연구에서는 현재 장애등급별로 조정되고 있는 장애인복지 서비스 중 장애인의 서비스 필요성 및 욕구를 분석하여 보편적 복지에 적합한 서비스와 복지의 효율성을 높이기 위해 선별적 복지로 선정될 장애인복지 서비스를 분석할 필요성이 있다. 다만 기존의 장애인복지 수혜자들이 향후의 새로운 기준체계에서 탈락될 경우 야기될 수 있는 반발과 관련한 문제, 그나마 과학적으로 객관성이 높은 의학적 기준을 제외한 여타의 기준 적용 시 주관성이 개입되는 문제 등을 고려하여야 할 것이다.

장기적인 발전 측면에서 보면 우리나라도 ICF 와 같은 종합적이고 포괄적인 평가 체계를 도입할 필요성이 있다. ICF의 신체구조 및 기능 영역은 기존의 의학적 판정기준을 대체할 수 있을 것이다. 활동과 참여 그리고 환경 영역은 개별 장애인에게 적절한 장애인복지서비스를 제공할 수 있는 종합적인 평가결과를 제공할 수 있다. 대만의 경우에는 2012년 7월부터 약 5년간의 연구 과정을 통해 ICF를 장애인 판정체계로 활용하고 있다. 호주에서도 ICF를 근간으로 장애평가 및 장애인복지서비스 정책에 적극 활용하고 있다.

우리나라에서도 장애유형 별 ICF 핵심지표를 개발하는 방안을 검토할 필요성이 있다. 장애유형 별 핵심지표를 개발하면 ICF의 방대한 항목을 주 장애유형별로 접근하되 주 장애로 인해 영향을 미치는 신체기능을 평가할 수 있어 현 의학적 판정기준과 비교하면 포괄적인 접근을 할 수 있는 장점이 있다. 또한 개별 장애인의 활동과 참여 그리고 환경에서 개인요인까지 평가할 수 있어 필요한 복지 서비스로의 연계를 할 수 있는 토대를 제공하는 종합적인 평가체계 마련이 가능할 것이다. 후속연구를 통해 ICF를 기반으로 개별 장애인의 종합적인 서비스 이용욕구를 판정하고 이를 근거로 서비스 이용 등급을 결정하는 체계를 제시하면 아래 그림과 같다.

후속연구를 통해 검증 과정은 필요하지만 현재 우리나라 보편적 및 선별적 복지

제도의 장점을 접목할 수 있는 대안적 방향성이라 할 수 있을 것이다. 서비스 이용 등급과 관련 없이 필요한 서비스를 제공하는 보편적 등록제도의 장점과 장애 정도와 특성을 고려하여 서비스 이용등급에 따라 차등화된 장애인복지 서비스를 선별적으로 제공할 수 있는 모델이다. 따라서 ICF의 기본 철학과 기준을 활용하여 의학적, 근로능력, 사회생활능력 등을 종합적으로 판정하고 난 후 실질적인 장애인복지 서비스는 서비스 이용욕구, 생활능력, 개별 장애인의 환경을 파악한 후 서비스 이용등급을 결정하여 개별적 서비스 지원을 하는 체계인 것이다.



참고문헌

- ICF 한국번역출판위원회(2003), "국제 기능·장애·건강분류"
- 권선진, 변경희, 나은우, 황태연, 최경식, 김감용, 박은범(2006), 장애인등록 및 판정 절차 개선방안 연구. 보건복지부, 평택대학교 사회과학연구소.
- 김감용(2006), 장애인등록제도에 대한 장애인의 인식비교 연구, 평택대학교 석사학위논문
- 김경미(2002), "장애인등록제도와 복지서비스에 대한 정신장애인의 인식과 태도", 부산대학교 석사학위논문
- 김윤태(2010), 한국의 장애등급제도의 고찰, 제39회 RI KOREA 재향대회 자료집, 한국장애인재활협회
- 박경석(2010), 장애등급제는 차별이다!, 장애등급제의 문제점 진단과 복지전달체계 대안모색을 위한 대토론회 자료집, 한국장애인단체총연맹
- 박인태(2001), "장애인 등록제도에 대한 정신장애인들의 인식 및 태도에 관한 연구, 대구대학교 석사학위논문
- 변경희(2010), 장애등급제를 넘어서는 대안적 복지전달체계, 장애등급제의 문제점 진단과 복지전달체계 대안모색을 위한 대토론회 자료집, 한국장애인단체총연맹
- 변경희, 김용득, 김동범, 김승태 와 이은미 (2003). 직업적 장애개념 도입을 위한 연구. 노동부.
- 변용찬(2006), 3단계 장애범주 확대방안 연구. 한국보건사회연구원
- 보건복지부(2006), 「2006년도 장애인복지사업안내」
- 보건복지부(2008), 중증장애인 등급판정 위탁심사 한손에, 보건복지부
- 보건복지부(2010), 장애등급 심사제도 현황, 보건복지부
- 보건복지부(2011) 장애인 실태조사, 보건복지부
- 서동우 외(1999), 「장애범주 확대방안 및 장애분류·등급판정 기준에 관한 연구」, 한국장애인복지체육회.
- 서인환(2011), 장애등급 판정제도의 개선방향, 한국장애인단체총연합회 정책토론회 자료집
- 안규환(2007), 장애판정제도의 쟁점과 개선방향, 2007 제4회 정책과 대안 포럼, 사단법인 한국장애인인권포럼
- 양옥경(1995), "정신장애인 가족에 관한 연구", 「신경정신의학」, 제34권 3호
- 오현정(2005), "장애인등록제도와 장애인복지서비스에 대한 인식", 경북대 석사학위논문

- 윤영필(1996), “장애인의 장애인식책 인지도에 관한 연구”, 중앙대학교 석사학위논문.
- 이경석(2002), 「장해평가와 의료감정」, 중앙문화사.
- 이경석(2005), “장애평가제도의 문제점과 개선방안”, 장애평가제도 일원화를 위한 공청회 자료집, 열린우리당.
- 이완우 외(2000), 「장애인 생활안정을 위한 복지지원제도에 관한 연구」, 한국장애인복지진흥회
- 이용하, 김원섭, 신경혜 (2010), 국민연금의 장애연금제도 개선방안. 국민연금연구원.
- 이준상(1997), “장애인복지의 개선방향에 관한 연구”, 「가톨릭상지전문대학논문집」, 제27집
- 이창옥(1994), “우리나라 신체장해평가법에 관한 비교연구”, 서울대 보건대학원 석사학위논문.
- 임광세(2000), 「배상의학의 기초」, 제4판 개정판, 중앙문화사.
- 임광세(2002), “새로운 신체장해평가방법의 구비조건”, 대한변호사협회지, 「인권과 정의」 Vol. 316.
- 전유진(1995), “장애인 등록제도에 관한 연구”, 연세대학교 석사학위논문.
- 정경배 · 권선진(2005) “국민연금의 장애연금 수급대상 확대방안 연구”, 한국복지경제연구원
- 최선자(1998), “장애인 등록제도와 이차적 이득이론에 관한 연구”, 중앙대학교 석사학위논문
- 홍홍근(1998), “장애인 등록제도와 복지시책에 관한 시각장애인들의 인식과 만족도에 관한 연구” 숭실대학교 석사학위논문

독일참고문헌:

- BIH (2012), Jahresbericht 2011/2012.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011), Ratgeber für behinderte Menschen.
- bvkm (2011), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Merkblatt für behinderte Menschen und ihre Angehörigen.
- Bundesagentur für Arbeit (2012), Arbeitsmarktstatistik.
- LVR (2010), Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche für (schwer-)behinderte Menschen.
- LVR (2011) Behinderung und Ausweis.
- Mrozynski, Peter/ Jabben, Jürgen (2011). SGB IX Teil 1. Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Verlag C.H.Beck München.

Statistisches Bundesamt (2012), Schwerbehinderte Menschen.

Tintner, Heinfried (2011). Schwerbehinderung. In Zusammenarbeit mit ARD RATGEBER GELD. Haufe-Lexware GmbH Et Co. KG: Freiburg

일본참고문헌:

莊村明彦(2011) 障害程度区分認定ハンドブック、中央法規

坂本洋一(2006) 図説よくわかる障害者自立支援法、中央法規

佐藤和邦(2011) 図解入門ビジネス障害者自立支援ほうがよくわかる、秀和システム

上田敏(2011) ICFの理解と活用一人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか,萌文社.

厚生労働省大臣官房統計情報部(2009) 生活機能分類の活用に向けて、厚生統計協會

山内和志・及川恵美子(2009) 國際動向、國際生活機能分類(ICF) について、總合リハ 37(3).p.193-195

西村修一・池本喜代正・下無數順一・三品享子・清水浩(2009) ICFの評価に関する一考察— ICFをベースとしたチェックリストの作成と活用—、宇都宮大學教育學部教育實踐總合センター 紀要(32).p.191-205

關宏之(2008)日本における障害者の雇用施策とICFについて、OTジャーナル42(6)p.475-481

清水尊(2009) 障害者自立支援給付費早見表、醫學通信社

障害者福祉研究會(2007)障害者自立支援法 事業者ハンドブック報酬編、中央法規

障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員會(2008)障害者相談支援従事者初任者研修テキスト、中央法規

障害者福祉研究會(2007)障害者自立支援法事業者ハンドブック指定基準編、中央法規

豊島區(2006) 障害者福祉のしおり

관련법률:

「Sozialgesetzbuch III」(Arbeitsförderung); 「사회법전 제3권」(노동촉진)

「Sozialgesetzbuch IX」(Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen); 「사회법전 제9권」(재활과 장애인의 참여)

「Sozialgesetzbuch X」(Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz); 「사회법전 제10권」(사회행정절차 및 사회자료보호)

「Sozialgesetzbuch XI」(Soziale Pflegeversicherung); 「사회법전 제11권」(사회적 간병보험)

「Sozialgesetzbuch XII」(Sozialhilfe); 「사회법전 제12권」(사회부조(공적부조))

「Versorgungsmedizin - Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen」; (「원호의료 - 원호의료 원칙에 대한 규정」)

인터넷사이트

<http://www.gbe-bund.de>

<http://www.integrationsaemter.de>

<http://www.pflegestufe.info/index.html>

<http://www.ssa.gov>

첨부파일1: 포커스 그룹 및 심층면접 질문지

질문영역	질의내용
전반적인 의견 수렴 비합리적인 장애인 장애인 등급기준	장애인등급 및 판정제도에 대한 인식: 그동안의 사례와 경험에 비추어 보면 장애인등급 등록 및 판정 체계의 현황은 어떠하며 문제점이 있다면 무엇이라고 생각하십니까? 장애인등급결과가 부적합하다고 생각되었던 사례에 대한 이유 설명: 장애인등급 심사결과로 인해서 필요한 장애인복지 서비스를 받은 경우와 또는 반대로 장애인서비스를 받는 기회에서 배제된 사례에 대한 말씀 부탁드립니다. 즉, 장애인등급 결과에 걸맞은 서비스가 연계되었다고 생각하십니까?
장애인등급과 실제 기능과의 관계	개별장애인의 소득, 학력, 경력 등에 의해 같은 장애인등급이라 해도 사회적 능력이나 개인 능력이 상이한 경우에 대한 의견: 실무경험 속에서 개별장애인의 장애인등급과 실제적인 신체 및 정신장애가 불일치한 사례가 있다면 그 사례를 들어 이유와 함께 설명해 주세요. 예를 들어 지체 1급이라 하면 다 중증장애인이라고 생각하십니까? 같은 맥락에서 장애인등급이 낮다고 경증장애라고 할 수 있나요?
장애인판정 및 변화에 대한 의견	현재 장애인등급 및 판정제도에 변화가 있다면(외국의 사례처럼 등급제도가 아닌 근로능력 또는 기능제한 중심 판정) 이 제도에서 예측되는 문제점과 유익은 무엇이라고 생각하십니까? 한국의 현 상황을 고려하여 설명 부탁드립니다. 다시 말하면 현재 의료적 판정 중심체계에서 1급을 받은 장애인이 사회적 능력이나 환경까지 고려한 새로운 장애인기준에 의해 판정을 받는 체계가 된다면 어떤 점이 긍정적인 변화이며 또는 어떤 어려운 점들이 예상되십니까?
각 장애인영역에 대한 의견: 장애인판정과 등급제도에서 유의하여야 할 점 및 개선방안 그리고 서비스 지원의 적합성 등	장애인판정과 등급 그리고 이로 인한 서비스와의 연계성을 고려하여 각 장애인영역에 대한 의견을 부탁드립니다. 본인이 가장 익숙한 영역에 대한 의견을 부탁드립니다. 하지만 오랜 경험으로 인해 다른 장애인영역에 대한 추가의견이 있으시면 말씀해 주십시오. 지적/발달/뇌성마비/ 선천적 장애: 경계성 지적장애인에 대한 논의, 뇌성마비 장애인이 뇌병변에 속해있는 것에 대한 적절성, 새로운 수정바델지표에 대한 의견 지체장애(절단, 척수, 뇌졸중 등) 후천적 장애: 지체 장애인영역에 절단, 척수, 왜소증이 같이 있어 불리한점, 뇌졸중에 대한 의견, 지체 1급과 외상장애에 대한 의견 (외상장애는 최고 등급이 필요한건 아닌지) 심장장애 등 내부장애: 작년에 심장장애 등급에 대한 논의등에 대한 의견 및 그 외 내부장애에 대한 의견 시각장애: 선천과 후천적 시각장애인에 대한 등급/재심사 등에 대한 의견, 다양한 시각장애 특성과 현재 기준에 대한 의견, 후천적 장애인과 서비스 전달체계 및 서비스 지원에 대한 의견 정신장애: 현재 해외선진국과 비교하면 너무나 협소한 정신장애에 기준에 대한 의견, 장애인등급과 판정에 대한 의견 및 장애인등급에 의한 정신장애인들의 서비스 지원의 적합성에 대한 의견 청각장애: 선천과 후천적 청각장애에 대한 등급/재심사 등에 대한 의견, 후천적 장애

	인과 서비스 전달체계 및 서비스 지원에 대한 의견, 또한 청각장애인과 농아인에 대한 의견(서로 다른 서비스 욕구가 있는지)
--	--

질문영역	질의내용
장애등록 과정에 대 한 의견	○2007년도부터 장애등록과정이 변화하였습니다. 지역에서 장애정도에 대한 의사 소견서를 받고 최종적으로 국민연금공단 산하 장애판정센터에서 최종 판정을 하고 있습니다. 새로운 장애등록과정에 대한 의견을 말씀해 주십시오. (좋은점과 불편한점: 예: 비용과 시간 등) ○본인은 장애등록의 목적이 무엇이라고 생각하십니까?
장애등록 후 장애판 정 기준 대한 의견	○장애판정 결과가 우리나라처럼 장애등급으로 결정되는 경우와 미국처럼 최종증, 중증, 경증으로 장애정도만 결정되거나 독일처럼 장애율 (%)로 판정되는 것 중 어느 것이 적절하다고 생각하십니까? 그 이유를 말씀해 주십시오.
장애등급 과 실제 기능과의 관계	○개별장애인의 소득, 학력, 경력 등 개별적인 요인들에 의해 같은 장애등급이라 해도 사회적 능력이나 개인 능력이 상이한 경우가 있습니다. 따라서 때로는 지체 1급이라 해도 실제 기능상으로 중증장애가 아닌 경우도 있으며 같은 맥락에서 장애등급이 낮다고 해도 경증장애가 아닌 경우도 있습니다. 현재 장애등급과 실제 개인의 생활이나 활동 정도와의 연계성을 어떻게 생각하십니까? ○ 어떤 경우가 중증이라고 생각하십니까?
재심사과 정 결과에 대한 사례	○장애등록과정에서 일차적으로 떨어지거나 또는 재심사과과정에서 탈락된 사례를 알고 계시면 자세한 설명을 부탁드립니다. ○ 재심사과과정에서 장애등급이 상향조정이 된 경우를 알고 계신가요? 구체적인 소개 부탁드립니다.
각 장애유 형에서 고 려 되어 아 할 장애특 성	○지체장애로 크게 분류되고 있지만 지체기능장애(척수장애), 절단장애, 관절장애, 변형 등의 장애 별로 가지고 있는 장애특성 중 현재 장애등급 판정 시 고려되지 못하고 있는 부분은 무엇입니까? (척수장애의 다양한 장애정도가 고려되지 못하는 점, 뇌성마비 장애인들을 위한 새로운 수정바델 기준에 대한 의견, 현재 정신장애의 경우 외국과 비교하여 인정받는 정신장애유형이 너무 협소하지는 않은가요? 등 각 장애유형에서 현재 인정받고 있지 못한 것은 무엇이 있나요?) ○정신적 장애로 크게 분류되고 있지만 지적, 자폐성 장애 그리고 정신장애가 현재 장애등급 판정 시 고려되지 못하고 있는 부분은 무엇입니까? 장애판정 시 꼭 포함되어야 할 부분은 무엇입니까 (예: 경제급 지적장애인들을 포함하는문제, 지적과 자폐성장애의 특성 차이점 부각의 필요성, 외상장애인 등 최종증 장애인에 대한 고려의 필요성 등)
각 장애유 형의 분리 성에 대한 의견	○현재 지체장애나 뇌병변 장애 그리고 정신적 장애라는 분류로 묶어있는데 개별 장애유형(상병)으로 분리될 필요성이 있다고 생각하십니까? ○현재와 같이 지체장애나 뇌병변 그리고 정신적 장애로 함께 분류되고 있어 어려움/불리한 것은 무엇입니까?
장애등록 및 판정 제도 변화 에 대한	○현재 장애등급 및 판정제도에 변화가 있다면(외국의 사례처럼 등급제도가 아닌 근로능력 또는 기능제한 중심 판정) 이 제도에서 예측되는 문제점과 유익은 무엇이라고 생각하십니까? 한국의 현 상황을 고려하여 설명 부탁드립니다. 어떤 점이 긍정적인 변화이며 또는 어떤 어려운 점들이 예상되십니까? ○현재 의료적 판정 상으로 1급을 받고 있지만 새로운 판정기준으로는 장애판정 기

의견	준이 하향될 수도 있는데 이러한 부분에 대한 의견을 부탁드립니다. 물론 현재 의료적 판정으로는 낮지만 각 개인의 경제적, 사회적 상황을 고려한 개별적인 판정기준으로는 상향조정도 될 수 있습니다.
현재 각 장애 유형별로 제공하고 있는 장애인복지서비스	<p>○현재 장애등록 후 제공받고 있는 장애인서비스들은 무엇인가요? (현재 본인이 받고 있는 서비스나 혹은 해당 단체 회원들이 주로 받고 있는 서비스)</p> <p>○현재 우리나라 장애인복지 서비스들이 장애유형과 정도에 따라 서비스가 제공되고 있다고 생각하십니까?</p> <p>○현재 본인이나 단체 회원들이 받고 있는 대표적인 서비스는 무엇입니까?</p> <p>○현재는 제공되고 있지 않지만 받고 싶어하는 꼭 받아야 하는 장애인복지서비스는 무엇이라고 생각하십니까?</p>
장애인서비스별 기준에 대한 의견	○일본의 경우에는 우리나라와 같이 장애등급은 있으나 서비스 별로 대상자 선정기준을 따로 두고 있습니다. 장애인서비스를 받기 위해 장애등급이 아닌 서비스별 선정기준 도입에 대해서는 어떻게 생각하십니까? 장단점이 무엇이라고 생각하십니까?
현 장애인복지서비스 자격 기준	<p>○현재 우리나라의 경우 대부분의 장애인복지 서비스는 장애등급과 기초수급권자(경제적/소득 여건) 등 기준으로 제공되고 있는데 이러한 부분에 대해서 어떻게 생각하십니까?</p> <p>○비행기 할인율 등 각종 할인율 같은 복지 서비스의 경우에는 혜택받을 수 있는 장애인들이 많지 않다는 비판도 있습니다. 현재 보편적으로 제공받고 있는 서비스나 활동보조제도나 장애인연금 제도 등과 같은 제한적 서비스들의 서비스 자격 기준은 어떻게 되어야 한다고 생각하십니까?</p>

공통질문	
○ 장애등록의 목적이 무엇이라고 생각하십니까? 무엇이 되어야 한다고 생각하십니까?	
○2007년도부터 변화된 장애등록과정에 대해 어떻게 생각하시나요? 좋은 점그리고 불편한 점을 말씀해주십시오. 변화가 필요하다면 어떻게 변해야 한다고 생각하십니까? (비용, 시간, 재심을 포함한 평가체계 방법 등)	
○현재 본인 또는 대변하는 장애영역에 대한 장애판정기준에 대한 의견을 부탁드립니다.	
○ 본인 또는 대변하는 장애영역에서 재심에 대한 필요성 또는 의사가 있습니까? 있다면 왜 입니까(어떤 장애판정기준에 불만이 있으신지요?) 아니라면 필요가 없어서 인지 아님 재심을 하지 않는 다른 이유가 있으신가요?(구체적으로 말씀 부탁드립니다)	
○장애등록 후 제공받고 있는 서비스는 무엇인가요? 대변하시는 분의 경우에는 어떤 서비스들을 받고 있으며 어떤 서비스에 대한 욕구가 있나요? (구체적으로 말씀부탁드립니다.	
해당 장애영역에서 꼭 필요한 서비스는 무엇인가요? (현재 상황은 어떠한가요?)	
○현재 처럼 지체1급 뇌병변 1급이 아닌 최중증, 중증, 경증 으로 명칭하는 것은 어떨까요? 또는 장애판정 결과는 장애유무만을 하고 서비스별 대상자 선정기준을 도입하는 것은 어떻게 생각하시나요? (좋은점과 어려울거라 예상하는 부분은 무엇인가요?)	
○현재 우리나라 대부분의 장애인복지 서비스는 장애등급과 기초수급권자 등의 기준에 의해 제공되고 있는데 이러한 정책에 대해 어떻게 생각하십니까? 즉, 소득수준을 서비스 제공 기준으로 하는것이 적절하다고 생각하시나요? 소득이 높은 사람은 전부 본인부담 또는 본인부담금이 높아지는것에 대한 의견은 어떠하십니까?	
○앞으로 장애등록 및 판정제도가 어떻게 변화해야 한다고 생각하십니까? (장애판정기준에 대한 변화의 필요성 그리고 장애등록 및 이후 장애인복지 서비스에 대한 의견을 부탁드립니다)	
영역 질문	
시각/청각	<p>○시각이나 청각장애인들 중 지적/자폐/정신장애 등 중복장애에 대한 현황, 이러한 현황을 평가할 수 없는 현 장애판정기준에 대한 말씀 부탁드립니다.</p> <p>○중복장애로 인해 새로운 장애인복지 서비스의 필요성은 무엇입니까? 예를 들어 지적을 동반한 시각장애인의 경우 시각에서도 어렵고 또 지적영역에서도 어렵다고 서비스에서 배제되는 경우가 많다고 합니다. 현황은 어떠한지요? 이런 문제를 어떻게 해결하고 있는지요?</p> <p>○후천적 장애인의 경우 비록 장애등급은 높게 받아도 실질적으로 일상생활기능에 문제가 없거나 반대로 등급은 낮으나 자기 스스로 지원없이 생활하지 못하는 경우가 있습니다. 현재는 같은 의료적 판정기준을 적용하고 있는데 후천적 장애인들과 선천적 장애인들의 장애등급에 대한 말씀 부탁드립니다.</p> <p>○재판정의 필요성이나 재판정의 문제점은 무엇이라고 생각하시나요</p> <p>○후천적 장애인들에게 필요한 장애인복지 서비스는 무엇인가요? (구체적으로 말씀부탁드립니다)</p>
척수	<p>○절단장애인과 비교를 하면 손과 다리의 기능이 어려워도 낮게 판정받는 경우가 많다고 합니다. 즉, 기능이 되지 않아도 또는 부족해도 신체적으로 있다는 사실만으로 장애등급을 낮게 받는것에 대한 의견을 부탁드립니다.</p> <p>○대부분의 척수장애인들이 가지고 있는 장애판정문제는 무엇인가요?</p>
내부	<p>○장애수용을 통해 장애인으로 받아드리지 않고 환자라고 생각하는 부분은 어떻게 생각하시나요? (과도한 치료에 몰입하는 문제점 때문에 물어봅니다)</p> <p>○각 내부장애영역에 특수성으로 인해 각 장애영역을 대변하는 과정에서 일어나는 어</p>

	<p>려움이 있으신가요? (장루, 호흡기, 신장, 심장 등에서 필요한 서비스 차이가 있을 수 있어서요)</p> <p>○각 내부장애영역에 따라 필요로 하는 서비스 차이는 있나요? 무엇인가요?</p> <p>○상식적으로 의료비 비중이 높고 또 의료서비스에 대한 서비스 욕구가 많을 것 같은데 현황은 어떠한가요? 의료비 때문에 수급권을 희망하는 경우도 많지요?</p> <p>○내부장애인들의 경제적 활동 현황은 어떠한가요?</p> <p>○상대적으로 많지는 않지만 내부장애를 가진 아동의 문제점은 무엇인가요?</p>
절단	<p>○다른 지체영역(척수, 근육 등)에서는 절단은 상대적으로 장애판정을 높게 받는다는 지적이 있습니다.</p> <p>○보조공학이나 의수나 의족 사용을 하면 척수나 근육 등 타 지체장애인보다 장애극복/ 편리할 것으로 보입니다. 어떻게 생각하시나요?</p> <p>○현재 절단과 관련하여 장애등록 과정 및 판정기준에 대한 절단장애인들의 만족도 및 지적되고 있는 문제점 그리고 개선방안을 말씀해 주세요.</p> <p>○절단의 경우에도 재판정이 필요하다고 보시나요? 언제 재판정을 하시나요?</p> <p>○절단장애로 사는데 가장 어려운 점은? 그래서 필요로 하는 서비스는 무엇인지?</p> <p>○연령이 어린 절단장애인의 경우에는 성인과 어떤 차이가 있는지? 예를 들어 건강보험에서 제공하는 의수나 의족의 시기 등에 대한 의견부탁드립니다. 또한 그 외 필요로 하는 서비스는?</p>
장애판정실문자	<p>○장애판정을 오래동안 실시해 온 경험을 통해 현 제도와 예전 제도(공통질문 2과 거의 같음)의 장 단점은? 왜 새로운 체계로 변화되었는지에 대한 질문도 의미가 있을 것 같습니다.</p> <p>○예전 제도의 문제점(예: 지역의사의 신뢰성으로 인한 가짜 장애인 문제 등) 현 제도의 문제점(예: 서류심사로 인한 정확성 및 개별적인 평가를 하는데 한계점은 있는지? 지역 병원에서 최고의 의료진이 한 평가도 하향조정이 되는 경우도 있다는 지적들이 있음)</p> <p>○장애인 영구적인 것인데 우리나라는 현재 재판정 의무가 있습니다. 재판정이 필요 없다고 보시는 장애종류는 무엇인가요? 그리고 이유는 무엇인가요?</p> <p>○현재 광진구에 한 곳만 있는데 지역별 본사에 설치되는 것은 어떻게 생각하시는지? 이렇게 되었을때 장 단점은? (예: 비용 이나 지역에서 자문단을 운영하는데 전문인력 자원 부족등) 한곳에서 실시되는 어려움을 보완하기 위한 방안으로 SATELITE 방법을 통해 지역과의 소통을 하고 있는데 효율적으로 운영되고 있는지요?</p> <p>○앞으로 id와 같은 사회적 활동과 환경까지 고려하는 종합적인 평가기준을 사용하게 된다면 좋은 점과 예상되는 어려움은 무엇이 있는지요? 또한 전문자문위원으로 사회복지나 직업재활 전문가들의 의견에 대한 필요성은 어떻게 생각하는지?</p> <p>○현재 산재, 국민연금 그리고 보훈관련장애인까지도 장애인복지법 상 혜택을 받기 위해서는 다시 장애인복지법상 장애판정기준으로 평가받아야 하는데 이로 인한 가장 불편한 점(그동안 제기되었던 민원사례도 있다면 말씀부탁드립니다) 이러한 불편함을 해결하는 방안은 무엇이라고 생각하십니까?</p>
장애판정 의사	<p>○장애판정체계와 관련해서 현 제도와 예전제도에 대한 장 단점을 말씀해주세요.</p> <p>○장애인 영구적인 것인데 우리나라는 현재 재판정 의무가 있습니다. 재판정이 필요 없다고 보시는 장애종류는 무엇인가요? 그리고 이유는 무엇인가요?</p>

	<p>○현재 장애판정기준에 대한 전반적인 의견을 부탁드립니다. 현 장애판정기준의 문제점을 해결하기 위해 대한의학회에서 3년 넘게 KAMS를 개발하였습니다. 아직까지 사용이 활발하게 되기 않고 있는데 그 이유는 무엇이라고 생각하시나요? 앞으로 장애판정기준을 보완해야 한다면 어떻게 되어야 한다고 생각하시나요?</p> <p>○사회적/환경적 요인을 고려한 종합적인 판정에 대한 장애인당사자들의 의견이 높아 지는데 의료진으로서 어떤 견해를 가지고 계신지요? 사회적/환경적 요인을 어떤 방식으로 누가 하는 것이 적절하다고 생각하시나요?</p> <p>○장애판정비용이 부담이 되는 장애인들도 많이 있습니다. 비용에 대한 의견이 있으신지?(예: 정부책임 또는 장애인당사자 등)</p> <p>○현재 지역의사뿐만 아니라 장애심사도 하고 계신데 장애심사제도와 관련해서 비용, 시간할애 그리고 심사체계에 대한 의견부탁드립니다. 개선방안을 위한 조언도 부탁드립니다.</p>
정신장애	<p>○우리나라의 경우 정신장애로 인정되는 영역이 넘 좁다고 생각되는데 이에 대한 의견부탁드립니다.</p> <p>○현재 정신장애판정기준에 대한 의견부탁드립니다. 앞으로 개선방안도 부탁드립니다.</p> <p>○정신장애인들의 재판정/재심에 대한 의견 부탁드립니다. 때로는 정신장애인들이 치료 후 정신장애가 치유되는 경우에도 정부지원을 위해 지속적으로 복지카드를 유지하는 경우가 있다는 지적도 있습니다. 반면 정신장애의 경우 재발될 확률이 높아 유지하는 것이 필요하다는 의견도 있습니다.</p> <p>○정신장애인에게 필요한 장애복지 관련 서비스는 무엇이라고 보십니까? (연금, 직업재활, 고등교육, 치료 등) 병원에서 근무하면서 가장 안타까운 부분은 무엇인지요?(예: 퇴원해도 지역으로 갈수 있는 서비스 부재 등)</p>
화상	<p>○현재 화상장애인들의 장애판정기준에 대한 의견부탁드립니다 ※ 안면장애 기준 개정: '11년 8월 시행(8. 21.)</p> <ul style="list-style-type: none"> · 4급 3호: 노출 안면부의 45% 이상의 변형이 있고 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람 · 5급 1호: 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람 · 5급 2호: 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람 · 이전에는 노출된 안면부의 60%이상이 변형된 사람이나 코 형태가 2/3이상이 없어진 사람까지만 장애인등록(4급) <p>○안면장애인들의 재판정이 필요하다고 생각하시나요?</p> <p>○안면장애의 경우 연령과 성별 등에 의해 조금만 장애가 있어도 사회적인 장애를 느낄 수 있는데 새롭게 개정된 기준도 높은 것은 아닌지?</p> <p>○안면장애인들이 필요로 하는 장애인복지 서비스는 무엇인가요?</p>
간질	<p>○현재 뇌전증 장애판정기준에 대한 의견부탁드립니다. 적절한가요? 발작 횟수를 판정기준에 넣은 것이 적절한가요? 재판정에 대한 의견은 어떠하신지요? 장애판정기준과 관련해서 앞으로 어떤 점이 보완되어져야 하나요?</p> <p>○뇌전증의 경우에는 사회적 편견도 많지요? 정신장애로 오인되는 경우도 많은것을 알고 있습니다. 그럼에도 불구하고 뇌전증같은 경우 장애판정기준에 의해 장애등급은 낮지만 사회적으로 활동하는데 꺼려하거나 두려움이 있는 경우가 예상되는데 장애판정기준에 사회적 장애 등을 고려할 필요성이 있지는않은지요? 뇌전증은 1급 장애가 없는데 이에 대한 의견도 부탁드립니다.</p>

	<p>○간질같은 경우 다른 장애로 인한 2차 증상으로도 많이 발병되는데 이러한 경우에 중복장애로 인정받는데 어려움이 있는지요?</p> <p>○아동이나 청소년들의 장애판정과 관련된 문제점은 있는지요?</p> <p>○뇌전증장애인들이 겪고 있는 전반적인 어려움 점은 무엇인가요?</p> <p>○뇌전증장애인들이 필요로 하는 장애인복지 서비스는 무엇이 있는지요?</p>
지적/자폐	<p>○지적장애의 경우 1-3급 모두 중증으로 인정받고 있는데 적절한지? 현재 적용하고 있는 장애판정기준 및 평가도구가 적절한지요?</p> <p>○특수교육법에서는 인정받고 있는 경계급 지적장애인이 장애인복지법에서는 인정받고 있지 못한 문제점은 어떻게 생각하시나요?</p> <p>○자폐판정기준은 적절한지? 현재 장애판정을 하고 있는 평가기준 및 평가도구는 어떠한지요?</p> <p>○지적 및 자폐성 장애아동에 대한 판정기준에 대한 의견부탁드립니다.</p> <p>○지적과 자폐성 장애에 대한 재판정이 필요하다고 생각하시나요? 이것에 대한 문제점은 무엇인가요? (미국의 경우 한번 지적이나 자폐성 장애로 판정받으면 재심은 없습니다)</p> <p>○지적과 자폐는 많이 차이가 있는데 정신장애영역에 같이 있어 불이익이 있다면 무엇인가요?</p> <p>○각 지적 및 자폐성 장애인들이 필요로 하는 장애인복지서비스는 무엇인가요?</p>

첨부파일 2: 장애판정기준 제정 연혁

제정 일자	지체 상지절단	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급1호	- 두 팔을 손목관절 이상 부위에서 잃은 사람
	2급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	2급2호	- 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 사람
	3급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	3급2호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	4급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	4급2호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	4급3호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	5급1호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 1개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	5급2호	- 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	5급3호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	6급1호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	6급2호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
	6급3호	- 한 손의 셋째, 넷째 그리고 다섯째 손가락 모두를 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 하지절단	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급2호	- 두 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
	2급3호	- 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
	3급3호	- 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람
	3급4호	- 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
	4급4호	- 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람
	4급5호	- 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
	5급4호	- 두 발의 엄지발가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 발가락을 근위지관절(제1관절) 이상 부위에서 잃은 사람
	5급5호	- 한 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람
	6급4호	- 한 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 상지관절	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	4급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 사람
	6급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소한 사람
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	1급1호	- 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	2급1호	- 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람
	2급2호	- 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	2급3호	- 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	3급1호	- 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
	3급2호	- 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	3급3호	- 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	3급4호	- 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	4급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75% 이상 감소한 사람 - 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	4급2호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	4급3호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	4급4호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	5급1호	- 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
	5급2호	- 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	5급3호	- 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 75% 이상 감소된 사람
	5급4호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람

	장애등급	장 애 정 도
	5급5호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	6급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소한 사람 - 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 50%이상 75% 미만 감소된 사람
	6급2호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	6급3호	- 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	6급4호	- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 하지관절																										
2003. 6.28	<table><tr><th>장애등급</th><th>장 애 정 도</th></tr><tr><td>4급2호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급1호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75%이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급2호</td><td>- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>6급2호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50%이상 감소된 사람</td></tr></table>	장애등급	장 애 정 도	4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람	5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75%이상 감소된 사람	5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람	6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50%이상 감소된 사람																
장애등급	장 애 정 도																										
4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람																										
5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75%이상 감소된 사람																										
5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람																										
6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50%이상 감소된 사람																										
2010. 1. 1	<table><tr><th>장애등급</th><th>장 애 정 도</th></tr><tr><td>1급2호</td><td>- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>2급4호</td><td>- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람</td></tr><tr><td>3급5호</td><td>- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>4급1호</td><td>- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람</td></tr><tr><td>4급2호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>4급5호</td><td>- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급1호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급2호</td><td>- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급6호</td><td>- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람</td></tr><tr><td>5급7호</td><td>- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>6급2호</td><td>- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람</td></tr><tr><td>6급3호</td><td>- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람</td></tr></table>	장애등급	장 애 정 도	1급2호	- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람	2급4호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람	3급5호	- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람	4급1호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람	4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람	4급5호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람	5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람	5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람	5급6호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람	5급7호	- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람	6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람	6급3호	- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
장애등급	장 애 정 도																										
1급2호	- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람																										
2급4호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람																										
3급5호	- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람																										
4급1호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람																										
4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람																										
4급5호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람																										
5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람																										
5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람																										
5급6호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람																										
5급7호	- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람																										
6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람																										
6급3호	- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람																										
2011. 3.30	변경없음																										
2011. 4. 1	변경없음																										
2011. 8.19	변경없음																										
2012. 6. 8	변경없음																										

지체 상지기능																															
2003. 6.28	<table> <tr> <th>장애등급</th><th>장 애 정 도</th></tr> <tr> <td>1급1호</td><td>가. 두 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>2급1호</td><td>가. 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>2급2호</td><td>가. 두 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>2급3호</td><td>가. 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>3급1호</td><td>가. 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>3급2호</td><td>가. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>3급3호</td><td>가. 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>3급4호</td><td>가. 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>4급1호</td><td>가. 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>4급2호</td><td>가. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>4급3호</td><td>가. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>4급4호</td><td>가. 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>5급1호</td><td>가. 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람</td></tr> <tr> <td>5급2호</td><td>가. 두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움</td></tr> </table>	장애등급	장 애 정 도	1급1호	가. 두 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	2급1호	가. 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	2급2호	가. 두 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람	2급3호	가. 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	3급1호	가. 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람	3급2호	가. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람	3급3호	가. 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	3급4호	가. 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람	4급1호	가. 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	4급2호	가. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	4급3호	가. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람	4급4호	가. 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람	5급1호	가. 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람	5급2호	가. 두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움
장애등급	장 애 정 도																														
1급1호	가. 두 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
2급1호	가. 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
2급2호	가. 두 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람																														
2급3호	가. 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
3급1호	가. 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람																														
3급2호	가. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람																														
3급3호	가. 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
3급4호	가. 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람																														
4급1호	가. 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람 나. 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
4급2호	가. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
4급3호	가. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람																														
4급4호	가. 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람																														
5급1호	가. 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람																														
5급2호	가. 두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움																														

		<p>직일 수 있는 사람</p> <p>나. 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</p>
	5급3호	<p>가. 한 손의 엄지손가락을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 75%이상 감소된 사람</p>
	5급4호	<p>가. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75%미만 감소된 사람</p>
	5급5호	<p>가. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</p>
	6급1호	<p>가. 한 손의 엄지손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 50%이상 75%미만 감소된 사람</p>
	6급2호	<p>가. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락을 완전마비로 각각전혀 움직이지 못하는 사람</p> <p>나. 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</p>
	6급3호	<p>가. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람</p>
	6급4호	<p>가. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두를 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람</p> <p>나. 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람</p>
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	1급1호	- 두 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	2급1호	- 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	2급2호	- 두 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
	2급3호	- 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
	3급1호	-두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	3급2호	-두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	3급3호	-한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	3급4호	-한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
	4급1호	-두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
	4급2호	-한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	4급3호	-한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마

	장애등급	장 애 정 도
		비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	4급4호	-한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	5급1호	-한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	5급2호	-두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	5급3호	-한 손의 엄지손가락을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 (근력등급 0, 1)
	5급4호	-한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	5급5호	-한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	6급1호	-한 손의 엄지손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	6급2호	-한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
	6급3호	-한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	6급4호	-한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두를 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 하지관절	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람
	5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75%이상 감소된 사람
	5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 사람
	6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50%이상 감소된 사람
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	1급2호	- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	2급4호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	3급5호	- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	4급1호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
	4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
	4급5호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
	5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
	5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
	5급6호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
	5급7호	- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
	6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람
	6급3호	- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 하지기능	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급2호	가. 두 다리를 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람
	2급4호	가. 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람
	3급5호	가. 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람
	4급5호	가. 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람 나. 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람 다. 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람
	5급6호	가. 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 나. 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 사람 다. 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 사람
	5급7호	가. 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 나. 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	1급2호	- 두 다리를 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	2급4호	- 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
	3급5호	- 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
	4급1호	- 두 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	4급5호	- 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
	5급6호	- 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
	5급7호	- 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 척추	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	2급5호	- 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 유지하기 어려운 사람
	5급8호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 각각 3/4 이상 감소된 사람
	6급5호	- 경추의 운동범위가 정상의 2/3 이상 감소되거나 흉·요추의 운동범위가 정상의 1/2이상 감소된 사람
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	2급5호	- 경추와 흉·요추의 운동범위가 정상의 4/5 이상 감소된 사람
	2급6호	- 강직성척추염으로 경추와 흉추 및 요추가 완전강직된 사람
	3급1호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 4/5 이상 감소된 사람
	4급1호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 3/5 이상 감소된 사람
	5급8호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 2/5 이상 감소된 사람
	5급9호	- 강직성척추염으로 경추와 흉추 또는 흉추와 요추가 완전강직된 사람
	6급5호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 1/5 이상 감소된 사람
	6급6호	- 강직성척추염으로 경추 또는 요추가 완전강직된 사람
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지체 변형	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	5급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 10cm 이상 또는 건강한 다리의 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
	6급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 5cm 이상 또는 건강한 다리의 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
	6급2호	- 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
	6급3호	- 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
	6급4호	- 성장이 멈춘 20세 이상의 남성으로서 신장이 145cm 이하인 사람. 다만, 왜소증의 증상이 뚜렷한 경우는 18세 이상에서 적용 가능
	6급5호	- 성장이 멈춘 18세 이상의 여성으로서 신장이 140cm 이하인 사람
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	5급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 10cm 이상 또는 건강한 다리의 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
	6급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 5cm 이상 또는 건강한 다리의 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
	6급2호	- 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
	6급3호	- 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
	6급4호	- 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145cm 이하인 사람
	6급5호	- 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140cm 이하인 사람
	6급6호	- 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람. 다만 이 경우는 만 2세 이상에서 적용 가능
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	뇌병변장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급1호	가. 보행이 불가능한 사람 또는 주의의 전적인 도움이 없으면 일상생활을 하는 것이 불가능한 사람 나. 2급1호의 가와 나의 증상이 동시에 있는 사람
	2급1호	가. 평지에서 50m이상 보행이 어려운 사람, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 사람 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 사람 나. 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 사람
	2급2호	가. 3급1호의 가와 나의 증상이 동시에 있는 사람
	3급1호	가. 평지에서 100m이상 보행이 어려운 사람, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 사람 또는 계단을 오르내리기는 매우 어려운 사람 나. 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 않고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 사람
	3급2호	가. 4급1호의 가와 나의 증상이 동시에 있는 사람
	4급1호	가. 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안정성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 사람 나. 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 수행하는데 매우 어려움이 있는 사람
	4급2호	가. 5급1호의 가와 나의 증상이 동시에 있는 사람
	5급1호	가. 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 사람 나. 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 수행하는데 상당히 어려움이 있는 사람
	5급2호	가. 6급 1호의 가와 나의 증상이 동시에 있는 사람
	6급1호	가. 고르지 못한 바닥이나 언덕길 보행시에 파행을 보이며, 계단 오르내리기에 안정성이 다소 떨어지는 사람 나. 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 주의와 반복으로 비교적 오랜 시간이 필요한 사람
2011. 3.30	변경없음	

	뇌병변장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급	<ul style="list-style-type: none"> - 타인의 도움이 없이는 생명을 유지할 수 없는 지속적인 비가역적 혼수 상태로 수정바델지수가 24점 이하인 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 24점 이하인 사람
	2급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 대부분 타인의 도움이 필요하여 수정바델지수가 25 - 39점인 사람
	3급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행 및 모든 일상생활동작의 독립적 수행이 어려워, 보행과 일상생활 동작 수행에 부분적으로 타인의 도움이 필요하며 수정바델지수가 40 - 54 점인 사람
	4급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작은 자신이 수행하나 간헐적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 55 - 69점인 사람
	5급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작을 타인의 도움 없이 자신이 수행하나 완벽하게 수행하지 못하는 때가 있으며 수정바델지수가 70 - 84점인 사람
	6급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 완벽하게 수행하나 간혹 수행 시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 85 - 94 점인 사람
2011. 3.30	변경없음	

	뇌병변장애	
2003. 6.28	등급	장 애 정 도
	1급	<ul style="list-style-type: none"> - 독립적인 보행이 불가능하여 보행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 양쪽 팔의 마비로 이를 이용한 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 한쪽팔과 한쪽다리의 마비로 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 32점 이하인 사람
	2급	<ul style="list-style-type: none"> - 한쪽팔의 마비로 이를 이용한 일상생활동작의 수행이 불가능하여, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 마비와 관절구축으로 양쪽 팔의 모든 손가락 사용이 불가능하여, 이를 이용한 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 대부분 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 33 ~ 53점인 사람
	3급	<ul style="list-style-type: none"> - 마비와 관절구축으로 한쪽 팔의 모든 손가락 사용이 불가능하여, 이를 이용한 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 한쪽 다리의 마비로 이를 이용한 보행이 불가능하여, 보행에 대부분 타인의 도움이 필요한 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 독립적 수행이 어려워, 부분적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 54 ~ 69점인 사람
	4급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작은 자신이 수행하나 간헐적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 70 ~ 80점인 사람
	5급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작을 타인의 도움 없이 자신이 수행하나 완벽하게 수행하지 못하는 때가 있으며 수정바델지수가 81~ 89점인 사람
	6급	<ul style="list-style-type: none"> - 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 완벽하게 수행하나 간혹 수행시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 90 ~ 96점인 사람
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	시각장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.02이하인 사람
	2급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 사람
	3급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.06이하인 사람
	3급2호	- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
	4급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 사람
	4급2호	- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
	5급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.2이하인 사람
	5급2호	- 두 눈의 시야각도의 합계가 정상시야의 50% 이상 감소한 사람
	6급	- 나쁜 눈의 시력이 0.02이하인 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	청각장애																						
2003. 6.28	<p><청력장애></p> <table> <tr> <th>장애등급</th><th>장 애 정 도</th></tr> <tr> <td>2급</td><td>- 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨(dB) 이상인 사람</td></tr> <tr> <td>3급</td><td>- 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨(dB) 이상인 사람</td></tr> <tr> <td>4급1호</td><td>- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람</td></tr> <tr> <td>4급2호</td><td>- 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>5급</td><td>- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람</td></tr> <tr> <td>6급</td><td>- 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람</td></tr> </table> <p><평형장애></p> <table> <tr> <th>장애등급</th><th>장 애 정 도</th></tr> <tr> <td>3급</td><td>- 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 떴을 때 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 사람</td></tr> <tr> <td>4급</td><td>- 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 사람</td></tr> <tr> <td>5급</td><td>- 양측 또는 일측의 평형기능의 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람</td></tr> </table>	장애등급	장 애 정 도	2급	- 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨(dB) 이상인 사람	3급	- 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨(dB) 이상인 사람	4급1호	- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람	4급2호	- 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람	5급	- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람	6급	- 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람	장애등급	장 애 정 도	3급	- 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 떴을 때 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 사람	4급	- 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 사람	5급	- 양측 또는 일측의 평형기능의 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람
장애등급	장 애 정 도																						
2급	- 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨(dB) 이상인 사람																						
3급	- 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨(dB) 이상인 사람																						
4급1호	- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람																						
4급2호	- 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람																						
5급	- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람																						
6급	- 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람																						
장애등급	장 애 정 도																						
3급	- 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 떴을 때 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 사람																						
4급	- 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 사람																						
5급	- 양측 또는 일측의 평형기능의 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷는 동안에 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람																						
2010. 1. 1	변경없음																						
2011. 3.30	변경없음																						
2011. 4. 1	변경없음																						
2011. 8.19	변경없음																						
2012. 6. 8	변경없음																						

	언어장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	3급	가. 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
		나. 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
		다. 자음정확도가 30%미만인 조음장애
		라. 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
		마. 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
	4급	가. 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
		나. 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
		다. 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
		라. 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
		마. 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
2010. 1. 1	장애등급	장 애 정 도
	3급1호	발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장애
	3급2호	말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
	3급3호	자음정확도가 30%미만인 조음장애
	3급4호	의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우
	3급5호	간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우
	4급1호	발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장애
	4급2호	말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
	4급3호	자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애
	4급4호	매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우
	4급5호	매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 지적장애 또는 자폐성장애로 판정되지 아니하는 경우
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	지적장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급	- 지능지수와 사회성숙지수가 34 이하인 사람으로 일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안 타인의 보호가 필요한 사람
	2급	- 지능지수와 사회성숙지수가 35 이상 49 이하인 사람으로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 직업을 가질 수 있는 사람
	3급	- 지능지수와 사회성숙지수가 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	정신장애																										
2003. 6.28	<table border="1"> <thead> <tr> <th>장애등급</th><th>장애 정도</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1급1호</td><td>정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람(정신병을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)</td></tr> <tr> <td>1급2호</td><td>양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람</td></tr> <tr> <td>1급3호</td><td>반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람</td></tr> <tr> <td>1급4호</td><td>분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람</td></tr> <tr> <td>2급1호</td><td>정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>2급2호</td><td>양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>2급3호</td><td>만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 장애등급별 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>2급4호</td><td>만성적인 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람</td></tr> <tr> <td>3급1호</td><td>정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>3급2호</td><td>양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 아니하지만 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>3급3호</td><td>반복성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람</td></tr> <tr> <td>3급4호</td><td>분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람</td></tr> </tbody> </table>	장애등급	장애 정도	1급1호	정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람(정신병을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)	1급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람	1급3호	반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람	1급4호	분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람	2급1호	정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람	2급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람	2급3호	만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 장애등급별 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람	2급4호	만성적인 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람	3급1호	정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람	3급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 아니하지만 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람	3급3호	반복성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람	3급4호	분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
장애등급	장애 정도																										
1급1호	정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람(정신병을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)																										
1급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람																										
1급3호	반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람																										
1급4호	분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람																										
2급1호	정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람																										
2급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람																										
2급3호	만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 장애등급별 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람																										
2급4호	만성적인 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람																										
3급1호	정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람																										
3급2호	양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 아니하지만 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람																										
3급3호	반복성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람																										
3급4호	분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람																										
2010. 1. 1	변경없음																										
2011. 3.30	변경없음																										
2011. 4. 1	변경없음																										
2011. 8.19	변경없음																										

2012. 6. 8	변경없음
---------------	------

	자폐성장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	1급	- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 20이하인 사람
	2급	- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 21~40인 사람
	3급	- 2급과 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71이상이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 41~50인 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	신장장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	2급	- 만성신부전증으로 인하여 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 받고 있는 사람
	5급	- 신장을 이식 받은 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	심장장애	
2003. 6.28	등급	장 애 정 도
	1급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 30점 이상인 사람 (심장질환을 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다.)
	2급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동 전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 점수가 25~29점에 해당하는 사람
	3급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동 전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 점수가 20~24점에 해당하는 사람
	5급	- 심장을 이식받은 사람
2010. 1. 1	<성인>	
	등급	장 애 정 도
	1급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 30점 이상인 사람 (심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다.)
	2급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 외로는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 25~29점에 해당하는 사람
	3급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 외로는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 20~24점에 해당하는 사람
	5급	- 심장을 이식받은 사람
	<소아청소년>	
	등급	장 애 정 도
	1급1호	- 심장기능의 장애가 지속되며, 심장질환증상중증도의 4단계에 해당하여 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 30점 이상인 사람 (심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다.)
	2급1호	- 심장기능의 장애가 지속되며, 심장질환증상중증도의 3단계에 해당하여 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 25~29점에 해당하는 사람
	3급1호	- 심장기능의 장애가 지속되며, 심장질환증상중증도의 2단계에 해당하여 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 20~24점에 해당하는 사람
	5급1호	- 심장을 이식받은 사람
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	등급	장 애 정 도
	1급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 30점 이상인 사람 (심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다.)
	2급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동 전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 점수가 25~29점에 해당하는 사람
	3급	- 심장기능의 장애가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동 전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 점수가 20~24점에 해당하는 사람
	5급	- 심장을 이식받은 사람

	호흡기장애	
2003. 6.28	등급	장 애 정 도
	1급	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 25% 이하이거나 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 사람
	2급	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서의 이동시에도 호흡곤란이 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 30% 이하이거나, 산소를 흡입 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈 산소분압이 60mmHg 이하인 사람
	3급	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행시에도 호흡곤란이 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량)이 정상예측치의 40% 이하이거나, 산소를 흡입 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈 산소분압이 65mmHg 이하인 사람
	5급	- 폐를 이식받은 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	간장애	
2003. 6.28	장애등 급	장 애 정 도
	1급	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능이 Child- Pugh 급 C이면서 다음의 합병증 중 하나 이상을 보이는 사람 1)만성 간성뇌증, 2) 내과적 처 치 않는 난치성 복수
	2급	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간 기능이 Child- Pugh 급 C이면서 다음의 병력 중 하나 이상을 보이는 사람 1) 간성뇌증의 병력, 2) 자발성 세 의 병력
	3급	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간 기능이 Child- Pugh 등급 C인 사람
	5급	- 간을 이식받은 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	변경없음	
2012. 6. 8	변경없음	

	안면장애	
2003. 6.28	장애등급	장 애 정 도
	2급1호	- 노출된 안면부의 90% 이상의 변형이 있는 사람
	2급2호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
	3급1호	- 노출된 안면부의 75% 이상의 변형이 있는 사람
	3급2호	- 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
	4급1호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있는 사람
	4급2호	- 코 형태의 2/3이상이 없어진 사람
2010. 1. 1	변경없음	
2011. 3.30	변경없음	
2011. 4. 1	변경없음	
2011. 8.19	장애등급	장 애 정 도
	2급1호	- 노출된 안면부의 90% 이상의 변형이 있는 사람
	2급2호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
	3급1호	- 노출된 안면부의 75% 이상의 변형이 있는 사람
	3급2호	- 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
	4급1호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있는 사람
	4급2호	- 코 형태의 2/3이상이 없어진 사람
	4급3호	- 노출된 안면부의 45% 이상 변형이 있고 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람
	5급1호	- 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
	5급2호	- 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람
2012. 6. 8	변경없음	

장루요루장애		
2003 · 6.28	장애등급	장 애 정 도
	2급1호	- 요루와 함께 회장루, 상행, 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루(요루 이하 같다.)가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 붉은 사람
	2급2호	- 고도의 배뇨장애와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고 그 중 하나 이상의 장루(요루 이하 같다.)가 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 붉은 경우
	2급3호	- 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 손상 등에 의한 장루 이외의 구멍으로부터 장(腸) 내용물이 지속적으로 흘러나와 수술 등에 의해서도 치유될 가능성이 없으며, 구멍 주변의 피부가 현저히 붉은 경우
	3급1호	- 요루와 함께 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 같이 가지고 있는 사람
	3급2호	- 요루와 함께 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 그 중 하나 이상의 장루에 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 현저히 붉은 사람
	3급3호	- 회장루, 상행 또는 횡행결장루를 가지고 있고, 고도의 배뇨기능장애가 있는 사람
	3급4호	- 장루 또는 요루를 가지고 있고, 공장·회장·상행 또는 횡행결장이 방사선 등에 의한 손상 등으로 장루 이외의 구멍으로부터 장 내용물이 대부분 흘러나오며 수술 등에 의해서도 치유될 가능성이 없는 사람
	4급1호	- 요루를 가진 사람
	4급2호	- 회장루·상행 또는 횡행결장루를 가진 사람
	4급3호	- 하행 또는 에스결장루를 가지고 있고, 배뇨기능장애가 있는 경우 또는 그 중 하나 이상의 장루에 현저한 변형이 있거나 장루 주변의 피부가 붉었기 때문에 장루보조용품을 1일 1회 이상 교체하는 경우를 필요로 하는 사람
	4급4호	- 장루 또는 요루를 가지고 있고, 하행 또는 에스결장이 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍에서 장 내용물이 지속적으로 흘러나오며 수술 등에 의해서도 치유될 가능성이 없는 경우
	5급	- 하행 또는 에스결장루를 가진 경우
2010 · 1. 1	변경없음	
2011 · 3.30	변경없음	
2011 · 4. 1	변경없음	
2011 · 8.19	변경없음	
2012 · 6. 8	변경없음	

간질장애		
200 3. 6.28	장애 등급	장애 정도
	2급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상을 포함하여 연 6월 이상 중증발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 심각한 영양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 타인의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람
	3급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상중증발작 또는 10회 이상 경증발작을 포함하여 연 6월 이상의 발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능 장애 등으로 영양관리가 필요하며 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
	4급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상 중증발작 또는 2회 이상 경증발작을 포함하여 연6월 이상의 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람
201 0. 1. 1	<성인>	
	장애 등급	장애 정도
	2급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상을 포함하여 연 6월 이상 중증발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장애 등으로 심각한 영양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 타인의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람
	3급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상중증발작 또는 10회 이상 경증발작을 포함하여 연 6월 이상의 발작이 있고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능 장애 등으로 영양관리가 필요하며 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
	4급	- 만성적인 간질에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상 중증발작 또는 2회 이상 경증발작을 포함하여 연 6월 이상의 발작이 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람
	<소아청소년>	

	등급	장애 정도
	2급1호	- 전신발작은 1개월에 8회 이상의 발작이 있는 사람 (다만, 결신발작과 근간대성발작의 경우는 이와 같이 평가)
	2급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop attack)은 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
	2급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레독스-가스토 증후군 (Lennox- Gastaut syndrome) 등과 같은 간접증 (epileptic encephalopathy)은 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
	2급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling seizure)를 초래하는 경우는 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
	3급1호	- 전신발작은 1개월에 4~7회의 발작이 있는 사람
	3급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop attack)은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
	3급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레독스-가스토 증후군 (Lennox- Gastaut syndrome) 등과 같은 간접증 (epileptic encephalopathy)은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
	3급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling seizure)를 초래하는 경우는 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
	3급5호	- 부분발작은 1개월에 10회 이상의 발작이 있는 사람
	4급1호	- 전신발작은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
	4급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop attack)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
	4급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레독스-가스토 증후군 (Lennox- Gastaut syndrome) 등과 같은 간접증 (epileptic encephalopathy)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
	4급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling seizure)를 초래하는 경우는 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
	4급5호	- 부분발작은 1개월에 1~9회의 발작이 있는 사람
201 1. 3.30	변경없음	
201 1. 4. 1	변경없음	
201 1. 8.19	변경없음	
201 2. 6. 8	변경없음	