

정책보고서 2006-61

## 3단계 장애범주 확대방안 연구

변용찬 윤상용 최미영

서동우 정한용 조수철

운영호 김양우 이범석

한국보건사회연구원

## 머 리 말

장애라고 하는 것은 한 사회가 어떠한 사람을 장애인이라고 정의하느냐에 따라 달라질 수 있는 상대적인 개념이다. 즉 장애의 개념은 개별 사회의 문화적 기대에 따라 다르며, 환경에 의해서도 변화할 수 있다. 이는 신체적·정신적 손상이 있다고 할지라도 주어진 환경에 잘 적응하여 사회생활에 아무 지장이 없다면 장애인과 비장애인은 아무 차이가 없기 때문이다.

우리나라의 경우 장애인의 범위를 주로 의학적 모델(medical model)에 입각하여 신체구조 및 신체기능상의 장애로 판정하는 것에 비하여, 유럽 등 서구 선진국에서는 신체, 정신의 기능적인 장애에 추가하여 특정한 일을 어느 정도 수행할 수 있는지의 여부에 의한 노동 능력, 개인적 요인뿐만 아니라 환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건까지 포함하는 사회적인 의미의 장애 등 포괄적인 장애범위를 채택하고 있다.

우리나라 장애인복지법상 장애범주는 1997년 ‘장애인복지발전 5개년 계획’이 수립된 이후 단계적으로 확대되어 왔다. 1981년 제정되고 1989년 개정된 장애인복지법에서는 장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 5가지 영역으로 한정하고 있었으나, 1997년 ‘장애인복지발전 5개년 계획’의 장애범주 확대 계획에 따라, 2000년 1차적으로 신장 및 심장장애의 내부장애와 만성 중증 정신질환에 의한 정신장애, 자폐증의 발달장애가 새롭게 장애범주에 포함되었으며, 뇌병변장애가 기존의 지체장애에서 분리되어 장애범주가 총 10종으로 확대되었다. 또한 2003년 7월에는 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 간질장애 등 5종이 새로 추가되는 2단계 장애범주 확대가 이루어졌다.

그러나 우리나라 장애인복지법상의 장애범위는 서구 선진국에 비해 여전히 협소하여 향후 지속적으로 장애범주를 확대할 필요가 있다. 본 연구의 목적은 1차 및 2차 장애인복지발전 5개년계획의 장애범주의 단계적 확대시책에 맞춰 3단계 확대 예정 장애의 유형을 검토하여 3단계 장애범주 확대에 필요한 기초자료를 제공하는 것이다.

본 보고서는 변용찬 연구위원의 책임 하에 서동우 연구위원, 윤상용 선임연구원, 최미영 선임연구원, 순천향대 부천병원 신경정신과 정한용 교수(치매 및 알코올중독 담당), 서울대

의과대학 정신과학교실 조수철 교수(기타 발달장애 담당), 국립암센터 삶의 질 향상 연구  
과 윤영호 교수(암 담당), 국립재활원 척수재활과 이범석 과장(척수장애 담당), 이화여자대  
학교 의과대학 성형외과 김양우 교수(안면장애 담당)에 의하여 완성되었다. 연구진은 본  
보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 조언과 협조를 해주신 보건복지부 김강립 팀장, 이  
승기 사무관, 정재우 주무관에게 감사를 표하고 있다. 아울러 본 보고서를 읽고 유익한 조  
언을 해주신 이삼식 박사와 평택대학교 권선진 교수에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서가 우리나라 장애범주 및 판정 제도의 개선에 일익을 담당하고, 아울  
러 장애인이 함께 살 수 있는 환경 조성에 기여하기를 바란다.

2006년 12월  
한국보건사회연구원  
원 장 김 용 문

# 목 차

요 약 .....	13
-----------	----

## 〔제 1 부 서론〕

제1장 연구의 개요 .....	75
제1절 연구의 필요성 및 목적 .....	75
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	78
제2장 장애 정의 및 판정 방법의 이론적 배경 .....	81
제1절 장애 모델 .....	81
제2절 OECD 국가의 장애 정의 .....	84
제3절 OECD 국가의 장애 판정 방법 .....	88
제3장 주요 외국의 장애 정의 및 분류 체계 .....	95
제1절 주요 외국의 사회보장제도에서의 장애 정의 동향 .....	95
제2절 주요 외국의 장애 정의 및 분류 체계 .....	101

## 〔제2부 향후 범주 확대 장애〕

제4장 치매 .....	123
제1절 치매환자 현황 .....	123
제2절 치매환자의 특성 .....	127
제3절 국내외 치매 환자의 분류 및 등급기준 .....	132
제4절 치매장애등급 및 기준 .....	138
제5절 소결 .....	140

제5장 만성알코올중독 .....	142
제1절 만성알코올중독환자 현황 .....	142
제2절 만성알코올중독환자의 특성 .....	148
제3절 국내외 만성알코올중독환자의 분류 및 등급기준 .....	158
제4절 소결 .....	160
제6장 기타 발달장애 .....	161
제1절 기타 발달장애인의 현황 .....	161
제2절 기타 발달장애인의 특성 .....	162
제3절 국내외 기타 발달장애인의 분류 및 등급 기준 .....	168
제4절 기타 발달장애 등급 및 기준 .....	169
제5절 소결 .....	171
제7장 암 .....	173
제1절 암환자 현황 .....	173
제2절 암환자의 특성 .....	178
제3절 국내 장애관련 법률에서의 암 장애 판정 기준 .....	233
제4절 주요 외국의 암 장애관련 법률 .....	252
제5절 암 장애 등급 및 기준 .....	266
제6절 소결 .....	282
제8장 확대예상범주 장애인의 생활실태 및 복지욕구 .....	285
제1절 확대예상범주 장애인의 생활실태 .....	285
제2절 확대예상범주 장애인의 복지욕구에 대한 사례조사 .....	313
제3절 장애범주 확대에 따른 추가 소요 예산 .....	324

### 〔제3부 기존 장애 범주 제도 개선〕

제9장 척수장애 .....	329
제1절 서론 .....	329
제2절 척수장애의 현황 .....	330
제3절 척수장애의 특성 .....	333
제4절 국내외 척수장애의 분류 및 등급기준 .....	342
제5절 분리시 장애등급 및 기준 .....	350
제6절 소결 .....	361
제10장 안면장애 .....	362
제1절 서론 .....	362
제2절 우리나라의 현황 .....	364
제3절 장애의 특성 .....	365
제4절 외국의 장애분류 및 등급기준표 .....	371
제5절 우리나라 타제도에서의 장애분류 및 등급기준 .....	372
제6절 장애분류 및 등급기준안 .....	374
제7절 장애판정지침 .....	376
〔제4부 결론 및 정책제언〕	
제11장 결론 및 정책제언 .....	381
제1절 결론 .....	381
제2절 정책제언 .....	382
참고문헌 .....	393

## 표 목 차

〈표 1-1-1〉 장애인 범주의 국제비교 .....	76
〈표 1-1-2〉 장애인복지법에 따른 법정장애 및 확대예정범주 장애의 분류 .....	77
〈표 2-3-1〉 ICF 개요 .....	90
〈표 3-1-1〉 주요국의 장애인차별금지법률에서의 장애 정의 .....	100
〈표 3-2-1〉 영국의 장애관련 급여 체계 .....	101
〈표 3-2-1〉 영구적 무능력 분석표 .....	108
〈표 3-2-2〉 독일 장애연금의 연금수급조건(2001년 기준) .....	113
〈표 3-2-3〉 영구적 무능력 분석표 .....	114
〈표 3-2-4〉 장애연금의 등급별 장애 정도 .....	117
〈표 3-2-5〉 일본 신체장애자복지법의 장애종류 및 장애등급 .....	118
〈표 4-1-1〉 연령과 성별에 따른 치매의 유병률(남/여) .....	125
〈표 4-1-2〉 연령과 성별에 따른 치매의 국내 유병률(남/여) .....	125
〈표 4-1-3〉 연령과 성별에 따른 알쯔하이머 치매의 유병률(남/여) .....	126
〈표 4-1-4〉 연령과 성별에 따른 알쯔하이머 치매의 국내 유병률(남/여) .....	126
〈표 4-1-5〉 연령과 성별에 따른 혈관성 치매의 유병률(남/여) .....	126
〈표 4-1-6〉 연령과 성별에 따른 혈관성 치매의 국내 유병률(%) (남/여) .....	127
〈표 4-2-1〉 알쯔하이머병의 경과에 따른 심각도 .....	129
〈표 4-3-1〉 치매임상평가척도(CDR) .....	133
〈표 4-3-2〉 정신상태 관련 장애 평가기준 .....	134
〈표 4-3-3〉 맥브라이드 장애 판정기준 .....	135
〈표 4-3-4〉 간이정신상태검사 - 한국판(MMSE-K) .....	137
〈표 4-3-5〉 Global Deterioration Scale(GDS) .....	137
〈표 4-4-1〉 장애등급기준 .....	140
〈표 5-1-1〉 알코올 사용장애의 일년 유병률 및 추정환자수 .....	144

〈표 5-1- 2〉	지역사회 역학조사에서 알코올남용의 유병률 .....	144
〈표 5-1- 3〉	지역사회 역학조사에서 알코올의존의 유병률 .....	145
〈표 5-1- 4〉	성별 연령별 음주빈도 .....	146
〈표 5-1- 5〉	성별 연령별 평소 음주 양 .....	147
〈표 5-2- 1〉	알코올중독과 연관된 의학적 질환상태 .....	151
〈표 5-2- 2〉	알코올중독과 관련된 신경 장애 .....	151
〈표 5-3- 1〉	독일의 만성알코올중독 장애 등급 규정 .....	159
〈표 5-3- 2〉	일본의 정신장애 장애인 등급기준 .....	159
〈표 6-2- 1〉	미국의학협회의 의사소통 장애 장애율표 .....	168
〈표 6-2- 2〉	맥브라이드 기준 중 실어증 .....	169
〈표 6-2- 3〉	일본의 신체장애 중 음성기능·언어기능·장애정도 등급표 .....	169
〈표 6-2- 4〉	기타 발달장애의 분류 및 제안적 장애등급기준 .....	171
〈표 7-1- 1〉	남자에서의 암 발생률 및 발생분율 .....	175
〈표 7-1- 2〉	여자에서의 암 발생률 및 발생분율 .....	176
〈표 7-2- 1〉	구강암 발생률 .....	178
〈표 7-2- 2〉	후두암 발생률 .....	182
〈표 7-2- 3〉	인두암 발생률 .....	187
〈표 7-2- 4〉	식도암 발생률 .....	190
〈표 7-2- 5〉	위암 발생률 .....	192
〈표 7-2- 6〉	위암의 병기별 생존율 .....	194
〈표 7-2- 7〉	소장암 발생률 .....	195
〈표 7-2- 8〉	담낭·담도암 발생률 .....	199
〈표 7-2- 9〉	유방암 발생률 .....	202
〈표 7-2-10〉	유방암의 고위험군 .....	203
〈표 7-2-11〉	유방암의 병기별 생존율 .....	204
〈표 7-2-12〉	자궁경부암 발생률 .....	205
〈표 7-2-13〉	자궁경부암의 위험요인 .....	206
〈표 7-2-14〉	난소상피암 발생률 .....	208

<표 7-2-15>	신장암 발생률 .....	212
<표 7-2-16>	전립선암 발생률 .....	215
<표 7-2-17>	방광암 발생률 .....	218
<표 7-2-18>	호지킨림프종 발생률 .....	222
<표 7-2-19>	비호지킨림프종 발생률 .....	222
<표 7-2-20>	림프종 국제예후위험인자 .....	223
<표 7-2-21>	백혈병 발생률 .....	225
<표 7-2-22>	피부암 발생률 .....	229
<표 7-3- 1>	입의 장애등급구분의 기준 .....	233
<표 7-3- 2>	혈액·조혈기 장애등급구분의 기준 .....	233
<표 7-3- 3>	A표: 난치성 빈혈군의 증상중증도 구분표 .....	235
<표 7-3- 4>	B표: 난치성 빈혈군의 혈액검사성적 지표 .....	235
<표 7-3- 5>	C표: 일반상태 구분표 .....	236
<표 7-3- 6>	A표: 조혈기종양군의 증상중증도 구분표 .....	236
<표 7-3- 7>	B표: 조혈기종양군의 혈액검사성적 지표 .....	237
<표 7-3- 8>	C표: 일반상태구분표 .....	237
<표 7-3- 9>	복부·골반장기의 장애 등급 구분의 기준 .....	238
<표 7-3-10>	A표: 복부장기의 증상 중증도 구분표 .....	239
<표 7-3-11>	B표: 복부장기의 검사성적 지표 .....	239
<표 7-3-12>	C표: 일반상태구분표 .....	240
<표 7-3-13>	두부, 안면부, 경부의 장애등급 구분 기준 .....	240
<표 7-3-14>	흉복부 장기의 장애등급 구분 기준 .....	243
<표 7-3-15>	호흡기 장애 등급 구분기준 .....	247
<표 7-3-16>	Child-Pugh 분류법 .....	248
<표 7-3-17>	간 장애 등급 구분기준 .....	249
<표 7-3-18>	장루·요루장애 등급 구분기준 .....	251
<표 7-5- 1>	암으로 인하여 발생 가능한 장애 종류별 증상과 해당 암종 .....	267
<표 7-5- 2>	각 암 종별 해당 장애 및 현황 .....	268

<표 7-5- 3>	A표: 복부장기의 증상 중증도 구분표 .....	272
<표 7-5- 4>	B표: 복부장기 장애의 검사성적 지표 .....	272
<표 7-5- 5>	C표: 암환자의 수행능력평가 - ECOG 측정도구를 사용하여 평가 .....	272
<표 7-5- 6>	암으로 인한 소화기 장애의 판정 예시 .....	273
<표 7-5- 7>	A표: 증상중증도 구분표 .....	274
<표 7-5- 8>	B표: 암환자의 수행능력평가 - ECOG 측정도구를 사용하여 평가 .....	274
<표 7-5- 9>	흉터의 장애에 따른 장애등급별 세부 인정기준 .....	276
<표 7-5-10>	A표: 조혈기종양군의 증상중증도 구분표 .....	277
<표 7-5-11>	B표: 조혈기종양군의 혈액검사성적 지표 .....	277
<표 7-5-12>	C표: 암환자의 수행능력평가 - ECOG 측정도구를 사용하여 평가 .....	278
<표 7-5-13>	조혈기 종양 장애의 판정 예시 .....	278
<표 7-5-14>	C표: 암환자의 수행능력평가 - ECOG 측정도구를 사용하여 평가 .....	279
<표 7-5-15>	암으로 인한 생식기 장애의 판정 예시 .....	280
<표 7-5-16>	건강관련 삶의 질 측정검사에서 특정 기능 및 증상의 심각 .....	281
<표 8-1- 1>	만성알코올·약물중독자의 인구학적 특성 .....	286
<표 8-1- 2>	만성알코올·약물중독자의 사회경제적 특성 .....	288
<표 8-1- 3>	기질성 뇌증후군의 인구학적 특성 .....	290
<표 8-1- 4>	기질성 뇌증후군의 사회경제적 특성 .....	292
<표 8-1- 5>	기타 발달장애의 인구학적 특성 .....	294
<표 8-1- 6>	기타 발달장애의 사회경제적 특성 .....	296
<표 8-1- 7>	소화기장애의 인구학적 특성 .....	298
<표 8-1- 8>	소화기장애의 사회경제적 특성 .....	300
<표 8-1- 9>	비뇨기장애의 인구학적 특성 .....	302
<표 8-1-10>	비뇨기장애의 사회경제적 특성 .....	304
<표 8-1-11>	치매의 인구학적 특성 .....	306
<표 8-1-12>	치매의 사회경제적 특성 .....	308
<표 8-1-13>	기타 암의 인구학적 특성 .....	310
<표 8-1-14>	기타 암의 사회경제적 특성 .....	312

〈표 8-3-1〉	3단계 장애범주 확대예상 장애유형별 추정 소요예산	325
〈표 9-3-1〉	척수장애의 주요 합병증	334
〈표 9-4-1〉	미국의학협회(AMA)의 중추신경계 척수의 장애율표	342
〈표 9-4-2〉	지체장애 등급표의 장애별 신체장해율(AMA 기준) 비교	343
〈표 9-4-3〉	장애등급별 및 중복장애 합산시 장애율	344
〈표 9-4-4〉	맥브라이드 기준에 의한 척수손상의 노동능력 상실율	344
〈표 9-4-5〉	일본 신체장애자복지법에 의한 등급분류(방광 및 직장기능장애)	346
〈표 9-4-6〉	국민연금 장애심사규정 중 사지마비 부분	347
〈표 9-4-7〉	국민연금 장애심사규정 중 호흡기의 장애 부분	348
〈표 9-4-8〉	국민연금 장애심사규정 중 복부·골반장기의 장애 부분	348
〈표 9-4-9〉	국가배상법, 산업재해보상보험법, 근로기준법, 자동차손해보상법의 척수손상 등급 기준	349
〈표 9-5-1〉	미국의학협회(AMA)의 중추신경계 척수의 장애율표	352
〈표 9-5-2〉	우리나라 현행 장루 및 요루 장애의 등록 기준(2003년)	353
〈표 9-5-3〉	국민연금 장애심사규정 중 복부·골반장기의 장애 부분	354
〈표 9-5-4〉	미국의학협회(AMA)의 중추신경계 척수의 장애율표(호흡기능)	355
〈표 9-5-5〉	미국의학협회(AMA)의 중추신경계 척수의 장애율표(성기능)	356
〈표 9-5-6〉	척수장애의 등급	358
〈표 9-5-7〉	척수장애 등급표상의 설명과 근력등급	360

## 그림목차

[그림 2-1-1]	장애모델	84
[그림 3-2-1]	영국 IS제도의 개요	106
[그림 3-2-2]	미국 사회보장제도의 전반적 체계	110

## 요약

### 제1장 서론

#### 제1절 연구의 필요성 및 목적

- 장애라고 하는 것은 한 사회가 어떠한 사람을 장애인이라고 정의하느냐에 따라 달라질 수 있는 상대적인 개념임.
  - 즉 장애의 개념은 개별 사회의 문화적 기대(cultural expectation)에 따라 다르며, 환경에 의해서도 변화할 수 있음.
  - 이는 신체적·정신적 손상이 있다고 할지라도 주어진 환경에 잘 적응하여 사회생활에 아무 지장이 없다면 장애인과 비장애인은 아무 차이가 없기 때문임.
- 우리나라의 경우 장애인의 범위를 주로 의학적 모델(medical model)에 입각하여 신체구조 및 신체기능상의 장애로 판정하는 것에 비하여,
  - 유럽 등 서구 선진국에서는 신체, 정신의 기능적인 장애에 추가하여 특정한 일을 어느 정도 수행할 수 있는지의 여부에 의한 과업수행(노동) 능력, 개인적 요인뿐만 아니라 환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건까지 포함하는 사회적인 의미의 장애 등 포괄적인 장애범위를 채택하고 있음.
- 우리나라도 서구 선진국의 장애개념을 수용하는 방향으로 장애인 정책이 전환되고 있으며, 장애인의 범주를 확대함과 동시에 장애에 대한 개념도 특정 장애를 직접 나열하는 형식에서 선진국과 유사한 일반적 정의로 바꾸었음.
  - 구체적인 장애의 종류를 정하였던 과거와 달리 장애인복지법에서는 일반적인 장애인의 정의를 기술하고, 동법 시행령에서 법정장애의 범위를 정하며, 동법 시행규칙에서 정해진 법정장애의 등급별 장애판정기준을 정하도록 하여 과거보다 장애범주의 확대를 용이하게 하였음.
- 이에 따라 우리나라 장애인복지법상의 장애범주는 1997년 ‘장애인복지발전 5개년 계

획'이 수립된 이후 단계적으로 확대되어 왔음.

- 1981년 제정되고 1989년 개정된 장애인복지법은 장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 5가지 영역으로 한정하고 있었음.
  - 1997년 '장애인복지발전 5개년 계획'의 장애범주 확대 계획에 따라, 2000년 1차적으로 신장 및 심장장애의 내부장애와 만성 중증 정신질환에 의한 정신장애, 자폐증의 발달장애가 새롭게 장애범주에 포함되었으며, 뇌병변장애가 기존의 지체장애에서 분리되어 장애범주가 총 10종으로 확대되었음.
  - 2003년 7월, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 간질장애 등 5종이 새로 추가되는 2단계 장애범주 확대가 이루어졌음.
- 그러나 우리나라 장애인복지법상의 장애범위는 서구 선진국에 비해 협소하여 향후 지속적으로 장애범주를 확대할 필요가 있음.
- 세계보건기구(WHO)는 운동 및 감각장애, 정신지체, 정신질환, 만성 알코올 및 약물남용, 만성 심혈관 및 폐 질환, 만성 위장손상, 피부질환, 암 등 포괄적인 장애의 포함을 권장하였음.
  - 또한 WHO는 2001년 ICF(International Classification of Functioning) 장애분류체계 보고서를 통해 장애의 개념에 환경적 요인 등을 포함할 것을 권고하고 있음.
- 정부는 2003년 '제2차 장애인복지발전 5개년계획'에서 장애범주 확대를 지속적으로 추진할 것을 공표하였으며, 이에 따라 소화기 장애, 중증 피부질환, 기질성 뇌증후군, 발달장애, 기타 신체적·정신적 장애 중 중증 장애를 중심으로 3단계 장애범주 확대가 이루어질 예정으로 있음.
- 그러나 확대예정 장애유형 중 3단계에서 확대해야할 장애범주는 다음의 사항을 고려하여 보다 객관적이고 타당성 있는 장애 유형이 선정되어야 할 것임.
  - '장애인복지발전 5개년계획'에 제시된 우선순위, 장애의 중증도, 치료비의 정도, 장애에 대한 사회의 편견 등으로 인해 많은 사회적 불리(handicap)를 경험하는 장애유형, 비교적 객관적인 장애 판정기준이 개발이 가능한 장애유형, 그리고 법정장애범주 포함에 대한 사회적 관심도와 장애인들의 요구가 많은 장애유형
- 본 연구의 목적은 1·2차 장애인복지발전 5개년계획의 장애범주의 단계적 확대시책에 맞춰 3단계 확대 예정 장애의 유형을 검토하여 3단계 장애범주 확대의 기초 자료를

제공하는 것이며 보다 구체적인 목적은 다음과 같음.

- 확대예정범주 장애인의 중증도, 사회경제적 상태 등을 파악하여 이들의 법정장애범위 확대 추진을 위한 근거마련
- 법정장애인의 확대에 있어서의 우선순위 설정
- 법정장애인의 확대에 필요한 예산의 추정

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### □ 연구내용

- 장애의 개념 또는 정의와 관련한 이론적 배경을 고찰
- 미국, 유럽, 일본 등 주요 선진국에서 운용하고 있는 장애 관련 사회보장제도에서 채택하고 있는 장애의 정의, 판정 기준 및 분류체계 검토
- 3차 확대예상범주 장애 특성 파악을 위해 치매, 만성알코올중독, 기타 발달장애, 암을 중심으로 이들 질환의 유병률, 임상적 특성, 국내외 장애 판정 기준 및 장애범주 확대시 고려사항 등 검토
- 3차 확대예상범주 장애를 가진 자들의 인구학적 및 사회경제적 특성, 그리고 복지욕구를 고찰
- 3단계 확대 장애범주에 따른 추가 소요 예산을 추정 및 향후 장애판정체계의 전면적인 개편과 연계한 장애범주 확대 방안 제시

### □ 연구방법

- 장애의 정의, 판정기준 및 분류체계와 관련하여 국내외 문헌 검토
- 확대예상범주 장애인의 출현율, 인구학적 및 사회경제적 특성 파악을 위한 2005년도 장애인실태조사 원자료 분석
- 확대예상범주 장애인의 복지욕구 파악을 위한 사례조사 실시
- 확대예상범주 장애의 임상적 특성 및 국내외 판정 기준 등에 대해서는 확대예정분야의 전문의들과 공동 연구 진행
- 3단계 확대 방안 수립과 관련하여 학계, 장애인단체, 담당 공무원 등 관계 전문가 등이 참여하는 연구자문회의 및 정책토론회 개최

## 제2장 장애 정의 및 판정 방법의 이론적 배경

### 제1절 장애모델

#### □ 의료적 모델(Impairment Perspective)

- 장애를 가진 개인의 건강상의 문제나 신체 혹은 정신의 상태가 결함이 있거나, 비정상적이거나, 열등한 것으로 정의함.
- 질병에 대한 국제 분류법(International Classification of Diseases: ICD)은 부호화된 질병 체계로 전 세계 대부분의 보건서비스에 사용되는 건강상태이나 손상과 장애에 대한 사회·환경적인 측면은 제외됨.

#### □ 기능적 모델(Functional Limitation Perspective)

- 손상이 장애에 대한 직접적인 원인으로 장애를 기준에 반하는 기능적 제한을 측정하는 것으로 간주함.
- 장애에 대한 비의료적 범주(특히 사회·물질적 환경)를 포함하여 의료적 모델을 확대하고 있음.
- 장애는 장애유형 및 정도, 개인이 주어진 상황을 정의하는 방식, 다른 사람들이 그들의 반응과 기대를 통해 그러한 상황을 정의하는 방식에 의해 영향 받는 것으로 간주함.
- 1980년대 세계보건기구의 손상, 장애, 헨디캡에 대한 국제분류법(ICIDH)에 따르면 장애는 손상에 의해 발생된 정상적인 활동 능력의 감소나 부족임.

#### □ 생태학적 모델(Ecological Perspective)

- 장애를 손상, 활동제한, 직장, 가정, 학교와 같은 특정한 사회적, 물리적 환경에의 참여 제한 등에 대한 상호작용의 결과로 봄.
- 사회적 모델은 능력 위주의 환경에 의해 만들어진 사회적 구조물로 장애를 설명함.
- 2001년, 세계보건기구는 손상, 장애, 헨디캡에 대한 국제 분류법(ICIDH)을 기능, 장애, 보건에 대한 국제분류(ICF)로 개정하여 장애를 포함한 보건 및 보건과 관련된 상태에 대한 정보의 광범위한 범주를 부호화하기 위한 공통의 언어를 수립하였음.

## 제2절 OECD 국가의 장애 정의

- 대부분의 OECD 국가에서는 건강문제 및 일상생활에서의 지장 정도를 기준으로 하여 장애인을 정의하고 있음.
  - 호주와 캐나다의 경우, 자기관리, 이동성, 의사소통 등에 있어 근본적이고 주요 행동 제약이 있을 경우 중증장애인으로 정의함.
- 장애 정의의 주관성, 가변성, 모호성으로 인하여 손상, 기능제한, 장애, 취업불능 등 장애관련 개념 정의의 규정 및 측정에 어려움이 있음.
  - 일부 국가의 장애급여 수급 자격 판정에서의 평가자의 주관적인 장애판정은 많은 문제를 제기하고 있음.
- 노동능력의 제한 및 장애판정 시 신체장애 이외에 정신장애도 장애판정에 포함됨.
  - 이에 따라 장애범주, 장애급여 수급대상자 및 기간이 확대되고 조기퇴직자, 실업자, 장애인의 구분이 어려워짐.
  - 인구고령화로 장애출현율이 증가하여 정부의 재정적인 부담이 증가됨.
- 의료적인 차원에서 작업적 장애, 장애급여 수급자격과 연계됨에 따라 장애의 정의가 복잡해지고 있음.

## 제3절 OECD 국가의 장애 판정 방법

- 각 국가별로 시각, 청각 또는 마비, 절단 등 신체구조상의 비정상성을 기준으로 하여 장애를 판정함.
  - 국가간 장애 정의에 차이가 있어 국제간 비교에 어려움이 있으며, 중복장애와 관련한 장애판정 기준이 모호함.
  - 이러한 신체손상에 의한 해부학적 판정방법은 오랜 장애보상의 기준으로 널리 사용되고 있음.
- 장애범주의 지속적인 확대에 따라 개호욕구, 기능제한, 경제적 손실에 의한 장애판정 방법으로 확대됨.
- OECD 국가간 장애판정은 다양하지만 욕구를 사정하고 서비스 수급자격을 결정하고 장애급여에 대한 접근성을 판정하기 위한 동일한 목적을 가짐.

- OECD는 장애는 의학적인 조건, 노동시장에 있어서의 판정이나 장애급여수급을 의미하며, 장애라는 용어가 더 이상 일을 하지 못한다는 것을 뜻하지 않는다고 결론지음.
- 정기적으로 장애에 대한 재판정이 이루어져 장애상태와 장애급여 사이의 분리를 통해 장애인의 개별적인 욕구에 기초한 서비스와 급여가 제공되어야 함.
- 각 국의 장애인복지 관련 개별 제도에서 실시하고 있는 장애 판정 유형은 ‘의학적 정보 의존 정도’와 ‘의사 및 기타 전문가의 재량권 정도’의 두 가지 요소를 다양하게 조합한 것으로서, 크게 다음의 네 가지 모델로 구분됨.
  - 모델 A: 낮은 수준의 의학적 정보와 높은 수준의 재량권
  - 모델 B: 낮은 수준의 의학적 정보와 낮은 수준의 재량권
  - 모델 C: 높은 수준의 의학적 정보와 높은 수준의 재량권
  - 모델 D: 높은 수준의 의학적 정보와 낮은 수준의 재량권
- 장애판정과 관련하여 이렇게 다양한 모델이 적용되고 있다는 것은 사회정책에서 장애인과 비장애인을 구분하는 경계를 명확히 하는 이상적인 방법은 존재하지 않음을 의미함.
  - 의학적 정보를 강조하지 않는 모델 A, B와 같은 장애 판정 체계는 대신에 사회정책적 기준에 더 높은 비중을 두는 것임.
    - 그러나 의사의 사회적 권위가 높고 더불어 의사간 갈등을 피하고자 하는 체계를 구축하고자 한다면, 의학 중심적인 장애 판정 체계는 여전히 유력한 대안이 될 것임.
  - 모델 D는 장애인의 일반적인 장애 상태를 판정함으로써 광범위한 정책에 활용될 수 있다는 점에서 가장 일관성 있는 모델로 간주될 수 있음.
    - 그러나 모델 D는 한정된 자원의 효과적인 배분에는 별로 관심이 없는 규범적 사회정책에서 주로 찾아볼 수 있으며, 가장 욕구가 큰 집단에 자원을 할당하고자 하는 사회정책의 우선적인 목적에는 부합하기 어려운 모델이라고 할 수 있음.

### 제3장 주요 외국의 장애 정의 및 분류체계

#### 제1절 주요 외국의 사회보장제도에서의 장애 정의 동향

- 일상생활·자립생활 지원 제도
  - 장애인의 일상생활(Activities of Daily Living: ADL) 지원을 위한 제도에서의 장애의 정의

는 장애인 개인의 건강상태와 기본적인 과업수행능력간의 관계에 의존하고 있음.

- 일상생활 지원 영역에 있어 장애인의 건강상태와 욕구의 상관관계는 매우 자연스러운 것이며, 식사, 이동, 개인위생 등의 기본적인 Self-care를 위한 욕구는 건강상의 문제로 인해 야기되는 것임. 따라서 장애인이 이러한 기초적인 일상생활 활동을 수행하는 데 있어서 도움을 필요로 하는 가에 대한 사정은 장애에 대한 사정으로 간주됨.

#### □ 소득보장 제도

- 소득보장 제도에서의 장애의 정의는 근로 능력(work capacity)또는 소득 능력(earning capacity)의 손실에 기초하고 있음. 이러한 장애 정의의 적합성은 근로능력과 건강상태 간의 관계가 타당한가의 여부에 달려있음.
- 유럽연합을 비롯하여 대다수의 선진국에서는 이러한 기준과 관련하여 크게 세 가지 접근법을 활용하고 있음.
  - 첫 번째는 ‘과정 접근법(procedural approaches)’으로서 이는 장애인 개인이 일을 중단한 이유와 이전의 직업으로 복귀하지 못하는 장애물이 무엇인지를 규명하기 위해 과정을 면밀히 조사하는 방법임.
  - 두 번째는 ‘능력 접근법(capacity profile approaches)’으로서 이는 장애인 개인의 능력을 노동 시장의 요구와 비교해 봄으로써 장애인의 일을 할 수 없는 이유에 초점을 두는 것임.
  - 세 번째는 ‘손상 중심 접근법(impairment-based approaches)’으로서 이는 과거의 직업과 미래의 가능한 직업에 대한 고려 없이 현재 장애인 개인의 기능이 어느 정도 손상되었는지만을 평가하는 것임.

#### □ 고용 및 직업재활서비스

- Mashaw & Reno(1996)는 직업재활서비스에서의 장애 정의는 직업재활서비스 및 관련 급여에 대한 개인의 욕구에 초점을 맞추어야 한다고 개인의 욕구와 혜택에 초점을 맞추어야 한다고 제안하고 있음.
- 그러나 고용 및 직업재활서비스 제도를 운영하고 있는 대다수의 국가들에서 개인의 건강상태와 재활간 관계에 기초한 장애 정의는 명확하지 않음.
- 또한 대다수의 선진국들에서 주요한 장애인 고용 정책으로 기능하고 있는 의무고용제도(Quota scheme)의 경우에도, 장애 정의 즉 의무고용제의 대상을 규정하는 데 있어서 개

인의 제약과 이로 인한 취업의 어려움에 초점을 맞추어야 하는지, 아니면 의무고용제를 장애인 차별금지 정책으로 간주하고 활용할 수 있는 것인지(이 경우에는 별도의 장애 정의가 필요함)에 대해서는 여전히 모호한 상황임.

□ 장애인 차별금지 제도

- 장애인 차별금지 법률 및 제도에서의 장애 정의는 이 제도의 핵심 요소인 차별(discrimination)과 동등한 처우(equal treatment)의 개념에 의존하고 있음.
- 생산성이 손상되지 않은 장애인들을 보호하고자 하는 장애인 차별금지 정책에서는 대수롭지 않은 손상을 가진 사람들과 실제로는 기능적 제한이 없음에도 기능적 제한을 갖고 있는 사람들로 여겨지는 사람들을 포함해서 장애를 매우 폭넓게 규정하고 있음. 이는 장애인 차별금지 제도의 운용이 장애에 대한 사회적 모델의 수용을 전제로 하고 있다는 것을 짐작케 하는 것임.

제2절 주요 외국의 장애 정의 및 분류 체계

- 본 연구에서는 영국, 미국, 독일, 일본 등 주요 선진국의 장애 관련 사회보장제도 중 공적 연금(장애연금), 장애 관련 사회수당 및 공공부조, 산재보험에서의 장애 정의 및 분류 체계를 살펴보고자 함.

1. 영국

□ 공적연금(Incapacity Benefit: 이하 IB)

- 개인이 IB를 지급받기 위해서는 면제 요건을 충족한 자를 제외하고는 ‘개인 능력 평가(Personal Capability Assessment: 이하 PCA)’를 받아야 하는데, PCA는 개인에게 무능력(incapacity)이 시작된 처음 28주 후에 실시되며 개인의 의학적 상태 또는 장애가 개인의 일상생활 수행 능력에 미치는 영향을 보고자 하는 것임.
- PCA는 신체·감각 건강상태 평가(Physical and sensory health assessment)와 정신건강상태 평가(Mental health assessment)로 나뉘어 실시됨.
- 각각의 영역마다 기능의 상이한 정도를 표현하는 일련의 환산 점수표가 있으며, IB를 지급받기 위해서는 최저 수준의 장애 이상에 해당되어야 함.

- 또한, IB제도에는 ‘면제 유형(Exempt categories)’을 명시하고 있는데, 이는 Disability Living Allowance 수급자와 같이 명백한 중증의 장애를 가지고 있는 사람의 경우 PCA 없이 급여 수급이 가능하도록 하고 있음.
- 사회수당(Disability Living Allowance: 이하 DLA)
  - DLA는 장애로 인한 추가비용을 보전하기 위한 급여로서 소득수준과 고용상태에 관계없이 지급되며, DLA를 지급받기 위해서는 중증의 신체적 또는 정신적 장애로 인해 3개월 동안 다른 사람의 도움을 필요로 하고 있으며, 향후 최소 6개월간 도움을 필요로 하는 장애인이어야 함.
    - DLA는 크게 장애인의 욕구에 따라 보호급여(Care Component)와 이동급여(Mobility Component)로 이루어져 있으며, 보호 급여와 이동급여는 각각의 자격 요건을 모두 충족하는 경우 동시에 수급이 가능함.
- 공공부조(Income Support: 이하 IS)
  - IS는 노령, 질병, 장애, 부양책임 등의 이유로 노동시장에 편입될 수 없는(일할 수 없는) 16세 이상의 저소득층에게 급여를 제공함으로써 최소한의 생계를 유지할 수 있도록 하는 공공부조방식의 생계급여로서, 가구유형별 추가지출을 감안하여 각종 부가급여를 추가로 지급함.
    - IS에서 장애 부가 급여를 받기 위해서는 부부 중 장애인이 있는 60세 미만인 자가 DLA를 수급하고 있거나, IB의 장기급여를 받고 있거나 등의 장애관련 요건 중 하나를 충족해야 함.
    - 또한, IS에서 중증 장애 부가 급여를 받기 위해서는 독신이면서 동거 가족 없이 DLA 보호급여의 중간 또는 최고 급여를 받거나, 배우자가 있으면서 다른 동거 가족 없이 본인과 배우자 모두 DLA 보호급여의 중간 또는 최고 급여를 지급 받고 있는 등의 장애관련 요건 중 하나를 충족해야 함.
- 산재보험급여(Industrial Injuries Disablement Benefit)
  - 산재보험 장애급여를 수급하기 위해서는 산업재해 또는 업무와 관련된 질병으로 인해 손상된 기능상의 능력이 일정 수준 이상이어야 함.
    - 손상된 능력의 평가는 같은 연령과 성(sex)을 가진 정상의 건강한 사람과 비교한 불능(disablement)의 정도에 근거하여, 최소한 14%의 불능이 반드시 평가되어야 하여 수급할

수 있으며, 특히 100%의 불능으로 평가된 경우에는 상시간병수당(Constant Attendance Allowance)과 중증장애수당(Exceptionally Severe Disablement)과 같은 부가수당을 지급받을 수 있음.

## 2. 미국

### □ 연방정부 장애급여(SSDI와 SSI)

- 연방정부 장애급여 수급요건으로서 사회보장법상의 ‘장애’ 개념은 다른 장애 관련 프로그램에서 사용되는 개념과 달리 매우 엄격함.
- 사회보장법이 규정하는 장애는 ‘근로 불능(inability to work)’을 의미하는 것으로서, 근로자가 의학적으로 증명이 가능한 육체적·정신적 손상을 입어서 더 이상 소득활동(substantial gainful activity)을 영위할 수 없게 되는 상태에 이르렀을 때 비로소 장애로 인정함.
- 이러한 육체적·정신적 손상은 최소 1년 이상 지속되고 사망에 이르게 할 수도 있는 심각한 손상을 의미함.
- 이렇듯 사회보장법이 장애 개념을 엄격하게 규정하는 이유는 완전한 장애가 아닌 부분적이고 장기간 지속되지 않은 장애에 대해서는 산재보험이나 민간보험, 저축 등 장애로 인한 경제적 부담에 대응하는 타 자원에 대한 근로자의 접근이 비교적 용이하기 때문이다.

### □ 산재보험 급여(Workers' Compensation)

- 미국에서는 연방정부의 위임형태로 주 차원에서 산재보험을 관리 운영하는데, 이로 인해 현재 약 60여개의 서로 다른 산재보험 체계가 존재하고 있으며 장애의 정의도 각각 다 다르지만, 모든 산재보험제도에서의 ‘장애’는 ‘소득 능력의 손실(loss of wage-earning capacity)’을 의미함.
- 미국의 산재보험은 장애의 두 가지 핵심적인 측면을 고려하여 설계되어 있다. 한 측면은 장애의 정도(부분 장애와 완전 장애)이며 또 다른 측면은 장애의 기간(일시적 장애와 영구적 장애)임.
- 결국, 미국의 산재보험제도의 장애는 장애의 정도와 기간에 따라 다음의 네 가지로 분류되는데, 일시적 완전 장애(Temporary Total Disability; 이하 TTD), 일시적 부분 장애

(Temproy Partial Disability: 이하 TPD), 영구적 완전 장애(Permanently Total Disability; 이하 PTD), 영구적 부분 장애(Permanent Partial Disability; 이하 PPD)로 구분됨.

### 3. 독일

#### □ 공적연금

- 개인이 장애연금을 지급받기 위한 장애의 정의는 2000년까지는 ‘직업장애’와 ‘노동무능력’의 두 개의 개념이 적용되었으나, 2001년부터 ‘노동능력 감소 Erwerbsminderungrente(EMR)’ 개념이 도입되었음.
- 2000년 말 연금개혁을 이전의 장애기준은 50% 이상 노동능력 상실과 그 이하의 장애상태로서 자신의 이전 직업을 제대로 수행하기 어려운 상태를 의미했으나, 2001년 장애연금 개혁법은 장애로 인한 노동량감소에 따라 1일 가능한 근로시간을 기준으로 다음과 같이 장애를 판정함.
  - 6시간 이상 노동을 할 수 있으면 장애로 인정되지 않음.
  - 3~6시간 노동은 부분 장애(부분근로무능력)로 인정
  - 3시간 미만 노동은 완전 장애(완전근로무능력)로 인정

#### □ 산재보험(법정사고보험: Statutory Accident Insurance)

- 독일의 법정사고보험은 근로 상 재해(통근 중 사고 포함) 및 질병이 발생할 경우 일시적 상해 또는 영구적 장애를 입은 근로자와 이들의 친척 또는 생존해 있는 부양가족에게 연금을 지급하도록 하며, 의료 및 직업 재활 과정에서의 상해 혜택 또는 일시수당을 지원함.
- 사회법전에 의하면 ‘소득능력 감소(MdE)는 보험사고의 발생에 의하여 발생한 육체적·심리적·정신적 상태로 인하여 전체 노동시장에서의 소득가능성의 상실’이라고 정의하고 있으며, 보험 수당은 사고발생 26주 후 20%의 영구적 불능이 평가되어야 지급됨.

#### □ 자립생활 수당(Care Insurance)

- 독일에서 자립생활을 위한 장애관련 수당으로는 1995년 재가 보호 및 1996년 시설 보호를 위해 도입된 보호 보험(Care Insurance)이 있으며, 급여 대상자 결정 및 지급수준은 장애인의 의학적인 조건보다는 자신의 보호 욕구 또는 필요성에 의해 결정됨.
- 따라서 다음과 같은 세 가지 유형의 보호 의존도에 따라 그 수당이 달리 적용됨.

- Erheblich Pflegebeduerftige: 1일 기준 최소 2가지의 일상생활활동이 필요하며 일주일에 3~4회 정도 집안일 보조가 필요함. 즉, 하루에 필요한 보호는 최소 1.5시간임.
- Schwerpflegebeduerftige: 1일 기준 최소 3가지 이상의 일상생활활동이 필요하며 일주일에 3~4회 정도 집안일 보조가 필요함. 즉, 하루에 필요한 보호는 최소 3시간임.
- Schwerstpflegebeduerftige: 1일 기준 24시간 일상생활활동이 필요하며 일주일에 3~4회 정도 집안일 보조가 필요함. 즉, 하루에 필요한 보호는 최소 5시간임.

#### 4. 일본

##### □ 공적연금

- 일본의 당면가입 공적연금은 전 국민에게 적용되는 국민연금과 5인 이상 사업장의 근로자에게 적용되는 후생연금 및 특수직역연금으로 구성되어 있으며, 각각의 연금에서의 장애등급은 국민연금의 경우에는 2등급, 후생연금의 경우에는 3등급(등급 외 일시금이 있음)으로 분류하고 있음.
- 국민연금의 장애연금 지급을 위한 장애 정의는 법에 명시되어 있지 않고 시행령에서 등급에 대한 의료적 손상 정도를 기술하고 있음. 국민연금에서 장애 1급은 묵시적으로 지속적 개호를 요구하는 완전장애를, 2급은 독립적인 생활을 심각하게 제한하는 정도에 해당하는 상태를 의미함.
- 후생연금의 장애 1급과 2급은 국민연금의 장애등급표에서 규정된 것과 동일하고, 3급은 노동에 현저한 제한을 받아 노동하기 어려운 정도의 장애를 의미함.

##### □ 장애인복지서비스 관련 법률

- 일본의 경우 우리나라와 같이 등록제도를 실시하고 있으며, 등록된 장애인을 대상으로 신체장애자수첩을 발급하게 되는 바, 이 수첩을 소지하고 있는 사람이 법률상의 장애인으로 인정되어, 갱생의료(장애의 경감, 완화를 위한 의료) 서비스 및 다양한 복지제도의 수급자격을 받게 됨. 단, 장애종류에 따라 서비스 수급의 기능을 갖는 다른 형태의 수첩을 소지하게 되는데 즉, 지적장애인은 요육수첩, 정신장애인은 정신보건복지수첩이 발급되며, 복지서비스도 다르게 제공되고 있음.
- 신체장애자복지법의 수첩교부 대상 장애종류에는 지체부자유, 시각장애, 청각장애 등 전통적 장애 외에 저작기능장애, HIV 장애 등 총 12종으로 구분되어 있으며, 장애등

급은 대체로 1~6등급 체계로 되어 있으나 장애종류별로 지체장애의 경우에는 7급으로 구분되어 있으며, 내부장애의 경우 대체로 1급, 3~4급 체계로 되어 있음.

- 지적장애자복지법에 의한 지적장애정도의 구분은 일반적으로 지능지수와 함께 장애인시설 및 서비스 지원의 정도에 근거하여 다른 사람의 지원 필요성이 현저하게 높은 A등급, 지원필요성이 상당한 정도인 B등급, A와 B에 해당하지 않는 C등급의 3등급으로 구분됨.
- 정신장애자보건복지법에 의하면 정신장애자는 정신분열병, 정신작용물질 급성중독 또는 의존증, 지적장애 등 정신질환을 가진 자로 정의되며, 정신장애 정도의 구분은 1급(일상생활이 거의 불가능한 정도), 2급(일상생활에 현저한 제한을 받거나 또는 일상생활에 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도) 및 3급(일상생활 및 사회생활에 제한을 받거나 제한을 받을 필요가 있는 정도)으로 구분됨.

□ 산재보험(노재보험)

- 노재보험이라고 불리는 일본의 산재보험에서는 장애유형을 장애계열이라고 하여 신체를 해부학적인 관점에서 크게 10부위로 나누고 이를 다시 세분화하여 총 35종의 계열로 구분하고 있으며, 신체장애의 장애등급은 우리나라와 마찬가지로 14단계의 등급으로 구분하고 있음.

## 제4장 치매

### 제1절 치매환자 현황

- 치매는 노년기에 발생하는 대표적인 장애로서 노인 보건 복지에서 중요한 문제로 대두되고 있으며 이에 따라 의료서비스 제공자와 정책입안자들의 치매에 관한 관심도 증가하고 있음.
- 치매환자들에 대한 적절한 대책을 마련하기 위해서는 치매의 정확한 유병률을 측정하는 것이 필수적이지만 치매의 유병률은 연구자들에 따라 매우 다양하게 보고되고 있음.
  - Rockwood와 Stadnyk은 1986년부터 1993년까지의 연구들을 비교분석한 결과, 65세 이상 노인들에게서 나타나는 경도 이상의 치매 유병률이 세계적으로 2.2~8.4%에 달하

고, 영국과 유럽은 5.2~8.4%, 아시아는 2.2~6.8%에 이른다고 보고하였음. 캐나다는 7.9%, 미국은 4.5% 및 6.3%로 평가되었음. 그리고 한국에서는 6.3~10.8%로 아시아의 다른 지역에 비해 높은 수준으로 보고되었음.

- 알츠하이머 치매의 유병률도 연구에 따라 차이는 있지만, 연령에 따라 지수 함수적으로 증가한다는 것은 일관되게 관찰되어왔고, 혈관성 치매의 유병률도 연구에 따라 차이는 있지만 대체로 연령대가 높아짐에 따라 증가하는 것으로 알려져 있음.
  - 치매의 유병률은 연령에 따라 증가하지만 그 정도는 치매의 종류에 따라 차이가 있어 혈관성 치매의 유병률은 매 5.3년마다 2배 증가하고, 알츠하이머 치매는 매 4.5년마다 2배로 증가함.

### 제3절 국내외 치매 환자의 분류 및 등급기준

#### 1. 미국의학협회(AMA) 기준

- 미국 AMA기준의 제 13장의 정신상태, 인지 및 최고 통합 기능에서 치매에 대한 평가가 기술되어 있음.
  - 정신상태 및 통합기능 결손에는 기질뇌증후군, 치매 및 일부의 특이 및 국소 신경계 결손 등이 있으며, 검사 내용으로는 지남력, 주의력, 즉각 회상, 계산, 추출, 구성, 정보 및 회상 등을 포함됨.
- 정신상태 및 인지장애의 평가 기준은 일상 활동 수행 능력에 미치는 영향에 근거해야 하며, 일상 활동 수행 능력과 관련된 정보는 환자와 지속적으로 긴밀한 관계를 갖는 지인으로부터 입수할 수 있으며 일상 활동의 변화를 나타내는 ADL 지수를 활용하여 입증 가능함.
  - 인지 기술 및 기능을 병합한 도구에는 CDR(Clinical Dementia Rating)이 있으며 이것은 기억, 지남력, 판단, 문제 해결 능력, 가정 및 취미, 지역사회 문제, 자신을 돌보는 일 등을 포함하며, 표준 정신상태 검사인 Short Blessed, NCSE 또는 MMSE는 CDR과 함께 장애 등급 평가에 이용됨.

## 2. McBride 기준

- 맥브라이드 기준에는 치매에 대한 직접적인 언급은 없음.
  - 다만 필요한 경우의 중추신경계의 9항 기질성질환을 인용할 수 있음.

## 3. 일본기준

- 일본의 정신장애 판정기준에 의하면
  - 1급: 정신장애로 인해 일상생활을 해나가는 것이 불가능한 정도에 해당하는 질병으로 중독정신병과 기질성 정신병의 증상으로 치매가 심한 경우,
  - 2급: 정신장애로 인해 일상생활이 현저하게 제한을 받거나, 일상생활에 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도에 해당하는 질병으로 중독정신병과 기질성 정신병의 증상으로 치매가 있는 경우로 구분하고 있고,
  - 8가지 능력 중에 어느 정도의 능력 장애를 보이는 지를 고려하여 판정함.

## 4. 국내 기준

- 국내에서는 치매의 선별검사로 MMSE(mini mental state examination)가 가장 널리 보급되어 있고, 치매단계 평가로는 CDR 및 GDS(global deterioration scale) 등이 널리 사용됨.
  - 이중 CDR은 후기 치매 환자들을 좀 더 세분화한 CDR 확장판이 보고된 바 있으나, 미국의 의사협회에서도 CDR을 사용하고 있는 바, CDR이 더욱 널리 사용되고 있음.

### 제4절 치매장애등급 및 기준

#### 1. 치매 판정 절차

- 치매의 장애등급 판정은 다음의 순서를 따름.
  - 1) 현재 치료중인 상태를 확인 : 현재 약물복용 등 치료중인 상태에서 장애 판정
  - 2) 치매의 진단명 및 최초 진단 시기에 대한 확인 : 국제질병분류표 ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단지침에 따라 ICD-10의 F00 및 G30 알츠하이

이며 병의 치매, F01 혈관성 치매, F02 다른 곳에 분류된 기타 질병에서의 치매, F03 특  
정불능의 치매로 진단된 경우에 한하여 치매 판정

- 3) 치매등급의 판정 : 치매의 등급은 치매임상평가척도(CDR)나 전반적 퇴화척도(GDS)  
를 실시하여 얻은 점수로 판정함.
- 치매의 상태가 시간에 따라 기복이 있거나 투약 등 치료를 통하여 상태의 변화가 있  
는 경우에는 최근 3개월간의 증상이 가장 심하였을 경우와 가장 호전되었을 경우의  
평균적 상태를 기준으로 등급을 판정함.

#### 제5절 소결

- 2008년부터 시행될 예정인 노인수발보장제도하에서 노인요양서비스가 대폭 확대될 예  
정이기 때문에 장애인복지법상에서 법정장애로 포함시키는 것에 대한 필요도는 감소  
하며, 또한 치매환자의 수가 매우 많아 추가적 예산소요가 크다는 것이 적극적으로 치  
매를 법정장애로 확대하기 어려운 장애요인이 됨.

## 제5장 만성알코올중독

### 제1절 만성알코올중독환자 현황

- 알코올중독은 국제질병분류기준 및 정신장애진단통계편람의 기준을 적용하면 알코올  
남용과 알코올의존을 포함하는 개념으로 알코올사용장애라 통칭함.
- 2001년에 실시된 전국정신질환 역학조사에 의하면 알코올사용장애의 평생유병률은 남  
자 25.2%, 여자 6.3%, 전체 15.9%로 남자가 4.0배 이상이었음.
- 한 해 동안에 이환된 국민수는 남자 11.0%, 여자 2.6%, 전체 6.8%로, 조사해당 연령  
인 18세 이상 64세 이하에 속하는 국민 가운데 200만명 이상이었으며, 1년 유병률은  
남자(11.0%)가 여자(2.6%)에 비하여 4.2배 높았음.
- 남자는 10대 후반부터 40대까지 유병률이 증가하여 40대에서 가장 높은 12.3%까지 도  
달, 50대 이후 9%이하로 감소하였고, 여자는 18-29세 구간에서 가장 높았음 .

### 제3절 국내외 만성알코올중독환자의 분류 및 등급기준

- 우리나라 국민연금법의 장애진단기준에 중독성정신병이 포함되어 있으나 이는 국민연금을 납부하는 대상자가 급여를 받는 것이기에 무기여 급여라고 할 수 있는 장애인복지법과는 장애인정범위가 다른 것이 현실임.
- 외국에서는 만성알코올중독의 경우 장애인 규정을 적용하는 것을 매우 신중하게 하고 있음.
  - 맥브라이드 기준에는 물질관련 정신질환은 장애로 포함되어 있지 않음,
  - 미국 AMA 기준의 경우, 물질관련 장애의 경우 일반정신질환과는 보다 복잡한 양상을 가지므로, 증상악화시점, 관리기간 등에 대한 부분이 고려되어야 한다고 규정하고 있음.
  - 일본이나 독일의 경우에도 만성알코올중독의 장애인 규정이 가능하긴 하나, 치매나 여타 장애를 유발할 수 있는 신경정신증상이 동반되는 것으로 그 적용을 제한하고 있음.

### 제4절 소결

- 만성알코올중독을 정신장애인 판정기준에 포함시킬 경우,
  - 첫째, 알코올중독에 대한 낙인을 강화시켜 오히려 치료를 활성화하는데 장애로 작용할 위험이 있으며 일상생활에서 불이익을 작용할 위험이 있으며,
  - 둘째, 알코올중독의 경우 적극적인 단주치료를 통하여 단주생활을 유지할 경우 음주기간동안 장애라고 할 수 있는 기능의 손상이 회복되는 경우가 많은데, 이러한 치료에 대한 의지나 노력이 장애판정으로 인하여 오히려 저해될 수 있음.
  - 또한 장애인으로서의 혜택을 누리면서 치료적 과정에 대한 명확한 보장이나 실천이 담보되지 않는 도덕적 해이와 같은 부작용이 생길 수도 있음.
- 결론적으로, 만성알코올중독을 장애인으로 규정하는 문제는 알코올중독이 가지는 병의 증상과 경과가 가지는 특성과 치료율이 낮고 병과 치료에 대한 인식이 낮은 사회적 상황을 고려할 때,
  - 알코올중독으로 인한 합병증은 기존의 장애에 포함시키는 것을 긍정적으로 고려하되, 합병증 없이 알코올중독의 정신과적 증상만 있는 경우를 별도의 장애로 인정하는 것은 관련 전문가들의 의견을 폭넓게 고려하여 신중히 접근하는 것이 필요할 것으로 보임.

## 제6장 기타 발달장애

### 제1절 기타 발달장애인의 현황

- 기타 발달장애는 “아동의 연령·지능·교육 정도에서 기대되는 정도보다 글을 이해하거나 표현하는 것 또는 숫자, 계산 등의 특정능력이 유의하게 저하된 경우”를 의미하며,
  - 기타 발달장애 환자 중 상당수는 아동기에 경험한 문제를 극복하지만, 역시 상당수의 아동이 2차적 문제를 경험하는 것으로 알려져 있으며, 기타 발달장애에서 자신감의 저하·성적저하·사회기술저하·불안·또래관계 부족 등이 흔히 동반됨.
- 비록 대부분의 학습장애가 학교에 입학하면서 발견되는 것이 흔하지만, 기타 발달장애는 대부분 아동기 초기부터 발병이 시작되는 것으로 알려져 있음.
  - 대부분의 기타 발달장애는 남아에게 3~4배 정도 높은 비율로 나타나지만, 산수학습장애의 경우 여아에서 더 높은 빈도로 나타남.
- 일반 인구에서 기타 발달장애의 유병률은 조사한 대상, 사용한 진단기준 및 도구, 평가 방법에 따라 다양하지만, 미국 공립학교에서 조사한 바에 따르면 학령기 아동에서 각각의 개별 장애는 읽기장애 4%, 산술장애 1~6%, 쓰기 장애 2~8% 정도의 비율로 나타난 바 있으며, 종합적으로는 학령기 아동의 5~10% 정도의 아동이 기타 발달장애를 갖고 있는 것으로 추산됨.

### 제3절 국내외 기타 발달장애인의 분류 및 등급 기준

#### 1. 미국의학협회(AMA) 기준

- 미국의학협회(American Medical Association, AMA)는 신경계 장애를 대뇌(4.1), 뇌간(4.2), 척수(4.3), 말초신경계(4.4), 통증(4.5) 등 5가지로 구분하며, 대뇌는 다시 언어(4.1a), 지능(4.1b), 정서와 행동(4.1c), 의식(4.1d), 간질과 수면장애(4.1e), 뇌신경장애(4.1f) 등으로 세분하여 장애에 대해 평가함.
  - 대뇌기능 장애는 ① 의식, ② 의사소통, ③ 지능, ④ 정서와 행동, ⑤ 특수한 편견과 강박, ⑥ 주요 운동 또는 감각이상, ⑦ 운동질환, ⑧ 간헐적 신경학적 질환, ⑨

수면장애 등으로 구별하며, ①에서 ⑤까지의 장애는 이들 중 가장 심한 항목의 장애 하나로 결정하며 각 항목의 장애를 합산하지 않는 점을 특징으로 함.

## 2. 맥브라이드 기준

- 맥브라이드 기준은 신경계 장애에 대해 뇌손상이 없는 골절, 뇌손상이 합병된 골절, 운동실조 또는 대마비성 실조증, 소뇌성·청각성 현훈, 실어증, 뇌막염·척소염·대마비 반신마비, 정신신경증 상태, 정신병, 중추신경계의 기질적 질환, 간질 등으로 세분하고 있음.

## 3. 일본

- 일본의 경우 ‘障害者基本法(장애자기본법)’의 ‘身体障害(신체장애)’ 범주 하에 ‘시각장애’, ‘청각 또는 평형기능의 장애’, ‘음성기능·언어기능·장애’, ‘지체부자유’, ‘심장·신장·호흡기·장애’ 등 다섯 범주를 두어 언어 문제에 대해 장애 등급을 명시한 바 있으며,
  - 2005년부터는 추가적으로 ‘發達障害支援法(발달장애지원법)’을 제정하여 자폐증, 아스퍼거 장애, 기타 전반적 발달장애, 학습장애, 주의력결핍 과잉운동장애, 기타 이와 유사한 뇌기능장애로 그 증상이 통상적으로 저연령에 발현하는 것으로 ‘發達障害(발달장애)’에 대해 정의함으로써 학습장애를 장애범주에 포함시키고 있음.

### 제4절 기타 발달장애 등급 및 기준

- 기타 발달장애의 장애등급 및 기준을 마련하기 위해서는 최소한 공식적인 분류체계를 모두 수용할 필요가 있음.
  - 즉, 현재까지 공식적인 분류체계인 DSM-IV나 ICD-10의 체계를 수용하여야 하며,
  - 또한, 장애의 심각도에 의한 등급의 판정 시 기존 장애등급 판정체계 하의 장애 및 등급과의 형평성도 고려되어야 할 것임.
- 기타 발달장애는 읽기장애, 쓰기장애, 산수학습장애를 포함하며, 기타 발달장애는 객관적인 검사를 통하여 진단함.
  - 지능검사: 웨슬러 지능검사 (유아용·아동용·Kauffman 아동용 지능검사(K-ABC), 그림

지능검사 (PTI) 등

- 학습능력검사: 기초학습기능검사 등

### 제5절 소결

- 장애범주 확대를 통한 기타 발달장애의 등록과 적용을 위해서는 다음과 같은 현재의 문제점이 개선되어야 할 것으로 지적될 수 있음.
  - 첫째, 관련법 상으로 현행 법적 장애의 분류를 다루고 있는 12종의 법안에 기타 발달장애에 대해 명시하는 것이 필요함.
  - 둘째, 행정적 뒷받침이 필요함.
    - 미국의 경우 보건후생국 내에 발달장애국(Administration on Developmental Disabilities)이 독립되어 있고, 일본의 경우도 2005년부터 ‘發達障害支援法(발달장애지원법)’을 제정하여 발달장애 뿐만 아니라 기타 발달장애도 함께 다루도록 되어 있어 이에 대한 지원의 근거를 마련하고 확대방안을 공포하고 있는 실정임.
  - 셋째, 급변하는 한국의 학습 환경에 맞는 검사 도구의 정비 또는 신규개발이 필요함.
  - 넷째, 기타 발달장애로 인한 ‘일상생활’, ‘학업성취도’ 등을 객관적으로 평가하고 이를 정량화할 수 있는 평가척도의 개발이 중요함.

## 제7장 암

### 제1절 암환자 현황

- 암은 재발과 전이가 쉽고 혹은 치료에 반응하지 않는 암도 있어 각종 치료에도 불구하고 점차 악화되어 죽음에 이를 수도 있기에 암환자는 심각한 신체적, 정신적, 사회적 고통을 겪고 있음.
- 그러나 이처럼 많은 장애를 겪고 있는 암 환자들이나 암 생존자들은 장애판정에 있어서 불이익을 받고 있음.
  - 기존의 장애판정은 원인 질환명에 따라 이루어지는 것이 아니라 실제 기능상 장애를

동반하였을 때 이를 측정하여 판정하기에 암이라는 특정 질환에 따른 복합적인 장애에 대한 평가가 제대로 이루어지기 힘들고, 후천성 장애를 가진 사람들을 고려하는 조항이 제대로 마련되어 있지 않기 때문임.

- 우리나라 1999~2001년 연평균 암 발생자수는 약10만명(남: 59,010명, 여: 44,561명) 이며,
  - 남자의 경우 위암 발생자수(23.7%)가 가장 많고, 폐암(17.0%), 간암(17.0%), 대장암(9.8%) 순이었음.
  - 여자의 암 발생자수도 위암(16.4%)이 가장 많으며, 유방암(13.7), 대장암(10.4%), 자궁경부암(9.8%)순이었음.
- 최근 의학기술의 발전으로 암 조기발견과 암 치료기술에도 많은 진전을 국가암검진사업과 암치료기술의 향상을 감안한다면 암 생존자의 수는 급속히 증가할 것으로 예상됨.
- 이처럼 일상생활의 장애를 겪게 되는 암환자 중에서 특히 신체적, 사회적 정신적인 기능이 심각하게 낮거나, 심각한 증상을 호소하는 사람은 50만명의 최근 10년간의 암생존자 중 유방암 생존자는 최대 약 41,000명이며, 위암 생존자는 약 1600명, 자궁경부암 생존자는 약 28,000명으로 추정되며, 이들의 경우 암환자의 장애판정이 철실히 요구되는 실정임.

### 제3절 국내 장애관련 법률에서의 암 장애 판정 기준

#### 1. 국민연금법

- 입의 장애: 음식물을 먹는 기능장애
  - 음식물을 삼키는 장애(연하장애)는 식도의 협착, 혀의 이상, 인후지배신경의 마비, 중추신경계 손상 등에 의한 것으로 장애정도는 삼키는 기능과 섭취 가능한 음식물의 내용 및 섭취방법에 따라 종합적으로 판단하여야 함.
- 혈액·조혈기의 장애
  - 혈액·조혈기 질환은 다음과 같이 구분하여 장애정도를 인정함.
    - 난치성 빈혈군(재생불량성빈혈, 용혈성빈혈, 악성빈혈 등)
    - 출혈경향군(혈소판감소성자반증, 응고인자결핍증)
    - 조혈기종양군(백혈병, 악성림프종, 다발성골수종, 골수이형성증 등)

□ 복부·골반장기의 장애

- 복부장기 및 골반 등의 수술후유증은 덤핑증후군, 맹관증후군, 유착성 장폐쇄, 유착성 복막염, 복벽탈장 등에 의한 장애를 말하며 이에 대한 장애정도는 전신상태, 영양상태, 연령, 성별, 수술 후 경과, 예후, 원질환의 성질, 진행상 활동, 증상의 발현정도, 치료의 필요성, 체중감소 및 노동력상실정도 등을 고려하여 종합적으로 인정함.

2. 산업재해보상보험법

□ 흉터의 장애(두부, 안면부, 경부의 장애등급)는 <표 7-3-13>과 같이 외모의 형태와 노출된 면의 형태로 구분하여 장애의 정도를 판정함.

□ 흉복부 장기의 장애등급 판정은 흉복부 중 복부와 흉부의 흉터-가슴포함-가 생긴 원인이 업무상의 사유에 의함이 확실해야 하며 이로 인해 노동능력의 손실 또는 감소가 있어야 하며 ‘업무상의 사유에 의함’의 기준은 근로복지공단쪽의 의학심사팀과 신청서 제시인 진단서의 판단임.

- 흉복부 장기의 장애, 신장장애, 방광장애, 요도협착, 생식기 장애에 대해 장애 판정을 함.

3. 장애인복지법

□ 장애인복지법에서는 암 장애 판정과 관련하여 호흡기장애(1급~3급), 간장애(1급~3급, 5급), 장루·요루장애(2급~4급)에 대한 판정기준이 제시되어 있음.

4. 그 밖의 장애와 관련된 국내법

□ 그 밖의 기존의 장애 판정과 관련된 법률로는 자동차 손해배상 보장법, 근로기준법, 군인연금법, 생명보험법 등 앞에서 언급한 법을 포함하여 총 15가지에 이르고 있음.

- 하지만 이들 관련법에서는 장애범위와 등급을 서로 다르게 정하고 있기 때문에 장애 범위와 기준에서 제도간의 조정이 제대로 이루어지지 않고 있으며 누락된 장애의 편포로 인해 형평성의 문제가 제기되고 있음.

## 제4절 주요 외국의 암 장애관련 법률

- 미국의 암 장애관련 법률로는 ① ADA(미국 장애인 법: Americans with Disabilities Act), ② FMLA(가족 병가법: The Family and medical Leave Act), ③ ERISA(근로자퇴직소득보장법: The Employee Retirement and Income Security Act), ④ 사회보장법 (Social Security Act)이 있으며,
- ADA(미국 장애인 법: Americans with Disabilities Act)
    - 장애는 주요한 생활상의 행동을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 손상, 그러한 손상의 기록, 또는 그러한 손상이 있다고 여겨지는 것을 의미하며, 장애인법상 장애는 현재의 장애와 과거의 장애를 포함할 뿐만 아니라 장애가 있다고 간주되는 것도 포함함.
    - 적용범위는 척추장애, 시각장애, 청각장애, 간질, HIV, AIDS, 당뇨, 근육장애, 암, 정신장애, 뇌병변 장애 등을 포함하며 위 범위에 의해 현재 약 4,900만명이 장애인으로 판정되어 보호받고 있음.
  - FMLA(가족 병가법: The Family and medical Leave Act)
    - FMLA는 건강상의 문제로 인한 손상에 대해 본인뿐 아니라 그 가족에게도 적용시켜 사회의 불이익으로부터 보호하고자 하는 법으로 50인 이상을 고용하고 있는 고용주에게 최소한 한주에 25시간 이상씩 1년 동안 근무했고 건강상태가 매우 나쁜 고용인에 대해 연간 최대 12주의 무급 병가를 허용할 것을 요구함.
    - 적용대상은 심각한 의료적 치료가 필요한 경우만 해당되며 암환자 본인과 가족 모두에게 해당됨.
  - ERISA(근로자퇴직소득보장법: The Employee Retirement and Income Security Act)
    - 암생존자가 암으로 인해 직장에서 혜택을 받는 것에 대해 차별을 겪는 것을 금지하고, 구제책을 제공하며 이는 모든 고용주에게 해당됨. 고용자는 고용인의 암경력에 바탕하여 고용인을 group health plan에서 제외시키는 것을 금지함.
  - 사회보장법 (Social Security Act)
    - 장애라 함은 이익과 관련된 활동에 영향을 미치거나 죽음으로 이를 수 있는 의학적으로 진단되어지는 신체적 장애 또는 지속적인 정신적 손상으로 이는 12개월 이상 계속되어야 함.

- 말기환자의 경우에는 장애로 판정하여 혜택을 받으며, 완치된 후 3년 동안 암종이 재발하지 않으면 장애대상에서 제외됨.
- 영국의 암 장애관련 법률로는 ① National Health Service(국민 건강 서비스), ② DDA(장애인차별금지법 : Disability Discrimination Act), ③ WCA (노동보상법 : Workers Compensation Act), ④ DLA(Disability Living Allowance) 및 AA(Attendance Allowance)가 있으며,
  - National Health Service(국민 건강 서비스)
    - 영국의 의료 서비스로 조세를 통한 사회부조의 형태로 제공됨.
    - 장애 급여 혜택으로는 Disability Living Allowance(질병 및 장애로 인한 신변처리의 어려움을 돕기 위한 장애 생활수당), Invalid Care Allowance(장애인 보호수당), Severe Disablement Allowance(중증장애인 수당), Attendance Allowance(요보호 노인의 보호수당인 개호수당)
    - 암에 의한 장애 판정에서의 고려사항으로는 주요한 종양의 발생 부위, 종양의 형성 조직, 원 발생 혹은 전이된 종양의 크기, 치료로 인하여 발생하는 후유증의 유무, 치료로 인해 발생하는 기타 다른 문제들이 있음.
  - DDA(장애인차별금지법: Disability Discrimination Act)
    - 장애차별금지법이 정의하고 있는 장애 또는 장애인의 개념요소는 손상(impairment), 통상적인 일상 활동(normal day-to-day activities), 실질적이고 불리한 효과(substantial adverse effect), 장기적 효과(long-term effect)이다. 또한, 과거의 장애(past disabilities)도 장애차별금지법의 적용 대상이 되는 장애에 해당됨.
  - WCA (노동보상법: Workers Compensation Act)
    - 장애 판정은 ‘Workers Compensation Act’에 의해 적용되며, 신체적·심리적 손상을 백분율로 나타냄.
    - ‘장애’는 손상으로 인한 개인적, 사회적, 직업적 손해 또는 법령에 의한 또는 규제 요구에 의한 개인의 능력의 변경을 의미하며, ‘손상’이란 잃음, 사용함에 있어서의 잃음. 신체 기관, 신체 시스템 혹은 기능의 이상을 의미함.
  - DLA(Disability Living Allowance) 및 AA(Attendance Allowance)
    - 장애인을 위하여 지급되는 생활수당이며 65세를 기준으로 나누어 지급하고 있음.

- Disability Living Allowance(DLA): 암으로 인해 장기적, 또는 영구적 장애를 가진 사람들 중에서 65세 이하의 사람들
- Attendance Allowance(AA): 암으로 인해 장기적, 또는 영구적 장애를 가진 사람들 중 65세 이상인 경우
- 장애혜택으로는 자동차를 사용하는 경우에는 통행세가 면제되고, 암이 직장에서의 노동의 결과로 얻어진 경우에는 산재보험급여의 자격이 주어지고, 노동연금부로부터 혜택을 받을 수도 있고, 자택에 경사로(ramps)나 난간(hand-rails) 같은 특별한 장치를 설치하거나, 버스나 기차 등 대중교통이나 장애인들을 위한 화장실 사용에 특권이 주어지는 등임.

## 제5절 암 장애 등급 및 기준

### 1. 암 장애 등급 및 기준(안)

- “장애”라 함은 부상 또는 질병(이하 “상병”이라 한다)이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 말함.
- “완치”라 함은 장애의 원인이 된 상병이 의학적으로 치유되었을 때 또는 동상병에 대하여 치료효과를 기대할 수 없는 상태로서 그 증상이 안정되고 장기에 걸쳐서 그 상병의 고정성이 인정되며, 그 잔존하는 증상이 자연경과에 따라 도달한다고 인정할 수 있는 최종상태에 이른 때를 말함.
- “초진일”이라 함은 장애의 주된 원인이 되는 상병에 대하여 처음으로 의사의 진찰을 받은 날을 말함.

### 2. 암으로 인한 장애의 등급 및 기준

- 장애등급의 판정시기
  - 초진일로부터 1년이 경과하였으나 치유되지 아니하고 그 상병이 계속 진행되거나 악화된다고 판단되는 자
  - 암이 전이 또는 악화로 재발된 경우에는 원발 부위의 암을 장애의 주된 원인이 되는

질병으로 보아 초진일은 원발 부위의 암으로 처음 의사의 진찰을 받은 날로 인정하며 원발 부위가 미상인 경우는 전이성 암으로 처음 의사의 진찰을 받은 날로 인정한다, 다만 새로운 암의 발생이 명백한 경우에는 새로 발생한 암으로 처음 의사의 진찰 받은 날로 인정함.

□ 장애 진단 및 재판정 시기

- 현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 2개월 이상의 적극적인 치료에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없는 경우에 장애를 진단함.
- 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장애진단을 처치 후로 유보하여야 함.
- 향후에 장애정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 함.
- 재판정이 필요한 경우에 장애진단을 하는 전문의는 장애진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 함
- 암은 이에 따른 장애와 이에 대한 치료의 결과로써 야기되는 장애로 장애정도를 인정하며 장애정도의 인정은 신체장애와 정신장애 및 삶의 질에 미치는 장애 등 모든 증상을 종합적으로 판단하여 인정할 수 있음.

### 3. 관련된 장애 범주의 판정 기준

#### 가. 소화기의 장애

□ 판정 개요

- 충분한 의학적 치료에도 불구하고 장애가 지속적으로 유지됨을 확인해야 함.
- 장애를 판정하기 위해서는 객관적인 검사소견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 각종 검사 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 함.
- 수술후유증은 덤핑증후군, 맹관증후군, 유착성 장폐쇄, 유착성 복막염, 복벽탈장 등에 의한 장애를 말하며 이에 대한 장애정도는 전신상태, 영양상태, 연령, 성별, 수술 후 경과, 예후, 원질환의 성질, 진행상 활동, 증상의 발현정도, 치료의 필요성, 체중감소 및 노동력상실정도 등을 고려하여 종합적으로 인정함.
- 인공항문이나 인공방광을 가지고 있는 자 또는 요로변경수술을 실시한 자의 인정에 있어서는 전신상태, 수술 후의 경과, 원질환의 성질, 진행상황 등에 따라 다시 상위등

급으로 인정할 수 있음.

- 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 낮은 등급으로 판정함.

#### 나. 팔의 기능장애

##### □ 판정 개요

- 충분한 의학적 치료에도 불구하고 장애가 지속적으로 유지됨을 확인해야 함.
- 장애를 판정하기 위해서는 객관적인 검사소견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 각종 검사 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 함.
- 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람이라 함은 팔의 3대관절(어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절)의 완전강직 또는 운동가능영역이 4분의 3 이상 제한된 상태가 되고, 손가락 모두를 제대로 쓸 수 없게 된 자 또는 상완신경총이 완전 마비된 자임.
- 관절을 제대로 못 쓰게 된 사람이라 함은 관절의 완전강직 또는 운동 가능영역이 4분의 3이상 제한된 상태의 자 또는 인공골두 또는 인공관절을 삽입치환한 자임.
- 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람이라 함은 관절의 운동가능영역이 2분의 1이상 제한된 자임
- 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 낮은 등급으로 판정함.

#### 다. 흉터의 장애

##### □ 판정 개요

- 외모라 함은 두부, 안면부, 경부 등 팔과 다리이외의 일상적으로 노출되는 부분임.
- 외모에 뚜렷한 흉터라 함은 두부에 있어서는 손가락을 제외한 손바닥 크기 이상의 상처 자국(이하 반흔이라 한다) 또는 두개골에 손바닥 크기 이상의 손상, 굴부위에 있어서는 계란 크기 이상의 반흔 또는 길이 5cm 이상의 선모양의 흉터(이하 선상흔이라 한다) 또는 10원주화 크기 이상의 조직함몰, 경부에 있어서는 손바닥 크기 이상의 반흔이 있는 경우로서 사람의 눈에 띄는 정도 이상을 말함.
- 외모에 흉터라 함은 두부에 있어서는 계란 크기 이상의 반흔 또는 두개골에 계란 크기 이상의 결손, 안면부에 있어서는 10원주화 크기 이상의 반흔 또는 길이 3cm 이상의 선상흔, 경부에 있어서는 계란크기 이상의 반흔이 있는 경우로서 사람의 눈에 띄

는 정도 이상을 말함.

- 외모의 흉터 중 반흔, 선상흔과 조직함몰의 경우에는 눈썹, 두발 등으로 감추어지는 흉터는 장애급여의 대상에서 제외함.
- 노출된 면 이외의 상완 또는 대퇴에 있어서는 그 전역, 흉부 또는 복부에 있어서는 각 부위의 2분의 1정도, 배부와 둔부에 있어서는 그 전면적의 4분의 1정도이상에 대하여 흉터장애가 남은 경우에는 3급을 인정함.
- 양상완 또는 양대퇴 전역, 흉부 또는 복부에 있어서는 그 전면적의 2분의 1 이상, 배부 및 둔부에 있어서는 그 전면적의 2분의 1 이상인 흉터장애가 남은 경우에는 3급을 인정함
- 유방암환자로 여성의 상징인 유방을 한 쪽 혹은 양 측을 완전 절제한 경우(근치유방 절제술을 받은 경우)에는 3급 장애로 인정함.
- 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 낮은 등급으로 판정함.

#### 라. 조혈기의 장애

##### □ 판정 개요

- 충분한 의학적 치료에도 불구하고 장애가 지속적으로 유지됨을 확인해야 함.
- 장애를 판정하기 위해서는 객관적인 검사소견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 각종 검사 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 함.
- 임상증상(일어날 때 발생하는 현기증, 심계항진, 호흡곤란, 출혈경향, 관절증상, 발열, 체중감소 등), 임상소견(일반상태, 임파절비대, 간비대 등), 혈액검사성적, 치료 및 증상의 경과(약물요법에 의한 증상의 소멸 외에 약물요법에 따른 합병증 등) 등에 따라 종합적으로 인정함.
- 백혈병, 악성림프종, 다발성골수종, 골수이형성증 등의 질환으로 구분하여 장애정도를 인정함.
- 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 낮은 등급으로 판정함.

#### 마. 생식기 장애

##### □ 판정 개요

- 충분한 의학적 치료에도 불구하고 장애가 지속적으로 유지됨을 확인해야 함.

- 세부 장애별 분류
  - 방광장애: 방광 기능손상 정도와 위축방광인 자, 항상 뇨류를 동반하는 정도의 방광 기능부전 또는 방광경련으로 인한 지속성의 배뇨통 등을 고려하여 평가
  - 요도협착: 사상 부지(Bougie)를 필요로 하는 자를 평가하되 요도협착으로 인해 신기능의 장애가 있는 경우는 신장의 장애로 간주하여 평가
  - 생식기장애: 생식기의 결손과 생식기능의 손상을 평가하며 가벼운 요도협착, 음경의 반흔 또는 경결(硬結) 등으로 인한 음위가 있는 자와 명백한 지배신경의 변화가 인정되는 자를 포함하되 의학적으로 음위를 입증하는 것이 곤란한 경우를 제외함.
- 장애를 판정하기 위해서는 객관적인 검사소견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 각종 검사 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 함.

#### 바. 일상생활 장애

- 판정 개요(건강관련 삶의 질 평가, 활동수행능력 평가)
  - 휠체어를 사용하거나, 지팡이 또는 유사보조도구를 6개월 이상 사용하는 경우
  - 기능적인 활동을 수행하는데 한 가지 이상의 어려움을 가지는 경우
  - 일상생활 활동을 수행하는데 한 가지 이상의 어려움을 가지는 경우
  - 수단적 일상생활 활동 중 한 가지 이상의 어려움을 가지는 경우
  - 발달장애, 정신 또는 정서장애를 가진 것으로 판정될 때
  - 일상생활을 심하게 방해할 정도의 정신적·정서적 상태를 가질 때
  - 집 주위에서 일을 수행하는 능력이 제한된 상태
  - 16세 이상 67세 이하의 사람으로서 직무나 비즈니스를 수행하는데 어려운 조건을 가진 자

#### 사. 말기암

- 판정 개요
  - 초진일로부터 1년이 지나지 않았거나 혹은 1년이 지났을지라도 적극적인 항암 치료의 시행이 환자의 경과에 더 이상 도움을 줄 수 없다고 판단되며, 환자의 전신상태가 악화되는 환자임을 암 전문의 2명에 의해 확인해야 함.

- 장애를 판정하기 위해서는 객관적인 검사소견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 각종 검사 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 함.

#### 제6절 소결

- 우리나라도 선진국처럼 선천적 원인에 의한 장애보다 후천적 원인에 의한 장애가 점점 많아지고 있는 추세임.
- 우리나라는 1999년 초 장애인복지법의 개정과 함께 법정장애의 확대를 통해 이러한 사회적 안전망이 확대되었으나 우리나라의 장애인복지법상의 법정장애인의 범주는 아직도 여러 가지 장애로 고통 받는 장애인의 사회적 안전망이 되기에는 부족한 형편임.
- 장애인복지 서비스라는 사회적 안전망을 넓히기 위한 노력의 일환으로 장애인복지법상의 법정장애의 범주 확대는 두 가지 방향으로 진행될 수 있을 것임.
  - 첫째는, 기존의 법정장애의 장애영역을 상대적으로 경한 장애에게 확대하고 장애인복지서비스의 강도를 높이는 방향이며,
  - 둘째는 확대예정범주의 영역을 확대하여 새로운 장애가 법정장애가 될 수 있도록 하는 것임.
- 법정장애의 범위확대에 암을 포함하였다고 했을 때 이를 법정장애의 범위확대까지 이르게 하기 위해서는 다음의 세 가지를 고려하여야 함.
  - 첫째, 다음 단계에서 확대를 추진할 암에 대해서 암종별 구체적 해당 장애의 종류를 선정하고, 선정된 장애의 장애등급 판정기준을 마련해야 함.
  - 둘째, 마련된 암 장애의 장애등급 판정기준을 장애인복지법의 시행령과 시행규칙에 반영하여 개정하여야 함.
  - 셋째, 암 장애의 범주확대에 필요한 예산을 확보하여야 함.
- 또한 장애범주 확대방안으로 이루어진 암 장애의 확대가 장애인의 근로의욕을 고취시키고 생산성을 높여서 장애인복지 서비스가 다시 국가의 이익으로 환원되도록 하여야 함.

## 제8장 확대예상범주 장애인의 생활실태 및 복지욕구

### 제1절 확대예상범주 장애인의 생활실태

- 한국보건사회연구원이 조사한 「2005년 장애인 실태조사」 재분석을 통해 3단계 장애범주 확대 유형에 속하는 만성알코올·약물중독, 기질성뇌증후군, 기타정신발달장애, 소화기장애, 비뇨기장애, 치매, 기타암의 출현율을 파악하고, 인구사회학적 특성과 사회경제적 특성을 분석하였음.

#### 1. 만성알코올·약물중독

- 만성알코올·약물중독자수의 장애출현율을 알아보면, 인구 만명당 2.7명으로 전체 12,840명으로 추정됨. 이중에서 중증인 사람은 55.0%로 절반 정도가 중증임.
- 만성알코올·약물중독의 성 및 연령별 장애출현율은 남자의 경우 인구 만명당 5.0명, 여자는 0.6명으로서 남자의 장애출현율이 여자에 비해 높은 것으로 나타남.
  - 연령에 있어서 전체적으로 연령이 높아짐에 따라 장애출현율이 증가하고 있으며, 대체로 40대부터 출현율이 증가하여 50대~60대 인구 만명당 7.6명으로 가장 높았음.
- 지역별 장애출현율은 읍면지역이 인구 만명당 5.0명으로 가장 높았고, 그 다음으로 광역시(3.3명), 서울(2.7명), 중소도시(1.2명)의 순으로 발생하였음.
  - 중증여부에서도 읍면지역이 중증의 만성알코올·약물중독자 비율이 65.8%로 다른 지역에 비해 높게 나타났음.
- 교육정도별 장애출현율에 있어서는 초등학교와 중학교가 각각 인구 만명당 6.1명과 5.7명으로 가장 높았고, 중증여부에 있어서는 전체적으로 50%가 넘는 절반 이상이 중증의 비율이 높은 것으로 나타났음.
- 직업분포별 장애출현율을 보면, 만성알코올·약물중독의 경우 전문직과 사무직에 종사하는 자는 전혀없었고, 농·어업 종사자가 인구 만명당 6.5명으로 가장 높았고, 그 다음으로 주부·무직자가 인구 만명당 5.8명으로 높았음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 14.0명으로 가장 높았고, 그 다음으로 50만원 이상~99만원 이하가 9.0명으로 많았음.

- 전체적으로 소득이 적을수록 만성알코올·약물중독자가 많이 발생하는 것으로 나타났음.

## 2. 기질성 뇌증후군

- 기질성 뇌증후군의 장애출현율을 알아보면, 인구 만명당 2.4명으로 전체 11,313명으로 추정됨.
  - 암 여부에서는 암 비율이 10.1%에 그쳐 전반적으로 암이 아니었으며, 중증 여부에서는 중증이 34.0%로 대체로 경증의 비율이 높았음.
- 기질성 뇌증후군의 성 및 연령별 장애출현율은 남자의 경우 인구 만명당 3.4명, 여자는 1.5명으로서 남자의 장애출현율이 여자에 비해 약간 높은 것으로 나타났음.
  - 연령에 있어서 전체적으로 연령이 높아짐에 따라 장애출현율이 증가하고 있으며, 대체로 40대부터 출현율이 증가하여 50세 이상~64세 이상에서는 인구 만명당 6.5명, 65세 이상에서는 9.4명으로 가장 높았음.
- 교육정도별 장애출현율에 있어서는 중학교와 초등학교가 각각 인구 만명당 5.2명과 4.2명으로 가장 높았고, 중증여부에 있어서는 초등학교가 54.1%로 중증의 비율이 높은 것으로 나타났음.
- 직업분포별 장애출현율을 보면, 주부·무직이 인구 만명당 4.9명으로 가장 높았고, 그 다음으로 농·어업 종사자가 인구 만명당 4.6명으로 높았음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 15.6명으로 가장 높았고, 그 다음으로 50만원 이상~99만원 이하가 7.7명으로 많았음.
  - 전체적으로 소득이 적을수록 기질성 뇌증후군이 많이 발생하는 것으로 나타났음.

## 3. 기타정신발달장애

- 기타 정신발달장애의 장애출현율을 알아보면, 인구 만명당 0.6명으로 전체 2,795명으로 적게 추정되었으며, 전부 경증인 것으로 나타났음.
- 기타 정신발달장애인의 성 및 연령별 장애출현율은 남자의 경우 인구 만명당 1.1명, 여자는 0.2명으로서 남자의 장애출현율이 여자에 비해 높은 것으로 나타났음.
  - 연령에 있어서 17세 이하에서 인구 만명당 2.2명으로 기타 정신발달장애가 가장 많이 발

생했고, 그 외 50세 이상~64세 이상에서 인구 만명당 0.5명 발생하는 것으로 나타났음.

- 지역별 장애출현율은 서울지역이 인구 만명당 0.9명으로 가장 높았고, 그 다음으로 읍면지역(0.8명), 중소도시(0.2명)의 순으로 발생하였음.
- 교육정도별 장애출현율에 있어서는 기타 정신발달장애의 경우 연령이 낮은 미취학자나 무학자가 많아 중학교 이상의 학력지는 없었고, 무학과 미취학의 출현율이 인구 만명당 각각 3.8명과 3.5명인 것으로 나타났음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 50만원 이상~99만원 이하가 인구 만명당 2.8명으로 가장 많았고, 전체적으로 소득이 적을수록 기타 정신발달장애가 많이 발생하는 것으로 나타났음.

#### 4. 소화기장애

- 소화기장애의 장애출현율을 알아보면, 인구 만명당 9.9명으로 전체 46,237명으로 추정되며, 이중에서 암 비율은 55.6%로 절반보다 조금 높게 나타났고, 중증보다 경증의 비율이 80.9%로 높았음.
- 소화기장애의 성 및 연령별 장애출현율은 남자가 인구 만명당 11.2명, 여자는 8.2명으로서 남자의 장애출현율이 여자에 비해 높은 것으로 나타났음.
  - 연령에 있어서 전체적으로 연령이 높아짐에 따라 장애출현율이 증가하고 있으며, 대체로 40대부터 출현율이 인구 만명당 14.1명으로 급격히 증가하기 시작하여 50세 이상~64세 이하는 인구 만명당 21.1명, 65세 이상은 36.5%로 가장 높았음.
- 지역별로는 전 지역에 걸쳐 출현하고 있는데, 중소도시가 인구 만명당 11.1명으로 가장 높았고, 그 다음으로 광역시(10.4명), 읍면지역(10.1명), 서울(7.1명)의 순으로 발생하였음.
- 직업분포별 장애출현율을 보면, 소화기장애의 경우 주부·무직 등이 가장 많았지만 인구 만명당 출현율에 있어서는 단순노무직이 21.3명으로 높았음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 38.8명으로 가장 높았고, 그 다음으로 50만원 이상~99만원 이하가 29.9명으로 많아 전체적으로 소득이 적을수록 소화기장애가 많이 발생하는 것으로 나타났음.

## 5. 비노기장애

- 비노기장애의 장애출현율을 알아보면, 인구 만명당 3.9명으로 전체 18,428명으로 추정되며, 이 중에서 암 비율은 24.4%로 낮게 나타났고, 경증의 비율이 높았음.
- 비노기장애의 성 및 연령별 장애출현율은 남자가 인구 만명당 5.1명, 여자는 2.9명으로서 남자의 장애출현율이 여자에 비해 2배 높은 것으로 나타났음.
  - 연령에 있어서 전체적으로 연령이 높아짐에 따라 장애출현율이 증가하고 있으며, 대체로 30대부터 비노기장애가 나타나기 시작하여 65세 이상에서는 인구 만명당 19.1명이 발생하는 것으로 나타났음.
- 지역별로는 전 지역에 걸쳐 출현하고 있는데, 특히 서울이 인구 만명당 6.0명으로 가장 많이 출현했고, 중소도시(3.5명), 읍면지역(3.4명), 광역시(3.2명)의 순이었음.
- 직업분포별 장애출현율을 보면, 비노기장애의 경우 농업·어업이 인구 만명당 13.0명으로 가장 높았음.
  - 종사상지위별 장애출현율에 있어서는 자영업자가 인구 만명당 10.3명으로 가장 높았음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 13.9명으로 가장 높았고, 그 다음으로 50만원 이상~99만원 이하가 11.1명으로 많았고, 전체적으로 소득이 적을수록 비노기장애가 많이 발생하는 것으로 나타났음.
- 수급자여부별 장애출현율을 보면, 비노기장애의 대부분 수급권자가 아니었으나 국민기초생활보장제도 수급권자의 경우 전부 일반수급가구였으며, 인구 만명당 출현율은 13.4명으로 높았음.

## 6. 치매

- 치매의 장애출현율은 인구 만명당 13.8명으로 전체 64,504명으로 추정되며, 이는 3단계 장애범주에 속하는 장애유형 중에서 치매가 가장 많은 수를 차지하고 있음을 나타내고 있음.
- 치매의 성 및 연령별 장애출현율은 3단계 장애범주에 속하는 다른 장애유형과 달리 남자보다 여자가 인구 만명당 18.6명으로 여자의 장애출현율이 남자에 비해 월등히 높은 것으로 나타났음.

- 연령에 있어서 30대와 50세 이상~64세 이하에서 약간 나타나고 있지만, 65세 이상에서 인구 만명당 치매 출현율이 135.7명으로 압도적으로 많았음.
- 지역별 장애출현율을 또한 전 지역에서 골고루 나타나고 있으나 읍면지역이 인구 만명당 22.2명으로 가장 높았음.
- 직업분포별 장애출현율을 보면, 치매의 경우 주부·무직 등이 인구 만명당 35.4명으로 가장 높았고, 그 다음으로 농·어업이 인구 만명당 10.6명으로 높았음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 57.4명으로 가장 높았고, 그 다음으로 50만원 이상~99만원 이하가 28.8명으로 많았고, 전체적으로 소득이 적을수록 치매가 많이 발생하는 것으로 나타났음.
- 수급자여부별 장애출현율을 보면, 국민기초생활보장제도 중 일반수급가구가 인구 만명당 63.3명으로 매우 높았음.

## 7. 기타암

- 기타 암의 장애출현율은 인구 만명당 13.1명으로 전체 613,319명으로 추정되며, 이는 치매 다음으로 높게 나타났음.
- 기타암의 성 및 연령별 장애출현율은 치매와 마찬가지로 3단계 장애범주에 속하는 다른 장애유형과 달리 인구 만명당 출현율이 17.7명으로 남자에 비해 여성의 장애출현율이 월등히 높은 것으로 나타났음.
  - 연령에 있어서 연령이 높아질수록 기타 암의 출현율이 높아졌음.
- 가구소득별 장애출현율에 있어서는 49만원 이하인 경우가 인구 만명당 31.5명으로 가장 높았고, 그 다음으로 수입 없음이 30.7명, 50만원 이상~99만원 이하가 26.4명의 순으로 많았고, 전체적으로 소득이 적을수록 기타 암이 많이 발생하는 것으로 나타났음.
- 수급자여부별 장애출현율을 보면, 국민기초생활보장제도 중 조건부 수급가구가 인구 만명당 72.9명으로 가장 높았고, 그 다음으로 자활특례가 인구 만명당 62.0명으로 높았음.

### 제2절 확대예상범주 장애인의 복지욕구에 대한 사례조사

- 본 사례조사는 확대예상범주 장애인의 사회나 국가에 대한 복지욕구를 파악하고자 2005년

장애인 실태조사시 확대예상 장애범주에 속하는 장애인을 확대예상 장애유형별로 선정하여 사례조사 실시

- 사례조사는 두 차례에 걸쳐 1차는 2006년 11월 23일~11월 25일에, 2차는 2006년 12월 7일~12월 9일에 실시하였음.
- 사전 동의를 통해 9명의 확대예상범주에 대하여 연구진의 가정방문을 수락하는 경우엔 장애인 또는 보호자와 일대일 직접방문 면접을 실시하였고, 그렇지 않은 경우엔 전화조사를 실시하였으며,
- 사례조사 내용은 확대예상범주 장애인의 일반적 특성과 복지욕구 등에 대해 분석하였음.

#### 1. 확대예상범주 장애인의 일반적 특성

- 면접조사한 확대예상범주에 속하는 장애유형으로는 만성알코올·약물중독, 기타정신발달장애, 소화기장애(위암), 비뇨기장애는 각 1건, 치매 2건, 기타 암(간암, 뇌종양, 유방암)은 3건으로 총 9건이었음.
- 연령대는 기타정신발달장애와 기타암(뇌종양)은 10대였고, 나머지 장애는 40대~70대로 장년층이 많았음.
- 확대예상범주 장애인들의 장애상태는 암의 경우 재발의 위험이 있거나 시한부의 삶을 살고 있었으며, 지속적인 수술이나 치료를 필요로 하는 경우도 있었고, 수술 후 상태가 고착되어 영구적인 장애가 될 경우가 있고, 발병 후 상태가 더욱 악화되는 유형도 있었음.
- 대부분 질병 발견 후 수술과 치료로 인하여 경제적인 형편이 넉넉하지 못하며, 수술과 치료 후 국민기초생활수급자로 전락하거나 차상위에 속한 경우도 있었고,
  - 또한 부양가족이 있다 해도 그들도 경제적 형편이 좋지 않은 형편이었음.
- 확대예상범주 장애인 중 장년층의 대부분이 무직이었고, 장애가 발생한 이후로 수술과 치료 때문에 직업생활을 유지하기 어렵고, 연령이나 장애상태로 인하여 구직 의욕도 없고 취업하기 힘든 상황이었음.

#### 2. 확대예상범주 장애인의 복지욕구

- 면접대상자 대부분은 본인들의 장애상태가 법적 장애로 인정을 받게 된다면 사회나

국가에 대해서 복지서비스로써 다음의 내용들을 요구하였음.

- 첫째, 확대예상범주 장애유형의 대부분은 수차례의 수술과 지속적인 치료가 필요한 것으로 경제적인 지원을 요구하였음.
  - 특히 소화기장애(위암), 비뇨기장애, 기타 암(간암, 뇌종양, 유방암)의 경우, 발병 후 수술비, 치료비, 진료비, 병실비, 약값 등 엄청난 의료비를 지불하느라 많은 재산을 탕진하여 경제적으로 어려운 상황에 놓여있음.
  - 몇몇 암환자의 경우 2006년 9월부터 국민건강보험관리공단에서 실시한 ‘중증환자 등록제’에 의해 진료비와 약값의 일부에 대해서 할인 혜택을 받고 있지만 약 종류에 따라 혜택이 제한되어 있거나 지원 양이 턱없이 부족함.
  - 또한 발병 후 국민기초생활수급자로 전락한 경우, 현재 받고 있는 정부보조금으로는 병원 진료는 고사하고 한 달 생활하기에도 빠듯하여 정부보조금의 증액을 요구하기도 하였음.
- 둘째, 확대예상범주 장애유형 중 치매의 경우 치매노인의 식사준비 및 수발, 목욕하기, 대·소변 치우기 등 일상생활을 도와줄 수 있는 간병인이나 가사도우미의 지원을 요구하였고,
  - 기타 장애유형의 경우 병원에 통원치료 하러 가거나 외출할 때 도와줄 수 있는 활동보조인의 지원을 요구하였음.
    - 왜냐하면, 특히 치매의 경우, 가족 중 배우자가 24시간 간병을 하고 있어 간병인의 개인생활이란 전혀 생각할 수 없으며, 또 배우자의 연령이 많아 혼자 힘으로는 지속적으로 도와주기에는 힘에 부쳐 돌보는 사람들의 소진(burn out) 우려가 있고 정신적·육체적 부담이 가중되고 있기 때문임.
- 셋째, 확대예상범주 장애유형 중 만성알코올·약물중독을 앓고 있는 장애인은 알코올중독 때문에 항상 마음이 불안하고, 초조하고 편안하지 못한 상태여서 본인의 알코올중독 증세로 인하여 성장과정 중에 상처를 많이 받아 온 아들과 함께 심리상담같은 치료를 무료로 받을 수 있는 지원을 요구하였음.
  - 이러한 심리상담치료는 장애인들로 하여금 본인의 장애를 인정 및 극복하도록 돕고, 정신적으로 힘들어하는 장애인과 가족에게 정신적인 안정을 취할 수 있도록 하여 시한부 삶을 살고 있는 각종 암환자나 다른 확대예상범주 장애유형에도 도움이 될 것으로 보임.
- 넷째, 기타 요구사항으로는 아직까지 우리 사회는 장애인에 대한 편견이 심하기 때문에 사회로부터 진학, 취업, 결혼시 차별이나 부당한 대우를 받지 않도록 장애인에 대

한 인식개선을 요구하였음.

- 그 외 기존 장애유형들이 받고 있는 복지서비스로서 이들 확대예상범주 장애유형들이 장애관정을 받게 된다면 장애인전용주차지역 주차, 대중교통 무료 이용, 국·공립 공원 등의 무료입장 등의 지원을 요구하였음.

### 제3절 장애범주 확대에 따른 추가 소요 예산

- 본 절에서는 장애범주 확대가 예상되는 장애유형에 대하여 2005년도 장애인 실태조사 자료를 근거로 이들 장애범주가 확대되었을 경우 추가로 소요되는 예산에 대하여 추정하여 보았음.
- 먼저 직접적으로 추가되는 예산은 수급자 및 차상위 계층에 속하는 장애인에게 지급하는 장애수당액을 근거로 추정하였음.
  - 실제로 정부는 2007년부터 수급자 중 중증 장애인에게는 13만원, 수급자 중 경증장애인에게는 3만원을 지급할 계획으로 있으며, 차상위 중증 장애인에게는 12만원을, 그리고 차상위 경증 장애인에게는 3만원을 지급할 계획임.
- 이러한 금액을 확대 예상 범주의 장애인에게 적용한 결과, 총 246억원이 소요될 것으로 추정됨.
  - 가장 많은 비용이 소요될 것으로 추정되는 장애범주는 치매로서 약 7,399명의 치매 장애인에게 6,147백만원이 소요될 것으로 추정되며,
  - 다음이 만성 알코올·약물 중독으로서 6,053백만원, 그리고 소화기 장애 4,359백만원, 기타 암 4,246백만원이 소요될 것으로 추정되며,
  - 기타 발달장애는 137백만원이 소요될 것으로 추정되어 그 비중이 가장 낮은 것으로 나타남.

## 제9장 척수장애

### 제1절 서론

- 척수손상으로 사고나 질병으로 인하여 중추신경인 척수를 다치게 되면 운동신경 및

감각신경의 마비, 대소변 기능의 장애, 호흡기능의 장애, 성기능의 장애 등이 발생함.

- 현재 척수손상은 지체장애의 상지 또는 하지 기능장애로 장애등록이 되고 있으나 다음과 같은 이유로 척수손상 장애의 분리가 절실히 필요한 실정임.
  - 첫째, 척수손상은 중추신경 손상에 의한 복합적인 장애영역을 포함함. 단순한 운동기능의 마비가 아니라 감각기능의 손상으로 인한 욕창의 발생, 소변 및 대변 조절기능의 장애, 성기능의 장애 등 여러 영역의 장애가 동반되어 나타나므로, 현재처럼 단순히 근력의 약화만으로 등급을 정하기 어려움.
  - 둘째, 척수장애인은 다른 장애인에 비해서 장애 등급 판정시 불리함. 운동기능의 마비로 하지의 마비가 온 경우 다른 장애인은 마비된 것이 장애의 전부이지만, 척수장애인은 마비와 더불어 대·소변 조절의 장애, 욕창 발생의 위험, 신경손상에 의한 극심한 통증 등 마비 이외의 장애로 고통을 받게 됨. 현재 장애등급표 상에서는 이런 중복 합산이 불가능함.
  - 셋째, 국가적인 척수장애인을 등록 및 관리를 위해 필요함. 미국이나 유럽국가들에서는 척수손상이 발생하는 순간부터 국가적인 등록체계 안에 등록하여 지역사회에서의 지내는 모든 척수장애인들의 정확한 통계를 작성하고 이를 기초로 척수장애인을 위한 의료 및 복지 서비스를 체계적으로 제공하고 있음.

## 제2절 척수장애의 현황

- 현재 우리나라의 별도로 조사된 척수장애인 현황 자료가 거의 없어서 정확한 척수장애인의 현황을 알 수 없는 실정임.
- 미국의 자료를 기초로 우리나라 척수장애인수를 추산하면, 미국의 척수장애인 수는 2006년 6월 현재 약 25만 3천명으로 추산되고 있고, 이를 미국과 한국의 단순 인구 비례로 추산해본 한국의 척수장애인수는 약 4만 2천명 정도임.
  - 여기에 한국이 미국보다 척수장애의 주요 원인이 되고 있는 교통사고나 산업재해가 많다는 점을 감안하여 약 5만명 정도로 추산할 수 있음.
- 한편, '2005년도 장애인 실태조사'에서는 지체장애의 주된 질환명으로 소아마비 7.9%, 척수손상 1.9%, 관절염 10.6%, 종양(암) 0.8%, 절단 15.0%, 신경근육질환 3.5%, 근골격 질환 27.0%, 골절 21.5%, 미상 2.2%, 기타 10.6% 등으로 나타났음.

- 이 조사에서 척수손상은 지체장애의 1.9%로 나타나, 지체장애인의 전국추정수 1,005,618명에 적용하여 보면 그 추정치는 19,107명이 됨.
- 하지만 이 자료를 기준으로 우리나라 척수장애인수를 1만 9천명 정도라고 추정하는 것에는 무리가 따르며, 장애인 조사시 척수장애라 하더라도 원인이 외상성 척수손상이 아닌 경우에는 척수손상으로 응답하지 않고 종양, 염증, 신경근육질환 등으로 응답한 사람이 있을 것으로 감안하면, 2005년 전국추정수를 기준으로 우리나라에 약 6만명 정도의 척수장애인이 있을 것으로 추산할 수 있음.
- 따라서 국내에 척수장애인의 정확한 출현율에 대한 연구는 없으나 국내외의 자료를 종합해 보면 약 5만에서 6만명 정도의 척수장애인이 있는 것으로 추산할 수 있음.

#### 제4절 국내외 척수장애의 분류 및 등급기준

##### 1. 미국의학협회(AMA) 기준

- 미국의학협회(AMA) 기준에 따르면 중추신경계 척수손상의 장애율을 기립과 보행, 상지기능, 호흡기능, 배뇨기능, 배변기능, 성기능으로 나누어 각각 20~90%의 신체장해율로 표기하고 있음.
- 국내 자료로는 우리나라 장애등급표의 기준을 미국의학협회(AMA) 기준으로 신체장애율로 표기하여 정리했던 자료와 현행 장애등급판정기준의 장애율자료를 비교하면,
  - 기립 및 보행의 장애는 2 또는 3급까지, 상지기능의 장애는 1급까지, 호흡기능의 장애는 1급까지, 배뇨기능의 장애는 2 또는 3급까지, 배변기능의 장애는 3 또는 4급까지, 성기능의 장애는 5급까지 가능함.
  - 즉, 척수손상에 의한 장애는 상지 및 하지의 기능장애뿐만 아니라 다양한 장애를 포함하고 있으며, 그 장애 하나 하나가 매우 중증의 장애로 평가되고 있음.

##### 2. 맥브라이드(McBride) 기준

- 맥브라이드 기준에 따라서 척수손상의 장애를 기술하면 ‘두부, 뇌, 척수’ 부분 중 ‘운동실조 또는 대마비성 실조증(Ataxia, Locomotor or Paraplegic)’ 항목에 해당함.
  - 맥브라이드의 기준에 따르면 척수손상으로 인한 양하지 마비의 경우 가장 중증의 장

애인 1등급에 해당함.

- 하지만 맥브라이드의 기준으로 척수손상의 노동능력 상실율을 감안하여 신체장애를 정하기에는 등급이 너무 단순하고, 배뇨기능, 배변기능, 호흡기능, 성기능 등을 포괄할 수 없다는 문제가 발생함.

### 3. 일본의 기준

- 일본의 신체장애자복지법의 수첩교부 대상 장애종류 및 등급은 대체로 1~6등급 체계로 되어 있으나 장애종류별로 지체장애의 경우에는 7급으로 구분되어 있으며, 내부장애의 경우 대체로 1급, 3~4급 체계로 되어 있음.
- 시각장애는 1~6급, 청각은 2~4, 6급, 평형기능장애는 3, 5급, 음성기능/언어기능 장애는 3~4급, 지체부자유(상지, 하지, 체간)는 1~3, 5급, 유아기이전의 비진행성 뇌병변 및 운동기능장애는 1~7급, 심장기능장애는 1, 3, 4급, 신장기능장애는 1, 3, 4급, 호흡기능장애는 1, 3, 4급, 방광 및 직장기능장애는 1, 3, 4급, 소장기능장애는 1, 3, 4급, 면역기능장애는 1~4급으로 구성되어 있음.
- 이 중에서 척수장애와 관련되어 있는 방광 및 직장 기능의 장애를 살펴보면 다음과 같으며, 단순히 요루를 가진 경우는 4급에 해당됨.

### 4. 국민연금

- 국민연금 장애심사규정(2006년 6월 14일 개정)에 척수손상과 관련이 있는 영역은 지체장애 중 사지마비의 장애, 호흡기의 장애, 복부·골반의 장애가 해당됨.
- 국민연금의 장애심사기준은 기존의 국내의 장애심사 기준에서 배제되었던 사지마비가 포함되어 있고, 호흡기 장애, 소변기능의 장애를 일부 포함하고 있어서 척수손상장애의 등급을 산정하는데 참고 자료로 사용할 수 있을 것으로 평가됨.
- 하지만 국민연금의 장애등급 분류가 4등급체계인 점, 사지마비의 등급체계가 뇌병변 장애를 염두에 두고 일상생활동작의 제한을 위주로 평가된 점, 호흡기의 장애가 폐쇄성 호흡기 질환을 기준으로 산정되어 척수손상의 호흡장애와는 다른 점, 완전 요실금의 개념이 애매한 점 등이 척수손상에 바로 적용하기에는 쉽지 않은 기준임.

## 5. 산업재해보상보험법

- 산업재해보상보험법, 근로기준법, 자동차손해보장법, 국가배상법은 모두 14등급 체계를 갖추고 있으며 결국은 하나의 기준체계라고 볼 수 있음.
- 이들 등급으로 척수손상을 평가할 때의 문제로는,
  - 첫째, 척수손상을 개호 및 노무 종사여부(즉, handicap 정도)를 등급판단의 기준으로 삼거나, 척수손상을 팔과 다리의 기능 장애(즉, impairment 정도)로 평가하는 두 가지 기준이 혼용되어 있고,
  - 둘째, 호흡기능, 대·소변 조절기능, 성기능의 항목이 빠져있다는 점임.

### 제5절 분리시 장애등급 및 기준

#### 1. 척수장애를 지체장애에서 분리하여야 하는 필요성

- 척수장애에서는 단순한 말초신경 장애에 의한 근력약화 이외에 중추신경 손상에 의한 다양한 장애를 동반하기 때문임.
  - 현재 우리나라의 장애등급표 상에는 지체장애의 기준에서 척수장애 때 동반되는 다양한 장애를 전혀 반영할 수 없기 때문에 척수장애를 독립된 장애로 분리하는 것이 필요함.
- 척수장애인의 경우 현행 장애등급에서 불이익을 받고 있음.
  - 척수장애의 경우 다양한 장애 증상이 있지만, 단순히 하지의 근력이 약화된 정도로만 장애를 평가받아 다른 유형의 장애인에 비해 상대적으로 더 불이익을 받고 있음.
- 척수장애의 분리 등록은 우리나라 척수장애인 복지의 획기적인 출발점이 될 수 있음.
  - 우리나라에서도 척수장애인이 별도의 장애로 분리되어 등록된다면 척수장애와 관련된 기초통계가 형성되어 향후 국가적 차원의 척수손상장애인 재활에 획기적인 도움을 줄 수 있을 것으로 판단됨.

#### 2. 장애등급 산정시 고려해야 할 점

- 척수장애가 지체장애로부터 분리되어야 한다고 하더라도 새로운 장애의 분류와 등급

이 생기는 것이므로 여러 가지 사항을 충분히 검토하는 것이 필요함.

- 기존의 장애유형들처럼 신체적 장애(impairment)를 기준으로 할 것인가, 뇌병변장애처럼 일상생활수행 능력의 제한(handicap)을 기준으로 할 것인가?
  - 현행 장애등록체계가 전면적인 수정이 되기 전까지는 새로 만들어지는 척수장애에서는 대부분의 장애유형에서 기준으로 삼고 있는 신체적인 장애(impairment)를 기준으로 삼는 것이 바람직할 것으로 판단됨.
- 소변 및 대변보기 기능을 어떻게 포함할 것인가?
  - 미국의학협회의 기준이나 장애인이 현실에서 느끼는 어려움이나 모두 대·소변 기능 조절 문제가 심각한 장애임을 나타내고 있어서 대·소변 조절기능 장애를 반드시 장애의 등급에 충분히 포함시키는 것이 중요함.
    - 기존의 다른 유형의 장애등급과의 형평성을 어떻게 확보할 것인가?
    - 요루가 없는 신경인성 방광의 배뇨장애를 어떻게 포함시킬 것인가?
    - 배변기능을 어떻게 포함시킬 것인가?
- 호흡기능 장애를 어떻게 포함시킬 것인가?
  - 호흡기능 평가를 객관적이고 간단하게 하기 위해서는 하루 6시간이상의 인공호흡기를 착용하는 경우에 1등급으로 판정하는 것이 적절하다고 판단됨.
- 성기능을 어떻게 포함할 것인가?
  - 성기능에 장애가 있는 경우, 즉 발기능력의 소실이나 성기부분의 감각이 소실된 경우에는 6등급의 장애를 산정해 주는 것이 필요할 것으로 판단됨.
- 통증, 경직, 감각기능의 장애를 포함시킬 것인가?
  - 경직도 상황마다 다르게 나타나고, 약물의 복용으로 경직의 정도가 변화될 수 있으므로 고정된 장애로 따로 분리하여 등급에 포함하기에는 어려움이 있음.
- 중추신경의 손상만 포함할 것인가, 마미신경손상(cauda equina injury)도 포함할 것인가?
  - 국제척수손상학회(IMSOP/ASIA)의 기준에서도 척수장애에 마미신경도 포함하고 있음. 따라서 말초신경의 다발인 마미신경 손상이 있는 경우는 척수장애에 포함시키는 것이 타당할 것으로 판단됨.

### 3. 척수장애 등급의 제안

- 위에서 고찰한 여러 가지 상황을 고려하여 새로이 분리되어 제정되는 척수장애의 등급을 <표 9-5-6>를 참조 바람.

### 4. 판정 기준

- 장애진단 기관 및 전문의는 의료기관의 재활의학과·신경외과·정형외과·신경과 전문의(신경인성 방광과 신경인성 성기능 장애 판정은 재활의학과 또는 비뇨기과 전문의)가 함.
- 장애진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장애가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 함.
- 장애진단 및 재판정 시기
  - 외상에 의한 척수 손상, 질환에 의한 척수 병변으로 척수장애가 있는 경우는 외상 또는 발병 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애 진단을 하며 동기간이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능의 향상이 진행되고 있는 경우는 진단을 미루어야 함.
  - 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장애진단을 처치 후로 유보하여야 함.
  - 향후에 장애정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 함.
  - 재판정이 필요한 경우 장애진단을 하는 전문의는 장애진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 함.

### 5. 판정 개요

- 척수장애의 판정은 외상으로 인한 척수손상, 질환으로 인한 척수병변으로 인하여 중추신경인 척수가 손상되었거나, 마미손상(cauda equina injury)이 있는 경우에 한함.
- 장애의 진단은 상지 마비나 하지 마비 또는 사지마비, 신경인성 방광, 신경인성 장, 신경인성 성기능 장애, 호흡장애에 대하여 판정함.
- 신경인성 방광과 신경인성 성기능 장애의 판정은 장애인 등록 직전 2개월 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 재활의학과나 비뇨기과 전문의에 의해서 판정이 되어야 함.
- 척수장애 등급표 상의 설명을 근력등급으로 명확히 표시한 <표 9-5-7> 참조 바람.

## 제6절 소결

- 척수장애인은 다른 지체장애인들과는 달리 중추신경의 손상에 의한 장애로 말미암아 다양한 장애로 고통을 당하고 있음.
  - 즉, 대·소변 조절 기능의 상실, 호흡기능의 장애, 감각 소실로 인한 욕창발생, 성기능 장애 등의 신체적인 장애 뿐 아니라, 대부분 갑작스러운 사고로 인해 발생하게 되어 크나큰 심리적 스트레스를 받아 개인과 가족들이 큰 어려움에 처하고 있음.
  - 또한 경제적으로도 해마다 실시해야 하는 요로계 합병증 검사, 욕창 치료비용과 같은 많은 의료비 지출, 휠체어, 소변조절기구, 욕창방지방석, 전동리프트 구입 등의 장비 구입비용으로 이중 삼중의 어려움을 겪고 있음.
- 척수장애가 별도로 분리되어 등록되어야 하는 이유는,
  - 첫째, 중추신경손상으로 인해서 단순한 지체장애인들보다 신경인성 방광 등의 다양한 장애를 지니고 있지만 현행 등급표에서는 이를 반영할 수 없어 불이익을 당하고 있고,
  - 둘째, 사지마비처럼 양쪽 하지와 양쪽 상지의 장애가 같이 있는 경우 현행 등급표 상에서는 합산할 수 있는 방법이 없는 실정이며,
  - 셋째, 척수장애를 분리하여 등록할 경우 우리나라에서 체계적인 척수장애인 등록체계를 확립하여 척수장애인들의 체계적인 관리체계를 확립하는데 중요한 기초가 될 수 있을 것이기 때문임.

## 제10장 안면장애

## 제1절 서론

- 안면추형을 초래하는 원인을 크게 선천적 질환과 후천적 사고에 의한 것으로 나누어 볼 수가 있는데,
  - 선천적 질환에는 혈관종이나 혈관기형, 신경섬유종증, 거대 모반등이 대표적이며 후천적인 원인으로는 화상과 각종 사고로 인한 반흔을 들 수 있음.
- 안면추형은 현대 의학이 많이 발달하였음에도 불구하고 일단 발생하고 나면 원판회복

이 거의 불가능하여 대부분의 경우 질병이나 상해의 단계에서 장애로 이행하게 됨.

- 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 됨.
- 하지만 환자에게 그보다 더 심각한 것은 이로 인해 파생되는 사회적 적응의 문제와 경제 활동 기회가 제한된다는 것이고 이것은 환자 뿐 아니라 가족 모두에게 큰 고통과 어려움을 줄 수 있다는 것임.
- 선천적 원인이나 어릴 때 입은 화상이나 손상으로 인한 안면추형환자인 경우에는 심리적인 장애까지도 유발하며 평생을 고통 속에서 살아가야 함.

#### 제2절 안면장애의 현황

- 우리나라 총장애(전체 법정장애와 전체 확대예정범주 장애의 합)출현율은 5.56%, 추정수는 2,607,592명이며 이중 확대예정범주 전체장애인 중 외부기형 및 피부질환 항목은 출현율 0.13%, 추정수는 61,737명임.
- 연령별 장애출현율은 10세 미만 0.07, 10~19 0.06, 20~29세 0.09, 30~39세 0.01, 40~49세 0.16, 50~59세 0.22, 60~69세 0.29, 70세 이상 0.03으로 연령이 증가함에 따라 증가하는 것으로 나타남.
- 성별 장애출현율은 남 0.13, 여 0.13으로 남녀간에 차이가 없었다.
- 외부기형 및 피부질환의 전체출현율 0.13% 중 중증장애 출현율은 0.04%로 중증장애 출현율의 구성비는 32.6%, 중증장애인의 전국추정수는 20,139명임.

#### 제4절 외국의 장애분류 및 등급기준표

- 독일의 경우, 혐오감을 주는 안면변형 50%(혐오감을 주는 안면변형은 변형으로 장애인과의 접촉은 드문 사람에게 불쾌감이나 경악 또는 거리낌이나 장애인에 대해 지속적인 혐오감을 유발하는 경우를 말함), 단순한 안면변형으로 미용상 조금만 지장이 있을 때 10%, 그 외의 경우 20~30%임.
- 외국의 장애분류 및 등급기준으로는 캘리포니아주 방법, 미국 A.M.A 장애평가 지침,

Shinoki 방법(총 21등급) 등이 있음.

제5절 우리나라 타제도에서의 장애분류 및 등급기준

- 근로기준법, 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법
  - 제7급(12), 제9급(4, 5), 제11급(2, 3), 제12급(2, 4, 13, 14), 제13급(3), 제14급(1, 10)으로 분류되며,
  - 급수별 내용으로는 제7급(12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 여자), 제9급(4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람, 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람), 제11급(2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람, 3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람), 제12급(2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람, 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람, 13. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자, 14. 외모에 흉터가 남은 여자), 제13급(3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 또는 속눈썹에 결손이 남은 사람), 제14급(1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람, 10. 외모에 흉터가 남은 남자)
- 국가배상법
  - 제7급(12), 제8급(12), 제9급(4, 5), 제11급(2, 3), 제12급(2, 4, 13), 제13급(3), 제14급(1)으로 분류되며,
  - 급수내용으로는 제7급(12. 외모에 현저한 추상이 남은 자), 제8급(12. 전신의 40퍼센트 이상에 추상이 남은 자), 제9급(4. 두 눈의 안검에 현저한 결손이 남은 자, 5. 코가 결손되어 그 기능에 현저한 장애가 남은 자), 제11급(2. 두 눈의 안검에 현저한 운동장애가 남은 자, 3. 한 눈의 안검에 현저한 결손이 남은 자), 제12급(2. 한 눈의 안검에 현저한 운동장애가 남은 자, 4. 한 귀의 이각의 대부분이 결손된 자, 13. 외모에 추상이 남은 자), 제13급(3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람), 제14급(1. 한 눈의 안검의 일부에 결손이 남거나 또는 속눈썹에 결손이 남은 자)
- 공무원연금법, 사립학교교원연금법
  - 제7급(12), 제9급(4, 5), 제11급(2, 3), 제12급(2, 4), 제13급(3), 제14급(1)으로 분류되며,
  - 급수별 내용으로는 제7급(12. 외모에 뚜렷하게 추한 모양이 남은 사람), 제9급(4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람, 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람), 제11급(2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람, 3. 한 눈의 눈

꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람), 제12급(2. 한 눈의 안검에 뚜렷한 운동장애가 남은 사람, 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람, 13. 외모에 추한 모양이 남은 사람), 제13급(3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람), 제14급(1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 또는 속눈썹에 결손이 남은 사람)

□ 국가유공자 예우 등에 관한 법률

- 3급(82), 5급(96), 6급 1항(132), 6급 2항(61, 62, 87, 90)으로 분류되며,
- 급수별 내용으로는 3급(82 얼굴에 현저한 추상이 남아 있고 두 귀 및 코가 변형되거나 상실된 자), 5급(96 얼굴이 현저하게 변형되었거나 심한 추상이 있는 자), 6급 1항(132 코가 손상되어 취각 또는 호흡에 현저한 장애가 있는 자), 6급 2항(61 두 눈의 눈꺼풀에 현저한 결손이 남은 자, 62 코가 손상되어 취각 또는 호흡에 장애가 남은 자, 87 두 귀가 실된 자, 90 얼굴에 추상이 남아 있는 자)

제6절 장애분류 및 등급기준안

1. 장애의 범위

□ 발병후 치료기간, 치료력 등 기타 장애범위

- 장애의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장애가 고착되었을 때 장애인으로 등록하며, 수술 등의 치료로 장애 상태의 변화가 예상되어 재판정이 필요한 경우 치료 후 1년 이상 경과한 시점으로 함.
- 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장애판정을 처치 후로 유보하여야 함.
- 발달 단계에 있는 아동 등 향후에 장애 정도의 변화가 예상되는 경우는 반드시 재판정을 받도록 함(이 경우 재판정의 시기는 최초의 판정일시로부터 2년 이상 경과한 후로 함).
- 수술 등의 처치로 장애가 호전될 수 있으나, 국내 여건 또는 장애인의 건강상태 등으로 인하여 처치가 쉽게 행해지지 못하는 경우는 처치 전에 장애등급을 판정하되, 이 같은 경우 국내 여건 변화 등을 감안하여 필요한 기간을 지정(장애 판정일로부터 최소한 2년이 경과한 후)하여 재판정을 받도록 하여야 함.

2. 장애등급별 구분 및 설명

□ 2급: 안면부의 대부분의 추상으로 취업과 타인과의 접촉이 불가능한 상태

- 3급: 안면부의 거의 대부분의 추상으로 취업을 위한 경쟁에 심한 장애가 있으며 타인과의 개인적 접촉도 심한 제약을 받는 상태
- 4급: 안면부의 고도의 추상으로 취업을 위한 경쟁에 현저한 장애가 있으며 타인과의 개인적 접촉이 어느 정도 제약을 받는 상태

## 제7절 장애판정지침

### 1. 개요

- 추상장애에는 면상반흔, 색소침착, 모발결손, 조직의 비후나 함몰, 결손이 포함됨.
- 추상은 외상에 의한 것뿐만 아니라 선천적인 것도 포함된다. 추상장애는 이학적 검사로 확인하며 단순 X선 촬영, CT, MRI 등으로 함몰이나 비후의 정도를 결정할 수 있음.
- ‘안면부’라 함은 두부, 안면부, 경부, 이부와 같이 상지와 하지, 몸통 이외 일상적으로 노출되는 부분은 의미함.
- ‘노출안면부’라 함은 전두부와 측두부, 이개후부의 모발선과 정면에서 보았을 때 경부의 전면과 후면을 구분하는 수직선을 연결한 선을 경계로 얼굴, 귀, 목의 앞면을 포함
- ‘면상추상’은 면상반흔, 색소침착, 모발결손을 포함함.
- 한 부위에 다양한 종류의 추상이 공존할 때는 그 추상을 가장 주요하게 구성하는 한 성분만을 고려함.
- 여러 부위에 다양한 종류의 추상이 공존할 경우 각각의 세부기준을 산정하여 상위등급으로 판정함(최대 2급을 넘을 수 없음).
- 장애의 판정은 성형외과나 피부과 전문의가 시행함.

### 2. 세부기준

#### 가. 장애등급기준 규정안

- 2급
  - 가. 노출된 안면부의 80% 이상의 변형이 있는 사람
  - 나. 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

3급

- 가. 노출된 안면부의 70% 이상의 변형이 있는 사람
- 나. 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

 4급

- 가. 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있는 사람
- 나. 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람

 5급

- 가. 노출된 안면부의 40% 이상의 변형이 있는 사람
- 나. 코 형태의 1/2 이상이 없어진 사람

 6급

- 가. 노출된 안면부의 35% 이상의 변형이 있는 사람
- 나. 코 형태의 1/3 이상이 없어진 사람

#### 나. 판정요령

- 안면장애에는 면상반흔, 색소침착, 모발결손, 조직의 비후나 함몰, 결손이 포함됨.
- ‘함몰이나 비후’라 함은 연부조직, 골조직등의 함몰이나 비후, 위축을 말함.
- 안면변형장애는 이학적 검사로 확인하며 단순 X선 촬영, CT, MRI 등으로 함몰이나 비후의 정도를 결정할 수 있음.
- ‘안면부’라 함은 두부, 안면부, 경부, 이부와 같이 상지와 하미, 몸통 이외에 일상적으로 노출되는 부분을 의미함.
- ‘노출된 안면부’라 함은 전두부와 측두부, 이개후부의 모발선과 정면에서 봤을 때 경부의 전면과 후면을 구부하는 수직선을 연결한 선을 경계로 얼굴, 귀, 목의 앞면을 포함함.
- 한 부위에 다양한 종류의 증상이 공존할 때는 가장 주요한 증상만을 고려함.
- %는 정상부위에 대한 병변부위의 백분율을 말함.
- 모발결손을 탈모증에 의한 것은 제외하며 반흔을 동반한 모발결손으로 국한함.

## 제11장 결론 및 정책제언

### 제1절 결론

- 우리나라 장애인복지법상의 장애범주는 1997년 ‘장애인복지발전 5개년 계획’이 수립된 이후 단계적으로 확대되어 왔음.
  - 1981년 제정되고 1989년 개정된 장애인복지법에서는 장애인의 범주를 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 5가지 영역으로 한정하고 있었으나,
  - 1997년 ‘장애인복지발전 5개년 계획’의 장애범주 확대 계획에 따라, 2000년 1차적으로 신장 및 심장장애의 내부장애와 만성 중증 정신질환에 의한 정신장애, 자폐증의 발달장애가 새롭게 장애범주에 포함되었으며, 뇌병변장애가 기존의 지체장애에서 분리되어 장애범주가 총 10종으로 확대됨.
  - 또한 2003년 7월에는 안면장애, 장루·요루장애, 간장애, 간질장애, 호흡기장애 등 5종이 새로 추가되는 2단계 장애범주 확대가 이루어짐.
- 그러나 우리나라 장애인복지법상의 장애범위는 서구 선진국에 비해 여전히 협소하여 향후 지속적으로 장애범주를 확대할 필요가 있음.
  - 세계보건기구(WHO)는 운동 및 감각장애, 정신지체, 정신질환, 만성 알코올 및 약물남용, 만성 심혈관 및 폐 질환, 만성 위장손상, 피부질환, 암 등 포괄적인 장애의 포함을 권장하였으며, 2001년에는 2001년 ICF(International Classification of Functioning) 장애분류체계 보고서를 통해 장애의 개념에 환경적 요인 등을 포함할 것을 권고하였음.
- 정부는 2003년 ‘제2차 장애인복지발전 5개년계획’에서 장애범주 확대를 지속적으로 추진할 것을 공표하였으며, 이에 따라 소화기 장애, 중증 피부질환, 기질성 뇌증후군, 기타 발달장애, 기타 신체적·정신적 장애 중 중증 장애를 중심으로 3단계 장애범주 확대가 이루어질 예정으로 있음.
  - 3단계에서 확대해야 할 장애범주는, ‘장애인복지발전 5개년계획’에 제시된 우선순위, 장애의 중증도, 치료비의 정도, 장애에 대한 사회의 편견 등으로 인해 많은 사회적 불리(handicap)의 경험, 비교적 객관적인 장애 판정기준의 개발 가능성, 그리고 법정장애범주 포함에 대한 사회적 관심도와 장애인들의 요구 등

의 여러 가지 사항들을 종합적으로 고려하여 보다 객관적이고 타당성 있는 장애 유형이 선정되어야 할 것임.

- 결론적으로 3단계 장애범주 확대 여부는 본 연구에서 우선순위를 제시하고는 있으나, 정부가 추진하고 있는 장애인 판정체계 개편이라는 큰 틀에서 그 윤곽이 들어나는 시점에서 추후 결정되어야 할 것임.
- 다만, 기존 장애 범주 중 척수장애와 안면장애의 경우, 제도 개선 차원에서 가능한 빠른 시일 내에 척수 장애의 분리와 안면장애의 기준완화를 실시할 필요가 있음.

## 제2절 정책제언

### 1. 새로운 장애 정의의 필요성

- 손상, 기능제한, 장애, 그리고 취업불능 등의 장애 관련 개념은 정의를 내리기가 매우 어려운 것이 현실이며,
  - 특히 장애는 본질적으로 주관적이고 모호하며, 따라서 정의를 내리고 이를 측정하는데 많은 문제가 나타나고 있음.
  - 장애는 정상적인 취업의 역할에 대한 제한이나 불능과 같은 결과에 의거하여 추정되어, 직업적 장애를 일으키는 의료적인 손상은 의학적으로 검증을 받아야 하지만, 이러한 것이 직업적 장애나 장애급여를 위한 수급 자격을 의미하지는 않음.
- 장애를 평가한다는 것은 장애의 중증도, 치료가능성, 그리고 회복 가능성뿐만 아니라 직업적인 과업의 수행 제한 여부에 대한 평가가 필요함.
  - Mashaw & Reno(1996)는 미국의 장애인복지정책 검토결과, 각 사회정책의 목적과 장애 정의 간에는 매우 직접적인 관계가 있다고 주장하였음.
    - 즉, 장애인의 일상생활 지원 욕구에 기반한 장애 정의는 장애인의 일상생활을 지원하는 공적 제도의 수혜자를 결정하는 데 적합한 것이며,
    - 직업재활서비스 및 관련 급여 욕구에 기반한 장애 정의는 공적 직업재활서비스의 수혜자를 결정하는데 적합한 것이며,
    - 고용 또는 접근 영역에서 차별 위협에 처한 모든 사람들을 포괄하는 장애 정의는 차별금지법에서 보호받는 사람이 누구인가를 결정하기 위한 것이며,

- 소득활동 능력 상실에 근거한 장애 정의는 상실된 소득의 일부를 대체하기 위한 공적 또는 사적급여 수혜자를 결정하는 데 적합한 것임.
- 이렇듯 다양한 장애인의 욕구를 충족하기 위한 각각의 장애인복지제도는 고유의 목적을 달성하는 데 적합한 별도의 장애 정의를 규정하고 있어, 우리나라에서도 장애의 정의를 논할 때 이를 통해 얻을 수 있는 목적이 무엇인지 분명히 할 필요가 있음.
- 따라서 장애를 정의할 때 기존의 의학적 장애에 추가하여 직업적 장애, 근로활동 능력 장애 또는 소득적 장애 등도 모두 포괄할 수 있는 새로운 장애정의를 필요함.

## 2. 새로운 판정체계의 필요성

- 장애는 객관적 특성과 주관적 특성을 모두 가진 다차원적 개념이므로 이를 정의하는 것은 어려우며, 사회문화적인 특성에 따라 국가별로 상이한 정의를 가지고 있음.
- 우리나라의 장애 범주는 장애의 의료적 모델(medical model)에 입각하여, 특정 질환 또는 특정 기능의 손상 중심으로 판정하고 있음.
  - 즉, 우리나라의 경우에는 개인이 일상생활 및 사회활동을 수행하는 데 상당한 수준의 어려움을 겪고 있음에도 그러한 어려움을 유발하는 신체 또는 정신기능의 손상이 현행 장애 범주에 포함되어 있지 않으면 장애인으로 인정받지 못하고 있는 실정임.
  - 그러나 미국, 유럽 등 서구 선진국에서는 의료적 판단 외에 일상생활수행능력, 근로(소득활동)능력 및 개인의 욕구와 환경적 맥락까지 고려하여 장애를 판정하고 있음.
- 또한 장애평가 기준이 우리나라 국민들의 장애 인지도와 다르고, 장애평가 결과가 의사마다 다른 경우가 실제로 적지 않기 때문에, 장애평가를 믿지 못하게 되고, 이런 불신이 서비스 만족도와 체감도가 낮은 요인의 하나로 간주되고 있음.
- 따라서 장애판정 체계 및 진입단계에서의 욕구 사정 등 장애인복지 인프라의 제도 개선이 필요하며, 장애 판정 역시 기존의 틀을 계속 가지고 갈 것인가에 대해 심도 있는 논의가 필요함.
- 새롭게 제기되고 있는 장애 판정방법은 기존과 마찬가지로 의료인력에 의존하는 바가 크지만, 새로운 방법은 이러한 의료인력 이외에 직업재활사, 작업치료사, 노동시장 전문가, 사회복지사, 심리학자 등 다학제간 전문가의 참여를 요구하고 있음.
  - 기존의 단순 신체의 손상에 의한 판정방법 외에 보다 다양한 방법이 적용되고 있음

며, 개호욕구, 기능제한, 그리고 경제적 손실 등으로 확대되고 있음.

- 첫째, 개호욕구에 의한 판정 방법은 가정간호를 위한 일반적인 개호수당 평가의 방법으로서 개호욕구와 지원에 따라 개호수당의 양이 결정되어짐.
- 둘째, 기능능력 평가방법은 장애인의 개별 능력 평가를 통해 판정이 이루어짐.
- 셋째, 경제적 손실 감안 방법으로 기존의 또는 과거에 가지고 있던 직업들을 감안하되, 손상이나 불능과 같은 의료적인 검사방법과 장애의 성격이나 또는 보상을 결정하기 위하여 관련 취업 기회의 직업적 탐색 방법을 병행하는 것임.
- 어느 방법이 되었던 장애의 판정을 통해 장애인의 욕구가 서비스와 연계될 수 있는 사례관리 체계의 도입이 필요하며, 이러한 틀의 개선을 위해 장애 판정 도구 등 장애 판정 체계가 개선되어야 할 것임.

### 3. 3단계 확대 예상 장애범주의 특성 및 우선순위

#### 가. 치매

- 치매는 장애인복지발전계획에 포함되어 있었고, 중증 치매는 중증도가 심한 편이며, 어느 정도의 치료비가 계속 필요하다는 점에서 법정장애로 포함되는 것이 타당한 이유가 되지만,
  - 치매에 대한 편견은 과거보다 많이 감소한 편이며, 법정장애에 대한 사회적 관심도와 요구도도 많긴 하나 치매환자의 요구라기보다 그 가족들의 요구로서, 대부분 병원이나 시설입소 비용을 줄여달라는 요구가 대부분임.
- 이러한 가족들의 요구는 2008년부터 시행될 예정인 노인수발보장제도하에서 노인요양서비스가 대폭 확대될 예정이기 때문에 장애인복지법상에서 법정장애로 포함시키는 것에 대한 필요도는 감소함.
- 또한 치매환자의 수가 매우 많아 추가적 예산소요가 크다는 것이 적극적으로 치매를 법정장애로 확대하기 어려운 장애요인이 됨.
- 치매는 장애인복지법상의 법정장애로 포함시키는 것과 예산 등의 장애를 고려하여 노인수발보장제도를 통한 지원으로 대체하는 것 모두 타당한 근거가 있기 때문에 결국 국회와 정부가 정책적 판단을 하여야 하는 사항임.

#### 나. 만성 알코올중독

- 만성알코올중독자를 장애의 범주에 포함시키는 것을 고려하는 기본적인 취지는 알코올중독이 개인의 잘못이나 도덕의 문제가 아니라 질병이므로, 이들 중독자들이 만성적 질병으로부터 잘 치료받고 재활할 수 있도록 하자는 것임.
- 일반적 의미에서 만성알코올중독자들도 여타 만성정신질환자들과 같이 이러한 복지서비스를 제공받을 수 있는 기회를 가지는 것은 긍정적일 수 있으나, 기본적으로 알코올중독의 치료경험률이 매우 낮고, 일반인들에서 또한 대부분 환자들이 치료 및 병에 대한 인식이 낮은 상황에서 자칫 여러 가지 부작용을 낳는 문제가 있음.
- 만성알코올중독을 장애인으로 규정하는 문제는 알코올중독이 가지는 병의 증상과 경과가 가지는 특성과 치료율이 낮고 병과 치료에 대한 인식이 낮은 사회적 상황을 고려할 때 알코올중독으로 인한 합병증은 기존의 장애에 포함시키는 것을 긍정적으로 고려하되, 합병증 없이 알코올중독의 정신과적 증상만 있는 경우를 별도의 장애로 인정하는 것은 관련 전문가들의 의견을 폭넓게 고려하여 신중히 접근하는 것이 필요할 것으로 보임.

#### 다. 기타 발달장애

- 기타 발달장애 환자 중 상당수는 아동기에 경험한 문제를 극복하지만, 역시 상당수의 아동이 2차적 문제를 경험하는 것으로 알려져 있으며, 기타 발달장애에서 자신감의 저하·성적저하·사회기술저하·불안·또래관계 부족 등이 흔히 동반됨.
- 기타 발달장애가 비록 나타나는 양상은 언어적 표현 및 이해와 학습능력의 부진 등으로 다양하나, 핵심 양상·관련 양상, 위험 요인, 역학 표본에서의 유병률, 잠재적 병인뿐만 아니라 평가방법, 자연경과, 성인기 양상 등 면에서 많은 유사성을 지니며 발달학적 연속선상에서 파악되고 있는 점에서 장애등급 및 판정기준을 제시하는 것이 요망됨.
- 장애범주 확대를 통한 기타 발달장애의 등록과 적용을 위해서는 다음과 같은 현재의 문제점이 개선되어야 할 것임.
  - 첫째, 관련법 상으로 현행 법적 장애의 분류를 다루고 있는 12종의 법안에 기타 발달장애에 대해 명시하는 것이 필요하며,

- 둘째, 행정적 뒷받침이 필요하며,
- 셋째, 급변하는 한국의 학습 환경에 맞는 검사 도구의 정비 또는 신규개발이 필요하며,
- 넷째, 기타 발달장애로 인한 ‘일상생활’, ‘학업성취도’ 등을 객관적으로 평가하고 이를 정량화할 수 있는 평가척도의 개발이 중요함.

#### 라. 암

- 기존의 장애판정은 원인 질환명에 따라 이루어지는 것이 아니라 실제 기능상 장애를 동반하였을 때 이를 측정하여 판정하기에 암이라는 특정 질환에 따른 복합적인 장애에 대한 평가가 제대로 이루어지기 힘들고, 후천성 장애를 가진 사람들을 고려하는 조항이 제대로 마련되어 있지 않기 때문임.
- 또한, 선진국에서는 장애범주에 신체장애뿐만 아니라 특정한 일을 수행하는 능력, 개인적 요인 그리고 환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건까지 포함하는 사회적 의미를 장애에 포괄하고 있기 때문에 암 환자들도 장애인 범주에 포함되어 있는 반면에
  - 우리나라는 의학적 모델에 입각하여 주로 신체구조 및 기능상의 장애에 국한되어 있기 때문에 암 환자들이 장애의 범주에 포함되기 어려운 구조로 되어 있음.
- 그러나 기존의 장애인복지법의 장애범주에 모든 암환자를 장애의 대상으로 포함하는 것은 타당하고도 매우 시급한 문제이고, 이에는 전이암과 재발암, 말기암 환자에 대한 고려도 반드시 있어야 할 것임.
- 암을 법정장애의 범위확대까지 이르게 하기 위해서는
  - 첫째, 다음 단계에서 확대를 추진할 암에 대해서 암종별 구체적 해당 장애의 종류를 선정하고, 선정된 장애의 장애등급 판정기준을 마련해야 함.
    - 암의 장애 선정기준으로는 암으로 인해 장애를 겪고 있는 사람의 수, 장애의 중증도, 의료비 등 장애로 인한 비용지출, 사회적 편견 등 비경제적 고통, 객관적 장애판정기준 개발의 기술적 가능성, 전문가를 포함한 사회 여론, 외국의 현황 등이 보다 체계적이면서도 종합적으로 검토되어야 할 것임.
  - 둘째, 마련된 암 장애의 장애등급 판정기준을 장애인복지법의 시행령과 시행규칙에 반영하여 개정하여야 함.
  - 셋째, 암 장애의 범주확대에 필요한 예산을 확보하여야 함.

#### 마. 확대예정범주 장애의 선정의 원칙 및 선정 우선순위

- 3단계 확대예정범주 장애의 선정에 있어서 다음의 원칙이 필요함.
  - 첫째, 장애의 중증도가 심한 편임.
  - 둘째, 장애의 원인 질병의 치료나 장애의 악화로 인해 상당한 치료비가 지속적으로 지출됨.
  - 셋째, 장애에 대한 사회의 편견 등으로 인해 많은 사회적 불리(handicap)를 경험함.
  - 넷째, 비교적 객관적인 장애 판정기준이 개발이 가능함.
  - 다섯째, 법정장애 포함에 대한 사회적 관심도와 장애인들의 요구가 많은 편임.
  - 여섯째, 소요예산이 상대적으로 적음.
- 이러한 선정 원칙에 따라 이번 3단계 확대 예정 장애범주에 속하는 치매, 약물 및 알코올 중독, 기타 발달장애, 그리고 각종 암에 대해 검토해 본 결과,
  - 이러한 원칙에서 보면, 장애범주를 확대하려고 할 경우의 우선순위로서는 먼저, 기타 발달장애, 각종 암, 그리고 치매, 알코올 및 약물 남용의 순으로 확대되는 것이 바람직한 것으로 판단됨.
  - 다만, 정부는 장애인복지 인프라 개선사업의 일환으로 장애 판정체계에 대한 대대적인 개선 작업을 수행할 예정으로 있기 때문에 이러한 개선작업과의 연계 후에 3단계 장애범주를 확대하는 것이 바람직할 것으로 사료됨.

#### 4. 정부의 장애인복지 인프라 개선 사업과의 연계 강화

- 현재 정부는 새로운 복지 수요 증가에 따른 신규 서비스 제공이 필요하다고 생각하고 있음.
- 현행 장애인등록·판정체계는 장애인의 욕구와 사회적 자원을 연결하여 배분하는 서비스 진입단계(Intake)로서의 기능을 거의 수행하지 못하고 있음.
  - 의학적 판정에 의해서만 장애판정 및 등록이 이루어지고, 경제적 기준에 의해서만 서비스 대상자가 결정되어 장애인의 욕구에 기반한 서비스 제공이 미흡함.
  - 장애등급이 소득활동 상실 또는 근로능력 손실 정도를 입증하는 객관적인 기준으로 활용되지 못하고 있으며, 이로 인해 현행 장애등급을 기반으로 이루어지고 있는 각종

사회복지 급여의 차등과 관련하여 불만의 소지가 있음.

- 이로 인해 장애인복지 재정 확충 및 서비스의 양적 확대에도 불구하고 장애인의 서비스 만족도와 체감도가 낮은 현상이 발생하고 있으며, 또한 욕구와 자원 간의 불일치가 발생하고 따라서 서비스의 중복과 사각지대가 공존하는 결과를 초래하고 있음.
- 따라서 장애판정 체계 및 진입단계에서의 욕구 사정 등 장애인복지 인프라의 제도 개선이 필요함.
  - 현재 대부분의 장애판정에 있어서 장애유형의 관련 전문의 1인에 의한 진단에 근거하여 판정이 이루어지고 있는 현행 체계를 국민이 공감할 수 있는 장애평가 기준 및 절차 등 장애판정체계에 대한 개선이 필요하며,
  - 이를 통해 급증하는 장애인구의 새로운 복지수요에 효율적으로 대응할 수 있는 객관적이고 합리적인 서비스 전달체계의 모색이 필요함.
- 따라서 정부는 장애 판정과 관련하여 획기적인 제도 개선을 검토하고 있으므로 이러한 제도 개선의 연구 결과 등을 검토하여 장애범주 확대는 이러한 사실을 종합적으로 검토한 후에 이루어져야 할 것으로 사료됨.

## 5. 기존 장애범주의 개선

### 가. 척수손상

- 우리나라의 척수장애인은 다른 지체장애인들과는 달리 중추신경의 손상에 의한 장애로 말미암아 다양한 장애로 고통을 당하고 있음.
  - 즉, 대·소변 조절 기능의 상실, 호흡기능의 장애, 감각 소실로 인한 욕창발생, 성기능 장애 등의 신체적인 장애 뿐 아니라, 대부분 갑작스러운 사고로 인해 발생하게 되어 크나큰 심리적 스트레스를 받아 개인과 가족들이 큰 어려움에 처하고 있음.
  - 또한 경제적으로도 해마다 실시해야 하는 요로계 합병증 검사, 욕창 치료비용과 같은 많은 의료비 지출, 휠체어, 소변조절기구, 욕창방지방석, 전동리프트 구입 등의 장비 구입비용으로 이중 삼중의 어려움을 겪고 있음.
- 현재 척수손상은 지체장애의 상지 또는 하지 기능장애로 장애등록이 되고 있으나 다음과 같은 이유로 척수손상 장애의 분리가 절실히 필요한 실정임.

- 첫째, 중추신경손상때문에 단순한 지체장애인들보다 신경인성 방광 등의 다양한 장애를 지니고 있지만 현행 등급표에서는 이를 반영할 수 없어 불이익을 당하고 있고,
- 둘째, 사지마비처럼 양쪽 하지와 양쪽 상지의 장애가 같이 있는 경우 현행 등급표 상에서는 합산할 수 있는 방법이 없는 실정이며,
- 셋째, 척수장애를 분리하여 등록할 경우 우리나라에서 체계적인 척수장애인 등록체계를 확립하여 척수장애인들의 체계적인 관리체계를 확립하는데 중요한 기초가 될 수 있을 것임.

#### 나. 안면장애

- 안면장애는 현대 의학이 많이 발달하였음에도 불구하고 일단 발생하고 나면 원상회복이 거의 불가능하여 대부분의 경우 질병이나 상해의 단계에서 장애로 이행하게 됨.
  - 이로 인해 안면장애를 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 됨.
- 환자에게 그보다 더 심각한 것은 이로 인해 파생되는 사회적 적응의 문제와 경제 활동 기회가 제한된다는 것이고 이것은 환자 뿐 아니라 가족 모두에게 큰 고통과 어려움을 줄 수 있다는 것임.
  - 선천적 원인이나 어릴 때 입은 화상이나 손상으로 인한 안면추형환자인 경우에는 심리적인 장애까지도 유발하며 평생을 고통 속에서 살아가야 함.
- 이러한 안면장애는 현재 장애범주에 포함되어 있지만, 그 기준이 지나치게 엄격하여 장애 등록 대상이 되는 비율이 매우 낮은 실정임.
- 따라서 현행 등급 기준을 완화하여 보다 많은 안면 장애인이 등록하게 함으로써 정부의 각종 사회복지 서비스를 받을 수 있도록 하여야 할 것임.