

뇌졸중 환자의 장애등급 등록 현황과 문제점

연세대학교 의과대학 재활의학교실, ¹계명대학교 의과대학 재활의학교실

배기정 · 박기영¹ · 박은숙 · 이소영¹

The Present Condition and Problem of the Grading Guide for Disability after Stroke

Ki Jung Bae, M.D., Gi Young Park, M.D.¹, Eun Sook Park, M.D. and So Young Lee, M.D.¹

Departments of Rehabilitation Medicine, Yonsei University College of Medicine and ¹Dongsan Medical Center, Keimyung University College of Medicine

Objective: The purposes of this study were to analyze the problems and to suggest the methods for improvement of the current Disability Grading Guide (hereinafter called CDGG) for the disabled after stroke when compared with the previous Disability Grading Guide (hereinafter called PDGG).

Method: Thirty-five registered disabled persons after stroke were evaluated by two psychiatrists to assess the grades of disability according to CDGG and PDGG, which were in use. The evaluations of disabled persons for the grading were done by the psychiatrists through house-visit and at the hospital according to CDGG (hereinafter called CDGG-visit and CDGG-OPD) and PDGG (hereinafter called PDGG-grade). These re-evalu-

ated disability grades were compared with the initial disability grades recorded in their disability registries.

Results: There was a low level of agreement between the registered grade and the re-evaluated grades; however, there has shown a high level of agreement amongst the re-evaluated grades. The degree in the registered grade was evaluated upward compared to the degree in other reevaluated grades.

Conclusion: The difference degree between CDGG and PDGG of established was insignificant; however, a new candidate who wants to be evaluated using CDGG has possibilities of facing unfairness when compared to the disabled people with relatively higher registered degrees. (J Korean Acad Rehab Med 2003; 27: 329-334)

Key Words: Disability evaluation, Stroke, Functional independence measure

서 론

정확한 장애범주의 파악은 장애의 유무 및 전체 인구에 서 차지하는 비중뿐만 아니라 복지혜택의 균등한 분배와 직결되어 있어 정책적 측면에서 중요성이 크다. 최근 들어 장애인 정책에 대한 관심의 증가와 더불어 장애 범주를 확대할 필요성이 제기되고 있으며, 이에 따라 구체적인 방안 이 논의되고 있다. 그러나 장애 범주의 확대에 앞서 현재 우리 실정에 적합한 범위와 기준을 설정하는 것이 중요하 며, 이를 위해서는 정확한 장애판정 실태의 분석과 장애 판정방법 등에 관한 논의가 요구된다.²⁾

국내에서 뇌병변으로 인한 장애인은 2000년 활동 제약자 실태조사에서 추정 장애인의 약 15%를 차지하고 있으며,³⁾ 노인 인구의 증가, 식이 습관의 변화, 유해 환경 노출 등으

로 인해서 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 뇌졸중 환 자들이 장애 판정 후 장애인으로 등록하면, 장애등급, 저소득층, 장애유형 등에 따라 전화료나 철도요금 감면, 특별소 비세 면제, 자동차세 면제, LPG 연료사용 허용, 생계보조 수당 지급, 의료비 지원, 자녀교육비 지원, 보장구 교부 혜택 등 여러 가지 공적 서비스를 받을 수 있는 일차적 대상 이 될 수 있다. 그러나 현재 장애 등록률이 낮은 것은 장애 인 복지혜택의 미비, 장애에 대한 인식부족, 그리고 장애 노출기피 등 여러 가지 원인들이 있을 수 있다.

현재 정부가 추진하고 있는 각종 장애인 복지사업들 중 인지율이 높은 사업은 장애인 자동차관련시책과 통신관련 요금감면 및 할인 시책으로 장애등급에 따라 차등 적용되고 있다. 또한 장애인은 소득 및 의료보장에 대한 욕구가 높은 것으로 알려져 있으며,⁴⁾ 의료보장에 관한 사항 중 현재 시행되고 있는 의약분업도 장애등급에 따라 차등 적용 되므로 장애인 범주 확대와 병행하여 구체화된 장애판정지침이 요구된다.

장애인은 공적인 장애인 복지혜택을 받기 위해서는 장애인 등록을 해야 하며, 등록은 법적 기준에 따른 장애판정을 통해 이루어진다. 장애인 등록을 원하는 장애인은 장애인

접수일: 2002년 6월 1일, 게재승인일: 2003년 5월 3일

교신저자: 배기정, 서울시 서대문구 신촌동 134

☎ 120-752, 연세대학교 의과대학 재활의학교실

Tel: 02-361-7530, Fax: 02-362-2795

E-mail: world113@hanafos.com

복지법령 및 장애등급 판정지침에 의하여 장애진단기관 기준에 부합하는 장애진단기관에서 진찰 후 장애등급을 판정 받을 수 있다. 2000년 이전의 장애등급표에는 지체, 시각, 청각, 음성 및 언어, 정신박약의 5항목과 각 항목별로 1급에서부터 6급까지 구분되어 있는 '장애인의 장애등급표'에 의하여 장애등급을 판정 받게 되어 있었다. 따라서 대부분의 뇌졸중 환자들은 지체나 음성 및 언어장애 항목에 기초하여 장애등급을 받았다. 2000년 이후의 뇌졸중 환자의 장애 판정은 장애인복지법 시행규칙(1999. 12. 31 보건복지부령 제 141호) 및 '장애등급 판정지침'(2000. 1 보건복지부령)에 의하여 재활의학과 전문의와 신경외과 전문의가 있는 의료기관에서 장애등급을 판정 받게 되었다. 장애등급 판정지침에는 기존의 '장애인의 장애등급표'와 달리 뇌병변 항목을 세부적으로 구분하였고, 장애인의 인정범위가 확대되어 발달장애·정신장애·신장장애 및 심장장애가 있는 사람이 추가로 장애인의 범위에 포함되었다. 장애등급 판정지침의 장애판정은 뇌병변 환자를 대상으로 주된 증상인 마비의 정도 및 범위, 불수의 운동의 유무 등에 따른 팔·다리의 기능저하로 인한 앉기, 서기, 걷기 등의 이동능력과 일상생활활동의 수행능력을 기초로 전체 기능장애 정도를 판정한다.

과거 장애등급 판정지침 중 뇌졸중 환자에 대한 모호한 장애 기준항목으로 인한 확대 혹은 유추해석들이 2000년 장애등급 판정지침 개정으로 인하여 과거 장애등급에 포함되지 않았던 일상생활동작 수행능력과 기능적 보행능력 등이 포함되어 어느 정도 해소되었다고 할 수 있다. 특히 과거 장애등급 판정지침에는 특정과 전문의의 참여 결여, 불명확한 평가기준과 장애인의 장애등급 상향조정 욕구 등으로 인하여 장애등급 판정의 적절성에 문제점이 내재하고 있었다. 2000년 장애등록 지침 개정 후 특정 장애영역에 있어 특정 전문의에 의한 장애 판정으로 인하여 장애 판정에 있어 정확성과 재현성이 부가되게 되었다. 따라서 새로운 법령을 시행하기에 앞서 과거 장애등급지침으로 판정된 기존 장애인과 새로운 법령에 기초한 장애인 간의 등록시기에 따른 형평성 문제와 이로 인한 장애인 간의 위화감 조성 가능성, 새로운 장애등급 판정지침의 재현성 및 보조지침의 가능성 등에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

이에 본 연구에서는 재활의학과 전문의 2인이 대구광역시 동구청과 경상북도 청도군을 대상으로 뇌졸중 장애인을 가정방문과 외래 진료를 통하여 과거 장애등급 지침과 현 장애등급 지침을 기준으로 장애등급을 재평가하였다. 이를 토대로 기존장애등급수의 적절성과 개정된 장애등급지침을 적용 후 변화되는 장애등급수의 양상을 관찰하고자 하였다. 또한 뇌졸중 환자의 장애등급 판정에서 보다 객관적 장애 판정을 위한 보조적 지침의 사용 가능성을 알기 위해 Functional Independence Measure를 적용시킨 후 장애등급수와 비교 관찰하였다.

연구대상 및 방법

1) 대상군

대구광역시 동구 보건소와 경상북도 청도군 보건소가 주관한 지역사회중심 재활사업의 일환으로 계명의대 재활의학교실과 청도군 보건소가 공동으로 장애인 진료를 실시하였다. 심신장애자 복지법에 의하여 동구청과 청도군에 지체장애인으로 등록된 장애인들 중 2000년 12월 1일부터 2001년 2월 30일까지 가정방문 진료와 병원 외래 진료가 가능하였던 뇌졸중 환자 35명을 대상으로 하였다.

2) 장애등급 판정 및 FIM 측정

장애등급의 평가는 기존의 장애등급에 대한 정보를 가지지 않은 상태에서 청도군 보건소의 재활의학과 전문의 1인(이하 갑)이 가정방문 진료를 실시하여 기존 장애등급 판정지침에 의하여 장애등급을 판정하여 "재활방문-지체등급"으로, 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 장애등급을 판정하여 "재활방문-뇌등급"으로 명명하였다. 계명의대 재활의학교실의 재활의학과 전문의 1인(이하 을)이 병원 외래 진료를 실시하여 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 장애등급을 판정하여 "재활외래-뇌등급"으로 명명하였다. 피검자의 반응에 따른 편차를 줄이기 위하여 진료할 때 장애재판정에 관한 언급은 하지 않았다. 장애등급의 재평가 후 동구청과 청도군에 보관된 장애인수첩사본에 기록된 장애등급을 "기존장애등급"으로 명명하여 비교하였다.

또한 뇌졸중 환자의 장애등급 판정에서 보조적 지침의 사용 가능성을 알기 위하여 갑은 환자를 가정 방문하였을 때 진료와 동시에 Functional Independence Measure (FIM)를 사용하여 일상생활동작 수행능력과 기능적 보행능력을 평가하여 점수화하였다. FIM의 6가지 분류 중 일상생활동작과 운동 및 이동능력의 항목만을 추출한 점수를 FIM-A, FIM-A와 더불어 사회적 인식 항목도 같이 포함한 점수를 FIM-B로 정하였다.

3) 통계분석

통계자료는 SPSS/PC (version 10.0) 프로그램을 사용하여 검사자간 장애등급의 일치도를 보기 위해서 Kendall' tau_B, 각 장애등급과 FIM-A와 FIM-B의 상관관계에 대해서 Pearson's correlation coefficient, 장애등급수 간 FIM-A, FIM-B 평균치를 비교하기 위해서 Mann-Whitney U-test 통계 방법을 이용하였다.

결 과

1) 대상군

뇌졸중 환자들 중 중복장애의 가능성이 있는 언어장애,

기타 지체장애 등이 있는 경우는 제외한 35명을 대상으로 하였다. 연령 분포는 50세부터 70세이었으며, 평균 연령은 61세(61±6.3세)이었다. 성별은 남자 24명, 여자 11명으로 남자가 많았고, 평균 유병 기간은 7년이었다.

대상군의 장애부위는 우측 편마비 19명, 좌측 편마비 13명, 사지마비 3명이었고, 뇌졸중의 원인은 허혈성 뇌질환 19명과 출혈성 뇌질환 16명이었다(Table 1).

처음 장애판정 후 본 진찰까지의 기간은 2개월부터 9년으로 평균 2.2년이었다.

2) 기존 장애등급을 판정한 의료기관

기존 장애등급을 판정한 의료기관은 병·의원이 15군데

Table 1. Limb Involvement According to Stroke Pathophysiology

Pathophysiology	Number of cases (%)	Limb involvement		
		Right hemiplegia	Left hemiplegia	Quadriplegia
Ischemia	19 (54)	12	4	3
Hemorrhage	16 (46)	7	9	0
Total	35 (100)	19	13	3

Table 2. Specialities of Physicians Who Evaluated Previous Disability Grades

Physician	Number of cases (%)
Neurologist	11 (31)
General practitioner	8 (22)
Neurosurgeon	7 (19)
Orthopedic surgeon	6 (17)
Physiatrist	3 (8)
Physician	1 (3)
Total	36 (100)

(43%)로 가장 많았고, 다음으로 대학병원, 보건소, 한방병원(한의원포함)순이었다(Fig. 1).

3) 기존 장애등급 판정을 한 의료인

기존 장애등급을 판정한 의료인은 신경과 전문의가 11명으로 가장 많았고, 다음으로 보건소 일반의, 신경외과 전문의, 정형외과 전문의, 재활의학과 전문의, 내과 전문의 순이었다(Table 2).

4) 뇌졸중 발생 후 방문한 의료기관

뇌졸중 발생 후 초기 치료와 장기 입원 치료를 위하여 방문한 의료기관은 한방병원이 18명으로 가장 많았고, 다음으로 대학병원, 병·의원 순이었다.

현재 외래 치료를 위하여 방문하고 있는 의료기관은 한방병원이 12명으로 가장 많았고, 다음으로 병·의원, 대학병원, 보건소 순이었다(Table 3).

5) 장애등급 분포도

갑과 을에 의하여 재판정된 장애등급은 과거와 현 장애등급 판정지침과 상관없이 유사한 분포를 나타내었다. 그러나 기존장애등급은 재판정된 장애등급들과 비교하여 장애 1등급 분포는 유사하였으나, 나머지는 주로 장애 2등급과 장애 3등급에 분포하는 양상을 나타내었다(Fig. 2).

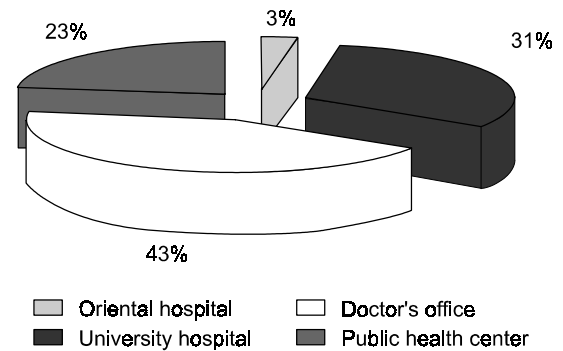


Fig. 1. Distribution of medical services where disability grade was rated.

Table 3. Distribution of Medical Services Visited for Treatment of Stroke

Visiting time session	Medical services					Total (%)
	Oriental hospital	University hospital	Local clinics	Oriental clinics	Public health center	
Stroke onset	18 (51)	10 (29)	7 (20)	0	0	35 (100)
Mostly	18 (51)	11 (32)	6 (17)	0	0	35 (100)
The present	12 (34)	6 (17)	11 (32)	1 (3)	4 (11)	34 (97)

6) 장애등급들 간의 일치도

갑과 을이 각각 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정한 장애등급과 기존장애등급 사이에는 서로 낮은 일치도($r=0.302$ vs $r=0.322$)를 나타내었다. 갑과 을이 기존 장애등급 판정지침과 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 각각 재판정한 장애등급 간에는 높은 일치도($r=0.727$ vs

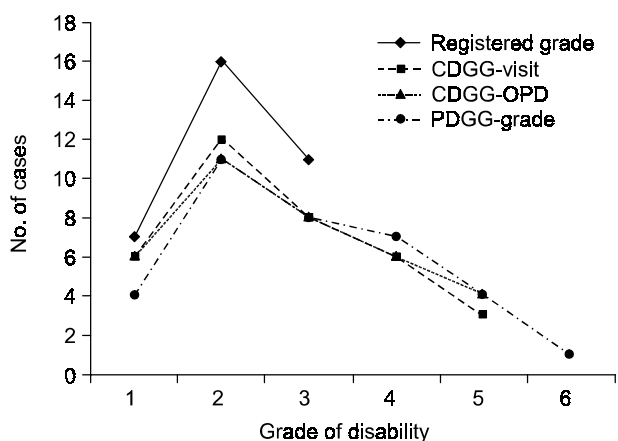


Fig. 2. Distribution of the grades of disability according to the grading groups. CDGG-visit: evaluated grading done by physiatrist gab through house-visit according to current disability grading guide, CDGG-OPD: evaluated grading done by physiatrist eul at the hospital according to current disability grading guide, PDGG-grade: evaluated grading done by physiatrist gab through house-visit according to previous disability grading guide.

Table 4. Correlation among Registered Grades and Re-evaluated Grades

Groups	Correlation coefficient
PDGG ¹⁾ vs CDGG-visit ²⁾	0.322*
PDGG vs CDGG-OPD ³⁾	0.302*
CDGG-visit vs PDGG-grade ⁴⁾	0.727 [†]
CDGG-OPD vs PDGG-grade	0.653 [†]
CDGG-visit vs CDGG-OPD	0.913 [†]
Registered grade vs PDGG-grade	0.322*

Values are given as Correlation Coefficient (r score).
 1. PDGG: Previous disability grading guide, 2. CDGG-visit: Evaluated grading done by physiatrist A through house-visit according to current disability grading guide, 3. CDGG-OPD: Evaluated grading done by physiatrist B at the hospital according to current disability grading guide, 4. PDGG-grade: Evaluated grading done by physiatrist A through house-visit according to previous disability grading guide
 * $p < 0.05$, [†] $p < 0.01$

$r=0.653$)를 나타내었다(Table 4).

갑과 을이 각각 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정한 장애등급 사이에는 높은 일치도($r=0.913$)를 나타내었다. 기존 장애등급 판정지침에 의하여 재판정한 장애등급과 기존장애등급 간에는 낮은 일치도($r=0.322$)를 나타내었다(Table 4).

7) 장애등급과 FIM-A, FIM-B와의 상관성

2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재평가된 장애등급과 FIM-A ($r=0.752$)와 FIM-B ($r=0.744$) 사이에는 모두 강한 음의 상관성이 있었다. 또한 기존 장애등급 판정지침에 의하여 재판정된 장애등급과 FIM-A ($r=0.786$)와 FIM-B ($r=0.786$) 사이에도 모두 강한 음의 상관성이 있었다. 그러나 기존장애등급과 FIM-A와 FIM-B 사이에는 모두 상관성이 없었다(Table 5).

8) 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정된 장애등급에서 장애급수 간의 FIM 점수

2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정된 장애

Table 5. Correlation between Disability Grades and FIM-A, FIM-B

Group	FIM-A ¹⁾	FIM-B ²⁾
CDGG-visit ³⁾	0.752*	0.744*
PDGG-grade ⁴⁾	0.786*	0.786*

Values are given as correlation coefficient (r score)
 1. FIM-A: Sum score of self-care, mobility, and locomotion using FIM, 2. FIM-B: Sum FIM-A score and social cognition subscore additionally using FIM, 3. CDGG-visit: Evaluated grading done by physiatrist A through house-visit according to current disability grading guide, 4. PDGG-grade: Evaluated grading done by physiatrist A through house-visit according to previous disability grading guide
 * $p < 0.01$

Table 6. Comparison of FIM Scores and the Reevaluated Disability Grades

Disability grade	FIM-A ¹⁾	FIM-B ²⁾
Grade 1	25.5±13.5*	40.8±18.1*
Grade 2	49.6±14.5 [†]	68.6±15.3 [†]
Grade 3	66.9±12.5	87.6±12.3

The values are given mean±S.D.
 1. FIM-A: Sum score of self-care, mobility, and locomotion using FIM, 2. FIM-B: Sum FIM-A score and social cognition subscore additionally using FIM
 * $p < 0.05$, [†] $p < 0.05$

등급 중 장애 1급과 2급 사이, 장애 2급과 3급 사이에는 FIM-A와 FIM-B의 통계학적인 유의한 차이($p < 0.05$)가 있었다(Table 6).

고 찰

정확한 장애통계와 장애등급 판정은 한 나라의 각종 장애인을 대상하는 정책을 계획, 수립, 결과 평가에 있어 필요 불가결하며, 지역사회중심 재활사업 등 다양한 장애인 대상 사업을 추진하는 데 기준과 지침이 될 수 있다.⁴⁾

장애인 등록사업은 정확한 장애인 수 파악과 장애인에 대한 효율적인 관리체계구축을 목적으로⁵⁾ 1988년 11월부터 실시되고 있으며, 뇌졸중, 외상성 뇌손상, 뇌성마비, 척수 손상에 의한 사지 또는 하지마비 등의 중추신경계 손상 시 발생하는 일상생활동작이나 보행 장애에 대한 항목을 추가하여^{1,7)} 2000년 1월 1일부터 개정 장애등급 판정지침에 의하여 시행되고 있다.

현재까지 대한민국의 장애등록 판정지침에 관하여서는 1995년의 전⁸⁾과 1995년의 김 등³⁾의 연구 보고가 있다. 그러나 뇌졸중 환자에서 장애등급 판정지침 변화로 야기되는 문제에 대한 기술적인 연구는 전혀 없는 실정이다. 현재 외래에서 시행하는 장애등급 판정 시 판정 의사의 사적인 판단의 개입, 판단 결과에 대한 불복 및 위협, 인간적 동정심 유발 및 과거 장애등록 환자와의 판정 형평성 문제 등 여러 원인에 의하여 장애판정의 공정성과 객관성을 유지하는 데 어려움이 있다.

현행 장애인들의 장애등록 절차는 읍·면·동사무소에서 발급 받은 장애진단의뢰서를 가지고, 의사가 있는 지정된 의료기관에서만 장애 판정을 받게 된다. 본 연구에서 장애인의 대부분은 한방병원을 뇌졸중 발생 후 주된 치료기관으로 두고 있었으나, 장애 판정을 위해서 불가피하게 병원이나 의원을 방문하는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 현행 장애등록사업이 치료의 연장선상에 위치하지 못하였다. 또한, 외래를 통하여 단편적인 현상만을 파악할 수밖에 없는 현실에서 뇌졸중과 같이 시간 경과와 치료 과정에 따라 장애 정도가 많이 변할 수 있고 기능측정을 위해 많은 시간이 필요한 질환을 장애등급 판정한다는 것은 많은 오류가 발생할 가능성을 내재하고 있다고 할 수 있다.

한편 장애등록을 시행한 의료기관은 병·의원이 가장 많았지만 타 의료기관과 유의한 차이는 관찰되지 않았고, 모든 의료기관들이 균등하게 장애등록업무를 수행하고 있었다. 그러나 재활의학과 전문의와 신경외과 전문의가 부족한 현실⁷⁾에서 뇌졸중 환자로서는 해당 전문의가 있는 의료기관을 찾아야 하는 번거로움이 있으므로 향후 해당 전문의의 수적 증가와 보건의료기관의 중개역할이 필요하다고 생각된다.

뇌졸중 환자에서 기존 심신장애자 장애등급표와 2000년

개정 장애등급 판정지침을 기초로 재판정한 장애등급 사이에는 장애급수의 높은 일치도를 나타내어 정확한 장애 판정만 이루어진다면 장애인들 간의 등록시기에 따른 형평성 문제가 발생하지 않을 것으로 생각된다.

기존 지체등급 판정기준에 대하여 맥브라이드식, 미국의 사협회식, 국가배상법에 따른 신체장애율 또는 노동능력 상실률을 비교할 때 지체 1급의 경우 몸통장애가 신체장애율이나 노동능력 상실률이 높게 책정되고, 지체 2급에서 6급까지는 하지만 몸통장애에 비하여 상지장애의 신체장애율과 노동능력 상실률이 높게 책정되었다. 같은 등급 내에서도 장애종류에 따라 신체장애율과 노동능력상실의 큰 차이를 나타내므로 등급 간 혹은 동일 등급 내에서 장애종류 간의 조정이 필요한 것으로 보고되고 있다.¹⁾ 이에 본 연구에서는 조정된 개정 장애등급 판정지침을 평가해보기 위하여 재판정된 장애등급과 재판정된 뇌병변등급 사이의 일치도와 재판정된 뇌병변등급 사이의 일치도를 각각 비교하여 재판정된 뇌병변등급 사이의 일치도가 상대적으로 더 높은 것을 관찰할 수 있었다. 그러나 기존 장애등급표에 대한 개정 장애등급지침의 우위성을 논하기 위해서는 향후 추가 연구가 필요하며, 다른 재활의학과 전문의에 의하여 재판정된 장애등급과 비교가 필요하다.

2000년 개정 장애등급 판정지침을 기초로 재활의학과 전문의 2인에 의하여 재판정된 장애급수는 통계적으로 높은 일치도를 보였지만 완전한 일치는 관찰되지 않았다. 이는 “매우 어려움, 어려움, 다소 어려움” 등의 명확치 못한 문구와 실제 짧은 시간 내에 많은 환자들을 보아야 하는 우리나라의 의료현실에 비해 본 연구에서는 30분 정도의 시간을 가지고 장애환자들을 진찰하였으면서도 판정기준의 많은 부분이 환자의 문진에 의존한 점들이 원인이 될 수 있을 것으로 추정된다.

장애 1급에서 6급까지 널리 분포된 재판정된 장애등급에 비하여 기존장애등급은 장애 3급 이상으로 상향화 된 것을 관찰할 수 있었다. 이는 환자 측면에서 장애 급수에 따른 사회복지혜택의 차이에 따른 등급 상향조정 욕구와 시간의 경과에 따른 기능회복의 가능성이 있을 수 있다.³⁾ 판정 의사 측면에서는 특정 전문지식의 결여와 장애등급표 상 “기능을 완전히 잃은, 기능에 뚜렷한 장애가 있는”, “완전강직, 고도의 강직” 등의 명확치 못한 문구로 인해 판정의 오류가 발생할 수 있다.³⁾ 또한 개별 장애자의 현황 파악보다는 장애범위 확대에 주력하는 정책들이 다른 원인들과 더불어 복합적으로 작용된 것으로 추정된다. 이러한 문제들을 해결하기 위한 여러 가지 방법들 중 뇌졸중 환자들이 장애의 치료는 주로 한방병원에서 받고, 장애자 진단을 위하여 주로 대학병원이나 병·의원을 찾는 현 의료체계를 보완하여 지역사회를 거점으로 뇌졸중 환자에 대한 체계적인 진단과 치료를 제공할 수 있는 시스템을 확충하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

또한, 뇌졸중 환자의 기능회복에 기초한 장애판정 조건의 명시화 및 '몇 미터의 거리를 걸을 수 있느냐, 험로는 잘 걷느냐' 등의 환자의 문진에 의존할 수밖에 없는 항목을 가급적 피하고, 보행양상의 기술화나 기능적 보행에 대한 재활의학과 전문의의 소견항목을 추가하는 등의 좀 더 객관적이고 전문성이 추가된 부가항목이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 Functional Independence Measure를 기초로 한 장애등급 판정과 관련이 있는 조항만을 추출한 FIM-A와 FIM-B 점수를 구하여 재판정된 장애등급수와 비교하였다. FIM-A와 FIM-B 점수 모두 장애 3급 이상의 상급 장애에서는 통계학적으로 유의한 차이가 있었음을 관찰하였다. 이는 수정 FIM이 뇌졸중 환자에서 장애등급 판정의 객관화를 위한 보조적 지침으로서 사용 가능함을 시사해주며, 일상생활동작과 운동 및 이동능력을 평가할 수 있는 적절한 도구를 장애등급 판정에 사용하는 것이 도움이 될 것으로 생각된다.

결 론

본 연구에서 대구광역시 동구청과 청도군에서 뇌졸중 진단 후 장애등록을 한 뇌졸중 장애인 35명을 대상으로 과거 장애등급 지침과 2000년 개정 현 장애등급 지침을 기준으로 장애등급을 재평가하였다. 이를 바탕으로 기존 등록된 장애등급수의 적절성, 개정된 장애등급지침 적용 후 변화되는 장애등급수의 양상, 그리고 뇌졸중 환자의 장애등급 판정 객관화의 보조적 지침의 가능성을 알기 위하여 Functional Independence Measure를 적용시킨 후 장애등급수와 비교하였다.

1) 재활의학과 전문의 2인이 기존 장애등급 판정지침과 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정한 장애등급은 서로 높은 일치도를 보였으나 기존 장애등급과는 낮은 일치도를 나타내었다. 또한 기존 장애등급의 장애 등급은 다른 등급에 비해 주로 장애 2, 3급에 상향 분포하였다.

2) Functional Independence Measure 중 일상생활동작과 운동 및 이동능력의 항목만을 추출한 FIM-A와 사회적 인식 항목도 추가 추출한 FIM-B는 기존 장애등급 판정지침과 2000년 개정 장애등급 판정지침에 의하여 재판정한 장애등급의 장애등급과 강한 음의 상관성을 보였다.

이상의 결과로 기존 장애등급 판정지침과 2000년 개정 장애등급 판정지침을 기초로 재판정한 장애등급 사이에는 정확한 판정만 이루어진다면 장애인 간의 등록시기에 따른 형평성 문제가 발생하지 않을 것으로 생각된다. 반면 여러 가지 원인에 의하여 상향조정된 기존장애등급은 향후 신규 등록 장애인과의 장애등급 판정에 있어 형평성 문제를 야기시켜 장애인 간의 위화감 조성의 원인이 될 수 있다고 생각된다. 또한 수정 FIM과 같이 일상생활동작과 운동 및 이동능력을 보다 자세히 평가할 수 있는 적절한 도구를 개발하여 장애등급 판정을 할 때 사용하는 것이 등급판정의 오류를 줄이는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- 1) 고영진: 장애인복지법에 따른 장애등급표의 문제점과 개선방안: 중증 지체장애인을 중심으로. 장애인고용 1998; 30: 28-38
- 2) 권선진: 장애인 범주 확대와 정책과제. 보건복지포럼 1996; 10: 61-64
- 3) 김봉옥, 이재운, 윤승호: 등록된 장애인의 장애등급 재평가. 충남의대잡지 1995; 22: 159-164
- 4) 박옥희: 장애인 조사방법에 관한 비교연구. 보건사회논집 1994; 14: 20-39
- 5) 변용찬: 2000년 장애인 실태조사의 내용과 정책제언. 보건복지포럼 2000; 46: 16-26
- 6) 보건사회부: 장애인복지사업지침, 서울: 보건사회부, 1992
- 7) 서광원: 장애자 등록제 및 장애등급표에 관한 연구. 재활연구 소연보 1985; 1: 1
- 8) 전유진: 장애인 등록제도에 관한 연구, 서울: 연세대학교 대학원, 1995