



장애의 개념과 분류

Changing Concepts and Classifications of Disablement

나 은 우 | 아주의대 재활의학과 | Ueon Woo Rah, MD

Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Ajou University School of Medicine

E-mail : uwrah@hanmail.net

정 한 영 | 인하의대 재활의학과 | Han Young Jung, MD

Department of Physical & Rehabilitation Medicine, Inha University College of Medicine

E-mail : rmjung@inha.ac.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(6): 537 - 544

Abstract

In spite of a refined classification on the functioning or disability accredited by World Health Organization (WHO, 2001), explicit concepts or definitions of health, disablement and its related terminologies of impairment, disability, handicap, activity limitation and participation restriction are generating considerable confusion in Korea. It is very important to understand the new concepts of these different changing terms in all health related fields. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) has reported diagnosis or mortality statistics, but the report did not cover the health status of living populations or information about non-fatal health outcomes. In order to rectify this situation, WHO developed a new tool for the classification of the consequences of disease, namely the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) in 1980. Following several revisions, WHO announced the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in 2001, which was not based on a medical or a social model, rather on bio-psycho-social and interactive model. WHO recommend the use of the two different classifications to provide relevant and updated information on diagnosis of disease (s) with ICD-10 and also on assessment of functioning or disability with ICF.

Keywords: WHO; ICD-10; ICIDH; ICF

핵심 용어: 세계보건기구; 국제질병분류; 국제장애분류; 국제기능장애건강분류

서론

장애(disability) 혹은 장애(손상: impairment)라는 용어는 한국 뿐 아니라 국제적으로도 매우 다양한 개념으로 사용되고 있다. 과거에는 장애의 정의(definition of disablement)는 대개 의학적 개념으로 규정되었으나 시대가 변화하면서 의학적 개념과 함께 사회적 개념, 법률적 개념 등이 도입되면서 서로 같거나 비슷한 개념의 용어들을

서로 다르게 사용하는 등 매우 혼란스러운 것이 사실이다. 이런 오류는 1980년 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에 의해 처음으로 체계적인 국제장애분류체계인 ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap)가 발표되면서 일부 개념정리가 이루어졌으나, 그 후에도 장애관련 용어의 분류와 그 의미에 대해 논란은 계속되었다. 또한 최근 들어서는 과학과 의학의 발달과 더불어 사회 및 환경에 대한 관심과 이해가 증

가하면서 새로운 장애개념과 장애체계의 필요성이 대두되었고, 이는 다시 세계보건기구(WHO)에 의해 2001년 새로운 장애분류체계인 ICF (International Classification of Functioning)를 발표하는 계기가 되었다. 새롭게 발표된 ICF는 기존의 건강과 장애에 대한 개념을 상당히 전향적으로 규정하고 구체적인 실행계획을 세우고 있어 의료계뿐 아니라 사회적으로도 급격히 그 영향력이 증대되고 있다. 이렇게 장애에 대한 여러 가지 견해와 각 나라들의 사회 경제적 여건의 차이는 장애를 보는 시각에 영향을 미치고 있으며, 이는 각 나라의 실정법상에 장애에 대해 서로 다른 정의와 해석으로 이어지고 있는 듯하다. 이런 장애에 대한 인식의 차이는 그 나라의 장애인 출현율, 장애인 수, 복지서비스의 필요성, 사회경제적 비용 산출 등에 영향을 주며, 또한 장애에 대한 보상 규정에도 차이를 가져올 수 있다. 이에 필자들은 국내의 장애관련 용어 및 법률에 대한 소개와 아울러 세계보건기구의 장애 개념의 변천과 그 적용 의미에 대해 살펴보고자 한다.

장애의 정의

장애(障擲, disability)란 사전적 의미로는 ‘어떤 사물의 진행을 가로막아 거처적거리게 하거나 충분한 기능을 하지 못하게 함’을 말하거나 또는 ‘신체 기관이 본래의 제 기능을 하지 못하거나 정신 능력이 결함이 있는 상태’를 말한다. 1975년 12월 제30차 유엔 총회에서 채택한 장애인 권리선언문 제1조에서는 “장애인이란 선천적이든 후천적이든 관계없이 신체적, 정신적 능력의 불완전으로 인하여 개인의 일상생활이나 사회생활에 필요한 것을 자기 자신으로서는 완전하게 또는 부분적으로 확보할 수 없는 사람을 말한다”라고 정의하고 있다. 또한 미국 사회보장청에서 내린 장애의 정의는 “의학적으로 판정하여 12개월 동안 계속될 것으로 또는 죽음에 이를 것으로 기대되는 신체적, 정신적 손상으로 인해서 상당한 소득활동에 참여하지 못하는 것”으로 되어 있다. 이 정의에 의하면 의학적으로 분류되는 모든 기관계통, 즉 근골격계, 감각·언어계, 호흡계, 심장계, 소화기계, 신장·비뇨기계, 내분비계, 피부계, 정신계, 악성 신생물

등 기타 어떠한 손상이라도 의학적 장애로 판정될 수 있다는 것이나 다만 이런 의학적 손상이 일상생활 혹은 경제활동에 제한을 초래하는 경우에, 이를 장애로 인정한다는 것이다.

우리나라의 법률에서는 장애에 대한 정의는 찾아볼 수 없고 단지 장애인에 대한 정의가 있어 이를 통해 장애의 개념을 유추할 수 있을 뿐이다. 우리나라 장애인복지법(법률 제 5931호)의 제2조 장애인의 정의를 살펴보면 “① 장애인은 신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법의 적용을 받는 장애인은 제1항의 규정에 의한 장애인 중 다음 각호의 1에 해당하는 장애를 가진 자로서 대통령령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. ③ 신체적 장애라 함은 주요 외부 신체기능의 장애, 내부 기관의 장애 등을 말한다. ④ 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다”라고 규정하고 있다. 장애인복지법에서는 미국의 사회보장청의 정의와는 달리 장애와 손상의 개념이 구분되어 있지 않고 혼용된 듯한 인상을 주고 있다. 또한 산업재해보상보험법의 장애등급 판정요령(노동부 예규 제101호)에서는 “장해란 부상 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 했으나 완전 회복이 안 되고 신체에 남는 영구적인 정신적 또는 육체적 훼손 상태로 인하여 생기는 노동력의 손실 또는 감소(감퇴)를 말함”이라고 규정하고 있다. 생명보험표준약관에서는 “장해란 재해로 인한 상해 또는 질병에 대하여 충분한 치료를 하였으나 완전히 회복되지 않고 증상이 고정되어 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말함”이라고 장해의 정의를 말하고 있다. 산업재해보상보험법과 생명보험표준약관에 표기된 장해는 손상의 개념에 가까우며, 여기서는 장애에 대해 보상하는 것이 아니라 장해에 대한 규정만을 명시하고 있어 각각의 개념이 다른 것을 알 수 있다.

장애 개념의 적용

장애란 한 개인에게 객관적인 사실로서 존재하는 것이 아니라 사회적인 가치판단에 의해 필요에 따라 규정되는 것이며, 그 개인의 자격이 문제가 아니라 어떤 사회적 규범에

따라서 장애인이 되기도 하고 되지 않기도 한다. 그러므로 장애인의 정의 및 범주는 사회적 규범 속에서 정해지게 된다.

우리나라의 현행법 중에서 장애인 또는 장애 정도를 언급한 법률로는 장애인복지법, 장애인고용촉진 및 직업재활법 시행령, 특수교육진흥법, 고엽제 후유의증환자 지원 등에 관한 법률, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률시행규칙, 국민건강보험법시행규칙, 국민연금법, 병역법시행규칙, 직업안정법시행규칙, 특별소비세법시행규칙 등이 있다(1). 장애인복지법에는 장애인의 정의 및 장애인의 범주가 규정되어 있다. 장애인의 범주는 1981년 심신장애자복지법으로 제정할 당시 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체의 5가지이었으나 2000년 1월 1일에 1차로, 2003년 7월 1일 이후에는 2차로 장애의 범주가 확대되면서 총 15가지 장애로 확대되었다. 장애인복지법시행령 제2조에서는 장애를 신체적 장애와 정신적 장애로 분류하며, 신체적 장애는 외부 신체기능의 장애(지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애)와 내부기관의 장애(신장장애, 심장장애, 간장장애, 호흡기장애, 장루·요루장애, 간질장애)로, 정신적 장애는 정신지체, 정신장애(정신분열증과 같은 정신질환에 의한 경우), 발달장애(자폐성 장애)로 분류하였다.

우리나라는 일본과 같이 장애인의 범위를 주로 의학적 모델에 입각하여 신체구조 및 신체기능상의 장애로 판정하고 있으며, 장애의 유형을 정하여 최저 기준을 제시하고 있다. 그러나 미국이나 유럽과 같은 서구 선진국들은 신체 및 정신의 기능적인 장애뿐만 아니라 특정한 일을 어느 정도 수행할 수 있는지에 대한 노동능력 등 사회적 의미의 장애까지를 포함한 포괄적인 장애 범주를 채택하고 있다. 예를 들어 미국의 경우 내부 장애인 범주에 생식기, 소화기, 비노기, 피부, 혈액·내분비, 암, AIDS 등이 포함되어 있고, 스웨덴의 경우 폐 질환, 심장 질환, 알레르기, 당뇨 등의 내부 장애인 외에 언어장애가 있는 외국 이민자 및 노동력 감소자 등의 사회적 장애인도 장애인의 범주에 포함되어 있다(2). 또한 미국의 경우 장애인기본법인 미국 장애인법(Americans with Disability Act, 1990)에서는 장애의 범위를 매우 포괄적으로 정하고 있는데 기능상의 제약이나 제약이 있는 것으

로 간주되는 경우까지를 포함하고 있다. 이와 같이 장애의 범주는 그 나라의 경제력과 밀접한 관계를 가지고 있으므로 선진국의 경우에는 세계보건기구의 장애분류에 따라 장애범위를 포괄적으로 정하고 있어서 장애인구의 비율이 10% 이상 되나 반면에 개발도상국이나 후진국의 경우에는 장애의 범위가 협소하게 정해져 있어서 장애 인구의 비율이 낮다. 실제로 장애인 출현율은 미국 19.3%, 영국 19.7%, 독일 10.2%로 세계보건기구의 주장과 같이 장애인 인구비율이 10% 이상이다(2). 그러나 우리나라는 2005년도 전국 장애인 실태 조사에 의하여 추정된 장애인 출현율은 4.59%로 2000년의 3.09% 보다 1.5% 증가하였으나 아직도 세계보건기구의 추정비율보다 낮은 실정이다. 우리나라 장애인복지법에서 규정되는 장애의 범주가 계속 확대되어야 할 것이다.

그러나 우리는 장애와 장해(손상)의 개념적 차이를 이해해야 한다. 국가 복지정책 혹은 노동능력을 기준으로 하는 포괄적인 개념인 장애가 더욱 강조되는 것이 타당하지만, 어떤 사고나 질병에 의해 해부학적 이상이나 기능적, 정신적 이상이 생겼을 때 이를 보상하는 기준으로 장해(손상)를 적용하는 것도 한 방안일 수 있다는 것이다. 산업재해보상보험법, 생명보험표준약관 및 미국의학협회의 영구 손상기준표 등이 그것이다. 이들은 나이, 성별, 직업, 문화, 나라 등에 따른 차이보다는 신체의 구조와 기능의 중요도(손상 혹은 장해)에 따라 일정한 기준을 마련하여 같은 정도의 손상(장해)에 대해서는 동일한 보상을 하고자 하는 것이다.

세계보건기구의 국제장애 분류

1960년대 Nagi는 장애에 대한 새로운 개념을 처음으로 제시하였다. IOMS (Institute of Medicine of Washington) 이라고 불리는 Nagi의 모델에서 장애는 질병에 대한 신체적 방어기전인 능동적 병리학(active pathology)과 이로 인하여 나타나는 신체 조직 수준의 기능 상실인 손상(impairment), 개인 수준의 기능 제한(functional limitation), 그리고 사회 속에서의 기능 제한의 표현인 장애(disablement)의 4가지 개념으로 이루어지며, 이러한 장애의 개념은 세계보건기구의 장애 개념 형성에 많은 영향을 주었다(3). 1972년

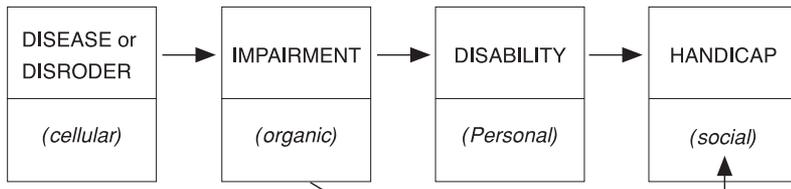


Figure 1. Dimension of the consequences of disease (ICIDH).

세계보건기구는 질병의 결과로 생기는 각종 신체적, 정신적 후유장애에 대한 초보적인 체계를 만들기 시작하였고, 그 중심에는 손상과 이에 따른 기능적, 사회적 결과에 관한 것을 분류하여, 1974년에는 장애(disability)와 핸디캡(handicap)이란 말로 정리되었다.

그러나 손상과 핸디캡은 질병의 결과로 나타나는 현상이지만 상호간에 항상 수직적인 연관관계를 가지고 있지 않으므로 1980년 세계보건기구는 ICIDH에서 장애의 개념을 손상 또는 장해(impairment), 장애(disability), 핸디캡(handicap)의 3가지로 분류하였다(Figure 1)(4). 손상(장해)은 질병, 상해, 선천적 기형 등으로 인해 만성적 또는 영구적으로 나타나는 심리적, 생리적 또는 해부학적 구조나 기능의 손실을 말하며 장기(organ) 수준에서 평가하는 것으로 손상이나 기능장애라는 용어를 사용하기도 한다. 장애는 장기간 지속되는 신체적 또는 정신적 기능장애로 손상의 결과로 인하여 정상적인 사람이 일상생활 속에서 활동을 수행하는 능력의 제한이나 결여를 갖게 되는 것을 의미한다. 일상생활동작 장애, 운동 장애, 가사활동 장애 등 개인(person) 전체의 기능 수준의 장애를 말하며 능력 장애라는 용어를 사용하기도 한다. 핸디캡은 기능 장애나 능력 장애로 인하여 사회적 역할 수행이 제한되거나 불가능해지는 상태를 말하며 환경적 및 사회적 수준의 장애를 말한다.

이러한 장애분류체계는 의학적 및 사회학적 정책결정의 기준을 마련하는데 크게 기여하였다. 그러나 핸디캡의 기준이 너무 광범위하여 국제적으로 많은 논란이 발생하기 시작하여 1991년 미국의학협회(Institute of Medicine)와 1993년 미국 국립재활의학연구소에서는 핸디캡이란 용어를 사용하지 않기로 결정한 후 각각 서로 다른 장애 분류를 발표하였다. 또한 1990년대 이후 건강에 대한 개념에도 변화가

일어나면서 1998년 세계보건기구는 건강에 대한 새로운 개념으로 기존의 육체적, 정신적, 사회적 안녕에 영적인 안녕을 추가하기로 결정하였다. 즉, 건강이란 개인중심의 내재적인 문제에서만 비롯되는 것이 아니라 환경, 문화, 정치, 교육 등이 다면적으로

작용하면서 이루어진다는 것이다. 이렇게 건강에 대한 정의와 개념이 바뀌면서 장애에 대한 생각도 바뀌고 있다. 그러므로 1980년 제정된 세계보건기구의 국제장애분류는 여러 건강상의 조건을 가지고 있는 사람들의 다양한 경험을 포괄하지 못하고 있으므로 여러 단계의 논의를 거치면서 2001년에 ICF를 발표하였다(5). ICF에서는 신체기능과 구조의 결함을 손상(impairment)이라고 하였고, 기존의 장애(disability)는 활동 제한(activity limitation)으로, 핸디캡은 참여 제약(participation restriction)으로 바꾸었다(5, 6).

이와 같이 ICF에서는 장애란 용어를 위의 장해(손상), 활동 제한, 참여 제약 모두를 총칭하는 의미(umbrella term)로만 사용하고자 하고 있으며 과거 ICIDH 분류에서의 장애와는 전혀 다른 의미로 사용하고자 하는 것을 알 수 있다.

ICF는 경쟁적인 큰 두 모델의 결합이다. 하나는 의학적 모델(medical model)로 장애를 주로 개인의 관점으로 바라보는 것으로 장애는 질병, 외상, 혹은 다른 건강상의 문제점의 결과이므로 장애를 극복하기 위해서는 문제가 있는 각 개인을 전문가가 치료를 해야 해결된다는 개념이다. 기존의 ICIDH는 대표적인 의학적 모델로 알려져 있다. 반면에 사회적 모델(social model)에서는 장애는 불편한 사회적 환경에 의한 것이기 때문에 사회적 접근이 우선이라는 개념이다(7).

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10)이 사망률과 유병률을 위한 진단분류체계라면 ICF는 전체적인 건강상태와 건강에 대한 경험을 기술하기 위한 인간적인 삶에 대한 기능분류체계이며 세계보건기구에서는 ICD-10과 ICF를 질병과 건강 상태를 평가하는 두 개의 축으로 생각하고 있다. 이 두 가지는 서로 보완적 분류체계로서 함께 사용할 것을 권장하고 있으며, 개인이나 집단의 건강상태를 표현하게

Table 1. Changes of terms for each level in different organizations

Terms used by	Levels of reference for impact of disability				
	Cells/tissue	Organ	Person	Social	External barriers
WHO (1980)	Disease	Impairment	Disability	Handicap	
IOM* (1991)	Pathology	Impairment	Functional limitation	Disability	
NCMRR* (1993)	Patho-physiology	Impairment	Functional limitation	Disability	Social limitation
WHO (2001)	ICD-10	Impairment	Activity limitation	Participation restriction	Barriers (Environmental factors)
Disability					

*IOM: U.S. Institute of Medicine; + NCMRR: U.S. National Center for Medical Rehabilitation Research; Adapted from Jung (6) with permission from the Korean Academy of Rehabilitation Medicine.

나 평가하기 위해서는 사망률이나 유병률을 이용하여 그들이 얼마나 오래 사느냐 하는 것뿐 아니라 얼마나 건강하고 안락하게 살고 있는가(기능: functioning)하는 것이 중요하기 때문이다. 예를 들면 당뇨병, 우울증과 정신분열증 같은 정신 질환, 뇌졸중이나 척수손상 등과 같은 신경 질환 등은 사망하지는 않지만 매일매일의 삶에 제약이나 부담을 주는 병증들이다. 이러한 병증들은 일상생활에 제한을 주며, 이는 재활분야-재활의학뿐 아니라 건강에 관한 연구, 정책, 평가 등-에서 특히 관심을 갖는 영역이고 현재 남아있는 신체의 기능에 대한 자료는 건강프로그램의 효율성, 효과성, 그리고 경제성을 결정하는데 중요한 정보를 제공할 수 있다(8).

ICF의 등장은 의학계에서 질병 치료의학에서 예방의학이나 재활의학이 새로이 더해지는, 단순히 의학의 한 분야가 생긴 것이 아니라 보다 근본적인 큰 틀의 변화이다. 새로운 변화란 건강의 중심에 치료의학이 있다는 기존의 개념에서 이제는 건강과 관련된 모든 분야가 서로 대등한 위치에 있다고 생각하는 것이며, 또한 건강은 기능(functioning)과 장애(disability), 개인과 집단, 그리고 환경을 함께 고려하여야 한다는 것을 강조하고 있다는 점이다. 그래서 ICF를 의학적 관점, 사회적인 관점을 모두 포함하는 의학, 심리학, 사회학 관점(bio-psycho-social view)의 평가 체계라고 말하고 있다(9). 이제 건강이란 질병이 없는 상태만을 이야기 하는 것이 아니라 선천적 장애, 노화, 외상을 포함하는 넓은 의미의 삶을 말하며 의학적 개념과 더불어 교육, 고용, 사회 생활 등과 함께 어우러지면서 개념적인 융합을 통해 중도적이고 포괄적 의미로 정의하고자 하는 것이다.

이러한 ICF가 세계보건기구에 의해 승인되면서 의학계에도 ICF에 의한 큰 영향이 나타나고 있다. 그들은 건강상태(health conditions)란 급성 혹은 만성 질환, 이상, 외상과 더불어 임신, 노화, 스트레스, 선천성 기형, 혹은 유전적 성향을 포함하는 매우 넓은 의미로 정의하고 있다. 또한 건강상태를 분석하기 위해 기능(functioning)과 장애(disability)라는 개념을 도입하였으며(3), 그 중에서 ICF가 가장 큰 관심을 갖는 영역이 부정적 의미의 장애에서 긍정적 의미의 기능으로의 변화이다. 이 때 사용되는 기능-현재 한국어로 '기능'이라고 번역되어 있으나, 그 원어의 개념은 상당히 포괄적인 개념의 용어이며 장애(disability)란 표현의 상대적인 용어로 이해하면 좋을 듯하다. -에는 신체기능(body function), 신체구조(body structure), 그리고 활동(activity), 참여(participation)가 포함되어 있다. 이들 중 신체기능, 신체구조는 모든 임상의학 및 재활의학의 핵심적인 요소이며, 이제는 활동과 참여도 의료분야에서 관심을 가져야 하다는 점이 중요하다(Figure 2)(10). 왜냐하면 국민들이 건강과 장애를 극복하기 위해서는 의학적인 처치가 최선의 방법, 유일한 방법이라고 생각하지 않고, 이제는 의학적 수단은 물론 가능한 모든 방법(사회적, 환경적, 정치적 방법 모두 포함)을 통해서 장애(disability)로부터 기능(functioning)을 얻고자 하기 때문이다.

ICF의 구성과 내용

ICF의 구성은 제1부는 신체의 기능과 구조, 활동과 참여,

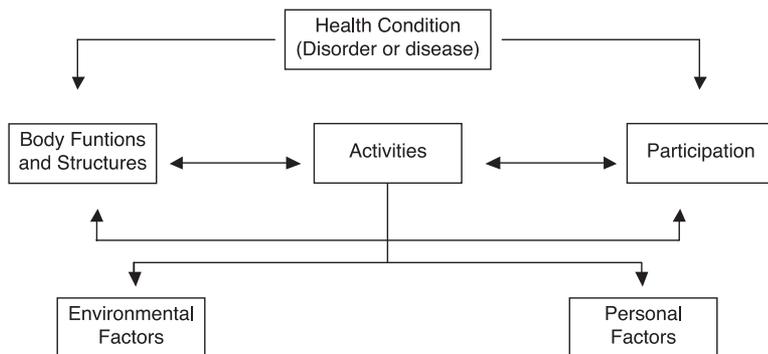


Figure 2. Interactions between the components of ICF (From ICF, 2001).

그리고 제2부는 환경요인과 개인요인으로 구성되어 있다.

① 신체 기능이란 신체의 생리적, 심리적 기능을 말하며, ② 신체구조란 장기, 사지 및 구성요소와 신체의 해부학적인 측면을 말한다. 이런 신체기능과 구조에 이상이 생기면 이를 손상(장해)이라고 하였다. ③ 활동이란 개인에 의한 임무 혹은 행동을 의미하며, ④ 참여란 실질적인 생활 상황에 연루되는 것을 말한다. 이런 활동과 참여에 이상이 생기면 활동제한, 참여 제약이라 하였다. ⑤ 배경요인에는 환경요인과 개인요인이 있다. 환경요인은 사람이 삶을 영위하고 있는 물리적, 사회적, 심리적 환경을 말하며 개인요인은 성별, 인종, 연령 등 개인의 특성을 말한다. 환경요인의 방해요인은 평가 항목에 들어 있으나, 개인요인의 평가에는 적용하지 않았다(11). 능력(capacity)이란, 표준화된 환경에서 어떤 일이나 행동을 수행할 수 있는 개인적인 능력을 말하므로 능력은 표준화된 환경(문화, 나라, 장소)이 무엇이나에 따라 달리 평가될 수 있다. 수행(performance)은 현재 놓여있는 환경에서 개인이 수행할 수 있는 능력을 말하며 여기서 개인의 환경이란 사회적인 요소가 포함되기 때문에 그 개인의 삶의 상황 혹은 삶의 경험에 대한 이해가 필요하다. 능력과 수행에서 서로 차이를 보인다면 이는 환경의 차이에서 비롯된 것이며, ICF 평가 내용 중 개인의 삶의 상황이나 환경적인 요소를 변화시킴으로써 개인의 수행능력을 향상시킬 수 있을 것이다(3).

이들 구성요소들은 각 코드마다 짧게 접두사로 표시하는데 신체기능(b), 신체구조(s), 활동과 참여(d), 환경요인(e)

을 사용하며, 그 뒤에는 제1단계, 제2단계, 그리고 제3, 4단계로 점점 구체적인 설명을 붙일 수 있으며 개략적인 기술은 3단계까지, 구체적인 기술은 4단계 이상이 요구된다. ICF의 구체적인 각 단계로, 제1단계에는 신체기능(8b), 신체구조(8s), 활동과 참여(9d), 그리고 환경요인(5e)로 총 34개의 카테고리 구성되어 있으며, 제2단계는 각각의 코드에 대한 세부 내용이 기술되어 있으며 총 362개의 코드로 이루어져 있고,

보다 세부적으로 제3, 4단계까지 나누면 총 1,424개의 코드까지 나눌 수 있다. 그 다음에는 모든 코드에 하나 이상의 평가치(qualifiers)를 요구한다. 평가치란 손상의 범위나 정도를 가리키는 부정적인 척도를 말한다. 여기에는 손상 없음(xxx,0)(0%)에서 완전손상(xxx,4)(96~100%), 그리고 분류되지 않음(xxx,8), 적용불가(xxx,9) 등 7개로 분류되어 있다. 예를 들어 ICF의 신체기능과 구조, 그리고 활동과 환경적인 면을 개략적으로 기술하기 위해서는 제3단계까지의 표현이 권장되고 있으며 이는 주로 교육, 정책, 통계 등 주로 비의학적인 경우에 사용된다. 그 중에서 시력기능(신체적 기능)을 더 자세히 보려면 b 항목을 세분하는데, 이는 주로 의학적인 경우에 사용된다(5, 6).

그러나 이런 포괄적 의미의 ICF는 그 평가범위가 너무나 방대하여, 요즘에는 간략형(short version), 표시형(checklist) 혹은 핵심형(core set)을 만들어 비교적 혼란 신경계, 근골격계, 심폐계 등의 만성병 평가에 사용하고자 하는 노력이 진행되고 있다. 세계보건기구 ICF 연구팀은 임상적으로 사용 가능한 보다 간략한 모델을 개발하고 있는데, 그것은 ICF와 ICD-10을 연결시켜 비교적 흔한 질병을 평가하는데 꼭 필요한 항목(short list or core sets)을 미리 만들어 두기 위한 것이다. 또한 총 1,424개의 ICF 항목 중 169개 항목을 뽑아 checklist를 만들었으며, 이는 실제 임상에서보다는 건강과 관련 있는 기타분야에서 간단하게 사용할 수 있도록 하였다. 또한 세계보건기구 ICF 연구분과, 독일의 Ludwig-Maximilians 대학교 재활의학과, 그리고 세

Table 2. International classification of functioning, disability and health (ICF)-categories included in the brief ICF core set for stroke (percentage of experts willing to include the named category in the brief ICF core set. 50% represent a preliminary cut-off).

ICF component	%	ICF code	ICF category title
Body functions	100	b110	Consciousness functions
	86	b114	Orientation functions
	82	b730	Mucle power functions
	75	b167	Mental functions of language
	50	b140	Attention functions
Body structures	100	s110	Structure of brain
Activities and participation	100	d450	Walking
	100	d330	Speaking
	93	d530	Toileting
	68	d550	Eating
	50	d510	Washing oneself
Environmental factors	93	e310	Immediate family

Modified with permission from (13).

계보건기구에 의해 ICF 연구를 위임받은 각국의 연구기관들이 합동으로 12개 만성 질병군에 대해 간단형과 포괄형의 두 가지 평가 모델을 제시하였다. 12개의 만성 질병에는 만성 통증, 요통, 퇴행성 관절염, 골다공증, 류마치스 관절염, 만성 허혈성 심장질환, 당뇨병, 비만, 폐쇄성 폐질환, 유방암, 우울증, 그리고 뇌졸중이 포함되어 있다(Table 2)(12). 두 가지 평가 모델로는 ① 요약형 ICF 핵심모형(Brief ICF core sets), ② 상세형 ICF 핵심모형(Comprehensive ICF core sets)이 있으며, 그 개발 목적은 요약형 ICF 핵심모형은 임상연구와 임상현장에서 기능과 건강을 평가하고 기술하는 최소한의 기준을 마련하기 위한 것이며, 상세형 ICF 핵심모형은 여러 전문분야의 평가를 위한 기준을 마련하고자 한 것이다. 다른 말로는 상세형 ICF 핵심모형은 어떤 건강상태 혹은 어떤 환경에 처해 있는 환자의 기능을 기술하기 위한 전형적인 형태를 말하며, 요약형 ICF 핵심모형은 다른 문화들 혹은 다른 국가사이에서 서로 가장 중요한 부분들을 공통으로 반드시 포함시키고자 하는 것이 목적이다(12). 핵심모형에 포함된 평가항목들은 의학관련 전문가들이 위 질병들에 대해 그 동안 발표된 우수한 논문들을 종합 분석하고, 또한 ICF checklist를 이용한 경험적 분석을 가감하여 모든 전문가들이 80% 이상 동의하는 항목을 선택하여 결정하였다(11). 이런 핵심형 ICF에도 신체구조와 신체기능, 활동과 참여, 그리고 환경적인 요소를 모두 포함하고 있

어 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등의 의료전문가들만이 아니라 사회복지사, 교육자, 보험관계자, 정책당국자들에게도 포괄적인 정보를 제공하는 장점을 가지고 있다.

국내에서는 2002년 보건복지부의 지원으로 의료계를 중심으로 사회복지학, 특수교육학자 등이 참여하여 세계보건기구의 ICF가 한국어로 번역되어 있으나 그 활용이 미미한 실정이다.

이는 이미 앞에서 지적된 대로 그 내용이 너무 방대하여 임상에서 사용하기 어려운 점이 가장 큰 이유일 것이다. 이에 따라 한국형 핵심 ICF의 개발 혹은 외국에서 개발된 핵심 ICF의 한국형 표준화 작업이 매우 시급한 실정이며 외국(독일, 스위스, 호주 등)과 같이 의료계가 앞장서서 보다 적극적으로 개발에 나서야 할 것이다. ICF를 누가 주도적으로 사용하느냐 하는 것은 향후 국민의 건강권에 대한 책임과 권한을 누가 갖게 되느냐 하는데 중요한 지표가 될 수도 있기 때문이다. 요즘 통계청에서 ICF의 표준화 사업에 관심을 가지고 있으므로 의료계의 참여와 관심이 필요하다고 생각한다.

결론

건강이나 장애는 단순히 질병때문 만이 아니라 질병이나 개인의 체질적인 요소 그리고 사회, 환경적인 요인이 서로 영향을 주고 받으며 형성된다. 그러나 일부 의료인들은 아

직도 건강을 지키기 위해서는 병인론만을 강조하는 경향이 있고, 또 일부 사회학자나 환경론자들은 아직도 개인적인 요소보다는 사회적인 제도나 환경의 영향이 더 크다고 강조하기도 한다. 다시 말하면 의료계도 건강은 질병만을 예방하고 치료하는 것으로 해결할 수 있다는 단순한 의학적 관점에서 벗어나 환경이나 사회적인 정치체제, 제도적 규제(의료보험제도 등)에 의해서도 영향을 받는다는 것을 알아야 한다. 의료인들도 의학적인 개념이 강한 장애(손상)에 대한 이해와 더불어 한 인격체의 삶의 질을 향상시킨다는 차원인 공적 개념이 강한 장애에 대한 관심도 필요하다고 생각한다.

세계보건기구가 생각하는 ICF는 의학적 모델과 사회적 모델이 서로 융합한 통합 모델이다. ICF가 정의하는 건강의 제 요소들, 즉 기능과 장애, 개인과 환경은 서로 쌍방향으로 영향을 미치며, 서로 상호 보완적이다. 그러나 현실 여건 속에서는 각 나라의 경제적 형편, 의료(과학) 수준, 그리고 사회정치적 여건에 따라서 각각의 영향력이 다르며 때로는 어떤 요소가 비정상적으로 왜곡되어 강조될 수도 있다. 우리 의료계는 모든 국민의 건강권(기능유지 및 장애극복)을 지키기 위해서 무엇을 해야하고 어떻게 대처하는 것이 올바른가 하는 것을 현명하게 판단하여야 한다. 이것을 이루기 위해서 건강과 장애에 대한 통합적이고 보다 유연한 이론에 바탕을 둔 ICF에 대해 보다 깊은 이해와 관심, 그리고 연구가 필요한 듯하다.

참고문헌

1. Lee KS, ed. Disability evaluation and independent medical examination. Seoul: Jungang Moonwha Co, 2002: 15- 21.
2. Suh TW. Current status and direction of the expansion of statutory disabilities in the disability act. Independent Med Exam 2005; 2: 12-16.
3. Masala C, Petretto DR. From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. Disabil Rehabil 2008; 30: 1233-1244.
4. World Health Organization: International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease, Geneva: WHO, 1980.
5. World Health Organization: International classification of functioning, disabilities and health. Geneva: WHO, 2001.
6. Jung HY. Impact and application of the international classification of functioning, disability and health in the medical rehabilitation. J Korean Acad Rehab Med 2004; 28: 401- 411.
7. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability and health (ICF). J Interprof Care 2006; 20: 235- 245.
8. Ustün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The international classification of functioning, disability and health: a new tool for understanding disability and health. Disabil Rehabil 2003; 25: 565- 571.
9. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. J Rehabil Med 2004; 44: 5-6.
10. de Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) to the international classification of functioning, disability and health (ICF). Disabil Rehabil 2003; 25: 561-564.
11. Walsh NE: Global initiatives in Rehabilitation Medicine. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 1395-1402.
12. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G: ICF core sets for stroke. J Rehabil Med 2004; 44: 135-141.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 국내에서 용어 및 개념 정립이 잘 되어 있지 않아 흔히 혼동되어 오용되고 있는 “장애(disability)와 장애(손상: impairment)”와 같은 용어의 올바른 정의와 이해, 나아가 의학적, 사회적, 법률적 측면으로 확대되어 가는 장애의 개념에 대한 올바른 이해를 위해 쓰여진 글이다. 이 논문에서는 사회 발전에 따라 인권과 복지에 대한 욕구가 커짐에 따라 장애에 대한 국제적 분류방법이 장애와 손상에 초점을 두었던 1980년 WHO의 ICIDH에서 건강과 장애에 대한 개념을 전향적으로 확대 발달시킨 2001년 WHO의 ICF로 변화된 과정에 대해서 자세하게 기술하고 있으며, 또한 경제·사회의 다양한 상황에 따라 다르게 적용할 수 밖에 없는 건강에 대한 정의를 논함에 있어 장애의 개념과 차별하여 분리하는 대신 한 울타리에 놓고 설명을 하고 있는 ICF의 특징과 구성요소들에 대해서도 잘 설명하고 있다. 다만 아쉬운 점은 한글판 ICF에서와 같이 영어 ‘function’과 ‘functioning’을 기능이란 동일한 용어로 표현하지 말고 명확한 의미 전달을 위하여 다른 한글 용어의 발굴이 필요하다고 생각한다.

[정리: 편집위원회]