



장애평가의 방법

The Method of Impairment Evaluation

박 일 중 · 정 양 국 | 가톨릭의대 정형외과 | Il-Jung Park, MD · Yang-Guk Chung, MD

Department of Orthopedic Surgery, The Catholic University of Korea College of Medicine

E-mail : ygchung@catholic.ac.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(6): 552 - 557

Abstract

An impairment is defined as "a loss, loss of use, or derangement of any body part, organ system or organ function". The impairment evaluation should be performed by physicians. To determine permanent impairment associated with medical condition a standard method should be used. It is a general principle that an evaluation of permanent impairment only be performed when the physician considers the person to have reached a state of maximum medical improvement. Maximum medical improvement is considered when the person's condition has been medically stable and is unlikely to change by more than 3% of whole body impairment within the next 12 months. The physician must use the entire clinical skill and judgment to perform the proper impairment evaluation. A report of the evaluation of permanent impairment should be accurate, comprehensive and fair. The physicians are reminded that they have a duty to act in an ethical, professional and considerate manner when examining the person for the purpose of assessing the permanent impairment.

Keywords: Permanent impairment; Impairment evaluation; Physician; General principle; Maximum medical improvement

핵심용어: 영구 장애; 장애평가; 의사; 일반 원칙; 의학적 최대 호전

서론

장애평가란 장애의 유무, 종류 및 그 정도를 의학적인 방법으로 평가하는 것을 말한다. 이러한 장애평가(장애진단) 및 그에 따른 복지나 보상은 현대국가의 당연한 의무로 여기는 장애인 복지를 위한 장애평가는 물론, 산업재해 보상이나 교통사고 손해배상, 민사 또는 형사소송의 해결, 그리고 각종 보험과 관련된 부분에 이르기까지 이미 우리사회에서 광범위하게 시행되고 있으며 우리 삶의 중요한 한 부분으로 받아들여지고 있다(1). 장애를 평가하기 위해서는 장애가 무엇인지가 명확해야 하고, 장애의 종류 및 그

정도에 관한 확립된 기준이 있어야 하며 장애의 유무와 정도를 객관적으로 입증할 수 있는 평가방법이 함께 제시되어야 한다.

장애의 정의와 관련하여 신체장애(impairment)와 능력의 상실(disability), 사회적 불리(handicap)는 서로 다른 의미를 가지며 구분이 필요하다. 일차적인 장애평가는 일차적으로 심리적 또는 해부학적 구조나 기능의 소실을 뜻하는 신체장애에 대한 평가를 시행하고 능력의 상실이나 사회적 불리에 대하여는 신체장애의 평가 결과를 바탕으로 환경적, 사회적 요인 등 반영하여 재평가, 조정되어야 할 것이다 (Figure 1). 그러나 신체장애에 대한 어떠한 평가기준도 피

장애평가의 기준

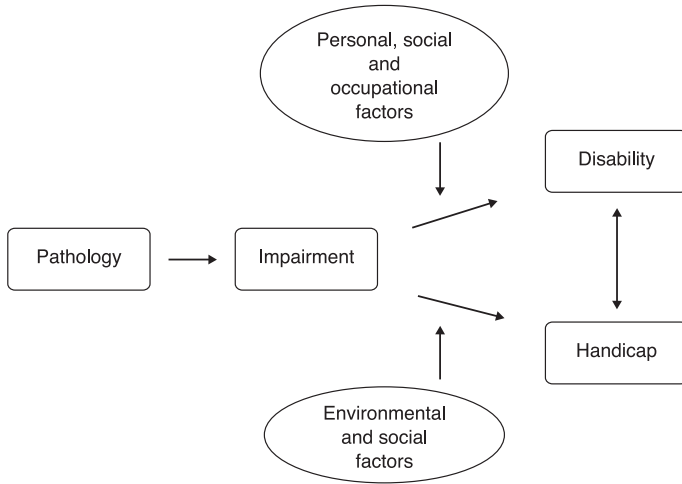


Figure 1. The relationship between impairment, disability, and handicap.

감정인이 가지고 있는 장애를 있는 그대로 평가해 내기에는 불충분하고, 노동능력의 상실이나 사회적 불리에 관여하는 많은 요소를 일일이 반영하는 것도 현실적으로 불가능하다. 또한 아무리 과학적이고 객관적인 평가기준이 제시되고 많은 환경적, 사회적 요인을 반영하더라도 개개인의 장애 상태에 대한 정확한 평가는 쉽지 않으며 모든 장애평가의 결과는 실제 장애와 일정 정도의 차이가 있을 수 있음을 알아야 한다. 즉 실제의 장애평가는 피감정인이 일반적이고 평균적인 범주에 속한다는 전제하에 시행되며, 신체구조나 기능의 개인차나 일상 생활, 수행 업무, 사회적, 문화적 환경과 관련된 피감정인의 특성을 최대한 반영하도록 노력하되 일정 정도의 차이는 감수하겠다는 사회적 합의하에 이루어진다고 보아야 한다. 이는 “장애평가의 기준이 겉으로 보기에 자연과학(science)인 것처럼 보이지만 국민들의 정서나 인식과 같은 공감(consensus)이 합해진 사회적 약속”(2)이라는 말속에도 나타나 있다.

장애를 평가한다는 것은 의학적 방법으로 신체의 장애, 즉 임상적 진찰이나 검사를 통해 진단할 수 있는 의학적으로 납득할만한 해부학적 형태나 생리기능, 또는 심리적 이상에 의한 장애를 평가하는 것(3)으로 주관적인 증상이나 진술만으로는 안되며 의학적으로 납득할 수 있는 객관적인 근거를 바탕으로 해야 한다.

장애의 종류와 정도를 평가할 수 있는 우리나라 현행법에 있는 기준은 크게 손해배상 또는 보상을 위한 기준과 장애복지를 위한 기준이 있다. 배상이나 보상을 위한 기준으로는 ① 근로기준법, ② 산업재해보상보험법, ③ 자동차 손해배상 보장법, ④ 국가배상법, 그리고 특별법인 ⑤ 광주민주화운동 관련자 보상에 관한 법률 등이 이에 속한다. 그런데 이들 기준은 1927년 일본에서 만들어진 공장법 시행령의 신체장애 등급표가 근간을 이룬 기준들로 인정 등급의 수나 문항이 조금 다르지만 그 내용이나 기본 골격은 서로 비슷하다. 이들 기준은 실정법령에 근거한 기

준이라는 점과 비교적 간단하다는 장점을 빼고 나면 비과학적이고 조잡하며 비합리적이라는 지적을 받고 있다(4). 그래서 자동차 사고의 배상에는 맥브라이드(McBride) 기준(5)이나 미국의학협회 기준(6)을 이용하기도 한다. 이렇게 서로 다른 평가기준으로 서로 다른 평가를 하기 때문에 한쪽에서는 장애평가 기준이 지나치게 까다롭다는 불평이 있는가 하면 산업재해나 국가배상제도의 허술한 평가기준이나 관리체제를 악용하는 사례도 적지 않아 가짜 장애인을 가려낼 기준이 필요하다는 지적도 있다(7).

한편, 장애복지를 위한 기준으로는 ① 장애인 복지법, ② 국민연금법, ③ 군인연금법, 그리고 ④ 보험회사의 약관 등이 있다. 장애복지는 비단 장애인만을 위한 것이 아니며 장애인의 가족과 이웃, 그리고 언제든지 장애인이 될 수 있는 일시적 정상인 또는 예비 장애인들에게도 중요하다(7). 또한 장애인 복지는 지나친 복지가 근로 의욕을 떨어뜨릴 뿐만 아니라, 삶의 의욕까지 잃게 할 수도 있기 때문에 단순히 장애인의 삶의 질 개선이나 국가가 사회적 약자에게 혜택을 주는 식의 간단한 문제만은 아니다(7).

장애평가의 대상

장애평가의 대상은 평가의 목적에 따라 달라진다. 현재의

신체기능 소실 전체가 평가의 대상이 될 수도 있으며 특정 상해나 질환으로 초래된 장애만을 대상으로 평가할 수도 있다. 이 경우 현재의 장애 상태와 해당 상해나 질환과의 인과관계 및 관여도를 평가해야 하며 관여도 배분을 위해서는 현재와 과거의 두 가지 장애율을 결정하기 위한 정확한 정보와 자료가 필요하다. 인과관계란 의학적으로 규명 가능한 질환이나 상태를 야기한 규명 가능한 요인, 즉 사고 또는 질병 위험에의 노출을 의미한다. 인과관계를 추론하기 위해서는 과학적 근거를 바탕으로 어떤 요인이 특정 질환이나 상태를 초래할 수 있는지에 대한 세밀한 분석과 해당요인이 현재의 장애를 초래하였는가에 대한 의학적 판단이 필요하다. 경우에 따라서는 어떤 두 가지 이상의 원인이 함께 작용하여 어떤 결과를 일으키는 경우가 있는데, 이러한 경우 각 원인 행위별로 그 결과에 미친 영향의 정도를 비율적으로 산출하는 것을 '관여도 산출'이라고 한다. 즉 관여도란 결과에 대한 원인별 인과관계의 비율이라고 할 수 있다(8). 예를 들면 당뇨병 환자가 교통사고로 좌골창을 받고 치료 중 폐혈증으로 사망한 경우, 기존 질환인 당뇨병이 교통사고의 상처치유에 어느 정도 지장을 초래했을 것으로 보고, 당뇨병이 그 환자의 사망에 미친 역할의 정도를 수치로 표시할 때 이 수치가 '환자 사망에 대한 당뇨병의 관여도'가 된다(8). 관여도의 산출은 객관적인 자료에 의해 충분히 설명이 되어야 함에도 불구하고 현실적으로 관여도의 산출을 위한 참고 문헌이나 데이터를 찾기가 쉽지 않고 사실 그러한 관여정도를 정확히 산출한다는 것은 현실적으로 매우 어려운 일이다(8). 감정의는 모든 가능한 방법을 이용하여 기존의 장애나 질환에 대한 충분한 정보나 자료를 얻도록 노력해야 하고, 제한적인 자료를 근거로 판단할 때는 이에 대한 분명한 언급이 있어야 한다.

장애평가의 시기

장애란 질병이나 손상에 대한 적절한 치료를 시행한 후 남은 회복 불가능한 형태나 기능의 손실을 말한다. 따라서 치료기간 중에는 장애를 판정하지 않고 증상고정 시점을 기준으로 판정함이 원칙이다(9). 장애의 평가는 비록 한시적

인 장애에 대한 개념이 없는 것은 아니나 일반적으로 영구적인 장애를 평가하는 것을 말하며, 이는 최대한의 의학적 호전(maximal medical improvement, MMI) 상태에 도달하여 더 이상의 의학적 호전이나 변화를 기대할 수 없는 증상 고정 상태에 도달한 후에 시행해야 한다(6). 이론적으로는 최대한의 의학적 호전 상태에 도달하였다는 것은 시간이 지나도 더 이상의 악화나 회복이 예상되지 않는 상태라는 의미이나 실제로는 시간이 지남에 따라 일정 범위 내에서의 약간의 변화가 있을 수 있다. 허용할 수 있는 변화의 정도에 대한 명확한 규정은 없으나 일반적으로 향후 1년 동안 변화의 폭이 3% 미만일 경우에는 최대한의 의학적 호전에 도달한 것으로 본다. 장애진단의 시기는 장애평가의 목적에 따라 달리 운용할 수 있는데, 6개월 이내에 증상 고정이 예상되는 경우에는 증상이 고정된 때에 판정하며 6개월 내에 증상이 고정되지 않을 경우에는 6개월이 되는 시점에 차후 고정될 것으로 인정되는 장애에 대하여 평가할 수 있다. 국민연금법에서는 가입자의 생활안정을 위하여 증상 고정상태가 아니라도 발병 18개월 때 일차적으로 장애 판정을 시행하고 60세 이전에 악화되면 다시 장애평가를 받을 수 있도록 하였다(8).

장애인 복지법에서는 장애등급 판정지침에 장애유형별 장애 판정시기를 별도로 기술하고 있다(10). 수술적 치료 후 금속 내고정물 등이 잔존하지만 내고정물이 신체기능에 장애를 일으키지 않으면 내고정물에 관계없이 장애평가 할 수 있으나 신체기능에 장애를 주는 경우에는 내고정물을 먼저 제거하고 장애를 평가해야 한다. 절단이나 인공관절 치환 등의 경우에는 수술부위 창상만 치유되면 장애판정을 하더라도 무방하며 정신장애, 심장장애의 경우에는 1년 이상 성실하고 지속적인 치료 후에도 호전의 기미가 없고 증상이 고착되었을 때 장애를 판정할 수 있다(10). 소아에서 성장판 손상이 있는 경우 성장장애와 관련한 신체장애를 예측하거나 평가하는 것은 매우 어려우며 그렇다고 성장 완료시까지 관찰 후에 평가하는 것도 현실적이지 않아 1차 치료가 마무리되는 시점에서 장애평가를 하고, 성장장애가 예측되는 경우 성장장애관련 장애가 진행되면 후에 재평가하도록 하는 것이 현실적이다.

장애평가자의 자격

우리나라에서는 장애를 평가하는 의사의 자격에 대해 별도로 언급하고 있지 않다. 적어도 법적으로 보면 전문성에 관계없이 의사라면 누구나 장애평가를 할 자격이 있다. 장애평가자의 역할은 피감정인 개인의 의학적 증상과 그것이 기능에 미치는 영향에 대하여 전문적이면서도 공정한 평가를 수행하는 것이다. 이를 위하여 신체 또는 기관계통이나 관련계통에 의학적 장애가 있는지를 판단할 수 있는 상당한 정도의 의학적 전문지식이 있어야 하고, 더불어 장애평가 관련 별도의 교육이나 실습을 받은 의사가 장애평가를 하는 것이 바람직하다. 하지만 현실적으로 장애평가와 관련하여 별도의 교육과정이 거의 마련되어 있지 않고, 따라서 장애평가를 실시하는 감정인들의 수준에 적지 않은 차이가 있으며, 이는 곧 장애평가의 수준 차이로 이어진다. 결국 많은 사람들이 장애평가의 신뢰성에 의문을 갖는 경우들이 있을 수 있다(11). 미국의 경우에는 1994년 설립된 미국 의료감정 전문의위원회(The American Board of Independent Medical Examiners, ABIME)에서 1996년부터 전문의를 배출하기 시작하였다. 시험 응시 자격은 의사들에게만 허용되며, 15시간의 연수교육 후 미국의학협회 장애평가 기준(AMA Guides to the evaluation of permanent impairment), 임상진료 능력(clinical competency), 신체장애와 능력상실(impairment and disability), 행동과학(behavioral science), 장애복지 제도(disability systems)에 대해 시험을 보고 이를 통과한 사람이 진료심의와 장애평가를 맡게 된다(12, 13).

장애와 관련된 여러 법규 중 유일하게 장애인 복지법에서는 개정된 장애등급 판정지침에 장애 유형별로 장애진단을 할 수 있는 의사의 자격을 별도로 규정하고 있다. 예를 들면 뇌병변장애는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의가 하며, 척추장애는 엑스선 및 근전도 장비가 있는 의료기관의 재활의학과, 정형외과, 신경외과 또는 신경과 전문의가 할 수 있다고 되어 있고 심장장애의 경우 원칙적으로 장애인등록 직전 1년 이상 진료한 의료기관의 내과(순환기내과) 전문의가 하도록 되어 있다(10). 신체적 장애율이 아닌 노

동능력 상실률을 평가해야 하는 경우에는 피감정인의 직업이나 세부 직무수행에 필요한 필수기능과 신체장애가 업무상 필요한 기능과 어떠한 상호관계를 갖는지를 이해하고 판단할 수 있어야 하며, 이를 위한 별도의 전문지식이 필요할 수 있다. 또한 장애를 평가하는 의사는 산업재해보상이나 상해보험 후유장애 산정기준 및 보상관련 분야에서의 의학적 실무와 관련된 규정들을 이해하고 있어야 한다.

장애평가의 원칙

장애평가에 있어 몇 가지 중요한 원칙들을 살펴보면 첫째로 장애평가는 장애상태에 대한 평가에 목적이 있으며 치료에 있는 것이 아님을 스스로도 분명히 인식하고 이를 피감정인에게 주지시켜야 한다. 따라서 신체장애의 평가에 필요한 진찰이나 검사를 시행하면서 치료적 접근에서만 의미가 있는 검사는 시행하지는 않아야 한다. 다만 신체장애의 평가에 필요한 진찰이나 검사를 통해 인지하게 된 새로운 진단이나 치료를 요하는 병증에 대하여는 평가의외 당사자나 피감정인에게 알리고 필요할 경우 자세한 진찰을 받도록 권유할 의무가 있다(6).

둘째로는 2개 이상의 장애의 증상 일부가 서로 겹쳐있는 중복장애나 독립된 2개 이상의 장애가 존재하는 복합장애의 경우가 있을 수 있는데, 중복장애의 경우에는 가장 주된 장애를 평가하고 그것과 관련된 다른 장애를 평가하며 다른 장애가 주된 장애에 포함되면(파생장애) 주된 장애만 판정하고 주된 장애에 포함되지 않으면 병합한다. 복합장애의 경우에는 각각의 장애를 독립적으로 평가한 다음 병합해야 한다. 즉, 한 번 반영된 장애는 중복하여 반영될 수 없다.

셋째, 장애평가를 위해 시행한 측정이나 검사결과는 일관성(consistency)이 있어야 한다(6). 여기에서 일관성은 재현성(reproducibility)과 평가되고 있는 장애와의 내용상의 일치를 뜻한다. 모든 측정이나 검사는 일정 정도의 오차를 갖기 마련이며 장애를 자체도 시점을 달리하여 측정할 때 일정 정도의 변동 가능성과 정상적인 범위 내에서 기복이 있기 마련이다. 일반적으로 동일한 감정의가 측정한 두 개의 값이 서로 10%의 오차 범위 내에 있다면 일관성이 있는

결과라고 받아들여지며, 서로 다른 감정의가 동일한 장애에 대하여 측정하더라도 그 측정결과는 일관되게 나타나야 한다. 측정을 거듭할수록 오차는 줄어들고 실제값에 근접하게 되므로 측정결과가 일관성이 없을 때는 반복 측정을 해야 한다. 특히 장애평가에서는 피감정인이 이차적인 이득을 얻기 위해 의도적으로 측정을 교란할 여지가 있으므로 평가의 사는 측정이나 검사의 결과가 믿을만한지 그리고 평가되고 있는 장애와 내용상 일치하는지 여부를 구분하여야 한다. 만약 진찰소견이나 검사결과에도 불구하고 일정 정도의 장애가 존재한다는 것을 뒷받침하는 의학적 근거가 불충분하다면 의사는 그에 상응하게 장애비율을 수정하고 그 수정 사유를 문서로 기술, 설명하여야 한다.

넷째, 장애평가와 관련하여 작성되는 모든 진료기록이나 얻게 되는 모든 의학적 정보는 다른 일반 의무기록이나 의학적 정보와 마찬가지로 개인의 프라이버시에 해당한다. 다른 당사자에게 제공하거나 진료기록 중 일부를 다른 의사와 공유할 경우 비밀보장의 원칙이 지켜져야 하며 필요할 때는 피감정인의 동의를 얻어야 한다. 만약 감정의가 동시에 해당 환자를 치료하고 있는 의사라면, 의사는 진료기록 중 어떤 부분이 공유될 것인지를 환자에게 고지할 필요가 있다(6).

장애평가 보고서(장애진단서)의 작성

장애평가가 마무리되면 보고서(장애진단서)를 작성하게 되는데 요구되는 표준서식이 있을 경우에는 해당서식을 사용하며 그러한 서식이 없을 때는 장애평가와 관련된 모든 필수적인 요소들을 포함하여 명확하고, 정확하며 완전하게 작성되어야 한다. 형식상으로는 의사 개인이 발행하지만 국가가 인정한 의사에 의해 발행된 장애평가 보고서는 사회적으로는 공문서와 동등한 효력을 갖는다(12, 14). 즉 장애평가 보고는 공적인 효력을 갖는 문서로 객관적이어야 하고 판정의 내용은 공정성을 가져야 하며, 표준화된 방법과 자료를 근거로 정확하게 작성되어야 한다. 또한 판정의 근거는 명확성을 가져야 하며, 가능하면 쉬운 용어와 평이한 문체로 작성되어야 한다(11).

장애평가 보고서의 필수적인 요소로는 임상적 경과와 현

재의 상태, 진단적 검사와 측정의 결과, 치료 종결 여부(의학적 최대 호전 상태의 도달 여부), 장애 진단의 내용, 인과관계와 관여도, 적용된 장애율 판정기준 및 세부항목, 활동 제한이나 보조기의 필요성, 산출된 장애율 및 산출방법, 최종 장애율 또는 장애등급 등이 포함된다. 장애평가의 제한이나 한계점이 있었다면 이에 대하여도 분명한 언급이 필요하다.

결론

장애평가는 피감정인 개인에 국한된 문제이기 보다는 사회적인 또는 국민생활과 밀접하게 관계된 국가적인 문제일 경우가 많다. 현재 우리나라에는 만족할만한 명확한 장애평가 기준이 존재하지 않으며 미국이나 일본의 기준을 약간 변형하여 사용하고 있어 우리의 현실에 맞지 않은 부분이 적지 않다. 우리의 실정에 맞는 합리적이고 신뢰할 만한 한국형 장애 평가방법과 기준을 마련하는 것이 시급한 일이라 하겠다.

장애평가에 있어 합리적이고 신뢰할 만한 평가기준을 만드는 것 못지않게 중요한 점은 바로 평가자의 평가능력을 높이는 것이다. 현재 우리나라에는 장애평가자의 자격에 대한 별도의 인증제도가 마련되어 있지 않은데 그 중요성은 재차 확인할 필요가 없을 것이다. 장애평가의 사회적 중요성을 인식하고 평가의 질을 담보할 수 있는 장치들을 마련하려는 노력들이 필요하다.

참고문헌

1. Kim CH. A study on the reform of the physical disability evaluation system. *Indep Med Exam* 2007; 4: 35-43.
2. Lee KS. Independent medical examination, concepts and needs. *Indep Med Exam* 2005; 2: 1-4.
3. Mooney V. Impairment, disability, and handicap. *Clin Orthop* 1987; 221: 14-25.
4. Lim KS. The fundamental of compensation medicine. 4th ed. Seoul: Jungangmoonhwa, 2000: 40-119.
5. McBride ED. Disability evaluation and principles of treatment of compensable injuries. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1963: 68-103.

6. American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment. 5th ed. Chicago: AMA press, 2005: 17-24.
7. Lee KS. Impairment evaluation and independent medical examination. 1st Ed. Seoul: Jungangmoonhwa, 2002: 34-67.
8. Korean Orthopaedic Association. Disability evaluation. 1st Ed. Seoul: Seoul Med - Media, 2005: 13-27.
9. Lee KS. Medical considerations in reparation and compensation. 1st Ed. Seoul: Jinsoo Publishing, 1992: 16-23.
10. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. The Disability Act, Enforcement Rule, An annexed list 1, 2003.
11. Lee SD. How to write medical document. Indep Med Exam 2005; 2: 17-21.
12. Ko Y. The role of Korean Academy of Independent Medical Examiners-disability evaluation. Indep Med Exam 2004; 1: 4-7.
13. Lee KS. Impairment evaluation and independent medical examination. 1st Ed. Seoul: Jungangmoonhwa, 2002: 67-86.
14. Lee KS. Medical considerations in reparation and compensation. 1st Ed. Seoul: Jinsoo Publishing, 1992: 122-132.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 장애평가 방법에 대해 전반적인 사항을 비교적 쉽게 조망하고 있어 일반 의사들 혹은 장애평가를 담당하는 의사들이 다시 한 번 읽어볼 만한 그런 내용을 담고 있다. 장애평가의 두 가지 기능의 유형별 분류, 관여도, 장애평가 시기와 관련한 최대한의 의학적 호전(MMI)의 개념, 장애평가자의 지위 및 자격과 관련한 교육의 범위 및 내용, 그 외에 중요한 장애평가의 원칙 등은 비교적 평이하면서도 포괄적이다. 장애평가 보고서를 작성할 때에는 평가한 내용만을 자세히 나열하여 애매한 보고서가 되지 않도록 적극적 자세를 요구하였다. 다만 치료를 중심으로 하는 임상 의사와 평가를 수행하는 감정 의사의 관점 및 역할 차이, 각 평가기준이 장애(impairment)를 위주로 하는지, 능력상실의 기준을 포함하는지 등에 대해서도 제시했으면 하는 아쉬움이 있으며, 비록 장애평가에서 다루는 모든 부문을 포괄할 수는 없었지만 실제 감정에서 중요하게 다루어지고 있는 여명의 문제, 개호의 판정 여부에 대해서도 어느 정도 원칙을 소개했으면 하는 아쉬움이 있다. 이러한 제한에도 불구하고 장애평가와 관련하여 짧지만 잘 요약된 매우 교육적인 좋은 논문이라고 판단한다.

[정리: 편집위원회]