

## 국내 장애정도 판정기준 개선을 위한 고찰: 발달장애(지적장애 및 자폐성장애) 중심으로\*

이 가 영	김 소 현	이 원 혜†
서울대학교병원/고려대학교 소아청소년정신과/심리학부 심리학습평가실 수퍼바이저/박사수료	고려대학교 심리학부 부교수	삼성서울병원 정신건강의학과 부교수

국내에 등록된 발달장애인의 수가 늘면서 복지서비스 또한 확장되고 있으며, 서비스의 첫 단계인 발달장애 진단 및 판정 절차가 전문적이고 엄정하게 이루어져야 할 중요성이 제고된다. 이에 국내 장애정도 판정에서 발달장애 관련 정책과 실재를 고찰하고 보완이 필요한 부분을 논의하였다. 먼저 정책적 패러다임부터 현황과 요구, 현행 판정기준과 이에 포함된 심리검사, 판정의 행정적 절차와 지원 내용을 살펴보았다. 이후 타당하고 신뢰로운 판정을 위해 현행 기준에서 보완이 필요한 부분을 세 가지로 논의하였다. 첫째, 판정기준에 발달장애의 최신 개념과 더불어 핵심 요소를 균형적으로 반영해야 하며, 지능지수 단독이 아닌 적응행동 기능과 핵심증상이 더 종합적으로 고려될 필요가 있다. 둘째, 판정 시 특정 검사의 단일 수치에 따라 분류하기보다는, 다양한 정보원과 출처에 전문가의 임상적 판단이 통합된 종합적 해석과 감별진단이 더 고려될 필요가 있다. 셋째, 근거기반 심리평가를 위해 실시자 자격 요건이 규정될 필요가 있다. 향후 발달장애 판정에서 정확한 평가와 감별진단, 나아가 적극적인 관련 실무 및 연구에 대해 임상심리학자의 활발한 논의가 있기를 기대한다.

주요어 : 장애정도 판정, 발달장애, 지적장애, 자폐, 근거기반 심리평가

\* 이 논문의 일부 내용은 2023년 한국임상심리학회 가을 학술대회 워크숍 및 2024년 한국임상심리학회 봄 학술대회 워크숍에서 발표됨.

† 교신저자(Corresponding Author) : 이원혜 / 삼성서울병원 정신건강의학과 부교수 / (06351) 서울시 강남구 일원로 81 / E-mail: wonhye.lee@samsung.com

Copyright ©2024, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice  
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

발달장애 혹은 신경발달장애는 발달 시기에 시작하는 행동 및 인지의 장애이다(World Health Organization [WHO], 2021). 이는 언어, 인지, 사회성, 대·소근육 운동, 신체 등 광범위한 영역에 걸쳐 생애 전반적으로 만성적인 영향을 미치므로 복합적이고도 지속적인 개입과 지원을 필요로 한다. 우리나라 「장애인복지법」에 근거하는 장애정도 심사제도를 통해 발달장애인으로 등록하게 되면 국가로부터 정책적으로 복지서비스를 제공받을 수 있다. 우리나라 법령에서 발달장애는 지적장애와 자폐성장애를 포함한다. 이에 따라, 우리나라 현행 제도를 고찰하는 본 고에서 ‘발달장애’ 용어는 지적장애와 자폐성장애를 지칭하여 한정적으로 사용되었다. 그리고 WHO가 출판한 국제질병분류(International Classification of Diseases [ICD]) 및 미국정신의학회(American Psychiatric Association [APA])가 출판한 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM])에서 본 고의 ‘지적장애’ 및 ‘자폐성장애’ 용어가 지칭하는 진단명을 표 1에 제시하였다.

국내 장애인 복지 정책은 1981년에 「심신장

애자복지법」이 제정되면서 국가적 차원에서 시행되기 시작하였으며, 이후 40여 년 동안 세 번의 전부개정을 거쳤다. 초기에 장애인 관련 법률은 선언적인 성격이 주되었고, 정책은 공급자적 관점에서 장애인을 시혜와 동정의 대상으로 여겼다. 정책 내용인 보호와 재활, 시설 지원, 전문서비스 확대 등은 장애인의 욕구를 충분히 반영하지 못했고, 이에 지속적인 양적 확대에도 제도의 효율성과 복지 체감도는 이에 미치지 못하였다는 분석이 뒤따랐다(김성희, 2007). 그러나 장애인 복지 패러다임이 장애인 당사자 주의 중심으로 전환되면서 장애인의 자립 생활과 인권, 자기결정권이 점차 강조되었다. 이에 따라 장애의 개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로, 장애인의 위치가 대상에서 주체로, 개입의 목표가 재활에서 자립 생활로, 시설 보호에서 지역사회 통합으로 장애인 복지의 기본 이념과 철학 또한 바뀌었다. 이러한 장애인의 정책적 욕구를 반영하여 2007년에 개정된 「장애인복지법」은 수요자 중심의 장애인 지원 체계를 구축하여 포용적 복지를 실현하고자 하였다.

정책의 수요자인 등록장애인 수는 2023년

표 1. 본 고에서 ‘지적장애’, ‘자폐성장애’ 용어가 포괄하는 진단명

지적장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ICD-11(WHO, 2021)의 지적발달장애(disorders of intellectual development)</li> <li>· DSM-5-TR(APA, 2022)의 지적발달장애(intellectual developmental disorder)</li> <li>· DSM-5(APA, 2013)의 지적장애(intellectual disability)</li> <li>· ICD-10(WHO, 1993), DSM-IV(APA, 1994), DSM-IV-TR(APA, 2000)의 정신지체(mental retardation)</li> </ul>
자폐성장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ICD-11(WHO, 2021), DSM-5(APA, 2013), DSM-5-TR(APA, 2022)의 자폐스펙트럼장애(autism spectrum disorder)</li> <li>· ICD-10(WHO, 1993), DSM-IV(APA, 1994), DSM-IV-TR(APA, 2000)의 광범위성 발달장애(pervasive developmental disorders) 범주 내 자폐성장애(autistic disorder), 아스퍼거 증후군(Asperger's syndrome) 등</li> </ul>

12월 기준으로 전체 인구의 5.1%인 약 264만 명이며, 이 중 발달장애인의 등록 수가 꾸준히 늘고 있다. 지적장애는 약 23만 명, 자폐성장애는 약 4만 3천 명이 등록되어 있고, 이는 10년 전인 2013년과 비교하여 지적장애에서 약 1.3배(약 5만 명), 자폐성장애에서 약 2.4배(약 2만 5천 명) 증가한 수이다. 또한 발달장애인이 전체 장애인에서 차지하는 비중이 커지고 있다. 2023년 12월을 기준으로 등록된 발달장애인은 전체 등록장애인의 10.3%에 해당했는데, 이는 2013년의 7.9%보다 높아진 수치이다. 2021년의 발달장애인 실태조사 결과에 따르면, 전체 장애인 수 증가율은 연평균 약 0.8%인데 비해, 발달장애인은 연평균 약 3.3%씩 늘어나 15개 장애 유형 중 증가율도 가장 높았다(보건복지부, 2022b, 2024; e-나라지표, 2024).

발달장애인 수의 증가 추세에는 여러 원인을 고려할 수 있다. 한국보건사회연구원에서 출판한 보건복지포럼(황주희, 2022)에서는 결혼과 출산 연령의 증가에 따라 고령 산모가 증가하면서 발달지연 등의 문제가 발생할 확률이 높은 저체중아나 조산아의 출산율이 급격히 증가한 점이 관련될 수 있다고 분석하였다. 또한 2007년부터 시행된 영유아 건강검진 제도의 발달 선별검사를 통해 발달지연을 조기에 확인하는 비율이 이전보다 높아진 점도 장애아동·영유아가 증가한 주요한 이유 중 하나로 꼽힌다. 이전보다 장애에 대한 사회적 수준의 인식이 개선되고 보호자의 인식이 확대된 영향도 있다. 「장애인복지법」 제25조 및 동법 시행령에 따라 국가 및 지방자치단체, 각급 교육기관, 공공기관 등은 연 1회 이상, 1시간 이상 장애인식 개선 교육을 시행해야 하는데, 교육이 의무화됐던 2016년에는 이행율이 19.3%에 불과했으나 이후 2018년도에 52%,

2020년도에 78.2%로 점진적으로 조금씩 높아지고 있다(한국장애인개발원, 2021).

무엇보다도, 등록된 발달장애인과 가족을 대상으로 하는 복지서비스의 수와 양, 투입 예산이 높게 증가하는 추세는 발달장애인 지원에 대한 국가적인 관심을 시사한다. 2014년에 「발달장애인권리보장 및 지원에 관한 법률」의 제정은 발달장애인의 권리를 보호하고 보호자 등의 삶의 질을 향상하기 위하여 발달장애인의 구체적인 장애 범위, 그 가족이나 보호자 등의 특수한 요구에 부합할 수 있는 지원, 발달장애인지원센터 설립에 있어 법적 근거를 마련했다는 의의를 가진다. 나아가 발달장애인 가족 및 당사자를 중심으로 ‘발달장애 국가책임제’의 목소리가 높아지고 있으며, 전국장애인부모연대에서는 ‘발달장애인 생애주기별 종합대책’ 수립을 요구하였다. 이에 정부는 2018년에 ‘발달장애인 평생케어 종합대책’, 2022년에는 ‘발달장애인 평생돌봄 강화대책’을 발표하기도 하였다. 우리나라의 2024년 발달장애인 지원 예산은 전년 대비 약 40%의 999억이 증액된 약 3,567억 원에 달한다(국회예산정책처, 2023).

발달장애 판정은 사회적 차원에서 막대한 국가 재정이 투입되는 복지서비스의 첫 단추이다. 사회적, 학업적 적응기능뿐 아니라 신체 및 정신건강 전반에 평생의 영향을 미치는 신경발달장애의 속성상, 개인적 차원에서는 필요한 지원과 개입 방향을 안내하는 나침반이 되기도 한다. 따라서 발달장애 진단 및 판정 절차는 엄정하고도 전문적으로 이루어져야 한다. 신뢰롭지 못한 평가에 따른 부정확한 진단과 판정은 효율적인 공공서비스의 제공을 저해하며 사회적 비용 부담을 높일 수 있기 때문이다.

이러한 맥락에서 발달장애의 조기 진단이 강조되고 있다. 발달 문제의 이른 탐지는 신경 가소성(neural plasticity)이 높은 초기 발달 시기에 적절히 개입함으로써 문제의 악화를 예방하고 능력 발달을 촉진하고 보호적인 환경을 조성하여 발달 경로를 유의하게 변화시키며, 이를 통해 임상적인 결과뿐만 아니라 아동의 발달과 적응 기술, 가족의 삶의 질 등을 포함한 광범위한 영역에서 긍정적인 결과로 이끌 수 있다(Majnemer, 1998; WHO, 2012; Webb et al., 2014; Landa, 2018; Sapiets et al., 2021). 3세 이전에 자폐증을 확인하여 치료를 받았을 때 19세 시기에는 진단기준을 충족하지 않을 가능성이 높았다는 전향적인 연구 결과도 있다(Anderson et al., 2014). 더욱이, 조기 탐지를 통한 조기 개입은 의료, 교육, 사회적 지원 등 이후의 고비용 서비스에 대한 경제적 부담을 줄여 장기적으로 사회경제적 이득을 가져올 수 있을 것으로 기대된다(Cidav et al., 2017; Jacobson et al., 1998; Nores, 2020). 이를 바탕으로 조기 진단은 여러 나라와 국제기구의 중요한 관심사 중 하나로, 가령 UNICEF는 발달 지연 및 장애를 보이는 36개월 이하 유아를 조기에 탐지하고 개입할 수 있는 체계적인 접근법을 개발 중이다(Damiano & Forsberg, 2019). 우리나라 정부에서도 수요자 맞춤형 통합지원 강화를 통해 장애인 삶의 질 향상과 권익 증진을 목표로 ‘장애 조기 발견과 개입을 위한 서비스 체계 구축’을 보건복지부 국정과제로 채택하였으며, 2021년에 교육부는 제8차 사회관계장관회의에서 ‘장애아동 지원 종합대책’을 발표하고 영유아 장애 조기 발견과 치료 및 재활 서비스에 대한 국가 책임을 강화하였다(교육부, 2021). 그러나 2021년의 우리나라 발달장애인 실태조사 결과에 따르면, 최

초 장애등록 시기의 평균이 자폐성장애에서 7.1세, 지적장애에서 19.3세로 나타났다(보건복지부, 2022a). 이는 발병 시기보다 비교적 장애 등록이 늦게 이루어지는 것으로 볼 수 있으며, 장애등록 절차에 전문적이고 숙련된 발달장애의 평가 시행과 감별 진단이 중요하겠다.

그러나 전세계적인 중요도가 증가하고 우리나라 정부의 관심도 고조되는 분위기에 비해, 정작 임상적인 심리평가에 대한 전문성을 지닌 임상심리학자가 발달장애에 대해 가지는 관심은 부족해 보인다. 일례로, 1967~2013년 기간 동안 ‘한국심리학회지: 임상’ 학회지에 게재된 논문을 분석한 결과, 정신병리(진단명) 연구 424편 중 발달장애 관련 논문 수는 고작 3편이었다(이혜림 외, 2014). 한편, 임상심리 분야에서 발달장애 관련 교육을 검색했을 때, 한국임상심리학회 회원시스템 홈페이지(<https://www.kcp.or.kr/member>) 및 국립정신건강센터 정신건강전문요원관리시스템 홈페이지(<https://www.ncmh.go.kr:2450>)에서 확인 가능한 정신건강전문요원 보수교육 중 정신건강임상심리사 개별과정(고유업무능력 강화 교육) 중 2018년부터 2024년 2차까지 발달장애 관련 주제는 총 2세션만 찾을 수 있었고, 이는 전체 교육 시간 200시간 중 4시간에 불과했다. 한국임상심리학회 홈페이지에서 확인 가능한 2016년 봄부터 2024년 봄까지의 한국임상심리학회 학술대회 주제를 검토했을 때 발달장애와 관련한 세션은 10회를 조금 넘었다. 특히 2022년 이후부터 관련 세션이 많아졌는데, 이는 발달장애에 대한 국가적인 관심 증대가 학회원의 수요로 이어진 것으로 생각해 볼 수 있겠다(표 2). 다만 치매관련 전문분야 인력의 역량 및 전문성 강화 교육이 학회 차원에서 정기적으로 실시되는 것과 비교한다면, 발달

표 2. 발달장애 관련 학술대회 및 보수교육 진행 내용: 제목(발표자)

정신건강전문요원 보수교육 (2018년 1차~2024년 2차)	
2022년	· 장애심사 판정과 실무에서의 활용(배금예)
2023년	· BeDevel(Behavior Development Screening for Toddlers)을 활용한 자폐스펙트럼장애의 조기선별(봉귀영)
한국임상심리학회 학술대회 (2016년 봄~2024년 봄)	
2016년 가을	· 바인랜드 적응행동척도와 시각-운동 통합 검사의 임상적 활용(김지혜, 황순택, 조혜선, 홍상황) · 학습부진아의 정신병리적 특성과 맞춤형 환경제공전략(이정화)
2018년 가을	· Evidence-based treatments of autism spectrum disorder(정정미)
2019년 봄	· 웨슬러 지능검사를 통한 아동의 진단과 이해(신민섭)
2021년 봄	· 자폐스펙트럼장애(조선미)
2021년 가을	· 대학병원 소아청소년정신과 현장: 발달장애인지점병원(이가영)
2022년 가을	· 최신 영유아 정신건강과 발달장애 진단과 평가 접근(이경숙, 김소현) · 전생애에 걸친 자폐스펙트럼장애의 임상적 특징과 발달궤도 중단 연구(김소현) · 부모-아동 상호작용치료(PCIT)(이유니)
2023년 가을	· 발달장애 종합적 평가 및 감별진단(김소현, 이경숙, 이원혜, 이가영)
2024년 봄	· 발달장애의 이해, 종합평가, 감별진단(이가영) · 전생애 관점에서 본 자폐 범주성 장애의 특성과 사회적 개입: PEERS® 사회기술훈련 프로그램(김주현)

장애에 대한 학회의 관심은 그 필요성에 비해 아직 미흡한 수준으로 생각된다.

또한 정신건강임상심리사의 개별 업무로 ‘정신질환자 등에 대한 심리평가 및 심리교육’이 명시되어 있지만, 정작 장애등록을 위한 발달장애의 평가나 진단에서 임상심리전문가/정신건강임상심리사의 전문성을 관련 법령이나 정책적으로 고유하게 인정받지는 못하고 있어 보인다. 일례로, 현재 고시에 발달장애 판정 평가에서 실시자 자격 요건이 포함되어 있지 않다. 2023년 초에는 지적장애를 판정받기 위해 “정신건강임상심리사 또는 임상심리전문가가 시행한 지능지수검사(또는 사회성숙도검사)를

제출한다”고 보건복지부 행정예고가 고시되었으나, 공포되지 못하고 폐기된 바 있다.

발달장애인 수가 늘어남에 따라 이들과 그 가족을 지원하고자 하는 국가적 관심이 증가하고 있으며, 정책과 예산에도 반영되고 있다. 따라서 임상적 평가의 전문성을 갖춘 임상심리학자도 이러한 추세에 따라 발달장애에 관한 관심을 제고할 필요성은 분명하다. 본 연구의 목적은 국내 장애정도 판정에서 발달장애의 평가 및 진단과 관련한 정책과 실재를 고찰하고 개선이 필요한 부분을 논의하는 것이다. 이를 위해, 먼저 지적장애 및 자폐성장애를 포함하는 발달장애에 대한 국내 장애정

도 판정기준을 개괄하고, 대상자 입장에서 행정적인 판정 절차와 이를 통해 획득할 수 있는 지원/혜택을 살펴볼 것이다. 그리고 타당한 장애판정을 위해 현행 기준에서 어떠한 보완이 필요한지 제안할 것이며, 이때 해외의 장애판정 제도도 함께 살펴보고 개선 사항을 위한 실마리를 얻고자 한다. 마지막으로 국내 발달장애 판정이 타당하고 신뢰로운 평가에 기반하기 위한 방안을 간략히 제안할 것이다. 본 고를 통해 발달장애의 판정 절차에서 정확한 평가 및 감별진단, 나아가 적극적인 관련 실무 및 연구에 대한 필요성과 관심을 임상심리학회와 임상심리학자에게 촉구할 수 있을 것으로 기대된다.

### 현행 장애정도 판정기준 개괄

#### 발달장애인의 정의

국내 현 장애인 정책에서 등록장애인은 15개의 장애유형을 포괄한다(표 3). 본 고의 초점인 지적장애와 자폐성장장애는 정신적 장애(대분류) 내 발달장애(중분류)에 해당한다. 다른 신경발달장애인 언어장애는 신체적 장애 내 외부 신체기능의 장애에 포함된다.

우리나라 법령에서 발달장애인이란 「장애인복지법」의 장애인으로서 다음 (가)~(다)를 말하며(법제처, 2024), 의학적 기준의 장애 영역을 중심으로 정의되고 있다.

(가) 지적장애인: 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하여 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람.

(나) 자폐성장장애인: 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람.

(다) 그 밖에 통상적인 발달이 나타나지 아니하거나 크게 지연되어 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람.

발달장애를 포함하여 장애정도의 판정은 「장애인복지법」 시행규칙 제2조(장애인의 장애정도 등) 및 [별표 1(장애인의 장애정도)]를 따르며, 이를 통해 장애정도 사정기준을 구체적으로 해석하고 표준 진단 방법을 알 수 있다. 구체적인 판정 기준은 보건복지부 장관이 정하여 고시한다. 본 고는 보건복지부 고시 제2023-42호를 기준으로 한다(보건복지부, 2023b).

표 3. 장애인의 분류(보건복지부, 2023b)

대분류	중분류	소분류
신체적 장애	외부 신체기능의 장애	지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애
	내부기관의 장애	신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애, 뇌전증장애
정신적 장애	발달장애	지적장애, 자폐성장장애
	정신장애	정신장애

## 장애정도 제도

장애등급제는 1989년에 장애인복지법이 전면 개정되면서 제도화되었다. 장애등급제는 신체적·정신적 손상 정도에 따라 장애인을 중증의 1급부터 경증의 6급으로 분류하여 서비스의 우선순위와 대상자를 선정하고 지원 수준을 결정하는 실질적인 기준으로 역할했고, 제도의 외연을 확대하는 데 기여하였다. 이후 2010년에 장애인연금 제도가, 2011년에 장애인 활동지원 제도가 도입되면서 장애등급을 보다 엄격하게 관리하게 되었고, 서비스를 받기 위한 재심사에서 탈락하는 사례가 발생하자 장애인운동단체를 중심으로 장애등록제 개편에 대한 요구가 제기되었다. 또한 정작 장애인의 욕구 및 환경적 요인을 고려하지 않은 채 의학적 기준에 의존하는 획일화로 서비스 사각지대와 낙인이 발생한다는 비판도 있었다. 이에 2013년경 정부는 장애판정체계기획단을 구성하여 장애인의 다양한 특성에 따라 맞춤형 복지서비스를 제공하고 사회통합을 실현할 수 있는 방향으로 개선을 꾀하고자 하였다. 그리고 2017년에 「장애인복지법」이 일부 개정되면서 장애등급제 폐지의 법적 근거가 마련되어 2022년에 완전히 시행되었다(김성희 외, 2014; 이승기, 2015; 전영환 외, 2018). 그리고 장애등급제 대신에 장애정도 제도가 도입되어 기존의 1~3등급은 ‘심한 장애’(기존 1~3등급), 기존의 4~6등급은 ‘심하지 않은 장애’로 구분되는 2단계의 분류로 전환되었다.

지적장애와 자폐성장애는 기존의 장애등급제에서 1~3급에 해당하였기에, 현재의 장애정도 제도 하에서는 모두 ‘장애의 정도가 심한 장애인’으로 판정받는다. 현행 고시에 명시된 지적장애(표 4) 및 자폐성장애(표 5)의 장애상

태를 각각 제시하였으며, 특히 지적장애의 경우 현행 고시에서 제시하는 지능지수의 기준을 현행 판정기준의 지침이 되는 ICD-10의 구체적인 내용과 비교하였다.

표 4-5에서 짐작할 수 있듯이, 고시에 ‘(등)급’이라는 단어가 직접 명시되어 있지는 않지만, 장애인 심사 및 지원 정책에서 장애등급제의 속성은 여전히 영향력을 발휘하고 있다. 의학적 판정기준만을 전적으로 적용한 심사기준이 잔존하며, 대상자의 개별적 특성은 여전히 서비스 결정에 있어 충분히 고려되지 못하는 구조이다. 김경란과 박형빈(2020)이 장애등급제 폐지 이후 중앙부처 소관의 장애인 서비스 개편안을 검토했을 때, 기존의 ‘장애등급’에서 ‘장애정도’로 용어만 바꾼 일괄 개편이 전체 서비스 수의 2/3을 넘어 장애등급제 폐지의 의의를 충분히 담아내지 못하고 있었다. 더욱이, 발달장애인 모두가 중증장애인으로 판정되지만, 등록된 발달장애인이 제공받을 수 있는 복지서비스는 여전히 장애심각도에 따라 차등적이다. 대표적인 예가 ‘보행상 장애가 있는 장애인(이하 보행상 장애인)’을 위한 이동 및 교통 관련 서비스이다. 보행상 장애인으로 판정되면 장애인전용 주차구역을 이용할 수 있는 장애인 자동차 표지 발급, 교통약자의 이동 편의를 위한 특별교통수단 운행(예: 장애인 콜택시) 등의 지원을 받을 수 있다. 여기서 지적장애와 자폐성장애를 포함한 정신장애인 중 보행상 장애인에 해당하는 기준은 “인지 및 행동장애로 도로 교통을 이용할 때 타인의 지속적인 보호 관찰이 필요한 사람”으로 규정되어 있다. 세부적인 기준을 살펴보면, 지적장애의 경우에는 “지능지수가 35 미만인 사람으로 일상생활과 사회생활이 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안

표 4. 지적장애 장애정도 기준(보건복지부, 2023b) 및 ICD-10(WHO, 1993) 간 심각도 비교

지적장애 장애정도 기준		ICD-10	
장애정도 [지능지수]	기술	진단명 [지능지수]	기술 (일부임)
1. [~34]	일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안 타인의 보호가 필요함	최중증 (profound) 정신지체 [~19]	<ul style="list-style-type: none"> <li>언어의 포괄적 이해와 구사는 최대 기본적인 지시 이해와 단순 요구에 머무르는 수준이며, 초보적인 비언어적 의사소통을 함.</li> <li>요청이나 지시를 이해하고 따르는 능력이 심하게 제한됨.</li> <li>구분하고 짝짓는 정도의 기초적이고 단순한 시공간 기능을 습득할 수도 있는데, 이 경우에는 지도감독 하에 가사와 실용적인 작업의 작은 부분에 참여할 수 있음.</li> <li>대부분 움직이지 못하고 거동이 심하게 제약되어 있고, 대소변을 가리지 못할 수 있음.</li> </ul>
		중증 (severe) 정신지체 [20~34]	<ul style="list-style-type: none"> <li>대체로 중등도의 정신지체와 유사함.</li> <li>대부분 상당한 운동장애나 기타 관련된 결손으로 고통 받음.</li> </ul>
2. [35~49]	일상생활의 단순한 행동이 혼련 가능함. 일부 감독·보조로 복잡함과 특수기술이 요구되지 않는 직업을 가질 수 있음.	중등도 (moderate) 정신지체 [35~49]	<ul style="list-style-type: none"> <li>언어의 포괄적 이해와 사용이 지연되며, 그 정도가 다양함. 일부는 간단한 대화에 낄 수 있고, 다른 사람은 기본적인 요구를 겨우 전달 가능할 수 있음.</li> <li>능력의 편차가 혼함. 일부는 언어적 과제보다 시공간 기능 과제에서 양호한 수행을 보일 수 있음.</li> <li>자조와 운동 기능 면에서 목표의 성취가 지연되고, 어떤 사람은 평생 지도감독이 필요함.</li> <li>학업적 제약이 있지만, 일부 읽고 쓰고 셈하는 기본 능력을 배움.</li> <li>작업을 세심하게 구성하고 숙련된 지도감독이 제공된다면 단순하고 실용적인 일을 할 수 있음.</li> <li>완전한 자립 생활에 도달하는 경우는 매우 드물지만, 일반적으로 충분히 이동하고 신체적으로 능동적이고 단순한 사회활동에 참여할 수 있는 사회적 발달이 관찰됨.</li> </ul>
3. [50~70]	교육을 통한 사회적, 직업적 재활이 가능함.	경도 (mild) 정신지체 [50~69]	<ul style="list-style-type: none"> <li>언어의 이해와 사용이 다소 지연되며, 그 정도가 다양함. 성인기까지 독립성의 발달을 저해하는 실용적인 언어 문제를 가질 수 있음. 일상생활을 위한 언어를 구사하고 임상 면담을 할 수 있음.</li> <li>자조, 일상, 가사 기술의 측면에서 발달 속도가 상당히 느리지만, 완전한 독립을 성취할 수 있음.</li> <li>주된 어려움은 대개 학업에서 발견됨.</li> </ul>



표 5. 자폐성장애 장애정도 기준(보건복지부, 2023b)

1. ICD-10의 진단기준에 의한 전반성 발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 20 이하인 사람
2. ICD-10의 진단기준에 의한 전반성 발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 21~40인 사람
3. 1호 내지 2호와 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 41~50인 사람

타인의 보호가 필요한 사람”, 즉 기존의 장애 1급을 일컫는다. 자폐성장애의 경우에는 “ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장애로 인하여 GAS척도 점수가 40 이하인 사람”, 즉, 기존의 장애 1급 및 2급에 준해야 보행상 장애인으로 인정된다.

#### 발달장애 판정기준: 지적장애 및 자폐성장애

##### 진료 요건

지적장애는 의료기관의 정신건강의학과, 신경과, 재활의학과, 소아청소년과(신경분과) 전문의가 진단할 수 있다. 자폐성장애는 의료기관의 정신건강의학과 전문의만 진단할 수 있다.

##### 진단 및 재판정 시기

발달장애를 진단하는 전문의는 원인 질환 등에 대한 충분한 치료에도 장애가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인해야 한다. 만약 의학적 수술이나 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단된다면 판정을 유보해야 한다.

지적장애 진단의 기준 시기는 원인 질환의 발생이나 수술 후 6개월 이상 지속적으로 치

료한 후이다. 만 2세 이상에서 선천적 지적장애 등 장애의 고착이 명백한 경우는 예외이다.

자폐성장애는 최소 만 2세 이후에 전반성 발달장애(자폐증)가 확실해진 시점에 진단될 수 있고, 별도의 치료 기간이 명시되어 있지 않다.

만 6세 미만의 시기에 발달장애 판정을 받았다면, 만 6~12세 시기에 재판정을 받아야 한다. 만 6~12세 기간에 발달장애 신규 판정이나 재판정을 받았고 장애상태의 변화가 예상된다면, 만 12~18세 기간에 재판정을 받아야 한다.

재판정이 필요한 경우에 발달장애 진단을 내리는 전문의는 장애정도 심사용 진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시해야 한다. 재판정 시기는 최초 판정일로부터 2년 이상 경과한 후로 하며, 2년 이내에 장애상태의 변화가 예상된다면 진단을 유보해야 한다.

##### 지적장애의 판정개요 및 장애정도기준

일차적으로, “웍슬러 지능검사 등의 개인용 지능검사를 실시하여 산출된 지능지수에 따라 판단한다”. 즉, 개인을 대상으로 1:1로 검사를 실시해야 하고, 이를 통해 산출된 전체지능지수(full scale IQ [FSIQ])를 고려한다. 그리고 사회적 기능, 임상적 상태 등을 종합적으로 고려하여 최종적인 장애정도를 판정한다. 만약

FSIQ가 검사 도구에서 산출 가능한 최저점 미만에 해당하여 정확한 지능지수의 파악이 불가능하다면, ‘GAS(Global Assessment Scale)’ 및 ‘비언어적 시지각 구성능력 검사(시각-운동통합발달검사, 벤더게슈탈트검사)’를 추가 시행해 상세한 검사 내용과 결과를 제출해야 한다. 만약 이러한 표준화된 검사 점수로 장애 정도의 최종 판정이 제한된다면, ‘한국판 라이더 비언어성 지능검사(K-Leiter-R), 바인랜드(Vineland) 사회성숙도검사, 바인랜드 적응행동검사, 또는 발달검사’를 시행하여 산출된 적응지수나 발달지수를 지능지수와 동일하게 취급해 판정한다. 가령, 유의미한 수행이 제한되어 원점수 0점인 소검사가 많아 규준의 최하점에 미치지 못하고 산출 가능한 FSIQ인 40~160 범위에 포함되지 않는 경우, 혹은 언어 기능의 어려움으로 언어이해지표 소검사의 실시가 제한되거나 운동 기능의 제한으로 지필 도구의 사용이 요구되는 처리속도지표 소검사의 수행이 곤란하여 FSIQ의 타당한 산출이 불가능한 경우 등이 해당한다. 한편, 선천적인 지능 저하, 뇌손상이나 뇌질환으로 인한 지능 저하 모두 동일한 기준에 근거하여 지적장애로 판정할 수 있지만, 노인성 치매는 제외된다.

상기의 검사를 표 6에서 간략히 개관하였다. 이 중 장애등급 판정기준에서 제시한 ‘GAS’는 Global Assessment Scale of Developmentally Disabled로 출처가 명확하지 않다(강윤석, 홍창의, 2013). 이에 전반적 평가척도(Global Assessment Scale; Endicott et al, 1976)를 제시하였으며, 이는 DSM-IV의 축5에서 환자의 전반적 기능수준을 평정하는 GAF(Global Assessment of Functioning) 척도의 제작 배경이 되었다. 한편, ‘발달검사’의 경우 판정개요에 검사 도구

가 특정되어 있지 않다. 이에 2024년 5월을 기준으로 건강보험심사평가원의 수가관에 고시된 발달검사인 베일리영아발달측정(한국형 베일리 영유아 발달검사 3판; 방희정 외, 2019) 및 덴버발달검사(한국판 덴버발달선별검사, K-DDST-II; 신희선 외, 2002)를 제시하였다.

### 자폐성장애의 판정개요 및 장애정도 기준

자폐성장애의 장애정도 판정은 다음의 4단계로 이루어진다:

**진단명 확인.** ICD-10의 임상적 기술 및 진단 지침에 따른다. 자폐성장애는 심리적 발달장애(F80-F89 disorders of psychological development) 내 광범위성 발달장애(F84 pervasive developmental disorders) 범주에 속한 7개 진단명을 포함한다. 다만, DSM-5에서 도입된 사회적(실용적) 의사소통장애는 의사소통장애의 범주로 분류되어 자폐성장애 판정에 해당하지 않을 수 있다.

**상태(impairment) 확인.** K-CARS(Korean-Childhood Autism Rating Scale) 또는 여러 자폐성 척도를 이용한 임상적 진단평가 과정을 통해 판정기준에 따라 판단하여 장애정도를 정하며(표 5), 자폐증상의 심각도는 전문의의 판단에 따른다. 이때 사용한 척도와 그 점수 및 판단 소견을 기술해야 한다. 건강보험심사평가원(2024)의 수가관에는 자폐성 척도 4개가 고시되어 있다(표 7).

**정신적 능력장애(disability) 상태의 확인.** 임상적 진단평가, 보호자 및 주변인의 정보, 일상환경에서의 적응상태 등을 감안하여 장애정도를 판정한다.

**종합적인 진단.** 장애상태와 GAS평가를 종합하여 최종 장애정도를 판정한다.

표 6. 지적장애 판정개요에 포함된 검사 개관

검사명	측정 영역	시행방식	개발/표준화 연구자(연도)	점수 제시
K-WPPSI-IV 한국 웨슬러 유아지능검사			박혜원 외 (2016)	FSIQ 및 연령에 따라 3개 혹은 5개 기본지표점수, 15개 소검사 환산점수
웨슬러 지능검사	인지기능의 종합적 평가	개인 수행평가	곽금주 외 (2019)	FSIQ 및 5개 기본지표점수, 16개 소검사 환산점수
K-WAIS-IV 한국판 웨슬러 성인용 지능 검사-4판			황순택 외 (2012)	FSIQ 및 4개 기본지표점수, 15개 소검사 환산점수
전반적 평가척도(GAS)	전반적인 기능	임상가 평정	Endicott 외(1976) (국내 표준화 없음)	점수(1~100)
시각-운동 통합 발달검사(VMI)	시각-운동 통합 능력	개인 수행평가	황순택 외 (2016)	표준점수
벤더 게슈탈트 검사(BGT)	시각-운동 통합 능력	개인 수행평가	Bender (1938) (국내 표준화 없음)	발달적 채점법의 총점(Koppitz, 1964), 오류 수(Lacks, 1984) 등
한국판 라이터 비언어성 지능검사(K-Leiter-R)	비언어적 인지기능	개인 수행평가	신민섭 외 (2010)	FSIQ, 연령에 따라 4개 복합지수 및 19개 소검사 환산점수 중 일부
바인랜드(Vineland) 사회성숙도검사	사회적응 능력	보호자 면담 및 필요시 관찰	김승국 외 (1985)	사회지수(SA), 사회연령(SQ)
바인랜드 적응행동 검사	사회적응 능력	보호자 면담 혹은 보호자 설문	황순택 외 (2018)	적응행동조합점수 및 4개 적응행동 주영역의 5개 표준점수, 11개 하위영역 V-척도점수
한국형 베일리 영유아 발달검사 3판	각 발달 단계에서 특정 능력의 습득 여부	개인 수행평가 및 보호자 설문	방희정 외 (2019)	5개 발달지수 및 발달월령 (총 적응행동지수(GAC) 포함), 16개 하위검사 척도점수
한국판 덴버발달선별검사 (K-DDST-II)	발달 수준	개인 수행평가	신희선 외 (2002)	4집단 분류

주. BGT=Bender Gestalt Test; FSIQ=Full Scale Intelligence Quotient; GAC=General Adaptive Composite; GAS=Global Assessment Scale; K-WAIS-IV=Korean Wechsler Adult Intelligence Scale-4th edition; K-DDST-II=Korean Denver Developmental Screening Test-2nd edition; K-WISC-V=Korean Wechsler Intelligence Scale for Children-5th edition; K-WPPSI-IV=Korean Wechsler Primary and Preschool Scale Intelligence-4th edition; SA=Social Age; SQ=Social Quotient; VMI=Visual-Motor Integration

표 7. 자폐성장애 판정개요에 포함된 검사 개관

검사명	시행방식	개발/표준화 연구자(연도)	점수 제시
한국판 아동기 자폐 평정 척도 2(K-CARS2)	보호자 면담을 통한 임상가 평정	이소현 외(2019)	총점, 자폐스펙트럼장애로 진단된 임상군과 비교했을 때의 T점수
자폐증 진단 관찰 스케줄-2(ADOS-2)	개인 수행 행동 코딩(평정)	Lord et al.(2012/2017) 개발, Kim et al.(2022) 국내 타당화	알고리즘에 따른 비교점수
자폐증 진단 면담지-개정판(ADI-R)	보호자 면담을 통한 임상가 평정	Le Couteur et al. (2003/2020) 개발 (국내 표준화 없음)	알고리즘에 따라 4개 영역별 총합 점수
이화 자폐아동 행동발달 평가 도구(E-CLAC)	보호자 면담을 통한 임상가 평정	김태련, 박량규(1996)	병리 문항과 발달 문항으로 구분되며, 싸이코그램을 사용해 발달 수준을 평가

주. ADI-R=Autism Diagnostic Interview, Revised; ADOS-2=Autism Diagnostic Observation Schedule-2nd edition; E-CLAC=Ewha-Check List for Autistic Children; K-CARS2=Korean-Childhood Autism Rating Scale, 2nd edition

### 중복장애 판정기준

2종류 이상의 장애를 가진다면 합산기준에 따라 중복장애로 판정한다. ‘장애의 정도가 심하지 않은 장애’가 2개 이상 있을 때, 중복 합산기준을 충족하면 ‘장애의 정도가 심한 장애’로 상향 조정된다. 예를 들어, 뇌의 기질적 병변으로 지능 저하가 동반된 경우 뇌병변장애와 지적장애가 중복장애로 인정된다. 유전적 증후군으로 인한 시력 문제와 자폐증상이 각각의 판정개요에 따라 확인된다면 시각장애와 자폐성장애가 중복장애로 인정될 수 있다.

그러나 다음의 경우에는 각각을 개별적인 장애로 판단하지 않아 중복장애로 합산되지 않는다: ① 지적장애와 자폐성장애, ② 발달장애 증상의 일환으로 나타나는 언어장애, ③ 기질성 정신장애에 따른 증상의 일환으로 나타나는 지적장애.

### 장애정도 심사 절차 및 이를 통한 지원/혜택: 대상자 관점에서

그동안 임상심리학자들은 장애정도 판정과 관련해 심리평가 절차와 방법 및 진단에 주로 관심을 두었고, 신청인의 관점에서 어떤 절차를 거쳐 장애인으로 등록이 되고 그에 따라 어떤 지원과 혜택을 받을 수 있는지에 대해서는 비교적 관심이 부족했다. 하지만 이에 대한 이해는 평가자가 대상자 및 심사기관 양자의 요구(needs)에 부합하는 심리평가를 실시하고 결과 보고서를 제공하는 데 중요하므로 본 고에서 구체적으로 살펴보고자 한다.

#### 장애정도 심사 절차

정부는 2011년 4월부터 신규 및 기 등록장애인 중 장애정도 조정이 필요한 대상자 및 재판정 대상자 모두에게 장애정도 심사를 시

행하고 있으며, 2013년 1월부터는 일부 재외동포나 외국 국적 동포, 일부 국내 영주권자 혹은 결혼 이민자 외국인에게도 장애등록을 허용하고 있다. 장애등록 및 이에 필요한 장애정도 심사는 「장애인복지법」 제32조(장애인 등록), 동법 시행규칙 제3조부터 제18조, 보건복지부 고시 제2023-42호 장애정도 판정기준, 제2023-43호 장애정도 심사규정 등에 근거한다(보건복지부, 2023b). 장애등록 과정(각 단계의 주체)은 크게 ‘신청(신청인) → 장애진단(의료기관) → 심사의뢰(처리기관: 시·군·구/읍·면·동) → 심사(국민연금공단)’로 구분된다. 장애등록 과정에서 각 단계의 주체를 중심으로 한 심사 업무는 다음과 같다.

**신청인.** 장애인 등록을 원하는 본인이 신청하는 것을 원칙으로 하되, 만 19세 미만의 미성년자와 거동이 불가능한 경우에는 보호자의 대리 신청이 가능하다. 이때 대리 신청이 가능한 보호자의 범위는 장애인을 보호하고 있는 장애인 복지시설의 장 혹은 장애인을 사실상 보호하고 있는 자(장애인의 배우자, 직계존·비속, 직계 존·비속의 배우자, 형제·자매, 형제·자매의 배우자 등)로 한정된다. 심사 결과에 이의가 있다면, 심사대상자는 장애정도 결정서를 통보받은 날로부터 90일 이내에 추가서류 보완 등을 하여 시장·군수·구청장에게 1회에 한해 이의를 신청할 수 있다.

**의료기관.** 장애진단은 장애정도 판정기준(보건복지부, 2023b)에 규정된 전문의가 근무하는 의료기관에서 가능하다. 해당 의료기관은 장애등록 신청인이 장애진단을 요청한 경우 장애진단 및 관련 서류를 발급해 주어야 하는데, 장애심사용 진단서, 검사 결과 및 진

료기록지가 이에 포함된다. 심사기관인 국민연금공단으로부터 심사자료의 발급 요청이나 직접 진단 통지를 받은 경우에도 의료기관은 이를 시행하고 그 결과를 제출한다. 장애정도 심사용 진단서의 작성에 필요한 심리검사 결과와 내용은 본 고의 발달장애 판정기준에서 상세히 설명하였다.

**처리기관.** 신청인이 제출한 서류 및 장애등록 대상자와의 상담을 통해, 시장·군수·구청장은 보건복지부 장관이 정한 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애진단을 의뢰할 수 있으며, 신청자로부터 발급 대행 서비스 동의서에 서명을 받아 의료기관으로부터 결과를 직접 통보받을 수 있다. 다만 신청인이 의료기관에서 장애정도 심사용 진단서와 구비서류를 갖춘 후 장애인 등록을 신청하는 경우에는 장애진단 의뢰 절차를 이행한 것으로 본다. 시장·군수·구청장은 장애상태의 확인 등 심사에 추가 자료가 필요한 경우, 심사대상자에게 자료 보완을 요구할 수 있다. 이 과정을 거쳐 시장·군수·구청장은 국민연금공단에 장애상태를 확인하는 심사를 의뢰한다. 처리기관(읍·면·동 또는 시·군·구)의 담당자는 심사대상자 및 신청인에게 장애판정기준, 심사 절차, 구비서류, 심사 결과에 대한 이의 신청 기준 및 절차 등을 성실히 안내, 상담하고, 심사기관으로부터 통보받은 결과를 통지해야 한다.

**심사기관.** 장애정도 심사는 장애심사 전문기관인 국민연금공단(이하 공단)에서 실시한다. 심사의 객관성을 높이기 위해 원칙적으로 2인 이상의 자문 전문의가 참여하는 장애판정자문회의를 통해 심사한다. 공단은 정밀한 심

사를 위하여 추가 검사 결과 등의 자료가 필요한 경우에 심사대상자에게 자료 보완을 요구할 수 있으며, 심사대상자는 요구받은 날로부터 21일 이내에 보완서류를 제출하여야 한다. 또한 공단은 공단이 지정한 장애진단 기관 및 전문의에게 직접 진단을 통지하고 심사자료 발급을 요청하여 관련 서류를 받아볼 수도 있다. 심사는 제출된 관련 서류에 의한 서면 심사를 원칙으로 하지만, 기존 등록장애인 중 장애정도가 조정되어 신청인의 의견이나 추가 확인을 받아볼 필요가 있다고 공단이 인정하는 경우, 심사대상자에게 심사 결과를 통보하기 이전에 의견 진술의 기회를 부여할 수 있다. 의견 진술 심사는 이전의 심사에 참여한 자문의가 아닌 다른 자문의 및 복지전문가가 참여한다. 공단은 심사의뢰를 받은 날로부터 30일 이내에 심사 결과를 시장·군수·구청장에게 통지해야 하고, 이때 서류 보완 등에 따른 기간은 제외한다. 다만 심사에 시일이 필요한 사유가 있다면 심사의뢰를 받은 날로부터 60일 이내에 심사 결과를 통지할 수 있으며, 30일 이내의 기한을 정하여 1회에 한하여 연장할 수 있는데, 이 경우에도 서류 보완 등에 따른 기간은 제외한다. 그리고 공단은 이의 신청 등에 대해 별도의 위원회를 구성해 심사할 수 있는데, 이 역시 장애등록 심사의 절차와 방법을 준용한다.

#### 등록장애인 지원/혜택

등록장애인은 연금/수당, 보육/교육, 의료/재활, 일자리 및 응자 지원, 공공요금, 세제 혜택 등 다양한 영역의 복지서비스를 제공받을 수 있는데, 판정 받은 장애정도, 연령, 소득 수준 등에 따라 가용한 서비스 내용에 차이가 있다.

일부 복지서비스의 경우 등록장애인은 물론이고 그 가족, 관련 전문가, 위탁 단체 등에도 제공된다(표 8). 앞서 설명하였듯이, 장애등급제가 폐지되고 장애정도 기준이 도입되면서 발달장애는 모두 ‘심한(중증) 장애’로 판정된다. 소득 수준이나 연령이 고려되기는 하겠으나, 등록된 발달장애인은 등록장애인을 위한 보편적인 복지서비스에 더해 장애인 연금, 장애아동 수당, 어린이집 우선 입소 지원 등 중증장애인에게 적용되는 복지서비스를 제공받을 수 있다. 또한 발달장애인에 특화된 복지서비스도 받을 수 있는데, 방과후 활동 서비스, 주간 활동 서비스, 발달장애 공공후견과 함께 이들의 가족을 대상으로 하는 부모상담, 가족휴식 등의 지원이 포함된다. 즉, 심리평가 결과는 장애정도 심사 결과는 물론이고 등록장애인 혹은 가족으로서 받을 수 있는 장애인 복지서비스 수준에도 지대한 영향을 미칠 것이다.

#### 논의: 현행 장애판정 제도에서 보완이 필요한 부분

우리나라의 장애인 복지 정책은 집행이 용이한 공급자적 관점의 지원 체계에서 개개인의 욕구와 환경을 고려하여 맞춤형의 서비스를 효과적으로 지원하기 위한 방향으로 개편되었다. 그러나 제도는 여전히 의료적 관점에서 분류된 장애 유형과 정도에 따라 한정된 자원을 배분하기 위한 수단으로 기능하고 있으며, 새로운 시대적 요구를 담아내는 데 한계를 지닌다는 지적이 있어 왔다(장혜영 외, 2021; 김경란, 2022). 현행 장애정도 판정기준 또한 여전히 의학적 기준에 근거하고 있고 새

표 8. 장애인 복지서비스 유형과 주요 사업 내용(보건복지부, 2023a)

복지서비스 유형	주요 사업 내용
연금/수당	장애인연금, 장애수당 및 장애아동 수당, 장애아동 양육 수당
보육/교육	장애아 보육료 지원, 여성장애인 교육 지원, 장애대학생 교육 활동 지원, 장애인 정보화 교육, 장애학생 정보격차 해소 지원, 국립특수 학교 및 국립부설학교 특수학급 지원, 청소년 발달장애인 방과후 활동 서비스, 어린이집 우선 입소 지원
의료 및 재활지원	장애인 의료비 지원, 건강보험 지역 가입자의 보험료 경감, 장애인 등록 진단서 발급비 지원, 장애등록 검사비 지원, 발달재활 서비스, 언어발달지원, 장애인 보조기기 교부, 장애인 보조기기 건강보험 급여(의료급여) 적용, 장애인 의료재활 시설 운영, 여성장애인 출산비용 지원, 장애 입양 아동 의료비 지원, 장애친화 건강검진, 특수교육 대상자 치료지원 서비스, 장애인 산소치료비 요양비 검사 면제, 기초수급자 출산비용 지원, 지역장애인 보건의료센터
서비스	장애인 활동 지원, 장애아 가족 양육 지원, 발달장애인 주간활동 서비스, 발달장애인 공공후견 지원, 발달장애인 공공후견인 심판 청구 비용 지원, 발달장애인 공공후견인 활동비용 지원, 발달장애인 부모상담 지원, 발달장애인 가족휴식 지원, 장애인 거주 시설 운영, 실비 장애인 거주 시설 입소 이용료 지원, 장애인 자동차 표지 발급, 공공주택 특별 분양 알선, 농어촌 장애인 주택개조 지원, 무료 법률 구조제도 실시, 장애인 운전교육 사업 안내, 장애인 응급 안전 알림 서비스
일자리 유자 지원	장애인 고용 서비스, 장애인 일자리 지원, 장애인 생산품 판매 시설 운영 지원, 장애인 기업, 종합지원센터 운영, 장애인 창업 점포 지원 사업, 장애인 창업 육성, 중증장애인 직업재활 지원, 장애인 직업 재활 시설 운영, 장애인 자립자금 대여, 중증장애인 경력경쟁 채용시험 실시, 국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의 제공, 국가직 5·7급 공채 영어 점정 시험 대체, 장기복무 제대 군인 자녀 지정 취업, 중증장애인 직업 재활 훈련 수당, 장애인 표준사업장 설립 지원, 장애인 고용 시설 장비 유자 및 지원, 장애인 취업성공 패키지, 장애인 직업능력개발 운영(훈련수당), 장애인 고용 장려금 지원, 보조공학 기기 지원
공공요금 등	차량 구입시 도시철도 채권 구입 면제, 고궁·농원·국공립 박물관 및 미술관·국공립 공원장·공공체육 시설 요금 감면, 공영주차장 요금 감면, 철도 및 도시철도 요금 감면, 유선 및 이동통신 요금 감면, 시청각 장애인 TV 수신료 면제 및 장애인용 TV(방송수신기) 보급, 장애인 방송시청 지원, 항공요금 할인, 연안여객선 여객 운임 할인, 고속도로 통행료 할인, 전기요금 할인, 도시가스 요금 할인, 장애인 자동차 검사 수수료 할인
세계 혜택	승용자동차에 대한 개별소비세 면제, 장애인용 차량에 대한 지방세 감면, 차량구입시 지역개발 공채 구입 면제, 소득세 공제, 장애인 의료비 공제, 장애인 특수교육비 소득 공제, 장애인 보험료 공제, 상속세 상속 공제, 증여세 과세 가액 불산입, 장애인 보장구 부가가치세 영세율 적용, 장애인용 수입물품 관세 감면, 산업재산권 출원료 등 수수료 감면
지역사회 복지사업 (재활시설) 및 기타	지역사회 중심 재활 사업, 주간보호 시설 운영, 장애인 복지관 운영, 장애인 재가 복지 봉사 센터 운영, 장애인 체육 시설 운영, 특별교통 수단 운행, 장애인 특별 운송 사업 운영, 여성장애인 가사 도우미 파견, 가사 및 간병 방문 지원 사업, 장애인 생활이동 지원센터, 수어통역 센터 운영, 장애인 재활 지원센터 운영, 지적장애인 자립지원 센터 운영, 편의시설 설치 시민 촉진단 운영, 시각장애인 편의시설 지원센터 운영, 중앙 장애인 편의증진 기술 센터 운영, 청각장애인 인공달팽이관 수술비 지원

로운 패러다임을 잘 반영하고 있지 못하다고 여겨지는데, 다음의 세 가지 이슈로 나누어 보완이 필요한 부분을 고찰하고자 한다.

발달장애의 핵심과 최신 개념을 반영하지 못하고 지능지수를 지나치게 강조하고 있다.

현행 판정개요에서 지적장애는 지능지수에 따라, 자폐성장애는 지능지수와 GAS 점수에 따라 장애상태가 기술된다. 그러나 각 장애의 핵심적인 특징과 최신의 정신의학, 정신병리학 개념이 반영되어 있지 않으며, 특히 개별화된 지원을 위해서는 적응행동의 중요도가 더 강조될 필요가 있다.

### 지적장애

ICD와 DSM 진단체계가 여러 차례 개정되면서 진단 지침과 임상적 기술도 바뀌었지만, 지적장애는 다음의 세 가지 구성 개념이 늘 포함되어 왔다: ① 지적 기능의 결함, ② 환경에 적응할 수 있는 능력의 결함, ③ 발달 시기에 시작하는 문제. 진단 과정에서 지적 기능은 지능의 일반 요인(*general factor, g*)으로 개념화되며, 추론, 문제해결, 추상적 사고, 학습, 복잡한 개념 이해 등을 포함한다(Gottfredson, 1997). 적응행동은 개인이 일상 생활에서 학습하고 수행하는 개념적, 사회적, 실용적인 기술의 집합이다(Schalock et al., 2021).

현행 판정기준의 근거가 되는 ICD-10뿐만 아니라 DSM-IV에서는 지능지수(IQ)가 강조되었다. 지적 기능의 결함 정도에 따라 장애의 심각도가 명시되었고, 이에 표준화된 지능검사 결과인 지능지수에 따라 경도(*mild*), 중간 정도(*moderate*), 심한(*severe*), 아주 심한(*profound*) 수준으로 구분되었다. ICD-10은 심각도에 따

른 학업적, 직업적, 사회적 기능에 대하여 임상적 기술을 간략히 제공하였지만, 구체적인 지능지수의 범위를 먼저 명시하고 그 결과로서 적응기능의 문제를 기술하였다.

최신의 정신의학 진단체계에서는 적응기능이 더욱 강조되며, 이는 심각도 항목에 잘 반영되어 있다. ICD-11에서는 지적발달장애의 심각도를 결정할 때 지적 기능과 적응행동 기능을 모두 고려하도록 한다. 지적 기능의 심각도 수준은 단순 수치가 아닌 발달 시기에 따른 구체적인 행동 지표로 분류되며, 적절한 교육 서비스와 지원을 받은 뒤에 심각도를 재평가하도록 하였다. DSM-5에서도 심각도는 더 이상 지능지수에 따라 일차원적으로 결정되지 않고 적응기능에 기초하여 분류된다. 이러한 변화는 하위 지능 범위에서 지능지수 측정의 타당도가 낮은 점, 적응 수준에 따라 지원의 정도를 결정해야 할 필요성을 바탕으로 한다. 즉, 최신의 ICD와 DSM 체계 모두에서 지적장애 진단은 FSIQ로 대변되는 지적 기능의 결함만을 강조하지 않으며, 적응행동 수준까지 종합적으로 고려해서 이루어진다.

더욱이 적응행동의 문제는 이 자체로 지적장애의 핵심증상이며, 지적 기능과 적응행동 간 강한 상관관계가 입증되었으나 인과적인 관련성을 뒷받침하는 경험적 근거는 없다. 따라서 지적장애를 진단에서 지적 기능과 적응행동 모두가 공동으로(*joint*) 평가되어야 한다(Tassé et al., 2016). 즉, 지능지수에 진단의 우선권을 부여하는 것은 바람직하지 않으며, 지적 기능의 결함이 나타나고 이로 인해 적응행동의 어려움이 발생한다고 가정하지 않아야 한다. 이와 관련하여, 지적장애 관련 연구를 선도하고 10년마다 관련 지침을 출판하는 미국지적발달장애협회(American Association on



Intellectual Developmental Disabilities, 2019)에서는 DSM-5의 지적장애 중 진단적 특징에서 “지적장애의 진단기준을 충족하려면, 이러한 적응기능의 결핍이 진단기준 A에 기술된 지적 손상과 직접적인 연관이 있어야 한다”는 문장을 삭제하도록 성명을 발표했고, 이는 DSM-5-TR 개정에 반영되었다. 해외의 지적장애 등록을 위한 평가에서도 지적 기능과 함께 적응행동 기능을 함께 평가하여 기능적 결함의 증명을 요구한다. 예를 들어, 미국 캘리포니아주 발달지원기관(California Department of Developmental Services, <https://www.dds.ca.gov>)에서는 전체지능지수(FSIQ)가 71~75에 해당해도 적응행동 영역에서 심각한 결함이 있는 경우 지적장애 진단을 받을 수 있다고 서비스 자격 기준에 고시하였다. 호주의 국가장애보험제도(National Disability Insurance Scheme, 2024)에서는 자폐성장애와 지적장애의 근거 자료로 심리학자 등의 의료 전문가가 제공하는 DSM-5 진단 또는 (지능지수가 아닌) 바인랜드 적응행동척도 결과를 요구한다.

그러나 국내 지적장애 판정개요에 따르면, 지능검사를 실시하여 얻은 지능지수가 판정의 주요한 요소이며, 적응행동은 참조적이고 부수적인 요소일 뿐이다. 사회적 기능과 임상적 상태도 종합적으로 고려하도록 하지만, 표준화된 검사 점수를 가지고 판정이 제한되는 경우에만 적응지수가 지능지수와 동일하게 취급될 수 있다. 생애 주기에 따라 개별화된 지원의 중요성을 강조하는 현 정책의 맥락에서 지능지수와 적응기능은 보다 동등한 수준으로 고려될 필요가 있다.

### 자폐성장애

자폐성장애는 다음의 두 가지 핵심증상으로

구성된다: ① 사회적 의사소통 및 사회적 상호작용의 지속적인 결함, ② 제한적이고 반복적인 행동, 흥미, 활동. 그리고 이 증상은 초기 발달 시기부터 발생하며 모든 환경에서 나타나야 하지만, 개인의 능력으로 보상하면서 증상이 완전히 나타나지 않거나 학습으로 증상이 일부 감춰질 수도 있다. ICD-11 및 DSM-5에서는 구판인 ICD-10 및 DSM-IV의 광범위성 발달장애 내 하위 진단들을 ‘자폐스펙트럼장애’의 단일 진단으로 통합하였다. 이는 유사한 핵심증상 프로파일을 가진 광범위성 발달장애 범주의 진단 내에서, 그리고 하위 진단 간에 자폐증상의 수와 심각도가 변동적이라는 연구 결과에 근거한다. 또한 광범위성 발달장애 범주의 하위 진단 간 배타적인 명료함이 빈약하여 감별진단이 신뢰롭지 못하고 예후에 대한 예측력이 빈약했으며, 이에 각 진단이 개별적이기보다는 발달 수준의 차이가 서로 다른 증상 표현을 설명하는 것으로 개념화되었다(Rosen et al., 2021).

장애정도 판정기준의 근거가 되는 ICD-10 및 DSM-IV와 다르게, 최신의 진단체계에서는 자폐성장애의 심각도를 명시할 수 있는데, 이는 대상자에게 필요한 적절한 지원을 개별화하고 중재 전략을 선택하고 치료 계획을 수립하기 위함이다. 먼저, ICD-11에서는 지적발달장애의 동반 여부와 더불어 기능적 언어(functional language)의 손상 정도에 따라 구분된 명시자를 제공한다. 기능적 언어란 욕구 표현 등의 도구적 목적으로 언어를 사용할 수 있는 능력으로 언어적, 비언어적 표현 언어의 결함을 반영하며, 이때 자폐증상인 비전형적인 화용 언어는 해당되지 않는다. 다음으로, DSM-5에서는 자폐스펙트럼장애의 핵심적인 정신병리 영역(A. 사회적 의사소통, B. 제한적

이고 반복적인 행동) 각각에 대해 대상자의 기능에 미치는 영향이나 대상자가 겪는 고통을 고려하여 3단계로 심각도를 명시하도록 한다. 이는 지적발달장애를 포함하여 여타의 진단에서 정신장애에 하나의 심각도만을 명시하는 절차와는 구별된다. 그리고 이는 광범위성 발달장애의 하위 진단들을 ‘스펙트럼’의 단일한 범주로 통합하면서 자폐스펙트럼장애가 진단 내에서 상당히 다양하고 이질적인 형태의 증상과 특징을 넓은 범위로 포괄하게 된 점에 기인한다. 즉, 자폐의 심각도를 더이상 선형적으로 결정하거나, 더 단순하게는 ‘고기능’ 혹은 ‘저기능’으로 분류할 수 없으며, 자폐스펙트럼장애를 가진 사람은 서로 다른 모양의 증상 파이차트 그림으로 이해될 수 있다.

현행 자폐성장애 판정개요에는 자폐성 척도의 점수를 통해 확인한 상태(impairment)와 적응 상태를 감안한 GAS를 종합하여 최종 장애 정도를 판정한다고 고시되어 있으며, 장애 정도 기준에는 지능지수와 GAS척도 점수가 명시되어 있다. 그러나 GAS는 자폐증상이나 그 심각도에 대해 평정하는 도구가 아니므로 대상자에게 필요한 지원 정도를 결정하기 위해 현재의 적응 수준을 충분히 반영하지 못한다는 제한이 있다. 또한, 지적장애와 마찬가지로, 지능지수뿐 아니라 구체적인 적응행동이 더 많이 고려될 필요가 있다. 특히 Baio 외(2018)의 대규모 역학 연구는 자폐스펙트럼장애 아동에서 지능지수 70 미만의 지적장애가 동반된 비율이 점차 감소하는 경향과 함께, 이들 중 44%는 지능지수 85 이상에 해당하는 평균 이상의 지능을 가지고 있음을 보여주었다. Rommelse 외(2015)의 임상 연구에서는 자폐스펙트럼장애 참가자의 45%가 평균 범위의 지능, 32%가 평균 이상의 지능을 가지고 있었

다. 즉, 자폐성장애 판정에서 지능지수를 지나치게 강조하면 절반이 넘는 자폐인에게 적절한 지원을 제공하지 못하게 될 우려가 있다.

다양한 정보원과 출처(informants and source), 임상적 판단에 바탕을 둔 종합적인 평가 결과가 아닌, 특정 검사의 수치에 근거하여 판정하고 있다.

현행 제도상, 판정개요에 고시된 검사를 실시하여 얻은 단일한 최종점수에 따라 장애등록의 여부가 결정되고 장애정도가 판정된다. 이 과정에서 점수의 측정 오차뿐 아니라 검사실 밖 실제 장면에서의 장애 상태나 그동안의 적응 행태를 아우르는 임상적 판단은 배제된다. 근거기반 심리평가(evidence-based psychological assessment)에 기반한 판정을 위해서는 심리검사 결과의 세부 프로파일을 종합적으로 고려할 뿐만 아니라, 수검자와 보호자 등과의 임상 면담 정보, 행동 관찰 정보, 발달력과 과거력의 여러 정보(학업 및 직업 기능, 진료기록 등)를 수집하고, 여기에 임상가의 전문 지식을 통합하는 평가 결과의 해석이 큰 틀에서 이루어져야 할 필요가 있다. 특정 검사의 단일 수치에 근거한 기계적인 분류로는 판정의 정확성을 확보할 수 없는데, 이는 다음의 다섯 가지 이유로 살펴볼 수 있다:

**근거기반 심리평가를 위해 검사 내 그리고 검사 간 서로 일치하거나 불일치하는 결과 각각에 대한 설명과 해석, 각 측정치와 관련된 심리적 과정과 맥락을 제시해야 한다**(Bornstein, 2017).

가령, 지능검사의 최종점수가 해당 검사의 모든 측정치를 대표하지 않아 세부 프로파일을 살펴 개인 내적인 강점과 약점을 확인해야

하는 경우가 있다. 지능검사에서 FSIQ가 수검자의 전반적인 신경심리학적 기능을 반영한다고 정당화되기 위해서는 하위 지표 간 지수 수준, 그리고 소검사 간 환산점수가 좁은 범위에 일정하게 밀집되어 있어야 한다. 그러나 그 변산성이 커서 편차가 유의한 수준이라면 FSIQ의 유의미한 해석이 제한되며, 이때는 하위 지수의 일정 조건이 충족되는지 살펴보고 일반능력지수(General Ability Index [GAI])를 사용하여 수검자의 전반적인 지적 능력을 보다 신뢰롭게 산출할 수 있다. 그러나 GAI 또한 이를 구성하는 지표 간 변산이 크다면 타당하게 사용할 수 없고, 이것이 지적 잠재력이나 병전(premorbid) 지능과 동일한 개념도 아니므로 활용에 유의해야 한다. 현행 고시의 근거가 되는 ICD-10부터도 지능지수라는 단일 지표에만 근거하여 지적장애를 진단하지 않도록 진단적 지침에 명시하였다(WHO, 1993; 2021).

**모든 검사 점수는 도구의 표준화 과정이나 시행 과정에서 발생한 오차를 포함한다.**

이에 표준화된 검사에서는 획득된 점수를 중심으로 진점수가 포함되는 점수 범위인 신뢰구간을 제공한다. DSM-5가 지적장애의 진단적 특징에서 명시하듯이, “지적장애 개인의 지능지수는 오차범위를 포함해서 대략 평균에서 2 표준편차 이하로 평가된다. 이는 15의 표준편차와 평균이 100인 검사에서 65~75점을 의미한다. 검사 결과를 해석하고 지적 수행에 대해 평가하기 위해서는 임상적 수련과 판단이 필요하다”(APA, 2013). 이에 더해 인지 능력과 원활한 사회적 상호작용이 제한되는 발달장애인의 경우, 특히 연령이 어릴수록, 수검 태도나 동기를 포함하여 능력 외의 다른 요인이 과제 수행에 미치기 쉬우며, 이에 검사의

단일 수치만을 토대로 수검자의 능력장애를 객관적이고 신뢰롭게 측정하기는 더욱 어려울 수 있다.

**어떤 검사 도구도 민감도(sensitivity)와 특이도(specificity) 이슈를 완벽하게 피할 수 없다.**

일례로, 자폐증 진단 관찰 스케줄 2(Lord et al., 2012/2017 [ADOS-2]) 개발 연구팀에서 자폐증 사례와 비스펙트럼 사례를 비교했을 때 (모듈에 따라 다르지만) 민감도는 .91~.97, 특이도는 .50~.84 이었다. 다른 메타분석 연구에서 ADOS-2의 민감도는 .89~.92, 특이도는 .81~.85였고(Lebersfeld et al., 2021), 자폐증 진단 면담지 개정판(Le Couteur et al., 2003/2020; 이하 ADI-R)의 민감도는 .75, 특이도는 .82 인 가운데 임상 표본보다 연구 표본에서는 더 높은 특이도를 보여주었다(연구=.85, 임상=.72). 즉, 임상 현장인 의료기관에서 특정 검사 도구의 분류에만 의존하여 판정할 때, 자폐 감별을 위해 의뢰된 아동 중 최대 25%의 자폐 아동이 누락될 위험이 있고, 특히 지적 기능이 현저하게 지연된 어린 연령의 사례에서는 50%까지 자폐성장애로 오진될 위험이 있음을 인지하고 있어야 한다. 이에 ADOS-2 개발 연구팀은 검사 결과가 “자폐스펙트럼장애의 전체적인 진단 평가의 한 부분일 뿐”이며 “제한된 시간 동안에 수집한 행동의 예시에 기반하여 현재 행동에 대한 정보만 제공한다”고 명시하였다. 나아가 ADOS-2의 단독 결과만으로 임상적 진단이나 서비스 제공의 적격성을 결정하지 않도록 강력하게 언급하였으며, 여러 검사 도구를 활용하고 다양한 정보원을 종합하여 판단하도록 권고하였다(Risi et al., 2006; Kim & Lord, 2012; Bishop & Lord, 2023). 비슷한 맥락에서, 아동기 자폐증 평정척도(CARS;

김태련, 박랑규, 1995) 원판, 한국판 아동기 자폐 평정 척도 2(이소현 외, 2019 [K-CARS2])의 표준형 및 고기능형을 메타분석하여 준거 타당도를 살펴봤을 때, 민감도는 0.86~0.71로 허용 가능한(acceptable) 수준이었으나 특이도는 상대적으로 낮은 0.79~0.75로 다른 검사 도구와 함께 사용될 필요가 제기되었다(Moon et al., 2019). K-CARS2 지침서에도 명시되어 있듯이, “도구 자체로 장애를 진단할 수 있는 것은 아니다. ... 개인의 발달력, 의학적인 증후, 각 사례의 고유한 특성과 같은 기타 요인에 대해서 자폐 전문가이면서 감별진단 과정에 대한 훈련을 받고 임상 진단 자격을 갖춘 숙련된 전문가의 평가가 이루어져야 한다(이소현 외, 2019).”

**심리검사의 속성 상, 검사 점수는 검사 도구가 측정하고자 하는 개념에 대해 조작적으로 정의하여 측정된 구성 개념의 근사치이며, 점수 자체가 확진 여부를 의미하지 않는다.**

키, 체중과 같은 물리적이고 단일한 속성과 달리, 지능, 사회성, 적응행동과 같은 심리학적인 변인은 무형의 추상적인 개념이므로 간접적인 방식으로 추론해야 하며, 이에 대한 개념화와 연구 방법은 시간에 따라 변하고 발전하므로 절대적인 불변의 형태로 존재할 수도 없다. 이러한 맥락에서, 근거기반 심리평가를 위해 특정 구성 개념을 평가할 때는 복합적인(multiple) 방법을 사용하되 증분 타당도(incremental validity)에 유의하고, 평가 결과를 제시할 때는 검사 도구가 목표한 개념을 언급하고 측정 방법을 보고하도록 권고된다(Bornstein, 2017).

예를 들어, 지능의 구성 개념도 학자마다 이를 정의하고 접근하는 방식이 다르다. 최초

의 지능검사를 제작한 Binet과 Simon(1916)에 따르면, 지능은 분별력과 독창성을 의미하며, 환경과의 상호작용에서 적응하는 능력과 관련되고, 개인이 접하는 환경 자극을 판단하고 이해하고 추론하는 능력을 포함한다. 가장 많이 사용되는 지능검사 도구를 제작한 Wechsler(1939)에 따르면, 지능은 개인이 목표를 달성하기 위해 실행하고 합리적으로 사고하고 환경에 효과적으로 대처하는 전반적이고(global) 총체적인(aggregate) 능력이다. 한편, Lezak(1988)은 지능검사가 행동 특성을 특화하여 측정한다는 것이 입증되지 않았다는 점을 근거로 전체지능지수(general IQ)에 대해 비판하기도 했다. 따라서 지능지수는 특정한 지능검사 결과에서 도출된 개인의 지적 능력에 대한 추정치이며, 서로 다른 지능검사를 통해서 산출한 지능지수는 각기 다른 의미와 해석 방법을 가질 수밖에 없으며, 이에 따라 지능지수를 일괄 적용하여 마치 자동화된 방식처럼 진단내릴 수는 없다.

자폐증도 마찬가지로, 검사 도구마다 사회성의 결함 혹은 자폐 핵심증상의 개별 요소가 상이하게 정의된다. 예를 들어, ADI-R는 제한된 관심사와 관련하여 ‘흥미와 행동’ 항목의 ‘유별난 집착’, ‘한정된 관심’ 문항에서 유별난 집착 혹은 한정된 관심거리가 3개월간 지속될 때만 코드화하도록 한다. ADOS-2에서 ‘사회적인 대화’란 “검사자가 개시하고, 검사 대상자가 언급하고, 검사자가 반응하고, 검사 대상자가 검사자의 반응에 대해 반응”하는 최소 4개 요소에 대한 일련의 흐름이라고 제시된다. 그러나 이러한 기술이 진단체계에 명시되어 있거나 혹은 자폐스펙트럼장애를 연구, 평가, 치료하는 모든 임상가가 동의하는 절대적인 정의는 아니며, 증상에 대한 검사 도구의 조

작적 정의에 지나지 않는다. 다른 예시로, K-CARS2 표준형 중 ‘사람과의 관계’ 문항은 아동에게 반응이 요구될 때 아동이 상호작용을 피하거나 지나치게 수줍어하지 않고 적절한 관심을 보이고 눈을 쳐다보려 하고 접촉을 시작하는지 등을 파악하여 채점된다. 그러나 최근 자폐성장애에 ‘스펙트럼’의 개념이 도입됨에 따라 포괄하는 행동 양상이 크게 확장되었고, 단순히 외부 대상에 무반응하거나 최소한으로 사회적 상호작용을 개시하는 양상뿐 아니라(also) 과도할 정도로 사회적 상호작용을 부적절하게 개시하는 양상까지도 스펙트럼으로 아우르게 되었다. K-CARS2 표준형의 ‘사람과의 관계’ 문항에서는 과도할 정도로 혹은 제한적인 주제로만 사회적 상호작용을 개시하는 양상에 대해서는 기술하고 있지 않아, 자폐성장애 대상자가 사회적 상호작용과 관련하여 보이는 면모의 일부만 포착할 수 있는 제한점이 있어 사용 시 유의해야 한다.

**모든 검사 도구는 상황이나 대상에 따라, 나아가서 그 자체로 시행 및 해석의 한계점을 가질 수 있고, 이때 산출된 결과는 타당하지 않을 가능성이 크다.**

ICD-10의 정신지체 진단 지침에도 명시되어 있듯이 “지능지수(IQ)는 표준화되고, ... 선택한 검사는 개인의 기능 수행 수준과, 표현성 언어장애, 청각장애, 신체적인 장애와 같은 그 밖의 특수한 장애상태에 적합한 것이어야 한다”(WHO, 1993). 신체적, 언어적, 감각적 장애를 가지고 있어 평가 시행에 특별한 도움이 필요로 하는 수검자에게는 매뉴얼에 명시된 일반적인 절차와 지시문의 적용이 어려울 수 있다. 그리고 표준화된 실시 절차를 수정하여 실시했을 때는 수검자가 하는 반응의 유형과

질이 달라져 평가의 신뢰도에 영향을 미치게 되며, 채점과 해석에서 오류를 범하게 되어 검사 점수의 통상적인 적용 또한 제한된다. 예를 들어, Wechsler 검사에서 청각적 어려움을 가진 수검자를 위해 소검사의 선택이나 실시 절차를 조정하게 되면 문항이나 소검사에서 유의미한 변화가 발생할 수 있으며, 표준 절차에서 허용된 손으로 가리키거나 몸동작은 청각장애인을 혼란스럽게 할 수도 있다. 언어성 과제에서 수화나 제스처의 사용은 의도치 않게 단서를 제공해줄 수 있고, 비언어성 과제 중 의사소통 방식에서의 차이가 수행에 유의미한 차이를 가져오지 않으나 수검자는 평가자의 수화, 단서, 입술 등에 끊임없이 주의를 기울여야 하므로 도형을 배열하는 데 불이익을 경험할 수 있다(Blennerhassett & Traxler, 1999, 황순택 외, 2012에서 재인용).

표준화 작업에 포함되지 않은 사례를 평가할 때는 실시뿐만 아니라 그 결과 수치의 타당한 해석에도 제한이 따른다. 표준화 표본이 특정한 언어적, 문화적 배경이나 장애를 가진 대상자를 포함하고 있지 않다면, 규준이 이들의 전집을 대표한다고 보기 어려우므로 일반인 표본에 의해 얻어진 점수의 분포를 반영하는 규준의 적용이 적합하지 않을 수 있다. 예를 들어, 국내 지능검사 규준 자료는 한국에서 생활하는 한국어가 모국어인 수검자를 대상으로 수집했고, 번역이나 이중언어의 실시는 표준화된 절차에 해당하지 않는다. 웨슬러 지능검사 매뉴얼에 따라 산출된 검사 수치를 해석할 때는 수검자가 표준화된 검사 절차에 따라 수행했을 때 얻게 되는 점수와 지시문을 충분히 이해할 수 있도록 절차를 수정함으로써 추가적으로 얻게 되는 점수에 대해 임상적으로 판단하도록 권고한다(황순택 외, 2012).

자폐성장애의 평가에서도 ADOS-2 시행은 수검자의 모국어와 일치하는 모국어를 사용하는 평가자가 시행하도록 권고하며, 통역 서비스나 번역기의 활용은 적절하지 않다고 언급한다. 이 외에도 ADI-R은 정신연령이 2세 미만인 경우(Le Couteur et al., 2003/2020), ADOS-2는 비언어적 정신연령이 12개월 이하이거나, 선택적 함구증이나 불안, 행동문제, 발달지연이 심한 대상에게는 시행이 적합하지 않을 수 있다(Lord et al., 2012/2017). K-CARS2 표준형과 고기능형은 국내에 거주하는 만 2~36세 자폐진단을 받은 사람을 대상으로 표준화되었다. 한편, ADOS-2와 ADI-R 모두 “수검자가 다른 사람과의 상호작용에 영향을 줄 만한 중요한 장애를 가지고 있을 때 표준화 집단과 같은 방식으로 평가를 시행하고 결과를 해석할 수 있을지에 대해 타당성 관련 자료가 제한적이고, 무엇보다 이 환경에서의 진단이 동일한 의미를 가지는지 확신할 수 없으므로 주의해야 한다”고 언급한다.

점수의 산출 방식 자체에 문제가 제기되는 도구도 있다. 대표적으로, 바인랜드 사회성숙도검사(김승국, 김옥기, 1985)에서 사회지수(SQ)는 비율지수 개념을 토대로 다음의 공식에 따라 산출된다: 사회지수(SQ) = [사회성숙도검사의 문항 총점에 해당하는 사회연령(SA) ÷ 생활연령(CA)] × 100. 그러나 사회적응 능력을 반영하는 사회연령은 생활연령에 비례해서 평생동안 선형적으로 증가하지 않아 모든 연령에 이러한 공식을 적용하기는 어려울 수 있다. 또한 사회성숙도검사에서 측정 가능한 최고 사회 연령은 30세이며, 이 연령을 초과하는 대상자에 대한 시행 지침은 검사 매뉴얼이나 현행 제도, 학회 차원에서 제시하고 있지 않다. 지수비(quotient ratios) 계산의 제수로 사

용하는 최고 생활연령 기준인 25세로 제안되기도 하나 그 경험적 근거는 미흡하다. 김근향(2011)의 비공식적 조사에서는 성인기 환자를 대상으로 병원마다 서로 다른 이론적, 경험적 배경으로 생활연령을 적용하는 상황을 보고했는데, 이는 적용된 실제연령에 따라 지적장애 등급 판정에 차이가 발생할 가능성이 높다는 점을 시사한다. 더욱이, 연령이 매우 어린 경우에는 연령별 최저득점으로 인해 점수 산정이 어렵게 된다. 어린 연령에서는 반복 연습을 통해 단순한 행동 위주의 자조 기술 습득하였을 때 사회지수가 높게 산출될 수 있는데, 연령이 증가하면서 이 사회지수를 유지할 수 있을지는 불분명하다. 사회성숙도검사의 기준 자료가 노후화되어 시대적 변화와 세대적 발전을 반영하지 못하고 있다는 비판도 있다(김근향, 2011).

이러한 문제점을 개선하기 위해 바인랜드 적응행동척도 2판(Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd edition [VABS-2])이 개발되고 국내에서 표준화되었다(황순택 외, 2018). VABS-2는 0~90세까지 전 연령층을 대상으로 실시 가능하며, 표준 점수에 더해 일부 하위 척도에서는 백분위 점수, 등가 연령, 스텐나인 점수 등 다양한 지수를 사용해 대상자의 적응 수준을 객관적으로 확인할 수 있는 강점이 있다. 다만 이처럼 국내에서 주로 사용되는 적응기능 평가 도구는 대부분 보호자 면담형 혹은 보호자가 작성하는 질문지형 평정 방식으로 평정자/보고자의 신뢰성에 대한 문제가 남아 있다. 실제로, 적응행동 척도를 체계적으로 개관한 Floyd 외(2015)에 따르면, VABS-2 면담형은 적응행동의 주영역과 하위영역 기술 모두에서 .90 이상의 적절한 내적 일치도를 보였으나, 보호자 평정형은 모두 .80 미만으로 부적절

(inadequate)했다. 즉, 미묘한 적응기술의 지연과 어려움에 대해 임상가가 보호자에게 평가를 전적으로 맡기는 방식으로 진행했을 때는 결과 해석의 신뢰도가 저조할 수 있음을 염두에 두어야 하는 것이다. 또한 Wilkinson 외(2024)의 연구에 따르면, 바인랜드 적응행동척도에서 의사소통, 생활기술, 사회성 주영역의 3요인 구조는 자폐성장애 표본의 다양한 연령 및 언어적 기능 집단에서 적절하게 지지되지 않았고, 모든 영역을 결합하는 단일 요인구조도 적합하지 않았다. 이는 자폐성장애와 같은 임상군에 대해서는 특별하고 신중하게 평가 결과를 해석할 필요성을 시사한다.

이외에도, 지능지수 산출이 어려운 경우 비언어적 시지각 구성능력 검사인 벤더게슈탈트 검사(이하 BGT)나 시각-운동통합발달검사(이하 VMI)를 추가로 시행하도록 고시에 명시되어 있다. 그러나 BGT는 표준점수의 산출이 불가능하고 채점과 해석 기준도 명확하지 않다. VMI의 가장 최신 버전인 VMI-6(황순택 외, 2016)은 2세에서 90세 성인까지 측정이 가능하고, 등가연령과 표준점수를 산출할 수 있다. FSIQ와의 상관을 살펴본 국내 표준화 연구 결과, 한국판 웨슬러 성인용 지능검사 4판(K-WAIS-IV; 황순택 외, 2012)으로 산출한 FSIQ는 정상집단, 지적장애집단, 혼합집단 모두에서  $p < .001$  수준의 높은 상관을 보였고, 한국 웨슬러 아동 지능검사 4판(K-WISC-IV; 광금주 외, 2011)으로 산출한 FSIQ는 정상집단에서 유의미한 상관이 관찰되지 않았으나 지적장애집단과 혼합집단에서  $p < .001$  수준의 높은 상관을 보였다(Bahk et al., 2016). 다만, 지능과 시각-운동 통합 능력 간 상관관계가 비교적 유의미함에도, VMI는 시지각 및 시공간 구성 능력의 특정한 인지기능을 확인하기

위한 목적으로 개발된 검사이므로 점수가 전반적인 지적 능력 혹은 비언어적 능력을 반영한다고 해석하는 것은 과잉-일반화일 수 있다. 아울러, 점수 분포가 지능검사와 다르므로 산출된 표준점수를 지능지수(IQ)와 대체하여 사용할 수는 없으며, 지나치게 낮은 기능을 측정할 수 없다는 제한점도 있다. 이외에도, 매우 어린 연령에서는 낙서 정도만 해도, 혹은 만 13세 정도의 지적 능력과 사회적응 능력을 보유한 정도의 지적발달장애 성인에서는 평균에 근접한 VMI-6 표준점수가 산출될 수 있다(예: 만 36세 성인 수검자가 VMI-6에서 등가연령 13세 4개월에 해당하는 수행을 보였을 때 표준점수는 96으로 산출됨). 만약 시공간 구성 능력만 개인 내에서 상대적으로 잘 발달한 경우 혹은 연습을 통해 단순 필기 기술을 일정하게 습득한 사례에서도 VMI-6 표준점수가 평균 수준으로 산출될 수 있어 결과의 해석에 주의를 요한다.

요약하여, 도구 자체의 한계 혹은 시행상의 제한으로 표준화된 도구가 매뉴얼에 고지된대로 타당하고 신뢰롭게 시행될 수 없으나 정신의학적 감별 진단이 최선의 임상 실무를 위해 혹은 윤리적으로 필요한 경우에 관하여, 현행 판정 제도에서는 별다른 지침을 제공하지 않으며 오롯이 수치만을 고려한다. 이에 반해, ICD-11에서는 지능수치가 아닌 지적 기능의 행동적 지표를 토대로 지적발달장애의 심각도 수준을 결정하도록 하면서 세부 예시를 표로 제시한다. 이와 더불어 “특정 행동적 지표의 유무가 진단을 확정하거나 유보하기에 충분하지 않고, 임상적 판단이 진단 여부를 결정하는 데 필요한 요소”임을 유의하도록 명시했고, 개인의 나이, 문화적 및 언어적 다양성, 의사소통·감각·운동·행동 요인의 차이,

개인 내 강점 등을 종합적으로 고려했는지 살펴볼 필요가 있다. 그리고 “개인의 어려움은 필요한 지원의 프로파일을 개발하기 위해 설명되어야 하고, 적절한 지원을 장기간 제공할 때 개인의 생활 기능이 일반적으로 향상될 수 있음을 인식해야 한다”고 언급하면서 우리나라의 새로운 복지 패러다임과 일치하는 맥락을 보이는데(WHO, 2021), 현행 고시에서 강조하는 지능지수에는 이러한 정보가 충분히 포함되기 어렵다. 진단 평가에서 검사 수치가 객관적이고 유의한 정보를 제공한다는 점을 부인할 수 없지만, 수치 자체가 최종 진단명을 의미하지는 않으며 그 제한된 속성으로 인해 확진과 동일시될 수도 없다. 결과의 타당도와 신뢰도를 보장하기 위해서는 임상적 해석이 필요하다. 나아가, 점수에 포함되지 않은 인지기능, 일상생활 기능, 장애의 핵심증상에 대한 정보를 수집 및 보완해야 하며, 다양한 정보원과 출처를 포괄적으로 고려하는 임상적 판단을 통해 감별하는 과정을 거친 최종 진단이 판정에 반영되어야 할 것이다. 이와 일관되게 영국 국민보건서비스(National Health Service England, 2023)는 자폐 평가의 표준 지침으로 다음과 같이 명시하고 있다: “평가는 최소한 임상 면담, 행동 관찰, 발달 및 부가정보의 통합, 초기 선별에서 확인되지 않은 잠재적인 감별진단과 동반진단에 대한 고려를 포함해야 한다”.

실시자 자격 요건이 부재하여 평가 시행과 결과 해석의 타당도와 신뢰도, 질을 확보할 수 없다.

현행 판정 제도는 의료적 관점 하 장애 여부에 전문의의 확인을 요구한다. 그러나 정작

판정의 필수적인 근거자료인 심리평가 시행 주체에 대한 언급은 없다. 평가자의 전문성 없이 근거기반 심리평가의 성립은 요원하다(Bornstein, 2017). 장애판정 절차에서 심리평가의 타당도와 신뢰도가 담보되지 않는다면, 결국 개별 검사 도구의 총점이나 세부 문항의 원점수에 과도하게 의존할 수밖에 없고, 이는 앞선 이슈(2.)에서 언급한 문제들로 이어진다.

앞서 살펴본 바와 같이, 장애판정의 목적을 포함하여 근거기반 심리평가를 위하여 평가자는 제반 심리평가의 숙달에 필요한 지식, 기술, 태도를 함양해야 하며, 이는 심리측정, 임상적 유용성, 개인차와 문화, 효과적인 의사소통과 더불어, 각 측정치의 강점과 한계에 대한 분명한 이해를 포함한다. 그리고 숙련되고 정확하게 평가를 실시하며, 해석에 이르는 추론 과정을 기술하면서 가능한 여러 진단을 감별해 나가야 한다. 아울러, 최적의 시행을 통해 최선의 결과를 도출하기 위해서는 모든 과정마다 섬세한 임상적 판단이 요구된다. 임상적 판단(clinical judgment)이란 임상가가 내담자를 정확하게 기술하기 위해 가용한 모든 정보를 활용하는 지각적인 특별한 단계로, 자료의 취합과 종합, 임상적 기술과 통계적 기술 간의 상대적인 정확성, 심리평가 보고서에 포함되어야 할 정보를 결정하는 판단력 등을 포함한다(Groth-Marnat & Jordan, 2016/2017). 더욱이 어린 연령과 발달지연 상태를 고려할 때 불충분한 수행은 일반적으로 관찰되는 특성으로, 매뉴얼의 활자를 따라 읽는 단순하고 기계적인 테크닉에 기반한 시행으로는 타당한 평가가 제한되며, 표준 절차를 벗어나지 않는 범위 내에서의 융통성, 임상적 관찰과 면담 능력을 포함하는 특별한 임상적 판단력을 발휘해야 한다. 더욱이 다른 신체 질환을 동반



하는 대상자가 중복장애 판정을 고려할 때는 신경발달장애의 감별진단이 더욱 복잡해진다. 발달장애뿐 아니라 신경(외)과적, 재활의학과 적 지식을 포함하는 발달정신병리학적 지식과 임상 경험을 동원해야 하며, 심리평가 실제에 이 지식을 통합할 수 있어야 한다(표 9).

이에 더해, 신뢰로운 심리평가를 위해 평가자는 스스로의 한계점을 알고 임상 실무에 적용하는 자기 감찰(self-monitoring) 능력과 윤리 의식을 갖춰야 하며, 이는 임상 경험이 풍부한 심리평가 전문가로부터 일정 기간 임상 장면에서 지도, 훈련을 받으면서 경험하고 쌓아

나갈 수 있다. 근거기반 심리평가에서 평가자는 평가 과정을 스스로 모니터링하면서 표현되지 않은 가설, 고정관념, 직관(heuristics)을 인식해야 하며, 자연스럽게 혹은 상황적 요인으로 발생할 수 있는 정보처리 왜곡의 영향을 조절하고 편향을 제거하는 전략을 마련해야 한다. 또한 평가의 진행과 결과에 있어 시행 당시 상호작용의 시너지 효과나 평가자의 위치가 영향을 미친 방식을 인식해야 한다. 장애판정 절차가 국가적인 공공복지 사업의 일환임을 고려할 때 이 중요성은 더욱 강조될 것이다.

표 9. 발달장애 감별진단의 심리학적 평가 시 임상가의 임상적 판단을 요하는 사례 예시

실시	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지적장애 판정이 의뢰된 피검자의 연령이 만 6세일 때 또는 만 16세일 때 어떤 지능검사 도구를 어떤 근거로 선택하여 사용할 것인가?</li> <li>· 청각 혹은 시각 장애인에게 지능검사를 실시할 때 표준 절차의 고수와 수검자의 한계 사이에서 어느 정도로 융통성을 발휘할 것인가?</li> </ul>
채점 및 평정	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회성숙도검사 혹은 바인랜드 적응행동 검사에서 보호자의 보고 내용과 평가 중 관찰된 수검자의 행동이 일치하지 않을 때 어떻게 평가를 진행하고 평정할 것인가?</li> </ul>
해석	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 평가자, 수검자, 혹은 외적 요인으로 인해 절차를 일부 변형하여 검사를 실시했다면 혹은 일부 검사의 진행이 방해되었다면, 이때 산출된 소검사 환산점수, 하위지표 점수, FSIQ를 절차에 따라 시행된 검사와 동일하게 해석할 수 있는가?</li> <li>· 지능검사 상 FSIQ/GAI 산출이 불가능한 사례에서 자동채점 프로그램을 적용하고 산출된 FSIQ/GAI를 어떻게 해석하고 기술할 것인가?</li> <li>· VABS-2 결과 상 주영역 하나만 2 SD 미만에 해당하고 두개는 평균 범위에 속할 때는 발달장애에 준하는 적응기능에 어려움이 있다고 해석할 수 있는가?</li> <li>· 지능검사 결과 한 개의 하위 영역이 연령 평균 수준에 해당하고 나머지 하위 영역 및 FSIQ는 69 미만이라면 지적장애에 해당하는가? 이때 적응기능이 연령 평균 수준에 가깝고 학교에서 무난히 적응했던 기록이 있다면 지적장애에 해당하는가?</li> </ul>
감별진단 및 제언	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 전반적인 발달이 지연된 경우, 사회성의 발달지연 중 지적 손상의 설명량을 어느 정도로 어떻게 판단할 것인가?</li> <li>· 발달 수준에 따라 증상의 양상이 달라지는 경우, 평가자의 기대치가 어느 정도로, 어떤 기준으로, 어떻게 조절되어야 하는가?</li> <li>· 발달장애와 다른 신체적 혹은 정신적 질환이 동반되는 경우, 필요한 개입과 지원의 우선순위를 어떻게 정할 것인가?</li> </ul>

그러나 현행 고시에서는 실시자의 자격 요건 자체가 규정되어 있지 않을 뿐만 아니라, 실시자에게 최소한의 실습 시간이나 임상 경력에 대한 요건조차 마련되어 있지 않으며, 심지어는 심리평가와 무관한 자격 소지자나 무자격자가 실시해도 위법하지 않은 실정으로서 보완이 필요하다. 이와 반대로, 해외에서는 장애등록 절차에서 평가의 시행 주체를 뚜렷하게 명시하며, 일례로 미국의 뉴욕 주 정부 장애인 판정 자격 지침을 살펴보면 다음과 같다. “지능 및 적응행동의 표준화된 측정도구를 실시하고 해석할 수 있는 “자격을 갖춘 전문가”는 다음으로 정의된다(Office for People with Disabilities Eligibility Guidelines, 2023): 심리학과 직접 관련된 석사 또는 박사 학위를 소지하고, 개인용 검사 결과의 사용과 해석에 있어 개별 매뉴얼에 포함된 권고 사항 및 최신판 교육 및 심리검사 표준(Standards for educational and psychological testing; American Educational Research Association et al., 2014)의 요구사항에 부합하는 훈련 및 수퍼비전 경험을 가진 사람. ... 자격이 있으나 공인된 자격증이 없는 석사급 실무자가 진단적 기술이 포함된 보고서를 작성할 때는 관련 상태를 평가하고 진단할 자격이 있으며 공인된 자격증을 보유한 전문가로부터 수퍼비전과 공동 서명을 받아야 하며, 해당 전문가는 평가 과정에 참여해야 한다”.

국내에서 발달장애 외의 경우를 살펴보면, 손해보험사의 ‘치매관련 보험 약관’ 중 치매에 동반된 정신행동증상에 대해 “심리학적 평가 보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성해야 한다”고 전문적인 평가자 자격을 명시하고 있다. 또한 「산업재해보

상보험법」에 근거하는 ‘정신질환 업무관련성 조사 지침’을 살펴보면, “업무와 관련한 심리적 스트레스와 관련이 있다고 주장하는 기능성 정신질환”을 대상으로 하는 재해 조사에서는 진단을 중요하게 고려하면서 임상심리학적 평가 결과를 요구한다. 이때 공정성과 객관성을 확보하고 전문성을 높이기 위해 “임상심리 전문가, 정신건강임상심리사 등 전문가가 객관적인 검사에 기초하여 해석·판독한 결과를 확인”하도록 명시하고 있다(근로복지공단, 2023). 언어장애 판정기준에는 평가자 자격 요건이 명시되어 있지는 않으나, 재활의학과를 제외한 이비인후과, 정신건강의학과 전문의가 진단 내릴 경우 언어재활사가 배치된 의료기관으로 제한하고 있다.

#### 제언: 타당하고 신뢰로운 평가에 기반한 발달장애 판정기준 개선을 위하여

국내 발달장애인 수의 증가와 더불어 등락한 발달장애인과 그 가족을 대상으로 지원하는 복지서비스의 종류와 양, 투입 예산이 늘고 있고, 우리나라뿐만 아니라 전세계적으로 타당하고 신뢰로운 평가, 조기 진단에 대한 필요성이 강조되는 상황이다. 발달장애와 관련한 엄정하고 전문적인 진단은 신경발달장애의 속성상 개인적 차원에서 신체 및 정신건강, 학습과 사회적 적응 전반에 광범위한 영향을 미치며, 사회적 차원에서는 공명정대하게 공공서비스를 제공하고 지역사회/국가의 재원을 효율적으로 분배한다는 의의를 가질 것이다. 이러한 중요도와 추세에 따라, 임상적 심리평가와 발달장애 감별진단에 전문성을 지닌 임상심리학자는 대상자와 심사기관 양쪽의 요구

에 부합하는 심리평가를 실시하고 결과 보고서를 제공하기 위해 더욱 관심을 가질 필요성이 대두된다. 이에 본 고에서는 국내 장애정도 판정에서 발달장애의 평가 및 진단과 관련한 정책과 실재를 고찰하고 개선이 필요한 부분을 논의하였다. 먼저 지적장애 및 자폐성장애를 포함하는 발달장애에 대한 국내 장애정도 판정기준을 개괄하고 장애등록 과정과 세부적인 지원 내용을 살펴보았다. 다음으로, 장애판정 절차에서 전문성과 타당도, 신뢰도를 확보하기 위해 현행 기준에서 보완이 필요할 수 있는 부분을 숙고했고, 해외의 장애판정 제도도 함께 살펴보아 해결의 실마리를 얻고자 하였다.

크게 3가지 이슈로 나누어 살펴보았는데, 첫째로 현행 제도는 발달장애의 핵심과 최신 개념을 균형적으로 반영하지 못하고 지능지수를 지나치게 강조하고 있다. 대신에 발달장애에서 지능지수 단독이 아닌 적응행동 기능수준이 더 고려되어야 한다. 사회적응 능력을 측정하는 검사(예: 바인랜드 사회성숙도 검사, 바인랜드 적응행동척도 2판 등)는 현행 기준처럼 지능지수의 파악이 불가능할 때 시행하는 대체재로서 기능하기보다, 지능지수와 동등하게 가중치가 부여되고 명시되어야 한다. 이는 장애인 당사자 중심의 지원 체계를 구축하고자 하는 정책적 흐름과도 상통할 것이다.

또한 자폐성장애의 심각도와 필요한 지원의 수준은 지능지수와 전반적 기능수준 점수뿐만 아니라 어떤 검사의 단일 점수로도 결정할 수 없다. 대신에 종합적인 임상심리평가를 통해 사회적 상호작용/의사소통 및 제한적/반복적인 행동 양상의 핵심증상 두 개 각각의 상태와 심각도 수준, 지적 능력, 기능적 언어 수준,

적응행동 프로파일 및 수준, 발달력이 경험적으로 표준화된 검사 및 임상적 면담을 통해 측정 및 탐색되어야 한다. 보고서에는 각 증상의 결과가 개별적으로 기술되는 동시에 통합적인 프로파일에서 도출된 최종 진단명이 제시되어야 하며, 이에 따라 장애판정이 이루어질 필요가 있다. 이는 자폐증에 스펙트럼의 개념이 도입됨에 따라 상당히 다양하고 이질적인 형태의 증상과 특징을 포괄하게 되었기 때문에 중요하다.

둘째로, 현행 제도에서는 특정 검사 도구의 수치에 근거하여 장애 해당 여부가 결정되지만, 이는 다음의 이유로 판정의 신뢰도와 타당도를 저해할 수 있다: 검사 내에서 그리고 검사 간 서로 일치하는 결과와 불일치하는 결과 각각에 대한 해석, 각 측정치가 내포하는 심리적 과정과 맥락을 고려하지 않는 심리평가는 근거기반의 실무에 해당하지 않는다. 모든 검사 점수는 도구의 측정 오차를 포함하며, 어떤 검사 도구도 완벽한 민감도와 특이도를 가질 수 없고, 결과 수치는 검사 도구가 조작적으로 정의한 구성 개념의 근사치이다. 지시 이해가 어렵거나 행동 문제가 있을 경우 매뉴얼에 따른 시행 및 표준화된 표본에 근거한 신뢰로운 해석이 제한될 소지가 있으며, 발달장애와 같은 임상군은 이에 취약할 가능성이 더 높으므로 유의해야 한다.

즉, 검사와 점수에 의존하여 계량적으로 분류되는 판정은 한계를 지닐 수밖에 없다. 따라서 진단을 위해 다른 전문가에게 임상 평가를 의뢰하여 그 결과 수치를 바탕으로 진단 내리는 것 또한 양질의 정확한 판정을 저해할 소지가 있으며, 검사 도구를 활용하여 평가를 직접 시행한 임상가/전문가가 진단의 결정 과정에 직접 포함되어 관여할 필요가 있다.

검사의 시행을 통해 얻은 최종 점수/분류보다 평가 중 아동과 직접 상호작용하고 아동을 관찰하면서 얻은 질적 정보가 감별진단에 더 유용하기 때문이며, 이를 근거로 ADOS-2 개발 연구팀 또한 점수의 보고를 피하고 질적 관찰에 집중하도록 권고한다(Bishop & Lord, 2023).

신뢰롭고 타당한 판정을 위해서는 다양한 정보원과 출처에 전문가의 임상적 판단이 통합된 평가 결과의 종합적 해석과 감별진단이 큰 틀에서 고려되어야 하며, 장애정도 판정에서 임상심리학자의 역할이 중요할 수 있는 이유이다. 모든 검사 도구는 종합평가 과정에서 수행이나 증상을 수집하고 임상가의 전문적 판단에 통합되어 진단을 보조하는 하나의 수단이지, 그 자체로 검사 점수가 분할점을 초과하는지 여부에 따라 진단을 내려주는 황금 기준이 될 수 없으며 더군다나 단일 점수가 최종적인 의사결정이 되어서도 안 된다. 이러한 맥락에서 임상심리학자는 평가 보고서에 개별 문항의 원점수들을 나열하여 제시하거나 이에 과도하게 의존하는 것은 지양해야 할 것이다. 그리고 임상심리학자는 대상자를 직접 관찰하고 주변인과 직접 면담하면서 획득한 증상 각각의 정보를 객관적으로 평가하고, 정보의 변산성을 아우르는 통찰력 있는 해석과 전문적인 의사결정을 내려야 하며, 이를 통한 최종 제언이 장애심사에서 중요하게 고려될 필요가 있다.

셋째, 현행 기준에서는 실시자 자격 요건을 명시하지 않으며, 이로 인해 평가 시행과 결과 해석의 타당도와 신뢰도, 전문성과 질의 확보가 제한될 수 있는 점이 우려된다. 실제적으로 많은 제약이 따를 수밖에 없는 평가 상황에서 최적의 시행을 통해 최선의 결과를

도출하는 근거기반 심리평가를 위하여 검사 매뉴얼의 암기와 기술을 넘어서서 임상적 해석을 위한 심리평가/심리측정 전반의 지식과 추론 능력, 윤리적 의식과 태도, 임상적 유용성과 의사소통 능력, 문화적 민감성을 갖추어야만 타당한 감별진단이 가능할 것이다. 이를 가능하게 하는 임상적 판단력을 갖추기 위해서는 발달장애의 임상 경험이 풍부한 심리평가 전문가로부터 일정 기간 임상 장면에서 지도, 훈련을 받을 필요가 있다.

따라서, 발달장애 판정에 있어 임상심리학자의 역할이 중요하다. 임상심리학자는 심리평가를 타당하고 신뢰롭게 시행하는 데 더하여 평가 도구를 과학적으로 평가하고 활용하는 역량이 있기 때문이다. 그리고 정신병리를 개념화하는 일련의 절차를 훈련받고 수행하면서 임상적 평가의 전문성을 갖추었기 때문이기도 하다.

임상심리학자 개인적인 수준에서는 판정제도 등의 정책에 관심을 기울이고, 근거기반 심리평가를 실천하면서 임상 실무를 수행해야 한다. 검사 총점이나 개별 문항의 원점수에 따라 기계적으로 진단을 제언하지 않고, 검사 도구의 관리자이자 연구자로서 그 속성과 한계를 인지하여 이용해야 할 것이다. 또한 평가 결과를 전문적으로 해석하고 평가 대상자와 보호자, 판정의, 심사기관을 포함하는 서비스 대상자가 이해할 수 있도록 결과를 제시해야 한다. 나아가, 발달장애 판정 및 감별진단에 유용한 연구의 수행이나 평가도구의 개발에도 적극적인 참여가 요구된다. 예를 들어, 앞서 기술하였듯이 현재 사용하는 적응기능 평가도구 일부는 보고자의 신뢰도가 결과에 영향을 미치는 제한점이 있으며, 향후 대상자의 실제 적응 기능에 대한 행동 측정이 포함

된 평가도구의 개발이 필요하다. 급변하는 사회적, 문화적 현상과 생애 주기별로 보편적으로 기대되는 적응기능의 세부 요소가 구체적으로 반영되도록 적응기능 평가도구의 문항과 표준화를 갱신해야 할 필요도 있다. 이에 더해, 심리평가 및 장애판정과 관련한 사회적 이슈가 있을 때, 경험적인 근거를 제시하면서 옹호/반박하는 정책 연구나 이슈의 해결 방안을 제시하는 과학적 연구를 수행할 수도 있다. 이를 통해 심리평가의 전문적 활용에 대한 필요성을 역설하고 관련한 정책적 제안에도 목소리를 낼 수 있으며, 최종적으로는 평가자 자격 요건의 법제화에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 기대된다.

발달장애 평가와 관련한 임상심리학회 차원의 지속적인 관심도 요구된다. 학회에서 발달장애 종합평가 및 감별진단 워크숍과 같은 교육을 정기적으로 제공한다면, 임상심리학자간 의견을 공유하고 전문성을 향상하는 장을 마련할 수 있을 것이다. 평가 실무나 장애판정 정책에 관한 연구 지원도 유용할 것이다. 또한 학회 차원에서 장애판정 심사기관 등 정책 유관 기관을 대상으로 발달장애 감별진단의 절차나 이에 필요한 요건, 심리평가 도구의 특성 등에 대해 적극적으로 교육하고 정책을 제언하는 경로를 마련할 수 있다. 이를 통해 임상심리학자의 전문성을 홍보할 수 있을 것으로 기대된다.

임상심리학자 및 임상심리학회는 타당하고 신뢰로운 평가가 이루어질 수 있도록 앞장서야 하며, 이를 통해 국내 발달장애 판정의 정확성과 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강윤석, 홍창희 (2013). 지적장애아동 평가를 위한 전반적 기능평가척도(C-GAS)의 신뢰도. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 875-885.  
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2013.32.4.007>
- 건강보험심사평가원 (2024). 의·치과 수가파일(24.5.1.)\_코로나19 감염병 위기경보 단계 하향(5.1.)에 따른 건강보험 수가 등 변경 안내. (보험급여과-1818호).  
<https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltno=4&brdBltno=10870&pageIndex=1>
- 곽금주, 오상우, 김정택 (2011). K-WISC-IV 한국 웨슬러 아동지능검사 4판. 인사이트.  
<https://www.riss.kr/link?id=M13790803>
- 곽금주, 장승민 (2019). K-WISC-V 한국 웨슬러 아동지능검사 5판. 인사이트.  
<https://www.riss.kr/link?id=M15474020>
- 교육부 (2021.05.12.). "제8차 포용국가 실현을 위한 사회관계장관회의 개최" [보도자료].  
<https://www.moe.go.kr/boardCnts/viewRenew.do?boardID=294&lev=0&statusYN=W&s=moe&m=020402&opType=N&boardSeq=84387>
- 국회예산정책처 (2023). 2024년도 예산안 심의 결과. <https://www.nabo.go.kr/>
- 근로복지공단 (2023.09.20.) 정신질병 업무관련성 조사 지침(2023.09.19. 개정).  
[https://www.comwel.or.kr/comwel/info/laws/rule.jsp?mode=view&article\\_no=1191878](https://www.comwel.or.kr/comwel/info/laws/rule.jsp?mode=view&article_no=1191878)
- 김경란 (2022). 장애인복지법 전부개정안에 대한 고찰: 전달체계를 중심으로. *한국융합과학회지*, 11(12), 153-179.  
<https://doi.org/10.24826/KSCS.11.12.10>

- 김경란, 박형빈 (2020). 장애등급제 폐지에 따라 개편된 장애인 서비스 지원 기준에 대한 고찰: 장애등급 기준을 적용하고 있는 장애인 서비스를 중심으로. *한국케어매니지먼트연구*, 36, 217-254.  
<https://doi.org/10.22589/kaocm.2020.36.217>
- 김근향 (2011). 장애인복지법에 의거한 지적장애 판정에서 지능지수 및 사회성숙지수 산출의 문제점. *한국심리학회지: 일반*, 30(3), 663-675.  
<https://www.riss.kr/link?id=A104515717>
- 김성희 (2007). 장애인복지법 개정안의 주요 내용 및 의의. *보건복지포럼*, 127, 34-40.  
<https://doi.org/10.23062/2007.05.4>
- 김성희, 변경희, 이경석, 고영진, 이승기, 황주희, 이미정, 이지은, 김동신, 이민경, 김가희, 김희선. (2014). 장애종합판정체계 도입 연구: 판정체계 개편 방향 및 판정도구 개발. 보건복지부, 한국보건사회연구원.  
<https://repository.kihasa.re.kr/handle/201002/14228>
- 김승국, 김옥기 (1985). *사회성숙도검사*. 중앙적성출판사.  
<https://www.riss.kr/link?id=M2751176>
- 김태련, 박랑규 (1997). *CARS 아동기 자폐증 평정척도 지침서*. 특수교육.  
<https://www.riss.kr/link?id=M2303203>
- 김태련, 박랑규 (1996). *E-CLAC: 이화 자폐아동 행동평가 목록*. 특수교육.
- 박혜원, 이경옥, 안동현 (2016). *K-WPPSI-IV 한국 웨슬러 유아지능검사 4판*. 인싸이트.  
<https://www.riss.kr/link?id=M13995759>
- 방희정, 남민, 이순행 (2019). *한국형 베일리 영유아 발달검사 3판*. 인싸이트.  
<https://www.riss.kr/link?id=M15474021>
- 법제처 (2024). *발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률* [시행 2024. 6. 14.] [법률 제20095호, 2024. 1. 23., 일부개정].  
[https://www.law.go.kr/법령/발달장애인\\_권리\\_보장\\_및\\_지원에\\_관한\\_법률](https://www.law.go.kr/법령/발달장애인_권리_보장_및_지원에_관한_법률)
- 보건복지부 (2022a.09.06.). 2021년 발달장애인 실태조사 결과 발표 [보도자료].  
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=372831](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&tag=&act=view&list_no=372831)
- 보건복지부 (2022b.11.29.). “발달장애인의 평생 돌봄을 강화하겠습니다” 발달장애인 평생 돌봄 강화대책 [보도자료].  
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&list\\_no=1481120&act=view](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&list_no=1481120&act=view)
- 보건복지부 (2023a). *장애인복지 사업안내*. 보건복지부 장애인정책국.  
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&act=view&list\\_no=1479479](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&act=view&list_no=1479479)
- 보건복지부 (2023b). *장애정도 판정기준 고시 (제2023-42호)* [보건복지부 고시].  
[https://www.law.go.kr/행정규칙/장애정도판정\\_기준](https://www.law.go.kr/행정규칙/장애정도판정_기준)
- 보건복지부 (2024.04.18.). 2023년 등록장애인 264만 2,000명, 전체 인구 대비 5.1% [보도자료].  
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&list\\_no=1481120&act=view](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&list_no=1481120&act=view)
- 신민섭, 조수철 (2010). *한국판 라이터 비언어성 지능검사 전문가 지침서*. 학지사 심리검사 연구소.  
<https://www.riss.kr/link?id=M12436235>
- 신희선, 한경자, 오가실, 오진주, 하미나 (2002). *한국형 Denver II 검사 지침서*. 현문사.  
<https://www.riss.kr/link?id=M8508992>

- 이소현, 윤선아, 신민섭 (2019). K-CARS2 한국 판 아동기 자폐 평정 척도 2 전문가 지침서. 인싸이트.  
<https://www.riss.kr/link?id=M16420032>
- 이승기 (2015). 장애등급제 폐지 논의경과 및 쟁점을 통한 대안 고찰. *장애와 고용*, 25(3), 149-168.  
<https://doi.org/10.15707/DISEM.2015.25.3.007>
- 이혜림, 김수현, 박은혜, 김나현, 최승원 (2014). 한국 임상 심리학의 연구 동향: 1967~2013년 ‘한국심리학회지: 임상’ 학회지 게재 논문 분석. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 919-942.  
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2014.33.4.014>
- 장혜영, 강민정, 강선우, 강은미, 김성준, 김예지, 김홍걸, 류호정, 배진교, 심상정, 용혜인, 이은주, 최혜영 (2021). 장애인복지법 전부개정법률안(장혜영 의원 대표 발의) [입법안].  
[https://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC\\_E2B1X1F1I0Y2P1Z3P2M3P3U8C3X9Q8](https://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_E2B1X1F1I0Y2P1Z3P2M3P3U8C3X9Q8)
- 전영환, 김언아, 김용득, 김용진, 윤상용, 이계천, 김대환 (2018). 장애등급제 개편에 따른 장애인 고용서비스 개편 방안. 한국장애인고용공단 고용개발원.  
<https://doi.org/10.978.895813/2462>
- 한국장애인개발원 (2021). 2020 한국장애인개발원 연례보고서.  
[https://www.koddi.or.kr/bbs/ebook\\_yearly.jsp](https://www.koddi.or.kr/bbs/ebook_yearly.jsp)
- 황순택, 김지혜, 박광배, 최진영, 홍상황 (2012). K-WAIS-IV 한국판 웨슬러 성인용 지능검사. 대구: 한국심리주식회사.  
<https://www.riss.kr/link?id=M13248432>
- 황순택, 김지혜, 홍상황 (2016). 시각-운동 통합검사(VMI-6). 한국심리주식회사.  
<https://doi.org/10.979.1185662/244>
- 황순택, 김지혜, 홍상황 (2018). 바인랜드 적응 행동척도 2판(K-Vineland-II). 한국심리주식회사.  
<https://www.riss.kr/link?id=M14996058>
- 황주희 (2022). 장애아동과 그 가족을 위한 지역장애아동지원센터 설치 시 고려사항과 핵심 기능. *보건복지포럼*, 313, 76-95.  
<https://doi.org/10.23062/2022.11.7>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2019, July 29). AAIDD opposes a proposed revision to the DSM-5's entry for intellectual disability.  
<https://www.aaid.org>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.  
<https://www.testingstandards.net/>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed.). APA. <https://www.riss.kr/link?id=M6027552>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed., text rev.). APA.  
<https://www.riss.kr/link?id=M7866140>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). APA. <https://www.riss.kr/link?id=M13302862>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed., text rev.). APA.  
<https://www.riss.kr/link?id=M16844572>

- Anderson, D. K., Liang, J. W., & Lord, C. (2013). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 485-494. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12178>
- Bahk, D., Hwang, S. T., Kim, J. H., & Hong, S. H. (2016). Standardization of the VMI-6: reliability and validity. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-44. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2016.35.1.002>
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Rosenberg, C. R., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L-C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6745a7>
- Bender, L. A. (1938). *A visual motor gestalt test and its clinical use*. American Orthopsychiatric Association. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1938.tb06393.x>
- Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children (The Binet-Simon Scale)*. (E. S. Kite, Trans.). Williams & Wilkins Co. <https://doi.org/10.1037/11069-000>
- Bishop, S. L., & Lord, C. (2023). Best practices and processes for assessment of autism spectrum disorder - The intended role of standardized diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 834-838. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13802>
- Blennerhassett, L., & Traxler, C. B. (1999). *WISC-III Utilization with deaf and hard of hearing students*. Gallaudet Research Institute Technical Report No. 99-1. Gallaudet University Press.
- Bornstein, R. F. (2017). Evidence-based psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 99(4), 435-445. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343>
- Cidav, Z., Munson, J., Estes, A., Dawson, G., Rogers, S., & Mandell, D. (2017). Cost offset associated with Early Start Denver Model for children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(9), 777-783. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.007>
- Damiano, D. L., & Forssberg, H. (2019). International initiatives to improve the lives of children with developmental disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61(10), 1121. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14318>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- e-나라지표. (2024.06.19). 장애인 현황 (국가승인 통계 제117061호). (검색일: 2024.06.19.)



- [https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtIPageDetail.do?idx\\_cd=2768](https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtIPageDetail.do?idx_cd=2768)
- Floyd, R. G., Shands, E. I., Alfonso, V. C., Phillips, J. F., Autry, B. K., Mosteller, J. A., Skinner, M., & Irby, S. (2015). A systematic review and psychometric evaluation of adaptive behavior scales and recommendations for practice. *Journal of Applied School Psychology, 31*(1), 83-113.
- <https://doi.org/10.1080/15377903.2014.979384>
- Gottfredson, L. S. (1997). Why *g* matters: The complexity of everyday life. *Intelligence, 24*(1), 79-132.
- [https://doi.org/10.1016/s0160-2896\(97\)90014-3](https://doi.org/10.1016/s0160-2896(97)90014-3)
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. (2017). 심리평가가 핸드북 (제 6판) (신민섭, 김은정, 민병배, 박수현, 박중규, 송현주, 신민영, 이혜란, 이훈진, 최진영, 하승수, 현명호, 홍상황, 황순택 공역). (원서출판 2016년) 사회평론아카데미.
- <https://www.riss.kr/link?id=M14665336>
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A., & Green, G. (1998). Cost-benefit estimates for early intensive behavioral intervention for young children with autism—general model and single state case. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs, 13*(4), 201-226.
- [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-078x\(199811\)13:4<201::aid-bin17>3.3.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-078x(199811)13:4<201::aid-bin17>3.3.co;2-i)
- Kim, S. H., & Lord, C. (2011). Combining information from multiple sources for the diagnosis of autism spectrum disorders for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(2), 143-151.
- <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02458.x>
- Kim, S. Y., Oh, M., Bong, G., Song, D. Y., Yoon, N. H., Kim, J. H., & Yoo, H. J. (2022). Diagnostic validity of Autism Diagnostic Observation Schedule (K-ADOS-2) in the Korean population. *Molecular Autism, 13*, 30.
- <https://doi.org/10.1186/s13229-022-00506-5>
- Koppitz, E. M. (1964). *The Bender-Gestalt Test for young children*. Grune & Stratton.
- Lacks, P. (1984). *Bender Gestalt screening for brain dysfunction*. John Wiley & Sons.
- Landa, R. J. (2018). Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. *International Review of Psychiatry, 30*(1), 25-39.
- <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1432574>
- Lebersfeld, J. B., Swanson, M., Clesi, C. D., & O'Kelley, S. E. (2021). Systematic review and meta-analysis of the clinical utility of the ADOS-2 and the ADI-R in diagnosing autism spectrum disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(11), 4101-4114.
- <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04839-z>
- Le Couteur, A., & Lord, C., & Rutter, M. (2020). ADI-R 자폐증 진단 면담지-개정판, 전문가 지침서 (박규리, 유희정, 봉귀영, 조인희, 조숙환, 이미선, 광영숙, 반건호, 김봉년 공역). 인사이트. (원서출판 2003년)
- <https://www.riss.kr/link?id=M16327229>
- Lezak, M. D. (1988). IQ: R. I. P. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 10*(3), 351-361.

- <https://doi.org/10.1080/01688638808400871>
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2017). 자폐증 진단 관찰 스케줄 2 ADOS-2 (유희정, 봉귀영, 곽영숙, 이미선, 조숙환, 김봉년, 박규리, 반건호, 신의진, 조인희, 김소윤 공역). 인싸이트. (원서출판 2012년)  
<https://www.riss.kr/link?id=M16397617>
- Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 62-69.  
[https://doi.org/10.1016/s1071-9091\(98\)80020-x](https://doi.org/10.1016/s1071-9091(98)80020-x)
- Moon, S. J., Hwang, J. S., Shin, A. L., Kim, J. Y., Bae, S. M., Sheehy-Knight, J., & Kim, J. W. (2019). Accuracy of the Childhood Autism Rating Scale: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61(9), 1030-1038.  
<https://doi.org/10.1111/dmcn.14246>
- National Disability Insurance Scheme. (2024, June 27). Types of disability evidence.  
<https://www.ndis.gov.au/applying-access-ndis/how-apply/information-support-your-request/types-disability-evidence>
- National Health Service England. (2023, November 27). A national framework to deliver improved outcomes in all-age autism assessment pathways: Guidance for integrated care boards.  
<https://www.england.nhs.uk/long-read/a-national-framework-to-deliver-improved-outcomes-in-all-age-autism-assessment-pathways-guidance-for-integrated-care-boards/>
- Nores, M. (2020). The economics of early childhood interventions. In S. Bradley & C. Green (Eds.), *The economics of education: A comprehensive overview* (2nd ed., pp. 229-238). Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815391-8.00017-3>
- Office for People with Developmental Disabilities. (2023, June 27). *Office for People with Developmental Disabilities eligibility guidelines. Determining eligibility for services: Substantial handicap and developmental disability.*  
<https://opwdd.ny.gov/regulations-guidance/adm-2023-02-opwdd-eligibility-determination-process>
- Risi, S., Lord, C., Gotham, K., Corsello, C., Chrysler, C., Szatmari, P., Cook, E. H., Leventhal, B. L., & Pickles, A. (2006). Combining information from multiple sources in the diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1094-1103.  
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000227880.42780.0e>
- Rommelse, N., Langerak, I., van der Meer, J., de Bruijn, Y., Staal, W., Oerlemans, A., & Buitelaar, J. (2015). Intelligence may moderate the cognitive profile of patients with ASD. *PLoS One*, 10(10), Article e0138698.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138698>
- Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253-4270.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
- Sapiets, S. J., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2021). Factors influencing access to early intervention for families of children with

- developmental disabilities: A narrative review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 695-711.  
<https://doi.org/10.1111/jar.12852>
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Tassé, M. J., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381-390.  
<https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.6.381>
- Webb, S. J., Jones, E. J., Kelly, J., & Dawson, G. (2014). The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 36-42.  
<https://doi.org/10.3109/17549507.2013.861018>
- Wechsler, D. (1939). The nature of intelligence. In *The measurement of adult intelligence* (pp. 3-12). Williams & Wilkins Co.  
<https://doi.org/10.1037/10020-000>
- Wilkinson, E., Farmer, C., Kleiman, E., & Bal, V. H. (2024). Factor structure of the VABS-3 Comprehensive parent/caregiver form in autistic individuals: Poor fit of three-factor and unidimensional models. *Autism*, 28(3), 616-626.  
<https://doi.org/10.1177/13623613231179288>
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. WHO. <https://icd.who.int/browse10/>
- World Health Organization. (2012). *Early childhood development and disability: A discussion paper*. <https://iris.who.int/handle/10665/75355>
- World Health Organization. (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int>
- 원고접수일 : 2024. 09. 12.  
수정원고접수일 : 2024. 10. 21.  
게재확정일 : 2024. 10. 24.

Considerations for Improving the Korean Guidelines  
for Disability Severity Determination:  
Focusing on Developmental Disabilities  
(Intellectual Developmental Disorder and Autism Spectrum Disorder)\*

Ga Young Lee<sup>1)2)</sup>      So Hyun Kim<sup>3)</sup>      Wonhye Lee<sup>4)†</sup>

<sup>1)</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National University Hospital, Supervisor

<sup>2)</sup>School of Psychology, Korea University, Ph.D. Candidate

<sup>3)</sup>School of Psychology, Korea University, Associate professor

<sup>4)</sup>Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Associate professor

We reviewed the current paradigm and issues around the Korean disability registration policy, service contents, as well as the determination guidelines, including the appropriate use of the psychological measures and comparison of diagnostic systems (i.e., DSM and ICD). Subsequently, we discussed three tenets to ensure the validity and reliability of the disability determination procedures: First, it is critical to follow diagnostic guidelines given by the latest editions of the diagnostic systems. Second, evidence-based psychological and comprehensive assessments should integrate multiple sources of information, which can maximize clinical judgment for differential diagnoses. Third, the assessment of the disability service provision, which includes administration and interpretation of psychological tests, should be carried out by qualified professionals, and the qualification requirements need to be specified more clearly. We expect this article could encourage clinical psychologists' active involvement in the practice and research for the Korean developmental disability determination process.

*Keywords : disability severity determination, developmental disorder, intellectual developmental disorder, autism, evidence-based psychological assessment*

---

\* Some of the contents of this paper were presented at the workshop of the Fall Conference of Korean Clinical Psychology Association(KCPA) in 2023 and the workshop of the Spring Conference of KCPA in 2024.

† Corresponding Author : Wonhye Lee / Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Associate professor / (06351) 81, Irwon-ro, Gangnam-gu, Seoul, Republic of Korea / E-mail: wonhye.lee@samsung.com