

# 노동패널자료를 이용한 장애인구의 규모 및 노동시장 성과분석

## - 기능적 장애를 중심으로 -

이 상 호\*

### I. 문제 제기

최근 국제사회에서 세계보건기구(WHO)가 새롭게 제시한 장애개념인 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)를 사회정책에 적용하고자 하려는 시도들이 활발히 이루어지고 있다. 즉, 기존에는 장애를 질병, 사고, 혹은 다른 건강조건 등에 의해 발생하는 개인적 문제로 보며, 재활과 같은 의료적 개입으로 해결하고자 하였다. 그러나, ICF 개념의 등장으로 장애를 사회적 맥락 속에서 고찰할 수 있게 되었으며 정책의 방향 역시 사회적 통합을 목표로 하는 것으로 전환되었다. 이런 배경에서 OECD(2003), European Commission(2003) 등의 보고서가 제출되었으며, 국내에도 정책차원에서 검토(노동부, 2006)가 적극적으로 이루어지고 있다.

장애에 대한 근본적인 인식의 전환은 장애를 구체적으로 어떻게 정의하고 측정할 것인가의 문제로 이어지게 된다. 미국에서는 이미 2000년 「인구센서스」에 이상의 개념을 반영한 ‘장애인 측정’ 문항을 조사한 바 있으며, 국내에도 2005년 「인구주택총조사」에 이런 내용들이 반영되어 있다. 그러나 개념적인 원리와는 달리 실제 서베이를 통한 측정에 있어서 전통적인 방식과 새로운 방식이 어떤 차이를 갖는가에 대해서는 판단하기 어렵다. 이에 대해 황수경(2004)은 전통적인 장애인 측정을 ‘의학적 장애’로, 새로운 장애인 측정방식을 ‘기능적 장애’로 규정한 후 노동패널자료를 이용한 비교분석을 시도하였다.

이 글은 ‘기능적 장애’로 표현되는 새로운 장애개념을 고려할 때 전체 장애인 범위가 어떻게 달라지는지, 그리고 이들의 인구통계학적, 노동시장 성과의 특성은 어떤지를 비

\* 한국노동연구원 노동패널팀 책임연구원(shlee@kli.re.kr).

교하고자 한다. 황수경(2004)의 경우 양자간 조사시점의 차이로 인한 추정오차가 발생할 수 있으나 노동패널 2006년(9차)조사에서는 두 개념을 모두 조사설문에 포함시켰다. 따라서 보다 개선된 결과를 제시할 수 있을 것으로 판단된다. 단, 현재까지 9차년도 가중치가 개발되지 않았기 때문에 이하에서 제시된 통계치는 원자료 표본을 기준으로 산출하였음을 밝혀둔다.

## II. 장애형태별 장애인 출현율

「한국노동패널」은 크게 두 가지 기준에 따라 장애여부를 측정하였다. 첫째는 의학적 장애 혹은 법정 장애로 2001년(4차) ‘건강과 은퇴’ 부가조사 및 2006년(9차) 본 조사에서 각각 다루어졌다. 실제 조사형식은 ‘현재 \_\_\_님은 심신상의 장애 또는 장애를 겪고 있습니까?’라고 질문하여 장애여부를 판별한 후 “예”라고 응답했을 경우 장애유형과 장애 판정 여부, 그리고 장애등급을 조사하였다.

장애여부를 측정하는 두번째 기준은 기능적 장애로 2003년(6차) 조사에 처음 도입된 이래 매년 반복조사하고 있다. 이 문항들은 미국의 2000년 「인구센서스」 및 「미국지역조사」(ACS: American Community Survey, 2000~)와 동일한 구조로 설계되었는데, 크게 장기간 지속되는 육체적 제약과 이로 인해 장기간 지속되는 활동제약으로 나뉘게 된다. 전자는 다시 감각기관 장애와 육체적 장애로 구성되며, 후자는 정신적 장애, 자기유지 장애, 이동 장애, 그리고 직업활동 장애로 구성되어 최종적으로는 총여섯 가지 항목으로 나뉘어진다.

각각의 기준에 따라 장애인 출현율을 살펴보자. 우선 <표 1>은 의학적 장애기준에 따른 장애인 출현율을 보여주고 있다. 노동패널 20~64세 표본 중 장애인 출현율은 2006년 3.9%로 2001년과 비교할 때 0.8%포인트가 증가하였다. 이러한 수치는 장애인 규모와 관련하여 대표적인 조사인 한국보건사회연구원의 「장애인 실태조사」 2005년 수치와 비교할 때 0.5%포인트 낮은 수준이다. 더욱이 두 조사 모두 남성이 여성보다 두 배 이상 높은 출현율을 보이고 있으며 연령에 따른 장애인 출현율의 증가 추세도 유사하다. 이 상으로 미루어 볼 때, 표본설계상의 차이와 조사항목의 세부적 차이, 조사시점의 차이를 감안한다면 두 조사 모두 비슷한 수준임을 알 수 있다.

〈표 1〉 의학적 장애 : 성별 · 연령별 출현율

(단위 : %)

		노동패널		장애인실태조사	
		2001	2006	2000	2005
20~64세 인구 (표본수)		100 (8,843)	100 (9,215)	100	100
의학적 장애인구		3.1	3.9	3.1	4.4
성 별	남성	4.4	5.3	4.3	5.9
	여성	1.9	2.5	2.0	3.0
연령별	20~29세	1.5	1.4	1.4	1.7
	30~39세	2.2	2.5	2.3	2.5
	40~49세	3.7	4.1	3.4	4.7
	50~59세	5.2	5.9	5.3	7.8
	60~64세	5.5	9.8	7.6	11.1

주 : 장애인실태조사의 표본은 20~64세의 2000년 시설 포함, 2005년은 재가장애인 표본 기준으로 산출하였음.  
 자료 : 한국보건사회연구원(2000, 2005), 「장애인실태조사」.

다음으로 기능적 장애기준에 따른 장애인 출현율은 2006년 7.6%, 지난 4년간 평균적으로로는 약 7~8% 수준으로 의학적 장애보다 두 배 이상 높은 비중을 보이고 있다(표 2 참조). 각 항목별로 살펴보면 직업활동 장애가 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 그 다음이 육체적 장애로 나타났다. 국내의 경우 기능적 장애 측정문항이 2005년 「인구주택총조사」에 반영되었으나 아직 공표되지는 않아 비교가 어렵다. 다만 동일한 조사항목을 채택하고 있는 미국의 ACS 조사와 비교해 볼 때 전체적인 출현율은 한국이 약 5~6%포인트 정도 낮으며, 유형별로도 미국은 직업활동 장애가 더 많이 나타나고 있다는 점이 특징적이다.

〈표 2〉 기능적 장애 : 장애유형별 출현율

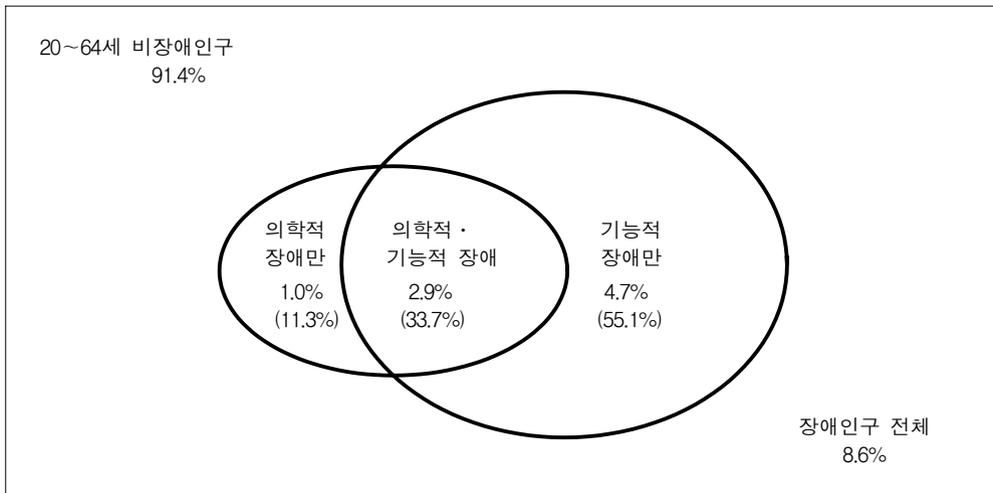
(단위 : %)

	한국노동패널				미국 ACS 2005 <sup>1)</sup>
	2003	2004	2005	2006	
20~64세 인구 (표본수)	100 (9,194)	100 (9,250)	100 (9,111)	100 (9,215)	100
기능적 장애인구	8.2	6.9	7.3	7.6	12.6
감각기관 장애	1.6	1.2	1.0	1.1	3.0
육체적 장애	5.4	4.6	4.4	4.3	7.8
정신적 장애	2.0	1.6	1.9	2.1	4.4
자기유지 장애	1.1	0.8	0.9	0.8	2.2
이동 장애	2.1	1.6	1.7	1.6	3.1
직업활동 장애	5.8	5.0	5.5	6.0	7.3

주 : 1) 미국 ACS 조사는 21~64세 인구 기준임.  
 자료 : www.DisabilityStatistics.org 2005 Disability Status Reports.

그렇다면 의학적 장애와 기능적 장애의 관계를 고려할 때 장애인의 전체 규모와 구성은 어떻게 나타날까? [그림 1]에서 보듯이 의학적 장애 혹은 기능적 장애를 가진 전체 장애인 규모는 8.6%이며, 의학적 장애와 기능적 장애를 모두 가진 경우는 2.9%, 의학적 장애만 가진 경우는 1.0%, 기능적 장애만 가진 경우는 4.7%로 나타나고 있다. 황수경(2004) 역시 노동패널자료를 이용하여 동일한 기준으로 장애인구의 구성을 살펴본 바 있다. 여기서는 15~65세 인구를 기준으로 할 때 전체 장애인 규모를 9.4%로 추정하였으며, 의학적 장애와 기능적 장애를 모두 가진 경우를 1.2%, 의학적 장애만 가진 경우를 1.2%, 기능적 장애만 가진 경우를 6.6%로 각각 추정하였다. 이때 황수경(2004)에서는 기능적 장애만 가진 경우가 더 높게 나타나고 있는데, 이는 의학적 장애는 2001년 자료를 기준으로 추정한 반면, 기능적 장애는 2006년 기준으로 분석하였기 때문에 새롭게 추가된 의학적 장애인구의 비중이 반영되지 않았기 때문인 것으로 보인다.

[그림 1] 장애인구의 규모



주: ( )안은 장애인구 전체 대비 퍼센트임. 그림의 형식은 황수경(2004)에서 인용함.

장애인의 정의를 기능적 장애를 포함하는 개념으로 확대할 경우, 외국과의 장애인 출현율 격차는 상당부분 줄어들게 된다. 예컨대 OECD(2003) 19개 회원국의 장애인 출현율 비교자료에서 EU(ECHP: European Community Household Panel)나 미국(SIPP: Survey of Income and Program Participation) 등 대부분의 국가들 대부분이 기능적 장애개념을 토대로 장애인구를 추정하고 있다.

<표 3>은 20~64세 인구의 국가간 장애인 출현율을 비교하고 있다. 의학적 장애개념에 따를 경우 OECD에 공식적으로 보고된 우리나라의 장애인구는 3%로 EU의 15.6%, 미국

의 10.7%에 비해 턱없이 적은 것은 물론이고, 멕시코(7.0%)와 비교할 때에도 절반 이하에 그치고 있다. 그러나 기능적 장애 혹은 기능적 장애와 의학적 장애를 모두 포함하는 개념으로 확장할 경우 여전히 EU 수준보다는 낮지만 적어도 멕시코보다는 높은 장애인 출현율을 보이고 있다.

인구통계학적 특성별로 볼 때에도 국제수준과 한층 더 비슷하게 나타난다. 예컨대 의학적 개념에 따른 한국의 성별 장애인 출현율을 살펴보면, 남성이 여성보다 두 배 이상 높게 나타나고 있다. 이는 산업재해와 사고 등 의료적 장애의 발생 가능성이 사회활동이 많은 남성에게 더 많으며, 이것이 성별격차에 반영된 것으로 해석할 수 있다. 그러나 기능적 장애개념을 적용할 경우 우리나라에서도 여성의 장애출현율이 약간 더 높게 나타난다.

한편 연령별 장애인 출현율을 살펴보면 기능적 장애가 의학적 장애보다 고령화에 더 민감하게 반응함을 알 수 있다. 의학적 장애기준에 따르면 50세 이상 고령자의 장애 출현율이 20-49세 연령집단의 세 배가 채 되지 않지만, 기능적 장애기준을 적용할 경우 네 배를 넘어서는 것을 볼 수 있다.

따라서 의학적 개념에 기초한 장애인구의 추정은 전체 장애인 중에서 최소한의 핵심 집단에 제한된 것이라는 결론이 가능하다. 특히 기능적 장애만 가진 집단의 경우 ‘장애인 정책의 관점에서 보면 이들은 정책 대상에 포함되지 않은 부류에 해당하며 어떠한 정책적 지원으로부터도 배제되어 있을 가능성이 높다’(황수경, 2004).

〈표 3〉 장애인 출현율의 국제비교

(단위 : %)

		전 체		연령별		성 별		교육수준 <sup>2)</sup>	
		20~64세	20~49세	50~64세	남성	여성	저학력	고학력	
한 국	장애인구 전체	8.6	4.7	19.2	8.2	8.9	11.1	3.4	
	기능적 장애	7.6	4.0	17.6	6.6	8.6	9.9	2.8	
	공식(의학적) 장애 <sup>3)</sup>	3.0	2.2	5.8	4.2	1.9	3.6	1.0	
미 국		10.7	8.2	18.8	10.4	10.8	22.3	8.9	
멕시코		7.0	5.1	15.8	7.8	6.2	-	-	
EU(11)		15.6	11.1	27.1	14.6	16.6	20.2	11.8	
OECD(19) <sup>1)</sup>		14.0	10.1	24.5	13.3	14.8	19.2	11.1	

주 : 1) 외국 수치는 대체로 2000년 기준, 한국은 2006년 기준 수치임.

2) 노동패널을 이용한 교육수준별 범주는 대졸 이상(전문대 포함)을 기준으로 구분함.

3) 외국 및 한국의 공식(의학적) 장애 수치는 OECD(2003: 25) <표 3.1>에서 발췌함.

### Ⅲ. 장애형태별 고용성과

이 장에서는 핵심적인 고용지표들을 이용하여 장애형태별 고용의 질적 수준을 비교한 후, 이것이 궁극적으로는 소득수준에 어떤 영향을 미치는지 살펴보기로 한다.

황수경(2004)은 새롭게 정의한 장애인 개념을 적용하여 각 장애형태별 취업률을 추정하였는데, 분석결과 의학적 장애와 기능적 장애를 모두 가진 경우가 취업에서 가장 불리하고, 다음이 기능적 장애만 있는 경우이며, 의학적 장애만 가진 경우가 가장 덜 불리한 것으로 나타났다.

이러한 분석결과는 장애형태별 고용성과를 분석한 <표 4>에서도 그대로 드러나고 있다. 우선 고용률을 살펴보면 20~64세 인구 중 기능적 장애와 의학적 장애를 모두 가진 ‘형태 1’이 33.1%로 가장 낮은 고용률을 보였으며, 다음으로는 기능적 장애를 가진 ‘형태 3’이 36.1%로 나타났다. 이에 비해 의학적 장애만 가진 ‘형태 3’의 경우 비장애인의 고용률 67%보다 높은 77.5%로 나타나고 있다.

실업률(ILO 기준)의 경우에도 ‘형태 1’은 9.3%로 나타나고 있으나, 의학적 장애인 형태 3은 1.4%의 매우 낮은 실업률을 보이고 있다. 다만 ‘형태 2’ 기능적 장애의 경우에는 실업률이 3.1%로 비장애인보다 약 1%포인트 낮은 것으로 나타나지만, 실망실업자를 포함할 경우에는 8.7%로 비장애인보다 높게 나타난다.

우리나라의 경우 많은 장애인들이 정상적인 취업경로를 통해 임금근로자로 취업하기 어려워 영세 자영업에 종사하는 비중이 높은 것으로 알려져 있는데, <표 4>의 자영업자 비율에서도 이런 실태가 그대로 반영되고 있음을 알 수 있다. 특히 기능적 장애만 가진 유형 2의 경우 절반 이상이 자영업에 종사하는 것으로 드러났다.

장애형태별 고용구조 격차는 전문직 비율에서도 그대로 드러난다. 비장애인은 전문직 비율이 17.9%에 이르지만 기능적 장애(형태 1과 형태 2)가 있을 경우에는 10%에도 채 미치지 못한다. 이는 앞서 <표 3>에서도 살펴보았듯이 이들이 고령자에 더 집중되어 있으며, 교육수준도 상대적으로 낮기 때문인 것으로 풀이된다. 마지막으로 장애인은 임금근로자로 취업했다 하더라도 60% 이상이 비정규직에 머물러 있으며, 특히 기능적 장애만 가진 경우 70%가 비정규직인 것으로 드러났다.

요컨대, 기능적으로는 제약이 거의 없으나 의학적 장애만 가진 경우에는 여러 가지 차원에서 살펴본 고용의 질이 비장애인에 비해 그다지 떨어지지 않지만, 사회적 정책대상에서 배제된 기능적 장애인은 사정이 다르다. 이들은 취업 자체가 어려울 뿐더러, 설령 취업이 된다 하더라도 낮은 숙련이 요구되는 영세 자영업이나 비정규직에 머물 가능

〈표 4〉 장애형태별 고용성과

(단위 : %)

	고용률	실업률	실망실업자	자영업자 비율	(준)전문직 비율 <sup>2)</sup>	비정규직 비율 <sup>3)</sup>
			포함 <sup>1)</sup>			
장애인	39.8	4.6	8.7	49.7	5.7	62.7
형태 1(기능·의학적 장애 모두)	33.1	9.3	12.0	46.6	3.8	63.8
형태 2(기능적 장애만)	36.1	3.1	8.7	54.1	5.5	70.8
형태 3(의학적 장애만)	77.5	1.4	4.2	43.5	12.4	46.2
비장애인	67.2	4.2	6.4	29.3	17.9	41.0

주 : 1) 실망실업자 기준 : ILO 기준 실업자 + 1개월간 구직활동자(OECD 기준 실업자) + 비경활인구 중 비구직 사유가 (1) 전공이나 경력에 맞는 일자리가 없을 것이라고 여겨져서, (2) 원하는 임금수준이나 근로조건에 맞는 일자리가 없을 것이라고 여겨져서, (4) 일자리를 찾을 수 없어 포기함, (6)여성, 고령자, 장애인에 대한 차별 때문에, (11) 이전에 찾아보았지만 일거리가 없었기 때문에.

2) (준)전문직 기준 : 표준직업 대분류상의 고위임직원 및 관리자, 전문가, 준전문가임.

3) 비정규직 기준 : 임금근로자 중 전일제, 상용직이면서 회사의 퇴직금 적용이 되는 자를 정규직으로 분류한 후 나머지는 모두 비정규직으로 정의함.

성이 높다는 것을 확인할 수 있다.

#### IV. 개인 및 가구소득 비교

장애형태별 고용성과의 격차는 결국 개인 및 가구소득 격차로 귀결될 것이다. 이 장에서는 이러한 격차의 크기가 어느 정도인지를 가늠해 보기로 한다.

<표 5>는 비장애인의 소득을 100으로 두었을 때 장애형태별 개인소득이 어느 정도 수준인지를 비교하고 있다. 우선 기능적 장애와 의학적 장애를 모두 포괄하는 장애인의 평균소득은 임금근로자의 경우 비장애인의 84%, 자영업자는 69% 수준으로 나타났다. 또한 중위소득 기준으로는 이보다 더 낮은데 임금근로자는 비장애인의 66.7%, 자영업자는 50%에 그치는 것으로 나타났다. 장애형태별로는 기능적·의학적 장애를 모두 가진 경우가 가장 낮은 성과를 보였다. 그러나 의료적 장애만 가진 임금근로자의 경우에는 중위임금이 비장애인과 거의 동일한 것으로 나타났다.

〈표 5〉 장애형태별 개인소득 수준

(단위 : %)

	임금근로자		자영업자	
	평균임금	중위임금	평균소득	중위소득
장애인	84.0	66.7	69.6	50.0
형태 1(기능·의학적 장애 모두)	66.9	60.0	68.2	50.0
형태 2(기능적 장애만)	76.2	60.0	67.7	50.0
형태 3(의료적 장애만)	121.5	100.0	75.1	75.0
비장애인	100.0	100.0	100.0	100.0

마지막으로 개인수준의 고용 및 소득이 전체 가구소득에는 어떤 영향을 미치는지 살펴보자. 이를 위해 지금까지 분석에 사용되었던 20~64세의 개인 중 가구주 혹은 배우자가 장애인인 가구(전년도 분가가구 제외)를 추출하였다. 이때 전체 표본 4,149가구 중에서 전체 장애가구는 10.6%, 의학적·기능적 장애를 모두 가진 경우는 3.5%, 기능적 장애만 가진 경우는 5.5%, 의학적 장애만 가진 경우는 1.7%로 나타났다.

[그림 2]는 비장애인 가구의 중위소득과 비교할 때 장애인 가구의 중위소득 비율을 보여주고 있다. 장애인 가구 전체로 보았을 때에는 비장애인 가구의 66.7% 수준에 해당하는 총소득을 얻었던 것으로 나타났다. 또한 의학적 장애와 기능적 장애를 모두 가진 경우는 53.7%, 기능적 장애만 가진 경우는 61.0%, 의료적 장애만 가진 경우는 93.7%에 이르는 것으로 분석되었다. 즉 장애형태별 가구 소득격차는 개인소득 격차보다 훨씬 뚜렷하게 드러나고 있다.

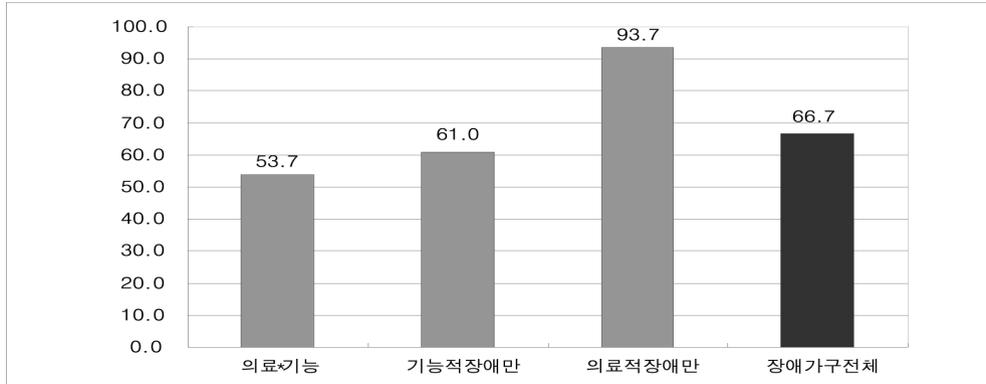
장애의 형태 및 고용성과의 차이는 가구소득의 구성에도 드러난다. <표 6>은 총가구 소득에서 근로소득, 사회보험소득, 그리고 이전소득이 차지하는 비중을 보여주고 있다. 비장애인 가구의 경우 근로소득이 총소득의 86.9%를 차지하는데 비해 기능적 장애만 가진 경우에는 37.6%에 그치고 있다. 반면 의료적 장애만 가진 경우에는 근로소득 비중이 비장애인과 비슷한 수준인 83%에 이른다.

한편, 기능적 장애만 가진 경우에는 사회보험소득이 차지하는 비율이 1.9%로 매우 낮게 나타났다. 이전소득의 경우 기능적 장애만 가진 가구주(배우자) 가구보다 의학적 장애만 가진 가구주 가구보다 높게 나타났지만, 공적이전(국민기초생활보호대상자 지원금 + 기타 정부보조금)은 0.5%에 그치고 있어 이들이 대부분 사적이전(가족, 친척, 친지 등으로부터 받은 돈)에 기대고 있음을 확인할 수 있다.

기능적 장애만 가진 가구주 가구에 대해 사회적 안전망이 취약하다는 사실은 국민기초생활보호대상자 가구의 비중에서도 나타난다. 의학적·기능적 장애를 모두 가진 경우는 18.4%가 보호대상 가구인데 비해, 기능적 장애만 가진 경우는 4.8%에 그치고 있다.

[그림 2] 장애인 가구소득 비율

(단위 : %)



주: 총소득 중위값을 기준으로 비교하였음.

<표 6> 가구소득 구성 및 국민기초생활보호대상가구 비중

(단위 : %)

	가구 총소득	근로 소득	사회보험 소득	이전 소득	공적이전	기초생활 보호대상 가구비중
장애인	100.0	49.0	4.1	4.8	1.1	9.5
형태 1(기능·의학적 장애 모두)	100.0	62.1	10.3	9.5	3.4	18.4
형태 2(기능적 장애만)	100.0	37.6	1.9	4.0	0.5	4.8
형태 3(의료적 장애만)	100.0	83.0	5.5	1.9	0.7	6.0
비장애인	100.0	86.9	1.1	2.9	0.2	1.0

## V. 맺음말

이 글에서는 새롭게 등장하고 있는 기능적 장애개념에 초점을 맞추어 장애인 출현율, 고용성과, 소득수준 등을 비교분석하였다.

이러한 분석결과는 크게 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 기능적 장애를 장애인 범주에 포함시킬 경우 법적·의학적 장애인이라는 엄격한 기준에 따른 경우보다 장애인 규모가 확대된다는 점을 발견할 수 있었다. 둘째, 의학적으로 인정받지 못하는 기능적 장애인 가진 개인은 고용성과 및 소득성과가 비장애인은 물론이고 의료적 장애인 가진 개인과 비교했을 때보다 고용성과 및 소득수준이 훨씬 더 떨어지는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 이들은 의학적 장애인과 비장애인 어느 쪽에 소속되지 못한 채 국가와 사회로부터

터도 보호받지 못하고 시장에서도 외면받는 상황에 내몰려 있는 것이다. 각각의 분석결과로부터 도출할 수 있는 시사점도 다르다. 첫째, 양적 측면에서 우리나라의 낮은 장애인 출현율은 사회 구성원의 건강상태를 반영하는 것이 아니라, 장애인에 대한 낮은 제도화(institutionalization) 수준을 보여준다고 할 수 있다. 이러한 기준에서 살펴본다면 장애인 등록률이 80%를 넘는다는 주장은 통계적 환상에 불과하며, 사회정책적으로 인정되는 장애인의 범위는 대폭 수정되어야 한다. 둘째, 특히 기능적 장애인으로 규정되는 집단을 포괄할 경우 정책의 방향성도 달라져야 한다. 즉, 장애인을 복지의 수혜대상으로만 보는 이른바 '의료모형'(medical model)에서 탈피하여, 이들이 직업활동을 수행하는데 있어서의 한계를 사회적으로 해석하고 규정해 주는 제도적 개선이 필요하다. 이런 측면에서 WTO와 EU 등에서 제시하고 있는 장애인에 대한 '사회 모형'(social model)을 적극적으로 검토해야 할 것이다. [KLI]

#### <참고문헌>

- 황수경(2004), 「WHO의 새로운 국제장애분류(ICF)에 대한 이해와 기능적 장애개념의 필요성」, 『노동정책연구』 4(2), 한국노동연구원, pp.127~148.
- 노동부(2006), 『장애인고용제도 발전방향 연구』.
- European Commission(2003), *Definition of Disability in Europe: A Comparative Analysis*.
- OCED(2003), *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*.
- WHO(2003), *ICF Introduction*.
- StatsRRTC(2005), *2005 Disability Status Reports United States, Cornell University*.  
(www.DisabilityStatistics.org).