

시각장애인 스포츠등급분류 규정

제 정: 2020. 02. 14.

개 정: 2020. 11. 20.

개 정: 2021. 12. 13.

개 정: 2023. 02. 14.

제1조(목적) 본 규정은 국내 시각장애인스포츠 경기가 공정하고 균등한 가운데 이루어질 수 있고, 각각의 선수가 동일한 조건과 평등한 환경에서 경쟁할 수 있는 경기의 체제를 구성하기 위한 제도로 선수들을 동일 시력에 따라 집단화시키는 조직적 체계를 구축하며, 나아가 국제대회에 참가하기 위한 선수들의 스포츠등급에 대한 정확한 등급을 조기에 부여함으로서 안정적 국제 등급을 유지·보장함을 그 목적으로 함.

제2조(등급분류 의무) ① 모든 선수들은 대한장애인체육회(이하 “장애인체육회”라 한다) 및 시·도장애인체육회와 그 소속 가맹단체, 사단법인 한국시각장애인스포츠연맹(이하 “본 연맹”이라 한다) 및 경기단체와 그 소속 단체의 인가를 받은 국내 대회에 참가하기 위해서는 공인된 등급분류사에 의한 국내 시각장애인스포츠등급분류(이하 “등급분류”라 한다)를 받아야 한다.

② 국제대회에 참가하기 위해 국제등급분류 대상자에 해당하는 선수는 국제 시각장애인 스포츠 등급분류(이하 “국제등급분류”라 한다)를 받아야 하며, 국제등급분류 시 제출되는 MDF(MEDICAL DIAGNOSTICS FORM)는 공인된 등급분류사에 의해 작성되어야 한다.

③ 등급분류 심사를 받는 모든 선수는 등급분류 과정에서 등급분류사의 요구사항에 대하여 적극적으로 협조해야 한다. 만일 협조에 불응할 시에는 부적격자 판정의 이유가 될 수 있다.

제3조(등급분류) ① 등급의 분류는 안과학적 교정시력을 기준으로 한다.

② 등급분류는 본 연맹에 등록된 등급분류사가 실시하며, 이 명단은 본 연맹 공식홈페이지에 공지한다.

③ 등급분류심사를 받고자하는 모든 선수는 다음 각 호의 요건을 갖추어 해당 등급분류사에게 제출하여야 한다.

1. 본인 주민등록증 사본 1부

2. 시각장애인을 확인할 수 있는 복지카드사본 또는 장애인증명서 1부

3. 선수 정보가 정확히 작성된 시각장애인 스포츠 등급분류 양식(별지 제4호 서식, 유도종목의 경우 별지 제6호 서식) 1부 <개정'21.12.13.>

④등급분류사는 등급분류 심사 후 작성된 시각장애인 스포츠 등급분류 양식의 원본을 선수에게 주어야 하며, 선수 정보 및 등급판정을 기록하여 본 연맹에 제출하여야 한다.<개정'21.12.13.>

⑤선수는 등급분류 심사 후 작성된 시각장애인 스포츠 등급분류 양식의 사본을 선수 등록시 첨부해야 하며, 종목별 경기연맹(협회)은 등록된 선수의 등급분류 양식의 사본을 본 연맹으로 제출해야 한다. 제출기한에 대한 사항은 본 연맹이 별도로 정한다.<신설'21.12.13.>

⑥등급분류 심사는 연(year)을 기준으로 1회만 받을 수 있다.<개정'21.12.13.>

⑦다음 각 호의 경우에는 해당 등급 판정을 무효로 하며, 발견시점을 기준으로 1년간 등급분류 심사를 받을 수 없다.<신설'21.12.13.>

1. 등급분류 심사를 연 2회 이상 받은 자
2. 등급분류 심사를 받고 그 판정을 거부한 자

제4조(등급의 종류) 등급의 종류는 다음 각 호와 같다. 다만, 유도종목의 경우에는 별지 제5와 같다. <개정'21.12.13.>

1. B1: 이는 명암 인식이 가능 또는 불가능, 가능하더라도 어느 방향이나 어느 거리에서든지 명확한 형태의 구분이 어려운 경우이다.

2. B2: 이는 손가락을 알아볼 수 있는 능력에서부터 시력이 2/60 (0.04) 이거나 또는 단안 시야가 **지름 10도** 미만이어야 한다.<개정 '23.02.00.>

3. B3: 이는 시력이 2/60 (0.04) 보다 좋거나 6/60 (0.1) 이하 또는 단안 시야가 **지름 10도 이상 40도** 미만이어야 한다. <개정 '23.02.00.>

4. NE: 이는 시력이 6/60 (0.1) 보다 좋거나 또는 단안 시야가 **지름 40도** 이상인 경우이며, 시각장애인스포츠등급을 받을 수 없는 경우를 말한다.<개정 '23.02.00.>

제5조(등급분류 유형) ①등급분류 유형의 목적은 시간이 지남에 따라 시력이 변하는 선수와 그렇지 않은 선수를 구분하는 데에 있으며, 그 종류는 다음 각 호와 같다.

1. **확정 등급(C):** 확정 등급(C)은 선수의 시력이 시간이 지나도 변하지 않은 상태인 경우로서 이는 예외적인 경우에만 주어진다. 확정등급을 받은 선수는 영구적으로 등급 분류를 다시 받지 않아도 된다.

2. **재심사 등급(R):** 재심사 등급(R)은 등급분류사가 재심사 또는 기술적 재조사가 필요하다고 인정하는 경우로서 시력이 시간이 지남에 따라 변할 수 있는 선수에게

주어진다. 재심사 등급(R)은 2년 또는 4년의 유효기간을 둘 수 있으며, 유효기간이 지난 경우에는 등급 분류를 다시 받아야 한다.

3. 부적격 등급(NE): 부적격 등급(NE)은 최소 시각장애인스포츠등급 기준에 미치지 못하는 선수에게 주어지며, 등급 부적격(NE) 선수는 생활체육 및 어울림생활체육대회를 제외한 국내 공인 대회에 참가할 수 없다. 또한 생활체육 및 어울림생활체육대회라 하더라도 참가에 제한을 받을 수 있다.

②재심사 등급(R)의 유효기간은 등급분류를 받은 ‘일(day)’을 기준으로 하지 않고, 등급분류를 받은 ‘연(year)’을 기준으로 한다. 또한, 재심사 유효기간은 등급분류를 받은 당해 연도를 포함하여 적용한다. 다만, 동계종목의 경우 재심사 유효기간을 차기 연도 2월까지 유효한 것으로 본다.<개정 '20.11.20.><개정 '23.02.00.>

제6조(등급분류 장비) 등급분류에는 별지 제1호에 명시된 최소한의 장비가 있어야 하며, 명시된 장비 중 하나라도 부재 시 등급분류가 불가능하다.

제7조(등급분류사의 자격) 등급분류사는 다음 각 호의 모든 요건을 갖추어야 한다.

1. 등급분류사는 안과의사로 그 면허를 소지하여야 한다.
2. 등급분류사는 그 자격을 유지 혹은 취득하기 위하여 제공된 교육을 받아야 한다.
3. 등급분류사는 IBSA(국제시각장애인스포츠연맹)로부터 그 자격을 인정받은 자 또는 본 연맹이 그 자격을 인정한 자로서 본 연맹에 등록한 자를 말한다.

제8조(등급분류사 양성 및 교육) 등급분류사의 양성 및 필요한 각종 교육은 본 연맹이 한다.

제9조(위원회) ①등급분류에 관한 모든 문제를 담당하기 위하여 본 연맹은 등급분류위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

②위원회는 안과의사 면허를 소지한 등급분류사로 본 연맹이 정한 규정에 의하여 구성된다.

제10조(재심사) ①등급분류를 받은 선수가 그 결과에 대해 이의가 있을 경우 해당 선수는 등급 결정일로부터 15일 이내에 본 연맹에 다음 각 호의 요건을 갖추어 1회에 한하여 재심사를 요청할 수 있다.

1. 재심 신청서 1부(별지 제3호 서식)
2. 본인 주민등록증 사본 1부
3. 이의 대상 등급분류 결과물 일체
4. 재심사 공탁금 100,000원

②재심사 요청 시 필요한 추가 검사비용은 신청인이 부담한다.

③재심사 결과 요청사항이 받아들여지는 경우 공탁금은 환불되며, 그렇지 아니한 경우에는 환불되지 않는다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규정은 이사회의 의결을 거쳐 대한장애인체육회와 협의 후 시행한다.

제2조(경과조치) 이 규정 시행 이전에 받은 선수의 국내등급은 본 규정 시행 이후 효력이 없으며, 본 규정에 의해 등급분류심사를 다시 받아야 한다.

제3조(경과조치) 이 규정 시행 이전에 받은 선수의 국제등급분류에 의한 등급은 본 규정 시행에도 불구하고 국내등급분류에 이를 적용 한다.

부 칙('21.12.13.)

제1조(시행일) 이 규정은 이사회의 승인을 받은 날로부터 시행한다.

부 칙('23.02.00..)

제1조(시행일) 이 규정은 이사회의 승인을 받은 날로부터 시행한다. <개정 '23.02.00.>

시각장애인 스포츠 등급분류 최소 장비

1. Autorefractors

2. Trial lenses set

3. Visual acuity charts

① 한천석시력표

② 진용한시력표

③ ETDRS chart

4. Slit lamp

5. Ophthalmoscope (direct and indirect)

6. Goldmann's visual field perimeter or Automated static perimetry
[Humphrey field analyzer, Octopus (Interzeag)]

- 시력 측정을 정확히 하기 위해서는 시력 검사표를 선수로부터 1~6m의 거리에 두어야 한다.
- 등급 분류사는 등급 분류가 시행되는 공간의 광도 (빛의 밝기)를 조정할 줄 알아야 한다.
- 대기 장소와 등급 분류 장소 간의 밝기 차이가 크지 않도록 하는 것은 매우 중요하다.

시각장애인 스포츠 등급분류 기본지침

- 등급분류사는 다음 사항들을 결정해야 한다.

1. 시각장애인 스포츠등급분류표에 관한 선수의 병력을 최대한 작성한다.

2. 장애는 양안 모두 표시한다.

3. 시력검사

등급분류사는 다음의 정보를 제공해야 하며 아래 조건들이 충족되도록 해야 한다.

- 적절한 조명 환경

- 시력표는 아래의 검사 중 하나를 사용한다.

- ① 한천석시력표

- ② 진용한시력표

- ③ ETDRS chart

- 만약 선수가 손의 형태를 인식할 수 있다면 어느 정도 거리에서인지 사용된 거리

4. 시야검사

공인된 시야검사를 이용하여 측정한다. 공인된 시야검사기는 아래와 같다.

- 골드만시야계 (III / 4 isopter)

- 험프리스시야계 (Humphrey perimetry)

- 옥토퍼스시야계 (Octopus perimetry)

시각장애인 스포츠 등급분류 재심 신청서

신청인	성 명		주민등록번호				
	성 별		연 락 처				
	주 소 :						
최초심사	일 시		장 소				
	등급분류사 성 명						
	심사 결과						
요청 사항 (내용)							
<p>위 본인은 시각장애인 스포츠 등급분류 규정 제10조 제1항에 의거 최초 등급분류 결과에 대하여 재심사를 요청합니다.</p> <p>신청일 :</p> <p>신청인(본인) : (인)</p> <p>사단법인 한국시각장애인스포츠연맹 귀중</p>							

별지 제4호<개정 '21.12.13><개정 '23.02.00.>

시각장애인 스포츠 등급분류 (V.I Classification form)

※ 등급분류 심사는 연(year)을 기준으로 1회만 받을 수 있다.

※ 다음 각 호의 경우에는 해당 판정 등급을 무효로 하며, 발견시점을 기준으로 1년간 등급분류 심사를 받을 수 없다.

1. 등급분류 심사를 연 2회 이상 받은 자
2. 등급분류 심사를 받고 그 판정을 거부한 자

○ 선수 정보(Athlete information)

선 수 작 성 부 분	이름:	영문이름: Last name:	First name:
	※ 반드시 여권 영문명으로 작성		
	성별 (Gender): <input type="checkbox"/> 남(male) <input type="checkbox"/> 여(female)	종 목 (Sports):	
	주민등록번호 (ID number):	연락처(H·P):	
	주소(Address) :		
	* 이전 등급분류 기록 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(아래 사항 작성)		
	마지막 국내등급 : 년도_____ <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)		
마지막 국제등급 : 년도_____ 대회명_____			
<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)			

○ 의학정보 (Medical information)

* 진단명 (Diagnosis) (양안 모두 기재 요망) 발생시기 (onset) : _____

우안 (Right)	좌안 (Left)
------------	-----------

현재 진행 사항: ☐ 년 이후로 안정됨 (stable) ☐ 진행중 (Progressive)

안경착용여부 (Glasses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
콘택트렌즈착용여부 (Contact lenses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
의안착용여부 (Prosthesis)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)

* 약물복용력 (Medication)

사용 중인 안약 (Eye medication)	
안약에 대한 알러지 여부 (Allergic reactions)	<input type="checkbox"/> 있음 (Yes) : <input type="checkbox"/> 없음 (No)

○ 평가 (Assessment)

* 교정시력 (Best corrected visual acuity)

구 분	우안 (Right)	좌안 (Left)
시 력		
굴절력	()Dsph () Dcyl A ()	()Dsph () Dcyl A ()

시력표(Methods) : ☐ Decimal ☐ LogMAR ☐ Snellen

시야검사 (지름) Visual field test (diameter) ; 동공크기 (pupil size) : mm

우안 (Right)	좌안 (Left)

* 공인된 시야계 : Goldmann perimetry (Ⅲ/4/e), Humphrey field analyzer, Octopus (Interzeag)

○ 등급판정 기준

등급기준	시력 (좋은 눈의 시력)		시야(단안)
	LogMAR	소수시력표	
B1	LogMAR 2.6 미만	안전수동 이하	
B2	LogMAR 1.5 – 2.6	안전수지 – 0.04	지름 10도 미만
B3	LogMAR 1.4 – 1.0	0.05 – 0.1	지름 40도 미만

○ 등급판정 (Classification)

등급	등급유형	
<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> 확정 (confirmed)	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> B2	-	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> B3	-	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> NE	부적격	

※ 국제기준은 LogMAR 시력을 사용. 소수시력표를 고려할 때 LogMAR 2.7이하는 안전수동, LogMAR 1.5는 0.04, LogMAR 1.0은 0.1로 환산하여 적용

의사성명 (Doctor's name) :	면허번호 (Registration No) :
주소(Address) :	
E-mail :	
병원명 (Name of Institution) :	
일자 (Date) :	서명 (Signature) :

위 기재한 사실에 이상이 없음을 확인하며, 해당 환자가 스포츠 활동에 이상이 없음을 확인함.

유도(JUDO)종목 스포츠 등급

• 유도(JUDO)종목 스포츠 등급

□ 선수는 다음 장애 중 적어도 한 가지에 해당되어야 한다.

- 1. 눈 구조의 손상(Impairment of the eye structure)
- 2. 시신경의 손상/시신경 경로의 손상(Impairment of the optical nerve/optic pathways; or)
- 3. 시각 피질의 손상(Impairment of the visual cortex)

※ 전적으로 굴절이상으로 인한 시력 저하의 경우 선수는 등급을 받을 수 없다.

□ 등급의 종류

- 1. J1: 시력이 LogMAR 2.6 이하인 경우
- 2. J2: 시력이 LogMAR 1.3 이상 LogMAR 2.5 이하인 경우 또는 시야가 지름 60도 이하인 경우
- 3. NE: 시력이 LogMAR 1.2 이하인 경우 또는 시야가 지름 60도 초과인 경우

구분	시력 (좋은 눈의 시력)	시야
	LogMAR	
J1	LogMAR 2.6 이하	-
J2	LogMAR 1.3 – 2.5	지름 60도 이하
NE	LogMAR 1.2 이하	지름 60도 초과

별지 제6호<신설 '21.12.13.><개정 '23.02.00.>

유도(JUDO) 시각장애인 스포츠 등급분류 (V.I Classification form)

※ 등급분류 심사는 연(year)을 기준으로 1회만 받을 수 있다.

※ 다음 각 호의 경우에는 해당 판정 등급을 무효로 하며, 발견시점을 기준으로 1년간 등급분류 심사를 받을 수 없다.

1. 등급분류 심사를 연 2회 이상 받은 자
2. 등급분류 심사를 받고 그 판정을 거부한 자

○ 선수 정보(Athlete information)

선 수 작 성 부 분	이름:	영문이름: Last name:	First name:
	※ 반드시 여권 영문명으로 작성		
	성별 (Gender): <input type="checkbox"/> 남(male) <input type="checkbox"/> 여(female)		종 목 (Sports): 유도(JUDO)
	주민등록번호 (ID number):		연락처(H·P):
	주소(Address) :		
	* 이전 등급분류 기록 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(아래 사항 작성)		
	마지막 국내등급 : 년도_____ <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)		
마지막 국제등급 : 년도_____ 대회명_____			
<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> Review_Year(_____)			

○ 의학정보 (Medical information)

* 진단명 (Diagnosis) (양안 모두 기재 요망) 발생시기 (onset) : _____

우안 (Right)	좌안 (Left)
------------	-----------

현재 진행 사항: ☐ 년 이후로 안정됨 (stable) ☐ 진행중 (Progressive)

안경착용여부 (Glasses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
콘택트렌즈착용여부 (Contact lenses)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)
의안착용여부 (Prosthesis)	<input type="checkbox"/> 착용 (Yes) <input type="checkbox"/> 착용안함 (No)

* 약물복용력 (Medication)

사용 중인 안약 (Eye medication)	
안약에 대한 알러지 여부 (Allergic reactions)	<input type="checkbox"/> 있음 (Yes) : <input type="checkbox"/> 없음 (No)

○ 평가 (Assessment)

* 교정시력 (Best corrected visual acuity)

구 분	우안 (Right)	좌안 (Left)
시 력		
굴절력	()Dsph () Dcyl A ()	()Dsph () Dcyl A ()

시력표(Methods) : ☐ Decimal ☐ LogMAR ☐ Snellen

시야검사 (지름) Visual field test (diameter) ; 동공크기 (pupil size) : mm

우안 (Right)	좌안 (Left)

* 공인된 시야계 : Goldmann perimetry (Ⅲ/4/e), Humphrey field analyzer, Octopus (Interzeag)

○ 등급판정 기준

구분	시력 (좋은 눈의 시력)	시야(양안)
	LogMAR	
J1	LogMAR 2.6 이하	-
J2	LogMAR 1.3 이상 - 2.5 이하	직경 60도 이하

○ 등급판정 (Classification)

등급	등급유형	
<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> 확정 (confirmed)	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> J2	-	<input type="checkbox"/> 재심사 (Review) 2년
<input type="checkbox"/> NE	부적격	

※ 국제기준은 LogMAR 시력을 사용. 소수시력표를 고려할 때 LogMAR 2.7이하는 안전수동, LogMAR 1.5는 0.04, LogMAR 1.0은 0.1로 환산하여 적용

의사성명 (Doctor's name) :	면허번호 (Registration No) :
주소(Address) :	
E-mail :	
병원명 (Name of Institution) :	
일자 (Date) :	서명 (Signature) :

위 기재한 사실에 이상이 없음을 확인하며, 해당 환자가 스포츠 활동에 이상이 없음을 확인함.