



시민건강이슈 2017-07

PHI Issue Paper 2017-07

장애인 건강문제,  
어떻게 접근할 것인가?

PHI Issue Paper 2017-07

시민건강 이슈 2017-07

장애인 건강문제, 어떻게 접근할 것인가?

출판일                   ||   2017년 7월 25일

필자                   ||   박 종 혁                   충북대학교 의과대학

펴낸 곳               ||   (사) 시민건강증진연구소  
                              서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층  
                              전화: 02-535-1848   팩스: 02 581-0339  
                              누리집: [www.health.re.kr](http://www.health.re.kr)  
                              전자우편: [phikorea@gmail.com](mailto:phikorea@gmail.com)

## 차 례

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 1. 들어가는 글 .....       | 1  |
| 2. 장애인은 불행하다? .....   | 2  |
| 3. 어떤 접근이 필요한가? ..... | 6  |
| 4. 맺음말 .....          | 13 |

### <표 차례>

|                                            |   |
|--------------------------------------------|---|
| <표 1> 비장애인 의료제공자와 장애인이 평가한 자존감 수준 .....    | 3 |
| <표 2> OECD 회원국: 근로가능연령 장애인 중 저학력자 비율 ..... | 8 |
| <표 3> OECD 국가별 근로가능연령 장애인 고용률 .....        | 9 |

### <그림 차례>

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| <그림 1> 장애인과 비장애인의 비만 유병율 추이 ..... | 6  |
| <그림 2> OECD 국가별 장애인 빈곤율 .....     | 10 |

## 1. 들어가는 글

2015년 12월, 3년의 진통 끝에 「장애인의 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」이 국회를 통과했다. 장애인 건강권 보장을 위한 정책과 제도가 마련될 것이라는 기대가 컸다. 2년의 유예기간을 지나 이제 법의 실행을 목전에 두고 있다. 입법 취지에 맞도록 제도가 잘 설계되고 정착하기를 바라는 마음이 간절하다. 그간 정부 관계부처는 장애인 당사자와 여러 전문가들이 모여 함께 논의하는 자리를 수차례 마련했고, 지금도 진행형이다.

그러나 정부와 전문가들의 노력에도 불구하고 상황이 항상 만족스러운 것은 아니다. 장애인 당사자와 이야기를 나누어 보면, 기대가 컸기 때문인지 모르지만 당사자가 참여했음에도 불구하고 왠지 소외된다는 생각이 들거나, 혹은 건강 보장에 필요하다고 당사자가 생각했던 부분과 제도가 잘 들어맞지 않는다는 느낌을 자주 받는다고 한다. 정책을 담당하는 정부부처 관계자, 전문가와 이야기를 나누거나 회의에 참석해보면, 법의 취지를 살리기 위해 법 제정 이후 매일 늦은 시간까지 고민과 논의를 진행하고 있음은 분명하다. 정부부처 관계자나 전문가가 고의로 장애인 당사자를 배제하거나 엇박자를 내는 것은 분명 아니라고 생각한다. 물론 새로운 제도에 포함될 여러 이해당사자들의 이해관계가 맞물리면서 입법 취지가 흐려질 가능성도 존재한다. 그러나 이러한 문제는 장애인 관련 여러 법 중 여기에만 해당하는 것은 아닐 것이다. 보건의료는 다른 부문에 비해 전문성이 높기 때문에 장애인 당사자가 이해하기 어려운 부분이 있는 것도 사실이다. 하지만 당사자로서 갖게 된 고유한 직관의 힘을 무시할 수는 없다.

필자는 이 글을 통해 이러한 간극이 왜 발생하는지, 여기에 장애인의 ‘건강’에 대한 인식이 어떻게 연관되는지를 살펴보고자 한다. 이를 토대로 그러한 간극을 줄이기 위해 무엇이 필요한지 이야기할 것이다.

## 2. 장애인은 불행하다?

제도를 만들어가는 과정에서 발생하는 장애인 당사자와 정책가들 사이의 엇박자는 무엇으로 설명해야 할까? 필자는 장애인을 바라보는 관점, 더 크게는 장애에 대한 관점의 차이에서 이 문제가 비롯된다고 생각한다. 달리 이야기하면, 건강에 대한 관점의 차이라고 이야기할 수도 있다.

우선 정책을 만드는 정부 부처 관계자와 전문가들의 거의 대부분은 (아마도 전부라 해도 틀리지 않을 것이다) 장애를 경험한 적 없는 ‘비장애인’이고 대체로 ‘건강한’ 사람들이다. 비장애인은 장애인을 모른다고 폄하하려는 것이 아니다. 전동휠체어가 보급되면서 과거 10년 전에 비해 우리는 일상생활에서 더 자주, 더 많은 장애인을 볼 수 있게 되었다. 또한 장애인에 대한 차별적 요소가 있는 제도들도 많이 개선되었다. 하지만 여전히, 어린 시절 학교생활부터 성인기 ‘사회생활’에 이르기까지 긴 시간 동안 비장애인이 장애인과 함께 생활하거나 무엇인가를 같이 해본 경험은 턱없이 부족하다. 이러한 상황에서, 비장애인에게 장애인의 건강 문제란 자신의 경험 세계 바깥에 존재하는 문제가 된다. 즉, 장애인의 건강문제는 비장애인에게 관념적으로만 이해될 가능성이 높다. 그래서 비장애인과 장애인이 생각하는 장애, 건강에 대한 개념부터 다른 건 아닐까?

이와 관련하여, 오래 전 발표된 논문 한 편의 내용을 소개하려고 한다. 이 논문은 1990년 미국 콜로라도 주에서 의료 전문직과 장애인을 대상으로 장애에 대한 태도를 조사, 분석한 연구 결과를 담고 있다. 연구에서는 대도시에 위치한 1등급 외상센터 세 곳의 응급실에 근무하는 의료제공자(응급의료 전문의, 응급의료 전문 간호사, 전공의와 수련의) 233명에게 본인의 자존감(self-esteem) 수준을 점수 매기도록 했다. 그리고는 본인이 사지마비 같은 중증의 척수장애인이라고 가정했을 때 자존감 수준이 어떻게 평가하도록 했다. 또한 실제로 사지마비 상태에 처한 장애인 128명에게도 동일한 설문지를 이용하여 본인의 자존감 수준을 평가하도록 했다.<sup>1)</sup>

분석 결과, 중증척수장애인은 비장애인 의료제공자와 비슷한 수준의 자존감을 가진 것으로 나타났다. 그러나 응급실에서 근무하는 비장애인 의료제공자는 자기 스스로에 대한 자존감을 높게 평가한 반면, 만일 자신이 중증장애인이라면 자존감이 그 절반에도 미치지 못할 거라고

1) Gerhart KA, et al. Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers. Annals of emergency medicine 1994;23(4):807-12

생각했다 (표 1). 또 설문에 응답한 중증장애인의 68.5%는 매주 3회 이상 집을 나와 외출하고 있었는데, 의료제공자 중 44%만이 이 정도의 외출이 가능할 것이라 생각하고 있었다.

<표 1> 비장애인 의료제공자와 장애인이 평가한 자존감 수준

|                               | 비장애인 의료제공자 |                      | 사지마비 환자 |
|-------------------------------|------------|----------------------|---------|
|                               | 자가보고       | 자신이 사지마비 환자라고 생각했을 때 | 자가보고    |
| 나는 가치 있는 사람이라 생각한다.           | 98         | 55                   | 95      |
| 나는 여러 가지 좋은 자질을 가지고 있다고 생각한다. | 98         | 81                   | 98      |
| 나는 긍정적인 태도를 가지고 있다.           | 96         | 57                   | 91      |
| 나는 대체로 나 자신에 만족한다.            | 95         | 39                   | 72      |
| 나는 실패자라는 생각이 들곤 한다.           | 5          | 27                   | 9       |
| 나는 자랑할 만 한 게 별로 없는 것 같다.      | 6          | 33                   | 12      |
| 나는 가끔 내가 쓸모가 없다고 느낀다.         | 50         | 91                   | 73      |
| 나는 가끔 내가 별로라고 느낀다.            | 26         | 83                   | 39      |

자료: Gerhart KA, et al. Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers. Annals of emergency medicine 1994;23(4):807-12

장애인은 비장애인이 생각하는 것보다 건강하고 활동도 원활하다는 이야기를 하려는 것은 아니다. 이 조사결과는 일반적으로 비장애인은 장애인의 외견만으로 (혹은 직관만으로) 장애인의 상태를 실제보다 훨씬 심각하게 가늠하고, 이에 따라 장애인의 삶을 실제보다 부정적으로 인식한다는 것을 실증적으로 보여준다. 이러한 부정적 인식은 인식에만 그치는 것이 아니라 장애인 정책의 중요한 시작점으로 작동한다. 그래서 치료 중심의 의학적 모델에서 한 발짝도 더 나가기 어렵도록 만든다.

그렇다면 ‘장애인 = 환자’ 또는 ‘장애인 = 불행할 수밖에 없는 환자’로 인식하는 것이 과연 무슨 문제가 될까?

우선 복지와 보건의 별개의 문제가 된다. 현재 우리 사회에서 보건은 ‘질병이 있는 환자를 치료’하는 데에 초점이 있고, 복지는 ‘불행한 사람에 대한 시혜적 서비스’를 제공하는 것에 초점을 둔다. 실제로 장애인 건강에 대한 논의의 대부분은 장애와 관련한 급성기 치료, 급성기

의료재활<sup>2)</sup>에 대한 재정적 지원책을 마련하는 데 집중되어 있다. 그나마 급성기 치료 이후의 ‘의료적 재활’ 서비스는 턱없이 부족한 게 현실이다. 그러나 급성기 치료만큼이나 중요한 (경우에 따라서는 더 큰) 문제는 병원 밖으로 나온 장애인들이 경험하는 현실이다. 이제 그들은 시혜적 복지의 대상일 뿐 적극적 건강증진, 질병예방의 대상자나 주체는 되지 못한다. 이러한 접근방식은 네 가지 측면에서 오류를 범할 수 있다. 첫째, 이 같은 논의 방식은 모든 장애인은 본래 불건강하다는 잘못된 전제를 취하고 있다. 그러나 앞서 소개한 논문에서처럼 장애인은 장애유형에 따라 특정 기능이 저하되지만 다른 영역은 비장애인과 마찬가지로 건강할 수 있다. 둘째, 치료중심의 접근에서는 장애인을 불건강하다고 보기 때문에 더 이상 예방의 영역에서 할 일이 없다고 여기게 만든다. 공중보건 영역에서는 장애를 예방하는 데에만 중점을 두어야 한다는 인식을 갖게 한다. 그러나 장애인의 건강은 불변의 상태가 아니라, 악화되거나 나아질 수 있는 ‘동적인 상태’이다. 장애인의 경우, 적극적 예방과 건강증진 노력이 없으면 기저장애에 더해 추가 질환이 발생할 위험이 더욱 높아진다. 1988년, 마이클 마지(Michael Marge)가 이러한 위험을 ‘이차적 장애(secondary disabilities)’라고 명명하면서<sup>3)</sup> 이 문제는 세간의 주목을 받기 시작했다. 1991년 미국의학원은 이를 ‘이차적 상태(secondary conditions)’라는 용어로 재조명한 바 있다.<sup>4)</sup> 이차적 상태란 장애가 발생한 후에 나타나는 하지만 반드시 기저장애의 결과는 아닌 상태를 지칭한다. 이는 이러한 상태가 적절한 중재로 예방가능하다는 점을 강조하는 개념이다. 셋째, 치료중심 모델에서는 ‘장애’나 ‘장애인’이라는 개념이 예방, 건강증진과는 부합하지 않는 것으로 간주해 이차장애를 예방하고 조기에 관리할 기회를 박탈한다. 한국의 실증 근거는 아직 부족하지만 해외의 연구결과에 의하면, 장애인은 일반인구집단에 비해 만성통증, 경직, 피로, 관절염, 성기능장애 이환율이 높고, 불안, 우울, 고립감, 수면장애도 더 흔하다.<sup>5)</sup> 만성질환의 경우에도, 장애인은 비장애인보다 고혈압 (2.3배), 심혈관질환 (6.5배), 관절염 (3.1배), 당뇨 (3.9배), 만성통증 (16.2배) 등의 유병률이 더 높은 것으로 알려져 있다.<sup>6)</sup> 넷째, 이러한 인식은 환경적 측면이 장애의 진행에 영향을 미치지 않는다는 인식을 갖게 할 수 있다. 환경적 측면, 이를테면 운송수단, 보조인력 (청각장애인을 위한 수화통역사, 시각장애인

2) ‘재활’은 정의에 따라 사건, 사고, 질병 등으로 인한 역동적 변화과정에 대처하는 여러 중재를 아우르는 광의의 개념으로도 사용되고, 신체적 기능회복에 국한하는 협의적 개념으로도 사용된다. 이 원고에서는 통상 병원에서 제공되는 치료 서비스의 연장선에서 이루어지는 협의의 개념으로 재활이라는 용어를 사용했다.

3) Marge M. Health promotion for persons with disabilities: moving beyond rehabilitation. Am J Health Promot 1988;2:29-44

4) Institute of Medicine. Disability in America: toward a national agenda for prevention. 1991.

5) Rimmer JH et al. A conceptual model for identifying, preventing, and managing secondary conditions in people with disabilities. Physical Therapy 2011;91(12):1728-39

6) 홍현숙 외. 장애인 건강수준 향상을 위한 근거중심의 지표생산 방안. 국립재활원 2011에서 재인용

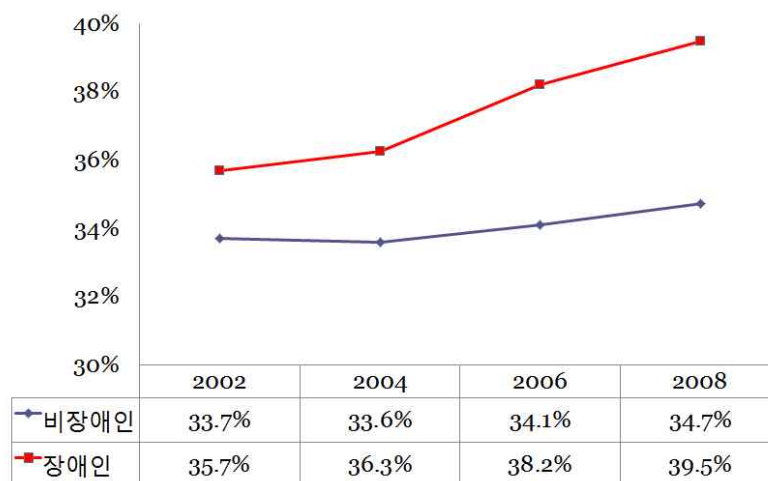
을 위한 활동보조인 등), 보조기기 (청각장애인을 위한 화상통화기기 등) 등이 장애인 건강관리를 위한 중요한 인프라임에도 장애의 진행에 영향을 미치지 않거나 분리해서 생각해야 한다는 인식을 갖게 만든다. 이런 잘못된 인식은 장애인을 대상으로 하는 질병예방, 건강증진의 중요성을 간과하게 함으로써 결국 장애인의 건강관리에 부정적 영향을 미친다.

### 3. 어떤 접근이 필요한가?

‘장애인 = 불행할 수밖에 없는 환자’가 아니라 비장애인과 같은 수준의 자존감을 갖는 게 당연시되려면 ‘건강’ 영역에서는 어떻게 접근해야 할까? 장애인은 비장애인에 비해 사회 환경의 영향이 더 복잡하게 작동하기 때문에, 건강 향상의 장애요인을 고려할 때에는 보다 학제적, 다기관적 협력적 접근이 필요하다. 더 넓게는 생태학적 접근을 지향해야 한다.

건강문제의 사회적 영향에 대한 예로 장애인의 비만문제를 생각해보자. 김윤 등(2011)은 2002~2008년 동안의 국민건강보험공단 검진자료를 이용해 장애인의 비만 현황을 분석한 바 있다.<sup>7)</sup> 관찰 기간 내내 장애인은 비장애인에 비해 비만 유병율이 높았고, 시간이 흐르면서 그 차이는 점점 커졌다(그림 1). 연구진은 성별, 연령 등 일반적인 비만 위험 요인 이외에, 장애와 관련된 신체활동 저하, 균형 있는 영양섭취의 어려움, 비만에 대한 인식과 사회적 지지 부족에서 비롯된 건강증진활동의 장애 요인들을 지적하면서, 장애인 비만 관리 환경이 점차 어려워지고 있다고 주장했다.

<그림 1> 장애인과 비장애인의 비만 유병율 추이



자료: 김윤 외., 장애인의 비만실태조사 및 정책개발 연구. 보건복지부. 2011

7) 김윤 외. 장애인의 비만실태조사 및 정책개발 연구. 보건복지부. 2011

필자가 국민건강영양조사 자료를 분석한 결과에서도, 장애인의 비만 유병율은 비장애인에 비해 1.7배 높았다. 하지만 장애인과 비장애인의 성, 연령, 교육수준, 소득수준이 동일한 경우에는 비만 유병률에 차이가 없었다.<sup>8)</sup> 잘 알려져 있듯, 장애인은 더 빈곤하고 학력수준이 낮으며, 취업률이 낮는데다 그나마 일자리가 있는 경우에도 노동환경이 열악한 경우가 많다. 실제로, OECD 회원국의 2000년대 후반 근로가능 연령대 장애인 교육수준을 비교해보면, 장애인 중 저학력자(ISCED 0-2)의 비율은 평균 38.6%로 비장애인의 22.2%에 비해 16.4% 포인트 높다. 저학력자 비중을 국가별로 살펴보면, 포르투갈이 86.8%로 가장 높고, 슬로바키아가 14.1%로 가장 낮았다(표 2).<sup>9)</sup> 한국의 경우, 2014년 장애인실태조사 결과에 의하면 무학 혹은 초등학교 졸업자의 비중은 전체의 약 40%, 무학/초졸/중졸 학력자의 비중이 전체 장애인의 약 56% 정도에 달했다.

8) 박종혁 외. A comparison of obesity rate with and without disabilities and the associated factors for obesity. (on review)

9) OECD국가의 학력수준은 low(ISCED levels 0~2), medium(ISCED levels 3~4), high(ISCED levels 5~6)로 구분되며, 일반적으로 초등, 고졸 이하, 대학 이상으로 구분할 수 있음.

&lt;표 2&gt; OECD 회원국: 근로가능연령 장애인 중 저학력자 비율

(단위: %)

| 구 분     | 장애인  | 비장애인 |
|---------|------|------|
| 포르투갈    | 86.8 | 64.4 |
| 그리스     | 69.1 | 34.2 |
| 스페인     | 67.4 | 42.9 |
| 아일랜드    | 65.3 | 30.5 |
| 이탈리아    | 62.1 | 43.9 |
| 프랑스     | 46.5 | 24.4 |
| 룩셈부르크   | 44.7 | 32.3 |
| 호주      | 44.7 | 28.1 |
| 덴마크     | 42.3 | 23.7 |
| 벨기에     | 39.8 | 18.0 |
| 네덜란드    | 39.6 | 22.1 |
| 아이슬란드   | 39.1 | 27.6 |
| 슬로베니아   | 32.7 | 16.5 |
| 노르웨이    | 32.0 | 20.5 |
| 핀란드     | 29.7 | 16.2 |
| 헝가리     | 29.3 | 15.4 |
| 영국      | 28.2 | 12.6 |
| 오스트리아   | 27.4 | 14.7 |
| 스위스     | 27.0 | 12.2 |
| 캐나다     | 25.5 | 13.9 |
| 폴란드     | 25.3 | 10.5 |
| 에스토니아   | 21.0 | 9.7  |
| 미국      | 20.3 | 10.0 |
| 스웨덴     | 19.8 | 11.8 |
| 체코      | 19.4 | 8.0  |
| 독일      | 18.7 | 13.5 |
| 슬로바키아   | 14.1 | 5.0  |
| OECD-25 | 38.6 | 22.2 |

주: 1) 2000년대 후반 낮은 학력수준(상등중등교육 미만의 학업성취에 해당하는 저학력 수준(ISCED 0-2) 상  
태인 근로가능연령 인구(20-64세)의 비율임

2) OECD-25는 25개국에 대해 가중치를 부여하지 않은 수치의 평균임(에스토니아와 슬로베니아 제외)  
자료: OECD(2010). 「Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers」

OECD 회원국들의 2000년대 후반 장애인 고용률은 평균 43.6%로 비장애인 75.1%의 58.1% 수준에 불과하다. 한국의 장애인 고용률 2000년대 후반 현재 44.7%로 OECD 회원국 평균과 비슷한 수준이다 (표 3).

<표 3> OECD 국가별 근로가능연령 장애인 고용률

(단위: %)

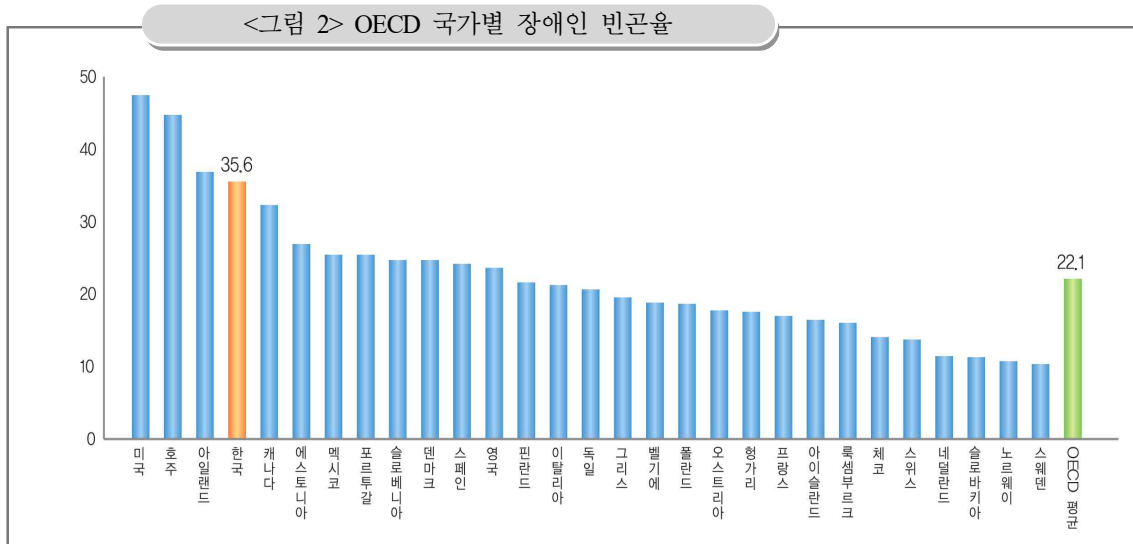
| 구 분       | 장애인         |             |             | 비장애인        |             |             |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|           | 1990년대 중반   | 2000년대      | 2000년대 후반   | 1990년대 중반   | 2000년대      | 2000년대 후반   |
| 스웨덴       | 54.6        | 53.6        | 62.3        | 77.7        | 80.1        | 83.9        |
| 아이슬란드     | -           | -           | 61.3        | -           | -           | 86.4        |
| 에스토니아     | -           | -           | 55.8        | -           | -           | 82.2        |
| 멕시코       | 47.2        | 60.2        | 55.4        | 61.1        | 65.8        | 66.8        |
| 스위스       | -           | -           | 54.9        | -           | -           | 85.5        |
| 덴마크       | 55.7        | 50.1        | 52.3        | 79.1        | 81.6        | 81.6        |
| 룩셈부르크     | -           | 49.7        | 50.4        | -           | 71.7        | 71.3        |
| 독일        | 52.4        | 60.4        | 50.4        | 74.0        | 77.2        | 73.7        |
| 포르투갈      | 50.2        | 51.8        | 47.9        | 75.7        | 79.3        | 75.4        |
| 캐나다       | -           | 43.8        | 46.9        | -           | 76.9        | 79.0        |
| 프랑스       | 45.9        | 49.1        | 45.8        | 68.5        | 70.0        | 71.8        |
| 영국        | 38.0        | 42.1        | 45.3        | 81.2        | 80.9        | 81.4        |
| <b>한국</b> | <b>43.9</b> | <b>44.7</b> | <b>44.7</b> | <b>71.5</b> | <b>68.8</b> | <b>70.3</b> |
| 노르웨이      | -           | 47.1        | 44.7        | -           | 86.0        | 83.4        |
| 네덜란드      | 40.2        | 48.5        | 44.5        | 65.5        | 74.8        | 80.5        |
| 오스트리아     | 48.9        | 48.7        | 43.9        | 74.8        | 76.7        | 70.8        |
| 핀란드       | 48.4        | 54.4        | 43.5        | 69.7        | 77.3        | 76.8        |
| 슬로베니아     | -           | -           | 41.3        | -           | -           | 69.7        |
| 슬로바키아     | -           | -           | 41.1        | -           | -           | 74.0        |
| 이탈리아      | 34.9        | 32.8        | 40.7        | 58.3        | 59.1        | 63.7        |
| 호주        | 41.9        | -           | 39.8        | 76.6        | -           | 79.4        |
| 미국        | 40.4        | 35.1        | 38.5        | 84.7        | 83.6        | 83.9        |
| 벨기에       | 38.6        | 43.9        | 36.3        | 67.5        | 70.6        | 71.5        |
| 스페인       | 27.0        | 25.5        | 35.7        | 56.3        | 63.0        | 71.1        |
| 체코        | -           | -           | 35.0        | -           | -           | 73.1        |
| 그리스       | 35.0        | 31.7        | 34.2        | 62.5        | 65.0        | 67.0        |
| 아일랜드      | 25.7        | 33.6        | 32.9        | 60.0        | 71.5        | 72.7        |
| 헝가리       | -           | -           | 31.7        | -           | -           | 71.3        |
| 폴란드       | 24.8        | 21.0        | 17.6        | 70.7        | 66.7        | 62.1        |
| OECD-27   | -           | -           | 43.6        | -           | -           | 75.1        |

주: 1) OECD-27은 27개국의 고용률과 19개국의 대략 지난 10년간에 걸친 상대적인 고용률에 대해 가중치를 부여하지 않은 평균을 말함(에스토니아와 슬로베니아 제외)

2) 본 조사에서 근로가능연령은 20-64세이며, 2000년대 후반 기준임

자료: OECD(2010). 「Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers」

OECD 회원국의 2000년대 중반 장애인 빈곤율은 평균 22.1%였다. 가장 높은 빈곤율을 보인 국가에는 미국 (47.6%), 호주 (44.7%), 아일랜드 (36.8%) 등과 함께 한국 (35.6%)이 포함된다 (그림 2).



주: 1) 2000년대 중반 근로가능연령(20-64세) 장애인과 비장애인의 가처분소득 기준 빈곤(중위소득 60% 이하) 가구의 비율임

2) OECD-27은 27개국에 대해 가중치를 부여하지 않은 수치임(에스토니아와 슬로베니아 제외)

자료: OECD(2010), 「Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers」

미국의 ‘Healthy People 2010’에서는 사회환경 요인이 장애인의 건강에 미치는 영향의 중요성을 고려하여 장애인 건강증진종합계획을 수립했다. 이 계획에 의하면, 장애에 따른 2차적 장애는 1차 장애 발생 후 겪을 수 있는 의학적, 사회적, 감정적 측면의 문제뿐 아니라 가족과 사회생활에서 발생하는 문제들을 포괄한다. 이러한 전략은 장애인 개인, 정부 (보건복지부, 교육부, 노동부 등), 사회의 유기적 협력 없이는 장애인 건강증진이 달성될 수 없음을 보여주는 것으로 우리에게 시사하는 바가 크다.

이처럼 장애인 건강문제에 접근할 때 사회경제적·환경적 요인에 대한 고려는 필수적이지만, 그동안 보건의료 부문은 고도로 전문적인 영역이라는 이유로 중재 대상에 포함시키기 어려웠다. 장애인의 의료접근성을 향상시키기 위해서는, 장애인들에게 “풍요 속 빈곤”이라 할 만한 의료기관들의 장애감수성을 높이고 물리적 환경을 개선하는 것 또한 중요하다. 국내 병원급 의료시설의 장애인 접근성은 약 70%, 정당한 편의 제공은 30~50% 수준으로 알려져 있으

며, 의원급의 접근성은 더욱 낮을 것으로 짐작된다.<sup>10)</sup> 여기에 더해 인력, 장비, 의사소통 접근성 등 보건의료 서비스의 질적 측면을 약화시키는 장애물이 산재해있다. 예컨대 청각장애인의 경우 병원 내 수화통역사를 필요로 하는 경우가 많지만 없는 경우가 대부분이다. 시각장애인은 스크린 리더기가 없거나 점자본이 제공되지 않아 스스로 건강검진 통보서를 읽을 수 없는 경우가 많다. 휠체어 이용 장애인의 경우 엘리베이터가 없거나 문턱이 많아 병원 혹은 진료실에 접근하기 어렵고, 특히 여성 휠체어 장애인은 병원 내 장애인용 유방암검진 촬영 기구가 없어서 검진을 받기 어려운 경우도 비일비재하다. 이토록 수많은 환경 요인들이 장애인 의료접근성에 영향을 준다.

또한 장애인의 건강을 포괄적, 지속적으로 관리하기 위해서는 급성기 치료 이후 2차 장애와 합병증 발생 위험을 고려한 의료-복지 전달체계(Integrated Health and Welfare Delivery System) 모형을 개발하고 검증하는 과정이 필요하다. 장애유형과 기간, 중증도, 위험요인 등에 따라 이차장애와 합병증의 예후, 진료의 변화가 크고, 건강관리 계획도 달라질 가능성이 높다. 현존하는 분절적인 보건-복지 시스템으로는 이러한 문제를 해결하기 어렵다. 장애인의 2차 장애 예방과 건강증진, 합병증 관리를 시기적절하게 실행하기 위해서는 지역 장애인보건의료센터, 건강주치의, 장애인 검진기관, 장애인 시설들 사이의 긴밀한 협력이 필요하다. 의료기관과 지역사회의 장애인 복지시설, 장애인단체가 연계하여 장애인 건강관리 프로그램의 전문성을 높이는 동시에 장애에 대한 이해 수준이 높은 복지 인력을 활용하여 의료기관의 장애감수성을 향상시켜야 한다. 이를 통해 장애인의 건강증진 프로그램 이용격차를 줄이고 건강향상을 도모할 수 있는 방향으로의 연계/협력 모형을 구축해야 한다.

이를 위해서는 보건-복지 서비스 제공자 사이에 상호 협력하고 통합하는 문화를 만들어가야 한다. 명확히 구분하기는 어렵지만, 장애 관련 치료와 건강관리계획(Care Plan)에 대해서는 장애 관련 전문의와 일차의료 담당자들이 주된 역할을 수행하고, 건강증진 활동은 지역사회의 다양한 장애인 활동 공간, 복지관, 보건소, 민간운동시설 중 장애인 건강관리를 위해 지정된 기관, 지역사회 일차의료기관에서 이루어질 수 있어야 한다. 이를 위해서는 양방향 의사소통이 필요한데, 이 과정에서 장애인 개개인에 맞는 케어플랜이 지속적으로 업데이트되고 공유되어야 할 것이다.

그러나 실제 현실에서는 각 기관의 역할을 명확하게 구분하는 것이 어렵기 때문에 장애인의 진료시기, 동반 질환의 경과, 장애유형과 중증도, 사회적 환경에 따라 장애관련 전문의, 건강증진 담당 의료진, 장애인 복지시설의 역할에 대해 융통성을 허용해야 한다. 또한 의료진과 장애

10) 박종혁 외. 장애인 건강검진 매뉴얼 개발. 국립재활원 2016

인 사이의 의사소통이 장애인 건강관리에 매우 중요한 부분임을 장애인 자신이 인식하고, 스스로 어떤 문제를 어떻게 상담해야 할지 가늠할 수 있도록 교육을 시행해야 한다. 뿐만 아니라, 의료제공자가 장애인을 대하는 태도, 문화적 수용성 등도 장애인의 보건의료 영역에서 중요한 문제다. 문화·태도 측면은 인프라 개선보다 훨씬 바꾸기 어렵기 때문에, 보건의료인의 교육뿐 아니라 의료문화 생태계를 적극적으로 개선하는 방안을 마련해야 한다.

## 4. 맺음말

향후 장애인의 건강을 비장애인 수준으로 끌어올리려면 건강권과 보건의료 문제가 전문적이고 특수한 것이라는 인식을 넘어서야 하며, 건강의 사회환경적 요소를 분명하게 드러내야 한다. 장애인을 치료대상, 재활의 대상으로 보는 시각을 넘어서 장애인의 건강을 바라보아야 장애인 건강 향상 전략이 나타날 수 있다.

한국도 이미 비준한 ‘장애인권리협약’ 25조를 상기하면서 이 글을 마치고자 한다. 협약 25조는 “당사국은 장애인이 장애를 근거로 한 차별 없이 달성 가능한 최고의 건강 수준을 향유할 권리를 가지고 있다는 것을 인정한다”고 명시했다. 이는 보건의료 서비스에 대한 접근뿐 아니라 장애인이 비장애인과 같은 수준의 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태를 누릴 권리를 가졌음을 분명히 한 것이다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : [phikorea@gmail.com](mailto:phikorea@gmail.com)

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소

시민건강이슈는 시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.  
제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면, 논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.