



시민건강이슈 2018-04

PHI Issue Paper 2018-04

정신질환은 어떻게 산재가 되었나
- 예비적 탐색 -

정신질환은 어떻게 산재가 되었나: 예비적 탐색

출판일 || 2018년 5월 1일

편집인 || 김명희 시민건강연구소 연구원

필진 || 류한소 시민건강연구소 영펠로우

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

〈 차례 〉

1. 들어가며	1
2. 산재보상제도와 업무상의 재해	4
3. ‘업무상 상당한 인과관계가 있는 정신질환’	7
3.1. 인정 기준 만들기	7
3.2. 사회심리적 위험이라는 새로운 프레임	12
3.3. 우울증과 PTSD의 차이	15
3.4. 카톡과 철학의 문제	21
3.5. 명예를 지키는 일	26
3.6. 정신질환 산재를 신청할 수 있는 사람	28
3.7. 감정노동을 넘어	30
4. 결론	33
§ 참고문헌	35

〈표 차례〉

표 1 2010년~2014년 정신질환 관련 산재 신청 건수와 승인율	15
표 2 2010년~2014년 정신질환 산재 질환별 빈도수 및 승인율	16
표 3 2010년~2014년 정신질환 산재의 승인 및 불승인 근거	17
표 4 2010년~2014년 직업분류에 따른 정신질환 산재 신청과 승인 현황	29

〈글상자 차례〉

글상자 1 대표적인 정신질병과 업무관련 위험요인	9
글상자 2 조사 원칙	10

1. 들어가며

지하철 기관사들의 공황 장애, 쌍용차 구조조정 이후 노동자들의 자살, 지속적인 입주민의 폭언 이후 스스로의 몸에 불을 지른 압구정 경비노동자, 최근의 간호사들의 태움까지... 이러한 일련의 사건들에서 떠오르는 것은 영혼을 갉아먹는 일터에서 서서히 무너져 가는 노동자들의 모습이다. 앞서 말한 사건들이 너무 무겁다면, 회사에만 가면 우울해진다는 ‘회사 우울증’이나 최근에 불고 있는 ‘워라벨(Work & Life Balance, 일과 개인의 삶의 균형을 의미하는 신조어)’ 열풍은 어떤가? 정도의 차이는 있겠지만 일터에서 겪는 스트레스나 불안감, 우울과 소진은 우리의 일상에서 낯선 것이 아니다. 이렇듯 일터에서 발생하는 사회심리적 위험(psychosocial hazard)은 노동하는 사람이라면 웅당 그래왔을 것처럼 일터에 존재하는 오래된 위험이기도 하고 어떤 면에서는 새로운 위험이기도 하다.

일터에서 발생하는 사회심리적 위험을 새로운 위험으로 보는 시각은 노동의 성격이 변했다는 데 주목한다. 노동의 변화는 새로운 위험을 동반하며, 그와 동시에 안전보건관리의 기본 골격을 구성하는 논리들 또한 변화시킨다 (Thomas, 2016). 대체적으로 19세기와 20세기 초의 작업장에서 노동자들이 직면하는 건강 위험이 육체적이거나 독성 물질에 대한 노출이었다면, 20세기 중반부터는 일이 조직되는 방식으로 관심이 이행했다. 일이 조직되는 방식에 따라, 스트레스가 많고 의미 없고 모욕적인 일을 하게 되는 것이 작업장에서 건강의 주요 위해요인이 되었다. 또한 물리적 작업 요구는 감소했지만, 멀티태스킹이나 고객, 직장 동료와의 상호 작용 같은 다른 종류의 작업 요구들의 강도가 증가했다. 이렇듯 노동 환경의 사회적이고 조직적인 면에 대한 주목은 작업장의 급격한 변화의 산물이다 (Berkman, L. Kawachi, I. and Theorell, T. 2014).

이렇듯 일이 가진 사회심리적 특징에 대한 강조는 변화된 일의 성격, 노동 환경, 이에 수반하는 작업방식의 변화, 새로운 고용형태, 기술변화 등 변화된 노동의 제반 현실을 반영한다. 그러나 한 가지 지적해두어야 할 것은, ‘19세기식의 육체적·독성 노출’로 인해 아프거나 다치는, ‘21세기의 비가시화된 노동자들’의 존재다. 이때 ‘비가시화’되었다는 것은 말 그대로 상품이 생산되는 과정에서 그들의 모습이 보이지 않는 것을 말한다. ‘첨단산업’인 휴대전화를 개발하고 디자인하고 마케팅하는 노동은 가시화되어 있지만 그 휴대전화를 만드느라 메탄올에 노출되어 시력을 잃게 되는 노동은 잘 보이지 않는 것처럼 말이다. 따라서 일터에서 발생하는 사회심리적 위험에 대한 강조는 물리적 위험 요인의 중요성을 부정하는 것이 아니라 노동안전보

건의 범위를 경영방식이나 작업 조직 등 노동 환경으로 확대시키는 데 의의가 있다고 볼 수 있을 것이다.

이러한 점에 비추어 직업병의 역사는 노동환경과 산업의 변화를 추적하는 거울이 되기도 할 것이다. 한국의 주요 직업병의 발생, 이와 관련한 투쟁 사례들에 대한 역사적 개괄을 하는 기존 자료들은 직업병의 범위가 70년대 진폐증, 80년대 진폐와 소음성 난청에서 90년대 중금속·유기용제 중독으로의 확대, 2000년 이후 근골격계 질환과 뇌심혈관계 질환으로의 관심 이동, 2010년 이후 직업성 암 등으로 확장되고 있다고 지적한다 (이윤근, 2012). 산재 요양 승인자에서 진폐증과 소음성난청이 차지하는 비율은 1994년까지는 90% 정도로, 사례의 대부분을 차지했다. 그러나 1995년 직업병 인정기준에 뇌심혈관계질환에 대한 기준이 제정되고, 이후 뇌심혈관계질환 요양 청구가 증가하면서 두 질환의 비율은 1995년에 61%로 감소하였다. 2000년대에는 근골격계질환 인정이 증가하면서 그 비율은 한층 감소하여 20% 아래로 떨어졌다. 그 이후에는 뇌심혈관계질환, 근골격계질환 등 작업관련성 질환과 진폐증, 소음성 난청을 제외하면 ‘전통적’ 직업병 보다는 다양한 업종에서 다양한 질병이 직업병으로 등장하고 있다 (강성규, 2008). 전체적으로 보면 사고성 재해나 사망 사고 위주의 산업재해로부터 직업병이나 근골격계, 뇌심혈관계 질환으로 인정기준이 확대되었다고 할 수 있다. 즉, ‘다치거나 사망하는’ 노동자 위주에서 ‘아픈’ 노동자들로 보호의 영역이 확대된 셈이다. 정신 건강 영역은 그 중에서도 가장 최근에 추가된 영역이자 이후 확대될 영역으로 볼 수 있다.

일터에서 발생하는 사회심리적 위험은 새로운 위험인 동시에 오래된 위험이기도 하다. 기존에 없던 위험이 새로 생겨난 것이 아니라, 기존에도 늘 존재했지만 그것으로 인해 피해를 받은 노동자에게 이를 보상하고 재발방지 대책을 세워야 하는 ‘정당한’ 위험으로, 즉 산업재해로 인식되지 않았을 뿐이다. 이를테면 일상의 공기처럼 자연스럽게 행해졌던 직장 성희롱이 대표적 사례라 할 수 있다. 산업재해가 “업무상 사유에 의한 근로자의 부상, 질병, 신체장애 또는 사망”을 의미한다면, 직장 내 성희롱은 “업무 과정에서 인간에 의해 정신적, 신체적 부상을 당하는 것”이니 산업재해로 인식하고 적용하는 것이 당연하겠지만, 실제 적용은 최근에서야 이루어지기 시작했다 (최윤정, 2004).

국제노동기구(ILO)는 ‘사회심리적 위험(psychosocial hazard)’이라는 용어를 처음 사용한 조직 중 하나라고 알려져 있다. 1980년대 중반 세계보건기구(WHO)와 함께 작성한 보고서(ILO & WHO, 1986)에서, ILO는 직무를 설계, 조직, 관리하는 방식과 작업조직이 운영되는 방식이 해당 노동자들의 건강에 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 증거를 제시한 바 있다. ILO는 직무, 작업조직의 설계와 관리 상 결함이 노동자의 건강에 잠재적 위험 요소가 되기 때문에 그러한

결함을 사회심리적 위협이라고 불렀고 또한 그러한 위협의 바탕이 되는 기전이 직무 스트레스 경험과 관련 있다고 밝혔다 (Thomas, 2016).

이렇듯 직무, 작업조직의 설계와 관리에 내재한 건강 문제들에 대한 인식이 확대되는 과정 속에서, 노동자의 건강·안전에 미치는 사회심리적 위협에 대한 관리를 중심으로 하는 새로운 안전보건 전문 분야가 성장했다 (Thomas, 2016). 더불어 직장에서 발생하는 사회심리적 위협으로 인한 피해를 토로하고 이에 대한 보상을 신청하는 노동자들도 늘어나기 시작했다. 이러한 흐름은 정부와 노사 이해당사자들, 산업안전보건 분야의 지식을 생산하는 전문가들을 포함한 다양한 주체들에게 대응을 요구하는 것이기도 하다. 이 글은 이러한 맥락에서, 국내 작업장에서 발생하는 사회심리적 위협이 산업재해로 인식되고 판정되는 과정에서의 쟁점을 살펴본 예비 연구에 해당한다. 이러한 논의를 기반으로 추후 이 문제에 대한 본격적인 분석이 가능해질 것이다.

2. 산재보상 제도와 업무상의 재해

일터에서 사회심리적 위험이 증가했다는 것은 널리 인정된다. 그러나 이를 포착하고 노동자들의 피해를 보상해야 하는 제도는 그 변화를 충분히 쫓아가지 못하고 있다. 이 장에서는 정신질환의 산재보상 인정과 관련한 본격적 논의에 앞서, 국내 산재 보상 심사 과정에서 제기되는 문제점들을 간략하게 짚어보고자 한다. 미리 말하자면, 정신질환 산재는 이러한 산재보상 제도의 문제점에 더해 정신질환의 특수성이 이중으로 덧입혀지는 영역이기도 하다.

산재보상보험법(이하 산재보험법) 제1조에 제시된 이 제도의 목적은 “근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하고, 재해 예방과 그 밖에 근로자의 복지 증진을 위한 사업을 시행하여 근로자 보호에 이바지하는 것”이다. 여기에서 산재보험법의 대상은 “업무상의 재해”라는 것을 알 수 있다. 그렇다면 업무상의 재해란 무엇인가? 산재보험법 제5조 제1호에 따르면 “업무상 재해란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망”을 말한다. 그러면서 “업무와 재해 사이에 상당 인과관계가 없는 경우에는 그리하지 아니하다”(산재보험법은 제37조 제1항)고 하여, 업무상 재해의 판단에는 상당 인과관계의 유무가 매우 중요함을 말하고 있다. 즉, 상당 인과관계가 있는 업무상의 재해가 산재보험법의 보상 대상이 된다는 것인데, 그렇기 때문에 ‘업무상’이란 개념부터 돌아봐야 할 필요가 있다.

‘업무상’이란, 근로계약에 기초해 사업주의 지배관리 하에서 수반되는 통상적인 활동을 말하기도 하지만 이 개념을 확대해서 생각해야 한다는 의견도 있다. 이러한 견해는 산재보험의 목적부터 돌아볼 것을 요구한다. 산재보험은 사용자의 개인 책임이라는 성격이 강했던 재해 보상을 기업의 사회적 책임 관점에서 파악하고, 개인으로서의 사용자보다는 자본주의 체제 안에서 국가와 기업이 유기적으로 관련을 맺으며 보상의 책임을 갖는, 보상책임의 사회화를 보여준다. 즉 산재보험법은 노동자에게 발생한 손해라는 위험을 누구에게 귀속시키고 때로는 벌칙을 부과하여 개별적으로 부담시키는 것이 타당한가라는 질문에 토대를 두고 있는 것이 아니라 이 위험/재해에 대하여 사용자가 비용을 부담하는 사회보험 시스템을 사용하여 보상하는 것이 타당한가라는 질문에 토대를 두고 있다. 이에 산재보험법에서의 ‘업무’란, 사업주의 사용 지배에 근거한 또는 사용자의 경영이익을 추구한 행위로 제한되어서는 안 되며, 사용자의 개별적 책임 범위(특정한 업무에 내재하는 위험)를 넘어 업무수행에 일반적으로 수반되는 위험까지 포괄해야 한다는 것이다(이희자, 2010: 479-480). 즉 산재보험의 대상은 이것이 ‘사회적’으로

보호할 의무가 있는 위험/재해인가의 여부에 달려있다고 보아야 할 것이다.

다음으로 문제가 되는 것은, 업무와 재해 사이에 ‘상당 인과관계’가 있을 때만이 산재 보상의 대상이 되는 ‘업무상 재해’로 인정받는다고 할 때 그 ‘상당’에 대한 판단이다. 국내 법률에서는 직업병 판정에서 확고하고 기계적인 인과관계보다 ‘상당 인과관계’ 개념을 채택하고 있다. 이는 직업병 판정에서 환자가 자신의 질병을 의학적·과학적으로 ‘명백히’ 입증하여야만 하는 것이 아니고 노동자의 취업 당시 건강상태, 질병의 원인, 위험요인에의 노출 등 제반 사정을 고려할 때 업무와 질병 또는 그에 따른 사망 사이에 상당한 인과관계가 있어야 함을 말한다.¹⁾ 즉 제반 의학적·과학적 증거들이 ‘ 많으면 많을수록’ 그리고 이것이 ‘설득력과 권위’를 가질수록 인정을 받을 가능성이 높아진다 (김종영·김희윤, 2013). 이렇게 되면 ‘상당한 인과관계’를 둘러싼 경합이 일어나며, 판정 과정에서 어느 정도의 자의적 해석을 배제할 수 없게 된다 (김종영·김희윤, 2016).

업무상 질병의 산재 승인 과정에서 중요한 역할을 하는 것은 질병판정위원회(이하 질판위)의 승인 여부다. 질판위의 설치는 2006년 ‘산재보험제도 발전을 위한 노사정위원회’에서 근로복지공단 지역본부 별로 업무상 질병을 심의·판정하는 질판위를 두기로 합의한 데로 거슬러 올라간다. 당시는 근골격계 질환과 뇌심혈관계 질환 등 업무상 질병의 인정기준과 판정에 대해 문제제기가 격심하게 일어나던 시기였다. 이 제도가 도입되기 전에는 공단에서 자문의사협회의 자문을 얻어 업무상 질병 여부를 결정했다. 자문의사를 공단에서 위촉했기 때문에 공정성과 객관성에 대한 문제제기가 잇따랐고, 더불어 동일 상병에 대한 승인율이 공단 지사 별로 차이가 나타나는 것도 문제가 되었다. 따라서 산재보험발전위원회에 참여한 한국노총은 업무상 질병의 심사에서 보다 객관적이고 독립적인 기관을 설치해야 한다고 주장했고, 경총 등 경영계 역시 이에 공감하여 2008년 7월 서울·부산·대구 등 6개 지역본부별로, 소속 지사의 영향을 받지 않는 독립기구로서 질판위가 설치되었다.²⁾ 질판위 설치의 업무상 질병 심사과정에서 많은 변화를 가져왔다고 인정받는다. 그동안 업무상 질병을 판정하던 근로복지공단의 자문의 또는 자문의협의회의 역할이 상당 부분 축소되었고, 판정 업무에서 근로복지공단 지사의 역할도 줄어들었다는 것이다 (매일노동뉴스, 2010. 7. 27; 임상혁, 2010).

1) “위와 같은 인과관계는 이를 주장하는 측에서 입증하여야 하나 반드시 의학적, 자연과학적 증명의 정도까지 요구되는 것은 아니고, 근로자의 취업 당시의 건강상태, 발병 경위, 질병의 내용, 치료의 경과 등 제반 사정을 고려할 때 업무와 질병 사이에 상당인과관계가 있다고 추단되는 경우라면 그 입증이 있다고 볼 수 있다.”(대법원 2012.2.9. 선고 2011두25661 판결)

2) 근로복지공단은 산재 기금을 갖고 있는 곳임과 동시에 이것이 산재인지를 판정하는 역할까지도 함께 하고 있다. 기금을 모으는 쪽과 기금을 쓰게 되는 쪽이 같다는 점에서 독립성에 대한 문제제기가 있을 수 있다.

질판위에서 업무상 질병을 심사하는 전문가 위원들은 해당 지역 질판위원장을 포함하여 총 7명으로 구성된다. 판정회의를 질환별로 하기 때문에, 위원 구성 또한 질환별로 다르다. 질판위는 해당 질환과 관련된 임상의 2명, 직업환경의 2명, 나머지 둘은 인간공학자나 변호사, 노무사 등이 참여한다. 위원장의 경우 공단의 내부 승진자가 맡기도 하고 독립성을 추구하기 위해 공단 외부의 민간인이 맡기도 한다. 판정 회의에서 임상의는 해당 진단이 맞는지 확인하고, 직업환경의는 이 질병이 업무관련성이 높은지를 판단한다. 그리고 업무 관련성에 대한 근거를 두고 위원들 사이에 토론을 통해서 심사 청구된 질병의 업무상 질병 여부를 판정한다. 질판위원들은 노사 어느 한 쪽의 의견에 치우치지 않기 위해 노동계·경영계·정부가 각각 1:1:1로 추천하고 있다. 그러다보니 업무상 질병 판정을 두고 노동계 추천과 경영계 추천 위원들 사이에 의견이 엇갈릴 경우, 결국에는 정부 추천위원이 어느 편을 드느냐에 따라 결정날 가능성이 높다.

이처럼 질판위의 다수결에 의해 해당 질병의 업무관련성 여부가 결정된다고 할 때, 여기서 중요한 점은 ‘과학적 판단’이라고 하는 질병 판정 과정이 사회적·정치적 판단과 분리될 수 없다는 점이다. 기존 연구에 따르면, 진폐증처럼 전문가들 사이에서 큰 경합 없이 받아들여지는 특정 직업병이 아닌 경우, 즉 전문가 사회에서도 생소하고, 과학적 연구가 불충분한 질병의 경우라면 그 질병에 대한 판정은 경합될 가능성이 높다. 더욱이 질판위 구성 또한 특정한 이해관계, 사회적·정치적 판단으로부터 자유로울 수 없다. 기존 연구에 따르면, 15년 이상 질판위에 직접 참여한 경험이 있는 한 직업환경의학 전문의는 질판위 구성상 노조 측 추천 인사의 의견은 ‘소수 의견’이며, 질판위 토론 과정에서 가장 흔한 근골격계 질환을 산재로 인정하게 되면 “우리나라 경제가 망가지지 않느냐”라는 의견을 갖고 있는 사람들도 꽤 많다고 밝혔다. 노동자 질병의 산업재해 승인은 과학적 판단과 사회·정치적 판단이 혼재되어 있는 영역이라는 것을 알 수 있다 (김종영·김희운, 2016: 138-140).

이렇게 ‘업무상 상당 인과관계가 있는 재해’라는, 산재보험 제도에 내제한 필연적 모호성 위에서 정신질환 산재여부를 판단할 때 맞닥뜨리는 또 다른 어려움은 정신질환 자체의 불확실성이다. 정신질환은 복합적 원인에 의해 발생하고, 여러 가지 이론들이 이 원인을 두고 각축을 벌일 때, 정신질환 산재를 신청하는 노동자는 어떻게 해당 업무와 자신이 가진 질병의 상당인과관계를 증명할 수 있을 것인가? 더욱이 그것이 눈에 보이지 않는 상해라면? 그리고 근로복지공단은 이 눈에 보이지 않는 상해를 무엇을 기준으로 ‘업무상의 재해’인지 여부를 판단할 것인가? 산재 인정 자체의 모호한 기준에 정신질환의 특수성이 더해지는 정신질환 산재의 영역에는 이중의 모호함이 존재한다. 특히 이와 관련한 제도적 틀이 미비한 상황에서는 이를 둘러싼 다양한 담론들의 상당한 경합할 수밖에 없다.

3. ‘업무상 상당한 인과관계가 있는 정신질환’

3.1. 인정 기준 만들기

2018년 3월 기준, 산업재해 보상보험법 시행령의 “업무상 질병에 대한 구체적인 인정기준” 4호 신경정신계 질병에는 화학물질에 노출되었을 때 발생하는 중추신경계 장애 등의 질병 외에, 외상 후 스트레스 장애 (Post Traumatic Stress Disorder, 이하 PTSD), 우울증, 적응장애 이렇게 세 가지 정신질환이 명시되어 있다. 2013년 7월 “업무와 관련하여 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건에 의해 발생한 외상 후 스트레스 장애(산재보험법 시행령 제34조 별표3의 업무상 질병에 대한 구체적 인정기준의 4호 바목)”가 정신질환 최초로 신경정신계 질병에 등재되었고, “업무와 관련하여 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인하여 발생한 적응장애 또는 우울병 에피소드”가 2016년 3월 포함되었다(앞의 인정기준 사목).

물론 법령이 개정되었다고 해서 산재 승인율이 바로 높아지는 것도 아니고, 시행령에 명시되어 있지 않아도 업무와의 상당 인과관계만 입증되면 산재가 승인될 수 있다는 노무사의 말을 빌리면 (위 커스, 2016. 5. 2), 시행령 개정 자체에 큰 의미를 두지 않을 수도 있다. 그럼에도 불구하고 ‘업무상 질병’의 목록에 새로운 질병이 추가된다는 것은 기존의 질병 목록이 포괄하지 못했던 새로운 위험의 등장과 이에 대한 법제화 필요성이 반영된 결과임은 분명하다. 이런 점에 비추어, 2013년에 PTSD가 정신질환 최초로 업무상 질병 인정기준에 명시된 것을 통해, 정신질환 산재에 대한 한국사회의 논의가 이제 막 시작단계에 진입했음을 알 수 있다.

이미 언급했듯, 일터에서 발생하는 사회심리적 위험에 대한 보상 제도를 마련하는 것은 어려운 일임에 틀림없다. 사회심리적 위험은 구체적이거나 객관적이지 않으며, 대부분의 경우 눈에 잘 드러나지 않는다. 동일한 노동환경에서도 개인마다 반응하는 방식이 다르다. 또한 사회심리적 위험은 한 개인에 관한 주관적 사실이기 때문에 이를 객관화하지 않는 한, 제도적 렌즈로 들여다보고 평가하기 어렵다. 그러나 바로 이러한 속성 때문에, 현재의 산재보험법, 산업안전보건법의 실효성을 묻는 질문들과 이에 답하기 위한 제도에 대한 논의의 필요성이 제기되는 것이다(Loïc, 2016).

그렇다면, 일터에서 발생한 사회심리적 위험으로 인해 초래된 노동자들의 정신건강 피해를 산재보험제도의 업무상 질병으로 포함한다는 것은 어떤 의미일까? 산업재해 인정기준 관련 연구를 시행한 경험이 있는 직업환경전문의는 다음과 같이 이야기했다.³⁾

3) 이하 본문에 제시된 인터뷰 내용은 2017년 12월 26일 이뤄진 한 직업환경전문의와의 인터뷰에서 가져온 것이다. 본문에 제시된 인터뷰 내용에서 굵은 글씨체로 표시한 강조 및 []는 연구자의 것이다. []

[산재를 신청하시는 분들 중에는] 내가 정말 힘들어서 못 살겠다고 생각하는 사람들이 있으실 거고, 치료를 받아야겠어, 혹은 나는 뭔가 쉬고 싶거나 회사와 싸울 거야라고 생각하는 분들도 있어요. 인정기준을 만드는 건 그런 분들이 결정하실 수 있는 가이드를 만들어주는 정도라고 생각해요. 이 문제를 해결하기 위한 게 아니에요. 보상 문제이고. 그리고 보상하고 나서, 회사와 싸우고 나면 그 분이 행복해지실까요? 그 다음도 문제인데. (...) [인정 기준이란 건] 정말 도움이 필요해서, 산재가 필요해, 라고 생각하는 분들이 있다면, '이런 경우에는 될 수 있어요'라고 구체적으로 도와드리는 역할 정도인 거죠. 문제 해결은 그걸로 되지 않습니다.

산재보험법 상의 업무상 질병 목록에 무엇 하나를 추가하는 것은 이미 건강이 망가진 노동자의 문제를 해결하는 데 별다른 도움이 되지 않을 수 있다. 그러나 업무상 질병 목록에 자신의 질병이 추가되고, 근로복지공단에서 퍼내는 『산재보험심사결정사례집』 승인 사례에 자신이 겪은 일과 비슷한 사례가 올라 있다면, 혹시나 당사자가 산재를 신청해볼 수 있는 기회가 된다거나, 어쩌면 해당 질병에 대해 보다 빠른 치료 기회로 이어질 수도 있다. 업무상 질병 인정 기준에 새로운 질병이 추가되면 이후 해당 질병의 신청 건수가 증가한다는 점에서, 자신의 질병에 해당하는 범주(category)의 등재 유무는 노동자들에게 중요한 쟁점이 될 수 있다. 특히 사회보험으로 운영되는 산재보험에서 해당 질병의 업무 관련성을 명시하는 것은 노동자가 일터에서 겪은 고통이 개인적 문제가 아니라 업무와 관련해서 발생한 피해이며 이에 '사회적으로' 보상받아야 한다는 것을 인정받는다는 의의가 있다.

더불어 이러한 가이드라인을 만드는 것은 산업재해를 신청하고자 하는 노동자 뿐 아니라 입법과 관련된 국회나 노동부, 노동계와 경영계, 실제 업무상 질병 여부를 판정하는 판정위원들이나 현장에서 재해조사를 해야 하는 근로복지공단 직원을 위해서도 필요한 작업이다. 현재 국내에는 앞서 제시한 시행령 외에 구체적으로 어떠한 경우에 이를 업무관련성이 높은 정신질환으로 간주할 수 있는지에 대한 기준이 없거나 구체적이지 않다. 예를 들어 심혈관계 질환의 경우, 주당 근무시간이 60시간 이상이면 업무관련성이 높다는 기준이 있지만, 정신질환에는 이러한 구체적 조건을 찾아보기 힘들다.

표시 중 [연구자:] 로 표기한 것은 연구자가 한 질문 내용이다.

글상자 1 대표적인 정신질환과 업무관련 위험요인(근로복지공단 정신질환 업무관련성 조사지침)

대표적인 정신질환	업무 관련 위험 요인
우울병 에피소드 (DSM-5에 따른 진단명 : 주요우울장애)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 높은 직무요구도, 낮은 사회적지지, 노력-보상 불균형, 직무불안정성, 위협 및 폭력, 불공정성 등이 일반적으로 관련성이 있는 것으로 알려져 있음 - 한편 장시간근로, 해고의 경험 등도 관련성이 있는 것으로 알려져 있거나 외국의 실제 업무상 질병의 보상에 있어서 인정되는 위험요인임
불안장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 직업군을 대상으로 한 일부 연구에서 높은 직무요구도 또는 직무변경과 책임의 변화와 관련이 있는 것으로 알려짐 - 공황장애의 경우 급성의 스트레스 사건을 경험하는 경우 증상이 악화될 수 있다는 연구가 있음
적응장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 업무와 관련하여 발생한 갑작스러운 스트레스 사건으로서 급격한 직무변경과 책임의 변화 등이 포함됨.
외상후 스트레스 장애와 급성 스트레스 반응	<ul style="list-style-type: none"> ○ 업무와 관련하여 발생한 심리적인 외상성 사건 - 관련 위험요인은 외상성 사건의 심각도, 생명위협 정도, 개인적 부상 유무, 대인관계적 폭력, 가해 여부, 잔혹행위의 목격 등이 있음 - 외상성 사건 경험 후의 부정적 평가, 부적절한 대처기술, 급성 스트레스 장애의 발현 등이 동반되는 경우, 반복적으로 속상하게 하는 암시가 있는 경우에 발생 위험이 높아짐 - 외상성 사건 이후 부정적인 생활사건이 동반되거나, 경제적 손실 등이 동반되는 경우에도 그 위험이 높아짐
자해행위, 자살	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사건 발생 이전의 정신병적 상태를 기준으로 위험요인을 판단함.
수면장애	<ul style="list-style-type: none"> ○ 야간근무로 발생하는 수면장애는 우울증, 불안장애, 수면무호흡증 등 다른 요인을 배제할 수 있어야 하며 - 야간근무 중 과도한 졸림과 수면을 취해야 하는 낮 시간의 불면증을 특징으로 함⁴⁾

4) 수면장애의 경우, 업무관련 위험 요인을 별도로 명시해 놓지 않아 해당 질병의 특징을 서술해 놓은 것을 가져왔다.

[글상자1]은 현재 근로복지공단의 정신질병 업무관련성 지침(2016년 3월 버전)의 일부를 요약한 것이다. “대표적인 정신질병” 6개와 각 질병의 업무관련 위험요인을 보여준다. [글상자2]는 업무관련성에 대한 조사원칙인데 이를 보면 근로복지공단에서 인정하는 정신질환 산재에 대한 판정 기준을 대략적으로 짐작해 볼 수 있다.

글상자 2 조사 원칙 (세부 원칙은 제외, 근로복지공단 정신질병 업무관련성 조사지침)

<p>1. 조사 원칙</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (신청인 등의 충분한 의견 진술 기회 부여) 신청인, 보험가입자, 직장 동료 등 사업장 관계자와 가족, 친구 등 주변인의 진술을 확인 <ul style="list-style-type: none"> - 진술하는 의견이 직접 경험에 의한 것인지 누군가의 진술을 전달하는 것인지 명확하게 조사하고 - 관계자의 진술이 엇갈리는 경우에는 객관적 자료 확보 등을 통하여 사실관계를 확인 ○ (신청인 또는 청구인의 주장사실 확인) 신청인, 보험가입자 등의 진술 및 주장 내용을 반드시 조사하여 사실관계를 확인하되 <ul style="list-style-type: none"> - 그 사실이 정신적 부담을 초래하였는지 여부에 대한 평가는 배제하고 “그런 사실이 있었는지” 여부를 확인 ○ (조사 기간) 증상 발생 시점 이전의 “충격적 사건”을 조사하고, 증상 발생 이전 6개월*의 주요 변화 요인을 우선적으로 조사 <ul style="list-style-type: none"> * 신청인이 호소하는 증상이 나타났다고 주장하는 시기 이전 6개월 - 신청인이 주장하는 주요 원인이 증상 발생 이전 6개월 보다 그 이전인 경우에는 증상 발생 시기와 그 이전의 상황을 명확하게 조사 - ‘일상적 업무상 스트레스 요인’은 만성적 스트레스 수준을 조사하는 것으로 근무시간을 제외하고는 증상 발생이전 1년간의 평균적 상황을 기술함 ○ (질병 특징을 고려한 업무관련 위험요인 확인) 정신질병 유형별 특징을 감안하여 업무관련 위험요인 등 핵심사항을 중점적으로 조사 ○ (자해행위, 자살의 업무관련성 조사) 자해행위(자살)에 이르기까지의 재해자의 정신병적 이상 상태 확인을 위한 포괄적인 조사가 필요하므로 과거병력, 상병상태, 행동 및 심리적인 변화 등에 대하여 빠짐없이 조사하고 필요한 경우 적극적으로 전문가 자문이나 특진 실시 ○ (감정노동 근로자의 스트레스 평가) 금융 · 보험업, 도소매업 등 유통업, 보건 및 사회복지사업, 교육서비스업 등 용역을 제공하거나 판매를 목적으로 고객을 상대하는 업무를 수행하는 근로자의 경우 감정노동 스트레스 수준을 별도의 조사 양식을 활용하여 확인 ○ (객관적 자료 확보) 심리적인 상태를 정확히 파악할 수 있도록 임상심리검사, 의학적 소견, 업무 내용, 일상생활의 변화, 심리적 변화에 대한 객관적 증거 자료나 진술 등을 충분히 확보
--

이처럼 특정 질병이 새롭게 업무상 질병으로 등재되고 나면, 해당 질병의 산재 신청과 업무 관련성 판정뿐 아니라 승인 이후를 위한 가이드라인도 필요하다.

제가 보기에는 이게 조금 더 중요한데, 관리의 문제가 있어요. 왜냐하면 우리나라 정신질환의 치료라는 것이 한 달에 한 번 병원 가서 약 타고 끝나는 경우가 너무 많은 거죠. 산재환자들이 대부분 그래도 되는 것인지에 대한 질문인 것이죠. 예를 들면 자살을 한 경우에는 유족보상을 해주고 나면 종결되는 것이니까, 사실 정책적으로는 오히려 부담이 적어요. 그런데 정책을 하는 사람들 입장에서 보자면, 이 사람들이 다시 사업장에 가서 복귀를 해야 되고 다시 일을 할 수 있게 만들어줘야 하잖아요. 산재의 기본이라는 건 그런 건데. 그런데 이 사람들이 제대로 치료를 받느냐는 거죠. 1년, 2년 동안, 한 달에 한 번 병원 가면서 그냥 집에 계시면 사실은 별로 치료에도 도움이 안 되거든요. 저희가 정신질환 재활할 때 사회적 재활 얘기를 많이 하기 때문에 사회에서 어떻게 사람들과 함께 호흡하고, 어떤 일을 하게 해주고, 이런 요양 관리 측면, 이걸 요양 관리라고 표현을 하는데요. ‘관리’라는 말을 붙이는 게 안 좋은 것 같기는 하지만 어쨌든, 그런 게 좀 필요한 것 같아요. 이 사람들에게 그냥, 직업병이라고 승인해줬으니 ‘이제 약 잘 드시고 다니시면 돼요’ 이러면 환자가 제대로 치료를 못 받는다는 걸 우리가 경험적으로 알고 있기 때문에 이 사람들을 위해서 어떤 재활 서비스를 제공해야 되느냐, 어떻게 작업장에 복귀하게 할 거냐 하는 문제가 여전히 남아 있어요. 그리고 이 사람이 새로 직업을 구해야 하는 경우도 대단히 많기 때문에. 대부분은 그 사업장에 다시 못 돌아가거든요. 원인이 된 일이, 상사의 따돌림이거나 그러한 것들인데 그 사업장에 다시 돌아갈 수는 없잖아요. 대부분 퇴직 신청하신 경우도 많아요. 그러면 다시 구직활동을 할 때 어떻게 무엇을 도와줄 수 있을 것이냐 하는 것이 필요한 거죠. 지금 그게 비었어요. 그래서 빨리 만들어야 하는 상황인 건 맞아요.

산재 승인 이후의 절차는 “근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진(산재보험법의 제1조)”한다는 산재보험법의 목적을 달성하기 위해서 꼭 필요하다. 특히 정신질환이 발병하여 산재를 신청하게 된 요인이 직장 내 리더십이나 조직 자체의 문제였다면, 그래서 퇴직을 했거나 퇴직을 각오한 사람들이라면 다시 일터로 복귀하기를 원치 않거나 어려울 것이기 때문이다. 일터에서 발생하는 사회심리적 위험과 밀접한 관련이 있는 정신질환 산재는 치료 이후의 재활, 직장과 사회복귀 문제도 그 특수성을 고려한 접근이 필요하다. 그렇다면 앞서 말한 정신질환과 관련된 이러한 인정기준을 만들게 된 계기는 무엇이였을까?

3.2. 사회심리적 위험이라는 새로운 프레임

앞서 말했듯, 사회심리적 위험은 일터에 상존하는 ‘오래된 위험’이었지만 산업재해로 인식되면서 ‘새로운 위험’으로 자리잡았다. 근로복지공단에서 정신질환을 별도 범주로 분류하여 통계를 내기 시작한 것은 2005년부터이다. 이렇게 새로운 범주가 생겨난 것은 직업병 통계에서 자리가 없거나 ‘기타’로 떠돌고 있던 노동자들의 정신적 고통을 드러낼 수 있도록 “문제를 제기하는 집단”들이 있었기 때문이다.

2005년에 처음에 들어올 때가 도시철도 기관사들 정신질환 관련한 문제였거든요. 기관사, 승무원들의 정신건강 문제, 그때 자살도 있었고 우울증도 있었고 이런 게 있었어요. [제가] 직무 스트레스나 이런 부분에 관심 가지기 시작한 건 아주 초반부터였는데, 그게 그렇게 정신질환의 문제로 처음 맞닥뜨린 건 2005년이 맞고요. (...) 기관사들이, 그 당시에 자살이 연달아 발생하고 정신질환 문제가 들어오면서 2005년에 집단 요양 투쟁이 있었거든요. [도시철도 기관사들은] 오히려 문제를 제기하는 집단이었기 때문에. (...) [연구자: 자살하려고 뛰어든 사람 때문에 기관사분들이 그렇게 되신 건가요?] 그런 것도 있었고, 사실은 그때 당시 도시철도 기관사, 도시철도 노조를 만났을 때 제일 먼저 하신 얘기는 1인 승무 이야기가 많았고요. 뛰어든 분 때문에 생긴 트라우마 이야기도 있었지만 그것 뿐만이 아니라 도시철도가 당시에 발족하면서 1인 승무가 시작됐고, 서울지하철 1호선부터 4호선은 앞에 기관사가 있고 뒤에 차장이 있어서 스크린 도어나 사람들 타고 오가는 것을 조정을 양쪽에서 다 한단 말이에요. 응급상황이 생기면 대처할 수 있고. 그런데 도시철도는 처음부터 1인 승무 제도였어요. 우리나라에 도입이 되어서 공사가 시작될 때부터. 그러면서 1인 승무로 일을 하다 보니, 이건 안전 업무인데, 그리고 시간에 맞춰서 진행을 해야 되고. 그 다음에 도시 철도 같은 경우에는 1, 4호선보다 지하 공간이 너무 길고, 그런 문제 때문에 굉장히 심각하다, 스트레스가 너무 높고, 이런 문제가 심각하다, 일하기가 너무 힘들다, 이런 얘기들이 많았던 거였고요. 인원도 적고 이러니까. 그런 얘기들을 노동조합에서 계속 하고 있었고. 노동조합에서는 1인 승무 문제제기를 수년간 해오고 있었는데 당시에 실제로 기관사분이 자살을 하는 상황이 발생했던 거죠. 그래서 이 분이 왜 자살을 했는지를 추적하는 과정에서 그게 1인승무의 문제나 다른 종류의 근무 스케줄 문제나 이런 것들을 다 포괄하는 걸로 길게 갔었던 거죠.

2004년 근로복지공단은 처음으로 도시철도 노동자의 공황장애를 산업재해로 인정했다. 비록 산재신청을 한 7명 중 선로 투신 상황을 목격한 경험이 있는 4명만 산재로 인정했지만 말이다 (참세상: 2007. 10. 25). 사상 사고를 경험한 사람만 산재 인정을 한 것은 근로복지공단이 1인 승무 등 전반적 업무환경이 노동자에게 유발하는 사회심리적 위험보다는 특정한 외상성

사건 목격에 주안점을 두고 있었음을 짐작할 수 있다.

도시철도 기관사들 이전에도 노동자의 정신적 고통을 산재로 인정해달라는 투쟁은 존재했다. 2003년에는 청구성심병원 노동자들이 병원 측의 노동탄압에서 기인한 적응장애에 대하여 집단요양 투쟁 후 업무상 재해로 인정 받았다. 이는 노조탄압으로 발생한 정신질환이 집단산재로 인정된 첫 사례였다 (오마이뉴스: 2003. 8. 2).

그보다 더 이전에는 ‘이상관 투쟁’이 있었다. 1999년 대우국민차 창원공장에서 20대 후반의 젊은 노동자가 일하다 허리를 다쳐 산재로 요양하던 중 스스로 생을 마감했다. 당시 그는 제대로 걷지도 못할 정도로 몸 상태가 좋지 않았는데도 근로복지공단에서는 치료를 중단하라고 했다. 이는 당시 근로복지공단의 소위 ‘IMF 고통분담 대책’과 관련이 있었다. 근로복지공단은 1998년 2월 예산 절감을 명분으로 ‘IMF 체제 극복을 위한 고통분담 대책 - 산재보험급여 거품 제거 대책’이라는 내부 지침을 일선 지사에 내려 보냈다. 이후 산재 불승인, 입원 환자에 대한 강제 통원 전환, 통원 환자에 대한 강제 치료 종결 사례가 급증했다. 이상관도 그 피해자 중 하나였다 (강동목 외, 2017).

99년만 하더라도 산재 이유로서 복귀 적응의 어려움에서 생기는 자살이 승인이 될 것이냐, 말 것이냐가 굉장히 중요한 이슈였고, 그때 6개월을 노숙투쟁을 해도 안 되는 상황이 었거든요. 그 정도의, 우리나라 인식 수준이었던 거예요. 지금의 정신질환에 대한 인식 수준이 굉장히 높아진 거고. 사람들이 누구나 트라우마를 얘기하게 된 게 불과 몇 년이 안 된 거고요. (...) 청구성심병원의 적응장애는 정신질환 문제가 아니라 노조탄압 문제로 기억 되어 있는 것이기 때문에 (...) [이상관 투쟁에 대해] 저는 그 당시에는 그게 그냥 부당한 요양 종결의 문제라고 생각했는데 지금 생각해보면 산재 환자들의 직장 복귀 문제와 복귀에 따른 정신 질환의 문제로 해석할 수 있었던 건데 그걸 그렇게 해석하기도 어려웠던 거죠. 98년도 그땐 요양 관리의 문제로 인지했어요. 이게 조기 종결이 문제다, 아프지 않을 때까지 쉬게 하고 복귀시켜야 하는데 덜 나왔는데 복귀를 시켜서 이 사람이 자살을 했다는 프레임이 당시에 저로서는 머릿속에 있었던 거죠. 그런데 지금 와서 생각해보면 그건 그 이상관 씨 뿐만 아니라 모든 산재 환자들이 직장에 복귀를 했을 때의[문제였던 거예요.] 적응하기가 진짜 어렵고, 그러면 정신질환의 high risk 그룹이 되고, 그럴 수밖에 없는 상황인데, 98년때만 하더라도 그런 프레임으로 해석을 못 했던 시절인 거죠. [연구자: 그럼 요즘 같은 경우에는, 요양 후 복귀 한, 정신질환 high risk 그룹에 속해 있을 노동자들이 정신질환이 발발했을 때, 이것에 대해 다시 산재 신청을 할 수 있을까요?] 당연히 할 수 있겠죠. 요즘은 그때처럼 그렇게 어렵지 않을 것 같은데요? [연구자: 그런 면에 있어서는 인식이] 달라진 거죠.

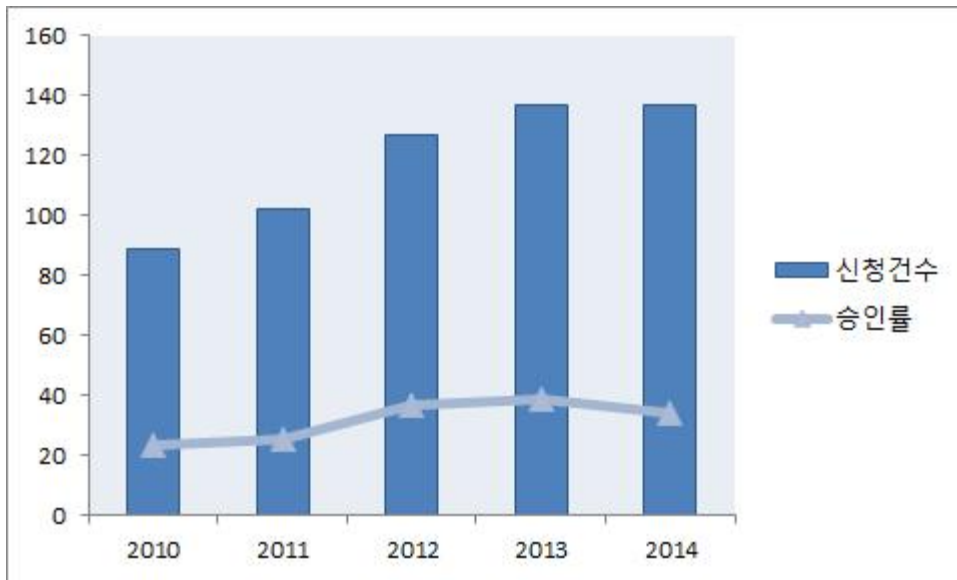
앞서 말했듯, 노동자의 정신적 고통을 산재로 인정하라는 투쟁이 계속해서 있었지만 이를 해석하는 프레임은 오늘날의 시각과는 조금 달랐다. 청구성심병원의 적응장애는 노조탄압으

로, 이상관 투쟁은 부당한 요양 종결이라는 관점에서 해석되었다. 이는 “사람들이 누구나 트라우마를 얘기하게 된 것이 불과 몇 년” 안 되었다는 점에 비추어 보면 당연한 현상이라고 볼 수 있다. 결국 노동자가 겪는 심리적 문제에 관심이 대두한 것은 정신질환에 대한 대중적 인식이 높아진 것도 한 몫을 하며, 특정한 질병을 업무상 질병으로서 인정하는 것은 사회적 합의를 반영하는 것이라는 점을 다시금 보여준다.

오래된 위험을 새로운 위험으로 만드는 것은 익숙했던 것을 재해석하는 일을 필요로 한다. 그러한 재해석 위에서 우리는 노조파괴나 부당한 요양 종결 같은 사건들이 일탈적 사건이 아니라 노동자의 정신건강에 심각한 악영향을 끼치는 위험요인이자 이를 사회보험을 통해 보상해야 하는 산업재해로 해석할 수 있게 된 것이다.

3.3. 우울증과 PTSD의 차이

<표 1> 2010년~2014년 정신질환 관련 산재 신청 건수와 승인율



출처: 한겨레, 2015. 4. 22.5)

이처럼 노동자들이 겪는 정신적 고통이 산업재해로 인식되기 시작하면서 정신질환 산업재해 신청 수가 늘어나기 시작했다. 이러한 정신적 고통들은 어떠한 특징을 가지고 있을까? 신청된 사례들 중

5) <표 1>로 제시한 그래프는 한겨레 신문에서 제시한 자료를 토대로 다시 그린 것으로, 이 신문기사에 따르면 2010년~2014년 동안의 신청사례수의 합계는 592건이다. 근로복지공단에서 정신질환을 별도의 범주로 분류하여 통계를 내기 시작한 2005년 이후 정신질환 산재 신청 및 승인(이때의 ‘승인’이란 업무상 사고 및 질병으로 승인을 받은 사망 또는 4일 이상 요양을 요하는 재해를 말한다) 건수를 제시하고 있는 자료로는 김인아 외(2013)의 2015년~2012년의 자료, 김인아 외(2015)의 2010년~2014년의 자료, 국회의원 심상정 의원실에서 2015년 언론사에 배포한 보도자료에 나와 있는 2010년~2014년 자료가 있다. 문제는 이 자료들이 모두 근로복지공단의 DB를 기준으로 하고 있다고 말하고 있음에도 불구하고 신청 및 승인 건수가 조금씩 상이하다는 점이다. 예를 들어 세 자료가 공통적으로 포함하고 있는 2012년 정신질환 산재 신청 건수를 살펴보면, 김인아 외(2013)는 124, 김인아 외(2015)은 122, 심상정 의원실의 경우 127건이다. 고용노동부에서 매년 발간하는 《산업재해 현황분석》에도 정신질환산재의 빈도수가 나와 있지만, 이 자료의 경우 승인받은 건만을 발표하고 있기 때문에 신청 건수는 알 수 없으며, 승인 건수 또한 앞에서 말한 자료들과 역시 조금씩 다르다(김인아 외(2015) 자료에 나오는 2014년도 정신질환 승인건수는 46, 고용노동부는 47). 이렇듯 정신질환 산재 현황을 파악하기 위한 통계자료가 미비하다는 것은 국내 산업재해현황을 파악할 수 있는 통계자료가 미비하다는 것을 드러낸다. 특히 정부에서 산재 승인건수가 아닌 신청건수를 공개하지 않는 것에서 살펴볼 때, 관련 현황을 파악하기는 더욱 어렵다. 이러한 국내산재통계의 문제점은 국내 산재보험 체계의 문제점과도 상통하는 것으로, 이에 대한 자세한 언급은 이 글의 연구 범위를 넘어서는 것이지만, 산업재해를 분석할 때 주요하게 짚고 넘어가야 할 문제임에는 분명하다.

질판위의 산재 승인을 받는 것이 절반도 채 되지 않는다면, 정신적 고통 중에서도 산업재해로 인정되는 고통과 그렇지 않은 고통의 차이는 무엇일까? 우선 지난 기간 동안 정신질환 산재로 승인받은 질병 현황을 살펴보자.

<표 2> 2010년~2014년 정신질환 산재 질환별 빈도수 및 승인율

진단명 (중복 진단도 포함)	최종승인여부		합계
	승인	불승인	
자살	74 (36.5)	129 (63.5)	203 (23.0)
우울증	48 (36.3)	84 (63.6)	132 (14.9)
적응장애	41 (48.2)	44 (51.8)	85 (9.6)
외상 후 스트레스 장애(PTSD)	41 (64.1)	23 (35.9)	64 (7.2)
급성 스트레스 장애(ASD)	34 (68.0)	16 (32.0)	50 (5.7)
수면장애	24 (53.3)	21 (46.7)	45 (5.1)
정신증(psychosis)	2 (4.9)	39 (95.1)	41 (4.6)
불안장애	20 (45.0)	38 (55.0)	58 (4.5)
공황장애	7 (17.9)	32 (82.1)	39 (4.4)
기분장애	2 (11.1)	16 (88.9)	18 (2.0)
기타	3 (11.5)	23 (88.5)	26 (2.9)
합계	294 (39.6)	449 (60.4)	743 (100.0)

출처: Lee et, al. (2016)

2010년~2014년 정신질환 산재 신청 사례를 분석한 기존 연구에 따르면, 해당 기간 중 중복으로 신청한 경우를 포함하여 총 743건의 신청 사례 중 자살 203건(23.0%), 우울증 132건(14.9%), 적응장애 85건(9.6%), PTSD 64건(7.2%)의 순으로 많았다. 산재 승인률은 급성스트레스 장애(Acute stress disorder, ASD) 34건(68%), 외상 후 스트레스 장애 41건(64.1%), 적응장애 41건(48.2%) 순으로 나타난다 (Lee et, al., 2016: 71).

또한 중복 신청 사례를 포함하여 정신질환의 승인 근거와 불승인 근거를 파악한 결과, 급성 충격적 사건이 있는 경우가 76건으로 승인 근거의 56.3%를 차지하고 있었다. 만성적인 장시간 근무가 12건(8.8%), 물적·인적 환경의 변화 7건(5.2%), 업무량 변화 6건(4.4%) 등이 그 뒤를 이었지만 급성 충격적 사건의 유무가 승인 사례에서 중요하다는 것을 알 수 있었다. 불승인 판정 이유 중 가장 흔한 것은 낮은 스트레스 강도(122건, 38.1%)였으며, 해당 정신질환이 개인적 정신 장애라는 이유가 66건(20.6%)으로 그 뒤를 이었다. ‘기타’로 분류된 불승인 사유가 78건(24.4%)으로 상당했는데, 승인 근거로는 3건(2.2%)만이 기타로 분류된 것과는 대조적이었다. 이렇듯 불승인 근거로 ‘기타’로 분류되는 요인이 많다는 것은 정신질환이 산재로 승인되지 않는 이유가 그만큼 특정적이지 않고 다양한 것임을 시사한다. 이 글에서 인용한 기존 연구

에 따르면, ‘기타’에는 진단이 확인되지 않음, 임상적 추정 진단, 중복 상병 신청, 진단 기준 부적합, 직접적 인과관계 부족, 객관적 소견확인 불가, 스트레스 입증자료 미흡 등이 있었다 (Lee et, al., 2016: 71).

<표 3> 2010년~2014년 정신질환 산재의 승인 및 불승인 근거

주요 원인		빈도(비율)
승인 근거		135(100.0)
	급성 스트레스 사건	76(56.3)
	만성적인 긴 노동 시간	12(8.9)
	업무량 변화	6(4.4)
	업무 질의 변화	2(1.5)
	책임성의 변화	5(3.7)
	재량권 부족	2(1.5)
	물질적/개인적 자원의 변화	7(5.2)
	조직적 지원	2(1.5)
	감정노동	1(0.7)
	기타	3(2.2)
불승인 근거		353(100.0)
	낮은 강도의 스트레스	122(38.1)
	개인적 스트레스	54(16.9)
	개인적 정신 장애의 악화	66(20.6)
	기타	78(24.4)
합계		488(100.0)

출처: Lee et, al. (2016)

종합하면 정신질환 산재가 승인되기 용이한 요건은 노동자가 충격적 사건을 경험하고, 이후 높은 스트레스 강도를 보이며, 기존에 정신과적 병력 또한 없어야 한다는 것임을 알 수 있다. 앞서 살펴보았듯, 2010~2014년 동안 가장 승인률이 높았던 병명은 급성 스트레스 장애(ASD)(68%)와 외상 후 스트레스 장애(PTSD)(64.1%)였고, 공황 장애(17.9%)와 조현병(4.9%)은 승인률이 낮았다. DSM-V에 따르면, 앞의 두 가지 병명의 공통점은 ‘외상성 사건’에 의해 유발된다는 점으로 (DSM, 2013), 근로복지공단의 정신질환 업무관련성 지침(2016)에도 “라. 외상 후 스트레스 장애와 급성 스트레스 반응”으로 두 병명이 함께 묶여 있다.7) 이와 대조적

6) 정신적 장애의 진단과 분류에 관해서는 두 개의 중요한 분류표가 있다. 하나는 미국정신의학회(APA)가 발간하는 『정신장애 진단 및 통계편람(DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)』이고, 다른 하나는 WHO가 발간하는 『국제질병분류표(ICD, International Classification of Diseases)』이다. 특히 DSM의 경우 새로운 버전이 발행될 때마다 새로운 정신장애가 ‘생산’된다는 비판을 받아왔다. DSM-III에 추가된 ‘사회공포증’과 ‘회피성 인격장애’ 같은 것들이 대표적인 예라고 할 수 있는데, 이러한 정신장애의 업데이트는 제약회사, 보험회사, 정부의 공공정책, 시민단체, 연구자들, 환자들 등 다양한 이해관계를 매개하는 각축장을 통해 이루어지는 정치적·사회적 행위이다(레인, 2009).

으로 승인률이 낮은 공황 장애와 조현병은 복잡한 요인에 의해 발생하는 것으로 알려져 있다 (Lee et, al., 2016: 72). 즉, 정신질환 산재로 승인받기 위한 핵심 요건은 충격적 사건의 유무이며, 그러한 사건을 경험하지 않은 노동자는 현 산재보상 체계에서 승인을 받기가 어려운 것으로 보인다.

PTSD와 ASD의 높은 승인률에서 확인할 수 있는 PTSD의 ‘승세’는 발병 원인으로 명백한 ‘사건’이 있다는 점에서 그렇지 않은 질병들에 비해 독특한 위치를 갖는다. 미국정신의학회 (APA)는 1980년 PTSD를 DSM-III에 공식적으로 등재했다. 그 진단 기준은 명확했다. 그것은 해당 사건을 경험한 사람들의 대부분이 증상을 나타낼 정도로 충분히 스트레스가 되는 충격적인 사건을 경험했느냐의 여부였다. 이러한 진단 기준은 새로운 시도였다. 여기에 따르면 PTSD는 어떤 사건을 경험했다는 것만으로도 증상을 일으키는 충분한 조건이 되는 셈이었기 때문이다. 이러한 PTSD의 ‘발명’에 기여한 두 핵심 세력 중 하나는 미국 페미니스트들이 주도한 성 정치였고, 다른 하나는 베트남 참전군인의 권리 주장이었다. 이 두 개의 축은 트라우마를 인정해달라는 요구를 전제로 권리운동을 벌였는데, ‘사건이 유일한 원인’이라고 하는 PTSD의 등장은 이들에게 환영할 만한 일이었다. 왜냐하면 그들이 절실히 필요로 했던 것은 피해자의 증상이 트라우마 반응의 특징이라 진단해주고, 그 원인은 비정상적 사건이라고 승인하는 지식 권력이었기 때문이다. 이렇게 되면 한 개인의 트라우마 반응이 그 사람의 심리적 요인이나 나약한 성격에서 유래한다거나, 혹은 피병일 수도 있다는 의심에 중지부를 찍을 수 있는 것이다. 이로써 베트남전 참전 군인은 패잔병이 아닌 전쟁의 피해자로 재정의되었고, 또한 그들의 심리적 고통 또한 비정상적인 것이 아닌, 비정상적 상황에 처한 정상적 반응으로서의 트라우마라는 위치를 가지게 되었다. 이러한 PTSD의 등장은 이후 재난 생존자들, 비행기 사고 피해자들, 성학대 피해자들, 베트남 참전군인이든, 민간인이든, 심지어 전쟁 가해자들 간에 충격적 사건을 경험한 사람들은 모두 같은 진단명을 얻는 결과로 이어진다. 이는 오로지 ‘충격적 사건에 의한 결과’를 중요시하고, 원인의 속성에 대해서는 관심을 두지 않았던 PTSD의 특성 상 놀라운 일이 아니다 (과생 · 레스만, 2016). 타자의 고통에 이름을 부여해주었던 PTSD가 그 고통이 발현된 사회적 · 정치적 · 역사적 맥락을 반영하지는 않을 수 있는 것이다. 이러한 아이러니는 산업재해로서의 PTSD에도 적용된다. 앞서 살펴봤듯, 정신질환 산재로서 ‘충격적 사건’이 존재하는 급성스트레스 장애와 PTSD의 승인률이 높은 것은 어떤 질병이 ‘업무상 질병’으로 승인받아야만 하는 절차에서 결국 사건의 존재 자체가 핵심적 역할을 하고 있음을

7) 근로복지공단의 정신질환 업무관련성 지침(2016)에서는 DSM-V를 따라 외상성 사건을 경험하고 3일에서 1개월까지 특징적 증상이 지속되었을 때를 급성 스트레스 장애, 외상성 사건 발생 이후 4주 이상 증상이 지속되는 경우에는 외상후 스트레스 장애로 진단한다고 나와 있다.

보여준다. 그러나 이렇게 특정 사건의 존재 여부에만 초점을 맞추게 되면 노동 현장에서 그러한 트라우마가 발생하게 된 다양한 맥락들을 탈각시키는 효과를 발휘할 위험이 있다. 또한 노동과정에서 일상적이고 만성적으로 발생하는 노동자들의 심리적 고통은 산업재해로 인정받기 어려워지는 결과를 낳는다. 즉 산업재해로서 PTSD의 ‘승세’는 이를 둘러싼 별도의 사회문화적·정치적·역사적 분석을 필요로 한다. 앞에서 서술했다시피 PTSD는 2013년 산재보험법 시행령에 정신질환이 처음 업무상 질병으로 들어왔을 때 맨 처음 추가된 진단명이다.

처음에 외상 후 스트레스장애가 들어올 때는 정신질환만 기준으로 만든 게 아니고 전체 기준으로 만든 상황이었고, 그때 맥락은 ‘우리나라 기준이 너무 옛날 것이니, 최신 것을 맞춰서 업데이트하자’고 잡은 기준이 ILO에서 발표한 업무상 질병 리스트였어요. 전 세계의 ILO 가입국가들한테 이 정도는 보상질병의 범위다, 이렇게 넣어진 것이 있었고 거기에 정신질환과 관련해서 유일하게 PTSD만 들어가 있었어요. 그리고 시행령을 바꾸는 것은 노사가 합의를 해줘야 되는 문제거든요. 정부가 일방적으로 못해요. 이 산재 보상의 문제는 너무 예민해서, 노사의 의견을 다 들을 수 있을 때, 그러려면 강력한 근거가 있어야 되고, 그래서 ILO에서 다루고 있고, 외국에서도 사고를 다루고 있고, 일반적으로 모든 나라 보다는 선진국, 많은 선진국에서 다루고 있는 유일한 정신질환은 PTSD예요. 그래서 그게 제일 먼저 들어온 거예요. (...) 산재라는 건 업무와 관련해서 발생하는 것이잖아요. 정신과 의사 선생님들 하고 얘기를 해보면 업무가 원인이 돼서, 외부적 요인에 의해서 발생하는 정신질환이라는 것이 많지 않아요. PTSD 계열, 급성 스트레스, 적응 장애 같은 PTSD 계열이 그 범주 자체가 stress induced 질환으로 되어 있는 범주예요, 질병의 범주에서, 그 범주에 속하는 것들이 먼저 들어올 수밖에 없죠.

업무상 질병에 대한 구체적 인정기준이 명시되는 산재보험법의 시행령을 바꾸는 것은 ‘정부가 일방적으로 하지 못하는’ “너무 예민”한 문제이다. 산재 보상을 둘러싸고 이해관계가 다른 노동계와 경영계의 합의가 있어야 하기 때문이다. 산업재해의 역사에서 알 수 있듯, 대체로 노동자의 요구와 투쟁으로 인해 산재 보상을 받을 수 있는 업무상 질병의 목록이 늘어난다는 점을 생각해 볼 때, 경영계로부터 합의를 끌어낼 수 있기 위해서는 업무와 특정한 질병의 인과관계를 뒷받침하는 “강력한 근거”가 있어야 한다. 충격적인 사건으로 인해 발생하는 PTSD의 경우, 원인이 된 외상적 사건의 존재 자체를 부인할 수는 없으니 ‘강력한 근거’라 할 수 있다.

하지만 PTSD 계열 이외의 질병들은 업무상 질병으로 인정받기에 어려움이 따른다. 업무 관련성을 입증해야 하는 산업재해의 특성 상 해당 정신질환이 외부적 요인에 의해 발병할 수 있다는 기존의 합의된 지식 체계가 있어야 하기 때문이다.

우울증도 외부적 요인에 의해 발생할 수 있다는 게 잘 알려져... 비교적 잘은 아니에요.

다는 아니에요. 동의하지 않는 분들이 지금 현재는 훨씬 많으세요. 그냥 일반 정신과 가면, 이건 그냥 신경전달물질의 문제, 도파민을 높여주면 되는 문제일 수 있기 때문에. 그런데 그나마 우울증은 유병률이 높으니까 역학 연구들이 많이 되어 있고, 우울증의 직업적 원인들이라고 하는 것들이 리뷰가 되어 있는 연구들이 있어요. [업무상 질병으로서] 우울증이 들어올 때는 우울증과 관련해서 덴마크 의학자문위원회에서 리뷰를 한 보고서가 있었어요. 그런데 덴마크에서도 리스트에, 법령에 넣지 못하고 있어요. 거기는 못 넣은 상태로 인정을 case by case로 해주고 있는 건데. 왜냐면 근거가 아주 많은 건 아니니까요. (...) 조현병, 양극성 장애, 조울증, 공황 장애, 불안 장애 중 일부, 이런 것들은 정신과 선생님들이 볼 때 외부적 요인에 의해서 발생하지 않는다고 보시죠. 왜냐하면 내재적 요인, 유전적 요인 아니면 가족력이라거나 아니면 뭔가 뇌에 신경전달물질이나 생리학적 문제가 있는 게 아니냐고 말씀을 많이 하고 계시고. 그렇기 때문에 사실은 [업무상 질병으로] 들어오는 데 저항이, 그리고 그게 맞느냐에 대한 질문도 있을 수 있죠.

앞서 살펴본 [표2]에서 PTSD 계열이 아닌 정신질환의 낮은 승인률에서 확인할 수 있듯, 이러한 질병들을 산업재해로 인정하기 위해서는 기존의 합의된 지식 체계 자체를 문제 삼지 않으면 안 된다. 하지만 견고한 지식 체계에 대한 투쟁 자체는 어렵기 때문에 ILO가 2010년 업무상 질병 목록을 개정하며 정신질환 항목을 신설한 후, PTSD 이외의 정신질환을 업무상 질병 목록과 같은 법령에 제시하고 있는 국가는 매우 드물다 (김인아 외, 2013: 153-4). 이는 정신질환을 산재로 인식하기의 어려움은 국가와 상관없이 일반적이라는 방증이 될 수 있다. 다음 절은 그 또 다른 어려움에 대한 이야기다.

3.4. 카톡과 철학의 문제

전국에는 총 6개의 질판위가 있다. 서울 이외의 지역에서는 주로 근골격계와 뇌심혈관계 질환을 다루고 정신질환(자살 포함), 직업성 암, 피부 질환 등은 서울에서만 다룬다. 왜냐하면 전국에서 발생하는 사례 수를 다 합쳐도 그 수가 매우 작기 때문이다. 전국에서 발생하는 정신질환 산재의 신청 건수는 1년에 채 200건이 되지 않으며, 이에 대한 질판위 심의는 서울에서 한 달에 한 번 이루어진다.

[한 번에 심사 시 사례 건수가] **정신질환은 대부분 7건 이내예요. 그런데 근골격계 질환의 경우는 14건 정도?** 정신질환은 진술하시러 오시는 분들이 많아요. 유족이나 이런 분들 오시면 1시간씩 넘게 얘기하시는 분들도 많아서. (...) [연구자: 다른 질병들보다 정신질환의 경우 서류 양이 많을까요?] 네. 당연히요. 볼 게 너무 많겠죠. 일단 의무기록도 되게 양이 많은 경우에는 의무 기록도 봐야 되고, 그리고 사업주랑 노동자랑 진술이 달라져버리면, 노동자는 따돌림을 당했다고 하는데 사업주는 아니라고 하면 동료 진술서 이만큼 내시고, 유족들은 이만큼 내시고, 그 다음에 사망하시고 난 분 자살 건 같은 경우에는 위낙에 너무 많으니까. 카톡, 이메일 요새 되게 많잖아요. 핸드폰 디지털 포렌식(forensic)까지 해서 주고받은 문자 메시지까지 다 뽑아서 내시기 때문에 굉장히 많죠. CCTV도 있고요.

정신질환의 업무관련성 판단은 사실관계 확인을 위해 제출해야 하는 서류가 다른 질병들보다 많다. 앞서 말했듯 정신질환은 ‘눈에 보이지 않는’ 질환이고 이를 객관화시키기 어렵기 때문이다. 그렇기 때문에 업무관련성을 인정받기 위해서는 업무와 관련된 일상의 모든 것이 증거자료가 되고, 다른 질병들보다 훨씬 더 많은 심의시간이 요구된다.

[다른 질병의 경우, 카톡을 제출할 필요가] **그런 게 사실 필요 없죠, 사실관계만 확인하면 되니까.** 근골은 지금 하고 있는 작업들 중심으로 어떤 작업을 했는지 작업 내용을 이해하면 되고, 뇌심은 최근 3개월 근로시간 중심으로 어떤 일들 중심으로 있었는지 보면 되는 건데. 자살의 경우, 자살을 했다는 사실이 중요한 게 아니고, 사실 사회보험은 자해 행위를 보상해주지 않아요, 사회보험의 목적상⁸⁾. 그런데 자살을 보상해주는 경우는 자살 이전

8) 관련 규정은 다음과 같다(정신질환 업무 관련성 조사지침에서 발췌).

1. 자해행위, 자살(산재보험법 제37조제2항 및 같은 법 시행령 제36조)

- (산재보험법 제37조(업무상의 재해의 인정기준)) ② 근로자의 고의·자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상·질병·장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다.
- 다만, 그 부상·질병·장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 저하된 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다.
- (산재보험법 시행령 제36조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정기준)) 법 제37조제2항 단서에서 “대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행

에 업무와 관련해서 발생한 정신적 이상상태가 있었다고 보는 거예요. 그것의 증상으로 자살을 했다는 event가 있는 거죠. 그러면 이 자살이 업무와 관련되었다는 입증은 하려면, 이게 객관적인 근거로 남아있는 게 아닌 거예요. 예를 들면 뇌심은 근로시간을 재면 돼요. 컴퓨터 로그인/로그아웃 기록으로 재거나, 교통카드를 추적하거나 그러면 재해조사를 하는 행정직원이 판단할 수 있어요. ‘교통카드로 그랬습니다, CCTV상 몇 시에 들어왔습니다, 건물[출입] 그리고 사무실 컴퓨터 로그인/로그아웃 기록은 이랬습니다’ 이렇게 하면 되지만. 정신질환의 경우, 사실은, 예를 들면 노동자는 따돌림을 당했다고 하는데, 이 따돌림을 당했다고 느끼는 게 증상일 수도 있어요. 피해망상이 있는 사람은. 그러니 이걸 재해조사 직원이 정리해서 낼 수 없는 거예요. 물론 정리해서 쓰기는 하겠지만. 그러면 질관위원들이 다 읽어 보겠죠. 읽어보고 이게 이 사람이 이렇게 느낀 건지, 아니면 우리가 보기에 도 명백하게, 누가 봐도 명백한 따돌림인 건지 확인해야 하는 건들이 너무 많은 거죠.

이렇듯 객관적인 근거의 불충분함은 사실관계 파악에 어려움을 야기하고, 결국 이는 해당 정신질환의 업무 관련성 판단을 놓고 질관위원들의 의견 불일치를 불러온다.

이 사람이 이야기하는 스트레스가 강한 스트레스였는지, 아니었는지를 두고 [질관위원들의 판단이] 첨예하게 갈릴 수도 있겠죠. 왜냐하면 진단은 이미 정신과 선생님이 해주시는 것이기 때문에, 그리고 질관위에 계신 정신과 선생님도 의견을 얘기해주시기 때문에 별로 갈릴 이유가 없는데. 되게 애매한 사건, 누가 보기에 아주 명백하게 입증되는 사건이 아니라, 예를 들면, 괴롭힘이 본인의 증상일 수 있다는 말이죠, 원인이 아니고. 원래 괴롭히지 않았는데 괴롭혔다고 느낀 걸 수도 있어요, 정신질환의 증상에 따라. 그래서 이게 증상인 거냐, 실제 있었던 팩트인 거냐, 이게 정말 정신질환을 유발할 정도로 센 괴롭힘이었냐를 판단하는 건 갈릴 수밖에 없죠. [연구자: 어떤 사람의 입장에서 봤을 때는 센 스트레스일 수 있는데, 또 다른 사람의 입장에서 볼 때는 낮은 스트레스로 보일 수도 있다는 것이죠?] 그렇게 볼 수 있다는 거죠. ‘해결이 가능할 것 같은데 왜 못 했지?’ 이렇게. 아니면 그 회사 들어가기 전부터 치료 경력이 있었다든가 하는 경우에는 이 치료 경력을 어떻게 해석할 거냐도 [문제가 되죠]. 치료 경력과 현재 산재를 청구한 질병을 별개로 볼 것인가, 아니면 원래 [심리적으로] 약했던 [사람의 문제인 것으로 볼 것인가]. 왜냐하면 이게 둘 중 어떤 요인이 더 높은지에 대해 손을 들어주는 거잖아요. 개인적인 요인이 더 센 것인지, 업무 요인이 더 센 것인지에 대해 손을 들어줘야 하는 것이니까요. 어떤 [위원]분들은 원래 우울증 치료를 계속 받았다고 한다면 [지금 이 산재를 청구한 질병은] 개인적 요인이 아니냐, 거기에 일반적인 스트레스가 없혀진 건데, 회사 다니는 사람이라면 누구나 겪는 스트레스가 없혀진 건데, 자살한 거 아니냐, 이렇게 주장하는 분들도 있을 수 있고. 이분은 원래 우울증이 있었기 때문에 취약한 상태에서 이 스트레스가 커진 거다, 그래서 이 사람에게 이게 견디기 어려운 수준이었던 거다, 그러니 이걸 인정해줘야 된다, 이렇게 말할 수도 있는 거예요. **결국에 그런 것은 합의가 안 되죠, 철학의 문제여서.**

위를 한 경우

- 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
- 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 것이 의학적으로 인정되는 경우

결국 객관화되기 힘든 개인의 심리적 문제는 질판위원들의 ‘철학적 판단’에 기댈 수밖에 없다. 물론 이때의 “철학의 문제”라는 건 직업병에 대한 판단이 단순히 질판위원들의 개인적인 소신에 달려있다는 말이 아니다. 더불어 기존에 합의된 정신질환의 발병요인과 증상, 진행과정에 관한 의학적 지식, 즉 과학적 판단이 자의적이라는 것은 더더욱 아니다. 다만 직업병에 대한 인식이 “철학의 문제”라는 것은 그것을 두고 벌어지는 ‘과학적 인과관계에 대한 판단’이 통제된 실험실에서 이루어지는 것이 아니라 겹겹이 쌓인 사회 구조와 맥락 안에서 이루어짐을 뜻한다.

직업병에 대한 인식과 진단에 관한 한 기존 연구에 따르면, 직업병 진단상의 문제들은 ‘직업과 질병과의 인과관계를 어떻게 파악할 수 있는가’에서부터 시작된다. 이는 직업에서 폭로되는 요인들이 병의 원인이라는 직업병의 단순한 정의에 앞서, ‘인과관계란 무엇인가?’, 특히 ‘무엇이 질병의 원인인가?’ 하는 물음을 제기한다. 그리고 이러한 물음은 사회·경제·문화적 배경에 대한 이해는 물론이고 더 근본적인 철학과 과학에서의 논란을 상대해야 하는 물음이기도 하다. 예를 들어, 노동자가 결핵이라고 하는 질병에 걸렸을 경우 노동자를 직접 진단하는 의사 혹은 그 외의 다른 직업보건 관계자들이 어떠한 개념 틀(model)을 채택하느냐에 따라 질병의 원인이 될 수 있는 대상과 그 범위가 달라질 수 있다. 이를테면 1) 업무환경이 비위생적이어서 결핵균에 폭로된 경우, 2) 직장에서 폭로된 다른 유해 요인(화학물질 혹은 정신적 스트레스 등) 때문에 면역이 저하된 경우, 3) 노동자의 면역상태도 온전하고 업무와는 상관없는 곳에서 결핵에 폭로되었으나 해당 노동자가 과중한 업무 때문에 침입된 결핵균을 초기에 제압하는 결핵예방조치를 적시에 받지 못한 경우, 이 모든 것이 질병의 발생 이유가 될 수 있다. 즉 질병의 원인에 대한 개념들은 물리화학적, 생물학적 그리고 사회학적 인자 모두를 포괄한다 (백도명, 1993).

이는 사회심리적 요인이 정신질환 산재의 직접 원인으로 거론될 때도 마찬가지다. 스트레스의 발생을 제어하고 방지하는 조직적 지원을 할 수 없는 조직 구조, 생산성을 최우선으로 하는 작업관리 형태, 기업의 ‘핵심 가치’에 충력을 기울이는 한편 실질적 상품 생산이나 서비스 제공은 과감히 ‘털어버림으로써’ 이로 인해 발생하는 사고·부상·재해에 대한 책임까지 털어버리는 ‘위험의 외주화’, 그리고 무엇보다 최저임금이나 초과근무 기준 등의 기본적 근로기준법 미준수 등이 모두 직업병이 발생하는 ‘원인’으로 파악될 수 있다.

더불어 이러한 직업병의 인과관계를 둘러싼 성찰은 사용자배상책임보험이 아닌, 사회보장제도로써의 산재보험의 목적을 다시금 환기시킨다.

정신질환 인정의 문제는 의학적인 문제가 아니라 사실 사회적 문제고, 사회보험이 어디까지 보장해줄 것이냐에 대한 사회적 판단이에요. 그걸 보여주는 게 법원이고, 그런데 법원에서 인정이 된 사례들이면 굳이 법원까지 안 가도 질판위에서 인정해주는 게 맞죠.

산재보험제도는 대부분의 국가에서 가장 먼저 도입된 사회보험제도이다. 서구에서 이 제도가 처음 도입된 시기는 1800년대 후반에서 1900년대 초반으로 (김장기 · 윤조덕, 2012), 산재보험은 산업화의 역사와 함께 해왔다고 해도 과언이 아니다. 이윤을 축적해야만 생존할 수 있는 자본가는 생산과정에서 끊임없이 더 나은 상품을 더 빨리 더 싸게 만드는 데 관심을 가지고, 이런 상황에서 노동자의 건강과 안전이 위협받을 수밖에 없다는 점을 인식하고 대비했다는 점에서, 산재보험은 자본주의 생존의 핵심인 노동력 상품을 보존하는 것과 직결되어 있었다 (유범상, 2012: 142).

산재보험제도가 없던 시기, 산업재해 문제를 해결하기 위한 초기 자본주의의 대응은 민법상의 불법행위 책임론이었다. 작업 중 재해에 대한 보상은 개별 사업주의 책임이었고, 작업 중 재해를 당한 노동자는 민사적 방법으로 해결책을 찾을 수밖에 없었다. 이 경우, 사용자의 손해배상책임을 인정하기 위해 필요한 것은 사용자의 고의 또는 과실이었고, 산업재해에 대한 배상 문제는 곧 사용자 고의 · 과실을 어떻게 입증할 것인가의 문제와 연결되는 것이기도 했다. 더욱이, 이 경우 노동자가 보상을 받는 데까지는 긴 시간이 걸렸고, 사업주가 지불능력이 없을 경우 재해노동자는 필요한 의료 처치와 소득보장을 받지 못한 채 극심한 어려움에 처하는 경우가 많았다. 또한 작업 중 재해에 대한 손해보상으로 인해 사업이 파산하는 사업주도 상당수 나타났다고 한다. 이러한 상황은 산업화를 통한 경제발전에도 상당한 부담요소로 작용할 수 있었고, 서구 사회가 이에 대응하기 위해 집합적으로 마련한 대책이 산재보험제도라고 할 수 있다. 산재보험제도는 그간 사업주가 개별적으로 책임졌던 작업 중 재해에 대하여 무과실 책임 원칙으로 위험을 분산하고, 재해노동자에게 안정적 보상을 보장하기 위하여 만들어진 제도라 할 수 있다 (김장기 · 윤조덕, 2012; 박은정, 2015). 산재보험이 무과실 책임원칙을 가진다는 것은, 산재보험의 목적이 산재노동자가 고용주를 법정에 고발하기 위한 것이기보다는 일정 수준의 소득을 유지하고 의료급여를 제공받도록 하는 무과실보험 프로그램으로서 보편적 사회보험제도의 기능을 하기 위함이라는 것을 뜻한다 (우딩 · 레벤스타인, 2017). 그러나 이렇듯 민법상의 한계에 대한 반성과 함께 출발한 노동법 영역의 산재보상책임은 사용자의 무과실책임 원칙을 전제하는 한편 산재보험을 강제보험화함으로써 보험가입자를 사용자로, 급여수급자를 노동자로 지정한다. 이는 초기 산재보험이 노동법상의 재해보상책임을 사회보험의 논리가 아

닌 사용자 책임보험적 성격으로 운용하였고, 이에 따라 보험가입자와 급여수급자가 일치하지 않는 산재보험의 특징이 나타나게 된 것과 관련 있다. 그리고 이러한 특징은 국내에서 지금까지도 유효하다. 사용자 책임 보험적 성격을 가진 산재보험은 불가피하게 ‘종속 노동관계’에 매달릴 수밖에 없다. 이때의 종속노동관계란 자본주의적 임노동관계를 뜻하는 것으로, 노동자가 자본가에게 노동력을 판매함으로써 자본가의 기업조직에 편입되어 일정한 직장규율에 따라 정해진 시간과 장소에서 사용자의 지휘·감독을 받으며 노동하는 것, 그리고 이러한 과정에서 자본주의적 착취형태, 즉 부분노동의 전유가 발생하는 것을 뜻한다. 종속노동관계란 노동력의 상품화를 통해 사용자가 노동력을 독점적으로 사용함을 나타낸다. 이런 맥락에서 업무상 재해를 좁게 해석한다면, 이러한 종속노동관계 하에서 발생하는 재해로 국한할 수 있다. 그리고 산재보험제도에서 업무상 재해에 대한 전통적 인식은 결국 ‘산업재해’가 되기 위해서는 업무수행성과 업무기인성을 충족시킬 것을 요구하게 되는 것으로 이어진다 (김진구, 1997). 또한 국내에서 산재보험이 처음 만들어졌던 때부터⁹⁾ 현재의 상시근로자 1인 미만 사업장 적용이라는 개정안까지, 산재보험법의 경계가 근로기준법상의 ‘근로자’에 있는 것도 이러한 맥락에서 파악할 수 있다.

그러나 자본주의 생산체계의 변화와 더불어 기존의 고용, 고용관계, 노동, 노동자에 이르기까지 이에 대한 재개념화가 이루어지고 있다. 따라서 근로자의 업무상 재해에 대하여 사용자의 책임보험적 성격을 갖던 산재보험은 사회보장적 성격으로의 변화를 꾀할 수밖에 없다. 독일 등 일부 유럽 국가들은 산재보험의 경계를 노동자에 국한하지 않고 일반 사회보험제도로 운용하고 있다. 그 이유는 이러한 방식이 공익이나 사회적 보호의 필요성이 인정되는 집단에 가장 적절하며 단순한 형태로 산업재해와 직업병에 대해 최상의 보호 서비스를 제공할 수 있는 방법이라는 점을 인식했기 때문이다 (김상호, 2013; 박은정, 2015에서 재인용). 사회보험으로서 산재보험 하에서 산업재해의 정의는 매우 간단할 수 있다. 사회적으로 보호할 필요성이 있는, 노동과정(물론 이때의 노동 개념 또한 기존의 전통적 임노동관계로 포괄할 수 없는 노동들을 포함할 것이다)에서 발생하는 위험인가 아닌가로 말이다.

9) 국내의 산재보상제도의 도입은 1963년 산업재해 보상보험법(이하 산재보험법)이 제정되면서 법적 근거가 마련되었다. 이러한 법제도의 도입은 서구의 경험과는 매우 상이하다. 소위 자본주의적 발전으로부터 야기되는 문제점의 해결, 즉 노동자 건강을 둘러싼 노자간 대립과 투쟁의 해결이라는 문제로부터 기인한 서구의 산재보상제도와는 달리, ‘개발 독재’의 정치적 성립과 아울러 산업화가 촉진되기 시작한 시점에 자본주의적 발전의 준비조치로서 이 법이 제정되었기 때문이다(김진수, 1996; 김현수, 199: 134에서 재인용). 즉 산재보험의 도입은 국가주도 고도 경제성장을 조국근대화의 과제로 제시한 군사정부가 이러한 정부 계획에 부합할 노사관계를 개혁하고 이를 위한 노동행정체계를 정비하려는 시도와 관련되어 있었다(우명숙, 2007: 180).

3.5. 명예를 지키는 일

앞서 서술했듯 정신질환 관련 업무상 질병 여부를 심의하는 과정은 다른 질병들보다 시간이 더 오래 걸린다. 확인해야 하는 자료도 많고 신청인과 관련자 진술도 길기 때문이다. 이처럼 시간이 많이 소요되는 이유는 정신질환 산재가 가질 수밖에 없는 특성, 개인의 주관적인 판단에 대한 불충분한 객관화를 메꾸기 위함만은 아니다.

진술을 많이 하실 수밖에 없고, 억울한 게 너무 많으시거든요. **억울함의 규모 자체가 너무 크고요.** 제가 보기에 정신질환은 그렇다치고, **자살의 경우에는 유족들이 산재 신청을 하는 가장 큰 이유는 제가 보기에 명예 회복 때문이에요.** 물론 보상 문제 때문에 그냥 오시는 경우도 있지만 대부분은 우리나라가 남성 가부장제 문화잖아요. 그래서 대부분의 경우에는 4-50대 남성들이 자살해서 산재신청을 하는 경우가 많은데 왜냐하면 [사망하신 분이] 약간 고급직이고 안정된 상황이어야 되고 이런 상황이어야 그 가족들이 보상요청을 해야겠다는 생각을 하시는 것 같아요. 그리고 뭔가 결정적으로 누구나 인지할만한 큰 충격이 있으려면 책임지는 자리여야 하는 거죠. 감사를 당하든지 부도가 난다든지 뭔가 사건이 나서 그걸 수습해야 하는 책임이 있다든지 이런 것들이 인상적으로 남는 사건들이니까요. 그렇게 [유족들이] 오시면 대부분은 [이렇게] 얘기를 하세요. [사망하신 분들이] 4-50대 남성들이니까 집에 요만큼도 얘기를 안 해요. 커뮤니케이션이 안 되는 거죠. 그러면 유족들이 보통 오시면 와이프 분들이 오시게 되는데, 와이프 분들은 애들은 어리고 아버지가 자살했다는 얘기를 못 하는 거예요. **우리나라는 아직도 여전히 낙인이 있는 거예요.** 그래서 자살 [산재] 신청을 하는 이유가, 제가 보기에 **아빠가 약하거나 뭔가 문제가 있어서 그런 게 아니고, 회사 때문이라는 것을 인정받고 싶어하시는 거예요.** 그래서 자살을 산재로 인정받고 나서 아이에게 아버지 죽음을 얘기하겠다고 얘기하시는 분들이 굉장히 많아요. [정신질환 산재는] **굉장히 다른 질병이랑은 맥락이 달라요. 근골과 뇌심이 보상과 치료가 목적이려면, 이걸 억울함이 더 큰 것 같다는 거죠,** 특히 자살이나 이런 경우는. 그래서 명예회복을 바라는 것 같아요. (...) PTSD는 오히려 심플하고요, PTSD는 외상 후 트라우마 사건인 게 명백하니까. 그리고 요즘 ‘트라우마’라는 말이 익숙해져서 쉽게 받아들여지는데, 우울증 같은 경우에는 조금 자살과 비슷한 경향이기는 하지만, 이게 사망한 사건은 아니니까 조금 억울함이 덜하시죠. 그리고 말씀하시는 것을 길게 들어야 저희도 진단이 돼요. 저 분이 지금 상태가 어떠시구나, 하는 걸 길게 들어야 진단이 되기 때문에. 길게 듣죠, 하시고 싶은 말씀 다 하계.

특히 한국사회에서 정신질환은 낙인의 굴레를 피할 수 없다. 모두가 극복할 수 있는 일인데 결국 네가 약해서 극복을 못한다는 인식 말이다. 이러한 낙인 앞에서 내가 겪은 정신적 고통을 산업재해로 인정받겠다는 것은 단순히 치료비 보상 차원의 문제가 아니다. 그것은 개인의 명예를 지키는 일이다. 산업재해 여부를 판정하는 일이 기술적 판단의 대상으로만 여겨져서는

안 되는 이유 중의 하나가 여기에 있다. 하지만 모두가 그렇게 명예를 걸 수 있는 것 또한 아닐지도 모른다.

3.6. 정신질환 산재를 신청할 수 있는 사람

2015년 기준, 국내 산재보험법 적용사업장에서 일하는 노동자 중 일을 하다가 다치거나 질병을 얻거나 사망하여 산재를 인정받은 사람은 90,129명이다 (고용노동부, 2016: 9). 정신질환으로 산재를 신청하는 건수가 한 해에 전국을 통틀어 200건이 채 되지 않고, 승인율은 절반이 안 되니 한 해 동안 산재로 인정되는 정신질환은 100건이 채 되지 않는다. 즉, 정신질환으로 인한 산재는 전체 산재 규모에 비해 매우 작을 뿐만 아니라 산재를 신청하여 승인받는 사람들이 매우 특수한 경우라는 것을 짐작할 수 있다. 이러한 숫자는 일상에 갑질이 만연하고 스트레스 수준이 극심한 한국사회의 노동환경에 잘 들어맞지 않는다.

우리나라에서 건강보험 자료를 보면 [정신질환으로 인한 치료를] 화이트칼라들이 훨씬 더 받고요. 그러니까 어느 정도 중산층이어야 하고 내가 정신적으로 연약하다고 한들 고용의 문제가 없어야 되고, 병원을 갈 시간이 있는 사람들이어야 치료를 받아요. [치료를 받는 사람들 중에는] 그러한 사람들이 대부분인 거죠. 실제로 우리가 고위험군이라고 많이 얘기하는 사회경제적 수준이 낮은 사람들은 병원에 갈 틈도 없고, 이것보다 더 급한 문제들이 많다고 생각하니까 그런 거죠. (...) 우리나라에서 정신질환으로 산재를 신청하는 건, 퇴직을 감수하고 하는 일이에요. 올해는 200건 정도 신청된 것 같은데, 일단은 절반 이상이 자살이고요. PTSD는 그런 일들이 있었구나 하면 그건 좀 쉬운데. 우울증이거나 적응장애거나 이런 경우들은 원인들이 대부분 직장에서 생긴 문제고, 조직적 문제고 우리나라는 관계의 문제들이 되게 많은데 그걸 해결해줄 수 없잖아요. 그러니까 대부분은 퇴직을 하고 있는 경우거나, 이미 병가를 쓸 만큼 쓰고 나서 산재를 신청하거나, 이런 경우들이 많죠. (...) 보통은 소송을 같이 하시는 경우가 많아요. 회사에 대해서 부당노동[행위]로. 예를 들면 정신질환으로 오는 케이스들은 대부분 부당노동행위와 관련해서 노동청에 신고를 해서 연루되어 있는 게 많죠. 민사 하시는 경우도 많고. 그 얘기는 회사 그만두겠다는 얘기를 하시는 것이거든요. 이겨도 복직하기 싫은 거죠.

2010년~2014년의 정신질환 산재 신청 양상을 살펴 본 기존 연구에 따르면, 산재 신청을 가장 많이 한 직업은 의회 의원·고위임직원 및 관리자가 109명으로 가장 많았고, 다음으로 사무종사자 95명이었다. 화이트칼라 계층에서 신청이 빈번함을 알 수 있다. 이는 우선 정신질환의 치료 자체가 어느 정도 사회경제적 지위에 있는 사람이 받을 가능성, 정신질환 산재의 상당수를 차지하는 자살의 경우 직장에서도 책임과 권한을 가진 위치에 있던 사람의 행동이었을 가능성을 고려할 수 있다. 그리고 산재를 신청하는 정신질환이 직장 내 괴롭힘이나 조직의 문제로 발생했을 경우, 다른 산재와 달리 직장 복귀 자체를 바라지 않는다는 점, 그렇기에 상대

적으로 고용이 덜 불안정한 상태에 있을 수도 있다는 추측을 해 볼 수도 있다.

<표 4> 2010년~2014년 직업분류에 따른 정신질환 산재 신청과 승인 현황

직업분류	최종승인여부			합계 N(%)
	승인 N(%)	일부승인 N(%)	불승인 N(%)	
기능원 및 관련 기능 종사자	3(25.0)	1(8.3)	8(66.7)	12(2.1)
기술공 및 준 전문가	24(42.9)	3(5.4)	29(51.8)	56(9.9)
단순노무 종사자	8(11.4)	8(11.4)	54(77.1)	70(12.3)
사무 종사자	25(26.3)	6(6.3)	64(67.4)	95(16.8)
서비스 종사자	15(21.1)	4(5.6)	52(73.2)	71(12.5)
의회의원, 고위임직원 및 관리자	31(28.4)	6(5.5)	72(66.1)	109(19.2)
장치·기계조작 및 조립 종사자	19(20.4)	12(12.9)	62(66.7)	93(16.4)
전문가	9(24.3)	5(13.5)	23(62.2)	37(6.5)
특수직종(보험설계사)	1(20.0)	0(0.0)	4(80.0)	5(0.9)
판매종사자	6(31.6)	3(15.8)	10(52.6)	19(3.4)
합계	141(24.9)	48(8.5)	378(66.7)	567(100.0)

출처: 김인아 외, 2015: 244

3.7. 감정노동을 넘어

2016년 3월 업무상 질병에 새롭게 추가된 정신질환은 “업무와 관련해서 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인하여 발생한 적응장애 또는 우울병 에피소드”였다. 이러한 인정기준은 폭력 또는 폭언을 유발하는 사람으로 “고객”을 직접 명시함으로써 고객과 대면하는 과정에서 발생하는 감정노동자의 사회심리적 위협에 특별히 주목하고 있음을 알 수 있다. 감정노동(emotional labor)개념을 주창한 호실드에 의하면 감정노동은 노동자들이 자신의 현재 감정 상태와 다른 조건에서 노동을 함으로써 자신의 감정을 통제하고 관리하는 것을 일컫는다. 그녀는 외부적으로 관찰이 가능한 표정과 몸짓을 표현하기 위해 자신의 감정을 조절하고 관리하는 것을 개인의 단순한 감정 변화가 아닌 ‘노동’의 과정으로 보았다 (호실드, 2009). 이에 감정노동은 인간 본연의 속성인 ‘감정’을 작업과정에서 교환가치로 추상화하여 상품으로 판매하는 특별한 유형의 노동을 가리킨다 (김왕배 · 이경용 · 이가람, 2012). 산재보험법 시행령과 함께 2016년 3월 개정된 정신질환 업무관련성 조사지침에서는 금융·보험업, 도소매업 등 유통업, 보건 및 사회복지사업, 교육서비스업 등 용역을 제공하거나 판매를 목적으로 고객을 상대하는 업무를 수행하는 노동자의 경우 감정노동 스트레스 수준을 별도의 조사 양식을 활용하여 확인한다고 나와 있다.

저는 왜 ‘고객에 의한 폭언’으로 왜 규정지을까 생각했어요. 그러니까 정신적 충격을 일으킬만한 사건이, 직장 내 괴롭힘이 더 많지 않을까. 상사 폭언이 더 문제이지 않을까. 직장, 작업장 폭력이라는 명시가 더 낫지 않을까. 가해자가 누구든지 간에. (...) 사실 저는 더 근본적인 문제가 있다고 보는 거예요. 조직이든, 리더십이든, 그 회사의 노동조건이든. 이런 것들이 복합적으로 자존감을 떨어뜨리는 기제로 작용하고 있는 게 있는데 (...) 저는 ‘이 사람이 감정노동자라서 더 스트레스 받았겠다’고 생각하지 않아요. 더 큰 문제가 있어요. 임금이 열악하고 장시간 노동해야 되고, 집에 갔는데 아이 키워야 되고 이런 일까지 겹치거나. [한국은] 아직까지는 이런 물적 조건들이 더 중요한 나라여서 사실은 감정노동자라서 스트레스가 더 높다, 이렇게 생각하는 어렵죠. 모두가 다 똑같은. 감정노동자가 문제가 되는 건 그 분들이 근로조건이 열악하고 임금도 더 낮고, 여성이라서 차별도 더 심하고 이런 게 문제인 거지, 감정 노동이라서 문제는 아니죠. 그럼 지식 노동은 괜찮나요? 육체 노동은 괜찮나요? 저는 그렇게 생각해요. 모든 노동은 다 마찬가지로인데, 지금 감정노동을 한다는 노동자들이 처해 있는 물적 조건들이 훨씬 열악하고 계급적으로도 노동자 내에서 아래 계급처럼 느껴지고 있기 때문에.

고객에 의한 폭언과 상사의 폭언 중 노동자의 정신건강에 더 심각한 피해를 끼치는 요인은 무엇일까? 이 둘을 대결구도로 만들어 둘 중 무엇이 더 나쁜지를 평가하는 것도 의미있는 탐구가 되겠지만, 결국 두 가지를 다 겪어야 하는 노동자의 입장에서 큰 의미가 없을 것이다. 그렇다면 질문을 바꾸어 감정노동자와 감정노동이 아닌 다른 노동에 종사하는 자를 구분하고, 감정노동자의 건강에 직접적인 영향을 끼치는 요인으로 고객의 폭언을 제시할 때 사라지는 것은 무엇인지 질문할 수 있다. 이를테면 “세상을 바꾸는 Energy” 캠페인이라며 “마음이음 연결음”을 만들었다는 한 대기업의 광고는 우리 사회가 감정노동을 대하는 시각을 잘 보여주는 사례이다. 해당 광고는 고객에 의한 폭언으로 고통 받는 감정노동자들을 위해 통화 연결음으로 “착하고 성실한 우리 딸이 상담드릴 예정입니다”, “사랑하는 우리 아내가 상담드릴 예정입니다”, “세상에서 가장 좋아하는 우리 엄마가 상담드릴 예정입니다”라는 문구를 각각 중장년 남성과 유아가 녹음해서 들려주었더니 이후 고객들의 폭언이 줄어들고 이에 상담원의 스트레스가 54.2%가 감소되었음을 자랑스럽게 전한다. 그러면서 이 광고는 감정노동자들의 정신적 고통을 초래한 원인으로 고객들의 폭언을 고발하고, 역시 감정노동자의 스트레스를 줄일 수 있는 방안으로 고객과의 상호작용을 들며 특히 그러한 긍정적인 상호작용을 만들어내는 것이 누군가의 아내, 엄마, 딸로 소환되며 가족주의 이데올로기로 안착하는 것이라고 말한다. 그러나 고객의 폭언 외에, 낮은 임금, 과중한 업무량과 성과제, 모니터링의 압박으로 대표되는 업무체계, 불안정한 고용 형태들이 콜센터 노동자의 건강에 어떠한 영향을 끼치는지에 대해서는 묻지 않는다.

일터에서 발생하는 노동자의 정신적 고통에 대한 산재 인정은 감정노동의 이슈화에도 맞물린다. 감정노동에 대해 지금만큼의 사회적 인식이 없었을 시절, 정신질환 산재 판정은 어땠을까? 산재 인정 과정에서 이를 심의하는 질판위원의 인식도 중요한데, 이러한 전문가가 감정노동 문제를 인식하고 있지 않다면 감정노동 문제로 발생한 질병에 대한 산재신청은 승인되지 않을 확률이 높아질 것이다 (정진주 외, 2008).

그때랑 다르지 않아요. 어차피 고객이 폭언을 했다고 하면, 그건 너무 당연하게 형사 처벌 받아야 될 일이잖아요. 그건 누가 봐도 스트레스예요. 그걸 누가 뭐 감정노동이라고 얘기 안 해도, 그런 상황은 똑같이 인정이 되고 있었다는 거죠. 감정노동이라는 말이 이슈가 되어가지고, 도움이 되는 건 예방에 도움이 되는 거지, 보상에 도움이 되는 게 아니에요. (...) 감정노동이라는 스트레스 자체가 가지고 있는 스트레스의 성격, 예를 들면 내가 표현하고 싶은 대로 표현하지 못하는 내적 불일치의 문제, 외적 불일치의 문제는 사실은 노동의 성격 자체가 그런 것이죠. 감정 관리를 하는 모든 노동자들에게 나타날 수 있는 사안

이기도 하고. 이게 [감정노동자들에게는] 조금 더 심한 거고, 이걸 조금 더 낮춰주는 조직적 support가 중요한 거죠. 여기에다 매출 더 내라고 쫓아대면 이게 더 문제인 거죠. (...) 사회경제정치적으로야 [감정 노동이 아닌 노동들과] 감정노동이 명백히 구분되지만, 인간 개인을 놓고 보면 감정노동과 감정관리라는 것이 한국사회에서 별로 구분이 안 되기 때문에.

감정노동과 감정관리가 명백하게 구분이 되지 않을 정도로 일상에 갑질이 만연하고 수직적 조직문화가 우세한 한국 사회 일터에서 사회심리적 위험은 높아지고 이로 인한 노동자들의 건강 피해는 클 수 밖에 없다. 그렇다면 이러한 위험을 낮추기 위해서는 어떠한 방법을 강구해 볼 수 있을까?

내가 회사에서 열받고, 화나고, 결국 내가 할 일 못 하고 우울해지는 이유는 내 자신 문제도 있지만 대부분은 이 조직의 문제, 리더십의 문제이거나 조직 문화의 문제인 거예요. 빨리 퇴근하고 싶은데, 퇴근을 못하게 한다든가, 월급을 적게 준다든가 이런 것들이 쌓여서 생기는 문제죠. 그걸 상담한다고 해결이 될까요? (...) 얘기하면 그때야 좋아지겠죠. 다시 출근해야 하는데 뭘. 똑같은 쳇바퀴라는 거죠. **원래 직장의 정신 건강이라는 것은 조직적 개입이 되게 중요해요.** 어떤 게 좋은 리더십이냐는 문제. 개인이 나 힘들어요, 상담해주세요, 찾아가는 것이 아니라. 조직 관리자 입장에서 봤을 때 이 사람은 이런 사건이 발생했으니, 예를 들면 ‘이 사람이 지금 감사 때문에 힘들어’, ‘이 일은 누가 봐도 힘든 일이야’, ‘이 사람은 매출 때문에 요새 문제가 있는 것 같아’라고 얘기를 하면 그 사람에게 상담을 받게 한다거나 휴가를 [주는 등의]. 그런 식의 조직적 개입이 필요하거나, 또는 이 사람이 힘든 게 인사 문제일 수 있어요. 인력이 원래 두 명이 하던 일인데, 한 명이 하다 보니까 집에 못 가서. (...) 원래 정신건강 프로그램이라는 건, 정말 정신질환자들에 대해 어떻게 할 거냐는 것도 있지만, 사람은 원래 다 어떨 때는 좋다가 어떨 때는 안 좋다가 오르락 내리락 하는 게 정상적인 거예요. 안 그러면 그거 싸이코패스거든요. 오르락 내리락 하는 과정에서 약간 다운되어 있는 상황에서 더 아래로 안 떨어지게 어떻게 잡아줄 수 있는지, 조직적으로 개입해야 되는 건 무엇이 있는지. 그게 인사노무관리거든요. (...) [일본의] 후생노동성에서도 보면, 전체에서는 어떻게 하라고 되어 있고, 조사도 개인 설문으로 스트레스 조사하고 정신 조사만 한다고 되는 게 아니고, 인력은 어떻게, 업무 배치는 어떻게, 업무 분장은 잘 되어 있는지, 조직 내 커뮤니케이션은 민주적으로 잘 되는지 이런 걸 평가하도록 되어 있거든요. (...) **우리나라는 노동자들의 정신건강 관리 혹은 자살 예방에 대한 전략이 없는 나라예요.**

4. 결론

이 글은 일터에서 발생하는 사회심리적 위험이 산업재해로 인식되고 판정되는 과정에 대한 본격적 분석을 시작하기 위한 예비적이고 탐색적 시도이다. 이 글은 노동의 변화와 맞물려 물리적 작업 요구나 독성 물질에 대한 노출보다 직무를 설계, 조직, 관리하는 방식, 작업조직이 운영되는 방식 등에서 파생하는 사회심리적 위험이 노동자의 건강에 영향을 미치는 주요한 요인이 되어가는 흐름에 초점을 둔다. 그리고 이러한 위험으로 인해 발생하는 피해를 보상하고 규제하려는 제도의 필요성이 제기되기 시작할 때의 쟁점들을 현 산재보험 체계 내에서 정신질환이 업무상 질병으로 등재되는 과정 속에서 찾아보려고 했다.

일단 산재통계에서 정신질환을 따로 분류하고 업무상 질병과 관련된 시행령을 개정하며 몇몇 정신질환을 업무상 질병으로 등재하는 일은, 기존에 없던 새로운 범주를 만드는 것으로 노동자들의 정신적 고통을 산재로 인식할 수 있게 하는 데 필요한 새로운 언어를 만드는 과정이었다. 그리고 이렇게 새로운 범주를 만드는 일은 산업재해로 인식되지 않았던 심리적 고통을 업무와 관련 있는 질병으로 재해석을 시도한 많은 노동자 투쟁 덕분에 가능했다.

이렇게 만들어진 인정 기준을 바탕으로 일터에서 발생한 사회심리적 위험이 산업재해로 인식될 때, 여기에는 상당인과관계를 충족해야 한다는 조건이 결부된다. 따라서 현재의 정신의학 지식 체계 안에서 외부적 요인에 의해 발병할 수 있다고 여겨지는 PTSD 계열의 질환은 산재 승인률이 높지만 그렇지 않은 질환은 승인이 어려움을 확인할 수 있었다. 더불어 상당한 인과관계를 가진, 업무와 관련 있는 정신질환인지의 여부를 판단하기 위해서는 이를 객관화할 수 있는 자료가 필요한데, 정신질환의 경우 그러한 자료를 확보하는 것이 힘들기 때문에 질판 위원들은 이를 심사하는 데 다른 질병들보다 더 오랜 시간이 소요되기도 했다. 물론 다른 질병들보다 시간이 더 오래 걸리는 것은, 관련 당사자들의 억울함이 크고, 명예를 회복해야 한다는 의미도 있기 때문에 진술이 길어지는 것과는 관련이 있다. 이렇게 긴 진술과 많은 자료를 종합한다고 해도 객관적 자료가 여전히 불충분하다 보니, 판정과정에서 질판위원들이 참여하게 대립하는 경우도 간혹 생겨나고 있었다.

더불어 그동안의 정신질환 산재 현황을 살펴보면, 산재 신청자 중에 화이트칼라가 많았다는 점, 또 감정노동 담론과의 밀접한 관련 속에서 제도적 기반이 마련되었다는 점을 지적할 수 있다. 그러나 ‘감정노동’과 ‘감정관리’가 크게 구분되지 않을 만큼 일상적 갑질이 일터에 만연한 한국사회를 생각해 봤을 때, 이로 인한 노동자 정신건강 피해를 줄이기 위해서는 조직적 개입

이 요구된다.

그러기 위해서는 무엇보다 경영방식이나 작업조직의 형태, 조직 문화 그 자체가 노동자의 건강에 악영향을 줄 수 있다는 사실을 인정하는 것에서 출발해야 할 것이다. 특정한 유해 요인이 문제인 것이 아니라, 지금과 같은 노동조건 자체가 노동자들의 ‘영혼을 갉아먹는’ 위험이라는 점, 이를 고쳐 나가는 것이 노동자의 건강을 위해 필요하다는 인식을 만들어 나가는 것이다. 그리고 이러한 사고의 전환은 우리의 일터 건강만이 아니라 우리의 삶의 질을 위해서도 분명 필요하다.

서두에서 언급했듯, 이 글은 예비적 탐색의 성격을 갖기 때문에 여러 가지 한계를 가진다. 무엇보다, 노동자의 정신적 고통이 산업재해로 인식되는 과정과 이를 둘러싼 인정 정치에 관한 분석은 노동자 건강을 정치경제학적 관점에서 바라볼 것을 요구한다. 그러한 관점은 노동자의 건강을 둘러싼 사회적·경제적·정치적 맥락이 ‘혼란요인’ 혹은 학술 연구에서 떼어놓아야 할 방해물이 아니라 직업·환경보건에서 본격적 병인으로 다루어져야 한다는 점을 강조한다 (우딩 · 레벤스타인, 2017: 8). 이런 점에서 정신질환 산재 문제는 변화된 노동환경과 이를 추동하는 변화된 자본주의, 그리고 그 속에서 등장하는 새로운 질병의 형태와 과학적 지식의 생산, 이러한 질병을 산업재해로 인식하게끔 새로운 프레임을 짜는 사회운동, 그리고 정신질환을 둘러싼 문화적 터부의 개선 등이 한데 합쳐지는 지점이라고 할 수 있고, 이에 관련된 추후 연구의 필요성이 제기되는 영역이다.

§ 참고문헌

- 강동목 외. 2017. 『굴뚝 속으로 들어간 의사들』. 나눔북스.
- 강성규. 2008. “우리나라 직업성질환의 역사” 『대한직업환경의학회 학술대회 논문집』 47-56.
- 고용노동부. 고용노동부 공고 제2016-385호 산업재해 발생건수 등 공표(2016. 12. 14).
- 근로복지공단. 『정신질환 업무 관련성 조사지침(시행일자 2016. 3. 28)』
- 김왕배 · 이경용 · 이가람. 2012. “감정노동자의 직무환경과 스트레스” 『한국사회학』 제46집 2호, 123-149.
- 김인아 외. 2013. 『정신질환의 업무관련성 판단 및 요양방안 연구』. 고용노동부.
- 김인아 외. 2015. 『감정노동으로 인한 업무상 질병 인정범위 및 기준에 관한 연구』. 고용노동부.
- 김장기 · 윤조덕. 2012. 『2011 경제발전경험모듈화사업: 산재보험제도의 구축과 운영』. 고용노동부.
- 김종영 · 김희운. 2013. “‘삼성백혈병’의 지식정치” 『한국사회학』 47(2): 267-318.
- 김종영 · 김희운. 2016. “반올림 운동과 노동자 건강의 정치경제학” 『경제와사회』 109: 113-152.
- 김현수. 1999. “우리나라의 산업재해와 산재보상제도” 『진보평론』 겨울 (제2호), 122-149.
- 레인, 크리스토퍼(Lane, Christopher). 2009. 『만들어진 우울증』. 이문희 역. 한겨레출판.
- 백도명. 1993. “직업병 인식의 배경과 그 진단상의 문제점.” 『보건학 논집』 30(1). pp. 73-84.
- 우딩 · 레벤스타인(Wooding, John and Charles Levenstein). 2007. 『노동자건강의 정치경제학』. 김명희 외 역. 한울 아카데미.
- 우명숙. 2007. “한국의 복지제도 발전에서 산재보험 도입의 의의 — 복지제도 형성과 발전주 의적 국가개입” 『한국사회학』 41(3) 154-185.
- 유범상. 2012. “영국 산재보험의 형성과 노동정치의 역할에 관한 연구”. 『노동정책연구』 12(1): 141-168.
- 이윤근. 2012. “한국의 직업병 역사와 주요 발생 사례” 『일과건강포럼』 Ver.1.
- 임상혁. 2010. “업무상질병판정위원회 설치 전과 후의 승인율 변화” 『안전보건 연구동향』 38

호.

- 이희자. 2010. “산업재해보상보험법상 과로성 재해에서의 상당인과관계 판단.” 『노동법학』 (36): 475-505.
- 정진주 · 김형렬 · 임준 · 정최경희 · 나성은. 2008. “공공지출이 성불평등에 미치는 영향(1) 산재보험급여 지급의 성불평등 연구”, 한국여성정책연구원.
- 최윤정, 2004. “직장 내 성희롱의 ‘산업재해’인식 및 적용의 필요성”. 『여성학논집』 21(1). 79-116.
- 파생 · 레스만(Fassin, Didier and Richard Rechtman). 2016. 『트라우마의 제국』. 최보문 역. 바다출판사.
- 혹실드, 엘리 러셀(Hochschild, Arlie Russell). 2009. 『감정노동』 이가람 역. 이매진.
- Berkman, L. Kawachi, I. and Theorell, T. 2014. “Working conditions and health.” in *Social Epidemiology*. edited by Berkman, L. F., Kawachi, I. and M.M. Glymour. Oxford.
- ILO & WHO (1986), “Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control ,” Occupational Safety & Health series: no.56, Geneva: International Labour Office.
- Lee, Jihoon, · Kim, Inah, and Sooyong Roh. 2016. “Descriptive study of claims for occupational mental disorders or suicide” 『대한직업환경의학회지』 28(10): 69-73
- Loïc, Lerouge. 2016. “프랑스의 작업장에서의 사회심리적 위험과 정부의 예방전략”. 『국제노동브리프』 . 14(12): 18-26
- Thomas, Cox. 2016. “영국의 근로자 건강에 영향을 미치는 사회심리적 위험관리”. 『국제노동브리프』 . 14(12): 7-17
- 매일노동뉴스. 2010. 7. 27. 업무상질병판정위원회 도입 2년.
- 오마이뉴스. 2003. 8. 2. 정신질환 노조원 집단산재 첫 인정.
- 워커스. 2016. 5. 2. 산업 재해가 뒤흔든 삶.
- 참세상. 2007. 10. 25. “병들어 죽어갈 순 없다” [인터뷰] 이병근 서울도시철도노조 승무본부장, 공유정옥 한국노동안전보건연구소 소장.
- 한겨레. 2015. 4. 22. ‘감정노동 정신질환’, 산재 인정 크게 늘었다.

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.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : phikorea@gmail.com

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