

산업 재해

최경숙

을지의대 정신과학교실

산업 재해의 의미

산업 재해란 노동 과정에서 작업 환경 또는 작업 행동 등 업무상의 사유로 발생하여 근로자의 신체적, 정신적 피해를 일으키는 재해를 말하는 것으로, 여기에는 부상, 그로 인한 질병 및 사망, 작업 환경의 부실로 인한 직업병 등이 포함된다. 재난의학에서 주로 언급되는 산업 재해는 사고성 산업 재해다. 산업 재해는 인위 재해에 속하는데, 이 인위 재해란 인간의 부주의로 발생하는 사고성 재해와 고의적으로 자행되는 범죄성 재해, 그리고 산업의 발달에 따라 부수되는 공해 피해 등을 비롯한 여러 가지의 재난을 총칭한다. 인간의 부주의, 기술상의 하자로 인하여 발생하는 재해는 인간의 고의나 과

실이 개입되어 야기하는 것으로, 그 예로 교통사고, 위험물 폭발, 원자력 발전소의 방사능 누출 사고 등을 들 수 있다. 산업 발달에 수반되어 필연적으로 겪어야 하는 재해들은 기술과 산업의 발달을 추구하고 이로 인한 부작용을 감내해야 하는 불가피한 것으로 핵발전소, 화학 공장의 가동, 농약의 개발 과정에서 자연스럽게 나타나는 오염과 자연 파괴, 생태계 파괴, 근로자의 부상 등으로 나타난다.

산업 재해의 현황

산업 재해는 산업 혁명 이후 공업화가 가속되면서 기계를 사용하는 제조업 중심으로 급속도로 증가하였다. 산업 재해는 사업장 내에서 주로 발생하였지만 인도 보팔의 농약 공장 사고와 같이 산업 현장에만 영향을 미치는 것이 아니라 지역 사회에도 폭넓게 영향을 미치는 대규모 사고도 발생하였다. 과학 기술의 발전에 따라 현대 사회는 여러 가지 재해를 곁에 두고 있다고 해도 과언은 아니다. 2003년도에 우리나라에 서는 폭발 사고만 거의 매달 일어나다시피 하였다.

2002년 우리나라의 산업 재해 현황을 살펴보면, 1인 이상 산재 보험 적용 사업장 100만 2263개소, 근로자 1057만 1279명 중 8만 1911명이 산업 재해를 당해 전년도에 비해 477명이 증가하였다. 이로 인한 경제적 손실 추정액은 10조 1000억 원으로 전년도에 비해 1조 4000억 원이 증가하였다. 산업

표 1. 2002년도 산업 재해 현황(노동부, 2002)

구분	2002	2001	증감	증감률(%)
사업장 수(개소)	1,002,263	909,461	92,802	10.20
근로자 수(명)	10,571,279	10,581,186	-9,907	-0.09
재해자 수(명)	81,911	81,434	477	0.59
- 사망자 수	2,605	2,748	-143	-5.20
- 요양자 수	79,306	78,686	620	0.79
- 업무상 사고자 수	76,494	75,781	713	0.94
- 업무상 질병자 수	5,417	5,653	-236	-4.17
재해율(%)	0.77	0.77	0.00	0.00
근로 손실 일수(일)	54,011,503	54,550,424	-538,921	-0.99
산재 보상금 (100만 원)	2,020,335	1,744,539	275,796	15.81
경제적 손실액 (100만 원)	10,101,675	8,722,695	1,378,980	15.81

표 2. 2002년도 재해 발생 형태(노동부, 2002)

발생 형태별	재해자(명)	구성비(%)
총계	81,911	100.00
협착	18,146	22.15
전도	13,705	16.73
추락	10,835	13.23
충돌	8,525	10.41
낙하·비래	7,580	9.25
과다 동작	6,182	7.55
업무상 질병	5,417	6.61
절단	3,563	4.35
교통사고	2,377	2.90
기타	5,338	6.52
분류 불능	243	0.30

재해 중 사망자 수는 2605명으로, 그 원인은 뇌심혈관 질환 760명, 추락 464명, 진폐증 386명, 사업장 외 교통사고 149명 순으로 발생하였다. 업종별로는 건설업이 667명으로 가장 많았고, 제조업 641명, 광업 396명 순으로 발생하였으며, 건설 재해로 인한 사망자의 49.2%(328명)가 추락 사고로 사망하였다.

재해 발생 형태는 협착(감김·끼임), 전도, 추락, 충돌, 낙하·비래 등이 71.77% 차지하였다. 특히 추락 재해와 절단 재해는 전년도에 비해 증가하였다. 기타 발생 형태로 화재 폭발, 붕괴 도괴, 감전, 유해 화학 등으로 재난에 준하는 사고도 계속되고 있다. 이러한 사고 통계는 보고된 것을 기준으로 한 것일 뿐으로 실제로는 우리나라의 공상 처리가 72%(민주노총, 1996)로 조사되기도 하는 것으로 보아 실제 재해자 수는 훨씬 더 많을 것이라 생각된다.

산업 재해의 특징

화학 공장 화재나 콤비나트 화재, 또는 원자력 발전소 사고 등의 경우 사고의 직접적인 피해뿐만 아니라 주변 주민에게 미치는 이차적인 영향이 매우 커서 대개는 복합 재해 형태로 나타난다. 특히 원자력 발전소 사고의 경우 재해로 인한 영향이 매우 광범위하고 장기적이다. 산업 재해의 경우 근로자의 부상이 상당히 많다. 그 외에 산업 재해는 단순히 산업장 내

의 문제만 일으키는 것이 아니라 폐기물 오염 등과 공해에 속하는 현상을 일으키고, 공장 주변의 주민에게도 환경오염으로 인해 피해를 주기 때문에 주변 주민의 정신 건강에 큰 영향을 준다. 대규모 산업 재해의 종류와 특징은 <표 3>과 같다.

표 3. 대규모 산업 재해의 특징

사고 종류	특징
공장 화재(화학 공장) 콤비나트 화재 또는 폭발 사고	주변 주민에게 이차적 영향이 커서 복합 재해의 형태로 발생할 수 있다.
원자력 발전소 사고	특히 원자력 발전소 사고의 경우 재해에 끼치는 영향은 크고 광범위하며 장기적이다.
탄광 사고	근로자의 피해도 많다.
산업 폐기물 오염 등	산업 폐기물 오염과 같은 공해 현상도 그 정도에 따라 주변 주민의 정신 건강에 큰 영향을 미친다.

산업 재해가 정신 건강에 미치는 영향

산업장의 사고라 해도 그 규모나 특성에 따라 사업장 내에만 한정되는 것이 아니라 지역 주민에게도 상당한 영향을 미치는 경우도 많아 대형 사고가 날 때에는 다른 재해와 그 처리에는 다를 바가 없다. 따라서 산업 재해가 정신 건강에 미

치는 영향 또한 다른 재해와 마찬가지로이겠지만 전쟁이나 지진과 같은 자연재해만큼 많이 연구된 것은 아니었다. 우리나라도 산업 재해로 인한 정신 건강에 대한 조사를 포괄적으로 시행하지 않았다. 그러나 최근에 산업 재해 환자들의 자살 문제가 보도되면서 정신 건강에 대한 관심이 증가하였다. 산업 재해로 외상 후 스트레스 장애가 발생하고, 산업 재해 환자들이 일반 근로자에 비해 우울증이 많다는 연구도 제시되고 있어 산업 재해로 인한 신체적 문제뿐만 아니라 정신 건강상의 문제를 항상 염두에 두어야 한다.

사고성 재해 후에 산업 현장에서는 대체로 두 가지 부문에 대한 문제의식을 가지고 연구를 해왔다. 한 가지는 산업 재해와 같은 사고로부터 직접적으로 외상성 스트레스를 겪는 근로자에 대한 연구이고 나머지 한 가지는 다양한 형태의 직업과 관련한 연구다. 사건의 심각한 정도와 외상 후 스트레스 장애의 위험에 대한 한 연구에서 생명을 위협하는 상황도 아니고 부상도 입지 않은 사건을 경험한 경우, 외상 후 스트레스 장애 유병률은 9.1~14.7%, 생명을 위협하는 사건 경험 후에는 34.5~38.6%, 부상을 당한 경우에는 42.9%, 생명을 위협하는 사건과 부상을 동시에 경험하게 되면 59.2~65.9%로 증가한다고 보고하였다. 이 결과에 비추어보면 산업 재해 이후에 외상 후 스트레스 장애 유병률도 상당히 높을 가능성을 시사해 준다. 1989년에 산업장의 폭발과 화재 사고 후 246명의 산재 환자들을 7개월 추적 조사한 결과, 높은 강도의 스트레스를 입은 산재 환자들의 경우 사고 당시 외상성

충격 이후에 스트레스 반응을 보이는 사람이 80%나 되었다고 한다 (Weisaeth,1989). 영국 스코틀랜드에서는 1988년도에 발생한 한 오일 플랫폼(Oil platform) 사고 생존자들을 대상으로 정신과적인 문제를 조사하였다. 그 사고로 167명이 사망하고 근로자 59명이 생존하였는데, 사고 1개월 후에 76%, 3개월 후에 97%의 사람이 정신과적인 증상을 호소하였고, 외상 후 스트레스 장애로 진단된 사람이 사고 후 3개월째에 73%였으며, 현재까지 지속적으로 증상이 남아 있는 사람도 64%에 이른다고 보고되었다(Hull et al., 2002).

산업 현장에서 자주 발생하는 수지 절단의 경우에도 불안, 우울, 분노 등 광범위한 정서 반응을 보이며, 급성 스트레스 증후군과 외상 후 스트레스 장애뿐만 아니라 다양한 정신과적인 문제를 일으킨다고 한다. 산업 재해로 수지 절단 사고를 당했을 경우 분노, 우울, 불안 등 부정적인 정서 반응이 더 심하며, 소송의 문제, 보상 신경증(compensation neurosis), 외상 후 스트레스 장애 문제와 관련되므로 조기에 중재하는 것이 이러한 문제를 감소시키고, 빨리 직장에 복귀하는 데에도 중요하다고 한다.

중국에서는 직접적인 사고를 당한 근로자가 아닌 사고를 목격한 근로자에 대한 연구도 있었다. 건설 현장의 사고를 목격한 동료 근로자들 중 사고 후 1개월에 약 27%, 4개월에는 약 13%가 외상 후 스트레스 장애로 파악되었다. 이와 같이 산업 재해로 부상을 입은 근로자뿐만 아니라 동료 목격자에게도 정신적인 문제를 일으킨다는 것을 주의해야 한다.

또한 외상에 많이 노출되는 직업을 가진 근로자들도 높은 빈도의 정신과적인 문제를 일으킨다. 소방관, 경찰, 인명 구조대, 의료 종사자 등의 일부 직업은 생명이 위험한 상황과 폭력적이거나 괴기한 장면에 노출되기 쉬운 직업이기 때문에 급성 스트레스 증후군이나 외상 후 스트레스 장애의 발생 위험이 높다. 외상 후 스트레스 장애 유병률이 일반 인구에서는 0.4~4.6% 정도라고 할 때, 재난 구조대원은 2~17%, 구급차 탑승자들은 15~22%, 소방관은 17~32%, 응급실 근무자들은 20%로 높은 수치를 보여주고 있으므로 이러한 사람들에게도 관심을 가져야 한다.

산업 재해 이후에 발생하는 여러 정신과적인 문제는 다른 재해와 유사하게 나타나지만 산재라는 특수성 때문에 몇 가지 문제를 더 갖고 있다. 산재 사고로 인한 부상자들은 다른 원인에 의한 부상자들에 비해 부상 자체는 덜 심각하더라도 법적인 소송 문제를 더 빈번하게 접하였고, 외상 후 스트레스 장애 증상으로 더 고통을 받았으며, 정신 사회적인 증상과 더불어 직장으로 복귀가 더 안 되는 경향을 보였다고 한다. 치료되지 않은 외상 후 스트레스 장애는 우울증, 공격적 행동, 약물 및 알코올 남용 등과 같은 다른 질환과, 적응 장애 등을 동반하여 더욱 파악하기 힘들므로 외상 후 스트레스 장애의 조기 색출과 개입이 적응 장애와 만성적인 결과를 방지하는 데 중요하다고 할 수 있다.

피해자의 분류

〈표 4〉는 사고 이후 피해자들을 분류한 것이다. 재해 이후에는 직접적인 재해를 당한 근로자뿐만 아니라 사고 및 사고 처리에 관련된 많은 사람이 피해자가 될 수 있다.

표 4. 사고 이후 피해자의 분류

일차적 희생자(primary victims) : 신체적 부상이 있거나 없는 생존자

이차적 희생자(secondary victims) :

- (1) 부상에 대한 구경꾼과 우연한 목격자 : 부상이나 사망에 대한 장면으로 심리적인 충격을 받음
- (2) 최초 희생자의 인척과 친구 : 병원, 사체 공시소, 또는 공항 터미널에서 소식을 기다릴 때 격통(激痛)을 느낌, 라디오나 TV 생중계를 통해 그 뉴스를 알게 될 수도 있음
- (3) 유족
- (4) 자신 대신 희생당했다고 생각하는 사람과 자신이 그 사건에 대해 책임이 있다고 생각하는 사람

삼차 희생자(tertiary victims) :

- (1) 응급 서비스직, 경찰, 앰بول런스 운전자 및 진료 보조자들, 소방관, 응급 의료팀, 기타 구조 업무 종사자들
- (2) 비디오테이프의 비참한 장면을 편집하는 방송인, 제1선의 병원 스태프, ICU 및 병동 직원, 사체 취급자, 영안실 직원, 간병인, 상담인

시간에 따른 피해자들의 심리적 상태

사고 이후에 나타나는 정신적인 문제는 시간에 따라 다르게 나타난다. 그러므로 이에 대해서 피해자 및 가족들, 그리고 관련자들이 제대로 이해하고 있어야 적절하게 대처할 수 있다. 각 시기별 재해 피해자들의 심리적 상태는 다음과 같다.

1. 급성기(사고 후 3~7일 이내)

고양기. 심리적 문제가 드물다. 사고 재해가 발생한 직후의 시기이므로 신체적 부상의 정도를 파악해서 치료 우선 순위에 의거해서 부상자의 분류(triage)가 최우선이 된다. 어떤 일이 발생했는지 사태를 파악하는 것으로도 벅찬 시기다. 재해 당사자는 망연자실하고 판단력이나 현실감을 잃는 등 급성 스트레스를 일으키기도 하지만 정신 보건상의 문제는 그렇게 많이 발생하지 않는다.

신체상의 문제, 특히 화상이나 방사선 피폭이 있는 경우에는 이후 심리적 영향이 발생하기 쉽다.

신체적 외상의 종류나 정도에 따라 피해자는 여러 가지 심리적 스트레스를 받는다. 특히 사고 재해로 열상(화상)을 입은 경우가 많고, 성형 외과적 치료나 재활이 장기간 지속되는 것은 물론 흉터가 남아 그것이 심리적 회복을 막는 경우도 많다. 화상은 거의 모든 경우에 흉터가 남아 노출되기 때문에

문제가 된다.(사례 1)

이와 달리 방사선 피폭의 경우 눈에 보이지 않는 것이 문제된다. 주위의 공기나 자기 몸에 진입한 방사선이라고 하는 눈에 보이지 않는 물질에 대한 공포에 사로잡히고 만다. 피해자는 사고 이후 장기간 암의 발생이나 유전적 영향 등의 피폭 후유증에 걸려 고통이 계속된다. 또한 결혼에 지장이 생기는 등 여러 가지 편견이나 사실 무근의 소문과 억측이 난무하여 소위 정보 불안이 피해자에게 발생하는 것도 방사선 피폭 사고의 특징이다.

사망 사고의 경우, 살아남은 산업 재해 환자에게 심리적 영향이 매우 크게 된다. 특히 가까운 친지, 친구, 동료, 가족 등이 사망한 경우에는 더 심하다. 살아남았다는 것에 대한 기쁨도 느끼지 못하고 도리어 자신이 살아난 것에 대해 죄책감을 느끼는 경우도 있다. 나중에는 강한 비탄감을 일으킨다.

잔혹한 장면(시체)을 목격한 경우에는 심리적 영향이 크다. 사고 재해 현장이 많은 경우에 처참한 상황을 나타낸다. 특히 아이의 유체나 불에 탄 사체, 사체의 신체 부위가 흩어져 있는 것을 목격한 피해자는 참기 힘든 공포심을 일으켜, 사고 직후 잊고 싶은 기억이 마음속에 새겨져 나중 때까지 재해 당사자를 괴롭힌다. 시각적인 기억뿐만 아니라 화재 현장에서 사체가 타는 냄새의 기억 또한 장기적으로 피해자나 구조대원의 마음에 남는다.

사례 1 심한 화상을 입은 피해자

25세 여성. 석유 화학 공장 폭발 사고로 전신에 심한 화상을 입어 여러 번의 피부 이식 수술을 받았다. 피부의 호흡 기능과 발한 기능의 손상으로 참기 어려운 일상생활상의 고통을 받게 되었다. 정유의 냄새를 맡거나 가스나 석유곤로의 불만 보아도 강한 플래시백(flashback, 사고의 재현 현상)을 일으켰다. 또한 피부 이식 수술을 받고 있는 동안은 희망이 다소 있었지만 이식 수술이 끝난 후 자신의 몸에 남아 있는 켈로이드 모양의 흔적(흉터)이 여성으로서 살아갈 희망을 잃게 만들고, 결국 사고 1년 후부터는 우울증에 빠졌으며, 자기에게 피부를 제공해 준 가족에 대해서도 죄책감을 많이 갖게 되었다. (일본의 사례)

2. 아급성(사고 후 1~3개월 이내)

외상 후 스트레스 장애 증상이나 비탄 반응이라는 정신 보건상의 문제가 실제로 나타나게 된다.

피해자는 수면 장애로 고통스럽게 되고, 괴로운 기억이 자꾸 떠오르게 되며, 사소한 자극에도 못 견디게 된다. 많은 경우 피해자뿐만 아니라 주위의 사람들도 이러한 상태가 된다는 것을 잘 모르기 때문에 나타나는 증상에 대해 어떻게 대처해야 하는지 모르고 불안에 떨고 마는 결과가 되어 사고 전의 생활과 사고 후의 생활의 차이를 강하게 느끼기 시작하는 시기다.

신체 상황의 회복 등으로부터 사회 복귀가 본격적으로 시작된다. 신체 외상으로 입원 치료나 외래 치료를 받고 치료가 거의 끝나 자택 복귀나 직장 복귀가 가능하다는 의사로부터 통고를 받는다. 피해자로서는 신체적 치료로부터 해방이 되는 시기이지만 그것은 동시에 환자로서 휴식의 보장을 없애주는 것을 의미한다. 피해자 자신이나 주위의 사람들에게서 충분히 인식되어 있지 않은 결과로 무리하게 가정이나 직장에 복귀해야만 할 수도 있다. 적어도 피해자는 생활상에서 여러 가지 장애를 강하게 느끼기 시작한다.(사례 2)

주위 사람이나 마스크에 의한 이차 피해가 생긴다. 피해자를 맞이하는 직장에서 충분히 이해되지 못하는 경우 피해자의 불신감이나 고립감이 생긴다. 상사는 빠른 복귀가 피해자의 회복에 연결되는 것으로 생각해 무리하게 밀어붙이는 경우도 많다. 그렇게 되면 산재 피해자 자신으로서도 이런 시기가 매우 힘들게 느껴질 수 있다. 피해자 자신이 거기에 무리하게 응하려다 결국 사회 복귀의 실패를 낳게 되고, 커다란 좌절감과 불신감을 지니게 된다. 피해자로선 ‘그럴 작정이 아니었는데…….’라며 거의 예기치 못한 좌절감을 갖게 된다. 또한 사고 재해의 경우 피해자의 이름 주소가 알려지는 경우가 많아 마스크의 취재도 집요할 수 있어 피해자로선 그러한 것들이 견디기 어려운 시기다. 취재가 두려워 전화를 드는 것도 외출하는 것도 못하는 경우가 생긴다. 과실 책임을 묻기 시작한다. 대개 사고 책임의 경우 무엇인가의 과실 책임이 존재한다.

사고 직후에는 사고의 인과관계에 대해서는 많이 묻지 않지만 이 시기부터는 경찰의 조사나 매스컴에 의한 질책이 본격화된다. 직접 책임자가 없는 근로자도 많거나 적거나 간에 자신의 책임에 대해 깊이 생각하기 시작한다. 심각한 정신 보건상의 문제가 출현해도 많은 사람은 업무를 계속할 수밖에 없고 그 결과 우울 상태나 피로 상태로 빠지는 경우도 적지 않다. 일반적으로 근로자들의 정신적 외상은 심각하다.

사례 2 폭발 사고로 손가락을 절단한 피해자

26세 여성. 주방에서 폭발 사고가 생겨 손가락을 절단했다. 그녀는 영양사로 자기 직업에 긍지를 갖고 있었다. 사고 후 얼마 있다가 신체적 재활 치료를 받고 있었는데 외과 의사가 직장에 복귀하는 것이 가능하다고 하였다. 그러나 그 후 급속히 외상 후 스트레스 장애 증상이 강하게 나타나게 되었다. 직장에 몇 번이고 나가고 싶었지만 공포감이 강해 좌절을 반복했다. 그 후 그 근로자는 절망적으로 되어 정신과 진료를 받았고, 외상 후 스트레스 장애라고 진단을 받아 치료를 시작했다. 당사자 및 직장 상사나 가족들로부터 외상 후 스트레스 장애에 대한 이해를 받았고 동시에 산재를 신청하여 약 2년 후 치료를 종결했다.(일본의 사례)

3. 만성기(3개월 이후)

피해자는 초조해지고 화가 나 자신을 제대로 조절할 수 없

게 된다. 외상 후 스트레스 장애 증상을 겪는 피해자는 사고 후 수일이 지나도 증상이 회복되지 않는 것을 초조하게 생각하기 시작한다. 많은 피해자는 자신의 경험에 비추어 '어떤 괴로운 일도 시간이 해결해 준다.'라고 믿는 경우가 많다. 그러나 시간이 걸리는 치료 반응 자체에 의문을 품게 된다. '이런 일이 아니었는데…….'라는 생각이나, '왜 내가 이렇게 되어야만 하는가?'라는 생각으로 분노의 감정을 분출한다.

죄책감이 생겨 우울 증상이나 피폐감이 강해진다. 사고 전의 일상생활로 돌아갈 수 없게 되어 초조해지고 회복에 대한 희망을 잃은 피해자도 나타난다. 열상(熱傷)이나 방사선 피폭장해 등 심각한 신체적 후유증이 있는 경우에는 특히 그 경향이 강해 절망감에 빠져 자살을 시도하는 사람이나 자포자기한 행동에 빠지는 사람이 생긴다. 회피증상에서 지속되어 장기화되는 사람도 나타날 수 있다. 친한 동료나 친구를 잃은 경우나 유족의 경우 심각한 비탄 반응이 나타난다.

정신 보건상의 문제가 장기간 지속되는 것에 대해 주위 사람들의 이해도 받지 못하게 된다. 피해자의 회복이 늦어지는 것에 대해 주변 사람들의 초조한 반응이 증가한다. 나중에는 피해자라는 것을 잊어버리고 '사고의 이유만 내세운다.', '성격이 약하고 무능하다.'라는 생각으로 성격 문제로 취급하기 쉽다. 결과적으로 피해자의 고립감이나 불신감은 점점 깊어지고 그러한 피해자의 심경이 주변 사람들에게 심한 부정적 반응을 불러일으키게 되는 악순환이 시작된다.

순조롭게 회복하는 피해자와 그렇지 않은 피해자의 비교가

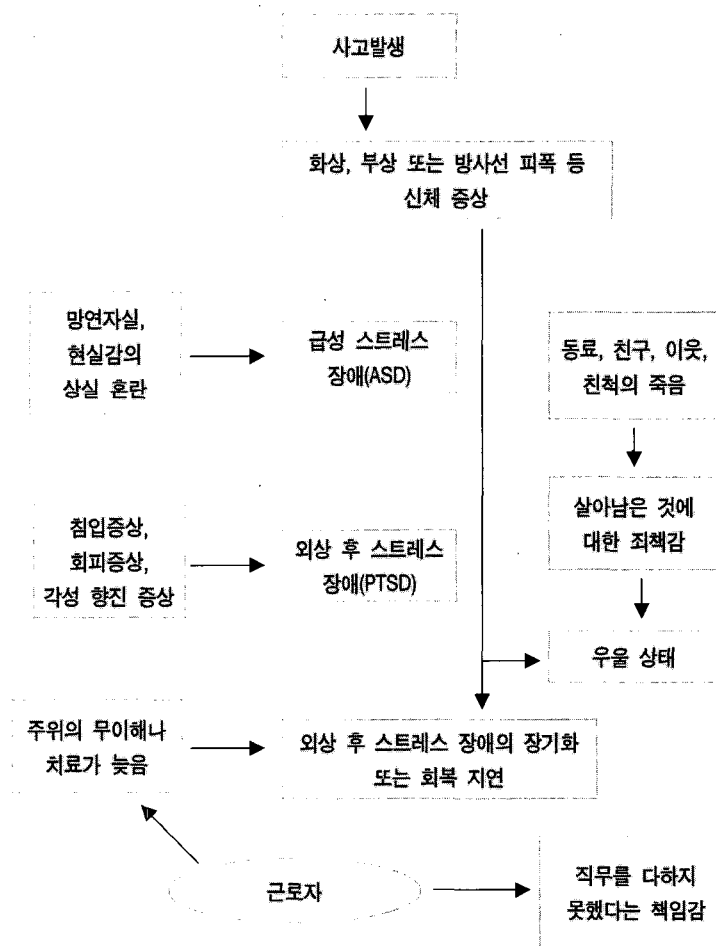
표면화된다. 같은 심적 외상을 받아도 거기에서 순조롭게 회복하는 사람이 있는가 하면 그렇지 못한 사람도 있다. 그러한 것이 피해자 간의 불신이나 주위 사람들에게 여러 가지 억측을 낳게 할 수도 있다.

형사 소송이나 민사 소송 또는 산업 재해 관련 법적 문제가 생긴다. 관계자에 대한 형사 소추는 물론 피해자 자신도 민사 소송에 대한 피해자협회를 결성하여 법적 문제에 적극적으로 행동하기 시작한다. 재판이 장기화하면 피해자 간 생각의 차이, 의혹 등이 표면화되거나 외상 후 스트레스 장애 증상이 일시적으로 증가하여 악화되는 경우도 있다. 또한 근로자의 경우에는 신체 증상이 가벼워도 외상 후 스트레스 장애 등 정신 증상이 강할 경우에는 산업 재해 인정 검토 대상이 된다.

알코올 및 약물 남용/의존 등의 문제가 표면화한다. 이 시기가 되면 중요한 정신 보건상의 문제 중 하나로서 알코올이나 진통제 항불안제 등의 과도 의존이 나타나기 쉽다. 외상 후 스트레스 장애 등의 증상이 강한 경우인데도 적절한 의학적 조언을 받고 있지 않은 경우 피해자는 일상생활에서 문제를 해결하는 대처 수단으로서 습관성 물질이나 약물에 의존할 수밖에 없다. 따라서 이러한 의존 경향이 장기화되는 경우도 있으니 주의해야 한다.

기념일 반응이 일어난다. 재해 발생의 일시 및 시간대 외에도 사고를 상기시키게 하는 여러 기념일들은 많은 피해자에게 여러 가지 심리적 반응을 일으켜, 특히 사망 사고 또는 강한 비탄 반응을 일으킨다.

그림 1. 사고 재해(과실)의 심리적 상태(후생노동성, 2001)



산업재해보상보험법과 정신과적인 문제

산업재해보상보험법 시행 규칙에 의하면 우리나라에서는 산업 재해를 ‘업무상 재해’와 ‘업무상 질병’으로 나누고 있다. 업무상 재해는 업무에 기인해서 발생하는 사고로 인한 근로자의 사상을 말한다. 업무상 질병이라 함은 업무에 기인해서 발생하는 질병으로 소위 직업병이라고 하는 것이다. 여기에서는 전자에 한해서, 즉 사고성 재해 위주로 기술하고자 한다. 이는 근로기준법 시행령 제54조에 열거된 업무상 질병의 범위 중 1항에 있는 업무상 부상에 기인하는 질병이라고 할 수 있다. 작업장에서 업무 중 재해를 입는 경우 이외에 업무상 부상으로 인한 경우에는 교통사고도 이에 해당하여 산재 보험으로 치료 및 보상이 된다는 것이다. 또한 동 시행령 제 35조에는 작업 시간 이외의 사고인 경우, 즉 태풍, 홍수, 지진, 눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사고가 발생할 우려가 많은 장소에서의 사고로 인한 것이라고 할지라도 업무와 관련이 있을 경우에는 산업 재해로 인정해 주고 있다. 따라서 자연재해의 경우에도 산재 사고가 수반하게 되어 재해 원인으로 나눌 수 있는 경계가 모호하다. 그러므로 보상의 주체가 누구인가에 따라 산업 재해를 규정할 수도 있을 것이다. 상기와 같은 산업 재해로 부상을 입은 근로자들은 산업재해보상 보험을 통해 치료 및 재활 서비스를 제공받아 왔다. 그러나 이러한 서비스 체계 안에서는 신체적인 문제의 치료, 재활 및 보상 외에 중대 사고 이후에 나타날 수 있는 우울, 불안, 급

성 스트레스 장애, 외상 후 스트레스 장애 등의 정신과적 문제는 등한시되어 왔다. 그 이유로는 여러 가지가 있겠지만 제도의 문제점과 인식의 문제점이 무엇보다 중요하다고 할 수 있다.

1. 산재 요양 보상 절차에서 문제점

산재 요양 및 절차는 '최초 요양 → 전원 요양 → 요양 연기 → 추가 상병 → 재요양'으로 이루어진다. 산업 재해가 발생했을 때 최초 요양시 사업주와 근로자가 확인하고 날인하여 의사의 초진 소견서를 제출해 상병 명에 대한 요양 승인을 7일 이내에 근로복지공단으로부터 얻게 된다. 대부분의 신체적 부상에 대한 상병은 이때 승인을 얻을 수 있다. 그러나 사고 발생 초기에는 신체적인 문제 위주로 치료가 진행되기 때문에 정신과적인 상병을 최초 요양으로 승인받는 경우는 거의 없다. 설사 정신과적인 상병을 포함해서 요청한다고 해도 근로기준법 및 산재보험법에 명시되지 아니한 질병 등 업무상 질병으로 인정된 바 없는 정신과적인 질병의 경우에는 상당한 시일이 걸려서(3~6개월) 요양 승인 절차가 진행되고, 그 승인도 어렵다.

최초 요양 이후 추가 상병이라는 제도가 있다. 최초 요양시 누락되거나 추가 상병이 발생했을 때 추가로 요양 신청을 할 수 있는 제도로서 정신과 상병의 경우 이해 해당될 경우가 많을 것이다. 그러나 근로복지공단에서조차 최초 요양에서

누락된 경우에는 요양 연기, 장애 등급 판정시 불이익을 받을 수 있다며 최초 요양 신청서 작성이 누락되지 않도록 할 것을 안내할 정도로 추가 상병으로 인정받기 어려운 상황이다. 이러한 이유로 사고성 재해 이후 정신과 상병이 산재 요양으로 신청되는 경우가 드물어 환자의 통합적인 치료 및 재화에 정신과적 문제가 배제되는 경우가 많은 것으로 짐작된다.

표 5. 산재요양 및 절차

1. 최초 요양(재해가 발생했을 때 → 요양 신청)
 - '산업재해보상보험 요양 신청서' 작성
2. 전원 요양(의료 기관을 옮기고자 할 때 → 전원 요양 신청)
 - '산업재해보상보험 요양 신청서'의 전원 요양 신청서 작성
3. 요양 연기(계속 치료가 필요한 경우 치료 기간을 연장하고자 할 때 → 요양 연기 신청)
 - '산업재해보상보험 요양 연기, 기타 신청서'의 연기 신청서 작성
4. 추가 상병(요양 치료 중 업무상 재해와 관련하여 새로운 상병이 발견되었을 때 → 추가 상병 신청)
 - '산업재해보상보험 요양 연기·기타 신청서'의 추가 상병 신청서 작성
5. 재요양(치료 후 상병이 재발했을 때 → 재요양 신청)
 - '산업재해보상보험 요양 신청서'의 재요양 신청서 작성

2. 정신과적 질환에 대한 무지 및 보상 위주의 산재 처리

산업 재해로 인한 정신과적인 질환에 대해서 근로자 및 산재 관련 업무 담당자 모두 무지한 상태로, 충격적인 사고 이

후에는 직접적인 두부 부상이 없더라도 외상 후 스트레스 장애와 같은 심각한 정신과적인 질환이 발생한다는 자각이 부족하다. 또한 산재 이후에 보상 문제에만 급급해 상대적으로 장애 등급이 낮은 정신과적인 문제에 대해서는 간과하기도 한다. 정신과적인 문제들은 조기에 대처하지 않으면 만성화되어 재해를 당한 근로자의 고통 증가는 물론, 산업 재해 보상 비용이라는 면에서도 많은 손실을 주고, 이후 환자들의 재활 및 일상생활로의 복귀에도 상당한 지장을 주리라 예상된다. 따라서 산업 재해 발생 초기부터 재해로 인한 정신적인 문제를 고려하는 것이 무엇보다도 중요하다고 할 수 있다. 사고를 당한 사람은 근로복지공단의 인터넷 홈페이지(<http://www.welco.or.kr/>)에 있는 산재 보험 보상의 절차와 종류를 숙지하고 정신과 상병에 대해서도 제때에 요양을 신청하여 치료해야 한다.

3. 산재 환자 재활 프로그램에서 나타난 문제

산업 재해 환자들을 대상으로 조사한 바에 의하면 심리 재활에 불만이 상당히 많은 것으로 나타난다. 산재 근로자의 장기간 병상 생활 또는 신체 장애로 인하여 직업 및 사회 복귀에 대한 불안감과 심리적 갈등을 겪고 있으나 이를 해소할 수 있는 적절한 재활 서비스가 거의 전무한 실정이다. 1998년 이후 산재 근로자가 요양 중 자살한 사건이 문제되어 심리 재활에 대한 관심이 증가하고 있다. 이에 따라 재활 사업

5개년 계획으로 추진하고 있는 사업에도 심리 재활 및 작업 치료 활성화를 위한 추진 계획이 들어 있다. 그중 심리 재활의 목적은 산재 환자들에게 거의 전무한 심리 재활을 활성화하여 산재 장애에 대한 심리적인 불안감과 절망감을 극복하고 심리적인 안정 상태를 유지하여 재활 의욕을 고취한다는 것이다. 이에 따라 심리 재활의 활성화를 위한 사업 내용은 신규 인력을 확보하여 산업 재해 초기 단계에서 심리적 안정의 유도 및 요양 중 야기되는 정신적 황폐화를 예방하고 특수 재활 요법 과정으로 연계하여 재활 의욕을 고취한다는 것으로 되어 있다.

2002년도에 7개 기관에서 실시한 '산재 근로자 사회·직업 적응 프로그램'에서 심리 재활 프로그램의 사업 내용이 검사 및 상담, 강의, 활동, 치료를 통해 이루어졌다고 보고되었다. 이러한 심리 재활 프로그램은 정신과 치료 프로그램과 비슷한 내용을 도입하여 시도한 것으로 보인다. 그러나 프로그램의 개발과 시행 과정에서 정신과 전문의의 참여와 지도가 이루어지지 않고 있다. 더 큰 문제는 산재 사고 당시부터 초기에 체계적이고 정신과적인 개입을 해야 하는데, 그렇지 못했던 관계로 환자의 심리 상태에 대한 정확한 진단과 평가도 없이 시행될 수밖에 없다는 점이다.

산재 환자의 자살이 문제가 되고 있고, 산재 재활 환자들이 일반 근로자들보다 우울 지수가 높게 나타난다는 보고서 등으로 보아 우울증을 앓고 있는 사람들이 치료를 받지 않고 지낼 가능성이 많다고 할 수 있다. 또한 외상 후 스트레스

장애로 치료를 받지 않는 환자들 중에서도 이 장애의 증상을 호소하는 사람들이 있다는 연구도 있다. 따라서 전문적 치료가 필요한 사람들이 치료 개념 없이 바로 심리 재활 프로그램 대상으로 취급되고 있다는 것을 알 수 있다.

산업 재해에서 정신과적인 문제 관리

1. 고위험군 선별 및 대처

사고 이후 입원 중인 산재 환자들 및 보호자들에게 정신과적인 문제에 대해 교육을 하고 선별 검사를 실시하여 적절한 시기에 치료를 할 수 있도록 해야 한다. 외상 후 스트레스 장애 발생이 예상되는 중대 재해의 경우에 피해자들을 일정 기간 현실 생활에서 격리하는 것이 중요하다. 또한 대규모 재해의 경우에는 구조대원 및 현장에서 활동한 근로자들도 심리적인 영향을 상당히 받을 수 있다. 개인 생활의 문제 또한 심리적인 영향에 크게 관여하기 때문에 관련 근로자들의 피해 상황을 파악하여 생활 재건 등 가능한 원조 및 조언을 하는 것이 중요하다.

표 6. 고위험군 선별 대상

1. 개인적 위협이나 위협에 지속적으로 노출된 사람
2. 인간에 의한 사고를 목격한 사람
3. 다른 사람(특히 사랑하는 사람)의 부상, 고통, 절단 또는 사망을 목격한 사람
4. 영구적인 장애와 외관의 손상으로 고통을 받는 사람
5. 참사의 일부분에 대한 비난이나 죄책감을 느끼는 사람

표 7. 재해 처리에 관련된 근로자의 정신 보건 대책(일본 후생노동성, 2001)

- 일상적인 대책
- 여러 가지 수준의 재해를 대비한 훈련 및 연습
- 복리 후생의 충실
- 팀 내의 의사소통을 원활히
- 적성을 파악한 후 배치
- 상담 창구의 설치(가족도 이용할 수 있도록 함, 정신 건강에 관한 교육, 일상의 스트레스나 비상사태 스트레스에 대한 교육)
- 가족에 대한 교육
- 재해 현장에서의 대응
- 교대 체제의 철저
- 심한 영향을 받은 직원의 파악과 위기 개입
- 피해 직원에 대한 대책 : 정보 수집 · 업무에서 배제
- 업무 내용 및 심리적 영향을 받은 가능성은 없는가에 대해서 확인
- 동료의 지지 및 후원

2. 관련 기관과의 유기적 협조

산업 재해에는 여러 사람, 여러 기관들이 관련되어 있다. 근로자 당사자, 노동조합, 회사, 행정 기관뿐만 아니라 응급 구조대, 의료 기관, 관련 의학회(재난의학회, 재난정신의학회 등) 등과 협조적으로 대처하여 적절한 치료와 재활을 받도록 한다.

3. 평상시 훈련 및 예방

중대한 사고 발생 위험이 높은 직업에 종사하고 있는 직원이나 또는 소방대원, 경찰관, 지휘관, 보건 관련 행정부, 응급 의료 종사자 등에 대해서는 평상시에 재해 이후에 나타날 수 있는 여러 가지 정신과적인 문제에 대해 정확하게 교육 및 훈련하는 것이 필요하다. 위험한 업무에 있는 직원과 사업장 보건 관리자에게는 사고 후 정신과적인 문제에 대해서 건강 관리 교육의 일환으로서 행할 필요성이 있다. 또한 고위험군에게는 정기 검진에서도 정신 건강상의 문제 유무에 대해 확인하는 과정이 필요하다.

1) 교육 및 훈련

사업장 정신 보건 관리를 강화하여 근로자가 자신의 스트레스 상황 및 심신의 상태를 평가하고 대처할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 일상적 스트레스 상황의 대처 방법뿐만

아니라 재난성 사고와 같은 극심한 상황의 현장을 만났을 때, 그로 인한 정신적인 영향을 줄일 수 있는 방법을 사전에 배우고 훈련해 둘 필요가 있다. 즉, 경험 있는 동료나 상사와 같이 대처할 수 있도록 배워, 현실적인 대처법을 알아두도록 한다. 구체적인 대처법(예, 비참한 시체를 다룰 때 시체의 얼굴을 보지 않게 한다, 단순한 물체라고 생각한다 등)을 알아두면 그 후 심리적 영향을 줄일 뿐만 아니라 스트레스가 높은 현장에서 최대한의 능력을 발휘하는 데도 도움이 된다.

2) 정기 진단시 심리적인 문제 고려

고위험군에 대해서는 정기 건강 진단시 심리적인 문제를 파악할 수 있는 프로그램을 도입하고 그 결과를 본인이 스트레스 대처법을 배우는 자료로서 활용하도록 하는 것이 도움이 된다. 이러한 것을 도입하기 위해서는 그 결과에 대해 비밀을 유지하고 인사 고가에 반영되지 않는다는 보증이 반드시 필요하다.

3) 상담 창구 개선

재해 이후에 심리적인 문제를 경험하더라도 많은 수의 근로자들은 그 사실을 잘 드러내지 않는다. 그것은 심리 증상을 보고할 경우 자신이 심적으로 약한 사람이라는 평가를 받을까 두려워하기 때문이기도 하고, 외상 후 스트레스 장애 증상의 가운데 회피 경향으로 인한 것일 수도 있다. 회피 경향이란 충격적인 사고를 생각해 내는 장면이나 대화, 사람 등을

피하는 증상이다. 회피는 한번 경험한 위험에서 몸을 멀리 하겠다는 본능적 의미가 있고, 고민을 피하는 것은 당연한 반응이라고도 할 수 있을 것이다. 그러나 회피 증상이 심하면 자기 자신의 정신적인 문제를 부정하고 상담할 기회도 회피하게 된다. 표면적으로는 심리적 고통을 많이 호소하지 않는 것처럼 보이는데, 실제로는 회피 증상의 영향으로 눈에 띄지 않는 경우도 많다. 그렇게 되면 장기적으로 영향이 남을 수 있다는 인식을 갖고 이용하기 쉬운 상담 창구를 마련하여 개선할 필요가 있다.

4) 직장 내에서 의사소통을 원활하게 할 수 있도록 개선

직장마다 그에 적합한 인간관계나 특정한 스트레스 상황에 대한 대처법이 있을 것이다. 일반적인 보고 체계나 회의 등이 공감할 수 있는 장소가 되는 수도 있다. 동료들과의 의사소통의 장을 개발하는 것도 효과적일 수 있다.

작업장에서 실시할 수 있는 예방 기법의 예

- 사례 관리자를 이용하는 방법

빠르고도 적절한 치료는 재해 이후에 발생할 수 있는 외상 후 스트레스 장애의 강도와 경과 기간을 완화시켜 준다. 생명을 위협하는 사고를 경험한 이후에 급성 스트레스 장애와 외상 후 스트레스 장애의 발생을 예방하거나 최소화하는 것은

좋은 결과를 얻게 한다. 재해 이후에 보이는 심리적 반응은 무작위로 발생하는 것이 아니고, 충분히 예측 가능한 것이다. 조기에 적절한 중재를 하는 것이 급성 스트레스 장애, 외상 후 스트레스 장애 또는 다른 공존하는 정신 질환, 즉 우울증, 물질 남용, 적응 장애, 가족 폭력 등을 최소화하는 비결이다. 조기에 중재하는 방법 중 하나로 프리만(Freeman, 2000)이 소개한 사례 관리자(case manger)를 이용한 기법을 소개하고자 한다. 사례 관리자는 재해 근로자 및 치료진과 함께 팀 접근을 용이하게 하고 치료의 결과에 유의한 영향을 미칠 수 있다. 그것은 재해 이전과 직후에 시행할 수 있는 여러 가지 접근을 제시하고 있다.

1. 재해 발생 이전 : 외상 후 스트레스 장애의 예방

예방이라는 의미에서는 외상 후 스트레스 장애 발생 위험이 높은 특정 직업군이 대상이 될 수 있다. 소방관, 경찰관, 재해 구조대, 은행의 금전 출납원, 상점 계산대 직원 등은 급성 스트레스 장애와 외상 후 스트레스 장애 증상의 경험을 많이 한다. 그러므로 이러한 사람들이 일하는 사업장의 고용주나 인사 관리 계통 사람들과 고위험 스트레스 요인과 예방 전략에 대해 토론할 수 있어야 한다.

재해 이전에 실시되는 가장 중요한 예방 기법은 훈련(training)이다. 사고가 발생했을 때 고용주가 무엇을 해야 하는지에 대해 교육하여, 사고 상황에서 근로자의 상태를 이해

하고 관리할 수 있도록 한다. 또한 특정 형태의 스트레스에 대해 교육하여야 한다. 대부분의 재해는 무작위로 발생하지만, 특정 사고는 특정 직업에서만 발생할 수 있다. 따라서 그에 맞는 훈련 교본을 만들어 작업 관련 스트레스에 비중을 두어야 한다.

2. 재해 직후 : 조기 중재

사고 후 1~3시간 소요하면서 시행한다. 재해 직후 조기 중재의 형태는 사고의 형태와 규모에 따라 달라진다. 근로자가 많은 작업장에서 재해가 발생했다면, 미국의 경우 사례 관리자나 다른 보건 관리자들은 위기 상황 스트레스 관리(CISD, Critical Incident Stress Debriefing) 프로그램 요청이 가능하다. 최초 보고는 사고 이후 24~72시간 내에 시행한다. 이어서 정신과적인 증상을 보고하거나 급성 스트레스 장애를 보이는 근로자들에게 심리적인 중재를 시행한다. 보통 한 명 내지 두 명의 훈련된 임상 심리사가 위기 상황 스트레스 해소법을 시행한다. 흔히, 동료 근로자 후원 조직도 이용 가능한 방법이다.

3. 재해 이후 : 급성 스트레스 장애 및 외상 후 스트레스 장애 파악

급성 스트레스 장애와 외상 후 스트레스 장애로 고통을 받는 근로자는 잘 발견되지 않는다. 근로자와 관리자들은 급성

또는 만성적인 외상에의 노출 이후에 무엇이 뒤따르는지 잘 모른다. 그렇기 때문에 비적응적인 행동을 잘 발견하지 못한다. 이 외에도, 재해를 당한 근로자들은 자신이 심리적으로 나약한 것으로 인식되는 것을 두려워하여 정서적인 고통을 호소하는 데 주저한다. 따라서 사례 관리자 및 보건 관리자들은 급성 스트레스 장애와 외상 후 스트레스 장애의 징후 및 증상에 대해 잘 알고 있어야 한다. 또한 많은 정신과적인 질환이 외상 후 스트레스 장애와 비슷한 증상을 보이기 때문에 외상 후 스트레스 장애로 진단하기 이전에 반드시 다른 질환을 배제해야 한다. 가장 자주 하는 오진은 불안이나 우울증이 동반된 적응 장애다. 미국 정신의학회의 공식적인 진단 체계인 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판(DSM-IV)에 의하면, 가장 뚜렷이 구별되는 점은 극심한 사고가 아닌 덜 심한 스트레스(즉, 퇴직 이혼)가 적응 장애와 관련되어 있으며 이는 외상 후 스트레스 장애의 통상적인 치료 및 중재가 필요하지 않다.

4. 외상 후 스트레스 장애의 치료

외상 후 스트레스 장애의 치료와 이로 인해 발생 가능한 장애 상태를 예방하도록 고안된 특별한 서비스를 포함해야 하며, 다양한 접근을 시도할 수 있다. 이것은 외상 후 스트레스 장애에 대한 경험이 많은 정신과 전문의가 실시해야 하며 약물 치료도 포함한다. 또한 스트레스 예방 훈련(SIT, Stress Inoculation Training)도 시행해 볼 수 있다.

5. 작업 복귀에 대한 고려

상황에 따라 재해 이후에 근로자 당사자의 업무 능력을 수정하고 작업 형태를 수정해서 작업 복귀를 시도해 보아야 한다.

대책

산업 재해 후 발생할 수 있는 정신적인 문제인 외상 후 스트레스 장애는 심각한 정신과적인 질환으로, 방치하면 점점 만성적 장애 상태로 빠질 가능성이 증가하게 된다. 그렇기 때문에 관리의 가장 중요한 요점은 예방과 사고 직후 조기 중재를 하여 최소화하는 것이다.

아직까지 우리나라에서는 산재 사고와 관련해 정신과적인 문제에 대해 아무런 대책도 없는 상태이지만 재활 단계에서는 심리적 재활을 거론하며 그 요구도가 증가하고 있는 실정이다. 산재가 발생한 직후에 정신과적인 문제가 있는 환자들을 선별하여 치료한 이후에 지역 사회의 재활로 연계되어야 하며, 재활 단계에서도 정신과적인 문제를 정기적으로 모니터링하고 필요한 경우 치료 시스템과 연계해야 한다. 산재 환자의 정신 건강이 유지되면, 신체 장애에 대한 치료 및 재활이 더 용이하게 되고, 재해 환자들의 삶의 질도 향상될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 근로복지공단, 산재보상보험. <http://www.welco.or.kr/>
- 노동부 산재보험과 (2002). 재활 사업 5개년 계획 추진 실적 평가회의 자료.
- 노동부 (2003), 2002년 산업 재해 통계.
- 노동부 (2001). 산업 근로자 재활 사업 5개년 계획서.
- 민주노총 (1996). 95 산재처리현황 조사결과.
- 한국노동연구원 (2002). '산재근로자 사회직업적응 프로그램' 관련 자료 II, 사업수행평가보고서.
- 厚生労働省(日本) (2001). 《心的トラウマの理解とケア》
- Addley K. (1997). Occupational stress : a practical approach. Butterworth-Heinemann APA, Disaster psychiatry War and Terrorism : How to Cope.
- Freeman D. B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the injured worker part II. Case Manager 2000, 11(4), 49-52.
- Grunert B. K., Smith C. J., & Devine C. A. (1988). Early Psychological Aspects of Severe Hand Injury. J Hand Surg 1988, 13B, 177-180.
- Hu B. S., Liang Y. X., Hu X. Y., Long Y. F., & Ge L. N. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Co-workers Following Exposure to a Fatal Construction Accident in China. Int J Occup Environ Health 2000, 6, 203-207.
- Hull A. M., Alexander D. A., & Klein S. (2002). Survivors of the Piper Alpha Oil Platform Disaster : Long-term Follow-up Study. Br J Psychiatry 2002, 181, 433-438.
- Kilpatrick D. G., & Resnick H. S. (1993). Posttraumatic Stress

Disorder Associated with Exposure to Criminal Victimization in Clinical and Community Populations, in Posttraumatic Stress Disorder, DSM-IV and Beyond, edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington DC, American Psychiatric Press, 99-111.