creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

문학박사 학위논문

장애여성의 시설화 과정에 관한 연구

- 서울시립부녀보호지도소 사례를 중심으로, 1961~2010

2023년 8월

서울대학교 대학원

협동과정 여성학전공

황 지 성

장애여성의 시설화 과정에 관한 연구

- 서울시립부녀보호지도소 사례를 중심으로, 1961-2010

지도교수 추 지 현

이 논문을 문학박사 학위논문으로 제출함

2023년 8월

서울대학교 대학원

협동과정 여성학전공

황 지 성

황지성의 박사학위논문을 인준함

2023년 8월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국 문 초 록

이 연구는 한국 사회에서 정신적 장애여성의 시설 수용이 지속된 요인과 이 과정에서 젠더, 장애, 계급, 나이 등이 어떻게 교차하여 작동했는가를 규명한다. 한국 사회에서 시설 수용 대상이 되어온 가장 대표적인 집단은 정신적 장애여성으로, 사회변동에도 불구하고 이들의 몸이 위치해야 할 유일한 장소는 시설 혹은 가족으로 구성되어왔다. 탈시설화 혹은 (돌봄의)탈가족화에 대한 논의들은 상호 분절되어 돌봄자 혹은 피돌봄자로만 환원될 수 없는 여러 정체성이 교차하는 주체들의 시설화 문제에 대해 관심을 두지 않았다. 이 속에서 정신적 장애여성이 어떻게 사회적으로 구성 및 규정되어 왔고 또 그들의 몸은 어떻게 시설로 배치되어 왔으며 그 효과는 무엇인지는 분석의 공백 상태에 있었다. 이 연구는 여성주의 장애학과 역사적 제도주의의 관점에 기반하여 한국 사회 복지제도의 변화과정 속에 정신적 장애여성의 시설화를 위치 지우고, 정신적 장애여성의 시설 수용을 추동하고 비가시화한 요인으로 의료복지전문가, 인권 · 시민사회 등 다양한 행위자들의 담론적 실천과 가족 및 복지제도의 변화에 주목했다. 이를 위해 1960년대 부랑부녀라는 집단을 수용대상으로 삼았던 갱생시설에서부터 장애여성 복지시설로 구축된 현재까지 역사적으로 지속적인 변화과정을 겪은 서울시립부녀보호지도소에 대한 사례연구를 진행했다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 정신적 장애여성의 시설화를 추동한 핵심적 요인은 비/장애 여성의 장애를 물질적으로 구성, 심화한 이성애 규범적 가족과 젠더관계다.

한국 사회는 개별 시민의 복지와 돌봄에 대한 책임을 가족에게 전가했고, 가난한 노동자 계층 여성들은 가족의 사회재생산은 물론 생계 부양까지 책임져야 했다. 여성의 이중노동과 종속적 지위, 젠더폭력은 빈곤과 교차해 많은 비/장애 여성의 정신적 장애를 물질적으로 생산하고 심화했다. 여성들은 애초에 장애를 생산해 낸 가족 내 역할, 젠더폭력으로 인해 가족 내 지위를 박탈당하고 방임, 유기, 위탁 등을 통해 시설화되었다.

둘째, 정신적 장애여성의 시설화를 제도적으로 가능하게 한 것은 가족중심적 · 잔여적 복지제도다.

경제성장을 우선순위에 둔 개발국가는 공적 복지제도의 수립을 지연했고 복지제도의 부재 속에서 대부분의 빈곤 노동계층은 장애 여부와 무관하게 자력으로 삶의 재/생산을 이어갔다. 가족이 없거나 가족이 부양할 수 없는 일부 부랑 상태의 비/장애 여성은 일제단속에 의해 시설 구호 대상이 되었다. 공적 복지제도의 부재로 계층 간 빈부격차 및 가족의 사회재생산 위험이 심화된 1980년대부터 시설화는 가족의 사회재생산 위험에 대한 대응으로서 제도화된다. 정부는 한편으로 기존의 가족중심적 · 잔여적 복지제도의 큰 틀을 유지하면서 제도의 내재적 중첩, 전환, 표류 등을 통해 시설화를 적극 유도하고 다른 한편으로 민간 의료복지산업을 양성한다. 이에 공적 복지제도의 부재가 양산하는 부랑, 장애, 젠더 등의 정체성이 중첩된 대규모 인구가 지속적으로 시설로 유입된다. 정권교체 이후 공적 복지제도가 도입되었음에도 불구하고 신자유주의화와 경제위기는 제도의 거대한 사각지대를 만들게 되며, 실질적 평등과 돌봄의 부재는 계급, 장애, 젠더, 나이 등으로 인한 차별을 교차적으로 경험하는 인구의 시설화를 지속시키게 된다.

셋째, 시설화를 둘러싼 제도변화를 추동, 묵인, 정당화한 것은 의료복지 관련 전문가, 인권 · 시민사회 진영 등 다양한 행위자들의 이해관계와 장애에 대한 의료적 · 생물학적 관점이다.

20세기 전반기, 상대적으로 우생학의 영향력이 크지 않았던 개발도상 민족국가들은 근대화와 국가 통치를 위한 기술로써 우생학과 정신보건 담론을 폭넓게 받아들이게 되며, 한국에서도 가족계획사업, 사회정화 등 인구통치 기획에 동참한 정신의료 전문가들이 우생학과 정신보건 담론을 적극 도입했다. 정신의료를 비롯한 다양한 전문가 집단은 장애 여부와 무관하게 각종 육체노동에 종사하며 생계를 도모한 비/장애 부랑인, 윤락여성 등을 장애, 젠더, 계급과 동시에 결부시켜 우생학적 · 정신병리적 위험으로 구성하고, 이들에 대한 치료적 통치이자 복지의 차원에서 시설화를 정당화하고 추동했다. 1980년대 이후 국제적 인권레짐의 부상으로 우생학 담론은 더 이상 정치적 영향력을 발휘할 수 없게 되지만, 이를 대체한 전문화된 치료 · 재활 · 복지의 담론적 실천은 정신적 장애를 생물학적 결함 또는 의학적 치료의 대상으로 지속적으로 구성해낸다. 민주화를 통해 부상한 인권 · 시민사회 진영은 권위주의 시기 반인권적 인신구속 제도와 관행에 제동을 걸었지만, 생물학적인 결함을 가진 '비정상' 타자로 구성되어 시설에 수용되어야 했

던 장애, 젠더, 계급이 교차하는 주체들의 시설화는 자유주의적 정체성을 기반으로 한 ‘인권’ 논의에서 제외된다. 오늘날 더욱 의료화되고 개인화된 의료복지 분야의 지배적 담론은 소수자를 개별적 치료·재활의 대상으로 구성해내며, 장애, 젠더, 계급, 나이 등을 분절한 신자유주의적 복지제도 운용은 교차적 주체를 제도 내에서 비가시화하고 그들의 시설화를 추동하고 있다.

이와 같이 한국 사회에서 정신적 장애여성이라는 교차적 주체의 시설화는 이성애 규범적 가족 및 이를 중심으로 한 복지제도의 존립과 함께 지속되고 효과적으로 비가시화될 수 있었다. 이는 탈시설화 논의와 운동이 젠더정치학과 결코 분리될 수 없음은 물론 돌봄의 가치를 인정하지 않는 생산성과 효율성 중심의 정치경제를 떠받쳐온 체계로써 가족과 시설이 상호 긴밀하게 연결되어 온 역사에 주목할 필요가 있음을 시사한다. 이를 위해 몸으로 사는 인간 존재의 취약성을 근본적으로 사유할 필요가 있다.

주요어: 시설화, 정신적 장애여성, 가족자유주의, 복지제도, 교차성

학번: 2016-32062

목 차

국문초록 ····· i

1. 서론 ····· 1

(1) 문제제기 ····· 1
(2) 선행연구 검토 ····· 7
1) 한국 사회의 시설화 역사 ····· 7
① 개발국가 복지체제와 형벌-복지의 연계로서 요구호자에 대한 시설화 ····· 7
② 여성에 대한 통제 정책과 부녀보호지도소 ····· 11
2) 장애인 시설화의 역사와 탈시설화의 도전 ····· 16
3) 가족자유주의와 젠더 ····· 22
(3) 이론적 자원 ····· 28
1) 시설화와 자율성 박탈 ····· 28
2) 여성주의 장애학: 장애의 역사적이고 물질적인 구성 ····· 39
3) 역사적 제도주의 ····· 43
(4) 연구방법과 논문의 구성 ····· 47
1) 연구방법과 자료 ····· 47
① 사례연구 ····· 47
② 문헌 및 담론 분석 ····· 49
③ 심층면접 ····· 51
2) 논문의 구성 ····· 56

2. 부녀보호소의 설립:
가족 밖 여성에 대한 관리제도의 등장(1961-1967) ····· 57
(1) 여성 대상 갱생시설 부녀보호소의 설립 ····· 57
(2) 비장애·남성 중심 정신보건 담론 수용과 여성의 정신병리화 ····· 66
1) 정신보건 담론 도입의 국내외적 맥락 ····· 66
2) 부랑부녀자에 대한 '저능' 호명 ····· 75
(3) 복지제도의 부재와 생계부양자로서 여성 ····· 83
1) 복지제도 부재와 가족 단위의 생존 전략 ····· 83
2) 여성의 불구화와 신체·남성 중심의 '불구자' 구휼제도 ····· 87
(4) 소결 ····· 97

3. 부녀보호소의 분화:
인구통치와 장애 선별(1968-1979) ····· 100
(1) 정신적 장애여성의 범주화와 선별적 수용 ····· 100
1) 윤락여성과 부랑부녀의 분리 수용 ····· 100
2) 부랑부녀의 시설 유입 확대 ····· 105
3) 수용여성에 대한 강압적 관리와 감금 ····· 110
(2) 인구통치와 우생학적 위험으로서 정신적 장애여성 ····· 113
1) 유전학 지식을 통해 갱신된 정신적 장애여성의 위험화 ····· 113
2) '인권적' 우생학 조치와 인구통치: 민간 복지시설의 이해 접합 ···· 123
(3) 복지제도의 부재 지속과 가족 내 여성의 정신적 장애의 물질적 구성 및 심화 ····· 134
1) 지속된 의료복지제도의 부재와 사회재생산의 가족화 ····· 134
2) 젠더화된 사회재생산과 가족 내 여성의 장애화 ····· 144
(4) 소결 ····· 154

4. 복지시설로의 전환과 민간위탁:
장애인 인권보장과 통치비용 최소화의 결합(1980-1994) ····· 156
(1) 자선적 종교 기반 복지의 중첩 ····· 156
1) 종교 사회복지주체의 운영위탁 ····· 157
2) 시설의 대규모화와 기능화 ····· 164
3) 민주화 이후 운영의 민주화와 시립여자기술원 폐쇄 ····· 171
(2) 장애인 인권보장을 위한 담론적 실천의 역설적 효과 ····· 175
1) 인권보장의 주체로서 장애 호명과 선별적 포섭 ····· 175
① 정신박약의 의료화와 심신장애자 인권보장으로서 시설 ····· 175
② 치료 대상으로서의 정신장애인과 '부랑' 인구의 중첩 ····· 182
2) 민주화 이후 강제인신구속 반대와 시설화의 방향 구축:
수용절차의 합법성 강조 ····· 187
3) 님비현상: 정상중심주의와 경제적 자유주의의 결합 ····· 200
(3) 의료복지를 대체한 시설과 가족의 활용 ····· 204
1) 의료복지제도의 대체제로서 민간 의료복지시설 ····· 204
2) 맞벌이 가구의 증대와 본격화되는 돌봄의 탈가족화 ····· 211
3) 가족과 시설에서 여성의 정신적 장애의 물질적 구성 및 심화 ····· 217
(4) 소결 ····· 227

5. 노숙인 시설로의 재구축: 복지제도의 신자유주의적 운용과
장애・젠더・연령의 교차성 중화(1995-2010) ····· 229
(1) 여성 범주의 통합과 계층・연령・장애의 교차성 비가시화 ····· 229
1) 대방부녀보호소 폐쇄와 노숙여성 시설로의 통합 ····· 229
2) 서울시립영보자애원의 전문화・기능분화 ····· 232
(2) 시장화・개별화된 치료・돌봄과 장애・노숙・노령・젠더의 분리 ····· 238
1) 정신의료 약물의 지배와 개인화된 치료・회복의 요구 ····· 238

2) 시장 중심의 복지서비스와 '돌봄'의 부재 ····· 243
3) 실직 남성을 이념형으로 한 '노숙인' 복지의 재편 ····· 246
4) 비장애중심적 젠더폭력 여성정책 담론 ····· 250
(3) 가족의 선택에 의한 "그림자 감금" ····· 255
1) 공적 의료복지 제도화와 가족의 제한된 선택지로서의 시설 ····· 255
2) 정신적 장애여성의 자발적 순응 ····· 266
3) 젠더폭력 피해 장애여성의 시설화 ····· 271
(4) 소결 ····· 274

6. 결론 ····· 275
가. 연구요약 ····· 275
나. 함의와 과제 ····· 277

참고문헌 ····· 281

Abstract ····· 305

표 목 차

표 1. 윤락행위등방지법의 요보호여자 시설 규정 ····· 12
표 2.제도변화의 유형 ····· 46
표 3. 심층면접 대상자 특징-시설 수용 경험자 ····· 53
표 4. 심층면접 대상자 특징- 시설 근무/운영 경험자 ····· 55
표 5. 1960년대 전국의 부녀보호지도소·부녀직업보도소 운영상황 ····· 62
표 6. 1965년 부녀보호소 수용 여성들의 이전 직업 ····· 83
표 7. 1965년 부녀보호소 수용 여성들의 가출 시점 연령 ····· 84
표 8. 1963년 서울시립갱생원 수용 남성들의 이전 직업 ····· 84
표 9. 1963년 서울시립갱생원 수용 남성들의 연령 ····· 85
표 10. 1968년 성인불구시설 지역별 현황 ····· 91
표 11. 1983년 서울시립남부부녀보호지도소 수용자 실태(장애종별) ····· 105
표 12. 1983년 서울시립남부부녀보호지도소 수용자 실태(연령별) ····· 106
표 13. 1970년대 기술원 사업 실적 ····· 110
표 14. 1975년 기술원 수용자 연령별 현황 ····· 110
표 15. 1976년 서울시립갱생원 정신적 장애인 수용 실태 ····· 145
표 16. 1985년 남부부녀보호소 수용자 현황 ····· 164
표 17. 1980년대 부랑인시설 수용현황 중 서울지역 현황 ····· 166
표 18. 1984년 동부여자기술원 연령별 수용자 현황 ····· 170
표 19. 서울시립 부녀시설 1993년 운영현황 ····· 174
표 20. 시립여자기술원 연도별 예산지원액 변화 ····· 174
표 21. 1980년대 심신장애자시설-성인·아동 총괄 현황 ····· 181
표 22. 전국 부랑인시설(성인) 수용현황 ····· 185
표 23. 정신장애인 수용시설(정신요양원) 현황 ····· 186
표 24. 윤락행위등방지법 보호처분 관련 신구법 조문 비교 ····· 189
표 25. 민주화 전후 의료복지시설 규모 현황 ····· 210
표 26. 2003년 서울시립여성보호센터 수용자 현황 ····· 231

표 27. 2003년 영보자애원 수용자 현황 ····· 233
표 28. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 연령별 ····· 237
표 29. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 수용 기간별 ····· 237
표 30. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 장애유형별 ····· 237
표 31. (구)생활보호법과 국민기초생활보장법 비교 ····· 257
표 32. 정신의료시설 입원 형태 별 분포 비율 ····· 261
표 33. 1995년 이후 국공립 및 사립 정신병원 정신장애인 입원 규모 변화추이 ····· 263
표 34. 2010년 복지서비스 공급기관 현황 ····· 264

그 림 목 차

그림 1. OECD 주요 국가별 인구 10만 명당 정신의료시설 병상수 ····· 3
그림 2. 대방동 부녀보호소 내부 구조 단면 ····· 61
그림 3. 1962년 부녀보호소 수용자 활동 사진 ····· 63
그림 4. 1962년 부부녀보호소 수용자 활동 사진 ····· 63
그림 5. 부녀보호소 사업수행 과정 ····· 65
그림 6. 시립아동상담소의 부랑아 처리과정 ····· 74
그림 7. 오류분소의 외부 모습 ····· 101
그림 8. 수서동에 신축된 행복원/기술원의 내부 구조 단면 ····· 103
그림 9. 1970년대 부녀보호소의 변화 ····· 105
그림 10. 서울시립남부부녀보호지도소 입소 경로 ····· 108
그림 11. 부녀직업보도소(기술원 추정) 작품전시회 모습 ····· 113
그림 12. 정심원 수용 정신적 장애여성의 유전성 여부를 파악하기 위해 실시된 염색체 검사결과 사진 ····· 122
그림 13. 1980년대 부녀보호소 변화 ····· 164
그림 14. 영보자애원 입소 경로 ····· 165
그림 15. 용인에 건립된 서울시립영보자애원 전경 ····· 168
그림 16. 세계장애자의 해 기념 우표 ····· 180
그림 17. 1991년 정신요양원의 '정상인' 강제수용 폭로 기사 ····· 193
그림 18. 1980년대 용인정신병원 행려환자 유입 경로 ····· 216
그림 19. (구)부녀보호소의 2000년대 변화 ····· 232
그림 20. 시설 분화 이후 현재 시설간판 ····· 236
그림 21. 시설 앞 도로변에 설치된 안내문 ····· 236
그림 23. 서울시 장애인 탈시설 지원 관련 조례제정 반대 집회 현장 ··· 265

1. 서론

(1) 문제제기

한국에서는 2010년 전후부터 탈/시설화를 둘러싼 논란이 꾸준히 지속되었다. 특히 2012년 형제복지원 피해 생존자가 형제복지원 사건의 진상규명을 요구하는 시위를 벌인 이후 국가권력과 시설의 공모로 극악한 인권침해가 발생했던 역사가 집중적으로 재조명되었다. 이후 과거 부랑인시설의 수많은 인권침해 사례가 지속적으로 드러나며 여론의 관심이 더욱 높아졌고[1] 이에 힘입어 2020년 말에는 2기 진실·화해를위한과거사정리위원회가 출범하여 국가 차원의 진실규명 작업을 시작했다. 이러한 흐름 속에서 여론과 학계는 물론 정부 기관까지 각종 시설에서의 인권침해 실태를 파악하거나(국가인권위원회, 2006, 2009; 조한진 외, 2012, 2017; 한국보건사회연구원, 1999) 그러한 인권침해가 발생할 수 있었던 역사적 맥락을 분석, 비판하는 작업에 집중해왔다(김재형 외, 2021; 남찬섭 외, 2020; 서울대학교 사회학과 형제복지원연구팀, 2021; 유진 외, 2021; 이영남 외, 2019; 정진각 외, 2018).

그러나 다른 한편에서는 가족 돌봄의 대안으로 시설 확장에 대한 요구가 끊임없이 제기되었다. 2000년대 전후로 가족 기능 및 형태의 다양화, 저출산 고령화 등이 진행되면서 전통적으로 가족이 담당해온 사회재생산이 '위기'를 맞게 되었고, 이에 돌봄의 사회화를 위한 돌봄시설의 확장이 지속적으로 추진되어 왔다. 이러한 시설 돌봄의 대상이 되어 온 대표적 집단은 정신적 장애인[2]이다. 2019년

---

1) 과거 부랑인시설 인권침해를 다룬 주요 국내 방송과 영화 매체는 다음과 같다. SBS 그것이 알고싶다, 2015.3.21. "형제복지원 다시 1년, 검은 배후는 누구인가"; 이조훈 감독, 2018년작, "서산개척단"; SBS 그것이 알고싶다, 2020.8.15. "'사라진 아이들'과 비밀의 섬- 선감학원의 진실"; MBC 피디수첩, 2022.10.4. "엄마의 24년-거리에서 청소된 사람들". 한국의 부랑인시설들의 인권침해 역사는 해외 언론의 주목을 받기도 했다. AP NEWS, 2016.4.20. "S. Korea Covered Up Mass Abuse, Killings of 'Vagrants'".

2) 장애인복지법은 "정신적 장애"를 "발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애"로 정의한다(2조 2항). 이 논문은 장애인복지법을 따라 발달장애와 정신장애를 통칭하는 용어로 "정신적 장애"를 사용한다. 또한 "정신질환"을 가진 사람을 지칭할 때는 "정신장애인"으로 명명한다.

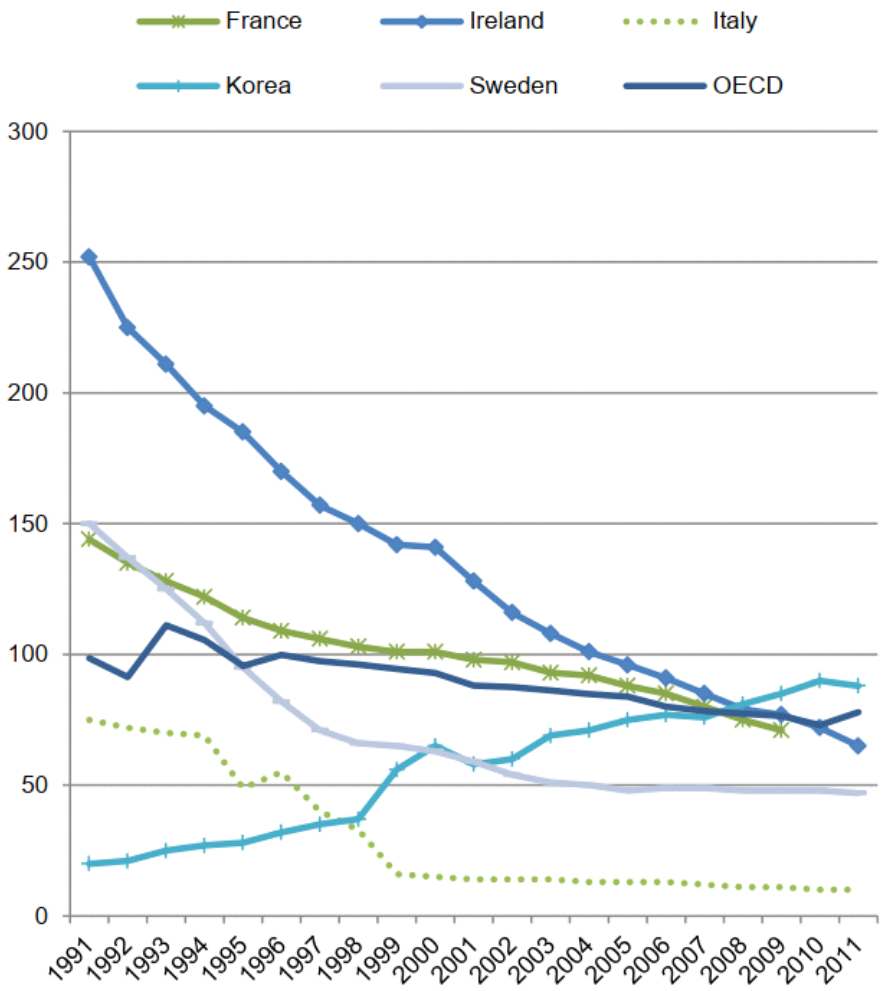
기준 등록 장애인은 약 250만 명으로 이중 지체장애인은 50%, 지적·발달장애인은 11%, 정신장애인은 4%이다. 전체 등록 장애인 인구 중 정신적 장애인의 수가 가장 적음에도 불구하고 장애 유형별 시설수용 통계에 의하면 시설수용 인구 중 70%가 정신장애인(약 7만 명)이며, 지적·발달장애인이 11%(약 2만 명), 지체장애인이 2%(약 1천 5백 명)으로, 정신적 장애인이 전체 시설수용 장애인의 약 80%를 차지하고 있는 것이다(보건복지부, 2019; 한국장애인개발원, 2019). 특히 정신장애인의 대규모 시설수용은 해외에서도 주목할 정도인데 아래 그림과 같이 경제협력개발기구(OECD) 주요 국가들의 정신의료시설 병상수는 최근 20년간 뚜렷하게 감소 추세를 보이지만, 한국은 정반대로 꾸준히 증가 추세를 나타냈으며, 급기야 2014년에는 인구 10만 명당 정신의료시설 병상수가 약 183개로 세계에서 가장 많은 병상을 보유한 국가가 되었다(국가인권위원회 외, 2019; OECD, 2013, 2014). 이러한 흐름 속에서 코로나바이러스감염증-19(코로나19) 재난이 시설과 병원 등에서의 집단 감염과 사망을 초래하자 정부는 탈시설화를 정책 의제로 내걸었고,[3] 여기에 반대하는 장애인 부모단체가 조직되기도 했다.[4] 장애인의 가족들은 탈시설이 장애인은 물론 그 가족에 대한 "사형선고"라며 가족 돌봄의 대안인 시설이 더 확대되어야 한다고 주장한다.[5]

3) 보건복지부(2021), " '거주시설에서 나와 지역사회에서 함께 살아가도록' 장애인의 온전한 자립을 뒷받침하겠습니다" (2021.8.2. 보도자료).

4) 영미권 등 서구 사회에서는 2차 세계대전 후 공적 복지의 확장 및 민주주의의 발달과 함께 1960년대 전후로 장애인의 탈시설화가 진행되었다. 장애인 탈시설화는 이를 지지하거나 반대하는 가족들의 집단행동으로 이어졌는데, 그들은 1960년대부터 현재까지 탈/시설화를 둘러싼 주요한 정치적 행위자다(재럿, 2022; Ben-Moshe, 2020). 한국에서 장애인의 가족이 탈시설화 반대(시설 옹호) 목소리를 내는 정치적 행위자로 등장한 것은 매우 최근의 일이며, 이는 이제까지 한국이 장애인에 대한 시설화 일변도의 사회였음을 방증하는 것이기도 하다. 2020년 거주시설 등에서 코로나19 집단 감염과 사망 사건이 있은 후 2021년 정부가 발표한 '탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵'은 한국 사회에서 장애인 탈시설화 정책을 가시화한 상징적 사건이었다. 정부의 발표 직후 2021년 '(사)장애인거주시설 이용자 부모회'가 조직되어 탈시설 정책 반대, 시설 확대를 요구하기 시작했다.

5) 『소셜포커스』, 2022.5.28. "발달장애 부모, 상복 입고 탈시설 반대 호소".

그림 1. OECD 주요 국가별 인구 10만 명당 정신의료시설 병상수



출처: OECD(2014), “Making mental health count”.

이처럼 장애인의 탈시설화와 돌봄의 탈가족화가 외관상 경합하는 관계인 듯 상정되는 가운데 이러한 논의 구도 자체를 문제화하는 작업은 부족한 상황이다. 탈시설화를 옹호하는 논의들은 시설이 인권침해의 온상이 되는 현실을 강력하게 비판하지만 가족, 특히 여성에게 사회재생산의 책임을 전가하는 구조가 시설의 존립을 가능하게 했던 역사는 언급하지 않는다. 반면 사회재생산의 탈가족화·사회화를 옹호하는 입장은 가족책임으로 강제된 돌봄 문제를 국가책임으로 가져가야

한다는 당위적 주장에 그칠 뿐 돌봄대상자로 상정된 이들의 상당수가 시설 돌봄에 맡겨지는 현실을 문제 삼지는 않는다. 이 속에서 한국 사회는 피돌봄자가 시설 혹은 가족 외부에 속할 수 있음을 상상하지 못하게 된다. 오늘날 정부 정책은 물론 사회구성원 모두가 시설 또는 가족이라는 이항 선택지를 자연스럽게 받아들이게 된 과정, 즉, 사회변동에도 불구하고 이 두 장소만이 유일한 돌봄의 장소로 유지될 수 있었던 과정은 그 자체가 분석되어야 한다.

문제는 이뿐만이 아니다. 탈시설화와 탈가족화에 대한 논의들은 돌봄자 혹은 피돌봄자로만 환원될 수 없는 계급, 장애, 연령, 나이, 젠더 등이 교차하는 주체의 위치와 경험을 비가시화한다. 예를 들어, 장애인이라는 주체는 단지 돌봄을 받기만 하고 타인에게 돌봄을 제공하지 않는다거나 돌봄노동자는 장애인이 아니라는 만연한 인식은, 장애인은 젠더화, 성애화, 인종화되지 않은 존재라는 잘못된 전제에 기반한다(김은정, 2022; 웬델, 2013; 장애여성공감, 2019; Ben-Moshe, 2020). 장애여성과 같은 교차적 여성주체가 담론과 운동에서 비가시화되는 문제는 여성주의 교차성 정치학을 통해 오랜 시간 지적되어왔다(김보명, 2018; Crenshaw, 1993; Puar, 2012). 교차성의 정치학은 단일한 정체성 정치가 집단 내부의 차이를 무시할 뿐 아니라 모든 억압이 상이한 힘들의 상호 교차하는 양식의 산물이라는 인식을 차단한다는 문제의식에서 출발한다. 또한 다층적인 억압의 구조들의 교차와 그 안에서 비가시화되기 쉬운 주체들의 경험을 구체적인 시공간 속에서 맥락화할 것을 촉구한다. 따라서 장애여성이라는 교차적 주체와 그들의 경험을 가시화하려면 장애와 젠더 모두를 생물학적으로 고정적이거나 선재하는 정체성으로 전제할 것이 아니라 현대 한국이라는 시공간 안에서 작동해온 교차하는 억압의 산물로 보고, 서구・남성・비장애 중심의 인식론에 뿌리를 둔 단일 정체성・주체 모델에서 탈피해야 한다.

탈시설화와 탈가족화의 논쟁 구도가 단일 정체성 모델에 기반해 다양한 교차적 주체와 그들의 경험을 비가시화하는 문제는 최근 시설 문제 관련 가장 주목받은 '부랑인'이라는 이념형에서도 극명하게 드러났다. 역사적으로 부랑인 집단은 대개 남성 젠더로 상정되어 그들의 일부를 이루는 부랑여성('요보호여자'로 명명된 윤락여성은 부랑여성의 일부다)의 경험은 상대적으로 분석되지 못했다. 또한 부랑인과 장애인 집단은 매우 이질적인 집단으로 상정되어 각각에 대한 시설화 논의도

분절적으로 이뤄져 왔지만, 사실 그 둘은 역사적으로 상당히 중첩된 집단이었고 많은 경우 장애인은 (비장애인/남성으로 상정되는) 부랑인이라는 명명에 가려졌다. 부랑인이라는 이념형에 가려진 장애인의 비가시화는 장애인 집단 내부의 다양한 이질성을 이중으로 비가시화하는 결과로도 이어진다. 장애인 중에서도 정신적 장애인은 신체적 장애인에 비해 재현과 분석의 대상이 되지 못하고, 장애남성의 경험은 장애여성의 경험과 매우 다르지만 그것은 전체 장애인의 경험인 양 재현되고 대표되는 경향이 있기 때문이다. 또 정신적 장애 중에서도 발달장애와 정신장애는 전혀 다른 특성을 갖지만 그들은 역사 속에서 한 범주로 취급되며 차이가 무화되기도 했고, 특히 정신장애는 법적 장애인 범주에서 오랫동안 제외되는 부당함을 겪어왔다. 따라서 '부랑인'이라는 모호한 범주 안에서의 이 같은 다양한 체현과 경험의 차이들 그리고 그들이 시설화된 과정에 대해서는 별도의 설명이 필요하다. 기실 인종, 계급, 젠더, 섹슈얼리티, 장애 등 규범화의 범주를 거친 정체화(identification) 자체가 생명권력 통치의 효과(김은주, 2020: 89)이기에, 규범적 정체화의 틈새에 숨겨져 명명되지 않은 '타자'의 몸과 그들이 배치되어온 공간의 성격을 드러내는 것은 '생명' 개념과 인구통치의 성격 그 자체를 발본에서 성찰해야 하는 작업일 수밖에 없다.

이러한 문제의식에서 이 논문은 한국의 탈/시설화를 둘러싼 논의가 분석의 공백 상태로 남겨두고 있는 부분, 즉 정신적 장애여성이 위치해야 하는 장소가 시설 혹은 가족으로 구성되어 온 계보를 추적하고자 한다. 정신적 장애여성은 오랜 시간 시설수용의 대상이 되어 왔지만 부랑인/부랑부녀라는 모호한 명명 속에 휩쓸려 들어가 그들의 독특한 경험과 시설화 과정은 재현과 분석 대상이 되지 못했다. 이는 그들의 시설수용이 외관상 권력작동의 문제로 보이지 않는다는 문제에서도 일정 정도 기인한다. 형제복지원이라는 사례를 통해 잘 알려진 것처럼 과거 부랑인시설 등의 문제는 국가권력이 밀접하게 개입한 억압적 방식의 인신구속이라는 점에서 누구도 그 부당함에 의문을 제기하지 않는다. 반면 장애여성을 비롯한 '피돌봄자'가 시설에 배치되는 것은 대개 개별 가족과 당사자의 선택 내지 수용(受容)의 형식을 취한다. 이 때문에 정신적 장애여성은 과거로부터 오늘날까지 대규모 시설수용 대상인 동시에 가장 비가시적인 집단으로 남아있다.

이 논문은 한국 사회에서 정신적 장애여성이 어떤 방식으로 구성되고 규정되어

왔는지, 또 그들의 몸이 어떤 과정을 통해 시설로 배치되어 왔는지를 설명하고자 한다. 이러한 연구목적에 따라 서울시립부녀보호지도소(이하 부녀보호소)라는 여성 수용시설에 대한 사례연구를 진행한다. 부녀보호소는 1961년 '부랑부녀' 대상 서울시 공립 수용시설로 최초 설립되었으며 끊임없이 변화해왔다. 2000년대 이후로는 민간 노숙여성・정신적 장애여성 대상 복지시설로 전환했다. 즉, '부랑여성'이라는 모호한 범주를 대상으로 한 수용시설이었던 과거를 지나 현재의 '장애여성' 복지시설에 이르기까지 탈/시설화를 둘러싼 현재 논의 지형의 중심에 있는 모든 주체들을 수용 대상으로 삼았던 역사가 있기에 부녀보호소는 이 논문의 연구목적을 위한 사례로 적합하다. 부녀보호소의 약 반세기에 거친 변화과정에서 대부분의 시기 동안 정신적 장애여성은 명시적인 수용 대상 범주(부랑/노숙인)로 호명되지는 않았지만 실제 수용자의 다수를 차지해왔고 현재도 그러하다. 이는 한국 사회의 반세기 역사동안 지속된 국가 또는 가족을 중심으로 한 복지체계가 그들을 지속적으로 복지의 사각지대에 놓이게 했으며 동시에 그들에 대한 시설화가 비가시화된 채 지속되었음을 의미한다. 부랑/노숙인 중 여성만을 수용한 대규모의 독보적 시설로 끊임없이 변화하며 존립해온 부녀보호소(서울시정개발연구원, 2001; 보건사회부, 1990)의 역사적 변화를 본다는 것은 한국 사회에서 정신적 장애여성이라는 교차적 주체가 어떻게 구성되어 왔고 그들의 삶의 공간이 어떠한 방식으로 수용시설로 제한되어 왔으며, 결국 '권력'이란 궁극적으로 무엇인지를 질문하는 것이다.

이 논문은 여성 대상 시설화 제도로서 부녀보호소의 목표와 기능이 시기별로 어떻게 변화해 왔으며 이러한 변화에도 불구하고 정신적 장애여성에 대한 시설수용이 지속될 수 있었던 이유는 무엇인지, 이 과정에서 젠더, 장애, 연령, 계급 등은 어떻게 교차하여 작동했는지를 규명하고자 한다. 이것은 가족제도를 경유하며 장애여성의 시민권이 박탈되고 문제화되는 과정을 설명하는 작업이기도 하다. 다양한 행위자들과 담론, 기술, 정책 등의 네트워크가 역사적으로 특수하게 변화하고 우연히 접목되어 변형되는 일련의 과정으로서 "시설화"(institutionalization) (Ben-Moshe, 2020) 현상을 정신적 장애여성이라는 교차적 주체를 중심에 두고 분석하고자 한다.

(2) 선행연구 검토

1) 한국 사회의 시설화 역사

① 개발국가 복지체제와 형벌-복지의 연계로서 요구호자에 대한 시설화

한국은 탈식민, 분단, 권위주의 개발국가체제라는 역사적 조건을 지나오며 오랜 기간 복지체제의 암흑기를 겪었다고 평가된다. 국가는 절대적 빈곤과 대량 실업 등을 타개하기 위해 전통적 가족 가치를 강조하였으며, 분배보다 경제성장에 배타적으로 치중하는 "발전주의 복지체제" 혹은 "개발국가 복지체제"(윤홍식, 2019b; 정무권, 2009)를 형성했다. 개발국가 복지체제는 전 국민의 최저생활을 보장하는 복지정책을 등한시하고 경제개발을 복지의 등가물로 여겼으며, 개별 가족, 특히 여성의 개인적 희생과 노력이 최소한의 복지 욕구를 충족시키는 매개가 되었다고 지적된다(송다영, 2014; 윤홍식, 2019b). 이 때문에 한국의 학술 논의 지형에서 복지제도의 일부분으로서 기능해온 시설은 오랫동안 주목받지 못했다. 게다가 1980년대 말 무렵부터 문제가 드러나기 시작해 산발적으로 쟁점이 되었던 시설들은 주로 민간에 의해 운영되었고, " '사회복지시설=사유재산'이라는 인식"(최종숙, 2017) 또한 만연했다. 형제복지원 등 부랑인시설에 대한 다양한 학술적 연구가 이루어지고, 국가 통치성과 관련해 시설화 문제가 재조명되기 시작한 것은 매우 최근의 일이다.

시설 자체에 초점을 맞추고 있지는 않지만, 한국이 시설화된 복지를 구축하게 된 맥락을 설명하는 연구들이 사회복지학 분야를 중심으로 진행된 바 있다. 한국은 해방 직후 냉전의 최대 격전지가 되면서 오랫동안 자유주의 국가(주로 미국)의 원조 기관에 의해 복지체제가 계획 및 집행되었고, 이로 인해 복지체제가 '안보'와 대단히 밀접하게 연결되어있었다는 특수성이 있다고 평가된다(남찬섭, 2005; 윤홍식, 2019b; 최원규, 1996). 즉, 한국에서 복지는 처음부터 사회 내의 경제적 재분배 기능을 담당하기보다 반공국가화라는 세계 자본주의의 정치군사 전략의 일환으로 형성되어 왔던 것이다. 물론 서구사회의 복지체계 또한 자본주의 및 국민국가의 성장에 따른 다양한 문제를 해결하며 사회통제 기능을 수행해 왔다고

지적되지만(Garland, 1988; Gordon, 1994; 동즐로, 2005; 프로카치, 2013), 후기식민지와 냉전, 군사독재가 이어진 한국이라는 지정학적 공간에서 성립된 복지체제는 사회통제적 성격이 극대화된 독특한 체계로 형성되었다는 점에서 주목되어 왔다. 특히 한국전쟁이 공산주의와 자유주의의 체제전쟁이 되면서, 자유주의 수호를 호소하며 결집한 미국 기독교 중심의 원조기관들의 영향력에 대한 연구가 개진되기도 했다. 남한에서 반공 기독교 종교단체(대부분 개신교와 천주교)를 매개로 원조 자원을 배분한 외원기관들은 오늘날까지 특정 종교가 정치적으로는 물론 복지 전달체계 등 한국 사회 전반에서 막강한 힘을 발휘할 수 있게 하는 밑바탕이 되기도 하였다고 설명된다(곽효선, 1988; 윤정란, 2015; 제3시대그리스도교연구소, 2017; 주윤정, 2007). 또한 이러한 기독교 중심의 원조는 서구의 민간 종교기관이 '자선' 명목으로 요구호자를 시설에 수용해 서비스를 제공했던 복지전달 체계를 한국에 고착시켰다는 점에서 주목된다.[6] 이러한 연구들을 통해 근대 자유주의 국가형성과 맥을 같이하는 보편적 통치 기제로서 복지체제의 위상을 확인할 수 있으며, 서구 및 비서구 국가 간 역사적・지정학적 관계가 각 국가의 특수한 복지체제를 형성해왔음을 알 수 있다.

한편, 2010년 형제복지원 사건의 재이슈화는 한국의 특수한 지정학적 맥락에서 형성된 시설 중심의 복지가 구체적으로 어떠한 인구통치 기제로 작동해왔는가에 관한 다학제적 연구를 촉발했다. 해당 연구들은 서구 사회에서 인구통치를 위해 기능한 다양한 담론적 실천이 한국에서 어떠한 방식으로 흡수・변형되었는지에 주목했다. 1950년대 무렵까지도 실직 빈곤층이나 경범죄자, 부랑인, 성판매여성, 장애인 등 사회적 소수자들을 정신적 결함이 있거나 내재적 범죄성향을 가진 사람들로 문제화하고, 그들을 '치료' 또는 '재활' 명목으로 시설에 수용해야 한다는 것이 미국의 주류적인 의료・복지・보건 분야 지식이었다. 형사사법기관은 범죄자 혹은 범죄 가능성이 있다고 여겨진 결함 있는 인구를 불확정적 기간동안 치료시설(asylum), 감화원, 소년원, 복지시설 등 각종 시설에 수용할 것을 명령했다. 그리고 수용을 집행하는 시설은 정신의학, 사회복지, 심리학 분야 등의 다양한 전문가와 연계하여 '치료', '재활'을 제공하는 것을 표방하는 이른바 "형벌-복

6) 이러한 수용시설 중심 구호/복지는 일제 식민지시기의 유제와 결합한 결과이기도 하다. 민간 수용시설은 복지의 책임을 거부하거나 최소화하려는 조선총독부를 대신해 취약계층 조선인에 대한 구호/복지를 떠맡으며 형성되기 시작했다(예지숙, 2017).

지주의"(penal-welfarism)(Garland, 1987, 2001) 체계가 작동하고 있었던 것이다. 서구 사회의 형벌-복지주의를 중심으로 한 담론적 실천은 해방 한국의 의학, 보건, 사회복지 관련 지식과 기술을 형성하는 데 지대한 영향을 끼쳤다. 한국의 의료복지 전문가 집단은 부랑인, 윤락여성, 장애인 등 당대 한국 사회에서 대규모로 양산된 요구호 집단을 결함자이자 (잠정적)범죄자 집단으로 규정했고, 구호·복지와 치안유지적 성격을 혼합한 시설수용 조치가 만연하게 되었다(김대현, 2021, 2022; 소현숙, 2018; 하금철, 2017; 황지성, 2020b).

형벌-복지가 연계된 혼종적 복지체계가 의료복지 관련 전문가의 담론적 실천을 넘어 광범위한 대중적 지지를 얻으며 효과적으로 추동되도록 만든 요인, 즉 거시적인 "정치적 합리성"(political rationalities)(Scott, 2005) 내지 통치성 등에 관한 분석 역시 나오고 있다. 부랑인 등 빈민 요구호 집단의 시설화를 추동했던 권위주의 체제의 성격을 분석하기 위해 수행된 다수의 연구는 생명정치적 통치 개념을 동원해 왔는데, 생명정치적 통치는 사회적으로 배제해야 할 인구와 포섭할 인구를 분할[7]하고, 이러한 분할을 위해 광범위한 사회통제적 기술을 조직하는 것을 특징으로 한다. 해당 연구들은 시설 수용 중심의 복지를 추동한 생명정치적 통치의 성격이 부랑인 등 요구호자를 "생산적 주체", "산업 전사"로 만들기 위한 (명목상이나마) 포섭 전략이었다거나(김아람, 2011; 이상록, 2011), 반대로 배제나 제거를 목표로 한 것 혹은 포섭과 배제의 결합 내지 둘 "사이" 어딘가에 있는 것으로 분석하는 등 다양한 해석과 논쟁이 이루어지고 있다(박홍근, 2015; 서울대 사회학과 형제복지원연구팀, 2021; 이소영, 2016).

이러한 흐름 속에서 요구호자에 대한 시설화 역사를 국가라는 거시적 행위자나 추상적 이데올로기 차원에 집중해 규명하려 했던 초기 연구 경향에서 벗어나 다양한 행위자들 간의 물질적 이해관계나 미시정치에 집중하는 연구들도 상당히 제출되었다. 의료, 심리학 등 전문지식과 기술의 문제에 천착하거나(김대현, 2021,

---

7) 푸코(2015)는 콜레주드프랑스에서의 강의록『사회를 보호해야한다』에서 이러한 분할이 인종주의(racism)를 생명권력 안에 기입함으로써 작동한다고 논한다. "인간종의 생물학적 연속체" 내에서 인종적 위계를 세우고, "열등한 종이 사라질수록, 비정상적인 개인들이 제거될수록, 종을 퇴화시키는 것이 줄어들수록 (…) 종으로서의 나는 더 살 것이며, 더 강해"(305-6)진다는 논리가 인종주의다. 비록 "인종주의"로 명명하기는 했지만, 푸코는 이와 같은 배제의 권력 메커니즘이 피부색에 근거한 인종 개념에만 국한되지 않고 "범죄자", "광기" 등 다양한 "비정상"(abnormalities)(308) 인구에도 적용된다고 언급한다.

2022; 하금철, 2017), 광범위한 “사회악” 집단을 수용함으로써 자본의 효율화를 도모한 형사사법 체계의 작동(유진 외, 2020; 추지현, 2021), 시민사회 내 취약계층에 대한 사회적 배제 담론(박해남, 2019; 이정선, 2021) 등의 연구가 그것이다.[8] 민간 사회사업 행위자들에 집중하여 민간 운영 복지시설이 “사유재산”이 되어가는 과정을 비판적으로 검토한 연구들도 제출되었다(김일환, 2021; 소준철, 2021; 심재진, 2011).[9] 이상의 연구들은 한국의 시설 중심 복지체계의 역사를 단순히 부패한 권위주의 정부의 폐해나 일부 복지사업 주체의 ‘일탈적’ 행위로 단순화하는 오류를 피하고, 오늘날까지 한국의 다양한 제도와 일상에 스며든 ‘정상적’ 체계이자 그 지속적 효과로서 복지체계를 비판적으로 사유할 수 있게 한다는 점에서 의미가 있다.

한국의 수용시설의 형성과 유형별 분화, 통치성과 권력의 성격 등에 관한 연구는 그 역사가 짧고 축적된 바가 많지 않아 많은 과제가 남아있다. 또한 형제복지원이라는 단일 사례에 집중한 대다수 연구는 시설화의 이질적 대상을 고려하지 않고 비장애 성인 남성 신체로 대변되는 부랑인을 이념형으로 하고 있다. 최근 남성 젠더로 대표되는 부랑인과는 다른, ‘윤락여성’으로 명명된 집단의 시설화 역사나 그것의 젠더 효과에 주목한 연구가 제출되었지만(김대현, 2020, 2021; 김아람, 2020, 2021; 황지성, 2020b), 젠더와 장애의 교차 작동이 시설화와 관련해 어떠한 정치적 합리성을 구성하거나 시설 집행에 있어 다른 기술을 산출하게 되었는지, 그리고 그것이 발휘한 효과는 무엇인지를 규명하는 작업은 과제라 할 것이다. 특히 한국 사회 복지체제가 형성 또는 축소되는데 중요한 준거가 된 가족주의와 시설화된 복지체계의 상관관계 및 그 젠더 효과가 무엇인가 하는 문제는 한

8) 민주주의 이행기의 탈권위주의 기획에서 부랑인 등 사회적 소수자의 인권문제가 포함되지 못했던 요인과 함께 한국의 민주주의 그 자체에 대한 질문과 성찰을 촉구하는 논의도 나오고 있다(이정선, 2021; 최종숙, 2021).

9) 복지시설이 그 자체로 경제적 이윤추구를 위한 ‘사업’이 된 배경에는 외원의 문제가 있다. 전시 상황에서 외원에 의지해 응급구호 성격으로 대규모로 설립되었던 민간시설들은 전후 복구가 종료된 1970년대에 외원이 철수되자 운영 위기를 맞았다. 한국 정부는 복지시설의 체계화를 위해 1970년 사회복지사업법을 제정하였는데, 해당 법은 민간 사회복지법인에 대한 규율 근거와 함께 정부가 보조금을 “지급할 수 있다”는 것, 국가 보조의 불충분함을 메울 수 있도록 복지시설 자체적으로 “수익사업”을 할 수 있도록 다양한 혜택과 기회를 열어주자는 것을 골자로 했다. 형제복지원 등의 사례에서 알 수 있듯, 복지시설이 개인의 사유재산이 되어 수용자들의 노동력을 살인적으로 착취하는 장소가 될 수 있었던 데는 이러한 배경이 자리잡고 있었다.

국의 시설화 역사에 관한 규명과 이론화 작업에서 반드시 고려되어야 한다.

② 여성에 대한 통제 정책과 부녀보호지도소

한국의 시설화 역사에 관한 선행연구 중 여성이나 젠더 관계에 집중한 연구는 매우 부족한 상황이다. 1961년 (구)윤락행위등방지법(법률 제771호, 1961.11.9. 제정. 이하 '윤방법')[10] 제정과 동시에 설립된 공립 여성시설인 서울시립부녀보호지도소는 주로 성매매 정책이나 성매매 여성의 역사의 한 부분으로 다루어져 왔다. 그러나 윤방법과 시립부녀보호지도소는 군사정권이 복지입법을 대거 단행하는 과정에서 도입한 포괄적인 부녀[11]보호 근거법률이자 부녀복지시설이었다. 실제 윤방법에서의 보호가 필요한 이른바 "요보호여자"(要保護女子) 개념은 윤락행위를 한 여성뿐 아니라 그러한 행위를 할 가능성이 있는 불우여성 일반을 포괄하며, 해당 법의 내용은 요보호여자를 선도보호하고 자립능력을 길러주기 위해 "보호지도소" 및 "직업보도시설"의 설치를 골자로 한다.[12]

10) 이 논문은 폐지되었거나 현행법이 아닌 법령의 경우 '(구)'를 표기해 구분하였음을 밝힌다.

11) 오랫동안 한국 국가 행정에서 여성은 부녀(婦女)로 호명되었다. 가장의 아내 또는 딸을 가리키는 부녀라는 용어는 가부장적 가족 이데올로기를 강조한 국가가 정책 대상으로 삼는 여성의 위치성을 드러낸다고 지적된다(황정미, 2001: 60).

12) 윤방법상 요보호여자 시설은 "보호지도소"와 "직업보도시설"로 분류되지만, 둘은 형태나 운영 면에서 엄격하게 분리되지 않았다. 서울시립부녀보호지도소의 경우 1961년 설치 이래 지속적으로 보호수용과 직업보도 모두를 제공해 오다가, 1970년 새로운 운영책에 따라 시립여자기술원을 추가 설립해 직업보도시설로서 면모를 부각한다. 이는 1960년대까지 시설에서의 단순 '보호'가 강조되었다면, 1970년대에는 '직업보도'로 여성정책의 초점이 변화한 것을 드러낸다고 지적된다(김아람, 2020).

표 1. 윤락행위등방지법의 요보호여자 시설 규정

보호 지도소 (제7조)	①국가는 윤락행위의 상습이 있는 자와 환경 또는 성행으로 보아 윤락행위를 하게 될 현저한 우려가 있는 여자(이하 요보호여자라 한다)를 선도보호하기 위하여 보건사회부장관이 지정하는 중요도시 기타 필요한 곳에 보호지도소를 설치한다. ②보호지도소는 다음 각호의 업무를 행한다. 1. 요보호여자의 신상 기타 문제에 관하여 그 상담에 응하는 일 2. 요보호여자의 성격, 가정 또는 그 환경등에 대하여 원인을 탐구하고 필요한 지도를 행하는 일 3. 요보호여자의 동태와 분포상황등을 상시 조사파악하는 일 4. 요보호여자의 실정에 따라 필요하다고 인정할 때에는 임시로 수용보호를 행하는 일 5. 요보호여자에게 선량한 직업의 알선을 행하는 일 6. 요보호여자의 실정에 따라 그들의 가족 기타 연고자에게 귀환조치를 행하는 일 7. 기타 선도보호사업의 목적달성을 위하여 필요하다고 인정되는 일
직업보도 시설 (제8조)	①국가는 요보호여자에 대하여 자립갱생의 정신과 능력을 함양하기 위하여 필요한 곳에 직업보도시설을 설치하고 직업교육을 실시한다. ②직업보도시설의 설치와 그 조직 및 시설기준 기타 필요한 사항은 각령으로 정한다.

출처: 국가법령정보센터

시설 안에서의 보호수용과 직업보도가 결합된 여성정책 모델이 윤방법에서 처음 등장한 것은 아니며, 이 역시 한국의 특수한 지정학적 맥락에서 형성된 복지체계의 유제로 설명되기도 한다. 해방 후 여성정책의 역사적 형성과정을 분석한 황정미(2001)에 따르면, 냉전체제에서 외원의 영향으로 전근대적 시설 구호 복지체계를 형성한 1950년대에 여성과 소녀에 대한 보호정책 역시 시설 구호의 형태를 갖추게 되었다. 전쟁의 최대 피해자였던 전쟁미망인에 대한 구호 대책으로 국가와 민간은 외원의 지원을 받아 모자원과 수산장을 설립했다.[13] 당시 전쟁미망인

13) 1950년대 말 기준 전국 모자원은 67개소, 수용인원은 미망인 약 2천여 명이었으며 이는 빈곤층 미망인의 1%도 되지 않는 수치였다(이임하, 2004). 1950년대에 정부가 집행한 복지예산은 대부분 군경원호와 공공부조에 쓰였고, 부녀보호사업을 포함한 기타 부분의 예산지출은 매우 미미했다(남찬섭, 2005).

의 대다수가 기술이 없고 교육 수준이 매우 낮은 상태였으며, 이로 인해 본인과 가족을 부양할 길이 없는 해당 여성들은 구호의 대상이 되어야 했다. 한시적으로 전쟁미망인들을 수용해 보호를 제공하면서 자활을 위한 직업보도나 취업 알선을 해주는 이러한 모델은 전쟁 후 응급구호대상자가 급증한 상황에서 불가피한 면이 있었다. 또한 수산장을 통한 직업보도는 구호물자로 충당된 재봉기・편물기・헌 옷 등을 활용한 재봉, 편물, 수예 등에 한정되었고, 따라서 여성들이 자립할 수 있는 가능성은 낮았다(이임하, 2004; 황정미, 2001). 한국전쟁 후 급증한 성매매 여성을 대상으로 한 정책 역시 시설수용과 직업보도를 기본으로 했다고 설명된다. 정부는 '자매원'이라는 명칭이 붙은 시설을 설립해 성판매 여성을 수용하고 직업보도를 제공했지만, 그 역시 실질적으로 기능하지 못한 것으로 평가된다(김아람, 2020).

1961년 집권한 군사정권은 주지하다시피 반공사상에 더해 경제성장을 위한 전 국민의 내핍과 근면, 자립・자활을 강조했다. 또한 집권 초기에는 근대적 복지국가를 내걸고 복지 관련 법률을 대거 제・개정했지만, 반공체제와 관련된 군사원호 부분을 제외한 곳에는 재정투여 비율이 매우 낮았고 실효성 또한 미미했으며(김조설, 2017; 남찬섭, 2005), 구호・보호가 제공되는 경우에도 가족 단위의 부양체계에서 벗어난 자들을 낙인찍고 스스로 자활할 수 있도록 계몽하는 것을 목적으로 했다고 설명된다(황정미, 2001). 이러한 상황에서 부녀복지 관련 근거 법률로 제정된 윤방법은 국가의 보호 대상이 되는 여성을 윤락(가능성)이라는 도덕 및 범죄성과 관련한 상위계급(metaclass)으로 구성했다는 점에서 특수한 측면이 있다. 많은 페미니즘 연구자들이 국가의 정책 대상이자 문제집단으로서의 "요보호여자" 범주의 의미와 그 젠더 효과에 주목했다.

1960년대에 맹렬히 추진된 산업화는 여성의 노동시장 참여를 증대시켰지만, 이러한 참여는 남성 가장의 권위나 가계에서의 우위를 훼손하지 않는 한도 내에서 이루어져야 했다. 즉 여성의 노동시장 참여는 저임금의 고된 단순노동 영역에 집중된 것이다. 자기 자신과 가족을 부양해야 하는 빈곤한 여성들에게는 이마저도 손쉽게 접근할 수 없었기에, 많은 가족 밖 여성이 성판매 시장에 내몰려 윤방법상 "요보호여자"로 범주화되어야 했다는 것이다(김정화, 2002; 김현미, 2000). 성매매 정책의 일환으로서의 부녀보호소를 분석하는 박정미(2011)의 연구는 윤방

법의 요보호여자 시설인 부녀보호소가 성판매여성에 대한 관리와 통제를 위한 기관이었다고 설명한다. 해당 연구에 따르면 부녀보호소는 법으로 금지된 성판매 행위를 하거나 그러한 우려가 있는 여성 범죄자를 예방적으로 격리, 수용하는 처벌적 장소인 동시에 성판매 여성을 경제발전을 위한 외화벌이 통로로써 관리하기 위한 장소였다. 박정미의 연구는 개발국가 통치의 핵심에 젠더의 통치가 자리하고 있음을 부각하면서 부녀보호소라는 수용시설을 그러한 젠더의 통치에 동원된 구체적 실천과 기술의 하나로 포착했다는 데 의의가 있다.

황정미(2001) 역시 “요보호여자”의 주요 집단인 비혼모 또는 모자가정 관련 정책을 통합적으로 분석하면서, 전후 한국 복지체계의 특성인 시설화된 복지체제에서 젠더 관계의 역동을 강조한다. 그는 여성이 가정 내 존재이자 가정의 보호를 받아야 하는 존재라고 보는 가부장제가 온존하는 상황에서, 모자가정 여성이나 윤락여성 등 가부장제 외부의 여성을 일탈로 규정하고 시설에 수용하는 잔여적이고 통제적인 여성정책이 수립되었다고 보았다. 젠더 관계라는 중심축에 한국전쟁과 미군정으로 이어진 한국의 독특한 역사적 맥락이 더해져 여성에 대한 시설화된 복지가 자리 잡게 되었다는 것이다. 황정미의 연구는 윤방법과 부녀보호소를 비롯한 여성정책의 물적 조건과 그 기원이 단일한 의도와 목적을 가진 행위자의 통치 행위가 아닌, 탈식민 개발국가의 독특한 행정 구조와 젠더 관계 등을 포함한 다양하고 이질적인 권력 작동의 역사적인 배치와 조합이었음을 드러낸다.

그럼에도 부녀보호소에 관한 이상의 선행연구들은 공통적으로 “문제여성”, “요보호여자”가 구성되는 맥락과 그들에 대한 통치를 젠더라는 단일 요소해 천착해 분석하고 있으며, 장애・연령 등에 따른 여성 내부의 차이와 그에 따른 통제 방식의 차이를 논외로 하는 한계가 있다. 개발국가에서 젠더의 통치 표적이 된 여성은 가부장적 가족의 보호 밖에 있고 재/생산 능력을 담지한 신체라고 전제되는 성매매 여성과 비혼모 여성에 국한되지 않았다. 예를 들어 최근 여성주의 장애학 연구자들은 개발국가 가족계획사업에 대한 분석과 재평가를 통해 장애여성이 우생학적 강제불임수술 등 직접적인 몸의 통제와 폭력의 표적이 되었음을 강조했다(김은정, 2022; 소현숙, 2020). 우생학적으로 재/생산이 불가능하다고 치부된 장애여성의 몸은 이미 언제나 가부장적 가족의 보호에서 제외되었으며, 시설은 이들을 보호한 대표적인 장소였다. 가족의 부양에서 벗어난 동시에 스스로 생계를

이어가기 어려운 구호 대상을 시설에 수용하는 조치의 법적 근거는 1961년 제정된 (구)생활보호법(법률 제913호, 1961.12.30. 제정)이다. 동 법은 “65세 이상의 노쇠자, 18세 미만의 아동, 임산부, 불구・폐질・상이 기타 정신 또는 신체의 장애로 근로능력이 없는 사람”에게 생계보호를 제공하였는데, 이때 보호 대상자가 주거지나 부양가족이 없을 경우 “보호기관”(시설)에 위탁하여 생계보호를 제공한다고 명시했다(제7, 8조).[14] 황정미(2001)는 동 법에 대해 분석하면서 보호 대상에 명시된 “여성”은 “임산부”에 한정된다고 언급하였는데(황정미, 같은 자료: 78), 이러한 설명은 장애여성, 노인여성 등 장애, 나이 등에 따른 여성의 차이를 누락한 것으로 명백한 오류다. 가족 부양체계 밖의 “요보호여자” 및 그들을 수용한 장소는 젊은 비장애여성을 수용한 모자시설, 부녀보호소 등에만 국한되지 않으며, 장애여성, 노인여성 주체를 포괄하여 분석하기 위해서는 부랑인시설, 불구자 시설 등으로 시야를 확장해야 한다.[15]

“요보호여자”에 대한 대표적인 통제 기구로 알려진 부녀보호소만 하더라도 선행연구를 통해 알려진 바처럼 성판매 여성만 수용된 것이 아니었다. 최근 연구(황지성, 20200b)에 따르면 부녀보호소에는 ‘노동 불능’의 고령 및 장애여성도 함께 수용되어 있었다. 해당 연구에 따르면, 부녀보호소는 성판매 여성뿐 아니라 장애여성이나 고령여성 등을 혼합수용하는 시설이었고, 시설은 수용된 여성들을 몸의 재/생산 능력 여부에 따라 분류해 관리방식을 차등화했다. 즉, 직업보도나 결혼알선을 통해 노동자 또는 아내가 될 가능성이 없는 장애여성 및 고령여성에게는 보호수용 위주의 관리를, 그렇지 않은 젊은 비장애여성에게는 교도와 직업보도 중심의 관리 방식을 사용했다.

개발국가 여성정책의 핵이자 대표적인 여성 수용시설로서 부녀보호소를 분석한 선행연구들은 이상에서 살펴본 것처럼 젠더라는 단일한 틀로 연구를 수행하며, 이에 따라 젠더와 교차하는 중층적 억압의 작동이 어떠한 역동을 일으키는지에 관한 분석이 공백으로 남아있다. 1990년대 인신구속의 위헌성 논란 이후, 부녀보

14) (구)생활보호법 제7조 3항: 보호금품은 피보호자에게 직접 교부한다. 단, 본법에 의한 보호시설에 수용하거나 다른 보호시설이나 개인의 가정에 위탁하여 생계보호를 행할 때에는 그 보호시설 또는 보호를 위탁받은 자에게 이를 교부할 수 있다.

15) 실제 『보건사회통계연보』는 1960년대부터 “성인불구시설”이라는 행정 범주로 분류된 시설에 수용되어 (구)생활보호법 상 시설 구호를 받고 있는 장애여성 통계를 싣고 있다. 이와 관련해서는 2장에서 다시 다룬다.

호소가 강제수용된 성판매 여성들을 탈시설 조치하고 시설 폐쇄가 이어졌지만, 부녀보호소의 일부를 이루어 온 장애여성・노인여성 수용 기능은 오늘날까지 고스란히 유지되어 장애여성 요양시설로 탈바꿈해 운영되고 있으며 이러한 사실은 완전히 비가시화되어왔다. 부녀보호소라는 여성 수용시설이 실제 어떤 여성들을 수용했는지, 단일한 '여성' 범주로만 환원될 수 없는 이질적 여성들의 몸이 어떻게 규정되고 또 시설에 수용되어 왔는지, 이러한 역사는 어떤 권력 작동의 효과였는지 규명될 필요가 있다.

2) 장애인 시설화의 역사와 탈시설화의 도전

오랜 역사적 변화를 거치며 주로 정신적 장애여성을 수용하는 시설로 존립하게 된 부녀보호소에 주목하는 이 논문은 장애인 수용시설의 역사적 존립의 의미와 효과, 그리고 민주주의 체제의 발전과 평등 이데올로기 확산 속에서 전개된 장애인 탈시설화가 오늘날 어떤 사회적 요인에 의해 도전받고 있는지를 분석한 선행연구에 주목한다. 북미와 북유럽 등을 중심으로 한 서구 사회에서는 일찍이 2차 세계대전 종전 직후부터 장애인 탈시설화에 대한 운동과 담론이 등장했다. 종전 후 1950-60년대 서구 사회에서 다양한 소수자의 시민권운동이 확산되는 과정에서 의문의 여지가 없는 것으로 간주되었던 장애인 시설 문제 역시 주목받기 시작했다. 일부 장애인 부모들은 장애인 자녀를 시설에 보내도록 종용하는 의료전문가와 지역사회 돌봄 및 교육체계의 부재에 맞서 저항하기 시작했다. 사진과 텔레비전 등 미디어의 발전에 따라 장애인 시설 내의 비인간적 처우와 노동착취 문제가 대중들에게 공개되기도 했다. 이러한 흐름 속에서 어빙 고프만(Erving Goffman), 토마스 사즈(Thomas Szasz), 미셸 푸코(Michelle Foucault) 등 영향력 있는 학자들이 역사상 최초로 장애인 시설화를 학문적 비판과 대화의 대상으로 다루었다. 시설화의 대상이 되어온 장애인들이 직접 권리옹호 조직을 꾸려 인권과 탈시설화 보장을 요구하기도 했다. 그 결과 서구사회에서 오랜 시간 국가의 보호 아래에서 성장하고 확장해온 대형 장애인 시설들의 폐쇄와 탈시설화 흐름이 서서히 나타나기 시작했다.

그럼에도 탈시설화는 여전히 미완의 과제이자 논쟁적인 학술 주제이며, 다양한

정치적 반동(backlash)에 직면해 있기도 하다. 탈시설화는 신자유주의화에 따른 보편적 복지의 축소 및 치안 강화 흐름과 시기적으로 정확하게 일치한 현상이기도 했다. 그리하여 탈시설화 이후 빈곤층・유색인・장애인 등 사회적 소수자들이 새롭게 범죄화・병리화의 대상이 되어 민영화된 기업형 감옥시설이나 소규모 형태로 변화한 다양한 복지시설들에 재시설화되는 역설적 효과가 나타났다. 20세기 후반기의 이와 같은 대량 감금(mass incarceration)(Ben-Moshe, 2020; Harcourt, 2006; Garland, 2002; Sudbury, 2005)의 확산 경향과 함께 서구사회의 장애인 시설화는 다양한 비판이론과 학술적 논의에서 다시금 중요한 주제가 된 바 있다. 이에 비해 한국 사회는 오랜 기간 권위주의적인 정치사회적 환경이 구축되어왔기에 장애인의 시설화를 문제화할 수 있는 역량과 기반이 축적되기 어려웠다고 할 수 있다. 탈시설화에 대한 학계와 운동의 논의는 서구사회에 비해 비교적 역사가 짧은 편이지만 꾸준히 연구가 진행되고 있다. 장애인 시설화의 역사가 가지는 의미와 최근의 탈시설화가 직면한 문제가 무엇인지를 규명하는 논의 흐름은 아래와 같이 세 가지로 요약될 수 있다.

첫째로 장애인 수용시설의 형성과 이를 추동한 통치성에 관한 연구들이 진행되었다. 서구에서 장애인 집단, 그중에서도 발달장애와 정신장애를 포괄하는 정신적 장애인에 대한 별도의 시설수용이 본격화된 것은 19세기 중반경으로, 그 이전까지 장애인은 다른 빈곤계층 인구 일반과 함께 구빈원, 감옥 등의 시설에 수용되었다. 그런데 19세기 중반 무렵 일어난 두 가지 변화가 장애인의 개별적 시설화를 추동했다고 지적된다. 그 첫 번째는 산업자본주의 확장과 자유주의 통치로의 선회다. 영국의 경우 19세기 중반경 신구빈법을 제정함으로써 국가가 구호를 받을 '자격 있는' 요구호자(장애인, 미망인, 노인 등)와 '노동 가능' 실업자와 빈곤층을 구분하고, 후자에게 모든 구호를 철회하기 시작했다. 국가는 구호를 받는 '자격 있는' 요구호 집단의 경우에도 노동 이데올로기를 해치지 않을 만큼의 최소한의 시설 구호를 제공했다(푸코, 2003; Chapman et al., 2014; Dean, 1991; Garland 2002). 둘째, 19세기 중후반 경 의료・심리학・복지 분야 전문가 집단의 부상과 영향력 강화다. 신흥 부르주아 남성으로 구성된 전문가 집단은 정신적 장애를 의료모델로 강력히 포섭하고, 그들의 개별적 특성에 맞는 시설에 수용해 치료, 교육하는 것이 사회안전과 경제적 측면에서 효율적이라고 주장했다.[16] 전

문가들의 사회적 영향력 확대와 함께 분화되기 시작한 장애인 '전문' 시설은 이후 우생학 운동과 더불어 급격하게 확산된다. 사회 안에서 '생산적' 노동자가 될 수 없고 나아가 그러한 인구를 재생산할 위험이 있는 '퇴행적' 인구를 전문적 시설에 적극적으로 수용해 그들이 한평생 시설 안에서 노동과 돌봄을 영위하고 살 수 있어야 한다는 우생학적 논리는 정신적 장애인의 "총체적 시설화"(total institutionalization)로 귀결되었다(Rafter, 1997; Trent, 1995: 142; Zedner, 1991).

주목할 것은 우생학 운동을 이끈 의료복지 분야 전문가들의 담론이 시설의 분화와 확장에 영향을 끼친 것에 그치지 않고 정신적 장애인의 결혼 통제와 불임수술 등 강력한 사회적 통제 정책과 법률의 입안으로 이어졌다는 것이다. 20세기 초 우생학자들의 주요 관심 대상은 가임기 장애여성이었는데, 장애여성에게는 생물학적 재생산 가능성을 차단하는 시설 격리와 불임수술이 장려되었다(Griffths et al., 2016; Kline, 2001; Trent, 1994). 20세기 전반기에까지 절정에 달한 장애인의 시설화는 근대 자본주의 산업화에 따른 경제적 불평등, 우생학・젠더・섹슈얼리티・장애・인종 등이 동시에 맞물려 구축된 근대 인구통치 담론과 기술 등 복합적 요소가 결합한 결과다. 따라서 이상과 같이 서구 장애인 시설화 역사에 관한 연구는 장애인의 시설화가 장애인의 주체성 및 시민권과 양립하기 어렵다고 분석한다(닐슨, 2020; 재럿, 2022; Rafter, 1997; Rembis, 2011; Trent, 1994).

---

16) 의사학 연구자인 에드워드 쇼터(2020)는 19세기 서구 사회에서 실제 다종한 정신장애가 증가했다는 근거를 제시하면서 수용소가 단지 낙인찍힌 집단을 사회적으로 격리함으로써 전문가들의 이해를 추구하기 위한 수단이 되었다는 주장에 문제가 있다고 비판한다. 그러나 그가 당대 늘어난 정신적 장애인에게 돌봄과 치료를 제공한 공간으로 분석하고 있는 수용소(asylum)는 19세기에 확산한 다변화된 '전문적' 시설의 한 종류일 뿐이다. 예를 들어, 정신박약 장애의 경우 정신장애와 달리 치료가 불가능한 장애임이 밝혀졌지만, 일군의 정신의학, 심리학, 교육, 사회사업 등의 전문가들은 정신박약인을 수용소 밖의 지역사회가 아니라 별도의 정신박약 시설에 수용해야 하는 근거로서 새로운 지식담론을 제출했다. 또한 이들은 범죄(가능성)를 예방한다는 명목으로 많은 사회적 소수자를 정신적 결함이 있는 병리화된 존재로 구성하여 형사사법 시설에 감금한 서구 역사의 주요 행위자이기도 했다(재럿, 2022; Kline, 2001; Mathew, 2010; Rafter; 1990, 1997; Rembis, 2011; Trent, 1994). 이 때문에 장애인 수용시설의 역사에 주목하는 많은 연구는 수용소가 단지 실재하는 장애인과 그들의 치료만을 위해 기능했던 것이 아니라 당대 정치경제적 상황 속에서 다양한 이해관계들이 역동하는 장이 되었다고 분석하고 있다. 19세기에 확산된 장애인 수용시설과 이를 합리화한 논리에 관해서는 '이론적 자원' 절에서 다시 다룬다.

한국의 경우 1987년 민주화 이후 비로소 장애인 복지시설에서 발생한 인권침해 문제가 폭로되기 시작했다. 그러나 복지시설의 문제는 당시 민주화라는 커다란 정치사회적 격변 상황에서 큰 관심의 대상이 되지 못했고(최종숙, 2021), 이를 의제화할 학계나 시민사회 운동의 역량 또한 부족한 상황이었다. 2000년대 이후 성장한 장애인 인권운동과 장애인 인권문제에 대한 학계의 관심 증가로 장애인 시설의 문제가 본격적으로 사회적 이슈로 제기되었다(국가인권위원회, 2008; 박종익 외, 2008; 장애와인권발바닥행동・인권기록센터사이, 2022; 조한진 외, 2012; 2017, 한국보건사회연구원, 1999). 한국의 장애인 시설화의 역사와 그 효과에 대한 연구는 앞으로의 커다란 과제로 남아있다 할 것이며, 현재까지 진행된 대부분의 연구는 장애인 시설이 가지고 있는 다양한 문제, 특히 장애인에 대한 부적절한 처우, 지역사회 자립생활로의 연계 기능 부재로 인한 장기시설화, 정부의 관리 감독 및 지원 부재 혹은 부적절함으로 인해 양산되는 인권침해에 초점을 맞추고 있다.

둘째, 오랜 시간 시설화된 삶이 당사자인 장애인에게 구체적으로 어떤 의미인가를 드러내는 논의가 이루어졌다. 시설화는 이른바 '시설병'이라고 불리는 인간성의 무력화 혹은 시설의 관리・통제하에 수동적으로 맞추어진 몸과 인격의 형성을 초래한다는 점에서 그 폐해가 누누이 지적되어왔다. 장애인 중에서도 의사소통이 제한적이거나 계급, 젠더, 인종 등이 결부되어 중층적으로 주변적인 위치에 놓인 주체들의 경우, 이러한 문제가 더욱 드러나기 어렵다는 것이 여러 연구에 의해 지적되었다. 그 적확한 사례인 미국 흑인 장애인 주니어스 윌슨(Junius Wilson)의 삶이 학자들에 의해 최근 재조명되면서 큰 반향을 일으켰다(Burch & Joyner, 2007). 주니어스 윌슨은 1900년대 초 미국 남부지역 흑인 노예 가정에서 농인으로 태어났는데, 17세에 백인우월주의자들의 조작으로 강간범의 누명을 쓰고 재판에 회부되었다. 그의 범죄 혐의는 결국 입증되지 못했지만, 의사소통을 원활하게 할 수 없었던 그는 "위험한 흑인"으로 간주되었으며, "정신박약"을 가진 것으로 진단받고 유색인 정신장애인만을 수용하는 정신병원에 강제수용되어 노인이 될 때까지 생의 대부분 동안 감금되어야 했다.

한편 20세기 중반까지 전 세계적으로 확산되었던 시설 내 장애인 강제불임시술이 해당 장애인의 삶에 미친 영향을 성찰하고 장애인들이 경험한 일이 비로소

‘피해’로 명명되기까지는 더 오랜 시간이 걸렸다. 20세기 후반에 이르러야 피해자들의 목소리가 드러나기 시작했고 이는 남아있는 생존자들에게 국가가 피해를 보상하는 방향으로 이어지고 있다. 미국의 경우 2010년 전후 버지니아주, 노스캐롤라이나주, 캘리포니아주[17]에서 강제불임수술 피해자 보상이 진행되었다. 아시아 국가 중에서는 일본이 최근 장애인 강제불임수술 피해에 대한 진상규명과 국가적 배상 작업을 진행하고 있다고 보도되었다.[18] 일본은 서구와 달리 2차 세계대전 이후인 1948년 우생보호법을 제정해 20세기 말까지 장애인에 대한 강제불임수술이 체계적으로 시행되었다. 장애인들은 우생수술 피해에 대해 국가배상 집단소송을 2018년에 제기했고, 2019년 일본 국회는 우생보호법 피해자 구제를 위한 법을 서둘러 통과시켰다. 현재도 관련 소송과 재판은 계속 진행되고 있으며, 특히 피해가 드러나기 어려운 시설 내 장애인에 대한 우생수술 피해 사례에 대해서도 장애인 단체 주도의 조사가 진행 중이다(황지성, 2020a).

한국에서는 1999년, 국회의원 김홍신 의원실이 전국 60곳 장애인 수용시설에 대한 전수조사를 수행했고 이를 통해 1980년대까지 자행된 강제불임시술 문제가 최초로 드러난 바 있다(김홍신, 1999; 소현숙, 2020). 그러나 시설 내 강제불임시술 실태에 대한 후속 조사나 연구는 현재까지 진행되지 않아 그 피해 실태가 얼마나 되는지는 여전히 알 수 없는 상황이다. 2000년 전후부터 한국에서도 장애인 탈시설운동이 꾸준히 진행되어 왔으며, 그 결과로 탈시설 장애인들이 오랜 시간 시설에서 살아온 경험, 현재 자신의 삶에 시설수용 경험이 미치고 있는 영향 등을 사회적으로 환기하는 작업이 최근 활발하게 진행되고 있다(김원호, 2013; 박목우, 2022; 장애와인권발바닥행동・인권기록센터사이, 2022).

마지막으로, 비교적 최근 시기에 가능해진 장애인 탈시설화가 현재 어떤 난관에 봉착했는지를 논의하는 연구들이 서구 및 한국에서 축적되고 있다. 시설에 수용된 장애인의 탈시설을 어렵게 하거나, 탈시설한 장애인의 삶을 저해하는 요인으로 지목되는 것은 신자유주의화와 결합한 개인주의적 돌봄・치료 담론과 실천

17) 캘리포니아주의 경우 장애인 시설뿐 아니라 교도소에서 수감된 여성들에게도 충분한 동의 없이 불임시술(난관결찰술)을 최근까지 시행한 것으로 알려졌다. 캘리포니아주는 교도소의 피해 여성들 또한 보상 대상에 포함했다고 보도되었다. AP News, 2021.8.21. “California to pay victims of forced, coerced sterilizations”.

18) 여성신문, 2018.2.7. “장애 이유로 강제불임수술 한 국가를 고소한다”.

이다. 서구에서는 1980년대 장애인 탈시설화에 대응해 장애인 자립생활에 대한 담론과 정책이 본격적으로 수립되지만, 장애인이 특정한 조건을 만족해야 지역사회 구성원이 될 수 있다고 규정하는 틀 안에 갇히게 된다. 장애인 시설화의 역사를 성찰하고 이 같은 역사를 종결지을 사회구조의 변화는 부재한 상태에서 선택의 자유, 개인화된 접근(personalisation approach), 자기-주도 지원(self-directed support)[19] 등 개인화되고 시장주의적 원칙에 입각한 자립생활 담론과 실천이 강조되었고, 이는 결과적으로 남성・백인・중산층・신체장애인 중심의 일부 특권적 장애인이 지역사회에 '포섭'(inclusion)되도록 했다. 이는 가난한・여성・유색인・정신적 장애인의 탈시설을 어렵게 하거나 시설의 형태만 바꾼 "변형된 감금"(trans-incaceration)으로 시설화가 이어지는 결과를 낳기도 했다(재럿, 2023; Ben-Moshe, 2011, 2020; Chapman et al., 2014; Erevelles, 2011, 2014; Kittay, 2017; Soldatic, 2019). 특히 개인화된 "자기주도", "선택" 중심의 담론은 자기주도나 선택이 불가능하다고 전제되거나 그러한 행위를 수행하기 위해 다양한 사회적 지원망이 요구되는 정신적 장애인을 배제한다는 점에서 문제적인 실천으로 지적된다. 이 때문에 미국의 경우, 지속적으로 탈시설화 정책을 반대해온 반동적 움직임이 정신적 장애인의 부모들에 의해 주도되고 있다(Ben-Moshe, 2020).

한국의 경우에도 비록 짧은 역사이긴 하나 신자유주의와 결합한 장애인 자립생활에 대한 논의가 신체 장애인・남성 장애인 등 일부 장애인만이 지역사회에서 살아갈 수 있도록 추동했다는 비판이 최근 제기되고 있다(김도현, 2020; 박숙경, 2016; 장애여성공감, 2018, 2019). 여전히 시설화 대상의 가장 다수를 차지하고 있는 정신적 장애인 인구에 주목한 연구들은 정신적 장애라는 체현된 몸의 취약성에 관한 보다 근본적인 성찰을 촉구하면서 신자유주의적이고 개인화된 틀에 갇혀있는 주류 장애인 자립생활 및 돌봄 담론이 정신적 장애인의 탈시설화를 가로막고 있음을 지적했다(강민희, 2016; 김문근, 2011, 2013, 2019; 김소영, 2017; 김영옥, 2020; 안희철 외, 2016; 이지은, 2020; 장혜경 외, 2015; 정여진,

19) "자기-주도 지원"은 비장애인 전문가나 공급자가 중심이 되어 장애인에게 필요한 서비스의 내용과 양 등을 결정하는 전통적인 공급자 중심의 서비스 전달 방식에서 벗어나, 개인화된 접근과 소비자 주도 등의 이념에 입각해 장애인 자신이 필요한 지원에 대해 선택권과 통제권을 갖도록 한다는 이론이다(김경미, 2020).

2015; 제철웅, 2017). 특히 정신보건·사회복지 분야 연구들은 정신적 장애인 중에서도 압도적인 비율을 차지하는 시설수용 정신장애인 인구에 주목하고, 그들이 의료적 처치나 기능과 무관하게 병원과 시설 등을 오가며 장기수용 되는 이른바 “횡수용화”, “회전문 현상”이라는 심각한 문제가 양산되고 있음을 지적했다. 정신장애인의 횡수용화를 불러일으키는 원인으로 지목되는 것은 민간 주도 정신보건기관의 이익추구, 지역사회 돌봄 및 정신보건체계의 미비와 그로 인한 가족의 돌봄 부담 등이다(김문근, 2019; 박종익 외, 2008; 양옥경, 2006; 이용표, 2005; 정여진, 2015; 정인권 외, 2008; 조한진 외, 2017; 홍선미 외, 2013). 따라서 해당 연구들은 장애인 탈시설화가 공적 의료복지체계를 비롯한 사회 전반의 구조 변화 없이 단지 장애인의 개인적 역량 강화와 ‘선택’ 보장의 수사만으로 달성될 수 없음을 지적하며, 정신장애인에 대한 돌봄이 시설 또는 가족에게 전적으로 부과되고 있는 구조적 부정의 문제 또한 강조하고 있다.

장애인 시설의 역사적 존립 자체가 장애인의 인권보장과 주체성 확립을 어렵게 한다는 논의 그리고 정신적 장애인의 탈시설화를 제약하는 신자유주의 통치성에 관한 이상의 논의는 한국 사회에서 정신적 장애여성의 시설화 역사와 그 함의를 규명하려는 본 논문과 문제의식을 공유한다. 그럼에도 정신적 장애인 일반의 문제로 지적되는 장기시설화 또는 “횡수용화” 현상이 젠더 및 섹슈얼리티에 따라 정신적 장애인 내부에 어떤 차이를 만들어내는지에 대한 연구는 매우 부족하다. 또한 정신적 장애인의 돌봄 책임을 가족 또는 시설에 전가하는 현 상황이 역사적으로 어떻게 형성되어 왔는지, 이는 개별 시설의 이익추구를 넘어 어떻게 한국 사회 복지체계의 근간이 되어왔는지에 관한 역사적 규명 노력이 필요할 것이다. 이를 통해 1980년대에 이미 사회적 이슈가 되었고 인권침해 혐의에 대한 지속적인 비판이 제기되었음에도 오늘날까지 합법적인, 그러나 매우 비가시화된 수용 공간으로 유지되고 있는 정신요양시설, 대형정신병원, 장애인 수용시설 등에 대한 확장된 대안 논의가 가능할 것이다.

3) 가족자유주의와 젠더

위에서 언급한 것처럼 부녀보호소는 윤방법에 근거한 요보호여자 복지시설이었

고, 오늘날에는 사회복지사업법에 근거한 노숙여성·장애여성 복지시설이다. 부녀보호소는 설립부터 현재까지 국가 복지체계와의 관계 속에서 형성되고, 변화해 왔기 때문에 본 연구는 한국의 복지체계 변화가 시설화와 일으키는 역동을 중요하게 고려한다. 복지체계에 대한 이해에서 주목할 것은, 국가 복지체계와 분리 불가능한 것으로서 가족의 기능이나 역할을 강조하는 페미니스트 복지국가 논의다. 가족이라는 '사적' 영역에서 수행되는 "비공식 보장체제"(informal security regime)(윤홍식, 2019a: 272)는 국가의 '공적' 복지체계를 형성, 확대, 축소하는 준거가 되어왔다. 그런데 이러한 가족을 통한 통치는 근대적 공/사 이분법 및 젠더의 구축에 착근되어 있으며, '사적' 영역인 가정에 할당된 여성은 가족 내 비공식 보장체제의 유지, 재생산에 있어 핵심적 행위자라는 것이 페미니스트들의 주장이다.

돌봄 및 출산과 양육 등 사회재생산 영역의 노동을 이성애규범적 가족에게 전가하고, 국가의 공적 복지가 부재한 상태에서 가족이 스스로의 사회재생산을 포괄적으로 관장하고 책임지는 주체가 되도록 한 한국 복지체계는 "가족자유주의", "가족책임주의", "가족주의" 등의 개념을 통해 분석되어 왔다(김순남, 2022; 윤홍식, 2012, 2019; 이진옥, 2012; 장경섭, 2009, 2018).[20] 가족자유주의는 한국만의 특성은 아니며, 서구 발전국가들이 2차 세계대전 후 경험한 대량생산과 완전고용, 가족임금제와 사회보험에 기반한 이른바 '포드-케인즈주의' 복지체계의 경로를 거치지 않은 대부분의 비서구 저발전 국가들의 공통적 현상이라고 분석된다.

장경섭(2018)은 서구사회에서 근대적 정치체제 및 사회질서의 가장 기본적 단위는 개인인 반면 한국을 포함한 비서구 사회들은 개인이 아닌 가족이 기본 단위가 되었다고 설명한다. 가족자유주의 체계에서 한국 가족은 서구 복지국가와는 상이하게 사회재생산의 일반적 단위가 되고, 개인별 가족 구성원의 이해로 분해되지 않는 집단적 가족의 과업으로 사회재생산이 부과되었다는 것이다. 권위주의

20) 사회재생산(사회적 재생산)은 "사람들의 일상적, 사회적, 정서적, 도덕적, 육체적, 세대적 재생산이 요구되는 다양한 활동과 행위, 책임과 관계 등"을 말한다. 즉 사회재생산은 임금노동자의 노동력 재생산에서부터 아동, 노인 등 누군가에게 돌봄을 받아야만 하는 집단에게 제공되는 의식주와 돌봄 등 광범위한 영역을 포괄한다. 이러한 특징 때문에 사회재생산은 "생산과 재생산, 그리고 경제적 영역과 비경제적 영역을 매개"할 뿐 아니라 생산-재생산, 경제-비경제 영역 간 이분법적 구분이 허상임을 드러낸다(이진옥, 2012: 76).

시기 내내 가족자유주의에 기반해 작동한 “개발국가 복지체제”(윤홍식, 2019b: 307)는 개별 시민의 사회적 시민권에 대한 정치적 고려와 재정적 투여를 하지 않고, 가족 내 부양과 돌봄을 강제함으로써 개별 시민의 사회적 시민권이 확보될 수 있도록 유도했다. 시민권이란 흔히 국가와의 관계에서 실행된다고 전제되지만, 이와 같은 가족자유주의에서는 가족 구성원으로서의 성원권이나 역할이 기실 시민권의 실행에서 핵심적임을 시사한다.

그렇다면 한국의 가족자유주의와 젠더관계의 특성은 무엇이며 어떻게 역사적으로 변화해 왔는지를 살펴볼 필요가 있다. 이를 위해 서구사회 복지국가와 젠더관계에 대한 논의를 비교 참조할 필요가 있는데, 주지하듯 서구사회의 역사적 복지국가는 남성 생계부양자/여성 전업주부로 구성된 이성애규범적 가족모델을 기반으로 탄생한 것이었다. 미국의 경우 20세기 초 사회보장법(Social Security Act)의 도입에 더해 2차 세계대전 종전과 함께 달성한 경제성장과 완전고용이라는 자본주의의 황금기 속에서 개별 노동자가 노동시장에서 직면하는 실업, 질병, 노령 등에 대한 대응을 중심으로 보편적 복지국가의 형식이 갖추어졌다고 설명된다(윤홍식, 2019a; Gordon, 1994).[21] 이렇게 이성애규범적 가족에 기반한 복지국가 모델은 여성의 종속과 성별 불평등을 심화시키는 기제로 작용하였으며 이는 페미니즘 가족정치학의 핵심적 문제의식이다. 서구 급진페미니즘의 대표적 이론가인 페이트만(2001)은 중세 신분제를 대체한 자본주의 체제에서 노예가 아닌 공적 임금노동자가 된 남성과 달리 가정이라고 하는 사적 영역에 할당된 여성은 결혼이라는 성적 계약을 통해 전근대적 종속 관계에 지속적으로 머물게 되었다고 분석한 바 있다. 이는 가족 내 존재로서 여성의 역사적 지위를 남성에게 종속된 이등시민으로 규정하는 데 그치는 것이 아니라 가족 안에서 여성이 수행하는 재생산 노동을 비가시화함으로써 자본 축적을 용이하게 한다고 분석한 맑스주의 페미니즘의 비판으로 이어졌다. 자본주의 임금 관계라는 특정한 경제적 재분배 방식은 임금 관계와 무관한 모든 노동을 가치절하하고 비가시화하는데, 따라서 가정 내

21) 여기서의 ‘노동자’와 그들에 대한 ‘보편적’ 복지란 완전고용과 안정된 일자리를 할당받는 백인남성을 중심에 둔 것으로, 성별분업뿐 아니라 인종주의에도 근거한 것이라는 점에서 전혀 ‘보편적’이지 않았다는 것을 상기할 필요가 있다. 북미 국가들에서 복지국가 체계는 철저히 백인을 중심으로 구축되었으며, 따라서 이상의 페미니즘 가족정치 논의는 백인여성의 시각에 기반한 것이다. 유색인 집단과 유색인 여성의 억압은 백인 여성과는 전혀 다른 경로를 통해 살펴보아야 한다(프레이져, 2017; Crenshaw, 1991; Gordon, 1994; Roberts, 1996).

존재로 구성된 여성과 그들의 사회재생산 영역의 노동 또한 철저하게 비가시화되고 가치절하의 대상이 된다는 것이다. 그러나 역설적이게도 이러한 여성의 무임금 재생산노동은 비가시화되고 가치절하되기 때문에 자본 축적에 '생산적'일 수 있게 된다(이진옥, 2012; 페데리치, 2013; 프레이져, 2017).[22]

그렇다면 서구와 같은 복지국가 경로를 거치지 않은 한국에서 젠더 관계는 어떻게 달라졌는가. 앞서 언급한 대로 한국을 위시한 아시아 사회들에서 가족자유주의는 복지의 등가물이 되었고, 사회재생산은 온전히 개별 가족의 헌신과 희생에 맡겨졌다. "개발국가 복지체제"는 노동시장에 고용되어 안정적으로 임금을 받는 것 자체를 유일한 복지의 수단으로 상정했다(윤홍식, 2019b; 이진옥, 2012). 따라서 개발국에서 공적 복지를 누릴 수 있는 것은 소수의 중상류층 남성노동자와 그 부양가족에 한정되었고, 대다수 사회구성원은 가족의 헌신에 기반한 복지에 의존해야 했다는 것을 많은 논자들이 지적했다. 가족은 국가로부터 최소한의 복지가 제공되지 않은 가운데 자녀양육을 통해 양질의 노동력을 사회적으로 재생산해내고, 노인이나 장애인 등 장기간 보호가 필요한 구성원을 온전히 돌보는 역할을 수행하는 등 "가족은 사회복지의 시작이자 끝이었다"(송다영, 2014: 145)고 평가된다.

따라서 일부 계층을 제외하고 대부분의 여성은 서구식 복지국가 모델이 배태하고 있는 남성생계부양자 모델과 가족임금 형식의 복지에 포섭되지 못하면서도 가족복지와 사회재생산의 책임자이자 이를 통한 조국 근대화와 경제발전을 위한 역군으로 철저하게 도구화되었다. 경제적 생산성 중심의 사회는 재생산과 복지를 위한 비용을 가족을 통해, 정확히 말해 여성의 시간, 육체, 노동을 통해 지불하도록 강제한 것이다(이진옥, 2012: 80).

한국 사회의 가족자유주의가 젠더 관계에 미친 영향은 다음 세 영역을 중심으로 논의된 바 있다. 먼저 초기 산업화시기인 1960-70년대에는 나이 어린 여성들이 경제적 목적을 위해 "버릴 수 있는 여성"(disposable women)(Wright, 2006)이 되어야 했다는 점이다. 어린 여성들은 출혈적인 저임금・장시간 노동을

22) 이러한 서구 페미니즘의 젠더 및 가족정치학에 비추어 본다면, 아시아 국가들과 달리 서구사회에서 근대적 정치체제 및 사회질서의 가장 기본적 단위는 '개인'이라고 한 장경섭(2017)의 논의는 '개인'을 무성적인 것으로 전제한다는 점에서 오류다. 서구사회에서 정치경제 질서의 기본 단위로서 '개인'이란 철저히 젠더화되고 인종화된 개인이다.

겪는 “산업 전사”가 되어야 했음은 물론 가족(부모는 물론 남성 형제) 부양의 최전선에 내몰려야 했다. 가족 경제를 위해 도시로 내몰린 저숙련의 나이 어린 여성들이 진출한 공장 노동자, 식모 등의 직종은 ‘가족 같은’ 희생과 헌신을 요구하면서도 남성 생계부양자 이데올로기에 기반해 생계비에도 미치지 못하는 임금을 제공함으로써 여성들을 착취할 수 있었다(김경일, 2017; 김현미, 2001; 윤홍식, 2019b).

둘째, 1960-70년대 개발주의는 나이 어린 여성들의 노동력뿐 아니라 가임기 여성의 생물학적 재생산 자체를 경제발전의 도구로 동원했다는 점이다(배은경, 2014; 성과재생산포럼, 2018; 조은주, 2018; 양현아, 2005; 황정미, 2001). 국가는 여성의 출산력을 빈곤퇴치와 경제성장을 위해 인위적으로 조작해야 할 대상으로 상정하고 체계적으로 개입했다. 아무런 국가 복지가 제공되지 않는 상황 속에서 여성들은 출산 통제를 통해 가족과 자신의 복지를 향상하길 원했고, 이는 가족계획사업이 여성들의 광범위한 수용 내지 동의를 얻으며 성공할 수 있었던 요인이 되었다고 평가된다.

마지막으로, 여성의 일가족 이중 부담이다(강이수, 2007; 신경아, 2007; 여성한국사회연구회, 1990; 윤홍식, 2012, 2019c). 이전 시기에도 대부분의 여성은 가족산업(주로 농업이나 소규모 상업) 종사 노동자이자 재생산 노동의 담지자로 이중 노동을 해야 했지만, 이것이 사회적 문제로 가시화된 것은 한국 사회 대다수 인구가 농촌이 아닌 도시 임금노동자가 되고 이에 따라 기혼여성의 취업률이 비혼여성의 그것을 초과하기 시작하는 1980년대라고 지적된다. 이 시기에는 중산층이 일정하게 증대되면서 남성생계부양자/여성전업주부의 ‘정상가족’ 형태가 비교적 늘어나기도 했지만, 여전히 많은 노동자계급의 아내와 딸은 공적 복지의 부재 상황에서 공식/비공식 경제활동에 종사하며 일가족의 부담을 감내해야 했다. 1990년대 중반 이후 여성의 일가족 부담이 비로소 사회적 문제로 인식되기 시작했고 이를 보완하기 위한 복지제도가 수립되지만, 이는 출산율 급락과 가족 기능의 급변화를 ‘위기’로 인식한 것에 대한 대응 차원이기도 했다. 게다가 동시기의 경제위기와 신자유주의 경제체제는 돌봄의 주체를 가족에서 시장으로 이동시키는 방향의 제도화를 이룬 한편, 생계부양자의 소득 감소에 따라 노동시장에 대거 내몰린 여성 중 다수가 저임금 돌봄 노동에 종사함으로써 착취되고 있다고 진단된

다.

이상과 같이 한국의 페미니즘 복지국가 논의는 한국 사회의 가족자유주의가 생산과 재생산의 사회적 조직을 철저히 여성에게 전가함으로써 여성이 재/생산 노동의 이중부담을 겪어야 했으며, 서구 복지국가의 경향과는 상이한 흐름 속에서 복지체계와 젠더관계의 변동이 형성되었다고 분석한다. 본 연구는 이러한 페미니스트 복지국가 이론을 빌려오면서 두 가지 지점에서 논의를 확장하고자 한다. 첫째, 한국 사회의 복지정치가 가족자유주의와 얽혀짐으로써 특정한 복지체계를 형성해 냈다면, 오랜 시간 보편적 복지의 부재 상황 속에서 예외적인 국가 복지체계로서 존립해온 시설이 가족자유주의와 어떤 관계를 맺었는지, 시기에 따라서 어떻게 다른 역동을 일으켰는지 분석될 필요가 있다. 둘째, 여성 주체의 시설화를 가족자유주의의 모순적이고 다층적인 효과로써 다룰 필요가 있다. 가족자유주의는 성별분업과 재/생산 노동 제공자로 여성의 역할을 고착하는 것으로만 요약될 수 없기 때문이다. 또한 '여성'은 젊은・비장애여성만을 의미하지 않으며 동시에 "비/장애"[23]의 체현은 고정된 것이 아니라 끊임없이 유동하며 구성되는 과정이다. 달리 말해, 여성이 몸이 문제화되는 조건은 단지 선천적 장애나 연령 같은 생물학적 조건 혹은 섹슈얼리티에 대한 젠더화된 규범만으로 한정해 논의할 수 없다는 것이다. 사회안전망의 부재 속에서 여성에게 사회재생산은 물론 경제적 생산성의 책임까지 강제되어 왔다면 그만큼 많은 여성이 신체적・정신적 장애에 빈번히 노출되었으리라 추정할 수 있다. 어떤 이유로든 여성이 재/생산 역할에 적합하지 않거나 능력을 결여했다고 판단될 때, 역설적으로 해당 여성은 가족 안에서 우선적으로 성원권을 위협받게 될 것이다. 노인여성이나 장애・질병을 가진 여성은 아동과 달리 미래의 생산성이나 시간성을 결여한 존재(신경아, 2011; Kafer, 2014)이기만 한 것이 아니라, 가족자유주의의 핵으로써 재/생산 노동의 담당자라는 젠더역할을 정면으로 거스른다는 점에서 현재의 커다란 위험이 되기 때문이다. 때문에 한국의 시설화 역사가 가족 및 젠더 관계에 얼마만큼 깊숙하게

23) "비/장애"(dis/abled, dis/abilities)라는 표현은 장애 그리고 비장애의 체현이 고정된 것이 아니라 맥락적으로 구성되는 과정임을 강조하려는 것이다(Annama, 2018). 특정한 시공간적 환경이나 개개인이 놓인 상황적 맥락에 따라 특정한 체현은 장애로 비/식별되기도 하고, 손상과 장애 그 자체의 발생을 예방하거나 촉진한다. 예를 들어 20세기 초까지 가난한 성판매 여성에게 (실제 장애를 가졌는지 여부와 무관하게) 일제히 "정신박약"이라는 꼬리표가 붙었다는 것은 정상성에 대한 특정한 시공간적 인식이 비/장애를 구성해내고 있음을 보여준다.

착근되어 있는가를 숙고할 필요가 있다. 즉, 페미니스트 가족 정치학은 시설화 그리고 “되어가는(becoming) 과정으로서 장애”(Erevelles, 2011)의 문제에 주목하고 이를 이론화할 필요가 있다.

(3) 이론적 자원

1) 시설화와 자율성 박탈

이상의 선행연구들을 통해 한국 사회의 맥락에서 정신적 장애여성을 둘러싼 시설화가 역사적으로 어떻게 작동해 왔고 또 오늘날까지 지속되는 요인이 무엇인지에 대한 연구 필요성을 제기했다. 그런데 이상의 선행연구들에서도 알 수 있듯이 “시설화” 혹은 “감금”[24]은 그 대상과 장소, 집행, 논리 등이 매우 이질적이며 그 자체로 매우 모호한 개념이라 할 수 있다. 이처럼 다양한 용례들에 사용되는 시설화란 정확히 무엇을 의미하는지, 또 이 논문에서 사용하는 시설화라는 개념은 그것과 동일한 개념인지 여부를 명확히 할 필요가 있다. 이하에서는 이 논문의 기본적 분석 틀로서 시설화의 개념과 그 효과 등에 대해 논하는 비판적 인종학, 범죄학, 장애학의 논의들을 살펴본 후 이 논문에서 “시설화”를 지칭할 때의 의미가 무엇인지를 제시하고자 한다.

‘무엇을 혹은 어떠한 조건이나 물리적 환경을 감금 또는 시설화라 판단할 수 있는가’는 굉장히 논쟁적인 주제이며, 오늘날 특히 그것은 형사사법체계 내 감옥시설과 관련해 상상되는 경향이 있다. 20세기 후반부 이래 북미 등에서 감옥시설의 “대량 감금”, “감금 혁명”(Harcourt, 2006)이 주요한 사회적 이슈로 떠오르

24) 1997년 대법원 선고에 따르면 “감금죄에 있어서의 감금행위는 사람으로 하여금 일정한 장소 밖으로 나가지 못하도록 하여 신체의 자유를 제한하는 행위를 가리키는 것이고, 그 방법은 반드시 물리적, 유형적 장애를 사용하는 경우뿐만 아니라 심리적, 무형적 장애에 의하는 경우도 포함되는 것”이다(대법원 1997. 6. 13., 선고, 97도877, 판결). 이처럼 감금이라고 규정할 수 있는 환경 혹은 조건은 매우 광범위한데, 신체가 특정한 장소 안에 고정되어 밖으로 나가지 못하게 하는 유무형의 제도적이고 물리적・심리적인 환경과 다양한 관계들의 조합을 포괄하여 ‘감금’이라 할 수 있다. 따라서 감금은 형사사법 시설과 관련해 주로 사용되는 ‘구금’, ‘투옥’ 등의 단어와 사회복지 관련 시설과 관련해 주로 사용되는 ‘수용’ 등을 포함하여 광범위한 종류의 폐쇄적 환경의 조건을 포괄하는 개념으로 사용될 수 있다(김현철, 2021; Ben-Moshe, 2011).

며, 감옥시설에 배타적으로 주목하는 연구가 학계의 지배적인 경향이었다. 그러나 1960년대부터 시설화 또는 감금을 학문적 대상으로 다루기 시작한 영향력 있는 학자들은 감옥과 정신병원, 장애인시설뿐 아니라 학교, 군대, 직업학교 등에 이르기까지 다양한 사회 시스템을 상호 연결된 연속체적인 것으로 파악하고 이들을 아울러 "총체적 시설"(total institution)(고프만, 2018[1961]) 또는 "감옥 군도"(the carceral archipelago)(푸코, 2003[1975])라고 명명한 바 있다.

어빙 고프만(Erving Goffman)은 복지시설, 정신병원, 교도소 등을 아울러 "총체적 시설"이라 명명하고, 잠자기, 일하기, 놀기 등 매일의 일상이 개인들의 자유로운 선택으로 이루어지는 것이 근대사회의 기본 질서인 반면 총체적 시설에서는 이러한 일상이 폐쇄적인 장소와 관계에서 강제적으로 이루어진다고 이론화했다(고프만, 2018: 18~9).[25] 고프만은 특히 정신병원 시설에서 직접 행한 질적 연구를 통해 총체적 기관들이 개인의 정체성 혹은 자아를 벌거벗겨 버리고 비인간화하는 효과를 발휘한다고 강조했다.

고프만이 시설화의 개념과 시설화가 통치 대상에게 미치는 효과를 분석하는데 집중했다면, 미셸 푸코(Michel Foucault)는 권력의 시각에 천착하여 시설화를 추동하는 권력에 정치적 합리성을 부여한 지식담론, 특히 의료 관련 지식담론의 역할에 주목했다. 그에 따르면 19세기 서구사회에 새롭게 등장한 처벌적 시설은 범죄에 대해 과거의 응보주의적 형벌 관념에서 벗어나 일탈(deviant)이나 비행(delinquency)으로 낙인찍힌 주체들을 교정하고 규율하는 장소로 변모했는데, 이는 19세기 의학, 심리학 등 전문지식 담론의 발전과 관련 장치들이 사회적으로 확산되는 과정과 궤를 같이한 것이다. 이렇게 형벌과 형벌 외 기관들, 이를테면 복지기관, 학교, 직업교육원, 군대 등 근대적 사회 기관들이 상호 작용하며 사회 전반에 규율과 치료의 원리가 확산된 현상을 두고 푸코는 "감옥 군도"(푸코, 2003: 450)라고 명명했다.[26] "감옥 군도" 또는 "감옥 연속체"(carceral con-

25) 구체적으로 고프만이 유형화한 현대 사회의 총체적 기관은 다음과 같이 크게 다섯 가지다. 1)주거형 복지시설, 2)정신병원, 나병 요양소 등, 3)교도소, 감호소, 포로수용소, 강제수용소, 4)군대 막사, 기숙학교, 노동수용소, 식민지수용소 등, 5)수도원, 종교적 은신처들(고프만, 2018: 16~17).

26) 개별적 감금 공간에서 규율적 통치의 대상이 되는 것은 개개인의 신체지만, 이러한 미시적 규율권력 기술은 "사회에 산재하면서 작동하는 모든 규율 장치들과 연결"(푸코, 위의 자료: 452-3)되기 때문에 규칙성과 항상성을 갖는 집합적 "사회적 신체"(social body)(321)를 생산하는 것과 불가분의 관계다. 『성의 역사1: 앎의 의지』, 『사회를 보호해야 한다』 등 푸코의

tinuity)(457)를 통해서 작동하는 권력체계는 과거와 같이 추방이나 죽이기를 통해 드러나는 권력이 아니라 반대로 “살게 만드는”(make live)(푸코, 2015: 289), 생산적이고 적극적인 기능을 표방하기 때문에 세속적 인본주의와 계몽주의를 근간으로 하는 근대 체제에서 정치적 정당성을 부여받을 수 있게 된다는 것이다.

이와 같이 고프만과 푸코가 선구적으로 제시한 시설화의 개념은 감옥으로 상징되는 공간의 물리적 폐쇄성이나 이동성의 제약을 필요충분조건으로 하지 않으며, 다양한 공간적 형태들과 무형적이고 관계적인 측면에서의 자율성 박탈까지 포괄하고 있다. 이들의 논의에서 시설화는 엄격한 공간적 형태나 경계의 문제라기보다 배제와 규율을 통한 사회통제와 주체 생산의 효과로서 핵심적 의미를 지니는 것이다. 그러나 그들의 논의는 시설화와 그 대상 주체를 추상적 개인으로 전제로 하며, 시설 밖 사회가 이미 그 자체로 젠더・계급・장애・인종 등 다기한 권력작동의 장이라는 것을 간과한다는 한계가 있다.[27] 따라서 다양한 차이를 가지는 주체들에게 시설화가 어떠한 권력작동의 문제이고 그 집행과 효과 등이 어떻게 다른지 등 보다 확장된 논의로 나아가는 것을 어렵게 한다.

푸코와 고프만 이후 오늘날까지 다학제적 분야의 논자들, 특히 페미니스트 범죄학 및 장애학 연구에서는 장애와 젠더, 인종, 계급 등이 혹은 그것의 교차하는 작동이 시설화의 대상과 집행, 효과 등을 어떻게 달라지게 하는가에 관한 상당한 연구가 축적되어 있다. 먼저, 페미니스트 범죄학자들은 시설화 대상이 되는 여성 주체에 주목해 시설화가 자본주의 계급 통제[28]를 위한 기제일 뿐 아니라 젠더의

이후 저작・강연들에서 강조하는 인구 전체를 표적으로 한 정치권력으로서 “통치성”, “생명정치”의 개념은 “감옥 군도”의 규율적 권력을 내포 혹은 필요조건으로 하고 있다고 지적된다(Chapman, 2014; Moran et al., 2018).

27) 일례로, 젠더・섹슈얼리티 연구자 주디스 버틀러(Judith Butler)는 고프만이 시설화나 낙인(stigma)이 초래한다고 강조한 ‘자아의 무력화’ 효과를 페미니즘 관점에서 비판한 바 있다. 버틀러에 따르면 고프만은 인간의 사회적 역할(role)을 내면적 자아의 표출 혹은 위장으로 이해한다. 달리 말해, 고프만은 자아를 다양한 역할을 흡수하고 교환할 수 있는 것으로 전제하지만, 사실 (젠더화된)자아 그 자체는 사회적 담론을 통해 구성되고 규율된다는 것이 버틀러의 주장이다. 버틀러의 이러한 논의는 그의 단행본 Gender Trouble로 간행되기도 한 저널 논문을 통해 최초로 개진되었으며 이후 단행본 개정판에서는 삭제되었다(Love, 2014: 245).

28) 사실 푸코와 고프만 이후로도 학계의 주류 남성학자들은 시설화와 관련한 계급의 작동에 배타적으로 주목하는 경향이 있었다. 그들은 “의존적” 인구를 낙인찍고 격리하는 한편 “노동능력자”(able-bodied)로 간주되는 인구에게 노동 이데올로기를 주입하려는 자본주의 시장경제의 이해관계가 시설화를 추동한 핵심적 기제라고 보았다. 이와 관련한 상징적 사건으로

통치를 위한 핵심적 기제이기도 하다는 것을 밝혔다. 그들에 따르면 푸코가 분석한 대로 19세기 중반 이래 전문적 지식담론의 발달과 함께 치료와 재활을 표방하며 다양한 규율 기관이 확산되긴 하였으나, 이러한 기관들이 여성 신체를 표적화한 측면이 있다. 여성 대상 수용시설의 대표적인 유형은 19세기 중반 형사사법체계 내에 등장한 여성 감화소이다. 감화소 시설에 대한 연구들은 남성의 '보호' 대상이자 부양가족인 여성이 독립적인 구호나 노동의 주체가 되지 못하는 상황에서, 중산층 젠더규범에서 벗어난 노동하는 빈곤 여성이 '일탈', '비정상'으로 구성되어 시설화의 대상이 되었음을 공통적으로 밝힌다. 결국 젠더 체계가 가난한 여성의 신체가 시설화의 표적이 되도록 추동했으며, 이와 같은 여성 신체의 시설화와 그 정치적 효과는 남성 중심의 시설화 논의에서 누락되었다는 것이 페미니스트들의 핵심 주장이다. 게다가 여성수용시설인 감화소의 내부 규율체계 역시 남성 수용시설과 달랐는데, 일반적으로 수용시설에서 강제되는 강도 높은 노동은 여성들에게 부과되지 않았을 뿐 아니라 심지어 그런 노동이 여성성을 해치는 부적절한 처우라고 여겼다. 대신 감화소는 하층계급 여성에게 아내, 어머니 또는 하녀로서의 젠더 규범을 실천하도록 훈련하는 프로그램을 제공했는데, 이는 여성의 시설화가 이미 그 자체로 젠더화된 사회질서 및 젠더화된 주체를 적극적으로 생산해내는 과정이기도 하다는 것을 보여준다(Freedman, 1981; Gordon, 1994; Rafter, 1990; Zedner, 1991).

한편 장애학 연구자들 역시 근대 자본주의 체제와 시설화를 통한 통치에서 가장 대표적 표적이 된 인구는 장애인이었다는 것을 강조했다. 앞서 언급한 대로 장애인의 시설화 역사에 대한 연구들은 19세기 이후 자본주의 경제체제의 확장과 의학(특히 정신의학), 심리학, 범죄학, 사회복지 등 서로 인접한 학문 분야의 영향력 확대가 장애인, 그중에서도 정신박약인의 신체를 표적화했다는 사실에 주목했다. 19세기 이래로 정신박약인은 불치의 유전적 결함이자 퇴행으로 병리화되었으며, 범죄, 극빈, (성적)일탈과 부도덕성 등의 원인으로 지목되기 시작했다. 그 결과 정신박약인은 나이와 상관없이 평생 시설 안에서 관리자들의 감독과 계획된

지목되는 것은 시장경제로의 이행이 본격화된 19세기 초반 영국의 신구빈법 제정이다. 해당 법은 모든 "노동 능력자"에게 국가의 구호를 철회하는 한편 "의존적" 인구에게는 시설 내에서 열등한 처우를 제공하여 "노동 능력자"가 매우 한계적인 상황에 처하지 않는 한 국가에 의존하지 않도록 종용함으로써 자본이 값싼 노동력을 확보할 수 있도록 만들었다고 평가된다(폴라니, 2009; Dean, 1991).

일상 안에서 노동(그들의 노동에는 보수가 주어지지 않았고 대개 무급의 노동 착취였다)하고 교육을 받으며 생을 마감하는 것이 그들 자신과 사회에 이롭다는 생각이 대중적 지지를 얻게 되었다. 실질적으로는 정신박약인을 사회적으로 완전히 격리한다는 우생학적 논리에 기반하는 것임에도, 정신박약인이 사회에 제기하는 경제적이고 유전적인 “위험”을 예방함으로써 전체 사회의 건강에 기여할 수 있고 전문적인 “보호”와 “교육”을 제공할 수 있다는 논리로 시설이 정당화될 수 있었던 것이다(재럿, 2023; Rafter, 1997; Trent, 1995). 결국 장애인의 시설화는 자본주의 시장경제와 비장애인 중심주의가 서로 맞물려 작용한 결과라는 것이다.

다양한 주체들과 그들을 시설화하는 권력작동에 관한 확장된 연구들이 축적되면서 비교적 최근에는 시설화의 교차성에 주목하는 연구들이 등장하고 있다. 일군의 학자들은 억압이 다층적으로 교차 작동할 뿐만 아니라 다양한 정체성들이 교차하는 교차적 주체들이 시설화에 더 빈번하게 노출된다는 사실을 밝혔다. 예를 들어, 규범적 여성성에서 벗어난 가난한 여성들은 도덕적 일탈의 주체로 지목되기만 한 것이 아니라 “정신박약”으로 병리화되어 시설화에 더해 강제불임 시술 등 더 큰 통제와 폭력에 노출될 수 있었다는 것이다. 마찬가지로 정신박약이나 광인으로 범주화된 사람들에게는 유전적・생물학적 위험일 뿐 아니라 잠재적인 범죄(여성의 경우 매춘)나 성적 일탈이라는 혐의가 씌워져 감금과 강제불임 수술의 집행이 더욱 정당화될 수 있었다고 지적된다(닐슨, 2020; Erevelles, 2014; Kline, 2001; Chapman et al., 2014; Rafter, 1992, 1997; Rembis, 2011). 1878년 설립된 미국 역사상 최초의 정신박약인 수용시설은 “정신박약여성 수용소”(Custodial Asylum for Feeble-Minded Women)인데, 이는 장애와 젠더가 교차작동하면서 장애여성이라는 교차적 주체에 대한 시설화를 더 강력하게 추동하였음을 명징하게 보여주는 예시다(Rafter, 1997; Trent, 1995). 이처럼 역사적으로 매춘부, 부랑인, 정신박약인 등으로 분류되어 시설화된 집단과 그들의 “살아진 경험과 삶의 복잡성”(Love, 2015: 79)은 젠더, 장애, 계급 각각의 단일한 억압체계의 작동으로만 설명될 수 없는, 서로 동시적으로 맞물려 구성되는 억압의 작동에 주의를 기울일 것을 요청한다. 동시에 장애를 가진(실재하는 장애든 혹은 장애를 가졌다고 인식된 것이든) 여성이나 장애를 가진 유색인 등 교차적 주체들에게서 시설화가 더욱 효과적으로 작동될 수 있음을 시사한다.

이상에서 살펴본 것처럼 오늘날 서구의 시설화 역사를 논하는 연구들은 고프만과 푸코가 제시한 시설화 개념을 확장해, 시설화를 시설 공간 안팎의 다기하고 교차적인 권력 작동의 효과이자 통제 도구로서 이해하는 추세를 보인다. 시설화에 대한 확장된 이해는 추상적 개인이 아니라 젠더, 장애, 계급 등에 따른 다양한 체현의 차이에 주목하며 교차적 주체들이 시설화와 사회적 통제에 더 빈번하게 노출될 수 있음을 드러낸다. 시설화에 대한 이러한 확장된 설명틀을 통해 많은 학자들은 시설의 설립 의도나 그 수용 대상에 관계없이 '시설화'가 치료와 재활로서 개념화되고 정당화될 수 있었다는 데 동의하고 있다. 즉, 푸코가 "감옥 군도"에 대한 분석을 통해 선취한 것처럼 의학, 심리학 등의 지식담론이 발전하기 시작한 19세기부터 시설은 "대상자들에게 유용한 무엇인가를 제공하는 것"으로 최초로 개념화되기 시작했다는 것이다(Chapman et al., 2014: 5). 장애학자 채프만(Chapman, 2014)은 북미 사회를 배경으로 장애인, 부랑인, 원주민 등 다양한 주체들에 대한 시설화의 역사를 분석하면서 감금된 사람들이 자율성 박탈은 물론 영양실조, 트라우마, 질병과 장애, 죽음에 허다하게 노출된다는 것이 공공연한 사실이었음에도 시설의 이 같은 부정성은 "부수적 효과"(Chapman, ibid: 35)로만 여겨졌다고 지적한다. 달리 말해, 시설은 그 부정성에도 불구하고 19세기 이후 표방된 단일한 목적, 즉 인간에게 내재한 결함과 부정성을 제거하고 향상시킨다고 하는 이른바 "복지", "치료", "정상화" 등을 향한 진보적·개혁적인 목표로서 의미화되고 정당성을 확보할 수 있었다는 것이다. 물론 19세기 말 창발한 우생학 사상은 시설의 기능을 퇴행적 집단에 대한 노골적 제거와 격리로 전환하기도 했지만, 이때도 치료와 정상화라는 시설의 기본적 존재 목적은 전혀 폐기되지 않았을 뿐 아니라 오히려 결함있는 자들을 격리·제거함으로써 인구 전체의 발전과 진보를 가져올 수 있다는 논리로 더 큰 정당성을 확보할 수 있었다는 것이다(Chapman, ibid; Mathew, 2010).

주목할 것은 재활, 치료, 복지로서 시설화를 이해하는 방식이 오늘날까지 폐기되지 않았고, 오히려 끊임없이 재생산되어 사회통제의 효율화를 위해 기능하고 있다는 점이다. 20세기 중반 이후 서구의 민주주의의 발달과 경제 발전은 인종, 젠더, 장애 등과 상관없이 모두가 평등하다는 새로운 정치적 합리성을 자리잡게 했고, 이에 역사적인 탈시설화 흐름이 태동했다. 그러나 앞서 언급한 것처럼 탈시

설화와 맞물린 신자유주의적 경제질서로의 재편은 소수자들의 실질적 평등을 보장하는 사회구조의 변화로 이어지지 않았다. 그리하여 장애인, 부랑인, 매춘여성 등에 대한 재활・치료 명목의 시설화가 헌법의 신체적 자유권을 침해하는 것이라는 소송과 판결이 끊임없이 이어졌음에도, 오늘날까지 많은 소수자가 새롭게 병리화・범죄화됨으로써 복지시설과 감옥을 막론하고 다양한 시설들에 대규모로 재감금되는 상황이 이어지고 있다는 진단이 앞다투어 나오고 있다. 이처럼 모두의 평등이라는 정치적 합리성이 자리잡은 오늘날에도 시설화가 아무런 문제 없이 지속적으로 작동할 수 있는 핵심적 이유는 그것이 과거처럼 특정 인구를 결함이나 퇴보와 연결 짓는 우생학적 논리를 앞세우거나 국가의 직접적인 강제력을 동원하는 방식으로 작동하지 않고, 고도로 전문화되고 혼종성(hybridity)을 띤 다양한 행위자들과 장치, 은밀한 정치와 제도적 혁신 등에 의해 추동되고 있기 때문이라고 지적된다. 이른바 “그림자 감금국가”(shadow carceral state)(Beckett & Murakawa, 2012)라는 말로 상징되는 오늘날의 은밀한 시설화에서 의료, 복지, 재활의 논리와 수사는 더욱 적극적으로 차용될 뿐만 아니라 시설화 자체의 양상을 이전보다 한층 모호한 양식으로 전환하고 있다고 하겠다.

“그림자 감금”의 작동에 주목하는 논의들은 지역사회, 학교시설, 보건복지 영역, 가정에 이르기까지 매우 다원화된 감금 연속체와 그것의 비가시적 속성을 공통적으로 지적하고 있다. 예를 들어, 신자유주의적 경제 구조가 형성되고 사회안전망이 축소됨에 따라 주거 불안정이 심화되었으며, 이는 주거 불안정 상태의 사람들(탈학교・탈가정 청소년, 범죄자, 이민자 등 다양한 집단이 포함된다) 혹은 소위 “홈리스” 집단뿐 아니라 홈리스에 대한 관리의 주체로써 비영리 산업 복합체(nonprofit industrial complex)의 등장을 가져왔다(Ben-Moshe, 2020; Willse, 2010). 윌스(Willse, 2010)에 따르면, 비영리 산업체가 생산해 낸 홈리스에 대한 오늘날의 과학적 지식은 홈리스를 관리하는 것 그 자체로 경제적 이익을 창출하고자 한다. 홈리스의 존재가 자신들의 성장 동력이 되기 때문에 비영리 조직은 홈리스 문제가 노동과 주거를 안정화함으로써 해결되어야 할 문제로 보지 않고, 병리화・의료화의 담론을 경유해 홈리스 집단이 전문적 복지산업 속에서 지속적으로 관리되어야 한다고 상정하는 것이다.[29]

29) 그러나 홈리스에 대한 의료화된 관리실천에 대한 강조가 홈리스에 대한 직접적 국가폭력이 사라졌다는 것으로 이해되어서는 안 된다. 특히 인종화된 인구의 영속적 주거불안정 상태로

한편으로 복지산업 분야의 담론적 실천이 전문적 기술을 동원해 관리할 대상으로서 홈리스 집단의 영속화를 추동한다면, 형사사법 체계는 홈리스 집단의 지역사회 내 물리적 이동성을 제약함으로써 결과적으로 그들이 손쉽게 범죄자가 되어 감옥시설에 배치되도록 종용한다. 베케트와 허버트(Beckett & Herbert, 2010)에 따르면, 미국의 여러 주는 도심 공원 등의 공공장소를 마약거래, 성판매 금지 구역(zone)으로 설정하는 행정명령을 도입했고, 법원은 마약소지나 성판매 등으로 기소된 사람들에게 해당 구역 접근 금지 판결을 내리는 추세다. 이에 주거 불안정 상태에 놓인 사람들이 범죄를 저지르지 않아도 "무단침입"이라는 죄명으로 기소되어 교도소에 구금되곤 한다. 이처럼 과거 부랑인에 대한 강제적이고 우생학적인 시설화를 추동한 법률과 제도가 사라졌음에도, 이러한 법을 대체한 혼종적이고 비처벌적인 규제 도구와 의료복지의 담론적 실천이 주거불안정 상태의 인구를 유형·무형의 수단을 동원해 효과적으로 통제하고 자율성을 박탈하고 있음을 알 수 있다.

학교라는 교육 시설 역시 오늘날 새로운 방식으로 가난한 유색인 청소년 집단을 통제하고 감옥 공간으로 유도하는 기관이 되고 있다고 지적된다(Annamma, 2018; Erevells, 2014). 에레벌스(Erevells, 2014)에 따르면, 최근 미국의 학교들에는 유색인 청소년을 소위 '정상적' 학교생활 수행의 위협이라고 여겨 특수교육 교실에 격리해 그들의 자율성을 제약하는 관행이 자리잡고 있는데, 이는 유색인 학생이 학교를 졸업하지 못하고 범죄자가 되어 감옥에 감금되는 결과로 이어지곤 한다. 이른바 "학교에서 교도소로 이어지는 배관"(School-to-Prison Pipeline)"이라고 명명되고 있는 이러한 관행은 신자유주의 체제 전환 후 교육체계의 공공성 축소에 더해진 처벌 위주의 청소년 통제 시스템이 계급과 인종이 서로 맞물리는 억압의 교차로에 놓여있는 유색인 청소년을 표적으로 하여 작동하면서 형성된 것으로 진단된다. 그런가 하면 아나마(Annamma, 2018)는 유색인 학생에 대한 학교의 통제적 관리방식이 남성 청소년을 대표 표적으로 하고 있다는 전제에 비판을 가한다. 그에 따르면 유색인 청소녀들의 경우 학교 환경 안에서 오히려 더 빈번하게 통제와 시설화의 표적이 될 수 있는데, 인종과 계급은 물론 젠더, 섹슈얼리티, 장애가 얽혀진 다중적 억압의 교차작동이 그들을 더욱 취약하게

인해 이들이 오늘날에도 경찰의 과잉진압과 국가폭력의 표적이 되고 있다는 지적 역시 상당하기 때문이다(INCITE! Women of Color Against Violence, 2016; Ritchie, 2017).

만들기 때문이다. 유색인 청소녀들은 가정에서의 돌봄 부재와 가정폭력・젠더폭력에의 잦은 노출 등으로 인해 취약한 위치에 있다. 또한 백인 중산층 중심의 여성성 규범에 의해 빈번히 정신병리화되기도 하며, 그에 따라 격리와 감시의 대상으로 쉽게 내몰린다. 그들은 감정장애, 주의력결핍장애 등으로 분류되어("과잉 분류") 특수교육 교실이나 대안학교 등 격리 시스템에 배치되고, 그 속에서 더욱 표적화된 감시의 대상이 됨으로써("과잉 감시") 결국 범죄자가 되어 소년원에 구금될 확률이 높아지는 것이다("과잉 처벌")(Annamma, ibid: 13). 19세기 여성 감화소나 정신박약인 시설이 그러했듯 오늘날에도 다중적으로 맞물려 작동하는 억압은 교차적 여성주체들을 더 손쉽게 병리화하고 감금의 대상으로 내몰고 있음을 알 수 있는 대목이다.

오늘날 정신보건 영역 또한 신자유주의적 논리에 종속되어 탈시설화 이후 지역사회에서 살아가고 있는 정신장애인 집단에게 새로운 감시와 통제를 가하고 있다는 비판이 제기되고 있다(카스텔, 2014; Biehl, 2007; Fabris, 2011; Howell & Voronka, 2012). 예를 들어, 2000년대 전후 정신보건 영역에서 주류 담론으로 부상한 "회복"(recovery), "탄력성"(resilience) 등의 수사는 역량강화, 자기 결정, 책임성 등 신자유주의적 원칙과 "고객 중심" 개입을 강조한다. 정신의료 전문가들의 권위를 강화하는 이러한 수사는 질병에서 회복될 수 있는 주체의 역량만을 강조함과 동시에 정신장애인에 대한 커뮤니티 케어(community care)가 정신장애인에 대한 국가와 사회의 책임을 사적 영역의 개개인에게 전가하는 방편이 되도록 만들고 있다는 것이다(Howell & Voronka, 2012). 복지의 공공성 부재와 개별 가족 및 개인 스스로 "회복"하라는 명령 속에서, "회복"되지 않은 개인은 가족・커뮤니티나 의료전문가들에 전적으로 삶의 방식이 결정되고 많은 경우 그들은 재시설화되어 종국에 "사회적 버려짐"(social abandonment)(Biehl, 2007)으로 귀결되기도 한다. 이는 서구사회뿐 아니라 전 세계적으로 많은 정신장애인이 겪고 있는 현실이기도 하다.

이상에서 살펴본 것처럼 비영리 복지산업, 교육, 정신보건과 의료, 커뮤니티 케어 등에 이르는 광범위한 의료복지 영역의 담론적 실천과 이를 둘러싼 혼종적 제도 및 정치의 융합은 평등과 민주주의에 대한 인식이 보편적인 오늘날에도 시설화를 추동하고 있으며, 이는 매우 비가시화된 방식으로 이루어지고 있음을 알 수

있다. 특히 치료, 복지, 재활로서 시설화를 이해하는 방식은 19세기 이후 끊임없이 재생산되었고, 시설화를 추동하고 정치적 정당성을 확보하는데 핵심적으로 작용했다. 결국 푸코가 19세기 사회를 묘사했던 감금적 "연속체", "군도"의 현대적 버전은 "그림자 감금"이라 할 수 있을 것이다.

이상의 논의를 통해 서구사회에서 시설화는 다층적 억압이 만들어 내는 사회적 타자에 대한 통제 도구이면서도 치료, 재활, 정상화 등 생산적 기능을 하는 것으로 이해되면서 지속적으로 정당화될 수 있었음을 살펴보았다. 이러한 논의는 시설화에 대한 앞으로의 논의 방향에 다양한 함의를 제공하는데 첫째, 시설화를 단순히 타자의 배제와 위계화로 정형화하려는 이론적 시도를 넘어설 필요가 있다. 시설화는 그 부정성에도 불구하고 돌봄, 치료, 복지 등 생산적이고 적극적인 기능을 하는 것으로서 의미화되고 광범위한 정치적 합리성을 획득할 수 있었다. 이를 고려한다면, 권력의 구성과 작동방식 그 자체에 대한 보다 면밀한 분석, 특히 공권력을 행사할 수 있는 국가를 넘어 다층적인 행위자들의 담론적 실천과 제도적 혁신 등에 대한 분석이 필요하다. 둘째, 권력 장치의 구성과 작동은 언제나 그것에 순응하고 따르는 주체들의 생산을 필요로 한다는 사실이다. 시설화가 의료, 복지, 재활로 이해되고 광범위한 사회적 동의를 얻을 수 있었다는 것은 실제 개별 주체들이 일상적 삶 안에서 맞닥뜨리는 사회적 위험과 이에 대한 대응 전략 안에 시설이 밀접하게 결부되었을 것이라는 사실을 시사한다. 더구나 의료화라는 복잡한 현상을 선악의 이분법으로 단순화하기보다 시공간적으로 맥락화해야 한다는 리빙스턴(Livingston, 2006)의 논의를 고려한다면, 서구사회와 한국 같은 비서구사회에서 의료복지의 헤게모니와 영향력은 전혀 다를 수 있다. 즉, 비서구 사회에서 의료복지의 물적 토대가 형성된 맥락과 빈곤 계층에 대한 의료접근성이 매우 제한적일 수밖에 없었던 상황을 고려할 때, 시설의 역할과 이에 대한 개별 주체들의 인식과 태도는 서구사회의 맥락과 상이할 수 있다. 또한 어떤 몸이 치료나 재활이 필요한가를 둘러싼 비/정상성의 판단은 순수하게 의료적 관할권 아래에 놓여있지 않으며 특정 사회가 처한 물질적·사회적 환경과 가족 상황 등의 복잡한 협상의 산물이다(김은정, 2022). 따라서 시설화를 추동하고 정당화한 의료복지의 논리와 수사에 주목하되 그것이 착근된 개별 사회의 특수성 역시 중요하게 고려할 필요가 있다.

탈식민과 전쟁, 권위주의 개발독재의 역사를 거친 한국에서 창발한 부녀보호소라는 시설과 비/장애여성 주체에 주목하는 이 연구는 이상의 이론적 작업을 확장하려는 시도의 일환이라 할 것이다. 이 논문은 시설화에 관한 위의 설명틀을 빌려 한국의 시설화 과정을 살펴보고자 한다. 특히 부녀보호소 등으로 대표되는 시설화의 과정에서 어떤 행위자들과 담론적 실천, 제도의 융합 등이 시설화를 추동하고 지속해 왔는지를 종합적으로 분석하고자 한다. 동시에 이 논문은 지금까지 한국의 시설화 역사에 대한 논의에서 주목받지 못했던 젠더와 장애의 맞물리는 작동과 장애여성이라는 교차적 주체를 중심에 두고 시설화의 역사를 분석하고자 한다. 지금까지 살펴본 것처럼 젠더와 장애에 주목해 시설화를 분석한 논의들은 시설화 또는 감금이 단지 물리적 공간의 문제가 아니라 논리와 관계에 관한 것이라는 것을 강조하고 있으며, 따라서 시설화의 장소는 복지시설에서부터 학교, 보건의료 체계, 자신의 집 등에 이르기까지 다양한 연속체를 구성한다. 실제로 장애인과 여성이 집에 감금되거나 처벌로서의 젠더 폭력, 학대와 방임, 약물 남용 등의 피해에 노출되어 왔기에 집과 시설의 경계가 매우 모호한 측면이 있으며, 이는 여러 페미니스트 연구자들이 지적해 온 바이기도 하다(김순남, 2022; 장애여성공감, 2020; Annama, 2018; Ferraro & Moe, 2003). 그럼에도 이 논문은 전략적으로 시설화의 공간을 한정하고자 한다. 즉, 고프만이 “총체적 시설”로 분류한 의료복지시설 및 감옥 등의 시설 연속체를 ‘시설’로 한정하고자 한다. 또한 이 논문은 시설화의 직접적 효과로서 선행연구들이 지적하고 있는 자율성 박탈 개념을 차용한다. 여기서 자율성의 박탈이란 장소적 비/이동성(im/mobility)에 관한 제약일 뿐 아니라 관계의 단절, 사소한 것이든 중대한 것이든 무언가를 결정하거나 선택하는 것에서의 스스로의 통제력을 타자에게 이양하는 것, 그리하여 시설화 그 자체가 장애와 손상을 재생산[30](이용표・장혜경, 2014; Ben-Moshe, 2020; Chapman et al., 2014)하는 상태를 가리킨다.

30) 다양한 시설에서 폭로된 학대나 방임, 노동 착취, 의료적 처치의 부재 혹은 과잉 등은 직접적으로 신체・정신적 장애와 손상을 유발한다. 그러나 이에 못지않게 일상화된 자율성 박탈은 개인에게 수동성, 무감각 등 감정적・정신적 장애를 유발하는 주요 요인이다. 특히 정신적 장애인의 경우 수동성과 무감각은 시설화로 인한 자율성 박탈의 효과가 아니라 장애・질환 그 자체의 생물학적 증상으로 여겨지는 경향이 있다고 지적된다(이용표・장혜경, 2014).

2) 여성주의 장애학: 장애의 역사적이고 물질적인 구성

앞서 살펴본 것처럼 근대 세계에서 장애인은 시설화를 비롯해 우생학적 격리, 강제불임수술, 대량학살 등 억압과 폭력의 대표적인 대상이 되어왔지만, 장애가 젠더, 섹슈얼리티, 계급, 인종 등과 같이 시설화에 있어 중요한 분석 범주로 주목받기 시작한 것은 비교적 최근의 일이다. 분야를 막론하고 대부분의 학문적 논의가 장애를 역사적・정치경제적 맥락에 따른 이데올로기 및 구조적 권력의 산물이 아닌, 몰역사적・생물학적 조건으로 이해하는 일이 만연하다(웬델, 2013; Erevelles, 2011, 2014; Meekosha, 2006). 권위주의 시기의 한국의 인구통치나 시설화에 대한 사회과학 연구에서도 장애는 진지한 분석의 대상이 되지 못했다. 특히 시설화 역사에 대한 대부분의 연구가 부랑아・부랑인, 윤락여성 등의 표식이 붙은 집단을 단일하고 규범적인 정체성 범주(여성/남성/아동)로 환원하며 시설화에서의 장애의 교차적 작동에 주목하지 않았다. 이 연구가 부녀보호소 사례를 통해 한국 사회 시설화 역사에서 주목하는 것은 나이, 인종, 계급, 젠더 등의 범주와 상호 교차하고 끊임없이 (재)구성되는 것으로서 "몸마음"(body-mind)(Price, 2015: 269)[31]의 장애다. 이를 위해 이 논문은 몸마음의 장애가 정치적이고 역사적인 분석에서 제외되는 이유와 그것의 효과를 설명해온 여성주의 장애학의 관점을 빌린다.

1960년대 서구의 여성운동, 흑인민권운동 등 정체성 정치학의 영향에 힘입어 등장한 장애학은 장애를 교정, 격리, 치료의 대상으로 구성해온 의료화에 대한 비판으로부터 출발했다. 병리화에 저항하고 장애를 정체성의 한 범주로 이론화한 장애학은 생물학적 '손상'과 사회적 구조로서의 '장애'를 개념적으로 분리했다. 또한 생물학적 손상 그 자체가 아니라 그것을 둘러싼 사회적 구조가 장애를 만든다고 하는 이른바 '장애의 사회적 모델'을 제시했다. 장애의 사회적 모델은 강력하고 명확한 논리를 통해 오랫동안 장애학과 장애운동의 기반이 되었다. 그러나 이는 장애를 문화, 역사, 지리적 차이 등과 상관없는 고정적이고 보편적인 것으로

31) 정신적 장애(mental disability)에 천착한 여성주의 장애학자 마가렛 프라이스(Margaret Price)는 일반적으로 몸과 마음은 분리된 별개의 것으로 간주되지만 사실 둘은 하나로 작동하며 정신적 장애가 여러 다양한 장애의 체현과 장애 정치학에서 중요하게 고려되어야 한다고 주장한다. "몸마음"은 이러한 맥락에서 그가 채택한 표현이다,

전제하고, 몸이 젠더, 계급, 나이, 인종 등 다른 체현들과 언제나 상호 구성되는 것임에도 불구하고, 이를 생물학의 영역으로 본질화한다는 비판이 여성주의 장애학자들로부터 제기되었다(웬델, 2013; Erevelles, 2011; Kafer, 2014). 그들은 초창기 장애학과 장애운동의 이러한 한계가 특권적인 백인・중산층・일부 신체장애인・남성의 시각과 경험을 기준으로 장애인 안의 다양한 차이를 비가시화한 데서 비롯되었다고 보았다. 일부 특권적 장애인의 시각을 기준으로 장애의 의료화에 저항하고 장애를 정체성으로 긍정하는 것은 몸의 손상과 의료화의 경험 자체가 젠더, 인종, 계급, 나이 등에 따라 매우 달라질 수 있다는 것을 비가시화한다는 것이다. 예를 들어, 미국의 가난한 유색인 장애인은 병리화가 아닌 의료접근성 문제로 인해 적절한 치료와 돌봄을 받을 수 없는 상황에 놓여있다(Ben-Moshe & Magaña, 2014; Mollow, 2006).

여성주의 장애학자들은 장애학과 장애운동을 향해 체현의 여러 범주 및 경험에 관한 역사적・정치적 맥락의 상호구성을 고려하라 촉구하였고, 페미니즘 이론과 정치학이 장애를 분석 대상에서 제외하고 비가시화하는 문제에도 적극 개입했다. 장애학의 의료화에 대한 저항과 유사하게 초기 페미니즘 비평 역시 젠더정치의 의료화에 저항했다. 예를 들어, 1960년대 서구사회에서 탈시설화 운동과 함께 일어난 반정신의학 운동(antipsychiatry movement)의 영향을 받은 일군의 여성주의자들은 여성의 병리를 오랜 시간 정신의학의 언어로 설명한 의학지식에 문제를 제기하기 시작했다. 페미니스트들은 소위 '히스테리'로부터 이어져 온, 오래된 여성 병리의 정신의학화에 대항해 자율성과 주체성을 주장하는 여성들에 대한 혐오가 여성에게 정신병리학적 진단명을 붙였다고 주장했다(뒤센베리, 2021; Donaldson, 2012; Nicki, 2001). 체슬러(2021)는 여성의 역할을 완전히 수행하든 여성 역할을 거부하든 여성은 언제나 정신병적으로 간주되어 가부장적인 정신병원에 수용된다고 보았다. 남성에 비해 여성이 정신병원에 반복적으로 드나드는 이유는 만연한 여성 혐오와 부적절한 처우 때문이라는 것이다. 이러한 주장은 정신의학의 젠더정치, 즉 여성을 편파적으로 정신병리화하여 여성이 성폭력, 가정폭력 등 젠더 부정의를 발화하는 것을 막거나 단지 '미친' 것으로 취급하는 것에 대한 문제제기였다.

그러나 여성주의 장애학자들은 의료화에 저항하는 페미니즘 담론과 문화적 재

현물이 여성의 정신장애를 그저 저항의 상징으로 낭만화하면서 실재하는 장애와 그로 인한 고통의 경험을 비가시화한다고 지적했다. 허먼(Herman, 1995)은 반정신의학 페미니즘을 파생시킨 1960년대 제2물결 페미니즘이 중산층 백인 여성들의 경험과 시각을 중심으로 추동되면서 가난한 유색인 여성일수록 취약할 수밖에 없는 "정신적 붕괴"(287)는 허구가 된 반면 성차별은 실재하는 것으로 규정되었다고 비판했다. 여성주의 장애학자들은 페미니즘 담론이 몸의 물질적 조건으로서의 장애를 단지 상징이나 문화적인 것으로만 취급하는 것은 문제라고 보고, 장애의 실존과 그것이 야기하는 고통을 페미니즘의 분석과 정치학 안에 통합할 것을 촉구했다(웬델, 2013; Donaldson, 2012).

이처럼 여성주의 장애학자들은 장애, 젠더, 섹슈얼리티, 계급, 인종 등이 사회적, 정치적, 역사적으로 조건지어지고 상호 구성된다는 것, 따라서 각각의 범주에 천착한 분석과 정치학이 이와 같은 차이들을 진지하게 고려해야 함을 강조했다. 그렇게 하지 않을 때 규범적 권력에 균열을 내고 저항하는 기획이 실패할 수밖에 없기 때문이다. 또한 손상과 장애를 학문적 분석에 포함하기 위해서는 손상과 장애가 고정되거나 생물학적으로 선재하는 무엇이 아니라 역사적이고 정치적인 구성물로 인식되어야 한다고 촉구했다. 예를 들어, 저임금의 위험한 노동환경이나 빈곤으로 인한 의료접근성의 제약, 여성에 대한 가정폭력은 손상과 장애의 주요 원인이다. 이때의 손상과 장애는 생물학적으로 선재하는 결함이라고 할 수 없다. 이러한 맥락에서 손상과 장애는 다른 범주들과의 관계에서 끊임없이 (재)구성되는 것이기도 하다. 비장애 백인 남성 중심적 근대 과학지식이 여성과 유색인의 열등함을 설명하기 위해 여성과 유색인의 몸을 이미 언제나 장애를 가진 몸으로 구성해 냈다는 사실은 장애와 인종 그리고 젠더가 특정한 역사적·정치적 맥락에서 상호 구성되는 것임을 보여주는 단적인 사례다(닐슨, 2020; 클레어, 2020; Meekosha, 2006).

손상과 장애를 역사적이고 정치적인 구성물, 다른 차이들과 교차하는 '과정', '되기'로서 개념화하려는 여성주의 장애학의 이론적 시도는 현재 진행형으로써 제국주의와 글로벌 자본주의가 착취, 전쟁, 빈곤에 의한 손상과 장애를 대규모로 생산해내는 글로벌 맥락의 물질적 조건을 이론화하는 작업으로도 이어지고 있다. 미코샤(Meekosha, 2011)는 글로벌 사우스의 손상과 장애가 초국적 자본주의의

경제적 착취와 구조적 불평등에 기인한다고 지적했다. 그는 전쟁과 무기 거래, 노동착취 공장(sweatshops), 글로벌 제약・케어시장의 이해관계 등을 글로벌 사우스에서의 장애 생산의 대표적 사례로 든다. 노동착취 공장의 예를 들면, 노동자들은 강제 퇴직으로 이어지는 상해에 자주 노출되지만 상해를 입은 노동자의 자리를 대신할 소녀들이 언제나 존재하기 때문에 노동자는 쓰고 버릴 수 있는 것으로 취급된다. 이 같은 구조에서 위험한 노동환경이 노동자의 장애를 지속적으로 생산해낸다는 것이다.

미코샤(Meekosha, ibid.)는 서구 아카데미를 중심으로 한 장애학이 제3세계 및 글로벌 사우스의 현실을 지워왔던 것이 이 같은 글로벌 정치경제의 착취와 장애의 생산을 추동한다고 신랄하게 비판했다. 전 세계 6억여 명의 장애인 대부분이 글로벌 사우스의 인구지만, 해당 사회에서 손상과 장애를 가진 사람들은 의료적 접근의 어려움을 겪으며 장애인 정체성을 인정받기 어려운 상황에 놓여 있다. 이렇게 전 지구적 정치경제 상황과 맞물린 장애인 정체성의 차이 그리고 장애 생산의 다른 맥락은 장애인 정체성을 긍정하고 의료화에 저항하는 서구 백인 중심의 장애학 담론에서 비가시화되어 왔다는 것이다.

이 논문은 장애와 손상이 생물학적으로 선재하거나 상징과 담론적 차원의 문제로 존재하는 것이 아니라 자본주의적 착취의 역사와 함께 물질적으로 구성되었고, 이는 인종, 젠더, 계급이 교차하는 주체들에게 더 큰 영향을 미친다는 이상의 논의를 빌려 한국 사회가 여성의 몸마음의 손상과 장애를 어떻게 '생산' 해냈으며 또한 어떻게 비가시화해 왔는지를 추적하고자 한다. 한국의 개발국가 체제는 글로벌 정치경제와 상호작용하며 여성, 노동자, 빈민 등 다층적 인구 집단을 착취하고 "죽음정치적 노동"(이진경, 2015)으로 내몰았다. 이진경은 개발국가에서 군사적, 산업적, 성적으로 착취되면서 미국 헤게모니를 떠받친 한국의 남녀 노동자들-대표적으로 군인, 성노동자, 이주노동자-은 "죽음에 이르도록 운명 지어진" 사람들이며, 노동 그 자체에 이미 죽음이나 생명의 처분가능성이 전제되어 있다고 분석하고 이를 "죽음정치적 노동"으로 개념화했다. 노동 그 자체가 불가피하게 신체와 정신을 상해하고 훼손하는(이진경, 같은 자료: 43) 과정이라는 그의 설명은 억압의 결과로 장애와 손상이 생산된다고 하는 여성주의 장애학의 문제의식과 정확하게 일치한다. 이진경은 문학작품을 통해 이러한 현상을 분석하지만, 이 논문은

죽음 혹은 죽음과 생명 사이에서 손상과 장애가 “운명 지어진” 한국의 수많은 여성에게 몸마음의 손상과 장애, 특히 정신적 장애가 얼마나 만연했고 또 불가피했는가를 질문한다. 더 나아가 몸마음의 손상과 장애를 가지도록 “운명 지어진” 여성이 구체적으로 위치한 공간은 어디였고, 그들의 몸이 위치한 공간은 물질적 실재로서 몸마음의 장애를 어떻게 비가시화했지를 분석하고자 한다.

3) 역사적 제도주의

이 논문이 장애여성의 역사적 시설화 과정을 규명할 사례로 채택한 부녀보호소는 1961년 최초 설립 이후 약 반세기의 시간이 지나는 동안 점진적으로 변화해 왔다. 쿠데타 직후 박정희 정부가 부랑인・부랑아와 함께 부랑부녀・요보호여자를 통제할 갱생시설 제도를 도입한 것이 부녀보호소의 출발이었다. 1980년대 들어 정부는 기존의 제도에 민간위탁 제도를 덧붙임으로써 부녀보호소의 운영 주체와 목표를 전환하게 되며, 시설의 근거 법률 또한 체계화된다. 민주화 이후 부녀보호소의 일부였던 윤락여성 수용시설은 강제인신구속 논란에 휩싸이며 폐쇄되지만, 다른 일부였던 부랑부녀 대상 수용시설은 폐쇄되지 않고 지속적으로 운영되었다. 2000년대 이후 해당 시설은 복지서비스제도의 확대와 함께 노숙여성, 장애여성 등을 대상으로 한 전문적 민간 복지시설로 재구축된다. 이렇듯 시간에 따른 부녀보호소의 점진적 변화는 군사독재 정권에서 창안된 비민주적 부랑인・여성 등에 대한 통제 기구였던 시설이 지속적으로 살아남았을 뿐 아니라 오늘날에는 시민의 복지를 위한 전문적 복지체계로 자리매김하도록 했다. 부녀보호소 사례에서 드러나는 바와 같이 특정한 제도나 정책이 오랜 시간 점진적으로 변화와 진화를 거듭하면서 외부 정치사회적 변화에도 불구하고 존속되는 과정을 설명하기 위해 이 연구는 제도분석(institutional analysis) 이론의 역사적 제도주의 관점을 취한다.

역사적 제도주의는 정치사회 영역들에 걸쳐 현존하는 제도들이 진공상태에서 만들어지는 것이 아니라 과거의 사회적, 경제적, 문화적 축적물에 기대어 만들어진다고 보는 관점이다(윤홍식, 2014: 96). 즉, 제도가 단순히 특정 이해를 대변하는 행위자들의 합리적 선택으로 형성되는 것이 아니라 국가와 사회의 다양한 행

위자들과 복잡한 권력관계 등에 의해 형성된다고 보고, 이때 행위자들의 이해, 정치적 권력 등은 역사적 맥락에 의해 형성된다는 것이 역사적 제도주의의 기본 관점이다. 이러한 관점에 따라 많은 제도 연구자들은 정치사회적 환경의 변화에 따라 제도가 자동적으로 변화되기보다 반대로 환경의 변화에도 불구하고 특정 제도적 패턴의 지속성이 유지되는, 이른바 '경로의존성'(path-dependence)에 주목한다. 결정적 시기에 도입된 특정 제도는 시간의 흐름에 따른 환경변화와 함께 새로운 제도로 대체되어야 하지만, 한번 도입된 제도는 변화하지 않고 기존의 형태대로 유지되는 속성을 지닌다는 것이 경로의존성이다. 이때 제도의 경로의존성을 추동하는 것은 기존 제도에 의해 의도적·비의도적으로 형성된 행위자들의 능력, 선호, 관습과 같은 역사성 혹은 제도 변화가 야기하는 비용에 대한 고려 등이다(김선명, 2000; 씰렌, 2011; 윤홍식, 2014).

그러나 제도가 지닌 안정성을 강조하는 경로의존성과 같은 설명틀은 그 유용성에도 불구하고 실제 현실에서 일어나는 다양한 제도변화 양식을 설명하는 데 한계가 있다는 비판이 제기되었다. 일군의 제도분석 학자들은 기존 설명틀이 눈에 띄는 공식적 변화만을 근거로 제도의 변화 여부를 설명하려 하지만, 보다 비가시적인 "제도 변화의 숨겨진 형태들"이 실제 현실에서는 빈번하게 일어나며 동시에 그러한 점진적이고 비가시적인 변화의 축적은 궁극적으로 중대한 변화를 초래하게 된다고 주장한다(Hacker, et al., 2015: 181; Mahoney & Thelen, 2010). 특히 경로의존성 개념이 강조하는 것은 결정적이고 급진적 혁신의 시기에 도입된 제도가 그 뒤에 안정적으로 자기재생산한다고 하는, 변화 혹은 안정성의 이분법적 성격이지만, 그러한 이분법적 설명틀로는 제도 안팎의 행위자와 행위자 간 권력관계의 끊임없는 역동, 제도의 점진적 변화라는 미세하지만 역동적인 변화의 패턴을 포착하지 못하게 된다. 그리하여 "사실상 안정성과 변화의 측면은 분리할 수 없이 서로 얽혀있다"는 것을 전제로 제도적 변화에 대한 분석을 정교화할 것이 요구되고 있다(Mahoney & Thelen, 2010: 9).

마호니와 씰렌(Mahoney & Thelen, ibid.)은 제도의 점진적 변화와 그를 추동하는 역동적인 정치적 변화를 포착하기 위해 두 가지 측면에 주목할 것을 강조하는데, 자원분배의 수단으로서의 제도와 제도의 내재적 모호성이 그것이다. 첫째, 제도는 근본적으로 자원분배 문제와 관련되므로 제도를 둘러싼 정치적 동맹

이나 대결 상황은 항상 일어난다고 보아야 한다. 더구나 제도를 둘러싼 이익집단들은 복수의 제도에 착근되어 있고, 정치사회적 변화에 의해 하나의 제도에서 불이익이 발생하면 다른 제도에서의 특권적 지위를 이용해 제도를 변화시키려는 노력을 하게 된다. 이렇듯 제도가 가진 분배적 성격과 항상적 정치적 긴장을 고려한다면 단지 하나의 제도나 특정 시점에서의 변화 여부만으로 변화의 성격을 완전하게 포착할 수 없으며, 여러 제도와 정치적 과정들의 종합적 효과를 분석해야만 한다. 둘째, 제도의 모호성을 통해 강조하려는 것은 제도가 그것이 표방하는 목적에 따라 정교하고 투명하게 실행되기보다 해석, 적용, 실행 등에 있어서 투쟁으로 가득한 장이라는 사실이다. 대부분의 제도는 그 실행 주체와 권한에 있어 다양한 행위자들 사이의 영역을 구분하고 있고, 제도의 설계자 외에도 수많은 행위자를 통해 실행된다. 따라서 만약 제도가 공식적으로 변화하지 않는다고 하더라도 기존의 제도는 정치사회적 변화에 따른 새로운 현실에 적응하기 위해 내재적으로 변화할 수 있는 가능성에 언제나 열려있게 된다. 행위자들은 공식적 제도변화를 위해서뿐 아니라 제도가 변화하지 않을 경우 기존 제도가 가진 적용, 해석, 실행에 있어서의 모호성을 두고 끊임없이 동맹과 갈등을 할 수 있고, 적용, 해석, 실행에서의 변화는 제도의 궁극적 효과에 있어 커다란 변화를 초래할 수 있다.

이와 같이 제도를 둘러싼 내외부적 정치적 동학과 행위자들의 역동, 제도의 내재적 속성 등을 통해서 미세하지만 매우 중요한 방식으로 일어나는 제도변화의 유형은 아래 표와 같다. 네 가지의 변화 유형은 위에서 설명한 제도의 모호성 및 정치적 맥락에 따라 조건화된다. 대체(displacement)는 기존의 제도가 새로운 제도로 완전히 대체되는 변화의 유형을 말하는데, 이는 현실 세계에서 흔히 일어나는 제도변화의 유형은 아니다(Hacker, 2005). 반면 중첩(layering), 표류(drift), 전환(conversion)은 제도가 완전히 대체되지 않는 상태에서 기존 제도의 변형을 통해 변화가 일어나는 패턴을 포착한 개념이다. 구체적으로, '중첩'은 새로운 규칙이 기존의 제도에 덧붙여짐으로써 기존 제도의 규칙이 변화하는 것을 말한다. 완전히 새로운 제도를 도입하지 않고 기존의 것을 수정, 추가하는 것임에도 중첩은 큰 변화를 수반할 수 있는데, 미세한 제도 내 규칙의 변화는 제도를 지탱하는 논리를 완전히 수정할 수 있기 때문이다. '표류'는 규칙은 형식적으로 동일하게 유지되지만 외부 상황의 변화로 인해 제도가 동일한 효과를 발휘하지 못

하는 것을 말한다. 마지막으로 '전환'은 규칙은 형식적으로 동일하지만 제도가 새로운 방식으로 해석되고 적용되는 것을 말한다. 규칙과 실행의 간극은 제도에 내재한 모호성을 적극적으로 활용하는 행위자들에게서 나온다. 제도를 무너뜨릴 수 있는 역량이 부족하기 때문에 내부의 행위자들은 제도에 내재한 모호성을 적극 활용해 보다 더 선호되는 기능과 효과를 내도록 추동할 수 있다(Mahoney & Thelen, ibid.).

표 2.제도변화의 유형

		제도의 특성	
		해석과 이행에 있어 낮은 수준의 재량	해석과 이행에 있어 높은 수준의 재량
정치적 맥락	강한 거부 가능성	중첩	표류
	약한 거부 가능성	대체	전환

출처: Mahoney & Thelen(2010), "A theory of gradual institutional change", p.19.

이와 같이 역사적 제도주의가 강조하는 제도의 점진적 변화 패턴과 그 추동 요인으로서 행위자들의 정치적 긴장 및 제도의 다양한 해석 가능성은 부녀보호소의 변화 혹은 지속의 형태 및 그 요인을 규명하려는 이 논문에 유용한 이론적 자원이다. 부녀보호소는 최초의 제도 설계자가 거의 의도하지 않았던 전혀 새로운 형태와 기능을 가진 시설로 오늘날의 최종 형태를 가지게 되기까지 끊임없이 변화해왔다. 그러나 동시에 부녀보호소는 설립 시점부터 지금까지 일관된 제도로서의 복지시설이기도 하다. 따라서 부녀보호소는 급격하고 공식적인 제도적 변화 혹은 안정성만으로 결코 설명되지 않으며, 보다 비가시적인 점진적 변화 패턴 및 그를 추동한 정치사회적 변화, 다양한 행위자들에 대한 정교한 분석을 요한다. 군사독재 정부의 사회정화 시도나 개별 시설들의 인권침해 그리고 그 결과 시설이 설립되거나 폐쇄되는 급진적이고 가시적인 변화에만 주목할 때, 오랜 역사적 과정을 거쳐 시설이 점진적 변화와 진화를 거듭하였다는 사실과 어떠한 행위자와 정치적 상황이 상호작용하였는지, 궁극적으로 어떠한 효과가 발생 되었는지 등에 대한

분석을 누락하게 된다.

이 연구는 한국의 복지제도로서의 부녀보호소가 반세기의 시간 동안 권위주의 독재정부, 민주화, 정권교체 등을 통해 급격한 변화과정을 거쳤지만 동시에 그러한 외관상의 급격한 변화는 시설에 새로운 규칙을 중첩시키거나 해석을 달리함으로써 제도적 형태나 목적이 전환되는 과정이 점진적으로 누적된 결과이기도 하다는 것을 설명하고자 한다. 이러한 분석은 부녀보호소가 오랜 시간 새로운 환경들을 마주하면서도 끊임없이 적응과 타협을 이어오며 오늘날과 같은 형태로 최종적으로 존속될 수 있게 된 요인과 그 효과를 이해하는데 유용하다. 이뿐만 아니라 한국의 거시적인 복지체계의 역사적 궤적과 성격을 이해하는 데도 중요한 단초를 제공할 수 있을 것이다.[32]

(4) 연구방법과 논문의 구성

1) 연구방법과 자료

① 사례연구

이 논문은 약 반세기의 역사를 거치며 정신적 장애여성을 주요 수용대상으로 해온 시설인 부녀보호소 사례를 통해 한국 사회에서 정신적 장애여성의 시설화 과정과 그 원인을 해명하고자 한다. 라긴(2002)에 따르면, 사례 중심적 연구방법은 사례 분석을 통하여 역사적 변화나 과정을 발견하는 것이며, 이때 사례는 통합적인 전체로서 고려된다. 모든 사회적 현상은 복잡성과 이질성을 띠며 다중의 원인이 결합해 하나의 현상으로 나타난다. 사회과학 연구자들은 이렇게 다중적인

32) 전통적으로 복지국가의 기능은 임금노동자를 중심으로 그들의 소득을 보장하는 것에 있었지만, 점차 소득보장뿐 아니라 개별 시민과 가족이 일상적으로 부딪치는 사회적 위험으로부터 보호를 제공하는 것으로 확대됐다. 여기서 사회적 위험이란 출산, 생계부양자의 죽음, 실업과 은퇴, 장애와 질병 등을 지칭하며, 공공과 민간을 아우르는 광범위한 사회서비스(복지서비스) 제도와 정책들이 이러한 위험들로부터 보호를 제공하는 것으로 기능한다(윤홍식, 2014; Hacker, 2005). 제도적으로 복지시설인 부녀보호소는 시민들이 직면하는 사회적 위험으로부터 보호를 제공하기 위한 사회서비스의 일종이다. 따라서 비록 하나의 사례지만 부녀보호소의 오랜 변화와 그 함의를 규명하는 작업은 한국 복지국가의 역사적 변화과정과 핵심적 성격을 이해하는 작업과 나란할 수밖에 없다.

인과 관계의 가능성을 염두에 두고, 상이한 조건에 따른 결과를 산출하기 위해 각각의 현상이 어떻게 전체를 형성해 왔는지를 분석한다. 이때 사용되는 방법이 사례 중심적 방법이다. 통상 사례 중심적 연구에서 하나의 사례는 조건들의 조합으로부터 초래된 하나의 전체 상황으로서 검토되며, 상이한 인과 요인들이 어떻게 복잡하게 결합하는지가 해당 사례의 맥락 속에서 설명된다(라긴, 2002: 79-80).

부녀보호소를 정신적 장애여성의 역사적 시설화 메커니즘을 설명하는 사례로 선정한 이유는 다음과 같다. 첫째, 부녀보호소는 역사적인 변화를 거치며 명시적으로 정신적 장애여성을 수용 대상으로 호명하지 않았지만, 실제 대다수의 수용 대상 여성은 정신적 장애와 부랑/노숙이 중첩된 여성이다. 이 논문에서 규명하듯 1960년대에 부랑부녀 대상 수용시설 부녀보호소가 설립될 당시 한국의 의료복지 시설 인프라는 절대적으로 부족했고, 따라서 가난한 사람들의 의료복지 접근성은 매우 낮은 수준이었다. 이 같은 상황은 남녀 모두에게 공통적이었지만, 특히 비가시적 장애인 정신적 장애를 가진 가난한 여성의 장애나 질병은 사회적으로 인정되기 더욱 어려웠고, 젠더화된 가족의 돌봄에서도 우선적으로 배제되었다. 이러한 상황 때문에 1970년대까지 정신의학이나 장애인 시설 관련 통계를 실은 대부분의 문헌 자료에서 여성은 남성에 비해 매우 낮은 분포로 나타난다. 이렇게 여성의 질병과 장애가 비가시화되고 가족 및 의료복지 자원에의 접근성이 더욱 낮았던 상황은 그들을 오랜 시간 길거리 등지에서 부랑하게 했고, 당국의 단속을 통해 '부랑인' 대상 구호시설에 대규모로 배치되도록 만들었다. 부녀보호소는 시대적 변화에 따라 시설의 형태와 운영 주체 등은 변화하지만 기본적으로 1990년대에 이르기까지 서울시의 부랑여성 관리행정의 거점으로서 지속적으로 기능했으며, 부랑/노숙인 여성 시설로서는 매우 이례적이라 할 만큼 전국 최대 규모를 유지했다. 따라서 부녀보호소는 한국에서 반세기 역사 동안 지속된 가족 또는 국가를 중심으로 한 복지체계가 어떻게 정신적 장애여성을 체계적으로 배제했고 동시에 비가시화했는지, 그리하여 궁극적으로 그들의 삶의 공간이 어떻게 수용시설로 제한되어왔는지 그 사회구조적 맥락을 탐색할 수 있는 요체라 할 수 있다. 이 연구의 목적을 위한 사례로 여타 의료복지 시설보다 부녀보호소가 적합한 핵심적 이유다.

둘째, 부녀보호소는 반세기 역사의 절반 동안은 서울시 직영 공립시설로, 나머

지 절반은 서울시 위탁 민간시설로 존립해왔으며, 이와 같은 시설의 역사적인 변화는 법률, 제도, 담론, 그리고 여기에 관련된 다양한 민관 행위자들이 얽혀진 통치성을 포착하는데 유리하다. 특히 서울시는 1960년대 이래 정부 및 시민사회의 부랑인 관리 행정의 최대 요충지였으며, 서울시립시설로서 부녀보호소는 성인 남성 부랑인 및 부랑아 대상 시설들과 함께 부랑부녀라는 인구학적 범주를 전담한 유일한 시설이었다. 1980년대 민간위탁 결정이 된 후부터 2000년대에 이르기까지 부랑여성 관리 행정의 거점으로서 부녀보호소의 위상은 유지되었다. 이러한 부녀보호소의 위치성과 독자성은 국가와 사회의 상호작용 속에서 시설화를 파악하는 데 유리하다.

② 문헌 및 담론 분석

이 논문이 정신적 장애여성의 시설화 과정에서 주요하게 해명하고자 하는 것은 그들의 시설화를 용인하고 추동해온 제도 및 담론이다. 따라서 이 논문은 복지제도로서 시설의 설립과 변화, 지속을 가능하게 만든 제도에 관한 문헌분석뿐 아니라 그러한 제도에 직간접적으로 영향을 미치거나 역으로 제도의 정당화 과정에서 확산되기도 한 담론을 주요하게 분석했다. 담론 분석은 특정한 사회의 역사적인 이슈와 쟁점 혹은 대상이 특정한 방식으로 구현되며, 이 과정에서 생성되는 정당화와 세력화의 요소들, 그리고 재현된 제도적인 개입의 제 측면들에 대한 문제제기(problematization)다(이기형, 2015). 이를 위해 정신적 장애여성의 시설화 이슈에 관련된 주요 정책입안자나 전문가의 보고서, 연구물, 언론 생산 기사 등을 통해 시설화가 제기하는 특정한 이해관계나 논점, 비판, 주장을 분석하고 이에 대한 거시적 의미 작용과 정치성을 중점적으로 살펴보고자 했다.

구체적으로 문헌 및 담론 분석을 위해 사용된 자료는 다음과 같다. 부녀보호소의 설립부터 이후 변화와 운영 등의 실제에 관한 자료는 일차적으로 국가기록원과 서울기록원에 소장된 문서를 정보공개 신청하여 확보하였다. 특히 서울기록원은 서울시 직영 시설로서 부녀보호소의 설립과 운영 상황을 파악할 수 있는 문서의 일부를 보존하고 있었다. 또한 정부 발간 문건인 『보건사회통계연보』, 『보건사회백서』, 『국무조정실 30년사』, 『부녀행정 40년사』, 그리고 서울시 직영 시설들의 연구보고서인 『윤락여성에 관한 연구보고서』(부녀보호소), 『사업개황』(아동

보호소) 등을 통해 부녀보호소를 비롯한 시설의 정책 내용과 정부 동향 등을 파악하였다. 시설의 세부적 운영방식이나 변화 등을 파악할 수 있는 조례, 규칙, 직제, 예규, 훈령 등 역시 검토했다. 정신적 장애여성 대상 시설화와 직결되는 각종 법률은 물론 시행령, 시행규칙뿐 아니라 국회 회의록, 법률안 회의록을 검토했다. 시설의 최근 현황과 동태를 파악하기 위해 부녀보호소가 민간위탁 시설로 전환된 후 수용자를 인수해 운영하고 있는 서울시립영보자애원이 2000년대부터 자체 발간한 소식지를 활용했다.

정부 및 서울시의 동향과 법제도적 측면, 시설 내부의 운영실태 외에도 시설을 둘러싸고 있는 다양한 행위자들의 담론 생산과 실천, 개입 등의 측면을 파악하기 위해 의료복지 관련 전문가, 시민사회단체의 연구・발간물을 활용했다. 한국사회사업협의회, 아산사회복지사업재단, 한국여성단체협의회, 한국정박아애호협회, 이화여대 사회사업연구회, 대한신경정신의학회, 인도주의실천의사협의회 등의 발간자료 및 단행본은 '부랑부녀', '윤락여성', '정박아', '심신장애자', '정신질환자' 등 특정 집단에 대한 지식이 어떤 방식으로 생산되는지, 또 그러한 지식담론이 어떻게 시설화 관련 담론적 실천과 제도 수립에 관여하는지 파악하기 위해 주요하게 활용했다. 복지, 보건의료, 종교 등 분야에서 시설화 관련 담론 구축과 실천에 깊이 개입한 교수, 의사, 공무원, 종교인(종교단체) 등이 생산한 각종 단행본, 논문, 기사 등도 중요하게 참조했다. 그 외 부녀보호소를 비롯한 시설 관련 동향이나 사건은 네이버 뉴스라이브러리 검색과『여원』,『부녀서울』,『시사인』등 잡지・기관 간행물뿐 아니라 종교, 의료, 장애 등 분야 전문 온라인 매체와 각종 실태조사 보고서 등을 확보해 참조했다.

그러나 약 반세기에 걸친 장시간의 변화상과 객관적 사실을 충분히 규명하기에 이상의 문헌 자료들만으로는 여전히 한계가 많았다는 점 역시 미리 밝혀두고자 한다. 특히 1960-70년대 시설의 내부 실태나 제도적 변화의 배경을 알 수 있는 자료를 찾는 데 어려움이 많았다. 이 논문은 하나의 시설을 대표 사례로 하는 초기적인 연구로서, 향후 부녀보호소는 물론 다양한 시설의 운영실태와 관련된 동학을 파악할 수 있는 문헌 자료 발굴을 통해 심층적인 후속 연구가 진행되어야 할 것이다.

③ 심층면접

문헌 및 담론에 대한 분석 외에도 실제 개인들의 삶과 경험 안에서 시설이 경험된 방식이나 태도, 그리고 시설화 제도와 담론의 배후에 있는 개인들의 주관적 인식틀과 가치체계(나미수, 2015) 등을 파악하기 위해 부녀보호소를 비롯해 유사 시설 -부랑인시설, 장애인시설- 에 수용 경험이 있고 현재는 탈시설 한[33] 여성들에 대한 심층 면접을 실시했다. 시설 수용 경험이 있는 비/장애 여성 사례에 접근하는 것 역시도 여전히 매우 어려운 것이 현실인데, 특정 시기나 시설의 형태에 따라 여성의 수용 이력은 젠더화된 낙인의 표적이 되기도 하며(황지성, 2020b), 정신적 장애여성의 경우 현재까지 시설에 대규모로 수용되어 있기 때문에 본 연구목적에 부합하는 표집 대상을 찾는 것은 상당한 도전이 되었다. 이러한 한계로 인해 본 연구에서 심층 면접을 진행한 사례는 총 10 사례이다. 연령은 1940년대생부터 1990년대생까지 다양한 연령대에 분포하며, 장애(등록) 여부나 장애 유형도 다양하다. 사례 수의 한계에도 불구하고 면접참여자의 이와 같은 다양한 인구학적 특성은 제도와 담론의 차원을 넘어 사람들의 구체적인 삶 속에서 시설이 어떻게 경험되었고 당대 사회현실이 무엇인지를 폭넓게 이해하고 설명을 제시하는 데 유용했다. 무엇보다 면접자료는 여성들이 어떤 현실 속에서 장애가 구성되거나 심화되는 과정을 겪었는지를 파악하고 시설화에서 젠더와 장애의 교차작동을 설명하는데 매우 핵심적인 정보를 제공해주었다. 그 밖에도 여성들이 시설 안에서 체득한 주관적 경험은 문헌 및 담론 분석만으로 파악될 수 없는 시설의 운영 실태뿐 아니라 시설 수용자가 가지는 태도, 행동, 감정을 파악하는 데 중요했다.

시설화를 둘러싼 가족의 동학과 관련 제도를 서술한 각 장의 3절에서 면접자료를 주되게 배치했다. 특히 여성이 실제 가족과 삶 속에서 어떤 경험을 하였고 또 어떠한 이해를 가졌는가 등을 설명하는 데 주요하게 활용했다. 이 외에도 객관적 사실을 규명하기 위한 근거로서 문헌 자료 등과 함께 면접자료를 활용하는 방법

33) 현재 시설에 거주하고 있는 여성은 시설과 공간적 분리 불가능성, 연구 참여의 자발성 보장 어려움, 면접자와 라포 형성의 어려움 등 때문에 연구 참여자로 적합하지 않다고 판단해 제외했다. 인터뷰 진행 시점이 코로나19 팬데믹 상황이었기에 다수의 사람이 집단 생활하는 시설에 외부인의 접근이 어려운 측면 역시 있었다. (구)부녀보호소의 폐쇄 후 수용자 인수 및 위탁운영을 하고 있는 시설 서울시립영보자애원의 경우 현 수용자 대부분이 가족에게 유기되거나 연락이 끊긴 무연고자여서 가족 접촉 시도 역시 어려운 상황이었음을 밝힌다.

역시 시도했다. 본 면접참여자들이 특정 집단을 대표한다고 할 수는 없지만, 전체적으로 문헌 자료나 접근 가능한 사례가 매우 부족한 상황에서 본 면접참여자들이 이야기한 생애 경험은 제한적이나마 당대 사회상황을 이해하고 설명할 수 있는 보충적 정보로서 유용하다고 판단했기 때문이다. 이와 관련해서 후속 연구를 통해 더 많은 사례가 발굴되어 본 면접참여자들의 경험과 비교 혹은 이론화하는 작업이 진행될 필요가 있다. 참여자들이 이야기한 시설수용 경험의 사실성과 역사성에 주목해 “맥락 중심적 해석”(백미숙, 2015: 218)을 시도했으며, 이때 서사적 진실과 사실적 진실이 일치하는지를 고려했다.

심층 면접 진행 방식은, 서울대학교 생명윤리위원회 IRB 심의를 통해 연구윤리에 따른 인터뷰를 승인받아(IRB No. 2203/002-015) 2022년 2월과 5월 두 차례에 걸쳐 장애인 인권운동 단체 및 자립지원센터와 성매매 여성 지원단체 등을 통해 면접참여자 모집 공고를 했고, 참여자가 모집되는 즉시 면접을 진행해 2022년 6월까지 시행했다. 모든 인터뷰는 1회 진행했고, 면접참여자의 참여 자발성, 신뢰관계자 동석 가능성, 개인정보 보호 등 연구윤리에 관한 내용을 준수해 인터뷰를 시행했다. 면접참여자가 정신적・언어적 장애로 인해 혹은 시설에서 장시간 격리된 생활을 해왔기 때문에 의사소통과 기억력 등에서 제약이 상당한 경우가 있었으며, 이 경우 신뢰관계자(면접참여자를 지원하는 단체나 센터 직원)를 통해 사실에 관한 보충 정보를 제공받을 수 있었다. 모든 인터뷰는 2시간 내외로 진행했다.

심층면접 참여자는 크게 두 집단이다. 본 연구의 사례가 되는 부녀보호소 및 부녀보호소 폐쇄 후 수용자들을 인수, 위탁운영을 하고 있는 시설(서울시립여성보호센터, 서울시립영보자애원)에 수용된 경험이 있는 여성들(A, B, C, D)이 첫 번째 집단이다. 두 번째 집단은 부녀보호소와 유사한 시설로 분류될 수 있는 부랑인시설, 정신요양시설, 장애인시설에 수용된 경험이 있는 여성들(E~J)들이다. 면접참여자들은 적게는 수개월에서 많게는 약 50년까지 시설에 수용된 경험이 있고, 사망한 한 명을 제외하면 현재는 탈시설하여 지역사회에서 살고 있다. 총 10명의 면접참여자의 특징은 아래와 같다.

표 3. 심층면접 대상자 특징-시설 수용 경험자

사례	출생연대	장애 여부	면접일시/장소	수용된 시설 및 수용 시기	비고
A	1945	정신장애(등록장애) 청각장애	4. 5. /자택	미상 ~1986 **부녀보호소-기술원** ▸ 000정신병원 입퇴원 1986~1986 **부녀보호소-대방부녀보호소** 1986~2007 **영보자애원** (21년)	2010년 사망. 면접자는 친동생과 아들
B	1963	정신장애(등록장애)	6. 9. /지역정신건강센터	미상 ~1982 고아원 1986~2001 **부녀보호소-대방부녀보호소** 2001 **시립여성보호센터** ▸ 다수의 정신병원 입퇴원 (이상 총 15년) 2001~2021 **영보자애원** (20년)	
C	1973	우울증으로 정신과 약물복용(미동록)	2. 28. /자택	1983~1984 서울시립아동상담소 1984 서울시립아동보호소(소년의집) 1984~1987 부산형제복지원 1988~1989 동두천 여자기술원 1989~1990 의정부 여자기술원 1991~1992 **부녀보호소-기술원** 1993(?) 경기여자기술학원	
D	1967	신체적 장애 (미등록)	4. 7. /성매매 여성 지원단체	1983 **부녀보호소-기술원** 1984 **부녀보호소-기술원**	
E	1986	지적장애(등록장애), 언어장애	6. 8. /모임공간	2005~2019 서울지역 장애인거주시설(15년)	비리문제로 시설이 폐쇄되며 탈시설
F	1968	뇌질환으로 인한 운동실조증, 우울증으로 정	6. 18 /모임공간	미상~1984 고아원 1984~1987 부산형제복지원 정신요양원 1987~1988 00정신요양원	1987년 형제복지원이 폐쇄되며 타지역 정신요

		신과 약물 복용 (모두 미등록)			양시설로 전원됨
G	1996	지적장애 (등록장애), 뇌전증으로 약물복용	6. 25 /자택	2009~2010 “수녀원” (보육시설 추정) 2010~2015 서울지역 장애아동청소년시설	
H	1977	지적장애 (등록장애)	6. 29 /장애인 자립센터	1991~1995 서울지역 아동보육시설(5년) 1995~2010 강원도지역 장애인거주시설 (15년)	비리문제로 장애인 단체가 개입해 탈시설
I	1981	지적장애 (등록장애)	6. 30 /자택 (체험홈)[34]	미상~1988 강원도지역 장애인거주시설 1988~1995 강원도지역 장애인거주시설(7년) 1995~2012 서울지역 장애인거주시설(17년)	마지막 거주 시설이 비리 문제로 폐쇄되며 탈시설
J	1965	지적장애 (등록장애)	6. 30. /자택 (체험홈)	미상~1972 영아원 1972~2021 서울지역 장애인거주시설(49년)	I와 동일 시설

한편 부녀보호소에 수용된 경험이 있거나 현재 수용된 면접 대상자의 섭외가 어려운 점, 이들의 이야기를 통해 접할 수 있는 정보가 제한적인 점을 고려하여 시설에 근무한 경험이 있거나 근무 중인 직원의 면접 역시 시도했다. 그리고 부녀보호소 폐쇄 후 수용자 인수 및 위탁운영을 하고 있는 서울시립영보자애원에 근무 중인 직원 한 명을 면접할 수 있었다.[35] 김00은 사회복지를 전공한 후 사회복

34) 탈시설/탈가정하여 지역사회 자립생활을 희망하는 장애인이 일정 기간 거주하며 일상생활 및 사회적응을 체험하는 주거 공간이다.

35) 본 연구자는 2021년 진실・화해를위한과거사정리위원회(이하 진실화해위)의 용역사업『집단시설 인권침해 실태조사 연구용역 사업-수도권(서울, 경기, 인천) 및 강원권』(김재형 외, 2021)에 참여한 바 있고, 부녀보호소 및 부녀보호소 폐쇄 후 전환된 시설인 서울시립영보자애원은 해당 용역사업의 조사대상 시설이었다. 그런데 2021년 당시 서울시립영보자애원이 인권침해 관련 언론 보도 등으로 사회적 이슈가 되면서 진실화해위 조사에 협조하지 않았고,

지사로 일하다 2004년부터 약 20년간 영보자애원에서 근무했다. 김00이 영보자애원 근무를 시작한 2004년은 부녀보호소가 폐쇄되고 위탁운영 체제로 전환된 1985년으로부터 약 20년이 지난 시점이지만, 1980년대 당시 인수된 이들의 삶과 인수되기 이전 (구)부녀보호소에서의 경험 등을 채록할 수 있었다.

또 1960년대부터 민간 자격으로 부녀보호소 유형의 시설을 가족경영 방식으로 운영해온 법인의 대표를 통해 부녀복지 행정과 운영 전반에 관해 파악할 수 있는 보조적 정보를 얻었다. 현재는 탈성매매여성을 위한 자활지원센터 '윙'의 대표를 맡고 있는 최정은 씨다. 최정은 씨의 조모는 1953년 전쟁미망인을 수용보호하는 데레사모자원을 설립했으며, 이후 동 시설은 1966년 은성직업보도소, 1976년 사회복지법인 등록, 1986년 은성직업기술원, 1996년 윤락여성 선도보호시설, 현재의 탈성매매여성 자활지원센터까지 시대적 상황을 반영해 끊임없이 변화해왔다.

면접자료의 해석과 활용은 위의 시설수용 경험 여성들의 면접자료와 마찬가지 이유로 여성들이 가족과 시설 안에서 실제 어떤 경험을 하였는지에 대한 설명 및 사실에 관한 보충적 정보제시 등을 위해 활용했다.

표 4. 심층면접 대상자 특징- 시설 근무/운영 경험자

면접자	출생 연대	면접일시/장소	시설 근무/운영 이력	비고
김00	1965	2023.5.29./ 영보자애원	2004년부터 현재까지 서울시립영보자애원에 근무	
최정은	-	2022.3.6./ '윙' 사무실	1997년 은성직업기술원 시기부터 본격적으로 시설 운영 시작. 현재 탈성매매여성 자활지원센터 '윙' 대표 역임	가족이 1966년부터 윤락여성 직업보도 시설을 운영해옴

해당 조사의 공동연구자 신분이었던 본 연구자 역시 시설 직원과 접촉을 시도할 수 없는 상황이었다. 그런데 지난 2023년 4월 영보자애원이 진실화해위에 2021년 실시된 용역조사 보고서의 수정요청을 하며 조사에 협조하기로 하였고, 이 과정에서 본 연구자 역시 이 논문을 위해 영보자애원 직원에 대한 별도의 면접조사를 요청, 진행할 수 있게 되었다. 면접조사는 2023년 5월에 진행되었다.

2) 논문의 구성

구 분	1961-1967	1968-1980	1980-1994	1995-2010
거시적 배경	▪ 군부 쿠데타 ▪ 경제개발과 가족계획사업	▪ 유신체제 ▪ 경제개발과 가족계획사업	▪ 군부 독재 ▪ 국제인권레짐 ▪ 복지체계 제도화 ▪ 87 민주화	▪ 정권교체 ▪ 공적 복지 제도화 ▪ IMF 경제위기와 신자유주의화
부녀보호소의 변화와 성격	가족 밖 여성 관리제도의 등장	정신적 장애의 범주화와 선별적 수용	복지시설로의 전환과 민간위탁	노숙여성 시설로의 재구축
	가족 밖 여성의 장애 범주 미분화	**인구통치와 장애의 선별**	**장애인 인권보장과 통치비용 최소화의 결합**	**복지제도의 신자유주의적 운용과 교차성 중화**
장애여성에 대한 담론적 실천	▪ 정신병리화 ▪ 수용을 통한 치료와 갱생	▪ 인구재생산의 위험 ▪ 정신적 장애인의 총체적 시설화	▪ 치료・재활 대상으로서 정신적 장애 ▪ 의료복지의 대체제로서 수용시설	▪ 치료・재활 대상으로서 정신적 장애 ▪ 의료복지제도로서 수용시설
가족 및 의료복지 제도	▪ 잔여적・가족중심적 복지제도 ▪ 생활보호법, 윤방법	▪ 잔여적・가족중심적 복지제도 ▪ 생활보호법, 윤방법	▪ 잔여적・가족중심적 복지제도와 소수자 복지체계 제도화 ▪ 생활보호법, 의료보호법, 심신장애자복지법	▪ 보편적 의료복지제도 도입과 가족중심성 지속 ▪ 국민기초생활보장법, 정신보건법, 장애인복지법, 성폭력특별법, 부랑/노숙인 시설규칙
	가족의 생계 부양자로서 여성	**가족 재/생산 담당자로서 여성**	**여성의 일가족 이중부담**	**여성의 일가족 이중부담**

2. 부녀보호소의 설립:
가족 밖 여성에 대한 관리제도의 등장(1961-1967)

먹고사는 일이 가장 큰 문제였던 1960년대, 장애 유무와 상관없이 많은 나이 어린 여성들이 집을 떠나 도시에서 노동하며 자신과 가족을 부양해야 했다. 여성들은 성별화되고 성애화된 노동시장 안에서 대개 저임금의 육체노동(특히 성판매업)에 종사하거나 남성과의 동거를 통해 가족을 부양해야 했고, 이 때문에 많은 경우 장애화되어야 했다. 이처럼 어린 나이에 가족 부양체계를 이탈한 여성들은 보호와 구호의 대상이기도 했지만 동시에 강력하게 통제해야 할 집단이기도 했다. 이에 박정희 군사정부는 해당 여성들에 대한 적극적 국가 관리제도를 도입했다. 2장에서는 1960년대 "부랑부녀", "요보호여자"로 명명된, 광범위한 가족 밖 여성 범주를 대상으로 한 관리제도로서 부녀보호소가 설립되어 정신적 장애여성의 시설화가 본격적으로 시작되는 과정을 살펴본다.

(1) 여성 대상 갱생시설 부녀보호소의 설립

해방과 전쟁 이후 1950년대 요구호자에 대한 사회적 대응은 주로 아동(고아)과 전쟁미망인에 맞추어져 있었고, 전후 전국적으로 급증한 아동구호시설이나 모자원 등 시설에 그들을 수용하는 것 외에 뚜렷한 체계와 법률적 근거를 갖추지 못했다. 전후 늘어난 성판매 여성들도 직업보도 대상이 되어 시설에 수용되었다. 보건사회부는 서울과 부산에 국립자매원을 설치했고, 그 외 네 곳 여의 민간 윤락여성 직업보도시설이 운영되었다(보건사회부, 1987).[36] 1950년대 후반이 될수록 집과 생계가 없어 거리를 떠도는 대규모의 성인 '부랑인' 인구에도 관심이 모아졌다. 특히 서울시 당국은 전국적으로 비교 대상을 찾을 수 없을 만큼 큰 규모의 인구 증가와 함께 일정한 거주지나 생계 수단을 갖지 못한 빈민 내지 '부랑인' 인구

36) 국립자매원 두 곳은 1956년 현재까지 279명의 졸업자를 배출했고 그중 16명이 미용사 시험에 합격했다(보건사회부, 1987: 86).

의 증가에 주목하고 이에 대한 집중적인 대응책을 모색했다. 이러한 국가 부랑인 행정에 있어 서울시의 위치적・정치적 중요성 때문에 일찍이 제1, 2공화국 시기 서울시 직영의 아동 부랑인시설(시립아동보호소), 여성 부랑인시설(시립부녀보호소), 남성 부랑인시설(시립갱생원)이 각각 설치되었다. 서울시 중심부에 자리 잡게 된 부녀보호소는 여성부랑인을 대상으로 설립된 최초의 서울시 직영 시설이었다. 1961년 1월, 서울시는 중구 주자동에 위치한 시립마약중독자치료소를 서대문구 응암동으로 이전하고(시립마약중독자치료소는 시립정신병원으로 변경, 신축된다) 해당 건물에 시립부녀보호소(이하 부녀보호소)와 시립갱생원을 임시 설립, 남녀 부랑인 수용시설로 용도 변경한다.

> 거개(擧皆)가 특별한 연고자 없이 고독한 환경에서 성장한 불우한 여성으로서 검거 후 즉결심판(구류(拘留) 또는 벌금)만으로는 오히려 부채만 점증할 뿐 오직 매음행위만을 생업으로 삼는 이들에 대하여는 국가적으로나 사회적으로 방관할 수 없는 중대한 문제로서 이에 대책이 시급 요청되는 바이나 우선 임시 조치로서 일정한 지역(교외를 책정하고 집단적으로 격리 정착 거주)케 하고 주간에는 가정공업 같은 부업을 장려하는 일편 간이한 기술을 연마습득케 하여 점차 자활의 길을 개척케 함이… (서울특별시 경찰국, 1961)

위는 1961년 5월 5일 서울특별시 경찰국장이 작성해 서울시에 제출한 「윤락여성(창녀) 격리수용에 대한 건의」라는 제목의 문건 중 일부이다. 여기에는 부랑인 인구 중에서도 여성이 처하는 상황의 특수성으로 인해 이들을 처벌하기보다 일정한 장소에 격리 수용해 자활의 길을 개척하게 해야 한다는 내용이 담겨있다. 경찰 당국의 건의가 있은 직후 쿠데타가 발생했고, 1961년 6월 24일 서울시는 부녀보호소를 정식으로 개소했다. 이는 1950년대와 달리 쿠데타 정부가 표방한 가족 밖 여성들에 대한 단순 구호 이상의 적극적 개입 및 관리 의지를 단적으로 보여준 것이었다.

수용대상자에 대한 규정 등을 포함하는 부녀보호소의 설치 근거는 일제히 사후적으로 도입되었다. 당국은 부녀보호소 개소 후 3개월 뒤인 1961년 9월에 설치조례를, 11월에 수용 처분의 법적 근거가 되는 윤방법을 제정하였으며, 곧이어 설치조례 시행규칙을 제정했다. 윤방법은 “윤락행위의 상습이 있는 자와 환경 또

는 성행으로 보아 윤락행위를 하게 될 현저한 우려가 있는 여자(요보호여자)를 선도보호하기 위하여 보건사회부장관이 지정하는 중요도시 기타 필요한 곳"에 보도지도소를 설치한다고 명문화했다(7조). 그리고 (구)서울특별시립 부녀보호소 설치조례 시행규칙(서울특별시 규칙 제223호, 1961.12.15. 제정) 제1조는 수용 대상을 아래와 같이 규정하였다.

서울특별시립부녀보호소 설치조례 시행규칙

제1조: 서울특별시립부녀보호지도소는 다음 각호에 해당하는 독신부랑부녀를 수용한다.
1) 자진하여 보호를 희망하는 창녀
2) 경찰 또는 기타 기관으로부터 수용의뢰하는 창녀
3) 무의무탁한 부녀로서 윤락될 우려가 있다고 인정되는 자

이처럼 법률과 조례에서 부녀보호소의 수용 대상을 가리키는 기표는 "요보호여자", "독신부랑부녀", "창녀", "무의무탁"하여 "윤락될 우려"가 있는 자 등 매우 광범위하고 모호했다. 이러한 규정들을 종합하면, 상위법인 윤방법 규정에 따른 성판매 여성이 일차적 수용 대상이라고 할 수 있다. 해당 법 제정 후 1962년 정부는 성매매 집결지 중 일부 지역을 "특정지역"으로 지정했는데, 이는 집결지 안팎의 성판매 여성에 대한 경찰의 단속, 입건, 수용처분 등을 용이하게 했고 실제로 많은 성판매 여성이 단속으로 부녀보호소에 강제 수용되었다(박정미, 2001). 초창기 부녀보호소의 보고서 등 각종 문건도 부녀보호소 수용자 대다수가 경찰의 단속으로 인하여 적발된 성판매 여성이었음을 추정케 한다.[37] 또한 위 법률과 규정들은 성판매 여성 외에도 거주지나 생계 수단이 없어 "윤락될 우려"가 있는 여성이라는 독특한 범주를 수용 대상으로 규정하고 있는 것이 주목되는데, 이는 윤방법이 예방적 형벌 제제로서 보안처분적 성격을 가지고 있음을 드러낸다.[38] 결

37) 서울특별시 부녀과(1962), 「윤락여성 선도」(서울기록원); 서울시립부녀보호지도소(1966).

38) "윤락될 우려"라고 하는 모호한 범주 규정에 대해 선행연구들은 윤방법이 범죄의 진압, 예방을 목표로 사회적으로 조직화 된 강제적 처분인 "보안처분"적 성격을 가진다는 점에 주목했다. 1960년대 보안처분적 시설수용의 대상이 되는 집단은 윤락(가능)여성 외에도 (구)소년법상 죄를 지었거나 "장래 형벌법령에 저촉되는 행위를 할 우려가 있는" 소년 등이 대표적이다(김대현, 2021; 유진 외, 2020; 이승호, 1995).

과적으로 부녀보호소의 수용 대상의 모호성에도 불구하고 윤락(가능)여성이 가시적인 수용 대상으로 대표되고 있는 상황에서, 선행연구들은 일제히 부녀보호소가 윤락여성 대상 수용소였다는 사실에 집중했다. 그러나 당대 일련의 법령들이 호명한 '보호' 혹은 '예방'의 범주 어디에도 속하지 않은 비가시화되고 교차적인 존재들로서 정신적 장애가 있는 여성들 역시 부녀보호소 수용 대상 범주의 모호함 속에 휩쓸려 들어갔다. 관련 공식 자료에는 전혀 드러나지 않지만, 1968년이 되면 200여 명, 1971년에는 250여 명의 정신적 장애를 가진 여성들이 부녀보호소에 누적 수용되어 있다는 사실이 언론을 통해 보도되었다(이와 관련에서는 이하에서 다시 상세히 다룬다).[39]

서울시 타 부랑인시설들과 마찬가지로 부녀보호소 역시 설립 후 단기간에 수용자가 급속히 증가했다. 설립 직후부터 1962년 10월 말까지 누적 수용인원이 4,900여 명, 평균 수용인원이 평균 400여 명에 달했다.[40] 이에 서울시는 1961년 10월 중구 회현동 구(舊) 보건소 건물에 분원을 설치했고, 1963년에는 대방동으로 통합 이전하는 등 지속적으로 늘어나는 수용자들 규모에 대응했다. 1963년에 이전한 대방동 110번지 부지에는 본래 구 국립정신병원이 자리했었는데, 정부와 서울시는 병원 구건물을 철거하고 새로운 건물을 세운 후 부녀보호소를 이곳으로 이전시켰다.[41] 이전한 대방동 부녀보호소는 1990년대 말에 시설이 최종 폐쇄될 때까지 수용시설로서 기능하게 된다.

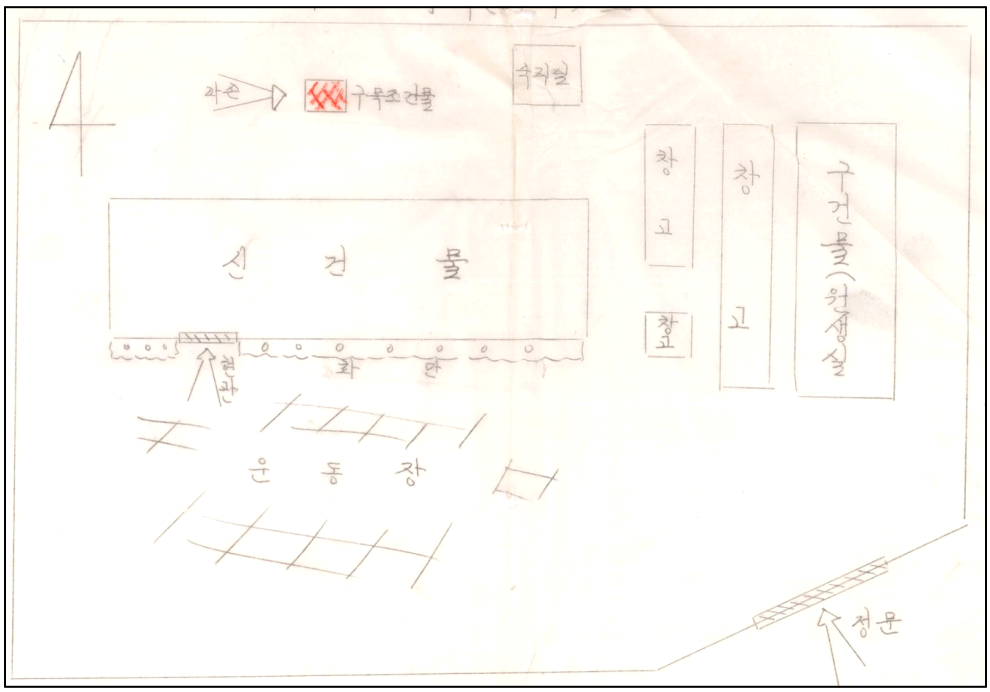
---

39) 『동아일보』, 1969.2.10. "이만 명 상담조처- 지난해 윤락 가출여성", 『동아일보』, 1971.5.19. "음지의 사람들- 시립부녀보호소".

40) 서울특별시 부녀과(1962), 「윤락여성 선도」(서울기록원).

41) 서울특별시 부녀과(1962), 「전 국립정신병원 건물관리 조치」(서울기록원). 국립정신병원은 1962년 서울시 성동구 중곡동에 신축 개원했다(대한신경정신의학회, 2009).

그림 2. 대방동 부녀보호소 내부 구조 단면



출처: 서울시립부녀보호지도소(1963), 「구건물 일부 파손 보고」(서울기록원).
주: 그림의 "구건물"은 이전한 국립정신병원이 사용했던 건물의 일부로, 철거되지 않고 부녀보호소에서 재사용되었던 것으로 보인다.

윤방법상 요보호여자 대상 시설의 기능은 요보호요자를 "선도보호"(7조)하고 "자립갱생의 정신과 능력을 함양"(8조)하게 하는 것이다. 부녀보호소 설치조례(서울특별시 조례 제204호, 1961.6.19. 제정) 역시 수용자의 신변을 보호하고, 기술교도, 직업알선을 제공하는 등, 보호와 교육을 시설의 주된 기능으로 설시했다. 그런데 부녀보호소 수용자 대부분이 당국의 단속으로 강제수용된 여성인 만큼 그들을 외부와 접촉할 수 없게 격리한 후 가족에게 인계하거나 귀향조치하는 것이 "보호"의 일차적 내용이었던 것으로 보인다. 아래 표6는 1960년대 전국 34곳의 요보호여자 수용시설 운영 상황을 보여주는데, 60년대 초반 시설들은 수용자의 귀향을 통해 퇴소 조치시키는 경우가 압도적으로 많았음을 알 수 있다.

표 5. 1960년대 전국의 부녀보호지도소・부녀직업보도소 운영상황

연도	입소자 수	퇴소자수					
		총수	취직	귀향	도망	사망	기타
1962	6,079	5,194	330	3,834	218	0	812
1963	5,984	5,682	524	4,409	202	2	545
1964	4,947	4,391	848	3,066	41	0	436
1965	3,834	3,884	887	2,001	111	1	884
1966	3,944	3,782	1,354	1,614	74	1	739
1967	4,648	4,566	1,671	2,066	99	7	723
1968	6,226	6,133	1,843	3,492	75	7	716
1969	6,725	6,085	1,957	3,096	205	11	816

출처: 보건사회부(각 년도), 『보건사회통계연보』, "부녀보호지도소 운영상황표" 재구성.

그 외에도 부녀보호소는 인계할 가족이 없거나 자진 입소한 이들에게 직업보도나 기술교도를 제공했는데, 6개월에서 1년여의 불특정 기간에 양재, 편물, 수예, 이미용 등의 기술을 습득하게 했다(서울특별시립부녀보호지도소, 1966). 당시 언론도 설립 초기 부녀보호소가 여성들의 가족을 찾아 인계하거나 인계할 가족이 없으면 자활할 때까지 무기한 수용하며 각종 정신교양, 문맹자 학과교육, 기술교육(뜨개질, 재봉, 수예 등) 등을 실시하고 있다고 소개했다.[42] 그런데 이렇게 수용소에서 제공한 교육은 사회에서 적절한 취업기회로 이어지기 어려운 것이었다(박정미, 2001). 실제 1962년 10월 현재 부녀보호소에서 취업으로 퇴소한 113명 중 "유흥관계"는 40명, "식모"는 43명으로, 대다수가 비공식적 경제 부문이거나 그녀들이 수용되기 이전 종사했던 직종으로 취업해 퇴소한 것으로 드러났다.[43]

42) 『조선일보』, 1961.12.12. "자활위해 모두 노력, 글과 기술 배워가며".
43) 서울특별시 부녀과(1962), 「윤락여성 선도」(서울기록원).

그림 3. 1962년 부녀보호소 수용자 활동 사진

그림 4. 1962년 부부녀보호소 수용자 활동 사진

출처: 서울기록원.

부녀보호소는 수용된 여성들에게 직접적으로 취직을 알선하거나 결혼을 주선하는 사업을 수행하기도 했다. 여기서 흥미로운 것은 부녀보호소가 여성들에게 알

선한 직종이 외국군 주둔 성매매 집결지의 접대부 등이었다는 점이다. 1962년 서울시 경찰국과 서울시는 협의로 사단법인 한국관광시설업협회(현 한국외국인관광시설협회)의 협조를 구해 부녀보호소 수용자 중 희망자에 한해 경기도 파주, 양주, 포천, 부평, 인천, 평택 등지의 특수음식점에 접대부 100명, 안마사 20명 등 총 150여 명을 취업 알선한다는 계획을 수립했다. 쿠데타 정부가 집권 직후 적극적으로 육성한 한국 관광업은 초창기에 주요 관광객을 미군으로 상정했다(박정미, 2014; 한국관광협회중앙회, 2006).[44] 따라서 서울시 경찰국과 서울시가 부녀보호소 수용 여성들을 기지촌 성매매업소에 취직 알선한 것은 관광산업 진흥 기획의 일환이자 부랑 여성들에 대한 갱생이라는 두 가지 목표를 동시에 달성하겠다는 뜻으로 풀이된다. 이러한 계획에 따라 성병 검진을 받고 보건증을 휴대한 여성들이 곧바로 여성들이 경찰국에 인수되어 한국관광시설업협회에 인계되었다.[45]

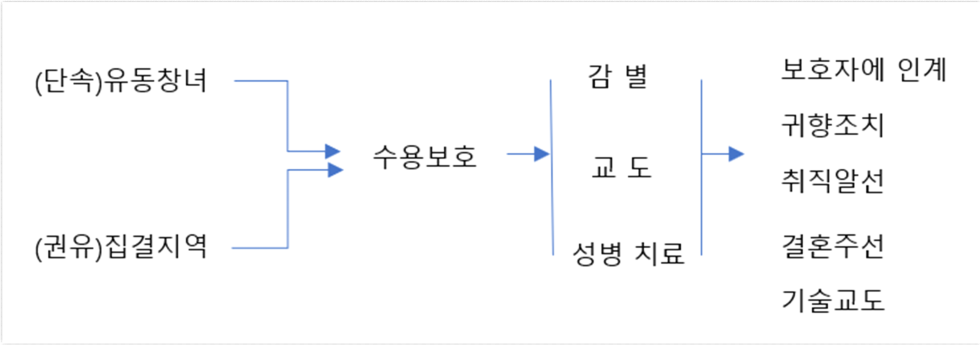
결혼 주선 사업의 경우 당시 대대적으로 언론 보도가 되었을 만큼 부녀보호소의 커다란 성과이자 미담으로 전해졌다. 가장 잘 알려진 사례는 부녀보호소 수용 여성들과 남성 부랑인 집단 간의 합동결혼식이다. 박정희 정부는 5.16 직후 개간, 간척사업을 위해 전국의 부랑인 수용시설 등을 통해 남성 노동력을 선발, 파견했는데, 그렇게 개척지로 파견된 남성들이 부녀보호소 여성들과 합동결혼식을 올린 대상이었다(김아람, 2015; 김일환, 2020; 박정미, 2011; 이영남 외, 2019). 1963년부터 1964년까지 2회에 걸쳐 총 350명의 여성이 결혼식을 올리고 이주했다. 이 외에도 서울시에 거주하는 "넝마주이" 대원들과의 합동결혼식도 2회 추진되어 60명의 여성이 결혼식을 올렸다. 서울시는 결혼식을 올린 부부들에게 적십자사의 도움을 얻어 도봉구 상계동에 주택을 마련해주기도 했다(변희남, 1989:

44) 박정희 정부는 쿠데타와 함께 경제발전 및 외화획득을 위한 기획의 일환으로 관광사업을 육성하고자 1961년 (구)관광사업진흥법(1961.8.22.제정. 법률 제689호)을 제정했다. (구)관광사업진흥법 상 외국인을 대상으로 한 특수관광업은 4대 관광업종의 하나로 분류되었고, 1961년 외국인에게 숙박, 오락 등을 제공하는 사업을 하는 한국관광시설업협회가 관련 협회 중 최초로 설립되었다. (구)관광사업진흥법은 외국인 대상 관광시설업에 면세주류 특혜를 주었고, 따라서 미군 전용홀, 클럽 등은 "달러박스"로 불리며 외화획득 업종으로서 각광받기 시작했다(한국관광협회중앙회, 2006: 100).

45) 서울특별시부녀과(1962), 「윤락여성 선도계획에 의한 직업보도」(서울기록원). 1962년 이후로도 이러한 기지촌 성매매 접객업소로의 직업알선이 지속적으로 이루어졌는지는 자료상으로 확인되지 않는다. 부녀보호소가 당대 한국 정부가 외화 획득을 위해 장려한 외국인 대상 성매매/관광 산업에 여성들을 파견하는 거점으로 기능했는지 관련 후속 연구가 필요해 보인다.

271). 3장에서 볼 것처럼 부녀보호소의 이와 같은 방식의 결혼 주선 사업은 1970년대까지 이어진다.

그림 5. 부녀보호소 사업수행 과정



출처: 서울특별시립부녀보호지도소(1966), 『윤락여성에 관한 연구보고서』, 18쪽.

이 외에도 부녀보호소의 주된 사업 중 하나는 성매매 집결지역과 길거리 등에서 단속으로 부녀보호소에 수용된 여성들에게 일괄 의료적 선별 과정을 적용하는 것이었다. 부녀보호소 설치조례 시행규칙상 시설에 입소하는 여성들 전원은 전염성 질병(성병)에 대한 검진을 거쳐 그 결과 전염성 질병에 이환된 여성들은 "격리수용"의 방법을 통해 강제적으로 치료를 받아야 했다(3조).

동시에 법령이나 조례 등에 설시하지 않았음에도 위 그림5와 같이 부녀보호소는 자체적으로 의료적 "감별" 작업을 별도로 진행했다. "감별"이란 심리학·정신의학적 검사 -도덕성 검사, 인성 검사, 지능검사, 적성 검사- 의 수행을 말한다(서울특별시립부녀보호지도소, 1966). 이에 따라 부녀보호소는 전문 임상심리사를 고용해 상시적으로 수용자들의 관리와 감별을 시행하고 그 결과를 분석했다(감별 작업에 관해서는 이하에서 다시 자세히 다룬다). 이상의 의료적 과정은 윤락여성으로 대표되는 수용 여성들의 실태를 통계화된 수치와 정보로 번역해내는 "연구조사 활동"의 일환이기도 하였고 동시에 수용된 여성들의 "특이성과 특수성"에 맞추어 과학적인 "개별지도"를 실시하기 위한 것이기도 했다(위의 자료, 1966: 6~16).

(2) 비장애·남성 중심 정신보건 담론 수용과 여성의 정신병리화

1) 정신보건 담론 도입의 국내외적 맥락

앞서 부랑부녀 대상 갱생시설 부녀보호소는 부랑부녀, 윤락(가능) 여성 등을 명시적인 대상 범주로 호명했지만, 실제 부녀보호소가 수용한 비가시화된 범주에는 정신적 장애여성이라는 교차적 주체들이 있었음을 언급했다. 정신적 장애여성이 '부랑부녀', '윤락여성'이라는 호명 하에 미분화된 범주로 휩쓸려 들어가야만 했던 근본적 원인은 뒤의 3절에서 살펴볼 것처럼 여성들이 장애여부와 무관하게 가부장적 이성애 가족제도에서 일차적으로 방출되어 경제활동을 해야만 했던 상황에 있었다. 즉, 당대 사회에서 일정 정도 노동을 할 수 있다면 몸마음의 장애는 특별한 문제가 되지 않았고, 장애여부와 무관하게 여성들은 조기에 가정의 돌봄체계에서 탈락되어 노동시장으로 진입해야 했다. 물론 어린 나이에 가족 밖으로 방출되어 노동시장에 진입한 여성들에 대한 사회적 지원이나 관심 역시도 부재했다. 이런 상황에서 이들의 시설수용을 정당화한 것은 일각의 지식인 집단에 국한되었다. 당대의 상황을 거시적으로 조망하고 논증할 만한 자료가 충분하지 않으나, 이하에서는 가난한 가족경제의 재/생산을 담당한 여성들을 병리화해 시설에 수용해야 한다고 한 정신보건 분야의 담론적 실천을 살펴본다.

부녀보호소는 자신의 운영 목표를 현대적인 지식과 기술을 도입해 문제적 집단을 교도·갱생하는 일종의 "치료적 과정"(서울시립부녀보호지도소, 1966: 16)이라고 강조했다. "윤락"이라는 명명으로 낙인찍힌 집단을 비자발적 방식으로 무기한 수용하였고 위 표 3에서 보듯 수용자들의 도망과 사망까지 빈번했음에도, 시설은 '과학적' 개입을 통해 '정상화'하고 '치료'한다는 목적을 강조하며 시설의 존재를 정당화했다. 이는 부녀보호소만의 특징은 아니다. 당시 대부분의 시설은 일제히 '정상화'와 '치료'를 표방하며 설립되었다. 이처럼 시설의 존재 이유를 의료적이고 과학적인 것으로 정당화한 주체는 '정신보건'을 내세운 정신의료 전문가들이었다.

1961년 쿠데타로 집권한 이른바 '혁명정부'의 국민국가 건설과 통치성 확립에

서 인구 문제, 그중에서도 만연한 도시 부랑인과 빈민 등 문제적 인구를 처리하는 것이 주요 화두로 떠올랐다. 물론 일제 식민지 시기에서부터 사회적 상황에 의해 대거 양산되는 부랑인에 대한 처우 문제는 지속적으로 사회적 관심을 불러일으켰고, 조선총독부는 식민지 통치의 효율성 진작을 위해 시설에 수용해 격리하는 관리방식을 택했다(김재형, 2019; 소현숙, 2015; 예지숙, 2015). 이러한 관리방식에 있어서 일본은 물론 조선의 의료복지 분야 전문가들의 역할이 컸는데, 그들은 우생학 담론에 기반해 부랑인 등 문제적 인구를 병리화・범죄화하고 시설 수용이 "정상적 사회화"(소현숙, 2015: 63)를 위해 필요하다고 역설했다. 해방 후 1950년대에도 의료복지, 교육 등 다양한 분야의 엘리트들은 일제 시기 우생학 담론을 계승[46]하는 한편 당대 냉전 지정학에서 위력을 행사한 미국의 지식 담론을 접목시켜 한국의 문제적 집단, 특히 전후 늘어난 부랑아・부랑인, 범죄소년 등에 대한 '과학적' 담론과 '과학적' 관리책의 하나로 시설 설립을 강조했다(김대현, 2021, 2022; 하금철, 2017). 이에 따라 국립중앙각심학원(1948년 개원, 정신박약아동 수용시설), 서울시립아동보호소(1958년 개원, 부랑아 수용시설), 서울아동상담소(1958년 개소, 민간시설), 서울시립소녀직업보도소(1957년 개원), 국립자매원(1954년 개원) 등 다양한 국공립・사립 시설들이 1950년대 전후 개원했다. 그러나 1950년대에는 시설 설립이 체계적으로 제도화되지 않았고 그 수용인원 역시 상대적으로 적었다. 반면 박정희 군사정권이 등장한 1960년대에는 시설 설치 및 수용을 위한 근거 법률이 마련되었고, 물적 기반인 수용소가 정비・확장되었으며, 체계적인 단속과 수용으로 이전과 비교할 수 없을 정도로 수용인원이 확대되었다는 점에서 이전 시기와 차이가 있다.

시설에 문제적 집단을 격리해 갱생시킨다는 생각은 쿠데타 정부의 인구통치 전략에 매우 부합했다. 정부는 당초 인구의 양적이고 질적인 조절을 통해 서구식 근대화를 밀어붙인다는 생각으로 1961년 제1차 경제개발사업의 일환으로 가족계획

46) 주지하듯 19세기 말에서 20세기 초 서구 국가에서 우생학 담론이 맹위를 떨쳤지만 2차 세계대전과 나치의 만행 이후 우생학은 그 과학적・정치적 권위를 상당히 잃을 수밖에 없었다. 반면, 우생학에 상대적으로 노출되지 않았던 비서구 탈식민 사회들에서 20세기 중반 이후 우생학의 권위는 막강해졌다고 평가되는데, 이들 지역에서는 우생학의 확산과 궤를 같이한 서구식 근대화와 국가의 통치화가 시급한 문제로 떠올랐기 때문이다(Mathew, 2010). 해방 후 남한 엘리트들이 폭넓게 우생학 이론을 수용한 것은 이러한 지정학적 맥락에서 파악할 수 있다.

사업을 추진할 것을 결의했다. 이에 의사들을 필두로 보건 관계 전문가들이 정부와 민간을 아울러 요직에 배치되어 가족계획사업을 체계적으로 수행함으로써 인구에 관한 '과학적' 지식을 생산해냈다(조은주, 2018). 이러한 과정은 1960년대 이후 인구의 통치를 "의사의 진단과 처방, 진찰과 시술 등 일종의 의료적 과정"이자 "인구의 병리적 상태를 치유하고 또한 예방하는"(조은주, 위의 자료: 164) 성격을 갖는 것으로 정립한 것이었다. 인구의 건강과 안녕을 증진하고 병리적 상태를 치료하는 것으로서의 통치에서는 이미 병리적 상태로 구성된 인구, 대표적으로 빈곤계층과 '생산성'을 결여한 것으로 여겨진 여하한 존재들이 일차적인 통제 표적이 되었다. 이들에 대한 통제에는 가족계획사업을 통한 출산 억제뿐 아니라 그들을 '치료'하고 '갱생'하는 시설 수용도 포함되었다. 1961년 윤방법, (구)아동복리법, (구)생활보호법의 제정은 구호가 필요한 집단이자 그렇기에 잠재적으로 문제적인 "요보호자"((구)생활보호법 제2조) 인구에 대한 포괄적인 복지입법이면서 사실상 시설수용의 근거를 마련한 것이었다. 이 시기에는 한국전쟁 이후 응급구호 차원에서 대규모로 확산된 아동 대상 수용시설 외에도 부랑인, 부랑아를 수용하기 위한 시설이 정부 주도로 체계적으로 신축, 정비되었다. 서울시에 시립부녀보호지도소, 서울시립갱생원이 1961년에 신축된 것을 필두로 춘천시립갱생원(1961년), 강릉시구호소(1962년), 경기부녀보호지도소(1962년) 등이 각 지방정부의 주도로 차례로 개원했다(김일환, 2020; 김재형 외, 2021). 정부 주도로 정비된 부랑인시설 대부분은 내무부나 법무부 등이 관여하는 정부의 사회정화 사업 및 부랑 및 사창 근절 대책과 긴밀한 관계 속에 있으면서 당대 정신과 의사 등 보건의료 전문가들이 내세운 '정신보건'이라는 기치와도 긴밀히 맞물려져 있는 것이었다.

'정신위생' 또는 '정신보건'은 1950년대부터 정신의학계의 슬로건이 되었다. 이름에서 알 수 있듯 그것은 근본적으로 일부 문제적 집단만이 아니라 전체 인구의 정신적 건강과 안녕을 과학적 방법으로 다루자는 것으로, 미국 정신의학의 사조가 한국에 유입되어 한국적 방식으로 실천된 것이었다. 한국에 미국 정신보건 담론이 유입된 과정을 살펴보기 전에 먼저 미국 자국 내에서 정신보건 담론이 형성된 과정과 핵심적 내용이 무엇인지 살펴볼 필요가 있다. 정신위생(20세기 중반 이후로는 '정신보건') 운동은 미국 사회에서 다양한 사회개혁의 움직임이 폭발적

으로 일어난 19세기 말부터 정신의학, 사회사업, 심리학, 범죄학 등의 신흥 부르주아 계급 전문가들이 중심이 되어 확산시킨 사회운동이자 담론적 실천으로, 전체 인구에서 정신적 장애를 식별하고 예방, 치료하는 것을 강조했다. 정신위생 운동은 동시대에 막강한 영향력을 행사했던 또 다른 사회운동인 우생학 운동처럼 문제적 집단의 유전적 결함을 선별하고 제거하는 것에 집중하지는 않았지만, 범죄, 매춘, 빈곤과 실업, 무질서 등 여하한 사회문제를 질병으로 보고 의학적 해석을 제시한다는 점에서 우생학과 유사한 성격을 가졌다(Rafter, 1997). 따라서 정신위생 운동에 앞장선 전문가들의 표적집단은 이른바 비행청소년, 부랑인, 알콜중독자, 이민자, 매춘여성, 실업자, 빈민 등이었으며, 정신보건 관련자들은 문제집단이 이들에게 내재한 결함이나 범죄성 때문에 양산된다고 설명했다.

이는 그저 문제집단에 대한 담론생산에 그치는 것이 아니라 강력한 시설화를 정당화하는 논거가 되기도 했다. 위에 열거한 문제적 집단은 각종 범죄와 비행 등을 저지를 수 있는 실질적이고 잠재적 위험임과 동시에 그 위험성이 개개인의 내재적 결함이나 불우한 환경에서 비롯되기 때문에 그들을 범죄에 비례해 처벌할 것이 아니라 개별적으로 갱생과 치료의 기회를 제공해야 한다는 담론이 힘을 얻게 된다. 이에 따라 19세기 말에는 소년원, 정신병원, 감화원, 장애인시설 등 다양한 시설이 확산되며, 시설들은 범죄에 비례한 기간이 아니라 불확정적 기간동안 문제집단을 수용해 개별화된 치료와 갱생 기회를 제공하는 기능을 표방하게 된다(Garland, 1987, 2001; Rafter, 1990, 1997).[47] 결국 자본주의가 전례 없는 위기를 맞이한 19세기 말에 태동한 정신위생 운동은 백인・중산층・남성 중심의 사회구조가 배태한 문제를 인간 개조의 문제로 탈정치화하고 사회적 소수자들에 대한 통제를 치료・갱생으로 정당화한 통치기술이었다. 이러한 관행은 20세기 중반기까지 이어지지만, 이차 세계대전이 종료된 후 전문가들은 우생학과 친연성을 가진 정신위생 담론과 거리를 두면서 비로소 역사적인 탈시설화로의 전회가 일어났다. 하지만 당대 미국 정신의학계의 주류였던 프로이트 정신분석학과 결합한 변형된 정신보건 담론은 개인적 '성격'(personality)이나 '적응' 등의 개념을 사용해 지속적으로 사회적 소수자를 병리화하는 한편 과거와 같은 대형 시설

47) 이처럼 국가 형벌체계와 복지・의료 관련 지식과 제도가 완전히 결합한 19세기 말의 형사사법체계 개혁을 범죄사회학자 갤런드는 "형벌-복지주의"(penal-welfarism)(Garland, 1987, 2001)라고 지칭했다.

이 아닌 지역사회 정신의료시설에서 이들을 임상적으로 진단하고 치료하는 작업에 몰두하게 된다. 1950~60년대 서구사회의 탈시설화와 민주주의 체계의 발전은 대대적인 국가 정신보건사업의 전개를 추동했지만, 백인・중산층 중심의 전문가 집단은 병원시설과 임상적 치료 부분에만 집중할 뿐 사회적 소수자를 만들어내는 근본적인 사회구조적 불평등 문제를 외면했다는 점에서 이전 시기의 정신보건 운동을 계승한 것으로 볼 수 있다(Herman, 1995; Rembis, 2011).[48]

이와 같이 우생학 운동이 절정에 달한 시기를 거쳐 20세기 중반 이후에 달하는 오랜 시간 동안 사회구조적 불평등의 해소를 통해서가 아닌 의료적이고 임상적인 진단과 치료를 통해 사회적 소수자의 문제를 해결해야 한다고 한 미국 정신보건 담론과 실천은 한국전쟁이라는 결정적 계기를 통해 한국에 적극적으로 도입되기 시작했다. 이미 미군정기 동안 미국은 한국인 의사들에 대한 미국 연수프로그램을 지원함으로써 한국 보건의료 전반의 영역이 " '일본식 공중위생'에서 '미국식 공중보건으로'"(신영전・서제희, 2013: 204) 전환하게 했다. 이러한 분위기 속에서 정신과 의사들 역시 해방 직후인 1945년 9월 1일 조선신경정신의학회(현 대한신경정신의학회)를 창립하고 세계정신의학회(World Psychiatric Association)에 가입하는 등 한국 정신보건의 도약을 꾀했다. 그러나 한국전쟁 전까지 정신과 진료 기관은 총 여덟 곳, 정신과 의사는 30여 명이 전부일 정도로 정신의학계의 입지는 좁았다. 그런데 한국전쟁은 역설적으로 "한국 정신의학의 르네상스"(대한신경정신의학회, 2009: 89)를 여는 계기가 된다. 한국전쟁이 발발하자 군에 입대한 정신과 의사들이 군병원을 중심으로 활동하며 미국의 지원을 받아 미국 정신병원 연수프로그램을 개설하고 정신과 의사 양성 코스를 통해 정신과 의사를 배출하는 등 "군진정신의학"(軍陳情神醫學)(이부영, 1996: 353)이 괄목할만한 성과

48) 일군의 선행연구들은 19세기 말에서 20세기 초 진보주의 시기까지를 미국에서 "인구학적 타자"에 대한 우생학적 불임시술이나 시설수용 등의 통치기술이 개발, 작동된 시기라고 보고, 2차 세계대전 이후로는 그것이 제3세계로 유입되어 해당 국가들에 영향을 미쳤다고 분석했다(김대현, 2022; 조은주, 2018: 51). 그러나 이러한 설명은 20세기 중반기 이후 미국 자국 내에서도 지속적으로 인구를 분할하고 타자화하는 변형된 통치기술이 작동한 사실을 간과하게 하는 문제가 있다. 예를 들어, 20세기 후반기 흑인 여성을 포함해 유색인, 가난한 계층 여성들에 대한 지속적 인구통제는 불임수술이나 피임장치 삽입을 복지혜택 수급 자격과 결부시키는 방식으로 이루어졌다(Roberts, 1997). 또한 1960년대 탈시설화 흐름 속에서 정신병원 수용 인구 중 백인 인구는 확연하게 감소했지만 반대로 유색인 인구는 오히려 증가했다(Harcourt, 2006).

를 내게 된다. 이 속에서 정신의학계가 미국식 체계로 일제히 바뀌게 되며, 당대 미국 정신의학계는 물론 전 미국 사회에서 주목받고 있던 프로이트 정신분석학과 정신보건 담론 및 제도가 한국에 소개되었다(대한신경정신의학회, 2009; 이부영, 1996, 1999).[49]

한국전쟁 이후 군진정신의학을 통해 결집된 정신의학 전문가들은 두 가지에 주력했다. 첫째, 전체 인구를 겨냥한 국가 정신보건 체계의 확립을 촉구했다. 전문가들은 당대 한국의 정신보건 현실이 "후진성"(최신해,[50] 1959)을 면치 못하고 있다고 진단하고, 정신병원 시설과 정신과 전문의 양성, 정신보건법 입법 등을 통해 한국에 정신보건 운동이 보급되어야 한다고 주장했다. 둘째, 정신의학 전문가들은 미국의 정신보건 운동이 오랜 시간 고수해온 시각, 즉 인구에 만연한 빈곤, 부랑, 범죄 등의 사회문제를 개인의 질병 문제로 해석하고 의학적으로 개입하는 것의 중요성을 강조했다. 세계보건기구가 '정신보건의 해'(World Mental Health Year, 1959~1961)를 정한 것을 기념하여 유석진[51] 등 정신의학 전문가들과 법률·사회사업 등 분야가 결집해 1960년 공동 창립한 사단법인 대한정신건강협회[52]는 "끔찍한 살인 사건을 비롯하여 자살, 매춘, 폭행 등 모든 범죄와 사회 및 가정문제는 정신장해 또는 적응이상에서 오는 정신불건강자의 행위"[53]에서 기인하므로 이러한 사회문제 예방을 위해 일반인의 정신건강에 중점을 두어야 한

49) 한국전쟁 이후로도 의과대학을 중심으로 미국의 원조는 지속되었는데, 일례로 서울대학교는 1954년 미국 원조 당국 및 미네소타 대학과 원조 계약을 체결하는 이른바 "미네소타 프로젝트"를 성사시켰다. 미네소타 프로젝트를 통해 서울의대 신경정신과 의사들이 해외 연수에 파견됨은 물론 대학 신경정신과에 막대한 원조 기금이 투입되었다(대한신경정신의학회, 2006).

50) 최신해는 1941년 세브란스 의학전문학교를 졸업하고 1943년 경성 제국대학교 의학부 신경정신과 교실에 입국했다. 해방 직후인 1945년 국내 최초의 민간 정신병원인 청량리 뇌병원(후일 청량리 정신병원) 원장으로 취임했다(대한신경정신의학회, 2009). 청량리 정신병원은 1980년대 의료보호 환자 지정병원이 되면서 가난한 정신장애인의 진료와 입원 치료를 맡아오다가 설립 70여 년 만인 지난 2018년 경영난 등으로 폐업했다.

51) 한국전쟁 당시 미8군과 협의하여 정신과 군의관 수련 과정을 개설하는 등 군진정신의학의 기초를 닦은 인물이다. 1952년 오석환, 진성기 등과 함께 한국군 군의관으로서 최초로 미국 정신의학 견학을 다녀왔다(대한신경정신의학회, 2009).

52) 동 협회 설립 발기인으로 참여한 사람은 소년부 판사 권순영, 정신과 의사 유석진, 사회사업 전문가 하상낙, 보사부 아동과장 구자헌 등이다. 관련 기사는 『동아일보』, 1959.12.9. "정신보건기구를 설립".

53) 『동아일보』, 1959.12.9. "정신보건기구를 설립".

다는 것을 강조했다(대한신경정신의학회, 위의 자료). 이에 따라 일군의 정신의학 전문가들은 후술하는 바와 같이 이미 '병든' 혹은 그러한 잠재성이 있는 인구라 할 수 있는 부랑인, 비행청소년, 성판매여성 등을 수용한 소년원, 수용시설 등을 통해 과학적이고 치료적인 개입을 하여 "인간 상호간의 관계에서 정신건강의 지름길을 발견"(이부영, 1996: 353)하는 데 가치를 두었다. 1962년 정부와 민간 전문 분야 인사들로 구성된 윤락여성 선도대책 위원회에 의사로서는 유일하게 정신과 의사 유석진이 위원의 한 사람으로 참여한 것도 성판매 여성을 정신과적 '치료'가 필요한 집단으로 정신병리화한 당대의 시각을 반영한다.[54]

이처럼 병리화된 문제적 집단을 시설에 수용해 치료와 갱생 프로그램을 제공하는 작업은 전체 인구의 정신보건과 안녕을 증진하고 한국의 '후진적' 정신보건체계를 향상시키는 과정으로서 의미를 가질 수 있었다. 정신의학 전문가들은 사회에 만연한 도덕적 일탈과 정신적 장애가 상호 연결된다고 보고, 이 문제에 대한 해법으로 건전한 양육을 위한 모성교육 실시와 함께 정신박약아, 불량소년 등을 조사, 치료, 교육할 수 있는 각종 시설이 확장되어야 한다고 보았다. 한국전쟁 당시 군의관으로서 미국의 정신과 의사 훈련 프로그램을 받은 오석환(이부영, 1999)은 "정신위생과 소년범죄"라는 제목의 글에서 불량소년은 병리적 "성격의 구조"를 갖고 있는 사람이며 이로 인해 사회생활에의 적응하지 못한다고 보는데 이를 통해 당시 한국의 정신의학계가 앞에서 살펴본 혼종적인 서구 정신보건 담론으로부터 상당한 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

> 이와 같이 불량범죄행위가 환경의 제조건으로부터 직접 혹은 간접적으로 큰 영향을 받는 것만은 사실이나, 그렇다고해서 각자가 각각 조금씩 다른 환경조건하에서 각각 다른 동인과 심적과정으로 그 환경에 **적응**해 가는 데 실패한 결과가 불량범죄행위로 나타났다는 점을 무시해서는 안될 것이며, 이러한 현재 환경을 만날때까지 어떠한 정신발전 건강상태와 **성격의 구조**를 가져온 인간인가를 검토함이 중요한 문제다. 사실에 있어 불량소년범죄자중에는 **성격이상자, 정신박약, 각종 정신질환**을 가지고 있는 자가 상당히 많다는 것은 이미 널리 연구되어있는 바이다. 즉 원래 정신적으로 불건강하였던 자가 환경의 악조건에

54) 서울특별시 부녀과(1962), 「윤락여성 선도대책 위원회 개편」(서울기록원).

> 부딪쳤을 때 가정생활, 사회생활에 **적응**하지 못하고 실패하고 마는 것이다(강조는 인용자).[55]

1949년 설립된 정신박약아동 수용시설 국립중앙각심학원은 이러한 당대 정신의학 전문가들의 사회문제에 대한 시각을 토대로 운영된 하나의 시설이었다. 시설 관리자들은 수용된 정신박약 아동청소년을 이미 언제나 범죄를 저지를 수 있는 우범자로 구성하고, 그러한 우범 성향을 교정하고 치료하는 공간으로서의 수용시설의 필요성을 역설했다. 그들에 따르면, 정신박약아는 "표준화된 지능측정법에 의하여 IQ를 구하여"(박수희, 1961) 적절한 지도와 측정을 위해 배치되어야 하고, 이는 궁극적으로 그들이 시설을 퇴소한 후 사회에 해를 끼치지 않는 존재가 되도록 만드는 방법이라는 것이다(박수희, 1961; 이덕균, 1961; 한경애, 1961).

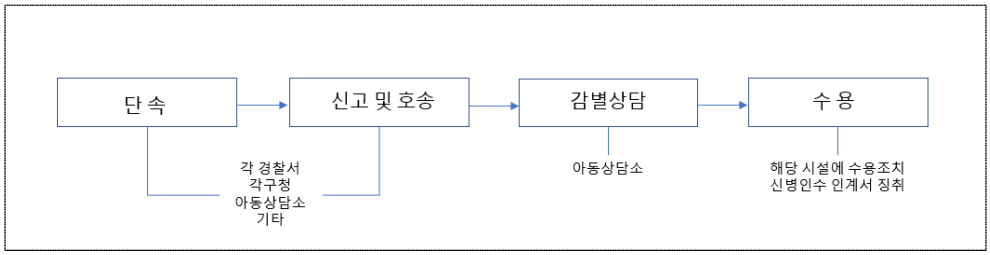
부랑아 문제를 미연에 방지하기 위한 목적으로 1965년 설립된 서울시립아동상담소의 경우에도 일반 아동과 그 가정은 물론 부랑인 수용시설에 수용된 아동(요보호아동) 등에 대한 환경조사를 실시하고 상담과 지도를 제공했다. 아래 그림과 같은 사업수행 과정에서 "감별상담"은 아동상담소의 고유한 역할인데, 단속된 아동들을 정신의학 및 심리학적 방법으로 조사, 분류한 후 그에 따라 적절한 시설에 분산 배치하려 했던 것으로 보인다(김재형 외, 2021). 그러나 시립아동상담소에는 과학적 감별 및 상담을 수행할 정부 예산과 전문인력이 원활히 배치되지 않았던 것으로 보이며, 더욱이 당국의 무리한 단속과 수용 위주의 행정 때문에 전문인력의 활용은 실제 매우 어려웠을 것으로 짐작된다.[56]

---

55) 『동아일보』, "정신위생과 소년범죄 上", 1958.2.22.

56) 1970년대 한 신문보도에 따르면, 시립아동상담소에는 '아동복리원'으로 재직하고 있는 직원 총 24명이 10개 구청과 시립아동병원, 각종 기차역과 버스터미널 등에 각각 1명씩 배치돼 월평균 50~100여 건에 달하는 아동문제를 다루고 있어 도저히 업무를 감당하지 못해 대학생으로 구성된 봉사단의 도움을 받아 간신히 사업을 이끌어가고 있다고 전했다(『경향신문』, 1978.5.4. "겉도는 아동상담"). 더불어 '아동복리원'으로 불리는 사회사업 전공 인력들에 대한 대우나 권한은 다른 공무원과 달리 열등한 것이어서 전공자들에게 기피되는 직종이 되었다는 보도가 있다(『조선일보』, 1979.2.1. "어린이와 함께- 기·미아도 내 자식처럼"). 이러한 상황들을 고려했을 때 아동상담소 내 전문인력 배치나 안정적인 "감별상담" 업무 수행은 어려웠을 것으로 짐작된다.

그림 6. 시립아동상담소의 부랑아 처리과정



출처: 서울특별시 가정복지국청소년과(1980), 「법인대장: 마리아수녀회」, 원자료의 그림 재구성.

부랑아동 시설은 물론이고 1961년 이후 박정희 정부가 인구통치화 전략의 일부로 주도적으로 설립한 국공립 부랑인 수용시설들은 시설이 표방한 정신보건 체계로서의 역할, 즉 수용자들에게 과학적 치료 및 재활 기능을 제공하기에 역부족이었던 것으로 보인다. 성인남성 부랑인 수용시설인 시립갱생원의 경우도 무리한 단속과 수용, 수용자 대비 매우 적은 직원 수로 정신의학적 조사나 개입은 물론이고 장애・질병을 가진 수용자들에게 기본적 의료적 처치조차 제공하지 못했던 것으로 보인다. 1967년 언론들은 시립갱생원이 고령이나 장애・질환이 있는 사람들을 마구잡이로 수용하고 있음에도 의료인력과 의약품이 제대로 갖추어지지 않았으며 치료비도 거의 보조되지 않아 사망 피해가 속출하고 있음을 집중적으로 보도했다.[57]

그러나 아래에서 보듯 시설수용을 통한 치료의 표방은 부녀보호소 수용 여성들을 향해서 만큼은 매우 체계적으로 실천되었고, 그 과정에서 실제 장애를 가졌는지 여부와 상관없이 대부분의 여성이 정신병리화되었다. 병리화를 통해 과도하게 가시화된 몸마음의 장애는 '윤락여성', '부랑부녀' 등의 광범위한 여성들의 시설화를 추동하는 매개가 되는 동시에 그들 속에 혼재된 실제 정신적 장애여성의 존재를 비가시화하는 이중적이고 모순적인 효과를 가진 것이었다.

57) 보도에 따르면 1967년 5월 현재 갱생원에는 약 900 명의 수용자가 생활 중인데, 이 중 214명이 이미 병으로 사망한 상황이며, 약 150명의 중환자가 방치 상태에 있고, 나머지 수용자 약 600명도 폐결핵 등 사실상 "각종 질환에 걸려있는 환자들"이라고 전하고 있다. 관련 기사는, 『경향신문』, 1967.5.13. "걸인이 줄어든 거리의 뒤엔 비명의 죽임이 있다", 『동아일보』, 1967.5.12. "시립갱생원 의료시설 엉망, 하루 2명꼴 비명에 죽어".

2) 부랑부녀자에 대한 '저능' 호명

이상에서 살펴본 것처럼 서구사회에서 계급, 인종, 젠더, 장애 등에 따라 주변화된 인구를 통제하는 기술과 실천으로서의 정신보건 기치가 냉전지정학 속에서 일군의 엘리트 전문가 그룹에 의해 한국에 도입되었다. 한국의 1960년대 경제제일주의와 인구의 통치화 시도는 결과적으로 정신보건 담론적 실천이 자리매김하는 데 보다 유리한 상황을 제공했지만 동시에 그것의 실천을 상당히 제약하기도 했다. 시설들은 정부의 단속으로 문제적 집단을 대거 수용하기만 하는데 그치고 정작 정신보건 기치에 따라 시설의 주요 기능인 전문적 치료와 정상화를 위한 개입을 하는 데는 상당한 물리적 제약이 따랐던 것이다. 그러나 유일한 부랑여성 대상 서울시 시립 갱생시설인 부녀보호소만은 예외였다. 앞서 부녀보호소의 사업수행과정에서 살펴보았듯 부녀보호소는 자체적으로 임상심리사를 고용해 수용된 여성들에게 일제히 심리학적 "감별검사"를 실시해 의료적으로 여성들을 분류하는 작업을 실시했다. 부녀보호소가 실천한 이러한 병리화 작업을 통해 과잉 가시화된 장애는 여성을 강제적 격리수용이 필요한 문제적 집단으로 끊임없이 재구성함과 동시에 해당 여성들 속에 혼재한 정신적 장애여성을 비가시화하는 모순적인 효과를 발휘했다.

기실 부녀보호소의 경우에도 타 부랑인시설들과 마찬가지로 "감별" 작업은 법령이나 조례 등에 명시적으로 설시되지 않은 기능이었다. 그럼에도 부녀보호소 소장 김용아[58]에 따르면, 시설은 수용 여성들을 "인상적으로 파악하는 것이 아닌 과학적인 이해를 확실하게 하기 위"(김용아, 1967: 191)해 일제히 감별과 분류작업을 진행했다. 부녀보호소는 자체 보고서를 통해 감별작업 결과 약 70%인 절대다수가 정신박약이나 경계선급의 저능으로 분류된다고 보고하였다. 부녀보호소 임상심리사 이문자[59]는 이러한 수용 여성들의 지능검사 결과를 분석하며 아래와 같이 서술했다.

---

58) 부녀보호소에서 근무하며 서울대학교 행정대학원에서 수학하였다. 그는 행정대학원에서 배운 "사회심리학의 지식을 살려 윤락여성의 실태를 분석, 연구"하고 있다고 밝혔다. 『조선일보』, 1966.3.6. "낡은 지식으론 새일 못해: 가정·공부·직장 3역 치러".

59) 고려대학교 심리학과를 졸업하고 부녀보호소 임상심리실의 임상심리사로 근무했다(전병순, 1965).

> Goddard는 미국 16개소의 소년소녀 감화원의 원생들을 대상으로 조사한 결과 평균 50%가 정신박약자였고 선천적인 범죄자는 선천적인 정신박약자라고 말했다. (중략) 본 조사의 결과와 위 여러 학자들의 조사 보고에 의할 것 같으면 여성 범죄의 수위를 점하는 윤락행위의 원인에는 정신박약이 큰 비중을 차지하고 있지 않나 추측된다(서울특별시립부녀보호지도소, 1966: 51).

그는 수용된 여성의 대다수가 '저능'임이 밝혀진 감별검사 결과를 20세기 초반 미국에서 활동한 유명 범죄심리학자이자 우생학자인 허버트 고다르(Hurbert Goddard)의 범죄 소년소녀에 대한 연구 결과와 비교한 후, 지능 상태(저능)가 범죄(윤락)의 원인이라고 한 우생학 이론을 입증한다(다만 우생학 이론을 맹신하는 데는 다소 주저하는 태도를 보일 정도로 전문가적 소양을 드러내고 있다). 19세기 말 백인 중산층 남성에 의해 최초로 개발된 지능검사 도구는 그 자체로 계급, 인종, 젠더 등에 따른 차이를 전혀 고려하지 않은 불완전한 것이었으며(Rafter, 1990, 1997), 한국은 이를 번역해 도입하는 과정에서 1980년대까지 검사 도구의 객관성과 완전성 등의 문제가 지적되기도 했다(이시권, 1989). 이러한 검사 도구의 불완전성과 비과학성은 부분적으로 부녀보호소 내 대부분의 여성이 정신박약으로 진단되는 결과로 이어지게 했던 요인으로 보이지만, 1960년대 초 당시 수용 여성의 대다수가 의학적 저능으로 분류되었다는 사실로 인해 저능은 윤락(가능성)의 분명한 원인임이 입증되었다. 이문자는 대중 잡지『여원』과의 인터뷰를 통해서도 같은 결과를 언급하며 정신박약이 문제적 섹슈얼리티(윤락)와 밀접한 관계가 있다고 설파했다(전병순, 1965). 부녀보호소 감별검사 결과는 이후에도 대부분의 관련 연구와 신문지면 등에 반복적으로 인용되며 '윤락=저능'을 진리로 구성해 내는 강력한 힘을 발휘하게 된다.

정신박약은 19세기부터 서구 우생학 담론에 의해 유전적 장애로 규정되었고, 3장에서 자세히 살펴보겠지만 1960년대 전후 전 세계적인 유전학 연구의 발달은 그러한 유전성에 대한 믿음을 더욱 증폭시켰다. 따라서 '윤락=저능'의 도식은 이러한 부도덕과 일탈이 해당 여성들에만 그치는 것이 아니라 그녀들의 섹슈얼리티와 재생산을 통해 미래 인구의 보건과 안녕을 위협하는 것임을 함의하게 된다. 당대 정신의료 전문가들은 도덕적 규범에 어긋난다고 여기는 존재상태나 행위를 정신박약, 정신이상이라고 규정했지만, 그러한 주장을 증명하기 위해 체계적인 지능

검사 대상이 되어야 했던 집단이 부랑부녀였다는 것은 결국 문란한 섹슈얼리티와 유전성에 대한 우생학적 우려 때문이었다고 볼 수 있다.

감별검사에 더해 부녀보호소가 철저하게 수행한 또 다른 의료적 실천인 성병 검사 역시 여성들을 정신병리화하고 우생학적 위협으로 구성해 내는 강력한 도구였다. 이문자는 위에서 언급한 보고서에서 지능검사 결과를 제시한 뒤 바로 이어서 수용된 여성들에게 실시한 성병 검사 결과 임질, 매독 등의 성병 노출 비율도 매우 높았다는 사실을 언급하며 다음과 같이 적고 있다.

> 망국병이라고 일컫는 무서운 성병으로 신음하고 있는 이들은 적절한 치료를 받지 못하고 증세가 오랫동안 계속되어 고객들에게 전염시키고 있는 실정임을 볼 때 전후 풍조의 나타난 성의 해방, 성의 자유로 인하여 성애만능주의로 쾌락을 추구하는 많은 사람들이 성병에 감염되어 매우 심한 고통과 괴로움을 받고 있다 하며, **자손에게까지 해독을 미치는 매독의 경향으로 유산, 조산, 사상은 물론 출생 후의 신체 발육장애 또는 정신장애로 나타나는 저능아나 백치**로 비참한 평생을 보내는 예를 허다히 볼 수 있다(시립부녀보호지도소, 1966: 49. 강조는 인용자).

위의 인용문에서 보듯 성병은 여성들의 정신적 결함 및 부도덕한 섹슈얼리티를 "전염"과도 강력히 결합하는 매개가 된다. 부도덕한 섹슈얼리티와 정신적 장애 그리고 전염의 공포라는, 서로를 강화하는 상관관계는 서구사회에서 19세기에서 20세기 중반까지 맹위를 떨쳤던 매독에 의한 정신질환, 즉 "신경매독" 또는 "진행성마비"라고 명명되는 질환에 의해 형성되었다. 매독 말기에 나타나는 해당 질환은 정신적 장애와 신체적 장애(주로 신체적 마비 증상)가 동반하며, 주요 성구매자층인 중산층 중년 남성이 이 병에 다수 이환됐지만 여성들, 특히 성판매 여성도 결코 자유로울 수 없었다. 신경매독은 치사율이 매우 높아 가난한 여성 환자 대부분이 수용소(asylum)에서 죽음을 맞았다(쇼터, 2020; 재서노프, 2021). 1940년대에 페니실린이 발명되면서 서구사회에서 신경매독은 점차로 완치 가능해졌지만, 한국 사회에는 적어도 1980년대까지 이 병의 이환자가 존재했다.[60]

60) 완치가 가능해진 이후 신경매독/진행성마비는 타 정신장애에 비해 주목받지 못하는 장애 유형이 되었고, 한국 사회에서도 이 질환의 이환자가 정확히 어느 시기까지 얼마만큼 존재했는지를 파악하기는 어렵다. 매우 소수의 정신의학 전문가들이 1960년대에 진행성 마비를 단독

그리고 위 인용 글에서처럼 부도덕한 섹슈얼리티와 정신적 장애, 전염성을 연결하는 뿌리 깊은 관행이 한국에서도, 특히 여성을 표적으로 하여 작동했다는 것만큼은 분명해 보인다.[61]

주목할 것은 위의 글이 강조하고 있는 여성의 위험이 단지 성병의 전염만은 아니며 수직감염을 통해 미래의 재생산에 끼치는 악영향까지 고려하고 있다는 것이다. 정신박약 자체의 유전성에 더해 수직감염을 통한 전염성 질병의 전파는 그들의 섹슈얼리티와 재생산하는 몸을 이중의 위협으로 강력하게 구성하고 있다. 사실상 대부분이 저능이며 성병 감염에도 노출된 병리적 여성들은 존재 그 자체만으로 현재와 미래의 위험이 되며, 이는 부녀보호소가 수용 여성에게 감별검사 등 각종 의학적 검사를 자체적으로 철저히 실시한 이유였다.

부녀보호소는 "자립갱생의 의욕이 성취되었다고 인정될 때까지" 6개월에서 1년 기간 동안 여성들을 보호수용하면서 정신교도와 직업교육을 실시하는 것이 기본 방침이었다(서을특별시립부녀보호지도소, 1966: 19). 그러나 위와 같이 우생학적 우려에 기반한 여성들에 대한 감별 및 분류작업이 부녀보호소의 고유한 기능으로 부과되면서, 그 결과에 따른 별도의 "교도책"을 수립하는 것이 추가적인 임무가 되었을 것으로 보인다. 앞서 살펴본 것처럼 이 시기 모든 부랑인 수용소는 관리인력 부족 및 무리한 과밀 수용, 의료지원 체계 미비 상태였으며, 수용자들을 이른 시일 내에 가족으로 돌려보내거나 시설에 남겨진 경우라도 치료를 제공하지 못해 사망자가 속출하는 상황이었다. 시립갱생원의 경우 설치조례 등에서 질병이나 장애에 이환된 수용자에 대한 별도의 관리 규정이 존재하지 않았다.[62] 반면

으로 다룬 논문을 제출했고(김종은, 1962; Lee, 1963; 박충서, 1965) 이후 시기에는 발견되지 않는다. 다만 1975년 서울시립정신병원 입원환자 390여 명의 실태를 조사한 연구결과에 따르면 진행성마비 환자가 전체 남녀 환자의 3.6% 분포했다는 기록이 있다(김임 외, 1975). 또 1982년 청량리 정신병원과 시립정신병원의 입원환자 실태조사에서도 남성 환자들에게서 진행성마비가 진단되었다(김정언 외, 1982).

61) 클라인(Kline, 2001)에 따르면 미국 사회에서 정신박약과 매독의 역사는 궤를 같이한다. 20세기 초 거의 같은 시기에 지능검사와 매독 검사가 도입되어 일반화되었고, 이러한 과학적 진단방법들은 가난한 여성들을 표적화했다. 하층계급 여성들을 수용했던 감화소 또는 직업훈련학교 부류의 시설들은 수용자들에게 지능검사와 매독 검사를 동시에 시행하기 시작했다. 당대 시설 관리자들은 매독과 정신박약이 연결된다고 믿었으며, 수용 여성들은 성병의 일차적 전달자이자 "여성 성적 포식자"(female sexual predator)(Kline, ibid.:46)로 지목되었다.

62) 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1962), 「서울특별시립갱생원 설치조례제정의건」(국가기

심리학자까지 고용해 철저한 의료적 감별을 실시한 부녀보호소의 경우 수용자들의 의료적 분류 결과에 따라 관리방식이 달라져야 했을 것이다.

먼저, 부녀보호소 설치조례 시행규칙 제3조는 “검진 결과 전염성 질병의 보유자는 격리수용하여 치료”한다고 규정하고 있는데, 남성과 달리 전염성 질환에 이환된 여성에게는 우생학적 목적의 무기한 격리수용이 시행되었음을 알 수 있다. 그들을 위한 특별한 “감금수용소”(전병순, 1965: 149)가 부녀보호소 내에 따로 마련되어 있었다. 그러나 둘째의 경우, 즉 감별검사로 조사된 것만 최소 40%에 달한다는 많은 정신박약여성의 관리를 어떻게 차등화했는지는 모호하다. 일차적으로 “선도보호” 대상으로 적합하지 않다고 여기는 장애여성 대다수를 가족에게 인계해 가족의 감독하에 두려고 했을 것으로 보인다. 문제는 인계할 가족이 없는 경우인데, 부녀보호소 설치조례 시행규칙상 “불구, 질병, 정신이상” 등이 있을 시 타의 적격시설로 이송한다고 규정하고 있다. 그러나 뒤의 3절에서 더 자세히 살펴볼 것처럼 당대 성인불구시설이나 정신병원 같은 의료복지시설에는 남성 수용자가 압도적으로 많았고, 무엇보다 1960년대 초반 해당 시설들은 인프라 자체가 절대적으로 부족했다. 당대 정신박약아동 국립시설도 중앙각심학원 한 곳뿐이었고, 성인만의 시설은 존재하지 않았다. 이 때문에 18세 이하 장애아동청소년을 수용 대상으로 한 시설인 중앙각심학원에는 퇴소 후 갈 곳이 없는 성인 30여 명도 함께 상주하고 있는 실정이라고 보고되기도 했다(전병순, 1964).[63] 이처럼 장애가 있을 시 타 시설로 전원 조치 역시 어려운 상황에서 장애여성에 대한 무작정 퇴소 조치는 방치로 이어질 가능성이 높고, 방치로 인해 애초에 시설에 유입되게 한 하나의 요인인 “불건전한 이성관계”(서울특별시립부녀보호지도소, 1966: 38) 등으로 여성들을 몰아 성폭력이나 윤락은 물론 그로 인한 임신과 출산의 위험까지 안게 될 것이었다. 따라서 성적으로 문란하고 사회에 방치되면 우생학적 위협이 된다고 여겨진 여성들을 무작정 퇴소 조치하는 것은 지양되었을 것이며, 정신박약 여성 중 일부는 부녀보호소에 장기 격리수용되기 시작했을 거라 짐작된다. 3장에서 살펴보겠지만, 1960년대 말이 되면 부녀보호소는 주로 정신적 장애

록원 BA0089260); 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1960), 「시립갱생원 직제제정」(국가기록원 BA0089299).

63) 또한 1964년 중앙각심학원의 전체 수용자는 180명이었는데, “보모”, 교사 등 소수의 직원이 주말과 밤낮없이 24시간 노동을 할 정도로 관리가 벅찬 실정이었다(전병순, 1964).

를 가진 여성들을 본격적으로 별도의 분소(分所)에 배치해 장기 수용하기 시작하고, 70년대 중반에는 분소가 대방동 부녀보호소로 이전해, 부녀보호소는 명실상부 장애여성의 장기 수용소로 변모한다. 이러한 시설의 점진적 변화는 시설이 이미 설립 초기부터 '부적격자'로 분류된 정신적 장애여성을 수용 조치해 왔음을 추정케 하는 증거다.

공립시설인 부녀보호소와 달리 전문 임상심리사를 고용할 여력이 없었던 것으로 추측되는 민간 부녀보호소 시설은 자체적으로 감별검사를 실시하지는 못했지만 윤락을 여성의 내재적인 결함으로 보는 의료적 모델을 수용해 여성들의 임상적 치료에 중점을 두었다(문선화, 1969; 서연순, 1975). 부녀보호소보다 조금 이른 시기인 1960년 기독교 선교사에 의해 최초 설립된 민간 윤락여성 수용소 은혜원의 경우 이른바 "코티지 프로그램"(cottage program)[64]과 "개별 사회사업"(case work) 등 개별화된 임상적 치료 모델에 기반해 수용자를 관리했다. 이마저도 시설이 자체 고용한 전문인력이 아니라 대개는 이화여자대학교 등 당대 신설되기 시작한 대학 사회사업학과 학생들에 의해 이루어졌고, 실습의 일환으로 파견된 학생들이 수용 여성들에 관한 개별 사례연구를 병행하는 방식으로 프로그램이 이루어졌던 것으로 보인다.

한편 감별검사 자체의 불완전성과 누구든 '저능'으로 호명될 수 있는 가능성, 분류 결과에 따라 일부 수용자가 무기한 격리수용이 될 가능성은 그 자체로 부녀보호소의 억압적 환경을 조성하는 것이라고 할 수 있다. 여기에 더해 수용소가 여성들에게 제공한 열등한 처우와 교육내용은 많은 여성이 수용소 탈출을 시도하게 만든 원인이 되었던 것으로 보인다. 예를 들어 1965년 한 신문기사에 따르면 수용 기한이 얼마인지도 알지 못한 채 강제수용되어 있던 여성들 약 200명이 장기

64) 19세기 중후반 서구사회 여성 범죄자 대상 형사사법 시설인 감화소에 도입된 교정 모델을 일컫는 용어다. 당대 상류층 엘리트 여성들로 구성된 개혁가들은 여성에 초점을 두고 "형벌-복지주의" 개혁을 추진했는데, 그들은 성판매 등 경범죄를 저지른 가난한 여성이 처벌이 아닌 교정・갱생의 기회를 제공받아야 한다고 보았다. 이에 가난한 범죄자 여성을 대개 남녀가 혼합 수용된 감옥에서 빼내 도시와 분리된 농촌지역에 설립된 소규모의 가정식 시설(cottage)에 분리 배치했다. 또한 해당 시설은 수용 여성들에게 매우 젠더화된 재활 프로그램을 제공했는데, 아내, 어머니, 하녀 등의 성역할에 부합하는 청소, 요리, 바느질, 테이블 시중 같은 교육을 제공했던 것이다. 수용 기간은 불확정적이었다(Rafter, 1983, 1990). 은혜원의 경우 일반 가정식 건물에 10~15명 정도의 소규모 인원을 수용하는 등 시설의 물리적 환경 면에서 대규모의 수용시설인 부녀보호소와 차이가 있었다(문선화, 1969).

수용 가능성에 대한 두려움에 집단 탈출을 시도했다.[65] 1963년에는 부녀보호소에서 배고픔과 "형편없는 대우", "엉망진창인 시설"의 구조 때문에 100여 명이 집단 탈출을 시도했다는 보도가 나왔다.[66] 여성들을 자립갱생하도록 선도보호한다고 했던 시설이 실제로 제공한 것은 열등한 처우와 교육, 누구든지 의료적 분류에 따라 장기수용처분 될 수 있는 가능성이었다. 이는 여성들에게 수용처분에 대한 저항감을 증대시켰으리라 짐작된다.

이처럼 부녀보호소는 장애, 젠더, 섹슈얼리티를와 동시적으로 결부해 수용 여성들을 효과적으로 병리화했고, 그것은 시설 격리수용을 더욱 정당화함과 동시에 실재하는 정신적 장애여성의 존재를 비가시화했다. 시설의 의료화된 관리 실천과 여성들을 생물학적 결함이자 위험성으로 구성해 낸 지식을 통해 도덕적 일탈이나 불우한 환경의 영향으로부터 보호해야 하는 것은 더이상 '여성'이 아니었다. 현재와 미래를 위협하는 여성으로부터 '사회'를 보호해야 하는 것이었다. 여성들에 대한 '저능' 호명의 중요성은 여기에 있다. 계급, 젠더, 섹슈얼리티, 장애의 교차하는 다층적 억압으로 주변화된 여성들에게 일제히 '저능'이라는 과잉된 표식을 부착하고, 그러한 과잉된 표식은 다시 격리와 배제의 표적을 생산하는 순환 과정이 생성된 것이다. 이 같은 과정은 계급, 젠더, 섹슈얼리티, 장애를 둘러싸고 작동하는 사회적 억압과 불평등을 탈정치화하고 문제의 해법을 그들의 가정환경이나 개별적인 심리적 상태의 "건전함"을 고양하는 문제로 귀결짓게 했다. 1966년 대한정신건강협회가 개최한 학술회의에는 가족계획협회와 시립부녀보호소 두 기관의 전문가가 초대되었고, 이들은 대도시 극빈 지역의 가족계획(피임) 실태와 윤락여성의 정신건강을 주제로 발표했다. 아래는 해당 학술회의에서 이문자가 발표한 내용이다.

> 윤락여성은 대부분 건전치 못한 가정에서 나온다. … 윤락여성을 막는 근본적인 방법은 청소년에게 가출의 유혹이 없도록 따뜻한 가정을 주는 것이다. 다음이 윤락여성과 식모 문제. 윤락여성 중 윤락 직전에 식모생활을 한 여성이 40%, 윤락 전 성생활의 경험이 있는 여성이 70%나 된다. 이들은 가출할 때의 기대와는 달리 식모의 차별 대우, 경제적 불만, 또 구속 생활에 반발해서

65) 『동아일보』, 1965.9.27. "창녀 10명 탈출 보호소서".
66) 『조선일보』, 1963.11.9. "배고픔에 못 배긴 창녀 125명 심야 집단 탈주".

> 자유로운 곳으로 다시 나가고 싶어한다. … 그러므로 주부는 사회선도사업의 일인자라는 긍지를 가지고 식모에게 가정적인 단란한 분위기에 같이 휩싸이게 해야 한다. … 일단 윤락으로 떨어지면 그들의 열등감은 더욱 깊어지고 부모나 친지에게 발각될까 하는 공포, 사회의 조소에 대한 분노 등으로 그들의 정신건강은 더욱 비정상이 된다. 윤락여성을 막는 건전한 가정은 결국 사회가 건전해야 이루어진다.[67]

가족계획협회와 부녀보호소의 두 전문가가 발표한 내용은 위 발췌문과 같이 신문지면에 비중 있게 실렸는데, 이는 정상성에서 벗어난 섹슈얼리티에 대한 당대 지식인 사회의 우려 섞인 관심을 보여준다(본 보도기사의 제목은 "음지 두 곳"이다). 부녀보호소 임상심리사 이문자는 부녀보호소에서 이루어진 임상조사 결과를 토대로 윤락여성이 저능뿐 아니라 "건전치 못한 가정"에서 배출되고 있다고 강조한 후 가정, 사회, 심지어 식모를 고용하는 가정의 주부에 이르기까지 윤락의 방지를 위해 필요한 실천을 제시하고 있다. 윤락여성과 그들의 시설 격리를 추동한 근본적 요인인 계급, 젠더, 장애가 교차하는 사회적 모순은 사라지고 오로지 개별 가정과 사회의 도덕적이고 윤리적인 의식을 함양하는 것이 여성들의 비정상적 심리적 기질이 도덕적 일탈과 범죄(윤락)로 빠져드는 것을 막을 수 있는 방편이 되는 것이다.

이 때문에 정신보건이라는 초국가적 담론과 실천은 국민 전체의 의료복지를 위한 국가 개입과 예산투여를 최소화하려는 개발국가 복지체제에서의 정부의 이해와 정확히 맞아떨어지게 된다. 정신보건 담론을 적극적으로 수입해 한국에 확산시킨 정신의학 전문가들은 미국 사회 정신보건 전문가들이 그러했듯 문제적 인구를 감별, 치료하는 실천을 통해 자신들의 영향력을 확장하는 과정에서 궁극적으로 "후진성"을 면치 못하고 있는 한국 정신보건체계의 선진화라는 개혁적 목표를 성취할 수 있을 것이라고 기대했을 것이다. 그러나 그들이 그토록 염원하는 (구) 정신보건법은 1990년대에 이르기까지도 제정되지 못했으며, 이 속에서 보건복지체계의 부재가 낳은 많은 '병든' 인구는 지속적으로 문제화되어 수용시설에 배치되었다. 결국 서구 비장애 남성 중심의 정신보건 담론과 실천은 20세기 후반기 아시아 개발국가의 정치경제 상황과 결합함으로써 사회적 소수자들, 특히 가족

67) 『경향신문』, 1966.9.19. "음지 두 곳".

밖 '부랑부녀'를 양산하는 다층적 불평등과 억압을 비가시화하고 그들을 수용시설에 격리하는 실천을 정당화하는 기능을 했던 것이다.

(3) 복지제도의 부재와 생계부양자로서 여성

1) 복지제도 부재와 가족 단위의 생존 전략

이상에서 살펴본 바와 같이 1960년대 사회가 장애 여부를 불문하고 여성의 시설 격리를 정당화할 수 있었던 것은 정신과 의사들을 중심으로 한 일각의 전문가 집단의 담론 및 실천이었다. 전문가들은 가족 밖 윤락여성, 부랑인 인구를 내재적 결함을 가진 존재들로 병리화하는 한편 "건전한" 가정환경의 조성이 그러한 문제들의 미연 방지책임을 강조했다. 시설들 역시 단속으로 시설에 수용된 이들 대부분을 애초 그들을 방출한 가족으로 돌려보내는 것을 갱생의 증거로 여겼다. 이처럼 당대 사회에서 가족은 모든 사회문제의 근원이자 해결 주체로 호명되고 있었다. 그렇다면 무엇이 여성들을 애초에 가족 밖의 '부랑부녀', '요보호여자'로 내몰게 했는가에 관한 근본적 원인은 당대의 가족상황, 특히 가족 내 사회재생산 위험 대처방식을 통해 살펴보아야 한다.

아래 표는 1965년까지 부녀보호소 수용 대상이 된 여성 중 무작위로 선택된 600명에 대한 정보 수집 결과로, 여성들의 평균 연령과 직업 분포를 보여주고 있다. 그들이 시설에 수용될 당시 직업은 "윤락"으로 제시되지만, "윤락" 이전 식모, 여공, 접대부, 버스차장, 학생, 무직 등의 직업 경험을 거쳐온 것을 알 수 있다. 또한 이들이 집을 처음 나온 시점의 연령은 19세 이하가 대다수여서, 매우 어린 나이에 노동을 시작했거나 가정에서 이탈한 여성들임을 알 수 있다.

표 6. 1965년 부녀보호소 수용 여성들의 이전 직업

직업	학생	무직 미혼 여성	무직 기혼 여성	식모	차장	여공 및 기타 노동	접대부	시설 생활
인원수(명)	31	106	74	187	19	97	68	18

출처: 서울특별시립부녀보호지도소(1966), 『윤락여성에 관한 연구보고서』, 37쪽.

표 7. 1965년 부녀보호소 수용 여성들의 가출 시점 연령

연령	12세 이전	12-19세	20-27세
인원수(명)	94	411	95

출처: 서울특별시립부녀보호지도소(1966), 『윤락여성에 관한 연구보고서』, 30쪽 표 재구성.

그런데 성인 남성 부랑인시설 시립갱생원 수용자들의 연령과 이전 직업 분포는 부녀보호소 수용자들과 대비된다. 아래 표에서 보듯, 1963년 당시 그들의 연령대는 20대부터 50대까지 성인이 대부분이며, 이전 직업은 농업, 소규모 상업, 무직이 가장 많고, 부녀보호소 수용 여성 통계보다 훨씬 다양한 분포를 보인다. 이러한 남녀 부랑인시설의 수용자 특성 비교를 통해 여성이 남성보다 훨씬 이른 나이에 집과 가족을 떠나 생업에 종사해야 하는 상황에 내몰렸고, 자연히 교육 수준이 낮을 수밖에 없었음을 알 수 있다. 또한 어린 여성에게 허락되는 직종은 매우 한정적이었으며, 이들이 일할 수 있는 소수 직종은 주로 성애화된 노동이었음을 확인할 수 있다. 따라서 가족 경제와 사회재생산을 위해 많은 여성이 이른 나이에 가족 밖으로 이탈할 수밖에 없었던 현실은 그들을 부녀보호소와 같은 수용시설의 표적이 되도록 추동한 핵심적 요인이었다고 할 수 있다.

표 8. 1963년 서울시립갱생원 수용 남성들의 이전 직업

직업	인원(명)	직업	인원	직업	인원
농목업	57	교사	5	배우	2
구멍가게/행상	57	토목공	4	요업	2
지게/리어카	47	재단사	4	광부	1
이발사	13	폐품수집	4	면직공	1
사무원	11	운전사	3	인쇄공	1
철공	8	구두수선	3	연탄업	1
차장(車掌)	8	음식점	3	약업	1
요리사	7	군인	3	고무신수리	1
기계수리공	7	종교관계	3	사진사	1
학생	6	어부	2	무직	60
점원	6	정미업	2	미상	39
공무원	6	세탁부	2		
머슴	5	식당급사	2		

출처: 권이혁(1963), 「특이지역사회에 대한 사회의학적 조사」, 9쪽.

표 9. 1963년 서울시립갱생원 수용 남성들의 연령

연령	19세 이하	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상
인원수(명)	60	100	57	42	63	65

출처: 권이혁(1963), 「특이지역사회에 대한 사회의학적 조사」, 9쪽의 표 재구성.

이처럼 나이 어린 여성들이 자신은 물론 가족의 생계를 부양해야만 했던 이유는 복지제도의 부재와 가족의 가부장적 생존 전략의 결합 때문이었다. 우선, 박정희 정부는 경제성장을 지상 최대의 과제로 천명하면서도 당시의 국제적 정세를 의식하여 집권모델로서의 '복지'를 내세웠다. 그러나 1960년대 초반 대다수의 인구가 절대빈곤 상태에 놓인 상황에서, 경제적 재분배와 개발주의라는 양립하기 어려운 과제는 결과적으로 자본 축적으로 경제적 번영을 이룩한 뒤 복지와 경제적 재분배로 나아가는 '선성장 후분배' 논의로 수렴되었다. 대신 집권층은 복지 담론을 발전과 결합시키면서 복지에 대한 책임을 국가로 돌리지 않을 방안을 모색하는데, 그것은 복지와 경제성장 우선주의와 결합한 선별적 구휼이었다(백승욱・이지원, 2015; 이상록, 2011). 이때 구휼의 대상으로 아동, 장애인, 노인 등 '노동 불능' 상태의 "요보호자"와 함께 "요보호여자"가 호명되었다.

둘째, '선성장 후분배' 논리에 따라 보편적 복지제도의 수립을 지연시킨 정부는 복지에 대한 책임을 가족에게 부과하는 방향의 가족제도의 개편을 동시에 단행했다. 1962년 민법 개정을 통해 부계계승의 직계가족제도를 도입한 것이다(최선영, 2020).[68] 이에 실제 많은 기층 인구가 가족 단위의 생존 전략을 모색해야 했으며, 가족제도에 착근된 젠더 위계와 남아선호 사상은 일차적으로 여성 자녀들을 가정에서 방출했다. 당시 인구의 대다수가 분포한 농촌가구에서 부계 직계가족주의는 미혼의 딸들을 가족의 실질적・상징적 생산성에서 가장 주변부에 위치하게 했기 때문이다. 많은 농촌 가족은 아들과 달리 미혼의 딸을 가정 밖으로 일찍 방출하는 전략을 취했고 이를 통해 가족의 생존을 도모하려 했다. 1970년대까지 초

68) 1962년 민법에 도입된 부계계승의 직계가족제도란 장남을 제외하고 차남 이하는 당연분가하도록 한 것이다. 이는 자녀양육과 노부모 부양 등 사회재생산 기능에 최적화된 가족 형태를 고안한 결과였다. 실제로 1960-70년대 산업화로 인한 가족적 분화와 분리에도 불구하고 부계 직계가족주의 원리는 핵가족형태를 포섭하며 안정적으로 작동하였고, 80년대까지 농촌의 많은 부모 세대가 노년의 부양을 자녀(장자)에게 의탁하는 3세대 동거가 일반적 가구 형태로 나타났다(최선영, 2020).

중등의 기본 교육은 무상교육이 아니었기 때문에 경제적 자원이 충분하지 않은 대다수 가족은 선별적인 교육투자를 했다. 이 시기 젠더는 계급보다 더 결정적인 교육기회 차별의 요소로 작동해서, 딸들은 교육기회에서 우선적으로 배제되어 다른 형제의 교육비 마련은 물론 부족한 가구 소득을 위해 일찍 도시로 나가거나 결혼(혹은 남성과 동거)함으로써 '입 하나 더는' 선택을 하도록 강제당했다(김경일, 2015: 최선영, 2020).

이렇게 복지제도의 부재와 가부장적 가족의 생존 전략의 결합은 장애 여부와 무관하게 빈곤 가구 여성 대다수가 구직의 가능성 하나만을 믿고 집을 나와 도시로 모여들게 했다. 서울역에 위치한 시립부녀상담소가 1967년 실시한 가출 부녀자들에 대한 상담 결과를 분석한 연구에 의하면, 전체 상담 케이스의 절반이 구직 때문에 지방에서 서울로 상경한 경우였으며, 또 전체의 75%가 20세 이하였다(이찬영, 1967). 그러나 당시에는 도시 노동력의 수요가 여전히 미미했고, 남녀를 불문하고 고용기회가 폭발적으로 증가하는 것은 1960년대 말에 와서다. 따라서 이들은 생계를 위해 공장뿐 아니라 식모, 버스안내양, 유흥업소, 미용사 등 질 나쁜 일자리에 종사해야만 하는 경우가 많았다. 당시 근로기준법에는 공식부문에 취업할 수 있는 연령의 제한까지 있어 많은 10대 여성이 공식부문 취업 가능 연령이 될 때까지 개별 가정의 식모로 취업하는 경우가 일반적이었다(신경아, 2007). 식모와 버스안내양은 급여가 일정치 않거나 매우 적다는 문제 외에도 숙식 제공을 빌미로 인신 구속적 통제를 당하게 되는 일반적이면서도 심각한 문제가 있었다. 특히 그들에게는 섹슈얼리티와 관련한 강한 감시와 억압이 수반되었으며, 실제 식모와 버스안내양 등에 종사하다가 성매매 시장으로 유입되는 경우도 많았다(김원, 2005; 김정화, 2002). 이처럼 1960년대 많은 여성이 대개 저학력으로 성별화된 육체노동에 종사해야만 했다는 것은 그들이 노동력으로서 쓸모를 발휘하는 한 (비가시적인)정신적 장애는 드러나지 않았으리라는 것을 시사한다. 또한 장애 여부와 상관없이 많은 여성에게 할당된 성애화된 육체노동은 그들을 부녀보호소에 격리수용되어야 할 "요보호여자"로 만들어냈음을 알 수 있다.

면접참여자 B(1963년생)의 사례는 출생 연대 및 시설 수용 시기에 있어 다소 차이가 있지만 가난한 여성이 어린 나이에 생업에 종사해야 했고 종국에 수용되는 과정에서 젠더, 계급, 장애의 동시적 작동을 보여주는 구체적 예시이기도 하

다. B는 기억할 수 없는 어린 시절 가족에게 유기되어 고아원에서 자랐으며, 18세 무렵 고아원 퇴소 후 생계를 위해 식모 생활을 시작했다. 고아원에서 자라는 동안 상업고등학교까지 다닐 수 있었지만(졸업하지는 못했다), 여성이자 집과 가족이 없는 고아인 B에게 어차피 식모 외의 다른 생계수단을 찾는 것은 어려웠다. 식모 생활을 시작한 지 2년여 만에 B에게 조현증이 발병했고, 정신장애로 식모일을 중단해야 했기에 부랑이 시작되었다. 부랑 생활을 하던 B는 1980년대 중반의 어느 날 부녀보호소에 최초로 입소하게 되었다. 부녀보호소와 정신병원을 오가는 생활을 하던 중 자립을 위해 취업을 시도하기도 했지만, 성매매 업주에게 속아 성폭력 피해를 당하고 도망치듯 제 발로 시설로 돌아와야 했다. 이 같은 B의 생애 경험에서 계급과 젠더는 여성들을 성애화된 육체노동에 종사하도록 하는 결정적 요소이며, 식모, 성판매, 결혼과 동거 등으로 몸의 쓸모를 발휘할 수 있는 한 여성의 장애는 이러한 생존 전략에서 크게 문제화되지 않았다는 것을 보여준다. 여성들은 몸의 쓸모를 발휘함으로써 모순적으로 시설에 수용되어 치료되고 갱생되어야 할 주체들로 담론 차원에서 구성되었던 것이다.

2) 여성의 불구화와 신체·남성 중심의 '불구자' 구휼제도

여기서 보다 주목해야 할 것은, B의 사례가 보여주듯 장애여부와 무관하게 나이 어린 여성들이 육체노동에 종사해야만 하는 상황은 그 자체로 여성들이 몸마음의 장애에 쉽게 노출되거나 장애를 더욱 심화하게 되는 과정이 되기도 한다는 사실이다. 면접참여자 A, D의 사례 역시 가부장적 가족 내 여성의 지위와 생계부양을 위한 재/생산 노동이 1960~70년대 여성들을 얼마만큼 질병과 장애 취약하게 만들었는가를 구체적으로 보여준다.

1945년생인 A는 농촌지역에서 2남 3녀 중 장녀로 태어났다. 초등학교 5학년 때 바닷물에 빠지는 사고로 청력이 손상되어 청각장애를 가지게 되었지만 치료는 커녕(가족들은 A가 청력에 다소 불편함이 있긴 해도 장애를 가지고 있다고는 인식하지 못했다) 학업마저 중단해야 했다. 장애를 가지지 않은 다른 두 여자 동생의 경우도 A와 마찬가지로 학업을 제대로 마치지 못했다. 가장이던 아버지가 사고로 일찍 사망하자, 어머니는 장사를 해 홀로 모든 가족의 뒷바라지를 해야 했

다. 초등학교 중퇴의 학력에 장애까지 있었지만 장녀인 A는 동네(당시는 가족이 소도시 지역으로 이주한 상태였다)에서 뽑기 장사, 미용실 시다 등 닥치는 대로 일을 하며 가족의 생계에 보탬이 되어보고자 했다. 그러다 25세에 소개로 알게 된 남성과 동거를 시작하며 집을 나와 가정의 입 하나를 덜었다. 막내 여동생도 19세에 결혼해서 일찍 집을 나갔고, 큰 여동생은 중학교까지 마치고 곧바로 취직해 집안의 실질적 가장 노릇을 했다. 그렇지만 집안의 두 아들은 서울에서 대학까지 마칠 수 있었는데, 이는 딸들의 희생이 있었기에 가능한 일이었다. A는 동거남의 사망으로 친정에 돌아와 살다가 결혼을 통해 두 번째 가족을 구성하게 되지만, 남편 역시 사망하고 가족이 해체되면서 정신장애까지 가지게 되었다. 그리고 1980년대 초 알 수 없는 이유로 부녀보호소에 수용된다.

1967년생인 사례 D의 경우 아버지가 병으로 일찍 사망한 후 어머니 혼자 생선 장사를 해서 8남매를 키웠다. D는 8남매 중 넷째 딸로 태어났다. 위로 두 언니가 있는데, 언니들 모두 어린 나이에 가출했다. 큰 언니가 가출한 이유는 초등학교를 졸업한 직후 나이 많은 교회 남자에게 시집을 보낸다는 말에 반발해서였다. 작은 언니와 D의 경우 교회에 거주하는 신도들(신도들은 교회에 거주하며 공동생활하였는데, 이 때문에 D는 해당 교회가 사이비 이단 종교라고 믿고 있다)의 아이를 봐주는 식모로 강제로 보내졌다. 종교에 빠져 딸들을 학교에도 보내지 않고 교회 식모로 보내는 어머니에게 반발해 작은언니와 D도 각각 가출했다. 이때 D의 나이는 11살로 초등학교 4학년이었고, 이것이 D가 받은 교육의 전부가 되었다. 도망치듯 무작정 서울로 상경했지만 D에게 생계 수단은 식모살이밖에 없었다. 이 집 저 집을 돌며 식모일을 했지만 일한 집에서 임금을 받은 적은 한 번도 없었다. 주인 아들이 성추행을 해 임금은 생각도 못하고 도망치듯 집을 나와야만 했던 적도 한 번 있었다. 이처럼 어린 나이에 도저히 감당하기 어려운 상황이 이어졌음에도 D는 교회 식모로 또 붙잡혀 갈 것이 두려워 집으로 돌아갈 수 없었다. D는 결국 15세 경에 성매매로 유입되고, 1980년대 초 단속으로 부녀보호소에 수용된다. 부녀보호소에서 나온 후 재차 경찰의 단속을 피하려고 건물에서 뛰어내리다 다리에 장애를 가지게 되었다.[69]

면접참여자들의 생애 경험에서 보듯, 1960년대 복지제도의 부재와 절대빈곤이

69) 이상 언급한 면접참여자 A, B, D의 사례는 3, 4장에서 다시 다룬다.

라는 사회상황은 대다수의 남녀에게 동일한 것이었지만, 가부장적 가족(혹은 가부장의 부재)과 젠더 관계는 남녀에게 상이한 영향을 미쳤다. 애초에 장애여부와 무관하게 가족 내 "대표적인 잉여인구"(최선영, 2020: 145)로서 여성의 지위는 생계부양자가 되어 조기에 가족 밖으로 방출되는 요인이 되기도 했지만, 동시에 여성들은 이러한 생계부양자라는 역할 수행 과정에서 다양한 장애의 위험에 노출되고 또 실제 장애를 가지거나 장애가 더욱 심화되기도 했다.

이처럼 여성들이 노동 과정에서 질병과 장애에 쉽게 노출될 수 있었다는 점, 그리고 실제 부녀보호소에 수용되기 전 자신과 가족의 생계를 위해 몸의 쓸모를 발휘하다 정신적 장애를 가지게 된 사례 A, B의 존재는 1960년대 당대 사회에서 부녀보호소에 수용된 "요보호여자"가 구체적으로 누구였는가를 더 자세히 살펴볼 필요가 있음을 시사한다. 즉, 부녀보호소가 자체적으로 '윤락여성', '식모', '여공' 등으로 호명한 수용 여성들의 인구학적 특성은 실제 여성들의 복합적 특성을 모두 드러내지 못하리라는 추정이 가능하며, 면접 참여자 사례 외에도 이러한 추정을 뒷받침할 만한 근거는 다수 존재한다.

이와 관련해 앞에서 언급한 이 시기의 요보호자에 대한 복지제도를 먼저 살펴보아야 한다. 정부가 경제성장 우선주의와 병행해 도입한 잔여적이고 구휼적인 복지제도는 아동, 장애인, 노인 등 '노동 불능'의 "요보호자"와 함께 "요보호여자"를 호명했고, 이에 따라 1961년 윤방법, (구)아동복리법, (구)생활보호법이 제정되었다. 특히 (구)생활보호법은 요보호자가 '노동 불능' 상태라도 보호의 책임은 일차적으로 소위 '부양의무자'인 가족에게 있다고 규정하고, 부양의무자가 없거나 부양할 능력이 없는 경우에 한해 국가의 보호 대상(거택보호 혹은 시설보호)이 될 수 있다는 단서를 달았다.[70] 이로써 개인이 노동력을 팔 수 없거나 생계를 유지하지 못할 경우 국가가 아니라 가족이 해당 개인의 복지를 책임져야 한다는 가족우선 부양 원칙이 복지제도에 기입된다. 생활보호대상자에게 지급되는 생계보호의 내용도 금전이 아니라 밀가루와 보리 등 양곡을 소량 지급하는 데 그쳤지만 이나마도 1960년대 중반까지는 정부 재원이 아니라 외국 원조에 의지한 것이었

70) (구)생활보호법 제3조(보호대상의 범위): 본 법에 의한 보호대상자는 다음 각호의 1에 해당하는 자로서 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양할 능력이 없는 경우의 자에 한한다. ①연령 65세이상의 로쇠자 ②연령 18세미만의 아동 ③임산부 ④불구, 폐질, 상이 기타 정신 또는 신체의 장애로 인하여 근로능력이 없는 자 ⑤기타 보호기관이 본법에 의한 보호를 필요로 한다고 인정하는 자.

다(김조설, 2017; 윤홍식, 2019b). 이와 같이 유명무실한 생활보호 제도는 적지 않은 인구를 가족이 아닌 시설에 생존을 의탁해야만 하는 상황으로 이르게 했을 것으로 보인다. 아래는 성인불구시설의 지역별 현황인데, 1968년 당시 공식 집계된 것만 약 3천 명의 불구자가 수용된 것으로 집계되었다(보건사회부, 1968). 『보건사회통계연보』 상 당대 성인불구시설의 범주는 모호한데, 아래 표에서 보듯 서울시립갱생원 등 부랑인시설을 포함하고 있고, 장애 유형별로 시설이 분화되어 있지 않았다.[71] 달리 본다면, 부랑인시설에 수용된 부랑인 집단에는 여러 층위의 장애를 가진 불구자가 상당히 혼재되어 있었고 (구)생활보호법 상 성인 "요보호자"는 장애인 시설과 부랑인 시설을 가리지 않고 혼합 수용되었다는 것을 알 수 있다.

71) 성인불구시설 중 장애인시설은 대체로 장애유형에 따라 구분되어 있지 않지만 "정신불구원" 부류의 정신장애인 대상 시설은 비교적 뚜렷하게 수용 대상 단일 장애 유형을 명시하고 있다는 특징이 있다. 정신불구원은 한국전쟁 시기 전쟁으로 일제히 기능이 정지된 정신병원을 대신해 정신장애인 수용보호를 시작했고, 1950년대까지 정부 행정체계에서 불구자시설과 정신불구원은 별도의 범주로 다루어졌다(대한신경정신의학회, 2009; 이용표, 2005). 정신불구원은 오늘날의 정신요양시설의 원형이다.

표 10. 1968년 성인불구시설 지역별 현황

지역	명칭	설립 구분	비고
서울특별시	천애원	법인	신체장애인 시설
	한국맹인대린원	법인	시각장애인 시설
	시립갱생원	시립(市立)	부랑인시설(남성)
부산시	그리스도 구0정신불구원*	법인	정신장애인 시설
	영락정신불구원	법인	정신장애인 시설
	자매여숙정신불구원	법인	정신장애인 시설 ※유일한 여성장애인 시설[72]
	구령방주원	법인	
강원도	춘천시립갱생원	시립	부랑인시설
전라남도	귀일원	법인	
	목포애상원	법인	
	무궁갱생원	사립(私立)	부랑인시설
	광주공생회	사립	
	순천학신원	사립	
	해남희망원	법인	부랑인시설
경상북도	대구시립불구원	시립	
	청구혜양원	법인	
	대구안식원	법인	
	성모불구원	법인	
	정신환자불구원	법인	정신장애인 시설
	대구요양원	법인	

출처: 보건사회부(1968), 『보건사회통계연보』, "성인불구시설 일람표" 재구성.
주: 원자료에서 글자를 해독하기 어려운 경우 공란(0) 표시, 시설의 유형을 파악하기 어려운 경우 "비고"란에 공란 표시.

그런데 (구)생활보호법상의 성인 "요보호자"는 '노동 불능'의 신체를 포괄적으로 가리킨 반면 윤방법의 "요보호여자"는 노동 가능성 유무가 아니라 '윤락(가능

72) 본 시설은 1952년 부산지역에 설립된 매우 이례적인 민간 운영 정신적 장애여성 대상 수용시설이다. 설립자 양한나는 일제시대에 독립운동을 한 이력이 있고 해방 후에는 초대 여자경찰서장을 역임한 후 사회복지시설 운영을 시작했다. 양한나는 1946년 고아원으로 처음 시설을 설립, 운영하다가 1952년 정신요양시설로 전환 운영하는데, 이는 해방 후 최초의 장애여성 수용시설이며 현재까지 '사회복지법인 자매정신요양원'으로 운영되고 있다(이용표, 2005; 자매정신요양원, 2017).

성)'이라는 도덕적 관념을 기준으로 했다. 이러한 요보호자의 분류에 따르면, 사례 A, B처럼 정신적·신체적으로 장애가 있는 여성의 경우 "요보호자"로 분류되어 성인불구시설에 수용되었을 것이다. 그러나 위의 표 10의 1968년 당시 성인불구시설 전체 수용자 총 3천여 명 가운데 남성은 약 2천 6백 명으로 집계돼, 사실상 남성이 대부분이라고 할 수 있다(보건사회부, 1968). 성인불구시설 외에도 1960년대 내내 전국의 정신병원 병상수는 최대 추산 24개 병원, 1,500여 병상에 불과한 상황에서 남성이 압도적으로 많은 병상을 차지했다. 1964년 전국 정신과 환자 실태조사 자료에 따르면, 병원에서 입원 치료를 받는 총 1,000여 명의 환자 중 남녀 성별은 약 7대 3의 비율로 남성이 대다수였다(진성기, 1964).

이러한 성인불구시설 및 정신병원 등지에서 남녀 성별 격차를 당대 정신적 장애를 가진 여성의 수가 적었기 때문이라고 단정하는 것은 위험하다. 전 세계적인 정신보건 관련 연구들은 경제적 빈곤과 젠더가 교차해 가난한 여성의 정신건강에 매우 큰 영향을 끼친다고 보고해 왔다(Christopher, et al., 1998; J. Das et al., 2012; Kessler et al., 1992; Patal el al., 1999). 특히 최근 실시된 개발도상국 여성 정신보건에 관한 실태조사에 따르면, 여성들은 각종 정신적 질환에 취약함에도 불구하고 남녀의 행동 양식에 대한 다른 문화적 각본과 자기 자신을 제외한 모든 가족 구성원의 돌봄 책임자라는 가족 내 지위 때문에 여성의 장애는 남성에 비해 주목받지 못하거나 더 커다란 가족의 수치로 여겨져 드러나지 않는다(J. Das et al., 2012; Patal el al., 1999). 이러한 정황은 1960년대 한국 사회에 정신적 장애를 가진 여성이 수적으로 적었던 것이 아니라 공적 의료복지 자원에의 접근성에서 남녀 간 커다란 간극과 남녀에게 기대되는 행동에 있어서의 젠더 격차가 장애여성을 비가시화하고 치료나 복지에서 소외되도록 했을 것으로 추정케 한다.

결국 당대 남성중심적 불구 개념과 잔여적 복지제도는 성별에 따라 제도 포섭 대상에서의 차등을 두었고, 장애가 있는 여성은 불구자에 대한 구휼제도에서 배제되어 부랑이나 육체노동 등을 하다 부녀보호소와 같은 "요보호여자" 대상 시설로 유입되었다. 실제 당대 '부랑인' 인구의 다층성은 서울시 타 부랑인 시설에서도 확인 가능하다. 남성 부랑인 시설 시립갱생원은 설치조례 상 아래와 같이 성인 남성이면서 부랑인이거나 "정신 및 신체허약이 심"한 사람 혹은 "질병상이자"로

구체적 수용 대상을 명시하고 있다.

> 서울특별시립 갱생원 설치조례[73]
>
> 제1조: 무의무탁하며 생계능력을 상실하고 **정신 및 신체허약**이 심하여 거리를 방황 또는 노숙하는 이십일세부터 육십사세 미만의 부랑인 또는 **질병상이자**를 수용구호하여 직업보도와 성인 교육을 실시함으로서 자립갱생의 능력을 배양하기 위하여 서울특별시장 소속하에 서울특별시립갱생원을 둔다. (강조는 인용자)

이렇게 갱생원은 명시적인 수용 대상으로 장애인을 포괄하고 있고, 실제 서울대학교 보건대학원이 1963년 실시한 시립갱생원 수용자에 대한 실태조사 결과에서도 갱생원 수용자의 약 30%는 정신적 장애를 포함한 "불구자"인 것으로 드러났다(권이혁, 1963). 부랑아 시설인 시립아동보호소에도 1969년 현재 정신박약아동을 포함한 장애아동이 전체 수용자의 약 20%였다(서울특별시립아동보호소, 1969). 이 같은 상황은 당대 부랑인 집단의 인구학적 특성이 주로 성별과 나이라는 단일 범주로 분류되지만,[74] 성별과 연령을 막론하고 도심의 거리를 유동했던 부랑인 인구 중에는 장애인이 상당했었다는 것을 보여준다. 따라서 거리에서 단속되어 부녀보호소에 수용된 부랑부녀자 중에도 장애를 가진 여성들이 포함되었을거라 추정할 수 있다.

물론 부녀보호소 설치조례 시행규칙 제4조 "퇴소" 조항[75]은 수용자 중 장애를 가진 수용자들은 장애인을 위한 별도의 "적격시설"에 이송함으로써 퇴소시킨다고 명시하고 있어, 장애여성이 수용되더라도 즉시 퇴소 조치 되었다고 볼 여지도 있

---

73) 서울특별시 조례 제199호. 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1962),「서울특별시립갱생원 설치조례제정의건」(국가기록원 BA0089260).

74) 이 시기 서울시의 걸인· 부랑인 등에 대한 '일제 단속', '부랑인 소탕' 등을 보도한 신문 기사들은 당국이 단속된 부랑인들을 성별과 나이에 따라 분류해 각각 아동(시립아동보호소), 성인남성(시립갱생원), 여성(부녀보호소)을 수용하는 시설에 분산 수용 조치한다고 보도하고 있다.『조선일보』, 1963.1.25. "부랑아와 걸인 206명을 수용",『조선일보』, 1963.7.21. "부랑아 등 일제 단속".

75) 서울특별시 규칙(제223호, 1961.12.15. 제정) 제4조: 1)친권자, 보호자, 부양가족이 있을 때, 2)자립생계의 능력이 있는 자, 3)불구, 질병, 정신이상의 자로서 타의 적격시설에 이송을 요하는 자, 4)기타 보호함에 부적당하다고 인정되는 자.

다. 그러나 앞서 성인불구시설 및 정신병원 실태에서 본 것처럼 장애여성을 타 "적격시설"로 이송함으로써 퇴소시킨다는 규정에도 불구하고 당시 장애를 가진 부녀에게 치료・보호 등을 제공하는 병원이나 복지시설에의 접근은 지극히 제한적이었다.

이렇듯 여성들이 계급과 젠더의 교차작동으로 몸마음의 장애에도 빈번히 노출되었지만 불구자에 대한 잔여적이고 구휼적인 복지제도에서 배제되어야만 했던 것은 '불구'의 개념이 그 자체로 젠더화되었기 때문이었다고 볼 수 있다. 그 원인은 첫째, 능력이나 성취에 대한 가치판단, 남녀에게 기대되는 행동 등에 있어서 젠더 차이가 여성의 장애, 특히 비가시적인 정신적 장애를 인식하기 어렵게 했을 수 있다. 앞서 언급한 것처럼 1960년대 교육기회는 성별에 따라 차별적으로 주어졌는데, 교육수준이 육체노동과 전문직 노동 등 종사하는 노동의 성격을 결정짓는 요소가 된다고 할 때 학력이 낮고 단순 육체노동을 하는 여성의 정신적 장애는 크게 부각 되지 않았을 가능성이 높다. 둘째, 식민지와 전쟁, 의료복지 인프라의 절대 부족 상황에서 남한의 전체 장애인 수는 국가가 장애 범주를 분류해 '보호'를 제공하고자 하는 인구수를 훨씬 초과했고, 그 결과 법적이고 제도적인 장애 정체성을 부여받은 인구와 그렇지 못한 인구가 젠더를 경유해 분할되었다고 볼 수 있다. 단적인 예로, 1960년대 정부가 장애 정체성을 기반으로 호명한 대표적 인구는 "상이군인"(傷痍軍人)인데, 상이군인에 대한 원호는 반공과 애국 이데올로기를 진작시키고 국민들로 하여금 병역의무를 충실히 이행하도록 하는 데 전략적으로 중요했다. 주지하다시피 박정희 정권 초반의 전체 복지입법에서 약 절반가량이 군사원호와 관련된 것이었으며, 이는 (구)생활보호법, 윤방법, (구)아동복리법과 같이 일반 국민 속에 대규모로 존재했던 요보호자를 대상으로 한 복지 관련 법률보다 법적 실효성이 컸다.(남찬섭, 2005; 이임하, 2011).

1966년 보건사회부가 발간한 『장해자(障害子) 조사보고서』는 당대 불구나 장해 개념이 그 자체로 매우 젠더화된 것임을 단적으로 알 수 있는 자료다. 보고서가 수집한 전국의 장애인[76] 총 약 11만 명의 남녀 비율은 7대 3으로 성별 격차

76) 이 보고서는 장애 종류를 마비, 절단, 농아, 정신병, 맹, 꼽추, 농, 정신박약, 간질 등으로 분류하고 있다. 이 중 주목할만한 것은 "혼혈아"가 "사회적 장애"로 분류되어 있는 것이다. 인간의 신체적이고 정신적인 '능력', '생산성'에 대한 가치판단이 사회정치적인 가치판단의 결과이자 "가족정치"와 연결되어있음을 보여준다(김순남, 2022: 103). 앞서 살펴본 것처럼 윤락(가능한)여성이 일제히 '저능'으로 호명되는 것도 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

가 크다. 세부 장애 종별로 살펴보면 “정신병” 약 7,500명 중 남성이 약 5,000명, “정신박약” 약 3,400명 중 남성이 약 2,400명으로 정신적 장애인 남성이 정신적 장애인 여성보다 약 세 배 많았다(보건사회부, 1966: 8). 물론 1960년대 당시 장애 원인으로 “선천적”, “발병 후” 다음으로 “전쟁”이 다수를 차지하고 있는 것을 볼 때, 전쟁으로 인한 부상이나 후유증으로 남성의 장애 발생률이 다소 높을 것으로 추정할 수는 있다. 그러나 “정신박약”은 물론 “농아”(聾啞), “농”(聾), “언청이” 등 전쟁과 직접적 관련이 없어 보이는 장애 유형까지 모두 남녀 격차가 크게 벌어진 현상에 대해서는 설명이 필요하다. 더구나 장애인 내부의 성별 격차는 전후 시점인 1960년대에 그치지 않고 1980년대까지 이어졌으며, 대부분의 장애인 통계조사에서 장애여성은 장애남성보다 과소 집계되는 경향이 있었다. 이는 장애여성이 장애남성보다 수가 적어서라기보다는 장애 개념이 그 자체로 젠더화되어 있다는 근거다.

이렇듯 불구 개념 일반이 젠더화된 상황에서, 장애여성은 사례 A, B처럼 당대 여느 여성들과 마찬가지로 어린 나이에 가정에서 방출되어 육체노동이나 남성과 동거(결혼)를 해야 했고, 그 과정에서 여성들은 장애에 노출되거나 장애가 심화되어 “부랑부녀”, “요보호여자”로 시설에 수용되었다고 볼 수 있다. 1960년대의 “요보호여자” 범주로 대표 재현되어온 성판매 여성만 하더라도 그녀들이 노동과정 중에 혹은 그 이전이나 이후에 각종 장애나 질병을 가지고 있었던 경우가 적지 않았음을 여러 자료를 통해 확인할 수 있다. 예를 들어, 1960년대 가난한 사람들이 무료로 입원할 수 있었던 국립정신병원의 입원환자 실태에 대한 한 보고서에 따르면 여성 환자들의 이전 직업이 음식점 및 주점의 “접대부나 종업원”인 경우가 상당했다(정길홍, 1968). 또 1958년부터 1962년까지 국립의료원 신경과에서 신경매독(진행성마비)으로 진료받은 환자 60여 명 가운데 여성이 절반가량이었다는 보고가 있다(Lee, 1963). 보고서는 신경매독에 이환된 여성들이 누구였는지 언급하지 않았지만 성판매 여성이었을 가능성이 높다. 이러한 자료들은 남성에 비해 매우 어린 나이에 한정적인 일자리에서 주로 위험한 육체적 노동을 해야 했던 가난한 여성들이 신체적・정신적으로 불구화되거나 이미 가지고 있던 장애가 더 심화되는 경우가 허다했음을 보여준다.

이렇듯 가난한 여성들은 가난에 더해 장애를 갖거나 장애가 심화될 가능성이

높은 반면 '노동 불능' 불구자 정체성을 부여받고 보호의 대상이 되기는 어려웠다. 1960년대의 장애 여성은 각종 보호 체계에서 배제되어 부랑하다 "부랑부녀", "요보호여자"가 되어 부녀보호소 같은 시설에 배치될 가능성이 높았다. 주거 불안정 상태에서 성판매 일을 하였든 단순 부랑 상태에서 단속에 걸렸든, 어떤 이유로든 부녀보호소에 배치된 부랑부녀는 동질적인 집단이 아니었다. 이들의 장애 여부와 장애의 성격이 다양했음에도 불구하고 정부조차도 초기 부녀보호소의 이러한 성격을 전혀 고려하지 않은 것으로 보인다. 『보건사회통계연보』 상에서 부녀보호소는 성인 남성 부랑인시설과 달리 성인불구시설의 범주에 포함되는 것이 아니라 별도의 부녀보호지도소 범주로 분류된다. 그리고 부녀보호소에 수용된 여성들은 일제히 '노동 불능' 신체와는 무관하다고 전제된[77] "요보호여자"로 호명되었다.

이와 같이 불구자에 대한 신체·남성중심적 구휼제도와 가족 내 지위로 인해 다층적으로 비가시화된 정신적 장애여성을 혼합 수용한 부녀보호소는 앞서 살펴본 고유한 감별 및 분류 작업을 통해 여성들을 선별적으로 관리했다. 우선, 부녀보호소는 성병 치료와 정신 교도 등을 거친 여성들을 아내나 딸, 그도 아니면 식모를 통해 (유사)가족 내 존재로 되돌려보내지는 것을 "갱생"의 뚜렷한 증거로 여겼다(김용아, 1967: 193). 즉, 여성의 "갱생"이란 애초에 여성을 방출했던 가부장적 이성애 가족 내 존재로 재배치되어 가족의 재/생산 담당자로 기능하는 것을 의미했다. 여성들의 신체는 그녀들을 불구화하고 "요보호여자"로 만드는 가부장 이성애 가족구조를 떠받치도록 끊임없이 재배치되었던 것이다.

부녀보호소가 여성들을 가족 내 존재로 재배치하려 한 가장 대표적인 사례는 개척단 남성 부랑인들과 대대적인 결혼 주선을 추진해 가족을 만들어준 것이었다. 이미 여러 연구에서 드러난 바와 같이 개척단으로 동원된 남성들을 향한 감시와 격리, 노동착취가 폭압적으로 일어났고 그 과정에서 사망하는 사례도 비일비재했다(김일환, 2020; 이영남 외, 2019; 추지현, 2021). 부녀보호소에서 1960년대 초 추진한 개척단 남성과의 합동결혼식을 통해 개척지로 이주한 여성은 총

77) 박정미(2001)는 박정희 정부의 복지입법을 통해 호명된 "요보호여자"가 아동, 노인, 기타 노동 능력 상실자와 구분되는 비장애 신체라고 전제하고, 일련의 보호 정책이 여성과 그들을 병렬적으로 호명한 것은 여성을 가족 안에서 가장의 보호를 받아야 하는 존재로 간주했기 때문이라고 분석했다.

350명이었다(서울특별시립부녀보호소, 1965). 합동결혼식을 통한 여성의 가족 내 재배치는 일차적으로 “남성 노동력을 효과적으로 확보하고 관리하기 위”(이영남 외, 2019: 86)한 성애화된 수단이었지만, 동시에 여성은 그 안에서 실제 노동자, 아내, 어머니로서 온갖 공식적·비공식적 재/생산 노동에 동원되어야 했다.

그러나 두 번째의 경우 즉, 성병이나 정신박약 등으로 문제가 된 여성은 일괄적으로 우생학적 이유로 격리수용 되었다. 특히 성병과 달리 완치될 수 없는 장애를 가지고 있고 따라서 가족 내 재/생산 노동자로서 재배치되기 부적절하다고 여겨진 정신적 장애여성 중 일부는 시설에 장기 수용됨으로써 방치되었던 것으로 보인다. 1968년에 이르면 약 200명[78], 1971년에는 약 250명의 “정신박약, 간질””[79] 등 주로 정신적 장애를 가진 여성이 부녀보호소에 수용돼 있다는 신문 기사는 부녀보호소가 의료적 분류에 의해 장기 수용한 여성의 수가 누적되고 있음을 보여준다. 1970년대에는 정신적 장애에 대한 선별적 관리방식이 강화되면서 그들을 수용할 별도의 시설이 확장되는데, 이는 3장에서 보다 자세히 다룰 것이다. 그러나 부녀보호소는 이미 설립 초기부터 의료적 모델을 체계적으로 도입하고 있었으며, 1960년대부터 가족에서 이탈한 정신적 장애여성의 시설화를 앞당겨 실천하고 있었던 것으로 볼 수 있다. 머지않아 부녀보호소는 스스로 정신적 장애인을 선별 수용하는 수용소로 변화한다.

(4) 소결

1960년대 초의 부녀보호소 사례를 통해 정신적 장애여성의 시설화 과정을 규명한 2장의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 1960년대 정신적 장애여성의 시설화를 추동한 핵심적 요인은 가부장적 이성애 가족제도와 가족자유주의였다. 당대 가난한 여성들은 보편적 복지제도의 부재 상황에서 장애 여부와 상관없이 가정에서 우선적으로 방출되거나 방임되어 이른 나이에 식모, 성판매 등의 업종에 종사하거나 남성과 동거함으로써 가족 경제에 보탬이 되어야 했다. 어린 나이에 감당해야 했던 육체노동이나 남성과의 성

78) 『동아일보』, 1969.2.10. “이만 명 상담조처- 지난해 윤락 가출여성”.
79) 『동아일보』, 1971.5.19. “음지의 사람들- 시립부녀보호소”.

적 관계는 여성의 정신적 장애를 구성하고 심화했다. 이렇듯 대다수 가족 내에서 여성들의 위치는 그 자체로 여성들을 장애화되도록 하면서도 가족돌봄과 구휼체계 모두에서 더욱 배제되도록 했고, 따라서 많은 경우 길거리에서의 부랑이나 성판매 등을 지속하였다. 그 중 일부 비/장애 여성들이 “요보호여자” 시설인 부녀보호소에 수용되었다.

둘째, 장애 여부와 상관없이 가족의 생계를 위해 육체적이고 성애화된 노동에 종사해야 했던 여성들을 병리화하고 이들에 대한 시설 수용을 정당화한 것은 일각의 전문가로부터 나온 정신보건 담론과 실천이었다. 서구 비장애・남성 중심의 정신보건 담론을 수용한 정신의료 전문가들은 사회에 만연한 부랑, 윤락, 소년범죄 등의 사회문제가 그들에게 내재한 정신 및 성격적 결함이나 이상 등에서 비롯된다고 설명하고, 그들을 수용할 시설을 확충해 치료와 갱생의 기회를 제공하는 것을 정신보건 체계의 수립이라고 보았다. 이를 통해 자신과 가족의 생계를 위해 가족의 보호체계를 벗어난 허다한 이들이 강제적으로 시설에 수용되었다. 시설에 격리된 여러 사회적 소수자 중에서도 여성은 젠더화된 우생학, 섹슈얼리티, 장애와 동시 결부되어 체계적으로 정신병리화되었고, 이는 여성의 시설화를 더욱 정당화하는 동시에 그들 안에 혼재된 정신적 장애여성을 비가시화했다.

부녀보호소는 당대 여성의 ‘비정상성’을 과학적으로 관찰, 정의, 차등 관리하는 일종의 과학 실험실이었다. 부녀보호소는 수용된 여성에게 일제히 의료적 “감별”을 실시해 여성들을 정신병리화하고 장애 여부에 따라 관리를 차등화했다. 부녀보호소는 기본적으로 성판매나 부랑으로 단속, 수용된 비/장애 여성을 애초에 그들을 가족 밖으로 내몬 가족제도 안으로 재배치하였다. 그러나 가족 내 성애화된 육체노동자로 되돌려보낼 수 없다고 판단한 일부 정신적 장애여성은 시설에 장기적으로 수용했다.

당대 사회에서 여성이 장애 여부에 따라 미분화된 상태로 “요보호여자” 시설에 혼합 수용되었다는 것은 한국의 정신의료, 사회복지, 그리고 페미니즘 연구 분야의 역사서술에서 보이지 않았던 정신적 장애여성의 계보가 존재했다는 것을 의미한다. 특히 1960년대 사회 의료복지 인프라의 절대적 부족이 가난한 사람들의 의료복지 접근성을 매우 제약했다는 것은 의료・복지 연구 분야의 일반적인 평가지만, 이러한 평가는 위와 같은 문제를 국가의 개발주의와 계급문제로만 환원하는

경향이 있다. 그러나 젠더는 질병과 장애의 발생에서부터 제도적 돌봄과 보호에의 접근성까지 모든 곳에서 동시 작동했으며, 이로 인해 장애여성이라는 교차적 주체는 돌봄체계에서 배제되어 부랑인시설에 수용될 가능성이 더 높았다. “요보호여자” 수용시설인 부녀보호소 역시 이와 같은 맥락에서 정신적 장애여성을 수용하는 공간이 되었다.

3. 부녀보호소의 분화:
인구통치와 장애 선별(1968-1979)

설립 초기 장애유무와 상관없이 여성들을 혼합 수용해 의료적으로 감별, 분류해온 부녀보호소는 60년대 말부터 정신적 장애여성을 윤락여성과 선별해 별도의 공간에 배치하는 형태로 수용을 지속한다. 장애여성을 선별 수용하는 이러한 변화는 정신적 장애여성이 이 시기 새롭게 문제화되는 과정에서 그들의 시설화에 대한 정부, 복지시설, 가족 등 상이한 이해관계가 상호작용한 결과였다. 본 장에서는 부녀보호소의 변화를 통해 70년대 정신적 장애여성의 시설화가 지속되고 더욱 공고해지고 과정과 이를 둘러싼 행위자들의 구체적 역동을 살펴본다.

(1) 정신적 장애여성의 범주화와 선별적 수용

1) 윤락여성과 부랑부녀의 분리 수용

1967년 서울시는 부녀보호소 설치조례를 개정하고 영등포구 오류동에 분소(分所)를 설립하여 "오류분소"라고 명명한다. 분소의 설치 목적은 "거리를 배회하며 시민들에게 혐오감과 거리의 미관을 해치고 있는 여자 걸인" 그리고 "정신적, 신체적 결함을 가지고 혼자 살 수 없는 무의탁 부랑부녀자"를 수용보호하기 위함이었다(변희남,[80] 1989: 271). 이는 부녀보호소의 수용 대상인 "부랑부녀", "요보호여자" 범주가 세분화하여 부녀보호소 수용대상을 "윤락여성"으로, 새로 설립된 오류분소의 수용대상을 "부랑부녀자"로 범주화한 결과였다.

---

80) 변희남은 단국대학교 법학과에서 수학하고 1952년 서울시청 부녀과 공무원으로 부임했다. 서울시 부녀 및 아동 관련 부서의 요직을 거쳐 1980년대 서울시 가정복지국장, 1988년 보건사회부 가정복지국장에 발령된다. 변희남은 1972년 서울시 아동과장으로 발탁되어 시립아동보호소 소장을 겸직한 바 있는데, 재임 기간에 아동보호소 운영난을 타개하고자 1975년 재단법인 마리아수녀회와 운영위탁 체결을 성사시켰다(변희남, 1989). 이는 서울시립 사업소 위탁사업의 효시였고, 4장에서 살펴보듯 부녀보호소 등 타 서울시립 시설들 역시 마찬가지 방식으로 1980년대에 민간 종교 법인들에 위탁된다.

오류분소의 구체적 실태를 알 수 있는 자료는 충분치 않다. 다만 1969년 한 신문기사에 따르면 서울시가 1968년 한 해 동안 상담 조처한 "가출여성"은 약 2만 명인데, 이들 중 부녀보호소 수용이 74명, 오류분소 수용이 192명이었다. 이를 통해 오류분소는 부녀보호소 본소에 수용되는 인원보다 세 배가 넘는 여성을 수용하고 있다는 것을 알 수 있다.[81] 1971년 한 기사는 오류분소의 "부랑부녀" 중에는 "정신박약, 간질, 맹인, 반벙어리, 수족불구 등으로 인해 일찍이 가정과 사회로부터 버림받"은 "불구자"가 전체 수용인원 255명 중 대부분을 차지하고 있는 정황을 보여준다.[82] 결국 오류분소의 "부랑부녀"는 대개 가족과 집이 없어 부랑하는 장애여성이었음을 알 수 있다.

그림 7. 오류분소의 외부 모습

부랑부녀자 수용보호 오류분소설치

출처: 변희남(1989), 『부녀복지행정 외길 40년』, 30쪽.

이처럼 장애를 가진 부랑부녀를 선별 수용하기 위해 새로 설립된 오류분소는 그 규모가 점차 확대되었고, 이에 맞게 분소는 본격적인 부랑부녀 수용시설로 독립, 분화된다. 구체적으로 살펴보면, 오류분소는 1970년에 한 해 동안 연인원 300명 규모로 수용자 규모가 증가했다. 이에 서울시는 1971년에 오류분소를 분

81) 『동아일보』, 1969.2.10. "이만 명 상담조처- 지난해 윤락 가출여성".
82) 『동아일보』, 1971.5.19. "음지의 사람들- 시립부녀보호소".

소의 지위에서 오류부녀보호지도소로 승격 및 개편함으로써 “행정능력의 향상과 사업의 실효를 걷을 수 있게”[83] 하겠다는 취지를 밝혔다. 이와 함께 개정된 직제에서 오류부녀보호지도소의 수용 대상 역시 “정신적 육체적 결함으로 생활능력을 상실한 채 부랑하는 부녀”로 보다 구체화된다. 부녀보호소의 설립 후 10여 년 만에 그 수용대상 중 일부인 장애여성이 표면적으로 드러나기 시작한 것이다.

서울특별시립부녀보호지도소 직제 개정 직제[84]

제2조(직무): 부녀보호지도소는 다음의 사무를 관장한다.

- 대방 부녀보호지도소: 윤락여성 및 윤락의 우려가 있는 부녀의 수용, 보호, 교도 및 자활능력 배양에 관한 일
- 오류 부녀보호지도소: 정신적・육체적 결함으로 생활능력을 상실한 채 부랑하는 부녀의 수용보호, 교도, 자활능력 배양

1960년대 말 부랑 장애여성에 대한 선별과 별도 수용 공간 마련이 서울시의 부녀보호소 재정비 작업의 한 축이었다면, 윤락여성에 대한 “기술교도”를 강화하는 방안이 다른 한 축에 있었다. 오류분소를 개소한 지 2년 만인 1969년, 서울시는 성동구 수서동에 “행복원”을 설치하고 대방동 부녀보호소 수용 윤락여성의 직업교육을 강화하기로 한다. 이러한 방침은 표면적으로는 열등한 교육과 강압적 관리로 수용 여성의 집단 탈출 사건이 60년대 내내 반복되자 내부 운영방침을 새롭게 개선하겠다는 의지의 표명이었다.[85] 이에 서울시는 윤락여성을 일괄 단속・수용하던 관행에서 벗어나 “초범” 또는 “개전의 능력”이 있는 여성만을 수용해 직업교육을 강화하기로 한다. 수용 기간 원칙 역시 무기한 수용에서 10일로 줄이기로 변경하겠다고 밝혔다. 그러나 한편으로 부산시장 시절 강력하게 도시정비 사업을 추진했던 김현옥이 1966년도에는 서울시장으로 취임하면서 서울시에서도 주요 집결지역의 철거 및 “홍등가 정화” 사업이 추진되어 윤락여성・부랑부녀에

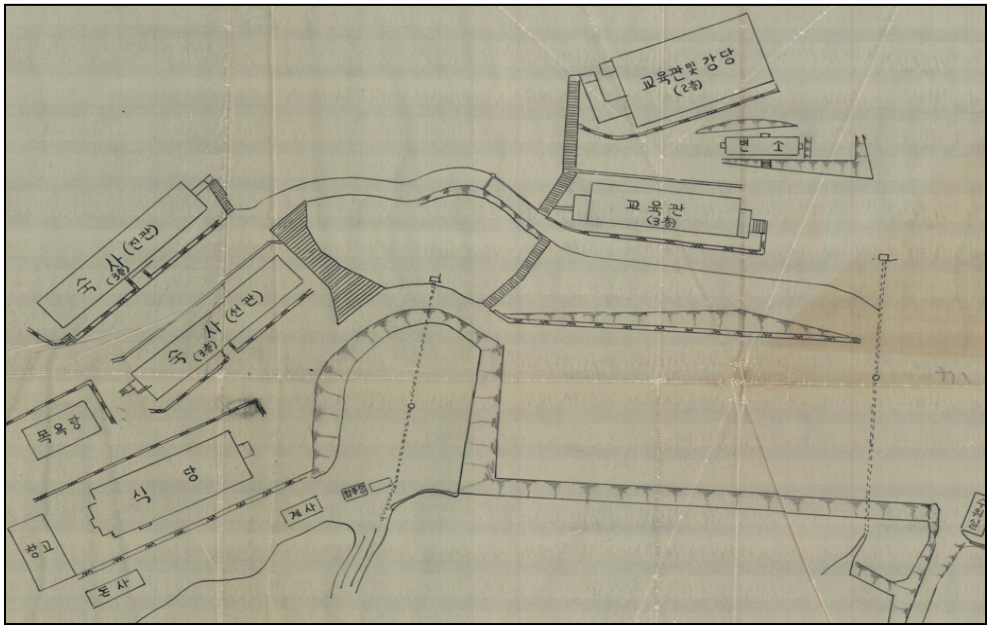
83) 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1971), “서울시립부녀보호지도소 설치조례 중 개정조례”(국가기록원 BA0089273).

84) 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1971), 위의 자료.

85) 『조선일보』, 1970.9.4. “부녀보호지도소 새 운영책 마련”, 『경향신문』, 1970.9.4. “3백 명 제한수용 부녀보호소 운영 대폭 개선”.

대한 집중 단속이 실시되었다. 집중 단속으로 인해 단속 대상자가 감당할 수 없을 만큼 폭발적으로 늘어났으며, 이에 단속 대상자를 수용할 수 있는 수용시설 확충 필요성이 제기되었다(변희남, 1989).[86] 결과적으로 아래 그림과 같이 800명을 수용할 수 있는 대규모 시설이자 직업교육을 위한 별도 설비를 갖춘 행복원이 수서동에 새로 설립되었다

그림 8. 수서동에 신축된 행복원/기술원의 내부 구조 단면



출처: 서울기록원.

새로 설치된 행복원은 설치조례 상 “희망하는 자”에 한해 자발적 의사대로 입소가 가능한 것으로 규정했지만, 실상 서울시는 대방동 부녀보호소에 수용 중인 여성 중 “성병치료 및 정신교도 되어 개준의 정이 농후하며 직업보도를 위하여 갱생의 여지가 있는 자” 800여 명을 선발해 우선 전원시켰다.[87] 퇴원 규정도 “소정의 직업교육을 마친 자립생계능력이 있다고 인정되는 자”로 명시해 기존의 부

86) 『동아일보』, 1969.2.13. “수서동에 ‘행복원’ 설치”.

87) 서울특별시 기획관리실 법무담당관(1970), 「서울시행복원설치조례 시행규칙 제정」(국가기록원 관리번호 BA0089314). 대방동 수용 여성들을 버스에 태워 단체로 이동시키는 과정에서 수십 명의 여성이 버스 유리창을 깨고 도망치는 사건이 발생하기도 했다(변희남, 1989).

녀보호소와 마찬가지로 원장의 임의적 판단에 의한 무기한 수용의 가능성을 열어 두고 있었다. 행복원의 초대 원장은 부녀보호소 소장이었던 김용아였다(변희남, 1989).

이처럼 행복원의 설치는 정부와 서울시 당국이 가지고 있던 윤락여성 관리와 통제에 대한 모순적 기대가 결합한 결과인 것으로 보이지만, 그럼에도 서울시가 1970년대에 윤락여성에 대한 "기술교도", "직업교육"을 강화하려 시도했다는 것만큼 분명한 사실이다. 서울시는 1970년 보건사회부 장관에게 행복원을 윤방법상의 직업보도시설로 승인해줄 것을 요청하여 같은 해 승인을 받는다.[88] 직업보도시설로 정식 승인을 받은 직후에 시설 명칭도 '행복원'에서 '시립여자기술학원'으로 변경하고, 수용대상을 부녀보호소에서 의뢰된 여성뿐 아니라 "윤락될 우려가 있는 일반 불우여성" 등으로 확대한다.[89] 여기서 더 나아가 1972년도에는 (구)직업훈련법에 의거해 노동청에 공공직업훈련소 인가 신청을 내고 이를 허가받는다. 시설이 윤방법상의 직업보도 기관이지만 학원이 아니기 때문에 시설에서 기술교육을 받더라도 이를 사회적으로 인정받지 못한다는 것이 인가 신청 사유였다.[90]

시설의 분화와 수용자 분리가 이루어진 후 1974년 서울시는 부녀보호소의 전체적인 재정비작업을 벌인다. 오류부녀보호지도소, 대방동 부녀보호지도소, 수서동 기술원까지 서울시가 보유한 부녀자 수용보호시설을 통폐합하여 운영의 합리화를 기한다는 것이 정비작업의 이유였다.[91] 이에 부녀보호지도소 직제를 개정하여 오류부녀보호지도소를 "남부부녀보호지도소"(동작구 대방동)로 이전・변경하고, 대방동 부녀보호지도소의 윤락여성 수용기능과 기술원을 합병하여 "동부부녀보호지도소"(성동구 수서동)로 변경한다.[92]

---

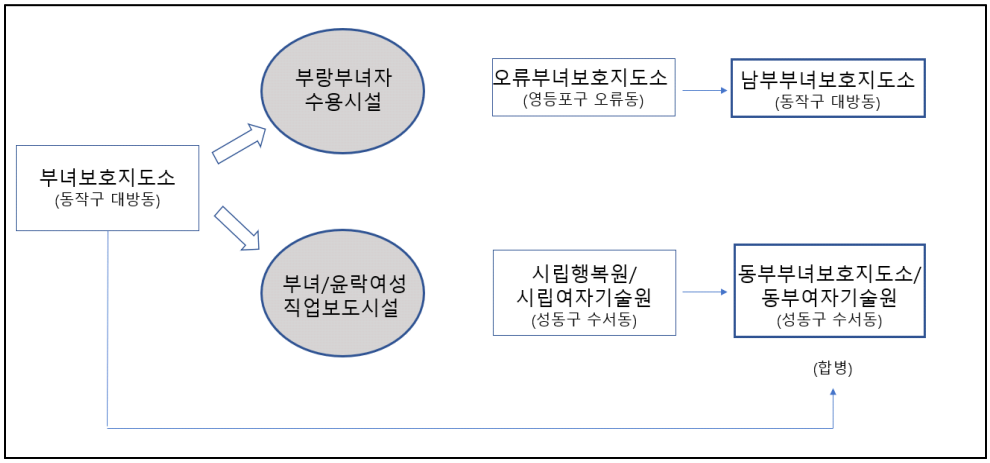
88) 서울특별시(1970), 「직업보도시설(행복원) 설치승인」; 서울특별시(1970), 「부녀직업보도시설 설치 승인」(이상 서울기록원).

89) 서울특별시 행정조정실(1972), 「서울특별시립여자기술원 설치조례 제정」(국가기록원 BA0083976). 서울시는 시립여자기술원으로 명칭 변경의 이유를 기존의 '행복원'이라는 명칭이 윤락여성의 집결소라는 사회의 부정적 인식으로 취업이 어렵기 때문에 순수한 직업교육시설로 명칭 변경이 필요하다고 밝히고 있다. "일반 불우여성"을 일정한 정원 내 수용하는 것도 순수한 직업교육시설로의 이미지 전환에 필요하다고 보고 있다.

90) 서울특별시립여자기술원(1972), 「학원 인가 신청에 대한 보고」(서울기록원).

91) 서울특별시 행정조정실(1975), 「서울특별시 남부부녀보호지도소 및 동부여자기술원 설치조례」(국가기록원 관리번호 BA0083997).

그림 9. 1970년대 부녀보호소의 변화



2) 부랑부녀의 시설 유입 확대

남부부녀보호소는 분화 후로도 수용 규모가 지속적으로 증가하다가 1980년대 초가 되면 900명 정도의 "무의무탁한 심신장애, 난치 만성병 환자 및 합병자들과 재활불능한 폐질자"인 여성들로 수용인원이 설립 10여 년 만에 약 세 배 가까이 늘어난다. 장애 유형별로는 정신적 장애를 가진 여성이 대다수이고, 10대부터 80대 이상까지 전 연령대의 여성들이 고루 분포하지만 아래 표에서 보듯 특히 20대에서 40대 사이의 젊은 성인 여성이 가장 다수임을 알 수 있다.

표 11. 1983년 서울시립남부부녀보호지도소 수용자 실태(장애종별)

장애·질환 유형별	정신장애*	신체장애	만성병환자	2개 이상 합병자	정상자
비율(%)	88	15	34	39	없음

출처: 농림부 농업정책실 농지관리과(1983), 「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」, 73쪽.
*1970년대까지 부녀보호소 수용자 장애종별에서 정신적 장애는 일괄 '정신장애'로 표기됨. 1980년대부터 정신적 장애 중 '정신장애'와 '정신박약'이 구분되기 시작함.

92) 서울특별시 법무담당관(1974), 「서울특별시립 부녀보호지도소 직제 개정 규칙 공포」(국가기록원 관리번호 BA0089331).

표 12. 1983년 서울시립남부부녀보호지도소 수용자 실태(연령별)

연령별	10대 (18-20세)	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
비율(%)	9	26	20	14	11	12	7	1

출처: 농림부 농업정책실 농지관리과(1983), 「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」, 73쪽.

남부부녀보호소의 수용인원이 이렇게 지속적으로 증가하게 된 원인은 첫째, 1960년대 질병이나 장애가 있는 여성들이 "요보호여자", "윤락여성" 등의 명명에 가려져 왔지만, 수용 공간과 대상 범주의 분화로 자연스럽게 각각의 범주에 부합하는 여성들을 분리해 적극 유입시키는 기제가 되었던 것으로 보인다.[93] 그러나 수용 여성들을 능력·장애 여부 등에 따라 선별해 공간적으로 완전히 분리하려 한 시도에도 불구하고 여전히 "윤락여성", "부랑부녀"라는 기표에 내재한 모호성은 두 시설 간의 끊임없는 전원으로 이어졌던 것으로 보인다. 특히 1974년도의 부녀보호소 통폐합으로 윤락여성 수용 및 진료, 감별 등의 기능까지 수서동으로 이전함에 따라, 의료적 검사 결과 '부적합'하다고 분류된 여성을 전원 조치할 필요가 생겼을 것이다.[94] 서울시가 1975년에 직제를 다시 개정해 동부부녀보호지도소 수용자 중 적합한 대상을 남부부녀보호소에 일시 보호할 수 있도록 근거를 마련한 것은 "윤락여성" 속에 혼재된 장애여성의 이전 조치 필요성 때문이었던 것으로 보인다.[95]

둘째, 뒤의 3절에서 자세히 살펴보겠지만 당대 가족으로부터 유기되거나 가출하는 "부랑부녀" 규모 자체도 크게 증가했던 것으로 보인다. 서울시 기관지 『부녀서울』은 1972년 당시 명칭인 오류부녀보호소가 수용 중인 가족 잃은 10~20대의 장애여성(그들은 "벙어리", "반벙어리"로 묘사되고 있는데, 의사소통상 상당한 제

93) 1970년대 민간 부녀직업보도소 운영 관계자인 면접참여자 최정은에 따르면, 주요 기차역 등에 설치된 시립부녀상담소의 공무원들은 상경한 여성들에게 기본적인 상담을 실시해 자립갱생의 능력이 있는 비장애여성은 공립·민간 운영 부녀직업보도소에, 장애가 있는 여성들은 남부부녀보호소, 병원 등으로 선별해 인계했다(최정은 인터뷰 중). 그 같은 분류 작업이 얼마나 성공적이었는가 하는 문제와는 별개로 부랑부녀를 장애 여부에 따라 선별해 별도 시설에 인계하는 작업은 부녀보호소가 분화되면서 본격화되었던 것으로 보인다.

94) 면접참여자 A 역시 1983년 최초로 수서동 동부여자기술원에 수용되었다가 정신병원으로 전원 되어 입원 치료를 받은 후 대방동 남부부녀보호소로 전원 된 바 있다.

95) 서울특별시 법무담당관(1975), 「서울특별시 부녀보호지도소 직제 중 개정규칙」(국가기록원 관리번호 BA0089333).

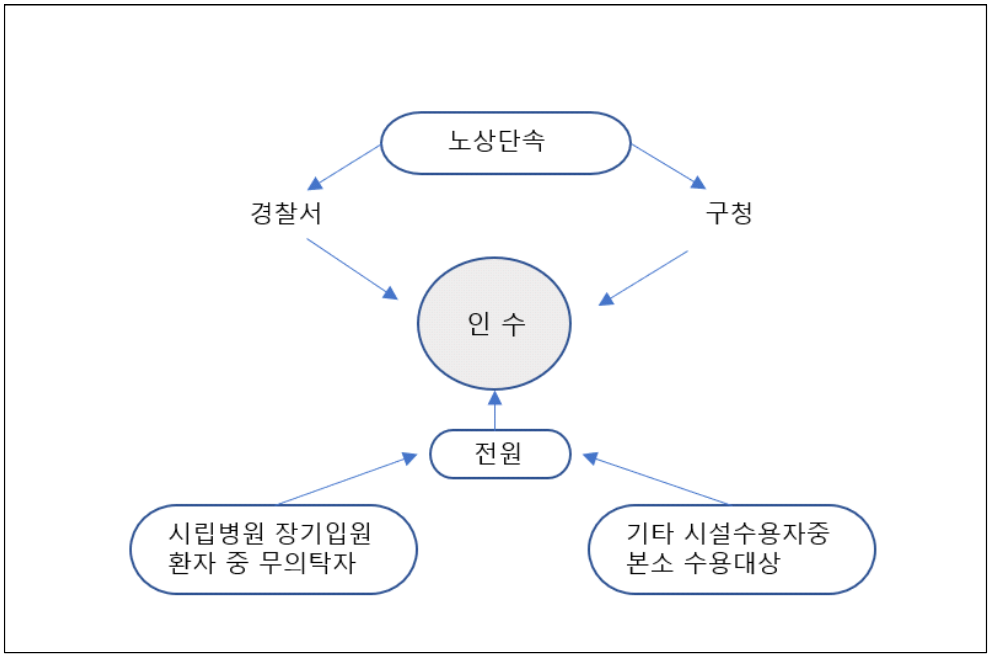
약이 있었던 여성들이었던 것으로 추측되지만 정확하게 어떤 장애를 가지고 있었는지는 불명확해 보인다)의 사진과 함께 가족을 찾는다는 기사를 싣고 있다. 그들이 가족을 잃은 동기가 무엇인지 알 수 없지만, 동 기관지는 별도의 오류부녀보호소 취재기사를 통해 남편의 가정폭력이나 가족의 "비정한 냉대" 때문에 부랑하게 된 정신적 장애여성이 시설에 상당수 수용되어 있는 정황을 전달하고 있다(서울특별시, 1972).

셋째, 유년기에 가족에게 유기되어 아동시설에 수용되었다가 성인이 되어 남부부녀보호소에 전원되는 장애여성도 많았던 것으로 보인다. 서울시 공립 부랑아동 수용시설인 시립아동보호소가 1969년 자체적으로 작성한 보고서에 따르면, 수용자의 상당수가 성인이 되어 시립부녀보호소(여성) 그리고 시립갱생원(남성) 등으로 전원 조치 되는데(서울특별시립아동보호소, 1969), 시립아동보호소에는 1970년대 들어 부모에게 버려진 장애아동청소년이 전체 인원의 약 10~15% 규모인 150~200명이 있었던 것으로 파악되었다.[96] 그들이 성인이 되면 장애여성의 경우 남부부녀보호소로 전원되었던 것이다. 장애아동청소년뿐 아니라 가족에게 유기되어 부랑하는 노인여성들 역시 남부부녀보호소에 인계되었다. 1970년대 들어 아들과 며느리(혹은 딸과 사위)의 냉대 때문에 혹은 자식들에게 "부담을 주기 싫"어서 스스로 집을 나왔거나 "노망", "정신이상"으로 길을 잃는 등의 상황에 놓인 노인여성에 대한 신문기사 보도가 확연하게 증가한다. 실제로 농촌 청장년의 대규모 이농에 따른 핵가족화로 기혼자녀가 양친 또는 편친과 함께 사는 가족 유형은 1970년 약 30%에서 1975년에는 14.7%로 급락했다(장경섭, 2009: 64). 이러한 핵가족화와 가정 기능의 급속한 변화는 유기되거나 스스로 가정으로부터 이탈하는 노인여성을 양산했다. 남부부녀보호소에 의뢰되는 노인여성의 규모는 1972년 673명에서 1974년 1,564명으로 급속하게 증가했다고 보도되었다.[97]

96) 『조선일보』, 1971.3.9. "가정의 문제로만 돌릴 수 없는 정신박약아", 『조선일보』, 1974.7.4. "불구아동이 늘고 있다".

97) 『조선일보』, 1976.5.9. "노인 가출이 늘고 있다".

그림 10. 서울시립남부부녀보호지도소 입소 경로



출처: 농림부 농업정책실 농지관리과(1983), 「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」, 73쪽.

마지막으로, 남부부녀보호소는 질병이나 장애로 병원에서 입원 치료를 받다가 치료비를 지급할 수 없는 상황이거나 가족이 유기해 계속 치료와 퇴원 조치 모두 할 수 없는 "무의탁한" 여성에게 돌봄을 제공하는 최종적 장소가 되었던 것으로 보인다. 예를 들어, 1973년 시립서대문병원은 입원 중인 결핵환자 중 입원 기간이 3년 이상 된 "갈 곳이 없는" 40여 명의 환자를 강제 퇴원시켜 남성은 시립갱생원에, 여성은 부녀보호소에 전원시켰다.[98] 또 다른 기사에는 자살 시도를 하다가 시립남부병원에 인계된 한 식모여성이 수술도 받지 못하고 하반신 마비 상태로 남부부녀보호소로 인계된 사건을 싣고 있다.[99] 병원의 강제퇴원과 재입원 거부 사유는 가난하거나 부양가족이 없는 "무료환자"를 몇 년이고 입원 조치하거나 수술시킬 수 없기 때문이었다(가족상황과 관련한 이와 같은 실태는 3장에서 상세히 다룬다).[100]이뿐만 아니라 시설이 장애나 질병을 가진 수용자를 서울시립 병

98) 『동아일보』, 1973.11.29. "결핵환자 40명 강제퇴원 시립서대문병원".
99) 『동아일보』, 1974.7.13. "재생의 첫 걸음마".
100) 『동아일보』, 1974.12.6. "병원 밖의 '기생병실'- 입원치료 외면에 '결핵환자촌' 이뤄".

원으로 전원 조치하는 식으로, 시설과 병원 간의 상호 전원 조치가 이루어진 정황도 눈에 띈다. 일례로, 1975년 서울시립정신병원의 입원환자 중 시립갱생원에서 의뢰되어 수용된 환자가 다수 분포하는 것으로 조사되었다(김임 외, 1975). 앞에서 언급한 정신보건체계에서의 남녀 접근성의 차이는 무료 입원이 가능한 국공립 정신병원에서도 예외가 아니어서, 1970년대 중반 당시에도 시립정신병원에는 남성 환자가 압도적으로 큰 비율을 차지하고 있다.[101] 여성의 분포가 적지만 보고서에 의하면 여성 환자 중 22명의 직업이 "위안부", 즉 성판매 여성이어서 여성의 경우 부녀보호소를 통해 입원했을 가능성도 커 보인다(김임 외, 위의자료: 63).

다음으로, 동부부녀보호소의 1970년대 입퇴소자 현황은 아래 표와 같다. 시설의 규모를 확장하고 홍등가 등에 대한 단속을 지속적으로 벌인 결과 동부부녀보호소의 입소 인원은 70년대 중반 최고치를 경신한다. 표 14과 같이 기술원 수용자 연령대도 일정하게 증가해, 1960년대에는 10대 여성이 가장 많았다면, 1970년대 들어서는 20대 여성이 가장 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다. 기술원 퇴소 여성의 퇴소 이유를 보면, 연고자 인계나 귀향조치가 여전히 많은 비중을 차지하지만 취업률도 일정하게 증가되었음을 알 수 있다. 시설을 대규모화함과 동시에 부랑부녀의 일부를 선별해 별도의 직업보도를 강화한 것이 실제 취업률의 증가에도 어느 정도 영향을 미쳤던 것으로 보인다. 이와 함께 1960년대 중후반 제조업 부문의 폭발적인 고용기회의 증가와 그러한 노동수요의 절대 다수가 저학력의 10~20대 여성들로 채워진 상황은(최선영, 2020) 부녀보호소의 수용자의 내부구성 및 취직율 분포 변화에 영향을 준 것으로 보인다. 동부부녀보호소는 해당 시설 명칭이 수용 여성에게 "지도소 출신"이라는 "불명예스러운" 낙인을 찍고 일반 회사에서 이들을 고용하길 꺼린다는 문제가 제기되면서 1975년 동부여자기술원으로 개칭하기도 한다.[102]

---

101) 해당 자료는 동 병원 입원자 중 남자는 "경찰연행 및 무료입원" 되나 여자의 경우 그렇지 않다고 서술하고 있다. 정신적 장애를 가진 남성 중 상당수가 술이나 마리화나 중독 상태에서 길거리 등에서 난폭한 행동을 하다가 "경찰연행"되어 입원하게 된 사례라는 지적은(김임 외, 위의 자료: 60-61) 장애가 외현화되는 방식과 그로 인한 장애 인지 가능성에서의 남녀의 차이를 보여준다.

102) 서울특별시 행정조정실(1975), 「서울특별시 남부부녀보호지도소 및 동부여자기술원 설치조례」(국가기록원 관리번호 BA0083997).

표 13. 1970년대 기술원 사업 실적

구분	입소자	퇴소자	조치내역						년도말 현재원
			연고자 인계	귀향	취직	전원	결혼	기타	
1971	460	515	15	95	203		22	180	303
1972	700	693	33	88	426		6	140	310
1973	514	566	39	54	323		11	139	258
1974	232	274	27	20	43		2	182	216
1975	3,240	2,603	1,277	779	779		5	279	853
1976	4,530	4,688	2,685	1,425	223		3	352	695
1977	3,728	3,817	2,213	1,084	210	32	6	272	606
1978	1,915	2,120	1,213	519	276	13	7	92	401
1979	1,026	1,087	604	201	197	12	12	61	340

출처: 서울특별시(1986), 「사회복지법인 상희원 설립인가」, 236쪽.

표 14. 1975년 기술원 수용자 연령별 현황

구분	14세 이하	15-20	21-29	30-39	40세 이상	미상	계
인원(명)	8	299	409	103	80	12	911
비율(%)	0.88	32.82	44.9	11.3	8.78	1.32	100

출처: 서울특별시(1986), 「사회복지법인 상희원 설립인가」, 238쪽.

3) 수용여성에 대한 강압적 관리와 감금

한편 설치조례 등에 제시된 시설의 명시적 운영 목적 이면에 실제 시설의 운영 방식이 어떠했는가에 관해서 좀 더 자세히 살펴볼 필요가 있다. 2장에서 확인한 것처럼 가난한 저학력 여성의 신체를 표적화한 젠더화된 우생학, 섹슈얼리티, 장애를 교차하는 담론실천은 매우 강압적이고 낙후된 부녀보호소의 수용자 관리방식으로 이어졌다. 70년대 부녀보호소의 분화와 체계화 이후로도 그와 같은 운영 방식은 큰 틀에서 변화하지 않았다. 먼저 남부부녀보호소는 질병이나 장애가 있는 여성을 대규모로 수용하는 시설로 규모가 지속적으로 확장되었지만 여성들을 단순 감금하는 것 이상의 역할은 하지 못했던 것으로 보인다. 물론 급증하는 수용자들의 규모에 대응해 일차적으로 연고자에 인계 조치하려는 시도는 있었다. 수용된 여성들을 인계할 가족을 찾는다는 신문보도가 여러 차례 등장하기도 했

다.[103] 그러나 연고가 확인되지 않는 다수의 여성은 “영구 보호”, 즉 기약 없이 시설에 수용되었다.[104] “영구 보호”되는 여성에게는 종교지도와 단순작업(봉투 부치기, 조화 등) 등의 형식적 교육이 제공되었지만(변희남, 1989), 대부분 질병이나 장애를 가진 여성들이었기에 매우 절실했을 치료 관련 업무는 거의 이루어지지 않았던 것으로 보인다. 일례로, 1974년도에 자살 기도를 한 식모 소녀가 구조되어 수술도 받지 못하고 남부부녀보호소로 옮겨졌는데, 사고로 하반신 마비가 되는 큰 부상을 당하고도 대책 없이 단순 수용되어 있다가 부녀보호소에 위문 방문 나온 한 종교단체로부터 치료지원을 받게 되었다는 사연이 신문에 보도되었다.[105]

위의 표 11, 12에서 보듯 남부부녀보호소 수용자 대다수가 정신적 장애를 가진 20~40대 연령대의 여성들이기 때문에, 임신한 상태이거나 아이를 동반한 상태로 입소하는 경우도 상당했던 것으로 보인다. 흥미로운 것은 남부부녀보호소는 아이를 낳았거나 동반한 여성들과 자녀를 “격리” 조치했다는 것이며, 이는 당사자의 의사에 반해 이루어졌다. 이와 같은 운영방침을 취재한『부녀서울』기사에 따르면, 아이와 어머니를 격리하는 조치는 장애여성 어머니의 양육이 아이에게 좋지 못하다는 판단 때문이었다(서울특별시, 1972).

한편 동부부녀보호소/기술원은 매우 강압적으로 여성들의 신체를 구속하는 방식으로 운영되었다. 설치조례나 직제 등으로는 여전히 파악하기 어려운 구체적인 운영방식은 동부여자기술원 운영규정(서울특별시 예규 제300호)[106]을 통해 일부를 확인할 수 있다. 해당 규정에 따르면, 기술원의 수용대상은 크게 두 범주로, 경찰 단속 등에 의해 강제수용된 윤락여성과 기술습득을 목적으로 자원하여 입원한 “불우여성”이다. 먼저, 경찰 단속 등으로 수용되면 “보호생”으로 분류되어 최소 120일을 수용되어야 하고 도주나 난동, 끽연 등으로 규율을 위반한 경우 최장 60일 수용 기간이 연장된다. 성병 등 법정 전염병 보균자는 완치될 때까지 무기

103)『동아일보』, 1975.6.9. “이 할머니를 모르십니까”,『동아일보』, 1975.8.23. “토막소식”,『경향신문』, 1976.2.14. “가출할머니, 정박아 남부부녀보호소에”,『동아일보』, 1976.11.27. “갈 곳 잃은 ‘백발’- 집나온 할머니를 모셔가셔요”.

104) 농림부 농업정책실 농지관리과(1983),「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」(국가기록원 BA0000969).

105)『동아일보』, 1974.7.13. “재생의 첫 걸음마”.

106) 서울특별시(1975),「시보 제512호」(서울기록원).

한 수용 기간이 연장된다. 기술 습득을 목적으로 자원 입원한 “교육생”은 1년의 기술교육 기간을 가진다. 전체 수용자들에 대한 이러한 불확정적 수용기간에도 불구하고 외출이나 퇴원은 매우 제한적이어서, 외출의 경우 직계존속 등 가족의 사망이나 위독 등 매우 제한된 요건이 아니면 일절 금지되었다. 오인단속으로 수용된 경우, “의사의 진단 결과 처녀로 판정될 때”, “법률혼으로 확인될 때”, “임신 3개월 이상으로 인정될 때”는 즉시 퇴원 가능했다. 수용자의 보호기간 및 입퇴소 등 주요 사항을 결정하는 권한은 시설의 사무장과 사감 등 내부 직원들로 구성된 “심사위원회”에서 가지고 있었다.

2장에서 살펴본 것처럼 부녀보호소가 초기부터 여성들에게 강압적인 단속과 통제 위주의 관리체계를 가지게 된 것은 비장애・남성 중심의 지식담론이 “윤락(가능)여성”을 젠더화된 우생학, 섹슈얼리티와 동시 결부시킨 결과였다. 그런데 위의 기술원 운영 규정은 70년대 남부부녀보호소로 장애여성을 선별, 분리수용하게 된 후로도 윤락여성과 가난한 여성들에 대한 통제적 시각과 관리방식은 변함없이 유지되었다는 것을 보여준다. 뒤의 2절에서 살펴보게 될 것처럼 당대 정신적 장애에 대한 변형된 지식담론은 빈곤 노동계급 여성을 지속적으로 우생학과 결부시켜 문제화하는데, 이는 기술원의 수용자에 대한 강압적 관리방식과 결부된다. 윤락여성 등에 대한 기술교육의 내용 역시 이미용, 양재, 편물 등으로, 60년대와 크게 달라진 것은 없는 낙후된 것이었다.[107] 합동결혼식도 지속적으로 추진되었다. 70년대 전후 기술원 여성들과의 합동결혼식 상대가 된 남성들은 정부가 부랑인 등에 대한 통제를 위해 조직한 근로재건대였다(서연순, 1975). 1969년에는 50쌍이 서울시장의 주례로 합동결혼식을 올렸고, 이후 1970년 25쌍, 1971년 50쌍이 합동결혼식을 올렸다는 기사가 등장한다.[108]

이하에서는 부녀보호소가 70년대 전후 정신적 장애여성을 선별하는 체계로 분화하도록 추동하며, 분화 후에도 전체 수용여성에 대한 강압적 통제와 낙후된 교육 위주의 관리실천이 지속되도록 만든 지식담론과 실천을 살펴본다.

---

107) 기술원 신설 당시 “운전과” 과목을 직업보도 프로그램으로 신설했으나 기술습득 후 취업이 어려워 1974년에 해당 과목은 폐지되고 대신 칠보공예, 피부미용 등의 과목이 추가되었다(변희남, 1989: 270).

108) 『경향신문』, 1969.10.22. “50쌍이 합동결혼-재건대원・부녀보호원생”, 『조선일보』, 1970.10.28. “행복원생-재건대원 25쌍 합동결혼 올려”, 『경향신문』, 1972.11.28. “내일을 사는 알찬 의지들”.

그림 11. 부녀직업보도소(기술원 추정) 작품전시회 모습

직업보도소 작품전시회.
출처: 변희남(1989), 『부녀복지행정 외길 40년』, 48쪽.

(2) 인구통치와 우생학적 위험으로서 정신적 장애여성

1) 유전학 지식을 통해 갱신된 정신적 장애여성의 위험화

이상에서 본 것처럼 70년대 부녀보호소의 변화의 핵심은 몸마음의 장애 여부로 수용자를 선별하고, 시설의 물리적 공간과 명시적 운영 목표를 부랑부녀자 보호사업과 윤락여성 등에 대한 기술교도 사업으로 이분화한 것이었다. 큰 틀에서 동시기 여느 부랑인시설과 마찬가지로 단속을 통해 '문제적' 집단을 격리 감금하고, 시설은 그들에게 보호와 교육, 재활을 제공하는 국가 복지체계의 일부로 의미화되었다는 점에서 남부부녀보호소와 기술원은 60년대와 연속선상에 있었다. 또한 두 시설 모두에서 수용자들이 점진적으로 증가했는데 이는 뒤의 3절에서 볼 것처럼 이 시기에도 가족제도가 여성들을 우선적으로 돌봄체계에서 방출하는 상황 역시 지속되었기 때문이다. 그러나 70년대 부녀보호소가 정신적 장애를 범주화하고 별도로 "영구보호" 하는 체계로 분화한 요인은 정신적 장애 및 섹슈얼리티를 교차하며 변화된 지식담론이 이 시기 정신적 장애여성을 새롭게 문제화하고

장기 시설수용을 정당화한 데 있었다.

1970년대에는 정신적 장애에 대한 한층 과학화된 지식이 등장하면서 정신적 장애를 유형에 따라 분류하고 그들에 대한 세분화된 개입과 관리 필요성에 대한 담론이 등장하게 된다. 그리고 세분화된 개입과 관리의 구체적 내용은 그들을 장애 유형에 맞게 수용할 시설의 설립에 집중되었다. 먼저, 정신적 장애의 한 유형으로서 정신박약에 대한 이 시기 과학적 지식의 진보가 가장 두드러졌다. 2장에서 살펴본 것처럼 60년대에 부랑과 정신적 장애는 구분 없이 포괄적으로 다루어졌고, 한국전쟁 동안 미국 정신보건 담론을 접할 수 있었던 정신의학 전문가들은 부랑 및 정신적 장애에 대한 지식담론 생산의 핵심적 행위자였다. 그리고 1960년대에 국가가 주도적으로 설립한 부랑인시설은 부랑인과 장애인 범주를 구분하지 않았다. '사회악'으로 지목된 이들에 대한 담론적 실천이 이처럼 과학적 근거보다 도덕적 가치판단에 기반하는 것이 1960년대의 경향이었다면, 1970년대는 최신 생물학적 지식에 상대적으로 크게 의존하고 있었다는 점에서 차이가 있다. 2차 세계대전 후 서구사회에서는 정신적 장애는 물론 인간 생명 그 자체에 대한 유전학적인 연구가 큰 영향력을 발휘하고 있었다. 분자생물학자 제임스 왓슨(James Watson)이 1953년 DNA 이중나선 구조를 발견한 이래 정신의학 분야에서도 정신장애의 유전성을 입증하는 쌍둥이 연구가 앞다투어 진행되었고, 1959년에는 유전학자 제롬 르종(Jérŏme Lejeune)이 다운증훈군의 염색체 형태를 밝히는 등, 1960년대 전후로 정신적 장애의 유전적이고 선천적인 원인에 대한 과학계의 관심이 높아지고 있었다(쇼터, 2020; 재럿, 2022).[109] 이러한 과학적 발전을 토대로 미국 케네디 대통령은 의료, 교육, 법률 전문가들로 구성된 위원회를 조직해 정신적 장애에 관한 법률적이고 사회적인 개념을 재정립하고 1963년 "정신질환과 정신박약에 관한 특별 메시지"를 의회에 전달하는 등 정신보건 관련 정책 수립을 촉구했다. 케네디의 새로운 정신적 장애 정책 수립과정에서 막강한 영향력을 행사한 것은 백인 중산층 전문가 그룹이었고, 그들은 의료적으로 정신적 장애

109) 첨단 과학의 진보는 과거 19세기 이래 서구 정신의학을 지배했던, 장애와 인종의 교차하는 위계에 기반해 형성된 지식담론에 균열을 가하기도 했다. 예를 들어, 19세기 정신의학 전문가들은 다운증후군이 몽고인에게서 나타나는 장애라고 규정하고 "몽고증"(Mongolism)이라고 명명했다. 그런데 1959년 몽고증의 염색체 유형이 밝혀진 후 유전학자들은 해당 용어를 폐기해야 한다고 주장했고, 몽고 정부는 세계보건기구에 항의했다. 1965년 세계보건기구는 "몽고증"이라는 용어를 공식적으로 폐기했다(재럿, 2022: 251)

의 원인을 알아내 예방하고 관련 종사자들의 전문성을 향상할 것 등을 내용으로 하는 정책안을 내놓았다(Ben-Moshe, 2020; Herman, 1995).[110] 전후 패권국가로서 미국의 이러한 행보는 전 세계의 관련 전문가들을 고무하는 사건이기도 했다.

이러한 배경에서 한국에서도 교육, 의료, 심리학, 사회사업 등 다방면의 전문가들은 60년대 말부터 정신적 장애에 관한 새로운 담론적 실천을 활발하게 전개했다. 그들은 특히 정신장애와 정신박약을 구분하고, 각각의 특성에 맞는 전문적 교육과 훈련, 치료를 강조했다. 또한 이전 시기까지는 이러한 담론의 주요 생산자가 주로 남성 정신의학 전문가들이었다면, 새로 등장한 전문가 중에는 중상류층 엘리트 여성들도 있었다. 한국정박인애호협회(현 한국지적발달장애인복지협회, 대표자 구임회)는 "부모의 열등의식 때문에 숨겨져 있는 삼십만 정신박약아를 양성화" 하기 위해 교육 및 보호사업 등을 추진하는 것을 목표로 1968년 설립되었다.[111] 동 협회는 1969년에 국제정신박약아 연맹에 회원국으로 가입하고 김학묵[112] 등 당대 사회사업 관련 주요 인사들을 이사진으로 포섭하는 등 국내외에서 영향력을 강화해나갔다(한국사회복지협의회, 1977: 883). 비슷한 시기인 1969년 설립된 자행회는(대표자 이방자[113])는 일본의 장애인 교육전문가들과 활발하게 교류하며 한국의 정신박약아 교육에 관한 대중교육 사업과 정신박약 전문 교육기관 설립 등에 주력했다(한국사회복지협의회, 1977: 885).[114]

---

110) 케네디 정부의 정신보건 정책 수립 참여한 이들은 백인 중산층 전문가 그룹이었고, 정신적 장애인 당사자와 그들 가족의 목소리는 배제되었다는 점이 중요하다. 전문가 그룹이 만들어낸 정책은 의료를 중심에 두고 전문가들의 시각과 이해관계만을 고스란히 반영하였는데, 이로 인해 가난한 유색인종 등 사회적 소수자 그룹에 다수 존재한 정신적 장애인에게 가장 절실한 문제인 사회적 불평등 해소와 권리 향상에 대한 내용은 정책에 포함되지 않았다(Ben-Moshe, 2020; Herman, 1995).

111) 『동아일보』, 1968.4.27. "이사장에 최옥자씨 선출".

112) 김학묵은 1955년 미국 미네소타대학 사회사업대학원이 한국에 미국식 사회사업을 이식하기 위해 실시한 "미네소타 프로젝트"에 선발되어, 미국 유학 후 1958년 서울대학교 사회사업학과를 설치한 인물 중 한 명이다. 1960년에는 보건사회부 차관으로 임명되었고, 이후 대한적십자사 사무총장을 역임했다. 김학묵은 미국에 유학하면서 산아제한 정책을 접한 바 있고, 1950년대부터 정부에 가족계획을 건의했다(권희정, 2019; 조은주, 2018).

113) 일본의 황족 출신으로 조선의 마지막 황제와 결혼하여 한국인이 되었다. 60년대에 사단법인 자행회와 사회복지법인 명휘원 설립을 시작으로 1973년에는 사립특수학교 자혜학교를, 1981년에는 또 다른 사립특수학교 명혜학교를 개교하였다(자혜학교 홈페이지 https://jh.sc.kr/doc.view?mcode=1010 & cate=1010).

이와 같은 정신박약 관련 사회사업 및 교육 분야 전문가들의 활발한 행보는 당시까지 별도의 범주화 없이 다루어진 정신박약인 처우에서의 전문성과 인권 신장 도모를 위한 것이기도 했지만, 정신의학계가 차지하고 있던 정신박약인에 대한 진단, 치료, 교육 등에 있어서 전문적 권한을 견제하고 자신들의 영향력을 확대하려는 의도로 해석될 만한 여지 또한 존재했다. 무엇보다 그들의 담론적 실천의 핵심 목표는 정신박약인에 대한 '교육', '훈련' 등을 명목으로 시설을 확대하는 것이었고, 이는 정신박약인을 수용할 전문 시설의 본격적 부상을 추동하게 된다.

정신박약인이 전문적 시설에 수용되어 별도의 '교육', '훈련'을 받아야 하는 이유는 그들에게 내재한 유전적 결함 그 자체에 있었다. 1960년대 중반 무렵부터 국내 의학계의 관심 속에서 다운증후군에 대한 연구가 진행되었고, 정신박약의 일종인 다운증후군의 염색체 형태가 발견되기도 했다. 다운증후군은 전체 정신박약 장애의 극소수에 불과했음에도 선천적 혹은 유전적 정신박약의 대표적인 사례로 다루어졌는데, 다른 대부분의 정신박약이 임상적으로 원인이 불확실한 반면 다운증후군은 염색체 이상을 눈으로 확인할 수 있다는 점에서 의료전문가들의 전문적 권위를 입증할 수 있었기 때문인 것으로 보인다. 그러나 다운증후군의 원인인 염색체 이상이 유전되는가는 별개의 문제였고, 실제 당시 의학 또한 유전에 대해서는 설명하지 못하고 있었다. 유전적 장애 관련 태아 감별 역시 기술적으로 매우 불완전한 상황에서, 기술적으로 훨씬 간편했던 태아 성별 감별이 1970년대 한국 사회에서 더 많이 사용되며 상용화되었다. 남아선호사상으로 인해 태아 성별 감별에 대한 수요가 매우 컸기 때문이다(최은경, 2022). 그럼에도 당대 사회적 여론은 다운증후군을 비롯한 정신박약이 유전된다는 오랜 우생학적 믿음을 과학적 진리로 받아들이는 쪽으로 형성되었다.[115]

정신박약의 유전성에 관한 의학적 설명의 이와 같은 틈새와 긴장 속에서 사회사업, 교육 등 정신박약 관련 분야 전문가들은 이미 한 세기 전부터 정신박약의 유전성에 대한 '과학적' 설명을 완성한 우생학 이론과 최신 의학적 발견의 연결을 시도했다. 이를 통해 정신박약의 유전 가능성에 대한 우생학적 믿음을 공고히 하고 이들에 대한 시설수용이 인권적이고 과학적 처우인 것으로 구성해낸다. 해당

114) 『동아일보』, 1970.8.7. "심각해지는 정신박약아 문제".

115) 『경향신문』, 1969.9.29, "우리 나라 정신박약자 중 37%가 유전".

전문가들은 최신 의학 지식을 동원해 정신박약을 구분짓기 하면서도 모순적으로 윤락여성, 부랑인 등 하층계급 인구가 '저능'이자 유전적 결함 때문에 발생한다고 하는 기존의 우생학적 지식을 재생산해내기도 했다. 즉, 빈곤층에 만연한 정신박약은 "저소득, 제한된 교육기회" 등 환경적 제약에 기인하기도 하지만 빈곤층 집단 스스로의 무지와 결함 같은 "유전적 혹은 내인형" 요인이기도 하다는 식으로, 환경적 요소와 생물학적 요소를 교묘하게 섞어 하층 빈민의 내재적 결함과 그러한 결함이 유전된다는 것을 강조했다(김순옥, 1973; 김정휘, 1976; 사단법인자행회, 1971; 안영신, 1972; 이경애, 1971; 임백인, 1976). 이러한 설명은 빈곤층과 정신박약 장애인 집단이 처한 사회경제적 불평등을 "나쁜 유전자"의 문제로 탈정치화(Rafter, 1997: 143)하는 동시에 정신박약 인구 추정치를 매우 높여 사회적 공포를 조성하기에 충분했다.

이렇듯 1970년대에 정신박약은 유전에 의한 '질병'으로 더 강력하게 구성되었고, 발생률에서부터 범죄성향까지 모든 것이 예측되고 수치화되었다. 한국원자력연구소 김영진(1975)은 출생아 중 염색체 이상을 가지고 태어나는 아동의 비율에 대한 해외 통계 수치를 제시하며 그 같은 빈도에 따라 우리나라의 경우 "염색체 이상에서 오는 불치병"인 다운증후군 정신박약인이 4만에서 6만이 될 것이라고 주장했다.[116] 정신박약 장애를 유전적 위험으로 표상한 지식담론은 60년대 담론의 연장선에 있는 것이기도 했지만, 70년대에는 눈에 보이는 과학적 근거를 토대로 더욱 강력하게 정신박약인을 위험화하였고, 이는 결과적으로 재생산 기능을 가진 여성의 신체에 대한 억압적 통제를 더욱 강화하는 효과를 가져왔다.

정신장애의 경우 유전성의 위험이 있다고 간주된 정신박약과는 구분되어 다른 집단으로 범주화되었다. 한편 정신장애의 경우 살인 등 강력범죄와 연결되며 또 다른 종류의 두려움의 정동이 강력하게 부상하게 되었고, 그들을 '치료'할 시설의 확산 필요성이 강하게 제기되기도 했다. 1960년대 말 무렵부터 신문 지면에는 정

116) 게다가 정신박약인에 대한 병리화작업은 섹스의 병리화와 동시적으로 작동했다. 1950년대 전후 세포유전학이 염색체 수 및 형태의 차이와 관련해서 발견한 것은 다운증후군 외에도 오늘날 간성(intersex)으로 불리는 성염색체의 차이였다. 이들의 동시적 발견은 1960년대 서구사회에서 정신적 장애와 성염색체 '이상' 간의 연관성을 찾는 시도를 추동했고, 특히 클라인펠터증후군이나 XYY형 등 지정 성별 남성에게서 비교적 발생률이 높은 간성인이 폭력성이나 범죄와 깊이 관련된다고 보고 교도소 재소자들에 대한 염색체 조사를 다수 실시했다(김정휘, 1976; 박건우 외, 1990). 한국의 지식인들은 이러한 서구의 연구를 인용하며 성/염색체의 차이와 범죄성의 상관관계를 객관적 진리인 것처럼 언론과 학술지 등을 통해 보고했다.

신장애인에 의한 강력범죄 사건을 조명한 언론 기사가 다수 등장하기 시작한다. 순창, 예산, 칠곡, 안동 등 주로 농촌지역에서 발생한 살인 사건을 두고 언론은 연일 “정신병자의 끔찍한 살인”,[117] “광기로 인한 공포”[118]로 묘사했다. 한국 사회에 존재하는 수십만 명에 달한다는 정신장애인 통계 수치 역시 빠지지 않고 조명되었다. 이러한 강력 사건의 가해자로 신문 지면에 등장하는 주체는 주로 남성이지만, 정신장애인을 어디에나 있을 수 있고, 언제든 사람들에게 해를 줄 수 있는 이질적 존재로 표상하는 기호와 담론의 순환은 정신장애 여성과 무관할 수 없다. 이러한 담론의 순환은 결국 정신장애인의 장소성과 이동을 제약하는 시설화된 관리 실천을 정당화하는 요인이 된다.

한국전쟁과 도시화, 산업화 등을 거치며 남한 사회에서 정신장애가 폭증하고 있다는 진단은 지속적으로 이어져 왔고, 2장에서 살펴본 것처럼 정신의료 전문가들은 정신보건법의 제정 등을 강력하게 촉구해왔다. 그럼에도 개발국가 정부는 문제적 인구를 통제하는 데 주력하여 수용시설 외의 보편적 정신보건체계를 수립하는 데는 미온적이었고, 이로 인해 1960년대에 농촌지역에는 정신과병원은 물론 정신과 의사가 한 명도 없는 곳이 대부분이었다(진성기 외, 1964). 그러나 문제의 핵심은 병원시설의 부족 자체에 있는 것이 아니라 공적 의료복지제도가 부재한 상황에 있었다. 환자 수에 비하여 턱없어 모자라는 정신병원의 병상수에도 불구하고 입원실이 남아도는 “기현상”(김이영, 1991: 158)이 나타난 것은 정신의학 전문가들도 인정할 정도로 대다수 가난한 국민에게 병원의 문턱이 가늠할 수 없을 정도로 높았기 때문이다. 결국 이 모든 상황은 적절한 치료나 돌봄을 받을 수 없는 많은 정신장애인을 방치하는 것이었고, 1960년대 말의 사태를 키운 것이었다고 할 수 있다.

그러나 정신의학 전문가들은 정신장애인에 대한 강력범죄 사건이 치료시설의 미비와 그로 인한 의학적 처지 부재에 있다고 보고, 이를 타개할 대책으로 정신보건법의 입법을 요구했다. 대한신경정신의학회가 1968년 보건사회부에 제출한 정신위생법안은 병원 및 임상 상담 등을 위한 시설의 대폭 확장, 보호의무자의 정신장애인 치료 의뢰의 책임 강화, 본인과 사회의 안전에 위험을 끼칠 수 있는 정신

117) 『경향신문』, 1967.7.31. “보호법 만들어야”.
118) 『경향신문』, 1967.8.9. “정신위생”.

장애인에 대한 지방장관의 강제수용 권한 명시 등 전문가들의 시각과 임상에 치중한 내용을 주요하게 담았다(대한신경정신의학회, 1968, 1995). 계층 불평등과 의료복지 부재 등 근본적 내용이 빠진 법이었음에도 이마저도 정부의 예산부족을 빌미로 제정이 무기한 지연된다.

이렇듯 정신박약 및 정신장애를 가진 사람들은 유전적이고 병리학적인 '비정상'(abnormal)으로 70년대에 더욱 위험화 되었고, 나아가 그들의 비정상적 섹슈얼리티는 생물학적 재생산을 통해 전체 인구에 질병과 범죄를 확산시킨다는 생각이 확산되었다. 예를 들어, 가족계획사업에 관계된 핵심적 인사로 1971년 당시 서울대 의대 학장으로 재직 중이던 권이혁[119]은 인구의 양적 증가 그 자체가 "정신장애적 소질"의 증가와 관련 있다며 인구의 양적・질적 통제의 필요성을 역설했다. 그에 따르면 "과학의 발달로 말미암아 병적 소질을 가진 많은 사람이 생존할 수 있게 되어 그 소질을 퍼트릴 기회가 보다 많"아 졌는데, 정신장애 소질자의 높은 비율이 결혼하고 있다는 것이 그 증거라고 주장했다(권이혁, 1971: 35). 이러한 주장은 정신적 장애를 가진 사람들의 "병적 소질"은 선천적으로든 후천적 영향에 의해서든 유전되어 기하급수적으로 확산된다는 것 그리고 과학과 의료 등 현대 문물의 발달이 '퇴보'해야 할 정신적 장애인의 생존과 재생산을 오히려 보장하고 있는 현상에 대한 일종의 경고다. 이 주장에 따르면 정신적 장애인은 태어나지 않아야 하거나 이미 태어난 경우라면 '퇴보'의 운명을 살도록 조치되어야 할 존재였다.

정신적 장애인을 위험화하는 이 같은 사회 분위기는 1970년대 유신체제를 정점으로 치솟은 사회불안과 불평등으로 인한 혼란상에 대한 사회적 대응책을 특정 집단에 대한 격리와 제거로 상상하게 만들었다. 1960년대의 불특정 '사회악' 집단에 대한 시설화가 전체 인구의 정신보건을 증진하는 과정과 불화하지 않았던 것처럼 1970년대도 유사한 흐름이 이어졌다. 생물학적으로 '병리적'이라고 증명된 집단에 대한 격리와 제거는 일종의 치료적 통치 과정으로서 전체 인구의 안녕과 건강, 생산성을 증진한다는 정치적 합리성과 전혀 모순되지 않았고 오히려 그

119) 한국전쟁 당시 미9군단 민사원조처 병원장으로 일한 후 미국의 지원으로 1955년 미네소타 보건대학원에서 공부하고 돌아왔다. 귀국 후 1959년 서울대학교 보건대학원의 설치를 주도하고 직접 교수가 되었으며, 한국에 대한 미국의 각종 원조 및 가족계획사업 실행을 지속적으로 매개하고 조율해 나갔다(신영전・서제희, 2013; 조은주, 2018).

일부분으로 유연하게 위치 지어질 수 있었던 것이다. 또한 1960년대 부녀보호소의 관리 실천을 통해 보았듯, 이러한 인구의 비정상성을 교정하고 격리함으로써 전체 생명을 증진하는 과제에서 섹슈얼리티는 매우 핵심적 부분을 차지했다. 1973년 모자보건법의 제정은 이러한 맥락에서 가능했다.

기실 1960년대 초부터 가족계획사업의 추진과 함께 정부는 일본의 (구)우생보호법(1948~1996)[120]을 참조해 모자보건법 입법을 시도했지만 번번이 반대에 부딪혀 좌절되어야 했다. 주된 문제가 되었던 것은 인공임신중절을 허용하는 범위가 넓고 특히 경제적 사유로 인한 인공임신중절을 허용할 경우 남용될 수 있다는 우려였다(소현숙, 2020). 반면 우생수술(강제불임수술) 조항에 대한 우려는 제기되지 않았고, 60년대 후반으로 갈수록 정신적 장애의 유전성에 대한 담론이 갱신되면서 인구의 양과 질 모두를 통제할 "민족우생"(김택일, 1970)의 수단으로써 우생수술이 도입될 필요가 있다는 게 사회의 일치된 견해였다.

모자보건법(법률 제2514호, 1973.2.8. 제정)

제8조 (인공임신중절수술의 허용한계)[121]

1. 본인 또는 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인 또는 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

120) 일본의 (구)우생보호법 제3조 '의사의 인정에 의한 우생수술' 조문은 그 대상을 구체적으로 다음과 같이 나열하고 있다. ①본인 또는 배우자가 유전성 정신질환, 유전성 신체질환 또는 유전성 기형을 가진 경우, ②본인 또는 배우자의 사촌 이내 혈족 관계자가 유전성 정신질환, 유전성 정신박약, 유전성 사이코패스 질환, 유전성 신체질환, 또는 유전성 기형을 가진 경우, ③본인이나 배우자가 나병을 가지고 있어 자손에게 전염될 우려가 있는 경우, ④임신이나 출산이 모체의 생명을 위협할 가능성이 있는 경우, ⑤어머니가 이미 많은 아이를 가지고 있어, 출산이 현저하게 그녀의 건강을 악화시킬 우려가 있는 경우(Norgren, 2001).

121) 제정법 제8조의 우생학적 임신중절 허용의 한계로 제시된 장애 및 질환의 범주는 2009년에 이르러 대폭 조정, 축소된다. 개정된 법조항에서 최종 포함된 장애 및 질환은 "연골무형성증, 낭성섬유증, 풍진, 톡소플라즈마증"이다.

제9조 (불임수술절차 및 소의제기)[122]
①의사가 환자를 진단한 결과 대통령령으로 정하는 질환에 이환된 것을 확인하고 그 질환의 유전 또는 전염을 방지하기 위하여 그 자에 대하여 불임수술을 행하는 것이 공익상 필요하다고 인정할 때에는 대통령령이 정하는 바에 따라 보건사회부장관에게 불임수술대상자의 발견을 보고하여야 한다.
②보건사회부장관이 제1항의 규정에 의한 보고를 받은 경우에는 대통령령이 정하는 바에 따라 그 환자에게 불임수술을 받도록 명령을 발할 수 있다.

제정 모자보건법 제8조는 위에서 보듯 "우생학적 또는 유전학적"으로 장애나 질환이 있는 경우 등의 경우에 인공임신중절수술을 예외적으로 허용한다고 규정하였고, 그 대상은 임부 본인은 물론 그 배우자까지를 포괄했다. 이어서 제9조는 의사가 대통령령이 정하는 질환이나 장애에 이환된 자를 발견할 시 그 질환의 유전 또는 전염을 방지하기 위해 불임수술 대상자로서 보건사회부장관에게 보고해야 하며, 보건사회부 장관은 불임수술명령을 할 수 있다. 불임수술을 명령할 수 있는 구체적 대상 질환은 시행령에 명시되었는데, **①유전성 정신분열증, ②유전성 조울증, ③유전성 간질증, ④유전성 정신박약, ⑤유전성 운동신경원 질환, ⑥혈우병, ⑦현저한 유전성 범죄 경향이 있는 정신장애** 그리고 기타 유전성 질환으로, 당대 유전성이 과학적으로 입증된다고 여긴 정신적 장애인 집단을 주요하게 가리키고 있다.

그런데 법률이 제정되자 일부 여론과 전문가 집단은 강하게 우려를 내비쳤다. 이러한 조문이 "집단 우생학"이 아니냐는 의견에서부터[123] 시행령상 불임수술 적용 대상이 모호하고 유전성인지가 불명확하다는 것[124] 등이었다. 1975년에는 충청남도에 소재한 장애인 수용시설 정심원이 해당 시설에 수용된 정신적 장애여성 12명에게 모자보건법에 근거한 강제불임수술 명령을 내려달라며 보건사회부에 요청하는 사건이 발생했다. 해당 사건은 모자보건법 제정 이후 최초로 공식적으로 강제불임수술 명령을 시행할지를 두고 벌어진 사건이라는 점에서 주목을 받으

122) 제정법 제9조 강제불임수술 관련 조항은 오랜 논란 끝에 1999년 삭제된다. 일본의 (구)우생보호법이 1996년 완전히 폐지된 이후 3년 만의 일이었다.

123) 『동아일보』, 1973.2.1. "비극의 감소와 윤리의 혼란".

124) 『동아일보』, 1973.10.19. "모호한 '불임수술 대상 규정'"; 『동아일보』, 1973.5.30. "구체화된 중절 불임대상: 시행령 공포로 본 궤도 오른 모자보건법".

며 여론의 찬반 논쟁으로 크게 번졌다. 해당 논쟁 역시 유전성의 과학성을 둘러싼 시비로 한정되었는데 정신의학 전문가들은 정신박약과 달리 정신장애는 대부분 후천적 질환이기 때문에 유전성인 경우는 확률이 매우 낮다고 강조하며 정신장애와 정신박약을 구별지었다.[125] 이러한 논리는 유전성 정신적 장애(정신박약)의 경우 강제불임수술이 허용될 수 있다는 의미이기도 하다.

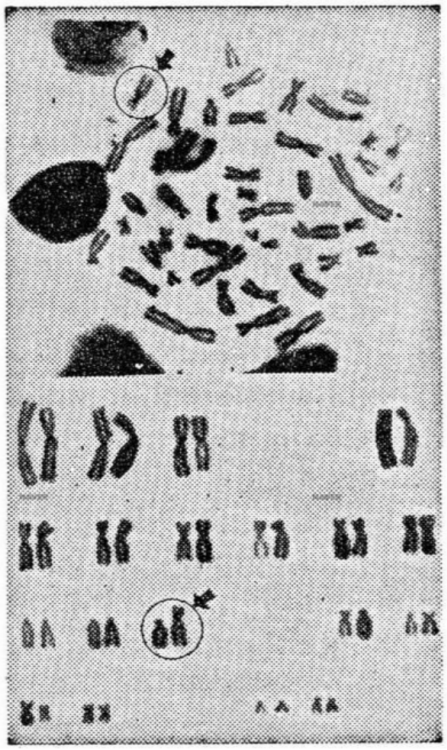


그림 12. 정심원 수용 정신적 장애여성의 유전성 여부를 파악하기 위해 실시된 염색체 검사결과 사진

출처: 『조선일보』, 1975.7.2. "정박아 불임수술 꼭 해야하나".

정신적 장애인을 생물학적으로 병리화하고 종(種)의 제거 의지를 명시적으로 담은 법이 1973년 제정되었다는 것은 부녀보호소가 오류분소-남부부녀보호소로 분화되어 정신적 장애여성을 선별하고 영구적으로 감금한 상황과 무관할 수 없다. 당대 정신적 장애에 대한 갱신된 담론이 유전성이나 범죄성 등과 관련해 정신적 장애인, 그중에서도 여성의 신체를 위험으로 강력하게 구성해 내고 그들의 제

125) 『조선일보』, 1975.6.26. "강제불임수술 신중 건의".

거를 의료복지라고 천명한 법률의 도입은 이미 존재하는 정신적 장애여성에 대한 사회적 격리 및 감금을 정당화하고 추동하는 것이기 때문이다. 그런데 정신적 장애여성에 대한 강제불임수술 시도가 격렬한 사회적 논쟁으로 번지면서 결국 보건사회부는 강제불임수술 명령을 집행하지 않았다. 찬반 입장의 근거는 매우 다양했지만 결국 1970년대 한국 사회의 우생학적 제거와 격리의 형태가 나치즘의 대량 살상이나 노골적인 집단 강제불임수술과 같은 형태를 띨 수는 없는 노릇이었다. 20세기 초와는 달리 이는 일반 사람들의 '인도주의', '인권'에 대한 감각과 전혀 맞지 않았기 때문이다. 대신 그것은 '치료', '복지' 등의 이름으로 시설화 양식을 띤 채 불균형적이고 이질적으로 실천되기 시작한다.[126]

2) '인권적' 우생학 조치와 인구통치: 민간 복지시설의 이해 접합

1960년대 말 정신적 장애인을 위험화한 전문가들의 담론적 실천은 앞서 언급한 것처럼 정신적 장애인을 치료・교육・재활하기 위한 각종 시설의 확충과 정부의 예산지원 필요성 주장으로 수렴되었다. 그리고 이들 전문가 집단의 요구의 관철 여부는 이 사안과 직접 관련되지 않은 변화들의 우연적 결과들과 접합하며 달라졌다. 결과적으로는 정신적 장애인 및 부랑인 등의 집단을 장기간 반영구적으로 수용하는 수용시설의 설치와 지원에 대한 근거법이 마련되고 정신적 장애인 대상 수용시설이 본격적으로 증가하게 되었다. 이러한 변화는 매우 이질적이고 불균형적으로 일어났으며, 이러한 변화의 성격 때문에 정신적 장애인에 대한 영구적 제거와 격리 프로젝트는 아무런 사회적 저항 없이 진행될 수 있었으며, 심지어 '인권적'인 조치로 탈바꿈하게 된다. 이 시기의 부녀보호소는 제도적으로는 "요보호여자", "부랑부녀" 수용시설로서 기능하면서 정신적 장애여성을 선별 수용하는 체계로 분화하였다. 부랑과 장애, 여성이라는 다중적 정체성이 교차하는 주

126) 서구 근대 국민국가들이 20세기 초 자국민의 민족우생과 보건을 명목으로 폭넓게 도입했던 부정적(negative) 우생학은 크게 불건전하다고 여겨진 집단에 대한 불임시술의 강제적 적용 그리고 시설격리로 나뉜다. 불임시술과 시설수용 중 어느 방법을 택하는가는 국가나 지역 등에 따라 그리고 의료기술의 발달 정도에 따라 상이한 궤적을 그렸지만, 통상 시설수용이 더욱 선호되었다고 평가된다. 시설수용은 '부적합한' 집단에 대한 배제와 격리를 그들에 대한 '보호' 내지 '돌봄'이라는 인본주의의 수사로 대체할 수 있기 때문이다(Kline, 2001; Garland, 1985).

체를 수용 대상으로 한 부녀보호소는 그러한 이질적이고 우연적인 변화들과 함께 수용 대상을 큰 폭으로 확대했을 뿐 아니라 제도적 기능이 더욱 정당화될 수 있었다.

먼저, 1970년대 전후로 민간 복지시설 확충과 그를 위한 근거법 마련의 필요성이 강력하게 제기된 상황을 살펴보아야 한다. 한국전쟁을 계기로 1950년대의 남한에는 요구호자들을 수용하는 민간 복지시설들이 대거 생겨났는데, 이는 미국을 중심으로 한 외국 원조 기반 "원조복지체제"에 의지하여 이루어진 것이다. 약 20년간 유지된 원조복지체제는 한국 정부가 자국민의 복지를 위해 예산을 투여하지 않고도 '복지'를 실현할 수 있게 한 것이었다(윤홍식, 2019b: 281). 전후 복구가 어느 정도 종료되는 1970년대 무렵에는 외원이 감소 또는 철수하기 시작하고, 이에 정부는 요구호 인구의 복지보다 "자활", "인력개발" 등을 강조하기 시작했다. 실제로 1970년대 중반에 이르면 전체 "시설보호"(양로시설, 성인불구시설, 아동시설, 부녀시설) 인구는 감소하는데 500여 개 시설에 5만여 명이 수용되어 있던 것으로 추정된다. 이는 10년 전 600여 개 시설에 7만여 명이 수용되어 있던 것보다 감소한 수치다(이근호, 1976).

그러나 그간 외원에 의지해 유지, 확장되어온 시설들이 존립 위기를 맞이하자 스스로 시설을 해체하기보다는 정부의 대책과 예산지원을 요구하고 나섰다(한국사회복지연합회, 1969). 이에 대한 정부의 대응은 1970년 사회복지사업법(법률 제2191호, 1970.1.1.제정)의 제정이었다. 해당 법은 정부가 민간시설의 관리 주체임을 명시하였고, 사회복지 관련 법률 및 사업 주체들을 일제히 정비했다. 구체적으로, 기존의 (구)생활보호법, (구)아동복리법, 윤방법에 의한 사회복지 사업에 더해 새롭게 부랑인선도 및 직업보도, 노인·한센인 사회복귀사업 등을 추가해 각종 복지사업 및 복지시설의 운영 등을 "사회복지사업"으로 규정하고, 사회복지사업의 민간주체로서 "사회복지법인" 제도를 도입했다. 사회복지법인은 복지서비스 생산 및 전달의 역할을 민간주체에게 위탁하기 위해 만들어진 사회복지 민간주체로서, 보건사회부 장관이나 지방자치단체장이 사회복지법인장에게 사업수행을 위탁하면 정당한 사유 없이 이를 거부할 수 없다고 법적으로 명시해, 경계가 불분명하고 종속적인 공공-민간 간의 관계를 수립했다(양난주, 2011; 이혜경, 1998). 다만 국가는 국가 위탁으로 복지사업을 하는 사회복지법인에게 보조금을

“지급할 수 있고”(국가의 재정 지원은 의무조항이 아닌 임의조항으로 강제성이 없다), 조세혜택 등 다양한 혜택과 기회를 제공할 수 있다고 규정했다. 이를 통해 전후 외국 원조에 의존해 시설을 운영해왔던 전국의 다수 민간시설이 1970년대 이후 사회복지법인으로 전환되었다.

여기서 주목해야 할 것은, 사회복지사업법의 제정으로 인해 그간 장애 유형의 구체적 구분 없이 모호하게 “불구”로 수용대상을 분류해왔던 시설이 세부적 장애 유형에 따라 수용대상을 세분화하게 되었다는 것이다. 또한 세분화된 유형에 따라 수용대상을 전문적으로 수용할 시설의 확산을 추동하는 계기가 되기도 했다. 이때 두드러진 시설 유형이 바로 정신박약인과 정신장애인을 수용하는 시설이었는데, 앞에서 살펴본 대로 이 시기 각종 전문가들의 활발한 담론적 실천의 전개가 이를 가능하게 했다. 정신박약 시설의 확산을 추동한 교육 및 복지 분야 전문가들은 일관되게 전문 수용보호시설(특수학교 포함)의 확충이 필요하다고 주장했는데, 1960년대 말 당시까지 한국의 특수교육 현실은 매우 암울해서 그나마 맹・농 위주의 특수학교들이 존재했지만 열악한 상황을 면치 못하였고, 정신박약 아동을 위한 학교시설은 3개교가 전부였다(소현숙, 2022). 이 때문에 60년대 말 언론은 정신박약아동의 교육 및 훈련시설이 부족해 전국 수십만에 달하는 정신박약아동이 방치된 상태에 있다고 강조했다.[127] 여기에 더해 당국의 과잉 단속으로 만성적 과밀 수용에 시달리는 부랑아와 성인 부랑인을 수용하는 시설들이 장애아・장애성인까지 혼합 수용하게 되어 수용된 사람들이 심각하게 방치되는 상황이 벌어졌고 언론을 통해 이러한 문제가 자주 지적되기도 했다.[128] 이 같은 상황에서 정신박약인을 위한 교육훈련시설을 늘리는 것은 “모든 인간은 평등한 권리를 갖고 있”다고 하는 근대사회의 “휴매니즘”(김정권, 1971; 사단법인 자행회, 1971)에 입각한 실천으로 구성되었다.

그러나 정신박약인의 고유한 특성에 입각한 별도의 교육과 훈련의 필요성에 대

127) 『동아일보』, 1970.8.7. 『동아일보』, “심각해지는 정신박약아 문제”, 『조선일보』, 1971.3.9. “가정의 문제로만 돌릴 수 없는 정신박약아”, 『조선일보』, 1971.3.4. “정박아는 동정보다 권리의 대상: 교육문제 싸고 진재한 공개토론 가져”, 『동아일보』, 1971.3.17. “50만 정박아는 외롭다”.

128) 『동아일보』, 1967.5.12. “시립갱생원 의료시설 엉망, 하루 2명꼴 비명에 죽어”, 『조선일보』, 1974.7.4. “불구아동이 늘고 있다”, 『동아일보』, 1974.10.30. “버림받은 아이들: 서울시립아동병원・보호소의 심신장애어린이”.

한 강조는 그들을 우생학적 위험과 연결짓는 논리와 강력하게 결부된 것이었다. 전문가들은 당대 유전학 지식과 더불어 강화된 우생학 담론을 빌어 주로 빈곤층에 만연한 "경도 정신박약" 혹은 "교육가능급"(educable)의 정신박약인의 경우 가정에서 양육되어 전문적으로 관리되지 않을 경우 퇴행적인 습관을 가지거나 부랑·윤락 등 범죄와 연루될 것이므로 그들의 눈높이에 맞춘 특수교육을 제공받아야 한다고 주장했다. 그런가 하면 중증 정신박약 혹은 "보호수용급"(custodial)은 "생산적 생활"에 참가하지 못하거나 남의 신세를 져야 하는 의존적 존재이므로 "조금이라도 남의 신세를 적게 끼치"도록 "보호된 환경"(수용시설) 안에서 생산적 활동에 참가시켜야 할 집단이 되었다(사단법인 자행회, 1971: 126~144). 결국 전문가들이 주장한 정신박약인 전문 교육훈련 시설이란 모든 정신박약인을 그 지능 수준 등에 따라 위계적으로 구분하여 역량이 낮은 정신박약인의 경우 나이와 상관없이 평생토록 시설에 "보호수용" 해야 한다는 "총체적 시설화"(total institutionalization)(Trent, 1995: 142)의 논리와 동일한 것이었다.[129]

이와 같이 정신박약인에 대한 인권 및 교육에 대한 강조와 그들을 우생학적으로 위험화하는 논리의 착종은 1970년 사회복지사업법 제정과 함께 정신박약인을 별도로 수용할 다수의 정신박약인 전문 시설이 사회복지법인 형태로 새로 설립되거나 전환하는 결과로 이어졌다. 1979년 아산사회복지재단이 발간한 『한국의 사회복지』는 "정신박약아 특수학교" 및 "정신박약아 수용시설"(성인시설 포함) 일람을 싣고 있는데, 해당 시설들 대다수가 1960년대 후반부부터 1970년대 사이에 신규 설립되었으며, 이들 대부분이 사회복지법인 시설임을 보여주고 있다(아산사회복지재단, 1979). 그중 1968년 설립된 서울 인강학교, 1973년 설립된 수원 자혜학교는 각각 한국정박인애호협회와 자행회 대표가 설립한 정신박약아 특수학교였다. 한국정박인애호협회의 11대 회장을 역임한 황희는 1975년 정신박약인 수용시설 신아원[130]을 개원했다.

동시기 "요보호여자" 수용시설이면서 장애가 있는 여성을 선별하는 체계로 분

129) 면접참여자 J는 1970년대 초 고아원에서 장애인 수용시설로 전원되어 약 50년을 살았다. 이하에서 볼 것처럼 남부부녀보호소에 수용된 정신적 장애여성들의 많은 수가 오늘날까지 시설에 반영구적으로 수용되어 있다. "총체적 시설화"는 논리에만 그치지 않았으며 상당수의 정신적 장애인에게 현실이 되었다.

130) 민주화 이후인 1990년, 황희가 설립한 신아원의 운영 비리와 수용 아동에 대한 폭행 및 사망 사건이 폭로되어 사회적 이슈가 된 바 있다(장애우권익문제연구소, 1990).

화한 부녀보호소의 독특한 위상은 이상의 전문가들의 담론적 실천과 맞아떨어지는 것이었다. 2장에서 살펴본 것처럼 “요보호여자”로 호명된 당대 가난한 여성들은 젠더, 섹슈얼리티, 장애와 동시에 결부되어 ‘저능’으로 병리화되었고, 앞서 정심원 사례를 통해 살펴보았듯 70년대에도 최신 유전학 지식이 기존의 병리화 담론과 착종되어 여성의 신체에 더욱 통제적 힘을 발휘했다. 이렇듯 정신박약인의 위험성에 대한 담론적 실천이 매우 젠더화된 상황에서, 동부여자기술원과 남부부녀보호소는 기본적으로 병리적 결함을 가진 여성에 대한 우생학적 통제 기구로서 의미화되고 정당화될 수 있었다. 즉, 동부여자기술원에 수용된 윤락여성의 경우 빈곤층에 만연한 ‘저능’이자 ‘문란한’ 여성이며, “경도 정신박약” 혹은 “교육가능급”(educable) 정신박약으로서 성병 치료 및 재사회화를 위한 특수교육이 필요한 집단이 된다. 그런가 하면 남부부녀보호소에 수용된 “중증 정신박약” 또는 “보호수용급” 여성은 가족에 인계하는 경우를 제외하면 일제히 시설 안에서 평생토록 보호 수용(“영구보호”)되어야 할 집단이라 할 수 있다.

이러한 분류에 따라 동부여자기술원의 경우 앞서 언급한 것처럼 여성들을 일제히 단속해 질환 여부에 따라 격리를 철저히 수행했지만 외연적으로 “직업교육”을 표방함에도 그 질은 매우 낮았다. 동부여자기술원을 포함한 당대 국공립 부녀직업보도시설들이 시대 흐름에 맞지 않는 구태의연한 직업교육을 제공하고 있다는 것은 당국자조차 인정하고 있는 문제였다. 1976년 당시 국립부녀직업보도소 소장은 주로 “영세부녀자”(생활보호대상자, 보호시설 수용 중인 연장 소녀 등)를 대상으로 교육을 제공하는 국공립 부녀직업보도시설이 행정적 절차와 적은 예산 때문에 “시대가 요구하는 과목으로는 낙후감”이 있는 교육과목을 채택하고 있다고 지적했다(김순실, 1976). 당대가 호명한 “요보호여자”가 병리적 존재로 구성된 상황은 이러한 제도적 낙후성을 추동하는 원인이자 효과로 볼 수 있으며 이로 인해 기술원 강제입소를 수용할 여성은 많지 않았으리라 짐작할 수 있다. 1974년 한 신문기사에 따르면 부녀보호소에 수용된 여성의 약 40% 이상이 성매매 집결지에서 여러 차례 단속으로 붙잡혀 온 “재범자”들이었는데, 해당 기사는 “근본적인 해결이 없이는 단순한 수용소 이상의 의미는 아무것도 없”다고 이를 비판했다.[131] 1977년 기사에도 청량리 집결지역에서 지난 한 해 동안 약 700명의 윤락여성이

131) 『동아일보』, 1974.6.8. “복지시설 현장의 명암: 부녀보호소”.

단속돼 부녀보호소로 넘겨졌지만 “6개월 정도 형식적 직업기술훈련을 받고 나와 봤자 갈 곳 없”어 대부분 다시 성판매를 하고 있다고 보도했다.[132] 그 밖에도 부녀보호소에서 퇴원 후 또다시 단속에 걸려 강제수용될 상황에 처한 한 여성이 수용을 피하기 위해 신경안정제 20알을 먹고 거품을 토하며 병원으로 옮겨진 사연,[133] 경찰이 단속에 걸린 여성들을 기술원에 인계하려 하자 “ ‘차라리 즉심에 돌려 구류를 살게 해 달라며’ 경찰관에 매달려 통곡을 하는” 사연[134] 등은 부녀보호소가 여성들에게 교육, 자활의 터전이기보다 젠더화된 우생학과 결부되어 열등하고 낙후된 교육과 억압적 통제를 실시한 공간이었음을 여실히 보여준다.

젠더화된 우생학의 효과는 평생토록 시설 내 보호 수용의 대상이 되어야 할 중증의 정신적 장애를 가진 여성들을 선별하기 시작한 남부부녀보호소에서 극명하게 나타났다. 기술원의 윤락여성들에게는 불확정적인 기간이나마 성병 치료나 교도 등을 마치면 탈시설의 기회가 주어졌지만, 남부부녀보호소가 선별한 “정신적 육체적 결함”을 가진 여성들은 가족에 인계되는 경우 외에는 “영구보호” 되었다. 4장에서 자세히 살펴보겠지만 남부부녀보호소는 80년대에 민간에 위탁된 후 서울시립영보자애원으로 명칭이 변화하고, 남부부녀보호소에 “영구 보호”되던 여성들 대부분이 영보자애원으로 인수 조치 된다. 아래 영보자애원 직원 면접자료는 1970~80년대에 남부부녀보호소에 최초 수용되었던 여성 중 상당수가 현재까지 영보자애원에 생활하고 있음을 알려준다. 70년대 정신적 장애여성을 표적으로 한 반영구적 “총체적 시설화”의 기획이 실제 현실이 되었음을 알 수 있는 대목이다.

> 우리 가족들이 신발주머니에 굉장히 집착을 많이 해요. 저희가 사람들이 많고 그러니깐 신발을 넣을 때 헷갈리지 말라고 저희가 신발을 신발주머니에 넣어서 보관을 하게 했어요. 그런데 그 신발주머니를 신발장에 넣어야 하는데 이분들이 늘 이 신발을 베고 자고 신발주머니를 베고 자고 그리고 자기 옷장에다 넣고 제일 소중하게 여기는 거예요. (중략) 그래서 우리가 냄새난다, 신발 저기 다 놓으시라 그래도 안 그래요. 그래서 도대체 저 신발이 무슨 의미가 있는 걸까 생각을 해봤는데 두 가지 의미가 있는 거 같애요. (중략) 우리 어르신들은

132) 『동아일보』, 1977.5.27. “경찰관 애환과 영욕의 허실: 노점・윤락녀 단속”.
133) 『동아일보』, 1978.6.29. “휴지통”.
134) 『경향신문』, 1977.8.13. “교도소보다 싫어”.

> 다 **생년월일이 30년대, 40년대생이잖아요. 이분들이 청년기가 됐을 때가 60년대에요.** 그 시절에 운동화는 부자들만 신었던 신발인 거예요. 고무신도 굉장히 귀했죠. 그래서 이 사람들이 신발이 운동화를 신는다는 부분은 되게 고가의 물건을 내가 획득한거다, 그런 부분이 하나가 있고. (중략) 그리고 어디를 나가거나 어디를 다니려면 신발이 꼭 있어야 되잖아요? 옷은 어떻게 할 수 있는데 신발은 구하기가 쉽지 않은 자원이야. 그래서 이분들의 어떤 떠돌아다녔던 과거의 삶 안에서의 신발은 굉장히 중요한 생존에 필요한 물건이로구나. 그래서 이분들이 이렇게 신발에 목숨을 걸고 계시구나…. (중략) 이분들은 우리나라의 그 **50년대 전쟁 이후의 생활** 그리고 그 당시에 저희 가족분들이 집에서 오신 분들도 있지만 많은 수가 고아원에서 있다가 도망쳐서 나와서 떠돌다가 부녀보호소 가신 분들이 많아요. 그래서 평생을 시설에서 오신 분들이 많아요. (영보자애원 직원 김00 인터뷰 중)

위 면접자료는 현재 영보자애원에 수용된 다수 여성의 최초 입소 시점과 입소 전 생활상 등에 관한 다양한 정보를 제공한다. 주목해야 할 것은 그들의 수용 기간인데, 다수가 1930~40년대 태어나 주로 20~30대였던 1970년대에 남부부녀보호소에 최초 수용되어 거의 반세기 가까이 시간이 지난 현재까지 시설에 수용되어 있다는 사실이다. 또 그중 다수의 여성이 남부부녀보호소 입소 전에도 부랑생활을 한 경우가 아니면 고아원 등 타 시설에서 생활을 이어왔기 때문에 해당 시설들에서의 수용 기간을 합치면 거의 평생을 시설에서 보낸 경우에 해당한다(그들의 현재 삶은 5장에서 살펴본다). 정신적 장애가 있는 여성을 선별해 영구 수용하는 이러한 체계로의 변화가 부녀보호소와 서울시가 동시에 설립했던 공립 남성 부랑인시설인 시립갱생원에서는 나타나지 않았다. 서울대 보건대학원 교수 유형렬은 1976년 갱생원 실태조사를 통해 수용자 800여 명 중 약 30%가 정신적 장애(정신장애 약 26%, 정신박약 약 3%)를 가지고 있다고 분석하고, "의료를 필요로 하는 사람은 분리 수용하는 것이 갱생정책면에서 보다 효과적이라고 판단된다"고 결론지었다(유형렬, 1976: 142). 그리고 갱생원은 오류분소가 설립된 지 약 10년이나 지난 1970년대 말에 이르러야 수용된 장애인을 장애인시설에 분산 조치하겠다는 계획을 발표한다.[135] 결국 부녀보호소는 1973년 모자보건법 입법

135) 『동아일보』, 1978.11.24. "심신장애자 분산수용 시립갱생원: 400여 명 대상".

의 형태로 한국 사회에서 우생학 제도가 도입되기 이전부터 여성의 신체를 표적화해 우생학적으로 격리하는 역할을 맡은 국가 시설이었던 것이다.

역설적인 것은 정신박약 장애인의 시설화가 강제불임수술과 달리 인권과 복지로 추동되고 정당화되면서 일부 시설들은 오히려 정신박약인에 대한 강제불임수술까지 자유롭게 실행할 수 있게 되었다는 점이다. 이러한 실태는 당시에는 전혀 알려지지 않았고, 1998년에 당시 한나라당 의원 김홍신이 장애인 시설을 대상으로 강제불임수술 실태에 관해 벌인 전수조사 결과를 통해 드러난 것이었다. 조사결과에 따르면, 1970년대부터 1990년대까지 시설 격리에 더해진 강제불임시술은 관행적으로 실시되었고, 이 같은 조치는 전국의 보건소와 대한가족계획협회의 개입하에 이루어지거나 시설과 부모의 결정에 따라 음성적인 형태로 이루어진 경우도 다수 있었다(김홍신, 1999). 정심원의 경우에도 1975년 당시 결국 정부의 명령과 무관하게 불임시술을 실행하였음이 드러났다.[136]

다음으로, 정신적 장애인의 다른 일부를 이루는 정신장애인 대상 수용시설의 확충 또한 이 시기 두드러졌다. 정신적 장애인 대상 수용시설의 경우 당대 정신박약 시설이 일관되게 표방한 교육훈련 목적과는 다른, 보다 복잡한 성질을 띠는데 이는 정신장애 그 자체가 가지는 특성과 관련이 있다. 정신박약은 원인이 무엇이든 선천적으로 발생하는 비율이 높고, 어린 시절에 인지 가능한 경우가 많다. 반면 당대의 정신장애는 남녀를 포함해 성인기에 가장 빈발했으며, 약물 등의 방법을 통해 치료 및 관리가 가능한 장애다. 따라서 정신장애인의 경우 개개인이 놓인 사회경제적 상황에 따라 그 예후가 전혀 다를 수 있다. 그러나 당시에도 대학병원급의 정신의료 인프라를 이용할 수 있는 경제적 여유가 있는 사람은 많지 않았다(김광일・김명정, 1973; 대한신경정신의학회, 2009). 경제적 여유가 상대적으로 없거나 빈곤계층이 정신장애를 가지게 될 때 장애가 중증화 내지 만성화되어 부랑하게 되거나 60년대 말 언론 보도된 살인 사건들처럼 크고 작은 사건에 휘말리게 될 가능성이 높아지게 된다. 정신장애를 가진 인구 그리고 집과 가족이 없어 길거리를 유동하는 부랑인 집단이 중첩될 수밖에 없는 이유다. 이 때문에 정신요양원과 부랑인시설은 연속선상에서 살펴볼 필요가 있다.

2장에서 언급한 것처럼, 한국전쟁 시 폐쇄된 병원을 대체해 정신장애인을 수용

136) 『조선일보』, 1999.8.21. “기를 사회적 여건 못돼”.

보호했던 “정신불구원” 부류의 시설들은 1960년대까지 “성인불구시설”의 일부로 소수 남아있었다. 정신불구원은 전쟁이라는 특수한 상황에서 불가피하게 생겨난 것이고 정신장애인에게 필요한 치료를 제공할 수 있는 의료시설이 아니었으므로, 정신의학 전문가들은 정신보건체계가 확립되면 해당 시설들이 점차 사라질 거라 예상했던 것으로 보인다. 그러나 현실은 정반대였다. 정신의학계의 오랜 기대와 노력에도 불구하고 정신보건법 제정을 통한 정신보건체계의 수립은 국가재정의 부담을 빌미로 무기한 지연되었다. 치료시설과 의료복지제도의 부재 속에서 정신요양원은 물론 무허가 기도원까지, 가정의 돌봄을 받을 수 없거나 길거리를 부랑하는 정신장애인을 수용하는 시설은 점차 확산되었다(대한신경정신의학회, 2009). 1975년 실시된 정신요양원에 대한 한 실태조사에 따르면, 수용 정신장애인 대다수가 단속이나 구청 의뢰 등 정부 당국에 의해 입소하게 되었다(이근호, 1976). 게다가 1970년 사회복지사업법까지 제정되면서 사설 정신요양원과 기도원 중 일부는 정부의 허가를 받아 사회복지법인으로 양성화되었다. 1970년대 이후 사회복지법인으로 신설되거나 전환된 정신요양원은 1973년 성인불구시설 총 25곳 중 13곳(수용인원 약 2,500명)으로 전체 성인불구시설의 과반을 넘기기 시작했다가(이근호, 1976), 79년이 되면 22곳으로 절대다수를 차지하게 된다(이용표, 2005).

앞서 언급한 것처럼 정부가 정신보건법 제정에 유보적이면서도 정신요양원을 양성화한 것은 사회복지시설들이 1970년대 일제히 재정비되는 과정에서의 우연적 사건이었다. 그러나 민간 정신요양원의 확산은 막대한 국가 예산을 들여야 하는 정신보건체계의 수립과 비교해 재정 부담을 최소화하면서도 문제가 되는 정신장애인 인구를 손쉽게 통제할 수 있다는 점에서 결과적으로 정부의 이해와 정확히 맞아떨어지는 것이었다. 정부는 1972년 유신체제 등과 맞물려 치안·안보태세를 강화하고 부랑인 등에 대한 단속과 강제수용을 밀어붙였다. 이에 정신요양원뿐 아니라 1960년대부터 ‘사회정화’를 빌미로 주기적 단속을 벌여 단속된 부랑인을 수용하는 시설들에 정신장애인이 대거 혼합수용되었고, 1970년대에도 사회복지법인으로 전환한 부랑인시설들에 여전히 정신장애인이 다수 유입되었다. 부랑인 수용행정의 거점으로 활용된 부랑인시설들은 정신요양원과 함께 마구잡이로 단속 수용되는 정신장애인을 흡수하게 된 것이다.

물론 부랑인시설, 정신요양원 모두 “사회복지” 법인으로서 “선도보호” 내지 치료・복지라는 외연적 목표 그 자체를 결코 폐기할 수는 없었다. 따라서 정부가 70년대에 더 노골적이고 강압적인 단속처분 형태로 부랑인 수용을 효율화하기 위해 동원한 수단은 법령이 아니라 훈령이나 내부 규정 등 상대적으로 비가시적인 수단이었다. 이와 관련해 가장 잘 알려진 것이 모자보건법 제정 2년 후인 1975년 공포된 (구)내무부 훈령 제410호: 부랑인의 신고・단속・수용・보호와 귀향 및 사후관리에 관한 업무지침(이하 「훈령」)이다.

> 내무부훈령 제410호: 부랑인의 신고・단속・수용・보호와 귀향 및 사후관리에 관한 업무처리 지침
>
> 이 지침은 **걸인, 껌팔이 등 건전한 도시질서를 저해하는 장애인**을 신고, 수용, 보호하고 귀향 및 사후관리하는데 있어 담당 공무원이 숙지하고 그대로 실천해야 함. 업무처리절차로서 이 업무를 처리하는 모든 공무원은 이 지침에 따라 성실하고 책임성있게 업무를 처리함으로써,
>
> - 시민생활의 명랑화를 기하고
> - 범법자 등 불순분자의 활동을 봉쇄하는데 만전을 기하여야 한다.
>
> 제1장 총칙 제2절(부랑인의 정의)
>
> 일정한 주거가 없이 관광업소, 접객업소, 역, 버스정류소 등 많은 사람이 모이거나 통행하는 곳과 주택가를 배회하거나 좌정하여 구걸 또는 물품을 강매함으로써 통행인을 괴롭히는 **걸인, 껌팔이, 앵벌이 등 건전한 사회 및 도시질서를 저해하는 모든 부랑인**을 말한다

위에서 보듯 「훈령」은 1970년 사회복지사업법 제정 등 장애인 관련 복지제도의 정비에도 불구하고 이전 시기와 마찬가지로 장애인을 여하한 도시하층민 집단과 구분하지 않고 “도시질서를 저해하는” “불순분자”, “부랑인”으로 포괄하고 있다. 「훈령」에 따른 부랑인 일제 단속에 대한 대대적 정비작업에 따라 1970년대에는 서울 외 전국 주요 도시에 국공립은 물론 사립 형태의 부랑인 수용시설들이 신축되거나 재정비되었다. 해당 시설들은 이후 1980년대까지 각 지역의 부랑인 수용행정의 거점으로 기능하며 대규모의 인원을 수용하게 된다. 이 과정에서 부

랑인 집단에 혼재되어 수용된 정신장애인의 일부는 정신요양원으로 전원되었을 것으로 보이지만 일제 단속으로 대거 유입되는 수용자들을 장애 여부에 따라 일일이 선별해 내기는 불가능했을 것이며, 정신요양원의 수용 능력 또한 한계가 있을 것이었다. 1970년대 재정비된 부랑인시설 중 일부가 이후 1980년대에 자체적으로 정신요양원 사업을 추가한 정황(김재형 외, 2021)은 부랑인시설 내에서 정신장애인의 규모가 얼마나 컸을지를 짐작하게 한다.

이렇게 정신장애인의 수용 공간이 된 정신요양원과 부랑인시설은 비의료시설이라는 속성, 그리고 정부 지원의 미미함 혹은 부재 때문에 정신장애인을 시설 안에 방치하여 장애가 만성화될 수밖에 없게 만들었으며, 이에 따라 정신장애인의 수용이 장기화되거나 조기 사망하는 결과로 이어졌다(김정언 외, 1982; 김재형 외, 2021; 아산사회복지재단, 1979; 이근호, 1976). 남부부녀보호소 역시 앞서 살펴본 것처럼 수용된 여성들을 단순 감금하는 기능 이외에 장애나 질병이 있는 여성들에 대한 의료복지 서비스가 거의 이루어지지 않았던 것으로 보인다. 이 시기 대다수의 부랑인시설과 정신요양시설의 정황을 미루어 볼 때 남부부녀보호소 역시 크게 다르지 않았으리라 추정되기 때문이다. 따라서 이 시기 확산된 정신장애인 수용시설은 모자보건법상 강제불임수술을 우회해 결과적으로 정신장애인을 사회와 격리하고 영구적으로 제거하는 효과를 발휘한 것으로 평가할 수 있다.[137]

결국 1970년대 전후에 일어난 부녀보호소의 변화, 즉 “행정능력의 향상과 사업의 실효를” 진작시킨다는 명목으로 부랑부녀를 선별하여 별도의 수용기능을 추가하고 규모를 확장하는 것은 「훈령」으로 상징되는 1970년대 정부의 부랑인 단속 수용행정 강화의 흐름을 반영한 것이기도 했다. 1967년 오류분소의 설립을 필두로, 1969년 행복원(이후 기술원), 1971년 오류부녀보호지도소, 1974년 전체 부녀보호소 통폐합까지, 시설은 지속적으로 시설의 형태와 공간을 달리하며 늘어나는 수용자 규모에 대응했다. 특히 「훈령」이 발효된 해인 1975년 서울시 역시 서울특별시 예규(서울시 예규 제300호)로서 기술원의 운영 규정을 발령했다.[138]

---

137) 물론 정신요양원과 부랑인시설 내에서도 자체적으로 강제불임수술이 실시되었을 가능성은 높아 보인다. 앞서 언급한 김홍신 의원의 보고서는 정신지체장애인 수용시설 외에도 전국의 부랑인시설, 기타 장애인시설 등에서 강제불임시술이 이루어졌을 거라 보고 전면적 실태조사가 필요하다고 제언하고 있다(김홍신, 1999). 그러나 이와 관련 후속 실태조사는 진행되지 않았다.

138) 서울특별시(1975), 「시보 제512호」(서울기록원).

앞서 1절에서 살펴본 것처럼 해당 운영 규정은 수용 여성들에 대한 통제를 매우 처벌적이고 강압적인 방식으로 세분화해, 대규모 단속으로 늘어나는 수용자 규모에 대응한 것이었다. 1970년대 중반 기술원의 심각한 포화 수용 상황을 짐작할 수 있게 하는 정황은 1975년 연말 수용자가 정원 800명을 훨씬 초과하자 일부 수용 여성들에게 "퇴원 특혜"를 준다고 결정한 데서도 확인된다.[139]

지금까지 살펴본 것처럼 1970년대 정신적 장애인의 인구재생산을 우생학적 위험으로 구성한 지식인 집단의 담론적 실천은 정부, 민간복지시설 등 여러 행위자들 및 우연적인 사건들과 접합하여 정신적 장애인의 시설화를 치료, 돌봄, 교육을 표방하는 "사회복지"로 정당화하고 시설 확산을 추동했다. 인권과 복지를 표방하며 많은 시설이 확산될 수 있었지만, 이는 결과적으로 당대 사회에서 요구된 인구의 양적이고 질적인 통제를 위해 정신적 장애인을 사회와 격리하는 역할을 했다. 시설의 본질적인 성격은 단선적이거나 노골적인 방식으로 드러나지 않았으며, 위에서 보듯 우연적인 사건들이 중첩되어 매우 불균형적으로 작동했기에 효과적으로 비가시화될 수 있었다. 더구나 시설화되는 집단이 계급, 장애, 젠더 등 타자화되는 정체성이 교차하는 범주에 놓인 이들이었음에도, 많은 경우 그들은 '부랑인', '부랑부녀' 같은 모호하면서도 단일한 범주로 호명되었다. 이는 '부랑인', '부랑부녀' 속에 포함된 여러 다양한 인구집단에 대한 폭력을 비가시화하고 용인하는 데 매우 중요한 기제가 되었다.

(3) 복지제도의 부재 지속과 가족 내 여성의 정신적 장애의 물질적 구성 및 심화

1) 지속된 의료복지제도의 부재와 사회재생산의 가족화

이상에서 살펴본 것처럼 1970년대 전후의 시설화는 우생학적 인구통치의 도구이면서 보다 건강하고 근대적인 민족국가를 위한 일로 번역되어 정치적 합리성을 획득할 수 있었다. 국가는 1970년대 사회복지시설 체계의 재편 과정을 통해 장애

139) 서울특별시 부녀과(1975), 「퇴원특혜 조치」; 시립동부여자기술원(1975), 「퇴원특혜(사면) 조치 상신」(서울기록원).

인 등 '부적합한' 인구를 선별, 격리하는 환경을 공고히 하는 한편, 그것이 인구의 복지증진을 위한 일인 것처럼 개념화할 수 있었다. 그런데 시설의 확장이 복지의 명분이 될 수 있었다는 것은 단지 유신체제로 상징되는 국가의 강력한 인구통제 의지나 사회복지법인 등의 이해관계로만 가능할 수 없으며, 2장에서 살펴본 것처럼 무엇보다 당사자 및 가족이 사회재생산 위험에 대처하는 방식이 국가 및 사회복지법인 등의 목적과 의도적으로든 비의도적으로든 접합해야만 가능하다 할 것이다. 70년대 전문가와 여론은 정신적 장애인을 인구재생산에 부적합한 몸으로 규정했지만, 실제 개인 및 가족 단위의 일상적 삶 안에서 정신적 장애에 대한 인식과 경험은 전혀 다를 수 있기 때문이다. 정신요양원과 정신박약시설 등 세부적 장애 유형별로 분화한 시설은 물론 부랑인시설에 이르기까지 70년대 많은 시설에 정신적 장애인의 수용 규모가 점진적으로 늘어나기 시작했고, 부랑부녀 시설인 남부부녀보호소의 사례도 다르지 않아서 이 시기 남부부녀보호소의 누적 수용인원(정신적 장애여성)은 동부여자기술원의 수용인원을 넘어서기 시작했다. 그러나 이같은 정신적 장애여성의 늘어나는 시설수용 규모를 그저 개인과 가족이 전문가 집단이 생산한 담론을 수용한 효과로만 볼 수는 없으며, 이러한 담론과는 무관하게 혹은 그것을 넘어 개별 가족이 사회적 위험에 대응한 전략들 속에서 이해하려는 시도가 필요가 있다.

1970년대에는 1960년대보다 상대적으로 많은 빈곤층 노동자들에게 취업의 기회가 주어졌다. 산업화의 진전에 따라 확대되었던 사회적 불평등 및 불안과 이에 대한 경제적 재분배에 대한 요구가 높아졌기 때문이다. 정부는 1970년대 전까지는 선성장 후분배 논리에 따른 산업화 우선 정책이 야기하는 사회불안에 비상조치, 긴급조치 등의 강경책 일변도로 대응해왔으나, 70년대 전후로는 사회보장과 복지, 인력개발 등을 내세우는 쪽으로 선회하지 않을 수 없었다. 그리하여 이전까지 이농 실업 인구를 방임하거나 농촌으로 돌려보내려 하기만 하던 정부는 1960년대 말부터 도시 잉여인구를 인력 개발하여 활용하는 방침을 세운다. 1967년 (구)직업훈련법을 개정한 것은 그러한 새로운 대응의 일환이었다(이혜경; 1990; 정무용, 2017). 동시에 이 시기에는 경공업 중심의 산업화가 한계에 부딪히며 제조업 부문이 크게 늘어나기 시작했다. 이에 제조업 부문으로의 노동자의 이동을 유도하기 위해 경공업・제조업 노동력의 다수를 차지하는 젊은 여성층을 대상으

로 각종 직업훈련을 개설할 필요가 제기되기도 하였다(김경일, 2016; 신경아, 2007). 앞서 살펴본 것처럼 기술원이 직업보도시설로의 개편을 위해 끊임없이 시도한 것은 부분적으로 이러한 맥락이 있었던 것으로 보인다. 부녀보호소 외에도 1976년 당시 전국의 국공립 및 법인 부녀직업보도시설이 27곳 있었으며, 그 외에 훨씬 규모가 큰 유료 사설학원 시장이 등장해 여성들에게 직업교육을 실시했다(김순실, 1976). 실제로 1960년대 말에는 제조업 분야의 여성 노동자 고용이 증대되었고, 비교적 많은 나이 어린 미혼 여성들이 제조업 공장노동자로 진출하기도 했다. 1966년 기준 여성 공장노동자의 90%가 29세 미만이었고, 50%는 10대였다(윤홍식, 2019b: 377).

그러나 일자리와 고용기회의 증대 자체가 이들의 삶의 질을 크게 변화시키지는 않았다. 여성 노동자들은 여전히 가족생계부양에서 부차적 역할을 담당할 뿐이며 비혼으로 돌봄 부담에서도 자유로울 것으로 전제되었기 때문에 자신의 노동력조차 재생산할 수 없을 만큼 적은 임금을 받았고, 휴식과 여유 시간도 갖지 못했다. 여성 노동자들은 장시간 노동에도 불구하고 남성 노동자의 절반에도 미치지 못하는 턱없이 낮은 임금으로 극도의 궁핍과 가난에 시달림은 물론 공장 감독자 혹은 동료 남성 노동자들의 폭언과 폭행, 성폭력의 위협으로 인한 정신적 고통까지 감당해야 했다(김경일, 2017: 75). 이러한 상황은 그 자체로 많은 여성 노동자들의 몸마음의 건강을 크게 위협하는 것이었다.

공장뿐 아니라 가내노동(식모) 부문 역시 이 시기에도 젊은 미혼여성이 대거 진출하였다. 1975년 당시 다섯 가구 중 한 가구꼴로 식모가 있었으며 약 16만 명의 식모가 분포하는 것으로 추산되었다(강이수, 2007). 1972년 중앙대학교 사회사업학회에서 실시한 서울 시내 식모 여성에 대한 실태조사에 의하면, 대다수의 여성이 초등학교 학력 이하의 생활수준이 낮은 농촌 출신이며, 형제자매가 많은 가족 상황에서 “하나라도 ‘입’을 덜고 남아도는 노동력을 수입에 연결시키기 위해” 식모일을 시작하게 되었다(중앙대 사회사업학과연구실, 1972: 61). 이러한 광범위한 식모 인력의 사용은 개별 가정 여성의 가사일 부담을 덜어줄 수 있었던 요소가 되었지만, 정작 식모여성들 스스로의 노동력 재생산은 불가능한 경우가 많았다.

1960년대와 마찬가지로 고용기회의 증가에도 불구하고 이렇듯 많은 빈곤 노동

자들은 상시적으로 몸마음의 장애에 노출될 수 있는 위험한 노동환경 속에 있었지만, 이들이 질병과 장애를 치료하고 노동력을 재생산할 수 있을 만한 공적 복지제도는 70년대에도 존재하지 않거나 매우 선별적인 방식으로 도입되었다. 의료복지 관련 핵심적 제도인 의료보험은 쿠데타 직후 복지입법을 대거 추진하는 과정에서 1963년 최초로 제도화되었지만 강제가입이 아닌 임의보험 형식이었기에 실질적인 복지제도로 전혀 기능하지 못하고 있는 상황이었다. 1970년대 초, 정부는 중화학공업 육성을 위해 전략적으로 해당 분야 중산층 남성 노동자만을 포섭하는 방향으로 의료보험을 확대했다. 1977년에는 의료보험법이 전부 개정되었지만, 이때도 보장 대상은 중산층 대기업 정규직 노동자에 국한됐다. 이 때문에 70년대 내내 전 국민의 약 50%가 아파도 병원에 갈 수 없었다(윤홍식, 2019b). 이러한 상황에서 비가시적인 장애인 정신장애는 발견도 늦어지기 쉬울뿐더러 의료보험제도의 부재 때문에 병원 이용이 거의 불가능했다.

노동 과정에서의 재해를 통해 장애와 질병이 발생했을 시 노동자를 보호하는 산업재해보상보험(이하 산재보험) 제도의 경우도 보험이 가장 절실한 빈곤 노동인구에게는 실질적으로 작동하지 않았다. 의료보험과 함께 산재보험 역시 박정희 정권 초반에 제도화되었지만, 보상수준이 임금 수준에 비례해 제공하도록 설계되어 있어 저임금의 고강도 육체노동자일수록 상해 위험은 높지만 산재 보상금은 매우 낮거나 부재하는 역설적인 제도였다. 1968년 산재 인정이 안 되어 재심을 청구한 건 중에는 사망자 유족급여와 장애급여 건이 가장 많았는데, 이는 심각한 재해를 입은 피해 노동자들이 부당하게 보상에서 제외되는 경우가 매우 많았음을 짐작케 한다(장미현, 2014). 하물며 가시적이지 않은 정신장애는 산재라고 인식되기조차 어려웠을 것으로 추정된다. 일례로, 1960년대 중반 무렵 한국에 도입된 인조실크를 만드는 레이온 제조 산업은 노동자들에게 이황화탄소 중독으로 인한 조현증, 우울증 같은 정신장애와 등 심각한 장애를 초래하지만 이것이 사회적 이슈가 되어 산업재해 문제로 다루어지기 시작한 시점은 민주화 이후인 1980년대 말이었다(김승섭, 2017; 대한산업보건협회, 2013; Kim, 2019). 이전까지 해당 노동자들은 아무런 안전 장비나 재해 위험에 대한 인식 없이 장시간 노동해야 했다.

이처럼 빈곤한 노동자들은 노동을 할수록 '노동 불능'의 몸이 될 것을 감수해야

하는 상황이었는데, 그들이 실제로 '노동 불능'의 생활보호대상자가 될 경우 상황은 더욱 심각해졌다. 2장에서 언급한 것처럼 1961년 제정된 (구)생활보호법은 보호대상자에게 생계보호와 의료보호를 제공한다고 명시하면서도 부양의무자 기준을 도입해 가족의 부양책임을 먼저 부과함으로써 수혜 대상을 최소화했다. 보호가 제공되더라도 밀가루를 소량 지급하는 것이 전부였고 의료보호는 1977년까지 제공하지 않았다. 1977년에 이르러야 밀가루에 더해 백미 등이 소량으로 추가 지급됐고, (구)의료보호법을 제정해 의료보호를 제공하기 시작했다(김조설, 2017; 윤홍식, 2018b). 이러한 제도적 상황은 빈곤과 가부장적 가족구조 등 다중적 억압상황에 놓여있고 그렇기에 질병이나 장애의 위험에 상시 노출되기 쉬운 인구, 그중에서도 빈곤여성의 "느린 죽음"(slow death)(Berlant, 2016) 혹은 조기 죽음을 사실상 유도한다고 보아야 한다.

특히 여러 장애 유형 중에서도 눈에 보이지 않기에 상대적으로 주목받지 못하는 장애인 정신장애의 경우 가난한 계층 가족에서 발생률은 높았던 반면 조기 발견과 치료는 매우 어려웠으리라는 사실에 주목해야 한다. 정신장애의 발생률이 빈곤 등 사회경제적 불평등과 강한 상관관계를 갖는다는 것은 오늘날 정신보건 관련 분야의 일반적 상식에 해당한다(재서노프, 2020; 한국보건사회연구원, 1999; Gur et al, 2019; Hur, et al, 2015). 그러나 앞서도 언급한 것처럼 정신장애의 예후는 당사자 및 가족의 경제적 상황에 따라 크게 달라질 수밖에 없다. 1970년대 초 당대 사회에서 전체 정신장애인의 단 2% 정도만이 입원 치료를 받을 수 있었다는 사실은(김광일・김명정, 1973; 이정균, 1972) 가난한 가족의 정신장애인 대부분이 치료를 받지 못하고 병을 방치하고 있다가 시간이 지나 만성화・중증화되어 가족이나 경찰 등에 의해 병원 문턱에 진입하게 되거나(유봉임, 1967) 그도 아니면 대책 없이 길거리를 부랑하는 상황에 처하는 경우가 비일비재했다는 것을 의미한다. 1977년 제정된 (구)의료보호법은 생활보호대상자가 병원 치료 시 국가보조를 제공하는 근거 법률로써 빈곤계층 전반의 기초적인 의료적 접근성을 향상하는 데 매우 중요한 제도였지만, 문제는 동 법이 정신장애인을 의료보호에서 차별하는 심각한 독소조항을 가지고 있었다는 점이다. 이 법은 정신장애인에게만 예외적으로 "일당정액수가제"[140] 방식의 차등적 급여를 적용하도록

140) "일당정액수가제"는 기본적으로 진료비 증가를 억제하는 것을 목적으로 하는 급여체계로, 진찰료, 입원료, 투약료, 검사료 등 환자 외래진료 및 입원 시에 필요한 제반 비용 모두를 1일

설계되었기 때문이다. 빈곤한 정신장애인에 대한 이와 같은 차별은 순전히 경제적 효율성 논리에 따른 것이었는데, 빈곤층일수록 만성적 정신장애인이 많다는 사실 그 자체 때문에 의료급여기금의 낭비를 초래할 수 있다는 것이 이유였다.[141] 따라서 의료보호 대상이 되더라도 일당정액수가제의 장벽이 빈곤계층 정신장애인의 적절한 치료를 지속적으로 불가능하게 했다.

이상과 같이 1960년대에 이어 공적 의료복지제도가 사실상 부재하고 오로지 개별 가족이 가족구성원의 사회재생산 위험을 떠안아야만 하는 상황이 장기 지속되었다는 것은 일반 사람의 일상적 삶과 인식 속에서의 장애나 질병과 전문가 혹은 국가 규정에서의 장애가 상당히 동떨어져 있었음을 의미한다. 앞서 살펴본 것처럼 대표적인 유전적 장애로 인식된 정신적 장애를 비롯해 온갖 질병과 장애는 의료복지 분야 전문가들의 담론적 실천과 정부가 일방적으로 입법을 단행한 모자보건법에 의해 의료적 '비정상'이자 특별한 관리나 치료가 필요한 대상으로 구성되었다. 그러나 가난한 노동자와 그 부양가족들로 이루어진 대다수 가족은 아파도 병원을 이용할 수 없었을뿐더러 노동 과정 그 자체가 많은 경우 장애를 유발하는 위험한 노동에 종사해야만 했다. 이는 전문가나 국가의 규정과는 달리 가난한 계층에게 장애와 질병의 체현이 오히려 '정상'이자 '표준'이 된다는 것을 시사한다.

언제 무너져 내릴지 모르는 땅굴 속에서 분진, 유독가스를 마시며 일하는 탄광노동자, 환기도 되지 않는 좁은 공간 속에서 먼지와 재봉틀 소음에 노출된 채 하루 열세 시간씩 일해야 하는 피복제조업 노동자, 아무런 안전 장비도 없이 맨손으로 인체에 해로운 화학물질을 만지고 흡입해야 하는 공장 노동자 등 많은 노동자가 70년대 내내 노동 과정 그 자체로 온갖 질병과 장애에 노출되어야 했다. 운동화 제조 고무공장에서 고무창을 붙이는 작업을 하던 근로자들이 심한 마비 증상

당 정액수가로 책정해서 지급하는 제도다. 이에 반해 "행위별 수가제"는 진료할 때마다 진찰료, 검사료, 처치료, 약값 등에 따로 가격을 매긴 뒤 합산하여 진료비를 산정하는 제도로, 대부분의 진료비 산정이 행위별 수가제를 따른다. 이러한 의료보호제도에서의 정신장애인 차별은 2017년에야 시정되어 외래진료 시에만 "행위별 수가제"가 적용되기 시작했고, 입원에 있어서는 여전히 일당정액수가제가 적용되고 있다(최봉영, 2018).

141) 이러한 (구)의료급여법상 정신질환 의료급여의 일당정액수가제의 도입배경은 2017년 동 조항에 대한 위헌소송 사건에 대한 헌법재판소 결정문을 통해 확인 가능하다(2016헌마431 2018.7.26.) 헌법재판소는 일당정액수가제가 도입된 경제적 효율성 논리가 정신장애인에게 제기하는 불이익보다 "공익"을 위한 것이므로 헌법에 위반되지 않는다고 결정했다.

을 일으킨 사건, 또 다른 고무공장 직원들이 화학물질 중독으로 다발성 신경염 중독으로 진단된 사건, 온도계 만드는 공장에서 수은을 맨손으로 취급하다 노동자가 수은 중독에 노출된 사건 등(대한산업보건협회, 2013), 1970년대 내내 노동자들이 질병과 장애를 가지게 된 산업재해 사고는 알려진 것만도 상당했다. 이러한 공장들은 대개 영세사업장들로 산재보험에 가입되어 있지도 않았지만, 노동자가 아파서 일을 못 하게 되더라도 그를 대체할 유휴인력은 많고 일자리는 적었기 때문에 노동자들은 오히려 직업병이 발각되어 퇴직당할 것이 두려워 병을 숨기려고 했다. 그리고 무엇보다 그들은 자신이 일을 그만두게 되면 생계를 이어갈 수 없는 절대빈곤 상태이기 때문에 그저 “일할 자리가 있어서 감사”하다는 생각으로 “버틸 때까지 버티”곤 했다. 노동자에게 몸마음의 상해와 질병은 일상일 수밖에 없었던 것이다(대한산업보건협회, 위의 자료: 72~78). 아래는 70년대 영등포 지역 한 공장 근로자들의 실태를 보여주는 일화인데, 이러한 상황은 당대 노동자들에게 건강함이 ‘예외적’ 상태이고 오히려 손상과 장애가 이미 언제나 예상되는 것이자 삶의 재생산 과정과 나란한 체현의 양식임을 알 수 있게 한다.

> 직원들이 “회사에 와서 일하는 맛이 난다”고 했다. 이유를 물었더니, 근로자들이 출근하여 가장 먼저 가는 곳이 트리클로르에틸렌(TCE)을 모아둔 곳이라고 했다. 그곳에 가서 심호흡을 한참 한다는 것이었다. 그 냄새는 중추신경을 자극하는데, 본드를 흡입하는 것과 같은 효과를 낸다. 환각에 빠지는 것이다. 그러면 근로자들은 TCE에 취한 상태에서 라디오를 틀어놓고 라디오에서 나오는 유행가를 따라 부르며 일한다고 했다(대한산업보건협회, 위의자료: 80).

결국 70년대 평범한 사람들의 시각과 일상에서 질병과 장애는 일각의 전문가들과 국가가 규정한 것처럼 고정적이거나 생물학적으로 선재하는 것, 그리고 특별한 관리나 격리가 필요한 대상일 수 없었다. 장애가 있는 이들을 치료와 재활을 위해 특별히 시설에 수용하거나 격리해야 한다는 의료복지 담론과 실천은 의료복지체계 자체를 경험하기 힘든 가난한 대다수 사람에게 가능하지도 않을뿐더러 결코 헤게모니가 될 수 없었던 것이다. 그렇기에 1960년대와 마찬가지로 장애나 질병을 가진 사람은 여느 사람들과 마찬가지로 생활을 위해 몸의 쓸모를 발휘해야 했다. 따라서 손상이나 장애 여부 그 자체가 아니라 비/장애 개인의 사회적 관계,

특히 가족의 경제적 상황은 부랑과 시설로의 배치를 유도하는 근본적 요인이 되었다고 볼 수 있다. 1절에서도 살펴본 것처럼 실제 1970년대 남부부녀보호소에 유입되는 부랑부녀 중 다수는 병원에서 입원 치료를 받다가 입원비를 지급할 수 없게 된 가족이 유기한 경우였다.

앞서 인용한 영보자애원 직원의 면접자료는 1970~80년대 최초로 남부부녀보호소에 수용된 여성들의 입소 시점 나이와 수용 시기에 대한 정보 외에도 그들이 수용되기 전 부랑상태를 포함하여 매우 빈곤한 상황에 처해있었음을 간접적으로나마 확인할 수 있는 정보를 담고 있다. 아래 인용한 영보자애원 직원 인터뷰는 그와 연장선상에서 70년대 전후 남부부녀보호소에 유입된 빈곤 가족의 여성이 놓인 상황을 가늠할 수 있게 한다.

> 그리고 [수용 여성들이] 왜 이렇게 젓가락질을 못 하지? 생각을 했었을 때 (중략) 젓가락질이라는건 숟가락질과 달리 소근육을 움직여야 하는 거고 이거는 누군가가, 어른이 젓가락질을 했던 유경험자가 가르쳐야 되는 거예요. (중략) [이분들에게] 그럴만한 인적자원이 없었던 거예요. 그리고 젓가락질을 배웠어, 그러면 젓가락질을 할 수 있는 상황에 놓여져야 되는 거예요. 그런데 웬 젓가락질? 먹을 반찬이 없는데. 겨우 밥도 그냥 굶주림에 얼마나 많이 노출됐겠어요. 그리고 앉아서 편안하게 식사를 할 수 있는 인간으로서의 최소한의 식생활에 대한 보장이 안 된 상태에서의 삶을 그동안 살아왔다라는 거죠. (중략) 제가 절대빈곤이라고 말하는 이유는 적어도 가족들이 같이 살고 있는 사람들은 그나마 유일하게 지지체계가 있어서 그런데 이분들은 가족 지지체계가 없잖아요? 그렇기 때문에 가장 가난한 자들 안에서도 가장 낮은 수준의 처지에 놓여있던 사람들이었기 때문에 그게 몸에 배어있는 거예요. (영보자애원 직원 김00 인터뷰 중)

70년대 전후 남부부녀보호소에 최초 수용된 후 영보자애원으로 이전되어 시설 안에서 고령이 된 여성들은 위 인터뷰에서 묘사된 것처럼 어릴 적 노출되어 “몸에 밴” 빈곤과 가족돌봄 부재의 흔적을 여전히 가지고 있다. 최소한의 의식주조차 보장되지 않는 빈곤 상태는 그 자체로 많은 경우 정신장애를 유발하기도 하지만 그들에게는 그나마의 “가족지지체계” 마저 작동하지 않았다. 그들이 가족 돌봄에서 이탈한 시점에 장애를 가지지 않았다 하더라도, 어떤 이유로든 돌봄체계에서

조기 이탈하여 겪게 되는 위험한 노동이나 장시간의 길거리 생활은 그 자체로 몸마음의 장애를 유발하거나 더 심화시킬 수 있는 조건이다. 결국 가난한 사람들의 일상적 삶에서 가족의 존재 여부나 가족의 경제적 상황은 개인들의 체현방식과 시설 유입 여부를 결정하는 핵심적 요소가 된다는 것을 알 수 있는 부분이다.

한편 정신장애와 달리 선천적인 요인에 의해서 어린 시절에 발견 확률이 높은 정신박약 장애인의 경우에도 장애 그 자체보다 빈곤과 가족 돌봄체계 같은 사회적 상황으로 인해 장애가 더욱 심화하고 시설로의 유입 또한 추동했다. 정신박약인들이 가정에서 조기에 유기되어 고아원 등에 유입되거나 부랑하게 되는 상황은 당대 정신박약 아동을 가진 가족, 특히 빈곤계층의 가족에게 가장 절실한 문제였던 교육과 취업의 어려움 때문이었다. 60년대 내내 의무교육이 적용된 초등교육에서조차 장애아동 대부분이 배제되었고, 그나마 소수 존재했던 정신박약아동 특수학교는 유료였기에 자녀를 보낼 수 있는 부모는 전체 장애아동의 16% 불과한 것으로 조사되었다.[142] 70년대에는 정신박약에 대한 교육훈련의 필요성을 강조한 지식담론과 실천의 영향으로 수용시설과 함께 정신박약아동 사립특수학교가 대폭 확충되었다. 이 같은 특수학교의 확장은 정신박약아동의 교육권 보장을 위해서라기보다 당대 일반 인구에서 폭발적으로 높아진 교육열 속에서 '교육 불가능'한 정신박약 아동을 배제한 효과이기도 했다. 1970년대 초, 전 국민적인 교육열은 초등학교 과정까지만 적용되는 의무교육을 중등과정까지 확대하고, 교육을 무료로 하라는 요구로 이어졌다.[143] 그런데 이처럼 가난한 계층의 비장애 아동청소년 조차 초등 의무교육 이상의 교육을 받기가 어려웠던 상황에서, 교육권 확대에 대한 대중의 요구는 초중등학교의 학생 수용 규모를 늘리는 대신 몸마음의 장애여부를 기준으로 선별적으로 교육권을 보장하는 것으로 귀결되었다(소현숙, 2022). 그로 인해 일반교육에서 배제되어야 했던 일부 정신박약 아동에게 유료이긴 해도 사립특수학교는 마지막 보루가 되었을 것이며, 가난한 계층에게는 이조차 아예 접근이 어려웠다. 결과적으로 1970년대 내내 정신박약아동 전반에게 교육기회는 요원하였고, 교육의 부재는 그들이 성인이 되어서 사회구성원으로서 노동기회에 접근하는 것을 더욱 어렵게 할 수밖에 없었다. 이는 가난한 가족이 정신

142) 『조선일보』, 1974.7.25. "정신박약아도 자립할 수 있다".

143) 『동아일보』, 1971.4.9. "김후보 유세 예산 연 천억 절약 가능 의무교육에 전용 시급", 『동아일보』, 1968.8.15. "의무교육 교부금 중학교에도 지급 정부·여 원칙적 합의".

박약 자녀를 가정에서 돌보기 어려워 유기나 방임하는 것을 조장하고, 또 그들 중 일부는 시설에 배치될 수 있음을 의미했다.

이와 같이 당대 전문가 집단 및 국가의 담론적 실천과 달리 가난 때문에 장애에 더욱 쉽게 노출될 수밖에 없었던 개인과 가족은 일상에 편재하는 장애를 자연스럽게 인식했고 의료복지 부재 상황에서 장애가 있는 개인에 대한 돌봄을 가족 스스로의 책무로 여겼다. 가족이 돌봄을 책임질 수 없을 때 혹은 가족이 없는 경우에는 부랑하다 일부가 단속으로 시설에 유입되었다. 가족이 없거나 치료비 등을 지불할 수 없어 부랑하는 허다한 비/장애 인구의 격리수용을 가능하게 할 시설 인프라 역시 여전히 부족했기에, 뒤의 4장에서 살펴보게 될 것처럼 1980년대 초까지 길거리의 부랑인, "구걸행위자"는 속출하게 된다.

이런 상황에서 대다수 시설의 물적 조건도 전문가들의 담론적 실천과는 동떨어질 수밖에 없었는데, 많은 경우 정부 지원이 불충분했고 일제 단속을 통한 마구잡이식 대거 수용을 하는 일종의 '창고' 기능 이상으로 나아가지 못했다. 1절에서 살펴본 부녀보호소 또한 큰 틀에서 이러한 상황의 연장선상에 있었다. 이화여대 정신과 교수 이근호가 1975년 사회복지시설로 인가받은 전국의 정신요양시설 13곳에서 실시한 실태조사는 치료 없이 "격리·수용방법"으로 운영되는 정신요양시설들의 문제가 정부의 운영 지원의 부재 속에서 부추겨지고 있음을 지적하고 있다(이근호, 1976).[144] 게다가 많은 정신요양원 시설은 격리 수용된 수용자들을 돈벌이 수단으로 이용하다 수용자의 사망과 상해로 이어지게 했는데, 이러한 피해는 오랜 시간이 지난 1990년대 이후에야 세상에 드러났다. 대전 신생원(1976년 인가),[145] 장항 수심원(1975년 인가),[146] 부산 새희망요양원(1972년 인가)[147] 등 문제가 된 시설들은 공통적으로 1970년대 미인가 정신요양시설을 정

144) 이근호의 해당 조사에 따르면 당시 정신요양원에 대한 정부의 보조는 수용 환자당 1일 백미 216그램, 대정맥 207그램을 현물로 지급하는 게 전부고, 지방비 보조는 최소 필요경비에 훨씬 못 미치고 있다. 정신요양원 평균 수용자가 최소 160여 명이지만 종사자는 시설당 7~8명에 그치고 그나마 전문적 자격을 가지거나 훈련을 받은 사람도 거의 없다. 상주하는 의료요원 또한 없었다(이근호, 1976).

145) 『경향신문』, 1991.8.9. "인간쟁기로 강제노역".

146) SBS「그것이 알고싶다」, 1992.11.8. 방영, "인간의 조건- 정신질환자 수용시설의 실태 보고".

147) 『한겨레』, 1994.5.2. "새희망요양원 가혹행위 실태: 법·인권 두절된 현대판 '수용소 군도'".

부가 사회복지법인으로 인가한 경우였다. 이처럼 시설이 의료복지를 제공하기는 커녕 수용자를 많은 경우 학대까지 하는 상황이었음에도, 서울대 보건대학원 교수 유형렬은 부랑인시설 시립갱생원에 정신적 장애를 가진 다수의 수용자가 1년 이상 장기 보호되고 있는 것을 꼬집으며 “놀고먹을 수 있다는 의존심마저 길러줄 위험성도 내포”하고 있다고 질타했다(유형렬, 1976: 142). 정부의 운영 지원 및 관리 감독의 부재 속에서 많은 정신박약인 수용시설은 물론 특수학교에서도 수용된 정신박약인들에 대한 인권침해와 각종 비리가 부추겨졌다. 이 같은 사건들 역시 민주화 이후에야 세상에 드러나기 시작했다. 1987년 이후 드러난 정신박약인 특수학교 및 수용시설의 문제들은 수용된 정신박약여성・여아에 대한 성폭력에서부터 폭행, 사망 사건 등 매우 심각한 수준이었다(김은정, 1999; 함께걸음, 1990).

2) 젠더화된 사회재생산과 가족 내 여성의 장애화

정신의료 전문가들은 1970년대 한국 사회에서 본격적으로 분화되며 확대된 정신적 장애인 수용시설로 이른바 “대감금의 시대”(대한신경정신의학회, 2009: 97)가 펼쳐졌다고 평가되지만, 이상에서 본 것처럼 보통사람들의 생활세계에서 질병과 장애의 일상성 그리고 가족자유주의는 장애 자체가 아니라 가족의 경제상황이나 가족 유무가 비/장애인 개개인의 시설 수용과 가족돌봄 중 어떤 돌봄체계에 놓이게 되는가를 조건지었다. 그런데 여기서 더 주목할 것은, 여성의 가족 내 지위는 여성의 체현방식과 어떤 장소에서 돌봄을 받게되는가 모두에 결정적 영향을 미친다는 점이다. 즉, 공적 복지제도의 부재가 지속되는 상황에서 사회재생산의 책임이 가족에게 전가되었다는 사회재생산의 일차적 책임자인 여성을 장애에 보다 더 취약하게 하지만 가족 내에서 돌봄을 받는 위치가 되기는 어렵게 했다는 것을 의미한다.

부랑부녀 수용소인 남부부녀보호소를 비롯해 당대 정신요양원, 정신박약시설 등지에 수용된 정신적 장애를 가진 여성들이 시설에 수용된 구체적 과정을 추적할만한 자료는 많지 않은 편이지만, 남녀 정신적 장애인의 인구학적 특성의 비교를 위해 남성 부랑인시설인 시립갱생원의 1976년 실태조사 보고를 참조할 수 있

다. 1976년 당시 갱생원 수용자 800여 명 중 “정신병, 간질, 정신박약”의 정신적 장애를 가진 사람은 약 42%로, 구체적인 분포는 아래 표와 같다. 정신적 장애를 가진 사람의 연령 분포는 30대, 40대, 20대 순으로, 30~40대가 가장 다수고 그들의 수용기간은 대다수가 3년 이하로 최초 수용 시 연령도 큰 차이는 없다. 또 해당 연령대의 남성 중 생계를 위해 노동을 했던 사람의 분포가 높아, 보고서는 그들 중 다수가 노동 과정 중에 정신과적 또는 신체적 질병으로 일을 못하게 되어 수용된 사람들일 것으로 추정하고 있다. 해당 직업군은 농사, 노동 등의 육체적 노동이 대다수지만 공무원, 교육자, 회사원 등도 일정하게 존재해 직업군이 다양했다(유형렬, 1976).

표 15. 1976년 서울시립갱생원 정신적 장애인 수용 실태

구분	정신박약	간질	정신병동	무이상자
10대	2.2	5.2	3.7	88.1
20대	0.4	1.7	28	69.9
30대	0	2.9	42.4	52.4
40대	1	2.4	34.4	61.6
50대	0	1.3	21.5	77.2
60대	0	0	14.7	0

(단위: %)

출처: 유형렬(1976), 「특이지역사회에 대한 사회의학적 조사」, 141쪽 표 재구성.

갱생원 수용 정신적 장애인 남성의 이와 같은 인구학적 특성은 남부부녀보호소 여성들의 특성과 비교되는데, 앞서 제시한 영보자애원 직원 면접자료와 표 11, 12에서 보듯 여성들의 연령대는 20~30대의 젊은 층이 더 많다는 것이 가장 두드러지는 특징이다. 여성들이 수용되기 이전 직업이 무엇이었는지 알 수 있는 통계자료는 남아있지 않지만, 이 당시 저학력의 농촌 출신 여성일수록 평균 결혼 연령이 20대 초반으로 낮았다는 사실(최선영, 2020)을 통해 상당수가 수용 전 결혼이나 동거로 아내이자 어머니, 즉 가족 내 재/생산 담당자였다는 것을 추정할 수 있다. 이처럼 남성들에 비해 확연히 낮은 여성들의 시설 유입 시점 연령대는 여성들이 가족 돌봄체계에서 더 이른 나이에, 더 쉽게 방임 또는 거부되어 시설에 유입되었다는 것을 의미한다.

1971년『동아일보』기사는 오류부녀보호지도소(남부부녀보호소의 전신)에 대

한 최초의 독립적 취재기사다. 기사에 따르면 1971년 당시 수용 여성 265명은 대부분이 장애를 가진 채 길거리에서 부랑하다 단속되어 시설에 수용되었다. 기사는 이들 대부분이 가족이 없거나 있어도 가족의 "냉대와 저주" 속에서 다시 시설에 재수용된 여성들이라고 전하고 있다. 해당 여성 중에는 수용 당시 임신을 했거나 아이를 동반하고 있는 경우도 상당했던 것으로 보인다.

> 처음 잡혀올 때 산발머리에 빈 깡통을 보따리 삼아 게다가 가끔 누구의 애인지도 모를 아이를 밴 채 … 억지로 목욕을 시키고 머리를 짧게 깎아준 후 철에 맞는 유니폼을 입히면 그날부터 이곳 식구가 된다. 그러나 지난날의 자유를 못 잊는 듯 예외 없이 나가겠다고 앙탈을 부리며 직원들에게 덤벼든다. (중략) 성적 충동에서인지 느닷없이 시집보내달라고 조르거나 간질의 발작이 터지기도 한다. … 그런데 제 아이에 대한 사랑은 여느 사람 못지않아 고아원에 데려가려 하면 필사적으로 내놓지 않는다. 그러나 아이들은 교육상 어미니로부터 떼어 저희들끼리 따로 생활케 하고 있다.[148]

위 기사는 정신적 장애여성의 섹슈얼리티에 대한 우생학적 통념을 반영해 여성들이 아이를 동반했거나 임신 상태인 경우에 그것이 마치 여성들의 "자유"와 "성적 충동"의 결과인 것처럼 비난한다. 그러나 『부녀서울』에서 1972년 취재한 또 다른 기사에 따르면 여성들이 임신과 출산을 한 상태로 부랑하는 원인이 결혼이나 동거 생활 중에 겪은 가정폭력 혹은 원가족 내에서의 가정폭력의 결과임을 알 수 있는 단서를 제공한다. 기사는 1972년 당시 수용된 320명의 시설수용 원인을 분석하며 대부분 "친혈육 간의 비정한 냉대"와 "남편의 잔인함 때문에 정신장애를 일으킨 사람들"이라고 전하고 있다(서울특별시, 1972). 해당 기사가 함축하고 있는 여성들의 상황은 다양한 방식으로 추정 가능한데, 비혼 상태로 가족의 생계부양을 위해 노동하다 정신장애를 가지게 되었지만, 치료받지 못한 상태로 원가족에서 방출・방임된 여성들은 길거리를 배회하다가 성폭력 피해를 겪었거나 음식과 단기간의 잠자리를 얻기 위해 남성과 성관계해 임신이나 출산을 했을 가능성이 있다. 결혼이나 동거 상태에 있던 여성의 경우 남편/동거남의 가정폭력이 정신장애의 원인이 되었을 수 있는데, 정신의학・보건학 관련 다수의 페미니스트

148) 『동아일보』, 1971.5.19. "음지의 사람들- 시립부녀보호소".

연구자들은 여성들이 경험하는 성폭력・가정폭력 등 젠더폭력 그 자체가 많은 경우 여성에게 정신장애를 유발한다고 보고했다(이혜경・신희정, 2011; 허먼, 2011; 체슬러, 2021; Mollow, 2006). 반대로 정신장애 때문에 남편/동거남으로부터 버림받아 임신상태에서 혹은 아이와 함께 부랑하게 되었을 가능성도 있다.[149] 아래 영보자애원 직원 면접자료는 70~80년대 무렵 부녀보호소에 입소한 여성들의 가족 내 폭력 피해 실태를 알 수 있는 정보를 제공한다.

> 농아인 할머니 같은 경우에는 애기를 낳았는데, 결혼을 한 거예요. 지금은 80이 되셨죠? 노인이세요. 이분이 시집을 갔겠죠 시골에서. 그 당시에 시집은 뭐에예요? 밥을 덜기 위해서 보낸 거잖아요? 그래서 시집을 갔는데, 애기를 낳았는데 남편이 때리고 시어머니가, 이제 장애인을 내 며느리로 받아들일 정도의 집이면 호혜평등의 그거로 한 게 아닌 거죠. 그 집도 역시 가난한데 아들을 장가를 보내야 하니 장애인을 데리고 온 거겠죠. (중략) 그러니까 애기를 낳고 집에서 쫓겨났대요. 남편한테 막 맞고 왜냐면은 제가 생각하기에 농인이니까 농아자들의 소리 있잖아요? '어~ 어~' 소리 내고 벙어리라고 그랬잖아요? 그게 예쁘지 않잖아요? 섹시했으면 그랬겠어요? 그러지 않으니까 계속 구박을 했겠지. 그리고 그 집도 가난하고 그러니까 때리고 이제 엄청 얻어맞고 쫓겨났다고 그러더라고. (영보자애원 직원 김00 인터뷰 중)

자료가 충분하지 않지만 이상 살펴본 남부부녀보호소 수용 여성들의 상황은 이들이 남성 부랑인 집단보다 이른 연령대에 가족 돌봄체계에서 이탈해 부랑과 시설 생활로 이어진 하나의 원인을 추정할 수 있게 한다. 즉, 가정 내 남편/동거남의 폭력이 일차적으로 여성의 정신장애 유병률에 상당히 영향을 미치고 있는 상황에서 장애여성은 해당 남편/동거남의 돌봄을 기대하기는커녕 도리어 가정에서 즉각 탈출을 시도하거나 가족성원권을 거부당했다. 이때 여성에게 의지할 원가족 자원이 있다면 부랑을 피할 수 있었겠지만, 여성의 조기 결혼/동거가 대개 원가족의 빈곤에 의해 결정된다는 사실은 젠더폭력 피해로 탈가정한 여성이 원가족의

149) 두 기사 모두 여성들이 동반하고 있었거나 출산한 아동은 여성들과 분리시켜 고아원에 전원시키거나 시설 내에서 분리 양육하고 있다고 전하고 있다. 장애를 가진 여성들에게 양육 능력이 없다고 전제하고 당사자의 의사와는 무관하게 분리조치했던 것으로 보이는데, 해당 아동들이 구체적으로 어떻게 처분되었는가는 후속 연구가 필요해 보인다.

지지체계마저 기대할 수 없는 상황에 빈번하게 놓였으리라 추정할 수 있다.

한편 이러한 가정 내 젠더폭력은 근본적으로 여성을 가부장의 피보호 대상이자 재/생산 담당자 위치로 강제하는 젠더관계와 불가분의 관계인데, 이는 가난한 계층의 여성이 직접적이고 물리적인 폭력 피해에 노출되기 이전에 아내 또는 어머니로서 가족 내 지위와 일상적 노동 자체가 질병과 장애에 취약하게 만들 수 있다는 점 또한 시사한다.

> 이제 그분도 정신장앤데, 그분은 자원봉사자분이 왔는데, 보고 "어, 저분 내가 아는 분인데? 저분이 여기 왜 왔지?" 그래서 인제 우리가 그분한테 들은 거예요. 이분[수용 장애여성]은 우리한테 절대 얘기 안 해줘요. 이분이 그 자원봉사 하는 분이 아는 분의 부인이래요. 근데 무슨 공장을 해서 집을 같이 일으켰대요. 그래서 공장을 커다랗게 해서 돈을 많이 벌었는데, (중략) 근데 이분이 정신증이 발현된 거예요. 그래서 친정에 간 거야. 이분이 결혼했지만 친정에 보내진 거죠. [연구자: 쫓겨나서?] 그쵸. 재산을 일궜는데 쫓겨난 거야. 그래서 친정엄마가 이분을 데리고 교회에 가서 부흥회 가보고 또 교회에서 운영하는 정신병원 있잖아요? 정신병원이라기보다는 사설 뭐… [연구자: 기도원?] 기도원! 기도원에 갔고 뭐 엄청 많이 가셨더라고요. 그러다가 여기를 오신 거죠 결국에는. (영보자애원 직원 김00 인터뷰 중)

영보자애원 수용 중인 한 여성의 시설 수용 경위에 관한 위 면접자료는 아내로서 가족의 지위와 역할 자체가 장애를 유발한 사례다. 해당 여성은 가족의 사업을 위해 보이지 않는 기여를 해왔고 그 과정에서 정신장애를 가지게 되었지만, 이러한 재/생산 노동을 통한 기여에도 불구하고 그 가치는 전혀 인정되지 않았을 뿐 아니라 장애로 인해 '의존적' 존재가 되자 즉각적으로 가족 내 지위를 잃고 방출되었다. 아내에게 할당되는 가족 내 재/생산 노동은 그 가치가 인정되기는 어렵지만 역설적으로 여성이 노동을 수행하지 못하게 될 시 자기 자신과 가족 모두의 생존을 크게 위협하게 되는 것이다.

영보자애원에 수용되기 전 1970년대에 결혼한 경험이 있는 면접참여자 A(1945년생) 역시 가족 내 위치와 역할로 인해 장애가 심화되고 종국에 시설로 유입된 사례다. A는 동거남과의 동거 생활에 실패한 후 결혼을 통해 정식으로 가정을 꾸렸다. 가장 노릇을 하는 남편, 시어머니, 그리고 동거남과의 사이에서 낳

은 아들과 함께 살며 A가 가정주부로 안착할 수 있을 정도로 안정된 삶이었다. 두 번째 아들도 출산했다. 그러나 결혼생활 4년쯤 만에 두 번째 남편도 사망했다. 남편이 사망하자 시어머니는 전남편과의 사이에서 낳은 아들과 A를 집에서 내쫓았다. 아내이자 어머니로서 A의 재/생산 노동을 통한 기여는 인정되지 않았고 가부장의 부재는 장애여성 A의 존재 지위를 위협했다. 남편 사망 후 쫓겨나 아들과도 강제 분리되는 과정에서 A는 청각장애에 더해 정신장애를 가지게 된다.

> 두 번째 결혼하고 둘째 아들 낳고 3~4년 있다 형부가 돌아가셨어. (중략) 피 섞인 건 지네가 맡고 [전 남편과의] 애는 데리고 가라고. 그래서 친정에 데리고 와서 살았지. 자기 아들이 죽으니까 애하고 며느리 보낸 거지. 며느리가 능력이 있어서 돈도 잘 벌었으면 데리고 있을 텐데 그것도 아니니까. 자기 아들이 벌어다 주는 걸로 살았으니까. (중략) [둘째 아들을] 그 집에서 안 주니까 그냥 온 거지(A의 유가족 인터뷰 중).

아내/어머니뿐 아니라 70년대에도 많은 나이 어린 여성들이 가족의 생계부양자로서 저임금 육체노동 내몰리는 상황이 지속되었고, 이는 이 당시 대다수 가난한 노동자들이 그러했듯 여성들을 장애에 취약하게 했다. 면접참여자 B(1963년생)가 18세부터 식모로 생계를 유지하다 조현증이 발병해 남부부녀보호소에 입소하게 된 것처럼 말이다. 1974년도에는 자살 기도로 크게 부상을 당한 식모 소녀가 남부부녀보호소에 수용된 사건이 기사화되기도 했다.[150] 여공의 경우에도 앞서 언급한 것처럼 저임금과 장시간 노동, 성폭력, 공장의 유해한 환경 등에 상시 노출되었다는 것은 그만큼 그들이 장애를 가지게 될 위험도 높았다는 것을 의미한다.

이상과 같이 남부부녀보호소에 수용된 정신적 장애를 가진 부랑여성이 갱생원의 남성들과 비교해 연령대가 낮은 이유는 다양하게 추정할 수 있다. 여성들은 남성 보다 나이 어린 저임금의 성애화된 육체노동자거나 아내 혹은 어머니라는 가족 내 위치 때문에 장애가 심화되고 동시에 가족돌봄체계에서 더 쉽게 거부되었다. 당대 사회에서 질병과 장애는 가난한 사람들에게 편재하는 것이었지만, 젠더는 그것의 원인에서부터 사회적 태도에까지 다른 효과를 가져왔다. 비/장애 여성

150) 『동아일보』, 1974.7.13. "재생의 첫 걸음마".

의 의존성은 그 여성의 노동으로 유지된 가난한 가족의 생존에 더 큰 위협으로 구성되었고, 가족은 해당 여성들을 조기에 가족 밖으로 방출함으로써 가족 위험을 관리했다.

주목할 것은 가부장적 이성애 가족제도와 젠더관계가 빈곤한 비/장애 여성을 장애에 취약하게 하고 또 부랑하게 만드는 상황이 1960년대에 이어 지속되었지만, 부녀보호소는 분화 이후에도 해당 여성들을 단순 수용하는 '창고' 기능 외의 실질적인 개입을 하지 않았다는 점이다. "요보호여자", "부랑부녀" 대상 복지시설로서 부녀보호소의 이 같은 기능적 실패는 결국 정부와 전문가들이 가진 장애와 빈곤에 대한 의료적 관점과 실제 삶의 과정에서 끊임없이 구성되고 편재하는 것으로서의 장애 사이에 놓인 간극에 기인한다고 평가할 수 있다. 이러한 제도적 부적절함 혹은 공백 상황에서 남부부녀보호소에 수용되는 젊은 연령대의 부랑 장애여성은 점차 늘어나 시설의 수용 규모를 훨씬 능가하게 되었다. 4장에서 살펴볼 것처럼 부랑 장애인 집단 내부의 남녀 간 연령 차이는 시간이 갈수록 더 커지게 되며, 1980년대에 이르러 남부부녀보호소는 수용인원의 폭발적 증가에 대응해 시설의 물리적 규모를 대형화하게 된다.

남부부녀보호소 외에도 해당 시기 정신병원과 정신요양원에 수용된 빈곤 정신장애여성의 실태도 크게 다르지 않았던 것으로 보인다. 1981년도에 수행된 의료보호 대상 정신적 장애인에 관한 실태조사(김정언 외, 1982)는 1977년 (구)의료보호법에 의해 의료보호제도가 실시된 직후 시점에서 서울 시내 의료보호 대상자 지정 정신병원(서울시립정신병원, 청량리정신병원)에서 치료받고 있는 "행려환자"를 대상으로 한 실태조사라는 점에서 당대 빈곤계층 여성들이 장애에 얼마만큼 취약했고, 또 장애를 가지게 되었을 경우 어떤 사회적 관계에 놓였는지를 파악할 수 있는 또 다른 중요한 단서를 제공한다.[151] 해당 조사에서 조사 대상이 된 입

151) 조사 대상이 된 입원환자들은 "행려 환자"로서 가족 유무가 확인되지 않아 의료보호 지정병원에 입원이 되었을 뿐 그들이 원래부터 생활보호 대상 빈곤계층이었는지 여부는 확실하지 않아 보인다. 다만 이들이 오랫동안 치료를 받지 못하고 장애가 심화된 상태에서 부랑했다는 점에서 가족 혹은 당사자가 의료접근성이 매우 낮은 계층이었을 가능성은 높다. 또 가정의 경제상황에 더해 위에서 살펴본 가족 내 여성의 지위 등으로 인해 여성의 경우 돌봄 거부나 유기로 이어졌을 가능성도 높다. 정신장애인 당사자가 직업이 없는 등 매우 빈곤한 상황에 있더라도 의료보호제도는 부양의무자 기준을 두고 있기 때문에 부양가족이 확인될 경우 의료보호 대상자로 지정될 수 없고, 이는 가족의 유기를 부추겼을 가능성도 함께 고려해야 함을 뜻한다.

원환자 총 461명 중 남성은 234명, 여성은 227명으로 남녀가 거의 동수이며, 이 중 주요 정신장애인 조현증 진단을 받은 경우는 여성이 남성보다 더 많았다. 조현증을 앓고 있는 여성의 연령대는 20~30대가 가장 많았는데, 이는 위에서 살펴본 남부부녀보호소 수용 여성과 유사하게 이들 대부분이 어린 시절에 시작한 노동이나 결혼/동거 생활 중에 장애를 가지게 되었을 거라 짐작게 한다. 보고서는 조현증 증상을 가진 정신장애 여성은 남성보다 학력이 현저히 낮고,[152] 결혼했으나 이혼이나 별거로 결혼상태가 중지된 경우가 남성보다 훨씬 많으며, 치료를 제때 받지 못해 장애가 만성화된 정도 또한 매우 높았음을 보여준다. 또한 가족에게 돌아갈 수 없어 다른 병원이나 수용시설(예를 들어 남부부녀보호소)로 의뢰되는 비율 또한 남성보다 더 높았다는 것을 분석 결과로 제시하고 있다.

정신병원 외 정신요양원에 대한 실태조사들에서도 여성들의 상황은 유사했다. 1976년 실태조사에 따르면(이근호, 1976), 여성의 결혼생활 지속률이 남성에 비해 현저히 낮아 이혼・별거한 경우가 대부분이었다. 1979년의 실태조사(아산사회복지재단, 1979)에서도 여성 정신장애인에게서 결혼 비율이 높았지만 동시에 별거, 이혼 등으로 결혼생활이 유지되지 않는 경우가 전체의 절반가량으로 상당했으며, 수용 기간에 있어서도 남성보다 장기수용되는 경향을 띠었다. 보고서는 정신장애여성이 공통적으로 처하는 가족의 부정적 태도에 유의할 것을 강조하며 다음과 같이 적고 있다.

> 시설수용 정신장애자 특히 여성정신분열증 환자의 경우 정신병이 결혼생활에 장애를 주었거나 또는 결혼생활의 부적응이 정신장애의 요인이든 간에 결혼생활의 파탄과 여성비하의 사회적 관행이 이들을 비의료 시설에 수용하도록 하는데 중요한 역할을 하였으리라고 사료된다. (중략) 여성 정신분열증 환자에 대해서는 가족이 거의 관심이 없다는 것을 알 수 있고, 남아선호사상이 시설수용

152) 70년대 초등교육은 의무교육이었지만 여전히 유료였고, 당시까지 강력했던 남아선호 사상은 가난한 가정의 여아들을 초등교육에서 배제할 확률이 높았다. 많은 여성이 초등교육을 통해 기본적인 문해능력을 획득하지 못했다는 것은 일상생활에 상당한 제약을 가하기도 하지만 가정에서 유기되거나 집을 잃었을 경우 부랑하게 될 가능성을 더 높인다. 문해능력의 부재는 대중교통을 이용하거나 집 주소를 외부인에게 알려주어 집을 찾는데 있어 매우 큰 제약이기 때문이다. 이 외에도 문해능력은 시설・병원에서의 치료・자활의 성공률과 그로 인한 탈시설 가능성에도 상당한 영향을 준다(영보자애원 직원 김00이 이 지점을 지적해 주었다).

정신장애자에 있어서도 적용되고 있음을 알 수 있다(아산사회복지재단, 1979: 481~2).

다음으로, 이 시기 남부부녀보호소를 포함한 여러 시설에 수용된 정신박약 여성의 정확한 규모를 알 수 있는 자료는 찾지 못했다.[153] 다만 표 15의 시립갱생원 수용 정신박약 성인 남성의 규모가 확연하게 줄어든 사실에서 70년대 정신박약 아동과 성인을 수용하는 시설이 확산되어 해당 시설로 그들이 대거 유입되었을 거라 추정할 수 있다. 물론 앞서 살펴본 것처럼 70년대에 정신박약아동 특수학교 시설도 증가해 가정에서 보호받을 수 있는 아동도 일정하게 증가했을 것으로 보이지만, 특수학교는 일차적으로 교육 기능을 표방했기 때문에 특수학교에의 접근성에서 장애인 간의 젠더 차이 역시 뚜렷하게 나타났다(김경자・박명호, 1970; 김정언 외, 1982; 민병근 외, 1975). 즉, 정신박약 여아는 남아보다 더욱 "집안의 수치"(김경자・박명호, 1970: 13)로 여겨져 특수학교에 보내지기보다 대부분 가정에서 사실상 방치 상태로 놓였고, 그중 일부는 유기되어 어린 시절부터 시설에 유입될 가능성이 더 높았을 것으로 보인다.

1975년 정신의료 전문가들이 실시한 전국 정신박약인에 대한 역학조사(민병근 외, 1975)[154]는 정신박약 장애여성이 어린 시절부터 가족에서 방출되거나 유기되는 경향을 확인할 수 있는 유용한 자료다. 조사 대상이 된 전국 20개 장애인 수용시설(기숙형 특수학교 포함, 부랑인시설 제외) 4,700여 명의 장애인 중 정신박약인으로 분류되는 사람은 약 1천 명이었고, 이 중 남성은 614명, 여성은 369명이었다. 조사 대상에 특수학교가 다수 포함되었다는 점은 남성 정신박약인의 규모가 여성에 비해 두 배가량 큰 요인이 된 것으로 보인다. 보고서는 1975년 당

153) 2장에서 언급한 것처럼 성인부랑인과 불구자를 수용하는 시설은 『보건사회통계연보』상 일괄 "성인불구자" 시설로 분류되었으며 이는 1970년대에도 지속된다. 4장에서 볼 것처럼 이 같은 분류체계는 1980년대부터 관련 법 제정과 함께 정비되어 부랑인 시설과 장애자 시설이 분리, 통계화되기 시작한다.

154) '정심원 사건'을 계기로 1975년 정부의 의뢰를 받아 한국 원자력연구소 방사선 생물학 연구실은 정심원과 국립 정신박약아동 수용시설인 중앙각심학원 두 시설의 수용자들을 대상으로 세포유전학 조사를 한 바 있다. 그러나 정신의학 전문가들은 해당 조사 결과에 반박하고 자체적으로 연구를 실시해 정신박약의 유전 여부에 관한 "고도의 정확성"을 기하고 "합리적인 의료정책 수립"에 도움을 준다는 취지로 전국 규모의 정신박약인 시설 실태조사를 벌였다. 본 조사는 정신박약인 수용시설뿐 아니라 정신요양원, 기숙형 특수학교, 정신병원 등지에 수용된 정신박약인에 대한 전수조사였다.

시 시설에 수용된 정신박약인의 평균 연령이 남성 11.8세, 여성 14.1세로 남녀 모두 매우 어린 나이 때부터 시설에 수용되었고, 또 약 40%는 저소득층 및 구호 대상(고아 포함)으로 빈곤층 가정이나 가족이 없는 정신박약 아동이 상당했음을 보여준다. 보고서는 이렇게 어린 시절에 시설로 보내진 정신박약아동의 절반가량이 1년 이상 장기 수용되고 있지만, 특히 여성의 경우 장기수용 경향이 두드러진다고 지적해 사실상 가족에게 유기된 상황임을 있음을 알 수 있다. 시설에 장기수용되고 있는 해당 장애여아들의 구체적 가족 상황에 대해 따로 언급하고 있지는 않지만, 저소득층의 가족들에게서 "환자에 대하여 절망적인 태도"(민병근 외, 위의 자료: 84)가 많다고 작성한 부분은 남아선호사상과 빈곤이 결합해 정신박약여아들의 유기를 부추기고 있음을 시사한다.

위 보고서는 1975년 당시 수용 정신박약 여성의 강제불임수술을 명령해줄 것을 보건사회부에 요청해 논란을 산 정심원에서 수행한 별도의 실태조사 결과를 싣고 있다. 조사 대상이 된 정심원 수용자 총 12명 중 여성은 7명이고, 그들의 평균 연령은 13.3세로 전체적인 시설수용 정신박약인의 평균 연령과 비슷한 어린 나이였다. 어린 나이임에도 그들 대부분이 이미 장기수용 중인데, 이유는 가족에게 버려진 고아가 많기 때문이었다(민병근 외, 1975: 83-84). 정신박약 아동 중에서도 여아의 경우 가난한 가정에서 방임되거나 버려질 확률이 높아 이처럼 어린 시절부터 수용시설에 배치되었고, 이는 시설 격리에 더해 강제불임시술이라는 상당한 인권침해로 이어졌다. 앞에서 언급한 것처럼 정심원 사건이 사회적으로 강력한 찬반 논쟁으로 이어지면서 정부는 불임수술 명령을 내리지 않았지만, 정부의 허가 없이 수용된 정신박약여아에게 자체적인 불임수술 시행한 사실이 오랜 시간이 흐른 뒤에 드러났다.

지금까지 살펴본 것처럼 당대 의료・노동・교육복지의 부재와 사회재생산의 가족화는 가족 내 재/생산의 책임을 인수한 가난한 여성을 장애에 더 쉽게 노출되거나 장애가 심화되는 상황에 놓이게 했고 가족돌봄 체계에서도 더 쉽게 이탈하게 했다. 이처럼 젠더, 계급, 장애의 동시 작동으로 상대적으로 낮은 연령대에 부랑을 시작하게 된 여성 중 시설에 유입된 여성은 결과적으로 더 오랜 시간 사회와 격리되고, 많은 경우 그들의 생물학적 재생산 기능까지 제거되는 피해에 노출되어야 했다.

(4) 소결

1960년대에 이어 1970년대에 정신적 장애여성의 시설화가 지속되고 추동될 수 있었던 요인을 규명한 3장의 주요 내용은 다음과 같다.

1968년 부녀보호소는 기존의 요보호여자 수용기능을 유지하면서 정신적 장애여성을 선별적으로 수용하는 체계로 분화하였다. 이러한 수용 공간의 확장 및 수용 대상 선별 이후, 치안과 안보를 빌미로 한층 강화된 1970년대의 부랑인 단속 행정으로 부녀보호소 및 분화된 시설에 수용된 비/장애여성의 규모는 지속적으로 늘어난다. 시설은 대상 분화와 함께 기능의 세분화를 표방하였지만, 단속으로 대규모로 유입되는 여성들을 강압적으로 관리 및 단순 감금하는 방식의 운영이 1960년대에 이어 그대로 유지된다.

첫째, 1970년대 정신적 장애여성의 시설화를 추동한 근본적 요인은 이 시기 지속된 사회재생산의 가족화와 젠더화였다. 공적 복지제도의 부재가 지속되는 상황에서 가난한 계층의 비/장애 여성은 이 시기에도 이른 나이에 가정에서 방출되어 노동이나 결혼 등 재/생산 활동에 배치되어야 했고, 식모, 여공, 성판매 등에 종사하는 노동자이자 많은 경우 가정의 아내, 어머니 역할도 했던 다수의 비/장애 여성은 삶의 재/생산을 위한 노동과 젠더폭력 등으로 인해 장애가 구성되거나 더 심화되었다. 당대 사회에서 장애와 질병은 모든 빈곤 노동자에게 매우 일상적인 것이자 자연스럽게 가족 스스로 감당해야 할 것이 되었지만, 젠더와 계급의 교차작동은 장애의 의미와 존재방식을 다르게 규정했다. 즉, 가난한 가족 내에서 여성의 의존적 몸은 가족의 사회재생산 위험을 증폭시키는 것이 되어 많은 경우 가족 성원권과 돌봄체계에서 즉각 탈락되거나 방임되어 부랑으로 이어졌다.

둘째, 가난한 노동자들에게 장애는 이처럼 삶의 재/생산 과정과 나란한, '정상적'인 삶의 일부분이 되었지만 1970년대 다양한 의료복지 분야 전문가들은 정신적 장애를 유전적・의료적 개념으로 더욱 강력하게 구성하고 정신적 장애인을 위한 별도의 시설수용을 확산시키고 이를 치료・돌봄・복지로서 정당화했다. 이러한 전문가들의 담론적 실천은 정부의 인구통치 전략 및 외원의 지원으로 전후 확산된 민간 시설수용의 이해와 맞아떨어지게 되어, 정신장애인과 정신박약 장애인을 구분한 시설이 이 시기에 확산된다. 해당 시설들은 전문적 치료와 복지를 표방

하였지만, 많은 경우 정부의 재정지원과 관리감독의 부재 속에서 그 외연적 목표와 상이하게 운영되었다. 장애인의 치료 및 교육훈련이라는 외연적 기능과 달리 가난한 가족경제의 돌봄체계에서 방임된 부랑상태의 비/장애인들을 무작위로 수용하는 '창고'에 그쳤던 것이다.

이렇듯 1970년대에는 모자보건법으로 상징되는 정신적 장애인에 대한 우생학적 통제와 그들을 전문적으로 격리수용 할 시설이 분화·확산되었지만, 한편으로는 사회 일각의 담론적 실천과 무관하게 의료복지제도의 부재 상황에서 대규모로 장애화되는 인구가 사회적 삶 안에서 혼재되어 존재하는 것이 일반적이기도 했다. 따라서 가난한 인구군에서 사회적 관계의 체현으로서의 비/장애 몸이 어디에 배치되는가 하는 문제는 가족의 경제상황 및 돌봄 가능성에 의해 결정되었으며, 계급, 장애와 언제나 동시에 작동한 젠더는 결과적으로 비/장애 여성의 시설화를 더욱 추동했다.

4. 복지시설로의 전환과 민간위탁:
장애인 인권보장과 통치비용 최소화의 결합(1980-1994)

1970년대 정신적 장애여성을 선별 수용하는 체계로 분화하며 강압적 감금 기능을 유지해온 부녀보호소는 1980년대에 큰 변화를 겪게 된다. 80년대에는 국제적으로 장애인 등 소수자 인권보장레짐이 부상하며, 이에 대응해 신군부 정권은 소수자에 대한 복지체계 제도화의 일환으로 기존의 시설들을 일제히 복지시설로 전환시켰다. 이 과정에서 남부부녀보호소가 민간위탁・이전하며 대형 복지시설인 서울시립영보자애원으로 전환되며, 서울시립영보자애원은 1980년대와 민주화를 거치며 정신적 장애를 가진 부랑부녀 수용자의 수가 윤락여성 수용자 수를 크게 압도하게 되었다. 이와 달리 민간위탁 이후 윤락여성 수용 기능을 유지하던 시립여자기술원은 수용자 수가 지속적으로 줄어들다가 민주화 이후 최종 폐쇄 결정된다. 이하에서는 정신적 장애여성의 시설화가 1980년대와 민주화를 거치며 오늘날과 같이 복지제도로서 체계화되고 더욱 공고해진 과정과 그 원인을 살펴본다.

(1) 자선적 종교 기반 복지의 중첩

1980년 집권한 신군사정부는 사회복지 관련 제도와 행정이 오늘날과 같은 모습으로 자리 잡게 되는 중요한 변화를 추진했다. 변화의 주요 내용은 그동안 (구)생활보호법상 일제히 '노동 불능' 요보호자로 범주화되었던 노인, 장애인, 아동 등에 관한 별도의 복지 입법을 단행하여 복지 대상과 전달체계 등을 체계화하려 한 것이다. 1981년 (구)심신장애자(心身障碍者)복지법과 노인복지법 정부 발의안이 동시에 국회를 통과하고,[155] (구)아동복리법이 아동복지법으로 전면 개정되었다. 아동, 노인, 장애인에 관한 개별적인 복지입법에 따라 그동안 보건사회부 행정상 "성인불구시설"로 함께 분류되었던 시설들은 새로 제정된 법률에 근거해 심신장애자시설, 양노시설, 아동시설, 부랑인시설 등과 같이 행정적으로 분화된다.

155) 1981.5.19. 제11대 국회 제7차 국회본회의 회의록.

이와 같은 체계화 작업에 따라 설립 초기부터 일괄 “부녀보호지도소”로 분류되어 온 남부부녀보호소와 동부여자기술원은 각각 사회복지사업법에 근거한 “부랑인 복지시설”과 윤방법에 근거한 “부녀직업보도소”[156]로 약 20년 만에 전환된다(보건사회부, 1986; 서울특별시, 1985).

그런데 위와 같은 행정 범주의 세분화 및 근거 법률 입법 등의 작업은 실상 시설의 기존 형태와 집행 방식을 사후적으로 정비한 것에 가까웠고, 이 시기의 더욱 획기적인 변화는 1960년대 이후 정부 주도로 설립된 국공립 부랑인 시설체계에 민간위탁 제도를 도입하고 종교적 인본주의에 입각한 복지를 중첩(layering)시키며 시설의 성격을 전환(conversion)(Mahoney & Thelen, 2010)한 것이다. 새 정부는 국공립 시설에 대한 기존의 직접 운영 방식이 단순 감금 기능 외의 실질적인 기능을 하지 못하였다고 평가하고 “종교단체, 독지가 등 민간에 위탁 경영”하게 함으로써 “운영의 효율화를 도모”(국무총리 국무조정실, 2003: 86-7)하는 방식으로 운영난을 타개하기로 한다. 이러한 정부의 방향에 따라 1960년대부터 아동・성인남성・부녀 범주를 수용한 전국 최대 규모의 부랑인시설을 직접 설립, 운영해온 서울시 역시 시립갱생원, 시립아동보호소,[157] 시립부녀보호소(남부부녀보호소, 동부여자기술원)를 이 시기에 일제히 민간에 위탁한다.

1) 종교 사회복지주체의 운영위탁

이 시기 부녀보호소를 비롯한 부랑인 시설의 민간위탁이 추진된 근거는 ‘구걸행위자 보호대책’이었다. 전두환 대통령은 집권 초기, 길거리의 부랑인 모습이 담긴 사진이 국제회의에서 공개된 일이 있었는데, 이 사건이 상부에 보고되자 거리의 부랑인, 걸인 단속을 시행하라는 총리지휘서신이 1981년 하달된다. 해당 명령에 따라 부랑인 일제 단속이 실시되었고, 국무총리조정실은 내무부, 보건사회부와 공동으로 단속 결과를 분석하고 이에 대한 장기대응책을 담은 ‘구걸행위자 보호

156) 1985년 현재 서울시의 부녀직업보도시설은 동부여자기술원(유일한 서울시 공립시설), 자매복지회관, 애란원, 은성직업기술원, 구세군여자관, 한국여성의집, 이렇게 총 6개소다(서울특별시, 1985).

157) 시립아동보호소는 이보다 좀 더 이른 시점인 1975년, 서울시립 사업소 최초로 재단법인 마리아수녀회와 위탁체결 되었다(김재형 외, 2021; 변희남, 1989).

대책'(이하 '보호대책')을 제출해 대통령의 승인을 받는다. 이후 전두환 정권의 부랑인 관련 정책은 동 대책에 의거하여 집행되었다(곽병은 외, 2004; 김재형 외, 2021).

보호대책은 구걸행위자를 수용할 수용시설의 확충 및 구체적 운영계획을 담고 있는데, 수용시설이 부족하여 단속된 부랑인을 장기 수용하기 곤란하다는 점이 보호대책의 주요 결과였다. 이에 따라 부랑인 등에 대한 수용시설을 확충하되 그 주체가 민간이 되어야 한다는 것이 보호대책의 주요 골자였다. 동 대책에 따라 1960년대부터 시도에서 직접 운영했던 시설을 민간에 위탁하는 한편 기존의 사회복지사업법상 복지사업을 수행하던 사회복지법인들이 부랑인 수용사업을 위탁받아 실시하도록 했다. 또 동 대책은 (구)심신장애자복지법 제정과 맞물려 길거리의 구걸행위자를 수용할 시설 중 심신장애자를 위한 시설을 확충할 것, 도시에서 멀리 떨어진 농촌지역에 심신장애자 시설을 설치할 것 등의 내용을 담고 있다(국무총리 국무조정실, 2003).

그런데 1980년대 정부가 주도한 국공립 부랑인시설의 민간위탁과 시외 이전을 통한 확장 기획은 기실 국공립 시설들이 자체적으로 떠안고 있던 다양한 문제를 해결하기 위한 방편이기도 했다. 남부부녀보호소의 경우 지속적으로 늘어나는 수용자에 비해 시설 공간이 매우 협소하고 노후했고, 폐결핵 환자 및 정신장애인 등 장기수용・입원이 필요한 수용자에 대한 "격리 수용" 공간이 협소한 문제가 있었다. 또한 서울시의 관리 인력의 부족 등을 포함한 다양한 운영상의 문제에도 직면해 있었다. 특히 과밀수용은 매우 심각한 상황이었는데, 정원 300명 수용 능력의 건물에 1,047명이 수용되어 있어 1인에게 배정된 숙소 공간은 0.45평에 불과했다.[158] 이에 대한 해법으로 서울시는 남부부녀보호소를 민간에 위탁함과 동시에 동 시설을 농촌지역으로 이전할 계획을 추진한다. 특히 공간의 이전 추진은 "대도시 소재 불우시설을 시계외로 이전토록 하라는 대통령 각하의 분부"가 내려졌기 때문이기도 했지만[159] 남부부녀보호소 인근 주민들이 시설을 이전하라는 민원을

158) 서울특별시(1983), 「시립남부부녀보호지도소 이전계획 세부추진」; 서울특별시(1985), 「남부부녀보호지도소 이전추진 현황」(서울기록원).

159) 농림부 농업정책실 농지관리과(1983), 「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」(국가기록원 BA0000969); 서울특별시(1983), 「시립남부부녀보호지도소 이전계획 세부추진」(서울기록원).

강력히 제기했던 상황에서 비롯되기도 했다. 1983년 당시 집권당이던 민주정의당 동작지구당은 부녀보호소 이전을 공약으로 채택해 중앙당에 건의하는데, 건의 이유는 수용된 "간질병, 폐결핵, 신체불구, 정신박약자, 정신이상자 등 1,000여 명"의 여성이 "고성, 방가는 물론 반나체 또는 전나로 건물 옥상에 올라가 춤을 추고 욕을 하는 추태로 아동 교육과 정서 생활에 많은 저해요인으로 작용돼 부녀보호소 이전을 주민들이 강력히 요구하여 왔"기 때문이었다.[160] 복지시설에 대한 지역사회의 님비(NIMBY) 현상이 80년대 초에 나타난 것이며, 이는 결국 장애가 있는 부랑부녀를 대거 수용한 시설의 시외 이전으로 일단락되었다.

1983년 4월 서울시장은 남부부녀보호소의 지방 이전을 최종 결정했다. 하지만 부랑인 단속 행정의 요충지인 서울 시내 유일의 공립 여성 수용시설을 아예 폐쇄하기는 어려웠다. 이에 대방동의 기존 시설을 소규모의 부랑부녀 일시보호를 위한 시설로 남겨두고 시설명은 '대방부녀보호소'로 변경하기로 결정한다. 더불어 해당 부지에 부랑아동 일시보호시설인 시립아동상담소[161]를 이전시켜 대방부녀보호소와의 공간적 통합을 추진했다. 이러한 결정은 자연히 거센 반발에 부딪혔고, 주민들은 시설이 폐쇄되지 않을 뿐 아니라 "불량아동" 관리까지 추가로 맡기로 한 것에 대해 "서울시가 끝까지 강행하는 경우 실력행사로 대치하겠다"며 강경한 입장을 표명했다.[162] 그러나 대방부녀보호소와 시립아동상담소 이전 통합은 서울시의 계획대로 추진된다.

시설의 시외 이전 또한 국가 예산이 아닌 민간 자원을 통해 실행되었다. 서울시는 시설 이전 결정을 한 직후인 1983년 5월, 경기도 용인군 소재 9,500평 규모의 부지 소유자인 천주교 수원교구유지재단 이경재 신부에게 이전 부지 매입 확보 요청 공문을 보낸다.[163] 곧이어 6월에는 천주교 수원교구 유지재단에게 매입 확보 부지를 서울시에 기부채납 해줄 것을 요청한다. 이전 부지를 민간 종교재단의 기부채납으로 확보하고, 대신 시설 운영에 대한 권한을 해당 종교재단에 위탁하는 방식으로 남부부녀보호소의 이전 계획은 최종 성사된다.[164] 서울시는 이

160) 서울특별시(1983), 「당정 협조사항 처리」(서울기록원).

161) 2장에서 살펴본 바와 같이 시립아동상담소는 부랑아, 미아, 기아 등에게 상담 및 일시보호를 제공하기 위해 1965년 서울시 공립으로 설립된 시설이다.

162) 서울특별시(1983), 「당정 협조사항 처리」(서울기록원).

163) 서울특별시(1983), 「시립남부부녀보호지도소 이전계획 세부추진」(서울기록원)

와 동일한 방식으로 대형 종교재단으로부터 건물이나 토지를 기부채납 받고, 부랑아시설인 시립아동보호소, 성인남성부랑인 시설인 시립갱생원 역시 위탁 처리했다(김재형 외, 2021).

남부부녀보호소 이전 부지를 기부채납 한 이경재 신부와 천주교 수원교구 유지재단의 복지사업 이력은 서울시가 남부부녀보호소를 위탁 결정하는 데 매우 결정적 영향을 미쳤기에 구체적으로 살펴볼 필요가 있다. 이경재 신부는 당시 한국천주교 수원교구 유지재단이 소유한 한센인 정착촌[165] '성라자로마을' 원장신부로 부임하고 있었다. 미국 국적의 신부 캐롤 몬시뇰은 가톨릭구제회(National Catholic Welfare Conference)와 미국 종교단체구제사업협회 한국 책임자로 한국전쟁 후 빈민구호 활동 등을 벌이다가 1951년 현 의왕시에 토지를 매입하여 한국 천주교회 최초 나요양기관인 성라자로마을(창립 당시에는 '성나자로요양원')을 창설했다(성라자로마을, 2000). 성라자로마을은 초창기에는 주로 외원에 의해 운영되다가 1961년 한국 정부가 나환자 자활정착마을 설립 사업을 추진하기 시작하면서부터는 운영비 등을 국가로부터 일정 정도 보조받기 시작한다. 이경재 신부는 1970년부터 1998년까지 성라자로마을 원장으로 부임하면서 다양한 민간 자원을 동원해 성라자로마을의 엄청난 확장에 기여한 인물이다. 1974년도에는 '미감아'[166]의 미국 입양을 추진하기도 했는데, 이는 1976년 미국에서 한국 미감아 입양을 위한 법안의 통과[167]로 이어져 이 해에만 총 10명의 미감아의 입양이

164) 농림부 농업정책실 농지관리과(1983), 「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」(국가기록원 BA0000969).

165) 한센병이 전염된다는 잘못된 통념에 근거해 의료시설이나 지역 공간 안에 분리・격리하는 관행은 한국의 경우 일제강점기 시기 조선총독부의 식민 통치 정책이었으며(대표적으로 '소록도'), 해방 후에도 미국 정부와 민간 종교단체들이 "정착촌" 형태의 한센인 '치료・재활'사업을 전폭적으로 지원했다. 그렇게 해서 1951년 탄생한 것이 성라자로마을이다. 냉전 지형에서 서구 국가들의 한센인에 대한 지원은 "과학적・치유적・인도주의적 힘"을 보여줌으로써 미국적・기독교적 헤게모니를 정당화한 수단이 되었다는 평가가 있다(김은정, 2022: 292). 선행연구들은 박정희 정권의 경우 '복지'와 '(생명)안보'를 결합해 한센인에 대한 영토화된 격리 정책을 지속적으로 전개했다고 지적한다(김재형, 2021; 한순미, 2020).

166) "미감아"(未感兒) 즉, "아직 전염되지 않은 아이"라는 용어는, 한센병에 대한 뿌리 깊은 편견이 그들의 자녀에게까지 이어짐을 보여주는 꼬리표다. 미감아들은 병에 걸리지 않았어도 그들 몸에 병이 잠복해 있을 것이라 의심받았고, 질병을 통제하기 위한다는 명목으로 태어나자마자 격리된 시설로 보내 부모와 강제 분리시키는 관행이 오랫동안 이어졌다(김은정, 2022: 277).

167) 당시 미국의 입양법상 입양이 가능하려면 다음과 같은 요건을 충족해야 했다. 첫째, 친부모

성사된 바 있다.[168]

부족한 정부 지원에도 외원과 민간자원을 동원해 성라자로마을을 대규모 복지사업으로 키운 이경재 신부의 이력은 서울시가 위에서 언급한 남부부녀보호소의 관리운영상의 어려움을 타개할 해법으로 그를 수탁주체로 결정하는데 주요 배경이 되었다. 실제 민간위탁 운영 후 남부부녀보호소는 성라자로마을처럼 대규모 시설로 확장되어 정부의 강력한 일제단속으로 인해 대규모로 유입되는 부랑여성을 수용해 정부의 통치기조를 뒷받침하게 된다. 이경재 신부 명의의 부지를 서울시에 기부채납 해 넘겨받은 시설의 운영은 같은 수원교구 소속 수도회이자 1976년부터 성라자로마을에 사도직으로 진출해 있던 성모영보수녀회가 맡기로 하고 시설명을 서울시립영보자애원으로 변경한다.[169] 영보자애원의 시설 위탁운영이 개시되고 난 직후 직원들의 인건비와 각종 운영경비가 정부 보조금으로 지급되기 시작했다.[170]

다른 한편, 같은 시기 부녀직업보도시설로 체계화된 동부여자기술원 역시 유사한 방식으로 민간 종교 복지사업 주체에 의해 위탁 운영되었다. 동부여자기술원 민간위탁 작업은 1984년 추진되었다. 이전 추진 당시 동부여자기술원에는 1천여 명의 부랑부녀를 수용하며 심각한 과밀화 문제를 안고 있던 남부부녀보호소와는

가 모두 사망했거나 한 사람만 생존해 있어야 한다, 둘째, 아이의 연령이 14세 미만이어야 하고 보호자의 동의가 있어야 한다. 이경재 신부의 미감아 입양 추진은 이 법에 저촉되는 것이었다(성라자로마을, 2000: 221). 이는 친부모 모두 생존해 있거나 입양에 동의하지 않는 상황에서도 우생학 논리에 기반해 나환자 자녀들의 해외 입양을 정당화하고 강제적으로 추진했던 정황을 짐작게 한다.

168) 『동아일보』, 1974.3.21. “냉대의 그늘 벗어나 미국 입양길에”, 『경향신문』, 1976.9.25. “성라자로마을에 3중의 경사: 나병연구원 준공, 이 신부에 소파상, 미감아 첫 미(美) 입양”. 이와 같은 이경재 신부의 행보는 해방 후 한국 가톨릭교회 사회사업의 특징으로 볼 수 있는데, 즉 본당 중심으로 지역사회에서 복지를 실천하는 것이 아니라 사회복지에 전문화된 수도회나 사도직 단체들이 사회복지 시설을 운영하는 시설 형태 복지를 넓혀나간 것이다(심흥보, 2001). 특히 이경재 신부의 나환자 복지사업이 박정희 체제를 거치며 거대한 성공을 거둘 수 있었던 것은 “정착촌”으로 대표되는 영토화된 격리와 “미감아”의 해외 입양 추진 등, 당대 정부의 사회정화 기조 및 우생학 정책과 맞닿았기 때문으로 보인다.

169) 천주교성모영보수녀회(1983), 「남부부녀보호지도소 건립에 따른 보조신청」(서울기록원, 원자료의 주요 내용만 발췌).

170) 천주교 성모영보수녀회(1985), 「부녀보호지도소 관리운영예산 신청」; 서울특별시(1985), 「서울자애원(부녀보호지도소) 85’ 운영비 확보」; 재단법인 천주교수원교구유지재단(1985), 「보조금 교부 신청」; 서울특별시(1985), 「부녀보호지도소 운영위탁 및 약정체결」(이상 서울기록원 자료).

달리 200여 명 남짓만 수용되어 있었다. 기술원의 민간 위탁 주체는 이미 1982년도부터 경기여자기술학원의 위탁운영을 맡은 바 있는 대한예수교장로회총회의 유호준 목사로 선정되었다. 당시 경기도지사를 지낸 염보현[171]은 경기도 직영 공립 부녀직업보도시설인 경기여자기술학원의 민간 위탁 주체로 유호준 목사를 지정했다.[172] 염보현은 1983년 서울시장으로 부임해 서울시 직영 부녀직업보도시설인 동부여자기술원에 대한 민간 위탁 추진과정에서 경기여자기술학원 운영을 수탁한 이력이 있는 유호준을 위탁 주체로 선정한 것이다.

1984년 서울시가 기술원의 위탁 결정을 할 당시 유호준 목사는 아동시설인 성로원[173]의 대표이사직을 맡고 있었고, 따라서 기술원 수탁 주체 법인은 사회복지법인 성로원으로 지정된다. 서울시는 "사회에서 소외되고 있는 윤락여성을 보다 효과적이고 적극적인 기술 교육과 정신 계도를 통하여 건전한 사회인으로 갱생시켜 자립정착할 수 있도록 선도하기 위해" 민간 위탁을 추진한다고 밝혔다.[174] 그러나 남부부녀보호소의 경우와 마찬가지로 동부여자기술원 역시 운영 자체에서 상당한 문제들을 안고 있었다. 서울시가 민영화의 필요성으로 지적하고 있는 동부여자기술원의 주요한 문제는 윤락여성이 수용 이후에도 반복적으로 윤락으로 유입되는 "악순환"이 반복되고 전문적인 수용생 관리 기술이 부족하다는 점 등이었다.[175] 서울시는 "사회봉사심이 강한 민간단체로 하여금" 시설을 운영하도록 한 후 운영비 전액을 보조하기로 결정하고,[176] 1985년 민간위탁과 동시에 기술원의 명칭을 시립여자기술원으로 변경한다.[177]

---

171) 1980년 치안본부 본부장을 지낸 후 1980~83년 경기도지사, 1983~87년 서울시장으로 재직하였다.

172) 경기도는 염보현 도지사 재직 시기 부녀직업보도소 경기여자기술학원과 부랑아시설 선감학원의 민간위탁 계획을 동시에 추진하였다. 경기도 부녀복지과(1982), 「도사업소(선감학원, 경기여자기술학원) 위탁운영에 따른 조정위원회의 개최」(국가기록원 BA0003660).

173) 성로원은 1950년대 보건사회부로부터 모자원 인가를 받아 '성로 모자원'으로 운영되다가 1962년 영아보육 및 입양시설인 '성로원 아기집'으로 전환된 시설이었다. 1977년 현재까지 250여 명 아동의 국내외 입양을 추진했다(한국사회복지협의회, 1977).

174) 서울특별시(1984), 「시립동부여자기술원 민간위탁 계획」(서울기록원).

175) 서울특별시(1984), 「시립동부여자기술원 민간위탁 계획」(서울기록원).

176) 서울특별시(1984), 위의 자료.

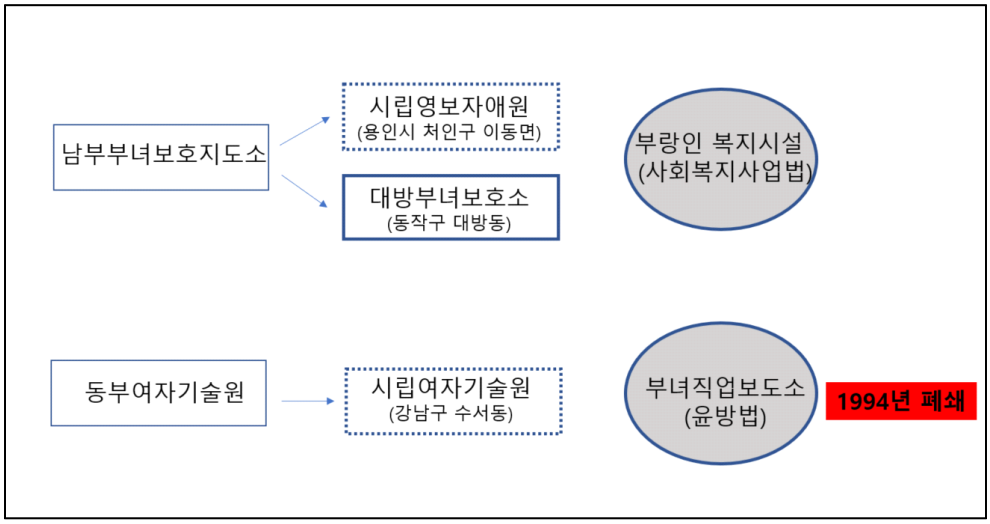
177) 1986년 기술원의 운영권은 성로원에서 같은 해 별도로 설립해 보건사회부 인가를 받은 사회복지법인 상희원으로 넘어간다. 성로원이 영아보육과 입양사업 등을 주로 맡고 있어 부녀보호사업과 이질성이 커 별도 법인 구성이 필요하다는 판단 때문이었다. 사회복지법인 상희

경기여자기술학원과 시립여자기술원의 위탁을 모두 맡게 된 대한예수교장로회 총회(이하 예장총회) 역시 천주교와 마찬가지로 전후 시기부터 1970년대를 거치며 크게 성장할 수 있었는데, 이는 한국전쟁기 기독교 기반 외원단체의 활동과 한국 기독교와의 관계에 의한 것이다(한국사회복지협의회, 1977; 곽효선, 1988). 특히 예장총회의 대표적 인물인 한경직 목사는 전쟁고아 입양사업을 주도한 바 있으며, 1970년대에는 한국기독교교회협의회(대한예수교장로회가 주도)가 주축이 되어 한국 정부 및 미국 기독교 단체의 지원을 받아 '승공' 관념에 의거해 가족계획사업에 적극 동참하기도 했다(윤정란, 2015). 이러한 종교단체의 종교와 정치가 혼합된 특성은 이후 살펴볼 것처럼 기술원에 수용된 윤락여성에 대한 구태의연한 통제적 관리로 드러난다. 예장총회 자선사업재단은 전쟁 시기부터 미국원조단체들과의 밀접한 관계 속에서 미국의 원조를 한국 내 자선사업과 연결해주는 일을 하던 위원회가 차차 규모가 커져 설립된 것이다. 본 재단은 유호준 목사가 1985년까지 이사, 이사장 등의 요직을 거치는 동안 경기여자기술학원(경기도 위탁), 유아원(노원구 위탁) 등 국공립 시설뿐 아니라 민간 요보호여성 시설 은혜원[178]의 운영 등을 맡으며 규모가 크게 확장된다(유호준목사 팔순 기념 문집 출판위원회, 1993). 서울시와 경기도 내 공립 부녀직업보도소가 모두 유호준 목사에게 위탁된 것은 정부와 긴밀한 관계를 맺으며 세력을 확장한 기독교교회의 위치를 드러낸다.

원은 '부녀복지사업 운영지원'을 법인 설립 목적으로 내세우고 있어, 기술원 위탁운영을 위해 급히 구성된 법인임을 짐작할 수 있다. 게다가 유호준 목사가 성로원 이사장직을 사임하고 상희원 이사장으로 취임해, 결과적으로 법인 이름만 바뀌었을 뿐 기술원 운영주체는 종전과 변함이 없다고 볼 수 있다. 서울성로원(1986), 「서울여자기술원 운영 약정 반환의 건」; 서울특별시(1986), 「사회복지법인 상희원 설립인가」(이상 서울기록원).

178) 앞서 2장에서 언급한 바 있는 민간 운영 부녀보호소 은혜원은 미국인 기독교계 선교사가 1960년에 설립해 윤락여성, 가출소녀를 주 수용대상으로 했다. 한국에서 외원단체가 철수하면서 1977년부터 시설은 예장총회 자선사업재단에 귀속되었고, 현재는 애란원이라는 이름의 비혼모 복지시설로 운영되고 있다(한국장로교복지재단 애란원, 2010).

그림 13. 1980년대 부녀보호소 변화



주: 점선 표시는 민간위탁 기관

2) 시설의 대규모화와 기능화

서울시립영보자애원(이하 영보자애원)이 1985년 운영을 개시하면서 남부부녀보호소에 수용되어 있던 1천여 명의 여성 중 800여 명이 용인으로 한꺼번에 이전 조치된다. 아래 표는 남부부녀보호소에 수용되어 있던 여성 중 용인으로 이동한 여성 현황으로, 남부부녀보호소가 1970년대 분화된 이후 사실상 정신적 장애여성(전체의 약 70%)을 수용하는 시설로 자리 잡아 왔음을 알 수 있다.

표 16. 1985년 남부부녀보호소 수용자 현황

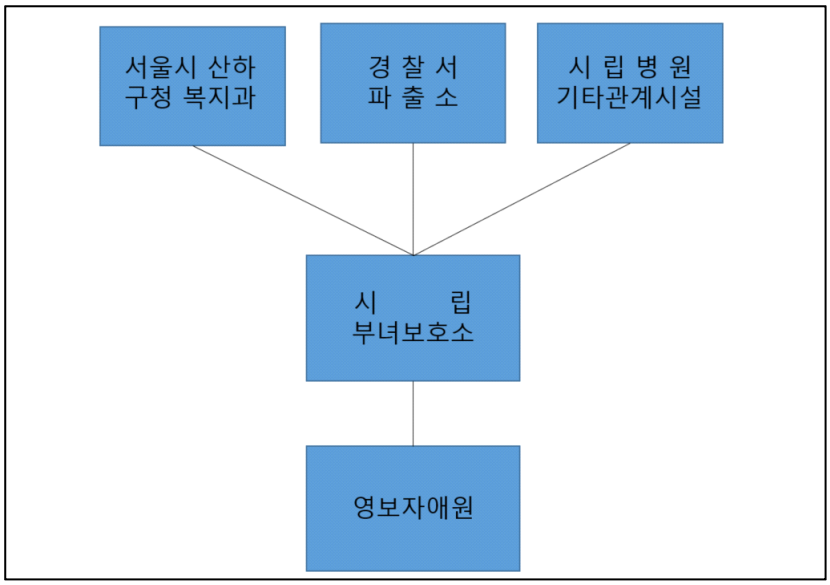
구분	계	정신장애			신체장애			폐결핵	간질	성병	피부병
		정신이상	정신박약	노망	지체불구	벙어리	맹인				
인원(명)	800	441	61	24	58	28	11	67	48	53	9
비율(%)	100	55	8	3	7	4	1	8	6	7	1

출처: 시립남부부녀보호지도소(1985), 「용인 영보자애원 수용대상자 보고」.
주: 80년대부터 정신적 장애의 표기가 정신장애(“정신이상”)와 “정신박약”으로 구분되기 시작함.

서울시는 용인에 영보자애원 설립 후 부랑부녀의 수용보호체계를 이원화해서,

서울시 소재 대방부녀보호소를 단기보호시설로, 인계할 가족이 없거나 반복해서 재입소 되는 등 “집안에서 사실상 버림받은” 장기수용자들을 영보자애원으로 전원시켰다.[179] 서울시와 경찰 등 당국에 의한 단속 및 인계조치 외에도 70년대와 마찬가지로 시립병원 등 “치료기관에서 장기간 수용된 만성질환 부녀자 중 무의탁자”가 장기보호되었다.[180] 부녀보호소는 설립 초기부터 부랑하는 장애여성을 수용해 왔지만, 80년대 대방부녀보호소-영보자애원의 이중 체계의 확립은 영보자애원의 대상 특성을 ‘장애여성’이자 ‘부랑여성’이라는 교차적 주체로 확고하게 확립한 것이었다.

그림 14. 영보자애원 입소 경로



출처: 서울시립영보자애원 보관 자료(구 리플릿).

이렇게 “무의무탁한 심신장애를 갖고 있는 부랑부녀자”[181]를 수용대상으로 한 영보자애원은 부녀보호소의 역대 수용자 규모 최대치를 경신한다. 아래 『보건사

179) 서울특별시(1994), 「윤락여성 선도대책위원회 회의」(서울기록원). 또한 다음의 기사 참조. 『동아일보』, 1991.4.24. “서울시 부녀보호소 김정선 상담원”.

180) 서울시립영보자애원 보관 자료(구 리플릿).

181) 서울특별시(1985), 「부녀보호지도소 운영위탁 및 약정」(서울기록원).

회통계연보』의 서울지역 부랑인시설 현황 통계수치에서 서울지역 부랑인시설 2개소는 남성 부랑인시설 시립갱생원과 부녀보호소 각각 1개소뿐 이므로, 표의 “여성” 수치는 대방부녀보호소와 영보자애원의 수용자를 합한 것이다. 영보자애원 수용자 수는 1980년대 내내 1,000명대를 상회했다. 당시 전국 부랑인시설 수용자 중 여성을 모두 합한 수가 약 3,000명대로 일정하게 유지되고 있는 상황에서, 이러한 여성 수용 규모는 단일 시설로서는 압도적인 규모였다.

표 17. 1980년대 부랑인시설 수용현황 중 서울지역 현황

연도	남성	여성	정상인	정신 질환	지체 장애	시각 장애	언어/ 청각	정신 박약	기타
1984	1,677	907	204	1,111	202	19	84	365	599
1985	1,910	1,063	238	1,319	363	25	163	352	513
1986	1,998	1,247	212	1,504	435	19	135	412	528
1987	1,686	1,162	67	1,523	299	20	151	302	486
1988	1,826	1,175	66	1,831	312	20	161	309	302
1989	1,808	1,194	57	1,558	163	21	122	331	750
1990	2,049	1,236	91	2,088	138	21	180	363	404
1991	1,986	1,221	54	1,597	186	18	138	340	874

출처: 보건사회부(각 연도), 『보건사회통계연보』.

그렇다면 규모의 대형화와 함께 위탁운영 체제로의 전환을 통해 기존의 서울시 직영 방식과 운영 측면에서 크게 달라진 점은 무엇인가. 그리고 서울시가 위탁의 명분으로 내세운 “운영의 효율화”란 과연 어떤 의미에서의 효율화인가. 결과적으로 전두환 정부의 민간위탁 도입은 기존의 시설화 제도를 유지하면서 여기에 종교적 인본주의 및 자선 등의 가치와 결부된 자원을 결합시킴으로써 부랑인에 대한 관리를 효율화하겠다는 것이었다. 즉, 새로운 시설 운영 주체가 된 민간 종교사회복지법인들을 통해 시설 규모, 사업 방식, 자원을 확장함으로써 부랑인 등에 대한 더욱 강력한 시설화를 현실화할 수 있게 되는 것이다.[182]

182) 서울시는 이미 1975년 부랑아시설 서울시립아동보호소의 경우에도 단순 감금에 그치는 비효율성을 타개하기 위해 마찬가지 방식으로 종교 기반 대형 복지사업 주체와 운영위탁을 추진한 바 있으며, 위탁 후 해당 시설은 시립소년의집, 어린이마을로 분화해 수용아동의 장애 여부나 수용의 대규모화에 맞추어 사업이 다각화된다(김일환, 2021b; 김재형 외, 2021; 변희남, 1989).

위에서 언급한 것처럼 이 시기 남부부녀보호소의 운영상 문제는 다양했다. 남부부녀보호소는 300명 정원의 협소한 건물에 1,000여 명이 넘는 수용자를 수용하고 있었고 그들 대다수가 장애와 질환을 가지고 있었음에도 시설은 그들에게 최소한의 독립된 공간조차 확보해주지 못했다. 영보자애원 이전 건립 후 서울시 직영으로 남겨진 대방부녀보호소는 수용자를 대거 퇴소시켜 정신병원, 시립병원 등지에 입원시키는 방식의 조치를 취하는데,[183] 남부부녀보호소 역시 수용자를 가족, 병원 등지로 대거 전원조치하는 방식을 통해 과밀수용 문제를 해결하려 했던 것으로 추측된다. 달리 말하면, 남부부녀보호소가 1970년대에 표방했던 장애의 의료화와 재활 모델에 따른 정신적 장애여성의 "영구보호"를 실제 시행하기에는 상당한 제약이 따랐던 것이다. 타 시설이나 병원에 전원 조치하는 것도 한계가 있을 수밖에 없는데, 병원은 무료 환자를 장기 입원시킬 수 없을뿐더러 퇴소・퇴원 후 여성들은 다시 부랑을 지속하게 되었을 것이다. 여기에 더해 서울시 직영이라는 구조는 담당 공무원의 잦은 이동과 그로 인한 "형식적이고 답습적인" 시설 운영으로 어려움을 가중시켰다. 이에 서울시는 위탁을 통해 수원교구가 기존에 운영하던 한센인 정착마을과 같이 남부부녀보호소를 대규모 복합 시설로 조성하여 수용자의 질병, 고령 등에 상관없이 안정적으로 장기 수용할 수 있는 체계를 갖추게 했다. 이에 더해 "종교인의 신앙에 의한 헌신"과 민간자본을 통해 시설 안에서 각종 서비스를 제공하고 "갱생 선도 효과" 또한 증진시킬 것을 주문했다.[184]

183) 서울특별시(1994), 「윤락여성 선도대책위원회 회의」(서울기록원).

184) 성모영보수녀원(1983), 「부녀보호소 건립 협약」; 천주교성모영보수녀회(1985), 「부녀보호지도소 신축공사 및 추가공사 준공계 제출」(서울기록원).

그림 15. 용인에 건립된 서울시립영보자애원 전경

출처: 서울기록원

남부부녀보호소 위탁운영 결정과 함께 수원교구로부터 부지를 기부채납 받은 서울시는 약 20억 원의 자본을 투여해 용인시에 영보자애원 건물을 신축한다. 영보자애원은 위 그림과 같이 대방동보다 6배 넓은 대규모 부지에 기존 수용 인원 규모의 3배가 넘는 1,000명을 수용할 수 있는 건물로 조성되었다. 영보자애원은 대규모 인원을 안정적으로 수용할 수 있는 규모만 갖춘 것이 아니라 시설 내에 "전염병 질환자" 등을 별도 수용할 수용 병동 및 각종 위생시설은 물론이고 의무실, 작업장, 휴식 공간 등 복합적 "후생복지" 기능까지 완비했다. 대규모 수용 인원과 복합적 복지서비스 기관으로서의 기능에 맞추어 "헌신적인 봉사정신"을 갖춘 직원 35명이 충원되었으며, 종교인과 기업, 단체, 천주교 부설 병원 등을 망라한 대규모 자원봉사 자원이 결집했다.[185] 이처럼 규모와 기능적인 측면에서 시설이 대형화되고 다변화됨으로써 실제로 남부부녀보호소의 운영 방식과는 차별화된

185) 성모영보수녀원(1983), 「부녀보호소 건립 협약」; 천주교성모영보수녀회(1985), 「부녀보호지도소 신축공사 및 추가공사 준공계 제출」(서울기록원).

운영이 가능해졌다. 먼저, 대규모 수용 인원이 타 시설이나 병원 등으로 전원될 필요 없이 안정적으로 장기수용이 가능해졌다는 것이 가장 큰 운영상의 변화였다. 5장에서 살펴보겠지만, 남부부녀보호소에서 이전 조치된 여성의 대다수는 2000년대까지 영보자애원에 지속적으로 수용되는데 이는 시설의 물적 규모 확장 없이는 불가능한 것이었다. 또 수용자 중 다수를 차지하는 장애·질환을 가진 수용자를 외부 병원이나 시설로 전원시키는 방식이 아니라 가톨릭 협력 병원 및 개인 의원 등 종교법인과 연결된 다양한 자원을 통해 시설 내에서 기본적인 의료적 처치가 이루어지게 하였다. 자체 직원과 자원봉사 인력이 작업치료, 직업재활 치료, 심리치료 등 각종 프로그램을 운영하기도 했다.[186]

그러나 '보호대책'으로 상징되는 전두환 정권의 부랑인 일제 단속 행정은 이전 시기보다 강화되었고, 따라서 설립 초기 영보자애원은 연일 수용 포화상태가 되었다. 이는 시설이 갖춘 복합적 의료복지 기능을 제대로 발휘하기 어렵게 하는 요인으로 작용했다. 영보자애원은 설립 초기 대규모 인원에게 기본적인 의식주를 제공하는 "수용보호" 만으로도 벅찬 상황이었다고 평가했다(서울시립영보자애원, 2004). 결과적으로 종교사회복지 주체의 민간 위탁으로 영보자애원은 외관 상 본격적인 복지시설로 전환되었지만, 과거부터 이어진 시설화 제도의 핵심적 성격은 고스란히 재생산되었던 것이다.

민간 위탁과 동시에 운영 규모와 방식이 대형화되고 수용자의 특성에 맞춘 서비스를 제공할 수 있는 성격으로 전환된 영보자애원과 달리 동부여자기술원의 경우 민간 위탁 후에 그 변화가 상대적으로 적었다. 아래 표와 같이 동부여자기술원의 수용자는 1980년대 들어 급감했는데 1980년대 이후 성매매 산업의 변형은 단속의 약화를 가져왔고 자연히 시설에 수용되는 윤락여성의 수를 급격히 감소시켰다(박정미, 2011). 그 결과 부랑부녀자를 수용하는 영보자애원과 윤락여성 수용시설 기술원은 연평균 수용 인원에서 약 다섯 배 가까운 차이를 보이게 된다. 동부여자기술원은 1984년 당시 총 200여 명의 수용자가 존재했고, 이러한 수용자 규모는 1994년 시설 폐쇄 시기까지 일정하게 유지된다.

186) 서울시립영보자애원 (구)리플릿.

표 18. 1984년 동부여자기술원 연령별 수용자 현황

구분	14세 이하	15-20	21-29	30-39	40세 이상	계
인원(명)	2	66	108	24	9	209
비율(%)	1.0	31.5	51.7	11.5	4.3	100

출처: 서울특별시(1984), 「시립동부여자기술원 민간 위탁 계획」.

서울시립여자기술원의 구체적 운영실태는 위탁운영 주체 사회복지법인 성로원이 작성한 사업계획서를 통해 파악할 수 있는데, 사업계획서는 "사회적으로 낙후된 보호여성과 윤락우려가 있는 불우여성"을 대상으로 "기독교 정신에 입각한 선도", "기능교육"의 제공 등을 사업의 기본 방침으로 내세우고 있다. 미용, 양재, 자수 등 기능교육의 내용도 기존과 대동소이하다. 수용 기간에 있어서 종전과 마찬가지로 1년의 기술교육을 수료해야 하는 것이 원칙이었다. 다만 기술교육을 수료한 여성 중 무연고자는 즉각 퇴소 조치하지 않고 일정 기간 거주할 수 있는 거주 공간("중간의집")을 마련해 준다고 하는 부분이 새롭게 추가된 사업내용이다(중간의집의 실제 기능에 대해서는 이하에서 다룬다). 초기 부녀보호소의 "감별" 작업은 "심리판정", "인성검사"로 그 명칭이 대체되어 80년대에도 지속되었는데, 장애와 젠더가 동시적으로 요보호여성을 격리 수용해야 할 주체로 구성해 내는 상황이 이 시기에까지 이어지고 있음을 알 수 있는 대목이다. 이전 시기와 크게 변화한 것은 없지만, 그럼에도 기술원은 장애여성을 반영구적으로 수용·보호하는 체계를 갖춘 영보자애원과 달리 여성들에게 명목상으로나마 직업교육을 실시해 "자립갱생"의 역량을 증진한다는 점에서 영보자애원과 두드러진 차이를 보여주고 있다.

서울시립여자기술원 사업내용[187]

①정신교육: 정신개도(정신 종교), 일반교양(생활예절, 질서, 공중도덕), 반공 및 안보
②기능교육: 미용과/양재과/공예과/자수/초등과
③상담실 운영: 심리판정/적성/인성검사, 사후지도, 홍보(자진입소 권장)
④의무실: 성병검진 및 진료

187) 사회복지법인 성로원 아기집(1984), 「동부여자기술원 운영계획」(서울기록원).

⑤중간의집: 갱생된 무연고자 대상. 갱생자의 가정역할

3) 민주화 이후 운영의 민주화와 시립여자기술원 폐쇄

이상과 같이 남부부녀보호소와 기술원은 80년대 민간 위탁제도의 도입을 통해 시설의 수용규모 및 성격에서 일정한 전환을 맞이하였지만, 1987년 민주화 그리고 같은 해 세상에 최초로 드러난 부산 형제복지원 인권침해 사건[188]은 시설의 운영 방식을 또다시 전환하게 하는 계기가 되었다. 이하에서 자세히 살펴보겠지만 민주화는 권위주의 시기 각종 강제 인신구속 관행과 법률에 대한 전면적 비판 및 폐지 움직임으로 이어졌고, 형제복지원 외의 복지시설에서도 강제수용 및 인권침해 사건이 있었다는 사실이 연이어 밝혀졌다. 이에 그동안 내무부가 관장하던 부랑인 복지시설 운영 관련 지침인 (구)내무부훈령 제410호가 폐지되고, 이를 대체할 (구)보건사회부훈령 제523호(부랑인 선도시설 운영규정)가 발령된다. 보건사회부 훈령에서 가장 눈에 띄는 변화는 기존의 (구)내무부훈령 제410호의 부랑인에 대한 모호하고 광범위한 규정을 없애고 (구)생활보호법상의 요구호자에 상응해 부랑인을 부양가족이 없는 노쇠자, 장애인 등 '노동 불능' 상태이면서 동시에 "일정한 주거가 없이 구걸하는" 사람으로 규정한 점이다. 수용대상자 면에서도 본인의 의사를 수용 조건으로 요구했지만, 지방자치단체장, 경찰 등 당국의 "인정", "요청" 등에 의해 시설에 입소할 수 있도록 한다고 명시하여 강제수용 가능성 또한 여전히 열어두고 있다.

보건사회부 훈령 제523호: 부랑인 선도시설 운영규정[189]

2조(정의) 부랑인 선도시설이라함은 부랑인의 선도 및 보호를 목적으로 사회복지사업법 제22조의 규정에 의하여 설치된 사회복지시설을 말한다.

---

188) 형제복지원 사건은 부산지검 울산지청 김용원 검사가 1986년 우연히 수용자들의 강제노역 현장을 발견하고 인지수사를 시작해, 1987.1.16. 형제복지원에 대한 압수수색과 함께 시설장 등을 모두 기소한 것을 계기로 세상에 알려졌다. 기소 죄명은 특정경제범죄가중처벌등에관한법률위반, 폭행치사, 폭력행위등처벌에관한법률위반 등 이었다(진실・화해를위한과거사정리위원회, 2023).

189) 대한민국정부 총무처(1987), 「관보 제10628호」(국가기록원 BA0196596).

3조(입소대상)

①연고자가 없거나, 연고자가 있어도 보호할 능력이 없는 65세 이상의 노쇠자, 18세 미만의, 아동, 폐질, 정신질환 또는 심신장애 등 생활능력이 없는 부랑인으로서 보호기관인 시장·군수·구청장이 보호가 필요하다고 인정하는 자.

②일정한 주거가 없이 구걸하는 부랑인으로서 본인이 시설에의 보호를 원하고 시장・군수가 보호의 필요성을 인정하는 자.

③제1항 또는 제2항에 해당하는 자로서 경찰관서로부터 시설보호의 요청이 있는 자.

행정 규정 등의 정비에 더해 정부와 서울시는 부랑인시설과 부녀직업보도시설에 여러 차례 구체적 지시사항을 하달한다. 시립영보자애원과 시립여자기술원에 하달된 지시사항은 “민주화 추세에 따른 집단행동을 사전에 예방” 하기 위해 특정 종교의 예배 강요를 금지할 것, 직원 가족이 시설 내에 과다한 면적을 차지하는 일이 없게 할 것, 직업보도시설이 수행하는 자활 및 직업보도사업으로 발생한 수익을 수용자에게 노임으로 적정 지급할 것 등의 내용이 담겨있다.[190] 실제 이 시기 전후로 영보자애원은 연고자 조회나 타시설 전원, 협력 병원 연계 진료 등을 통해 시설의 운영 체계화와 수용자에 대한 적극적 지원을 도모하였다.[191]

이렇듯 민주화는 시설화 제도가 민주적인 방식으로 점진적으로 재편되는 계기가 되지만 큰 틀에서 시설화 제도 자체는 폐기되지 않고 존속되었을 뿐만 아니라, 1980년대 말의 정치사회적 변화 속에서 민주화 이전처럼 부랑인 단속과 강제수용이 강화되기도 했다. 노태우 정부는 “범죄와의 전쟁”을 선포하는 등 안보 강화 행보로 선회하면서 부랑인 단속, 수용행정을 강화한 것이다. 서울시의 경우 1990년대 전후 일제 단속된 부랑인 중 남성은 시립갱생원, 여성은 대방부녀보호소 및 영보자애원, 부랑아는 시립어린이마을(구 시립아동보호소) 등으로 인계했다.[192] 그 결과 1991년 현재 서울시립 부랑인시설의 수용자는 시설의 민간 위탁과 대형

190) 보건사회부(1988), 「부녀보호시설 지시사항」; 서울특별시(1988), 「부녀복지시설 운영에 따른 지시사항 시달」(이상 서울기록원).

191) 2023년 5월 진실화해위 연구용역팀의 영보자애원 재조사를 통해 직접 파악한 사실임을 밝힌다.

192) 『경향신문』, 1990.4.13. “부랑자 거리서 사라진다”, 『경향신문』, 1990.12.20. “부랑인 일제 단속: 1,075명 시설수용”, 『한겨레』, 1990.12.29. “올 행려사망자 544명”.

화에도 불구하고 정원보다 39% 많은 3,700명 규모로 다시 과밀수용 상태에 놓이게 되었고, 서울시는 이에 대응해 영보자애원을 비롯한 부랑인시설에 대한 대대적인 추가 증축작업을 벌이게 된다.[193]

장애가 있는 부랑부녀 수용시설인 영보자애원이 민주화 이후로도 계속해서 늘어나는 수용자 규모에 대응해 시설의 확장·증축까지 해야 했던 것과 반대로 시립여자기술원은 존립의 위기를 맞이한다. 민주화를 기점으로 등장한 진보적 여성운동진영은 권위주의 시기 윤방법에 근거해 여성들을 강제수용한 부녀직업보도시설에 주목하고 이를 비판하기 시작했다. 이에 윤방법이 제정된 지 약 30년 만인 1988년부터 국회에서 윤방법 개정 논의가 시작된다. 해당 논의의 초점은 시립여자기술원을 대표로 하는 부녀직업보도시설이 여성들을 강제로 수용해 인신구속하는 문제에 집중되었다.[194] 또한 기술원 강제수용 처분을 받은 여성이 스스로 인권침해 소송을 제기하기도 했다. 1991년도에 서울 시내 호텔에서 윤락행위 혐의로 체포된 한 여성이 시립여자기술원에 수용되었는데 "수용보호 조치는 청구인의 헌법상 기본권을 침해하는 위헌의 공권력 행사"라며 헌법소원 및 행정심판을 청구한 것이다(박정미, 2011: 315~316).

각계의 비판과 소송 등 논란이 일자 1993년 서울시는 정책회의를 개최해 시립여자기술원 기능 조정에 대한 논의를 추진한다. "강제수용에 따른 인권문제"가 시립여자기술원에서 불거졌고, 이에 대해 "시대변화에 따라 사회문제를 야기하고 있는 여자기술원의 기능을 재검토" 한다는 것이 기능 조정 논의의 목적이었다.[195] 실제 시립여자기술원을 상대로 행정심판, 헌법소원 등 각종 "민원"[196]이 쇄도했고, 언론, 국회 등 사회 각계에서 문제를 제기했다. 그러나 민주화 직후 시작된 윤방법 개정 논의가 실제 법 개정으로 이어진 것은 1995년이었으므로 시립여자기술원 폐지 논의가 시작된 1993년까지는 여전히 법 개정의 향방도 불투명한 상황이었다. 이에 서울시가 자체적으로 시설의 성격을 전환시키는 것이 불가

193) 연합뉴스, 1991.8.14. "부랑인 보호시설, 대부분 건물 낡고 포화상태", 『한겨레』, 1991.12.1. "사회복지시설 11곳 내년 신설: 서울시 1,500억 투입, 중증 장애인·무의탁 노인 수용", 『조선일보』, 1992.9.9. "영보자애원 오늘 문 열어".

194) 1988.7.20. 제13대 국회 제143회 제2차 보건사회위원회 회의록, 4~6쪽.

195) 서울특별시(1993), 「정책회의 결과 통보」(서울기록원).

196) 1992년 현재 진정 7, 행정심판 2, 행정소송 1, 헌법소원 1건으로 총 11건의 진정이 제기되었고, 93년에도 7건의 진정이 추가로 제기되었다. 서울특별시(1993), 위의 자료.

피했던 것으로 보인다.

외부적 압박에 더해 기술원 운영에 관한 다양한 내부적 문제도 산적해 있었다. 주요한 문제는 시설 운영의 비효율성이었다. 1993년 당시 시립여자기술원, 영보자애원, 대방부녀보호소 각각에 대한 지원예산 대비 수용자 수는 아래 표와 같다. 앞서 언급한 것처럼 기술원은 1980년대 들어 수용자 규모가 크게 줄고 있었고, 여성들이 기술교육을 통해 취업하여 탈성매매를 하는 비율도 매우 낮았다. 서울시는 윤락여성들이 "심신상의 여건이 매우 열악하여 고기능, 신기술 훈련 등은 불가능"해 퇴소 후 자립도가 매우 낮으며 "재윤락" 가능성은 높다며 운영의 비효율성이 여성들의 내재적 문제에서 비롯되는 것으로 평가했다.[197] 그럼에도 시립여자기술원의 예산지원 규모가 매년 증가하고 있었기에 서울시는 해당 시설이 시대와 사회의 변화 요구에 부응하지 못한다고 평가하며 시립여자기술원을 최종 폐지하기로 결정한다.

표 19. 서울시립 부녀시설 1993년 운영현황

시설명	93' 예산 (천원)	직원 수 (명)	평균 수용 인원(명)	1인당 예산액/1일 (원)	직원 1인당 보호인원 (명)
시립여자 기술원	891,182	43	214	2,950	5
영보자애원	1,933,142	71	1,017	2,268	14
대방 부녀보호소	938,192	24	192	2,105	8

출처: 서울특별시(1993), 「정책회의 결과 통보」, 210쪽.

표 20. 시립여자기술원 연도별 예산지원액 변화

연도별	1989	1990	1991	1992	1993
예산액 (천원)	523,648	480,106	559,003	774,067	891,182

출처: 서울특별시(1993), 「정책회의 결과 통보」, 205쪽.

197) 서울특별시(1993), 「정책회의 결과 통보」(서울기록원).

결국 민주화라는 정치사회적 이행은 부랑부녀 시설 영보자애원과 윤락여성 시설 시립여자기술원의 존립을 정반대로 갈라놓았다. 즉, 영보자애원은 민주화 이후 시설 운영 방식이 상대적으로 민주적으로 변화하였지만, 심신장애를 가진 부랑인에 대한 시설화 제도 자체는 유지되며 시설과 수용자 규모 역시 지속적으로 늘어났다. 반면, 시립여자기술원은 이미 수용자 규모가 매우 소규모화된 상태에서 근거 법률인 윤방법에 대한 시민사회의 집중적 비판이 가해짐은 물론 강제수용에 대한 갖은 소송과 여론의 비판까지 끊이지 않게 되었다. 그리고 부녀보호소가 최초 설립된 지 30여 년 만에 “요보호여자”, “부랑부녀”의 일부였던 윤락여성에 대한 시설화 제도만이 최종 폐지된다.

(2) 장애인 인권보장을 위한 담론적 실천의 역설적 효과

1) 인권보장의 주체로서 장애 호명과 선별적 포섭

① 정신박약의 의료화와 심신장애자 인권보장으로서 시설

영보자애원의 사례에서 드러나듯 1980년대에는 장애인, 노인 등 소수자에 관한 복지체계가 새롭게 제도화되고 이에 따라 부랑인 등을 수용해 온 기존의 시설은 규칙이나 운영 방식을 완만하게 변화시키며 명실상부한 복지시설로 전환하게 된다. 그러나 한편으로 이러한 시설화 제도의 변화는 이 시기 한층 강화된 부랑인 등에 대한 단속과 수용을 효율화하는 기능을 하며 시설 수용인구 규모를 크게 늘리게 된다. 1980년대 대규모로 확장된 시설에 어떤 집단이 어떠한 이유로 유입되었는가는 3절을 통해 살펴보겠지만, 결과적으로 다양한 시설이 의료복지시설로 전환되면서 수용자 규모나 시설의 유형 측면에서 이전 시기와 비교할 수 없는 확장이 이루어진다. 물론 1970년대에도 정신적 장애인을 별도로 수용하는 시설들은 인권과 복지를 표방했지만, 1980년대가 새로운 것은 장애인이라는 정체성 범주 일반이 더이상 ‘비정상’ 혹은 시민사회의 예외적 집단의 표상이 아니었으며 그들에 대한 시설화 또한 당연시될 수 없게 되었다는 점이다. 장애인이 인권의 주체로 부상한 것이다. 그럼에도 영보자애원 사례에서 보듯 정신적 장애여성의 시설

화가 이 시기에 정당화되고 추동될 수 있었던 요인은 정부, 의료복지전문가, 시설, 그리고 일부 장애인 당사자 그룹을 포함한 다양한 행위자들이 장애인 인권레짐이라는 새로운 국내외적 환경의 변화에 따라 적응 또는 연합하며 끊임없이 상호작용하는 복잡한 과정을 통해 살펴보아야 한다.

1980년 무력을 동원해 집권한 신군부는 정권의 정당성 확보 및 국내외적 인권 담론 부상 등의 상황에 맞추어 집권 초기부터 “복지 선진국”을 표방했다. 우선 국내적으로는 1981년 서울올림픽의 개최가 결정된 것이 주요했다. 정부는 전 세계적으로 주목을 받는 올림픽 개최지로 한국이 선정되자 복지 담론의 전면화를 통해 한국 사회의 ‘발전’ 성과를 보이고자 했다(박해남. 2018; 하금철, 2020). 이 시기는 마침 전 세계적으로 장애인, 여성 등 소수자 인권에 대한 담론이 부상하던 때로, 그들의 인권 상황을 개선하라는 외부의 압박이 가해지기도 했다. 1976년 UN 총회는 1981년을 “세계 장애자의 해”(International Year of Disabled Persons)로 선포하는 결의를 채택하고 이에 맞추어 채택한 권고사항 이행을 위해 각국의 준비 행동을 요청했다(이명석, 1985). 전두환 정권이 직면하게 된 이러한 국내외적 환경의 변화는 장애인을 비롯해 노인, 아동 등 소수자들에 관한 개별적 복지입법으로 이어졌다.

이러한 과정을 통해 1981년 제정된 (구)심신장애자복지법의 내용에 주목할 필요가 있다. 이 법은 “심신장애자”를 “지체불자유, 시각장애, 청각장애, 음성·언어기능장애 또는 정신박약 등 정신적 결함으로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”로 규정했다. 즉, (구)심신장애자복지법은 정신적 장애인 범주 중 “정신박약”만 심신장애자의 범주에 포함하고 정신장애는 포함하지 않았는데 그 배경과 효과는 이하에서 상세히 다룬다. 둘째, 이 법은 장애인 권리보장에 관한 국가의 의무를 전혀 부과하지 않은 명목상의 법이지만, 장애 유형별로 전문화된 시설을 확충하는 것을 통해 장애인 복지를 실현하겠다는 것만은 분명히 했다. 정부는 (구)심신장애자복지법 입법 논의 과정에서 이전 정권의 시설정책이 요구호 집단을 인구학적 특성이나 장애 종류 등에 구분 없이 혼재된 상태로 수용하는 데 그쳤다고 비판하며, 아래와 같은 심신장애자 복지시설의 전문화·다각화가 장애인 인권 보장을 위한 제도적 개혁임을 강조했다.[198] 또한

198) 1981.5.13. 제11대 국회 제1차 보건사회위원회 회의록, 40~43쪽; 1981.5.19. 제11대 국회 제7차 국회본회의 회의록, 4쪽.

시설의 설립과 운영 주체 면에서도 정부 주도가 아니라 민간의 적극적 참여를 유도하는 것이 중요하다는 것을 강조했다(이명석, 1985). 정부의 민간 시설 확장 기조에 따라 80년대 내내 지속적으로 증가한 장애인 수용시설은 1990년대 초 100개소를 훌쩍 넘어서게 된다.[199] 결국 국제적 장애인 인권보장 담론의 부상에 맞추어 정부가 단행한 복지입법은 모호하고 혼재된 상태로 유지되던 기존의 장애인 시설 수용 중심 복지 인프라에 새로운 의미(장애인 인권)를 적극 부여하고 활용하겠다는 것이었다.

심신장애자복지법(법률 제3452호, 1981.6.5. 제정)

제15조 (심신장애자복지시설) 심신장애자복지시설은 다음 각호의 시설로 한다.

1. 지체불자유자 재활시설: 지체불자유자를 입소 또는 통원하게 하여 그 재활에 필요한 상담・치료 또는 훈련을 행하는 시설
2. 시각장애자 재활시설: 시각장애자(이하 상동)
3. 청각・언어기능장애자 재활시설: 청각장애자 또는 음성・언어기능장애자(상동)
4. 정신박약자 재활시설: 정신박약 등의 정신적 결함이 있는 자(상동)
5. 심신장애자 요양시설: 심신장애자로서 항상 돌보아 주어야 할 자를 입소하게 하여 상담・치료 또는 요양을 행하는 시설
6. 심신장애자 근로시설: 심신장애자로서 취업이 곤란하거나 생활이 곤란한 자를 입소 또는 통원하게 하여 필요한 훈련을 행하고 직업을 주어 자활시키는 시설

장애인 인권 보장을 위한 정부의 담론적 실천은 사실상 시설화를 중심으로 한 것이었고, 전문가 집단 역시 장애인을 의료적 모델로 강력하게 포섭하며 장애인의 시설화를 정당화한다. 이때 의료화를 통해 강력하게 포섭이 된 장애 유형은 1970년대에 이어 여전히 정신박약 장애였다. 3장에서 언급한 것처럼 모자보건법상 정신적 장애인에 대한 강제불임 시술은 처음부터 인권적 측면에서 사회적 논

199) 물론 심신장애자 복지시설은 주거기능을 제공하는 수용시설뿐 아니라 “통원” 가능한 지역사회 복지관 등의 이용시설을 포괄한 것이었고, 이들 또한 일정하게 증가한다(김영종, 2012; 이혜경, 1998). 이 시기 점진적으로 확산되는 지역사회 장애인 이용시설을 거점으로 결집된 신체장애인들은 80년대 말 민주화 이후 청년장애인 운동조직을 이끌게 된다(하금철, 2020).

란이 되었고 그들의 출생을 예방할 산전진단 역시 기술적으로 불완전해서 기술적으로 보다 용이한 태아 성별 감별과 여아 선별 낙태의 성행에 비해 표면적으로 크게 두각을 나타내지는 못했다. 그런데 1970년대의 과도한 성별 감별 및 선별 낙태에 따른 성비 불균형으로 심각한 인구 문제를 초래될 것이라는 우려가 제기되기 시작했다(최은경, 2022). "태아의 유전성 질환이나 선천성 기형아의 판별에서 선용되어야 할" 산전진단이 "남용"되고 있다는 비판이 의학계 내부에서도 제기되었고, 대통령이 직접 "성별을 검사하여 낙태시키는 행위는 윤리적으로나 사회적으로 큰 문제를 야기할 수 있으므로" 법적 규제를 강구하라는 지시를 내렸다.[200] 이러한 상황에서 1980년대 전후로 유전학, 보건학 등 전문가들의 관심은 산전진단이 원래 "선용"해야 할 대상인 심신장애자, 그중에서도 유전이 된다고 여긴 정신박약 장애인에게로 기울어지기 시작했다(주갑순, 1976). 성별 감별을 대체한 장애 태아 선별을 통해 지속적으로 이윤 축적을 도모한 전문가들의 담론적 실천은 1980년대 말부터 기술의 발전과 더불어 장애선별검사가 전 사회적으로 확산되는 결과로 이어진다(최은경, 2022).

1980년대부터는 가족계획사업에 관여한 의료전문가들 역시 정신박약인을 더욱 표적화한 인구통치 담론을 생산한다. 그들은 1970년대의 가족계획사업이 인구의 양적 조절에 대한 가시적인 성공을 거두었다고 보고, 1980년대 들어 인구정책의 일환으로 심신장애자 발생 억제를 강조했다. 그들은 1970년대 이래 대표적 유전성 장애로 여겨진 정신박약 장애인의 수가 기하급수적으로 증가하고 있다는 우려를 확산시켰다. 실제 UN '세계 장애자의 해'를 계기로 1980년대 들어 정부가 여러 차례 실시한 장애자 실태조사 결과는 정신박약인 수가 계속 증가하고 있을 뿐 아니라 이들이 장애인의 다수임을 드러냈다. 이는 가시적으로 드러나는 신체장애와 달리 정신박약의 측정에는 주관이 개입할 여지가 크고, 1980년대 말까지 정신박약의 정확한 지능지수를 측정할 수 있는 검사 도구 개발도 미비한 상황에 기인한 것이었다(이시권, 1989). 따라서 조사 주체에 따라 정신박약인 숫자는 수만 명에서부터 수백만 명까지 이르렀다(아산사회복지사업재단, 1981; 한국보건개발연구원, 1980; 한국인구보건연구원, 1985). 정확한 통계가 무엇이건 관계없이 의료관계자들은 이렇게 제시된 수치를 근거로 정신박약인 인구의 증가 억제를 강조한

200) 1986.1.31.『조선일보』, " '태아 성별검사' 의사가 막자"; 1986.2.12.『동아일보』, "태아 성별검사 낙태 규제".

다. 서울대 보건대학원 교수 김정근은 (구)심신장애자복지법 제정논의가 진행되고 있던 1980년, “그(장애인) 가족이나 지역주민이 받아야 할 정신적, 경제적 부담을 생각할 때 예방할 수 있는 장애자의 발생을 사전에 억제하는 제도와 실천이야말로 보다 고차적(高次的)인 복지대책”(김정근, 1980: 8)이라고 주장했다. 장애를 순수하게 생물학적인 문제로 상정하고 있는 그에게 출생 전 산전진단, 유전상담 등의 의료적 조치는 장애 예방을 위한 유일한 대책이었고, 이는 유전성이라 여긴 정신박약 장애인을 표적화하는 것이었다.

이렇게 정신박약인을 의료적 ‘비정상’이자 자립이 불가능하고 가족경제에 막대한 악영향을 미치는 존재, 따라서 출생이 억제되어야 할 집단으로 재강화한 의료전문가들은 그들의 가족돌봄과 교육, 자립을 지원할 의료복지제도의 확충이 아니라 1970년대와 마찬가지로 정신박약인의 시설수용을 통한 사회적 배제와 격리가 국민복지라는 주장을 지속했다. 위에서 언급한 서울대 보건대학원 교수 김정근이 자문위원으로 참여한 1980년 심신장애자 실태조사는 정신박약인 복지에 대한 대책으로 시설수용을 제시했다(한국보건개발연구원, 1980: 69).[201] 1985년의 또 다른 실태조사에서는 정신박약인의 요구사항을 설문조사 결과로 제시했는데, 절대적으로 높은 비율이 “취학”(30.5%), “의료”(30.1%)의 욕구를 밝히고 있어 정신박약인이 가족 구성원으로 포함된 가정의 경우 정신박약인에 대한 교육, 의료, 돌봄의 어려움을 겪는 경우가 많다는 것이 드러났다. 그럼에도 보고서는 가족돌봄이나 정신박약인의 자립을 위한 의료복지제도가 아닌 정신박약인의 시설 확장과 수용이라는 정해진 듯한 해법을 강조했다(한국인구보건연구원, 1985: 88).

1970년대에 정신박약인 전문 교육훈련 시설의 필요성을 주장하고 나선 교육복지 관련 전문가들 역시 정신박약인을 위한 ‘복지’, ‘재활’로서 시설수용을 강조하는 담론적 실천을 지속했다. 정신박약자애호협회는 정신박약인을 지능지수에 따라 분류해 중증의 “요보호” 정신박약인을 평생 수용시설에서 보호받으며 생활하게 해야 한다는, 정신박약인의 인권보장과 우생학적 시각이 착종된 “총체적 시설화” 논리를 변함없이 이어 나갔다(이시권, 1989: 17~18). 3절에서 자세히 보겠

201) 해당 실태조사는 시설수용이 마치 정신박약인 당사자의 ‘욕구’인 것처럼 구성했다. 조사보고서는 정신박약인의 욕구가 무엇인지에 대한 답변을 통계로 제시하며 “응답자”(응답자가 정확히 누구인지는 적시하지 않았다)중 가장 큰 비율이 “치료를 받고싶다”, “수용시설에 수용하고 싶다”의 순으로 답했다고 서술했다(한국보건개발연구원, 1980: 69).

지만 1980년대 정부는 민간 주도 시설의 확장을 유도하면서 시설에 대한 재정적 지원 역시 대폭 늘리는데, 정신박약인 전문 시설을 설립하는데 앞장서 온 정신박약자애호협회는 이러한 정부의 시설화 제도의 정비와 전환 움직임에 있어 가장 직접적인 이익집단의 하나라고 할 수 있다. 정신박약인이 한평생 시설에 수용되어야 할 "요보호" 대상이 될수록 시설은 해당 장애인의 머릿수만큼 정부 재정 지원을 안정적으로 확보하는 것이기 때문이다.

그림 16. 세계장애자의 해 기념 우표

출처: 국가기록원 포스터 컬렉션(DH50003801).[202]

정신박약인을 제외한 일부 신체적 장애인, 특히 장애남성은 이전 시기부터 정부에 순응하며 의료복지제도 부재 상황 속에서 자신들의 생존권을 배타적으로 유지해 나가고 있었다.[203] 1980년대에도 정부는 남성 중심으로 세력화된 일부 지체장애인 및 농인, 그리고 상이군인 등의 집단에게 비공식적으로 이권 사업을 배분하여 이들을 포섭했다. 정권이 포섭한 장애인 집단은 UN '세계 장애자의 해' 선포, 장애인 복지입법 그리고 1988년 서울 장애자 올림픽 개최 결정 등 장애인에 대한 사회적 관심이 확산되는 가운데 남성 신체장애인이 중심이 되어 만든 장애인 단체들이었다. 정부는 그들에게 지하철 신문판매 및 자판기 사업, "불우장애

202) 우표에는 휠체어, 수어, 점자 이미지가 채워져 있는데 이는 신체적 장애인을 상징하는 이미지이기도 하다.

203) 상이군인 집단은 1960년대부터 개발국가의 복지제도 공백 속에서 정부에 순응하며 비공식적 방식으로 배분되는 이권을 배분받은 대표적 장애인 이익단체였다(하금철, 2020).

자돕기" 사업 등의 이권 사업을 배분했고, 실제 이러한 사업을 통해 거대한 수익을 창출할 수 있게 했다(하금철, 2020: 304~6). 정부의 포섭으로 생존권을 배타적으로 보장받게 된 남성 신체장애인 중심의 이익집단은 장애인 복지에 대한 정부의 방관과 특히 정신박약인의 시설화 및 사회적 격리가 지속되는 현실을 사실상 묵인하고 이에 동조했다.

결과적으로 자신의 노동력으로 생계를 이어갈 수 없는 대다수 장애인, 특히 시설수용이 필요한 대상으로 재규정된 정신박약인 집단은 공적 복지체계가 부재한 상황에서 이전과 다름없이 시설에 수용되어야 했다. 아래 표와 같이 1980년대 내내 심신장애자 수용시설의 가장 다수 인원이자 뚜렷한 증가 추세를 나타내는 장애범주는 정신박약 장애인이다. 장애유형별 성별 통계는 없지만, 1970년대까지 성인불구시설 수용자 분포에서 남성의 절반에도 못 미쳤던 장애여성의 비율이 1980년대 심신장애자 시설의 확장과 함께 큰 폭으로 증가하기 시작했다는 점도 특징이다. 그렇기 때문에 시설에 수용된 장애여성의 장애 유형 중 정신박약이 가장 다수를 차지했으리라는 추정 역시 가능하다. 1985년의 한 보고서는 가족이 유기해 연고자 없이 무의무탁한 정신박약인이 시설에 대거 수용되어 있어 그들을 수용할 시설이 심각하게 부족 상황이라고 보고했다(조성모, 1985: 115). 이처럼 정신박약인은 가족의 유기나 위탁, 부랑 등으로 인해 심신장애자 시설은 물론 영보자애원과 같은 부랑인시설로 유입되는 최대 다수 집단이 되어가고 있었다.

표 21. 1980년대 심신장애자시설-성인・아동 총괄 현황

연도	시설수	연말재소자		장애종별				
		남성	여성	지체	시각	청각언어	정신박약	기타
1982	77	7,682						
1983	80	8,021						
1984	85	5,169	3,223	2,555	700	1,037	3,820	280
1985	92	5,747	3,579	2,707	962	1,272	3,851	534
1986	98	6,271	3,856	3,051	1,022	1,346	4,138	570
1987	100	6,810	4,331	2,970	974	1,406	4,705	1,086
1988	107	7,151	4,611	3,217	970	1,356	5,357	862
1989	108	7,278	4,750	3,395	867	1,368	5,346	1,052
1990	118	7,729	5,030	3,424	948	1,370	5,625	1,392

출처: 보건사회부(각 연도), 『보건사회통계연보』.

② 치료 대상으로서의 정신장애인과 '부랑' 인구의 중첩

1980년대 부상한 장애인 인권 보장을 위한 담론적 실천이 이처럼 장애인 인구를 분할해 선별적으로 포섭과 배제의 정치를 이어가는 상황 속에서 가장 주목해야 할 집단은 애초에 법적 장애인 범주에서조차 배제된 정신장애인이다.[204] (구)심신장애자복지법이 정신장애를 장애 범주에서 제외한 이유는 불분명하지만, 3장에서 살펴본 것처럼 1970년대에 정신적 장애에 대한 우생학적 격리를 옹호하는 담론이 확산되자 정신장애를 치료가능한 질병으로 재개념화하고 치료될 수 없는 정신박약과 위계적 관계를 성립한 정신의료 전문가들의 담론적 실천이 부분적인 원인이 되었을 것으로 보인다. 그들은 '치료'될 수 있는 정신장애인이 부랑인시설, 정신요양원 등 '복지' 시설에 반영구적으로 수용되는 상황이 1980년대까지 지속되는 것을 비판할 때도 마찬가지의 논리, 즉 "의학적 치료로 사회복귀가 가능한 질병"이라는 의학적 시각을 일관되게 강조한다(김혜련, 1991: 10).[205]

1980년대에 대규모화된 정신장애인의 시설화는 사회정화를 명목으로 한 부랑인 일제 단속과 정신보건 전문가들의 의학적 치료시설 확충 주장 간 상호작용의 산물이었다. 그리고 의료적 시각에 입각한 정신의학 전문가의 장애에 대한 인식과 치료시설 확충에 집중된 인권보장 요구는 정부의 시설화 제도 전환 시도에 차용되면서 결과적으로 정신장애인의 대규모 시설화를 초래하게 된다.

전두환 정권은 집권 초기, 심신장애자 범주에서 제외된 정신장애인 집단에 대해서는 '복지'가 아닌 '처벌' 입법을 함으로써 이들에 대한 강력한 통제 의지를 표명했다.[206] 이와 연장선상에서 정부는 길거리의 부랑인 집단 속에 대규모로 존재

---

204) 1999년 (구)심신장애자복지법 전부개정으로 변경된 장애인복지법은 장애의 한 유형으로 정신장애를 포괄하게 된다. UN 장애인권리협약(UN CRPD)은 정신장애에 대한 사회적 인식 또는 사회제도에 있어 차별이 정신장애인의 사회생활에 상당한 제약을 만들어낸다고 보고 이미 오래전부터 정신장애를 장애의 일종으로 바라보고 있다(제철웅, 2022).

205) 예를 들어 한양대 정신과 교수 김이영은 정신장애인을 "장애자로 취급"하기 때문에 그들을 의료시설인 병원이 아니라 사회복지시설에 수용하는 폐단이 끊이지 않고 있다고 지적했다(김이영 외, 1986: 257).

206) 전두환 정권은 박정희 정부가 추진해온 일련의 '사회정화' 작업을 지속적으로 밀고 나감은 물론 그동안 사회정화 작업에서 드러난 문제점을 보완한다는 취지로 1980년 (구)사회보호법을 제정했다. 해당 법은 범죄자를 "새로운 인간으로 재생"시키기 위해 상습범, 정신장애인, 중독자 등에게 보안처분을 부과하는 규정을 법률적으로 마련한다는 측면에서 이제까지의 사회정화 사업을 보완하는 측면을 갖고 있었다. 이 법의 보안처분 대상은 ①수 개의 형을 받거

하는 정신장애인의 격리수용을 위한 대책도 강구한다. 1절에서 언급한 '구걸행위자 보호대책'이 그것이다. 공교롭게도 1981년 4월 20일 제1회 "장애자의 날" 개시되었던 정부의 부랑인 일제 단속에서 "구걸행위자 중 정상인은 40%뿐이고 60%는 심신장애자"로서 장애인이 많으며 특히 "정신장애자"가 가장 많다는 것이 드러났다. 이에 정부가 내놓은 보호 대책은 앞서 언급했듯 부랑인시설을 확충 및 민영화하는 원칙 외에도 "부랑인 중 정신질환자 등 특수장애자를 장애 종별로 구분, 전문 재활시설에 수용함으로써 보호수준을 질적으로 향상"시킬 것을 포함했다(국무총리 국무조정실, 2003: 86-7). 심신장애자 대상으로 그러했듯 정부는 "특수장애자"인 부랑 정신장애인에 대해서도 시설화 기조를 유지하며 "보호", "전문적 재활" 등의 새로운 의미를 부여한 것이다. 1970년대 논의가 중단되었던 정신보건법 제정도 시도했지만, 1982년 발의된 정부의 법안 역시 기본적인 정신보건체계를 확립하고자 한 것이 아니라 정부의 정신장애인 통제 기조를 반영해 수용시설을 확장하는 데 주력한 것이었다. 정신의료 전문가들은 정부의 수용시설 양성 계획을 비판하며 정부의 정신보건법 입법 추진에 반발했고(이부영, 1983a), 정신보건법 제정 시도는 또다시 실패한다. 이에 보건사회부는 여론과의 직접적 충돌을 우회해 1982년 전국에 '정신질환자 요양보호시설 운영지침'을 하달해 "사회에 위해를 끼칠 우려가 있는자", "중증 정신질환자" 등을 우선 수용하도록 지시한다(진실·화해를위한과거사정리위원회, 2023: 246).

한편 1980년대는 정신의학 전문가들이 그동안 정신보건체계 수립에 무대응으로 일관해온 정부에 강력한 변화를 촉구할 수 있는 정치적 공간이 열린 시기였다. 1983년 발생한 이른바 '기도원 사건'[207] 때문인데, 정신요양원, 기도원 등 비의

나 수 개의 죄를 범한 자, ②범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단의 수괴 및 간부인 자, ③ 심신장애자(心神障碍者)·마약류중독자 및 알코홀중독자다(제2조). ①, ②호 대상자에게 적용되는 '보호감호' 처분은 징역형을 선고로 형을 산 후 여기에 더해 10년 혹은 7년의 보호감호가 고정적으로 부과되는 것이었고, 정부는 법 제정과 동시에 1981년 보호감호소(청송보호감호소)를 건립했다. ③호의 심신장애자와 중독자에게는 '치료감호'가 적용되는데, 치료감호제는 보호감호제와 달리 정신적 장애인 등의 범죄자가 "완치되어 사회보호위원회의 종료 결정을 받을 때까지"(제8조 2항) 무기한 수용하도록 규정함으로써 '완치'되지 않는다면 평생을 사회와 격리해 구금할 수 있는 강력한 시설화 조치였다.

207) 기도원 사건은 1983년 TV 프로그램 '추적60분'을 통해 정신장애인을 수용한 무허가 기도원의 충격적 실태가 공개된 사건이었다. 해당 사건으로 그동안 한국 사회가 정신보건 정책의 "무풍지대"라 할 만큼 관심을 두지 않던 상황을 바꾸어 "정신질환자 문제를 사회의 중심 이슈로 단박에 밀어올"렸다고 평가된다. 실상 기도원이나 요양원 같은 수용시설에서의 정신장

료 시설의 충격적 실태가 세상에 고발된 것을 계기로 전문가들은 정신장애인 인권보장을 위한 치료시설 확충 등 정부의 적극적 대응을 촉구했다. 그러나 정신의학 전문가들의 주장은 치료에 대한 과도한 강조와 수용시설 반대로만 점철되었으며(김혜련, 1991; 양옥경, 2006) 당대 사회적 상황, 특히 의료복지제도의 부재와 계층 간 불평등, 위험한 노동환경 등이 정신장애를 구성, 심화하는 구조에 대한 문제의식은 없었다. 특히 1970년대와 마찬가지로 의료적 처치가 절실한 가난한 계층 정신장애인의 의료접근성은 매우 낮았기에 정신장애인의 '인권보장'은 무엇보다 가난한 정신장애인을 고려한 의료복지제도의 개혁과 확대에 있었다. 1980년 한국보건개발원이 발행한『심신장애자실태조사 보고서』에 따르면, 조사 대상이 된 "정신병자" 및 그 가족이 생활보호대상자인 경우가 전체의 16.6%로 모든 장애 유형 중 생활보호대상자 비율이 가장 높았지만, 의료보호제도의 정액수가제 폐단 때문에 의료보호대상자라 하여도 병원 접근성이나 적절한 치료를 받을 수 있는 가능성은 낮았다. 의료보호 대상자는 아니지만 의료보험제도에도 포섭되지 못하는 정신장애인이 약 90%에 달했고(한국보건개발연구원, 1980: 72~4), 1980년대 중반에는 전체 의료보험 가입대상이 일정하게 증가했지만 보장일은 진료가 시작된 이후 180일로 한정되었기 때문에 장기치료를 해야 하는 정신장애인에게는 여전히 유명무실한 제도일 뿐이었다(김이영 외, 1986). 결과적으로 정신의학 전문가들이 심신장애자와 정신장애를 차별화하며 강조한 정신장애인의 치료 가능성이란 계급에 따라 뚜렷하게 나뉠 수밖에 없고, 경제적으로 빈곤한 계층에서 만성적인 정신장애인이 배출될 수밖에 없는 구조였다. 1970년대에도 그러했듯 가난한 계층의 만성 정신장애인이 치료받지 못하여 종국에 부랑할 수밖에 없는 이유다.

이처럼 병원과 시설 중 어떤 시설을 증설하는가에 초점이 맞추어진 정부와 정신의료 전문가들 간의 힘겨루기는 대형정신병원과 정신요양원, 부랑인시설 등 의료복지체계를 막론한 시설 확장으로 귀결되었다. 보편적 의료복지제도의 수립이 아니라 단지 '치료' 시설을 늘리라는 정신의학 전문가들의 요구는 정부의 대형정신병원[208] 증설 기획으로 귀결되었다. 기도원 사건 발생 직후 정부가 내놓은 "정

애인에 대한 폭행 등 인권침해 사건은 그동안 지속적으로 신문 지면의 뉴스거리로 등장했지만, 1980년대 초 텔레비전 매체의 일반화로 화면을 통해 고발효과가 극대화되었고 이는 이전의 보도와는 다른 효과를 가져왔기 때문이다(대한신경정신의학회, 위의자료: 125~8).

신질환 관리대책"은 위에서 언급한 "특수장애자"를 격리수용 할 정신요양시설을 증설하는 것 외에도 대형정신병원을 증설하는 것을 골자로 했다(보건사회부, 1985; 이부영, 1999; 한국보건사회연구원, 1999). 이 가운데 빈곤한 노동자와 빈곤계층 가정에서 지속적으로 양산된 많은 만성적 정신장애인 인구가 부랑인 집단에 포함되어 부랑인시설, 정신요양시설, 대형정신병원 그도 아니면 형사사법 시설(치료감호소)에 대거 유입되었다.

여러 수용 장소 중에서도 이 시기에 정신장애인을 가장 많이 수용한 장소는 영보자애원과 같은 부랑인시설과 정신요양원이었다. 아래 표에서처럼 1980년대 중반까지 전국 30여 개의 부랑인시설에는 평균 1만여 명을 상회하는 많은 인원이 수용되었다. 부랑인시설 수용자 중 "정상인"보다 장애인이 훨씬 많았으며, 특히 정신장애인("정신질환")이 집중적으로 분포하고 있음을 확인할 수 있다. 1987년 민주화 이후 부랑인시설에서 "정상인"이 급감하는 것도 특징이다.

표 22. 전국 부랑인시설(성인) 수용현황

연도	연말재소자			건강 상태, 장애 종별						
	계	남	여	정상인	정신 질환	지체 장애	시각 장애	언어/ 청각	정신 박약	기타
1984	11,744	8,320	3,424	3,135	4,018	1,233	126	324	1,081	1,827
1985	12,033	8,572	3,461	3,195	3,540	1,445	150	477	1,211	2,015
1986	13,180	9,292	3,888	3,212	4,269	1,581	156	472	1,328	2,162
1987	8,571	5,262	3,309	421	3,401	1,034	149	502	1,049	2,015
1988	9,028	5,660	3,368	411	3,780	1,121	142	421	1,311	1,842

출처: 보건사회부(각 연도), 『보건사회통계연보』.

정신요양시설의 수와 수용자 규모 역시 아래 표와 같이 1980년대 내내 증가했다. 기도원 사건 발생 직후 "정신질환 관리대책"이 발효된 1984년부터 1990년까지 40개에 달하는 무허가시설이 정신요양시설로 양성화되었는데, 이는 전체 요양시설의 60%에 해당한다(한국보건사회연구원, 1999). 또한 위의 표 22의 전국 부

208) 대한신경정신의학회 등 정신의료 전문가들은 대형정신병원을 정신요양원과 마찬가지로 수용을 위한 기관으로 본다. 대형 정신병원은 입원한 환자의 규모가 커 치료보다 "수용보호"에 치중하게 되고, 이는 환자가 지역사회에서 통원 치료나 상담 서비스를 받을 수 있는 지역정신보건센터 및 소형병원과는 완전히 다른 환경이라는 것이다(이부영, 1983b: 337).

랑인시설 현황과 비교해 볼 때, 1987년 민주화 이전까지는 부랑인시설 수용자 규모가 정신요양원보다 크지만, 1987년 이후 반전돼 정신요양원 수용자 규모가 부랑인시설을 압도하게 된다. 1987년 형제복지원 사건 이후 부랑인시설에서의 입퇴소 심사 절차가 강화되고 강제 인신구속이 어려워진 상황에서 점점 더 많은 정신장애인의 가족이 정신요양원 입소를 의뢰하는 경향이 나타났고, 이는 정신장애인을 수용하는 장소와 그 방법이 변했음을 짐작게 한다.

표 23. 정신장애인 수용시설(정신요양원) 현황

연도	시설수	연말 재소자		증상별				
		남성	여성	정신 분열증	우울증	간질	정신지체	노인성 등 기타
1982	26	3,238	2,196					
1983	18	3,818	2,576					
1984	40	5,024	3,325	6,920	588	207	267	367
1985	47	6,479	4,240	8,843	680	331	274	591
1986	52	7,504	4,944	10,379	650	400	379	730
1987	65	9,008	5,827	12,328	688	508	531	780
1988	71	10,053	6,197	13,657	622	534	390	1,047
1989	73	10,595	6,452	14,268	718	523	455	1,083
1990	74	10,790	6,642	14,176	838	551	521	1,346

출처: 보건사회부(각 연도), 『보건사회통계연보』.
주: 『보건사회통계연보』 상 정신요양시설은 1983년까지 "심신장애자 시설"로 분류되다가 1984년부터 "의정"(medical affair) 범주에 포함됨.

이상에서 살펴본 바와 같이 1980년대에는 정부, 의료복지 전문가, 시설은 물론 장애인 당사자 조직까지 다양한 행위자들이 국제적인 장애인 인권레짐 부상이라는 새로운 환경에 적응해 자신들의 이해를 관철시키려 끊임없이 연합 혹은 타협했고, 그 결과 인권 보장의 주체에서 제외된 다수의 정신적 장애인이 의료복지제도의 부재 속에 수용시설에 대거 유입되는 상황이 빚어졌다. 정신적 장애인 중에서도 이 시기 가장 뚜렷한 시설화 대상 집단이 된 정신장애인은 명목상이나마 권리 주체로 호명된 장애인 범주에도 포섭되지 못하면서 더 노골적인 통제의 대상이 되어야 했다. 가난한 정신장애인은 병원에서 양질의 치료를 받아 회복이 가능한 계층의 정신장애인과 근본적으로 다를 수밖에 없는 집단으로, 전문가들이 인권을 내세워 강조한 개인주의적이고 의료 중심적인 관점은 특정한 경제적 상황에

있는 계층의 시각만을 반영한 것이었다. 그러나 치료받지 못해 만성적 장애를 가지고 살아야 했던 그들은 인권의 주체로 호명된 '장애인'과도 같은 범주일 수 없었다. 거리를 오염시키고 광기로 언제든 범죄를 저지를 수 있는 정신장애인은 '장애인'보다는 '부랑인' 또는 '구걸행위자'로 대표되는 '비정상'이자 배제의 표상에 가까웠다. 부랑인 복지시설로 전환된 영보자애원이 많은 수의 정신적 장애여성을 안정적으로 장시간 보호할 수 있게 된 것은 이와 같이 더 강력하지만 비가시화된 방식으로 작동한 정신적 장애여성에 대한 1980년대의 배제적 담론실천과 공명하는 것이었다.

2) 민주화 이후 강제인신구속 반대와 시설화의 방향 구축: 수용절차의 합법성 강조

1987년의 민주화는 전두환 정부에서 지속된 시설화 지향 기조에 어느 때보다 강력한 제동을 가하는 결정적 계기가 된다. 그러나 민주화라는 결정적 국면을 통해 아래로부터 폭발적으로 터져 나온 자유권적 기본권 수호 담론은 이제까지의 모든 폭력적 감금과 시설화를 종결시키고 완전히 새로운 담론적 실천과 제도개혁을 모색하는 계기가 되는 것이 아니라 누구를 어떻게 수용하는가를 둘러싼 수용절차의 합법성 문제로 틀 지워진다. 이 과정에는 이전 시기까지 시설화를 둘러싼 담론적 실천의 주된 행위자인 의료・복지・교육 등 관련 분야 전문가들과 정부뿐 아니라 다양한 진보적 시민사회운동 진영까지 상호작용하게 된다. 이하에서는 민주화를 계기로 제기된 강제 인신구속에 대한 문제제기와 그 대응 담론을 살펴보며, 영보자애원이 시립여자기술원과 달리 민주화를 거치며 그 존립을 지속해나갈 수 있었을 뿐 아니라 이후 시설의 존재 자체가 더욱 비가시화된 과정과 원인을 살펴본다.

1987년 군부독재체제의 붕괴와 민주화의 결실로 개헌한 헌법에 따라 과거 치안이나 복지를 명목으로 한 억압적이고 자의적인 인신구속 관행은 일제히 과거 청산의 대상이 된다. 가장 먼저 청산의 대상이 된 것은 "공안", "반국가사범" 등에 대하여 자유박탈적 인신구속을 가능하게 한 (구)사회안전법이었다. 1989년 국회 민주발전을 위한 법률개폐 특별위원회는 해당 법률을 폐지하고 비구금적 보호

관찰 부분만을 남기며 보안관찰법으로 대체한다. (구)사회안전법의 폐지를 시작으로 빈곤층, 정신적 장애인, 윤락여성 등 사회적 소수자를 재범 위험성 예방이나 갱생을 명목으로 강제수용한 관행에도 비판이 가해졌다. 앞서 서울시립여자기술원의 사례를 통해서도 확인한 것처럼 여성단체들은 윤락여성 강제 인신구속에 대한 비판과 함께 1988년부터 윤방법 개정 논의를 시작했다. 그러나 해당 논의는 여러 단위들이 성판매 여성 혹은 구매자를 처벌하는 문제를 두고 입장 차이를 좁히지 못해 논의가 공전하게 된다(박정미, 2011). 마찬가지로 1980년 신군부가 재범 위험성을 근거로 범죄를 저지른 상습범, 정신적 장애인 등에 대한 자유 박탈적 보안처분을 부과할 수 있도록 제정한 (구)사회보호법의 폐지도 논의되었다. 그러나 (구)사회보호법 역시 법원이 범죄자에 대해 “재범 위험성” 있는 대상인지를 판단해 보안처분을 부과한다는 점에서 법원의 판결 없이 정권에 의해 자의적 인신구속이 악용될 여지가 더 크다고 여겨진 (구)사회안전법보다 주목 받지 못하면서 폐지되지 못하고 논의가 공전된다(김대현, 2021). 이는 권위주의적 강제 인신구속 관행을 둘러싼 시민사회의 관심이 독재체제에 대한 저항과 자유권적 기본권 보장을 수호하는 문제에 집중되었음을 시사한다(추지현, 2017; 최종숙, 2021).[209]

이처럼 민주화라는 결정적 국면에서 터져 나온 시설화에 대한 비판은 젠더, 계급, 장애가 교차하는 다층적 사회집단에 대한 배제와 불평등을 권위주의 시기 통치의 핵심으로서 근본적으로 문제 삼는 계기가 되지 못한 채 좁은 의미의 자유권 논의로 좁혀졌다. 그 결과 윤방법 개정 논의 또한 1995년 논의의 공전 끝에 보호시설 강제수용처분 부분만을 삭제 결정하는 것으로 문제가 봉합되었다. 아래 표에서 보듯 직업보도시설은 “선도보호시설”로 명칭이 바뀌었고, 선도보호시설의 입소는 당사자의 동의나 판결에 의해 이루어지도록 변경되었다. 사회적 소수자에 대한 시설화 제도를 유지한 채 수용 절차와 수용 기간을 법률에 의거해 집행하도록 한 이와 같은 법률 개정안이 오랜 논의 끝에 통과되는 동안, 1절에서 살펴본 바와 같이 1994년, 시립여자기술원 수용 여성들이 강제인신구속 인권침해 소송

209) 민주화운동기념사업회 최종숙은 1987년 최초로 세상에 알려졌던 형제복지원 사건 역시 이와 같은 맥락에서 당대 정치사회적 무대에서 빠르게 망각되어야 했다고 평가했다. 1987년 당시 민주화운동 세력은 박종철 고문치사 사건과 정권 타도에 집중해야 할 민주화의 역량이 형제복지원 사건으로 분산될 것을 염려했다고 그는 지적한다(최종숙, 2021: 285~288).

등을 제기해 시설의 완전한 폐지를 보다 빠르게 이끌어냈다.

표 24. 윤락행위등방지법 보호처분 관련 신구법 조문 비교

	구법	1995년 개정법
보호처분	제11조: 초범인 윤락행위자에 대하여는 먼저 보호지도소 등으로 하여금 적절한 선도의 조치를 취하게 한다. 단 개전의 정이 없는 자는 처벌한다.	제8조: ①소년부판사는 … 윤락행위를 한 20세 미만의 자에 대하여 보호처분을 할 필요가 있다고 인정할 때에는 … 선도보호시설에 선도보호를 위탁하는 처분을 할 수 있다. ②위탁의 기간은 6월로 하되, 소년부판사는 결정으로써 6월의 범위 안에서 1차에 한하여 그 기간을 연장할 수 있다. 제9조: ①시·도지사는 요보호자중 … 일시보호소 및 … 선도보호시설에 입소를 하고자 하는 자에 대하여는 여성복지상담원의 상담에 따라 일시보호소 및 선도보호시설에 입소시켜 선도보호하는 조치를 취할 수 있다. ③제1항의 규정에 의한 선도보호시설에서의 선도보호기간은 1년의 범위내에서 교육과정에 따라 대통령령이 정하는 기간으로 한다.
수용시설	제7조: ①국가는 윤락행위의 상습이 있는 자와 환경 또는 성행으로 보아 윤락행위를 하게 될 현저한 우려가 있는 여자(以下 要保護女子라 한다)를 선도보호하기 위하여 보건사회부장관이 지정하는 중요도시 기타 필요한 곳에 보호지도소를 설치한다. 제8조: ①국가는 요보호여자에 대하여 자립갱생의 정신과 능력을 함양하기 위하여 필요한 곳에 직업보도시설을 설치하고 직업교육을 실시한	제11조: 요보호자를 위한 복지시설(이하 "施設"이라 한다)의 종류는 다음 각호와 같다. 1. 일시보호소: (생략) 2. 선도보호시설: 제8조제1항의 규정에 의한 보호처분에 의하여 위탁된 자를 대상으로 선도보호를 행하는 시설과 제9조제1항의 규정에 의한 선도보호조치에 의하여 입소한 자를 대상으로 선도보호를 행하는 시설 3. 자립자활시설: 요보호자 또는 선도보호

	다.	시설에서 퇴소한자 중 사회적응이 곤란하거나 거주할 곳이 없는 자로서 본인이 희망하는 경우 6월의 범위 내에서 숙식·직업알선 등을 제공하여 사회적응을 용이하게 하는 시설

출처: 국가법령정보센터.

윤방법과 요보호여자 시설화 제도의 이 같은 변화 행보는 다른 사회적 소수자의 시설화에 대한 논의에서도 유사한 양상으로 반복된다. 정신적 장애인 집단의 경우 정신요양원, 부랑인시설, 대형정신병원, 장애인시설 등 다양한 형태의 시설에 분산되어 있었고, 사회구조적 불평등과 폭력에 의해 장애가 구성되거나 심화되어 시설에 수용되어야 했던 그들이 스스로 권리의 언어를 가지기는 매우 어려웠다. 게다가 영보자애원의 사례로 보듯 정신장애인을 수용한 시설들은 1980년대를 거치며 일제히 민간 의료복지시설로 전환되었기 때문에 독재정권에 저항해 자유권적 기본권을 수호하려 한 강제 인식구속 철폐 논의에서 그 위치가 더욱 모호할 수밖에 없었다. 이 같은 상황에서 각종 시설을 둘러싼 다양한 제도 내외의 행위자들이 민주화라는 변화된 환경 속에서 시설의 존립/폐지를 위해 끊임없이 타협, 협상, 순응하는 과정이 전개되었고, 결과적으로 정신적 장애인의 시설화는 더욱 공고해지게 된다.

먼저, 정신장애인에 대한 합법적 수용 절차 제도 마련을 위해서는 전두환 정권까지 오랜 시간 파행을 거듭했던 정신보건법 입법 추진을 피해갈 수 없게 되었다. 민주화 이후 정신보건법 논쟁이 다시 시작된 시점은 1990년 노태우 정부가 정신보건법 제정을 정책사업으로 채택하고 새로운 정신보건법안을 내놓으면서부터다. 변화된 정치환경에서 정부 입법 과정에 직접적 영향력을 행사할 수 있게 된 정신의학 전문가들과 시설 운영자들(한국정신요양시설협회)[210]은 수용시설(정신요양

210) 정신요양시설 운영자들이 결집해 만든 한국정신요양시설협회의 최초 형태는 1950년대에 발족하였고, 1977년에는 사단법인 한국성인복지시설협회로 변경해 보건사회부 승인을 받아 양노·성인불구시설 통합 연합체가 되었다(한국사회복지협의회, 1977). 그들 중 일부 시설이 1984년 분리 독립하여 사단법인 한국정신요양시설협회를 창립했고, 본 협회는 1985년 당시 정부 발의 정신보건법안 논쟁 과정에 적극 개입해 기도원, 정신요양시설 양성화 정책을 적극적으로 옹호했다. 정신요양원 등에 대한 그들의 옹호 논리는 정신요양원 시설이 한국전쟁 당시 정신장애인을 긴급 보호하기 위하여 생겨난 시설에 기원을 두고 있기에 시설의 존

원)의 합법화 문제를 둘러싸고 타협하게 된다. 권위주의 시기를 거치며 강력한 이익집단으로 부상한 시설 운영자들은 그동안 비의료 수용시설이자 인권침해 혐의로 정신의료 전문가들로부터 지속적으로 비판을 받아온 정신요양원이 민주화 이후에도 존립을 보장받을 수 있도록 활발하게 대정부 로비활동을 벌였고(김혜련, 1991), 정신의료 전문가들이 시설운영자들의 요구를 일정 부분 수용하기로 한 것이었다. 이에 정신의료 전문가 집단의 주장처럼 정신요양원을 일제히 폐지하게 되더라도, 이미 전두환 정부에서 활발하게 추진된 정신요양원 등의 양성화 정책을 통해 대규모로 수용되어 있던 무연고 정신장애인에 대한 뚜렷한 대책이 없었다는 현실적인 문제가 있었다(김문근, 2013). 이러한 상황에서 정부가 내놓은 정신보건법안은 "사설 정신질환자 수용소"로 사회적 비판의 대상이 되어온 정신요양원을 의료전달체계의 일종으로 격상하는 방안을 담고 있었다.[211] 또 해당 법안은 부당한 인식구속의 우려를 불식시키기 위해 강제입원 절차를 체계적으로 마련하는 데 집중하고 있었다.

이처럼 정부와 이익집단 간의 타협으로 성사된 정신보건법안이 나오자 민주화 이후 새롭게 형성된 시민사회운동 세력이 강력하게 비판을 제기했다. 전문의료인 중심의 단체 인도주의실천의사협의회(이하 인의협)는 정신보건법이 환자가 치료되어 사회에 복귀하게 하는 데 목적을 둔 법이 아니라 "정신병상 증설을 위한 법"이라고 비판했다. 특히 사람을 인신구속 할 수 있는 강제 입원/입소 규정을 두고 있으면서도 단지 병상이 부족하다는 이유로 정신의료시설 기준을 낮추어 정신요양원을 양성화하겠다는 정부의 발상에 강하게 반대했다. 여기까지는 기존의 정신의학 전문가들이 일관되게 주장한 비의료 수용시설에 대한 반대 논리와 동일한 것이지만, 그들이 이전 시기 전문가 집단과 달리 새롭게 강조한 것은 입원 치료 그 자체보다 정신장애인이 애초에 시설에 장기수용되도록 추동하는 공공 의료복지체계의 부재다. 즉, 그들은 정신보건법이 단지 정신장애인에 대한 입원 또는 수용에 대한 절차적 규정에 관한 법이 아니라 포괄적 복지입법이어야 한다는 점, 그렇지 않을 경우 정신보건법 제정은 보류되어야 한다는 입장을 피력했다는 점에서 새로웠다(김병후, 1992; 인도주의실천의사협의회, 1990).

립이 존중받아야 한다는 것이었다(김혜련, 1991).

211) 『조선일보』, 1990.8.30. " '정신보건법' 입법 다시 추진: 보사부, 가을 정기국회 상정키로".

이렇듯 새로운 시민사회운동 세력의 등장은 장애의 의료적 시각에 기반한 치료 및 수용 중심의 기존 논의에 균열을 내고 개혁적 담론적 실천을 모색할 가능성을 열었지만, 같은 시기 두 가지 사건이 우연히 발생하면서 정신보건법 제정 논의를 강제인신구속의 절차적 합법성 문제로 회귀하도록 만든다. 그 첫 번째는 정신요양원, 부랑인시설 등에서 "정상인"을 정신장애인으로 몰아 강제입원 및 인권침해를 가한 사건들이 이 시기에 우연히 사회적 이슈로 등장한 것이다. 가장 이슈가 된 것은 1991년 대전 소재 정신요양원 신생원에서 "정신적으로나 신체적으로 결함이 없는 정상인"을 수용해 강제노역과 인권유린을 자행하고 국고보조금을 횡령한 사실이 언론에 공개되어 파장을 일으킨 사건이다.[212] 언론에 따르면 신생원은 가족 등 이해당사자의 사주에 따라 "정상인"을 납치하고 강제수용한 뒤 징벌방에 감금하고 상습구타와 정신과 약물을 강제 복용시키는 등 인권을 심각하게 유린했다. 정신요양원 강제입원 외에도 폭력조직이 범죄사실을 폭로한 조직원을 정신병원에 강제입원 조치한 이른바 "태촌파 사건"[213]이 알려져 화제가 되기도 했다. 이러한 사건들은 "정상인"이라도 억울하게 장애인으로 몰린다면 얼마든지 시설이나 병원에 강제수용될 수 있다는 공포와 정신보건법 강제입원 조항에 대한 우려를 확산했다. 이후로도 충남 소재 정신요양원 수심원 사건,[214] 충남 소재 폐쇄 정신병원에서의 화재로 환자 34명이 사망한 사건,[215] 부산 소재 정신요양원 새희망요양원 사건,[216] 윤락여성 직업보도 시설 경기여자기술학원[217]의 화재 참사로 수용생 수십 명이 사망하는 사건 등이 1990년대 중반까지 연이어 발생했다. 해당 사건들을 보도한 언론은 공통적으로 법적 근거나 객관적 기준 없이 마구잡이로 사람을 강제인신 구속하고 수용시설 안에서 폭력과 학대가 벌어진 사태에 집중했

212) 『경향신문』, 1991.8.3. "정상인 '강제수용' 대전 신생원", 『경향신문』, 1991.8.5. " '약물 먹여 정신병자로': 대전 신생원사건 탈출 2명 무차별 인권유린 폭로".

213) 『조선일보』, 1990.8.23. "범죄사실 투서한 부하 정신병원에 강제입원", 『한겨레』, 1992.1.26. "김태촌 범죄 폭로하자 부두목 병원 강제입원".

214) SBS「그것이 알고싶다」, 1992.11.28. 방영. "인간의 조건: 정신질환자 수용시설의 실태보고".

215) 『한겨레』, 1993.4.20. "환자들 발 묶여 대피 못해".

216) 『한겨레』, 1994.4.28. "정책도 사회도 버린 '부랑인 인권'", 『한겨레』, 1994.5.2. "새희망요양원 가혹행위 실태: 법·인권 두절된 현대판 '수용소 군도'".

217) 1994년 시립여자기술원이 폐지 결정된 후 1995년 당시에는 경기여자기술학원과 협성여자기술학원 두 곳이 윤락여성 직업보도시설로 남아있었다.

는데, 이러한 논리는 합법적인 시설이라면 다양한 사회적 소수자를 시설화하는 것 자체는 문제가 되지 않는다는 것을 함의하는 것이기도 했다. 즉, 애초에 시설이 공적 복지제도의 부재와 젠더, 계급, 장애 등의 교차에 의한 사회적 억압에 면죄부를 주고 있는 상황에 대해서는 문제제기하지 않았다. 무엇보다 지금까지 본 것처럼 비/장애인 혹은 "비/정상인"의 경계란 생물학적이고 선재하는 것이 아니라 사회적 관계 안에서 끊임없이 재정의되고 재구성되는 것이지만, 이에 대한 문제의식 역시 존재하지 않았다.

그림 17. 1991년 정신요양원의 '정상인' 강제수용 폭로 기사

정상인 "강제수용"
大田신생원
관련공무원 묵인
임의退所 불가능 사실상감금
장부조작·국고보조금도 횡령
醫師진단없이 藥物 강제복용
工事場 동원

출처: 『경향신문』, 1991.8.3. "정상인 '강제수용' 대전 신생원".

또 다른 사건은 노태우 정권의 공안정국으로의 회귀 움직임이었다. 비장애인이나 법적으로 규정된 정당한 대상 외에도 누구나 악의적으로 강제입원과 인신구속에 처할 수 있다는 공포가 확산된 데 더해 1989년 이래 정부는 "각종 범죄들이 사회의 민주화 흐름과 혼란상에 편승, 기승을 부"린다고 평가하고 "5대 사회악

근절” 선포, “범죄와의 전쟁” 선포 등 치안 강화 행보를 이어갔다.[218] “범죄와의 전쟁” 선포는 정부가 치안을 빌미로 권위주의적 공안 정국으로 선회하려는 것이라는 시민사회의 우려를 샀고, 1991년에는 명지대학교 학생 강경대가 시위 도중 경찰에 의해 사망하는 사건이 발생한다. 이에 야당은 “5공을 능가하는 공안 통치 정권”임을 비판하며 일제히 총사퇴하고, 범시민사회단체는 “고 강경대 열사 폭력 살인 규탄과 공안 통치 종식을 위한 범국민 대책회의”를 결성한다. 이러한 정치적 긴장 상태에서 대구나이트클럽 방화 사건,[219] 서울 여의도광장 차량 질주 사건[220] 등 범인들이 정신질환자로 간주된 사건들이 연이어 발생하자 법무부장관 김기춘은 “범죄와의 전쟁 차원에서 정신보건법을 다시 추진하겠다”고 밝혔다.[221] 보건사회부가 아닌 법무부가 정신장애인을 사회로부터 격리할 치료시설 증설을 위해서 정신보건법 제정을 더이상 미룰 수 없다고 천명한 것은 정신보건법에 대한 여론과 정부의 촉각이 자의적 강제입원 위험성 쪽으로 집중되도록 만들었다. 예를 들어, 장애인 관련 시민사회단체 장애우권익문제연구소는 “야당이 총사퇴한 마당에 국민의 신체의 자유를 침해하는 법률을 제정하려는 근본 의도는 무엇인가 하는 의문을 해소할 길이 없”다며 정부의 의도에 의구심을 표하면서, “멀쩡한 사람이 억울하게 정신질환자로 몰릴 수도 있고, 극단적으로는 집권자의 입장에서 귀찮은 사람들을 정신질환자로 몰아 강제로 입원시켜 기약 없는 시간을 사회로부터 격리시킬 수도 있도록 되어 있어 일반 국민에 대한 인권침해의 가능성이 매우 높은 위험한 법률”이라고 비판했다.[222] 1992년에는 정부가 법안의 공청회를 실시하자 여기에 반발해 집결한 시민단체들이 “보사부가 제시한 법안에는 1985년 당시의 법안과 다름없이 강제입원을 가능토록 하는 등 인권침해 독소조항이 남아 있다”고 지적하고 입법을 저지키로 결의했다.[223] 이 외에도 정권의 공안 통치 분위기에 맞서 교도소 재소자 인권 감시 등을 위해 출범한 재소자인권수호대책위원

218) 『동아일보』, 1989.8.21. “ ‘5대 사회악’ 근절 적극의지”, 『경향신문』, 1989.3.13. “조직폭력, 가정파괴, 부정식품, 인신매매, 마약사범 5대 사회악 추방”. 『동아일보』, 1990.10.23. “범죄와의 전쟁: ‘인권침해 우려’ vs ‘강력조치 마땅’”.

219) 『경향신문』, 1991.10.18. “나이트클럽 방화 16명 사망”.

220) 『한겨레』, 1991.11.23. “여의도 살인질주범 사형 구형”.

221) 시사저널, 1991.12.26. “국내 정신병원 ‘시설질환’”.

222) 장애우권익문제연구소(1991), “정신보건법 무엇이 문제인가”.

223) 『동아일보』, 1992.4.23. “정신보건법 재추진, 재야・종교계 큰 반발”.

회는 “정신보건법에는 정치적 반대자들이나 민주화운동을 하는 사람들이 정신질환자로 규정돼 강제입원될 수 있는 소지가 있다”는 비판을 담은 성명을 발표했다.[224] 이처럼 시민사회 단체들이 한목소리로 정신보건법에 우려를 표출한 것은 정치적 악용 가능성이었고, 정신보건법이 존재하지 않는 상황에서 이미 수많은 정신적 장애인이 자신의 의사와 무관하게 혹은 의료복지 및 돌봄의 절실한 필요 때문에 시설에 무기한 수용되어야 하는 상황에 대한 진단이나 문제 제기를 포함하고 있지 않았다.

한편 정신보건법 제정이나 시설화 관련 담론적 실천과 직접 관련되지는 않았지만, 이 시기에 등장한 진보적 여성운동과 장애인 운동은 각각 여성과 장애인의 돌봄 및 생존권 의제를 제기했음에도 그 역시 위와 같이 요보호여자, 장애인 등의 집단에 대한 강제 인신구속 문제를 둘러싼 협소한 논의의 프레임에 제동을 걸지는 못했다. 이는 두 운동이 단일 정체성에 기반해 장애인과 여성 내부의 차이를 사상한 데 원인이 있었다.

먼저, 민주화 이후 등장한 진보적 여성운동은 그동안 한국 사회의 철저한 공사이분법이 여성의 사회참여와 성평등을 가로막는 현실을 최초로 의제화하며 등장하였다. 여성을 ‘의존적’ 존재로 만드는 사회제도의 철폐와 남녀의 동등한 사회참여라는 여성운동의 의제는 그 중요성에도 불구하고 특정한 위치에 있는 일부 여성의 시각을 대변하는 것이었다. 성평등을 위한 여성운동의 기획은 정책적 영역에서 가부장적 법과 제도를 타파하고 “여성이 공적영역에 편입되지 못함으로써 발생하는” 여성차별의 문제를 시정하기 위해 공적영역에서의 차별적 요소를 제거하는 데 초점을 맞추었다(한국여성개발원, 2006: 11). 1987년 (구)남녀고용평등법, 1990년 영유아보육법 제정은 노동시장에서의 성차별 제거, 여성의 취업 촉진, 보육의 사회화 등 고용에서의 성차별 금지와 여성의 사회참여 촉진을 위한 법과 정책 도입을 위한 여성운동의 끈질긴 노력의 결과였다.[225] 그러나 여성을 보

224) 위의 기사.

225) 여성(아내)의 신분을 남성 가장의 종속적 지위로 고정해 여성 차별제도의 대표적 상징이 되어온 가족법 개정 운동 또한 민주화 이후 진보적 여성운동의 주요 이슈였고, 이 당시 법 개정 논의에 참여한 전문가들은 인권, 평등, 산업사회로의 사회변화 등을 호주제 폐지의 근거로 들었다. 1990년 가족법 개정을 통해 친족의 범위가 조정되고 재산 상속 규정에 있어 남녀 차별이 제거되는 등 진전이 있었으나, 호주제의 완전한 폐지는 2000년대 이후로 지연된다(양현아, 2003).

호와 의존의 대상으로 구성해온 제도와 관행에 대한 문제제기는 남성 중심적 자유주의와 마찬가지로 생산성의 강조를 통해 주체성을 드러내야 하는 역설을 내포하고 있었다 이 시기 한국 여성정책 형성에 영향을 준 국제 여성 인권레짐이 표방한 “발전과 여성”이라는 패러다임은 그러한 역설을 보여주는 대표적 예시인데, 여성의 동등한 사회참여 기회를 강조하는 자유주의 페미니즘 시각은 생산과 발전에 대한 남성중심적 규범을 특권화하고 여성을 남성과 더 치열하게 경쟁하게 하는 문제를 안고 있었다고 평가된다(배은경, 2016: 16).[226]

생산과 발전을 구성하는 젠더 및 사회경제적 구조를 문제 삼지 않은 채 여성의 사회참여를 통한 성평등만을 강조한다면 그 의제의 중요성에도 불구하고 여성 간의 차이에 따라 상이한 효과를 발휘할 수밖에 없었다. 예를 들어, (구)남녀고용평등법 등으로 사회참여의 혜택을 받을 수 있는 여성은 고용보험에 가입되어 있고 생계를 책임지지 않아도 되는 일부의 여성이었다(김경희, 2007; 윤홍식, 2019c). 또한 이 시기의 고학력 중산층 여성에게 여성의 노동시장 참여와 맞벌이는 지양되는 가치이기도 했다(강이수, 2007; 이혜경, 1997; 장경섭, 2009). 상대적으로 풍부한 물질적・정서적 기반을 확보한 가정의 여성은 ‘전업주부’ 역할을, 반대로 그러한 기반을 결여한 집단의 여성은 (구)남녀고용평등법에 포섭될 수 없는 비/공식 노동시장으로 대거 내몰리는 상황이었다. 게다가 1990년대 중반까지도 안정적 가족임금과 사회보험 혜택을 누릴 수 있는 남성 노동자조차 일부 엘리트 직종에 한정되어 있었다(윤홍식, 2019c; 이효재・지은희, 1988; 장경섭, 2009). 많은 노동자계급 가족은 최저생계비에도 못 미치는 저임금 일용임금 노동자나 영세 자

226) 이는 개발국가 여성들만의 문제는 아니며, 중산층 백인 여성 중심의 자유주의 페미니즘 주도로 성평등 제도와 문화적 변화를 쟁취한 서구사회에서도 그 효과에 대한 다양한 비판이 제기되었다. 일례로 프레이저(2017)는 미국이 후기산업사회로 전환하는 시기에 성장한 페미니즘 담론이 어떻게 ‘의존성’의 개념을 재구성해내는지 분석했다. 그에 따르면 여성이 남성에 의존적 존재가 되도록 만드는 가부장적 복지국가 모델을 비판하고 나선 백인 중산층 중심 페미니즘 담론은, 노동자(남성)에게 가족을 부양할 만큼 안정적이고 충분한 일자리를 제공하지 않고 따라서 점점 더 많은 여성이 저임금 노동시장에 진출해야 하는 후기 자본주의 시장으로의 전환 및 복지국가의 붕괴와 의도치 않게 공명하게 된다. 이러한 정치사회적 맥락에서 ‘의존’은 더욱 수치스럽고 경멸적인 것으로 구성되었고, 여성을 포함한 모든 사람이 임금노동을 통해 독립을 쟁취해야 한다는 생각이 강력하게 뿌리내리게 되었다. 역사적으로 백인 중심 복지국가 모델에 포섭되어 본 적이 없으며 오늘날 잔여적 복지수혜의 대상이 되고있는 유색인 여성과 인종적 소수자 집단에 속한 다수가 그러한 ‘의존성’의 대표적 상징으로 낙인찍히고 있다(Cohen, 1997).

영업자로서, 맞벌이는 물론 극도의 절약과 내핍생활을 해야 했고, '정상가족'의 이념형은 많은 이들에게 너무도 동떨어진 이상일 뿐이었다. 결국 (구)남녀고용평등법은 남성 생계부양자와 전업주부로 구성된 중산층 '정상가족' 내 여성의 삶을 중심에 둔 것이었다. 또한 이 법은 여성을 돌봄 제공자로서만 틀 지우며 지속적으로 돌봄이 필요한 장애여성이나 노인여성 등의 시각과 경험은 철저하게 비가시화했다.

한편, 이 시기에 등장한 진보적 장애운동은 오랜 시간 잔여적 복지의 대상으로만 위치 지어졌던 장애인의 생존권을 외치고 비장애인과 동등한 노동시장 참여를 요구했다. 1980년대까지 자신의 '맨몸' 하나조차 팔 수 없던 대다수의 장애인은 생존권이 박탈된 상태에 놓여있었다. 민주화라는 정치사회적 변화에 직접적으로 영향을 받으며 등장한 진보적 장애인 운동은 "장애인을 노동시장 내부의 '노동자'로 편입"시키는 것을 일차적인 과제로 여겼다(하금철, 2020: 203). 민주화 이후 진보적 장애인 운동이 결합해 1989년 제정에 성공한 (구)장애인고용촉진법의 핵심은 기업이나 공공기관이 전체 근로자 중 일정 비율 이상의 장애인을 의무적으로 고용하도록 하는 이른바 "장애인 고용할당제"였다. 그러나 이 법의 혜택을 받을 수 있는 대상은 교육 수준이 상대적으로 높고 장애 정도가 경한 신체장애인에 국한되었다. 여기에 젠더 규범까지 더해져 장애남성이 장애여성보다 고용에 대한 접근이 용이할 것은 불 보듯 뻔한 일이었다. 기업[227] 역시 법 제정만으로 장애인에 대한 고용을 확대하거나 다양화하지는 않았다(정창조, 2020; 하금철, 2020).[228] 이처럼 주류 사회가 장애인을 '포섭'할 것을 촉구한 장애인 운동은 대다수

227) (구)장애인고용촉진법 제정에 즈음해 정부를 향한 재계의 조직적 압력이 가해져 시행령상 장애인 의무고용 대상 기업은 300인 이상의 대형 사업체가 되었다(김도현, 2007).

228) 법 제정 후로도 대부분의 가난한 장애인들은 공식 노동시장에 발을 내딛기조차 어려웠고, 법 제정 이전과 마찬가지로 영세 노점상, 가내수공업 수준의 공장 내 형편없는 저임금 노동에서부터 '앵벌이', '구걸' 등에 이르기까지 '비공식' 경제 부문의 말단에서 가까스로 생계를 이어갔다. 이러한 생계 수단은 비장애인들의 시혜와 동정에 호소해야 하는 것이기도 했지만, 무엇보다 위험천만한 노동이었다. 특히 '불법' 장애인 노점상들은 당국의 수시 단속과 철거에 시달리면서 생계 수단을 갖지 못한 장애인의 생존권을 절박하게 호소해야 했고, 그 과정에서 남성 신체장애인들이 폭력적 단속에 저항하다 분신자살하거나 공권력에 의해 피살당하는 사건 등이 문민정부 시기에 연이어 발생했다(하금철, 2020). 이처럼 민주화 이후 남성 신체장애인 중심으로 이루어진 진보적 장애인 운동의 등장은 제한적이나마 변화를 만들어냈지만, 장애인 대부분이 처한 빈곤과 생계 수단의 부재는 여전히 사회적으로 비가시화된 상태에 놓여야 했다.

장애인, 특히 장애여성과 정신적 장애인의 현실과 괴리되어 있었을 뿐 아니라 빈곤한 비장애 노동자조차 장애와 질병을 피할 수 없어 노동자의 지위를 박탈당해야 했던 당대 상황과도 엇나가는 것이었다.

특히 신체장애인 중심의 노동권 주장에서 더욱 비가시화될 수밖에 없는 집단은 정신적 장애인이었다. 신체적 장애인 중심의 장애인 운동에서 정신적 장애의 비가시화는 서구 장애인 인권운동의 역사에서도 한계로 지적되는 부분이다. 초창기 서구 장애인 인권운동은 장애인의 몸을 지배해 온 의료적 모델에 대항해 장애인의 몸이 아니라 사회가 변화해야 한다고 주장하였고, 이는 몸(body)과 정신(mind)의 분리를 전제한 것이다. 즉, 몸이 아니라 사회가 변화해야 한다고 할 때 전제되는 장애인의 몸은 자유주의적 관점에서의 이성적이고 개인주의적인 몸이었다. 이때 자유주의적 이성과 합리성에 부합하지 않는, 많은 경우 만성적인 고통으로 의료적 치료가 필수적인 정신장애는 그러한 장애인 인권운동 담론에 부합하지 않게 된다(Lewiecki-Wilson, 2003; Mollow, 2006; Nicki, 2001; Price, 2015). 이는 장애인 운동이 정신적 장애인에게 절실한 적절한 치료에의 접근성 부재를 외면하고 장애인 정체성 혹은 정체화에서 특정한 장애인을 비가시화하는 결과를 가져왔다고 지적된다.

이상에서 살펴본 것처럼 민주화라는 결정적 국면에서 제기된 강제적 인신구속이나 시설화에 대한 비판은 시설화의 핵심 대상인 정신적 장애인의 시설화를 추동한 다층적 사회구조적 억압을 문제화하거나, 이를 넘어설 담론적 실천과 제도적 개혁으로 이어지지 못했다. 민주화를 계기로 수용 절차의 합법성을 중심으로 시설화의 방향이 재구축된 것은 오히려 수용 절차의 절차적 합법성이라는 틀 안에서 특정한 집단이 시설화되는 것을 더욱 묵인하고 정당화했다. 그러한 시설화의 정당한 대상은 '정말로 미친', '비정상'으로 생물학적으로 병리화・범죄화되는 집단이 되었다. 민주화 이후 시립여자기술원의 폐쇄는 물론 영보자애원을 비롯한 부랑인 시설들에서 "정상인"이 사라지게 되는 반면 그들의 빈 자리를 정신적 장애인이 채우며 역대 최대 수용규모를 기록하게 되는 것은 이 때문이다.

병리적인 '비정상'이자 '위험한' 정신장애인을 강제로 입원조치할 수 있는 "보안처분적 규정"을 포함하는 정신보건법은 이러한 과정을 통해 결국 입법에 성공한다(성경숙, 2009: 243).[229] 보건사회부는 당대 끊이지 않고 발생하는 시설의

인권침해 사건들에 떠밀려 법 제정을 서두르면서, 정신보건법을 제정해 정신요양원을 양성화하고 수용절차를 정비하는 것이 그러한 인권침해 사건들을 예방하는 유일한 방법인 것처럼 대응하며 이 문제를 봉합하려 했다.[230] 1995년 최종 통과된 (구)정신보건법(법률 제5133호, 1995.12.30. 제정)은 "정상인"에 대한 불법적 강제 인신구속 우려를 불식시키고 정신장애인의 병리적 상태를 의료적으로 개선하는 데 초점을 맞추어, 입원 중심의 의료서비스, 그중에서도 입원 경로와 그 과정만을 매우 상세히 규정했다. 강제입원의 종류에는 보호자와 시도지사 등에 의한 입원이 포함되었고, 정신장애인이 "자타해 위험성"을 가지고 있는 상태를 요건으로 규정했다(보호자에 의한 강제입원 조항 관련해서는 5장에서 상세히 다룬다). 그러나 "자타해 위험성"의 의미는 매우 계급화·젠더화될 수밖에 없는데, 예를 들어 "자타해 위험"이 없더라도 정신장애인의 삶이 주거 등에서 지역사회의 지원 연결이 보장되어 있지 않은 무의무탁한 상황에 있을 경우 강제입원의 가능성이 높아지기 때문이다(양옥경, 2006: 299~30).

(구)정신보건법은 오랜 시간 법 제정 과정에서 논란이 되어온 정신요양원 역시 합법적인 정신보건시설로 인정했다.[231] (구)정신보건법에 의해 정신의료기관(병원)과 정신요양시설은 동일한 입원과 퇴원 규정이 적용되었고, 5장에서 살펴보겠지만 이후 정신의료기관과 정신요양시설은 정신장애인 대상 수용의 네트워크를 형성하게 된다. 부랑인 시설로서 사실상 정신장애여성을 대규모로 수용해온 영보자애원은 2000년대 이후 정신요양원으로 분화하게 된다. 영보자애원을 비롯한 정신적 장애인 대상 의료복지시설은 이와 같은 방식으로 합법적인 따라서 더욱 비가시화된 수용의 공간이 되고 있었다.

---

229) 법학 분야 논자들은 강제입원이 법적 관점에서 인신구속에 해당한다고 할 수 있고, 그것의 집행 근거가 "범죄의 위험성"이기 때문에 보안처분의 성격 또한 가지고 있다고 평가한다(성경숙, 2009).

230) 1993.5.8. 제14대 국회 제161회 국회본회의 회의록, 47쪽.

231) 제정 정신보건법은 정신요양원을 "정신요양병원"으로 대체해 정신보건시설로 새롭게 명시했으나, 이는 1997년 법 개정으로 곧바로 무효화되어 종전의 정신요양시설이 최종적으로 정신보건시설로 규정되었다.

3) 님비현상: 정상중심주의와 경제적 자유주의의 결합

1980년대 복지시설에 대해 표출된 일반인들의 혐오 정동과 님비현상은 정신장애인에 대한 게토화된 격리를 초래하고 결과적으로 그들의 시설화를 사회적으로 비가시화한 또 다른 주요 요인으로 살펴볼 필요가 있다. 앞서 남부부녀보호소의 변화에서 확인한 것처럼, 남부부녀보호소가 위치했던 서울시 대방동 주민들은 정신적 장애여성을 대규모로 수용한 시설의 존재가 자녀 교육과 정서에 약영향을 미친다고 주장하며 시설 이전을 강력히 촉구하였고, 서울시 당국은 이러한 주민들의 요구를 중요하게 고려하여 시설의 용인 이전을 결정하게 되었다. 1980년대 당시 민간 부녀직업보도소인 은성직업기술원 운영 관계자 최정은 씨는 서울 올림픽을 전후로 모든 복지시설에 대한 대중의 “혐오”가 만연해졌고, 이러한 정동에 대응해 정부가 복지시설들의 시외 이전을 장려하며 다양한 혜택을 제공했다고 말했다.

> 88 올림픽 할 때 복지시설에 대한 혐오가 많았어요. [정부가] 뭐 혜택 준다고 지방으로 가라고 해서 많이 갔는데, 우린 서울 토박이라 안 갔는데 안 가길 참 잘했지.(최정은 인터뷰 중).

주지하다시피 서울 올림픽이 결정된 후 당시 정부는 세계의 시선을 의식해 1980년대 초부터 무질서 혹은 비위생적이라 판단한 곳을 재개발, 철거, 시설화하여 비가시화하는 프로젝트를 체계적으로 수행했다(박해남, 2016). 도로나 주택 등에 대한 대규모 재개발 사업 외에도 무질서와 비위생의 상징인 부랑인 및 성판매 여성에 대한 단속과 수용이 ‘사회정화’라는 이름으로 시행되었다. 물론 전두환 정권이 공식화한 사회정화사업 이전부터 이들에 대한 단속과 거리정화 작업은 지속적으로 이루어졌지만, 1980년대의 정화 작업은 도시재개발 구상과의 밀접한 연관 속에서 이루어졌다는 차이가 있다(김아람, 2021; 반성매매인권행동이룸・역사문제연구소 인권위원회, 2018). 그러나 대부분의 선행연구가 1980년대 권위주의 정부의 강력한 사회정화 기획이 사회적 소수자에 대한 단속과 수용으로 이어졌다는데 주목할 뿐이다. 영보자애원 등의 복지시설을 둘러싸고 벌어진 일과 같이 행위자를 특정할 수 없고 아래로부터 확산된 혐오 감정이 국가 못지않게 사회

정화사업과 재개발 프로젝트를 정당화했는데, 이러한 혐오가 정부 정책에 선행해 작동했던 힘 혹은 행위자일 수 있음에도 주목받지 못했다.

1980년대 전반에 나타난 복지시설에 관한 님비현상을 전체적으로 조망하기는 어려우나, 1960년대부터 갱생과 범죄위험 예방을 목적으로 국가에 의해 조직된 넝마주이·부랑아 집단 근로재건대/자활근로대에 대해서도 1980년도 초부터 지역사회의 혐오감정이 조직되어 이들에 대한 강제이주 등 인권침해적 조치가 단행된 바 있다(박홍근, 2015). 1960년대 조직된 근로재건대/자활근로대는 성인이 되어 결혼을 통해 가정을 꾸렸거나(3장에서 언급한 것처럼 동부여자기술원에 수용된 윤락여성 중 일부는 1970년대 전후에 이들과의 합동결혼식을 통해 가정을 꾸리기도 했다[232]), 불어난 가족과 살기 위해 무허가 가건물을 짓고 빈민촌을 형성해 살고 있었다. 그들 중 일부가 강남 포이동 지역에 집단을 형성하고 있었는데, 1980년대 강남 개발이 본격화되자 인근 주민들은 그들 때문에 부동산 가치가 하락할 것을 우려했다. 이에 1980년대 말부터 그들의 거주를 반대하는 지역 주민들의 조직적 움직임이 나타났다. 1990년대 중반 국가에 의해 공식 해체되기 전까지 자활근로대 집단은 강제이주와 주민등록 말소에 내몰리고 불법 토지점유자가 되어 거액의 벌금 납부를 요구받았다.

장애인시설에 대한 집단적 혐오감정이 한국 사회에서 가시적인 현상으로 포착되고 이에 대한 저항의 움직임이 일어난 시기 역시 1980년대 말이다. 장애인시설, 정신병원 등의 의료복지시설은 원전이나 쓰레기 매립장 등 다른 "비선호시설"에 비해 시설 자체가 주는 직접적 위험성이 없거나 비교적 미약하지만(임재형, 2005), 시설이 해당 지역의 부동산 가치 하락의 원인이 될 것이라는 경제적 이해가 집단적 두려움과 혐오의 감정으로 이어지는 것은 장애인시설에 대한 서구사회의 님비현상을 다룬 연구를 통해 오래 전부터 지적되어 온 바다(글리슨, 2020). 한국에서도 먼 과거에서부터 님비현상이 드러났으리라 추정되지만 그것을 최초로 가시화한 것은 장애인 인권운동이 님비현상에 조직적으로 대응한 1988년 신망애 재활원 사건을 통해서였다(김도현, 2007; 하금철, 2020). 신망애 재활원은 생계

232) 해당 시기 재건대원과의 합동결혼식을 통해 결혼한 부녀보호소 여성들의 생활실태를 보여주는 자료나 기사는 매우 드물다. 이화여대 사회사업학과에서 수행한 한 연구는 부녀보호소에 수용되었던 여성이 재건대원과 결혼한 후 남편과 함께 넝마주이로 생계를 유지하며 아슬아슬한 결혼생활을 이어가고 있는 상황을 "무척 가슴이 아"프다는 소감과 함께 전하고 있다(서연순, 1975: 23-4).

가 막막한 장애인들을 모아 공동생활을 위해 설립한 시설로, 1988년 독지가로부터 기부받은 돈으로 종교단체가 청량리에 위치한 대지를 매입해 복지관을 짓고자 했으나 지역 주민들은 "땅값이 떨어진다", "자녀 교육에 나쁘다", "주거환경을 해친다"며 시설 건립을 반대했다(김도현, 2007: 56). 민주화 이후 나타난 장애인 인권운동 진영은 이러한 님비현상에 맞서 행정 관청을 상대로 시위를 벌이기도 했지만, 결국 시설은 시외 지역에 건립되었다.

이상의 사례들은 민주화 이후 시민사회의 성장과 정치적 민주화 속에서 특정 집단에 대한 혐오 감정이 본격적으로 분출되기 시작했음을 시사한다. 게다가 권위주의가 사라진 시대에 사회적 소수자를 향한 집단 혐오 감정은 주택 또는 토지 소유자로서의 경제적 '권리'와 '자유'라는 이름을 통해 정당화되어 더욱 강력하게 작동할 수 있게 된다. 1999년도에 사회적으로 이목을 끌었던 또 다른 사건은 서울시 강남구 아파트 주민들이 정서장애아동 특수학교 건립에 맹렬히 반대하며 지역 부동산 가치 하락을 주된 반대 이유로 내세운 것이다. 본 사례에서 지역 주민들은 단지 시설 건립 반대에 대한 의사표시만 한 게 아니라 시설의 설립을 승인한 서울시를 상대로 100억여 원이라는 엄청난 액수의 손해 배상 소송을 제기했다는 점에서 주목할 만하다(임성택, 1999).

앞서 언급한 것처럼 남부부녀보호소의 1985년 용인 이전은 '구걸행위자 보호대책'으로 상징되는 정부의 대대적 시설 정비 기획에 기인한 것만이 아니라 대방동 지역 주민들의 님비현상에 의해 추동된 것이기도 했다. "간질병, 폐결핵, 신체불구, 정신박약자, 정신이상자 등 1,000여 명"의 여성이 "고성, 방가는 물론 반나체 또는 전나로 건물 옥상에 올라가 춤을 추고 욕을 하는 추태로 아동 교육과 정서 생활에 많은 저해요인으로 작용되 부녀보호소 이전을 주민들이 강력히 요구하여 왔"던 것이다.[233] 남부부녀보호소 사례는 님비현상이 적어도 1980년대부터 초반부터 국가 정책 결정에 있어 중요한 행위자로 등장했다는 것을 보여준다. 또한 위의 사례들이 보여주듯 민주화 이후로는 소유권적 경제 논리가 소수자들에 대한 집단 혐오 감정을 폭력이 아닌 '권리'로 정당화했고, 국가는 이렇게 아래로부터 분출되는 혐오 감정을 방관하고 심지어 대행하는 역할을 한다.

5장에서 자세히 살펴보겠지만, 남부부녀보호소 이전 후 남아있던 대방부녀보호

233) 서울특별시(1983), 「당정 협조사항 처리」(서울기록원).

소는 지역주민의 님비현상과 재개발 추진으로 인해 1997년 구건물 철거 결정이 내려지고, 해당 부지에는 여성플라자가 새로 건립된다. 서울시는 "새서울 여성정책"의 일환으로 여성플라자를 건립해 여성의 삶의 질 향상을 위한 정보제공, 여성문제 연구, 여성 교육문화활동 프로그램 등을 위한 공간으로 활용한다는 방침을 마련했다.[234] 여성의 사회참여와 복지, 문화 등의 수사를 동원해 재개발을 정당화하였지만, 해당 장소에 장기 수용되었던 여성들의 역사 그리고 자신의 의사와 무관하게 강제적으로 이동해 모든 관계가 단절되어 비가시화된 채 시설화된 삶을 이어가고 있는 여성들의 삶과 존재를 잊히게 한 것이다.

서울시가 남부부녀보호소에 수용 중인 여성들을 용인 영보자애원으로 이주시키는 과정에서 많은 여성이 강제적 이주에 유무형의 방식으로 저항했다. 비록 장애 때문에 가족 구성원의 지위를 박탈당하고 버려졌지만, 어머니, 아내, 딸, 자매로서 자신의 고유한 존재의 흔적과 기억이 완전히 잊히고 단절되게 만드는 이 같은 조치에 동의할 수 없었던 것이다. 용인 이전 결정 후 1985년 남부부녀보호소 수용 여성의 강제이주를 집행할 당시 서울시 보건사회국장은 남부부녀보호소를 떠나지 않으려 한 여성들을 회상하며 이렇게 적고 있다.

> 그들은 비록 자식들로부터 버림을 받았지만 그래도 자식들이 살고 있는 같은 서울 하늘 아래에서 사는 것을 위안으로 삼았던 거지요. (서울특별시립 영보자애원, 2003)

이상에서 본 것처럼 한국 사회에서 1980년대부터 본격적으로 가시화된 집단 혐오 감정은 정상중심주의와 경제적 자유주의가 결합해 작동한 것으로 장애, 계급, 젠더 등에 의해 다층적으로 주변화한 집단을 향했다. 오염과 "추태", 그리고 경제적 자유에 대한 침해의 두려움으로 나타난 혐오의 정동은 시설화된 집단이 시설화 그 자체의 효과가 아니라 이들이 본원적으로 '차이'를 가진 집단이고 따라서 격리되어 마땅한 집단으로 구축한다. 님비현상은 지속적으로 힘을 발휘해 2000년대에 들어서도 지역사회로부터 분리된 대규모 요양시설이 독립주거 또는 소규모 지역사회 주거시설의 형태로 전환하는 것을 막고 있다(홍선미, 2013). 이하에서는 님비현상으로 물질화된 시설화의 "정동 경제"(affective economy)

234) 『경향신문』, 1997.7.20. "방과후 보육시설 대폭 확충: 서울시 여성정책 3개년 계획".

(Ahmed, 2004)가 이성애 규범적 가족의 정치경제와 어떻게 얽혀져 시설화를 추동하게 되는지 살펴본다.

(3) 의료복지를 대체한 시설과 가족의 활용

1) 의료복지제도의 대체제로서 민간 의료복지시설

1980년대 이후의 한국 사회 장애인 정책과 담론의 특징은 1970년대처럼 장애인 인구 일반을 노골적 격리와 제거의 대상으로 상정하는 게 아니라 인권의 주체로 호명했다는 점이다. 5공 공안 정부조차 국내외적인 인권 담론의 확산을 의식하지 않을 수 없었고, 실제로 장애인 관련 복지체계를 제도화했다. 그럼에도 불구하고 많은 장애인 인구가 시설화되어 전체 장애인 수용시설이 1980년대에 크게 확장되었다. 이처럼 서로 모순되는 듯한 결과가 도출된 요인은 이상에서 살펴본 것처럼 정부 및 여러 시민사회 행위자들의 담론적 실천이 시설화 제도가 가진 내재적 모호성과 변화 가능성을 토대로 전문적 의료복지로서 의미를 부여할 수 있었기 때문이다. 그러나 실질적으로 시설화가 장애인 인권보장을 위한 방편이자 의료복지로서 의미화되기 위해서는 무엇보다 개별 가족이 여기에 순응하거나 이를 적극 활용함으로써 실행력을 불어넣어 주어야만 한다. 아래에서는 1980~90년대를 거치며 각종 시설이 수용인원을 대거 늘리며 확장할 수 있었던 가장 핵심적 요인으로서 가족의 이해가 시설화와 결합하는 과정을 살펴본다.

먼저, 앞에서 살펴본 것처럼 전두환 정부는 집권 초기부터 시설의 확장에 매우 강조점을 두었다는 사실을 다시 상기할 필요가 있다. (구)심신장애자복지법 제정 과정에서 정부는 장애자 복지의 선진 사례로 상정하고 있는 미국을 포함해 선진국들에서 탈시설화 흐름 이후 시설화 정책을 지양하고 있다는 것, 장애인 개개인에 대한 복지 권리보장이 전 세계적인 장애인 정책의 흐름이라는 것을 인식하고 있었다.[235] 이에 정부는 사실상 장애인 복지를 시설화한다는 의미를 담은 본 법의 입법을 서두르며 이미 오랫동안 장애인 시설화 정책을 고수해온 선진국들이 탈시설화로 나아가고 있는 것과는 달리 한국의 경우 시설화와 “비(非)시설화”를

235) 1981.5.14. 제11대 국회 제2차 보건사회위원회 회의록, 56쪽.

병행해 나가야 할 시점이라고 주장했다(아산사회복지사업재단, 1981: 242-3). 또한 심신장애자의 "재활·생계보호"[236]라는 법의 목표 실현을 통해 약 90만 명의 장애인 중 불과 1.2%인 1만여 명이 87개소의 시설에 수용되어 있는 현 상황을 타개하고 시설의 절대 수 부족을 해결할 수 있다고 보았다(김일천, 1982). 이와 유사한 논리로 정부는 "특수장애자"인 정신장애인에 대해서도 '구걸행위자 보호대책'에서 표명한 것처럼 정신요양시설과 부랑인시설 등을 확대해 그들에 대한 "보호"를 강화하겠다고 했다. 이처럼 정부는 기존과 같이 일제단속과 강제수용을 통해 시설수용 인구를 늘리면서도 이전 시기와 달리 시설을 장애인에 대한 의료복지로 새롭게 의미 부여했다. 동시에 이전 정부와 달리 민간 의료복지시설에 대한 재정지원 역시 현실화하기로 하고 1982년 사회복지사업법을 개정했다. 해당 개정을 통해 1970년대까지 임의규정이었던 정부 지원 조항을 "국가와 지방자치단체는 사회복지를 증진할 책임을 진다"(제2조)로 바꾸어 정부의 재정지원 책임을 명확히 했다. 실제로 1980년대 전체 사회복지시설에 대한 정부 보조금은 크게 늘었다(김일환, 2021a). 그럼에도 하필 시설을, 국제적인 "비시설화" 흐름과 역행하는 것을 인지하고 있었고 정신의학 전문가들의 거센 반발이 있었음에도 불구하고 정부가 의료복지제도의 대체제로 내세운 것은 궁극적으로 정부가 추구하는 민간자본의 효율화 및 가족중심적 복지제도 강화 전략과 시설이 양립할 수 있는 것이기 때문이었다.

'복지 선진국'을 표방한 전두환 정권에서도 공적 복지제도의 부재 혹은 선별성은 유지되었고, 이 속에서 사회재생산 위험에 가족 스스로의 대응을 요구하는 가족자유주의 역시 지속되었다. 그러나 1980년대에는 임금노동자가 전체 노동인구의 절반을 넘기 시작하고, (남성)노동자의 실질임금과 공적 복지(의료보험, 국민연금, 고용보험)의 대상과 내용이 부분적으로 확대되면서 남성생계부양자와 전업주부로 구성된 중산층 '정상가족'의 규모도 상대적으로 증가했다. 달리 말해 공적 복지제도를 통해 사회재생산 위험으로부터 안전망을 보장받을 수 있는 계층은 상대적으로 늘어났지만, 여전히 일부 고소득 노동자와 전문직 등 보다 안정적 생활을 누리고 있는 계층만이 배타적으로 사회안전망에 포섭되는 선별적 복지체계가 지속된 것이다(윤홍식, 2019c). 중산층은 사적 자산을 구축함으로써 공적 사회안

236) 『경향신문』, 1980.8.21. "보사부 심신장애자 재활·생계보호 법제화".

전망 외에도 사회위험을 관리, 대응할 자원이 있었지만, 반대로 빈곤층 가족은 이전 시기와 마찬가지로 가족이 온전히 자력으로 사회재생산 위험에 대응해야 하는 상황에 놓여졌다. 사회 전반의 경제적 불평등이 심화된 상황은 이하에서 자세히 살펴볼 것처럼 빈곤층 기혼 여성이 불안정 노동시장으로 대거 취업하는 결과로 이어진다. 경제적 불평등에 의해 추동되고 동시에 경제적 불평등의 심화를 초래하는 이러한 가족기능의 변화는 질병이나 장애, 고령 등으로 인한 사회재생산 위험에 대한 사적 대응 역량의 한계를 가져왔다.

이러한 빈곤 가족의 기능 변화와 그로 인한 사회재생산 위험에 대응해 전두환 정부는 장애, 질병, 고령 등 '의존적' 가구 구성원에 대한 시설 수용을 유도한다. 기존의 가족중심적·잔여적 복지제도는 그대로 유지한 채 여기에 새로운 규칙을 중첩하고 실행 방식을 달리함으로써 가족에 의해 시설이 활용될 수 있도록 유도한 것이다. 이와 관련해 첫째로 주목해야 할 것이 (구)생활보호법의 개편이다. 앞선 장들에서 살펴본 것처럼 (구)생활보호법은 '노동 불능' 인구라 하더라도 일차적 보호책임은 부양의무자인 가족에게 있는 것으로 규정하여 부양의무자가 없거나 부양 능력이 없는 경우에 한해서만 국가의 원조를 제공하는 것을 원칙으로 했다. 이 때문에 3장에서 분석한 것처럼 1970년대까지 대부분의 가족은 장애가 있는 가족의 일차적 부양책임자가 되었고, 가족부양이 불가능한 빈곤 가구나 가족이 없는 경우 시설에 유입되었다. 시설에 대한 국가 지원이나 시설 자체의 물적 자원도 부족했기에 70년대까지 시설은 가족 돌봄의 대체제가 될 수 없었다.

이런 상황에서 전두환 정부는 빈곤계층의 대규모 시설 유입 효과를 낼 수 있는 제도 개편을 단행하는데, 1982년 (구)생활보호법의 규칙을 변경한 것이다. 구체적으로, 생활보호 대상자 선정방식을 확대해 국가가 일방적으로 생활보호대상자를 지정하던 방식에서 제3자(예를 들면 시설)나 당사자가 생활보호를 신청할 수 있도록 하고, 생활보호 대상자에게 제공되는 생계보호의 내용, 특히 시설에서 보호되는 대상자에게 지급되는 생계보호 수준(1970년대까지 개별 가정과 시설 모두에 지급되는 생계보호의 내용은 소량의 양곡이 전부였다)을 늘려 금전적 혜택을 제공했다(김조설, 2017: 263-5). 이 같은 생활보호대상자 선정 기준 확대 방침은 빈곤계층의 생계를 실질적으로 보장하겠다는 의도여서라기보다 길거리 등지에 만연한 부랑인, "구걸행위자" 등을 근절하겠다는 의도로 정부가 단행한 여러

시도 중의 하나였다.[237] 이를 반영하듯 정부는 생활보호대상자 선정 기준 확대와 함께 부양 의무원칙도 한층 강화했다.[238] 결국 정부는 시설과 가족을 빈곤과 부랑 문제에 대한 대응책으로 함께 내세운 것이다. 이전 시기처럼 빈곤계층 가족의 부양의무만을 일방적으로 강제하는 것은 변화된 가족 상황에 맞지 않고, 지속적으로 가족부양에서 벗어난 부랑인 인구를 늘리는 것일 수밖에 없었다. 따라서 정부는 기본적으로 가족부양 원칙을 그대로 고수하면서 생활보호제도 적용 대상자 선정 방식을 변경하고 시설보호를 강화해 가족이 생활보호대상자의 시설보호를 활용할 수 있도록 유도하였다. 이는 일가족 이중부담으로 장애에 취약할 수밖에 없는 빈곤층 비/장애여성의 시설 유입을 더욱 추동하게 된다.

둘째, 정부는 의료보호제도의 정신장애인 차별 조항을 그대로 둠으로써 정신장애인의 시설화를 더욱 추동했다. 앞서 언급한 것처럼 1977년에 이르러 제정된 (구)의료보호법은 일당적액제수가제 방식을 적용해 정신장애인의 의료접근성을 낮추었다. 정신장애인의 사회적 위험을 심화하고 시설화를 추동한 제도적 문제점은 전두환 정부에서도 그대로 유지되는데, 문제는 이러한 제도의 "표류"(drift)(Hacker, 2005)는 외부 환경이 변화할 때 전혀 다른 효과를 낸다는 데 있다. 즉, 1980년대 빈곤 가족의 기능이 변화하는 등 사회적 위험이 증대되었는데 이는 결과적으로 치료받지 못하는 정신장애인의 돌봄이 가족에게 더욱 큰 위험이 되고, 그만큼 가족의 해체나 유기로 인해 정신장애인이 가족으로부터 이탈하게 될 가능성이 높아진다는 것을 의미한다. 그러나 위에서 살펴보았듯 가족으로부터 부양되기 어려운 생활보호 대상자의 시설 유입 경로 확대는 사실상 가족부양에서 이탈한 정신장애인의 대규모 시설화를 추동한 것이라고 보아야 한다. 후술하듯 실제 빈곤한 가족 내의 젠더정치가 많은 비/장애 여성의 정신장애를 더욱 심화하여 그들의 가족 이탈과 시설화를 본격적으로 추동하게 된다.

셋째, 정부는 위와 같이 생활보호제도의 중첩, 표류 등을 통해 가족 스스로 부

237) 1981년 '구걸행위자 보호대책'에 의해 실시한 일제 단속 결과, 대규모의 부랑인 인구가 (구)생활보호법상 생활보호대상자에 포섭되지 못하거나 대상자가 되더라도 생계보호 수준이 매우 낮아 구걸행위를 지속하는 것으로 드러났다(국무총리 국무조정실, 2003: 85).

238) (구)생활보호법은 1961년 제정 시점부터 부양의무제를 원칙으로 하고 있었지만, 그것은 시행령에 명시된 수준이었다. 1982년의 법개정은 민법에 규정된 부양의무자 기준을 적용해 부양해야 할 가족의 부양 범위를 확정하고, 시행령이 아닌 본 법률에 적시하는 등 부양의무제를 더욱 체계적으로・강화한 것이었다(윤홍식, 2019c: 237-8).

양하지 못하는 빈곤 가구 장애인의 시설 유입을 은밀하게 추동함과 동시에 정부 자본을 투여해 민간 복지시설을 확충한다. 2절에서 살펴본 것 처럼 1981년 (구) 심신장애자복지법과 '구걸행위자 보호대책' 등을 통해 정부는 복지시설의 확충과 "민간의 적극적인 참여로 정부의 재정 능력의 부족을 보충"하는 "민간주도적 복지"를 강조했다(이명석, 1985: 79~80). 이에 1980년대 초 매우 이례적이라 할 만큼의 대규모 정부 예산이 투입되었고 이를 통해 부랑인 및 장애인 수용시설이 신·증축되었을 뿐 아니라 영보자애원의 사례에서 보듯 기존에 국공립으로 운영되던 시설들도 체계적으로 "민영화"되었다.[239] 정부의 재정투입과 더불어 사회복지법인 시설들이 자체적으로 민간자원을 동원할 수 있는 통로 역시 확대하였다. 구체적으로, 정부는 사회복지법인에 대한 조세감면 혜택을 대폭 확대해서 사회복지사업체에 기부된 수익사업 소득에 대해 전액 조세감면 혜택을 부여하고, 시설 내 직업보도 시설 확충을 지원해 직업보도 명목으로 시설이 다양한 기업체들을 끌어들이거나 수익사업을 벌일 수 있도록 했다(김일환, 2021a).

또한 정부는 1985년 외국차관지원을 통해 민간 정신의료시설의 대대적인 확충을 유도했다(김문근, 2013). 일반 병원은 의료보호제도 정액수가제의 폐해 때문에 1병상당 평균 수익이 다른 병상 수익에 비해 매우 낮거나 치료를 할수록 도리어 병원의 손해가 커지는 정신병상 설치나 의료보호 정신장애인 치료를 전면 거부하는 것이 일반적이었다(김이영 외, 1986).[240] 그러나 정신장애인을 단순 격리 수용만 해도 환자당 정액으로 지급되었던 정부 보조금을 통해 민간 대형 정신병원은 이익을 늘릴 수 있었다(김병후, 1992, 1995).[241] 이와 같은 제도적 허점을

239) 사회복지 분야 연구는 한국 사회복지서비스의 역사가 주로 한국전쟁기 외국 원조기관과 민간사회복지법인에 의해 주도되었다는 점에서, 정부가 직접 제공했던 사회서비스가 1980년대 신자유주의화와 함께 민간 영역으로 이양되는 서구 발전국가들의 "민영화"(privatization) 개념으로 설명할 수 없다고 평가한다(양난주, 2010). 그러나 한국에서 외원과 민간사회복지법인에 의해 주도된 시설 중심의 사회서비스는 아동 부분에 집중되어 있었다. 부랑인시설과 정신요양원, 장애인시설 등도 많은 경우 민간에 의해 주도되었지만 아동시설에 비해 그 규모가 매우 작았고, 2~3장에서 살펴본 바와 같이 특히 부랑인 인구의 밀집지였던 서울 및 대도시 지역의 대규모 부랑아·부랑인 복지행정은 치안문제 해결의 차원에서 정부가 주도했던 역사가 있다. 1960-70년대 정부 주도로 설립된 국공립 부랑인시설은 영보자애원과 마찬가지로 1980년대 일제히 민영화 과정을 거치며, 이때부터 전체 민간 부랑인시설 및 장애인시설의 규모는 아동시설 규모를 뛰어넘기 시작한다(김일환, 2020, 2021a).

240) 『동아일보』, 1992.6.2. "정신질환자 외면말자".

241) 『한겨레』, 1993.4.22. "현장추적: '인권 사각' 정신병원 실태, 치료 뒷전 사실상 '감옥'".

이용한 민간 대형 정신병원은 1980년대 중반 이후 크게 확충된다.

이상과 같은 의료복지제도의 완만하고 비가시화된 변화는 가족중심 복지체계와 자유주의적 복지산업화 전략[242]과 나란한 것이었다. 즉, 의료복지제도의 변화는 가족의 증대된 사회적 위험으로 인해 양산된 장애인 인구를 민간에 의해 확충된 시설에 수용하는 경향을 형성했다면, 다른 한편으로 민간시설은 수용자 머릿수대로 지급되는 보조금(위에서 언급한 생활보호대상자에 대한 시설수급이 여기에 해당한다), 수용자의 노동력, 자원봉사, 민간 기부금 등을 통해 이윤축적을 효율화한 것이다. 보편적 의료복지제도의 부재와 가족자유주의에서 양산된 가난하고 장애가 있는 인구의 '비생산성'이 시설의 침상 수를 차지하게 됨으로써 경제적 '생산성'을 발휘할 수 있게 되는 것이다. 시설이 자유주의적 민간자본의 효율화 및 가족주의 복지체제 강화 전략을 매개하는 접점인 것은 이 때문이다. 또한 정부 입장에서 이 모든 것은 민간자원 동원을 통해 최소한의 예산을 지출하면서 국민 복지에 대한 국가책임을 면제하고 민간 자본축적의 효율화를 진작하는, 이중의 통치 효율화·자율화 전략이었다. 실제로 전두환 정부는 수용시설 지원 국고보조를 현실화하는 것 외의 공적 복지에는 국가 예산을 거의 분배하지 않았다. 1980년대부터 김영삼 정권 시기까지 GDP 대비 사회지출은 연평균 1.9%에 불과해 공적 복지체계는 전혀 없다시피 한 상태가 지속되었다. 1987년 정치적 민주화 이후 시민사회의 요구로 정부의 사회재생산 관련 예산지출이 일정하게 증가하기는 했지만, 이러한 증가는 이전까지 복지 관련 예산지출이 거의 없었기 때문이며, 당대 분출된 사회재생산 갈등과 분배의 불평등을 완화하는 데는 거의 영향을 미치지 못하는 수준이었다(윤홍식, 2019c). 또한 앞에서 본 것처럼 민주화는 시설화를 추동한 젠더, 계급, 장애가 교차하는 사회구조적 억압과 가족자유주의를 넘어서는 계기가 된 것이 아니라 강제적 인신구속을 방지할 절차를 마련하는 계기가 되었다. 그리하여 가족에게 사적 부양의무를 부과하는 가족자유주의는 민주화 이후

242) 사회복지 분야의 연구들은 한국에서 복지(사회서비스)의 산업화 경향이 최초로 나타난 것은 2000년대 중반이라고 주장한다(남찬섭, 2008; 양난주, 2015). 이는 산업화를 규정하는 핵심적 성격이 무엇인가에 대한 평가와 관련되는데, 이른바 "바우처"(바우처에 대해서는 5장에서 상세히 다룬다)로 상징되는 서비스 공급의 경쟁 및 소비자 구매 형식의 유사시장적 사회서비스가 본격 도입되는 것은 2000년대 중반 이후임이 분명하다. 그러나 민간 복지사업자를 육성하여 정부의 재정을 절감하고 경제적 성장 동력을 만들어내는 측면을 산업화의 중요한 부분으로 본다면 이미 전두환 정부에서 실시한 시설 민영화와 자본 투자 역시 산업화 전략으로 볼 수 있다.

오히려 더욱 강력한 힘을 발휘했다. 노태우 정부에서 강조된 “가족복지”란, 가족이 노인, 아동, 장애인 등 ‘노동 불능’ 인구의 복지 책임자가 되기를 주문한 것이었다(장경섭, 2009: 234).[243]

이 속에서 아래 표에서 보듯 민주화 이후로도 정신적 장애인 관련 시설 및 병원 인프라는 지속적으로 확장되었다. 특히 단일 장애유형으로 가장 많은 인원을 수용하고 있는 정신요양원의 경우 1980년대 후반으로 갈수록 수용자 구성에서 “무연고자”가 점점 줄어드는 반면 “위탁” 수용자가 늘어났다(보건사회부, 『보건사회통계연보』 각 연도). 즉, 당국의 단속에 의해서가 아니라 부양하지 못해 혹은 부양을 포기하고 가족이 스스로 시설을 활용하는 경우가 점점 더 늘어나게 되었다는 뜻이다. 전두환 정권의 정신병원 확충 정책에 따라 정신병원 또한 늘어나 1990년대 들어 정신요양원과 정신병원의 수용 규모는 대등해졌다. 이렇듯 80년대 공적 의료복지제도를 대체한 산업화된 의료복지시설의 확장은 가난한 계층의 가족 내 돌봄의 정치경제와 긴밀하게 맞물린 것이었다. 공적 복지 부재에서 장애화되는 인구는 가족의 부양체계에 강제적으로 의존하든 가족에 의해 의료복지시설의 침상을 차지하든 가족자유주의와 민간자본의 효율화라는 통치전략에 부합하는 것이었다.

표 25. 민주화 전후 의료복지시설 규모 현황

구분	장애인시설		부랑인시설 (정신장애인)		정신요양시설		정신병원	
	시설수	입소자	시설수	입소자	시설수	입소자	시설수	입소자
1985	92	9,326	27	15,337 (3,540)	47	10,719	6	3,919
1990	150	12,759	29	9,728 (4,556)	74	17,432	24	9,310
1995	216	13,936	32	8,890 (5,102)	75	18,639	27	15,197

출처: 보건사회부(각 연도), 『보건사회통계연보; 이용표(2005), 「정신의학과 정신장애인의 시설수용」.

243) 물론 1989년 (구)심신장애자복지법(장애인복지법으로 변경), (구)노인복지법 대폭 개정과 1995년 (구)정신보건법 제정 등 민주화를 계기로 법제도적인 부분에서 많은 변화가 있었지만, 큰 틀에서 돌봄의 일차적 책임자를 가족으로 강제하는 상황을 바꾸지 못했다. 새롭게 제정된 (구)정신보건법은 오히려 장애인에 대한 가족부양 책임을 극대화한 것이었고 이는 5장에서 보다 자세히 살펴볼 것이다.

2) 맞벌이 가구의 증대와 본격화되는 돌봄의 탈가족화

1980년대 지속된 공적 복지의 부재와 경제적 불평등의 심화로 인해 가족의 기능과 사회적 위험이 변화하였고, 이에 대응해 정부는 복지의 가족중심성과 시설화를 더욱 강화하는 제도적 전환을 도모했다. 결과적으로 이러한 변화는 장애인 인구가 시설에 대거 유입되는 흐름을 불러왔다. 그런데 이 시기 가난한 계층 가족이 맞닥뜨린 새로운 사회적 위험은 경제적 불평등뿐 아니라 젠더관계가 교차하는 구조의 산물이었으며, 그만큼 가난한 가족 내 여성에게 장애가 구성되고 심화되는 과정과 동시적인 것이기도 했다. 이하에서는 이 시기 변화한 가족의 기능과 사회재생산 위험에서 젠더가 어떻게 얽혀 있는지, 궁극적으로 무엇이 비/장애여성의 시설화를 추동하게 되는지를 살펴본다.

80년대 빈곤층 가족이 새롭게 맞닥뜨린 사회재생산 위험은 기혼여성이 대거 유급 임금노동시장에 진입하는 상황에서 비롯됐다. 2, 3장에서 살펴본 것처럼 1970년대까지 대다수 인구가 농촌에 거주하던 경제 구조에서는 자녀, 특히 미혼의 여자 자녀는 가족경제를 위한 주요한 노동력이 되어 어린 나이에 노동시장에 진입했다. 1980년대에 이르면 전반적인 생활수준의 향상 및 출산율의 저하, 교육의 보편화 및 장기화 등과 함께 자녀에 대한 가치관이 변화하는데, 즉 기존과 같이 생계를 위한 노동자로서의 자녀가 아니라 보호와 돌봄의 대상으로 자녀라는 인식이 계층을 불문하고 확산된다(김혜경 외, 1992). 이러한 변화는 1970년대까지 산업화의 중심이었던, 비혼의 나이 어린 여성들이 제공한 값싼 노동력이 점차 사라지고 있었음을 의미했다. 그리고 그들의 빈자리를 대체한 것이 바로 기혼여성이었다. 1970년대부터 1987년 사이 25세 미만 비혼여성의 경제활동 참가율이 1.6% 증가한 데 비해 기혼여성은 7.8% 증가(전체 여성 경제활동 참가율의 약 45%를 차지)했다(김혜경・신현옥, 1990). 특히 70년대 나이 어린 여성이 대거 진출했던 제조업 부문 기업들은 앞다투어 기혼여성 인력 활용에 나섰으며, 1980년대 말에 이르면 제조업 생산직 여성노동의 약 80%가 기혼여성으로 완전히 대체된다(신경아, 2007).

이렇듯 이 시기 빈곤 가구의 보편적 노동형태가 된 '맞벌이'는 가족이 직면한 새로운 사회재생산 위험에 대한 사적 대응의 한 형태였다. 앞서 언급한 것처럼

1980년대 고학력 정규직 남성 노동자를 중심으로 한 임금률의 상승과 사회보장 체계의 혜택 등으로 인해 중산층 고학력 여성의 대다수는 성별분업에 따라 '전업주부'로 가족의 사회재생산을 담당했다.[244] 반면 빈곤 남성 노동자의 경우 1990년 당시 평균 임금수준이 최저생계비의 약 70%에도 미치지 못하는 저임금 노동자였고(김혜경 외, 1992), 이러한 경제적 불평등 심화는 빈곤 가구의 생존전략 변화로 나타난다. 즉, 그들은 남편은 물론 전 가구원(아내, 자녀)의 노동을 통해 수입을 극대화하는 생존전략을 꾀해야 했다. 물론 빈곤 가구의 생존전략에서도 젠더관계가 교차해, 빈곤가구 여성은 출산통제와 일가족의 이중부담(어머니), 조기취업과 출가(여자 자녀)[245] 등 성차별적 기제를 통해 가족의 생계유지를 도모해야 했다(조은, 1990). 특히 아내의 역할은 빈곤 가구의 경제에서 매우 중요했는데, 그들은 가족의 재/생산은 물론 임금노동까지 이중의 노동을 해야 했기 때문이다. 1980년대 말 가구 총소득의 20~30%가 기혼여성들의 임금노동에 의존하는 것으로 드러났다는 것은(김혜경・신현옥, 1990) 기혼여성이 가족의 사회재생산을 책임지는 동시에 임금노동을 통해 가족경제에 적지 않은 기여를 했음을 보여준다.

빈곤 가구의 사회재생산 위험에 대한 젠더화된 대응은 여러 다양한 문제를 수반하는 것이자 그 효과였다. 예를 들어, 여성들의 임금노동 시장 진출의 확산은 성별화된 공사 이분법 이데올로기의 해체나 사회재생산의 공적 분담으로 이어지지 않았다. 그동안 여성의 비가시적 희생으로 공론화되지 않았던 사회재생산 갈등이 가족기능의 변화로 인해 일제히 표출된 상황에서, 국가와 사회는 일차적으로 여성 노동자들이 개인적 노력과 희생으로 일가족의 갈등을 해결할 것을 주문했을 뿐이다. 여기서 주목할 것은 더욱 강화된 사회재생산의 젠더화된 책임은 그만큼 가족 내 비/장애 여성들을 장애나 질병에 매우 취약하게 하고, 따라서 여성을 가족이 사적으로 대응해야 할 위험한 존재로 만들 가능성을 높인다는 사실이다.

---

244) 1991년 한국여성개발원의 실태조사에 따르면 남편이 전문직인 경우 아내는 약 72%가 전업주부였다(한국여성개발원, 1991. 김혜경 외, 1992에서 재인용).

245) 1980년대 말에 수행된 도시 빈곤노동자 가구의 민족지 연구에 따르면, 여성 자녀가 남성 자녀보다 더 빨리 취업하는 경향이 있고, 더 오랫동안 가구 경제에 보탬이 될 것을 종용받기 때문에 이러한 상황에서 벗어나기 위해 여성 자녀들이 가출 또는 혼전 동거를 택하는 경우가 있는 것으로 나타났다(조은, 1990).

이 시기 빈곤계층 노동자/아내인 여성들이 장애나 질병에 노출된 정도를 보여주는 자료는 드문데, 가정 내 재/생산 노동은 애초에 공식 노동으로 인정되지도 않을뿐더러 임금노동의 경우에도 산업재해 관련 제도가 남성 노동자를 표준 노동자로 상정하고 있어 여성노동자의 재해나 직업병은 더욱 인정되기 어렵기 때문이다(김선혜, 2022; 이승한, 1988).[246] 1989년 제조업 생산직 기혼여성 노동자의 실태를 조사한 한 연구(김혜경・신현옥, 1990)는 기혼여성 노동자의 노동시장에서의 낮은 위치로 인해 오히려 노동과정의 위험을 스스로 감내하는 경향이 있고, 또 대부분이 매우 소규모의 영세 사업장에서 노동하기 때문에 산업재해나 직업병에 노출될 위험은 크지만, 피해를 인정받기는 어려운 조건에 있음을 보여준다. 해당 연구에 따르면, 제조업 분야에 종사하는 상대적으로 고학력인 비혼여성 노동자군 및 남성 노동자군과 비교했을 때 기혼여성 노동자군은 모든 면에서 가장 낮은 지위에 놓여있다. 기혼여성은 아내/어머니라는 조건 때문에 대개 임시직으로 낮은 임금(남성 임금의 절반에도 미치지 못 한다)을 받고, 영세한 사업장에 종사했다. 이 때문에 그들은 낮은 임금을 보충하기 위한 자구책으로 잔업, 철야 근무 등에 자원해 매우 긴 시간 노동하거나, 남성노동자들이 꺼리는 위험한 유해물질을 다루는 공정에 배치되는 경우도 많았다. 직업병이나 산업재해 위험에 노출되기 쉬운 위험한 공정에 배치되면 위험수당을 받을 수 있지만, 이마저도 남녀 성별에 따라 차등화 되었기 때문에 그 액수는 매우 적었다. 또 그들은 수입의 극대화를 위해 잔업이 있는 회사를 선호하는 경향이 있고, 특히 남편이 사망하거나 노동할 수 없는 등 생계를 책임지고 있는 고령층의 여성일 경우 잔업에 더 필사적으로 매달렸다. 40대 이상의 여성들이 가장 큰 어려움으로 호소한 문제는 자녀 양육이나 가사일 등의 부담이 아니라 “몸이 힘들고 고달프다”(김혜경・신현옥, 위의 자료: 310)는 것이었다.

한편 1980년대 중반, 여성 산업재해 환자를 대상으로 수행된 정신의학적 역학조사(조맹제, 1986)는 노동과정 자체뿐 아니라 전반적 생활환경이 빈곤 노동자계

246) 1981년 노동자들의 산업재해 예방, 책임소재 등에 관한 내용을 담은 산업안전보건법이 제정되었는데, 해당법은 명시적으로 모든 노동자에게 적용되었지만 실질적으로는 건설업이나 물리적으로 위험한 작업환경에서 육체노동을 수행하는 남성노동자를 중심으로 하고 있었다(김선혜, 2022). 여성 근로자의 산업재해 관련 학계의 관심 역시 드물며, 1980년대 여성의 산업안전을 언급한 소수의 연구들은 생식 및 태아건강 등 주로 ‘모성’ 관련 부분에만 집중하고 있다(이원철, 1987a, 1987b; 조규상, 1988).

급 여성의 정신건강에 미치는 영향을 추적한 이례적인 조사다. 해당 조사에 따르면 모든 산업재해 여성근로자는 낮은 교육 정도와 빈곤이라는 공통적 특징이 있었다. 특히 남편과의 이혼이나 사별로 인해 가족의 생계를 혼자 책임져야 하는 30~40대 기혼여성 환자들에게서는 산업재해로 인한 건강손상에 더해 우울증 등 정신장애 발생률도 높았다. 위의 제조업 노동자 기혼여성에 대한 실태조사에서 지적하고 있는 것처럼 홀로 생계를 부양해야 하는 여성일수록 잔업의 경우 하루 11시간, 야근의 경우 최대 17간 시간이라는 믿기 어려운 장시간 노동을 감내하고 유해한 노동환경에도 자주 노출되었다. 이렇게 빈곤한 여성노동자들이 위험한 장시간 노동을 스스로 '선택'하고 있는 상황은 실제로 그들에게 몸마음의 장애와 질병을 유발한다는 것을 알 수 있다. 1980년대 중반부터 1995년 사이 여성 가구주 가구의 특징이 "빈곤의 여성화"(이혜경・최은영, 1997: 142)로 집약된다는 것은 그만큼 여성들이 빈곤과 함께 몸마음의 장애 또한 높은 비율로 겪고 있었으리라는 것을 시사한다.

자료가 충분하지 않지만 위의 연구들은 가정의 재/생산 담당자는 물론 가족 수입의 증대를 위해 "초과 착취 구조에로의 강제적인 편제"(이효재・지은희, 1988: 81)가 불가피했던 여성들에게서 장애와 질병이 나타날 확률 또한 높았으리라는 것을 짐작하게 한다. 당시 가난한 여성이 대거 진출한 비공식 불안정 노동 분야에 의료보험 혜택이 주어졌을 리 만무했고, 따라서 "믿을 데라고는 '맨몸' 밖에 없는 이들"(조은, 2012: 125)이 병에 걸리면 모든 것을 잃는 것과 마찬가지였다. 만약 여성이 어떤 이유로든 정신장애를 가졌다고 가정해 볼 때, 1980년대 당시 중산층에서조차 정신장애를 가진 사람들의 자살률이 높고 치료받지 못하고 방치되는 경우가 상당했던 상황에서(연병길・박문희, 1983) 빈곤노동자 여성들은 의료서비스에 접근하기조차 어려웠을 것이다. 의료보호제도에 포섭된다 하더라도 정신과 정액수가제의 폐단으로 양질의 치료를 받지 못해 장애가 더 심화될 가능성이 높다. 장애로 인한 '노동 불능' 상태로 인정되면 생계보호를 받을 수 있지만, 만약 부양가족(남편이나 성인이 된 자녀)이 있으면 부양의무원칙 때문에 제도의 대상이 될 수 없고 가족에게 강제로 의존해야 한다. 하지만 여성에게는 일차적으로 돌봄제공자 역할이 부여되고 또 많은 경우 젠더폭력에 노출될 수 있다는 점까지 고려한다면, 장애가 있는 여성이 가족 돌봄을 받을 수 있는 가능성 역시 매우 낮다. 이

때 여성에게 주어지는 절박하고도 유일한 선택지는 이 시기 빈곤층 대상 유일한 의료복지 대체제가 된 민간 의료복지 시설뿐이다.

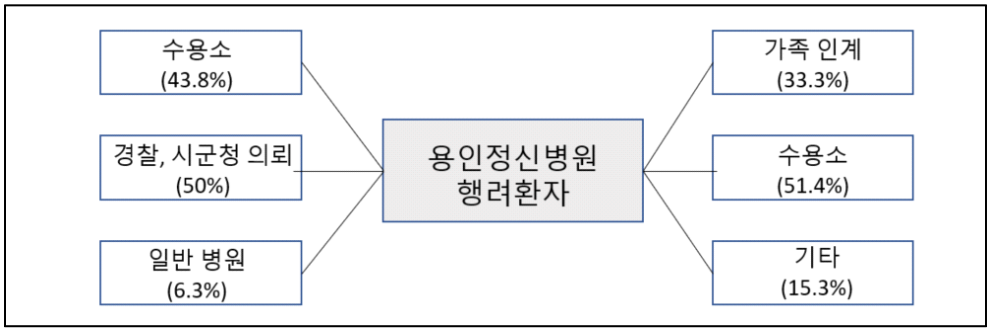
이전 시기와 비교해 볼 때 1980년대 들어 정신의학계가 각종 수용시설과 정신병원 등에 수용된 정신적 장애인의 존재에 주목하고 이들에 대한 실태조사를 실시한 것은 실제 이 시기 시설화되는 정신장애인의 규모가 얼마만큼 증대되고 있었는가를 방증한다. 2절에서 살펴본 것처럼 정신의료 전문가들은 정신장애인을 의료적 치료 대상으로 전제하고 치료시설의 확충 요구에 배타적으로 집중했다. 따라서 그들이 실태조사를 통해 강조하려 한 것은 부랑인시설, 정신요양원 등 각종 사회복지시설이 "일시 보호소라기보다도 정신질환자를 수용하고 있는 수용소화"(김종주 외, 1985: 9)되고 있다는 것이며 이는 의료시설 확충이 필요하다는 주장을 뒷받침하기 위한 것이었다. 그러나 지금까지 살펴본 것처럼 빈곤계층에서의 정신적 장애는 사회적 관계로 인해 물질적으로 생산, 심화되는 것이었고, 따라서 그들의 입장에서 "수용소화"에서 벗어나기 위해 가장 절실한 것은 수용소를 대체할 치료시설이 아니라 애초에 장애를 생산, 심화하는 요인인 경제적 불평등과 젠더부정의의 시정, 그리고 보편적 의료복지제도의 확립이었다.

해당 조사보고서들은 수용소에 배치된 정신장애인 중 여성들의 입소 과정을 확인할 수 있는 정보를 제공하고 있어, 당대 가난한 계층 여성노동자들이 가족 돌봄에서 이탈해 시설로 유입된 이유를 간접적으로나마 확인할 수 있다. 해당 연구들이 공통적으로 지적하고 있는 것은 여성들이 젠더역할로서 재/생산 기능을 가장 왕성하게 요구받는 연령대(20-40대)에 가족에서 이탈하는 경우가 많았으며, 그들 중 상당수는 결혼으로 가족을 형성하고 있었으나 장애를 이유로 결혼 관계가 해체되었다는 사실이다(김정언 외, 1982; 김종주 외 1985; 강희찬 외, 1986). 일례로, 1986년 용인정신병원[247]에 수용된 행려환자에 대한 실태조사(강희찬 외,

247) 1971년 100개의 병상 규모로 최초 개원한 민간 병원 용인정신병원은 이후 전두환 정부의 정신적 장애인 통제 정책에 따라 대규모로 키워진다. 1982년에는 병원 부지에 경기도립 정신질환자요양소가 건립되어 용인정신병원이 위탁경영을 맡게 되고, 1984년에는 서울시 의료보호 진료기관으로 지정됨과 동시에 같은 부지에 '서울특별시 용인정신병원'을 준공, 1987년 위탁 경영을 개시한다(대한신경정신의학회, 2009. 또한 용인정신병원 홈페이지 참조). 결과적으로 1980년대 말경에 용인정신병원은 사립병원(용인병원)과 서울시와 경기도로부터 각각 위탁받은 공립 정신요양원과 공립 정신병원을 아우르는 초대형 시설이 된 것이다. 앞서 살펴본 대로 1980년대 초 기도원 사건이 발생하며 정부는 대형정신병원 증설과 정신요양원 양성화를 골자로 하는 "정신질환 관리대책"을 내놓은 바 있는데, 용인정신병원은 그

1986)에 따르면, 1983년부터 1984년까지 1년간 용인정신병원에 입원 조치 된 “행려정신질환자” 총 112명 중 여성은 67명으로 남성보다 더 많았다. 이들 중 많은 이가 아래 그림과 같이 남녀를 불문하고 돌봄을 제공해 줄 가족이 없거나 가족이 직접 시설에 위탁하는 방식을 통해 시설에 수용되었다가 병원으로 인계되었다. 당대 가족이 의료복지의 대체제로서 시설을 활용하기 시작했다는 것을 알 수 있는 대목이다. 이렇게 가족에 의해 시설이 활용되었기 때문에 병원 치료 후에도 가족에게 인계되기보다 타 시설과 병원 등으로 수용-퇴원-수용을 반복하는 장기 수용화에 처하는 경우가 많았다. 해당 보고서는 “사회경제적으로 의존적인 환자를 보호해줄 가정의 보호능력이 감소”한 것이 행려환자 집단 발생의 원인이라 분석한다. 그러나 “가정의 보호능력” 감소가 가족 내 재/생산의 주체로서 여성에게 질병과 장애를 심화하는 사회경제적 상황에 기인하고 있음은 전혀 고려하지 않고 있다.

그림 18. 1980년대 용인정신병원 행려환자 유입 경로



출처: 강희찬 외(1986), 「용인정신병원에 내원한 행려정신질환자들의 특성에 관한 조사」, 159쪽 그림 재구성.

주: 원문에 “asylum”으로 표기된 것을 “수용소”로 번역함(정신요양원, 부랑인시설 등 사회복지시설을 지칭)

여성이 가족복지의 일차적 담당자라는 사실과 연관해 더 주목해야 하는 것은

러한 정부 기조에 따라 변화한 대표적 사례라 할 수 있다. 이 같은 시설의 대규모화와 서울시의 무리한 환자 의뢰(그들은 모두 의료보호 대상자, 즉 가난한 정신적 장애인이다)로 1991년 현재 용인정신병원은 의사 1명당 100명이 넘는 환자를 담당해 “치료를 위한 시설이 아닌 수용을 위한 시설로 유도”되고 있다고 고발되었다. 관련 기사는 시사인, 1991.12.26. “국내 정신병원 ‘시설 질환’”.

피돌봄자로서 장애인이 언제나 가족의 '짐스러운 존재'인 것은 아니며 '의존성'의 구성에서도 젠더가 작동한다는 사실이다. 즉, 장애여성이 가족 안에서 가지는 기능 혹은 지위에 대한 평가는 장애남성과 달리 상당히 젠더화되어 있다. 1985년 전라도 지역 부랑인시설 및 정신요양시설에 수용된 정신질환자에 대한 실태조사(김종주 외, 1985)결과에 따르면, 장애남성의 평균 연령은 40~60대인 반면 여성은 "생산활동이 가장 왕성한 25~44세에 이르는 연령층"이었다. 3장에서 1970년대 당시 남성 부랑인시설 시립갱생원 정신장애인 수용자 다수가 30~40대, 여성 부랑인시설 남부부녀보호소의 정신장애인 수용자 다수가 20~30대였던 사실을 확인한 바 있는데, 1980년대 들어 정신장애로 인해 가족에게 유기되거나 가족의 직접 의뢰로 시설에 유입되는 인구의 성별 간 연령 격차는 더욱 벌어졌음을 알 수 있다. 이는 남성의 경우 장애가 있을 때 가족 재/생산의 일차적 담당자인 여성들(아내나 친어머니)로부터 더 오랫동안 돌봄을 받을 수 있게 된다는 것을 의미하는 반면, 여성은 가족 재/생산의 일차적 담당자라는 이유로 가족(남편과 자식 혹은 원가족)으로부터 즉각 유기되거나 가정 내 젠더폭력으로 스스로 가정을 조기 이탈하는 경향이 지속되고 있음을 추정케 하는 부분이다. 최근까지도 수용시설에 대한 대부분의 실태조사는 여성이 남성보다 현저히 오랫동안 시설에 수용되는 경향이 있음을 보여준다(서울시정개발연구원, 2001; 한국보건사회연구원, 1999; 이태진 외, 2017).[248] 이러한 결과는 지금껏 부녀보호소의 역사를 통해 확인한 것처럼 계급・젠더・장애가 중층적으로 교차하는 주체들에게 시설화가 더 강력하게 작동함을 보여준다.

3) 가족과 시설에서 여성의 정신적 장애의 물질적 구성 및 심화

이상에서 1980년대 경제적 불평등의 심화와 가족기능의 변화가 가족부양과 재/생산의 책임 주체인 여성을 질병과 장애에 취약하게 했고, 가족이 비/장애 여성에 대한 돌봄을 시설화함으로써 여성의 탈가족화 경향이 증가하였음을 살펴보았다. 본 연구의 면접참여자 대부분이 1980~90년대 시설에 수용된 경험이 있는데,

248) 비교적 최근에 실시된『노숙인 등의 실태조사』(이태진 외, 2017)에 따르면, 전국 노숙인시설 수용자 중 20년 이상 장기 거주하고 있는 사람의 비율은 남성의 17%, 여성의 38.5%로 여성이 남성보다 두 배 이상 많다.

그들의 경험을 통해서도 빈곤과 결합한 젠더화된 재/생산 노동 그리고 그와 결부된 젠더폭력은 비/장애 여성의 몸마음에 물질적인 장애를 생산해내고 종국에 시설화의 표적이 되게 만드는 요인이 된다는 것을 알 수 있다.

먼저, 부녀보호소(기술원, 대방부녀보호소, 영보자애원)에 수용된 경험이 있는 면접참여자 중 D(1967년생, 2장 참조)는 기술원이 민영화되기 직전인 1983년, 1984년 두 차례에 걸쳐 당국의 단속으로 기술원에 입원한 바 있다. 아버지가 사망한 후 홀로 가족경제를 책임지고 있던 어머니는 D를 교회 식모로 보내기로 결정한다. 이러한 강제적인 결정에 반발한 D는 11세에 집을 나와 서울에서 식모일을 시작했다. 어린 나이에 월급은커녕 성폭력 피해에 노출되며 여러 집 식모 생활을 전전했던 D는 15세 무렵 한 식당에 취직해 그곳에서 숙식하며 배달일을 했다. 어느 날 식당과 같은 건물 2층에서 성매매 영업이 이루어지는 것을 간접적으로 목격하고 자신도 그 일을 하겠다고 결심하게 되었다. 월급도 제대로 안 나오는 식당일 보다 돈을 잘 벌 수 있을 거라는 기대 때문이었다. 식당배달과 성판매 일을 병행하다가 단속에 걸린 것은 평범한 여느 10대들처럼 친구들과 광장에서 놀고 있던 어느 날이었다. 식당 주인이 신분보증까지 해 주었지만 소용없었다. D는 1983년 당시 단속에 걸려야만 했던 이유를 경찰들의 "할당량" 채우기라고 인식하고 있는데, 정부의 '구걸행위자보호대책'이 발효된 직후 부랑인 등에 대한 단속이 더욱 강화된 시점임을 고려할 때 D의 추정이 근거가 없지는 않다. D가 기술원에 수용되어 만난 다른 여성들도 대다수가 가족에서 이탈하거나 가족이 없는 "껌팔이", "고아"들이었다.

> [성매매]일을 안 했는데 왜 잡아가냐고? 바깥에서 있었는데. 직접 본 게 아니잖아요? 광장에서 손님 받은 것도 아니고 자전거 타고 노는데 잡아서 데려갈 이유는 없잖아요? 내가 보니까 이게 할당량이야. 방범들이. 그러니까 아무나 막 잡아간 거야. 껌팔이 애들도 많았어. 여자애들. 야 너는 어떻게 들어왔냐, 그러면 껌 팔다 왔다고 막 그래. 저기 청량리, 서울역 (연구자: 집이 없어서) 응, 고아원 애들이 많더만. (D 인터뷰 중)

1980년대 초 정권의 강압적 부랑인 단속행정은 D가 시설에 유입되는 직접적 계기로서 중요한 의미를 갖는다고 할 수 있다. 그러나 딸이라는 지위와 어머니 혼

자 책임졌던 가난한 가족경제는 D가 애초에 가족 밖으로 이탈할 수밖에 없도록 만들었고, 이는 시설화의 표적이 되도록 추동한 보다 근본적 원인이기도 했다. 사회경제적 불평등과 젠더의 교차를 통합적으로 고려하지 않고는 D와 같이 "껌팔이", "고아" 등으로 길거리에 내몰린 허다한 소녀들이 권위주의 시기 대규모 시설화되어야 했던 현실을 온전히 이해할 수 없다. 후술하겠지만 D는 생계를 위해 성판매 일을 지속하다 재차 강제수용 위기를 벗어나려 시도하는 과정에서 신체적 장애까지 가지게 된다.

C(1973년생)의 경우 가족의 더 직접적인 학대와 성폭력으로 인해 10세 무렵부터 여러 시설을 배회하는 삶을 살아야 했다. C는 수도권 인근 소도시에서 4녀 중 장녀로 태어났고 부모 모두 공장에 다녔지만 아버지의 노름 때문에 가정 경제가 매우 좋지 않았다. 부모의 일상적 가정폭력에 더해 장녀인 자신은 학교 교육도 받지 못한 채 빨리 시집이나 가라는 말을 들어야 했다. 집 근처에 사는 외삼촌과 고모부에게 여러 번 강간 피해를 당했지만, 이런 가정환경에서 누구에게도 자신의 피해를 말하거나 보호를 요청할 수 없어서 몇 번의 짧은 가출을 시도했을 뿐이다. 10살 무렵에는 노름빚으로 집안 경제가 많이 어려워지자 부모는 C를 강원도 시골 어딘가에 식모로 보냈다. 그곳에서 가까스로 도망쳐 나왔지만 도저히 집으로 돌아갈 수 없다고 판단한 C는 무작정 서울로 갔다. 서울에 도착해 갈 곳이 없어 역전에서 배회하던 중 경찰에게 발견돼 서울시립아동상담소로 인계됐다. 시립아동상담소는 위기 아동을 일시보호하며 상담을 제공하는 곳이지만, 상담이나 학대에 대한 아무런 보호 조치 없이 몇 달간 생활했고 이후 무작정 집으로 인계되었다. 가정폭력과 성폭력이 일상적으로 발생하는 곳에 있을 수 없다고 판단한 C는 또다시 제 발로 집을 나왔다. 길거리에서 성폭력 위협에 노출되기를 거듭하며 C는 길거리와 시설을 반복적으로 오갔다. 시립아동보호소(소년의집), 부산형제복지원, 동두천여자기술원, 의정부여자기술원, 서울시립여자기술원 등의 시설은 C가 10대부터 20대까지 삶의 대부분을 보낸 곳이다. 이처럼 가족 내 젠더폭력은 C가 자신의 의사와 상관없이 시설에 유입되는 핵심적 원인이 되었으며, 가족의 학대, 다수의 시설과 거리를 반복적으로 오간 경험으로 인해 C는 수년 전부터 우울증을 호소하며 약물을 복용하고 있다.

가족이 없는 B(1963년생, 2,3장 참조)의 경우 고아원과 식모생활을 거쳐 1986

년 최초로 대방부녀보호소에 입소하게 되었다. 식모로 일하던 중 발현한 조현증이 부랑과 시설 유입의 직접적 원인이 되었다. 대방부녀보호소에서 15년, 2001년 대방부녀보호소 폐쇄와 함께 영보자애원에 전원되어 20년을 보냈고 총 35년 동안 시설에서 삶을 이어갔다. B에게는 정신장애를 가지게 된 자신을 유기하거나 강제입원시킬 가족이 존재하지 않았지만 역설적으로 그러한 가족조차 없기에 삶의 대부분을 시설에서 보내야만 했다.

청각장애를 가지고 있던 A(1945년생, 2, 3장 참조)는 결혼생활 중 남편이 사망했다. 가정 내 재/생산 노동자로 살았던 A는 남편 사망과 동시에 시부모에 의해 집에서 쫓겨나 친정으로 가야 했다. 남편과의 사이에서 낳은 아들은 시부모가 맡기로 했지만, 시부모는 엄마인 자신의 의사와 상관없이 어느 날 아들을 해외에 입양 보냈다. 가부장의 부재는 그녀가 장애여성이라는 이유만으로 짐스러운 존재가 되도록 만들었고, 즉각 가족구성원과 어머니로서의 지위 또한 박탈하였다. 이즈음 A에게 정신장애가 발현했던 것으로 추정된다. 청각장애와 정신장애의 복합장애를 가지게 된 A는 1980년대 초반의 어느 날 알 수 없는 이유로 행방불명되었다. 20여 년이 지나서야 A를 다시 찾은 친족들은 A가 1983년 동부여자기술원에 수용된 후 정신병원 입퇴원을 거쳐 1986년부터 영보자애원에 최종 전원되어 20년간 수용되었었다는 사실을 알게 된다.

연구자와 면접할 당시 유가족들은 '진실·화해를 위한 과거사정리위원회'에 A의 시설 입소 경위와 인권침해 가능성 여부를 조사해줄 것을 진정한 상태였다. 따라서 현재로서는 A가 어떤 경위로 처음 동부여자기술원에 유입되었는지는 알 길이 없지만, A가 가족에서 이탈해 시설로 유입된 일차적 요인이 가족 내 아내/어머니/며느리로서 불안한 지위와 그로 인해 심화된 장애에 있음은 분명해 보인다.

이 시기에 부녀보호소 외의 유사 시설에 수용된 경험이 있는 여성들의 삶에서도 교차적으로 작동한 젠더·장애·계급은 그녀들이 어린 나이부터 가족 내 구성원으로서의 자격을 잃고 시설로 내몰리는 요인이 되었다. H(1977년생), I(1981년생)는 모두 아동청소년기부터 가족에게 유기되어 1980~90년대 장애인시설에서 살았던 경험이 있다. 지적장애가 있는 I는 애초에 기억조차 할 수 없는 어린 시절부터 가족에게 유기되어 가족에 대한 기억이 없다. H의 경우 비교적 구체적인 어린 시절의 경험이 있다. H는 지방 도회지에서 부모님, 언니와 살았고, 부모

가 맞벌이를 하여 생계를 이어갔기 때문에 H는 학교에 다닐 수 있었다. 그런데 초등학교에 다니던 어느 날 장애가 있던 어머니가 가출했다. 어머니의 가출 이유가 무엇인지도 모른 채 즉시 H는 학업을 중단하고 언니와 함께 옷 만드는 공장에 다니며 생계부양자 역할을 했던 어머니를 대신해야 했다. 하지만 지적장애가 있는 H는 공장일을 오래 하지 못했고, 대신 집에서 가사노동을 전담하며 지내게 되었다. 계속 공장에 다니며 돈을 벌던 언니는 결혼하여 아이를 낳았고, H는 함께 사는 조카를 돌보는 일도 맡게 되었다. 가족 내 노동자로 살고 있던 1991년의 어느 날, 당시 15세 무렵이던 H는 알 수 없는 이유로 서울에 유기되어 아동보육시설에서 5년을 보냈고, 성인이 된 1995년에는 자신의 의사와 무관하게 장애인시설로 전원 되어 15년을 더 시설에서 살았다.

많은 정신적 장애여성이 자신의 유일한 자원인 몸을 이용해 성 역할로서 가족의 재/생산 노동을 전담하지만, 그러한 노동은 너무나 당연시되어 노동으로 인정받지 못한다(장은희, 2018). H의 경우도 재/생산 노동을 통해 가족경제에 기여했음에도 불구하고 장차 가족에게 부담스러운 존재가 될 것이라는 전망 때문에 유기된 것으로 보인다. 1980년대 이후 아동, 장애인의 의료복지 대체제가 된 시설은 장애를 가진 소녀/여성이자 가족이 없는 H에게 돌봄을 의탁할 수 있는 유일한 공간이 되었지만, H가 마지막으로 생활한 장애인시설은 인권침해와 비리문제가 폭로된 곳이기도 하다. 이를 계기로 약 20년 만에 탈시설한 H는 장애인 인권단체의 지원을 받아 독립적 생활을 이어 나가고 있다.

이상에서 살펴본 것처럼 면접에 참여한 비/장애 여성 모두 가난한 가족의 딸이나 아내, 어머니였고, 당대 사회의 젠더화된 가족자유주의와 젠더폭력은 가족 성원으로서의 그들의 지위를 박탈하고 식모, 공장노동자, 성판매 등에 종사하거나 부랑하다 시설에 유입되는 결정적 원인을 제공했다. 이와 같은 삶의 재/생산 과정은 많은 경우 몸마음 장애의 물질적 구성 혹은 심화를 수반했다. 단속으로 강제적으로 끌려간 경우도 있지만, 당대에는 가난한 가족과 개인에게 시설이 유일한 의료복지의 해법으로 제시되고 있던 상황이었다. 대부분의 면접 참여자가 유기, 부랑, 심지어 스스로의 선택(C가 수용되었던 시설 중 일부는 길거리 생활을 피하기 위해 C가 스스로 찾아간 곳이었다) 끝에 의료와 돌봄의 유일한 해법으로 떠밀리듯 시설로 유입된 것이다. 그러나 주목해야 할 것은 1980년대 이후 국가가 의

료복지의 대체제로서 적극 양성하고 사회적 소수자의 수용을 유도한 시설이 실상 자율성을 박탈하고 감금하는 장소가 되었다는 사실이다.

1986년부터 2001년까지 15년간 대방부녀보호소에 수용되었던 B에게는 부녀보호소의 처우도 형편없는 기억으로 남아있지만, 대방부녀보호소에서 인계되어 입원한 정신병원에서의 경험이 큰 트라우마로 남아있었다. B는 입원 중 병원의 폐쇄적 환경을 견디지 못하고 탈출을 시도한 적이 있는데, 결국 실패하고 다시 정신병원에 끌려가 몇 달간 손발이 묶인 채 감금당하는 더욱 심한 폭력에 노출되었다고 말했다.

> 거기[정신병원]는 작은 방에 나하고 딱 둘이 들어갔어요. 어두침침한 방. 위에는 남자가 육십 명, 밑에는 여자가 일곱 명 나까지. 밥을 주고 문을 걸어 잠그고 아무것도 없어요. 방안에만 갇혀있는 거지. 감옥이었어요. 지금 몇 월 며칠일까. 밖에 철장으로 막혀있어서 아무것도 안 보여. [중략] 추석 때 배달하는 틈을 타서 맨발로 잠옷 바람으로 뛰쳐나갔어요. 뛰쳐나가서 부동산 가서 차비 좀 달라니까 직원이 쫓아온 거예요. 누가 신고했는지. 나를 잡은 거예요. 그래서 나를 묶어 놨어요. 대소변 받아주고 밥은 떠먹여 주고. 직원이 [탈출 시도가] 두 번째다. 그래서 묶어놓은 거예요.(B 인터뷰 중)

1983년 기술원에 수용된 D는 3개월간 시설에 머물며 기술원 수용자들의 식사를 위한 주방일과 화단 가꾸기 등 시설 관리를 위한 노동에 강제로 동원되었다. '교육'은 없었다. 직업교육은 한 번 이상 단속으로 수용되는 경우에만 주어지는 것이었고, 이때는 수용 기간도 무조건 1년을 채워야 했다. 만약 1년을 채우고도 인계할 가족이 없으면 수용이 무기한 연장된다. 1970년대와 변함없이 유지된 이러한 무기한 강제수용 규정 때문에 기술원에서는 목숨을 건 탈출과 그로 인한 상해도 빈번했다.

> 두 번 세 번 들어오는 언니들이 2층에서 떨어지는 건 봤어. 거기 2층에서 떨어져 갖고 병원 실려 가는 건 봤어. 그때 쉬쉬하는 거는 봤거든요. 나 있을 때 도망 시도했다가 담이 워낙 많이 높잖아요. 거기에서 병신 돼 갖고 한 언니들은 봤어요. 이 척추 같은 데 나가 갖고, 그거는 내가 봤거든. [중략] 나 있을 때 네 명인가 저기 했는데 전부 다 병원에 실려 가서 못 나온 거 보니까 그랬

> 을 거예요. 그 내가 저기 했을 때만 해도 몇 개월 있었는데 못 왔으니까 척추가 나갔다나 병신이 됐다나 그렇게 소문이 들었는 거 보니까 아마 못 일어났을 거예요. (연구자: 어느 병원으로 간다, 이런 이야기 들은 적 있으세요?) 아니요, 못 봐, 못 들었어 나는. 완전 무슨 저기 같아. 북한 같아. 왜 말도 못 하게 하고 그랬으니까. (D 인터뷰 중)

D의 이야기는 80년대까지 억압적 관리 방식을 유지하고 있던 기술원이 여성들을 상해와 사망 위험에 지속적으로 내몰고 있음을 보여준다. 그리고 D 역시 유사한 이유로 장애를 가지게 된다. 기술원의 강제수용을 3개월 채우고 나온 후로 D는 오히려 더 본격적인 성판매 일을 시작하게 된다. 그 와중에 기술원에서 마주친 고아 소녀들 역시 자신과 마찬가지로 성판매 업종으로 유입되었다는 것을 알게 되었다. 성판매 일을 다시 시작하고 얼마 있지 않아 D는 또다시 단속에 잡혀 두 번째로 기술원에 입원했다. 규정대로 1년의 기간을 수용되어야 했으나 5개월쯤이 지났을 때 D는 임신 사실을 알게 되었다. 그러나 기술원은 10대의 나이에 임신한 D에게 아무런 지원을 제공하지 않고 즉시 퇴원시켰으며, D는 성매매 업주에게 가서 수술비를 받아 임신중절을 해야 했다. 그로부터 몇 년 후 또다시 경찰이 단속으로 들이닥쳤을 때 기술원 입원을 당하게 될까 두려워 D는 건물 2층에서 뛰어내렸고, 이때 입은 부상의 후유증으로 신체적 장애를 가지게 되었다. 시설화의 폭력이 물질적인 장애를 생산해 낸 것이다.

부모의 가정폭력과 친척들의 성폭력으로 10살 때 집을 나온 후 여러 시설을 오간 C는 성인이 되어 취직을 시도했지만, 시설에서 배운 기술을 활용해 취직하기는 어려웠고, 한다고 해도 생활할 수 있을 만큼의 월급을 받을 수 있는 것도 아니었다. C는 결국 성판매에 유입되었고, 단속에 걸려 1991년 입소한 곳이 시립여자기술원이었다. 이미 형제복지원에까지 수용된 경험이 있는 C는 기독교 사회복지법인으로 운영 주체가 바뀐 기술원의 일상적 규율이 “형제복지원과 마찬가지”로 통제 일변도였다고 기억한다. 특히 기술원은 수용자들이 예정된 1년의 교육기간을 마쳐도 내보내 주지 않고 시설에 붙잡아두려고 갖은 애를 썼다. 앞서 살펴본 것처럼 기술원 수탁 주체인 사회복지법인 성로원이 작성한 사업내용에는 교육을 수료한 무연고자에게 주거지를 제공하는 것을 목적으로 하는 “중간의집” 운영이 포함되었는데, 실상 “중간의집”은 규정된 수용 기간을 넘어서까지 여성들을 감

금하기 위해 운영되었던 것으로 보인다. 이러한 “원생 붙잡기”[249]는 성로원 대표이사 유호준 목사가 예장총회 자선사업재단 이사 시절 최초로 위탁을 맡아 지속적으로 운영하고 있던 경기여자기술학원 사건[250]을 통해 드러난 것처럼, 원생 숫자에 따라 국고보조가 이뤄지기 때문에 직업보도 등을 빌미로 더 많은 정부 예산을 받아내기 위한 전략이었던 것으로 보인다(박인화, 1995). 1980년대 소수자 등에 대한 인권보장 원칙에 따라 의료복지시설로 전환된 시설들은 이처럼 의료복지제도의 부재가 양산해낸 사회적 소수자들의 몸을 통해 이윤을 창출해 내고 있었다.

> 근데 일 년까지 살면 좋은데 그 과목, 과목마다 선생님들이 있을 거 아니에요 기술 가르치는. 그래서 선생님들이 이제 1년 동안 열심히 가르쳐 자격증 따게 해줘. 그러면은 보내줘야 되는데 안 보내고 또 가둬 놓을라고 그래. 취업시켜준다고 핑계 대고. 가둬놓고 딱 앞에다 앉혀놓고 그러려고 그래. 그런 선생님이 있었어요. 기계, 기계, 음, 뭐지, 자수과, 기계 자수과 선생도 그렇고, 양재과 선생도 그렇고 다 그랬어. (C 인터뷰 중)

형제복지원 산하 정신요양원에 수용된 경험이 있는 F(1968년생) 역시 시설의 직접적 폭력으로 장애를 가지게 된 것으로 보인다. 기억할 수 없는 어린 시절부터 고아원에서 살던 F는 중학교를 졸업하고 16세가 된 1984년, 함께 고아원에 생활하던 친구와 부산에 놀러갔다가 부산역에서 형제복지원 차량에 강제로 태워져 입소했다. 강제로 끌려가 심리적으로 위축돼 있던 F는 소대장[251]에 의해 “간질”이 있다는 판정을 받고 형제복지원 산하 정신요양원으로 배치되었다.[252] 장애가 없

249) 『한겨레』, 1995.8.23. “또 하나의 감옥, 여자기술학원”.

250) 예장총회 자선사업재단이 1982년 이래로 위탁운영을 맡아온 경기여자기술학원에서 1995년 8월 21일 화재가 발생해 총 37명이 사망한 사건이다(박인화, 1995). 경기여자기술학원의 내부 규율과 수용 기간, 기술교육 내용 등은 시립여자기술원과 매우 유사했다.

251) 형제복지원은 시설 수용자들 간에 위계를 세워 소대장 등의 직위를 가진 수용자가 다른 수용자들을 군대식으로 통제하는 체계다(곽귀병, 2021). 따라서 F에게 “간질” 판정을 내린 소대장은 의료인이 아니라 F와 같은 수용자였다.

252) F에 따르면 형제복지원이 수용자들을 통제하는 방식 중 하나가 정신요양원에 배치하는 것이다. 수용자들을 “근신차원”으로 정신요양원에 보내져 감금 상태에서 정신과 약물을 강제로 투약받는 이른바 ‘화학적 구속’이 실행되는 것이다. 최근 ‘진실·화해를 위한 과거사정리위원회’는 형제복지원 피해자들에게 정신과 약물 과다 투약 등 ’화학적 구속’ 피해가 실제로

었음에도 “근신차원”으로 정신요양원으로 배치된 상황에서 F는 전문의료인의 진단이나 처방 없이 정신과 약물을 매일 강제 복용하게 되었다. 형제복지원이 세상에 알려진 1987년까지 F는 약 4년간 정신과 약물 강제 복용, 성폭력과 성폭력 피해로 인한 임신과 낙태, 처벌로서 신체 결박(“말 안 들으면 우주복 입혀요. 저도 몇 번 입었어요”) 등 다수의 피해를 겪었다. 1987년 형제복지원이 세상에 알려지고 난 후 탈시설 할 수 있게 되었지만, 2012년 무렵부터 뇌질환이 발병해 약물치료를 받기 시작했다.[253] 연구자와 면접 시점에 F 역시 ‘진실・화해를 위한 과거사정리위원회’에 형제복지원에서의 인권침해 피해조사를 진정한 상태였으며, 해당 뇌질환이 형제복지원에서의 강제 약물 복약 피해의 후유증인지 여부를 입증하기 위해 의사 소견서 등 추가적 증거 수집 작업을 하고 있다고 했다.

이상과 같이 80년대 시설수용을 경험한 면접 참여자들의 삶에서 시설의 정치경제는 젠더화된 가족자유주의의 정치경제와 긴밀하게 얽혀 있음을 알 수 있다. 가족 내 여성의 이중노동, 노동시장의 불평등 그리고 이 모든 것과 결부된 젠더폭력은 어머니, 아내, 딸로서 여성들에게 물질적인 장애를 구성 및 심화하게 했고, 많은 비/장애 여성이 시설에 유입되도록 추동했다. 1980년대 들어 시설은 가족이 맞닥뜨리게 된 새로운 사회재생산 위험에 대해 보호를 제공하는 복지서비스로서 의미화되었지만, 실상 이전 시기와 마찬가지로 젠더, 장애, 계급이 교차하는 다중적 주체들을 감금해 사회와 격리하고 자율성을 박탈하는 장소가 되었다. 1970년대와 같이 노골적인 우생학 담론적 실천이나 눈에 띄는 법제도의 도입을 통해서가 아니라, 장애인을 비롯한 사회적 소수자를 인권의 주체로 호명하는 한편 시설화 관련 제도의 비가시적 변화와 다양한 행위자들의 은밀한 정치를 통해 “그림자 감금”(Beckett & Murakawa, 2012)이 실행될 수 있었던 것이다.

아래 형제복지원 사건 이후에 관한 F의 이야기는 1980년대와 민주화를 거치며 시설화가 이처럼 계급, 장애, 젠더 등 여러 정체성이 교차하는 주체에게 더 강력

있었음을 규명했다고 밝혔다(진실・화해를 위한 과거사정리위원회, 2022). ‘화학적 구속’이라는 폭력은 형제복지원에만 국한된 사례가 아니며, 부랑인시설, 정신요양원 등 다수의 수용시설이 수용자 통제를 위한 수단으로 증상에 관계없이 정신병원에 입원 조치하는 관행이 비일비재했던 것으로 밝혀진 바 있다(김재형 외, 2021).

253) F가 겪고 있는 뇌질환은 소뇌위축증인데, 소뇌위축증은은 선천적 원인에 의한 경우 외에는 뇌졸중, 다양한 외상 등에 의해 발생할 수 있고, 그밖에 부적절한 약물을 지속적으로 복용했을 경우에도 발생할 수 있다는 것이 담당 의사의 소견이다.

하게 작동함과 동시에 더욱 은밀한 “그림자 감금”이 이루어진 상황을 보여준다. F는 비장애인으로서 “근신차원”으로 형제복지원 정신요양원에 강제수용된 경우였지만, 1980년대 당시 형제복지원 정신요양원에는 그와 같은 방식으로 수용되는 비장애인만 있었던 것이 아니라 실제 정신적 장애를 가진 사람들도 함께 생활하고 있었다. 부랑 상태에서 단속으로 수용된 경우와 가족들이 유료로 위탁한 경우가 혼재되어 있었던 것이다.

> [형제복지원 정신요양원에] 간질 뿐 아니라 결핵환자도 있고 정신질환 가진 사람들도 있고. 바깥에서 보호자가 돈을 내면서 데리고 들어온 사람들도 있어요. 지금 일반 정신병원에 내 자식 돈 내고 맡기고 그러는 것처럼 그런 분들도 있었어요. (F 인터뷰 중)

1987년 형제복지원 사건 후 시설이 폐쇄 조치되자 수용되었던 “정상인” 중 많은 이들이 자유의 몸이 되었지만, 형제복지원 정신요양원에 있던 정신장애인들은 전국의 의료복지시설로 분산되어 재수용화되는 조치가 이루어졌다. F 역시 함께 수용되어 있던 다른 장애인 일부와 함께 청주 소재 000 정신요양원으로 전원되었다. 000 정신요양원은 F가 비장애인임을 알아보고 의사 진단을 통해 즉시 약물 투약을 중지하게 함은 물론 F의 탈시설을 위해 적극 나섰다. 직원의 도움으로 약 1년의 수용 후 000 정신요양원을 나온 F는 곧장 결혼해 가족을 형성했다. 형제복지원에서 000 정신요양원으로 전원 된 사람 중 최종적으로 시설을 나와 자유를 얻게 된 사람은 비장애인인 F가 유일했다. 애초에 가족 위탁이나 가족이 없어 수용되었던 장애인들을 찾아가는 사람은 끝내 나타나지 않았고, 장소만 바뀐 채 기약 없는 수용 생활을 이어가는 상황이 계속되었다.

> F: [형제복지원] 사건 터졌을 때요. 전국에서 정신요양원에서 여러 군데서 차가 막 왔었어요. 사람들 데리러. 다 흩어졌어요. 000 정신요양원에도 7명인가 9명인가 같이(전원 됐어요). (중략)
>
> 연구자: 000 정신요양원에서 나오신 후로 다른 장애인분들은 어떻게 됐는지 아세요?
>
> F: 나 [형제복지원 정신요양원에] 데리러 왔던 간호사가요, 지금도 친정 언니처럼 연락을 해요. 근데 한번 물어보니까 [형제원에서 같이 온 사람들] 아마

> 도 아직까지 있을 거라고. 그 사람들은 아직까지 약 먹고, 상태가 안 좋아서 계속 그러고 있다고. 이 사람들 아마도 가족이 없으면…. (F 인터뷰 중)

형제복지원 사건과 민주화를 계기로 이루어진 합법적 수용절차 제도 마련은 시설화에 정당성을 더욱 부여했지만, 젠더・계급・장애가 중층적으로 교차하는 사회적 부정의와 가족자유주의는 지속된다. 그리고 이들 사회적 소수자들을 향한 "그림자 감금" 역시 지속된다. 결과적으로 민주화 이후 더욱 비가시화된 시설화의 정치경제는 5장에서 살펴볼 것처럼 2000년대 이후 보편적 의료복지제도가 도입되었음에도 제도의 실행을 제약하며 더욱 강력하게 재생산된다.

(4) 소결

1980년대 사회는 어떻게 정신적 장애여성의 시설화를 공고히 하며 지속시켰는가를 규명한 4장의 주요 내용은 다음과 같다.

신군부 정권은 복지제도를 체계화하고 민영화를 확대하는 방향으로 기존의 시설화 제도의 전환을 꾀하는데, 국제적 인권레짐 부상과 올림픽 개최지 선정 등 국내외적 환경의 변화가 이러한 전환의 배경이 되었다. 이에 따라 남부부녀보호소와 기술원의 운영은 종교기반 사회복지 주체에게 위탁되었고 대형 복지시설로 전환하게 된다. 하지만 이러한 제도적 변화는 정부의 통치비용 최소화를 위한 전략과 결합된 것이었고, 동 시기 의료복지시설로 전환된 대형 민간시설은 결과적으로 의료복지제도가 부재한 상황에서 양산되는 부랑인 등의 소수자를 대규모로 수용하며 수용자의 자율성을 박탈하는 "그림자 감금"의 장소가 된다. 부랑여성 복지시설로 전환된 영보자애원은 남부부녀보호소에 수용되었던 장애여성을 인수함은 물론 정부의 지속적 부랑인 단속행정으로 대거 유입된 부랑 장애여성으로 인해 역대 최대 수용 규모를 경신하며 존립하게 된다. 반면 1980년대 들어 수용 규모가 감소하던 윤락여성 시설 시립여자기술원은 민주화 이후 강제 인신구속 논란에 휩싸이며 1994년 최종 폐지 결정되는 결정적 변화를 맞이하게 된다.

첫째, 부녀보호소의 사례에서 나타난 것과 같이 1980년대 정신적 장애여성의 대규모 시설화를 추동한 핵심적 요인은 가족자유주의체제에서 심화된 젠더화된

재/생산 노동과 젠더폭력이 비/장애여성의 장애를 물질적으로 생산하고 심화하는 현상에 있었다. 1980년대에는 증가한 중산층과 복지제도의 선별성으로 인해 빈부격차가 심화되었고, 공적 사회안전망은 부재한 상황에서 맞벌이로 생존을 꾀해야 했던 빈곤계층 가족의 사회재생산 위험이 증대되었다. 빈곤계층 여성들은 맞벌이, 조기 취업과 결혼 등 젠더화된 재/생산 노동을 통해 가족의 사회재생산 위험에 대응했으며, 그 과정에서 많은 비/장애 여성의 장애가 물질적으로 구성, 심화되었다. 한편, 정부는 빈곤층의 사회재생산 위험 증대에 대응해 기존의 잔여적 복지제도를 고수한 채 미세한 제도 내 변화를 통해 빈곤 가구의 '의존적' 인구가 시설에 효율적으로 유입되도록 유도한다. 이 속에서 장애에 더욱 취약할 수밖에 없는 빈곤계층 비/장애 여성은 가족의 유기와 위탁 등을 통해 시설화된 돌봄에 본격적으로 맡겨지게 된다.

둘째, 의료복지 전문가들을 비롯한 시민사회의 담론적 실천은 이상과 같은 정신적 장애여성의 시설화를 정당화하고 묵인했다. 의료복지 전문가들은 장애인 인권보장 담론의 부상에도 불구하고 장애인 집단을 분할해 정신적 장애인을 이전 시기와 마찬가지로 생물학적이고 의료적인 관점에서 치료 및 시설 수용의 대상으로 구성한다. 특히 시설 인권침해 사건으로 정신장애인의 권리보장을 주장하고 나선 정신의료 전문가들의 경우 수용시설이 아닌 치료시설의 확충과 수용을 위해 정신장애에 대한 의료적 모델을 재생산하게 된다. 장애를 의료화하고 치료·재활에 집중한 전문가들의 이러한 담론적 실천은 장애인의 시설화와 시설 산업화를 통해 통치를 효율화하고자 한 정부에 의해 차용되었고, 결과적으로 정신적 장애인을 대상으로 한 민간 의료복지시설이 증가하게 된다. 해당 시설들은 의료복지제도의 부재 속에서 양산된 대규모의 장애인, 부랑인 등 소수자를 수용하며 수용자의 자율성을 박탈하는 감금공간이 되지만, 이러한 현실은 비가시화된다. 민주화는 권위주의 시기 강제 인신구속 관행에 제동을 가하는 계기가 되었지만, 치료·재활이 필요한 병리화된 인구와 젠더, 계급, 장애의 중층적 사회구조에서 가족의 의료복지 대체제로 활용된 의료복지시설의 인권문제는 자유권적 기본권에 집중한 시민사회의 담론적 실천에서 비가시화된다. 민주화를 계기로 젠더, 장애, 계급 등 여러 정체성이 교차하는 주체들의 시설화는 사회적으로 더욱 정당화되고 묵인될 수 있었다.

5. 노숙인 시설로의 재구축:
복지제도의 신자유주의적 운용과
장애·젠더·연령의 교차성 중화(1995-2010)

2000년대 이후 민주주의체제 확산 속에서 사회적 소수자에 대한 시설화는 더 이상 정치적 정당성을 발휘할 수 없게 되었다. 그러나 신자유주의 경제사회로의 재편과 권위주의 시기 개발국가 복지제도의 유제는 의료복지의 제도화와 확장에도 불구하고 제도가 포섭하지 못하는 대규모 집단을 양산해낸다. 개별화와 효율성의 논리에 따라 재구축된 의료복지시설은 다층적 사회구조적 불평등으로 양산된 소수자에 대한 개입과 지원에 실패함으로써 시설화를 지속시키게 된다. 이러한 흐름 속에서 노숙인여성이라는 단일 정체성을 대상으로 한 복지시설로 전면 재구축된 시립여성보호센터와 영보자애원은 장애, 노숙, 젠더, 연령 등이 교차하는 다중적 정체성을 가진 여성들에게 최종적 삶의 터가 된다.

(1) 여성 범주의 통합과 계층·연령·장애의 교차성 비가시화

1980년대 민간위탁 도입 등을 통해 복지시설로 전환된 기술원과 영보자애원은 민주화를 계기로 기술원이 폐쇄 결정되는 급격한 변화를 맞았다. 이후 2000년대 정권교체와 민주주의체제 확산 등 정치사회적 환경의 변화는 시설의 전체 구조와 성격을 또 한 번 변화시키게 된다. 변화의 핵심은 수용 대상을 집과 가족이 없는 노숙인 여성으로 일원화한 것이다.

1) 대방부녀보호소 폐쇄와 노숙여성 시설로의 통합

4장에서 살펴본 바와 같이 1990년대 초 시립여자기술원은 강제 수용조치에 대

한 소송제기와 시설 운영의 비효율성 문제 등으로 민간에 위탁된 지 10여 년 만에 서울시에 의해 폐쇄 결정되었다. 기술원 폐쇄 결정 직후 서울시는 대방동에 남아있던 부랑부녀자 일시보호시설인 대방부녀보호소를 기술원 부지에 신축 이전하기로 결정한다. 당초 서울시는 기술원 부지에 대규모 가족복지센터의 건립을 계획했으나 해당 계획이 각종 문제에 부딪히며 축소 조정되는 과정에서 대방부녀보호소의 이전만을 단행하기로 한다. 이러한 결정의 배경에는 재개발 문제와 결부되어 더욱 거세진 님비현상과 대방부녀보호소의 수용 과밀화 문제가 있었다.

먼저, 대방부녀보호소 및 같은 부지에 존재했던 서울시립아동상담소[254]는 남부부녀보호소의 용인 이전 이후 지속적으로 님비현상에 노출되어 있었다. 1990년대에 님비현상은 더욱 심화되었는데, 주민들은 시설에 대한 혐오를 집단적 행동으로 옮겨 표출하기 시작했다. 1994년 대방동 주민 200여 명이 연명날인한 문서와 함께 해당 시설들의 시외 이전을 요구하는 청원서를 서울시장 앞으로 제출했다. 아래 지역주민 청원서에서 보듯 시설에 대한 혐오는 아동 교육환경뿐 아니라 "지역 발전" 등 경제적 명분까지 추가하며 더 강력해졌다.

> … 대지 728평 건물 448평에 고령 방황자 및 문제아동 상담소로 사용하고 있는 바 동 내 중심부에 있고 신길국민학교 정문 앞에 위치하고 있어서 교육환경과 지역 발전에 결정적인 장애가 됩니다. … 친애하는 이원종 특별시 시장님 올해는 서울에 문을 활짝 열어놓고 세계인을 맞이하는 해입니다. 그런데 이런 곳을 보여서야 되겠습니까? … 문민정부 지역자치시대를 맞이하는 갑술년 새해에는 도시 속에 시골 대방동이 더욱 깨끗하고 살기좋은 곳으로 만들어 주시기를 아래와 같이 연명하여 청원하오니 꿈이 이루어지도록 처리하여 주시기를 바랍니다.[255]

님비현상뿐 아니라 서울시가 부랑부녀자 일시보호시설로 남겨둔 대방부녀보호소의 수용자도 지속적으로 늘어나 시설이 만성적 과밀 수용에 시달리는 등 운영상의 문제도 있었다.[256] 대방부녀보호소는 1993년 한 해 동안 입소한 1,500여

254) 4장에서 살펴본 것처럼 아동 상담 및 일시보호시설 서울시립아동상담소는 1985년 남부부녀보호소가 용인으로 이전됨에 따라 남부부녀보호소 부지로 이전해 대방부녀보호소와 공간적으로 통합된 상태였다.

255) 서울특별시(1994), 「민원서류 처리」(서울기록원).

명 부랑여성 중 정신병원과 시립병원 입원, 영보자애원 전원 등을 통해 200명이 넘는 입소자를 퇴소 조치했지만, 타 기관 인계를 통한 퇴소 조치만으로는 한계가 있었다.[257] 늘어난 부랑여성을 효율적으로 관리할 공간 확보의 필요성 그리고 같은 시기 거세어진 님비현상으로 인해 서울시는 폐쇄된 기술원 부지에 건물을 신축해 이를 부랑여성 일시보호를 위한 시설로 전환하기로 결정한다.

이상의 과정을 통해 2001년 서울시립여성보호센터가 새롭게 개소하고 대방부녀보호소는 최종 폐쇄된다.[258] 신축된 시립여성보호센터는 대방부녀보호소의 원래 기능을 따라 사회복지사업법에 근거한 노숙인 복지시설(일시보호시설)로 지정된다. 이후 2008년 사회복지법인 서울가톨릭사회복지회[259]에 시립여성보호센터의 운영이 위탁된다.

표 26. 2003년 서울시립여성보호센터 수용자 현황

	계	정신적 장애	신체장애	노인
인원(명)	211	184	0	67
비율(%)	100	87.2	0	31.8

출처: 이태진 외(2003), 『노숙자・부랑인 지원체계 개선방안』.

이로써 서울시 관할 여성수용시설은 노숙인여성으로 수용 대상 범주를 최종 통합하게 되었다. 그런데 시립여성보호센터(이하 여성보호센터)의 실제 수용자는 위 표와 같이 정신적 장애를 가진 여성이 약 90%를 차지하고 노인여성도 혼재되어 있다. 즉, 노숙인여성이라는 범주는 수용자의 장애・연령 등에 의한 이질성을 비가시화하는 것이었다. 물론 여성보호센터는 장애여성과 고령여성을 타 시설로 전원조치하기도 했지만, 이 또한 한계가 있어 수용자의 장기시설화가 나타나고 있다는 지적이 개소 직후부터 제기된다(서울시정개발연구원, 2001). 노숙인여성 범

256) 서울특별시(1995), 「가정복지센터 건립계획 변경 추진에 따른 시설배치의견서 제출」(서울기록원).

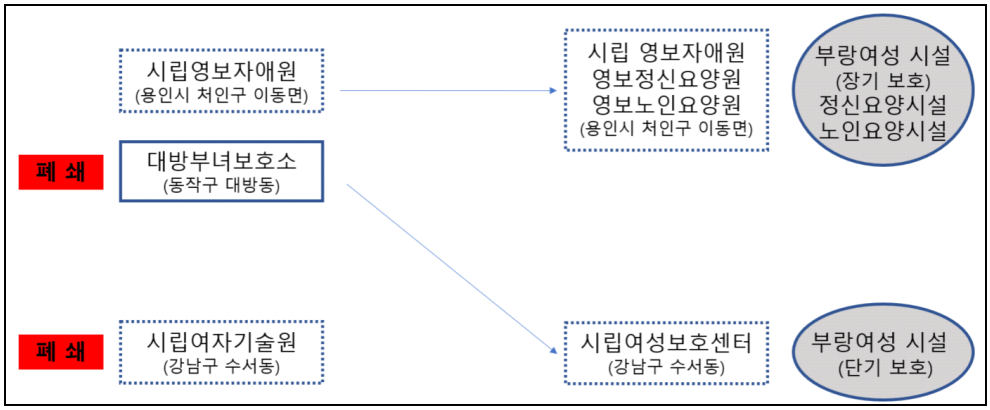
257) 서울특별시(1994), 「윤락여성 선도대책위원회 회의」(서울기록원).

258) 4장에서 언급한 것처럼 대방부녀보호소가 자리했던 대방동 345번지 부지에 건물이 신축되었고, 이 건물에 '서울여성플라자'가 들어서서 현재까지 운영되고 있다.

259) 서울가톨릭사회복지회는 시립은평의마을(구 시립갱생원)의 위탁 운영 주체였던 재단법인 마리아수녀회의 위탁이 2011년 종료되면서 2011년부터 시립은평의마을 운영까지 동시에 맡게 된다.

주를 대상으로 한 시설 운영에 있어서의 이와 같은 문제는 영보자애원에서도 마찬가지로 드러난다.

그림 19. (구)부녀보호소의 2000년대 변화



주: 점선 표시는 민간위탁 기관(시립여성보호센터는 2008년부터 민간위탁)

2) 서울시립영보자애원의 전문화・기능분화

1980년대 사회복지사업법상 민간 부랑인 복지시설로 전환되었고 1987년 민주화와 형제복지원 사건을 거치며 운영방식이 민주화된 영보자애원은 2000년대 초까지 수용자 규모가 1천여 명이 넘는 대규모 시설로 유지되었다. 이러한 수용 규모의 증가 원인은 앞서 4장에서 살펴본 것처럼 전두환, 노태우 정부가 지속적으로 추진한 부랑인 단속 및 수용행정 그리고 시설화 제도와 직접 관련되지 않은 여러 제도의 완만한 변형과 표류를 통해 가족을 이탈한 정신적 장애인의 시설 유입을 유도한 데 있었다. 영보자애원은 개원 초기부터 수용자 규모가 정원인 1천 명을 초과했는데, 연고자 조회가 가능한 경우 연고자 조회를 실시해 가족인계를 시도했다. 그러나 1999년까지 연고자 인도가 성사된 경우는 총 76건에 지나지 않았다.[260] 따라서 2000년대 들어서도 영보자애원은 남부부녀보호소, 대방부녀보호소에서 인수・전원된 경우뿐 아니라 새롭게 유입된 수용자들로 인해 1천 명

260) 영보자애원의 초기 연고자 조회는 당사자가 말하는 본적지나 주소지 동사무소에 연고자 확인 의뢰를 통해 이루어졌다. 2000년부터는 지문채취를 이용한 신원조회가 가능해졌고, 2004년부터 DNA채취가 도입되었다(서울시립영보자애원, 2022).

대의 수용 규모를 유지했다.

영보자애원에 수용된 여성들은 지금껏 '부랑부녀'로 호명되어 왔지만, 부녀보호소의 역사에서 확인한 것처럼 부랑부녀에는 여러 다양한 정체성이 교차하는 주체들이 뒤섞여 있었다. 2001년 서울시정개발연구원에서 실시한 실태조사에서도 부랑부녀 내부의 이질성이 고스란히 드러났는데, 영보자애원은 수용 여성 대다수가 발달장애를 포함한 정신적 장애인이고, 노인의 경우에도 치매 등 노인성 정신장애를 가진 경우가 많았다. 또한 그들의 입소 경로는 대개 "가정폭력, 정신장애, 가정불화" 등으로, 젠더폭력과 정신장애가 중첩되어 부랑한 결과였다(서울시정개발연구원, 2001). 보고서는 가족이 없는 여성을 대부분 사망할 때까지 보호하는 영보자애원을 "여성복지시설의 종착지"(서울시정개발연구원, 2001: 93)라고 평가했다.

표 27. 2003년 영보자애원 수용자 현황

	계	정신적 장애	신체장애	노인
인원(명)	987	650	147	233
비율(%)	100	65.9	14.9	23.6

출처: 이태진 외(2003), 『노숙자・부랑인 지원체계 개선방안』.

그런데 2000년대 들어 부랑인에 대한 정부 규정과 부랑인시설의 목표가 급격히 변하게 된다. IMF 경제위기 이후 '부랑인'으로 명명된 집단에 대해 사회가 익숙하게 가지고 있던 통념과는 다른, 실직에 의한 '노숙인' 집단이 대거 등장하면서 기존의 부랑인에 대한 인식과 제도 역시 바뀌기 시작했다. 정부는 2000년 보건복지부령으로 (구)부랑인복지시설 설치·운영규칙을 제정했는데, 이는 형제복지원 사건 직후 1987년 발령된 보건사회부훈령보다 상위에 있는 법령을 통해 부랑인과 부랑인시설을 사회복지사업법의 사회복지 대상으로 그 위치를 확고히 한 것이었다(이동희, 2010). 또한 이 규칙은 '부랑인' 개념을 새롭게 제시하고 1987년 훈령 상의 '부랑인 선도시설'을 '부랑인 복지시설'로 명칭을 변경했다. 새로운 '부랑인' 개념과 '부랑인 복지시설'은 아래에서 보듯 기존의 '부랑인' 개념이 가진 '노동 불능' 인구이자 따라서 도덕적 교화와 선도의 대상이라는 시각을 탈피해 "주거와 생업수단 없"는 따라서 국가가 "보호 및 재활"을 제공해야 할 대상이라는

중립적 시각에 의거한 것이었다. 이는 부랑인에 대한 인식과 복지제도가 민주적으로 변모한 것으로 볼 수 있는 부분인 동시에 부랑인 안의 젠더・장애・연령 등의 차이를 비가시화하고 적절한 개입을 차단하는 문제를 내포한 것이기도 하다.

부랑인복지시설 설치・운영규칙(보건복지부령 제165호, 2000.8.1. 제정)

1조 (목적) 이 규칙은 사회복지사업법 제34조 제4항의 규정에 의하여 부랑인 보호를 위한 시설의 설치・운영과 동 시설의 입・퇴소의 기준・절차 및 직업보도 등에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

2조 (정의) 이 규칙에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

①**“부랑인”이라 함은 일정한 주거와 생업수단 없이 상당한 기간 거리를 배회하거나 구걸하는 자를 말한다.**

②**“부랑인복지시설”이라 함은 부랑인의 보호 및 재활을 목적으로** 사회복지사업법 제34조 제1항 또는 제2항의 규정에 의하여 설치된 사회복지시설을 말한다.

3조 (입소대상) 시설에 입소할 수 있는 자는 다음 각호의 1에 해당하는 자로 한다.

①보호기관이 시설에서의 보호가 필요하다고 인정하는 부랑인

②시설에서 보호를 받고자 하는 부랑인

③관계기관으로부터 시설보호의 요청을 받은 부랑인

2000년대 들어 부랑인과 부랑인시설의 상징적이고 제도적인 의미가 변화하면서 영보자애원 또한 그동안 다양한 인구학적 특성을 가진 대규모의 여성을 수용보호 중심으로 관리하던 체계를 전환해 선별적으로 “자활” 프로그램을 제공하기 시작한다. 수용 여성 중 장애 정도가 상대적으로 경하고 연령이 낮은 여성에게 제과제빵, 미용교육 직업 프로그램, 검정고시 준비 등을 제공해 취업으로 자립할 기회를 제공했다. 또 2002년부터 자체적인 그룹홈을 운영해, 대단위 수용시설의 단점을 보완해 사회생활 기술 등을 익힐 수 있게 했다. 2004년까지 정신지체, 정신장애를 가진 여성 10명이 그룹홈에서 생활했고, 이 중 일부가 취업이나 타 그룹홈 전원을 통해 퇴소했다(서울시립영보자애원, 2006).

그러나 이러한 선별적 자활 프로그램에도 불구하고 여성이 가진 다양한 특성을

고려하기에는 역부족이었다. 특히 수용자 대부분이 “주거와 생계수단”의 부재 외에도 정신적 장애를 가지고 있기에 이에 맞는 다양한 의료적 재활 지원이 필요한 상황이었지만, 이는 “부랑인 복지시설”의 제도적 기능이 아니기에 인력이나 예산이 제공되지 않았다. 이러한 상황은 영보자애원뿐 아니라 대부분의 부랑인시설이 공통적으로 겪는 문제였는데, 1999년 당시 전체 부랑인시설 입소자 약 1만 명 중 70%에 달하는 7천여 명이 정신적 장애를 가지고 있는 것으로 조사되었다(한국보건사회연구원, 1999: 231). 이에 대한 정부의 대응은 ‘부랑인’이 가진 복합적 특성을 고려해 그들을 복지제도에 온전히 포섭하고 자활과 탈시설이라는 목표 달성 방안을 모색하는 것이 아니라 역으로 그들 내부의 범주를 더욱 세분화해 분산 수용조치하는 것이었다. 즉, 2003년 정부는 “부랑인시설 전문화”를 내걸고 기존 부랑인시설의 수용 인구를 파악해 장애, 연령 등에 따라 시설의 기능을 분화하거나 전환하도록 유도한 것이다. 이에 따라 서울시 위탁 시립은평의마을(구 시립갱생원), 영보자애원, 그리고 대구광역시 위탁 시립희망원 등 오랜 역사를 가진 대규모 부랑인시설이 정신요양원, 노인요양원, 장애인요양원 등으로 분화되었다(곽병은 외, 2004: 269; 보건복지부, 2003: 234).[261]

영보자애원의 경우 정신적 장애여성이 대규모 수용되어 있다는 것 외에도 수용여성의 인구학적 특성이 시간이 갈수록 다변화되고 있었다. 1985년 설립 초기부터 장기수용 중인 여성들이 점차 고령화되어 2003년 당시 65세 여성이 220명이었고, 10년 안에 500명이 될 것으로 예상되었다. 또한 고아로서 아동시설에서 양육된 후 성인이 되어 영보자애원으로 전원되는 사례도 꾸준히 존재했다. 이들은 주로 정신지체장애를 가진 여성인데, 장애가 어린 시절 조기 발견 가능하기 때문에 가족에게 유기되어 고아원 등 아동시설에 유입되었던 것으로 보인다. 성인이 되어 전원된 그들은 이제 막 성인이 된 20대 초반의 연령이었고, 정신지체 외에도 정신장애 등 두 가지 이상의 중복장애[262]를 가진 경우가 대다수였다(서울시립영보자애원, 2005). 이렇듯 연령, 장애유형 등에 따른 무수히 다양한 정체성이 중첩된 상황에서 단지 수용자 내부의 인구학적 특성에 따라 시설의 기능을 세분화

261) 남성 부랑인시설로 1961년 시립부녀보호소와 같은 해 개원한 시립갱생원의 후신 시립은평의마을은 중증장애인 요양시설, 정신요양시설로 기능이 분화되었다.

262) 지적장애인의 경우 높은 확률로 정신장애를 중복으로 가지게 된다는 것이 심리학・정신의학 분야의 일반적 견해다(허지원, 2021; Urfer-Parnas et al., 2009).

하거나 전환하겠다는 것은 근본적인 한계가 있을 수밖에 없었다.

2003년 정부의 부랑인시설 전문화 조치에 따라 영보자애원은 기존의 부랑여성 장기수용시설에서 노인요양시설, 정신요양시설 기능을 추가하여 연령 및 장애에 따라 수용자를 분리 수용보호하는 체계로 전환하도록 결정되었다. 이러한 결정에 따라 건물 신축과 시설 정비가 이루어지고, 기존 수용자 중 100명은 노인요양시설, 200명은 정신요양시설, 650명은 부랑인시설로 분산 조치되었다.

그림 20. 시설 분화 이후 현재 시설간판

그림 21. 시설 앞 도로변에 설치된 안내문

출처: 연구자 촬영(2023.5.3.)

따라서 시설의 분화 이후 최대 규모의 노숙여성시설이 된 영보자애원의 수용자들은 모두 노숙에 장애, 고령 등이 중첩되는 정체성을 가진 여성이었다. 2008년 당시 영보자애원의 수용자 규모는 아래 표와 같다. 연령별로는 50대, 40대, 60대 순으로 다수를 차지하고 있고, 10년 이상 장기 수용자가 전체의 약 82%로 대다수다. 특히 20년 이상 수용자가 352명으로 가장 많은데, 사망, 가족 인계, 타 시설 전원 등의 경우를 제외하면 1985년 남부부녀보호소에서 이전되어 온 여성 중 많은 수가 지속적으로 생활하고 있다는 뜻이다. 장애 유형별로는 정신장애인 300여 명, 그 외 지적장애인 140여 명, 중복장애 450여 명으로, 정신장애와 함께 두

가지 이상의 장애를 가진 여성이 대다수다.

표 28. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 연령별

	18-30세	31-40세	41-50세	51-60세	61-70세	71세 이상	합계
인원(명)	12	37	136	168	125	71	546
비율(%)	2.18	6.74	24.77	30.6	22.77	12.94	100

출처: 서울시립영보자애원(2009), 「영보」.

표 29. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 수용 기간별

	1년미만	1-5년미만	5-10년미만	10-15년미만	15-20년미만	20년이상
인원(명)	5	23	71	51	47	352
비율(%)	0.9	4.1	12.9	30.9.36	8.6	64.2

출처: 서울시립영보자애원(2009), 「영보」.

표 30. 2008년 영보자애원(부랑여성시설) 수용자 현황- 장애유형별

	정신장애	지적장애	지체장애	언어청각장애	시각장애	간질장애	중복장애
인원(명)	352	136	31	24	11	18	450
비율(%)	59.2	24.7	5.7	4.4	2	3.2	81.7

출처: 서울시립영보자애원(2009), 「영보」.

이처럼 영보자애원의 수용자 대부분이 장애를 가지고 있거나 고령임에도 시설 유형 상 '부랑인' 시설로 분류되어 있었기에 정부와 지자체가 장애인시설이나 노인시설에 지급하는 예산지원을 받을 수 없었고, 따라서 수용자의 특성에 맞는 충분한 지원을 제공할 직원을 충원할 수 없다는 것이 가장 큰 문제로 대두되었다. 2008년 당시 영보자애원의 직원은 생활복지사 43명, 간호(조무)사 5명, 공중보건의사[263] 1명 등 총 52명인데, 수용자 10명당 1명의 종사자가 배치된 셈이다(서울시립영보자애원, 2008, 2009). 특히 정신장애와 중복장애를 가진 고령 여성이 대다수인데도 불구하고 한시적인 공중보건의사 외의 상주 전문의가 존재하지 않았다. 이러한 인력 예산 부족 때문에 영보자애원은 많은 수의 촉탁의, 자원봉사자

263) 공중보건의사는 병역법에 의해 의사 자격이 있는 사람으로서 사회복무요원 소집 대상인 보충역에 해당하는 사람 등이다(제34조).

인력으로 운영되었다. 2006년, 영보자애원의 연간 자원봉사자는 7,700여 명으로 집계되었다(서울시립영보자애원, 2006).

게다가 영보자애원에 수용된 고령의 정신적 장애여성 중에는 부모의 이름이나 출생지 등을 알 수 없는 무호적자가 많고, 주민등록이 없어 장애인으로 등록할 수조차 없는 경우도 상당했다.[264] 즉 그들은 그저 생활공간이 부랑인시설이었던 장애인이었던 것이 아니라 법적 '장애인'이 될 수 없었던 것이다(서울시립영보자애원, 2008). 1999년 장애인복지법 개정으로 정신장애인을 법적 장애인 범주에서 배제한 오랜 제도적 불합리가 시정되었지만, 영보자애원의 많은 부랑 장애여성에게는 이러한 법적 변화가 유명무실한 채 10여 년이 흘렀다. 2009년에 이르러 법률구조공단의 도움으로 250명의 여성이 법원에서 성본 및 가족관계등록부를 창설해 주민등록증을 발급받을 수 있었고,[265] 장애인으로 등록할 수 있게 되었다.

결국 2000년대 이후 '노숙인'에 대한 새로운 개념과 함께 '노숙여성'이라는 범주로 수용 대상을 통합하고 전문적 노숙인 복지시설로 재구축된 영보자애원과 여성보호센터는 '노숙인' 범주 내부의 젠더, 장애, 연령 등에 따른 다양한 차이들을 비가시화하게 됨으로써 그들의 "보호와 재활"을 제약하게 되었다.

(2) 시장화・개별화된 치료・돌봄과 장애・노숙・노령・젠더의 분리

1) 정신의료 약물의 지배와 개인화된 치료・회복의 요구

부녀보호소의 반세기 역사에서 2000년대는 윤락여성, 부랑인 등을 도덕적 기준으로 통제해온 역사를 완전히 지우고, '노숙여성'을 위한 복지시설로 재구축되는 또 한 번의 커다란 변화를 맞이한 시기였다. 이러한 큰 변화는 1998년 정권교체 이후 한국 사회에서 민주주의체제가 확대된 것을 배경으로 했다. 민주화를 기

264) (구)심신장애자복지법이 1989년 장애인복지법으로 전면 개정되면서 장애인 등록제가 시행되었고, 이후 장애인복지법이 1999년 개정되면서 정신장애인이 법적 장애인 범주에 포섭되었다. 장애인복지법 시행규칙은 장애인 등록신청 요건으로 주민등록번호를 요구한다(제3조).

265) 경인일보, 2009.2.20. "뿌리 찾은 무적의 여인들: 6월 25일 발견했다는 내 이름 육이오 '처인 육씨' 시조됐어요".

점으로 출현한 여성 인권운동의 성장은 2001년 여성부 탄생, 호주제 및 윤방법 폐지 등을 이끌어냈다. 이 외에도 1999년 전 국민 기초생활보장을 위한 법률 마련, 2000년대 장애인 인권운동의 가시화 등은 기존처럼 여성, 장애인, 빈곤층 등 사회적 소수자를 선별하여 낙인찍는 시설 수용 중심의 복지가 정치적 합리성을 획득하기 어려워진 시대가 도래했음을 의미했다. 또한 모든 정체성이 평등하다는 가치가 명목상으로는 새로운 정치적 합리성으로 자리 잡았음을 의미했다. 그러나 이러한 정치사회적 환경에 따른 시설의 변화에도 불구하고 영보자애원은 다중적 정체성을 가진 대상들에게 적절한 복지서비스를 여전히 제공하지 못했고, 결국 대부분의 여성이 이 시설에서 장기간 생활하다 삶을 마감하는 "여성복지시설의 종착지"가 되었다. 이러한 현상은 개인화와 시장의 효율성을 중시한 의료복지 담론적 실천이 '노숙인', '여성', '장애인', '노인' 등을 전문적 개입의 범주로 분절해 해당 정체성 범주 어느 쪽에도 완전히 포섭되지 않거나 범주들 "사이 공간"(in-between)(Puar, 2017)에 놓인 존재를 배제함으로써 은밀하게 시설화를 추동한 과정을 통해 보다 면밀히 살펴보아야 한다.

주지하듯 이 시기 정권교체와 민주주의 체제의 확장은 신자유주의화라는 경제사회적 재편과 정확히 맞물렸다. 서구사회에서는 이미 1980년대부터 신자유주의화된 정신의학의 담론적 실천이 축적되어 개인적이고 약물치료 중심적인 의료적 개입을 통해 환자가 증상에서 "회복"되는 것에 관심이 집중되었다.[266] 반면 한국의 경우 4장에서 본 것처럼 1995년까지 정신보건법의 제정이 미뤄지고 정신요양원이 더 많은 정신장애인 인구를 수용하는 상황이 이어졌다. 물론 국내 정신의학계도 이러한 세계적 흐름을 반영해 1980년대 중반 이후 대한생물치료정신의학회, 대한정신약물학회, 대한생물정신의학회 등 정신장애를 뇌의 이상으로 보고 약물치료를 중시하는 의사 집단이 일제히 생겨나 활발하게 활동을 이어 나갔다(대한신경정신의학회, 2009). 1995년에는 (구)정신보건법이 제정되었고, 2000년대 이후 한국 역시 정신의학계가 정신장애인에 대한 치료와 개입에 주도권을 가지게 된다. 이는 권위주의 시기 내내 정신장애인을 의료화하고 시설화해온 담론적 실

266) 서구 정신의학계는 진단과 치료제가 없어 오랜 시간 환자를 단지 수용보호만 했던 현실에서 20세기 중반 무렵 약물의 발견으로 일대 전환을 맞이한 바 있다. 이후 약물의 지속적 임상시험을 통한 발전과 상품화, 컴퓨터 기반 뇌과학의 발달 등은 1980년대 무렵 이후 정신약물 중심의 "생물정신의학"의 시대를 열게 된다(쇼터, 2020; 재서노프, 2021).

천이 20세기 후반기 부상한 전 세계적인 정신의학계의 담론적 실천, 즉 사회적 불평등의 해소가 아니라 개별 환자의 임상적 증상을 조절하는데 관심을 둔 경제성과 효율성을 중시하는 신자유주의화된 담론적 실천(Biehl, 2007; Howell & Voronka, 2012)으로 대체됨을 의미했다.

(구)정신보건법 시행 이후 정신의학계의 의료적 치료 담론 지배의 효과는 시설화를 대체한 이른바 "화학적 감금"(chemical incarceration)(Fabris, 2011)이라는 현상으로 집약될 수 있다. 적절한 치료와 약물에의 접근성이 보장되고 장애로 인한 몸마음의 고통을 완화하는 것은 그 자체로 매우 중요한 가치다. 그러나 2000년대 이후 항정신병약물을 복용하는 정신장애인들의 경험을 추적한 연구들은 약물이 고통 완화를 위한 수단이 아니라 그 자체로 목적이 되어 통제적 힘을 발휘하고 있는 문제를 강조한다(송은주, 2011; 이용표 외, 2014; 이용표, 2019). 입원 상황에서 어떤 설명도 없이 강제적으로 약물을 투약한다거나 약물만을 치료와 회복의 방법으로 여기는 의료진들의 태도는 환자들의 자율성을 박탈하고 치료와 회복을 어렵게 하는 보이지 않는 감금인 것이다.

> 많은 대화 그리고 동료들과의 이런 소통도 되게 중요하다고 생각하는데 의사들은 약을 되게 맹목적으로 약, 오로지 약만인 것 같아요. 내가 만났던 의사들, 약이 제일 중요하고 약을 먹어야 한다. 그리고 동료들과 이렇게 만나는 거 별로 안 좋아하는 거 같더라고요. (이용표 외, 2014: 16쪽 재인용)

> [의료진이] 일주일에 한 번 정도 회진을 와요. 딱 앉으셔가지고 세 명 앉혀 놓고 (중략) '쟤는 리튬을 얼마 올려, 쟤는 리튬을' 그 얘기만 해요. (이용표 외, 2014: 16쪽 재인용)

해당 연구들은 약물 중심주의가 단지 의료현장에서만 적용되는 것이 아니라 일상에서 정신장애인의 가족들이 약물 복용의 감시자가 되거나 입원 해제 조건으로 약물 투약을 제시하는 등의 상황에 놓이게 됨을 보여준다. 심지어 약물복용은 생계급여 신청[267]이나 주거시설 입소 등 복지제도의 수혜를 받기 위한 조건으로 제

267) 국민기초생활보장제도 수급권자가 되기 위해서는 정신장애인임을 입증해야 하고, 그것은 약물 복용 기간으로 입증되기 때문이다.

시되기도 했다.

기실 이상과 같은 약물과 치료중심 담론적 실천은 한국 사회에서 권위주의 시기 지속되어 온 장애에 대한 개인주의적・자유주의적 관점을 근간으로 한 것으로, 정신장애에 더해 계급이나 성별 등에 따라 더욱 주변화되는 교차적 주체들의 시설화를 묵인하고 정당화하게 된다. 예를 들어, 1977년부터 실시된 의료보호제도의 정액수가제 문제는 이 시기에도 지속되었다. 이 같은 제도적 표류가 2000년대에도 시정되지 않았다는 것은 약물중심의 담론적 실천이 실질적으로 정신의료 시장을 지배한 환경의 변화와 함께 더 큰 폐해를 초래하게 될 것임을 의미했다. 2006년 당시 열린우리당 장향숙 의원이 실시한 정신병원 실태조사에 따르면, 정신병원의 일 평균 입원환자 7,000여 명 중 의료급여 대상인 가난한 계층의 환자가 6,000여 명으로 대다수인데, 이들이 정신병원에서 장기간 "수용보호"되는 이유는 약제비 사용액이 건강보험 입원환자의 30% 수준에 불과했기 때문인 것으로 드러났다. 즉, 정신병원은 일당정액수가제 때문에 대학병원급 병원에서는 거의 사용되지 않는, 1960~70년대에 개발된 약물을 사용하고 있어 환자들의 증상을 오히려 만성화・악화시키게 되고, 이는 장기수용이라는 악순환으로 이어졌던 것이다.[268] 정액수가제의 폐단은 이후 몇 차례 개선되기도 했었지만 기본적인 문제는 현재까지도 시정되지 않고 있는 상황이다.[269]

정신장애인의 임상적 치료 외 사회구조적 불평등에 무관심한 이러한 상황 속에서 권위주의 시기 정신장애인의 대표적 수용 장소였던 정신요양원 역시 2000년대 이후에도 계속 운영되었다. 1980년대 이후 정부의 양성화로 급증한 정신요양시설은 (구)정신보건법이 시행되는 1997년 이전까지 정신병원보다 더 많은 가난한 정신장애인을 수용해, 1996년에는 통계상 최대치인 1만 8천여 명에 달했다(신권철, 2017; 이용표, 2005). 이러한 상황은 법 시행과 함께 병원시설이 정신요양원시설의 수용 규모를 훨씬 초과하기 시작하면서 반전되기는 하지만, 법 시행 이후로도 정신요양시설 인프라는 예상외로 급격히 축소되지 않고 꾸준히 수용인원을 유지하게 된다.[270] 법 제정 이전에 수용된 사람들이 만성 장애로 장기수

268) 청년의사, 2006.11.14. "의료급여 정신질환자, 차별 심하다".

269) 메디포뉴스, 2018.5.29. "정신질환 의료급여 정액제, 대표적인 인권침해 적폐".

270) 한국정신요양시설협회 집계에 따르면 1999년 64개 정신요양시설에 1만 5천여 명, 2011년 59개 정신요양시설에 1만 1천여 명의 정신장애인 거주했다. 정신요양시설에 수용된 전체 정

용되거나 정신장애인을 돌볼 수 없어 장기수용을 의뢰하는 가족에 의해 오랫동안 수용되는 등, 제도적 환경의 변화에도 불구하고 지속적으로 시설의 인프라가 재생산될 수 있었기 때문이다. 정신요양원 자체의 문제도 지속되었다. (구)정신보건법상 정신보건시설의 일종으로 제도화되었지만, 여전히 매우 모호한 성격과 기능 때문에 대부분 상주 의사 없이 촉탁의가 한 달에 한 두번 방문해 수백 명의 입소자 진료를 담당하는 구조이며, 정신과 관련 외에도 타 의료문제에 대한 치료 접근성 역시 낮은 것으로 드러났다(홍선미, 2013). 이러한 상황에서 양질의 치료와 돌봄을 제공받지 못하는 정신장애인의 장애는 더욱 중증화・만성화되었고, 이는 그들이 장기수용 되어야 하는 근거로 작용해 악순환을 만들어내는 것이다.

2000년대에도 정신장애인이 대형정신병원, 정신요양원 등에 대거 유입되는 데는 이하 3절에서 볼 것처럼 (구)정신보건법에 의해 가족에 의한 강제입원이 가능해지게 된 데 상당히 기인했다. 정신장애인의 돌봄책임을 가족에게 강제해온 가족중심 복지제도의 유제는 장애인에 대한 각종 복지서비스가 확장되는 상황에서도 정신장애인을 제도의 예외대상이 되도록 했고, 결국 가족의 유기나 강제입원을 추동하는 상황이 지속된 것이다. 여기에 더해 임상적으로 증상을 조절하는데 집중한 정신의료 담론적 실천은 국가와 사회의 돌봄 책임을 개인과 가족에게 전가하는 것을 더욱 추동하는 것일 수 밖에 없다. 예를 들어, 1999년 정신장애는 장애인복지법의 장애 유형 중 하나로 포함되었고, 이로써 1981년 제정된 (구)심신장애자복지법이 장애인의 범주에 정신장애를 포함하지 않아 장애인 복지의 대상이 될 수 없는 불합리가 시정되었다. 그러나 이러한 포섭은 매우 형식적인 것이었는데, 장애인복지법이 정신장애인의 보건과 복지에 관해서는 (구)정신보건법에 이관한다고 함으로써 정신장애인 복지에 관한 책임을 면피했기 때문이다.[271] (구)정신보건법의 적용을 받는 장애인이 장애인복지법에 따라 이중으로 복지서비스 등을 받는 것을 방지하겠다는 것이 이러한 규정의 이유였는데,[272] 이러한 행정편의주의적 발상은 정신장애인이 놓인 다층적으로 불합리한 사회적 상황과 무엇

신장애인 수는 법 제정 이후 큰 변화를 보이지 않았다(강석임, 2011).

271) 장애인복지법 제13조(법률 제5960호, 1999년 개정): 제2조의 규정에 따른 장애인 중 정신보건법과 국가유공자등예우및지원에관한법률 등 대통령령이 정하는 다른 법률의 적용을 받는 장애인에 대해서는 대통령령이 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다.

272) 비마이너, 2021.5.4. “장애인복지법 15조, 정신장애인만 배제…왜?”.

보다 가족의 돌봄 부담을 전혀 고려하지 않는 것이었다. 이 때문에 정신장애인은 활동보조인 서비스[273]를 포함한 대부분의 장애인복지서비스에서 배제되는 상황이 이어졌다(김문근, 2019).

이처럼 정신장애인의 임상적 증상을 조절하는 데 치중하고 사회적 불평등과 부정의는 묵인하는 신자유주의적 정신의료 담론과 실천 속에서 계급, 젠더 등의 문제와 동시 결부된 많은 정신장애인의 장기 시설수용이 지속되었다. 영보자애원과 같은 수용시설은 가난하고 가족이 없는 등 사회경제적 불평등으로 인해 장애가 심화되고 만성화된 여성들이 개인적 '회복'과 '치료'에 실패한 자들로서 마땅히 머물러야 할 장소가 되고 있었다.

2) 시장 중심의 복지서비스와 '돌봄'의 부재

2000년대 민주주의의 발전과 함께 장애인 일반에 대한 인권의식과 복지에 대한 담론적 실천 역시 급격히 확산되었다. 그럼에도 시장의 생산성과 효율성을 중심에 둔 담론적 실천이 공적 돌봄 시스템의 근간을 훼손하고 나아가 장애유형이나 연령 등에 따라 더욱 취약한 집단을 배제하는 효과를 발휘하게 되면서 정신적 장애인과 고령으로 다양한 신체적・정신적 장애를 가진 노인들의 시설화가 지속되었다.

2000년대 전후 확산된 장애인 인권담론과 복지서비스는 장애인을 의학적 결함이나 시설에 격리되어야 할 대상으로 여긴 역사와 단절하고 장애인 인권 보장을 위한 법제도의 마련으로 이어졌다. 이는 진보적 장애인 인권 및 자립생활 운동이 이 시기에 활발하게 전개되며 사회적 파급력을 발휘한 성과이기도 했다.[274] 그러

---

273) 활동보조인 서비스(Personal Assistance Service)는 일상생활의 다양한 부분에서 지원을 필요로하는 중증장애인이 유급 인력 서비스를 통해 독립적인 삶을 살아갈 수 있도록 지원하는 것으로, 전 세계적으로 장애인 자립생활의 핵심적인 제도로 자리 잡아왔다.

274) 2001년 한 휠체어 장애인이 지하철 리프트에서 추락해 사망한 사건을 계기로 점화된 장애인 이동권 운동은 비장애인에게는 전혀 문제로 인식되지 않는 도시 공간 및 건물 등의 설계가 신체장애인의 사회적 배제를 야기하는 차별임을 사회적으로 각인시킨 획기적인 이슈였다. 이동권 운동은 장애인에 대한 모든 사회적 배제, 특히 지금껏 시설에 수용된 삶을 살도록 강제한 모든 장벽을 없애고 자립생활을 지원해야 한다는 요구로 자연스럽게 이어졌다. 2004년 교통약자의 이동 편의 증진법, 2007년 장애인 차별금지법이 제정되고, 자립생활 운동에서 핵심이 된 활동보조인서비스 제도화 요구 끝에 2011년 장애인 활동지원에 관한 법

나 이 시기에 함께 진행된 신자유주의화 흐름은 김대중, 노무현 정부가 시도한 국가복지체계 구축 전반에 지대한 영향을 미친다. 이른바 '생산적 복지' 또는 '사회투자적 복지'라 일컬어지는 복지체계는 개인이나 가족의 소득 재분배가 아닌 사회재생산 위험에 대한 보호를 제공하는 데 역점을 둔다. 즉, 공공・민간이 제공하는 각종 사회서비스를 확장해 장애인, 아동, 노인 등에 대한 돌봄을 탈가족화하도록 유도한 것이다. 이는 이 시기 저출산 고령화로 인한 위기 담론 확산에서 기인하기도 하지만(이와 관련해서는 아래 3절에서 다시 다룬다) 무엇보다 정부가 사회서비스 분야 일자리(유급 돌봄 노동자)를 창출해 고용을 통한 복지라는 선순환을 의도했던 것에 원인이 있다.

일자리 창출을 통한 복지확대라는, 경제적 생산성과 효율성을 우선한 담론적 실천에서 이른바 '바우처'(voucher. 쿠폰권 또는 교환권이라는 뜻을 갖는다)는 핵심적 위치를 차지한다. 바우처는 서구와 일본 등의 발전국가가 1980년대 신자유주의 체제 전환 이후 국가에 의해 공급되던 의료, 교육, 돌봄서비스 등을 급속하게 민영화하는 과정에 동원된 핵심적 이론이자 제도였다(다카시, 2011; 양난주, 2010, 2011, 2015). 4장에서 살펴본 것처럼 한국에서 복지서비스의 민영화는 전두환 정부의 국공립 부랑인시설 민간 위탁제도 도입과 함께 확산되었다. 그런데 민간위탁은 정부가 지정한 특정한 주체(특히 사회복지법인)가 국가 보조금을 받아 독점적으로 서비스를 제공한다는 점에서 민간주체에게 정부의 대행자 혹은 유사 정부조직적인 성격을 부여한다. 반면 바우처 방식은 정부가 자신의 대행자조차 시장의 경쟁자로 만들어 " '사회적인 것'을 통한 통치로부터 시장 혹은 '준시장'을 통한 통치로 변환"(다카시, 2011: 118)하는 신자유주의화 전략이다. 즉, 정부는 더이상 소수의 민간조직을 지원하여 서비스를 공급하게 하지 않고 대신 영리・비영리 영역의 많은 민간기관이 자발적으로 시장 경쟁을 통해 서비스를 제공하도록 유도한다. 정부는 서비스를 이용하는 당사자에게 바우처를 배부해 당사자들이 직접 서비스를 구매・선택하게 함으로써 궁극적으로 '소비자'가 되게 만드는 것이다. 이론상 바우처는 서비스 이용자와 공급자가 직접 계약관계를 맺게 하고 특히 이용자(소비자)에게 바우처 범위 안에서 비용 효과적인 결정을 하는 자기책임성을 강조함으로써 서비스를 효율화하고 비용을 최소화하도록 유도하는 효과

률도 제정되었다. 이처럼 2000년대 에 확산된 장애인의 인권과 자립생활에 관한 담론, 법률, 제도는 2010년 전후에 전개된 장애인 탈시설 운동의 핵심적 동력이 되었다.

를 낸다.

그러나 많은 연구가 누누이 지적하고 있는 것처럼 시장의 논리에 맡겨진 사회서비스는 유급 돌봄 노동자의 노동권을 심각하게 침해한다. 사회서비스 제공기관이 (여성이 대부분인) 노동자의 저임금과 불안정한 노동조건을 통해 이윤을 창출하려 하기 때문이다. 또한 돌봄의 대상이 되는 집단에게도 자유주의적 자기책임성이 강조됨으로써 결과적으로 다양한 집단이 서비스 대상에서 배제되고 돌봄이 부재하게 되는 효과를 발휘한다. 예를 들어, 바우처의 주 수혜 대상이 되는 노인, 아동, 장애인 등이 자율적 주체로서 시장에서 자유롭게 돌봄을 '선택'하는 것은 여타 사회적 제반 환경과 인식이 그러한 개인의 자유를 뒷받침해 준다는 것을 전제한다. 그와 같은 제반 환경의 변화 없이 소비자로서의 개인의 선택권 행사만을 강조하는 것은 도리어 당사자의 선택권 행사를 심각하게 제약하게 된다(Power, 2013). 게다가 바우처는 서비스 대상자를 선정하는 데 있어 자유주의적・개인주의적 관점에 기반한 사정 절차를 둠으로써 많은 대상자가 애초에 서비스의 대상에서 탈락하는 문제까지 초래했다. 이러한 사정 절차상 폐단이 가장 논란이 된 분야는 바우처 방식이 적용된 대표적 사회서비스인 장애인 활동보조인 서비스제도다. 장애인이 활동보조인 서비스 대상이 되려면 고도로 의료화된 사정 절차를 밟아야 하며, 특히 신체적 손상과 기능 제약에 초점이 맞춰져 있어 일부 장애인(신체적 장애인)에게 매우 최소한의 서비스만을 보장한고 대다수 장애인(특히 정신적 장애인)을 서비스의 사각지대에 놓이게 하고 있다는 문제가 현재까지도 끊임없이 지적되고 있다.[275]

275) 이와 관련해 장애인 활동보조인 서비스제도가 등장하는데 초석이 된 서구 장애인 자립생활 이념에 대해서도 개인주의적・자유주의적 관점과 신체적 장애인을 중심으로 하는 한계를 노정했다는 비판이 제기되는 데 이에 주목할 필요가 있다. 여성주의 장애학자들을 중심으로 제기된 이러한 비판의 핵심은 1960년대 전후 등장한 장애인 자립생활 운동이 백인 중산층 신체장애인 남성 주체의 시각과 경험을 반영해 '주체성', '선택', '능동성' 등을 강조하고 따라서 다양한 장애유형(특히 정신적 장애)과 계급, 젠더, 인종 등에 따른 장애인 안의 차이를 타자화하는 효과를 낸다는 것이다(Erevelles, 2011; Kittay, 2017; Puar, 2017). 이와 유사하게 한국의 장애인 자립생활 운동에서도 최근 비판적 시각이 등장하기 시작했다. 예를 들어 김도현(2020)은 신체장애인이 주축이 된 장애인 자립생활 운동 진영이 2006년 당시 활동보조서비스 제도화를 요구하는 투쟁을 전개하면서 발달장애인과 지적장애인을 타자화했다고 비판했다. 당시 보건복지부는 발달장애인이 '자기결정'을 행사하려면 일정한 준비 기간이 필요하다는 이유로 활동보조인 서비스 제공 대상에서 제외하려 시도하는데, 투쟁에 동참한 장애인 자립생활 운동 진영 내에서도 정부의 이러한 입장에 동조하는 흐름이 형성되었다는 것이다.

개인주의적이고 의료중심적인 장애인 복지서비스의 운용은 특히 많은 정신적 장애인이 제도의 수혜 대상이 되지 못하거나 대상이 되더라도 주체적인 서비스 이용을 어렵게 한다는 지적이 상당히 제기되었다(강민희, 2016; 김문근, 2019; 안형진・윤재영, 2020; Lewiecki-Wilson, 2003: 159). 특히 발달장애인의 경우 활동보조인과 장애인 간의 계약적 서비스 교환 관계가 성립되기 어려우며, 그것을 넘어선 상호 친밀성과 도덕성에 기반한 '돌봄' 관계가 요구되기에 저임금・불안정 고용 중심의 유급 돌봄노동 시장 구조 내에서 발달장애인 돌봄의 탈가족화는 더욱 어려워지게 된다.

결과적으로 노인, 정신적 장애인 등 많은 돌봄서비스 대상자의 주체적이고 개인주의적 '선택'을 제한하는 매우 한정적인 서비스, 그것도 공공이 아니라 고객을 찾아 경쟁하는 민간제공자의 손에 맡겨진 사회서비스 산업화전략의 일환으로 확대된 복지서비스는 많은 대상자 및 그 가족에게 돌봄이 부재하는 상황을 지속시키고 비가시화하는 효과를 발휘했다. 그 결과는 시설화였다. 2013년 당시 장애인 시설(정신요양시설 제외)에 거주하던 약 3만 명의 장애인 중 지적・발달장애인은 약 2만 명으로 전체 시설수용 장애인의 62%를 차지했다(박숙경, 2016). 또 2012년 실시된 중증장애인 수용시설 실태조사에 따르면, 가족에 의해 비자발적으로 시설에 입소한 경우가 약 83%로 대다수이며, 주된 입소 이유는 가족이 돌볼 수 없기 때문이었다(조한진 외, 2012). 2000년대 이후 복지서비스의 양적 확대에도 불구하고 장애유형이나 계급, 젠더 등이 중층적으로 교차하는 여러 주체에게 여전히 지역사회에서의 돌봄은 선택가능한 영역이 아니었다는 방증이다. 부랑인시설 영보자애원은 과거로부터 현재의 시장 중심 복지서비스까지 지속된 공적 돌봄의 부재 상황에서 가족에게 유기되는 부랑/고아 장애여성과 노인여성에게 유일하게 '선택' 가능한, 돌봄의 "종착지"가 되고 있었다.

3) 실직 남성을 이념형으로 한 '노숙인' 복지의 재편

이상과 같이 2000년대 신자유주의화와 결합한 의료복지의 담론적 실천은 장애, 계급, 젠더와 결합해 제도의 확산에도 불구하고 지속적으로 장애화되고 시설에 수용되는 비/장애인을 양산했다. 한편 동시기에는 '노숙인'이라고 하는, 전통

적인 '부랑인'에 대한 도덕적 인식과는 상이한 전문적 개입의 대상이 새롭게 등장하면서 노숙·빈곤, 장애, 젠더 등이 중첩되는 교차적 주체를 담론적 실천에서 또다시 비가시화하게 된다.

IMF와 경제위기는 1990년대 말 이후 일자리를 잃고 길거리로 내몰리는 인구의 폭발적 증가를 가져왔다. 이른바 "실직 노숙인"의 등장 그리고 공적 복지와 민주주의에 대한 높아진 사회 분위기는 그동안 한국 사회가 '부랑인'에 대해 유지해 온 시설화 중심의 정책 기조와는 다른 대응을 유도했다. 이들에게는 '쉼터' 즉 응급적인 임시 숙소를 제공되었고 사회복귀를 위한 상담과 지원을 제공하는 체계가 민관 합동으로 수립되었으며, 이를 위한 상당한 국가 예산이 투입되기도 했다. 실직 노숙인은 '사회복귀'가 가능한 '정상인'이고 따라서 그들에 대한 지원사업은 한시적인 운영 후 종결된다는 게 당시 사업 추진 주체들의 전제였다(이태진 외, 2007). 이렇듯 노숙인과 부랑인에 대한 상이한 전제는 노숙인 지원에 관한 근거 법률들에도 반영되었다. 2003년 개정된 사회복지사업법(법률 제6960호, 2003.7.30. 일부 개정)은 부랑인과 노숙인을 분리해 "부랑인 및 노숙인 보호"를 사회복지사업으로 규정하였고,[276] '부랑인 복지시설 설치·운영규칙' 역시 기존의 부랑인과는 별도 범주인 노숙인을 추가해 '부랑인 및 노숙인 보호시설 설치·운영규칙'[277]으로 변경되었다. 부랑인과 노숙인의 정의를 제시한 '부랑인 및 노숙인 보호시설 설치·운영규칙'에 따르면, 부랑인과 노숙인은 "생업수단"의 유무와 부랑인복지시설과 노숙인 쉼터 중 어디에 입소했는가를 기준으로 구분되며, 이는 상당히 모호하고 임의적인 정의에 따른 것이라 볼 수 있다. 그런데 노숙인에 대한 응급적 국가 지원이 투여됐음에도 노숙인의 절대 규모가 줄어들지 않자 노숙인과 부랑인 범주에 대한 재고가 시작되었다. 또한 2004년부터 지방분권과 작은 정부를 지향한다는 취지로 중앙정부 국고보조사업 일부가 지자체로 이양돼 지방세로 운영하도록 변경되었는데, 부랑인 사업은 국고보조사업으로 남겨졌지만 노숙인

276) "사회복지사업"이라 함은 다음 각목의 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인 및 노숙인 보호·직업보도·무료숙박 (중략) 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하는 사업을 말한다(제2조).

277) 보건복지부령 제307호, 2005.1.5. 일부 개정. "부랑인"이라 함은 일정한 주거와 생업수단 없이 상당한 기간 거리에서 배회 또는 생활하거나 그에 따라 부랑인복지시설에 입소한 18세 이상의 자를 말한다. "노숙인"이라 함은 일정한 주거 없이 상당한 기간 거리에서 생활하거나 그에 따라 노숙인 쉼터에 입소한 18세 이상의 자를 말한다(제2조).

사업이 지방이양사업이 되면서 노숙인과 부랑인의 지원체계가 갈리고, 부랑인 시설과 노숙인 쉼터도 분리되었다. 이 때문에 부랑인과 노숙인에 대한 복지체계가 매우 비체계적이며 상호 연계가 어려워 혼란이 가중되는 등 다양한 문제가 발생했다. 이러한 흐름 속에서 부랑인과 노숙인을 개념적으로뿐 아니라 정책적으로 통합하려는 움직임이 일어나게 된다(남기철, 2007; 이동휘, 2010; 정근식, 2014).

그러나 부랑/노숙인을 포괄한 통합적 지원체계와 법률에 대한 논의는 부랑/노숙인 문제를 의료복지와 주거복지를 통해 해결해야 하는 문제가 아니라 부랑인시설과 노숙인시설을 어떻게 통합적으로 운영할 것인가에 초점을 둔, 즉 시설에 집중된 논의로 귀결되었다. 시설 운영 사회복지법인들이 해당 논의를 주도했기 때문이다(정근식, 2012, 2014). 권위주의 시기 동안 확산되고 민주화를 거치면서 더욱 합법성을 부여받으며 유지된 시설 운영 행위자들은 부랑/노숙인에 대한 사회적 관심과 평등에 대한 인식이 높아진 상황에서 부랑/노숙인을 시설산업체의 전문적 관리 대상으로 구축하고 보편적 복지제도의 도입을 지연시키는 힘을 발휘했다. 부랑/노숙의 근절이 아니라 부랑/노숙인을 복지산업체의 지속적 관리(수용) 대상으로 구축한 이와 같은 은밀한 정치는 전문화를 명목으로 부랑인 내부의 차이를 삭제하는 결과로도 이어졌다. 앞서 영보자애원의 사례에서 보았듯 2003년 추진된 부랑인시설의 '전문화'는 기존의 부랑/노숙인 시설에 다수 존재하는 장애인을 정신요양원, 장애인시설 등으로 분산 수용 조치하는 것이었다. 보편적 의료복지제도 부재가 부랑인 집단과 장애인 집단을 중첩시키는 결과를 초래하고 있음에도, 단지 서비스 대상 범주 세분화를 통해 부랑/노숙인 복지를 '전문화'하겠다는 이 같은 기획은 애초에 실현 불가능한 기획일 수밖에 없었다.

부랑/노숙인 대상 시설의 전문화 이후로도 전체 노숙인 시설의 입소자들은 노인, 장애인이면서 무의탁, 무연고, 무주거, 빈곤이라는 특징을 갖고 있었다(김소영, 2017). 그럼에도 부랑인시설은 장애인시설, 정신요양원 등과 전혀 다른 배타적 범주가 되었기 때문에 차별화된 서비스와 정부 지원이 제공되었다. 예를 들어 2003년 당시 부랑인시설의 종사자 기준은 수용자 50인당 1명인데(보건복지부, 2003), 부랑/노숙인이 장애인과 구별된 '정상인' 범주이자 경제위기, 실직 문제에 초점이 맞추어졌기 때문에 장애나 질병에 대한 서비스는 없는데다 수용인원 대비

가장 적은 종사자 수가 배치되었다. 이는 가족 지지체계가 없는 많은 장애인, 노인 등이 부랑/노숙인 시설에서 최소한의 적절한 서비스를 받지 못하고 단순 수용되는 결과로 이어졌다(남기철, 2007; 임정기외, 2015). 서비스의 전문화와 차별화가 초래하는 문제는 지역사회에 기반한 노숙인 쉼터나 정신보건센터에서도 동일하게 나타났다. 노숙인 쉼터는 정신건강 서비스를 제공하지 않고, 정신보건체계는 노숙인이나 정신장애인의 주거 문제를 고려하지 않아 노숙과 중첩된 정신장애를 가진 많은 사람이 지원의 사각지대에서 노숙인시설, 정신요양원, 병원 등 각종 지원체계를 회전하게 되는 결과가 나타났다(김소영, 2017; 남기철, 2007; 장혜경, 2015)

이처럼 부랑/노숙인 문제가 주거 불안정이나 생계수단의 부재 같은 사회구조의 개편을 통해서가 아니라 복지서비스의 전문화로 해결되어야 한다는 담론적 실천 그리고 부랑/노숙인이 남성 실직자로 대표되는 협소한 범주로 개념화된 상황은 부랑인 안의 다양한 차이를 효과적으로 비가시화하게 된다. 그리고 비장애인 중심으로 구축된 부랑/노숙인의 이념형은 젠더 역시 고려하지 않았다. 실직 노숙인이 남성 가장으로 상징되는 집단인 데다 실제 거리로 쏟아진 가시적인 노숙인의 대다수는 남성이었다. 그러나 경제위기는 이혼, 별거 등으로 여성 가장 인구를 늘렸고, 이는 여성 가구의 빈곤화로 이어졌다. 또한 여성 노숙인의 다수가 가정폭력 등 젠더폭력과 정신장애라는 서로 연관된 문제를 겪는다는 점에서 '실직 노숙인' 문제와는 근본적으로 다를 수밖에 없었다. 그러나 여성 노숙 문제는 가시화되지 않은 소수의 문제로 치부되어 복지 담론과 여성정책 담론 모두에서 관심의 대상이 되지 못했다(서정화, 2005). 이 속에서 빈곤 남성 가구에 비해 빈곤으로부터 벗어나기 힘든 빈곤 여성 가구의 부랑 문제가 심화되었다. 가정폭력 피해로 인한 여성 노숙인의 경우 가정폭력 쉼터 등 여성폭력 지원체계가 일정정도의 지원을 제공할 수 있었지만, 지원체계가 부족한데다 쉼터 거주기간도 짧아 그 이후에는 지원의 사각지대에 놓여 노숙인 지원체계로 유입되었다(서울시정개발연구원, 2001; 서정화, 2005). 게다가 여성에게 노숙과 정신적 장애가 중첩된다는 것은 여성폭력 지원체계에서도 사각지대에 놓이는 원인이 된다.

2000년대 이후 제도적인 부랑여성시설로서 끊임없이 전문화와 시설 분화를 시도한 영보자애원이 여전히 많은 여성을 지원의 사각지대에 남겨두고 장기수용화

를 초래하게 된 것도 이 때문이다. 장애인, 여성, 부랑/노숙인 등을 개별적으로 분절화하고 다른 개입을 하는 것이 곧 전문화라는 개인주의적이고 자유주의적인 담론적 실천은 개인의 삶의 복잡성과 억압의 교차적 작동을 전혀 고려하지 않으며, 장애인, 부랑/노숙인, 여성 범주가 교차하는 주체를 형성하는 다층적 불평등과 제도의 모순을 가리게 된다.

4) 비장애중심적 젠더폭력 여성정책 담론

앞에서 살펴보았듯 노숙인 지원제도가 남성을 노숙인의 이념형으로 하여 여성을 비가시화하고 지원의 사각지대에 남겨두는 문제는 여성의 노숙을 촉발하는 젠더폭력이 많은 경우에 이 여성을 정신적 장애에도 노출시킨다는 점에서 더욱 복잡해진다. 시립여성보호센터와 영보자애원에 수용된 여성들은 앞 장들에서 규명한 바와 같이 이성애 가부장제 가족에서 젠더폭력의 피해로 장애가 구성, 심화되어 가족의 돌봄을 거부당한 여성이었고, 이러한 경향은 이 시기에도 지속되었다(서울시정개발연구원, 2001). 여성의 부랑/노숙과 젠더폭력, 장애는 오랜 시간 중첩되어 온 문제였지만, 2000년대에는 한국에서 젠더폭력에 관한 다양한 법정책이 수립된 시기라는 점에서 차이가 있다. 젠더폭력 관련 담론과 제도의 확장에도 불구하고 이 시기에도 정신적 장애여성이 최종적으로 폭력으로부터의 보호를 의탁해야 하는 장소가 시설인 상황이 지속된 것은 젠더폭력에 관한 여성정책이 비장애중심적으로 설계된 데에서도 요인을 찾을 수 있다.

민주화 이후 성장한 여성운동은 2000년대 전후로 여성정책을 개정하고 새로운 법과 제도를 제정하는 “국가 페미니즘”을 전개했다(김경희, 2007, 2009). 1994년 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률(법률 제4702호, 1994.1.5. 제정. 이하 성폭력특별법)이 제정된 이래 1997년 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률(법률 제5487호, 1997.12.31. 제정), 2004년 성매매방지 및 피해자보호 등에 관한 법률(법률 제7212호, 2004.3.22. 제정)까지 “여성을 향한 3대 폭력”(조이여울, 2006: 247)에 대한 법률이 제정된 것은 가장 가시적인 성과였다. 2001년에는 여성부가 신설되면서 그동안 보건사회부 업무였던 “여성을 향한 3대 폭력” 관련 업무가 여성부로 이관되었고 여성정책의 거시적 관점이 변화하는 계

기가 마련되었다. 그러나 여성운동의 의제가 제도화된 시기는 신자유주의화시기와 정확하게 겹치며 이제 막 기반을 쌓기 시작한 여성정책과 제도가 한계에 봉착하게 된다(김경희, 2009: 15; 김보명, 2021; 황정미, 2017). 예를 들어 가부장제・성차별주의와 교차하는 다양한 억압을 담론화하고 젠더폭력 피해자 지원을 다각화하는 것에서 한계가 드러나기 시작한다.

장애여성, 그중에서도 지적・발달장애여성이 젠더와 교차하는 비장애중심주의 구조에서 성폭력의 주요 피해 집단으로 드러난 현실은 너무나 쉽게 그들을 가장 취약하다거나 '무력한', 따라서 무조건적으로 보호되어야 존재로 타자화하는 결과로 이어지곤 했다(곽민영, 2007; 김정혜, 2015; Chenoweth, 1996; Schrottle & Glammeier, 2013). 이는 정신적 장애인에 대한 전문가들의 담론적 실천이 장애를 의료적이고 생물학적으로 선재하는 문제로 구성해온 역사적 방식이 젠더폭력이라는 정책영역에서도 반복되고 있는 것으로 볼 수 있다. 정신적 장애를 가진 여성이 성적인 것과 관련된 의사표현이나 행위성을 발휘하기 어려운 상황에 처하는 원인이 그들이 가진 생물학적 손상이나 장애 그 자체에서 기인한다는 전제가 암묵적으로 깔려있는 것이다. 그러나 남성성・여성성의 구축, 남성지배가 생물학적 사실이 아니라 문화적이고 정치적인 각본인 것과 마찬가지로 장애여성의 취약성은 여러 다층적인 사회구조적 억압에 기인하고 있다.

이러한 장애에 대한 생물학적 인식에 기인하여 성폭력특별법(1997년 기준)의 "장애인에 대한 강간 및 강제추행" 조항은 "신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 상태에 있음"을 성폭력의 구성요건으로 했다. "장애=항거불능"이라는 법적 규정은 실제 처벌의 효과성을 높이는 데 그다지 유용하지 않을 뿐 아니라 장애인의 취약성을 생물학적 손상과 장애 그 자체의 문제로 환원하는 결과를 낳는다.[278] 이와 같은 장애인에 대한 제도적, 문화적 규정은 장애인의 성에 관한 전형적 인식(가장 취약하고 무력한 피해자)을 강화하고, 장애여성을 성적권리나 자기

278) 많은 성폭력 사건에서 장애여성(다수는 지적장애여성) 피해자는 피해를 입증하기 위하여 장애로 인해 '항거불능'이라는 것을 증명해야 하는 모순에 처한다. 성폭력 가해자(대부분 비장애남성)는 사회적 지지체계가 없고 고립된 지적장애여성이 순종하게 만드는 학습된 권위를 가진 경우가 많고, 그렇기에 가해자의 작은 협박, 유인, 매수만으로도 지적장애여성이 폭력에 노출되기 쉽다. 그러나 이러한 사회적 상황보다는 피해자가 어느 정도의 중증 장애를 가지고 있는가(얼마나 IQ가 낮은가 혹은 몇 등급의 장애를 가지고 있는가)와 같은 심리학적・의학적 요소가 형사사법체계에서 피해를 인정받을 수 있는 요건이 되는 경우가 다(장애여성공감 장애여성성폭력상담소, 2005).

결정 능력을 갖춘 주체로 인정하지 않거나 성적권리가 무한히 유예되어야 하는 존재로 만든다(배복주・이희연, 2004; 장애여성공감 장애여성성폭력상담소, 2005).

유사한 맥락에서 가정폭력의 개념 또한 장애여성이 경험하는 교차적 억압을 담아내기에 매우 협소하다. 장애여성은 많은 경우 아동기 때부터 시설과 가정의 보호에 전적으로 위탁됨으로써 전 생애적 폭력에 노출되기 쉽다. 아동기 때부터 폭력과 학대, 방임 등이 반복되어 자존감이 낮을 수 있고, 폭력에 대한 취약성, 의존성 등이 나타날 수 있는데 이는 성인기의 박탈과 폭력으로 이어지는 경우가 많다(곽민영, 2007; 타리, 2004; Schrottle & Glammeier, 2013). 전 생애적으로 가족 그리고 가족 외 관계를 통해 체득하게 되는 무력감과 의존성, 박탈 때문에 그들은 학대나 피해상황에서 벗어나기 더욱 어렵고, 그들이 애초에 폭력에 놓이게 만든 사회적 자원과 지지체계의 부재는 폭력적 관계가 장기적으로 지속되도록 한다는 특징이 있다(장애여성공감 장애여성성폭력상담소, 2005).[279] 특히 한국의 오랜 가족자유주의 체제에서 가정은 장애가 '발생'(재생산)된 장소임과 동시에 장애인에 대한 완전한 책임이 부과된 공간으로 구축되었고, 따라서 가정 안에서 일어나는 장애여성에 대한 폭력은 사회적 문제로 인식되지 못하는 경향이 있다(타리, 2004).

1987년 형제복지원 사건이 세상에 알려지고 정치적 민주화가 진행된 후로 폐쇄적인 시설에서 장애여성에게 발생한 젠더폭력 문제가 비로소 세상에 알려지기 시작했다. 가족과 사회로부터 버림받은 장애인들이 어린 시절에 시설로 보내진다는 것은 그들의 입장에서 시설과 가족의 경계가 모호하다는 것을 의미한다. 장애인들은 자신에게 돌봄을 제공하는 시설종사자와 유사가족적 관계를 맺기 때문에 갖은 인권침해를 당하면서도 침묵해야 하는 구조와 상황이 만들어진다. 민주화 이후에야 비로소 폐쇄적인 시설 내에서 비일비재하게 벌어지던 장애여성 대상 젠더폭력 문제가 일부 폭로되었지만, 이상과 같은 젠더폭력의 담론적 실천의 한계로 인해 여성운동의 대응으로 이어지지 못했다.[280] 사회적 여론 역시 이러한 사

279) 젠더폭력 피해자인 장애여성이 폭력적 관계에서 벗어나기 더 어려운 요인 중 하나로 시설화가 지적되기도 한다. 즉, 많은 경우 폭력적 관계가 장애여성의 유일한 사회적 지지망이기도 한 모순적 상황 속에서, 폭력적 관계의 탈출은 곧 독립의 상실 및 시설수용으로 이어질 거라는 두려움이 폭력으로부터 탈출을 어렵게 한다는 것이다(Schrottle & Glammeier, 2013).

건들이 고발될 때마다 장애여성에게 벌어지는 젠더폭력을 문제 삼기 보다 시설의 운영상 비리에 더 주목하는 경향을 띠었다(배복주・홍성희, 2000).

이렇게 장애여성의 젠더폭력 피해가 가시화되지 못하고 정치적 담론 공백에 놓인 상황에서 2000년대 이후 젠더폭력 피해자 지원과 보호를 위한 정책적 노력에서도 장애여성의 특수성은 고려되기 어려웠다. 1990년대 “여성을 향한 3대 폭력”에 관한 법률이 도입되었지만 이를 전담할 여성부의 설치가 지연되고 여성정책 관련 전담부서의 힘이 미약한 상황에서 초기에 젠더폭력 피해자 보호에 관한 담론적 실천을 주도한 것은 검찰과 경찰이었다(추지현, 2017: 218-9). 경검이 주도하는 피해자 보호 대책은 젠더폭력이 발생하는 구조적 불평등과 피해회복을 위한 복지 정책이 아니라, ‘취약한’ 아동청소년 대상 성범죄에 대한 엄벌주의적 관점, 과학적 수사기법 도입 및 의료 중심 지원정책이었다. 이러한 상황에서 여성부가 설치된 이후 민간 여성단체들이 수행해왔던 피해자 지원 활동이 법률과 정부 예산에 의해 매뉴얼화되었다. 여성단체들은 가해자 처벌 등을 위한 법률 지원과 피해자 상담, 의료적 치료 연계, 일시보호 등을 제공하는 것을 일반적인 피해자 지원 업무로 수행하였는데, 한정된 정부 예산 지원 때문에 이러한 획일적인 지원마저도 매우 버거운 것이 현실이었다. 이 속에서 근본적으로 다른 필요를 가진 폭력피해 여성들, 특히 장애여성의 필요를 충족하지 못해 결과적으로 그들을 피해 상황에 방치하는 결과가 초래되었다.

서울시가 최근에 실시한 폭력 피해 여성 지원기관의 장애여성 지원 실태에 관한 연구조사(김정혜 외, 2017)는 자원과 인력이 부족한 젠더폭력 피해자 지원 체계에서 장애여성이 지원의 사각지대에 놓이는 경로와 현황을 상세히 보여준다. 조사 결과에 따르면 여성 지원기관이 맞닥뜨리는 가장 흔한 문제의 하나는 보호시설의 규모와 기능의 한계다. 보호시설은 폭력을 피할 수 있는 단기간의 주거 기능과 자립 기반 마련을 위한 지원을 제공하는데, 이러한 획일적 기능은 젠더폭력 피해 상황에 놓인 많은 장애여성을 지원의 사각지대에 놓이게 한다. 장애여성 대

280) 민주화 이후 등장한 진보적 장애인 운동의 경우 동시기 장애인시설의 인권침해에 관심을 가지고 대응하기 시작했지만, 운동의 관심은 시설의 비리와 수용 장애인에 대한 인권침해 일반에 집중됐다. 시설 내 장애여성에 대한 성폭력은 시설의 사유화, 관리 감독 부재 등 각종 문제 속에서 동시 발생하기 때문에, 장애인 운동은 장애여성에 대한 성폭력보다 시설 내 장애인 인권 일반이나 시설 비리 문제를 의제화 하는데 주력했던 것이다(김도현, 2007; 김은정, 1999).

부분은 단기간의 생활 이후 자립하여 퇴소하기 어려운 사회적 상황에 놓여있기 때문이다. 따라서 일반(비장애인) 피해자 보호시설의 경우 장애여성의 입소 자체를 거부하는 경우도 상당하다.

퇴소 이후 자립의 어려움 외에도 매우 한정된 지원인력과 체계로 인해 보호시설이 장애여성의 보호 기능을 하기 어려운 상황에 처하기도 한다. 예를 들어, 보호시설에서 공동생활하는 피해여성들은 스스로 가사노동 등을 분담해야 하는 상황이지만, 정신적 장애여성의 경우 그러한 분담이 어려운 경우가 많아 입소 자체에 어려움을 겪는다.[281] 특히 정신장애여성의 경우 피해 경험과 안정적인 의료적 관리의 어려움으로 인해 증상이 악화되어 공동생활이 어려운 경우도 많은 것으로 조사되었다.

이와 같이 젠더폭력 피해자 지원과 보호체계가 장애여성에 대한 보호를 제공하지 못하는 상황은 많은 경우 그들을 폭력이 일어나는 가정 혹은 시설에 머물 수밖에 없게 한다. 그리고 이는 장애여성을 성적권리를 보장받아야 할 동등한 주체가 아니라 끊임없이 무엇인가로부터 보호를 받아야만 하는 예외적이고 취약한 집단이자 그러한 취약성이 장애 그 자체에 기인하는 것이라는 의료화・생물학화 담론을 끊임없이 재생산한다.

지금까지 살펴본 것처럼 2000년대 들어 확대된 의료복지체계는 신자유주의와 결합되면서 지금껏 시설화되어 온 다양한 사회적 소수자들의 실질적 평등을 보장하는 방향이 아닌 자유주의적・개인주의적인 단일 정체성에 기반해 개별화・의료화된 개입에 초점을 두는 방식으로 확대되었다. 그리고 이러한 담론적 실천이 다층적으로 교차하는 사회구조에 의해 양산된 소수자에 대한 지원에 실패하면서 그들의 시설화를 추동하게 되었다. 2000년대 자리 잡은 평등과 인권이라는 정치적 합리성은 과거와 같이 국가의 강제력에 의한 시설화 집행이 더는 가능하지 않은 조건을 만들었다. 대신 고도로 전문화된 의료복지 담론적 실천과 다양한 행위자들의 은밀한 정치, 그리고 이하에서 더 살펴보게 될 혼종적이고 비가시적인 법제도의 도입 등이 이 시기 시설화를 추동하는 “그림자 감금”으로 자리잡게 된 것

281) 가정폭력피해자 보호시설과 이주여성 보호시설은 정원 10인을 기준으로 종사자 3인의 인건비가 지원되는데, 이 경우 통상 한 명은 야간을 전담하고 주간에는 두 명만 근무하는 상황이 된다. 그나마 취사원은 인건비 지원 항목에 포함되지도 않는다. 이 때문에 입소한 여성들이 스스로 식사준비와 동반 입소한 아동의 돌봄 등 일상적 재생산노동을 분담해야 한다(김정혜 외, 2017: 121).

이다.

영보자애원 수용 여성 중 다수는 정신장애를 가지고 있음에도 2000년대까지 법적 장애인 범주에서 제외되어 장애인 정책에서 배제되어야 했다. 동시에 그들은 노숙인 그리고 젠더폭력 피해자를 대상으로 한 전문화된 지원체계에도 포섭되지 못했다. 법적으로 '노숙인' 복지시설이면서 지자체 정책 대상으로는 '여성'시설이기도 하고[282] 실제 생활자 다수는 '장애인'인 영보자애원의 최종적 변화의 모습은 이상과 같이 전문화된 의료복지 담론적 실천 속에서 여전히 어디에도 온전히 포착되지 못한 채 "사이 공간"에 놓인 여성의 존재 조건을 보여준다.

(3) 가족의 선택에 의한 "그림자 감금"

1) 공적 의료복지 제도화와 가족의 제한된 선택지로서의 시설

정권교체를 통해 한국 사회의 민주주의체제 및 복지체제가 비약적으로 확장되었지만, 이와 동시에 신자유주의적 경제사회로의 재편과 시장중심적・개인주의적 의료복지 담론의 활성화로 인해 사회적 소수자를 돌봄과 치료로부터 배제하는 은밀한 시설화 또한 진행되었다. 복지서비스의 의의는 개인과 가족에 대한 보호를 제공하는 것에 있지만 이처럼 적절한 보호를 제공하지 못하고 많은 사람을 지원의 사각지대에 내몰렸다는 것은 결국 2000년대 이후로도 사회재생산 위험의 일차적 책임주체로서 가족이 지속적으로 호명되었다는 것을 의미한다. 그럼에도 정권교체 이후 김대중, 노무현 정부에서는 이전과 비교할 수 없을 만큼 공적 복지의 역할이 커졌고 실제 복지 관련 국가 예산 역시 크게 증대했다는 것은 부정할 수 없는 사실이다. 위에서 살펴본 민간 중심의 각종 복지서비스뿐 아니라 재분배・소득보장에 관련된 공적 복지제도 역시 크게 확대되었는데, 국가의 재분배 정책은 가족의 기능과 역할에 중대한 영향을 미친다. 4장에서 살펴본 것처럼 1980년대 공적 의료복지제도의 부재가 빈곤 노동자 가족의 맞벌이와 가족 돌봄의 시설

282) 면접 참여자인 영보자애원 직원 김00에 따르면 현재 일반적 노숙인 시설은 서울시 복지정책실의 자활지원과 관할이다. 반면 부녀보호소 후신인 여성보호센터와 영보자애원만은 서울시 여성정책과 관할로 분류된다고 한다. 이러한 관할 영역에서의 분절은 남성 노숙인 시설과 여성 노숙인 시설에 대한 부적절한 지원에서의 차이와 공백을 양산해낸다고 한다.

화를 본격적으로 추동했듯이 말이다. 그렇다면 2000년대 공적 복지제도의 확대는 이전 시기와 비교할 때 가족 기능이나 역할에 어떤 변화를 가져왔고, 또 무엇이 이 시기에도 가족의 이해관계와 시설화가 맞닿을 수밖에 없게 만들었는지를 구체적으로 살펴볼 필요가 있다.

먼저 주목할 것은, 2000년대 이후 확대된 공적 복지제도에도 불구하고 신자유주의화[283]가 결과적으로 사회적 불평등을 심화하고 이성애가족 중심의 가족자유주의를 지속적으로 재생산해냈다는 점이다. 국민연금, 의료보험, 실업급여 등 각종 사회보험이 주축이 되는 공적 복지제도는 정권교체 직후 대거 도입되거나 확대되었다. 김대중 정부는 전 국민 단일 의료보험제도 도입 및 국민연금제도[284]의 보편화 등 사회보험제도를 확대했다. 그러나 정규직 노동자여야 제도의 포섭 대상이 될 수 있는 상황에서, 이 시기 대규모 노동자들이 경제 개편과 금융시장화로 인해 비정규직화—그들의 다수가 사회재생산의 책임을 짊어져 온 여성 노동자다— 되어 제도의 수혜 대상이 될 수 없었다. 결국 정규직이고 상대적으로 생활이 안정적인 노동자(중산층 남성)가 부동산, 금융자산 등의 사적 자산을 축적하면서 공적 복지제도의 혜택 또한 더 많이 누릴 수 있는 복지의 선별성이 지속된 것이다. 또한 비정규직이나 소규모 자영업자 등 거대한 복지 사각지대를 구성하는 개인과 가족들이 사회재생산 위험을 온전히 스스로 감당해야만 하는 현실 역시 지속되었다.

공적 복지제도의 또 다른 중심축은 빈곤층에 대한 재분배 기제로서의 공공부조다. IMF 사태 이후 늘어난 실업 인구와 경제적 불평등의 심화는 노동시장에 참여하기 어렵거나 실업 상태 등에 있는 저소득층에게 최저생계를 보장하는 제도 수립 요구를 증대시켰다. 이에 김대중 정부는 기존에 노동 능력 여부로 생활보호를 제공해오던 잔여적 복지제도의 대표적 상징이었던 (구)생활보호법을 전격 폐지하고, 인구학적 특성이나 노동 가능 여부에 상관없이 국가가 국민의 보편적 권리로

283) IMF 외환위기와 신자유주의화로의 전환에도 불구하고 국가 복지체계가 확대될 수 있었던 것은 1980년대 이후 전 세계적으로 확대된 자본주의적 금융화와 신자유주의화 전략이 동유럽과 중남미 등 개발도상국들의 문제 해결에 실패했음이 드러나자 IMF가 구제금융을 받는 한국 정부에 기존과는 다른 전략, 즉 사회안전망을 확충하라고 요구한 것과 관련이 있다(보건복지부, 2007; 윤홍식, 2019c).

284) 다만 국민연금제도는 국가 재정부담을 최소화하기 위해 이제까지 보험료를 납부한 가입자만을 대상으로 설계되어 당시 국민연금이 가장 절실할 수밖에 없었던 노인세대를 제도에서 배제하고 노인의 빈곤화를 더욱 촉진하게 된다(소준철, 2020; 윤홍식, 2019c).

서 최저생활을 보장할 수 있도록 하는 국민기초생활보장법(법률 제6024호, 1999.9.7.제정, 이하 '국기법')을 제정했다. 그러나 국기법은 수급자 선정 기준은 전면 개편했지만 (구)생활보호법의 가족부양책임 원칙은 고스란히 계승했다. 2000년대 들어 비로소 국민의 권리가 된 최저생활보장은 가족을 최저생활보장 권리의 주체로 위치 지움으로써 빈곤계층의 사회재생산 위험에 대응해 국가가 보호를 제공하겠다고 한 제도개혁의 핵심적 취지를 근간에서부터 전복한 것이었다.

표 31. (구)생활보호법과 국민기초생활보장법 비교

구분	생활보호법	국민기초생활보장법
급여의 성격	시혜적 보호	국가의 의무이자 국민의 권리
선정 기준	**부양의무자 기준**, 소득기준, 재산기준, 인구학적 기준	**부양의무자 기준**, 소득인정액이 최저생계비보다 적을 경우
급여 종류	생계보호, 의료보호, 자활보호, 교육보호, 해산보호, 장제보호(총 6종)	생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 자활급여, 해산급여, 장제급여(총 7종) *근로능력이 있는 자는 자활에 필요한 사업에 참가하는 조건으로 생계급여 실시

출처: 보건복지부(2007), 『보건복지 70년사: 가난의 시대에서 복지사회로』, 98쪽(강조는 인용자).

이처럼 공적 복지제도의 규모와 역할이 비약적으로 증대되었음에도 많은 인구가 복지의 사각지대에 놓이고 불평등이 더욱 심화되는 역설적 상황은 결과적으로 가족을 매개로 한 사회재생산의 위험을 이전 시기보다 더욱 증폭시키게 된다. 많은 연구가 누누이 지적해온 것처럼 남녀를 불문하고 많은 사람이 제도적 가족 형성(결혼, 출산) 자체를 포기하거나 지연하면서 더 오랜 시간 임금노동에 복무하려는 현상은 일자리 감소와 불안정화, 그리고 이에 따라 극대화된 사회재생산의 위기를 반영한 것이다. 특히 1980년대 이후로 가족 재/생산 노동의 책임을 일방적으로 떠맡기 시작한 빈곤노동자 여성은 이 시기에 저임금, 불안정 노동에 대거 내몰리게 되면서 여성의 돌봄 부담을 저평가하는 노동시장에서 살아남기 위해 가족 형성과 출산, 양육을 포기하는 경향이 나타났다(강이수, 2007; 마경희, 2011; 송

다영, 2014). 2절에서 살펴본 것처럼 이 시기에 정부가 복지서비스를 빠르게 확대한 것은 사회재생산 위험에 노출되는 것 자체를 기피하는 방식의 새로운 대응 양식이 나타난 상황에 기인했다. 그러나 이때도 복지서비스는 일자리 창출과 경제적 생산성이라는, 여전히 시장적 가치에 무게를 두는 방향으로 확대됨으로써 돌봄노동자와 돌봄 대상자 모두를 주변화하고 가족 내 여성의 돌봄 부담을 증대시키게 되었다.

2000년대 전후 온갖 '위기'로 진단된 사회재생산 위험의 급진적 재구성에도 불구하고 경제적 생산성보다 시민의 복지를 후순위에 둔 정책 시도가 계속될 수 있었던 것은 인간 존재의 보편적 조건으로서의 돌봄 필요를 무시하거나 가족화・시장화해온 개발국가 복지제도의 영향에 의한 것이라고 평가할 수 있다. 지금까지 살펴본 것처럼 1990년대 중반까지 한국 사회는 공적 복지가 부재하거나 일부 중산층 가족을 선별적으로 보호하는 상황에서 사회재생산 책임을 온전히 개별 가족에게 전가해 왔고, 이는 가족의 해체와 '피돌봄' 인구의 시설화를 유인해왔다. 또한 이러한 가족주의 복지체제는 지금까지 부녀보호소 사례의 역사를 통해 본 것처럼 가족 복지의 일차적 담당자인 비/장애 여성의 장애를 심화시키고 시설화하는 핵심적 기제였다. 이렇듯 돌봄 필요를 공적으로 인정하지 않고 젠더화된 가족 부양체계와 시장(시설)에 전가하는 방식으로 제도가 변화[285]해 온 역사가 2000년대에 일어난 결정적 변화에 중대한 영향을 미치게 된 것이다. 가족돌봄 책임의 사회화를 목적으로 복지서비스가 역사상 유례가 없을 정도로 대거 도입되었음에도 인간의 돌봄 필요 및 돌봄노동의 젠더화에 대한 문제의식은 빠져있었기에, 낮은 돌봄의 질과 불균형성으로 인해 가족돌봄 부담을 완화하는 사회안전망으로서

285) 일부 페미니스트 복지국가 연구자들은 2000년대 이후 한국사회의 돌봄 정책이 가족과 시장을 동원해 국가 예산투입을 최소화해온 과거 복지제도의 "경로의존적" 재생산의 결과라고 평가한다(송다영, 2014: 130). 큰 틀에서 한국 복지제도의 가족중심성과 시장중심적 성격이 과거로부터 계속 이어지고 있다는 것은 분명한 사실이다. 그러나 이를 단지 과거의 제도가 그대로 재생산되고 있다고 평가하는 것은 이 논문이 지금까지 살펴본 바와 같이 복지제도를 둘러싸고 다양한 이해관계를 가진 행위자들이 정치적 대결과 동맹을 지속하며 완만한 제도적 변화를 추동해 온 과정을 누락하는 것이다. 특히 1980년대 사회재생산 위험이 늘어난 상황에 대응해 전두환 정부가 시설의 민영화를 도입하고 생활보호제도를 개편하는 등 제도의 비가시적 전환을 통해 돌봄의 시설화를 본격적으로 추동하기 시작한 것은 민간 의료복지산업의 정치적이고 물질적인 영향력을 증대시켰다. 의료복지산업체는 2000년대 전후 막강한 영향력을 행사하며 정책 결정 과정 자체에 긴밀하게 개입해 중대한 제도적 변화(혹은 유지)를 추동하였음을 간과해서는 안 된다.

기능하지는 못하게 되었다. 또한 많은 페미니즘 및 사회복지분야 논자들이 비판하듯 여성의 일가족 이중부담 및 공/사 부문 모두에서 돌봄의 여성화·가치절하를 오히려 심화하여 다양한 사회적 갈등을 낳게 되었다.

그러나 이성애 규범적 가족을 전제로 한 가족부양책임과 가족 복지의 일차적 책임자로서 여성의 일가족 이중부담에 기댄 복지제도를 답습한 2000년대 복지체계의 성격은 여성의 일가족 이중부담(시장화된 복지서비스) 및 불평등 심화(사회보험제도의 사각지대)라는 가시적이고 급진적인 변화로만 한정해 설명할 수 없다. 가족이 적극적으로 시설을 활용하게 만드는 방식으로 은밀하게 시설화를 추동한, 상대적으로 비가시적인 그러나 중대한 제도 변화 역시 고려해야 하기 때문이다. 부녀보호소의 역사를 통해 본 것처럼, 가족복지의 일차적 담당자로서 여성의 일가족 이중부담이 심화되었다는 것은 그만큼 비/장애 여성의 장애화와 시설화 역시 심화하는 것일 수밖에 없다.

이와 관련해서 첫 번째로 주목할 것이 국기법의 "보장시설 수급"이라는 규정이다. 전두환 정부가 (구)생활보호법의 미세한 변화를 통해 시설수용 인구의 규모를 대거 늘린 것과 동일한 효과를 발생시키는 규칙이 국기법에도 그대로 적용되었다. 기초생활보장제도는 일차적으로 수급자의 주거급여 제공을 원칙으로 하며, 주거가 없거나 시설에서 생활하기를 원하는 경우 사회복지시설에 위탁할 수 있도록 규정했는데 이것이 바로 "보장시설 수급"이다. 보건복지부는 (구)정신보건법의 정신요양시설, 장애인복지법의 장애인 거주시설,[286] 사회복지사업법의 부랑인시설 등을 "보장시설"의 범위 안에 포괄했다(보건복지부, 2005). 그리하여 만약 생계급여 수급자 가구의 정신적 장애인이 이들 시설에 입소하게 되면 별도 가구(즉 시설이 가구가 된다는 뜻이다)로 인정되기 때문에 당사자의 생계급여는 시설로 지급된다. 그리고 해당 보장시설에 입소된 가족 구성원의 생계급여비를 감액한 나머지 생계급여가 원래 가족에게 지급된다. 반면 정신적 장애인이 집에서 통원 치료하거나 장애인 활동보조인 서비스 등을 이용하며 지내게 되면 생계급여 범위 내에서 가족 혹은 본인이 전적으로 의식주와 돌봄을 책임져야 한다. 시설수용과 가

286) 장애인복지법은 여러 차례 개정을 통해 장애인 수용시설의 명칭을 변경하였으며, 2000년대 들어서는 "생활시설", "거주시설" 등의 용어가 사용되었다. 현행 장애인복지법은 "거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설"을 "거주시설"로 명명한다(제58조 1항).

족 돌봄 모두 가족에게 부담일 수 있지만, 가족은 1인분의 생계급여 차감액을 감수하고서라도 돌봄 부담을 24시간 온전히 대체할 수 있다는 점 때문에 비용 효율적인 시설을 선택하게 된다(김문근, 2019; 박종익, 2008).[287] 2017년 국립정신건강센터 등의 실태조사에 따르면 정신요양시설 입소자의 87%인 대다수가 생계급여 생활보장제도 수급대상자였다(국립정신건강센터 외, 2018).

한편 정신적 장애인 가구가 국기법의 생계급여 대상이 아닌 경우도 있다. 그런데 보장시설 수급에 관한 규정은 시설에 입소한 사람에게 부양의무자가 있음에도 불구하고 생계급여를 받을 수 있는 다양한 특례를 제시하고 있고, 특히 장기간 연락이 두절되어 가족관계가 단절된 경우거나 부양의무자로부터 유기된 경우 보장시설 수급자로 지정한다. 이는 가족이 장애인을 시설에 맡기고 연락을 두절하여 가족관계를 해체하게 하는 상황을 초래하는 요인이 되었다. 2006년 조사된 전국 정신요양시설 실태에 따르면, 입소유형 중 가족에 의한 입소가 약 65%로 과반에 달하지만 많은 경우 가족이 연락을 끊어 무연고자가 된 정신장애인이 보장시설에 장기수용되는 것으로 조사되었다.[288]

둘째, 한국의 복지체계에서 부양의무자 원칙은 그 자체로 유구한 역사가 있으며 새로운 현상 또한 아니지만, 정신장애인의 가족에 대해서는 부양의무자 원칙마저 넘어서는 "보호의무"가 부과된다. 정신장애인을 위한 기본적 의료복지체계 수립의 근거로서 도입된 (구)정신보건법은 보호의무자의 "보호의무"(제23조)를 매우 상세하게 열거하고 있는데, 정신질환자가 자기나 타인을 해하지 않도록 유의할 의무, 정신질환자가 적정 치료를 받게 할 의무, 정신과 전문의의 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원시키거나 연장시키지 않을 의무, 정신질환자의 재산상의 이익 등 권리보호를 위하여 노력할 의무 등이 그것이다. 그런데 이러한 "보호의무"는 민법상의 부양의무 규정을 훨씬 넘어선 것이다. 민법상 부양의무 조항(제974조)은 의식주 등 생활상의 수요를 충족할 노동력이 없거나 어려운 친족에 대해 재원을 조달해 주는 등 물질적 지원을 그 내용으로 하기에, 그 성격이나

287) 정신병원에 입원한 정신장애인도 위와 유사한 상황을 겪는다. 국기법 생계급여 수급자가 병원에 30일 이상 장기입원하는 경우 생계급여 일부가 차감된 나머지 금액이 가구에 지급된다. 따라서 가족들은 정신장애인의 전적인 돌봄 부담을 대체하기 위해 생계급여 감액분을 감수하고 입원을 선택할 가능성이 높다.

288) 『한겨레』, 2007.10.29. "정신요양시설 들어가면 5년 입원은 예사".

내용에서 (구)정신보건법의 “보호의무”와는 다른 것이다(제철웅, 2017). 이렇게 과도하고 법률적 균형성에 어긋난 “보호의무” 규정에도 불구하고 4장에서 살펴본 것처럼 (구)정신보건법 제정 과정에서 집중적 관심의 대상이 된 부분은 국가에 의한 강제 인신구속 가능성 및 수용의 합법성에 대한 것이었고, 가족의 “보호의무” 규정은 전혀 주목받지 못했다. 그리고 아래 표와 같이 법 시행 이후 가족은 정신장애인의 “보호의무” 주체로서 국가권력을 대체해 강제입원/수용의 주체가 되었다.

표 32. 정신의료시설 입원 형태 별 분포 비율

입원 형태(%)	1994년	2000년	2007년
자의입원(자발적 입원)	4	8.4	10.3
보호의무자에 의한 입원	71	73.1	77.0
시도지사에 의한 입원	15	16.4	11.8

출처: 「장기 입원의 구조적 원인과 지속 요인」(박종익 외, 2008), 82쪽.

2008년 기준 (구)정신보건법은 보호의무자에 의한 입원 규정[289]을 매우 광범위하게 열어두고 있는데, ①환자가 정신의료기관 등에서 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우, ②환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요가 있는 경우 중 어느 하나의 경우에 해당한다는 정신과 전문의의 판단이 있고 보호의무자의 동의가 있으면 장애인 당사자가 원하지 않더라도 입원할 수 있다. 그 결과 위의 표에서 보듯 정신의료시설 입원 방법에서 보호의무자에 의한 입원 비율이 자발적 입원율보다 월등히 높은 수치를 나타냈다(국가인권위원회, 2008; 박종익 외, 2008). 이렇게 보호의무자가 “보호의무”의 일환으로 정신장애인의 강제 입원/입소까지 가능하게 한 제도가 치료 목적보다 가족 간 재산 다툼이나 이혼, 가정폭력 등 다양한 가족 내 이해관계에 의해 악용되는 사례가 지속적으로 드러났다.(김문근, 2007)[290]

289) (구)정신보건법 제정 당시 해당 조항은 “동의입원”(제25조)이었다. 강제입원인데도 불구하고 자발적 입원인 것처럼 명명되는 문제가 지적되면서 1998년 “보호의무자에 의한 입원”(제24조)으로 개정되었다. 이후 2008년 개정으로 보호의무자 동의 요건이 기존의 1인에서 2인의 동의를 요하는 것으로 강화되었다.

290) (구)정신보건법의 보호의무자에 의한 입원규정은 2014년 위헌법률심판 제청을 통해 2016년 헌법불합치 결정이 내려졌다(2014헌가9 정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청, 2016.9.29. 결정). 해당 결정에서 헌법재판소는 보호입원(강제입원)은 정신질환자를 신속·적정하게 치료하고 정신질환자와 사회 안전을 도모한다는 공익성에 입각해 위헌은 아니지

셋째, 일차적으로 가족의 부양책임을 강제하면서 가족이 적극적으로 시설을 활용하도록 유인하는 제도 도입과 함께 거대한 공급시장을 형성한 시설은 서비스 이용자로 하여금 해당 공급시장의 서비스를 이용할 수밖에 없게 만드는 폐쇄적 구조를 형성했다. 오랜 시간 가족부양과 시설에 전적으로 돌봄 책임을 전가해 온 반세기 역사는 가족과 시설이라는 제한된 범위 외 다른 돌봄의 선택지 자체가 부재하고 따라서 가족은 끊임없이 시설을 '선택'할 수밖에 없게 되는 순환구조가 형성된 것이다. 2000년대 들어 가장 뚜렷한 증가를 나타낸 것은 민간 병원시설이다. 아래 표에서 보듯, 국공립 정신병원의 규모는 (구)정신보건법 제정 전후로 거의 변화가 없는 반면 사립정신병원의 규모는 두 배로 커졌으며, 이러한 증가 추세는 2000년대에 지속되었다. 다른 돌봄의 선택지가 부재한 상황에서 과도한 병상 공급 그 자체는 가족과 당사자에게 입원 서비스의 과다 이용을 초래하게 되었다(한국보건사회연구원, 1999). 더구나 민간 시장에서 나오는 상품화된 의료는 정신적 장애를 가진 환자를 짧은 시간 내에 빨리 회복시키는 것이 아니라 오히려 환자를 오랜 시간 입원하게 만드는 기이한 구조였다.[291] 이를 촉발한 하나의 요인은 앞서 언급한 대로 정신과 의료급여 환자에 대한 정액수가제였다. 의료급여 제도가 가난한 정신장애인에게 차별적 치료를 제공하도록 유도하는 상황은 그대

만, 보호입원 필요성에 대해 판단할 중립적인 절차를 두지 않고 보호의무자 2인의 동의와 정신과전문의 1인의 판단만으로 입원조치할 수 있도록 한 것은 제도의 악용이나 남용 가능성을 열어두고 있다는 점에서 위헌성이 있다고 판단했다. 한편, 이러한 헌법재판소의 헌법불합치 판결이 나기 직전에 (구)정신보건법은 현행 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(법률 제14224호. 이후 '정신건강복지법')로 전부개정되었다. 정신건강복지법은 보호자에 의한 입원 시 당사자의 동의를 받도록 하는 "동의입원"(제42조) 조항을 신설했다. 그러나 당사자가 퇴원 신청 시 보호의무자가 퇴원에 대해 동의하지 않을 시 병원이 퇴원을 거부할 수 있고, 나아가 "동의입원"을 "보호의무자에 의한 입원"(제43조)으로 전환할 수 있도록 해 (구)정신보건법 상 보호의무자에 의한 입원의 문제를 고스란히 반복하고 있다고 지적된다(비마이너, 2020.1103. " '강제입원 우회로'인데 자의입원으로 둔갑한 '동의입원'의 실체"). 개정 정신건강복지법에서 "보호의무자에 의한 입원" 조항은 ①정신질환자가 정신의료기관 등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우, ②정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원 등을 할 필요가 있는 경우, 두 가지 요건 모두를 충족해야 하는 등 기존보다 적용이 다소 엄격해졌고 최초 입원기간은 6개월에서 3개월로 단축되었다.

291) 의료시설 내 장기입원의 기준은 다양하지만 보통 입원 후 6개월 혹은 1년이 넘는 경우를 장기입원으로 규정하고 있다. 또 6개월 이상 입원 시 입원 적절성 심사 등이 이루어지기 때문에 이를 피하기위해 6개월 시점에서 일단 퇴원을 하고 바로 다음 날 동일 기관 혹은 타기관에 재입원을 하는 편법이 이루어지는 경우도 많아 여러 기관에 입원한 기간을 합산해 장기입원 기간을 산정하는 경우도 있다(박종익 외, 2008: 71; 이명수 외, 2008).

로 유지되었지만 이에 반해 의료서비스를 공급하는 병원은 민간에 의해 거의 독점되다시피 한 상황에서, 시장 공급자들은 한정된 비용에서 이윤을 내기 위해 가장 저렴한 방식의 최소한의 치료만을 제공하면서 환자들을 장기 입원시켜 이윤을 남겨야 했다(국가인권위원회, 2008; 박종익 외, 2008; 이상열, 2018). 초발 환자의 경우 입원 시 집중적인 치료 서비스와 최적의 약물치료를 시행하지 않을 경우 입원이 장기화되는 확률이 높다는 것이 정신의학계의 일반적인 견해인데, 정신병원 장기 입원환자의 약 70% 이상이 의료급여 환자라는 것은(국가인권위원회, 2008: 148) 결국 가난한 정신장애인의 장애가 부적절한 치료 때문에 중증화·만성화되고, 따라서 이들이 장기 시설화되는 악순환이 유지되는 구조임을 의미한다.

표 33. 1995년 이후 국공립 및 사립 정신병원 정신장애인 입원 규모 변화추이

구분	1995년		1999년		2006년	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
국공립 정신병원	15	5,260	18	7,611	18	7,833
사립 정신병원	25	8,040	48	16,908	68	23,856

출처: 한국보건사회연구원(1999), 「전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사」; 박종익 외(2008), 「장기 입원의 구조적 원인과 지속 요인」.

수용시설 또한 지속적으로 확장되었는데, 정부가 바우처를 비롯한 복지서비스를 확장하는 과정에서 적극적으로 시설 확장도 함께 추진했기 때문이다. 노인과 장애인을 주된 대상으로 한 돌봄서비스(장기요양보호제도)는 집에서 돌봄을 받을 수 있는 바우처 형태뿐 아니라 주거기능을 제공하는 요양(수용)시설을 포괄하고 있었다. 그런데 2절에서 살펴본 바와 같이 집에서 돌봄을 받을 수 있는 바우처제도는 시장중심성으로 인해 제도의 사각지대를 양산했고, 특히 정신적 장애인의 가족돌봄 완화 효과는 거의 없었다. 이에 정부는 가족에게 유기된 장애인을 수용하거나 가족의 선택을 통해 정신적 장애인 등이 시설에 수용될 수 있도록 지속적으로 수용시설을 확장해 나갔다.

정부의 수용시설 확장은 다각도로 추진되었는데, 영보자애원의 사례에서 보듯

부랑인시설의 전문화 정책을 통해 일부 부랑인시설이 정신요양시설이나 장애인시설 등으로 분화할 수 있도록 지원하는 방식이 있었다. 또 비슷한 시기인 2002년에는 미신고 사회복지시설에 대한 양성화 정책도 추진되었는데, 미신고시설에 복권기금 등 각종 기금을 투여해 신고시설로 전환하게 하는 것이 양성화 정책의 골자였다. 2000년대 들어서도 과거 기도원과 같은 미신고 시설이 지속적으로 증가한 주된 이유는 비용이나 입퇴소 절차 등의 측면에서 신고시설 보다 편리했기 때문에 이를 선택하는 가족이 많았기 때문이다(조한진, 2007). 그 밖에도 정부는 2000년대 이후 제기된 장애인 인권 및 탈시설화 담론에 대응해 소규모의 장애인 체험홈이나 그룹홈의 설립도 지원했지만, 문제는 해당 시설들이 기존의 대형 장애인 수용시설에 의해 설립되도록 설계되었다는 점이다. 정부는 대형 장애인 거주시설들이 자체적으로 체험홈, 그룹홈 등을 개소하여 사업을 다각화할 수 있도록 재정을 투여했고(조한진 외, 2012) 이는 결과적으로 수용 장소만 바뀌고 시설화는 유지되는 "변형된 감금"(trans-incarceration)(Ben-Moshe, 2020)을 은밀하게 추동한 것이었다.[292]

아래 표는 2000년대 돌봄·복지서비스 확장과 함께 늘어난 수용시설 현황으로, 수용시설이 지역사회 복지서비스 이용시설만큼이나 대규모화되었다.

표 34. 2010년 복지서비스 공급기관 현황

노인복지시설				장애인복지시설			아동복지시설	
노인 주거 시설	노인 의료 시설	노인여가 시설	재가 노인 시설	장애인 거주시설	지역사회 이용시설		아동양육시설	지역아동 센터
					복지관	그 외		
397 (양로시설 300)	3,852 (요양시설 2,429)	62,469	2,469 (방문요양기관 1,118)	783	185	1,406	280	3,585

출처: 양난주(2011), 「한국 사회서비스 공급특성 분석: 보조금과 바우처방식의 검토」, 207쪽 표 재구성.

이상과 같이 돌봄필요를 인정하지 않고 가족의 여성에게 전가한 개발국가 복지

292) 비마이너, 2021.8.2. "정부, 결국 탈시설 없는 '거주시설 변환' 중심 로드맵 내놔".

제도의 유제는 2000년대 공적복지의 확장에도 불구하고 가족부양책임 및 여성의 일가족 이중부담을 강화하는 모순적 효과를 초래했고, 시설과 가족 외 다른 돌봄의 선택지가 존재하지 않는 사회에서 가족은 시설을 적극 '선택'해 정신적 장애인을 시설화하는 "그림자 감금"이 작동했다. 오랜 시간 국가와 사회가 가족 혹은 시장(시설)에 돌봄을 전가해 온 결과, 가족 혹은 시설(민간 정신병원, 요양시설, 장애인시설) 외 다른 선택지 자체가 제한될 수밖에 없고, 이 속에서 가족과 시설은 시설화의 보이지 않는 네트워크를 형성하게 된 것이다. 특히 (구)정신보건법 제정 후 정신장애인 시설화의 합법적 장소가 된 정신병원과 정신요양시설은 이러한 네트워크의 가장 거대한 부분을 차지하게 되었다. 정신장애인 가족들이 정신장애인을 강제 입원 조치한 후에 정신병원과 정신요양원 사이를 오가게 하며 퇴원시키지 않는 "횡수용화" 또는 "회전문현상"(박종익 외, 2009; 정여진, 2015)이 나타난 것이다. 2017년 당시 정신보건시설(병원과 요양시설)에 수용된 정신장애인 규모(약 8~9만 명)가 여타 장애인 거주시설 수용 장애인 규모(약 3만 명)의 3배가 넘는 독보적인 시설화 양상을 나타내게 된 것은 이 때문이다(장혜경 외, 2017).

그림 23. 서울시 장애인 탈시설 지원 관련 조례제정 반대 집회 현장

주: 위의 집회 현장에서 한 장애인 부모가 "시설은 당사자 선택"이라는 문구가 적힌 피켓을 들고 있다(연구자 촬영, 2022.6.20.).

주: 코로나19를 계기로 수립된 정부의 탈시설화 정책 방향에 따라 2022년 서울시는 탈시설조례 제정 을 서둘렀고, 이에 '서울시장애인복지시설협회'와 '장애인거주시설 이용자 부모회' 등 시설운영자들과 장애인 부모들이 공동으로 조례제정 논의를 철회할 것을 촉구하며 집단행동에 나섰다. 집회 현장 정면의 커다란 현수막에는 "당사자 의견을 무시하는 탈시설 조례 즉각 철회하라"는 요구사항이 적혀있다(연구자 촬영, 2022.6.20.).

2) 정신적 장애여성의 자발적 순응

시설화가 가족과 시설의 네트워크에 의해 추동된다는 것은 가족돌봄의 담당자이자 여러 교차적 정체성을 가진 비/장애 여성이 시설화에 묵인, 동조할 수밖에 없는 상황에 놓인다는 것을 의미하기도 한다. 영보자애원의 경우, 20년 이상 장기수용된 여성이 시설 수용인원의 다수를 차지하고 있었다. 정신적 장애인이 장애 정도나 증상과 무관하게 횡수용화를 통해 병원과 시설에 장기수용 되는 것은 일반적 경향이지만, 실제로 많은 연구가 정신장애를 가진 여성의 경우 장기시설화가 더욱 심화된다고 보고하고 있다(서울시정개발연구원, 2001; 박종익 외, 2008; 조성진 외, 2006; 이태진 외, 2017). 이처럼 장애여성의 장기시설화 경향이 뚜렷하게 나타나는 이유는 계급, 젠더, 장애 등이 교차하는 사회구조가 그들에게 가족과 시설이라는 제한된 범위를 벗어나 자율성을 탐색할 수 있는 선택지 자

체를 차단하고 있는 상황에 기인한다. 역사적으로 시설은 젠더, 계급, 장애 등이 교차하는 사회구조적 불평등을 묵인하는 장치로 작동해왔고, 그 결과 장애여성은 자신의 몸이 시설에 배치되는 상황을 용인하거나 동조할 수밖에 없는 상황에 놓여있다.

지금까지 부녀보호소 사례의 역사에서 확인한 것처럼 가족에게 사회재생산 책임이 온전히 전가되는 구조는 재/생산의 일차적 책임자인 비/장애 여성의 장애를 구성하거나 심화한다. 즉, 장애를 가지기 이전 아내 혹은 어머니로서 가족 내 돌봄 제공의 주체로서 여성은 역할 수행 과정에서 돌봄의 대상자가 될 위험에 항시 노출된다. 이와 같은 모순적인 존재 조건으로 인해 장애여성은 가족의 부담이 되길 원하지 않으며 시설화에 동조하게 한다.

정신장애인의 장기수용 원인을 분석한 한 연구조사 결과는 여성들이 오늘날 시설화에 순응하고 스스로 받아들이게 되는 과정을 구체적 사례를 통해 보여준다. 해당 보고서에 따르면, 정신장애 여성은 대부분 가족의 강제입원/입소에 의해서가 아니라 자발적 선택을 통해 장기수용 되어있다. 그들은 빈곤 상태에 더해 장애 때문에 경제력(직업)을 가지지 못하는 데다 가족 내 재/생산 역할을 수행할 수 없고, 자신의 '비생산성'이 가족에게 부담을 주는 것도 원하지 않아 스스로 병원과 정신요양시설을 회전하며 시설에 남는 것을 선택한 것이다. 이마저도 입원/입소에 따른 비용이 가족에게 전가되지 않도록 이혼을 통해 가족관계를 해체하고 자신을 생활보호대상자로 등록해 국가 보조로 입원/입소하는 경우도 있었다(박종익 외, 2008: 60-65).

이처럼 가족의 돌봄 주체로서 빈곤한 비/장애 여성이 스스로 돌봄을 필요로 하게 될 때 유일한 대안은 시설뿐이다. 국가의 기초생활보장제도는 가족부양을 전제한 채 잔여적으로 제공되기 때문에 개인은 가족을 벗어나기도 어렵지만 벗어난다 해도 다른 대안적 삶의 가능성을 모색할 여지가 주어지지 않는다. 이때 기본적인 의식주를 해결할 수 있는 시설이 선택되는 것이다. 기초생활보장제도의 "보장시설 수급" 규정은 가족부양에서 배제되거나 스스로 이탈한 빈곤 인구가 가족을 대신해 시설에 의존할 것을 유도한다. 국가는 가족을 대신해 개인을 보호하는 시설에 보장시설 급여를 지급하고, 시설은 그야말로 "국가가 승인한 가정"(Ben-Moshe, 2020: 213)이 되어버린다.

빈곤한 정신적 장애여성에게 가족과 시설 외 다른 삶의 가능성을 모색할 기회 자체가 제한된다는 것은 애초에 가족이 없거나 어린 시절 유기된 여성이 한평생 시설에 의지해야 할 수도 있다는 것을 의미한다. 본 연구의 면접참여자 중에서도 가족이 없는 여성은 시설에서 가장 오랫동안 삶을 보냈다. 고아로 1980년대 대방부녀보호소에 처음 입소하여 15년을 보낸 B는 2001년 대방부녀보호소가 폐쇄되면서 서울시립여성보호센터로 전원되었다. 시립여성보호센터는 일시보호시설이었기 때문에 수용 여성들은 준비 없이 강제 퇴소 조치당하곤 했다. 이러한 거주공간의 불안정성 때문에 불안해진 B는 거주 안정성 면에서 비교적 낫다고 여긴 다른 시설을 애타게 찾았다. B는 최종적으로 영보자애원에 전원되었고 그곳에서 다시 20년의 세월을 보낸다.

> 수서[서울시립여성보호센터]에서 고향 배치한다, 명절 때 일 년에 두 번 (집으로) 보내는 뭐 그런 게 있는데 (중략) 갔는데 또 들어오더라고 못살고. 약 먹는 애들은 뻔하지. 약 먹는 애들은 별거 있어? 자기네들도 그렇게 말을 하더라고. (연구자: 가족이 있어도?) 가족이 있어도 정신이 없어서 또 들어오는 거예요. 밤에도 들어오고 술 먹고 들어오고. 그러니까 나는 오히려 안정된 병원 이런 데가 낫겠다 싶더라고. 그래서 00정신병원 보내달라고 했어요. (B 인터뷰 중)

B는 조현증이 발병한 20대 중반부터 “약 먹는” 자신과 같은 사람들에게 시설 외 다른 사회적 삶의 가능성이 존재하지 않는다는 걸 몸으로 체득해왔다. 따라서 시설이 과거 부녀보호소와는 달리 장기수용 하지 않는 체계로 변화한 것은 역설적으로 그녀에게 자율성 박탈의 위험이 되었다. 그리하여 B는 장기수용이 가능한 더 “안정된” 시설이나 병원으로 끊임없이 이동하며 수용을 지속하는 횡수용화를 자처했다. 자율성을 탐색할 가능성이 매우 제한된 상황이 그녀로 하여금 자발적으로 시설에 남게 만드는 것이다. B와 마찬가지로 어린 나이부터 시설에 수용된 정신적 장애여성 H(약 20년), I(약 25년), J(약 50년)는 장애의 정도나 증상과 상관없이 모두 시설에 최소 약 20년 이상 수용되어야 했다.

앞에서 영보자애원 직원을 통해 확인한 1970~80년대 당시 수용 여성들의 상황에서 볼 수 있듯, 한국 사회에서 가족이 부재하다는 것은 최소한의 물질적 자원으로부터의 박탈을 의미하기도 한다. 따라서 가족의 부재로 시설화된 장애여성에

게 시설은 매우 기본적인 물리적 돌봄과 의식주를 제공받을 수 있는, 즉 시민권을 인정받을 수 있는 유일한 장소로 의미화되기도 한다(Addlakha, 2020). 장애를 물질적으로 구성하여 시설로 유입되게 만든 사회의 다중적 억압과 배제의 경험으로 인해 여성들은 기초적인 물질적 안정만으로도 매우 큰 만족감을 가지게 된다. 아래 영보자애원 한 수용자의 수기는 가족과 사회적 삶 속에서 경험해 보지 못한 매우 기본적인 의식주를 해결할 수 있는 시설 환경을 "축복"이라고 표현하고 있다.

> 삼찬 사찬까지 그리고 간식도 연속이다. 과일이 일찍 나올 때는 "벌써 참외야, 옥수수야"하고 놀랄 때가 많다. 이렇게 작은 것부터 큰 것까지 온갖 정성으로 돌보아 주시는 분들이 있어 고맙다. (중략) 그리고 방마다 텔레비전 놓고, 겨울에는 따뜻한 방에서 생활할 수 있으며, 아무리 가뭄이 심한 여름이라도 물 걱정 없이 수시로 샤워를 할 수 있는 축복의 땅! (중략) 어느 가족인들 이보다 더 좋은 환경이 있을까 싶은 생각이 든다. (서울시립영보자애원, 2000)

가족이 없거나 유기되어 시설에서 장기간 생활하게 되는 빈곤한 정신적 장애여성은 많은 경우 시설 내부에서 돌봄을 제공하고 또 돌봄을 받으며 동료, 직원, 자원봉사자 등 다른 사람들과 관계의 경험을 쌓고 그렇게 함으로써 나름대로 자신의 존재와 삶의 희망을 발견해 나간다. 여러 번 다양한 시설을 거치며 불안한 생활을 해왔던 면접참여자 B는 자신에게 심리적 안정감을 주는 영보자애원 직원들을 가족같이 인식하는 모습을 보였다.

> 여기[영보자애원] 오길 너무 잘했어. 다행이지. (중략) 거기[영보자애원] 있으면서도 병원에 갔어요. 00정신병원. 거기서 5개월 넘게 있었어요. (중략) 병원에 있다 다시 영보로 왔어요. 수녀님이 데리러 왔어. (연구자: 그럼 병원 나가서 또 어디로 가나 걱정은 안 하셨어요?) 거기는 부녀보호소하고 달라요. 수녀님들이 책임져줘요. 우리 식구지. 데리러 왔어 저를. [병원에] 얼마나 있어야 하나 기간을 몰라 불안했지, 마음은 편했어요. 갈 데가 있다는 게. (B 인터뷰 중)

B가 가족 같은 애착을 느끼고 20년을 생활한 영보자애원의 경우 모든 생활자가 신체적으로 장애가 있거나 고령인 여성에게 서로 돌봄을 제공하며 생활하는데(서울시립영보자애원, 2001), B 역시 시설 내에서 자원봉사를 많이 했다고 한다.

어려서부터 시설에 수용되었던 다른 면접 참여자들의 경우도 장애의 유형이나 정도에 상관없이 매일의 일상을 함께 하는 시설 동료 거주자들과 돌봄을 주고받으며 가족 같은 친밀성을 형성하며 지냈다고 말했다. 이러한 여성들의 증언과 경험은 시설의 수용자 노동력 동원이 착취와 인권침해라고 하는 일반적 견해를 전복하는 것이다. 가족이 없고 장애가 있는 이 여성들은 다른 삶의 가능성을 허락하지 않는 제도와 이를 묵인 내지 수용하는 사회에서, 시설의 삶을 통해 나름대로 행복을 추구하고 타자와의 돌봄/노동과 관계 형성을 통해 자신의 존재 의미를 발견해 나가고 있었다.

그러나 이처럼 시설에 수용된 여성이 시설에서의 삶을 통해 가지는 친밀감, 소속감, 관계 형성을 위한 노동 등 복합적 정동은 구조적으로 맥락화되어 그들의 자립과 주체성을 지지하는 논의로 이어지기보다 장기시설화를 더욱 옹호하는 논리로 수렴되어 버리고는 한다. 영보자애원 그리고 최종적으로 옮겨진 영보정신요양까지 총 20년의 시간을 보낸 B는 시설과 동료들에 대한 애착을 뒤로하고 60세의 나이가 다 된 지난 2021년 탈시설을 감행했다. B가 20년 만에 탈시설을 할 수 있게 된 요인 중 하나는 최근 장애인 복지제도에서의 변화가 있었기 때문이다.[293] 30여 년 전 부녀보호소를 나와 B가 자립하려 시도했을 당시에는 성폭력 피해로 중도에 단념하고 다시 시설로 돌아가야만 했다. 이후 30년의 세월이 흐르는 동안 여성, 장애인, 부랑/노숙인, 정신의료 등 관련된 어떤 제도도 B의 탈시설 자립을 지원하지 않았다. 그나마 B에게 지원을 제공할 수 있게 된 정신장애인 복지기관도 자원이 매우 한정적이어서 당시 탈시설을 위한 지원을 받은 사람은 영보자애원에서 B가 유일했다. B는 자신이 30여 년 만에 용기 내어 탈시설을 시도할 수 있게 된 것은 시설 안에서 형성한 친밀성과 돌봄의 경험 때문이라고 인식하고 있다. 탈시설 후 혼자 남겨진 일상은 시설에 두고 온 가족 같은 동료들에 대한 그리움과 혼자라는 불안으로 가득하기도 하지만 동시에 시설 안에서 쌓을 수 있었던 타자와의 친밀한 관계와 돌봄의 경험은 B가 오랜 시간 포기해야만 했던 자율성을 탐색하고 새로운 삶과 관계에 대한 희망을 가지게 하는 원동력이 되었다.

293) 앞서 언급한 것처럼 장애인복지법이 정신장애인의 보건과 복지에 관해서는 (구)정신보건법에 이관한다고 함으로써 정신장애인이 장애인 복지서비스의 제외 대상이 되어야 했던 상황이 시정되었다. 이는 당사자들의 꾸준한 문제제기 끝에 2021년 법 개정을 통해 이루어졌고 지역사회 정신건강센터가 B의 탈시설 자립을 지원할 수 있게 된 것 또한 이러한 법적 변화 때문이었다.

3) 젠더폭력 피해 장애여성의 시설화

지금까지 부녀보호소 사례의 역사에서 본 것처럼 젠더는 언제나 장애와 결부되어 여성의 몸을 표적으로 하여 더욱 강력한 시설화가 작동하도록 했다. 비/장애 여성은 젠더폭력으로 인해 장애가 물질적으로 구성, 심화되었고, 장애를 가진 후에는 가족 돌봄에서마저 거부당해야 했다. 여성들이 주체성, 그리고 다른 삶에 대한 탐색 가능성을 포기하게 만든 젠더폭력과 젠더부정의는 오늘날에도 변함없이 작동하여 여성에 대한 "그림자 감금"을 추동하고 있다.

면접참여자 중 1980~90년대 출생했으며 2000년대 시설에 수용된 경험이 있는 정신적 장애여성은 부녀보호소의 유제로서의 젠더폭력이 오늘날에도 정신적 장애여성의 시설화를 강력하게 추동하고 있는 원인이 되고 있음을 보여준다. 면접참여자 G(1996년생)는 어렸을 적 부모님이 이혼하여 아버지와 단둘이 살았다. 아버지는 건설 현장에서 노동하며 혼자 생계를 책임졌으므로 G는 집에 혼자 있을 때가 많았다. 어렸을 적 다니던 시골 지역 초등학교에는 특수학급이 없어서 일반 교육과정을 이수했고, 지적장애가 있는 G는 동급생들의 괴롭힘과 폭력에 자주 노출되어야 했다. 초등학교 4학년 무렵에는 아버지가 멀리 떨어진 지역으로 일을 나간 사이 동네 아저씨들(한 명은 아버지 친구, 한 명은 모르는 사람)에게 두 번의 강간 피해를 당했다. 두 사건 모두 기소와 재판까지 갔고, 가해자 모두 유죄를 선고받아 징역형을 사는 것으로 사건은 마무리됐다. 그런데 가해자들만 감옥으로 격리되는 것이 아니었다. 초등학교를 졸업하자 아버지의 손에 이끌려 G는 서울의 한 수녀원(일반아동 보육시설)에 보내졌다. 빈곤한 육체노동자인 데다 한부모 가정의 가장이기는 해도 아버지는 성폭력 사건 이전에 시설을 고려해본 적은 없었던 것으로 보인다. 하지만 성장하면서 폭력 피해가 누적되는 반면 딸을 보호할 아무런 사회안전망이 존재하지 않는 상황에서, 아버지가 지적장애인 딸의 안전을 위해 믿고 맡길 곳은 시설밖에 없다고 여긴 것으로 보인다.

> G: 아빠랑 수녀원 갔어요. 이제 학교도 졸업해서. (중략) 그때 수녀님이랑 살 때 아빠는 술 먹은 상태로 와서는 10만 원 주고 갔다니까요. 20만 원인가? 아빠가 원래 잘해주는데 폭력 때문에 밤까지 쭉 있어 가지고 아빠한테 혼나고 맞고 이래 가지고. 저는 집에 가고 싶다고 그랬는데 아저씨[성폭력 가해자]가…

(중략) 아빠가 오해를 한 거죠. 그래서 보냈어요. 수녀님 있는 쪽으로 가기 전에는 아빠랑 쭉 살다가. 중학교 들어가기 전에 6학년까지 있다가 그다음에 수녀님 있는 쪽으로 갔어요.

연구자: 집보다 수녀원이 안전하고 더 좋지는 않았나요?

G: 수녀원보다 아빠 집이 더 나았어요.

연구자: 왜요?

G: (무응답)

연구자: 집에 아빠도 있고 동네에 친척도 있으니까?

G: 네. 억지로 끌려간 거죠.

연구자: 그럼 가기 싫다고 아빠한테 이야기했어요?

G: 아니요.

연구자: 왜 못한 거 같아요?

G: 아빠 집에서 더 이상 못 사니까요. (G 인터뷰 중)

"아빠 집에서 더 이상 못 사"는 상황이라는 체념은 G가 현재 시점에서 회고적으로 가지게 된 감정으로 보이는데, 지적장애여성인 자신에게 지역사회와 가정이라는 장소성이 허락되지 않는다는 감각을 강제적 시설 입소 경험을 통해 체화하고 있음을 보여준다. 동시에 어찌하여 시설보다 자신의 집이 더 나은 삶의 터가 되는지에 대해서 답을 하지 못하는 모습은 폭력 피해 지적장애여성에게 시설과 가족이라는 이항 선택지 외의 다른 삶의 가능성을 전혀 허락하지 않는 사회에서 (연구자 역시 면접 질문을 통해 이를 반복하고 있었다) G로서는 당연한 반응이었을 것이다. G는 성인이 되자 장애인 지원기관의 지원으로 탈시설하게 되었으며, 현재 지역사회에서 새로운 관계를 쌓아나가고 있다. G를 시설로 보내고 얼마 있지 않아 아버지는 암으로 사망했으며, 따라서 현재 G와 연락하는 가족은 아무도 없다.

면접참여자 E(1986년생) 역시 젠더폭력의 위험이 문제가 되어 시설에 보내진 경우였다. E는 부모님, 두 명의 동생과 함께 살았다. 부모님이 어렸을 적 이혼하였지만 얼마 후 아버지가 재혼하여 새어머니와 살았다. 지적장애가 있는 E는 특수학교에 다녔으며 새어머니와도 관계가 좋았고 특히 아버지에 대한 애착이 크다. 그런데 E가 특수학교를 졸업하고 성인이 되자 가족들은 아무런 상의 없이 어느 날 E를 시설로 보냈다. 세 아이를 양육하기에 가정 형편이 어려운 것도 아니

었고 비장애인인 동생들은 모두 부모님과 함께 계속 살았다. 많은 장애인의 가족들은 장애가 있는 가족구성원이 성인이 되어서도 계속 가족에게 의존할까 봐 부담되고, 특히 성애화된 존재인 장애여성일 경우 “위험한 바깥 세계에 나왔다가 더 문제가 생길까봐” 하는 걱정 때문에 다양한 통제를 겪는다(장애여성공감, 2013: 65). 지적장애여성인 E도 그러한 염려 때문에 시설의 돌봄에 넘겨졌던 것으로 보인다. 시설에 입소한 지 얼마 되지 않아 아버지가 사고로 사망했지만, 가족으로부터 이러한 소식을 전혀 듣지 못했다. 그렇기에 강한 애착 관계를 형성했던 아버지가 시설에 있는 자신을 전혀 보러 오지 않는 이유조차 모른 채 16년을 보냈다. E가 거주하던 시설이 비리와 횡령으로 사회적으로 알려지고 시설 폐쇄 과정에 들어가자 E 역시 장애인 시민사회 단체의 도움으로 탈시설해 자립생활을 할 수 있게 되었다. 그러나 오래전에 연락이 끊긴 새어머니와 동생들을 찾을 방법은 없다.

면접참여자 G, E의 경험은 역사적으로 비/장애 여성의 시설화를 추동해 온 젠더부정의가 오늘날에도 현재 진행형으로 작동하고 있다는 것을 보여준다. 시설화 문제를 젠더정치학과 결코 떼어 놓고 생각할 수 없는 이유다. 또한 이는 장애, 젠더, 빈곤, 연령 등을 분절화하여 교차적 주체를 비가시화하는 현재의 의료복지제도와 각종 지원서비스가 결국 제도 · 서비스의 목표 달성에 실패할 수밖에 없음을 의미한다. 영보자애원에 20년 이상 수용된 채 죽음을 기다리고 있는 여성들은 젠더와 교차하는 중층적인 불평등과 억압으로 인해 끊임없이 자율성을 박탈당하고 종국에 다른 삶의 가능성을 포기해야만 했던 여성들이다. 그녀들의 존재를 기억할 사람은 누구인가. 또한 지금 현재도 시설화되고 있는 여성들에게 대안적 삶의 가능성을 제시하는 것은 누구의 몫인가. 1961년 부녀보호소의 최초 설립 이래 그녀들을 배제, 비가시화하는 역할을 맡아온 혹은 그러한 배제를 묵인, 수용해온 시민사회 그리고 페미니스트 정치가 여기에 답해야 할 것이다.

(4) 소결

2000년대의 정치사회적 구조가 어떻게 정신적 장애여성의 시설화를 지속하고 공고화하였는가를 규명한 5장의 주요 내용은 다음과 같다.

1994년 시립여자기술원, 2001년 대방부녀보호소가 최종 폐쇄된 후 2000년대

에는 정권교체로 민주주의체제가 확립되었고, 이를 계기로 모든 수용시설은 서비스 대상에게 전문적 개입과 지원을 제공하는 복지시설로 재구축된다. 이러한 배경에서 새로 설립된 시립여성보호센터와 영보자애원 역시 노숙여성을 단일 대상으로 하는 복지시설로 재구축된다. 그러나 이 시기의 복지제도의 급격한 변화는 시장 중심성과 효율성, 개인화라는 신자유주의적 제도 운용에 기반한 것이었고, 이처럼 고도로 전문적이고 혼종적인 제도와 행위자들의 움직임 속에 젠더, 계급, 장애 등이 교차하는 주체들의 시설화가 지속되는 “그림자 감금”이 형성된다.

첫째, 2000년대 공적 복지제도의 확대에도 불구하고 장애여성의 시설화를 지속적으로 추동한 핵심적 요인은 이성애 규범적 가족을 전제로 한 복지제도와 돌봄의 부재에 있었다. 후기산업사회로의 진입과 신자유주의화는 보편적 복지제도에 포섭되지 못하는 대규모 사각지대에 놓인 인구를 발생시키게 되며, 심화된 사회재생산 위험에 대한 정책적 대응은 가족자유주의를 해체하지 못하는 방향으로 흘러갔다. 마찬가지로 보편적 복지제도는 가족의 사회재생산 위험을 시설화하는 방향의 제도와 규칙을 도입하였으며, 이는 결과적으로 가족의 선택에 의한 은밀한 시설화를 추동하게 된다. 이렇게 가족과 시설이 시설화의 네트워크를 형성한 상황에서, 여성의 가족 내 역할 그리고 젠더폭력은 장애여성을 시설화에 묵인, 동조할 수밖에 없는 상황에 내몰리게 했다.

둘째, 이상과 같이 2000년대 이후 확대된 의료복지체계는 개인화와 시장화에 기반한 담론적 실천에 기반한 것으로, 각종 복지서비스의 증대에도 불구하고 많은 사람을 제도에서 배제함으로써 시설화를 추동했다. 이 시기 의료복지의 담론적 실천은 자유주의적・개인주의적 관점의 단일 정체성에 집중해 대상자가 치료, 선택, 재활할 것을 중시하고, 사회적 소수자의 실질적 평등을 확보하는 데 관심을 두지 않았다. 이 속에서 사회적 불평등이 양산하는 소수자들은 제도에서 배제되었으며, 그러한 배제의 결과인 장기수용화는 개인의 회복, 선택, 재활의 실패로 구성되었다.

6. 결론

가. 연구요약

현재 한국의 정신적 장애인의 시설 수용 규모는 전 세계에서 손꼽힐 만큼 크지만, 이러한 대규모 시설화의 역사적 과정, 특히 정신적 장애여성이라는 교차적 주체가 어떻게 구성되고 또한 그들의 몸이 위치해야 할 장소가 시설 혹은 가족의 이항 선택지의 문제로 구성되어 온 과정과 원인을 설명하려는 학술적 시도는 부족했다. 이 연구는 여성주의 장애학 및 역사적 제도주의 관점에 기반하여 한국 사회 50년의 복지제도 변화과정 속에 정신적 장애여성의 시설화를 위치 지웠다. 그리고 정신적 장애여성 수용시설로서 끊임없이 변화하며 운영되어온 부녀보호소의 반세기 역사에 대한 사례연구를 진행했다. 구체적으로, 정신적 장애여성의 시설 수용이 지속되도록 추동하고 정당화한 요인으로서 의료복지전문가, 인권 · 시민사회 등 다양한 행위자들의 담론적 실천과 가족 및 복지제도의 변화에 주목하고, 이 과정에서 젠더, 장애, 계급, 나이 등이 어떻게 교차하여 작동했는가를 규명하고자 했다. 이 연구의 주요 결과 및 주장을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 정신적 장애여성의 시설화를 추동한 핵심적 요인은 비/장애 여성의 장애를 물질적으로 구성, 심화한 이성애 규범적 가족과 젠더관계였다.

한국 사회는 지난 50년간 개별 시민의 복지와 돌봄에 대한 책임을 가족에게 전가했고, 가난한 노동자 계층 여성들은 가족의 사회재생산은 물론 생계 부양까지 책임져야 했다. 여성의 이중노동과 종속적 지위, 젠더폭력은 가부장적 이성애 가족을 유지하기 위한 핵심적 조건이었다. 불평등한 가족 내 여성의 지위, 젠더폭력은 빈곤과 교차해 많은 비/장애 여성의 몸마음 장애를 물질적으로 생산하고 심화했다. 여성들은 애초에 장애를 생산해 낸 가족 내 역할, 젠더폭력으로 인해 가족 성원권을 박탈당하고 방임, 유기, 위탁 등을 통해 시설화되었다.

둘째, 정신적 장애여성의 시설화를 제도적으로 가능하게 한 것은 완만한 변화를 지속하며 유지된 가족중심적 · 잔여적 복지제도였다.

권위주의 시기 개발국가는 경제성장을 우선순위에 두고 공적 복지제도의 수립

을 지연시켰다. 복지제도의 부재 속에서 대부분의 빈곤 노동계층은 장애 여부와 무관하게 자력으로 삶의 재/생산을 이어갔고, 가족이 없거나 가족이 부양할 수 없는 일부 부랑 상태의 비/장애 여성은 일제단속에 의해 시설 구호 대상이 되었다. 시설의 물적 인프라가 폭발적으로 증가하고 시설화가 가족의 사회재생산 위험에 대한 대응으로 본격적으로 제도화되기 시작하는 것은 1980년대부터다. 지속된 공적 복지제도의 부재 상황에서 계층 간 빈부격차가 심화되며 맞벌이 가구가 증가하자 정부는 기존의 가족중심 · 잔여적 복지제도의 내재적 중첩, 전환, 표류 등을 통해 시설화를 적극적으로 유도함으로써 가족의 사회재생산 위험에 대응한다. 동시에 정부의 자본적 투자를 통해 확산된 민간 의료복지산업체는 부랑(빈곤), 장애, 젠더 등의 정체성이 중첩된 대규모 인구를 수용하며 성장한다. 정권교체와 민주주의체제 확산을 통해 비로소 한국의 공적 복지가 제도화되지만, 경제위기와 신자유주의화, 가족중심적 복지제도의 유재는 제도의 대규모 사각지대를 만들어낸다. 또한 비가시적인 규칙, 표류를 통해 은밀하게 시설화를 유도하는 공적 복지제도와 대규모 복지서비스 시장이 된 의료복지시설을 통해 시설은 가족의 사회재생산 위험에 대한 제한적 대응 기제로 선택된다. 실질적 평등과 돌봄을 보장하지 않는 명목상의 민주주의체제에서 계급, 장애, 젠더, 나이 등으로 인한 차별을 교차적으로 경험하는 인구는 자발적으로 순응하거나 가족의 적극적 선택에 의해 시설화된다.

셋째, 이상과 같이 시설화를 둘러싼 제도의 변화를 추동하고 정당성을 부여한 것은 의료복지 관련 전문가, 인권 · 시민사회 진영 등 다양한 행위자들의 이해관계와 장애에 대한 의료적 · 생물학적 관점이었다.

20세기 전반기, 상대적으로 우생학의 영향력이 크지 않았던 개발도상 민족국가들은 근대화와 국가 통치를 위한 기술로써 우생학과 정신보건 담론을 폭넓게 받아들이게 되며, 한국에서도 가족계획사업, 사회정화 등 인구통치 기획에 동참한 정신의료 전문가들이 우생학과 정신보건 담론을 적극 도입했다. 정신의료 그리고 교육 · 복지 등의 전문가 집단은 장애 여부와 무관하게 각종 육체노동에 종사하며 생계를 도모한 비/장애 부랑인, 윤락여성 등을 빈곤, 장애, 젠더와 동시에 결부시켜 우생학적 · 정신병리적 위험 인구군으로 설정하고, 이들에 대한 치료적 통치이자 복지의 차원에서 시설화를 추동했다. 1980년대 이후 국제적 인권 레짐의 부상

으로 우생학은 더 이상 정치적 영향력을 발휘할 수 없게 되지만, 이를 대체한 전문화된 치료 · 재활 · 복지의 담론적 실천은 정신적 장애를 생물학적 결함 또는 의학적 치료의 대상으로 지속적으로 구성해낸다. 민주화를 통해 부상한 인권 · 시민사회 진영은 권위주의 시기 반인권적 인신구속 제도와 관행에 제동을 걸었지만, 생물학적인 결함을 가진 '비정상' 타자로 규정되었으며 가족의 의료복지대체제로서 의료복지시설에 수용되어야 했던 장애, 젠더, 계급이 교차하는 주체들의 시설화는 자유주의적 정체성을 기반으로 한 '인권' 논의에서 제외된다. 오늘날 더욱 의료화되고 개인화된 의료복지 분야의 지배적 담론은 소수자를 개별적 치료 · 재활의 대상으로 구성해내며, 장애, 젠더, 계급, 나이 등을 분절한 신자유주의적 복지제도 운용은 교차적 주체를 제도 내에서 비가시화하고 그들의 시설화를 추동하고 있다.

나. 함의와 과제

한편 이 연구의 시사점은 다음과 같다.

첫째, 돌봄의 가족화와 시설화, 돌봄자와 피돌봄자는 이분법적이거나 배타적인 범주가 아니라 서로 긴밀하게 맞물리는 관계에 있다.

한국의 사회복지 혹은 돌봄의 사회화에 대한 역사를 조망하는 연구들은 1990년대 이전까지 시기가 소수의 절대 빈곤층과 절망적 상황에 놓인 "무의탁 취약" 인구에게만 선별적으로 시설수용 중심의 복지가 제공된 사회복지의 "암흑기"라고 평가하는 경향이 있다(양난주, 2011; 정무권, 2009). 해당 시기까지 노인, 장애인, 아동의 사회재생산은 가정(여성)의 사적 부양체계에 전적으로 전가되었다는 것이다. 그런가 하면 시설화 역사에 천착한 연구들은 권위주의 시기 사회정화를 명목으로 시행된 치안적 단속과 인신구속, 여기에 착종된 민간 복지시설의 이해관계로 인해 부랑인시설, 정신요양시설 등에 대규모 인구가 수용되는 이른바 "대감금의 시대"가 펼쳐졌다고 평가한다(대한신경정신의학회, 2009; 서울대사회학과 형제복지원연구팀, 2021; 유진 외, 2020). 이러한 상이하고 분절적인 분석들은 이성애규범적 가족과 시설화의 정치경제가 별개의 분리된 문제인 것처럼 상상하게 한다. 또한 이러한 해석들은 암묵적으로 가족 내 부양 및 돌봄 제공자와 시설

수용 대상이 되는 인구를 배타적인 범주로 전제한다.

그러나 이 연구가 규명한 것처럼 정신적 장애여성의 위치와 삶에서 시설화와 이성애 규범적 가족제도는 서로 긴밀하게 얽힌 문제다. 오랜 권위주의 시기를 거치며 대규모 거리청소와 시설수용 처분이 가능했던 결정적인 원인은 공적 복지제도의 부재 상황에서 가족이 취약한 가족 구성원을 전적으로 부양하고 돌보아야 했던 상황에 있었다. 동시에 가족부양에서 이탈해 시설화되는 인구가 가진 몸마음의 취약성은 특정한 주체들에게 생물학적으로 부착된 것이 아니라 삶의 재/생산 과정에서 불가피하게 생산된 것이었다. 가족중심 복지체계를 떠받친 젠더관계는 장애화되는 인구, 특히 장애여성 주체를 생산하는 과정과 나란히 놓였다. 시설화의 정치경제는 젠더화되고 비가시화된 재/생산 노동을 통해 작동하는 가부장적 이성애 가족제도의 정치경제와 분리될 수 없다는 것, 그리고 몸으로 사는 취약한 인간 존재에 대한 통합적 고려가 없다면 권위주의 개발국가 체제가 종식되고 보편적 복지제도가 자리잡은 오늘날까지 정신적 장애여성의 시설화가 현재 진행형이자 오히려 더욱 심화되고 있는 상황을 지속적으로 비가시화하게 된다.

둘째, 이와 같이 시설화와 가족중심 복지체계가 상보적인 관계라는 것, 돌봄자와 피돌봄자가 고정적이지 않고 끊임없이 재구성되는 범주라는 것을 전제한다면, 한국의 가족자유주의와 복지국가는 보다 역동적인 그러나 비가시적인 제도변화와 이를 둘러싼 정치를 통해 이론화될 필요가 있다.

2000년대 이후 공적 복지제도 및 돌봄서비스의 확대가 다양한 문제를 양산하면서 한국 복지체제의 가족 및 시장중심성은 페미니스트 복지국가 논의의 화두가 되었다. 이러한 복지체제가 언제, 어떻게 형성되었는가에 대한 평가는 상이하다. 특히 돌봄의 시장화에 대해서는 개발국가로부터 이어진 제도의 고정성을 강조하는 쪽과 신자유주의화와 후기산업화가 진행된 2000년대를 복지제도의 결정적 변화 계기로 보는 쪽으로 나뉜다. 이러한 논의들은 눈에 띄는 가시적이고 공식적인 영역의 제도에만 집중한다는 점에서 공통적이다.

그러나 비민주적인 부랑부녀에 대한 통제 기구에서 오늘날의 전문적 민간 복지시설까지 변화를 거듭하며 운영되어온 부녀보호소의 사례를 통해 살펴본 것처럼, 지난 50년간 사회적 상황과 가족이 겪는 위험의 양상은 지속적으로 변화해왔고, 가족중심적 복지제도는 이러한 삶의 가변성에 대응하며 근본적 변화 없이도 그

내적 기능과 효과를 끊임없이 달리해왔다. 정부, 의료복지 전문가, 인권·시민사회 등 제도 내외의 다양한 행위자의 정치적 연합과 긴장 속에 추동된 시설화는 가족의 사회재생산 위험에 대응한 복지 인프라로 활용되었고 점진적으로 제도화되며 돌봄·복지의 시장화라는 미래의 중대한 변화를 이끌어냈다고 볼 수 있다. 가족과 시설화 관련 제도의 완만하고 점진적인 변화와 이를 둘러싼 다양한 행위자의 항상적인 정치적 각축을 누락한다면 한국의 복지국가가 어떻게 가족과 시장을 동원해 국가의 책임을 지속적으로 방기해 왔는지, 그리고 국제 인권레짐 부상, 민주화, 정권교체 등 급진적 정치사회적 변화에도 불구하고 이러한 책임 회피가 어떻게 가능했는지를 설명하기 어렵다.

한편, 이 연구는 다음과 같은 과제를 남긴다. 첫째, 이 연구가 정신적 장애여성의 시설화를 추동하고 묵인, 정당화한 요인으로 제시한 가족과 젠더관계, 전문가·시민사회 행위자들의 담론적 실천으로만 설명될 수 없는 더욱 다층적인 권력작동, 특히 국가라는 여전히 주요한 행위자를 이 연구는 본격적으로 분석하지 못했다. 서론에서 언급한 것처럼 한국의 시설화 역사에 관한 연구들은 가시적이고 직접적인 국가폭력이나 시설의 인권침해 문제를 규명해왔고, 규명되어야 할 부분이 여전히 많이 남아있는 상황이기도 하다. 행정기관, 형사사법 기구, 시설운영자, 시민사회, 가족 등 다양한 행위자의 다층적 이해가 구체적으로 어떻게 얽혀왔으며 그것은 어떤 정치적 성격을 내포하는지에 관한 보다 면밀한 연구가 필요하다.

둘째, 부녀보호소는 비/장애 여성을 수용 대상으로 삼은 여러 시설 중 하나의 사례이며, 더 많은 시설 유형과 대상 집단에 대한 비교 연구를 통해 한국의 시설화 역사에서 젠더, 장애, 연령, 계급 등의 교차작동을 규명하고 이론화할 필요가 있다. '부랑인', '윤락여성' 등을 대상으로 한 시설화의 역사와 그것이 어떠한 권력의 효과인지를 설명하려는 기존의 연구가 상당히 축적되었지만, '부랑인', '윤락여성'이라는 기표가 가진 모호함과 내부의 차이를 포착하려는 시도가 필요하다. 또한 지금까지 상대적으로 주목받지 못한 다양한 집단과 시설들, 예를 들어 정신요양원, 장애인 복지시설, 대형 정신병원, 기도원, 노인요양시설 역시 한국의 시설화 역사에 대한 논의의 장에서 교차성의 관점으로 함께 다루어져야만 할 것이다.

셋째, 부녀보호소는 오랜 시간 변화를 거듭해 온 시설로서 이 연구는 시기별 세밀한 내부적 운영방식과 수용대상자 및 운영자의 변화, 다양한 이해 관계자들

의 개입 등을 충분히 규명하지 못한 한계가 있다. 특히 부녀보호소에 수용된 경험이 있거나 현재 수용된 당사자들의 삶과 시각에서 시설화 과정과 그 함의를 충분히 규명하지 못했다는 아쉬움이 있다. 이와 관련해 진실·화해를위한과거사정리위원회는 부녀보호소는 물론 유사한 시설인 부녀직업보도시설에서 벌어진 인권침해 진정을 접수하여 현재 진실규명 작업을 이어가고 있다. 부녀보호소라는 거대한 시설의 운영이 어떻게 지속되고 변화해왔는지, 유사 여성 수용시설과의 공통점과 차이점은 무엇인지를 밝히고 이 같은 여성 수용시설이 현대 한국의 비/장애 여성의 삶에 미친 영향을 총체적으로 읽어내는 시도가 필요하다.

참고문헌

1차 자료

1) 국가기록원 소장자료

경기도 부녀복지과(1982),「도사업소(선감학원, 경기여자기술학원) 위탁운영에 따른 조정위원회의 개최」(관리번호 BA0003660).

국무총리행정조정실 제3행정조정관(1985),「서울시사회복지시설 설치 및 위탁운영에 관한 조례개정」(관리번호 BA0084077).

농림부 농업정책실 농지관리과(1983),「공공시설 입지승인 신청에 대한 협의」(관리번호 BA0000969).

대한민국정부 총무처(1987),「관보」 제10628호(국가기록원 관리번호 BA0196596).

서울특별시 가정복지국 청소년과(1980),「법인대장: 마리아수녀회」(관리번호 BA0089697).

서울특별시 기획관리실 법무담당관(1962),「서울특별시립갱생원 설치조례제정의건」(관리번호 BA0089260).

서울특별시 기획관리실 법무담당관(1970),「서울시행복원설치조례 시행규칙 제정」(관리번호 BA0089314).

서울특별시 기획관리실 법무담당관(1971),「서울특별시립부녀보호지도소 직제개정」(관리번호 BA0089320).

서울특별시 기획관리실 법무담당관(1971),「서울시립부녀보호지도소 설치조례 중 개정조례」(관리번호 BA0089273).

2) 서울기록원 소장자료

보건사회부(1988),「부녀보호시설 지시사항」.

사회복지법인 성로원 아기집(1984),「동부여자기술원 운영계획」.

_____(1986),「서울여자기술원 운영 약정 반환의 건」.

서울특별시(1985),「보조단체 관리 카드」.
서울특별시(1983),「시립남부부녀보호지도소 이전계획 세부추진」.
서울특별시(1983),「시립남부부녀보호지도소 이전계획 세부추진」.
서울특별시(1983),「당정 협조사항 처리」.
서울특별시(1984),「시립동부여자기술원 민간위탁 계획」.
서울특별시(1985),「서울자애원(부녀보호지도소) 85' 운영비 확보」.
서울특별시(1985),「부녀보호지도소 운영위탁 및 약정체결」.
서울특별시(1986),「사회복지법인 상희원 설립인가」.
서울특별시(1988),「부녀복지시설 운영에 따른 지시사항 시달」.
서울특별시(1993),「정책회의 결과 통보」.
서울특별시(1994),「시립여자기술원 기능 조정 및 폐지계획 보고」.
서울특별시(1994),「민원서류 처리」.
서울특별시(1994),「윤락여성 선도대책위원회 회의」.
서울특별시(1995),「가정복지센터 건립계획 변경 추진에 따른 시설배치 의견서 제출」.
서울특별시 경찰국(1961),「윤락여성(창녀) 격리수용에 관한 건의」.
서울특별시 경찰국(1962),「윤락여성 선도계획에 의한 직업보도」.
서울특별시 부녀과(1962),「전 국립정신병원 건물관리 조치」.
서울특별시 부녀과(1962),「윤락여성 선도대책 위원회 개편」.
시립남부부녀보호지도소(1985),「용인 영보자애원 수용대상자 보고」.
재단법인 천주교수원교구유지재단(1985),「보조금 교부 신청」.
천주교성모영보수녀회(1983),「남부부녀보호지도소 건립에 따른 보조신청」.
_____(1985),「부녀보호지도소 관리운영예산 신청」.
서울시립부녀보호소(1994),「시립여자기술원 기능조정 방안 제출」.

3) 시설 생산 자료

서울시립부녀보호지도소(1966),「윤락여성에 관한 연구보고서」.
서울시립아동보호소(1969),「사업개황」.

서울시립영보자애원(2000-2009),「영보」.

성라자로마을(2000),「성라자로마을 50년사」.

자매정신요양원(2017),「자매여숙 70년사 1946-2016」.

한국장로교복지재단 애란원(2010),「애란원 50년사」.

4) 국가기관 및 서울시 기관 생산 자료

국가인권위원회(2003),『정신의료기관 방문조사보고서』.

_____(2008),『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』.

국가인권위원회, 국립정신건강센터, 한국정신장애연대(2019),『정신병원 장기입원과 열악한 의료서비스에 대한 진단과 대안』.

국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018),『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』.

국무총리 국무조정실(2003),『국무조정실 30년사』.

보건복지부(2003),『보건복지백서』

보건복지부(2005),「국민기초생활보장사업 안내」.

보건복지부(2007),『보건복지 70년사: 가난의 시대에서 복지사회로』.

보건복지부(2019),『보건복지통계연보』.

보건사회부(1985),『보건사회백서』.

보건사회부(1987),『부녀행정 40년사』.

보건사회부(1961~1995),『보건사회통계연보』

보건사회부(1966),『장해자 조사보고서』.

서울시정개발연구원(2001),『서울시 홈리스 여성 실태와 대책』.

서울특별시(1972),『부녀서울』.

진실 · 화해를 위한 과거사정리위원회(2022), "형제복지원 인권침해 사건 진실규명 결정 관련 참고자료"(2022.8.24.).

_____(2023),『2022년 하반기 조사보고서』.

한국보건개발연구원(1980),『심신장애자 실태조사보고서』.

한국인구보건연구원(1985),『전국심신장애자실태조사보고』.

한국보건사회연구원(1999),『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』.

한국장애인개발원(2019),『장애통계연보』.

5) 학계, 전문가, 시민사회단체 등 간행물, 보고서, 논문, 단행본, 기타

강희찬 외(1986),「용인정신병원에 내원한 행려정신질환자들의 특성에 관한 조사」,『신경정신의학』, 25(1).

권이혁(1971), “인구증가와 자연보호”,「여성」, 75호, 한국여성단체협의회.

김경자, 박명호(1970),「정신박약아에 대한 조사」,『소아과』, 13(3).

김광일 · 김명정(1973),「정신과 입원치료에 있어서의 사회문화적 문제」,『신경정신의학』, 12(4).

김문곤(1979), “정신장애자와 사회복지”,「국민회의보」, 25호, 통일주체국민회의사무처.

김병후(1992),「정신보건법, 정신병, 정신병동」,『사회평론』7월.

_____(1995),「각국 정신보건법에 있는 정신질환자 강제입원」,『정신건강연구』,8.

김순실(1976), “부녀 기술교육의 현황과 개선책”,「여성」 119호, 한국여성단체협의회.

김순옥(1973),「정신박약아에 대한 일반적소고와 사회써어비스」,『사회사업』 8, 이화여대 사회사업학과.

김영진(1975), “유전병, 그 정체와 예방”, 동아일보 칼럼(1975.7.25.).

김용아(1965),「윤락여성에 관한 실태보고: 시립부녀보호지도소원생을 중심으로」,『지방행정』, 14(143).

김이영(1986),「정신질환의 치료전달체계를 위한 제안」,『정신건강연구』, 4.

_____(1991),「정신보건법의 문제점들(1): 강제입원 및 그와 관련된 문제」,『정신건강연구』, 10.

김일천(1982),「심신장애자복지법 시행령 해설: 심신장애자복지법과 관련하여」,『법제』 7, 법제처.

김임 외(1975),「서울특별시립 정신병원의 입원환자 실태보고」,『신경정신의학』14(1).

김정권(1971),『한국 정신박약아 대책의 현황과 전망』, 한국정신박약아부모회.

김정근 · 허정(1980), 「인구정책과 인구자질 향상을 위한 연구: 심신장애자 발생 억제대책」, 『한국인구학회지』, 3(1).

김원호(2013), “혼자서는 어려운데 같이 하면 할 수 있어”, 비마이너(2013.3.4.).

김이영(1991), 「정신보건법의 문제점들(1)- 강제입원 및 그와 관련된 문제」, 『정신건강연구』10.

김정언 외(1982), 「정신병 행려환자에 대한 임상적 연구」, 『고의대논집』, 19(3).

김정휘(1976), 「염색체 이상이 범죄와 정신박약에 끼치는 영향」, 『교육학연구』, 14(3).

김종은(1962), 「진행성마비(마비성 치매)의 진단과 치료」, 『대한의사협회지』, 5(5).

김종주 외(1985), 「만성 정신질환의 현황 및 문제점: 부랑인시설 수용자를 대상으로」, 『신경정신의학』, 24(3)

김택일(1970), 「모자보건법안의 취지: 법제정의 필요성」, 『대한의학협회지』, 13(7).

김홍신(1999), 「장애인 불법 · 강제 불임수술 실태와 대책에 관한 조사보고서」(미발간 자료).

노영순(1972), “10대 비행소녀를 위한 선교대책 연구”, 「여성」, 제79호, 한국여성단체협의회.

대한산업보건협회(2013), 「산업보건 반세기: 현장의 기록, 대한산업보건협회 50년사」.

대한신경정신의학회(1968), “정신위생법(안)”, 『신경정신의학』, 7(1).

_____(2009), 「한국정신의학 100년사」.

민병근 외(1975), 「한국 정신박약자에 관한 역학적 및 세포 유전학적 연구」, 『한국의과학』, 9(11).

문선화(1969), 「한국윤락여성선도사업에 대한 소고」, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

민병근 외(1975), 「한국 정신박약자에 관한 역학적 및 세포유전학적 연구」, 『오늘의청소년』2.

박건우(1990), 「법무부 치료감호소 환자를 대상으로 한 성염색체 연구」, 『신경정신의학』29(3).

박수희(1961), “정신박약아의 학습지도와 작업지도”, 「사회사업」, 2, 보건사회부.

박숙자(1973), 「윤락여성에 대한 고찰」, 『사회사업』 8, 이화여대 사회사업학과.

박종철(1972), 「정신질환의 법의학적 문제」, 『대한의사협회지』, 15(1).

박충서(1965), 「신경매독」, 『대한의사협회지』, 8(5).

배복주, 홍성희(2000), “시설 내 성폭력”, 「공감」, 3호, 장애여성공감.

변희남(1989), 『부녀복지행정 외길 40년: 일선행정 퇴임에 붙여』, 홍익제.

사단법인자행회(1971), 『정신박약아에 대한 이해』.

서연순(1975), 「윤락에 있어서의 시설보호와 cottage system의 비교」, 『사회사업』 9, 이화여대 사회사업학과.

아산사회복지재단(1979), 『한국의 사회복지』.

_____(1981), 『장애자 복지 편람』.

안영신(1972), 「정신박약아에 대한 소고: 서울 시내의 정신박약아시설의 현황 및 그들에 대한 조사연구」, 『사회사업』 7, 이화여대 사회사업학과.

연병길 · 박문희(1983), 「한국의 정신보건에 관한 역학적 조사: 정신질환의 5년 추적조사(광역 조사)」, 『서울의대 정신의학보』, 7(7).

유봉임(1967), 「실습생이 본 한국의 정신과 사회사업」, 『사회사업』 2, 이화여대 사회사업학과.

유호준목사 팔순 기념 문집 출판위원회(1993), 『역사와 교회: 내가 섬긴 교회, 내가 살던 역사』, 대한기독교서회.

이덕균(1961), “정신박약아 수용시설에 대한 소고”, 「사회사업」, 2, 보건사회부.

이경애(1971), 「가정에서의 정신박약 아동에 대한 보호」, 『사회사업』, 6, 이화여대 사회사업학과.

이근호(1976), 「정신장애자의 비의료적 수용실태에 관한 연구」, 『신경정신의학』15(4).

이동희(2010), 「외국어와 법령용어: 부랑인 · 노숙인은 Homeless?」, 『법제』10월.

이부영(1983a). “정신보건법의 이념: 악법 낙인 안찍히도록 신중한 조문화를…”. 조선일보(1983.4.6.)

_____(1983b), 「대형정신병원과 소위 정신요양원」, 『서울의대 정신의학보』, 7(11).

_____(1996), 「해방이후 10년간 한국의 정신과 진료」, 『신경정신의학』, 35(2).

_____(1999), 「한국에서의 서양정신의학 100년(1899-19999)」, 『의사학』8(2).

이승한(1988), 「여성근로자의 산업재해」, 『한국의 산업의학』, 27(1).

이시권(1989), 「장애자등록에 나타난 정신지체자복지의 실태 및 개선방향」, 『정신박약자복지연구지』 제3집, 대한정신박약자애호협회 · 서울특별시 정신박약자복지관.

이원철(1987a), 「화학적 환경과 여성노동」, 『한국의 산업의학』, 26(3).

_____(1987b), 「인간공학과 여성노동」, 『한국의 산업의학』, 26(1).

이정균(1972), 「한국에 있어서의 정신장애」, 『신경정신의학』, 11(3).

이찬영(1967), “가출여성의 실태조사”, 「사회복지연구」, 제2집, 중앙대학교 사회사업학회.

임백인(1976), 「정신발육지연아동의 재활」, 『대한의학협회지』, 19(6).

임성택(1991), “판례소개: 님비현상과 관련된 판결-밀알학교 사건”, 『동향』1.

인도주의실천의사협의회(1990), “정신보건법 제정움직임에 대한 견해”, 「인의협회보」, 제29호.

장동칠(1967), “윤락여성의 실태에 관한 소고: 종로구와 영등포구의 선도지역을 중심으로”, 「사회복지연구」, 제2집, 중앙대학교 사회사업학회.

장애여여성공감 장애여성성폭력상담소(2005), “‘항거불능’의 정치: 장애여성 성폭력의 법적 해결의 어려움에 대해”, 「공감」, 8호, 장애여성공감.

_____(2019), 「친밀성과 통제: 장애여성 피해경험 재해석」.

장애우권익문제연구소(1990), “비리 책임자 처벌이라는 선례가 필요하다: 신아원 감사 형식적인 측면을 못 벗어나”(보도자료, 1990.7.1.)

_____(1991), “정신보건법 무엇이 문제인가”, 「함께걸음」.

장은희(2018), “가족관계에서 나타나는 폭력과 차별경험”, 「장애여성 인권상담 프로젝트」, 장애여성공감.

전병순(1964), “각심학원에 몸 바친 주인공들”, 『여원』, 6월호.

_____(1965), “윤락여성 선도소”, 『여원』, 4월호.

정길홍(1968), 「정신병원의 입원환자에 대한 실태조사」, 『사회복지연구』, 제2집, 중앙대학교 사회사업학회.

정성철(2021), 시설권력을 유지하는 보장시설 수급권의 문제, IL과 젠더포럼 ‘시설사회, 제도화 이후에 무엇이 오는가: 장애인 탈시설 운동의 현재와 미래’ 발표문(2021.11.25.), 장애여성공감.

정창조(2020), “‘재활’ 이념을 넘어, ‘신체의 정상화’를 넘어, 새로운 노동 개념으로: 권리생산노동의 의미와 과제”, 일 할수록 살기 힘든 사람들: 시설사회에 도전하는 동료관계를 상상하며(2020.11.4. 장애여성공감 주최).

진은선(2021), “탈시설 정책은 자발적 퇴소를 지원하는가?”, 시설사회, 제도화 이후에 무엇이 오는가: 장애인 탈시설 운동의 현재와 미래(2021.11.25. 장애여성공감 주최).

조규상(1988), 「노동과 여성건강」, 『한국의 산업의학』, 27(1).

조맹제(1986), 「여성 산업재해 환자의 정신의학적 문제에 관한 연구」, 『서울의대 정신의학』, 11(2).

조성모(1985), “정신박약자 복지에 따른 제문제”, 「사회복지」86, 한국사회복지협의회.

주갑순(1976), 「임신 중 딸 아들 구별하는 법」, 『가정의 벗』, 10-11월호.

중앙대 사회사업학과연구실(1972), 「서울시 가정부의 실태조사」, 『사회복지연구』, 제6집, 중앙대학교 사회사업학회.

진성기(1964), 「한국의 재원퇴원 정신장애자 실태의 역학적 연구」, 『신경정신의학』3(4).

최신해(1959), “한국정신병 문제: 늘어나는 환자 대책을 위하여”, 동아일보 칼럼 (1959.4.3.)

타리(2004), “혈연, 장애, 성별이 부르는 ‘폭력적인 운명’에 맞서서 살아가기”, 「공감」, 7호, 장애여성공감.

한경애(1961), “정신지체아동의 실지교육”, 「사회사업」, 2, 보건사회부.

한국사회복지연합회(1969), “민간 외원단체의 원조 중단에 대한 우리의 견해”, 「사회복지」, 한국사회복지연합회.

한국사회복지협의회(1977), 『한국사회복지총람』.

황지성(2020a), “일본 우생보호법 피해 국가배상 소송 운동이 던지는 질문”, 「이슈페이퍼」, 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 셰어.

Lee, H.S.(1963), “Clinical Study on Neurosyphilis”, 『대한의사협회지』, 16(6).

6) 온라인 자료

대한민국 국회, 국회회의록 (http://likms.assembly.go.kr/record/mhs-10-010.do)

서울시립영보자애원 (https://youngbo.or.kr/)

용인정신병원 (https://www.yonginmh.co.kr/)

자혜학교 (https://jh.sc.kr/)

한국정신요양시설협회 (http://www.kmental.or.kr/html/index.php.)

2차 자료

1) 국내 문헌

강민희(2016), “윤리적 돌봄 관점에서의 장애인활동보조서비스 당사자경험에 대한 사례연구”, 『한국장애인복지학』, 34.

강이수(2007), “산업화 이후 여성노동시장의 변화와 일-가족 관계”, 『페미니즘연구』, 7(2).

곽귀병(2021), “규율의 환상과 폭력의 경제”, 서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀, 『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

곽병은 외(2004), “사회복지시설의 정신장애인 수용의 변천에 관한 연구”, 『지역사회정신보건』, 5.

곽효선(1988), 「한국기독교 목회자의 복지의식과 사회복지 서비스에 관한 연구」, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.

권희정(2019), 『미혼모의 탄생: 추방된 어머니들의 역사』, 안토니아스.

김경미(2020), “자립생활 정책과 서비스”, 자립생활 20년, 회고와 전망: 다양성과 연대의 관점에서, 2020년 한국장애인복지학회-한국장애학회 연합 추계 학술대회 발표문(2020.11.27. 한국장애학회, 한국장애인복지학회, 한국보건사회연구원 공동주최)

김경일(2015), “1960년대 기층 민중의 가계와 빈곤의 가족 전략”, 『민주사회와 정책연구』, 28.

_____(2016), “산업전사에서 민주투사까지, 도시로 간 여공의 삶”, 김성보 외 기획, 『한국현대 생활문화사: 1970년대』, 창비.

김경희(2007), “법제화 운동을 중심으로 본 한국여성운동의 제도화와 위기론”, 『사회과학연구』, 13(1).

_____(2009), “신자유주의와 국가페미니즘”, 『뉴래디컬리뷰』, 40.

김대현(2020), “1950-60년대 ‘요보호’의 재구성과 ‘윤락여성선도사업’의 전개”, 『사회와 역사』, 129.

_____(2021), “치안유지를 넘어선 ‘치료’와 ‘복지’의 시대: 1970-80년대 보안처분제도의 운영 실태를 중심으로”, 『역사문제연구』, 45.

_____(2022), “일본의 우생학에서 미국의 우생학으로: 해방이후~1950년대 한국의 소년범죄 담론”, 『역사문제연구』, 49.

김도현(2007), 『차별에 저항하라: 한국의 장애인 운동 20년, 1987~2006년』, 박종철출판사.

_____(2020), “포스트 IL, 그 방향성에 대한 단상”, 자립생활 20년, 회고와 전망: 다양성과 연대의 관점에서, 2020년 한국장애인복지학회-한국장애학회 연합 추계 학술대회 토론문, 한국장애학회, 한국장애인복지학회, 한국보건사회연구원 공동주최(2020.11.27.)

김보명(2018), “공백으로부터, 아래로부터, 용기로부터 시작하는 페미니즘, 교차성”, 한우리 외 공저, 『교차성×페미니즘』, 도서출판 여이연.

_____(2021), “‘진보’ 정치학 이후와 사회적 재생산의 문제에 대한 소고”, 동아대학교 젠더 · 어펙트연구소 , 『연결 (불)가능한 신체의 역사』, 산지니.

김문근(2007), “정신보건법상의 강제입원 조항과 인권침해기제에 관한 질적사례연구”, 『사회복지연구』, 33.

_____(2013), “정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방향 토론문”, 정신장애인 인권증진을 위한 토론회, 국가인권위원회 주최(2013.11.18.)

_____(2019), “우리나라 정신장애인 복지의 탈가족화 기반에 관한 검토”, 『비판사회정책』, 62.

김아람(2011), “516군정기 사회정책: 아동복지와 부랑아 대책의 성격”, 『역사와 현실』, 82.

_____(2020), “‘윤락행위방지법’에 의한 수용처분”, 「과거사 청산을 위한 국가폭력 연구(Ⅱ): 1970년대 보안처분제도의 형성과 부랑인 단속·수용을 중심으로」, 서울: 한국형사정책연구원.

_____(2021), “1960-80년대 사회정화와 여성 수용”, 『사회와 역사』, 129.

김영옥(2020), “시간과 노니는 몸들의 인생 이야기”, 생애문화연구소 옥희살롱 기획, 『새벽 세 시의 몸들에게: 질병, 돌봄, 노년에 대한 다른 이야기』, 봄날의 책.

김영종(2012), “한국 사회서비스 공급체계의 역사적 경로와 쟁점, 개선 방향”, 『보건사회연구』, 32(2).

김원(2005), 『여공 1970, 그녀들의 反역사』, 이매진.

김은정(1999), “한국 장애여성운동사”, 한국여성의전화연합 엮음, 『한국 여성인권운동사』, 한울아카데미.

김은주(2020), “인구관리의 생명 권력과 여성의 신체: 정상으로서 ‘생명’과 낙태죄를 중심으로”, 『한국여성학』, 36(4).

김일환(2020), “부랑인 단속 및 수용”, 유진 외, 「과거사 청산을 위한 국가폭력 연구(2):

1970년대 보안처분제도의 형성과 부랑인 단속수용을 중심으로」, 한국형사정책연구원.

_____(2021a), "'돈벌이가 된 복지: 형제복지원 재단의 역사", 서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀(2021),『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

_____(2021b), "지역에서의 '부랑인' 수용과 민간 사회복지: 1960-70년대 부산의 사례를 중심으로",『사회와 역사』, 129.

김은지 외(2017),「지속가능한 돌봄정책 재정립방안 연구(Ⅰ): 여성 · 가족관점의 진단과 정책과제」, 한국여성정책연구원.

_____(2018),「지속가능한 돌봄정책 재정립방안 연구(Ⅱ): 여성 · 가족관점의 돌봄정책 추진전략」, 한국여성정책연구원.

김선혜(2022), "산업재해로서 태아건강손상: 여성노동자 모성보호강화를 넘어 보편적 재생산건강 문제로",『한국여성학』, 38(4).

김소영(2017), "정신장애를 가진 노숙 청년의 시설이용 경험: 탈시설화의 이면, 생존을 위한 두 체계의 반복 이용을 중심으로",『사회복지연구』, 48(3).

김순남(2022),『가족을 구성할 권리』, 오월의봄.

김승섭(2017),『아픔이 길이되려면: 정의로운 건강을 찾아 질병의 사회적 책임을 묻다』, 동아시아.

김정혜(2015),「장애여성 성폭력 범죄에 대한 법원의 판단 연구: 지적장애여성 성폭력 판결을 중심으로」, 서울대학교 대학원 법학과 박사학위논문.

김정혜 외(2017),「폭력피해여성 지원기관의 장애여성 지원실태 및 지원 방안」, 서울특별시.

김정화(2002), "1960년대 여성노동: 식모와 버스안내양을 중심으로",『역사연구』, 11.

김재형 외(2021),「집단시설 인권침해 실태조사 연구용역 사업: 수도권(서울·경기·인천) 및 강원권」, 진실·화해를위한과거사 정리 위원회 · 한국방송통신대학교 산학협력단.

김원(2005),『여공 1970, 그녀들의 反역사』, 서울: 이매진.

김혜경, 신현옥(1990), "제조업 생산직 기혼여성노동자의 상태와 문제",『여성과 사회』, 1.

김혜경 외(1992), "자본주의적 산업화와 한국가족의 역할 변화: 가사 및 양육역할의 변화를 중심으로",『여성과 사회』, 3.

김혜련(1991), "정신보건법 제정과정에서 나타난 관련 집단에 관한 연구",『한국사회복지학』18.

김현미(2000), "한국의 근대성과 여성의 노동권",『한국여성학』, 16(1): 37-64쪽.

김현철(2021), “감금지리 내 경계, 모빌리티, 순환의 위상학: 시설 교차성 논의의 비판적 확장을 위하여”, 『공간과 사회』, 31(3).

남기철(2007), “노숙인 정신건강 서비스 현황과 쟁점”, 『사회복지연구』, 35.

남찬섭(2005), “한국의 60년대 초반 복지제도 재편에 관한 연구: 1950년대와의 관련성을 중심으로”, 『사회복지연구』, 27: 33-75쪽.

_____(2008), “한국 사회복지서비스에서 바우처의 의미와 평가-바우처 사업의 사회적 맥락을 중심으로”, 『상황과 복지』, 26.

남찬섭 외(2020), 「형제복지원사건 피해자 실태조사」, 부산광역시 · 동아대학교산학협력단.

마경희(2011), “보편주의 복지국가와 돌봄: 여성주의 복지정치를 위한 시론”, 『페미니즘연구』, 11(2).

박목우(2022), “우리의 목소리를 들어라”, 다른몸들 기획, 『돌봄이 돌보는 세계』, 동아시아.

박숙경(2016), “한국의 장애인 탈시설 현황과 과제”, 『지적장애연구』, 18(1).

박정미(2011), 「한국 성매매정책에 관한 연구: 묵인관리체제의 변동과 성판매여성의 역사적 구성, 1945-2005」, 서울대학교 대학원 사회학과 박사학위 논문.

_____(2014), “발전과 섹스: 한국 정부의 성매매관광정책, 1955-1988”, 『한국사회학』, 48(1).

박종익 외(2008), 「장기입원의 구조적 원인과 지속 요인」, 국가인권위원회.

박해남(2016), “1988 서울올림픽과 시선의 사회정치”, 『사회와 역사』, 110.

_____(2018), 「서울올림픽과 1980년대의 사회정치」, 서울대학교대학원 사회학과 박사학위 논문.

박홍근(2015), “사회적 배제의 형성과 변화: 넝마주이 국가동원의 역사를 중심으로”, 『사회와 역사』, 108.

반성매매인권행동이룸 · 역사문제연구소 인권위원회(2018), 「청량리: 체계적 망각, 기억으로 연결한 역사」, 반성매매인권행동이룸.

배은경(2014), 『현대 한국의 인간 재생산』, 시간여행.

_____(2016), “젠더 관점과 여성정책 패러다임: 해방 이후 한국 여성정책의 역사에 대한 이론적 검토”, 『한국여성학』, 32(1).

백미숙(2015), “구술사 연구 방법: 개인의 삶과 경험을 주체화하기와 역사화하기”, 한국언론정보학회 엮음, 『미디어 문화연구의 질적 방법론』, 컬처룩.

백승욱 · 이지원(2015), “1960년대 발전 담론과 사회개발 정책의 형성”, 『사회와역사』,

107.

서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀(2021), 『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

서정화(2005), “여성노숙인의 존재와 삶”, 『아세아연구』, 48(2).

성경숙(2009), 「정신장애범죄자의 형사책임에 관한 연구」, 성균관대학교 대학원 박사학위 논문.

성과재생산포럼(2018), 『배틀그라운드: 낙태죄를 둘러싼 성과 재생산의 정치』, 후마니타스.

생애문화연구소 옥희살롱(2020), 『새벽 세 시의 몸들에게: 질병, 돌봄, 노년에 대한 다른 이야기』, 봄날의책.

신영전 · 서제희(2013), “미군정 초기 미국 연수를 다녀온 한국인 의사 10인의 초기 한국 보건행정에서의 역할”, 『보건행정학회지』, 23(2).

소준철(2020), 『가난의 문법』, 푸른숲.

_____(2021), “‘자활’이라는 가면: 시설-국가-지역사회의 공모”, 서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀 엮음, 『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

소현숙(2015), 「식민지시기 ‘불량소년’ 담론의 형성: ‘민족/국민’ 만들기와 ‘협력’의 역학」, 『사회와 역사』, 107.

_____(2018), 「전쟁고아들이 겪은 전후: 1950년대 전쟁고아 실태와 사회적 대책」, 『한국근현대사연구』, 84.

_____(2020), 「우생학의 재림과 ‘정상/비정상’의 폭력」, 동아대학교 젠더・어펙트연구소, 『약속과 예측: 연결성과 인문의 미래』, 산지니.

_____(2022), 「학교의 문턱, 의무교육제도의 도입과 장애아 교육」, 동아대학교 젠더・어펙트연구소, 『연결(불)가능한 신체의 역사』, 산지니.

송다영(2014), “돌봄의 사회화와 복지국가의 지연”, 『한국여성학』,30(4).

송은주(2011), “여성 정신분열병 환자의 항정신성 약물 복용 체험”, 『대한간호학회지』, 41(3).

신권철(2017), “강제입원 위헌(헌법불합치) 결정의 의미와 향후 과제”, 『서울법학』, 24(4).

신경아(2007), “산업화 이후 일-가족 문제의 담론적 지형과 변화”, 『한국여성학』, 23(2).

_____(2011), “노인 돌봄의 탈가족화와 노인의 경험: 재가노인과 시설거주 노인의 경험 연구”, 『한국사회학』, 45(4).

심재진(2011), “사회복지사업법 제정사 연구”, 『사회보장연구』, 27(2).

심흥보(2001),『한국 천주교 사회복지사』, 한국천주교중앙협의회.

양난주(2010), “한국 사회복지서비스의 변화: 행위자간 관계의 분석”,『한국사회복지학』, 62(4).

_____(2011), “한국 사회서비스 공급특성 분석: 보조금과 바우처방식의 검토”,『사회복지정책』, 38(3).

_____(2015), “사회서비스 바우처 정책 평가”,『한국사회정책』, 22(4).

양옥경(2006),『정신보건과 사회복지』, 나남출판.

양현아(2005),『낙태죄에서 재생산권으로』, 사람생각.

여성한국사회연구회(1990),『한국가족론』, 도서출판까치.

원미혜(2010).「‘성 판매 여성’의 생애체험 연구: 교차적 성 위계의 시·공간적 작용을 중심으로」. 이화여자대학교 대학원 여성학과 박사학위 논문.

예지숙(2017),「조선총독부 사회사업정책의 전개와 성격 1910-1936년」, 서울대학교 대학원 국사학과 박사학위 논문.

윤홍식(2014), “박근혜 정부의 가족화정책과 성, 계층 불평등의 확대”,『경제와 사회』, 101.

_____(2019a),『한국복지국가의 기원과 궤적 1』, 서울: 사회평론아카데미.

_____(2019b),『한국복지국가의 기원과 궤적 2』, 서울: 사회평론아카데미.

_____(2019c),『한국복지국가의 기원과 궤적 3』, 서울: 사회평론아카데미.

이기형(2015), “‘담론분석’과 담론의 ‘문화정치’”, 한국언론정보학회 엮음,『미디어 문화연구의 질적 방법론』, 컬처룩.

이명석(1985),「정책의 제편성(Policy Agenda-Setting)에 관한 연구 : 심신장애자 복지법 제정을 중심으로」, 성균관대학교 대학원 석사학위 논문.

이영남 외(2019),「서산개척단 사건 실태파악 및 피해자 구제방안 마련 연구」, 국가인권위원회·한신대학교산학협력단.

이용표(2005), “정신의학과 정신장애인의 시설수용: 정신의학의 확산에 따른 시설수용의 변천을 중심으로”,『사회복지연구』, 27: 5-31쪽.

_____(2019), “정신장애인의 항정신병약물 복용에 대한 자기결정 경험의 법정책적 함의”,『법과 정책연구』, 19(2).

이용표 외(2014), “정신장애인의 항정신약물 복용 경험에 대한 연구: 하이데거의 기술 비판을 중심으로”,『한국장애인복지학』, 44.

이용표, 장혜경(2014), “정신장애인의 비자발적 입원 경험”,『한국장애인복지학』, 25.

이임하(2004),『여성, 전쟁을 넘어 일어서다: 한국전쟁과 젠더』, 서해문집.

_____(2011), “상이군인, 국민 만들기”,『중앙사론』, 33.

이상록(2011),「경제제일주의의 사회적 구성과 ‘생산적 주체’ 만들기: 4.19~5.16 시기 혁명의 전유를 둘러싼 경합과 전략들」,『역사문제연구』, 25.

이상열(2018), “정신질환 의료급여 입원수가의 행위별수가제 전환 필요성”, 정신질환 의료급여환자의 의료불평등 해소를 위한 정책토론회, 국회의원 정춘숙 주최 (2018.5.28.)

이소영(2016), “‘건전사회’와 그 적들: 1960-80년대 부랑인단속의 생명정치”,『법과사회』, 51.

이승호(1995), “우리 나라 보안처분의 역사적 전개”,『형사정책』, 7(7).

이정선(2021), “1980년 광주항쟁과 도시빈민: 어디서 와서 어디로 사라졌는가”,『역사문제연구』, 45.

이지은(2020), “치매, 어떻게 준비하고 있습니까?”, 생애문화연구소 옥희살롱 기획,『새벽세 시의 몸들에게: 질병, 돌봄, 노년에 대한 다른 이야기』, 봄날의 책.

이진옥(2012), “사회적 재생산을 통해 본 발전국가의 재해석”,『여성학연구』, 22(1).

이태진 외(2003),「노숙자 · 부랑인 지원체계 개선방안」, 한국보건사회연구원.

이태진 외(2007),「노숙인 정책의 평가와 개선방안」, 한국보건사회연구원

이태진 외(2017),「2016년도 노숙인 등의 실태조사」, 한국보건사회연구원.

이혜경(1990), “사회복지 관련법과 여성: 사회보험과 공적부조를 중심으로”,『한국여성학』, 6.

_____(1998), “민간 사회복지부문의 역사와 구조적 특성”,『동서연구』, 10(2).

이혜경, 신희정(2011), “여성정신장애인의 생애사 연구: 경계 위에서 균형잡기”,『정신보건과 사회사업』, 37.

이혜경, 최은영(1997), “한국 여성빈곤의 원인과 결과”,『연세사회복지연구』, 4.

이효재, 지은희(1988), “한국 노동자계급 가족의 생활실태: 노동력 재생산 과정을 중심으로”,『한국사회학』, 22(겨울호).

임재형(2005), “비선호시설건설 관련 공공분쟁의 특징에 관한 경험적 연구”,『정치 · 정보연구』, 11(1).

유진 외(2020),「과거사 청산을 위한 국가폭력 연구(Ⅱ): 1970년대 보안처분제도의 형성과 부랑인 단속・수용을 중심으로」, 서울: 한국형사정책연구원.

윤정란(2015),『한국전쟁과 기독교』, 한울아카데미.

장애여성공감(2020),『시설사회: 시설화된 장소, 저항하는 몸들』, 서울: 와온.

장경섭(2009),『가족 · 생애 · 정치경제: 압축적 근대성의 미시적 기초』, 창비.

_____(2018),『내일의 종언?: 가족자유주의와 사회재생산 위기』, 집문당.

장애와인권발바닥행동 · 인권기록센터 사이(2022),『집으로 가는 길: 시설사회를 멈추다』, 오월의 봄.

장혜경 외(2015),「정신장애인의 제도적 공간 거주 경험」,『서울도시연구』, 16(3).

정근식(2012), "노숙인 담론과 제도의 역사적 변동", 구인회 외 편,『한국의 노숙인: 그 삶을 이해한다는 것』, 서울대학교출판문화원.

_____(2014), "노숙인 지원에 관한 법률 비교: 법 제정의 맥락, 내용, 쟁점을 중심으로",『노숙 문제의 현실과 대응』, 서울대학교출판문화원.

정무권(2009), "한국 '발전주의'생산레짐과 복지체제의 형성",『한국 복지국가 성격 논쟁』, 서울: 인간과 복지.

정무용(2017), "1960~70년대 증대하는 유동성과 불안, 그리고 위험 관리로서의 사회개발",『역사문제연구』, 37.

정여진(2015),「정신장애인 입원 장기화에 영향을 미치는 보호자 요인」, 서울대학교 대학원 보건학 석사학위논문.

정진각외(2018),「선감학원 아동인권침해사건 보고서」, 국가인권위원회 · (사)아시아문화연구원.

제3시대그리스도교연구소(2017),『당신들의 신국: 한국사회의 보수주의와 그리스도교』, 돌베게.

제철웅(2017),「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 시행과 치료, 입원, 퇴원 절차에서의 정신장애인 지원 방안」,『서울법학』, 25(3)

_____(2022), "토론문", 정신건강복지법 개정방안 쟁점토론회, 국회 민주주의와복지국가연구회 외 공동주최(20222.9.28.)

조은(1990), "도시빈민 가족의 생존전략과 여성", 여성한국사회연구회편,『한국가족론』, 도서출판까치.

조이여울(2006), "'진보적 여성단체'의 위기",『뉴래디컬 리뷰』, 28.

조은주(2018),『가족과 통치: 인구는 어떻게 정치의 문제가 되었나』, 창비.

조한진(2006),「미신고 사회복지시설 양성화 정책의 평가」,『사회과학연구』, 22(1).

조한진 외(2012),「시설거주인 거주 현황 및 자립생활 욕구 실태조사」, 국가인권위원회 · 대구대학교.

조한진 외(2017),「중증・정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사」, 국가인권위원회.

주윤정(2007),「해방 후 한센인 관련 사회사업: 천주교계의 활동을 중심으로」,『교회사연구』, 29.

최봉영(2018), "정신질환 의료급여환자 입원 정액수가제의 문제점", 정신질환 의료급여환자의 의료불평등 해소를 위한 정책토론회 발표문(2018.5.28. 국회의원 정춘숙 주최).

최선영(2020),「한국여성의 생애과정 재편과 혼인행동의 변화」, 서울대학교 대학원 사회학과 박사학위 논문.

최원규(1996),「미국 민간원조단체의 활동과 한국의 사회사업 발전에 미친 영향」, 서울대학교 대학원 사회복지학과 박사학위 논문.

최은경(2022), "1970-1990년대 한국 유전자 산전진단기술 도입의 우생학", 대한의사학회 특별워크샵: 한국 우생학의 역사와 오늘. 부산대학교 과학기술인문학협동과정 · 인제대학교 인문의학연구소 공동주최(2022.4.29.).

최종숙(2021), "삶과 시간을 새롭게 쓰기: 진상규명운동, 그 후", 서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀 엮음,『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

추지현(2014),「'성폭력을 엄벌하다': 2000년대 성폭력 정책 담론의 구조와 효과」,『한국여성학』, 30(3).

_____(2017),「사법민주화와 엄벌주의」, 서울대학교 대학원 사회학과 박사학위 논문.

_____(2021), "사회적 배제의 기술들: 부랑인 단속과 노동력의 쓸모", 서울대학교 사회학과 형제복지원 연구팀 엮음,『절멸과 갱생 사이』, 서울대학교출판문화원.

하금철(2017),「한국의 부랑인 강제수용: 빈곤의 범죄화와 사회안보의 적 만들기」, 성공회대학교NGO대학원 NGO학과 석사학위논문.

_____(2020),「"앵벌이 장애인"의 외침은 어디로 갔는가: 1980-1990년대 영세 장애인 문제와 장애인운동의 대응」,『기억과 전망』, 42: 249-301.

한순미(2020),「위생, 안보, 복지: 1970년대 나병 계몽 운동의 변곡점: 잡지 〈새빛〉 수록 나병 계몽 운동 자료 검토(1970-1979)」,『지방사와 지방문화』, 23(2).

홍선미(2013), "정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방안", 정신장애인 인권증진을 위한 토론회, 국가인권위원회 주최(2013.11.18.)

황정미(2001),「개발국가의 여성정책에 관한 연구: 1960-70년대 한국 부녀행정을 중심으로」, 서울대학교 대학원 사회학과 박사학위 논문.

_____(2017),「젠더관점에서 본 민주화 이후의 민주주의: 공공페미니즘과 정체성 정치」,『경제와 사회』, 114.

황지성(2020b), 「요구호자의 시설화: 형벌-복지 연계와 젠더화된 신체의 수용」, 『젠더와 문화』, 13(2).

2) 국외 문헌

고프만, 어빙(2018), 『수용소: 정신병 환자와 그 외 재소자들의 사회적 상황에 대한 에세이』, 심보선 옮김, 문학과지성사.

글리슨, 브렌던(2020), 『장애의 지리학』, 최병두 외 옮김, 그린비.

김은정(2022), 『치유라는 이름의 폭력: 근현대 한국에서 장애 · 젠더 · 성의 재활과 정치』, 강진영 · 강진경 옮김, 후마니타스.

닐슨, 킴(2020), 『장애의 역사』, 김승섭 옮김, 동아시아.

다카시, 사카이(2011), 『통치성과 자유: 신자유주의 권력의 계보학』, 오하나 옮김, 서울: 그린비.

뒤센베리, 마야(2021), 『의사는 왜 여자의 말을 믿지 않는가: 은밀하고 뿌리깊은 의료계의 성편견과 무지』, 김보은 · 이유림 옮김, 한문화.

라긴, 찰스(2002), 『비교방법론』, 이재은 외 옮김, 대영문화사.

쇼터, 에드워드(2020), 『정신의학의 역사: 광인의 수용소에서 프로작의 시대까지』, 최보문 옮김, 바다출판사.

씰렌, 캐쓸린(2011), 『제도는 어떻게 진화하는가: 독일 · 영국 · 일본에서의 숙련의 정치경제』, 신원철 옮김, 모티브북.

이진경(2015), 『서비스 이코노미: 한국의 군사주의 · 성노동 · 이주노동』, 나병철 옮김, 소명출판.

웬델, 수전(2011), 『거부당한 몸: 장애와 질병에 대한 여성주의 철학』, 강진영 외 옮김, 그린비.

재럿, 사이먼(2023), 『백치라 불린 사람들: 지능과 관념, 법, 문화, 인종 담론이 미친 지적 장애의 역사』, 최이현 옮김, 생각이음.

재서노프, 앨런(2021), 『생물학적 마음: 뇌, 몸, 환경은 어떻게 나와 세계를 만드는가』, 권경준 옮김, 김영사.

체슬러, 필리스(2021), 『여성과 광기』, 임옥희 옮김, 위고.

카스텔, 로베르(2014), 「위험함에서 리스크로」, 콜린 고든 외 엮음, 『푸코효과: 통치성에

관한 연구』, 심성보 외 옮김, 난장.

클레어, 일라이(2020), 『망명과 자긍심: 교차하는 퀴어 장애 정치학』, 전혜은 외 옮김, 현실문화.

페데리치, 실비아(2013), 『혁명의 영점: 가사노동, 재생산, 여성주의 투쟁』, 황성원 옮김, 도서출판 갈무리.

페이트만, 캐럴(2001), 『남과 여, 은폐된 성적 계약』, 이종훈 · 유영근 옮김, 이후.

푸코, 미셸(2003), 『감시와 처벌: 감옥의 역사』, 오생근 옮김, 나남.

_____(2011), 『안전, 영토, 인구: 콜레주드프랑스 강의 1977~78년』, 오트르망 옮김, 난장.

_____(2015), 『사회를 보호해야 한다: 콜레주드프랑스 강의 1975~76년』, 김상운 옮김, 난장.

폴라니, 칼(2009), 『거대한 전환: 우리 시대의 정치·경제적 기원』, 홍기빈 옮김, 도서출판 길,

프레이져, 낸시(2017), 『전진하는 페미니즘』, 임옥희 옮김, 서울: 돌베개.

프로카치, 조반나(2013), "사회경제학과 빈곤의 통치", 콜린 고든 외 엮음, 『푸코 효과: 통치성에 관한 연구』, 심성보 외 옮김, 난장.

허먼, 주디스(2012), 『트라우마: 가정폭력에서 정치적 테러까지』, 최현정 옮김, 열린책들.

Addlakha, R.(2020), "Kinship Destabilized!: Disability and the micropolitics of care in urban India", *Current Anthropology* 61(21).

Annamma, S.(2018), *The pedagogy of pathologization: Dis/abled girls of color in the school-prison nexus*, Routledge.

Beckett, K. and Herbert, S.(2010), *Banished: The new social control in urban America*, Oxford Univ. Press.

Beckett, K. and Murakawa, N.(2012), "Mapping the shadow carceral state: Toward an institutionally capacious approach to punishment", T*heoretical Criminology* 16(2).

Ben-Moshe, L.(2011), "Disabling Incarceration: Connecting Disability to Divergent Confinements in the USA", *Critical Sociology* 39(3).

_____(2020), *Decarcerating Disability: Deinstitutionalization and Prison Abolition*, Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.

Ben-Moshe, L. & Magaña, S.(2014), "Intersectionality, disability studies, and

families of color", *Women, Gender and Families of Color* 2(2).

Berlant, L.(2007), "Slow death: Sovereignty, obesity, lateral agency", *Critical Inquiry* 33(4).

Biehl J.(2007), "A life: Psychiatric drugs and social abandonment", *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, eds., J. Biehl et al., Univ. of California Press.

Bracken, P. & Thomas, P.(2001), "Postpsychiatry: A new direction for mental health", *British Medical Journal* 322(24).

Burch. S. & Joyner, H.(2016), *Unspeakable: The story of Junius Wilson*, The Univ. of North Carolina Press.

Chapman, C(2014), "Five centuries' material reforms and ethical reformulations of social ilimination", *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, eds. L. Ben-Moshe et al., NY: Palgrave Macmillan.

Chapman, C. et al.,(2014), "Reconsidering Confinement: Interlocking Locations and Logics of Incarceration", *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, eds. L. Ben-Moshe et al., NY: Palgrave Macmillan.

Chenoweth, L.(1996), "Violence and women with disabilities: Silence and paradox", *Violence against Women* 2(4).

Cohen, C.J.(1997), "Punks, bulldaggers and welfare queens: The radical potential of queer politics?", *GLQ: A Journal of Lesbian & Gay Studies* 3.

Crenshaw, K.(1991), "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color", *Stanford Law Review* 43(6).

Dean, M.(1991), *The constitution of poverty: Toward a genealogy of liberal governance*, Routledge.

Donaldson, E.(2012), "The Corpus of The Madwoman: Toward a Feminist Disability Studies Theory of Embodiment and Mental Illness", *NWSA Journal* 14(3).

Erevells, N.(2011), *Disability and difference in global contexts: Enabling a transformative body politics*, NY: Palgrave Macmillan.

_____(2014), "Crippin' Jim Crow: Disability, dis-location, and the school-to-prison pipeline", *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, eds. L. Ben-Moshe et al., NY: Palgrave Macmillan.

Fabris, E(2011), *Tranquil prison: Chemical incarceration under community treatment orders* ,Univ. of Toronto Press.

Ferraro, K. and A. Moe(2003), "Mothering, Crime, and Incarceration", *Journal of Contemporary Ethnography* 32(1).

Freedman, E.(1981), *Their sisters' keepers: Women's prison reform in America 1830-1930*, The Univ. of Michigan Press.

Garland, D.(1987), *Punishment and Welfare*, Gower.

_____(2002), *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*, Oxford UP.

Gilmore, R.W.(2007), *Golden Gulag: Prisons, surpulus, crisis and opposition in globalizing*, California, Univ. of California Press.

Gordon, L.(1994), *Pitied but not entitled: Single mothers and the history of welfare, 1890-1935*, New York: Free Press.

Griffths, D.M. et al.,(2016), A difficult dream: Ending institutionalization for persons with intellectual disabilities with complex needs, NADD Press.

Gur, R. et al.(2015), "Burden of environmental adversity associated with psychopathology, maturation and brain behavior parameters in youths", *JAMA Psychiatry* 76(9).

Hacker, J.(2005), "Policy drift: The hidden politics of US welfare state retrenchment", *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*, eds. W. Streeck · K. Thelen, Oxford UP.

Harcourt, B.(2006), "From the asylum to the prison: Rethining the incarceration revolution", *Texas Law Review* 84(7).

Haritaworn, J., et al.(2014), *Queer Necropolitics*, Routledge.

Herman, E.(1995), *The romance of American psychology: Political culture in the age of experts*, Univ. of California Press.

Howell, A. & Voronka, J.(2012), "The politics of resilience and recovery in mental health care", *Studies in Social Justice* 6(1).

Hur, J.W. et al.(2015), "Parental socioeconomic status and prognosis in individuals with ultra-high risk for psychosis: A 2-year follow-up study", *Schozophrenia Research* 168.

Incite! Women of Color Against Violence(2016), *Color of Violence*, Duke UP.

J. Das et al.(2012), "The mental health gender-gap in urban India: Patterns and narratives", *Social Science & Medicine* 75.

Kafer, A(2014), *Feminist, queer, crip*, Indiana Univ. Press.

Kessler, R. et al.(1992), "Sex and depression in the National Comorbidity Survey: Cohort effects", *Journal of Affective Disorders* 30.

Kim, E.(2019), "Continuing presence of discarded bodies: Occupational harm, necro-activism, and living justice", *Catalyst: Feminism, Theory, Technoscience* 5(1).

Kittay, E.(2017), "Centering justice on dependency and recovering freedom", *Disability studies reader*(fifth edition) ed. L. Davis, Routledge.

Kline, W.(2001), *Building a better race: Gender, sexuality and eugenics from the turn of the century to the baby boom*, Univ. of California Press.

Lewiecki-Wilson, C.(2003), "Rethinking rhetoric through mental disabilities", *Rhetoric Review* 22(2).

Livingston, J.(2006), "Insights from an African history of disability", *Radical History Review* 94.

Love, H.(2011), "Reading the social: Erving Goffman and sexuality studies", *theory aside*, eds. J. Potts & D. Stout, Duke UP.

Nicki, A.(2001), "The abused mind: Feminist theory, psychiatric disability", *Hypatia* 16(4).

Mathew, T.(2010), "Disability, psychiatry, and eugenics", *The Oxford handbook of the history of eugenics*, eds. A. Bashford & P. Levine,, Oxford UP.

Meekosha, H.(2006), "What the hell are you? :An intercategorical analysis of race, ethnicity, gender and disability in the Australian body politic, *Scandinavian Journal of Disability Research* 8(2-3).

_____(2011), "Decolonising disability: Thinking and acting globally", *Disability & Society* 26(6).

Mohaney, J. & Thelen, K.(2010), "A theory of gradual institutional change",

Explainig institutional change: Ambiguity, agency and power, eds. J. Mohaney, & K. Thelen, Cambridege UP.

Mollow, A.(2006), "'When Black Women Start Going on Prozac': The politics of race, gender, and emotional distress in Meri Nana-Ama Danquah's Willow Weep for Me", *Disability Studies Reader* 2nd Edition, ed. L. Davis, Routledge.

Norgren, T.(2001), *Abortion before birth control: The politics of reproduction in postwar Japan*, Princeton UP.

OECD(2013), "Korea's increase in suicides and psychiatric bed numbers is worrying, says OECD", (original source: OECD(2014), *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care)*.

_____(2014), "Making mental health count". *FOCUS ON HEALTH*, July 2014.

Patal, V. et al.(1999), "Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies", *Social Science & Medicine* 49.

Price, M.(2015), "The bodymind problem and the possibility of pain", *Hypatia* 30(1).

Puar, J.K.(2012), "'I would rather be a cyborg than a goddess'" Becoming-intersectional in assemblage theory", *philoSOPHIA: A journal of continental feminism* 2(1).

_____(2017), *The right to maim: Debility, capacity, disability*, Duke UP.

Rafter, N.(1990), *Partial justice: Women, prison, and social control*, New Brunswick: Transaction Publisher.

_____(1997), *Creating born criminal*, Urbana: Univ. of Illinois Press.

Rembis, M.(2011), *Defining Deviance: Sex, Science and Delinquent Girls*, 1890-1960, Univ. of Illinois Press.

Ritchie, A.(2017), *Invisible no more*, Beacon Press.

Roberts, D.(1996), "Welfare and the problem of Black citizenship", *The Yale Law Journal* 105.

_____(1997), *Killing the Black body: Race, reproduction and the meaning of liberty*, Vintage Books.

Schrottle, M. & Glammeier, S.(2013), "Intimate partner violence against

disabled women as a part of widespread victimization and discrimination over the lifetime: Evidence from a German representative study", *International journal of conflict and violence* 7(2).

Scott, D(2005), "Colonial governmentality", *Anthropologies of modernity*, ed., J.X. Inda, Blackwell.

Soldatic, K.(2019), "Surplusity: Neoliberalism and disability and precarity", *Routledge Handbook of Disability Studies*, eds. N. Watson and S. Vehmas, Taylor & Francis.

Sudbury, J.(2005), "A world without prisons: Resisting militarism, globalized punishment, and empire, *Social Justice* 31(1/2).

Trent, J.(2004), *Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States*, Univ. of California Press.

Urfer-Parnas, A. et al.(2009), "Pre-morbid IQ in mental disorders: a Danish draft-board study of 7486 psychiatric patients", *Psychological Medicine* 40.

Willse, C.(2010), *The Value of Homelessness: Managing Surplus Life in the United States*, Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.

Wright, M.(2006), *Disposable women and other myths of global capitalism*, Routledge.

Zedner, L.(1991), *Women, crime, and custody in Victorian England*, Oxford: Clarendon Press.

Abstract

A Study on the Process of Institutialization of Women with Disabilities: A Case Study on the Seoul Reformatory for Women, 1961-2010

Jisung Hwang
Interdisciplinary Program in Gender Studies
The Graduate School
Seoul National University

This study investigates the factors that continue to accommodate women with mental disabilities in Korea and how gender, disability, class, and age intersect in this process. The representative group that has been subjected to institutionalization in Korean society is women with mental disabilities, and the place where their bodies should be located has been naturally accepted as a matter of the binary choice of facility or family. However, there was a lack of interest in how gender, disability, class, etc. intersect around this institutionalization. This study conducted a case study on the Seoul Women's Reformatory that has historically undergone various changes, from rehabilitation facilities that incarcerate the category of vagrant women in the 1960s to the present, which were reconstructed as welfare facilities for women with disabilities. Based on the perspectives of feminist disability stud-

ies and historical institutionalism, this study places the institutionalization of mentally disabled women in the process of change in the welfare system in Korean society, and analyzes how gender, disability, class, age etc. intersected in this process. The main findings of this study are as follows.

First, the key factor that drove the institutionalization of women with mental disabilities is the heterosexual normative family and gender relationship that materially constituted and deepened the disability of dis/abled women.

Korean society has shifted responsibility for the welfare and care of individual citizens to the family, and poor working-class women had to take responsibility for the social reproduction of their families as well as for their livelihood. Women's double labor, subordinate status, and gender violence intersected with poverty, producing and intensifying physical and mental disorders of many dis/abled women. Women were deprived of their status in the family due to gender violence and their role in the family that produced disability in the first place, and were institutionalized through neglect, abandonment, and entrustment.

Second, it is the family-centered and residual welfare system that made institutionalization of mentally disabled women.

Developing countries that prioritized economic growth delayed the establishment of a public welfare system, and in the absence of a welfare system, most of the poor working class continued to re/produce their lives on their own, regardless of whether or not they had a disability. Some vagrant dis/abled women who had no family members became recipient of facility aid due to crackdowns. Since the 1980s, when the social inequality and the risk of family social reproduction deepened due to the absence of a public welfare system, in-

stitutionalization was institutionalized as a risk-socialization. On the one hand, the government actively induces institutionalization through inherent layering, conversion, and drift of the existing family-oriented and residual welfare system, and on the other hand, fosters the private medical welfare industry. And a large population with overlapping identities such as vagrants, disabilities, and gender begins to flow into the institution. Despite the introduction of the public welfare system after the regime change, neoliberalization and the economic crisis create a huge blind spot in the system, and the absence of substantial equality and care causes people to experience discrimination due to class, disability, gender, age, etc. It will continue to institutionalize the population.

Third, it is the medical perspectives on disabilities and the interests of various actors, such as medical welfare experts, human rights and civil society, that have driven, tolerated, and justified the changes surrounding institutionalization.

Expert groups in mental health, education, and welfare constructed vagrants and prostitutes etc. who worked for a living regardless of disabilities as eugenics and psychopathological risks by engaging poverty, disability, and gender and justified institutionalization in terms of therapeutic governance. The rise of the international human rights regime since the 1980s has rendered eugenics no longer a political influence, however, the discursive practice of specialized treatment/rehabilitation/welfare that replaced eugenics continues to construct mental disorders as biological defects or objects of medical treatment. The human rights and civil society camps that emerged through democratization put the brakes on anti-human rights restraint systems and practices during the authoritarian era, but the institutionalization of subjects with disability, gender, and class inter-

secting, who were defined as “abnormal” others with biological defects and had to be housed in institutions, are excluded from the discussion of 'human rights' based on liberal identity. Today, the dominant discourse in the more medicalized and individualized medical welfare field constructs minorities as objects of individual treatment and rehabilitation, and institutionalization is justified by framing it as individual need.

In this way, the institutionalization of the intersectional subject of mentally disabled women in Korean society could be continued and effectively invisible with the existence of heterosexual normative families and welfare systems centered on them. This means that deinstitutionalization discussions and movements cannot be separated from gender politics, and we need to focus on the history of closely interconnected system of families and institutions which has supported a productivity-efficiency-centered political economy that does not recognize the value of care.

Keywords: institutionalization, mentally disabled women, familal liberalism, intersectionality
Student Number: 2016-32062