

정신건강서비스 영역 내 동료지원 활동 비교 연구

- 서울시 동료지원 사업 운영에의 함의 도출을 중심으로 -

A Comparative Study on Peer Support Activities in the Mental Health Service Area
- Focused on Deriving implications for the Management of the Peer Support Project in Seoul -

김한별¹⁾, 나은영¹⁾, 이승연¹⁾, 손지훈²⁾, 조성준^{1,3,4)}

H.B. Kim MSW, E.Y. Na MSW, S.Y. Lee MSW, J.H. Sohn MD, Ph.D, S.J. Cho MD, Ph.D

초록

- **연구목적** : 본 연구는 정신건강 영역 내 동료지원가의 교육, 활동(직무), 운영체계, 효과성에 대해 문헌을 통해 검토하고 비교하여 추후 서울시의 사업 방향성을 모색하고자 하였다.
- **연구방법** : 정신건강 영역 내 동료지원 사업에서 선진적인 역할을 하고 있는 미국과 영국을 선정하여 국가 별 동료지원 활동(직무)의 형태 및 운영모델 등의 자료에 대한 문헌연구를 실시하였다.
- **연구결과** : 동료지원 교육과정에서 공통적인 요소는 동료지원가와 서비스를 받는 당사자 상호간의 회복과 자기개방에 초점을 둔다는 것이었다. 교육 시간은 미국 40~100시간, 영국 60시간, 한국 40시간 정도였다. 동료지원 활동(직무)에서는 주로 동료상담 및 지역사회 정착을 위한 지원을 담당하였다. 동료지원 운영시스템에서는 미국과 영국의 일부 지역에서 동료지원을 제도화하여 고용을 진행하고 확대하고자 노력하고 있었으나 한국은 기관에 따라 활동을 진행했고 제도화된 형태는 아니었다. 동료지원의 효과에 대해서는 공통적으로 미래와 회복에 대한 긍정적인 인식, 재입원 감소 그리고 상호 간의 회복 지원으로 나타났다.
- **결론** : 서울시 동료지원 사업의 실효성을 높이기 위해서는 동료지원의 교육과정과 운영시스템에 있어 교육 시간을 증가시키고 회복 및 상담기법 등에 대한 카테고리보다 세분화한 커리큘럼 마련이 필요할 것으로 보인다. 또한 동료지원의 보급을 위해 국가적 인차원에서 인식과 제도적 지원이 요구된다.
- **주요용어** : 정신건강, 회복, 동료지원, 사용자, 사회적 지지

Abstract

- **Objective** : The study aims to review and compare articles in the mental health area about education, activities (duties), operating system, and effectiveness of peer supporters in order to set the business plan for the city of Seoul.
- **Methods** : The U.S. and the U.K., which play an advanced role in peer support projects in the mental health sector, conducted a literature study on such data as types and operating models of peer support activities in each country.
- **Results** : A common element in the peer support curriculum was the fact that it focuses on peer support and self-disclosure between the recipients of the service. The education takes about 40 to 100 hours in the U.S., 60 hours in the U.K., and 40 hours in Korea. As for the peer support activities, primarily covered are the peer consultation and support for community settlement. In terms of the operating system for peer support, some areas in the U.S. and U.K. are seeking to institutionalize the peer support to proceed and expand the recruiting. Unfortunately, in Korea, each agency has its own authority instead of any institutionalization. For the effect of peer support, there was a positive recognition for future and recovery, a decrease in re-admission rate, and mutual support for recovery.
- **Conclusion** : In order to enhance the effectiveness of the Seoul Peer Support Program, it is necessary to increase the time assigned for education and operation system for peer support and to establish a curriculum that further subdivides categories such as recovery and counseling techniques. In addition, awareness and institutional support at the national level are required for the dissemination of peer support. opportunity to experience 'growth'.

1) 서울시정신건강복지센터 (Seoul Mental Health Welfare Center)

2) 서울대학교병원 공공보건의료사업단 (Seoul National University Hospital Public Health Medical Service)

3) 서울대학교병원 정신건강의학과 (Seoul National University Hospital Neuropsychiatry)

4) 교신저자 (Corresponding author) : E-mail (sjcho0812@hanmail.net)

• Keyword : Mental health, Recovery, Peer support, Recipient of service, Social support

1. 서론

직업은 인간이 사회에 참여하며 사회적 지위를 통해 욕구를 충족하고 자기실현과 경제적 독립을 성취할 수 있는 수단이다. 직업은 삶의 전반적인 영역에서 영향을 미치고(황태연 등, 1998), 삶의 가치부여에 있어 중요한 부분이며 경제적·심리적 독립을 가능하게 한다(이순희, 2009).

그러나, 장애인의 노동권 보장과 직업을 통한 사회참여는 비장애인에 비해 진입장벽이 높은 편이다. 한국은 일반적인 취업알선과 양적인 취업실적을 목표로 사업성과를 측정하고 있으며, 외부기관과의 연계보다는 직접적 사업 수행을 선호하고 있기 때문이다(심진예 등, 2017). 즉, 일반적인 취업알선에 초점을 두다보니 장애의 특성에 대한 이해도가 높은 외부기관 및 전문가에게 연계하는 취업 서비스가 많지 않으며, 양적인 취업실적을 사업성과로 측정하고 있다. 이는 장애의 특성이 반영된 안정적이고 질 높은 취업형태가 아닌 특성과 맞지 않는 직무를 수행하고 있음을 시사한다. 정신건강 영역 내에서 직업재활은 개인의 능력이나 장애의 특성이 고려되지 않은 채 직무 배치가 이루어지며 단순 노동직에 한정된 직업알선이 대부분을 차지하고 있다(장혜경, 2017).

2017년 한국의 장애인 등록자 수는 2,545,637명이며 2016년 대비 1.4% 증가하였다(임예직, 2018). 이 중 정신장애인은 101,175명으로 2012년 95,424명에서 매년 증가하는 추세를 보이고 있으며 2017년 5월 기준, 15세 이상 경제활동이 가능한 정신장애인은 100,038명으로 경제활동이 가능한 전체 장애인구 2,460,080명 중 4%를 차지하고 있다(임예직, 2018). 경제활동이 가능한 정신장애인 100,038명 중 취업자는 10,825명으로, 전체 장애인 고용률 평균 36.5%, 지체장애(중·경증) 45.9%, 시각장애(중·경증) 43.1%와 비교하였을 때 정신장애인은 10.8%로 상대적으로 낮은 비율을 차지하고 있다(박혜원 외, 2017).

2017년 5월 기준, 장애인 임금근로자의 직업별 분포에 의하면 '단순노무종사자' 38.6%, '사무종사자' 15.9% 순으로 나타났다. 2016년 '단순노무종사자'는 26.7%였으나 2017년 '단순노무종사자'는 38.6%로 전년 대비 크게 증가했고(박혜원 외, 2017), 이는 장애의 특성이 고려된 직군이 많지 않으며 오히려 더 많은 인력이 단순한 업무에 투입되었음을 알 수 있다. 또한, 장애인 임금근로자 기준 평균 근로 근속기간은 6년, 주당 평균 근무시간은 37.7시간, 평균 임금은 178만원인 것에 비해 정신장애인 임금근로자는 평균 근속기간 3년 7개월, 주당 평균 근무시간은 31.1시간, 평균 임금은 73만원으로 나타났다(박혜원 외, 2017). 전체 장애인에 비해 근무시간은 큰 차이가 없었으나 근속기간과 평균임금은 약 2배 이상 차이가 나는 것을 알 수 있다.

한국사회는 정신질환에 대한 편견과 낙인으로 인해, 사업주들이 정신장애인의 고용에 소극적이며 구직에 대한 기회와 취업이 가능한 직종 자체가 매우 제한적인 실정이다. 특히, 정신질환은 스트레스에 취약한 특성을 가지고 있어 안정적으로 업무를 수행하고 유지할 수 있는 직무와 환경이 필요하다. 이 뿐만 아니라 사회는 장애인에게 안정적인 일자리 제공 및 취업 유지 그리고 사회참여의 기회를 제공할 책임이 있으며(이순희, 2009), 정신건강 관련 기관에서도 연계 활성화 정책 및 제도마련에

적극적인 참여가 필요함을 주장하고 있다(하경희, 2012). 더불어 사업주나 시민을 대상으로 정신장애인의 편견 해소 및 인식에 대한 올바른 교육과 홍보를 제공할 필요도 있다.

오랜 기간 동안 정신건강 영역에서는 증상의 완화 혹은 완치를 목적으로 하는 의료모델에 초점을 두었다. 1980년대 이후 당사자의 회복 경험담과 중단연구를 통해 정신장애에 대한 사회적 편견 및 부정적인 인식과는 달리 대다수가 지역사회에서 회복을 하고 있음이 알려졌다(Anthony, W. A., 1993). 이를 계기로 1990년대에 '회복 패러다임'이 확산되면서 당사자의 참여와 자기결정권 등에 초점이 맞추어졌다. 증상의 완화여부와 관계없이 지역사회에 적응하고 참여하는 삶을 중점으로 두기 시작했고, 패러다임의 변화로 당사자 주도의 동료지원 활동이 출현하게 되었다.

이러한 내용들을 배경으로 서울시정신건강복지센터는 정신장애인 일자리 창출을 위해 2012년 한국장애인고용공단 고용개발원과 MOU를 체결하고 정신장애인의 특성이 반영된 직무 17종을 개발하였다. 그 중 서비스를 제공하는 당사자와 수혜자 간의 회복을 도모하고 고용가능성이 높은 동료지원가 직무에 초점을 두어 정신장애인 고용지원 사업을 시작하게 되었다.

2013년부터 '고용활성화 프로젝트'라는 이름으로 동료지원가를 양성하여 직업으로 활동할 수 있도록 지원하였고 2018년, 총 41명의 동료지원가가 배출되었다. 신정하(2013)에 의하면 동료지원서비스는 동료지원가와 서비스 이용자들의 회복에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 동료지원가가 정신장애인의 새로운 직무로 적합하여 보급 및 확산되어야 한다는 설문에 대해 50% 이상이 '매우 그렇다'에 응답했다. 동료지원가는 당사자만이 공감하고 나눌 수 있는 경험의 영역에서 전문성을 가지고 사회참여의 롤 모델 역할을 수행할 수 있으며, 상호 간의 회복을 도모하는 부분에서 정신장애의 특성이 반영된 직종이라는 의견이 많았기 때문이다(신정하, 2013). 이러한 연구를 통해 동료지원은 정신건강 영역에서 필요한 서비스임이 확인되었고 제도적인 자리매김을 위하여 지속적인 성장과 발전이 필요함을 인식하였다.

2017년 정신보건법이 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률로 전면 개정되면서 정신장애 당사자의 인권과 더불어 주거, 고용에 대한 중요성이 부각되고 있다. 이에 본 연구에서는 정신건강 영역 중 동료지원 활동을 선진적으로 진행하고 있는 미국, 영국의 동료지원 교육, 활동, 운영 시스템과 효과 등에 대한 내용을 살펴보고 서울시에서 시행하고 있는 동료지원 서비스를 포함하여 비교분석을 진행하고자 한다. 이를 통해 동료지원 사업의 발전 방향성 모색 및 서울시에 적합한 정신건강 정책 수립을 위한 근거 마련에 기여 할 수 있을 것으로 보인다.

II. 이론적 배경

1. 정신질환 패러다임의 변화: 회복모델

과거, 조현병은 완치가 불가능한 만성질환으로 간주되었으나 정신건강 영역에서 회복 패러다임이 강조됨에 따라 개인의 회복을 어떠한 관점으로 볼 것인지 관심을 가지기 시작했다(Manorom, N. N., 2013).

영국의 경우, 1950년 이전까지만 해도 정신질환자들을 모두 수용하여 사회로부터 격리하는 운영을 유지하여왔다. 1950년대 의약품의 발전으로 증상 완화에 초점을 두기 시작했고(오혜경, 1996) 이로부터 의료 모델이 출현하였다. 1959년 정신보건법이 제정된 후 정신이상자 입증제도(정신질환이 있을 경우 시민으로서 기본권 박탈)가 폐지되면서 스스로 퇴원할 권리가 주어졌다(김연옥, 2010). 이후 1970년대 수용제도의 철폐가 시작되면서 당사자가 지역사회로 나오기 시작했다(오혜경, 1996).

미국의 경우, 1963년 지역사회 정신보건센터법이 제정되면서 지역 내 정신장애인들의 지지체계 마련을 위해 일정 규모의 서비스 제공시설을 만들고자 하였다(김연희, 2005). 1970년대 장애인을 위한 공격 자금제도가 마련되면서 지역사회 내 정신장애인들의 경제적 기반이 형성될 수 있었고, 탈 시설화가 가속되기 시작하였다(김연희, 2005). 1980년대 공동체 및 지역사회 지지운동이 시작되면서(Anthony, W. A., 1993) 당사자의 목소리가 커지기 시작했고 회복모델이 부상하게 되었다. 의료모델에서 회복은 증상 호전 및 치료의 관점이라면 회복모델에서는 정신질환이 있음에도 사회적 참여가 가능하며 인간다운 삶을 살아갈 권리를 주장하는 것에 초점을 두고 있다. 즉, 회복모델의 전제는 정신질환이 있음에도 회복이 가능하다고 보는 것이다(Frese, F. J., & Davis, W. W., 1997).

신체장애 분야에서 회복은 흔히 볼 수 있는 개념이었으나, 정신건강 영역에서는 크게 관심을 받지 못했었다(Spaniol. L., 1991). 신체장애의 경우 형태나 기능이 장애 전 상태로 온전히 돌아가지 않았음에도 불구하고 회복되지 않았다고 표현하지 않는다(Harrison, V., 1984). 후천적인 요인들로 인해 하반신 마비가 된 환자의 척추 기능이 온전히 돌아오지 않았음에도 재활과 사회참여를 통해 회복을 할 수 있다고 말하는 것과 같은 맥락이다. 즉, 정신질환에서도 질환이 없어지거나 기능이 원상태로 복구되지 않았음에도 불구하고 회복 할 수 있다는 의미이다(Anthony, W. A., 1990).

회복모델에서 회복의 정의는 각 사람마다 다르게 나타내고 있다(Bland, R., & Tullgren, A., 2014).

[표 1] 회복의 정의

구분	내용
Anthony, W. A. (1999)	질병으로 인한 한계를 가지고 있지만 희망적이고 새로운 의미를 수반하며 살아가는 과정
Australia Victorian Department of Health(2011)	개인마다 가진 고유한 경험을 통해 스스로 행복한 삶을 살기 위한 독특한 과정
Slade, M. (2009)	임상적 회복은 증상을 극복하는 것 개인적 회복은 Anthony, W. A.의 회복개념을 반영하여 인간다운 삶을 사는 것, 대부분의 사람들은 임상적 회복을 주장하지만, 당사자들은 개인적 회복을 옹호

표1. 의 내용을 참고하면, 대부분 회복의 정의가 비슷한 맥락을 가지며 질환의 유무나 증상의 심각성과는 무관하게 개인의 삶을 살아가는 것으로 본다. 회복모델에서 회복은 증상 제거 혹은 완화보다는 개인의 고유한 경험을 바탕으로 스스로에 대한 책임감을 가지고 타인과 함께하는 사회적 과정으로 인식한다(Jacobson, N., & Greenley, D., 2001). 즉, 개인의 삶에서 증상, 장애, 사회적인 제약을 극복하는 과정이라는 것이다(Anthony, W. A., 1993; Deegan, 1997; Sullivan, 1994; Frese, F. J., & Davis, W. W., 1997; Pettie, D., & Triolo, A. M., 1999; Provencher et al., 2002).

2. 동료지원의 등장배경

정신건강 영역에서 정신질환을 가진 사람들은 주로 환자로 표현되며(Pilgrim, D., & Rogers, A., 1999) 신체장애나 타 장애와 달리 장기간의 회복과 안정적인 생활 유지를 위해 다양한 자원을 필요로 한다(Mueser, K. T., & McGurk, S. R., 2014). 이를 위해 다양한 분야의 전문가들이 흔히 말하는 재활서비스를 제공하여왔다(김민 등, 2014).

동료지원의 등장은 1970년대 미국과 네덜란드의 정신건강 서비스에서 흔히 ‘생존자’라고 불리는 당사자 집단의 성장과 연관이 있다. 미국의 경우 1970년대 지역사회 지원시스템 개발 시 전문가뿐만 아니라 당사자의 동료지원을 필수요소로 인식하기 시작했다(Solomon, P., 2004). 1970년대 미국에서부터 시작된 당사자 운동의 영향은 권익주장을 활성화하였고 변화의 흐름에 따라 많은 당사자들이 자신의 경험을 글로써 알리기 시작하였다(최윤경 & 최송식, 2007). 이는 상호간의 희망을 주기 위함이었다(배정규, 2005). Anthony, W. A(1993)는 당사자의 수기를 통해 질병에 대한 대처와 사회적인 방법이 전문가들의 의견과 다른 점을 발견했고, 개인의 기능보다는 상황에 대처하는 주관적인 경험을 중요하게 생각했다. 이후 1990년대 회복모델 혹은 회복 패러다임이라는 이름으로 미국 전역에 변화가 일어났다(Frese et al., 2001; Jacobson, N., & Curtis, L., 2000). 즉, 전문가는 알 수 없는 증상 및 병과 관련된 주관적인 경험과 대처법을 당사자로서 표현하고 공감해 줄 수 있는 능력이 있음을 확인하게 된 것이다.

한국의 경우, 2006년에 UN장애인권리협약이 채택되어 2009년에 발효되었다. 이러한 배경들을 계기로 국가 및 단체에서 장애인의 정책과 제도에 대해 관심을 갖기 시작하였고, 장애인 당사자 운동은 2000년대 이후부터 활발해지기 시작하였다(문숙현, 2011). 2000년대 후반 정신장애인 조직이 형성되었고 회복을 지향하는 정신재활시설을 중심으로 동료상담 및 동료지지 서비스가 천천히 시도되고 있다(하경희, 2014). 특히, 동료 간의 관계를 통해 같은 처지에 있음을 느낄 수 있고(박선영, 2011) 서로의 삶의 방식을 공유하고 교환함으로써 회복과 삶의 목표 달성을 촉진할 수 있는 요소로 강조되고 있다(하경희, 2014).

3. 동료지원의 개념

정신건강 영역에서 당사자들은 오랜 기간 동안 정신질환으로부터 느끼는 개인적인 고통과 아픔을 서로 공감해주기 시작했고, 그들의 지원에 대한 이점을 인정하기 시작했다(Simpson et al, 2014). 동료지원서비스 제공자를 동료지원가라고 부르고 있으나 해외의 많은 논문들에서 peer support, peer specialist, peer support specialist, certified peer support, peer support worker, peer to peer, peer worker 등으로 명명하고 있어 맥락은 비슷하나 동료지원가를 칭하는 합의된 명칭은 없는 상태이다.

그러나, 동료지원에 대한 개념은 각 나라마다 비슷하게 정의되고 있다.

[표 2] 동료지원의 개념

구분	내용
한국	정신건강 전문가에 의한 서비스가 아닌 당사자의 회복 경험 및 관련 지식 공유를 통해 도움이 필요한 동료의 회복을 돕는 것(신정하, 2013)
영국	병을 경험한 사람들이 원하는 사회적 또는 개인적 변화를 가져오기 위해 비슷한 조건을 공유하는 것 유사한 경험을 공유하는 친구이자, 공식적이면서도 비공식적인 지원(Simpson et al., 2014)
미국	광범위하게 살아있는 경험을 토대로 회복을 원하는 동료에게 필요한 서비스를 제공하는 것(Cronise et al., 2016) 정신건강 상에서 상당한 회복을 경험한 사람 중 다른 사람에게 서비스 및 지원을 제공하는 한 명 이상의 사람을 포함함을 개념화한 것(SAMHSA ⁴⁾ , 2015). 심각한 정신질환을 진단받았으나 정신건강 시스템에서 안내자의 역할을 하는 것(Gomez, T. L., 2013)

표2. 를 참고하면 동료지원은 비장애인전문가가 아닌 장애인 당사자가 살아온 삶의 방식과 그들의 역량을 강조하는 회복모델의 관점에 부합한다. 또한, 동료지원은 질병으로 인해 경험한 것(증상 및 회복 등)들이 헛되지 않음을 반영해준과 동시에 도움이 필요한 상대와 상호교류를 통해 지지체계를 형성하고 사회에 참여할 수 있도록 방향을 제시하고 있다.

III. 연구방법

1. 연구목적

현재 서울시를 포함하여 동료지원 서비스를 선진적으로 시행하고 있는 해외의 동료지원 활동, 훈련과정, 운영방법과 효과성 등에 대해 비교분석을 진행하여 추후 동료지원 사업의 발전 방향성 모색 및 서울시에 적합한 정신건강 정책 수립을 위한 근거자료를 마련하고자 하였다.

2. 연구대상 및 방법

본 연구는 동료지원 사업의 발전 방향성 및 정신건강 정책 수립을 위한 근거자료 마련을 위함이기에 서울시와 비슷한 수준이 아닌 보다 선진적인 두 국가를 선정하여 조사하였다. 미국과 영국의 경우 탈 시설화가 제도적으로 시행된 이후 정신장애인들의 지역사회 정착 및 지원체계 마련을 위한 후속적 조치에 적극성을 보였다. 동료지원 사업의 경우 사람이 사람에게 서비스를 제공하는 활동이 주를 이루고 있으며 동료지원을 제공할 수 있는 당사자의 수가 제한적이고 국내에서는 동료지원과 관련된 연구 자료가 부족한 실정이었다. 이에 이미 발표된 연구의 결과나 자료를 수집하여 문제를 분석하고 현 실태를 파악할 수 있는 문헌연구를 실시하였다. 이를 통해 한국에서 시행하고 있는 동료지원 사업의 발전을 위해 선진적으로 진행하고 있는 해외의 자료를 바탕으로 방향성을 모색하고자 동료지원 서비스에 대한 각 나라별 운영 현황 및 특징을 검토하였다. 관련 데이터는 주로 정신건강 관련 보고서, 정신건강 관련 학술논

4) Substance Abuse and Mental Health Services Administration

5) Recovery Opportunity Center

문 등을 포함하여 온라인 및 오프라인에 게재된 다양한 연구를 참고하였다. 해외 자료의 경우 주로 각 나라의 보건부처 혹은 대학교 연구소, 석·박사 학술 논문 웹사이트를 통해 질적 연구자료, 통계자료를 중심으로 수집 및 분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 동료지원가 교육과정

정신건강 영역 내에서 당사자들은 오랜 기간 동안 기존의 정신건강 서비스(전문가 중심)에 대해 도전하며 동료 간 도움을 주었음을 인정해 왔다(Simpson et al., 2014). 동료지원가는 단순히 회복의 경험만으로 활동하기에는 한계가 있다. 왜냐하면 그들이 경험한 삶에 대한 이야기를 충분히 공유할 준비가 되어야 하며, 일방적인 경험을 통한 서비스 제공이 아닌 상호간의 교류가 필요한 작업이기 때문이다. 더 나아가 동료지원가를 단순한 동료로 보는 관점에서 벗어나려는 변화가 시도되고 있다. Pitt, V et al(2013)에 따르면 정신건강 영역에서 소비자 즉 당사자를 서비스 제공자로 고용하는 효과에 대해 평가하고 있으며 당사자가 삶의 경험을 나누어 상호 회복을 도모하는 서비스에 대해 전문성을 갖출 수 있도록 하는 시도들도 늘어나고 있다. 이에 각 나라별로 동료지원가 양성 혹은 교육의 전반적인 과정에 대해 비교하고자 한다.

1) 미국

미국의 경우 정신건강 영역에서 회복모델이 강조되면서 수십 년 동안 동료들이 서로에게 도움을 주어왔지만 동료지원가를 전문화하기 위한 교육, 시험, 인증프로그램은 약 10년 정도 밖에 되지 않는다(Gomez, T. L., 2013). 2001년 조지아 주에서 처음으로 동료지원가 양성 및 교육 프로그램을 만들었고, 그 이후 많은 주에서 변화하는 흐름에 참여하였다(Gomez, T. L., 2013). 현재 미국 대부분 주의 정신건강 시스템 상에서 동료지원가 인증제도가 존재하며, 주 체계에서 동료지원가를 고용하고 있기 때문에 교육은 필수적이다(Daniels et al., 2010). 최근 정신건강 영역 내에서 동료지원가는 공인된 형태이며 뉴욕은 동료지원가를 교육시키고 처음으로 인증화하였다(Grant, E et al., 2012). 그러나 미국의 모든 추가 동일한 인증과정을 가지고 있는 것은 아니며(Gomez, T. L., 2013), 인증제도가 있을 경우 대부분은 그 주의 정신건강부서가 운영하며 일부 주에서는 교육기관 혹은 옹호 단체들이 담당하고 있다(Daniels et al., 2010). 미국 내 30개 이상의 추가 동료지원가에 대한 교육 기준을 개발하고 있으며(Daniels et al., 2010), 교육 기준이 있는 대부분의 주에서는 동료지원 인증에 대한 교육시간 기준을 가지고 있다. 동료지원 교육과 관련하여 15개 주를 조사하였을 때, 교육시간 최소 40시간 최대 100시간으로 다양했다(Daniels et al., 2010).

미국에서는 동료지원가를 고용하고자 하는 흐름에 맞추어 프로그램들이 개발되어 운영되며 동료지원가 교육 프로그램은 다음과 같은 사항에 초점을 맞추고 있다(ROC⁵⁾).

- (1) 직장에서 사용 가능한 지원기술 개발
- (2) 개인의 회복 탐색 및 개발
- (3) 인증 받은 동료지원가로서 본인의 강점, 책임 인식 등에 대한 지원

교육 프로그램은 주로 지식함양 뿐만 아니라 실무자의 능력도 배울 수 있도록 다양한 연습과 역할극 등으로 구성된다(ROC). 캘리포니아의 경우 동료지원가 교육은 3가지 모듈이었으며 아래의 표에 나오는 과정은 2주, 총 76시간이며 최소 15명에서 최대 22명의 인원으로 구성되어 있다(ROC).

[표 3] 미국의 동료지원가 커리큘럼(ROC)

part1. 개인의 발전: 스스로에 대한 이해	
회기	주제
1	회복 <ul style="list-style-type: none">- 회복의 정의 - 잘 사는 삶(wellness)의 개념과 회복의 경로 이해
2	동료지원의 힘 <ul style="list-style-type: none">- 동료지원가와 동료지원의 효과 이해 - 상호교류의 중요성 이해 - 동료지원의 중요한 지식 습득
3	자존감 향상 및 자기언어 관리 <ul style="list-style-type: none">- 개별적인 자존감 정도 파악 - 낮은 자존감이 서비스에 미치는 영향에 대한 이해 - 자존감 향상 방법 및 긍정적인 실천 방법 습득
4	지역사회, 문화 그리고 환경 <ul style="list-style-type: none">- 개인의 지역사회를 살펴보고 회복의 역할 탐색 - 역사가 문화에 미치는 영향 학습 - 지역의 다양성을 인지하고 이를 동료지원에 적용
5	의미와 목적 <ul style="list-style-type: none">- 스스로의 내면에 집중 - 타인과의 관계를 방해하는 패턴 인식 - 자신의 독특한 재능을 이해하고 실천으로 옮기면서 나누기
6	정서적 기능 <ul style="list-style-type: none">- 적극적인 정서기술을 통해 타인에게 적용하기 - 정서적 기술 사용 시 어떻게 타인에게 모델링이 될 수 있는지 토론
part 2. 전환점: 일을 위한 준비	
회기	주제
1	나의 이야기 나누기 <ul style="list-style-type: none">- 한 사람의 이야기 속에 주인공이 되어보기 - 한 사람의 인생 구성을 이해하기 - 한 사람의 이야기가 타인에게 어떤 영향을 주었는지 학습 - 이야기가 회복을 촉진하는 데 가진 힘에 대해 감사하기
2	회복의 과정으로서의 고용 <ul style="list-style-type: none">- 되돌려주는 것에 대한 치유의 힘을 이해 - 강점과 목표에 대해 평가하는 것을 학습 - 윤리와 경계에 대한 중요성 학습
part 3. 기술 향상	
회기	주제
1	의사소통 기술 <ul style="list-style-type: none">- 경청의 중요성 - 동료지원가로서의 의사소통 - 개방형 질문과 폐쇄형 질문 사용 - 대화 차단 방지법 - 분노 다루기

6) Sainsbury Center for Mental Health

7) Scottish Recovery Network

2	갈등 해결 <ul style="list-style-type: none">- 갈등해결의 중요성 - 갈등의 유형이 다름 이해 - 갈등 해결 가이드라인 학습
3	회복탄력성에서 오는 회복 <ul style="list-style-type: none">- 결과와 자연스러움에 대해 이해 - 회복의 과정을 어떻게 시작할 것인지 학습 - 회복탄력성의 힘에 대해 감사하기 - 어떻게 회복할 것인지 기술 습득
4	통합적인 치료와 동료지원의 역할 <ul style="list-style-type: none">- 동료지원가와 통합적 치료에 대한 역할 이해 - 통합적 치료의 목표 이해 - 감사를 통과할 수 있는 서류작업 능력 개발
5	사람들과 함께하기 <ul style="list-style-type: none">- 회복 접근 방식의 중요성 이해 - 회복코칭의 개념 인지 - 정신문제를 다루는 기술 습득 - 경청의 힘에 대해 감사
6	동료지원 활동 : 전문가와의 협력 <ul style="list-style-type: none">- 변경사항 및 진행상황 공유 - 전문가와의 협력 중요성 이해

교육 비용은 대부분 프로포절을 통해 조달받거나 그 주의 공적자금으로 부담하고 있으며, 교육을 진행한다고 해서 모든 주에서 제도적 효력을 갖지는 않는다. 그러나 해가 갈수록 동료지원가 인증제도를 갖춘 주가 증가함에 따라 제도화를 확대 하고자 하는 추세이다.

2) 영국

영국에서 사용되는 ‘회복’의 개념과 정의(Perkins, R., & Slade, M., 2012) 그리고 제도적인 영향은 미국에서부터 시작되었다(Simpson et al., 2014). 2001년 정신건강 영역에서 ‘회복’이라는 개념이 등장했고, 정부의 정책목표로 포함되기 시작했다(Perkins, R., & Slade, M., 2012). 2010년 영국의 정치적 세력 변화로 정신건강 영역에서 “정신 건강 없이는 건강도 없다: 정신건강을 전 연령대에 적용하는 전략”을 발표했다(HM Governmnet, 2011). 즉, 정신건강 영역에서의 회복을 중점으로 보기 시작했고, 전문가의 지식과 회복의 경험을 혼합해서 제공하는 것이 필요하다고 했다(Perkins, R., & Slade, M., 2012). 그 리고, 정부의 주 정책 중 회복 실천을 위한 정책의 변화 Implementing Recovery - Organisational Change(ImROC)라는 정책 프로그램 이 포함되었다(HM Governmnet, 2011). 이 프로그램의 내용은 회복 을 중점으로 한 서비스 제공을 위해서는 적절한 교육을 받고 동료지원 활동을 하고 있는 당사자가 50%정도는 포함되어야 한다는 목표가 명시 되어 있다(SCMH⁶⁾, 2009). 그만큼 정신건강 영역 내에서 회복을 도모 하기 위해서는 당사자 지원이 필수적이라는 것을 알 수 있다.

영국은 정신건강 서비스에서 동료지원의 중요성을 강조해왔고, 동료지 원가 역할 개발이 회복을 촉진하고 지원할 수 있는 수단이라 생각하고 있다(Bradstreet, S., & Pratt, R, 2010). 2005년 이후, SRN⁷⁾에 의해 동료지원가가 양성되기 시작했다. 2006년부터는 회복에 초점을 맞추 어 동료지원가 역할 개발에 대한 내용이 스코틀랜드 정부의 정신건강 서 비스 정책에 포함되었고(Scottish Executive, 2006), 그 결과 다섯 곳 의 보건 위원회에서 시범 사업을 시작하였다(Bradstreet, S., & Pratt, R, 2010).

영국의 한 대학병원에서는 퇴원한 정신과 환자들의 20%~40%가 퇴원 후 6개월 이내에 재입원한다고 보고했다(Simpson et al., 2014). 이에 퇴원 후 결과를 개선하기 위하여 기존의 사후 관리에 동료지원 서비스를 추가하여 진행하도록 하였다(Simpson et al., 2014). 동료지원 서비스를 제공하기 전에 동료지원가를 교육하는 과정을 필요로 한다. Simpson et al(2014)의 연구에 따르면, 당사자를 대상으로 정신건강 관련기관에 동료지원가 교육을 홍보하고, 모집신청 후 1차 전화면접과 2차 집단면접을 진행한다. 1차 전화면접은 자신이 경험한 정신질환에 대해 얼마나 잘 설명할 수 있는지와 교육에 적합한 사람인지를 평가하며 상황극을 통해 그들 스스로가 생각해볼 수 있는 기회를 제공한다. 2차 그룹면접에서는 1차 전화면접 합격자를 한곳에 모아 추후 동료지원 교육 프로그램에 대해 오리엔테이션을 진행하고, 그들이 교육에 참여할 것인지 철회 할 것인지 선택할 기회를 제공한다. 그리고 유선 상으로 결과를 안내한다(Simpson et al., 2014).

동료지원가 교육은 총 60시간, 12회기로 구성되어 있으며 교육 진행시간은 시간은 주로 오전 10시 - 오후 4시까지이고 점심시간 1시간은 제외된다. 12회기 중 최소 8회기는 이수하여야 한다(Simpson et al., 2014).

[표 4] 영국의 동료지원가 커리큘럼(Simpson et al., 2014)

회기	주제
1	동료지원에 대한 개념
2	생명의 나무
3	개인 회복의 계획1
4	개인 회복의 계획2
5	기밀성, 정보공유, 경계탐색
6	능동적인 청취기술
7	사회적 참여
8	다름에 대한 감사
9	상황 왜곡에 대한 대처
10	경계에 대한 접근 & 어려운 상황 - 참여자의 선택
11	동료지원가가 되기 위한 준비
12	종결 및 수료식

이 과정 중에서 주목할 만한 내용은 2회기의 생명의 나무이다. 이 내용 은 자신을 나무에 비유하여 보는 것이다. 자신의 뿌리(내가 어디서 왔는 가)와 희망을 이야기하는 삶의 나무를 그려볼 수 있도록 한다. 또한, 참 여자들끼리 모여 나무를 모아 삶의 숲을 만들어보고, 태풍(고난)에 대해 어떻게 대처하는 지 나눌 수 있도록 한다. 전반적인 교육 과정에서 참여 자들이 ‘실제 생활’ 상황을 경험 할 수 있도록 역할극을 빈도 높게 진행하 며, 역할극 진행 시 행동에 대한 관련 지침들이 마련되어 있어 참여자들 의 부담을 덜 수 있도록 한다(Simpson et al., 2014). 교육 장소는 주 로 교육을 주관하는 기관에서 진행되며 교육 참여자와 실무자와의 중재 및 연락을 위한 역할을 담당하는 동료지원 코디네이터가 직원으로 상주 하고 있다. 교육이 종료 후 동료지원가로 활동하기 위해서는 범죄 기록 이 없어야 그 자격이 부여된다(Simpson et al., 2014). 영국에서는 정 신건강 영역에서 회복을 기반으로 한 정책들을 구성하고 있으나 실무에 서는 여전히 회복보다는 증상 치료에 중점을 두는 사례들로 인해 정책과 임상 의 충돌이 있는 실정이다(Perkins, R., & Slade, M., 2012).

3) 한국

한국의 경우, 정신건강 영역에서 회복 패러다임이 화두로 올라섰지만 여전히 전문가 주도의 형태에서 벗어나지 못하고 있다(하경희, 2014). 그러나 한국에서도 변화가 일어나고 있다. 2010년, 당사자 단체인 한 국정신장애인연대(KAMI)가 창립되었고 2011년 공동모금회의 지원 을 받아 진행된 정신재활시설 연합 ‘동행’ 프로그램이 이를 대표할 수 있 겠다(하경희, 2014). ‘동행’ 프로그램은 당사자 주도형의 회복 및 동 료지원 프로그램이다(하경희, 2014). 당사자에게 역할과 책임감을 부 여함으로써 동료지원 활동을 활성화 시키고 회복을 촉진시켰다(하경 희,2014). 이후 동료지원의 효과성 입증을 토대로 서울시정신건강복지 센터와 한국장애인 고용공단 고용개발원이 동료지원을 직업영역 개발 사업으로 채택하였다(한울지역정신건강센터, 2012).

이에 서울시정신건강복지센터에서는 2012년 한국장애인고용공단 고 용개발원과 MOU를 체결한 후 정신장애인의 안정적인 고용환경 조성을 위해 동료지원가 교육을 개설하였다. 서울시 내 정신건강 기관에 교육 참여자 모집 공고를 낸 후 자기소개서 및 이력서를 통해 참여자를 모집 한다. 이후 서류 상 내부 면접을 통해 동료지원가 교육 참여자를 선발하 며 유선 상으로 안내한다. 동료지원가 교육 참여자 선발 시 각 기관에 등 록되어 사례관리를 받고 있는 자를 우선적으로 선발하고 있다.

동료지원가 교육은 연 1회, 총 40시간, 10회기, 4종류의 part로 나누어 서 구성되며 진행 시간은 주로 오후 2시 - 6시 사이이다. 총 10회기 중 80%이상 이수하여야 수료증이 발급된다.

[표 5] 한국의 동료지원가 커리큘럼

part1. 나에 대한 이해	
회기	주제
1	오리엔테이션 <ul style="list-style-type: none">자기이해 및 표현
2	자신의 회복계획 수립하기 <ul style="list-style-type: none">스트레스 관리
part2. 질환에 대한 이해	
3	정신질환에 대한 이해 <ul style="list-style-type: none">약물에 대한 이해
part3. 상담에 대한 이해	
4	당사자와 상담가의 인권 <ul style="list-style-type: none">개별상담의 이해, 상담과 비밀보장
part4. 직무에 대한 이해	
5	동료지원가의 의미, 외국의 동료지원 활동 <ul style="list-style-type: none">동료지원가 자세와 태도
6	프로그램의 이해와 운영1 <ul style="list-style-type: none">프로그램의 이해와 운영2
7	사례관리의 이해 <ul style="list-style-type: none">가정방문 지원서비스

8	자립생활 지원서비스
	신규회원 멘토링 서비스
9	컴퓨터 활용1
	컴퓨터 활용2
10	선배 동료지원가와와의 만남
	내부평가 및 수료식

교육 참여에 대한 별도의 비용은 없으며 교육진행에 대한 교육비는 서울시의 지원을 받아 이루어진다. 서울시정신건강복지센터 이외에 많은 정신재활시설에서도 동료지원가의 필요성에 대해 언급하고 있으나 제도적인 발판이 마련되어 있지 않아 그들이 직업으로 활용하기에는 한계가 있다. 서울시정신건강복지센터에서 진행되는 동료지원가 교육 또한, 내부 사업으로 진행되고 있어 양성교육을 수료하더라도 제도적인 효력은 없는 상황이다.

한국과 미국, 영국의 교육 전반적인 과정에 대해 다루어 보았을 때 효율적인 서비스 제공 절차와 동료지원의 의미와 중요성 등 서비스 제공 전반적인 내용에 초점이 맞추어져 있었다. 그러나, 동료지원이 단순히 자신의 경험을 서비스 수혜자에게 전달하는 것 이전에 서비스 제공자의 회복에 대해 점검하며 그들 또한 당사자임을 간과하지 않았다. 교육과정 전반을 살펴보면 교육을 받는 참여자들 스스로의 회복에 대해 충분히 이야기하도록 유도했고, 그들이 가진 힘에 대해 알게 하고 실전 상황에서 당황하지 않도록 연습하는 과정이 포함되어 있었기 때문이다. 즉, 이 과정을 통해 동료지원 서비스를 제공하는 동료지원가도 회복의 여정을 함께 하게 되는 것이다. 동료지원 서비스는 단지 당사자라는 이유만으로 제공되는 서비스가 아니며, 일방향의 주입식 서비스가 아니라는 것을 알 수 있다.

2. 동료지원의 활동(직무)

동료지원가는 앞선 개념 설명과 같이 정신질환으로부터의 회복 및 삶의 경험을 바탕으로 도움이 필요한 동료에게 서비스를 제공하여 상호 간의 회복을 도모하는 활동을 주로 진행한다. 동료지원가는 회복과 삶의 경험을 토대로 다양한 분야에서 활동을 할 수 있다. 실무자와 동료지원가 간의 성공적인 업무 진행을 위해서는 동료지원가의 직무에 대한 명확한 설명이 필요하다(Meehan, T et al., 2002). 이에, 어떠한 활동을 주로 진행하는지에 대한 내용을 각 나라별로 비교하고자 한다.

1) 미국

동료지원가는 당사자와 함께 삶의 새로운 의미를 찾아 회복을 지원하는 역할을 한다(Chinman, M. et al., 2006; Orwin, D. et al., 2003). 동료지원가는 지역의 정신건강복지센터를 포함하여 치료 환경에서 중요한 역할을 하며, 입원 환자, 외래 환자, 응급센터를 구축하는 데 영향을 준다(Fricks, L., 2005). 동료지원가는 회복의 흐름 속에서 활동을 하고 있으며 의학적인 용어들 보다는 경험을 기반으로 한 그들의 언어로 상호 관계를 형성하고자 한다(Davidson, L et al., 1999). 미국에서 250명이 넘는 인원을 대상으로 실시한 실태조사에 의하면, 그들의 역할과 활동은 다양하다(Salzer, M et al., 2010). Salzer, M et al(2010)에 의하면 동료지원가의 직무 빈도가 높은 순으로 동료 상담, 개인의 책임과 자기결정권 강화, 잘 사는 삶(wellness)와 건강 지원, 희망 다루기, 동료지원가와와의 의사소통, 증상 관리, 지역사회 내에서의 낙인감 다루기, 사교성 발전시키기, 취미와 여가 즐기기, 교육이었다. 동료지원가의 활동 중 낮은 빈도로 이루어지는 지원으로는 가족관계, 고용, 시민권, 영적 혹은 종교적 지원, 이성교제 등이었다(Slzer, 2010). 또한 그들은 당사

자 옹호 서비스, 자기결정 그리고 멘토 서비스를 제공했으며 개입의 대부분은 삶의 목표를 지지하면서 회복을 촉진하는 것이었다(Gomez, T. L., 2013). 더 나아가, 동료지원 활동이 안정되기 위해서는 동료지원가의 직무와 역할이 명확하고 구체적인 필요가 있다고 했다(Daniels, A et al., 2010).

2) 영국

영국에서 동료지원은 당사자 주도 서비스에서 중심적인 역할을 해왔다(Smith, L., & Bradstreet, S., 2011; Faulkner, A., & Kalathil, K., 2012; Mental Health Foundation, 2012). Jacobson, N et al(2012)의 연구 결과에 따르면 동료지원을 직접 서비스와 간접 서비스로 구분하였고 직접 서비스는 자원동원, 회복경험 공유, 지역사회 체계구축, 지지체계 형성 등이었고 간접 서비스는 계획 수립 및 개발, 슈퍼비전, 교육 등이 있다. 자원동원의 경우 당사자의 욕구를 반영하는 것에 초점을 두었다. 예를 들면 폐쇄 병동에 있는 당사자가 담배나 커피를 원할 경우 이러한 것들도 자원에 포함되는 것이다(Jacobson, N et al., 2012). 지역사회에 있는 당사자에게는 유급 활동 혹은 주거, 교통 그리고 지역사회 정보를 수집하고 연계하는데 초점을 맞추며, 동료지원가의 상담과 교육 등 동료지원가로서 수행하는 역할들에 대해 공유하고 지원한다. 특히, 당사자의 자기결정권 존중과 스스로의 의사표현에 초점을 둔 ‘함께하는 의사결정’ 프로그램도 진행하고 있다(Jacobson, N et al., 2012).

3) 한국

한국의 동료지원의 경우도 아주 사소한 것부터 시작한다. 정신재활시설에서 함께 생활하는 경우 동료를 깨우는 것부터 동료지원으로 볼 수 있다. 공동모금회로부터 지원받아 시작된 ‘동행’ 프로그램의 경우 크게 동료지지도활동과 연대활동으로 구분되어 구성되었다(하경희, 2014). 하경희(2014)에 따르면 “동행”프로그램의 동료지지도활동은 당사자가 주로 기관에 등록되어 있는 회원의 집에 방문 및 상담을 하여 필요 서비스를 제공하는 것이었고, 연대활동은 교육과 동료슈퍼비전 그리고 자조모임 등을 통해 상호 간 공감대를 형성하는 활동으로 구성하였다. 또한, 당사자의 욕구에 맞추어 정서적지지, 일상생활 유지 기술, 여가생활 영위 등의 지원을 제공하였다(하경희, 2014).

서울시정신건강복지센터의 경우 동료상담과 프로그램 운영, 교육으로 나눌 수 있다. 동료상담에는 내소 상담 서비스, 가정방문 지원서비스, 독립주거 지원서비스, 취업장 방문서비스, 대기자상담 서비스, 신규회원 멘토링서비스로 구성되어 있다. 프로그램 운영에는 정신건강 기관에서 재활을 위해 진행하는 각종 프로그램을 계획, 보조, 진행하는 내용으로 구성되어 있다. 교육의 경우에는 정신장애 당사자뿐만 아니라 그들의 가족 혹은 일반인을 대상으로 교육을 진행할 수 있으며 주로 인권교육, 회복교육, 동료지원 활동에 대한 내용이 주를 이룬다. 동료상담의 경우 각 동료지원가의 기능과 업무 수행 능력에 맞추어 사례의 건수가 결정되며 이에 따라 내소 상담 및 가정방문 서비스 등의 횟수가 결정된다. 내소 상담은 정신건강 기관에 당사자가 내소 시 동료지원가와 상담을 통해 정서적 지지 및 근황을 파악하고 필요 시 개입을 진행한다. 가정방문 지원서비스 초기에는 정신건강 실무자와 함께 당사자의 가정을 방문하여 라포를 형성할 수 있도록 지원하며, 라포가 형성되고 안정적인 당사자로 판단된 경우 동료지원가가 가정으로 방문하여 가정 내 환경을 파악하고 필요 서비스를 제공한다. 자립생활 지원서비스의 경우 독립주택에서 자립생활을 시작하는 입주자를 대상으로 안정적인 지역사회 정착을 위해 당사자의 욕구에 맞추어 자립지원 서비스를 제공하고 있다. 취업장 방문 서비스는 취업장 방문을 통해 취업자가 안정적인 취업 유지를 위해 상

담 및 지원을 하며, 대기자상담 서비스는 회원으로 등록하기 전 정신건강 기관에 대해 안내하고 당사자로서 궁금한 점에 대해 공유할 수 있도록 한다. 신규회원 멘토링서비스는 새롭게 회원으로 등록한 당사자를 대상으로 기관의 내부 시설을 안내하고 프로그램에 참여할 수 있도록 유도하며, 타 회원들과 친밀감을 형성할 수 있도록 지원하여 안정적인 기관 이용을 촉진한다. 프로그램 운영은 정신건강 기관에서 회복과 관련된 프로그램을 직접 진행하거나 타 재할 프로그램을 보조하기도 한다. 교육은 정신장애인에 대한 편견 해소 및 인권에 대한 내용으로 일반인에게 강의 를 하거나, 당사자를 대상으로 동료지원가에 대한 활동을 소개하고 이에 대한 효과성을 직접 알리기도 한다. 한국의 경우 동료지원가가 제도화 되지 않았기 때문에 그들의 활동과 직무영역에 대한 구체적인 가이드라인이나 범위가 정해져있지 않다. 이에, 동료지원가가 활동할 수 있는 정신건강 영역의 환경에 맞추어 그들의 활동영역과 범위가 정해지는 추세이다.

한국, 미국, 영국의 동료지원 활동과 직무는 공통적인 부분이 많았다. 당사자의 욕구를 기반으로 하여 서비스를 제공한다는 것, 지역사회 내의 자원을 많이 활용할 수 있도록 정보를 습득하고 연계하는 것 그리고 자신의 회복경험을 나눔으로서 상호 회복을 도모한다는 것이었다. 동료지원가의 역할은 정신건강 영역 내에서 필수적임을 각 나라가 인지하고 있으며, 미국과 영국의 일부 주에서는 제도화 되어 필요한 지침이 있음(Davidson et al., 2010)에도 불구하고 안정적인 정착을 위해서는 각국 모두 정신건강 실무자와 동료지원가의 역할 경계에 대해서 지속적인 논의가 필요함을 제기하고 있다.

3. 동료지원의 운영 시스템

오랜 기간 동안 정신건강 서비스를 이용하는 사람들은 상호간의 경험 공유, 상호지지 등을 통해 서로를 지원해왔다(Davidson et al., 2012). 그러나 시대의 흐름에 따라 정신건강 영역에서 동료지원의 중요성이 부각되었고, 이에 대한 실천을 위해 교육과 제도를 만들었으나 그들이 어떠한 방식으로 운영 및 유지를 하고 있는 지도 중요한 부분이다. 이에, 각 나라별로 전반적인 운영 시스템을 비교하고자 하며 추후 한국에서 진행되는 동료지원 사업의 발전 방향성을 모색하고자 한다.

1) 미국

미국의 경우 2001년 조지아 주에서 처음으로 동료지원가 교육 프로그램을 만들었고(Gomez, T. L., 2013) 이후 뉴욕은 동료지원가를 교육 시키고 처음으로 인증하였다(Grant, E et al., 2012). 미국은 교육과 인증제도에서 끝나지 않고 이들을 고용하고자 하였다. 현재 미국의 주에서 고용된 동료지원가는 펜실베니아주가 대략 500명, 와이오밍주가 9명 정도로(Daniels, A et al., 2010) 고용인원에 있어서 다양한 차이를 보이고 있다. 2009년 기준, 미국 내 11개(Arizona, Connecticut, Georgia, Maine, Missouri, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas and Wisconsin)의 주에서는 최소 50명의 동료지원가를 채용하고 있었다(Daniels, A et al., 2010).

2001년 조지아 주에서 최초로 동료지원가가 제공하는 서비스에 대해 Medicaid 상황을 실행하였다(Fricks, L., 2005). 한국으로 비유하자면 건강보험공단에서 동료지원가의 서비스를 수가로 반영할 수 있게 하여, 동료지원가가 동료에게 서비스를 제공한 후 비용을 청구할 수 있다

8) Centers for Medicare and Medicaid Services

9) Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust

10) Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust

11) Central and North West London NHS Foundation Trust

는 의미이다. 그러나 Medicaid 상황 제도가 모든 주에서 실행되고 있는 것은 아니며, Medicaid 상황을 위해서는 지속적인 슈퍼비전과 교육이 충족되어야 한다(Daniels, A et al., 2010). 2010년, 미국 43개의 주를 대상으로 실시한 조사에서는 22개의 주는 동료지원가 서비스에 대한 Medicaid 상황제도가 마련되어 있다고 응답했으며, 21개주와 District of Columiba는 동료지원가 서비스에 대한 Medicaid 상황제도가 없다고 응답했다. 또한, 8개 주는 2011년 경 상황제도를 마련하고자 노력중이라 응답했고, 14개의 주는 상황제도 마련에 대한 계획이 없다고 하였으며 3개의 주는 이러한 과정을 추가하고자 계획 중이나 2010년 이내는 아니라고 응답했다(Daniels, A et al., 2010).

동료지원가 인증제도는 주 차원으로 이루어지고 있으며, 동료지원가 교육에서는 타인을 지원하는데 필요한 역량 수행을 위해 시연도 시행되고 있다(Daniels, A et al., 2010). Medicaid 상황을 위해서는 정신건강 전문가로부터 받는 슈퍼비전, 당사자의 개인적인 치료계획에 맞는 협조, 의학적으로 필요한 치료 목표에 맞추어 제공하는 서비스 등의 조건이 충족되어야 한다(CMS⁸⁾, 2007). 그들은 대부분 정신건강 치료 팀 혹은 정신건강센터, 그리고 위기센터에서 역할을 담당한다(Fricks, L., 2005). 그들의 Medicaid 상황 금액은 15분 당 \$3에서 \$19 사이였고, 평균적으로 15분당 \$10 수준이었으며 아이오와 주에서는 월 \$150 수준이라고 보고했다. (Daniels, A et al., 2010).Sazler(2009)에 따르면 고용된 동료지원가의 시간당 임금은 평균 \$10.85 수준이었다. 그들은 일주일에 약 27시간 정도 근무를 하고 \$292.95를 받고 있으며 연 평균 50주에 \$14,647.50 정도의 임금을 받고 있다(Sazler, 2009). 그러나, Sazler(2009)는 이 정도의 수준이 최저임금을 웃돌고 있어 여전히 동료지원가의 임금체계가 높지 않음을 인식해야 한다고 하였다.

미국에서의 동료지원 운영 시스템은 2001년부터 제도화되어 동료지원에 대한 체계를 구축하여 나가기 시작하였고, 정신건강 영역에서의 회복 패러다임으로 인해 많은 주들이 함께 하고자 노력하고 있다. 그들은 동료지원에 대한 효과성을 인정하고 정신건강 영역 내에 필요 서비스로 보고 있다. 이에, 그들을 고용하여 정신질환으로부터 상호 간의 회복을 촉진하고 그들의 복지서비스까지 고려하고 있는 것이다. 그러나 그들은 여전히 동료지원가에 대한 임금 및 운영체계에 대해 고민하고 있으며 정책을 통해 그들에게 안정적인 사회망을 제공하고자 노력하고 있다.

2) 영국

영국의 경우 동료지원가가 당사자 중심의 서비스와 영역 내에서 많은 역할을 담당했다(Smith, L., & Bradstreet, S., 2011). 제도적으로 동료지원은 상대적으로 늦게 발전하기 시작했으나(Repper, J et al., 2013) 흐름의 변화에 맞추어 2010년부터 영국 내 정신건강 서비스 영역에서 동료지원가를 고용하기 시작했다(Repper, J et al., 2013). 그리고 2013년 노팅엄 NHS⁹⁾에서 25명, 캠브릿지셔 그리고 피터보루 NHS¹⁰⁾에서 32명, 중앙 그리고 북서런던 NHS¹¹⁾는 12명의 동료지원가를 고용하였다(Repper, J et al., 2013). 이 외에도 많은 공공기관이 동료지원가를 다양한 영역에 고용하고 있다(Repper, J et al., 2013). 영국의 동료지원은 주로 퇴원 후 환자의 사후관리 내에 포함되고 있다. 대부분의 정신과 환자들은 병원에서 퇴원 시 증상 재발 및 지역사회 적응에 대한 우려를 하며 가끔 자살도 시도한다(Simpson et al., 2014). 이에 병원에서는 지역사회에 안정적으로 정착하는 것이 재입원을 하는 비용보다 효율적임을 확인하고 동료지원가를 사후관리 서비스에 포함

시켜 직무를 수행할 수 있도록 지원하고 있다(Simpson et al., 2014). Simpson et al(2014)의 연구에 따르면, 동료지원가는 일주일에 1번 정도 대면 상담과 전화를 통해 지원하였고 2010년 기준 런던의 최저임금은 시간당 약 5.80 파운드였다.

영국 내 동료지원을 제공하는 모델은 여러 종류가 있다. 일부는 NHS를 중심으로, 일부는 기관의 자체적인 서비스로 일부는 혼합된 형태로 존재하고 있었다. SRN¹²⁾에서는 그 지역의 동료지원 서비스 개발 경험을 바탕으로 동료지원 서비스에 필요한 지침을 개발하여 동료지원에 관심이 있는 사람들에게 도움을 제공하고자 한다(Bradstreet, S., & Pratt, R, 2010). 영국에서 동료지원가는 인력의 한 부분으로서 공공과 민간 차원에서 소개되고 있으며(Faulkner, A., & Basset, T., 2012), 회복을 기반으로 한 서비스에서 중심적인 역할로 소개되고 있다(Repper, J et al., 2013).

영국은 미국의 영향을 받아 동료지원에 대한 중요성을 인식하고 이에 대한 내용을 정책의 목표로 수립하여 공공기관에서 우선적으로 고용을 진행하고 있으나, 미국에 비하여 상대적으로 고용의 수 및 관련 연구가 적은 상황이다. 또한, 문헌 조사를 통해 확인한 바에 따르면 영국은 상대적으로 지역사회 안정을 위해 병원에서 퇴원한 환자의 사후관리에 초점을 맞추어 동료지원가를 투입하고 있었다.

3) 한국

한국의 경우 정신장애 당사자가 상호 협력하는 동료지원이 수면위로 부상한 역사가 길지 않다. 이에 정신질환으로부터 오는 서로의 아픔과 회복경험 그리고 상황에 따른 대처 등을 공유하는 자조집단을 동료지원과 비슷한 맥락에서 살펴볼 수 있겠다. 자조집단은 당사자 운동에서부터 출발하였고, 정신장애인의 사회적 회복과 권익, 역량, 차별에 초점을 둔 활동에 의의가 있다(이미경, 2011). 1982년 한국정신장애인협회가 설립되면서 사회적 회복과 자조집단이 구체화되고 조직화 될 수 있었으며, 1992년 15개의 지부가 생기면서 정신장애인의 자조집단을 지역별로 운영하기 시작했다(이미경, 2011).

2010년 시작된 “동행” 프로그램을 대표로 동료지원가의 활동이 공식적으로 알려지며 많은 관심을 받기 시작했다. 공동모금회로부터 지원을 받아 시작된 “동행”은 고용의 형태가 아닌 자조집단의 성격이 조금 더 강했으나 동료지원을 구조화한 사례로 볼 수 있다. 공동모금회로부터 받은 자금은 주로 방문서비스 활동에 대한 활동비 그리고 활동에 드는 비용, 동료지원가 교육 등에 사용되었다. 주로, 정신재활시설의 자원봉사자, 실습생, 정신건강사회복지 수련생, 직원 등이 함께 동행 하여 필요 서비스를 제공하였고 이는 동료지원가의 불안감 완화 및 긴급상황 대처를 위한 예비인력으로 이해되었다(송경옥, 2010). 가정방문과 외부활동에 소요되는 비용은 추후에 청구하는 형태였고 횟수는 월 2~3회 정도였다(송경옥, 2010). 2010년부터 2년간 진행된 이 프로그램은 공동모금회로부터 더 이상 지원을 받을 수 없어 종결되었고(송경옥, 2010) 이후 장애인고용공단 고용개발원과 서울시정신건강복지센터에서 MOU를 체결하여 동료지원가 시범사업으로 시작하였다.

서울시정신건강복지센터에서는 2013년부터 동료지원가를 직업재활 모델로 활용하는 사업을 시작하였다. 교육을 통해 동료지원가를 양성한 후 4개의 모델을 개발하였으나 현재 2개의 모델만 유지 중이다. 첫 번째는 정신재활시설 모델이다. 정신재활시설 모델은 정신재활시설에서 동료지원가가 활동할 수 있도록 서울시정신건강복지센터에서 인턴비

(1인 가구 기준의 최저생계비)를 약 3개월 정도 지급하여 직무로 정착화 시키는 모델이다. 그러나, 인턴비 지급 기간이 종료된 후 정신재활시설에서 장기적인 인건비 지급에 한계가 있어 사업의 운영에는 어려움이 있었다. 두 번째는 병원-병원 모델이다. 병원-병원 모델은 병원에서 고용하여 병원에 배치되어 근무하는 형태이나 장애인 고용에 대한 내부적인 규정 및 상황에 따라 현재는 운영되지 못하고 있다. 세 번째는 병원-센터 모델이다. 병원-센터 모델은 지역의 정신건강복지센터를 위탁하는 병원에서 동료지원가를 고용하여 지역의 정신건강복지센터에 배치하는 형식으로 운영되며 정식적인 고용절차에 맞추어 진행된다. 병원에서 장애인 채용을 통해 고용을 진행하고 있기 때문에, 급여는 병원 내부 규정에 맞추어 지급된다. 이 경우에는 정신장애인에 대한 기본적인 이해가 있는 정신건강 실무자와 함께 정신건강 기관에서 근무를 할 수 있기 때문에 보다 안정적인 직무 수행 및 취업 유지가 가능하다는 이점이 있다. 마지막으로 자립생활 지원을 위한 동료지원가 모델이 있다. 이는 2018년 서울시정신건강복지센터에서 시행된 자립생활 주택사업을 바탕으로 동료지원가가 자립생활 입주자를 지원하는 형태이며, 서울시정신건강복지센터에서 소속되어 활동 횟수에 맞추어 활동비를 지급하는 개념이다. 완전한 고용의 형태는 아니나 유급 동료지원의 형태로는 볼 수 있다. 동료지원가는 주 5일, 하루 평균 4~5시간 정도 근무를 하고 있다. 또한, 서울시정신건강복지센터에서는 취업유지를 도모하기 위해 월 1회 취업자 역량강화교육과 자조모임의 일환으로 취업자 모임을 진행하고 있다. 취업자 역량강화교육은 동료지원 직무에 필요한 상담, 인권 등에 대한 내용과 그들의 스트레스 해소를 위한 프로그램 등으로 구성되어 있다. 취업자 모임은 동료지원가 간의 업무 내용 공유 및 사례에 대한 추가적인 슈퍼비전을 진행하고, 당사자로서 상호간의 노하우를 공유하여 지지체계를 형성하도록 지원하고 있다. 그 외의 동료지원가 직무 수행에 있어 필요한 슈퍼비전은 함께 근무하는 정신건강 실무자가 주로 제공하고 있다.

이와 같이 한국에서는 동료지원가가 제도화 되지 않아 일괄적인 고용의 형태를 유지하기에는 한계가 있는 실정이나 유급 동료지원의 형태 및 다양한 고용모델의 시도를 통해 정신장애인의 직무 및 고용 정착화를 위해 노력하고 있다. 특히, 2017년 개정된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 따르면 정신질환자의 인권과 고용 그리고 복지에 초점이 맞추어져 있다. 정신질환자의 복지적인 측면에서 고용은 제외될 수 없는 부분이며, 정신건강 영역에서 동료지원가의 효과나 필요성에 대해서는 지속적으로 언급되고 있다. 한국의 정신건강 영역의 발전과 동료지원의 제도화를 위해서는 관심을 가지고 미국과 영국의 선진적인 제도를 탐색하고 반영하고자 하는 노력이 필요할 것이다.

미국과 영국에서는 일부 주와 지역에서 동료지원을 제도화 하고자 정책의 목표로 수립하고 있으며, 전국적으로 보급하기 위하여 노력하고 있다. 한국에 비하면 정신장애인 고용률 뿐만 아니라 국가적인 차원에서의 노력이 지속되고 있는 것이다. 또한, 공공기관이 아니더라도 사회적인 측면을 고려하였을 때 동료지원가가 필요하다고 인식하는 민간병원에서도 그들을 고용하여 직무 수행을 지원하고 있다. 한국에서도 두 나라에서 진행되는 정책 및 운영 시스템을 바탕으로 정책을 수립하고 동료지원에 대한 제도적인 발판을 마련하는 것이 필요하다. 일차적으로는 국가적인 차원에서 고용환경을 조성해주고, 사회 전반적으로 정신건강 영역 내에서 동료지원 서비스가 제공될 수 있도록 운영 체계를 구축하는 노력이 필요할 것이다.

4. 동료지원의 효과

동료지원은 단순히 정신질환에서 회복한 경험담을 공유하는 활동에서 그치는 것이 아니라 정신질환을 가지고 있으면서도 삶의 목표를 달성하고 인간다운 삶을 살기 위해 상호 교류를 하는 활동이다. 즉, 일방향적인 서비스 제공이 아닌 쌍방향적이라는 것을 의미하고 다양한 경험을 가지고 있음에도 불구하고 정신질환과 삶의 방식은 개인적인 것이기 때문에 서로에게 도움이 될 수 있다. 경험의 교환과 나눔이 지지체계를 형성하고 당사자의 지역사회 정착 및 회복을 촉진하는 요소로 적용될 것이다. 동료지원의 효과성에 대해서는 이미 많은 연구에서 언급하고 있으며 대부분 공통적인 내용들이 많아 함께 모아 살펴보고자 한다.

많은 연구들에서 동료지원 서비스에 대한 효과성을 입증해왔다(Suh, M., 2016). Jacobson, N et al(2012)에 따르면 동료지원 서비스를 받는 당사자 입자에서의 동료지원은 입원과 증상을 감소시켜주며 당사자가 역량강화 및 동기부여를 이끌어 낸다. 또한, 동료지원은 입원에 대한 경험 자체를 단축시키며(Solomon, P., 2004), 당사자가 인식하는 정신건강 서비스에 대해 긍정적인 변화를 유도한다(Suh, M., 2016). 미국의 2개의 주 총 381명을 대상으로 설문을 실시한 결과로는 버몬트 주의 76%, 미네소타 주의 85%가 회복에 대한 태도와 행동 그리고 기능이 향상되었다고 응답하였다(Cook et al., 2010). Cook et al(2010)의 연구에 따라 구체적인 내용으로는 회복에 대한 희망, 재발 증상 인식, 증상 대처 계획, 위기 계획 수립, 사회보장제도 활용, 그들의 삶에 대한 책임감 등의 영역에서 향상되었음을 보여준다. 또한, 동료지원가는 삶의 목표 달성을 위해 방법을 찾고 있을 당사자에게 경험자로서의 역할을 하며, 당사자와 실무자 모두에게 롤 모델이 될 수 있다(Jacobson, N et al., 2012). 동료지원가는 서비스 제공을 통해 정신건강 영역 내에 있는 당사자 그리고 실무자와의 자연스러운 상호작용 속에서 롤 모델이 될 수 있다(Jacobson, N et al.,2012). 이와 동일하게 동료지원을 제공하는 동료지원가 또한 스스로의 경험을 제공하고 당사자와 의미 있는 관계를 형성하면서 새로운 경험을 쌓는다(Jacobson, N et al.,2012). 그들은 삶에 대한 책임감과 역량강화, 자존감과 자신감의 향상, 문제 해결 기술 향상, 사회에서의 관계 기술 향상, 낙인에 대한 감소, 미래에 대한 긍정적인 사고, 스스로의 잠재력에 대한 희망(Repper, J et al., 2013; 하경희, 2014), 정신과적 증상 감소 등을 경험하는 것으로 나타났다(하경희, 2014).

위와 같이 동료지원 활동에 대해서는 동료지원 서비스를 제공받는 자와 제공하는 자 모두에게 효과가 있음이 알려졌다. 자존감과 자신감의 저하, 사회적 낙인감, 증상 대처법 미인지, 사회적 기술 감소 등의 정신질환의 특성 상 상호간의 지지와 다양한 경험은 회복에 있어 중요한 요소이다. 많은 연구에서도 정신건강 영역 내의 동료지원은 반드시 필요한 요소로 인식되고 있으며 전문가가 온전히 경험할 수 없는 부분을 공감하고 지원할 수 있다. 즉, 일부 영역에서는 동료지원가의 경험이 실무자가 가진 지식과 전문성을 뛰어넘을 수 있다는 의미이다. 우리는 정신건강 영역 내에서 동료지원의 효과를 인지하고 그들이 안정적으로 역할을 수행할 수 있도록 훈련과 교육에 집중할 필요가 있다. 또한, 고용환경을 조성하여 지원할 필요가 있으며 그들의 존재를 간과하지 않도록 노력해야 할 것이다.

Ⅵ. 결론 및 고찰

본 연구는 미국, 영국 그리고 한국에서 이루어지는 동료지원의 전반적인 사항을 살펴봄여 비교해보았다. 이를 통해 서울시에서 진행하는 동료

지원 사업의 발전 방향성을 모색하고 추후 선진적인 역할을 위한 근거를 마련하고자 하였다.

본 연구의 주요한 결과를 요약하면 표 6, 7과 같다.

[표 6] 국가별 동료지원가 사업 비교

구분	내용		
국가	미국	영국	한국
교육 시간	40~100	60	40
인증 제도	일부 주에서만 인증제도 운영	일부 주에서만 인증제도 운영	없음
운영처	정부, 주, 병원, 기관(공공·민간)	정부, 주, 병원, 기관(공공·민간)	시(市), 병원, 정신건강기관
직무	동료상담, 자기결정권 강화, 잘 사는 삶과 건강지원, 증상관리, 자원연계, 옹호서비스 등	자원동원, 회복경험 공유, 지역사회 체계구축, 지지체계 형성, 슈퍼비전, 교육 등	내소 상담, 가정방문지원서비스, 자립생활 지원서비스, 프로그램 운영, 연대활동 등
운영 시스템	정부, 주, 기관 차원에서 고용 혹은 Medicaid 상한제도 활용	정부, 주, 기관, 병원에서 고용	병원-센터 모델 (병원고용& 정신건강센터에서 근무)

[표 7] 동료지원가 커리큘럼 비교

국가	교육내용
미국	- 회복에 대한 이해, 동료지원에 대한 이해, 자존감 향상 및 자기언어 관리, 지역사회·문화 그리고 환경에 대한 이해, 의미와 목적, 정서적 기능 - 자기 개발, 회복 과정으로서의 고용 - 의사소통 기술, 갈등해결, 회복탄력성, 동료지원 역할, 대인관계, 동료지원 활동
영국	- 동료지원에 대한 개념 - 개인의 회복과 자기개발 - 상담 기술(비밀보장, 경청 등) - 의사소통 기술, 갈등해결, 동료지원 활동을 위한 준비
한국	- 자기 이해 및 표현, 스트레스 관리, 회복계획 수립 - 정신질환·약물에 대한 이해 - 상담 기술(비밀보장, 경청, 인권 등) - 동료지원의 의미와 태도 - 직무 기술(사례관리, 프로그램 등)

첫째, 동료지원가 교육과정에서 미국은 40~100시간, 영국은 60시간, 서울시는 40시간이었다. 공통적인 요소로는 교육의 일부시간을 이수하여야 교육을 수료한 것으로 인정되며, 교육 내용이 그들의 회복에 대해 충분히 이야기할 수 있도록 구성되어 있다는 것이다. 또한, 동료지원가 스스로의 회복뿐만 아니라 그 회복의 경험을 전달하기 위한 다양한 방법들을 배우고 실천할 수 있도록 촉진하는 내용들이 많았다. 즉, 동료지원가도 당사자임을 잊지 않고 그들의 회복에 대해서도 초점을 맞추었다는

12) Scottish Recovery Network

것이다. 이는 동료지원이 일방향적인 서비스 제공이 아니라는 것을 알 수 있는 부분이다. 대부분 회복, 상담, 지역사회 자원 탐색 및 연계, 지지 체계 형성 및 유지 등에 대한 방법과 중요성이 언급되어 있었으나 가족에 대한 개입과 관련된 내용은 쉽게 찾아볼 수 없었다. 개인과 개인에 대한 개방과 효율적인 지원에 대해서는 중요하게 다루고 있지만 당사자와 가장 밀접한 지지체계인 가족에 대한 내용이 미비함을 알 수 있었다.

둘째, 동료지원 활동에서는 동료지원가가 어떠한 환경에서 서비스를 제공하느냐에 따라 주요 직무가 달라짐을 알 수 있었다. 한국의 경우, 병원-센터 모델에 맞추어 직무를 수행하였을 때 주로 내소 상담, 가정방문, 프로그램 진행이 중점이었고, 자립생활 지원을 위한 동료지원가 모델의 경우 대부분 일상생활과 관련된 지원이 주를 이루었다. 서비스를 제공받는 당사자의 주변 환경에 따라 서비스 제공 내역이 달라짐을 확인할 수 있었다. 미국의 경우, 지역 내에 정신건강 치료영역에서 주로 활동하고 있었으며 동료상담, 자기결정권 강화, 건강지원, 희망, 의사소통 등의 다양한 역할을 담당하며 지원하고 있었다. 영국의 경우, 병원에서 퇴원 후 안정적인 지역사회 정착 및 재입원 방지를 위해 사후관리에 초점을 두고 있었고, 사후관리 내에 동료지원 서비스를 제공하는 경향이 높았다. 또한, 담배와 커피 등 사소한 당사자의 욕구일지라도 최대한 반영하여 자원을 탐색하고 연계하는 것에 주목하였다. 동료지원가가 서비스를 제공하는 것도 중요하지만 당사자의 의견을 반영할 수 있도록 그들의 의사표현과 결정에 힘을 실어주고 있었다.

셋째, 동료지원 운영 시스템에서 한국의 경우, 완전한 고용의 형태는 현재 서울시정신건강복지센터에서 병원-센터 모델로 진행되는 경우뿐이었다. 그 이외에는 인턴비(최저생계비)를 지급하기도 하였으나 대부분 동료지원 활동에 대해 비용을 책정하여 활동비를 지급하는 형태였다. 미국의 경우, 주 차원에서 동료지원가를 고용하여 활동을 지원하거나 Medicaid 상환제도가 마련되어 있어 활동 시간 당 금액을 책정하여 보상하고 있다. 동료지원가의 활동에 대한 효과와 당사자의 힘을 존중하고 있기 때문에 정신건강 영역 내에서 그들의 역할과 지위를 유지할 수 있도록 노력하고 있다. 영국의 경우, 병원과 지역사회의 네트워크를 활용하여 퇴원 후 재입원을 방지하고 지역사회에 정착할 수 있도록 동료지원가가 사후관리 체계에 포함되며 활동에 적절한 보상을 지급받고 있었으나 2010년 기준, 최저임금 정도였다. 또한, 영국은 미국의 영향을 받아 국가적인 차원에서 동료지원가를 인력으로 활용하고자 노력하고 있으나 미국만큼 확대되지는 않은 실정이다.

마지막으로, 동료지원의 효과는 각국마다 공통적으로 나타나고 있다. 정신질환으로부터 회복을 경험한 당사자가 가진 경험과 상황에 대처하는 방식들이 회복을 원하고, 회복으로 나아가고자 하는 당사자에게 동기를 부여하고 모델링이 될 수 있음을 인정하고 있다. 또한, 회복에 대한 희망과 재발증상을 인식하여 스스로 재입원을 방지하는 등 그들의 삶에 대해 책임을 지고자 노력하고 있다. 동료지원은 단순히 상황에 대한 경험과 지식을 공유하는 것을 넘어 잘 사는 삶(wellness)을 목표로 회복을 추구하고 실무자가 이해하고 공감할 수 없는 영역을 대신하는 역할을 한다. 정신질환에서의 회복이란 단순히 원인이 없어진다고 해서 모든 것이 제자리로 돌아가는 과정이 아니며 당사자의 의지, 의학적인 측면과 사회적인지지 등이 복합적으로 조화되었을 때 일어날 수 있다. 즉, 동료지원의 필요성은 당사자와 실무자 모두가 인정하고 있으며 점차 정신건강 영역 내의 한 역할로 자리매김하고 있다.

이러한 본 연구의 결과에도 불구하고 본 연구가 가지는 한계점은 아래와 같다.

첫째, 각 나라 별로 진행되는 동료지원 커리큘럼과 시간을 다각적으로 확인하는데 어려움이 있었다. 이는 국가 별, 지역 별, 기관 별 교육을 진행하는 기관이 다르며 동료지원가의 위치와 제도적인 여건에 따라 그 역할이 달라짐과 관계가 있다.

둘째, 미국의 경우 주 단위에서 다양하게 동료지원에 대한 제도화를 시행하고 있지만 이에 대한 통합적인 자료를 찾기 어려웠고 주마다 시행하고 있는 제도가 상이하여 일반화하기에는 한계가 있었다. 마지막으로, 각 나라별로 진행되는 동료지원 활동의 전반적인 사항을 보았을 때 세 나라 모두 동료지원가의 교육과정과 활동 등의 내용을 살펴볼 수 있었으나, 영국의 경우 동료지원이 제도화 되었을 경우 국가적인 차원에서 어느 정도의 보상이 주어지는지 구체적으로 확인하기 어려웠다. 이는 2010년, 영국에서 비로소 회복에 대한 개념이 등장하기 시작했고, 미국의 정신건강 영역 내 정책 및 환경에 영향을 받기 시작하여 일부 지역에서부터 제도화를 위해 노력하고 있으나 그 역사가 길지 않다. 또한, 미국의 인구는 약 326,767,000명으로 영국의 인구는 약 66,574,000명으로 약 4.9배에 달하며 2013년 기준, 지리적인 환경으로 보았을 때 미국의 영토가 넓긴 하나 영국의 경우 섬나라로 구성되어 있어 제도적인 적응이 차이가 있음을 알 수 있다.

국가마다 당사자가 동료지원을 제공하기 위해 필요한 교육 과정과 동료지원을 제공하는 환경에 따른 주요 활동 그리고 동료지원 운영 시스템에 대해 비교하였다. 비교를 통해 미국과 영국의 정신건강 영역에서 당사자의 위치와 그들이 가진 힘을 이해하고 같은 영역에서 필요한 존재임을 인식하고 있음을 알 수 있었다. 추후 서울시가 동료지원 사업을 통해 나아가야 할 방향인 그들의 노동과 경험을 보장해주고, 체계화하여 상호간의 회복을 도모할 수 있는 제도적인 근거 자료를 마련할 수 있었다. 미국과 영국의 모든 주와 지역에서 동료지원을 제도화 하진 않았으나 점차 확대하고자 노력하고 있는 부분을 통해 추후 서울시, 나아가 국가 차원에서 정신질환 당사자 스스로가 가진 장점을 활용할 수 있도록 사회복귀와 자가발전적인 삶을 영위할 수 있는 제도화된 정책 마련이 필요하겠 다.

Ⅶ. 참고문헌

김민, 최말옥, &김용규. (2014). Peer-Run-Program (PRP) 의 활성화를 위한 기초연구. 정신보건과 사회사업, 42(4), 204-232.

김연옥. (2010). 영국의 정신장애인 탈원화 경험에 관한 연구. 사회과학연구, 26(2), 147-170.

김연희. (2005). 미국 공적 정신보건서비스 관리의료체계가 한국의 정신보건 서비스 전달체계 개선에 갖는 함의. 사회복지연구, 28, 69-103.

문숙현. (2012). 장애인 당사자의 정책참여. 경남발전, (119), 57-64.

박혜원, 김호진, 방종관, 임예직, 유완식, 김연아, &박민규. (2017). 2017 년 장애인경제활동실태조사. 기본과제보고서, 1-394.

배정규, 손명자, &이종구. (2009). 정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향. Korean Journal of Clinical Psychology, 28(3), 811-831.

송경옥. (2010). 사회복귀시설 프로그램을 활용한 정신장애인의 self-stigma 감소 효과에 관한 사례연구. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집, 103-119.

심진예, 광정란, 남용현, &조임영. (2017). OECD 주요 국가의 장애인 고용 정책 및 현황 비교 연구. 기본과제보고서, 1-319.

오혜경. (1996). 영국 지역사회보호 서비스의 생성, 변천 및 평가 (정신보건 서비스 중심). 정신보건과 사회사업, 3, 99-121.

이미경. (2011). 자조집단에 참여하는 정신장애인의 회복경험. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집, 165-213.

이순희, &박석용. (2009). 중증장애인의 근로욕구 및 실태조사를 통한 고용확대방안. 한국콘텐츠학회논문지, 9(9), 304-312.

임예직. (2018). 2017 년 장애인 통계집. 연구자료, 93-98.

장혜경, &하지선. (2017). 회복 관점에서 이루어지는 정신장애인 일 경험-EM 실천 사례를 중심으로. 한국장애인복지학, 153-192.

장혜경. (1996). 정신장애인의 직업재활 모델 개발에 관한 연구. 석사학위논문, 가톨릭대학교 대학원.

최윤정, &최송식. (2007). 정신장애인의 회복태도와 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 26, 111-143.

하경희. (2014). 정신장애인 동료지지활동 프로그램이 동료지원가의 회복에 미치는 효과. 재활복지, 18, 31-52.

한울지역정신건강센터(2012). 정신장애인 동료지원서비스 개발과 확대를 위한 사회복귀시설 연대활동 성과보고회 자료집

황태연, 김주현, 한은선, &이충순. (1998). 직업재활 프로그램이 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 신경정신의학, 37, 1087-1098.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial rehabilitation journal, 16(4), 11.

Australia Victorian Department of Health, (2011), First Progress Report of Implementation Activity, January - December 2010

Australian Government, (2010), National Standards for Mental Health Services, Dept of Health & Ageing, Canberra
Bland, R., &Tullgren, A. (2014). Recovery theory and practice. Social Work in Mental Health: Contexts and Theories for Practice, 110.

Boardman, J., &Shepherd, G. (2009). Implementing Recovery. A new framework for organisational change. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Bradstreet, S., &Pratt, R. (2010). Developing peer support worker roles: reflecting on experiences in Scotland. Mental Health and Social Inclusion, 14(3), 36-41.

Center for Medicare and Medicaid Services (2007). Letter to state Medicaid directors, http://www.cms.hhs.gov/SMDL/downloads/SMD081507A.pdf (accessed 1/2010)

Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., &Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. The Journal of Behavioral Health Services &Research, 33(2), 176.

Cook, J. A., Copeland, M. E., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, J. A., Curtis, L. C., ... &Nichols, W. H. (2010). Developing the evidence base for peer-led services: Changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(2), 113.

Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., &Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. Psychiatric rehabilitation journal, 39(3), 211.

Daniels, A. S., Fricks, L., &Tunmer, T. P. (2011, February). Pillars of Peer Support - 2: expanding the role of peer support services in mental health systems of care and recovery. In Conference report.
Daniels, A., Grant, E., Filson, B., Powell, I., Fricks, L., &Goodale, L. (2010). Pillars of peer support: Transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Daniels, A., Grant, E., Filson, B., Powell, I., Fricks, L., &Goodale, L. (2010). Pillars of peer support: Transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., &Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World psychiatry, 11(2), 123-128.

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., and Tebes, J.K(1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. Clinical Psychology: Science and Practice. 6 (2) 165-187

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. Social work in health care, 25(3), 11-24.

Faulkner, A., &Basset, T. (2012). A helping hand: taking peer support into the 21st century. Mental Health and Social Inclusion, 16(1), 41-47.

Faulkner, A., &Kalathil, K. (2012). The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health. London: Together.

Frese III, F. J., Stanley, J., Kress, K., &Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. Psychiatric services, 52(11), 1462-1468.

Frese, F. J., &Davis, W. W. (1997). The consumer - survivor movement, recovery, and consumer professionals. Professional Psychology: Research and Practice, 28(3), 243.

Fricks, L. (2005). Building a Foundation for Recovery: A Community Education Guide on Establishing Medicaid-Funded Peer Support Services and a Trained Peer Workforce. DHHS Pub. No. (SMA) 05-8089. Rockville, MD: Center for Mental Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Gomez, T. L. (2013). An archival study of certified peer support specialist interventions: Outcomes for recipients of community mental health services program (Doctoral dissertation, Capella University).

Grant, E. A., Reinhart, C., Wituk, S., &Meissen, G. (2012). An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. Community mental health journal, 48(4), 477-481.

Harrison, V. (1984). A biologist's view of pain, suffering and marginal life. The deprived, the disabled and the fullness of life. Delaware: Michael Glazier.

HM Government. (2011). No Health Without Mental Health. Delivering Better Mental Health Outcomes for People of All Ages.

Jacobson, N., &Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(4), 333.

Jacobson, N., &Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric services, 52(4), 482-485.

Jacobson, N., Trojanowski, L., &Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. BMC health services research, 12(1), 205.

Lukens, E. (2013). 미국 회복 패러다임에 관한 고찰. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집, 43-91.

Manorom, N. N. (2013). Ellen Lukens 교수의" 미국 회복 패러다임에 관한 고찰. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집, 93-99.

Meehan, T., Bergen, H., Coveney, C., & Thornton, R. (2002). Development and evaluation of a training program in peer support for former consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(1), 34-39.

Mental Health Foundation(2012). Peer Support in mental health and learning disability. London: Mental Health Foundation.

Mueser, K. T., &McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions. *L'ence·phale*, 40, S45-S56.

Orwin, D., Briscoe, J., Ashton, L., &Burdett, J. (2003). Reflections on a pilot peer support service. The mind and body research and development team, 1-9.

peer-support-specialist-training/
Perkins, R., &Slade, M. (2012). Recovery in England: transforming statutory services? .

Pettie, D., &Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 255.

Pilgrim, D., &Rogers, A. (1999). Mental health policy and the politics of mental health: a three tier analytical framework. *Policy &Politics*, 27(1), 13-24.

Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., &Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services.

Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., &Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26(2), 132.

Recovery opportunity center(ROC). peer employment training (certified peer specialist training) – history. Retrieved from <https://rininternaitonal.com/consulting/training/certified->

Repper, J., &Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 70-78.

Repper, J., &Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: the peer support workers and their work with individuals. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), 79-84.

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., &Rennison, J. (2013). Peer support workers: Theory and practice. London: Centre for Mental Health.

Salzer, M. S., Schwenk, E., &Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: Results from a national survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520-523.

Simpson, A., Quigley, J., Henry, S. J., &Hall, C. (2014). Evaluating the selection, training, and support of peer support workers in the United Kingdom. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*.

Slade, M. (2009). 100 ways to support recovery. London: Rethink, 31.

Smith, L., &Bradstreet, S. (2011). Experts by experience: guidelines to support the development of Peer Worker roles in the mental health sector. Scottish Recovery Network.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392.

Spaniol, L.(1991). Editorial. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), 1.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration(2015). SAMHSA FY 2015 Discretionary grant forecast. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/sites/default/files/fy2015-samhsa-rfa-forecast-revised.pdf>

Suh, M. (2016). Peer specialist trainings for Orange County, California: A grant proposal. California State University, Long Beach.

Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations and research*, 3(3), 19-27.