

www.humanrights.go.kr

발간등록번호

11-1620000-000116 -01



UNIVERSAL
DECLARATION
OF HUMAN
RIGHTS

Dignity and justice for all of us

올해는 세계인권선언 60주년,
인권은 인류의 소중한 약속입니다.

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

- 일시: 2008년 12월 17일(수) 오후 2:00 - 6:00
- 장소: 백범기념관 컨벤션홀



초대의 글

먼저 이번 실태조사 결과발표회에 참석하신 모든 내빈여러분과 전문가여러분, 정신장애인 가족, 그리고 당사자 여러분 반갑습니다. 오늘은 지난 6월부터 국가인권위원회에서 진행한 『정신장애인 인권 실태조사』 결과를 발표하는 날입니다. 이번 결과발표회는 그동안 우리사회에서 소외되었던 정신장애인의 인권실태를 조망하고 개선방안을 모색한다는 점에서 매우 뜻 깊은 자리라 하겠습니다.

지금까지 국가인권위원회에 접수된 진정사건을 보면, 정신장애인은 입원과정·입원생활·퇴원과정 전반에 걸쳐 광범위한 인권침해를 받고 있었습니다. 뿐만 아니라 정신장애인은 정신적 무능력자라는 편견으로 인해 보험가입이나 고용에 있어서도 불합리한 차별을 경험하고 있었습니다. 이는 정신장애를 사회적 문제로 인식하기보다 개인적인 결함으로 국한하려는 우리사회의 관행, 정신장애인을 지역사회에서 보호하기보다 시설에 수용하려고 하는 현 정신보건시스템이 어우러져 빚어낸 결과였습니다. 다행히 1995년 정신보건법이 제정되면서 정신장애인을 위한 국가정책적 노력이 확대되는 계기를 맞았으나 여전히 인권친화적인 법·제도의 수준에는 못미치는 실정입니다.

이에 국가인권위원회에서는 다음과 같은 6개 주제 실태조사를 통해 정신장애인의 인권 상황을 파악하고, 개선방안을 도출해 보았습니다.

첫째, 『정신보건시설 재원자 및 시설에 대한 실태조사』를 실시하였습니다. 2006년 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 국내 정신장애 입원환자의 90% 이상은 비자발적인 형태로 입원하고 있었습니다. 또한 2007년 국가인권위원회에 접수된 진정사건 중 540여건은 정신보건 시설 내의 ‘부당한 격리 및 강박 조치’, ‘가혹행위’, ‘강제치료’ 등과 관련한 내용이었습니다. 이에 국가인권위원회에서는 정신보건 시설 입소자와 종사자를 대상으로, 입·퇴원 과정, 치료과정, 생활환경 등을 조사하고 정신보건시설 재원자의 인권을 향상시킬 수 있는 방안을 알아보았습니다.

두 번째로, 『정신장애인에 대한 차별과 편견』 실태를 조사하였습니다. 우리사회는 일반적으로 정신장애인을 위협하고 폭력적이며 무능한 존재로 규정하는 경우가 많습니다. 그러나 이러한 편견은 정신장애인에 대한 재활을 어렵게 하고, 그들을 사회로부터 격리·수용하게 만드는 주요 원인이 됩니다. 이에 2번 과제에서는 일반대중, 특정 직업군을 대상으로 차별·편견 의식정도를 조사하고, 매스미디어에서 나타난 편견적 보도유형을 분석해 보았습니다.

세 번째로, 『장기입원의 구조적 원인과 지속요인』에 대해 조사했습니다. 2003년 OECD 국가별 비교에 따르면, 국내 정신장애인의 평균 입원일수는 타 국가에 비해 매우 장기화되어 있는 편입니다. 물론 만성화된 환자의 경우 장기치료가 불가피할 수 있겠으나 적절한 재활 및 자립지원이 보장되면 지역사회에서 충분히 살아갈 수 있는 환자들까지 장기입원할 필요는 없습니다. 이에 3번 과제에서는 정신장애 환자가 장기입원하게 되는 구조적 원인이 무엇인지 살펴보고 이를 개선하기 위한 정신보건체계의 개혁방안을 도출해보았습니다.

네 번째로, 『특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태』를 조사해보았습니다. 행려자, 이주민, 독거노인, 구금시설수용자의 경우, 타 집단에 비해 정신질환에 쉽게 노출되어 있음에도 불구하고, 정신보건체계에 대한 접근이 제한되어 있는 것이 사실입니다. 따라서 이들 중 대다수는 정신질환을 앓더라도 적절한 보호를 받지 못하고 있을 것이 예상되었습니다. 이에 4번 과제에서는 취약한 일부계층을 대상으로 정신보건실태 및 서비스 이용현황 등을 알아보고, 적절한 정신보건서비스제공 방안을 알아보았습니다.

앞선 조사들이 대체적으로 정신병원 혹은 다수인 시설에 거주하고 있는 정신장애인들을 대상으로 한 조사였다면, 다섯 번째 조사는 『재가 정신장애인 및 가족의 생활실태』에 관한 것입니다. 정신장애는 당사자 뿐 아니라 가족들에게도 말로 표현하기 어려운 고통을 주게 됩니다. 그럼에도 우리사회는 정신장애인에 대한 보호를 가족들에게 전적으로 부담 지우며 경제적·정서적인 어려움을 과중시키고 있습니다. 이에 5번 과제에서는 시설에 입소되지 않은 재가정신장애인과 가족을 대상으로 일반적인 생활실태를 조사하고 지원방안을 알아보았습니다.

마지막으로, 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축』을 위한 연구를 진행하였습니다. 이는 선진 각국의 정신보건 개혁 사례를 분석하여 우리나라 실정에 맞는 인권친화적 정신보건 시스템을 도입하기 위한 것입니다. 이를 위해 미국, 호주, 영국, 독일, 일본의 정신보건시스템을 평가하고, 지역사회 중심·이용자 중심의 정신보건 서비스 전달체제로 전환하기 위한 정책방향을 제시해 보았습니다.

이렇듯 지난 6개월 동안 저희 위원회는 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』의 기초자료 확보를 위해 정신장애인이 처해있는 모든 상황 및 조건들을 조사·연구하고, 개선방향을 총체적으로 고민해 보았습니다. 그리고 그 결과로써 오늘과 같은 자리를 마련할 수 있게 되었습니다.

더불어 오늘 토론회는 실태를 그대로 드러내는 것만으로는 정신장애인의 인권이 증진될 수 없다는 문제의식 하에 마련된 것입니다. 정신장애인들의 인권보호와 삶의 질 향상은 지금의 현실을 심각하게 인식하고, 이를 변화시키기 위해 진솔하며 대담한 논의를 이끌어 가는 것, 그리고 그 과정에서 다양한 이해관계들을 서로 존중하며 합의를 이끌어 가는 과정을 통해 가능한 것입니다. 오늘 이 결과발표 및 토론회가 그러한 과정의 시금석이 되길 바라며, 정신장애인에 대한 보다 나은 치료, 그리고 인권친화적인 입법·제도 및 관행의 개선을 위해 오늘 활발한 논의를 진행해 주시기를 부탁드립니다. 또한 내년 6월에 발표될 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』 사업에도 많은 관심과 지지를 부탁드립니다. 감사합니다.

2008년 12월

국가인권위원회 위원장 **안 경 환**

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

❖ 행사일정

구분	시간	내용	
개회사	14:00-14:10(10')	안경환 (국가인권위원회 위원장)	
사회		최경숙 (국가인권위원회 상임위원)	
<1부>			
1주제	14:10-14:30(20')	발표1	정신보건시설 재원자 및 시설 실태 정인원 (동국대학교 정신과 교수)
	14:30-14:50(20')	발표2	장기입원의 구조적 원인과 지속요인 박종익 (강원대학교 정신과 교수)
	14:50-15:20(30')	지정 토론	서경석 (인하대학교 법대 교수) 강상경 (서울대학교 사회복지학과 교수)
<2부>			
2주제	15:20-15:40(20')	발표3	재가 정신질환자 및 가족의 생활실태 김문근 (울지대학교 사회복지학과 교수)
	15:40-16:00(20')	발표4	특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태 양옥경 (이화여자대학교 사회복지전문대학원장)
	16:00-16:30(30')	지정 토론	김영학 (한국정신장애인협회 대구지부회장) 윤 탁 (전남대학교 정신과 교수)
휴식	16:30-16:50(20')	휴 식	
<3부>			
3주제	16:30-16:50(20')	발표5	정신질환자에 대한 차별과 편견 실태 서미경 (경상대학교 사회복지학과 교수)
	16:50-17:10(20')	발표6	정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축 홍선미 (한신대학교 사회복지학과 교수)
	17:10-17:30(30')	지정 토론	배정규 (대구대학교 심리학과 교수) 이명수 (서울시정신보건센터장)
폐 회			

목 차

제 1 부

- 발표 1. 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사 3
정 인 원 (동국대학교 정신과 교수)
- ❖ 지정토론
서 경 석 (인하대학교 법대 교수) / 87
- 발표 2. 장기 입원의 구조적 원인과 지속요인 93
박 종 익 (강원대학교 정신과 교수)
- ❖ 지정토론
강 상 경 (서울대학교 사회복지학과 교수) / 119

제 2 부

- 발표 3. 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 129
김 문 근 (울지대학교 사회복지학과 교수)
- ❖ 지정토론
김 영 학 (한국정신장애인협회 대구지부회장) / 187
- 발표 4. 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사 191
양 옥 경 (이화여자대학교 사회복지전문대학원장)
- ❖ 지정토론
윤 탁 (전남대학교 정신과 교수) / 259

제 3 부

발표 5. 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사 267

서 미 경 (경상대학교 사회복지학과 교수)

❖ 지정토론

배 정 규 (대구대학교 심리학과 교수) / 323

발표 6. 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축 327

홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

❖ 지정토론

이 명 수 (서울시정신보건센터장) / 403





제 1 부

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사

정인원
(동국대학교 정신과 교수)

1

발 표

정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사

정 인 원 (동국대학교 정신과 교수)

I. 서 론

1. 연구목적

- 1) 연구의 배경 및 필요성
 - 가. 정신질환자의 특성과 인권
 - 나. 정신보건시설에서의 인권침해
- 2) 연구목적
2. 선행연구 및 관련연구 분석
3. 연구내용

- 라. 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리
- 마. 인간적 존엄성을 추구할 권리
 - 마-1 강박 사항
 - 마-2 기타 부당행위
 - 마-2-1. 병동 직원
 - 마-2-2. 병동 환자
- 바. 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경
- 사. 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권
- 아. 노역 및 작업 상여금

3. 소결

II. 조사방법 및 조사과정

1. 조사기관 및 조사일정

- 1) 현장방문조사
- 2) 우편설문조사
2. 조사 도구
 - 1) 준구조화된 면접 평가
 - 2) 기관 종사자 대상 인권침해인식 및 인권침해인식 척도
 - 3) 서류 및 현장 평가
3. 조사 일정
4. 조사 분석 방법
5. 조사 대상 기관 현황

V. 종사자 설문조사 결과 분석

1. 조사개요

- 1) 조사방법
- 2) 설문지 응답 종사자의 일반적 특성

2. 조사결과

- 1) 인권침해 목격여부 및 인식정도
- 2) 인권침해 원인에 대한 의견
- 3) 기타 주요 인권관련 사항에 대한 인식정도

3. 소결

III. 환자 면접조사 결과 분석

1. 조사개요

2. 조사결과

- 1) 입퇴원 과정에서의 인권
 - 가. 강제적인 방법을 사용한 정신질환자의 이송
 - 나. 입퇴원 및 계속 입원심사제도
- 2) 치료과정에서의 인권
 - 가. 의식주, 건강과 위생을 추구할 권리
 - 나. 사생활 보호와 개인정보의 보호
 - 다. 신체적 안전에 대한 권리

VI. 시설평가

1. 조사개요

2. 조사결과

- 1) 공간구조
- 2) 각 시설에 대한 현장 평가
- 3) 각 시설에 대한 현장 평가 및 우편 설문지의 비교

VII. 조사결과 종합검토 및 제안사항

1. 조사결과 요약

2. 제안

I. 서론

1. 연구목적

1) 연구의 배경 및 필요성

(1) 정신질환자의 특성과 인권

정신질환은 그 질병의 특성상 일반인으로서 이해하기 어려운 사고와 행동장애를 보이며, 질병의 결과가 만성적이고 퇴행적이어서 현실 판단과 사회적응에 심각한 장애를 보이게 된다. 특히 대부분의 정신질환자는 병식(insight)이 결여되어 있어서 입·퇴원을 비롯한 전반적인 치료과정을 스스로 결정하고 판단하지 못하는 경우가 많다. 따라서 적절히 치료하고 보호한다는 이유로 혹은 그들의 폭력과 위협으로부터 자신과 타인의 안전을 도모한다는 이유로 정신장애인의 인권이 쉽게 침해당하는 것이 현실이다.

(2) 정신보건시설에서의 인권침해

지난 수년간 정신질환자의 인권침해가 사회적으로 문제가 되는 경우는 주로 정신과 관련시설에서 인권유린이 발생한 경우였다. 대표적인 예로 1980년대 정신질환자 무허가 기도원 사건부터 시작하여, 형제복지원 사건을 거쳐 1990년대에 경기여자기술학원, 소쩍새마을, 양지마을, 구생원, 장항수심원, 예바다농아원 사건 등으로 이어지면서 시설 수용자의 인권문제의 심각성에 대해 사회적 관심을 요구해왔다. 이처럼 정신과 관련시설에서의 인권침해가 가능한 이유는 무엇보다도 이 시설들이 외부로부터 차단되어 있고, 환자들의 자유로운 행동을 제한하기 때문이다. 그리고 이를 가능하게 하는 것으로 정신질환자에 대한 사회적 인식의 문제, 정신보건법 등 제도적 미비점, 행정관청의 무관심 및 편의주의, 그리고 시설의 경제적 문제 등을 들 수 있을 것이다. 국가인권위원회에서 발행한 자료에 따르면 정신의료기관에서 나타나는 인권침해의 양상은 다음과 같다.

<표 1> 정신의료기관에서의 인권침해 양상

분류	침해유형
병원구조 및 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 폐쇄형 병동구조 및 병실배치 · 권리구제수단의 부재 · 비위생적인 환경 · 여가활동 및 사적공간의 부재 · 화재대비시설의 취약함
입·퇴원 과정	<ul style="list-style-type: none"> · 임의적인 입원과정 · 불법적인 이송과정 · 불법적인 퇴원 거부 · ‘회전문’ 현상 · 입·퇴원과정에서 환자의 의사 배제
치료환경	<ul style="list-style-type: none"> · 의료 인력의 부족 · 전체적인 치료행위의 부족 · 강압적인 치료행위
환자들의 일상생활	<ul style="list-style-type: none"> · 환자 주거공간의 협소함 · 환자의 통신권 제한 · 시설 내에서의 사생활 침해
환자 통제	<ul style="list-style-type: none"> · 지나친 강박조치 · 환자를 이용한 환자통제(방·실장제 운용)
기타	<ul style="list-style-type: none"> · 합병증 환자의 인권문제 · 환자들의 사회적 네트워크 단절

* 국가인권위원회, 2003, 「정신의료기관 방문조사보고서」.

표1에서 보이는 인권침해의 내용은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있는데, 첫째는 **자유권의 침해**로서, 임의적인 입원과정이나 탈법적인 이송과정, 불법적인 퇴원거부, 통신권의 제한, 지나친 강박조치 등이 해당되겠다. 두 번째는 사회적 기본권으로서의 **생존권의 침해**로서 인간다운 생활을 할 권리의 침해라고 볼 수 있는 데, 열악한 시설환경이나 의료 인력의 부족 및 적절한 치료 프로그램의 부족 등이 해당된다고 하겠다. 이에는 시설운영자의 부도덕성과 더불어 수익구조와 관련된 제도적 문제가 함께 관여된다고 하겠다.

2) 연구목적

본 조사는 정신보건시설 및 미인가시설을 대상으로 우편설문조사 및 현장 방문조사의 두 가지 방법을 사용하여, 강제입원을 포함한 입퇴원 및 장기입원 등의 실태, 입원 및 입소 시설의 환경 및 처우 개선의 여부, 입원 및 입소 기간 동안의 격리강박 및 작업재활치료 시행 등을 파악하여 정신보건시설 재원자 및 시설에 대한 실태를 체계적으로 조사함으로써 정신보건시설과 입원/입소자에 대한 인권침해와 관련한 인권현황의 문제점을 파악하고 그 대안을 모색하는 기초적 자료로 제시하고자 한다.

2. 선행연구 및 관련연구 분석

- 수용시설에 입소해 있는 정신질환자의 인권침해 실태에 대해 문제가 제기되고 있었음.
- 정신질환자의 입·퇴원과 관련된 자유권의 침해에 대한 연구, 치료프로그램에 대한 연구, 시설관련연구, 정신의료기관 종사자들의 인권민감성에 대한 연구, 정신보건법의 적용실태에 대한 연구 등이 이루어져 왔음.
- 이런 연구들을 통해 정신보건시설에서의 인권침해 상황에 대해 문제가 반복적으로 제기되었으나, 현재 정신보건시설내에서의 정신질환자의 인권상황이 실질적으로 개선되었는지는 미지수로서 이에 대한 평가의 필요성이 제기되고 있는 실정임.

3. 연구내용

: 정신보건시설 입원/입소자의 치료 환경에 대한 실태 조사

1) 정신보건시설내 입원/입소자 현황에 대한 자료수집 및 대면 조사

- 입퇴원 과정의 현황 파악
- 격리/강박 시행실태 조사
- 면회 및 전화, 서신 등의 현황 파악
- 작업 및 재활치료를 포함한 각종 프로그램 운영실태 조사

2) 정신보건시설내 종사자들의 인권 의식 조사

3) 시설에 대한 건축학적·공간적 접근 및 조사

- 병동 및 병실, 스테이션 등의 구조 및 배치에 대한 검토
- 시설 규모별 수준에 따른 정신질환자의 치료환경 및 인권보호에 적합한 시설구조 및 배치에 대한 검토
- 화재대비시설, 여가시설 등 정신질환자의 치료환경 개선 및 인권향상을 위해 필수적인 시설에 대한 검토 및 설치방안 마련

II. 조사방법 및 조사과정

1. 조사기관 및 조사일정

1) 현장방문조사

전국 정신보건시설 및 미인가 시설에 입원/입소하고 있는 정신질환자의 입퇴원 현황 및 인권상황의 실태를 정확하게 파악하기 위한 현장방문조사의 방법으로써, 본 연구과제의 연구비 및 기간 등을 감안하여 전국적인 상황을 적절하게 대표할 수 있는 표본추출방법을 적용하고자 하였다.

다만, 표본추출시에는 연구비가 허락하는 한 가급적 많은 수의 대상기관이 선별되어야 하는 동시에, 그 선별된 기관이 전체 모집단을 대표할 수 있는 대표성이 있도록 무작위로 추출되어야 한다는 두 가지 원칙이 반드시 지켜지도록 하였다.

본 연구에서는 이러한 점을 고려하여 표본추출방법으로 최근에 전국 규모의 대규모 역학연구에서 가장 널리 쓰이고 있는 다단계 집락추출(multistage cluster sampling) 방법을 사용하였다. 우선 전국을 서울, 경기, 충청, 전라, 강원, 경남의 6개 권역(primary sampling unit)으로 나누고, 각 권역에서 각각 10개의 시 내지는 군을 추출하고(secondary sampling unit), 각각의 시/군에서 1개 내지 2개씩의 정신보건시설을 무작위로 선별하여 전체 70개의 정신보건시설을 표본추출 하였다.

정신보건시설을 추출함에 있어 시설종류별, 계층별로 입소자수에 비례하여 추출하였는데, 계층별 기준은 최근 의료급여수가제도 개선안에 나온 정신의료기관 등급 제도를 사용하여 아래와 같은 기준으로 시설을 상중하의 세 등급으로 나누어 계층별 추출을 하였다.

정신과 의사 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원) / (상임전문+상임전공*1/2)

간호사 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원) / (상임정간+상임간호+조무사)

정신보건전문요원 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원)/(상임정복+상임임심)

의 수식으로 계산 한 뒤 표 2와 같은 등급기준에 따라 등급을 정해서 등급별로 계층별 추출을 하였다.

<표 2> 정신보건시설 등급기준

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신과 의사 1인당 입원환자	정신과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
상	4점	4점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
중	3점 이상 -4점 미만	3점	21명 이상 -61명 미만	6명 이상 -14명 미만	51명 이상 -101명 미만
하	3점 미만	0-2점	61명 이상	14명 이상	101명 이상

한편, 미인가 시설의 경우 2003년 이후 대부분이 인가시설로 전환되어 실제로 공식적으로 미인가 시설의 현황에 대한 정보는 없는 상태였다. 이러한 상황에서 구청에 등록되어 있는 개인인가시설 2곳을 조사하였다. 표본 추출된 시설종류를 표 3에 제시하였다.

<표 3> 조사대상시설

시설종류		등급	계
정신의료기관	국립정신병원	상	3
		중	
		하	
	공립정신병원	상	3
		중	
		하	
	사립정신병원	상	19
		중	
		하	
	종합병원정신과	상	7
		중	
		하	
	병원정신과	상	16
		중	
		하	
	정신과의원	상	12
		중	
		하	
정신요양시설			5
사회복귀시설			5
미인가시설			2
계			72

2) 우편설문조사

현재 국내에는 정신질환자를 위한 정신보건시설 및 미인가시설은 약 1,333개의 기관에 약 8만여 병상에 이르고 있다. 이중 입소시설 내지는 병상이 없는 정신과 의원이나 사회복귀시설 등을 제외하면 조사대상시설은 약 515개 내외로 추산되고 있다(표 4). 이들 정신보건시설에 입원/입소하고 있는 정신질환자의 입퇴원 및 입원/입소 현황에 대한 기본적인 자료를 수집하기 위하여 양적·전수 조사로써 설문지를 마련하여 우편을 통하여 설문지를 발송하였다.

<표 4> 정신보건시설 현황(2006. 6. 30. 현재)

(단위: 개소, 병상, %)

구 분		기관수	병상(정원)수	전체 병상구성비	
2006년 합계		1,333	79,131	100.0	
정신 의료 기관	소 계	1,124	63,760	81.6	
	정신병원	국 립	6	3,648	5.6
		공 립	12	4,185	5.3
		사 립	68	23,856	30.1
		소 계	86	31,689	81.6
	병·의원	종합병원정신과	167	7,419	9.4
		병원정신과	104	19,354	24.5
		정신과의원	767	5,298	6.7
		소 계	1,038	32,071	40.6
	정신요양시설		57	14,296	18.0
사회복귀시설		151	1,075	1.4	

2006. 중앙정신보건사업지원단

2. 조사 도구

가. 준구조화된 면접 평가

훈련된 평가자에 의해 선정된 입원 및 입소 환자들의 개별 면접이 시행하였다. 준구조화된 면접의 내용은 크게 6개 영역으로 구성되었다(부록 2 참고).

첫 번째는 입원의 강제성을 묻는 질문으로서 세부 질문으로는 강제성 여부, 주보호자, 동반 보호자, 보호자의 동의, 보호자로부터 받은 인권침해 여부, 입원에 대한 정보 수여 여부 등이다.

두 번째는 강박과 관련된 사항을 묻는 질문으로서 세부 질문으로는 강박실시에 대한 설명 여부, 장소, 도구, 빈도, 기간, 강박당한 신체 부위, 강박 중 의료진 접근 여부, 방치 여부, 강박 중 식사, 용변 처리 사항, 언어, 신체 및 성적 폭력 여부 등이다.

세 번째는 입원 생활과 관련된 질문으로서 세부 질문으로서는 식사, 환의나 침구, 침상 및 생활공간, 기타 청결, 위생 시설, 면회 및 통신권, 강제노역, 임금 관리 및 간식비, 치료 프로그램 참여 등이다.

네 번째는 의사의 진료, 인격 무시 및 부당행위에 대한 질문으로 세부 사항은 신체 질병 처치, 치료적 태도, 언어적, 물리적 폭력, 기합 및 가혹행위, 인격 무시, 기타 부당행위 등이다.

다섯 번째는 직원(간호사, 보호사, 정신보건 관련 종사자 및 생활 지도원)에 대한 질문이며 세부 사항은 치료적 태도, 언어적, 물리적 폭력, 기합 및 가혹 행위, 인격 무시, 기타 부당행위 등이다.

여섯 번째는 시설 내 타환자에 대한 질문으로서 세부 사항으로서 실장의 유무, 타환자의 언어적, 물리적 폭력, 기합, 가혹행위, 인격 무시, 기타 부당 행위 및 차별 대우 등이다.

나. 기관 종사자 대상 인권침해인식 및 인권침해인식 척도

이 척도는 크게 인권침해 인식여부와 목격여부를 측정할 수 있게 구성되어 있다.

먼저 인권 침해 인식 척도는 기관의 종사자들이 직접 기록하게 하는 문항들로서 그 내용은 환자 및 입소자들의 인권 침해를 반영하는 비자율적 입원(입소)과 퇴원(퇴소)의 강제성, 병동 및 입소 생활, 개인정보 비보장, 통신권, 면회권 비보장, 비인격적 대우 및 방치, 착취 등에 대한 것들이다. 모두 21문항으로서 문항에 대해 인권침해 인식정도에 따라 4점 척도로 구성하였고 총점은 63점이다. 따라서 점수가 높을수록 인권 침해 인식정도는 높음을 의미하고 있다.

인권침해목격척도는 인권 침해 인식 척도와 같은 문항으로 구성되어 있으며 지난 1년간 인권 침해를 반영하는 사건에 대한 목격 여부에 따라 5점 척도에 표시하도록 구성하였고 총점은 84점이다. 따라서 점수가 높을수록 인권 침해가 자주 발생했음을 의미한다.

인권 침해의 발생원인에 대해 응답은 예시 중 3가지 중요 순서에 따라 표시하도록 구성하였다. 기타 문항으로서는 진정함을 통한 국가 인권 위원회에 진정할 권리인식 여부, 정신보건센터와 사회복지시설 인식 여부, 퇴원 청구 및 처우 개선요구 권리 인식 여부에 대해 각각 1문항씩 구성하였다.

다. 서류 및 현장 평가

질문지의 구성은 크게 두개의 영역으로 나누어 서류 평가와 현장 평가 분야로 구분하였

다(부록 5와 6참고). 정신요양시설 평가 척도를 기초로 하여 구성된 문항으로서 인권과 관련된 가장 밀접한 분야를 선정하였다. 시설에 대한 종합 평가는 각 문항당 4점 척도로 구성되었고 총 20문항으로 총점 80점이였다. 총점이 높을수록 시설 정도가 우수함을 의미하였다.

가) 서류 평가

물리적 환경, 조직운영 및 인사관리영역(간호사와 정신보건요원의 배치수), 인권보호 및 서비스의 질 영역(식용수, 응급환자 처리, 입소자 건강관리, 진료 및 투약, 개별화된 퇴소 계획, 원내 작업 요법, 외부 자유로운 출입여부)의 10개 문항으로 구성하였다. 각 문항당 충족된 요건을 단계별로 기재하여 점수화하였으며 평가자에 의해 관련 서류를 검토한 뒤 문항별 평가를 하도록 하였다.

나) 현장 평가

물리적 환경(외부 시설, 과도한 철장, 철문 존재 여부, 침실 및 복도, 사생활 보장, 상담실과 면회실, 체육 및 오락 공간, 화장실 및 세면실)과 인권 보호시설(우편함 및 공중전화 시설, 인권함 설치를 비롯한 인권보호 노력)의 10개 문항으로 구성하였다. 각 문항당 충족된 요건을 단계별로 기재하여 점수화하였으며 평가자에 의해 관련 현장 시설 확인 및 기타 관련 서류를 통해 문항별 평가하도록 하였다.

3. 조사 일정

본 조사 일정은 2008년 8월 1일부터 11월 15일까지 전국 각지의 6개 권역별 조사 대상 기관에서 진행되었다. 권역별 조사팀은 연구원을 중심으로 관련 전문가들(정신과 레지던트, 정신보건 사회복지사, 정신보건 임상심리사)로서 구성되었다. 1일 1개의 기관 조사가 진행되었고 조사 대상 기관 내에서 대상자 선정은 비교적 성별, 병동, 의료 보장 종류에 따른 할당 표집법을 사용하였다.

조사 일정 전에 2일간 조사원 교육이 실시되었고 면접과 설문 및 시설 평가 조사의 지침과 업무의 역할 분담에 대해 교육하였다.

4. 조사 분석 방법

입소 및 환자의 설문 조사는 인권보장 정도에 대한 기술적 정보(descriptive information)를 파악하기 위해 빈도 분석을 실시하였고, 기관의 종류에 따른 대상자의 특성 차이와 인권 보장 정도의 차이를 파악하기 위해 교차 분석을 실시하였다. 또한 척도별 평균점에 대한 비교는 평균점에 대한 차이 검증으로 T-검증을 실시하였다.

입소 및 환자를 대상으로 한 준 구조화된 면접 자료는 면담 내용을 범주화한 후 수량화하였으며 이를 빈도 분석하여 기술적 정보로 사용하였다.

종사자 대상 설문 조사의 결과는 종사자의 특성을 알아보기 위한 기술적 정보 파악을 위해 빈도 분석 실시하였고 기관의 종류에 따른 문항별 차이를 파악하기 위해 교차 분석을 실시하였다. 또한 척도별 평균점에 대한 비교는 평균점에 대한 차이 검증으로 T-검증을 실시하였다.

시설 평가는 기관별 평정자간의 평균점을 산출하였고 총합으로 사용하여 기관별 시설 평가 점수를 순위화하였다.

자료 분석은 SPSS 13.0을 사용하여 분석하였다.

5. 조사 대상 기관 현황

정신보건시설 종류별로 입원유형을 살펴보면, 아래 표와 같다. 정신보건시설의 입원유형은 네 가지로, 정신보건법에서 정하고 있는 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시군구청자에 의한 입원과 기타입원으로 분류된다.

<표 5> 정신보건시설 종류별 입원유형별 입원(입소)환자 현황
(단위: 명, %)

	시설수	입원환자수	자의입원	보호의무자에 의한 입원	시도지사에게 의한 입원	응급입원
총계	72	12,889(100.0)	2,258(17.5)	9,183(71.2)	1,436(11.1)	11(1.1)
정신의료기관 소계	60	11,334(100.0)	2,014(17.8)	8,742(77.1)	566(5.0)	11(1.1)
국립정신병원	3	1,167(100.0)	261(22.4)	897(76.9)	1(1.1)	7(6.6)
공립정신병원	3	854(100.0)	247(28.9)	604(70.7)	3(4.4)	0
사립정신병원	19	5,587(100.0)	765(13.7)	4,387(78.5)	431(7.7)	4(0.6)
종합병원 정신과	7	558(100.0)	177(31.7)	380(68.1)	1(1.8)	0
병원 정신과	16	2,635(100.0)	495(18.8)	2,016(76.5)	124(4.7)	0
정신과의원	12	533(100.0)	69(12.9)	458(85.9)	6(1.1)	0
정신요양시설	5	1,285(100.0)	23(1.8)	392(30.5)	870(67.7)	0
사회복지시설	5	221(100.0)	221(100.0)	0	0	0
미인가시설	2	49(100.0)	0	49(100.0)	0	0

자의입원은 대상 정신보건시설 입원(입소)환자 중에 17.5%(2,258명)를 차지하고 있다. 보호의무자에 의한 입원은 71.2%(9,183명), 보호의무자가 시장, 군수, 구청장(시도지사에게 의한 입원)인 행려 또는 무연고 입원(입소)환자가 11.1%(1,436명)이었다. 2006년 중앙정신보건사업단의 조사에서는 각각 9.2%, 70.4%, 19.6%로 나왔는데, 이 수치와 비교해보면 자의 입원은 8.3% 증가하였고, 반면 시도지사에게 의한 입원이 8.5% 감소하였다.

Ⅲ. 환자 면접조사 결과 분석

1. 조사개요

전체 2,253명의 입소자를 표본 추출하여 이 중 면접불가능 또는 부재중 대상자 269명을 제외한 1,984명에 대한 자료를 분석하였다. 인구학적 정보를 표 6에 제시하였다.

<표 6> 표집 전체 대상자

(N=1,984)

	종류	빈도수	퍼센트
성별	남	1346	67.8
	녀	638	32.2
나이 (45.64±11.59세)	19세 이하	26	1.3
	20대	125	6.4
	30대	425	21.9
	40대	674	34.7
	50대	461	23.7
	60대	189	9.7
	70세 이상	44	2.3
입원기간 (21.54±45.31개월)	3개월 미만	724	37.2
	4-6개월	310	15.9
	7-12개월	247	12.7
	13-24개월	223	11.5
	25-48개월	166	8.5
	49-72개월	69	3.5
	73-96개월	43	2.2
	97-120개월	41	2.1
	121개월 이상	80	4.1
	무응답	41	2.1
의료보장형태	보 험	613	31.5
	보 호 1종	1074	55.2
	보 호 2종	170	8.7
	행 려	33	1.7
	무응답	54	2.8

평균 입원기간은 21.54개월 정도였는데, 최고로 오래 입원한 입소자의 입소기간은 488개월(40년가량)이었다.

2. 조사결과

조사결과를 제시함에 있어 입소자가 침해당한 권리의 종류별로 표 7과 같이 정리하였다.

<표 7> 인권침해의 분류

	영역	항목	인권 구분
입퇴원과정에서의 인권	강제적인 방법을 사용한 정신질환자의 이송	입원에의 동의 여부 보호자 동반여부	자유권
	입퇴원 및 계속입원치료심사	퇴원 청구	자유권 자유결정권
치료과정에서의 인권	의식주, 건강과 위생을 추구할 권리	의복 및 침구류 등의 위생상태 병실의 규모와 인원 적절한 식단 및 식당 환경 개인 소유 물품, 사물함 관리	인간존중권 사생활보호권
	사생활 보호와 개인정보의 보호	종교에 대한 선택 개인정보보호와 관리	사생활보호권 비밀보장권
	신체적 안전에 대한 권리	세면실, 병실의 위생상태 신체건강에 대한 점검상태 입원생활에서 발생하는 건강문제 해결	건강권
	정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리	정기적 치료적 목적의 면담	인간존중권
	인간적 존엄성을 추구하고 할 권리	강박처치관련사항 학대행위(비하언어, 성폭력, 물리적 폭력)	인간존중권
	의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경	정기적인 보호자 면회 및 외부접촉	인간존중권 자유권
	프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권	치료방향에 대한 교육 및 참여 입원기간에 대한 인식	자유권, 참정권, 자유결정권, 참여권
	작업치료 및 보수		사회권

1) 입퇴원 과정에서의 인권

가. 강제적인 방법을 사용한 정신질환자의 이송

입원의 강제성 여부를 평가하기 위한 질문에 입원 과정이 강제적이었다고 생각하는 경우가 예상보다는 높지 않았다. 표 8을 보면 자신의 의견이 반영되어 입원한 경우가 39.4%였고, 가족의 의견에 동의하여 입원한 경우도 33.9%로 이 두 경우에는 강제성이 있다고 보기는 어렵다.

시설종류별로 입원 시 본인 동의여부를 보면 국립정신병원에서 자발적인 입원이 가장 많았고, 종합병원정신과와 사회복지시설이 이어서 높은 것으로 나타났다($\chi^2=66.0$, $df=14$, $p<.000$). 반면, 병원정신과에서 강제입원을 하는 경우가 가장 많은 것으로 나타났다.

<표 8> 입원에 대한 동의 여부

(N=1,984)

시설유형	입원시 본인 동의여부				계
	나의 의견이 반영되어 입원	나는 거부했지만 가족의 의견에 따라	가족과 치료진이 속이고 강제 입원	무응답	
국립정신병원	61(55.5)	37(33.6)	11(10.0)	1(9)	110(100.0)
공립정신병원	41(40.6)	32(31.7)	27(26.7)	1(9)	101(100.0)
사립정신병원	265(40.9)	231(35.6)	146(22.5)	6(9)	648(100.0)
종합병원정신과	80(47.6)	60(35.7)	25(14.9)	3(1.8)	168(100.0)
병원정신과	177(35.1)	166(32.9)	152(30.2)	9(1.8)	504(100.0)
정신과의원	92(36.9)	83(33.3)	70(28.1)	4(1.6)	249(100.0)
정신요양시설	39(26.7)	58(39.7)	31(21.2)	16(11.0)	146(100.0)
사회복지시설	27(46.6)	6(10.3)	2(3.4)	23(39.7)	58(100.0)
계	782(39.4)	673(33.9)	464(23.4)	65(3.3)	1,984(100.0)

표 9는 입원 시 동의여부에 따른 입원유형의 차이를 보여주고 있다. 가장 두드러지는 점은 보호의무자에 의한 입원이 압도적으로 많은 데, 특히 본인이 스스로 입원에 동의하는 경우에도 458명(58.6%)의 입소자가 보호의무자에 의한 입원을 했다는 것이다. 이는 아마도 입소자가 스스로 자신의 퇴원을 자유롭게 결정하지 못하도록 함으로써 입소시설이 입소자를 다루는 데 있어서의 편의를 위하여 가급적 보호의무자에 의한 입원을 유도했을

것으로 추정된다. 이처럼 스스로 입원에 동의하고 있는 환자를 자의입원이 아닌 보호의무자에 의한 입원으로 입원유형을 유도하는 것은 명백히 ‘치료에 대한 자기결정권’을 침해한 것으로 판단할 수 있겠다.

<표 9> 입원시 동의여부에 따른 입원유형의 차이

입원유형	입원시 본인 동의여부				계
	나의 의견이 반영되어 입원	나는 거부했지만 가족의 의견에 따라	가족과 치료진이 속이고 강제 입원	무응답	
보호의무자입원	458(58.6)	612(90.9)	377(81.3)	14(21.5)	1461(73.6)
시도지사입원	30(3.8)	23(3.4)	45(9.7)	11(16.9)	109(5.5)
자의입원	271(34.7)	25(3.7)	37(8.0)	11(16.9)	344(17.3)
무응답	23(2.9)	13(1.9)	5(1.1)	29(44.6)	70(3.5)
계	782(100.0)	673(100.0)	464(100.0)	65(100.0)	1,984(100.0)

표 10에서는 입원유형을 시설종류별로 비교하였다. 자의입원의 비율이 가장 높은 시설은 국립정신병원과 종합병원정신과였다. 반면 보호의무자입원이 가장 높은 시설은 국립정신병원과 병원정신과로 나타났다. 앞의 표에서 본인 동의여부가 가장 높은 시설이 국립정신병원으로 나왔음에도 불구하고 보호의무자에 의한 입원이 가장 높은 비율로 나온 것은 문제가 있다고 하겠다. 그 외 정신과의원의 경우가 보호의무자에 의한 입원이 높게 나왔다. 정신요양시설의 경우에는 정신병원에 비해 상대적으로 시도지사에 의한 입원은 많았으나 자의입원의 비율은 낮았다.

<표 10> 시설종류별 입원유형

시설유형	입원유형				계
	보호의무자입원	시도지사입원	자의입원	무응답	
국립정신병원	95(86.4)	3(2.7)	11(10.0)	1(9)	110(100.0)
공립정신병원	68(67.3)	5(5.0)	25(24.8)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	476(73.5)	37(5.7)	117(18.1)	18(2.8)	648(100.0)
종합병원정신과	116(69.0)	6(3.6)	42(25.0)	4(2.4)	168(100.0)

시설유형	입원유형				계
	보호의무자입원	시도지사입원	자의입원	무응답	
병원정신과	384(76.2)	17(3.4)	89(17.7)	14(2.8)	504(100.0)
정신과의원	203(81.5)	7(2.8)	36(14.5)	3(1.2)	249(100.0)
정신요양시설	98(67.1)	34(23.3)	7(4.8)	7(4.8)	146(100.0)
사회복지시설	21(36.2)	0	17(29.3)	20(34.5)	58(100.0)
계	1461(73.6)	109(5.5)	344(17.3)	70(3.5)	1,984(100.0)

한편, 입원과정에서 강제적일 수록 입소자 스스로 입원자체가 자신에게 필요치 않다고 생각하였다. 표 11를 보면 자신의 생각에 입원이 필요치는 않지만, 가족의 의견에 동의하여 입원한 경우에는 반 정도의 대상자가 입원이 적절하다고 평가한 반면, 가족과 치료진에 의해 강제로 입원당했다고 생각하는 입소자의 경우에는 3분의 2이상이 적절하지 않았다고 대답했다. 특징적인 것은 무응답률인데, 전자의 경우 거의 3분의 1의 대상자가 무응답을 한 반면, 강제로 입소당한 대상자의 경우 95%이상이 답을 함으로써 훨씬 더 적극적으로 응답하는 모습을 보였다. 뭔가 억울함을 호소하고픈 속내가 반영된 것이 아닌가 싶다.

<표 11> 강제 입원의 경우 적절한 조치였다고 생각하는가의 여부

	적절했다	아니다	무응답	계
가족의 의견에 동의하여 입원했다.	257(38.2)	226(33.6)	190(28.1)	673(100.0)
가족과 치료진에 의해 강제로 입원 당했다.	115(24.8)	330(71.1)	19(4.1)	464(100.0)
총계	372(32.0)	556(50.0)	209(18.0)	1137(100.0)

가족과 치료진에 의해 강제로 입원당했다고 생각하는 464명의 대상자의 60.8%에서 입원시 보호자가 동행하였다고 하여 상당히 높은 비중을 보이고 있으며, 일단은 가족과의 연계가 살아있다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있을 것이다(표 12). 하지만, 입원과정에서 보호자의 동행은 정신보건법에 의하면 ‘보호의무자에 의한 입원’의 경우 선택이 아니라 필수라는 점을 고려하면 보호자 없이 입원하는 것 자체가 불법이라고 할 수 있겠다. 이

리한 점을 고려하면 168명(36.2%)의 응답자가 보호자 동반이 없었다고 하는 데, 이는 결코 적은 숫자가 아니라고 할 수 있겠다. 시설별로 보면 대상자수가 적어 통계적으로 유의하지는 않지만, 병원정신과와 정신과의원의 경우가 보호자 동행없이 입원한 경우가 많았다 ($\chi^2=16.930$, $df=14$, $p=.260$).

<표 12> 강제 입원시 보호자 동행여부

(N=464)

시설유형	강제 입원시 보호자 동행여부			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	11(100.0)	0	0	11(100.0)
공립정신병원	18(66.7)	9(33.3)	0	27(100.0)
사립정신병원	87(59.6)	53(36.3)	6(4.1)	146(100.0)
종합병원정신과	19(76.0)	6(24.0)	0	25(100.0)
병원정신과	85(55.9)	61(40.1)	6(3.9)	155(100.0)
정신과의원	42(60.0)	28(40.0)	0	70(100.0)
정신요양시설	19(61.3)	10(32.3)	2(6.5)	31(100.0)
사회복지시설	1(50.0)	1(50.0)	0	2(100.0)
계	282(60.8)	168(36.2)	14(3.0)	464(100.0)

보호자 동행 없이 강제입원을 당한 168명의 대상자의 경우 부재 시 동행자 중 가장 많은 경우는 입소시설의 직원인 것으로 나타나 이 과정에서의 인권침해 가능성에 대한 고려가 필요하다(표 13). 특히, 위 표에서 강제 입원시 보호자 동행률이 가장 떨어지는 정신과의원과 병원정신과의 경우에 역시 통계적으로 유의하지는 않지만, 입소시설의 후송차량을 이용한 경우가 가장 많은 것으로 나타나 더욱 문제가 심각함을 보여주고 있다($\chi^2=38.962$, $df=30$, $p=.127$).

<표 13> 보호자 부재시 동행자는 누구였는가?

(N=168)

시설유형	보호자 부재시 동행자						계
	구급대대원	경찰	동사무소공무원 /센터 정신보건요원	입소시설의 후송차량	기타	무응답	
국립정신병원	0	0	0	0	0	0	0
공립정신병원	2(22.2)	2(22.2)	1(11.1)	1(11.1)	2(22.2)	1(11.1)	9(100.0)
사립정신병원	17(32.1)	4(7.5)	3(5.7)	19(35.8)	7(13.2)	3(5.7)	53(100.0)
종합병원정신과	1(16.7)	0	2(33.3)	2(33.3)	1(16.7)	0	6(100.0)
병원정신과	13(21.3)	6(9.8)	2(3.3)	30(49.2)	9(14.8)	1(1.6)	61(100.0)
정신과의원	5(17.9)	2(7.1)	0	18(64.3)	3(10.7)	0	28(100.0)
정신요양시설	1(10.0)	2(20.0)	1(10.0)	2(20.0)	4(40.0)	0	10(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	0	0	0	1(100.0)
계	40(23.8)	16(9.5)	9(5.4)	72(42.9)	26(15.5)	5(3.0)	168(100.0)

나. 입퇴원 및 계속 입원심사제도

2008년 3월 21일 개정된 정신보건법 제 29조 1항에 의하면 ‘정신의료기관등에 입원 등을 하고 있는 자 또는 그 보호의무자는 시장, 군수, 구청장에게 자신 또는 당해 입원환자의 퇴원 또는 처우개선을 청구할 수 있다’라고 되어 있다. 이러한 환자의 권리를 입소자가 알고 있는 지 조사해보았다. 아래 표 14를 보면 사회복지시설을 제외한 1,926명의 입소자 중에서 813명(42.2%)이 위 사항을 알고 있다고 답하였다. 나머지 1015명(52.7%)의 입소자는 위 사항에 대해서 전혀 모르고 있음을 알 수 있다.

시설유형별로 보면 정신의료기관 중에서는 국립정신병원의 입소자가 가장 많이 인지한 반면, 정신과 의원의 입소자가 인지가 가장 낮았다. 정신요양시설의 입소자는 정신의료기관에 비해 인지가 더 낮아 정신과의원의 입소자보다도 더 낮은 인지를 보였다 ($\chi^2=103.906$, $df=12$, $p<.000$).

<표 14> 퇴원 및 처우개선 청구에 대한 권리 인지 여부

시설유형	퇴원 및 처우개선 청구에 대한 권리 인지 여부			계
	알고 있다	모르고 있다	무응답	
국립정신병원	57(51.8)	51(46.4)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	33(32.7)	46(45.5)	22(21.8)	101(100.0)
사립정신병원	303(46.8)	327(50.5)	18(2.8)	648(100.0)
종합병원정신과	79(47.0)	85(50.6)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	212(42.1)	275(54.6)	17(3.4)	504(100.0)
정신과의원	83(33.3)	145(58.2)	21(8.4)	249(100.0)
정신요양시설	46(31.5)	86(58.9)	14(9.6)	146(100.0)
계	813(42.2)	1015(52.7)	98(4.9)	1,926(100.0)

아무리 병식이 없는 정신질환자라고 하더라도 환자는 입원하기 전에 입원에 관련된 정보를 제공받을 권리가 있다. 물론 정보제공자체가 불가능할 정도로 긴급한 환자도 있겠지만, 그런 경우에도 환자의 상태를 보면서 가능한 한 빨리 정보를 제공해주어야 할 것이다. 그런데 조사결과 입원에 대한 정보를 제공받았다고 답변한 환자는 42.2%에 불과하고, 그나마도 자세한 설명을 듣거나 서면으로 통지를 받은 입소자수는 24.1%로서 더욱 적다(표 15). 반면에 입원과 관련된 정보를 제공받은 바가 없다는 답변은 51.5%로 절반을 넘는 비중을 보이고 있다. 환자를 속이거나 모르게 해서 입원한 경우는 그 자체로 환자들의 인권을 침해하는 것이며, 또 해당 환자와 의료진 사이에 치료적 관계를 형성하는 데에도 악영향을 줄 수 있다.

시설유형별로 입퇴원 과정에 대한 정보제공여부를 보면, 대부분의 시설들에서 절반이상의 입소자들이 정보를 제공받지 못했다고 응답하였는데, 그 중에서는 국립정신병원이 조금 나은 편이었고, 병원정신과가 가장 낮은 정보제공율을 보였다($\chi^2=94.195$, $df=24$, $p<.000$). 특히, 정신과의원과 정신요양시설의 경우에는 앞의 표에서 입소자들의 퇴원 및 처우개선 청구에 대한 권리 인지률이 가장 낮은 시설들이었음에도 정보제공률도 매우 낮은 모습을 보이고 있다. 표에서 보면 이러한 점이 더 분명해지는 데, 즉, 퇴원 및 처우개선의 청구에 대한 권리를 모르고 있는 입소자들이 오히려 더 그러한 부분에 대한 정보를 더 받지 못하고 있는 현상이 나타나고 있다($\chi^2=417.522$, $df=8$, $p<.000$). 여기서 정보제공률이

낮아서 권리인지를 낮은 것인지 그 인과관계를 확인할 수는 없으나, 분명한 것은 입소자들의 치료에 대한 자기결정권을 보장하기 위해서는 우선적으로 이 부분에 대한 개선이 매우 시급하다는 것이다. 즉, 이러한 제도자체를 모름으로 인해 입소자들이 자신들에게 법으로 보장된 권리를 행사하지 못하는 일은 없어야 할 것이다.

<표 15> 입원당시 입퇴원 과정에 대한 정보를 받았는가?

시설유형	입퇴원 과정에 대한 정보 제공여부					계
	서면통지	구두로 자세한 설명 들음	몇 마디 말을 들음	전혀 설명 듣지 못함	무응답	
국립정신병원	13(11.8)	29(26.4)	26(23.6)	36(32.7)	6(5.5)	110(100.0)
공립정신병원	12(11.9)	17(16.8)	16(15.8)	44(43.6)	12(11.9)	101(100.0)
사립정신병원	76(11.7)	105(16.2)	110(17.0)	332(51.2)	25(3.9)	648(100.0)
종합병원정신과	17(10.1)	33(19.6)	28(16.7)	74(44.0)	16(9.5)	168(100.0)
병원정신과	33(6.5)	67(13.3)	94(18.7)	288(57.1)	22(4.4)	504(100.0)
정신과의원	7(2.8)	40(16.1)	46(18.5)	139(55.8)	17(6.8)	249(100.0)
정신요양시설	2(1.4)	17(11.6)	25(17.1)	79(54.1)	23(15.8)	146(100.0)
계	160(8.1)	308(16.0)	345(17.9)	992(51.5)	121(6.3)	1,926(100.0)

<표 16> 퇴원 및 처우개선 청구권리인지여부에 따른 정보제공여부 차이비교

권리인지여부	입퇴원 과정에 대한 정보 제공여부					계
	서면통지	구두로 자세한 설명 들음	몇 마디 말을 들음	전혀 설명 듣지 못함	무응답	
알고 있다	98(12.1)	212(26.1)	154(18.9)	327(40.2)	22(2.7)	813(100.0)
모르고 있다	47(4.6)	79(7.8)	180(17.7)	652(64.2)	57(5.6)	1015(100.0)
무응답	15(16.0)	17(18.1)	11(11.7)	13(13.8)	42(40.4)	98(100.0)
계	160(8.1)	308(16.0)	345(17.9)	992(51.5)	121(6.3)	1,926(100.0)

2) 치료과정에서의 인권

정신병원이나 정신요양시설은 교도소와 함께 총체적 통제시설(total institution)로 일컬어진다. 즉 이유가 무엇이건 특정인이 해당 시설에 들어오면, 그 순간부터 그는 외부와의 접촉은 최대한 제한되며, 그의 모든 행동이 통제의 대상이 된다는 것이다. 따라서 이들 시설에서의 일상생활은 매우 중요한 의미를 갖는다. 그것은 해당 시설의 목적 사업(정신병원의 경우에는 치료, 교도소의 경우에는 교화)을 수행할 수 있어야 하면서, 동시에 그 시설에서 생활하는 사람들의 삶의 질을 최소한 일반인의 평균치 정도로는 유지해야 하기 때문이다. 그러나 이들 시설들은 역사적으로 보면 ‘열등처우의 원칙(principle of less-eligibility)’이 관철되어 왔었다. 즉 사회통제와 관련된 목적상 이들 시설들에 들어와 있는 사람들은 일반사회의 노동자보다 한 단계 낮은 처우가 행해져 왔던 것이다. 그렇다면 우리 나라의 정신과 관련시설은 어떠한 상태인가? 여기서는 이러한 질문에 답하기 위하여 환자들과의 면접을 통해 일상생활과 관련된 여러 부분을 정리하였다.

가. 의식주, 건강과 위생을 추구할 권리

먼저, 병원이나 요양시설에서 제공되는 식사에 대해서 만족 여부를 질문하였다. 이에 대해 77.1%에 해당하는 1529명이 매우 맛있고 청결 내지는 맛있고 청결에 답하여 만족한다고 답한 반면, 20% 내외의 입소자가 불만족 응답을 하여 식사 상태에 대해서는 대부분의 입소자들이 만족하고 있는 것으로 나타났다(표 17).

시설유형별로 비교해보면, 사립정신병원, 병원정신과, 정신과의원 등의 시설에서 식사에 대한 불만족도가 비교적 높았고, 정신요양시설이나 사회복지시설은 정신의료기관에 비해 만족도가 매우 높은 양상을 보여주었다($\chi^2=132.915$, $df=35$, $p<.000$). 이에 대해 정신의료기관의 입소자들보다 정신요양시설이나 사회복지시설의 입소자가 비교적 유병기간이 길면서 사회경제수준이 낮은 계층임으로 인해 상대적으로 시설에서 제공하는 식사에 대해 높은 점수를 주었을 가능성도 고려해봐야 할 것이다.

<표 17> 식사 상태

시설유형	식사 상태						계
	매우 맛있고, 청결	맛있고, 청결	맛없고, 불결	매우 맛없고, 불결	맛없고, 청결	무응답	
국립정신병원	22(20.0)	66(60.0)	14(12.7)	0	1(9)	7(6.4)	110(100.0)
공립정신병원	25(24.8)	49(48.5)	13(12.9)	1(1.0)	8(7.9)	5(5.0)	101(100.0)
사립정신병원	110(17.0)	386(59.6)	103(15.9)	12(1.9)	25(3.9)	12(1.9)	648(100.0)
종합병원정신과	43(25.6)	99(58.9)	21(12.5)	0	4(2.4)	1(6)	168(100.0)
병원정신과	81(16.1)	294(58.3)	73(14.5)	17(3.4)	21(4.2)	18(3.6)	504(100.0)
정신과의원	40(16.1)	137(55.0)	37(14.9)	10(4.0)	22(8.8)	3(1.2)	249(100.0)
정신요양시설	49(33.6)	75(51.4)	12(8.2)	4(2.7)	2(1.4)	4(2.8)	146(100.0)
사회복지시설	31(53.4)	22(37.9)	2(3.4)	0	2(3.4)	1(1.7)	58(100.0)
계	401(20.2)	1128(56.9)	275(13.9)	45(2.3)	84(4.2)	51(2.6)	1,984(100.0)

조사자들이 피부로 느낄 수 있는 병원 및 요양시설에 대한 평가방법은 냄새라고 할 수 있다. 폐쇄적이고 억압적인 곳일수록 세탁이나 청소 등이 잘 이루어지지 않아 악취가 심한 반면 개방적인 곳에서는 냄새가 그다지 심하지 않았다. 침구나 의복상태에 대해서는 전체 면접자 중 절대 다수라고 할 수 있는 1817명(91.6%)이 만족을 나타냈는데, 이 부분은 약간의 해석이 필요할 것으로 보인다(표 22). 즉, 정신질환자들 중 상당수는 무기력증을 보이고 있으며, 이러한 사람은 세탁이나 세면 등을 회피하는 경우가 많다. 따라서 환자들의 답변이 침구나 의복의 현재의 상태에 대한 평가이기 보다는 그에 대한 환자들의 반응을 표시한 것으로 볼 수 있는 것이다.

병동 침구와 환자복 상태에 대한 시설별 비교에서 환자들이 평가한 의견에는 차이가 있었다($\chi^2=60.62$, $df=28$, $p<.001$)(표 18). 종합병원정신과, 정신요양시설, 사회복지시설에 입소한 환자들이 타 시설보다 침구와 환자복의 상태가 깨끗한 것으로 평가한 환자가 많았다.

<표 18> 병동 침구와 환자복 상태

시설유형	병동 침구와 환자복 상태					계
	매우 깨끗하다	깨끗하다	더러운 편	매우 더럽다	무응답	
국립정신병원	30(27.3)	72(65.5)	8(7.3)	0	0	110(100.0)
공립정신병원	26(25.7)	66(65.3)	7(6.9)	0	2((2.0)	101(100.0)
사립정신병원	176(27.2)	417(64.4)	45(6.9)	1(.2)	9(1.4)	648(100.0)
종합병원정신과	65(38.7)	98(58.3)	2(1.2)	0	3(1.8)	168(100.0)
병원정신과	119(23.6)	328(65.1)	39(7.7)	3	15(3.0)	504(100.0)
정신과의원	67(26.9)	166(66.7)	12(4.8)	0	4(1.6)	249(100.0)
정신요양시설	44(30.1)	87(59.1)	6(4.1)	1(.7)	8(5.5)	146(100.0)
사회복지시설	32(55.2)	24(41.4)	0	0	2(3.4)	58(100.0)
계	559(28.2)	1258(63.4)	119(6.0)	5(.3)	37(1.9)	1,984(100.0)

나. 사생활 보호와 개인정보의 보호

사적 공간이 얼마나 입소자에게 보장되는지를 파악하기 위한 질문에서 전체적으로 72.1%의 입소자가 화장실이나 샤워실 등에서의 사생활이 잘 보장된다고 답하였다(표 19). 시설별로는 정신요양시설이나 사회복지시설이 우수하였고, 국립정신병원이 가장 열악한 것으로 나타났다($\chi^2=111.104$, $df=35$, $p<.001$). 아마도 시설이 오래됨으로 인해 구조자체가 낙후된 영향으로 판단된다. 안전의 목적이 우선되어야 한다는 정신의료기관의 입장은 이해하나 사생활의 침범은 반드시 필요한 경우에 한하여 최소한으로 이루어져야 할 것이다. 절대 입소자 관리를 위한 치료진의 편의를 위해서 입소자의 사생활이 무단으로 침범되어서는 안 될 것이다.

<표 19> 화장실이나 샤워실 등의 사적 공간에서의 사생활 상태

시설유형	화장실/샤워실 등의 사적공간						계
	privacy 잘 보호됨	가슴이하만 가려짐	허리이하만 가려짐	가려져있지 않음	CCTV 설치됨	무응답	
국립정신병원	65(59.1)	22(20.0)	4(3.6)	15(13.6)	0	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	67(66.3)	11(10.9)	2(2.0)	10(9.9)	9(8.9)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	478(73.8)	71(11.0)	5(8)	50(7.7)	25(3.9)	19(3.0)	648(100.0)
종합병원정신과	129(76.8)	19(11.3)	1(6)	7(4.2)	8(4.8)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	352(69.8)	76(15.1)	14(2.8)	28(5.6)	10(2.0)	24(4.8)	504(100.0)
정신과의원	172(69.1)	39(15.7)	0	16(6.4)	17(6.8)	5(2.0)	249(100.0)
정신요양시설	115(78.8)	5(3.4)	0	21(14.4)	0	5(3.5)	146(100.0)
사회복지시설	52(89.7)	3(5.2)	0	1(1.7)	0	2(3.4)	58(100.0)
계	1430(72.1)	246(12.4)	26(1.3)	148(7.5)	69(3.5)	65(2.3)	1,984(100.0)

다. 신체적 안전에 대한 권리

정신보건시설에 입소한 상태에서 발생하는 다양한 신체 질병에 대한 처치는 매우 중요하다고 할 수 있다. 입소자는 스스로 신체 질병에 대한 치료를 받기 위해 마음대로 밖으로 나가 원하는 치료자를 선택할 수 있는 기회가 없기 때문에 입소기간동안 입소 시설은 신체 질병에 대한 치료를 책임져야 할 것이다. 이는 건강을 추구할 중요한 권리라고 할 수 있다. 본 조사에서는 대략 절반가량의 환자가 신체 질병 처치에 대해 만족한다고 답을 하였다(표 20). 보통이라고 답한 26.4%의 환자와 불만족이라고 답한 8.1%의 환자에 대해 보다 더 적극적인 대책을 마련해야 될 것으로 보인다. 시설별로는 정신의료기관중에서는 예상대로 종합병원정신과에서의 만족도가 가장 높은 것으로 나타났고, 특이하게도 의사와의 접촉이 부족할 것으로 예상되는 정신요양시설과 사회복지시설에서 신체 질병 처치에 대한 만족도가 더 높게 나타났다 ($\chi^2=40.223$, $df=21$, $p=.007$). 사회복지시설의 경우는 불만족으로 응답한 입소자가 한 명도 없었다.

<표 20> 신체 질병 처치에 대한 만족도

시설유형	신체 질병 처치에 대한 만족도				계
	만족	불만족	보통	무응답	
국립정신병원	55(50.0)	13(11.8)	32(29.1)	10(9.1)	110(100.0)
공립정신병원	49(48.5)	10(9.9)	31(30.7)	11(10.9)	101(100.0)
사립정신병원	347(53.5)	52(8.0)	159(24.5)	90(13.9)	648(100.0)
종합병원정신과	101(60.1)	11(6.5)	39(23.2)	17(10.2)	168(100.0)
병원정신과	237(47.0)	47(9.3)	153(30.4)	67(13.3)	504(100.0)
정신과의원	134(53.8)	20(8.0)	69(27.7)	26(10.4)	249(100.0)
정신요양시설	92(63.0)	7(4.8)	30(20.5)	17(11.7)	146(100.0)
사회복지시설	41(70.7)	0	10(17.2)	3(5.2)	58(100.0)
계	1,056(53.2)	160(8.1)	523(26.4)	245(12.3)	1,984(100.0)

한편, 정신질환자의 특성상 비상시에 대비한 대피체계는 매우 중요한 부분이다. 이와 관련하여 화재 발생시 피할 수 있는 비상구 사용을 할 수 있는지 물어보았다. 이에 대해 비상구가 어디에 있는지 알고 있으며, 이용 가능하다는 응답이 절반 정도인 965명(48.6%)에 불과하였다. 특히 비상구의 위치는 알고 있지만 이용하기가 힘들다고 응답한 경우가 337명(17.0%)이었으며, 비상구가 있다는 얘기는 들었지만 어디에 있는지는 모른다는 응답도 317명(16.0%)이었다. 이와 같은 조사결과를 볼 때, 상당수의 환자들이 사고 발생시 적절한 대응을 하지 못할 가능성이 많은 것으로 보이며, 집단시설인 점을 감안하면 대형 참사의 가능성도 배제할 수 없을 것이다.

정신질환은 질병의 특성상 환자들이 현실감이 없으며 환경의 변화에 둔감한 경우가 많다. 그 결과 사고발생시 환자 개개인의 사고 대처 능력이 일반인에 비하여 현저하게 떨어져 있다. 병원이나 요양소 등에서는 환자들에게 정기적인 교육을 통하여 화재나 응급상황의 발생시 대처방법을 가르치고 있지만, 이런 교육만으로는 별다른 효과를 거둘 수가 없다. 오히려 그런 교육은 근무 직원들에게 할 필요가 있으며, 체계적이고 실질적인 대피시스템과 함께 필요한 장비들을 준비할 필요가 있다. 특히 병실이나 입소시설 내의 비상용 시설이 이용이 편리하고 근접한 위치에 설치되어야 할 것이다.

시설별로는 정신요양시설이나 사회복지시설이 정신의료기관에 비해 더 양호한 것으로 나타났는데, 병원정신과나 정신과의원에서는 비상구자체가 없는 것으로 인지하는 경우가

많았고, 종합병원정신과나 국립정신병원의 경우에는 비상구가 있는지는 알지만 이용하기가 힘들다고 인지하고 있었다($\chi^2=147.728$, $df=28$, $p<.000$).

<표 21> 화재 발생시 비상구

시설유형	화재 발생시 비상구 인지 여부					계
	비상구 알고 이용가능	비상구 알고 이용 힘들	비상구 들었지만 위치 모름	비상구 없는 것으로 인지	무응답	
국립정신병원	60(54.5)	24(21.8)	18(16.4)	8(7.3)	0	110(100.0)
공립정신병원	49(48.5)	15(14.9)	20(19.8)	15(14.9)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	314(48.5)	114(17.6)	111(17.1)	87(13.4)	22(3.4)	648(100.0)
종합병원정신과	82(48.8)	40(23.8)	30(17.9)	12(7.1)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	210(41.7)	86(17.1)	86(17.1)	103(20.4)	19(3.8)	504(100.0)
정신과의원	122(49.0)	38(15.3)	26(10.4)	54(21.7)	9(3.6)	249(100.0)
정신요양시설	88(60.3)	16(11.0)	24(16.4)	6(4.1)	12(8.3)	146(100.0)
사회복지시설	40(69.0)	4(6.9)	2(3.4)	0	12(20.7)	58(100.0)
계	965(48.6)	337(17.0)	317(16.0)	285(14.4)	80(4.1)	1,984(100.0)

라. 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리

의사 선생님이 자주 면담해 주는 지에 대한 문항에서 자주 만날 수 있고 성의가 있다는 응답이 1252명(63.1%), 자주 만날 수는 있지만 무성의하다는 응답이 170명(8.6%), 어쩌다 만나긴 하나 무성의하다는 응답이 194명(9.8%), 거의 만날 수 없다는 응답이 168명(8.5%), 자주 만날 수는 없지만 성의는 있다는 응답이 62(3.1%)이었다(표 22).

시설별로는 국립정신병원, 공립정신병원, 종합병원정신과, 사회복지시설 등에서 만족도가 높은 것으로 나타난 반면, 사립정신병원, 병원정신과, 정신과의원, 정신요양원 등에서는 비교적 낮은 만족도를 보였다($\chi^2=224.747$, $df=35$, $p<.000$). 특히 정신요양원의 경우 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났는데, 이는 무응답률이 높아서였다. 정신요양시설의 경우 촉탁의 형태로 외부의 병. 의원에서 일주일에 한번 정도 의사가 방문 진료하고 있다 보니 무응답률이 높았던 것으로 보인다. 하지만, 응답한 입소자들만 고려하면 타시설에 비해 낮지 않았다. 한편, 사회복지시설의 경우는 만족도가 매우 높게 나왔는데, 이에 대해서는 이

들 입소자의 경우 상대적으로 직업재활 등의 생활자체에 대한 관심이 높아 의사와의 면담에 대한 필요성이 많이 감소하여 그 기대수준 자체가 낮은 게 아닌가 추측해볼 수 있겠다.

<표 22> 치료적 태도에 대한 만족도

시설유형	의사와의 면담에 대한 만족도						계
	자주 만날 수 있고 성의 있음	자주 만나지만 무성의	어쩌다 만나고 무성의	거의 못만남	자주 못만나지만 성의있음	무응답	
국립정신병원	82(74.5)	9(8.2)	6(5.5)	10(9.1)	0	3(2.7)	110(100.0)
공립정신병원	72(71.3)	9(8.9)	4(4.0)	7(6.9)	2(2.0)	7(6.9)	101(100.0)
사립정신병원	422(65.1)	65(10.0)	60(9.3)	51(7.9)	19(2.9)	31(4.8)	648(100.0)
종합병원정신과	138(82.1)	9(5.4)	6(3.6)	5(3.0)	3(1.8)	7(3.0)	168(100.0)
병원정신과	278(55.2)	56(11.1)	63(12.5)	62(12.3)	17(3.4)	28(5.6)	504(100.0)
정신과의원	153(61.4)	17(6.8)	33(13.3)	13(5.2)	17(6.8)	16(6.4)	249(100.0)
정신요양시설	59(40.4)	2(1.4)	20(13.7)	19(13.0)	4(2.7)	42(28.8)	146(100.0)
사회복지시설	49(84.5)	3(5.2)	2(3.4)	1(1.7)	0	3(5.2)	58(100.0)
계	1,252(63.1)	170(8.6)	194(9.8)	168(8.5)	62(3.10)	138(7.0)	1,984(100.0)

담당의사와의 면담횟수에 대한 조사에서도 31.3%의 경우에만 만족스럽다고 할 수 있겠다(표 23). 거의 절반가량에서 주 1회 이하의 면담을 받고 있는 것으로 보인다. 시설별로는 국립정신병원과 종합병원정신과의 경우가 면담횟수가 많았고, 병원정신과가 가장 적었다($\chi^2=469.055$, $df=35$, $p<.000$). 정신요양시설이나 사회복지시설의 경우에는 구조상 부정기적으로 면담하는 경우가 많았다.

<표 23> 담당의사와의 면담횟수

시설유형	담당의사와의 면담횟수에 대한 만족도						계
	필요시 언제나 가능	매일	주 2회	주 1회	부정기적	무응답	
국립정신병원	36(32.7)	6(5.5)	7(6.4)	32(29.1)	28(25.5)	1(.9)	110(100.0)
공립정신병원	10(9.9)	3(3.0)	12(11.9)	62(61.4)	11(10.9)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	180(27.8)	70(10.8)	72(11.1)	138(21.3)	134(20.7)	54(8.4)	648(100.0)
종합병원정신과	45(26.8)	51(30.4)	22(13.1)	25(14.9)	16(9.5)	9(5.4)	168(100.0)
병원정신과	69(13.7)	42(8.3)	39(7.7)	160(31.7)	144(28.6)	50(9.9)	504(100.0)
정신과의원	39(15.7)	44(17.7)	27(10.8)	76(30.5)	55(22.1)	8(3.2)	249(100.0)
정신요양시설	6(4.1)	1(.7)	4(2.7)	13(8.9)	83(56.8)	39(26.8)	146(100.0)
사회복지시설	19(32.8)	0	3(5.2)	4(6.9)	30(51.7)	2(3.4)	58(100.0)
계	404(20.4)	217(10.9)	186(9.4)	510(25.7)	501(25.3)	164(8.4)	1,984(100.0)

마. 인간적 존엄성을 추구할 권리

마-1 강박 사항

강박경험관련 문항에 대한 응답의 특징은 다른 종류의 문항에 비해 전반적으로 무응답률이 높다는 것이다. 이에 대한 이유는 현재로서는 추정해 볼 따름이다. 몇 가지 가설로는 첫째는 강박을 당했던 경험자체가 입소자의 자존감을 상하게 하여 더 이상 떠올리고 싶지 않게 하여 대답을 하고 싶지 않게 하였을 수 있고, 둘째는 강박경험 자체가 대상자에게 극심한 공포와 두려움을 유발시켜 무의식적 억압과정에 의해 당시 상황자체에 대한 기억 자체를 못해서 일지도 모른다. 이러한 경향은 강박시행에 대한 설명이 없었을 경우 더욱 심하게 나타나는 양상을 보였다.

보호실에 돌아간 본 경험은 894명(45%)에서 있었는데, 이중 강박 경험이 있는 입소자는 574명(28.9%)였다(표 8).

시설종류별로는 국립정신병원에서 강박 경험의 빈도가 가장 높았고, 정신과의원의 경우가 강박빈도가 가장 낮은 것으로 드러났다. 정신의료기관에 비해 정신요양시설과 사회복지시설은 상대적으로 강박을 시행하는 횟수가 매우 낮았다($\chi^2=333.795$, $df=14$, $p<.000$).

사회복지시설의 경우 강박경험이 있다고 대답한 대상자는 1명이었는데, 에 대해 없거나 무응답이 많았는데, 이는 시설자체가 강박을 시행하지 않는 기관이 많아 ‘해당사항없음’에 의한 무응답이었다(표 24).

<표 24> 보호실에 들어가 본 경험의 유무

(N=1,984)

시설유형	보호실에 들어가 본 경험 유무				계
	강박	격리	없다	무응답	
국립정신병원	54(49.1)	10(9.1)	44(40.0)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	34(33.7)	17(16.8)	40(39.6)	10(9.9)	101(100.0)
사립정신병원	221(34.1)	112(17.3)	293(45.2)	22(3.4)	648(100.0)
종합병원정신과	48(28.6)	31(18.5)	81(48.2)	8(4.8)	168(100.0)
병원정신과	137(27.2)	95(18.8)	231(45.8)	41(8.1)	504(100.0)
정신과의원	67(26.9)	30(12.0)	136(54.6)	16(6.4)	249(100.0)
정신요양시설	12(8.2)	22(15.1)	64(43.8)	48(32.9)	146(100.0)
사회복지시설	1(3.3)	3(3.5)	20(34.5)	34(58.6)	58(100.0)
계	574(28.9)	320(16.1)	909(45.8)	181(9.1)	1,984(100.0)

강박경험이 있는 574명의 입소자들 대상으로 강박실시에 대한 설명여부에 대한 조사에서는 강박경험이 있다고 답한 입소자 중 199명(34.7%)가 설명이 없었다고 응답을 하였는데, 강박전후 어떠한 설명도 듣지 못한 입소자가 이렇게 많은 것은 문제가 아닐 수 없다. 강박자체가 힘에 의해 강압적으로 자신의 신체의 자유를 구속하는 행위이므로 당하는 당사자 입장에서는 상당히 공포스럽고 당황스러운 감정을 불러일으키게 되는 데, 이런 상황에서 어떤 설명도 주어지지 않는다면 이러한 감정적 어려움은 더욱 심해질 것이다. 만약 치료진이 강박자체를 치료적 행위의 하나로 인식한다면 어떠한 설명도 없이 강박을 하는 것은 결코 있을 수가 없는 일이다. 강박행위와 더불어 제공되는 설명과 면담이 사실은 강박 그 자체보다도 중요한 것일진대, 설명은 안하고 강박만 한다는 것은 강박자체의 목적을 의심해볼 수 밖에 없다. 강박자체가 입소자의 잘못된 행동에 대한 벌로서 주어지거나 치료진의 편의를 위해서 행해졌을 가능성이 의심된다. 만약 이런 목적으로 시행되었다면, 이는 치료적으로 전혀 도움이 되지 않을 뿐 아니라 더 중요하게는 이는 심각한 인권침해로 간주될 수 밖에 없다. 직원 등 병원 및 요양시설의 치료진을 대상으로 ‘강박시행 전후

에 그 이유를 환자에게 설명한다'는 보건복지부 “격리 및 강박 지침” (2003.12.30) 에 대한 교육을 지속적으로 실시해야 할 필요가 있다.

시설종류별로는 종합병원정신과의 경우에 강박실시 이유에 대한 설명이 있는 경우가 가장 높았다. 공립정신병원, 병원정신과 등이 낮았는데($\chi^2=20.747$, $df=7$, $p=.004$), 이는 강박실시의 이유가 치료적 목적이냐 아님 환자통제/치료진 편의의 목적이냐에 따라 설명유무가 달라질 지도 모른다는 앞의 추정에 더 힘을 실어주는 결과라고 할 수 있겠다. 즉, 치료진에 비해 입소자수가 적은 종합병원정신과의 경우에는 환자에 대한 접근이 더 개인적이고 심층적이다보니 강박자체도 치료 행위의 하나로서 사용되어질 가능성이 높은 반면, 열악한 환경의 입소시설일수록 강박자체도 치료적 목적에서 멀어질 수 밖에 없는 것이다.

<표 25> 강박실시의 이유 및 과정에 대한 설명은 들었는가?

(N=574)

시설유형	강박실시 이유 및 과정 설명 유무		계
	있었음	없었음	
국립정신병원	36(66.7)	18(33.3)	54(100.0)
공립정신병원	18(52.9)	16(47.1)	34(100.0)
사립정신병원	147(66.5)	74(33.5)	221(100.0)
종합병원정신과	41(85.4)	7(14.6)	48(100.0)
병원정신과	75(54.7)	62(45.3)	137(100.0)
정신과의원	47(70.1)	20(29.9)	67(100.0)
정신요양시설	10(83.3)	2(16.7)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	1(100.0)
계	375(65.3)	199(34.7)	574(100.0)

강박실시에 대해 환자 자신이 수긍하는 지의 여부에 대한 질문에서 수긍한다는 쪽이 조금 높게 나왔다. 시설종류별로는 비슷하게 나왔으나, 특징적으로 설명률이 가장 높았던 종합병원정신과에서 무응답이 매우 높아 수긍률이 낮게 나타탄 것에 대해서는 그 의미를 고려해보는 것이 필요하다($\chi^2=91.474$, $df=14$, $p<.000$)(표 26). 즉, 종합병원정신과에서는 강박실시의 이유에 대한 수긍률이 가장 낮았으나, 동시에 수긍못한다고 응답한 입소자수도 가장 낮았다. 무응답이 많아서인데, 그 이유를 알 수 있는 방법은 현재로서는 없다. 종합

병원정신과의 입소자들의 경우에 강박을 당한 것에 대해 수궁할지 말지에 대한 양가적인 감정이 있는 것으로 추정해 볼 수 있겠다.

<표 26> 강박실시에 대한 수궁여부

(N=574)

시설유형	강박실시 이유 및 과정 수궁 유무			계
	수궁함	수궁못함	무응답	
국립정신병원	32(59.3)	22(40.7)	0	54(100.0)
공립정신병원	20(58.8)	13(38.2)	1(2.9)	34(100.0)
사립정신병원	120(54.3)	84(38.0)	17(7.7)	221(100.0)
종합병원정신과	18(37.5)	10(20.8)	20(41.7)	48(100.0)
병원정신과	63(46.0)	64(46.7)	10(7.3)	137(100.0)
정신과의원	30(44.8)	16(23.9)	21(31.3)	67(100.0)
정신요양시설	7(58.3)	5(41.7)	0	12(100.0)
사회복귀시설	1(100.0)	0	0	1(100.0)
계	291(50.9)	214(37.4)	67(11.7)	574(100.0)

강박실시에 대한 수궁여부는 강박시행시 설명을 하였느냐에 따라 극명한 차이를 보여 주고 있다(표 27). 설명이 있었던 경우에는 61.3%의 대상자가 수궁을 한 반면, 설명이 없었던 경우에는 30.7%만이 수궁을 하여 드라마틱한 차이를 나타내었다. 강박을 받은 것에 대해 입소자가 수궁을 하느냐 마느냐의 여부는 치료적인 관점에서 매우 중요하다고 하겠다. 수궁못한다고 치료적으로 의미가 없는 것은 아니지만, 수궁하는 경우에 치료적인 효과가 더 클 가능성이 높을 것이다. 이러한 점을 고려하면 이 결과는 또 한번 강박 시행전 후에 설명을 하느냐 여부가 얼마나 중요한지를 보여주는 결과라고 할 수 있겠다.

<표 27> 강박실시의 설명여부에 따른 수궁여부

(N=574)

설명 유무	강박실시 이유 및 과정 수궁 유무			계
	수궁함	수궁못함	무응답	
있었음	230(61.3)	97(25.9)	48(12.8)	375(100.0)
없었음	61(30.7)	117(58.8)	21(10.6)	199(100.0)
계	291(50.9)	214(37.4)	67(11.7)	574(100.0)

강박장소를 응답한 환자들 중에서는 보호실(30.7%)이 가장 많았다(표 28). 하지만 더 중요한 것은 대부분의 환자들(1124명, 67.4%)이 질문에 응답하지 않았다는 사실이다. 만약 무응답이 강박 사실에 대한 부정이 아니라, 그에 대한 공포와 회피에 따른 반응이라면 문제가 심각하다 할 수 있다. 이와 관련하여 구체적인 강박 경험에 대한 질문에서 13명은 보호실보다 침대 옆 등을 포함한 공개되어 있는 장소에서 강박을 당했다고 하는데, 이는 그 자체가 인권을 침해하는 것일 뿐만 아니라 다른 환자들에게 위압감을 준다는 점에서 근절 시켜야 한다. 이상의 사실을 고려할 때 격리 및 강박은 인권보호 차원에서 환자들이 좀더 보호될 수 있는 보호실의 증설을 포함하여 체계적인 제도적 보완이 요망된다.

시설종류별로 강박장소에 대한 질문에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. ($\chi^2=25.503$, $df=28$, $p=.600$)

<표 28> 장소는 어디입니까?

시설유형	강박시 장소					계
	보호실	임시장소	공개된 장소	기타	무응답	
국립정신병원	47(87.0)	2(3.7)	4(7.4)	1(1.9)	0	54(100.0)
공립정신병원	32(94.1)	1(2.9)	0	0	1(2.9)	34(100.0)
사립정신병원	204(92.3)	4(1.8)	3(1.4)	6(2.7)	4(1.8)	221(100.0)
종합병원정신과	47(97.9)	0	0	1(2.1)	0	48(100.0)
병원정신과	130(94.9)	0	3(2.2)	1(0.7)	3(2.2)	137(100.0)
정신과의원	63(94.0)	0	3(4.5)	1(1.5)	0	67(100.0)
정신요양시설	12(100.0)	0	0	0	0	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	0	0	1(100.0)
계	536(93.4)	7(1.2)	13(2.3)	10(1.7)	8(1.4)	574(100.0)

강박에 사용된 도구로는 대부분의 시설이 형질을 가장 많이 사용하였으나, 정신요양시설의 경우에는 기타가 가장 많았다($\chi^2=71.142$, $df=28$, $p<.000$)(표 29).

<표 29> 강박에 사용된 도구는 무엇입니까?

시설유형	강박시 사용도구					계
	형견	일래스틱	강박의	기타	무응답	
국립정신병원	31(57.4)	4(7.4)	1(1.9)	11(20.4)	7(13.0)	54(100.0)
공립정신병원	29(85.3)	1(2.9)	0	1(2.9)	3(8.8)	34(100.0)
사립정신병원	134(60.6)	17(7.7)	28(12.7)	17(7.7)	25(11.3)	221(100.0)
종합병원정신과	42(87.5)	0	2(4.2)	1(2.1)	3(6.3)	48(100.0)
병원정신과	93(67.9)	5(3.6)	13(9.5)	8(5.8)	18(13.1)	137(100.0)
정신과의원	49(73.1)	1(1.5)	7(10.4)	2(3.0)	8(12.0)	67(100.0)
정신요양시설	4(33.3)	0	0	5(41.7)	3(25.0)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	0	0	1(100.0)
계	383(66.7)	28(4.9)	51(8.9)	45(7.8)	67(11.6)	574(100.0)

강박 빈도는 5회 미만이 가장 많았다(표 30) 가장 많이 강박을 당한 사람은 30회까지 강박을 당한 사람도 있었다. 전체 시설에서 평균 강박횟수는 2.80(±3.57)회 이었다. 시설별로 강박빈도수에서 유의미한 차이는 없었다($\chi^2=22.040$, $df=21$, $p=.397$).

<표 30> 강박 빈도수

(N=574)

시설유형	강박 빈도수					계
	5회 미만	5-9회	10-19회	20회 이상	무응답	
국립정신병원	38(70.4)	3(5.6)	3(5.6)	0	10(18.5)	54(100.0)
공립정신병원	22(64.7)	3(8.8)	4(11.8)	0	5(14.7)	34(100.0)
사립정신병원	163(73.8)	20(9.0)	6(2.7)	5(2.3)	27(12.2)	221(100.0)
종합병원정신과	34(70.8)	4(8.3)	1(2.1)	2(4.2)	7(14.6)	48(100.0)
병원정신과	109(79.6)	8(5.8)	4(2.9)	0	16(11.7)	137(100.0)
정신과의원	54(80.6)	5(7.5)	2(3.0)	1(1.5)	5(7.5)	67(100.0)
정신요양시설	9(75.0)	0	1(8.3)	1(8.3)	1(8.3)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	0	0	1(100.0)
계	430(74.9)	43(7.5)	21(3.7)	9(1.6)	71(12.4)	574(100.0)

강박 도중 의료진의 규칙적인 접근 여부에 대한 질문에는 의료진의 규칙적인 접근을 응

답한 환자는 58.0%이었다(표 31). 규칙적인 접근이 불규칙 접근보다는 많았으나, 그래도 상당수인 172명(30.0%)은 불규칙 접근으로 응답하고 있어 보건복지부 「격리 및 강박 지침」을 준수할 필요가 있다. 앞서서도 언급하였듯이 강박이 환자에게 체벌을 하기 위한 목적이 아니라면 규칙적인 접근을 안 할 이유가 없다. 강박시 규칙적인 접근은 선택사항이 아니라 환자의 안전과 치료적 의사소통을 위한 필수적인 행위임을 감안하면, 3분의 1 가량의 경우에 규칙적인 접근이 없었다는 것은 심각한 상황이라고할 수 있겠다.

시설별로는 국립정신병원이 가장 낮았고 종합병원정신과가 가장 높았는데, 시설특성을 고려하면 어느 정도 그 이유가 추정이 된다($\chi^2=37.274$, $df=14$, $p=.001$). 즉, 국립정신병원과 같은 대규모시설에서의 강박이 환자의 치료적 목적보다는 시설질서유지의 목적으로 시행될 가능성이 있음을 시사한다고 하겠다. 한편, 요양시설의 경우 담당의사가 근무하고 있지 않은 시간에 상황이 발생한 경우, 강박을 지시하는 주체가 분명하지 않는 경향이 있었다.

<표 31> 강박도중 의료진의 규칙적인 접근

시설유형	강박시 규칙적인 접근 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	21(38.9)	19(35.2)	14(25.9)	54(100.0)
공립정신병원	19(55.9)	10(29.4)	5(14.7)	34(100.0)
사립정신병원	135(61.1)	66(29.9)	20(9.0)	221(100.0)
종합병원정신과	37(77.1)	8(16.7)	3(6.2)	48(100.0)
병원정신과	65(47.4)	49(35.8)	23(16.8)	137(100.0)
정신과의원	48(71.6)	16(23.9)	3(4.5)	67(100.0)
정신요양시설	7(58.3)	4(33.3)	1(8.3)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	1(100.0)
계	333(58.0)	172(30.0)	69(12.0)	574(100.0)

강박이 시행되는 중에 언어적 폭력이나 신체적 폭력, 혹은 성적인 폭력 등 특정 형태의 폭행을 당한 경험이 있는지에 대한 질문에서 83명이 폭력 또는 위협을 당한 경험이 있다고 답하였다(표 32). 이와 같은 폭력은 발생빈도가 문제가 아닐 것이다. 단 한 건의 폭력사건도 발생하지 않아야만 한다. 물론 피해자인 정신질환자들의 응답만을 갖고 판단하는 것은 옳지 않지만, 피해사실에 대한 상당한 응답이 있고, 개연성도 충분한 만큼 이에 대한

제도적 보완이 요망된다. 시설별로는 사립정신병원의 경우가 가장 높게 나왔고, 그 외 정신요양시설도 비교적 높게 나왔다($\chi^2=25.978$, $df=14$, $p=.026$).

<표 32> 강박증 언어적, 신체적, 성적 폭력 경험

(N=574)

시설유형	강박시 언어적, 신체적, 성적 폭력 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원		40(74.1)	7(13.0)	54(100.0)
공립정신병원	3(8.8)	30(88.2)	1(2.9)	34(100.0)
사립정신병원	45(20.4)	168(76.0)	8(3.6)	221(100.0)
종합병원정신과	4(8.3)	42(87.5)	2(4.2)	48(100.0)
병원정신과	18(13.1)	105(76.6)	14(10.2)	137(100.0)
정신과의원	4(6.0)	61(91.0)	2(3.0)	67(100.0)
정신요양시설	2(16.7)	9(75.0)	1(8.3)	12(100.0)
사회복지시설	0	1(100.0)	0	1(100.0)
계	83(14.5)	456(79.4)	35(6.1)	574(100.0)

마-2 기타 부당행위

마-2-1. 병동 직원

정신병원이나 정신요양소에서 정신질환자의 인권과 관련하여 가장 중요한 역할을 맡고 있는 사람들은 의사라기보다는 환자와 대면 업무가 주업무인 병동직원들이라 할 수 있다. 이들이 환자들의 모든 생활을 관리하고 있으며, 또 근무시간의 거의 대부분을 환자와 같은 공간에서 지내고 있기 때문이다. 그래서 병원이나 요양소를 평가하는데 있어서 가장 중요한 지표중의 하나가 바로 이들 병동직원에 대한 평가라고 생각한다. 병동직원에는 간호사와 간호조무사, 보호사 등이 있다. 물론 병원이나 요양소에 따라서는 보호사와 간호조무사가 구별 없이 통용되기도 한다. 환자들에게 질문한 내용은 환자에게 폭력 행사나 인격 무시 등과 같이 두드러진 형태의 인권침해에 한정하였다.

직원들에게 언어적·물리적 폭력이나 기합 및 가혹행위를 받은 경험이 있는가를 질문한 항목에서 있다는 응답이 184명(9.3%)이었으며, 없다는 응답이 1,766명(89.1%)이었다(표 33). 직원의 폭력이나 가혹행위에 대해 구체적인 응답을 보면, 우선 폭력 등이 있다는 응답이 가장 많았고, 체벌의 형태라는 응답도 많았다. 이와 같은 직원에 의한 폭력은 절대로

있어서는 안 되는 부분으로 이에 대한 직원 교육과 함께 시설 관리자 등의 지속적인 관심이 필요한 부분일 것이다.

시설별로는 직원에 의한 폭력 및 가혹행위 등이 정신요양시설이 정신의료기관에 비해 많은 편이었고, 정신의료기관내에서는 국립정신병원과 정신과의원에서 많이 발생하였고, 사회복지시설이 가장 낮았다($\chi^2=46.567$, $df=14$, $p<.000$). 국립정신병원에서 이러한 폭력행위가 많다는 것이 상당히 의외의 결과라고 하겠다.

<표 33> 직원에 의한 언어적, 물리적, 폭력, 기합 및 가혹행위의 유무 (N=1,984)

시설유형	직원에 의한 언어적, 신체적, 폭력, 가혹행위의 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	15(13.6)	91(82.7)	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	8(7.9)	91(90.1)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	57(8.8)	586(90.4)	5(.8)	648(100.0)
종합병원정신과	7(4.2)	161(95.8)	0	168(100.0)
병원정신과	44(8.7)	450(89.3)	10(2.0)	504(100.0)
정신과의원	30(12.0)	218(87.6)	1(.4)	249(100.0)
정신요양시설	22(15.1)	115(78.8)	9(6.2)	146(100.0)
사회복지시설	1(1.7)	54(93.1)	3(5.2)	58(100.0)
계	184(9.3)	1,766(89.0)	34(1.7)	1,984(100.0)

마-2-2. 병동 환자

정신병원이나 정신요양시설과 같이 장기적으로 공동생활을 하는 경우 환자 및 수용자 내부에 자신들만의 조직이 형성될 가능성이 크다. 나아가 이러한 환자들 내부조직을 이용하여 환자들의 자치적인 역량 및 조직활동의 경험을 축적시키는 계기로 활용할 수도 있다. 문제는 환자들 사이의 내부조직을 병원 및 요양소의 관리에 이용하거나, 병원 및 요양소 당국이 환자들 사이의 내부조직에 개입하여 자신들의 의도대로 변형시키는 경우이다. 이럴 경우 ‘환자에 의한 환자통제’가 이루어지면서 환자들의 인권침해는 물론이고 치료에도 악영향을 미칠 것으로 판단된다.

정신병원이나 정신요양소의 경우 통상적으로 환자들 내부의 조직이 병원운영 및 관리의 한 부분이 되어왔는데, 이 경우 그러한 역할을 하는 환자들 실장과 방장이라고 부른다.

이번 조사의 경우 실장과 방장이 있는가를 질문한 항목에서 있다는 응답이 893(45.0%), 없다는 응답이 1,047(52.8%)이 나왔다(표 34). 거의 절반가량의 병원 및 요양소에서 실장이나 방장이 있다는 의미인데, 시설별로는 국공립병원과 정신요양시설에서 있다고 응답한 경우가 많았다($\chi^2=174.945$, $df=14$, $p<.000$). 그런데 ‘환자에 의한 환자통제’가 문제로 제기될 가능성이 보다 큰 곳이 요양시설이라고 판단된다. 그것은 요양시설의 경우 근무인력 부족 등의 이유로 실장 및 방장들을 환자 통제를 위한 수단으로 이용할 가능성이 있기 때문이다. 그러나 이와 같은 환자들을 이용한 환자 통제는 그 자체로 인권침해로 판단되며, 나아가 이들이 통제 등을 이유로 환자들의 삶에 개입할 경우 의학적 지식의 부족으로 환자와 의료진 사이의 치료적 관계를 해칠 수도 있어 이를 금지할 특단의 대책이 필요할 것으로 생각된다. 한 가지 특이한 것은 종합병원정신과에서 실장이 존재한다는 비율이 52.4%로서 상당히 높게 나온 것인데, 이는 본 조사에서 종합병원정신과 중에서도 만성정신질환자를 장기간 수용하는 곳이 표본추출에 포함되었기 때문인 것으로 생각된다.

<표 34> 환자 중 실장의 존재 유무

(N=1,984)

시설유형	환자 중 실장의 존재 유무			계
	있다	없다	무응답	
국립정신병원	71(64.5)	35(31.8)	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	67(66.3)	31(30.7)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	316(48.8)	322(49.7)	10(1.5)	648(100.0)
종합병원정신과	88(52.4)	80(47.6)	0	168(100.0)
병원정신과	196(38.9)	297(58.9)	11(2.2)	504(100.0)
정신과의원	50(20.1)	195(78.3)	4(1.6)	249(100.0)
정신요양시설	95(65.1)	43(29.5)	8(5.5)	146(100.0)
사회복지시설	10(17.2)	44(75.9)	4(6.9)	58(100.0)
계	893(45.0)	1,047(52.8)	44(2.2)	1,984(100.0)

한편, 실장 등 타환자로부터 언어적·물리적 폭력이나 기합 및 가혹행위 등을 당한 경험이 있는지를 질문한 결과 있다고 응답한 환자가 202명(10.2%), 없다고 응답한 환자가 1,699명(85.6%) 이었다(표 35). 구체적으로 내용을 살펴보면, 신체폭력이 가장 큰 비중을 차지하고 있었고, 그 외에는 별세우기, 반말, 강압적 말투 등이었다. 비록 10% 내외의 입

소자만이 이러한 폭력을 겪었지만, 치료를 위해 입소한 입소자들이 결코 이런 폭력을 당해야 할 아무런 이유도 없다는 점을 고려하면, 이는 매우 심각한 문제라고 생각된다. 이런 결과는 치료진의 방임 하에 일어났을 가능성이 있으며 따라서 국가인권위원회 등 외부기관의 관심과 이에 대한 대책이 필요할 것이다.

시설별로는 정신요양시설에서 이러한 폭력행위가 가장 많이 일어나는 것으로 되어 있는데, 앞에서 나왔듯이 정신요양시설은 실장이 있는 비율이 타시설에 비해 높았으며, 이는 열악한 근무인력여건과 맞물려 이러한 결과가 초래된 것으로 판단된다($\chi^2=56.073$, $df=14$, $p<.000$). 실장의 존재 비율이 높았던 국공립병원은 타시설과 비슷한 정도의 빈도를 보여, 확실히 정신요양시설과는 다른 상황임을 알 수 있었다.

<표 35> 실장이나 타환자에 의한 언어적, 물리적, 폭력, 기합 및 가혹행위의 유무

시설유형	실장이나 타환자에 의한 폭력 및 가혹행위 유무			계
	있다	없다	무응답	
국립정신병원	12(10.9)	94(85.5)	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	7(6.9)	89(88.1)	5(4.0)	101(100.0)
사립정신병원	74(11.4)	553(85.3)	21(3.3)	648(100.0)
종합병원정신과	9(5.4)	155(92.3)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	43(8.5)	433(85.9)	28(5.0)	504(100.0)
정신과의원	17(6.8)	224(90.0)	89(3.2)	249(100.0)
정신요양시설	37(35.3)	100(68.5)	9(6.2)	146(100.0)
사회복지시설	3(5.2)	51(87.9)	4(6.9)	58(100.0)
계	202(10.2)	1,699(85.6)	83(4.2)	1,984(100.0)

바. 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경

정신병원이나 정신요양시설은 그 자체가 폐쇄된 공간이고, 사회로부터 격리된 곳이기 때문에 외부와의 소통이 매우 중요하다. 외부와의 소통 자체가 단절된 경우에는 치료나 사회복지가 의미 없어질 가능성도 크기 때문이다. 이와 관련하여 편지를 잘 부쳐주거나 외부편지를 잘 전달해 주는지에 대한 문항에서 자유롭게 편지의 교환이 가능한 경우가 1056명(53.2%), 왕래가 가능한 편지 수를 제한하는 경우가 47명(2.4%), 직원이 내가 쓴 편

지를 보거나, 나에게 온 편지를 먼저 읽어본다는 응답이 126명(6.4%), 아예 편지는 쓰지도 못하고 받지도 못한다는 응답도 98명(4.9%)이었다. 따라서 13.7%의 환자들이 자유로운 서신 왕래라는 사생활의 보호가 되지 않고 있음을 보여주고 있는 데, 역시 문제가 되는 부분이라고 할 수 있겠다. 한편, 무응답이 많은 것은 많은 수의 입소자들이 주로 전화나 면회를 사용하지 편지를 잘 사용하지 않음으로 인해 편지의 제한여부자체에 대해 잘 모르거나 관심이 없는 경우가 많아 무응답처리된 것이었다. 이는 아래 전화사용의 만족도 설문에는 무응답이 5.2%밖에 안 되는 것으로도 확인이 된다. 시설별 비교에서는 무응답률의 차이로 인해 통계적으로는 차이가 있는 것처럼 보이나. 실제로 편지사용의 자유로운 정도에 있어서는 차이가 없는 것으로 보인다($\chi^2=99.676$, $df=28$, $p<.000$)

<표 36> 편지 사용의 만족도

시설유형	편지 사용의 만족도					계
	자유롭게 주고 받음	편지 수가 제한됨	직원이 먼저 읽어봄	편지사용은 금지됨	무응답	
국립정신병원	58(52.7)	6(5.5)	9(8.2)	7(6.4)	30(27.3)	110(100.0)
공립정신병원	72(71.3)	0	4(4.0)	0	25(24.8)	101(100.0)
사립정신병원	371(57.3)	16(2.5)	51(7.9)	27(4.2)	183(28.3)	648(100.0)
종합병원정신과	66(39.3)	7(4.2)	16(9.5)	8(4.8)	71(42.3)	168(100.0)
병원정신과	239(47.4)	13(2.6)	28(5.6)	37(7.3)	187(37.1)	504(100.0)
정신과의원	116(46.6)	3(1.2)	16(6.4)	13(5.2)	101(40.6)	249(100.0)
정신요양시설	86(58.9)	2(1.4)	2(1.4)	6(4.1)	50(34.3)	146(100.0)
사회복귀시설	48(82.8)	0	0	0	10(17.2)	58(100.0)
계	1056(53.2)	47(2.4)	126(6.4)	98(4.9)	657(33.2)	1,984(100.0)

한편, 전화사용에 대한 조사에서는 우려하던 바와는 달리 1824명(92.0%)에서 비교적 그 사용이 자유로운 것으로 나타났으며, 시설별로도 큰 차이는 없었다(표 37). 전화사용 시의 사생활보호도 비교적 잘 지켜져 1526명(76.9%)에서 직원의 동석없이 전화를 이용할 수 있었다(표 25). 시설별로는 정신과의원의 경우가 전화사용시 직원이 동석하는 비율이 가장 높았다($\chi^2=285.423$, $df=28$, $p<.000$).

<표 37> 전화사용의 만족도

시설유형	전화 사용의 만족도					계
	제한 없음	일정기간 이후 사용가	일년에 한두번	거의 사용못함	무응답	
국립정신병원	50(45.5)	56(50.9)	0	0	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	49(48.5)	45(44.6)	0	1(1.0)	6(5.9)	101(100.0)
사립정신병원	260(40.1)	352(54.3)	4(6)	13(2.0)	19(3.0)	648(100.0)
종합병원정신과	46(27.4)	113(67.3)	0	5(3.0)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	175(34.7)	291(57.7)	4(8)	11(2.2)	23(4.6)	504(100.0)
정신과의원	54(21.7)	168(67.5)	3(1.2)	11(4.4)	13(5.2)	249(100.0)
정신요양시설	97(66.4)	23(15.8)	0	4(2.7)	22(15.1)	146(100.0)
사회복지시설	43(74.1)	2(3.4)	0	1(1.7)	12(20.7)	58(100.0)
계	775(39.1)	1049(52.9)	11(6)	46(2.3)	103(5.2)	1,984(100.0)

<표 38> 전화사용 시 직원 동석 여부

시설유형	전화 사용시 직원 동석 여부					계
	별도 공간 있음	전화내용듣는 직원없음	가끔 직원 동석	항상 직원이 체크	무응답	
국립정신병원	67(60.9)	26(23.6)	8(7.3)	5(4.5)	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	65(64.4)	19(18.8)	6(5.9)	5(5.0)	6(5.9)	101(100.0)
사립정신병원	191(29.5)	331(51.1)	61(9.4)	38(5.9)	27(4.2)	648(100.0)
종합병원정신과	53(31.5)	80(47.6)	6(3.6)	17(10.1)	12(7.2)	168(100.0)
병원정신과	128(25.4)	259(51.4)	46(9.1)	27(5.4)	44(8.7)	504(100.0)
정신과의원	39(15.7)	114(45.8)	36(14.5)	43(17.3)	17(6.8)	249(100.0)
정신요양시설	60(41.1)	44(30.1)	5(3.4)	2(1.4)	35(24.0)	146(100.0)
사회복지시설	32(55.2)	18(31.0)	2(3.4)	2(3.4)	4(6.9)	58(100.0)
계	635(32.0)	891(44.9)	170(8.6)	138(7.0)	150(7.6)	1,984(100.0)

장기간의 입원이나 입소를 하고 있는 정신질환자들이 필요이상으로 가족이나 사회로부터 격리되는 효과를 유발하게 되어 차후에 만성 수용증후군으로 발전할 가능성이 있으므로 이러한 전화 및 편지사용에 대한 제한은 불가피한 경우가 아니면 가급적 두지 않도록 해야 할 것이다. 한 가지 고려할 점으로는 가족의 연락처도 모르거나 연락을 해도 안 받는

경우가 많다는 환자들의 대답으로 미루어 볼 때 정신질환자들에 대한 가족의 관심을 촉구하기 위하여 이들에 대한 사회경제적 지원이 도움이 될 것으로 생각된다. 때로는 가족들이 환자에 대한 불신이나 경제적 부담 등으로 서신이나 전화 등의 서신왕래를 거절하는 경우가 있기 때문이다. 이와 관련하여 표 26에서도 696명(35.1%)의 환자가 보호자가 자신의 전화를 피하는 측면이 있다고 답하였다. 대부분의 경우 보호의무자에 의한 입원이라는 점을 고려하면, 보호자가 입원은 시켜놓고 전화도 받지 않을 경우 환자는 장기수용으로 갈 수 밖에 없는 결과를 초래하게 된다. 시설별로는 국공립병원의 경우 보호자의 회피정도가 낮았고, 그 외 정신의료기관들은 대체로 비슷하게 높은 수준을 보여주었다 ($\chi^2=85.794$, $df=28$, $p<.000$).

<표 39> 전화 통화에 대한 보호자들의 무관심 정도

시설유형	전화 통화에 대한 보호자들의 무관심 정도					계
	전혀 그렇지 않음	어느 정도 그런 측면	가능하면 피함	전화사용 금지 신청함	무응답	
국립정신병원	76(69.1)	21(19.1)	7(6.4)	1(9)	5(4.5)	110(100.0)
공립정신병원	66(65.3)	19(18.8)	7(6.9)	0	9(8.9)	101(100.0)
사립정신병원	371(57.3)	162(25.0)	81(12.5)	4(6)	30(4.6)	648(100.0)
종합병원정신과	92(54.8)	46(27.4)	15(8.9)	2(1.2)	12(7.7)	168(100.0)
병원정신과	270(53.6)	112(22.2)	63(12.5)	8(1.6)	51(10.1)	504(100.0)
정신과의원	139(55.8)	54(21.7)	34(14.0)	5(2.0)	17(6.8)	249(100.0)
정신요양시설	67(45.9)	31(21.2)	14(9.6)	2(1.4)	32(22.0)	146(100.0)
사회복지시설	45(77.6)	4(6.9)	3(5.2)	1(1.7)	5(8.6)	58(100.0)
계	1,126(56.8)	449(22.6)	224(11.3)	23(1.2)	162(8.2)	1,984(100.0)

가족들이나 친지들이 자유롭게 면회할 수 있는지에 대한 문항에서 93.5%에서 비교적 면회가 자유롭게 이루어지고 있음을 보였다. 일년에 1~2회 면회가 가능한 경우는 7명(0.4%), 거의 면회가 이루어지지 않은 경우는 26명(1.3%)으로 전체적으로는 면회가 비교적 잘 되고 있다고 볼 수 있었다. 특히, 일 년에 한두 번 정도 면회할 수 있거나 면회는 거의 이루어지지 않는다고 응답한 경우에는 시설자체의 문제라기보다는 보호자들이 면회를 오지 않는 경우도 포함되어 있을 것으로 보인다. 시설별로도 전혀 제한 없음과 일정기간 이

후 면회가능에서 시설마다 약간의 차이는 있었으나, 전반적으로 면회가 자유롭게 이루어지고 있다는 면에서는 차이는 없었다($\chi^2=144.309$ $df=28$, $p<.000$).

<표 40> 면회 가능 정도

시설유형	면회 가능 정도					계
	제한없음	일정기간이 후 면회가능	일년에 한두번	거의 안됨	무응답	
국립정신병원	73(66.4)	34(30.9)	0	0	3(2.7)	110(100.0)
공립정신병원	62(61.4)	34(33.7)	0	1(1.0)	4(4.0)	101(100.0)
사립정신병원	293(45.2)	323(49.8)	6(9)	5(8)	21(3.2)	648(100.0)
종합병원정신과	64(38.1)	96(57.1)	0	2(1.2)	6(3.6)	168(100.0)
병원정신과	186(36.9)	280(55.6)	1(2)	8(1.6)	29(5.8)	504(100.0)
정신과의원	102(41.0)	133(53.4)	0	6(2.4)	8(3.2)	249(100.0)
정신요양시설	88(60.3)	36(24.7)	0	3(2.1)	19(13.1)	146(100.0)
사회복지시설	45(77.6)	6(10.3)	0	1(1.7)	6(10.3)	58(100.0)
계	913(46.0)	942(47.5)	7(4)	26(1.3)	96(4.8)	1,984(100.0)

사. 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권

환자는 자신이 받고 있는 치료에 대한 정보를 알 권리가 있다. 정보에 대한 접근권이 결국 환자의 자기결정권을 담보하는 필수적인 요소가 될 것이다. 가장 널리 사용되어지고 있는 약물치료에 대해 환자들의 정보접근도를 알아보기 위해 약물치료전 약물복용에 대한 설명 유무에 대한 조사를 하였다. 결과를 보면 절반이상(50.9%)의 입소자들이 약물치료전 약물복용에 대한 적절한 설명을 듣지 못하고 있는 것으로 나타났다. 설명을 듣는다고 응답한 44.6%의 환자들 중에서도 의사에게 직접 설명을 듣는다고 응답한 사람은 27.0%에 지나지 않고 있어 문제가 심각함을 알 수 있다. 시설별로는 정신과의원이 가장 심각하였고, 이어서 사립정신병원과 병원정신과도 심각한 수준임을 알 수 있다. 정신의료기관에 비해 상대적으로 의사에 대한 접근도가 낮은 정신요양시설이나 사회복지시설의 경우에도 무응답을 제외하면, 절반이상의 입소자들이 약물치료에 대한 설명을 듣고 있는 것으로 나타났다($\chi^2=344.980$, $df=28$, $p<.000$).

<표 41> 약물치료전 약물복용에 대한 설명 유무

시설유형	약물치료전 약물 복용에 대한 설명 유무					계
	의사가 설명해줌	간호진이 설명해줌	약물치료 통보만 받음	설명 없음	무응답	
국립정신병원	43(39.1)	32(29.1)	21(19.1)	12(10.9)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	32(31.7)	25(24.8)	17(16.8)	25(24.8)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	165(25.5)	95(14.7)	166(25.6)	210(32.5)	12(1.9)	648(100.0)
종합병원정신과	69(41.1)	33(19.6)	33(19.6)	30(17.9)	3(1.8)	168(100.0)
병원정신과	127(25.2)	92(18.3)	107(21.2)	162(32.1)	16(3.2)	504(100.0)
정신과의원	48(19.3)	29(11.6)	66(26.5)	104(41.8)	2(.8)	249(100.0)
정신요양시설	24(16.4)	33(22.6)	24(16.4)	25(17.1)	40(27.4)	146(100.0)
사회복지시설	28(48.3)	10(17.2)	5(8.6)	3(5.2)	12(20.6)	58(100.0)
계	536(27.0)	349(17.6)	439(22.1)	571(28.8)	89(4.5)	1,984(100.0)

아. 노역 및 작업 상여금

작업요법이 있는 시설의 대상자 747명에 대해서 강제 노역 여부를 평가하였다. 작업이 나 주방일, 빨래, 청소 등을 강제로 시키는 사람이 있는지에 대한 문항에서 강제로 시키는 사람은 없다는 응답이 686명(91.8%)으로 압도적으로 많이 나왔다(표 35). 강제로 시키는 사람은 있지만, 원하지 않으면 안 해도 된다는 응답이나 강제로 시키면 해야 한다는 응답의 경우는 8.1%가 나왔는데, 시설별로 보면 주로 정신요양시설의 입소자들에 해당되었다 ($\chi^2=106.336$, $df=14$, $p<.000$). 실제 정신요양시설에서 강제 노역에 의한 인권침해가 있을 가능성과 함께 또 한 가지 고려해야 할 부분은, 정신요양시설에서 개인위생 관리 훈련의 일부분으로 자신의 옷을 빨도록 시키고, 병실을 청소하도록 하는 것을 강제노역을 시키는 것으로 인식했을 가능성도 있다.

<표 42> 강제 노역 여부

시설유형	강제 노역 여부			계
	원하는 경우만 참여	강제로 시키는 사람은 있지만, 원하지 않으면 안해도 됨	강제로 시키는 사람이 있고, 시키면 해야함	
국립정신병원	83(100.0)	0	0	83(100.0)
공립정신병원	48(98.0)	0	1(2.0)	49(100.0)
사립정신병원	220(90.9)	14(5.8)	8(3.3)	242(100.0)
종합병원정신과	51(94.4)	1(1.9)	2(3.7)	54(100.0)
병원정신과	166(94.9)	6(3.4)	3(1.7)	175(100.0)
정신과의원	48(96.0)	1(2.0)	1(2.0)	50(100.0)
정신요양시설	39(61.9)	8(12.7)	16(25.4)	63(100.0)
사회복지시설	31(100.0)	0	0	31(100.0)
계	686(91.8)	30(4.0)	31(4.1)	747(100.0)

실제 작업 요법을 하고 있는 231명의 대상자에게 받은 수당은 어떻게 관리되는지를 질문하였다(표 36). 46명(20.8%)의 환자들이 자신이 받은 수당에 대해 확인할 수 없는 상황을 보였는데, 수당관리에 환자들의 참여 및 공개가 필요할 것으로 생각된다. 시설별로는 사립정신병원과 병원정신과의 경우에서 자신이 받은 수당에 대해 확인할 수 없는 상황이 높게 나타났다($\chi^2=51.183$, $df=21$, $p<.000$).

<표 43> 작업 요법 후 임금 통장 관리

시설유형	작업 요법 후 임금 통장 관리				계
	통장으로 들어오고 본인관리	통장으로 들어오고 가끔 확인	통장으로 들어온다는 얘기만 들음	어떻게 관리되는지 모름	
국립정신병원	16(55.2)	8(27.6)	2(6.9)	3(10.3)	29(100.0)
공립정신병원	8(57.1)	5(35.7)	0	1(7.1)	14(100.0)
사립정신병원	21(30.4)	30(43.5)	8(11.6)	10(14.5)	69(100.0)
종합병원정신과	5(100.0)	0	0	0	5(100.0)
병원정신과	22(46.8)	8(17.0)	5(10.6)	12(25.5)	47(100.0)

시설유형	작업 요법 후 임금 통장 관리				계
	통장으로 들어오고 본인관리	통장으로 들어오고 가끔 확인	통장으로 들어온다는 얘기만 들음	어떻게 관리되는지 모름	
정신과의원	8(66.7)	3(25.0)	0	1(8.3)	12(100.0)
정신요양시설	6(20.0)	20(66.7)	3(10.0)	1(3.3)	30(100.0)
사회복지시설	11(44.0)	14(56.0)	0	0	25(100.0)
계	97(42.0)	88(38.1)	18(7.8)	28(12.1)	231(100.0)

3. 소결

정신질환자에 대한 직접 면접에 의해 파악한 정신병원 및 정신요양시설의 인권 보장의 정도는 양호한 것으로 판단된다. 각 부문별로 인권차원에서 고려되는 내용에 대하여 부정적인 답변이 대부분 약 25% 이내에 머무르고 있었다. 시설종류별 분석 결과에 의하면 정신병원 환자들은 정신요양시설 환자에 비하여 환의 및 침구, 침상, 통신권 등에서 불만을 더 많이 호소하였다. 정신요양시설은 정신병원에 비하여 무연고 환자가 많았으며, 병동내 실(방)장 제도가 유지되고 있었다. 이러한 결과를 보면, 정신병원에서는 의식주와 통신 등의 생활환경에 대한 개선이 요구되고 있으며, 정신요양시설에서는 장기 입소환자와 관리상의 문제를 시급히 보완하여야 할 것으로 판단된다. 각 부문별로 문제점과 개선 방향에 대한 의견을 제시하면 다음과 같다.

가. 입원과정

1) 입원의 강제성, 보호자로부터 인권침해, 입원에 대한 정보부족 등에 대한 호소가 많았다. 따라서 입원 수속시 의사는 신속하게 환자 및 동행인과 면접을 실시하여 내원자의 정신상태를 파악하고 입원의 필요성 여부를 신속히 결정해야만 한다. 또 입원이 필요하다면 그 필요성을 환자와 보호자에게 설명해주고, 그 사실을 정확히 기록할 필요가 있다. 즉 입원이 필요한 구체적인 사유와 목적을 병록지에 기록할 필요가 있다.

2) 정신질환의 특성상 병식 결여로 인하여 입원과정에서 문제가 생길 수 있다. 따라서 단순한 강제성 여부보다는 인권보장의 차원에서 인권침해를 최소화할 수 있는 정의가 필

요하다. 즉, 자해 및 타해 위험성이 있는 등 정신병적 증상의 악화에 의한 입원은 지금처럼 계속되어야 하겠지만, 보호의무자의 편의에 의한 입원이나 무연고자들에 대한 행정편의주의적 입원은 지양되어야 할 것이다.

3) 정신보건법상 입원의 종류에 따른 행정조치를 철저히 준수하여야 하며, 그에 대한 직원 교육을 철저히 시행하여야 한다. 조사과정에서 이에 대해 잘 모르는 직원들을 다수 발견할 수 있었다. 반복적인 직무교육이 필요하다.

4) 무연고자의 신원 및 보호자 조화에 대하여 보건소 및 자치단체의 사회과 부서, 경찰 등 공공기관의 적극적이고 체계적인 협조관계가 필요하다. 특히, 필요시 가능한 신속하게 확인할 수 있는 상설적인 신원조회 체계를 확립하기 위하여 해당 병원·시설과 신원 조회 업무를 수행하는 부서간에 연계를 정례화하도록 한다.

5) 입원과정에서 정신병원 또는 정신요양시설에 입원하는 것 이외에 정신질환자들의 보호, 치료, 관리, 사회복귀 등을 위한 간접시설(주거시설, 정신질환자 응급진료 및 관리기관 등)의 확충이 요구된다. 그리고 장기적인 치료가 요구되는 정신질환의 특성상 환자 개인의 상태에 따라 현재 가장 필요한 치료가 입원 및 입소인지, 재활 및 사회복귀 훈련인지, 주거시설인지, 요양인지에 따라 달라질 수가 있다. 따라서 다양한 치료형태를 제공하기 위하여, 주거시설, 정신질환자 응급진료 및 관리기관 등 간접시설의 확충이 요구된다. 간접시설의 위치는 병원 및 시설 내 또는 지역사회 내에서도 가능하다.

6) 장기 입원 또는 입소된 환자의 경우, 사회복귀를 위한 시설과 교육 프로그램이 필요하다. 현재의 근무 직원의 인력으로는 원내 생활의 지원 및 관리 정도에 그치고 있으며, 재활 및 사회복귀를 위하여 별도로 직원의 확충이 필요하다. 또 폐쇄적인 입원 또는 입소 시설 이외에 환자의 증상 및 능력에 따라 주거시설 및 밤병동 등의 지역사회내의 시설이나 병원내의 특수한 시설 등의 확충이 요망된다.

7) 정신질환자의 효율적인 입퇴원 관리를 위하여 정신보건심의위원회와 정신보건심판위원회를 통한 계속 입원치료 심사제도의 개선이 요구되며, 지역사회 내에서 정신질환자와 재활 시설과의 연계망을 확충하기 위하여 과감한 투자 및 지원이 홍보가 필요하다.

8) 환자가 스스로 입원에 동의함에도 불구하고 입원유형에서 보호의무자에 의한 입원이 압도적으로 많다는 사실은 시설이 입소자 관리의 편리를 위해 자의입원이 가능함에도 불구하고 퇴원이 자유롭지 못한 보호의무자에 의한 입원을 의도적으로 유도하고 있는 것으

로 보인다. 이는 환자의 자기결정권에 대한 심각한 인권침해로서 반드시 시정되어야 할 부분이다.

나. 강박사항

1) 본 조사에서는 강박 실시에 대한 설명부족, 공개된 장소에서의 강박, 오랜 시간의 강박, 의료진의 접근 부족, 강박 중 가혹행위 등에 대한 호소가 발견되었다. 우선, 현행 보건복지부의 「격리 및 강박 지침」에 따른 기록을 철저히 하도록 관리해야 한다.

2) 환자 60인당 1실 등, 시설 규모에 따라 다른 규모의 격리실을 확보하도록 제도 개선이 필요하다. 또 격리실의 구조 및 시설의 개선으로는 다른 환자들에게 공개되지 않도록 구분되어 있어야 하며, 격리실 내에 자해를 방지할 수 있는 보호장치(벽지만 있는 시멘트 벽보다는 충격완충제)를 설치하도록 한다.

3) 주당 8시간 이상 진료 및 투약 업무를 맡는 정신요양시설의 촉탁의(정신과 전문의) 제도를 개선해야 한다. 현재의 제도로는 촉탁의가 정신요양시설의 불법이나 편법을 추인하는 역할 외에 할 수 있는 것이 거의 없다. 촉탁의 제도를 전임제로 하는 방향(현재는 요양시설은 병원과 같은 치료시설이 아니기 때문에 진료의사의 상주가 적절하지 않다고 하나, 정신질환의 경우는 급성 치료기를 지나서 재활 및 사회복귀 등이 필요한 시기에도 정신과 의사의 진료 및 투약이 지속적으로 필요하기 때문이다.) 또는 현재 주당 8시간이상의 최소 규정을 주당 16시간 등 상향 조정하는 방안이 있을 수 있다.

다. 입원생활

1) 현재의 시설에는 식사의 질이나 침구 및 내복의 위생 등의 문제가 어느 정도 상존하고 있다. 저녁식사 시간의 조정과 세탁시설의 확충, 위생적 목욕시설의 이용 등을 보다 높은 수준으로 향상시킬 필요가 있다. 즉, 침구류 등은 집적하여 직원 또는 세탁 용역에 의뢰하여야 하나, 개인 피복과 속옷 등은 개인 세탁을 하거나 세탁 용역을 주더라도 개인별 실명제를 적용할 필요가 있다.

2) 의료진과 경영진, 보호의무자, 지방자치단체를 포함하는 관리감독기관들로 구성된 회의체를 구성하여, 정기적인 회의를 통해 환자들의 치료적 환경을 개선하고, 인권 및 복

지향상에 역할을 할 수 있도록 해야 한다.

3) 일률적이고 장기적인 통신제한을 지양하고 최소한의 범위에서 행동을 제한하며 정신 보건법 시행규칙에 따른 기록을 철저히 해야 한다. 통신의 경우는 병원 및 시설 관리차원 보다는 환자의 자치적인 차원으로 운영을 전환하는 시도도 고려할 수 있다.

4) 시설, 장비, 환자 인원 기준에 미달하는 시설의 의료인력(종사자의 수 및 자격)이 발견되는 경우 이에 대한 행정처분을 강화할 필요가 있다.

5) 작업요법의 경우 현행 보건복지부의 「작업요법지침」을 준수해야 한다.

라. 의사진료행위

1) 신체질병에 대한 적절한 처치 및 정신요양시설에서의 년 1회 이상 건강진단을 위한 인근 의료기관과의 결연이 필요하다.

2) 질환 및 치료 약물 등에 대한 개인별 및 집단별 교육을 강화할 필요가 있다.

3) 정신요양시설에서 정신과 의사에게 적정한 진료시간의 현실화를 위한 제도 개선이 요망된다(나항의 강박사항 참고).

마. 병동직원

1) 인권 침해 방지를 위한 정기적인 직원교육이 필요하다(내부 및 외부 교육 프로그램의 참가 포함).

2) 인권 침해 행위에 대한 자체 처벌규정을 수립하고, 이를 적극 시행해야 한다. 각 병동의 운영을 집단적, 관리적 차원보다는 개인별 프라버시 차원으로 전환할 필요가 있다. 즉, 병동내 개인 공간(침상이외에 책상 등)의 확보, 개인 사물함의 비밀성 보장, 병동내에서 행동 조절이 필요한 경우 격리 및 강박보다는 의료진과의 상담을 통하여 해결할 수 있도록 한다. 물론 상담인력의 확충이 선행되어야 한다.

바. 병동환자

1) 실장(방장)제도는 즉시 폐지해야 한다. 병동 및 방별 환자수, 직원 1인당 환자수를 줄이도록 한다.

2) 병동내 생활환경에서 개인별 침상과 사물함이 고정배치될 수 있는 공간적 배려가 요구된다.

3) 병동내에서 적절한 근무인력을 확보해야 하며, 병동 근무자의 순회 규정을 수립하고, 감독할 필요가 있다.

사. 기타

1) 정신보건법, 의료법, 국가인권위원회법, 사회복지법 등 환자의 인권 관련 내용들을 요약해서 병동, 면회실 등에 제시하고 가족들에게 배부하도록 한다. 관련 법규집을 별도로 제작할 수도 있다.

2) 인권 관련 우수병원 및 시설에 대한 인센티브제도를 국가에서 도입토록 한다.

3) 보호사의 인증제도를 도입하여 보호사의 병동 지원 능력을 향상시킨다.

V. 종사자 설문조사 결과 분석

1. 조사개요

1). 조사방법

가. 조사방법

정신보건시설에서 환자의 인권을 보장하기 위해 가장 중요한 것은 종사자들의 행동이라 할 수 있다. 종사자들은 환자와 함께 정신보건시설의 인적 구성원이면서, 동시에 이들 시설의 운영 및 관리를 담당하고 있기 때문이다. 따라서 종사자들에 대한 설문조사를 실시하는 것은 인권보장과 관련된 여러 항목들에 대한 관리자 관점을 알 수 있는 기회가 될 것이다.

종사자 대상 설문지의 구성은 부록에 첨부된 바와 같이 정신장애인 인권에 대한 인지 및 실태를 조사하는 것을 주된 목적으로 하였다. 이를 위하여 종사자 설문지는 총 네 개의 영역으로 구성되어 있다. 첫째 영역은 기존에 드러난 사례들을 중심으로 유형별 인권침해

행위 21개를 항목별로 정리한 다음, 각각의 항목에 대해 인권침해로 인지하고 있는지 여부를 질문한 것이었다. 둘째 영역은 종사자의 목격 여부를 질문하는 것으로 지난 1년 동안에 근무하고 있는 기관에서 본 조사에서 규정하고 있는 인권침해 행위를 목격한 적이 있는지 여부를 질문하였다. 셋째 영역은 종사자의 주관적 판단을 묻는 것으로, 응답자의 입장에서 생각하는 인권침해 원인에 답할 수 있는 설문을 마련하였다. 마지막으로 네 번째 영역에서는 분석과정에서 독립변수로 작용할 가능성이 있는 응답자의 일반사항에 대해 질문하는 설문으로 구성되었다.

특히 본 종사자 설문조사는 인권침해 목격 여부 척도와 인권침해 인식정도 척도를 통해 종사자의 목격 여부 및 인식 여부를 계량화한다는 특징을 갖고 있다. 그중 인권침해 목격 여부 척도는 0-5점 범위의 척도로서 총점은 105점이며, 점수가 높을수록 목격여부가 많음을 의미한다. 또 인권침해 인식정도는 0-3점 범위의 척도로서 총점은 63점이며, 점수가 높을수록 인권침해 인식정도가 높음을 의미한다. 이와 같은 계량화된 수치를 통해 정신보건 시설에서 근무하고 있는 종사자들의 인권관련 의식을 지표화할 수 있는 기본 자료를 확보하려는 것이다.

한편, 본 조사는 조사목적에 극대화하기 위하여 방문조사 및 대면조사 방법을 채택하였다. 우선 조사팀이 직접 해당 기관을 방문하여 조사책임자가 해당 기관의 종사자 명단을 보면서 직종 및 인적 구성비가 적합하도록 표본집단을 선정하였다. 표본집단의 크기는 72개 기관당 5명으로 하였는데, 입소자와 직접적인 대면이 많은 간호사, 사회복지사, 보호사가 꼭 포함되도록 하였다. 시설종사자수가 적은 미인가시설이나 정신과 의원의 경우에는 가능한 인원들을 조사하였다. 이렇게 해서 선정된 전체 표본집단은 345명 이었고, 이 중 조사를 거부한 6명을 제외한 339명의 자료를 분석하였다. 조사방식으로는 종사자와의 대면면접을 채택하였는데, 종사자들이 대부분 정신보건과 관련된 전문가들임을 감안하여 조사자도 정신과 관련 의료인력이나 임상심리학 전공자 등을 배치하였다.

2) 설문지 응답 종사자의 일반적 특성

종사자 표본 집단의 일반적인 인구학적 특성은 표 42와 같다.

그 일반적인 특징을 이야기해 보면, 우선 여자가 59.3%로 남자보다 다소 많으며, 연령

은 20대에서 40대가 가장 많고, 교육정도는 대학 재학 이상이 80.8%에 달하고 있다. 기본적으로 가장 활동적인 연령층이고, 비교적 교육을 많이 받은 전문직종임을 추정케 한다. 조사대상자들의 직종은 생활지도원(보호사)과 간호조무사가 가장 많았으며, 그 다음이 간호사였다. 조사자들의 예상과 달리 조사대상자들의 종사기간은 5년 이상 10년 미만이 가장 많았다. 조사대상자들의 90.3% 이상이 정규직이었으며, 근무형태는 주간근무가 가장 많았다. 주당근무시간은 44시간 미만이 가장 많았고, 45시간이상 57시간 미만이 그 다음이었다. 이와 같은 근무시간은 우리나라의 평균 근무시간과 유사한 수준이었다. 그러나 정신질환자를 관리한다는 점과 근무형태가 하루 3교대의 형태라는 점, 그리고 근무하는 시설이 대부분 인적이 드문 곳에 있다는 점 등으로 인해 근무강도는 비교적 쉼 편이라 할 수 있다.

<표 42> 종사자의 일반적 특성

	종류	전체 (N=339)	
		빈도수	퍼센트
성별	남	138	40.7
	녀	201	59.3
나이 (35.42세)	20대	95	27.5
	30대	122	35.0
	40대	96	27.8
	50대	23	6.6
	60대	3	0.9
교육연한	7-9년	5	1.5
	10-12년	54	15.9
	13-14년	120	35.4
	15년 이상	154	45.4
직종*	(정신과)의사	17	5.0
	간호사	86	25.4
	사회복지사	46	13.6
	임상심리사	8	2.4
	간호조무사	50	14.7
	총무	9	2.7

	종류	전체 (N=339)	
		빈도수	퍼센트
	영양사	15	4.4
	행정직원	35	10.3
	기타(보호사 등)	73	21.5
종사기간* (54.12개월)	12개월 미만	24	7.0
	12-24개월	76	22.5
	25-36개월	44	13.0
	37-48개월	35	10.2
	49-60개월	24	7.0
	61-120개월	87	25.7
	120개월 이상	49	14.4
근무형태	정규직	304	90.3
	계약직(3개월-1년 미만)	229	8.2
	기타(임시직 포함)	6	1.5
근무유형	24시간	20	5.8
	주간근무	186	54.9
	2교대	44	13.0
	3교대	66	19.5
	기타	19	6.7
주당근무시간 (43.21시간)	44시간미만	263	77.6
	45-57시간	40	11.8
	58-70시간	16	4.6
	71-82시간	11	3.3
	83시간 이상	9	2.6

2. 조사결과

가. 인권침해 목격여부 및 인식정도

<표 43> 시설별 종사자의 인권침해 목격여부 및 인식정도 점수 평균

(N=339)

	대상자수	인권침해 목격여부		인권침해 인식정도	
		평균 (표준편차)	척도평균 (표준편차)	평균 (표준편차)	척도평균 (표준편차)
국공립병원	29	19.48(12.16)	.93(.58)	31.59(20.38)	1.50(.97)
사립정신병원	93	17.57(11.81)	.84(.56)	39.28(15.55)	1.87(.74)
종합병원정신과	34	16.12(11.87)	.77(.57)	40.21(14.18)	1.91(.68)
병원정신과	78	16.28(10.59)	.78(.50)	34.12(12.76)	1.62(.61)
정신과의원	51	14.16(10.91)	.67(.52)	34.65(13.43)	1.64(.64)
정신요양시설	25	15.80(12.69)	.75(.60)	39.68(17.88)	1.88(.85)
사회복지시설	24	15.67(11.76)	.85(.86)	40.29(14.87)	1.91(.71)
전체	334	16.40(11.48)	.79(.57)	36.90(15.29)	1.75(.73)

<표 44> 종사자의 인권침해 목격여부 및 인식정도 문항별 결과

(N=339)

문항	인권침해 목격여부		인권침해 인식정도	
	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위
전체	.72(.53)		1.82(.76)	
1) 병원(요양시설) 입원이나 전원의 결정이 환자의 참여 없이 이루어진다.	1.18(1.01)	1	1.37(.93)	20
2) 입소시 병원(요양시설) 생활에서 필요한 사항(시설이용 방법, 생활규범, 서비스내용 등)을 환자에게 충분히 설명하지 않는다.	.76(.76)	7	1.57(.87)	18
3) 환자의 개인정보 유출이 환자의 동의 없이 이루어진다.	.63(.73)	13	2.11(.99)	3
4) 환자가 통신수단(전화 및 편지)을 쉽게 이용할 수 없다.	.91(.87)	3	1.66(.94)	16
5) 작업 수입금과 개인 재산의 사용에 환자의 의사가 반영되지 않는다.	.60(.69)	15	2.01(1.05)	6
6) 환자 자신의 종교와 상관없이 시설의 종교 활동에 참여해야 한다(또는 시설의 종교 활동이 없는 경우, 환자가 원하는 종교 활동 할 수 없다).	.58(.68)	16	1.78(1.04)	10

문 항	인권침해 목적여부		인권침해 인식정도	
	평균 (표준편차)	순위	평균 (표준편차)	순위
7) 환자의 의견이나 불평 해소를 위한 공식적인 절차(간담회, 건의함)가 없다.	.69(.72)	10	1.83(.96)	7
8) 격리나 강박이 입소자의 잘못된 행동에 대한 제벌의 목적이거나 입소자들의 행동통제를 위한 목적으로 이루어진다.	.98(.90)	2	1.57(1.13)	18
9) 병원(요양시설)내에서 제공되는 의복과 침구류가 깨끗하지 않다.	.80(.84)	5	1.64(.92)	17
10) 환자 개개인의 위생 및 청결서비스가 제공되지 않는다.	.69(.72)	10	1.72(.95)	13
11) 입소자의 건강관리에 대한 의료서비스가 적절하게 제공되지 않는다(예: 치아관리)	.69(.76)	10	1.81(.93)	9
12) 자력으로 생활할 수 없는 환자에게 충분한 보호 서비스가 제공되지 않는다.	.71(.70)	9	1.83(.91)	7
13) 약물치료를 하기 전에, 약물복용에 대한 구체적인 지시나 설명을 하지 않는다	.84(.84)	4	1.72(.94)	13
14) 환자에게 수치심을 느끼게 하거나 자존심을 상하게 하는 말과 행동을 한다.	.74(.70)	8	2.09(.94)	4
15) 원하지 않는 환자에게 청소나 빨래 등을 시킨다.	.64(.68)	14	1.74(.94)	11
16) 처방 없이 보호실에서 나오지 못하게 한다.	.77(.97)	6	1.74(1.13)	11
17) 신체검사나 치료적 처치 시 신체의 중요 부위를 가리지 않고 처치한다. (주사 및 검사)	.54(.60)	18	2.03(.99)	5
18) 직원과 개별적으로 접촉할 기회가 하루에 한번도 없는 경우가 빈번하다.	.57(.64)	17	1.69(.98)	15
19) 환자들 간에 집단 따돌림이나 구타 등을 방치한다.	.52(.57)	19	2.23(.97)	1
20) 환자보호를 위하여 사용되어야 할 시설운영비, 보호비, 후원금 등이 본래의 목적 외의 용도로 사용된다.	.52(.65)	20	2.20(1.00)	2

나. 인권침해 원인에 대한 의견

<표 45> 인권 침해의 원인에 대한 의견조사 결과(복수 응답)

순위	침해원인	빈도수	퍼센트
1	환자 개인 성격	157	19.6
2	인권 인식 부족	102	12.8
3	환자 장애 등으로 서비스 부담이 높음	88	11.0
4	사회적 관심부족	67	8.4
5	인권보호 위한 제도장치 부족	66	8.3
6	정부지원부족	63	7.9
7	환자간 갈등	57	7.1
8	직원업무 과도	47	5.9
9	직원자질 부족	38	4.8
10	운영자 개선의지 부족	35	4.4
11	직원 전문성 부족	34	4.3
12	직원 개인성격	27	3.4
13	시설수 부족	14	1.8
14	기타	5	0.6

다. 기타 주요 인권관련 사항에 대한 인식정도

본 조사에서는 정신병원이나 정신요양시설의 종사자들을 대상으로 인권과 관련된 여러 항목들에 대해 질문하였다. 그것은 이들 종사자들의 인식 여하에 따라 현장에서의 인권보장 정도가 달라질 것이기 때문이었다. 질문 항목은 다음의 네 개였다. 즉 질문 하나는 환자가 진정함을 통해 국가인권위원회에 진정할 권리가 있다는 것을 알고 있습니까? 질문 둘은 정신보건법이나 장애인 인권에 대한 교육을 받은 적이 있습니까? 질문 셋은 정신보건센터와 사회복지시설을 알고 있습니까? 질문 넷은 환자에게 퇴원 청구 및 처우개선을 요구할 권리가 있다는 것을 알고 있습니까?이다. 이상의 질문들에 대하여 주어진 답은 ‘있다’와 ‘없다’ 중 하나를 선택하게 되어 있다. 표 46부터 표 49까지는 이상의 질문에 대한 종사자들의 답변 결과로 기타 주요 인권관련 사항에 대한 그들의 인식 정도를 표로 제시하고 있다. 구체적으로 그 내용을 검토해보자.

먼저, 인권함을 통해 환자들이 국가인권위원회에 진정할 권리가 있는지를 질문하였다. 이에 대해 종사자들은 90%에 가까운 비율로 알고 있다고 답하였으며, 기관별 차이도 별로 없었다(표 46). 하지만 조사자의 판단으로는 이러한 수치가 지나치게 과장된 것이라고 생각한다. 그것은 사실 국가인권위원회의 조사에 대한 이들 기관의 연합적인 대응의 결과이다. 즉 국가인권위원회에서 조사를 한다는 소식이 전해지면서 이들 시설들은 협회 차원에서 준비할 부분을 검토하였고, 그 대표적인 것이 진정함 설치와 그에 따른 직원 교육이었다. 그래서 진정함이 걸려 있지만, 환자들은 그것이 무엇인지도 모르는 경우가 대부분이었고, 종사자들 역시 그 처리 방법에 대해서는 전혀 모르고 있었던 것이다. 심지어 건의함과 진정함을 혼동하는 종사자들도 다수 발견할 수 있었다. 국가인권위원회도 진정함 처리와 관련하여 나름대로의 내규 및 제도적 정비를 해야만 할 것이다. 그것은 진정함이 설치되어 있어도, 내용물을 수거할 제도조차 마련되어 있지 않은 실정이기 때문이다. 조사자의 판단으로는 보건복지부와 협의하여 보건소에서 진정함을 관리할 수 있는 제도를 마련해야 한다고 생각한다.

<표 46> 기관별 인권함 진정관련 인권인식 여부에 대한 응답

응답	전체	
	빈도수	퍼센트
있다	303	89.4
없다	15	4.4
무응답	21	6.2
계	339	100.0

한편, 정신보건법이나 장애인 인권과 관련된 교육을 받는지 여부를 질문한 항목에 대해서는 그렇다는 응답이 78.2% 나왔다(표 47). 사실 이 부분은 두 기관 모두 직원들의 교육상 필수적인 부분이라고 할 수 있다. 오히려 예상에 비해 교육을 받는다는 답변이 적었다고 할 수 있다. 기관별로는 정신병원 종사자들이 그런 경험이 있다는 답변을 더 많이 하였다. 이는 급성기 중증 정신질환자의 입원이 상대적으로 많은 정신병원에서는 정신보건법과 관련된 사항이 많기 때문에 이에 대한 교육도 보다 자주 실시하였던 것으로 보인다.

<표 47> 기관별 정신보건법 교육 여부에 대한 응답

응답	전체	
	빈도수	퍼센트
있 다	265	78.2
없 다	66	19.5
무응답	8	2.4
계	339	100.0

한편, 정신보건센터나 사회복지시설에 대한 인식 여부에서는 두 기관 모두 90%가 넘는 종사자들이 알고 있다고 답하였다(표 48). 기관별 차이가 유의미한 수준은 아니지만, 정신요양시설 종사자들이 알고 있다는 답변을 더 많이 하였다. 이는 1999년부터 3회에 걸쳐 시행된 정신요양시설 평가시 퇴소환자의 정신보건센터로의 의뢰가 평가항목에 있는 등 정신요양시설과 정신보건센터와의 연계구축을 정부가 유도했기 때문으로 보인다.

<표 48> 기관별 정신보건센터 인식 여부에 대한 응답

응답	전체	
	빈도수	퍼센트
있 다	314	92.6
없 다	17	5.0
무응답	8	2.4
계	339	100.0

또한 정신보건법에 규정되어 있는 환자의 퇴원청구 권리 및 처우개선 권리와 관련하여, 종사자들은 95%에 가까운 비율로 알고 있다고 응답하였다(표 49). 또 응답한 비율에서 정신병원과 정신요양시설간에 별 차이를 발견할 수 없었다. 문제는 이와 같이 종사자들이 인식하고 있는데도 불구하고, 실제 시설에서 환자들이 그러한 권리를 행사하는지가 불분명하다는 것이다.

<표 49> 기관별 환자의 퇴원 청구 권리관련 인권인식 여부에 대한 응답

응답	전체	
	빈도수	퍼센트
있 다	322	95.0
없 다	9	2.7
무응답	8	2.4
계	339	100.0

3. 소결

인권침해 목격여부와 인권침해 인식정도를 조사한 종사자 대상 설문지 조사결과 인권 침해 사례 목격에 대해서는 많지 않은 것으로 나타났다. 다양한 영역의 인권침해 항목에 대해서는 구타나 개인정보 유출, 환자 개인 재산의 사용관련 사항 등 명백한 사항에 대해서는 인권침해라고 인지하고 있었으나, 환자의 강제입원 과정 등 정신질환의 특수성과 관련된 사항과 기존의 의료급여수가나 낮은 수준의 정부예산지원으로 인해 관행처럼 여겨던 사항에 대해서는 인권침해라는 인식도가 상대적으로 낮음을 볼 수 있다.

이를 통해 다음과 같은 정책적 제언이 필요하다고 할 수 있다.

첫째, 정보보호법이나 인권 관련법령에 대해서 모르고 있는 경우가 많은 기관 운영자나 종사자를 대상으로 정기적으로 환자의 인권(기관내에서 법적으로 보장된 다양한 권리)에 대한 교육이 필요하다. 기관 운영자나 종사자에 대한 인권교육은 단기적으로는 인권침해 사례가 발생한 기관에 대한 처벌적 교육명령을 추진하고, 중장기적으로는 모든 정신질환자 입원(입소) 기관으로 확대하여 정기적인 교육을 의무화하는 것도 고려할 필요가 있다. 다만, 복지부에서 시행하고 있는 정신요양시설 및 사회복지시설 평가결과나 향후 시행될 정신병원 평가결과에 따라 인권 교육빈도를 차별화하는 것은 고려할 필요가 있을 것이다.

둘째, 정신보건시설에 입원 및 입소한 정신질환자의 인권은 신체의 자유나 종교의 자유와 같은 자유권과 서비스의 질과 같은 사회권으로 크게 분류된다고 할 수 있다. 자유권적 인권에 대해서는 엄격히 보장되어야 한다는 것에 사회적 합의가 있다고 할 수 있으나 일반 국민의 건강보험료나 세금에 의해서 지원되는 의료급여수가나 정부 예산의 수준과 밀접한 관련이 있는 서비스의 질과 관련이 있는 인권영역은 기관장이나 종사자의 인식변화

만으로는 실질적 개선이 쉽지 않다고 할 수 있다. 따라서 대체로 건강보험이나 세금을 더 지불하더라도 정신질환자의 삶의 질과 그들이 받는 서비스의 질을 높이고자 하는 사회적 합의 도출을 위한 노력이 정신보건시설에 입원(입소)한 정신질환자들의 실질적 인권개선에 선결적 요소가 될 것으로 보인다.

셋째, 보건복지부는 정신보건시설에 입원되어 있는 정신질환자들의 인권과 관련된 종사자들의 근무지침 등을 개발하여 보급하는 것이 필요할 것이다. 특히 국립서울병원내에 설치되는 정신보건연구과로 하여금 구체적 가이드라인의 개발과 보급은 물론 문제시설에 대한 지속적인 감시기능을 부여해 일상적인 모니터링체계를 구축하는 것이 현실적인 대안이 될 수 있을 것이다.

VI. 시설평가

1. 조사개요

정신의료기관과 요양시설의 시설을 평가하는 것은 매우 어려운 일이다. 현재 몇 가지의 시설기준이 있지만 부대시설의 유무에 중점을 둔 평가기준이며, 이를 이용하는 사용자의 입장에서 기준을 설정한 바는 없다. 보건복지부에서 여러 가지 관심을 갖고 다양한 정책을 개발한 것은 사실이지만, 그 초점은 보건의료 정책에 맞추어져 있다. 따라서 환자의 입장에서 생각하는 정책 개발은 비교적 소홀했던 것이 사실이다. 본 조사는 기본 개념이 환자의 인권에 맞추어져 있다. 그래서 환자의 입장에서 시설을 바라보는 것이며, 환자의 인격과 존엄성이 보장될 수 있는 최소한의 시설기준을 마련하고자 하는 기초조사의 역할을 하고자 하는 것이다.

과거 우리나라의 정신병원이나 정신요양시설에는 환자의 편의를 위한 시설이나 치료 시설이 적었거나 거의 없었던 것이 사실이다. 무엇보다도 정신보건 정책이라는 것이 존재하지 않았거나 유명무실했었다. 1980년대 이후 그러한 문제점이 부각되면서 정부 차원의 관심이 있었지만, 시설의 대형화와 환자 수용정책을 통해 문제를 해결하고자 하였다. 심하게 표현한다면 이 시기의 정신보건시설은 치료나 요양시설이라기 보다는 수용시설이었

다. 다수의 환자를 시설내에 수용하면서 일반 사회로부터 격리시키는 것에 만족하였었다.

그러다가 정신보건법이 제·개정되는 과정에서 정신보건시설이 사회적 아젠다로 등장하게 되었다. 또한 정신병원이나 정신요양시설이 치료 및 요양기관으로 자리매김해야 한다는 사회적 욕구가 발생하였고, 그에 따라 다양한 형태로 여론이 형성되었다. 그 결과 이들 기관의 치료 및 편의시설에 대한 확충 및 개보수가 실시되었으며, 요양시설의 경우 정부의 예산지원하에 치료 환경의 개선이 시도되었다. 그래서 이 시기에 정신병원이나 정신요양시설 자체가 새로운 건물로 바뀌는 경우가 많았다. 그러나 문제는 그러한 시설이 경영진이나 의료진들을 위한 ‘당신들의 천국’인지 아니면 환자들에게 편리하고 윤택한 삶과 치료상황의 개선을 가져오는 것인지는 아직 분명치 않았다. 아무리 현대적인 시설이 세워지더라도, 그것이 정신질환자의 치료 및 인권보호에 도움이 되는가는 별도의 문제이기 때문이다.

이러한 생각으로 이번 평가에서는 사용자의 의견도 고려하였지만, 보다 중요하게는 환자들의 입장에서 시설을 살펴보고 노력하였다. 물론 환자의 입장에서 시설을 평가한다는 것이 쉬운 일은 아니다. 무엇보다도 환자들의 시설에 대한 평가가 객관적이지 않다. 그것은 정신질환자들의 증상, 사회적 욕구, 특히 과거 이용했던 시설과의 비교하려는 마음가짐 등에 의하여 정확한 의견 개진이 안 되고 있고, 그 결과 평가 결과가 정확하지 않을 수 있기 때문이다. 따라서 이번 조사에서는 조사자들이 각 기관을 방문하여 필수적인 시설의 형식적인 존재 유무뿐만 아니라 그것을 사용하는 환자의 입장에서 편리하게 사용할 수 있는지에 중점을 두고 조사를 진행하였다.

따라서 시설분야의 평가방법은 크게 두가지로 나누어 진행되었다.

1) 현장평가

- 조사자 전체가 시설 도면과 서류를 확인하면서 함께 시설을 돌아본 후에 실시함.
- 72개 시설에 대해서 실시함.

2) 우편설문평가

- 전국 515개 정신보건시설 중 현장방문조사 대상 72개 시설을 제외한 443개 시설.

- 회수된 312개(70.4%) 시설에 대해서 평가함.

2. 조사결과

가. 공간구조

지금까지 정신질환자들의 문제는 의학상의 문제이거나 법제도상의 문제로 인식되어 왔다. 정신질환자 등 특정한 목적으로 사람들이 폐쇄된 공간에 집단거주할 경우, 건축학적인 구조나 공간배치가 시설의 목적 달성에 큰 영향을 미친다는 생각은 적어도 우리의 경우 비교적 최근의 일이다. 본 조사는 바람직한 정신과 관련시설과 그 시설의 건축학적인 구조 및 공간배치는 밀접한 연관관계를 갖는다는 생각으로 이에 대한 조사를 실시하였다. 정신병원 및 정신요양시설에 대한 현장 조사결과 지금까지의 인식과는 달리 건물구조 및 공간배치가 3개의 이념형을 갖는 것으로 드러났다. 즉 개방형 구조와 폐쇄형 구조, 그리고 수용소형 구조가 그것이다. 물론 이러한 구조는 이념형인 만큼 현실에서 그대로 존재하기 보다는 약간의 변형으로 존재할 것이다. 각각의 구조에 대해 살펴보자.

개방형구조는 정신병동과 외부 사이에 위압적이지 않은 격리시설만을 설치한 채, 그 내부에서는 차단시설을 최소한 건축구조이다. 특히 간호사 등 의료인력과 환자들 사이의 차단막을 제거하여 항상적인 관찰 가능성을 확보하면서도 권위적인 형태의 관계설정을 회피하고 있다. 개방형 구조의 가장 큰 특징은 시설 내에서의 개방성이며, 간호사들이 근무하는 스테이션과 환자들이 생활하는 공간 사이에도 최소한의 표시만 존재할 뿐 격리를 위한 별도의 시설이 존재하지 않는다. 또한 병동 외부와의 교통도 자유로운 편이며, 환자를 위협하지 않기 때문에 여러 가지 편의시설이 가능하다. 이러한 공간구조 및 배치는 정신병원 및 정신요양시설의 바람직한 상을 고민하면서, 치료적인 의미와 보안의 측면, 인권보호 등을 함께 고려한 구조라 할 수 있다.

반면, 폐쇄형 구조는 기존의 정신병원에서 많이 발견되는 구조이다. 그것은 복도를 가운데로 하여 양 옆에 병실이 나란히 배치되어 있으며, 복도의 양쪽에는 철문으로 가로막혀 있다. 환자들이 공동으로 활동하는 공간은 최소한으로 존재하며, 환자들은 간호사들의 관찰로부터 벗어나 있는 경우가 많다. 병실과 복도가 병동의 전부인 경우도 있어서 환자들은 병실과 복도만을 오가며 생활하고 있다. 간호사들이 근무하는 스테이션은 철문 밖

혹은 환자들과 철창으로 격리된 채 존재하며, 스테이션과 환자들 사이에는 단순한 공간적 격리만이 아니라 위계적인 질서가 존재한다. 또 그런 만큼 외부와의 소통도 쉽지 않다. 출입문 자체가 대체로 3중으로 되어 있어서 환자들이 면회나 운동 등을 하기위해 병동을 벗어나야 할 때 외부로 나가기가 쉽지 않으며, 만약 환자들이 단체로 운동을 나가는 것은 상상하기 어려운 곳도 많다.

한편, 폐쇄형 구조가 비교적 과거부터 있어왔던 모델로 현재 사라져가는 형태라면, 본 조사에서 수용소형 구조라고 명명한 형태는 비교적 최근에 세워진 정신과 관련 건물들 중 일부가 취하고 있는 구조이다. 즉 강당 형태의 폐쇄된 공간에 침대만을 놓거나, 혹은 가슴 높이로 공간을 구획한 다음 침상을 배치하여 환자들의 병실을 만들어 놓은 것이다. 개방적인 구조를 만들어야 한다는 주장에 병실의 담을 헐고, 환자들의 프라이버시를 최소화한 것이다. 시설 경영진의 설명은 각각이었는데, 어떤 곳에서는 문제가 많은 구조라는 것을 알지만 환자가 많아서 어쩔 수 없다고 답한 반면, 또 다른 곳에서는 공주국립병원의 구조가 이런 형태여서 그것을 모델로 만든 것이라고 주장한다.

본 조사를 통해 확인된 정신병원 및 정신요양시설은 대체로 이상 3개의 구조를 기본형으로 하여 나름대로의 실정에 맞게 변형된 형태를 취하고 있었다. 본 조사에서 정신질환자의 치료와 사회복귀라는 정신과 관련시설의 목적사업을 위해 가장 좋은 시설구조 및 공간배치는 개방형 구조라고 생각한다. 즉 환자들이 충분히 존중받는 구조이면서 활동적일 수 있고, 또 외부와의 관계가 단절되지 않고 계속 이어지는 구조이자 배치이기 때문이다. 물론 이 경우에도 하나의 건축 설계도를 갖고 모든 정신병원이나 정신요양시설을 그 형태대로 만드는 것은 문제가 있을 것이다. 요는 그 정신을 살려서 해당 시설의 조건에 맞게 짓는 것이다.

나. 각 시설에 대한 현장 평가

시설에 대한 현장평가는 10개 항목으로 이루어져 있는데, 평가자는 주어진 지표를 토대로 시설을 평가하여 가장 적절한 시설인 경우를 ‘상’으로 정하여 3.0 이상, 중은 2.0이상 3.0미만, 하는 2점 미만으로 정하였다. 여기서는 모든 평가내역을 보여주기보다는 중요하다고 생각되는 외부환경에 대한 평가, 과도한 격리시설에 대한 평가 그리고 사생활 보호

및 편의시설에 대한 평가를 살펴보겠다.

우선 물리적 환경에 대한 시설평가를 비교해보면 A6(체육 및 오락시설) 항목을 제외하고는 전체 영역에서 상의 판정을 받았다.

다. 각 시설에 대한 현장 평가 및 우편 설문 의 비교

A6의 경우에도 우편 설문의 경우에는 역시 상의 판정을 받았다. 현장방문에서의 평가와 우편설문에서의 평가를 비교하였는데, 예상했던 대로 우편설문에서 대부분의 항목에서 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였는데, A7(식당과 조리시설) 항목에서는 점수가 더 높은 경향은 보였으나, 통계적으로 유의하지는 않았다.

<표 50> 물리적 환경에 대한 시설평가 비교

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A1) 시설의 외부 환경은 적절한가?	a) 옥외에 나무, 그늘이 있는 휴식시설이 있음() b) 페인트 등 도색이 잘 되어있음() c) 파손된 시설/외벽, 보기 흉한 시설물이 없음()	3.47(.70)	3.72(.50)	.000
		④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개			
해설: 옥외 휴식시설은 전체 입소자의 10% 정도가 함께 쉴 수 있는 공간을 의미한다.					

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A2) 안전 목적의 필수시설을 제외하고 철문, 철창 등 과도한 통제시설이 있는가?	a) 정문·동별 출입문·응급환자 격리실을 제외한 전체문에 과도한 보호망이 없음() b) 위화감을 주는 높은 담, 철망이 없음() c) 창문에 안전상 문제가 없는 불필요한 철창, 철망이 없음()	3.74(.44)	3.86(.43)	.002
		④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개			
해설: 안을 들여다 볼 수 있는 울타리와 안전을 위한 정도의 담 높이는 허용함.					

하위 영역	평가지표	평가내용			
	A3) 침실과 복도는 적절한가?	a) 청결하며 불쾌한 냄새가 없고, 채광이 잘 됨() b) 가정적인 분위기가 느껴지고, 벽지나 장판이 양호함() c) 1인당 방면적이 3.3m ² 미만인 방이 없음() d) 복도는 모노톤 등 부드러운 재질의 바닥재를 사용() e) 방충망이 잘 설치되어 있음() ④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
해설:	a)소독약냄새가 많이 날 경우는 냄새가 있는 것으로 평가/가장 상태가 나쁜 복도나 침실을 기준으로 평가하되, 환구가 침실에 있는 상태에서 평가, c) 가장 비좁을 것으로 보이는 침실 3개를 무작위 추출하여 면적을 측정하여 1인당 방면적 계산을 계산함(필요시 출자 이용). 가장 열악한 병실의 경우: 병실당 사용인원 및 면적()		2.97(.97)	3.64(.62)	.000

하위 영역	평가지표	평가내용			
	A4) 사생활 보호 및 생활편의 등을 위한 설비를 갖추었는가?	a) 개인사물함이 있고 적절하게 사용되고 있음() b) 모든 침실, 휴게실 및 프로그램 공간에 선풍기 설치 또는 충분한 용량의 에어컨() c) 조명시설이 적정 수준이상으로 아주 우수함() d) 휴게실 또는 응접실에서 공동으로 시청하는 TV의 크기, 보유대수, 시청공간 등이 입소자의 현원을 고려할 때 아주 우수함 또는 화질이 좋은 TV가 침실의 60% 이상에 있음() ④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
해설:	a)적절하게 활용되고 있는 사물함이라고 함은 임의로 추출한 10개의 개인사물함 중 적절한 개인사물이 들어있고, 평소에 사물함을 쌓아놓는 등 사용하기에 불편하지 않은 사물함이 8개 이상임, c)아주 우수한 조명시설은 작은 글씨의 책을 읽는데 지장없는 정도의 조명을 의미		3.16(.69)	3.64(.60)	.015

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A5) 상담실과 면회실이 적절하게 설치되어 있는가?	a) 병동에 상담실이 1개 이상 있음() b) 상담실에서 편안하고 조용한 상담 가능() c) 면회를 위한 전용공간이 있음() d) 면회시 편안하고 조용하게 면회가 가능() ④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하			
	해설: a) 병동문안에 병동별로 설치된 상담실을 의미하며, 다른층에 상담실이 있더라도 이용이 자유로운(병동문을 거치지 않거나 신발을 갈아신고 가지 않는 등) 경우에는 인정, b) 냉난방 등이 구비되어 있고, 편안한 의자 등 상담에 필요한 가구를 갖추었으며, 상담내용이 외부에 들리지 않도록 배려가 된 상담실, c) 면회실을 매점과 공동으로 활용하고 있는 경우 면회공간이 적정할 경우 있는 것으로 간주함		3.22(.81)	3.73(.66)	.000

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A6) 체육/오락을 할 수 있는 적절한 공간이 있는가?	a) 우수한 운동장이 있음() b) 헬스기구나 탁구대를 이용할 수 있는 쾌적한 실내공간이 있음() c) 수시로 활용되고 있는 운동기구가 3종류 이상 있음() ④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개			
	해설: a) 우수한 운동장은 입소자의 50%정도가 동시에 활용할 수 있는 크기로 운동장의 환경이나 바닥 상태가 울퉁불퉁하지 않는 등 운동하기에 적합한 경우 또는 아주 가까운 곳에 수시로 사용할 수 있는 운동장이 있어서 실제로 자주 활용되고 있는 경우 또는 충분한 공간의 정원이 있는 경우 인정, b) 환기나 냉난방, 휴식시설 등이 갖추어진 실내공간, c) 운동기구는 농구대, 배구대, 탁구대, 족구대, 헬스기구 등을 의미하며 적절한 위치여부나 수시 활용여부 확인		2.62(1.08)	3.17(.85)	.000

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A7)식당과 조리실은 적절한가?	a) 위생적으로 음식과 식기가 관리됨() b) 채광 및 환기가 우수한 취사조리실() c) 냉난방이 우수함() d) 식탁과 의자가 편함() e) 식당좌석(석)이 전체 입소자 대비 1/2이상 있음() ④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하			
해설:		a) 충분한 용량의 냉장고와 냉동고를 구비하고 식기소독기 등을 사용하며, 취사조리실이 청결함, c) 다용도실을 식당으로 활용하는 것 포함, d) 밥상을 이용하는 경우는 식사공간이 비좁지 않고, 밥상 이용시 불편한 점이 없어야 함, 의자나 식탁의 높이의 적절성, 안정성 등을 종합적으로 고려, 편안한 의자라 함은 개인이 따로 사용할 수 있고 등받이가 있는 의자를 의미, e) 식당을 법인내 타시설과 공유할 경우 전체 입소자의 수에 타시설 이용자수 가산해야 함.	3.29(.89)	3.45(.77)	.091

하위 영역	평가지표	평가내용	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A8)화장실과 세면/목욕 시설은 적절한가?	a) 화장실내 일반 문 및 칸막이 설치() b) 적절한 수의 변기 설치함(변기수 _____개)() c) 온수가 나오는 샤워실(또는 욕조) 구비() d) 청결하고 편리하게 이용가능() ④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하			
해설:		a) 일반문 및 칸막이는 높이가 150cm이상이며, 문하단 공간은 15cm 이하, b) 적절한 변기수 : 수세식 변기의 수가 여자용은 정원 10인당 변기 1개, 남자용은 정원 15인당 대변기 1개, 소변기 1개임. 단, 남자의 경우 정원 15인당 대변기만 2개인 경우, 소변기를 보유한 것으로 보며, 이동식을 제외한 옥외화장실 포함(공동으로 사용하는 소변기는 2개로 계산), c) 온수가 최소한 아침시간과 저녁시간에는 나와야 함(동결기를 기준), d) 청결하고 편리한 이용가능은 불쾌한 냄새가 없고, 화장실용 신발이 별도 구비되고, 화장지는 자유롭게 사용가능함을 의미	3.51(.52)	3.83(.48)	.000

하위 영역	평가지표	평가내용			
		a) 적절한 용량의 세탁설비() b) 적절한 용량의 건조설비() c) 세탁장, 건조장의 환경 양호() d) 피복실의 정리정돈 양호()	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A9)세탁, 건조, 피복관리설비는 적절한가?	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	3.48(.75)	3.74(.68)	.0014
해설: b) 건조설비는 건조기 사용 또는 비를 가릴 수 있는 널대가 있는 것을 의미함					

하위 영역	평가지표	평가내용			
		a) 방화관리자가 있음() b) 소화전과 자동 화재탐지기가 작동되고 있음() c) 소화기가 적절히 구비되어 있음() d) 반기 당 한 번 이상의 대피훈련을 함(년2회)() e) 화재보험에 가입되어 있음()	현장방문 (N=72)	우편설문 (N=312)	P
	A10)소방시설 설치 등 화재대비는 적절한가?	④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	3.62(.65)	3.7(.56)	.014
해설: 현장을 확인하고, 방화관리자의 자격증, 소화기점검일자를 확인하고, 소방대피훈련기록을 확인하고, 화재보험가입증을 확인한다. 같은 부지 내 동일법인의 타시설 방화관리자 겸임도 인정함					

VIII. 조사결과 종합검토 및 제안사항

1. 조사결과 요약

가. 정신과 관련제도의 문제점

1) 자기의사결정권 침해

우리나라의 정신보건법 등에서는 정신질환자의 시민권 보장에 대해 ‘인간의 존엄과 가치’를 보장한다는 기본이념을 표명하고 있다. 하지만 이러한 피상적인 규정 외에 별다른 실질적인 규정을 갖고 있지 않다. 오히려 실제로는 환자로서의 생활은 물론이고 일반 사

회에서조차도 ‘인간의 존엄과 가치’를 보장받지 못하고 있는 실정이다. 현재 정신질환자를 둘러싸고 발생하는 상당수의 문제들이 환자들의 자기의사 결정권을 부정하는 데에서 나오고 있다.

다만, 정신질환자의 경우 병식의 능력이 없는 경우가 많기 때문에 자해 및 타해 등의 우려로 환자 자신을 포함한 가족, 사회 구성원들의 안녕적 생활 유지와 조화를 이루는 선에서 유보가 요구되고 있으며, 가족이나 의료진 등이 지속적으로 환자의 자기의사결정권에 대한 존중을 인식하고 있어야 한다.

2) 입·퇴원 과정에서의 침해

정신질환자들에 대한 입퇴원과정의 형식적으로 이루어져 인권침해의 소지가 많았다. 이와 관련한 기본적인 개념이 정신질환자를 가족과 사회의 질서를 깨트리는 존재로 인식하고 있었고, 정신질환자들의 입원을 범죄자와 같은 감금, 격리수용 개념으로 접근하고 있었다. 환자들도 입원의 강제성, 보호자로부터 인권침해, 입원에 대한 정보부족 등이 문제라고 지적하고 있었다. 특히 입원의 강제성 및 환자의 자발성 저해 부분은 정신질환의 특성상 불가피한 측면이 있지만, 이를 최소화하거나 입원 후라도 환자와 보호자, 의료진 간에 입원과정에 대한 상호 이해와 존중을 위하여 지속적인 면담이 필요하다. 이는 차후 정신질환의 치료를 위한 환자와 의사간의 치료적 관계 및 결과에도 영향을 줄 수 있기 때문이다.

3) 치료행위의 부족

정신질환자들에게 가장 큰 문제는 요양시설은 물론이고 병원에서도조차도 적절한 치료가 거의 이루어지지 않고 있다는 것이다. 상당부분 약물요법에 의지하고 있으며, 심리사회적 치료를 위한 각종 사회기술훈련 및 사회재활 프로그램이 부족하거나 제대로 운영되고 있지 못하다. 특히 요양시설에서의 치료는 방치나 포기에 가까운 형식적인 치료이며, 무뎠혀 의료행위로 볼 수 있는 심각한 수준에 이르렀다. 이는 1주일에 8시간의 정신과 촉탁의 진료만으로는 병동 내 생활에서 수시로 발생할 수 있는 신경정신과적 증상이나 행동상의 문제 등에 대하여 책임 있는 진료가 불가능한 상황이기 때문이기도 하다.

4) 강압적인 통제

기관에 따라 차이는 있지만, 무엇보다도 격리와 강박이 문제로 된다. 그것은 그 빈도나 강도, 시행시간 모두 지나칠 정도로 빈번하고 강력하며, 장시간에 걸쳐 이루어지고 있고, 그 만큼 치료목적으로 보기 어렵다고 판단되었기 때문이다. 또한 시설에서의 환자통제와 관련하여 가장 문제가 되는 부분이 환자를 이용한 환자 통제이다. 정신병원이나 정신요양시설의 경우 그것은 실장 및 방장제도로 나타난다.

5) 일상생활에서의 최저생활

입원중이거나 입소중인 정신질환자들은 식사와 환의, 침구 등 의식주와 관련된 물건들이 위생적으로나 보급 정도로 보나 열악한 실정이었다. 따라서 환자들이 스스로의 자존심과 품위를 유지할 수 있는 상태라고 판단되지 않았다. 또 운동이나 오락 역시 몇몇 기관들을 제외하고는 매우 열악한 실정이었다. 상당수의 기관들에서 대다수의 환자들은 매일 매일의 운동은 생각도 못하고 있었으며, 심지어 병동 밖으로 나가는 것조차 어려운 실정이었다. 일부 상으로 평가된 기관들을 제외하면 환자들의 일상생활은 수용생활이라고 해도 과언이 아니었다.

6) 외부와의 소통 문제

외부와의 소통이 자유롭지 않다는 문제가 발견되었다. 외부와의 전화통화는 주1회 정도만 허용되는데, 그것도 간호사나 보호사들이 통화내용을 들을 수밖에 없는 형식을 취하는 경우가 많았다. 또한 외부로 보내는 편지도 대부분 의료진 등의 검열을 거쳐야만 했다. 병원 및 시설관계자들은 이러한 통신권에 대한 통제를 환자의 치료목적상 어쩔 수 없다거나 가족 등 외부에서 원하기 때문이라고 하지만, 조사에 참여한 전문가들은 치료목적으로 통신권을 제한한다는 주장에 동의하지 않았다. 환자들의 면회도 많지 않은 상태였다.

7) 사회적 인식부족 및 위법행위에 대한 처벌법규 미흡

정신병원이나 정신요양시설에서 정신질환자에게 행하는 행위들 중에는 정신질환자의 인권뿐만 아니라 사실상 그의 삶을 파괴하는 행위들도 있다. 그러나 이러한 위법행위에

대한 사회적 인식도 부족하고, 또 그에 대한 처벌법규도 미흡한 실정이다. 그 결과 악순환을 거듭하고 있는 것이다.

나. 정신과 관련시설의 문제점

1) 낡고 훼손된 건물이 많음

전체적인 건물의 외양 및 상태를 보면 정신의료기관과 요양기관 모두 과거의 시설과 최근에 지은 시설과의 격차는 상당히 컸다. 특히 일부 하류 점수의 기관들은 아주 낡은 외양과 내부 시설을 그대로 유지하여 심지어 방문조차 훼손된 경우도 있었다. 그러나 최근에 지은 건물들은 매우 양호하였으며 그 안에 각종 시설이 겸비되어 편리하였다. 이러한 차이는 환자들의 정서적 변화에 그대로 나타난다는 것을 이번 조사시 느꼈으며 정신질환자들의 설문조사에서도 지옥과 천국의 차이라는 답변이 잘 표현하여 주고 있었다.

2) 환자 중심의 설계 미비

시설의 설계는 정신질환자 중심, 즉 사용자 중심의 설계가 되어있지 않았다. 모든 시설은 정신질환자가 자유롭게 접근하여 사용할 수 있는 곳에 위치하여야 한다. 결과에서 나타났듯이 간호원실(사무실), 목욕시설, 프로그램실 등은 법규상 필요에 의하여 설치되었으나 환자의 접근이 어려운 위치이거나 다목적으로 사용되고 있는 경우가 많았다. 또한 근무자가 시설 내를 관찰하고 상담하기 어려운 위치에 있는 경우도 있었다. 또한 목욕시설을 별도의 건물에 신축되거나 전체 인원에 비하여 적은 용량으로 설치되고 접근성이 아주 불량하였다. 오히려 병동 내에 샤워시설이나 존재하는 목욕시설이 정신질환자들에게는 접근성이 좋은 것으로 판단되었다. 폐쇄병실인 경우에 별도 위치의 목욕실이 자유롭게 사용되기를 기대하기는 불가능한 일이다. 최근 보조된 예산이 별도의 장소에 신축하는 것으로 지급된 것은 사용자의 여건이 고려되지 않은 상황이다.

3) 편의시설에 대한 인식 부족

정신질환자의 편의시설에 대한 필요성 인식은 아주 적었다. 면회실 운동장 등은 양 기관에서 대부분 없었으며 휴게실은 의료기관이, 식당은 요양기관이 좀더 있었다. 정신질환

자의 치료를 위해서는 자발적으로 사용할 수 있는 편의 시설이 있어야하며 이 또한 형식적인 존재만이 아닌 실제 자유로운 사용이 보장되는 곳에 있어야한다. 그러나 일부 기관들이 형식적으로 존재하고 있으며 사용 실적이 미비하였거나 타 용도로 사용한 흔적이 있던 경우가 있었다. 한 예로써 이 조사에는 언급되지 않았지만 운동기구의 보유는 양 기관 모두 되어있었다. 그러나 이기구가 사용된 흔적이 없는 경우가 많았다는 점은 형식적인 존재가 많다는 점을 뒷받침해준다.

4) 공간배치 및 CCTV 등으로 인한 환자의 사생활 침해 및 관리자의 인식부족

환자의 사생활이 보장되지 않았고 이에 대한 개념이 근무자들이 인식되지 않았다. 폐쇄 병실은 당연한 것이고 운영과 사고 방지를 위하여서는 폐쇄만이 유일한 방법으로 오인되고 있었다. 특히 현대의 이기인 폐쇄회로가 모든 방안과 화장실까지 볼 수 있게 설치되었으나 이것이 사생활 침해라고 인식하는 근무자는 적었다. 병실이 개방되어 있는 경우가 의료기관은 약 30%, 요양기관은 75%을 차지하였다. 개방 병실을 갖는 이유로 관찰의 용이성을 주장하는데, 이는 정신질환자들은 요 관찰의 대상이라는 기존의 관념에서 아직 벗어나지 못한 것으로 판단된다. 특히 요양기관은 의료기관과 달리 급성 증상이 적은 정신질환자들이 있는 곳에서 개방 병실이 많다는 점은 문제점이다. 또한 과도한 CCTV의 설치에 대한 규정도 필요할 것이다. 병실의 전체, 화장실 전체가 노출되는 CCTV는 정신질환자가 내복을 갈아입을 때 노출을 피할 장소도 없음을 나타낸다. 한 예로 여자환자가 어떤 장소에서 옷을 갈아입느냐?의 질문에 문을 약간 닫고 문 뒤에서 갈아입으면 된다는 대답을 하는 근무자들이 많다는 사실은 정신질환자의 사생활, 인권에 대한 시설 미비를 느끼지 못한다는 점이 나타난 것이다.

5) 병실환경에 대한 인식 미비

쾌적한 병실환경에 대한 인식이 미비하였다. 정신질환자의 병실(병상)의 구도의 문제점은 요양기관이 의료기관보다 열악하였는데 병실이 독립되지 못하였다. 칸막이로만 되어 있는 경우가 약 반수 이상에서 발견되었는데 한 공간에 약 40-50명까지 수용된 경우도 있었다. 이러한 병실 구조는 넓은 공간에 각각 증상의 차이가 있는 환자가 함께 있는 경우

정신질환의 증상 악화, 폭력의 빈번, 왕따 당하는 사람의 발생 등이 문제될 수 있다. 이러한 환경은 현재 정신보건법상 한 병실에 10인 이내의 여건에 위배되지만 이에 대한 인식은 없었다. 독립된 공간을 갖는 기관도 대부분 10인 이상을 수용하고 있거나 수용했던 흔적이 있었다.

2. 제언

가. 법제도적인 제언

1) 입원중인 환자의 기본권 보장

‘UN’에서는 ‘정신질환을 이유로 어떠한 차별대우도 있어서는 아니된다’고 명시하고 있다. 또 WHO는 정신질환은 자유권적 기본권, 즉 선거권과 같은 영역에서도 차별을 받지 말아야 할 뿐만 아니라 재산을 소유할 수 있는 권리, 운전면허 등 면허를 취득할 수 있는 권리, 전문직에 종사할 수 있는 권리에서도 차별을 받지 않아야 하며, 심지어 결혼과 이혼에서도 차별받지 않아야 한다는 견해를 갖고 있다. 이것은 정신질환을 앓고 있는 모든 환자에게 제한을 두지 말아야 한다는 의미보다는 그러한 제한이 환자를 위해서 존재하거나 병의 양상과 진행과정에 근거하여 범위와 시간상으로 제한을 둘 수 있다는 의미이다. 우리 역시 기본개념상 정신질환자의 기본권을 인정하고, 예외적인 규정을 고려하는 것이 필요할 것이다.

특히 폐쇄병동 중심의 정신의료기관 및 정신요양시설 운영을 개방병동 중심으로 전환하여 정신질환자의 기본권 보장을 보다 강화할 필요가 있다. 다만, 환자에게 자율권을 확대한 뒤 자살 등의 사고발생에 대한 의료분쟁소송에서 시설장의 책임을 엄격하게 지우는 최근의 판례는 개방병동의 확대에 가장 큰 걸림돌이 되고 있다. 따라서 전염병 예방법에서 공익을 위한 예방접종의 불가피한 피해에 대해 국가가 보상을 해주듯이 정신질환자의 인권신장을 위해 활성화된 개방병동에서의 안전사고에 대해서는 시설보다는 국가가 보상해주는 제도적 뒷받침이 필요하다.

2) 정보개방을 요구할 수 있는 권리

환자가 인권침해나 인권유린을 경험하고도 이에 대하여 항의 및 시정을 요구하지 못하는 것은 환자의 권리가 어떤 것이 있는지를 모르기 때문이다. 즉, 자신이 받는 치료와 서비스에 대해 어떤 것을 요구할 수 있는지를 모른다. 따라서 단순히 시설이 조금 좋아지고 식사가 조금 좋아지면 그것으로 다 된 것처럼 생각하게 된다. 환자는 자신이 어떤 치료를 받고 있고, 그 치료가 어떤 효과가 있으며, 어떤 부작용이 있는지, 그리고 약물 치료가 아닌 심리치료나 심리사회적 재활치료로 어떤 도움을 받고 있는지에 대해 정보를 요구할 수 있어야 한다. 이는 가족도 마찬가지로 요구할 수 있어야 하며, 특별한 사유가 없는 한 이를 병원이나 시설에서 받아들여야 한다는 점을 법률로서 명시하여야 할 것이다.

3) 의료급여환자의 차별 해소

의료급여 정신질환자의 경우 행위별수가제가 적용되고 있는 건강보험대상자와 달리 일당정액제가 시행되고 있다. 일당정액제는 필요한 치료를 충분히 제공하지 못하도록 유인 체계가 되어 있어서 양질의 서비스 제공에 문제가 있는 제도이다. 그러나 일당정액제보다 더욱 문제가 되는 것은 수가수준이 건강보험대상자에 비해 50-60% 수준밖에 되지 못하여 저소득층 환자들이 차별을 받고 있다는 것이다. 의료급여 환자에 대한 차별적인 저수가 및 일당정액제로 인해 식사의 질, 치료인력의 양과 질, 치료공간의 크기, 치료약물의 종류에서 매우 큰 차별을 받고 있는 실정이며, 이로 인해 치료기간이 길어지는 부작용이 초래되고 있다.

동일한 정신질환자를 소득에 따라 국가가 제공하는 서비스의 수준이 인권이 침해받을 정도로 차별하는 것은 명백히 문제가 있으므로 시급히 그 차이를 감소시켜야 할 것이다.

4) 정신병원의 규모를 축소하는 유인체계 필요

대부분의 선진국은 정신병원의 크기가 작아지고 있다. 그럴 때에 그 시설을 활용하는 환자나 가족이 충분한 도움과 서비스를 받을 수 있다. 특히 정신병원이나 요양시설이 깊은 산속과 같이 일반인이 접근하기 쉬운 곳에 있는 경우 정신질환자를 만날 기회가 거의 없어서 정신장애에 대한 일반 국민의 편견이 없어지기 어렵다. 또한 그들이 사회에 적응

하여 행복한 삶을 살 수 있는 능력과 동기를 얻기 어렵게 된다. 따라서 정신보건법에도 정신의료기관과 정신요양시설의 규모를 300병상 이상으로 신설하거나 증설하지 못하도록 되어 있다. 그러나 기존의 대형 정신병원이나 정신요양시설도 그 규모를 축소하도록 제도적 유인체계를 도입하여야 할 것이다. 예를 들어, 일정 규모 이하의 정신의료기관이나 정신요양시설은 수가나 지원예산을 추가하고, 일정 규모 이상은 차감을 하는 것이 효과적인 방안이 될 것이다.

5) 계속입원심사제도의 개선

현행 정신질환자들에 대한 계속입원심사는 오히려 장기입원을 합법화시켜주는 부작용을 낳고 있다. 이를 방지하기 위하여 대면심사제도와 심사서류를 과거의 심사자료와 함께 제출하게 하고, 위원회에 시민단체의 간여가 보장되어야 한다. 대면심사가 실질적으로 어려울 수 있다. 그렇다면 6개월, 1년, 2년 전의 모든 계속심사서류를 첨부하여 제출하게 하면 기계적 반복적으로 매너리즘에 빠져 신청하는 것은 막을 수 있을 것이다. 비록 시민단체가 전문가가 아닐지라도 절차적 감시는 가능할 것으로 생각된다.

다만, 퇴원을 촉진하는 제도적 보완이 있다 하더라도 지역사회에서 가족과 사회가 정신질환자의 복귀를 받아들이지 않고, 이들을 위한 거주시설을 제공하지 않는다면, 정책개선의 효율성이 현저히 감소하고 최소한의 치료나 관리도 받지 못하는 부랑인이나 노숙자가 증가하게 될 것이며, 이 과정에서 안전사고의 가능성도 높아지게 된다. 따라서 이에 대한 보완이 동시에 추진되어야 할 것이다.

6) 보건소 및 정신보건센터의 활용

일부 정신요양시설은 적절한 치료가 필요한 정신질환자에 대한 보건의료서비스가 매우 부족하거나 적절히 제공되고 있지 않았다. 문제가 더욱 심각한 무인가시설과 정신요양시설에 대해 보건소와 정신보건센터에서 적절한 지도감독을 하도록 하고, 정기적으로 방문하여 입소자의 인권이나 삶의 질, 치료서비스 제공수준 등을 모니터하도록 하는 것이 필요할 것이다.

7) 정신보건심의위원회 및 정신보건심판위원회의 활성화

현재 유명무실한 존재로 되어 있는 정신보건심의위원회와 계속입원심사만을 하고 있는 정신보건심판위원회를 활성화하여 정신과 관련시설의 올바른 운영 및 환자들의 인권보장을 위한 지도·감독 기구로 만들 필요가 있다. 즉 정신보건시설에 대한 평가 심의에 대한 규정과 이를 제대로 실시할 수 있는 기관이 필요하다. 정기적인 평가와 이에 따른 문제점을 지적하고 시정여부를 확인하고 교육시키는 기관이 필요하다. 이러한 평가에는 시설뿐만 아니라 근무자의 자격 및 재교육 등이 함께하여야만 시설을 제대로 활용할 수 있는 능력이 증가할 것이다. 또한 보호시설, 면회실등과 같은 시설에 대한 정의와 사용 규칙 등을 만들에 외형적인 시설만이 아닌 공간에 대한 규정을 만들 필요가 있을 것이다.

8) 법 개정을 통해 인권침해 유형에 대한 다양한 형태의 처벌 규정

정신보건법은 다양한 형태의 인권침해를 막을 수 있는 제도적 장치를 마련해야 한다. 특히 이를 위반하는 경우에는 엄격한 형사처벌과 행정제재, 민사상 손해배상을 가할 수 있도록 하여야 한다. 특히 재산형을 가해 재범의 가능성을 없애야 할 것이다. 또 시설, 장비, 환자인원기준 의료인(종사자의 수 및 자격) 등에 미달하는 경우에도 행정처분을 강화하는 등 직접적인 처벌과 통제를 시행하거나 인력기준과 수가를 연계하여 경제적 유인체계를 적극 활용하여야 할 것이다.

9) 정신질환자 관리 체계의 일원화

정신질환자의 경우 국가 및 지방자치단체가 책임을 지고 사업을 수행하여야한다. 그러나 현재는 광주와 충청남도를 제외하고 여러 부서에 업무가 분산되어 있다. 현재의 분산된 시스템이 갖는 약점으로는 (1) 각 영역별 연계가 이루어지지 않고 있다. (2) 환자가 중복, 등록되는 경우도 있으며, 예산의 중복이나 사각지대가 생길 수 있다. (3) 환자의 증상에 따라 각 기관간의 연계가 부족하게 된다.

위의 약점을 해소하기 위해서는 하나의 부서가 총체적인 책임을 갖고 관리하는 체제가 이루어져야 한다. 즉 정신보건센터, 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등의 정신보건기관을 시도에서 동일한 계에서 담당할 수 있도록 하여야 할 것이며, 조속한 시일내

에 모든 시도에 정신보건계를 설치하도록 하여야 한다.

10) 지방자치단체의 역할 증대

지역주민의 정신건강은 그 지역이 책임진다는 원칙을 정하여 각 지방자치단체는 주민의 정신건강에 각별한 관심과 책임을 갖도록 한다. 향후 정신질환자의 연령증가로 인하여 사회생활을 영위하지 못하는 환자의 수가 점점 증가할 것이다. 따라서 현재와 같은 수용 위주의 정책은 비용부담을 점차 증대시킬 것이며, 환자의 자유로운 생활보장에도 도움을 줄 수 없다. 결국 자기 지역주민은 지역자치단체가 돌보아야 한다는 방향으로 지역주민의 인식이 바뀌어야 하며, 이를 위해서는 보호의무자가 시·군·구청장인 경우 그들에게 실질적인 보호의무를 수행하도록 해야 한다. 그 방법으로,

(1) 각 시군구청장의 의무를 위임받아 보건소나 정신보건센터, 시군구의 정신보건자문의 등이 시설방문 등을 통하여 주기적으로 환자의 상태를 점검하는 제도를 검토할 필요가 있다.

(2) 치료비의 일정액을 지방자치단체에서 더 많이 부담하도록 할 필요가 있다. 현재는 의료급여 치료비 중 서울은 50%, 기타 시도는 20%를 부담하도록 되어 있으나 향후 지방자치단체에 대한 전체적인 예산지원을 증가시키면서 의료급여 치료비의 지방비 부담을 증가시키는 것이 바람직하다. 이 과정에서 시도 뿐 아니라 시군구에서 일정액을 부담하도록 하는 것이 필요하다. 이렇게 되면 광역 및 기초자치단체에서 보다 적극적인 정신질환 예방사업과 조기발견에 의한 조기치료, 재원기간 감소 등의 노력을 경주하게 될 것이다.

(3) 앞으로 정신질환자 시설은 가급적 공공부문에서 운영하여야 한다. 현재와 같은 민간 의존형 시설로는 모든 부분의 개선이 어렵다. 지방자치단체와 국가는 장기 환자의 주거 시설을 직접 마련하여 운영할 수 있도록 하거나 정신보건센터에서 운영하도록 하여야 하는 것이 바람직하다.

나. 시설내 운영 부분

1) 철저한 입·퇴원 관리

자해나 타해의 가능성이 없다면 가능한 한 환자가 자유의사로 입퇴원을 할 수 있도록

하여야 한다. 만약 이 부분과 관련된 위법행위가 발견되면 가장 엄격하게 처벌하여야 한다. 이 과정에서 앞서 언급되었듯이 개방화로 인한 안전사고에 대해 국가의 보상제도의 도입이 필수적이다. 또 무연고자의 신원 및 보호자 조회에 대한 보건소 및 경찰 등 공공기관의 적극적이고 체계적인 협조망이 필요하다.

2) 치료 및 사회복지프로그램의 강화

장기 입원 또는 입소된 환자의 경우, 사회복지를 위한 시설과 교육 프로그램이 필요하다. 이에 대한 건강보험수가나 의료급여수가의 추가인상과 정신요양시설 예산의 추가지원이 필요하다.

3) 법적 절차에 충실한, 그러면서도 최소한의 격리 및 강박 시행

국가인권위원회에서 정신과 관련시설들의 인권침해 행위를 다루기 시작하면서 보건복지부에서는 2003년 12월 30일자로 「격리 및 강박 지침」을 하달하였다. 이 지침 역시 최소한의 격리 및 강박이라는 원칙은 무시하고 있지만, 우선은 이 지침을 준수를 독려하고, 나아가 이 지침의 개선을 도모해야 한다. 또한 보호실이나 격리실 역시 단순히 좁은 공간이 아니라 환자의 상태를 개선시킬 수 있도록 고려해야 한다.

4) 지도 감독을 통한 일상생활에서 삶의 질 향상

식사의 질과 침구 및 내복의 위생 등의 문제가 어느 정도 상존하고 있다. 저녁식사 시간의 조정과 세탁시설의 확충, 위생적 목욕시설의 이용 등을 향상시킬 필요가 있다.

5) 실장(방장)제도 폐지 및 직원들을 대상으로 하는 자체 처벌 규정 마련

실장 및 방장 제도는 즉각 폐지되어야 한다. 만약 환자들의 자치 능력을 기르는 것이 목적이라면 진정 그 목적에 적합한 자율적인 조직을 만들어야 하며, 대신 그 조직에 특정한 권한을 부여하지 않는 도우미로서의 역할로 한정해야 할 것이다. 또 직원들의 인권침해행위를 막기 위한 대책이 필요하며, 그것을 어길 시에는 강력한 제재조치를 취하여야 한다.

6) 의료진과 경영진, 보호의무자들로 구성된 회의체 구성

정신병원이나 정신요양시설에서 환자들의 치료환경을 개선하고, 인권을 보장하는 것은 시설당국의 노력이나 의료진의 노력만으로 이루어지는 것이 아니다. 환자 개인의 노력도 필요하지만, 의료진과 시설 경영진 그리고 보호의무자의 개별적인 노력과 함께 이들 사이의 협력이 필수적이다. 따라서 이들을 구성원으로 하는 회의체를 구성하고, 정기적인 회의를 통해 환자들의 치료환경 개선과 인권 및 복지향상을 위해 공동 대응하는 것이 필요하다.

7) 정신요양시설의 경우 촉탁의 제도를 방문진료로 전환

요양시설의 촉탁의 제도를 폐지하고, 그 환자들이 병·의원에 방문하여 진료받는 제도로 전환되어야 한다. 이는 두 가지의 이점이 있다. (1) 과도한 환자 수용을 억제 할 수 있다. 즉 요양시설들이 병의원에 방문 진료를 할 수 있는 정도의 수용인원을 책정할 것이다. (2) 약물의 투여에 적정성을 확보할 수 있다. 짧은 시간내에 처방 위주로 진행되는 현 제도 보다는 의사 자신의 진료 시간 내에 적정 환자를 진료하기 때문에 적절한 진료가 가능할 것이다. (3) 환자가 병의원을 방문함으로써 사회접촉 시간이 증가되며, 이것이 발전하면 타기관의 프로그램에 참석하는 기회가 발생할 수도 있을 것이다.

다. 시설건물 및 배치 등에 대한 제언

1) 최소시설기준 제정: 필수적인 시설의 편리한 이용 도모

시설과 관련된 최소기준의 제정이 필요하다. 이 경우 다름의 사항들을 유념해야 한다. 먼저 각각의 시설에 대한 위치를 일반인이 접근성이 용이한 곳에 기관을 설치하여야한다. 이번 조사에서 대부분의 기관은 일반 주민의 주거시설과 멀리 떨어진 위치에 존재하는 적이 대부분이었다. 이것은 정신질환자의 치료 목표가 사회로의 격리가 아니고 사회복귀라는 대명제에서 벗어난 것이다.

따라서 정신병원이나 정신요양시설에 설정된 최소 시설기준에 따라 운영되는지를 수시로 지도감독해야 할 것이다. 또한 정신보건시설은 일반주민이 접하기 쉬운 장소에 위치하여 정신질환자의 재활과 사회복귀에 용이하도록 하며 일반 주민과의 접촉을 늘리어 편견

해소도 도모하여야 한다. 다만, 지역주민의 넘비현상을 극복하기 위한 사회의 노력이 필요하다.

2) 적정 수용인원에 대한 연구 및 기준 제시

정신의료기관이나 정신요양시설에 대한 전체 수용인원에 대하여 적절한 인원을 산출하는 연구가 필요하다. 이번 조사에서 수용인원이 많을수록 폐쇄 병실을 선호하는 경향이 높았다. 또한 과도한 인원은 안전 및 통제를 위한 과도한 감금 시설을 초래하였다.

3) 관련기관에 대한 업무평가의 내실화

관련기관에 대한 평가 업무가 제대로 이루어져야 한다. 현재 시설 및 근무자에 대한 조사는 외형적인 면에 치우쳐 있었다. 금번 조사도 외형적인 면에 높은 점수를 받은 기관이 전체에서도 높은 점수를 얻는 경우가 많았다. 이제는 외형보다는 내실을 중심으로 평가하는 체제로 전화되어야 한다. 또한 모든 예산지원이 내실화 또는 정신질환자의 편의성을 중심으로 한 지원이 되어야 하며 그림의 떡인 건물보다는 작으나마 개방적으로 사용할 수 있는 작은 공간의 확충이 필요할 것이다.

4) 편의시설의 확충: 최소시설기준을 통해 해결

정신질환자의 편의 시설에 대한 확충이 필요하다. 편의시설의 정의는 말 그대로 환자가 언제든지 자유롭게 사용할 수 있어야 한다. 편의시설의 사이에는 잠금장치나 통제 장치는 최소화하여야 한다. 편의시설에는 첫째, 항상 접근 가능한 시설에는 간호사실(사무실), 상담실, 휴게실, 면회실, 식당, 화장실, 목욕시설, 기본적 프로그램실(집단치료, 미술, 음악 등,)등이 속한다. 둘째, 시간적 제한을 하면서도 사용할 수 있는 공간으로는 다음의 시설이 필요하다. 산책할 수 있는 공간, 세탁실, 전문화된 프로그램실(요리, 재활치료 등) 등이 있을 것이다.

5) 병실 및 병동의 면적당 최소인원 조정

모든 시설은 정신질환자들이 사용하기 쉬운 편리성, 접근성을 갖고 설계되어야하며, 이

와 더불어 환자의 인권이 고려되어야 한다. 정신질환자는 자신의 사생활이 보호되어야 하며 자신이 요양하고 싶은 경우 조용히 휴식할 수 있는 공간이 필요하다. 따라서 최소한 병실 인원과 한 병동내의 적정 인원이 결정되어야 한다. 관리적 차원의 과거 군대 막사같은 병실은 모두 개조되어야 한다, 또한 자신의 위생을 위한 시설은 항상 개방된 설계가 필요하며 이를 제제한다는 것은 환자의 인권침해라는 인식이 되어야 한다.

6) 근무자의 공간 결정

근무자의 공간도 앞으로는 결정되어야 한다. 일부 기관에는 근무자의 당직 시설과 상담 시설이 없어 야간에는 몇 개의 층을 묶어 한군데의 당직실에서 근무하는 경우가 많았다. 또한 간호사실도 그 용도대로 사용하지 않고 있어 환자 간호 시에 만 근무하는 장소로 전락한 경우도 많았다. 따라서 근무자들을 위한 적정한 공간을 시설 규정에 포함시키는 것이 좋을 것으로 생각된다.

라. 시설 밖에서 필요한 제언

1) 정신보건의료체계의 시스템화 및 지역정신보건체계와의 연계성 강화

정신병원 또는 정신요양시설에 입원하는 것 이외에 정신질환자들의 보호, 치료, 관리, 사회복지 등을 위한 정신보건센터나 주거시설 등의 확충이 요구된다. 이를 위한 과감한 재정투자가 이루어 질 수 있도록 적극 권고하여야 할 것이다.

2) 전문요원의 다양성 필요

위의 유럽연합과 WHO의 권고 등을 볼 때 중요한 것은 환자의 정확한 평가가 선행되어야 한다는 것이다. 환자를 정확하게 평가 진단한 후에 이에 기초하여 치료계획과 재활계획이 세워질 수 있고, 맞춤형 치료가 가능하게 된다. 그러나 본 조사 대상이었던 32개의 시설을 살펴볼 때, 기본적으로 인적 자원이 부족할 뿐 아니라 한 분야의 인력으로 채워져 있는 경우가 많다. 특히 정신요양시설의 경우에는 임상심리사가 전혀 없을 뿐 아니라 생활지도원은 정신장애에 대한 이해가 거의 없는 사람들로 채워져 있는 경우가 많다. 이를 해소하기 위해서는 충분한 간호 및 사회사업가, 그리고 임상심리사가 확보되어야 할 뿐

아니라 생활지도원을 충분히 훈련을 시켜야 할 것이다.

3) 정신보건전문요원의 인권에 대한 교육 필요성

정신보건전문요원에게는 정신병리학과 기타 환자에 도움을 줄 수 있는 기술이나 기법 등에 대한 충분한 훈련이 필요하다. 그러나 이와 아울러 함께 필요한 것은 인권에 대한 교육이다. 인권 침해 및 인권유린이란, WHO의 규정에서 볼 수 있는 것처럼 강요와 구속, 퇴보적인 치료를 하는 것만이 아니라 차별과 무관심, 서비스를 받을 기회가 부족한 것도 포함된다. 따라서 환자가 충분한 관심과 동등한 기회 및 서비스를 받을 수 있는 기회를 주기 위해서는 치료기법이나 치료환경을 조성하는 것만이 아니라 환자를 중요한 소비자로 볼 수 있는 관점이 필요하다. 이러한 점에 대한 정규적인 교육이 새삼 요구된다. 특히 정신요양시설의 생활지도원 등은 이러한 점에 대한 교육의 기회가 전혀 없이 근무를 하는 경우도 많기 때문에 더욱 요구된다.

4) 환자나 가족, 혹은 시민단체 등의 정규적인 평가

정신보건시설도 하나의 서비스를 제공하는 기관으로 볼 때, 좋은 서비스를 주는 기관과 그렇지 않은 기관은 분명하게 구분되어야 한다. 이를 통해 환자나 가족이 병원이나 정신요양시설을 선택할 수 있는 권리를 행사할 수 있기 때문이다. 정신요양시설은 3년에 1회씩 평가를 받고 있으나 정신병원은 아직 평가제도에서 제외되고 있다. 따라서 정신요양시설과 정신병원은 적정한 기간마다 외부 평가자에 의해 평가가 이루어지고, 이 결과가 공표되어야 할 것이다. 이럴 경우 병원 등 정신보건기관들 사이의 경쟁이 유도되어 환자를 하나의 인격체로 보고 치료에 매진할 것이며, 각 환자도 자신이 원하는 기관에서 치료를 받을 권리를 갖게 될 것이다. 아울러 이를 통해 국가에서의 지원이나 수가를 차등화하여 인권과 치료와 관련된 노력을 더욱 이끌어 낼 수 있을 것이다.

□□정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사□□에 대한 토론문

서 경 석 (인하대학교 법대 교수)

1. 개관

- * 보고서의 효용을 높이기 위해서는 현 정신보건법제상의 기준만이 아니라 2008년 3월 21일 개정된 정신보건법(2009.3.22 시행예정)의 한계를 아울러 지적하는 것이 바람직할 것
- * 따라서 평가기준을 세분화하여 ① 현행 정신보건법 ② 개정 정신보건법(시행령과 시행세칙 개정시 바람직한 방향 제시) ③ 국제적 기준으로 세계보건기구의 정신장애인의 인권향상을 위한 지침을 각각 고려하여야 함.
- * 실태보고서가 최근 개정된 정신보건법의 내용을 반영하고 있지 않은 관계로, 이 토론에 있어서는 최근 상당부분 개정된 정신보건법에 비추어 정신보건시설의 실태를 평가하고자 함.

2. 환자 면접조사 결과 분석에 대하여

(1) 질의사항

- * 표4에서 시도지사에 의한 입원은 진단을 위한 2주 이내의 입원을 의미하는가 아니면 그 이후에도 계속된 계속입원을 포함하는가, 실제 현장에서 진단입원과 계속입원 그 둘이 구별되는가?(정신과 전문의 1인과 2인 이상으로 요건의 차이)
- * 표7 위에서 스스로 입원에 동의하는 환자를 자의입원이 아닌 보호의무자에 의한 입원으로 기재하는 것(458명, 58.6%)이 입원기관의 편의적 행위이고 인권침해의 소지가 있다

고 하는데 무슨 의미인가 ?

- * 표7에서 자의입원에서 강제입원비율이 8%(37건)인데 무슨 의미인가?
- * 표7에서 입원유형분류는 실제 별 의미 없는 것 아닌가?
- * 표37 시설종류별 입원시 본인 동의여부에서 시설별 동의여부가 차이가 심한 이유는 무엇인가?
- * 표38에서 시설별 보호의무자입원과 자의입원의 비율이 차이나는 이유는 무엇인가?
- * 표41에서 정신요양원은 촉탁의 제도가 운영되는 까닭에 만족도가 낮다고 하는데 병원 정신과도 다른 시설에 비해 낮은 까닭은 무엇인가?

(2) 소결에 대하여

가. 입원과정

1) 입원의 강제성, 보호자로부터 인권침해, 입원에 대한 정보부족 문제

- ① 개정법은 2인의 동의, 자의입원에도 1년에 1회 이상 퇴원등의 의사확인, 법 위반시 행정벌 강화 등의 장치를 마련하였고, 인신보호법도 제정되어 구제의 가능성이 커진 듯 보이는데 이러한 진전은 어떠한 의미를 갖는가?
- ② 기록보존 조항(제18조의2)을 신설하여 포괄적인 기록의무를 부과한 다음 위반하거나 내용확인을 거부하면 300만원 이하의 벌금에 처하고(제57조의3 신설), 보호의무자에 의한 입원의 경우 입원동의서 등을 받지 않거나 신원이 확인되지 아니한 자를 수용할 때 신상정보의 확인이나 조회요청을 하지 않으면 1년 이하의 징역이나 500만원 이하의 벌금에 처하도록 한 규정(제57조 2호, 5호)은 현 상황을 개선하는 데 유의미하지 않은가?

2) 보호의무자의 편의에 의한 입원이나 행정편의주의적 입원을 지양하기 위한 방안 모색 : 개정법은 보호의무자에 의한 입원에 있어서 보호의무자의 동의를 2인으로 하고 있을 뿐 강제입원의 요건(위험성이나 긴급성)은 변화가 없다. 전문의가 입원치료의 필요성만 인정하면 가능한데 이는 진단입원(자신 또는 타인을 해할 위험)이나 응급입원(자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자)과 차이.

법원에 의한 입원심사 가능성은 어떠한가?

3) 직원들에 대한 직무교육 강화

: 개정법은 개선명령부터 허가취소에 이르기까지 행정벌 규정 강화(예컨대 제11조 1항 6호 신설, 제12조 3항 1호의2와 4호 신설, 제57조 등), 제6조의2(인권교육) 신설

4) 체계적인 협조관계와 부서간 연계 강화

: 개정법 제4조 2항을 신설하여 국가와 지자체는 정신보건센터와 정신보건시설을 연계하는 정신보건서비스전달체계를 확립하도록 하고 있음.

개정법 제4조의3에서 정신보건사업계획을 수립하도록 하고 그 안에 포함될 내용으로 ‘지역사회 정신보건사업’ ‘지역사회 조사 및 사업평가’ 등을 예정하고, 개정법 제13조의2(정신보건센터의 설치)는 지역사회 정신보건사업 실시주체로 정신보건센터 설치를 중용하는데 이러한 방향은 올바른가?

7) 정신보건심의위원회와 정신보건심판위원회 개선

: 중앙-광역-기초로 3분화, 심의위에는 정신보건전문요원·정신질환자의 가족·시설운영자등의 전문가 등을 포함, 심판위원 증원, 복수 심판위 가능, 심의위는 인권침해행위에 대하여 국가인권위에 조사를 요청할 수 있도록 함.

나. 강박사항

1) 강박기록 문제

: 개정법 제46조(환자의 격리제한)에서 강박에 대해서도 추가적으로 규정하고, 제18조의 2를 신설하여 1항 5호에서 격리·강박의 사유 및 내용을 기재토록 하고 2항에서 그 사실을 정신질환자나 보호의무자가 열람·복사 가능하도록 함.

3) 정신요양시설의 촉탁의 문제

: 시행규칙에는 사회복지시설의 경우에 촉탁의가 있는 경우 정신과전문의를 두지 않을 수 있도록 하고 있는 반면 정신요양시설의 경우는 규정이 없음. 요양시설이 사회복지시설

보다 증상이 더 중한 경우 수용된다면 사회복지시설의 경우를 요양시설에 준용하는 것은 이치에 맞지 않음. 촉탁의에 대한 법적 근거에 대해 명확한 파악이 우선되어야 할 것으로 보임.

다. 입원생활

2) 의료진, 경영자, 보호의무자, 지자체 등을 포함한 회의체 구성 필요

: 개정법에서 확대된 정신보건심의위원회의 활용가능성은 없는지, 기존 법상 보건소를 통해 추진하도록 하고 있는데(법 제13조 1항) 그 한계가 확인된 것인지, 지역보건법상의 지역보건의료계획과 연계한 정신보건사업계획을 수립하고 실시하는 과정에서 구체화할 필요성 큼

4) 시설, 장비, 의료인력 등에 있어서 기준미달의 경우 행정처분의 강화

: 개정법의 행정벌 강화 취지를 반영하여 보건복지가족부령의 내용을 강화할 필요성

5) 작업요법지침의 준수 요청

: 개정법 제46조의2(입원환자 등에 대한 작업요법) 신설. 작업시간, 위험성 여부 및 장소 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지가족부령으로 정하도록 함(4항).

라. 의사진료행위

1) 적절한 처치와 요양시설의 경우 의료기관과의 결연 필요성

: 법 제44조(특수치료의 제한)(이와 연결된 시행령 제19조)은 적절한 의료행위에 대한 거의 유일한 제한조항.

마. 병동직원

1) 정기적인 인권교육

: 개정법 제6조의2(인권교육) 신설, 시행령 등에서 구체화 필요

2) 인권침해 행위에 대한 자체 처벌규정 수립 필요, 관리 차원이 아닌 프라이버시 보장 차원으로 전환 필요

: 개정법에서 몇 가지 보장 -- 강제노동에 대한 규정 신설(제41조 3항), 작업요법 근거규정 신설(제46조의2), 수용시설 내 폭행과 가혹행위 금지규정 신설(제43조 3항), 환자의 격리 강박 등에 대해서 그 요건을 명확히 함(제46조 1,2항)--이러한 행위위반에 대해서 벌칙규정을 신설하거나 보완함(제55조, 56조, 57조)

마. 병동환자

시행령과 시행규칙에서 보완 필요

3. 종사자 설문조사 결과 분석에 대하여

표43, 44 등의 이해가 쉽지 않을 뿐만 아니라 시설별 종사자의 주관적 인식차를 감안하기 어려움. 예컨대 국공립병원 종사자가 인권침해로 이해하는 경우와 동일한 사태를 정신과의원 종사자는 침해로 이해하지 않는 상황이 점수로 반영되고 있는지? 즉 인권보장 수준이 높아서 인권침해 목격빈도가 낮은 것인지 인권의식 자체가 낮은 탓에 인권침해 목격빈도가 낮은 것인지 구별되는가?

소결

1) 시설 평가에 인권교육빈도를 고려하는 방안

: 개정법 제6조의2 1항이 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 인권에 관한 교육을 받아야 한다고 규정. 제18조의3(정신보건시설의 평가)의 시행령과 시행규칙 제정시 포함되도록 할 것.

4. 조사결과 종합검토 및 제안사항에 대하여

가. 법제도적인 제언 중

1) 입원중인 환자의 기본권 보장

개방병동에서의 안전사고에 대하여 국가보상제도 도입 필요성

: 전염병예방법 제54조의2,3에서는 접촉행위자가 누구든지 간에 보상의 대상이 되는 행위가 예방접종이라는 특정된 행위이기 때문에 국가가 담보하는 것이 어렵지 않으나(그 대상의 확대가능성이 거의 없음) 이 경우에는 안전사고의 유형도 다양할 뿐만 아니라 보건시설 운영자의 과실이 필연적으로 연결되기 때문에 국가가 전체적으로 보상해 주기에는 좀 더 면밀한 유형화 등의 노력이 필요할 것

2) 정보개방을 요구할 수 있는 권리

: 개정법 제18조의2(기록보존)을 신설하여 정신질환자나 보호의무자가 기록의 열람 복사를 요구할 때 응하도록 함. 세부사항은 시행규칙에서 정하도록 하고 있으므로 확실하게 규정할 필요성.

3) 의료급여 정신질환자의 경우 일당정액제와 낮은 수가수준의 문제

: 차별의 정당화 사유를 분석하고 그 사유가 합리적이지 않으면 평등권 침해로 헌법소원 등 가능

7) 정신보건시설에 대한 정기적인 평가기관의 필요

: 개정법 제18조의3(정신보건시설의 평가) 3년단위의 평가 실시



장기 입원의 구조적 원인과 지속요인

박 종 익

(강원대학교 정신과 교수)

2

발 표

장기 입원의 구조적 원인과 지속요인

박 중 익 (강원대학교 정신과 교수)

1. 서론

1-1 연구의 필요성 및 목적

1-2 연구내용 및 방법

2. 본론

2-1 정신보건시설 입원/입소자의 재원기간 분석

2-1-1 재원기간에 영향을 미치는 요인 분석 결과

2-1-2 입소자의 계속입원심사 및 법적 권리의 이해

2-1-3 입소자의 황수용화 경험

2-1-4 재원적절성 결과

2-1-5 심층면접사례 유형별 분류 및 분석

2-2 장기입원군의 특성

2-3 장기입원군의 보호자 특성

2-3-1 장기입원군의 보호자 특성

2-3-2 장기입원군의 입퇴원에 관한 특성

2-3-3 장기입원군의 지역사회 거주를 위한 대안

2-4 지역사회서비스 이용군의 특성

2-4-1 전체 재원환자군과의 특성 비교

2-4-2 입원/입소시설과의 연계성

2-4-3 이용자의 과거 입원/입소 서비스와 계속입원심사 현황

2-5 정신질환 치료경로 분석

2-5-1 분석 내용 및 방법

2-5-2 초발 입원 정신질환 발생 및 의료이용 현황

2-5-3 초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황

2-6 장기재원 문제개선을 위한 심판위원회 제도 개선 방안; 델파이 기법의 활용

2-6-1 보호의무자에 의한 부적절 입원 개선 방안

2-6-2 퇴원 명령 후 지속관리체계 구축 방안

2-6-3 비자의적 입원에 대한 통제 기능 강화

2-6-4 자의입원제도에 대한 고찰

2-6-5 외래치료명령제

2-6-6 정신요양원에 대한 심판위원회의 역할

2-6-7 면접평가에 대한 의견

3. 결론

3-1 정신질환의 조기발견과 조기 개입 - 장기입원의 측면에서

3-2 입원/입소 정신보건시설 및 지역사회 조사

3-3 정신보건 심판위원회 제도

1. 서론

1-1 연구의 필요성 및 목적

1995년 정신보건법의 제정은 우리나라 정신보건이 지역사회 중심으로 변하기 시작하는 전기가 되었다. 그러나 미인가 시설의 양성화, 의료급여의 일당정액제 수가, 정신보건법상 최소 의료인 수의 강제화 등이 오히려 정신병상의 증가 요인으로 작용하여, 지난 10여년간 매우 빠른 속도로 병상수가 증가하였다. 2006년을 기준으로 우리나라 정신장애인의 입원일수는 평균 247일이며(정신요양시설의 경우 2630일), 이 중 6개월 이상 장기입원자가 55.5%, 3개월 이상도 68.9%에 이른다. 이 수치는 2004년도에 재원일수 중앙값 267일, 6개월이상 장기입원자 56.2%에 비해 감소하는 추세이기는 하나 여전히 장기입원을 선호하는 구조적 요인이 작용하고 있다고 볼 수 있다. 더욱 문제가 되는 것은 자의입원의 비율이 10.7%에 불과해서 한국과 더불어 장기입원이 문제가 되고 있는 일본의 64.2%에 비하여 매우 낮다는 사실이다. 비자발적 장기 입원의 비율이 높다는 것은 정신질환의 삶의 질이 상대적으로 낮다는 것을 의미하며, 기본적으로 보호받아야 할 자기결정권을 박탈당하고 있다는 것을 반영하는 것이다. 또 장기입원에서 파생되는 여러 가지 인권의 침해, 질병의 만성화, 사회기술의 퇴행은 지역사회에서의 적응을 더 어렵게 만들고 다시 재입원하는 악순환의 구조를 재생산하게 된다.

따라서 본 연구는 장기입원이 발생하는 구조적인 원인과 이의 지속되는 요인을 알아보기 위하여 다양한 측면에서 조사를 하고자 하였다. 즉 시설에 입소해 있는 경우와 지역사회에서 생활하는 경우를 비교하였다. 또 환자, 보호자, 정신보건센터의 정신보건전문가, 정신보건심판위원의 입장에서 각각 장기입원에 대한 시각을 비교 및 조사하였다. 한편 심사평가원의 자료를 통하여 전체적인 흐름을 파악하려는 시도도 하였다. 정리하면 정신장애인의 입/퇴원 과정을 중심으로 하여 여기에 영향을 미치는 다양한 요인 및 대안 - 질환의 발생 및 초기 치료개입의 실태와 변화추이, 재원기간의 측면에서 본 정신장애인의 현황 및 재원적절성/재분류, 대안적 측면에서의 지역사회정신보건서비스 현황 및 발전방향, 재원환자의 적절한 퇴원을 관리하는 정신보건심판위원회의 실태와 대안, 장기입원 정신장애인의 보호의무자들의 현황과 지원방안 -을 모색하고자 하였다.

1-2 연구내용 및 방법

본 연구는 크게 6가지 소연구로 구성되었다. 첫째 정신보건시설 입소자에 대한 장기입원 실태조사, 둘째, 지난 1년간 6개월 계속입원심사를 청구한 환자들의 특성에 대한 조사, 셋째, 계속입원심사를 청구한 보호자들에 대한 장기입원과 관련된 보호자 요인과 대안에 대한 조사, 넷째, 대안으로서의 지역사회정신보건서비스 수혜자의 특성과 서비스현황에 대한 조사, 다섯째, 정신질환치료경로에 대한 분석을 통하여 조기 개입을 현황과 장기입원과 관련된 연구, 여섯째, 정신보건심판위원회의 운영 현황과 대안에 대한 연구 등이다.

첫째, 정신보건시설입소자에 대한 조사는 전국의 모든 정신보건시설을 지역별, 유형별, 입소자수별로 층화하여 입소자를 무작위로 추출한 이후 정신과전문의 또는 정신보건전문가가 직접 시설을 방문하여 입소자를 면담하고, 준비된 설문지를 작성하는 방식으로 진행되었다. 설문지를 통한 양적조사 뿐 아니라 각 시설별로 1사례 이상의 장기입원의 구조적 요인과 관련된 심층면접을 수행함으로써 질적연구도 병행하여 양적연구의 단점을 보완하도록 노력하였다. 이 연구를 통하여 재원기간에 영향을 주는 입원 및 입소시설의 종류, 사회인구학적 특성, 사회경제적 지지체계, 특히 가족적 특성, 진단 및 병력, 임상증상 및 기능장애의 정도, 지역사회서비스체계 등에 대한 자료를 수집하여 관련성을 조사하였고, 입소자의 계속입원심사 및 법적권리의 이해정도, 횡수용화의 비율 등을 측정하였다.

둘째, 입소자 중 6개월 이상 장기입원을 하는 초점집단을 선정하였고, 이 집단은 지난 1년간 정신보건심판위원회에 계속입원심사를 청구한 환자군으로 하였다. 이 집단의 입소시설의 종류, 사회인구학적 특성, 사회경제적지지체계, 진단, 임상증상 및 기능의 정도, 퇴원의 조건 등을 조사하였다.

셋째, 초점군인 장기입원환자군 중 무작위추출을 통해 보호자와 설문지를 바탕으로 한 전화면접을 실시하여 보호자의 사회인구학적 특성, 입원의 결정 요인, 퇴원을 저해하는 요인, 퇴원을 촉진하는 대안 등에 대해 조사하였다.

넷째, 장기입원을 하는 입소자와 대비한 통제집단을 보기 위하여 현재 지역사회에서 서비스를 받고 있는 집단을 대상으로 하여 첫째 연구에서 사용된 설문지를 기본으로 한 지역사회서비스수혜자의 사회인구학적 특성, 사회경제적 지지체계, 특히 가족적 특성, 진단 및 병력, 임상증상 및 기능장애의 정도, 지역사회서비스 연계서비스체계 등을 조사하였다.

다섯째, 정신질환의 조기발견, 조기개입 및 집중적인 치료서비스의 제공이 정신질환의 만성화를 예방하고 사회적응력을 높인다는 이론과 가설을 바탕으로 하여 국내의 2005년 1년 동안의 초발정신장애인을 코호트로 구성하여 지난 2년간의 치료경로와 재원기간을 분석하였다.

여섯째, 현재 환자의 부적절한 장기입원을 통제하고 관리하기 위한 법적장치의 하나로 운영되는 가장 중요한 개념은 정신보건심판위원회의 강제퇴원명령이다. 심판위원회를 구성하는 심판위원을 대상으로 현 제도의 문제점에 대해 파악하고 발전적 대안에 대해 조사하였다.

2. 본론

2-1 정신보건시설 입원/입소자의 재원기간 분석

- 2008년 현재 정신보건시설에서의 재원기간은 중앙값으로 153일로 2006년에 비해 많이 감소된 편으로 조사되었으며, 6개월이상의 장기입원자도 2006년의 52%에 비해 감소된 46%로 조사되었다. 그러나, 환자들의 지난 2년간 입원했던 기간을 합산하여 보면 6개월 이하가 25%, 6개월에서 1년이 17%, 1년에서 2년이 58%로 반 이상의 환자들이 1년 이상을 입소시설에서 생활했던 것으로 조사되었다. 이런 현상은 평균재원기간과 6개월 이상의 장기입원이 줄어들었을 뿐 반복적인 재입원에 의하여 전체적인 입원 기간은 큰 변화가 없었다는 것을 의미한다.

2-1-1 재원기간에 영향을 미치는 요인 분석 결과

가. 정신보건시설 종류별 재원기간

- 정신보건시설 종류별 재원기간의 분포는 <표 1>과 같음.

<표 4-1> 정신보건시설 종류별 재원기간

(단위: 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수1)	평균2)	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정3)
계	2212	628.09	54.25	150.50	505.75	9097	
국립정신병원	120	121.83	43	90	131.50	2046	A
공립정신병원	120	649.74	84.50	237	726.50	6603	B,C
사립정신병원	725	524.00	58	163	508.50	8287	A,B,C
종합병원 정신과4)	148	239.74	35	66	173.25	2809	A,B
병원정신과	568	283.28	42	106.50	327.75	3733	A,B,C
정신과 의원	276	344.19	56.25	151	381	3194	A,B,C
정신요양시설	206	2850.92	389	1722.50	4939.50	9097	D
사회복지시설	49	778.96	267.50	648	1138	3580	C

주: 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수

2) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: $p < 0.001$

3) 사후검정: 국립정신병원 <사회복지시설 <정신요양시설

4) 포항의료원은 제외함

- 정신요양시설이 가장 긴 재원기간을 보였고, 사회복지시설, 공립, 사립정신병원 순이었음. 종합병원 정신과의 경우 일부 대학병원이 포함되어 있기 때문에 중앙값이 가장 적게 나타남. 포항의료원의 경우 입원 환자 중 한 명의 입원기간이 10년이 넘는 관계로 재원기간의 분석에서는 제외함.

나. 재원기간 관련 요인

- 재원기간에 가장 많은 영향을 주는 요인은 환자가 입원·입소한 시설의 종류(정신요양시설, 사회복지시설, 사립정신병원, 공립정신병원)가 국립정신병원보다 유의하게 장기 재원)였으며, 이외에도 환자의 나이(고연령), 결혼의 상태(미혼 혹은 이별), 경제상태(낮은 경제력), 의료보장 형태(의료급여 1종), 가족지지정도(같이 살 가족이 없고, 거주지가 없음), 진단명(정신분열병), 발병연령(30세 미만), 입원횟수(1회~5회), 증상정도(심한증상), 기능정도(저기능, GAF 40점이하), 입원의 유형(행려, 보호의무자 입원), 지역사회정신보건시설 이용경험(경험없음), 부모의 생존여부(부모생존하지 않음), 보호자의 지난 1개월간의 면회횟수(1회) 등이 유의하게 영향을 미치는 요인이었음($p < 0.001$).

2-1-2 입소자의 계속입원심사 및 법적 권리의 이해

- 계속입원심사제도에 대해 인지하고 있는 환자의 비율은 42%였으며, 6개월 이상 입원하고 있는 환자의 경우에는 적어도 1회 이상 계속입원심사서류를 제출했음에도 불구하고 인지율이 50%미만으로 조사되어 전반적으로 제도에 대한 환자의 이해도는 낮은 편이었다. 아울러 퇴원청구권리에 대한 인지도 역시 40% 정도로 절반에 미치지 못했다. 대체로 환자들이 자신의 입원에 대한 법적인 절차와 권리에 대해 제대로 이해를 하지 못하고 있었으며, 재원기간이 증가할수록 계속입원심사제도에 대한 인지도는 증가하였으며 퇴원청구권리의 인지의 여부가 평균재원기간의 감소와 다소 관계가 있는 것처럼 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

2-1-3 입소자의 횡수용화 경험

- 횡수용화란 한 기관이나 시설에서 퇴원한 환자가 지역사회에 머물지 못하고 바로 다른 기관에 입원하는 것을 말한다. 본 조사 당시 다른 병원이나 시설에서 퇴원 후 바로 입원한 경우는 15% 정도로 조사되었으며, 횡수용화를 경험한 비율은 28% 정도였다.

2-1-4 재원적절성 결과

<표 2> 정신보건시설 종류별 정신의료기관 입원 필요성 여부(임상증상에 따른 분류)
(단위: 명, %)

	전 체	의료기관 입원	
		입원 불필요	입원 필요
전 체	2030 (100.0)	721 (35.5)	1309(64.5)
국립정신병원	109 (100.0)	47 (43.1)	62 (56.9)
공립정신병원	115 (100.0)	20 (17.4)	95 (82.6)
사립정신병원	660 (100.0)	197 (29.8)	463 (70.2)
종합병원 정신과	166 (100.0)	39 (23.5)	127 (76.5)
병원 정신과	507 (100.0)	182 (35.9)	325 (64.1)
정신과의원	256 (100.0)	97 (37.9)	159 (62.1)
정신요양시설	169 (100.0)	101 (59.8)	68 (40.2)
사회복지시설(주거)	48 (100.0)	38 (79.2)	10 (20.8)

과거에 비해 공립병원, 종합병원 정신과의 재원일수가 늘었으나 의료기관 입원적절성 분석에서 입원필요가 77% 정도로 부적절비율이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 오히려 과거에 비해 병원 정신과, 정신과의원, 국립병원에서의 입부적절입원 비율이 증가되었다.

2-1-5 심층면접사례 유형별 분류 및 분석

- 질적조사를 위하여 몇 가지 사례에 대한 심층면접을 통하여 장기입원의 유형을 분석하였다. 대표적인 경우로는 환자의 잦은 재발이나 증상의 악화를 보호자가 두려워해서 퇴원을 시키지 않거나 반복적으로 입원을 시키는 경우, 거주지가 불안정하여 증상과 기능이 회복되었음에도 스스로가 나가지 않으려는 경우, 가족구성원의 변화로 지역에서 돌봐줄 가족이 여의치 않아 계속적으로 입원하는 경우, 의료급여로 전환된 이후 입원해 있는 것이 오히려 경제적인 유인이 되어 장기입원으로 바뀐 경우, 알코올환자의 경우 반복적인 재발로 인해 중독전문치료없이 장기입원으로 가는 경우 등이 보고되었다.

<유형 1> “의료급여 전환 5년간 병원을 전전하는 환자”

현재 경기도지역의 사립정신병원에 입원중인 여자로 의료보장은 의료급여 1종이며, 나이는 49세(59년생), 학력은 고등학교 졸업, 결혼상태는 7년전 이혼하였다.

처음 발병연도는 1990년도이며, 그 해 첫 진단을 받았다고 한다. 주 진단은 조울증으로, 조사 당시의 입원을 포함하여 총 10회 이상 국립정신병원, 사립정신병원 등에 입원했었고, 2003년도 이후로는 여러 병원을 옮겨 다니며, 계속적으로 입원된 상태였다. 최근 2년간은 아예 지역사회에서 거주한 경험이 거의 없었다. 입원 전에는 가족과 거주하였고, 이번 입원 직전의 입원은 국립서울병원에 2006년 5월 2일에서 2006년 10월 28일까지였다. 현재 입원기간은 2006년 11월 1일 이후 1년 11개월째라고 한다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 54세인 언니로 전세로 거주하고 있으며, 현재 직업은 보험설계사로 월수입은 100만원정도라고 한다. 생존해 있는 가족은 어머니와 언니로 최근 1개월간 2회의 면회가 있었으며, 환자의 퇴원에 부정적이라고 했다. 그 이유로 환자가 생각하기에 자신의 정신과 증상을 두려워하고 있고(혹은 재발을 걱정해서), 같이 살 공간이 부족해서인 것 같다고 하였습니다.

평가 척도상 환자의 일반적 기능 평가(GAF)는 55점으로 비교적 괜찮은 상태였다. 임상 평가에서 약간의 사고의 이완, 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 조금의 도움으로 유지할 수 있을 정도였고, 사회지지체계평가에서 거주지, 경제자원, 가족친지의 도움에 조금 문제가 있는 것으로 평가되었다. 환자는 지역사회정신보건서비스를 1회 정도 상담한 적은 있었지만 본격적으로 이용한 적은 없었다고 한다. 환자와 가족을 지원하고, 지속적 사례관리와 주간보호를 한다면 지역사회에서도 생활해 나갈 수 있는 상태로 평가되었다.

조사자와의 면담에서 환자는 발병 이후 수차례 입퇴원을 반복하였으며 결혼 상태를 간신히 유지하면서 지역사회에서 통원치료를 받으면서 지낼만한 수준이었다고 한다. 환자의 계속되는 투병 생활로 인하여 남편과는 10년전부터 별거상태로 환자는 친정에서 살고 있었는데 2003년 Y병원에 입원하고 있을 당시에 계속되는 경제적 부담으로 인하여 정부의 도움(의료급여 1종)을 받고자 남편과 이혼을 하였고, 그 이후로는 한 병원에서 6개월이 되면 타 병원으로 옮기는 방식으로 계속하여 장기입원상태에 있게 되었다고 한다. 이번 병원에서 퇴원하고 싶지만, 어머니가 “또 재발하면 다른 병원에 가야 하니까 좀 오래 있어라”라고 하여 입원을 하고 있는 것이라고 하였다. 가족은 환자가 상태가 나쁠 때에 집을 나가라는 환청에 반응하여 가출을 하였기 때문에 병원에 있는 것이 환자에게 안전할 것이라고 설명하였다고 한다. 이 환자의 경우 건강보험을 유지할 때는 입원기간이 짧고 주로 통원치료를 이용하였으나, 의료급여로 전환된 이후 장기입원으로 전환된 전형적인 사례로 생각된다. 지역사회 내에서 가족들에게 경제적, 정서적 지지를 제공하고 환자에게 집중적인 서비스가 이루어질 수 있다면 지역사회로 복귀할 수 있는 여력이 있을 것으로 판단되었다. 이와 동시에 보호자에 대한 적절한 정보제공과 환자와 함께 생활할 수 있는 경제적 유인 및 편의의 제공, 정서적지지 등이 장기입원을 억제하는 데 영향을 줄 수 있는 요인으로 평가되었다.

<유형 2> “알코올 의존으로 인해 반복적으로 입원 중인 환자”

현재 경북지역의 시립정신병원에 입원중인 남자로 의료급여 1종이며, 66세(42년생), 학력은 무학, 결혼상태는 기혼이며, 군대는 만기제대하였다고 한다.

처음 발병연도는 미상이며, 첫 진단을 받은 연도도 1989년로 추정된다. 주 진단은 알콜 의존으로 조사 당시의 입원을 포함하여 총 15회 이상 정신과 전문병원에 입원한 적이 있었고, 그 중 6개월 이상의 장기 입원은 2차례였다고 한다. 현재 입원 기간은 2007년 9월 이후 1년 1개월째로 입원 전에는 가족과 함께 거주하였다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 아내이며, 나이는 44세이다. 전세로 거주하고 있으며, 부인의 직업은 공사장 노동일로 월수입은 50만원 정도이다. 나머지 가족으로 어머니와 아들이 있으며, 최근 1개월간은 면회를 오지 않았다고 하는데 환자의 퇴원에 부정적이라고 했다. 환자가 생각하는 이유는 환자의 증상이 자주 재발하여 입퇴원을 지속적으로 반복하여서 더 이상 가족이 자신의 회복을 믿어주지 않는 것 같다고 하였다.

평가 척도상 환자의 일반적 기능 평가(GAF)는 70점이며, 임상평가와 기능평가에서 독립된 생활이 가능하나 사회지지체계평가에서 거주지, 경제자원, 가족친지의 도움에 문제가 있는 것으로 평가되었다. 환자는 지역사회정신보건서비스에 대해 이야기를 들은 적은 있지만 이용한 적은 없었다고 한다. 환자와 가족을 지원하고, 지속적 사례관리와 주간보호를 한다면 지역사회에서도 잘 해 나갈 수 있는 상태로 평가되었다.

조사자와의 면담에서 환자는 처음 발병이후에는 수차례 입퇴원을 반복하였지만 직업을 지속적으로 가지고 결혼 상태를 유지하면서 지역사회에서 통원치료를 받으면서 지낼만한 수준이었다고 한다. 그러나 환자의 알코올 의존으로 인해 퇴원을 하면 또다시 술을 마시고 집안에서 물건을 부수며 아내에게 폭행을 행하는 문제가 반복되었다고 한다. 현재 환자는 증상이 호전되고 스스로도 병을 극복하고자 하는 의지를 보이면서 외래 통원 치료 및 알코올 상담센터 등의 도움을 받아 금주하는 것에 대하여 긍정적으로 생각하며 병원에서 퇴원하고 싶어 했지만, 환자의 아내가 “환자가 다시 술을 마시고 폭력적인 행동을 하면 감당할 수가 없을 것 같다.”고 해서 입원을 하고 있는 것이라고 하였다. 가족들은 환자가 이전에도 퇴원 후에 수개월 가량은 생활을 잘하다가 다시 술을 마시면 난폭한 행동을 했기 때문에 현재 상태가 호전 되었다고 해서 퇴원을 시켰다가 증상이 다시 재발하게 되어 재산상, 신체상 손해가 생길까봐 두려워서 퇴원을 시키지 못하고 있다고 한다. 이 환자의 경우 현재는 증상이 호전된 상태이나 보호자가 환자의 재발을 두려워하여 장기 입원을 하고 있는 전형적인 사례로 평가된다. 조사자의 입장에서는 지역사회재활시설이 환자에게 제공된다면 퇴원하여 지역사회에서 정착할 수 있을 가능성이 높다고 판단하였다. 보호자

에 대한 교육과 정신적인 지지를 통하여 입원외의 대안에 대한 정보를 제공하는 것이 중요하다고 평가되었다.

<유형 3> “거주지가 없어 퇴원을 하지 않고 계속 병원에 있으려는 환자”

현재 대구지역의 정신요양원(사회복지시설)에 입원중인 여자로 의료급여 1종입이며, 나이는 37세(71년생), 학력은 고등학교 졸업, 미혼이었다.

처음 발병연도는 1998년이며, 그 해 진단을 받았다. 주 진단은 정신분열병으로 조사 당시의 입원을 포함하여 총 3회 정신전문병원, 정신요양원에 입원하였으며, 이번에는 2005년 9월 이후 3년째 입원 중이었다. 입원 전에는 혼자 살고 있었으며, 마지막 입원은 정신전문병원에 2004년 8월경부터 2005년 9월경까지였다고 한다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 언니로 41세이다. 전세 주택에 살며, 과거 상업을 하였으며 현재는 주부로 월수입은 없다고 한다. 부모님은 두 분 모두 사망한 상태로 생존한 가족은 언니와 남동생이 한명씩 있다. 최근 1개월간 한 번 면회를 왔었으며, 환자의 퇴원에 부정적인 이유로 환자가 생각하기에 자신이 갈 곳이 없어서인 것 같다고 하였다.

평가척도상 환자의 일반적기능평가는 55점이며, 임상평가에서 사고의 이완, 피해망상이 조금 있었으며 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 조금의 도움으로 유지할 수 있을 정도였고, 독립된 생활은 불가능하나, 사회지지체계가 뒷받침 된다면 생활이 가능할 것으로 조사되었다. 하지만 사회지지체계가 열악하여 형제, 자매가 생존해 있으나 환자를 돌봐 줄 여력이 되지 않는 상태였다. 환자는 지역사회정신보건서비스가 있다는 말을 들은 적도 없고 이용한 적도 없다고 하였다.

조사자와의 면담에서 환자 자신은 이전보다 증상이 많이 좋아졌지만, 자신의 증상에 대하여 어느 정도의 병식이 있어서 치료의 필요성에 대해서 인정하고 있었다. 환자는 입원 기간이 너무 길지만 갈 곳이 없어 퇴원을 하고 싶지 않다고 하였으며 다만 큰언니가 면회를 좀 더 자주 왔으면 한다고 하였다. 환자의 언니는 환자가 이전에 환청과 망상이 심했으며 현재는 증상이 많이 호전되었다고 하여도 같이 살 수 있는 형제들이 없기 때문에 퇴원하는 것에 대해 부정적이었다. 또한 언니는 남편이 환자의 병에 대해서 거부감을 가지고 있다고 하였다. 조사자의 판단에는 환자가 현재 증상을 가지고 있는 상태지만 지역사회

주거재활시설이 환자에게 제공된다면 어느 정도 퇴원이 가능하다고 판단하였다. 보호자에 대해서는 정신질환에 대한 교육이 매우 시급하며, 지역사회에서 이용 가능한 정신보건 서비스에 대한 정보를 제공하여 실제적인 도움을 주고 정서적인 부담감을 경감시키는 일이 급선무로 평가되었다.

2-2 장기입원군의 특성

- 6개월이상 연속으로 입원한 환자군과 지난 2년간 입소시설에서 보낸 기간의 합산이 1년을 넘는 환자군을 따로 추출하여 전체 재원환자군과 비교하였다.

6개월이상 입원군은 전체 재원환자군에 비해 상대적으로 사립정신병원 및 정신요양원 재원율이 높았고, 미혼인 경우가 많으며, 교육수준이 낮고, 의료급여 1종이며, 정신분열병을 앓고 있었다. 3에서 5회정도 입원한 경우가 많고(6회 이상 입원은 줄어들고), 횡수용화의 비율이 높으며, 자의입원율이 낮아지고, 보호자의 면회율이 조금 감소되고, 보호자의 퇴원에 대한 태도가 조금 더 부정적이며, 과거 횡수용화 경험율이 높았다. 임상적인 증상과 기능에서는 심각하거나 기능의 감소율이 5%정도 증가되어 있고, 사회지지체계상에서 의지할 사람이 적어지는 특성을 보였다.

2년 중 1년 이상을 시설에서 보낸 환자들의 경우 전체 재원환자군과 비교해 볼 때 전반적으로 6개월 이상 계속 입원환자군과 비슷한 경향을 보였다. 다만 남성의 비율이 조금 더 높은 점과 40대의 비율이 증가된 점, 잦은 입퇴원을 하는 경우가 있어 6회 이상 입원한 비율이 높아진 점에서 차이가 있었다.

2-3 장기입원군의 보호자 특성

2-3-1 장기입원군의 보호자 특성

- 장기입원환자는 현재 정신병원에 재원하고 있는 환자 중에서 2번 연속 계속입원심사서류를 제출한 환자로 정의함. 경기도 소재 2개의 병원에 입원 중인 장기입원환자를 대상으로 하였으며, 현재까지는 1개 병원에서만 수집된 자료만을 가지고 분석함. 병록지에 입원 시 기록된 연락처를 통해 접촉할 수 있는 가족 구성원이 주보호자일 가능성이 매우 높으므로 이 사람들을 장기입원환자의 보호자로 정의함. 총 대상자 192명 중에 병

원에서 사회복지사가 전화를 여러 차례 시도해서 86명(44.8%)이 연결되었으며, 연락처가 변경되었거나 부재인 경우가 106명(55.2%)임. 됨. 연결된 86명 중에 43명(50.0%)은 조사를 거부하였으며, 43명(50.0%)이 응답함.

- 설문에 응한 보호자의 인적 구성은 형제자매가 24명(55.8%), 부모가 10명(23.3%), 자녀 5명(11.6%), 배우자 3명(7.0%), 기타 1명 순이었다. 이는 시설입소군 2253명 중 결측치를 제외한 1191명(61.2%)에서 부모가 생존해 있다는 것과 비교하면 장기입원군의 보호자는 부모보다는 형제자매인 경향이 많다고 할 수 있다. 이에 대한 해석으로는 부모가 주보호자 역할을 하다가 늙고 죽은 이후에는 장기입원의 가능성이 높아지고 있다고 볼 수 있다.
- 보호자의 주거형태로는 자가 23명으로 반 이상을 차지해서 경제적인 요인은 크게 작용하지 않을 가능성을 시사했다. 학력은 대졸이상이 23명으로 역시 학력이 높은 편이었고, 직업은 판매서비스직 16명, 무직 12명이 높은 비율을 차지하였다.

2-3-2 장기입원군의 입퇴원에 관한 특성

- 장기입원군의 지난 입원횟수는 1회가 9명, 2-5회가 19명, 6-10회가 8명, 10회를 초과하는 사람도 7명이나 있었다. 현재 입원기간은 1년 미만인 3명, 1년 이상 입원하고 있는 사람이 40명이었다.
- 입원 이유에 대하여 보호자 중 19명이 자해, 타해의 위험이 있기 때문이라고 했고, 16명은 증상이 심각하게 악화되었기 때문이라고 답을 해서 입원자체에 대하여는 매우 필요하다는 입장이었다. 입원경로는 자의입원은 1명이었고, 나머지는 보호의무자에 의한 입원이었다. 이 중에서 본인이 동의를 한 경우는 18명으로 실제로는 자의입원의 형태도 가능하다고 판단되었다. 이는 시설입소자에서 40%정도가 자의입원은 아니지만 본인의 의견이 반영되어서 입원하였다는 응답과 비교했을 때 별 차이는 없었다.
- 퇴원 요구에 대한 반응에서 10명은 환자의 퇴원 요구가 아예 없었다고 응답하였고, 21명은 상태가 나빠서 계속 입원해야 한다고 응답하였다고 한다. 병원에서 계속 입원을 해야 한다는 권유를 한 경우는 2명에 불과했다. 퇴원시 어디로 갈 것이냐는 질문에 부모시는 곳이 14명, 갈 곳이 없다가 13명으로 응답해서 주보호자로 가장 많은 비율을 차지하고 있는 형제자매의 집은 8명에 불과했다. 시설입소군에 대한 설문에서는 거주지에 '전혀 문제 없다'는 응답은 55%, 매우 문제 많다가 24.3%로 이는 퇴원 후에 갈 곳이 마땅치가

않다는 것이 장기입원의 중요한 요인이 될 수 있음을 시사하고 있다.

2-3-3 장기입원군의 지역사회 거주를 위한 대안

- 퇴원 후 무료거주시설에 대한 질문에서 결측치를 제외하고 찬성과 반대의 비율은 각각 18명으로 같았다. 그러나 환자의 어머니는 25%의 찬성률에 불과해 거주시설에 대하여 부정적인 시각을 가지고 있음을 반영하고 있었다. 주간보호사례관리에 대해서도 역시 찬성률이 27.8%에 불과해 적절한 대안으로 인식하지 않고 있었다. 퇴원 이후의 경제적인 부담에 대해서는 68.2%가 긍정하였으나 경제적인 지원에 대해서는 80%가 부정적인 반응을 보여서 환자를 집에서 부양하는 것이 단순히 경제적인 측면에서의 고려만으로는 어렵다는 것을 반영하였다.
- 외래치료명령제에 대해서는 21.2%만이 찬성하였고, 강제로 퇴원명령이 날 경우에는 단 3명만이 집에서 외래치료를 받겠다고 하였을 뿐 나머지는 다른 병원으로 전원을 하거나 수용시설로 보내겠다고 하였다.
- 요약하면 장기입원환자의 보호자는 여러 가지 측면에서 지역사회로의 복귀에 매우 부정적인 시각을 가지고 있으며, 단순히 경제적인 지원이나 제도적인 보완만으로는 장기입원을 줄이기 쉽지 않다는 것을 알 수가 있었다. 다만 거주시설 등의 확대를 통해서 단계적인 탈원화를 시도하는 것이 비교적 가능성이 높은 대안이었다.

2-4 지역사회서비스 이용군의 특성

2-4-1 전체 재원환자군과의 특성 비교

- 지역사회이용군은 정신보건센터에서 정신보건 서비스를 이용하고 있는 환자군으로 정의하였다. 전국 140여개 센터에 시설의 환자를 대상으로 한 설문지와 같은 내용의 설문을 보내서 회신이 온 58개의 센터 총 408명의 자료를 분석하였다.

평균연령은 재원환자군에 비해 8세 정도 적은 38세였다($p<0.001$). 미혼비율이 73%였고($p<0.001$) 학력수준도 고등학교 졸업이 214명(52.5%)를 차지하여서 더 교육기간이 길었다($p<0.001$). 반면 발병기간은 재원환자에 비해 오히려 3년 정도 긴 평균 13년이었다. 총 입원횟수는 3회로 동일하였고, 다만 지난 2년간의 입원기간은 지역사회 5개월, 재원환자군

16개월로 큰 차이를 보이고 있었다. 상병의 분포를 보면 지역군의 경우 정신분열병이 70%로 거의 대부분을 차지한 반면 알코올 장애 환자는 1.6%에 불과하였다. 이에 비하여 재원환자군은 정신분열병이 55%로 가장 많았지만, 알코올장애가 29%로 상당한 비중을 차지하였다.

기능의 정도를 비교해보면 GAF 점수가 지역사회군 59.20점(중위값 60점)이 재원군 49.03점(50점)보다 평균 10점 이상 높았으나 통계적으로 의미는 없었다.

그 외에 보호자의 요인을 보면 지역사회군에서 부모가 생존해있는 비율이 10% 가까이 높았으며, 보호자의 퇴원에 대한 긍정적 태도도 지역사회군 62%, 재원군 32%로 큰 차이를 보였다($p < 0.001$).

퇴원에 부정적인 경우에 가장 큰 차이를 보인 것은 거주공간의 유무였다.

지역사회군은 직전 퇴원후 현재 지역사회거주 기간이 2.93년(중위값 1년), 재원군은 이번 입원직전 지역사회거주기간이 13.7개월(중위값 3개월)이었다.

의료보장의 형태와 경제력에서 지역사회군이 건강보험의 비율이 높고(46.6% vs. 32.6%, $p < 0.001$), 사회적지지체계에서 거주지와 돌봐줄 가족이 문제가 없는 비율이 높았다(81% vs. 67%).

2-4-2 입원/입소시설과의 연계성

- 강제퇴원명령을 받은 13명 중 퇴원이후 지역사회로 연계가 이루어진 응답자는 8명(61.5%)이었고, 연계가 이루어지지 않았다고 응답한 사람은 4명(30.8%)으로 나타났다. 사례관리하고 있는 대상자들의 퇴원과정에 개입하는 정도에 대한 질문에 평균 25.81%($sd=24.75$), 중위수 20% 라고 응답하였다. 정신보건센터에 신규 등록되는 회원 중 의료기관에서 퇴원하면서 의뢰된 비율은 사례관리자 평균 22.59%($SD=20.73$)로 나타났다. 주치의와 협조가 비교적 좋은 경우는 65.5%($n=267$)였다.

2-4-3 이용자의 과거 입원/입소 서비스와 계속입원심사 현황

- 최근 2년간 입원한 적이 있는 대상자는 185명(45.3%)이었다.
- 입원기관의 유형을 볼 때 국공립정신병원과 사립정신병원의 비율이 비슷하였고(20.3%

vs. 18.1%), 자의입원 비율은 15%, 총 입원횟수 중앙값 3회, 최근 2년간 입원횟수는 1회가 가장 많았으며, 입원기간은 중앙값 5개월이었다.

- 계속입원심사에 의해 퇴원명령을 받은 적이 있는 사람은 13명(3.2%)였으며, 그렇지 않은 사람은 305명(74.8%)로 조사되었다.

2-5 정신질환 치료경로 분석

2-5-1 분석 내용 및 방법

- 2003년 1월 1일부터 2007년 12월 31일까지 5개년 동안 건강보험 및 의료급여로 건강보험심사평가원에 심사·의뢰되어 심사가 끝난 후 요양급여비용 지급을 위해 건강보험공단에 통보된 자료를 기본 분석자료로 활용하였다.
- 초발입원환자의 정의: 초발 중증정신질환자의 치료경로를 파악하기 위해 2003-2004년 2개년 동안 F20-29, F30,31,32,33 및 F10 진단코드를 주·부상병명으로 의료이용하지 않은 자 중 2005년 1월부터 6월 사이에 해당 진단코드를 주상병으로 입원 의료이용을 한 환자를 초발입원환자로 정의하였다.
- 정기적 외래이용: 해당 상병을 주상병으로 외래를 통해 진찰받은 횟수가 60일에 한번 이상을 충족하여야 하며, 그 기준에 미달하는 것은 비정기적 외래이용으로 정의하였다.
- 장기입원환자: 정신보건법 24조 3항에서 치료를 위한 입원기간을 6개월 이내로 명시하고 있으며, 계속입원이 필요한 경우에도 6개월마다 시장·군수·구청장에게 입원 치료에 대한 계속연장 심사를 받도록 되어 있다. 따라서 입원 후 180일이 경과한 자를 장기입원자로 정의하였다. 전체 재입원 환자의 65% 정도가 퇴원 후 2주 이내에 재입원 상황이 발생하기 때문에 퇴원 후 재입원까지의 기간이 30일 이내일 경우 계속입원으로 간주하였다.

2-5-2 초발 입원 정신질환 발생 및 의료이용 현황

- 2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 중증정신질환자는 총 30,678명이며, 이들의 입원건수는 총 35,301건임.
- 총 30,678명의 초발 입원 중증정신질환자 중 정신분열병(F20)은 10,037명, 알콜 사용에

의한 정신 및 행동장애(F10)는 9,086명, 우울병 에피소드(F32)는 6,436명, 양극성 정동장애(F31)는 2,427명으로 이들 4개 상병이 전체 초발 입원 중증정신질환의 91.2%를 차지하고 있음. 입원 건수 기준으로는 이들 4개 상병이 전체 입원 건의 91.5%를 차지하고 있음.

- 2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 입원 중증정신질환자 중에서 2005~2007년 3년 동안 6개월 이상의 장기입원을 경험한 환자 수는 총 5,507명으로 전체 초발 입원 중증정신질환자의 18.8%에 이르는 것으로 나타났음. 장기입원 경험률이 가장 높은 상병은 정신분열병(F20)과 기타 비기질적 정신병적 장애(F28)로 각각 장기입원 경험률이 27.7%에 이르는 것으로 나타났으며, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)도 장기입원 경험률이 20.6%에 이르는 것으로 나타났음.
- 초발 입원이 발생한 2005년 첫 해 동안 장기입원을 경험한 비율도 14.1%에 이르는 것으로 나타나, 3년 동안 장기입원을 경험한 환자의 78.3%가 발병 첫 해에 이미 장기입원을 경험하는 것으로 나타났음. 발병 첫 해에 장기입원 경험률이 가장 높은 상병은 기타 비기질적 정신병적 장애(F28)와 정신분열병(F20)으로 각각 발병 첫 해 장기입원 경험률이 24.3%, 22.7%에 이르는 것으로 나타났으며, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)도 발병 첫 해 장기입원 경험률이 15.6%에 이르는 것으로 나타났음.
- 초발 입원 정신질환자의 첫 입원 의료기관 유형을 분석한 결과, 병원이 69.0%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 의원과 종합병원이 각각 12.3%, 12.2%를 차지하고 있음. 종합전문요양기관은 5.8%이며, 요양병원은 0.8%를 차지하는 것으로 나타났음.
- 초발 입원 정신질환자의 정기적 외래 이용 현황을 분석한 결과, 발병 첫 해인 2005년에는 전체 환자의 76.0%가 정기적인 외래 이용을 했지만, 3년 동안의 정기적인 외래 이용률은 42.8% 수준인 것으로 나타났음.

2-5-3 초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황

- 초발 시기(2005년)의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황을 분석한 결과, 초발 시기에 종합전문요양기관이나 종합병원에서 입원 치료를 받은 환자군의 전반적인 의료이용량이 병원과 의원에서 입원 치료를 받은 환자군에 비해 낮은 것으로 나타났음. 이 같은 경향은 2년 후인 2007년에도 동일하게 유지되는 것으로 나타났음. 초발 입원 정신

질환자의 의료이용 양상은 ‘정기적인 외래 이용 여부’보다 ‘초발 시기의 첫 입원의료기관 유형’에 보다 많은 영향을 받는 것으로 나타남.

- 초발 시기(2005년)의 의료이용 양상은 장기입원에도 큰 영향을 미치는 것으로 파악됨. 초발 시기에 종합전문요양기관이나 종합병원에서 입원 치료를 받은 환자군은 3년 동안의 장기입원 경험률이 다른 환자군에 비해 현격히 낮은 것으로 나타남.
- 입원의료기관 유형과 정기적 외래 이용 여부를 기준으로 구분한 유형의 변동을 분석한 결과, 전체 환자의 약 70~90%는 초발 시기의 의료이용 유형이 유지되는 것으로 나타났음. 그러나 각 유형별로 약 10~25%는 ‘병원’으로 입원의료기관이 변동하며, 입원의료기관 유형의 변동에도 불구하고 정기적 외래 이용 여부는 변화하지 않고 유지되는 경향을 보이고 있음.

2-6 장기재원 문제개선을 위한 심판위원회 제도 개선 방안, 델파이 기법의 활용

2-6-1 보호의무자에 의한 부적절 입원 개선 방안

- “보호의무자가 의료기관의 퇴원결정에도 불구하고 퇴원을 시키지 않는 경우 의학적 평가에 따라 퇴원을 시킬 수 있도록 해야 한다”는 의견에 8점의 강도로 동의를 하는 것으로 나타났으며, “결정에 대한 권한과 책임을 공공 영역인 정신보건심판위원회로 의뢰할 수 있도록 한다”라는 의견에도 역시 8점의 강도로 동의를 하는 것으로 나타남.
 - 의학적 판단에 따른 퇴원 권고는 상식적으로 당연한 과정임에도 불구하고 현실적으로 수행되지 못하고 있는 경우가 있으므로 상황에 따라 필요한 경우에 공적 구조인 정신보건심판위원회에 의뢰하는 것이 타당하다는 의견이 논의됨
- 퇴원을 시키는 것이 최종 목표가 아니라 궁극적으로 의미있는 퇴원을 시키기 위해서는 퇴원 후 즉각적인 재입원에 대한 모니터링이 필요한데, “의료급여 대상자에 대한 정보관리시스템 도입”에 대해서는 7점의 강도로 동의하는 것으로 나타남.
 - 개인정보 보호에 대한 인권 침해적 요소에 대한 우려가 제기되었으나, 왜곡된 형태의 의료서비스 이용 행태에 대한 통제의 필요성도 거론되었고 궁극적인 인권 보호적인 측면에서의 정보시스템 도입의 필요성도 제기됨

- 독립적 형태의 정보시스템이 아닌, 건강보험공단자료에의 접근권 부여 방안도 논의됨. 제한된 인력에게 철저한 공인인증체계와 책임성을 부여한 뒤 접근권을 허용하는 방안이 논의되었으며, 이를 통해 퇴원 후 즉각적인 재입원 등을 모니터링 하는 방안이 논의됨
- 중기적인 정책 연구과제로서 향후 심층적으로 논의해야 할 과제로 정의함

- 소비자의 도덕적 해이를 감소시키기 위해 “의료급여 대상자라도 일정기간 이상 입원하는 경우 본인부담금 발생이 필요한지”에 대한 질문에는 5점 정도의 동의를 하고 있음

2-6-2 퇴원 명령 후 지속관리체계 구축 방안

- “심판위원회 결정에 대한 퇴원 후 지속관리체계의 주체로서 정신보건센터가 그 기능을 담당해야 한다”라는 의견에 8점의 강도로 동의하고 있음.
- 퇴원 연계체계 구축에서 가장 필요한 부분은 주거서비스이나 이는 절대적으로 부족하고 기존 주거시설에는 지역사회로부터 의뢰된 입소자가 다수를 차지하고 있음. “장기재원으로부터 지역사회로의 유입을 증대시키기 위하여 서비스 강도 및 난이도를 고려하여 퇴원명령대상자의 입소에 대한 예산 차등지원체계 구축 필요성”에 대해서는 8점의 강도로 동의하고 있음

2-6-3 비자의적 입원에 대한 통제 기능 강화

- “퇴원 후 일정기간(3개월 혹은 6개월) 이내 재입원하는 경우, 입원 후 바로 심판위원회에서 재입원 적절성에 대한 평가를 해야 한다”는 의견에 7점의 강도로 동의하고 있음.
- 유사한 질문으로 “비자의적 입원에 대해 1달 이내에 적절성 평가를 해야 한다”는 의견에도 7점의 강도로 동의하고 있음
- 정신과 의사 집단과 아닌 집단 간의 평균점수의 차이를 거의 보이고 있지 않고 있음.

2-6-4 자의입원제도에 대한 고찰

- “자의입원제도에서 환자가 원하면 즉시 퇴원시켜야 한다”라는 조항의 개정 필요성에 대해서는 6점의 강도로 동의하고 있음
 - 정신과 의사와 아닌 집단 간에 가장 큰 의견 차이를 보이는 항목이며 정신과 의사는 평균 6.7, 정신과 의사가 아닌 그룹은 평균 4.5점의 동의 정도를 나타내고 있음
 - ①치료진과 환자 모두가 입원치료의 필요성을 인정해서 입원한 경우, 퇴원 시점에 대한 의견 차이를 어떻게 조율할 것인지에 대한 방안 마련이 필요하며, ②치료진은 입원이 필요없다고 판단해도 환자 본인의 의지대로 입원하고 퇴원하는 이용 행태를 어떻게 조정할 것인지(주로 알코올 의존 대상자의 경우) 세분화해서 접근할 필요성이 제기됨.
 - ①의 사례의 경우, 퇴원유예 제도 검토 필요성이 제기되었으며, 사안에 따라 의료기관의 신청에 따라 판단을 내리는 구조로서 정신보건심판위원회가 역할을 수행할 필요성도 제기되었음
- 관련하여, 환자로도 동의하고 보호의무자도 동의하는 경우 현재 보호의무자에 의한 입원으로 분류되고 있는데 이를 자의입원으로 분류한다든지 아니면 다른 세분화된 입원분류체계를 도입할 필요성에 대한 질문에는 7점의 강도로 동의함.
 - 현재 자의입원 대상자의 진단분류 등 세부적인 사항 검토 필요성이 제기됨
- 관련하여 장기적으로 보호의무자에 의한 입원 조항을 삭제하고 공공정신보건시스템이나 공공후견인을 통한 입원제도 확립에 대한 의견에는 5점의 강도로 동의함.
 - 공공후견인의 경우 환자에 대한 비자의적 입원에 대한 결정권을 가지는 존재로서가 아닌 공공시스템에 대한 협조적 보조자로서의 기능이 중요하다는 의견이 제기됨

2-6-5 외래치료명령제

외래치료명령제는 크게 두 가지의 의미를 가지고 있음. 첫 번째는 최소한의 제한적 환경(least restrictive)에서의 치료를 목적으로 하고 있으며, 두 번째는 비자의적 입원 등의 입원치료를 사전예방(preventive)하기 위한 목적을 가지고 있음. 지역사회에서 치료를 받지

않고 방치되어 있는 대상자를 외래치료 명령제에 등록시키는 경우 두 번째의 경우에 해당하며, 우리나라의 경우에는 정신보건법상 첫 번째의 의미를 주로 담고 있다고 볼 수 있음. 자타해의 반복적 위험을 보인 대상자를 장기 입원시키는 것이 아니라 외래치료명령제를 통해 덜 제한적인 지역사회에서 관리할 수 있도록 하는 법적 근거를 마련했다고 볼 수 있고 법에서는 외래치료명령제의 운영에 있어 적용 타당성 심사와 외래치료명령이 잘 시행되지 않을 경우의 심사를 심판위원회에 위임하고 있음.

- “자타해의 위험은 분명하지 않으나 잦은 치료중단으로 반복적으로 재입원하는 경우에도 외래치료명령제를 적용해야 한다”는 의견에 8점의 강도로 동의하고 있으며, 치료받지 않고 있는 정신질환자의 경우, “치료는 필요하나 환자는 거부하고 입원은 불필요한 경우에도 입원을 예방하기 위해 외래치료명령제를 적용해야 한다”는 의견에 역시 8점의 강도로 동의하고 있음.
 - 잦은 치료중단의 기준이 필요하다는 의견이 제시됨
 - 위의 두 경우, 결국 환자가 거부하는 경우에 대안이 불명확하다는 의견이 제기됨. 자타해의 위험이 있는 경우(현행 법령) 국공립병원에 입원시켜 평가를 한다는 후속조치가 있으나, 입원을 예방하는 측면에서의 외래치료명령제의 경우 후속조치를 가동시키기 애매한 부분이 존재함. 가능한 옵션은 입원 혹은 치료명령 해제, 두가지 중 하나일 수밖에 없음
 - 외래치료명령제 자체가 현재 우리나라의 지역사회 사례관리 시스템으로는 구현하기 어려운 제도라는 본질적 문제제기도 있음. 약물치료적인 요소가 빠져 있는 사례관리 체계가 가지는 한계라고 사료됨

2-6-6 정신요양원에 대한 심판위원회의 역할

- “정신요양원의 경우 계속입원에 대한 평가보다는 입소과정의 적절성이 우선적으로 평가되어야 한다”라는 의견에는 5점의 강도로 동의하고 있음
 - 정신요양원에 대한 심판위원회의 기능을 논하기에 앞서 의료기관, 요양원 등의 기능 및 역할 설정에 대한 정책적 합의와 이를 실현하기 위한 정책적 의지가 우선되어야 한다는 의견이 제기됨

2-6-7 면접평가에 대한 의견

- 전반적으로 면접평가에 대해서는 6점 정도의 동의정도를 보이고 있음. 기타 의견에서 심판위원회의 상설화를 거론할 만큼 업무의 중요성과 필요성을 제기하고 있음에도 또한 개정 법령에 의해 시도단위에서 시군구 단위로 기능이 이양되어 더 많은 심판 위원회가 구성될 수 있고 접근성도 향상될 수 있는 여건이 조성되었음에도, 행정비용, 시군구 단위의 심판위원회 구성, 심사 업무의 과다 등 현실적인 한계점을 인식해서인지 면접평가에 대해서는 강력한 동의를 표명하지 않고 있음

3. 결론

3-1 정신질환의 조기발견과 조기 개입 - 장기입원의 측면에서

- 지금까지 장기입원과 관련된 조사는 대부분 시설 방문에 의한 단면적 연구가 대부분이었기 때문에 장기입원을 초래하는 요인에 대한 코호트 연구는 전무했다. 그런 측면에서 본 연구는 초발환자가 어떤 경로를 거쳐서 장기화하는가를 알아볼 수 있다는 점에서 매우 중요한 의미를 가지고 있다. 본 연구에서는 입원 후 180일이 경과한 자를 장기입원자로 정의하고 퇴원 후 재입원까지의 기간이 30일 이내일 경우 계속입원으로 간주하여 분석하였다.
- 초발 입원 중 정신분열병(F20), 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10), 우울병 에피소드(F32), 양극성 정동장애(F31) 등 4개 상병이 전체 초발 입원의 90% 이상을 차지하고 있었다. 또 이 중 지난 3년 동안 6개월 이상의 장기입원을 경험한 환자 수는 전체 초발 입원 중증정신질환자의 18.8%에 이르는 것으로 나타났다. 특히 장기입원 경험률이 가장 높은 상병은 정신분열병(F20), 기타 비기질적 정신병적 장애(F28), 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)로 시설 조사와 유사한 결과를 보였다. 또 지난 3년간 장기입원을 경험한 환자의 대부분이 발병 첫 해에 이미 장기입원을 경험하는 것으로 나타나서 초기부터 장기입원을 억제하는 것이 매우 중요한 것으로 조사되었다.
- 또 초발 시기(2005년)의 의료이용 양상이 장기입원에도 큰 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 즉 종합병원에서 입원 치료를 받은 환자군이 다른 환자군에 비해 현격히 낮은 것으로 나타났으며 이는 의료의 접근성 차원에서 볼 때 경제적인 요인이 가장 크다고 평가된다.

3-2 입원/입소 정신보건시설 및 지역사회 조사

- 정신보건법 상 6개월 이상의 입원 시에는 계속입원연장심사를 받는 것을 명문화하고 있음에도 불구하고 여전히 전체 입원 중의 반 가까이는 6개월 이상 입원하고 있는 사실을 발견할 수 있었다. 더구나 퇴원 후 재입원이 빈번한 사실을 고려하면 실제로 장기입원이 우리나라의 정신병원의 현실임을 그대로 보여주고 있었다. 정신요양시설과 공립정신병원을 제외하면 입원기간의 중앙값이 90-160일 사이라는 점은 장기입원을 하는 환자군의 특성에 의하여 전체 재원환자의 입원기간의 평균이 늘어난다는 점에 주목하며 그 차이가 무엇인지를 조사할 필요성이 제기된다.
- 본 연구 결과에 의하면 재원기간에 가장 많은 영향을 주는 요인은 환자가 입원·입소한 시설의 종류였으며, 이외에도 환자의 나이, 결혼의 상태, 경제상태, 의료보장 형태, 가족지지정도, 진단명, 발병연령, 입원횟수, 증상정도, 기능정도, 보호자의 퇴원에 대한 태도 등이 유의하게 영향을 미치는 요인이었다. 이들 대부분은 정신보건법에 명시된 계속입원심사청구에 대하여 반 이상이 고지를 받지 못하거나 이해하지 못하고 있었다. 이것이 장기입원의 원인이라고 하기는 어렵지만 적어도 장기입원을 억제하는 장치로 활용되지 못하고 있음을 알 수 있었다. 계속입원심사청구에 의하여 퇴원명령을 받더라도 대부분은 같은 기관에 재입원하거나 횡수용화를 경험하는 비율이 상대적으로 꽤 높았고 이 역시 장기입원으로 이어지게 되는 하나의 요인이었다. 재원적절성의 여부 조사에 의하면 상당수가 불필요하게 입원하고 있으면서 장기입원에 기여함을 알 수 있었다.
- 질적 조사 결과에 의하면 의료보장의 형태(1종 의료급여)는 장기입원의 강력한 유인책이었다. 가족의 지지적 태도도 매우 중요한 요인이었으며 입원이 장기화되면서 대부분 그 효력이 약화되고 있었다. 가족의 태도는 입원 횟수 및 증상 정도와 어느 정도 연관이 있었으며, 경제적인 상태 및 정신질환에 대한 이해도와도 밀접한 관련이 있었다. 장기입원과 연관된 보호자의 특징은 추후 분석하여 보충할 예정이다.
- 장기입원환자를 지역사회이용군과 비교하였을 때 여러 가지 차이가 있었다. 인구학적인 차이를 제외하고 비교하였을 때 장기입원환자에서는 알코올 장애가 상당한 비율을 차지하고 있었으며 이 질환이 장기입원에 중요한 요소임을 알 수 있었다. 두 군 간에 기능의

차이는 존재하였지만 이는 증상이 호전되어서 퇴원하였거나 지역 사회에 거주하기 때문에 보다 기능이 더 좋아졌을 가능성이 있다는 점을 고려하면 큰 점수 차이는 아니었으며, 따라서 증상이 심하기 때문에 장기입원이 촉진된다는 결론은 유보적이다. 그 외에 사회적지지의 정도나 보호자의 퇴원에 대한 태도는 큰 차이가 있었다. 또 상대적으로 의료보험이나 돌보아줄 가족의 존재의 비율이 지역사회군에서 더 높았다. 다시 말하면 임상증상의 차이를 고려하지 않는다면 가족이나 사회의 지지체계 정도가 장기입원에 끼치는 영향은 매우 크다고 할 수 있다.

3-3 정신보건 심판위원회 제도

- 2008년 정신보건법의 개정으로 인하여 정신보건심판위원회가 현재의 시도에서 시군구로 내려간 상황에서 장기입원을 보다 효율적으로 억제할 수 있는 기능을 강화하기 위한 텔파이 조사를 시행하였다. 앞서서도 언급하였지만 자신이 심판위원회의 대상이라는 사실을 인지하고 있는 환자의 비율이 50%미만이라는 것과 장기입원의 경우 퇴원에 대한 보호자의 부정적인 태도가 중요하다는 조사결과를 토대로 몇 가지 개선책을 제시하였다.
- 퇴원에 부정적인 보호의무자가 의료기관의 퇴원결정에도 불구하고 퇴원을 시키지 않는 경우 심판위원회가 퇴원을 시킬 수 있도록 해야 한다. 그러나 높은 재입원율 혹은 횡수용화를 고려할 때 재입원에 대한 모니터링의 필요성도 제기되었다. 또 3-6개월 이내에 재입원을 할 시에는 심판위원회에서 적절성을 평가하는 방법이 고려되어야 한다. 아울러 재입원을 억제하기 위한 방법의 하나로 정신보건센터가 퇴원 후 지속적인 관리체계의 주체로 기능하여야 한다. 또 다른 억제방안으로 퇴원명령대상자의 입소에 대한 예산 차등지원체계 구축 필요성도 제기되었다.
- 원칙적으로 보호의무자에 의한 입원은 장기입원 뿐만 아니라 인권침해의 요소가 매우 강하므로 장기적으로는 공공정신보건시스템이나 공공후견인을 통한 입원의 형태로 전환되어야 하며 심판위원회의 결정에 의거해야 한다. 다만 알코올 환자의 경우 자의입원이 악용되고 있는 부분도 엄연한 현실이며 퇴원으로 인하여 고통을 겪는 보호자의 인권도 고려될 수 있는 보다 세분화된 입원분류체계를 도입할 필요가 있다.

- 본 조사에 의한 장기입원 환자의 입원적절성이 매우 낮음에도 불구하고 심판위원회에 의한 기각률이 미미하다는 점을 고려할 때 장기입원의 억제기능을 제대로 하기 위해서는 상설기구로 활동하면서 대면평가가 필요하다고 생각되나 예산상의 과도한 부담과 전문인력의 부족 그리고 일부 정신과 의사의 정서적인 거부감 등을 고려할 때 단계적인 시도가 요구된다.

□□장기입원의 구조적 원인과 지속요인□□에 대한 토론문

강 상 경 (서울대학교 사회복지학과 교수)

모든 사회구성원들은 인간으로서의 존엄을 보장받을 권리가 있다. 정신장애인도 사회 구성원으로서 보호 및 치료를 받을 권리는 물론 지역사회 내에서 생활하고 일하면서 인간으로서 존엄을 보장받을 권리가 있다(WHO, 1991). 적극적 의미의 인권은 사회의 일원으로서 가치 있는 역할을 수행하는 과정에서 실현될 수 있다. 이러한 맥락에서 사회적 역할수행을 구조적으로 저해하는 장기입원은 정신장애인들의 인권실현에 현저한 장애요소로 작용할 수 있다. 한국에서의 1995년 정신보건법 제정의 배경은 범세계적인 시대적 조류를 반영하여 기존의 입원위주 접근은 정신장애인들의 인권을 실현하는데 한계가 있다는데 인식을 같이하고, 탈 시설화를 통하여 정신장애인들이 지역사회에서 치료, 보호, 재활 서비스를 받게 함으로써 궁극적으로는 사회통합을 통한 인권을 실현하기 위함이다. 하지만 정신보건법 제정 및 시행 이후에도 한국의 정신보건 분야에서는 장기입원현상이 지속되고 있다. 정신장애인에 대한 인권침해 관련 진정내용은 입원문제, 퇴원문제, 치료문제, 가혹행위, 사생활 침해, 시설생활문제, 등 대부분 입원·입소 정신장애인들과 관련 있는 것으로 나타나(국가인권위원회, 2006) 장기입원구조는 정신장애인 인권침해와 밀접하게 관련되어 있음을 보여준다.

이러한 맥락에서 박종익 교수님께서 수행하신 “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”이라는 정책과제는 장기입원의 구조적 원인과 지속요인에 대한 과학적 이해를 통해서 인권침해 요소 중의 하나인 장기입원 해소를 위한 대책을 강구하는 기초 자료를 제공

한다는 측면에서 시기적절하고 의의 있는 연구라고 사료된다. 본 연구는 (1) 장기입원 실태조사, (2) 계속입원 심사환자들의 특성조사, (3) 계속입원 심사청구 환자의 보호자 요인에 대한 조사, (4) 비교집단으로서 지역사회정신보건서비스 이용자의 특성 및 서비스 현황조사, (5) 건강보험 및 의료급여로 건강보험심사평가원에 심사·의뢰되어 심사가 끝난 후 요양급여비용 지급을 위해 건강보험공단에 통보된 자료를 통한 정신질환치료 경로분석, 및 (6) 정신보건심판위원회의 운영현황과 대안에 대한 연구를 통하여 장기입원의 구조적 원인과 지속요인에 대한 조사를 하고, 장기입원 현상의 해소를 위한 정책적 방향성을 제시하는 것을 그 목표로 하고 있다.

위와 같은 다양한 분야의 연구결과 본 연구는 장기입원과 관련된 중요한 몇 가지 요소들을 도출하고 있다. 첫째, 장기입원과 유의한 관계가 있는 요인은 의료보장 형태에서 의료급여가 장기입원과 유의미한 상관관계가 있었다. 즉 의료급여 정신장애인들 사이에서 장기입원현상이 더 많이 나타났다. 둘째, 가족의 정신장애인에 대한 지지정도가 낮을수록 장기입원현상이 많이 나타났다. 셋째, 지역사회에 마땅한 거주공간이 없는 정신장애인들 사이에서 장기입원현상이 더 많이 나타났다. 넷째, 자의입원이 아닌 보호자에 의한 입원이었을 때 장기입원현상이 더 많이 나타났다. 다섯째, 초발 정신장애인의 경우 발병기 종합전문요양기관이나 종합병원에서 입원치료를 받은 정신장애인들이 장기입원현상이 낮았다. 마지막으로 정신보건 심판위원회 조사를 통해서 퇴원명령 후 지속관리체계 구축방안, 비자의적 입원에 대한 통제기능 강화 등에 대해서 논의하고 있다

위에서 언급한 것처럼 본 연구는 시기적절하고 장기입원의 현황이해 및 개선방안을 위한 기초 자료를 제공하고 있다는 점에 그 의의가 있다. 본 연구보고서의 장점은 여러 곳에서 드러나고 있으므로, 여기서는 토론자의 입장에서 연구자께서 조금 더 고려해 주셨으면 하는 사항을 (1) 본 연구과제의 목적과 현 보고서의 일치성, (2) 장기입원의 단편적 원인에 더해서 단편적 원인들 간의 '구조적'관련성에 대한 논의 필요성, (3) 정책적 방안에 대한 구체화 필요성 등의 세 가지를 중심으로 논의해 보도록 한다.

1. 본 연구과제의 목적과 현 보고서의 일치성

토론자가 이해하기로 본 연구과제는 (1) 입·퇴원과정의 치료경로 분석, (2) 지역사회 정신보건서비스 체계, 및 (3) 정신보건심판위원회 기능강화 및 대안모색이라는 구체적인 세부 목표를 가지고 있다. 본 연구보고서 전체적으로는 이러한 세 가지 사안들에 대한 연구결과가 단편적으로 나타나고 있으나, 연구보고서의 내용이나 구성이 이러한 세 가지 세부 목표들에 맞추어서 정리되는 것이 더 적절하지 않을까 사료된다. 예를 들면, 현재의 연구보고서의 구성은 자료수집 방법이나 연구대상에 따라서 정리되어 있는데, 이러한 각각의 실증적인 자료제시와 더불어 통합적으로 본 연구의 세부 목적인 세 가지의 소주제에 따라 장기입원의 구조적 원인과 지속요인에 대한 종합적인 논의가 이루어지면 훨씬 더 연구과제의 목표에 부합한 보고서가 될 것 같다고 생각된다.

- 입·퇴원 과정의 경로분석의 경우 본 연구에서는 초발 정신장애인의 의료이용 양상에 따른 의료서비스의 이용이 장기입원 현상과 관계가 있다는 점을 건강보험 및 의료급여로 건강보험 심사평가원에 심사·의뢰되어 심사가 끝난 후 요양급여 비용 지급을 위해 건강보험공단에 통보된 자료를 기본 분석 자료로 활용하고 있다. 하지만 토론자가 생각하기로는 연구자께서 사용한 자료나 분석은 초발 정신장애인 사이의 의료서비스 이용의 특성과 장기입원 현상간의 피상적인 상관관계는 보여 줄 수 있지만 입원 및 퇴원과정의 경로를 보여줄 수 있는 자료나 분석으로는 한계가 있는 것이 아닌가 사료된다.
- 또한 지역사회 정신보건서비스 체계라는 소주제에 대한 실증적인 자료나 논의는 연구보고서 전반적으로 상대적으로 부족한 느낌이다. 이 주제의 적절한 논의를 위해서는 현 지역사회 정신보건 전달체계의 현황, 각 지역사회 정신보건 전달기관의 역할 및 기능, 인력구성의 적절성, 지역 간 협조체제의 현황과 개선방안, 지역사회 기관간의 협력현황·문제점 및 개선방안, 재원구조 및 지원방법의 적절성, 서비스 접근성, 및 이러한 여러 요인들의 장기입원현상과의 관계, 등의 다차원적인 논의가 병행되어야 한다고 생각된다.
- 본 연구과제의 또 하나의 소주제는 ‘정신보건심판위원회 기능강화 및 대안모색’이다. 본 연구에서 심판위원(회)을 대상으로 조사한 것을 제시하고 있는데, 주된 내

용이 장기입원구조의 해소를 위한 대안을 심판위원(회)을 대상으로 의견수렴을 하고 있고 실제적인 주제인 정신보건심판위원회의 기능강화방안에 대한 논의는 상대적으로 부족한 느낌이다. 기능강화 방안을 위해서는 심판위원회의 지위 및 정체성, 역할, 인력구성, 운영방식, 등에 대한 적절성에 대한 평가와 개선방안 위주로 정리를 할 필요가 있을 것 같다.

2. 장기입원의 단편적 원인들 간의 ‘구조적’관련성에 대한 논의 필요성

본 연구에서 장기입원과 관련된 몇 가지 중요한 요소들을 도출하고 있다. 즉 장기입원은 의료보장 형태 (의료급여), 가족의 정신장애인에 대한 지지정도, 거주공간, 입원형태 (보호자에 의한 입원), 초기 의료서비스 이용형태, 등의 당사자, 가족, 지지기반, 서비스 등의 다양한 요소와 관련되어 있다. 하지만 현재 나타나고 있는 장기입원 현상은 이러한 요소들의 단편적인 문제라기보다는 이러한 단편적 원인들이 구조적으로 얽힌 상태를 반영하고 있다고 이해된다. 본 연구에서도 부분적으로 논의 되었듯이 토론자가 이해하기로는 한국에서 장기입원의 구조형성 및 지속요인은 한국의 정신보건서비스와 관련한 (1) 제도적 측면의 요인들(정신보건 재원구조, 정신보건 심판위원회, 지역사회정신보건 체계), (2) 수요자 측면의 요인들 (당사자 및 가족), (3) 공급자 측면의 요인들 (인력, 인식, 협력체제, 등), (4) 사회적 측면의 요인들 (차별, 편견), 등 다양한 요인들과 관련이 있다. 그러므로 장기입원의 구조적 요인 및 지속요인을 체계적으로 이해하고 해결 방안을 모색하기 위해서는 본 연구에서 나타난 제도적 측면, 수요자 측면, 공급자 측면, 및 사회적 측면, 등의 단편적인 장기입원 관련 요인들의 구조적 상관관계를 통합적 입장에서 논의할 필요가 있다고 사료된다.

3. 정책방안에 대한 구체화 필요성

연구과제의 목표를 고려할 때 본 연구의 결과를 바탕으로 한 정책적 대안에 대한 논의가 좀 더 구체적으로 이루어질 필요가 있다고 사료된다. 지역사회정신보건의 구축은 탈 시설화를 통하여 정신장애인들이 지역사회에서 사회적 역할을 수행할 수 있게 지원함으로써 궁극적으로 정신장애인의 사회통합을 목표로 하고 있다. 이러한 목표는 정신

장애인의 다양한 의료적, 심리적, 사회적 욕구 충족할 수 있는 지역사회정신보건서비스 제도의 확립을 통해서 실현될 수 있다. 이러한 제도 확충은 사회 전반적인 이념의 변화 뿐 아니라 이에 부응하는 수요자·공급자 측면, 제도적·사회적 측면의 구조적 변화를 동반한 상태에서 가능하다. 토론자가 이해하기로는 한국에서 장기입원 형성과 지속원인은 정신보건법제정 등으로 이념은 변했으나 이러한 이념을 현실적으로 실현해나가기 위해서 필요한 사회적, 제도적, 수요자·공급자 측면의 변화속도가 상대적으로 느림으로 인해서 기인하는 바가 크다. 그러므로 장기입원의 구조적 원인 해소를 위해서는 이념에 병행하는 다음과 같은 제도적·인식적 개선이 뒷받침이 되어야 한다.

- **지역사회 정신보건 인프라 확충:** 앞에서 언급한 바처럼 지역사회정신보건으로의 이념적 전환을 이루어졌으나 현재 한국의 전반적인 정신보건서비스 전달체계는 완전한 지역사회정신보건서비스를 전달하는 데는 지역사회정신보건기관의 수나 인력 면에서의 변화가 상대적으로 느린 실정이다. 이는 10년 남짓한 지역사회정신보건의 역사를 고려할 때 이해할 수 있는 수준이라고 생각되고, 이러한 맥락에서 최근 보건복지가족부의 지역사회정신보건 infrastructure 확충을 위한 단·장기적 계획은 의미가 있다고 사료된다. 이러한 계획의 성공적인 달성을 위해서 인프라 확충에 필요한 재정 및 인력양성 차원에서의 정부적 차원에서의 지속적인 노력이 병행되어야 한다.
- **재정구조:** 현재 지역사회정신보건 서비스의 재원은 주로 정부보조금, 특히 지방정부의 보조금에 의존하는 경향이 있고, 의료급여나 의료보험을 가진 정신장애인의 경우에는 지역사회에 있는 경우 보다가 병원에서 서비스를 받는 것이 구조적으로 지방정부의 재정부담이나 장애인 또는 가족들의 자부담을 줄이는데 도움이 된다. 본 연구과제에서는 언급되지 않았지만 토론자의 사건으로는 이러한 재정구조가 장기입원 형성 및 지속의 가장 중요한 기여요인들 중의 하나라고 사료된다. 이점의 개선을 위해서는 (1) 지역사회 정신보건서비스나 주거서비스에 대해서도 의료급여가 커버를 해주는 것과 같은 공적지원체계를 확립하거나, (2) 입원서비스에 대한 지방정부의 자부담을 높이고 지역사회 정신보건서비스에 대해서 지방정부의

자부담을 최소화하는 방안이 하나의 대안이 될 수 있을 것이다.

- **정신보건심판위원회**는 입원심사, 계속입원심사, 및 퇴원청구에 대한 심사, 등의 역할을 수행하면서 입·퇴원 과정에서 중요한 역할을 수행하고 있다. 하지만 정신보건심판위원회의 구성과 운영 면에서 이러한 역할들을 원활하게 수행하는데 한계가 있다는 지적들이 있어왔다. 예를 들어 정신보건심판위원회는 상설기관이 아니고 과도한 심사건수 때문에 심사과정의 정확성을 담보해 내는 것이 어려운 구조이다. 그리고 심판위원회의 인력구성이 대부분 정신과 의사로 구성되어있고 정신보건 분야의 타 직역의 참여가 낮다는 점 또한 한계로 지적되어 왔다. 이러한 한계를 극복하고 정신보건심판위원회의 역할을 정상화하기 위해서는 상설정신보건심판위원회를 설치하는 것도 대안이 될 수 있다. 현재는 정신보건심판위원회가 거의 모든 퇴원 or 계속입원 대상자를 심사하는데, 이는 현재 한국의 장기입원현상에서 기인하는 것이라고 이해된다. 앞으로 지역사회 인프라확충과 재정구조의 개선 등의 제도적 개선을 통해서 장기입원 현상이 줄어들다면 심판위원회의 역할은 퇴원 입원을 판단하는 것이 아니라 선발 복지국가에서처럼 인권보장의 차원에서 입원이나 퇴원의 적절성을 심사하는 기관으로 변할 것이므로 심사건수는 자연히 감당할 수 있는 수준으로 줄어들 것으로 예상된다.
- **지역사회정신보건체계**: 본 연구에서도 언급된 것처럼 한국의 일선 정신보건전달체계상에서 정신보건센터의 역할 및 위상을 명확히 할 필요가 있다. 선발국의 정신보건전달체계상에서 정신보건센터는 치료 및 예방차원의 지역사회 욕구파악 및 개입과 더불어 지역사회정신보건기관들 간의 조정과 통합이 중요한 역할이다. 이를 위해서는 일선 서비스 전달기관인 사회복지시설, 정신의료기관, 알코올 상담센터 등과 유기적인 관계유지가 중요한데, 현재 한국의 정신보건센터는 일선 서비스 전달기관들 간의 관계에서 유기적인 역할을 수행하는데 한계가 있다고 생각된다. 여러 가지 원인을 찾아볼 수 있지만 원론적 입장에서 정신보건센터 본연의 역할을 충실히 수행할 수 있는 제도적 지원이 마련되어야 한다. 공공부문의 역할을 최소화하려는 잔여적 복지국가인 미국의 경우에도 전통적으로 취약계층 대상의 정

신보건 서비스는 공공에서 재원과 공급을 모두 담당해 왔다. 이러한 전통 때문에 welfare reform 이후에 공급자의 일부분이 민영화된 이후에도 지방정부차원의 공공부분의 지역사회정신보건 서비스 공급자나 기관에 대한 관리·감독·규제 역할은 엄격하게 수행되어왔다. 이에 비해 현재 한국의 지역사회정신보건에서 공공부분의 역할수준을 고려할 때 지역사회정신보건체계에서 공공의 역할을 좀 더 강화해야 할 필요성이 있다고 사료된다. 이러한 맥락에서 현재 한국 정신보건전달체계상 관리·감독·규제의 역할을 수행하는 정신보건센터가 민간에 위탁되어서 운영되는 구조가 적절한 형태인지 공공부문에서 정신보건센터의 역할을 담당하는 것이 효율적인지에 대한 논의는 중요하고 필요하다고 사료된다. 또한 사회복지시설을 비롯한 거의 모든 지역사회정신보건 기관들이 민간에 의해서 운영되고 있는데, 효율적인 서비스나 프로그램에 대해서 공공부문에서 개발해서 민간운영기관으로 전파해 나가는 선발국의 예를 볼 때 지역사회정신보건 기관들의 최소한을 공공부문에서 직접 운영하는 것도 그 장·단점을 논의해 볼 필요가 있다고 사료된다.

- **수요자 측면:** 제도적 측면과 더불어 한국의 장기입원구조는 정신장애인 당사자나 가족 요인과 관계되어 있다. 예를 들어서 정신장애인의 사회적 지지체계와 연관이 있는 생활여건이나 가족상황, 정신보건서비스 이용 시 의료급여나 의료보험을 이용하는지 또는 본인이 직접 비용을 지불하는지 등과 관련된 비용 지불 방식, 등은 정신장애인이 입원 서비스를 받느냐 또는 지역사회 정신보건서비스를 이용하는가를 결정하는 중요한 요인이 될 수 있다. 이러한 요인들과 관련해서 기존의 정신장애인에 대한 보호자(가족) 책임이 사회적 책임으로 제도적·인식적 차원에서 전환될 필요가 있다. 즉 입원이 불필요한 정신장애인을 지역사회에서 수용할 수 있을 정도의 의료, 주거, 재활 등의 지역사회정신보건 서비스의 확충과 정신장애인이 가족의 지지체계가 없더라도 이러한 서비스를 지역사회에서 이용할 때 제한점이 없도록 제도적 지원체계가 마련되어야 한다. 입원서비스가 의료급여나 보험과 같은 공공재원으로 지원되는 것처럼 지역사회정신보건 서비스도 보조금을 통한 공급자 위주의 지원보다는 의료급여·보험 또는 공공재원을 통하여 이용자 위주의 지원형식으로 전환되는 것이 필요하다.

- **공급자 측면:** 앞에서 언급된 것처럼 지역사회 정신보건으로 전환된 이후에 정신보건서비스에 대한 기본적인 이념은 변화해 왔지만 정신보건서비스 전달체계나 정신보건서비스 공급자의 인력구성은 이념의 변화보다 속도가 느릴 수 있다. 정신보건법이 시행되기 전에는 정신보건 전달체계와 인력구성이 입원위주였기 때문에 지역사회정신보건으로의 전환이후에도 서비스 제공기관이나 이들 기관의 인력구성 면에서 아직도 지역사회 정신보건서비스를 원활하게 제공하기에는 한계가 있을 수 있다. 즉 서비스 공급자 측면에서 지역사회정신보건서비스를 위한 infrastructure가 지역사회 내에 충분하게 형성되어있지 않아서 구조적으로 입원서비스를 받게 되는 가능성도 배제할 수 없다. 그러므로 장기입원 구조의 형성 및 지속요인을 해소하기위해서 지속적인 지역사회 정신보건 전달체계 확충, 지역사회 정신보건 인력 양성, 및 정신보건센터 및 지역사회정신보건 기관들의 유기적 관계 회복, 등 공급자 측면의 infrastructure를 확충해 나갈 수 있도록 지속적인 제도적 지원이 필요하다고 사료된다.

참고문헌

- 국가인권위원회. (2006). 지방자치단체의 정신보건업무 수행 실태조사.
- WHO. (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.



제 2 부

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





재가 정신장애인 및 가족의 생활실태

김 문 근

(을지대학교 사회복지학과 교수)

3

발 표

재가 정신장애인 및 가족의 생활실태

김 문 근 (울지대학교 사회복지학과 교수)

- I. 연구의 목적과 연구범위
- II. 연구방법
- III. 조사결과
 - 1. 조사대상자의 일반적 특성
 - 2. 정신장애인의 서비스 욕구
 - 3. 가족의 서비스 욕구
- 4. 정신재활서비스 이용과 서비스 욕구
- 5. 정신장애인 및 가족의 특성과 서비스 욕구 비교분석
- 6. 가족의 보호부담과 서비스 욕구 결정 요인 분석
- 7. 질적 연구 결과 : 심층인터뷰 분석
- IV. 정책 제언 및 결론

I. 연구의 목적과 연구범위

1) 연구의 목적

- 그동안 정신장애인의 인권에 대한 관심은 주로 정신질환자의 정신의료시설 강제입원과 정신의료시설 내에서의 정신장애인에 대한 격리와 강박, 행동제한 등 자유권적 인권과 관련한 논의가 주를 이루었음(국가인권위원회, 2003; 박찬운, 2007; 신영진, 2008; 나영희, 2008; 서미경·김재훈·이진향, 2008). 하지만 정신장애인을 지역사회에서 보호함으로써 그들이 사회의 구성원으로 사회에 통합되어 살아가기 위해서는 정신건강관리와 사회적·직업적 재활을 원조하는 각종 지역정신보건서비스, 기초적인 생활수준을 보호하는 사회보장 서비스, 지역사회에서 실제 정신장애인을 보호하는 가족에 대한 지원서비스, 정신장애인의 장기적인 지역사회 자립생활을 지원할 수 있는 서비스 등이 필요함.
- 지역사회에 거주하는 정신장애인과 가족은 정신의료서비스, 정신보건센터나 정신질

환자 사회복지시설 등에서 제공하는 정신재활서비스를 필요로 함에도 이용하지 않고 있는 경우가 많았으며, 서비스 이용에 어려움이 있다고 응답하는 비율도 높음(이봉주 외, 2008; 보건복지부·한국보건사회연구원, 2006; 이운애, 2001). 따라서 지난 10여 년 동안의 정신의료서비스 및 재활서비스의 확대에도 불구하고 여전히 서비스로부터 소외되어 있어 정신장애인의 건강회복과 지역사회재활을 통한 사회통합에는 한계가 있으며, 이로 인해 가정에서 정신장애인을 보호하는 가족의 보호부담도 여전히 높은 상태에 있을 것으로 추정됨.

- 본 연구는 재가 정신장애인의 건강 및 기능실태, 서비스 이용실태 및 서비스 욕구, 생활보장정도 및 사회적 차별경험 실태 등을 조사하고, 정신장애인을 보호하는 가족의 생활실태와 보호부담 및 서비스에 대한 욕구를 조사하고자 함. 이를 통해 재가 정신장애인과 가족의 인권보장과 복지증진에 기여할 수 있는 정신보건정책방향을 제안하고자 함.

2) 연구의 범위

□ 재가 정신장애인(정신질환자)에 대한 조사

- 정신건강상태 및 일상생활기능수준 : 재가 정신장애인의 정신질환의 증상과 일상생활기능에 대한 조사를 통해 정신장애인의 정신의료, 정신재활에 대한 규범적 욕구 수준을 조사.
- 의료이용실태 : 입원 및 외래치료 이용실태, 약복용 및 증상관리 실태를 조사함으로써 의료서비스에 대한 미충족 욕구에 대한 조사.
- 지역사회재활서비스 이용실태 : 보건소·정신보건센터·사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스에 대한 이용경험, 현재 이용 실태에 대한 조사.
- 서비스 욕구 : 정신의료서비스, 지역사회재활서비스, 정부의 정책적 지원과 서비스 등에 대한 정신장애인의 욕구, 선호하는 생활유형에 대한 조사.
- 서비스 이용 장애요인 : 정신의료서비스, 보건소·정신보건센터·사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스를 이용하는 과정에서 경험하는 불편요소에 대한 조사, 정신의료서비스와 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인들의 서비스 이용 장애요소에 대한 조사. 선행연구들에서 제시되고 있는 지리적 접근성, 정신

질환자에 대한 사회의 편견, 서비스 비용, 서비스에 대한 정보부족, 서비스 제공기관이나 전문가 관련 불만사항, 가족의 서비스 이용에 대한 지원 부족 등 다양한 서비스 접근장애요소가 서비스 이용에 미치는 영향을 조사함.

- 차별과 인권 : 정신장애인의 편견에 대한 인식, 사회적 차별경험, 가족과 가족외의 사람으로부터의 각종 형태의 폭력 경험에 대한 조사.

□ 재가정신장애인 가족에 대한 조사

- 서비스 이용실태 : 정신장애인의 정신의료서비스, 지역사회재활서비스 이용실태, 가족을 위한 지원서비스 이용경험에 대한 조사.
- 보호부담 : 정신장애인을 보호하는 가족의 재정적 부담, 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능, 일상적인 돌봄에 대한 필요성과 가족생활의 방해와 같은 가족부담감, 가족의 정신장애인에 대한 태도에 대한 조사. 종합적 분석을 통해 가족의 보호부담과 가족의 정신장애인에 대한 태도에 영향을 미치는 요인에 대한 분석.
- 장기적 보호계획 : 장애인실태조사(보건복지부 외, 2006)나 선행연구 등에 따르면 60-80세에 이르는 고령의 부모가 30-40대의 성인정신장애인을 보호하고 있는 경우가 많은 것으로 나타나고 있음. 이에 따라 부모의 건강악화나 사망 등으로 가족이 더 이상 정신장애인에게 보호를 제공할 수 없는 경우 이들에 대한 장기적인 보호계획으로 어떤 대안을 고려하고 있는지 조사함.
- 서비스 욕구 : 정신장애인을 위한 정신의료서비스, 지역사회재활서비스, 요양보호서비스 욕구, 가족을 위한 지원서비스 욕구, 정부의 정책적 지원에 대한 욕구 등.
- 서비스 이용 장애요인 : 정신의료서비스, 보건소·정신보건센터·사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스를 이용하지 않거나 이용하는 과정에서 경험하는 장애요인과 불편요소에 대한 조사. 선행연구들에서 제시되고 있는 지리적 접근성, 정신질환자에 대한 사회의 편견, 서비스 비용, 서비스에 대한 정보부족, 서비스 제공기관이나 전문가 관련 불만사항, 정신장애인과 가족의 서비스에 대한 동기 및 인식 부족 등에 대해 조사함.

II. 연구방법

1. 설문지 구성

- 본 연구에서 사용된 설문지는 크게 정신장애이용과 가족용으로 구분하여 제작되었으며, 각각의 설문지 구성은 심층면접, 설문지 구성 및 수정을 거쳐 최종 설문지를 개발하였음.
- 본 연구의 설문지는 재가 정신질환자의 의료 및 생활실태와 보호자의 보호부담, 정신질환자와 보호자의 서비스 욕구, 장기적인 보호계획, 서비스 접근 장애요인 등을 포괄적으로 조사하기 위해 정신장애인과 가족을 위한 설문지를 <표1>, <표2>와 같이 구성함.

<표 1> 정신장애이용 설문문항 구성

영역	세부 내용
인구사회적 특성	지역, 성별, 연령, 학력, 결혼, 가족, 보호자유형, 주거유형, 사회보장, 의료보장유형
질병 및 장애	진단, 발병연령, 입원경력, 입·퇴원 결정
건강, 기능, 활동 ¹⁾	증상, 수단적 일상생활기능, 낮 시간 활동, 직업활동
서비스 이용상태	<ul style="list-style-type: none"> ● 치료서비스 이용상태 ● 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 지역사회재활서비스 이용 상태, 서비스 이용 기간, 서비스에 대한 만족도 ● 장애등록상태, 장애등록 사유, 장애미등록 사유
서비스 접근성	<ul style="list-style-type: none"> ● 치료서비스 및 지역사회재활서비스 미이용 사유 ● 치료서비스 및 지역사회재활서비스 이용 중 불편사항
서비스 욕구	<ul style="list-style-type: none"> ● 치료서비스 및 지역사회재활서비스 ● 정부의 서비스와 지원이 필요한 영역 ● 선호하는 생활 형태
인권침해	<ul style="list-style-type: none"> ● 사회적 편견에 대한 인식 ● 가족 및 가족 외 사람으로부터 폭력을 당한 경험 ● 사회적 차별 경험

1) 전형적인 장애개념을 적용하여 질병으로 인한 손상, 손상으로 인한 기능의 정도, 실제 생활에 있어서 참여정도를 조사하도록 문항을 구성하였다.

<표 2> 가족용 설문문항 구성

영역	세부 내용
인구사회적 특성	지역, 성별, 연령, 학력, 결혼, 주거유형, 장애인과 관계, 주보호자, 월소득, 소득보장, 의료보장유형
서비스 이용상태	<ul style="list-style-type: none"> • 치료서비스 이용상태 • 지역사회재활서비스 이용 상태 • 가족을 위한 지원서비스 이용경험
서비스 접근성	<ul style="list-style-type: none"> • 치료서비스 및 지역사회재활서비스 미이용 사유 • 치료서비스 및 지역사회재활서비스 이용 중 불편사항
서비스 욕구	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인을 위한 치료 및 지역사회재활서비스 욕구 • 가족에게 필요한 지원서비스 욕구 • 정부의 서비스와 지원이 필요한 영역
보호부담	<ul style="list-style-type: none"> • 가족이 평가한 정신장애인의 수단적 일상생활기능 • 경제적 부담 : 치료비용 및 용돈 부담 • 객관적 보호부담 : 실제적 돌봄 필요도와 가족생활방해 정도 • 정서적 보호부담 : 가족의 정신장애인에 대한 긍정적, 부정적 태도 • 보호부담의 환경적 맥락 : 가족이 경험하는 일반적 문제, 사회적 편견에 대한 인식, 정신장애인으로부터의 폭력 경험
장기보호계획	<ul style="list-style-type: none"> • 장기계획 수립 상태 • 장기계획에 대한 장애인과의 협의 • 재정계획, 주거계획, 신변보호계획(치료과정에서 실제적 보호자에 대한 계획) • 선호하는 정신장애인 보호의 유형과 보호유형 선호 이유

2. 조사대상자 표집

- 지역사회에서 거주하며 가족의 보호를 받는 정신장애인과 가족을 대상으로 한 본 연구의 표집은 크게 세 가지 기준을 적용하여 표집함. 첫째 정신장애인이 현재 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설에서 제공하는 지역사회재활서비스를 정기적으로 이용하는 집단과 이용하지 않는 집단으로 구분하여 표집 하였음. 둘째, 전국을 서울, 인천·경기·강원, 부산·경남, 대구·경북, 대전·충청, 호남·제주 등 여섯 권역으로 구분하여 각 지역별로 최소 103사례~최대 158사례를 표집함. 셋째, 정신장애인과 가족을 짝으로 표집 하였음.
- 최종적으로 조사가 완료된 표본은 총 778사례이다. 이 중 정신장애인 718명, 가족 668명이었으며, 정신장애인과 가족을 함께 표집한 짝진 표본은 총 607사례, 정신장

애인 단독표본은 111사례, 가족단독표본은 60 사례임.

3. 자료수집

- 설문지 발송은 2008년 9월에 발송하여 10월 11일까지 설문조사가 완료됨. 설문지 작성의 조사원 사회복지시설 혹은 정신보건센터에 근무하고 있는 정신보건전문가였으며, 조사원이 직접 재가 정신장애인의 가정을 방문하여 정신장애인과 보호자로부터 설문지를 통한 면접조사를 실시하였고, 시설에서 가족교육을 실시하는 날 실시한 조사는 집단으로 실시되었으며, 조사원이 설문에 대해 궁금한 점을 해결해 주면서 조사하였음.
- 본 연구는 정신장애인과 가족으로부터 서비스 욕구와 보호부담을 심층적으로 조사하기 위해 질적연구방법의 하나인 포커스집단면접을 실시함.

4. 자료분석방법

- 본 연구의 자료분석은 총 4단계에 걸쳐 이루어졌음. 1단계에서 전체 정신장애인을 대상으로 정신장애인의 서비스 이용실태와 서비스 이용장애요인, 서비스에 대한 욕구 등을 분석하였으며, 전체 가족을 대상으로 가족의 서비스 이용상태 및 서비스 이용장애요인, 서비스 욕구, 장기보호계획 등을 분석하였음. 2단계에서 정신장애인이 현재 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스 이용상태에 따라 서비스 이용집단과 미이용집단을 대상으로 정신장애인의 서비스 욕구 및 가족의 서비스 욕구를 교차분석하였음. 3단계에서 정신장애인의 특성과 서비스 욕구 교차분석, 가족의 특성과 가족의 서비스 욕구 교차분석, 정신장애인의 특성과 가족의 서비스 욕구 교차분석, 정신장애인과 가족의 서비스 욕구 교차분석을 실시함. 4단계에서 정신장애인의 특성과 가족의 특성변수를 종합적으로 고려하여 가족의 보호부담, 정신장애인에 대한 태도, 보호유형 선호에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 회귀분석과 로지스틱회귀분석을 실시함.
- 3단계와 4단계의 분석은 정신장애인과 가족의 데이터가 모두 조사완료된 짝진 표본 총 607사례만을 대상으로 분석함.
- 본 연구는 정신장애인과 가족으로부터 서비스 욕구와 보호부담을 심층적으로 조사

하기 위해 실시한 포커스집단면접 자료를 주제별로 분류하여 의미의 범주를 정리하였음.

III. 조사결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

1) 정신장애인의 특성

□ 정신장애인의 일반적 특성

- 본 연구의 조사에 참여한 정신장애인은 총 718명으로 남성이 430명(59.9%), 여성이 288명이었으며, 연령은 평균 37.37세(SD=8.99)였으며, 30대가 42.1%, 40대 29.0%, 20대 19%, 50대 7.4%, 60대 이상 1.5%, 10대 1% 였음.
- 정신장애인의 학력은 고졸이 56.9%, 4년제 대학 졸업 12.7%, 중졸 12.6% 순으로 나타났다으며, 결혼상태는 미혼이 79.7%, 이혼 8.0% 등으로 나타남. 정신장애인의 동거가족수는 평균 3.21명(SD=1.49)이었으며, 정신장애인의 주보호자는 부모 73.3%, 형제자매 및 그 배우자 13.6% 등으로 나타남. 주거형태는 자가 47.7%, 전세 18.6%, 임대주택 12.5% 순이었음.
- 정신장애인의 사회보장상태는 전체 정신장애인의 45.5%가 국민기초생활보장수급자였으며, 전체 정신장애인의 47.1%가 의료급여수급자였으며, 정신장애인의 15.3%만이 국민연금에 가입하고 있었음.
- 정신장애인의 주된 병명은 정신분열증 78.3%, 조울증 7.8%, 우울증 7.4% 순으로 나타났다으며, 발병연령은 평균 23.92세(SD=7.88), 총입원횟수는 평균 4.17회, 총입원기간은 평균 27.76개월(SD=40.27)이었음.

□ 정신장애인의 증상과 기능

- 정신장애인의 증상 영역에서는 매우 어렵거나 극히 어렵다는 응답비율이 높은 항목은 ‘고립감 혹은 외로움’(23%), ‘우울 및 무기력감’(21.5%), ‘주요 일상스트레스 적응하기’(19.9%), ‘다른 사람들과 친근감을 느끼기’(19.9%) 등이 가장 높은 빈도를 보임.

- 정신장애인의 일상생활기능은 ‘부분적인 도움’이나 ‘전적인 도움’ 등 도움이 필요하다는 응답비율이 높은 항목은 ‘직장, 시설, 지역 사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함’ 57%, ‘여가시간을 적절하게 보낼 수 있음’ 47.2%, ‘가족과 좋은 관계를 유지함’ 42.9%, ‘신체건강을 적절히 관리함’ 41.6% 순으로 나타났다. 이에 비해 정신장애인이 스스로 관리할 수 있다는 응답은 ‘개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕, 옷 입기 등)’ 81.2%, ‘정신과 약물을 지시대로 복용함’ 80.5%, ‘필요에 따라 대중교통수단을 이용하여 외출할 수 있음’ 75.2%, ‘담뱃불, 가스, 전기 등 안전하게 관리함’ 74.5% 순으로 높게 나타남.

□ 정신장애인의 사회적 참여

- 낮 시간 동안 정신장애인들은 ‘정신보건센터 및 사회복지시설 이용’ 45.6%, ‘집에서 TV, 인터넷, 독서 등’ 29.4%, ‘빨래, 청소, 주방일 등 가사노동’ 9.6%, 직업활동 8.5% 등에 참여하고 있는 것으로 나타남.
- 직업활동 참여하는 정신장애인은 47.8%였으며, 이들의 직업활동은 보호작업이 57.8%, 정규직 11.0%, 임시취업 8.8%, 계약직 7.5%로 재활시설의 제한적인 취업에 집중되어 있고, 월급여 수준도 25.64만원에 불과하며, 평균 근무시간은 16.57시간에 이르는 것으로 나타남. 직업활동에 참여하는 정신장애인들의 직종은 단순노무직 56.5%, 기타 18.2%, 서비스직 7.7% 순으로 나타남.

2) 가족의 일반적 특성

- 본 연구에 참여한 가족은 총 670명으로 남성이 36.1%, 여성이 63.9%였으며, 평균연령은 58.43세(SD=13.26)였으며, 60대 30.1%, 50대 23.5%, 70대 이상 22.0%로 나타남.
- 가족의 학력은 고졸 31.7%, 초등학교 졸업 19.3%, 중졸 19.0% 등이었음.
- 가족의 결혼상태는 현재 동거(기혼) 42.9%, 사별 25.8% 등으로 나타남.
- 가족과 정신장애인과 관계는 정신장애인의 부모 71.5%, 정신장애인의 형제자매 15.5%, 배우자 6.6% 등으로 나타남. 정신장애인의 후보호자는 부모 71%, 형제자매 13.6%, 배우자 8.6% 등의 순으로 나타남.
- 가족의 월평균 소득은 140.97만원(SD=111.52)이었으며, 가족의 40.4%가 국민기초생활보장수급자였음. 가족의 30.5%는 의료급여 수급자로 나타남.

2. 정신장애인의 서비스 이용실태 및 서비스 욕구

1) 정신장애인의 의료, 재활서비스, 장애인복지제도 이용실태

□ 정신의료 서비스 이용실태 및 접근장애요소

- 정신장애인의 93.9%는 정신과 병원을 방문하여 의사와 정기적으로 상담하고 있었으며, 정신장애인의 96.3%는 정신과 약물을 꾸준히 복용하는 것으로 나타남. 외래치료 빈도는 월 1회가 49.6%, 2주마다 1회 24.5% 등으로 나타남.
- 정신장애인이 치료를 받는 중 불편한 점은 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속할지 의문이다’(26.7%), ‘정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다’(19.5%), ‘정신과 약을 복용하면 나타나는 부작용 때문에 괴롭다’(17.2%) 등으로 나타남.
- 정신장애인이 치료를 거부하는 이유는 ‘스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에’(30.3%), ‘정신질환이 있다고 생각하지 않기 때문에’(22.2%), ‘정신질환을 어떻게 치료해야 하는지 잘 모르기 때문에’(9.6%) 등으로 나타남.
- 정신장애인이 정신병원에 입원할 경우 권유한 사람은 부모(주보호자)(70.5%), 병원의 의사 및 기타 의료진(13.1%) 등이었으며, 정신장애인의 약 40%는 정신병원에 입원할 때 본인의 동의를 구하지 않는 편이라고 응답하였음.
- 정신병원에 입원한 정신장애인의 퇴원결정은 부모(주보호자)의 결정(42.6%), 병원담당의사의 결정(36.7%), 본인의 결정과 요청(13.3%) 순으로 나타나 퇴원은 주로 가족 및 의료진의 결정에 의해 이루어지는 것으로 나타남.

□ 지역사회재활서비스 이용실태 및 접근 장애요소

- 정신장애인의 72.7%는 정기적으로 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설에서 제공하는 지역사회재활서비스를 이용하고 있었으며, 정신장애인의 39.7%는 보건소 또는 정신보건센터의 간호사나 사회복지사로부터 가정방문서비스를 제공받고 있었으며, 정신장애인의 61.2%는 지역의 사회복지기관을 이용하고 있는 것으로 나타남.
- 정신장애인이 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하는 빈도는 주 5회 이상(67.9%), 주 3회(8.8%), 주 1회(8.6%)로 나타남.
- 정신장애인이 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하는 데 있어서 경험하는 불편사항은 ‘재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵

다’(16.3%), ‘재활기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다’(15.2%), ‘재활서비스 기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다’(15.2%) 등으로 나타남.

- 정신장애인이 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하지 않으려는 이유는 ‘재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에’(23.5%), ‘정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에’(12.5%), ‘재활기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다’(11.4%)로 나타남.

□ 장애인복지제도 이용실태

- 조사에 응답한 정신장애인 718명 중 장애등록을 통해 장애등급을 가진 응답자는 총 553명(77.0%)이었으며, 장애등급은 ‘정신장애 2급’ 48.1%, ‘정신장애 3급’ 42.1%, ‘정신장애 1급’ 8.3%로 나타남.
- 장애인으로 등록하게 된 것은 가족의 권유(46.9%), 병원, 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 권유(33.6%), 본인의 판단(14.2%) 등에 의한 것으로 나타남.
- 장애인으로 등록하게 된 이유 1순위는 ‘장애수당과 같은 금전적인 혜택’(41.2%), 2순위는 ‘국민기초생활수급권자가 되기 위하여’(18.8%), 3순위는 ‘의료급여 혜택을 받기 위하여’(20.7%)가 가장 높은 빈도를 보임.
- 장애인으로 등록을 하지 않은 이유 1순위는 ‘생활하는데 불편함이 없어서’(20.6%), 2순위는 ‘장애인이라고 생각하지 않아서’(19.7%), 3순위는 ‘등록해도 소용이 없을 것 같아’(12.1%)가 가장 높은 빈도를 보임.

2) 정신장애인 서비스 욕구

□ 정신의료 및 정신재활서비스 욕구

- 정신장애인은 입원치료와 정신요양시설입소보호에 대해서는 필요 없다는 응답이 57.5%로 필요하다는 응답보다 높았으며, 주거시설입소와 독립생활훈련서비스는 45.2%가 필요하다고 응답함. 정기적인 외래치료(90.9%), 약물증상관리교육(90.2%)에 대해서는 필요하다는 응답이 대부분을 차지하였음. 사회재활, 직업재활서비스에 대한 욕구는 70~80% 이상으로 높게 나타남.
- 신체장애와 달리 일상생활기능(ADL)에 큰 어려움이 없는 정신장애인이지만 정신장

애인의 49.3%가 활동보조서비스가 필요하다고 응답하여 정신장애인에게도 활동보조 서비스제공이 필요함을 시사함.

<표 3> 치료 및 재활서비스 필요정도

서비스 유형	매우 필요함	필요함	필요 없음	전혀 필요 없음
정신과 병원에 입원하여 치료받음	85(12.4)	207(30.1)	252(36.7)	143(20.8)
정신요양시설에서 입소하여 장기간 보호받음	39(5.7)	132(19.4)	295(43.4)	213(31.4)
주거시설에 입소하여 독립적으로 생활할 수 있도록 훈련받음	88(13.0)	218(32.2)	256(37.8)	115(17.0)
정기적으로 정신과 병원을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용함	284(41.1)	344(49.8)	44(6.4)	19(2.7)
스스로 정신건강을 관리할 수 있도록 약물복용, 증상관리 등에 대해 교육 받음	182(26.5)	369(53.7)	109(15.9)	27(3.9)
재활센터(보건소/정신보건센터/사회복지시설)에 나가 여가활동, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대해 상담, 교육, 훈련을 받음	210(30.4)	346(50.1)	114(16.5)	21(3.0)
직업을 가질 수 있도록 교육과 훈련을 받음	208(30.5)	344(50.5)	99(14.5)	30(4.4)
간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루일과 관리, 외출과 이동)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육을 제공	137(19.9)	341(49.5)	167(24.2)	44(6.4)
일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자	105(15.4)	232(33.9)	263(38.5)	84(12.3)
취업알선을 받음(일자리를 소개 받음)	199(30.0)	285(43.0)	130(19.6)	49(7.4)

□ 정부의 서비스 및 정책적 지원에 대한 욕구

- 정부의 서비스나 정책적 지원에 대해 정신장애인이 매우 필요하다고 응답한 비율이 가장 높은 것은 ‘지역사회생활을 위한 최소한의 경제적 비용지원’(59.4%)이었으며, ‘임대주택에 대한 기회확대 및 주거비용지원’(50.4%), 정신장애인 차별금지 및 편견 개선 활동(46.8%) 등이 다음으로 욕구수준이 높게 나타남.

<표 4> 정부의 서비스나 지원의 필요정도

서비스	매우 필요함	필요함	필요없음	전혀 필요없음
정신장애인 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)	419(59.4)	235(33.3)	35(5.0)	16(2.3)
정신장애인 지역사회에서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적인 지도 및 교육	329(46.7)	300(42.6)	61(8.7)	14(2.0)
신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원	326(46.6)	290(41.5)	66(9.4)	17(2.4)
정신장애인이 정규교육과정에서 학습하는데 필요한 지원(입학특별전형, 졸업관련 규정완화, 교육비 지원 등)	261(37.3)	308(44.1)	107(15.3)	23(3.3)
정신장애인의 임대주택에 대한 기회확대 및 주거비용 지원	353(50.4)	263(37.6)	67(9.6)	17(2.4)
정신장애인 차별금지 및 편견 개선 활동(각종 홍보, 정신장애인인권보호에 대한 교육, 차별법률 개정 등)	329(46.8)	295(42.0)	57(8.1)	22(3.1)
정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 옹호 서비스	261(37.2)	328(46.8)	88(12.6)	24(3.4)
정신장애인의 재산관리나 법률행위에 대한 후견(성년후견제도)	232(33.3)	324(46.6)	115(16.5)	25(3.6)
정신장애인을 위한 성상담 침 결혼 상담	237(33.9)	301(43.0)	124(17.7)	38(5.4)
정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원 서비스	282(40.3)	290(41.4)	93(13.3)	35(5.0)
정신장애인 및 정신장애인 가족을 위한 자조 집단 지원확대(정신장애인권익옹호단체, 정신보건가족협회 등에 대한 지원)	263(37.6)	339(48.5)	75(10.7)	22(3.1)
정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회 확대(어느 기관에서나 이용할 수 있는 이용증서 제공)	294(42.0)	321(45.9)	67(9.6)	18(2.6)

□ 정신장애인의 생활유형에 대한 선호

○ 정신장애인에게 어떤 형태의 보호 또는 생활을 선호하는지에 대하여 조사해 본 결과, 정신장애인은 가족과 함께 생활(69.9%), 지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생

활(17.2%), 지역의 주거시설에서 생활(7.0%) 순으로 선호도가 높았음.

- 정신장애인들은 전통적인 정신의료기관이나 정신요양시설보다 가정 또는 가정과 가까운 지역사회의 소규모 주거시설 등 지역사회 안에서의 생활에 대한 선호가 월등히 높았음.

<표 5> 선호하는 삶의 형태

삶의 유형	빈도	%
가족과 함께 생활	487	69.9
지역의 주거시설(그룹홈)에서 생활	49	7.0
정신요양시설에서 생활	13	1.9
정신병원에서 생활	8	1.1
지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활	120	17.2
기타	20	2.9
유효응답	697	100

3) 정신장애인의 인권침해 경험

- 보건복지가족부의 정신질환자에 대한 10가지 편견항목으로 조사한 정신장애인에 대한 사회의 편견인식 조사결과 정신장애인이 동의하는 비율이 높은 문항은 ‘사람들은 정신질환자는 직장생활을 못한다고 생각한다’(51.1%), ‘사람들은 정신질환자는 대인관계가 어렵다고 믿는다’(50.4%), ‘사람들은 정신질환자는 자기보다 열등한 사람이라고 여긴다’ (47.6%), ‘사람들은 정신질환은 낫지 않는 병이라고 여긴다’(47.5%) 등이었음. 다른 문항들에 대해서도 동의하는 응답이 35%~ 43%로 나타남.
- 정신장애인의 35.8%는 가족으로부터 언어폭력을 경험하였으며, 정신장애인의 12.6%는 가족으로부터 신체폭력을 경험하였으며, 정신장애인의 3.8%는 가족으로부터 성폭력을 경험한 적이 있다고 응답하였음. 가정에서 정신장애인에게 폭력을 행사한 사람은 부모(46.6%), 형제 및 형제의 배우자(24.5%), 배우자(4.7%) 순으로 나타남.

<표 6> 가족으로부터의 폭력경험정도

	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1-2회)	없었다
언어폭력	94(13.6)	153(22.2)	442(64.2)
신체적 폭력	22(3.3)	62(9.3)	585(87.4)
성적 폭력	9(1.4)	16(2.4)	639(96.2)

- 정신장애인은 가족 이외 다른 사람으로부터 폭력을 경험한 비율은 언어폭력 24.2%, 신체폭력 9.4%, 성폭력 5%로 나타남. 가족 외의 사람으로부터는 정신장애인이 성폭력을 경험한 사례도 총 33명에 이르는 것으로 나타남. 가족 이외에 정신장애인에게 폭력을 행사한 가해자는 이웃 주민(19.7%), 병원이나 정신보건기관을 이용하는 다른 정신장애인 (17.9%), 친구(14.7%) 등으로 나타남.

<표 7> 가족 외의 다른 사람으로부터의 폭력경험정도

	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1-2회)	없었다
언어폭력	58(8.7)	103(15.5)	505(75.8)
신체적폭력	16(2.4)	46(7.0)	599(90.6)
성적폭력	11(1.7)	22(3.3)	624(95.0)

- 정신장애인이 정신질환으로 인해 불이익이나 차별을 경험한 빈도가 가장 높은 영역은 ‘취업에 있어서의 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)’로 정신장애인의 71.5%가 차별 경험이 있다고 응답하였으며, 다음으로 ‘운전면허 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)’ 55.7%, ‘이성교제, 결혼, 자녀 출산 등에 대한 차별’ 54.9%, ‘사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애영역과 차별)’ 54.5%, ‘민간보험가입 차별’ 54.2%, ‘의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약품, 시설, 불합리한 입원제도)’ 51.0%등으로 나타남. 그러나 정신장애인의 사회적 차별경험은 정신장애인의 사회적 참여정도에 의해 영향을 받으므로 실제 사회에서 정신장애인이 경험하는 차별의 수준은 보다 높을 것으로 추정됨.

<표 8> 정신질환으로 인해 불이익이나 차별의 경험유무

차별영역	차별받았음	차별 없었음
의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약품, 시설, 불합리한 입원 제도)	129(51.0)	124(49.0)
사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애영역과 차별)	138(54.5)	115(45.5)
취업에 있어서 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)	181(71.5)	72(28.5)
교육에 있어서 차별(진학기회, 학습편의제공 부족 등)	128(50.6)	125(49.4)
운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한 및 면허취소 등)	141(55.7)	112(44.3)
각종 자격증 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)	124(49.0)	129(51.0)
민간보험가입에서의 차별(가입거부나 제한)	137(54.2)	116(45.8)
각종 서비스 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	109(43.1)	144(56.9)
공공 시설물 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	90(35.6)	163(64.4)
대중교통 이용에서의 차별(승차거부 등)	62(24.5)	191(75.5)
정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	64(25.3)	189(74.7)
문화, 예술, 체육활동의 차별(공연 및 전시, 관람)	53(20.9)	200(79.1)
공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	67(26.5)	186(73.5)
투표권 행사, 피선거권(선출직 공직에 입후보)에서의 차별	54(21.3)	199(78.7)
이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	139(54.9)	114(45.1)

주) 차별문항 15개 항목 모두에 빠짐없이 충실히 답변한 사례만을 분석함

3. 정신장애인 가족의 서비스 이용실태 및 서비스 욕구

1) 가족의 의료 및 재활서비스 이용실태 및 접근 장애요인

□ 가족이 응답한 의료 및 재활서비스 이용실태

- 현재 정신장애인이 이용하고 있는 서비스에 대해 가족들은 외래치료 94.1%, 약물복용 95.0%, 보건소·정신보건센터·사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스 75.3%, 보건소나 정신보건센터에서 제공하는 가정방문서비스 44.9%, 지역사회복지기관 60.8%로 나타나 정신장애인의 응답과 다르지 않았음.
- 지난 1년간 정신장애인의 치료서비스 이용실태를 살펴보면 가족의 34.3%는 정신장애인이 입원치료를 받은 적이 있다고 응답하였으며, 가족의 25.8%는 정신장애인이

정신요양시설이나 거주시설에 입소한 적이 있다고 응답함. 가족의 94.1%는 정신장애인이 정기적으로 정신과 병의원을 방문하여 의사와 상담하고 약을 복용하였다고 응답하였으며, 가족의 74.8%는 정신장애인이 정기적으로 보건소, 정신보건센터, 사회복귀시설에 나가 지역사회재활프로그램에 참여했던 적이 있다고 응답함.

□ 가족의 의료 및 정신재활서비스 접근 장애요인

- 가족들이 응답한 정신장애인의 병원 혹은 주치의와의 정기적인 치료를 받는데 있어 불편한 점 1순위는 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다’(37.1%), 2순위는 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다’(21.0%), 3순위는 ‘가족 중에 정신질환자가 있다는 사실이 알려질까 두렵다’(17.1%)로 나타남.
- 가족들이 응답한 정신장애인이 정기적인 치료서비스를 받지 않는 이유 1순위는 ‘환자가 스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에’(24.2%), 2순위는 ‘치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에’(16.9%), 3순위는 ‘정신질환을 어떻게 치료해야 하는지 잘 모르기 때문에’(13.5%)로 나타남.
- 가족의 입장에서 정신장애인이 정기적으로 보건소·정신보건센터·사회복귀시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하는 데 있어 불편한 점은 1순위 ‘장기적으로 환자를 어떻게 보호해야할지 걱정이다’(26.8%), 2순위 ‘장기적으로 환자를 어떻게 보호해야 할지 걱정이다’(20.3%), 3순위 ‘장기적으로 환자를 어떻게 보호해야할지 걱정이다’(23.6%)로 나타나 정신장애인의 장기보호 문제가 가족의 가장 큰 부담이 되고 있는 것으로 나타남. ‘재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다’는 응답도 1, 2, 3순위에서 평균 13.37%로 나타나 정신재활서비스 이용에 있어 가족들이 정보의 부족으로 인해 어려움이 큰 것으로 나타남.
- 가족의 입장에서 정신장애인이 보건소·정신보건센터·사회복귀시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 이유 1순위는 ‘재활서비스기관을 이용하려 해도 환자가 거부하거나 비협조적이 때문에’(25.6%), 2순위는 ‘재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에’(13.2%), 3순위는 ‘재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에’, ‘정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에’, ‘재활프로그램이 다양하지 않기 때문에’ 가 각각 10.7%로 빈도가 가장 높았음.

2) 가족의 정신장애인 보호부담

- 가족이 평가한 정신장애인의 일상적 생활기능은 스스로 할 수 있다는 응답이 가장 높은 영역은 ‘필요에 따라 대중교통수단을 이용한 외출’(71.2%), ‘정신과 약물을 의사의 지시대로 복용함’(68.7%), ‘개인위생을 깨끗하게 관리함’(65.1%) 등이었고, 스스로 할 수 있다는 응답이 가장 낮은 영역은 ‘직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성, 유지함’(29.7%), ‘여가시간을 적절하게 보냄’(33.7%), ‘신체건강을 적절히 관리함’(40.8%) 등으로 나타남.

<표 9> 정신장애인의 일상생활기능정도

일상생활영역	스스로 할 수 있음	부분적인 도움이 필요함	전적인 도움이 필요함
적절한 식사를 준비하여 섭취함	298(45.0)	266(40.2)	98(14.8)
개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕, 옷 입기 등)	433(65.1)	184(27.7)	48(7.2)
일상가사활동을 수행함(청소, 정리정돈, 설거지 등)	302(45.8)	260(39.4)	98(14.8)
담뱃불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리함.	423(64.2)	183(27.8)	53(8.0)
필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함.	272(41.3)	289(43.9)	98(14.9)
정신과 약물을 의사의 지시대로 복용함	457(68.7)	168(25.3)	40(6.0)
신체 건강을 적절히 관리함	269(40.8)	308(46.7)	82(12.4)
가족과 좋은 관계를 유지함	295(44.8)	300(45.6)	63(9.6)
직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함	195(29.7)	326(49.6)	136(20.7)
여가시간을 적절하게 보낼 수 있음	222(33.7)	313(47.6)	123(18.7)
필요에 따라 대중교통수단을 이용하여 외출할 수 있음	472(71.2)	148(22.3)	43(6.5)

- 가족의 월평균소득은 140.97만원(SD=111.52)이며, 이 중 정신장애인의 치료비용으로 월평균 12.79만원(SD=12.29)을 부담하며, 정신장애인 용돈으로 월평균 13.76만원(SD=1196)을 부담하고 있었음. 가족의 62.5%는 이러한 지출에 대해 부담이 된다고 응답함.

- 정신장애인을 보호하는 과정에서 가족이 인식한 보호부담이 가장 높은 영역은 ‘내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려됨’(78.0%), ‘환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉음’(52.9%), ‘환자가 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족전체가 경제적 어려움을 경험함’(51.7%), ‘환자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠짐’(49.8%)등으로 높은 응답을 보임.
- 특히 정신장애인의 폭력성이나 문제행동과 관련된 문항들은 ‘정신질환의 증상이나 장애로 인해 이웃과 관계에서 부적절한 행동을 하거나 문제를 일으킬까 염려됨’(43.1%), ‘정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려됨’(21.9%)이 높은 응답을 보였음.

<표 10> 가족의 정신장애인 보호부담

문항	예	아니오
낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 함	86(13.5)	551(86.5)
밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야함	111(17.4)	526(82.6)
대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요함	271(42.1)	372(57.9)
정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려됨.	140(21.9)	498(78.1)
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려됨	113(17.7)	527(82.3)
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려됨.	112(17.6)	524(82.4)
정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려됨.	277(43.1)	366(56.9)
내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려됨	510(78.0)	144(22.0)
가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려됨.	253(39.7)	385(60.3)
환자가 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험함.	335(51.7)	313(48.3)
환자를 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받음	271(42.1)	373(57.9)
환자를 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해 받음.	234(36.7)	404(63.3)
환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉음.	343(52.9)	306(47.1)
환자의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠짐	235(36.4)	410(63.6)
환자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠짐.	323(49.8)	325(50.2)

- 정신장애인을 보호하는 가족의 정신장애인에 대한 가족의 태도를 조사한 결과 정신장애인에 대한 긍정적 태도를 나타내는 문항들에 대해 ‘대체로 그렇다’ 또는 ‘항상 그렇다’ 등 동의하는 응답은 ‘환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다’ 52.8%, ‘환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다’ 49.2%, ‘환자로부터 내가 도움을 받을 때가 많다’ 20.8%로 나타남.
- 가족의 정신장애인에 대한 부정적 태도를 나타내는 문항에 대해 ‘대체로 그렇다’ 또는 ‘항상 그렇다’ 등 동의하는 응답은 ‘환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다’ 44.6%, ‘환자는 우리집 골칫거리이다’ 35.2%, ‘환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업시)를 줄까 걱정이 된다’ 35.1%, ‘환자를 보고 있으면 화가 치민다’ 35.0%, ‘정신병적 증상(망상, 환각, 이상한 행동)을 보이면 화를 내며 자리를 피한다’ 24.3%, ‘차라리 환자가 태어나지 않았더라면 하는 생각이 든다’ 22.0%, ‘환자를 멀리 보내고 싶다’ 13.6% 등으로 나타남.

3) 가족의 정신장애인에 대한 보호유형 선호와 장기보호계획

□ 가족의 정신장애인에 대한 보호유형 선호

- 정신장애인을 보호하는데 있어 가족이 선호하는 보호형태를 조사한 결과 ‘가정에서 함께 생활하며 보호한다’ 62.7%, ‘가정과 가까운 주거시설에서 생활하며 보호한다’ 24.4%로 가장 높은 응답을 보임.
- 응답한 보호 유형을 선호하는 가장 주된 이유는 ‘정신질환자의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로’ 48.3%, ‘보호자가 담당해야 할 실제적 보호부담이 적으므로’ 22.2%, ‘정신장애인 본인이 원하기 때문에’ 16.5% 순으로 나타남.

<표 11> 가족의 정신장애인 보호유형 선호

보호유형	빈도	%
가정에서 함께 생활하며 보호한다.	411	62.7
가정과 가까운 주거시설에서 생활하며 보호한다.	160	24.4
정신요양시설에 입소하여 생활하도록 한다.	42	6.4
정신병의원에 입원하여 치료받으며 생활하도록한다.	23	3.5
기타	19	2.9
유효응답	655	100

□ 가족의 정신장애인에 대한 장기보호계획

- 조사대상 가족의 73.1%는 정신질환이 있는 자녀의 장기적인 보호에 대해 계획을 세우지 않은 것으로 나타났으며, 가족의 77.3%는 장기적인 보호계획을 정신장애인 본인과 협의하지 않은 것으로 나타남.
- 보호자가 건강상의 이유나 고령, 사망 등으로 이해 더 이상 돌볼 수 없을 때 정신질환이 있는 자녀의 장기적인 보호와 관련하여 가장염려가 되는 점에 대해 가족들은 소득보장 33.4%, 신변보호(치료과정에서 실제적 보호자에 대한 계획) 24.3%, 정신건강관리 23.3%, 주택마련 11.4% 등의 순으로 응답함.
- 가족의 정신장애인의 소득보장에 대한 계획은 ‘국가의 기초생활보장급여’ 37.3%, ‘어떻게 해야 할지 잘 모르겠다’ 32.7%, ‘유산’ 11.0%로 나타남.
- 가족의 정신장애인의 주거에 대한 계획은 ‘어떻게 해야 할지 잘 모르겠다’ 36.6%, ‘부모가 마련해 준 주택’ 22.7%, ‘정신요양시설 등 사회복지시설’ 22.1%, ‘형제의 집’ 10.6%로 나타남.
- 가족의 정신장애인의 치료과정에서 실제적인 보호자에 대한 계획(신변보호와 후견)은 ‘형제’ 38.5%, ‘어떻게 해야 할지 잘 모르겠다’ 34.8%, ‘보건소나 정신보건센터의 간호사, 사회복지사 등’ 14.2%로 나타남.

4) 가족의 서비스 욕구

- 정신장애인의 현재 건강상태나 기능을 고려할 때 ‘환자(정신장애인) 본인’에게 각 서비스가 필요하다는 응답은 정기적인 외래치료 95.4%, 재활센터를 통한 사회재활 훈련 90.8%, 약물증상관리교육 89.8%, 직업재활훈련 88.6%, 취업알선 82.5%, 가정방문을 통한 상담과 교육서비스 78.3%, 주거시설 입소를 통한 독립생활훈련 60.5%, 일상생활보조를 위한 활동보조서비스 58.9%, 정신병원 입원치료는 33.4%, 정신요양시설 입소를 통한 장기요양보호 26.2%로 나타남.
- 지난 1년간의 경험에 비추어 볼 때 ‘정신질환이 있는 사람을 돌보는 보호자로서 자신에게’ 각 서비스가 필요하다는 응답은 치료 및 재활에 대한 정부의 비용지원 94.5%, 장기적인 보호계획에 대한 전문가의 상담과 조언 90.1%, 환자의 치료 및 재활을 위한 간호사·사회복지사·심리사 등과의 상담서비스 89.7%, 재활기관에 대한 정보제공과 연결서비스 87.6%, 장애인 등록 및 장애인복지서비스 이용 관련 상담과 안내 85.4%, 환자 정신건강관리나 재활을 위한 가족교육 83.2%, 치료기관에 대한 정보제공과 연결서비스 81.6%, 위기정신건강상담전화 78.8%, 가족 자조모임 76.1%, 증상 악화시 단기보호 서비스 73%, 증상악화로 입원을 위한 환자이송서비스 72.1%, 가족휴식 등을 위한 단기보호서비스 61.2%로 나타남.
- ‘정신장애인과 보호자를 위해 정부의 서비스나 지원’에 대해 ‘매우 필요함’ 또는 ‘필요함’과 같이 필요하다는 응답은 정신장애인의 지역사회생활을 위한 최소한의 경제적 비용지원 97.9%, 신체질환 및 치과진료비 지원 96.3%, 정신장애인의 서비스 선택권 확대(이용권제도) 96%, 정신장애인의 지역사회생활과 취업에 필요한 문제해결이나 지도교육 95.9%, 차별금지 및 편견개선활동 95.4%, 임대주택이나 주거비용지원 94.6%, 법률상담이나 무료변론 90.7%, 정신장애인 및 가족을 위한 자조집단 지원 확대 90.6%, 정규교육을 위한 지원 89.2%, 정신장애인의 법률행위에 대한 후견 87.6%, 정신장애인이 출산한 자녀의 양육지원서비스 87.2%, 정신장애인을 위한 성상담 및 결혼상담 85.2%로 나타남.

4. 지역사회재활서비스 이용과 서비스 욕구 비교 분석

1) 지역사회재활서비스 이용과 정신장애인의 서비스 욕구 비교 분석

□ 지역사회재활서비스 이용상태와 정신장애인의 일반적 특성 비교

- 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 사회재활서비스(이하 ‘지역사회재활서비스’)를 이용하는 정신장애인과 미이용 정신장애인은 연령, 학력, 동거 가족수, 주보호자, 주거형태에 있어 유의미한 차이가 있었으며, 성별과 결혼상태는 유의미한 차이는 없는 것으로 나타남. 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인의 평균연령은 36.55세(SD=8.73)로 미이용 집단 39.38세(SD=9.31)보다 낮았음. 학력은 지역사회재활서비스 이용자 집단의 학력이 약간 높은 것으로 나타났으며, 동거 가족수는 정신재활서비스기관 이용자집단이 3.30명(SD=1.405)로 미이용집단 3.03명(SD=1.64)보다 많았음.
- 지역사회재활서비스 이용집단과 미이용집단은 국민연금 가입상태는 다르지 않았으나 의료보장유형에 있어서는 지역사회재활서비스 이용집단은 건강보험 가입자 비율이 45.1%로 미이용집단(37.2%)보다 높았으며, 미이용집단은 의료급여 1종이 45.0%로 이용집단(34.3%)보다 높았음. 소득보장유형을 살펴보면 국민기초생활보장수급자 비율이 지역사회재활서비스 미이용집단은 53.2%로 이용자 집단(41.6%)보다 높았음.
- 지역사회재활서비스 이용집단과 미이용집단은 정신질환 진단명, 발병연령, 총입원횟수, 총입원기간 등에서 유의미한 차이는 없었음.
- 증상에 있어서 전체적으로 유의미한 차이는 없었으나 ‘여가활동 및 레크리에이션활동’ 영역에서 지역사회재활서비스 이용집단이 미이용집단에 비해 ‘전혀 어려움이 없다’는 응답이 37.6%로 미이용집단(26.6%)보다 높았음.
- 일상생활기능의 ‘적절한 식사준비 및 섭취’, ‘일상가사활동수행’, ‘여가시간을 적절히 보내기’ 영역에서 지역사회재활서비스기관 이용자들이 미이용자들에 비해 ‘스스로 할 수 있다’는 응답비율이 유의미하게 높은 것으로 나타남.
- 정신장애인의 사회활동수준은 지역사회재활서비스 이용집단은 낮 동안 지역사회재활서비스 기관이용으로, 미이용집단은 주로 집에서 TV, 인터넷, 독서 등의 활동에 참여하고 있었음. 직업활동에 참여하는 비율은 지역사회재활서비스 이용집단(57.5%)이 미이용집단(27.3%)에 비해 높았음.

□ 지역사회재활서비스 이용과 정신장애인의 의료 및 재활서비스 이용현황

- 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 사회재활서비스(이하 ‘지역사회재활서비스’)를 이용하는 정신장애인 집단의 서비스 이용현황은 정기적인 외래치료, 정신과 약물 복용, 지역의 사회복지기관을 이용에 있어 미이용집단에 비해 서비스를 이용한다고 응답한 비율이 유의미하게 높았으며, 미이용집단은 보건소나 정신보건센터의 간호사 및 사회복지사의 가정방문서비스 이용비율이 지역사회재활서비스 이용집단보다 유의미하게 높게 나타남.
- 지역사회재활서비스 이용집단과 미이용집단의 구체적인 서비스 욕구를 비교해 보면 각 서비스가 필요하다는 응답비율에 있어 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인들이 정신건강관리교육(이용자 84.4%, 미이용자 71.1%), 사회재활훈련(이용자 87.1%, 미이용자 70.8%), 직업재활훈련(이용자 86.5%, 미이용자 69.6%), 취업알선서비스(이용자 77.1%, 미이용자 64.1%), 활동보조서비스(이용자 53.5%, 미이용자 40.0%) 등에 대한 욕구가 지역사회재활서비스 미이용 집단보다 유의미하게 높았음. 그러나 입원치료, 정신요양시설, 주거시설, 가정방문서비스에 대한 욕구에는 차이가 없었음.

<표 12> 지역사회재활서비스 이용과 서비스 이용현황

서비스 이용		사회재활이용				X ²	P
		예		아니오			
		빈도	%	빈도	%		
현재 정기적으로 정신과병의원을 방문하여 의사와 상담하고 있다.	예	456	96.0	201	89.3	11.769	.001
	아니오	19	4.0	24	10.7		
현재 의사가 처방한 정신과 약물을 꾸준히 복용하고 있다	예	467	97.3	211	94.2	4.114	.043
	아니오	13	2.7	13	5.8		
현재 보건소 또는 정신보건센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다	예	151	32.1	123	55.9	35.400	.000
	아니오	319	67.9	97	44.1		
현재 복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다	예	343	73.0	80	36.2	85.646	.000
	아니오	127	27.0	141	63.8		

<표 13> 지역사회재활서비스 이용상태와 서비스 욕구

		사회재활이용				X ²	P
		예		아니오			
		빈도	%	빈도	%		
스스로 정신건강을 관리할 수 있도록 약물복용, 증상관리 등에 대해 교육 받음	매우 필요함	138	29.4	44	20.2	19.969(a)	.000
	필요함	258	55.0	111	50.9		
	필요없음	56	11.9	53	24.3		
	전혀 필요없음	17	3.6	10	4.6		
재활센터(보건소/정신보건센터/사회복지시설)에 나가 여가활동, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대해 상담, 교육, 훈련을 받음	매우 필요함	169	35.8	41	18.7	49.774(a)	.000
	필요함	242	51.3	104	47.5		
	필요없음	49	10.4	65	29.7		
	전혀 필요없음	12	2.5	9	4.1		
직업을 가질 수 있도록 교육과 훈련을 받음	매우 필요함	162	34.7	46	21.5	36.001(a)	.000
	필요함	242	51.8	102	47.7		
	필요없음	44	9.4	55	25.7		
	전혀 필요없음	19	4.1	11	5.1		
일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자	매우 필요함	82	17.5	23	10.7	12.064(a)	.007
	필요함	169	36.0	63	29.3		
	필요없음	163	34.8	100	46.5		
	전혀 필요없음	55	11.7	29	13.5		
취업알선을 받음(일자리를 소개 받음)	매우 필요함	153	33.7	46	22.0	17.123(a)	.001
	필요함	197	43.4	88	42.1		
	필요없음	72	15.9	58	27.8		
	전혀 필요없음	32	7.0	17	8.1		

- 지역사회재활서비스를 이용하는 집단과 미이용 집단 사이에 정신의료서비스 이용 중 불편사항과 정신과 치료를 받지 않는 이유에 있어 유의미한 차이는 없었으며, 치료 중 가장 불편한 점은 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속할지 의문이다’라는 응답이 가장 빈도가 높았음.

2) 지역사회재활서비스 이용과 가족의 서비스 욕구 비교 분석

□ 지역사회재활서비스 이용과 가족의 일반적 특성

- 가족의 연령은 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 사회재활서비스(이하 ‘지역사회재활서비스’) 이용자 가족 57.3세(SD=12.76), 미이용자 가족 61.2세(SD=14.22)로 유의미한 차이가 있었고, 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인의 가족들의 교육수준이 미이용 정신장애인의 가족들보다 유의미하게 높은 것으로 나타남.
- 정신장애인의 주보호자는 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족들은 부모가 보호자인 경우가 76.7%로 이용자 가족들(68.3%)에 비해 높아 부모에 대한 보호의존도가 더 높았음. 가족의 소득수준도 지역정신재활서비스 이용자 가족이 평균 153.6만원(SD=115.42)으로 미이용 가족의 평균 107.4만원(SD=92.10)보다 유의하게 높았음.
- 지역정신재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족은 국민기초생활보장수급자 48.2%, 의료급여수급자 42.6%로 지역정신재활서비스 미이용자의 가족들보다 유의하게 높았음.

□ 지역사회재활서비스 이용과 가족의 서비스 이용실태 비교

- 현재 서비스 이용현황을 비교해 보면 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 사회재활서비스(이하 ‘지역사회재활서비스’)를 이용하는 정신장애인의 가족들은 정기적인 정신과 약물치료(이용자 가족 96.9%, 미이용자 가족 91.4%), 지역사회재활서비스(이용자 가족 91.5%, 미이용자 가족 38.9%) 비율이 유의하게 높았음. 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족들은 현재 가정방문상담 서비스 이용비율(미이용자 가족 61.7%, 이용자 가족 37.3%)이 지역사회재활서비스 이용집단의 가족에 비해 유의하게 높았음.
- 과거 1년간 서비스 이용경험을 비교해 보면 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인의 가족들은 과거 1년간 외래치료(이용자 가족 96.2%, 미이용자 가족 89.4%), 지역사회재활서비스(이용자 가족 86.7%, 미이용자 가족 49.5%), 정신요양시설 및 주거시설(이용자 가족 29.0%, 미이용자 가족 19.5%) 이용이 유의하게 높았음.
- 지난 1년간 가족지원 서비스 이용경험을 비교해 보면 지역사회재활서비스를 이용하

는 정신장애인의 가족들은 환자건강관리를 위한 가족교육(이용자 가족 63.3%, 미이용자 가족 51.5%), 가족자조모임(이용자 가족 49.4%, 미이용자 가족 36.8%), 장애인 등록 및 장애인복지서비스 관련 상담 서비스(이용자 가족 51.9%, 미이용자 가족 35.6%) 이용이 유의하게 높았음. 이에 비해 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족들은 위기개입서비스 이용(미이용자 가족 20.5%, 이용자 가족 13.1%) 이 유의미하게 높았음.

- 정신장애인의 정기적인 치료와 관련하여 불편한 점 1순위는 지역사회재활 이용집단과 미이용 집단 모두 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다’라는 응답이 가장 빈도가 높았음. 그러나 2순위는 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인의 가족들은 치료로 인해 ‘가족 중에 정신질환자가 있다는 사실이 알려질까 두렵다’라는 응답이 높게 나타났으며, 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족들은 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다’라는 응답비율이 높았음.

□ 지역사회재활서비스 이용과 가족의 보호부담 비교

- 보건소·정신보건센터·사회복지시설의 사회재활서비스(이하 ‘지역사회재활서비스’)를 이용하는 정신장애인의 가족과 미이용 정신장애인의 가족들이 인지하는 보호부담을 비교해 보면 지역사회재활서비스 이용자 가족들은 낮 시간 보호의 필요성을 덜 느끼며, 자살에 대한 염려도 더 낮았음. 그러나 지역사회재활서비스 이용자의 가족들은 가족 중 정신질환자가 있음이 알려지는 데 대한 부담을 더 높이 인식하고 있었음.

<표 14> 지역사회재활서비스 이용과 가족의 보호부담 비교

		사회재활이용				X ²	P
		예		아니오			
		빈도	%	빈도	%		
낮 시간 동안 보호필요	예	44	10.1	39	20.0	11.657	.001
	아니오	393	89.9	156	80.0		
자살에 대한 염려	예	85	19.5	52	26.5	3.999	.046
	아니오	352	80.5	144	73.5		
가족 중 정신질환자가 있음이 알려지는데 대한 부담	예	186	42.7	65	33.0	5.298	.021
	아니오	250	57.3	132	67.0		

○ 가족의 보호부담을 결정하는 환경적 요인으로 작용하는 가족들이 경험할 수 있는 일반적인 문제들의 심각도를 비교해 보면 지역사회재활서비스 미이용자 가족들이 ‘가족의 질병이나 장애문제’, ‘일상생활기능문제’가 더 심각한 것으로 나타남. 이에 비해 지역사회재활서비스 이용자 가족들은 ‘정신질환에 대한 편견과 차별문제’를 더 심각하게 경험하는 것으로 나타났음.

<표 15> 지역사회재활서비스 이용과 가족이 경험하는 문제 비교

		사회재활 이용				X ²	P
		예		아니오			
		빈도	%	빈도	%		
질병이나 장애	전혀 심각하지 않다.	52	11.9	15	7.4	10.137	.038
	심각하지 않다	93	21.3	34	16.8		
	보통이다	158	36.2	70	34.7		
	심각하다	102	23.4	69	34.2		
	매우심각하다	31	7.1	14	6.9		
일상생활기능문제	전혀 심각하지 않다.	54	12.4	19	9.4	9.901	.042
	심각하지 않다	136	31.2	47	23.3		
	보통이다	172	39.4	86	42.6		
	심각하다	60	13.8	44	21.8		
	매우심각하다	14	3.2	6	3.0		
정신질환에 대한 편견과 차별문제	전혀 심각하지 않다.	17	3.9	7	3.5	15.252	.004
	심각하지 않다	53	12.0	19	9.5		
	보통이다	136	30.8	93	46.5		
	심각하다	169	38.3	55	27.5		
	매우심각하다	66	15.0	26	13.0		

- 가족의 정서적인 보호부담을 반영하는 가족의 정신장애인에 대한 태도를 비교한 결과 지역사회재활시설 이용자 집단이 ‘환자를 멀리 보내버리고 싶다’라는 항목에서 지역사회재활서비스 미이용자 가족보다 ‘전혀 그렇지 않다’(이용자 가족 37.9%, 미이용자 가족 27.8%)라는 응답이 미이용자 가족보다 높게 나타나 가족들이 정신장애인에 대해 부정적 태도가 보다 낮은 것으로 나타남.
- 지역사회재활서비스 이용자 가족과 미이용자 가족 사이에 정신장애인으로부터의 폭력경험에 있어 언어적 폭력, 신체적 폭력을 경험하는 빈도에 있어서 사회재활서비스 이용자 가족들은 ‘거의 매일 경험’과 ‘1년에 1-2회 경험’으로 응답한 비율이 각각 9.0%, 20.4%로 사회재활서비스 미이용자 가족보다 높았음.
- 가족의 정신장애인에 대한 편견을 조사한 결과 지역사회재활서비스 이용자 가족은 ‘사람들은 정신질환자는 사회에서 격리수용해야 한다고 생각한다’는 문항에 동의하는 응답(이용자 가족 55.8%, 미이용자 가족 45.8%)이 지역사회재활서비스 미이용자 가족들보다 더 높게 나타났음.

□ 지역사회재활서비스 이용과 가족의 장기보호계획 비교

- 보호유형에 대한 선호도를 비교한 결과 지역사회재활서비스 이용자집단 가족의 경우 ‘가정에서 함께 생활하며 보호’하는 대안에 대한 선호는 미이용자 가족보다 낮았고, ‘가정과 가까운 주거시설에서 생활하며 보호’에 대한 선호는 미이용자 가족보다 높았음

<표 16> 가족이 선호하는 보호유형 비교

	사회재활이용				X ²	P
	예		아니오			
	빈도	%	빈도	%		
가정에서 함께 생활하며 보호한다.	265	58.9	145	71.1	11.325	.023
가정과 가까운 주거시설에서 생활하며 보호한다.	126	28.0	34	16.7		
정신요양시설에 입소하여 생활하도록 한다.	31	6.9	11	5.4		
정신병의원에 입원하여 치료받으며 생활하도록 한다.	15	3.3	8	3.9		
기타	13	2.9	6	2.9		

- 선호하는 보호유형을 선택한 이유에 대해 두 집단 모두 ‘정신질환자의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로’라는 응답(이용자 가족 53.3%, 미이용자 가족 43.2%)이 가장 높은 빈도를 보였으나 상대적으로 사회재활서비스 이용자 가족은 미이용자 가족보다 ‘정신질환자의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로’라는 응답비율이 더 높았고, 사회재활서비스 미이용자 가족은 ‘정신장애인 본인이 원하기 때문’이라는 응답(미이용자 가족 24.5%, 이용자 가족 13.8%)이 높았음.

□ 사회재활서비스 이용과 가족의 서비스 욕구 비교

- 지역사회재활서비스를 이용상태에 따라 정신장애인을 위해 필요한 서비스에 대한 가족들의 욕구를 비교해 보면 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 가족들은 입원서비스에 대한 욕구가 유의하게 높았음. 이에 비해 지역사회재활서비스 이용자 가족들은 지역사회재활서비스, 직업재활서비스에 대한 욕구가 유의하게 높았음.
- 정신장애인의 지역사회재활서비스 이용상태에 따라 ‘가족 자신을 위해 필요한 서비스’에 대한 욕구를 비교한 결과 지역사회재활서비스 이용자 가족들이 미이용자 가족들에 비해 가족자조모임에 대한 욕구가 유의미하게 높았으며, 다른 서비스에 대한 욕구의 차이는 없었음.

□ 정부의 서비스 및 정책적 지원에 대한 욕구 비교

- 정신장애인의 지역사회재활서비스 이용상태에 따라 정부의 서비스와 지원에 대한 가족의 욕구를 비교한 결과 지역사회생활과 취업을 위한 지도교육, 법률상담과 무료 변론, 성상담 및 결혼상담, 자조집단 지원 확대에 대한 욕구에 있어 유의한 차이가 있었고, 각 서비스 모두 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인 가족의 욕구가 더 높았음.

<표 17> 정부의 정책적 지원에 대한 욕구 비교

		사회재활이용				X ²	P
		예		아니오			
		빈도	%	빈도	%		
지역사회생활과 취업을 위한 지도교육	매우 필요함	287	63.9	112	54.1	8.829(a)	.032
	필요함	149	33.2	81	39.1		
	필요없음	11	2.4	12	5.8		
	전혀 필요 없음	2	0.4	2	1.0		
법률상담 및 무료변론	매우 필요함	218	49.3	90	43.7	8.919(a)	.030
	필요함	193	43.7	87	42.2		
	필요없음	29	6.6	26	12.6		
	전혀 필요 없음	2	0.5	3	1.5		
성상담 및 결혼상담	매우 필요함	189	42.4	70	33.8	12.097(a)	.007
	필요함	204	45.7	93	44.9		
	필요없음	49	11.0	38	18.4		
	전혀 필요 없음	4	0.9	6	2.9		
자조집단 지원 확대	매우 필요함	220	49.3	89	43.2	9.509(a)	.023
	필요함	193	43.3	90	43.7		
	필요없음	28	6.3	27	13.1		
	전혀 필요 없음	5	1.1	1	0.5		

5. 정신장애인과 가족의 특성에 따른 서비스 욕구

1) 정신장애인의 일반적 특성과 서비스 욕구

- 정신장애인의 연령에 따라서는 주거시설 서비스 욕구는 20대 이하, 30대, 50대 이상 집단에서 높았으며, 사회재활서비스 욕구와 직업재활훈련 서비스 욕구는 20대 이하와 30대 집단에서 유의미하게 높았음. 학력에 따라서는 초등학교 졸업이하 학력의 경우 직업재활훈련에 대한 욕구가 다른 집단보다 낮았음.
- 정신과 증상이 높은(심각한) 정신장애인은 증상이 낮은(가벼운) 정신장애인에 비해 입원치료, 요양시설 입소 등의 장기요양보호, 보건소나 정신보건센터의 간호사나 사회복지사에 의한 가정방문서비스, 정신장애인의 일상적인 활동을 보조하는 활동보조

인이나 자원봉사자에 대한 서비스 욕구가 유의미하게 높았음.

- 일상생활기능이 낮은 정신장애인은 기능이 높은 정신장애인에 비해 입원치료, 정신요양시설 입소 등의 장기요양보호, 주거시설 입소 등을 통한 독립생활훈련, 보건소나 정신보건센터의 간호사나 사회복지사에 의한 가정방문서비스, 정신장애인의 일상적인 활동을 보조하는 활동보조인이나 자원봉사자에 대한 서비스 욕구가 유의미하게 높았음.

2) 정신장애인의 특성과 생활유형 선호

- 정신장애인의 성별에 따라서는 선호하는 생활유형에 통계적으로 유의미한 차이는 없었으나 남성은 가족과 함께 생활하는 것에 대한 응답이 71.1%로 여성(76.9%)보다 낮았으며, 남성의 경우 지역사회에서 독립생활을 고려하는 응답이 15.3%로 여성(12.0%)보다 약간 높았음.

<표 18> 정신장애인의 성별과 생활유형선호

	가족과 생활	주거시설	입원 및 요양시설 입소	지역사회 독립생활	기타	합계	X ²	P
여성	186	18	5	29	4	242	4.919	.296
	76.9%	7.4%	2.1%	12.0%	1.7%	100%		
남성	251	23	12	54	13	353		
	71.1%	6.5%	3.4%	15.3%	3.7%	100%		
전체	437	41	17	83	17	595		
	73.4%	6.9%	2.9%	13.9%	2.9%	100%		

- 정신장애인의 연령에 따라 정신장애인이 선호하는 생활유형에 유의미한 차이는 없었으나 가족과 함께 생활하는 것을 선호하는 응답은 40대, 50대 이상 집단에서 각각 77.1%, 78.4%로 높게 나타났으며, 지역사회에서 독립적으로 생활하는 대안에 대해서는 30대와 40대 정신장애인이 각각 16.1%, 14.7%로 다른 연령집단에 비해 높은 응답을 보임.

<표 19> 정신장애인의 연령과 생활유형선호

	가족과 함께 생활	주거시설	입원 및 요양시설입소	지역사회독 립주거	기타	합계	X ²	P
20대 이하	87	9	5	12	5	118	11.620	.477
	73.7%	7.6%	4.2%	10.2%	4.2%	100%		
30대	178	18	8	41	10	255		
	69.8%	7.1%	3.1%	16.1%	3.9%	100%		
40대	131	11	2	25	1	170		
	77.1%	6.5%	1.2%	14.7%	.6%	100%		
50대 이상	40	3	2	5	1	51		
	78.4%	5.9%	3.9%	9.8%	2.0%	100%		
전체	436	41	17	83	17	594		
	73.4%	6.9%	2.9%	14.0%	2.9%	100%		

- 정신장애인의 학력에 따라 선호하는 생활유형이 다른지 비교분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이는 없었음.
- 정신장애인의 소득보장유형과 생활유형에 대한 선호 사이에는 유의미한 상관관계는 없었으나 정신장애인이 국민기초생활보장 미수급자인 경우 가족과 생활하기를 희망하는 응답비율이 75.8%로 수급자(70.4%)에 비해 약간 높았으며, 국민기초생활보장수급자의 경우 지역사회에서 독립생활을 희망하는 응답이 17.1%로 미수급 정신장애인(11.5%)보다 높았음.
- 정신장애인의 증상수준과 생활유형 사이에 유의미한 상관관계는 나타나지 않았으나 증상이 낮은 정신장애인들은 가족과 생활하기를 희망하는 응답이 77.3%로 증상이 높은 정신장애인(70.3%)보다 약간 높았음.
- 정신장애인이 스스로 평가한 일상생활기능과 생활유형 사이에는 통계적으로 유의미한 상관관계는 없었으나 기능이 높은 정신장애인들이 가족과 생활하기를 희망하는 응답이 75.2%로 기능이 낮은 정신장애인들(71.4%)보다 약간 높게 나타남.
- 정신장애인의 지역사회재활서비스 이용상태와 생활유형 선호 사이에 통계적으로 유의미한 관계는 없었으나 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인들은 가족과 생활하는 방안을 선호하는 응답이 76.4%로 나타나 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인들(72.0%)보다 약간 높았음.

3) 가족의 특성에 따른 가족의 서비스 욕구와 보호계획

□ 가족의 특성과 서비스 욕구

- 가족의 인구사회적 특성에 따라 정신장애인을 위해 필요한 서비스 정도에 유의한 차이가 있는지 검정하기 위해 X^2 검정을 실시하였으며, 분석결과 가족의 학력, 소득 보장유형, 가족소득수준, 가족의 의료보장유형, 가족관계는 각 서비스 욕구와 유의한 관계가 없었음.
- 가족의 연령변수는 입원서비스, 가정방문서비스, 취업알선 서비스와 유의한 관계가 있는 것으로 나타남.
- 입원서비스는 가족의 연령이 46~59세인 집단에서는 입원서비스가 필요하다는 응답이 51.2%로 나타나 상대적으로 입원서비스 욕구가 높았음.
- 보건소나 정신보건센터의 가정방문서비스는 평균 68.7%가 필요하다고 응답하였으나 가족의 연령이 45세 이하인 집단 74.2%, 46~59세 집단 78.2%인데 비해 60대 집단에서는 64.2%, 70대 이상 집단 58.5%로 가족연령이 높을수록 가정방문서비스에 대한 욕구는 낮았음.
- 취업알선 서비스에 대한 욕구를 살펴보면 평균 72.2%가 필요하다고 응답하였는데 가족이 45세 이하 연령인 경우 72.2%, 46~59세 집단 82.4%, 60대 집단 69.8%, 70대 이상 집단 62.9%로 가족의 연령이 60대 이상인 경우 정신장애인을 위한 취업알선서비스 욕구는 낮았음.

□ 가족의 특성과 정신장애인 보호유형 선호

- 가족의 일반적 특성에 따라 가족이 선호하는 정신장애인보호유형에 차이가 있는지 알아보기 위해 교차분석을 실시한 결과 가족의 성별, 소득보장유형, 소득수준, 가족 관계에 따라 선호하는 정신장애인 보호유형에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타남. 그러나 연령, 학력, 의료보자유형과는 유의미한 관계가 없었음.
- 가족의 성별에 따라서는 가족이 여성일 경우 정신장애인을 가정과 가까운 주거시설에 보호하는 대안에 대한 응답비율이 27.2%로 남성인 경우보다 높았으며, 가족이 남성일 경우 정신장애인을 정신요양시설이나 정신병의원에 입원시켜 보호하는 대안에 대한 선호가 보다 높은 것으로 나타남.

<표 20> 가족의 성별과 정신장애인 보호유형 선호

	정신장애인에 대한 보호유형 선호						X ²	P
	가정에서 함께 생활	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계		
여성	241	103	13	12	10	379	14.062	.007
	63.6%	27.2%	3.4%	3.2%	2.6%	100.0%		
남	138	39	20	10	6	213		
	64.8%	18.3%	9.4%	4.7%	2.8%	100.0%		
전체	379	142	33	22	16	592		
	64.0%	24.0%	5.6%	3.7%	2.7%	100.0%		

- 가족의 소득보장유형이 국민기초생활보장 일반 수급과 조건부 수급 가족의 경우 정신장애인을 가정에서 보호하는 대안에 대한 응답이 각각 70.2%, 75.0%로 일반가구(61.9%)보다 높았음. 일반가구의 경우 정신장애인을 가정과 가까운 주거시설에서 생활하게 하는 대안에 대한 응답이 27.4%로 일반 수급가구(20.2%)에 비해 높게 나타남.

<표 21> 가족의 소득보장유형과 정신장애인의 보호유형 선호

	정신장애인에 대한 보호유형 선호						X ²	P
	가정에서 함께 생활	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계		
일반 수급가구	139	40	6	9	4	198	29.923	.003
	70.2%	20.2%	3.0%	4.5%	2.0%	100.0%		
조건부 수급가구	21	3	1	2	1	28		
	75.0%	10.7%	3.6%	7.1%	3.6%	100.0%		
국가유공자	15	5	4	4	2	30		
	50.0%	16.7%	13.3%	13.3%	6.7%	100.0%		
일반가구	197	87	20	5	9	318		
	61.9%	27.4%	6.3%	1.6%	2.8%	100.0%		
전체	372	135	31	20	16	574		
	64.8%	23.5%	5.4%	3.5%	2.8%	100.0%		

- 가족의 소득수준이 낮을수록 가정에서 함께 생활하는 대안에 대한 응답이 높았으며, 가족의 소득수준이 높을수록 가정과 가까운 주거시설에서 생활하게 하는 대안에 대한 응답이 높게 나타남.

<표 22> 가족의 소득수준과 정신장애인 보호유형 선호

	정신장애인에 대한 보호유형 선호						X2	P
	가정에서 함께 생활	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계		
~99만원	157	38	8	9	6	218	27.708	.006
	72.0%	17.4%	3.7%	4.1%	2.8%	100.0%		
100~199만원	94	32	9	7	4	146		
	64.4%	21.9%	6.2%	4.8%	2.7%	100.0%		
200~299만원	53	21	5	2	1	82		
	64.6%	25.6%	6.1%	2.4%	1.2%	100.0%		
300만원~	32	29	9	2	1	73		
	43.8%	39.7%	12.3%	2.7%	1.4%	100.0%		
전체	336	120	31	20	12	519		
	64.7%	23.1%	6.0%	3.9%	2.3%	100.0%		

- 가족관계는 가족이 부모인 경우 정신장애인을 가정에서 보호하겠다는 응답이 67.4%로 부모가 아닌 가족(54.7%)에 비해 높았음. 가족이 부모가 아닌 경우 정신장애인을 가정과 가까운 주거시설에서 보호하겠다는 응답은 34.2%로 부모인 경우(20.3%)에 비해 높았음.

<표 23> 가족관계와 정신장애인에 대한 보호유형 선호

	정신장애인에 대한 보호유형 선호						X ²	P
	가정에서 함께 생활	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계		
기타	88	55	11	6	1	161	16.508	.002
	54.7%	34.2%	6.8%	3.7%	.6%	100.0%		
부모	289	87	22	16	15	429		
	67.4%	20.3%	5.1%	3.7%	3.5%	100.0%		
전체	377	142	33	22	16	590		
	63.9%	24.1%	5.6%	3.7%	2.7%	100.0%		

- 가족의 특성에 따른 정신장애인의 장기보호계획은 가족의 연령은 주거계획과 유의미한 관계가 있었으며, 가족의 학력은 재정계획, 주거계획, 신변보호계획(치료과정에서 보호자 역할)과 유의미한 상관관계가 있었음. 가족의 의료보장유형과는 정신장애인에 대한 재정계획과 신변보호계획에 유의미한 상관관계가 나타났으며, 가족과 정신장애인의 관계유형은 정신장애인의 재정계획, 주거계획과 유의미한 상관관계가 있었음.
- 가족의 연령에 따라 ‘보호자가 건강상의 이유나 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 돌볼 수 없을 때 정신질환이 있는 자녀는 어디서 생활할 예정입니까?’라는 질문에 대해 유의한 응답의 차이가 있는지 분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 60대 집단과 70대 이상집단의 경우 부모가 마련한 주택에서 생활할 것이라는 응답이 높은 반면 60대 미만인 집단에서는 정신요양시설이나 사회복지생활시설 입소에 대한 응답비율이 높게 나타남.
- 정신장애인의 가족이 부모가 아닌 경우 재정계획에서 ‘어떻게 해야할지 잘 모르겠다’와 ‘국민기초생활보장급여 수급’에 대한 응답비율이 높았음.

<표 24> 가족관계와 재정 계획

	어떻게 해야할지 잘 모르겠다	유산	형제가 부양	기초생활 보장급여	취업	기타	합계	X ²	P
부모	146	54	27	157	37	10	431	11.800	.038
	33.9%	12.5%	6.3%	36.4%	8.6%	2.3%	100.0%		
기타	48	8	18	67	16	4	161		
	29.8%	5.0%	11.2%	41.6%	9.9%	2.5%	100.0%		
전체	194	62	45	224	53	14	592		
	32.8%	10.5%	7.6%	37.8%	9.0%	2.4%	100.0%		

- 정신장애인의 가족이 부모인 경우 주거계획에서 ‘부모가 마련한 주택에서 스스로 생활’하는 대안에 대한 응답이 높았고, 부모가 아닌 경우에는 ‘정신요양시설 입소 등 사회복지시설에 입소할 계획’이라는 응답이 높았음.

<표 25> 가족관계와 주거 계획

	어떻게 해야할지 잘 모르겠다	부모가 마련한 주택	형제의 집	친척의 집	정신요 양시설 입소 등	정신의료 기관입원	기타	합계	X ²	P
부모	167	111	45	7	78	5	19	432	26.992	.000
	38.7%	25.7%	10.4%	1.6%	18.1%	1.2%	4.4%	100%		
기타	50	18	21	1	47	2	15	154		
	32.5%	11.7%	13.6%	.6%	30.5%	1.3%	9.7%	100%		
전체	217	129	66	8	125	7	34	586		
	37.0%	22.0%	11.3%	1.4%	21.3%	1.2%	5.8%	100%		

- 정신장애인의 특성에 따른 가족의 서비스 욕구
- 정신장애인의 특성 중 정신장애인의 성별은 남성인 경우 직업재활서비스 욕구가 필요하다는 응답이 유의미하게 높았음. 정신장애인의 연령이 낮을수록 직업재활훈련, 취업알선서비스 욕구가 유의미하게 높았음.

- 정신장애인이 평가한 증상수준이 높을수록 가족들은 정신병원 입원, 정신요양시설 입소 등 장기요양보호, 정기적 외래치료, 정신건강관리교육 욕구를 높게 지각하고 있었음.

<표 26> 정신장애인의 증상과 가족의 서비스 욕구

	증상	N	Mean	Std. Deviation	t	P
정신병원 입원	증상 낮음	242	2.1488	.85613	-1.651	.099
	증상 높음*	235	2.2723	.77507		
정신요양 시설입소	증상 낮음	242	1.9835	.77281	-2.064	.040
	증상 높음	235	2.1319	.79773		
정기적 외래치료	증상 낮음	242	2.5413	.83514	-1.727	.085
	증상 높음	235	2.6723	.82112		
정신건강 관리교육	증상 낮음	242	3.0950	.67809	-1.905	.057
	증상 높음	235	3.2128	.67102		

* 정신장애인의 증상이 5점 척도에서 평균 2.30 보다 높은 집단. 2.30은 ‘약간 어려움(2)과 ‘중간정도’ 어려움(3) 사이의 증상수준을 의미함.

- 정신장애인이 스스로 평가한 기능이 낮을수록 가족들은 정신장애인에게 입원치료, 요양보호, 주거시설훈련, 사회재활훈련, 가정방문, 활동보조서비스에 대한 욕구가 유의미하게 높았음.
- 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 낮을수록 입원치료, 요양시설입소 등을 통한 장기보호, 주거시설입소를 통한 독립생활훈련, 정신건강관리교육, 사회재활훈련, 가정방문서비스, 활동보조서비스 등에 대한 욕구가 유의미하게 높았음.

<표 27> 가족이 평가한 정신장애인의 기능과 가족의 서비스 욕구

	가족이 평가한 정신장애인 기능	N	Mean	Std. Deviation	t	P
입원치료	가족평가 저기능	226	2.3496	.83102	3.987	.000
	가족평가 고기능*	268	2.0522	.81940		
요양보호	가족평가 저기능	226	2.2345	.83419	5.076	.000
	가족평가 고기능	268	1.8769	.71090		
주거시설훈련	가족평가 저기능	226	2.7876	.78826	4.995	.000
	가족평가 고기능	268	2.4179	.85502		
정신건강관리 교육	가족평가 저기능	226	3.2478	.70592	3.069	.002
	가족평가 고기능	268	3.0597	.64490		
사회재활훈련	가족평가 저기능	226	3.3496	.64424	3.611	.000
	가족평가 고기능	268	3.1306	.69355		
가정방문	가족평가 저기능	226	3.1106	.73101	4.452	.000
	가족평가 고기능	268	2.8060	.78828		
활동보조	가족평가 저기능	226	2.8319	.80446	5.814	.000
	가족평가 고기능	268	2.4030	.83122		

* 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 평균 2.3970보다 높은 집단. 3점 척도에서 2.3970은 ‘부분적인 도움이 필요함’(2)과 ‘스스로 할 수 있음’(3) 사이의 기능수준임.

□ 정신장애인의 특성과 가족의 정신장애인 보호유형 선호

- 정신장애인의 특성 중 가족의 정신장애인에 대한 보호유형 선호와 유의미한 관계가 있는 것은 정신장애인이 스스로 평가한 일상생활기능과 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능, 정신장애인의 지역사회재활서비스 이용상태였음.
- 정신장애인이 스스로 평가한 일상생활기능이 높을수록 가족들은 가정에서 함께 생활하며 보호하는 유형을 선호하였으며, 기능이 낮은 경우 가정과 가까운 주거시설에서 보호하는 유형에 대한 선호가 상대적으로 높았음.
- 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 높은 경우 가족들은 정신장애인을 가정에서 보호하겠다는 응답이 70.7%로 높게 나타난 반면 정신장애인의 기능이 낮은

경우 가정에서 보호하겠다는 응답은 54.8%로 보다 낮은 수준이었고, 가정과 가까운 주거시설에서 보호하겠다는 응답이 29.4%로 상대적으로 높게 나타남.

<표 28> 가족이 평가한 정신장애인 기능과 가족의 보호유형 선호

	가정에서 보호	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계	X ²	P
저기능	138	74	23	11	6	252	20.407	.000
	54.8%	29.4%	9.1%	4.4%	2.4%	100.0%		
고기능*	210	60	9	8	10	297		
	70.7%	20.2%	3.0%	2.7%	3.4%	100.0%		
전체	348	134	32	19	16	549		
	63.4%	24.4%	5.8%	3.5%	2.9%	100.0%		

* 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 평균 2.3970보다 높은 집단.

- 정신장애인의 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 경우 가족들은 정신장애인을 가정에서 보호하겠다는 응답이 72.2%로 지역사회재활서비스 이용 정신장애인의 가족(60.2%)보다 높았음. 이에 비해 정신장애인이 지역사회재활서비스를 이용하는 경우 가족들은 가정과 가까운 주거시설에서 정신장애인이 생활하도록 하는 대안에 대한 응답이 27.7%로 지역사회재활서비스 미이용 정신장애인의 가족(16.0%)보다 높게 나타남.

<표 29> 정신장애인의 지역사회재활서비스 이용과 가족의 보호유형 선호

	가정에서 함께 생활	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설 입소	정신병의원 입원	기타	합계	X ²	P
미이용	135	30	10	7	5	187	10.069	.039
	72.2%	16.0%	5.3%	3.7%	2.7%	100.0%		
이용	244	112	23	15	11	405		
	60.2%	27.7%	5.7%	3.7%	2.7%	100.0%		
전체	379	142	33	22	16	592		
	64.0%	24.0%	5.6%	3.7%	2.7%	100.0%		

□ 정신장애인의 특성과 가족의 장기보호계획 비교

- 정신장애인이 평가한 일상생활기능이 높은 경우 가족들이 정신장애인의 장기보호계획에 대해 정신장애인 본인과 협의하는 비율은 27.9%로 정신장애인의 기능이 낮은 경우(18.8%)보다 상대적으로 높게 나타남.
- 정신장애인이 평가한 일상생활기능이 높은 정신장애인의 가족들은 장기보호계획과 관련하여 소득보장(40.3%), 신변보호(21.1%) 순으로 가족의 염려가 높았으나 기능이 낮은 정신장애인의 가족들은 신변보호(21.1%), 소득보장(21.1%), 정신건강관리(21.1%)에 대해 염려하는 응답비율이 동일한 수준이었음.

<표 30> 정신장애인이 평가한 기능과 장기보호계획 염려

	주택 마련	소득 보장	정신건강 관리	재산 관리	신변 보호	기타	합계	X ²	P
저기능	28	62	61	7	63	18	239	16.226	.006
	11.7%	25.9%	25.5%	2.9%	26.4%	7.5%	100.0%		
고기능*	38	126	66	7	66	10	313		
	12.1%	40.3%	21.1%	2.2%	21.1%	3.2%	100.0%		
전체	66	188	127	14	129	28	552		
	12.0%	34.1%	23.0%	2.5%	23.4%	5.1%	100.0%		

*정신장애인이 평가한 일상생활기능 평균 2.58 보다 높은 집단.

- 정신장애인의 기능이 낮은 집단에서는 ‘어떻게 해야할지 잘 모르겠다’는 응답이 (41.9%)과 정신요양시설 입소(23.7%)에 대한 응답이 높았음. 이에 비해 정신장애인의 기능이 높은 집단의 경우 ‘어떻게 해야할지 잘 모르겠다(35.0%), 부모가 마련해 준 주택에서 생활하도록 한다(26.9%)는 응답이 높았음.
- 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 높은 경우 가족들은 장기보호계획에 대해 정신장애인 본인과 협의하는 비율(고기능 28.0%, 저기능 17.8%)이 상대적으로 높았음. 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 높은 경우 소득보장에 대한 염려(38.6%)가 높았으나 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 낮은 경우 소득보장과 신변보호에 대해 염려한다는 응답이 28.5%, 26.5%로 비슷하였음.
- 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 낮은 경우 가족들은 재정계획과 관련하여 ‘어

떻게 해야할지 잘 모르겠다'는 응답(40.7%), 기초생활보장급여 수급(38.3%)에 대한 응답이 높았으나 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 높은 경우 가족들은 기초생활보장급여(36.4%)와 함께 유산을 증여하는 방안(13.5%)을 대안으로 고려하는 비율이 높았으며 '어떻게 해야할지 잘 모르겠다'(28.3%)는 응답은 상대적으로 낮았음.

- 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 낮은 경우 가족들은 주거계획과 관련하여 '어떻게 해야할지 잘 모르겠다'는 응답이 41.3%로 높았으며, 정신요양시설 입소에 대해서도 27.4%의 높은 응답을 보였으나 가족이 평가한 정신장애인의 기능이 높은 경우 가족들은 부모가 마련해 준 주택에서 생활하는 대안에 대한 응답이 상대적으로 더 높았음.

<표 31> 가족이 평가한 정신장애인의 기능과 주거계획

	어떻게 해야할지 잘 모르겠다.	부모가 마련 해 준 주택	형제의 집	친척의 집	정신요양 시설 입소 등	정신의료 기관입원	기타	합계	X ²	P
저기능	104	35	26	2	69	3	13	252	24.043	.001
	41.3%	13.9%	10.3%	.8%	27.4%	1.2%	5.2%	100.0%		
고기능*	99	84	34	5	49	4	18	293		
	33.8%	28.7%	11.6%	1.7%	16.7%	1.4%	6.1%	100.0%		
전체	203	119	60	7	118	7	31	545		
	37.2%	21.8%	11.0%	1.3%	21.7%	1.3%	5.7%	100.0%		

* 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 평균 2.3970보다 높은 집단.

□ 정신장애인과 가족의 인식비교

- 정신장애인의 기능수준에 대해 정신장애인보다 가족들은 전반적으로 정신장애인의 기능을 더 낮게 평가하는 것으로 나타났으며, 그 차이는 통계적으로도 유의미하였음.
- 정신의료서비스 이용 중 불편사항에 대해 정신장애인이나 가족 모두 '치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속할지 의문이다'라는 응답이 가장 많았으며, 두 번째로 많이 응답한 불편사항은 정신장애인은 정신질환자로 알려지는 것에 대한 우려가 높았으며, 가족들은 정신과 약물 부작용에 대한 응답이 높았음.

- 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 지역사회재활서비스를 이용하는데 있어 가장 불편한 요소에 대해 정신장애인들은 ‘재활서비스기관을 이용하는 동안 주위사람들에게 환자가 정신질환자임이 알려질까 두렵다’ 17.1%, ‘재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다’ 15.7%, ‘재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다’ 15.7% 순으로 빈도가 높았음. 이에 비해 가족들은 ‘장기적으로 환자를 어떻게 보호해야할지 걱정이다’ 26.0%, ‘재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다’ 11.5%, ‘재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다’ 11.2%로 응답빈도가 높았음.
- 서비스 욕구에 대해 정신장애인과 가족을 비교한 결과 정신장애인은 입원치료서비스에 대한 욕구는 가족보다 유의미하게 낮았으며, 가족들은 주거시설입소와 독립생활훈련, 정기적인 외래치료, 정신건강관리교육, 사회재활훈련, 직업재활훈련, 가정방문서비스, 활동보조서비스, 취업알선 서비스에 대한 욕구가 정신장애인보다 유의미하게 높았음.
- 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인과 가족들에 대한 욕구비교분석 결과 정신장애인은 가족들보다 입원치료서비스에 대한 욕구가 유의미하게 높았으며, 가족들은 정신장애인보다 주거시설입소와 독립생활훈련, 취업준비훈련, 취업알선서비스에 대한 욕구가 유의미하게 높았음. 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인과 가족들의 욕구를 비교분석한 결과 가족들은 정신장애인보다 정신요양시설입소, 주거시설입소와 독립생활훈련, 정신건강관리교육, 사회재활서비스, 직업재활훈련, 가정방문서비스, 활동보조서비스, 취업알선 서비스에 대한 욕구가 유의미하게 높았음.

<표 32> 치료 및 재활서비스에 대한 두 집단의 욕구 비교

서비스 유형	정신장애인		가족		t	p
	M	SD	M	SD		
정신과 병원에 입원하여 치료받음	2.34	.93	2.21	.82	2.611	.009
정신요양시설에서 입소하여 장기간 보호받음	1.99	.85	2.07	.79	-1.776	.076
주거시설에 입소하여 독립적으로 생활할 수 있도록 훈련받음	2.39	.91	2.62	.85	-4.702	.000
정기적으로 정신과 병원을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용함	3.29	.72	3.33	.61	-1.038	.300

서비스 유형	정신장애인		가족		t	p
	M	SD	M	SD		
스스로 정신건강을 관리할 수 있도록 약물복용, 증상관리 등에 대해 교육 받음	3.02	.77	3.16	.68	-3.456	.001
재활센터(보건소/정신보건센터/사회복지시설)에 나가 여가활동, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대해 상담, 교육, 훈련을 받음	3.10	.75	3.23	.68	-3.206	.001
직업을 가질 수 있도록 교육과 훈련을 받음	3.05	.79	3.29	.73	-5.874	.000
간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루일과 관리, 외출과 이동)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육을 제공	2.83	.81	2.95	.79	-2.920	.004
일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자	2.52	.88	2.62	.85	-2.090	.037
취업알선을 받음(일자리를 소개 받음)	2.94	.89	3.11	.76	-4.028	.000
정신장애인에게 필요한 치료 및 재활서비스(전체 평균)	2.73	.53	2.83	.45	-3.471	.001

* 전혀 필요 없음 1, 필요 없음 2, 필요함 3, 매우 필요함 4

- 정부의 서비스와 정책적 지원에 대한 정신장애인과 가족의 욕구를 비교분석한 결과 전체 항목 모두에서 정신장애인보다 가족의 욕구수준이 유의미하게 높게 나타남.

<표 33> 정부의 정책적 지원에 대한 욕구 비교

정부의 서비스 및 지원유형	정신장애인		가족		t	p
	M	SD	M	SD		
정신장애인이 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)	3.49	.68	3.69	.50	-6.312	.000
정신장애인이 지역사회에서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적인 지도 및 교육	3.32	.71	3.54	.60	-6.255	.000

정부의 서비스 및 지원유형	정신장애인		가족		t	p
	M	SD	M	SD		
신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원	3.31	.74	3.56	.57	-7.231	.000
정신장애인이 정규교육과정에서 학습하는데 필요한 지원(입학 특별전형, 수학 및 졸업관련 규정 완화, 교육비 지원 등)	3.14	.80	3.29	.68	-3.808	.000
정신장애인의 임대주택 입주에 대한 기회확대 및 주거 비용지원	3.35	.74	3.53	.60	-5.065	.000
정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동(각종 홍보, 정신장애인 인권보호에 대한 교육, 차별법률 개정)	3.32	.74	3.49	.60	-4.713	.000
정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 무료 변론 등	3.18	.78	3.37	.67	-4.928	.000
정신장애인의 재산관리나 법률행위에 대한 후견인 지원(성년후제도)	3.11	.77	3.28	.72	-4.372	.000
정신장애인을 위한 성상담 및 결혼상담	3.05	.85	3.22	.73	-4.058	.000
정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원 서비스	3.17	.82	3.32	.73	-3.546	.000
정신장애인 및 정신장애인가족을 위한 자조 집단 지원확대(정신장애인권익옹호단체, 정신보건가족협회 등에 대한 지원)	3.21	.75	3.36	.68	-3.942	.000
정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회확대(어느기관에서나 이용할 수 있는 서비스 이용증서 제공)	3.26	.73	3.46	.59	-5.774	.000
필요한 정책의 평균총점	3.24	.58	3.42	.46	-6.343	.000

* 전혀 필요 없음 1, 필요없음 2, 필요함 3, 매우 필요함 4

- 정신장애인이 선호하는 생활유형과 가족이 선호하는 정신장애인 보호유형을 교차분석한 결과 선호유형이 일치하는 사례는 가정에서 생활 289명, 가정과 가까운 주거시설에서 생활 등 지역사회에서의 독립주거 32명, 정신요양시설 및 정신병원 입원 4명 등 총 325명으로 유효 응답의 약 55.7%로 나타남. 정신장애인과 가족의 선호유형이 불일치하는 사례는 정신장애인이 가정에서 생활하기를 희망하나 가족은 가까운 주거시설에서 보호하기를 원하는 사례가 16.3%였으며, 정신장애인은 가정에서 생활을 희망하나 가족은 정신요양시설 입소나 정신병원입원을 선호하는 경우는 6.2%로 나

타남. 가족이 가정에서 정신장애인을 보호하기 원하는 총 375명의 정신장애인 중 18.4%(총유효 응답의 11.8%)는 가정과 가까운 주거시설에서 생활하거나 가족과 떨어져 독립적인 생활을 희망하는 것으로 나타남. 또한 가족이 정신장애인을 정신요양 시설에 입소시키거나 정신병원에 입원시키기를 희망하는 사례 55명 중 92.7%에 달하는 총 51명(유효응답의 8.7%)의 정신장애인은 가정에서 생활하거나 지역사회의 주거시설 등에서 독립생활을 희망하는 것으로 나타남.

<표 34> 정신장애인의 생활유형 선호와 가족의 보호유형 선호

			가족이 선호하는 보호유형					합계	X ²	P	
			가정	가정과 가까운 주거시설	정신요양 시설	정신병의원 입원	기타				
장애인 이 선호하는 생활유형	가족과 생활	빈도	289	95	22	14	8	428	21.323	.046	
		전체 유효 %	49.6	16.3	3.8	2.4	1.4	73.4			
	주거시설 및 독립주거	빈도	69	32	10	5	6	122			
		전체 유효 %	11.8	5.5	1.7	.9	1.0	20.9			
	시설보호 (병원 및 요양시설)	빈도	7	5	1	3	1	17			
		전체 유효 %	1.2	.9	.2	.5	.2	2.9			
	기타	빈도	10	5	0	0	1	16			
		전체 유효 %	1.7	.9	.0	.0	.2	2.7			
	전체		빈도	375	137	33	22	16			583
			전체 유효 %	64.3	23.5	5.7	3.8	2.7			100.0

- 정신장애인과 가족의 사회적 편견에 대한 인식을 비교한 결과 가족은 전체 항목 모두에서 정신장애인보다 유의미하게 편견인식수준이 높았음.

6. 가족의 보호부담, 서비스 욕구, 보호유형 영향요인 분석

- <표 35>와 같이 가족의 보호부담에 유의미한 영향을 미치는 요인은 정신장애인의 증상, 정신장애인의 일상생활기능, 가족의 편견, 가족이 경험하는 문제, 정신장애인으로부터의 폭력경험 등으로 나타남. 정신장애인의 증상이 심각할수록, 정신장애인의 기능이 낮을수록, 가족의 편견이 높을수록, 가족이 경험하는 생활상의 문제들이 심각할수록 가족이 지각하는 객관적인 보호부담은 높아지는 것으로 나타남. 또한 가족이 정신장애인으로부터 폭력을 당한 경험이 있는 경우 객관적 보호부담은 유의하게 높게 나타남.
- 가족의 정신장애인에 대한 태도에 영향을 미치는 요인에 대해 회귀분석을 실시한 결과 정신장애인의 기능이 높을수록, 가족의 학력이 높을수록 정신장애인에 대한 가족의 태도는 긍정적이었음. 또한 가족의 성별이 남성인 경우, 가족이 경험하는 일상적인 문제가 심각한 경우, 가족이 지난 1년 동안 가족지원서비스를 이용한 경험이 많을수록, 가족이 객관적인 보호부담을 많이 지각할수록 정신장애인에 대한 태도는 부정적인 것으로 나타남.

<표 35> 정신장애인 가족의 보호부담에 영향을 미치는 요인

	장애인요인 모델(N=446)			가족요인 모델(N=400)			통합모델(N=342)		
	Beta	t	VIF	Beta	t	VIF	Beta	t	VIF
상수		6.761***			-4.210***			-0.249	
장애인성별	-0.024	-0.597	1.003				-0.003	-0.084	1.011
장애인연령	.026	.629	1.039				.061	1.183	1.652
장애인학력	.045	1.088	1.036				.019	.459	1.112
증상	.222	5.248***	1.081				.189	4.531***	1.098
기능	-0.424	-10.034***	1.074				-0.289	-6.563***	1.227
정신재활시설 이용	-0.006	-0.149	1.038				-0.061	-1.443	1.117
가족성별				.018	.433	1.118	.003	.075	1.120
가족연령				-0.067	-1.175	2.016	-0.058	-0.854	2.865
가족학력				.040	.773	1.646	.042	.818	1.682
소득				.090	1.761	1.611	.095	1.847	1.669

	장애인요인 모델(N=446)			가족요인 모델(N=400)			통합모델(N=342)		
편견				.128	3.010**	1.119	.107	2.495*	1.151
가족의 문제				.514	10.962***	1.357	.391	8.046***	1.493
가족지원 서비스 이용				.070	1.723	1.030	.035	.860	1.040
부모				.033	.625	1.726	.036	.562	2.517
폭력경험				.163	3.893***	1.088	.121	2.862**	1.120
R ²	.271			.369			.483		
Dubin-Watson	2.023			1.966			2.031		
F	27.162***			25.323***			20.313***		

- 입원서비스 필요도에 영향을 미치는 요인을 회귀분석한 결과 첫째, 정신장애인이 정신재활기관을 이용하는 경우 입원서비스 필요도는 유의미하게 낮았음. 둘째, 가족이 남성인 경우 정신장애인에게 입원서비스 필요도는 높았음. 셋째, 가족의 학력이 높은 경우 입원서비스 필요도는 낮았음. 넷째, 가족이 사회의 편견을 높이 지각하는 경우 입원서비스 필요도가 낮았음. 다섯째, 가족의 정신장애인에 대한 태도가 긍정적일수록 입원서비스 필요도는 낮았음. 또한, 가족지원서비스 이용경험이 많을수록 입원서비스 필요도는 높았음. 가족지원서비스 이용경험이 높은 경우 가족의 보호부담이 높았던 점을 고려한다면 가족지원서비스를 이용한 경험이 많았다는 것은 가족의 보호부담이 높아 입원서비스 필요성을 높이 지각하는 게 아닌가 사료됨.
- 정신요양시설입소 등 요양보호서비스 필요도에 영향을 미치는 요인을 회귀분석한 결과 첫째, 가족의 성별이 여성일수록 요양시설보호가 필요하다는 응답이 낮게 나타남. 둘째, 가족의 학력이 높을수록 요양시설보호가 필요하다는 응답이 낮게 나타남. 셋째, 가족의 정신장애인에 대한 태도가 긍정적일수록 요양시설보호가 필요하다는 응답은 낮았음. 넷째, 가족의 정신장애인에 대한 사회의 편견인식이 높을수록 요양시설보호가 필요하다는 응답은 낮았음. 또한 지난 1년간 가족지원서비스 이용경험이 높을수록 요양시설보호가 필요하다는 응답은 높게 나타남.
- 주거시설입소와 독립생활훈련 필요도에 영향을 미치는 요인을 회귀분석한 결과 첫째, 정신장애인의 증상이 심각할수록 독립주거훈련에 대한 가족의 욕구는 높게 나타남. 둘째, 가족이 평가한 정신장애인의 일상생활기능이 높을수록 주거시설을 활용한 독립주거훈련에 대한 욕구는 낮았음. 셋째, 가족의 소득수준이 높을수록 독립주거훈

련에 대한 욕구는 높았음. 넷째, 가족이 인식한 정신장애인에 대한 보호부담이 높을수록 독립주거훈련에 대한 욕구는 높았음. 다섯째, 가족의 정신장애인에 대한 태도가 긍정적일수록 독립주거훈련에 대한 욕구는 낮았음.

- 정신장애인을 위한 활동보조서비스에 대한 가족의 욕구에 영향을 미치는 요인을 회귀분석한 결과 정신장애인의 일상활동기능이 낮다고 평가하는 가족일수록 활동보조서비스에 대한 욕구는 높았으며, 지난 1년 동안 가족지원서비스를 이용한 경험이 많은 가족일수록 정신장애인을 위한 활동보조서비스에 대한 욕구는 높았음.
- <표 36>과 같이 가족이 정신장애인을 가정에서 함께 생활하며 보호하겠다는 대안을 선택하는데 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 첫째, 정신장애인이 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 정신재활시설을 이용하는 경우 가족이 정신장애인을 가정에서 보호할 확률은 46.9% 감소하였음. 둘째, 가족이 정신장애인으로부터 폭력을 당한 경험이 있을 경우 가정보호를 선택할 가능성은 55.7% 감소하였음. 셋째, 가족의 보호부담이 한 단위 증가할수록 가정보호를 선택할 확률은 11.3% 감소하였음. 넷째 정신장애인에 대한 가족의 긍정적 태도가 평균 1점 상승할 때 가정보호를 선택할 확률은 84.2% 증가하였음. 지역사회재활서비스를 이용할 경우 오히려 가정보호를 선택할 확률이 46.9%나 감소하는 것은 지역사회보호(가정보호와 주거시설입소를 통한 보호)를 선택한 가족들의 지역사회재활서비스 이용으로 인해 가정보호와 유사한 환경을 제공하는 주거시설 입소 및 독립생활훈련서비스에 대한 욕구가 가족의 욕구가 상승하기 때문으로 보임.

<표 36> 정신장애인의 가정보호 선택에 영향을 미치는 요인

(N=324)

	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)
장애인성별(남성 1, 여성 0)	-.214	.266	.645	.422	.807
장애인연령	.022	.019	1.370	.242	1.023
장애인학력	.041	.046	.801	.371	1.042
증상	.104	.166	.394	.530	1.110
기능	-.075	.327	.052	.819	.928
정신재활시설이용	-.633	.304	4.338	.037	.531
가족성별(남성 1,여성 0)	.145	.295	.242	.623	1.156
가족연령	-.016	.017	.921	.337	.984
가족학력	-.058	.038	2.330	.127	.944
가족소득	-.002	.002	.947	.331	.998
가족의 편견	.095	.157	.368	.544	1.100
가족의 문제	.472	.268	3.092	.079	1.603
가족지원서비스 이용	-.007	.062	.014	.905	.993
가족관계(부모 1,기타 0)	.628	.457	1.895	.169	1.875
폭력경험	-.814	.354	5.296	.021	.443
가족부담	-.120	.049	6.065	.014	.887
가족의 장애인에 대한 태도	.611	.245	6.217	.013	1.842
상수	-1.861	1.978	.885	.347	.156
예측율	69.8%				
Model X ²	49.045(df=17, p<.001)				
Cox & Snell R ²	.140				
Nagelkerke R ²	.195				

7. 질적연구 분석결과

1) 정신장애인의 경험

- 사회적 편견에 대해 정신장애인들은 스스로 주위의 시선에 민감해지며, 가족과 친척들의 편견으로 힘든 경험을 하고 있는 것으로 나타남.
- 정신장애인으로서 살아가는데 있어 힘든 점은 사회와 가족의 편견과 차별을 경험하는 것과 관련 있으며, 자신의 병이 알려지는 것에 대한 두려움과 가족과의 갈등을 두려워하고 있었음.
- 정신장애등록을 하게 된 것은 가족이 일방적으로 등록하는 경우와 정신장애인 본인과 협의를 거쳐 등록하는 사례가 각각 존재하였으며, 장애등록은 금전적 혜택을 위해 하게 되며, 장애등록을 하지 않는 이유는 정신장애인에 대한 편견 때문이었음.
- 정신보건센터나 사회복지시설 등을 이용하게 되는 것은 본인의 노력보다는 부모의 권유 혹은 정신보건센터나 병원에 비치된 홍보물 통해 정보를 얻어 등록하게 됨.
- 지역사회재활서비스를 제공하는 기관을 이용하지 않는 이유는 불규칙적 수면습관, 거리가 멀거나 수면부족, 기관에 나가기 위해 아침에 준비하는 시간이 많이 소요되기 때문으로 나타남. 지역정신보건기관 이용시 불편한 점은 다른 정신장애인과 마찰, 대중교통불편, 시설장비의 노후함 등으로 나타남.
- 지역정신보건기관 이용으로 얻은 유익한 점은 대인관계를 할 수 있으며 병에 대한 이해가 향상되어 자신감을 얻게 된다는 점 등으로 나타남.
- 정신장애인을 위해 기대하는 서비스나 정책은 사회적 편견해소, 직업재활, 재활시설 확충 및 교통수단의 확충으로 나타남.
- 정신장애인과 가족과의 관계에서 마찰은 정신과 증상으로 인한 폭력적 행동, 금전문제, 다른 형제자매와 비교를 당하는 경우 마찰이 촉발되는 것으로 나타남.

2) 가족의 경험

- 가족이 경험하는 고통은 정신장애진단시의 충격, 꾸준한 약물치료에도 불구하고 병이 호전되지 않아 경험하는 두려움, 치료과정의 약물부작용, 발병에 대한 가족의 죄책감, 가족이 나이 들어 감에 따라 정신장애자녀의 장래보호문제 등과 관련 있었음.
- 가족들은 정신장애인이 보험에 가입하지 못하거나 운전면허 자격을 제한받는 등의

경험으로 인해 사회의 편견을 경험하는 것으로 나타남. 편견을 지각하는 가족들은 주위에 자녀의 정신장애에 대해 밝히기를 두려워하는 반응으로 나타남.

- 가족들이 정신장애등록을 하게 되는 것은 금전적 혜택 때문으로 나타났으며, 전화요금, 가스요금, 통신요금, 지하철요금, 장애인차량구입 등의 혜택을 활용하고자 장애인으로 등록하는 것으로 나타남.
- 가족들이 기대하는 정부의 지원과 정책은 정신장애인의 일상생활을 보조하는 활동도우미 파견, 가족교육, 지역사회정신보건시설에 대한 홍보, 퇴원계획 상담, 정신장애인을 돌봄으로 직업활동을 하지 못하는 가족들을 위한 금전적 지원 등으로 나타남.

IV. 정책 제언 및 결론

1. 정신장애인과 가족의 의료 및 재활서비스 접근성 향상방안

- 본 연구의 조사에 참여한 정신장애인은 대부분 기본적인 외래치료와 약물복용을 하고 있는 것으로 나타났음. 그럼에도 치료를 받고 있는 정신장애인의 치료에 대한 지속성을 높이고, 치료를 받지 않는 정신장애인의 치료 참여를 높이기 위해서는 치료를 받지 않는 경우 의학적 치료를 통해 정신질환의 증상을 완화하고 일상생활기능을 향상시키는 것이 지역사회에서 자립적으로 살아갈 수 있는 대안임을 교육하고 인식시킬 필요가 있음. 가족과 정신장애인 모두 ‘치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속할지 의문’이라고 호소하고 있는 것은 효과적인 치료의 필요성을 시사함.
- 그러나 의학적 치료만으로 해결되지 않는 정신장애가 존재하며, 재활훈련만으로 해결되지 않는 정신장애인의 기능적 문제도 존재한다는 점을 고려할 필요가 있음. 즉, 정신장애인과 가족, 정신의료서비스 및 지역사회재활서비스를 제공하는 전문가들은 정신질환에 대한 의학적 치료뿐만 아니라 정신장애에 대해서는 정신재활훈련을 통한 정신장애인의 기능의 향상을 지원해야 함. 뿐만 아니라 정신장애인의 일상생활기능이나 직업기능이 훈련만으로 충분히 향상되지 않는 경우 일상활동이나 직업활동을 ‘지원’ 또는 ‘보조’해 주는 서비스 제공도 요구됨. 향후 지역정신보건정책의 전개 방향에 있어서도 정신질환에 대한 치료와 사례관리뿐만 아니라 정신장애에 대한 재

활과 지역사회 자립생활지원서비스의 균형적인 발전이 필요함.

- 정신장애인의 지역사회정신재활서비스 이용과 관련하여 호소하는 가장 큰 불편함이 사회적 편견에 대한 염려임을 고려할 때 지역사회 내에서 정신질환, 정신장애인, 정신의료서비스, 지역사회재활서비스, 이와 같은 서비스를 제공하는 서비스 전달기관과 전문가들에 대한 사회의 부정적 인식을 해소할 수 있는 소규모 지역사회단위에서 지방자치단체, 지역주민, 정신장애인과 가족, 서비스 전달기관과 전문가들이 함께하는 실질적인 편견개선 노력이 요구됨.
- 정신장애인과 가족이 공통적으로 호소하는 지역사회재활서비스 이용의 불편한 점은 ‘충분한 정보의 부족’임을 고려할 때 정신장애인과 가족이 쉽게 접근할 수 있는 보건소, 정신의료서비스 기관, 지방자치단체의 읍·면·동사무소, 지역사회복지기관 등을 활용하여 서비스와 서비스 전달기관을 홍보할 필요가 있음. 정신보건센터와 사회복지시설은 내방하는 정신장애인과 가족만을 대상으로 서비스를 제공하기 보다는 지역사회에 대한 책임성을 갖고 재가 정신장애인과 가족을 위한 가정방문서비스 제공을 통해 서비스에 대한 홍보, 사례관리, 지역사회재활서비스 이용을 위한 동기의 향상을 통해 보다 집중적인 지역사회재활서비스 이용으로 유도하여야 할 것임. 지역정신보건기관들 사이에는 어느 곳에서든지 정신장애인과 가족들이 그들의 개별적인 욕구에 맞는 다양한 치료 및 지역사회재활서비스 이용이 가능하도록 서비스 전달기관 사이의 통합적인 안내, 의뢰, 연계 서비스 등 서비스 접근을 촉진하는 간접적 서비스도 제공하여야 함.

2. 정신장애인의 자립생활을 위한 환경조성 및 자립생활지원서비스 확충

- 정신장애인은 가족과 함께 생활하는 것을 가장 선호하지만 지역사회에서 가족과 분리되어 독립적인 생활을 하거나 지역사회내의 소규모 주거시설에서 생활하고자 하는 욕구가 20.9%에 이르고, 가족 또한 정신장애인을 가정과 가까운 지역의 소규모 시설에서 보호하고자 하는 욕구가 23.5%에 이른다는 점을 고려할 때 지역의 소규모 주거시설서비스의 확대가 시급함. 지역의 소규모 주거시설 서비스의 확충에 있어서는 독립생활기능을 훈련하는 서비스에서부터 실질적으로 독립생활기능이 충분히 향상된 정신장애인들이 소규모 가정을 구성하여 최소한의 전문적인 원조만으로도 살아갈 수 있는 독립생활에 가까운 주거서비스에 이르기까지 다양한 주

거서비스 확충이 필요함.

- 뿐만 아니라 지역사회에서 독립적으로 살아가고자 하는 정신장애인을 위해서는 치료나 지역사회재활서비스뿐만 아니라 일상적인 활동을 보조하는 활동보조서비스나 지역사회의 자립생활에 필요한 다양한 지원을 제공하는 자립생활지원서비스의 도입과 확대가 필요함.
- 정신장애인의 지역사회통합을 위해서는 사회의 편견의 해소와 정신장애인에 대한 취업에서의 차별의 해소, 정신장애인의 이성교제·결혼·출산에 대한 욕구의 인정과 지원서비스 제공, 민간보험·운전면허·각종 자격증 취득의 차별 철폐, 정신의료서비스의 질적 수준의 제고, 사회보장과 복지서비스에 있어서 정신장애인에 대한 차별의 해소 등이 이루어져야 함. 정신장애인의 자립생활을 위해서는 직업기능을 갖춘 정신장애인의 취업에 있어서 차별의 해소와 취업기회의 확대가 필요하며, 정신장애인의 직업적 역량을 강화하는데 필요한 운전면허와 각종 자격증 취득에 대한 차별의 해소가 필요하며, 민간보험상품가입 등 삶의 질과 직결되는 영역에서 부당한 차별이 개선되어야 함. 아직까지 정신장애인 당사자에 의한 권익옹호활동이 저조한 현실을 고려할 때 국가인권위원회 및 정신보건전문가를 중심으로한 정신장애인 권익옹호노력을 통한 정신장애인의 권리옹호의 중요성이 더욱 높음.

3. 가족의 보호부담 경감을 위한 서비스 확충과 정책적 지원

- 정신장애인을 가정에서 보호하는 가족이 경험하는 객관적 보호부담과 정서적 부담감, 가족의 불충분한 보호역량을 고려할 때 가족의 보호부담을 경감시키기 위한 정책과 서비스 확충이 절실히 요구됨.
- 정신장애인을 보호하는 가족의 부담 중 가장 많은 가족들이 경험하는 어려움은 '내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려됨'(78.0%)이었으며, 지역사회재활서비스를 이용하며 가족이 경험하는 가장 큰 불편함 역시 '장기적으로 환자를 어떻게 보호해야할지 걱정이다'였음. 그러나 가족의 73.1%는 정신장애인을 위한 장기보호계획을 수립한 적이 없었으며, 소득보장, 주거, 치료과정에서 보호자 역할(신변보호)에 대한 계획에 대해 뚜렷한 대안을 찾지 못하고 있는 가족들이 30% 이상이었음. 뿐만 아니라 가족들이 현실적이라고 여기는 대안들도 소득보장계획에 대해서는 국민기초생활보장급여를, 주거계획에 대해서는 부모가 마련한 주택과 정신요양

시설입소를, 신변보호계획에 있어서는 형제에 대한 의존도가 높았음. 전체적으로 가족들의 정신장애인에 대한 장기보호계획은 불확실하며, 현실적인 대안을 찾지 못한 경우도 많지만 정신장애인을 가정에서 보호하는 것을 선호하고 있었음. 점차 가족이 노령화되어 정신장애인을 보호할 수 없게 될 것이므로 머지않아 정신장애인은 극도의 빈곤이나 불필요한 시설수용을 경험하거나 보호자가 없어 적절한 치료도 받지 못할 우려가 높음.

- 따라서 가족들이 정신장애인의 장기적인 보호를 위해 소득보장, 주거, 신변보호자에 대한 현실성 있는 계획을 수립할 수 있도록 원조하는 상담과 정보제공, 정책적 지원이 필요함.
- 한편 기능이 높고, 연령이 낮으며, 지역사회재활서비스를 이용하는 정신장애인은 직업재활서비스에 대한 욕구가 높으므로 정신장애인을 위한 직업재활서비스를 활성화하여 취업을 통해 정신장애인의 자립을 지원할 필요가 있음. 그러나 정신장애인의 기능이 낮고 증상이 높으며, 가족이 경험하는 객관적인 보호부담과 정서적 보호부담이 높으며, 가족의 경제적인 부담능력이 있는 경우 주거시설입소를 통한 보호 또는 독립생활훈련에 대한 욕구가 높으므로 이들을 위해 보다 질 높은 소규모 주거시설을 확충하여 지역사회 독립생활훈련서비스를 제공할 필요가 있음.
- 또한 현재 정신장애인의 치료과정상의 실제적인 보호자 역할에 대한 계획이 명확하게 수립되지 않은 경우가 많으며, 향후 가족이 물려준 주택에서 스스로 생활하는 것을 주거계획으로 가정하는 정신장애인과 가족이 적지 않다는 점을 고려할 때 최근 논의되고 있는 정신장애인을 위한 공공후견인제도의 도입은 정신장애인의 지역사회 보호에 있어 핵심적인 기반 서비스로 시급히 도입되어야 함.
- 가족이 호소하는 객관적 보호부담은 정신장애인의 증상, 일상생활기능, 정신장애인으로부터의 폭력 경험과 관련 있다는 점은 정신장애인을 위한 적절한 치료와 위기개입서비스, 스스로 정신건강을 관리하거나 전반적인 일상적인 생활과 관련된 기능을 향상시킬 수 있는 지역사회재활서비스의 필요성을 시사함. 따라서 정신보건센터와 사회복지시설 등의 지역사회재활서비스를 확충하고 그 질적 수준을 제고하여 정신장애인의 정신건강향상과 일상생활기능향상을 통해 가족의 보호부담을 경감시킬 수 있어야 함.
- 가족의 객관적인 보호부담은 사회의 편견에 대한 가족의 지각에 의해서도 크게 영향을 받는 것으로 나타남. 따라서 지역사회의 정신장애인에 대한 편견을 개선함으로써

써 가족들이 보다 편리하게 정신의료서비스와 지역사회재활서비스를 활용할 수 있도록 하여야 할 것임.

4. 정신장애인의 지역사회보호를 위한 정책수립과 지원서비스 확충

- 정신장애인의 생활유형에 대한 선호와 가족의 정신장애인 보호유형에 대한 선호 사이에는 높은 불일치가 존재함. 정신장애인이 가정 또는 지역사회의 소규모 주거시설에서 생활하기를 희망하나 가족은 정신요양시설이나 병원입원을 통한 시설보호를 선호하는 경우가 전체 정신장애인의 8.7%에 달하고, 정신장애인은 가정에서의 생활을 희망하나 가족들은 주거시설이나 정신요양시설 또는 정신병원입원을 선호하는 경우는 전체 정신장애인의 22.5%에 이르고 있었음.
- 따라서 정신장애인의 자신의 삶에 대한 선택을 존중하고, 지역사회에 통합되어 살아가는 정상적인 삶을 지원하기 위해서는 정신장애인과 가족의 욕구를 고려하여 지역사회의 소규모 주거시설의 확충, 정신장애인과 가족이 함께 참여하는 장기보호계획에 대한 상담과 정보제공, 장기보호계획수립 서비스 제공이 필요한 것으로 보임.
- 현재 보건소, 정신보건센터, 사회복지시설 등에서 제공하는 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 정신장애인의 일상생활기능은 더 낮으며, 가족들은 평균연령이 더 높고, 경제적 수준은 더 낮으며, 정신장애인의 보호부담은 더 높았으며, 가족의 질병이나 장애문제, 일상생활기능에 더 심각한 문제를 경험하고 있으며, 가정방문서비스를 제외하면 정신장애인과 가족들이 주요한 사회재활서비스와 가족지원서비스도 적절하게 이용하지 못하고 있는 것으로 나타남. 즉, 가족의 정신장애인에 대한 보호부담은 더 높았지만 가족들이 보호를 제공할 수 있는 역량은 낮은 것으로 나타나 적절한 지원이 이루어지지 않을 경우 의료급여수급자인 경우 정신병원입원이나 정신요양시설입소와 같은 시설보호를 보호대안으로 채택할 우려가 높음. 따라서 지역사회재활서비스에서 소외되어 있는 정신장애인과 가족들을 위한 치료와 재활서비스 이용을 촉진할 수 있는 노력이 요구되며, 이들을 지역사회에서 장기적으로 보호하기 위한 주거서비스 확충, 정신장애인 자립생활지원을 위한 서비스 확충이 절실함.

□□재가 정신장애인 및 가족의 생활실태□□에 대한 토론편

김 영 학 (한국정신장애인협회 대구지부회장)

1. 한국 정신장애인을 둘러싼 환경

좋은 정신과 약물들이 들어오고 ‘정신보건법’이 제정되면서 정신장애인들이 지역사회 정신재활센터에서 교육도 받고 사회속에서 어울려사는 시도를 하기 시작하였다. 하지만 10년의 역사가 흐르면서 정신장애인들이 병원에서는 퇴원하기 시작하였으나 아직도 지역사회에서 받아들일수있는 정신재활센터의 숫자도 적고 정신장애인들을 사회속에서 살아 가도록하는데 한계를 드러내기도 한다.

‘재가 정신장애인 및 가족의 생활실태’ 조사가 정신장애인 및 가족의 비참함을 전달하고 이 논문을 읽는 일반인과 정책입안자의 공감을 얻어 앞으로 좋은 정책을 만드는데 일조를 하기를 바란다.

정신분열증만 유병률이 1%인데 치료된 사람이나 약을 먹으면서 직장생활을 하고있는 사람들은 빠지고 모두 힘든 사람들만 설문조사를 했다는 생각이 든다.

정신장애인들에 대한 차별, 편견, 낙인을 해소하기 위해서는 힘들게 살아가는 분만 아니라 완전히 치료되었거나 약을 복용하면서도 사회생활을 잘하는 정신장애인들에 대한 조사도 함께 이루어져야할것이다.

2. ‘재가 정신장애인 및 가족의 생활실태’ 조사 연구에 대한 토론

1995년 ‘정신보건법’이 제정되고 1997년 시행되면서 지역사회재활센터가 뿔뿔히 이루

어떤 결과를 보는 것 같다. ‘태화샘솟는 집’은 1986년에 생기고 대구재활센터는 1995년도에 생겼다.

‘재가 정신장애인 및 가족의 생활실태’ 조사연구를 시작하면서 어느 정도 결과에 대한 예측이 있었을텐데 그에 따른 구체적인 정신장애인에 대한 정책제안이 없어서 아쉬운 면이 있다. 정신보건전문가들과 정신장애인당사자들이 항상적으로 의논을 하고 정책개발을 할수있는 모임이 있었으면 좋겠다.

정신장애인입장에서는 가족이 당사자를 잘 이해해주고 가족교육 등을 통하여 올바르게 정신장애인을 지원하여 주기를 기대하고 전문가들이 정신장애인 당사자들을 동등한 인격체로 생각하고 시설 운영이나 정책개발시 동등한 파트너로 대접하기를 바란다.

지역사회재활서비스를 확충하고 그 질적수준을 제고하려면 어떻게 해야하는지, 구체적으로 인력을 프로그램을 예산을 어떻게 해주면 정신장애인과 가족이 원하는 것을 해줄수 있는가? 사회복지시설과 그룹홈, 정신보건센터는 몇 개가 필요한지? 직원에 대한 처우는 어느 정도까지 향상시켜주면 되는지?

지역사회재활센터를 이용하는 것이 이용하지 않는것보다 ‘유의미’하게 낫다는 것만으로 일반인과 정책입안자를 설득하고 지역사회재활센터를 확충하는 것을 보장할것인가? 지역사회재활센터뿐만 아니라 정신장애인들이 지역사회에서 자립생활을 할 수 있도록 도와줄 수 있는 기관이나 제도의 도입이 필요하다고 생각은 하지않는지?

3. 정책제언

장애인채용박람회에도 가도 정신장애인을 채용한다는 회사는 없다. 그래서 ‘지적장애인’을 고용한다는 회사에 같이 원서를 내라고 권하는 실정이다. 장애인전체로 봐서도 경증장애인만 고용하기 때문에 중증장애인 고용율을 높이기위해서 노력하듯이 정신장애인의무고용율 등 정신장애인의 고용을 높여서 정신장애인들이 지역사회에서 직업을 가지고서 자립생활을 할 수 있도록 정책적인 지원이 필요하다.

사회전체적인 여러 문제로 중고등학생 시절부터 병이 많이 발생하니 학교 건강검진에 정신검사를 포함하는 것이 필요하다. 그래서 초기에 발견하여 적절한 대응을 하고 궁극적으로 사회적인 비용도 줄일 수 있을 것이다.

의사도 말을 안 해주어서 질환의 추이에 대한 이해가 부족하다. 환자들이 정신병원에서 퇴원하는 서류에 지역사회정신재활센터와 자조모임(한국정신장애인협회, 대한정신보건가족협회 등)을 반드시 알려주는 것이 포함되어야 한다.

각 지역사회재활센터에 정신장애인 당사자를 직원(정규직이나 특별직)으로 뽑는 방안은 오래전부터 의논되어왔으나 실행되지 않고 있다. 신중하게 고려할 시기가 온 것 같다.

4. 앞으로의 방향

앞으로 여러 가지 정신질환이 발생할 것이고 그 %가 높아질 것이라는 것에 대해서 일반인도 정신병에 걸릴 수 있다는 것을 홍보하여 공론화를 시켜야 한다.

정신장애인 및 가족들에게 대한정신보건가족협회, 한국정신장애인협회 인터넷카페 등 자조모임을 알려주면 많은 예산을 줄이고 초기 대응과 병의 회복에 많은 도움이 될 것이다.

정신장애인의 지역사회자립생활을 뒷받침하려면 사회적인 자원이 동원되어야 하고 그러기 위해서는 정신과의사, 정신보건전문가뿐만 아니라 광범위한 관계자들이 어떻게 하면 서로 협력하여 추진해야 할 것인가를 연구해야 할 것이다.

정신장애인들이 사회속에서 같이 살아가야 한다는 이념과 마음이 공유되어야 한다.

정신장애인 당사자들과 가족들이 가지고 있는 장점과 자원을 어떻게 이용할 것인가?

정신장애인 당사자와 전문가들이 어떤 협력체계를 가지면 더 효율적일 것인가? 를 고민해야 할 것이다.

5. 자조모임

정신보건법 제48조 (단체·시설의 보호·육성 등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회복귀촉진 및 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하고, 이에 필요한 비용을 보조할 수 있다

한국정신장애인협회는 2000년 10월 결성되어서 대한정신보건가족협회와 뜻을 맞추면서 천천히 그러나 꾸준하게 정신장애인 당사자들의 인권과 권익옹호를 위해서 노력하고 있다. 현재 가족협회도 지역별로 사무실이 없는 곳이 많지만 최소한 각 시도별로 1곳씩은

정신장애인당사자들이 운영하면서 정신장애인의 인권을 지키고 권익을 옹호할수있는 활동을 할수있는 공간이 지원되어야한다. 정신장애인 인권공간은 인건비가 많이 들지않고 최소한의 운영비와 프로그램비로 유지할 수 있는 장점이 있다.

인터넷카페 ‘파란마음하얀마음’(<http://cafe.daum.net/imissu486>)은 2001년 12월 18일 개설되어 현재 회원수 5,700명 정도이다. 정신장애인당사자, 가족 그리고 일부 전문가들이 카페활동을 하고 있다. 특히 채팅방이 상설되어있어서 회원들이 서로 정보를 주고받거나 상호지지를 얻는데 많은 도움이 되고 있다. 온라인상으로 음성회의방식을 통하여 QT도 진행하고 있고 앞으로 ‘영어’ ‘일어’ ‘중국어’ ‘생활경제’ 등을 당사자들이 다른 회원들에게 가르칠 계획도 가지고 있다. 인터넷카페의 장점은 발병 초기에 접근이 가능하고 병을 직접 겪고 있는 선배환자들의 말에 따라 병을 인식하고 정신과 병원에 진료를 받으러가는 경우도 많다. 부모뿐만 아니라 형제자매들이 직접 정보를 얻으러 들어오는 경우가 많아서 가족교육의 역할을 담당하고 있기도 하다. 인터넷카페는 10여개가 열심히 활동하고 있다.

‘아름다운동행’은 가족들이 주축이 되어서 운영하고 있는 인터넷카페이다.



특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사

양 옥 경

(이화여자대학교 사회복지전문대학원장)

4

발 표

특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사

양 옥 경 (이화여자대학교 사회복지전문대학원장)

- I. 노숙인의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서
 - 1. 연구 필요성 및 목적
 - 2. 연구방법
 - 1) 문헌연구
 - 2) 설문조사
 - 3) 심층면접
 - 3. 연구결과
 - 1) 일반적 특성
 - 2) 노숙생활경험
 - 3) 건강수준 및 의료이용실태
 - 4) 노숙인의 정신건강
 - 4. 심층면접조사결과
 - 1) 노숙정신질환자의 삶
 - 2) 서비스제공자들이 본 노숙인의 삶, 정신건강, 서비스전달체계
 - 5. 결론 및 제언
 - 1) 결론
 - 2) 제언
- II. 이주민의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서
 - 1. 연구의 목적과 방법
 - 2. 분석결과
 - 1) 이주민의 인구학적 특성
 - 2) 한국어 능력 및 주요의사소통언어
 - 3) 이주민의 가족 및 직장에서의 폭력 경험
 - 4) 이주민의 한국생활과 문화적응
 - 5) 이주민의 정신건강
 - 6) 이주민의 의료 및 정신건강서비스 이용실태
 - 3. 결론 및 제언
 - 1) 존엄권
 - 2) 자유권
 - 3) 평등권
 - 4) 건강권
 - 5) 노동권
- III. 독거노인의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서
 - 1. 연구의 목적과 방법
 - 2. 분석결과
 - 1) 독거노인의 인구학적 특성
 - 2) 독거노인의 일상생활
 - 3) 학대와 방임의 경험
 - 4) 정신건강
 - 5) 독거노인의 의료 및 정신건강서비스 이용실태
 - 6) 의료 및 정신보건서비스 이용과정에서의 인권 침해 실태
 - 7) 우리나라 보건의료서비스 만족도
 - 3. 결론 및 제언
 - 1) 독거노인의 기본적인 보장을 위한 제언
 - 2) 독거노인의 인권존중 및 국가의 인권보장을 위한 제언
 - 3) 독거노인의 정신건강을 위한 정책적 제언
 - 4) 독거노인 의료이용현황과 정책적 대책
- IV. 구금시설 수용자의 정신보건 및 인권 실태조사 요약보고서
 - 1. 연구의 목적과 방법
 - 2. 분석결과
 - 1) 구금시설 수용자의 인구학적 특성
 - 2) 구금관련 특성
 - 3) 구금시설 내 폭력경험
 - 4) 수용자의 자살사고 및 자살행동
 - 5) 구금시설 생활
 - 6) 수용자의 정신건강
 - 7) 수용자의 의료 및 정신건강서비스 이용실태
 - 3. 결론 및 제언
 - 1) 건강권
 - 2) 생존권
 - 3) 서비스 접근권

본 연구는 국가인권위원회가 우리사회의 특별한 취약 계층으로 규정한 노숙인, 이주민, 독거노인, 구금시설수용자들을 대상으로 한 <정신장애인 인권 국가보고서> 연구의 일부이다. 취약계층이 처한 사회적, 경제적, 문화적, 환경적 특성상 정신건강의 위협에 노출되어 있을 것이라고 추정하고, 이들 취약 계층에 대한 정신보건실태 및 정신보건서비스이용 실태를 조사하고, 정신건강서비스 이용시 인권침해실태를 조사하였다.

연구대상지역은 수도권, 충청권, 경상권, 전라권 4개 권역으로 구분하여, 각 권역을 대표하는 서울, 대전, 대구, 광주 지역을 선정하였다. 단 노숙인의 경우 연구대상자가 서울경기지역에 집중되어 있는 특징 때문에 연구대상지역을 서울로 한정하였다. 또한 취약계층의 정신보건실태라는 공동 연구목적을 위해 정신건강상태를 평가하는 도구는 간이정신진단검사(SCL-90-R)지를 사용하였다.

I. 노숙인의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서

1. 연구 필요성 및 목적

우리나라의 노숙인은 1998년 경제위기 및 침체에 따른 일시적인 사회문제라는 초기전망과는 달리 꾸준히 그 수를 유지하고 있을 뿐만 아니라 미흡하지만 다양한 개입노력에도 불구하고 그 수가 줄어들지 않고 있다. 오히려 노숙인 쉼터, 쪽방, 원룸 등 불안정적 주거상태와 노숙을 넘나들며 극빈곤층 단신가구로서의 저변 확대로 그 규모와 실태를 추정하는 것조차 점차 어려워지고 있다.

노숙인이 사회복지정책에서 관심을 받기 시작한지 10여년이 지나면서 이들에 대한 사회적 시각은 사회방어적인 입장에서부터 노숙인의 건강과 복지에 대한 인권적 관심에 이르기까지 다양한 스펙트럼이 형성되어왔다. 이러한 다양한 시각은 노숙인에 대한 사회적 접근방법에 대한 합의를 어렵게 하며, 이에 따른 종합적이고 지속적인 정책추진의 장애물로 작용하고 있다. 이러한 가운데 정신질환에 직간접적으로 노출되어 있는 노숙인이 유발한 사건들이 간헐적으로 사회적 관심을 촉발할 뿐이며, 대개의 경우는 긴급구호성 지원에 의해 유지됨으로써, 노숙인은 여전히 복지의 사각지대에 남겨져있다.

한편 노숙인이 정신질환 고위험군임을 실증하기 위한 다양한 시도들이 이루어지고 있으나, 그간 이루어진 노숙인 정신장애 유병율은 연구방법과 대상지역에 따라 편차가 많이 있다. 그러나 주요 정신질환의 경우 적게는 4%에서 많게는 59.1%에 이르는 것으로 보고 되고 있으며, 이는 최소치로 추정했을 때도 일반 인구에 비해 4배나 높은 유병율로, 노숙인이 정신장애의 고위험군임을 나타내고 있다. 더욱이 노숙인의 정신장애는 노숙생활에 따른 심리사회적 고립감과 연계단절과정에서 더욱 심화되고 있는 것으로 나타나고 있다. 아울러 노숙생활이 장기화되면서 자아존중감과 자아정체감이 극심하게 저하되고, 이로 인한 상실감과 우울, 비관주의, 대인관계 손상, 알코올 남용, 심각한 정신질환 등으로 정신상태가 취약해진다. 취약해진 정신건강은 사회적 고립감과 사회적 지지망 및 연계로부터의 단절을 부추기고 이는 다시 노숙 장기화로 악순환 되고 있다. 한편 국가인권위원회(2005)에서도 인권의 차원에서 노숙인의 건강권에 대한 논의가 심도 있게 다루어지고 있다. 그러나 그 주요 초점은 일반 의료체계와 관련한 것이었고, 건강권 가운데 음주문제에 국한하여 부분적 언급이 있을 뿐이며, 정신건강에 대한 부분은 포괄적으로 다루어지지 않고 있다.

이에 노숙인 밀집지역이 많은 지방을 중심으로 지역적 특성에 기반한 보건복지서비스가 제공되고 있다. 특히 서울시는 전체 노숙인의 70% 이상이 머물고 있는 지역으로, 정신장애인 특화 보호기관의 설치운영 등, 노숙인을 위한 보건복지 인프라 구축에 많은 관심을 가지고 다양한 시도를 하고 있다. 그러나 이러한 시도들은 아직 도입단계이므로 그 효과성 및 성과, 확산전략에 대한 논의에까지 이르지 못하는 못하고 있다.

한편 2005년부터 서울시의 경우 광역정신보건센터의 모바일팀을 중심으로 [노숙인 정신보건을 위한 응급의료지원체계]를 가동하고 있으며, “비전트레이닝 센터”, “열린연성쉼터”, “아가페의 집” 등을 통해 노숙인 정신건강문제에 대한 대응체계를 갖춘 시설 운영이 시도되고 있다. 그러나 이러한 선도적 노력이 과연 어떠한 성과를 거두고 있는지, 이러한 시도들을 다른 지역에 확산가능성이 있는지, 확산시 어떠한 방식으로 수정보완이 이루어져야하는지의 구체적인 방안을 찾기 위해서는 구체적인 모니터링이 필요하다. 아울러 노숙인의 기본권, 의료권의 보장 및 노숙 장기화의 악순환을 방지하기 위해 노숙인의 정신건강실태 및 치료현황에 대한 보다 체계적인 연구를 통해 이에 따른 합리적인 사회적 대안개발이 요구된다.

이에 본 연구에서는 노숙인 보호 정책 및 서비스체계가 이들의 문제해결에 얼마나 기여하고 있으며, 정신건강의 문제를 가지고 있는 노숙인의 일상생활 및 서비스 이용과정에서 벌어지는 인권침해 및 보장의 실태는 어떠한지를 파악하고자 한다.

2. 연구방법

1) 문헌연구

노숙인에 대한 학문적, 정책적 이해도를 높이고 노숙인의 인권침해정도 및 정신보건의 실태조사, 심층연구에 필요한 개념적 도구를 도출하기 위해 노숙인에 대한 기존의 문헌연구와 자료를 검토하였다. 이와 함께 최신 해외자료를 검토함으로써 노숙인에 대한 해외동향도 파악하였다.

2) 설문조사

① 연구대상자 : 서울시의 '2007 지역사회복지계획(안)'에 따르면 서울시 노숙인은 3,178명으로, 이 가운데 쉼터입소 노숙인이 2,567명(80.8%), 거리 노숙인이 611명(19.2%)이다. 이는 전국 노숙인 4,692명(쉼터 3,242명, 거리 1,450명)(전실노협내부자료)의 60.4%를 차지한다. 따라서 노숙인에 대한 정신보건 실태조사는 노숙인의 60% 이상이 서울시에 거주하고 있다는 점을 고려하여 전국단위의 표집이 아닌, 서울시 거주 노숙인만을 표집하였다. 표집단위는 일반 노숙인과 정신질환노숙인을 구분하여 표집하였으며, 각각의 집단에 200사례씩 할당을 하였다. 구체적인 표집방법으로 일반노숙인은 거주유형별로 가장 취약한 환경이라 할 수 있는 서울역 거리노숙인, 시설보호를 일시적으로 이용하고 있는 서울역과 영등포역 상담보호센터이용자를 대상으로 편의표집을 하였으며, 정신질환노숙인은 남성 정신질환노숙인 보호기관인 비전트레이닝센터, 여성정신질환노숙인 전용쉼터인 열린여성센터와 아가페의 집 입소자 전체를 대상으로 유의표집을 하였다. 총 400사례중 회수된 385사례가 분석되었다.

② 자료수집내용: 설문내용으로는 연구대상자들의 인구학적인 일반적 사항 및 조사대상자의 정신건강 및 음주력, 정신의료기관 이용 경험, 서울시 노숙인 입소시설 이용 경험

및 만족도 등에 대한 내용 등이 포함된다.

3) 심층면접

본 연구에서는 설문조사 이외에 노숙인 관련시설 이용자중 정신건강의 문제를 가지고 있는 노숙인의 일상생활 및 서비스 이용과정에서 벌어지는 인권침해 및 보장의 실태에 초점 둔 심층면접을 실시하였다. 주요 내용은 정신건강 문제가 있는 노숙인이 같은 입소자와 관리자에 의해 어떻게 다루어지고 있는지, 필요한 정신건강서비스의 전달 방식, 과정 등이 포함되며, 심층면접은 노숙인 6명, 실무자 6명을 통해 이루어졌다. 면접방식은 주로 개별적 심층면접이 활용되었으며, 남성노숙인 4명과 실무자 2인은 집단 심층면접을 실시하였다.

3. 연구결과

1) 일반적 특성

성별은 남성 90.3%(340명) 여성 9.3%(35명)이다. 연령은 40대가 41.1%, 30대가 29.9%, 50대 18.1%의 순이며 평균연령은 42.7세이며, 최연소 19세에서 최고령 71세까지 분포되어 있다. 혼인상태는 미혼 56.3%, 초혼이나 재혼 등 결혼관계가 유지되고 있는 것으로 응답한 경우는 4.3%이며, 별거 사별 이혼 등 결혼경험이 있으나 결혼생활이 유지되지 않는 경우가 35%이다. 학력은 고교 중퇴 혹은 졸업 학력이 42.4%로 가장 높았으며, 중 중퇴 혹은 졸업 18.7%, 초등학교 중퇴 혹은 졸업 학력을 가진 경우가 14.7% 대학이상이 14.9%를 차지하고 있었다.

노숙생활을 하면서도 다양한 보건복지서비스 이용의 전제조건이 되는 주민등록의 보유 여부에 대한 질문에서, 말소된 적 없이 주민등록을 유지하고 있는 경우가 45.9%로 가장 높았으며 말소되었다가 현재 복원된 경우 36.8%, 말소상태인경우가 12.8%였다. 국가로부터 생계비 등의 지원을 받고 있지 않은 사람이 72.8%로 가장 높았으며, 일반수급자 조건 부수급자 의료특례 자활특례 보훈대상자 등을 포함하여 국가의 지원을 받고 있는 경우는 24%에 지나지 않았다. 특히 의료보장은 체납 등으로 아무런 의료보장을 받지 못하는 경

우가 47%, 지역보험을 유지하고 있는 경우는 26.4%이며, 의료보호 1,2종을 통해 의료급여를 받고 있는 경우는 17%에 지나지 않았다.

응답자중 장애나 질환이 없다고 응답한 경우는 51.5%였고 장애가 있으나 등록하지 않은 경우는 16.8%, 등록 장애인인 15.2%이다. 장애가 있으나 등록하지 않은 경우 그 주요 사유는 등록절차와 방법을 몰라서가 35.5%로 가장 높았고 장애등록을 해도 별 혜택이 없을 것 같아서 등록하지 않았다고 응답한 경우가 32.3%였다. 기타 등록비용에 대한 부담이나 등록과정의 번거로움 등의 이유로 등록하지 않은 경우는 18%였다. 등록 장애인의 장애유형은 정신장애가 51.9%로 가장 높았으며, 지체장애 22.2%, 시각장애 3.7%였다.

조사대상 노숙인중 어떤 형태로든 월수입(최근 3개월간)이 있다고 한 경우는 79%였으며, 전혀 없다고 한 경우도 20.9%였다. 월평균 수입은 379,032원이었으며, 수입원으로 근로소득이 63.8%를 차지했으며 국가보조 8.5%, 사회복지단체의 후원 7.8%, 가족이나 친인척으로부터의 사적이전소득이 있는 경우는 4.2%에 지나지 않았다. 이중 근로소득 중 자활근로 등이 일부 포함되어 있는 것을 감안하더라도 노숙상태임에도 불구하고 국가보조를 받고 있는 비율은 상당히 낮은 것으로 나타났다. 근로를 하고 있는 경우 대다수가 건설일용직(57.1%)이며, 폐지 및 고철수집(24%), 서비스직(10.2%), 앵벌이(5.1%)등을 통해 소득활동을 하고 있는 것으로 나타났다.

2) 노숙생활경험

노숙시작년도는 1979년부터라는 응답자와 2008년부터 시작했다는 응답에 이르기까지 그 분포가 다양했다. 1998년을 기점으로 2004년까지 사이에 노숙이 시작되었다는 응답자의 구간평균 5.5%, 2005년부터 2008년 사이의 구간평균은 13.3%였으며, 본 조사 응답자들의 노숙시작년도 중 가장 높은 비율을 차지하는 구간은 2005년 이후였다. 한편 노숙과 비노숙을 반복한 경험을 포함한 평균 노숙기간은 5.4년이였다.

노숙생활중 다른 사람으로부터 폭력 또는 강요당한 경험이 있는 경우, 주변 노숙인으로부터가 41.6%로 가장 많았고, 행인이나 공안등 비노숙인으로부터가 28.7%, 기관실무자 및 자원봉사자를 비롯한 서비스제공자로부터 폭력이나 강요당한 경험이 있다고 응답한 경우도 18.6%였다. 폭력의 종류별로는 언어폭력은 비노숙인으로부터의 당한 비율(54.3%)이

가장 높았고, 신체폭력은 노숙인으로부터(35.1%), 성폭력은 서비스제공자로부터 당한 비율(5.6%)이 가장 높았다. 한편 금품갈취는 같은 노숙인으로부터 당한 비율(10.4%)이 가장 높았다. 강요경험의 내용으로 노숙장소의 제한이 가장 높았고, 특히 같은 노숙인들간의 자리다툼의 형태로 노숙장소를 제한 당한 경험이 세 집단중 가장 높은 40.5%였다. 종교/공공행사에서의 동원경험은 서비스제공자(22.8%)로부터 당한 경험이 가장 높았고, 주민등록이나 신용정보 동원이나 매매경험은 노숙인으로부터 당한 경험(33.2%)이 가장 높았다. 이 밖에 세 집단 차이가 크지는 않지만 위장결혼, 범죄가담, 지원받은 물품매매, 장기밀매 등에 대한 강요경험 등이 있었다. 전반적으로 비노숙인이나 서비스제공자보다 노숙인간의 폭력이나 강요의 위험이 가장 높은 것으로 나타났다.

이러한 폭력이나 강요에 대한 대처방법으로 그냥 참거나 가해자를 피해다니는 등의 소극적인 방법을 가장 많이 활용하였으며, 노숙인들과의 공동대처나 경찰, 보호센터직원 등 공식적 지지체계의 활동도는 상대적으로 낮았다. 결과적으로는 노숙 혹은 비노숙인 가해자는 자연스럽게 주변에서 사라진 비율(40%)이 가장 높았으며, 비노숙가해자의 경우 여전히 괴롭히고 있다고 응답한 경우가 28.6%로 가장 높았다. 한편 비노숙인의 폭력이나 강요의 행위자는 공안이나 경찰의 비율(39.6%)이 가장 높았으며, 행인(26.4%), 주변상인(12.1%) 등으로 제시되고 있었다.

노숙인들은 노숙생활을 유지해가는 과정에서 어떠한 일로 가장 많은 스트레스를 경험하는가? 분석결과 노숙인들은 5점만점 중 “앞으로 살아갈 방법 찾기”(3.20), “잠잘 곳 마련하기”(2.95), “일자리 찾거나 유지하기”(2.91), “물품 보관할 곳 마련하기”(2.72), “급식소 찾기/식사마련하기”(2.66)의 순으로 스트레스를 경험하고 있었다. 즉 스트레스 요인이 의식주마련하기 등 기초육구해결뿐만 아니라 일자리 등 장기적인 생활설계 등이 복합되어 있음을 알 수 있었다.

노숙인들의 지지체계는 어떻게 구성되어 있는가? 가장 “힘이 되는 사람”으로 5명까지 중복 응답하도록 했을 때 1순위로, 부모형제(40.6%), 노숙이전의 사회적 관계인 친구, 선후배, 직장동료(24.5%), 사회복지기관실무자(12.5%)를 들었으며, 2순위로는 부모형제, 노숙이전의 사회적 관계에 이어 노숙인 동료(14.2%)가 지지체계가 된다고 응답하고 있었다. 이러한 패턴은 반복되어 3,4,5 순위도 1,2 순위와 동일한 순서로 부모형제-과거 사회적 지지체계-노숙인 동료의 순위였다.

노숙인을 위한 다양한 서비스 요소들에 대한 활용경험도 조사결과, 급식(79.6%)이나 편의시설이용(79.1%)경험보다 건강검진이용(80.5%)경험이 약간 더 높았으며, 의료 및 기초 욕구이외에 생활상담(67.4%)이나 취업알선(52.7%)서비스 이용경험이 가장 많았다. 이용경험이 있는 서비스에 대한 만족도는 5점 만점에 평균 만족도 2.77로 비교적 낮은 수준이며 항목간 차이가 높지 않았다. 그중 만족도가 높은 상위 항목으로 편의시설만족도(3.0), 의료비지원(2.89), 건강검진(2.87), 주거비지원(2.79) 등이었으며, 가장 만족도가 낮은 영역은 의복지원(2.40)이었다.

3) 건강수준 및 의료이용실태

조사대상자 중 신체건강상 이상이나 질병이 있다고 응답한 경우는 49.1%였다. 이에 대한 대처방법으로 그냥 참거나 술을 마신다는 부적절한 대처방법을 취하는 경우는 24%였으며, 약국이나 무료진료소 등 치료의 연속성과 충분성을 보장하지 못하는 방법을 이용하는 경우가 44.8%로 가장 높았다. 반면 병원이나 보건소 등 지속적인 치료가 가능한 기관 이용도는 30.6%였다. 치료기관이용의 주요 장애물은 차별대우하는 것 같아서(17.7%)가 가장 높았고, 비용부담(16.6%), 이용절차가 까다롭거나 규정에 맞지 않아서(13.7%) 등 심리적 장벽과 절차상 장벽의 비율이 30%에 달했다.

정신건강상의 문제로 전문가 상담경험이 있는지에 대한 응답으로, 문제가 없어서 상담경험이 없는 경우가 46.5%로 가장 높았으며, 문제가 있어서 전문가와 상담을 했다는 경우가 36.8%였다. 하지만 문제가 있음에도 불구하고 상담하지 않았거나 못했다고 응답한 경우도 16.7%에 이르렀다. 상담을 하게 된 주요증상은 불안, 우울, 무기력, 불면이 48.7%로 가장 높았으며, 술 문제가 21.5%로 2위를 차지하고 있었다. 한편 전문가상담이후 치료로 이어졌는지에 대한 질문에 대해, 59%는 실제적 치료로까지 연결이 이루어졌으며, 치료가 필요 없다는 소견을 받아 치료하지 않았다는 22.2%였으며, 치료권고에도 불구하고 13.7%는 치료로의 연결이 이루어지지 않고 있었다.

정신건강 문제가 있었음에도 정신과 치료를 받지 못한(하지 않은) 이유에 대해 살펴보면 진료비/입원보증금을 감당하기 힘들어서가 18.7%로 가장 많은 응답을 보였고 다음으로 병원에서 노숙인이라고 차별대우하는 것 같아서가 15.0%, 이용절차/규정이 복잡하고 그

규정에 맞지 않아서가 14.0%, 가까운 곳에 정신과가 없거나 교통편이 좋지 않아서와 병원에 의존하게 될까봐 가 각각 9.8% 등의 순으로 나타났다

정신과치료중인 경우 진단명은 정신분열증(43.1%)이 가장 많았고, 우울증(27.8%), 알콜중독(18.1%), 조울증(4.2%)의 순으로 나타났다. 외래나 입원치료 경험이 있는 경우, 외래치료는 자발적 혹은 다른 사람의 권유에 의해 시작된 경우가 80.3%였으며, 강제에 의한 경우는 8%에 지나지 않았다. 그러나 입원치료의 경우는 자발 혹은 권유에 의한 경우는 63.6%, 강제에 의한 27.3%로 외래치료에 비해 입원치료가 강제적으로 이루어지는 비율은 3배 이상 높았다.

한편 정신과치료경험이 있는 응답자들은 치료과정 중 부당한 대우를 받은 경험의 1위(8.3%)로 “시설의 각종 프로그램 참여여부를 환자가 결정할 수 없다”, 2위(7.3%)는 “약물 치료를 하기 전에 약물 복용에 대한 구체적인 지시나 설명을 해주지 않는다”는 것이었다. 정신건강 문제 발생 후 주변 노숙인과의 관계 변화를 살펴보면, 전과 다름없다는 응답이 59.4%로 절반 이상으로 가장 많았고, 전보다 더 잘 이해해 준다는 응답도 21.9%로 높게 나타났다. 그밖에 전보다 더 무시한다는 응답과 노숙장소나 쉼터에서 나가라고 협박하는 경우, 기타 응답은 각 3.1%씩 나타났다.

한편 노숙시작년도와 정신질환 치료시작년도에 대한 정보가 모두 있는 124명에 대한 분석결과 정신질환 치료 시작시기가 노숙시작이후에 발생한 경우가 39.5%였으며, 정신과 치료시작시기가 노숙시작이전부터인 경우가 59.6%였다. 정신질환자의 의료이용의 특성인 발병이후에도 의료적 치료로의 연결이 지연되는 것을 고려한다면 이는 기존의 연구에서 정신질환자가 노숙인이 되는 비율보다는 노숙경험이 정신질환을 야기한다는 결과와는 상반된 것으로 해석해볼 수 있다. 즉, 적어도 우리나라의 경우는 아직까지는 정신질환자들이 노숙으로 내몰리고 있을 가능성이 상당히 높다고 볼 수 있다.

4) 노숙인의 정신건강

노숙인의 정신건강상태를 SCL-90-R로 평가한 결과, 각 증상별 T점수의 평균점수는 신체화 54.90점, 강박증 52.57점, 대인예민성 54.04점, 우울증 54.61점, 불안 53.61점, 적대감 51.24점, 공포불안 57.06점, 편집증 52.28점, 정신증 55.55점으로 전 영역이 임상적 평가를

요하는 수준으로 파악되었으며, 현재의 장애의 정도를 나타내는 전체심도지수 45.65점이 었다. 이중 정신건강고위험군¹⁾의 사례성 유병율이 가장 높은 하위영역은 공포불안(31.5%) 이었으며, 신체화와 우울증(각각 25.5%), 정신증(24.4%), 대인예민성(23.3%)의 순으로 나타 났다.

한편 정신건강상태를 거리노숙과 일시보호센터와 같은 일시보호상태, 쉼터등 중장기입 소시설에서의 안정적 보호상태로 구분해서 살펴보았다. 특히 중장기입소시설은 정신질환 노숙인을 위한 입소시설로 거의 대부분 정신과치료를 병행하고 있는 입소자들임에도 불 하고 공포불안, 편집증, 정신증 항목을 제외한 전 영역에서 거리노숙인의 정신건강상태가 상대적으로 취약하였다.

정신건강 하위항목에 미치는 영향요인 분석결과 노숙생활 중 경험하는 스트레스의 총 점은 SCL-90-R의 전 하위항목의 영향요인으로 분석되었으며, 동료 노숙인으로부터의 폭 력경험은 신체화와 불안을 제외한 전영역의 영향요인으로 분석되었다. 한편 노숙기간은 신체화, 우울증, 불안, 공포, 편집증, 정신증에 유의미한 영향을 미치고 있었다. 월수입은 강박증, 우울증, 불안, 편집증에, 학력은 대인예민성에 유의미한 영향을 미치고 있었다.

한편 노숙중 자살 사고(thoughts)를 경험한 사례는 47%(182명)로 자살사고 유무에 영향 을 미치는 변수에 대한 로지스틱 회귀분석결과, 동료 노숙인으로부터의 폭력이나 강요경 험, 비노숙인으로부터의 폭력이나 강요경험, 노숙 중 경험하는 스트레스 총점, 월수입 등 이 유의한 영향을 미치고 있었다.

조사대상자들 중 음주를 한다고 응답한 경우는 53.6%였고 이들 중 고위험음주군(CAGE ≥ 2)은 48%였다. 음주자중 스스로 더 이상 술을 마시지 않아야 된다고 생각하는 경우가 70.9%에 이르며 음주 때문에 죄책감을 느낀 적이 있는 경우는 음주자의 50.5%, 음주문제 로 타인의 비난을 받은 경험이 있는 경우가 49.2%였다. 특히 음주 후 해장술을 마셔야 술 이 깬다고 한 경우는 34%였다.

1) SCL-90-R 평가에서는 각 하위 증상별 T 점수를 통해 임상적 위험도를 평가하는데, T점수 70점 이상은 임상적으로 매우 위험하고 비정상적인 수준이며, 63점 이상 70점미만은 임상적으로 유의미한 경향성이 있는 수준, 63점미만은 임상적으로 문제가 없는 수준으로 본다(이철호, 이민규, 2006; 유채영, 신원우, 2000; 박상규, 2006). 이를 바탕으로 본 연구에서는 T점수 63점 이상을 임상군으로, T점수 63점미만을 비임상군으로 구분하여 분석하였다.

4. 심층면접조사결과

1) 노숙정신질환자의 삶

정신과 치료를 받고 있는 2명의 여성노숙인과 4명의 남성노숙인 참여자를 대상으로 심층면접을 진행하였다. 여성들은 스스로 인식하지 못하고 있었지만 모두 이미 정신질환이 있어서 이혼 후 가족지지체계가 무너지고 전전하다가 거리노숙 혹은 쉼터입소에 이른 경우였다. 남성노숙인 3명은 이미 정신질환으로 병원, 요양원등을 전전하다가 가족의 포기 혹은 가출을 통해 노숙에 이른 경우였고, 1명은 심각한 술문제로 가족과의 갈등, 사회적 관계의 단절을 경험하다가 가출-노숙-쉼터입소의 수순을 밟은 경우였다.

여성참여자의 경우 노숙을 계기로 정신질환이 부각되어 치료를 받고, 배우지 못한 삶을 살다가 현재 “치료받고 배우는 삶으로의 인생역전”을 이룬 경우이다. 따라서 치료과정이나 쉼터에 대한 만족도가 상대적으로 높고, 오히려 “생애최고로 안정적인 삶”을 살게 된 경우였다.

남성참여자들은 병원에서 요양원에 이르기까지 다양한 치료경험이 있으면서 가족의 보호부담이 상대적으로 높았던 경우이고 더 이상 가족의 감당이 어려워 노숙인 보호시설에 이른 경우였다. 현 시설보호에 대한 만족도는 높으나 여성노숙인 참여자와 같이 정신질환이 구체적으로 “드러나지 않은” 따라서 “치료와 보호를 받지 못하는 삶”에서 “치료와 보호를 받는” 삶으로의 역전은 없었다.

2) 서비스제공자들이 본 노숙인의 삶, 정신건강, 서비스전달체계

서비스제공자에 대한 심층면접은 거리노숙인을 위한 무료급식지원 봉사단체 실무자 2인, 상담보호센터의 아웃리치 실무자 1인, 상담보호센터의 간호사 1인, 여성노숙인쉼터 실무자 1인, 정신질환노숙인 입소시설과 서울시정신보건센터 노숙인모바일팀의 정신보건사회복지사 각 1인등 총 7명의 참여자를 대상으로 심층면접이 이루어졌다.

이들 실무자들이 인식하고 있는 노숙인의 삶은 “노숙”은 끝이 나지 않은 “사회적 자살”이므로 이들이 경험하고 있는 trauma에 대한 심도 깊은 이해를 바탕으로 정신보건-복지가 통합된 서비스전달체계의 필요성을 강조하고 있었다. 한편 하위문화로서의 노숙인 사회와

문화에 대한 이해를 통해 표면적으로 드러나 노숙인의 생활상으로부터 대처, 방어기제, 혹은 의태(擬態)의 측면에서 노숙인의 “삶의 전략”을 이해할 필요성이 강조되고 있었다. 따라서 사회일반이나 서비스제공자들이 “노숙인의 삶”에 대한 깊은 empathy나 민감성부족을 가장 큰 문제점으로 지적하고 있었으며, 이러한 “마인드 부족”을 같은 서비스 제공 기관이나 실무자로부터 노정될 때 “파트너십”에 가장 치명적인 영향을 주고 있었다.

서비스제공자들이 인식하고 있는 노숙인 서비스전달체계는 분명한 역할분담에 기반은 통합적 체계가 아닌, 개별서비스기관별 total care를 지향하는 분절적 운영, 혹은 제한적 연계체계만 가동되고 있었다. 특히 민간기관간의 독립적, 혹은 경쟁적 운영체계는 시설의 고유기능이 전도되는 결과를 초래하기도 하였다. 공공영역에서는 복지서비스와 정신보건 서비스는 관할 부서 및 예산항목의 이원화로 인한 분절적 지원체계가 각각의 투입노력이 시너지를 발휘하는데 장애요인으로 작용하고 있었다.

5. 결론 및 제언

1) 결론

이상의 분석결과를 종합하면, 응답자들은 2005년 이후부터 노숙을 시작한 경우가 가장 많았으며, 평균 노숙기간은 5년 이상이었으며, 노숙인의 절반가량은 주민등록을 유지하지 못하고 있으며, 노숙을 하면서도 국가로부터 공식적인 지원을 받지 못하고 있는 경우가 70% 이상이었다. 노숙생활의 주요위험요인은 비노숙인이나 서비스제공자라기보다는 주변 노숙인이었으며, 이러한 위험요인에 대한 대처방법은 참거나 피하는 소극적인 방법 이외에 다른 수단을 개발하지 못하고 있었다.

또한 노숙생활중 경험하는 스트레스요인은 의식주마련하기보다 앞으로 살아갈 방법이나 일자리 등 현재적 요구보다 불투명한 미래 전망이 더욱 스트레스 요인으로 작용하고 있었다. 그럼에도 불구하고 직접적 접촉이 어렵거나 접촉빈도가 낮아도 여전히 부모형제나 노숙이전의 사회적 관계가 심리정서적 지지자원으로 기능하고 있었으며, 서비스제공자보다는 동료노숙인의 직접적인 지지효과가 더욱 큰 것으로 보인다.

노숙인을 위한 다양한 서비스 중 의료서비스이용도가 급식이나 편의시설이용도 보다 높았는데 이는 장애나 질환의 보유비율과 비교할 때 상대적으로 높은 결과를 보여 응급의

료서비스의 공급과잉 혹은 급식이나 편의시설이용에 따른 장애물이나 스티그마의 결과인지에 대한 추후 분석이 요구된다. 전반적으로 노숙기간 이용한 서비스에 대한 만족도는 그리 높지 않아 불만족요인에 대한 심층적 분석 및 개선방안마련이 요구되고 있었다.

노숙인의 절반정도가 신체건강상 이상이 있음에도 불구하고 불적절한 대처방법이나 치료의 연속성과 충분성이 보장되지 않는 응급의료체계에만 의존하고 있는 경우가 70%에 달했다. 일반의료 영역은 차별대우가, 정신의료영역은 치료비부담이 치료접근성의 주장에요인으로 분석되었다. 정신과치료경험이 있는 경우 노숙인의 입원치료 강제율(27.3%)은 전체 강제입원비율(92%)에 비해 상대적으로 낮았다. 이는 시설보호를 통해 끊임없이 설득과 권유를 통해 자발적 입원치료를 위한 노력이 선행되었기 때문인 것으로 보인다. 한편 치료과정 중 부당한 대우로 인식되는 주요요인은 “프로그램 참여여부결정권”이 주어지지 않는 것과 “약물치료에 대한 불충분한 설명”으로 요약될 수 있었다. 정신과치료이후 주변 노숙인과의 관계악화는 3%에 지나지 않았다. 노숙기간과 치료기간을 비교해볼 때, 기존연구에서는 정신질환자가 노숙인이 되는 비율보다는 노숙경험이 정신질환을 야기한다는 주장이 더욱 설득력 있게 제시되는 것과는 반대로 본 연구에서는 정신질환자들이 노숙으로 내몰리고 있는 것으로 보인다.

노숙인의 정신건강수준은 SCL-90-R 하위영역 전영역이 임상적 평가를 요하는 수준으로 파악되었으며, 거리노숙이나 일시보호센터 이용자들의 정신건강수준이 상대적으로 취약함을 알 수 있었다. 정신건강수준에 영향을 미치는 요인으로 동료 노숙인으로부터의 폭력 경험, 노숙기간, 월수입 등의 영향이 컸으며, 정신건강수준 향상을 위해서는 노숙인의 안전한 보호, 소득유지를 위한 다양한 지원방안이 모색되어야함을 시사하고 있었다.

2) 제언

이상 노숙인의 노숙경험, 정신건강, 의료·정신보건 서비스 이용과정에서 경험하는 다양한 생활상에 검토를 통해 주로 인권의 관점에서 제시하고자하는 정책적 제언은 다음과 같다.

(1) 시민적 및 정치적 권리

자유를 중심으로 하는 시민적 및 정치적 권리의 주요내용은 신체보존권, 법집행에 관한 권리, 시민적 자유권 등으로 구성되어 있다. 구체적인 내용으로 고문 또는 잔학하고 비인도적이거나 품위를 손상시키는 대우나 형벌을 받지 않을 권리, 노예가 되거나 노역에 강제되지 않을 권리, 공정한 재판을 받을 권리를 포함한 신체의 자유 및 안전에 대한 권리, 사생활이나 가정이 보호받을 권리, 자유로운 통신의 권리, 사상 양심 및 종교의 자유를 누릴 권리가 포함된다.

이중 노숙인은 각 개인의 신체적·정신적 안전을 보장받지 못한다는 측면에서 신체권의 심각한 침해를 입고 있으며, 침해의 주요 행위자로 재발견되고 있는 주변 노숙인으로 부터의 보호체계를 개발할 필요가 있다. 주변노숙인의 폭력과 강요는 정신건강수준의 심각한 영향요인으로 입증되고 있으나 공식적 보호체계가 작동하지 않는 영역이기도 하다. 이는 “자기들끼리의 갈등”으로 인식되어 무시되거나 노숙이라는 생활환경에 밀착되어 있는 행위자에 대한 신고가 어렵고, 신고의 진정성에 대한 사회적 불신 등으로 적극적 보호가 제공되지 않기 때문이다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 “노숙인간의 갈등”으로 백안시하지 않고, 적극적 신고를 유도하기 위한 홍보를 통해 공식적 지원망에의 신고나 보고율 자체를 높일 필요가 있으며, 서비스제공자들도 이에 대해 좀 더 민감성을 가지고 대처할 수 있는 교육이 제공될 필요가 있다.

한편 노숙인에 대한 응급구호적 서비스제공기관의 경우, 그 종교적 신념에 의해 노숙인 구호사업에 많은 기여를 해온 것이 사실이다. 그러다보니 제공되는 서비스가 선교 혹은 포교에 가려져 충분한 시설을 갖추지 않고 거리급식을 제공하거나 종교 활동 강제 후 급식이나 물품지원이 이루어지는 경우가 많다. 본 연구에서도 서비스제공자의 강요경험 중 종교행사에의 동원경험이 있는 경우가 22.8%로 공안이나 경찰로부터 당하는 강요경험과 유사한 수준으로 제시되고 있었다. 이는 순수하게 의식주를 보장받지 못하고 어떤 의도에 의한 강요경험은 결국, 품위를 손상시키는 대우를 받지 않을 권리를 침해하는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 일시적으로 서비스 축소를 감안하더라도 거리급식의 제한, 실내급식설비의 확충이 유도될 필요가 있다. 또한 노숙인에 대한 응급구호적 성격의 서비스라 하더라도 전달되는 과정에서의 인권침해 판단기준을 마련함으로써 서비스제공자들의 인권민감성을 향상시키기 위한 노력이 요구된다.

또한 연구결과 질병이나 장애가 있음에도 불구하고 치료받지 못하며, 치료를 받더라도 치료의 연속성이나 충분성을 담보할 수 없는 응급구호적서비스체계 내에서 이루어지는 의료서비스, 노숙이라는 이유 때문에, 신체건강이 나쁘기 때문에 정신과병원에서 치료해 줄 수 없다는 치료접근권의 장벽들은 결국 건강권과 치료권의 박탈로 이어지고 있었다. 이는 현재 제공되고 있는 응급구호적 의료서비스에 대한 대대적인 정비가 요구되고 있음을 시사한다.

자유권 침해와 관련하여 가장 논란이 많은 비자발적 입원은 노숙인의 주관적 평가에 의하면 병원중심의 입원통계에서 제시되고 있는 비자발적 입원율의 1/3에 지나지 않아, 비자발적 입원을 줄일 수 있는 대안에 많은 함의를 주고 있다. 이는 시설보호를 하면서 정신병적 증상의 위험을 무릅쓰고 기다림과 설득으로 자발적 치료나 입원을 유도해온 현장실무자들의 노력의 결과라 할 수 있다. 이는 정신병적 증상을 생활속에서 관찰하고 모니터링할 수 있는 체계내에서는 의료부권주의의 오남용을 막을 수 있음을 시사한다.

또한 우리나라 비자발적 입원이 보호의무자에 의한 입원비중이 가장 높다는 주지의 결과를 토대로 볼 때 보호의무자의 권리와 의무에 대한 법적 재검토가 요구된다. 현재 정신보건법상 보호의무자는 정신질환자의 입원치료결정자이기도 하며 치료책임자로서 정신질환자가족구성원에 대한 전적인 권리와 의무를 가지고 있다. 그러나 보호자에 대한 의무규정을 통해 과연 국가의 책임이나 부담의 완화효과가 얼마나 있는지, 보호의무자의 권한을 통해 정신질환자의 권익이 얼마나 보호되고 있는지에 대해서는 회의적인 평가가 내려질 수밖에 없다. 오히려 강제입원이라는 적극적인 권익침해의 주체가 될 수 있는 위험성이 있음에도 불구하고 가족이라는 이름으로 사회적, 제도적 안전장치를 마련하기 않는 것은 결국 정신질환자의 자유권 침해사태로 남게 될 뿐이다.

(2) 경제·사회 문화적 권리

평등을 근간으로 하는 경제 사회 문화적 권리의 주요내용은 인간생존의 기본적 욕구를 충족할 권리(의식주의 생존권, 질병과 재난에 대한 보호, 노동조건 및 보수를 보장, 여가와 휴식에 대한 권리, 사회보장권 등), 사회적 삶 속에 노출되는 가정 및 사회생활에 대한 보호, 가정을 형성할 자유에 대한 보호, 교육받을 권리, 문화의 혜택을 받을 권리로 나누어볼 수 있다.

본 연구에서 식사걱정, 잠자리걱정, 일자리걱정이 노숙 스트레스의 주요 요인이 되고 있다는 점에서 생존의 기본권과 노동권이 충족되지 못하고 있음을 알 수 있다. 우선 최소 생활보장을 위해서는 쉼터 등 보호시설을 기반으로 서비스가 제공되고 있으나 보호시설 입소를 거부하는 노숙인에 대한 대응체계는 전무하다. 이는 사생활보장과 기본적 욕구 충족에 대한 정책결정자와 노숙인간의 인식의 불일치가 가장 큰 부분으로 보인다. 즉, 시설 보호를 중심으로 노숙인을 위한 서비스가 비탄력적으로 운영됨에 따라 사생활보장을 중요시하여, 입소시설을 선택하지 않는 노숙인은 최소한의 규율도 거부하는 “부랑인”으로 간주되어 서비스체계에서 배제하는 결과를 낳게 된 것으로 보인다. 따라서 최소생존권보다 어떤 사람에게든 사생활보장이 더욱 중요할 수 있다는 인식의 전환을 토대로 시설입소 이외의 경로를 통한 서비스 전달방식을 개발할 필요가 있다. 예를 들어 주민등록 노숙인 혹은 최소한 노숙인 등록에 동의한 사람들을 중심으로 현재의 바우처 카드시스템 등을 활용하여 식당, 목욕탕, 의료서비스 등 기본 서비스제공기관과의 협약을 통해 서비스의 시장화를 일부 도입하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 한편 특히 근로기회제공은 과거 관련 정책을 통해 비중 있게 다루어지고 강도 높은 정비방안이 모색된 경험이 있지만 실패로 평가되는 이유에 대한 좀 더 치밀한 분석을 토대로 생존권의 보장방안이 개발될 필요가 있다.

II. 이주민의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서

1. 연구의 목적과 방법

이 연구는 우리나라에 거주하고 있는 대표적인 이주민 집단인 결혼이주여성과 이주노동자를 대상으로 이들의 한국사회적응과정에서의 문화적응과 생활실태 파악 및 정신보건 실태와 인권침해실태에 대한 분석을 하였으며, 이를 바탕으로 이주민의 인권 보호적 관점에서 정책지원방안을 마련하는 것을 목적으로 하고 있다.

이 연구의 대상은 서울경기, 대전충남, 대구경북, 광주전남 4개 권역에서, 중국(한족), 중국(한국계), 베트남, 필리핀 출신의 결혼이주여성과 이주노동자 각각 200명씩 총 400명이

었다. 2008년 9월부터 10월까지 설문조사를 수행하였으며 수거된 설문지 397부중 응답이 부실한 16부를 제외하고, 결혼이주여성 194부, 이주노동자 187부 총 381부를 분석에 사용하였다.

2. 분석결과

1) 이주민의 인구학적 특성

조사대상자의 성별은 여성 262명(68.8%), 남성 119명(31.2%)이며, 이주노동자의 성비를 따로 보면 남성 119명(63.6%), 여성 68명(36.4%)이었다. 이주민의 평균연령은 33.1세이며, 중국(한국계)이 37.4세로 가장 많았고, 베트남이 27.0세로 연령이 가장 낮았다.

이들의 평균 교육기간은 10.9년으로 우리나라의 고등학교 2학년 수준의 학력이었으며, 가족의 월수입은 평균 100-150만원대가 33.3%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 수입이 없다는 응답도 8.9%였다. 월 가계수입이 200만원 이상인 비율이 10.8%에 해당되는데, 소수의 이주민 가정만이 다소 경제적으로 안정된 생활을 하고 있는 것으로 추정된다.

이주민의 한국체류기간을 보면, 평균 50.5개월로 약 4년 정도 체류하고 있는 것으로 나타났다. 2년 미만의 경우는 144명(37.8%), 8년 이상도 72명(18.7%)이었다. 체류자격은 합법체류가 293명(76.9%), 불법체류가 80명(21.0%)이었으며, 이주노동자의 경우 전체 187명 중 불법체류는 78명(41.4%)에 해당되었다.

이주민의 사회적 지지체계라 할 수 있는 이주민지원단체 이용과 모국인 동호회 활동 등을 보면, 이주민지원단체를 이용하고 있지 않다는 응답이 66.9%로 이용하고 있다는 응답 31%의 2배 이상의 비율을 보였다. 또한 모국인 동호회 활동에 대해서는 참여하고 있다는 응답이 50.9%, 참여하고 있지 않다는 응답은 47.8%로 모국인 동호회 활동 참여가 이주민 지원단체 이용보다 활발한 것으로 나타났다. 결혼이주여성의 경우 모국인 동호회 활동에 참여하지 못하는 이유에 대해서 경제적 이유가 22.6%, 남편 및 시댁식구의 반대로 참여하지 못하고 있다는 이유는 20.6%, 그 외 교통수단을 이용하지 못해 참여하지 못한다는 소수 의견이 8.2%였다. 결혼이주여성에 대한 남편과 가족의 사회활동 등에 대한 저지 등은 이들의 한국사회 적응에 어려움을 초래할 수 있다는 것을 시사해준다.

결혼이주여성 대상의 한국국적 취득여부에 대한 질문에 취득했다는 응답은 30.9%, 취득

하지 못했다는 응답은 69.1%였다. 취득하지 못한 이유로는 결혼 후 채 2년이 경과하지 않아 신청자격미달이 74.7%로 가장 많았고, 남편이 원하지 않는 경우는 4.5%, 결혼이주여성 본인이 원하지 않아서는 2.2%, 국적취득에 필요한 예금 부족 및 남편의 직업이 없어서는 1.5%였다.

직업유형을 보면, 결혼이주여성의 67.0%는 전업주부였으며, 직장을 갖고 있는 경우에는 공장근로자가 9.3%, 강사 6.7%, 가사도우미·간병인 등이 4.1%였다. 이주노동자의 경우는 단순노무직인 공장노동과 건설노동이 72.2%를 차지하고 있었다. 이주노동자의 주 평균 노동시간은 55.95시간으로 주 5일 근무로 환산할 경우, 일평균 11시간 이상의 중노동을 하고 있는 것으로 나타났다.

2) 한국어 능력 및 주요의사소통언어

이주민 스스로 평가한 자신의 한국어 능력의 정도는 5점 만점에 평균 3점정도의 수준으로, 보통수준의 한국어 능력을 갖고 있다고 평가하고 있는 것으로 나타났다. 일상생활에 있어서 주된 의사소통언어는 한국어가 35.7%로 가장 많았으며, 한국어+모국어가 29.1%, 모국어는 14.7%, 한국어+영어 14.2%로 한국어와 모국어를 주로 병용하고 있는 것으로 나타났다. 모국어 혹은 영어만을 사용한다는 응답은 17.1%로 이들의 한국어 사용은 미숙할 것으로 추정된다. 이주민이 스스로 평가한 한국어 능력의 정도는, 한국어 능력이 부족하다고 이주민 스스로 평가할수록 문화적응스트레스를 더 많이 느끼는 것으로 나타나, 한국어능력과 문화적응스트레스간의 밀접한 부적상관관계를 보여주고 있다.

3) 이주민의 가족 및 직장에서의 폭력 경험

결혼이주여성과 이주노동자의 폭력경험은 각각 나누어 살펴보았다. 결혼이주여성의 경우 남편의 구타, 폭력 경험이 있다는 응답이 20.2%였으며, 이혼 혹은 별거를 생각하고 있다는 결혼이주여성 중 배우자의 폭력 때문이라는 이유가 46%로 나타났다. 이는 결혼이주여성에 대한 배우자 폭력이 심각한 수준임을 추측할 수 있다. 경험한 폭력의 유형으로는 신체폭력이 65.8%, 언어폭력이 63.2%, 성적 폭력은 15.8%였으며, 폭력에 대한 대처방법 중 별거 혹은 이혼을 주장하거나 상담소를 이용했다는 응답은 26.9%였으며 그냥참고 지

내거나 남편을 일단 피했다는 응답은 34.6%, 본국으로 돌아가려고 했다는 응답은 15.4%, 남편을 설득하고 싸워서 해결했다는 응답은 19.2%였다. 이주노동자의 경우, 직장생활에서의 폭력경험은 전체의 35.7%가 폭력을 경험했다고 응답했으며, 경험한 폭력의 종류는 언어폭력이 83.3%가 가장 높은 비율을 차지했고, 폭력경험횟수는 주 1-2회가 34.8%, 월 1-2회는 21.2%로 빈번하게 폭력에 노출되는 것으로 나타났다. 이들의 폭력에 대한 대처는 그냥 참고 견딘다는 응답이 26%로 가장 많았고, 이주노동자 지원센터 신고는 14.5%였으며, 경찰에 신고한 사례는 없었다.

4) 이주민의 한국생활과 문화적응

(1) 적응하기 어려운 한국문화

이주민이 적응하기 어렵다고 1순위로 선택한 한국문화는 ‘남성중심의 가부장문화’가 35.7%로 가장 많았고, ‘빨리빨리문화’ 22.5%, ‘남의 일에 지나친 관심’ 16.3%, ‘음식 및 식사예절문화’ 12.1%, ‘연장자중심의 문화’ 8.7%였다. 2순위로 선택한 한국문화는 ‘남의 일에 지나친 관심’이 23.9%, ‘빨리빨리 문화’는 21.4%, 음식 및 식사예절문화는 18.6%, 남성중심의 가부장문화 14.3%였다. 같은 질문에 대해 결혼이주여성은 1순위로 ‘남성중심의 가부장 문화’가 49.2%, 2순위로 남의 일에 지나친 관심이 29.7%였고, 이주노동자의 경우에는 1순위, 2순위 모두 ‘빨리빨리 문화’를 선택한 것으로 볼 때 각 이주민이 경험하는 한국생활의 주장소인 가정과 직장생활에서의 환경 특성을 반영하고 있음을 알 수 있다.

(2) 문화적응스트레스

이주민의 한국생활 적응과정에서의 문화적응스트레스의 평균점수는 2.37점으로 5점 척도의 중간 점수보다 낮게 산출되어 응답자 스스로 인식하는 문화적응스트레스의 심각성은 높지 않은 것으로 파악되었다. 하위 영역별 평균점수는 지각된 차별감이 2.37점, 향수병 2.81점, 지각된 증오감 2.19점, 두려움 2.01점, 문화충격 2.42점, 죄책감 2.07점, 기타 의사소통 및 문화적 열등감과 관련된 영역은 2.46점으로 향수병의 영역이 가장 높은 것으로 나타나 모국과 모국의 가족 및 친지를 그리워하는 마음이 무엇보다 많다는 것을 알 수 있다.

결혼이주여성과 이주노동자의 문화적응스트레스는 이주노동자가 2.44점, 결혼이주여성이 2.30으로 이주노동자가 결혼이주여성보다 문화적응스트레스를 더 받는 것으로 나타났으며, 이 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 또한 하위영역에 있어서도 지각된 차별감, 지각된 증오심, 두려움 영역에서도 이주노동자가 통계적으로 유의미하게 결혼이주여성에 비해 문화적응스트레스를 경험하고 있는 것으로 나타났다.

이주민의 인구학적 특성과 문화적응스트레스와의 관계를 살펴본 결과는 다음과 같다. 문화적응스트레스는 이주민의 연령과의 상관관계에서 지각된 차별감은 상관계수 .123 ($p<.05$)으로 정적 상관관계를, 향수병에서는 상관계수 -.126($p<.05$)으로 부적 상관관계를 보였다. 한국어실력은 문화적응스트레스와 밀접한 상관관계를 보였고, 한국거주기간, 월수입은 문화적응스트레스와 관련이 없는 것으로 나타났다.

이주민의 모국인 동호회 활동과 이주노동자지원센터 활동은 한국생활 적응에 도움을 주는 지지체계로서 문화적응스트레스와 관련이 있을 것으로 추측하였으나, 분석결과 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 단, 이주노동자의 경우 모국인 동호회활동 관련하여, 문화적응스트레스 하위 영역중 지각된 증오심에서 모국인 동호회 활동을 하는 집단이, 하지 않는 집단보다 지각된 증오심 영역이 $p<.05$ 수준에서 적은 것으로 나타났다.

체류자격과 문화적응스트레스는 $p<.001$ 수준에서 합법체류자격집단의 평균이 2.31점, 불법체류자격집단이 2.60점으로 불법체류자격집단이 문화적응스트레스를 더 많이 받는 것으로 나타났으며, 하위 영역에서는 지각된 차별감, 향수병, 지각된 증오심, 두려움, 문화충격, 의사소통 및 문화적 열등감의 기타영역에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

정신건강상에 문제가 있다고 스스로 응답한 집단과 그렇지 않은 집단의 문화적응스트레스를 비교할 때 문화적응스트레스의 평균 및 각 하위영역별 스트레스 평균점수에서는 지각된 차별감, 지각된 증오심 및 의사소통과 문화적 열등감영역에서 $p<.001$ 에서 유의미한 차이가 있었으며, 두려움영역에서는 $p<.05$ 수준에서 유의미한 차이가 있었다. 즉 정신건강의 문제가 스스로 있다고 응답한 집단이 문화적응스트레스에 더 취약함을 알 수 있었다.

5) 이주민의 정신건강

이주민 응답자의 정신건강을 SCL-90-R로 평가한 결과, 각 증상별 T점수의 평균점수는 신체화 47.58점, 강박증 44.06점, 대인예민성 46.49점, 우울증 45.45점, 불안 46.43점, 적대

감 46.23점, 공포불안 49.94점, 편집증 47.74점, 정신증 47.57점으로 임상적으로 문제가 없는 건강한 수준으로 파악되었으며, 현재의 장애의 정도를 나타내는 전체심도지수의 경우도 45.65점으로 응답자의 정신건강은 전반적으로 양호한 것으로 나타났다.

일반적으로 SCL-90-R 평가에서는 각 하위 증상별 T 점수를 통해 임상적 위험도를 평가하는데, T점수 70점 이상은 임상적으로 매우 위험하고 비정상적인 수준이며, 63점 이상 70점미만은 임상적으로 유의미한 경향성이 있는 수준, 63점미만은 임상적으로 문제가 없는 수준으로 본다(이철호, 이민규, 2006; 유채영, 신원우, 2000; 박상규, 2006). 이를 바탕으로 본 연구에서는 T점수 63점 이상을 임상군으로, T점수 63점미만을 비임상군으로 나누었으며, 전체 응답자의 약 10%가 임상적으로 취약한 것으로 나타났다. 공포불안(14.1%), 신체화(11%), 대인예민성(10%), 편집증(10%), 정신증(10%) 등의 하위 영역에서의 임상군 비율이 높았는데, 이는 이주민의 한국생활에서의 불안정한 법적 신분으로 인한 심리적 불안감 등을 반영하고 있는 것으로 보인다.

결혼이주여성과 이주노동자의 정신건강정도를 보면, 정신건강 전 하위영역에서 유의미한 차이를 보였는데 이주노동자가 결혼이주여성보다 정신건강 전반에 걸쳐 취약한 것으로 나타났다.

이주민의 인구학적 특성과 정신건강상태를 살펴본 결과, 출신국별로는 필리핀이 적대감, 공포불안, 편집증의 하위영역에서 다른 출신국들에 비해 정신건강의 평균점수가 높아 취약한 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의미했다. 연령, 교육수준, 월수입은 정신건강상태에 차이가 없었으며, 한국거주기간의 경우 공포불안과 정신증 영역에서 8년 이상 장기거주하고 있는 집단이 2년 이상 - 5년 미만 집단보다 정신건강의 평균점수 높아 집단 간 유의미한 차이를 보였으며, 8년 이상 한국에서 거주하고 있는 집단이 다른 거주기간 집단보다 정신건강 전 영역에서 평균점수가 높았다. 또한 임상군의 정신건강정도와 한국 거주기간의 상관관계를 본 결과 체류기간이 길수록 공포불안이 높은 것으로 산출되었으며, 비임상군의 경우 한국거주기간과의 상관관계에서는 거주기간이 길수록 신체화의 증상이 높은 것으로 산출되었고, 이는 통계적으로도 유의미한 결과를 보였다.

이주민지원단체와 모국인동호회 활동 여부는 정신건강상태와 관련이 없는 것으로 나타났다. 반면 이주민의 체류자격은 공포불안, 정신증 영역에서 합법체류집단과 불법체류집단 간에 유의미한 차이를 보였다. 또한 이주민의 문화적응스트레스와 정신건강 정도는 밀

집한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

결혼이주여성의 동거가족 유형을 배우자와 자녀로 구성된 핵가족유형과 시부모와 함께 사는 확대가족 유형으로 나누어 정신건강을 살펴본 결과 정신건강에 대한 순수한 장애를 나타내는 표출증상심도에 있어서 확대가족이 핵가족보다 유의미하게 정신건강이 취약한 것으로 나타났으며, 정신건강 전 영역에 있어서는 확대가족의 평균점수가 높았으나 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았다. 이주노동자의 경우에는 혼자 생활하는 경우와 동거인이 있는 경우로 나누어 정신건강을 살펴본 결과 유의미한 차이를 보이지 않았다. 결혼이주여성의 직업유무와 정신건강을 살펴본 결과, 직업이 없는 경우가 공포불안영역에서 직업이 있는 경우보다 정신건강이 더 취약한 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의미했다. 정신건강 전 하위 영역에 있어서도 직업이 없는 경우가 정신건강의 평균점수가 높았으나 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지는 않았다.

정신건강상에 문제가 있다고 스스로 응답한 집단과 문제가 없다고 응답한 집단의 실제 정신건강상태는 현재 정신건강의 전반적인 심각성 정도를 나타내는 전체심도지수를 비롯하여 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울증, 불안, 공포불안, 적대감, 편집증, 정신증의 전 증상 영역에서 주관적으로 문제가 있다고 응답한 집단이 주관적으로 문제가 없다고 응답한 집단과 비교해 정신건강상에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한 주관적으로 정신건강에 문제가 없다고 응답한 290명(76.1%)을 대상으로 실제로 정신건강에 문제가 없는지, 아니면 문제가 있음에도 자각하고 있지 못한지를 알아보기 위해 산출된 정신건강점수를 임상군과 비임상군으로 나누어 살펴보았다. 각 하위 증상의 임상군에 해당하는 비율을 보면 신체화는 22명(7.6%), 강박증 12명(4.1%), 대인관계예민성 20명(6.9%), 우울증 13명(4.5%), 불안 17명(5.9%), 적대감 12명(4.1%), 공포불안 30명(10.3%), 편집증 17명(5.9%), 정신증 17명(5.9%)로 정신건강에 문제가 없다고 응답한 집단의 약 6% 정도가 실제로는 정신건강상의 임상군에 속하는 것으로 나타났으며, 특히 공포불안과 신체화 영역의 비율이 높았다.

이주민의 폭력경험유무에 따른 정신건강상태의 차이를 보면, 폭력을 경험한 집단(47.54)이 폭력경험이 없는 집단(44.41)보다 우울증의 정도가 높은 것으로 나타났으며, 폭력의 경험은 현재의 장애수준을 나타내는 전체심도지수와 순수한 장애의 강도를 나타내는 표출증상심도에서 폭력경험이 없는 집단보다 취약하다는 결과를 보였다. 폭력유형별로는 언어

폭력경험(83.3%)이 가장 많았고, 성적 폭력(4.5%)의 경우 비율은 적었으나 성적 폭력 경험이 있는 집단이 성적 폭력이 없는 집단보다 신체화(61.50 / 50.13)와 불안(50.50 / 49.05)의 정신건강 하위영역에서 $p < .01$ 수준에서 유의미한 차이가 있었으며, 현재장애의 정도를 나타내는 전체심도에 있어서도 $p < .05$ 수준에서 유의미한 차이가 있었다.

결혼이주여성의 경우 폭력경험이 있는 집단은 폭력경험이 없는 집단과 비교해 전반적으로 하위증상별 평균점수가 높았다. 특히 신체화, 대인예민성, 우울증, 편집증, 강박증, 불안의 경우 폭력경험이 있는 집단과 폭력경험이 없는 집단 간에 유의미한 차이를 보였다. 이는 현재 장애의 수준을 나타내는 전체심도지수와 순수한 장애의 강도를 나타내는 표출증상심도지수에서도 집단간 유의미한 차이를 보여 폭력경험이 있는 집단의 정신건강이 폭력경험이 없는 집단과 비교해 정신건강에 있어 취약하다는 것을 알 수 있다.

이주노동자의 경우에도 폭력경험이 있는 집단은 폭력경험이 없는 집단과 비교해 정신건강의 전 영역에서 집단 간 유의미한 차이를 보였다. 이는 이주노동자의 폭력경험이 정신건강 전반에 영향을 미치고 있다는 것을 알 수 있는 것으로, 현재 정신장애의 수준을 나타내는 전체심도지수와 순수한 정신장애의 정도를 나타내는 표출증상심도에 있어서도 폭력경험집단의 취약성을 반영하고 있음을 알 수 있다.

이주민의 음주실태는 전체 응답자의 76.2%가 음주를 거의 하지 않는 것으로 나타났으며, 음주를 하는 경우도 월 2-3회 미만이 15.3%, 주1-2회 5.0% 등 전반적으로 음주문제는 심각하지 않은 것으로 나타났다.

6) 이주민의 의료 및 정신건강서비스 이용실태

(1) 의료보장형태

이주민 응답자의 한국에서의 의료보장형태는 지역의료보험 24.1%, 직장의료보험 20.1%, 외국인노동자공제회카드이용이 17.6%, 의료급여 7.6% 였으며, 공적·사적으로 의료보장 서비스를 받지 못하고 있는 이주민도 17.8%였다. 지역의료보험 및 직장의료보험, 의료보험과 같은 공식적인 의료보장제도를 이용하고 있는 비율은 51.8%에 불과해 진료비의 부담감 때문에 의료서비스 이용에 있어 어려움이 있을 것으로 미루어 짐작할 수 있다.

(2) 의료기관 이용 실태

결혼 혹은 직장을 찾아 한국에서 생활하는 이주민의 경우 음식, 기후조건의 변화, 새로운 환경에 적응하는 과정에서 정신적, 신체적 건강이 약화될 가능성이 높다. 한국에서 생활하면서 아팠던 경험이 있다고 한 응답은 55.9%로 이들 이주민들이 가장 많이 이용하는 의료기관은 종합병원 및 병원, 의원으로 50.6%가 이용하고 있으며, 약국이 18.3%, 무료진료소 13.6%, 보건소는 8.5%였다. 결혼이주여성의 경우 병의원이 67.3%, 약국 12.5%, 보건소 5.8%를 보였고, 이주노동자의 경우는 병의원이 34.8%로 가장 많았고, 무료진료소 24.8%, 약국 23.9%로 무료진료소의 이용이 결혼이주여성과 확연히 다른 결과를 보여준다.

(3) 정신보건서비스 이용실태

이주민중 스스로 정신건강에 문제가 있었다는 응답은 전체의 23.9%로 이중 전문가와 상담했다고 한 응답은 30명(50%)이었다. 상담한 문제는 불면(26.7%), 무기력(23.3%), 대인 공포(9.9%), 식욕 이상(6.6%) 등의 이유였다.

정신건강문제를 상담한 전문가로는 정신과 의사 9명(30%), 약사 6명(20%)이었으며, 그 외에 비정신과 의사, 종교인 및 성직자, 이주민상담센터직원, 정신보건전문요원 등이었다. 정신건강문제를 해결하기 위해 가장 많이 이용한 기관은 종합병원 및 병원, 의원으로 55%였고, 약국 20%, 그 외 무료진료소, 정신건강센터, 복지관 및 상담센터 등이 있었으며, 보건소를 이용했다는 응답은 없었다.

정신과치료를 받은 응답자는 19명으로 이 중 5명은 우울증 진단을 받았으며, 정신분열병 1명, 조울증 1명 등이었다. 정신과 외래이용과정은 자발적 이용 7명(36.8%), 가족 및 주변사람들의 권유가 3명(15.8%)이었고, 입원을 경험한 총 5명중 자발적 입원은 2명이었고, 응급환자 이송기관을 통한 비자발적 입원과 스스로는 병이 없다고 생각했으나 비자발적으로 입원했다가 각각 1명이었다.

(4) 의료 및 정신보건서비스 이용과정에서의 인권침해 실태

① 의료서비스 이용과정에서의 실태

의료기관 이용이 힘든 이유에 대해서는 무엇보다 의사소통의 어려움(61.9%)을 꼽고 있

으며, 의료기관 이용과 관련한 필요한 정보와 상담을 받기 어렵다(49.3%), 일 중단으로 인한 수입 감소에 대한 염려(46.9%), 진료비에 대한 부담감(45.5%), 병원 갈 시간이 없어서(39.4%), 이용절차가 복잡함(34.7%)의 순서로 나타났다.

이주민이 경험하는 근본적인 언어소통의 어려움과 그로인한 정보습득의 어려움 이외의 이유들은 주로 수입 감소, 진료비 부담 등 경제적인 부분과 연관되어 있으며, 이주노동자의 경우 주 평균 근무시간이 55.95시간임을 고려할 때 의료서비스 이용은 거의 불가능하다 할 수 있다.

더욱이 몸이 아팠을 때 가족, 주변사람들의 반응 중 아픈 것에 무관심했거나 병원 이용에 도움을 주지 않았다는 응답이 전체의 23.7% 인 점은 언어, 경제적 이유와 상관없이 이주민의 의료기관 이용의 취약성을 반영한다고 할 수 있다.

② 정신보건서비스 이용과정 실태

이주민이 정신건강상의 문제로, 정신과 치료를 받는 과정에서 힘들었던 점은 의료서비스 이용과정과 동일하게 역시 언어소통의 문제가 가장 컸으며, 진료비 부담, 일 중단 수입 감소 등 경제적 이유로 치료받는 것이 힘든 것으로 나타났다. 또한 병원 갈 시간이 없어서와 이주민이라고 차별대우할 것이라는 생각도 치료과정에 어려움을 초래하였다고 했으며, 정신과 약부작용 및 정신과 치료를 받는다고 직장에서 해고당할 것이 두려워 치료를 받지 못했다는 의견도 있었다.

입원중 가장 힘들었던 점으로는 언어소통이 안돼 치료과정을 알 수 없어서 답답했다는 응답(3명)이 가장 많았다. 치료과정중 받은 부당한 대우에 대해서는 과반수가 부당 대우를 받지 않았다고 했으며, 부당한 대우를 받은 경우에는 구타, 압박과 같은 신체적 폭력, 반말·무시하는 언행, 환자의 말을 들으려고 하지 않았다는 점 등을 들었다. 비자발적 입원은 단 1건이었다.

이주민이 정신건강에 문제가 있어서 외래나 입원치료를 받은 후, 가족 및 주변 사람들과의 관계변화가 있었는지에 대한 응답은 전과 다름없었다는 응답이 42.1%였으며 더 잘 이해해주려고 노력했다는 21.1% 였다. 반면 통제가 더 심해지고, 더 무시했으며, 본국으로 돌려보낸다고 협박을 받았다는 응답도 20.7%였다. 정신건강상에 문제가 있었지만 치료를 받지 않은 경우에도 가족 및 주변사람들과의 관계변화를 보면 전과 다름없었다가 45.9%,

나를 더 잘 이해하려고 노력했다가 11.5%를 보였다.

정신과치료가 필요했으나 치료를 받지 못한 이주민들은, 그 이유에 대해 이주민이라고 차별대우를 받을까봐가 7명(70%)으로 가장 많았고, 정신과 치료에 대한 편견과 진료비 감당의 어려움이 각각 6명(60%), 병원 갈 시간이 없어서와 일 중단으로 수입 감소에 대한 염려, 정신과치료를 받는다면 직장에서 해고당할 것에 대한 염려 역시 각각 5명(50%)였으며 병원 치료경험이 없어서도 5명(50%)로 나타났다. 정신과 치료를 받지 못한 10명의 사람들은 의사나 약사가 처방, 조제하지 않은 약물을 구입해서 복용하거나(4명) 기도 등 종교적 행위(3명) 등으로 문제를 해결하려했다는 응답이 있었다. 이러한 결과는 이주민의 경우 정신건강에 문제가 발생했을 때 이주민이라는 사회적 편견과 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인한 이중적 침해를 받을 수 있음을 시사한다.

이어 정신건강에 문제가 있었음에도 상담, 치료를 받지 못한 경우, 치료받지 않은 이유를 보면 정신과 약부작용에 대한 두려움이 54.1%로 가장 많았으며, 병원치료경험이 없어서도 49.2%에 해당했다. 또한 언어소통이 어려워서는 47.5%, 이주민이라고 차별대우할 것 같아서도 45.9%였다. 이외에 진료에 대한 부담감과 서비스 이용절차의 복잡함도 서비스 이용접근성을 저해하는 것으로 나타났다.

(5) 우리나라 보건의료서비스 만족도

한국의 보건의료서비스에 대한 만족도 조사에서 불만이라는 응답은 275명(72.2%)으로 이주민 응답자의 대다수는 한국의 보건의료서비스에 대해 불만을 갖고 있는 것으로 나타났다. 만족한다는 수준은 21명 (5.5%)이었으며, 그저 그렇다는 80명(21%)였다.

3. 결론 및 제언

이상의 분석결과를 통해 이주민의 한국생활과 문화적응과정에서의 어려움 및 정신건강, 의료·정신보건 서비스 이용과정에서 경험하는 다양한 생활상을 검토하였다. 이 장에서는 본문의 분석결과를 토대로, 인권 관점에서 결과를 정리하고 이를 통해 정책에 대한 제언을 하고자 한다.

1) 존엄권

이주민이 한국생활에서 침해받고 있는 존엄권의 영역으로는 신체적 안전의 권리 측면에서 가정폭력과 직장폭력의 경험을 살펴볼 수 있다. 결혼이주여성의 가정폭력경험 20.2%와 이주노동자의 직장내 폭력경험 35.7%는 전체 응답자의 약 28%가 폭력을 경험하고 있음을 보여주며, 이는 신체적 안전에 대한 이주민의 존엄권이 심각하게 침해받고 있음을 보여준다. 특히 이주민의 폭력경험은 정신건강에 있어서 우울증상과 관계가 있는 것으로 나타났고, 성적 폭력의 경우 그 응답 빈도는 신체폭력, 언어폭력보다 적었으나 다른 폭력 유형과 비교할 때 정신건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 폭력에 대한 대처 방법에서 결혼이주여성의 경우 ‘그냥참고 지내거나 남편을 일단 피했다’는 응답 34.6%, 이주노동자의 경우 ‘그냥 참고 견딘다’는 응답 26%는 이들이 폭력상황에 지속적으로 노출되고 있음을 뒷받침하고 있으며, 심각한 인권침해가 지속되고 있음을 알 수 있다.

폭력이 신체적, 정신적 건강에 심각한 손상을 초래한다는 것은 이미 널리 알려진 사실로 삶을 위해 한국 생활 적응의 과제를 안고 있는 이주민의 현실에서 폭력경험은 신체 안전권에 대한 명백한 침해이므로, 이들의 안전과 신체적, 정신적 건강을 도모할 수 있는 제도적 방안이 마련되어야 할 것이다.

결혼이주여성에 관해서는 2008년 3월 제정된 「다문화가족지원법」 제8조에서 결혼이주여성의 가정폭력실태의 심각성을 인식하고, 가정폭력피해자에 대한 보호·지원을 명시하고 있다. 그러나 법 조항의 내용이 임의조항으로 구성되어 있어 결혼이주여성 가정폭력피해자를 위한 적극적 보호서비스를 마련하는 것이 미흡할 수 있으므로, 연계법으로서 「가정폭력방지 및 피해자보호등에 대한 관한 법률」의 확대 적용 및 결혼이주여성 가정폭력피해자를 위한 보호시설 마련과 법률구제서비스 등을 제도적으로 보완하는 것이 필요하다. 또한 실태조사 결과에서 볼 수 있듯이 성적 폭력을 경험한 이주민의 정신건강이 다른 폭력을 경험한 집단보다 더 취약하다는 결과는 성적 폭력의 경우 정신건강에 심각한 위험을 야기한다(윤원식 외, 2003)는 기존의 연구결과를 뒷받침하므로, 이주민 대상의 성폭력에 대한 교육, 성폭력 피해 실태조사 및 성폭력 피해 이주민을 대상으로 한 서비스 개발이 필요하다. 현재 여성부에서 결혼이주여성을 대상으로 제공하고 있는 긴급전화상담서비스의 경우 가정폭력 및 성폭력에 대한 상담서비스를 제공하고 있으므로, 이 서비스를 적극적으로 홍보하고 기존 사회복지전달체계상에서 이주민의 가정폭력, 성폭력 피해가 원스탑

으로 해결될 수 있도록 사회복지 서비스 전달체계상의 제도적 보완이 필요하다.

이주노동자, 즉 외국인근로자는 우리나라 근로자로서의 지위를 갖고 있기 때문에 국내 근로자와 동일하게 「근로기준법」에 의해 보호를 받는다. 「근로기준법」의 기본원칙에는 폭행금지의 원칙이 제8조에 명시되어 있어 이주노동자의 신체안전의 권리가 법적으로 보호되고 있으나, 본 실태조사에서 이주노동자가 경험한 폭력의 경우 언어폭력이 83.3%로 법에서 제시된 폭행의 의미를 신체적 폭행으로 제한하여 해석할 경우, 언어폭력은 빈번하게 경험하는 폭력행위임에도 불구하고 보호받을 수 없는 여건이며, 현재 언어폭력은 법적으로 규정되어 있지 않은 한계 때문에 그 처벌 또한 불가능하다. 그러나 반복되는 언어폭력의 경우 공격성, 위축, 좌절, 반사회적 행동 등과 같은 정서적 손상을 유발할 가능성(강신욱, 2005)이 있기 때문에 언어폭력의 위험성에 대해 이주노동자의 고용주 및 직장 동료들을 대상으로 교육제공 및 반복적으로 언어폭력에 노출되는 이주민의 정신건강에 대한 면밀한 조사가 요구된다.

2) 자유권

사람은 스스로의 결정에 따라 사회참여를 결정하고, 문화를 향유하고 즐길 수 있는 권리를 갖는다. 결혼이주여성의 경우 같은 나라 출신이나 혹은 자신과 비슷한 처지의 다른 국가 출신의 결혼이주여성들과의 교류를 통해 한국문화를 익힘과 동시에 한국생활적응에 대한 정보, 기술 등을 얻을 수 있는 기회와 향수병과 같은 문화적응스트레스를 해소할 수 있는 기회를 제공받을 수 있다. 그러나 결혼이주여성이 모국인 동호회 활동 등을 참여하고자 해도 참여하지 못하는 이유에 대해 경제적 이유 때문에 참여하지 못한다는 이유가 22.6%, 남편 및 시댁 식구의 반대로 참여하지 못하는 이유는 20.6%, 교통수단을 스스로 이용하지 못해서라는 이유는 8.2%를 보였다. 이는 스스로의 선택으로 동호회 활동을 참여하지 않는 것이라기보다 외적 요건 때문에 사회적 활동을 하지 못하는 이유가 더 크다는 결과로, 결혼이주여성의 자유권과 문화생활권의 침해라 할 수 있다.

이를 위해서는 결혼이주여성뿐만 아니라 남편, 시부모 등을 대상으로 다문화가정의 상호 문화적응을 위한 교육프로그램 개발과 결혼이주여성에 대한 가족의 편견과 오해를 인식개선을 통해 변화될 수 있도록 제도적 지원이 있어야 할 것이다. 또한 각 지역별 통반장 제도를 활용하여 결혼이주여성의 한국사회적응지원이 원활하게 이루어질 수 있도록 지원

하는 등, 결혼이주여성만을 대상으로 하는 서비스에서 벗어나 다문화가정의 다양한 사회적 참여를 유도할 수 있는 프로그램 개발과 이를 위한 사회복지서비스의 통합적 연계 및 전달체계에 대한 논의가 이루어져야 할 것이다.

또한 이주민이 자유권을 충분히 보장받기 위해서는 기본적으로 이주민의 한국생활적응의 가장 큰 난관이라 할 수 있는 언어소통과 관련된 정책적 지원이 필요하다. 한 국가가 이주민을 받아들이기로 결정할 때에는 이주민의 적응을 돕는 사회기반서비스를 구축하는 것이 선행되어야 한다. 특히 이주민에게 있어서 언어소통의 문제는 생존과도 관련되어 있으므로 다른 어떤 사회적 기반보다 먼저 구축되어야 하며, 그것은 이주한 국가의 언어를 습득할 수 있도록 지원하는 것뿐만 아니라 이주민이 자신의 모국어로 원활한 의사소통을 할 수 있도록 지원하는 것도 필요하다.

먼저 이주민을 위한 통역서비스의 확대가 필요하다. 언어소통의 어려움은 의료 및 정신보건서비스 이용과정에서 경험하는 가장 큰 어려움중의 하나로 지적된 바와 같이 이주민의 일상적인 삶과 밀접하게 관련되어 있으며, 일상적인 대화가 아닌 보다 정확한 의사소통이 필요한 관공서를 비롯한 병원 등 일상생활과 밀접하게 관련된 기관들을 중심으로 통역지원서비스의 확대는 필수적이라 하겠다.

또한 한국생활적응과 정착에 필수적인 한국어 능력의 배양을 위한 지원이 체계적으로 이루어져야 할 것이다. 분석결과에서 이미 살펴본 바와 같이 이주민의 한국어 능력은 문화적응스트레스와도 밀접하게 관련되어 있기 때문에 한국어 교육에 대한 지원은 무엇보다 선행되어야 할 것이다. 이를 위해서는 양질의 한국어 교육을 제공하는 교육기관의 양성과 이주민의 이용접근성을 높이기 위해 지역사회중심의 한국어 교육 프로그램이 제공되어야 할 것이다. 더불어 직장생활, 경제적 어려움 등 여건 상 한국어 교육을 받을 수 없는 이주민을 대상으로 TV 및 인터넷을 활용한 교육프로그램 등을 개발하여 한국어 교육 프로그램에 대한 접근성을 높이는 것도 방안이라 할 수 있다.

3) 평등권

다문화사회에 대한 준비 없이 갑작스럽게 다문화사회로 진입한 한국사회에서 이주민에 대한 시선은 그다지 우호적이지 못해왔다. 결혼이주여성에 대해서는 인신매매성격의 국제결혼과정에 대한 보도 및 국제결혼과정에서 남발된 브로커의 불법행위 등으로 인해 결혼

이주여성 자체에 대한 차별적 시선이 계속되었으며, 이주노동자에 대해서도 불법체류자에 대한 곱지 않은 시선 때문에 차별적 태도가 지속되고 있다. 이러한 이주민에 대한 편견은 정신보건서비스를 이용하는 것과 직접적인 관련이 없음에도 불구하고 이주민은 정신과 치료를 받지 못한 이유와 치료과정중의 어려움에 대해 언어적 의사소통과 진료비 문제 이외에 ‘이주민이라고 차별대우 하는 것 같다’를 중요하게 들고 있다. 이는 심리적 이유일 뿐만 아니라 실제 생활에서 경험한 이주민이라는 차별적인 대우가 내재화된 것으로 보인다.

특히 결혼이주여성의 경우 잠시 살다 떠날 사람이 아닌 한국인과 결혼하여 한국에서 살기 위해 온 사람임에도 불구하고 일반인들의 이들에 대한 편견뿐만 아니라 현행 출입국관리법과 국적법은 결혼이주여성이 귀화하여 한국 국적을 취득하기 전까지는 이들을 일시 방문 외국인과 유사하게 취급하고 있다는 점 또한 제도적으로 편견을 부추기는 결과를 낳고 있다. 따라서 결혼이주여성에 대해서는 한국인과 동등한 권리와 책임을 갖는 한국사회의 구성원으로 받아들이는 것과 관련한 법적, 제도적 요건 등의 검토가 필요하다.

이주민에 대한 사회적 편견을 해소하기 위해서는 유아교육과정에서부터 다문화 사회에 대한 교육프로그램 개발 및 시행이 필요하며 다문화 가정의 강점을 부각시키고 이주노동자가 경제에 미치는 긍정적인 측면 등을 다루는 프로그램, 지침서 등을 개발하여 다양한 매체를 통한 홍보, 교육활동으로 이주민에 대한 사회적 인식개선이 필요하다.

4) 건강권

(1) 의료보장권

이주민이 의료서비스 이용과정에서 겪는 고충 중에서 주된 요인으로 지적된 것은 치료비 부담에 대한 경제적 어려움으로, 이는 다른 실태조사(국제보건의료발전재단, 2005)의 결과와 일치한다. 본 조사에서도 치료를 받게 되면 일 중단으로 인한 수입 감소와 진료비 감당의 어려움 등의 응답은 이주민이 의료서비스를 이용하지 못하는 실제적인 요인이라 할 수 있으며, 따라서 이주민의 의료보장에 대한 권리는 건강권을 지키는 핵심적인 권리라 할 수 있다. 실제로 이주민중 자신이 갖고 있는 의료보장의 형태를 묻는 질문에서 17.6%는 어떠한 의료보장형태도 갖고 있지 않은 것으로 나타났고, 의료보험료 체납(1.6%)으로 이용하지 못하는 경우도 있었다. 이러한 이유로 자주 이용하는 의료기관도 약국이용

18.3%, 무료진료소 이용이 13.6%, 보건소 이용은 8.5%로 총 40.4%가 경제적 부담이 비교적 적은 의료기관을 이용하는 것으로 나타났다. 이는 이주민 응답자중 월평균가계수입이 150만원 미만에 해당하는 비율이 67.4%인 점을 고려하면 쉽게 이해될 수 있는 점이다.

무료진료소 이용은 경제적 형편이 열악한 이주민 특히 이주노동자에게 있어 의료서비스를 이용할 수 있는 대안이기는 하나, 이는 권리로서 이주민의 건강권에 접근한 것이라기보다 다소 시혜적 혹은 인도주의적 차원의 접근이라 할 수 있다. 따라서 합법체류 이주노동자의 경우에는 현재 직장가입 대상은 의무화되었으나 지역가입의 경우에는 임의가입형태이므로 이를 의무화 시키는 방안이 정책적으로 요구된다. 또한 미등록이주노동자에 대해서도 기본적인 건강권 보호를 위한 의료혜택을 받을 수 있는 제도적 보완이 필요하다.

결혼이주여성의 경우 자신이 갖고 있는 의료보장형태에 대한 질문에서 19.1%가 어떠한 의료보장도 갖고 있지 못하다고 응답하였는데, 이러한 경우는 한국가족이나 결혼이주여성 본인이 의료보장을 받을 수 있는 방법을 몰라서 발생할 수 있으므로 결혼이주여성과 그 가족을 대상으로 한국의 의료보장체계에 대한 교육 및 정보 제공 등을 통해 건강권을 확보할 수 있도록 결혼초기에 공공기관을 통해 홍보가 이루어져야 할 것이다.

(2) 서비스접근권

이주민에게 있어서 생활양식과 기후, 음식 등이 출신국과 다른 한국생활에 적응하는 과정에서 신체적, 정신적 건강이 저하되는 경험은 일반적인 현상일 수 있다. 한국 생활 중 몸이 아픈 경험이 있다는 응답은 전체의 56%로 이주민은 2명중 1명꼴로 아픈 경험이 있는 것으로 나타났다. 신체적으로든, 정신적으로든 몸이 아파 의료기관을 이용한 이주민들이 경험한 우리나라 의료기관이용의 어려움 중 대표적인 응답은 언어소통의 어려움과 필요한 정보를 얻거나 상담받기 어렵다는 정보의 접근성의 어려움이 차지하고 있다. 즉 언어소통의 어려움과 더불어 이주민이 도움을 받을 수 있는 정보에 대한 접근성이 매우 취약하기 때문에 기본권인 건강권을 보호하는데 어려움을 겪고 있음을 알 수 있다. 이는 이주민이 이용할 수 있는 서비스 기관의 홍보활동의 부족, 이주민이 주로 어떤 과정을 통해 정보를 습득하는지 그 과정에 대한 파악이 이루어지지 않은 까닭도 있을 것이다.

따라서 이주민의 서비스 접근권을 향상시키기 위한 방안으로서 통역서비스를 비롯하여 다국적 언어로 된 팜플렛 등을 제작하여 한국의 의료서비스 이용과정에 대한 정보 제공

및 인터넷, TV, 종이 인쇄물 등 이주민이 가장 손쉽게 접할 수 있는 정보습득 매체가 무엇인지에 대한 조사를 통해 이주민의 서비스 접근권을 향상시키는 노력이 필요하다. 또한 일반 병·의원을 선호함에도 불구하고 경제적 부담감과 주평균 55.95시간의 과중한 노동시간으로 어려움을 겪는 이주노동자를 위해서는 서비스 접근성 확보와 양질의 서비스를 보장할 수 있는 공공의료기관의 이주민을 위한 의료서비스 확대가 제도적으로 보완되어야 하며, 이주노동자의 과중한 근무시간은 「근로기준법」 제50조 제1항에 명시된 휴게시간을 제외한 법정 근로 시간인 40시간을 약 16시간 상회하고 있으므로 이주노동자의 법정 근로시간 보장에 대한 제도적 관리가 필요하다.

(3) 정신건강권

새로운 문화와 환경에 적응해야 하는 이주민의 경우, 문화적응스트레스를 경험하는 것은 피할 수 없는 사실이며, 이들이 경험하는 문화적응스트레스와 정신건강 간에 밀접한 상관관계가 있음은 연구결과에서 나타났다. 특히 거주 기간이 길수록 임상군의 경우 공포불안이 심각해지고, 비임상군의 경우 신체화 증상이 심각해진다는 결과는 낮은 환경에 적응하여 살아가는 과정이 긴장의 연속임을 시사해주고 있다. 또한 이주민은 정신건강에 문제가 있을 경우에 이주민이라는 사회적 차별과 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인해 이중적 침해를 받을 가능성이 크며, 이는 정신건강서비스를 이용하는데 저해요소가 될 수 있다.

이주민이 한국에 입국한 목적이 결혼을 통한 이주거나 직장을 찾아 온 이주건 간에 이들을 받아들여 한국에서 생활할 수 있도록 한 것은 국가적 필요성에 의한 것으로, 이주민이 건강하게 한국생활에 적응하여 생활할 수 있도록 하기 위해서는 국가차원의 개입이 필요하다. 먼저 정기적으로 이주민의 정신건강실태조사의 실시가 필요하다. 이주민에 대한 장기적인 정신건강계획을 수립하기 위해서는 정기적 실태조사가 수반되어야 하며, 이들의 정신건강에 영향을 미치는 제도적, 사회적, 가정내 다양한 문제점들을 파악하여 이주민을 위한 정신보건서비스체계가 구축되어야 할 것이다. 구체적인 서비스 내용으로는 이주민을 대상으로 새로운 문화적응과정에서 경험할 수 있는 스트레스에 대한 교육과 대처방법교육 및 정기적인 예방 차원의 교육의 제공이 필요하다. 또 무엇보다 가족과 고용주, 직장 동료 등 이주민의 한국에서의 삶과 밀접하게 관련 맺고 있는 주변사람들을 대상으로 이주민

이 한국생활적응과정에서 경험하는 스트레스가 정신건강에 밀접한 영향을 끼친다는 것을 교육, 홍보함으로써 이주민이 건강하게 한국생활에 적응하여 생활할 수 있도록 제도적 보완이 요구되며, 정신건강에 문제가 있는 이주민이 이중적 침해를 받지 않도록 해야 할 것이다.

이를 위해서는 국가 정신보건시스템 내에 이주민에 대한 정신건강관리부서를 만들고 이주민의 정신건강에 대한 통합적 관리 및 서비스체계구축이 필요하며, 기존 정신보건시스템내의 정신보건센터를 중심으로 이주민을 위한 정신보건서비스팀을 만들어 제도화 하는 것이 필요하다.

5) 노동권

결혼이주여성의 경우 직업이 없는 여성이 직업이 있는 여성보다 정신건강 점수가 유의미하게 높은 점수로 나타나, 직업이 있는 경우가 직업이 없는 경우에 비해 정신건강이 더 양호하다는 결과를 보여주고 있다. 이러한 결과는 결혼이주여성중 직업이 있는 여성이 직업이 없는 여성보다 자존감이 높고 한국사회정착에 더 긍정적이라고 하는 다른 연구결과(서울시정개발연구원, 2007)와 비슷한 맥락으로 이해할 수 있다. 특히 결혼이주여성 가구의 월 평균수입이 150만원 이하인 경우가 57%이고 더구나 수입이 없다고 응답한 경우도 16%인 점을 고려할 때 경제적으로 열악한 상황에 놓인 결혼이주여성의 경우 취업에 대한 관심이 높을 수 있다는 것을 짐작할 수 있다. 이미 다른 연구(이혜경, 2005)에서 취업하고 있지 않은 결혼이주여성의 93%가 향후 취업을 하고 싶다고 밝히고 있는 점은 이러한 추측을 뒷받침한다. 이러한 점으로 미루어 볼 때 결혼이주여성에게 있어서 직업을 갖고 있는 경우가 정신건강에 더 긍정적이라면 결혼이주여성의 직업능력을 개발하고 직업을 가질 수 있도록 지원하는 사회적 장치가 필요하다고 본다. 본 조사에서 직업이 있는 결혼이주여성 54명중 공장근로자는 33.3%, 강사 24%, 간병인·식당도우미 15% 였고, 그 외는 판매, 서비스 종사자였다. 이러한 결과는 결혼이주여성이 종사하는 직업유형의 대부분이 일용직 혹은 단순노동직이라는 것을 보여주며, 다른 한편으로는 결혼이주여성의 다문화적 강점을 살릴 수 있는 다양한 직종의 개발이 필요하다는 것을 시사한다. 이를 위해서는 결혼이주여성의 취업육구조사 및 일자리 개발, 결혼이주여성 전문인력개발과 양성, 인력 풀 조직 운영 등이 정책적으로 지원되어야 할 것이다.

II. 독거노인의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서

1. 연구의 목적과 방법

이 연구는 독거노인을 대상으로 독거노인의 일상생활능력의 파악 및 정신보건실태와 함께 학대 및 방임정도를 파악함으로써 독거노인의 인권침해실태에 대한 분석을 시도하였으며, 이를 바탕으로 독거노인의 인권 보호적 관점에서 정책지원방안을 마련하는 것을 목적으로 하고 있다.

이 연구의 대상은 서울경기, 대전충남, 대구경북, 광주전남 4개 권역에서 이루어졌다. 특히 취약한 저소득 독거노인의 특성을 반영하기 위해 조사대상은 임대아파트지역에 있는 지역사회복지관과 노인복지기관을 중심으로 대상을 선정하였으며, 지역별 비례층화표집을 통해 65세 이상의 국민기초생활수급자를 비롯한 저소득 독거노인을 300명과 일반 독거노인 100명을 대상으로 선정하였다. 독거노인 거주인구비례에 따라 서울에서 120명, 대전, 80명, 광주, 90명 대구, 110명이 선정되었다. 각 권역별로 노인복지관이나 노인센터 및 지역사회복지관 1-2기관씩 선정하여 기관이용노인을 대상으로 기관에서 혹은 가정을 방문하여 설문지를 조사하였다. 설문조사의 경우 노인의 특성을 반영하여 1:1 면담형식으로 이루어졌다. 2008년 9월부터 10월까지 설문조사를 수행하였으며 배포된 설문지는 430부였고 답변이 부실한 8부를 제외한 422부를 최종분석에 사용하였다.

2. 분석결과

1) 독거노인의 인구학적 특성

본 조사대상자 중 84.4%가 여성 독거노인으로 나타났으며, 남성노인이 15.4%로 나타났다. 응답자의 연령을 살펴보면, 70- 80세 이상이 81.3%를 나타냈다. 교육수준은 무학(43.6%), 초등학교졸업(37.7%), 중졸(10%)로 비교적 교육수준이 낮은 것으로 나타났다. 대부분의 독거노인의 경우 사별로 혼자 살고 있었으며, 혼자산지 10년 이상된 노인이 70% 정도로 나타났다. 대상자의 77%의 독거노인은 자녀가 있으나, 전혀 왕래가 없거나 6개월이나 1년에 한번씩 자녀를 보는 경우가 65% 정도 되는 것으로 나타났다. 본 조사대상자의

92.7%가 경제활동을 안하는 것으로 나타났고, 경제활동을 하는 38명의 독거노인중에서 14명의 노인이 공공근로를 하는 것으로 나타났다. 월소득을 살펴본 결과, 전체노인의 90%정도가 60만원미만의 소득으로 45%의 노인은 많은 경제적인 어려움을 호소하고 2.8%의 노인은 거의 생활이 안된다고 응답하였다.

즉, 조사대상 독거노인은 대부분이 70-80세이상이고, 무학이 44%, 자녀가 있으나 왕래가 없는 노인이 65%, 경제적으로 어렵다고 호소하는 노인이 45% 이상이 되는 것으로 나타났다. 이러한 요인들과 함께 노년기 나타나는 신체적 쇠약의 문제는 독거노인의 경제적 고통과 함께 정신적 고통의 근원이 되고 있었다. 나아가 가정에서도 돌봄을 받지 못한 독거노인은 사회와 국가에서의 다양한 제도의 부재 및 한계로 인해 가장 기본적인 삶조차도 보호받지 못한 채 살아가고 있었다.

2) 독거노인의 일상생활

(1) 일상생활관리

본 조사대상자의 일상생활관리정도를 살펴본 결과, 본 조사대상자의 70%이상은 대부분 혼자서 일상생활을 할 수 있는 것으로 조사되었다. 그러나 보행이나 시장보기, 빨래나 청소하기, 목욕하기와 같은 일상생활영역에서는 도움이 필요하다고 응답한 비율이 18-20% 정도 되는 것으로 나타났다.

(2) 일상생활정도

독거노인의 일상생활정도(걸어다니기, 목욕하기정도, 옷갈아입기, 몸단장하기 등)와 정신건강과의 차이를 검증한 결과, 일상생활을 ‘스스로 할 수 있는’ 집단과 ‘도움이 필요한’ 집단 간의 정신건강의 평균차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 독거노인 중에서 일상생활을 스스로 할 수 없어 누군가의 도움이 필요한 경우 적절한 서비스를 받지 못하게 되면, 방임되어 질 수 밖에 없고 나아가 노인의 우울이나 불안 그리고 공포불안과 신체화같은 정신건강의 문제는 더욱 심각해 질수밖에 없다.

(1) 도움의 유무와 도움의 체계

조사대상 독거노인의 37.0%는 돌봐주는 사람이 없다고 응답하였다. 25.8%는 아들이나 며느리 딸과 같은 가족이 돌봐준다고 응답 하였으며, 15.6%는 ‘자원봉사자’가 그리고 ‘기타’ 16.3%로 순으로 나타났다. 한편, 서비스제공자를 살펴본 결과, 사회복지서비스를 정부나 지역사회로부터 받고 있느냐는 질문에 76.3%의 독거노인이 지역사회복지기관이나 정부로부터 서비스를 받고 있는 것으로 나타났다.

(2) 서비스수혜종류 및 서비스수혜기관

독거노인이 받고 있는 사회복지서비스를 살펴보면 다음과 같다(<표 >). 우애, 말벗서비스(35.5%), 가사지원서비스(33.65), 의료/치과진료서비스(31.5), 상담교육서비스(23.2%), 기타(16.6%), 그리고 법적서비스(3.6%)로 나타났다.

독거노인의 80.7%는 사회복지기관으로부터 서비스를 제공받은 것으로 나타났고, 종교기관이 6.1%로 나타났다. 가족이나 친척으로부터 받는사람은 3.0% 정도되는 것으로 나타나, 독거노인의 경우 비공식체계로부터의 지지나 서비스를 받을수 없어 공식적 기관으로부터의 서비스가 체계적으로 이루어져야할 것으로 보고

서비스를 받고 있지 않은 독거노인의 경우 앞으로 받고 싶은 서비스로는 1순위가 의료/치과진료서비스(32.1%)가 가장 많은 것으로 나타났다. 그다음으로는 가사지원서비스(20.6%), 말벗서비스(16.0%) 순으로 나타났다.

3) 학대와 방임의 경험

학대와 관련된 문항에서 가장 높은 비율을 차지하고 있는것은 ‘아픈데 병원에 갈 수 없어 방임된 적이 있다’ 7.3%(31명), ‘식사를 준비 할 수 없는데 혼자 방임 되었다’ 7.1(30명), 주변 환경이 더러워도 치울 수 없어 내버려 둔다’ 28명(6.6%)로 나타났다. 또한, 정서적 학대로 ‘나에게 무관심하고 냉담하게 대한다’ 6.4%(27명), 정서적 학대로 ‘나에게 무관심하고 냉담하게 대한다’ 6.4%(27명), ‘나의 의견을 말하면 간섭한다고 불평하고 화를 낸다’ 3.1%(13명)로 나타났다. 신체적학대의 경우, 응답자 중 0.9%(4명)은 ‘내가 보는 앞에서 물건을 던지거나 부순다’ ‘발로차거나 주먹으로 때린다’의 경우 0.9%(4명)인 것으로 나타났다. 재정적인 학대에서 빌린 돈을 갚지 않는다고 응답한 경우가 10명이나 되는 것으로 나

타났다. ‘내연금이나 임대료를 가로채인적이 있다’와 ‘내허락없이 부동산등의 명의를 변경당한 적이 있다’고 응답한 독거노인도 0.9%(4명)으로 나타났다.

4) 정신건강

우선, 정신건강의 문제를 평가하기 위해 대표적인 도구인 SCL-90-R을 활용하였다. 본 연구에서는 노년기의 특성을 고려하고 실행가능성을 높이기 위해 우울과 불안, 그리고 신체와 증상과 공포불안을 평가하는 항목만을 추출하여 설문항목을 축소 조사하였다. 독거노인의 정신건강의 평균을 SCL-90-R의 기준표를 이용해 T-score로 변환함으로써 최종적인 평가(60점 이상의 경우 비정상적경향성이 있음을 의미하고, 70점 이상의 점수를 받은 경우는 비정상적임을 시사하여 임상군으로 치료를 필요로 하는 것으로 정의; 권석만, 김선영, 2001)를 하는 방식으로 노인의 정신건강을 비교하였다. 분석결과를 보면, 70점 이상의 ‘우울 증상’을 보이는 사람이 69.9%, 비정상적경향성을 보이는 60점 이상이 22.5%로 나타나, 독거노인의 경우 90% 이상이 심각한 우울상태이거나 비정상적인 경향성을 가지고 있는 것을 알 수 있다. 불안의 경우 70점 이상의 17.2%, 60이상이 23.0%로 나타났다. ‘신체화 증상’의 경우 70점 이상이 55.2%, 60이상이 27.0%로 나타났다. ‘공포불안’을 보이는 사람의 경우 70점 이상이 49.1%, T점수 60이상이 21.1%로 나타났다.

또한 독거노인의 일반적 특성과 정신건강간의 차이를 살펴본 결과, 독거노인의 일반적 특성 중에서 독거기간, 성별, 자녀와의 접촉빈도, 학력, 경제상태, 그리고 사회복지서비스수혜유무와 같은 변수는 정신건강과 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉, 오래 혼자 사는 노인이, 여성독거노인이 자녀와 접촉빈도가 적은 사람이, 학력이 낮을수록, 경제적으로 어려움 사람들의 경우 정신건강의 평균이 더 높은 것으로 나타났다.

5) 독거노인의 의료 및 정신건강서비스 이용실태

(1) 의료보장형태 및 의료이용

독거노인의 의료보장형태를 조사한 결과, 전체의 54.5%가 의료급여(1,2종)수혜자였으며, 23.5%는 지역가입의료보험을 가지고 있었다 한편, 보험료가 체납되어 없거나 아예 보험이 없는 경우도 10% 정도 되는 것으로 나타났다. 더욱이 아팠을 경우, 주변에서 ‘관심은

가져주었으나 의료기관이용을 도와주지 않은 경우'와 '아예 무관심했던 경우'도 30% 정도를 차지하는 것으로 나타났다. 한편, 의료 이용시 독거노인이 가장 힘들어하는 부분은 '진료비 감당이 힘들어서'(38.4%)라고 응답한 비율이 가장 높았으며, 다음으로는 '교통편이 좋지 않아서'(29.6%) '병원에 함께 동행 할 사람이 없어서'(27.0%) 그리고 '치료절차가 복잡해서'(25.1%), '글씨를 몰라 필요한 정보나 상담을 받기 힘들어서'(20.4%)로 나타났다.

이러한 결과는 현재 독거노인의 가장 걱정이 되거나 고민이 된다고 응답하고 있는 경제 문제나 건강문제와 함께 추측해본다면, 저소득 독거노인의 경우는 경제적인 문제로 의료이용의 제한을 가져다주고 있다는 것을 알 수 있는 결과이며 동시에 본 조사대상자의 독거노인의 경우 무학이 48% 정도 되는 것으로 보아 누군가의 도움 없이는 의료이용에 대한 두려움을 가질 수 있어 독거노인의 의료이용을 도와줄 수 있는 체계의 제도화가 요구된다고 본다.

결국, 경제적으로 어렵고 거동이 불편하거나 이용절차를 어려워하는 독거노인들은 기본적인 의료이용을 할 수 없어 인간의 건강권이 보장받지 못하는 인권의 사각지대에 놓여 있다는 것을 알 수 있다.

(2) 독거노인의 음주실태

술을 마시는 경우는 15.4%이나 술 마시는 횟수를 조사한 결과, 매일이 15.9%, 일주일에 2-3번이 30.2%, 일주일에 1번이 14.3%로 나타났다. 이러한 결과는 매우 중요한 시사점을 준다.

즉, 술을 마신다고 응답한 독거노인의 경우, 주량이 많지 않을 수 있지만 매일과 일주일에 2-3번을 마신다고 응답한 독거노인이 전체 46%를 차지하고 있다. 특히, 매일 마신다는 분들의 경우는 알코올 의존일 가능성이 높으며, 일주일에 2-3번 정도 마신다고 응답한 분들도 향후 알코올의존의 가능성을 증가시킨다고 볼 수 있어 이에 대한 대책이 요구된다고 볼 수 있다.

(3) 정신보건서비스 이용실태

정신건강의 문제(잠을 못이루고, 걱정이 많고, 밥맛이 없고, 가슴이 벌렁거리는 문제)를 가지고 있는가라는 질문에, '문제가 없었다'62.6%, '문제가 있었으나 상담하지 않았다'

30.1%, ‘문제가 있어서 전문가와 상담을 였다’ 6.4%로 나타났다.

본 연구에서는 조사대상 독거노인의 경우 전체적으로 정신건강의 문제가 매우 높은 것으로 나타나 ‘정신건강의 문제가 없었다’라고 응답한 62.6%의 독거노인 가운데 ‘정말 정신건강의 문제가 없는 것인지’, 아니면 ‘정신건강의 문제가 있음에도 인지하고 있지 못한 것인지’ 알아보기 위해 ‘정신건강에 문제가 없었다’라고 응답한 독거노인의 정신건강의 상태와 ‘문제가 있었지만 상담을 받지 않은 30.1%’의 독거노인의 정신건강의 상태를 살펴보았다.

‘문제가 없었다’라고 응답한 독거노인 정신건강상태는 임상적인 수준에서 치료를 필요로 하는 t점수 70이상인 경우가 우울의 경우37.5%, 불안의 경우 11.7%, 신체화의 경우 44.7%, 공포불안의 경우 55.%되는 것으로 나타났으며, 문제가 있었으나 상담을 받지 않은 독거노인 중에서 임상적인 치료를 요하는 비율을 살펴보면, 우울의 경우 89.2%, 불안 30.7%, 신체화 77.2%, 공포불안, 54.9%로 나타났다.

이러한 결과는 독거노인의 경우 문제가 없었다고 응답한 사람들 가운데에서도 치료를 필요로 하는 수준의 정신건강문제를 가지고 있으나 잘 인식하지 못하는 것으로 나타났고, 조사대상 독거노인 자신도 문제가 있다고 느끼나 상담조차 받지 못한 대상 가운데 특히 우울의 경우는 비정상군이 89%나 되는 것으로 조사되어 독거노인의 정신건강문제에 대한 조기발견 및 예방은 거의 이루어지고 있지 못할 뿐 아니라 매우 취약하여 위험한 수준에 있음을 알 수 있다.

6) 의료 및 정신보건서비스 이용과정에서의 인권침해 실태

(1) 의료이용실태

독거노인들의 의료이용기관은 종합병원이용(52.8%)과 의원(25.4%)의 이용비율이 제일 높았으며, 5% 정도의 독거노인들은 주로 복지관에서 운영하는 무료진료소를 이용하는 것으로 나타났다.

의료기관 이용시 가장 힘든점으로 ‘진료비 감당이 힘들어서’(38.4%)라고 응답한 비율이 가장 높았으며, 다음으로는 ‘교통편이 좋지 않아서’,(29.6%) ‘병원에 함께 동행 할 사람이 없어서’(27.0%) 그리고 ‘치료절차가 복잡해서’(25.1%), ‘글씨를 몰라 필요한 정보나 상담을 받기 힘들어서’(20.4%)로 나타났다.

(2) 정신보건서비스 이용과정 실태

독거노인이 정신과적인 문제가 있어 상담을 받아야함에도 불구하고 상담조차 받지 않은 이유를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. ‘누구에게 도움을 받아야할지 몰라서’, 46.5%, ‘어디에서 도움을 받아야할지 몰라서’, 40.6%로 나타났다. 그리고 ‘진료비 감당이 힘들어서’ 진료를 포기한 노인분 들도 33.9%를 나타냈으며, ‘이용절차가 복잡해서’, 33.1%, ‘잘 알아듣지 못해 치료 및 상담이 어려워져서’ 29.1%, ‘병원에 동행할 사람이 없어서’, 22.8%, ‘혼자 사는 노인이라 무시하는 것 같아서’, 18.1%, ‘정신과 치료를 받으면 편견이 생길까봐’ 15.0% 나타났다.

(3) 정신보건서비스 이용과정 실태

정신건강상담서비스 받은 독거노인(28명) 중에서 74.1(20명)%는 정신과 치료가 필요하여 입원이나 외래치료를 받았으며, 25.9(7명)%는 치료가 필요하였지만 치료받지 못한 것으로 나타났다. 더욱이 치료가 필요하나 치료를 받지 못한 경우도 우울의 경우는 t점수 70점이상인 임상군이 71%로 조사되어 독거노인의 정신건강검사의 자동 스크리닝 시스템의 개발과 함께 임상군으로 진단되어지면 자동으로 치료체계에 편입될 수 있는 정책이 요구된다.

정신건강상의 문제가 의심이 되어 상담을 한 후에 정신과 치료가 필요하였으나 치료를 받지 못한 이유를 먼저 살펴보면 다음과 같다. 정신과 치료가 필요하였으나 치료받지 못한 독거노인 7명 가운데, 28.6%는 ‘이용절차가 복잡해서’ ‘정신과치료를 받으면 정신과 환자라는 편견이 생길까봐’라고 응답하였으며, 14.3%의 노인들은 ‘교통편이 좋지 않아서’, ‘병원에 데려다 줄 사람이 없어서’, ‘정신과 약을 먹으면 중독될까봐’, ‘혼자 사는 노인이라 다른 사람과 차별대우 할 것 같아서’,라고 응답하였다.

정신건강상의 문제가 있어 치료를 받아야한다는 전문가의 조언에도 불구하고 다양한 이유로 치료체계에 편입되지 못한 노인들은 정신건강의 문제를 ‘그냥 참는’ 방법으로 해결하거나(57.1%), 침이나 뜸과 같은 민간요법을 사용한 경우가 28.6%로 나타났다

한편, 입원해 있는 동안 힘든점은 “내 치료 과정이 알 수 없어서 답답했다”, 25%, ‘병원 안 오는 사람이 없어서 외로웠다’, 25% ‘내가 생각했던 것 보다 오래있어서 내가 병원에서 나가지 못하는 것이 아닌지 두려웠다’ 25%, ‘병원비 부담 때문에’ 25%를 나타냈다. 입

원이나 외래치료를 받는 과정에서 부당한 대우를 받았다면 무엇인가에 대한 질문에, ‘내 병에 대해서 잘 설명해주지 않은 것’, 15.0%, ‘약물 부작용 및 치료과정에 대해서 설명해주지 않음’, 5%, ‘기타’ 10%로 나타났다. 정신건강문제로 치료를 받는 과정에서 가장 힘들었던 점은, 교통편이 좋지 않아서, 진료비 감당이 힘들어서 라고 응답한 경우가 35%를 나타내고 있으며, ‘기관편의상 퇴원기간이 결정되는것 같아서’ 라고 응답한 사람이 20%, ‘이용절차가 복잡해서’, ‘간병인 없어서’, ‘병문안 오는 사람이 없어서’, ‘노인이라고 차별대우하는 것 같아서’, ‘병원보증금이 없어서’, ‘입원할 때 서명해줄 사람 없어서’, 15%, ‘수급자라고 최소한의 서비스를 해주는 것 같아서’, 10%, ‘혼자 사는 노인이라고 사람들이 무시하는 것 같아서’, ‘정신과 약부작용 때문에’, ‘보호자가 없어서 입원이 안되는 것’, 5%로 나타나 독거 노인등의 경우 정신과 치료를 받는 과정에서 다양한 불편감을 갖고 호소하는 것을 알 수 있다.

7) 우리나라 보건의료서비스 만족도

독거노인이 이용한 의료서비스나 정신보건서비스에 대한 만족도를 확인한 결과, 만족 33.6%, 아주만족, 30.6%, 보통, 26.8%, 불만족, 6.2%, 매우불만족, 2.4%로 나타나 60% 이상의 노인들은 의료이용에 만족하고 있는 것으로 나타났다.

3. 결론 및 제언

1) 독거노인의 기본권적인 보장을 위한 제언

(1) 생존권적 기본권을 위한 제언

본 조사 대상 독거노인의 경우 가장 고민이 되거나 스트레스요인으로 경제적인 문제를 들고 있고, 48%의 독거노인이 경제적으로 어렵다고 응답하였으며, 조사대상 독거노인의 2.8%는 전혀 생활이 안되는 것으로 되었다. 독거노인의 경제적인 문제는 기초생활수급, 노령연금제도와 같은 다차원적인 체계에서 제도적으로 지원이 되고 있다. 그러나 차상위 계층의 경우 제도권 안으로 편입되지 못하는 다양한 경우가 있기 때문에 이들을 위한 제도적 허점의 보완이 요구된다. 더욱 독거노인의 경우 다양한 서비스를 중복되어 받는 노

인들도 있지만 서비스대상에서 제외되는 경우가 있어 체계적인 사례관리를 통한 개입이 요구된다.

한편, 독거노인의 경제적인 욕구를 충족하기 위해 노인의 고용촉진을 위한 제도적 개선이 요구된다. 우리나라의 경우 평균수명으로 경제활동을 하려는 노인이 지속적으로 증가함에도 불구하고 여전히 노인의 경제활동참여는 제한적이다. 고령자촉진법을 근거로 노인의 고용촉진을 도모하고 있으나 정작 60대 이후 노인취업에는 실효성이 없다. 노인의 취업은 고령자고용촉진법에 의해 명시되고 있으나 대부분이 임의 규정으로 실제로 운영되는 데는 한계가 있다. 물론 노인 일자리사업의 확산이 이루어지고 있으나 실행에 있어 여러 제한점들이 있다. 따라서 노인의 고용촉진을 위한 제도적인 구축을 위한 현재 노인고용을 방해하는 요인을 해소하고 현실적인 제도마련이 요구된다.

(2) 건강권 보장을 위한 의료보장정책의 다양화

본조사 대상 독거노인의 경우 독거노인들이 걱정하는 특히 스트레스를 받는 요인으로 건강문제, 경제문제, 그리고 고독문제 순으로 나타났다. 독거노인의 경우 건강상의 문제가 발생해도 사실상 경제적인 어려움으로 인해 제대로 치료체계에 편입되기 어려운 실정이다. 본 조사대상 독거노인이 가장 걱정하는 문제가 건강문제임에도 불구하고 본 조사대상 독거노인의 40명(10% 정도)은 아예 보험이 없거나 보험료를 내지 못해 보험이 안 되는 것으로 나타났다. 이는 본 조사대상 독거노인은 건강상의 문제가 발생할 경우 의료 서비스를 받을 수 있는 기본권조차 가지고 있지 못하다는 사실을 의미한다. 다만 이들 독거노인이 받을 수 있는 유일한 의료서비스는 약국이나 보건소 그리고 복지관의 무료서비스를 이용하는 것이 전부일 수밖에 없는 것이 현실이다.

어떤 측면에서는 의료보호환자나 의료보험이 있는 환자의 경우는 현실적으로 의료이용을 이용하는 데에는 용이하다. 그러나 아예 보험료 낼 돈이 없어서 보험이 끊기거나 아예 보험조차 없는 차상위 계층의 독거노인의 경우 의료의 사각지대에 놓여 있는 사실이 밝혀져 차상의 계층의 독거노인의 대한 의료서비스 체계의 확대가 요구된다. 따라서 독거노인의 경우 신체적 질병의 문제이든 정신과적인 질환의 문제이든 일차적으로 의료서비스를 받고 진단되고 치료를 받게되는 일련의 과정이 자동 스크리닝 될수 있도록 하는 체계의 개발이 요구된다. 서울시의 경우 65세이상의 노인들에게 노인치매센터를 중심으로 치매진

단 서비스를 실시하고 있는 것으로 안다. 또한 가정간호방문서비스를 통해 독거노인의 정신건강서비스의 진단을 하고 이를 치료체계로 의뢰하는 서비스의 현실화가 요구된다.

2) 독거노인의 인권존중 및 국가의 인권보장을 위한 제언

(1) 독거노인을 위한 통합서비스를 제공

우선, 독거노인을 위한 통합서비스가 요구된다. 사실상 노인과 장애인의 경우 반드시 사례관리가 체계적으로 이루어져 사례관리하에서의 서비스의 체계화와 통합화가 요구된다. 그러나 아직 우리의 사회복지기관이 소비자 중심의 서비스보다는 공급자 중심의 서비스가 이루어지고 단일서비스중심의 프로그램으로 이루어지는 경향이 있다. 따라서 노인기관에서의 사례관리의 현실화가 요구된다.

둘째, 독거노인의 생활을 관리해줄 수 있는 독거노인생활관리사의 확충이 요구된다. 나아가 생활관리사나 보호사의 질관리도 함께 이루어져야할 것으로 본다. 특히 생활관리사나 보호사 그리고 자원봉사자들에게 노인들의 학대나 방임의 부분에서 제기된 인권교육이 요구된다. 반대로 노인들에게도 인권교육을 통해 인권에 대한 인식을 제고할 필요가 있다.

셋째, 사회인식의 변화와 함께 자원봉사자의 활성화가 요구된다. 조사결과에서 독거노인이 자원봉사자로부터 도움을 받는다고 응답한 비율은 16% 정도를 못 미치는 것으로 나타났다.

전문생활관리사의 활용도 중요하지만, 고령화 사회에서 건강한 노인인력의 활용은 중요한 인적구성요소로 볼 수 있다. 일본의 경우 노인자원봉사가 매우 활성화되어 있다. 우리나라의 경우도 일부기관에서 노인자원봉사 교육을 하고 있지만 체계적이지 않다. 노인자원봉사의 활성화를 통해 노인의 정신건강을 예방하고 건강한 노인이 일상생활의 관리가 되지 않는 일부의 독거노인을 돌보는 것은 각 기관에서도 고려해볼 필요가 있다. 이러한 정책은 노인의 우울의 문제나 불안의 문제를 감소시키는 데에도 중요한 요인으로 작용할 수 있을 것으로 본다.

(2) 노인학대와 방임 방지를 위한 제도의 현실화

본 조사대상 독거노인의 방임과 학대의 내용을 종합해보면, 즉, 독거노인의 경우 신체

적인 건강상문제로 스스로 일상생활을 할 수 없어 그저 방치되는 경우와 질병의 문제를 가지고 있는데 거동이 힘들고 경제적으로 어려워 제대로 의료적인 처치를 받지 못한 상태에서 방임되고 있는 것으로 볼 수 있다. 나아가 전체적인 비율에 비해서 그 비율이 낮지만 단 몇 명이라도 신체, 정서, 언어, 경제적인 학대와 방임을 경험하고 있다는 것은 심각한 노인인권의 침해로 볼 수 있다.

그러나 지금까지 노인학대의 문제는 그동안 가정내 문제로 인식하는 한편, 외부에 노출이 되지 않아 적극적인 기관에서나 국가개입도 늦어졌다. 1997년에 제정된 「가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」과 「가정폭력예방 및 피해자보호 등에 관한 법률」에서 가족내 구성원의 학대와 폭력을 처벌, 예방하도록 했음에도 불구하고 노인은 많이 소외되어졌고, 2004년에 와서야 노인복지법 개정시행으로 노인학대의 정의가 규정되었고, 긴급전화 및 노인보호전문기관 설치, 신고의무, 응급조치, 학대 조사 등에 관한 내용을 법제화함으로써 정부개입이 분명해졌다. 현재 노인복지법에 따라 2006년부터 각 시도별로 1개소씩(부산, 경기 2개소) 2007년 현재 23개의 노인학대 예방센터가 운영 중이다. 또한 긴급전화를 설치운영하고 있어 노인학대 피해자가 즉각적으로 도움을 받을 수 있도록 하였다.

하지만 독거노인의 경우 이러한 제도적인 장치가 있음에도 불구하고 제도를 활용하고 이용하는 데에는 제한점이 있는 것으로 보인다. 특히 독거노인의 경우 가족이외의 다른 도움을 주는 자(보호사, 자원봉사자, 등)들로 부터의 학대 가능성이 있어 이에 따른 대책이 요구된다. 따라서 독거노인이나 보호제공자들 모두를 대상으로 하는 인권교육과 함께, 독거노인 사례관리기관에서는 보호제공자들에게 대한 모니터링과 함께 보호제공자들의 질관리에 대해서도 체계적인 관리가 요구된다.

3) 독거노인의 정신건강을 위한 정책적 제언

(1) 독거노인 정신건강검사의무시행을 위한 제도적 개선

의무적으로 독거노인의 건강검진시 반드시 정신건강검사를 실시하고 정신건강의 문제가 있을 시에 자동적으로 치료체계로 편입될 수 있는 제도적 장치가 요구된다. 독거노인들의 경우 정신건강상의 문제를 스크리닝 할 수 있는 체계의 개발이 필요하다. 이는 본 조사 대상 독거노인의 경우 경제적인 곤란, 문맹의 문제 그리고 신체적인 질병의 고통으로

정신적으로 매우 취약해 질 수밖에 없는 절대 취약집단이다. 그들은 정신건강의 문제가 발생하면 어떻게 어디에서 치료를 받아야할지 모를 수밖에 없어 정신과적인 문제가 발생하더라도 그들 스스로 자발적으로 치료를 받으러 간다는 것은 거의 불가능하다. 그들의 능력밖에 일인 것이다. 결국 자발성을 가장한 채 방치되고 치료조차 받지 못한 상태에서 죽을 날만 기다리는 상황이 되어버린다. 본 조사 대상 노인의 경우, 정신과에 대한 편견으로 인해 정신건강상의 문제를 치료받는 것을 아예 표기할 가능성이 있는 것으로 나타났다. 따라서 정신건강상의 문제로 진단되어지면 경제적 여건이나 사회적인 상황과 상관없이 독거노인의 경우 고위험 환자군으로 분류되어 자동적으로 정신보건서비스체계로 의뢰되어지는 법적장치의 제도화와 시스템개발이 요구된다.

(2) 독거노인 정신건강이해를 도모하기 위한 노인대상 교육과 전문가 교육

첫째, 독거노인의 건강한 노년과 정신건강의 예방 및 조기치료차원에서 독거노인으로 하여금 정신보건과 관련된 이해를 도모하고 정신보건의 문제로 의심되는 경우 어떠한 경로를 통해 상담을 받을 수 있을지에 대한 교육이 필요하다.

둘째, 우울한 노인들이 보이는 반응을 이해하지 못한다면 독거노인에 맞는 서비스제공하기 어렵다. 따라서 독거노인에게 서비스를 제공하는 사회복지기관에서는 전문가 교육이 반드시 필요하다. 독거노인에게 서비스를 제공하는 전문가들에게 노인 정신건강에 대한 교육이 우선시 되어야한다.

(3) 독거노인정신건강 예방과 치료를 위한 집단상담프로그램 개발

무학인 독거노인의 경우, 정신건강의 영역(신체화, 불안, 우울, 공포불안)에서 평균이 높게 나타났고 이는 통계적으로도 유의미한 것이었다. 노인의 경우 조심성과 의존성이 증가하고 돌발적인 상황에 대한 대처능력과 자신감이 감소한다. 또한 혼자사는 독거노인의 경우 일반노인보다 불안장애의 가능성이 높다고 보고한다. 본 조사대상 독거노인의 경우, 글씨를 모른다는 것은 상황에 대한 대처능력을 떨어뜨려 상황적 불안을 증가시키는 역할을 한다고 볼 수 있다.

우선, 노인관련기관에서 노인들을 위한 한글교육을 많은 기관에서 시행하고 있지만 특히 문맹인 독거노인을 대상으로 한 한글교육의 필요성을 다시 한번 제기한다. 우울하거나

신체화 증상으로 밖으로 나오지 못하는 독거노인의 경우 가정방문을 통해서 사례관리자가 사례사정시에 노인의 문맹을 파악하여 사례관리를 통해 자원과 연계할 수 있는 방안을 제안한다.

둘째, 사회복지기관에서 실시하는 다양한 집단상담 프로그램과 집단활동 프로그램을 개별화하는 작업이 요구된다. 본연구결과 독거기간이 길어질수록 노인의 우울의 가능성은 더 높아질 수 있는 것으로 확인되어 오랫동안 혼자생활하고 있는 독거노인의 경우 우울을 예방할 수 있는 프로그램의 개입이 요구된다. 특히, 혼자살고 거기에다 무학으로 글씨조차 모르는 경우 다양한 형태의 정신건강의 문제를 유발시킬 가능성은 증가한다. 우울한 노인들은 자신이 다른 사람의 관심을 받을만한 가치가 없다고 생각하여 사회적으로 고립되는 경향을 보이는데 잘 구조화된 사례관리를 통해 독거노인을 프로그램에 참여하도록 유도하는 것은 필요하다. 가까운 사람들의 관심과 정서적 지지는 외로움을 달래고 자기 가치감을 회복하는데 도움을 준다. 따라서 다양한 집단 프로그램을 통해 자신의 감정을 적절히 표현하는 것을 배우고 인간관계에서 생기는 갈등을 건설적인 방법으로 해결해나가는 방법을 배우는 것도 필요하다. 특히 다른 사람으로부터 정서적인 지원을 받는 것이 도움이 되기 때문에 다양한 집단 활동 프로그램을 통한 즐거운 일이나 여가활동을 찾도록 도움을 줄 수 있는 다양한 프로그램의 개발이 요구된다.

(4) 독거노인의 정신건강예방을 위한 고용촉진을 위한 제도적 개선

독거노인의 경우 경제적인 상태와 고용의 유무가 정신건강의 전영역과 관련있는 것으로 나타나 독거노인뿐 아니라 노인들의 고용촉진을 위한 제도적 개선이 요구된다. 사실상 고령자고용촉진법을 근거로 노인의 고용촉진을 도모하고 있으나 주로 50대 전반 노인들을 대상으로 정작 60대이후 노인취업에는 실효성이 크지 않다. 일예로 본 조사대상 독거노인의 경우 70세에서 80대 이상이 83%를 차지하는 것으로 보아 고령자고용촉진법에 근거한 노인의 취업은 실효성이 크지 않다. 최근 노인 일자리 사업이 확산되고 있지만 실행에 있어서 여러 제한점이 제시되고 있다.

이를 위해서는 노인차별금지 법적근거를 마련하고 고령자고용촉진제도의 확대, 정년제 연장, 노인일자리 사업의 활성화등이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

(1) 정부는 2002년에 「고령자고용촉진법」 개정을 통해 고령자 등 고용차별금지조항을

신설했다. 그러나 이조항을 위반시에 사업주에 대한 법적처벌수위는 정확하지 않다. 미국의 경우는 연령에 근거하여 근로자를 차별한 사업주는 형사처벌의 대상이 되는등 보다 명확하고 적극적인 처벌규정이 마련되어야 할 것으로 본다.

(2) 현행법상 고령자 고용을 위한 고령자 고용촉진법이 있다. 그러나 고령자기준 고용률이 강제화되지 않아 노인고용촉진에 실질적인 기능을 하고 있지 않다. 따라서 고용에 미달한 기업에 대한 보다 엄격한 규제를 가할수 있는 법적조항의 마련이 요구된다.

(3) 우리나라의 경우 고령화사업의 진입으로 노인일자리에 대한 욕구가 증가하고있다. 보건복지부중심으로 노인일자리 사업이 부분적으로 시행되고 있다. 노인일자리가 어떤 독거노인에게는 생계를 위한 목적이 크지만 노인의 일자리사업은 노동을 통한 노인의 사회참여의 의미도 크다. 사실상 본 조사대상 독거노인의 경우 단순한 일자리라도 일을 하고 있는 독거노인의 경우 정신건강의 전반적인 평균이 낮게 나타났다. 이를 위해서 다양한 프로그램의 개발과 체계적인 재교육프로그램, 취업과 고용 인프라 구축이 요구된다.

(5) 독거노인의 알코올 문제에 대한 제언

본조사 대상 독거노인중, 술을 마신다고 응답한 경우, 매일과 일주일에 2-3번을 마신다고 응답한 독거노인이 전체 46%를 차지하고 있다. 매일 마신다는 분들의 경우는 알코올 의존일 가능성이 높으며, 일주일에 2-3번 정도 마신다고 응답한 분들도 향후 알코올의존의 가능성을 증가시킨다고 볼 수 있어 이에 대한 대책이 요구된다고 볼 수 있다.

특히 본조사 대상 노인들이 홀로 생활하는 독거노인임을 감안한다면, 현재 술을 마신다고 응답한 노인의 경우 아직 알코올 중독의 문제를 보이지 않더라도 여러 환경적 요인상 알코올 중독의 가능성이 충분하다. 노인의 경우 신지대사 기능이 저하되어 있기 때문에 알코올로 인한 뇌의 생화학적 변화가 크며 과음을 하게 되면 섬망같은 중독현상이 다른 연령대보다 나타나기 쉽다.

따라서 지역사회복지관이나 보건소를 중심으로 노인대상 알코올 의존과 중독의 문제에 대한 집중적인 예방교육프로그램이 요구된다.

4) 독거노인 의료이용현황과 정책적 대책

(1) 의료이용시 도움을 줄수있는 전문봉사자 연계

본 조사대상 독고노인의 경우, 의료기관 이용시 가장 힘든점으로 ‘병원에 함께 동행 할 사람이 없어서’(27.0%) 그리고 ‘치료절차가 복잡해서’(25.1%), ‘글씨를 몰라 필요한 정보나 상담을 받기 힘들어서’(20.4%)로 나타났다. ‘누구에게 도움을 받아야할지 몰라서’, 46.5%, ‘어디에서 도움을 받아야할지 몰라서’, 40.6%로 나타났다. ‘잘 알아듣지 못해 치료 및 상담이 어려워져서’ 29.1%,로 비교적 많은 독거노인들이 정신과문제가 있음에도 어떻게 도움의 경로를 찾아야하는지 몰라서 이용하지 못했거나, 이용절차와 의사나 전문가들이 하는 말이 무슨 말인지 이해하지 못해, 그리고 경제적인 이유로 정신건강의 문제가 있음에도 상담이나 치료조차 받지 못한 것으로 나타났다.

미국의 위스컨신주 메디슨 대인카운티에서는 Elder Care Partnership 프로그램을 통해 저소득층 노인들을 위한 다음과 같은 프로그램을 제공한다. 즉, 55세이상 만성적인 건강 및 질병문제를 가지고 있어 의학적인 치료를 받아야하는 사람이나 혹은 누군가의 도움이나 지원 없이는 혼자서 독립적인 생활이 어려운 사람의 경우, 24시간 응급전화서비스, 간호, 투약지원, 목욕, 옷입기 등 일상생활지원보조, 식사 및 가사노동 지원등의 In- Home Service를 제공한다. 지역사회와 병원과 연계하여 진단, 처방, 투약 및 외래수술 그리고 치료까지 가능한 노인의 집에서 이모든 서비스를 받을 수 있도록 지원한다. 이모든 서비스를 Elder Care Partnership 프로그램에서 연결해주기 준다. 최소한 본 연구 결과에서 처럼 노인이 ‘치료절차가 복잡해서’, ‘이용방법을 몰라서’ 기본권적인 의료적 서비스를 제공받지 못하는 일은 발생되지 않도록한다.

따라서 우리나라에서도 독거노인의 경우 자동적으로 정신보건서비스체제로 의뢰되어지는 법적장치의 제도화와 시스템의 개발과 함께 독거노인을 병원으로 모시고 갈 수 있는 민간기관이든 공적기관에서든 자원봉사자 조직의 체계화와 기관자원의 유기적으로 연계 되어질 수 있는 통합적인 서비스의 조직화가 요구된다

(2) 입원과정에서의 고지된 동의와 일권리에 대한 인식제고

독거노인의 경우 입원시 힘든점 중의 하나가 ‘이용절차가 복잡해서’, ;내 병에 대해서

잘 설명해주지 않은 것’, ‘약물 부작용 및 치료과정에 대해서 설명해주지 않음’, 과 같은 다양한 불편감을 갖고 호소하는 것을 알 수 있다. 따라서 독거노인의 입원과정이나 입원 시 반드시 고지된 동의를 해주어야한다는 사실을 강화할 필요가 있다. 노인의 경우 특성 상 한번 이야기해서 이해하지 못하는 경우도 있어 반복된 고지된 동의와 노인들이 자신의 치료가정에 대한 알권리에 대한 전문가 집단의 인식 제고가 요구된다.

IV. 구금시설 수용자의 정신보건 및 인권실태조사 요약보고서

1. 연구의 목적과 방법

이 연구의 목적은 구금시설 수용자의 정신보건 실태조사를 통하여 이들의 인권실태와 그 개선방안을 제시하고자 하는 것이다. 연구의 조사대상자는 전국에 있는 서울, 대전, 대구, 광주지방교정청의 각 교정청 별로 가장 수용 인원이 많은 4개의 일반교도소를 대상으로 층화표집을 한 400명의 수용자이다. 2008년 9월부터 10월까지 설문조사를 수행한 후 응답이 부실한 11부를 제외하고 최종적으로 총 389부가 분석에 활용되었다.

이 조사에 활용된 조사도구는 정신건강상태를 측정하기 위하여 SCL-90-R, 수용자의 상태분노와 특성분노를 측정하기 위하여 STAXI, 수감 전 알코올사용장애 수준을 측정하기 위하여 AUDIT, 평상 시 문제대처방법을 측정하기 위하여 대처기제척도가 활용되었다. 그 밖에 수감생활 환경, 수감 생활 중 폭력경험, 수감 생활 중 정신보건서비스 이용과정과 관련된 자기보고식 문항으로 이루어진 설문지가 활용되었다.

2. 분석결과

1) 구금시설 수용자의 인구학적 특성

조사대상자의 성별을 살펴보면, 총 389명 중에서 남자가 361명(92.8%), 여자가 28명(7.2%)이며 이는 모집단인 전국의 수용자집단과 유사한 성비이다. 수용자의 평균 연령은 38.76세이며, 이 중에서 40대가 32.4%로 가장 많고 그 다음이 30대로 27%를 차지하였다.

결혼 상태는 미혼이 148명(38.1%)으로 가장 많고, 최종학력은 고졸이 137명(35.2%), 그 다음이 대졸이 61명(15.7%)으로 고학력인 수용자가 대다수를 차지하였다. 이들의 수감 전 월수입은 300만원 이상이 111명(28.5%)으로 가장 많았다. 수감 전 동거가족으로는 배우자가 196명(30.8%)으로 가장 많았다.

2) 구금관련 특성

조사대상자의 구금관련 특성을 살펴보면, 구금시설에 수감되게 된 죄명으로 ‘사기 및 횡령’이 89명(22.9%)으로 가장 많은 수를 차지하였고, 다음으로 기타범죄, 절도, 강도, 살인 등의 순이었다. 대상자의 형기는 평균이 5년이었고, 실형복역횟수는 평균 1.85범으로 2범이 가장 많은 수를 차지하였다. 수용자들의 구금시설 수용생활 기간은 평균 2년이였다. 수용자들의 누진급수는 4급이 136명(35%)으로 가장 높게 나타났으며, 3급, 2급, 1급, 제외자의 순이었다. 징벌을 받은 횟수는 평균 0회였다. 1회 이상 징벌을 받은 수용자는 30명(9%)이었는데, 그 사유는 ‘다른 수용자와의 싸움 및 폭력행사’가 가장 많았다.

수감기간 중 면회를 오는 횟수는 ‘주1회’가 182명(46.8%)으로 가장 많았고, ‘월 1회’가 98명(25.2%)로 나타나 수용자의 절반 이상이 주기적으로 면회를 실시하는 것으로 나타났다. 주로 면회를 오는 사람은 ‘부모’가 143명(36.8%)로 가장 많았고, ‘배우자’도 124명(31.9%)으로 높게 나타났다. 현재 교도소에서의 취업 여부에는 ‘공장’이 198명(50.9%)으로 가장 높게 나타났고, ‘관용부’가 77명(19.8%)이며 취업한 곳이 없는 경우도 67명(17.2%)이었다. 현재 종사하고 있는 취업프로그램에 대한 만족도는 ‘보통’이 183명(47.0%)으로 가장 높았으며, ‘불만족’이 137명(35.3%)으로 대체적으로 만족하지 않고 있는 것으로 나타났다.

3) 구금시설 내 폭력경험

구금시설 내 폭력노출 경험과 관련하여 조사대상 수용자의 27.5%가 다른 수용자들로부터 폭력의 피해자로서의 경험이 있는 것으로 나타났으며, ‘언어폭력’이 99명(76.2%)로 가장 높게 나타났으며, ‘신체적 폭력’은 24명(18.5%)로 나타났다. 그 외에도 ‘금품갈취’가 5명(3.8%), ‘성폭력’, ‘기타’가 각각 1명(0.8%)으로 나타났다. 이들 중 31.1%가 폭력의 피해 후 알리지 않고 숨기는 대처행동을 보였으며, 일어난 결과는 이들 중 70.5%가 아무일도

일어나지 않았다고 보고하였다.

교도관으로부터의 폭력의 피해를 경험한 수용자는 56명(14.4%)였으며, 폭력의 유형은 ‘언어폭력’이 49명(84.5%)로 가장 많았고, ‘신체적 폭력’이 6명(10.3%), ‘금품갈취’가 1명(1.7%)의 순으로 나타났다. 교도관으로부터의 폭력의 피해자의 46%가 폭력의 피해를 알리지 않고 숨겼으며, 그 결과 75%가 아무 일도 일어나지 않았다고 보고하였다. 교도관으로부터 폭력을 당한 후 느낌에 대하여 ‘모욕감을 느낌’이 32명(57.1%), ‘화가 치밀어 오름’이 16명(28.6%), ‘죽고 싶은 생각이 들었음’이 7명(12.5%)의 순으로 나타났다.

수용자가 다른 수용자에게 폭력을 가한 행위자로서의 경험에 대해 조사한 결과 조사대상자 중 53명(13.9%)이 폭력을 행한 가해자로서의 경험이 있었다고 응답하였다. 폭력의 유형은 ‘언어폭력’이 48명(80.0%)으로 가장 많았으며, ‘신체적 폭력’이 11명(18.3%), ‘성폭력’이 1명(1.7%)로 나타났다. 이들 중 36명(58.1%)이 피해자와 타협했으며, ‘알리지 않고 숨김’의 경우도 17명(27.4%)으로 그 다음으로 높게 나타났다. 그 결과 73.7%가 아무 일도 일어나지 않았다고 보고하였다.

4) 수용자의 자살사고 및 자살행동

수감생활 중 자살사고 및 자살행동에 대하여 조사한 결과는 다음과 같다. 자살사고를 ‘한 적이 없다’가 240명(61.7%)으로 가장 높게 나타났으나, ‘1년에 한두 번’이 86명(22.1%), ‘한 달에 한두 번’이 32명(8.2%), ‘일주일에 한두 번’이 15명(3.9%), ‘매일한다’가 12명(3.1%)로, 자살에 대한 생각을 1년에 한 번이라도 한 수용자들은 전체 조사대상자의 37.3% 라고 볼 수 있다.

자살을 생각한 주된 이유로 ‘사는게 희망이 없고 무의미하게 느껴져서’가 57명(22.9%)로 가장 높게 나타났으며 ‘가족문제 때문에’가 49명(19.7%)으로 그 다음으로 높았다. 수용자들의 자살사고에 영향을 미치는 요소들은 가족문제, 퇴소 후 사회복귀, 대인관계(수용자, 교도관, 사회에서의 관계)와 관련되어 있음을 알 수 있다.

자살에 대해 이야기를 한 사람은 88명(59.1%)이 ‘누구에게도 말한 적 없다’, 40명(26.8%)이 ‘같이 생활하는 동료수용자’의 순으로 나타났다. 과반수 이상이 자살 사고에 대해 털어놓거나 의논할 사람이 거의 없는 것으로 나타나 구금시설 내 자살 예방이 매우 어려울 수 있음을 시사한다.

자살시도 여부에 대하여 자살사고가 있었던 수용자들의 23.5%가 자살시도한 경험이 있는 것으로 나타나 앞서 자살사고가 있는 단계에서 적절한 원조를 받을 수 없음으로 인해 자살시도로 연결된 수용자가 발생했다고 추측해볼 수 있다.

5) 구금시설 생활

(1) 구금생활의 어려움 및 스트레스

교도소 수감생활을 하면서 경험하는 어려움에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 가족, 친구, 지인들과의 면회 규칙에 대해 ‘보통’이라고 대답한 경우가 140명(36.0%), ‘불만족’한다고 대답한 경우가 140명(36.0%)으로 불만족하는 경우가 더 많다고 나타났다. 응급상황 발생 시 가족, 친구, 지인들로부터 연락을 받거나 본인이 연락하는 것이 가능한지 여부에 대해 ‘가능하다’가 285명(73.3%)으로 ‘불가능하다’ 101명(26.0%)보다 더 많았다. 그 이유는 ‘누진급수가 되지 않아서 전화가 제한되거나 전화를 자유롭게 사용할 수 없으므로 응급상황 시 연락이 불가능할 것이라고 생각함’이 28명(27.7%)으로 가장 높았으며, ‘가족과 연락이 두절되었거나 가족이 연락을 거부하거나 연락을 할 가족이 없는 경우’가 18명(17.8%), ‘절차가 복잡하고 시간이 많이 지체되므로 연락을 시도하지 않는 경우’가 16명(15.8%), ‘수용자의 의견이 무시되거나 정확한 평가 및 판단 없이 연락을 해주지 않는 경우’가 9명(9.0%)의 순으로 나타났다.

교도소 생활 중 가장 큰 스트레스 요인을 우선순위별로 제시한 결과, 1순위로 ‘가족에 대한 걱정’(132명, 33.9%), ‘다른 수용자들과의 관계’(86명, 22.1%)의 순으로, 2순위로는 ‘교도소 시설의 열악함, 낙후함’(71명, 18.3%), ‘교도소 퇴소 후 사회복귀에 대한 걱정’(61명, 15.7%)의 순으로 나타났다. 교도소 생활에서 개선할 점에 대하여 응답한 294명 중의 15%가 ‘교도관들의 언어폭력, 차별대우, 권위주의적 태도 변화 필요’, 14%가 ‘낙후된 시설의 개선’, 11%가 ‘과밀수용’, 9.2%가 ‘면회시간 및 횟수의 연장이 필요’ 등으로 답하였다.

(2) 사회복귀 및 원하는 프로그램

사회복귀 프로그램의 실시 여부에 대하여 응답자 중 275명(70.7%)이 ‘없다’고 답하였다. 사회복귀 및 적응을 위한 서비스 프로그램을 실시한다고 대답한 109명을 대상으로 그 중

류를 질문한 결과 직업훈련프로그램이 18명(37.5%)으로 가장 많이 응답하였으며, 인성교육프로그램이 16명(33.3%)으로 나타났다. 제공받은 사회복지를 위한 서비스 및 프로그램에 대한 만족도는 38.6%가 불만족하였고, 22.4%가 만족한 것으로 나타났다.

마지막으로 교도소 생활에 더 필요한 프로그램에 대한 제안에 47%가 ‘사회적응을 위한 실용성있는 프로그램’, 16.2%가 ‘자격증 프로그램 확대’, 9.4%가 ‘창업상담 및 취업상담 프로그램’을 제시하여 수용자들은 퇴소 후 사회복지를 준비할 수 있는 실질적인 프로그램을 필요로 한다는 것을 알 수 있다.

6) 수용자의 정신건강

SCL-90-R의 하위 증상별 각각의 T점수를 70점 이상(임상적으로 위험하고 비정상적인 수준), 63이상 70미만(임상적으로 유의미한 경향성이 있는 수준) 63점 미만(임상적으로 문제가 없는 수준)의 세 집단으로 나누었을 때(이철호, 이민규, 2006; 유채영, 신원우, 2000; 박상규, 2006), 본 연구에서는 T점수 63점 이상을 임상군으로, T점수 63점 미만을 비임상군으로 나누어 살펴보았다. 그 결과 본 연구에서 임상적으로 취약한 수준은 약 6.4%로 나타났다으며, 이중에서 신체화 증상의 비율이 14.2%로 가장 높았고, 공포불안과 정신증의 비율이 높게 나타났다.

(1) 정신건강 증상과 일반적 특성 간의 상관관계

남성 수용자가 여성 수용자 보다 대인예민성의 증상이 더 높은 것으로 나타났다.

우울 증상은 면회 횟수가 주1회인 수용자보다 면회가 없는 수용자의 우울증상이 높고, 부모나 배우자가 면회오는 수용자 보다 면회오는 사람이 없는 수용자의 우울증상이 높은 것으로 나타났다.

불안 증상은 남성 수용자가 여성 수용자 보다 불안 증상이 높은 것으로 나타났으며, 면회오는 사람이 없는 수용자가 배우자가 면회오는 수용자 보다 불안증상이 높은 것으로 나타났다.

적대감은 수감 전 월수입이 150만원 미만이었던 수용자가 300만원 이상이었던 수용자 보다 적대감이 높다고 나타났다. 또한 비강력범 중에서 마약사범은 다른 종류의 비강력범 죄를 지은 수용자들보다 적대감이 높았다. 누진급수 제외자가 누진급수 1급인 수용자보다

적대감이 높았다.

공포 증상은 수감 전 월수입이 150만원 미만이었던 수용자는 150만원 이상과 300만원 이상이었던 수용자 보다 공포 증상이 높았다. 주1회 면회오는 수용자 보다 면회가 없는 수용자의 공포증상이 높은 것으로 나타났으며, 배우자가 면회오는 수용자 보다 면회오는 사람이 없는 수용자의 공포증상이 높은 것으로 나타났다.

정신증은 남성 수용자가 여성 수용자 보다 정신증의 증상이 높은 것으로 나타났으며, 수감 전 월수입이 150만원 미만이었던 수용자는 300만원 이상이었던 수용자 보다 정신증의 경향이 높았다. 또한 면회오는 사람이 없는 수용자가 주1회 면회가 있거나 배우자가 면회오는 수용자 보다 정신증의 경향이 높은 것으로 나타났다.

전체심도지수는 면회오는 사람이 없는 수용자는 배우자가 면회오는 수용자 보다 전체 심도지수가 높은 것으로 나타났다.

(2) 정신건강 증상과 폭력 경험과의 상관관계

신체화 증상은 다른 수용자로부터 폭력의 피해를 당한 후 ‘전문가로부터 상담 및 서비스를 받지 않은 경우’가 받은 경우 보다 신체화 증상이 훨씬 높은 것으로 나타났으며, ‘교도관으로부터의 폭력의 피해를 받은 경험이 있는 경우’가 없는 경우보다 신체화 증상이 높은 것으로 나타났다. 또한 교도관으로부터 폭력의 피해를 경험한 후 그 결과 알리지 않고 숨긴 경우가 그 반대의 경우보다 신체화 증상이 낮은 것으로 나타나, ‘교도관으로부터 폭력의 피해를 당한 후 알린 경우’에 더 높은 신체화 증상을 경험함을 알 수 있다. 본인이 ‘폭력을 행한 가해자’였던 경우가 그렇지 않은 경우보다 신체화 증상이 높다고 나타났으며, ‘그 결과를 교도관에게 알리거나 상담을 요청한 경우’에 오히려 신체화 증상이 높음이 나타났다. 이러한 결과는 수용자가 폭력의 행위자인 경우엔 그 사실을 알리거나 상담을 받는 자체가 매우 스트레스를 받는 상황임을 추측해볼 수 있다.

강박증의 경우 다른 수용자로부터 폭력당한 후 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 강박증의 점수가 높았다. 또한 ‘교도관으로부터 폭력의 피해를 당한 경험이 있는 경우’와 ‘다른 수용자에 대한 폭력의 행위자였던 경험’을 한 경우에 강박증의 점수가 높다고 나타났다.

대인예민성은 다른 수용자로부터 폭력당한 후 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자

는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 대인예민성의 점수가 높았다. 또한 교도관으로부터 폭력을 당한 후 ‘상담을 요청한 경우’가 상담을 요청하지 않은 경우보다 대인예민성의 점수가 높은 것으로 나타났다. 교도관으로부터 폭력의 피해를 경험한 후 ‘교도소측에 알렸으나 별다른 조치가 없었던 경우’가 그렇지 않은 경우보다 대인예민성의 점수가 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 본인이 폭력의 행위자였던 경우 그 결과 ‘아무일도 일어나지 않았던 경우’가 그렇지 않은 경우보다 대인예민성의 점수가 높은 것으로 나타났다.

우울증은 ‘교도관으로부터 폭력을 당한 경험이 있는 경우’가 없는 경우보다 우울의 점수가 높았으며, ‘폭력을 당한 후 알린 경우’가 알리지 않은 경우보다 우울의 점수가 높았다. 또한 교도관으로부터 폭력당한 후 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 우울의 점수가 높았다. 마지막으로 ‘다른 수용자에게 폭력을 행사한 경험이 있는 경우’가 없는 경우보다 우울의 점수가 높은 것으로 나타났다.

불안증상은 다른 수용자로부터 폭력당한 후에 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 불안의 점수가 높았다. 교도관으로부터 폭력을 당한 경험이 있는 경우는 없는 경우보다 불안의 점수가 높았으며, 그 대처행동으로 ‘교도관을 피해다니는 경우’가 피하지 않는 경우보다 불안의 점수가 높았다. 그리고 교도관으로부터 폭력을 당한 후 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘모욕감을 느꼈다’는 수용자 보다 불안의 점수가 높은 것으로 나타났다.

적대감은 다른 수용자로부터 폭력을 당한 후 그 결과 ‘전문가로부터 상담 및 서비스를 받지 않은 경우’가 받은 경우보다 적대감의 점수가 높았다. 또한 그 결과 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘우울하다’고 느낀 수용자 보다 적대감의 점수가 높았다. 교도관으로부터 폭력을 당한 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 적대감의 점수가 높았으며, 그 결과 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자가 ‘모욕감을 느끼거나 화가 치밀어 올랐던’ 수용자보다 적대감이 높았다. 마지막으로 다른 수용자에게 폭력을 행한 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 적대감의 점수가 높았다.

공포증상은 다른 수용자로부터 폭력을 당한 후 대처행동으로 ‘가해자를 피해다니는 경우’가 그렇지 않은 경우보다 공포의 점수가 높다고 나타났다. 그리고 다른 수용자로부터와 교도관으로부터 폭력당한 후에 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 공포의 점수가 높았다.

편집증은 다른 수용자로부터 폭력을 당한 후에 ‘가해자를 피해다니는 경우’가 그렇지 않은 경우보다 편집증의 점수가 높았다. 또한 그 결과 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘화가 치밀어 오른다’고 느낀 수용자들 보다 편집증의 점수가 높았다.

정신증은 다른 수용자로부터 폭력을 당한 후 대처행동으로 ‘가해자를 피해다닌’ 경우가 그렇지 않은 경우보다 정신증의 점수가 높았고, 그 결과 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 다른 어떤 감정을 느낀 수용자들 보다 정신증의 점수가 높았다. 또한 교도관으로부터 폭력을 당한 경우가 그렇지 않은 경우보다 정신증의 점수가 높았으며 그 후에 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘모욕감을 느낀’ 수용자 보다 정신증의 점수가 높았다.

전체심도지수는 다른 수용자로부터 폭력당한 후 ‘가해자를 피해다닌 경우’가 그렇지 않은 경우보다 전체심도지수가 높았으며, 그 결과 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘모욕감을 느끼거나 화가 치밀어 올랐다’고 느낀 수용자보다 전체심도지수의 점수가 높았다. 또한 교도관으로부터 폭력을 당한 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 전체심도지수가 높았고, 그 후에 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낀 수용자는 ‘모욕감을 느꼈다’고 느낀 수용자 보다 전체심도지수의 점수가 높았다. 마지막으로 다른 수용자에게 폭력을 행한 가해자로서의 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 전체심도지수의 점수가 높다고 나타났다.

정신건강수준과 정서적 문제대처방법, 상태분노, 특성분노, 알코올사용장애 간에는 유의미한 상관관계가 나타났다. 즉, 평상 시 또는 상황마다 느끼는 분노를 많이 경험할수록, 알코올 사용장애의 문제가 심각할 수록 정신건강의 문제가 심각하며, 분노를 적게 경험하고 알코올 사용장애의 문제가 양호할 수록 정신건강도 양호하다는 것을 알 수 있다. 반면 정서중심의 문제대처방법을 많이 사용할 수록 정신건강이 더 양호하고, 분노를 덜 경험하며, 알코올 사용장애의 가능성도 낮아짐을 알 수 있다.

(3) 분노의 수준

상태분노는 상황에 따라 일시적으로 경험하는 분노 정도로서 면회오는 사람이 없는 수용자들은 배우자나 자녀와 같은 직계가족이 면회오는 수용자들에 비해서 상태분노를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 또한 취업프로그램에 만족하는 수용자들 보다 불만족하는 수용자들이 상태분노를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다.

상태분노는 다른 수용자로부터 폭력의 피해를 당한 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 높은 분노를 경험하는 것으로 나타났다. 또한 교도관으로부터 폭력의 피해를 당한 수용자는 폭력의 피해가 없는 수용자보다 높은 상태분노를 경험하는 것으로 나타났으며, 자신이 폭력을 행한 가해자로서의 경험이 있는 수용자 역시 경험이 없는 수용자보다 상태분노가 더 높은 것으로 나타났다. 즉, 수용자들은 자신이 폭력의 피해자이든 가해자이든 수감 생활 중 폭력에 노출된 경우 그렇지 않은 경우보다 높은 상태분노를 경험함을 알 수 있다. 다른 수용자로부터 폭력을 당한 피해자로서의 경험 후 느낌이 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 보고한 수용자들은 기타 다른 어떤 느낌들을 경험한 수용자들보다 매우 높은 상태분노를 경험한다고 나타났다. 이러한 차이는 교도관으로부터 폭력을 당한 수용자들 또한 같은 결과로 나타났다.

특성분노는 평상시에 얼마나 자주 분노를 일으키는가 하는 개인의 분노 성향을 말하는 것으로, 특성분노가 높은 사람은 전반적인 상황들을 분노 유발상황으로 지각하는 경향을 보인다. 구금시설 수감 전 월수입이 150만원 미만이었던 수용자들이 300만원 이상이었던 수용자들보다 평상시 분노성향이 더 높은 것으로 나타났다. 면회오는 사람이 없는 수용자들이 부모, 배우자, 자녀가 면회오는 수용자들보다 평상시 분노성향이 더 높은 것으로 나타났다. 강력범 중에서 죄명이 살인인 수용자 보다 폭력행위 등 처벌법인 수용자의 평상시 분노성향이 훨씬 더 높은 것으로 나타났다.

특성분노는 다른 수용자로부터 폭력의 피해를 당한 경우, 교도관으로부터 폭력의 피해를 당한 경우와 다른 수용자에게 폭력을 행한 가해 경험이 있는 경우에 폭력의 경험이 없는 경우보다 평상시 더 자주 분노를 일으키는 것으로 나타났다. 또한 교도관으로부터 폭력을 당한 경우 ‘죽고싶은 생각이 들었다’고 느낌을 보고한 수용자들은 ‘모욕감을 느꼈다’고 보고한 경우보다 평상시 분노를 느끼는 성향이 높았다.

(4) 수감 전 알코올 사용장애

수용자들의 교도소 수감 전 알코올 사용 장애 정도는 평균 13.72점으로 수용자들은 평균적으로 위험음주자로 주의가 필요한 상태인 것으로 나타났다. 또한 알코올 사용장애 각 항목 별 분포를 살펴보면, 수감되기 전에 수용자의 9.5%가 위험음주자, 25.2%가 알코올 남용 수준의 문제음주자, 18.3%가 알코올 의존 수준의 입원치료가 필요한 상태였음을 알

수 있다. 이러한 결과는 전체 수용자의 53%가 수감 전 위험음주자 수준이며, 전체 수용자의 43.5%는 알코올 중독에 대한 치료가 필요가 상태에서 교도소에 수감 중이라는 사실을 알려주는 것으로 이들에 대한 개입 없이 출소될 경우, 다시 알코올 중독의 문제를 반복할 가능성이 높음을 시사한다.

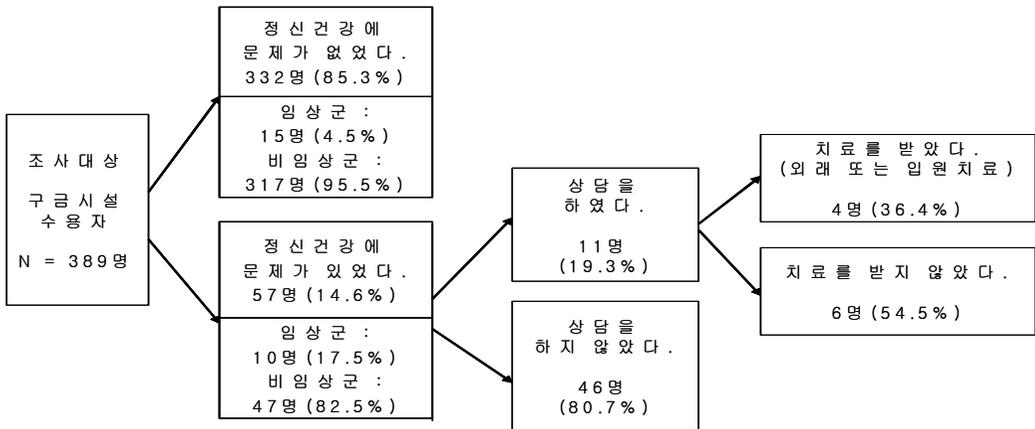
구금시설 수감 전 수용자들의 알코올 사용 장애의 문제정도는 남성 수용자들은 위험음주 수준인 반면 여성 수용자들은 음주문제가 전혀 없으며, 이혼한 수용자들은 위험음주 수준의 문제음주자로 적절한 조치가 필요한 상태로 밝혀져 음주문제가 없는 결혼을 유지하고 있는 수용자보다 알코올 사용장애의 문제가 심각한 것으로 나타났다. 대졸이상의 고학력인 수용자는 정상적 음주의 수준을 나타냈으나, 학력이 초등졸업인 수용자는 알코올 남용 수준의 문제음주자로 적절한 조치가 필요한 상태로 나타나 수용자의 학력수준이 낮을수록 알코올 사용 장애의 문제의 가능성이 높은 것으로 나타났다. 구금시설 수감 전 월수입이 없던 경우는 음주 문제가 없었던 반면, 월수입이 150만원에서 300만원이었던 수용자들은 상습적 과음주자로 주의가 필요한 것으로 나타났다. 또한 비강력범 중에서 기타 범죄에 해당하는 수용자는 알코올 남용 수준의 문제음주자로 나타난 반면 죄명이 사기 및 횡령인 경우는 정상적인 음주로 나타났다. 현재 구금시설에 면회오는 사람이 자녀, 배우자인 경우는 수감 전 음주 문제가 없었던 반면, 면회오는 사람이 없는 수용자들은 수감 전 알코올 남용 수준의 문제음주자로 알코올 사용 장애가 있었던 것으로 나타났다.

(5) 수용자의 정신건강상태에 대한 주관적 보고와 객관적 보고 간의 차이

수용자들이 주관적으로 보고한 자신의 정신건강 문제와 SCL-90-R 척도에 의해 보고된 수용자의 정신건강 상태에 대한 객관적 자료간에 차이가 있는지 살펴보았다. 전체심도지수의 점수만을 비교해보았을 때, '자살시도 여부' 항목과 '정신건강 문제에 대한 주관적 보고'의 항목에서 임상군과 비임상군 간의 차이가 유의미하다고 나타났다. 즉, 임상군의 25.7%가 자살시도를 한 경험이 있다고 하였고 비임상군의 74.3%가 자살시도를 한 경험이 있다고 보고하였으며 그 차이는 유의미하였다. 또한 수용자들이 주관적으로 보고한 '정신건강상의 문제 유무'와 관련해서는 임상군의 17.5%가 자신이 정신건강 상의 문제가 있다고 보고하였으며, 비임상군의 47%가 자신이 정신건강 상의 문제가 있다고 보고하였다.

즉, 실제 임상군에 속하는 수용자보다 비임상군에 속하는 수용자들이 주관적으로 자신

이 정신건강의 문제가 있다고 느끼는 경향이 있음을 알 수 있다. 수용자들은 본인이 실질적인 정신과적인 문제가 없을 지라도 주관적으로 정신건강의 문제가 있는 것처럼 경험하는 경향이 높음을 알 수 있다. 수용자들은 실질적인 정신건강의 문제가 있건 없건 간에 정신건강의 문제에 취약하고 그에 대한 도움을 받고자하는 욕구도 많다는 것을 시사한다. 또한 비임상군에 속한 수용자들이 임상군에 속한 수용자들 보다 자살시도를 한 경험이 더 높다는 것은 정신건강의 문제가 없는 수용자들에 대한 자살예방을 위한 개입도 매우 필요함을 시사한다.



<그림> 임상군과 비임상군의 정신건강문제에 대한 주관적 보고

위의 그림은 주관적으로 정신건강에 문제가 있다고 보고한 수용자들이 실질적으로 임상군과 비임상군에 어떤 비율로 속해 있는지와 그 결과 이들이 취한 행동의 일련의 과정을 나타낸 것이다. 즉, 조사대상 수용자의 85.3%가 스스로 정신건강에 문제가 없다고 보고하였으며, 이들 중에서 실제로 문제가 없는 비임상군은 95.5%임을 알 수 있다. 또한 스스로 정신건강에 문제가 있다고 보고한 수용자는 전체 조사대상자의 14.6%이며, 이들 중에서 실제로 문제가 있는 임상군은 17.5%밖에 차지하지 않는다. 즉, 정신건강에 문제가 있다고 보고한 수용자의 82.5%가 실제로 문제가 없는 비임상군에 속한 수용자들이었다. 또한 정신건강에 문제가 있다고 보고한 57명 중에서 상담을 받은 수용자는 11명(19.3%)에 불과하며, 더 나아가 외래 또는 입원치료를 받은 수용자는 4명(36.4%) 밖에 없었다.

7) 수용자의 의료 및 정신건강서비스 이용실태

(1) 의료서비스 이용실태

교도소 입소한 이후에 신체건강검진 여부에 대해서 살펴보면 신체건강검진을 ‘받은 적이 있다’고 응답한 사람이 319명(82.0%), ‘받은 적이 없다’라고 응답한 사람이 70명(18.0%)으로 나타났다. 수용자가 주관적으로 평가하는 현재 건강상태에 대해서는 ‘좋다’라고 응답한 사람이 195명(50.1%)이고, ‘그저 그렇다’가 126명(32.4%), ‘나쁘다’가 66명(17.0%)로 나타났다.

교도소 수감 생활 중에서 신체 건강상태와 관련하여 213명(54.7%)이 치료를 받은 경험이 없고, 175명(45.0%)이 치료받은 경험이 있음으로 나타났다. 신체 건강상태와 관련한 검진 및 치료의 과정과 결과에 만족도에서는 ‘보통이다’가 180명(46.3%)로 가장 많았으며, ‘불만족’이 119명(30.6%), ‘만족’이 77명(19.8%)순으로 나타났다.

신체 건강상태와 관련한 검진 및 치료의 과정과 결과에 불만족한 119명(30.6%)에게 검진 및 치료과정 상의 불만족스러운 점에 대해서 질문한 결과, ‘치료가 형식적이고, 무성의하며 대충한다’라고 응답한 사람이 45명(38.0%)으로 가장 많이 나타났다. ‘다른 증상에도 똑같은 약을 처방해주고, 무조건 약만 처방해 주는 등 적절한 치료가 이루어지지 않는다’고 응답한 사람이 14명(12.0%), ‘진료를 신청하면 시간이 오래 걸린다’라고 응답한 사람이 12명(10.0%)순으로 나타났다.

(2) 정신건강 서비스 이용실태

교도소 입소 이후 정신건강 진단 및 검사를 ‘받은 적이 없다’라고 응답한 사람이 331명(85.1%), 진단 및 검사를 ‘받은 적이 있다’라고 응답한 사람이 52명(13.4%)로 대부분이 정신건강 진단 및 검사를 받은 적이 없는 것으로 나타났다.

교도소 수감생활 중 평소의 고민은 ‘가족 관계의 회복 또는 가족에 대한 걱정’이 89명(28.7%), ‘출소 후 사회복귀 및 사회적응’에 대한 고민이 87명(28.0%)으로 가족과 사회복귀와 관련한 고민이 과반수를 차지함을 알 수 있으며, 이밖에도 ‘교도소 내 생활 적응 및 수용자들과의 관계’가 24명(7.7%), ‘신체적 건강’이 23명(7.4%) 순으로 나타났다.

고민을 털어놓는 대상으로는 36.8%가 ‘같이 생활하고 있는 동료수용자’, 34.2%가 ‘누구

에게도 말한 적 없다’, 16.2%가 ‘면회 시 가족 또는 친구’로 주로 개인적 관계에 의존하여 고민을 풀려고 노력하든지 참는 방법을 택한다는 것을 알 수 있다. 구금시설에서 정신건강에 대한 관리를 할 필요성이 있느냐는 질문에 조사대상자의 76.1%가 ‘필요하다’고 응답하였다.

교도소 생활 중 정신건강상의 문제가 있는 경우 상담받았는지 여부에 대해서는 ‘문제가 없었다’가 332명(85.3%), ‘문제가 있었지만 상담하지 않았다’가 46명(11.8%), ‘문제가 있어서 전문가와 상담을 하였다.’11명(2.8%)로 나타났다.

정신건강상의 문제가 있다고 주관적으로 느끼는 수용자는 전체의 14.6%임을 알 수 있다. 이러한 결과는 앞서 정신건강상태를 객관적으로 측정된 척도의 결과 상 전체의 6.4% (전체심도지수)가 임상적으로 유의미한 경향성이 있는 것으로 나타난 결과와 비교해볼 때, 수용자들의 객관적 정신건강 수준보다 주관적으로 경험하는 정신건강 수준이 더 심각하다는 것을 알 수 있다. 또한 주관적으로 정신건강상의 문제를 경험하는 경우에도 상담을 받으려는 노력으로 연결되는 경우는 전체의 2.8%밖에 차지하지 않는다는 것은 이들이 정신건강의 문제를 경험할 경우 이를 해결하는 데 장애요인이 있음을 추측해볼 수 있다.

문제가 있어서 전문가와 상담을 한 11명의 경우, 정신건강문제를 상담한 전문가는 “정신과의사”가 5명(45.5%), ‘교도관’3명(27.3%), ‘정신과의사가 아닌 의사’가 2명(18.2%), ‘기타’가 1명(9.1%)으로 나타났다.

교도소 생활 중 정신건강에 문제가 있어서 상담을 한 경우, 제시된 문제점은 ‘우울’이 4명(36.3%)으로 가장 높게 나타났고, ‘무기력, 의욕 없음’, ‘불면’이 각각 2명(18.2%)이며, ‘식욕 없음 혹은 식욕과다’, ‘불안’이 각 1명(9.1%)으로 나타났다.

정신건강상의 문제 상담 후 해결방법으로 ‘정신과 치료가 필요하였으나 치료를 받지 못한 사람’은 6명(54.5%)이고, ‘정신과 치료가 필요하여 치료(입원, 외래)를 받은 사람’은 4명(36.4%)이었다.

정신과 치료가 필요하여 치료를 받은 4명을 대상으로 입소 후 정신과치료(외래, 입원 포함)를 받은 기간을 물었을 때 평균은 약 8개월 15일 정도로 파악할 수 있다. 교도소에 입소 후 정신과 치료를 받게 되면서 진단된 정신과 병명은 ‘우울증’이 2명(50.0%), ‘정신분열증’, ‘기타’가 각각 1명(25.0%)로 나타났다. 교도소에 입소한 후 받은 정신과 치료 형태는 외래치료가 4명(80.0%), 입원치료가 2명(20.0%)로 나타났다.

정신건강문제를 해결하게 위해 받게 된 정신과 치료에 대한 의료비 부담은 ‘구금시설부담+본인부담’이 2명(50.0%), ‘전액 구금시설에서 부담’, ‘전액본인부담’이 각각 1명(25.0%)으로 나타났다.

(3) 정신보건서비스 이용과정에서의 인권침해 실태

정신건강의 문제가 있었지만 상담하지 않은 이유에 대하여 14.4%가 ‘교도소 내 이용절차가 까다로워서’, 13.7%가 ‘정신과 의사가 없어서’, 9.1%가 ‘치료 때문에 작업 중단 시 수입이 감소해서’와 ‘정신과 약 부작용 때문에’를 제시하였다.

상담을 받은 이후 정신건강상 문제가 있음에도 치료를 받지 못한 6명이 제시한 이유는 ‘정신과 의사가 없어서’가 5명(17.2%)으로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로는 ‘정신과 치료를 받으면 누진급수에 나쁜 영향을 미칠까봐’가 4명(13.8%)이었다. 치료를 받지 못한 6명이 정신건강문제를 해결하기 위해 사용한 방법은 ‘그냥 혼자서 참았다’가 4명(66.7%)이 가장 많이 응답하였으며, ‘기도 등 종교적 행위’, ‘민간요법’이 각각 1명(16.7%)로 나타났다.

정신과 외래치료를 받게 된 과정은 ‘내 스스로 이상한 것 같아 병원에 가고 싶다고 했다’가 3명(75.0%)로 가장 많았으며, ‘나는 병이 없다고 생각했는데 교도소에서 강제로 병원에 데리고 감’의 경우가 1명(25.0%)로 나타났으며, 정신과에 입원하게 된 과정은 입원치료를 받은 2명 모두 ‘내 정신건강에 대한 치료진의 설명을 듣고 내가 입원 결정’하게 되었다고 응답하였다.

교도소에서 정신과 입원 치료를 받게 된 경우 힘든 점으로 2명 모두 ‘내 치료과정에 대해서 알 수 없어서’를 제시하였다. 교도소 입소 후 정신건강상의 문제가 발병 후 교도소의 생활변화가 있는지에 대해 물었을 때 ‘전과 다름 없었다’라고 4명 모두 응답하였다. 교도소에 입소 후 정신과 치료를 받는 중 힘든 점에 대해 ‘교도소 내 이용절차가 까다로워서’를 4명(19.0%) 모두 응답하였으며, 다음으로 ‘정신과의사가 없어서’가 3명(14.3%)으로 나타났다.

(4) 의료 및 정신보건서비스 만족도

교도소에 입소하여 생활하는 동안 이용한 의료서비스, 정신보건서비스에 대한 만족도는 ‘보통’이 175명(45.0%)으로 가장 많았고, ‘불만족’이 46.8%, ‘만족’은 6.9%로 대체적으로 불만족하는 것으로 나타났다.

3. 결론 및 제언

이상의 분석결과를 통해 구금시설 수용자가 경험하는 어려움, 정신건강, 정신건강서비스 이용과정에서 경험하는 문제들을 검토하였다. 분석결과를 토대로 인권의 관점에서 결과를 정리하고 이를 통한 제언을 하고자 한다.

1) 건강권

수용자들의 85.1%는 교도소 입소 이후 정신건강 진단 및 검사에서 진단 및 검사를 ‘받은 적이 없다’라고 응답하였으며, 76.1%가 구금시설에서 정신건강에 대한 관리를 할 필요성이 있다고 응답하였다. 또한 전체 수용자의 53%가 수감 전 위험음주자 수준이며, 전체 수용자의 43.5%는 알코올 중독에 대한 치료가 필요가 상태에서 교도소에 수감 중이라는 결과를 미루어볼 때 알코올 사용장애의 문제에 대한 개입 없이 출소될 경우, 다시 알코올 중독의 문제를 반복할 가능성이 높음을 시사한다. 수감 중에는 알코올 사용에 대한 제한으로 인해 문제가 발견되지 않겠지만, 잠재적인 문제가 높은 것으로 발견된 이상, 수감생활 중 알코올 사용과 관련된 위험요인과 문제점들을 포함한 정신건강 예방 교육이 제공된다면 퇴소 후 알코올 및 기타 정신건강 관련한 다양한 문제들을 미연에 방지할 수 있을 것이며, 이는 곧 수용자들의 재범을 방지에도 기여할 것이다.

따라서 수용자들의 수감 생활 중 입소 전부터 지니고 있었던 정신건강 상의 문제에 대한 정확한 평가를 할 수 있는 시스템이 정착되어야 하며, 이러한 시스템을 기반으로 각 수용자의 개별적 평가결과를 바탕으로 한 치료 및 개입을 받을 수 있는 제도가 확보되어야 한다. 또한 정신건강에 대한 평가와 관리는 입소 시 뿐이 아닌 지속적인 단계로 이루어짐으로써 수감생활을 하는 가운데 야기될 수 있는 다양한 정신건강에 취약한 상황에 대비하여 양호한 정신건강을 누릴 수 있는 기회가 확보되어야 할 것이다. 또한 수용자에 대한 알코올 남용 및 의존에 대한 교육, 건강관리와 관련된 예방교육들을 실시하는 방안도 고려해볼 수 있겠다.

수용자들이 정신건강 상담 및 치료에 대한 접근성에서 문제로 제시한 것이 이용절차가 까다롭고 교도소 내에 정신과 전문의가 없음을 제시하였다. 실질적인 제도가 되기 위해서는 이용절차를 보다 간소화하고 누구나 쉽게 접근할 수 있어야 할 것이며, 구금시설 내에

정신과 전문의 또는 정신보건전문요원을 배치하는 것을 고려할 수 있을 것이다.

2) 생존권

조사대상자 중 자살에 대한 생각을 1년에 한 번이라도 한 수용자들은 전체 조사대상자의 37.3%로 나타났으며, 이들의 59.1%는 자살사고에 대하여 ‘누구에게도 말한 적 없다’고 보고하였다. 즉, 과반수 이상이 자살 사고에 대해 털어놓거나 의논할 사람이 거의 없는 것으로 나타나 구금시설 내 자살 예방이 매우 어려울 수 있음을 시사한다. 또한 자살사고가 있었던 수용자들의 23.5%가 자살시도한 경험이 있는 것으로 나타나 앞서 자살사고가 있는 단계에서 적절한 원조를 받을 수 없음으로 인해 자살시도로 연결된 수용자가 발생했다고 추측해볼 수 있다. 수용자들의 자살사고에 영향을 미치는 요소들은 가족문제, 퇴소 후 사회복지, 대인관계(수용자, 교도관, 사회에서의 관계)와 관련되어 있음이 조사결과 나타났다.

수용자들은 이러한 자살사고와 자살시도의 위험으로부터 자신의 생명을 보호하고 인간다운 삶을 살아나갈 권리가 있다. 수용자들의 자살사고와 자살행동에 대한 위험을 방지하는 것은 그들의 생존권을 훼손하는 행위라고 해도 과언이 아닐 것이다. 수용자들의 자살사고에 영향을 미치는 가족, 사회복지, 교도소 내 대인관계를 해결할 수 있는 다각도에서의 원조 방법이 체계화되어야 할 것이다. 또한 자살의 위험신호를 조기에 발견하고 위기 개입을 할 수 있는 정신건강전문가가 구금시설 내에 배치되어야 한다.

3) 서비스 접근권

조사결과 교도소 수감생활 중 ‘가족 관계의 회복 또는 가족에 대한 걱정’, ‘출소 후 사회복지 및 사회적응’에 대한 고민이 과반수를 차지하였으나, 고민을 털어놓는 대상으로는 ‘같이 생활하고 있는 동료수용자’, ‘누구에게도 말한 적 없다’, ‘면회 시 가족 또는 친구’로 주로 개인적 관계에 의존하여 고민을 풀려고 노력하든지 참는 방법을 택한다는 것을 알 수 있었다.

교도소 생활 중 정신건강상의 문제가 있었지만 상담하지 않은 이유는 14.4%가 ‘교도소 내 이용절차가 까다로워서’, 13.7%가 ‘정신과 의사가 없어서’, 9.1%가 ‘치료 때문에 작업

중단 시 수입이 감소해서'를 제시하였고, 정신건강상 문제가 있음에도 치료를 받지 못한 이유로 '정신과 의사가 없어서', '정신과 치료를 받으면 누진급수에 나쁜 영향을 미칠까 봐' 등으로 나타났다. 또한 교도소에 입소하여 생활하는 동안 이용한 의료서비스, 정신보건서비스에 대한 만족도는 대체적으로 불만족하는 것으로 나타났다.

구금시설 수용자들은 그들의 정신건강의 문제가 있을 경우 뿐 아니라 스트레스나 고민이 있을 때 제공받을 수 있는 다양한 수준의 서비스가 보장되어야 한다. 이것은 서비스 접근권이라는 인권의 차원에서 뿐 아니라 조기에 적절한 치료 및 서비스를 받음으로써 문제의 심각화를 예방할 수 있기 때문이다.

구금시설 수용자들의 스트레스 요인과 수감생활 중 고민은 공통적으로 가족문제와 퇴소 후 사회복귀와 관련한 문제인 것으로 나타났다. 또한 정신건강 상태와 관련된 하위 요인들은 대부분 수용자가 면회오는 사람이 없는 경우와 면회횟수가 적은 경우에 정신건강에 부정적인 영향을 받는 것으로 나타났다. 즉, 교도소에 수감되어 있지만, 수용자들의 정신건강에 영향을 미치는 요인들은 수용자들이 퇴소 후 복귀할 가족과 지역사회와 관련한 요인으로 나타났다. 또한 수용생활 중 발생하는 다양한 형태의 폭력은 이들의 정신건강에 매우 높은 영향을 미친다는 결과가 제시되었다.

따라서 수감되어 있는 기간 중에도 수용자들이 장차 복귀할 가족 및 사회와 연계할 수 있는 제도 및 프로그램이 필요하다. 수용자들의 정신건강에 주요한 영향을 미치는 스트레스원과 자살 사고의 주 원인인 가족과 사회복귀에 대한 문제를 수감생활 중 적극적으로 다루고 대처할 수 있는 체계가 필요하다. 가족과 접촉을 할 수 있는 면회에 대한 보다 다양하고 융통성 있는 규칙이 필요하고, 면회의 장소나 형태도 단 몇 시간의 획일화된 형태보다 시간과 장소를 다양화하여 수용자가 동기화될 수 있도록 해야할 것이다. 또한 출소 후 복귀할 가족과 원활하게 의사소통하는 방법, 가족갈등을 해결하는 방법, 부모역할 등 다양한 가족의 욕구에 대응할 수 있는 준비과정이 필요하다.

사회복귀와 관련하여 취업프로그램을 대상자의 욕구에 따라 다양화하고, 직업훈련의 종류를 확대시키며, 창업을 준비할 수 있는 프로그램, 기술을 습득하는 프로그램, 학과 공부할 수 있는 프로그램 등 개별화된 욕구를 반영한 제도를 확보하며, 무엇보다 대상자의 사회복귀에 대한 욕구를 입소 시부터 평가하고 개입계획을 발전시켜나갈 수 있는 서비스 코디네이터가 배치된다면 개별적 욕구에 근거한 체계적인 계획을 발전시킬 수 있을 것

이다.

대인관계와 관련하여 수용자 간 또는 수용자와 교도관 간의 갈등과 문제를 중재할 수 있는 제도와 프로그램이 필요하다. 수감 기간 중에 다양한 분노조절훈련 프로그램, 대인관계훈련프로그램, 집단상담, 갈등해결기술, 스트레스 관리기술 등을 학습할 수 있는 기회는 수감 생활 뿐 아니라 퇴소 후 지역사회에서 재범율을 낮추는 데도 기여할 수 있다.

또한 현재의 교정공무원의 인력은 현재의 최소한의 관리를 제공하기에도 매우 부족한 인원이며, 질높은 다양한 서비스는 고려하기도 어려운 상황이다. 따라서 교정인력에 대한 양적인 확보가 선결되어야 할 것이다. 또한 질적인 관리를 위해서는 교정공무원들의 직무 스트레스를 해소할 수 있는 보수교육과 지원이 필요하다.

가족, 사회복귀, 대인관계 문제를 효과적으로 다루기 위해서는 현재 교도소 내에 종사하는 전문인력들로서는 이러한 가족 및 사회복귀와 관련된 강한 욕구에 대응할 만한 여건이 조성되어 있지 않다. 따라서 교정사회복지사 및 정신건강, 심리 관련 전문가와 같이 수용자들의 심리사회적인 문제를 전문적으로 다루어줄 수 있고 성공적인 사회복귀를 준비할 수 있도록 원조할 수 있는 전문인력이 구급시설에 배치될 수 있는 제도의 확보가 필요하다. 전문인력이 확보되어야 수용자들의 정신건강 문제를 미연에 예방하고 심리사회적인 욕구에 부응하는 개별화된 서비스를 개발 및 관리할 수 있을 것이며, 이는 수용자의 권리의 확보에 기여할 뿐 아니라 교정행정의 안정에 기여함으로써 결국 안정적인 교정환경을 확보하여 재범율을 낮출 수 있는 기반에 기여할 수 있을 것이다.

특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사에 대한 토론문

윤 탁 (전남대학교 정신과 교수)

정신장애인은 장애인 중에서도 더 차별이 많이 발생하고, 심지어는 장애인들 사이에서도 이중 차별을 받는 일까지 벌어지고 있는 것이 현실이다. 이러한 정신장애인 중에서도 더욱 심각한 것은 소위 우리사회의 취약 계층이라고 할 수 있는 노인과 여성 및 소아 등의 연령 집단과 노숙자 및 구금시설에 수용되어 있는 재소자, 그리고, 최근 그 수가 계속 증가되고 있는 결혼이주여성과 이주노동자 등의 이중, 삼중 차별을 받고 있는 계층인데, 이들이 정신질환에 걸릴 경우 의료서비스의 접근 뿐 아니라, 치료 과정 중의 다양한 권익 침해 등이 발생하고 있는 것이 현실이다. 이러한 취약 계층의 정신보건 및 인권실태의 조사는 현재까지 간헐적으로 노숙자 등의 특정 집단에 대하여는 몇 차례 조사가 이루어지는 하였으나, 이번 결과 보고서처럼 노숙자, 다문화 가정의 이주민, 이주 노동자, 독거노인, 구금시설 수용자 등에 대하여 동일 기간에 동일한 형태의 실태 조사가 이루어진 적은 없었으며, 특히, 이들의 정신질환의 선별을 위해 간이정신진단검사(SCL-90-R)를 사용하고, 이들의 정신보건서비스 이용 실태를 조사한 것은 그 의미가 매우 크다고 할 수 있다. 이번에 실태 조사가 이루어진 4개의 집단의 실태 조사 결과의 의미를 검토하면 다음과 같다.

첫째, 노숙인의 정신보건 및 인권실태는 기존의 노숙자에 대한 단순한 실태조사의 반복이 아니라, 보다 구체적으로 본 조사의 목적에 맞추기 위해 정신질환 노숙인을 전체 조사 대상자의 50%인 200명을 조사 대상에 포함 시킨 것이 특징적이라고 할 수 있다. 예상대로 노숙인의 정신건강상태는 전 영역에서 임상적 평가를 요하는 수준으로 관찰되었으며, 특히, 공포불안, 신체화와 우울증, 정신증, 대인예민성의 하위 영역이 정신건강고위험군의

사례성 유병율이 높은 것으로 관찰되었다. 이 결과의 해석 시 유의할 필요가 있다. 즉, 이 영역들 대부분은 노숙 생활 자체와 관련이 있는 영역들로서, 노숙생활에서 안정적인 생활로 변하게 될 때, 개선이 기대되는 항목들이라고 할 수 있다. 거꾸로 말하면, 정신건강이 양호한 사람이 노숙을 하게 될 경우 발생할 수 있는 정신적인 문제들이 다수라고 해석할 수도 있다. 이 결과는 일반적으로 노숙인들이 정신질환의 문제가 심각할 것이라고 여기는 편견의 개선에도 이용될 수 있는 자료라고 판단된다. 다만 정신증의 하위 항목도 유병율이 높은 것으로 관찰되었는데, 이는 조사 대상자의 50%가 쉼터 등의 노숙인 중장기 입소 시설에서 생활하고 있는, 즉 정신질환을 이미 가지고 있는 노숙인들이 다수 포함되었기 때문에 높게 관찰된 것으로 해석 할 수도 있다. 실제 임상적인 경험으로도 노숙인들 중에 정신질환자가 소수 발견되기는 하지만, 이들 정신질환을 가진 노숙인들은 정신질환의 발생 기간 중에 일시적으로 증상에 의해 노숙을 하게 되는 단기적 노숙이 대부분이며, 장기적인 노숙자 중에서는 정신증의 사례는 그 빈도가 낮으며, 특히, 중장기 입소시설의 노숙자를 제외할 경우 그 빈도는 더욱 더 감소하게 된다.

이러한 노숙자들의 정신보건 문제는 취약한 노숙자의 인권실태와 맞물려 더욱 문제가 되고 있는 것으로 조사되었다. 노숙자들에게 대부분의 의료서비스가 응급구호적 서비스의 형태로 제공되고 있기 때문에, 장기적이고 지속적인 서비스의 제공의 필요한 정신보건서비스는 취약한 것으로 조사되었다. 특히, 83%의 노숙인이 의료보호 1,2 종의 서비스를 받지 못하고, 의료보험이나 무보장 상태에 있는 것으로 조사되었는데, 이는 더욱 더 정신보건서비스로의 접근 장벽으로 작용하고 있다. 특히, 조사에서 지적된 것처럼 시설보호를 중심으로 노숙인에 대한 서비스가 주로 운영되고 있고, 이러한 시설들의 입퇴소가 자유롭지 못하고, 시설 운영자의 의지대로 운영되는 경우가 많아 많은 노숙자들이 이용을 꺼려하고 있는 것이 현실이며, 이러한 시설을 거부하는 경우 노숙인이 부랑인으로 간주되어 더욱 더 서비스체계에서 배제되어 버리게 된다. 특히, 이러한 부랑인을 위한 부랑입 입소 시설은 더욱 그 실태가 열악하며, 자유로워야 할 입퇴소가 자유롭지 못하며, 부랑인 시설에 있어서는 안되는 많은 정신장애 및 질환자들이 적절한 정신보건서비스를 받지 못하고 수용되어 있는 것이 현실이다. 그러므로 노숙자에 대한 서비스 전달방식의 다양화를 통하여 입소, 수용 형식의 방식만이 아닌 다양한 형태의 서비스가 제공되어야 할 것이다. 또한, 노숙인 중 의료보호 수급권자가 17%밖에 되지 못한다는 것은 이들이 일시적으로 의

료서비스의 사각지대에 위치하게 되어, 더욱 더 취약하게 될 수밖에 없게 된다는 것을 말하며, 이러한 문제를 해결하기 위한 개선책의 마련이 필요할 것이다.

둘째, 결혼이주여성과 이주노동자를 대상으로 한 이번의 실태 조사는 그 의미가 크다고 할 수 있다. 우리 사회에 급증하고 있는 결혼이주여성과 이주노동자들을 더 이상 외면할 수 없는 것이 현실이며, 현재 이들은 우리 사회의 당연한 구성원으로서 살아가고 있다.

이들의 정신건강은 다른 취약 계층에 비해 전반적으로는 양호한 것으로 조사되었다. 노숙자와는 달리, 신체화, 공포불안, 대인예민성, 편집증 등의 하위 영역의 임상군 비율이 다소 높게 관찰되었는데, 이는 이주로 인한 문화적인 스트레스와 법적인 신분 불확실성 등으로 인하여 높게 관찰될 수 있는 항목들로 해석될 수 있다.

임상적으로 이민자들이 정신질환 발병율이 일시적으로 증가되는 것은 해외 연구 결과를 통해 잘 알려져 있다. 그러므로 성공적인 이주 및 정착을 위해서는 그 사회의 적절한 정신보건서비스의 제공이 매우 중요한 것으로 인식되고 있다. 이와 마찬가지로 우리나라에 이주해온 결혼이주여성이나 이주노동자의 정신질환의 유병율이 높을 것이라고 추정할 수 있다. 실제 조사결과에도 스스로 정신건강에 문제가 있다고 응답한 이주민이 23.9%였으며, 불면, 무기력, 대인공포, 식욕 이상 등으로 전문가와 상담한 것으로 조사되었다. 심각한 정신질환은 그 빈도가 매우 낮게 조사되었다. 상담 받지 않은 경우는 정신과 약물 부작용에 대한 두려움, 치료경험이 없는 경우 등의 이유가 많았으며, 언어소통 문제와 이주민에 대한 차별대우의 두려움 등으로 상담을 받지 않은 경우도 높은 비율을 차지하는 것으로 조사되었다.

특히, 이주 후 한국 거주기간이 길수록, 확대 가족 유형일수록, 이주노동자 일수록 정신건강이 보다 더 취약한 것으로 조사되었는데, 이렇게 조사된 구체적 원인을 파악하고, 대안을 마련하며, 이들에게 적절한 정신건강서비스를 제공하여 주는 것이 급박하다고 할 수 있다. 한국 거주기간이 길수록 한국에서 우리 사회의 구성원으로 살아갈 가능성이 더 높다고 할 수 있으며, 그렇기 때문에 이들이 건강하게 살아갈 수 있도록 사회가 기반을 만들어 주는 것이 필요할 것이다. 또한, 이를 위하여 정부차원의 이주민들을 위한 적절한 정신보건서비스를 제공하기 위한 대책이 필요하다고 할 수 있다.

셋째, 독거노인은 노인층에 내외과적 질환과 더불어 노인성 치매 등의 인지기능의 저하, 노년기 우울증 등의 정신질환이 빈발함에도 불구하고, 경제적인 활동 저하로 인한 경

제적인 어려움과 여러 이유로 정신보건서비스의 혜택을 잘 받지 못하는 취약 계층으로 알려져 왔다. 이번 조사 결과는 이전의 이러한 예상을 뛰어넘는 매우 심각한 수준의 문제가 있음이 조사되었다. 이번 조사 결과 90% 이상의 독거노인이 심각한 우울상태와 비정상적 경향성을 보이는 것으로 조사되었는데, 이는 매우 심각한 수준이다. 특히, 스스로 잘 평가하기 어려운 인지기능의 저하, 치매 등까지 고려할 경우, 독거노인의 정신건강 상태는 최악의 수준이라 할 수 있다. 이는 독거노인들의 집단에서는 기본적인 생존권과 건강권이 심각하게 위협받고 있다는 현실을 보여주고 있다. 이러한 심각성에도 불구하고 독거노인들의 의료기관의 이용은 적은 편이며, 특히 정신보건서비스의 이용은 더욱 더 낮은 수준으로 조사되었는데(6.6%, 28명/422명), 그 이유는 정신질환을 스스로 잘 인식 못하거나, 서비스 이용 방법을 알지 못하고, 진료비 등이 부담되고 병원에 동행할 사람 등의 부족한 이유로 정신보건 서비스 이용이 낮은 것으로 조사되었다. 이렇듯, 90% 이상의 독거노인이 정신보건서비스의 혜택이 필요한 상황에서 단 6.6%의 독거노인만이 정신보건상담서비스를 받았다는 결과는 우리나라의 독거노인이 얼마나 취약한 위치에 처해 있는지를 조사 결과는 보여주고 있다.

이러한 문제를 해결하기 위해, 결과보고서에서 제시한 것처럼 독거노인을 위한 통합서비스 체계의 구축과 노인 학대 방지를 위한 제도의 수립, 독거노인 정신건강검사의무시행 및 각종 서비스 프로그램 교육 및 개발이 시급하다.

넷째, 구금시설 재소자의 경우 간이정신진단검사를 사용하여 조사된 임상적으로 취약한 수준의 재소자 비율을 6.4%로 다른 집단에 비해서는 다소 낮게 관찰되었고, 신체화 증상, 공포불안, 정신증의 비율이 임상적으로 유의한 것으로 관찰되었다. 또한, 입소 과정 및 재소 기간 중 정신건강서비스에 노출되는 비율이 매우 낮은 것으로 조사 (13.4%) 되었으며, 정신건강상의 문제가 있다고 주관적으로 느끼는 사람이 전체의 14.6%나 되었음에도 불구하고, 실제 정신건강서비스를 이용한 경우는 많지 않았다. 이는 구금시설에 수용되어 있다는 사실이 영향을 준 것으로 추정되는데, 이들이 정신건강상담을 받지 않은 이유가 이용 절차가 까다롭고, 정신과 의사가 없으며, 작업 중단으로 인한 수입의 감소 등이 우려되기 때문으로 조사되었다. 또한, 수감 전 부터 정신건강서비스가 필요한 수준의 정신건강의 문제를 가진 재소자가 50% 이상임에도 불구하고, 입소과정부터 재소기간 동안 정신건강서비스가 거의 제공되지 않고 있으며, 많은 재소자들이 알코올 문제와 자살 사고, 우

울증 등의 문제를 가지고 있음에도 불구하고, 이에 대한 평가와 상담, 치료 등이 없이 다시 사회로 돌아가게 되는 문제가 있는 것으로 조사되었다.

이러한 이유에는 정신질환으로 인한 범죄가 발생하였을 경우 일반 교정시설이 아닌 치료감호소로 수용되게 되며, 이번 조사 대상인 일반 교정시설에는 정신질환, 정확하게 정신질환이 범죄와 연관이 있는 재소자가 없을 수 밖에 없다는 가정으로 정신보건서비스의 제공이 기본적으로 갖춰지지 않아서 인 것으로 보인다. 그러나, 일반인들의 높은 정신질환 유병율을 감안하면, 상당한 비율의 재소자들도 다양한 정신질환으로 고통 받고 있을 것으로 추정할 수 있고, 그렇기 때문에 이들에 대한 적절한 정신보건서비스를 제공해주는 대책이 건강권과 생존권의 차원에서 꼭 필요하다고 할 수 있다. 특히, 사회적으로 알코올 중독으로 인한 사회적 비용의 손실 및 경제적 손실이 큰 점을 고려하고, 이번 조사 결과 재소자의 53%가 수감 전 위험음주자 수준이며, 43.5%는 알코올 중독에 대한 치료가 필요한 상태라는 점을 고려할 때, 재소기간 중 알코올의존 및 중독에 대한 최소한의 치료만이라도 시작된다면 우리 사회 전체에 만연해 있는 알코올로 인한 문제들을 감소시킬 수 있는 방안으로도 이용될 수 있을 것이다. 특히, 알코올 중독 치료시 일정 기간의 금주 기간이 치료에 좋은 효과를 줄 수 있는 것을 고려할 때, 재소 기간 중 금주를 할 수 밖에 없는 현실이 알코올 중독 및 의존의 치료에 긍정적으로 작용할 수 있을 것이다.

이번 조사 결과가 이러한 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태를 나타내주는데, 그 대표성과 정확성에서 미흡한 면이 있을지라도 우리사회에서 같이 살아야할 계층들에 대하여 국가인권위에서 기초적인 토대가 될 수 있는 중요한 조사를 시행하였다는 것은 매우 의미 있다 할 수 있다.

향후, 이번 조사에서 조사가 충분히 이루어지지 못한 다른 취약 계층(여성, 소아, 청소년, 다문화 가정의 2세, 중복 장애를 가진 정신장애인 등)에 대한 정신보건 및 인권실태의 후속 조사가 이루어질 수 있어야 할 것이며, 이번 조사를 계기 바탕으로 보다 심층적이고 광범위한 추가적인 실태 조사와 함께 이들에게 인권적인 측면이 강조된 정신보건서비스가 제공되어 질 수 있는 후속 대책이 필요할 것이다. 특히, 국가가 적극적인 노력을 통하여 인권의 사회권적 요소의 실현을 담당하여야 할 것이며, 이러한 때 이러한 ‘취약한 계층’의 다른 질환보다 ‘취약한 정신장애인’에 대한 인권이 보장될 수 있을 것이다.



제 3 부

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사

서 미 경

(경상대학교 사회복지학과 교수)

I. 서론

정신질환(mental illness)이란 임상적으로 중요한 행동적, 심리적 증후군이지만 다른 어떤 장애나 질병에 비해 사회적 요인에 의해 치료방법과 질병경과가 많은 영향을 받는 장애이기도 하다. 대체로 정신질환은 만성적이고 순환적인 장애경과를 거치면서 심각한 사회적 기능손실이 초래되고 이로 인한 사회적 역할수행에 있어 지속적인 장애가 발생한다. 이러한 사회적 기능과 역할 수행의 장애는 정신질환자를 점점 사회로부터 고립시켜 그들의 사회통합을 방해하는 주요 요인이 된다.

더욱이 시설화 시기와 달리 탈시설화(deinstitutionalization)이후 치료 장소가 시설에서 지역사회로 이동하고 치료의 초점 역시 증상치료에서 재활과 사회복귀 차원으로 변화되면서 무엇보다 지역사회로부터의 수용이 정신질환자의 회복(recovery)에 중요한 선결요인이 되고 있다. 결국 일반인들의 시각이 거부적일수록 정신질환자의 치료는 수용과 보호위주가 되며 그들의 사회적, 직업적 재활은 어려워지고 사회통합은 하나의 실천되지 못하는 이념으로 남을 수밖에 없다.

정신질환자에 대한 전반적인 사회적 태도는 정신질환자에 대한 사회적 책임과 그들의 시설 내 인권존중을 인정하면서도 여전히 정신질환자에 대한 감정은 두렵고 무서우며 그들과 개인적 관계를 갖거나 이해관계가 얽히는 것에 대해서는 부정적인 뚜렷하게 이중적인 태도를 보이고 있다. 이러한 정신질환자에 대한 대중의 이중적 태도는 심리적 상호작용을 전제로 하는 진정한 사회통합을 방해할 뿐 아니라 이러한 편견이 정신질환자에게 내재화되어 자존감을 저하시키고 정신보건서비스에 대한 접근을 망설이는 결과를 낳는다. 결국 이것이 정신병적 증상을 악화시켜 사회적응을 방해하게 되고 이들의 부적응 행동은 다시 대중의 편견을 더 강화시키는 악순환을 반복하게 된다.

정신질환자에 대한 대중의 편견은 인지적·감정적 반응을 넘어 정신질환이라는 속성을 가진 집단의 사회적 기회를 제한하고 더 나아가 그들의 권리를 침해하는 차별(discrimination)이라는 행동적 차원에 영향을 준다는 점에서 그 심각성은 더해진다. 결국 정신보건복지의 궁극적 목적인 정상화(normalization)와 사회통합(social integration)이 달성되기 위해서는 무엇보다 대중의 편견과 차별극복이 전제되어야하고 이것이 전제되지 않으면 정신질환자들은 ‘지역사회’라는 또 다른 시설에 격리, 고립되어 지낼 수밖에 없게 된다.

따라서 본 연구는 정신질환자에 대한 편견과 차별실태를 조사하여 그 결과를 바탕으로 정신질환자에 대한 편견과 차별을 극복하기 위한 장·단기 목표를 수립하고 대안을 모색하기 위한 기초자료를 마련하기 위해 이루어졌다.

본 실태조사의 내용은 다음과 같이 나누어진다.

첫째, 정신질환자에 대한 일반인의 편견과 차별실태를 조사하기 위해 지역(시·군·구 단위)을 무작위로 선정하여 각 지역의 인구비례에 따라 표집한 성인 2,100명을 대상으로 그들이 정신질환자에 대하여 어떠한 편견과 차별을 보이는지 그리고 이러한 편견과 차별이 그들의 인구통계학적 변수에 따라 어떻게 차이가 나는지를 분석하였다.

둘째, 지역사회에서 정신질환자의 치료 및 입원 과정에 관여될 수 있는 공무원(사회복지직) 114명, 정신보건전문가(지역사회정신보건센터와 사회복지시설) 181명, 경찰 86명 등 총 381명의 특정집단을 대상으로 그들이 정신질환자에 대해 어떠한 편견과 차별행동을 보이는지 분석하였다.

셋째, 대중의 편견과 차별에 대중매체의 역할이 중요하다는 전제 하에 대중매체(신문기사와 영화)가 정신질환자에 대해 어떠한 편견과 차별내용을 담고 있는지 분석하였다.

넷째, 편견과 차별극복방안을 제시하기 위해 뉴질랜드 정부의 편견극복 노력과 미국 NAMI(National Alliance on Mental Illness)의 소비자 중심 편견극복프로그램에 대한 문헌연구를 통해 편견 극복 사례를 제시하였다.

II. 일반인의 차별과 편견 실태조사

1. 조사대상

조사대상은 성인 2,000명을 목표로 하였다. 그러나 조사과정에서의 탈락, 미회수 또는 신뢰되지 않는 자료의 상실 등을 고려하여 실제 연구대상의 30%를 더 추가하여 2,600명을 대상으로 조사를 실시하였다.

지역표본추출법, 비례층화표본추출법, 할당표본추출법을 혼합 사용하는 다단계 표본추출법을 이용하여 조사대상을 표집하였다. 먼저 대도시와 중소도시 및 인근 군단위에서 난수표를 이용하여 지역을 무작위 선정하였고 인구비례에 따라 표집인원을 산출하였다. 2008년 7월에 교육을 받은 조사자들이 지역별로 직접 방문하여 면담형식으로 질문지를 배부하고 실시하여 조사를 수행하였다. 최종 회수된 질문지는 2,100명이였다. 이들의 인구통계학적 특징은 <표 1>, <표 2>와 같다.

<표 1> 조사대상자의 성별과 연령에 따른 분포

		20대(%)	30대(%)	40대(%)	50대(%)	60대이상(%)	합계
성별	남	227 (21.89%)	248 (23.92%)	238 (22.95%)	159 (15.33%)	165 (15.91%)	1037(49.38)
	여	213 (20.04%)	245 (23.05%)	239 (22.48%)	158 (14.86%)	208 (19.57%)	1063(50.62)
합계		440(20.95)	493(23.48)	477(22.71)	317(15.10)	373(17.76)	2100

<표 2> 조사대상자의 직업, 가족 수, 지역, 교육수준에 따른 분포

내용		빈도(%)	내용		빈도(%)	내용		빈도(%)
직업	전업주부	411 (19.8)	수입	100만원 이하	132 (6.4)	교육수준	초졸	152 (7.4)
	학생	280 (13.5)		200만원 이하	334 (16.2)			
	일반사무직	300 (14.5)		300만원 이하	586 (28.5)			
	생산직	94 (4.5)		400만원 이하	496 (24.1)			
	전문 관리직	124 (6.0)		500만원 이하	300 (14.6)			
	군경차직	35 (1.7)		500만원 이상	210 (10.2)			
	일반 공무원	107 (5.2)	가족 수	1인	199 (9.5)	고졸	532 (26.0)	
	교원	72 (3.5)		2인	361 (17.3)			
	상업	176 (8.5)		3인	490 (23.5)			
	농수산업	52 (2.5)		4인	800 (38.4)			
	기술기능직	87 (4.2)		5인 이상	236 (11.3)			
	단순노무직	71 (3.4)	지역	광역시	991 (47.2)	대졸 이상	1194 (58.4)	
	무직	119 (5.7)		시	985 (46.9)			
	기타	145 (6.9)		군	123 (5.9)			
	합계		2100 (100)					

2. 조사도구

정신질환자에 대한 편견과 차별 실태조사 질문지는 편견, 차별행동, 발생원인, 편견의 근원, 편견 극복방안, 편견의 영향에 대한 문항들로 구성되어 있고, 이는 김정남(2003)¹⁾이 개발한 정신질환자에 대한 사회적 낙인척도, 한덕웅과 이민규(2003)²⁾의 정신질환자에 대한 태도 조사 질문지를 바탕으로 하였다.

정신질환자에 대한 편견 척도 : 정신질환자에 대한 일반인의 편견 척도는 24개 문항으로 구성되었으며, 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다. 이 척도를 요인 분석하여 4가지 하위요인

1) 김정남. 2003. “정신장애인에 대한 사회적 낙인 척도개발.” 『한국심리학회지: 건강』 8(3): 595-617.

2) 한덕웅, 이민규. 2003. “정신질환에 관한 사회적 표상의 변화: 1976년과 1999년간의 비교 『한국심리학회지: 건강』 8(1): 191-206.

을 추출하였다. 추출된 하위요인별 내용은 다음과 같다.

첫째, ‘무능’요인(8개 문항)은 정신질환자가 무능하므로 치료와 결혼 등 일상사를 누군가 대신 결정해주어야 한다는 내용이다. 둘째, ‘위험’요인(7개 문항)은 정신질환자는 위험하고 예측하기 어려우므로 행동을 통제해야 한다는 내용이다. 셋째, ‘회복불능’요인(6개 문항)은 정신질환은 평생 치료를 받아야 하고 다시 정상으로 돌아오기 힘들다는 내용이다. 넷째, ‘식별가능’요인(3개 문항)은 정신질환자는 누구나 한눈에 알아볼 수 있다는 내용이다. 정신질환자에 대한 일반인의 편견척도를 구성하는 요인들의 Cronbach's α 는 .722 ~ .899로 수용할만한 수준이었다. 이 척도의 문항 각각에 대한 평균과 표준편차는 <표 3>과 같다.

‘회복불능’요인에서는 ‘정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다’와 ‘정신질환은 재발한다’는 문항의 평균과 표준편차가 가장 높았고 ‘위험’요인에서는 ‘정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다’와 ‘정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다’는 문항의 평균과 표준편차가 가장 높았다. ‘무능’요인에서는 ‘정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살 수 없다’와 ‘정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다’는 문항의 평균과 표준편차가 가장 높았으며 ‘식별가능’요인에서는 ‘정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다’는 문항의 평균과 표준편차가 가장 높았다.

<표 3> 편견척도 하위요인 문항별 평균과 표준편차

편견 요인	문항	평균 (표준편차)	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	2.74 (1.25)	6
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 힘들다.	2.80 (1.10)	5
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	3.24 (1.16)	3
	정신질환으로 진단받은 사람은 평생 그 증상으로 고생할 것이다.	3.01 (1.10)	4
	정신질환은 재발한다.	3.32 (1.04)	2
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다.	3.88 (0.96)	1

편견 요인	문항	평균 (표준편차)	순위
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	3.08 (1.07)	7
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	3.14 (1.10)	5
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.	3.27 (1.12)	2
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.	2.99 (1.16)	8
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안된다.	3.26 (1.19)	3
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	3.15 (1.08)	4
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살수 없다.	3.28 (1.11)	1
	정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.	3.13 (1.06)	6
위협	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	3.55 (1.04)	1
	정신질환자는 폭력적이다.	3.08 (1.07)	4
	정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다.	3.48 (1.08)	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높을 것이다.	3.22 (1.14)	3
	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	3.04 (1.10)	5
	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.	2.96 (1.17)	6
	‘정신질환’이라는 말만 들어도 두렵다.	2.70 (1.18)	7
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다	2.71 (1.11)	3
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	2.99 (1.09)	1
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	2.92 (1.07)	2
	회복불능	3.15 (0.77)	1
	무능	3.15 (0.85)	2
	위협	3.14 (0.79)	3
	식별가능	2.86 (0.87)	4
	편견 전체	3.11 (0.68)	

정신질환자에 대한 차별행동 : 정신질환자에 대한 차별행동에 관한 문항은 13개 문항으로 구성되었으며, 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다. 요인분석 결과 2개의 요인이 추출되었다. 첫째, ‘관계 지양’요인(7개 문항)은 정신질환자와 물리적, 심리적으로 가까이 지내지 않겠다는 내용을 포함한다. 둘째, ‘권리 박탈’요인(6개 문항)은 정신질환자에게 선거권이나 양

육권 등 사회적인 기본권을 주어서는 안 된다는 내용이다. 차별행동을 구성하는 각 요인의 Cronbach's α 값은 .797 ~ .893이며 이 척도의 각 문항별 평균과 표준편차는 <표 4>에 제시되어 있다.

차별 행동의 문항 중에는 '우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대 한다', '정신질환자는 운전을 해서는 안 된다', '정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다'는 문항의 평균이 가장 높았다.

<표 4> 정신질환자 차별행동 문항별 평균, 표준편차

정신질환자에 대한 차별행동		평균 (표준편차) 순위	
관 계 지 양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	3.15 (1.19)	6
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	3.19 (1.14)	5
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	3.14 (1.15)	7
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	3.55 (1.13)	2
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.	3.95 (1.07)	1
	같은 일을 했을 경우 나는 정신질환자를 일반인과 같이 대우할 수 없다.	3.21 (1.09)	4
	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지는 않을 것이다.	3.44 (1.10)	3
권 리 박 탈	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다.	3.00 (1.26)	2
	정신질환자를 치료할 때는 환자의 동의가 필요하지 않다.	2.74 (1.21)	4
	정신질환자는 일반인과 같은 조건으로 보험에 가입할 수 없다.	3.00 (1.21)	3
	입원된 정신질환자는 전화나 서신을 검열해야 한다.	2.64 (1.17)	5
	정신질환자는 운전을 해서는 안 된다.	3.65 (1.14)	1
정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안 된다.	2.60 (1.21)	6	
정신질환자에 대한 차별 행동의 하위 범주	관계 지양	3.37 (.86)	
	권리 박탈	2.93 (.84)	
	차별행동 전체	3.17 (.76)	

정신질환의 발병원인 : 정신질환의 발병원인에 대한 문항은 8개 문항으로 구성되었으며 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다. 정신질환의 발병원인을 구성하는 요인들의 Cronbach's α 값은 .689이며 요인분석 결과 3개의 요인이 추출되었다. 첫째, '환경적' 요인 문항(4개 문항)은 정신질환의 발병원인을 통제할 수 없는 것에 귀인한다는 내용이다. 둘째, '미신적'

요인 문항(2개 문항)은 신들림이나 머리가 좋아 발병한다는 내용으로 정신질환의 발병 원인을 부적절한 믿음에서 찾는 것이다. 셋째, ‘생물학적’요인 문항(2개 문항)은 유전이나 신경계의 이상에서 정신질환이 발생한다는 내용이다.

편견의 근원 : 편견이 어디서 영향을 받아 형성되었다고 생각하는지를 묻는 4개 문항으로 구성되어 있으며, 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다.

편견극복방안 : 편견을 극복하기 위한 효과적인 방안을 묻는 4개 문항으로 구성되어 있으며, 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다.

편견의 영향 : 일반인들의 편견으로 인해 정신질환자나 그의 가족들이 어떤 영향을 받게 될지를 묻는 6개 문항으로 이루어져 있으며, 매우 아니다(1), 약간 아니다(2), 보통이다(3), 약간 그렇다(4), 매우 그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있다.

3. 결과

1) 정신질환자에 대한 편견

① 연령에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수의 차이

연령에 따른 정신질환자에 대한 편견의 차이는 다음 <표 5>와 같다. 각 연령대별 편견 점수를 비교해 보면, 전반적으로 편견의 하위요인 모두와 전체 편견 점수에서 20대가 가장 낮고, 60대 이상은 가장 높은 경향을 보여 주었다. 그리고 나이가 많아짐에 따라 정신질환자에 대한 편견 점수가 높아지고 있음을 알 수 있다. 추세분석에서 1차원 성분이 유의한 것으로 나와 연령에 따라 편견 점수가 높아지는 것을 확인할 수 있다.

<표 5> 연령에 따른 편견 점수의 차이

	평균 (표준편차)				
	무능 F=35.96***	위험 F=18.98***	회복불능 F=20.33***	식별가능 F=20.73***	전체점수 F=35.53***
20대	2.89 (.80)	2.98 (.79)	2.99 (.73)	2.72 (.81)	2.92 (.64)
30대	3.01 (.83)	3.04 (.75)	3.09 (.74)	2.73 (.86)	3.01 (.65)
40대	3.15 (.80)	3.11 (.79)	3.13 (.76)	2.86 (.85)	3.10 (.65)
50대	3.30 (.86)	3.20 (.80)	3.17 (.80)	2.87 (.85)	3.18 (.69)
60대 이상	3.52 (.83)	3.42 (.78)	3.45 (.78)	3.21 (.93)	3.43 (.68)
전체	3.15 (.85)	3.14 (.79)	3.15 (.77)	2.86 (.87)	3.11 (.68)

*** < .001

② 성별에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수의 차이

성별에 따른 정신질환자에 대한 편견의 차이는 <표 6>과 같다. 편견척도 전체점수에서 남(평균 3.05, 표준편차 0.71) 여(평균 3.16, 표준편차 0.64)에 따라 유의한 차이가 나타나($t = -3.76, p < .001$) 여자가 남자에 비해 편견 점수가 더 높았다. 하위 요인에서는 ‘위험’요인($t = -6.37, p < .001$)과 ‘회복불능’요인($t = -4.29, p < .001$)에서 성차가 유의한 것으로 나타났다. 따라서 남성에 비해 여성이 정신질환자를 더 위험하고 회복되지 않는 것으로 이해하고 있음을 알 수 있다.

<표 6> 성별에 따른 정신질환자에 대한 편견의 차이

편견	성별	평균 (표준편차)	표준오차평균	t
무능	남	3.12 (.88)	.03	-1.16
	여	3.17 (.80)	.02	
위험	남	3.02 (.81)	.03	-6.37***
	여	3.24 (.76)	.02	
회복 불능	남	3.08 (.79)	.02	-4.29***
	여	3.22 (.74)	.02	
식별 가능	남	2.87 (.88)	.03	.743
	여	2.84 (.86)	.03	
전체	남	3.05 (.71)	.02	-3.76***
	여	3.16 (.64)	.02	

*** < .001

③ 결혼 상태에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수의 차이

결혼관계에 따른 편견의 차이를 보면, 편견의 모든 하위요인에서 결혼 상태에 따른 집단별 편견 점수의 차이가 유의하였다. 전체적으로 미혼집단이 가장 낮은 점수를 보였으며, 사별집단이 가장 높은 점수를 보였다. 그러나 결혼관계와 나이를 교차분석 했을 때 20대에서 미혼이 많고 사별은 60대 이상에서 뚜렷이 많아 결혼관계에 따른 편견은 나이에 따른 편견의 차이와 관련이 있기 때문에 조심스럽게 해석해야한다. 즉, 60대의 편견점수가 높고 20대의 편견점수가 낮았는데, 각 집단의 결혼 상태를 보면 60대가 사별이 많고, 20대가 미혼이 많아 나이의 효과가 결혼 상태에 반영된 결과일 수 있다.

④ 가정의 소득수준에 따른 정신질환자 편견 점수의 차이

가정의 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 편견의 차이는 다음의 <표 7>과 같다. 그 결과 편견의 모든 요인에서 소득수준별 편견 점수가 유의한 차이를 보였다. 대체로 소득수준이 낮아짐에 따라서 정신질환자에 대한 편견 점수가 높아짐을 알 수 있다.

<표 7> 소득에 따른 편견의 차이

편견	소득	평균 (표준편차)	순위	편견	소득	평균 (표준편차)	순위
무능 $F = 7.63^{***}$	100만원 이하	3.44 (.96)	1	회복 불능 $F = 5.33^{***}$	100만원 이하	3.36 (.89)	1
	200만원 이하	3.25 (.83)	2		200만원 이하	3.20 (.78)	3
	300만원 이하	3.15 (.82)	3		300만원 이하	3.20 (.71)	2
	400만원 이하	3.14 (.81)	4		400만원 이하	3.10 (.76)	4
	500만원 이하	3.00 (.83)	5		500만원 이하	3.09 (.74)	5
	500만원 이상	2.99 (.86)	6		500만원 이상	3.00 (.83)	6
	전체	3.14 (.84)			전체	3.15 (.77)	
위험 $F = 3.43^{***}$	100만원 이하	3.34 (.83)	1	식별 가능 $F = 1.99^{***}$	100만원 이하	3.04 (1.12)	1
	200만원 이하	3.19 (.82)	2		200만원 이하	2.92 (.92)	2
	300만원 이하	3.13 (.75)	4		300만원 이하	2.84 (.84)	4
	400만원 이하	3.04 (.79)	6		400만원 이하	2.86 (.79)	3
	500만원 이하	3.10 (.78)	5		500만원 이하	2.76 (.88)	6
	500만원 이상	3.14 (.84)	3		500만원 이상	2.78 (.83)	5
	전체	3.13 (.79)			전체	2.85 (.87)	

편견	소득	평균 (표준편차) 순위	편견	소득	평균 (표준편차) 순위
편견 전체 $F = 6.12^{***}$		100만원 이하			3.34 (.80) 1
		200만원 이하			3.18 (.71) 2
		300만원 이하			3.12 (.63) 3
		400만원 이하			3.07 (.66) 4
		500만원 이하			3.02 (.66) 5
		500만원 이상			3.01 (.69) 6
		전체			3.10 (.68)

*** < .001

⑤ 교육 수준에 따른 편견점수의 차이

교육수준별로 집단을 나누어 편견점수를 살펴보면 다음 <표 8>과 같다. 초등학교 졸업 집단에서 편견의 하위요인 모두에서 타 집단에 비해 가장 높은 점수를 보인 반면, 대학 졸업 이상인 집단이 가장 낮은 점수를 보여 교육수준이 낮을수록 편견이 심한 경향이 있음을 알 수 있다.

<표 8> 교육수준별 편견척도 평균과 표준편차

교육수준	평균 (표준편차)				전체점수
	무능	위험	회복 불능	식별 가능	
초졸	3.48 (0.86)	3.43 (0.76)	3.47 (0.78)	3.19 (0.97)	3.43(.68)
중졸	3.43 (0.81)	3.36 (0.82)	3.38 (0.80)	3.09 (0.88)	3.36(.68)
고졸	3.28 (0.81)	3.22 (0.78)	3.25 (0.77)	2.88 (0.87)	3.20(.66)
대졸 이상	3.00 (0.84)	3.02 (0.78)	3.04 (0.75)	2.77 (0.84)	2.99(.66)
전체	3.15 (0.85)	3.13 (0.79)	3.15 (0.77)	2.85 (0.87)	3.11(.68)

⑥ 지역에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수의 차이

지역 규모에 따라서 편견 점수의 차이를 분석해보면 대부분 유의한 차이를 보이지 않았으나, 편견 하위요인인 ‘무능’에서 시(평균 3.09), 군 지역(평균 3.12)에 비해 광역시 지역(평균 3.20)이 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다.

지역별로는 편견 각 요인에 대하여 유의한 차이($p < .001$)가 나타났으며, 전반적으로 타

지역에 비교해서 경상도 지역(평균 3.22)이 전체 편견 및 하위요인에서 가장 높은 점수를 보였고, 전라도 지역(평균 3.00)의 정신질환자에 대한 편견점수가 가장 낮은 것으로 나타났다.

⑦ 정신질환자에 대한 경험에 따른 편견 점수의 차이

응답자들의 정신질환자에 대한 경험은 자신이 정신질환으로 치료를 받은 경험, 가족이 치료를 받은 경험, 정신질환자를 대상으로 자원봉사를 한 경험, 동네에서 정신질환자를 본 경험, 직업상 만난 경험, 병문안으로 만난 경험 그리고 정신질환자에 대한 경험이 없는 경우로 나누어 살펴보았다.

<표 9> 경험 종류에 따른 편견 점수의 차이

편견	경험	평균 (표준편차)	순위	편견	경험	평균 (표준편차)	순위
무능 F=8.46***	자신	2.24 (0.62)	7	위험 F=9.67***	자신	2.26 (0.77)	7
	가족	2.75 (0.84)	6		가족	2.68 (0.80)	6
	자원봉사	2.77 (0.77)	5		자원봉사	2.91 (0.69)	5
	동네경험	3.18 (0.84)	2		동네경험	3.10 (0.76)	2
	직업상	3.04 (0.89)	4		직업상	3.07 (0.84)	3
	병문안	3.10 (0.89)	3		병문안	3.04 (0.84)	4
	경험 없음	3.24 (0.82)	1		경험 없음	3.26 (0.79)	1
	Total	3.15 (0.85)			Total	3.13 (0.80)	
회복불능 F=2.42*	자신	2.67 (0.81)	7	식별가능 F=3.70***	자신	2.00 (0.83)	7
	가족	2.95 (0.76)	6		가족	2.47 (0.94)	6
	자원봉사	3.05 (0.69)	5		자원봉사	2.72 (0.75)	5
	동네경험	3.14 (0.75)	2		동네경험	2.87 (0.85)	4
	직업상	3.14 (0.77)	2		직업상	2.88 (0.87)	3
	병문안	3.12 (0.82)	4		병문안	2.91 (0.90)	2
	경험 없음	3.22 (0.78)	1		경험 없음	2.89 (0.89)	1
	Total	3.16 (0.77)			Total	2.87 (0.87)	
편견전체 F=8.36***	자신	2.32 (0.64)	7	직업상	3.05 (0.71)	4	
	가족	2.74 (0.69)	6	병문안	3.06 (0.74)	3	
	자원봉사	2.87 (0.60)	5	경험 없음	3.20 (0.67)	1	
	동네경험	3.11 (0.66)	2	Total	3.11 (0.68)		

* < .05, ** < .01, *** < .001

<표 9>의 결과에 의하면, 모든 요인에서 정신질환자에 대한 경험 종류에 따라 유의한 차이가 있었는데, 전반적으로는 경험이 없거나 동네에서 정신질환자를 만난 경험과 같이 간접적인 경험만 있는 사람들의 편견점수가 비교적 높았고, 자신이나 가족의 정신질환 경험이나 이들을 대상으로 자원봉사를 하여 직접적인 상호작용을 경험한 경우 정신질환자에 대한 편견점수가 비교적 낮았다.

2) 정신질환의 발생원인, 편견의 근원, 극복방법, 편견의 영향

일반인들이 정신질환의 발병원인을 어떻게 이해하고 있는지 알아보기 위해 각 원인별 평균을 살펴보면 <표 10>과 같다. 정신질환을 ‘뇌나 신경계통의 이상’으로 생긴 것으로 보는 문항의 점수가 가장 높았고, 다음으로 ‘충격적인 사건’, ‘스트레스’, 그리고 ‘성격’의 순으로 이해하고 있었다. 요인별로 보면 환경적 원인으로 이해하는 경향이 가장 높았고 미신적 원인이 가장 낮았다.

정신질환자에 대한 편견이 어디서부터 기인된 것인지, 극복방법은 무엇인지, 편견으로 인한 영향은 무엇인지에 대한 응답을 다음의 <표 11>에 제시하였다. 편견의 원인에 대하여 일반인들은 ‘TV나 영화 등 대중매체’에 의해서 편견을 형성하게 되었다는 응답이 가장 높은 점수(평균 3.53)를 나타냈다. 다음으로는 정신질환자에 대한 ‘주변 사람들의 부정적 태도’에서 편견을 형성하게 되었으며(평균 3.08), ‘정신질환자에 대한 용어 사용’(평균 2.94), ‘정신질환자를 직접 대한 경험’(평균 2.90) 순으로 정신질환자에 대한 편견을 형성하게 되었다고 응답하였다.

이러한 편견을 극복하기 위해서는 ‘대중매체의 보도가 공정하고 정확한 것’이 가장 효과적일 것(평균 4.27)이라는 결과가 나타났다. 다음으로는 ‘정신질환자에 대한 편견 극복을 위한 과학적 연구결과를 내어 놓는 것’(평균 4.07), ‘편견 극복을 위한 대중 교육과 홍보하는 것’(평균 3.99)의 순서로 반응했으며, ‘정신질환자 권리를 보호하고 주장하는 단체를 만드는 것’(평균 3.98)의 효과성을 가장 낮게 지적하였다.

일반인들은 정신질환자에 대한 편견에 의해서 ‘정신질환자 가족의 부담이 증가할 것’이라는 문항에 가장 높은 점수를(평균 4.21) 나타냈다. 다음으로 편견과 차별로 인해 ‘정신질환자의 가족이 아닌 척 하도록 만든다’(평균 4.16)는 문항, ‘정신질환자를 무기력하게 만든다’(평균 3.98), ‘정신질환이 있다는 사실을 숨기도록 만든다’(평균 3.83), ‘정신질환 증상을

악화 시킨다(평균 3.83), '정신질환자를 공격적으로 만든다'(평균 3.75)의 순으로 점수가 나타났다.

<표 10> 정신질환의 발생원인

발생 원인	문항 내용	평균 (표준편차)	순위
생물학적	정신질환의 주요 원인은 유전이다.	2.56 (1.175)	6
	정신질환은 뇌나 신경계통의 이상으로 생긴다.	3.63 (1.034)	1
미신적인	정신질환은 일종의 신이 들린 것이다.	2.08 (1.097)	8
	정신질환은 머리가 너무 좋아서 발병한 것이다.	2.48 (1.128)	7
환경적인	정신질환은 성격 때문에 생긴다.	3.05 (1.134)	4
	정신질환은 충격적인 사건을 경험한 것이 원인이다.	3.60 (1.004)	2
	어려서 부모에게 사랑을 받지 못한 것이 정신질환의 원인이다.	2.99 (1.186)	5
	정신질환은 스트레스가 너무 많아서 생기는 것이다.	3.38 (1.069)	3
	환경적 원인	3.24 (.80)	1
	생물학적 원인	3.08 (.86)	2
	미신적 원인	2.27 (.92)	3

<표 11> 편견 근원, 편견 극복방법, 편견의 영향

	문항내용	평균 (표준편차)	순위
편견 근원	정신질환자에 대한 나의 생각은 대중매체(TV,신문, 영화 등)에서 영향을 받았다.	3.53 (1.10)	1
	정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 빗대어 사용한 용어(미친놈, 또라이)에서 영향을 받았다	2.94 (1.23)	3
	정신질환자에 대한 나의 생각은 주변사람들(친구, 부모 등)의 부정적 태도로부터 영향을 받았다.	3.08 (1.15)	2
	정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 직접 만나본 경험을 통해서 영향을 받았다.	2.90 (1.26)	4
극복 방법	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서 대중을 교육하고 홍보하는 것이 효과적이다.	3.99 (0.99)	3
	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서는 정신질환에 대한 과학적 연구결과를 내놓는 것이 효과적이다.	4.07 (0.95)	2
	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서는 대중매체(TV, 드라마, 영화 등)의 보도가 공정하고 정확해야 한다.	4.27 (0.88)	1

문항내용		평균 (표준편차)	순위
	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서 정신질환자의 권리를 보호하고 주장하는 단체를 만드는 것이 효과적이다.	3.98 (1.01)	4
편견 영향	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 무기력하게 만든다.	3.98 (0.97)	3
	일반인들의 편견과 차별이 정신질환 증상을 악화시킨다.	3.83 (1.05)	5
	일반인들의 편견과 차별이 정신질환이 있다는 것을 숨기도록 만든다.	3.98 (1.06)	3
	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 공격적으로 만든다.	3.75 (1.06)	6
	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족들의 부담을 증가시킨다.	4.21 (0.90)	1
	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다.	4.160.96	2

3) 정신질환자의 특징적 증상

일반인들이 생각하기에 정신질환자들의 전형적인 행동이라고 판단되는 23가지 항목들에 대해서 ‘그렇다’고 대답한 반응을 보면 <표 12>와 같다. 전체 23가지 문항 중에서 60% 이상의 사람들이 ‘그렇다’고 반응한 문항과 40% 이하의 사람들이 ‘그렇다’고 반응한 문항들을 나눠 제시하였다.

<표 12> 정신질환 특징적 행동에 대한 응답

(사례수 2,100명)

	정신 질환자의 특징적 행동	반응 수	반응 율(%)
60% 이상	이 말했다가 저 말했다가 헛설수설한다.	1461	70
	안절부절 못하고 심한 공포심을 보인다.	1442	69
	귀에서 무슨 소리를 듣는 것처럼 혼자 중얼거린다.	1393	66
	비논리적이고 자신만 이해할 수 있는 생각을 한다.	1381	66
	특정 사람이나 사물에 지나치게 집착하는 모습을 보인다.	1359	65
40% 이하	굉장히 기분이 들떠 즐거운 것처럼 보인다.	746	36
	자신이 위대한 사람이라는 식의 과대망상을 보인다.	725	35
	즐거움, 슬픔 등을 못 느끼는 것처럼 무표정하다.	674	32
	시간, 장소, 사람을 알아보지 못한다.	640	30
	근거도 없이 자신의 건강이 이상이 생겼다고 믿는다.	598	28
	기억력이 비상해진다.	336	16
	거의 움직이지 않고 누워 꼼짝하지 못한다.	295	14

4) 인구통계학적 분류에 따른 차별행동의 차이

① 연령에 따른 정신질환자에 대한 차별행동

연령대에 따른 차별행동의 평균과 표준편차를 살펴보고, 이에 대한 차이검증을 실시한 결과 다음의 <표 13>과 같다. 전반적으로 20대에서 차별행동 점수가 가장 낮고 60대 이상에서 차별행동 점수가 가장 높았다. 특히 연령에 따른 차이를 크게 보인 문항은 ‘자녀를 양육해서는 안된다’, ‘치료에 대한 동의가 필요하지 않다’, ‘전화나 서신을 검열해야 한다’, ‘운전을 해서는 안된다’ 등 기본권에 대한 것들이 많았다.

<표 13> 연령에 따른 차별행동의 차이

	20대	30대	40대	50대	60대	전체	F
시설반대	3.08(1.18)	3.16(1.17)	3.13(1.13)	3.19(1.19)	3.24(1.26)	3.15(1.18)	1.11
친구거절	2.96(1.16)	3.07(1.08)	3.22(1.13)	3.33(1.12)	3.47(1.12)	3.19(1.14)	12.97***
동료거절	2.89(1.14)	3.07(1.11)	3.15(1.12)	3.29(1.13)	3.39(1.18)	3.14(1.15)	11.83***
이웃거절	3.33(1.15)	3.49(1.09)	3.60(1.13)	3.65(1.14)	3.73(1.11)	3.55(1.13)	8.11***
결혼반대	3.73(1.08)	3.95(1.03)	3.95(1.05)	4.04(1.09)	4.14(1.03)	3.95(1.06)	8.04***
다른 대우	2.99(1.06)	3.08(1.11)	3.28(1.07)	3.37(1.04)	3.44(1.09)	3.21(1.09)	12.72***
선거권박탈	2.28(1.11)	2.46(1.17)	2.68(1.17)	2.74(1.21)	2.92(1.30)	2.60(1.21)	17.89***
양육반대	2.58(1.17)	2.86(1.23)	3.14(1.23)	3.19(1.22)	3.36(1.27)	3.00(1.25)	26.28***
치료동의반대	2.44(1.14)	2.60(1.12)	2.74(1.20)	2.80(1.23)	3.21(1.25)	2.74(1.21)	23.43***
보험조건차별	2.78(1.11)	2.87(1.13)	3.06(1.24)	3.14(1.23)	3.23(1.28)	3.00(1.20)	9.74***
통신검열	2.48(1.04)	2.49(1.10)	2.54(1.15)	2.70(1.20)	3.10(1.23)	2.64(1.16)	20.53***
운전반대	3.41(1.12)	3.44(1.14)	3.74(1.07)	3.84(1.14)	3.96(1.11)	3.65(1.13)	19.55***
채용반대	3.26(1.09)	3.33(1.10)	3.47(1.05)	3.57(1.09)	3.69(1.12)	3.44(1.10)	10.14***
관계지양	3.17(0.87)	3.29(0.83)	3.38(0.83)	3.48(0.85)	3.56(0.84)	3.36(0.85)	13.33***
권리박탈	2.65(0.78)	2.78(0.80)	2.97(0.81)	3.06(0.81)	3.28(0.86)	2.93(0.84)	36.59***
차별 전체	2.93(0.74)	3.06(0.74)	3.20(0.74)	3.29(0.76)	3.44(0.76)	3.17(0.76)	27.86***

*** < .001

② 성별에 따른 정신질환자에 대한 차별행동

성별에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동의 차이를 보면 13가지 차별행동 가운데 ‘시설반대’, ‘친구거절’, ‘이웃거절’, ‘결혼반대’, ‘양육반대’, ‘보험조건차별’, ‘통신검열’, ‘운전

반대’, ‘채용반대’의 차별행동에서 남자에 비해 여자의 차별행동 점수가 더 높았다. 이 결과를 정신질환자에 대한 차별 행동의 하위 요인으로 나누어 볼 때 <표 14>와 같이 ‘관계지양 요인’과 ‘권리박탈 요인’ 모두에서 남성에 비해 여성이 유의하게 높은 차별행동 점수를 보였다.

<표 14> 성별에 따른 차별행동에서의 차이

차별행동	성별	사례수	평균	표준편차	t
관계지양	남	1,037	3.30	.88	-3.58***
	여	1,063	3.43	.82	
권리박탈	남	1,037	2.85	.84	-4.69***
	여	1,063	3.02	.83	
차별전체	남	1,037	3.09	.78	-4.55***
	여	1,063	3.24	.74	

*** < .001

③ 결혼 상태에 따른 정신질환자에 대한 차별행동

정신질환자에 대한 차별행동 모두에서 결혼 상태에 따른 차이가 통계적으로 유의했으며, 전반적으로 사별집단(평균 3.64)과 별거집단(평균 3.28)이 타 집단들에 비해서 정신질환자에 대한 차별행동이 더 심했다. 반면에 미혼 집단(평균 2.95)의 정신질환자에 대한 차별 점수가 가장 낮았다. 편견에서 보았듯이 결혼관계에서의 차이는 나이에 따른 차별행동의 차이와 관련이 있기 때문에 조심스럽게 해석해야한다. 즉, 60대가 차별행동이 높고 20대가 차별행동이 낮았는데, 각 집단의 결혼 상태를 보면 60대가 사별이 많고, 20대가 미혼이 많아 나이의 효과가 결혼 상태에 반영된 결과 일 수 있다.

④ 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 차별행동

소득 수준에 따른 차별행동의 차이에서는 ‘관계지양’ 요인에서는 유의한 차이가 나타나지 않았고, ‘권리박탈’ 요인에서는 소득수준에 따른 차별행동이 통계적으로 유의했다. 각 문항별로 살펴보면 ‘동네에 시설이 들어오는 것을 반대’하고, ‘치료할 때 환자의 동의를

필요하지 않으며’, ‘전화나 서신을 검열해야 한다’는 차별행동에서 소득 수준별로 유의한 차이가 나타났다.

⑤ 교육수준에 따른 정신질환자에 대한 차별

교육수준에 따른 정신질환자에 대한 차별행동의 차이를 <표 15>에 제시하였다. 그 결과 교육 수준에 따른 정신질환자에 대한 차별행동은 ‘시설반대’를 제외한 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 전반적으로 초등학교졸업 집단의 차별행동 점수가 가장 높고 대졸이상 집단의 차별행동 점수가 가장 낮았다.

<표 15> 교육수준에 따른 차별행동 평균과 표준편차 차이

	초졸	중졸	고졸	대졸이상	F
시설반대	3.14(1.30)	3.23(1.23)	3.19(1.18)	3.13(1.16)	.64
친구거절	3.40(1.19)	3.44(1.10)	3.25(1.13)	3.09(1.13)	7.83***
동료거절	3.37(1.25)	3.39(1.17)	3.17(1.16)	3.04(1.12)	7.40***
이웃거절	3.64(1.19)	3.70(1.14)	3.65(1.13)	3.46(1.12)	5.09**
결혼반대	4.08(1.08)	4.05(1.04)	4.04(1.08)	3.87(1.06)	4.65**
다른 대우	3.34(1.07)	3.30(1.15)	3.28(1.11)	3.15(1.07)	3.11*
선거권박탈	2.82(1.29)	2.93(1.28)	2.67(1.23)	2.48(1.17)	10.05***
양육반대	3.41(1.19)	3.22(1.27)	3.15(1.26)	2.85(1.23)	15.77***
치료동의 반대	3.13(1.24)	2.84(1.23)	2.88(1.24)	2.60(1.18)	13.02***
보험조건	3.17(1.26)	3.20(1.26)	3.05(1.25)	2.93(1.16)	4.41**
통신검열	3.16(1.20)	3.10(1.15)	2.68(1.19)	2.49(1.12)	26.05***
운전반대	3.87(1.18)	3.98(1.08)	3.82(1.11)	3.51(1.13)	17.19***
채용반대	3.50(.85)	3.53(.84)	3.43(.85)	3.29(.86)	6.53***
관계지양	3.26(.83)	3.20(.84)	3.04(.83)	2.81(.83)	6.88***
권리박탈	3.39(.75)	3.37(.74)	3.25(.76)	3.07(.76)	25.43***
차별 전체	3.39(0.75)	3.37(0.74)	3.25(0.76)	3.07(0.76)	17.12***

* < .01, ** < .005, *** < .001

⑥ 지역에 따른 정신질환자에 대한 차별행동

지역에 따른 차별행동의 차이를 살펴보면, 대부분 문항에서 유의한 차이가 없었으나, ‘자녀를 양육해서는 안 되고’, ‘치료 시 환자의 동의가 필요하지 않으며’, ‘운전을 금지해야 한다’는 문항에서 ‘중소도시’나 ‘군 이하 지역’에 비해 대도시인 광역 시 지역이 유의하게 높은 차별행동 점수를 보이고 군 지역이 상대적으로 가장 낮은 차별행동 점수를 보였다.

지역에 따른 차별행동의 차이에 있어서는 ‘동네에 시설이 들어오는 것을 반대’하고, ‘동료로 함께 일하기를 거부’하고, ‘선거권이나 양육권을 박탈해야 한다’거나, ‘치료 시 환자의 동의가 필요하지 않고’, ‘전화나 서신을 검열해야’ 하며, ‘운전에 반대’하고, ‘정신질환자를 채용하지 않겠다’는 내용에서 지역별 차이를 나타냈다.

⑦ 정신질환자에 대한 개인적 경험

정신질환자에 대한 개인적 경험은 <표 16>에 제시하였다. 모든 문항에서 정신질환자를 경험한 종류에 따라 유의한 차이가 있었는데, 전반적으로 정신질환자에 대한 직접 경험이 없거나 동네에서 만난 경험과 같이 간접적인 경험을 가졌다는 응답을 한 사람들의 차별행동 평균점수가 높았고, 자신이 정신질환을 경험했거나 자원봉사를 한 경험이 있는 사람들은 정신질환자에 대한 차별행동 평균점수가 낮았다. 편견과 마찬가지로 직접 상호작용의 경험을 한 경우 차별적 행동의 비율이 낮았다.

<표 16> 경험에 따른 차별행동

차별	경험	평균 (표준편차)	차별	경험	평균 (표준편차)	차별	경험	평균 (표준편차)	차별	경험	평균 (표준편차)
시설반대	자신경험	3.09 (1.58)	친구거절	자신경험	2.73 (1.42)	결혼반대	자신경험	3.18 (1.08)	채용반대	자신경험	2.64 (1.12)
	가족경험	2.64 (1.07)		가족경험	2.72 (1.06)		가족경험	3.78 (1.10)		가족경험	2.97 (1.21)
	자원봉사	2.99 (1.11)		자원봉사	2.82 (1.07)		자원봉사	3.70 (1.11)		자원봉사	3.13 (1.09)
	동네경험	3.13 (1.20)		동네경험	3.14 (1.13)		동네경험	3.99 (1.05)		동네경험	3.44 (1.09)
	직업경험	3.24 (1.18)		직업경험	3.16 (1.27)		직업경험	3.82 (1.17)		직업경험	3.40 (1.18)
	병문안	2.90 (1.20)		병문안	3.03 (1.16)		병문안	3.79 (1.15)		병문안	3.26 (1.15)
	경험없음	3.28 (1.17)		경험없음	3.35 (1.10)		경험없음	4.04 (1.01)		경험없음	3.56 (1.07)
	전체	3.15 (1.19)		전체	3.18 (1.14)		전체	3.95 (1.07)		전체	3.43 (1.11)
동료거절	자신경험	2.73 (1.10)	이웃거절	자신경험	2.82 (1.25)	다른대우	자신경험	2.27 (0.90)	관계지양	자신경험	2.78 (0.97)
	가족경험	2.86 (1.07)		가족경험	3.31 (1.17)		가족경험	2.97 (1.03)		가족경험	3.04 (0.82)
	자원봉사	2.84 (1.05)		자원봉사	3.28 (1.11)		자원봉사	2.95 (1.03)		자원봉사	3.10 (0.86)
	동네경험	3.14 (1.12)		동네경험	3.58 (1.12)		동네경험	3.26 (1.08)		동네경험	3.38 (0.85)
	직업경험	3.02 (1.31)		직업경험	3.54 (1.27)		직업경험	2.99 (1.19)		직업경험	3.30 (0.97)
	병문안	2.99 (1.19)		병문안	3.29 (1.21)		병문안	3.06 (1.14)		병문안	3.18 (0.92)
	경험없음	3.24 (1.14)		경험없음	3.63 (1.09)		경험없음	3.31 (1.08)		경험없음	3.47 (0.81)
	전체	3.13 (1.15)		전체	3.54 (1.14)		전체	3.21 (1.10)		전체	3.36 (0.86)
선거박탈	자신경험	1.82 (0.75)	양육반대	자신경험	2.18 (0.75)	치료동의반대	자신경험	2.09 (0.70)	권리박탈	자신경험	1.97 (0.71)
	가족경험	2.17 (1.06)		가족경험	2.77 (1.21)		가족경험	2.39 (1.10)		가족경험	2.62 (0.87)
	자원봉사	2.47 (1.10)		자원봉사	2.71 (1.16)		자원봉사	2.39 (1.07)		자원봉사	2.70 (0.87)
	동네경험	2.58 (1.24)		동네경험	2.97 (1.29)		동네경험	2.71 (1.21)		동네경험	2.93 (0.85)
	직업경험	2.31 (1.16)		직업경험	2.81 (1.28)		직업경험	2.71 (1.34)		직업경험	2.74 (0.81)
	병문안	2.61 (1.25)		병문안	3.05 (1.25)		병문안	2.75 (1.22)		병문안	2.95 (0.90)
	경험없음	2.72 (1.20)		경험없음	3.11 (1.24)		경험없음	2.81 (1.20)		경험없음	3.02 (0.81)
	전체	2.60 (1.22)		전체	3.00 (1.26)		전체	2.73 (1.21)		전체	2.93 (0.85)
보험조건차별	자신경험	1.91 (1.04)	통신검열	자신경험	1.55 (1.04)	운전반대	자신경험	2.27 (0.79)	전체차별	자신경험	2.41 (0.76)
	가족경험	2.89 (1.26)		가족경험	2.36 (1.27)		가족경험	3.22 (1.40)		가족경험	2.84 (0.75)
	자원봉사	2.98 (1.15)		자원봉사	2.47 (1.06)		자원봉사	3.17 (1.24)		자원봉사	2.91 (0.77)
	동네경험	3.01 (1.18)		동네경험	2.63 (1.15)		동네경험	3.70 (1.11)		동네경험	3.17 (0.77)
	직업경험	2.73 (1.24)		직업경험	2.33 (1.03)		직업경험	3.59 (1.19)		직업경험	3.04 (0.80)
	병문안	2.98 (1.27)		병문안	2.70 (1.30)		병문안	3.63 (1.14)		병문안	3.07 (0.83)
	경험없음	3.05 (1.20)		경험없음	2.72 (1.15)		경험없음	3.72 (1.12)		경험없음	3.26 (0.72)
	전체	2.99 (1.21)		전체	2.63 (1.17)		전체	3.65 (1.14)		전체	3.16 (0.77)

5) 편견과 차별행동의 상관

편견과 차별행동의 상관관계를 <표 17>에 제시하였다. 정신질환자에 대한 편견 전체의 점수 및 모든 하위 척도 점수는 정신질환자에 대한 차별 행동의 모든 항목과 통계적으로 유의한($p < .001$) 정적 상관을 보였다. 그러므로 일반인의 정신질환자에 대한 편견 점수가 높을수록 차별행동 점수도 높다는 것을 알 수 있다.

<표 17> 편견과 차별행동의 상관

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. 무능																				
2. 위협	.621																			
3. 회복불능	.582	.614																		
4. 식별가능	.561	.539	.487																	
5. 편견전체	.880	.857	.811	.713																
6. 관계지양	.572	.643	.542	.409	.674															
7. 권리박탈	.628	.549	.482	.411	.648	.608														
8. 차별전체	.666	.668	.573	.457	.738	.915	.877													
9. 시설반대	.310	.442	.346	.229	.414	.707	.344	.603												
10. 친구거절	.463	.529	.429	.361	.549	.833	.479	.747	.562											
11. 동료거절	.490	.533	.442	.348	.563	.826	.508	.758	.509	.747										
12. 이웃거절	.443	.514	.455	.286	.531	.809	.454	.720	.472	.621	.625									
13. 결혼반대	.416	.452	.410	.286	.486	.731	.393	.642	.391	.502	.503	.651								
14. 다른 대우	.457	.467	.390	.367	.518	.693	.519	.683	.394	.504	.502	.453	.441							
15. 선거박탈	.455	.355	.327	.303	.451	.449	.738	.647	.249	.363	.396	.312	.267	.454						
16. 양육반대	.499	.427	.394	.281	.507	.511	.764	.698	.306	.392	.435	.412	.362	.403	.582					
17. 치료동의반대	.444	.364	.320	.317	.449	.357	.688	.566	.193	.316	.288	.241	.220	.335	.397	.395				
18. 보험조건	.332	.342	.267	.222	.364	.400	.692	.594	.242	.308	.315	.299	.253	.347	.386	.400	.393			
19. 통신검열	.435	.425	.361	.319	.479	.380	.694	.583	.230	.302	.344	.270	.216	.339	.404	.380	.421	.430		
20. 운전반대	.503	.420	.377	.306	.505	.471	.631	.606	.234	.348	.369	.395	.352	.317	.329	.446	.295	.306	.320	
21. 채용반대	.487	.528	.446	.317	.557	.714	.579	.727	.399	.507	.519	.528	.464	.439	.379	.447	.350	.390	.354	.531

모두 $p < .001$ 에서 유의

6) 편견과 차별이 높은 집단의 특징

편견척도 전체점수와 차별행동 전체점수에서 평균을 기준으로 상하위로 분류하였을 때, 편견점수나 차별행동점수가 높은 상위집단의 특징을 잘 나타내는 변인들을 탐색하기 위해서 의사결정나무(Decision Tree) 분석을 실시하였다.

(1) 편견이 높은 집단의 특징을 잘 나타내는 변인

편견 상하집단을 예측하기 위하여 연령수준, 성별, 수입, 교육수준, 광역시군구, 정신질환자 경험 유무 변인을 투입하였다. 이 변인들 중 가장 중요한 변인으로 나타난 것은 연령 변인이었고, 이후 각 조건에 따라 경험이나 교육수준, 수입, 거주지역이 편견 상하집단을 잘 예측하는 변인으로 나타났다.

<표 18> 편견이 높은 집단을 예측하는 변인

첫째조건	20대 39.09%		30~50대 47.94%		60대 68.10%			
둘째조건	경험없음 48.51%	경험있음 34.97%	고졸이하 53.52%	대졸이상 44.09%	수입 200만원 이하 76.96%	수입 200만원 초과 57.40%		
셋째조건					경험없음 52.02%	경험있음 41.31%	시군구 70.27%	광역시 84.95%

* %는 각 조건에서 편견 점수가 높은 집단에 속하는 사람의 비율을 나타냄.

조건별로 살펴보면 편견이 높은 집단을 예측하는 가장 중요한 변인은 연령으로서 20대, 30~50대, 60대 이상으로 나누어 볼 수 있다. 20대의 경우 편견이 높은 집단에 속하는 사람의 비율이 39.09%이나, 20대가 정신질환자에 대한 경험이 없을 경우 높은 편견집단에 속할 가능성이 48.51%로 증가한다. 30~50대의 경우에는 고졸이하인 경우 편견 상위집단에 속하게 될 가능성이 53.52%로 높았고, 대졸이상인 경우라도 정신질환자에 대한 경험이 없다면 편견 상위집단에 속하게 될 가능성이 52.02%로 높아지게 됨을 알 수 있다. 60대이상인 경우에는 다른 변인보다 수입이 더 중요한 변인으로 작용하였으며 월 수입 200만원 이

하일 경우 편견 상위집단에 속할 가능성이 더 높고, 그 중에서도 광역시에 거주할수록 편견 상위집단에 속할 가능성이 더 높아짐을 알 수 있다.

(2) 차별행동이 높은 집단을 예측하는 변인

차별행동 상하집단을 예측하기 위하여 연령수준, 성별, 수입, 교육수준, 광역시군구, 정신질환자 경험 종류 변인을 투입하였다. 이 변인들 중 가장 중요한 변인으로 나타난 것은 연령변인이었고, 이후 각 조건에 따라 경험과 성별, 수입이 차별행동 상하집단을 예측하는 변인으로 나타났다.

<표 19> 차별행동 상위점수를 예측하는 변인

첫째 조건	20대 37.27%		30대 44.83%				40~50대 51.13%		60대이상 63.00%			
둘째 조건	경험 없음 46.27%	경험 있음 33.33%	수입 200만원이하, 300~400만원 33.52%		수입 200~300만원, 400만원이상 51.27%		남 45.59%	여 56.68%	남 56.36%		여 68.27%	
셋째 조건			경험 없음 48.15%	경험 있음 27.20%	남 44.65%	여 58.06%	경험 없음 57.65%	경험 있음 42.31%		수입 100~ 300만원 68.42%	수입 100만원이하, 300만원이상 40.00%	

* %는 각 조건에서 차별행동 점수가 높은 집단에 속하는 사람의 비율을 나타냄.

조건별로 살펴보면 차별행동이 높은 집단을 예측하는 가장 중요한 변인은 편견과 마찬가지로 연령으로서 20대, 30대, 40~50대, 60대 이상으로 나누어 졌다. 20대가 차별행동이 속하는 사람의 비율이 37.27%이나 이들이 정신질환자에 대한 경험이 없는 경우 높은 차별행동 점수를 나타낼 가능성이 46.27%로 증가한다. 30대의 경우 수입이 200~300만원대 이거나 400만원 이상인 여성일 경우 차별행동 상위집단에 속할 가능성이 58.06%로 나타났다. 40~50대에서는 여성일 경우 차별행동 상위집단에 속할 가능성이 높게(56.68%) 나타났다. 남성이라 할지라도 정신질환자에 대한 경험이 없다면 높은 차별행동 집단에 속할 가능성이 57.65%로 높아진다. 60대에서는 여성의 경우는 다른 변인의 영향을 받지 않고

68.27%로 차별행동을 예측하는 것으로 나타났으며, 남성의 경우는 수입이 100~300만원일 때 차별행동 상위집단에 속할 가능성이 68.42%로 나타났다.

이상의 인구통계학적 변수들을 조합해 볼 때, 우리나라 일반들 중에서 정신질환자에 대한 편견 점수가 가장 높게 나오는 집단은 나이가 60대 이상이고 소득 수준이 낮으며 광역시에 거주하는 사람들이라고 볼 수 있을 것이다. 정신질환자에 대한 차별행동에서는 연령이 60대 이상인 여성들이 높은 차별행동점수를 보일 가능성이 크다. 그러므로 이러한 집단에 대하여 정신질환자에 대한 편견과 차별을 줄이기 위한 시도와 노력을 한다면 그 효과가 가장 현저할 것으로 보인다.

이 조사를 통해서 정신질환자에 대한 편견과 차별행동이 심한 집단으로 표적화된 이 집단은 정신질환자에 대한 편견의 모든 하위영역(무능, 회복불능, 위험 및 식별 가능)뿐만 아니라 모든 차별행동에서 일관성 있게 높은 점수를 보였다. 따라서 이 집단을 대상으로 정신질환자에 대한 편견을 해소하고 차별행동을 줄이기 위해서는 앞에서 논의한 두 가지 측면 모두를 포함하는 접근이나 프로그램을 마련해야 할 것이다.

Ⅲ. 특정 집단의 차별과 편견 실태조사

1. 조사방법

본 조사는 정신질환자에 대한 편견과 차별행동이 특정 직업 종사자들(공무원, 경찰, 정신보건사회복지사)에게서 어떻게 나타나는지 알아보기 위해서 이루어졌다. 구체적인 조사 방법은 다음과 같다.

1) 조사대상

정신질환자의 입원과 치료과정에 관여될 수 있는 지역사회정신보건기관(지역사회정신보건센터와 사회복지시설)의 전문가 181명, 사회복지전담 공무원 114명, 경찰 86명을 대상으로 이들의 정신질환자에 대한 편견과 차별 실태를 조사하였다.

조사대상의 인구통계학적 정보를 보면 다음의 <표 20>과 같다. 남녀분포는 전문가 집단

에서는 남성이 25명(13.8%), 여성이 156명(86.2%), 공무원 집단에서는 남성이 28명(24.8%), 여성이 85명(75.2%), 공무원 집단에서는 남성이 70명(83.3%), 여성이 14명(16.7%)이었다. 경찰을 제외한 전문가와 공무원의 경우 여성이 남성보다 많았다.

연령대별 분포는 전문가 집단에서 20대 85명(47.4%), 30대 72명(39.9%), 40대 19명(10.5%), 50대 4명(2.2%), 공무원 집단에서 20대 28명(24.8%), 30대 43명(38.1%), 40대 36명(31.9%), 50대 6명(5.3%), 경찰 집단에서 20대 16명(19.3%), 30대 43명(51.8%), 40대 18명(21.7%), 50대 6명(7.2%) 이었다. 따라서 전체 응답자의 62.9%가 20-30대 임을 알 수 있다.

<표 20> 연령, 성별, 전문가 총 근무경력 기간에 따른 집단별 분포

		전문가		공무원		경찰	
		사례 수(명)	비율(%)	사례 수(명)	비율(%)	사례 수(명)	비율(%)
성별	남자	25	13.8	28	24.8	70	83.3
	여자	156	86.2	85	75.2	14	16.7
연령	20대	85	47.4	28	24.8	16	19.3
	30대	72	39.9	43	38.1	43	51.8
	40대	19	10.5	36	31.9	18	21.7
	50대	4	2.2	6	5.3	6	7.2

2) 조사도구

본 조사의 특정집단에 대해 실시한 정신질환자에 대한 편견 실태조사 질문지는 편견, 차별행동, 발생원인, 편견 극복방안, 편견의 영향 등에 대한 내용으로 일반인을 대상으로 한 질문 문항과 동일한 문항을 사용하였다.

2. 조사결과

정신질환자에 대한 편견, 차별행동에 대해 정신보건 전문가, 공무원, 경찰 집단 각각에서 어떻게 나타나는지를 분석하였다.

1) 정신보건 전문가의 차별과 편견

본 조사의 대상이 된 전문가 집단의 전문직 유형은 사회복지사 98명(54.1%), 임상심리사 8명(4.4%), 간호사 67명(37.0%), 의사 3명(1.7%), 기타 4명(2.2%), 무응답 1명(0.6%)이었다.

① 정신질환자에 대한 편견

정신질환자에 대한 편견의 전체문항 및 각 하위요인별 점수의 평균과 표준편차 및 각 하위요인 내에서 편견의 순위는 다음의 <표 21>과 같이 나타났다.

<표 21> 편견척도 문항별 평균과 표준편차 - 전문가

편견	문항	평균	표준편차	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	2.04	(1.05)	5
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 힘들다.	1.91	(.98)	6
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	3.42	(1.27)	2
	정신질환으로 진단받은 사람은 평생 그 증상으로 고생할 것이다.	2.12	(1.00)	4
	정신질환은 재발한다.	3.38	(1.08)	3
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다.	3.92	(1.11)	1
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	1.56	(.75)	8
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	1.63	(.78)	4
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.	1.66	(.85)	3
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.	1.82	(.95)	2
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다.	1.61	(.79)	6
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	1.51	(.73)	7
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살수 없다.	1.83	(.89)	1
정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.	1.62	(.74)	5	
위험	정신질환자는 어떤 것을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	1.88	(.96)	1
	정신질환자는 폭력적이다.	1.72	(.75)	3
	정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다.	1.76	(.84)	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높을 것이다.	1.44	(.72)	5
	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	1.43	(.67)	6
	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.	1.55	(.71)	4
	‘정신질환’이라는 말만 들어도 두렵다.	1.24	(.50)	7
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다	2.00	(.99)	2
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	2.13	(.99)	1
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	1.94	(.97)	3
	회복 불능	2.80	(.73)	1
	무능	1.66	(.60)	3
	위험	1.57	(.51)	4
	식별 가능	2.02	(.80)	2
	편견 전체	1.96	(.52)	

전문가 집단에서 편견 하위요인에 대한 결과를 살펴보면, 회복불능 요인이 평균 2.80으로 가장 높다. 다음이 식별가능 요인이 2.02, 무능요인 1.66, 위험요인 1.57 순이다. 그러나 전체 편견점수의 평균이 1.96으로 편견 수준이 낮은 편이라 할 수 있다.

② 정신질환자에 대한 차별행동

전문가 집단에서 정신질환자에 대한 차별행동 문항에 얼마나 동의하는지를 알아보기 위해서 정신질환자에 대한 차별행동 전체문항 및 각 하위요인별 점수는 다음의 <표 22>와 같이 나타났다.

<표 22> 정신질환자의 차별 문항에 대한 평균 및 표준편차 - 전문가

차별	문항	평균	표준편차	순위
관계 지양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	1.75	(.94)	4
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	1.54	(.81)	7
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	1.65	(.89)	6
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	2.09	(1.07)	2
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.	3.44	(1.12)	1
	같은 일을 했을 경우 나는 정신질환자를 일반인과 같이 대우할 수 없다.	2.00	(.96)	3
	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지는 않을 것이다.	1.66	(.71)	5
권리 박탈	정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안된다.	1.23	(.48)	6
	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안된다.	1.74	(.91)	2
	정신질환자를 치료할 때는 환자의 동의가 필요하지 않다.	1.46	(.80)	5
	정신질환자는 일반인과 같은 조건으로 보험에 가입할 수 없다.	1.66	(.88)	3
	입원된 정신질환자는 전화나 서신을 검열해야 한다.	1.55	(.89)	4
정신질환자는 운전을 해서는 안된다.	2.14	(1.08)	1	
	관계 지양	2.02	(.68)	1
	권리 박탈	1.63	(.53)	2
	차별전체평균	1.84	(.54)	

차별에는 두 가지 하위요인이 있었는데, 전문가 집단의 사람들은 정신질환자와 개인적인 관계를 맺지 않겠다고 하는 관계지양 요인(평균 2.02, 표준편차 .68)에 속한 문항들이 권리를 박탈해야 한다는 요인(평균 1.63, 표준편차 .53)에 속한 문항들 보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 구체적인 문항을 보면 ‘우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다’의 문항과 ‘정신질환자는 운전을 해서는 안 된다’의 평균이 가장 높았다.

2) 공무원 집단의 차별과 편견

① 정신질환자에 대한 편견

사회복지 전담 공무원 집단에서 나타난 정신질환자에 대한 편견 및 각 하위요인별 점수의 평균과 표준편차, 각 하위요인의 순위는 다음의 <표 23>과 같다.

<표 23> 편견척도 문항별 평균과 표준편차 - 공무원

편견	문항	평균	표준편차	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	2.69	(1.19)	6
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 힘들다.	2.78	(1.07)	5
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	3.37	(1.10)	3
	정신질환으로 진단받은 사람은 평생 그 증상으로 고생할 것이다.	2.85	(1.10)	4
	정신질환은 재발한다.	3.46	(.93)	2
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다.	4.13	(.88)	1
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	2.69	(.96)	4
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	2.55	(1.07)	6
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.	2.88	(1.07)	1
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.	2.64	(1.04)	5
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다.	2.81	(1.07)	3
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	2.54	(1.00)	7
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살수 없다.	2.85	(1.07)	2
정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.	2.88	(1.02)	1	
위험	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	3.60	(.90)	1
	정신질환자는 폭력적이다.	2.81	(.96)	5
	정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다.	3.40	(1.00)	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높을 것이다.	3.18	(1.02)	3

	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	2.81	(.97)	5
	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.	2.97	(.95)	4
	‘정신질환’이라는 말만 들어도 두렵다.	2.60	(1.01)	6
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다	2.21	(.89)	3
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	2.80	(1.07)	1
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	2.68	(1.04)	2
	회복불능	3.21	(.74)	1
	무능	2.72	(.82)	3
	위험	3.04	(.69)	2
	식별가능	2.55	(.79)	4
	편견 전체	2.92	(.60)	

하위요인 별로 보면 회복불능 요인의 평균이 3.21로 가장 높다. 회복불능 요인의 문항 중에서도 특히 ‘정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다.’의 문항 평균이 4.13으로 가장 높다. 회복불능 요인 다음으로 위험 요인이 평균 3.04이다. 위험 요인 중에서도 ‘정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.’가 3.60으로 가장 높다. 무능 요인은 평균 2.72이고 문항으로는 ‘정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.’, ‘정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.’의 평균이 2.88로 높은 편이다. 끝으로 식별가능 요인의 평균은 2.55로 하위요인 중 가장 낮은 편이다. 이 요인에서는 ‘정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다’의 문항이 평균 2.80으로 가장 높다.

② 정신질환자에 대한 차별행동

공무원 집단에서 정신질환자에 대한 차별행동의 각 문항에 얼마나 동의하는지를 알아본 결과 다음의 <표 24>와 같았다.

<표 24> 정신질환자의 차별 문항에 대한 평균 및 표준편차 - 공무원

차별 요인	문항	평균	표준편차	순위
관계 지양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	3.32	(1.00)	4
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	2.99	(.95)	6
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	3.00	(.95)	5
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	3.60	(.99)	2
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.	4.16	(.79)	1
	같은 일을 했을 경우 나는 정신질환자를 일반인과 같이 대우할 수 없다.	2.97	(.96)	7
	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지는 않을 것이다.	3.45	(.91)	3
권리 박탈	정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안 된다.	2.17	(1.01)	5
	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다.	2.61	(1.04)	3
	정신질환자를 치료할 때는 환자의 동의가 필요하지 않다.	2.32	(1.11)	4
	정신질환자는 일반인과 같은 조건으로 보험에 가입할 수 없다.	2.71	(1.05)	2
	입원된 정신질환자는 전화나 서신을 검열해야 한다.	2.11	(1.07)	6
정신질환자는 운전을 해서는 안 된다.	3.36	(1.11)	1	
	관계 지양	3.35	(.68)	1
	권리 박탈	2.54	(.73)	2
	차별전체평균	2.98	(.60)	

차별요인의 두 가지 하위요인에서, 공무원 집단의 사람들은 권리 박탈요인의 평균 2.54보다 개인적 관계 지양 요인 평균이 3.35로 높았다. 즉 사회복지 전담 공무원들은 정신질환자들의 권리를 박탈해야 한다는 내용보다는 정신질환자와 개인적인 관계를 맺지 않겠다는 내용에서 차별 행동을 더 많이 보였다. 관계 지양 요인에서도 ‘우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다’ 문항이 평균 4.16으로 가장 높았고 다음이 ‘정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다’의 문항 평균이 3.60이었다.

3) 경찰 집단의 차별과 편견

① 정신질환자에 대한 편견

경찰 집단에서 정신질환자에 대한 편견 및 각 하위요인별 점수를 알아본 결과 다음 <표 25>와 같이 나타났다.

<표 25> 편견척도 문항별 평균과 표준편차 - 경찰

편견요인	문항	평균	표준편차	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	3.13	(1.25)	5
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 힘들다.	3.02	(1.01)	6
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	3.51	(1.16)	3
	정신질환으로 진단받은 사람은 평생 그 증상으로 고생할 것이다.	3.19	(1.09)	4
	정신질환은 재발한다.	3.62	(.95)	2
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다.	4.13	(.93)	1
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	2.99	(1.18)	4
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	2.93	(1.25)	5
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.	3.23	(1.19)	6
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.	2.74	(1.20)	8
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다.	3.26	(1.28)	1
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	3.09	(1.24)	7
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살수 없다.	3.23	(1.19)	3
	정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.	3.24	(1.07)	2
위험	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	4.02	(.84)	1
	정신질환자는 폭력적이다.	3.10	(1.01)	5
	정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다.	3.75	(.96)	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높을 것이다.	3.31	(.97)	3
	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	3.20	(1.08)	4
	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.	2.91	(1.18)	6
	‘정신질환’이라는 말만 들어도 두렵다.	2.76	(1.23)	7
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다	2.91	(.99)	3
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	3.03	(1.00)	2
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	3.06	(1.18)	1
	회복불능	3.43	(.80)	1
	무능	3.09	(.99)	3
	위험	3.29	(.77)	2
	식별가능	2.99	(.87)	4
	편견 전체	3.22	(.75)	

경찰 집단에서 편견의 하위요인을 살펴보면 전문가 및 공무원 집단과 마찬가지로 회복 불능 요인의 평균이 3.43으로 가장 높다. 구체적인 문항으로는 ‘정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다’가 4.13으로 가장 높다. 회복 불능 요인 다음으로 위험 요인의 평균이 3.29이고 구체적 문항으로는 ‘정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측

하기 어려운 위험한 사람이다'의 평균이 4.02로 가장 높다. 다음으로 무능 요인의 평균은 3.09였고, 구체적 문항으로는 '정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다'의 평균이 3.26으로 가장 높았다. 마지막으로 식별가능의 평균은 2.99로 하위 요인 중 가장 낮은 편이다. 구체적 문항으로 '정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.'가 3.06으로 가장 높은 편이었다.

② 정신질환자에 대한 차별행동

경찰 집단에서 정신질환자에 대한 차별행동의 각 문항에 얼마나 동의하는지를 알아보기 위해 차별행동 및 각 하위요인별 점수의 평균과 표준편차를 제시하면 다음의 <표 26>과 같다.

<표 26> 정신질환자의 차별 문항에 대한 평균 및 표준편차 - 경찰

차별 요인	문항	평균	표준편차	순서
관계 지 양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	3.37	(1.11)	4
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	3.35	(1.10)	5
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	3.10	(1.08)	7
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	3.65	(1.04)	3
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.	3.92	(1.15)	1
	같은 일을 했을 경우 나는 정신질환자를 일반인과 같이 대우할 수 없다.	3.34	(.98)	6
권 리 박 탈	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지는 않을 것이다.	3.73	(.95)	2
	정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안된다.	2.51	(1.16)	5
	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안된다.	3.00	(1.17)	4
	정신질환자를 치료할 때는 환자의 동의가 필요하지 않다.	3.10	(1.27)	2
	정신질환자는 일반인과 같은 조건으로 보험에 가입할 수 없다.	3.07	(1.32)	3
	입원된 정신질환자는 전화나 서신을 검열해야 한다.	2.42	(1.18)	6
정신질환자는 운전을 해서는 안 된다.	3.73	(1.11)	1	
	관계 지양	3.50	(.81)	1
	권리 박탈	2.97	(.92)	2
	차별 전체	3.25	(.74)	

차별요인의 두 가지 하위요인에서, 경찰들은 다른 두 집단과 마찬가지로 권리를 박탈해야 한다는 요인(평균 2.97, 표준편차 .92)에 속한 문항들 보다, 정신질환자와 개인적인 관계를 맺지 않겠다고 하는 개인적 관계 지양 요인(평균 3.50, 표준편차 .81)에 속한 문항들에서 점수가 더 높은 것으로 나타났다.

관계지양 요인에서는 ‘우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다’와 ‘내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다’ 문항의 평균이 각각 3.92, 3.73으로 높고 권리박탈 요인에서는 ‘정신질환자는 운전을 해서는 안 된다’ 문항의 평균이 3.73으로 가장 높다.

4) 편견 및 차별 요인에 대한 집단 간 비교

특정 집단과 일반인 사이에 편견의 정도를 비교하기 위한 정신질환자에 대한 편견의 각 하위요인별 점수는 다음 <표 27>과 같이 나타났다.

<표 27> 편견 및 차별 요인에 대한 집단 간 비교

구분	요인	일반인		전문가		공무원		경찰		평균비교 F값
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
편견	무능	3.15	(.85)	1.66	(.60)	2.72	(.82)	3.09	(.99)	183.27***
	위험	3.14	(.79)	1.57	(.51)	3.04	(.69)	3.29	(.77)	231.41***
	회복불능	3.15	(.77)	2.80	(.73)	3.21	(.74)	3.43	(.80)	16.88***
	식별가능	2.86	(.87)	2.02	(.80)	2.55	(.79)	2.99	(.87)	56.61***
	편견전체평균	3.11	(.68)	1.96	(.52)	2.92	(.60)	3.22	(.75)	166.62***
차별 행동	관계 지양	3.37	(.86)	2.02	(.68)	3.35	(.68)	3.50	(.81)	146.68***
	권리 박탈	2.93	(.84)	1.63	(.53)	2.54	(.73)	2.97	(.92)	144.66***
	차별전체평균	3.17	(.76)	1.84	(.54)	2.98	(.60)	3.25	(.74)	179.99***

*** < .001

편견의 모든 요인들에서 집단 간 유의한 차이가 나타났는데, 정신질환자에 대한 편견 전체점수에서 경찰(평균 3.22, 표준편차 .75), 일반인(평균 3.11, 표준편차 .68), 공무원(평균 2.92, 표준편차 .60), 전문가(평균 1.96, 표준편차 .52) 순이다. 사후 분석 결과 일반인과 경찰 집단을 제외하고 모든 집단 사이에서 유의한 차이가 나타났다.

정신질환자에 대한 편견의 하위요인별로 집단 간 차이를 보면, ‘무능요인’의 경우 일반인, 경찰, 공무원 순서로 전문가 집단의 편견 점수가 가장 낮았다. 사후 검증 결과 일반인과 경찰 집단을 제외하고 모두 유의한 차이가 있었다.

‘위험요인’의 경우 경찰, 일반인, 공무원 순이었으며 전문가 집단이 가장 낮게 나타났다. 사후 검증 결과 일반인과 전문가, 전문가와 공무원 및 경찰 집단 사이에서 유의한 차이가 있었다.

‘회복 불능’에서는 경찰, 공무원, 일반인 순이고 전문가 집단이 가장 낮았다. 사후 분석 결과 일반인과 전문가 및 경찰 집단 간의 차이가 유의했으며, 전문가와 공무원 및 경찰 집단 간의 차이도 유의한 것으로 나타났다.

그리고 ‘식별가능’에서는 경찰, 일반인, 공무원 순이고 전문가 집단이 가장 낮았다. 사후 분석 결과 일반인과 경찰 집단을 제외하고 모든 집단 사이에서 유의한 차이가 나타났다.

차별 행동의 하위요인에서는 네 집단 모두 정신질환자의 사회적 기본권을 박탈해야 한다는 권리박탈 요인 보다 정신질환자와 개인적인 관계를 맺지 않겠다고 하는 관계지양 요인의 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 각 집단별로 비교해 보면 차별의 두 요인 모두 경찰이 가장 높고 다음이 일반인, 공무원, 전문가 순이었다.

결국 편견과 차별 모두에서 경찰이 일반인 보다 높았고 상대적으로 공무원과 전문가는 일반인 보다 낮은 편견과 차별을 보이는 것으로 나타났다.

‘관계지양 요인’에서는 경찰이 차별의 점수가 가장 높은 것으로 나타났고 일반인, 공무원, 전문가 순으로 더 낮은 차별행동을 보였다. 사후 검증결과 일반인과 공무원 및 경찰 집단을 제외한 모든 집단 사이에서 유의한 차이가 나타났다.

IV. 매스미디어의 영향

1. 신문기사분석

1) 연구대상

5대 일간지인 조선일보, 중앙일보, 동아일보, 한겨레, 문화일보를 선정하여 2007년 1월 1일부터 2007년 12월 31일까지의 기사를 검색하였다. 각 일간지 인터넷 홈페이지의 기사 검색 사이트에서 ‘정신장애’, ‘정신질환’, ‘정신이상’, ‘정신분열’, ‘정신병’이라는 단어를 검색하여 공통되는 기사를 제외하였다. 또한 상당수의 기사가 ‘정신장애’라는 단어에 ‘지적 정신장애(정신지체 장애)’와 관련된 내용을 포함하고 있어 이러한 기사 역시 제외시켜 총 122건을 분석하였다. 일간지별로는 조선일보 19건, 중앙일보 15건, 동아일보 37건, 한겨레 13건, 문화일보 38건이다.

분석대상이 된 기사의 내용들은 <표 28>과 같이 유사한 것끼리 묶어 크게 ‘정보를 제공하기 위한 기사’와 ‘사건을 보도, 해설하기 위한 기사’로 나누었다. 두 범주 중에서는 정보를 제공하기 위한 기사가 더 많았다. 정보 제공을 목적으로 하는 기사들을 다시 정보를 제공하는 방법에 따라 5가지 유형으로 분류하였다. 그리고 정신질환과 관련된 사건에 관한 기사 역시 사건을 보도·해설하는 기사와 판례를 보도하는 기사로 나누어 분류하였다. 이 중 가장 많은 유형의 기사가 국내외 사건을 보도하는 것으로 전체의 33.6%이고 다음의 의학적 정보를 제공하는 기사로 23.0%이다.

<표 28> 전체 기사 내용분석

유형	세부내용	건수(%)
정보 제공	책, 연극, 영화 등의 매체를 활용하여 정보제공	12(9.8)
	유형별 정신질환에 대한 의학적 정보제공	28(23.0)
	국내외 연구 및 조사결과 보도	14(11.5)
	정신질환 인권과 관련된 이슈제기	14(11.5)
	치료프로그램 소개	6(4.9)
사건 기사	국내외 사건 보도와 해설	41(33.6)
	정신질환과 관련된 법원 판결보도	7(5.7)
계		122(100)

2) 분석방법

분석방법은 일간지의 기사들이 구체적으로 어떤 식으로 정신질환과 정신질환자를 묘사하고 있는지 기술하고 전체 기사내용을 실태조사에서 사용하였던 편견과 차별의 하위 요인에 따라 내용을 분석하였다.

3) 연구결과

(1) 기사의 유형별 기술

① 정보제공

- 정신보건전문가나 의학기자가 정신질환을 유형별로 소개하고 주로 특정 정신질환의 역학과 치료방법에 대한 정보를 제공하고 있다.
- 정신질환과 관련된 국내외 연구결과를 소개하는 기사들이 있다. 주로 위험률과 치료방법을 소개하고 있다.
- 인권과 관련된 이슈를 제기하기 위한 기사들이 있다. 여기에는 F코드(정신과 진료를 받으면 진단서에 국제질병분류 기호에 따라 F로 시작되는 병명이 붙음)로 인한 차별, 장기입원, 강제입원, 약물에 대한 편견, 편견에 기여하는 언론보도의 문제점과 정신분열병 개명의 필요성을 지적하고 있다
- 정신질환을 소재로 한 책이나 연극, 영화 등을 소개하면서 특정 장애에 대한 정보를 제공하는 기사들이 있다.
- 치료전문병원이나 상담, 프로그램 등을 소개하기 위한 기사가 있다.

② 국내·외 사건 기사

국내외 사건들을 정신질환과 관련시켜 보도한 기사가 총 19건이다. 이중 가장 많이 다룬 사건이 버지니아 공대 총격사건이다. 사건별로 기사 내용을 요약하면 다음과 같다.

- 버지니아 공대 총격사건 : 버지니아 공대 총격사건은 일간지에 따라 보도내용에 차이가 있고 또 같은 일간지라 하더라도 전문가마다 다른 해설을 소개하고 있다. 대체로 그 내용을 세 가지 유형으로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 범인 조승희의 반사회적 인격

장애나 사이코패스의 가능성을 제기한 기사들이다. 두 번째 유형은 정신분열, 우울증, 외톨이 증후군 등 포괄적인 정신건강문제로 해석하는 기사들이다. 여기서는 정신건강의 문제를 방치할 경우 대형사고의 원인이 될 수 있음을 경고하기도 하고 반대로 정신질환이 모두 살인으로 이어지는 것은 아니라며 과도한 일반화를 우려하는 기사가 함께 있다. 세 번째 유형은 정신질환과 범죄와의 관련성을 보도한 기사가 있는데 여기서는 편견과 달리 정신질환자의 범죄율이 낮다는 것을 알리는 것과 반대로 다중살인의 가능성이 있으므로 관리를 강화해야 한다는 기사가 함께 있다.

- 강화도 무기 탈취사건 : 용의자가 스스로 우울증으로 인해 충동적으로 범행을 저질렀다고 진술함으로써 정신질환과의 관련성이 제기되었는데 일간지에 따라 기분장애의 가능성에 초점을 둔 기사가 있는 반면 처음부터 정신질환과의 관련성을 일축하며 형량을 줄이기 위한 것으로 보도한 기사가 있다.
- 세계 넣은 요구르트 배달사건 : 대부분의 기사에서 용의자가 정신과 치료를 받은 적이 있어 병력을 확인 중이라고 보도하고 있다.
- 대학 내 방화사건 : 방화자가 과거 일본에서 정신과 치료를 받았다는 학과장의 진술을 근거로 대부분 정신질환과의 관련성을 조사 중이라 하였으나 한 일간지에서는 “정신질환 졸업생이 모교에 방화...”라는 제목으로 정신질환과의 관련성을 강하게 시사하고 있다.
- 정신과 진료로 군 면제된 의사의 진료 : 군의관 입대를 위한 신체검사에서 정신질환으로 군 면제된 의사들이 지속적으로 진료행위를 하고 있다는 사실을 보도하면서 이들이 완치증명이 안 되면 자격이 박탈된다는 사실을 알리고 있다.
- 소방안전교육사건 : 소방안전 체험행사에서 학부모가 추락한 사고이후 학생들이 PTSD 증후를 보여 집단치료와 환경개선을 통한 치료노력을 기울인다는 것을 보도하고 있다.
- 학력위조사건 : 전 동국대 교수의 학력위조사건을 공상허언증 혹은 리플리 병과 같은 정신질환의 한 유형인 것으로 전문가들의 의견을 소개하고 있다.
- 다중살인사건 : 정남규사건과 같은 연쇄, 다중 살인사건이 제때 치료받지 못한 정신질환과 관련될 수 있음을 보도하고 있으나 일부 일간지에서는 이러한 사이코패스는 일반적으로 얘기하는 정신질환과 다르다는 것을 분명히 하고 있다.
- 강제입원 : 잘못된 강제 입원에 대한 2개의 사건을 보도하고 있으나 두 사건 모두 사건 자체만을 기술하고 있을 뿐 강제입원의 문제점을 언급하고 있지는 않다.

③ 판결보도

정신질환과 관련된 법원의 판결을 보도한 기사가 총 7건이다. 이중 5건은 정신질환으로 인한 사고와 정신질환 발병이 다른 장애와 똑 같이 보험사나 업무상 재해 등으로 인정되어야 한다는 것과 강제입원의 부당성과 치료효과가 없는 상태에서의 치료감호 결정이 부당하다는 것을 주장하는 기사로 주로 인권과 관련된 판결을 보도하고 있다. 나머지 2건은 정신질환을 앓고 있었다 하더라도 범행 당시 정신질환으로 인한 범죄로 인정되지 않으면 심신장애 상태로 인정할 수 없다는 판결이다.

(2) 편견과 차별의 하위 요인에 따른 내용 분석

본 연구대상의 기사들이 어떠한 편견과 차별에 기여하는지 알아보기 위해 그 내용을 실태조사에서의 편견과 차별 하위 요인에 맞춰 내용을 분석하고 그 내용의 +/- 를 평정하였다. 즉, 편견을 강화시키는 내용에는 ‘+’가를, 편견이 부당하다는 내용에는 ‘-’가를 부여하였다. 또한 분석을 위해 정신질환 유형을 반사회적 인격장애와 이를 제외한 기타 정신질환으로 나누었다. 그 이유는 상당수의 기사에서 반사회적 인격장애가 다른 정신질환과 다르다는 것을 전제로 하고 있기 때문이다.

그 결과 <표 29>와 같이 위험성에 관한 기사가 전체 기사의 53.7%로 가장 많았다. 반사회적 인격 장애에 관한 기사는 1건을 제외한 모든 기사가 위험성에 관한 내용이었다. 이중 9건(22.0%)이 ‘위험하다’는 내용을 보도하고 있고 4건(9.8%)은 모두가 위험한 것은 아니라는 내용을 보도하고 있다. 기타 정신질환에 관한 기사에서도 방화, 살인 등의 범죄 등이 정신질환과 관련된 것으로 보도한 기사가 6건(14.6%)이고, 반대로 3건(7.3%)은 정신질환을 가진 사람이 모두 위험한 것이 아니라는 것을 보도하고 있다. 전체적으로 위험성에 관해서는 위험하다는 ‘+’기사가 위험하지 않다거나 위험에 대한 편견이 극복되어야 함을 알리는 ‘-’기사보다 많았다.

위험성 다음으로 언급된 편견 영역이 회복불가능에 관한 것으로 전체의 22.0%이다. 회복불가능에 관한 기사는 모두 기타 정신질환에 관한 것이고 이중 3건(7.3%)이 ‘정신질환을 완치되기 어렵고, 평생 지속되는 장애이다’라는 내용을 포함하고 있고 6건(14.6%)은 회복가능하다는 내용을 보도하고 있다.

다음이 무능력에 관한 편견내용을 담고 있는 기사가 전체의 9.8%이다. 이것 역시 전부

기타 정신질환에 관한 것으로 정신질환자는 치료결정능력이 없거나 스스로 자신을 통제할 능력이 없음을 언급하여 무능함을 보도한 기사가 3건(7.3%)이고 무능하지 않음을 알리고자 한 기사가 1건(2.4%)이다.

그리고 식별가능에 관한 기사는 전체의 7.3%이다. 여기에는 반사회적 인격장애를 가진 사람이 쉽게 구별되지 않고 정상적인 일상생활을 하고 있음을 언급하는 기사와 정신질환자가 특별한 사람들이 아니고 우리 주위에 흔히 있는 사람들임을 강조하는 기사가 포함된다. 이외에도 특별한 차원에 대한 언급 없이 전반적인 차별이 문제라는 것을 지적하거나 정신분열이라는 용어가 지니는 부정적 편견을 없애기 위해 개명이 필요하다는 주장을 담고 있는 기사가 3건(7.3%)이다. 식별가능 요인에서는 모두 ‘-’가를 부여받았다.

차별과 관련되어서는 대부분의 기사가 어떤 차원의 차별이라도 있어서는 안 된다는 내용을 포함하고 있다. 반사회적 인격장애를 대상으로 차별을 언급한 기사는 없었고 모두 기타 정신질환에 해당하는 기사였다. 차별차원 중에서 가장 많은 내용이 강제입원 혹은 장기입원의 부당성을 알리는 기사가 11건, 전체의 42.3%이다. 대부분 강제입원의 부당성을 알리고 있지만 1건은 관리강화의 필요성을 강조하고 있어 ‘+’가로 평정되었다. 다음이 F코드로 인한 보험가입에서의 차별 혹은 보험금 지급에서의 차별이 문제임을 지적하는 기사가 5건(19.2%)이고 고용과정에서의 차별을 다룬 기사가 4건(15.4%)이다. 이외에도 국가유공자로서의 자격, 치료감호과정에서의 차별문제를 다루고 있다. 차별의 기타 영역에서는 ‘+’가를 부여받은 항목은 ‘정신질환을 앓은 의사는 완치되었다는 것이 증명되지 않으면 진료행위를 할 수 없다’는 내용으로 총 3건(11.5%)이다.

<표 29> 편견과 차별에 관한 보도 유형별 건수

요인		반사회적 인격장애		기타 정신질환		합계		
		+N (%)	-N (%)	+N (%)	-N (%)	+N (%)	-N (%)	계
편견	위험	9 (22.0)	4 (9.8)	6 (14.6)	3 (7.3)	15 (36.6)	7 (17.1)	22 (53.7)
	무능			3 (7.3)	1 (2.4)	3 (7.3)	1 (2.4)	4 (9.8)
	회복불능			3 (7.3)	6 (14.6)	3 (7.3)	6 (14.6)	9 (22.0)
	식별가능		1 (2.4)		2 (4.9)		3 (7.3)	3 (7.3)
	기타 (포괄적 편견 용어 등)				3 (7.3)		3 (7.3)	3 (7.3)
계		9 (22.0)	5 (12.2)	12 (29.3)	15 (36.6)	21 (51.2)	20 (48.8)	41 (100)
차별	보험				5 (19.2)		5 (19.2)	5 (19.2)
	운전면허				1 (3.9)		1 (3.9)	1 (3.9)
	취업				4 (15.4)		4 (15.4)	4 (15.4)
	입원(강제장기 포함)			1 (3.9)	10(38.5)	1 (3.9)	10 (38.5)	11 (42.3)
	기타 (유공자, 의사면허 3, 치료감호)			3 (11.5)	2 (7.7)	3 (11.5)	2 (7.7)	5 (19.2)
계				4(15.4)	22(84.6)	4(15.4)	22(84.6)	26 (100)

* +: 편견을 강화시키는 내용 -: 편견이 부당하다는 내용

2. 정신질환자에 대한 영화 매체의 영향 분석

1) 연구 대상 및 분석방법

대중매체가 정신질환자의 편견과 차별에 어떻게 영향을 미치는지 분석하기 위하여 최근 2년 동안 상영되어 누적 관객 수가 일정 정도 이상(최소 50만 명 이상)이고 내용이 정신질환자와 관련된 영화 5편을 다음 <표 30>과 같이 선정하였다. 5편의 영화를 50명 이상의 남녀 대학생들이 관람한 후 ‘자신이 보기에’ 정신질환자를 연상하게 하는 등장인물들의 언행을 관찰 목록표에 작성하도록 하였다. 수거된 관찰 목록표의 반응들을 비슷한 유형끼리 묶고 각 범주별로 대표성을 지니는 단어로 유목화 하였다. 이때 진단적 내용이나 불성실한 답변들은 제거 하고 분석하였다.

<표 30> 상영 영화 목록

영 화	개봉일	영화 관객 수	응답자 수	관련정신질환
추격자	2008. 02. 04	5,071,506명	50 명	사이코패스
검은 집	2007. 06. 11	1,330,735명	50 명	사이코패스
밀양	2007. 05. 01	1,710,364명	53 명	비전형정신증
두 얼굴의 여친	2007. 09. 13	762,112명	52 명	다중인격 장애
사이보그지만 괜찮아	2006. 12. 07	694,663명	53 명	정신분열증

각 영화의 내용은 ‘추격자’는 아무런 죄책감 없이 연쇄 살인을 저지르는 사이코패스의 이야기이며 ‘검은 집’도 추격자와 마찬가지로 사이코패스를 다룬 영화이다. ‘밀양’은 교통 사고로 남편을 잃은 후 하나뿐인 아들도 유괴, 살해당하는 충격적인 사건으로 주인공이 여러 가지 정신증적 증상을 보이고 자해하는 이야기이다. ‘두 얼굴의 여친’은 사랑하던 사람이 자신을 살리려다 죽은 것에 대한 충격으로 다중 인격이 된 주인공의 이야기이며 ‘사이보그지만 괜찮아’는 정신 병동을 배경으로 여러 가지 정신질환 증상을 보이는 정신질환자들이 등장하는 이야기이다.

2) 연구 결과

영화별로 정신질환자를 연상시키는 언행으로 지적된 반응들을 유사한 것끼리 묶어 분류한 뒤 가장 많은 반응 순으로 나열하면 <표 31>와 같다.

<표 31> 상영된 영화에서 답변 내용별 응답 수

분 류	영 화					합계	%
	추격자	검은 집	밀양	두 얼굴의 여친	사이보그 지만 괜찮아		
공격성	143	181	62	4	23	413	25.0
망상	-	-	-	-	198	198	12.0
기이한 행동	29	10	24	34	88	185	11.2
환각	-	4	85	77	-	166	10.0
다중 인격	-	-	-	105	-	105	6.4
부적절 행동	19	9	38	34	-	100	6.1
무정동	94	-	-	-	-	94	5.7
집착행동	-	3	-	55	21	79	4.8
자살관련행동	-	14	45	1	-	60	3.6
기억장애	-	-	18	42	-	60	3.6
과민한 행동	-	-	43	-	-	43	2.6
부적절한 신체반응	-	-	38	-	-	38	2.3
극적인 감정변화	8	-	16	9	3	36	2.2
사회적 위축	-	-	25	-	2	27	1.6
부적절한 감정	-	-	19	-	-	19	1.2
무감각	-	17	-	-	-	17	1.0
성폭력	14	-	-	-	-	14	0.8
불안한 행동	7	-	3	-	-	10	0.6
섭식문제	-	-	-	6	-	6	0.4
미숙한 말투	-	-	-	3	-	3	0.2
합계	314	251	416	336	335	1652	100
(%)	19.0	15.2	25.2	20.3	20.3	100	

먼저 모든 영화에서 정신질환자의 언행으로 가장 많이 지적된 반응으로는 공격성 413건(25%)과 기이한 행동 185건(11.2%)이다. 그리고 3편 이상의 영화에서 답변된 내용으로는 환각 166건(10.0%), 집착행동 79건(4.8%), 자살 관련 60건(3.6%), 극적인 감정 변화 36건(2.2%) 등 이고 1-2편의 영화에서만 답변된 내용으로는 망상 198건(12.0%), 다중인격 105

건(6.4%), 무정동 94건(5.7%), 사회적 위축 27건(1.6%), 불안한 행동 10건(0.6%), 섭식문제 6건(0.4%), 미숙한 말투 3건(0.2%) 등이 있다. 각 반응들을 요약하면 다음과 같다.

- 공격성 : 모든 영화들에서 정신질환자를 연상하게 언행으로 가장 많이 지적된 것이 공격성이다. 구체적인 내용으로는 잔인한 방법으로 살인을 저지르거나 폭력을 행사하는 모습이다. 이외에도 물건을 집어던지거나 소리를 지르는 행위들도 포함된다. 이러한 공격성은 ‘추격자’와 ‘검은 집’과 같은 사이코패스를 다룬 영화에서 특히 많이 응답되었다.
- 기이한 행동 : 정신질환자의 언행으로 두 번째로 많이 지적된 것이 기이한 행동이다. 구체적으로는 이해할 수 없는 그림을 그리거나 소리를 지르는 행위, 상황에 맞지 않는 행동 등이 응답되었다. 이러한 기이한 행동은 사이코패스를 다루지 않은 영화들에서 상대적으로 더 많이 응답되었다.
- 부적절한 행동 : 부적절한 행동은 ‘사이보그지만 괜찮아’를 제외한 다른 영화들에서 세 번째로 많이 응답된 반응이다. 구체적으로는 경찰 조사 중에 초콜릿을 먹거나 불나는 집에서도 탈출하지 않는 등 특정 상황에서 보여야 할 행동을 보이지 않거나 혹은 엉뚱한 행동을 하는 것들이 포함되어 있다.
- 집착행동 : 집착행동은 ‘추격자’와 ‘밀양’을 제외한 영화들에서 나타났다. 여기에는 특정행동(아무런 내용 없이 녹음 메시지를 남기거나 이를 닦는 것 등)을 지속적으로 반복하거나 특정 사물이나 사람에 집착하는 행동이 포함된다.
- 자살관련 행동 : 자살관련 행동은 ‘추격자’, ‘사이보그지만 괜찮아’를 제외한 3편의 영화에서 나타났다. 구체적인 내용으로는 스스로 집에 불을 지르려 하거나 손목을 긋는 행동 등 자살을 시도하려는 행동들이 해당된다.
- 극적인 감정변화 : ‘검은 집’을 제외한 모든 영화들에서 극적인 감정변화를 정신질환을 연상시키는 행동으로 지목하였다. 여기에는 평범하다가 갑자기 표정이 변한다든가 감정기복이 심한 행동들이 포함된다.

그 외에 망상, 다중인격, 무정동, 과민한 행동, 부적절한 신체 반응, 부적절한 감정, 무감각, 성폭력, 불안한 행동, 섭식문제, 미숙한 말투 등이 정신질환을 연상시키는 특징적인 언행으로 지적되었다.

V. 선진국의 편견극복 노력

1. 뉴질랜드 정부의 편견극복노력 ‘Like Minds, Like Mine’

뉴질랜드 정부는 ‘정신질환자에 대한 사회적 편견과 차별이 그들을 사회적으로 배제시켜 회복을 방해하는 주요 요인’이라는 Manson의 보고서 이후 ‘Like Minds, Like Mine’이라는 매우 특징적인 프로젝트를 시행하고 있다. ‘Like Minds, Like Mine’은 모든 정신질환자의 평등권을 인정하고 공적, 사적 영역의 모든 정책들이 정신질환자를 존중하며 지역사회가 이들을 보다 많이 이해, 수용, 지지할 수 있도록 변화시키는 것을 목표로 하고 있다. 무엇보다 이 프로젝트의 핵심은 매스미디어를 통한 대중의 인식과 행동변화이다.

‘Like Minds, Like Mine’에서 뉴질랜드 정부가 특히 중점을 둔 것은 매스미디어를 통한 대중의 인식과 행동변화이다. 이를 위해 최소 30만 명이상이 TV를 시청하는 황금시간대에 낙인과 차별을 줄이기 위한 캠페인을 광고하였다. 이 광고에서는 대중에게 잘 알려져 있는 유명인들이 자신의 정신질환 경험을 얘기하고 그들을 가까이에서 지켜본 사람들이 함께 나와 옆에서 본 정신질환에 대해 얘기하고 있다. 뉴질랜드 정부는 이 광고를 3단계로 제작하여 다른 광고들과 마찬가지로 인기 있는 TV 프로그램들 사이에 지속적으로 내보내 대중들이 정신질환에 대해 익숙해지도록 하였다.

이 프로젝트로 인해 뉴질랜드 국민들은 정신질환에 대해 얘기하게 되고 특별히 위험하지 않다고 인식하게 되었으며 누구나 걸릴 수 있는 병이고 회복되면 정상적인 삶을 살아갈 수 있는 것으로 생각하게 되었다. 그러나 광고이후에 편견과 차별실태를 조사한 ‘Respect Costs Nothing’ 결과에 의하면 여전히 정신질환자들은 친구와 가족으로부터, 정신보건기관의 전문가들로부터 그리고 직업을 구하는 과정에서 또는 직장 내에서 차별을 경험한다고 호소하고 있고 상당수의 정신질환자들이 편견을 내면화하여 그것이 실제 편견보다 더 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

이러한 결과에 초점을 두어 뉴질랜드 정부는 서비스소비자인 정신질환자의 프로젝트 기획과 실천에 적극적인 참여를 유도하고 그들의 리더십개발과 활용에 목표를 둔 ‘Like Minds, Like Mine’ National Plan 2007 - 2013을 수립하여 실행하고 있다. 이 plan은 목표를 사회, 조직, 개인 차원에서 설정하고 있다. 사회차원(societal level)에서의 목표는 ‘모든 정

신질환자가 대우받고 참여하는 사회'이다. 조직차원(organizational level)에서의 목표는 '정신질환자가 차별받지 않는 정책을 실천하는 조직'이다. 개인차원(individual level)에서의 목표는 '다른 사람들과 동등한 조건으로 사회에 참여하고 지역사회에서 일상을 영위하는 개인'에 있다. 이러한 목표를 달성하기 위해 전략(strategies)으로 3개의 actions를 규정하고 있고 이를 실천하기 위한 구체적인 7가지 방법을 제시하고 있다. 무엇보다 이 plan을 성공적으로 수행하기 위해서는 프로그램의 인프라를 구축하고 성공적인 프로그램을 개발, 확장시키기 위해 조사와 평가과정을 강조하고 있다.

2. 미국 NAMI의 소비자 중심 편견극복 노력

미국 정신보건 역사상 가장 영향력 있는 소비자 단체라 할 수 있는 NAMI(National Alliance on Mental Illness)의 중요한 기능 중 하나가 소비자 중심의 편견과 차별극복 노력이다. NAMI의 대표적인 소비자 중심의 편견극복 프로그램으로 StigmaBusters와 IOOV(In Our Own Voice)를 들 수 있다.

StigmaBusters는 정신질환을 가지고 있는 사람들이 직접 매스미디어에서의 정신질환에 대한 잘못된 묘사들로 인해 자신들이 얼마나 고통 받고 상처받는지를 적극적으로 알려 정신질환자에 대한 편견과 차별을 극복하고자 하는 프로그램이다. buster들의 활동은 지역, 인종, 문화를 넘어 어디서든 미디어에서의 편견과 고정관념에 항의하는 것과 정신질환에 대한 대중의 이해를 향상시킬 수 있는 정확한 정보와 묘사를 칭찬하는 두 가지 목표를 가지고 있다. 이들은 NAMI StigmaBusters E-mail Alerts라는 소식지를 통해 미디어에서의 편견에 대해 서로 정보를 교환하고 어느 미디어이든 그 책임자에게 그러한 묘사를 한 것에 대한 항의 메일을 보내게 된다. 구체적으로 메일 보내는 방법과 어느 것이 차별적인 묘사인지에 대해 지부별로 교육한다.

NAMI의 또 다른 소비자 중심 편견극복 프로그램으로 IOOV(In Our Own Voice)가 있다. 이는 NAMI가 정신질환에 대해 대중을 교육하는데 있어 소비자가 직접 참여하도록 하기 위해 만든 독특한 프로그램이다. 즉, 소비자인 정신질환자가 직접 연설자로서 자신의 경험을 얘기하고 대중들과 토론을 함으로써 대중을 교육하는 방법이다. 이로 인해 대중들은 정신질환을 가지고 살아가는 삶이 어떤 것인지 그들의 회복과정이 어떠한지에 대해 이해

하고 수용하게 되며 소비자들은 연설자로서 긍정적인 자아개념과 자신감을 회복하게 된다. IOOV의 연설자가 되기 위해서는 2일간의 워크숍에 참석하여 교육을 받아야 하는데 현재 IOOV의 연설자로서 2000명 정도가 활동하고 있고 긍정적인 효과를 보고하고 있다.

V. 논의 및 제언

1. 논의

1) 일반인의 편견과 차별

지역별, 성별, 연령별 분포에 따라 성인 2100명을 선정하여 그들의 정신질환자에 대한 편견과 차별정도를 조사하여 그들의 인구통계학적 변수에 따른 편견과 차별의 차이를 분석하였다. 그리고 편견과 차별이 높은 집단의 특징을 예측하기 위한 분석 또한 실시하였다.

일반인의 정신질환자에 대한 편견을 보면, 편견의 하위 요인 중 회복불능, 무능, 위험요인에서 중간 수준이상의 편견을 보였다. 회복불능에서 평균점수가 높은 문항들의 내용은 주로 정신질환을 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하며 재발하고 평생치료를 받아야 한다는 것이다. 무능에서 평균점수가 높은 문항들은 정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자 살 수 없고 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다는 것이다. 위험에서 평균이 높은 문항들은 정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어렵고 그들이 이웃에 있으면 아이들이 위험하며 정신질환자들의 범죄율이 일반인보다 높다는 것이다. 편견의 다른 하위요인에 비해 ‘정신질환자들은 눈에 띄어 쉽게 알아볼 수 있다’는 식별가능요인의 점수는 상대적으로 낮은 편이다.

정신질환은 쉽게 회복되지 않고 정신질환자는 누군가의 도움을 받아야 하며 스스로 결정할 수 없는 존재라는 회복불능과 무능에 대한 편견은 항상 도와주어야 하고 불쌍하다는 동정적 시각과 함께 우리 사회에서 누구나 행사할 수 있는 기본적인 권리를 이행할 수 없다는 차별적 대우를 이끌어 낼 수 있다. 즉, 이러한 동정적 시각 역시 열등한 존재라는 인식으로 인해 사회적 거리감에 상당한 영향을 미치게 된다. 위험성에 대한 편견은 어떤 편

견내용보다 정신질환자의 사회통합을 심각히 방해한다. 일반인들은 정신질환자가 예측하기 어렵고 두려운 존재라는 생각으로 인해 가급적 그들과의 관계를 회피하고 그들을 사회로부터 격리시키도록 요구하게 한다. 이러한 위험성에 대한 편견은 다수의 안전을 위해 정신질환자의 인간성 실현과 자유권은 언제든지 제한 될 수 있다는 인권침해와 직접적으로 연결될 수 있으므로 가장 우선적으로 극복되어야 할 편견내용이라 할 수 있다.

일반인의 정신질환자에 대한 차별내용을 보면, 양육권, 선거권, 치료동의권, 운전면허 등 권리박탈 보다 결혼, 친구, 동료 등으로 개인적 관계를 맺지 않겠다는 관계지양영역에서 더 높은 차별을 보였다. 이는 정신질환자에 대한 사회적 책임은 인정하면서도 개인적 관계를 맺는 것을 꺼리는 뚜렷한 이중적 태도와 관련된다 할 수 있다. 차별의 개별분항으로는 가족 중 누군가가 정신질환자와 결혼한다면 반대한다는 것과 정신질환자는 운전을 해서는 안 된다, 그리고 정신질환자에게 방을 세줄 수 없다, 고용주라면 정신질환자를 채용하지 않겠다는 것의 평균점수가 상대적으로 높았다. 그러나 결혼, 고용, 운전면허, 주거영역에서의 차별은 지역사회에서 생활하는데 필요한 다양한 사회적 기회를 제한하여 정신질환자의 삶의 질을 저하시키는 중요한 요인이 된다. 또한 편견의 하위영역이 차별에 어떠한 영향을 주는지 회귀분석을 하여보면 위험과 무능에 대한 편견이 차별을 가장 잘 예측하고 있음을 알 수 있다.³⁾ 즉, 위험하고 무능하다는 편견이 정신질환자의 다양한 사회적 기회를 제한하는 매우 중요한 요인이 된다는 것이다.

이러한 정신질환자에 대한 편견과 차별은 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 그리고 남자보다 여자가 더 높다. 편견과 차별이 높은 집단의 특징을 예측하기 위해 의사결정나무 분석을 실시한 결과에서도 편견과 차별은 연령이 60대 이상에서 소득수준이 낮은 경우 높았다. 결국 사회경제적으로 취약한 계층일수록 편견과 차별이 더 높다고 할 수 있다. 그러나 20대에서 50대까지는 정신질환자와 접촉한 경험의 유무가

3) 편견의 차별에 대한 영향의 회귀분석 결과는 다음의 표와 같다.

	관계지양		권리박탈		차별 전체	
	β	t	β	t	β	t
위험	.40	18.23 ^{***}	.22	9.72 ^{***}	.35	17.36 ^{***}
무능	.22	10.67 ^{***}	.43	19.82 ^{***}	.36	18.45 ^{***}
회복불능	.16	7.79 ^{**}	.09	4.18 ^{**}	.14	7.55 ^{**}
F / R²	637.34 ^{***} / .47		548.60 ^{***} / .44		892.82 ^{***} / .56	

*** < .001

편견과 차별 행동을 상승시키는 요인으로 분석되었다. 정신질환자와의 접촉경험 중에서도 특히 직접적인 상호작용의 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 편견과 차별행동이 현저히 낮았다. 이런 결과는 정신질환자와 직접적으로 함께 교류할 기회를 가지는 것이 편견을 줄일 수 있음을 추측케 한다. 또한 30대 이상의 중장년층 여성이 차별행동을 많이 보이는 것으로 나타났는데 이들의 차별은 자녀들의 사회화과정에서 정신질환자에 대한 부정적 개념을 심어줄 가능성이 있으므로 우선적으로 고려할 대상이라 할 수 있다.

정신질환자에 대한 편견이 무엇으로부터 영향 받았다고 생각하는지에 대해 질문한 결과 대중매체로부터의 영향을 가장 많이 지적하였다. 편견 극복방법 역시 대중매체의 보도가 공정하고 정확해야함을 가장 많이 지적하고 있다. 따라서 편견의 근원으로써 그리고 편견극복 매체로서 매스미디어의 중요성이 강조된다.

2) 특정집단의 편견 및 차별 실태조사

지역사회에서 정신질환자의 입원 및 치료과정에 관여될 수 있는 특정집단 즉, 지역사회 정신보건기관의 전문가 181명, 사회복지직 공무원 114명, 경찰 86명 등 총 381명을 대상으로 그들의 정신질환자에 대한 편견과 차별을 조사하였다.

먼저 지역사회정신보건기관 전문가의 경우 전체 편견의 평균이 5점 척도에서 2점 이하로 낮은 경향을 보였다. 하위영역별로는 회복불능에 대한 평균이 2.80으로 가장 높았고 다음이 2.02로 식별가능 영역이었으며 일반인과 달리 위험에 대한 평균이 1.57로 가장 낮았다. 회복불능에 대한 편견은 전문가들의 의료모델에 입각한 교육과정과 임상경험상 정신질환이 지속적인 장애이고 평생 치료를 받아야 한다는 것을 인식하고 있기 때문으로 이를 편견이라 할 수 있는지는 논란의 여지가 있다. 다만 정신질환이 회복되기 어렵다는 전문가들의 관점은 정신질환자들이 지닐 수 있는 강점에 대한 이해도를 낮추고 정신질환자로 하여금 스스로의 회복가능성을 부정적으로 보게 할 수 있다는 점에서 매우 중요하다.

차별에 대한 조사 결과를 보면 전반적인 차별문항의 점수가 일반인에 비해 의미 있게 낮았으나 권리박탈 보다 관계지양 차원의 차별이 더 높은 것은 같았다. 하위요인의 문항을 보면 관계지양 차원에서는 ‘가족과의 결혼을 반대한다’가 평균 3.44로 가장 높았고 다음이 ‘세를 줄 수 없다’였다. 권리박탈에서도 ‘운전을 해서는 안 된다’가 가장 높아 일반인들의 차별내용과 큰 차이를 보이지 않았다.

사회복지직 공무원의 경우 전반적인 편견과 차별차원 모두 일반인보다 낮았다. 편견차원에서는 회복 불능 영역의 점수가 가장 높았고 차별에서도 ‘가족결혼반대’와 ‘운전반대’가 상대적으로 높은 점수를 나타냈다. 경찰의 경우 전반적인 편견 영역과 차별 영역 모두 특정집단의 다른 집단보다 높은 점수를 보일 뿐 아니라 일반인보다도 의미 있게 높은 편견과 차별을 보이고 있다. 이는 경찰의 경우 정신질환자의 증상이 심하거나 공격적인 상황에서 그들을 만날 가능성이 높고 주로 정신질환을 범죄와 관련하여 이해하기 때문으로 여겨진다. 그러나 경찰집단의 높은 편견과 차별은 응급상황에서 정신질환자의 인권을 고려한 조치를 어렵게 하고 수사과정에서 정신질환과 범죄와의 관련성을 지나치게 일반화할 우려가 있다.

3) 매스미디어에서의 편견과 차별

매스미디어에서의 편견과 차별을 분석하기 위해 5대 일간지의 1년간 신문기사 내용을 분석하고 정신질환과 관련된 영화 5편을 대학생들에게 보여준 뒤 주인공의 어떤 언행이 정신질환을 연상하게 하는지 목록표를 작성하게 하여 이를 분석하였다. 신문기사에서는 과거 연구들의 결과들에 비해 비교적 정신질환 유형에 대한 정보를 제공하고 편견과 차별의 부당함을 알리는 기사가 많았다. 그러나 여전히 정신질환의 위험성에 대한 편견은 위험하지 않다는 내용보다 위험하다는 내용을 더 많이 기사화하였고 무능함에 대한 것도 편견을 강화시키는 기사가 더 많았다. 즉, 여전히 신문기사에서는 정신질환을 잔인한 살인이나 엽기적인 범죄와 연결시키고 있었으며 정신질환이 치료결정능력이 없거나 스스로 통제할 능력이 없음을 보도하고 있었다. 그러나 고무적인 것은 범죄와 정신질환을 근거 없이 연결시키는 기사가 정신질환에 대한 편견을 강화시킬 수 있음을 경고하고 잔인한 살인을 저지르는 반사회적 인격장애나 사이코패스가 일반적으로 얘기하는 정신질환과 다르다는 것을 분명히 하는 기사 또한 많았다. 영화 속에서도 공격성 행동을 정신질환의 특징적인 언행으로 대학생들이 가장 많이 기술하였다. 즉, 잔인한 살인을 저지르거나 소리 지르고 물건을 집어던지는 등의 공격적인 행동을 정신질환의 특징적인 언행으로 연결하는 경향이 많았다.

결과적으로 신문에서는 정신질환에 대한 정확한 정보를 제공하려고 노력하고 있지만 여전히 사건을 보도하는 신문기사와 영화에서는 잔인하고 엽기적인 살인을 정신질환과

연결시키고 있었으며 결정능력이 부족한 무능한 존재로 묘사하는 경향이 있다. 이러한 경향은 정신질환자가 위험하며 공격적이고 예측불가능하며 독특하고 열등한 존재라는 일반인의 개념을 강화시킬 수 있다. 실제 본 조사에서도 일반인들은 자신들의 편견이 대중매체로부터 가장 많은 영향을 받는다고 보고하였으므로 매스미디어에서 정신질환을 정확히 묘사하는 것이 매우 중요하다는 것을 알 수 있다.

2. 제언

본 조사결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 할 수 있다.

1) 대중매체를 통한 편견극복 방안

정신질환에 대한 일반인의 편견이 대중매체에 의해 영향을 받고 실제 신문과 영화에서 위험성과 공격성에 대한 묘사가 가장 많았으므로 편견과 차별을 극복하기 위해 가장 효과적인 매체로서 대중매체의 중요성을 들 수 있다. 지금까지 대중매체 특히 TV 프로그램이 정신질환의 인권문제에 접근해온 방식은 비참한 인권침해 실태로 보도하는 고발형식이었다. 이런 식의 보도형태는 정신질환자에 대한 대중의 동정심을 불러일으킬 수는 있으나 불쌍하고 열등한 사람들이라는 개념으로 인해 더불어 살아갈 수 있는 존재라는 생각은 하지 못하게 할 수 있다. 따라서 지역사회에서 잘 지내고 성공적으로 회복되어 가는 사람들의 삶을 긍정적으로 보도하여 ‘우리와 다르지 않은’ 사람으로의 인식이 필요하다. 이러한 대중의 인식변화를 위해서는 뉴질랜드의 ‘Like Minds, Like Mine’처럼 대중에게 잘 알려져 있는 유명인이나 성공적인 회복과정을 겪는 사람들을 주인공으로 공익광고를 제작하여 이를 지속적으로 보도하는 것을 제안할 수 있다.

대중매체를 통한 접근방식에 있어서도 TV 광고뿐 아니라 젊은 세대를 위해 인터넷을 통한 홍보활동도 생각해볼 수 있다. 유명 포털 사이트를 통한 광고와 UCC 제작을 통한 홍보, 카페를 통한 교육 등을 계획할 수 있고 이러한 프로그램의 개발과 확산을 위해 보건복지가족부의 정신보건프로그램 기획전을 통해 동기를 부여할 수 있을 것이다.

무엇보다 대중매체의 정확한 보도를 모니터링 하고 잘못 보도된 내용에 대해 시정을 요구하는 전문가, 소비자 단체의 노력이 중요하다. 특히 소비자이자 당사자인 정신질환자가

직접 대중매체의 보도형태를 분석하여 필요한 경우 시정요구를 할 때 더 효율적인 파급효과를 기대할 수 있고 소비자 역시 적극적으로 교육과 홍보과정에 참여하여 그들의 리더십을 발휘할 기회를 가질 수 있게 된다.

2) 표적 집단에 따른 편견교육

일반인에 대한 실태조사에서 편견과 차별을 가장 잘 예측하는 변인은 연령이었고 연령 대별로는 20대에서 50대까지는 정신질환에 대한 경험유무에 의해 편견이 많은 영향을 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 고려하여 일반인의 편견을 극복하는데 있어 경험이 매우 중요하다는 것을 알 수 있다. 잘 알지 못하는 존재에 대해서는 누구나 거리감을 느끼게 되지만 그 사람이 나와 다르지 않다는 것을 알게 되면서 일반적으로 거리감이 줄어들 수 있다. 따라서 정신질환을 알 수 있는 경험이 중요하고 경험 중에서는 직접적 상호작용을 할 수 있는 경험이 편견을 줄이는데 가장 효과적일 것이라 예측된다. 이를 위해 지역사회정신보건기관이 보다 사회통합의 목적을 달성 할 수 있도록 다양한 지역사회기관과 연계하여 프로그램을 운영하고 필요한 경우 일반인과의 통합적인 프로그램 운영을 제안할 수 있다. 물론 정신질환자의 다양한 사회적 경험을 통해 자연스럽게 익숙해지는 것이 가장 좋겠지만 그러기 위해서는 어느 정도의 편견극복이 선행되어야 하므로 의도적인 통합 프로그램 운영을 제안할 수 있다.

전반적으로 편견과 차별이 교육수준과 소득수준이 낮은 상황에서 더 높았다. 편견과 차별이 가장 심한 60대 이상에서도 소득수준이 낮은 경우 높은 편견과 차별을 보일 확률이 더 높았다. 이러한 결과를 고려하여 저소득층에 대한 특별한 편견극복 노력을 제안할 수 있다. 지역사회복지관에서 정신질환을 이해할 수 있는 다양한 교육프로그램을 기획하고 실천할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다.

특정 집단에서는 어느 집단보다 경찰의 편견과 차별이 높았으므로 이들에 대한 교육의 필요성을 제안할 수 있다. 특히 경찰이 정신질환자와 대면하는 경우는 위급상황이거나 수사과정에서 용의점이 있는 경우일 확률이 높으므로 이런 상황에서 정신질환자의 존엄성이 최대한 존중될 수 있도록 그리고 그들의 자유를 최소한 침해하는 형태로 개입이 이루어지도록 교육하는 것이 중요하다.

3) 소비자 중심의 편견극복노력

정신질환자와의 직접적인 상호작용이 편견과 차별을 줄일 수 있을 것으로 예상되므로 소비자인 정신질환자에 의한 교육을 제안할 수 있다. NAMI의 IOOV처럼 정신질환자들 중 이러한 교육과정에 참여하기를 원하는 사람들을 선발하여 편견극복을 위한 교육자로서 교육한 뒤 이들로 하여금 자신들의 회복경험과 회복과정에서 주변의 이해와 지지가 얼마나 중요한 영향을 미쳤는지를 알리도록 하는 것이다. 이러한 교육과정에서의 직접적인 상호작용을 통해 일반인들은 정신질환자의 경험을 보다 잘 이해하고 수용할 수 있게 될 것이다. 뿐만 아니라 정신질환자들 역시 교육자로서의 활동이 자존감을 향상시키게 되고 이러한 자기옹호과정을 통해 스스로 차별적인 제도와 서비스에 도전하며 다양한 사회적 기회창출을 위해 적극적인 리더십을 발휘할 수 있을 거라 기대할 수 있다.

4) 차별에 대한 제도적 개선

차별을 극복하기 위한 대안으로 가장 중요한 것은 편견을 줄이는 것이다. 특히 위험성과 무능에 대한 편견이 다양한 사회적 기회를 제한하는 매우 중요한 요인이므로 이에 대한 편견을 극복하는 것이 매우 중요하다. 본 조사에서 차별문항 중 일반인과 특정집단 모두에서 가장 높은 차별정도를 보인 것이 ‘정신질환자는 운전을 해서는 안 된다’는 문항이다. 이것 역시 정신질환자는 위험하고 운전을 할 수 있는 능력을 갖고 있지 못하다는 편견의 영향으로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 고용과 집을 세우는 등 주거면에서의 차별 역시 정신질환자는 무능하고 위험하다는 편견이 강하게 바탕이 되고 있다. 신문기사 분석에서도 ‘정신질환으로 군 면제된 사람들의 진료행위’의 문제를 보도하고 있는데 이것 역시 정신질환자는 의료행위를 할 수 없는 무능에 대한 편견의 영향으로 해석할 수 있다. 결국 이러한 편견은 개인이 특정 장애를 가지고 있다는 사실만으로 그의 능력정도와는 상관없이 사회적 기회를 제한하는 차별로 나타날 수 있다는 점에서 매우 심각하다.

일반인의 편견과 차별뿐 아니라 현행 법조항 역시 이러한 위험과 무능에 대한 편견이 그대로 반영되어 있다. 현행 도로교통법 제82조 2항에서도 정신질환자는 교통상의 위험과 장애를 일으킬 수 있으므로 운전면허 발급이 제한되고 있다. 의료법에서도 정신질환자는 의료인이 될 수 없다고 규정하고 있던 것을 2007년 10월 ‘전문의가 의료인으로서 적합하

다고 인정하는 경우에 한해서'라는 단서조항으로 그 제한을 다소 완화한 상태이다. 이러한 자격제한 및 면허제한 조항들은 정신질환자의 평등권을 심각하게 훼손할 뿐 아니라 조항자체가 정신질환자가 매우 위험하고 무능하다는 일반인의 편견을 강화시키는 결과를 초래할 수 있다. 따라서 자격이나 면허를 제한하고 있는 모든 관련법들이 가급적 정신질환자의 평등권을 보장할 수 있도록 개정될 것을 제안한다. 만약 불가피하게 제한이 필요한 경우 정신질환의 유무로 개인을 평가할 것이 아니라 관련 기능과 역할을 수행할 능력이 있는지를 평가하여 그 결과에 따라 제한할 것을 제안한다. 따라서 '어떠한 질병을 가진 자가 아닌 어떠한 능력이 부족한 자'로 제한을 규정하는 것이 필요하다.

5) 편견과 차별극복을 위한 일원화된 국가전략 수립

정신질환자에 대한 편견과 차별극복노력을 위해 국가적 계획 하에 일원화된 전략을 수립할 필요가 있다. 즉, 국가적, 지역적, 조직적인 노력이 일관성 있게 수행될 수 있어야 하고 이를 위한 구체적인 행동전략이 수립되어야 할 것이다. 이를 위해 보건복지가족부는 정신질환자의 편견과 차별극복을 위한 구체적인 지침을 개발하고 정신질환자의 인권과 관련된 법무부나 행정자치부 등과 같은 정부관련 부처의 적극적인 협조를 요청하고 이러한 지침이 이행될 수 있도록 지속적인 감시활동을 전개해야 할 것이다. 뿐만 아니라 이러한 국가적 노력이 정신보건서비스를 제공하는 기관의 노력과 연계될 수 있도록 편견극복 프로그램에 적극적인 지원을 하고 반대로 차별적인 서비스 제공에는 강한 법적, 행정적 제재를 가해야 할 것이다.

또한 정신질환자의 인권보호와 관련된 법 즉 장애인복지법, 정신보건법, 사회복지사업법 등이 이러한 국가적 노력과 맥을 같이 할 수 있도록 개정하고 무엇보다 정신질환자에게 차별적인 법을 개정하고자 하는 적극적인 노력을 기울여야 할 것이다.

정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사에 대한 토론문

배 정 규 (대구대학교 심리학과 교수)

■ 연구의 의의

- ▶ 연령별, 성별, 지역별, 직업별 충분한 표집대상을 상대로 조사
- ▶ 다양한 연구방법을 동원
- ▶ 연구결과가 매우 신뢰할만함

■ 일관된 연구결과 (주목할 연구결과)

- ▶ 가장 큰 차별행동

1순위 : 우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.

(표4 및 표13 일반인 평균 3.95, 표22 전문가집단 평균 3.44,
표24 공무원집단 평균 4.16, 표 26 경찰집단 평균 3.92)

2순위 : 정신질환자는 운전을 해서는 안된다.

(표4 및 표13 일반인 평균 3.65, 표22 전문가집단 평균 2.14,
표24 공무원집단 평균 3.36, 표26 경찰집단 평균 3.73)

3순위 : 정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.

(표4 및 표13 일반인 평균 3.55, 표22 전문가집단 평균 2.09,
표24 공무원집단 평균 3.60, 표26 경찰집단 평균 3.65)

4순위 : 내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다.

(표4 및 표13 일반인 평균 3.44, 표22 전문가집단 평균 1.66,
표24 공무원집단 평균 3.45, 표26 경찰집단 평균 3.73)

■ 정책 수립 시 고려사항

1. 차별의식(편견)보다 차별행동을 보다 심각하게 고려해야 한다.
2. 연령이 낮을수록, 남성일수록, 전문직일수록, 고소득일수록 차별의식(편견)과 차별행동이 적다는 점을 고려해야 한다.
3. 접촉경험이 많을수록 차별의식과 차별행동이 적다는 점을 고려해야 한다.

■ 정책 제언

1. 편견은 무지에서 비롯된다. 따라서 정신장애에 대한 정확한 지식의 보급이 필요하다. 다만 정신장애가 자신과는 무관한 특수질환이라는 지식의 보급은 불필요하다. 오히려 다음과 같은 전략이 필요하다.
 - 1) 정신장애인과 결혼하여 행복하게 사는 사례를 발굴하여 홍보한다.
 - 2) 정신장애인이 운전하는 사례(예: 택시기사)를 발굴하여 홍보한다.
 - 3) 정신장애인에게 집을 세내어 주고 만족해하는 경우를 홍보한다.
 - 4) 정신장애인을 고용하여 만족해하는 기업을 발굴하여 홍보한다.
2. 홍보의 대상 집단을 명확히 해야 한다. 이때 다음의 전략을 채택할 것을 권장하고자 한다.
 - 1) 연령이 젊은 집단을 우선 홍보대상 집단으로 선정해야 한다.
따라서 초·중·고·대학생에 대한 홍보 전략을 수립해야 한다.
 - 2) 지식보급만이 아니라 접촉경험의 기회확대가 중요하다. 이때 특히 대등한 지위에서의 접촉경험이 중요하다는 점을 고려해야 한다.
 - ① 대등한 지위에서의 접촉을 위하여 정신장애인의 교육권을 보장해야 한다.
(정신장애인도 일반학생과 같이 학교생활을 하게 해야 한다.)
 - ② 대등한 지위에서의 접촉을 위하여 정신장애인의 취업 기회를 확대해야 한다.
(특히 공무원으로 취업할 기회를 확대해야 한다.)

(또한 정신보건 분야는 정신장애인 고용을 의무화해야 한다.)

3) 경찰집단에 대한 교육이 절실히 필요하다.

(표 27에 따르면 경찰집단의 편견이 일반인보다 더 심하다.)

3. 편견 및 차별행동의 원인은 단순히 지식 및 접촉경험의 부족 때문만은 아니다. 정신장애가 자신과는 다른 별개의 문제라는 인식이 편견 및 차별행동의 조장에 기여한다. 따라서 다음과 같은 지식의 보급이 필요하다.

1) 정신장애는 누구에게나 가능한 질병이다.

2) 정신장애는 의학적 요소 외에도, 사회적·심리적 요소가 중요하다.

3) 정신장애의 회복에는 주변 사람들의 관심과 도움이 중요하다.

(약물치료 또는 전문가들의 노력만으로는 부족하다.)



정신장애인 인권개선을 위한
각국의 사례연구와 선진모델 구축

홍 선 미

(한신대학교 사회복지학과 교수)

6 발 표

정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축

홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

I. 연구개요

1. 연구목적 및 필요성
2. 연구의 내용 및 구성
 - 1) 주요내용
 - 2) 세부구성
 - 3) 연구방법
 - 4) 연구경과보고

II. 국제동향과 해외선진사례 연구결과

1. 정신보건의 국제적 동향
 - 1) 정신보건사업 예산의 국제비교
 - 2) 정신병상수 국제비교
 - 3) 세계보건기구(WHO)의 지역별 통계자료
2. 일본의 정신장애인 인권정책의 경험
 - 1) 일본 정신장애인 인권 정책의 경과 및 성과
 - 2) 일본 정신보건 체계의 개요
3. 미국의 정신장애인 인권정책의 경험
 - 1) 미국 정신장애인 인권 정책의 경과와 성과
 - 2) 미국의 정신보건 체계의 개요
4. 영국의 정신장애인 인권정책의 경험
 - 1) 정신장애인 인권개선의 과정과 변화 동력
 - 2) 영국 정신보건체계의 개요
5. 호주의 정신장애인 인권정책의 경험
 - 1) 정신장애인 인권개선의 과정(역사)과 변화 동력
 - 2) 호주 정신보건 체계의 개요
6. 독일의 정신장애인 인권정책의 경험
 - 1) 정신장애인 인권개선의 과정(역사)과 변화 동력
 - 2) 독일의 정신보건체계 개요

III. 해외사례연구가 주는 함의

1. 일본
 - 1) 한국 정신보건시스템에 미친 일본 정신보건시스템의 영향
 - 2) 정신보건복지 체계의 서로 유사한 측면과 다른 측면
 - 3) 정책적, 실천적 적용방안
2. 미국
 - 1) 정신보건체계의 발달을 통해 본 시사점
 - 2) 현 정신보건 정책 및 제도가 주는 함의
3. 영국
 - 1) 국가 주도하에 지역사회 보호를 향한 노력과 일관된 정책 추진 필요성
 - 2) 서비스 제공에 대한 공공영역의 책임 강화의 필요성
 - 3) 이용자 참여와 선택권 강화를 통한 인권보장과 서비스 질 관리체계 개선
 - 4) 지역사회 보호를 실현시키기 위한 체계적인 노력의 필요성
4. 호주
 - 1) 정신장애인 인권에 대한 높은 사회적 관심을 이끌어낼 계기 필요
 - 2) 국가와 지역사회 정부 간 정신보건정책 협의기구 설립 필요
 - 3) 정신보건 재정의 지속적 확충
 - 4) 정신장애인 인권 지표에 대한 지속적 모니터링과 환류
 - 5) 정신장애인 인권 보호를 위한 정책 도입
5. 독일
 - 1) 신체장애와 정신장애에 관한 구별이 없는 일원화된 의료 및 사회복지정책
 - 2) 연방정부와 지방정부 간의 책임과 권한의 분산
 - 3) 분산된 정신보건체계와 그 대안 모색
 - 4) 사회보장급여 중심의 재원조달체계
 - 5) 사법형 입원심사제

I. 연구개요

1. 연구목적 및 필요성

정신질환은 미국, 캐나다, 서유럽 국가에서 가장 높은 비율을 차지하는 질환의 하나이다.¹⁾ 정신질환의 예방 및 조기치료의 가능성에도 불구하고, 많은 정신질환자들이 적절한 진단이나 치료의 시기를 놓치고 각자에게 맞는 치료적 서비스와 지원을 받지 못하고 있다. 아울러, 정신질환이 갖는 사회적 낙인과 편견으로 인해 정신장애인과 그 가족은 질병의 고통과 더불어 사회로부터 격리된 삶을 강요당하고 있다. 특히, 지역사회에 기반을 둔 선진각국의 정신보건서비스체계와는 달리 우리나라는 격리와 시설수용 위주의 정신보건서비스가 주를 이루고 있다. 강제입원이 전체 입원환자의 90%를 넘으며 입퇴원 및 치료과정에서 인권침해 요소가 지속되고 있다.

최근 정신병원과 각종 정신요양시설에 수용된 정신질환자의 장기입원, 비자발적 입원, 시설 내에서의 인권침해 등의 문제에 대한 사회의 우려가 높아지고 있다. 또한, 정신장애인의 사회복귀와 통합을 지원할 수 있는 지역사회기반의 정신보건시설과 인력, 재정의 부족으로 정신장애인과 가족의 삶의 질은 높아지지 못하고 있다. 특히 구체적인 국가정신보건체계의 목표가 불분명하며 효과적인 국가정신보건전달체계를 구축하지 못함으로써 발생하는 문제를 개선해나가기 위해서는 현 우리나라 국가정신보건시스템 전반에 걸친 검토와 수정이 필요하다는 요구에 직면한다.

한편, 대부분의 국가는 수용시설중심의 서비스로부터 지역사회중심의 서비스모델로 전환하고 있으며 이에 따라 지역사회보호체계(Community Care System)를 갖추려는 노력이 국가별로 이루어져왔다. 정신장애인의 권리보호와 지역사회중심의 보호체계를 갖추어나가는 노력의 일환으로 미국과 호주에서는 전 국가적 정신보건시스템을 제안하는 국가보고서를 제출하였다. 이에 본 연구에서는 우리나라 정신보건체계에 관한 문제인식을 기초로 해외국가들의 경험을 통해 현 정신보건정책의 제도적 개선점을 찾고, 정신보건서비스 시스템을 선진화하는 대안을 모색하여 정신장애인의 사회복귀와 인권을 증진시키기 위한 국가적 방향의 근거를 제안하고자 한다.

1) World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 - *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

2. 연구의 내용 및 구성

1) 주요내용

(1) 본 연구는 선진적인 정신보건서비스체계와 제도적 기반을 갖추기 위해 오랜 경험을 통해 정신보건제도와 정책을 발전시켜온 해외의 사례연구를 통해 정신장애인의 인권보호와 사회통합적인 삶이 가능한 방향으로 정신보건서비스체계의 모형을 설정하고자 한다. 인권친화적인 이용자 중심의 정신보건서비스체계를 구축하고자 노력해 온 선진 각국의 경험과 개혁사례를 비교분석함으로써 우리나라에 필요한 대안을 모색하고자 한다. 특히 정신보건분야의 다양한 변화와 발전을 모색해온 영국, 호주, 미국, 일본 등의 국가사례연구를 통해 개별 국가에서 성공적으로 추진될 수 있었던 정신보건개혁의 배경과 성공요인, 평가와 함의 등을 담고자 한다.

(2) 우리나라에 적합한 정신보건제도의 개선방향과 실천방안을 제안하며 구체적인 전략적 실행계획을 제시하고자 한다. 현 정신질환자의 인권실태와 정신보건서비스체계에 대한 진단과 해외사례연구로부터의 경험을 기초로 우리나라에 적합한 정신보건서비스체계의 구성요소별 실행계획을 도출하고자 한다. 여기에는 정신장애인에 대한 편견 및 차별해소, 정신장애인의 인권개선에 대한 국민적 인식전환과 관심제고 등을 포함하여 정신보건서비스체계 구성 및 운영과 관련한 포괄적인 내용을 단계적 계획과 과제로 분류하여 제시하고자 한다.

2) 세부구성

(1) 서론

(2) 해외사례분석

- 국가별 정신장애인 인권개선의 과정과 변화 동력
- 국가별 정신장애인 인권향상을 위한 법령 및 정부정책, 서비스체계
- 국가별 사례가 한국사회에 주는 정책적, 실천적 함의

(3) 세부주제별 대안제시

- 비자발적 입원 및 장기입원을 줄이기 위한 정책
 - 시설내 인권침해 감소와 서비스의 질 향상을 위한 정책
 - 정신장애인의 지역사회보호를 위한 정책 및 서비스개선방안
- (4) 국가정신보건체계의 발전적 변화를 위한 전략적 실행계획
- (5) 결론

3) 연구방법

(1) 해외사례 연구

해외의 다양한 국가와 지역의 정신보건체계와 서비스 시스템, 운영현황 및 여건 등에 관한 정부보고서 및 기관자료, 현장방문조사 등을 토대로 개인적 차원, 조직적 차원, 제도적 차원의 문제점과 정책대안을 도출하고자 한다.

(2) 정책 연구

현황자료와 문헌연구자료를 바탕으로 정신장애인의 차별 및 인권침해를 예방하고 적합한 정신보건서비스가 제공될 수 있는 정신보건체계개선을 위한 정책대안을 모색한다. 다양한 원인들에 대한 총체적 규명과정과 다양한 실증적 사례들을 종합적으로 분석하는 과정을 통해 정책대안모델을 제시하고자 한다.

II. 국제동향과 해외선진사례 연구결과

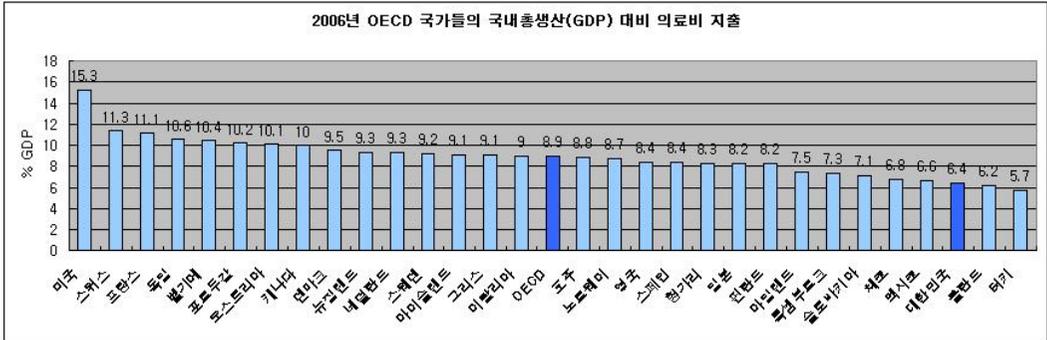
1. 정신보건의 국제적 동향

1) 정신보건사업 예산의 국제비교

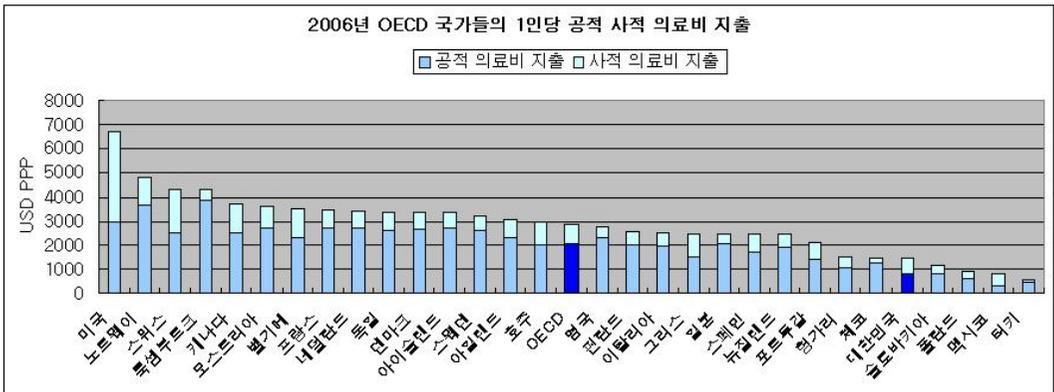
- 경제협력개발기구(이하 OECD²⁾라 한다) 가입 국가들의 국내총생산(GDP) 대비 의료비 지출 현황³⁾을 살펴본 결과 2006년을 기준으로 OECD 30개국 국내총생산(GDP) 대비

2) Organization for Economic Cooperation and Development

의료비 지출비율이 평균이 8.9%로 나타났다. 우리나라는 6.4%로 30개국 중 세 번째로 낮은 비율을 차지하고 있다.



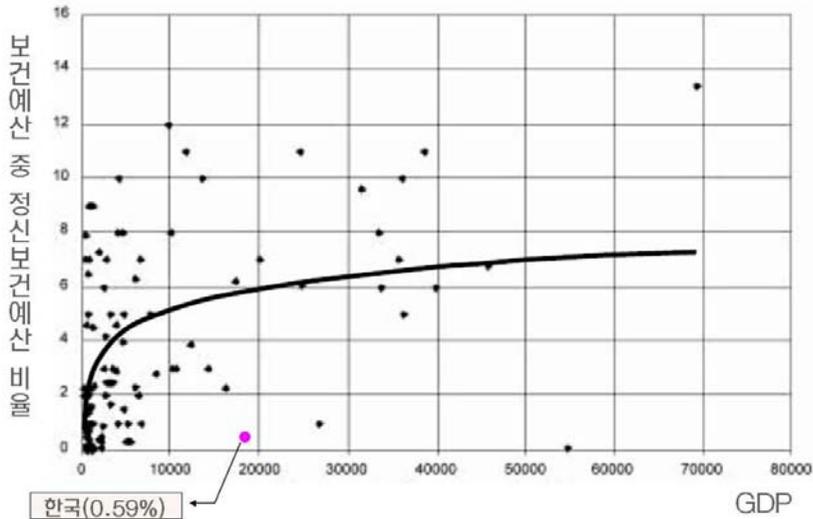
<그림 1> 2006년 OECD 국가들의 국내총생산(GDP) 대비 의료비 지출



<그림 2> 2006년 OECD 국가들의 1인당 공적 사적 의료비 지출

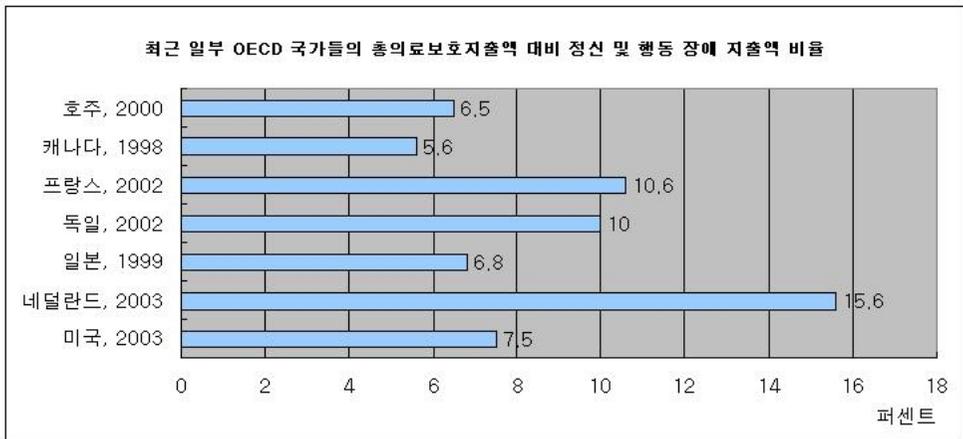
- OECD 국가들의 경우에 전체 보건예산 중에서 정신보건예산이 차지하는 비중이 평균 6%대에 이르고 있다. 우리나라의 경우, 전체 보건예산 중 정신보건예산이 차지하는 비중은 0.59%에 불과하며, 정신질환 관련 건강보험과 의료급여 지출을 포함할 경우에도 그 비중은 3% 수준에 머무르고 있어 서구 선진국의 수준에는 크게 미달하고 있다.

3) OECD Health Data 2008



<그림 3> 보건예산 중 정신보건사업 예산 비중 국제 비교⁴⁾

- 네덜란드의 경우에 전체 보건예산 중에서 정신보건예산이 차지하는 비중이 15.6%에 이르고 있고, 프랑스는 10.6%, 독일은 10%, 미국은 7.5%에 이르고 있어 우리나라에 비해 훨씬 높은 비중을 차지하고 있다.

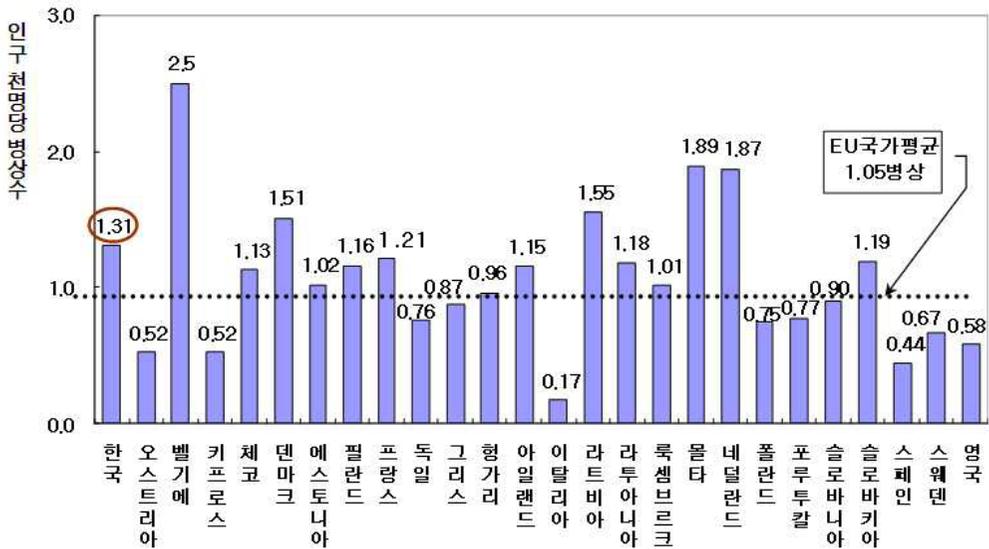


<그림 4> OECD 일부 국가들에서 전체 보건 지출액 중 정신보건 지출액의 비율⁵⁾

4) 자료: OECD Health Data 2007, 2007 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 재인용

2) 정신병상수 국제비교

- 대부분의 EU국가는 1960년대 이후 지역사회정신보건으로 정신보건정책의 기조가 바뀌면서 정신병상수에 대한 감소와 지역사회정신보건사업의 활성화를 표면화하고 있다. EU국가 평균 정신병상수는 인구 1천 명당 1.05병상인데 반해 우리나라는 1.31병상으로 EU국가 평균보다 높은 상태로 나타났다. 적극적으로 정신병상수 감소를 국가 정신보건정책의 중심으로 삼은 이탈리아의 경우는 1천 명당 0.17개 병상으로 우리나라의 1/8 수준에 불과하다.



<그림 5> EU 국가 정신병상 수⁶⁾

- OECD 국가의 정신병상수의 변화추이를 살펴보면, 1980~2000년의 20년 동안 병상증가율에 있어서 아일랜드는 1천 명당 병상증가율이 -1.43, 오스트리아 -1.30, 영국 -0.72 등을 기록하고 있는 반면에 우리나라는 +0.49로 가장 높은 병상증가율을 보이고 있다.

5) Mental Health in OECD Countries, Policy Brief Nov 2008, OECD

6) 자료: mental health policy and practice across Europe 2007, 2007 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 재인용

<표 2> OECD 국가의 정신병상수의 변화추이⁷⁾

(단위: 천 명당 병상)

국가	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000 ⁸⁾	1980~2000 년병상증가율	
한국	정신 요양 시설 제외	-	-	-	-	0.11	0.19	0.33	0.93 (1.39) ⁹⁾	+0.41
	정신 요양 시설 포함	-	-	-	-	0.25	0.47	0.74	1.23 (1.68)	+0.49
터키	-	0.15	0.14	0.14	0.11	0.08	0.11	0.12	+0.01	
이태리	-	-	2.22	1.84	1.39	0.99	0.84	0.16('99)	-0.65	
호주	3.13	-	2.22	-	1.40	0.91	0.58	0.31	-0.55	
미국	3.80	3.36	2.45	1.47	0.91	0.69	0.62	0.31	-0.3	
스페인	-	-	-	1.33	1.15	0.92	0.71	0.57('97)	-0.34	
오스트리아	-	-	-	-	1.29	1.09	0.85	0.61	-0.34	
스웨덴	-	-	-	4.00	3.24	2.25	1.70	0.63	-1.30	
노르웨이	-	-	2.51	-	1.85	1.21	0.84	0.69	-0.58	
포르투갈	1.00	1.10	1.19	1.20	1.04	0.89	0.90	0.70('98)	-0.19	
덴마크	-	-	-	2.10	1.82	1.49	0.71	0.78('98)	-0.58	
그리스	-	1.13	1.30	1.43	1.35	1.20	1.04	1.00('99)	-0.18	
영국	-	-	-	-	2.30	1.92	1.84	1.00('98)	-0.72	
아일랜드	-	-	-	-	3.95	3.42	2.28	1.10	-1.43	
프랑스	-	-	-	-	2.42	2.07	1.76	1.11	-0.66	
스위스	3.49	3.16	2.99	2.80	2.22	2.01	1.75	1.20	-0.51	
독일	0.92	1.89	2.04	2.04	1.97	2.50	1.70	1.28	-0.35	
네덜란드	-	-	2.05	-	1.74	1.80	1.64	1.44	-0.15	
벨기에	-	-	2.75	-	2.46	2.15	1.95	1.64	-0.41	
일본	1.02	1.77	2.39	2.49	2.64	2.77	2.91	2.80('03)	+0.09	

7) 자료: OECD, OECD Health System: Facts and Trends, 2003. 2007 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 재인용

8) 괄호 안은 각 연도의 통계

9) 2007년도의 인구(추계인구) 1천 명당 정신병상수 통계

3) 세계보건기구(WHO)의 지역별 통계자료¹⁰⁾

(1) 전 세계에서 정신보건정책¹¹⁾의 시행

<표 3> 세계 각 지역별 정신보건정책 시행 정도

지역	국가들(%)	인구비율(%) ¹²⁾
아프리카지역	50.0	69.4
미주지역	72.7	64.2
동부 지중해지역	72.7	93.8
유럽지역	70.6	89.1
동남아시아지역	54.5	23.6
서태평양지역	48.1	93.8
세계 전체	62.1	68.3

- Atlas 프로젝트 조사 분석 결과 전 세계에서 단 62.1% 국가에서만 정신보건정책이 시행되고 있었다. 아프리카 지역에서는 단 50.0%의 국가에만 정신보건정책이 존재하고 있었다.

(2) 전 세계에서 국가정신보건프로그램¹³⁾의 존재

<표 4> 세계 각 지역별 국가정신보건프로그램 시행 정도

지역	국가들(%)	인구비율(%) ¹⁴⁾
아프리카지역	76.1	82.9
미주지역	76.5	87.9
동부 지중해지역	90.9	97.6
유럽지역	52.9	64.5
동남아시아지역	72.7	98.1
서태평양지역	63.0	98.9
세계 전체	69.6	90.9

10) Mental Health Atlas 2005, World Health Organization

11) 국가의 정신보건 상황을 개선을 목적으로 하는 정부기관의 문서화된 정책

12) 2004년 UNO 인구집계

13) 정책에 효과와 관련된 다양한 활동을 포함한 국가적인 계획

14) 2004년 UNO 인구집계

- 전 세계에서 69.6%의 국가, 인구비율로는 90.9%에 해당하는 국가에서 국가정신보건프로그램이 시행되고 있다.

(3) 소득 정도에 따른 장애 원조 제도의 존재 여부

<표 5> 국가별 정신보건분야 장애 원조 제도

국가별 소득정도	국가비율(%)
저	55.2
중저	88.7
중고	78.8
고	100

- 저소득 국가들의 55.2% 만이 정신보건 분야에 대한 장애 원조 제도를 가지고 있어서, 고소득 국가의 100%가 가지고 있다는 점과 대조되었다.¹⁵⁾

(4) 전 세계에서 정신보건에 대한 지역사회치료 프로그램의 존재

<표 6> 세계 각 지역별 정신보건 지역사회치료 프로그램 시행 정도

지역	국가들(%)
아프리카지역	56.5
미주지역	75.0
동부 지중해지역	68.2
유럽지역	79.2
동남아시아지역	50.0
서태평양지역	66.7
세계 전체	68.1

15) 이상 WHO Mental Health Atlas 2005, 18-19. 한편 Atlas 는 이 부분 자료에 다음과 같은 한계점이 있음을 언급하고 있다. : “일부 국가들은, 정신보건의 몇몇 이슈들이 더 큰 보건법 체제에서 다뤄질 수 있기는 하지만, 정신보건법 체제를 별도로 갖고 있지 않다. 또한 이들 법률의 실행 정도, 범위, 효과에 대한 정보는 알 수 없다. 일부 국가들은 정신보건에 대한 많은 법률을 갖고 있지만 가장 최근의 법과 그 제정 연대만이 언급되고 있다. 많은 나라들이 정신장애인에 대한 장애원조제도를 갖고 있다고 보고하고 있지만, 조사 대상이 된 모든 국가들에 있어서 장애 원조의 정확한 종류와 보장 범위까지는 알 수 없다. 따라서 제공된 장애 원조의 유형이나, 혜택을 받은 집단들에 대한 정보는 부족한 형편이다.”

- 전 세계에서 68.1%의 국가에서 정신보건에 대한 지역사회치료 프로그램이 시행되고 있다. 인도나 중국 같은 국가에서는 일부 지역에서만 시행되고 있다.

(5) 정신보건법제의 비교

<표 7> 전 세계에서의 정신보건 분야 적용 법규¹⁶⁾의 존재

지역	국가들(%)	인구비율(%) ¹⁷⁾
아프리카지역	79.5	94.4
미주지역	75.0	89.1
동부 지중해지역	57.1	70.8
유럽지역	91.8	90.1
동남아시아지역	63.6	95.9
서태평양지역	76.0	13.9
세계 전체	78.0	69.1

- 전 세계에서 78.0%의 국가, 인구비율로는 69.1%에 해당하는 국가에서 정신보건 분야에 관한 법률이 시행되고 있다. 중동 지역의 경우에는 국가 비율이 57.1%에 불과하여 유럽 지역의 91.8%와 대조를 이루고 있다.

<표 8> 정신보건 법제영역에서 현행법을 제·개정 한 시점

연도	국가비율(%)
1960년 까지	15.9
1961-1970	8.7
1971-1980	10.1
1981-1990	12.3
1991-2000	40.6
2000년 이후	12.3

16) 정신이상 및 시설, 교육, 서비스에 있어 기본적인 인권 보호를 위한 법적 규정

17) 2004년 UNO 인구집계

<표 9> 1990년 이후 제·개정된 국가들만의 비교

연도	국가비율(%)
1991-1992	6.8
1993-1994	5.5
1995-1996	8.2
1997-1998	28.8
1999-2000	27.4
2001-2002	17.8
2003-2004	5.5

<표 10> 정신보건 영역에서 현행법을 1990년 이후에 제·개정된 국가의 비율

지역	1991-2004 (%)
아프리카	30
미주	58.4
중동	46.2
유럽	76.6
동남아시아	16.7
태평양 서안	38.9

*정신보건법제를 가진 국가만을 대상으로 산정한 것임.

- 현존하는 법제 중 50% 이상이 1990년대 이후 제·개정되었다. 유럽 지역에서는 76.6%의 법제가 1990년대 이후에 제·개정된 것인 반면에, 동남아시아에서는 그 숫자가 16.7%에 불과하다. 전체 법제의 16% 정도가 오늘날의 정신장애 치료법의 대다수가 존재하지 않았던 1960년대 이전에 제·개정되었고 이후의 변화가 없다는 사실이다.

(6) 전 세계에서 정신보건을 위한 특별 예산¹⁸⁾의 존재

<표 11> 세계 각 지역별 정신보건 특별 예산

지역	국가들(%)
아프리카지역	62.2
미주지역	78.1
동부 지중해지역	71.4
유럽지역	70.0
동남아시아지역	90.0
서태평양지역	59.3
세계 전체	69.2

- 전체 보건예산에서 정신보건에 관한 별도예산 편성이 중요함에도 불구하고, 전 세계 30.8%의 국가에서 정신보건에 관한 별도예산이 존재하지 않았다.

(7) 전 세계에서 심각한 정신질환 초기치료¹⁹⁾를 위한 정신보건치료시설의 존재

<표 12> 세계 각 지역별 정신보건치료시설 존재 여부

지역	초기치료를 위한 정신보건치료시설의 존재(%)	심각한 정신장애환자를 위한 초기치료시설의 존재(%)
아프리카지역	82.6	60.9
미주지역	93.9	62.5
동부 지중해지역	81.8	63.6
유럽지역	96.1	68.6
동남아시아지역	80.0	44.4
서태평양지역	77.8	51.9
세계 전체	87.3	61.5

- 전 세계에서 87.3%의 국가에서 초기치료를 위한 정신보건치료시설이 존재하고 있으나, 단 61.5%의 국가에서만 심각한 정신장애환자를 위한 초기치료시설의 존재하고 있다.

18) 정신보건의 목적을 이루기 위한 활동에 할당된 정기적인 재정 자원

19) 건강보호 체계의 초기 단계에서 기본적인 예방적으로 치유 가능한 정신건강

(8) 전 세계에서 인구 10,000명당 정신병상²⁰⁾ 평균 수

<표 13> 세계 각 지역 별 평균 병상 수

지역	인구 10,000명당 평균 병상 수
아프리카지역	0.34
미주지역	2.60
동부 지중해지역	1.07
유럽지역	8.00
동남아시아지역	0.33
서태평양지역	1.06
세계 전체	1.69

- 인구 10,000명당 정신병상 평균 수는 유럽 지역의 8.00병상에서 동남아시아 지역의 0.33병상으로 각각 달랐다. 세계 전체 평균 병상 수는 1.69병상이었다.

(9) 전 세계에서 정신병상의 대략적 비율²¹⁾

<표 14> 세계 각 지역별 정신병상 비율

지역	정신병원(%)	일반병원(%)
아프리카지역	73.0	21.4
미주지역	80.6	10.3
동부 지중해지역	83.0	8.8
유럽지역	63.5	21.8
동남아시아지역	82.7	11.2
서태평양지역	60.1	34.5
세계 전체	68.6	19.8

- 세계 전체적으로 정신병상의 대략적 비율은 정신병원 68.6%, 일반병원 19.8%, 기타 11.6%로 나타났다.

20) 정신이상 환자들에게 지속적으로 제공될 수 있는 병상

21) 다른 병상은 사설병원이나 군병원, 특정 대상을 위한 병원, 장기요양원 등에 존재

(10) 전 세계에서 인구 100,000명당 정신과 의사²²⁾의 평균 수

<표 15> 세계 각 지역별 정신과 의사 평균 수

지역	인구 100,000명당 평균
아프리카지역	0.04
미주지역	2.00
동부 지중해지역	0.95
유럽지역	9.80
동남아시아지역	0.20
서태평양지역	0.32
세계 전체	1.20

- 전 세계적으로 인구 100,000명당 정신과 의사의 평균 수는 1.20명이었다. 유럽이 9.80명으로 가장 높았고, 아프리카 지역이 0.04명으로 가장 낮았다.

(11) 전 세계에서 정신보건 보고체계²³⁾의 존재

<표 16> 세계 각 지역별 정신보건 보고체계 여부

지역	국가(%)
아프리카지역	57.8
미주지역	75.8
동부 지중해지역	70.0
유럽지역	87.8
동남아시아지역	100
서태평양지역	77.8
세계 전체	75.7

- 전 세계적으로 정신보건 보고체계가 존재하는 국가의 비율은 75.7%였다. 동남아시아 지역은 100%로 가장 높았고, 아프리카 지역이 57.8%로 가장 낮게 나타났다.

22) 공신력 있는 교육기관에서 졸업 후 최소 2년 이상의 정신행학 교육을 받은 의사

23) 매년 정부에서 진행하는 건강과 건강 서비스 기능, 재정의 사용을 포함하는 정보의 준비

2. 일본의 정신장애인 인권정책의 경험

1) 일본 정신장애인 인권 정책의 경과 및 성과

일본의 정신장애인²⁴⁾에 대한 치료 및 그들의 인권 개선에 대한 역사는 19세기 후반부터 시작되었으나, 실제 정신장애인의 인권에 대한 개선이나 제도의 정비는 역사에 비해 늦게 시작되었다. 일본은 제2차 세계대전의 종료 후 서구의 최신 정신의학이 도입되면서 급격한 변화 및 개선이 이루어지게 된다. 최근 약 20 여 년 동안은 정신보건복지 관련 법령 정비 및 정책 수립, 예산 지원 등으로 정신장애인들을 위한 환경이 급격하게 조성되어 가고 있는 시기라고 할 수 있다. 현재까지의 일본의 정신장애인 인권개선의 역사와 변화 동력을 간략하게 정리하면 다음과 같다.

- (1) 정신병자감호법(精神病者監護法) 제정 이전의 역사
- (2) 정신병자감호법(精神病者監護法)의 제정. 1900년(明治 33)
- (3) 정신병원법(精神病院法)의 제정. 1919년(大正 8)
- (4) 제2차 세계대전의 영향
- (5) 정신위생법(精神衛生法)의 제정. 1950년(昭和 25)
- (6) Reischauer(ライシャワー, 라이샤와) 사건²⁵⁾. 1964년(昭和 39)
- (7) 정신위생법 일부 개정. 1965년(昭和 40)
- (8) 정신보건법의 개정(1987년, 昭和 62) 이전 시기 - 정신병상 증가 정책의 시
- (9) 우쓰노미야 병원(宇都宮病院) 사건²⁶⁾. 1984년(昭和 59)
- (10) 정신보건법(精神保健法)의 제정. 1987년(昭和 62)
- (11) 정신보건법 개정. 1993년(平成 5)

24) 일본에서는 정신질환자나 정신장애인 등의 명칭보다는 정신장애자라는 명칭의 사용이 일반적이다. 여기서는 편의상 정신장애인으로 통일하여 사용하도록 하겠다

25) 1964년(昭和 39) Edwin O.Reischauer 주일미국대사가 정신분열병에 걸린 19세의 소년에게 피습당한 사건.

26) 1984년 3월에 밝혀진 츠크노미야 병원에서 일어난 정신장애자에 대한 인권침해·사망 사건. 당시 간호직원에게 의한 폭행으로 2명의 환자가 사망하였으며, 무자격자에 의한 의료행위와 환자들에 대한 강제노동 등의 실태가 사회 문제화 되었다. 이 사건을 계기로 정신의료영역에서 인권의 중요성이 인식되고, 법 개정으로 연결되게 된다.

- (12) 장애인복지법 제정. 1993년(平成 5)
- (13) 정신보건복지법(精神保健福祉法)의 제정. 1995년 (平成 7)
- (14) 정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률의 일부개정(1999년 개정, 2000년(平成 12) 4월 시행)
- (15) 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률의 일부 개정. 2002년(平成 14) 4월 시행
- (16) 정신보건의료복지의 개혁 비전²⁷⁾. 2004년(平成 16)
- (17) 개혁의 그랜드 디자인안. 2004년 10월, (平成 16)
- (18) 장애인자립지원법의 제정. 2005년(平成 17)
- (19) 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률의 일부 개정. 2005년(平成 17)

경제대국인 일본의 정신보건정책을 평가한다면 그 경제적 규모에 맞지 않게 정신보건 선진국에 비해 뒤떨어져 있다. 그러나 일본은 현재 이러한 문제점을 해결하기 위한 과정 중이며, 2010년대 중반에 그 과정이 일단락되면 과거보다는 정신장애인의 인권을 존중하며 지역사회정신보건에 기반을 둔 정신보건체계를 갖출 수 있을 것으로 예상된다.

2) 일본 정신보건 체계의 개요

(1) 일본 정신보건복지법상의 입원 절차

- . 임의 입원(任意入院)
- . 조치 입원(措置入院)
- . 긴급조치입원(緊急措置入院)
- . 의료보호입원(医療保護入院)
- . 응급입원(応急入院)

이러한 다섯 가지의 입원 절차의 차이를 정리하면 <표 17>과 같다.

27) 精神保健医療福祉の改革ビジョン

<표 17> 입원종류에 따른 각종 절차의 비교

	지정의진찰	관청에의 신고	고지문	동의서	지정의 진찰기록기재 의무(서명필요)
입의 입원	제한 없음	×	○	본인 동의	×
입의입원의 개방처우제한	제한 없음	×	○	×	지정으로 한정하지 않음 ① 이유 ② 개시일시 (72시간이내에 지정의 진찰필요)
입의입원의 72시간퇴원제한	○	×	○	×	① 개시와 해제 일시 ② 퇴원제한시의 증상
입의입원의 퇴원	제한 없음	×	×	×	×
의료보호입원 (정신보건복지법33조1항)	○	○ 10일 이내	○ 4주 이내	보호자 동의	①입원 시의 증상 ②입의입원이 불가능한 이유
의료보호입원 (정신보건복지법33조2항)	○	○ 10일 이내	○ 4주 이내	부양 의무자 동의	①입원 시의 증상 ②입의입원이 불가능한 이유
의료보호입원 (2항에서1에)	○	○ 10일 이내	○ 4주 이내	보호자 동의	①입원 시의 증상 ②입의입원이 불가능한 이유
의료보호입원 (고지연기)	○	×	×	×	①고지하지 않았던 사항 ②이유③고지한 연월일
의료보호입원 (정기증상보고,1년마다)	○	○ 당해월	×	×	①증상②과거12개월간 증상경과③생활력, 현 병력 ④이후의 치료계획
의료보호입원의 퇴원	제한 없음	○ (1항째) 10일 이내	×	×	×
응급입원	○	○ 直ちい	○	×	①입원과 해제 일시 ②입원 시의 증상 ③입의입원이 불가능한 이유
조치입원	지사가 지정한 2명의 지정의가 진찰하고 고지는 행정직원이 행한다.				
긴급조치입원	지사가 지정한 1명의 지정의가 진찰하고 고지는 행정직원이 행한다. 72시간 이내에 조치입원 여부가 결정된다.				
조치입원 (정기증상보고, 6개월마다)	○	○ 당해월	×	×	①증상 ②과거6개월간 증상경과 ③생활력, 현 병력 ④이후의 치료계획
조치입원(반퇴원)	○	○ 사전에	×	×	①조치입원후의 증상 경과 ②이후의 치료계획
조치입원의 증상소실	○	○ 直ちい	×	×	①조치입원후의 증상 경과 ②이후의 치료계획
조치입원의 해제	지사가 해제를 판단한다. 해제의 고지는 행정직원이 행한다.				

(2) 입원 환자의 처우

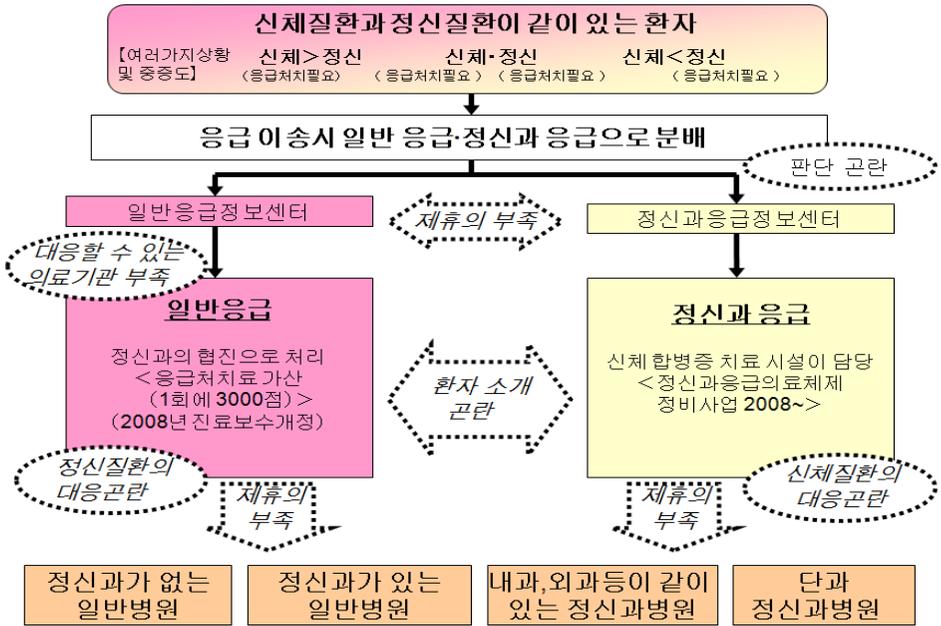
입원 환자의 처우와 행동 제한에 대한 사항을 정리하면 <표18>과 같다.

<표 18> 처우와 행동제한의 비교

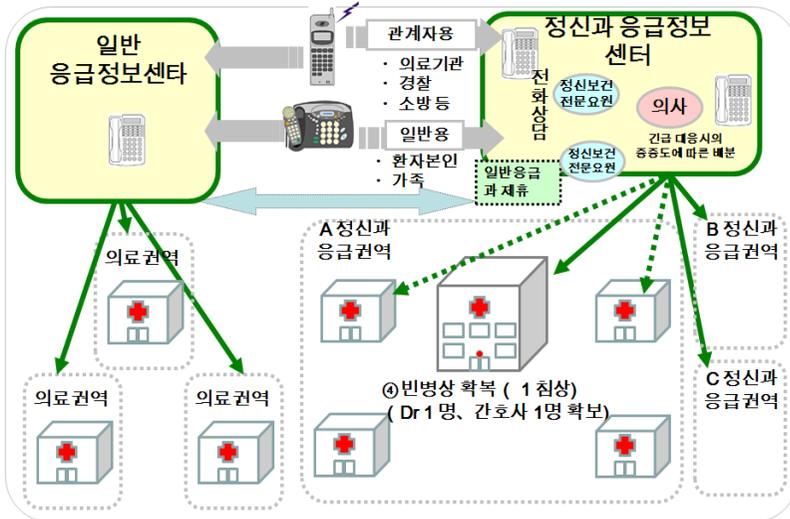
	지정의 진찰	고지문	동의서	제한 시 진찰기록부의 기재의무	행동제한개시이후의 진찰기록기재
격리 (12시간 초과)	○	○	×	지정의 ①격리 ②이유 ③개시, 종료 시간	매일 1회의 진찰기록 기재, 지정의가 기재
격리 (12시간 이내)	제한 없음	○	×	지정의로 한정하지 않음 ①격리 ②이유 ③개시, 종료 시간	진찰의무가 없음
입실 (본인의 희망으로)	제한 없음	×	○	특별한 규정은 없으나, 증상과 이유를 기재하는 것이 권장	특별한 규정 없음
신체적 구속	○	○	×	지정의 ①신체적 구속 (부위기재) ②이유 ③개시, 종료 시간	수시로 자주 진찰. 지정의가 기재
통신, 면회의 제한	제한 없음	구두 설명	×	지정의로 한정하지 않음 ①제한의 내용 ②이유	특별규정 없음

(3) 정신과 응급의료 체제

2004년에 제시된 정신보건의료복지의 개혁 비전에서는 정신질환자의 신속한 치료 및 자살 및 자해, 타해로 인한 문제들을 최소화하기 위해 초기 단계부터 신속한 정신과 의료 서비스가 제공되어 질 수 있도록 정신과 응급 의료 체계 등을 더 강화하고 정비하고 있다. 특히, 새로운 장기 입원 환자의 발생을 예방하고, 장기 입원 환자수를 줄이기 위해서는 초반에 신속하고 적절한 정신의료서비스가 제공되어야 한다는 인식 하에 내외과 질환을 대상으로 한 일반 응급 서비스 센터와 독립적으로 정신과 응급 서비스 센터를 운영하고 있다. 2008년에는 ‘정신과 구급의료 체제 정비 사업 실시요강’을 정하여, 정신장애인의 지역생활을 지탱하는 의료 제공 체제를 충실화하고자 하고 있으며, 지역의 실정에 어울리는 정신과 응급 의료시설을 강화하고, 긴급한 의료 서비스를 필요로 하는 정신장애인들을 위한 응급 의료체계를 확보하고자 하였다. 그러나 정신과의 응급 의료 시스템을 구축하고자 하고 있으나 지역 격차가 심하고 응급 시스템의 운용 책임의식이 희박하다는 문제점이 많이 있는 상태이다.



<그림 6> 정신과 응급정보센터와 일반 응급정보센터와의 연계 및 정신질환자의 응급의료 서비스 체계

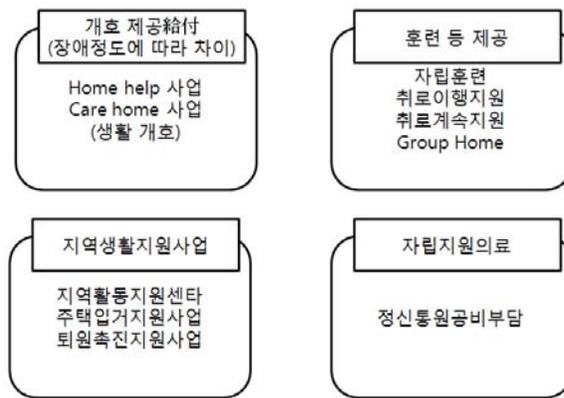


<그림 7> 정신과 응급정보센터의 개요

(4) 정신장애인의 탈원화와 사회복귀를 위한 자립지원

현재의 일본 정신보건복지 시책은 2004년의 정신보건의료복지의 개혁 비전 방안에 따라 진행되고 있으며, 입원의료중심에서 지역생활중심으로, 탈원화 시책과 지역사회정신보건의 강화를 해나가고 있다. 이를 위해 정신장애인 및 정신질환에 대한 국민의 이해도를 높이려는 정책을 펼쳐나가고 있으며, 정신의료 시스템의 개혁과 정신장애인이 지역생활을 지원하는 정책을 펼치고 있다.

정신장애자에 대한 서비스(자립지원법)



<그림 8> 정신장애자 서비스

3. 미국의 정신장애인 인권정책의 경험

1) 미국 정신장애인 인권 정책의 경과와 성과

- (1) 정신보건법(Mental Health Act 1946) 제정
- (2) 지적장애인시설과 지역사회정신보건설립법(Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act 1963) 제정
- (3) 대통령위원회(President's Commission on Mental Health)와 정신보건체계법(Mental Health Systems Act 1980)
- (4) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981 통과

- (5) 요양시설개혁법 제정
- (6) 장애인법(Americans with Disabilities Act 1990) 제정
- (7) 정신보건 대통령위원회(President's New Freedom Commission on Mental Health, 2001) 설립과 부시보고서(Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, 2003) 발간

가) 보고서의 배경

부시대통령은 취임직후인 2001년 2월 New Freedom Initiative를 선언하고, 장애인들이 사회 모든 분야에 적극적으로 참여할 것을 장려하는 종합적인 프로그램에 관한 제안서를 의회에 제출하였다. 2002년 4월 정신보건에 관한 대통령위원회(President's New Freedom Commission on Mental Health)가 설립되었다. 위원회는 미국의 정신보건서비스전달체계의 문제를 연구하고 정신보건체계개선과 관련한 실질적인 정책을 제안하기 위한 것이다. 위원회 설치는 대통령령에 따르며 구성은 22명의 위원 중 15명은 대통령이 선임하고 4명은 보건복지부장관에 의해 나머지 3명은 노동부, 교육부, 보훈부 장관에 의해 각각 임명된다. 2003년 7월 부시보고서로 알려진 위원회의 최종보고서 “Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America²⁸⁾”가 발간되었다.

나) 보고서의 주요내용

- 위원회는 현재의 정신보건서비스체계는 가장 중요한 단하나의 목적인 회복의 희망을 주지 못하였으며, 보호의 질을 개선하기 위해서는 이 목적을 달성하기 위해 정신보건서비스전달방식을 근본적으로 바꾸는 개혁이 필요하다고 하였다. 보고서는 “정신질환(mental illness)을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료와 함께 지역 사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래”를 지향하는 국가적 비전을 제시하고 있다.
- 보고서의 내용은 소비자중심의 회복지향적인 정신보건체계의 변화를 위한 6개의 목표와 목표를 달성하기 위한 방향, 위원회의 권고사항 등으로 구성되어있다.

28) 미국. 2003. Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America

- 목적: 변화된 정신보건체계의 목적은 회복(recovery)이다.
 - 원칙: 1. 서비스와 치료는 소비자와 가족중심으로 이루어지는 것이다.
2. 보호는 단지 증상을 관리하는 것이 아니라, 삶의 어려움에 성공적으로 대처할 수 있는 능력을 키우고 회복을 촉진하며 스스로의 회복력을 되찾도록 하는데 중점을 두는 것이다.
 - 목표: 1. 국민들은 정신보건의 전체 건강에 있어서 필수요소라는 것을 이해한다.
2. 정신보건은 소비자와 가족중심이다.
3. 정신보건서비스간의 불균형이 사라진다.
4. 정신보건의 조기검진과 사정, 의뢰서비스가 보편화된다.
5. 양질의 정신건강보호가 이루어지며 관련연구가 활성화된다.
6. 정신건강보호 및 정보의 접근에 선진기술을 활용한다.
- 보고서에서는 연방 및 주 정부의 자원을 최대한 활용하면서 정신장애인의 치료 및 서비스의 협력관계를 개선하고 지역사회 통합적 노력을 촉진하는 미국의 정신보건 서비스 시스템을 강조한다. 특히, 지역적 책임성을 강조하면서 목표달성을 위해 공공과 민간, 정부의 다양한 수준과 분야의 주체들을 포함한 모든 이들의 협력적 노력을 촉구하고 있다. 또한, 포괄적인 주 단위 정신보건 계획의 수립 및 이용으로 연방정부와 주 정부, 지방정부사이의 새로운 협력관계를 촉진시키면서 정신장애인들을 위한 재원을 보다 잘 활용하도록 권고하고 있다. 2004년 보건복지국(US Department of Health and Human Services) 산하에 정신보건서비스센터(US Center for Mental Health Services)를 설치하여 보고서의 6대 목표의 달성을 위한 업무를 시작하였다. 매년 보건복지국의 SAMJSA(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)와 CMHS(Center for Mental Health Services)에서는 보고서의 연차별 실행계획을 세우고 이에 따른 지역사회 정신보건 보조금 안내지침(Community Mental Health Services Block Grant Application Guidance and Instruction)을 발간하고 있다.

<표 19> 미국 정신보건의 주요 사건, 1946-

1946	. 1946년 7월 3일 National Mental Health Act(P.L. 79-487) 제정
1949	. 1949년 4월 15일 National Institute of Mental Health 설립
1955	. Mental Health Study Act of 1955 (Public Law 84-182) 제정
1961	. 정신질환 및 정신보건에 관한 합동위원회(Joint Commission on Mental Illness and Mental Health)결과보고서인 Action for Mental Health발간
1963	. Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act(P.L. 88-164) 제정
1970	. Community Mental Health Centers Amendments(P.L. 92-211) 통과
1974	. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA) 발족
1978	. Community Mental Health Centers Extension Act(P.L. 95-622) 통과
1977	. 1977년 2월 17일 President's Commission on Mental Health(Executive Order No. 11973) 구성
1978	. 4권의 President's Commission on Mental Health의 Report 제출
1980	. President's Commission on Mental Health의 제안에 따라 Mental Health Systems Act 제정 . The Epidemiologic Catchment Area (ECA) study 시작
1981	. Omnibus Budget Reconciliation Act(P.L. 97-35) 승인 . ADAMHA의 치료 및 재활프로그램이 포괄보조금(a single block grant)방식으로 변경
1986	. 요양시설개혁법 제정
1990	. ADA(Americans with Disabilities Act) 제정
1992	. ADAMHA Reorganization Act (P.L. 102-321) 승인으로 ADAMHA가 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)로 변경
1999	. 1999년 6월 7일 The first White House Conference on Mental Health 개최 . 1999년 7월 Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide 발간 . 1999년 12월 최초의 Surgeon General's Report on Mental Health 발간 . 대법원이 Olmstead 소송사건에서 장애인의 불필요한 시설격리를 장애인법상의 차별로 판결
2001	. 정신보건 대통령위원회(President's New Freedom Commission on Mental Health)가 설립
2003	. 2003년 7월 Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America 발간
2004	. 정신보건서비스센터(Center for Mental Health Services)를 보건복지국산하에 설치
2004 -	. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America 년차별 실행계획과 보조금 안내지침서 발간
o 자료원: US Department of Health and Human Services(www.mentalhealth.samhsa.gov) National Institute of Mental Health(www.nimh.nih.gov)	

2) 미국의 정신보건 체계의 개요

(1) 미연방정부의 정신보건사업

- 1946년 정신보건법을 계기로 본격적으로 구성되었으며, 현재는 Center for Mental Health Services(CMHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA), National Institute of Mental Health(NIMH), National Institutes of Health(NIH)에 의해 전달되고 있다. 미국의 보건복지관련 서비스는 우리나라의 보건복지가족부에 해당하는 연방정부 내 보건복지부(DHHS: Department of Health and Human Services)에서 담당하고 있다. 그러나, 연방정부가 직접 관리하고 있는 Medicare를 제외한 대부분의 주요복지 프로그램(TANF, Medicaid, SCHIP, Food Stamp등)은 연방정부의 DHHS가 주정부 등을 통해 전달하면서 주정부의 재정보조(Grants)를 수반하는 방식으로 운영되고 있다.
- 재정보조는 법 규정에 따른 의무적 보조(Mandatory grant)와 임의적 보조(Discretionary Grants)로 구분되며, 자격과 기준 등이 법령으로 규정되어 있는 의무보조와는 달리 임의적 보조 사업의 경우에는 DHHS가 지원 자격과 기준 등을 정하여 제공하고 있다. 재정보조(Grants)를 원하는 지방정부 및 공공·민간단체(public and private non-profit organizations)는 공개적이고 경쟁적인 과정을 통해 기금을 신청하여 사업을 진행한다. DHHS는 연방정부의 전체 재정보조금의 약 60%에 해당하는 연간 약 2천5백억 불 규모에 달하는 재정보조사업(grant program)을 10천개가 넘는 수혜기관(grantees)에 수여하고 있다.
- 연방정부는 재정보조금(grants)의 효율적인 관리를 위해 Federal Financial Assistance Management Improvement Act(1999)에 기초하여 www.grants.gov를 운영하고 있다. DHHS는 GrantsNet(www.hhs.gov/grantsnet)을 별도로 운영하고 있으며, 임의적 보조금의 공정한 관리와 집행을 위해 grantees의 최소한의 자격과 기준, 서식, 선정과정 및 결과 등을 포함하는 보조금 정책안(Grants Policy Statement)을 공개하고 있다.

(2) 주정부의 정신보건사업

- 각 주별로 정신보건계획과 집행이 이루어지고 있으며, 주정부 정신보건담당부서에서 연방정부와 지방정부와의 협력체제로 운영하고 있다. 그러나, 1990년대 공적 의료서비스

스와 사회복지서비스에 대한 재정적 책임이 주정부로부터 지방정부(카운티)로 이관되면서, 보건의료 및 복지기관에 대한 직접적인 통제나 행정적 영향력에 있어서 카운티 정부의 비중이 높아지게 되었다. 각주의 카운티 정신건강국은 메디케이드(Medicaid) 수혜자와 의료적 빈곤층을 위한 정신보건서비스의 전달을 기본업무로 하고 있으나, 구체적인 서비스전달체계의 구성 및 서비스 운영은 지방정부 별로 차이가 있다.

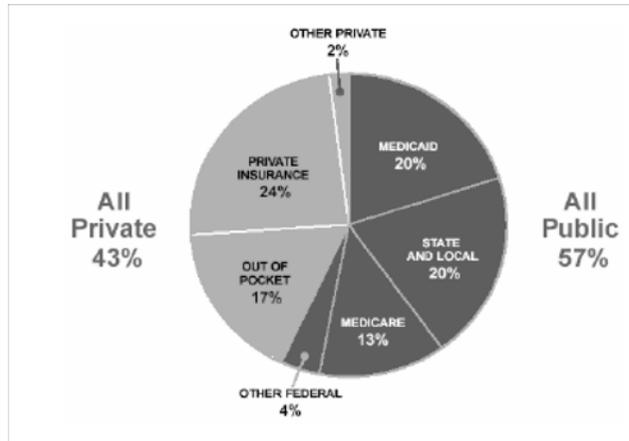
(3) 지방정부의 정신보건사업

- 최근 미국은 공적 정신보건관리의료체계로의 전환을 통해 정신보건서비스의 질 향상과 함께 비용을 통제하고자 하는 정책적 변화를 가져왔다. 공적 관리의료체계 하에서 지방자치정부는 서비스와 관련된 재정적 책임을 갖고 서비스비용의 통제와 효과성을 동시에 이루고자 다양한 재정관리전략을 활용하면서 서비스의 대상, 서비스의 종류와 수준, 접근성과 효율성 등을 결정하고 있다. 이러한 관리의료체계의 영향으로 정신보건분야는 입원치료와 같은 고비용의 서비스를 줄이며 사례관리프로그램과 외래서비스와 같은 지역사회기반의 프로그램과 예방적 개입을 강화하는 방향으로 개편되고 있다. 서비스 운영상의 전략으로는 서비스의 질을 정기적으로 모니터링하기 위한 이용적정성 관리와 서비스대상의 적절성에 따라 서비스의 접근성을 통제하도록 초기사정기능을 강화하는 전략을 사용한다.

(4) 정부의 인권담당조직:

- 법무부 인권국
- 고용평등기회위원회(Equal Employment Opportunity Commission, EEOC)
- 민권위원회(Commission on Civil Rights)
- 보건국 민권과(본부와 10개의 지방사무소)
- 주택도시개발부(Department of Housing and Urban Development) 우량주거 및 동등기회과(Office of Fair Housing and Equal Opportunity)(본부와 10개의 지방사무소)
- 지방기구: 공정고용 집행기구(Fair Employment Practices Agencies)와 주별인권담당조직

(5) 재정



<그림 9> 공공 및 민간 정신보건지출 비율

- 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services, HHS)는 약물남용 및 정신보건서비스관리국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)을 통해 59개 주에 지역사회정신보건서비스를 위한 주정부 기금을 제공한다. 각 주에 배분되는 정신보건예산과 별도로 연방예산에서 지출되는 Medicaid는 미국의 정신보건서비스 재정이 가장 많이 의존하는 부분이다. 1997년 Balanced Budget Act에 따라 주정부에서는 연방 빈곤선 250% 한도에서 빈곤장애인에게 Medicaid 혜택을 줄 수 있도록 하고 있다. 취업을 하는 경우에는 Medicaid 자격이 상실되어 약물치료 및 기타 치료비에 대한 비용을 직접 부담해야 하기 때문에 취업에 대한 강한 욕구에도 불구하고 의료서비스 이용을 위해 연방보조금에 계속 의존하고자 하는 경향을 보인다. “Medicaid Buy-in” 법에서는 취업을 통해 SSI/SSDI 수혜자격이 없어진 장애인의 경우 Medicaid 혜택을 확대하는 것을 연방정부 차원에서 규정하고 있다.

(6) 인력

- 2002년을 기준으로 미국의 정신보건기관은 약 4300개에 이르며 정신보건서비스에 종사하는 인력은 약 68만 명에 달한다. 정신보건센터의 수가 급속하게 증가하던 시기인 1960년에서 1976년 사이에 미국의 정신과의사는 인구 10만 명당 7.7명에서 12.4명으로

증가하였다. 임상심리사는 10.3명에서 19.5명으로, 사회복지사는 15.1명에서 32.2명으로, 간호사는 282명에서 449명으로 각각 증가하였으며 기타 비의료전문가들의 수도 증가하였다. 그러나 1970년에서 1977년 사이에 정신보건센터의 상근정신과의사 수는 6.8명에서 4.3명으로 감소하였다. 그 이유는 정신보건 센터가 어려운 환자의 치료보다는 비임상적 주제에 대한 관심을 보이게 되고 센터의 근무여건이 상대적으로 열악하여 좋은 훈련을 받은 정신과의사들이 센터를 기피하였기 때문이다.

<표 20> 정신보건인력 및 병상 수

Total psychiatric beds per 10,000population	7.7
Psychiatric beds in mental hospitals per 10,000population	3.1
Psychiatric beds in general hospitals per 10,000population	1.3
Psychiatric beds in other settings per 10,000population	3.3
Number of psychiatrists per 10,000population	13.7
Number of neurosurgeons per 10,000population	1.6
Number of psychiatric nurses per 10,000population	6.5
Number of neurologists per 10,000population	4.5
Number of psychologists per 10,000population	31.1
Number of social workers per 10,000population	35.3

(2002년도 USHHS자료)

4. 영국의 정신장애인 인권정책의 경험

1) 정신장애인 인권개선의 과정(역사)과 변화 동력

(1) 20세기 이전의 정신보건관련법

- 정신병원 관련 법 규정(the Act Regulating Medhouse of 1774)
- Lunacy Act of 1890에 의해 처음으로 소개되어 가능하게 되었다.²⁹⁾

29) 배정규, 이용표, 강상경, 신성만, 이종구, 박호순, “지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사”-2006년도 국가인권위원회 인권상황실태조사 연구용역보고서, 대구대학교 응용심리 연구소, 2006.12

- (2) 지역사회보호(Community Care)의 대두
- (3) 정신보건법(Mental Health Act 1959)의 제정
- (4) 시범보고서와 그에 따른 일련의 변화
- (5) 신보수주의의 등장 및 그에 따른 변화
- (6) 그리피스보고서(Community Care: an agenda for action) 및 와그너 보고서(A Positive Choice)
- (7) 제3의 길과 그에 따른 변화
 - 가) 신노동당의 집권과 복지 이념의 전환
 - 나) 정신보건서비스의 현대화(Modernizing Mental Health Services)
 - 다) 국가정신보건서비스체계(National Services Framework for Mental health)발표
 - 라) 정신보건법 개정(The Mental Health Act 2008)
 - 마) 보호프로그램 접근(Care Programme Approach)의 도입
 - 바) 정신장애인에 대한 고용촉진 프로그램 추진

<표 21> 정신보건 정책 개혁을 위한 세부목표들

안전한 서비스	충분한 서비스	지지적인 서비스
효과적인 위기관리 조기 개입 충분한 병상 수 확보 아웃리치서비스의 개발 통합적인 정신보건법의학의 구축과 안전한 병원시설의 확보 현대적인 법체계 구축	24시간 서비스 접근 확보 욕구 사정 체계의 개발 효과적인 1차 보호 수립 효과적인 치료 효과적인 보호과정 구축	환자, 서비스 이용자, 보호제공자의 참여 확대 고용, 교육, 주택서비스의 확대 동반자적인 협력체계 구축 보다 나은 정보 제공 보다 나은 정신보건서비스 증진과 정신질환에 대한 낙인감 해소

출처: Department of Health, Modernizing Mental Health Service, 1998

<표 22> 국가서비스체계(National Services Framework)

영역	표준	구체적 목표들
정신건강증진	표준1	보건복지서비스는 1. 개개인들과 지역사회들과의 협력을 통하여 모든 사람들의 정신건강을 증진하여야 한다. 2. 정신질환을 가진 사람들에 대한 차별을 없애는 데 노력하여야 하며 그들의 사회적 통합을 증진시켜야 한다.
일차적 보호와 서비스 접근성 확보	표준2	일반적인 정신질환으로 일차의료기관과 접촉을 하는 서비스 이용자들은 1. 그들의 정신보건 욕구들은 파악되어야 하고 그에 따른 욕구사정이 이루어져야 한다. 2. 그들은 효과적인 치료를 위하여는 추가사정, 치료, 필요하다면 보호를 위해서 전문적인 서비스를 제공받기 위하여 전문병원으로 의뢰되어야 한다.
	표준3	일반적인 정신질환을 가진 사람들은 그들의 욕구들을 충족시키고 적절한 보호를 받을 필요가 있을 경우 지역정신보건기관으로부터 항상 서비스를 제공받을 수 있어야 한다.
중증정신장애인을 위한 효과적인 서비스 제공	표준4	보호프로그램접근(CARE PROGRAMME APPROACH-CPA) 서비스를 제공받고 있는 모든 정신보건서비스 이용자들은 1. 위기가 예상되거나 위기를 예방하기 위해서 그리고 위험요인을 줄이기 위해서 위기개입이 최적화된 보호프로그램을 제공받아야 한다. 2. 명문화된 보호계획서를 가지고 있어야 한다. 이 보호계획서에는 서비스 이용자가 위기에 처해 있을 때 보호제공자와 보호조정자의 대처 행동들을 포함하고 있으며, 추가적인 도움이 필요한 서비스 이용자들에게 어떻게 대응해야 하는가에 대한 조언을 아울러 포함하고 있다. 이 보호계획서는 케어조정자에 의해서 주기적으로 검토되어야 한다. 3. 1년 365일 하루 24시간 연중무휴의 서비스에 접근할 수 있도록 해야 한다.

- 신노동당 정권 수립 후 영국정부의 개혁의 핵심적인 내용을 요약하면 다음과 같다³⁰⁾.
 - 국가정신보건서비스체계를 확립하여 정신보건서비스의 질 향상과 서비스의 지속성 확보, 그리고 효율성 증대의 핵심 목표를 설정했다.
 - 사례관리 모형의 개발을 통하여 보건의료와 사회복지 간의 연계를 강화하여 보건의

30) 신창식, 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구: 신노동당 집권 이후(1997~)를 중심으로, 사회복지정책, 23:109~132, 2005.12

료를 담당하는 NHS와 사회복지를 담당하는 사회복지서비스국 간의 긴밀한 협력체계를 마련하였다.

- 오래된 정신보건법을 개정하여 퇴원하여 지역 사회 내에서 생활하는 정신장애인의 치료와 재활을 위하여 정신장애인 자신의 안전은 물론 일반대중들의 안전도 함께 고려했다는 점에서 보다 균형 잡힌 정책의 개발을 위해 노력하였다.
- 날로 증가하는 노인인구 집단의 정신건강문제에 초점을 맞추어 별도의 정책을 수립하여 국가정신보건서비스체계를 마련하였다.
- 토니 블레어가 주창한 제 3의 길, 즉 근로연계형 복지의 연장선상에서 나온 정책으로 정신장애인을 위한 고용촉진프로그램을 꼽을 수 있다.

○ 신노동당의 집권 이후 정신보건정책의 개혁 조치들은 정신장애인에게 지속적이고 포괄적인 정신보건 서비스를 제공하기 위한 국가정신보건 전달체계를 현대화했다는 점에서 긍정적 평가를 받고 있다.³¹⁾ 이러한 현대적인 정신보건전달체계구축을 위한 영국 정부의 투자는 정신보건관련 시설간의 역할을 명확히 하고 시설간의 연계 체계를 구축하여 정신보건자원의 효율성을 제고하였다는 점에 그 의의가 있다. 그리고 영국정부의 개혁조치의 일환으로 수립되었던 국가정신보건서비스체계는 정신보건 서비스의 질을 향상시키며 정신건강문제를 가지고 있는 사람들에게 대한 치료뿐만 아니라 그를 둘러싸고 있는 지역사회를 보다 지지적인 환경으로 변화시킴으로써 정신보건전달체계 구축에 필요한 인프라의 활성화를 꾀했다는 점에서 긍정적인 평가를 받고 있다.³²⁾

○ 그러나 이러한 긍정적인 평가 이면에는 서비스 공급의 충분성, 정신장애인들의 법적 권리의 현실성, 정신질환 약물의 과도한 사용, 정신질환에 대한 일반인들의 부정적인 인식과 스티그마의 형성 등은 지역사회 정신보건정책을 유지하는데 지속적인 고민이 되고 있다.³³⁾ 이러한 문제점의 개선에 대한 모색은 II. 정신장애인 인권향상을 위한 법

31) Golightley, M. Social work and Mental Health Learning Matters, UK, 2004

32) The Sainsbury Centre for Mental Health, Policy Paper 3: The Economic and Social Costs of Mental Illness. London, 2003

33) Golightley, M. Social work and Mental Health Learning Matters, UK, 2004

령 및 정부정책, 서비스체계 중 E. 정신장애인 서비스 질 향상위한 정책, F. 탈원화와 지역사회 재활을 돕는 정책 및 G. 정신장애인에 대한 편견해소 방안에 후술하였다.

- 결론적으로 신노동당정부의 정신보건정책 개혁 노력은 정신장애인에 대한 효과적이고 효율적인 보호와 치료를 위한 제반 여건을 조성하고, 다른 한편으로는 정신장애인에 대한 효과적이고 효율적인 관리를 통해서 일반대중의 안전을 확보한다는 점에서 신노동당 이전의 정권들보다 상대적으로 균형 잡힌 정책적 조치를 취했다고 볼 수 있다.³⁴⁾

2) 영국 정신보건체계의 개요

(1) 케어프로그램접근(The Care Programme Approach (CPA))

케어프로그램접근은 1991년에 정부의 정신보건정책의 시금석으로 소개된 것으로 정신장애인들의 케어에 체계를 제공했다. 지방사회서비스부와 협조하여 정신보건서비스 부서들은 개인에 맞춘 케어프로그램을 시작할 것을 요구받았다. 이 프로그램들은 모든 퇴원 예정인 정신병원 입원환자들과 전문적 정신과 서비스에 수용될 새로운 환자들을 위한 것이다. CPA에 있어 필수요소는 건강과 사회적케어욕구에 대한 체계적 사정, 연계된 전문 스태프와 환자 간에 합의된 케어 계획, 핵심 전문 종사자의 할당과 정기적인 환자의 진행 상황에 대한 검토이다. 핵심종사자는 케어의 코디네이션과 환자와의 접촉 유지, 케어계획의 전달과 요구될 경우 계획의 검토 등에 책임이 있다.

(2) 정신보건 편의시설(Mental Health Facilities)

정신보건은 일차적 보건케어 시스템의 일부이다. 실제 중증 정신장애인의 치료는 일차 진료 수준에서 가능하다. 정부는 명확한 국가기준을 국가정신보건체계(National Service Framework for Mental Health, 1999)에 규정해놓았으며, 이 기준에 따라 필요한 경우 전문적인 케어의 지원과 함께 보다 효율적인 일차적인 케어가 용이하게 되었다.

34) 신창식, 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구: 신노동당 집권 이후(1997~)를 중심으로, 사회복지정책, 23:109~132, 2005.12

(3) 정신병상수 감소

정신병원은 대부분 사라졌다. (110곳의 병원이 문을 닫았다.) 따라서 급성정신질환자를 위한 병상은 대부분 종합병원에 있다. 입원병상의 수는 50년간 75% 감소했다. 규모가 축소되고 있고, 중등도폐쇄병동 네트워크가 있지만(1000지역), 세 곳의 고도폐쇄병동(1500병상)이 존재한다. 정신보건서비스가 직면한 주된 문제는 전문가의 고용이다.

(4) 비정부조직

정신보건 관련 NGO들이 존재한다. 주로 옹호, 증진, 치료와 재활에 관계된다. 사용자와 수발자 운동이 인상적으로 성장했다. 사용자와 수발자 중개기관과 자원 활동 조직 및 전문가 그룹간의 파트너십은 종종 연대하여 정책결정에 영향을 준다.

(5) 특수한 집단에 대한 프로그램

정신보건분야의 소수자와 노인을 위한 특별프로그램이 있다. 분리된 서비스들이 아동과 청소년, 노인과 법정에서 가능하다. 정신장애가 있는 노숙자에 대한 프로그램도 대도시에서는 가능하다. 확실한 구제활동과, 직원이 대기하는 호스텔 및 일상적인 대기시설을 제공한다. 전통적으로 약물남용과 정신장애서비스 간에는 강한 경계가 존재한다. 일부 지역에서는 최근 전문가로 구성된 동시 진단팀을 구성하여 치명률에 대응하고 있다.

(6) 정신보건심판위원회

영국 정신보건법에서 정신보건을 수행하는 기구로는 우선 정신보건심판위원회(Mental health Review Tribunal)가 있다. 정신보건심판위원회는 정신보건법에 의해 설치되었지만, 그 구성원은 대법관에 의해 지명되는 독립적인 조직체이다. 정신보건심판위원회는 환자들에게 그들의 구금을 검토할 수 있는 기회를 제공하고, 강제적인 입원과 보호에 대해서 불만을 가질 때 소송을 할 수 있는 권리를 부여하고 있다. 영국에는 14개의 전국보건서비스 지역(National Health Service Regions)에 14개의 정신보건심판위원회가 있다. 대법관은 정신보건심판위원회에 법조인, 의료인과 일반시민을 지명한다.

(7) 정신보건법위원회

정신보건법위원회(The Mental Health Act Commission)는 법에 관한 작업을 모니터하는 여러 보건관련 전문가들(Multi-disciplinary health authority)의 모임이다. 국무성장관으로부터 위임된 기구로서, 임무를 수행하는 데에 중앙정부의 지원을 받는다. 병원이나 요양원에 구금된 환자들을 개별적으로 방문하여 인터뷰하도록 되어 있다. 위원회는 의장과 12명의 법조인, 12명의 간호사, 12명의 심리학자, 12명의 사회사업가, 12명의 시민, 22명의 정신과 의사로 구성된다. 정신과 의사의 경우 이차적 의견진술과 임상검사를 수행해야 하는 별도의 의무가 있다.

(8) 건강관리위원회

독립적인 감시기관으로 보건복지부의 지원을 받는 건강관리 위원회(The Healthcare Commission)는 건강증진위원회(Commission for Healthcare)의 역할과 국가보호기준위원회(National Care Standards Commission) 및 감사위원회(Audit Commission)의 일부 기능을 2004년 4월부터 승계하였으며, 사회보호 및 보건법(Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003)에 근거하여 설립되었다. 위원회의 목적은 NHS 및 독립적 건강관리 조직에 의해 제공된 서비스의 지속적인 개선 증진, NHS에 대한 미해결 불만사항 검토 및 조사, 민영 및 자원헬스케어 공급자에 대한 불만사항 검토 및 조사 등이다. 그러나 두 기관은 새로 개정된 사회보건법(The Health and Social Act 2008)에 근거하여 사회보호조사 위원회(The Commission for Social Care Inspection)와 함께 2009년 4월부터 보호질관리위원회(Care Quality Commission)으로 통합된다. ³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾

(9) 정신보건재정(Mental Health Financing)

정신보건을 위한 예산할당이 있다. 총 보건예산 중 10%를 정신보건에 사용한다. 정신보건재정의 주요 자원은 세금, 사보험, 사회보험과 가족의 지출의 순이다. 85%의 비용이

35) 광명순, “정신장애인 복지정책의 문제점 인식과 정책대안 유형에 관한 연구”, 대전대학교 대학원, 박사학위 논문, 2003.8

36) Commission for Healthcare Audit and Inspection, “About the Healthcare Commission”, 2nd edition, 2005.11

37) Department of Health, press release, 16 November 2007

NHS에 의해 발생하고, 나머지는 지방정부에 의해 발생한다. NHS 서비스는 전달 시점에는 무료로 공급된다. 몇몇 지방의 서비스는 요금이 부과될 수 있으나, 중증정신질환자에게는 무료로 공급된다. 사회보호는 지방정부의 사회서비스부서에 의하여 일부 공급된다. 대다수의 거주보호는 독립적으로(자발적 및 사적 영역) 공급된다. 고용서비스는 에이전시의 범위에서 공급된다. 정신장애인에겐 장애보조수당이 지급된다.

(10) 정신보건 관련 지표

<표 23> 병상 수 및 병원 내 수용 현황

구분	현황	기준년도
병상 수	27,914	2006-2007
점유병상 수	24,232	2006-2007
병상 점유율	86.8(%)	2006-2007 ³⁸⁾
폐쇄 병상 수	2,993	2006-2007
점유 폐쇄 병상 수	2,722	2006-2007 ³⁹⁾
병원 내 수용	45,700	2003-2004
정규 입원	26,200	2003-2004
비정규 입원에 따른 수용	18,200	2003-2004

출처 : Average daily number of available and occupied beds by sector, England

<표 24> 정신과 병동과 전문가(Psychiatric Beds and Professionals)

구분	현황
총 정신과 병상 수/ 만 명	5.8
정신과 의사 수/ 십만 명	11
신경외과 의사 수/ 십만 명	1
정신과 간호사 수/ 십만 명	104
신경과 의사 수/ 십만 명	1
심리학자 수/ 십만 명	9
사회복지사 수/ 십만 명	58

출처 : Mental health Atlas 2005

38) Department of Health, Average daily number of available and occupied beds by sector, England, 2006-07, 28 september 2007

39) Department of Health, Average daily number of available and occupied beds by ward classification, England, 2006-07, 28 september 2007

5. 호주의 정신장애인 인권정책의 경험

1) 정신장애인 인권개선의 과정(역사)과 변화 동력

- (1) 인권·평등 위원회(the Human Rights and Equal Opportunity Commission, HREOC) 설립 이전의 호주 정신장애인 인권 정책⁴⁰⁾
- (2) 정신보건법(the Mental Health Act 1986) 제정⁴¹⁾
- (3) 인권·평등 위원회의 설립(1986)⁴²⁾
- (4) 장애인 차별금지법(Disability Discrimination Act 1992) 제정⁴³⁾
- (5) 버드킨(Burdekin) 보고서(1993)

가) 보고서 발표의 배경

- 호주의 인권·평등 위원회는 1989년 집이 없는 아이들과 젊은 성인을 대상으로 한 국가 조사의 보고서인 ‘우리의 집 없는 아이들(Our Homeless Children)’을 발표한다.⁴⁴⁾
- 이를 통해서 많은 수의 아이들이 정신 질환을 진단, 치료받지 못하고 있는 호주 정신보건정책의 심각한 실패와, 다음과 같은 정신장애에 대한 무지와 차별, 편견이 상존함을 파악하고 국가적 차원의 조사를 시행하기로 결정하였다.⁴⁵⁾
 - 널리 퍼져있는 지역사회의 정신 질환의 본질과 유병률에 대한 무지 (Widespread ignorance about the nature and prevalence of mental illness in the community)
 - 널리 퍼져있는 정신장애인에 대한 차별 (Widespread discrimination against people affected by mental illness)

40) Peter Morrall and Mike Hazelton. 2004. Mental Health Global Policies and Human Rights. Whurr Publishers.

41) Mental Health Acts 1986.

42) Human Rights and Equal Opportunity Commission. 2008. The Australian Human Rights Commission. Available from: http://humanrights.gov.au/about/publications/brochure/info_sheet2007.html.

43) Disability Discrimination Act 1992.

44) Trish Bramble. 2005. The Health of ‘Our Homeless Children’ - 15 years on 10th National Conference of the Association for the Welfare of Child Health. AFHO.

45) Human Rights and Equal Opportunity Commission. 1993. Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness.

- 널리 퍼져있는 정신장애인이 위험하다는 오해 (Widespread misconceptions about the number of people with a mental illness who are dangerous)
- 널리 퍼져있는 정신장애인이 거의 회복되지 않는다는 믿음 (A widespread belief that few people affected by mental illness ever recover)

나) 정신장애인 인권에 대한 국가 조사(National Inquiry, 1990-1991)⁴⁶⁾

- 브라이언 버드킨(Brian Burdekin) 위원은 1990년 6월 정신장애인 인권에 대한 조사를 공표했고 비밀 유지 원칙하에 15개월간 17 곳에서 총 456인을 대상으로 한 공청회와 300명 이상이 참여한 공개 토론, 60명 이상 참여한 개인적 청취, 약식 상담, 시설 방문을 통해 조사를 시행하였다.
- 정신장애인 인권에 대한 국가 조사의 주요 조사결과⁴⁷⁾
 - 널리 퍼진 차별과 서비스 제공의 거부(Widespread discrimination and denial of services)
 - 지역사회 인식 변화를 위한 교육의 필요(Education needed to change community attitudes)
 - 탈원화로 인해 절약한 비용이 지역사회 서비스로 이동해 가지 않음(Money saved by deinstitutionalisation was not going into adequate community services)
 - 개혁에 의해 역할이 변화된 서비스 제공자에 대한 교육의 필요(Education needed for service providers to perform changed roles)
 - 예방을 위한 추가적 자원의 필요(Additional resources needed for prevention)
 - NGO가 적절한 지원 없이 많은 짐을 지고 있음(NGOs carrying burden without adequate funding)
 - 적절한 공공시설의 부족(Lack of suitable supported accommodation)
 - 고용에서의 차별(Discrimination in employment)
 - 지원받지 못하고 있는 가족들(Families inadequately supported)

46) Human Rights and Equal Opportunity Commission. 1993. Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness.

47) Human Rights and Equal Opportunity Commission. 2008. National Mental Health Strategy - Future Challenges Meeting Broader Community Need. Available from: http://www.hreoc.gov.au/about/media/speeches/speeches_president/2003/mental_health.html.

- 사법 과정에서의 인권 침해(Human rights breaches in the criminal justice system)
- 책임과 서비스 기준 향상의 필요(Need for improved accountability and service standards)
- 법 개혁의 필요(Need for law reform)

<표 25> 버드킨 보고서의 다섯 부문

부문	내용
I	현존하는 사회적, 법적, 의학적, 공적 정신장애인 의료 체제에 대한 조사 (examines the existing social, legal, medical and institutional frameworks within which care of people with a psychiatric disability takes place)
II	공적 차원과 지역사회 양쪽에서 정신 의료와 치료의 흔적 (evidence concerning psychiatric care and treatment)
III	취약하거나 특히 불리한 집단에 대한 조사 (position of several vulnerable or particularly disadvantaged groups)
IV	예방과 조기 중재 서비스의 중요성과 실질적 연구 프로그램 필요성의 확인 (addresses the importance of prevention and early intervention services and the need for a substantially enhanced research program)
V	조사의 결과와 변화를 위한 권고 (Inquiry's findings and recommendations for change.)
○ 자료원: Human Rights and Equal Opportunity Commission. 1993. Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness.	

(6) 국가정신보건전략 (National Mental health Strategy, 1993-2006)⁴⁸⁾

가) <국가정신보건전략>의 목적

- 호주 지역사회와 가능한 모든 곳에서 정신 건강(mental health)의 증진, 정신보건 문제(mental health problems)와 정신 질환(mental disorder) 발생의 예방.
- 개인과 가족, 지역사회의 정신 질환(mental disorder)에 의한 영향을 줄임.
- 정신장애인(people with mental illness)의 권리의 확인

48) Australian Institute of Health and Welfare(AIHW). 2008. Mental Health Services in Australia 2005-06. Mental health series no. 10.

나) <국가정신보건계획>에 의해 개혁과 결합된 4대 주요 주제

- 정신보건의 증진과 정신보건 문제의 예방
- 서비스 반응도의 향상
- 질 강화
- 연구 육성, 혁신과 지속

다) <국가정신보건전략>의 주요 성과⁴⁹⁾

- 정부 정신보건 재정의 증가
- 지역사회에 기반 의료로의 진전
- 정신과 병상의 변화
- 주와 특별구의 서비스 개혁에 대한 투자
- 소비자, 보호자의 참여
- 정신보건의 질과 결과

<표 26> <국가정신보건전략> 개혁의 우선 영역

1차 <국가정신보건전략>		2차 <국가정신보건전략>
1	소비자 권리(Consumer rights)	1차 <국가정신보건전략>의 우선 영역
2	정신보건 서비스와 일반 보건 분야의 관계(The relationship between mental health services and the general health sector)	
3	다른 분야와 정신보건 서비스의 연계(Linking mental health services with other sectors)	
4	서비스 혼합(Service mix)	
5	증진과 예방(Promotion and prevention)	
6	일차 의료 서비스(Primary care services)	
7	보호자와 비정부 기구(Carers and non-government organizations)	
8	정신보건 인력(Mental health workforce)	

49) Department of Health and Ageing. 2007. National Mental Health Report 2007: Summary of Twelve Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. Commonwealth of Australia.

1차 <국가정신보건전략>	2차 <국가정신보건전략>
9 입법(Legislation)	
10 연구와 평가(Research and evaluation)	
11 기준(Standards)	
12 모니터링과 책무(Monitoring and accountability)	
	1 증진과 예방(Promotion and prevention)
	2 서비스 개혁의 파트너십 개발(The development of partnerships in service reform)
	3 서비스 제공의 질과 효과(The quality and effectiveness of service delivery)
○ 자료원: Australian Health Ministers. 2003. National Mental Health Plan 2003-2008. Australian Government.	

(7) <국가정신보건실행계획(National Action Plan on Mental Health, 2006-2011)>⁵⁰⁾

- 목표
 - 호주의 정신 질환의 유병률(prevalence)과 심각성(severity)의 감소
 - 정신 질환을 일으키고 장기적으로 회복을 방해하는 위험 요인(risk factor)의 감소
 - 조기 중재(early intervention)를 위해 정신 질환이 새로 발생하였거나 발견된 환자 중 제때에 올바른 보건의료나 연관된 지역사회 서비스를 제공받을 수 있는 환자의 비율 증가
 - 안정된 공공시설의 확충으로 정신장애인이 공동체, 직장, 교육, 훈련에 참여할 수 있는 역량 강화

50) Australian Institute of Health and Welfare(AIHW). 2008. Mental health services in Australia 2005 - 06. Mental health series no. 10.

<표 27> 호주 정신보건의 주요 사건, 1986-2006

1986	1986년 정신보건법(the Mental Health Act 1986) 제정 1986년 12월 인권·평등 위원회(the Human Rights and Equal Opportunity Commission, HREOC) 설립
1989	1989년 인권·평등 위원회 우리의 집 없는 아이들(Our Homeless Children)' 발표
1990	1990년 6월 정신장애인 인권에 대한 국가 조사(National Inquiry) 시작
1991	1991년 3월 호주 보건부 권리와 책임에 대한 정신보건 선언에 합의
1992	1992년 장애인 차별금지법(Disability Discrimination Act 1992) 제정 1992년 4월 호주 보건부 국가정신보건정책에 합의
1993	1993년 7월 5년간의 <국가정신보건전략>에 메디케어와 합의
1994	1994년 3월 1차 국가정신보건 보고서 발표
1997	1997년 12월 1차 국가정신보건계획의 평가 발표
1998	1998년 4월 호주 보건부 2차 국가정신보건계획에 합의 1998년 6월 5년간의 2차 국가정신보건계획에 호주보건의료(Australian Health Care)와 합의
2001	2001년 11월 2차 계획에 대한 검토의 국제적 발표
2003	2003년 4월 2차 국가정신보건계획에 대한 평가 발표 2003년 7월 국가정신보건계획 2003-2008 발표 2003년 8월 2003-2008 계획 호주보건의료(Australian Health Care) 승인
2006	2006 7월 호주정부위원회 <국가정신보건실행계획(National Action Plan on Mental Health)> 승인
○ 자료원: Department of Health and Ageing. 2007. National Mental Health Report 2007: Summary of Twelve Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2005.	

2) 호주 정신보건 체계의 개요

(1) 정신보건서비스 제공 체계⁵¹⁾

- 호주의 정신보건 서비스는 정신보건 시설과 지역사회 모두에 의해 제공된다. 정신병원은 전문적인 치료를 제공하고, 지역사회는 평가, 위기 대처, 사례 관리, 재활 서비스를 제공한다.
- 호주는 정신장애인에 대한 정신보건 서비스를 일차적으로 일반의(GP, General practitioner)가 제공하도록 하고 있고, 대신 일반의가 환자와 상의하여 정신과 전문의 등의 다른 전문가에게 의뢰할 수 있도록 하고 있다.

(2) 정신보건서비스 자원

가) 재정⁵²⁾

- 호주는 행위별 수가제(fee-for-service)에 기반을 두어 공공의료보험인 메디케어(Medicare Australia)를 통해 사회부조방식의 현금급여와 국가보건서비스방식의 현물급여 유형으로 급여를 제공하고 있으며 재원은 피보험자와 정부가 부담하는 방식을 취하고 있다.
- 상병수당, 약제급여 중 일부를 현금급여로 하고 있으며 의료급여, 입원급여, 약제급여를 현물급여로 하고 있다.
- 상병수당은 가정사회부(Department of Family and Community Service)에서 전반적 감독을 하고 연방사회보장부(Centrelink)가 401개 지구사무소 및 16개 지역 지원사무소를 관리하며, 의료 및 약제급여는 건강보험위원회(Health Insurance Commission)가 사업을 운영하고 보건노인부(Department of Health and Aged Care)에서 정책개발을 담당하고 있다.

나) 인력

- 2004년에서 2005년 사이에 시행된 정신보건 국가조사(National Survey of Mental Health

51) Peter Morrall and Mike Hazelton. 2004. Mental Health Global Policies and Human Rights. Whurr Publishers.

52) 국민건강보험공단. 외국의 건강보험제도. 2008. Available from: http://www.nhic.or.kr/wbi/wbie/wbie_0400/wbie_0407/wbie_0407.html.

Services)에 따르면 정신보건 의료 인력의 총 수는 22,943명이며 이는 1993년에서 1994년의 18,526명에 비해 123.8% 증가한 것이다.

- 서비스 종별로 보면 입원 서비스 종사자가 가장 많으나 1993년에서 1994년에 73.4%에서 2004년에서 2005년 50.9%로 전체에서 차지하는 비율이 줄어들었음을 알 수 있다.

<표 28> 정신보건 서비스 종사자 수(서비스 종별)

분류	조사시행 기간	명
입원 서비스	1993-1994	13,609
	2004-2005	11,678
이동 정신보건 서비스	1993-1994	4,197
	2004-2005	9,336
지역사회 서비스	1993-1994	720
	2004-2005	1,929
계	1993-1994	18,526
	2004-2005	22,943
○ 자료원: Mental Health Reform Branch, Mental Health and Workforce Division, Department of Health and Ageing. 2008. National Mental Health Report 2007, Additional Tables.		

다) 시설

- 호주의 전체 보건의료를 제공하는 병원 중 공공 부문이 차지하는 비율은 57.1%로 공공이 더 많으며, 이를 병상수로 살펴보면 공공이 65.2%로 전체의 2/3가량을 차지하고 있다.
- 정신보건을 제공하는 입원 병상 수는 점차 줄어들고 있는 것으로 나타났으며, 독립 정신병원 수는 줄어들고 종합병원 내 정신과는 늘어나 종합병원 내 병상의 비율은 27.4%에서 62.3%로 크게 증가하였다.

<표 29> 정신과 병상 수

분류	조사시행 시기	개
독립 정신병원	June 1993	5,802
	June 2005	2,339
종합병원 내 정신과	June 1993	2,189
	June 2005	3,863
총 입원 병상	June 1993	7,991
	June 2005	6,202
종합병원 내 병상의 비율	June 1993	27.4%
	June 2005	62.3%

○ 자료원: Mental Health Reform Branch, Mental Health and Workforce Division, Department of Health and Ageing. 2008. National Mental Health Report 2007, Additional Tables.

6. 독일의 정신장애인 인권정책의 경험

1) 정신장애인 인권개선의 과정(역사)과 변화 동력

- (1) 나치정권의 어두운 역사
- (2) 장애인 인권의식의 성장과 지역사회 중심 정신보건
- (3) 독일 통일과 장애인평등법 제정
- (4) 통합과 분산의 조화를 추구하는 정신보건 및 사회복지서비스체계의 형성

2) 독일의 정신보건체계 개요

- 독일의 정신보건 및 사회복지서비스체계는 사회보험과 사회부조 전달체계에 의해 규정되고 있는데, 기본적인 특징은 정신질환은 신체질환과 동등하게 의료제도와 사회복지제도에서 다루어지고 있다. 이는 일반적 장애와 정신장애에 관한 전달체계를 분리하고 있는 우리나라와 다른 특징이기도 하다. 이와 같은 독일의 제도적 특징에 따라 정신보건과 관련된 별도의 제도가 있는 것이 아니라 신체질환과 그로 인한 장애와 마찬가지로

가지로 질병보험, 연금, 재활정책 등의 대상이 되고 있다.

○ 독일 사회법에서 장애 규정의 핵심은 ‘사회에서 삶에 참여하는 능력’과 관련되어 이해된다. 즉 BSHG이 통합원조규정은 정신장애인은 정신적 장애로 인하여 사회통합능력을 크게 침해받는 자로서 다음과 같은 장애를 가진 자를 말한다.⁵³⁾

- 신체적 원인에 기인하지 않은 정신질환자
- 질병, 뇌손상, 간질 또는 다른 신체적 손상의 결과로 야기된 정신질환
- 중독증환자(알코올중독, 약물중독)
- 노이로제, 인성장애

이와 같이 정신장애의 개념은 항상 재활이란 개념이 동반되는 개념이며, 장애인에게는 적합한 직업이나 기타 적합한 능력을 활용하는 것이 가능하도록 재활서비스가 주어져야 한다는 것이다(BSHG 제39장 제3절)

○ 정신장애인의 치료, 재활, 요양 등의 사회서비스는 단일 제도의 관할 하에 있는 것이 아니라 다양한 관련 제도에 의해 규율되고 있다. 즉 정신장애인을 위한 다양한 서비스는 치료, 재활, 요양 등을 규정하는 독일의 보건제도(Gesundheitswesen) 뿐만 아니라 장애인의 사회복지와 노동시장 복귀를 위한 각종 법률(노동촉진법, 중증장애인법, 재활조정법)에 의해 제공된다.⁵⁴⁾

III. 해외사례연구가 주는 함의

앞에서 살펴본 바와 같이, 정신장애인의 권리를 보장하며 적절한 지역사회에서의 보호를 제공하기 위한 방향과 이를 위한 서비스전달체계의 구성을 위한 각국의 노력은 차이를 보이고 있다. 일본은 정신보건과 관련한 정책과 제도들의 변화가 최근 20년간 빠르게 이루어지면서 정신장애인을 위한 복지개혁이 이루어지고 있는 중이다. 미국의 정신보건서비스체계는 연방정부와 주정부, 지방정부차원에서 재정적 지원을 받으며, 다양한 인력과 서

53) 김미원(1995). 독일의 정신보건복지전달체계에 관한 연구. 한국정신건강복지연구소 세미나자료집: 31-47

54) 위와 같음

비스프로그램을 통해 풍부하게 제공되고 있다. 그럼에도 불구하고, 체계적이며 조직적으로 정신장애인의 치료와 사회복지를 지원하지 못함에 따라 서비스의 효과적인 연계나 조정, 재정의 효율적 집행 등이 이루어지지 못하는 문제가 지적되면서 지역에서의 통합과 조정을 위한 노력이 지속되고 있다. 영국의 경우는 지역사회보호서비스가 발달한 대표적인 국가임에도 불구하고 서비스의 접근성과 이용성, 적절성, 전문성 등의 문제로 정신장애인을 위한 지역사회보호정책이 실패하고 있다는 정부의 판단에 따라 정신보건개혁이 이루어졌다. 지난 10년간 집중적으로 이루어져온 지역사회정신보건정책과 서비스개선을 위한 영국정부의 노력을 통해, 영국정부는 전 국민 보건서비스(National Health Services)와 사회서비스(Social Services)를 현대화하고 사회적 배제의 극복을 통해 지역사회의 통합을 지향하는 변화를 보여 왔다. 호주의 경우에는 심각한 정신보건서비스시스템의 구조적인 문제를 근본적으로 개선하며 정신장애인 인권보호에 대한 사회적 관심을 이끌어낸 국가 단위에서의 정신보건전략이 마련되는 한편 지역사회 기반의 변화를 위한 지방정부의 노력을 통해 서비스의 질 향상을 이뤄나가고 있다. 호주와 유사하게, 연방정부와 지방정부와의 역할의 분담과 협력을 통해 지역사회의 욕구에 맞는 지역정신보건체계를 만들어간 독일의 경험도 의미가 있다. 다음은 각 국가별 정신보건체계의 구체적인 변화노력을 통해 얻을 수 있는 정책적, 실천적 함의를 살펴보므로써, 향후 우리나라의 정신보건체계의 변화와 정신장애인 인권향상에 적용하고자 한다.

1. 일본

1) 한국 정신보건시스템에 미친 일본 정신보건시스템의 영향

일본은 세계 여러 나라 중에서 한국과 가장 유사한 경제, 사회, 문화 구조를 가지고 있는 국가이다. 근대의 일제의 식민지 지배는 현재 우리나라의 모든 사회제도, 문화 영역에 영향을 미쳤으며, 현재까지도 그 영향이 우리의 무의식에서부터 실제 생활 및 사회 곳곳에 아직까지도 많이 남아있다. 우리나라의 정신보건체계도 이 틀에서 벗어 날 수 없다. 오늘날의 우리의 정신보건체계에는 서구식 정신보건개념이 많이 도입되었지만, 그 근간에는 일본 정신의학 및 정신보건체계의 영향이 크게 자리 잡고 있는 것이 사실이다.

우리나라 근대 서양의료기관에서의 정신질환의 진료 기록은 1883년 제생원의 진료보

고⁵⁵⁾와 1886년 제증원의 진료보고서⁵⁶⁾에서 볼 수 있으나, 제대로 된 정신의학에 대한 교육은 이루어지지 않은 것으로 보인다. 9세기 말 서양계 선교사에 의해 시작되었지만, 본격적인 정신의학의 교육은 1907년(光武 11년) 대한의원관제(大韓醫院官制)가 공포되면서 일본인에 의해 시작된 것으로 추정하고 있으며, 최소 1910년에는 실제로 정신의학 교육이 시행된 것으로 기록이 확인되고 있다⁵⁷⁾. 이후 1913년 일제하에서 총독부의원이 최초로 정신과 병동을 신설하여 정신질환자를 진료하였다. 역사적으로 확인할 수 있듯이 우리 정신의학의 도입이나 치료는 일제하에서 일본 의학자에 의해 시작되었고 광복 이후 서구 정신의학이 도입되었지만, 근간에 자리 잡고 있는 일본 정신의학의 영향은 아직도 견고하다고 할 수 있다. 이는 일본 정신보건복지 체계를 관찰하면 잘 알 수 있다.

2) 정신보건복지 체계의 서로 유사한 측면과 다른 측면

우리나라의 정신보건은 그 시작 단계에서 일본의 영향을 많이 받았으며, 20세기 중반에는 미국에 의해 서구 정신의학의 영향을 많이 받았다. 이러한 점 또한 일본과 매우 흡사한데, 일본도 제2차 세계대전 패전 후 미국의 군정 하에서 서양의 정신의학이 도입되어 접목되었으며, 정신질환을 바라보는 관점에도 변화가 생기게 된 계기가 되었다. 또한, 호주 등의 영연방의 정신보건체계를 도입하여 접목하는 과정도 우리와 비슷하다. 그러나 현재의 정신보건체계는 상이한 점도 매우 많은데 그것들은 다음과 같다.

(1) 지방자치단체의 정신보건체계에 대한 적극적인 참여

일본의 지방자치단체인 도부현(道府縣)은 우리나라와는 달리 전반적으로 정신보건에 대한 예산 편성에서부터, 제도의 운영에 있어 보다 적극적인 태도를 보이고 있다. 이는 우리나라보다 나은 재정자립도를 기반으로 가능한 것이다.

55) 김두중(1966). 한국 의료문화 대연표. 탐구당. 서울 p545. 小池正直(1887). 鷄林醫師 下, p.10, 18, 48, pp. 62-68.

56) H.N. Allen, J.W. Heron : First Annual Report of the Korean Governmental Hospital Seoul, for the Year Ending April 10th 1886. 연세의학 3(1) : 1999, pp. 49-80.

57) 구한국 관보(자 4567호 지 4769호) 제17권, 아세아 문화사, 1974, 관보 제4596호 内部令 제5호 의학과 학과표

(2) 종교시설, 유사 수용 시설 등의 정신질환자 수용

일본은 우리나라에서 지속적으로 문제되고 있는 비의료기관에 의한 정신질환자의 수용 등이 적다는 것이 우리와 크게 다른 점이다. 우리나라는 정신질환자가 종교시설이나 부랑인 수용시설, 복지원, 자립원 등의 다양한 형태의 사회복지시설에 수용되어 있으면서 적절한 정신과적 치료를 받지 못하는 경우가 많지만, 일본은 이러한 면은 우리에게 비해 아주 적다고 할 수 있으며, 실제 사회에서도 문제되는 경우는 많지 않다.

(3) 정부의 적극적인 예산 책정

우리와 비슷하게 일본도 자의 입원이나, 보호의무자에 의한 입원이 아닌 우리의 시도지사에게 의한 입원 제도와 유사한 조치(措置)입원이 있다. 우리나라에서는 시도지사의 입원이 활용이 매우 저조한데 비해, 일본에서는 매우 활발히 이용되고 있으며, 이 경우 정부에서 입원 치료비를 부담하여 환자 및 병원이 부담을 덜어주고 있다. 이에 비해 우리나라는 시도지사의 입원의 경우 그 치료비에 대한 정부의 보조는 없다.

(4) 정신질환과 연관된 사회적 사건에 따른 정신보건제도의 변화

일본의 정신보건복지 관련법 및 체계는 굵직한 정신질환자 관련사건, 즉, 라이샤와(ライシャワー) 사건, 우쓰노미야 병원(宇都宮病院) 사건 등에서 교훈을 얻어 정신질환자의 치료를 적극적으로 국가에서 지원하며, 사회복지시책의 미흡, 정신질환자의 인권 문제 등을 개선하게 되는 계기가 되었다. 이러한 비슷한 사건들은 우리나라에도 매우 흔하게 일어남에도 불구하고, 아직까지도 우리나라에서는 이러한 문제의 해결에 대한 국가적, 사회적 합의가 이루어지지 못하고 있다.

3) 정책적, 실천적 적용방안

우리의 근대 정신의학이 일본 정신의학의 영향을 많이 받은 것은 부정할 수 없는 사실이다. 비록, 광복 후, 동족간의 전쟁을 겪으면서 파괴된 국토와 경제 회복을 위해, 사회적 약자 중의 약자일 수 밖에 없는 정신질환자의 문제는 뒷전으로 쳐질 수 밖에 없었던 것이 사실이다. 그러나 일본의 정신의학 체계가 근간에 남아 있기 때문에, 지금까지의 일

본의 정신보건복지 체계를 세밀히 관찰하고, 그 과정 중에서 벌어진 문제와 문제 해결 과정을 참고하고, 그 장단점을 세밀히 파악하여 우리 정신보건 체계에 접목한다면, 서구의 정신보건 체계를 그대로 접목하는 것보다 보다 효율적으로 우리의 문제를 해결하고, 바람직한 정신보건 체계를 수립할 수 있을 것이다. 또한, 이를 통하여, 일본이 실행과정 중에서 어쩔 수 없이 겪었던 시행착오를 우리는 예방할 수 있을 것이며, 장점을 우선적으로 도입할 수 있을 것이다. 그렇기 때문에 일본 정신보건복지 체계의 고찰은 다른 국가의 고찰보다 우리에게 긍정적인 영향을 주는 요소가 더욱 많을 것이며, 우리나라의 정신보건시스템의 올바른 목표를 설정하고 문제점을 해결하는데 많은 도움이 될 것이다.

2. 미국

1) 정신보건체계의 발달을 통해 본 시사점

- 미국은 대통령과 연방정부의 관심 속에서 1963년 지역정신보건센터법(Community Mental Health Center Construction Act)을 비롯한 정신보건법령들을 제정해왔고, 2003년 국가보고서 발간이라는 성과를 이뤄냈다. 다양한 정신과적 서비스를 지역의 정신보건센터를 통해 제공하는 근거를 마련한 미국의 지역정신보건센터법은 1950년대와 1960년대에 시작된 탈시설화를 가속화시키며 대부분의 정신장애인 치료기반을 병원으로부터 지역사회로 옮겨지게 하는 역할을 하였다.
- 또한, 1960년대 이후 시작된 장애인 인권운동은 대형 정신병원에 대한 고발을 통해 장애인의 기본권보장을 촉구하면서 정신장애인의 권리향상에도 기여하였다. 미국은 1973년의 재활법(Rehabilitation Act)과 1990년의 장애인법(Americans with Disabilities Act)을 제정하여 고용과 공공서비스분야에서의 장애인들의 법적 보장을 포괄적으로 확대시켜나갔다. 특히 정신장애인을 신체장애인과 동등한 기준으로 보호하도록 함으로써 병원과 양로시설, 사회서비스기관들로부터 배제되지 않도록 규정하고 있다.
- 미국에서의 초기의 이러한 변화는 입원경험이 없는 경증의 정신질환자에게 서비스의 접근성을 높이는데 효과적이었으나, 입원치료에 익숙한 만성중증정신장애인에게는 분절적인 지역사회서비스의 이용성과 효과성이 떨어지는 문제가 발생하였다. 이와 같은 미국의 경험은 지역사회정신보건서비스체계를 구축하는 과정에서 지역사회보호의 통

합성이 강조되어야 함을 의미한다.

- 이후 미국은 정신보건서비스간의 포괄성과 접근성을 통합된 체계 속에서 구축하고자 Community Support Program (CSP)⁵⁸⁾을 만들어 지역사회 정신보건서비스의 조정기능을 강화하고자 하였다. 2003년 발간된 Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America는 소비자의 권리와 함께 서비스의 통합성, 접근성, 책임성, 접근성을 높이는 방향으로 미국의 정신보건서비스체계를 변화시키는 계기를 마련하였다.
- 이러한 변화를 위해 정신건강서비스와 함께 직업과 주거, 사례관리, 재활, 의료서비스 등을 갖춘 보호체계를 지역사회기반의 치료환경과 함께 제공하는 것을 강조하면서 사회서비스영역을 포함하는 포괄적인 정신보건서비스체계(comprehensive system of care)를 운영해나가고 있다. 국가보고서에서 소비자중심의 접근이 강조되는 것과 함께, 최근에는 소비자 중심의 옹호활동이 늘어나면서 정신보건서비스체계의 운영에 있어서 정신장애인과 가족의 역할과 영향력이 더욱 확대되고 있는 추세이다.

2) 현 정신보건 정책 및 제도가 주는 함의

(1) 비자발적 입원을 줄이기 위한 정책

- 미국에서는 정신질환자가 자신이나 타인에 대한 해를 가할 가능성으로 인해 강제입원이 이루어지는 것에 대해서는 개념상의 불명확성과 과도하게 정신질환자들의 자유와 권리를 제한할 수 있다는 이유로 적합하지 않다는 견해가 있다. 미국의 각 주에서는 강제입원에 따른 정신질환자의 권리제한을 치료의 필요보다는 위험성으로 정당화하면서, 정신병원의 강제입원에 대한 요건을 “위험한” 정신질환자로 제한하고 있다. 일반적으로 각 주의 법원에서는 입원 절차의 개시 시에 입원 이유의 고지, 배심요구권, 변호인선임권, 묵비권 및 합리적 의심을 받지 않을 정도의 위험성에 대한 입증을 요구하고 있기 때문에 정신병원입원으로서의 입원절차가 보다 엄격해지고 있다. 즉, 입원절차에

58) CSP의 주요 10가지 기능은 1) 클라이언트 찾기 (identification & location of client / outreach), 2) 기본적인 욕구해결협조(assistance in meeting human needs), 3) 24시간 위기보조(24hour crisis intervention), 4) 심리사회 및 직업서비스(psychosocial and vocational services), 5) 재활을 위한 지지적 주거(supportive housing services for rehabilitation), 6) 건강 및 정신건강보호(health and mental health care), 7) 상호지지 체계(mutual support system), 8) 자문 및 옹호(consultation and advocacy), 9) 클라이언트권리보호(protection of client rights), 10) 사례관리(case management).

있어서의 공식적, 법적 절차와 당사자의 권리에 대한 보호절차를 갖추도록 법적으로 제한함으로써 강제입원에 따른 권리침해를 줄여나가고 있음을 알 수 있다.

(2) 장기입원을 줄이기 위한 정책

- 긴급 상황에서 강제입원을 신청한 경우 신청을 받은 병원에서는 72시간이내의 평가와 치료를 위한 입원을 결정할 수 있으며 당사자에게는 권리와 입원사유 등이 고지된다. 3일 경과 후 퇴원을 하거나 청문절차를 밟는데 이 때 주 당국은 입원사유를 입증해야 한다. 입원사유가 입증되면 추가로 14일간 강제입원이 가능하며, 이후 퇴원하거나 2차 청문 절차를 밟는다. 2차 청문에서 주 당국은 명확하고 분명하며 확실한 증거를 제출해야 하는 부담을 갖게 되며 이 요건이 충족되면 90일 간 입원이 가능하며 이후에는 180일 마다 갱신할 수 있으며 매 회마다 법원의 청문 절차를 거치는 것이 일반적이다 (위싱턴 주 사례). 주마다 계속 입원 가능한 기간의 차이는 있으나, 환자나 보호자가 청문을 신청하지 않으면 법원이 계속입원을 명할 수 있으나, 일반적으로 60-90일 간의 입원기간동안 입원의 적절성에 대한 법원의 심사를 거쳐야만 계속입원이 가능하다. 우리나라와 달리, 매단계마다의 청문절차와 입원사유를 입증해야하는 계속입원심사의 엄격성으로 인해, 긴급 상황에서 강제입원이 된 경우라도 장기입원으로 이어지는 경우가 매우 제한될 수 밖에 없다.
- 한편 장기입원을 줄이기 위한 제도로서 우리나라에서 고려되고 있는 외래치료명령제도는 강제 입원 제도와 마찬가지로 환자가 치료를 거부할 수 있는 권리에 대한 침해적 요소를 갖고 있기 때문에, 치료의 효과성에 대한 긍정적 기대와 달리 정신장애인의 인권차원에서는 부정적인 결과를 가져올 수 있다고 평가된다. 또한, ‘결과적으로 위험이 예상되는’ 상태를 법적 사회적으로 해석하기 어렵다는 점과 치료를 거부할 수 있는 판단력을 가진 환자를 구별하는 기준 등 명확한 대상 환자 기준을 정하는 것이 힘들기 때문에 실제 시행 상에 많은 어려움이 예상되어 결과적으로 정신질환자의 위험성을 예방할 수 있는 바람직한 제도가 아니라는 견해도 많이 제시되고 있음을 참고할 필요가 있다.

(3) 서비스의 질 향상을 위한 정책

- 이용적정성심사는 서비스 비용의 통제와 재정적 책무성을 향상시키기 위한 의료관리 체계의 핵심적인 내용이다. 서비스 이용적정성검사는 서비스의 제공 전과 후, 또는 기간 중에 수행될 수 있는데, 서비스 제공과정에서 정기적으로 시행하는 경우 서비스의 질과 비용통제효과성이 가장 높다고 한다. 서비스 적정성 심사는 담당행정부서와 서비스제공자로 구성된 심사위원들의 검토와 논의를 거쳐 서비스를 심사하고 제공될 서비스의 횟수와 기간 등을 승인한다. 비용을 통제하는 목적으로 서비스 적정성심사가 이루어지나 이를 통해 입원치료서비스의 적절성이 검토되며 아울러 효과적인 서비스계획과 서비스의 질 관리가 이루어질 수 있는 부가적 효과를 갖는다.
- 1987년에 제정된 요양시설개혁법은 생활인의 권리를 설정하고 있으며, 1995년의 시행령에서는 주정부는 15개월에 최소 1회 이상 예고 없이 비정기적으로 생활인면접조사를 포함한 조사를 시행하도록 하고 있다. 조사는 일반적으로 생활인의 권리, 케어의 질, 삶의 질, 생활인들에 제공되는 서비스들에 집중하고 있다. 조사결과가 요양시설이 요건을 따르지 못하고 있다고 나타나면 요양시설개혁법의 집행절차가 개시된다. 조치의 경중은 그 상태가 생활인들을 즉각적인 위험에 빠뜨릴 정도인지 여부, 그리고 개별적인 사건인지, 시설 전체에 퍼져있는 것인지에 따라 달라진다. 특히 정신장애인시설의 경우 빈번하게 이루어지는 강박과 감금에 대한 구체적인 시행지침이 필요하다. 미국에서는 기본적으로 격리와 강박이 치료적 가치가 없는 것으로 판단하고 있으며 위급 상황에서 제한적으로 사용되는 경우에는 강박과 감금에 대한 연방지침(Federal Standards For Use Of Restraint And Seclusion)을 모든 정신치료시설에서 준수하도록 규정하고 있다. 격리와 강박으로 인한 사례가 빈번히 발생하는 우리나라의 경우 시설 내 인권보호가 상시적으로 지켜지기 위해서는 정신질환자들이 필요한 보호와 서비스를 적절히 받을 수 있는가에 관한 외부 모니터링 체계를 갖추고 권리 보호를 위한 세부관리지침을 상시적으로 안내할 필요가 있다.

(4) 탈원화와 지역사회 재활을 돕는 정책

- 주정부의 정신장애인 지역사회정신보호체계는 가능한 한 입원이나 시설보호 이외의 곳에서 정신장애인의 최대한의 능력을 활용하도록 지원하고자 하며, 주정부 기준

(Statutory Criteria)을 정하여 실행하고 있다. 특히, 통합적 보호를 위한 서비스전달모형 (Service Delivery Models for Integrated Care)을 통해 정신보건프로그램이 단일의 프로그램(unified primary care and mental health programs)내에서 건강사정으로부터 예방과 치료를 포함하는 통합된 보호계획과 서비스전달이 이루어지도록 하고 있다. 이 때 사례 관리자(case managers)는 서비스이용자와 다양한 서비스제공자들을 연결하며 서비스제공자들 간의 조정과정에서 중요한 역할을 담당한다.

- 정신장애인의 주거도 시설보호의 다양한 대안적 형태로서 응급, 임시, 영구적인 형태를 모두 갖춘 통합된 보호체계(Integrated systems of care)에서 제공되며, 약물치료에 대한 과도한 의존을 줄이며 자립생활기술을 향상시키도록 재활에 초점을 둔다.

(5) 정신장애인에 대한 낙인과 편견해소를 위한 정책

- 소비자 조직은 정신보건정책과 서비스, 연구에 많은 영향을 끼치면서 정신장애인의 삶을 변화하는데 기여하고 있다. 정책적 차원에서 소비자 운동은 소비자의 욕구가 정신보건정책에 반영되도록 중요한 영향을 미치고 있으며, 점차 자신들의 권리보호뿐 아니라 정신보건서비스의 계획과 전달, 평가에 참여하고 있다. 최근에는 소비자가 drop-in 센터나 사례관리, 아웃리치프로그램, 취업 및 주거프로그램, 위기서비스 등을 직접 운영하거나 대안적인 정신보건치료서비스를 제공하기도 한다. 우리나라에도 정신장애인 자조모임이 증가하고 있으나 아직은 권리옹호차원의 활동이 중심을 이루고 있으며, 점차 정신장애인이 서비스의 소비자로서 뿐 아니라 공급자로서의 다양한 역할을 확대함으로써 다른 서비스제공자들이 정신장애인의 욕구에 더 민감해지는 장점을 살려나갈 수 있을 것이다.
- 미국의 경험을 통해 국가차원에서 정신보건서비스체계의 변화와 정신장애인 인권을 위한 관심과 의지가 중요함을 인식할 수 있으며, 중앙정부와 지방정부가 갖는 서비스 전달체계 상의 행정적 책임과 재정적 역할분담의 방식을 살펴볼 수 있다. 특히 지역적 책임성에 기반한 관리체계 내에서 이루어지는 명확한 서비스체계의 목표와 서비스내용에 대한 관리는 재원의 효율적 활용뿐 아니라 서비스의 질 관리에 효과적인 방식으로 작용하고 있다.

- Minkoff(1997)는 미국의 정신보건서비스체계가 추구하는 원칙을 표적대상의 명확성과 제한성, 시설서비스의 충분한 대안제공, 조정과 통합을 통한 서비스의 조직화, 재원의 확대와 안정성, 서비스와 재정적 책무성으로 요약하고 있다. 대부분의 지방자치단체는 자원을 효율적으로 관리하기 위한 방식으로서 서비스의 대상자를 정확히 파악하는 동시에 자원의 연계와 서비스의 조정을 담당하는 지역관리체계를 확고히 하고 있다. 최근 미국의 공적 지역사회정신보건서비스는 의료관리체계의 강화를 통해 가장 뚜렷한 표적대상에게 서비스를 제공하는 방향으로 운영되고 있다. 즉, 공적자원의 투입을 만성중증정신장애인 중 서비스의 가장 취약계층으로 파악된 공적 부조 대상자나 서비스 지불능력이 없는 자에 대한 서비스로 제한하고 있다. 또한, 서비스의 조직화를 통해 정신장애인에게 필요한 다양한 서비스를 효과적으로 조정하고 통합되는 지역사회지지체계를 공고히 하면서 서비스의 효과성과 재정적 책무성을 높이고 있다.
- 통합적 지역사회정신보건서비스체계의 구축수준은 현재 정신보건체계가 가진 문제점을 해결해나갈 가능성을 가늠하는 중요한 요소가 된다. 대부분의 지역사회의 정신장애인지원프로그램은 정신장애인이 건강상태를 유지하며 지역사회에서 최대한 자신의 능력을 갖고 일하며 살아가도록 지원하는 서비스를 함께 제공한다. 미국에서는 상해의 위험성으로 인한 정신장애인의 강제입원요건도 법적으로 인권침해의 소지를 갖는다고 판단하면서 가능한 한 시설보호의 대안을 선택하고 있다. 이러한 최소 침해의 원칙은 많은 주법 속에 명문화되어있어서, 지역사회에서 입원이외의 대안적 치료방법을 우선적으로 검토하는 동력이 되고 있다.
- 입원치료에 대한 사회적 요구를 전환시키는 것이 가능하게 된 배경에는 위기지원으로부터 재활프로그램, 거주시설에 이르기까지 지역사회에서 충분한 수준의 서비스가 제공되도록 다양한 지역사회서비스를 구성하며 사례관리를 통해 전문적인 서비스전달체계를 통합적으로 조정해나가는 지역사회보호체계에 있다. 이와 같은 미국의 지역사회보호체계는 고비용의 입원치료에 의존하고 있는 우리나라가 시설보호로부터 지역사회보호체제로 전환하는데 필요한 함의를 준다.

3. 영국

○ 한국사회내 실효성 있는 정책적 실천적 함의를 찾기 위해서는 영국의 최근 변화를 살펴볼 필요가 있다. 신노동당 정권 수립 후 영국정부의 핵심적인 개혁내용을 요약하면 다음과 같다.⁵⁹⁾

- 국가정신보건서비스체계를 확립하여 정신보건서비스의 질 향상과 서비스의 지속성 확보, 그리고 효율성 증대의 핵심 목표를 설정했다.
- 사례관리 모형의 개발을 통하여 보건의료와 사회복지 간의 연계를 강화하여 보건의료를 담당하는 NHS와 사회복지를 담당하는 사회복지서비스국 간의 긴밀한 협력체계를 마련하였다.
- 오래된 정신보건법을 개정하여 퇴원하여 지역 사회 내에서 생활하는 정신장애인의 치료와 재활을 피하여 정신장애인 자신의 안전은 물론 일반대중들의 안전도 함께 고려했다는 점에서 보다 균형 잡힌 정책의 개발을 위해 노력하였다.
- 날로 증가하는 노인인구 집단의 정신건강문제에 초점을 맞추어 별도의 정책을 수립하여 국가정신보건서비스체계를 마련하였다.
- 토니 블레어가 주창한 제 3의 길, 즉 근로연계형 복지의 연장선상에서 나온 정책으로 정신장애인을 위한 고용촉진프로그램 시행하였다.

이러한 영국정부의 변화는 한국사회에 다음과 같은 함의를 갖는다.

(1) 국가 주도하에 지역사회 보호를 향한 노력과 일관된 정책 추진 필요성

○ 영국정부는 1910년대 이후 정신장애인의 시설보호에 대한 회의와 비판이 일어나면서, 민간부문에서 재가보호 즉, 지역사회보호의 인식이 생겨나기 시작하였다. 1914년 정신결함자보호 전국연합회(Central Association from the Care of the Mental Defective)가 설립된 것을 계기로 민간단체의 활동이 전국적으로 확대되어 지역 내에서의 보호와 치료 지원이 시작되었다. 1918년 취로센터설치운동이 시작되고 거주지에서의 보호가 중시되면서 1929년의 지방자치단체법(Local Government Act)의 재편성과 우드위원회의 권

59) 신창식, 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구: 신노동당 집권 이후(1997~)를 중심으로, 사회복지정책, 23:109~132, 2005.12

고에 따라 정신지체장애인의 지역사회 보호가 확대되었으며 재가보호의 효과에 대한 인식이 높아지면서 정신장애인에 대해서도 같은 방향의 정책이 추진되어 1930년 정신처우법(Mental Treatment)이 제정되었고⁶⁰⁾ 자발적 입원이 가능해졌다. 이후 1957년 정신병 및 정신지체에 관한 왕립위원회가 보고서 발간을 통해 시설수용보호에 대한 반성과 지역사회보호 전환 주장하면서 1959년 정신보건법 제정의 기틀을 마련하였다. 1959년 정신보건법(Mental Health Act 1959)이 제정되어 정신장애인 관련 정책이 체계화되고 정신장애인에 대한 치료가 강화되었다. 이에 따라 ‘치료 후 지역사회 복귀율’과 ‘외래치료를 받는 환자수가 늘고 자발적인 입원이 독려되었다. 또한 강제입원에 대한 치안판사의 개입이 중단되고 강제 입원 결정이 의사, 사회사업가를 중심으로 개편되었다.⁶¹⁾ 1961년 보건성장관 E. Powell은 정신장애인에 대한 지역사회보호의 촉진을 제안하였다. 그는 “15년 이내 정신병원 침상수가 현재의 반도 필요없게 될 것이다.”라고 언급하며 지역사회보호 추진에 박차를 가했다. 이에 따라 1962년 영국 보건성은 ‘병원계획(Hospital Plan)’을 통해 입원중인 급성정신질환자를 지역종합병원에 보호하며, 13년간 정신병상을 반감시키는 방침을 발표하였다⁶²⁾. 1963년 병상감소에 따른 사회서비스 요청 증가에 대응하기 위해 영국정부는 최초의 지역사회보호계획인 ‘보건과 복지(Health and Welfare: the Development of Community Care)’를 발표하였다. 비록 1966년 동 계획은 지방자치단체의 정비와 인력확보의 부족으로 인해 1966년 중단되었으나 영국사회는 일찍이 1910년이래 정신장애인이 시설이 아닌 지역사회에서 살아가기 위한 방안을 지속적으로 추구해 왔다.⁶³⁾

- 이러한 점은 최근 병상수 확대 등 시설보호가 늘어나고 있는 한국 상황에서 지역사회보호 추진이 국가 발전 상황에 비해 매우 늦다는 점을 보여주며 지역사회보호는 정신장애인 보건 및 복지정책에 있어 목표이자 철학적 기반이 되어야 한다는 점을 시사한다.

60) 박유미, “영국의 지역사회보호 전개과정에 관한 연구”, 인제대학교 대학원, 2003. 6

61) 배정규, 이용표, 강상경, 신성만, 이종구, 곽호순, “지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사”-2006년도 국가인권위원회 인권상황실태조사 연구용역보고서, 대구대학교 응용심리 연구소, 2006.12

62) Minister of Health, A Hospital plan for England and Wales, Her Majesty’s Stationary Office, Cmnd 1604, London, 1962

63) 김치영, “영국의 지역사회보호 정책 전환에 관한 연구”, 사회복지연구, 부산대사회복지연구소, 9권 1호, 1999

(2) 서비스 제공에 대한 공공영역의 책임 강화의 필요성

- 영국의 경우 체계적인 정책 변화가 가능했던 근간에는 국가 중심의 사정체계 (Assessment system)를 통해 서비스 진입을 통제하고 감독할 수 있었다. 그러나 한국의 경우 민간 의존률이 매우 높으며 국가 주도의 사정체계가 사실상 작동하고 있지 못하다. 2003년 사회복지사업법 개정을 통해 사회복지서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 신청할 수 있도록 되어 있으나 아직까지 서비스 연계를 담당할 전담부서와 인력을 갖추고 있지 못하다. 이런 상황에서 영국의 경험을 한국에 그대로 적용하긴 어렵다. 그러나 영국의 경험을 참고로 할 때 정신장애인의 인권을 개선하기 위해서는 공공의 책임을 강화하고 공적사정체계와 국가책임의 강화가 정신보건정책의 개혁을 위해 기반이 되어야 할 필요성이 있음을 보여주고 있다. 서비스 사정체계와 제공자를 분리한 영국의 커뮤니케어정책이 의사시장화를 통한 환자와 이용자의 선택을 통한 서비스 질관리, 재원의 효율적 사용을 추구해 왔다고 하지만 그럼에도 불구하고 영국의 경우 아직까지 주요서비스 제공자의 50%가까이가 지방정부 등 공공부문이 차지하고 있다.

(3) 이용자 참여와 선택권 강화를 통한 인권보장과 서비스 질 관리체계 개선

- 경기악화 속에 등장한 신보수주의와 대처정부는 민간부문 중심의 사회서비스 제공을 강조하였는데 국가책임 축소 및 서비스 질 저하, 가족 등 비공식지원체계의 보호부담 증가 등 사회적 저항이 컸다. 영국정부의 서비스 개혁을 위한 명분은 시설보호에 따른 이용자의 인권침해를 개선하고 선택과 참여를 강조한다는 것이었다. 영국정부가 이용자참여 담론을 통해 보건과 복지서비스 영역에서의 민간참여를 늘리고 공공복지를 축소한 데에 대해서는 논란과 다양한 견해가 존재하지만 주목할 점은 이용자 참여와 선택 즉 이용자의 인권보장이 민감한 서비스 질 개선 및 정책추진의 키로 작용했다는 것이다.
- 영국정부가 민간참여를 확대하고 정부가 공적 사정을 통한 구매자로 물러하도록 된 데는 그리피스보고서(The Griffiths Report)의 영향이 컸다. 그리피스 보고서는 개인의 케어에 소요되는 사회보장급여를 중단하고 지방정부로 이전하여 이용자의 경제적 능력과 케어 욕구에 대한 별도의 사정을 통해 예산을 집행하도록 권고하였다. 이와 함께

보건, 사회보장, 사회서비스, 사립 및 민간비영리사회복지조직들에서 제공되는 복지 및 케어서비스의 기획, 조정, 급여지급의 책임이 지방정부 사회서비스국(social service department, SSD)으로 일원화 되었다. 재가 보호방식에 대한 개선을 권고한 것이 그리피스 보고서의 핵심인데 비해 와그너 보고서는 거주보호에 대한 개혁방안을 제안하였다. 와그너는 새로운 주거보호(residential care)의 필요성을 주장하면서 ‘원조, 선택, 계속성, 변화, 공통’의 5가지 가치관에 근거한 ‘사회적 보호, 주택과 보호의 동시제공, 실제로 시설보호를 필요로 하는 이용자의 욕구충족’ 3가지 서비스원칙을 제시하였다. 두 개의 보서를 바탕으로 영국정부는 1990년 ‘국민보건서비스 및 지역사회보호법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA)’을 제정하였다. 시장기제 활용을 통한 서비스 질 관리 및 이용자 권리 보장 방식으로 접근한 영국의 경험은 민간의존률이 높은 한국 상황과 영국의 경우가 다르다는 전제 속에서 검토되어야 한다. 영국의 경우 시장화의 핵심은 정부가 서비스 제공자로부터 서비스 구매자로 전환하였으되 예산지원 및 관리감독권은 여전히 유지하고 있으며 민간서비스 제공자를 견제하기 위해 공공서비스제공기관도 약 50%정도로 유지하고 있다. 영국정부는 개별 서비스 제공과정 뿐만 아니라 정책수립과정에서도 정신장애인의 참여를 적극적으로 보장하고 있다. 1999년 정신보건 서비스 현대화를 위한 국가서비스체계를 구성한 이후 2000년 3월부터 총 1,000명이 넘는 정신장애인 관련 단체와 개인들로 부터 제안을 받아 녹서를 발간하였다. 이를 바탕으로 2007년 7월 4일 정신보건법을 개정하였으며 2008년 10월 1일부터 시행에 들어갔다.

- 정신장애인의 참여 보장과 관련한 영국의 최근 변화는 첫째, 치료와 서비스를 필요로 하는 모든 사람들에게 적절한 최상의 서비스를 제공하되 치료와 서비스 과정에 환자와 보호자가 참여하도록 적절한 정보를 제공하고 서비스 제공자와 이용자에게 명시적이고 구체적인 기준을 제시 둘째, 치료와 서비스 제공과정에서의 불만과 이의제기제도를 강화하여 환자와 이용자의 인권보장을 위한 노력, 셋째, 현행 정신보건체계에 환자와 보호책임자의 참여를 강화하고, 보호부담을 지고 있는 가족 등 수발자들에 대한 지원을 강화하되 정신장애인과 보호자의 이해와 의사가 갈등하는 상황을 고려하여 환자와 이용자의 인권에 초점을 둔 서비스 개혁, 넷째, 계속입원을 심사하는 심사위원회의 전 과정에 환자가 참석하며 법적 대리인을 만날 수 있는 권한 부여 등의 구체적 조치를

통해 이루어지고 있다. 이 뿐만 아니라 정신 보건 환자들에게 보다 많은 선택을 보장할 수 있는 새로운 국가기준으로 ‘정신 보건에서의 우리의 선택(Our Choices in Mental Health)’ 국가기준으로 정신보건환자의 선택권 증진 지침을 마련하였다. 중요한 것은 동 지침이 정신장애인과 수발자들의 참여를 통해 집필되었다는 점이다.

- 영국의 이러한 과정은 정신장애인 인권보장은 그 자체로도 중요하지만 민간기관 등 서비스 제공기관을 견제하고 효율적인 서비스 집행과 관리를 가능하게 한다는 점에서도 중요하다는 점을 보여준다. 따라서 우리의 경우도 정신보건 및 복지서비스 제공과정에서의 이용자의 참여와 선택을 보장하기 위한 보다 적극적인 노력이 필요하다는 점을 보여준다. 구체적으로 형식적으로 운영되는 한국의 심판위원회 제도를 상설화하고 환자가 참여하여 부당한 장기입원을 방지하기 위한 노력이 필요할 것이다. 환자의 참여는 계속입원을 방지하기 위한 목적에서도 중요하지만 자신의 거취를 결정하는 중요한 결정에 당사자가 참여하는 것은 가장 기본적인 인권의 항목으로 국가가 보장해야 할 권리 중 하나다.
- 또한 한국의 경우 바우처 제도 확산 등을 통해 사회복지서비스 이용자의 참여와 선택을 통한 서비스 질 관리를 도모하고 있다. 그러나 서비스 공급량이 부족하고 서비스 질에 대한 국가기준이 갖추어지지 않은 상황에서 시장경쟁을 통한 바우처 제도는 오히려 서비스 기관의 영리추구를 위한 시설의 대규모화, 서비스 사각지대 발생, 과잉 서비스제공 및 치료지연 등을 통한 과다청구 등 도덕적 해이 등의 문제를 야기하고 있다. 현 상황에서 정신장애인의 선택과 서비스 질을 높이고, 과다한 입원과 장기입원을 줄이기 위해서는 정신장애인과 가족들의 참여를 통해 선택을 확대하기 위한 당사자관점에서의 한국 상황에 맞는 실용적 대안과 기준이 마련될 필요가 있다는 점을 시사한다.

(4) 지역사회 보호를 실현시키기 위한 체계적인 노력의 필요성

- 지역사회보호는 한편으로 정신질환 등 만성질환에 의해 치료가 필요한 사람들을 비숙련 직원 또는 직원이 전혀 없는 지역으로 이전시키는 결과를 가져와 퇴원한 정신장애인의 생활조건은 병원에 입원했을 때 보다 악화되곤 한다. 영국의 경우도 이러한 상황에서 발생하는 자해와 타해의 위험성에 대한 문제제기가 계속 이루어졌다. 1984년 남부런던병원에서 Sharon Campbell이라는 19세 정신장애여성이 사회복지사를 죽인 사건

과 1992년 Ben Silcock⁶⁴⁾, Graham Clunis⁶⁵⁾사건이 발생하였다. 이에 따라 진료상황의 체계를 규정하는 것으로 지역사회 내 만성적인 정신장애인이 처한 위험과 이들에 의해 발생할 수 있는 위험요소를 최소화하기 위한 ‘케어프로그램접근(Care Programme Approach)’이 시도되고, 1995년 정신보건법(Mental Health (Patients in the Community)Act)이 일부 개정되어 지역사회 내 정신장애인에 대한 감독과 보호가 강화되었다.

- 지역사회내에서 발생하는 이러한 문제는 정신장애인에 대한 통제와 강제치료를 강화하게 된다. 그러나 이러한 문제는 개인적 의료적 문제이기 보다는 보다 근본적인 사회적 배제에 따른 결과, 방임에 따른 결과임을 인식할 필요가 있다. 영국은 1997년 집권한 신노동당은 제 3의 길에 기초한 새로운 복지이념을 통해 보건서비스 재원을 늘리고 정신보건정책을 실패로 인식하고 정신장애인에 대한 사회적 배제에 대처하기 위한 노력을 기울였다. 이에 따라 정신보건서비스를 현대화하고 정신보건정책을 안전한 서비스, 지지적인 서비스, 충분한 서비스 목표에 따른 표준을 수립하였으며 2008년 5년간의 의견수렴을 통해 개정된 정신보건법 등을 통해 정신보건 서비스 개혁을 추진하고 있다.
- 구체적으로 영국의 경우 수발자에 대한 지원을 통해 수발자의 보호부담을 경감하고, 정신장애인의 비자의입원률을 낮추는 데 기여하였다. 그러나 한 편 수발자에 대한 지원은 비공식지원체제로 국가가 담당할 정신장애인에 대한 보호를 제공한다는 점에서 지원이 필요하지만 수발자의 권리를 강조하게 되면 정신장애인이 보호를 받을 권리와 부딪칠 수 있는 딜레마가 있다. 우리나라의 경우 아직까지 정신장애인 당사자의 목소리에 비해 가족 등 수발자의 목소리가 보다 크게 반영되고 있는 것이 현실이다. 따라서 영국의 수발자에 대한 지원제도를 참조하여 실질적인 지원방안을 도입하되 그에 앞서 정신장애인 당사자에 대한 수당, 고용지원 등을 우선할 필요가 있다. 당사자에 대한 지원은 당사자의 자립성과 능력을 강화하므로써 수발자의 보호부담을 경감시키는 보다 빠르고 효과적이며 적절한 지원방식이다.
- 장기입원을 줄이기 위해 지속적 대리권 수여, 신상보호 등 대리권의 문제를 보다 세분화하여 지적장애인이 재산, 신상보호를 위한 대리권 제도를 개선하고 있다. 우리나라

64) 1992년 말의 비극적인 사건들-Ben Silcock이라는 정신분열병으로 치료받은 후 퇴원환 환자가 런던동물원의 사자우리에 들어간 사건

65) 정신분열병으로 진단받은 Graham Clunis가 런던지하철에서 Jonathan Zito를 칼로 찔러 숨지게 한 사건

의 경우 성년후견인 제도가 미흡하다. 현재 성년후견인제도 도입을 통해 현행 민법 한 정치산, 금치산제도를 개혁하여 현실적인 욕구에 맞는 방식으로 개정하기 위해 노력중 이나 아직까지의 신상감호 등 필요에 맞는 후견제도에 대한 논의가 민법개정을 통해 성년후견인 제도를 도입하기 위한 논의가 이루어지고 있다. 후견인 제도는 의사표현, 자기결정, 책임능력이 취약한 정신장애인의 경우 필요한 제도이나 다른 한편 정신장애 인의 자기결정권을 침해하고 권한남용 등의 문제가 발생하기도 한다. 따라서 구조화된 후견인과 지속적 대리권자를 교육, 견제하기 위한 섬세한 제도 도입이 필요하다.

4. 호주

1) 정신장애인 인권에 대한 높은 사회적 관심을 이끌어낼 계기 필요

- 정신장애인의 인권보호와 정신보건 향상에 대한 사회적 관심을 이끌어 낼 계기가 필요하다.
- 호주의 경우 1990년 시작된 국가적 차원의 조사가 1993년 버드킨 보고서의 형태로 발표되는 과정에서 1991년 권리와 책임에 대한 정신보건 선언이 협정되고, 1992년 <국가 정신보건전략>이 수립되면서 정신장애인의 인권 증진의 계기가 마련되었다고 할 수 있다.
- 3년간 수많은 사람을 대상으로 공청회, 토론회 등 직접 대화하는 방식으로 행해진 조사는 사회적 관심을 이끌어 내었을 것이며 국가정신보건전략이 수립되는 데 큰 영향을 주었을 것으로 보인다.

2) 국가와 지역사회 정부 간 정신보건정책 협의기구 설립 필요

- 정신보건 정책은 국가 단위에서만 수립하는 것이 아니라 시·도, 시·군·구 단위에서도 지역사회의 요구에 맞게 수립하여야 하며, 이 여러 단계의 보건 정책은 효과적으로 협력이 가능하여야 한다.
- 국가 단위의 정책은 지역사회의 요구를 반영하지 못하며, 지역사회의 정책은 국가적 차원의 문제를 해결하지 못하므로, 여러 단계의 정신보건 정책이 필요하다.

- 국가와 지역사회가 정신보건 정책을 수립할 때 호주정부위원회와 같이 서로 논의할 수 있는 기구가 있어야만, 국가 정책과 지역사회 정책이 충돌하지 않고 협력 가능할 것이며 이로 인해 정신장애인의 인권 개선이 가능할 것이다.
- 또한, 이 협의기구를 통해 국가의 보건의로 정책 수립 단계에서 정신보건을 주요 범주에 포함 시키는 것이 뒤따라야 한다.
- 정신보건 정책은 보건의로 정책의 한 부분이므로 다른 분야의 정책과 함께 추진되어야 하지만, 현재 정신보건은 우선순위에서 밀려나 있어 정신보건 계획 수립과 실행 단계 모두에서 적절한 정책적 지원을 받지 못하고 있다.
- 정신보건의 주요 범주에 포함되어야 일관적이고 지속적인 정책의 실행이 가능해 질 것이고, 이로 인해 단기간에 이루기 힘든 정신장애인의 인권 개선이 가능 할 것이다.

3) 정신보건 재정의 지속적 확충

- 지역사회의 정신보건 시설을 확충하여 정신장애인의 탈원화를 유도하고 정신보건 서비스의 질 향상을 위한 정신보건 재정의 확충이 필요하다.
- 정신장애인의 탈원화를 유도하는 것은 정신병원에서 사용되는 지출이 감소하므로 정신보건에 사용되는 총 비용은 상승하지 않는다. 하지만 호주는 그에 머물지 않고 지방 정부의 지속적인 투자를 명문화하여 정신보건 재정을 계속 늘려 시설과 서비스의 질을 향상시키고 있다. 입원환자에게 사용되는 비용은 1992-1993에 비해 2004-2005에 113.2%로 증가했지만, 총 지출은 168.2% 증가하였다. 입원환자에게 사용되는 비용의 증가는 환자의 증가 때문이 아니라 서비스 향상에 의한 것이며, <국가정신보건전략>초기에는 탈원화에 의해 감소하는 경향을 보였다.
- 장기 입원, 열악한 환경 등 정신장애인의 인권 침해 문제가 재정 문제와 깊이 연관되어 있는 현실에서 탈원화와 동시에 정신보건 서비스의 질을 향상시키기 위해서는 정신보건 재정 확보가 시급하며 이는 일회로 그치는 것이 아니라 장기간의 계획을 통해 지속적으로 진행되어야 한다.

4) 정신장애인 인권 지표에 대한 지속적 모니터링과 환류

- 정책 수립단계에서 모니터링 가능한 지표의 선정과 이의 측정법이 확정되어야 하며, 이 지표에 대한 지속적인 모니터링과 그 결과를 대중에게 발표하는 것이 정책의 지속을 위해 중요하다.
- 호주는 매년 정신보건 국가조사(National Survey of Mental Health Services)를 시행하여 지표의 모니터링을 하고 있으며 이 결과를 국가정신보건 보고서(National Mental Health Report)를 통해 역시 매년 발표하고 있다.
- 계획의 수립 전에 결과의 평가 방법을 정해두는 것은 평가 결과의 신뢰도와 질에 큰 영향을 미친다. 단기간에 해결하기 어려운 문제인 정신장애인의 인권 개선을 이루기 위해서는 지속적인 모니터링이 중요하므로 이 방법을 정확히 정해 두는 것이 필요하며, 지속적인 결과의 발표로 사회적 관심을 유지하고 그 결과가 이후의 정책 수립에 반드시 포함 되도록 하여야 한다.

5) 정신장애인 인권 보호를 위한 정책 도입

(1) 비자발적 입원을 줄이기 위한 정책

- 정신장애인 입원 규정 강화와 공공후견인제도의 도입을 통해 정신장애인의 비자의입원의 상당수를 줄일 수 있을 것으로 판단된다.
- 호주는 비자의입원을 시키는 과정에서 3가지 서류를 요구한다. 누구나 작성할 수 있는 비자의입원 요청(Request), 등록된 일반의에 의해 작성되는 비자의입원 권고(Recommendation), 정신과전문의에 의한 환자검진(Examination)기록이 그것이다. 마지막으로 공인된 정신과전문의(authorized psychiatrist)가 검진기록을 검토하고 입원을 결정한다.⁶⁶⁾
- 이에 비해 한 명의 의사가 입원의 필요성을 판단하고, 보호의무자의 동의나 보호의무자가 없을 경우 시·군·구청장의 형식적 동의만 얻으면 입원이 가능한 현 국내체계는 아무런 견제 장치가 없는 것으로 더욱 강화된 정신장애인 입원 규정이 필요하다. 강화된 입원규정에는 입원의 결정에 있어서 2인 이상의 의사가 참여하도록 해야 한다는

66) Mental Health Act 1986(Victoria)

것, 실질적으로 입원 판단에 영향을 줄 수 있는 자의 동의가 있어야 한다는 것이 명시되어 있어야 한다.

(2) 장기입원을 줄이기 위한 정책

- 정신장애인의 장기입원을 줄이기 위해서는 정신보건심판위원회의 내실화, 지역사회치료명령제도 도입이 필요하다.
- 호주 정신보건심판위원회는 정신보건법에 의해 각 주마다 설치되며 주지사는 정신보건심판위원에 법조인, 의료인과 일반시민을 지명한다. 비자의입원이나 지역사회치료명령이 내려지면 8주 내에 3인으로 구성된 심판위원회가 정신보건기구를 방문하여 환자의 참여 하에 입원이나 지역사회치료명령이 적당한지를 심사한다. 또한 환자들이 비자의입원이나 지역사회치료명령에 대해 불만을 가질 때 언제든지 심판위원회에 심사를 요청할 수 있으며, 이 경우 2주 내에 심판위원회가 열린다.
- 형식적으로 운영되어 대부분의(90% 이상) 정신장애인이 계속 입원되고 있는 심판위원회의 권리와 의무를 강화하여 실질적으로 심판이 가능한 기구로 재편할 필요가 있다. 비자의입원 환자 전수에 대한 첫 심사 시기를 단축시키고 대면심사를 의무화할 필요가 있다.
- 장기간 입원되고 있는 상황에는 입원하지 않고는 주기적 치료가 되지 않는 현실이 작용하고 있어 지역사회치료명령제 도입이 입원 기간을 줄이는데 도움이 될 것이다. 하지만 이 역시 개인의 자유를 침해할 수 있는 강제적 제도이므로 인권 침해를 배제할 수 있는 충분한 견제 장치가 필요하다.

(3) 탈원화와 지역사회 재활을 돕는 정책

- 정신장애인이 입원하지 않고도 충분한 치료를 받으며 생활할 수 있는 중간시설과 지역사회 프로그램의 확충으로 탈원화를 유도할 수 있을 것이다.
- 호주 빅토리아 주는 정신사회재활과 지역사회 영역에서의 지지 프로그램의 제공에 있어서 강한 전통을 가지고 있으며, 호주의 여러 주와 지방 중에서도 리더 역할을 하고 있다. 빅토리아주의 공공정신보건서비스 시스템은 임상(Clinical)정신보건서비스 시스

템과 정신장애 재활과 지지서비스(Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services(PDRSS) 시스템으로 구성된다.⁶⁷⁾

- 임상정신건강서비스들은 공공병원에 의해 관리되고, 중증정신질환자들에게 사정/진단/치료/재활/임상사례관리서비스를 제공한다. 그리고 주거/비주거 요소들을 모두 포함하고, 약물의 제공 및 모니터링을 포함한다.
- PDRS 서비스들은 정신사회사정/재활과 지지를 제공하고 지역사회에 있는 NGO에 의해 관리된다. PDRS 서비스들은 특히 정신질환과 정신장애로 인해 손상된 자아존중감, 사회기술과 일상생활기술, 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 한다. PDRS 서비스 프로그램에는 정신사회 주간재활 프로그램(Psychosocial Rehabilitation Day Programs), 가정 기반 현장접근(Home Based Outreach Support), 주거 재활(Residential Rehabilitation), 지원 숙박(Supported Accommodation), 계획된 휴식(Planned Respite), 동료지지 및 자조그룹(Mutual Support/ Self Help)을 지원하는 서비스 프로그램 등이 있다.
- 장기입원과 마찬가지로 퇴원 후 적절한 치료와 독립적 생활이 불가능한 정신장애인이 입원 치료의 필요성이 없음에도 지속적으로 입원되고 있는 상황을 개선하기 위해서는 이들이 지역사회에서 생활하여 치료받을 수 있는 시설과 프로그램이 확충되어야 할 것이다.
- 이 중간시설이 현재의 장애인 시설처럼 폐쇄적으로 운영되어 인권침해가 발생하지 않도록 하는 제도적 장치가 뒷받침 되어야 할 것이다.

(4) 정신장애인에 대한 편견해소 방안

- 정신장애인에 대한 지식을 향상시킴과 동시에 미디어가 계속해서 편견을 강화하지 못하게 하는 제도를 수립하는 것이 정신장애인에 대한 편견을 줄일 수 있을 것이다.⁶⁸⁾
- 호주 빅토리아주의 Compass⁶⁹⁾와 같은 프로그램은 젊은 세대들의 정신건강 지식을 향

67) Metropolitan Health and Aged Care Division(2003), Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services Guideline for Service Delivery. Metropolitan Health and Aged Care Division, Melbourne,

68) Barbara Hocking. Reducing mental illness stigma and discrimination: everybody's business. MJA 2003; 178 (9 Suppl) : S47-S48.

69) The Compass Strategy. Newsletter No. 2, October 2001. Department of Psychiatry, University of Melbourne and MH SKY Youth Program.

상시키기 위해 마련되고 있다. 신중하게 고안된 영화광고 또는 포스터나 엽서 등이 젊은 층들이 있는 곳에 배포되기도 하고, 학교와 부모교육과 같은 프로그램들과 연결되기도 한다. 이를 통해 젊은 세대들은 정신병의 조기징후를 보다 잘 이해하게 되고, 그들 자신이나 친구들을 도울 수 있다는 느낌을 갖게 된다.

- 호주의 연방정부는 Mindframe National Media Strategy를 통해 미디어가 책임성 있게 정신병 및 정신장애를 가진 사람에 대해 보도하도록 이끌고 있다. Mindframe National Media Strategy에는 신방과 학생들을 교육하는 “ResponseAbility”와 스티그마감시프로그램(Stigma Watch Program)인 SANE의 확대 등이 포함되어 있다.^{70) 71)}
- 정신장애인에 대한 지식은 여러 매체를 통해 점점 더 많이 전달되고 있는 것으로 보이나, 그와 동시에 잘못된 편견 역시 지속적으로 대중에게 전달 되고 있다. 의도하지 않은 이런 부정적 영향을 막기 위해 정신장애인 관련 내용을 전달할 때, 이 내용에 대한 자문을 하거나, 내용 수정을 권고할 수 있는 상시 기구를 설립할 필요가 있다.

6. 독일

- 독일의 정신장애인에 대한 의료서비스 및 지역사회생활을 지원하는 다양한 서비스체계의 특징 중 우리나라 정신장애인 서비스체계 수립에 함의를 제공하는 제도는 첫째, 신체장애와 정신장애에 관한 구별이 없는 일원화된 의료 및 사회복지서비스체계, 둘째, 연방정부와 지방정부간의 책임과 권한의 합리적인 분산구조, 셋째 분산된 서비스체계의 통합을 위한 조정전략, 넷째 사회보장급여 중심의 재원조달체계 그리고 다섯째 사법형 입원심사제를 들 수 있다.
- 이와 같은 제도가 우리나라 정신장애인을 위한 의료 및 사회복지서비스체계 수립에 함의를 가지는 이유는 현행의 정신보건전달체계가 일반 장애인복지서비스전달체계와 이원화됨으로써 정신장애인에 대한 지역사회서비스에서 차별이 발생하고 있으며, 정신장애인의 비자발적 입원치료에 대한 중앙정부의 정책적 통제구조가 미약함과 동시에 지방정부의 지역사회중심 서비스체계 형성에 대한 책무가 없는 구조로 형성되었기 때문이다.

70) Mindframe National Media Strategy. Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002.

71) SANE StigmaWach 2002. A report on stigma against mental illness in the Australian media.

그리고 정신보건체계와 사회서비스체계의 분리에도 불구하고 이를 통합하고 조정할 체계가 존재하지 않기 때문이다. 이러한 측면에서 정신장애인의 의료 및 사회서비스에 관한 독일의 중앙 및 지방정부간의 역할분담체계나 의료체계와 분리된 재활서비스체계와의 통합을 위한 제도적 장치는 우리나라의 정책 및 제도 형성에 많은 함의를 줄 수 있다. 또한 지역사회 서비스에 관한 자원조달체계가 미약한 우리의 현실은 독일의 자원조달체계가 새로운 시각을 제공할 수 있으며, 특히 사법형 입원심사제도는 입원심사제도 자체가 존재한다고 볼 수 없는 우리나라 제도와 많은 함의를 제공한다.

1) 신체장애와 정신장애에 관한 구별이 없는 일원화된 의료 및 사회복지정책

- 독일의 정신보건 및 사회복지서비스체계의 기본적인 특징은 정신질환을 신체질환과 동등하게 의료제도와 사회복지제도에서 다루어지고 있다는 것이다.
- 이러한 독일의 제도적 특징에 따라 정신보건과 관련된 별도의 제도가 있는 것이 아니라 신체질환과 그로 인한 장애와 마찬가지로 질병보험, 연금, 재활정책 등의 대상이 되고 있다.
- 이와 같은 독일의 제도적 특징은 정신장애의 재활 및 복지서비스를 일반 장애와는 달리 보건의료전달체계에 속하도록 함으로써 다양한 장애인복지프로그램에서 소외시키고 있는 우리나라의 체계의 문제점에 대한 하나의 대안을 제시하고 있다. 즉 일반 장애인의 재활 및 복지서비스를 사회복지전달체계에서 관장하면서 그들의 의료문제는 보건의료전달체계에서 책임을 지는 것과 같은 체계를 정신장애인들에게만 적용하지 않는 문제는 중요한 차별의 문제가 될 수 있다.
- 구체적으로는 우리나라에서 보편형 사회서비스로 도입되어 1급 장애인들에게 제공되는 활동보조서비스나 지자체의 자체재원으로 제공되는 생활도우미서비스 이용자 중 정신장애인은 극소수에 불과하다. 이와 같은 이유는 서비스자체가 지체장애인의 욕구에 초점을 두고 이동보조를 중심으로 설계되었기 때문이라는 측면과 이 서비스가 일반적 장애인복지전달체계에 속한 서비스제공자에 의해 제공되고 있기 때문이라는 또 하나의 측면을 포괄한다. 즉 이는 정신장애인의 지역사회 생활을 돕는 서비스가 일반 장애인서비스체계와 분리되어 있음으로써 정책과정에서 정신장애인에 대한 고려가 충

분히 이루어지고 않고 있을 뿐만 아니라 서비스제공과정에서도 서비스제공자들이 정신장애인을 기피하는 결과를 가져온다는 것이다.

2) 연방정부와 지방정부 간의 책임과 권한의 분산

- 독일은 연방정부 또는 기관에 의해 운영되거나 지원을 받는 국립보건서비스와 같은 것이 없으며, 정신보건업무에 관한 계획과 감독은 16개 주 정부들 각자의 책임으로서 주 정부 차원의 법제화를 통하여 이루어지고 있다. 즉, 중앙정부(“Bundesregierung”)는 일반건강업무 또는 복지관련 법들의 제정을 통해 지방정부에 기본적인 법적 골자를 제공하는 역할을 하며, 실제적 정신보건업무는 각 지방자치단체에 따라 많은 차이를 가지고 있으며, 그 결과 독일의 건강관련업무 특히 정신보건업무의 제공은 수많은 단위별 조직으로 분산되게 되었고 확연한 지역적인 차이가 특징적으로 나타나게 되었다.
- 구체적으로는 지방정부에서는 직업 훈련과 주거서비스를 포함하는 일반적으로 독립적인 지역정신보건서비스 전체를 조직하고 지도해 가는 반면, 정신과 병상 비율은 연방정부가 정하고 정기적으로 조절한다. 연방정부에 의한 정신과 병상비율이 가능한 이유는 정신병원을 공공병원으로만 운영되고 있기 때문에 정신병원에서 장기입원의 재정적 유인이 발생하지 않는 데에 있다.
- 장기 입원병상의 대부분이 민간병원이어서 중앙정부가 장기입원을 억제할 정책수단이 없고 지방정부는 의료급여에 대한 재정적 책무가 매우 약하게 설계된 우리나라의 재정구조에서 독일의 중앙정부과 지방정부의 재정역할 분담구조는 중요한 함의를 제공한다. 즉 독일의 경우 중앙정부가 공공병원으로 설립된 장기 입원병상의 입원율을 정책적으로 조정할 수 있는 통제력을 가지고 있으며, 퇴원한 정신장애인들은 지방자치단체가 중앙정부와 분담하는 연금보험과 사회부조에 의한 보장급여로서 의료, 요양, 직업재활서비스를 제공받기 때문에 지방정부에서는 고가의 의료이용을 적정화시키면서 지역사회중심의 재활서비스를 확충할 재정적 유인을 가지고 있다고 볼 수 있다.
- 독일제도가 주는 함의에 따라 우리나라 정신보건 및 사회복지서비스체계에서 지방정부가 지역사회 서비스를 확산하고 장기입원병상에 대한 실무적 통제력을 확보하기 위해서는 우선 재정체계의 개혁이 선행될 필요가 있다. 즉 보장급여로서 통제장치 없이

제공되고 있는 의료급여를 중앙정부와 지방정부의 계약에 의한 정액제로 전환하여 지방정부에 의료급여에 대한 재정적 책무를 부여하고, 다른 한편으로는 의료급여를 건강 복지급여제도로 개편함으로써 지역사회서비스가 보장급여로 수행될 수 있는 체계로 마련하여야 한다. 이와 같은 제도하에서는 지방정부는 자체 재정의 적정한 운영을 위하여 불필요한 장기입원에 대한 조정을 적극적으로 시행할 것이며, 지역사회 서비스를 보장급여로 전환함으로써 지역사회서비스에 관한 재정을 동시에 확보할 수 있다.

- 또한 중앙정부가 정책수단을 회복하기 위해서는 정신보건센터의 공공성을 제고하기 위해 현행의 위탁정책을 폐지하여야 한다. 정신의료기관 운영법인들에게 위탁된 정신보건센터가 정신의료기관에 대한 조정력을 가지는 것을 제도적 오류를 초래할 것이다.

3) 분산된 정신보건체계와 그 대안 모색

- 업무 계획에 대한 책임의 분산은 독일 정신 보건 체계의 중요한 특징들 중 하나이며, 그 특징은 입원 환자 서비스와 외래환자에 대한 사회복지, 직업재활, 의료서비스는 서로 다른 재원과 완전히 다른 팀들에 의한 서비스가 제공되고 있다.
- 이러한 상태가 주는 한 가지 장점은 서비스의 분산이 다양한 관련이익당사자들과 사회 단체들을 포함해서, 다양한 기관들 간에 책임과 권력이 배분 되도록 만들었다는 점이라고 할 수 있다. 그러나 분산된 체계는 동시에 서비스의 합리적인 조정을 어렵게 하는 문제를 발생시킨다. 독일은 이러한 분산적 체계의 문제점들을 극복하기 위한 서비스조정전략으로 사례관리, 지역적 또는 국가적 차원에서 지역정신보건기금조합의 설립, managed care, 통합재정 등 과 같은 서비스관리를 위한 새로운 방법들을 지속적으로 개발하고 시험되고 있다.
- 독일에서 지역사회에서의 서비스통합과 조정을 위한 전략은 사회법에 의한 통합전문가제도와 재활조정법에 의한 재활급여 및 재활기관 간의 업무조정제도가 있다. 통합전문가제도는 퇴원후 근로생활에서 중증장애인의 참여를 돕는 제3의 서비스로 구축되었으며 사정 및 평가, 일자리개발 및 준비지원, 실무훈련 그리고 위기개입과 같은 사례관리자의 업무를 수행한다. 업무조정제도는 정신장애인이 다양한 보험자에 의해 분산된 체계하의 재활기관 중 어느 한곳에라도 신청을 하면 행정체계가 담당 재활기관을 체

계적으로 탐색하여 연결해줄 것을 강제하는 제도이다.

- 우리나라의 경우, 보장급여인 건강보험과 의료급여에 의한 입원의료 및 외래의료가 제공되고 지역사회 주거, 사회복지 그리고 직업재활 서비스는 폐쇄적 지방재정에 크게 의존하고 있다. 지역사회 서비스 중 주거 및 사회복지서비스는 보건의료전달체계에 속해있으나 이 부분은 보장급여에서 재활동되어 있는 차별적 상태에 놓여 있다. 또한 지역사회 단위에서 정신보건체계는 일반 장애인서비스체계와 분리되어 있어 지방정부에서 일반 장애인들에게 제공하는 종합적 복지서비스체계에서도 분리되어 있다.
- 우리나라의 경우 위에 설명한 것과 같은 분산적 체계임에도 불구하고, 제도적으로는 독일의 제도 중 어느 것도 채택하고 있지 않다. 분산된 체계의 비효율을 극복하기 위해서는 입원의료에 의한 재정적 이해관계가 존재하지 않는 공공체계에서 통합전문가를 임용하는 방안을 고려해볼 수 있다. 실제 이와 같은 제도는 (가칭)장애인장기요양보장제도가 시행되는 시점에서 재정적, 제도적 토대하에 도입을 충분히 고려해볼 수 있다.

4) 사회보장급여 중심의 자원조달체계

- 독일의 의료는 주로 행위수가제도 (fee-for a-service)에 의해서는 서비스가 제공될 때마다 비용이 지불되는 체계를 근간으로 운영되고 있다. 그러나 질병금고는 입원 환자에 대한 치료와 약물치료 비용에 한해서는 직접적인 지불하지만, 외래 환자의 의료비용은 병원을 운영하는 의사들을 위한 의료 관리 조직체(Kassenärztliche Vereinigungen)에 정기적으로 지불되는 이원화된 체계를 가지고 있다.
- 질병금고는 건강보험 수혜자격이 있는 정신질환자들에게만 치료 비용을 지급해 주는데, 보통 실업이나 조기퇴직으로 인해 이러한 자격을 갖지 못하는 경우 장애 수당(disability fund), 노후보장연금 또는 연방 노동청에서는 이들의 직업관련기술이 사라지지 않도록 하기 위하여 재활치료업무의 비용을 지불한다.
- 연방 혹은 주의 연금보험에서는 질병보험에서 의뢰되어온 정신장애인을 비롯한 장애인의 의료적, 사회적, 직업적 재활서비스를 담당함. 그리고 주거보호시설(sheltered accommodation), 재통합준비(re-integration measures) 또는 직업재활 등 다른 상호보완적인 서비스들은 사회부조 혹은 재활급여체계가 그 자금을 지원한다.

- 독일과 우리나라 제도의 가장 중요한 차이는 지역사회에서의 생활에 필요한 주거, 직업재활, 요양 및 사회복지훈련에 관한 서비스가 독일제도에서는 사회보장급여인 것에 비하여 우리나라는 의료비용만 보장급여이고 지역사회서비스비용은 그렇지 않다는 점이다. 그리고 이와 같은 비용의 부담구조도 의료비용은 건강보험 및 의료급여에 의해 제공되는 데에 반하여 주거, 직업재활, 요양 및 사회복지훈련에 관한 재정은 지방정부의 빈약한 재원에 의존하고 있다는 것이다. 즉 의료서비스는 수급자격이 인정되면 특별한 조건없이 급여를 제공해야하는 사회보장급여에 의해 서비스를 제공하고, 지역사회 서비스의 비용은 지방정부의 빈약한 재정에 의해 자동적으로 통제됨으로써 결과적으로 과도하게 의료비용을 소모하는 결과를 가져오게 되는 것이다.
- 정신보건 및 사회복지서비스의 적절한 이용을 통한 장기입원의 완화를 위해서는 사회보장급여로서 통제장치 없이 제공되고 있는 의료급여를 중앙정부와 지방정부의 계약에 의한 정액제로 전환하여 지방정부에 의료급여에 대한 자체적 통제유인을 제공하고, 동시에 의료급여를 건강복지급여제도로 개편함으로써 지역사회서비스가 보장급여로 수행될 수 있도록 하는 재정체계의 혁신이 필요하다.

5) 사법형 입원심사제

- 독일에서 정신장애를 가진 사람에 대한 강제수용절차는 일반적 강제수용절차와 긴급수용절차로 나누어져 있으며, 행정법원의 관할이 되는 사법형 입원심사제를 채택하고 있다. 우리나라와 같은 공공관청의 개입이 없이 보호의무자에 의한 동의에 의해 사적계약의 방식으로 강제수용을 하는 제도는 존재하지 않는다.
- 일반적 강제수용절차는 그 지역의 관청의 허가를 받아야 하는데, 이것은 행정법원에 속한 사회정신질환담당공무원(Sozialpsychiatrischer Dienst)이 담당하는 허락을 통해서 이루어진다.
- 강제수용이 가능하기 위해서는 ① 정신장애가 존재해야하며, ② 그것이 환자의 생활과 건강에 중대한 위협이 되거나 법적으로 보호된 제3자의 중요한 이익에 대하여 현존하는 중대한 위협이 있어야 하며, ③ 그것을 다른 수단으로는 막을 수 없어야 한다는 조건에 부합하는 경우로 제한하고 있다. 우리나라 정신보건법은 ①, ②의 조건만을 규정

하고 있으며, ③의 조건은 명시하지 않고 있다.

- 독일의 강제수용절차에 관한 사법적 모델은 우리나라 정신보건법의 보호의무자의 동의에 의한 입원이 얼마나 비인권적인 규정인지 잘 보여준다. 즉 보호의무자의 동의에 의한 입원은 개인의 자유에 대한 침해에 공적 관리가 개입할 영역을 최소화함으로써 인권의 사각지대를 형성하고 있다. 그리고 강제수용의 요건에서도 ‘③그것을 다른 수단으로는 막을 수 없어야 한다는 조건’을 배제함으로써 인권보장의 장치를 심각하게 약화시키고 있다.
- 독일의 합의는 정신보건법의 비자발적 입원요건이 선진국에 비하여 지나치게 완화되어 있다는 것을 보여준다. 그리고 실제 강제수용을 통제하기 위한 역할에서 사법형 제도와 행정 통제를 적절하게 통합함으로써 공공 보건체계가 인권 감시의 역할을 수행할 수 있는 제도를 구축하고 있다. 이는 공공 정신보건체계가 인권침해의 가능성이 있는 정신의료기관에 위탁됨으로써 발생할 수 있는 제도의 역기능을 잘 보여주는 사례라고 할 수 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 각 나라에서 정신장애인의 인권보호를 위한 법령과 정책, 서비스체계를 갖추어나가는 방향과 내용은 각기 다르나, 대부분의 국가에서는 정신보건체계의 방향과 미래에 대한 국가적 비전을 제시하면서 전국가적 변화를 위한 다양한 제도화노력을 하고 있음을 알 수 있다. 정신보건체계의 성공적 변화를 가져온 국가에서 공통적으로 발견할 수 있는 동력을 몇 가지로 정리하면, 첫째, 전국가적인 관심과 정부의 의지로 정신장애인을 위한 국가적인 정신보건시스템을 제안하며 정신보건전달체계의 포괄적인 체계구축을 통해 정신보건자원의 효율성과 서비스체계간의 연계성을 높이하고자 하는 것이다. 둘째, 이러한 노력이 궁극적인 제도개선으로 이어질 수 있도록 재정적 여건이나 가능성에 관한 세부 실행계획을 구성하고 추진전략을 공유하므로써 관련부처와 지방정부에서의 실질적인 정신보건체계의 변화로 이어지도록 하고 있다. 셋째, 정신장애인의 권리의식과 참여, 일반시민의 인식변화를 의미 있게 인식하고 정신장애인이 시민의 한사람으로 지역사회에서 정상화된 삶을 살아갈 수 있도록 하는 사회변화를 이끌어내고자 많은 노력을 기울이고 있다. 특히, 정신장애인의 사회복귀와 지역사회통합을 지원하는 서비스체계의 실질적인 변화를 이끌어내는 주체로 정신장애인이 참여하도록 소비자의 권리를 강조하고

있다. 향후의 연구진행을 통해, 정신보건법을 비롯한 우리나라의 현행 정신보건정책과 법, 제도의 문제점을 해결하기 위한 제도적, 정책적 대안을 검토하며, 정신장애인의 권리보호와 삶의 질 향상을 목적으로 하는 국가정신보건서비스체계의 공통기반과 준거 틀을 제안하고자 한다. 해외사례로부터 얻어진 선진모델 구축과정에서의 이와 같은 함의는 보다 구체적이며 현실적인 실행방안과 전략을 도출하는데 활용될 것으로 기대한다.

□□정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축□□에 대한 토론문

이 명 수 (서울시정신보건센터장)

1. 국가정신보건 현황 및 문제점

- 1) 조기발견 체계 미비와 초발정신질환자 적정 치료 및 관리 체계 구축 미비
- 2) 장기재원일수의 유지 및 정신병상 증가 추세 지속
- 3) 지역사회 인프라 부족 및 포괄적 서비스를 위한 민간 자원 유치 실패
- 4) 생산적 사회 구성원으로서의 정신장애인 취업 활성화 전략 부재 및 독립적 주거 환경 여건 조성 미비
- 5) 지방자치단체 및 지역사회 동원(mobilize) 기전 구축 실패
- 6) 정신질환에 대한 사회적 불평등 요소와 편견 지속

2. 중점 추진과제

- 1) 지역사회 조기발견 및 치료연계체계 구축을 통한 미치료기간 단축
- 2) 초발정신질환 치료 경로 및 관리 적정성 개선을 통한 손상 최소화
- 3) 정신병상 수 감소와 지역사회 인프라 확충, 의료기관-지역사회의 연속성 향상을 통한 지역사회 중심의 관리 및 지원체계 구축
- 4) 제도적 보완과 재원 적절성 개선을 통한 재원기간 감소
- 5) 정신장애인 독립주거 및 취업 활성화를 통한 생산적 사회구성원으로서의 역할 강화
- 6) 정신질환자 사회통합 강화를 위한 사회수용도 개선
- 7) 소비자 참여 증대와 서비스 질 개선을 통한 삶의 만족도 향상

위에 언급된 부분은 현재 진행되고 있는 국가정신보건5개년 계획의 중증정신질환 영역 draft의 큰 줄거리이다. 훨씬 더 복잡할 수 있는 문제점을 너무 단순하게 바라보고 있는게 아닌가라는 생각도 들고 그래서인지 그 해결을 위한 전략도 어찌보면 너무 간단한 것이 아닌가라는 생각도 든다. 정신보건계획을 수립할 때 다른 영역 (예: 아동청소년, 노인 정신보건)과의 큰 차이점은 중증정신질환영역의 계획은 대부분 정책(policy) 또는 체계(system)레벨에서 논의 되어지는 반면, 다른 영역은 주로 프로그램과 체계 레벨의 논의가 주라는 점이다. 즉, 중증정신질환, 정신장애의 영역이 훨씬 얽혀있고 꼬여있는 부분이 많아 법과 제도로 풀어야 할 부분이 많다고 할 수 있는 반면, 다른 영역은 좋은 프로그램이 구성되고 그 프로그램을 수행할 체계만 구축되어진다면 이후에는 그냥 수행만 잘하면 되는 부분이라고도 할 수 있다. 물론 그 안에서 풀어야할 문제들은 있겠지만 말이다. 그래서인지 중증정신질환 영역의 계획을 수립할 때 상대적으로 프로그램 레벨의 논의는 배제되어 온 것이 사실이다.

위에서 언급한 draft는 (세부 추진전략은 소개하지 않고 있지만) 어느 것 하나 합의점을 찾기가 쉽지 않다. 하나하나가 모두 정책연구과제 또는 시범사업과제가 되어야 할 상황이다. 예를 들어, 만약 진료권 제도를 다시 도입한다고 하자. 그 지역의 정신질환자는 그 지역의 의료기관을 이용해야 하는 제도가 만들어지면 분명 의료기관은 그 지역의 수요를 감안하여 설치될 것이다. 경쟁 구도를 통해 서비스의 질은 향상될 가능성이 높다. 의료기관의 지역화 (regionalization) 현상이 생김으로서 퇴원 후 지역사회와의 연계체계 구축이 더 용이해 질 수도 있을 것이다. 경쟁에서 도태된 기관은 사라질 것이며 수요-공급에 준해서 적정 병상수를 찾아 안정화될 가능성이 많아진다. 채용기간을 줄이는 것은 또 다른 이야기이다. 얼핏 스토리가 성립된다고 그냥 진행할 수는 없다. 치료 선택권이라는 기본적인 권리에의 침해라는 의견도 있고 과거에 있다가 (필요에 따라) 없어진 진료권 제도를 부활시키는 것도 단순한 문제는 결코 아니다. 서비스 공급자와 소비자 모두 다른 이유로 반발할 가능성도 매우 높다. 하지만 독일처럼 모든 정신의료기관이 공공영역이어서 중앙정부가 병상수를 조정, 통제할 수 있는 상황이 아닌 상태에서 과연 병상수를 조절하거나 줄일 수 있는 기전은 무엇이 있을까? 평가와 통제를 통해서 처벌 기준만 강화하면 될 것인가? 우리와 똑같이 민간 영역의 의료공급이 대다수를 차지하고 있는 일본 역시 최근에야 가까스로 병상 수 증가추세가 꺾이고 완만한 보험세를 보이고 있는데 과연 우리나라는 어떤

전략을 채택해야 할 것인가?

해외 사례 고찰은 바로 국가차원의 정책을 수립하는데 있어 필요한 정책연구 아젠다를 제시하고 그 해답을 찾는 데 있어 하나의 본보기로 활용하는데 있을 것이다. 그런 점에서 제 6 연구과제가 위에서 제시하고 있는 고민들에 대해 해답이나 방향성을 제시해줄 수 있었으면 하는 바램이다.

- OECD 국가들의 경우에 전체 보건예산 중에서 정신보건예산이 차지하는 비중이 평균 6%대에 이르고 있다. 우리나라의 경우, 전체 보건예산 중 정신보건예산이 차지하는 비중은 0.59%에 불과하며, 정신질환 관련 건강보험과 의료급여 지출을 포함할 경우에도 그 비중은 3% 수준에 머무르고 있어 서구 선진국의 수준에는 크게 미달하고 있다
- 이 문구에 토론자의 개인적 입장에서 보았을 때 문제의 시작과 해결의 시작점이 있다고 생각된다. 사소한 부분이지만 다른 어느 나라도 정신보건비용에 입원 및 외래치료비는 포함되고 있으니 0.59%보다는 3%를 택하는 것이 맞을 것으로 생각한다. 더 중요한 부분은 우리나라 정신보건 비용의 대부분을 차지하고 있는 정신과 치료 영역의 비용이 너무 낮게 책정되어 있다는 점이다. 물론 3%를 다른 나라들처럼 6% 이상으로 올리기 위해서는 의료비는 그냥 고정시키고 지역사회 비용만을 올리는 방법도 있겠지만 독일의 사례에서 연구자들이 제시하고 있는 정책적 함의처럼, 궁극적으로 의료급여와 지역사회서비스의 재정체계가 통합되어지는 것을 전제로 한다면 분명 의료급여수가는 적정화되어야 한다. 연구자가 제시하고 있는 지방정부의 장기입원에 대한 조정능력을 적극적으로 하기 위해서는 개인당 투입되는 의료급여 비용이 지역사회 관리비용에 비해 너무 낮다. 건강보험의 50% 수준에서 치료의 질이 결정되는 부분은 기본적인 형평성에 어긋나며, 이뿐 아니라 경제적인 논리로도 지방정부가 지역사회 중심의 서비스를 선택할 유인책이 되고 있지 못한 것이다. 미국의 예에서 연구자가 정책적 함의로 제시하고 있는 부분 중,.... 미국의 지역사회보호체계는 고비용의 입원치료에 의존하고 있는 우리나라가 시설보호로 부터 지역사회보호체계로 전환하는데 필요한 함의를 준다”는 부분은 우리나라의 입원치료가 고비용이 아니기에 동의하기가 어렵다. 가끔 나는 “미국의 정신보건 개혁이 옳은 방향을 추구해서라기 보다 단지 비용을 줄이기 위해서 진행되고 있는 것이 아닌가?”라는 다소 비뚤어진 시각도 가지고 있긴 하지만,

아무튼 우리나라는 변화를 위한 동력을 부여하기에는 너무나 연료가 부족(저비용 의료 서비스)하다. 5개년 계획에서 제시하고 있는 문제점 중 5) 지방자치단체 및 지역사회 동원(mobilize)의 실패는 바로 이 부분을 언급하고 있다. 어떻게 하면 지방정부가 스스로 동기를 가지고 지역사회를 준비하고 소비자로 하여금 장기입원 대신 지역사회 관리를 선택할 수 있도록 설득해 나갈 수 있을 것인가? 그런 의미에서 미국과 독일 등이 보여주고 있는 재정조달체계는 항상 관심사이다. 일본과 문제점의 시작과 과정은 유사하지만 그 해결책이 달라질 수 있다면 바로 그건 다른 아닌 funding 시스템의 개혁이 아닐까 한다. 중앙정부와 지방정부의 재정 조달체계의 변화를 통해서 지방정부 차원의 지역 특화적 시스템 구축을 유도하고 비용 효과적이면서도 인권친화적인 지역사회 중심의 관리 체계를 구축할 수 있도록 유도할 수 있어야 한다. 그러기 위해서 선행되어야 할 부분은 앞서서도 언급한 “기본 동력 부여”이다. 또한 서비스 공급기관에 대한 예산 지원 체계의 변화도 동반되어야 할 수 있을 것이고 이를 통해 서비스의 질 관리적인 측면과 함께 치료 및 관리 서비스에 대한 역할 설정, 권한부여 및 서비스에 대한 책임성에 대해서도 정리될 수 있을 것이라 생각한다.

그러면, 이러한 개혁은 어디에서부터 출발할 수 있을 것인가? 미국의 부시대통령은 이라크 전쟁을 일으켰지만 ‘부시 보고서’도 발표하였다. 어느 나라의 정신보건을 봐도 국가의 수반은 중증정신질환, 정신장애에 우선 관심을 표명하고 있다. 물론 자살도 있고, 인터넷 중독도 있다. 하지만 위에서 언급하였듯이 중증정신질환 문제는 매우 복잡하게 얽히고 설퉈 있다. 관련 정책 부서도 다양하다. 대통령 차원에서의 의지가 반영이 되어야 비로소 유기적으로 움직일 기반이 조성될 수 있다. 그런 의미에서 미국의 “부시 보고서”는 우리의 입장에서 볼 때 그 보고서의 구체성 여부와는 상관없이 매우 부러운 부분이다. 만약 우리나라에서도 대통령이 직접 이 문제에 대해 관심을 보이고 문제해결을 위한 구체적 방안을 챙긴다면 어떻게 될까? 의료급여 병동의 모든 환자들에게 C라는 약물을 사용한다면 6개월 후에 어떤 일이 벌어질까라는 공상을 하곤 했는데 이 공상은 아마도 위의 공상이 현실화되면 바로 이루어질 수 있지 않을까 생각해 본다.

일본으로부터는 수가정책에 대해 벤치마킹할 필요가 있을 것이다. 높은 민간 의료서비스 공급 비율, 장기재원 문제 등 우리나라와 유사한 환경, 유사한 문제를 가지고 있는 일

본은, 비자의적 입원에 대한 공공영역의 개입과 공식적 절차 등은 최소한 서면으로 보기에는 우리나라보다 한발 이상 앞서 있는 것으로 보인다. 필자가 기왕에 방문했던 일본의 정신병원을 참고해 보아도 최소한 일인당 국민소득 격차 이상의 환경적 차이를 보여주고 있으며 그와 동시에 또한 국민소득 격차 이상의 치료 수가의 차이도 분명 존재하고 있다. 단순한 외형적 차이와 더불어 일본에서는 치료의 강도와 입원 일수 등에 따라 차등적인 수가체계를 적용하고 있는데 예를 들어 30일 미만자의 경우 emergency care unit, acute care unit 1, acute care unit 2로 구분하여 지불방식을 달리하고 있으며, 응급병동의 경우는 32,000엔(256,000원), 급성 병동은 19,000엔(152,000원)과 만성 환자 중심의 재활병동은 16,000엔(128,000원)으로 책정하고 있다. 급성 병동은 3개월 이내에 치료를 완료해야 하며 퇴원 이후 3개월간은 또 다른 급성병동에 입원을 제한하고 있다. 일본이 또 다른 만성정신질환자를 양산하지 않기 위해 치료 초기의 차별성을 강조하고 조기 퇴원을 장려하기 위해 낮병원 수가를 높게 책정하는 등 지역사회 유인책을 강화하기 위해 선택하고 있는 전략은 수가 정책이라고 할 수 있다. 겉으로 보이는 바와는 달리 일본에서도 민간의료기관의 저항은 만만찮다고 한다. 하지만 합리적인 수가정책은 결국 공급자 요인을 개선하는 효과로 나타날 것으로 생각하며 사실 달리 선택할 수 있는 정책 방안도 마땅치 않다.

비자의적 입원에 대한 미국과 영국, 독일의 사례는 놀랍기까지 하다. 평상시에 가끔 이런 의문을 품곤 한다. 어떻게 선진국에서는 정책을 개발하는 전문가들도 많고 심사 평가하는 법조인들도 많고 아무튼 관련 전문가들이 그렇게 많을까? 반면 우리나라는 왜, 모두가 그렇게 바쁘는데 정작 필요한 부분에는 사람들이 없을까? 우리나라의 정신과 의사의 수가 적정한 지도 객관적으로 평가해보아야 한다. 만약 적당하다면 근로 형태의 경직성이 문제일까? 외국처럼 우리나라에서도 의료기관의 attending system이 가능해지게 되면 필요한 공공정신의료서비스 체계가 좀 더 강화될 수 있을 것인가? 심판위원회가 시군구로 이양되었는데 이미 시도 단위의 심판위원회에서도 변호사의 참여도는 극히 미약하였다. 로스쿨(law school)이 활성화되면 이것도 좋아질 수 있을 것인가? 외국의 정신보건과 관련한 사법체계는 어떻게 활성화 될 수 있었던 것인가? 유사하게 심판위원회는 어떻게 잘 운영이 되고 있는 것일까? 법치제도와 관련한 서양의 기본적인 문화인가? 아니면 인력의 양적인 차이인가? 그들의 사법체계는 어떤 예산 지원체제로 움직이는가? 활동에 따라 얼마만큼의 사례를 받는가? 아니면 그들의 정신보건에 대한 사명의식이 남달라서 그런 것인가?

이미 외형적인 차이는 정확한 숫자만 모를 뿐이지 인지하고 있다. 더 필요한 것은 방법론 일 것이다.

다음의 내용은 독일 편에서 연구자가 제시하고 있는 부분이다.

“.....강제수용이 가능하기 위해서는 ① 정신장애가 존재해야하며, ② 그것이 환자의 생활과 건강에 중대한 위협이 되거나 법적으로 보호된 제3자의 중요한 이익에 대하여 현존하는 중대한 위협이 있어야 하며, ③ 그것을 다른 수단으로는 막을 수 없어야 한다는 조건에 부합하는 경우로 제한하고 있다”

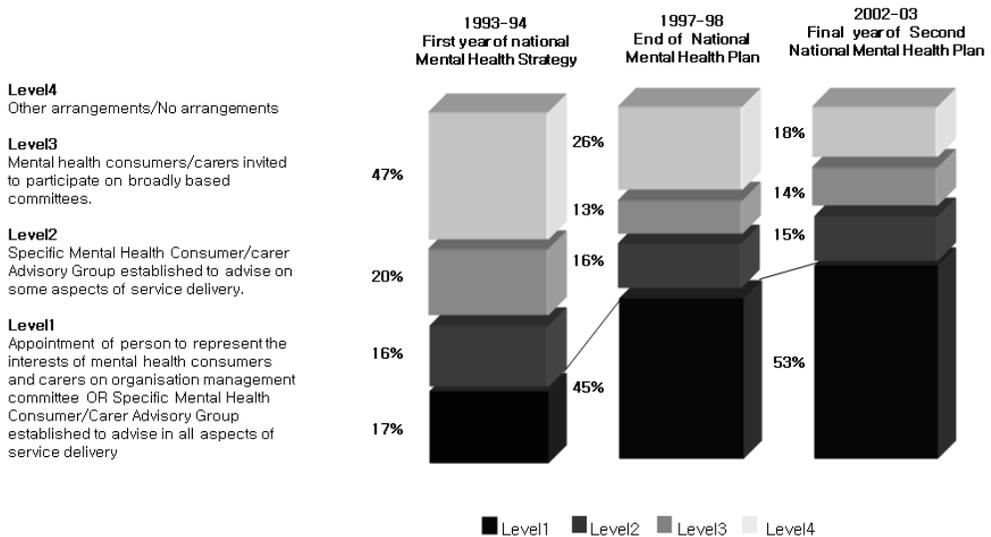
다음의 내용은 미국편에서 연구자가 제시하고 있는 부분이다.

“한편 장기입원을 줄이기 위한 제도로서 우리나라에서 고려되고 있는 외래치료명령제도는 강제 입원 제도와 마찬가지로 환자가 치료를 거부할 수 있는 권리에 대한 침해적 요소를 갖고 있기 때문에, 치료의 효과성에 대한 긍정적 기대와 달리 정신장애인의 인권차원에서는 부정적인 결과를 가져올 수 있다고 평가된다. 또한, ‘결과적으로 위협이 예상되는’ 상태를 법적 사회적으로 해석하기 어렵다는 점과 치료를 거부할 수 있는 판단력을 가진 환자를 구별하는 기준 등 명확한 대상 환자 기준을 정하는 것이 힘들기 때문에 실제 시행 상에 많은 어려움이 예상되어 결과적으로 정신질환자의 위협성을 예방할 수 있는 바람직한 제도가 아니라는 견해도 많이 제시되고 있음을 참고할 필요가 있다”

우리나라의 경우 독일의 “③ 그것을 다른 수단으로는 막을 수 없어야 한다”에서 말하고 있는 그 ‘다른 수단’이 마땅치 않다. ‘다른 수단’의 존재는 매우 중요하다. 내가 방패를 가지고 있으면 상대방이 칼을 들고 있어도 위협상황이 되지 않을 수 있다. 즉, ③이 ②의 본질에 영향을 주게 된다는 말이다. 우리나라에서는 사례관리라고 해도 상담이 거의 모든 부분을 차지하며 위기관리에서도 상담 말고는 할 수 있는 것이 없다. 만약 위에서 언급한 서비스 제공기관에 대한 예산지원체계가 변화하여 의료급여나 건강보험으로부터 제한적 영역에 국한하는 약물처방과 치료라도 가능하게 되면 좀 달라질 수 있게 되겠지만 현 상황에서는 아무튼 상담이 처음이자 마지막 방법이다. 즉, 입원이라는 카드를 쓸 수밖에 없는 상황이 너무 쉽게 찾아온다는 것이다. 그런 의미에서 외래치료명령제는 ‘다른 수단’으로 작용할 수가 있다. 연구자들이 언급하고 있지는 않지만 호주의 경우 보다 탄력적으

로 지역사회 치료명령제를 사용하고 있다. 장기적 효과성과 치료거부시의 대안에 대해서는 분명 한계를 가지고 있지만 국가 차원에서 잘 계획된 수행평가체계를 갖추고 진행된다면 좀 더 나은 ‘다른 수단’을 확보할 수 있지 않을까 생각해 본다.

연구자들은 소비자 참여에 대해서 미국의 사례를 예로 들며 서비스 공급자로서의 소비자의 필요성을 언급하고 있다. 우리나라에서도 가족협회와 일부 전문가들이 이에 대한 필요성을 역설하고 있고 관심을 가지고 있는 것으로 알고 있다. 필요한 부분이긴 하나 지금 시점에서 전면에 내세워야 할 주제인지는 의문이다. 개인적으로 가족협회에게 바라는 가장 큰 부분은 직접적인 지원에 대한 요구나 공급자로서의 가족이 되는 부분보다는 국가 정책 우선순위에서 정신장애인 관련 정책이 제자리를 찾아갈 수 있게 전략적이고 조직적으로 움직이는 것이다. 전문가들이 제대로 못하고 있는 부분을 도와달라는 것으로 들릴 수도 있겠지만 장기적으로 보았을 때 중요한 부분이라고 생각한다. 참고로 호주의 소비자 참여도 지표를 소개한다.



자료출처: National Mental Health Report. Australian Government. 2005

영국과 호주를 비롯해서 세계보건기구에서 주요한 관심을 가지고 있는 영역이 바로 일차정신보건(primary health care)의 영역이다. 우리나라의 입장에서 잘 적용이 안 되는 대표

적인 부분이긴 하지만, 결국 전달체계 구축의 이슈에서 가장 보편적인 영역에서 정신건강과 정신보건서비스를 어떻게 제공하고 필요한 경우 어떻게 전문적 정신보건서비스 체계와 만나게 할 것인가?에 대한 해답은 비단 영국, 호주 뿐만이 아니라 우리나라의 입장에서도 중요하다. 그런 면에서 보자면 연구과제에서 이 부분이 생략되어 있는 것은 좀 아쉽다고 할 수 있다.

전반적으로 보았을 때 각국의 정신보건정책과 인권적인 부분에 대한 소개, 특히 역사적인 고찰은 그 나라와 우리나라의 정신보건을 이해하고 비교하는데 많은 도움을 주고 있다. 아쉬운 부분은 각국의 사례를 소개하는데 있어 공통적인 틀을 가지고 하려는 시도는 분명히 보이나 자료 수집의 한계 때문인지 결과적으로는 상호간의 비교가능한 부분이 그리 많지 않고 공동연구자에 따라 맞추고 있는 초점이 조금씩 다르다는 부분이다. 제안하자면 단순히 각국의 정책 현황을 나열하기 보다는 우리나라의 정책 이슈를 중심으로 주제에 따라 각국의 사례를 통합적이면서도 분석적으로 접근하는 것이 어떨까 한다. 예를 들어, 지역정신보건서비스의 예산지원체계를 보건의료와 통합적으로 운영해야 한다는 주제에 대해 미국의 managed care, medicaid의 지불방식은 어떤 것이며, 영국과 호주는 어떻게 하고 있으며 일본은 어떠한가와 같이 말이다. 물론 연구자로서 이런 접근은 너무 어렵다. 자료접근의 한계도 많고 시간도 부족하다. 주제를 선정하는데 있어 연구자들간의 합의가 선행되어야 하기도 한다. 어려움을 알면서도 한번 제안해보는 바이다. 마지막으로 각 연구자 간의 정책 제언에서 상호간의 모순은 없어야 하며 팀 내부적인 합의도 이루어져야 하지 않을까 생각한다.

2008 정신장애인 인권 실태조사 결과발표 및 토론회

2008년 12월 인쇄
2008년 12월 발행

발행인 : 안 경 환

발행처 : 국가인권위원회 차별시정본부 장애차별팀

(100-842) 서울시 중구 무교동길 41

(을지로1가 16번지) 금세기 B/D 9층

전화 / 02) 2125-9841~6

FAX / 02) 2125-9848

www.humanrights.go.kr

인쇄처 : 도서출판 한 학 문 화

전화 / 02) 313-7593(代)
