

발간등록번호

11-1620000-000693-01

2017년도 장애인 인권증진 실태조사

연구용역보고서

정신의료시설의 정신장애아동 인권 증진을 위한 실태조사



정신의료시설의 정신장애아동 인권 증진을 위한 실태조사

2017년도 국가인권위원회 장애인 인권증진 실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2017. 12. 22.

연구책임자	박이진(가톨릭대학교 인천성모병원)
공동연구원	김원영(서울대학교 법과대학)
	민정아(정신건강의학과 전문의)
	박민현(가톨릭대학교 성바오로병원)
	이정준(바오로병원)
연구 보조원	단두리(가톨릭대학교 인천성모병원)
	박솔빈(가톨릭대학교 인천성모병원)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

연구 요약

- 입원을 필요로 하는 정신장애 아동·청소년에게 중요한 요구들이 정신의료시설에서 적절하게 제공되고 있는지, 부당한 차별 상황에 놓여 있는지, 퇴원 이후 지역사회에 복귀할 수 있는 정신재활시설, 학교, 가족과의 연계 등에 대한 실태를 조사하기 위해 문헌 조사와 국내외 법률, 정책 및 제도, 현황, 치료 관련 해외 선진 사례 검토, 초점집단 면담, 정신장애 아동·청소년과 정신의료기관 종사자를 대상으로 설문 조사를 실시하였다.
- 특히 정신의료기관에 입원 경험이 있는 8~24세의 아동·청소년 103명과 정신의료기관에 종사하고 있는 의사, 간호사, 사회복지사 및 행정담당자 등 160명을 대상으로 치료의 즉시성, 치료계획에 대한 설명 여부, 성인과 분리된 치료환경 여부, 아동·청소년을 위한 별도 프로그램 운영여부, 교육기회 제공, 사생활 정보 수집 등 동의여부, 폭력으로부터의 보호, 격리 및 강박의 경험, 강제노동 등의 실태조사 결과의 주요 내용은 아래와 같다.
- 아동·청소년 응답자(이하 ‘아동·청소년’ 이라 함) 중 18.4%가 정신과적인 진료 또는 입원을 원할 때 병원에 갈 수 없었다고 응답하여 치료의 즉시성이 떨어지는 것으로 조사되었다.
- 치료과정에 있어서 아동·청소년에게 현재의 질병 상태나 치료 계획에 대한 설명 여부에 대해 종사자 응답자(이하 ‘종사자’ 라고 함)의 6.9%가 ‘전혀 아니다’, ‘약간 아니다’ 라고 부정적으로 응답한데 반해, 아동·청소년의 33.0%는 자신의 병명과 치료 계획에 대해 자세한 설명을 듣지 못했던 것으로 응답하였다.
- 아동·청소년에게 직접 진료 혹은 치료 과정 중 부여된 권리와 의무에 대한 고지 여부에 대해 종사자는 13.2%가 설명을 제대로 하지 못하였다고 응답했고, 아동·청소년은 25.2%가 입원 시 설명을 듣지 못했던 것으로 응답하였다.

- 병동 환경에 대해 종사자의 83.8%는 성인과 분리된 아동·청소년을 위한 병동이 없다고 응답하였고, 아동·청소년의 67.0%도 성인과 분리된 병동에서 치료받지 못하였다고 응답하였다.
- 아동·청소년을 위한 프로그램 운영 여부에 대해서는 종사자의 61.3%가 아동·청소년을 위한 별도의 프로그램을 운영하지 않고 있으며, 46.9%가 아동·청소년을 위한 전문의나 치료사가 없다고 응답하였다. 아동·청소년의 23.3%도 자신들을 위한 별도의 치료 및 오락 프로그램에 참여하지 못하였다고 응답하였다.
- 교육의 기회 제공에 대해서는 종사자의 23.8%는 아동·청소년에게 교육적인 기회 제공 여부에 부정적으로 답하였고, 아동·청소년의 26.0%도 입원시 교육 기회가 없었다고 응답하였다.
- CCTV 촬영 동의 등 사생활 정보 수집 시 동의에 대해서 아동·청소년에게 직접 동의를 구하는지에 대해 종사자의 7.6%만이 부정적으로 응답한 반면, 아동·청소년의 55.3%는 동의를 구한 적이 없다고 응답하였다. 특히 35.0%의 아동·청소년은 의사나 간호사로부터 환자의 개인정보가 어느 정도로 알려질 수 있다는 설명을 들은 바 없으며, 19.4%는 치료 담당자에게 털어놓은 이야기를 다른 사람이 알게 되어 비밀이 지켜지지 않았다고 응답하였다.
- 종사자 40.0%가 아동·청소년에 대한 학대 및 폭행이 일어났을 때 피해자를 위한 보고 및 지원 체계에 대해 알고 있는지 여부에 부정적 응답을 하였고, 28.7%가 아동·청소년에게 학대 및 폭력이 발생했을 때 적절한 보호와 지원을 하지 못하였다고 응답하였다. 아동·청소년의 14.6%는 입원시 폭력을 경험하였고, 그 중 40.0%는 폭력을 경험했을 때 즉각적인 치료진의 도움이 없었다고 응답하였다.
- 강제노동 실태를 조사한 결과 종사자의 2.6%가 아동·청소년에 대한 강제노동이 있었고, 8.7%는 원하지 않는 프로그램이나 행사에 아동·청소년의 참여를 강요한다고 응답하였는데, 아동·청소년도 1.9%정도 마련할 필요가 있고, 그 내용에는 반드시 정신장애 아동·청소년에 대한 별도의 치료지침(특히 기본권을 제한하는 치료인 비자의 입원이나 격리, 강박 조치, 아동 친화적 시설 환경, 교육 등 병동 내 프로그램 등)마련되어야 할 것으로 보인다.

- 또한 아동·청소년 응답자 중 입원을 원하지 않았는데 입원한 경험(강제 입원)은 38.8%이며, 강박 경험율은 25.2%, 격리 경험율은 43.7%인 것으로 조사되었다.
- 격리·강박 시 대부분의 종사자(94.8%)가 격리·강박 조치를 취하는 이유를 설명한다고 응답한 반면, 아동·청소년의 42.9%는 설명을 듣지 못하였고 응답하였으며, 34.7%는 의사 또는 치료 담당자로부터 적절한 보살핌(물이나 음식물 제공, 화장실 이용, 혈압 또는 맥박 체크)을 받지 못하였다고 응답하였다.
- 프로그램에 가족 포함 여부를 조사한 결과 아동·청소년을 위한 프로그램 운영 시 종사자 응답자 48.2%만이 가족 포함하여 운영한다고 응답하였다.
- 퇴원 이후 연계에 대해 종사자의 70.6%는 퇴원 이후 정신건강 관리를 도와줄 기관을 소개·중개해준다고 응답하였으나, 아동·청소년의 56.3%는 사회복지프로그램에 대한 안내를 받지 못하였다고 응답하였고, 49.5%가 퇴원 후 사회복지프로그램에 참여하지 못하였다고 응답하였다.
- 또한 57.3%의 아동·청소년 응답자가 퇴원을 원할 때 즉시 퇴원할 수 없었다고 응답하였고, 종사자의 40.1%도 아동·청소년이 퇴원 후 복귀할 적절한 장소가 없어 입원 기간이 길어졌다고 응답하고 있어 퇴원이 제때에 이뤄지지 못하고 있는 것을 확인할 수 있었다.
- 아동·청소년을 위한 별도의 치료 정책이나 지침 유무를 조사한 결과 정신의료기관 종사자 50.7%가 별도의 지침이 없다고 응답하였다.
- 위와 같은 현황에 비추어 볼 때 정신질환의 발병률이 아동·청소년기에 집중되어있는데 반하여 치료 즉시성을 높일 수 있는 아동·청소년을 위한 특화된 정신의료 전문치료시설이나 지역사회재활시설 등이 매우 부족하며, 아동·청소년을 위한 시설환경 또는 치료 조건을 마련할 필요가 있고, 그 내용에는 반드시 정신장애 아동·청소년에 대한 별도의 치료 지침(특히 기본권을 제한하는 치료인 비자의 입원이나 격리, 강박 조치, 아동 친화적 시설 환경, 교육 등 병동 내 프로그램 등)마련되어야 할 것으로 보인다.
- 이상의 결과를 토대로 볼 때, 우리 현황은 정신장애 아동·청소년이라고 하여 성인에 비해 특별히 더 보호받는다라고 결론내리기 어려우나, 정신

장애 아동·청소년이 입원 시 폭력 경험률(14.6%), 폭력 경험 시 즉각적 도움 부재율(40.0%) 특히, 아동이라는 이유로 의료진이 성인인 보호자에게만 의료적 상황을 설명하는 것(26.9~33.0%)은 아동권리협약의 원칙에 위배된다고 할 것이다.

- 이에, 연구진들은 첫째, 정신장애 아동·청소년을 위한 별도의 치료 정책이나 병동 환경에 대한 지침 및 시설 기준을 정할 필요성 제기 둘째, 정신장애 아동·청소년에 대한 포괄적이고 상호협력적인 서비스가 제공될 수 있는 기반 마련 셋째, 정신의료시설의 입·퇴원 및 치료에 관하여 아동·청소년의 자기결정권 보장을 위한 관련 규정이나 지침 필요 넷째, 아동·청소년의 사생활 보장 및 알 권리 보장 다섯째, 정신의료기관 종사자의 정신장애 아동·청소년 권리보장에 대한 인식 제고 여섯째, 아동·청소년 전문 치료시설 및 사회재활시설이 확대되어야 하고 이를 위한 국가적 지원의 필요성 일곱째, 정신장애의 조기 개입에 대한 사회적 인식의 확대 등의 정책 제안을 하였다.

목 차

제1장. 서론	1
1절. 연구 배경과 목적	1
2절. 연구 내용과 범위	3
3절. 연구 방법	4
4절. 연구의 제한점	6
제2장. 정신장애 아동·청소년의 인권에 대한 이론적 논의	7
1절. 개념 정의	7
2절. 아동·청소년기	9
3절. 아동·청소년기 정신건강	11
4절. 정신장애 아동·청소년 인권 관련 선행 연구	14
제3장. 국내 법 제도 및 서비스 기관 현황	17
1절. 정신장애 아동·청소년 관련 국내 법제	17
1. 헌법	17
2. 아동권리협약	17
3. 관련 법률	21
4. 국제 법제에 대한 평가	29
2절. 아동·청소년이 입원 가능한 정신의료기관과 서비스 기관 현황 및 실태	33
1. 정신의료기관	33
2. 국내 우수 사례 고찰	37
3. 서비스 기관	45
4. 소결	51

제4장. 국제 동향과 해외 사례 연구	53
1절. 해외 정신장애인 및 아동 관련 규범	53
1. 아동권리협약	53
2. 장애인권리협약	53
3. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙	54
2절. 다른 나라의 법령 또는 제도 동향	56
1. 미국	56
2. 잉글랜드	58
3. 스코틀랜드	62
4. 호주	63
3절. 다른 나라의 아동·청소년 인권 보장 우수 병원 사례	67
1. 미국의 아동·청소년 정신건강의학과	67
2. 캐나다의 브램프턴 시립 병원	68
4절. 국제 규범 및 해외 동향의 함의	68

**제5장. 정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태
조사 결과**

1절. 초점집단 면담 조사	71
2절. 정신의료기관 입원 아동·청소년 및 종사자 설문 조사	75
3절. 소결	122

제6장. 정책 개선 방안과 과제

1절. 정신장애 아동·청소년을 위한 주요 정책 개선 방향	125
2절. 주요 문제 및 개선 방안	126
1. 정신장애 아동·청소년을 위한 전문 의료시설 및 치료, 재활 기준의 확충	126
2. 아동의 기본권 보호	128

제7장. 결론 및 제언 129

참고문헌 141

<부록 1> 메사추세츠 주 정신건강부 조건부 자의 치료에 관한 양식 141

<부록 2> 설문지. 정신장애 아동·청소년용 143

<부록 3> 설문지. 정신의료기관 종사자용 147

<표 목차>

[표2-1] 국내법상 아동 관련 정의	10
[표2-2] 연령에 관련한 주제들	11
[표3-1] 2015년 정신의료기관과 정신병상 수 현황	34
[표3-2] 2015년 시도별 정신병상 수 분포	35
[표3-3] 2015년 정신의료기관 유형별 개방병상 수 및 비율	36
[표3-4] 지역별 아동·청소년 정신건강 병동 현황	36
[표3-5] 정신재활시설(구 사회복지시설) 현황	47
[표3-6] 지역별 정신재활시설(구 사회복지시설) 현황	48
[표3-7] 서울시 아동·청소년 정신건강지원시설 현황	48
[표3-8] 전국 WEE Project 개설 현황	49
[표3-9] 중독관련 시설 현황	50
[표3-10] 어린이병원과 일반병원의 주요 치료시설 운영비용의 비교	51
[표4-1] 입원의 우선순위	66
[표5-1] 2015년 정신의료기관 입원, 입소자 연령별 분포	76
[표5-2] 2015년 정신의료기관 유형별 상근인력 현황	78
[표5-3] 정신의료기관 입원 아동·청소년의 일반 사항	80
[표5-4] 정신의료기관 입원 아동·청소년의 인권 점수 총점	94
[표5-5] 정신의료기관 종사자의 일반 사항	97
[표5-6] 진료 과정 중 권리, 의무에 대한 고지 여부	98
[표5-7] 일반 사항에 따른 진료 과정 중 권리, 의무에 대한 고지 여부점수	98
[표5-8] 질병 상태, 치료 계획 설명 여부	99
[표5-9] 일반 사항에 따른 질병 상태, 치료 계획 설명 여부 점수	99
[표5-10] 치료의 부작용, 예상 결과 고지 여부	100
[표5-11] 일반 사항에 따른 치료의 부작용, 예상 결과 고지 여부 점수	101
[표5-12] 자료 수집 시, 목적과 필요성, 방법 고지 및 서면 동의 후 진행 여부 ..	102
[표5-13] 자료 수집 시, 목적과 필요성, 방법 고지 및 서면 동의 후 진행 여부 점수	102
[표5-14] 연구 목적으로 치료 시, 치료와 의학적 연구와의 관련성 안내 여부	103
[표5-15] 진료 및 사생활 정보 수집 시, 동의 후 절차 안내 여부	104

[표5-16] 일반 사항에 따른 진료 및 사생활 정보 수집 시, 동의 후 고 절차 안내 여부 점수	104
[표5-17] 진료 정보 및 사생활 노출 필요 시, 동의를 구하는 지 여부	105
[표5-18] 일반 사항에 따른 진료 정보 및 사생활 노출 필요 시, 동의를 구하는 지 여부 점수	105
[표5-19] 연령을 고려하여 입원실 배정 여부	106
[표5-20] 일반 사항에 따른 연령을 고려하여 입원실 배정 여부 점수	107
[표5-21] 노동 시행 여부	108
[표5-22] 통신 및 면회 제한 시, 정신건강의학과 전문의 지시 하에 시행 여부	108
[표5-23] 일반 사항에 따른 통신, 면회 제한 시, 전문의 지시 하에 시행 여부 점수	109
[표5-24] 치료 프로그램을 운영 시 가족 포함 여부	109
[표5-25] 일반 사항에 따른 치료 프로그램 시 가족 포함 여부 점수	110
[표5-26] 교육 기회 제공 여부	111
[표5-27] 일반 사항에 따른 교육 기회 제공 여부 점수	111
[표5-28] 원하지 않은 프로그램이나 행사 참여 강요 여부	112
[표5-29] 격리 및 강박 시, 해당 조치를 취하는 이유 설명 여부	112
[표5-30] 격리 및 강박 시, 관찰 가능한 환경에서 의사 지시 하에 진행 여부	112
[표5-31] 격리 및 강박 시, 협업 하에 진행, 활력 상태 확인, 격리 및 강박일지 작성 여부	113
[표5-32] 별도의 치료실에서 전기충격치료 진행 여부	113
[표5-33] 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원 체계에 대해 아는 지 여부	113
[표5-34] 일반 사항에 따른 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원 체계에 대해 아는 지 여부 점수	114
[표5-35] 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부 기관 신고 절차 포함 여부	115
[표5-36] 일반 사항에 따른 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부 기관 신고 절차 포함 여부 점수	115
[표5-37] 학대 및 폭력 발생 시, 적절한 보호나 지원 여부	116
[표5-38] 일반 사항에 따른 학대 및 폭력 발생 시, 적절한 보호나 지원 여부 점수	116

[표5-39] 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고, 절차를 아는지

여부	117
[표5-40] 일반사항에 따른 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고, 절차를 잘 아는지 여부 접수	117
[표5-41] 사회력 조사 여부	118
[표5-42] 보호자 또는 지역 내 보호기관의 불충분으로 입원 기간 연장 여부 ·	119
[표5-43] 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관 소개·중개 여부	119
[표5-44] 일반 사항에 따른 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관 소개·중개 여부 접수	119
[표5-45] 퇴원 동의하에 퇴원 절차 진행 여부	120
[표5-46] 퇴원 통지 시, 질병 관리에 대한 주의 사항, 의료기관 방문이 필요한 증상 관련 설명 제공 여부	121
[표5-47] 퇴원 후 치료 연계 및 교육 연계 시스템 운영 여부	121

<그림 목차>

[그림 1] 소아청소년 정신건강의학과 복도	42
[그림 2] 병실 창문 I	42
[그림 3] 병실 창문 II	42
[그림 4] 병동 내 식당	42
[그림 5] 휴게 공간 I	43
[그림 6] 휴게 공간 II	43
[그림 7] 참다울학교 교실	43
[그림 8] 참다울학교 시간표	43
[그림 9] 악기실	43
[그림 10] 주방시설	43
[그림 11] 집단치료실 I	44
[그림 12] 집단치료실 II	44
[그림 13] 작업치료실	44
[그림 14] 행동발달증진센터	44
[그림 15] 입원 환자의 여정	65
[그림 16] 입원 환자의 권리와 의무에 대한 고지	81
[그림 17] 치료 과정에 대한 설명	81
[그림 18] 성인과 분리된 병동	82
[그림 19] 의사 및 치료 담당자와의 접촉	82
[그림 20] CCTV 촬영 동의	83
[그림 21] 개인 정보에 대한 비밀보호	83
[그림 22] 치료 내용에 대한 비밀보호	84
[그림 23] 인터넷 및 전화 사용 금지	84
[그림 24] 학대나 폭행을 당했을 때 신고 방법 고지	85
[그림 25] 입원 기간 동안 폭력이나 괴롭힘을 당한 경험	85
[그림 26] 교육 기회	86
[그림 27] 별도의 치료 또는 오락 프로그램	87

[그림 28] 강제 노동	87
[그림 29] 강박	88
[그림 30] 격리	89
[그림 31] 격리 또는 강박 시, 치료 담당자로부터의 보살핌	89
[그림 32] 격리 또는 강박 시, 의사 또는 치료 담당자로부터의 설명 ..	90
[그림 33] 진료 및 입원의 즉시성	90
[그림 34] 강제 입원	91
[그림 35] 즉시 퇴원	91
[그림 36] 퇴원 시 사회복귀 프로그램 안내	92
[그림 37] 사회복귀 프로그램 참여	92
[그림 38] 정신장애 아동·청소년의 치료 관련 개선할 사항	121

제 1 장

서 론

제1절 연구 배경과 목적	1
제2절 연구 내용과 범위	3
제3절 연구 방법	4
제4절 연구의 제한점	6



제1장. 서론

1절. 연구 배경과 목적

1. 연구 배경

정신질환의 약 50%가 10대 중·후반에 시작되고, 75% 정도의 정신질환이 20세 중반까지 발병한다.¹⁾ 일부 정신장애는 심리적, 사회적으로 심한 고통과 손상이 동반되며, 재발을 거듭하는 만성적이고 파괴적인 경과를 나타낸다. 그러나 1990년대 이후 축적된 임상 연구 자료들은 ‘질환의 초기에 특별한 관심을 가지고 적절하게 대처한다면 발병 시기를 늦추거나, 장애상태로 살아가는 기간을 단축시키며, 회복의 촉진을 통해 예후를 개선할 수 있을 것’이라는 기대를 갖게 하였다. 조현병의 경우 조기 발견하여 조기 개입을 통해 입원을 피하고 재발을 감소시킴으로서 재입원을 줄이고자 하더라도 첫 삽화를 경험하는 사례의 약 50%는 정신과적 서비스와 처음으로 접촉한 지 1주일 내에, 약 80%는 3년 내에 입원하고 있다. 첫 정신과 입원 치료가 치료 환경이나 치료진의 인권 감수성 부족 등을 이유로 대상자에게 부정적인 경험을 하게 할 경우, 이는 정신장애인의 삶 전체에 큰 영향을 미칠 수 있을 것이다. 그러므로 입원을 포함한 아동·청소년 친화적인 서비스가 첫 번째 개입이 될 때, 정신질환에 대한 낙관적인 견해가 증대하고, 서비스에 대한 편견을 덜어주어 향후 개입에도 지속적으로 긍정적인 영향을 줄 수 있다.²⁾

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN 원칙(Principles for the Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care; ‘MI 원칙’)에 의하면, 정신장애인도 근본적 자유와 기본권 보장에 있어서 동등함과 지역사회 내에서의 생활하고 일할 권리, 국제적으로 공인된 의학적 기준에 의한 판정, 의학 검사의 강요 금지, 비밀보장, 가능한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받을 권리, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리, 전문가 처방에 의한 치료 및 진단적 목적으로의 약물 치료, 동의에 의한 치료, 권리의 고지,

1) Kessler RC 외, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry, 1994. p.8~19.

2) Swaran PS 외, Early Intervention in Psychosis: Obstacles and opportunities Advances in Psychiatric Treatment, The Royal College of Psychiatrists, 2005. p.71~78.

정신보건시설 내에서의 권리 보장 및 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사한 조건, 가능한 자발적 입원의 원칙, 절차상 보호 조치, 정보 열람 등의 기준이 제시되고 있으며, 정신장애 아동의 경우에는 정신장애인이 누리는 권리 이외에도 성장과 발육 단계에 있는 아동의 정서적·심리적·신체적 여건이 고려되어야 하기에 ‘특별한 보호를 받을 권리’가 인정되고 있다. UN 「장애인권리협약」은 MI 원칙에서 한 발 더 나아가 정신장애인의 자기결정권을 비롯한 기본적 인권 보장을 강조한다. 이러한 흐름 속에서 다른 나라의 경우, 아동의 특성에 맞는 치료와 인권보장을 위하여 정신장애 아동·청소년을 위한 병동, 성인과 분리된 병동 시설, 아동 친화적인 병동 환경, 아동에 적용되는 격리, 강박 등에 대한 별도의 기준을 정하고 있다.

우리나라의 2014년 입원 통계에 의하면 10~24세에 해당하는 아동·청소년 9,794명이 정신장애로 입원하였으며, 입원하지 않은 정신장애 아동·청소년의 수는 이보다 많을 것으로 추정된다. 그러나 현재 우리나라에는 정신질환이 있는 아동·청소년을 위한 전문적인 정신의료기관이 양적으로 적으며, 정신장애를 가진 아동·청소년의 특징을 고려한 입원 서비스가 제공되어야 함에도 불구하고, 성인 정신장애인과 같은 시설에서 유사한 치료 내용이나 서비스를 제공받을 뿐 아동·청소년에 특화되고, 전문화된 서비스 제공을 받지 못하고 있는 상황이라고 볼 수 있다. 정신장애 아동은 정신장애와 아동이라는 이중의 취약성을 가지며, 성인과 달리 성장 과정 중에 있으므로 치료적 개입 뿐 아니라 교육 문제, 가족 연계 등의 복합적인 조치가 요구되나, 이러한 부분에 대한 실태 조사나 연구 또한 미진한 상황이다.

2. 연구 목적

이번 연구는 정신의료시설에 입원을 필요로 하는 아동·청소년을 위한 병동 시설, 치료의 내용, 아동의 교육권 보장 실태(의무 교육 보장 실태 포함) 등을 포함하며, 아동이라는 이유로 치료에 대한 동의, 치료 관련 정보, 권리에 대한 고지 등에 있어 부당한 차별 상황에 놓여 있는지 조사하고자 한다.

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 및 「장애인권리협약」, 「아동권리협약」 등이 정하는 기본적 인권보장의 원칙들을 포함하여, 「아동복지법」 제23조가 규정하는 “특별한 어려움을 가진 아동에게 보장되어야 하는 교육, 건강 관리, 재활, 취업 준비, 오락의 기회”와 같이 아동에게 특히 중

요한 요구들이 정신의료시설에서 적절하게 제공되고 있는지에 관한 실태를 조사하고, 그에 적절한 개선책을 제안하려고 한다. 아울러 이들이 퇴원한 이후 지역 사회에 복귀할 수 있는 지역사회 정신재활시설, 학교와의 연계시스템, 가족과의 연계 등에 대한 실태 조사와 개선책을 제안하고자 한다.

2절. 연구 내용과 범위

1. 정신장애 아동·청소년 관련 국내의 법률, 정책 및 제도, 현황 조사

- 정신장애 아동에 대한 일반 규범
- 정신장애 아동 관련 국내법령
- 정신장애 아동·청소년이 입원 가능한 정신의료기관 현황 및 실태
- 정신장애 아동·청소년 관련 서비스 기관

2. 정신장애 아동·청소년을 위한 치료 관련 해외 선진 사례 검토

- 국제규범
- 국가별 법령 및 제도
- 해외의 사례: 아동·청소년의 인권을 보장하는 우수 병원 사례

3. 정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태 조사

- 초점집단 면담
- 정신장애 아동·청소년 대상 설문 조사
- 정신의료기관 종사자 대상 설문 조사

4. 정책 제안

3절. 연구 방법

문헌 및 자료 조사, 초점집단 면담, 설문조사를 활용하였다. 각 방법별 조사 규모, 조사 주요 내용, 분석 방법은 다음과 같다.

1. 문헌조사

- 정신장애인과 정신장애 아동·청소년 인권에 대한 선행 연구
- 정신장애인과 정신장애 아동·청소년 관련 국내외 법령과 지침, 기준
- 정신장애 아동·청소년을 위한 치료와 관련된 해외 선진 사례

2. 초점집단 면담(FGD)

- 조사 대상과 규모
 - 아동·청소년 및 보호자: 종합병원 정신건강의학과 1곳, 병원 정신건강의학과 1곳에 입원한 아동·청소년 및 보호자 3명
 - 정신의료기관 종사자: 종합병원 정신건강의학과 1곳, 병원 정신건강의학과 1곳에 근무하는 의사, 간호사, 사회복지사 6명
 - 정신건강복지센터 아동·청소년 담당자: 2곳의 정신건강복지센터에 근무하는 아동·청소년 담당자 2명
- 조사 내용
 - 정신장애 아동·청소년을 위한 별도의 시설 유무, 권리와 의무에 대한 규정, 동의에 대한 규정, 아동·청소년에 대한 격리 및 강박에 대한 규정, 별도의 치료 프로그램, 입원 기간 동안 교육을 위한 조치, 입원, 퇴원 절차에 아동·청소년의 직접 관여 여부, 퇴원 시 지역사회 또는 학교, 가정과 연계 시스템, 개선 의견 등

3. 설문조사

- 조사 대상
 - 정신의료기관에 입원한 경험이 있는 아동·청소년
 - 정신의료기관 종사자

- 조사 규모
 - 정신의료기관에 입원한 경험이 있는 아동·청소년 약 100여명
 - 정신의료기관에 근무하는 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사 약 200여명

- 조사 내용
 - 아동·청소년: 기본 인구학적 사항, 최근 입원한 나이, 입원한 지역, 권리 및 의무 고지 여부, 치료에 대한 설명 여부, 성인과 분리된 병동 여부, 의료진과의 접촉, 사생활에 대한 보호, 통신의 자유 제한, 학대나 폭력으로부터 보호, 폭력의 경험, 교육 기회 제공 여부, 별도의 치료 프로그램 여부, 강제 노동 여부, 치료프로그램에 강제 참여 여부, 격리 및 강박 경험 여부(이유에 대한 설명 여부, 의료진의 적절한 보살핌 여부), 즉시 입원, 퇴원 가능 여부, 퇴원 시 사회복지자를 위한 프로그램 안내 및 참여 여부, 치료 환경에 대한 의견 등
 - 종사자: 기본 인구학적 사항, 기관 유형, 병동 형태, 기관의 소재 지역, 직종, 종사 기간, 권리 및 의무 고지, 치료에 대한 설명, 사전 동의, 특수치료 및 의학적 연구 시행, 사생활 보호, 병실 배정 시 나이에 대한 고려, 강제 노동, 통신 및 면회 제한, 별도의 치료 프로그램, 교육 기회 제공, 전담 치료사 유무, 격리 및 강박 시행(격리·강박 이유 설명 여부, 격리·강박 일지 기재), 특수치료 시행, 별도의 치료 지침이나 정책 유무, 학대나 폭행으로부터 보호, 사회적 조사 여부, 입원 기간의 연장 여부, 퇴원 후 지역사회 연계, 동의에 의한 퇴원 통지, 퇴원 시 치료 계획에 대한 설명, 정책 제안 등

4절. 연구의 제한점

연구진들은 정신장애 아동들의 정신건강과 기본적 인권 보장을 위해서는 의료 시설만이 아니라 가정이나 학교 등에서 인권 원칙을 기반으로 한 적절한 개입, 퇴원 이후 지역사회에서의 지원 등이 갖는 중요성을 인지하고 있다. 그러나 연구진들이 가진 지식과 전문성, 연구 대상자에 대한 접근성 등을 고려할 때, 정신장애 아동들의 정신건강 서비스 전 체계를 살펴보기보다는 의료시설에서 제공되는 서비스에 연구 초점을 맞추기로 결정하였다. 그러므로 정신장애 아동·청소년에 관한 연구가 의료 시스템 내에 한정된다는 점은 본 연구의 한계라고 하겠다.

또한 설문 조사의 대상자 수가 정신의료기관에 입원한 경험이 있는 10~24세의 아동·청소년 103명, 정신의료기관 종사자 160명으로 엄격한 표본 추출에 실패하여 이번 조사 결과가 전체 표본을 대표하지 못하였다. 또한 설문 조사의 내용에 있어서 정신의료기관에서 병동 시설, 치료 내용, 동의 및 고지에 관한 내용, 교육 기회의 제공 등 정신의료기관에서의 치료에 초점을 맞추어 퇴원 이후 재활 및 지역사회 적응에 필요한 지지기반에 대한 내용이 부족하였다. 다만 의료시설에서 퇴원한 이후 지역사회와의 효과적인 연계가 이루어지는지에 관하여는 조사 내용에 포함하였다. 이러한 제한점들을 고려하여 엄격한 표본 추출을 통한 많은 수의 정신의료기관 종사자와 입원 경험이 있는 정신장애 아동·청소년을 대상으로 재활 및 지역사회 적응을 위한 지지기반의 내용을 포함한 대규모 실태 조사 연구가 필요할 것으로 판단된다.

제 2 장

정신장애 아동·청소년의 인권에 대한 이론적 논의

제1절 개념 정의	7
제2절 아동·청소년기	9
제3절 아동·청소년기 정신건강	11
제4절 정신장애 아동·청소년 인권 관련 선행 연구	14

제2장. 정신장애 아동·청소년의 인권에 대한 이론적 논의

1절. 개념 정의

이번 연구에서 주요 연구 대상으로 삼는 인구 집단은 정신장애 아동이다. 아동은 UN 아동권리협약에 의하면 18세 미만자에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 이 연구에서는 국내 청소년 관련 법령에 따른 청소년(만 24세 이하)도 연구 대상에 포함시켰다. 이는 아동이 겪는 특수한 사회적·의료적 어려움이 20대 초반의 정신장애인들에게도 동일하게 발생하는 경향이 있기 때문이다. 나아가 18세 미만자로 한정하는 경우 설문조사 대상의 표본이 지나치게 적게 확보되는 현실상의 어려움도 존재한다. 아동 및 청소년 개념 구분에 관한 이론적 논의는 이하 제2절에서 다루기로 한다.

‘정신장애’의 정의와 관련하여 「장애인복지법」은 제2조에서 정신적 장애를 발달장애나 정신질환으로 인해 발생하는 장애로 정의하면서(제2항 제2호), 정신장애인을 “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙: 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절, 행동, 사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람”으로 정의한다(동법 시행령 제2조, 별표1, 8.). 한편 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」은 정신질환자를 “망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람”(제3조 제1호)으로 정의하고 있다. 이와 같이 법률의 개념 정의를 따를 경우 정신장애는 정신질환과 동일하거나 그보다 더 좁은 개념으로서 정신질환이 지속되어 상당한 도움이 필요한 경우로 정의할 수 있다.

그러나 정신장애라는 용어는 더 다양한 의미에서 사용되고 있는데, 영어 mental disorder, mental illness의 번역어로서 혼용되고 있다.³⁾ 국가인권위원회는 2009년 발간한 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』에서 mental illness를 정신질환으로, mental disorder를 정신장애로 번역하고, 정신질환이라는 용어가 의학적 모델을 강조하고 있기 때문에 일부 학자들에 의한 비판이 있음을

3) 정신장애의 사회적 성격을 더 강조한 용어인 ‘psycho-social disability’라는 용어가 최근 인권분야에서는 광범위하게 통용된다.

소개하면서 정신장애라는 용어가 국제적 임상 문서들에서 선호되고 있다고 밝히고 있다.⁴⁾ 해당 보고서의 대상이 되는 정신장애인의 범위는 장애인복지법의 적용을 받는 정신장애인에 한정되지 않는데, 보고서가 정신보건시설(정신건강증진시설)을 이용하는 사람들 전체의 인권 상황을 다루고 있기 때문이다. 이처럼 국가인권위원회는 정신장애라는 개념을 국내법의 의미처럼 정신질환과 동일하거나 그보다 좁은 의미로 한정하지는 않음을 알 수 있다.

이 보고서는 정신질환의 정도나 정신장애의 등록 여부와 관계없이 정신의료기관에 입원하여 치료를 받고 있거나 입원 치료를 받고 외래를 이용하는 아동·청소년을 주요 연구 대상으로 하는 바, 이들을 국가인권위원회와 같이 정신장애 아동이라는 개념으로 서술하고자 한다. 물론 정신장애라는 말은 우리사회에서 중대한 정신질환이 영구적으로 지속되는 상태를 의미하는 경우가 적지 않고 이는 일부 오해와 편견으로 이어질 수 있다. 그러나 다음의 이유에서 정신장애라는 용어를 사용하는 것이 더 적절하다고 판단하였다.

첫째, 국제사회에서 장애를 바라보는 개념은 점차 의료적 관점에 한정되지 않고 사회와의 상호작용을 강조하고 있다. 이에 따라 세계보건기구(WHO)는 장애가 “복잡하고 동적이며 다차원적 개념” 이라고 하면서 “장애는 순수하고 의료적인 문제만도 아니며, 순수하게 사회적인 문제만도 아니다.” 라고 지적한다. 이에 기능, 장애, 건강에 관한 국제 분류(International Classification of Functioning, Disability, and Health)에 따른 장애 개념을 차용하여, 장애는 손상(impairment), 활동 제한(activity limitation), 참여 제약(participation restriction)이라는 세 가지 기능 영역 모두 또는 어느 한 영역에서 직면하는 어려움을 의미한다고 보고 있다.⁵⁾ 이번 보고서는 정신장애 아동이 직면한 건강상의 어려움을 정신질환의 발병에 따른 의료적 상황으로 제한하지 않고자 하며, 아동·청소년이 가정과 학교, 지역 공동체, 정신건강증진시설 등에서 적절한 돌봄과 그 연령에 부합하는 적절한 건강관리를 받지 못할 때 발생하거나 더 심화되는 것으로 이해하고자 한다. 따라서 정신건강의 문제를 의료적이면서 동시에 사회적인 문제로 바라보고자 하는 국제보건 및 인권 기구들의 취지에 따른 때에도 ‘정신장애 아동’이라는 표현이 더 적절하다고 판단된다.

둘째, 「장애인복지법」과 달리 「장애인 차별금지 및 권리구제에 관한 법률」은 장애를 “신체적, 정신적 손상 또는 기능 상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상

4) 국가인권위원회, 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』, 2009, 20면.

5) WHO, 『2011 세계장애보고서』, 한국장애인재단 역, 2012, p.32~34.

또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태”(제2조 제1항)로 정의한다. UN 「장애인권리협약」 역시 “장애는 발전하는 개념이며, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 완전하고 효과적인 사회 참여를 저해하는 태도 및 환경적인 장벽과 손상을 지닌 개인과의 상호작용으로부터 야기된다.” 고 지적하고 있다(협약 전문 e). 이처럼 인권 보호를 주요 목표로 하는 국내외 규범은 장애를 특정한 정도의 질환이나 영구적인 상태로 한정하지 않고, 역동적이며 사회와 상호작용하는 상태로 정의하고 있다. 이 보고서는 정신건강상의 어려움이 있는 아동·청소년의 인권 상황에 주목하고 있으므로, 특정한 정도의 정신질환 존재 여부에 한정되지 않는 개방적이고 상호적인 개념으로서의 ‘정신장애’ 를 사용하고자 한다.

따라서, 이 보고서에서 다루는 정신장애 아동은 정신건강의 어려움을 가지고 정신의료기관이나 가정, 학교 등에서 치료나 돌봄의 욕구가 있는 아동들을 의미하며, 특정한 질환이나 질환의 정도에 따라서 구별되는 집단이거나 「장애인복지법」에 의해 정신장애인으로 등록된 아동들만을 의미하지 않는다.

2절. 아동·청소년기

6세의 유치원생, 14세의 중학생, 19세의 대학생은 서로 다르지만 아동·청소년이라는 구분된 명칭으로서 일반 국민 혹은 성인과 구분하고 있다. 아동·청소년기라는 시기를 명명할 때에는 인간이 출생하여 성장하면서 겪어나가는 보편적 인생 주기의 초창기 일정 부분을 지칭하며, 이 시기에 속하는 특성으로는 신체적·심리적·사회적으로 미성숙한 상태에서 지속적인 발달이 이루어지고 있고, 그 시기에 걸 맞는 발달 과업의 원활한 수행과 이후 단계로의 이행을 위해서는 적절한 양육과 교육, 사회적 지원과 보호가 필요하다. 이렇게 발달과 양육이 지속적으로 이루어지는 시기이므로 아동·청소년을 한 가지 기준으로 정의하는 것이 어렵고, 의학·사회복지학·법률과 같은 각 전문 분야나 상황과 맥락에 따라 다른 기준을 적용하고 있다.

법적인 기준을 보면 「아동복지법」은 제3조 1호에서 “아동이란 18세 미만인 자를 말한다” 고 정의하고 있고, 관련한 많은 법률에서 이 정의를 따르고 있다. 한편 「청소년기본법」은 제3조에서 “청소년이란 9세 이상 24세 이하인 사람을 말한다” 고 정의하고 있으며, “다른 법률에서 청소년에 대한 적용을 다르게 할 필요가 있는 경우에는 따로 정할 수 있다” 고 규정하는 등 다소 융통성 있는 청

소년의 범주를 설정하고 있다. 그리고 「민법」은 4조에서 “사람은 19세로 성년에 이르게 된다”고 규정함으로써, 그 미만의 연령인 미성년자에 대해서는 권리와 의무에서 일정한 차이를 두고 있다. 형법 제9조에서는 “14세 되지 아니한 자의 행위는 별하지 아니 한다”고 하여 형사 미성년자 규정을 두고 있다.

같은 아동·청소년이라 하더라도 연령에 따라 인지 능력과 발달 정도가 크게 다르므로 각각의 상황에 맞는 다른 규정들이 존재하는 것은 당연하겠지만, 일부 법률에서는 그 연령의 기준에 대해 객관적 근거나 사회적 합의가 부족한 것들이 있다. 아동·청소년을 일반 성인과 다르게 구분하는 이유는 법적 권리의 일정한 제한과 특별한 보호, 그리고 의무의 면제가 따르기 때문인데 이는 각각의 법률에 따른 구분이 객관적이고 과학적 근거를 가져야 하는 이유가 된다[표2-1].

[표2-1] 국내법상 아동 관련 정의

용어	기준연령	대표적인 법률	
아동	18세 미만	아동복지법	
청소년	9~24세	청소년기본법	
	19세 미만	청소년보호	
	19세 미만	대중문화예술평산업발전법	
	18세 미만	게임산업진흥에 관한 법률 영화 및 비디오 물의 진흥에 관한 법률	
아동·청소년	19세 미만	아동·청소년의 정보보호에 관한 법률 (약칭: 청소년정보보호법)	
아동과 청소년		농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌지역 개발 촉진에 관한 특별법	
연소자		헌법	
미성년자	19세	민법	
	16세	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률	
형사미성년자	14세	형법	
어린이	13세 미만	도로교통법	
	18 내지 19세	어린이 식생활안전관리 특별법	
	5세 미만 어린이	화장품법	
소년	소년	19세 미만	소년법
	촉법소년	10세 이상 14세 미만	
	우범소년	10세 이상	
소년	15세 미만	근로기준법	
영유아	영유아	출생 후 6년 미만	모자보건법

	신생아	출생 후 28일	
	6세 미만 취학 전		영유아보육법
유아	3세-초등학교 취학 전		유아교육법
장애영아	만 3세 미만		장애인 등에 대한 특수교육법
영아	24개월 이하		아이돌봄 지원법

[표2-2]에서는 아동·청소년기에 구분되는 다양한 상황이 제시되어 있고, 특히 이번 연구의 주제인 의학적 처치 및 의학적 상담·입원으로 인한 자유의 박탈과 같은 상황에서 고려해야 할 부분들이 있다. 그런 능력의 평가, 나이 등에 대해서는 일률적 기준을 정할 수는 없으나, 영국에서의 판례 등을 근거로 대체로 16세 전후로 판단 능력이 있는 경우 본인의 동의에 의해 진행하는 것을 추천하고 있다.

[표2-2] 연령에 관련한 주제들

<ul style="list-style-type: none"> ▶ 부모의 동의 없는 법적 및 의학적 상담 ▶ 부모의 동의 없는 의학적 처치 혹은 수술 ▶ 의무 교육의 종결 ▶ 고용 혹은 근로 연령(위험한 노동, 파트타임 및 풀타임 노동 포함) ▶ 결혼 ▶ 성적 행위에 대한 동의 ▶ 군대에 자발적 입대 ▶ 군대 징병 ▶ 적대행위에 참가 ▶ 형사 능력 ▶ 자유의 박탈(체포, 구금, 수감; 수용소 및 복지/ 보건 시설 배치 등) ▶ 사형 및 종신형 ▶ 법정 증언(민사 및 형사 사건)
--

3절. 아동·청소년기 정신건강

아동·청소년기는 정체성의 형성, 독립에 대한 욕구 증가, 또래 관계 형성, 취업을 위한 준비 등 성인으로서 역할을 확립하는 데 영향을 주는 시기이며, 동시에 정신건강의 문제에 취약한 시기이기도 하다. 이러한 정신건강의 문제는 성인기에 도 지속적인 영향을 주게 된다.⁶⁾

Erikson은 아동기에서 성인기로 이행하는 과도기로서 청소년기는 발달적 위기

상태로 사회적, 신체적, 정신적으로 중요한 변화가 발생하며, 더불어 성숙이 이루어지는 시기로 정의하였다. 청소년기에는 가족 구조 및 학교, 사회 환경의 변화 등 여러 요소들이 청소년의 인성 및 성격 문제에 영향을 끼치는 시기로 여러 위험 요소들에 무방비로 노출되는 경향이 있다.⁷⁾ Roeser 등은 청소년기를 신체적, 정서적, 행동적 변화를 동반하는 매우 혼란스러운 시기로 보고, 이러한 변화는 대인관계에서의 문제는 물론 내적인 스트레스로 인한 다양한 정서 및 행동문제를 불러일으키기 쉽다고 하였다.⁸⁾ 지금까지 알려진 청소년기의 대표적인 정신병리는 우울증, 정신병적 장애, 행동장애, 물질남용 등을 들 수 있다.⁹⁾ 특히 자살충동은 청소년들이 심한 정서적 혼란과 심리적 고통에서 도피하는 방법으로 나타나는 경우가 많으며, 심각한 후유증을 가지게 된다.

미국에서 시행된 Epidemiologic Catchment Area (ECA) 연구 결과에 의하면 정신질환의 증상이 처음으로 발현하는 나이는 평균 16세였고, 대부분의 정신질환은 25세 이하에서 발병하는 것으로 알려져 있다.¹⁰⁾ Steinhausen 등은 아동기에 정신과적 질환을 경험한 남자 아동들 4명 중 1명은 36세가 되었을 때 정신질환으로 이환되었다고 보고하였다. 또한 10명 중 3명은 반사회적 문제를 일으키거나 매우 심각한 정신질환 상태라고 보고하였다.¹¹⁾ St. Louis 병원의 아동 클리닉의 기록을 이용하여 어린 시절에 행동 문제와 어른이 된 후 반사회적 행동과의 관계에 대한 연구를 진행하여 30년 동안 추적 관찰한 결과, 이들에게서 정신과적 영역의 질환 발병률이 그런 경험이 없는 집단에 비해 높았으며, 어린 시절의 반사회적 행동이 성인이 된 후에 ‘사회병적 인격(sociopathic personality)’의 위험인자가 된다는 것을 밝혀냈다.¹²⁾ Fergusson 등은 뉴질랜드에서 아동-청소년기의 정신병리와 성인기 정신건강문제의 관계에 대한 연구를 위하여 출생 이후부터 성장 발달 단계별로 추적 조사 연구가 진행되고 있음을 밝히면서, 제시된 결과로부터 우울

6) 국립서울병원, 국립정신정보건교육연구센터, 정신질환 조기개입 정책 개발을 위한 기초연구, 2006.
 7) Erikson EH, Identity: Youth and Crisis, New York: W. W. Norton & Company, 1968.
 8) Roeser RW 외, Academic and emotional functioning in early adolescence: longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school, Development and Psychopathology, 1998. p.321~352.
 9) 삼성생명 사회정신건강연구소, 부모-자녀관계와 청소년기 심리사회적 적응(연구보고서 제97-7호), 1997.
 10) Regier DA, ECA contributions national policy and further research, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 1994, p.73~80.
 11) Steinhausen HC 외, The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males, Psychological Medicine, 1998. p.375~383.
 12) Robins LN, Conduct disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1991. p.193~212.

증상이 있던 17~18세 청소년이 25세가 되었을 때 우울장애, 불안장애, 자살사고, 자살시도와 높은 연관성이 있음을 밝혔다. 또한 7~8세 즈음에 부모 및 교사들로부터 반항행동에 대해 보고가 있었던 성인들에게서 범죄를 저지르거나 약물중독의 문제를 일으키고, 학교생활 및 직장 관계에서 적응적이지 못하다는 연구 결과를 제시하였다.¹³⁾

이러한 연구 결과를 볼 때, 아동·청소년기의 정신건강에 대한 개입이 매우 필요함을 알 수 있다. 아동·청소년기 정신병리가 방치되거나 치료가 지연될 경우, 성인기까지 그러한 정신병리가 지속될 가능성이 높고, 그러한 상황에서 다양한 위험한 지경에 이를 수 있음을 이미 많은 연구를 통해 근거를 찾아볼 수 있는 것이다.

그러나 아동·청소년의 정신병리에 대한 조개 개입의 필요성이 절실함에도 불구하고 정신과적 치료가 필요한 아동·청소년들의 치료 연계율이 높지 않은 것이 현실이다. 그동안의 연구에 따르면 지역사회 아동·청소년들 중에서 10~20%가 정서 및 행동 문제를 보이는데, 그 중 20% 미만이 적절한 정신건강 서비스를 받는다고 알려져 있다.¹⁴⁾ 보고자에 따라 차이가 있지만 문제를 겪고 있는 아동·청소년들의 정신과 이용률은 11~37%로 파악되었다.¹⁵⁾ 학교정신보건 사업 모델을 개발하기 위해 우리나라에서 시행된 연구에서 도시 지역 초등학교를 대상으로 선별 검사를 시행하였을 때 9.3%가 정신과적 정밀 검사가 필요한 문제 아동으로 평가되었으나, 그 중 19.4%만이 정신의학적 정밀 검사를 받았고 정신장애가 있다고 평가된 아동의 8%만이 정신의학적 치료를 받았다. 정밀 검사를 받지 않은 아이들의 대부분에서 부모가 자녀의 정신건강에 대한 중요성을 제대로 인정하지 못하고, 정신질환에 대한 낙인 등 주위의 시선을 의식하여 교사의 요청에 의해 정신과적 상담을 받는 것에 대해 거부감을 보였다고 한다.¹⁶⁾

13) Fergusson DM 외, Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort, *Journal of Marriage and Family*, 2005. p.1103~1119.

14) Leaf PJ 외, Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. p.889~897.

Offord DR 외, Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989. p.856~860.

15) Zahner GE 외, Children's mental health service needs and utilization patterns in an urban community: an epidemiological assessment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1992. p.951~960.

16) Min SK 외, Model Development of School Mental Health Service: 2. Model Development of School Mental Health Service in Korean Urban Communities, *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 1997. p.826~840.

Owens 등에 의하면 아동·청소년의 정서 및 행동 문제에 대하여 정신건강 서비스로의 유입을 방해하는 요인을 크게 3가지로 나누어 볼 수 있다고 하였다. 첫째, 구조적인 측면으로 의료서비스를 포함한 정신건강 서비스를 필요로 하는 소비자가 시간 혹은 경제적 능력 부족이나 실제 이용할 수 있는 기관 자체의 미충족 등의 문제이며 둘째, 정신건강에 대한 인식의 측면으로 부모나 교사 혹은 일반 의사들(1차적 발견자)의 정신건강 서비스에 대한 인식이 부족하여 필요한 경우에도 정신건강 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 의뢰를 하지 못하는 문제이고, 셋째, 정신건강 서비스에 대한 불신 내지 부정적 경험 같은 편견과 정신질환자라는 낙인이 찍힐지 모른다는 이유로 치료에 대한 저항으로 나타난다는 것으로 요약될 수 있다.¹⁷⁾

우리나라의 경우에도 부모가 자녀의 정신의학적 진료를 기피하는 이유로 진료 사실이 외부로 알려지거나 취업이나 결혼에 영향을 줄 것이라는 오해에도 기인할 뿐 아니라 ADHD, 우울증 같은 정신질환의 치료 경험이 있을 경우 사보험 가입에 제한이 있다거나 사관학교 입학 전형 시 건강보험급여내역 의무 제출과 같이 개선을 요하는 실질적인 제도들도 존재한다.

이러한 결과로 아동·청소년의 정신장애를 조기 발견하여 조기에 개입함으로써 긍정적 예후를 기대할 수 있지만 실제 이용할 수 있는 정신건강 서비스 기관의 확대 및 충분한 서비스의 제공, 부모나 교사 혹은 일반 의사들의 정신건강 서비스에 대한 인식 개선, 정신건강 서비스에 대한 신뢰 향상, 정신장애에 대한 편견과 낙인의 문제 등을 우선적으로 해결해야 할 것이다.

4절. 정신장애 아동·청소년 인권 관련 선행 연구

정신장애인 관련 연구들은 정신질환의 치료보다는 정신장애인의 자유권, 평등권, 사회권 등 기본적 인권의 관점에서 정신보건시스템의 문제점을 진단하고 개선 방안을 제시하여 왔다. 신영전 등은 우리사회에서 정신장애인들이 겪는 불평등을 제거하고 비차별적인 사회로의 변화를 위한 조건을 만들어가기 위해서 정신장애인과 가족의 자기옹호적 노력과 사회적 인식의 변화가 뒷받침하는 가운데 조속한 법 개정의 필요성, 특히 정신장애인의 인권보호에 대한 법적 기여도를 높이기 위해서는 정신장애인에 대한 차별과 인권침해에 대한 처벌, 감독 등에 관한

17) Owens PL 외, Barriers to children's mental health services. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002. p.731~738.

규정과 권리증진에 대한 국가적 책임이 명시될 필요성을 제기하였다.¹⁸⁾ 또한 서동우는 사회경제적 조건에 따라 변화하는 정신질환의 질병관과 그에 따른 정신보건서비스 체계 등 세계 정신보건의 역사적 흐름 속에서 우리나라 정신보건법의 의의와 그 개선점을 정리하였으며, 이에 따라 정신보건법과 관련 제도의 변화도 이에 맞는 변화가 필요한 상황임을 언급하였다. 이에 사회경제적 변화와 이에 따른 가족 개념의 변화, 인권 의식의 변화 등 정신보건법의 기반 변화에 맞추어 우리나라 정신보건법이 개선되어야 할 부분들을 정신질환자의 입원 절차와 정신보건시설의 개방화, 정신질환자의 삶의 질 및 사회대중의 안전 등의 측면에서 정리하여 제시하였다.¹⁹⁾ 국가인권위원회는 정신장애인의 사회복귀와 인권을 증진시키기 위한 국가적 방향의 근거를 제시한 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」(2009)에서 정신장애인의 치료에 대한 자기결정권 보장, 정신보건시설 내 인권의 개선, 장기입원의 감소, 지역사회 중심의 정신장애인 치료, 정신장애인의 평등과 사회참여 보장 등의 정책 방향을 제안하였다.²⁰⁾ 국가인권위원회는 그 밖에도 「정신병원 격리강박 실태조사」(2015)를 통해 정신보건법령의 개정, 격리·강박 실태에 관한 정기적인 모니터링, 정신의료기관 평가 기준 개정, 국가인권위원회 내 정신병원 전담팀 설치 등을 권고하였다.²¹⁾

아동·청소년정책연구원은 2011년부터 2013년까지 「아동·청소년 정신건강증진을 위한 지원방안연구」를 진행하였다. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I은 개발한 설문도구를 이용하여 아동·청소년들의 정신건강 실태 조사와 아동·청소년 정신건강 정책 현황, 아동·청소년 정신건강 관련법·제도 현황을 파악하였고,²²⁾ 연구 II는 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원 모형을 개발하였으며²³⁾ 연구 III은 아동·청소년 정신건강 지표 개발을 통한 정신건강 증진 지원 체계를 구축하고, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 현장 적용 프로그램을 개발하였다.²⁴⁾ 주로 지역사회 내의 아동과 청소년의 포괄적 측면에서의 정신건강증진을 위한 연구였으며, 그에 대한 정책적 개선과 관련된 연구였다고 할 수 있다.

18) 국가인권위원회, 정신장애자 인권개선을 위한 법제연구, 2006.

19) 서동우, 정신보건의 역사적 선상에서 본 우리나라정신보건법의 문제와 개선방안, 보건복지포럼, 2007. p.42~56.

20) 국가인권위원회, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009.

21) 국가인권위원회, 정신병원 격리·강박 실태조사, 2015.

22) 아동·청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I, 2011.

23) 아동·청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II, 2012.

24) 아동·청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 III, 2013.

살펴본 바와 같이, 정신장애인 일반의 인권 상황에 대한 연구는 국가인권위원회의 각종 실태조사와 사회복지학, 법학 등 여러 분야의 연구자들에 의해 수행되어 왔다. 아동에 대해서는 정신건강 실태를 조사하고, 지역사회 등에서 이를 관리하고 건강 상황을 증대시키기 위한 연구가 수행되었다. 그러나 정신장애 진단을 받은 정신장애 아동들이 의료기관 등에서 아동의 특성에 맞는 치료를 받고 있는지, 치료 이후에는 치료 기관과 지역사회의 정신건강증진 정책에 의해 효과적으로 보호받고 있는지, 진단-치료-재활의 전 과정에서 정신장애 아동들이 구체적으로 「아동권리협약」 등이 명시한 아동의 권리를 적절히 보장받고 있는지에 관한 실태조사 및 정책 연구는 수행된 바 없었다.

제 3 장

국내 법 제도 및 서비스 기관 현황

제1절 정신장애 아동·청소년 관련 국내 법제	17
제2절 아동·청소년이 입원 가능한 정신의료기관과서비스기관	33



제3장. 국내 법 제도 및 서비스 기관 현황

1절. 정신장애 아동·청소년 관련 국내 법제

1. 헌법

「헌법」의 기본권 주체는 ‘국민’이며 이때의 국민은 성년자와 미성년자를 구분하지 않는다. 제10조의 인간의 존엄과 가치, 그로부터 도출되는 인격권, 자기 결정권, 일반적 행동자유권이 아동에게도 원칙적으로 모두 적용된다. 나아가 제 34조 제4항은 국가가 청소년의 복지 향상을 위해 노력할 의무를 부여한다. 한편 정신질환 또는 정신장애를 가진 경우에도 원칙적으로 헌법상 기본권 주체성은 소멸하지 않는다. 또한 “신체장애자 및 질병, 노령 기타의 사유로 생활 능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.” 고 규정한 제34조 제5항에 의해서도 특별한 보호를 받을 수 있다.

2. 아동권리협약

아동의 인권과 복지에 관하여 국제사회에서 가장 중요한 일반 규범은 「아동권리협약」(Convention on the Rights of the Child)이다. 이 협약은 1989년 11월 20일 유엔총회에서 채택되었으며 우리 정부는 1991년 협약에 가입, 비준을 마쳤다. 아동권리협약은 국제인권규범이지만 「헌법」 제6조에 의해 국내법과 같이 적용되고,²⁵⁾ 특히 「아동복지법」의 근간이 되므로 국내 법제를 소개하는 본 절에서 다루기로 한다.

이 협약 제2조는 협약의 당사국이 “아동이나 그 부모, 후견인의 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 의견, 민족적·인종적·사회적 출신, 재산, 장애여부, 태생, 신분 등의 차별 없이 이 협약에 규정된 권리를 존중하고, 모든 아동에게 이를 보장해야 한다.” 고 규정한다(제2조 제1항). 제3조는 공공기관이나 입법기관 등이 “아동과 관련된 활동을 함에 있어 아동에게 최상의 이익이 무엇인지 가장 먼저

25) 헌법 제6조에 의해 “헌법에 의하여 체결·공포된 조약과 일반적으로 승인된 국제법규는 국내법과 같은 효력을 가진다.” 다만 국제인권조약이 법규범으로서 직접 효력을 갖는지는 이론적으로 이견이 있다. 우리나라의 경우 「아동복지법」에 아동권리협약의 기본 정신과 주요 내용들이 상당수 반영되어 있다.

고려” 할 것을 요청하고 있다(제3조 제1항). 이처럼 협약은 협약 당사국들이 모든 조치에 있어서 아동의 이익과 권리 및 보호를 최우선적으로 고려할 것을 원칙으로 선언하고 있다.

이에 따라, 이하의 협약 규정들은 크게 권리의 보장과 아동의 보호라는 두 가지 목표로 분류해 볼 수 있다.²⁶⁾ 전자는 권리 주체로서의 아동에 주목하면서 아동의 표현의 자유, 자기결정권 등을 보장하는 규정들로 이루어진다. 후자는 아동을 폭행이나 학대 등으로부터 보호하기 위한 규정들이다. 이 규정들은 신체적, 정서적, 정신적 발달이 아직 완성되지 않은 아동들이 안전하고 건강하게 발달할 수 있도록 아동의 보호에 대한 당사국의 의무를 규정한다. 이하에서는 특히 정신장애 아동들과 밀접히 관련될 수 있는 규정들을 권리보장과 이익보호라는 두 가지 목표로 분류하여 간략히 소개하고자 한다.

가. 아동의 권리보장

「아동권리협약」은 제12조에서 아동이 자신에게 영향을 미치는 문제에 관하여 의견을 형성하고 이를 표현할 수 있는 절차를 두도록 하고 있다. “당사국은 자신의 의견을 형성할 능력을 갖춘 아동에게는 본인에게 영향을 미치는 모든 문제에 대해 자유롭게 의견을 표현할 권리를 보장하고, 아동의 나이와 성숙도에 따라 그 의견에 적절한 비중을 부여해야 한다”(제1항)고 정하고 있다. 제13조는 아동의 표현의 자유를 더 일반적으로 규정한다. “아동은 표현할 권리”를 가지고 “이 권리는 말이나, 예술 형태 또는 아동이 선택하는 다양한 매체를 통해 국경과 관계없이 모든 정보와 사상을 요청하며 주고받을 수 있는 자유를 포함한다”(제1항) 그에 대한 제한은 오직 법률에 의해서만 규정될 수 있을 뿐이다(제2항). 제14조는 사상·양심·종교의 자유도 권리로서 보유한다는 점을 강조한다(제1항). 다만 이에 관하여 부모 등 친권자가 지도할 권리도 갖는다는 점을 부가하고 있다(제2항). 따라서 아동의 사상이나 양심, 종교의 자유는 부모의 아동에 대한 지도

26) 아동의 권리 보장과 아동보호라는 구별이 이론적으로 명확한 것은 아니다. 아동을 폭행이나 학대로부터 보호해야한다는 국가의 의무는 곧 아동의 폭행이나 학대로부터 자유로울 권리라는 말로 치환될 수 있기 때문이다. 다소 임의적이기는 하지만, 그럼에도 본문에서는 권리보장과 보호를 구별하고자 하였다. 이는 본문에서 이어 서술되는 내용처럼, 아동에 대한 인권관념이 필연적으로 ‘통제와 보호의 대상’인 아동으로부터 성인에 못지 않는 자유로운 주체로서의 아동을 인정하는 쪽으로 이동했기 때문이다. 그 결과 아동을 기본권주체로서 존중하고자 하는 흐름과 아동이라는 특수성에 따른 보호라는 두 가지 목표가 아동권리협약에 혼재하며, 이는 국내 아동·청소년 관련 법령에서도 동일하다.

권리를 고려하는 방식으로 존중되어야 한다. 제16조 사생활의 자유와 명예권, 제17조 정보 접근권, 제18조 안정적인 양육을 받을 권리를 당사국이 보장할 것을 규정하고 있다.

한편 정신장애 아동의 의료 서비스 이용과 관련하여 특히 중요한 권리 조항은 제24조로 “아동이 최상의 건강 수준을 유지할 권리와 질병 치료 및 건강 회복을 위한 시설을 이용할 권리를 인정한다. 이와 관련하여 협약 당사국은 보건의료 서비스 이용에 관한 아동의 권리가 침해되지 않도록 노력해야 한다”(제1항) 나아가 제25조는 치료를 위해 아동이 특정 기관이나 시설 등에서 일시적으로 양육되도록 국가 등이 지정한 경우를 대비하여 “당사국이 아동이 보호나 신체적, 정신적 치료의 목적으로 관계 당국에 의해 양육 지정된 경우, 해당 아동은 치료 상황을 비롯해 양육 지정과 관련된 모든 상황을 정기적으로 심사받을 권리를 가짐을 인정한다”고 정하고 있다. 이 규정은 아동이 의료시설이나 교정시설 등에서 신체적, 정치적 치료를 받는 경우 의료적 상황뿐만 아니라 양육에 관한 모든 상황에 대해서도 정기적인 심사를 하여야 하고, 이것이 아동에게 권리로써 부여되어야 함을 정한 것이다. 관련하여 제37조는 아동에 대한 고문이나 굴욕적 처우를 금지하고(가.목), 자의적인 신체의 자유 박탈을 금한다(나.목). 자유가 박탈되는 경우에는 “인도주의와 인간 존엄성에 입각해 아동의 나이에 맞는 처우를 받아야 한다”고 정하고 있다. 특히 이 경우 “자유를 박탈당한 모든 아동은 성인과 함께 수용되는 것이 아동에게 최선이라고 판단되는 경우를 제외하고는 성인으로부터 격리되어야 한다”(다.목) 이러한 규정들은 통상 구금시설 등을 상정하지만, 비자의입원 등 정신의료기관에서 수용 과정에서도 동일하게 적용될 수 있다.

이처럼 이 협약은 아동을 인권 또는 헌법상 기본권에 부합하는 주요한 권리 주체로서 인정하고 그 권리를 보장하거나 존중할 것을 당사국에 요구한다. 나아가서 아동의 권리를 제한하는 요건이 일반적인 성인에 비해 특별히 완화된 것도 아니다. 예를 들어 협약은 제13조 제2항을 통해 아동의 표현의 자유를 법률로 제한해야 한다고 하면서, 그 경우의 요건으로 타인의 권리 또는 신용 존중, 국가안보, 공공질서, 공중보건, 도덕의 보호를 들고 있다. 이는 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약」 제19조 제3항이 정하는 권리 제한의 요건과 차이가 없다. 즉, 협약이 아동의 기본적 인권을 보장하는 정도는 원칙적으로 성인의 기본적 인권 보장 원칙과 동일한 것이다. 다만, 아동의 경우에는 부모를 포함한 친권자의 지도와 양육의 권리가 고려된다.

나. 아동의 보호

아동의 보호와 관련한 이 협약의 여러 규정들 중, 정신질환이나 장애를 가진 아동에게 특별히 문제되는 규정들은 다음과 같다. 제19조는 아동이 부모나 기타 다른 보호자로부터 학대, 유기, 부당한 대우를 받는 경우 당사국이 개입할 의무가 있음을 정하고 있다. 제23조는 “당사국은 정신적·신체적 장애아가 인격을 존중받고 자립과 적극적 사회 참여가 장려되는 여건에서 여유롭고 품위 있는 생활을 누려야 함”을 강조하면서(제1항) “특별한 보호를 받을 장애아의 권리를 인정하며 활용 가능한 재원의 범위 내에서 아동과 부모, 다른 아동 양육자의 사정에 맞는 지원이 신청에 의해 해당 아동과 양육 책임자에게 제공되도록 장려하고 이를 보장해야 한다”(제2항) 그것은 아동 양육자의 경제 사정에 따라 무상으로 이루어져야 하고 “아동이 교육과 훈련, 의료 지원, 재활 지원, 취업 준비 및 오락의 기회를 실질적으로 이용할 수 있는 지원 안을 장애 아동의 사회 참여와 문화적·정신적 발전 등 개인 발전에 기여하는 방법으로 마련” 하라고 규정한다(제3항). 나아가 당사국이 아동들의 최상의 건강 수준 유지를 위하여 “기초건강관리 증진에 중점을 두면서 모든 아동이 필요한 의료 지원과 건강관리를 받을 수 있도록 보장하는 조치” 등을 요구하고 있다(제24조 제2항 나.목).

한편, 제25조가 “아동이 보호나 신체적, 정신적 치료의 목적으로 관계 당국에 의해 양육 지정된 경우 해당 아동은 치료 상황을 비롯해 양육 지정과 관련된 모든 상황을 정기적으로 심사받을 권리”를 가진다고 강조하고 있다는 점도 정신장애 아동의 정신건강관리와 치료에 있어 염두에 두어야 할 규정이다.

다. 아동의 권리보장과 보호라는 두 가지 목표의 조화

살펴본 바와 같이, 아동의 인권과 관련한 가장 중요하고 일반적인 규범인 헌법과 아동권리협약은 아동을 기본적 인권의 주체로 인정하여 성인들이 향유하는 기본적 자유와 존엄에 대한 권리들을 모두 보장하도록 규정한다. 그러나 동시에, 아직 발달 단계에 있는 아동의 특수성을 감안하고, 양육자의 존재도 고려하여 아동을 보호하는 각종 의무들도 국가에 부여하고 있다. 따라서 정신장애 아동도 동일하게, 정신장애 아동에게 부여된 자기결정권, 표현의 자유, 적절한 치료를 받을 권리, 사생활의 권리 등을 보장하면서도 동시에 정신장애 아동을 학대나 유기로

부터 보호하고, 교육, 의료, 훈련 등을 적정하게 제공받을 수 있도록 보호할 필요도 있을 것이다.

3. 관련 법률

가. 아동복지법

1) 「아동복지법」의 기본 구조

아동의 복리에 관한 가장 일반적인 국내 규범은 「아동복지법」이다. 「아동복지법」에는 아동권리협약의 원칙들이 반영되어 있다. 아동이 자신 또는 부모의 성별, 연령, 종교, 사회적 신분 등에 따라 차별을 받지 않을 것을 기본 이념으로 하는 점(제2조 제1항), 권리보장과 복지 증진이라는 ‘보호와 지원’에 관하여 규정하는 점(제2조 제4항)이 그 예이다. 이 법은 또한 명시적으로 국가와 지방자치단체가 아동권리협약에서 규정한 아동의 권리 및 복지 증진 등을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하고, 이에 필요한 교육과 홍보를 할 것을 규정한다(제2조 제5항).

우리나라 「아동복지법」이 아동의 권리보장과 복지 증진을 위한 것이지만(주로) 시민적 권리와 자유에 해당하는 「아동권리협약」의 권리보장 내용은 직접적으로 규정하고 있지 않다.²⁷⁾ 대신 아동의 기본적 이익과 권리를 보호하는 각종 금지 행위 규정을 두고 있다. 성적 수치심을 주는 행위, 구걸이나 공중의 오락이나 흥행을 목적으로 동원되는 일을 금지하고, 신체의 건강이나 발달은 물론 정신 건강 및 발달에 해를 끼치는 정서적 학대 행위도 금지되며, 특히 장애를 가진 아동을 공중에 관람시키는 행위가 금지된다(제17조). 국가와 지방자치단체는 아동 학대의 예방과 방지 의무를 진다. 이에 따라 학대 예방과 방지를 위한 각종 정책을 수립하고 시행하여야 하며, 아동 학대의 예방과 방지를 위한 실태조사, 학대 신고 체제를 구축하고 운영해야 한다(제22조 제1항). 이에 따라 서울 등 아동복지센터가 설치되어 학대 신고를 받으며, 긴급한 경우 아동양육시설, 일시보호시설 등에 시설 보호한다. 이는 「아동복지법」 제15조가 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 그 관할 구역에서 보호 대상 아동²⁸⁾을 발견하거나 보호자의 의뢰를 받

27) 정진경, “UN아동권리협약의 국내법적 및 실천적 수용성- 아동복지법과 아동복지시설을 중심으로” 아동과 권리 제14권 제2호, 2010. 229면.

28) 보호자가 없거나 보호자로부터 이탈된 아동 또는 보호자가 아동을 학대하여 양육이 적당하지 않거나 양육할 능력이 없는 경우의 아동을 말한다(제3조 제4호).

는 경우 보호 조치를 취할 수 있도록 권한을 부여하기 때문이다. 이러한 「아동복지법」의 기본 구조는 「아동권리협약」이 규정하는 시민적 권리와 자유 영역에 해당하는 규정들을 명확히 제시하지 않기 때문에 아동을 권리 행사의 주체라기 보다는 금지 행위로부터의 보호 대상으로 보는 소극적 인식을 여전히 유지하고 있다는 견해가 있다.²⁹⁾

2) 정신질환을 가진 아동에 대한 보호 조치

정신질환을 가진 아동이라면 「아동복지법」에서도 특히 더 관심을 두는 권익 보호 대상(제4조 제3항)³⁰⁾이지만, 구체적인 정신장애 아동에 대한 지원책이 규정되어 있지는 않다. 다만 보호 조치 가운데 제1항 제5호가 약물 및 알코올 중독, 정서·행동·발달장애, 성폭력·아동학대 피해 등으로 특수한 치료나 요양 등의 보호를 필요로 하는 아동을 전문치료기관 또는 요양소에 입원 또는 입소시킬 수 있도록 한다. 만약 아동이 여타의 이유로 정신질환이 발병한 경우에, 그 아동의 양육자가 아동에게 적절한 치료 기회를 제공하지 못하는 등으로 그 아동이 보호 대상 아동에 해당한다면 지방자치단체의 장이 전문치료시설 등에 입원(소) 의뢰를 할 수 있다.

보호 대상 아동에 대한 입원이나 입소 조치를 비롯한 보호 조치가 이루어진 이후 지방자치단체의 장은 보호 대상 아동에 대한 상담, 건강검진, 심리검사, 가정환경에 대한 조사 및 개별 보호·관리 계획 등 보호 조치에 필요한 정보를 관리하여야 하고(제15조의 2), 보호 조치 중인 보호 대상 아동의 양육 상황을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 매년 점검하여야 하여야 한다(제15조의 3). 이는 2016년 3월 22일 법률 제14085호로 공포 시행된 개정법(이하 2016년 개정법)을 통하여 신설된 조문이다. 이 가운데 제15조의 2는 2018년 3월 23일 시행 예정이며, 제15조의 3은 2019년 3월 23일부터 시행 예정이다. 이 규정들은 보호자로부터 분리된 보호 대상 아동의 의사를 반영할 수 있는 시스템이 전혀 없는 현실을 개선하고자 한다.³¹⁾ 이 신설 규정들은 「아동권리협약」 제25조 “당사국은 아동이 보호나 신체적, 정신적 치료의 목적으로 관계 당국에 의해 양육 지정된 경우 해

29) 정진경, “UN아동권리협약의 국내법적 및 실천적 수용성- 아동복지법과 아동복지시설을 중심으로.” 아동과 권리 제14권 제2호, 2010. 229~230면.

30) 2018. 3. 23. 시행 예정인 개정법에서는 제4조 제4항에 해당한다.

31) 문명희, 「2016년 개정 아동복지법에 관한 법정정책 고찰」, 인하대학교 법학연구 제19권 제4호, 115~116면.

당 아동은 치료 상황을 비롯해 양육 지정과 관련된 모든 상황을 정기적으로 심사받을 권리를 가짐을 인정한다” 라는 규범이 국내법에 반영된 결과로 보인다.

한편, 현행법에 따른 보호 조치는 지방자치단체의 장이 보호 대상 아동을 발견하거나 보호자의 의뢰를 받은 때에는 동법 시행령 제17조등의 절차에 따라 입원이나 입소 조치를 할 수 있지만, 2016년 개정법에 따라 입원이나 입소 등의 보호 조치를 행하기 전에 보호 대상 아동에 대한 상담, 건강검진, 심리검사 및 가정환경에 대한 조사를 실시하여야 한다. 지역사회나 가정으로부터 분리시키는 보호 조치 이전에 아동의 건강 상황이나 가정환경에 대한 조사를 통해 가급적 가정에서 양육이 이루어질 수 있도록 사전조치를 정해둔 것이다.

나. 청소년보호법 및 청소년 복지지원법

「청소년보호법」은 19세 미만인 사람에게 적용되며(18세 미만에게 적용되는 「아동복지법」 또는 「아동권리협약」상의 ‘아동’ 과 거의 대상자가 중복된다), 아동의 권리 보장과 보호라는 국가의 아동에 대한 두 가지 의무 가운데 보호에 초점이 맞춰져 있다. 따라서 이 법은 “청소년에게 유해한 매체물과 약물 등이 청소년에게 유통되는 것과 유해한 업소에 출입하는 것 등을 규제하고 청소년을 유해한 환경으로부터 보호·구제함으로써 청소년이 건전한 인격체로 성장할 수 있도록 함을 목적으로” 한다(제1조).

동법의 규정 중 정신장애 아동과 관련이 높은 규정은 제27조 ‘인터넷게임 중독 등의 피해 청소년 지원’ 규정과 제34조의 2 ‘환각물질 등 중독 청소년에 대한 지원’ 규정이다. 해당 규정을 통해서 여성가족부장관이 정신적 피해를 입은 청소년에 대한 예방·상담 및 치료와 재활 등의 서비스를 지원할 수 있다. 이에 따라 동법 제22조, 제27조, 시행령 제23조에 의하여 한국청소년상담복지개발원이 여성가족부등의 지원을 받아 인터넷·스마트폰중독 예방·해소 사업을 진행하고 있다. 이를 위해 인터넷 치유 캠프를 개최하거나 종합심리검사를 실시하고, 치료 협력 병원에 연계하거나 치료비를 지원하는 등의 사업을 시행한다.³²⁾

「청소년보호법」은 그 법의 목적상 정신장애 아동의 권리를 보장하거나, 정신장애가 발생한 아동들에 대한 학대·폭력을 예방하는 규정은 두고 있지 않다. 그 보다는 유해 매체로부터 청소년을 보호하는 것을 주요 목표로 하며, 그와 같은

32) 한국청소년상담복지개발원의 해당 사업에 관하여는 웹페이지 www.kyci.or.kr 참조

맥락에서 인터넷게임 등의 오남용에 따라 발생할 수 있는 각종 중독에 대한 예방사업을 규율하고 있을 뿐이다.

「청소년복지지원법」은 「청소년기본법」 제49조³³⁾에 따라 청소년의 복지 증진을 위해 정해진 법으로서(제1조), 9세부터 24세 이하의 사람들을 그 대상으로 한다(제2조 제1호). 이 법에 따라 국가 및 지방자치단체는 “청소년의 건강 증진 및 체력 향상을 위한 질병 예방, 건강 교육 등의 필요한 시책을 수립하여야 하며, 보호자는 양육하는 청소년의 건강 증진 및 체력 향상에 노력” 할 의무를 진다(제5조). 정신장애 아동과 관련하여서 직접 관련한 규정은 없으나, 제31조에 따른 청소년복지시설 가운데 청소년 치료재활센터는 “학습·정서·행동상의 장애를 가진 청소년을 대상으로 정상적인 성장과 생활을 할 수 있도록 해당 청소년에게 적합한 치료·교육 및 재활을 종합적으로 지원하는 거주형 시설”로서 정신장애 등으로 어려움을 겪는 청소년들이 이용 가능한 지역사회 거주시설로 볼 수 있다. 해당 기관은 여성가족부에서 관할하며 현재 국립중앙청소년치료재활센터가 운영 중에 있다.

다. 장애아동복지지원에 관한 법률

「장애아동복지지원에 관한 법률」(이하 ‘장애아동복지법’)은 그 기본 이념을 제1항에서 장애 아동의 이익 보호(“장애 아동을 위한 모든 활동에 있어서 장애 아동의 이익이 최우선적으로 고려되어야 한다”), 제2항에서 장애 아동의 권리보장(“장애 아동은 자신에게 영향을 미치는 모든 활동에 대하여 자신의 견해를 자유로이 표현할 권리를 최대한 보장받아야 한다”)으로 규정하여 앞서 살펴본 「헌법」 및 「아동권리협약」의 두 가지 목표를 모두 기본 이념에 명시하고 있다. 이에 따라 장애 아동의 권리로는 학대, 유기, 착취, 감금 등으로부터의 보호(제1항), 안정된 가정환경과 양육의 기회(제2항), 적절한 교육을 제공받을 권리(제3항), 최상의 건강 상태의 유지(제4항), 휴식과 여가(제5항), 자기결정 능력과 자기 옹호 능력 향상을 위한 훈련을 받을 권리(제6항)를 규정하고 있다. 기본적으로 「아동권

33) 청소년기본법 제49조 ① 청소년의 복지향상 정책을 수립·시행하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 기초생활 보장, 직업재활훈련, 청소년 활동 지원 등의 시책을 추진할 때에는 정신적·신체적·경제적·사회적으로 특별한 지원이 필요한 청소년을 우선적으로 배려하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 청소년의 삶의 질을 향상하기 위하여 구체적인 시책을 마련하여야 한다. ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 관하여는 따로 법률로 정한다.

리협약」이 언급하는 보장 및 보호의 내용들을 모두 나열하고, 제6항에서 장애 아동이 더 취약할 수 있는 의사 능력 향상 훈련에 대한 권리를 추가하는 방식으로 구성되었다.

동법은 장애아동지원센터의 설립(제8조 및 제9조), 장애 아동들의 개인별 욕구에 맞는 복지서비스의 제공(제17조), 의료비와 보조 기기 지원(제19조, 제20조)과 가족지원(제23조) 등의 내용을 담고 있다. 이러한 내용들은 장애 아동들이 특정한 장애 상태와 유형에 따라 획일적인 복지 서비스를 지원받거나, 수용 시설 등에서 집단적으로 생활하도록 했던 종래의 장애 아동 복지서비스를 전환하기 위한 제도와 서비스를 담고 있다고 볼 수 있다. 따라서 개별화 지원이나 가정 내 양육지원 등을 통해서 장애 아동들이 장애에도 불구하고 각자의 가정에서 고유한 욕구에 맞는 서비스를 안정적으로 지원받을 수 있는 각종 근거들을 규정한 것이다.

라. 장애인차별 금지 및 권리구제에 관한 법률

「장애인차별 금지 및 권리구제에 관한 법률」(이하 장애인차별금지법)은 신체적, 정신적 장애인들의 인권 침해와 차별을 방지하고 그 피해를 구제하는 핵심 법률이다. 장애인에 대한 차별의 기본 개념, 구제 절차 등을 상세히 규정한다. 특히 장애인차별금지법의 장애인은 “신체적·정신적 손상 또는 기능 상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태”(제2조 제1항 및 제2항)인 사람을 의미하므로 장애인 등록 여부와 무관하게 정신질환을 가져 장기간에 걸쳐 일상 또는 사회생활에 상당한 제약이 있다면 해당 아동은 동법의 정신장애인 개념에 포섭될 수 있고, 이 법이 정한 차별이나 괴롭힘을 당한 경우 권리구제를 받을 수 있다.

그 중에서 가족 구성원 사이에서도 장애인을 의사결정에서 배제하지 않도록 규정하는 제30조(가족·가정·복지시설 등에서의 차별금지) 제1항, 의료기관 등이 의료행위에 있어 장애인의 성별 등 특수성을 고려할 것을 규정하는 제31조(건강권에서의 차별금지) 제1항, 장애인들에 대한 따돌림이나 유기, 학대, 금전적 착취 등을 금지하도록 하는 제32조(괴롭힘 등의 금지), 정신적 장애를 가진 사람의 특정 정서나 인지적 특성을 부당하게 이용하여 불이익을 주는 일을 금지하는 제37조(정신적 장애를 가진 사람에 대한 차별금지 등)가 정신장애 아동과 특히 밀접한 관련이 있다.

한편 위와 같은 규정들에 위반한 경우, 예를 들어 정신건강증진시설에서 의료

진이나 사회복지사, 성인 수용자들이 정신장애가 있는 아동을 희롱하거나 그의 정서적 특징을 이용하여 불이익을 주는 행위를 하는 경우 「장애인차별금지법」에 근거해 장애인 차별에 해당할 수 있다. 이 때 제38조부터 제41조 및 「국가인권위원회법」에 근거하여 국가인권위원회에 진정을 제기할 수 있고 국가인권위원회가 해당 진정사건을 조사하여 권리구제에 나설 수 있다.

마. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

1) 취지와 연혁

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)은 정신질환의 치료와 정신질환 또는 장애를 가진 사람들의 재활과 복지에 관한 기본법의 역할을 한다. 2017년 5월 29일까지 시행되던 종전 구 「정신보건법」은 정신의료기관 및 정신요양시설 등에서의 정신질환자에 대한 의료서비스 지원·관리 등에 초점이 맞춰져 있었으며, 특히 동법 제24조의 비자의 입원(보호의무자에 의한 입원) 규정은 헌법상 과잉금지 원칙에 위반되어 정신질환자의 신체의 자유등 기본권을 침해한다는 이유로 헌법재판소로부터 2016년 9월 29일 헌법불합치결정을 받기도 했다. 이러한 일련의 흐름 속에서 정신질환을 가진 사람들의 인권보호 및 지역사회 복지서비스를 제공에 방점을 둔 「정신건강복지법」이 제정되었다.³⁴⁾

「정신건강복지법」의 구성은 정신질환의 예방, 발병 시 치료, 치료 이후 지역사회 복지와 재활로 나눌 수 있다. 따라서 「정신건강복지법」의 규정들은 아동에게 그대로 적용된다. 하지만 앞서 살펴본 바와 같이 아동은 성인에 비하여 정신질환이 발병한 경우 더 취약한 상황에 놓일 수 있고, 치료과정에서 특별한 주의가 요구되며, 치료 이후에도 (특히 학령기에 해당하는 경우) 학교생활 적응 등 특수한 지원책이 요구되지만, 그에 관한 별도의 제도를 규정하지 않고 있다. 제2조 제4항이 “미성년자인 정신질환자는 특별히 치료, 보호 및 교육을 받을 권리를 가진다”고 기본 이념을 선언하고 있을 뿐이다.

이하에서는 「정신건강증진법」에서 정신질환자(정신장애인) 일반의 인권 및 지역사회 재활에 가장 중요하게 관련되는 조항들이 아동의 경우 어떻게 적용될

34) 그러나 「정신건강복지법」도 정신장애인의 근본적인 자기결정권을 존중하지 못한다는 비판이 정신장애인 당사자들로부터 제기되기도 하였다.

지 살펴본다.

2) 예방

제11조는 정신건강상 문제의 조기 발견을 위하여, 보건복지부장관과 지방자치단체의 장에게 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기 발견 체계를 구축하도록 의무를 부여한다(제1항). 또한 조기 발견과 치료를 위한 교육과 상담 등의 정신건강증진 사업을 시행하도록 하고(제2항), 보건복지부장관이 해당 사업을 시행함에 있어 「영유아보호법」 또는 「아동청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 아동·청소년(19세 미만자를 말한다. 단 19세에 도달하는 연도의 1월 1일을 맞이한 자는 제외한다)의 특성에 따라 시행하도록 한다(동법 시행령 제5조 제2항). 제13조는 학교등에서 정신건강증진사업의 실시를 규정하고 있다. 이에 동조 제1항 제2호 및 시행령 제8조 제2항에 따라 초등학교, 중학교, 고등학교 및 특수학교 모두가 “정신건강증진사업 실시에 노력하여야 하는” (동법 시행령 제8조 표제) 곳에 해당한다.

위와 같은 규정은, 결국 학령기 아동들을 대상으로 학교와 지역사회 정신건강증진시설 등을 연계하여 심리상담, 교육 등의 사업을 진행할 수 있도록 한 것이다.

3) 보호와 치료

법 제41조부터 제43조는 입원 제도를 규율하고 있다. 이 가운데 본인의 의사와 관계없이 입원될 수 있는 경우, 특히 제43조(보호의무자에 의한 입원등)의 경우 보호의무자 2명 이상의 신청(1명만 있는 경우는 1명)과 정신건강의학과 전문의의 입원필요성 판단으로 입원 조치된다(제1항). 이렇게 입원된 이후 약 2주의 범위에서 진단하고(제3항), 계속하여 입원이 필요하다고 결정하는 경우 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과 전문의의 일치된 소견이 있으면 추가로 입원이 가능하다. 이때 입원기간은 최초 3개월이며 1회 연장이후부터는 6개월 더 입원시킬 수 있다.

위와 같은 동법의 입원제도 하에서 입원 대상이 아동인 경우 특별히 입원기간이 달리 적용되지 않으며, 입원(입소)시설이 제한되는 것도 아니다. 한편, 제44조는 지방자치단체장에 의한 입원제도로써, 경찰관 등이 정신질환이 발병한 것으로

보이는 사람을 발견한 경우 정신건강의학과 전문의나 정신건강전문요원에게 진단과 보호를 신청하고, 진단을 거쳐 필요하다고 인정되는 경우 지방자치단체의 장이 입원을 의뢰하여 특정 정신의료기관에 입원시킬 수 있다고 규정한다. 당사자의 동의와 무관하다. 이는 행정입원이라고도 불린다. 그런데 이 규정에서도 아동에 대한 별도의 특칙은 존재하지 않는다. 따라서 이 규정과 「아동복지법」 제15조의 보호 조치가 동시에 적용될 소지가 있다. 관련 문제에 대하여는 아래 ‘4. 국내 법제도 및 서비스에 대한 평가’ 항목에서 따로 살펴보기로 한다.

위와 같이 자신의 의사와 상관없이 입원되는 경우 제45조 이하 규정에 따라 입원적합성심사를 받을 수 있다. 제56조에 따라 퇴원 등 또는 처우개선심사를 지방자치단체의 장에게 청구할 수 있고, 이는 정신건강심의위원회에 회부된다. 정신건강심의위원회는 심사결과 퇴원이나 임시 퇴원을 명령하거나, 3개월 이내 재심사, 제41조의 자의입원이나 제43조의 동의입원으로 전환 등 결론을 내릴 수 있고 이를 보고받은 지방자치단체의 장은 해당 내용을 명령하여야 한다(제59조).

한편, 치료와 관련하여, 전기치료 등 특수치료는 원칙적으로 제한되지만 정신의료기관이 구성하는 협의체가 결정하고, 본인이 동의하거나 혹은 본인의 의사능력이 미흡한 경우 보호의무자의 동의를 받아 시행할 수 있다(제73조). 통신과 면회의 자유는 제한할 수 없지만 정신건강의학과전문의를 지시가 있으면 치료의 목적으로 할 수 있다(제74조). 격리나 강박의 경우 금지되지만 치료나 보호의 목적으로 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라서 시행될 수 있다. 이처럼 치료를 위해 필요한 경우에 한하여 전문의의 지시에 의해 입원이나 입소한 환자의 기본권은 제한될 수 있다고 규정되어 있는데, 이는 아동과 성인 모두에게 동일하다.

4) 복지지원

제33조부터 제38조까지, 고용이나 직업 재활, 평생 교육, 문화나 예술 활동, 지역사회 거주 등을 지원하도록 근거규정을 마련하였다.

4. 국내 법제에 대한 평가

가. 지역사회 정신장애 아동 지원 규율의 부재

1) 장애아동복지지원법

「장애아동복지법」은 장애를 가진 아동들과 그 가족들을 위한 구체적인 서비스 전달 체계와 내용을 포함하고 있어 정신장애 아동들과 그 가족에게도 중요한 역할을 할 수 있다. 그러나 동법은 그 적용 대상에 해당하는 “장애아동을 18세 미만의 사람 중 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인” (제2조 제1호)으로 정의한다. 발달장애나 시각, 청각장애, 지체장애 등은 아동기에 장애로 진단하고 이를 등록하는 일이 그 장애의 특성상 수월할 수 있으나, 정신질환을 가진 아동의 경우 아동기에 그에 대한 진단과 장애 등록까지 완전하게 이루어지는 경우는 드물다고 할 수 있다. 따라서 「장애아동복지법」이 정신장애를 가진 아동과 그 가족이 지역사회에서 아동을 안정적으로 양육하고 필요한 서비스를 제공하는 데 근거가 될 규정들을 포함하고 있음에도, 실제로 정신질환으로 인해 지원이 필요한 다수의 장애 아동과 그 가족들에게는 적용되지 않는다는 문제가 있다. 이에 정신장애아동들은 의료기관에서 치료를 받기 전이나 후에 적절한 개입 및 관리를 받기가 어렵다.

2) 정신건강복지법

2017년 5월 30일부터 시행되고 있는 「정신건강복지법」은 이전의 구「정신보건법」과 비교하여 지역사회 거주지원이나 문화·예술·체육활동의 지원이 가능하도록 근거 조문을 두고 있으나, 아직 제도 시행 초반이기 때문에 해당 규정들로부터 구체적으로 시행되는 제도를 평가하기에는 이르다. 위 조항들은 그 자체로 일부 정신질환을 가진 아동들에 대한 지원 근거가 될 수 있다. 그러나 아동들이 가진 특수성이 반영되고 있지 않다는 문제가 있다. 정신질환으로부터의 ‘예방’은 학교와 학령기 아동을 대상으로 관련 사업이 전달되도록 체계를 구성한 반면, 정신질환이 이미 발병하여 지속적인 관리와 지원이 필요한 학령기 아동들에 대하여는 특별한 규정이 부재하다. 정신질환이 발병하여 학내에서 따돌림을 당하거나, 학교생활에 있어 수업 내용, 수업 시수 등 합리적인 조정(reasonable accommodation)³⁵⁾이 필요한 경우 이에 대한 고려가 불충분하다는 비판이 가능하

다.

나. 치료 시설 등에서 인권보장 규율 미흡

1) 아동에 특수한 치료 관련 규정 부재

정신장애 아동의 경우 성인 환자와 다른 특수성이 존재하나 「정신건강복지법」은 아동(미성년자)의 권익 보호에 대한 기본 이념을 규정한 것 이외에 구체적인 절차상의 보호규정을 두고 있지 않다. 아동의 경우라도 성인과 다름없이 전기치료 등 특수치료의 요건이 동일하고, 비자의 입원 기간, 심사 절차에도 차이가 없다. 정신장애 아동 수용을 위한 정신건강시설에 대한 필수 요건도 따로 설정하고 있지 않다.

특히, 격리 및 강박의 경우 지속적으로 그 인권 침해성 여부가 쟁점이 되어 왔는바,³⁶⁾ 아동에 대하여도 기존과 동일한 요건과 방법으로 시행되는 경우 그에 따른 부작용에 훨씬 취약한 아동 환자들을 보호하지 못하는 문제가 있다. 특히 국가인권위원회의 2015년 실태조사에 따르면, 폐쇄병동 입원 환자 500명(100%) 가운데 격리·강박 과정에서 아무런 설명이 없이 시행하거나(14.7%), 과도한 신체적 압박(21.4%), 욕설이나 인격훼손(11.7%) 등을 경험했다는 응답이 있었다는 점에 유의해야 한다.³⁷⁾ 이러한 실태는 아동인지 여부와 무관하게 개선되어야 할 현실

35) 합리적인 조정 또는 편의는 「장애인권리협약」 제2조에 규정된 개념으로서, 동 협약에 따르면 “다른 사람과 동등하게 장애인에게 모든 인권과 기본적 자유의 향유 또는 행사를 보장하기 위해 이를 필요로 하는 특정한 경우에 이루어지는, 비례적이지 않거나 과도한 부담(disproportionate or undue burden)을 지우지 않는 필요·적절한 변경 및 조정을 의미한다.” 우리 법에서는 이를 ‘정당한 편의 제공’이라고 칭한다(장애인차별금지법 제4조). 만약 정신질환을 가진 아동이 어느 정도 장기간 질환을 가져왔고 그로 인해 생활상의 중대한 제약을 받는다면 장애인차별금지법의 적용을 받을 수 있고, 이 경우 학교는 학생이 가진 정신질환의 특성에도 불구하고 정신질환이 없는 학생들과 동등하게 학교 생활에 참여할 수 있도록 일정한 편의를 제공할 의무가 발생할 것이다. 다만 정신질환이 발병한 초기 단계에 있거나, 정신질환으로 어려움을 겪지만 장애인차별금지법상의 장애에 해당할 정도의 생활상의 어려움을 겪는다고 볼 수 없다면 장애인차별금지법상의 정당한 편의제공 의무는 학교 측에 발생하지 않는다고 볼 수 있다. 그러므로 장애인차별금지법의 적용여부와 상관없이, 정신질환으로 인해 학교생활에서 불이익을 겪거나 부적응하는 아동들을 위한 특수한 형태의 필요·적절한 변경 및 조정을 의미하기 위하여, ‘합리적 조정’이라는 표현을 사용하였다.

36) 관련하여 국가인권위원회 결정 16진정0323700, 13진정0796000, 13진정0824200 등 결정참조. 격리·강박의 실태 전반에 관하여는 국가인권위원회 『정신병원 격리·강박 실태조사』(2015). 참조. 또한 국가인권위원회는 2016. 8. 4. 정신의료기관에서의 환자 격리 및 강박 조치에 있어 격리실의 구조와 설비, 강박 도구를 표준화하고, 격리 및 강박의 요건을 더 강화하며, 격리·강박에 참여하는 보호사의 역할과 자격을 규정하고 관리할 방안을 마련하라는 등의 내용을 담은 「정신의료기관의 격리·강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책권고」를 결정하였다.

37) 국가인권위원회, 「정신의료기관의 격리·강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책권고」결정문, 2016. 5면.

이지만, 아동의 경우 훨씬 더 취약한 집단이라는 점에서, 격리·강박 자체를 더 철저하게 통제할 수 있는 법적 수단이 모색될 필요가 있다.

2) 인권침해 발생 시 구제 방안

「장애인차별금지법」이 장애인의 학대, 유기, 폭력을 금지하고 국가인권위원회의 해당 사건에 대한 조사권을 부여하고 있지만, 정신장애 아동의 경우 「장애인복지법」에 따른 정신장애인이 아닌 경우가 많고 「장애인차별금지법」에 따른 장애인 개념에 포섭될 수 있는지도 논란의 여지가 크다. 특히 치료를 위하여 정신의료기관, 정신요양시설 등 정신건강증진시설에 입원이나 입소하여 있는 경우에는 성인 정신질환자에 비해서도 자신의 의사표현 능력이 약한 아동들이 내부에서 자신의 권리침해에 대한 적절한 구제절차에 나서기가 더욱 어려울 수 있다. 「정신건강복지법」과 「국가인권위원회법」, 「인신보호법」에 따른 각종 구제절차(퇴원 등 또는 처우개선심사, 국가인권위원회 진정, 인신구제청구 등)들이 있으나 여전히 정신질환을 가진 성인에게조차 권리보호 장치로서 미흡하다는 지적이 있어, 정신장애 아동의 경우 추가적인 권리보호 방안이 필요할 수 있다. 특히, 아동들의 경우 함께 공동생활을 하는 시설 내 성인 수용자들에 의한 인권침해나 학대로부터도 취약할 수 있고 이 경우 스스로 권리구제에 나서기는 훨씬 더 어려울 수 있다.

다른 한편, 보호자가 없거나 양육 책임을 지기 어려운 보호자를 둔 아동의 경우, 정신질환이 발병하면 「아동복지법」에 따라 지방자치단체의 장애 의해 정신건강증진시설로 입원이나 입소 의뢰될 수 있는데, 지방자치단체의 장애 의해 입원 또는 입소하게 된 아동의 경우 해당 지방자치단체의 공적인 감시와 관리가 없다면 치료시설 내에서 인권침해가 발생했을 때 더 취약한 상황에 놓이게 된다. 2016년 개정법에 의해 입원시설로 보호조치 된 이후에도 지방자치단체가 양육 상황을 점검하도록 의무를 부여하였으나, 여전히 해당 개정법에 보호대상 아동은 물론 보호자도 현재의 보호조치에 대한 이의신청이나 보호조치의 변경요청을 허용하지 않는다. 또한 이와 같은 점검의 경우에도 ‘매년’하도록 하여, 사실상 그 실효성에 의문이 있다. 보호조치된 아동의 의사나 상태와 상관없이 장기간 부적절한 보호조치 하에 방치되는 결과를 초래할 수 있다.³⁸⁾

38) 문영희, 위의 글, 116면.

3) 정신질환이 있는 아동의 자기결정권 존중 부재

「아동복지법」에 따라 보호대상 아동으로 인정되어 입원(소) 의뢰된 경우, 의뢰 대상 아동이 치료를 원하지 않는 경우 이를 보호하는 별도의 제도적 장치가 존재하지 않는다. 「정신건강복지법」에 따라서도 아동은 그 의사와 관계없이 입원될 수 있고, 이는 정신질환자의 입원 치료를 둘러싸고 벌어지는 치료와 자기결정 사이의 오랜 논쟁이다. 그러나 그와 같은 논의를 거치면서, 「정신건강복지법」은 구「정신보건법」에 비하여 자기결정권 침해를 줄이고 정신장애인의 자기결정권을 존중하며 자의입원을 유도하는 규정들을 신설하였다.³⁹⁾ 이러한 규정들도 충분하지 않다는 비판이 있으나 이전 법률에 비해서는 진일보했다고 평가할 만하다. 그러나 아동의 경우에는 「아동복지법」에 따른 보호조치로 입원이나 입소 의뢰되는 경우 위와 같은 「정신건강복지법」이 규정해놓은 절차들을 준수하지 않아도 되는지 법률적으로 분명하지 않다.⁴⁰⁾ 만약 「정신건강복지법」이 별도로 적용될 필요 없이 아동의 의사에 반하여 정신의료기관 등에 보호조치를 할 수 있다면, 자신의 의사에 반하여 강제 입원치료를 받는 성인에게 주어진 절차상의 권리에서 아동은 배제되는 결과가 된다. 물론 이에 관하여, 오히려 아동이기 때문에 권리보장보다는 그 보호의 필요성이 훨씬 크고, 아동의 치료행위에 대한 동의는 성인에 비해 법률적으로 덜 중요하게 고려될 수 있어서, 아동의 경우에는 「정신건강복지법」이 규정한 각종 제도의 적용이 없이도 「아동복지법」의 규

39) 앞서 살펴본 것처럼, 구 정신보건법에 비해 보호의무자에 의한 및 행정입원의 요건이 강화되었고, 입원적합성심사가 도입된 것이 그 예이다.

40) 지방자치단체의 장은 정신질환이 발병한 것으로 보이는 아동을 발견하는 경우에, 그 아동이 보호자가 없거나 보호자가 있어도 양육이 어려운 경우라면, 「아동복지법」 제15조에 따라 정신의료기관 등에 보호조치를 할 수 있다. 이 경우에, 아동이 그와 같은 입원치료를 명시적으로 반대하는 경우에, 「정신건강복지법」의 입원 규정에도 불구하고 아동을 강제입원 또는 입소시킬 수 있는가? 비록 「아동복지법」 제15조에 의하여 아동을 정신의료기관에 입원의뢰 할 수 있는 경우라도, 아동의 의사에 반함이 명백한 경우에는 「정신건강복지법」의 절차를 거치지 않는 이상 정신의료기관에 대한 강제입원 의뢰는 할 수 없다고 봄이 타당하다고 생각한다. 「정신건강복지법」 제44조의 입원을 위해서는 “정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 경우”이며, 이런 경우의 사람조차 진단기간 2주 등을 거쳐 입원이 가능하고 입원 후에는 입원적합성심사 등의 대상이 된다. 그런데 「아동복지법」 제15조 제5호는 “약물 및 알콜 중독, 정서·행동·발달 장애 등으로 특수한 치료나 요양 등의 보호를 필요로 하는 경우”이지만 하면 지방자치단체의 장이 보호조치를 할 수 있다. 그럼에도 「아동복지법」 제15조에 따른 보호조치로 정신의료기관에 사실상 강제입원조치가 가능하고, 그 후에는 「정신건강복지법」에 따른 강제입원 절차 및 입원적합성심사의 대상도 되지 않는다면 불합리하다. 따라서 제15조에 따른 입원의뢰를 하더라도 정신의료기관에 강제입원되는 경우에는 「정신건강복지법」상의 절차규정을 준수하여 해당 조항에 따라 입원조치되는 것이 아동의 자기결정권 보호를 위해 타당한 조치가 되겠다. 나아가서, 「정신건강복지법」에 의해 입원된 경우라도, 그 입원을 지방자치단체의 장이 의뢰하였다면, 2016년 개정 「아동복지법」 제15조의3(보호 대상 아동의 양육 상황 점검)도 적용되어야 할 것이다.

정에 따라 보호 조치되는 일이 정당화된다고 생각할 수도 있다. 그러나 살펴보면 「아동권리협약」은 아동이 자신의 문제에 관하여 의사결정을 하고 자신의 의견을 낼 수 있도록 보장할 의무가 당사국에게 있음을 강조하고 있다는 점을 간과해서는 안 된다. 무엇보다 「아동복지법」의 보호 조치는 보호대상 아동인 경우에 행하여지고, 그때 보호 대상 아동은 사실상 친권자의 보호를 받지 못하는 경우가 다수를 차지하는데, 이러한 아동들을 치료와 인신 구속이 동시에 이루어지는 정신의료기관 등에 보호조치하는 일을 국가 권력이 쉽게 행하도록 한다면 이른바 ‘문제아동’으로 분류되는 미성년자들에 대한 국가의 통제권이 무분별하게 행사될 우려가 적지 않다. 따라서 「정신건강복지법」이 구축한 각종 권리 보호 장치들이 아동에게도 적용될 필요가 있고, 동시에 「아동복지법」의 취지도 동시에 살릴 수 있도록 정신의료기관이나 정신요양시설, 정신재활시설 등에 「아동복지법」상의 보호조치를 하는 경우에 대한 특수한 규율이 필요할 것으로 보인다.

한편, 보호 조치와 관련하여 동법 제15조 제3항(2016년 개정법의 경우 제15조 제4항)은 제15조 제1항 제3호(가정 위탁)부터 제5호(전문치료기관 등 입원이나 입소 의뢰), 제6호(입양과 관련하여 필요한 조치)의 “보호 조치를 함에 있어서 해당 보호 대상 아동의 의사를 존중하여야 하며, 보호자가 있을 때에는 그 의견을 들어야 한다.”고 규정하여 아동의 자기결정권을 존중하라고 규정하고 있다. 그러나 이는 원칙을 선언한 것에 불과하며 실제 아동의 자기의사가 반영될 수 있는 통로가 제도상으로 규정되어 있다고 보기 어렵다.

2절. 아동·청소년이 입원 가능한 정신의료기관과 서비스 기관 현황 및 실태

1. 정신의료기관

가. 전체 정신의료기관

2015년 우리나라 정신의료기관은 1,449개소이다. 우리나라 전국 정신의료기관의 정신병상수는 총 83,696병상으로 인구 10만 명당 162.4병상이었다. 정신병상수의 전체 구성비는 시립정신병원이 53.1%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 병원정신건강의학과가 26.2%를 차지하고 있었다. 정신병상 수의 지역적 분포를

보면, 정신병상 수가 가장 적은 시·도는 서울로 63.9병상(평균대비 0.34배)이다. 인구대비 정신병상 수가 평균보다 적은 시·도는 서울, 인천, 대전, 울산, 세종, 경기, 강원, 제주로 나타났다. 정신의료기관의 개방병상 수와 개방병상 비율을 살펴보면, 전체 83,696병상 가운데 개방병상 수는 15,723병상으로 전체 정신병상의 18.8%를 차지하고 있었다.

[표3-1] 2015년 정신의료기관과 정신병상 수 현황⁴¹⁾

구분	기관수(개소)	병상수	정신의료기관 병상 구성비(%)
국립정신병원	6	3,044	3.6
공립정신병원	12	4,023	4.8
시립정신병원	174	44,433	53.1
소계 A	192	51,500	61.5
종합병원 정신건강의학과	185	5,566	6.7
병원 정신건강의학과	134	21,918	26.2
정신건강의학과 의원	938	4,712	5.6
소계 B	1,257	32,196	38.5
정신의료기관 소계(A+B)	1,449	83,696	100.0

41) 보건복지부, 국립정신건강센터, 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과 보고서 2부, 2016.

[표3-2] 2015년 시도별 정신병상 수 분포(병상, %)

구분	계	인구 10만 명당 정신 병상수	국립 정신 병원	공립 정신 병원	시립정 신 병원	종합병원 정신건강 의학과	병원 정신건강 의학과	정신건강 의학과 의원
전국	83,696	162.4	3,044 (3.6)	4,023 (4.8)	44,433 (53.1)	5,566 (6.7)	21,918 (26.2)	4,712 (5.6)
서울	5,363	53.5	254 (4.7)	281 (5.2)	2,310 (43.1)	788 (14.7)	677 (12.0)	1,053 (19.6)
부산	6,243	177.7	-	331 (5.3)	4,747 (76.0)	297 (4.8)	770 (12.3)	98 (1.6)
대구	5,297	212.9	-	360 (6.8)	468 (8.8)	242 (4.6)	4,081 (77.0)	146 (2.8)
인천	3,878	132.5	-	-	2,796 (72.1)	151 (3.9)	593 (15.3)	338 (8.7)
광주	2,712	184.2	-	296 (10.9)	1,157 (42.7)	173 (6.4)	898 (33.1)	188 (6.9)
대전	1,963	129.2	-	220 (11.2)	1,188 (60.5)	130 (6.6)	180 (9.2)	245 (12.5)
울산	1,207	102.9	-	-	1,162 (96.3)	45 (3.7)	-	-
세종	120	56.9	-	-	120 (100.0)	-	-	-
경기	16,967	135.5	-	1,544 (9.1)	8,775 (51.7)	689 (4.1)	4,208 (24.8)	1,741 (10.3)
강원	2,760	178.1	320 (11.6)	-	1,275 (46.2)	496 (18.0)	620 (22.5)	49 (1.8)
충북	3,039	245.3	-	-	2,715 (89.3)	340 (11.2)	690 (22.7)	140 (4.6)
충남	5,619	270.4	1,570 (27.9)	-	3,215 (57.2)	444 (7.9)	-	390 (6.9)
전북	3,063	163.6	-	631 (20.6)	1,790 (58.4)	152 (5.0)	357 (11.7)	133 (4.3)
전남	4,862	254.7	450 (9.3)	-	2,024 (41.6)	456 (9.4)	1,932 (39.7)	-
경북	8,927	330.3	-	-	4,730 (53.0)	933 (10.5)	3,171 (35.5)	93 (1.0)
경남	10,350	307.6	450 (4.3)	350 (3.4)	5,961 (57.6)	177 (1.7)	3,363 (32.5)	49 (0.5)
제주	480	76.9	-	-	-	53 (11.0)	378 (78.8)	49 (10.2)

[표3-3] 2015년 정신의료기관 유형별 개방병상 수 및 비율

구분	시설수	정신병상 수	개방병상수(%)
국립정신병원	6	3,044	408(13.4)
공립정신병원	12	4,023	684(17.0)
시립정신병원	174	44,433	7,493(16.9)
종합병원 정신건강의학과	185	5,566	1,061(19.1)
병원 정신건강의학과	134	21,918	5,445(24.8)
정신건강의학과 의원	938	938	632(13.4)
총계	1,449	83,696	15,723(18.8)

나. 아동·청소년 병동이 있는 정신의료기관

[표3-4] 지역별 아동·청소년 정신건강 병동 현황⁴²⁾

계	서울	부산	대구	인천	경기	강원	전북	경북	제주
21	7	3	2	1	4	1	1	1	1
100(%)	33.3	14.3	9.5	4.8	19.0	4.8	4.8	4.8	4.8

다. 어린이병원 정신건강 병동 현황

○ 서울대병원 어린이병원

- 313 병상 중 19 병상으로 어린이병원에 입원한 전체 아동·청소년을 위한 '늘푸른교실'이라는 병원학교가 운영되고 있으며, 미취학 아동반 및 7-15세 반의 두 학급이 있다.

○ 양산 부산대학교 어린이병원

- 218병상 중 14 병상으로 어린이병원에 입원한 전체 아동·청소년을 위하여 특수교사 2명이 파견되어 어린이 병원학교를 운영 중이다.

42) 대한소아청소년정신의학회.

○ 연세대학교 세브란스와 서울아산병원 어린이병원

- 정신건강병동은 없으나, 외래 진료를 제공하고 있으며, 초등학교, 중학교를 대상으로 병원학교가 운영되고 있다.

○ 서울특별시 어린이병원

- 295 병상 중 21 병상으로 발달장애 아동·청소년을 위한 포괄적인 서비스가 제공되고 있다.

2. 국내 우수 사례 고찰: 국립정신건강센터 소아청소년정신건강의학과 방문보고⁴³⁾

가. 조직 및 시설

구분	내용
외래	진료 및 정신과적 평가, 치료 및 상담 소아청소년 정신건강의학과 전문의(5명) 및 전임의 (2인)
병동	19병상(1인실 3병상, 4인실 4병상) 및 안정실 2병상
주간치료실	집단 프로그램, 개별 프로그램(놀이, 심리, 뉴로피드백, 분노조절, 인지학습, 작업, 언어, 문제행동치료, 부모교육 등)
참다울학교	센터 내 소아청소년 병동 입원 초·중학생, 주간치료실을 이용 중인 초·중학생을 대상 교과수업, 특별행사, 특성화 프로그램
행동발달증진센터	행동치료(개별, 집단), 부모교육

※ 모병원인 정신건강센터의 2층 전체를 소아청소년을 위한 공간으로 안배하여 방문하는 환자 및 가족들의 편의를 도모하고, 전용 공간에 걸맞는 안전하고 따뜻한 이미지의 환경 설계를 한 노력이 돋보였다.

43) 연구진이 2017. 12. 20. 에 국립정신건강센터를 방문하여 관계자 면담과 병동을 방문한 내용을 기초로 하여 작성함.

※ 인력은 소아청소년 정신건강의학과 전문의 5명, 전임의 2명, 간호사 7인 및 간호조무사 8인, 치료 및 작업, 심리치료사, 병원학교 특수교사(2~3인) 등의 다양한 인력이 통합적으로 환자를 관리하고 있었다.

나. 외래 및 병동 관련 관계자 면담 내용

○ 입원 유형(2016년)

- 동의입원 44명, 보호입원 36명, 치료 위탁 1명

○ 평균 입원 일수 51일(2016년, 최장 4개월까지 입원한 환자가 있었으며, 2017년에는 현재까지 약 32일로 추산됨)

※ 가능한 입원이 아닌 외래 진료를 원칙으로 하고, 입원 자체가 아동에게는 일상생활의 단절 및 가족과의 분리로 상처나 충격이 될 수 있음을 감안한다고 하였으며, 다양한 주간센터 프로그램 등을 우선적으로 활용하였다.

※ 입원 환자의 50% 이내가 발달장애, 중학생의 입원 비중이 높았다.

○ 아동·청소년을 위한 정책(아동·청소년을 위한 격리·강박 지침 보유)

- 센터의 격리·강박 지침을 개정하였고, 그 중 소아·청소년을 위한 별도의 격리·강박 지침이 있으며, 강박 기구가 아닌 보호복 착용에 대한 별도의 지침이 있다. 강박을 하기 이전에 전 단계로 타임아웃/분리, 격리 단계를 도입하여 가급적 강박을 하지 않도록 노력하며, 강박 중에도 대소변은 가급적 화장실에 가서 보도록 한다.

- 아동·청소년의 경우 별도의 격리, 강박 시간을 규정하고 있다. 성인보다 짧게 9세 미만인 경우는 격리, 강박을 1시간 이하로, 9~18세인 경우에는 2시간이하로 제한한다. 실제로는 대부분 5~10분 이내로 시행된다고 한다.

- 격리·강박을 최소화하려는 노력의 성과로 2016년 격리 23회, 강박

31회에서 2017년 강박 13회, 강박 7회로 감소하였다고 한다.

○ 병동 운영 현황

- 폐쇄 병동으로 운영한다. 외래 치료를 원칙으로 하고, 반복적이거나, 긴급한 경우 아니면 입원을 시키지 않는다. 질병 간 구분을 두지 않으며, 가급적 동의하에 치료하는 것을 원칙으로 한다. 전기충격 치료는 시행하지 않는다.

입원 이후 1주일 정도 적응 기간 동안에는 환자 가운을 입게 하고 이후 사복을 입는다. 의료진도 전체가 모두 사복을 착용하여 환자 및 보호자들이 거리감을 느끼지 않고 친근하게 다가오도록 한다.

- 병동 자체 내 병동 생활에 대해 안내를 하면서 CCTV 설치 및 개인 정보 동의 등에 대한 설명을 본인 및 가족에게 제공하며, 아동도 직접 서명하도록 한다.

- 간호사 및 조무사 등 병동 구성원에게 아동·청소년 환자를 돌보는 방법 등의 교육은 별도로 하지 않으나, 20년 이상의 경력자들이 배치되어 이들이 신규 인력을 교육하고 있다.

- 병동 내 생활은 학생이기에 가능한 규칙적 생활을 하도록 한다. 월~금까지 주간 일정표가 있으며, 일정 시간에 기상하도록 하고, 기상 이후 개인위생, 식사 등이 이루어진다. 오전에는 공부방에서 개인 공부, 오후에는 병원학교인 참다울학교를 이용하는데, 초등학생의 경우 하루 1시간, 중학생의 경우 하루 2시간 수업이 이루어진다. 한 그룹에 5명 정도가 함께 수업을 받는다.

요일별로 분노조절 프로그램, 심리치료, 놀이치료, 사회집단 프로그램에 참여하도록 하고 있으며, 일주일에 2회 정도는 건물 11층 강당에서 배드민턴, 줄넘기 등 신체활동 프로그램을 시행하고 있다. 사춘기등의 시기를 고려하여 중요한 이슈인 성교육도 병동에서 시행하고 있다. 의료진이 아동·청소년의 상태에 맞는 프로그램에 참여를 독려하며, 프로그램을 거부할 때는 강제로 하지 않고, 대상자가 하겠다고 할 때까지 기다려준다. 이 외에도 병동 내에 넓은 휴게

공간 및 운동 기구, 식당 등이 있으며 도서실에 게임이나 책이 비치되어 있어 환자들이 여가 활동을 즐길 수 있다.

- 인터넷 사용이나 핸드폰 사용은 외부 스트레스를 차단해야하기 때문에 기본적으로 금지를 하고 있으나, 하루에 2번 이상 집에 전화할 수 있도록 한다.

○ 교육관련

- 부모 교육이 수시로 있으며, 가족치료 프로그램도 운영한다.

※ 아이들은 완성된 인격체가 아니고, 부모와 환경으로 기인한 것이 있어서 그것부터 변화가 되어야 아동이 건강해질 수 있다고 생각하여 주변 상황의 변화를 도모하는 접근을 하고 있다.

○ 퇴원 시 주간 센터 혹은 지역사회 센터와의 연계

- 입원 치료 이후에도 지속적인 관리를 하는 것이 중요하기 때문에 가급적 연계되도록 노력하고 있다.

○ 치료권 이외 아동의 권리에 대한 부분에 대한 의견(최정원 과장)

- 아동의 눈높이에 맞는 쉬운 설명서, 동의서는 아직 미비하나, 만드는 것도 좋을 것이라고 생각한다.

- 치료는 아동이 자발적으로 치료에 참여해야 효과가 좋다고 생각하므로, 자발성을 이끌어 낼 수 있도록 설득하고 치료 과정에 참여시키는 작업을 하는 것이 중요하다.

○ 의료진의 고민(이슈)

- 아동의 자기결정권을 무조건 인정할 것인가? 인정한다면 그 기준은 몇 세로 봐야 하는가?(예, 아동이 보호입원이 아니라 동의입원을 희망할 때, 그것을 무조건 인정해야 하는가?)

- 사고 예방 또는 사고 확인을 위해 적극적인 CCTV설치가 필요하다고 생각 된다(예, 환자들 간의 사고 시 사고 확인이 필요하고, 사고 예방 차원에서 CCTV 설치의 필요성이 제기되기도 한다. 특히 성적인 문제에 발생될 수 있는데 CCTV 설치가 제한되고 있어서 CCTV 설치를 확대할 필요성이 제기되기도 한다)
- 현재 병실 내 CCTV 설치를 하지 않고 있다.

다. 참다울학교

- 성동교육청과 연계하여 운영 중이다. 입원 중인 아동 또는 주간 치료실 이용 중인 아동이 이용한다. 치료가 필요하고 일반학교에서 생활하는 것이 어려울 경우 교육청의 연계로 참다울학교로 오기도 한다.
- 나주나 공주 소재 병원학교의 경우는 순회교육 형식이지만, 참다울학교는 병원학교이다. 현재 교사 정원은 3명이나 2명의 특수교사를 두고 있다(초등 1명, 중등 1명)

라. 관련 사진

- 소아청소년정신건강의학과는 국립정신건강센터 2층 전체 시설을 사용하고 있으며, 2층 내 외래, 병동, 참다울학교, 주간치료실, 행동 발달증진센터가 함께 위치해서 접근성을 높이고 있다.



[그림 1] 소아청소년 정신건강의학과 복도 (아동 친화적 환경이 돋보임)



[그림 2] 병실 창문 I(1인실과 3~4인용의 다 인실로 구성, 병실은 통유리로 개방적 창을 만들어 답답함을 없앴으며, 창이 10~20cm 정도 개방될 수 있어서 환기 가능)



[그림 3] 병실 창문 II(자동으로 개폐가 가능한 블라인드 설치)



[그림 4] 병동 내 식당



[그림 5] 휴게 공간 I(병동 중간 외부 테라스 공간에 마련)



[그림 6] 휴게 공간 II(공간별로 컨셉을 가지고 기획)



[그림 7] 참다울학교 교실



[그림 8] 참다울학교 시간표



[그림 9] 악기실



[그림 10] 주방시설(요리 체험과 식사 예절 교육)



[그림 11] 집단치료실 I



[그림 12] 집단치료실 II



[그림 13] 작업치료실(주로 그룹으로 치료 진행)



[그림 14] 행동발달증진센터(행동문제를 가진 아동을 위해 벽면 전체에 스펀지를 부착하여 안전 도모)

마. 평가

- 시설이나 인력, 치료의 전문성 측면에서는 선진국 수준이라고 평가된다. 아동·청소년을 위한 별도의 병동이 넓고 쾌적하였으며, 신체활동이나 여가 활동 등을 위한 다양한 공간이 마련되어 있었다. 소아청소년 정신건강의학과 전문의가 5인 있었으며, 이 외에도 전임의, 전공의, 경력직 간호 인력 등이 배치되어 있었다. 또한 아동·청소년 정신질환 전체를 고려한 다양한 치료 프로그램과 별도의 격리·강박 지침을 가지고 있었다. 다만, 국립병원이기 때문에 병원 수익과 관계없이 시설이나 인력을 갖추 수 있는 것이며, 비용도 저렴한 편이다. 그럼 에도 부모들이 정신병원 자체에 대한 편견을 가지고 있어 이용이 저조한 부분도 있었다.

※ 관계자들은 아시아 최고라고 자평하고 있으며, 다만 시설은 최근 서울특

별시 어린이병원이 종합적 시스템을 구축하고 있어 서울 다음이 될 수도 있다고 한다.

※ 주간 치료실, 행동발달증진센터는 일부 비급여라고 한다.

- 참다울학교는 전국의 학생을 대상을 하고 있고, 교사들이 상주하고 있으며, 초등학생, 중학생들의 학업이 중단되지 않도록 잘 운영되는 병원학교의 모범적 사례로 판단된다. 입원 중에도 아동·청소년들이 사복을 입고 생활하며, 의료진도 사복을 착용하여 친근하게 다가가도록 노력한 점도 인상적이었다. 병원 내에 입원 병동, 외래 진료실, 주간센터 및 병원학교, 행동발달증진센터 등이 함께 있어 이들이 유기적으로 연계되어 입원 중에도 다양한 프로그램이나 학교를 이용할 수 있고, 입원 일수를 줄이는 데 기여하며, 퇴원 후에도 사후관리에 용이한 장점이 있다.
- 실무자들에게는 아동·청소년의 입원이나 퇴원에 있어서의 자기결정권을 몇세부터 인정할 수 있는지, 아동·청소년들이 쉽게 이해할 수 있도록 별도의 설명서나 동의서가 만들어져야 할지, 병동 내에서 환자 및 의료진의 보호를 위한 CCTV 등 감시가 어디까지 필요할 지 등에 대한 고민을 들을 수 있었다.

3. 서비스 기관

가. 소아·청소년 정신건강복지센터 및 정신건강복지센터

서울시 정신건강복지센터(2016)의 보고의 따르면 소아·청소년 정신건강복지센터는 전국에 총 3개소(고양시, 성남시, 수원시)로 만 18세 이하의 소아·청소년과 관계자(부모, 교사, 시설 종사자 등)를 대상으로 정신질환의 예방, 조기 발견 및 치료를 목적으로 운영되고 있다. 이 밖에 서울시 정신건강복지센터는 아동·청소년 지원팀을 운영하며 광역형 사업을 진행하고 있다. 또한 전국 시·도별 14개소의 광역형 센터와 자치구별 150개소의 표준형 센터가 소아·청소년 정신장애인 관련 사업을 운영 중이다. 본 기관들은 입원 치료 후 환자 본인이나 보호자의 요청, 정신건강의학과 병·의원, 지역사회기관 및 학교의 의뢰를 받아 서비스를 제공하고 있으며, 정신건강 고위험군 아동·청소년을 대상으로 체계적인 사례관리를 수

행하고 있다. 이와 같은 사례관리 서비스는 고위험군 아동·청소년에 대한 지속적인 개입을 통해 서비스를 제공하는 것으로 증상 악화 시에는 적절한 치료 연계가 이루어질 수 있도록 하고 있다. 사례관리 시 가정방문, 지역사회방문 등을 실시하며 필요에 따라 아동·청소년의 특성에 맞는 집단치료와 개인상담, 그리고 부모대상 교육 및 상담, 자체개발 또는 복지부 개발 사례관리 집단상담 프로그램 등을 활용하여 서비스를 제공하고 있다.

나. 정신재활시설(구 사회복지시설)

한국정신재활시설협회의 보고에 따르면, 현재 국내에 개설되어 있는 정신재활 시설은 총 304곳으로 이 중에서 아동·청소년을 대상으로 정신건강 서비스를 지원하고 있는 시설은 12곳이었다. 해당 기관은 대체로 서울시 지역에 밀집되어 있는 실정이며, 서울을 제외한 다른 지역에서는 아동·청소년을 대상으로 운영되고 있는 시설이 상당히 부족한 것으로 보인다[표3-5, 3-6, 3-7]. 또한 이 중에서 정신의료기관에서 퇴원 이후 아동·청소년이 연계되어 이용할 수 있는 시설은 아동·청소년 정신건강지원시설로 한정되어 있다.

○ 아이존

아이존은 만 6세 이상 정서 및 행동 문제를 가진 아동과 발달장애 아동을 대상으로 운영되고 있는 서울시 아동·청소년 주간 치료센터이다. 현재 정서 및 행동 문제를 가진 아동을 위한 정서 아이존과 발달장애 아동을 위한 발달 아이존으로 구분하여 운영되고 있으며, 총 10개소가 개설되어 있다. 본 시설은 정신건강의학과 병의원 및 정신건강복지센터, 사회복지관의 의뢰로 연계되어 이용할 수 있다. 현재 개인 및 집단 치료, 부모교육 등을 토대로 한 다각도의 치료 서비스를 제공하고 있고, 사전 사후의 심리검사를 통하여 치료적 효과를 확인하고 있다.

○ 푸른존

푸른존은 정신건강 관련 도움이 필요한 초등학교 5학년~중학교 3학년의 아동·청소년을 대상으로 운영되고 있는 서울시 정신재활시설로, 지역 정신건강복지센터

터나 학교, 지역기관의 의뢰 및 연계로 이용할 수 있다. 치료진은 정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원(정신건강임상심리사, 간호사) 및 사회복지사 등으로 구성되어 있으며, 개인 치료, 집단 치료 및 가족 치료 등의 치료 프로그램이 마련되어 있다. 또한 학업적인 어려움을 경험하고 있는 아동·청소년을 위한 학습 멘토링 및 진로 탐색 등 프로그램도 마련되어 있어 학교생활에서의 적응에도 도움을 주고 있다. 본 기관은 6개월 단위로 총 1년 6개월까지 이용이 가능하며, 6개월 마다 사전·사후 검사를 통해 해당 아동·청소년의 상태를 점검하고 있다.

○ 청소년 정신재활시설(사회복지시설) ‘비상’

비상은 정신건강의학과 병·의원에서 치료를 받은 경험이 있거나 전문의로부터 조현병과 같은 정신질환을 진단받은 15세~29세 청소년 및 성인들을 대상으로 치료서비스를 제공하는 시설이다. 개설된 프로그램으로는 재발 방지 및 회복을 위한 치료 프로그램과 사회 적응 기능을 향상시키기 위한 직업 및 자조기술 훈련 프로그램, 가정 내에서의 지지기반 확충을 위한 가족지원 사업 등이 있다. 본 기관은 지역 정신건강복지센터나 정신건강의학과 병·의원, 학교 및 복지기관의 의뢰로 연계되어 이용할 수 있다.

[표3-5] 정신재활시설(구 사회복지시설) 현황⁴⁴⁾

계	아동 청소년 정신 건강 지원 시설	주간 재활 시설	공동 생활 가정	주거 제공 시설	지역 사회 전환 시설	직업 재활 시설	중독자 재활 시설	종합 시설	생활 시설
304	12	79	43	114	4	12	4	19	17
100(%)	3.95	25.99	14.14	37.50	1.32	3.95	1.32	6.25	5.59

[표3-6] 지역별 정신재활시설(구 사회복지시설) 현황

44) 한국정신재활시설협회 홈페이지 <http://www.kpr.or.kr/sub.php?menukey=38/2017.12.10>

지역	시설현황									
	계	아동 청소년	주간 재활	공동 생활	주거 제공	지역 사회	직업 재활	중독자 재활	종합	생활
서울	108	12	25	4	52	4	7	3	1	
경기	45		9	22	10		2		1	1
인천	8		3		5					
강원	3		1		1					1
대전	29		5	9	11				2	2
충남	23		1	2	15					5
충북	11		3		5				1	2
대구	16		9	1	4			1	1	
경북	12		3	2	3				1	3
부산	12		6		2		2		2	
경남	4		2						1	1
울산	2		2							
광주	7		6		1					
전남	4				2				1	1
전북	14		2	3	1				8	
제주	4		2		1		1			
세종	2				1					1

[표3-7] 서울시 아동·청소년 정신건강지원시설 현황

시설명	성별	비고
아이존	남/여	10곳(강서구, 노원구, 동대문구, 동작구 등)
푸른존	남/여	
비상	남/여	청소년 정신재활시설

다. WEE Project

WEE Project는 학교, 교육청, 지역사회가 연계하여 학습 부진 및 학교 부적응의 문제가 있는 아동·청소년뿐만 아니라 일반 학생들을 대상으로 정신적으로 건강한 학교생활을 할 수 있도록 서비스를 제공하고자 2008년부터 운영되는 사업이다. 한국교육개발원(2017)의 보고에 따르면 개설되어 있는 기관에 따라 WEE클래스(학교), WEE센터(지역 교육청), WEE스쿨(시·도 교육청)로 구분되어 운영되고

있으며 현재 총 6,509개소가 운영 중이다[표3-8]. 각각을 살펴보면, WEE클래스는 학교생활 적응의 어려움에 대한 심리적으로 지원받을 수 있는 기관이고, WEE센터는 학교 장면에서 해결되지 않는 근본적인 어려움을 지역사회의 물적, 인적 인프라로 지원받을 수 있는 기관이다. 또한 WEE스쿨은 기숙형 장기 위탁 교육기관으로써 심리적인 치유 뿐 만 아니라 교육을 받을 수 있는 기관이다. 이들 기관 모두 교육청과 연계가 되어 있어 상담 및 치료 프로그램의 참여로 출석을 인정받을 수 있다.

[표3-8] 전국 WEE Project 개설 현황⁴⁵⁾

지역	WEE클래스	WEE센터	WEE스쿨
서울	775	18	
부산	420	5	
대구	418	9	1
인천	331	6	1
광주	157	3	1
대전	207	3	2
울산	161	3	1
세종	35	2	
경기	1,457	25	1
강원	292	17	1
충북	209	10	1
충남	280	14	2
전북	242	16	
전남	371	22	1
경북	383	23	
경남	463	18	1
제주	90	2	
계	6,300	196	13

45) 한국교육개발원 Wee project 홈페이지 <http://www.wee.go.kr/home/find/find010011.php/>
 2017.12.10

4) 중독 관련 치료 전문 센터

○ I Will 센터

서울시에서는 인터넷 중독과 관련하여 5개소의 I Will 센터가 운영되고 있는데, 중독 증상의 심각도에 따라 통합적인 프로그램을 제공하여 중독 문제에 개입하고 있다. 인터넷 중독과 더불어 공존질환에 대해서는 연계된 정신건강의학과 병·의원에 의뢰하여 치료 서비스를 제공하고 있다.

○ 국립청소년인터넷드림마을

서울시 정신건강복지센터(2016)의 보고에 따르면, 국립청소년인터넷드림마을은 인터넷 및 스마트 폰에 대한 의존 및 중독을 보이고 있는 아동·청소년을 대상으로 치료 서비스를 제공하고 있는 입소시설이다. 본 기관은 지역 청소년상담복지센터 및 학교에서 의뢰받아 입소할 수 있고, 개별적인 신청도 가능하다. 프로그램은 일반 프로그램(1~2주) 및 심층 프로그램(3~4주) 과정이 있으며, 입소 기간 동안 심리평가 및 개인 치료, 가족 치료, 부모교육을 제공받을 수 있다. 또한 학기 중에 운영되는 프로그램기간의 경우 대안위탁교육의 일환으로 교과과정으로 인정받을 수 있다.

○ 소년미디어중독예방센터

미디어 중독의 예방 및 치료를 위해 청소년미디어중독예방센터가 운영 중인데, 미디어 중독에 대한 심리검사와 상담 프로그램, 예방 프로그램을 운영하고 있다. 프로그램에 참여를 희망하는 청소년은 제한 없이 서비스 신청이 가능하다.

[표3-9] 중독관련 시설 현황⁴⁶⁾

시설명	사업내용	비고
I Will 센터	인터넷 중독 치료	서울지역 5개소 (광진, 보라매, 명지, 강북, 창동)
국립청소년인터넷드림마을	인터넷 중독 치료	
청소년미디어중독예방센터	미디어 중독 예방 및 치료	

46) 서울시 정신건강증진센터, 서울시 정신보건기관 현황집, 2017.

4. 소결: 국내 정신장애 아동·청소년 서비스 기관에 대한 평가 및 의료 서비스의 제한점

국내에도 아동·청소년의 정신건강에 대한 관심이 증가하면서 중독 치료 시설을 비롯한 지역사회 정신건강관련 시설들이 확충되고 있다. 그러나 지역별 정신건강 관련전문시설의 분포를 볼 때, 17개 시도 중 아동·청소년 관련 시설이 부재한 지역이 많았고, 아동·청소년을 위한 지역사회재활시설 역시 서울에만 편중되어, 수적으로 적을 뿐만 아니라 지역적인 불균형이 현저하였다. 그리고 의료적 개입을 요하는 아동 및 청소년의 경우에는 아동의 특성을 고려하고 있는 의료시설들도 국립기관 일부를 제외하면 크게 부족하다고 판단된다. 한편, 아동을 위한 병동이나 프로그램을 갖춘 병원들조차 아동의 자기결정권 보장등 인권보장과 관련하여 명확한 지침이 없어 그 운영상의 어려움을 겪고 있을 것으로 보인다.

우리나라 의료 제도 및 아동·청소년 정신건강의학과 병동의 특성상 건강보험의 진료 수가가 낮고, 필요한 인력이 많고 시설이 광범위하게 필요하기 때문에 경영적자를 면하기 힘든 형편이다.

어린이 정신건강병동을 운영하고 있는 서울대 어린이병원과 일반 종합병원과의 차이를 분석한 결과를 보면 어린이병원의 투입 원가가 월등히 높아 일반 종합병원에 비하여 어린이병원의 정신병동에 5.4배 원가가 더 들어가는 것으로 나타났다[표3-10].

[표3-10] 어린이병원과 일반병원의 주요 치료시설 운영 비용의 비교⁴⁷⁾

구분	병상수	어린이병원 병상당 원가(원)	지방의료원 비교병원 평균(원)	지방의료원 비교병원 대비 원가비율
소아중환자실	10	128,867,004	38,703,495	5.7
정신건강병동	10	83,540,786	15,526,662	5.4
일반병동	110	66,452,273	12,445,774	5.3

우리나라의 의료기관에서 환자에게 제공하는 서비스는 모두 국민건강보험 체계 안에서 통제되고 있고, 이를 구체적으로 명시하고 있는 것이 보건복지부 고시인 “건강보험요양급여비용의 내역” 및 “건강보험 행위 급여, 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”이다. 정신의료기관 역시 이 고시에 나열된 의료행위만

47) 2010년 서울대 어린이병원, 부산, 대구, 남원의료원 ABC 자료.

을 입원한 환자에게 제공할 수 있고, 이른바 비용의 통제를 받지 않는 비급여 영역도 마찬가지로 이 고시에만 등록되어 있어야만 제공이 가능하다.

현재의 고시에서 규정하고 있는 정신의료 서비스는 정신건강의학과 전문의가 직접 시행하는 개인정신치료, 분석적 집단치료가 있고, 이외 작업오락요법, 일반 집단치료, 사이코드라마가 있다. 개인정신치료는 1일 1회, 주 6회로 제한되어 있고, 작업오락 요법은 주 5회, 나머지 집단치료는 모두 주 2회로 제한된다. 이를 조합하면 하루 평균 1-2개의 집단치료와 개인정신치료를 모두 합쳐도 총 3시간 이상을 치료시간으로 배정할 수 없다. 더구나 이런 프로그램을 수행할 수 있는 인력도 병원에 상주하는 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사로 제한이 되므로 다른 직종의 전문가에게 필요한 치료를 맡길 수도 없는 실정이다. 이런 치료의 종류와 횟수의 제한은 과잉진료와 이로 인한 의료재정의 낭비를 막고자 하는 목적이 있지만, 한참 성장기에 있어 많은 교육적 자극과 세심한 치료를 받아야 하는 아동·청소년 연령층의 환자에게는 적절한 치료를 막는 족쇄의 역할을 하게 된다.

또한 의료기관에서 제공하는 서비스는 의료기관 안에서 이루어지도록 「의료법」에서 규정하고 있으며, 환자의 퇴원 이후 계획이나 관리에 대해서는 상대적으로 관심이 적은 것이 현실이다. 그나마 정신건강의학 분야에서는 사회복지사에 의해 수행되는 정신의학적 재활요법, 개인력 조사, 사회사업지도, 사회조사, 가정방문 등을 할 수 있도록 허용하고 있으나 그 횟수가 치료기간 내에서 1-2회로 제한되어 있는 실정이다. 아동·청소년의 경우 성인에 비해 입원 기간이 짧은 편이며, 퇴원 이후 학교나 가정, 지역사회 등 연계를 위해 고려해야 할 사항이 많다. 퇴원 이후의 환자 관리에서 의료기관이 일부 역할을 담당할 수 있도록 새로운 수가 등의 정책을 통해 보장해줄 필요가 있다. 현재 외과계열이나 호스피스 영역에서 시행되고 있는 가정간호 사업과 같은 사례를 참조한다면 아동·청소년이 정신의료기관에서 입원 치료를 받고 있는 동안 퇴원 이후의 연계 계획까지, 그리고 자연스러운 관리까지 이어지는 체계를 구축할 수 있을 것으로 생각한다.

제 4 장

국제 동향과 해외 사례 연구

제1절 해외 정신장애인 및 아동 관련 규범	53
제2절 다른 나라의 법령 또는 제도 동향	56
제3절 다른 나라의 아동·청소년 인권 보장 우수 병원 사례	67
제4절 국제 규범 및 해외 동향의 함의	68

제4장. 국제 동향과 해외 사례 연구

1절. 해외 정신장애인 및 아동 관련 규범

1. 아동권리협약

아동에 관한 가장 포괄적이고 직접적인 규정들을 담고 있다. 이에 관하여는 제 3장-1절. 국내법제도 현황에서 국내규범의 일환으로 다룬바 있으므로 추가 논의는 생략한다.

2. 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

2006년 유엔총회결의로 통과된 「장애인권리협약」은 2008년 비준으로 국내법적 효력을 가졌다. 정신장애인도 당연히 「장애인권리협약」에 의해 그 권리를 보장받는다. 협약이 정의하는 장애인은 각 당사국의 국내법에 의해 장애인으로 등록되거나 정의된 장애인에 한정될 필요가 없다(제1조).⁴⁸⁾

특히 「장애인권리협약」은 제7조에서 장애 아동에 대하여 규정하면서 “당사국은 장애 아동이 다른 아동과 동등하게 모든 인권과 기본적인 자유를 완전히 향유하도록 보장하기 위하여 필요한 모든 조치를 취하여야” 하고(제1항), “장애 아동과 관련된 모든 조치에 있어서는 장애 아동의 최대 이익을 최우선적으로 고려” (제2항)하며, “장애 아동이 자신에게 영향을 미치는 모든 문제에 대하여 다른 아동과 동등하게 자신의 견해를 자유로이 표현할 권리와 그러한 권리를 실현하기 위하여 장애 및 연령에 따라 적절한 지원을 받을 권리가 있음을 보장한다. 그러한 견해에 대하여는 연령과 성숙도에 따라 정당한 비중이 부여된다” (제3항)고 정한다.

한편 각 당사국의 장애인권리협약 준수 및 집행 상황을 심사하고 감시하는 유엔장애인권리위원회(UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 위원회)는 2014년 10월 3일 대한민국 제1차 국가보고서에 대한 최종견해(Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea)를 제시

48) “장애인은 다양한 장벽과의 상호작용으로 다른 사람들과 동등한 조건으로 완전하고 실질적인 사회 참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적인 손상을 가진 사람을 포함한다.”(「장애인권리협약」 제1조(목적) 후문)

하였다. 위원회는 여기서 “장애 아동이 있는 가정에 대한 지원이 저소득층에게만 한정되어 있다”는 점을 지적하였으며(최종견해 43), “미혼모를 포함한 장애 아동의 부모들이 가정 내에서 자녀를 양육하고, 다른 아동과 동등하게 장애 아동의 가족에 대한 권리와 지역사회에서의 참여를 보장하기 위한 법적 근거를 마련하고 포괄적인 정책을 시행할 것을 권고” (최종견해 44)하였다. 다른 한편 (구 정신보건법상) 정신보건시설 및 장애인거주시설 등에서 발생하는 의사결정권 및 신체의 자유 침해상황에 대하여 우려를 표했다.⁴⁹⁾⁵⁰⁾ 정신장애 아동이 가정에서 양육되면서 근거리 지역에서 적절한 돌봄 서비스나 상담, 치료의 기회를 얻지 못한 채, 일정 수준 이상 정신장애가 심화되는 경우 사실상 가정을 떠나 정신건강시설에 치료 등을 이유로 위탁되는 현실이 있음을 생각해본다면, 위원회의 우려가 한국 사회의 어떤 측면을 향하고 있는지 파악된다.

장애인권리위원회의 권고는 실제로 우리나라의 구 「정신보건법」 제24조 보호의무자의 입원 제도를 폐기하고자 하는 정신장애인 단체의 주장과 국가인권위원회의 헌법재판소에 대한 의견제출 결정문에서도 중요한 근거로 활용되었다.

3. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)

정신장애인의 인권에 관하여 가장 직접적인 규율 내용을 담고 있고, 국내 정신보건영역에서도 잘 알려져 있는 규범으로는 1991년 12월 17일 유엔총회에서 결의된 「정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙」(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 이하 MI 원칙)이 있다. MI 원칙은 1978년 유엔 인권위원회가 정신장애로 인해 억류된 사람들을 보호하는 문제를 연구하기 위해 산하 소위원회에 정신장애인 보호와 차별예방을 위한 지침을 요구하여 시작하게 된 14년 작업의 결

49) “본 위원회는 정신보건법의 기존 조항과 본 법의 개정안에서 장애를 이유로 한 자유의 박탈을 허용한 데 대해 우려하고 있다. 본 위원회에서는 또한 정신장애를 가진 사람들을 자신들의 자유의사에 따른 사전 동의 없이 장기간 감금하는 것을 포함하여 보호시설로 보내지는 사람들의 비율이 매우 높은 데 대해 우려를 표한다.”(최종견해 25)

50) 본 위원회는 대한민국 정부가 정신장애 또는 지적장애를 포함한 장애를 이유로 자유의 박탈을 허용하는 기존 법률 조항을 폐지하고 정신건강 관리에 대한 모든 서비스를 포함한 건강관리 서비스를 당사자의 자유의사에 따른 사전동의 하에서만 수행하도록 보장하는 조치를 취하도록 권고한다. 본 위원회는 또한 해당 법령이 개정될 때까지 병원 및 전문시설에 있는 장애인들의 자유를 박탈한 사례를 모두 재검토하도록 하며, 이러한 재검토에는 항소권을 포함 할 것을 권고한다.

실이다. 유엔 「장애인권리협약」의 발효 이후 MI 원칙의 일부 또는 전부가 효력을 상실했다는 견해도 있으나⁵¹⁾ 여전히 전 세계에서 정신장애인의 인권의 기본적인 원칙과 지침으로 중요하게 활용되고 있다.

본 UN 원칙은 장애, 인종, 성별, 언어, 종교, 정치적인 또는 기타 견해, 국가나 민족, 혹은 사회적 출신, 법적 혹은 사회적 지위, 연령, 출생적 특성을 근거로 하는 어떤 차별도 없이 적용되어야 하며, 이 원칙에 규정된 권리의 행사는 해당인 또는 타인의 건강이나 안전을 보호하기 위해, 또는 공공의 안전, 질서 및 보건 혹은 도덕, 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해 필요한 것으로서 법으로 규정되어 있는 사항에 의해서만 제한될 수 있다.

이에 따라, 원칙 1은 “모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다”(2호)고 규정하면서 “모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 경제적, 성적 및 기타 유형의 착취, 신체적 또는 기타 학대, 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다”(3호)는 점을 강조한다. 특히 원칙 2는 미성년자의 보호를 선언하면서 “미성년자의 권리 보호를 위해서는 본 UN 원칙의 목적과 미성년자 보호와 관련된 국내법의 범주 안에서 특별한 보호가 주어져야” 함을 명시하고 있다.

한편, MI 원칙은 의료기관에서의 정신장애인에 대한 보호, 치료원칙 등을 상세히 다루면서도 지역사회에서의 삶이 중요하다는 점 역시 강조하고 있다. 이에 원칙 3이 모든 정신장애인들은 가능한 한 지역사회 내에서 생활하고 일할 권리를 가진다고 선언하고 있고, 원칙 7은 “모든 정신장애인들은 가능한 한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받아야 할 권리가 있다”는 점을 분명히 하

51) MI 원칙은 비자의 입원 및 강제치료(원칙 16), 신체적 강박이나 격리(원칙 11), 대리인 제도(원칙 18) 등을 인정하면서, 이를 정신장애인의 보호를 위하여 엄격한 세부 원칙을 설정하고 있는 반면 「장애인권리협약」은 위의 제도들을 원칙적으로 배제하고 있다는 견해가 있다. 나아가 이러한 「장애인권리협약」을 유엔총회가 받아들임으로써, 명시적인 폐기절차 없이도 MI 원칙은 폐기된 것으로 보아야 한다고 한다(관련한 대표적인 논자의 논의로는 Tina Minkowitz, "Abolishing Mental Health Law to comply with the Convention on the Rights of the Persons with Disabilities," Rethinking Right-Based Mental Health Law (Bernadette Macsherry ed.), Bloomsbury Publishing, 2010, p.153 참조. Tina Minkowitz는 여러 차례 방한한 적이 있는 대표적인 정신장애인 인권변호사로서, 한국의 정신장애인 전문가 및 장애인 단체들과도 활발히 교류하고 있다). MI 원칙과 「장애인권리협약」이 구체적으로 어느 지점에서 충돌하는지, 충돌하는 경우에도 「장애인권리협약」에 따라 MI 원칙이 전면 폐지된 것으로 볼 수 있는지는 추가적인 연구가 필요할 수 있으나, 「장애인권리협약」이 MI 원칙보다 훨씬 강하게 정신장애인을 포함한 모든 장애인들의 자기결정권을 강조하고 있고, 장애인 개인의 고유성, 지역사회에서 살아가고 치료받을 권리 등을 강조한다는 점은 분명하다. 따라서 MI 원칙의 국내외적 적용과 해석, 원칙의 위상 자체는 영향을 받을 수밖에 없다.

고 있다. 정신보건시설에서 치료가 이루어지는 경우에도 환자가 “가능한 한 향시 자신의 거주지 혹은 친척 또는 친구의 거주지 근방에서 치료받을 권리가 있으며, 가능한 한 빨리 지역사회로 복귀할 권리가 있다”고 명시하고 있다.

치료에 관하여는 자신의 보건 필요성에 따라 가급적 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가짐을 규정하고(원칙 9, 1호), 각 환자의 개별적 특성에 맞게 자격을 갖춘 의사와 환자가 함께 논의하고, 정기적으로 검토하면서 필요시 수정 가능한 계획에 근거하도록 한다(2호). 나아가 “환자의 치료는 반드시 개인적 자율성을 지켜주고 강화하는 방향으로 진행되어야 한다”고 명시하고 있다(3호). 또한 동의에 기반한 치료를 원칙으로 하고(원칙 11), 정신보건시설에 입원한 환자들의 권리는 환자가 이해할 수 있는 형식과 언어로 고지되어야 하며(원칙12), 사생활의 보호나 종교 및 사상의 자유 등을 누리고, 정신보건시설 내에서도 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사할 것도 명시하고 있다(원칙 13). 이에 따라 정신보건 시설은 여타 보건시설과 같은 수준의 자원을 갖추는 것은 물론이고, 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간 등을 보유할 것을 요청하고 있다(원칙14).

2절. 다른 나라의 법령 또는 제도 동향

1. 미국

가. 캘리포니아 주 법령 및 주요 제도

캘리포니아는 주법률 Title 9에서 정신보건서비스를 다루고 있다.⁵²⁾ 캘리포니아는 각 지역 카운티를 통해 정신건강 서비스를 제공하며, County Mental Health Plan (MHP)은 다양한 프로그램과 서비스를 제공한다. 21세까지의 아동과 청소년의 정신건강치료 지원은 캘리포니아 주 공공의료서비스인 Medi-Cal을 통해 지원 받을 수 있으며, 이와 함께 2가지의 특별 정신건강 서비스가 있다. 각각은 Intensive Care Coordination와 Intensive Home Based Services (이하 ‘IHBS’)이

52) California Code of Regulations, Title 9, Chapter 11. Medi-Cal Speciality Mental Health Services (Section 1830.205, Section 1830.210)

http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/MHArchiveLtrs/MH-Ltr01-01_enclosure1.pdf

다.⁵³⁾ 이 서비스들은 Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT, 조기 및 정기심사, 진단 및 치료 정신건강 전문보충서비스)를 받을 자격이 있는 21세 미만의 아동과 청소년들에게 제공되며 정신장애에 있어 의학적인 도움이 필요할 때 받을 수 있다.

아동 및 청소년을 위한 서비스로는 대표적으로 ‘집중적 돌봄 협동’ (Intensive Care Coordination, 이하 ‘ICC’)이 있다. ICC는 아동 및 가족 팀(Child and Family Team, 이하 ‘CFT’)을 활용하여 아동 및 청소년에게 전달된다. CFT란 아동 또는 청소년과 그의 가족으로 구성되어 있는 팀으로, 이들에게 필요한 요소와 강점을 알려주는 보조인(ancillary individuals)도 팀의 구성원으로 포함된다. 보조인에는 두 종류의 집단이 있는데 먼저 치료 코디네이터, 치료 제공자, 사례 관리자와 같은 공식적인 서포터가 있으며, 가족 구성원, 이웃, 친구 등과 같은 일상적인 서포터가 있다. CFT는 가족이 전문가와 함께 아동 및 청소년의 치료를 돕기 위한 목표를 가지고, 모든 구성원이 하나의 팀으로 협력하여 치료 등의 의사결정을 하는 데에 적극적으로 영향을 미친다.

ICC 서비스는 CFT를 통해 전달하며, 향후 치료 계획 및 치료 과정을 발전시키고 이끌어 나간다. ICC 코디네이터는 팀 구성원인 아동 및 청소년, 가족의 참여를 이끌어내는 역할을 수행한다. 아동 및 청소년이 거주하고 있는 지역 중심의 서비스를 제공하는 것 뿐 아니라 병원, 그룹 홈, 다른 기관에서 운영되는 보호소에 거주하는 아동 및 청소년에게도 제공한다. ICC 서비스는 아동 및 청소년과 그의 가족, Medi-Cal 제공자, 그리고 아동을 돌보는 관계자들을 생산적이고, 협력적인 관계로 발전시켜 이들을 CFT로 포함시키고자 한다. 또한 아동 돌봄 계획 및 모니터링을 통해 치료 계획이 잘 구성되어 있는지 확인하고, 이를 통해 가장 최소한의 제한 방법으로 아동 및 청소년이 정신건강 서비스를 받을 수 있도록 한다. 의학적으로 필요한 정신건강 서비스가 포함될 수 있도록 보장하고, 이것이 아동 및 청소년에게 꼭 필요한 것인지 모니터링한다.⁵⁴⁾ 해당 서비스에 대하여는 캘리포니아 주법(Code of Regulation)에 따라 이의를 제기할 수도 있다.⁵⁵⁾

아동 및 청소년을 위한 다른 서비스로는 가정 기반 집중 서비스(Intensive Home Based Services, 이하 ‘IHBS’)가 있다. IHBS는 집중적이고 개별화된 활동

53) http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/Medi-cal_manual_9-22-16.pdf p.15 참조. 그 밖에도 Therapeutic Foster Care가 존재하나 이에 관하여는 캘리포니아 주정부가 구체적인 정보를 제공하지 않고 있다.

54) http://www.dhcs.ca.gov/services/Documents/Medi-cal_manual_9-22-16.pdf p.15.

55) California Code of Regulations, Title 9, Division 1, Chapter 11.

서비스로서, 아동·청소년 및 그의 치료에 중요한 도움이 되는 사람의 참여 및 개입을 도와 치료 계획의 목적을 달성할 수 있게 돕는다. 이 서비스는 아동·청소년의 가정, 학교, 아동센터 등 원래 거주하고 있는 곳에서 지원받을 수 있다. 또한 언제 어디서나 도움이 생기면 주말 및 저녁을 포함하여 서비스를 받을 수 있다. IHBS는 주로 임상적인 지도(clinical supervision) 아래 전문 보조원들에 의해 제공된다. IHBS 서비스에 관하여 이의신청을 원할 경우, ICC와 마찬가지로 캘리포니아 Code of Regulation에 따라 가능하다.⁴⁸⁾

나. 입원제도 운영 일반⁵⁶⁾

주마다 다소 차이가 있지만 16세 이상이면 본인의 동의가 필요하며(메사추세츠주), 동의가 없는 경우 비자의 입원 형식을 갖추어야만 입원 치료가 가능하다. 아동 및 청소년의 입원 기간은 평균 5~7일이나, 질병의 경과가 만성적인 경우에는 만성 환자를 위한 병원에서 입원 치료를 하기도 한다. 아동·청소년의 치료에 관하여는 대부분의 기관이 별도의 프로토콜을 보유하고 있다.

병동 운영에 있어서는 질병이나 나이 별로 구별하여 병동을 운영하는 병원도 있다(예, 메사추세츠주 소재 McLean Hospital). 환자의 사생활 보호와 관련하여, 아동·청소년 환자에게도 자신이나 타인의 위험과 관련된 사항 외에는 보장됨을 구두로 설명한다. 치료 과정 등은 환자나 보호자와 같이 상의한다. 여러 병원에서 환자들이 사복을 입는 것이 허용되며, 학생 환자들의 경우 대부분 입원 기간 중에도 학업을 유지할 수 있는 프로그램을 가지고 있다.

2. 잉글랜드(England)

가. 정신보건법 및 실무지침(Code of Practice)

영국 잉글랜드의 「정신보건법」(Mental Health Act)은 아동과 청소년의 정신건강관련 규정에 관하여 직접 법령을 통해 규정하지 않으나, 해당 법령의 실무지침(Code of Practice)은 아동에 관하여 상세히 기술하고 있다. 이에 따르면, 정신장애를 가진 아동과 청소년은 특히 성인보다 취약하여 권리의 보호가 더 필요하므

56) 해당 내용은 2018년 1월 연구진들이 Messachusetts주 Belmont의 Harvard 의과대학 부속 McLean Hospital 조기 정신병 병동에 근무 중인, Dr. 김 및, Michigan주 Livonia의 St. Mary Mercy Hospital 정신건강의학과에서 수련 중인 Dr. 이준우와 수행한 면담을 토대로 작성한 것이다.

로, 「정신보건법」(Mental Health Act 1983)과 「아동법」(Children Acts 1989, 2004)를 함께 참고하여 판단해야 한다고 강조하고 있다.⁵⁷⁾ 또한 아동 및 청소년의 의사결정 능력 여부 판단과 관련하여 인권문제가 자주 제기되므로 「정신능력법」(Mental Capacity Act, MCA) 2005와 인권법(Human Rights Act, HRA) 1998을 함께 고려할 것도 명시하고 있다. 나아가 「유엔 아동권리협약」에 대한 이해도 요구한다. 특히 아동과 청소년의 진료를 책임지는 전문가나 의료 관계자는 위 법률과 조약에 대해 충실히 인지할 것을 권고하고 있다.⁵⁸⁾

이 규정에서 다루는 아동의 나이는 16세 미만이며, 청소년(Young people)인 경우 16세 또는 17세를 가리킨다.⁵⁹⁾

나. 아동 및 청소년의 정신건강 서비스 제도(Children and Adolescent Mental Health Services, 이하 ‘CAMHS’)

아동과 청소년의 정신건강과 관련한 보건서비스는 국립보건서비스(National Health Service, NHS)가 담당한다. NHS는 최근 경제 위기를 맞아 건강을 증진시킬 목적으로 Health and Social Care Act 2012를 도입하여, NHS 구조에 큰 변화가 있었다.⁶⁰⁾ 특히 정신보건 서비스의 경우, 2013년 4월부터 영국 보건부(Department of health)가 NHS England에 권한을 위임하고, 이를 다시 211개의 지역 Clinical Commissioning Groups(CCGs)에 위임하여 이들 단체가 지역의 담당 정신보건 전문가라고 할 수 있는 General Practitioner(GP) 및 정신보건과 일반건강서비스(Mental Health / District General Health Services)를 담당하는 임무를 관할하고 있다.⁶¹⁾ 아동 및 청소년의 정신건강서비스와 관련하여 가장 대표적인 것으로는, 이 CCGs가 관리하는 CAMHS가 있다.⁶²⁾ CAMHS는 가정에 기반 한 지역

57) Children Act 1989 Part.2 Section 10 건강 증진을 위한 협업(영국)

(1) 잉글랜드의 아동서비스 기관은 반드시 기관과 관련된 파트너들과 적절하다고 판단된 다른 사람들 간의 협업을 증진하기 위한 조치를 취해야한다.

(2) 이 조치들은 각 지역기관에서 아동의 건강을 증진시키기 위한 관점으로 만들어져야 하며, 이는 육체적 및 정신적 건강과 정서적 건강에 관한 내용으로 한다. (뒷내용 생략)

58) Mental Health Act_Code of Practice 19.1

59) Mental Health Act_Code of Practice, XXI References to patients, children and young people and commissioners, p.15.

60) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>

61) <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>

62)

<https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/about-childrens-mental-health-services.aspx>

중심 서비스를 제공한다.

CAMHS는 지역마다 그 규모나 운영 구조가 다양하고, 서비스 전달 방식 또한 지역 NHS의 상황에 따라 차이가 있다.⁶³⁾ 대부분의 CAMHS 구조는 1995년 NHS 건강조언서비스(Health Advisory Service)의 권고 사항에 따라 단계 모델(Tiered model)을 이행하고 있으며, CAMHS는 2단계부터 4단계를 담당하여 전문가를 구성한다.

- Tier 1: 1단계 서비스의 경우 CAMHS가 아닌 아동 및 청소년의 GP, 건강 방문자, 학교 간호사, 선생님, 사회복지사, 봉사단체를 포함해 제공되는 가장 기초적인 단계의 서비스를 말한다.
- Tier 2: 2단계 서비스의 경우 지역 CAMHS가 구성한 전문 직종의 사람들로 구성되었으며, 임상심리학자, 전문 간호사, 소아과 의사, 교육 심리학자 등이 이에 포함되고 대부분 개인적으로 업무를 수행한다. 1단계에서 아동 및 청소년은 개인 GP나 학교 선생님, 학교 내 간호사, 특수교육 코디네이터(Special Educational Needs Co-ordinator, SENCO) 등과 상담하고, 이들이 가까운 지역 CAMHS에 의뢰하여 2단계 서비스를 받는다.
- Tier 3: 3단계 서비스의 경우 더 심각하고 복잡하고 계속되는 장애에 적합할 수 있도록 전문가가 더욱 중심이 된 서비스이다. 이들은 지역 커뮤니티 정신보건 클리닉이나 아동정신병원 외래 진료소에서 팀을 구성해 업무를 수행한다.
- Tier 4: 4단계의 경우, 거주 입원 환자 시설과 같은 매우 전문적인 서비스를 제공한다. 아동의 경우 잉글랜드의 Tier 4 CAMHS는 아동 입원환자 병동(Children's Inpatient Units)과 전문 자폐스펙트럼장애 서비스(Specialist Autism Disorders Services)로 나누어지고 있다.⁶⁴⁾

4단계 서비스 중, 병원에서 치료를 받는 아동과 청소년에 대해서는 지역 당국에게 특수한 법률상 의무가 부여된다. 이에 관하여 「정신건강법」(Mental Health Act, 1983)의 시행령(Code of Practice)와 「아동법」(Children Act, 1989)에서 규정

63)

<http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Effective-Joint-Working-CAMHS-and-Schools.pdf> p.16.

64) <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/c07-tier4-ch-ado-mh-serv.pdf>, p.1.

하고 있다.⁶⁵⁾ 지역 당국은 돌봄이 필요한 아동 및 청소년이 집에서 멀리 입원해 있을 경우, 그의 가족이 서로 활발한 연락을 취하고, 다시 가정으로 돌아갈 수 있도록 촉진해야 한다. 또한 입원 시 아동이 그들의 부모가 정기적으로 방문하지 않을 경우, 아동의 관계자들이 아동을 방문할 수 있도록 권하고, 아동과 친구가 될 수 있게 하며, 스케줄을 조정할 수 있도록 한다. 또한 「정신건강법」(Mental Health Act, 1983)의 시행령(Code of Practice)은 CAMHS를 이용하던 청소년이 18세 미만의 나이를 벗어나는 경우를 대비하여 서비스 전환에 관한 규정도 두고 있다.⁶⁶⁾ 이 경우 전환 과정은 적어도 청소년이 CAMHS를 떠나기 6개월 전부터 신중히 계획되어야 하고, 계획 과정에서 청소년이 완전한 참여를 하도록 하며, 비밀을 보장하여야 한다. 이를 통해 적절하고 접근 가능한 정보를 제공받음으로써 성인을 위한 정신건강서비스 중 앞으로 어떤 서비스를 받을 것인지 효과적으로 선택할 수 있다.

다. Future in Mind

NHS 잉글랜드와 영국 보건부는 함께 Future in Mind라는 보고서를 발간하였다.⁶⁷⁾ 이 보고서는 아동과 청소년의 정신보건서비스 현대화를 위한 청사진을 제시하고, 아동과 청소년이 필요할 때에 높은 품질의 정신보건서비스에 접근할 수 있는 용이한 방법을 제시하였다. 보고서가 발표된 후, 2015년 영국 정부는 아동 및 청소년의 정신보건서비스의 중요성을 제고하기 위해서 2020년까지 아동 및 청소년의 정신건강서비스에 약 2억 5천만 파운드의 예산을 지원하겠다고 밝혔다.⁶⁸⁾

NHS 잉글랜드의 정신건강 Task force(TF)는 정신건강을 위한 5개년 계획을 세우고, 5~16세의 아동 10명 중 1명이 정신건강 진단을 받았다는 결과를 통해 그 심각성을 제고하였다.⁶⁵⁾ 정신건강 TF의 정책에 따르면, 2020~2021년까지, 적어도 70,000명 이상의 아동과 청소년이 높은 품질의 정신보건 서비스를 받을 수 있도

65) Mental Health Act 1983_Code of Practice, 19.123, Children Act 1989, Par.10, 15, 17 of Schedule 2

66) Mental Health Act 1983_Code of Practice, 19.119

67)

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf> p.5.

68)

<https://www.gov.uk/government/news/deputy-pm-announces-billion-pound-boost-over-5-years-for-childrens-mental-health-services>

록 돕겠다고 밝혔으며, 이를 위해 잉글랜드의 “아동 및 청소년의 정신 치료 접근성 향상” (약자: CYP IAPT) 프로그램을 2018년까지 선보이고, 2016~2017년까지 CAMHS의 접근 기준을 섭식장애를 포함한 정신장애를 가진 아동과 청소년을 위해 확장시키겠다고 하였다.⁶⁹⁾ 특히, 정신건강 문제를 가진 취약한 아동들(예, 입양아동, 돌봄 받지 못하는 아동, 아동학대 피해자, 긴 기간 동안 장애를 가진 아동, 법적 조치에 취해진 아동 등)을 위해서 보건부와 교육부는 협업을 통해 전문가 그룹을 만들어 그들의 복잡한 요구를 점검하기 위해 맞춤형 예산을 구성해야 한다고 강조하였다.

3. 스코틀랜드(Scotland)

스코틀랜드는 잉글랜드와 마찬가지로 아동과 청소년들을 위한 정신건강 서비스는 주로 NHS와 지역기관 또는 제3의 기관을 통해 제공된다. 특히 NHS의 CAMHS를 통한 서비스는 다양한 전문가로 구성된 팀으로 이루어진다.⁷⁰⁾ 지난 20년 동안 스코틀랜드 CAMHS는 총 4단계의 케어 서비스를 구성해 운영해왔다.

- Tier 1: 건강 방문자, GP, 학교 간호사, 교사, 사회복지사 등의 전문가들이 다양한 서비스 분야에서 일을 하면서 많이 심각하지 않은 정신건강 문제를 지닌 이들을 위해 조언과 도움을 제공한다.
- Tier 2: CAMHS 직원들이 1차적인 진료를 하거나 연결 커뮤니티를 조성한다. 이들은 Primary Mental Health Workers (PMHWs) 또는 Mental Health Link Workers (MHLWs or ‘Link Workers’)로 알려져 있다. 이들은 첫 번째 단계의 전문가들에게 상담이나 트레이닝을 제공하고, 전문가의 개입이 필요한 복잡한 정신건강 문제를 파악하는 역할을 수행한다.
- Tier 3: 더 극심하고 복잡하고 지속적인 정신장애를 가진 아동과 청소년을 위한 전문 서비스를 제공한다. 이들을 위한 도움은 아동 및 청소년 정신의학 서비스에 종사하는 다양한 팀의 구성원들이 제공하고 있으며, 전문가들은 지역 정신

69) <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf> p.15.

70) http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-76_Child_and_Adole scent_Mental_Health_Trends_and_Key_Issues.pdf p.8.

의학 간호사, 정신치료 전문의, 작업치료사(occupational therapists), 예술·음악·연극 치료사 등으로 구성된다.

- Tier 4: 자해와 같이 정신건강이 급격하게 감소하는 중대한 위기에 있는 아동 및 청소년을 대상으로 하는 전문 서비스를 제공한다(예, Autism Spectrum Disorder 등). 이 단계에서는 지역 치료 기반으로 서비스가 전달되며, 방문 치료 또는 병원에서의 입원 치료를 요구한다.⁷¹⁾

스코틀랜드의 「정신건강법」(Mental Health Act, 2003)에 따르면 건강 관련 서비스를 제공받을 때, 아동과 청소년의 나이는 18세 미만으로 제한하고,⁷²⁾ NHS의 CAMHS 또한 예외를 제외하고는 대부분 18세 미만까지 아동과 청소년을 포함한다.⁷³⁾ 현재 스코틀랜드에는 총 4개의 NHS CAMHS 입원 병동이 있으며 모두 합쳐 54개의 침대를 제공한다.⁷⁴⁾

한편 스코틀랜드 정부는 2016년에 새로운 10년 정신보건 전략의 일환으로 CAMHS를 포함한 기존의 정신보건 서비스에 추가적으로 150만 파운드의 예산을 편성하겠다고 발표하였다.⁷⁵⁾ 그러나 스코틀랜드에서는 최근 CAMHS가 아동 및 청소년의 상담 의뢰를 거절하는 문제가 대두되었다. 7,000여명이 넘는 아동과 청소년이 2016년에만 CAMHS를 이용할 수 있도록 의뢰하였지만 거절당했으며 지난 3년 동안에는 17,500명의 아동과 청소년들이 거절당한 것으로 밝혀졌다.⁷⁶⁾

4. 호주

가. 정신보건법의 아동관련 규정

호주 빅토리아 주의 「정신건강법」(The Mental Health Act, MHA)은 우리나라의 「정신건강복지법」에 상응하는 법률이다. 이 법에서는 18세 미만자에 대하여

71) <http://www.gov.scot/Publications/2004/12/20383/48321>

72) Mental Health (Scotland) Act, Par.1 Section2(1)

73) Ibid, p.16.

74) Ibid, p.17.

75) <http://news.scotland.gov.uk/News/Mental-health-funding-2139.aspx> 스코틀랜드의 케이틀린(Caitilin)이라는 학생은 고등학교에 입학하면서 심한 왕따를 겪고 매우 힘든 정신건강 문제를 겪었는데, 그가 살고 있는 Irvine 지역 CAMHS를 방문하여 상담을 받았지만 이후 다시 상태가 급격히 나빠졌다. 이에 담당 GP가 다시 CAMHS를 방문하기 위해 의뢰하였지만, 자살이나 자해에 해당하지 않아 충분히 심각한 상태는 아니라는 이유로 거절당하였다. 이러한 사례가 급증하자 스코틀랜드 정부는 각 지방의 CAMHS에서 상담의뢰를 거절하는 것의 심각성을 파악하고 이를 조사하겠다고 밝혔다.

76) <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-40173012>

다음과 같은 특수한 규정을 두고 있다. 첫째, 강제입원 치료 명령(inpatient treatment order)이나 지역사회 치료 명령(community treatment order)은 모두 18세 미만자에게 3개월 이상을 명할 수 없다. 반면 18세 이상자에 대하여는 강제입원 치료 명령은 최대 6개월, 지역사회 치료 명령은 최대 12개월까지 가능하다. 둘째, 전기치료(electro-convulsive treatment, ECT)를 아동에 대하여는 실시하지 못하도록 규정하고 있다. 성인과 달리 18세 미만자에 대해서는 본인의 동의가 있어도 특수치료를 시행할 수 없다. 다만 정신건강위원회(Mental Health Tribunal, MHT)가 치료 승인을 결정하는 경우는 예외다.

우리나라 「정신건강복지법」 역시 병원 내 협의체의 결정에 의해서만, 당사자의 동의가 있을 때 전기치료를 포함한 각종 특수치료가 가능하다. 그러나 당사자가 의사능력이 없다고 보이는 경우 보호의무자의 동의를 받아 치료할 수 있다. 강제입원(비자의 입원) 환자는 대다수가 사실상 의사능력이 없다고 간주되고 있으므로 결국 특수치료는 병원 내 협의체의 치료 결정과 보호의무자의 동의로 미성년자/성년자임을 구별하지 않고 시행 가능한 셈이다.

호주에서도 정신건강위원회의 결정이 있다면 치료를 받는 당사자의 동의가 없는 경우에도 전기치료를 시행할 수 있기에⁷⁷⁾ 우리 법 규정과 유사한 면이 있다. 그러나 「정신건강복지법」이 정하는 병원 내 협의체와 호주 「정신보건법」의 정신건강위원회는 그 성격이 크게 다르다. 빅토리아주는 2014년 이전까지 존재했던 정신건강심의위원회(Mental Health Review Board, MHRB)를 폐지하고 정신건강위원회를 설립하였다. 정신건강위원회는 정신건강서비스와는 독립적으로 활동하며 강제인신구속이나 치료로부터 당사자들의 권리를 보호하는데 중요한 역할을 한다. 정신건강심의위원회와는 달리, 정신건강위원회는 치료 명령이나 전기치료 등에 대한 가부를 결정하는데 있어 핵심적인 결정권을 가진다. 정신건강위원회는 자의로 입원하거나 치료를 받는 환자에 대해서는 관할권이 없지만 미성년자에 대한 전기치료의 경우 미성년자가 동의하는 경우에도 정신건강위원회의 결정이 없이는 치료가 불가능하다. 정신건강위원회는 모든 관련 법령들을 빅토리아주의 「인권 및 책무에 관한 헌장」(Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006)에 부합하도록 해석해야만 한다.⁷⁸⁾

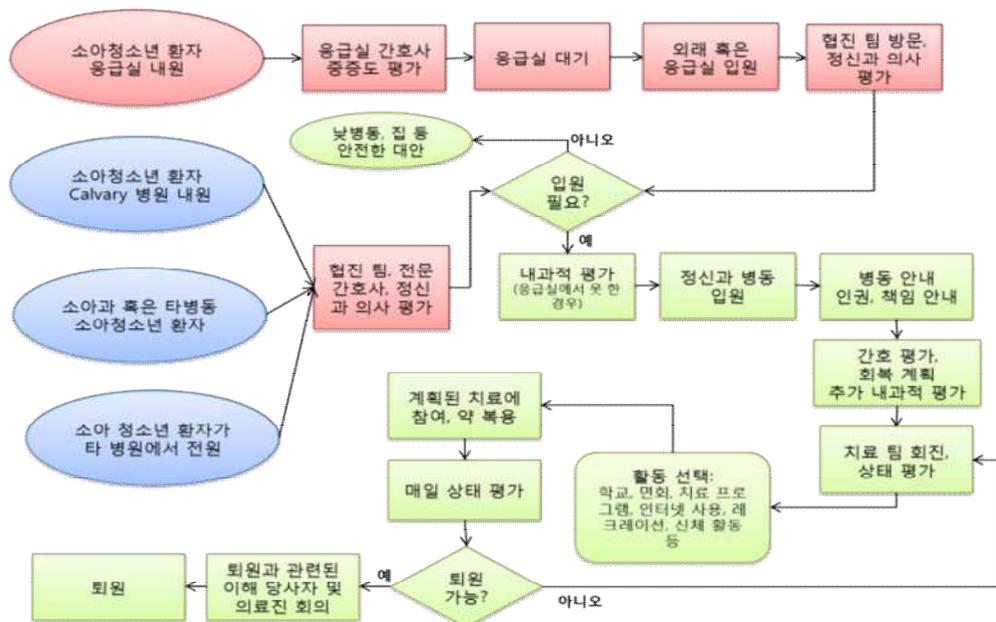
77) 제94조의 조건이 충족되는 경우에 한한다. (a) 그 미성년자가 충분한 정보에 근거하여 전기치료(ECT)에 동의한다고 서명하거나, (b) 그 미성년자에게 충분한 정보에 근거한 동의를 할 의사능력이 없는데 덜 제한적인 방법으로 그를 치료할 방법이 없음이 권한을 가진 심리전문가에 의해 인정되는 경우이다(sec94 (1)).

78) The Law Handbook 2017. http://www.lawhandbook.org.au/2017_08_05_04_mental_health

이처럼 정신건강위원회는 정신의료기관등 정신건강서비스를 제공하는 주체와는 독립하여 강제 치료나 특수치료 등에 대한 결정권을 행사하는 독립행정기구라고 할 수 있다. 반면 우리 「정신건강복지법」의 병원 내 협의체는 특수치료의 의료적 필요성을 객관적으로 검토하기 위한 정신의료기관 내부 기구다.

나. Australian Capital Territory (ACT) Government health: CAMHS model of care, 2013

호주 역시 잉글랜드, 스코틀랜드처럼 CAMHS 서비스를 운영하고 있다[그림 15]. 그 내용은 위와 나라들과 유사하다. 지역사회에서 정신질환을 조기에 발견하고 이에 개입하며, 입원 결정이 의사나 친권자만이 아니라 본인, 가족, 정신과 의사 및 임상 매니저 등 협동하여 결정된다. 입원 서비스 13~25세가 그 대상이며 13세 미만은 아동병동에 진료를 받도록 한다. 아동과 청소년에 대하여 학교 교과과정 프로그램 및 예술, 직업, 신체활동 및 인터넷 사용 등이 치료 과정에 포함된다. 전문적인 낮병원 프로그램도 운영되어 퇴원한 환자와 연계된다.



[그림 15] 입원 환자의 여정(CAMHS 중 발췌)

다. 아동 및 청소년 급성 정신과 환자를 위한 퀸즐랜드 주 보건 가이드라인
2016 [표4-1]

퀸즐랜드 주는 정신과에 급성 입원이 필요한 18세 이하 아동·청소년의 진료 과정에서 실무자들의 의사 결정을 돕기 위하여 가이드라인을 마련해 두고 있다. 가이드라인은 아동·청소년의 발달과 임상적 필요 및 욕구를 최우선으로 하고, 치료 과정에 환자와 가족이 포함되어야 하며, 회복에 중점을 두고, 가급적 아동·청소년이 가족 및 지역사회로부터 오래 격리되지 않도록 하는 것을 원칙으로 한다.

입원 기준에 있어서 임상적인 심각성, 위험도, 입원 우선순위, 입원함으로써 생기는 위험(입원 환경이나 타 환자에 대한 부정적 반응, 가족들과의 분리, 회복에 부정적인 영향을 줄 수 있는 타 환자의 행동에 노출되는 것 등), 그 외 가족들의 동의, 성인 환자와 가급적 분리된 병동이 추천되며, 입원을 통해 타환자의 비밀 보장에 문제가 생기는 경우 등의 다양한 비임상적인 문제까지 고려해야 할 것을 명시하고 있다.

[표4-1] 입원의 우선순위(Queensland health guideline 중)

일차적 고려

우선순위	현재 위험 수준
1	당면한 자신 혹은 타인의 죽음 혹은 심각한 신체적 손상 위험
2	명백한 자살, 자해 혹은 폭력의 위험, 하지만 임박한 의도나 수단에 접근 가능성은 없음.
3	고통스럽고 무능하게 만드는 증상이 있거나, 자기 관리나 사회적 기능의 상실 혹은 점진적 악화
4	입원 환경에서 종합적인 다학제적 평가가 필요한 아동이나 청소년

이차적 고려

우선순위	현재 돌봄 수준
1	집 혹은 다른 지역사회 내 장소에 있음.
2	안전하지만 제한된 시간 동안에만 제공되는 장소(예, 응급실)에 있는 아동이나 청소년
3	안전하지만 적절한 정신건강 치료를 받을 수 없는 상태(예, 소아과 혹은 내과 병동, 소년원 등)
4	성인 정신과 병동에 있는 아동, 청소년

3절. 다른 나라의 아동·청소년 인권 보장 우수 병원 사례

1. 미국의 아동·청소년 정신건강의학과

가. 보스턴 아동 병원(Boston Children's Hospital, Inpatient Psychiatry Service)의 입원 환자 치료 서비스

미국 보스턴에 위치한 보스턴 아동 병원은 8~17세 아동·청소년들을 대상으로 하며, 16 병상을 갖추고 있다. 아동들의 평균 재원기간은 7~10일 정도이다. 병원의 인력에 아동·청소년의 신체적 건강을 위한 전문가가 포함되어 있다. 병원에서는 퇴원 계획에 학교로의 복귀 및 일상생활에 대한 조정, 약복용 관리 등 아동·청소년에게 중요한 문제들에 대한 모든 논의들을 다뤄야 한다. 보호자는 언제든지 환자 및 치료 팀과 통화할 수 있으며, 바로 통화가 어려운 경우에는 메모를 남겨 가능한 한 연락을 취하도록 한다.

병동 내에서는 평소에 입던 옷을 입는 것이 가능하며, 병동 내 두 명의 교사(각각 1~8학년, 9~12학년 담당)이 있어 주중에는 학과 과정을 이수할 수 있다. 입원 과정 중에 메사추세츠 주의 “Conditional Voluntary“라는 입원의 필요성 및 환자의 자발성에 대해 평가하는 양식을 작성하게 된다<부록 1>. 환자의 진단 및 치료의 필요성에 대해서 평가하고, 해당 병원이 이러한 치료에 적합한 곳인지, 그리고 환자가 치료에 어느 정도 동의하고 반대하는지에 대해 평가하여 최종적으로 자발적 입원인지 조건부 자발 입원인지, 입원이 불가한지에 대해서 결정한다.

나. 존스홉킨스 아동 센터(Johns Hopkins Children's Center, Child and Adolescent Inpatient Unit)의 입원 환자 치료 서비스

존스홉킨스 병원 아동센터의 정신건강의학과에는 5~17세 아동·청소년이 입원하며, 15 병상을 갖추고 있다. 평균 재원기간은 5~10일이다. 치료 팀에는 아동생활 전문가(child life specialist)가 포함되어 환자가 병동 내 환경에 적응하고, 타 환자들과 어울리며, 치료, 교육, 프로그램 등에 참여하는 전반적인 활동을 돕는다. 작업치료사, 병동 보조인, 아동생활 전문가 등이 병동 내 요법을 제공한다. 입원 아

동이 기대하는 행동을 했을 때 이를 강화하는 행동치료적 방식을 병동 내에서 적용한다.

2. 캐나다의 브램프턴 시립 병원(Brampton Civic Hospital)

18세 이하 아동·청소년을 대상으로 하며, 10 병상의 병동과 4 병상의 집중 병동으로 구분하여 운영한다. 전자는 자의 입원한 환자를 위한 병동이며 환자의 현재 교육 수준에 맞춘 학교 과정을 이수할 수 있고, 후자는 비자의입원 환자를 위한 병동이다. 입원과 환자의 치료, 퇴원 과정에는 가족, 학교, 지역사회 자원이 모두 관여한다. 낮병원 프로그램을 운영하고, 이 프로그램에서 학교 교육 과정이 제공된다. 집중치료 병동에 있던 환자가 호전되면, 일반 병동이나 낮병원 프로그램의 아래 단계로 이동하는 step-down 시스템을 운영하여 환자가 가족, 지역사회, 학교에서 정상적인 기능을 회복할 수 있도록 20명 이상의 치료팀이 환자를 지원한다.

4절. 국제 규범 및 해외 동향의 함의

정신장애 및 아동과 관련한 국제 인권 규범의 방향은 분명해 보인다. MI 원칙에서 더 나아간 「장애인권리협약」은 정신장애인에 대한 인권보호를 넘어 정신장애인의 자기결정권을 더욱 두텁게 보호할 것을 각 당사국에게 요청한다. 아동권리협약은 아동을 중요한 보호대상으로 정함과 동시에 아동도 자신과 관련된 문제에서 의사표현 및 의사결정에 참여할 수 있어야 함을 강조한다.

위와 같은 규범적 흐름 속에서 간략하게나마 살펴본 미국, 잉글랜드, 스코틀랜드, 호주, 캐나다와 같은 영미권 국가들은 보호자(주로 친권자)나 의료전문가가 입원 등 치료에 관한 결정권을 모두 행사하는 것이 아니라, 아동 및 청소년 본인, 가족, 의료전문가, 이들을 보조하는 임상전문가 등도 관여하도록 하여 협력적인 치료 지원 및 의사결정 지원체계를 마련하고 있음을 알 수 있다. 또한 실제 입원 치료가 이루어지는 병원의 경우 (미국을 주요 대상으로 하여 동향 파악의 한계가 있으나) 아동을 위한 전문 병원 또는 센터를 두고, 의료전문가 이외에 교사나 아동 관련 전문가들이 병동 생활에 관여하여 협력적인 아동 지원체계를 병동 내에서도 유지하고 있음을 알 수 있다. 이는 아동이 퇴원 이후에 지역사회 서

비스 및 교육기관과 자연스럽게 연계되는 데에도 도움이 되리라 생각된다.

이번 연구는 의료기관을 중심으로 아동·청소년의 치료 및 퇴원, 지역사회 연계 과정에 수반되는 권리와 보호에 초점을 맞추고 있다. 그러한 점에 비추어 국제적인 규범 및 실무의 동향을 살펴볼 때, 아동·청소년의 자기결정권 보장과 아동·청소년의 특성에 맞는 보호를 조화시키고, 입원 이후 효과적인 지역사회 연계를 돕기 위해서는 아동을 위한 특수한 의료기관 또는 병동에서 협력적인 치료체계를 구축하는 것이 중요하다고 생각된다.

제 5 장

정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태 조사 결과

제1절 초점집단 면담 조사	71
제2절 정신의료기관 입원 아동·청소년 및 종사자 설문조사	75
제3절 소결	122

제5장. 정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태 조사 결과

1절. 초점집단 면담 조사

1. 조사 대상

인천 소재 종합병원과 병원 정신건강의학과, 정신건강복지센터(2곳)에 근무하는 정신건강의학과 전문의, 정신건강의학과 전공의, (정신건강전문) 간호사, (정신건강전문) 사회복지사, 인천 소재 종합병원과 병원 정신건강의학과에 입원한 경험이 있는 아동·청소년 및 보호자

2. 조사 대상 세부 정보

가. 대상자 수

대상자	수(명)
정신건강의학과 전문의	1
정신건강의학과 전공의	1
정신건강전문 간호사	2
정신건강전문 사회복지사	1
간호사	1
사회복지사	2
환자	2
보호자	1
총계	11

나. 대상자의 연령대 및 경력 기간

대상자	연령대	경력 기간
정신건강의학과 전문의	40대	10~15년
정신건강의학과 전공의	30대	5년 미만
정신건강전문 간호사	30대, 40대	10~15년
정신건강전문 사회복지사	40대	10~15년
간호사	20대	5년 미만
사회복지사	40대	10~15년

다. 조사 대상에 따른 논의 사항

초점집단을 대상으로 ‘MI 원칙’에 제시된 기준에 따라 국제적으로 공인된 의학적 기준에 의한 판정, 의학 검사의 강요 금지, 비밀보장, 가능한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받을 권리, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리, 전문가 처방에 의한 치료 및 진단적 목적으로의 약물 치료, 동의에 의한 치료, 권리의 고지, 정신보건시설 내에서의 권리 보장 및 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사한 조건, 가능한 자발적 입원의 원칙, 절차상 보호 조치, 정보 열람 등의 내용과 정신장애 아동·청소년의 경우에 정신장애인이 누리는 권리 이외에 성장과 발육 단계에 있는 아동·청소년의 정서적, 심리적, 신체적 여건을 고려하여 정신장애 아동·청소년의 인권에 관련된 전반적인 내용에 대해 면담을 진행하였으며, 이를 기반으로 설문 조사의 지표를 조정하였다. 지표에 따라서 설문 대상에 적합한 설문 문항 개발과 아동·청소년 설문 문항의 난이도 조정하였다. 초점집단에게 제시한 기본 조사 내용은 다음과 같다.

- 아동·청소년 정신장애 환자를 위한 별도의 시설의 필요성
 - 정신장애 아동·청소년의 권리와 의무에 대한 규정의 필요성
 - 동의에 대한 규정
 - 아동·청소년에 대한 격리 및 강박에 대한 규정
 - 아동·청소년에 대한 별도의 치료 프로그램
 - 특수치료에 대한 규정
 - 입원 기간 동안 교육을 위한 조치
 - 입원, 계속 입원, 퇴원 절차에 관여
 - 퇴원 시 지역사회 또는 학교, 가정과 연계 시스템 등
- 모든 대상자가 아동·청소년에게 진료 혹은 치료 과정 중에 부여될 권리 및 의무에 대해 직·간접적으로 들어본 경험이 있다고 응답하였다.

전공의: 기본적으로 의료 종사자라면 누구나 교육받는 사항입니다.

간호사: 직접적으로 인권과 관련한 교육을 실시하기도 하고, 기관별로 지침이 있기도 해요.

환자: 의사 선생님이 어머니께 이야기하는 걸 옆에서 들었어요.

- 그러나 환자 및 보호자는 ‘권리 및 의무’에 대한 구체적인 내용은 기억하지 못하였으며, 그 이유에 대해 환자의 경우 ‘직접 듣지 못하고 보호자를 통해 들었기 때문’ 이거나 보호자의 경우 ‘구두로만 설명하였기 때문에 기억하는 것이 어려워서’ 라고 응답하였다.

환자: 의사 선생님이 저에게 직접 이야기해주지는 않았어요. 엄마한테 이야기하는 걸 옆에서 들었구요. 그런데 불편한 건 없었어요. 때때마다 필요한 사항...예를 들면, 전화사용이나 치료에 참여하는 것 같이 제가 필요한 일이 있으면, 거기에 대해서 어떻게 해야 하고 어떤 걸 요구할 수 있는지 알려줬어요.

보호자: 진료 받을 때, 그리고 입원절차를 밟을 때 알려주셨던 것 같아요. 그런데 구체적인 내용은 기억이 안 나네요. 워낙 상황이 상황이기도 했고, 구두로만 설명을 받아서..

- 치료 방안의 수립과 같이 환자의 치료와 직접적인 연관이 있는 사항을 누구와 의논하는가에 대해서는 대부분의 종사자가 아동·청소년이 아닌 보호자와 의논한다고 응답하였다. 환자 역시 실질적인 권리나 의무에 대한 고지가 자신이 아닌 보호자와 의논되었다고 응답하였다.

사회복지사: 인권적인 부분에서 보자면, 아동에게 이야기하는 게 맞다고 생각해요. 그렇지만 아직은 미숙한 부분이 있어서 사회적으로 정확한 판단을 할 수 있을지 의문이기도 해요. 그리고 아동이 생활하는 것에 대부분이 부모의 판단으로 이뤄지고 있기 때문에, 부모에게 이야기하는 것이 더 효율적일 거라고 생각해요.

전공의: 의사결정권과 관련한 문제인 것 같습니다. 아동이 어느 정도의 의사표현을 할 수 있는가와 관련돼요. 그런데 실제로는 아동의 입장만을 따르는 것이 어려워요. 약물이나 개인적으로 민감한 사항들은 아동의 판단만을 믿고 따를 수 없는 경우가 많습니다.

환자: 저에게 직접 이야기 해주지는 않았어요. 부모님과 이야기했죠. 그런데 그런 게 크게 불편하지는 않았던 것 같아요. 저도 부모님을 통해서 의사소통을 했던 부분이 있어서.. 그리고 지금 말씀하신 권리에 관한 것들이 실제로 다 지켜져야 하는지 처음 알았어요.

- 폐쇄병동에서 근무한 경험이 있는 종사자는 ‘아동·청소년에게 권리 및 의무

고지의 역할을 맡은 사람은 누구인가?’에 대해서 ‘자신의 직무(의사, 간호사, 사회복지사)를 수행하는 사람’이라고 응답하였으며, ‘환자를 처음 마주하는 사람이라면 누구든지’라고 응답하였다. 이와 같은 의견으로 볼 때, 종사자의 대부분이 아동·청소년에게 ‘권리 및 의무 고지’의 역할을 인식하고 있으며, 각 기관의 지침에 따라 고지하고 있었다.

사회복지사: 환자를 처음 보는 사람이라면, 누구나 환자의 권리에 대해 고지를 해야 한다고 생각해요. 일반적으로 환자를 처음 보는 사람이 대부분 의사나 간호사이기 때문에 주로 의사나 간호사가 이런 업무를 맡을 것이라고 생각하고요. 만약 제가 처음 환자를 만난다면, 제가 이야기해야겠죠.

간호사: 각 병원별 지침에 따라 행동하고 있어요. 권리 및 의무를 고지해야 한다는 것은 어딜 가나 필수적인 것 같구요.

- 제시한 각각의 논의 사항에 대해 종사자 대부분은 자신과 같은 직무를 수행하는 사람을 대상으로 조사하기에 적절하다고 응답하였다. 그러나 일부 내용은 담당 의료진만 응답할 수 있다는 의견이었다.

사회복지사: 제가 생각하기에 어떤 내용은 제가 답할 수 없는 것 같아요. 예를 들면, 구체적인 입원 절차와 그에 따른 권리 및 의무? 이걸 원무과 직원이나 의사처럼 입원 절차에 직접적인 관련이 있는 사람만 할 수 있을 것 같아요.

사회복지사: 저희도 환자의 권익을 항상 생각하지만, 구체적인 내용을 고지하고 있지는 않아요. 이러한 내용은 의사나 간호사 선생님 같이 직접적으로 환자를 치료하는 분들이 하는 거라고 생각해요.

- 설문지의 난이도에 대해서 종사자 대부분은 아동·청소년의 설문 문항이 ‘너무 길지 않아야 한다’라는 의견이 있었으며, ‘문항에서 사용된 어휘가 쉬어야 한다’는 의견이 있었다. 이러한 결과로부터 조사 대상자의 연령이 10~24세임을 고려하여 설문 문항에 초등학교 학력 수준으로 이해하기 쉬운 용어를 사용하는 것이 필요할 것으로 보인다.

전문의: 제가 생각하기에 한자어나 어려운 단어들은 아이들이 이해하기 어려울 것 같고, 아이들마다 기준이 모호해서 정확한 기준을 제시해주는 것이 이해에 도움을 줄 거라 생각합니다.

사회복지사: 기관에 찾아오는 아동들을 생각해보면, 문항의 내용이 어렵거나 문항의 길이가 길면 아이들이 내용을 이해하기란 어려울 것으로 생각돼요. 아동들이 알아들을 수 있도록 직관적으로 작성하는 게 이해를 하는 것에는 더 도움이 될 것 같아요.

간호사: 생각해보면, 입원했던 아이들이 대부분 심각한 정신병리로 인해서 일반적인 교육과정을 밟지 못했을 거라 생각되고요.

환자: 지금은 제시한 내용들에 대해서 다 이해할 수 있어요. 그런데 입원 당시라면 이해가 좀 어려웠을 것 같아요. 워낙 불안하기도 했고.. 힘들었으니까요. 그리고 면접을 하길래 좀 걱정했어요. 워낙 그 당시에 안 좋은 일이 많아서 그 때 일을 떠올리게 하지는 않을까..하는?

2절. 정신의료기관 입원 아동·청소년 및 종사자 설문 조사

1. 설문 대상자 관련

가. 설문 대상 및 표본 수

대상자	표본 수
정신의료기관 종사자 - 인권 교육 의무 이수 대상자 (의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 행정담당자)	200명
입원 경험이 있는 24세 이하 아동·청소년	100명

나. 표본 설계

1) 입원 경험이 있는 아동·청소년

가) 모집단

2015년 정신의료기관 유형별 입원·입소자의 연령별 분포를 보면, 10대와 20대가 약 5.6%(3,999명)을 차지하고 있었다[표5-1].

[표5-1] 2015년 정신의료기관 입원, 입소자 연령별 분포(명, %)79)

구분	전체	10세 미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세 이상	미상
국립 정신병원	2,273 (100.0)	1 (0.0)	61 (2.7)	236 (10.4)	453 (19.9)	727 (32.0)	586 (25.8)	106 (4.7)	103 (4.5)	0 (0.0)
공립 정신병원	3,351 (100.0)	0 (0.0)	17 (0.5)	135 (4.0)	304 (9.1)	893 (26.6)	1,208 (36.0)	430 (12.8)	347 (10.4)	17 (0.5)
시립 정신병원	38,202 (100.0)	2 (0.0)	336 (0.9)	1,449 (3.8)	3,434 (9.0)	9,133 (23.9)	13,178 (34.5)	4,701 (12.3)	5,686 (14.9)	283 (0.7)
종합병원 정신건강 의학과 병원	4,292 (100.0)	9 (0.2)	148 (3.4)	426 (9.9)	507 (11.8)	887 (20.7)	1,176 (27.4)	427 (9.9)	699 (16.3)	13 (0.3)
정신건강 의학과 정신 건강 의학과 의원	18,426 (100.0)	1 (0.0)	148 (0.8)	694 (3.8)	1,617 (8.8)	4,244 (23.0)	6,264 (34.0)	2,211 (12.0)	3,226 (17.5)	21 (0.1)
정신 건강 의학과 의원	4,084 (100.0)	1 (0.0)	85 (2.1)	264 (6.5)	488 (11.9)	983 (24.1)	1,199 (29.4)	463 (11.3)	598 (14.6)	3 (0.1)
합계	70,628 (100.0)	14 (0.0)	795 (1.1)	3,204 (4.5)	6,803 (9.6)	16,867 (23.9)	23,611 (33.4)	8,338 (11.8)	10,659 (15.1)	337 (0.5)

나) 표본 크기

8~24세 정신장애 아동·청소년을 대상으로 한 실태 조사의 주요 추정 모수는 설문 조사의 평균과 분포 등이다. 표본 크기는 조사 인력, 조사 기간 등 조사의 주요 요소를 고려하고, 최종적으로 표본 크기를 100명으로 결정하였다.

다) 대상 정신질환

최근 개정된 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5)의 진단 분류를 고려하고, 아동·청소년

79) 보건복지부, 국립정신건강센터, 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과 보고서 2부, 2016.

기에 흔히 진단되는 질환 군은 다음과 같다. 1) 지적장애, 2) 의사소통장애, 3) 자폐스펙트럼장애, 4) 주의력결핍 과잉행동장애, 5) 학습장애, 6) 운동장애, 7) 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애, 8) 양극성 및 관련 장애, 9) 우울장애, 10) 불안장애, 11) 강박 및 관련 장애, 12) 외상 및 스트레스 관련 장애, 13) 신체증상 및 관련 장애, 14) 섭식장애, 15) 배설장애, 16) 수면-각성장애, 17) 파괴적, 충동 조절 및 품행장애, 18) 물질관련 및 중독장애, 19) 신경인지장애, 20) 성격장애. 이 질환 군에서 입원이 필요할 수 있는 질환은 1) 지적장애, 2) 자폐스펙트럼장애, 3) 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애, 4) 양극성 및 관련 장애, 5) 우울장애, 6) 불안장애, 7) 강박 및 관련 장애, 8) 외상 및 스트레스 관련 장애, 9) 신체증상 및 관련 장애, 10) 섭식장애, 11) 수면-각성장애, 13) 파괴적, 충동조절 및 품행장애, 14) 물질관련 및 중독장애, 15) 신경인지장애 등이 있다. 지적장애와 자폐스펙트럼장애 등의 신경발달장애의 경우 진단 목적으로, 또는 일시적인 정서 및 행동 문제, 동반된 다른 정신질환에 대한 치료를 위해 입원하는 경우가 많고, 본 연구의 설문에 응답하기에 제한된 인지적 특징을 가지고 있으므로 설문 대상에서 제외하였다.

2) 정신의료기관 종사자

가) 모집단

정신의료기관 종사자를 대상으로 한 실태 조사를 위한 모집단은 아래 [표5-2]와 같았다. 2015년 전국 정신의료기관에 근무하고 있는 상근 인력은 16,855명이었다.

[표5-2] 2015년 정신의료기관 유형별 상근인력 현황⁷⁷⁾

구분	계	정신 건강 의학과 전문의	정신 건강 의학과 전공의	정신건강전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
				간호사	사회 복지사	임상 심리사				
국립 정신 병원	870	69	57	348	18	23	49	2	0	304
공립 정신 병원	570	73	11	81	26	9	243	9	2	116
시립 정신 병원	5,563	741	25	364	402	63	2,100	154	11	1,703
종합 병원 정신 건강 의학과	3,505	628	513	304	402	63	1,253	149	126	240
병원 정신 건강 의학과	2,855	404	-	136	212	67	1,129	77	8	822
정신 건강 의학과 의원	3,492	1,088	1	59	25	91	314	142	37	1,735
계	16,855	3,003	607	1,292	760	468	5,088	533	184	4,920

나) 표본 크기

정신의료기관 종사자를 대상으로 한 실태 조사의 주요 추정 모수는 설문 조사의 평균과 분포 등이다. 표본 크기는 조사 인력, 조사 기간 등 조사의 주요 요소를 고려하고, 최종적으로 표본 크기를 200명으로 결정하였다.

다. 조사 방법

대상자	조사방법
입원 경험이 있는 8-24세 정신장애 아동·청소년	설문지<부록 2>
정신의료기관 종사자(의사, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 행정 담당자)	웹설문, 설문지<부록 3>

정신의료기관 종사자의 경우 대한신경정신의학회, 정신간호사회, 한국정신보건사회복지사협회, 대한의료사회복지사협회, 임상심리학회에 설문 웹 사이트를 공지하여 설문에 응답하도록 협조를 구하였다. 입원 경험이 있는 8~24세까지의 정신장애 아동·청소년의 경우 정신건강의학과 병·의원에 설문지를 우편 발송하고, 해당 병·의원에 담당자를 지정하여 설문지 취합을 독려하였다. 설문 조사 기간은 2017년 9월 26일부터 2017년 12월10일까지로 약 10주간이었다.

2. 설문조사 결과

정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태조사는 아동·청소년 대상으로 한 설문과 정신의료기관 종사자 대상 설문으로 각기 진행되었다. 아동·청소년 설문의 경우 ‘예/ 아니오’의 이분형 척도가 사용되었으며, 정신의료기관 종사자 대상 설문의 경우 ‘전혀 아니다’ 1점, ‘약간 아니다’ 2점, ‘그저 그렇다’ 3점, ‘그렇다’ 4점, ‘매우 그렇다’ 5점의 Likert 척도를 사용하였다.

가. 아동·청소년 대상

1) 일반 사항

이번 조사는 8세부터 24세까지의 아동 및 청소년을 대상으로 진행되었으며, 대상자수는 총 103명이었다. 응답 당시 나이는 20~24세가 50명으로 48.5%, 17~19세가 33명으로 32.0%, 14~16세가 20명이었다. 성별 분포는 남자가 56명으로 54.4%, 여자가 47명으로 45.6%였다. 입원 지역별 분포를 보면 인천이 28명으로 27.2%, 서울이 23명으로 22.3%, 경기도가 20명으로 19.4%, 강원이 9명으로 8.7%, 부산, 경남이 7명으로 6.8%, 대구, 경북이 7명으로 6.8%, 대전, 충남이 5명으로 4.9%, 제주가 3명으로 2.9%, 전북이 1명으로 1.0%였다. 최근 입원 연령은 20~24세가 37명으로 35.9%, 17~19세가 35명으로 34.0%, 14~16세가 27명으로 26.2%, 8~13세가 4명으로 3.9%였다[표5-3].

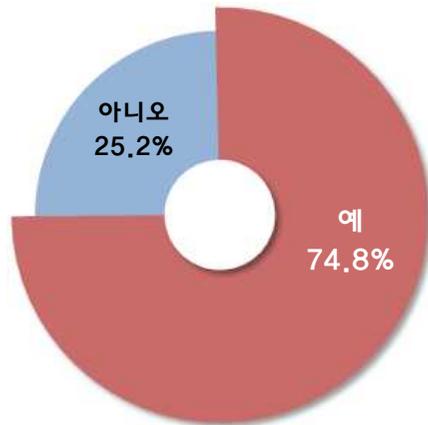
[표5-3] 정신의료기관 입원 아동·청소년의 일반 사항

		수(명)	비율(%)
현재 나이	14~16세	20	19.4
	17~19세	33	32.0
	20~24세	50	48.5
성별	남	56	54.4
	여	47	45.6
지역	강원	9	8.7
	경기	20	19.4
	대구, 경북	7	6.8
	대전, 충남	5	4.9
	부산, 경남	7	6.8
	서울	23	22.3
	인천	28	27.2
	전북	1	1.0
	제주	3	2.9
최근 입원 연령	8~13세	4	3.9
	14~16세	27	26.2
	17~19세	35	34.0
	20~24세	37	35.9
총합		103	

2) 치료와 입원 환경에서의 권리 실태

○ 입원 환자의 권리와 의무에 대한 고지

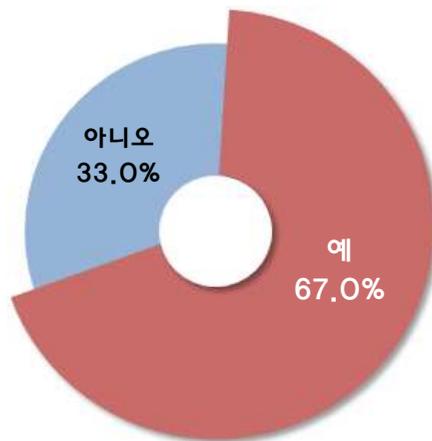
입원 시 의사 혹은 치료 담당자가 입원 환자의 권리와 의무에 대해서 설명했는지에 대한 응답 결과, 예가 77명으로 74.8%, 아니오가 26명으로 25.2%였다. 이에 대다수의 아동·청소년이 입원 환자의 권리와 의무에 대한 설명을 들었다고 보고하였다.



[그림 16] 입원 환자의 권리와 의무에 대한 고지

○ 치료 과정에 대한 설명

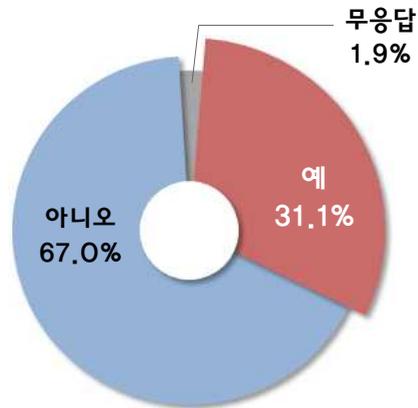
의사 혹은 치료 담당자가 아동·청소년의 병명과 치료 계획을 자세히 설명해주었는지에 대한 응답 결과, 예가 69명으로 67.0%, 아니오가 34명으로 33.0%였다.



[그림 17] 치료 과정에 대한 설명

○ 성인과 분리된 병동

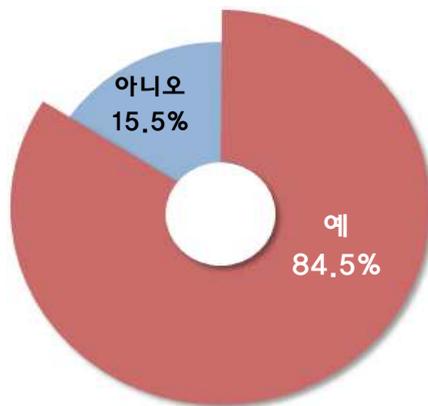
입원 시 성인과 분리된 병동이나 병실에 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 32명으로 31.1%, 아니오가 69명으로 67.0%, 무응답이 2명으로 1.9%였다. 입원 시 성인과 분리된 병동에 입원한 경우는 3명 중 한 명 정도인 것으로 나타났다.



[그림 18] 성인과 분리된 병동

○ 의사 및 치료 담당자와의 접촉

입원 중에 의사 혹은 치료 담당자를 자주 만날 수 있었는지에 대한 응답 결과, 예 가 87명으로 84.5%, 아니오가 16명으로 15.5%였다. 대다수의 아동·청소년이 의사 및 치료 담당자를 자주 만날 수 있다고 보고하였다.

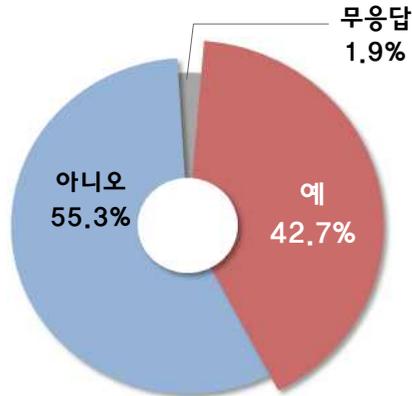


[그림 19] 의사 및 치료 담당자와의 접촉

○ CCTV 촬영 동의

아동·청소년의 치료 혹은 안전을 위하여 치료 중에 CCTV 촬영이 필요할 경우,

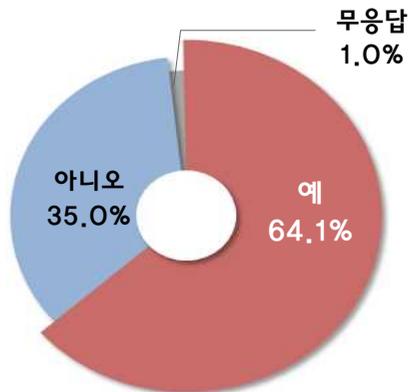
치료 담당자가 아동·청소년에게 CCTV 촬영에 대한 동의를 받았는지에 대한 응답 결과, 예가 44명으로 42.7%, 아니오가 57명으로 55.3% 무응답이 2명으로 1.9%였다.



[그림 20] CCTV 촬영 동의

○ 개인 정보에 대한 비밀보호

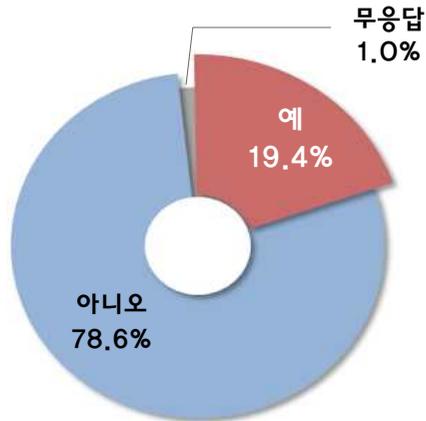
의료진이 진료나 검사를 위하여 환자의 개인적인 정보(예, 얼굴 사진, 진단명, 집 주소, 가족관계 등)를 타인에게 제공할 경우, 아동·청소년에게 정보 제공의 정도에 대하여 설명하거나 이해를 구한 적이 있는지에 대한 응답 결과, 예가 66명으로 64.1%, 아니오가 36명으로 35.0%로, 무응답이 1명으로 1.0%였다.



[그림 21] 개인 정보에 대한 비밀보호

○ 치료 내용에 대한 비밀보호

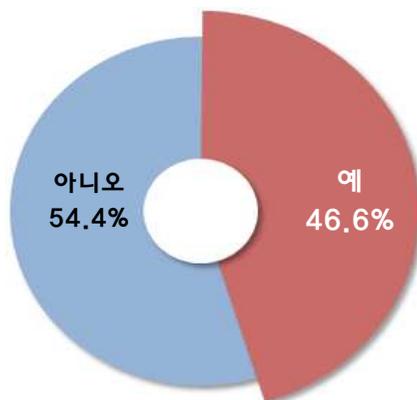
치료 담당자에게 털어놓은 비밀을 다른 사람들이 알게 된 경우가 있는지에 대한 응답 결과, 예가 20명으로 19.4%, 아니오가 81명으로 78.6%, 무응답이 1명으로 1.0%였다. 대다수의 아동·청소년이 치료 내용에 대한 비밀보호가 되고 있다고 보고하였다.



[그림 22] 치료 내용에 대한 비밀보호

○ 인터넷 및 전화 사용 금지

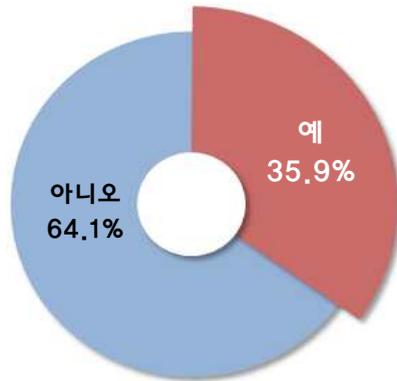
입원 기간 중에 인터넷 혹은 전화 사용을 금지당한 적이 있는지에 대한 응답 결과, 예가 48명으로 46.6%, 아니오가 55명으로 54.4%였다.



[그림 23] 인터넷 및 전화 사용 금지

○ 학대나 폭행을 당했을 때의 신고 방법 고지

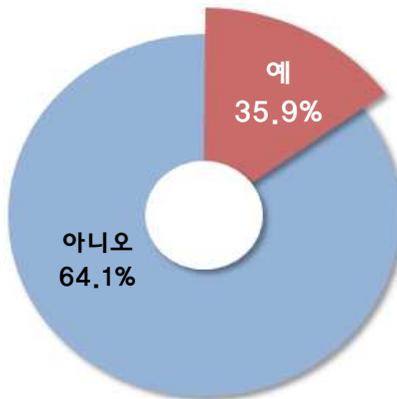
학대나 폭행을 당했을 때 비밀을 지키면서 신고할 수 있는 방법에 대한 설명을 들었는지에 대한 응답 결과, 예가 37명으로 35.9%, 아니오가 66명으로 64.1%였다.



[그림 24] 학대나 폭행을 당했을 때 신고 방법 고지

○ 입원 기간 동안 폭력이나 괴롭힘을 당한 경험

입원 기간 중에 맞거나 괴롭힘을 당한 적이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 15명으로 14.6%, 아니오가 88명으로 85.4%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원 중에 맞거나 괴롭힘을 당한 경험이 없다고 보고하였다.

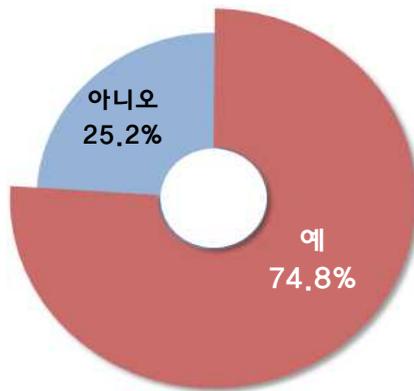


[그림 25] 입원 기간 동안 폭력이나 괴롭힘을 당한 경험

○ 폭력이나 괴롭힘을 당했을 때 의사 및 치료 담당자로부터의 즉각적 도움
 입원 기간 중에 맞거나 괴롭힘을 당한 적이 있다고 보고한 15명 중 도움을 요청했을 때 의사 또는 치료 담당자가 즉시 도움을 주었는지에 대한 응답 결과, 예가 9명으로 60%, 아니오가 6명으로 40%로 나타났다.

○ 교육 기회

입원 기간 중에 공부할 수 있는 기회(예, 교육 및 학습 프로그램 참여)가 주어졌는지에 대한 응답 결과, 예가 77명으로 74.8%, 아니오가 26명으로 25.2%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원 중에 공부를 할 수 있는 기회가 있다고 보고하였다.



[그림 26] 교육 기회

○ 병동 프로그램 참여

입원 기간 중에 병동 프로그램에 적극적으로 참여했는지에 대한 응답 결과, 예가 69명으로 67.0%, 아니오가 34명으로 33.0%였다.

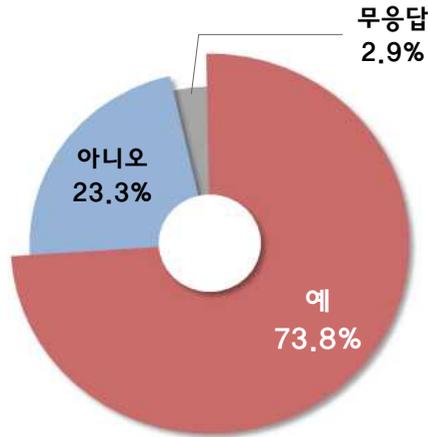
○ 병동 프로그램의 도움 여부

입원 기간 동안 병동 프로그램이 도움이 되었는지에 대한 응답 결과, 예가 74명으로 71.8%, 아니오가 29명으로 28.2%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원 중에 병동 프로그램은 도움이 되었다고 보고하였다.

○ 아동·청소년을 위한 별도의 치료 또는 오락 프로그램

입원 기간 중에 아동·청소년을 위한 별도의 치료 또는 오락 프로그램이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 76명이 73.8%, 아니오가 24명으로 23.3%, 무응답이 3

명으로 2.9%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원했던 병원에 아동·청소년을 위한 치료 또는 오락 프로그램이 있다고 보고하였다.



[그림 27] 별도의 치료 또는 오락 프로그램

○ 강제 노동

입원 기간 중에 중에 의사 또는 치료 담당자가 강제로 일(예, 배식, 청소 등)을 시킨 적이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 2명으로 1.9%, 아니오가 100명으로 97.1%, 무응답이 1명으로 1.0%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원 기간 중에 의사 또는 치료 담당자에 의해 강제로 일을 한 적이 없다고 보고하였다.



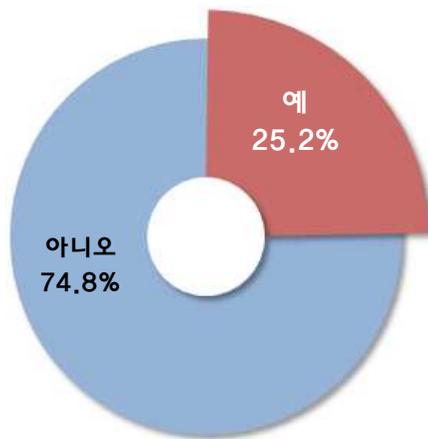
[그림 28] 강제 노동

○ 원하지 않는 프로그램이나 행사에 강제로 참여한 경험

입원 기간 중에 원하지 않는 프로그램이나 행사에 강제로 참여한 적이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 18명으로 17.5%, 아니오가 85명으로 82.5%였다. 대다수의 아동·청소년이 입원 중에 원하지 않는 프로그램이나 행사에 강제로 참여한 적이 없었다고 보고하였다.

○ 강박

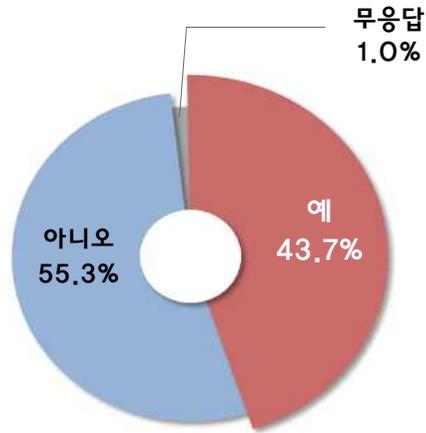
입원 기간 중에 강박을 당한 적이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 26명으로 25.2%, 아니오가 77명으로 74.8%였다.



[그림 29] 강박

○ 격리

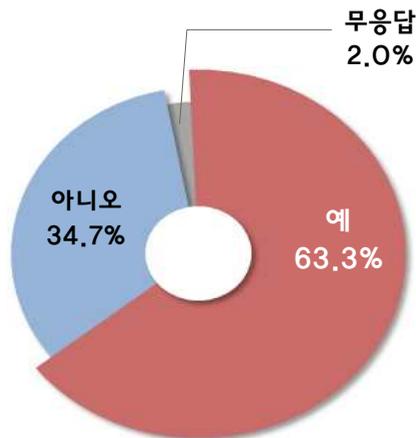
입원 기간 중에 격리된 적이 있는지에 대한 응답 결과, 예가 45명으로 43.7%, 아니오가 57명으로 55.3%, 무응답이 1명으로 1.0%였다.



[그림 30] 격리

○ 격리 또는 강박 시에 치료 담당자로부터의 보살핌

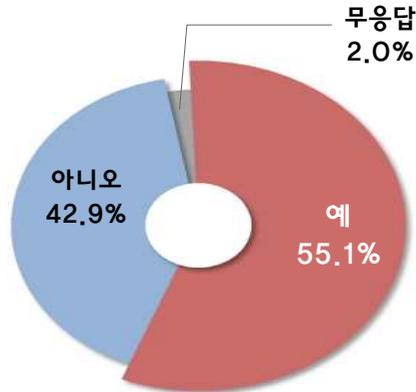
격리 또는 강박을 당하였다고 보고한 49명에 대하여, 의사 또는 치료 담당자로부터 충분한 보살핌(예, 물이나 음식물 제공, 화장실 이용, 혈압 또는 맥박 체크)을 받았는지에 대한 응답 결과, 예가 31명으로 63.3%, 아니오가 17명으로 34.7%, 무응답이 1명으로 2.0%였다.



[그림 31] 격리 또는 강박 시, 치료 담당자로부터의 보살핌

○ 격리 또는 강박 시 의사 또는 치료 담당자로부터의 설명

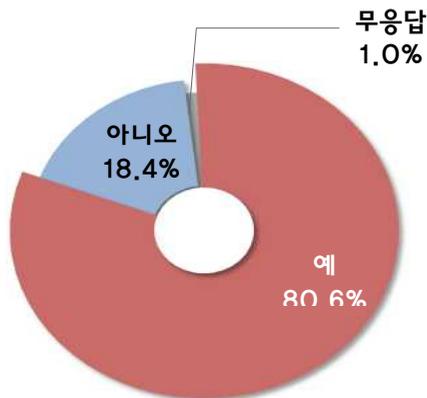
격리 또는 강박을 경험한 49명에 대하여, 의사 또는 치료 담당자가 격리 또는 강박하는 이유에 대해 설명을 들었는지에 대한 응답 결과, 예가 27명으로 55.1%, 아니오가 21명으로 42.9%, 무응답이 1명으로 2.0%였다.



[그림 32] 격리 또는 강박 시, 의사 또는 치료 담당자로부터의 설명

○ 진료 및 입원의 즉시성

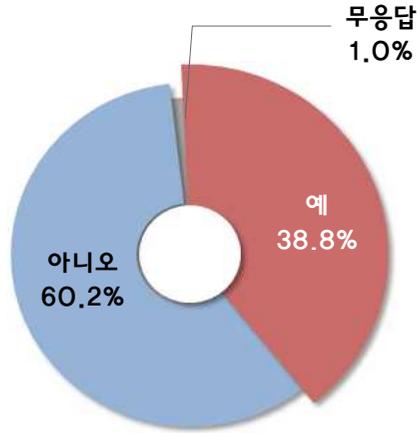
진료를 받거나 입원을 하고 싶을 때 즉시 정신건강의학과에 갈 수 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 83명으로 80.6%, 아니오가 19명으로 18.4%, 무응답이 1명으로 1.0%였다. 대부분의 아동·청소년이 진료를 받거나, 입원을 하고 싶을 때 바로 정신건강의학과에 갈 수 있었다고 보고하였다.



[그림 33] 진료 및 입원의 즉시성

○ 강제 입원

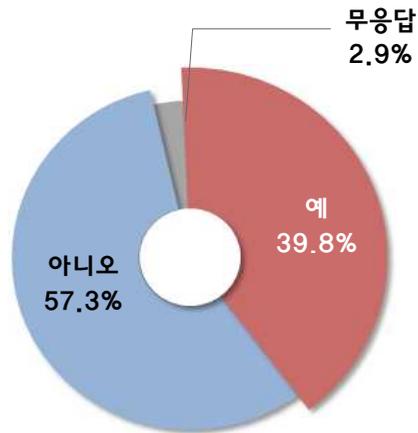
입원을 원하지 않았는데, 입원한 적이 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 40명으로 38.8%, 아니오가 62명으로 60.2%, 무응답이 1명으로 1.0%였다.



[그림 34] 강제 입원

○ 즉시 퇴원

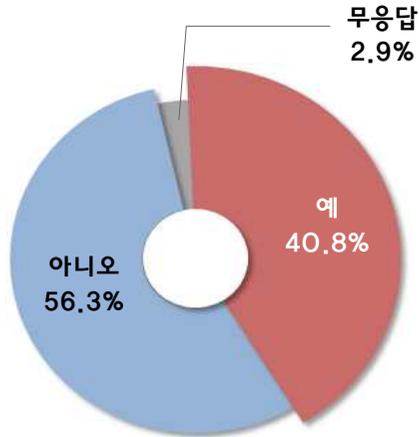
퇴원을 원할 때 즉시 퇴원할 수 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 41명으로 39.8%, 아니오가 59명으로 57.3%, 무응답이 3명으로 2.9%였다.



[그림 35] 즉시 퇴원

○ 퇴원 시 사회복귀 프로그램 안내

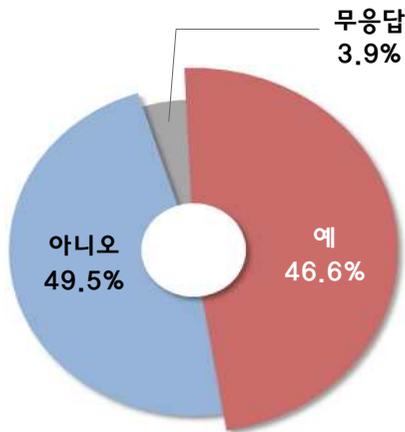
퇴원할 때, 학교나 집 또는 동네에서 생활할 수 있도록 도와주는 프로그램에 대해 안내를 받았는지에 대한 응답 결과, 예가 42명으로 40.8%, 아니오가 58명으로 56.3%, 무응답이 3명으로 2.9%였다.



[그림 36] 퇴원 시 사회복귀 프로그램 안내

○ 퇴원 후 사회복귀 프로그램 참여

퇴원 후 학교나 집, 또는 동네에서 잘 적응할 수 있도록 도와주는 프로그램에 참여할 수 있었는지에 대한 응답 결과, 예가 48명으로 46.6%, 아니오가 51명으로 49.5%, 무응답이 4명으로 3.9%였다.



[그림 37] 사회복귀 프로그램 참여

3) 전체 분석 결과

총 26개의 설문 문항에서 세부 문항인 11, 20~21번 문항을 제외한 23개 응답을 부정적인 것을 1점으로 하여 코딩을 다시 하여 점수 총합으로 하였다. 1~6, 9, 12~15, 22, 24~26번 문항의 경우 아니오를 1점으로, 7, 8, 10, 16~19, 23번의 경우 예를 1점으로 했을 때 총 23점 만점에 대한 응답 점수의 분포는 [표5-4]와 같았다. 총점의 평균은 8.0로 나타났고, 표준편차는 4.3이었다. 범위는 0점에서 20점으로 나타났다. 총점이 높을수록 아동·청소년의 인권이 낮은 것을 의미한다.



[표5-4] 정신의료기관 입원 아동·청소년의 인권 점수 총점

		평균	표준편차	p value
현재 나이	14~16세	7.8	3.1	0.97
	17~19세	8.0	4.9	
	20~24세	8.0	4.4	
성별	남	7.5	4.1	0.24
	여	8.5	4.6	
지역	강원	7.0	5.2	0.03
	경기	8.5	3.9	
	대구, 경북	13.0	4.1	
	대전, 충남	6.4	4.6	
	부산, 경남	8.3	2.5	
	서울	6.0	3.5	
	인천	8.4	4.7	
	제주	7.3	1.1	
최근 입원 연령	8~13세	8.5	5.8	0.88
	14~16세	8.4	3.8	
	17~19세	7.6	4.7	
	20~24세	8.0	4.3	

* 성별에 대해서 independent t-test, 나머지 변수에 대해서 ANOVA를 시행함.

** p<0.05를 유의한 것으로 해석함.

지역별 차이가 있는 것으로 나타났다(p<0.05). 현재 연령, 성별, 최근 입원 연령에 따른 차이는 없었다.

4) 아동·청소년의 입원 치료 환경에 대한 기타 의견

아동·청소년의 입원 치료 환경에 대한 기타 의견은 103명 중 26명이 작성하였고 내용은 다음과 같았다. 크게 프로그램 및 교육, 취미 활동, 개인 존중, 사회복귀 프로그램 등에 대한 의견이 있었다.

○ 프로그램 및 교육

“대인관계 훈련이나 마음을 다스릴 방법을 지도해 줄 강사가 있으면 좋겠다.”

“정신건강 치료프로그램이 있으면 한다.”

“청소년만의 프로그램이 있으면 좋겠다.”

“더 다양한 교육이 있으면 좋겠다.”

“외부 프로그램과 연계하는 공부가 있었으면 좋겠다.”

“학교를 가기 힘들다.”

○ 취미 활동

“도서대여 프로그램이 늘었으면 좋겠다.”

“외부 프로그램과 연계하는 취미 생활이 있었으면 좋겠다.”

“인터넷, 영화, 시내 도서관, 도서 대여점을 쓸 수 있었으면 좋겠다.”

“아동과 청소년이 입원했을 때 따로 무언가를 할 게 부족한데, 좀 더 생산적인 일을 할 수 있는 게 있었으면 좋겠다.”

“산책이나 취미 활동을 적극적으로 할 수 있으면 좋겠다.”

“mp3를 통해 음악을 들을 수 있었으면 좋겠다.”

○ 존중

“야외에 나갈 수 있는 환경이 주어졌으면 좋겠다. 교도소에서도 하루에 일정 시간의 햇빛을 볼 수 있는데, 24시간 내내 유리로 된 실내에 있어서 답답했던 적이 있다.”

“환자들을 조금 더 신경써주고 존중해 주었으면 좋겠다.”

“힘들어도 이해를 했으면 좋겠다.”

“너무 강압적이지 않았으면 좋겠고 식사가 맛있었으면 좋겠다.”

“이발, 미용시 염색이나 펴를 허락했으면 좋겠다.”

“환자의 서랍을 뒤지지 않았으면 좋겠다.”

“아동과 청소년이 치료를 결정하고 퇴원을 결정할 수 있는 권리가 80%는 있었으면 좋겠다.”

“애들 싸움에 어른이 끼어들지 않았으면 좋겠다.”

“환자의 인생을 대신 살아주고 책임져 줄 것이 아니면 환자를 최우선으로 생각하고 존중해주었으면 좋겠다. 갑과 을이 아니다.”

○ 사회복귀 프로그램

“사회복귀 프로그램이 있었으면 좋겠다.”

“아동·청소년의 입원치료가 사회와 멀어지게 하지 않았으면 좋겠다.”

3. 정신의료기관 종사자 대상 설문

가. 일반 사항

이번 조사는 정신의료기관의 종사자 대상으로 진행되었으며 총 160명이었다. 기관 유형으로는 병원 정신건강의학과에 소속된 종사자가 84명으로 52.5%, 대학병원이 49명으로 30.6%, 종합병원이 14명으로 8.8%, 정신건강의학과 의원이 13명으로 8.1%였다. 병동 형태별로는 개방 및 폐쇄 병동이 모두 있는 경우가 106명으로 66.3%, 폐쇄병동만 있는 경우가 41명으로 25.6%, 개방병동만 있는 경우가 10명으로 6.3%, 무응답이 3명으로 1.9%였다. 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 아니오가 134명으로 83.8%, 예가 26명으로 16.3%로 대다수의 정신의료기관에 아동·청소년 별도의 시설이 없는 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시에 있는 종사자가 112명으로 70.0%, 중소도시가 39명으로 24.4%, 농어촌이 9명으로 5.6%였다. 기관에서 맡고 있는 역할로는 의사가 49명으로 30.6%, 임상심리사가 32명으로 20.0%, 간호사가 28명으로 17.5%, 사회복지사가 28명으로 17.5%, 기관장이 21명으로 13.1%, 기타가 2명으로 1.3%였다. 연령은 30대가 64명으로 40.0%, 40대가 40명으로 25.0%, 20대가 33명으로 20.6%, 50대가 18명으로 11.3%, 60대 이상이 5명으로 3.1%였다. 경력은 1~3년이 43명으로 26.9%, 6~10년이 33명으로 20.6%, 11~15년이 25명으로 15.6%, 3~5년이 22명으로 13.8%, 16~20년이 20명으로 12.5%, 20년 이상이 17명으로 10.6%였다[표5-5].

[표5-5] 정신의료기관 종사자의 일반 사항

		수(명)	비율(%)
기관 유형	대학병원	49	30.6
	종합병원	14	8.8
	병원 정신건강의학과	84	52.5
	정신건강의학과 의원	13	8.1
병동 형태	개방병동	10	6.3
	폐쇄병동	41	25.6
	개방과 폐쇄 병동	106	66.3
	무응답	3	1.9
아동·청소년 별도 시설	예	26	16.3
	아니오	134	83.8
지역	대도시	112	70.0
	중소도시	39	24.4
	농어촌	9	5.6
	기타	2	1.3
역할	간호사	28	17.5
	기타	2	1.3
	병의원기관장	21	13.1
	사회복지사	28	17.5
	의사	49	30.6
	임상심리사	32	20.0
연령	20대	33	20.6
	30대	64	40.0
	40대	40	25.0
	50대	18	11.3
	60대 이상	5	3.1
경력	1~3년	43	26.9
	3~5년	22	13.8
	6~10년	33	20.6
	11~15년	25	15.6
	16~20년	20	12.5
	20년 이상	17	10.6
총합		160	

나. 치료 관련 고지·동의

1) 응답자 공통 문항

○ 진료 혹은 치료 과정 중에 부여될 권리 및 의무에 대한 고지 여부(※권리: 진료 과정 참여, 개인 및 진료 정보 보호, 사생활 보호, 학대 및 폭행 피해자 또는 의심환자를 위한 보고 및 지원, 노동 강요 금지, 통신 및 면회 제한 등)

[표5-6] 진료 과정 중 권리 및 의무에 대한 고지 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
수(명, %)	2(1.3)	19(11.9)	26(16.3)	45(28.1)	68(42.5)

일반 사항에 대하여 정신장애 아동·청소년에게 직접 진료 혹은 치료 과정 중 부여될 권리 및 의무에 대한 고지 여부 점수의 평균과 표준편차는 [표5-7]과 같다. 아동·청소년 별도의 시설 유무, 역할과 연령에 따른 차이가 있었다($p < 0.05$). 사후분석을 실시한 결과 역할에 따른 차이는 없었으나 연령에 따라서는 50대가 30대보다 점수가 더 높게 나타났다. 기관 유형, 병동 형태, 지역, 경력에 따른 차이가 없는 것으로 나타났다.

[표5-7] 일반 사항에 따른 진료 과정 중 권리 및 의무에 대한 고지 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.0	1.0	0.92	
	종합병원	4.2	1.1		
	병원 정신건강의학과	4.0	1.1		
	정신건강의학과 의원	3.8	1.3		
병동 형태	개방	3.8	1.0	0.92	
	폐쇄	4.0	1.1		
	개방, 폐쇄	4.1	1.1		
아동·청소년 별도 시설	예	4.4	0.9	0.04	
	아니오	3.9	1.1		
지역	대도시	4.0	1.0	0.63	
	중소도시	4.0	1.2		
	농어촌	3.7	1.6		
역할	의료인	4.2	0.9	0.01	
	임상심리사	3.7	1.3		
	사회복지사	3.8	1.1		
연령	20대	4.1	1.0	0.04	50대>30대
	30대	3.8	1.2		
	40대	4.3	1.0		
	50대	4.4	0.6		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1~3년	4.1	1.1	0.24	
	3~5년	3.9	0.9		
	6~10년	3.7	1.3		
	11~15년	4.2	0.9		
	16~20년	4.5	0.8		
	20년 이상	4.3	0.8		

* 아동·청소년 별도 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

*** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 현재의 질병 상태 및 치료 계획에 대한 설명[표5-8]

[표5-8] 질병 상태, 치료 계획 설명 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
수(명, %)	3(1.9)	8(5.0)	32(20.0)	68(42.5)	49(30.6)

일반 사항에 따른 정신장애 아동·청소년에게 직접 현재의 질병 상태 및 치료 계획에 대한 설명 여부 대한 점수의 평균과 표준편차는 [표5-9]와 같다. 아동·청소년 별도 시설 유무(p<0.05), 역할(p<0.001)에 따른 차이가 있었다. 역할에 따라서는 의사가 임상심리사 및 사회복지사보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 기관 유형, 병동 형태, 지역, 연령, 경력에 따른 차이는 없었다.

[표5-9] 일반 사항에 따른 질병 상태, 치료 계획 설명 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.2	0.8	0.18	
	종합병원	4.0	0.9		
	병원 정신건강의학과	3.8	1.0		
	정신건강의학과 의원	3.5	1.3		
병동 형태	개방	4.3	0.9	0.44	
	폐쇄	3.9	0.9		
	개방, 폐쇄	4.0	1.0		
아동·청소년 별도 시설	예	4.3	1.0	0.03	
	아니오	3.9	0.9		
지역	대도시	4.0	0.9	0.61	
	중소도시	3.9	1.0		
	농어촌	3.7	1.4		
역할	의료인	4.2	0.8	<0.001	의료인>임상심리사, 사회복지사
	임상심리사	3.7	1.0		
	사회복지사	3.6	1.1		
연령	20대	3.7	1.0	0.14	
	30대	3.9	1.0		
	40대	4.2	0.9		

	50대	4.3	0.8		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1~3년	3.7	1.0	0.31	
	3~5년	4.0	0.8		
	6~10년	3.9	1.1		
	11~15년	4.1	0.8		
	16~20년	4.4	0.9		
	20년 이상	4.3	0.8		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 계획 중인 치료의 부작용 혹은 치료 예상 결과 등에 대한 고지[표5-10]

[표5-10] 치료의 부작용, 예상 결과 고지 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
수(명, %)	5(3.1)	14(8.8)	36(22.5)	66(41.3)	39(24.4)

일반 사항에 따른 정신장애를 가진 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료의 부작용 혹은 치료 예상 결과 등에 대한 고지 여부 점수의 평균과 표준편차는 [표5 -11]과 같다. 아동·청소년 별도의 시설 유무, 연령에 따른 차이가 있었고 ($p<0.05$), 역할에 따른 차이 또한 있었다($p<0.001$). 역할에 따라서는 의사가 임상심리사 및 사회복지사보다 점수가 더 높은 것으로 나타났으며, 50대가 20대 및 30대보다 더 높은 점수를 나타냈다. 기관 유형, 병동 형태, 지역, 경력에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다.

[표5-11] 일반 사항에 따른 치료의 부작용. 예상 결과 고지 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.0	1.0	0.48	
	종합병원	3.7	1.0		
	병원 정신건강의학과	3.6	1.1		
	정신건강의학과 의원	3.8	1.3		
병동 형태	개방	4.1	1.1	0.54	
	폐쇄	3.8	1.0		
	개방, 폐쇄	3.7	1.1		
아동·청소년 별도 시설	예	4.1	1.0	<0.05	
	아니오	3.7	1.1		
지역	대도시	3.8	1.0	0.93	
	중소도시	3.8	1.2		
	농어촌	3.7	1.3		
역할	의료인	4.1	0.9	<0.001	의료인> 임상심리사, 사회복지사
	임상심리사	3.4	1.2		
	사회복지사	3.3	1.1		
연령	20대	3.5	1.1	0.03	50대>20대, 30대
	30대	3.6	1.1		
	40대	4.1	0.9		
	50대	4.3	0.7		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1~3년	3.6	1.2	0.12	
	3~5년	3.7	0.8		
	6~10년	3.5	1.2		
	11~15년	3.8	0.9		
	16~20년	4.4	0.9		
	20년 이상	4.5	0.7		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

*** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 진료 혹은 치료를 위한 자료를 수집할 때, 목적과 필요성, 수집 방법 등에 대해 고지한 뒤, 서면 동의를 구하여 진행

진료 혹은 치료를 위해 녹음, 녹화, 촬영 등의 방법으로 아동·청소년의 진술 혹은 행동적 특징에 대한 자료를 수집할 때, 해당 행위의 목적과 필요성, 수집 방법 등에 대해 고지한 뒤, 아동·청소년에게 직접 서면 동의를 구하여 진행했는지에 여부에 대한 응답 결과는 [표5-12]와 같다.

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
수(명, %)	6(3.8)	9(5.6)	21(13.1)	47(29.4)	77(48.1)

일반 사항에 따른 정신장애를 가진 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료의 부작용 혹은 치료 예상 결과 등에 대한 고지 여부 점수의 평균과 표준편차는 [표5-13]과 같다. 병동 형태, 아동·청소년 별도의 시설 유무에 따른 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). 병동 형태에 따라서는 개방병동만 있는 경우가 폐쇄병동 및 개방병동이 모두 있는 경우 및 폐쇄병동만 있는 경우보다 점수가 더 높았다. 기관 유형, 지역, 역할, 연령, 경력에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다.

[표5-13] 자료 수집 시, 목적과 필요성, 수집 방법 고지, 서면 동의 후 진행 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.3	0.9	0.28	
	종합병원	4.3	1.0		
	병원 정신건강의학과	4.1	1.1		
	정신건강의학과 의원	4.3	1.0		
병동 형태	개방	4.9	0.3	0.02	개방 > 폐쇄, 개방 및 폐쇄
	폐쇄	4.1	1.1		
	개방, 폐쇄	4.2	1.0		
아동·청소년 별도 시설	예	4.6	0.8	0.02	
	아니오	4.1	1.1		
지역	대도시	4.2	0.9	0.77	
	중소도시	4.2	1.1		
	농어촌	3.9	1.4		
역할	의료인	4.3	1.0	0.26	
	임상심리사	4.3	1.0		
	사회복지사	3.9	1.0		
연령	20대	4.1	0.9	0.97	
	30대	4.1	1.1		
	40대	4.4	0.8		
	50대	4.3	1.2		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1-3년	4.1	1.0	0.98	
	3-5년	4.2	0.7		
	6-10년	4.1	1.2		
	11-15년	4.1	1.5		
	16-20년	4.6	0.5		

	20년 이상	4.2	0.9		
--	--------	-----	-----	--	--

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** $p < 0.05$ 를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

2) 의료인 대상 문항

응답하지 않은 의료인 1명을 제외한 총 76명이 응답하였다.

○ 의학적 연구 목적으로 치료를 진행할 경우, 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료와 의학적 연구와의 관련성에 대한 안내 여부

의학적 연구 목적으로 치료를 진행한 적이 없는 경우가 43명으로 전체의 56.6%였다. 의학적 연구 목적으로 치료를 진행한 33명의 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료와 의학적 연구와의 관련성에 대해 안내했는지에 대한 응답 결과는 [표5-14]와 같다. 의학적 연구 목적으로 치료를 진행할 경우, 대부분의 경우 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료와 의학적 연구와의 관련성에 대해 안내하고 있는 것으로 나타났다.

[표 5-14] 연구 목적으로 치료 진행 시, 치료와 의학적 연구와의 관련성 안내 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
수(명, %)	0(0.0)	4(12.1)	0(0.0)	12(36.4)	17(51.5)

○ 전기충격치료가 필요할 경우, 아동·청소년에게 직접 치료의 목적, 과정 및 예상 결과 대해 고지한 뒤 서면 동의

전기충격치료를 하지 않은 경우가 56명으로 전체 73.7%로 나타났다. 전기충격치료를 시행한 20명 중에서, 아동·청소년에게 직접 해당 치료의 목적, 과정 및 예상 결과 대해 고지한 뒤 서면 동의를 받았는지에 대한 응답 결과로 그렇다가 4명으로 20.0%, 매우 그렇다가 16명으로 80.0%로 나타났다.

다. 입원 환경에서의 권리 보장

1) 공통 문항

- 진료 및 사생활 정보를 수집할 때 동의를 구하고 정보 수집 절차에 대한 안내[표5-15].

[표5-15] 진료 및 사생활 정보 수집 시, 동의 후 절차 안내 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	6(3.8)	6(3.8)	25(15.6)	51(31.9)	71(44.4)	1(0.6)

진료 및 사생활 정보 수집 시, 아동·청소년에게 직접 동의를 구하고 정보 수집 절차(예, CCTV 설치)에 대한 안내 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-16]과 같았다. 역할에 따른 유의한 차이가 있었으며($p < 0.01$), 의료인이 임상심리사보다 점수가 높은 것으로 나타났다. 기관 유형, 병동 형태, 아동·청소년 별도의 시설 유무, 지역, 연령, 경력에 따른 차이는 없었다.

[표5-16] 일반 사항에 따른 진료 및 사생활 정보 수집 시, 동의 후 절차 안내 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.1	0.9	0.33	
	종합병원	3.7	1.2		
	병원 정신건강의학과	4.2	1.0		
	정신건강의학과 의원	4.3	1.0		
병동 형태	개방	4.3	0.7	0.66	
	폐쇄	4.2	0.8		
	개방, 폐쇄	4.1	1.1		
아동·청소년 별도시설	예	4.4	0.8	0.05	
	아니오	4.1	1.0		
지역	대도시	4.2	0.9	0.67	
	중소도시	4.2	1.1		
	농어촌	3.9	1.4		
역할	의료인	4.3	0.8	<0.01	의료인> 임상심리사
	임상심리사	3.8	1.3		
	사회복지사	4.0	0.9		
연령	20대	4.2	1.0	0.22	
	30대	4.0	1.1		
	40대	4.4	1.0		
	50대	4.4	0.7		
	60대 이상	4.5	0.7		

경력	1~3년	4.2	1.0	0.16
	3~5년	3.8	0.9	
	6~10년	4.1	1.0	
	11~15년	4.3	1.4	
	16~20년	4.6	0.5	
	20년 이상	4.2	0.9	

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

- 진료 및 검사, 혹은 법률적 목적으로 진료 정보 혹은 사생활에 대한 노출이 필요할 때, 동의를 구함[표5-17].

[표5-17] 진료 정보 혹은 사생활 노출 필요 시, 동의를 구하는 지 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	2(1.3)	5(3.1)	21(13.1)	57(35.6)	74(46.3)	1(0.6)

진료 및 검사, 혹은 법률적 목적으로 진료 정보 혹은 사생활에 대한 노출이 필요할 때, 아동·청소년에게 직접 동의 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-18]과 같았다. 기관 유형과 역할에 따른 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p<0.05). 기관 유형에 따라서는 정신건강의학과 병원이 종합병원보다 더 높은 점수를 나타냈고, 역할에 따라서는 의료인이 임상심리사보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 병동 형태, 아동·청소년 별도의 시설 유무, 지역, 연령, 경력에 따른 차이는 없었다.

[표5-18] 일반사항에 따른 진료 정보 혹은 사생활 노출 필요 시, 동의를 구하는 지 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.2	0.8	0.04	병원 정신건강 의학과> 종합병원
	종합병원	3.8	1.0		
	병원 정신건강의학과	4.4	0.8		
	정신건강의학과 의원	4.3	1.0		
병동 형태	개방	4.0	0.9	0.50	

	폐쇄	4.2	0.7		
	개방, 폐쇄	4.3	0.9		
아동·청소년 별도시설	예	4.5	0.7	0.09	
	아니오	4.2	0.9		
지역	대도시	4.3	0.8	0.48	
	중소도시	4.3	1.0		
	농어촌	4.0	1.4		
역할	의료인	4.5	0.7	0.02	의사> 임상심리사
	임상심리사	4.0	1.1		
	사회복지사	4.1	0.9		
연령	20대	4.5	0.6	0.08	
	30대	4.1	1.0		
	40대	4.5	0.7		
	50대	4.5	0.6		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1~3년	4.3	0.9	0.15	
	3~5년	4.3	0.7		
	6~10년	4.0	1.0		
	11~15년	4.5	0.8		
	16~20년	4.7	0.5		
	20년 이상	4.2	0.9		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 입원실 배정 시 연령을 고려한 배정[표5-19]

[표5-19] 연령을 고려하여 입원실 배정 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	12(7.5)	17(10.6)	37(23.1)	56(35.0)	35(21.9)	3(1.9)

아동·청소년의 경우 입원실 배정 시 연령을 고려한 배정 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-20]과 같았다. 기관 유형에 따른 응답 결과가 유의미한 결과가 있었으며(p<0.001), 병원 정신건강의학과가 대학병원보다 점수가 높은 것으로 나타났다. 경력에 따른 차이가 유의미하였으며(p<0.01), 16~20년 경력이 1~3년 및 6~10년의 경력보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다.

병동 형태에 따른 응답 결과에서도 유의미한 차이가 나타났으며($p < 0.05$), 폐쇄 병동 및 개방병동이 모두 있는 경우와 폐쇄병동이 있는 경우가 개방병원만 있는 경우보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 지역($p < 0.05$)에 따라서는 대도시 및 중소도시보다 농어촌에 있는 종사자의 경우 점수가 더 높았다. 역할에 따른 차이가 유의미하였으며($p < 0.05$), 의료인이 임상심리사보다 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 연령에 따른 응답 결과 또한 유의한 차이가 있었으며($p < 0.05$), 50대가 30대보다 점수가 높은 것으로 나타났다.

[표5-20] 일반사항에 따른 연령을 고려하여 입원실 배정 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.2	1.2	<0.001	병원 정신건강 의학과> 대학병원
	종합병원	2.6	1.6		
	병원 정신건강의학과	3.8	1.0		
	정신건강의학과 의원	3.0	1.8		
병동 형태	개방	2.6	1.1	0.02	폐쇄, 개방. 폐쇄> 개방
	폐쇄	3.7	1.1		
	개방, 폐쇄	3.5	1.2		
아동·청소년 별도시설	예	3.9	1.1	0.07	
	아니오	3.4	1.2		
지역	대도시	3.6	1.2	0.01	대도시, 중소도시> 농어촌
	중소도시	3.5	1.1		
	농어촌	2.4	1.3		
역할	의료인	3.7	1.1	0.01	의료인> 임상심리사
	임상심리사	3.1	1.4		
	사회복지사	3.2	1.1		
연령	20대	3.4	0.9	0.04	50대> 30대
	30대	3.3	1.4		
	40대	3.7	1.0		
	50대	4.1	0.9		
	60대 이상	3.5	0.7		
경력	1~3년	3.4	1.2	<0.01	16년~20년>1 ~3년, 6~10년
	3~5년	3.9	1.0		
	6~10년	3.0	1.4		
	11~15년	3.4	1.1		
	16~20년	4.4	0.5		
	20년 이상	3.5	1.1		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** $p < 0.05$ 를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 노동 시행[표5-21]

[표5-21] 노동 시행 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	144(90.0)	7(4.4)	2(1.3)	2(1.3)	2(1.3)	3(1.9)

아동·청소년에게 노동(예, 농작물 수확, 배식 등의 작업) 시행 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과 차이가 없는 것으로 나타났다.

○ 통신 및 면회를 제한할 경우 정신건강의학과 전문의 지시 하에 시행
[표5-22]

[표5-22] 통신 및 면회 제한 시, 전문의 지시 하에 시행 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	1(0.6)	3(1.9)	6(3.8)	25(15.6)	121(75.6)	4(2.5)

통신 및 면회를 제한할 경우에 정신건강의학과 전문의 지시 하에 시행 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-23]과 같았다. 역할에 따른 차이가 유의미하였으나($p < 0.01$), 사후분석 결과 역할 간에 유의미한 차이를 확인할 수 없었다.

[표5-23] 일반 사항에 따른 통신 및 면회 제한 시, 전문의 지시 하에 시행 여부 점수

		평균	표준편차	p value
기관 유형	대학병원	4.6	0.8	0.59
	종합병원	4.6	0.7	
	병원 정신건강의학과	4.7	0.7	
	정신건강의학과 의원	4.3	1.0	
병동 형태	개방	4.6	1.0	0.82
	폐쇄	4.6	0.7	
	개방, 폐쇄	4.7	0.7	
아동·청소년 별도시설	예	4.7	0.5	0.68
	아니오	4.6	0.8	
지역	대도시	4.7	0.7	0.44
	중소도시	4.6	1.0	
	농어촌	4.9	0.3	
역할	의료인	4.8	0.4	0.001
	임상심리사	4.3	1.2	
	사회복지사	4.5	0.6	
연령	20대	4.6	0.7	0.07
	30대	4.5	0.9	
	40대	4.9	0.3	
	50대	4.9	0.4	
	60대 이상	4.5	0.7	
경력	1~3년	4.4	1.0	0.22
	3~5년	4.5	0.7	
	6~10년	4.8	0.6	
	11~15년	4.9	0.4	
	16~20년	4.8	0.4	
	20년 이상	4.9	0.3	

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

- 아동·청소년을 위한 별도의 치료 프로그램을 운영할 경우, 해당 프로그램에 가족 포함[표5-24]

[표5-24] 별도의 치료 프로그램을 운영 시, 가족 포함 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	15(9.4)	21(13.1)	41(25.6)	55(34.4)	22(13.8)	6(3.8)

아동·청소년을 위한 별도의 치료 프로그램을 운영할 경우, 해당 프로그램에 가족을 포함하는 지 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표 5-25]와 같았다. 아동·청소년 별도의 시설이 있는 경우 차이가 유의하였다 ($p < 0.001$) 경력에 따른 차이가 유의미하였으며($p < 0.01$), 16~20년의 경력이 6~10년의 경력보다 점수가 높은 것으로 나타났다.

[표5-25] 일반 사항에 따른 별도의 치료 프로그램을 운영 시, 가족 포함 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.3	1.1	0.65	
	종합병원	3.1	1.4		
	병원 정신건강의학과	3.4	1.2		
	정신건강의학과 의원	2.8	1.0		
병동 형태	개방	3.3	1.3	0.85	
	폐쇄	3.4	1.2		
	개방, 폐쇄	3.3	1.2		
아동·청소년 별도시설	예	4.0	0.8	<0.001	
	아니오	3.2	1.2		
지역	대도시	3.4	1.2	0.37	
	중소도시	3.3	1.3		
	농어촌	2.8	1.3		
역할	의료인	3.6	1.0	0.10	
	임상심리사	3.1	1.5		
	사회복지사	3.0	1.2		
연령	20대	3.4	1.0	0.46	
	30대	3.1	1.3		
	40대	3.5	1.1		
	50대	3.9	1.2		
	60대 이상	4.0	.		
경력	1~3년	3.4	1.1	<0.01	16년~20년 >6년~10년
	3~5년	3.2	1.2		
	6~10년	2.9	1.2		
	11~15년	3.0	1.3		
	16~20년	3.9	0.8		
	20년 이상	4.3	0.9		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

*** $p < 0.05$ 를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 입원 기간 동안 교육 기회 제공[표5-26]

[표5-26] 교육 기회 제공 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	18(11.3)	20(12.5)	26(16.3)	46(28.8)	47(29.4)	3(1.9)

입원 기간 동안 아동·청소년에게 교육적인 기회(예, 교육 프로그램 운영) 제공 하는 지 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-27]과 같았다. 아동·청소년 별도의 시설 유무에 따른 차이는 유의미하였다($p < 0.001$). 기관 유형에 따른 차이가 있었으며($p < 0.01$), 병원 정신건강의학과와 정신건강의학과 의원이 대학병원과 종합병원보다 점수가 높게 나타났다. 병동 형태에 따른 차이도 유의미하였으며($p < 0.05$), 개방병동이 폐쇄병동보다 점수가 높게 나타났다.

[표5-27] 일반 사항에 따른 교육 기회 제공 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.2	1.4	<0.01	정신건강의학과 의원, 병원 정신건강의학과 >대학병원, 종합병원
	종합병원	2.7	1.3		
	병원 정신건강의학과	3.8	1.2		
	정신건강의학과 의원	4.5	0.6		
병동 형태	개방	2.4	1.4	0.03	폐쇄>개방
	폐쇄	3.7	1.1		
	개방, 폐쇄	3.5	1.4		
아동·청소년 별도시설	예	4.5	0.7	<0.001	
	아니오	3.3	1.4		
지역	대도시	3.5	1.4	0.53	
	중소도시	3.7	1.2		
	농어촌	3.1	1.5		
역할	의료인	3.4	1.4	0.34	
	임상심리사	3.4	1.5		
	사회복지사	3.8	1.1		
연령	20대	3.9	1.2	0.24	
	30대	3.4	1.4		
	40대	3.5	1.2		
	50대	3.3	1.4		
	60대 이상	2.5	2.1		
경력	1~3년	3.9	1.1	0.25	
	3~5년	3.1	1.2		
	6~10년	3.4	1.5		
	11~15년	3.1	1.4		
	16~20년	4.0	0.8		
	20년 이상	3.2	1.6		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA

시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 원하지 않은 프로그램이나 행사 참여 강요[표5-28]

[표5-28] 원하지 않은 프로그램이나 행사 참여 강요 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	75(46.9%)	47(29.4%)	20(12.5%)	13(8.1%)	1(0.6%)	4(2.5%)

○ 아동·청소년을 위한 별도의 치료 및 오락 프로그램을 운영 여부

예가 56명으로 35.0%, 아니오가 98명으로 61.3%, 결측이 6명이었다.

○ 아동·청소년을 위한 별도의 치료 프로그램을 운영할 경우, 아동·청소년 전담전문의 또는 치료사 유무

예가 66명으로 41.3%, 아니오가 75명으로 46.9%, 결측이 19명으로 나타났다.

2) 의료인 대상 문항(의사, 간호사)

○ 격리 및 강박을 취할 시, 해당 조치를 취하는 이유를 아동·청소년에게 직접 설명[표5-29]

[표5-29] 격리 및 강박 시, 해당 조치를 취하는 이유 설명 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	1(1.3)	1(1.3)	19(24.7)	54(70.1)	2(2.6)

○ 격리 및 강박을 취할 시 외부 관찰이 가능한 환경에서 주치의 또는 당직 의사의 지시 하에 진행[표5-30]

[표5-30] 격리 및 강박 시, 관찰 가능한 환경에서 의사 지시 하에 진행 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.3)	17(22.1)	56(72.7)	3(3.9)

- 격리 및 강박을 취할 시, 치료진 2~3명의 협업 하에 진행하며, 매 시간마다 환자의 활력 상태를 확인하고, 격리 및 강박 일지 작성[표5-31]

[표5-31] 격리 및 강박 시, 협업 하에 진행, 활력 상태 확인, 격리 및 강박일지 작성 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.3)	13(16.9)	60(77.9)	3(3.9)

- 전기충격치료가 필요할 경우, 별도의 치료실에서 전기충격치료를 진행 [표5-32]

[표5-32] 별도의 치료실에서 전기충격치료 진행 여부

	예	아니오	전기충격치료를 시행하지 않음	결측
수(명, %)	11(14.3)	2(2.6)	62(80.5)	2(2.6)

- 아동·청소년 대상 별도의 치료 정책이나 지침 여부
예가 32명으로 41.6%, 아니오가 39명으로 50.7%, 결측이 6명인 것으로 나타났다.

라. 학대 및 폭력으로부터 보호

1) 공통 문항

- 아동·청소년에 대한 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한보고 및 지원 체계에 대한 지식[표5-33].

[표5-33] 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원 체계에 대해 아는 지 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	1(0.6)	22(13.8)	41(25.6)	53(33.1)	41(25.6)	2(1.3)

아동·청소년에 대한 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원체계에 대한 지식과 관련된 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표 5-34]와 같았다. 연령에 따른 차이는 유의미하였으며(p<0.01), 50대가 20

대, 30대, 40대보다 점수가 높은 것으로 나타났다. 경력에 따른 차이는 유의미하지 않았으며 ($p < 0.05$), 20년 이상의 경력이 3~5년보다 점수가 높은 것으로 나타났다.

[표5-34] 일반 사항에 따른 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원 체계에 대해 아는 지 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.9	1.0	0.30	
	종합병원	3.8	1.2		
	병원 정신건강의학과	3.6	1.0		
	정신건강의학과 의원	3.0	1.4		
병동 형태	개방	4.3	0.7	0.08	
	폐쇄	3.4	1.1		
	개방, 폐쇄	3.8	1.0		
아동·청소년 별도시설	예	3.7	1.0	0.72	
	아니오	3.7	1.1		
지역	대도시	3.7	1.0	0.81	
	중소도시	3.7	0.9		
	농어촌	3.6	1.7		
역할	의료인	3.8	1.0	0.54	
	임상심리사	3.6	1.0		
	사회복지사	3.6	1.0		
연령	20대	3.5	0.9	<0.01	50대> 20대, 30대, 40대
	30대	3.5	1.1		
	40대	4.1	1.0		
	50대	4.3	0.6		
	60대 이상	4.5	0.7		
경력	1~3년	3.6	0.9	0.02	20년 이상> 3~5년
	3~5년	3.2	0.8		
	6~10년	3.7	1.2		
	11~15년	3.8	1.0		
	16~20년	4.1	1.1		
	20년 이상	4.6	0.7		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** $p < 0.05$ 를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부기관 신고 절차 포함[표5-35]

[표5-35] 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부 기관 신고 절차 포함 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	4(2.5)	18(11.3)	31(19.4)	57(35.6)	42(26.3)	8(5.0)

지원 체계를 잘 알고 있는 경우, 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부 기관 신고 절차를 포함하는지 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-36]과 같았다. 경력에 따른 차이는 유의미하였으며($p < 0.01$), 11년~15년과 20년 이상의 경력에서 3~5년보다 점수가 높은 것으로 나타났다. 연령에 따른 차이는 유의미하였으며($p < 0.05$), 40대와 50대가 30대보다 높은 점수를 나타냈다.

[표5-36] 일반 사항에 따른 지원 체계에 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부 기관 신고 절차 포함 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.9	1.0	0.39	
	종합병원	3.5	1.4		
	병원 정신건강의학과	3.7	1.0		
	정신건강의학과 의원	2.7	1.2		
병동 형태	개방	4.0	0.8	0.55	
	폐쇄	3.6	1.2		
	개방, 폐쇄	3.8	1.1		
아동·청소년 별도시설	예	3.9	1.0	0.40	
	아니오	3.7	1.1		
지역	대도시	3.8	1.1	0.93	
	중소도시	3.7	1.1		
	농어촌	3.8	1.6		
역할	의료인	3.9	1.1	0.43	
	임상심리사	3.6	1.1		
	사회복지사	3.6	1.1		
연령	20대	3.6	0.9	<0.05	40대, 50대 > 30대
	30대	3.5	1.2		
	40대	4.3	1.1		
	50대	4.2	0.6		
	60대 이상	5.0	.		

경력	1-3년	3.7	0.9	<0.01	11~15년, 20년 이상> 3-5년
	3-5년	3.1	1.0		
	6-10년	3.7	1.3		
	11-15년	4.1	1.0		
	16-20년	4.0	1.2		
	20년 이상	4.6	0.7		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 학대 및 폭력이 발생할 때 적절한 보호나 지원[표5-37]

[표5-37] 학대 및 폭력이 발생할 때 적절한 보호나 지원 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	1(0.6)	13(8.1)	32(20.0)	67(41.9)	43(26.9)	4(2.5)

아동·청소년에 대한 학대 및 폭력이 발생할 때 적절한 보호나 지원 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-38]과 같았다. 연령에 따른 차이가 유의미한 것으로 나타났으며(p<0.05), 50대가 30대보다 점수가 높은 것으로 나타났다.

[표5-38] 일반사항에 따른 학대 및 폭력이 발생할 때 적절한 보호나 지원 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	4.1	0.9	0.06	
	종합병원	3.6	1.2		
	병원 정신건강의학과	3.9	1.0		
	정신건강의학과 의원	3.0	0.8		
병동 형태	개방	4.1	0.7	0.83	
	폐쇄	3.9	0.9		
	개방, 폐쇄	3.9	1.0		
아동·청소년 별도시설	예	4.1	0.8	0.11	
	아니오	3.8	1.0		
지역	대도시	3.9	0.9	0.71	
	중소도시	3.9	0.9		
	농어촌	3.7	1.5		
역할	의료인	4.0	0.9	0.10	
	임상심리사	3.9	1.0		

	사회복지사	3.6	1.0		
연령	20대	3.8	0.8	0.03	50대> 30대
	30대	3.7	1.1		
	40대	4.3	0.9		
	50대	4.3	0.6		
	60대 이상	4.0	.		
경력	1~3년	3.9	0.9	0.07	
	3~5년	3.4	1.0		
	6~10년	3.8	1.1		
	11~15년	4.0	0.9		
	16~20년	4.2	1.1		
	20년 이상	4.5	0.5		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

○ 가정에서 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고하거나 그에 해당하는 절차에 대한 지식[표5-39]

[표5-39] 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고, 절차를 잘 아는 지 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	3(1.9)	22(13.8)	40(25.0)	53(33.1)	39(24.4)	3(1.9)

가정에서 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고하거나 그에 해당하는 절차를 잘 아는지 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-40]과 같았다. 연령에 따른 차이가 유의미한 것으로 나타났으며 (p<0.05), 50대가 30대보다 점수가 높은 것으로 나타났다.

[표5-40] 일반사항에 따른 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고, 절차를 잘 아는지 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post-hoc
기관 유형	대학병원	3.9	1.0	0.41	
	종합병원	3.8	1.1		
	병원 정신건강의학과	3.5	1.1		
	정신건강의학과 의원	3.3	1.3		
병동 형태	개방	4.1	0.7	0.43	
	폐쇄	3.7	1.1		
	개방, 폐쇄	3.6	1.1		

아동·청소년 별도시설	예	3.8	1.0	0.43	
	아니오	3.6	1.1		
지역	대도시	3.7	1.1	0.46	
	중소도시	3.8	1.0		
	농어촌	3.3	1.5		
역할	의료인	3.7	1.1	0.98	
	임상심리사	3.7	0.9		
	사회복지사	3.6	1.1		
연령	20대	3.6	1.1	0.03	50대 > 30대
	30대	3.5	1.1		
	40대	4.0	1.1		
	50대	4.1	0.7		
	60대 이상	4.0	.		
경력	1~3년	3.6	1.1	0.10	
	3~5년	3.2	1.0		
	6~10년	3.7	1.1		
	11~15년	3.8	1.0		
	16~20년	3.8	1.2		
	20년~	4.5	0.5		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

*** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

2) 사회복지사 대상 문항

○ 아동·청소년에 대한 사회적 조사[표5-41]

[표5-41] 사회적 조사 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	1(3.6)	4(14.3)	8(28.6)	13(46.4)	2(7.1)

마. 입·퇴원 관련

1) 공통 문항

○ 보호자 또는 지역 내 보호기관이 충분하지 않아 입원 기간 연장[표5-42]

[표5-42] 보호자 또는 지역 내 보호기관 불충분으로 입원 기간 연장 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	15(9.4)	26(16.3)	47(29.4)	55(34.4)	9(5.6)	8(5.0)

퇴원이 필요하나 보호자 또는 지역 내 보호기관이 충분하지 않아 입원 기간이 필요이상으로 길어진 적이 있는지 여부 점수의 일반 사항의 영역에 따른 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

○ 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관을 소개·중개[표5-43]

[표5-43] 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관 소개·중개 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	4(2.5)	6(3.8)	30(18.8)	80(50.0)	33(20.6)	7(4.4)

보호자 및 아동에게 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관을 소개·중개 여부 점수의 일반 사항에 따른 영역별 차이의 검정 결과는 [표5-44]와 같았다. 기관 유형에 따라 유의미한 차이가 있었으며($p < 0.05$), 대학병원 및 병원 정신건강의학과가 종합병원보다 점수가 높았다. 지역 및 역할에 따른 차이가 유의미한 것으로 나타났으나($p < 0.05$), 사후분석 결과 유의미한 차이는 없었다. 연령에 따른 차이가 있었으며 ($p < 0.01$), 20대와 50대가 30대보다 높은 것으로 나타났다.

[표5-44] 일반 사항에 따른 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관 소개·중개 여부 점수

		평균	표준편차	p value	Post hoc
기관 유형	대학병원	3.9	0.7	0.02	대학병원, 병원 정신건강의학과>종합병원
	종합병원	3.3	1.1		
	병원 정신건강의학과	3.9	0.9		
	정신건강의학과 의원	3.5	1.3		
병동 형태	개방	3.9	0.6	0.89	
	폐쇄	3.9	1.0		
	개방, 폐쇄	3.8	0.9		
아동청소년 별도시설	예	4.1	0.7	0.07	
	아니오	3.8	0.9		
지역	대도시	3.9	0.8	0.03	

역할	중소도시	3.9	1.0	<0.05	
	농어촌	3.1	1.5		
	의료인	3.8	0.9		
	임상심리사	3.6	0.9		
	사회복지사	4.2	0.9		
연령	20대	4.2	0.6	<0.01	20대, 50대> 30대
	30대	3.7	1.0		
	40대	3.8	1.0		
	50대	4.1	0.5		
	60대 이상	4.0	.		
경력	1~3년	4.1	0.8	0.12	
	3~5년	3.7	0.8		
	6~10년	3.6	1.1		
	11~15년	3.5	1.1		
	16~20년	4.2	0.6		
	20년~	4.1	0.5		

* 아동·청소년 별도의 시설 유무에 대해서는 independent t test, 나머지 영역에 대해서는 ANOVA 시행함.

** ANOVA 결과 통계적으로 유의한 경우 사후분석을 시행함.

** p<0.05를 통계적으로 유의한 것으로 해석함.

2) 의료인 대상 문항(의사, 간호사)

○ 퇴원 통지 시, 아동·청소년 환자 본인의 퇴원 동의하에 퇴원 사실 통지서를 작성하여 퇴원 절차 진행[표5-45]

퇴원 사실 통지서 작성 자체는 법적 의무사항이므로 모든 기관에서 작성하고 있으나, 본 문항에서 아니오를 한 경우는 보호자에게만 퇴원 통지서를 받은 것으로 해석해야 한다.

[표5-45] 퇴원 동의하에 퇴원 절차 진행 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	2(2.6)	12(15.6)	20(26.0)	41(53.3)	2(2.6)

○ 의료인의 퇴원 통지 시, 아동·청소년에게 직접 질병 관리에 대한 주의 사항, 혹은 의료기관의 방문이 필요한 증상 등과 관련하여 충분한 설명 제공[표 5-46]

[표5-46] 퇴원 통지 시, 질병 관리에 대한 주의 사항, 의료기관의 방문이 필요한 증상 관련 설명 제공 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	0(0.0)	2(2.6)	6(7.8)	28(36.4)	39(50.7)	2(2.6)

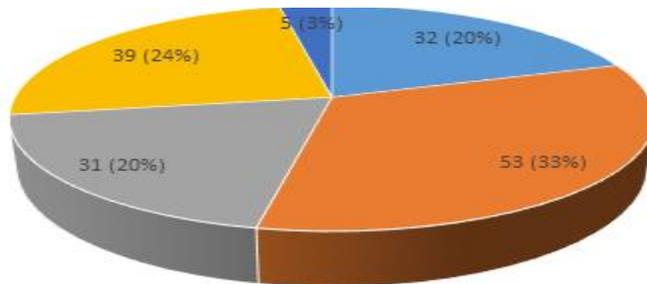
○ 퇴원 후 아동·청소년이 학교, 가정, 혹은 지역사회 공동체에 적응할 수 있도록 치료 연계(병원 내 치료프로그램, 정신건강복지센터, Wee 센터 등) 및 교육연계(교내 특수교육 프로그램등) 시스템 운영[표5-47]

[표5-47] 퇴원 후 치료 연계 및 교육 연계 시스템 운영 여부

	전혀 아니다	약간 아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다	결측
수(명, %)	3(3.9)	11(14.3)	16(20.8)	26(33.8)	19(24.7)	2(2.6)

바. 정책 제언에 대한 질문

전체 정신의료기관의 종사자를 대상으로 아동·청소년의 치료와 관련하여 가장 우선하여 개선되어야 할 사항에 대해 질문한 결과 정신과 질환에 대한 편견이 32명으로 20.0%였으며, 아동·청소년을 위한 전문의료기관의 필요가 53명으로 33.1%, 아동·청소년을 위한 지역사회 치료기관의 확충이 31명으로 19.4%, 아동·청소년을 위한 정신재활시설 및 프로그램의 확충이 39명으로 24.4%, 결측이 5명으로 나타났다.



- 정신과 질환에 대한 편견
- 아동·청소년을 위한 전문의료기관의 필요
- 아동·청소년을 위한 지역사회 치료기관의 확충
- 아동·청소년을 위한 정신재활시설 및 프로그램의 확충

[그림 38] 정신장애 아동·청소년의 치료 관련 개선할 사항

3절. 소결

아동·청소년 및 보호자의 초점면담에서 진료 혹은 치료 과정에서 환자에게 부여될 권리 및 의무를 기관의 종사자가 아동·청소년 당사자에게 직접 알려주지 않았다고 하였다. 이 과정에서 아동·청소년은 자신에게 주어진 권리 및 의무에 대해 자세히 알 수 없었으며 필요할 때마다 자신이 치료 담당자에게 묻고 지시에 따라 행동한다고 하였다. 또한 아동·청소년은 입원 당시에 스스로가 매우 혼란스러운 상태였으므로 자신의 권리 및 의무를 직접 설명해주어도 이해가 어려웠을 것이라고 하였으며, 기관의 종사자가 설명해주는 권리 및 의무를 확인해주고 이와 같은 사항이 정확히 이행되고 있는지 살펴줄 수 있는 대리인의 필요성에 대해 언급하였다.

초점면담 결과, 대부분의 정신의료기관 종사자는 관련 기관의 교육을 통해서 진료 혹은 치료 과정 중 환자에게 부여될 권리 및 의무에 대해 인식하고 있으며, 이를 준수하기 위해 노력하고 있었다. 그러나 몇몇 종사자는 아동·청소년이 스스로의 권익을 위해 최선의 선택을 하는 것이 제한적이라는 의견을 주었으며, 이로 인해 당사자가 아닌 보호자와 진료 혹은 치료 과정에 대해 의논하게 된다고 하였다. 초점면담에 참여한 대부분의 종사자는 약물 또는 침습적인 치료와 같이 치료 상에서 민감한 사항이나 입·퇴원 과정의 서비스 이용에 관한 동의 절차, 퇴원 이후의 복지 서비스 제공 등을 아동·청소년과 직접 의논하는 것에 대해 제한점이 많다고 하였다. 그러므로 아동·청소년의 자기결정권을 어느 정도까지 인정할 것인가에 대하여 논의가 필요하다고 제안하였으며, 연구와 조사를 통해 아동·청소년의 자기결정권 범위를 명시한 정신의료기관 종사자 매뉴얼이 필요하다는 의견이 있었다.

각 기관의 종사자는 권리 및 의무를 환자에게 전달하는 주체가 누구여야 하는지에 대해 일관적이지 않았다. 이에 대해 일부 종사자는 직무에 따른 역할이 달라 전달하여야 하는 내용이 상이하여 일반적인 환자의 권리 및 의무를 전달하는 주체가 누구인지 확실치 않다고 하였다. 그러므로 공통적으로 언급해주어야 하는 환자의 권리 및 의무, 직무에 따라 언급해야 하는 사항을 세분화하여 명시한다면 환자에게 권리 및 의무를 전달해야 하는 주체가 명확해질 것이라고 제안하였다.

설문조사 결과, 입원한 경험이 있는 정신장애 아동·청소년과 정신의료기관 종사자간에 현저하게 응답의 차이를 보이는 문항은 없었다. 정신의료기관에 입원

기간 동안 정신장애 아동·청소년의 인권은 보호되고 있다는 긍정적인 답변의 비율이 우세하였으나 부정적인 답변의 비율도 간과할 수 없는 수준인 것으로 나타났다. 특히 CCTV 설치에서 동의를 받지 않았다는 비율이 높다는 점(55.3%), 치료에 관한 비밀보장이 잘 이루어지지 않는다는 답변(78.6%) 등을 고려하면, 아동·청소년이 성인이 아니라는 이유로 사생활이나 자기결정권이 덜 존중되는 경향이 있다고 볼 수 있을 것이다. 조사 대상 가운데 20세 이상이 포함되었다는 점을 고려할 때, 18세 미만자의 경우 훨씬 더 부정적인 결과가 나올 가능성을 예상할 수 있다. 또한 사회복지를 위한 안내도 잘 이루어지지 않는다고 답변한 응답자들이 많다(56.3%)는 점도 고려해야 할 부분이다.

종사자 중에서는 병원 정신건강의학과에 근무하는 경우, 개방병동을 운영하는 경우, 아동·청소년 별도의 시설이 있는 경우, 대도시 또는 중소도시 병·의원인 경우, 의료인, 연령이 높거나, 경력이 많은 경우 정신장애 아동·청소년의 인권 보호 면에서 긍정적인 답변을 하고 있는 것으로 나타났다. 향후 아동·청소년의 연령 분포와 정신의료기관의 지역적인 분포를 고려한 현장 실태조사가 필요할 것으로 판단되며, 이번 설문조사로부터 도출된 정책적 제언들이 실제 임상에서 반영할 수 있는 방안이 적극적으로 모색되어야 할 것이다.

제 6 장

정책 개선 방안과 과제

제1절 정신장애 아동·청소년을 위한 주요 정책 개선 방향	125
제2절 주요 문제 및 개선 방안	126

제6장. 정책 개선 방안과 과제

1절. 정신장애 아동·청소년을 위한 주요 정책 개선 방향

정신장애 아동·청소년을 위한 관련 정책은 범위가 넓고 다양하다. 다만 이번 연구에서는 법령 및 문헌 분석, 실태조사 결과 등을 토대로 아래의 사항에 주목하고자 한다.

첫째, 「아동권리협약」은 아동의 보호와 권리보장이라는 두 가지 목표를 달성하기 위한 규정들로 구성되어 있다. 이는 우리 「아동복지법」도 동일하다. 아동은 보호가 필요한 동시에 성인과 동일한 또는 그와 유사한 정도의 기본권을 보장받아야 할 인권 및 기본권의 주체이다.

이번 연구 결과로부터 정신장애 아동·청소년에 관한 우리 법과 주요 정책들은 정신장애가 있어 의료기관에서 치료를 받는 아동에 그다지 주목하지 않았다고 판단된다. 법과 제도는 주로 사회에서 ‘문제 행동’을 일으키는 아동·청소년들의 관리에 놓여 있었다. 중독치료센터를 만들고(청소년보호법), 필요한 경우 보호조치를 감행한다(아동복지법). 이러한 제도들은 필요하지만, 경우에 따라서는 정신장애를 겪는 아동·청소년들에게 관리보다 적극적인 치료가 더 필요할 수 있고 그 치료는 아동의 보호와 권리보장이라는 원칙에 맞도록 설계되어야 한다. 가족과 사회가 관리하고 보호하다 보호조치라는 이름으로 의료기관으로 보내진 아동에 대하여, 적절한 치료 서비스가 제공되지 못한다면 이는 보호조치라는 기본권 제한 행위 자체의 정당성이 문제될 수 있다.

모든 정신건강 서비스는 성인과 아동을 구별하지 않고 정신장애인의 인권보장이라는 원칙을 준수하면서 필수적인 의료 서비스를 제공할 수 있도록 신중히 설계되어야 한다. 그런데 이와 같은 신중함은 아동·청소년들의 치료와 재활을 위한 서비스를 설계할 때 더욱 더 요청된다. 아동은 성인에 비해 치료가 필요해서 기본권을 제한하는 경우에도 그 제한에 따른 부정적 효과는 더 클 수 있기 때문이다. 아동의 특성에 맞는 적절한 치료 서비스와 치료 환경을 제공하는 것은 아동의 보호 및 아동의 기본권 보장이라는 「아동권리협약」의 요청으로부터 당연히 도출된다.

둘째, 아동·청소년에 대한 정신건강 증진사업과 함께 정신장애 아동·청소년에 대한 의학적인 치료가 효과적으로 수행되어야 한다. 정신장애는 아동·청소년기에 때

우 흔하게 나타나고, 아동·청소년기에 발생한 정신장애는 개인의 인생 전체에 걸쳐 영향을 끼칠 가능성이 높기 때문이다. 나아가 아동·청소년의 정신장애로 인한 문제는 가정, 또래 관계, 학교생활 등 생활 전반에서 매우 심각하게 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

2절. 주요 문제 및 개선 방안

1. 정신장애 아동·청소년을 위한 전문 의료시설 및 치료, 재활 기준의 확충

「정신건강증진법」 및 「아동복지법」 등은 정신건강증진시설에 관한 규정에서 아동·청소년을 위한 특별한 시설 기준이나 설치 기준을 마련하지 않고 있다. 이번 연구 결과, 실제로 우리나라 정신의료기관은 정신장애 아동·청소년에 대한 별도의 치료 정책이나 지침이 없는 것으로 파악되었다(정신의료기관 종사자의 50.7%가 아동·청소년을 위한 별도의 지침이 없다고 응답하였다). 특별한 시설 기준이 없기 때문에 정신의료기관들도 별도의 시설을 마련하지 않는 경우가 많았다. 23.3%의 정신장애 아동·청소년은 자신들을 위한 별도의 치료 및 오락 프로그램에 참여하지 못하였다고 답하였고, 종사자의 61.3%가 정신의료기관에 별도의 치료 및 오락 프로그램이 없다고 답하였다. 정신장애 아동·청소년의 67.0%가 성인과 분리된 병동에서 치료받지 못하였다고 답하였고, 종사자의 83.8%가 성인과 분리된 아동·청소년을 위한 병동이 없다고 답하였다. 미국의 보스턴 어린이병원과 국내의 서울대학교 및 양산 부산대학교 어린이병원 등과 같이 종합병원 내에 아동들을 위한 정신건강의학과 병동을 운영하며 다양한 의료 서비스를 포괄적으로 제공하는 것은 좋은 모델이 될 수 있을 것이다. 그 외에도 서울특별시 어린이병원, 국립정신건강센터 등에서 아동을 위한 정신건강병동을 운영하고 있으나 아직 부족한 실정이다.

이번 연구에서 18.4%의 정신장애 아동·청소년이 정신과적인 진료 또는 입원을 원할 때 즉시 병원에 갈 수 없었다고 답하였다. 이는 사회적 낙인과 경제적 어려움 등 복합적 요소가 영향을 미쳤을 것으로 판단되지만 보호자들이 아동의 입원 치료를 위해 신뢰할만한 시설이 부족하다는 방증일 수도 있다.

이와 같은 상황에 비추어 보면, 정신장애 아동·청소년을 위하여 특화된 치료 시설 또는 치료 조건을 마련할 필요가 있고, 그 내용에는 반드시 정신장애 아동·

청소년에 대한 별도의 치료 지침(특히 기본권을 제한하는 치료인 비자의입원이나 격리, 강박, 전기충격치료와 같은 특수치료 등의 경우 필수적으로 마련할 필요가 있다), 아동 친화적 시설 환경, 교육 등 병동 내 프로그램을 마련 등이 포함되어야 할 것이다. 관련하여 앞서 검토한 바와 같이 외국의 사례들과 국립정신건강센터의 경우는 지역 사회 학교와 연계하거나 혹은 전담 교사를 배치하여 해당 과정의 학교 수업을 받을 수 있도록 하는데 노력하는 일이 중요하다. 국내에서도 정신건강의학과 입원 기간 동안 병원학교 교실에 참여한 청소년 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 더 높은 만족도와 학교 복귀율을 보였다는 연구가 있어,⁸⁰⁾ 평등권 보장을 위하여 교육적 지원에 대한 강화가 필요할 것으로 보인다. 다만, 현재 운영되는 병원학교 교실(예, 국립정신건강센터의 참다울 학교등)의 경우 초등, 중등 과정으로만 구분되어 개개인의 수준에 맞춘 교육이 이뤄지기 어렵다는 점에서 지역사회 학교와의 연계 및 전담 교사 배치 등에 대한 시스템에 대한 교육부의 협조 등 정책적 지원이 필요할 것으로 보이며, 이러한 과정에서 환자들의 요구도 조사 및 비밀 보장의 문제도 충분히 논의되어야 할 것으로 사료된다.

또한 아동·청소년 정신건강의학과 병동 내에 다학제 팀을 구성하여 신체 활동(운동), 예술, 스트레스 조절, 사회기술훈련 등 아동·청소년의 발달에 중요한 부분들에 대한 프로그램들을 제공하는 것이 중요할 것으로 보인다. 특히, 미국 존스 홉킨스 병원의 아동·청소년 정신건강의학과 병동에서는 child life specialist라는 일종의 코디네이터를 통해 입원 환경에 더 친숙해지고 집단 내에 쉽게 적응하도록 돕고 있었다. 신체활동을 위한 공간이나 기구의 확보, 예술치료 등이 가능한 인력 및 비용의 확보, 다양한 심리사회적 프로그램에 대한 지원이 필요하다. 그러나 우리나라 의료 제도 및 아동·청소년 정신건강의학과 병동의 특성상 건강보험의 진료 수가가 낮고, 필요한 인력이 많고 시설이 광범위하게 필요하기 때문에 경영 적자를 면하기 힘들어 재정적 유지를 보장할 방안이 요구된다.

외국의 경우 정신건강병동에서 치료를 마친 후에도 지속적인 관리를 위해 낮 병원이나 지역사회센터 등의 대안이 마련되어 있고, 이에 대한 숙고가 입원 전에 이루어지며, 퇴원과 동시에 이들 시설로 step-down 방식의 연계를 통해 입원 기간을 최소화하려는 노력을 하고 있었다. 다양한 시설 및 시스템 간 협력이 더욱 활발히 이루어지고 있다.

80) 이미경 외, 정신건강의학과 안정병동 내 병원학교교실 참여자의 학교복귀율과 만족도, 소아청소년 정신의학, 2013. p.141~150.

2. 아동의 기본권 보호

현대 인권 규범은 아동이 보호가 필요한 존재라는 점을 강조하는 동시에 원칙적으로 성인과 같은 수준의 기본권 향유 주체로 인정한다. 따라서 법률상 자격이 있는 보호자가 취한 보호행위 또는 보호조치의 일환으로 입원 치료 또는 외래 치료를 받는 경우에도 기본권 보장의 원칙은 지속되어야 한다. 그러나 우리의 현황은 정신장애 아동이라고 하여 정신장애를 가진 성인에 비해 특별히 더 보호받는다 고 결론내리기 어렵다. 14.6%의 정신장애 아동·청소년이 입원 시 폭력을 경험하였다고 답하였으며, 입원 시 폭력을 경험한 정신장애 아동·청소년의 40.0%는 당시에 치료진의 즉각적인 도움이 없었다고 답하였다. 소수이긴 하나 1.9%가 입원 시 강제 노동을 하였다고 답하였고, 2.6%의 정신의료기관 종사자도 입원 시 아동·청소년이 강제 노동을 하였다고 답하였다.

특히, 아동이라는 이유로 의료인이 성인인 보호자에게 의료 상황을 설명하는 것은 아동권리협약의 원칙에 비추어 타당하지 않다. 그러나 25.2%, 33.0%가 입원 환자의 권리 및 치료 과정에 대해서 직접 설명을 듣지 못하였다고 답하였으며, 64.1%는 학대나 폭행을 당했을 때 비밀을 유지하면서 신고할 수 있는 방법에 대해 의료진으로부터 설명을 듣지 못하였다고 답하였다. 치료의 필요성등을 이유로 일정한 기본권 제한이 불가피하게 이루어지더라도 정신장애 아동·청소년에 대하여는 더욱 엄격한 기준이 제시될 필요가 있다.

해외의 사례를 참고한다면, 아동·청소년의 의사결정권을 평가할 수 있는 절대적인 도구는 없더라도, 아동·청소년에게 관련된 사항을 설명하고 고지하여 스스로 선택권을 행하도록 지원하고, 이를 의료진과 보호자 뿐 아니라 다른 보조인들이 함께 협력하여 의사결정을 지원하는 모델을 채택하고 있음을 알 수 있다. 정신장애를 가진 아동·청소년의 경우 정신병리 및 개인의 성숙도에 따라 치료에 대한 이해나 동의 능력에 기복이 있거나 저하된 경우가 흔하다. 또한 가족 내의 문제 및 애착 문제 등도 있어 균형적인 의사결정에서 다양한 장애가 있을 수 있음을 임상가는 고려해야 하겠다. 그럼에도 영국등 사례는 환자 및 가족들 모두의 참여를 이끌어내고, 정신장애의 경우 치료를 통해 아동·청소년의 발달을 촉진하고, 장기적으로 삶의 질을 어떻게 높일 것인가 하는 점에 초점을 맞추어 의사결정 과정이 이루어지는 것이 중요하다는 것을 시사한다.

제 7 장

결론 및 제언



제7장. 결론 및 제언

정신의료기관에 입원한 정신장애 아동·청소년을 둘러싼 쟁점은 입원 치료를 위해 정신건강의학과 병·의원에 의뢰하는 단계부터 사회재활의 단계까지 다양한 법과 제도가 관계된다. 이번 연구에서는 해당 쟁점 대부분을 간략하게는 언급했지만, 주요 초점은 서론에서 밝힌 바와 입원 치료 과정에서의 적절한 치료여건 조성 및 인권보장에 두었다.

이하에서는 본 연구 보고서가 중점을 둔 연구 결과 및 정책 개선 사안을 토대로 하여 검토가 필요한 내용에 대한 제언으로 결론을 대신하고자 한다.

- 정신장애 아동·청소년을 위한 별도의 치료 정책이나 병동 환경에 대한 지침 및 시설 기준을 정할 필요가 있다.

아동·청소년 정신건강의학과 병동에는 대상자의 발달적 특성을 고려하여 성인과 구분된 병상이 필요하다. 아동·청소년 병동의 분리와 급성기·회복기 병동의 분리를 포함한다. 연령에 따라 ① 아동 병동과 청소년 병동에서 각기 진료할 환자 범위를 구분하고 ② 아동·청소년 병동의 경우, 발달 상태를 고려한 아동·청소년 친화적인 시설 및 장비의 기준을 설정할 수 있을 것이다.

- 정신장애 아동·청소년에 대한 포괄적이고 상호협력적인 서비스가 제공될 수 있는 기반을 마련해야 한다.

아동·청소년 정신건강의학과 병동에는 정신건강의학과 의사, 전문 간호사를 포함한 다수의 전문 인력이 병동 프로그램 및 퇴원 후 낮병원 프로그램을 포함한 치료 프로그램을 수행하기 위해 협력해야 한다. 병동 내에 다학제 팀(child life specialist, 신체 건강에 대한 전문가 등)을 구성하여 신체 활동(운동), 예술, 스트레스 조절, 사회기술훈련 등 아동·청소년들의 발달에 중요한 부분들에 대한 프로그램들을 제공해야 한다. 정신건강 병동에서 지역사회 학교와 연계하거나 혹은 전담 교사를 배치하여 해당 과정의 학교 수업을 받을 수 있어야 한다. 낮병원 활성화 방안으로 현재 낮병원 입원 수가를 인정받기 위하여 6시간 이상 병원에 머물러야 하는데 학교에 다니는 정신장애 아동·청소년의 경우에는 6시간 이하의 시

간만 병원에 머물러도 수가를 인정해 주는 등의 제도 개선이 필요할 것이다.

이와 같이 정신장애 아동·청소년들에게 일정 수준의 정신건강 진료서비스를 제공하기 위해서는 많은 인력과 시설이 요구되므로 정부는 아동·청소년 정신건강 병동에 대한 시설비, 운영비 등의 지원 사업 시행을 검토할 필요가 있다. 또한 아동·청소년 정신건강의학과 병동의 공익적 의료 성과를 평가하여 국가가 재정을 지원할 수도 있겠다.

- 정신의료시설의 입원, 퇴원 및 치료에 관하여 아동·청소년의 자기결정권 보장을 위한 관련 규정이나 지침이 필요하다.

아동의 자기결정권 보장 노력은 규범적 요청이고 세계적인 흐름이지만, 우리나라의 경우 이에 관하여 특별한 지침이 없고 법률규정도 일반적인 민사법 규율 외에는 존재하지 않는다. 이에 현장 의료진들도 고민이 깊다고 파악되었다. 아동의 의사표현을 몇 세부터 유효한 것으로 인정할지, 유효한 것으로 인정하는 연령부터 민법상 행위능력을 갖는 성년자가 되는 중간 시기(예, 16세에서 18세 사이)에는 아동의 자기결정권을 어느 선에서 보호해야 할지에 대한 규율이 부재한다.

단기적으로는 친권자인 보호의무자 이외에도 미성년자(18세 미만)의 의사가 입원 및 치료 과정에서 존중받을 수 있도록 「정신건강복지법」 일부 규정을 개정하고(아래 표 참조), 미성년자의 의사결정을 존중하는데 필요한 지침을 배포할 필요가 있다.

장기적으로는 해외 사례에서 살펴본 바와 같이, 아동-가족-의료진-보조인(사례관리자등)으로 이루어진 아동 지원 그룹을 구성하고, 이들이 아동의 치료에 대한 주요 의사결정을 내릴 수 있는 협의체 시스템을 구축하는 것이 바람직하다고 생각된다. 이를 위해서는 「아동복지법」 과 「정신건강복지법」 에 대한 개정작업이 필요할 것이다.

현행 「정신건강복지법」	개정안 제안	이유
제6조(정신건강증진시설의 장의 의무) ① 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등이 입원 등을 하거나 사회 적응을 위한	[제2항 신설 및 아래항들 각각 한 항씩 순서 이동]	「정신건강복지법」 제6조 제1항의 고지의무가 18세 미만자의 경우 민법상의 친권자에게만 이

<p>훈련을 받으려고 하는 때에는 지체 없이 정신질환자등과 그 보호의무자에게 이 법 및 다른 법률에 따른 권리 및 권리 행사 방법을 알리고, 그 권리 행사에 필요한 각종 서류를 정신건강증진시설에 갖추어 두어야 한다.</p> <p>② 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등의 치료, 보호 및 재활과정에서 정신질환자등의 의견을 존중하여야 한다.</p> <p>③ ...(생략)..</p> <p>④ ...(생략)..</p>	<p>② 정신건강증진시설의 장은 정신질환자가 미성년자에 해당하는 경우에도, 전항의 각 의무를 정신질환자 본인에게도 이행하여야 한다. 단 그 정신질환자가 13세 미만으로 의사능력이 현저히 부족한 경우에는 예외로 한다.</p>	<p>행되는 경우가 있어, 아동 본인이 권리를 알지 못하므로, 아동 본인에 대하여도 고지될 수 있도록 함. 단 13세 미만 아동의 경우에는 고지의 내용을 정확히 이해하지 못할 수 있으므로 예외로 함(13세라는 연령은 연구진들의 임의적인 설정으로, 적절한 연령은 다른 규범과 실제 정신능력 등을 고려하여 설정되어야 할 것으로 보임)</p>
<p>신설</p>	<p>[제5장 <보호 및 치료>에 아동에 대한 일반적인 의사능력 결정 규정 신설]</p> <p>제XX조(미성년자에 대한 치료)</p> <p>① 본인의 치료에 관하여 미성년자는 설명을 듣고 그에 관한 의견을 제시할 수 있으며, 그 의견은 존중받아야 한다.</p> <p>② 미성년자의 의사에 반하여 입원 및 치료를 하여야 하는 경우, 정신건강증진시설의 장은 제43조 및 제44조에 따라 입원등을 시켜야 한다. 단 13세 미만자로서 의사능력이 현저히 부족한 경우는 예외로 한다.</p>	<p>미성년자(18세 미만자)의 경우에도 자신에 대한 의사표현과 의사결정이 존중받아야 함을 제1항에서 원칙으로 정함. 제2항에서는, 친권자가 친권행사의 일환으로 미성년자 본인의 의사와 상관없이 정신의료기관에 입원 조치 할 수 있고, 이 경우 제43조 및 제44조의 비자의입원 요건을 따르지 않아도 정당화 될 소지가 있음. 그러나 이 경우 일정 이상의 나이에 도달하여 자신에 대한 결정권을 가지는 미성년자의 의사가 지나치게 쉽게 무시될 수 있고, 친권이 남용될 경우 미성년자에 대한 법률상 구제가 어려워지므로, 제43조 및 제44조에 따른 요건을 지키도록 하고 이에 따라 수반되는 입원 적합성심사등도 받을 수 있도록 하는 취지(단 실무에서는 이미 미성년자의 경우에도 비자의입원 요건을 엄격히 지키는 경우가 적지는 않은 것으로 보임).</p>

위와 같은 제안의 형식은 하나의 예시라 할 수 있다. 한편 아동의 자기결정권 존중은 「정신건강복지법」에 국한하지 않고, 의료 영역 일반에서 중대하게 다뤄져야 할 문제이기도 하다. 그러나 일반적인 의료 영역에서 미성년자의 이익과 의사, 친권자의 이익과 의사는 충돌할 일이 거의 없는 반면, 정신보건 영역은 그 충돌 가능성이 높다. 이런 점을 고려하면 정신보건법제에 구체적인 규정이 더 시급히 마련되어야 할 것이다.

다음으로 치료 행위에 관하여 살펴보면, 정신장애 아동의 경우 「정신건강복지법」에는 아동(미성년자)의 권익보호에 대한 기본 이념을 규정한 것 이외에 구체적인 절차상의 보호규정을 두고 있지 않다. 아동의 경우 전기치료 등 특수치료의 요건, 의학적 연구에 대한 기준, 비자의 입원 기간, 심사절차 등에 대한 규정이 따로 설정되어야 한다. 특히 아동의 경우 격리·강박 자체를 더 철저히 통제할 수 있는 법적 수단이 모색될 필요가 있다.

현행 보건복지부의 격리·강박 관련 지침에 아동·청소년에 대한 특별한 규정이 부재하므로 격리·강박을 최소한 해야 된다는 전제 하에서 격리·강박의 적용증, 위험성, 최대 허용시간, 법적 문제, 인권침해 가능성, 환자에게 미치는 정신적·신체적 영향, 강박도구, 시설규정, 시행과정에서 인력, 방법 등을 망라한 지침이 추가되어야 한다. 「정신건강복지법」 제75조(격리등 제한의 금지)에 격리 등 제한의 구체적 요건을 보건복지부령으로 위임하도록 하고, 보건복지부령에서 미성년자에 대한 격리 제한이 이루어지는 격리실의 요건, 인력, 방법 등을 상세히 기술할 수 있을 것이다. 또한 현행 정신병원 인증평가에 포함하여서 이의 시행을 독려할 수 있겠다.

- 아동·청소년의 사생활 보장 및 알 권리를 보장하여야 한다.

설문조사 결과 적지 않은 아동·청소년들이 치료 비밀이 누설되거나 CCTV 촬영에 대한 동의를 받은 적이 없고, 치료 내용에 대해 상세히 전해 듣지 못하는 등, 주로 보호자에게만 아동·청소년의 치료 관련 주요 사항들이 고지되고, 주로 보호자들과 의료진과 논의하는 것으로 확인되었다. 그러나 아동·청소년의 자기결정권이 보장되어야 할 사항인지 여부와 상관없이 아동·청소년도 자신의 입원 및 퇴원, 치료 상황, 사생활 제한 요소 등에 대하여 상세히 통지받을 알 권리를 보유한다. 따라서 아동·청소년 환자가 입원하는 경우 해당 의료기관이 보호자만이 아니라 아동·청소년 본인에게도 주요 내용을 고지하도록 관련 내용을 법 규정에 명

시할 필요가 있다. 하나의 예는 아래 표와 같다.⁸¹⁾ 한편, 사생활의 자유는 이전 정신보건법에서는 일부 치료를 이유로 하는 제한이 허용되었으나 「정신건강복지법」에는 통신과 면회의 자유만이 제한될 수 있을 뿐 원칙적으로 사생활의 자유 제한을 정당화하는 규정이 없다. 따라서 미성년자의 사생활 보호에 대하여만 동법에 추가하는 것은 전체 구조와 부합하지 않는다. 미성년자의 사생활도 당연히 침해당해서는 안 된다는 전제가 놓여있기 때문이다. 이에 관한 사항은 보건복지부가 지침 등으로 정신의료기관등에 전달하고, 인권교육의 내용에 포함시키는 등의 정책수단을 사용하는 것이 적절하다고 보인다.

현행 「정신건강복지법」	개정안 제안	이유
제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다. ② 정신의료기관등의 장은 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 제한하는 경우에도 최소한의 범위에서 하여야 한다.	[제3항 추가] ③ 전 항의 자유를 제한하는 경우 정신의료기관등의 장은 그 제한을 받는 정신질환자 본인에게 제한 사유를 고지하여야 한다. 미성년자의 경우에는 보호의무자에게도 고지하여야 한다.	통신과 면회의 자유 제한에 관한 제74조에 정신질환자 본인에 대한 고지의무가 부여되어있지 않으므로 이를 규정. 후문은 미성년자의 경우 부모 등 보호의무자가 이 사실을 알도록 하여 더 두텁게 미성년자의 자유를 보호하기 위한 규정이며, 다른 한편 미성년자에 대한 고지의무도 당연히 포함됨을 확인하는 기능(실태조사 결과 그 부모에게만 고지하고 미성년자 본인에 대한 고지는 생략하고 있는 경우가 있었으므로).

- 정신의료기관 종사자의 정신장애 아동·청소년 권리보장에 대한 인식의 증진이 필요하다.

실태 조사 결과 정신장애 아동·청소년 권리보장에 대한 정신의료기관 종사자의 인식이 충분하지 않은 것으로 조사되었다. 대다수의 정신의료기관 종사자들이 아동·청소년의 기본적인 권리보장에 대해 인식하고 있었고, 이에 따른 실천을 하고 있었지만 일부는 이에 대한 인식이 부족하거나 실행하지 않는 것으로 나타났다

81) 「정신건강복지법」에 일반규정을 두어 미성년자가 동법의 모든 직접적인 권리행사의 주체가 된다는 점을 밝혀두는 것이 더 효율적일 것이다. 법 개정의 취지를 구체적으로 전달하기 위해 본 자료집에서는 개별 규정별로 제시하였다.

며 이는 정신장애 아동·청소년의 현재와 미래에 대한 심각한 침해적인 요소가 될 수 있을 것이다. 이는 정신장애의 경과와 예후뿐 만 아니라 아동·청소년의 인생 전반에 걸쳐 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있다. 이에 정신의료기관 종사자의 아동·청소년 권리보장에 대한 인식의 증대 및 실천의 필요성이 절실하며, 종사자에 대한 인권 교육에 아동·청소년의 권리보장에 대한 내용이 포함되어야 할 것이다. 이에 현행 「정신건강복지법」 시행규칙 제50조 제1항⁸²⁾에 따라 정해진 인권교육의 내용에 ‘정신건강시설에서 아동 등 사회적 취약계층 권리에 관한 사항’을 추가할 수 있겠다.

- 아동·청소년 전문 치료시설 및 사회재활시설이 확대되어야 하고 이를 위한 국가적 지원이 필요하다.

의료적 개입을 필요로 하는 정신장애 아동·청소년의 경우에 아동의 특성을 고려한 의료시설들은 매우 부족하며, 아동·청소년을 위한 사회재활시설 역시 수적으로 적을 뿐만 아니라 지역적인 불균형이 현저하였다. 정신장애 아동·청소년이 실제 이용할 수 있는 정신건강 서비스 기관을 확대하고 충분한 서비스를 제공할 수 있도록 아동·청소년 정신건강 사업에 대한 국가적인 지원이 필요할 것으로 판단된다.

- 정신장애의 조기 개입에 대한 사회적 인식이 확대되어야 한다.

정신건강의학과 진료를 원하는 일부 정신장애 아동·청소년이 필요한 시기에 치료를 받지 못했다는 설문 조사 결과로부터 부모나 교사 혹은 일반 의사들의 정신건강 서비스에 대한 인식 개선이 필요하며, 더 나아가 정신장애에 대한 사회적 차별 인식을 개선하여 정신장애에 대한 조기 치료 접근성을 용이하게 하여 치료

82) 제50조(인권교육) ① 법 제70조제1항에 따른 인권에 관한 교육(이하 "인권교육"이라 한다)은 다음 각 호의 구분에 따라 실시한다.

1. 인권교육 내용: 다음 각 목의 사항
 - 가. 환자의 인권 및 권익 보호에 관한 사항
 - 나. 정신건강 및 정신질환 관련 법령 및 제도에 관한 사항
 - 다. 정신건강증진 및 정신질환자 보호에 관한 국제 동향에 관한 사항
 - 라. 정신건강증진시설에서의 인권침해 사례에 관한 사항
 - 마. 가목부터 라목까지와 유사한 사항으로서 정신건강증진 및 정신질환자 보호를 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 사항

효과를 향상시킬 수 있으며, 정신장애의 만성화 및 성인기에 정신장애로 이환을 방지하여 개인적, 사회적 비용을 줄일 수 있을 것으로 판단된다. 정신장애에 대한 사회적 차별 인식을 개선하는 방안으로 개인에게 민감한 의료 정보는 일정 기간이 지난 후에 개인 식별 정보를 삭제하거나 개인정보의 관리를 강화하거나 정신장애와 관련된 잘못된 정보에 대한 인식 개선 캠페인, 입학 또는 취업 시에 건강보험 급여 내역 의무 제출 제도 폐기 등을 제안한다.



참고문헌

참고문헌

- 건강증진사업지원단, 「정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계 개발」, 2009.
- 국가인권위원회, 「정신장애자 인권개선을 위한 법제연구」, 2006.
- 국가인권위원회, 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」, 2009.
- 국가인권위원회, 「정신병원 격리·강박 실태조사」, 2015.
- 국가인권위원회, 「정신의료기관의 격리·강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책권고」 결정문, 2016.
- 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터, 「정신질환 조기개입 정책 개발을 위한 기초연구」, 2006.
- 문명희, 「2016년 개정 아동복지법에 관한 법정책적 고찰」, 인하대학교 법학연구 제19권 제4호, p.115~116.
- 보건복지부, 국립정신건강센터, 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과 보고서 2부, 2016.
- 삼성생명 사회정신건강연구소, 부모-자녀관계와 청소년기 심리사회적 적응(연구보고서 제 97-7호), 1997.
- 서동우, 정신보건의 역사적 선상에서 본 우리나라정신보건법의 문제와 개선방안, 보건복지포럼. 2007. p.42~56.
- 서울시 정신건강증진센터, 「서울시 정신보건기관 현황집」, 2017.
- 신영전, 인권 측면에서 본 한국의 정신보건정책변화, 정신장애인 인권보호와 증진을 한 정신 보건 패러다임의 변화, 국가인권위원회 토론회 자료집, 2008.
- 아동청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I, 2011.
- 아동청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II, 2012.
- 아동청소년정책연구원, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 III, 2013.
- 이미경, 방수영, 안준호, 박장호, 최현경(2013) 정신건강의학과 안정병동 내 병원 학교교실 참여자의 학교복귀율과 만족도, 소아청소년정신의학 24(3호):141-150.
- 정진경, “UN아동권리협약의 국내법적 및 실천적 수용성- 아동복지법과 아동복지시설을 중심으로,” 아동과 권리 제14권 제2호, 2010.
- IRIS Guidelines, UK.

WHO, 『2011 세계장애보고서』, 한국장애재단 역, 2012.

California Code of Regulations, Title 9, Division 1, Chapter 11

Erikson EH, Identity: Youth and Crisis, New York: W.W. Norton & Company, 1968.

Fergusson DM, Hordwood LJ, Ridder EM(2005) Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort J Marriage Fam 67(5):1103-1119.

Ford T, Kessel A(2001) Feeling the way: childhood mental illness and consent to admission and treatment. Br J Psychiatry 179:384-386.

IRIS Guidelines, UK.

Kessler RC1, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS(1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry 51(1):8-19.

Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, Narrow WE, Vaden-Kiernan M, Regier DA(1996) Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:889-897.

Min SK, Oh KJ, Kim HJ, Lee H, Shin YJ, Lee KY, Ha UH, Kim SR, Bae JM(1997) Model Development of School Mental Health Service: 2. Model Development of School Mental Health Service in Korean Urban Communities. Kor J Neuropsychiatr Assoc 36:826-840.

Offord DR, Boyle MH, Racine Y(1989) Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28:856-860.

Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, Leaf PJ, Poduska JM, Kellam SG, Ialongo NS (2002) Barriers to children's mental health services. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41(6):731-738.

Regier DA(1994) ECA contributions national policy and further research, Int J Methods Psychiatr Res 4:73-80.

Robins LN(1991) Conduct disorder. J Child Psychol Psychiatry 32(1):193-212.

Roeser RW, Eccles JS, Sameroff AJ(1998) Academic and emotional functioning in

early adolescence: longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Dev Psychopathol* 10(2):321-352.

Steinhausen HC, Meier M, Angst J(1998). The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males. *Psychol Med* 28(2):375-383.

Singh SP, Fisher HL(2005) Early Intervention in Psychosis: Obstacles and opportunities. *Advn Psychiatr Treat* 11(1):71-78.

부 록

<부록 1>

메사추세츠 주 정신건강부

조건부 자의 치료에 관한 양식

환자의 이름 _____

주소 _____

사회보장 번호, 생년월일, 성별, 관리 기관명

1. 나는 16세 이상이고, 위 기관의 환자입니다.
2. 나는 내가 기관을 나가고 싶을 때 기관 관리인에게 서면 통지를 해야하고, 그는 주말과 공휴일을 제외한 3일까지 나의 퇴원을 늦출 수 있음을 알고 있습니다.
3. 내가 기관을 나가고 싶다는 것을 알렸다고 해도, 기관장이 내 정신질환 때문에 내 자신이나 타인에게 내가 위험이 될 수 있다고 생각한다면 나를 6개월까지 기관에 입원하도록 진정서를 3일 내에 제출할 수 있음을 알고 있습니다. 법원은 심리 일정을 잡고, 나는 심리에 변호사를 세울 권리가 있습니다. 만약 내가 변호사를 선임할 능력이 없다면, 법원이 선임해줄 것입니다. 진정서를 제출한 뒤에는, 휴일을 제외하고 5일내에 법원에서 내 심리공판 약속을 정할 것입니다. 이 기간 동안, 나는 기관에 남아 있어야 합니다. 심리공판에서 판사가 내가 퇴원할 것인지, 계속 입원해 있을 것인 지를 결정할 것입니다.
4. 기관장이 내가 기관에 머물도록 하는 데 동의할 수 있는 권한을 가진 법적 후견인이 필요하다고 생각한다면 그가 공증법원에 청문회를 열도록 진정할 수 있다는 것을 알고 있습니다.
5. 나는 내 정신질환에 대해서 이 기관에서 받는 치료에 동의합니다. 하지만, 나는 이 동의가 항정신병약물, 전기경련 치료나 정신과적 수술 등의 특수한 치료를 언제든지 거부할 수 있는 권리를 제한하지는 않는다는 것을 이해합니다.
6. 나는 나의 알 권리에 대한 복사본을 받았습니다.
7. 나는 조건부 자의 입원의 결과에 대해서 변호사나 혹은 준법률가의 자문을 얻을 수 있는 기회를 제공받았습니다.
8. 임상적, 법적 적용기준에 근거하여 이 양식을 기관에서 수용하거나 혹은 거부할 수 있음을 이해합니다.

_____ 환자 서명, 날짜

_____ 증인 서명, 날짜

기관의 수용/거부

기관의 담당 의사*(기준에 해당하는)가 다음의 질문들에 답을 하여, 양식의 수용 혹은 거부가 결정된다.

1. 이 환자는
 - A. 104CMR 27.05에 해당하는 정신질환을 가진 것으로 진단되었다. 예/아니오
 - B. 이 정신질환에 대한 보호와 치료가 필요하다. 예/아니오
 - C. 그러한 보호와 치료를 위해서, 혹은 더 적절한 대안적 조치가 없음으로 인한 심각한 위험으로부터 보호하기 위해서 입원이 필요하다. 예/아니오

2. 이 기관은 그러한 보호와 치료에 적합하다. 예/아니오

3. 나는 이 환자가 다음을 이해하고 있음을 확인하였다.
 - A. 이 기관에 머물며 치료를 받는 데 동의한다. 예/아니오
 - B. 퇴원 의사를 고지한 뒤에도 3일간 더 머물러야 한다는 것을 안다. 예/아니오
 - C. 퇴원의 결정은 법원의 심리에 의한다는 것을 안다. 예/아니오

만약 모든 질문이 “예” 라면 이 양식은 수용된다, 단, 기관의 입원 기준을 만족한 경우만 양식이 수용되므로 환자가 아직 입원하지 않았을 수 있다. 만약 하나라도 “아니오” 라는 대답이 있다면, 양식은 거부된다. 단, 1.A, 1.B, 혹은 2가 아니오라고 표시된 것이 아니라면, 환자의 자발적 입원은 더 적합한 대안이 없는 한 위험을 막기 위해 필요하다.

이 양식이 수용될 때까지 환자는 3일 전 퇴원 통지에 서명하지 않을 수 있다.

나는 기관의 지정 의사로서, 여기서 (모든 질문에 표시한다)

4. 이 조건부 자발적 입원 양식을 수용한다.
 - A. 환자는 입원을 신청하고, 모든 입원 기준을 만족한다.
 - B. 1.A, 1.B, 혹은 2에 아니오가 있다면, 더 적합한 대안이 없음으로 인한 위험을 예방하기 위해서 입원이 필요하다.

5. 이 조건부 자발적 입원 양식을 거부한다.
 이유: _____

지정 의사 서명, 날짜

본 환자의 조건부 자발성을 행사할 수 있는 상태에 대해서는 주기적으로 재평가 되어야 한다.

<부록 2>

ID				
----	--	--	--	--

정신의료기관 입원 아동·청소년 인권증진을 위한 실태조사

안녕하십니까?

설문에 응해주셔서 감사합니다. 이 설문조사는 여러분들이 병원에 입원하거나 치료를 받을 때 보다 좋은 환경에서 치료받을 수 있도록 국가인권위원회와 가톨릭대학교에서 추진하는 실태조사입니다.

이 조사는 병원에서 치료받을 때나 입원했을 때 여러분이 필요한 치료를 잘 받았는지, 병원 의사와 간호사분들이 여러분에게 적절한 도움을 주었는지를 조사하는데 목적이 있으며, 병원이나 치료환경을 더 좋게 개선할 수 있는지를 연구하는데 중요한 자료로 활용될 것입니다.

설문조사는 8세부터 24세에 해당하고 병원에 입원한 경험을 가진 아동·청소년을 대상으로 하기 위해서 누구나 쉽게 읽고 응답할 수 있게 쉬운 언어로 사용하였음을 이해해 주시기 바랍니다.

이 조사에서 밝혀진 내용은 연구 목적 이외에 절대 사용하지 않을 것이므로 솔직하게 여러분의 경험과 생각으로 응답해줄 것을 부탁드립니다.

2017. 10. .

조사기관 국가인권위원회·가톨릭대학교

※ 문의: 000(공동연구원), 전화번호

I. 일반 사항

1.	(가장 최근) 입원했을 때 나이는 몇 살이었나요?	<input type="checkbox"/> ① 8세 ~ 13세 <input type="checkbox"/> ② 14세 ~ 16세 <input type="checkbox"/> ③ 17세 ~ 19세 <input type="checkbox"/> ④ 20세 ~ 24세
2.	현재 나이는 몇 살인가요?	<input type="checkbox"/> ① 8세 ~ 13세 <input type="checkbox"/> ② 14세 ~ 16세 <input type="checkbox"/> ③ 17세 ~ 19세 <input type="checkbox"/> ④ 20세 ~ 24세
3.	성별은?	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
4.	입원한 병원이 있던 지역을 써주세요	

II. 치료와 입원 환경에서의 권리 실태

문항	내용	예	아니오
1	입원했을 때, 의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님들이 입원 환자의 권리와 의무에 대해서 설명해주셨습니까?		
2	의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님들이 내가 어떤 병인지, 앞으로 어떻게 치료할 것인지에 대해 자세히 설명해주셨습니까?		
3	입원했을 때 어른들과 분리된 병동이나 병실에 있었습니까?		
4	입원 중에 의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님들을 자주 만날 수 있었습니까?		
5	치료 중에 CCTV 촬영이 필요할 경우, 나의 치료 혹은 나의 안전을 위해 치료를 담당하는 선생님들이 나에게 CCTV 촬영을 해도 괜찮다는 동의를 받았습니까?		
6	의사 선생님이나 간호사 선생님이 진료나 검사를 위해 꼭 필요해서, 환자의 개인적인 정보(예: 얼굴 사진, 치료받는 병의 이름, 집주소, 가족관계 등등)를 누군가에게 알려야하는 경우가 가끔 있습니다. 이런 경우에, 나에게 미리 어떤 사람들에게 어느 정도로 정보가 알려질 수 있다고 설명하거나 이해를 구한 적이 있습니까?		
7	나를 치료하는 선생님에게 털어놓은 나의 비밀 이야기를 다른 사람들이 알게 된 경우가 있나요?		
8	입원 중에 인터넷 또는 전화기 사용을 금지 당한 적이 있습니까?		
9	학대나 폭행을 당했을 때, 비밀을 지키면서 신고할 수 있는 방법에 대한 설명을 들었습니까?		

10	입원 중에 누군가에게 맞거나 괴롭힘을 당하신 적이 있습니까?		
11	괴롭힘을 당해서 도움을 요청했을 때 의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님들이 즉시 도움을 주었습니까?		
12	입원 중에 공부를 할 수 있는 기회(예, 교육 및 학습 프로그램 참여)가 주어졌습니까?		
13	입원 중에 병동 프로그램에 적극적으로 참여했습니까?		
14	입원 중에 병동 프로그램은 도움이 되었습니까?		
15	입원했던 병원에 아동·청소년을 위한 치료 또는 오락 프로그램이 있었습니까?		
16	입원 중에 의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님이 강제로 일(예, 배식, 청소 등)을 시킨 적이 있습니까?		
17	입원 중에 원하지 않는 프로그램이나 행사에 강제로 참여한 적이 있습니까?		
18	입원 중에 팔다리가 침대에 묶인 적이 있습니까?		
19	방(격리실)에 혼자 갇혀서 못 나오게 된 적이 있습니까?		
20	팔다리가 묶이거나 혼자 방에 갇혔을 때, 의사선생님 또는 치료를 담당하는 선생님들로부터 충분한 보살핌(물, 음식물, 화장실, 혈압 또는 맥박 체크)을 받았습니까?		
21	팔다리가 묶이거나 혼자 갇혀서 못 나오게 될 때, 의사 선생님 또는 치료를 담당하는 선생님이 왜 그렇게 하는지에 대해 설명해 주셨습니까?		
22	진료를 받거나, 입원을 하고 싶을 때 바로 병원에 갈 수 있었습니까?		
23	입원을 원하지 않았는데, 입원한 적이 있습니까?		
24	퇴원을 원했을 때, 바로 퇴원할 수 있었습니까?		
25	퇴원할 때, 학교나 집 또는 동네에서 생활할 수 있도록 도와주는 프로그램에 대해 안내를 받았습니까?		
26	치료가 끝난 후에도, 학교나 집, 또는 동네에서 생활을 잘 할 수 있도록 도와주는 프로그램에 계속 참여할 수 있었습니까?		

III. 기타

27. 정신장애 아동·청소년의 치료 환경에 대하여 하고 싶은 말을 있으면 써 주세요.

■ 끝까지 성실하게 응답해 주셔서 감사합니다.

II. 치료 관련 고지·동의

가. 공통문항

문항번호	내 용	①	②	③	④	⑤
		전혀 아니 다	약간 아니 다	그저 그렇 다	그렇 다	매우 그렇 다
1	정신장애를 가진 아동·청소년에게 직접 진료 혹은 치료 과정 중 부여될 권리 및 의무에 대해 고지하고 있습니까? ※ 권리: 진료 과정 참여, 개인 및 진료 정보 보호, 사생활 보호, 학대 및 폭행 피해자 또는 의심 환자를 위한 보고 및 지원, 노동 강요 금지, 통신 및 면회 제한 등					
2	치료의 대상이 되는 아동·청소년에게 직접 현재의 질병 상태 및 앞으로의 치료 계획을 설명하고 있습니까?					
3	아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료의 부작용 혹은 치료 예상 결과 등에 대해 고지하고 있습니까?					
4	진료 혹은 치료를 위해 녹음, 녹화, 촬영 등의 방법으로 아동·청소년의 진술 혹은 행동적 특징에 대한 자료를 수집할 시, 해당 행위의 목적과 필요성, 수집 방법 등에 대해 고지한 뒤, 아동·청소년에게 직접 서면 동의를 구하여 진행하고 있습니까?					

나. 의료인 대상 문항(기관장, 의사, 간호사)

문항번호	내 용	①	②	③	④	⑤
		전혀 아니 다	약간 아니 다	그저 그렇 다	그렇 다	매우 그렇 다
5	의학적 연구 목적으로도 치료를 진행할 경우, 아동·청소년에게 직접 현재 계획 중인 치료와 의학적 연구와의 관련성에 대해 안내하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 의학적 연구 목적으로 치료를 진행한 적이 없음					
6	아동·청소년을 대상으로 전기충격치료가 필요할 경우, 아동·청소년에게 직접 해당 치료의 목적, 과정 및 예상 결과 대해 고지한 뒤 서면 동의를 구하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 전기충격치료를 시행하지 않음					

Ⅲ. 입원 환경에서의 권리 보장

가. 공통문항

문항번호	내 용	①	②	③	④	⑤
		전혀 아니 다	약간 아니 다	그저 그렇 다	그렇 다	매우 그렇 다
7	아동·청소년의 진료 및 사생활 정보 수집 시, 아동·청소년에게 직접 동의를 구하고 정보 수집 절차(예, CCTV 설치)에 대해 안내하고 있습니까?					
8	진료 및 검사, 혹은 법률적 목적으로 인해 아동·청소년의 진료 정보 혹은 사생활에 대한 노출이 필요할 시, 아동·청소년에게 직접 동의를 구하고 있습니까?					
9	아동·청소년의 경우 입원실 배정 시 연령을 고려하여 배정하고 있습니까?					
10	아동·청소년에게 노동(예, 농작물 수확, 배식 등의 작업)을 시행하십니까?					
11	아동·청소년의 통신 및 면회를 제한할 시에, 정신건강의학과 전문의 지시 하에 시행하고 있습니까?					
12	아동·청소년을 위한 별도의 치료 프로그램을 운영할 경우, 해당 프로그램에 가족을 포함시키고 있습니까?					
13	아동·청소년의 입원기간 동안 교육적인 기회(예, 교육 프로그램 운영)를 제공하고 있습니까?					
14	아동·청소년이 원하지 않은 프로그램이나 행사에 참여를 강요하시는 편입니까?					
15	아동·청소년을 위한 별도의 치료 및 오락 프로그램을 운영 중입니까? □ ① 예 □ ② 아니요 ※예의 경우 프로그램명: _____					
16	아동·청소년을 위한 별도의 치료 프로그램을 운영할 경우, 아동·청소년을 담당하는 전문의 또는 치료사가 있습니까? □ ① 예 □ ② 아니요					

나. 의료인 대상 문항(기관장, 의사, 간호사)

문항번호	내용	① 전혀 아니 다	② 약간 아니 다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다
17	아동·청소년에게 격리 및 강박을 취할 시, 해당 조치를 취하는 이유를 아동·청소년에게 직접 설명하고 있습니까?					
18	아동·청소년에게 격리 및 강박을 취할 시 외부 관찰이 가능한 환경에서 주치의 또는 당직 의사의 지시 하에 진행하고 있습니까?					
19	아동·청소년에게 격리 및 강박을 취할 시, 치료진 2-3명의 협업 하에 진행하며, 매 시간마다 환자의 호흡, 혈압, 맥박 등을 체크하고, 격리 및 강박일지를 작성하고 있습니까?					
20	아동·청소년에게 전기충격치료가 필요할 경우, 별도의 치료실에서 전기충격치료를 진행하고 있습니까? <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 전기충격치료를 시행하지 않는다.					
21	아동·청소년을 대상으로 별도의 치료 정책이나 지침이 있습니까? <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오					

IV. 학대 및 폭력으로서의 보호

가. 공통문항

문항번호	내용	① 전혀 아니 다	② 약간 아니 다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다
22	아동·청소년에 대한 학대 및 폭행이 일어났을 경우, 피해자를 위한 보고 및 지원 체계를 알고 계십니까?					
23	위의 지원 체계를 잘 알고 있는 경우, 그 지원 체계는 피해 아동의 비밀보장 및 내부 보고 및 외부기관 신고 절차를 포함하고 있습니까?					
24	아동·청소년 학대 및 폭력이 발생할 때 적절한 보호나 지원을 하고 있습니까?					
25	가정에서의 아동 방임 또는 학대가 의심될 경우 관련 기관에 신고하거나 그에 해당하는 절차를 잘 알고 있습니까?					

나. 사회복지사 대상 문항

문항번호	내 용	① 전혀 아니 다	② 약간 아니 다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다
26	아동·청소년에 대한 사회력 조사가 이루어지고 있습니까?					

V. 입, 퇴원 관련

가. 공통문항

문항번호	내 용	① 전혀 아니 다	② 약간 아니 다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다
27	퇴원이 필요하나 보호자 또는 지역 내 보호기관이 충분하지 않아 입원 기간이 필요이상으로 길어진 적은 있습니까?					
28	보호자 및 아동에게 퇴원 후 정신건강 관리를 도와 줄 기관을 소개·중개해주십니까?					

나. 의료인 대상 문항(기관장, 의사, 간호사)

문항번호	내 용	① 전혀 아 니 다	② 약간 아니 다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다
29	퇴원 통지 시, 아동·청소년 환자 본인의 퇴원 동의 하에 퇴원 사실 통지서를 작성하여 퇴원 절차를 진행하고 있습니까?					
30	퇴원 통지 시, 아동·청소년에게 직접 질병 관리에 대한 주의사항, 혹은 의료기관의 방문이 필요한 증상 등과 관련하여 충분한 설명을 제공하고 있습니까?					
31	퇴원 후 아동·청소년이 학교, 가정, 혹은 지역사회 공동체에 적응할 수 있도록 치료 연계(병원 내 치료프로그램, 정신건강복지센터, Wee센터 등) 및 교육 연계(교내 특수교육 프로그램등) 시스템을 운영하고 있습니까?					

VI. 정책 및 기타 제안

32. 아동·청소년 치료와 관련하여 가장 우선하여 개선되어야 할 사항이 무엇이라 생각하십니까?

- ① 정신과 질환에 대한 편견
- ② 아동·청소년을 위한 전문의료기관의 필요
- ③ 아동·청소년을 위한 지역사회 치료기관의 확충
- ④ 아동·청소년을 위한 사회복귀기관 및 프로그램의 확충

33. 정신장애 아동·청소년의 치료와 관련된 환경 및 정책에 대한 의견이 있으시면 기술해 주시기 바랍니다.

■ 끝까지 성실하게 응답해 주셔서 감사합니다.

정신의료시설의 정신장애아동 인권증진을 위한 실태조사

-최종보고서-

| 인쇄일 | 2017년 12월 22일
| 발행일 | 2017년 12월 22일
| 발행처 | 국가인권위원회
| 주 소 | 04551 서울시 중구 삼일대로 340
나라키움 저동빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
| 문의전화 | 02)2125-9964
| 제작 | 디지털 프라자

ISBN : 978-89-6114-610-4 93510 비매품