

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000918-01

2022년 장애인 인권증진 실태조사
연구용역 최종보고서

정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사

2022년도 국가인권위원회 정신장애인 인권친화적 치료환경
구축을 위한 실태조사 연구용역 최종보고서를 제출합니다.

정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사

2022년도 국가인권위원회 정신장애인 인권친화적 치료환경
구축을 위한 실태조사 연구용역 최종보고서를 제출합니다.

2022. 12.

연구수행기관 : 한양대학교 후견·신탁연구센터
책임연구원 : 제철웅 (한양대학교 법학전문대학원 교수)
공동연구원 : 강상경 (서울대학교 사회복지학과 교수)
 김문근 (대구대학교 사회복지학과 교수)
 김성수 (다원정신건강의학과 원장)
 장창현 (느티나무의원 원장)
 정성권 (이음병원 원장)
 정여진 (신천연합병원 진료과장)
연구보조원 : 박종은 (서울대학교 사회복지학과 박사수료)
 김병수 (서울대학교 사회복지학과 박사수료)
 김정현 (서울대학교 사회복지학과 박사수료)
 김경희 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
 김형덕 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
 나수빈 (서울대학교 사회복지학과 석사과정)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

연구요약

1. 서론

○ 연구배경

- 세계인권선언부터 국제인권규약 A 규약, B 규약에서도 정신장애인(정신장애인이란 용어는 국제인권법의 장애 개념에 따라 서술함. 정신질환치료가 문제될 때에는 정신질환자라는 표현을 사용하기도 함. 이하 동일.)의 인권은 언급되지 않을 정도로, 국제인권법 및 국제인권의 영역에서 정신장애인의 인권은 오랫동안 무시되어옴
- 그러나 선진국에서는 정신장애인의 인권존중을 위한 노력을 지속해옴. 미국의 1973년 재활법(The Rehabilitation Act)과 1990년 미국장애인법(The Americans with Disability Act)이 입법적 진보의 예임
- 미국 장애인법은 국제적으로 큰 반향을 불러일으킴. 국제적으로 새로운 장애인인권 협약을 제정하기 위한 국제운동을 일으켰으며, 이런 흐름 하에 2006년 장애인권리 협약이 제정됨
- 장애인권리협약은 이전에 유엔총회에서 채택된 정신장애인 관련 권리선언을 배제하고, 정신장애인도 다른 사람과 평등한 기반 하에 일하고, 주거하며, 사회적, 정치적 활동을 할 수 있는 주체로 인정하는 것을 대원칙으로 삼고 있음
- 구체적으로 장애인권리협약 제25조, 제12조, 제14조, 제15조에서는 정신장애인의 치료가 자발적 동의에 기반하여야 하고, ‘평등에 기반하지 않는 한’ 비자의 입원도 허용해서는 안 되며, 정신장애인에 대한 비인간적 처우를 금지함으로써 정신질환을 경험하는 입원 당사자들의 인권기반 치료환경 조성 필요성을 권고하고 있음
- 장애인권리협약의 실천을 위해 제작된 WHO의 Quality Toolkit에서는 정신장애인이 지역사회에서 자신의 삶을 살아갈 수 있도록 하는 회복 지원의 일환으로서 의료서비스에 대한 접근을 취하고 있음
- 선진국에서는 이미 오래전부터 인권에 기반하여 정신장애인 당사자가 회복할 수 있도록 지원하는 접근이 취해지고 있음. 영국, 미국 등에서는 인권친화적 치료환경 조성의 일환으로 지역사회 기반 치료와 회복을 중시하며, 이를 위해 정신질환 관련 치료 과정 전반에서 대안적 선택지를 제공하고, 자기결정권 행사의 지원, 비자의입

원 및 강제치료를 지양하는 방향성이 추구하고 있음

- 우리나라의 경우 2017년 정신건강복지법이 전면 개정되었지만, 법의 주된 목적이 ‘자유권’ 보장의 일환으로 비자의 입원 요건을 강화하여 입원 통제를 실현하는 것에 있어, 인권친화적 치료환경 조성을 목적으로 정신질환 치료 과정에서 자기결정권 존중 및 지역, 지역사회기반치료 등을 뒷받침 할 수 있는 방법과 서비스가 법에 제대로 구현되지 못하거나 구체화되지 못하였음
- ‘자유권’ 보장을 위한 정신건강복지법 개정 이후 비자의 입원은 감소하였지만, 동의 입원 등 사실상 비자의입원인 제도들을 통해 많은 당사자들이 폐쇄병동에 장기입원 하고 있기 때문에 인권친화적 치료환경의 조성과는 거리가 먼 상태임. 평균 재원기간은 약 200.4일의 장기입원인 것이 이를 잘 말해 줌. OECD 가입국들의 평균입원 기간은 2020년 기준 32.5일(OECD, 2021)이며, 약 6배의 차이가 존재함
- 또한 국내 정신건강복지법은 격리에 대한 규제가 사실상 존재하지 않고 통신 및 면회와 같은 개인의 자유권의 제한 또한 정신과 의사 재량에 맡겨져 있는 것도 ‘치료’를 인권친화적으로 해야 한다는 관념의 부재 내지 미성숙을 보여주는 예임

○ 연구 목적과 필요성

- 국내 정신의료기관의 경우 정신질환자를 장기수용하면서도 과밀수용하고, 시설이 열악하며, 격리 및 강박과 통신 및 면회 제한 등이 법적으로 정신과 의사의 재량적 판단에 맡겨져 있음. 정신건강복지법 제2조의 취지와 달리 입원이 치료와 회복에 불가결한 수단이 되기보다는, 오히려 강제투약, 사생활침해 등이 수반되는 경우도 적지 않아 정신질환자가 자신의 개성을 존중받고 발휘할 수 있는 계기가 되기보다는 순종적인 수동적 자세를 익히는 환경으로 작용할 우려가 많음. 결과적으로 존엄한 인간으로서의 기본적 인권의 존중이 제도적으로 보장되지 않을 수 있음
- 이러한 상황은 한편에서는 병원의 인적 및 시설기준, 비현실적으로 낮은 수가 등의 요인과 결부되어 있음. 다른 한편에서는 당사자 단체에서 지적하듯이, 대안적 정신 건강서비스 미비, 사회적으로는 정신질환에 대한 편견으로 정신의료기관 치료환경에 대한 관심이 낮은 것이 요인일 수 있음
- 그럼에도 현재까지 정신장애인 인권친화적 치료 환경 구축을 위한 연구는 제한적임. 정신의료기관의 정확한 인권실태와 그 원인에 대한 분석이 없음
- 이에 유엔 장애인권리협약과 WHO의 Quality Toolkit, 다수의 선진국에서 의료서비스 정책에서 채택하고 있는 회복모델을 참고하여 우리나라 정신병원의 치료가

어느 정도 인권친화적인지를 조사하여 인권친화적 치료환경을 구축하기 위한 방안이 무엇인지를 도출하고자 함

- 본 연구를 통해 인권친화적 정신건강서비스에 관한 국내외의 정책과 다양한 사례(모델)을 검토하고, 이를 토대로 정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 정책 개선방안을 제시하고자 함

2. 연구결과

- 정신장애인의 인권친화적 치료환경 구축을 위한 방안을 마련할 수 있도록, 인권친화적 정신건강서비스에 관한 국내외의 정책과 다양한 사례(모델)을 검토하고, 이를 토대로 정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 정책개선방안을 제시하고자 함. 각 장별 시사점은 다음과 같음
- 국제적 기준 : 인권친화적 치료환경이란?
 - 인권친화적 치료환경의 기준 파악을 위해 UN 장애인권리협약, WHO QualityRights Tool Kit(2012), WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019), WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021) 등에서 정신의료기관의 인권친화적 치료환경 조성 관련 내용을 분석함
 - UN 장애인권리협약은 장애인의 인권과 자유를 보장하기 위한 이념적 선언임. UN 장애인권리협약에서 인권친화적 치료환경과 관련된 조항은 ‘제12조 법앞의 평등’, ‘제14조 신체의 자유 및 안전’, ‘제15조 고문으로부터의 자유, 제16조 폭력, 착취, 학대로부터의 자유’, ‘제19조 자립적인 생활과 지역사회통합’, ‘제22조 사생활의 존중’, 제25조 ‘동의기반의 치료’ 등으로 나타남
 - UN 장애인권리협약이 이념적 선언으로서의 의미를 갖는다면, WHO QualityRights Tool Kit(2012)은 장애인권리협약에서 선언된 권리들을 실천하기 위한 구체적인 기준을 담고 있음
 - WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)는 2012년에 발표된 툴킷의 기준들을 구체적으로 어떻게 달성할 수 있는지에 대해 교육, 훈련 등의 내용을 담은 지침임. 이중 인권친화적 치료환경과 관련 있는 핵심훈련분야 5개, 특별훈련 3개, 서비스 전환 1개 분야임. 이러한 기준들이 공통으로 지향하고 있는 바는 ‘회복지향서비스’임. 입원당사자의

‘자기결정권, 인권’을 증진하고, ‘트라우마’를 해소하며, 당사자-전문가 간의 ‘불균형한 힘을 극복’하는데 초점을 둬. 특히 특별 훈련에서는 격리 및 강박을 종식할 수 있는 방법, 지원의사결정을 이행할 수 있는 방법, 개별회복지원을 할 수 있는 방법 등 구체적인 실천 기법들을 연습해볼 수 있도록 내용 구성이 되어있음. 궁극적으로 이루어져야할 것은 서비스가 추구하는 핵심가치, 비전들이 국제인권기준과 일치하도록 하고 서비스 전반에 체화 되어야 한다는 점임

- 2021년 발표된 Guidance and technical packages on community mental health services(2021)는 이전에 발표되었던 이념적 선언, 기준, 기준을 달성하기 위한 지침을 반영하여 인권기반 실천을 이행하고 있는 사례를 소개하고 있음. 인권친화적 치료환경과 관련된 사례는 병원기반 정신건강서비스(Hospital-Based Mental Health Services)와 정신건강위기서비스(Mental health crisis services) 중 일부 내용이 있었음. 사례들은 당사자의 법적 능력을 존중하고, 비강압 실천과 지역사회통합을 목표로 하고 있으며, 당사자가 자신의 회복 계획에 최대한으로 참여할 수 있도록 대안적 서비스 제공, 회복 접근을 취하고 있는 점이 특징적이었음. 구체적으로 병원기반 정신건강서비스에서는 일반적인 건강세팅이나 지역사회와 통합하여 건강 서비스를 제공하는 병원세팅에서의 정신건강서비스가 제시되었으며, 그 사례로는 노르웨이의 블랙스타드병원의 기초노출치료(BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust) 독일의 클라이니켄 란트크라이스 하이텐하임(Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH), 스위스의 소테리아(Soteria) 사례가 있었음. 정신건강위기 서비스의 경우 핀란드의 오픈다이얼로그 사례가 있었음
- 국제인권기준을 통해 인권친화적 치료환경 조성을 위해서는 입원 과정, 입원 중 생활, 퇴원 지원 과정 전반에 지역사회 중심 회복 접근이 필요함을 확인함. 입원 과정에서 당사자가 원하는 치료 방식을 선택할 수 있도록 의사결정지원, 위기쉼터 등의 대안적 방안이 조성되어야 하고, 입원 중에는 사생활 존중, 통신의 자유, 당사자를 존중하고 신체의 자유를 보장하는 비강압적 치료 등의 대안적 치료 방식이 요구됨. 또한, 입원 시작부터 퇴원 지원에 이르기까지 당사자가 지역사회에 포용될 수 있도록 개별회복 지원이 필요함. 더불어 인권친화적 치료환경을 위해서는 정책 및 서비스 운영체계의 패러다임 전환이 이루어져야 함

○ 인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황

- 인권친화적 치료환경과 관련된 법, 정책 및 운영체제, 입원 중 좋은 치료방법, 정신의료기관 인증평가체계를 분석하여 다음과 같은 시사점을 도출함. 시사점은 입원 과정, 입원 중 생활, 퇴원 지원으로 구분하여 살펴봄

- 첫째, 입원 과정에서의 인권친화적 입원치료 환경 조성을 위하여 비자의 입원 관련 법 및 정책 체계를 살펴봄. 비자의 치료와 관련된 국내 법, 정책 및 운영체계는 정신건강복지법 제43조 보호의무자에 의한 입원, 제44조 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원이 있고, 동일 법 제45조~제49조에 입원적합성심사위원회에 대한 규정, 제53조~제61조 정신건강심사위원회를 두어 비자의 입원 요건에 맞지 않는 비자의 치료를 규제하는 정책이 이행 중임. 그러나 실제 당사자의 신청이 선행 되어야만 대면 심사 또는 심사가 이루어질 수 있기 때문에 비자의 입원에 이의를 제기하고자 하는 입원 당사자들이 이러한 권리를 인지하고 신청하기에 한계가 있을 것으로 보임. 또한 입원 시 비자의 입원의 대안으로서 위기 쉼터, 지역사회전환시설이 소수에 불과하여 비자의 입원 이외에 선택할 수 없는 치료방법이 부재한 현실을 확인함
- 둘째, 입원 중 생활 관련하여 격리/강박, 의사결정지원, 통신 및 면회 외출의 자유 보장 등과 관련된 국내 현황을 검토함. 격리/강박과 관련된 국내법은 제72조 수용 및 가혹행위 등의 금지, 제75조 격리 등 제한의 금지이며, 구체적인 사안은 격리 및 강박 지침을 통해 규정하고 있음 격리 및 강박의 경험 시행 자체가 당사자에게 트라우마를 주는 경험이므로 국제인권기준에서는 ‘격리 및 강박 종식 전략’ 채택을 권고하고 있음. 이를 실천하고 있는 국내 소수 정신의료기관 중 새로운경기도립정신병원은 국제인권기준을 받아들여 비강압 치료를 시행하고 있으며, 전 직원을 대상으로 고조완화기법, 비폭력대화, 도수억제기법 등의 교육을 실시하였음. 그러나 국제인권기준에서 지향하는 비강압치료에 대한 수가 기준은 부재함. 이에 실질적인 격리 및 강박 종식이 의료현장에서 실천되기 어려운 실정임
- 셋째, 정신병원에 비자의 입원 해 있는 정신질환자는 대부분 사회적 낙인 하에 심한 고립감을 갖고 있고, 자기 의사, 감정, 선호도를 표현하는 것에 매우 취약한 상태이기 때문에 이들이 자기의 의사, 감정, 선호도를 표현하도록 지원하는 것이 매우 중요함. 그러나 우리나라에 지원의사결정과 관련된 법은 부재하며, 현재 국내에서는 한시적 제도로 절차보조사업, 소수 정신의료기관에서 시행 중인 함께하는 의사결정이 존재함. 지원의사결정을 위한 법체계를 마련하고 관련 가이드라인, 수가 등의 운영체계를 확보하는 작업이 필요할 것으로 보임
- 넷째, 통신, 면회, 외출의 자유는 국제인권기준 상 입원 당사자가 지역사회와 지속적으로 소통할 수 있도록 하는 중요한 기능을 하지만, 국내에는 정신건강복지법 제75조 통신과 면회의 자유 제한의 금지 조항과 2022 정신건강사업안내에 외출의 자유 관련한 국가인권위원회 결정사례 이외에 규정이 미비함. 정신질환자의 입원은 지역사회 기반 치료와 회복의 연장선 상에 있어야 한다는 국제규범에 입각

한다면 입원 기간 중 지지체계와 통신 및 면회를 유지하고, 외출을 지속하는 것이 입원치료의 필수 요소여야 함. 때문에 통신·면회·외출(경우에 따라서는 지원외출)의 자유는 현저한 위험 상황이 아니면 이를 제한해서는 안 될 것임. 이를 제한해야 하는 경우에는 상당한 정도의 자해, 타해의 위험에 상응하는 기준을 법령에 명시하여야 함

- 다섯째, 인력 및 기준을 준수하지 않는 기관이 있고 이러한 기관에게 감액된 수가를 지원하여 치료 환경이 더욱 열악해지고 있음을 확인함. 중증도를 고려하지 않은 수가체제로 입원환자를 위한 개별회복지원이 제한적으로 이루어지고 있고, 의료급여 및 건강보험환자의 수가차이로 인해 환자의 경제적 상태에 따른 서비스 격차도 발견됨. 이에 인력 및 시설 기준을 준수하는 의료기관에 의료수가를 보상하는 방향으로 정책을 전환, 중증도에 따른 차별화된 인력 및 수가 적용, 건강보험 및 의료보험 수가의 격차 완화가 요구됨
- 여섯째, 정신의료기관의 인증 및 평가 개선도 필요함. 현행 정신의료기관 평가 및 인증 체계는 이원화 되어 있어 정신의료기관의 부담이 크고, 각각의 평가 내용 또한 입원환자의 인권을 개선하기에는 부족함이 있음. 또한, 평가 및 인증 결과의 구체적인 내용을 소비자인 정신장애인이 알 수 없는 것도 문제임. 이에 인증 및 평가 제도를 일원화하고 평가 기준에 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 기준을 보완하도록 하며, 평가의 상세결과를 의료서비스 이용자에게 공개할 수 있도록 해야 함
- 마지막으로 퇴원 시 인권친화적 치료환경을 조성하는데 있어, 국내의 경우 지역사회 통합과 관련된 참여, 퇴원계획, 퇴원 후 지원 등에 대한 구체적 가이드가 부재한 것이 문제로 나타남. 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공에 대한 내용은 선언적 내용에 불과하기 때문에, 퇴원계획 가이드 및 수가 개발이 요구됨

○ 인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례

- 영국, 호주, 대만, 미국, 독일의 사례를 중심으로 인권친화적 치료환경을 분석함. 종합하였을 때 입원, 입원 중 생활, 퇴원지원에 있어서 살펴볼 수 있는 시사점은 다음과 같음
- 첫째, 먼저 입원 과정에서는 비자의 입원 시 당사자의 의사결정을 지원할 수 있는 법적 규정 및 실천 가이드가 조성되어야 함을 확인함. 영국, 미국, 독일 등 국가별로 명칭은 다르지만 입원당사자의 권익을 옹호할 수 있는 사람을 법적으로 규정하고 있고, 이들에게는 환자 지원을 위한 상당한 접근 권한을 부여하고 있음.
- 둘째, 입원 중 인권친화적 치료 환경 조성을 위한 실무자 가이드, 수가 체계가

조성되어야 함. 대부분의 국가에서 통신, 면회, 외출 및 외박의 자유를 보장하고 격리 및 강박을 지양하는 규정을 하고 있음. 우리나라와 다른 점은 그 자유를 제한 할 때에는 각 법령에 대한 구체적인 지침 강령을 만들어 당사자 중심의 인권이 실천될 수 있도록 한다는 것임. 이러한 실천 강령은 특히 영국에서 구체화 되어 있음. 독일 또한 외박 및 외출의 시간을 구체적으로 법에 규정하고 있다는 점에서 고무적이었음. 대만의 경우에는 급성/만성 병동별 수가 및 인력 지원체계가 달라 정신의료기관이 수가체계에 따라 자연스럽게 당사자 중심 회복 환경을 이행할 수 있도록 체계가 조성되어 있음

- 셋째, 퇴원 지원 관련하여, 영국 대만, 미국 등 대부분의 국가에서 퇴원계획 등 개별회복지원을 법적으로 의무화하고 있다는 점이 시사적임. 입원 직후부터 퇴원 계획이 수립되고 영국의 경우 케어 코디네이터가 입원 당시부터 퇴원 이후에 적용 하는 과정 전반을 모니터링 하도록 되어 있음

○ 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 초점집단인터뷰

- 정신장애인 인권친화적 치료 환경 조성을 위해 당사자 및 종사자의 경험과 인식에 대한 초점집단인터뷰를 시행함
- 초점집단인터뷰는 총 4회(당사자 2회, 종사자 2회) 진행하였으며, 참여자는 총 12 명임(당사자 6명, 종사자 6명)
- 초점집단인터뷰 내용을 분석한 결과 대범주로는 5개, 하위주제는 25개가 도출됨

범주	주제
국제적 기준에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자 인권 중심의 정책 방향에 대한 동의 • 현장과 종사자의 이해 및 교육의 부족 • 국제적 기준에 관한 현장의 관심과 인식 확산 노력
국내 입원병원 치료환경에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 과거에 비해 개선된 물리적 환경, 자유 제한의 축소 • 여전히 유지되는 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차 • 치료와 안전을 위한 규제 지속 • 당사자와 종사자 간 존중적 태도 향상 • 대안적 서비스 및 자기결정권 지원 제도의 경험 부재 • 정신의료기관과 정신질환에 대한 편견
인권친화적 치료환경을 저해하는 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보의 어려움 • 집단적 서비스가 아닌 개별화된 서비스 제공의 한계 • 보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별적 구조 • 맞춤형 서비스 제공과 안전한 치료환경을 위한 적정 인력 부족 • 필요인력에 대한 법적 규정, 종사자 질 관리의 부재

범주	주제
인권친화적 치료환경을 위한 개선방향	<ul style="list-style-type: none"> • 병원의 소규모화, 병실 정원 축소 추진 • 입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장을 위한 노력 • 개인별 욕구에 부합하는 서비스 체계 구축 • 적정 수가 및 보험환자와 급여환자 간 수가 차이 조정 • 대안적 서비스 도입의 확대 • 인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육과 질 향상
퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향	<ul style="list-style-type: none"> • 자립 생활을 지원하는 지역사회 인프라 확충 • 퇴원 후 지역사회 자원 연계 및 의뢰체계 구축 • 성공적인 지역사회 전환을 위한 지역사회 자원과 병원 간 네트워크 • 개인과 가족의 책임이 아닌 국가 차원의 제도 마련 • 정책과 현장 간 간극을 좁히기 위한 단계적 정책 추진

- 초점집단인터뷰 결과에 근거한 시사점은 다음과 같음

- 첫째, 입원 및 퇴원 과정에서 정신장애인의 자기결정권을 보장해야 함. 이러한 자기결정권 보장을 위해 인권친화적 정신의료 서비스 체계 구축을 위한 정책적 노력이 다각적으로 필요함
- 둘째, 입원 중 생활에 있어서는 정신의료서비스 체계가 인권중심으로 전환되기 위한 가이드라인 및 절차가 체계적으로 제시되어야함. 구체적으로 입퇴원 과정에서 발생할 수 있는 인권침해 요인을 해소할 수 있는 인권중심의 대안적 서비스가 도입될 필요가 있음
- 셋째, 퇴원 지원 관련하여, 자립을 위한 지역사회 인프라 확충이 필요하고, 의료 및 복지체계간 통합 연계체계가 구축되어야 함
- 넷째, 입원, 입원중 생활, 퇴원지원 전반적으로 인권기반 치료 환경을 조성하기 위해, 의료 및 재활모델에 익숙한 종사자들의 인식개선과 인권친화적 치료환경 조성을 위해 종사자 교육을 실시하고, 다학제적 통합적 서비스 공백을 유발하는 주 원인인 서비스 수가체계가 재정비될 필요가 있음. 회복지향 서비스를 제공할 수 있도록 다학제 접근과 인력의 역할에 대한 규정이 요구됨.

○ 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 설문조사

- 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 파악을 위하여 입원당사자, 종사자를 대상으로 설문조사를 설문조사를 시행함
- 당사자 설문조사를 통해 도출된 시사점은 다음과 같음(최종 분석 대상자 수: 168명)
 - 병실 내 환자 과밀수용 등 병원 생활 전반에서 적정생활 수준 유지를 위한 지원이 필요함

- 당사자가 입원 중에도 병원 내외부를 자유롭게 이동할 수 있도록 하고, 휴대전화 등의 사용을 통해 지역사회 지지체계와 소통할 수 있도록 지원이 요구됨
 - 입·퇴원, 입원과정에 있어서의 자기결정지원과 쉼터 등의 대안책 안내가 요구되며, 이러한 지원은 특히 비자의 입원 시에 더 촘촘하게 지원되어야함
 - 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우 조사 항목에서 평균이 가장 낮은 지원 영역은 격리 및 강박에 대한 영역으로 나타남. 이에 비강압치료를 위한 대안 도입이 요구됨
 - 개별회복 지원을 위한 서비스가 부족하다는 응답이 많았으므로, 다학제 접근을 통한 개별회복지원 서비스 구축이 필요함
- 종사자 설문조사 결과를 통해 도출한 시사점은 다음과 같음(최종 분석 대상자 수: 196명)
- 통신, 외출 및 외박 등 지역사회와 교류할 수 있는 권리 지원의 문제가 나타나, 적정생활 유지를 위한 당사자의 통신, 외출 면회에 대한 자유 보장이 요구됨
 - 정신의료기관에서 현재 시행 중인 격리 및 강박 종식 전략이 국제인권기준에서 지향하는 바와 부합하는지 검토하고, 종사자가 이를 실천할 수 있도록 교육이 필요함
 - 당사자 개별 상황에 맞는 회복계획 수립과 개별회복 지원 촉진을 위한 보상체계(수가, 실적 등) 마련이 필요함
 - 치료 과정 전반에서 당사자가 회복 계획의 주체가 될 수 있도록 당사자의 의사결정을 존중, 수용, 반영해야함
- 당사자 및 종사자 설문조사 결과를 종합한 결과에 근거한 시사점은 다음과 같음
- 입원 시, 입원 중 생활, 퇴원 지원에 이르기까지 당사자들의 의사결정을 존중하고, 의사결정을 지원할 수 있는 제도적 장치 안내와 관련 종사자 교육이 이행되어야함
 - 당사자 및 종사자 조사결과를 비교하였을 때 종사자는 인권 기반 서비스를 제공하고 있다고 인식하는 반면, 서비스를 받는 당사자는 종사자보다 상대적으로 인권 기반 서비스 경험 인식이 부족한 것으로 나타났던 결과를 고려하여, 서비스 개편 전반에 있어 서비스 이용자인 당사자 중심의 시각이 대폭적으로 고려되어야 함
 - 입원 중에는 입원 당사자의 사회참여 역량강화를 위해서는 물리적 공간이 개인의 사생활의 자유, 타인과의 평안한 교류가 보장될 수 있는 환경이어야 함. 이를 위해서는 물리적 환경개선(병실수용 규모 축소, 질환의 유형 및 정도를 고려한 배정)과 통신·외출·면회 자유 보장에 대한 개선이 주요 의제로 다루어져야 함. 격리 강박 이외에 대안적 치료 방법이 도입되어야 하고, 이에 대한 보상체계 마련도 요구됨.

- 퇴원 지원 시, 입원 당사자의 개별회복지원이 이행되어야함. 이를 위해서는 인식 개선 및 전문가 교육 시행, 다학제 접근을 통한 회복 지원이 필요함

3. 결론 : 우리나라 입원치료환경 개선방안

○ ‘인권친화적 치료환경 구축’을 위한 정책 패러다임의 전환

- 기존 접근방법과 한계

- 기존의 정책 또는 법개정안은 자유권 보장에 더 많이 치중하고 있음. 인권친화적 치료에 대한 관심은 적으며, 입원과정, 입원중 치료, 의사결정지원에 있어 자유권의 영역을 주로 다루고 있음. 자유권은 개인이 합리적으로 자기결정을 한다는 전체하에 사회보호의 필요가 있을때만 개인의 자유를 제한할 수 있다는 것을 전제로 하고 있음. 비자의 입원으로 인해 무기력해진 많은 당사자에게 이러한 접근 방법을 취하는 것은 실질적으로 인권친화적 치료환경을 개선하는데 한계로 작용함.

- 패러다임 전환

- 정신장애인 또한 다른 사람과 동등한 수준에서 건강권을 보장받고, 치료를 받아함. 따라서 입원치료 또한 다른 질환과 같이 지역사회 기반하여 치료하고 입원 치료는 필요 시에만 이행되어야함. 입원과정, 입원 중 생활, 퇴원 지원에 있어 인권 기반 정책 재구성이 요구됨

○ 입원치료 목표의 재구성이 필요함

- 입원치료의 목적 설정의 재구성

- 입원치료의 목적이 사회적 수용이 아닌 ‘지역사회 구성원으로서의 포용적 삶을 영위(이하 사회참여라고 조작적으로 정의)할 수 있는 역량 강화’가 입원치료의 목적이 되어야 함. 이는 정신건강복지법 제2조의 취지처럼 지역사회 기반 치료와 회복이 중심이 되어야 하며, 입원치료는 지역사회와의 단절이 아니라 그 연장선에 있도록 함으로써, 조속히 다시 지역으로 돌아갈 수 있도록 하는 것에 목적으로 두어야 한다는 것임.

- 비자의입원 절차의 재구성

- 비자의입원 절차는 ‘자해, 타해의 위험방지’라는 사회안전보장의 차원보다는 ‘정신질환으로 인해 자해-타해의 위험’ 상황에 처한 개인으로 하여금 사회제도에 대한 신뢰를 회복할 기회로 활용하도록 해야 함
- 이를 위해 응급상황 이전에 조기개입하여 비자의입원을 피할 수 있는 대안적 서비

스 (예, 위기 쉼터)를 제공함으로써 원칙적으로 동의에 기반한 치료가 이루어지도록 해야 함

- 입퇴원관련해서 정신질환자로 하여금 대면심사, 인신보호법에 따른 구제, 정신건강심사위원회의 심사청구 기회를 적극 활용 할 수 있도록 권장해야 함
- 이 과정을 통해 비자의입원 제도가 ‘정신질환자’를 배제하려는 것이 아님을 경험하도록 하여 사회에 대한 신뢰를 회복할 기회를 갖도록 함

- 입원치료 환경의 재구성

- 입원 중 개인의 사생활, 타인과의 자유로운 교류공간의 확보가 가능하도록 함
- 입원 중 통신, 면회, 외출, 외박이 자유로워야 함
- 병원은 기본적으로 강압이 없는 공간이어야 함

- 입원치료 내용의 재구성

- 입원 중 치료는 기본적으로 다학제 치료팀(의사, 간호사, 정신건강전문요원, 사회복지사 등)의 참여 하에 사회참여 역량을 강화하는 기회가 되도록 해야 함
- 입원 중에도 정신장애인의 지역사회 기반 치료와 회복이 가능하다고 판단되면 즉시 퇴원할 수 있도록 조치하여야 함
- 퇴원계획의 수립은 입원과 동시에 진행함으로써 ‘정신질환자’로 하여금 사회 및 사회관계망(정신질환자와 직·간접으로 연결되어 접촉하는 사람들을 이렇게 조각적으로 정의함)에 대한 신뢰를 회복할 수 있도록 함

○ 입원 관련 정책의 정비가 필요함

- 입원치료의 대안적 서비스 구축을 위한 정책마련이 필요함. 일상 쉼터, 위기 쉼터, 정신건강복지센터 자원연계기능 강화를 통해 각자의 상황과 필요에 맞는 자원이 배분이 이루어져야 함
- 정신병원 입원치료에 관여하는 인력 및 서비스 정책이 수립되어야 함. 절차보조서비스 제도화, 외부기관 활동과의 연계, 퇴원계획이 입원 직후 수립될 수 있도록 정책이 마련되어야 함
- 인권친화적 치료환경 조성을 위한 평가, 인증 및 수가체계 개편이 필요함
- 인권친화적 치료 환경을 위해 의료진이 확충되어야함
- 지역사회 선택지가 없어서 퇴원하지 못하는 현실을 개선하기 위해서는, 지역사회 기반 치료 및 회복 서비스가 확충되어야 함

○ 관련 법제도 정비

- 인권친화적 치료환경 조성을 위해서는 정신건강복지법 및 관련 규정의 정비가 필요함
- 입원 과정 관련하여, 입원 전 단계에는 대안적 선택지로서 위기지원서비스, 의사 결정지원서비스, 퇴원지원서비스, 전환서비스가 신설될 수 있도록 함
- 입원단계에서는 비자의입원의 공공성을 확보하기 위한 다양한 방안(보호의무자에 의한 입원등을 행정입원으로 대체하는 것)만이 아니라 비자의입원 첫단계부터 정신장애인이 자기결정권을 행사할 수 있도록 입원적합성심사, 정신건강심사위원회, 인신보호법에 따른 구제신청의 지원을 제안함
- 입원 중 생활 단계 관련하여, 통신 및 면회의 자유 제한의 사전 허가는 지방자치단체의 장에게 연도록 하고, 신청, 허가, 보고에 관한 사항은 보건복지부령으로 정하도록 함. 격리 및 제한 금지에 대한 조항 또한 지방자치단체의 장에게 사전 허가 및 보고를 하도록 구체적인 격리 및 강박에 대한 사항은 보건복지부령으로 정함. 아울러 입원치료 품질 보장에 있어 다학제 치료(정신과 의사, 간호사, 정신건강전문요원, 사회복지사 등)를 피할 수 있도록 개정안을 제안함
- 퇴원지원 단계에서는 퇴원지원서비스, 전환서비스 법안 신설을 통해 지역사회 기반 치료가 이루어질 수 있도록 함
- 평가 및 인증제도 개선 관련하여, 의료법에서 정신병원도 인증을 받도록하는 것이 필요하고, 정신건강복지법 제31조의 평가에 인권친화적 치료 환경에 관한 사항이 평가 항목에 추가될 수 있도록 하며, 평가결과의 구체적 내용을 정신 건강 서비스 이용자들이 이해하기 쉬운 방식으로 공포하도록 시행규칙 개정을 제안함

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구목적 및 필요성	3
1. 연구의 배경	3
2. 연구의 목적과 필요성	9
제2절 연구내용 및 범위	11
1. 연구내용	11
2. 연구범위	12
제2장 국제적 기준 : 인권친화적 치료환경이란?	13
제1절 UN장애인권리협약(UN, 2014; 장애인개발원, 2021)	15
1. 제12조 법앞의 평등	15
2. 제14조 신체의 자유 및 안전	17
3. 제15조 고문으로부터의 자유, 제16조 폭력·착취·학대로부터의 자유	18
4. 제19조 자립적인 생활과 지역사회 포용	19
5. 제22조 사생활의 존중	20
6. 제25조 건강	20
제2절 WHO QualityRights Tool Kit(2012)	22
1. 테마1 적절한 수준의 생활을 유지할 권리	22
2. 테마2 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	23
3. 테마3 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	24
4. 테마4 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	24
5. 테마5 지역사회에 포용되어 독립적으로 살 권리	25

제3절 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)	26
1. 핵심훈련(Core Training)	27
2. 특별훈련	36
3. 서비스 전환	42
제4절 WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021)	45
1. 병원기반 정신건강 서비스	45
2. 정신건강위기서비스	60
제3장 인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황	65
제1절 법	67
1. 정신건강복지법	67
2. 의료법	74
제2절 정책 및 운영체계	75
1. 정신의료기관 및 입원 현황	75
2. 정책 및 운영체계	82
제3절 입원 중 좋은 치료방법: 사례	123
1. 경기도립정신병원에서의 인권기반 급성기 입원치료	123
2. 함께하는의사결정	127
제4절 정신의료기관 모니터링 및 인증평가체계	133
1. 지방자치단체에 의한 설치·운영 허가 및 지도점검	133
2. 정신건강심사위원회의 처우개선 신청 심사	134
3. 국가인권위원회의 인권침해 및 차별행위 조사와 구제	135
4. 정신건강 입원영역 적정성 평가체계	137
5. 정신의료기관 평가 및 인증체계	142
제5절 소결	152

제4장 인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례	157
제1절 영국	159
1. 법	159
2. 정책과 운영 체계	180
3. 입원 중 좋은 치료방법: NHS 동료지원근로자(NHS Health careers: Peer support worker)	194
4. 정신의료기관 인증평가체계	195
제2절 호주	200
1. 빅토리아주 정신보건법	200
2. 정책과 운영체계	208
3. 입원 중 좋은 치료 방법 : 가족정신건강지원서비스, 개별배치 및 지원, 디지털 직무 및 교육서비스	232
4. 정신의료기관 인증평가체계	236
제3절 대만	238
1. 정신위생법(정신보건법)	238
2. 정책과 운영체계	249
3. 입원 중 좋은 치료방법: 회복지향서비스를 제공하는 타오위안, 쯔오퉈 정신병원	257
4. 정신의료기관 인증평가체계	260
제4절 미국	266
1. 캘리포니아주 정신보건법	266
2. 정책과 운영 체계	275
3. 입원 중 좋은 치료방법: 소테리아 하우스(프로젝트)	287
4. 정신의료기관 인증평가체계	287
제5절 독일	291
1. 정신보건법	291
2. 정책과 운영체계	302
3. 입원 중 좋은 치료방법 : 생활지원서비스, Weinsberger 구호협회	314

4. 정신의료기관 인증평가체계(홍선미 외, 2009)	320
제6절 비자의 입원과 치료 환경 비교	326
1. 비자의입원제도 비교	326
2. 심판원 심사기관을 가진 주요국의 강제입원심사제도 비교	328
3. 비자의입원 기간 중 치료환경 및 퇴원, 퇴원 후 지원	330
제7절 해외사례의 시사점	337
1. 영국사례의 시사점	337
2. 호주(빅토리아주, 뉴사우스웨일스주)사례의 시사점	338
3. 대만사례의 시사점	339
4. 미국(캘리포니아주)사례의 시사점	340
5. 독일사례의 시사점	341
제5장 우리나라 입원 치료환경 현황 및 문제점 : 초점집단인터뷰	343
제1절 분석개요	347
1. 조사과정	347
2. 참여자특성	348
3. 질문 내용 구성	349
제2절 분석결과	351
1. 국제적 기준에 대한 인식	352
2. 국내 입원병원 치료환경에 대한 인식	354
3. 인권친화적 치료환경을 저해하는 요인	359
4. 인권친화적 치료환경을 위한 개선방향	363
5. 퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향	366
제3절 소결	372
1. 주요 연구결과	372
2. 정책제언을 위한 함의	375

제6장 우리나라 입원 치료환경 현황 및 문제점 : 설문조사	379
제1절 연구방법	381
1. 분석 자료 개요	381
2. 조사 기관 기본 현황	381
3. 조사 내용	385
제2절 당사자 설문조사 결과	389
1. 일반적 특성	389
2. 국제인권기준 관련 인식	404
3. 적정수준의 생활유지	407
4. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리	413
5. 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리	416
6. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 차별로부터의 자유	419
7. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리	424
제3절 종사자 설문조사 결과	427
1. 일반적 특성	427
2. 국제인권기준 관련 인식	429
3. 적정수준의 생활유지	433
4. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리	435
5. 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리	438
6. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 차별로부터의 자유	442
7. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리	445
8. 기타 서비스 관련 경험	448
제4절 당사자 및 종사자 조사 결과 비교	451
1. 국제인권기준 관련 인식 편차	451
2. 다섯 가지 권리영역별 인식 편차	454

제5절 주요 연구결과 및 제언	455
1. 당사자 설문 조사 주요 연구 결과 및 제언	455
2. 종사자 설문조사 주요 연구 결과 및 제언	470
3. 당사자, 종사자 조사 결과 비교 및 제언	478
4. 문제점 및 제언 종합	482
제7장 우리나라 입원 치료환경 개선방안	487
제1절 요약 및 시사점	489
1. 국제적 기준 : 인권친화적 치료환경이란?	489
2. 인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황	490
3. 인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례	495
4. 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 초점집단인터뷰	498
5. 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 설문조사	500
제2절 결론 및 제언 : 입원치료환경 개선방향	503
1. ‘인권친화적 치료환경 구축’을 위한 정책 패러다임의 전환	503
2. 입원치료의 목표 설정	509
3. 입원치료 관련 정책의 정비	518
4. 관련 법제도 정비	530
참고문헌	545
부록	553
1. 입원당사자 설문지	555
2. 종사자 설문지	570

표 목차

〈표 1-1〉 WHO QualityRights Tool kit 주제와 기준	5
〈표 2-1〉 UN장애인권리협약 제12조	16
〈표 2-2〉 UN장애인권리협약 제14조	17
〈표 2-3〉 UN장애인권리협약 제15조, 제16조	18
〈표 2-4〉 UN장애인권리협약 제19조	19
〈표 2-5〉 UN장애인권리협약 제22조	20
〈표 2-6〉 UN장애인권리협약 제25조	21
〈표 2-7〉 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 구성	22
〈표 2-8〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마1의 표준	23
〈표 2-9〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마2의 표준	23
〈표 2-10〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마3의 표준	24
〈표 2-11〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마4의 표준	25
〈표 2-12〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마5의 표준	25
〈표 2-13〉 WHO(2019) QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation 구성	26
〈표 2-14〉 WHO(2019) 핵심훈련-인권	28
〈표 2-15〉 WHO(2019) 핵심훈련-정신건강, 장애와 인권	30
〈표 2-16〉 WHO(2019) 핵심훈련-법률행위 및 의사결정권	32
〈표 2-17〉 WHO(2019) 핵심훈련-회복과 건강권	33
〈표 2-18〉 WHO(2019) 핵심훈련-강제와 폭력 및 학대로부터의 자유	35
〈표 2-19〉 WHO(2019) 특별훈련-정신건강과 안녕을 위한 회복 실천	36
〈표 2-20〉 WHO(2019) 특별훈련-정신건강과 안녕을 위한 회복 실천-희망고취방법	37
〈표 2-21〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 증식 전략	38
〈표 2-22〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 증식 전략-도전적 가정	39
〈표 2-23〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 증식 전략	40

〈표 2-24〉 WHO(2019) 특별훈련-지원의사결정과 사전계획-도전적 가정	41
〈표 2-25〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진 1장	42
〈표 2-26〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진 2장	43
〈표 2-27〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진-서비스 전환 우선순위	43
〈표 2-28〉 Guidance and technical packages 구성	45
〈표 2-29〉 소테리아 베른의 8가지 운영 원칙	56
〈표 2-30〉 소테리아 베른의 지원 3단계	57
〈표 3-1〉 정신건강복지법 제43조, 제44조, 제50조, 동법 시행규칙 제34조 : 한국	67
〈표 3-2〉 정신건강복지법 제45조 : 한국	68
〈표 3-3〉 정신건강복지법 제47조 : 한국	69
〈표 3-4〉 정신건강복지법 제55조 : 한국	70
〈표 3-5〉 정신건강복지법 제60조 : 한국	70
〈표 3-6〉 정신건강복지법 제72조, 제75조 : 한국	71
〈표 3-7〉 정신건강복지법 제74조 : 한국	72
〈표 3-8〉 2022 정신건강사업안내 포괄적 행동 제한의 금지 : 한국	72
〈표 3-9〉 정신건강복지법 제33조~제37조 : 한국	73
〈표 3-10〉 의료법 제46조 : 한국	74
〈표 3-11〉 정신의료기관 수 변화 추이 : 한국	75
〈표 3-12〉 인구 10만명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 한국, OECD	76
〈표 3-13〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 한국, OECD	76
〈표 3-14〉 인구 10만 명당 전문인력수 : 한국	77
〈표 3-15〉 인구 10만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	78
〈표 3-16〉 인구 10만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	79
〈표 3-17〉 인구 10만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	80
〈표 3-18〉 입원 유형별 현황 : 한국	81

〈표 3-19〉 제2차 정신건강복지기본계획의 주요 치료환경 관련 정책 : 한국	83
〈표 3-20〉 정신의료기관 유형별 치료환경 비교(2021년) : 한국	86
〈표 3-21〉 비자발적 입원 규제 내용 : 한국	94
〈표 3-22〉 입원적합성심사제도 운영 구조: 한국	95
〈표 3-23〉 정신건강복지법의 입원기간연장신청 및 퇴원신청 심사제도 운영 구조 : 한국	101
〈표 3-24〉 정신건강복지법의 정신건강심의(심사)위원회 구성과 운영: 한국	102
〈표 3-25〉 의료급여와 건강보험의 정신의료기관 입원료 수가체계 비교 : 한국	106
〈표 3-26〉 정신의료인력 배치수준에 따른 의료기관등급 : 한국	106
〈표 3-27〉 의료급여 정신의료기관 입원 정액수가 기준 점수 : 한국	108
〈표 3-28〉 의료급여 낮병동 정액수가 기준 점수(금액:원) : 한국	109
〈표 3-29〉 건강보험 정신의료기관 입원료 수가 현황 : 한국	110
〈표 3-30〉 건강보험 정신요법 수가 및 실시 기준 : 한국	111
〈표 3-31〉 의료보장 유형별 입원환자 정신요법 제공횟수 비교(2019년) : 한국	113
〈표 3-32〉 의료급여 비율에 따른 정신의료기관의 의료 제공량 비교(2019년) : 한국	114
〈표 3-33〉 외래치료비 지원 : 한국	115
〈표 3-34〉 병원기반 사례관리 시범수가 : 한국	117
〈표 3-35〉 국립정신건강센터 퇴원계획 사업 내용 : 한국	119
〈표 3-36〉 국립정신건강센터 퇴원계획 과정 : 한국	119
〈표 3-37〉 절차보조사업단(팀) 인력요건 : 한국	120
〈표 3-38〉 절차보조서비스 세부 내용 : 한국	121
〈표 3-39〉 국가인권위원회의 인권침해 및 차별행위 조사와 구제 관련 규정 : 한국	136
〈표 3-40〉 의료급여 및 건강보험 정신과 입원영역 적정성 평가 : 한국	138
〈표 3-41〉 제2주기 1차 의료급여 정신과 입원영역 적정성평가 결과 : 한국	140
〈표 3-42〉 제1차 건강보험 정신과 입원영역 급여적정성 평가(2019) 결과 요약 : 한국	141
〈표 3-43〉 정신의료기관 평가 및 인증제도 비교 : 한국	143
〈표 3-44〉 정신의료기관 인증 및 평가 기준 비교 (병원 기준) : 한국	144

〈표 3-45〉 정신의료기관 평가등급 판정기준 : 한국	146
〈표 3-46〉 정신의료기관 평가 현황(2022.10. 현재) : 한국	146
〈표 3-47〉 의료기관 인증조사의 유형 : 한국	148
〈표 3-48〉 정신의료기관인증 지역별 현황 (2022.10.27. 기준) : 한국	150
〈표 4-1〉 정신보건법 (Mental Health Act 1983) 구성 및 주요 내용 : 영국	159
〈표 4-2〉 제3조에 의해 입원될 수 있는 사유 : 영국	161
〈표 4-3〉 제3조에 의해 입원되는 경우 당사자의 권리 : 영국	161
〈표 4-4〉 제3조에 의해 입원된 경우 퇴원 관련 내용 : 영국	162
〈표 4-5〉 제135조가 사용될 수 있는 시기 : 영국	163
〈표 4-6〉 135조 신청방법 : 영국	164
〈표 4-7〉 제135조에 명시되어 있는 안전한 장소의 의미 : 영국	165
〈표 4-8〉 제135조에 의해 구금되는 경우 당사자의 권리 : 영국	165
〈표 4-9〉 제135조에 의해 경찰서에 구금되는 경우 당사자의 권리 : 영국	166
〈표 4-10〉 제135조에 의한 구금이 종결된 상황 : 영국	166
〈표 4-11〉 제135조가 사용될 수 있는 시기 : 영국	167
〈표 4-12〉 제136조에 의한 구금기간 연장 조건 : 영국	167
〈표 4-13〉 136조에 의한 구금이 종결된 이후의 상황 : 영국	168
〈표 4-14〉 제2조 평가를 위한 입원 : 영국	169
〈표 4-15〉 제2조 평가를 위한 입원의 목적 : 영국	169
〈표 4-16〉 제2조에 따라 입원한 당사자의 권리 : 영국	170
〈표 4-17〉 제5조에 근거하여 당사자가 퇴원 의사를 밝힌 경우 의료진의 수행사항 : 영국	170
〈표 4-18〉 제5조 2항에 따른 의사가 가질 수 있는 권한 : 영국	171
〈표 4-19〉 제5조 4항에 따른 간호사가 가질 수 있는 권한 : 영국	171
〈표 4-20〉 당사자의 동의 없이 치료가 이루어지는 경우 : 영국	171
〈표 4-21〉 IMHA의 도움을 받을 수 없는 경우 : 영국	173
〈표 4-22〉 강제입원된 이후 퇴원의 방식 : 영국	174
〈표 4-23〉 영국 정신보건법 상 가장 가까운 가족의 정의 : 영국	174
〈표 4-24〉 케어 코디네이터가 하는 일 : 영국	175
〈표 4-25〉 케어 플랜에 포함되는 내용들 : 영국	176

〈표 4-26〉 CPA 종결 전 케어코디네이터가 준비해야할 사항 : 영국	176
〈표 4-27〉 무료 애프터 케어 대상자 : 영국	177
〈표 4-28〉 애프터케어 관리 기관 : 영국	177
〈표 4-29〉 애프터케어에서의 서비스 : 영국	178
〈표 4-30〉 애프터케어에서의 서비스 : 영국	178
〈표 4-31〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD	180
〈표 4-32〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD	181
〈표 4-33〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	182
〈표 4-34〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	183
〈표 4-35〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	184
〈표 4-36〉 비자발적 입원 결정에 대한 이의제기 방법 : 영국(잉글랜드, 웨일즈)	188
〈표 4-37〉 정신건강심판원 개최 공간 규정 : 영국	190
〈표 4-38〉 정신건강심판원 심문 개최 과정 : 영국	190
〈표 4-39〉 돌봄계획(Care Planning)의 서비스 및 내용: 영국	192
〈표 4-40〉 섹션 117조 사후관리 서비스 대상: 영국	193
〈표 4-41〉 동료지원근로자의 지원서비스 내용: 영국	194
〈표 4-42〉 동료지원근로자에게 요구되는 특성 및 기술: 영국	195
〈표 4-43〉 돌봄질위원회의 평가 기본 표준 : 영국	197
〈표 4-44〉 돌봄질위원회의 평가 등급 : 영국	197
〈표 4-45〉 호주 빅토리아 주의 정신보건법 (1986) : 호주	200
〈표 4-46〉 호주 빅토리아 주의 정신보건법(1986) 비자발적 환자에 대한 구금 기준 : 호주	201
〈표 4-47〉 호주 빅토리아 주의 정신보건법(2014): 호주	202
〈표 4-48〉 호주 빅토리아 주의 1986년, 2014년 정신보건법 비교 : 호주	204
〈표 4-49〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료(특히 비자발적 환자) 관련 조항 : 호주	206

〈표 4-50〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료 및 퇴원 관련 조항 : 호주	206
〈표 4-51〉 빅토리아주 정신건강웰빙법 주요 변경 사항 : 호주	207
〈표 4-52〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 호주, 한국, OECD	208
〈표 4-53〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 호주, 한국, OECD	209
〈표 4-54〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	210
〈표 4-55〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	212
〈표 4-56〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	213
〈표 4-57〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	214
〈표 4-58〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	215
〈표 4-59〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	216
〈표 4-60〉 국가정신보건 계획 정책 : 호주	219
〈표 4-61〉 제 5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표: 호주	220
〈표 4-62〉 뉴사우스웨일즈 주 정신보건법 체계: 호주	221
〈표 4-63〉 정신보건법 제68조 : 호주	222
〈표 4-64〉 뉴사우스웨일즈 주 자의입원 규정 : 호주	223
〈표 4-65〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 I : 호주	224
〈표 4-66〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 II : 호주	225
〈표 4-67〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 III : 호주	226
〈표 4-68〉 정신건강 영역 종사자 실천 표준 개괄 : 호주	229
〈표 4-69〉 윤리강령 : 호주	230

〈표 4-70〉 National practice standards for the mental health workforce 2013 표준 : 호주	231
〈표 4-71〉 National practice standards for the mental health workforce 2013 표준 : 호주	232
〈표 4-72〉 가족정신건강 지원서비스 제공 원칙: 호주	233
〈표 4-73〉 개별 배치 및 지원 제공 원칙: 호주	234
〈표 4-74〉 디지털 직무 및 교육서비스와 개별 배치 및 지원 : 호주	235
〈표 4-75〉 정신건강서비스 국가표준 : 호주	236
〈표 4-76〉 정신건강서비스 국가표준 개발 주요 원칙 : 호주	237
〈표 4-77〉 정신위생법 구조: 대만	238
〈표 4-78〉 정신질환의 정의: 대만	239
〈표 4-79〉 정신위생법 내용 중 차별 금지 관련 주요 조항 : 대만	239
〈표 4-80〉 정신위생법 내용 중 환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항 : 대만	240
〈표 4-81〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만	241
〈표 4-82〉 입원 유형 구분 : 대만	242
〈표 4-83〉 비자의 입원 대상자의 요건 : 대만	243
〈표 4-84〉 치료 비용 및 강제 외래치료명령 제도 관련 조항: 대만	244
〈표 4-85〉 정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만	245
〈표 4-86〉 정신위생법 내용 중 정신건강센터 관련 조항 : 대만	246
〈표 4-87〉 정신위생법 내용 중 인권 보장 관련 주요 조항 : 대만	247
〈표 4-88〉 정신위생법 내용 중 지역사회 강제치료 관련 주요 조항 : 대만	248
〈표 4-89〉 정신의료기관 수 : 대만	249
〈표 4-90〉 병상 수 : 대만	249
〈표 4-91〉 연도별 입원 인원 수 : 대만	250
〈표 4-92〉 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담 : 대만	252
〈표 4-93〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만	253
〈표 4-94〉 평균 재원기간 : 대만	256
〈표 4-95〉 의료법 제28조 : 대만	261
〈표 4-96〉 의료법 제95조, 제96조, 제97조 : 대만	262

〈표 4-97〉 병원인증 기준 : 대만	263
〈표 4-98〉 2020년도 정신의료기관 인증 현황 : 대만	264
〈표 4-99〉 2020년도 인증 정신의료기관 분포 현황 : 대만	265
〈표 4-100〉 캘리포니아 주 정신보건 관련 법률 개요 : 미국	266
〈표 4-101〉 캘리포니아 주 비자의입원 규정 I- 평가와 치료를 위한 구금 : 미국	268
〈표 4-102〉 집중 치료의 필요성이 인정되는 조건 : 미국	269
〈표 4-103〉 인증 심사 청문 절차 : 미국	270
〈표 4-104〉 집중 치료가 연장되는 3가지 사유 : 미국	271
〈표 4-105〉 외래치료지원 개요 : 미국	272
〈표 4-106〉 비자의입원자의 법적/시민적 권리 : 미국	273
〈표 4-107〉 환자 권리 프로그램의 활동 : 미국	274
〈표 4-108〉 카운터 환자 권리 옹호자의 활동 : 미국	274
〈표 4-109〉 입원병원 현황 : 미국	275
〈표 4-110〉 입원병원의 병상 규모별 구분 : 미국	275
〈표 4-111〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 미국, 한국, OECD	276
〈표 4-112〉 병원에서 제공하는 주요 서비스(단위:%)	285
〈표 4-113〉 Pathway Home 프로그램 제공 서비스 : 미국	286
〈표 4-114〉 CMS IPFQR 지표 내역(2018년 기준) : 미국	288
〈표 4-115〉 TJC Quality Check 지표 범주 : 미국	290
〈표 4-116〉 쉘레스비히 홀스타인 주 정신보건법의 개요 : 독일	295
〈표 4-117〉 쉘레스비히 홀스타인 주 입원 환경 개요 : 독일	298
〈표 4-118〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 독일, 한국, OECD	302
〈표 4-119〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 독일, 한국, OECD	303
〈표 4-120〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	304
〈표 4-121〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	305

〈표 4-122〉 인구 100,000명당 기본장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	306
〈표 4-123〉 정신의료기관 현황: 정신과, 심리치료 또는 신경과가 설치된 병원(2013) : 독일	307
〈표 4-124〉 정신의료기관 현황: 시설, 병상, 사례, 재원기간(2017) : 독일	308
〈표 4-125〉 생활지원서비스: 전문가 통합서비스의 내용 : 독일	316
〈표 4-126〉 주거지원 서비스: 1인 가구 및 커플 : 독일	317
〈표 4-127〉 주거지원 서비스: 지원생활 공동체 : 독일	317
〈표 4-128〉 주거지원 서비스: 가족생활지원 : 독일	318
〈표 4-129〉 어린이 프로젝트 : 독일	319
〈표 4-130〉 청년 상담센터 : 독일	319
〈표 4-131〉 의료 품질평가의 7개 구성요소 : 독일	321
〈표 4-132〉 품질 측면 및 품질지표 개요: 외래심리치료 : 독일	322
〈표 4-133〉 품질 측면 및 품질지표 개요: 정신분열증 : 독일	323
〈표 4-134〉 정신과 입원서비스에 대한 품질관리 기준 : 독일	325
〈표 4-135〉 비자의 입원제도 비교: 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국	327
〈표 4-136〉 심판원 심사기관을 가진 주요국의 강제입원심사제도 비교 : 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국	328
〈표 4-137〉 비자의입원 기간 중 치료환경 및 퇴원, 퇴원 후 지원 : 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국	336
〈표 5-1〉 정신병원 입원환자의 사회적 관계망에 있는 이해관계자의 관점	345
〈표 5-2〉 인터뷰 진행 일정	347
〈표 5-3〉 당사자 참여자 특성	348
〈표 5-4〉 종사자 참여자 특성	348
〈표 5-5〉 당사자 초점집단인터뷰 질문 내용	349
〈표 5-6〉 종사자 초점집단인터뷰 질문 내용	350
〈표 5-7〉 분석 결과	351
〈표 6-1〉 운영주체 : 기본현황	382
〈표 6-2〉 의료기관 유형 : 기본현황	382
〈표 6-3〉 의료기관 유형 : 기본현황	382

〈표 6-4〉 병상 수 변화 : 기본현황	383
〈표 6-5〉 직군 별 인력 수 : 기본현황	384
〈표 6-6〉 인력 1인당 평균 병상 수 : 기본현황	385
〈표 6-7〉 설문조사 내용 : 당사자	386
〈표 6-8〉 설문 조사 내용 : 종사자	388
〈표 6-9〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 당사자	390
〈표 6-10〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기 : 당사자	392
〈표 6-11〉 정신의료기관 입원횟수 : 당사자	392
〈표 6-12〉 총 입원기간/현재 입원한 병원에서의 입원기간 : 당사자	393
〈표 6-13〉 현재 입원 유형 : 당사자	393
〈표 6-14〉 최근 5년간 입원 유형 : 당사자	394
〈표 6-15〉 동의입원에 대한 당사자의 의사 : 당사자	394
〈표 6-16〉 보호의무자가 동의입원을 선택한 이유 : 당사자	395
〈표 6-17〉 퇴원 신청 후 다른 입원 유형으로 변경 경험/변경 입원 유형/서면통지 여부 : 당사자	396
〈표 6-18〉 퇴원심사 신청 경험 여부/경험한 어려움 : 당사자	396
〈표 6-19〉 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동 : 당사자	397
〈표 6-20〉 보호/행정입원 후 2주 이상 입원 유지 여부 : 당사자	397
〈표 6-21〉 입원적합성 심사위원회의 대면조사 관련 사항 : 당사자	398
〈표 6-22〉 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험 1: 당사자	399
〈표 6-23〉 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험 2 : 당사자	400
〈표 6-24〉 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동 : 당사자	400
〈표 6-25〉 응급 입원 후 입원 72시간 내(공휴일 제외) 전문의 진단 여부 : 당사자	401
〈표 6-26〉 진단 후 입원 유지 여부/변경된 입원 유형 : 당사자	401
〈표 6-27〉 비자의 입원 시 대안책 안내 여부 : 당사자	402
〈표 6-28〉 병실의 병상 수 : 당사자	402
〈표 6-29〉 질환의 유형과 정도를 고려한 병실 배정 여부 : 당사자	402
〈표 6-30〉 퇴원에 대한 자기결정 경험 : 당사자	403
〈표 6-31〉 퇴원 시 가장 걱정 되는 부분 : 당사자	404

〈표 6-32〉 입원한 병원의 지원 서비스 : 당사자	405
〈표 6-33〉 입원한 병원에서의 자기결정권 존중 경험 : 당사자	406
〈표 6-34〉 적정수준의 생활 유지 경험 : 당사자	408
〈표 6-35〉 병원 생활 만족도 : 당사자	408
〈표 6-36〉 질환치료를 위한 입원 필요성 : 당사자	409
〈표 6-37〉 병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 훼손하는지에 대한 의견 : 당사자	409
〈표 6-38〉 낮 시간 활동 : 당사자	410
〈표 6-39〉 작업치료 경험 : 당사자	411
〈표 6-40〉 개인사물함 소유 여부/관리 주체 : 당사자	412
〈표 6-41〉 화장실 이용 및 목욕 시 지원 경험 : 당사자	413
〈표 6-42〉 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험 : 당사자	414
〈표 6-43〉 신체장애에 필요한 보조기구 사용 경험 : 당사자	414
〈표 6-44〉 약물 복용 경험 : 당사자	415
〈표 6-45〉 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험 : 당사자	416
〈표 6-46〉 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부 : 당사자	417
〈표 6-47〉 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부 : 당사자	418
〈표 6-48〉 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험 : 당사자	419
〈표 6-49〉 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험 : 당사자	420
〈표 6-50〉 인권 교육 관련 경험 : 당사자	421
〈표 6-51〉 성인지교육/성폭력예방교육 관련 경험 : 당사자	421
〈표 6-52〉 입원 과정 혹은 입원 중 인격 침해 및 모욕적인 경험 : 당사자	422
〈표 6-53〉 입원 과정 혹은 입원 중에 느꼈던 기분 : 당사자	423
〈표 6-54〉 자율성 관련 경험 : 당사자	424
〈표 6-55〉 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험 : 당사자	425
〈표 6-56〉 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 참여 경험 : 당사자	426
〈표 6-57〉 조사대상자의 일반적 특성 : 종사자	428

〈표 6-58〉 근무하는 병원의 지원 서비스 : 종사자	429
〈표 6-59〉 병원 내 환자들의 기본적 인권 : 종사자	432
〈표 6-60〉 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험 : 종사자	433
〈표 6-61〉 환자의 개인사물함 소유 여부/관리 주체 : 종사자	434
〈표 6-62〉 화장실 이용 및 목욕 시 서비스 지원 경험 : 종사자	435
〈표 6-63〉 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자	436
〈표 6-64〉 신체장애에 필요한 보조기구 지원 경험 : 종사자	436
〈표 6-65〉 약물 관리 : 종사자	437
〈표 6-66〉 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자	438
〈표 6-67〉 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부 : 종사자	439
〈표 6-68〉 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부 : 종사자	440
〈표 6-69〉 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험 : 종사자	441
〈표 6-70〉 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험 : 종사자	442
〈표 6-71〉 인권 교육 여부 : 종사자	443
〈표 6-72〉 성인지 교육/성폭력예방교육 진행 여부 : 종사자	444
〈표 6-73〉 학대신고의무자 인지 여부 : 종사자	444
〈표 6-74〉 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험 : 종사자	445
〈표 6-75〉 프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 경험 : 종사자	446
〈표 6-76〉 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 진행 경험 : 종사자	447
〈표 6-77〉 병원 내 격리강박 모니터링 시스템 존재 여부 : 종사자	448
〈표 6-78〉 디브리핑 시간 여부 : 종사자	448
〈표 6-79〉 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부 : 종사자	449
〈표 6-80〉 퇴원계획 상담 서비스 제공 경험 : 종사자	449
〈표 6-81〉 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부 : 종사자	450
〈표 6-82〉 병원의 지원 서비스 인식 편차 : 당사자와 종사자	451
〈표 6-83〉 병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 : 당사자와 종사자	453

〈표 6-84〉 다섯 가지 권리영역별 인식 편차 : 당사자와 종사자	454
〈표 7-1〉 국가인권위원회의 정신장애정책의 특징	504
〈표 7-2〉 정신의료기관 평가/인증체계 현황 및 개선방향	523
〈표 7-3〉 수가체계 현황 및 개선방향	525
〈표 7-4〉 독일 정신의료기관의 인력 현황 : 독일	527
〈표 7-5〉 정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준 (제11조 제2항 관련) : 한국	528
〈표 7-6〉 정신의료기관의 의료인력 구성 비교: 100병상당 인력수 : 한국	529
〈표 7-7〉 정신건강복지법 제4장 개정안	532
〈표 7-8〉 국가인권위원회 정신장애인 인권보고서의 입원 단계 절차보장	535
〈표 7-9〉 비자의입원 정신장애인을 위한 의사결정지원을 위한 법 개정안	537
〈표 7-10〉 정신건강복지법 제7장 개정안의 예시 : 권익침해방지 규정	538
〈표 7-11〉 입원 치료 서비스 품질 보장을 위한 법률규정 제안	540
〈표 7-12〉 정신건강복지법 제4장 개정안	541
〈표 7-13〉 현행 의료법제58조의4 제2항 개정 제안	543
〈표 7-14〉 현행 정신건강복지법 제31조 개정 제안	543
〈표 7-15〉 현행 정신건강복지법시행규칙 제25조 개정 제안	544

그림 목차

[그림 1-1] 정신질환 치료의 각 단계와 인권친화적 환경	11
[그림 2-1] 서비스 전환 방법의 흐름(WHO, 2019)	44
[그림 3-1] 정신의료기관 수 변화 추이 : 한국	75
[그림 3-2] 인구 10만명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 한국, OECD	76
[그림 3-3] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 한국, OECD	77
[그림 3-4] 인구 10만 명당 전문인력수 : 한국	77
[그림 3-5] 인구 10만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	78
[그림 3-6] 인구 10만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	79
[그림 3-7] 인구 10만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD	80
[그림 3-8] 입원 유형별 현황 : 한국	81
[그림 3-9] 정신의료기관 비자의입원율(2005~2020) : 한국	82
[그림 3-10] 국내 정신의료기관 치료환경 관리·운영 체계 : 한국	92
[그림 3-11] 병원기반 사례관리 시범사업 내용 : 한국	117
[그림 3-12] 화성시 지역사회 통합돌봄 로드맵 : 한국	118
[그림 3-13] 새로운 경기도립정신병원의 핵심 사업 : 한국	123
[그림 3-14] 새로운경기도립정신병원 위기대응사례관리 : 한국	124
[그림 3-15] 정신의료기관 인증 진행 절차 : 한국	148
[그림 4-1] 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD	180
[그림 4-2] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD	181
[그림 4-3] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	182

[그림 4-4] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	183
[그림 4-5] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD	184
[그림 4-6] 입원 운영 체계 : 영국	185
[그림 4-7] 정신건강위험상황에서의 입원과정 개괄 : 영국	191
[그림 4-8] NHS 모니터링의 시행 권한 : 영국	199
[그림 4-9] 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 호주, 한국, OECD	209
[그림 4-10] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 호주, 한국, OECD	210
[그림 4-11] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	211
[그림 4-12] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	212
[그림 4-13] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD	213
[그림 4-14] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	214
[그림 4-15] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	216
[그림 4-16] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD	217
[그림 4-17] 정신건강 서비스 공급 기관 현황 : 호주	223
[그림 4-18] 호주 치료 체계 : 호주	228
[그림 4-19] 강제입원 및 지역사회 강제치료제도 현황: 대만	250
[그림 4-20] 정신질환자 입원 도식 : 대만	252
[그림 4-21] 대만의 비자의 입원 절차 : 대만	254
[그림 4-22] 타오위안 병원의 정신건강서비스 모델 : 대만	258
[그림 4-23] 쓰오툰 정신병원의 퇴원계획 및 절차 : 대만	259
[그림 4-24] 캘리포니아 주 비자발적 입원 프로세스 : 미국	278

[그림 4-25] 뉴욕 주 입원 절차 전체 도식 : 미국	282
[그림 4-26] 정신질환자에 적용되는 독일 법의 체계 : 독일	291
[그림 4-27] 기초지자체의 정신건강계획의 구성 : 독일	293
[그림 4-28] 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 독일, 한국, OECD	302
[그림 4-29] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 독일, 한국, OECD	303
[그림 4-30] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	304
[그림 4-31] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	305
[그림 4-32] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD	306
[그림 6-1] 현재 입원 유형 : 당사자	456
[그림 6-2] 현재 입원한 병원에서의 입원 기간 : 당사자	456
[그림 6-3] 퇴원에 대한 자기결정 경험: : 당사자	456
[그림 6-4] 퇴원을 결정할 수 없는 이유 : 당사자	456
[그림 6-5] 병실의 병상 수 : 당사자	457
[그림 6-6] 질환의 유형과 정도를 고려한 병실 배정 여부 : 당사자	457
[그림 6-7] 입원적합성심사제도를 통한 대면 심사 요청 관련 권리 고지 여부 : 당사자	458
[그림 6-8] 입원적합성심사위원회 대면조사 경험 : 당사자	458
[그림 6-9] 입원적합성심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유 : 당사자	458
[그림 6-10] 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 권리 고지 여부 : 당사자	459
[그림 6-11] 정신건강심사위원회에 퇴원 심사 요청 경험 여부 : 당사자	459
[그림 6-12] 정신건강심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유 : 당사자	459
[그림 6-13] 비자의 입원 시 대안책 안내 여부 : 당사자	460
[그림 6-14] 입원한 병원의 지원 서비스 : 당사자	461
[그림 6-15] 약물 복용 거부 가능 여부 : 당사자	461
[그림 6-16] 입원한 병원에서의 자기결정권 존중 경험 : 당사자	462
[그림 6-17] 적정수준의 생활 유지 경험 : 당사자	462

[그림 6-18] 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험 : 당사자	463
[그림 6-19] 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험 :	
당사자	464
[그림 6-20] 신분증 관리 주체 : 당사자	464
[그림 6-21] 금전 관리 주체 : 당사자	464
[그림 6-22] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험 : 당사자	465
[그림 6-23] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험 : 당사자	466
[그림 6-24] 국제인권기준 관련 경험 종합 : 당사자	469
[그림 6-25] 근무하는 병원의 지원 서비스 : 종사자	471
[그림 6-26] 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부 : 종사자	471
[그림 6-27] 병원 내 환자들의 기본적 인권 : 종사자	472
[그림 6-28] 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험 : 종사자	473
[그림 6-29] 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자	473
[그림 6-30] 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자	474
[그림 6-31] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험	475
[그림 6-32] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험 :	
종사자	475
[그림 6-33] 퇴원계획 상담 경험 : 종사자	476
[그림 6-34] 타 기관연계 및 의뢰 경험 : 종사자	476
[그림 6-35] 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부 : 종사자 ..	476
[그림 6-36] 병원의 지원 서비스 인식 편차 : 당사자와 종사자	479
[그림 6-37] 병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 : 당사자와 종사자	480
[그림 6-38] 다섯 가지 권리 영역 편차 : 당사자와 종사자	481
[그림 6-39] 신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부 : 당사자	484
[그림 6-40] 신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부 : 종사자	484
[그림 6-41] 금전 관리에 대한 위임장 작성 여부 : 당사자	484
[그림 6-42] 신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부 : 종사자	484

[그림 6-43] 퇴원계획 상담 경험 : 종사자	485
[그림 6-44] 타 기관연계 및 의뢰 경험 : 종사자	485
[그림 7-1] 입원치료의 방향성과 입원치료 정책의 제도화의 과정 도식	531

제1장

서론

제1장 서론

제1절 연구목적 및 필요성

1. 연구의 배경

1) 국제환경의 변화

국제인권법 및 국제인권의 영역에서 정신장애인의 인권은 오랫동안 주목받지 못해 왔다. 세계인권선언부터 국제인권규약 A 규약, B 규약에서도 정신장애인의 인권은 아무런 언급이 없다. 1971년과 1975년 유엔총회에서 각각 채택된 ‘정신지체자의 권리선언(The Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons), ’장애인권리선언(The Declaration on the Rights of Disabled Persons)는 의료모델에 입각한 인권선언으로 정신장애인을 평등한 한 인간으로 인정하기 보다는 최선을 다해 존중하여야 할 인권을 가진 존재, 즉 사회의 이류시민으로 인식하는 것을 전제하였다. 1991년 유엔총회에서 채택된 ‘정신질환자의 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of the Mental Health Care)에서도 의료모델의 지배 하에 정신질환자의 인권 존중을 치료에 부가하는 것에 그쳤다.

그러나 선진국에서는 정신장애인¹⁾의 인권 존중을 위한 노력이 지속되어 왔다. 무엇보다도 정신장애인도 다른 사람과 평등한 기반 하에 권리를 향유하고 행사하여야 할 주체로 인정받기 위한 운동이 지속되었고, 이런 운동은 정신장애인의 자유권 회복을 위한 운동의 일환으로 1970년 미국에서 강제입원, 강제치료에 대한

1) 이 보고서에서 정신장애인은 국내 장애인복지법상의 정신장애인으로 등록된 사람을 지칭하는 것이 아니라, 장애인권리협약 제1조의 규정처럼 ‘신체, 정신, 지능, 감각의 손상 있는 사람이 사회제도 또는 사회인식 등에 기인한 다양한 장벽(barrier)으로 인해 완전하고 효과적인 사회참여를 할 수 없는’ 상태에 있는 사람을 지칭한다. 정신과 치료가 필요한 정도의 정신질환자는 이 의미의 정신장애인이라 할 수 있을 것이다. 그러나 치료가 관련하여 정신장애인을 지칭할 때에는 정신질환자라는 용어도 병행하여 사용한다. 국내 장애인복지법상의 정신장애인을 지칭할 때에는 ‘등록 정신장애인’이라는 용어를 사용하기로 한다.

엄격한 헌법적 기준을 적용하는 것으로 발전하였다. 이런 성과를 토대로 정신장애인의 인권은 사회권의 영역으로 확장되었는데, 미국은 1973년 재활법(The Rehabilitation Act)과 1990년 미국장애인법(The Americans with Disability Act)를 제정하여 정신장애인도 지역사회에서 근로하고, 주거하며, 각종 사회활동에 참여하는 주체로 인정하는 입법적 진보를 달성하였다.

미국 장애인법은 국제적으로 큰 반향을 불러일으켜 국제적으로 새로운 장애인 인권협약을 제정하기 위한 국제운동을 불러 왔다. 이런 흐름 하에 2006년 장애인 권리협약이 제정되었고, 이 협약은 1971년, 1975년, 1991년 유엔총회에서 채택된 정신장애인 관련 권리선언을 모두 배격하고, 정신장애인도 다른 사람과 평등한 기반 하에 일하고, 주거하며, 사회적, 정치적 활동을 할 수 있는 주체로 인정하는 것을 대원칙으로 삼고 있다. 자유권과 사회권의 영역 전반에 걸쳐 인권의 보장과 증진을 목표로 한 것이었다.

정신질환자 치료와 관련하여 유엔 장애인권리협약 제25조는 장애인에 대한 치료는 자발적 동의에 기반하여야 한다고 규정한다. 이 원칙은 동 협약 제14조에서 장애(정신질환도 포함)을 이유로 한 비자의입원은 다른 사람과 비교하여 평등하지 않는 한 허용해서는 안 된다고 규정한다. 이로 인해 응급상황이 아니면 비자의입원은 허용되지 않는 것으로 이해된다(국가인권위원회, 2020). 한편 동 협약 제15조는 장애인에 대한 비인간적인 처우를 금지하고 있다.

위에서 언급한 권리는 정신질환 치료와 관련된 자유권의 보장에 관한 것이 중심이지만, 동 협약은 여기에 한정되지 않고 정신질환을 이유로 입원된 장애인의 입원 및 치료 환경이 인권기반이어야 하고, 지역사회 독립생활(동 협약 제19조)의 연장선상에서 입원치료가 이루어지도록 하는 것에도 주목하고 있다. 이를 배경으로 세계보건기구(WHO)는 정신질환치료와 관련하여 장애인권리협약을 실천하기 위해 QualityRights Toolkit(2012)를 개발하여 보급함으로써 정신질환자에 대한 서비스 제공이 장애인권리협약의 원칙에 부합하는지를 자체 점검할 수 있도록 지원하였다. 그 후 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)을 통해 구체적으로 어떻게 당사자 중심의 인권실현을 할 것인지에 대한 교육 및 지침을 제시하였다. 이는 현장 실천가 혹은 정신장애인 당사자들이 비교적 쉽게 인권기반 실천을 이해할 수 있는 교육 자료로서, 장애인권리협약의 원칙을 다양한 조직(동료지원, 시민사회조직 등)이 참고할 수 있도록 필

요한 역량 및 평가방법에 대한 설명을 제공하고 있다. 2021년 WHO는 Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services(2021)를 통해 QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서 제시한 교육 지침들과 유사한 사람중심 인권기반 방향성을 가진 정신건강서비스를 7가지 유형으로 정리하여 제시하고 있다.

유엔 장애인권리협약 및 이를 정신질환 치료 관련 서비스(의료, 재활, 기타 돌봄서비스) 제공에서 실천하기 위한 목적으로 만들어진 WHO의 Quality Toolkit은 정신질환의 치료를 의료서비스 제공 자체에 핵심을 두는 것이 아니라, 정신질환을 겪고 있는 정신장애인이 지역사회에서 자기 삶을 살아갈 수 있는 보조수단의 하나로 의료서비스에 대한 접근하고 있다는 특징이 있다(WHO, 2012). 정신질환의 치료가 자신의 삶을 회복하는 것과 밀접한 관련 하에 제공되도록 하기 위해, 치료 관련 서비스를 제공할 때에도 다양한 선택지를 제공하고, 사회적 생활을 할 수 있게 지원하는 것과 긴밀하게 연계시키며, 치료관련 서비스의 전과정에 자기결정권 행사를 지원하는 것에 특히 강조점을 두고 있다. 정신질환자는 전통적으로 자기결정권이 무시되어 왔고, 그 결과 사회적 관계 맺기의 어려움이라는 특성이 있기 때문에(이 때문에 정신질환자를 심리사회적 장애인이라고 부르기도 한다), 이런 장애 특성에 맞는 지원을 강조하고 있는 것이다. 아래 표의 WHO QualityRights Toolkit의 구성에서도 이를 알 수 있다.

〈표 1-1〉 WHO QualityRights Tool kit 주제와 기준

주제	기준	적용유형 (연구진 검토대상)
1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인 권리협약 제 28조)	1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다.	공통
	1.2. 이용자의 취침환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다.	주거제공재활시설
	1.3 시설이 위생과 청결 요건을 충족한다.	치료환경
	1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 그리고 의복을 제공받고 있다.	치료환경
	1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신, communicate)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다.	주거 및 치료환경
	1.6. 시설은 적극적인 참여와 상호작용을 위해, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다.	주거 및 치료환경
	1.7. 이용자가 사회생활과 개인생활을 수행할 수 있고, 지역사회 생활과 활동에 계속 참여할 수 있다.	주거 및 치료환경

주제	기준	적용유형 (연구진 검토대상)
2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리(UN 장애인권리협약 제25조)	2.1. 치료와 지원이 필요한 모든 사람들이 시설을 이용할 수 있다.	주거 및 치료환경
	2.2. 시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다.	치료환경 또는 재활훈련 환경
	2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다.	공통
	2.4. 정신과약물을 제공하고, 그 가격은 적절하고, 올바르게 사용된다.	치료환경
	2.5. 전반적인 건강과 출산 건강을 위한 적절한 서비스가 있다.	치료환경
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(UN 장애인권리협약 제12조, 제14조)	3.1. 치료(의료, 심리, 직업재활, 일상생활회복훈련 등 포함하는 개념으로 이해) 장소와 방법에 관한 이용자의 선호가 언제나 가장 우선이 된다.	치료환경
	3.2. 구금과 이용자의 자유의사 하에 하는 정보제공 후의 동의 없이 하는 신체구속과 치료를 막기 위한 절차 및 안전장치가 존재한다.	치료환경
	3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고(타인이 대신하여 행사하지 않고), 그 과정에서 필요할 수 있는 지원을 받는다.	공통사항
	3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인의료정보를 열람할 권리가 있다.	주거 및 치료환경
4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취 폭력과 학대로부터의 자유(UN 장애인 권리협약 제15조, 제16조)	4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다.	공통사항
	4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다.	공통사항
	4.3. 시설 또는 의뢰된 장소에서 하든 관계없이, 영구적이고 비가역적인 효과를 낼 수 있는 전기충격요법, 정신외과, 여타의 의료 시술은 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사 하에 정보제공 후의 동의가 있을 때만 실시한다.	치료환경
	4.4. 정보제공 후의 동의 없이는 이용자는 의료 또는 과학실험의 대상이 되지 않는다.	공통사항
	4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 있다.	공통사항
5. 자립적으로 생활할 권리와 공동체에 속할 권리(UN 장애인 권리협약 제19조)	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원을 받는다.	공통사항. 특히 치료환경, 전환시설에 중요
	5.2. 이용자는 교육 및 고용 기회에 접근할 수 있다.	공통사항
	5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다.	공통사항
	5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가 활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.	공통사항

6 정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사

이런 변화는 유엔 장애인권리협약이 정신건강 문제에 대한 사회정책을 치료·관리해야 할 질환으로 보는 의료모델에서 벗어나 정신건강 문제를 안고 있더라도 지역사회에 포용(inclusion)되어 일하고 생활하는 것에 초점을 맞춘 인권모델로 전환시켰기 때문이다(WHO, 2021). 유엔 장애인권리협약은 정신장애인의 고용, 지역사회 내의 주거, 그 밖의 사회·정치 생활에의 적극적 참여 등 자기 삶을 회복할 수 있게 지원하는 것이 정신건강정책의 중핵이라는 점을 협약 당사국이 받아들이고 이를 책임 있게 실현해야 함을 명확히 하고 있다. WHO의 Quality Toolkit 역시 이 원칙을 정신질환 치료 관련 서비스 제공의 영역에서도 구현하고자 하는 것이다.

2) 선진국에서의 변화

선진국에서도 이미 오래전부터 정신질환을 치료해야 할 생물학적 변형이라고만 보는 대신, 사회적 환경과 개인의 심리적 요인의 결합으로 생물학적 변화(흔히 말하는 호르몬의 변화)가 초래된 것으로 보고, 정신질환 상태에 있는 당사자가 자기 삶을 다시 회복(여기서 회복이란 교육, 직업, 일거리, 지역사회 주거, 문화 및 여가 생활, 정치활동 등 공적생활, 가족생활 등을 하는 것을 의미하는 것으로 사용하기로 함)할 수 있도록 지원하는 것에 정책의 주안점을 두고 있다(Pilgrim & McCranie, 2013). 정신질환 치료 관련 서비스를 제공하는 모든 단계에서 다양한 선택지를 제공하고, 최대한 지역사회 기반의 치료·재활·회복을 우선시하며, 자기결정권 행사를 적극적으로 지원함으로써 정신장애인을 자기 삶의 주인공으로 다시 설 수 있는 기회를 제공하는 계기로 삼도록 하고 있다. 정신과적 위기상황에서 비자의입원과 강제치료를 지양하고, 위기상황에서도 정신건강문제를 경험하고 있는 당사자에게 다양한 대안을 제시하고(가령 peer run 또는 peer and professional run crisis respites)(김민 외, 2014; Bouchery et al., 2018), 입원치료가 필요한 상황에서도 비강박 치료, 환자의 치료에서의 자기결정권을 존중하고 자기결정권을 행사할 수 있도록 지원하는 것에 초점을 맞추는 것이 그 예이다(제철웅 외, 2022). 나아가 지역사회 기반 치료·재활과 회복에 우선권을 두는 회복모델을 사회정책으로 채택하는 움직임이 확대되고 있다(Pilgrim & McCranie, 2013).

영국의 경우 정신건강문제를 경험하는 당사자, 그의 가족, 전문가 사이의 회복네트워킹을 확산하기 위한 다양한 시도를 하고 있다. 지역사회에서 정신장애인 당사자가 자유롭게 일상적인 활동을 할 공간을 제공함으로써 자기 삶을 회복할 수 있는 기회를

제공한다든지(일상쉼터), 회복을 경험하였거나 회복 중인 정신장애인 당사자가 다른 정신장애인 당사자를 상호지원하는 프로그램을 확산하거나(동료지원, 전문가 역시 정신장애인 당사자가 원하는 형태의 지원을 하는 것(클럽하우스 모델) 등을 확산시켜 가고 있다(Lawton-Smith, 2013; Pardi, & Willis, 2018; Rethink, 2020).

미국의 경우 주마다 차이가 있지만, 입법으로 정신과적 위기상황에 있는 장애인에게 병원 입원 치료 이외의 대안을 제시할 법적 의무를 도입하여 다양한 유형의 위기쉼터를 제공하도록 하거나(버몬트 주), 응급상황에서부터 다시 지역사회에서 생활할 수 있기 까지 인권을 존중하는 돌봄의 연속(Continuum of Care)이 보장될 수 있도록 제도화하거나(캘리포니아 주), 정신과적 위기상황에 있는 정신장애인을 진정시킬 수 있는 De-escalating 교육을 경찰, 전문가에게 제공하는 등의 실천을 확산시킴으로써 정신질환에 대한 인권친화적인 환경을 조성하여 인권친화적 치료가 이루어질 수 있도록 유도하고 있다(Richmond, et al., 2012; Eide & Gorman, 2022).

그 밖의 다수의 선진국에서도 정신건강 문제를 회복 모델에 입각하여 접근함으로써 이를 생활에서 경험할 수 있는 정신적 스트레스의 문제로 인식하고, 그 스트레스를 유발하는 여러 사회환경적 요인을 스스로 관리하면서 자기 삶을 회복할 수 있게 지원하는 다양한 시도를 하고 있다(WHO, 2021). 소테리아 하우스 모델의 부활(이스라엘)²⁾, 오픈 다이얼로그, 정서적 심폐소생술(eCPR)과 회복적 대화의 모델의 확산 등 회복모델이 국제적인 정신장애인 활동에서 확산되는 것이 그 예이다(Freeman et al., 2019; Myers et al., 2021). 이와 같은 움직임은 치료 환경에서 인권기반적 치료가 이루어질 수 있는 사회환경 조성에 기여하는 것이다.

3) 우리나라의 치료 관련 환경

정신보건법을 전면개정한 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)’이 2017년 5월 30일 시행되었지만, 이 법의 주된 목적은 비자의입원 요건을 강화함으로써 입원통제(Admission Control)를 실현하는 것에 있었다(이용표, 박인환, 2020). 정신질환자의 자유권 보장에 초점을 맞춘 개정이었지만, 이 법은 정신질환치료에서의 원칙으로 자기결정권의 존중, 자기

2) 송승연. 2022.11.15. [세계정신장애] “목소리가 들리기 시작했을 때, 의료진은 항정신병 약물을 권했다”. <http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=7799>

결정권 행사의 지원, 지역사회 기반 치료와 입원치료의 후순위화, 정신질환 당사자의 의사를 정책에 반영하는 것 등을 제시하고 있다(동법 제2조). 그러나 이를 뒷받침하는 서비스가 법에 제대로 구현되지 않았거나 정책으로 구체화되지 못하였다(김나은 외, 2020; 강상경 외, 2022).

자유권 존중의 입법목적은 비자의입원이 줄어들어서 어느 정도 실현된 듯이 보이지만 자의입원, 동의입원 등 변형된 비자의입원을 통해 여전히 많은 정신장애인이 폐쇄병동에서 장기입원을 유지하고 있다. 2020년 국가 정신건강현황 보고서에 의하면, 전국의 정신의료기관은 1,936개소이며, 한 해 동안 정신의료기관에 입원한 정신질환자의 수는 122천여명(퇴원환자 7만 6천여명), 평균 재원기간은 약 176.3일의 장기입원인 것이 이를 잘 말해 준다(국립정신건강센터, 2021). OECD 가입국들의 평균입원기간은 30.6일(OECD, 2021)이며, 약 6배의 차이가 존재한다.

뿐만 아니라 정신병원에서의 격리에 대한 규제가 사실상 없고(정신건강복지법 제75조), 개인의 자유가 침해하는 것에 대한 규제도 전적으로 정신과의사의 재량에 맡겨져 있다(동법 제74조). 이는 정신장애인의 인권을 정신과의사 개개인의 주관적 판단과 재량에 맡겨 둔 것이어서 정신장애인 자유권의 온전한 보장을 어렵게 만들 가능성이 있다.

한편 치료환경의 측면에서 보면, 정신병원의 구조 자체가 생활을 할 수 있는 환경이 되지 않기 때문에, 장기 입원 중인 정신장애인들은 제대로 된 치료를 받지 못하게 되고 필연적으로 장애인권리협약 제15조 위반의 문제가 야기되고 있다. 장애인권리협약 제15조는 장애인의 비인간적인 처우를 금지하고 있는데, 유럽인권재판소의 [Stanev v. Bulgaria Case (Application No. 36760/06)] 판결은 정신장애인이 후견인의 입원신청에 의해 4인실의 정신요양시설에서 생활하는 것을 ‘고문 또는 비인간적 처우’에 해당한다고 판단하였다. 이에 비추어 보면 8인 1실의 정신병원 병동에서 ‘치료’를 이유로 ‘생활’하는 것은 장애인권리협약 제15조 위반의 우려가 있다.

2. 연구의 목적과 필요성

우리나라는 제도의 측면에서 정신병원이 정신질환자를 과밀수용하는 등 열악한 시설환경을 갖추는 것을 방치 또는 조장하고 있고, 격리와 강박, 그리고 통신·면회 제한이 정신과 의사의 재량적 판단에 맡겨 두고 있기 때문에, 정신병원 내에서 강제투약,

사생활 침해, 인격권 침해 등의 인권침해가 발생하기 용이한 환경이다(국가인권위원회, 2021). 그 결과 다수의 정신장애인은 정신의료기관 입원에 대한 트라우마를 경험하게 되고 치료거부로 이어지는 경향이 적지 않다(장애인개발원, 2021; 이미경 외, 2022).

더구나 국내 대부분의 정신의료기관이 정신질환의 유형과 정도의 구분 없이 운영되고 있어서 급성기 위기상황에서 적은 인력과 열악한 시설이 인권침해를 더욱 유발한다는 지적도 지속되고 있다(국가인권위원회, 2021).

정신의료기관의 과밀수용 등의 문제는 2021.3. 시설 및 장비 기준 개선으로 2023년부터는 다소 개선될 것으로 예측되고 있지만, 협소한 공간과 외부와 단절되고 폐쇄적인 시설구조 등에 대한 본질적인 대책이 마련되지 않은 상태이며, 격리와 강박, 강제투약 등의 인권침해적 조치를 근절하는 방안에 대한 대책은 아직 제시되지 않고 있다.

이런 현실에 대해 한편에서는 정신의료기관의 인적 및 시설기준, 수가가 정신질환자의 개인별 특성에 따른 회복에 초점을 맞추기 어렵게 구조화되어 있다는 요인을 지적한다(국가인권위원회, 2021). 다른 한편 정신장애인단체에서 지속적으로 지적해 왔듯이 대안적 정신건강서비스가 미비하고, 열악한 치료환경을 제도화하는 것은 사회적으로 정신질환에 대한 깊은 편견으로 인해 정신의료기관의 치료환경에 대한 관심이 매우 낮다는 요인도 지적될 수 있다(장애우권익문제연구소, 2022).

그러나 아직까지 정신장애인의 인권친화적 치료환경 구축을 위한 방안에 관한 연구는 매우 미미한 실정이다. 정신의료기관의 정확한 인권실태와 그 원인에 대한 분석이 없는 것이 중요한 요인이기도 하다.

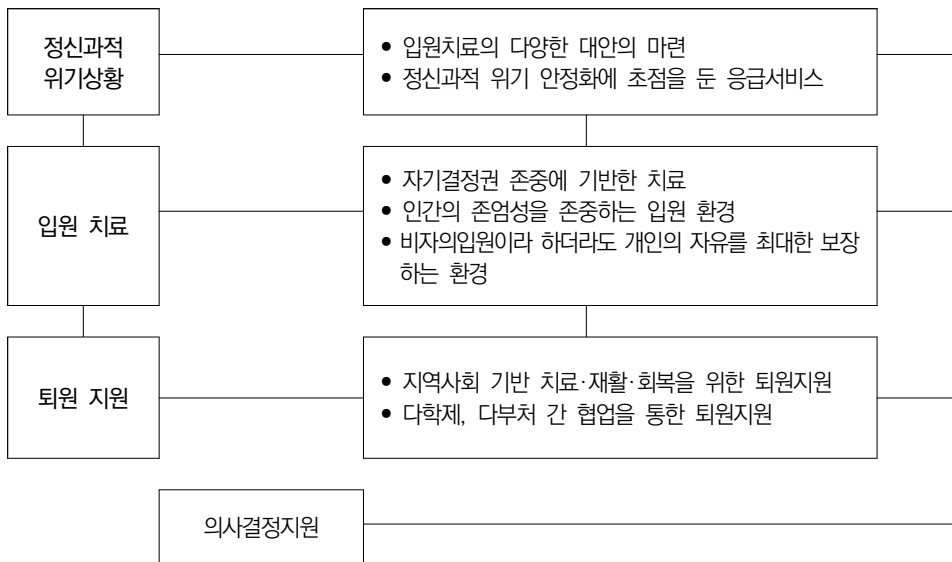
이에 유엔 장애인권리협약과 WHO의 Quality Toolkit, 다수의 선진국에서 의료서비스 정책에서 채택하고 있는 회복모델에 참고하여 우리나라 정신병원의 열악한 치료환경을 개선하고 인권친화적 치료환경 구축을 위한 방안이 무엇인지를 연구하고자 한다. 정신병원이 생활공간이 아니라 치료공간으로 작용하도록 하고, 치료가 회복의 전기가 될 수 있도록 전환하는 것이 인권친화적 치료환경 구축의 출발지점이자 목표지점이 될 것이다. 이를 위해서는 특히 급성기 정신장애인의 인권 기반 치료환경이 어떤 것인지를 구체적으로 제시할 수 있어야 할 것이다.

이를 위해 본 연구를 통해 인권친화적 정신건강서비스에 관한 국내외의 정책과 다양한 사례(모델)을 검토하고, 이를 토대로 정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 정책개선방안을 제시하고자 한다.

제2절 연구내용 및 범위

1. 연구내용

국내외 의료서비스 정책 및 사례의 연구에서는 다음과 같은 환경이 있어야 인권친화적 치료가 가능할 것이라는 가설 하에 연구를 수행하였다.



[그림 1-1] 정신질환 치료의 각 단계와 인권친화적 환경

위 그림은 정신병원에서 입원치료가 필요한 정도의 정신질환자에게 제공될 수 있는 치료 관련 서비스의 단계를 구분하여 필요한 서비스를 예시한 것이다. 정신질환의 치료 관련 서비스가 회복모델에 입각해 있을 때 이런 유형의 서비스를 제공하는 것이 자연스럽게 도출될 수 있을 것이다.

2. 연구범위

이 연구는 ‘인권친화적 치료환경 구축’을 위한 방안을 제시하는 것이므로 연구의 범위는 치료와 관련된 영역에 한정한다. 즉 정신과적 위기상황에서의 돌봄(치료 포함)환경, 입원치료환경, 퇴원관리, 각 단계마다 정신장애인의 자기결정권 존중 및 그 행사를 위한 의사결정지원 등에 초점을 맞추어 연구한다. 다만, 인권친화적 치료환경은 ‘회복모델’의 채택 하에서만 비로소 올바르게 구현될 수 있기 때문에 ‘회복모델’의 치료의 의미를 분석하는 부분이 추가되었다.

이 연구는 국내의 정신질환 치료 관련 인권실태를 분석하는 것이기 때문에 국내 정신병원의 시설 및 운영현황을 방문 조사하는 것, 입원환자를 둘러싼 여러 이해관계자가 보는 사회환경에 대한 인식을 조사하는 것, 정신질환 치료환경의 문제점과 개선방안, 특히 인권친화적 치료환경의 구축에 필요한 요인 등에 대한 이해당사자의 인식을 조사하였다.

연구진을 포함한 국내의 이해관계자들이 인권친화적 치료환경에 대한 경험의 폭이 좁을 수 있기 때문에 비교연구가 필수적이다. 비교연구의 대상으로는 영국, 호주, 대만, 미국 중 1개 주(캘리포니아), 독일 사례를 삼고자 한다.

제2장

**국제적 기준 :
인권친화적 치료환경이란?**

제2장 국제적 기준 : 인권친화적 치료환경이란?

제1절 UN장애인권리협약(UN, 2014; 장애인개발원, 2021)

UN장애인권리협약은 장애인의 인권과 기본적인 자유를 촉진, 보호, 보장하기 위해 목적을 둔 구속력 있는 국제법으로, 국내 국회의 승인을 받아 국내법상으로서 효력을 지닌다. 우리나라는 2007년 장애인권리협약에 서명을 하고 2008년에 국회 비준을 하였으며, 2009년에 이를 발표하였다. UN장애인권리협약은 전문과 본문 50개 조항 및 선택의정서로 구성되어 있으며, 본 절에서는 인권친화적 치료환경과 연관된 조항인 제12조, 제14조, 제15조, 제19조, 제22조를 살펴보고자 한다.

1. 제12조 법앞의 평등

장애인권리협약 제12조 법 앞의 동등한 인정에서는 법 앞에 인간으로서 인정받을 권리, 타인과 동등한 법적 능력을 향유 할 권리를 보장할 뿐만 아니라, 장애인이 법적능력을 행하기 위한 지원에 접근할 수 있도록 당사국이 적절한 조치를 취하도록 명시하고 있다. 또한 법적 권력 행사와 관련 조치를 취할 때 권리가 남용되지 않도록 국제인권법에 근거하여 안전장치를 제공 및 보장하도록 하며, 재산 상황에 있어 장애인이 이를 소유, 상속, 관리 할 수 있는 권리를 보장해야 한다고 하였다. 제12조 법앞의 동등한 인정은 치료 환경에서 정신장애인이 선호하는 치료 방식의 선택, 선택하기 위한 과정 지원체계 조성 등 자기결정과 연관된 조항이다.

〈표 2-1〉 UN장애인권리협약 제12조

구분	내용
제12조 법앞의 평등	<ol style="list-style-type: none"> 1. 당사국은 장애인이 모든 영역에서 법 앞에 인간으로서 인정받을 권리가 있음을 재확인한다. 2. 당사국은 장애인이 모든 생활 영역에서 다른 사람과 동등하게 법적 능력을 향유함을 인정한다. 3. 당사국은 장애인이 법적 능력을 행사하기 위하여 필요한 지원에 접근할 수 있도록 적절한 조치를 취한다. 4. 당사국은 법적 능력의 행사와 관련된 조치를 취할 때 이것이 남용되지 아니하도록 국제인권법에 따라 적절하고 효과적인 안전장치를 제공하도록 보장한다. 그러한 안전장치는 법적 능력 행사와 관련된 조치가 개인의 권리, 의지 및 선호도를 존중하고, 이익의 충돌 및 부당한 영향으로부터 자유롭고, 개인이 처한 환경에 비례하고 적합하며, 가능한 빠른 시일 내에 적용되고, 권한 있고 독립적이며 공정한 당국 또는 사법기관의 정기적인 검토를 받도록 보장한다. 안전장치는 그러한 조치들이 개인의 권리와 이익에 영향을 미치는 정도에 비례한다. 5. 이 조항 규정에 따라, 당사국은 장애인이 재산을 소유 또는 상속할 수 있는 동등한 권리를 보장하고, 자신의 재정 상황을 관리하고, 은행대출, 담보 및 다른 형태의 재무신용에 대하여 동등하게 접근할 수 있도록 모든 적절한 효과적인 조치를 취하며, 장애인의 재산이 임의적으로 박탈당하지 아니하도록 보장한다.

UN장애인권리위원회는 여러 당사국의 최초 보고서를 검토한 결과, 협약 제12조에 대해 당사국이 갖는 의무 및 범위와 관련하여 보편적인 오해가 발생하고 있다고 지적하였다. 구체적으로 UN장애인권리협약에서 지향하는 바는 대리 의사결정에서 지원 의사결정으로의 패러다임 전환이나, 이를 이행하지 않고 대리 의사결정에 머무르는 당사국들이 존재하였다. 특히 정신장애인과 같은 심리사회적 장애를 경험하는 사람들은 이러한 대리 의사결정의 영영향을 더 극명하게 받아오면서 제12조를 보장받지 못했다.

UN장애인권리위원회는 이러한 오해가 발생하는 이유가 제12조 2항에 있는 법적능력(legal capacity)이 의사능력(mental capacity)과 동일한 개념으로 이해되었기 때문이라 설명한다. 의사능력은 의사결정 대상에 대한 이해능력과 의사결정 대상을 합리적으로 판단할 능력을 기준으로 그 존재 유무를 판정해 왔는데, 현실 인간의 의사결정은 무의식, 감정, 사회적 관계망의 상호작용, 사회환경 등 복합적 요소에 결정된다는 것을 간과해 왔다는 비판을 받고 있다. 그 결과 의사능력이 없다고 법적 능력을 부정하여 의사결정과정에서 배제하는 것은 그 자체가 인간의 존엄성을 침해하는 것이라고 지적한다. 즉, 법적 능력과 의사능력은 상이한 개념이다. 따라서 장애인권리위원회는 전통적 개념의 의사능력 유무를 판단하지 말고, 제12조 3항에 근거하여 장애인이 법적 효력을 가진 결정을 하는데 필요한 의사결

정지원 및 자원을 제공해야 함을 권고하고 있으며 당사자의 선호나 의사를 대리하여 결정하는 일은 없어야 함을 강조하였다. 제12조 4항에 근거하여 당사자의 선호나 의지 파악이 어려운 경우에도 ‘최선의 해석’을 이루도록 해야 하며 ‘최선의 이익’ 패러다임은 지양해야 한다고 제언하였다.

2. 제14조 신체의 자유 및 안전

제14조에 따르면 장애인은 신체의 자유 및 안전에 관한 권리 향유 뿐만 아니라, 자유에 대한 일체의 제한은 법에 합치되어야 하며 어떠한 이유로도 장애로 인해 자유가 박탈될 수 없다. 또한, 장애인이 자유를 박탈당하는 경우 국제인권법에 근거하여 자유를 보장받을 자격이 있으며, 당사국은 장애인의 자유를 위해 합리적인 편의 제공 등 장애인권리협약의 원칙과 목적에 따라 대우받을 수 있도록 보장해야 한다.

〈표 2-2〉 UN장애인권리협약 제14조

구분	내용
제14조 신체의 자유 및 안전	1. 당사국은 다른 사람과 동등하게 장애인에 대해 다음의 사항을 보장한다. (가) 신체의 자유 및 안전에 관한 권리를 향유한다. (나) 장애인의 자유는 불법적 또는 임의적으로 박탈당하지 아니하고, 자유에 대한 일체의 제한은 법에 합치하여야 하며, 어떠한 경우에도 장애의 존재가 자유의 박탈을 정당화하지 아니한다. 2. 당사국은, 장애인이 어떠한 절차를 통하여 자유를 박탈당하는 경우, 모든 사람과 동등하게 국제인권법에 따라 보장받을 자격이 있고, 합리적인 편의제공을 비롯하여 이 협약의 목적과 원칙에 따라 대우받도록 보장한다.

제14조 신체의 자유 및 안전은 제12조가 부정될 경우 침해될 소지가 있는 권리이다. 제12조 법적 능력 존중이 위배 될 경우 대리 의사결정자의 동의에 따라 비자의 적 입원 구금 등의 문제가 나타날 수 있기 때문이다. 특히 우리나라 뿐만 아니라 일부국가에서는 국내법으로 정신장애인에 대한 구금을 합법적으로 시행하는 경우가 있다. UN장애인권리위원회는 여전히 시설 구금이 행해지고 있는 지점들을 문제로 지적하며, 가입 당사국이 이러한 관행을 금하고 대리의사결정자가 장애인을 대신하여 당사자의 신체의 자유를 박탈하는 일이 없도록 해야 함을 권고하였다.

3. 제15조 고문으로부터의 자유, 제16조 폭력·착취·학대로부터의 자유

제15조는 장애인이 고문, 비인도적, 굴욕적인 대우나 처벌의 대상이 되지 않고 자발적인 동의 없이 의학 및 과학적 실험의 대상이 되지 않으며, 이를 방지하기 위하여 모든 효과적인 조치를 취해야 함을 권고하고 있다. 제16조에서 또한 착취, 폭력, 학대로부터 장애인을 보호하기 위한 조치를 마련해야 한다고 하였다.

〈표 2-3〉 UN장애인권리협약 제15조, 제16조

구분	내용
제15조 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유	<ol style="list-style-type: none"> 1. 그 누구도 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌의 대상이 되지 아니한다. 특히, 그 누구도 자발적인 동의 없이 의학적 또는 과학적 실험의 대상이 되지 아니한다. 2. 당사국은 다른 사람과 동등하게 장애인이 고문 또는 잔혹한, 비인도적 또는 굴욕적인 대우를 받거나 처벌당하지 않도록 하기 위하여 모든 효과적인 입법적, 행정적, 사법적 또는 그 밖의 조치를 취한다.
제16조 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유	<ol style="list-style-type: none"> 1. 당사국은 가정 내외에서 성별을 이유로 한 유형을 포함하여 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대로부터 장애인을 보호하기 위하여 모든 적절한 입법적, 행정적, 사회적, 교육적 및 그 밖의 조치를 취한다. 2. 당사국은 특히 장애인과 그 가족 및 보호자를 위하여 착취, 폭력 및 학대를 방지하고 인지하며 신고하는 방법에 대한 정보 및 교육의 제공을 포함하여 성별과 연령을 고려한 적절한 형태의 지원 및 보조를 보장함으로써 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대를 방지하기 위한 모든 적절한 조치를 취한다. 당사국은 연령, 성별 및 장애를 고려하여 이러한 보호서비스를 제공한다. 3. 당사국은 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대의 발생을 방지하기 위하여 독립적인 기관이 장애인에게 제공되도록 고안된 모든 시설과 프로그램을 효과적으로 감시할 것을 보장한다. 4. 당사국은 보호서비스의 제공을 포함하여 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대의 피해자가 된 장애인의 신체적, 인지적 및 심리적 회복, 재활 및 사회적 재통합을 촉진하기 위한 모든 적절한 조치를 취한다. 그러한 회복 및 재통합은 개인의 건강, 복지, 자아존중, 존엄성 및 자율성을 증진하는 환경에서 이루어지며, 성별과 연령에 따른 특수한 요구를 반영한다. 5. 당사국은 장애인에 대한 착취, 폭력 및 학대 사례를 확인하고 조사하며 적절한 경우에는 기소하기 위하여, 여성과 아동에 중점을 둔 입법과 정책을 포함하여 효율적인 입법과 정책을 마련한다.

제15조와 제16조는 비자의치료와 관련된다. UN장애인권리위원회는 강제치료의 효과가 없다는 실증적 증거들이 존재하고, 이를 경험한 정신장애인들이 트라우마를 경험 함에도 불구하고 여전히 많은 국가의 정신보건법 상에 강제치료 조항이

존재하는 점을 장애인권리협약 위반행위라 지적하였다. 이에 제15조, 제16조에 근거하면 당사국은 정신장애인이 어떠한 위기상황에서도 서비스를 선택할 수 있도록 지원해야하며, 강제치료를 허용하는 법률규정을 폐지해야 함이 마땅하다.

4. 제19조 자립적인 생활과 지역사회 포용

제19조 자립적 생활 및 지역사회에 포용(inclusion)에서는 장애인이 지역사회에서 살 수 있는 권리를 보장하고, 장애인이 지역사회에서 소외되는 것을 방지하기 위한 개별지원 및 서비스를 제공하도록 명시하고 있다. UN장애인권리위원회는 제19조 3항과 관련하여 제12조 법적 능력행사 지원이 지역사회에 기반하여 제공되어야 하며, 이 과정에서 필요한 지역사회 지원체계(친구, 가족, 학교)를 지원의사결정의 핵심 지원체계로 받아들여야 함을 강조하였다. 또한, 제19조 관련하여 장애인의 탈원화, 탈시설화, 원하는 거주지 및 동거인을 선택할 수 있도록 보장해야 함을 제언하였다.

〈표 2-4〉 UN장애인권리협약 제19조

구분	내용
제 19 조 자립적인 생활과 지역사회 포용	이 협약의 당사국은 모든 장애인이 다른 사람과 동등한 선택을 통하여 지역 사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 가짐을 인정하며, 장애인이 이러한 권리를 완전히 향유하고 지역사회 포용되고, 참여하는 것을 촉진하기 위하여, 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 여기에는 다음의 사항을 보장하는 것이 포함된다. <ul style="list-style-type: none"> (가) 장애인은 다른 사람과 동등하게 자신의 거주지 및 동거인을 선택할 기회를 가지며, 특정한 주거 형태를 취할 것을 강요받지 아니한다. (나) 장애인의 지역사회에서의 생활과 포용을 지원하고 지역사회로부터 소외되거나 분리되는 것을 방지하기 위하여 필요한 개별 지원을 포함하여, 장애인은 가정 내 지원서비스, 주거 지원서비스 및 그 밖의 지역사회 지원 서비스에 접근할 수 있다. (다) 일반 국민을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등하게 장애인에게 제공되고, 그들의 요구를 수용한다.

제19조에 근거하면 정신의료기관에서 입원 치료를 받는 정신장애인은 정신의료기관을 포함한 시설 입소에 대한 거부권 행사가 가능하며, 원하는 주거형태에서 원하는 사람과 살 권리가 있다. 또한, 정신장애인이 정신의료기관에 입원 하고 있

는 와중에도, 지역사회에서 단절되는 것을 방지하기 위한 개별지원서비스가 제공되어야한다. 구체적으로 퇴원계획 서비스가 그 예시가 될 수 있겠다.

5. 제22조 사생활의 존중

제22조 사생활 존중은 장애인이 거주지 혹은 거주형태와 관계없이 사생활, 통신 및 의사소통의 자유를 보장받고, 개인정보 및 건강과 재활에 대한 정보를 보호 받을 수 있는 권리를 설명하고 있다. 제22조는 병원 내에서 사생활이 보장되는 치료 환경과 관련된다. 이 조항에 근거하면 정신장애인이 병원에 입원하였을 때 생활하는 공간에서의 사생활 보장될 수 있는 물리 및 심리사회적 지원을 받아야 하며, 외부와 자유롭게 통신할 수 있고, 개인 의료기록 등에 대한 정보를 보호 등에 대한 지원을 받아야 한다.

〈표 2-5〉 UN장애인권리협약 제22조

구분	내용
제 22 조 사생활의 존중	<ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인은 거주지 또는 거주형태와 무관하게 자신의 사생활, 가족, 가정, 통신 및 다른 형태의 의사소통에 관하여 임의적 또는 불법적인 간섭을 받거나 자신의 명예와 명성에 대하여 불법적인 침해를 받지 아니한다. 장애인은 그러한 간섭 또는 침해에 대하여 법의 보호를 받을 권리를 갖는다. 2. 당사국은 장애인의 개인정보 및 건강과 재활에 관한 사적 정보를 다른 사람과 동등하게 보호한다.

6. 제25조 건강

제25조에서는 장애인권리협약 당사국은 장애인이 최고 수준의 건강을 향유할 수 있도록 권리를 보장해야함을 권고하고 있다. 그 중 정신장애인의 인권친화적 치료와 밀접한 관련이 있는 규정은 제25조 라 항이다. 제25조 라 항에서는 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 대한 인식 증진과, 사전고지 및 동의에 근거한 서비스 제공의 의무를 설명하고 있다. 이 조항에 따르면 정신의료기관은 환자인 정신장애인에게 사전고지 및 동의에 근거한 서비스를 제공해야 할 의무가 있다.

〈표 2-6〉 UN장애인권리협약 제25조

구분	내용
제 25조 건강	<p>당사국은 장애인이 장애를 이유로 한 차별 없이 달성할 수 있는 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있음을 인정한다. 당사국은 보건 관련 재원을 포함하여 성별을 고려한 보건서비스에 대한 장애인의 접근을 보장하는 모든 적절한 조치를 취한다. 특히, 당사국은 다음의 사항을 이행한다.</p> <p>가. 성적, 생식적 보건 및 인구에 기초한 공공 보건 프로그램을 포함하여 다른 사람에게 제공되는 것과 동일한 범위, 수준 및 기준의 무상 또는 감당할 수 있는 비용의 건강관리 및 프로그램을 장애인에게 제공한다.</p> <p>나. 적절한 조기 발견과 개입을 포함하여, 장애인이 특히 장애에 기인하여 필요로 하는 보건서비스와 아동 및 노인에게 발생하는 장애를 포함하여 추가적인 장애를 최소화하고 예방하기 위하여 고안된 서비스를 제공한다.</p> <p>다. 농촌지역을 포함하여, 장애인이 속한 지역사회와 가능한 한 인접한 곳에서 이러한 건강서비스를 제공한다.</p> <p>라. 특히 공공 및 민간 보건 관리의 윤리적 기준에 대한 훈련과 홍보를 통하여, 장애인 인의 인권, 존엄성, 자율성 및 필요에 대한 인식 증진에 따른 자유롭고 사전고지에 근거한 동의에 기초할 것을 포함하여 보건전문가로 하여금 장애인에게 다른 사람과 동등한 질의 서비스를 제공하도록 요구한다.</p> <p>마. 건강보험 및 국내법에 따라 허용되는 생명보험의 제공 시 장애인에 대한 차별을 금지하며, 이러한 보험은 공평하고 합리적인 방식으로 제공된다. 바. 장애를 이유로 한 보건 관리, 보건 서비스 또는 식량과 음료의 차별적 거부를 금지한다.</p>

제2절 WHO QualityRights Tool Kit(2012)

WHO QualityRights Tool Kit(2012)은 정신건강서비스 제공기관이 UN장애인권리협약에 근거한 서비스를 제공하는지를 점검하여 인권친화적 정신건강서비스 제공의 환경을 조성하기 위한 평가 도구이다. 이는 정신건강 관련 시설(생활시설, 지역사회전환시설, 정신건강의학과 입원병동 등) 모두에서 활용 가능하며, 평가는 이용자, 가족(혹은 친구), 직원을 인터뷰하는 방식으로 진행된다. 다학제 전문가로 구성된 개별 및 중앙위원회가 4개 등급(완전실현(A/F, Achieved in Full), 부분실현(A/P, Achieved Partially), 실현시작(A/I, Achievement Initiated), 시도없음(N/I, Not Initiated))으로 기관의 환경을 평가하고, 해당하지 않는 경우에는 해당 없음(N/A, Not Applicable)으로 보고한다. WHO QualityRights Tool Kit(2012)은 총 5개의 테마, 25개의 표준, 116개의 기준으로 구성되어 있다. 구체적인 테마의 내용은 아래와 같다.

〈표 2-7〉 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 구성

구분	구성
테마1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리	표준 7, 기준 32
테마2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	표준 5, 기준 26
테마3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	표준 4, 기준 20
테마4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	표준 5, 기준 26
테마5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리	표준 4, 기준 12

1. 테마1 적절한 수준의 생활을 유지할 권리

테마1은 UN장애인권리협약 제28조 ‘적절한 생활수준과 사회적 보호’에 근거한다. 테마 1에 근거하면 정신의료기관은 좋은 물리적 상태, 수면 공간의 사생활 보장, 병원의 위생 및 청결, 기호에 맞는 의식주의 제공, 정신장애인의 의사소통 자유, 정신장애인이 자유롭게 사회생활을 영위할 수 있도록 환경을 조성해야한다.

〈표 2-8〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마1의 표준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준
1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인권리협약 제28조)	1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다. 1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다. 1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다. 1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다. 1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다. 1.6. 기관·시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다. 1.7. 이용자는 의미있는 개인 및 사회생활을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.

2. 테마2 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리

테마 3은 UN장애인권리협약 제25조 ‘건강’에 근거한다. 테마3의 표준에 근거하면 치료 및 지원이 필요한 모든 사람이 정신의료기관을 이용할 수 있도록 해야 하며, 이 과정에서 숙련된 직원이 양질의 정신건강서비스를 제공하도록 해야 한다. 또한, 제공되는 서비스들은 정신장애인이 주도하는 회복계획의 요소들이어야 하고, 정신장애인에게 적절한 약물이 제공 및 사용되며, 정신건강 이외에도 전반적 건강을 위한 외래치료 등의 서비스가 제공되어야 한다.

〈표 2-9〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마2의 표준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준
2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조)	2.1. 치료와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관·시설을 이용할 수 있다. 2.2. 기관·시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다. 2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다. 2.4. 기관·시설은 이용자에게 적절한 가격의 정신과약물(항정신성 약물)을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다. 2.5. 전반적인 건강과 성·생식건강을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.

3. 테마3 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리

UN장애인권리협약 제12조 ‘법 앞의 평등’과 제14조 ‘신체의 자유 및 안전’은 테마3에 반영되어 있다. 테마3에서는 병원이 치료 장소와 방법에 있어 정신장애인의 선호를 우선시 할 것을 강조하고, 사전 동의 없이 진행되는 구금 및 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어야 함을 설명하고 있다. 또한 테마 3에 근거하면, 병원은 정신장애인이 병원 내외적으로 자신의 의사에 따라 권리를 행사할 수 있도록 지원을 해야하고, 비밀 보장 및 개인기록에 대한 열람 권리 또한 보장해야 한다.

〈표 2-10〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마3의 표준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(UN 장애인권리협약 제12조, 제14조)	3.1. 치료 장소와 방법에 관한 이용자의 선택(선호)이 언제나 가장 우선이 된다. 3.2 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다. 3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요할 수 있는 지원을 받을 수 있다. 3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인기록을 열람할 권리가 있다.

4. 테마4 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유

UN장애인권리협약 제15조와 제16조, ‘고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유’, ‘착취, 폭력 및 학대로부터의 자유’에 근거한다. 테마4에서는 학대 및 방임으로부터 자유로울 권리를 보장한다. 병원에 입원해있는 정신장애인이 위기 상황을 경험할 때 격리 및 강박 대신 대안적 조치가 사용할 수 있도록 해야하고, 전기경련치료 등 비가역적 영향을 줄 수 있는 의료기술 시에는 정신장애인 당사자의 사전동의를 받아야 함을 제시하였다. 뿐만 아니라 사전 동의 없이 병원 내외적으로 시행되는 의료 또는 연구 조사의 대상이 될 수 없으며, 정신장애인이 겪을 수 있는 모든 부당한 대우를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있어야 한다.

〈표 2-11〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마4의 표준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준
4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유(UN 장애인권리협약 제15조, 제16조)	4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다. 4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다. 4.3. 기관·시설 내외 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다. 4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다. 4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.

5. 테마5 지역사회에 포용되어 독립적으로 살 권리

UN장애인권리협약 제19조 ‘자립적 생활 및 지역사회 포용’에 대한 내용을 담고 있다. 테마5에 근거하면 병원에 입원한 정신장애인은 퇴원 후 지역사회에서 생활하는데 필요한 주거공간, 재정지원에 접근할 수 있도록 지원 받아야 한다. 또한, 정신장애인이 입원 기간 동안 교육 및 고용에 대한 기회를 가질 수 있도록 해야 하고, 정치 및 공공생활, 사회활동, 문화활동, 종교 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원해야 한다.

〈표 2-12〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마5의 표준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준
5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다. 5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다. 5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다. 5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.

제3절 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)

QualityRights 평가 도구 개발 이후 WHO는 종사자 인권 교육을 위한 지침인 QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)을 개발하였다. 해당 교육 자료는 UN장애인권리협약 및 국제인권기준 등에 근거하여 정신건강전문가가 정신장애인의 인권을 보장하며 회복을 실천할 방법을 제시한다. 전체적인 구성은 핵심훈련, 특별훈련, 지침, 서비스 전환, 자조 분야로 구분되어 있다. 핵심훈련의 경우 '인권', '정신건강 장애와 인권', '법률행위 및 의사결정권', '회복과 건강권', '강제와 폭력 및 학대로부터의 자유'라는 5개의 소분류로 구성된다. 특별훈련은 '정신건강과 안녕을 위한 회복 실천, '격리와 강박 종식 전략', '지원의사결정과 사전계획'의 3가지 내용으로 구성된다. 지침의 경우 '당사자 동료집단 지원', '경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원', '정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호', '정신건강 및 관계분야의 인권증진을 위한 시민사회조직'에 대한 교육 내용이 담겨 있다. 서비스 전환 파트에서는 앞서 살펴보았던 QR사정 킷에 대한 설명이 제공되며, '서비스 전환과 인권증진', 자조 분야에서는 '정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심 회복계획 자가수립틀'에 대한 방법이 제시된다. 본 절에서는 병원에서의 인권친화적 치료 환경과 전반적인 관련이 있는 핵심훈련 분야 5가지와 특별 훈련 3가지, 서비스 전환 1가지를 중심으로 살펴보고자 한다.

〈표 2-13〉 WHO(2019) QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation 구성

구분	내용
핵심훈련(Core Training)	(1) 인권, (2) 정신건강, 장애와 인권, (3) 법률행위 및 의사결정권, (4) 회복과 건강권, (5) 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유
특별훈련(Specialized Training)	(6) 정신건강과 안녕을 위한 회복실천, (7) 격리와 강박 종식 전략, (8) 지원의사결정과 사전계획
지침(Guidance)	(9) 당사자 동료집단 지원, (10) 경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료 지원, (11) 정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호, (12) 정신건강 및 관계분야의 인권증진을 위한 시민사회조직
서비스 전환(Service Transformation)	(13) QualityRights Tool Kit을 통한 인권지향 서비스의 전환방법 (14) 서비스 전환과 인권증진
자조(Self-help)	(15) 정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심회복계획자가수립 틀

1. 핵심훈련(Core Training)

핵심훈련에서 다루지는 내용들은 정신의료기관이 단순히 정신장애인의 자유권을 침해해서는 안 된다는 소극적 차원에서 벗어나 적극적으로 인권친화적 치료를 제공할 수 있도록 하기 위해 필요한 기본 개념 및 가치에 대한 개괄이다. 이에 따라 핵심훈련에서는 소분류 5가지인 1) 인권, 2) 정신건강, 장애와 인권, 3) 법률행위 및 의사결정권, 4) 회복과 건강권, 5) 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유를 살펴보고자 한다.

1) 인권(Human rights)

핵심훈련(Core Training)에서는 인권에 대한 정의 권리 간의 관계, 인권 침해의 예, 권익옹호 방법 등 인권 기반 실천을 위한 전반적 지식을 다룬다. ①인권과 좋은 삶 (Human rights and living a good life)에서는 인간으로서 태생적으로 갖는 자유와 평등, 자신의 삶에 있어서 가장 중요한 것과 좋은 삶을 영위하는데 있어 가장 필요한 것에 대해 생각해본다. ②인권이란 무엇인가 (What are human rights?)에서는 세계인권선언(the Universal Declaration of Human Rights; UDHR)에 근거하여 ‘인권은 그 누구도 당신에게서 빼앗을 수 없는 것’이라 정의하고, 인권은 선물 혹은 특권이 아니며 인간으로서 누려야 할 기본적인 권리를 의미한다고 설명한다. 이러한 인권의 핵심 원칙은 공정(Fairness), 존중(Respect), 평등(Equality), 존엄(Dignity), 자유(Freedom)으로 구성되며, 세계인권선언이 추구하는 바에 따라 시민권, 정치권, 경제권, 사회권, 문화권을 포함한 다양한 권리를 보장해야함을 강조한다. 단, 한 사람이 그 권리를 행사하는 것이 다른 사람의 권리를 침해하는 경우 혹은 특정 권리는 극한 상황에서 제한되거나 중단될 수 있다. ③권리 간의 관계 (The relationship between different rights)에서는 시민권, 정치권, 경제권 등이 상호의존적인 관계를 갖고 있다.

이어서 ④인권 침해의 예(Examples of human rights violations), ⑤인권 침해의 위험에 있는 집단(Groups/segments of the population at risk of human rights violations), ⑥인권 침해의 결과(Consequences of human rights violations)에서는 여러 사례를 들어 실제 인권 침해를 당했던 집단과 그 결과를 설명한다. 인권

침해의 사례로는 노예제도(The slave trade), 홀로코스트(The Holocaust), 마오리족 억압(The oppression of Maori people)에 대한 내용이 다뤄졌다. 특정 집단의 사람들 또는 일부 인구는 사회적 배제, 차별 및 기타 인권 침해를 특히나 더 경험할 수 있는 '취약한 상태'에 놓여있다고 설명하며 그 예로 여성, 난민, 토착민, 성소수자(LGBTIQ), 아동, 장애인 중 특히 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애가 있는 사람들, 고령자, 이민자를 포함하였다.

마지막으로 각자 실천하고 있는 분야에서 인권을 ⑦존중, 보호, 이행(Respecting, protecting and fulfilling human rights)할 수 있는 방법에 대해 고민해보도록 한다. ⑧인권 옹호를 할 수 있는 권한부여(Empowering people to defend human rights), ⑨인권옹호(Human rights advocacy)에서 권익옹호집단 형성, 미디어를 통한 확산전략, 변호사 및 기관 등의 협력, 동료지원 서비스 프로그램 개발 등 당사자의 권익을 증진할 수 있는 다양한 방법을 논의한다. 이러한 내용은 모두 인권친화적 치료환경을 조성하기 위해 정신의료기관 실무자에게 필요한 기본적인 지식 토대를 마련해준다고 할 수 있다.

〈표 2-14〉 WHO(2019) 핵심훈련-인권

구분	내용
인권 (Human rights)	①인권과 좋은삶 (Human rights and living a good life) ②인권이란 무엇인가 (What are human rights?) ③권리들간의 관계 (The relationship between different rights) ④인권침해의 예 (Examples of human rights violations) ⑤인권 침해의 위험에 있는 집단 (Groups/segments of the population at risk of human rights violations) ⑥인권 침해의 결과 (Consequences of human rights violations) ⑦존중, 보호, 인권이행 (Respecting, protecting and fulfilling human rights) ⑧자기 인권 옹호를 할 수 있는 권한부여 (Empowering people to defend human rights) ⑨인권옹호 (Human rights advocacy)

2) 정신건강, 장애와 인권

다음은 정신건강, 장애와 인권(Mental health, disability and human rights)에 대한 내용이다. 이전 파트에서 전반적인 인권에 대한 이해를 증진하였다면, 본 파트에서는 구체적으로 정신건강, 정신장애인의 인권을 어떻게 이해할 것인지에 초점을

둔다. ①차별 및 권리 부정에 대한 이해 (Understanding discrimination and denial of rights)에서는 미시적인 차별을 포함하여 법·정책·환경에서 자행되는 제도적 차별에 대해 정의하고, 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애를 경험하는 사람들은 부정적인 편견으로 인해 많은 차별에 직면해있음을 이해한다.

②인권적 관점에서의 장애 이해(Understanding disability from a human rights' perspective)에서는 기존의 자선모델(Charity Model), 의료모델(Medical Model), 사회모델(Social Model)에서의 이해에서 나아가 이제는 인권모델(The human Rights Model)하에 장애가 이해되어야 함을 강조한다. 자선모델에서는 장애인을 타인에게 의존하는 무력한 피해자로 보며, 장애인이 스스로 지역사회에 참여할 수 있는 능력이 부족하다 여긴다. 즉, 이 관점은 장애인의 역량을 잃게 만드는 한계가 있다. 의료모델에서 강조되는 건강에 대한 개입은 바람직하고 중요하지만 의료모델에만 기초한 접근 방식은 문제가 될 수 있다. 의료모델에 근거하면 장애인은 '정상'과 다르다고 여겨지고, 이에 따라 장애인에게 문제가 있으므로 이들을 정상으로 만들기 위한 치료가 목표가 되기 때문이다. 때문에 의료모델에만 기초한 접근을 취할 경우 심리사회적 장애가 있는 사람들은 '평범한 삶을 살 수 없는 사람'으로 간주되며, 다양성과 포용성을 추구에 한계가 있다. 한편, 사회모델에서 장애는 사회에서 기인한다. 즉, 장애인 개인이 사회에 참여하고자 할 때 직면하는 장벽이 장애이다. 여기서의 장애는 모든 사람들이 사회에 평등하게 참여할 수 있도록 환경조성을 함으로써 극복될 수 있다. 인권모델은 사회모델에서 나아가 장애인들이 비장애인들과 같이 동등한 권리 및 기회를 가질 자격을 인식하는데 차별점을 둔다. 인권모델에서 당사자들은 사회적 장벽 제거를 요구하고 권리보장을 주장할 수 있다. 이에 사회는 장애인들이 이러한 권리에 근거하여 양질의 의료서비스에 접근할 권리를 가질 수 있도록 환경을 조성해야 한다.

이후 내용은 장애인권리협약과 협약 중 주요한 몇 가지 조항에 대한 교육으로 구성되어 있다. ③장애인권리협약(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities), ④CRPD의 실사례 적용(Applying the CRPD to real-life scenarios)에서는 UN장애인권리협약 전문을 이해하고 실사례를 통해 UN장애인권리협약 상 어떤 조항이 위배되었는지 논의한다. 더불어 ⑤제12조-법 앞의 동등한 인정(Zooming in on article 12 - Equal recognition before the law)에서는 장애인이 법 앞의 동등한 인정을 보장받기 위한 지원 방법으로 지원의사결정

에 대해 설명하며, ⑥제16조-착취, 폭력, 학대로부터의 자유 (Zooming in on article 16- Freedom from exploitation, violence and abuse)을 통해서도 장애인권리협약 당사국들이 장애인을 착취, 폭력, 학대로부터 보호하기 위한 법, 제도적 환경을 조성해야함을 강조한다. ⑦제19조-자립적 생활 및 지역사회에의 동참(Zooming in on article 19 - Living independently and being included in the community)에서는 ‘선택, 지원, 지역사회 서비스 및 시설의 접근성’이 세가지 주요 차원임을 설명하며, 세가지 차원을 보장하기 위해 당사국이 의무를 다해야 한다는 점을 설명한다.

마지막으로 ⑧CRPD 권리를 자기 옹호하기 위한 권한부여(Empowering people to defend CRPD rights)에서는 UN장애인권리협약이 정신사회적, 지적, 인지적 장애를 경험하는 사람들의 권리를 포함하여 장애인들의 권리를 보장하는데 있어 법적구속력이 있는 협약임을 다시 한번 설명한다. 장애인의 권리를 보장하기 위해 많은 조치가 취해질 수 있고, 인권이 이행되는 과정에 많은 사람이 주요한 역할을 할 수 있음을 상기시킨다.

〈표 2-15〉 WHO(2019) 핵심훈련-정신건강, 장애와 인권

구분	내용
정신건강, 장애와 인권 (Mental health, disability and human rights)	①차별 및 권리 부정에 대한 이해 (Understanding discrimination and denial of rights) ②인권적 관점에서의 장애 이해 (Understanding disability from a human rights' perspective) ③장애인권리협약 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities) ④CRPD의 실사례 적용 (Applying the CRPD to real-life scenarios) ⑤제12조-법 앞의 동등한 인정 (Zooming in on article 12 - Equal recognition before the law) ⑥제16조-착취, 폭력, 학대로부터의 자유 (Zooming in on article 16- Freedom from exploitation, violence and abuse) ⑦제19조-자립적 생활 및 지역사회에의 동참 (Zooming in on article 19 - Living independently and being included in the community) ⑧CRPD권리의 자기옹호를 위한 권한부여 (Empowering people to defend CRPD rights)

3) 법률행위 및 의사결정권

법률행위 및 의사결정권(Legal Capacity and the Right to Decide)에서는 UN장애인권리협약 12조와 관련하여 장애인이 갖는 법적 역량에 대한 권리를 다

룬다. 제12조에 근거하면 법적 자격에 대한 권리는 어떠한 경우에도 개인에게서 빼앗을 수 없는 권리이다. 흔히 사람들이 법적역량(Legal Capacity)과 정신역량(Mental Capacity)을 혼동하지만 이 두가지는 다른 개념이며, 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애가 있다는 이유로 누군가에게 법적 능력에 대한 권리를 보장받지 못하는 상황이 있어서는 안된다.

다음으로 ②지원의사결정-사전계획지원(Supported Decision-Making and Advance planning)에서는 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애를 경험하는 사람들의 법적역량을 지원하는 방법이 다뤄진다. 장애인권리협약 제12조는 장애인이 원하는 지원을 제공하면, 그들이 스스로 의사결정을 내릴 수 있다는 것을 전제로 한다. 따라서 장애인은 의사결정을 위해 다양한 지원 옵션을 이용할 수 있어야 한다. 지원은 개인의 필요에 맞게 조정되어야 하며, 그 예로는 호주와 영국의 서클 오브 서포트(Circle of Support), 스웨덴의 개인옴부즈만제도(Personal Ombudsperson), 핀란드의 오픈다이얼로그(Open Dialogue)등이 있다. 또 다른 방법으로는 사전계획(Advanced Planning)이 있다. 사전계획은 개인이 자신의 의지와 선호를 타인에게 알리는데 어려움을 겪을 수 있는 시기를 대비하여, 타인의 지원이나 행동을 원하는 경우 미리 미래의 상황에 대해 지시를 내려두는 과정을 말한다. 이는 서면 문서이며 바람직한 지원에 대한 서명, 지정된 지원자, 회복 및 치료 옵션, 휴식 장소, 특정 치료·지원·돌봄에 대한 거부 여부 등을 포함할 수 있다.

③사전 동의 및 사람 중심 치료와 회복계획 (Informed consent and person-led treatment and recovery plans)에서는 많은 국가의 정신건강서비스들이 사람 중심, 회복 접근 방식을 택하고 있다고 설명한다. 회복접근에서의 회복은 사람마다 다르게 나타나는 것이며 증상이 있든 없는 당사자가 의미 있는 삶을 살 수 있는 것을 뜻한다. 이러한 접근법에서 무엇보다 전제되어야 할 것은 장애인권리협약 제12조 법적 능력에 근거한 동의이다. 치료 및 회복 계획에는 당사자인 정신장애인이 어떤 치료 또는 지원을 받고 싶어하는지, 원하지 않는지 등이 포함되어 있고, 치료 및 회복 계획의 당사자가 모든 결정을 내리도록 보장해야한다. 이러한 흐름에 따라 ④정신건강 및 사회복지서비스에서 비자발적인 구금 및 치료는 피해야 하는 (Avoiding involuntary detention and treatment in mental health and social services)것이 된다. 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애를 경험하는 사람들은 자신의 선호에 반하여 때때로 정신건강 및 사회서비스에 구금된다. 구금 이외에

특별한 대안이 없기 때문에 정신건강 및 사회서비스에 유입될 수도 있다. 통상 이렇 게 입소한 많은 장애인들은 장기간 동안 시설에 머물게 되며, 종종 강제적인 대우를 받기도 한다. 실제 특정 법률들은 사람의 상태나 장애에 따라 비자발적인 허용하고 있는데, 이러한 법률은 심리사회적·지적 혹은 인지적 장애인들을 차별하는 행위이며 구체적으로 장애인권리협약 제5조, 제12조, 제14조, 제15조, 제16조, 제17조, 제19조, 제22조, 제25조 등을 위반하는 행위라 설명한다.

〈표 2-16〉 WHO(2019) 핵심훈련-법률행위 및 의사결정권

구분	내용
법률행위 및 의사결정권 (Legal capacity and the right to decide)	①법적 역량에 대한 권리 이해 (Understanding the right to legal capacity) ②지원의사결정-사전계획지원 (Supported decision-making and advance planning) ③사전 동의 및 사람 중심 치료와 회복계획 (Informed consent and person-led treatment and recovery plans) ④정신건강 및 사회복지서비스에서 비자발적인 구금 및 치료를 피하기 (Avoiding involuntary detention and treatment in mental health and social services)

4) 회복과 건강권

회복과 건강권(Recovery and the right to health)에서는 정신건강과 회복의 개념, 회복을 촉진하기 위한 실천가들의 역할을 다룬다. ①주제1: 정신건강이란 무엇인가?(Topic 1: What is mental health?)에서는 정신건강의 정의뿐만 아니라 정신건강에 대한 오해에 대해 설명한다. WHO(2019)에서 말하는 정신이 건강한 상태는 주관적이고 개인이 내적으로 행복감을 느끼고 긍정적이고 낙천적인 감정을 느끼는 상태를 의미한다. 정신건강 상 장애가 없는 상태 등 정신건강을 객관적으로 정의하거나 구체적으로 기준을 내리기 어렵다. 모든 사람에게 동일한 정신건강의 정의나 기준을 부과하는 것은 문제 있는 행위이며, 이러한 행위는 사람들을 배제, 차별하고 의료화를 이상적인 지향점으로 만들어 버릴 수 있다고 한다.

②정신건강 및 사회복지 분야에서의 건강권 증진(Promoting the right to health in mental health and social services)에서 WHO는 탈원화에 대해 설명한다. 장애인들이 절대로 기관에 거주해서는 안되며, 지역사회와 격리되어 있는 정신건강시설은 단계적으로 폐지되고 지역사회 제공 정신건강 및 사회복지서비스로 대체되어야 함을 주장한다. 서비스의 물리적 환경과 분위기는 사람들의 정신건강

과 행복에 중요한 영향을 미치기 때문에, 지지적이고 편안한 지역사회 기반 서비스가 조성되어야함을 강조한다. 또한, 정신건강 관련 서비스 이용자들의 신체건강 관련 검사 및 치료에 대한 관심 증대를 요구한다. 정신건강서비스에서 시행되는 약물치료나 전기경련치료는 신체건강에 매우 심각한 영향을 미칠 수 있으며, 실제 정신건강서비스를 이용하는 사람들의 조기 사망 위험이 비정신장애인보다 높은 것으로 알려져있다. 때문에 WHO는 정신건강서비스 이용자들이 신체건강 서비스를 이용할 수 있도록 접근성을 높이고, 약물 처방을 할 때 이용자들의 요구에 귀 기울여야한다고 설명한다.

③회복이란 무엇인가? (What is recovery?)에서는 회복에 대해 정의하고, ④회복 증진 (Promoting recovery)와 ⑤회복을 촉진하기 위한 정신건강 및 사회서비스 분야 실천가의 역할 (The role of practitioners and mental health and social services in promoting recovery)에서는 회복을 촉진하기 위한 방법들을 제시한다. WHO(2019)에서 제시하는 회복은 회복 관점에 근거하여 개인이 증상에 관계없이 의미있는 삶을 살 수 있는 것을 뜻하며, 회복의 길에서 발견된 중요한 요소들은 정체성, 관계, 역량강화·의미와 목적 찾기, 서비스와 지원이다. 회복을 위해 개인마다 다른 맥락의 지원이 필요하며, 개개인이 각기 다른 회복의 길에 위치하고 있다. 회복은 당사자 개인에게 달려있으며, 다른 사람(가족, 실천가 등)들에게 주어진 역할은 가능한 최선의 방법으로 당사자를 지원하는 것이다. 보통 효과적인 지원으로 알려진 방법은 경청, 긍정적인 메시지 사용 등 좋은 의사소통 기술을 사용하는 것, 경청을 통해 당사자가 전문가이며 당사자가 갖고 있는 전문지식이 실천가의 지식만큼 유효하다는 것을 받아들이는 것이다.

〈표 2-17〉 WHO(2019) 핵심훈련-회복과 건강권

구분	내용
회복과 건강권 (Recovery and the right to health)	①주제1: 정신건강이란 무엇인가? (Topic 1: What is mental health?) ②정신건강 및 사회서비스 분야에서의 건강권 증진 (Promoting the right to health in mental health and social services) ③회복이란 무엇인가? (What is recovery?) ④회복 증진 (Promoting recovery) ⑤회복을 촉진하기 위한 정신건강 및 사회서비스 분야 실천가의 역할 (The role of practitioners and mental health and social services in promoting recovery)

5) 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유

강제와 폭력 및 학대로부터의 자유(Freedom from coercion, violence and violence and abuse)에서는 ①폭력, 강제, 학대란 무엇인가?(What are violence, coercion and abuse?), ②폭력, 강제, 학대에 대한 CRPD의 설명(What does the CRPD say about violence, coercion and abuse?)을 통해 많은 서비스 이용자들이 폭력, 학대, 강압적인 관행을 경험하고 있고 이를 방지하기 위한 전략을 세우는 것이 필수적임을 설명한다. 그리고 그 전략의 중요한 방법 중 하나는 장애인권리협약에 근거하여 이용자들의 권리를 존중하는 것이다.

③ 폭력, 강제, 학대의 영향은 무엇인가? (What are the impacts of violence, coercion and abuse?)에서는 반복된 폭력, 강압, 학대적인 관행이 이를 경험한 사람뿐만 아니라, 실친가 및 가족 등에게도 부정적인 영향을 미친다고 설명한다. 특히 학대를 경험한 이용자들의 경우 새로운 폭력이나 학대로부터 자신을 방어하는 것 외에 선택의 여지가 없다고 느끼는 무력감에 이르게 된다.

④이러한 관행은 왜 발생하는가? (Why are these practices happening?), ⑤태도 및 권력 관계에 대한 이해 (Understanding attitudes and power relations)에서는 폭력 및 학대의 관행이 지속되는 이유들로 태도, 지식 및 기술의 부족 등과 관련 있다고 설명한다. 즉, 직원-이용자 간의 권력 구도를 만들어내는 미묘한 요인들(입은 옷의 차이, 화장실의 분리 사용, 어떤 사람의 주장이 더 잘 받아들여지는지 등)로 인해 불균형적인 태도와 권력이 만들어지고, 이러한 관계 속에서 폭력과 같은 관행이 지속된다고 주장한다.

이러한 관행을 멈추기 위해서는 ⑥갈등상황 방지 및 해결을 위한 핵심전략(Key strategies to avoid and defuse conflictual situations), ⑦의사소통 기술 (Communication techniques), ⑧지지적 환경과 안정실 활용(Supportive environments and the use of comfort rooms), ⑨“say yes”와 “can do” 문화 만들기(Creating a “saying yes” and “can do” culture), ⑩민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립하기(Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress) , ⑪ 대응 팀(Response teams), ⑫불만사항 및 보고 절차(Complaints and reporting procedures) 등의 방법을 활용할 수 있으며, 이 모든 내용은 정신의

료기관에서 인권친화적 치료환경을 조성하는데 활용할 수 있다.

예를 들어, 정신의료기관에 입원한 정신장애인의 증상이 심화 되었을 때 비자발적인 격리 및 강박이 이루어진다면, 직원-이용자 간 갈등이 증폭될 수 있지만, ⑧ 지지적 환경과 안정실 활용(Supportive environments and the use of comfort rooms)을 활용한다면 오히려 정신장애인을 안정화시키는데 도움을 줄 수 있다. 또한, 사전에 입원한 정신장애인의 ⑩민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립(Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress)을 통해서는 증상이나 스트레스가 심화되기 전에 정신장애인의 안정화를 지원할 수 있는 방법을 알 수 있다. 이러한 일련의 과정은 강제와 폭력 및 학대를 미연에 방지할 수 있게 한다.

〈표 2-18〉 WHO(2019) 핵심훈련-강제와 폭력 및 학대로부터의 자유

구분	내용
강제와 폭력 및 학대로부터의 자유 (Freedom from coercion, violence and abuse)	①폭력, 강제, 학대란 무엇인가? (What are violence, coercion and abuse?) ②폭력, 강제, 학대에 대한 CRPD의 설명 (What does the CRPD say about violence, coercion and abuse?) ③ 폭력, 강제, 학대의 영향은 무엇인가? (What are the impacts of violence, coercion and abuse?) ④이러한 관행은 왜 발생하는가? (Why are these practices happening?) ⑤태도 및 권력 관계에 대한 이해 (Understanding attitudes and power relations) ⑥갈등상황 방지 및 해결을 위한 핵심전략 (Key strategies to avoid and defuse conflictual situations) ⑦의사소통 기술 (Communication techniques) ⑧지지적 환경과 안정실 활용 (Supportive environments and the use of comfort rooms) ⑨“say yes”와 “can do” 문화 만들기 (Creating a “saying yes” and “can do” culture) ⑩민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립하기 (Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress) ⑪대응 팀 (Response teams) ⑫불만사항 및 보고 절차 (Complaints and reporting procedures) ⑬정신건강 및 사회서비스에서 폭력, 강제, 학대를 멈추기(Stopping violence, coercion and abuse in my mental health or social service)

2. 특별훈련

특별훈련에서는 구체적으로 인권기반실천 방법이 제시된다. 본 장에서는 정신 의료기관에서의 회복실천에 활용할 수 있는 1) 정신건강과 안녕을 위한 회복실천, 2) 격리와 강박 증식 전략, 3) 지원의사결정과 사전계획을 살펴보고자 한다.

1) 정신건강과 안녕을 위한 회복실천

(Recovery practices for mental health and well-being)

정신건강과 안녕을 위한 회복실천(Recovery practices for mental health and well-being)에서는 핵심훈련-회복과 건강권에서 다뤄졌던 내용과 유사하게 ①회복이란 무엇인가 (What is recovery?)에서 회복의 정의를 살펴보고, ⑤회복의 가치 (Values in recovery)에서 회복의 가치를 정의하며, 어떻게 회복지향서비스를 실천할 수 있을 것인지에 대한 구체적 방법을 제공한다.

〈표 2-19〉 WHO(2019) 특별훈련-정신건강과 안녕을 위한 회복 실천

구분	내용
정신건강과 안녕을 위한 회복실천 (Recovery practices for mental health and well-being)	①회복이란 무엇인가 (What is recovery?) ②회복지향서비스와 실천 (Recovery-oriented services and practices) ③자원 및 강점에 초점 (A focus on assets and strengths) ④희망고취 (Promoting hope) ⑤회복의 가치 (Values in recovery) ⑥회복을 위한 작업을 함께하기 (Working alongside people) ⑦회복에 근거한 실천 맥락의 경계 (Boundaries within the context of recovery practices) ⑧회복의 긍정적 위험 (Positive risks in recovery) ⑨당사자들이 지역사회와 연결될 수 있도록 지원하기 (Supporting people to reconnect with their communities) ⑩의사소통 기술 (Communication skills) ⑪회복계획 (Recovery plans) ⑫회복여정을 위한 핸들 (Recovery Wheel)

회복지향서비스는 자기결정권(Self-determination), 인권증진(Promoting human rights), 트라우마 해소(Addressing trauma), 불균형한 힘의 극복(Overcoming power imbalances)에 관심을 둔다. 전 세계의 많은 서비스가 회복에 대해 치료적(Clinical) 접근을 취하여 정신장애인의 장애가 회복 불가능하다 믿고

있다. 이에 따라 치료, 돌봄, 지원은 종종 약물 치료라는 경계 안에서 제한적으로 이루어지며, 치료의 목표 또한 증상을 제거하거나 줄이는데 있다. 하지만 회복지향서비스와 실천에서는 회복이 증상 뿐만 아니라 사람의 생명과 정체성에 관한 것이라 본다. 정신장애인 개개인에게 나아짐(Getting Better)이 어떤 의미를 갖는지 상호 이해하고 이를 달성하기 위한 지원을 하는 것이 회복지향서비스이자 실천이다. 이는 단순히 직원 개인이 가져야 할 태도를 넘어서 기관과 정책이 추구 해야 하는 지향점이다.

회복지향 실천은 구체적으로 정신장애인이 가진 강점과 자원에 초점을 둔다. 정신장애인 당사자, 가족 등이 강점과 자산에 대해 더 잘 이해하고 이를 강화할 수 있도록 지원하며, 강화된 강점을 활용하여 어려움을 극복할 방법을 찾을 수 있도록 지원되어야 한다. 희망을 고취하는 것 또한 회복지향 실천의 방법이다. WHO(2019)에서는 구체적으로 희망을 고취할 수 있는 방법을 다음과 같이 설명한다.

〈표 2-20〉 WHO(2019) 특별훈련-정신건강과 안녕을 위한 회복 실천-희망고취방법

구분	내용
우리가 함께 일하고 지원하는 사람들에게 어떻게 희망을 고취시킬 수 있을까? (How can we inspire hope in people we work with and support?)	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자를 있는 그대로의 사람으로 평가하고 그들의 꿈과 포부를 중요시함 • 당사자의 가치를 믿음 • 당사자의 기술, 능력, 잠재력에 대한 자신감을 갖도록 함 • 당사자의 경험이 진실하다는 것을 믿음 • 당사자의 경험을 받아들이고 적극적으로 탐구함 • 미래에 대한 불확실성을 수용함 • 문제 및 좌절을 회복 과정의 일부로 보고 이를 바탕으로 학습하고 이를 기반으로 지원함 • 유사한 경험을 한 다른 사람들과 당사자를 연결함

회복 계획을 수립하는 것 또한 회복지향실천 방법 중 하나이다. 회복 계획은 정신장애인 당사자가 직접 작성하고 실천하는 이용자 주도 문서(User-Driven Document)이며, 필요한 지원이 있을 때는 다른 사람들과 함께 할 수 있다. 때문에 회복 계획은 정신장애인 당사자의 선호를 반영하여 구성되며 시간이 지남에 따라 변경될 수 있다. 회복 계획을 세우기 위해 당사자가 타인과 상의할 수 있지만 구체적으로 어떤 것을 포함시킬지에 대한 결정은 정신장애인 스스로가 한다. 필요 시 회복 계획을 수립할 때 가능한 자원을 접할 수 있도록 지원이 제공되어야 한다. 이렇게 이용자 주도로 수립된 회복 계획은 비자발적으로 수립한 회복 계획보다 훨씬 효과적으로 실행될 수 있다. 회복 계획의 중요한 부분 중 하나는 정신장애인이 어려움을 경험할 때 자신을

관리할 계획을 수립하는 것이다. 이러한 계획은 정신장애인을 지원하는 사람들이 당사자가 언제 고통을 겪는지 일종의 신호를 알아차릴 수 있게 하고, 지원이 필요한 때는 언제인지를 구분하는데 도움을 준다.

본 훈련의 마지막에서는 회복여정을 위한 핸들(Recovery Wheel) 그림을 제시하는데, 이러한 회복 핸들은 회복을 하는 정신장애인 스스로가 무엇이 중요하고 어디로 회복해나가야할지 스스로 결정한다는 것을 보여준다. 이를 통해 정신의료기관에서의 치료 및 서비스 또한 회복지향 및 당사자 주도 서비스에 초점을 두어야 한다는 것을 알 수 있다.

2) 격리와 강박 종식 전략(Strategies to end seclusion and restraint)

격리와 강박 종식 전략(Strategies to end seclusion and restraint)은 특히 정신의료기관에서의 인권친화적 치료환경 조성 및 맞닿아 있는 교육 내용이다. 정신의료기관의 특성 상 급성 증상이 있는 혹은 증상을 다루기 어려워하는 정신장애인이 입원하는 경우가 대다수이고, 안전이라는 명목하에 격리 및 강박이라는 조치가 빈번하게 취해지고 있기 때문이다. 본 훈련에서는 격리 및 강박이 정신장애인 개인에게 부정적인 영향을 미치며, 이외 대안적인 방법으로 긴장 상황을 다룰 수 있는 실천기법을 제공한다.

〈표 2-21〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 종식 전략

구분	내용
격리와 강박 종식 전략 (Strategies to end seclusion and restraint)	①회복이란 무엇인가 (What is recovery?) ②격리와 강박의 정의 (Defining seclusion and restraint) ③격리와 강박의 영향과 개인 후기 (The personal experience and impact of seclusion and restraint) ④격리 및 강박에 대한 도전적 가정 (Challenging assumptions about seclusion and restraint) ⑤위기상황의 식별과 성공적 대응의 요소 (Identifying tense situations and elements of a successful response) ⑥민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립하기 (Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress) ⑦“say yes”와 “can do” 문화 만들기 (Creating a “saying yes” and “can do” culture) ⑧지지적 환경과 안정실 활용 (Supportive environments and the use of comfort rooms) ⑨긴장 및 갈등 상황의 완화 (De-escalation of tense and conflictual situations) ⑩대응 팀 (Response teams) ⑪격리 및 강박을 제거하기 위한 조치 (Action to take to eliminate seclusion and restraint)

격리 및 강박은 물리적인 공간의 격리, 신체적(혹은 물리적) 및 화학적 강박을 하는 방식으로 이루어진다. 이러한 제한을 경험한 사람들은 각 격리 및 강박 방식에 따라 다양한 상해(타박상, 골절, 혼수상태 등)를 입으며, 화학적 강박의 경우 입 마름, 변비, 환각, 무감각 등의 또 다른 어려움을 만들어낸다. WHO(2019)는 이러한 격리 및 강박 시행의 근거가 되는 가정 여섯 가지에 대한 반박을 제기한다.

〈표 2-22〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 종식 전략-도전적 가정

구분	내용
격리와 강박에 대한 도전적 가정 (Challenging assumptions about seclusion and restraint)	<ul style="list-style-type: none"> • 가정 1: 격리 및 강박은 정신건강과 사회서비스를 이용하는 사람들의 치료적 이익을 위해 사용될 수 있음 => 격리 및 강박의 치료적 효과가 연구로 증명된 바 없음 • 가정 2: 격리 및 강박은 사람들을 안전하게 함 => 격리 및 강박은 신체, 정서, 정신적 상해를 초래함 • 가정 3: 격리 및 강박은 폭력적인 행동을 방지함 => 격리 및 강박은 좌절과 분노를 더 강화시켜 더 해로운 행동을 초래할 수 있음. 강압적인 경험을 한 사람들은 스스로를 방어하는 것 외에는 선택의 여지가 없다고 느낄 수 있음 • 가정 4: 직원이 잠재적으로 폭력적인 상황을 정확하게 인식할 수 있음 => 폭력적인 상황을 예측하는 것은 매우 어려운 일임. 폭력의 위험을 예상하고 격리 및 강박하는 행위가 격리 및 강박의 관행을 지속시키고 있음 • 가정 5: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 가진 사람들은 종종 비이성적이고 폭력적이며 예측할 수 없음 => 이러한 가정은 일반적으로 사람들이 갖고 있는 오해임. 여러 증거가 이미 이들이 비장애인보다 폭력적이지 않다는 것을 보여주었음. 이들은 가해자보다 피해자가 될 가능성이 더 높음 • 가정 6: 격리 및 강박을 피할 수 없는 상황이 있음 => 격리 및 강박은 최후의 수단 개입이 아님. 당사자들을 보호하기 위해 격리 및 강박에 대한 대안적 방법이 항상 모색되어야 함

위기상황을 성공적으로 대응하기 위해서는 개별지원계획수립, 긍정적 문화 조성하기, 탈감법, 안정실 조성, 대응팀 구성이 핵심전략으로 활용될 수 있다. 본 내용은 ‘핵심훈련-강제와 폭력 및 학대로부터의 자유’에서도 개괄적으로 다뤄진 내용이지만, 특별훈련에서는 각 실천을 실제 어떻게 이행할 수 있는지 예시와 구체적 징후, 방법들을 제공한다. 훈련 내용에 따르면 긴장이 고조되는 과정에서 개인이 경험하는 민감함의 범위는 매우 다양하며, 보통 민감함 혹은 예민함을 촉발하는 요소들은 ‘고함 소리, 무례한 말, 잡음, 너무 빠른 말, 외로움, 고립 등’이 있다고 설명한다. 이에 근거하면 정신의료기관에서의 규칙(예. 9시 이후 공용공간 사용 금지 등)이 때로는 개인의 민감함을 더욱 증가시킬 수 있다. 따라서

WHO(2019)는 정신장애인의 필요에 따라 규칙이나 정책을 조정할 필요성을 제시한다.

3) 지원의사결정과 사전계획

(Supported decision-making and advance planning)

지원의사결정과 사전계획(Supported decision-making and advance planning)에서는 많은 경우 법적능력(Legal Capacity)과 의사능력(Mental capacity)이 같은 개념으로 잘못 이해되고 있지만, 법적역량은 ‘권리를 가질 권리(The right to hold right)’, ‘권리를 행할 권리(The right to exercise these rights)’의 측면을 가진 양도할 수 없는 권리이다.

〈표 2-23〉 WHO(2019) 특별훈련-격리와 강박 증식 전략

구분	내용
지원의사결정과 사전계획 (Supported decision-making and advance planning)	①정신건강영역에 있어 법적 역량에 대한 도전적 거부 (Challenging denial of legal capacity in mental health) ②대리의사결정 vs 지원의사결정 (Substitute versus supported decision-making) ③지원의사결정의 실제 (Supported decision-making in practice) ④의지 및 선호를 가장 잘 해석하여 의사소통할 수 있는 사람을 지명 (Nominating a person to communicate best interpretation of will and preferences) ⑤지원의사결정 접근 방식을 채택하기 위한 단계 (Positive steps to adopt a supported decision-making approach) ⑥사전의향서란 무엇인가? (What is advance planning?) ⑦사전의향서작성 (Making advance planning documents)

WHO(2019)는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들에게 대한 오해(혹은 도전적 가정) 여섯 가지를 통해 기준에 사람들이 인식하고 있는 정신장애인의 의사결정에 대한 내용이 상당 부분 현실과 다른 편견 어린 것들이라 설명한다.

〈표 2-24〉 WHO(2019) 특별훈련-지원의사결정과 사전계획-도전적 가정

구분	내용
의사결정에 대한 도전적 가정 (Challenging assumptions about seclusion and restraint)	<ul style="list-style-type: none"> • 오해 1: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 나쁜 결정을 내림 => 무엇이 좋은 결정인지에 대해서는 사람마다 매우 다른 견해를 가질 수 있음. 누군가가 나쁜 결정을 하고 있다고 해서 그 사람의 결정을 막아야 하는 것은 아님. 또한 비장애인들이 좋은 결정만 내린다는 반대 가정 또한 사실이 아님. 부정적인 결과를 초래하는 결정을 하더라도, 결정을 내리는 것은 여전히 당사자의 권리임 • 오해 2: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 때때로 현실에 대해 잘못된 생각을 가지고 있음 => 삶과 현실에 대해 독특하고 특이한, 다른 신념을 갖고 있다고 해서 그들이 내리는 결정을 막을 수 없음. 이러한 상황에서 많은 사람이 여전히 자신의 일상에 어떤 일이 일어나고 있는지 알고 있음. 걱정은 할 수 있지만 당사자의 독립성과 결정, 행동에 대한 책임을 존중할 필요가 있음 • 오해 3: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 그들의 치료에 대해 결정해서는 안 됨 => 사람들이 특정 유형의 치료를 거부하거나 다른 지원을 선호할 때 일반적으로 그 이유가 있음. 장애를 경험하는 사람들은 다른 사람들과 마찬가지로 자신의 몸과 마음, 삶에 대한 전문가임. • 오해 4: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 무엇이 그들에게 가장 좋은지 모름 => 우리 모두는 우리가 무엇을 좋아하고, 무엇을 싫어하는지에 대해 잘 알고 있음. 이는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들에게도 해당함. 또한, 모든 사람은 실수를 할 권리가 있음. 다른 사람들과 마찬가지로 장애를 경험하는 사람들 또한 자신들에게 무엇이 효과가 있는지/효과적이지 않은지 경험할 필요가 있음 • 오해5: 가족과 돌봄제공자는 심리적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들에게 무엇이 좋은지 가장 잘 알고 있음 => 돌봄제공자는 가치있는 지원을 제공할 수 있지만, 때로는 결정을 내릴 때 당사자를 제외시킬 수도 있음. 이는 당사자들을 결정할 수 없는 사람으로 보거나 그들을 보호하기를 원하기 때문일 수 있음 • 오해 6: 정신 건강 및 다른 실천가들은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들에게 무엇이 좋은지 가장 잘 알고 있음 => 실천가들은 사람들에게 매우 중요한 지원을 제공할 수 있음. 하지만 종종 '가장 잘 알고 있다'고 생각하기 때문에 정신장애인들을 위해 결정을 내려버릴 수도 있음. 비장애인과 마찬가지로 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들 또한 의사결정을 내릴 권리가 있음 • 오해 7: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 결정을 내리는 능력이 부족함 => 결정을 내릴 수 있는 능력은 우리의 생애와 맥락에 따라 달라짐. 때때로 사람들은 결정을 내리는 것이 쉽다고 느끼고, 어떤때는 어렵다고 생각함. 때문에 사람들이 특정 경우나 문제에 대한 결정을 내리기 위해 지원이 필요할 수 있다는 사실은, 이들이 일반적으로 결정을 내릴 수 없다는 것을 의미하지는 않음 • 오해 8: 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험하는 사람들은 무엇을 해야 하는지 지시 받을 필요가 있고 그들은 그들 스스로 결정을 내리는 것을 두려워함 => 주변의 부정적 인식과 차별적인 반응으로 인해 결정을 하는 것에 대한 자신감을 잃었음. 결정을 내리기 위해 다른 사람에게 의사결정을 미루기도 함. 때문에 의사결정에 대한 자신감을 되찾을 수 있도록 지원되어야 함

3. 서비스 전환

서비스 전환 부분에서는 어떻게 인권기반 서비스로 변화를 꾀할 것인지에 대한 교육 내용을 제공한다. 서비스 전환은 크게 QualityRights Tool Kit을 통한 인권 지향 서비스의 전환방법, 서비스 전환과 인권증진으로 구성되어 있다. 이중 QualityRights Tool Kit을 통한 인권 지향서비스의 전환방법은 제2절에서 살펴본 내용이므로, 제3절에서는 서비스 전환과 인권 증진에 대한 내용을 검토하고자 한다.

1) 서비스 전환과 인권 증진

(Transforming services and promoting human rights)

서비스 전환과 인권 증진에서는 정신건강 서비스의 문화, 비전 및 리더십의 변화 방향, 변화를 위한 이행 방법에 대한 교육 내용을 제공한다. 먼저 서비스 전환을 위해서는 서비스에 대한 공동의 비전 정의가 필요하다. 서비스가 작동하는 방식과 목표, 기대치, 서비스를 제공하는 구성원·이용 당사자·가족 간의 이해 등이 필요하다. 또한 서비스가 추구하는 핵심 가치는 비전의 기초가 되어야 하며 비전과 핵심 가치 모두 인권 기준들, 특히 UN장애인권리협약과 일치해야 한다. 아울러 서비스 문화는 서비스를 이용하는 사람들, 서비스를 제공하는 직원 등 구성원의 일상에 직접적인 영향을 미칠 수 있기 때문에 숙고하여 이행해야 한다.

〈표 2-25〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진 1장

구분	내용
서비스 전환과 인권 증진 (Transforming services and promoting human rights)	<1장. 서비스 문화, 비전 및 리더십 (Part 1. Service culture, vision and leadership)> ①서비스에 대한 공동의 비전 정의 (Defining a shared vision for the service) ②서비스 문화 및 변화 (Service culture and change)

2장의 교육을 위해서는 사전에 QualityRights Tool Kit이 필수적으로 이루어져야 함을 강조한다. QualityRights Tool Kit에서 포함되는 권리의 내용은 적절한 생활에 대한 권리, 신체 및 정신건강의 최고 수준을 누릴 권리, 법적 능력을 행

사할 권리 및 개인의 자유와 안전에 대한 권리, 고문이나 잔인감 등 학대로부터의 자유에 대한 권리, 독립적으로 지역사회에 통합되어 살 권리이다. 이러한 다섯 가지 권리에 근거하여 이용자는 자신이 받았던 서비스가 얼마나 자신의 삶에 긍정적인 변화를 주었는지, 어떤 서비스가 유용하지 않았는지 등에 대해 평가하여보고, 서비스 제공자는 제공하였던 서비스를 기준으로 평가해보도록 권유하고 있다.

〈표 2-26〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진 2장

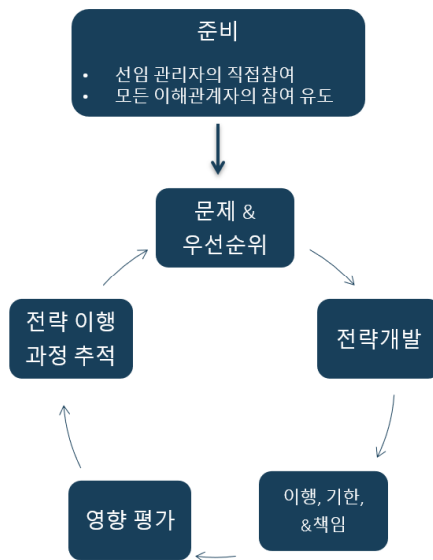
구분	내용
서비스 전환과 인권 증진 (Transforming services and promoting human rights)	<2장. 서비스 변화를 위한 개선 계획 수립 및 시행 (Part 2. Developing and implementing an improvement plan for service change)> ①정신건강 및 사회서비스의 질 및 인권 상황에 대한 이해 (Understanding the quality and human rights conditions of mental health and social services) ②QualityRights 평가결과를 기반으로 한 서비스 변경의 구체적인 우선순위 설정 (Specific priorities for change in the service based on the QualityRights assessment toolkit) ③문제에서 해결으로, 행동에서 영향 까지 (From problems to solutions and from action to impact) ④나아가기 (Moving forward)

평가 후 서비스 변화를 위해 먼저 취해야 할 것은 우선순위를 구분하는 일이다. 우선 해야할 변화와 증장기적으로 변화해야 할 부분을 구분한다. 서비스 기준에 상당히 낮은 수준으로 부합하는 부분은 우선적으로 변화를 취해야 하고, 그렇지 않은 부분은 상대적으로 후순위에 두는 전략을 취할 수 있다. WHO(2019)에서 제시하는 기준은 아래와 같다.

〈표 2-27〉 WHO(2019) 특별훈련-서비스 전환과 인권 증진-서비스 전환 우선순위

QR 표준과 비교하였을 때 낮은 수준으로 제공되는 서비스	QR 표준과 비교하였을 때 개선이 필요한 서비스
<ul style="list-style-type: none"> 서비스 이용자에게 위험할 수 있음 신체적, 정신적 건강의 악화로 이어질 수 있음 서비스를 이용하는 대부분의 사람들에게 부정적인 영향을 미칠 수 있음 결과적으로 사람들이 그 서비스를 받고 싶지 않아 하고, 다른 사람들도 서비스 이용을 하지 않게 됨 	<ul style="list-style-type: none"> 중요한 변화가 되겠지만 이용자들의 안전에 영향을 주지 않음 소수의 이용자에게만 영향을 미침 우선되는 다른 표준이 해결된 후에 조치를 취할 수 있음 더 많은 사람이 서비스를 이용하는데 도움이 될 수 있겠지만 서비스를 이용하는데 장벽이 되지는 않음

문제 및 우선순위 파악 후에는 아래 그림과 같이 서비스 전략을 개발하고, 이를 이행하며, 영향을 평가한 후, 전략 이행 과정을 추적 관찰하는 단계를 따른다. 추적 관찰 후에 또 다른 문제가 발견되면 같은 과정을 다시 이행하여 서비스 전환을 위한 노력을 이행한다. 아래와 같은 일련의 과정을 따르는 워크숍을 통해 개선 계획에 대한 계획을 세운 후, 이를 이행하고, 모니터링 해야한다. 이행 집단은 서비스 이용자, 제공자, 관리자, 가족, 돌봄 제공자를 포함해야한다.



[그림 2-1] 서비스 전환 방법의 흐름(WHO, 2019)

제4절 WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021)

Guidance and technical packages on community mental health services(2021)에서는 사람중심 인권기반 서비스를 적절히 실천하고 있는 사례들을 소개한다. 정신건강 관련 종사자들이 사람중심 인권기반 실천을 이행함으로써 정신장애인의 삶의 질을 향상할 수 있도록 하는데 목적을 두고 있다. 본 절에서는 정신의료기관에서의 서비스와 관련이 있는 병원기반 정신건강서비스(Hospital-Based Mental Health Services)와 정신건강위기서비스(Mental health crisis services) 중 일부 내용을 살펴보고자 한다.

〈표 2-28〉 Guidance and technical packages 구성

내용
〈핵심 지침 (Main guidance)〉
<ul style="list-style-type: none"> • 사람 중심 인권기반 실천을 이행하기 위한 지역사회 정신건강서비스 지침 (Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches)
〈7가지 기술 패키지 (Seven technical packages)〉
<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강위기서비스 (Mental health crisis services) • 병원기반 정신건강 서비스 (Hospital-based mental health services) • 지역사회 정신건강서비스 기관 (Community mental health centres) • 동료지원 정신건강서비스 (Peer support mental health services) • 지역사회아웃리치 정신건강 서비스 (Community outreach mental health services) • 정신건강을 위한 지원주거서비스 (Supported living services for mental health) • 종합 정신건강서비스 네트워크 (Comprehensive mental health service networks)

1. 병원기반 정신건강 서비스

병원기반 정신건강서비스에서는 일반적인 건강 세팅이나 지역사회와 통합하여 건강서비스를 제공하는 병원세팅에서의 정신건강서비스가 제시된다. 제안된 사례로는 노르웨이의 블랙스타드병원의 기초노출치료(BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust), 독일의 클라이니켄 란트크라이스 하이덴하임(Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH), 스위스의 소테리아(Soteria)가 있다.

1) 노르웨이 블랙스타드 병원의 기초노출치료

(BET Unit Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust)

기초노출치료(The Basal Exposure Therapy; BET) 병실(Unit)은 노르웨이 아스크르 인근 블랙스타드 병원(Blakstad Hospital)에서 시행되고 있다. 블랙스타드 병원은 2018년부터 BET 병실은 연중무휴 24시간 외래치료 서비스를 제공한다.

(1) 서비스 개괄

BET 병실은 장기적으로 정신건강에 어려움이 있는 사람들을 대상으로 서비스를 제공하기 위해 개발되었다. 조현병·외상후스트레스장애 등 다양한 정신건강 진단을 받은 사람들이 서비스를 이용하고 있다. 개방병동은 6개의 침상이 있고 월평균 6~10명이 이를 이용한다. 2층에서는 서비스 이용자들을 위해 개별침실과 3개의 공용 욕실이 있다. 사무실 및 치료실은 근처의 다른 건물에 위치해 있다. BET 병실은 정신과 의사 1명, 심리사 2명, 사회복지사, 간호사, 행정요원(4명) 등 총 19.5명의 상근 직원이 근무하고 있고, 직원이 24시간 상주하며 다학제적 치료와 지원을 제공한다. 단, BET 병실은 지속적인 적대감, 심각한 폭력 행동, 물질남용이 심각한 사람들에게 서비스를 제공하지 않는다.

① BET 병실에서 사용하는 심리치료 모델

기초노출치료(The Basal Exposure Therapy; BET)는 광범위한 공포 반응에서 발생할 수 있는 심각하고 복잡한 정신건강 어려움 혹은 증상을 다룬다. BET 서비스 이용자들은 때때로 정서적 각성(Affective Arousal)을 막지 않으면 폭발해버릴 것이라고 느낄 수 있고, 결과적으로 이러한 두려움과 관련 유발 요인 및 경험을 피하고자 자해, 과식, 약물 사용 등의 대처 전략을 취한다. BET병실에서는 서비스 이용자들이 안전한 환경에서 각자가 갖고 있는 두려움에 노출될 수 있도록 기회를 제공한다. 이는 기존에 서비스 이용자들이 취하였던 회피전략보다 효과적으로 작용하며, 결국 서비스 이용자의 스스로 정서적 스트레스를 관리할 수 있게 된다.

② 보완적 외부 규율(Complementary External Regulation; CER)

보완적 외부 규율(Complementary External Regulation; CER)은 서비스 이용자가 BET 서비스를 이용하는 즉시 시작되는 접근법이다. CER은 강압적 조치

를 하지 않고 개인의 자율성을 확보 및 강화하는 방식으로 정신건강상 어려움을 해결하는 것을 전제로 하는 접근이다. CER의 주된 전략은 낮은 규제(Under-Regulation)이다. 치료사는 평등한 방식으로 상호작용하여 서비스 이용자를 자신의 선택 및 행동에 책임지는 사람으로 자리 매김한다. 약물 복용이나 식사에 대한 지시를 치료사가 하지 않고 서비스 이용자의 자기결정을 존중한다. 단, 서비스 이용자의 계획(퇴원 등)이 투명하게 상호공유될 수 있도록 하는 방향이 권장된다. 그러나 이용자가 현재 자신 또는 타인의 생명과 건강에 심각한 위험을 가하는 상태가 되면 높은 규제(Over-Regulation)라는 개입이 시작된다. 높은 규제 단계에서는 직원이 이용자의 돌봄에 더 많은 관심은 두고, 이용자가 보이는 자해, 타해의 위험과 연관된 경적인 자극에 노출이 덜 되도록 하는 접근법이다. 과잉규제를 실천하는 직원은 이용자에게 평소보다 천천히 이야기하고, 평소보다 더 오랫동안 이용자를 기다려준다.

(2) 핵심 원칙과 가치

① 법적능력의 존중(Respect for legal capacity)

BET에서 치료 및 과정은 이용자의 선택을 존중하고, 이용자의 자기효능과 자율성을 지향한다. 만약 이용자가 치료를 거부한다면 퇴원을 하는 것도 가능하다. 그러나 대개 직원들이 이용자의 욕구에 적합한 정신건강서비스를 찾고 지원하기 때문에 치료를 거부하고 퇴원하는 상황이 빈번하게 일어나지는 않는다. 때때로 심각한 의학적 개입이 필요한 상황에서는 노르웨이의 법률에 따라 치료진의 개입이 필요하기도 하지만, 그럼에도 이용자의 의지와 선호를 최대한 참조하여 딜레마를 극복하고자 노력한다. 구체적으로 개입이 필요한 시기와 방법, 개입이 필요 없는 시기와 방법 등을 문서와 하여 작성해둔다. 직원들 또한 개입 중에 사용되는 언어, 목소리 톤, 특정 행동에 적합한 반응 등에 대한 교육을 받으며, 모든 상호작용에서 자율성을 촉진하는 것을 목표로 한다.

② 비강압 실천(Non-coercive practices)

BET은 강압적인 치료를 하지 않는다. 어려움이 발생하면 이용자의 위기상황을 촉발한 맥락에 초점을 둔다. 직원들은 여러 가능한 위기상황에 따라 직원이 어떻게 대응해야하는지 교육을 받고, 위기 발생 후에도 보고를 받는다. 매주 월요일

공격성 문제 관리(Management of Aggression Problems; MAP)라는 약 45분 정도 소요되는 프로그램에 전직원이 참석한다.

③ 참여(Participation)

서비스 이용자들은 주간심리교육(The Weekly Psycho-education) 시간에 자신의 돌봄 계획(Care Planning)을 수립하는데 참여한다. 월 1회 가량은 BET 서비스 이용경험이 있는 사람 그리고 관련하여 생생한 경험을 해본 동료가 집단을 이끈다. 퇴원 시 서비스 평가에 대한 설문지를 시행하여 이용자로부터 피드백을 받고 서비스 개선방법을 논의한다. 또한, 생생한 경험을 한 동료들이 병원의 관리자로서 의사결정에 관여한다. 자금 및 예산, 감사 및 조직 구조조정에 관여한다. BET는 동료지원가를 정규 직원으로 고용하기 위해 노력하고 있다.

④ 지역사회통합(Community inclusion)

BET 서비스 이용자는 사회적 기능과 관련한 어려움을 경험한다. 때문에 서비스 내에서 어떻게 하면 사람들을 지역사회 내에서 잘 자리 잡을 수 있도록 지원할 수 있는지 긴밀하게 협력하고 고민한다. 주거, 교육, 고용 등 전반적인 지역사회통합에 관심을 두며, 이용자의 가족 및 사회적 네트워크가 돌봄에 참여하도록 장려한다. 또한, BET에서 치료를 받는 동안 지역사회와의 연결성을 유지하기 위해 주말마다 집으로의 외박이 권장된다.

⑤ 회복 접근(Recovery Approach)

BET 서비스는 전인적(Holistic) 접근을 취한다. BET은 서비스 이용자가 자신의 생활에 대한 통제력을 찾는 것을 목표로 하고, 이용자가 삶에서의 주요한 의사결정자임을 강조한다. 개인에 따라 다른 목표와 가치를 파악하여 치료 계획을 함께 수립한다.

(3) 서비스 평가

BET 서비스 평가에 근거하면 BET 모델과 CER전략을 취함으로써 이용자들의 삶의 질, 심리사회적 기능이 크게 향상되었다. 첫째, BET 서비스를 받는 동안 이용자들은 증상의 현저한 감소를 경험하였다. 2017년의 연구에 근거하면 입원전 12개월과 비교하였을 때 BET 퇴원 후 12개월 동안 더 적게 정신과 병원에 입원

하는 것으로 나타났다. 질적 조사에서도 서비스 이용자들이 기대했던 것보다 더 나은 삶을 살고 있고, 증상 감소 및 기능 회복을 경험하였으며, 직업을 갖거나 가정을 꾸리는 등의 회복에 이른 것으로 나타났다.

비용적 측면에서 모든 치료를 노르웨이가 국가 자금을 지원하며 이용자에게 서비스가 무료로 제공된다. BET 서비스의 1인당 1일 비용은 대략 8,880 노르웨이 크로네(약 1,042 달러)이다. 이는 다른 병원과 비교하였을 때 30~40% 정도 더 낮다. 비용 절감은 직원과 서비스 이용자의 수평적 상호작용의 모델로 인한 인건비 감소에 기인한다. 1:1 관찰과 같은 집중적 개입이나 강제적 조치가 필요하지 않고 의약품 비용도 타병원에 비하여 낮게 드는 면이 있다. 직원들 또한 낮은 병가율을 보이는 등 높은 수준의 직무 만족을 보이는 것으로 평가된다.

(4) 도전과 해결

① 회의적 시각의 극복(Overcoming skepticism)

BET 서비스 시행 시 초반에는 직원들의 회의적 시각이 존재하였다. 많은 사람이 서비스를 오해하였고 일부 직원은 서비스 제공 방식에 대해 항의를 하기도 했지만, 시간이 지남에 따라 이러한 회의적 시각은 점차 극복되었다. 이용자들의 회복 혹은 긍정적인 변화를 목격하면서 조직 내에 긍정적인 피드백이 환류되었다.

② 긍정적 근무문화 구축(Building a positive working culture)

BET 서비스 초기에는 기존에 유지되고 있던 치료적 절차와 새로운 서비스인 BET 서비스 규칙 및 절차 간에 상당한 갈등이 있었다. 이에 BET 서비스를 시작한 병동이 기존 절차를 유지하고 있는 병동과 분리되도록 하고, 임상 및 행정 직원, 그리고 청소 및 주방 직원들에게까지 영향을 줄 수 있도록 하였다. 교육 활동도 이러한 영향이 확산되는데 도움을 주었다.

③ 광범위한 정신 건강 시스템 내에서 BET 접근 방식에 대한 이해 증진 (Promoting understanding of the BET approach within the wider mental health system)

BET 서비스 제공에 있어 주요한 도전 과제는 이 서비스가 전통적인 방법에 기초한 치료와 비교하였을 때 치료시스템 밖에 존재하는 서비스처럼 간주 된다는 점

이다. 이에 BET시스템을 노르웨이 정신건강체계에 확산될 수 있도록 노력하였고, BET 서비스를 제공하는 직원과 병원이 함께 BET 교육프로그램을 만들기도 하였다. 또한 타 병원과 협력하여 교육프로그램을 제공하기도 한다.

2) 독일의 클라이니켄 란트크라이스 하이덴하임(Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH)

클라이니켄 란트크라이스 하이덴하임(Kliniken Landkreis Heidenheim)은 독일 남서부에 위치한 종합병원으로 1994년 설립되어 다양한 진료 과목을 운영하고 있으며, 독일 공공 및 시민정신건강법(German public and civil mental health law)에 따라 지역 및 인근 주문을 대상으로 정신건강서비스를 제공한다. 하이덴하임은 2017년 독일 사회규정(social code) 64b에 따라 정신건강 모범지역이 되었다. 모범지역으로 선정된 곳에 있는 병원은 환자의 재원일수가 증가하였을 때 받을 수 있는 인센티브가 사라지고, 병원이 외래치료를 받는 사람 혹은 지역사회에 있는 사람들을 대상으로 돌봄과 지원을 제공하면 예산을 유지하게 된다. 구의회의 결정에 따라 지역사회에는 상담서비스, 주거시설을 포함한 지원주거서비스 계획을 제공한다. 하이덴하임 병원은 재정적 어려움을 경험하였음에도 구의회 및 지역사회 주민들의 지원으로 구에 소유된 병원으로 운영되고 있다.

(1) 서비스 개괄

하이덴하임 병원의 정신건강서비스는 하이덴하임 구 전체의 욕구에 따라 종합정신건강서비스 제공을 목표로 한다. 본 서비스는 연중무휴 24시간 운영되며, 입원 및 외래, 낮병동, 재택치료 등을 제공한다. 특히 과거 병원 내에서 격리 및 강박 등 강압적 치료를 경험한 서비스 이용자에게는 사전지시서, 위임장 지시서, 병원팀과의 공동위기계획 수립 등이 지원된다.

① 입원병동(Inpatient units)

성인입원병동은 3개이며, 총 79개의 병상이 있다. 평균 입원 기간은 21일이며, 의사 6명, 간호사 34명, 심리사 2명, 사회복지사 2명, 작업/예술치료사 2명, 음악/무용치료사 1명, 동료지원가 1명이 근무하고 있다. 3개의 병동 모두 8시부터 20시까지는 문을 열지만 밤에는 문을 잠근다. 그러나 서비스 이용자의 98%는 원하

는 시간에 자유롭게 이동할 수 있으며, 지방법원의 치료 명령에 따라 이동제한이 적용된 사람만 이동에 제한이 있다. 3개 병동 중 2개의 병동은 우울, 정신질환, 치매, 인격, 트라우마 관련 진단을 받은 사람 53명을 대상으로 재택치료, 집단 및 개인 심리치료, 사회지원, 약물치료 등을 제공한다. 이러한 치료에는 일상생활지원 뿐만 아니라 이력서를 작성하고 대학을 지원하고, 고용주와 인터뷰를 하는 것을 지원하는 것들이 포함된다. 입원서비스를 받을 때 원하는 프로그램이 있는 주3일만 입원실을 방문하여도 되고, 매일 머물러도 된다.

② 낮병동(Day Clinic)

낮병동은 3개이고, 진료팀은 의사 2명, 심리사1명, 간호사 2명, 사회복지사 1명, 작업/예술치료사 2명)으로 구성되어있다. 프로그램 참여 일수는 이용자와 치료팀간의 합의 하에 결정되는데, 평균 기간은 약 28일 정도이다. 낮병동 치료 이외에도 병원 캠퍼스의 타 건물에도 낮병동이 위치해 있다. 프로그램은 주로 집단 및 개인 심리치료로 구성되며, 일부 사회활동, 요리, 여가, 소풍 등의 종합치료프로그램도 존재한다. 필요 시 외래 및 재택치료도 제공된다.

③ 가정 방문 및 치료(Home treatment and support)

이용자가 입원치료보다 재택치료를 선호할 경우 언제든지 원하는 팀과 재택치료를 시작할 수 있으며, 평균 이용 기간은 28일이다. 간호사가 일상적으로 가정 방문을 하고, 의사가 주별로 가정방문을 하며, 타 전문가들(사회복지사, 심리사, 동료지원가 등)도 요청에 따라 입원대용 재택치료를 실시한다.

④ 외래환자를 위한 서비스(Outpatient services)

외래 서비스는 모든 팀에서 제공되므로 언제든지 이용할 수 있다. 또한 이용자가 원하는 경우 입원치료에서 재택 혹은 외래치료서비스로 빠르게 전환할 수 있다. 외래 치료의 경우 급성기 증상에 있을 경우 주 1~2회 진료를 보며, 증상이 나아졌을 경우 월단위로 진료를 받기도 한다. 외래치료는 개별 심리치료, 약물 관리, 집단치료(예술, 음악, 춤 등), 동료지원으로 구성된다.

⑤ 동료지원 직원(Peer support workers)

동료지원 직원은 총 3명이 근무하며 이중 2명은 시간제 직원이고, 1명은 자원

봉사자이다. 특정 팀의 일원은 아니지만 병원의 부서들과 협력하여 일한다. 서비스 이용자, 가족 등을 대상으로 동료지원 프로그램을 매주 시행한다. 다른 팀과 달리 동료지원 직원은 개입 내용을 문서화 할 필요가 없다.

⑥ 치료견(Therapy dogs)

치료견 4마리와 각 치료견에 매칭된 직원(의사, 사회복지사, 작업치료사, 간호사)와 함께 서비스를 이용할 수 있다. 치료견은 이용자들이 새로운 환경에 편안하게 적응하도록 돕는다.

(2) 핵심 원칙과 가치

① 법적능력의 존중(Respect for legal capacity)

하이덴하임 서비스는 정신건강법에 근거하여 강제입원서비스도 포함하지만, 지역사회, 서비스 이용자, 가족과 협력하여 최대한 강제입원 및 치료를 피하고 있다. 때문에 하이덴하임은 강제입원율이 독일 전체 평균 10.7%에 비해 1.7%로 현저히 낮다. 위기상황에서 지원의사결정이 활용 및 장려되며 이용자가 지역사회에서 살아갈 수 있도록 동료지원, 지원주택 등의 서비스가 제공된다. 약물을 사용하지 않는 치료, 간헐적으로 약물을 사용하는 치료 등 약물치료에 대한 범주도 다양하다. 병원에 입원한 사람 또한 약물치료를 거부할 권리가 있다. 입원치료보다 재택치료 서비스를 선택할 수 있는 점도 낮은 강제입원율을 만드는 데 기여하였는데, 많은 서비스 이용자와 가족들에게 병원입원치료보다 재택치료가 훨씬 더 선호되는 편이다. 이용자는 자신의 사례노트를 언제든지 살펴볼 수 있으며, 지방법원 혹은 수견법원의 명령으로 강제입원하고 있는 사람들도 이의를 제기할 수 있도록 법적 지원을 받을 수 있으며, 이에 대한 대안으로 재택치료를 받을 수 있다.

② 비강압 실천(Non-coercive practices)

서비스에 강제성이 전혀 없는 것은 아니지만 독일의 타 지역과 비교하였을 때 강압적 개입의 비율이 낮다. 다만, 입원 병동의 경우 야간에는 구금 명령을 받는 사람들이 병원에 남아있어야 한다는 주의 법을 지키기 위해 병실을 잠궤야 한다. 비강압적 실천을 피하기 위해 위기 상황에 있는 사람들을 위해 일대일 지원을 하고, 강박을 막기 위해 함께 위기계획을 수립하며, 위기에 대응할 수 있는 대응팀

이 꾸려져 있고, 위기상황에서 활용할 수 있는 탈감법(de-escalation)과 의사소통 기술을 시행한다. 또한 직원에게 실제적인 위해가 있거나 다른 방법이 위기상황을 해소하는데 실패한 경우에만 물리적 구속이 허용되며, 이전에 대화, 산책, 자발적으로 자신이 머무는 병실로 돌아가는 것 등의 방법이 취해진다. 강압적인 조치를 취한 후에도 이용자가 원하는 경우 이용자, 직원, 가족 및 지원 체계가 함께 모여 공동위기계획을 수립하여 강압적 조치가 시행된 이유와 향후 이를 피할 수 있는 방법을 함께 이해하고 결정한다. 주법에 따라 경찰을 통해 강제입원이 가능하지만, 이러한 경우 병원은 이용자를 안심시키고 상황을 명확하게 설명하여 다음 날까지 머물 수 있도록 지원하는 역할을 한다.

③ 지역사회통합 (Community inclusion)

병원의 서비스는 종교, 자조, 노숙자, 고용 관련 기관과 협력하고 있다. 지방법원, 경찰 등의 공공기관과도 협업하여 실천방안을 논의한다. 심리사회적 장애를 경험하는 사람들의 여가활동을 지원하는 자선단체를 직접 지원한다. 2017년 재택 의료서비스가 하이덴하임구 전체에 제공되었고, 지역 언론 및 전국 방송에 보도되기도 하였다.

④ 참여(Participation)

병원에서는 동료지원서비스를 제공하는 두 명의 시간제 근로자를 고용하고 있다. 두 직원 모두 과거에는 서비스 이용자였지만 현재는 팀의 일원으로 활동하고 있다. 동료지원 직원은 경영진 회의에 서비스 개선 사항에 대한 사항을 검토 및 논의한다. 서비스 이용자, 가족들은 서비스 경험을 공유하고 약물 및 진단 등에 대한 주제로 자문을 하며, 병원이나 지역사회 차별을 경험한 부분에 대해 신고할 수 있는 권리가 있다.

⑤ 회복 접근(Recovery Approach)

재택치료팀은 전통적인 치료 방식인 병동 회진에서 벗어나 핀란드식 오픈다이얼로그 모델(Open Dialogue Model)에 근거하여 접근한다. 이용자의 희망과 선호에 따라 회복 계획이 수립되며, 서비스 이용자가 회의에 참여할 구성원을 결정하고, 회의에 참석하여 의사결정을 하는 역할을 한다. 병원 직원과 가족은 필요에 따라 당사자의 의사결정을 지원한다. 회의는 월 1회 세미나처럼 개방되는데, 지역

사회 주민들도 이 회의에 참석가능하다. 또한, 비공식적 차원에서 이용자, 가족, 병원 직원들이 시내의 펍에서 월 1회 음식을 먹으며 정신건강관련 문제를 편하게 논의하는 자리도 있다.

(3) 서비스 평가

하이덴하임 병원의 서비스는 전통적인 정신과 서비스에서 지역사회정신건강서비스로 변화하였다. 유연한 입원대용 재택치료의 등장으로 병상 가동률은 2016년 95%에서 2020년 52%(47개)로 감소했다. 더 중요한 것은 독일에서 2011년부터 2013년까지 정신병원의 비자발적 약물 사용을 일시적으로 금하였을 때 다른 서비스에 비하여 일시적인 약물 금지에 더 잘 대처하는 경향을 보여주었다. 하이덴하임 병원의 서비스 모델은 보다 유연하고 이용자 지향적이며, 지역사회 기반 의료로 변화한다는데 특징이 있다.

(4) 도전과 해결

① 지역사회 기반 서비스로의 전환에 따른 재정적 영향 해결(Addressing financial implications of moving to community-based service)

지역사회서비스로의 전환 과정에서 병원 경영진은 가장 먼저 보수의 감소에 대한 부분을 우려하였다. 그러나 입원, 외래 및 재택치료 서비스와 관련하여 건강보험 제공자들과 급여에 대한 협상을 하였고, 병원이 아닌 지역사회치료 및 지원 시 인센티브를 창출할 수 있는 구조를 만들었다. 지역사회 기반 서비스의 재정적 결과를 제시하기 위해 이러한 모델을 추구하고 있는 임상 의사를 초청하여 서비스를 알리고, 이러한 서비스가 많은 재원을 필요로 하지 않으며, 오히려 자원을 더 효과적으로 사용할 수 있음을 강조하였다. 지방 행정 당국의 지원도 중요한 역할을 하였다.

② 직원 극복(Overcoming staff reservations)

또 다른 어려움은 많은 직원이 가정방문에 대한 동기가 부족했다는 점이다. 일부 의사와 간호사들은 재택치료를 통해 지역사회 기반 실천을하기를 원하였지만, 다른 사람들은 본래의 업무 방식을 고수하기를 원했다. 특히 가정방문 시 안전, 감염 우려, 주차 등의 문제들이 우려였다. 이에 병원은 직원들이 가정방문을 할

때 경험이 많은 임상의를 관찰 할 수 있는 기회를 제공했다.

③ 채용 개선(Improving recruitment)

서비스에 적합한 직원을 찾기 위해 채용 시 혁신적인 서비스를 실천하고자 하는 직원을 찾고 있음을 분명하게 이야기하였다. 또한 채용된 직원에게도 관련 교육을 받고 경험 할 수 있는 기회를 많이 제공하고자 했다.

④ 정신과 치료에 대한 지배적 관점 변화(Changing the dominant view of psychiatric care)

전통적인 정신과 치료 서비스가 대중화되어 있고 이러한 서비스가 ‘정상’인 것으로 간주되는 사회에서 서비스를 추진하는 것 또한 어려운 일이었다. 정신과 증상이 있는 사람들을 병원보다 지역사회에서 머물도록 하는 것과 관련하여, 공공 안전, 당사자의 복지에 대한 우려가 있었다. 그러나 이러한 부분은 서비스 운영의 변화가 우려하는 악화로 이어지지 않을 것이라는 이해관계자와의 충분한 논의를 통해 해결되었다. 공공 안전과 이용자의 복지 및 건강 보호에 초점을 맞춘 논의를 하여, 변화하는 서비스에 안심할 수 있도록 하였다.

⑤ 격리 및 강박으로 이어지는 두려움을 극복(Overcoming fears that lead to coercion)

직원들에게 인권, UN장애인권리협약, 격리 및 강박과 관련한 최근 판례에 대해 교육하는 역량강화 캠페인을 시행하고, 기존 서비스 제공의 결과를 비판적으로 검토하는 과정을 거쳤다.

3) 스위스의 소테리아(Soteria)

최초의 소테리아 하우스는 1971년 미국 샌프란시스코에 설립되었다. 소테리아 하우스는 소규모이고 지원 중심, 비병원(Non-Hospital)적이고, 가족 같은 환경, 약물 복용을 적게 하거나 거의 없는 상황에서 위기 동안 ‘함께 하거나(Being With)’ 동행하는 것이 병원치료와 유사하거나 혹은 더 나은 결과를 가져올 수 있다는 철학에 기초한다. 이를 모델로 한 소테리아 베른은 1983년에 개소하였다. 주거위기 서비스를 제공하며, 정신적으로 위기상황에 놓인 사람들이나 조현병을 진단받은 사람들에게

대안적인 저약물 치료환경을 제공한다. 소테리아 베른은 베른의 다른 두 정신과 서비스(베른 대학교 정신과서비스(Universitäre Psychiatrische Dienste; UPD)와 사회정신의학집단 베른((Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; IGS)이 통합된 형태이다. 공립 정신병원이라는 법적 지위를 갖고 있고, 이에 따라 공공의료보험 시스템으로부터 지원을 받는다.

(1) 서비스 개괄

소테리아 하우스는 베른의 중심부 근처 주택가에 자리하고 있다. 10명의 이용자와 2명의 직원이 생활할 수 있는 침실이 있으며, 모든 입퇴원은 서비스 이용자, 이용자가 원하는 경우 가족 및 친구와 함께 결정된다. 소테리아 하우스는 개방되어 있으며 언제든지 자유롭게 오갈 수 있다. 보통 이용자들은 평균 7~9주 가량 머무는 편이며, 최대 3개월까지 이곳에서 생활할 수 있다. 이용 연령대는 16~40세로 다양하며 지난 10년간 매년 평균 60년의 사람들이 머물렀다.

소테리아 베른이 기본적으로 갖고 있는 철학은 기존의 병원 환경이 정신과적 증상을 경험하는 사람들에게 종종 역효과를 낼 수 있다는 점이다. 높은 수준의 외부 자극, 사생활 보장의 부재, 복잡한 규칙, 유연성 부족 등은 모두 큰 스트레스로 이어진다. 때문에 소테리아 베른은 다음과 같은 8가지 원칙에 기초하여 운영된다.

〈표 2-29〉 소테리아 베른의 8가지 운영 원칙

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 작고, 편안하며, 낮은 자극 환경 조성: 가능한 한 가정적이고 "정상적인(normal)" • 개인화된 방식으로 정신병을 경험하는 사람과 지속적으로 "함께(being with)" • 직원의 연속성 및 전체 치료 기간 동안 동일한 접근 방식 사용 • 가족 구성원 및 그 사람의 사회와 지속적으로 긴밀한 협력 • 정신 건강 상태 및 관련자, 가족 및 직원의 치료의 유익성과 위험에 대한 명확하고 일관된 정보 • 미래 주거 및 직업에 대한 공통 목표와 기대치의 설명 • 자유롭게 정보에 입각한 동의 하에 저용량의 신경이완제 약물의 자발적 사용 • 최소 2년간 사후 관리 및 재발 방지

① 서비스 인력 배치(Staffing the service)

소테리아 하우스에는 항상 두 명의 팀원이 있으며 보통 남녀로 구성된다. 이 직원들은 하우스에 상주하며 치료 프로그램과 가족과의 관계를 책임지고, 이 외 정

신건강간호사 5명, 심리사 2명, 교육자 2명, 예술인 1명이 활동하고 있다. 정신건강 어려움에 대한 경험이 있는 사람들 또한 소테리아에서 일할 수 있도록 권장된다. 모든 직원은 월 1회 사례 감독과 가족으로부터의 감독을 받는다. 직원들은 주 1회 정보 공유 및 치료계획 논의 회의에 참석하며, 직원들이 원하는 경우 오픈다이얼로드 등의 외부 훈련 교육을 받을 수 있다.

② 서비스 접근(Accessing the service)

과거에는 광범위한 정신건강 상 어려움을 경험하는 사람들이 소테리아에서 치료를 받을 수 있도록 하였지만, 소테리아가 제공하는 저자극 환경은 정신질환을 진단받은 사람들에게 가장 적합하다. 소테리아 베른에는 계획하여 입원할 수도 있고 응급으로 입원할 수도 있다.

③ 치료와 지원(Treatment and support)

소테리아 하우스의 지원은 치료 목적과 특성에 따라 세 단계로 구분된다.

〈표 2-30〉 소테리아 베른의 지원 3단계

구분	내용
급성기 상태에서의 정서적 안정	• 팀원들은 안정실(soft room)이라 불리는 고요하고 편안한 장소에서 당사자와 함께 한다. 불안과 압박감이 없는 차분한 치료 분위기를 확보하기 위해 모든 것이 집안에서 이루어진다. 모든 사람이 입원 시 이러한 절차가 필요한 것은 아니다. 이는 머무는 동안에도 이용할 수 있다.
치료 공동체로의 통합	• 위기가 감소 되었을 때, 당사자는 치료 공동체 내에서 점차적으로 정상적인 일상활동에 통합된다. 당사자는 요리, 청소 등의 일상적인 가사활동에 참여한다.
사회통합을 위한 준비	• 당사자가 준비되었을 때, 사회통합에 대한 준비 및 재발 예방에 대한 계획을 수립하기 위한 지원을 받을 수 있다. 후에 외래치료를 통해서도 지역사회에서 지속적인 지원을 받을 수 있다.

(2) 핵심 원칙과 가치

① 법적능력의 존중(Respect for legal capacity)

법적능력의 존중은 소테리아 하우스 접근법의 핵심이다. 사람들이 서비스를 이용할 때 제공되는 치료들은 항상 당사자의 동의에 근거하며, 이 과정에서 직원들이 당사자의 눈높이에 맞추어 자세하게 설명을 제공한다. 이용자들이 치료를 평가

하고 전문가들을 논평할수도 있지만, 이것 또한 이용자의 선호에 맡긴다. 이용자의 동의 없이는 어떠한 치료도 시행되지 않는다. 이러한 존중은 소테리아 하우스의 '함께하기' 철학으로 더욱 촉진된다. 이용자와 함께 많은 시간을 보내면서 식사에 대한 선호, 밤에 휴식하는 법, 다양한 경험에 대처하는 방법 등을 스며들 듯이 제공한다.

② 비강압 실천(Non-coercive practices)

소테리아 베른의 서비스는 자발성을 전제로 한다. 서비스에 참여할 의향이 있는 사람만 소테리아 하우스에 들어오게 된다. 모든 약물 또한 이용자의 선택에 근거하여 복용 여부를 결정한다. 이용자에게 약물의 효능, 부작용에 대해 설명하고, 이용자의 관점에서 약물 복용의 어려움을 이해하고자 노력하며, 궁극적으로 이용자가 내린 결정을 존중한다. 급성 정신과 증상으로 위기를 경험하는 사람들에게는 저자극의 환경을 제공한다. 육체적으로 편안함을 느낄 수 있는 방을 만들고 이곳에서 당사자가 안정을 취할 수 있도록 한다. 또한 직원은 이용자의 고통 혹은 민감함의 징후를 더 잘 인지하고 대처하기 위해 개별화된 계획을 수립한다.

③ 지역사회통합(Community inclusion)

소테리아 하우스에서 머무는 모든 사람은 향후 지역사회에서 생활하기 위해 청소, 요리 등의 기술을 연습한다. 또한, 소테리아 하우스는 개방되어 있기 때문에 지역사회에 대한 장벽을 덜 느끼게 만든다. 소테리아의 직원들은 취업 및 자립에 대한 사항을 주기적으로 이용자와 논의한다.

④ 참여(Participation)

소테리아 하우스는 집단프로그램을 통해 옛 소테리아 거주자와 현재 이용 중인 사람들이 만날 수 있는 자리를 마련한다. 또한 이전 이용자들이 동료지원집단을 설립할 수 있도록 돕는다. 서비스 이용자의 만족도 설문지, 서비스 개선에 대한 비공식적 의견 수렴을 통해 서비스 개선에 대한 노력을 기울인다.

⑤ 회복 접근(Recovery Approach)

회복 접근방식은 소테리아 베른 8가지 원칙 중 하나로 명시되어 있다. 정신질환에대한 주관적 경험을 함께한다. 위기상황 또한 의미 있다는 관점을 취하며, 급

성 증상 단계에서 당사자가 어떻게 행동하고 생각하는지에 관심을 둔다. 이용자들을 위한 개별회복계획(주거, 직업, 여가 등)도 수립된다.

(3) 서비스 평가

2012년부터 스위스는 모든 정신과 병원이 스위스 병원 품질보증협회(The Swiss Association for Quality Assurance in Hospitals; ANQ)에 서비스 품질 지표를 보고하도록 의무화하고 있다. 이 지표에 따르면 소테리아 하우스 베른은 평균 이상의 점수를 받고 있다. 2015~2017년 소테리아 하우스 베른의 내부 평가에 근거하였을 때도 서비스 이용자 만족도가 높은 수준인 것으로 살펴볼 수 있다. 또한, 연구 결과에 따르면 소테리아 베른의 접근법은 기존 접근법에 비하여 훨씬 더 적은 약물을 사용한다. 비교 연구에서 소테리아가 전통적인 환경에서 치료받은 사람과의 재발률 등 주요 결과에 유의미한 차이는 없었지만, 소테리아 베른 이용자는 투약량이 현저하게 감소하였다. 이에 소테리아 베른이 적어도 전통적인 치료만큼 효과적인 것으로 평가되고 있다.

비용적인 측면에 있어서도 치료프로그램의 일환으로 모든 집안일(요리, 쇼핑, 청소, 정원 관리 등)이 이용자 스스로 수행하게 설계되어 있기 때문에, 비용을 절감하는 효과가 있다. 실제 소테리아는 일 673 스위스 프랑(751.50 달러)를 서비스 이용자에게 할당하고 있으며, 이는 전통적인 방식으로 이용자를 지원하는 베른의 다른 정신과 병원보다 6~8%정도 낮은 비용이다.

(4) 도전과 해결

① 재정지원 확보(Securing financial support)

소테리아 하우스의 주요 과제는 재정 문제였다. 서비스를 위한 재정을 할당 받기 위해 소테리아 하우스는 정치인과 서비스 위원을 대상으로 소테리아 하우스가 제공하는 서비스가 비용측면에서 효율적이라는 점을 이해할 수 있도록 도왔다. 결국 전통적 서비스와 소테리아 하우스가 제공하는 서비스 모두를 이용한 사람들의 경우 소테리아 하우스 서비스를 더 선호한다는 점을 이해관계자들이 인지하게 되었다.

② 부정적 인식의 변화(Changing negative perceptions)

소테리아 베른은 다른 정신건강전문가들의 불신에 직면하였다. 이에 따라 소테

리아 직원들의 자신감이 저하되었고, 목표를 달성할 수 있을지에 대한 의구심도 생겼다. 소테리아 베른은 연 2회 훈련받은 정신과 의사들이 교육을 제공할 수 있도록 하여 이러한 사기 저하 문제를 해결하였다.

③ 정신건강시스템 내 통합(Integrating within the mental health system)

소테리아 하우스가 직면한 또 다른 어려움은 병원으로서의 필요 자격을 갖추는 것이었다. 소테리아 하우스는 다른 서비스와의 적극적 협업 및 연계를 통해 병원으로 전환하는데 필요한 지원을 얻었다.

④ 서비스가 가장 필요한 개인에 초점(Targeting individuals who need the service most)

소테리아는 초기에 소규모 서비스 제공에 따르 비용 충당을 위해 85%의 입원율을 유지해야했다. 이때는 정신질환으로 위기를 경험하는 사람들, 즉 정말 서비스가 필요한 사람들은 소테리아에 오지 않았기 때문에, 서비스의 대상이 되지 않아도 되는 사람들이 소테리아에 오는 것을 허용할 수밖에 없는 도전에 직면하였다. 이를 극복하기 위해 소테리아의 서비스를 정확히 알릴 수 있도록 적극적인 노력을 이행하였다. 홍보 캠페인을 시행하고, 소테리아의 의료진이 지역 당직 정신의학서비스(local on-call psychiatry service)에 참여하여, 소테리아 서비스가 필요한 사람들이 서비스를 이용할 수 있는 환경을 조성하였다.

2. 정신건강위기서비스

1) 핀란드의 오픈다이얼로그(Open Dialogue Crisis Service)

오픈다이얼로그(Open Dialogue)는 정신건강 상 어려움을 경험하는 개인 및 가족과 대화하기 위한 특정 기법이다. 핀란드의 서부 라플란드(Western Lapland)에서 개발되었고, 현재 독일, 네덜란드, 영국, 미국, 호주, 일본 등 많은 국가의 정신건강전문가가 오픈다이얼로그에 대한 교육을 받고 있다. WHO(2021)에서는 스위스 서부 라플란드의 케로푸다스 병원(Keropudas Hospital)에서 시행하고 있는 오픈다이얼로그에 대해 다루고 있다.

(1) 서비스 개괄

케로푸다스 병원(Keropudas Hospital) 외래클리닉에서 제공하는 오픈다이얼로스 서비스는 정신건강 위기를 경험하는 사람들이나 관련 위기에 놓인 사람들에게 심리치료 기반의 개입을 제공하는 것을 목표로 한다. 팀은 간호장교, 간호사, 사회복지사, 정신과 의사, 심리사 등으로 구성되어 있고 인턴 의사들도 참여하고 있다. 직원들이 케로푸다스 병원에 소속되어 있고 사무실도 존재하지만 대부분 업무는 지역사회에서 이루어진다.

직원들은 주 6일, 24시간 근무하며, 서부 라플란드에서 정신건강 상 위기를 경험하는 사람들에게 서비스를 제공한다. 위기를 경험하는 사람들은 전화, 문자, 이메일 등을 통해 간편하게 서비스 요청을 할 수 있으며, 2018년에는 월 724건의 전화 서비스 요청이 들어왔다. 이용당사자가 서비스를 요청하기도 하고 이해관계자인 경찰이나 가족, 일반 의사로부터 연락이 오기도 한다. 지원의 1차적 목적은 입원을 피할 수 있도록 지원하는 것이다.

직원들은 심리치료, 예술치료, 인지행동치료, 외상치료 등 다양한 교육을 받은 사람이지만, 서비스 제공 시 가장 주안점으로 두는 것은 ‘대화’이다. 개인, 가족, 개인이 얽힌 네트워크 간에 상호 이해하는데 중점을 두고 있다. 이러한 오픈다이얼로그는 즉각적인 도움, 사회적 연계의 관점, 유연성과 이동성, 책임감, 심리적 연속성, 불확실성의 허용, 대화를 포함하는 7가지 구조적 원칙에 따른다.

(2) 핵심 원칙과 가치

① 법적능력의 존중(Respect for legal capacity)

오픈다이얼로그는 당사자, 가족, 관련 네트워크와의 진정한 대화를 위한 환경을 조성하여 당사자의 존엄, 법적 능력에 대한 존중을 증진하는 것에 목적을 둔다. 치료 계획은 이러한 대화에서 나오는데, 직원들은 자신들의 전문적인 언어로 대화하지 않으며 어떤 주장도 선호되거나 지배적이게 되지 않도록 분위기를 만든다. 회의에서는 모든 사람이 동등한 대우를 받는다. 이를 통해 서비스 이용자의 선호와 욕구에 귀 기울이고 이에 근거하여 치료계획을 수립한다. 회의 장소 및 시간에 대한 결정도 서비스 이용자의 결정에 따른다. 가족이나 친구도 회의에 참여하여 당사자의 선호에 대해 설명하는 역할을 할 수 있지만, 당사자의 동의가 있어야 가능하다.

② 비강압 실천(Non-coercive practices)

위기서비스는 위급 상황을 완화하기 위해 강압적인 개입을 지양한다. 약물 복용을 거부한다고 해서 병원입원에 대한 위협을 받지 않는다. 이러한 상황을 조정하기 위해 서비스를 제공하는 직원은 잠재적 공격성 관리(Management of Actual or Potential Aggression; MAPA)에 대해 교육을 받는다. 단, 때때로 폭력적인 행동과 안전에 대한 우려가 있을 지만 다른 방법이 없을 때 케로푸다스 병원에 비자의적 입원을 시행하기도 한다.

③ 지역사회통합(Community inclusion)

당사자와 가족 사회적 네트워크가 치료 모임에 참여하도록 권장되며, 고용주, 교사, 친구들도 참여할 수 있지만, 누가 회의에 참석할지는 서비스 이용자가 결정한다. 서비스는 학교, 직장 등 타 조직과 긴밀하게 협력한다.

④ 참여(Participation)

핀란드 정신건강시스템 상에 동료지원가들에게 인정된 지위는 없지만, 서부 라플란드에는 연간 4명의 동료근로자와 계약을 하고 있다. 동료근로자들은 동료지지 회의를 조직하며, 오픈다이얼로그에도 참여할 수는 있지만 아직 공식적인 직원으로는 포함되지 않았다. 매년 설문조사를 통해 서비스 이용자들로부터 서비스에 대한 피드백을 직접 수집한다.

⑤ 회복 접근(Recovery Approach)

오픈다이얼로그는 관계, 가치, 의미에 초점을 두고 있으며 이는 회복접근 방식과 일치한다. 가족 및 네트워크의 참여를 유도하고, 전문적인 언어사용을 피하여 서비스 이용자들의 역량을 강화하며, 이용자들의 경험에서 의미를 찾고 발전시킨다. 이용자가 자신의 문제를 토론하고 참여하는 방법을 결정하며 가장 적극적으로 참여하도록 격려한다.

(3) 서비스 평가

오픈다이얼로그 접근 방식은 위베스켈레(Jyväskylä) 대학으로부터 수십 년 동안 평가 관련 학술지원을 받았다. 실험 연구에 따르면 오픈다이얼로그 접근법을 경험한 사람들을 19년간 추적 관찰 한 결과 대조군보다 병원 치료 기간, 약물 필요성

등이 현저하게 낮게 나왔다. 대조군의 거의 모든 사람(97.3%)가 신경이완제를 처방받은 반면, 오픈다이얼로그를 경험한 집단의 46%는 이러한 약물을 사용하지 않고 치료를 끝냈다. 질적 연구에 따르면 오픈다이얼로그는 이용자, 가족구성원에게도 긍정적인 평가를 받았으며, 이를 수행하는 직원들의 만족도 또한 높았다. 오픈다이얼로그는 국가지원서비스로, 지방자치단체로부터 재원을 받고 일부 국민건강보험에서 개인심리치료 비용을 지원하며, 신경이완제와 위기관리서비스는 무료이다. 오픈다이얼로그를 통한 서비스 비용은 60~120분 정도 제공되며 회당 약 130~400유로(158-482달러)로 추정된다.

(4) 도전과 해결

① 분절된 조직 구조 내에서의 협업(Working within a fragmented organizational structure)

서비스가 시작되기 40여년 전, 지역 정신과 병원은 다른 기관을 통해 운영되었기 때문에 갑작스럽게 지역사회에서 위기개입을 하겠다는 것은 많은 도전에 직면하게 하였다. 서비스는 직원, 경영진 및 지역 정치대표 등의 이해관계자들과 적극적인 참여를 모색하고, 서비스에 대한 명확한 목표를 설정했다.

② 지배적인 정신건강 문화의 변화(Changing the dominant mental health culture)

정신건강서비스 부서 직원들은 근무 방식의 변화로 무엇을 이룰 수 있는지에 대해 회의적이었으며, 참여도도 떨어졌다. 이러한 문제를 극복하기 위해 업무와 관련 있는 사람들에게 교육 훈련을 제공하는데 중점을 둔다.

③ 어려움 하에서의 성찰 촉진(Encouraging reflection under pressure)

일상적으로 시간과 자원을 관리하는데 상당한 어려움이 있었다. 직원들은 서비스 제공과정에서 일에 대해 성찰할 시간이 부족하였다. 이에 서비스는 직원들 간에 서로 업무에 대해 성찰할 수 있는 시간을 마련하기 위해 적극적인 노력을 기울이고, 연구를 중요시 하는 문화를 조성하여 직원들이 자신이 제공한 서비스에 대해 성찰할 수 있는 시간과 기회를 주었다.

④ 교육을 받은 직원 풀확대(Expanding the pool of trained staff)

병원인력 관련 핀란드의 법률규정 변경으로 서부 라플란드 직원 중 훈련받은 가족치료사(특히 오픈다이얼로그 훈련을 받은 가족 치료사)의 숫자가 줄어들었는데, 1990년대 70%에서 2019년 30%로 감소했다. 이 문제에 대응하기 위해 지역 병원 내부의 자체 자격프로그램으로 훈련과정을 확대하였다. 교육기간은 3.5년으로 전문가와 선경험 있는 당사자가 교육프로그램을 진행한다.

제3장

인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황

제3장 인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황

제1절 법

1. 정신건강복지법

1) 비자의 입원 요건의 엄격화

2016년 정신건강복지법 전면개정의 시점에 정신건강복지법 제2조에서 지역사회 기반 치료를 우선으로 하며, 입원치료가 필요한 경우에도 자의입원을 우선하도록 하는 원칙을 채택하였지만, 이를 실현하기 위한 구체적 규정을 두지는 않았다. 이는 정신건강복지법 개정의 주된 목적이 비자의입원의 요건을 엄격하게 하면서, 정신질환으로 입원치료가 필요한 사람으로서 현재 또는 임박한 시점에 자해나 타해의 현저한 위험이 있는 경우가 아니라면 비자의입원을 하지 못하도록 하기 위한 것이었기 때문이었다. 이로써 장신장애인의 자유권 보장을 강화하고자 하였다.

한편 정신건강 응급상황에서는 응급의료법과 유사하게 본인의 의사에 반하여 3일(공휴일은 제외한다) 이내에 입원시켜 응급상황을 벗어나게 지원하고, 추가적인 입원치료가 필요하다고 판단되는 경우 정신건강복지법상의 여러 입원유형에 따라 입원치료를 받을 수 있게 하였다.

〈표 3-1〉 정신건강복지법 제43조, 제44조, 제50조, 동법 시행규칙 제34조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]

제43조(보호의무자에 의한 입원등) ① 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2명 이상(보호의무자간 입원등에 관하여 다툼이 있는 경우에는 제39조제2항의 순위에 따른 선순위자 2명 이상을 말하며, 보호의무자가 1명만 있는 경우에는 1명으로 한다)이 신청한 경우로서 정신건강의학과전문의가 입원등이 필요하다고 진단한 경우에만 해당 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원등을 할 때 보호의무자로부터 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 입원등 신청서와 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다. (이하 생략)

제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원) ① 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견하였을 때에는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사람에 대한 진단과 보호를 신청할 수 있다. (이하 생략)

제50조(응급입원) ① 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 그 상황이 매우 급박하여 제41조부터 제44조까지의 규정에 따른 입원등을 시킬 시간적 여유가 없을 때에는 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 그 사람에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.

동법 시행규칙 제34조 (보호의무자에 의한 입원등) (제1항 및 제3항 이하 생략)

② 법 제43조제2항제2호에서 "보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 해당 위험 기준을 판단하는 때에는 정신질환자의 질병, 증세, 증상, 기왕력, 행위의 성격 또는 건강이나 안전에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

1. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가하는 경우
2. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우
3. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 상습적인 위해를 가하는 경우
4. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험이 있는 경우
5. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험의 개연성이 높다고 인정되는 경우

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

2) 비자의 입원 적법성 검증을 위한 제도 : 입원적합성심사위원회

정신건강복지법에서는 제45조부터 제49조에 걸쳐 비자의 입원을 한 사람은 입원적합성에 대한 심사를 통해 비자의 입원의 요건을 충족하지 못했다고 판정되는 경우 즉시 퇴원할 수 있는 제도적 조치를 취하고 있다. 이를 위해 정신건강복지법 제45조에서는 정신의료기관등의 장이 비자의 입원(제43조에 따른 보호의무자에 의한 입원 등, 제43조에 따른 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원 등)을 시키게 된 경우 입원을 한 사람에게 즉시 입원 사유를 알리고, 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면 고지해야 함을 언급하고 있다. 더불어 정신의료기관의 장은 환자의 대면신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다.

〈표 3-2〉 정신건강복지법 제45조 : 한국

제45조(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등) ① 제43조 또는 제44조에 따라 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 입원등을 시킨 즉시 입원등을 한 사람에게 입원등의 사유 및 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알리고, 입원등을 한 사람의 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다.

② 제1항에 따른 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 날부터 3일 이내에 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 입원등을 한 사람의 주민등록번호를 포함한 인적사항, 입원등 일자, 진단명, 입원등 필요성, 대면조사 신청 여부 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 신고하여야 한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

환자가 입원적합성 심사를 요청한다면 입원적합성심사위원회의 위원장은 신고된 입원을 입원심사소위원회에 회부하고, 만약 입원을 한사람이 피후견인일 경우 관할 가정법원에도 입원사실을 통지할 수 있도록 하고 있다. 또한 적합성의 결과에 대하여 입원적합성심사위원회의 위원장이 최초로 입원 등을 한날로부터 1개월 이내에 정신의료기관 등의장에게 서면으로 통지해야하며, 부적합 통지를 받은 경우 해당 입원 등을 한 사람을 지체없이 퇴원시켜야한다.

〈표 3-3〉 정신건강복지법 제47조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]
<p>제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등) ① 입원적합성심사위원회의 위원장은 제45조제2항에 따라 신고된 입원등을 입원심사소위원회에 회부하여야 하고, 입원등을 한 사람이 피후견인인 경우에는 관할 가정법원에 입원 사실 등을 통지하여야 한다.</p> <p>② 입원심사소위원회는 제1항에 따라 회부된 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하여야 한다.</p> <p>③ 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>④ 정신의료기관등의 장은 제3항에 따라 입원등의 부적합 통지를 받은 경우에는 해당 입원등을 한 사람을 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다.</p> <p>⑤ 제1항 및 제2항에 따른 입원심사소위원회의 개최·심사·보고 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

정신건강복지법 제45조~제49조에 따른 입원적합성심사제도는 입원절차의 적법성을 심사할 수 있는 절차이지만, 장애인권리협약 ‘제12조 법앞의 평등’, ‘제14조 신체의 자유 및 안전’을 보장하기 위한 조치로 보기에 미흡하다. 이에 대한 자세한 내용은 ‘제2절 정책 및 운영체계’에서 다루도록 하겠다.

3) 장기입원 제한 및 처우 개선을 위한 제도: 정신건강심사위원회

정신건강복지법에서는 제53조부터 제61조에 걸쳐 입원을 한 사람 혹은 보호자가 퇴원이나 처우 개선에 대한 심사를 받을 수 있도록 정신건강심의위원회의 설치 및 운영 등에 대한 조항을 규정하고 있다.

〈표 3-4〉 정신건강복지법 제55조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]

제55조(퇴원등 또는 처우개선 심사의 청구) ① 정신의료기관등에 입원등을 하고 있는 사람 또는 그 보호의무자는 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 입원등을 하고 있는 사람의 퇴원등 또는 처우개선(제76조에 따른 직업치료의 적정성 여부를 포함한다. 이하 같다)에 대한 심사를 청구할 수 있다. <개정 2020. 4. 7.>
② 제1항에 따른 청구절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

정신건강복지법 제60조에 따르면, 통지받은 심사 결과에 불복하는 경우 혹은 심사 기간 내 심사를 받지 못한 경우 재심사 청구도 가능하다.

〈표 3-5〉 정신건강복지법 제60조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]

제60조(재심사의 청구 등) ① 제43조제6항에 따른 심사 청구의 대상인 정신질환자와 그 보호의무자, 제55조제1항에 따른 심사 청구를 한 사람, 제64조제3항에 따른 외래치료 지원 결정 및 같은 조 제8항에 따른 외래치료 지원 연장 결정을 받은 정신질환자 및 그 보호의무자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 시·도지사에게 재심사를 청구할 수 있다. <개정 2019. 4. 23.>
1. 제59조제4항에 따라 통지받은 심사 결과에 불복하거나 심사 기간 내에 심사를 받지 못한 경우
2. 제64조제3항에 따른 외래치료 지원 결정에 불복하는 경우
3. 제64조제8항에 따른 외래치료 지원 연장 결정에 불복하는 경우
② 제1항에 따른 재심사 청구의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

정신건강복지법 제54조의 정신건강심사위원회는 비자의입원을 한 정신장애인으로 하여금 정신병원이 정신건강복지법 위반의 조치를 하는 경우 그 위반사항을 시정하기 위한 제도이다. 그러나 제도 자체로 볼 때 대면 참가, 옹호자(advocate)에 의한 지원 등의 적법절차(due procedure)가 보장되어 있지 않다. 이런 제도는 UN 장애인권리협약 ‘제12조 법앞의 평등’, ‘제14조 신체의 자유 및 안전’, ‘제19조 자립적인 생활과 지역사회통합’을 보장하기 위한 조치로 보기에는 미흡하다. 이에 대한 자세한 내용은 ‘제2절 정책 및 운영체계’에서 다루도록 하겠다.

4) 입원 후 치료 환경

입원 후 치료 환경과 관련된 법령은 격리 및 강박, 통신 및 면회, 대외활동 및 사회활동에 대한 법령 및 기준을 살펴보고자 한다.

(1) 격리·강박에 관한 사항

격리·강박에 관한 사항은 제72조 수용 및 가혹행위 등의 금지, 제75조 격리 등 제한의 금지 조항에서 다루고 있다. 구체적으로 제72조에서는 정신질환자를 보호할 수 있는 시설 외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니 된다고 규정하고 있다. 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 격리하거나 묶는 등의 신체적인 제한을 할 수 없도록 규정한다.

〈표 3-6〉 정신건강복지법 제72조, 제75조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]
<p>제72조(수용 및 가혹행위 등의 금지) ① 누구든지 이 법 또는 다른 법령에 따라 정신질환자를 보호할 수 있는 시설 외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니 된다.</p> <p>② 정신건강증진시설의 장이나 그 종사자는 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 시설을 이용하는 사람에게 폭행을 하거나 가혹행위를 하여서는 아니 된다.</p>
<p>제75조(격리 등 제한의 금지) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의를 지시에 따라 하는 경우가 아니면 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 할 수 없다.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의를 지시에 따라 입원등을 한 사람을 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 하는 경우에도 자신이나 다른 사람을 위험에 이르게 할 가능성이 뚜렷하게 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에만 제1항에 따른 신체적 제한을 할 수 있다. 이 경우 격리는 해당 시설 안에서 하여야 한다.</p>

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

(2) 통신 및 면회, 외출에 관한 사항

통신 및 면회에 관한 사항은 정신건강복지법 제74조에서 규정하고 있다. 정신의료기관 등의 장은 입원 등을 한 사람에 대하여 치료 목적으로 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없으며, 제한하는 경우에는 최소한의 범위에서 하도록 해야 한다.

〈표 3-7〉 정신건강복지법 제74조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]
<p>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.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 제한하는 경우에도 최소한의 범위에서 하여야 한다.</p>

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

외출에 관한 사항은 정신건강복지법 내에서는 다루지지 않고 2022년 정신건강사업 안내 중 포괄적 행동제한의 금지에 대한 내용으로 미약하게 다루지고 있다. 직접적으로 정신질환자의 외출 자유에 대한 설명은 없고, 행동제한 관련 국가인권위원회 결정례를 통해 정신질환자의 행동을 제한할 수 없음을 설명하고 있다.

〈표 3-8〉 2022 정신건강사업안내 포괄적 행동 제한의 금지 : 한국

내용
<p>포괄적 행동제한의 금지</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신의료기관 등의 장은 정신질환자에 대하여 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여만 통신 및 면회의 자유를 제한할 수 있으며, 이 제한도 최소한의 범위 내에서만 시행되어야 함 - 정신의료기관의 장은 종교행사, 종교적 집회·결사, 선교의 자유, 학문·예술, 사생활의 자유에 대하여 필요 최소한의 범위내에서 의료를 위하여 제한할 수 있으나, 진료행위에 지장이 없거나 타인에게 해를 주지 아니하는 경우에는 제한할 수 없음
<p>행동제한 관련 국가인권위원회 결정례</p> <ul style="list-style-type: none"> • 사례 <p>P병원에서는 A,B,C로 환자들을 분류하여 그에 따른 행동의 자유를 일률적으로 제한하고 있다. A,B등급은 담배, 전화, 면회, 외출이 가능하며, C등급은 담배, 전화, 면회, 외출 등을 제한하고 있다. (사건번호 : 06진인2621)</p> • 위반여부 <p>정신건강복지법 제45조 제1항 및 제2항은 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 정신질환자의 행동의 자유를 제한할 수 있으며, 행동을 제한하는 경우에는 최소한의 범위 안에서 이를 시행하여야 하고, 그 이유를 진료기록부에 기록하여야 한다. 즉, 환자의 개별 상황에 맞게 치료를 목적으로 필요한 경우에 한하여 정신과전문의의 지시와 진료기록부의 기록에 따라 이루어져야 함에도 이를 병동 규칙화하여 모든 입원환자들을 대상으로 일률적으로 제한하고 있는 것은 헌법 제10조에서 보장하는 입원환자들의 행복추구권과 헌법 제17조에서 보장하는 사생활의 자유를 침해하는 행위에 해당한다.</p>

*출처: 보건복지부. (2022). 2022년 정신건강사업안내. p296 발췌.

(3) 대외활동 및 사회생활

대외활동 및 사회생활에 관한 사항은 제33조 복지서비스의 개발, 제34조 고용 및 직업재활지원, 제35조 평생교육지원, 제36조 문화·예술·여가·체육활동 등 지원, 제37조 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원에서 규정하고 있다.

〈표 3-9〉 정신건강복지법 제33조~제37조 : 한국

정신건강복지법 [시행 2022. 4. 8.] [법률 제17217호, 2020. 4. 7., 일부개정]
<p>제33조(복지서비스의 개발) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 연구지원체계 구축에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제34조(고용 및 직업재활 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업 생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항의 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제35조(평생교육 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 「교육기본법」 제3조 및 제4조에 따른 평생 교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장별로 「평생교육법」 제2조제2호의 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따라 지정된 평생교육기관에 대하여 예산의 범위에서 정신질환자를 위한 교육과정 운영에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.</p> <p>③ 제1항에 따른 평생교육기관의 지정기준과 절차, 정신질환자를 위한 교육과정의 기준, 교육제공인력의 요건 등은 교육부장관이 보건복지부장관과 협의하여 정한다.</p>
<p>제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원) 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다.</p>
<p>제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원등이 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다. <개정 2019. 4. 23.></p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따른 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원을 위하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

2. 의료법

정신의료기관은 의료법 제3조(의료기관)의 제3항의 ‘마. 정신병원’ 모조항에 의거하여 의료법이 적용되는 의료기관으로 분류된다. 의료법 상 인권친화적 입원치료 환경과 관련 있는 조항은 다음과 같다. 제46조에서는 환자 및 환자 보호자가 정신병원의 특정 의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있도록 하고 있다. 해당 법령에 근거하면 정신장애인은 자신이 선호하는 주치의를 선택하여 진료를 받을 수 있다. 이는 UN 장애인권리협약에서 지향하는 자기결정권 존중과도 일치하는 맥락이다.

〈표 3-10〉 의료법 제46조 : 한국

의료법 [시행 2021. 12. 30.] [법률 제17787호, 2020. 12. 29., 일부개정]

제46조(환자의 진료의사 선택 등) ①환자나 환자의 보호자는 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원 또는 정신병원의 특정한 의사·치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 특별한 사유가 없으면 환자나 환자의 보호자가 요청한 의사·치과의사 또는 한의사가 진료하도록 하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4.>
②제1항에 따라 진료의사를 선택하여 진료를 받는 환자나 환자의 보호자는 진료의사의 변경을 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 응하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>
③의료기관의 장은 환자 또는 환자의 보호자에게 진료의사 선택을 위한 정보를 제공하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2018. 3. 27.>
④의료기관의 장은 제1항에 따라 진료하게 한 경우에도 환자나 환자의 보호자로부터 추가비용을 받을 수 없다. <개정 2018. 3. 27.>
⑤ 삭제 <2018. 3. 27.>
⑥ 삭제 <2018. 3. 27.>

*출처: 법제처 국가법령정보센터. (2021). 의료법.

그러나 제46조 이외 조항에서 정신장애인의 인권친화적 치료 환경을 보장할만한 조항은 찾기 어려웠다. 특히 의사결정능력을 행사하기 어려운 장애인이나 고령자를 위한 의사결정지원에 관한 규정은 전무하였다. 후견인에 의한 대체의사결정이 있는 경우 그 결정이 본인의 권리, 의사, 선호도를 존중할 수 있게 하는 장치도 없었다.

제2절 정책 및 운영체계

1. 정신의료기관 및 입원 현황

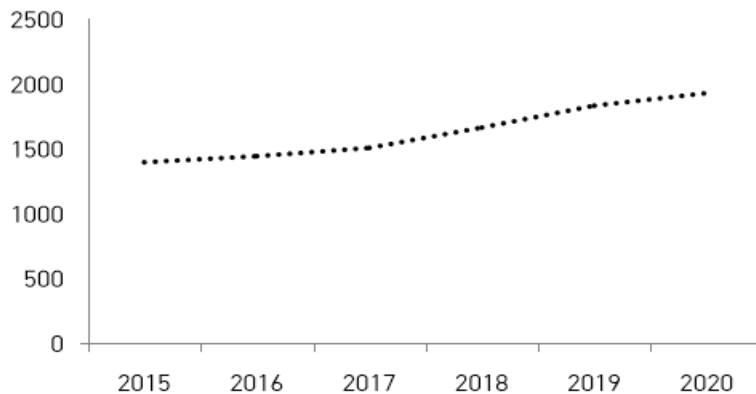
1) 정신의료기관 수

국내 정신의료기관 수는 2015년 1,402개에서 2020년 1,936개로 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다.

〈표 3-11〉 정신의료기관 수 변화 추이 : 한국

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	1,402	1,449	1,513	1,670	1,839	1,936

*출처: 국립정신건강센터 외. (2015~2020) 국가정신건강현황자료를 활용하여 저자 정리.



[그림 3-1] 정신의료기관 수 변화 추이 : 한국

2) 정신의료기관 병상수

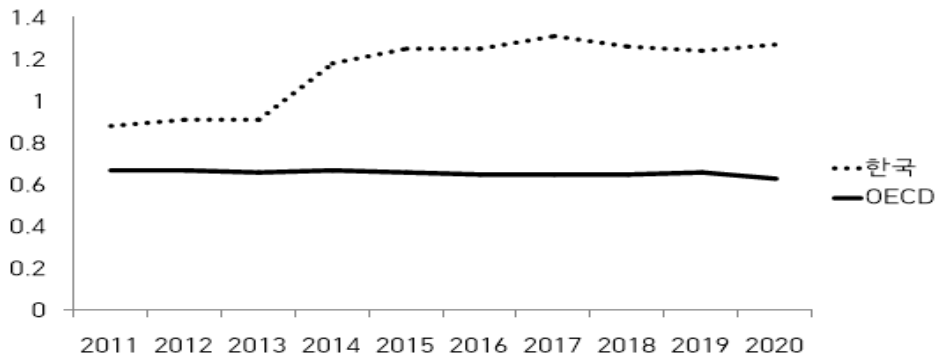
정신의료기관 수 증가와 더불어 평균 병상 수 또한 증가하는 추이를 보인다. 인구 10만명당 평균 정신병원 병상수는 2011년 0.88에서 2017년 1.31로 증가하였다가, 2017년 정신건강복지법 개정으로 소폭 감소하는 경향을 보였다. 하지만 2019년 1.24에서 2020년 1.27로 다시금 증가 양상을 나타내고 있다. 이러한 병

상수 변화 추이는 감소하는 OECD 평균 추세와는 상반된 경향으로 해석된다. 또한, 2014년 이후로는 한국의 병상 수가 OECD 평균 약 2배에 달하는 현상이 유지되고 있다.

〈표 3-12〉 인구 10만명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24	1.27
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66	0.63

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 3-2] 인구 10만명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 한국, OECD

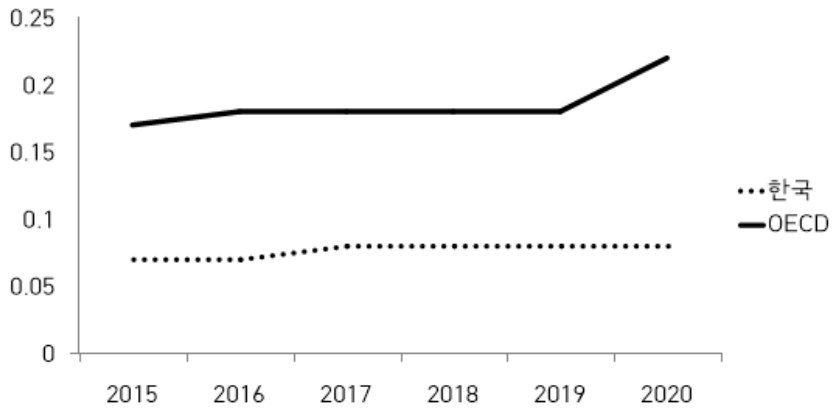
3) 정신건강전문 인력

인구 1,000명당 정신과 전문의수는 2015년~2016년 0.07에서 2017년에 0.08으로 소폭 증가하여 2020년까지 유지되는 경향을 보이고 있다. 이는 OECD 국가 평균의 절반에도 못미치는 수준이다.

〈표 3-13〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18	0.22

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



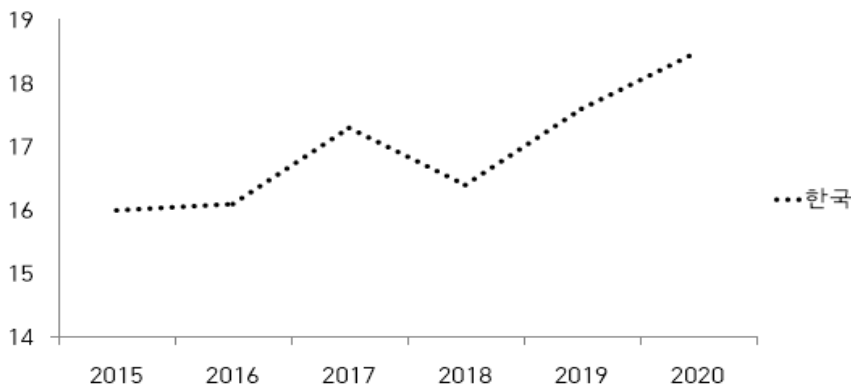
[그림 3-3] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 한국, OECD

인구 10만 명당 전문인력수의 경우 OECD 평균과 비교하였을 때 더욱 열악하다. 국내의 경우 인구 10만 명당 전문인력수가 16.0~18.5에 그치고 있는 반면, 2019년 기준 OECD 평균의 경우 97.1에 달한다.

〈표 3-14〉 인구 10만 명당 전문인력수 : 한국

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	16.0	16.1	17.3	16.4	17.6	18.5

*출처: 국립정신건강센터 외. (2015~2020) 국가정신건강현황자료를 활용하여 저자 정리..



[그림 3-4] 인구 10만 명당 전문인력수 : 한국

위의 통계자료는 우리나라의 정신병원이 대규모 병상을 유지하면서, 소수의 의료진이 정신질환자를 관리하는 시스템을 유지할 수 있게 하는 환경적 요인을 반영한 것이라고 평가할 수 있다. 정신질환자가 장기간 병원에 입원하면서 사회와 단절되는 것으로 귀결될 수 있는 환경요인이라는 것이다.

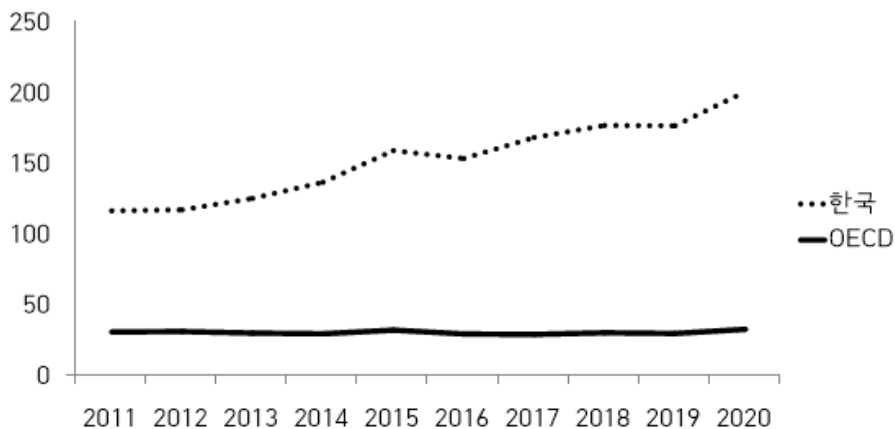
4) 입원 기간

국내 인구 10만 명당 정신 및 행동장애 진단 환자 입원 기간은 2011 116.1일에서 2020년 200.4일로 빠르게 증가하였다. 반면 OECD 평균의 경우 38.9~32.5에 그쳐, 우리나라가 OECD 평균의 6배 이상 동안 입원하고 있음을 확인하였다.

〈표 3-15〉 인구 10만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1	168	176.5	176.3	200.4
OECD	30.6	30.9	29.8	29.3	31.9	29.2	28.9	30.0	29.5	32.5

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



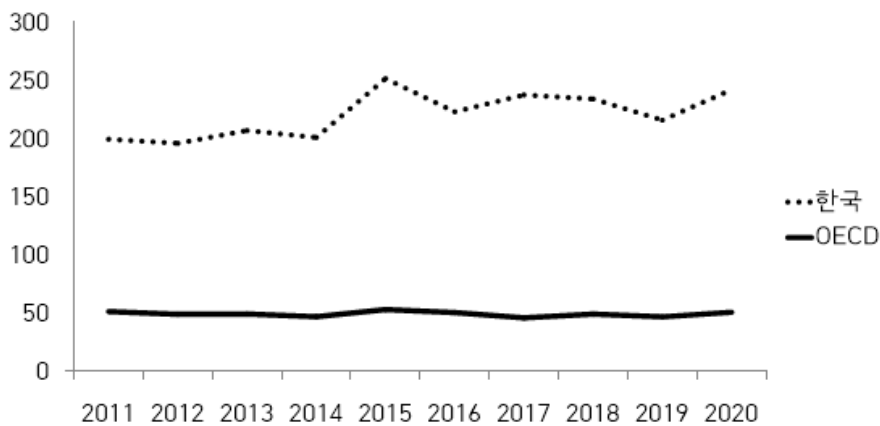
[그림 3-5] 인구 10만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

특히 이러한 입원 기간은 조현병, 분열 및 망상형 장애진단 환자군에서 더 긴 것으로 나타났다. 이는 한국과 OECD 국가 평균 모두에 해당하였는데, OECD 국가 평균의 경우 45.3일~50.7일 사이에서 증가 혹은 감소하는 경향을 보였지만, 한국의 경우 2011년 199.7일부터 2015년 251.9일까지 큰 폭으로 증가하는 경향이 있다. 2017년 정신건강복지법 개정 이후 입원 기간이 줄어드는 모습을 보였지만 2020년에는 다시금 증가하는 모습을 살펴볼 수 있다. 이러한 증가속도로 인해 2020년에는 한국이 OECD의 약 4.8배에 달하는 입원 기간을 기록하였다.

<표 3-16> 인구 10만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	199.7	196.2	207.2	201.2	251.9	223.3	237.8	234.3	216.1	242.3
OECD	50.7	48.3	48.6	46.2	52.4	49.8	45.3	48.5	46.1	50.1

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



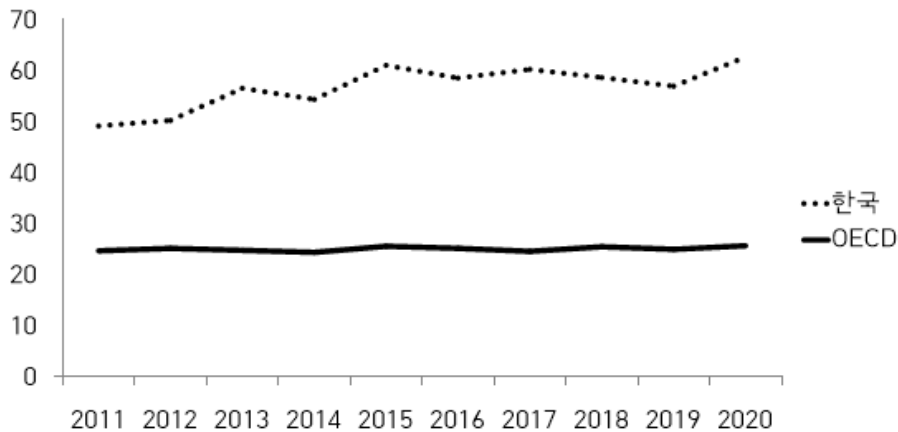
[그림 3-6] 인구 10만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

다음은 국내 인구 10만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화 추이에 대한 설명이다. 기분장애 진단 환자군의 경우 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단군과 비교하였을 때 비교적 짧은 기간 동안 입원하는 양상을 보이지만, 시간이 지날수록 증가하는 경향성은 동일하다. 반면 OECD 국가 평균의 경우 24.4~25.7일 사이에서 소폭으로 증가 및 감소하는 양상을 보인다. 2020년을 기준으로 하였을 때 한국의 기준장애 진단 환자 입원기간은 OECD 국가 평균의 2.4배에 달한다.

〈표 3-17〉 인구 10만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
한국	49	50.1	56.4	54.2	60.9	58.4	60.1	58.5	56.8	62.5
OECD	24.7	25.2	24.8	24.4	25.6	25.2	24.6	25.5	25.0	25.7

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 3-7] 인구 10만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 한국, OECD

5) 입원 유형별 현황

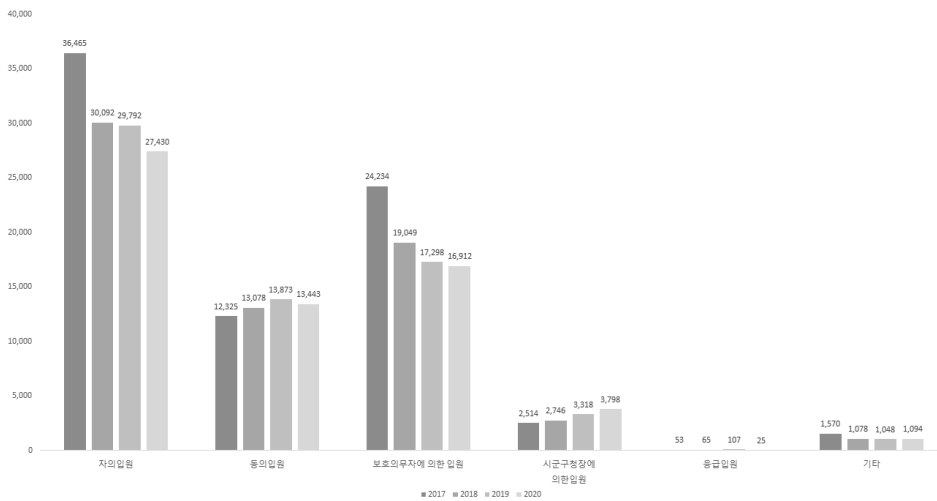
국내 입원 유형은 자의입원, 동의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시군구청장에 의한 입원, 응급입원으로 구분된다. 동의입원 유형이 신설된 2017년부터 입원 유형별 현황의 변화 추이를 살펴보면, 자의입원은 꾸준히 감소하는 경향을 보이고, 보호의무자에 의한 입원이 줄어드는 대신 동의입원이 증가 및 유지되는 양상을 나

타내고 있다. 시군구청장에 의한 입원 또한 꾸준히 증가하고 있으며, 응급입원의 경우 2019년까지 증가하였다가 2020년 큰 폭으로 감소하는 양상을 보였다.

〈표 3-18〉 입원 유형별 현황 : 한국

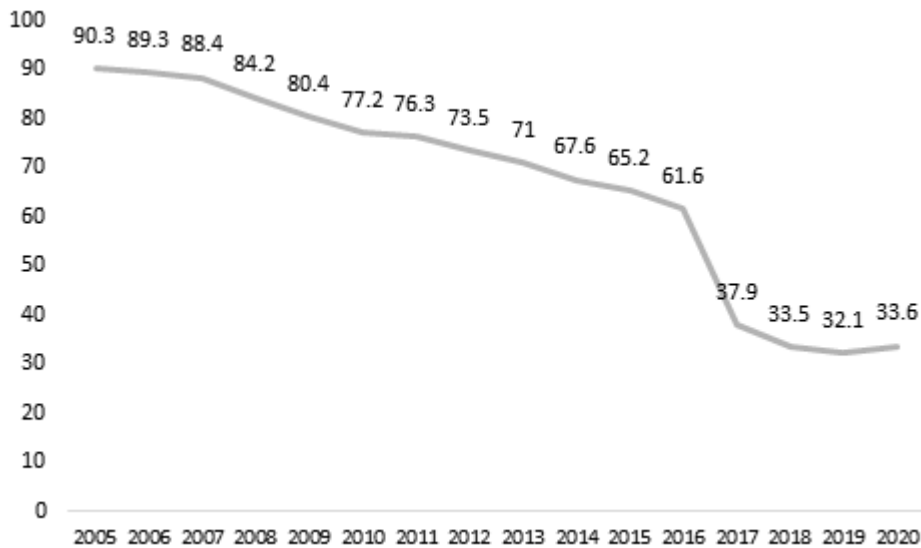
	자의입원	동의입원	보호의무자에 의한 입원	시군구청장에 의한입원	응급입원	기타
2017	36,465	12,325	24,234	2,514	53	1,570
2018	30,092	13,078	19,049	2,746	65	1,078
2019	29,792	13,873	17,298	3,318	107	1,048
2020	27,430	13,443	16,912	3,798	25	1,094

*출처: 국립정신건강센터 외. (2015~2020) 국가정신건강현황자료를 활용하여 저자 정리.



[그림 3-8] 입원 유형별 현황 : 한국

2005년 이후 국내 비자의 입원율은 아래 그림과 같다. 2005년 90.3%에 달하던 비자의 입원율은 2016년에서 2017년으로 넘어오면서 급감하는 추세를 보인다. 이는 정신건강복지법 개정 이후 비자의입원이 어려워졌기 때문이다. 보건복지부는 '정신건강복지법 제41조'에 의한 자의입원과 '제42조'에 의한 동의입원 두 유형을 합산하여 자발적 입원 비율을 산출하고 있다. 2017년~2019년까지 비자의입원율이 감소추세를 보이다가 2020년도에는 1.5% 증가하였다.



*출처: 국립정신건강센터 외. (2015~2020) 국가정신건강현황자료를 활용하여 저자 정리.

[그림 3-9] 정신의료기관 비자의업원율(2005~2020) : 한국

2. 정책 및 운영체계

1) 국내 정신의료기관 치료 환경 정책

정부는 2021년 1월 제2차 정신건강복지기본계획 ‘온국민 마음건강 종합대책’ (관계부처합동, 2021)을 통해 정신의료기관의 치료환경 관련 정책들을 발표하였다. 아래에서는 정부의 정신건강복지기본계획에 포함된 치료환경 관련 주요 정책을 아래 표와 같이 재분류하여 분석하였다. 정부의 치료환경 관련 정책은 치료친화적 환경조성, 퇴원 지원 및 지속적 치료 지원, 정신질환자 자기결정권 강화 등 3개 정책목표를 추구하는 6개 정책과제를 포함하며, 10개 세부 정책을 포함한다.

〈표 3-19〉 제2차 정신건강복지기본계획의 주요 치료환경 관련 정책 : 한국

정책 목표	정책 내용	정책과제 번호
치료친화적 환경 조성	정신의료기관 감염병 대응을 위한 폐쇄병동 밀집도 완화	2-3-1
	정신질환 중증도 기반 의료 및 치료효과성 제고	2-3-2, 2-4-1
	폐쇄병동 입원실 환경 개선	2-3-2
	정신의료기관 선진화 관리체계 구축	2-3-4
	정신의료기관 안전관리 향상	2-3-3
퇴원 지원 및 지속적 치료 지원	병원 기반 사례관리 제도화	2-4-2
	낮병원 프로그램 제도화	
정신질환자 자기결정권 강화	정신질환자 권익옹호기관 육성	3-3-3
	동료지원가 및 가족지원가 양성 및 확산	
	입원적합성심사제도 개선	

*출처: 관계부처합동. (2021). 제2차 정신건강복지기본계획 '온국민 마음건강 종합대책'.

(1) 치료 친화적 환경 조성

① 정신의료기관 감염병 대응을 위한 폐쇄병동 밀집도 완화

- 입원실 병상수 10병상에서 6병상으로 축소
- 감염병 대응을 위한 6개 권역별 정신의료기관 격리병상 확충
- 국립정신병원 중심의 정신질환자 감염병 대응체계 구축

2020년 초 코로나 감염병 확산과정에서 청도 대남병원의 대규모 집단감염은 정신의료기관 병실의 과밀수용문제에 대한 정부와 사회의 인식을 새롭게 하는 계기가 됐다. 이에 정부는 감염병 대비 대응시스템 구축을 정책과제로 제시하고, 폐쇄병동 밀집도를 낮추기 위해 정신의료기관 시설기준을 강화하는 정책을 제시했다. 이와 관련해 정부는 정신건강복지법 시행규칙 제11조 제1항 관련 정신의료기관의 시설 및 장비기준(별표3)을 개정하여(2021.3.5.) 입원환자 1명당 시설면적을 6.3㎡에서 10㎡ 이상으로 하고, 입원실 병상수를 최대 6병상으로 제한하고 병상 간 거리를 1.5미터 이상 확보하도록 규정했다. 아울러 병상 300개 이상의 병원에 대해 격리병실 1실 이상 설치를 의무화했다. 그뿐 아니라 6개 권역별로 정신의료기관의 격리병상 확충을 추진하고, 국립정신병원 중심의 감염병대응체계를 확립

하는 정책을 추진하고 있다. 이는 국립정신병원을 중심으로 감염병과 정신질환 치료를 병행할 수 있는 치료환경을 확립함으로써 반복될 것으로 예측되는 감염병 확산 상황에서 정신의료체계의 대응역량을 강화하려는 정책이다(관계부처합동, 2021).

정신의료기관의 치료환경과 관련해 보건복지부가 2021년 실시한 실태조사에 따르면 조사대상 정신의료기관의 다인실 병실의 1인당 면적이 4.3㎡~6.3㎡ 미만인 병실이 61.1%, 3.3㎡~4.3㎡ 미만인 병실이 28.4%로 나타나 병실 밀집도가 매우 높았다. 또한 병상 간 거리는 기준이 모호해 병상의 한 면이 밀착되어 배치되어 있는 경우도 있었다(윤석준 외, 2021). 코로나 감염병 확산으로 발생한 정신병원 입원환자 사망이 발생하지 않았더라면 장애인권리협약 제15조, 제16조를 위반하는 정신병원의 열악한 환경이 여론에 노출되었기 때문에 정부 역시 그 심각성을 자각하고 대응책을 수립한 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 정부는 우선 기존의 정신의료기관에 대해 개정된 병실기준의 적용을 2022년 말까지 유예하고 있다. 이는 2023년 1월 이전에 정신의료기관이 퇴원을 확대해 입원환자수를 감축하거나 시설투자를 확대해 병실기준을 충족시키도록 지도·감독하고 아울러 2023년부터 병실기준 준수 여부를 전면 점검하고 병실환경을 개선하려는 것으로 보인다.

② 정신질환 중증도 기반 의료체계 구축 및 치료효과성 제고

- 중증도 분류기준 마련
- 중증도 분류기준에 따른 병동 유형화 및 의료기준 제시
- 중증도 분류기준에 따른 차등화된 수가보상체계 도입

정부는 정신질환의 치료경과, 진단치료경과, 통원 가능성, 입원 필요성, 개방/폐쇄병동 입원요구도 등을 고려하여 초발, 급성기·응급, 회복기, 만성·재활기 등 네 유형의 정신질환자 중증도 유형과 분류기준을 마련하는 정책을 추진 중이다(관계부처합동, 2021).

또한 중증도 분류기준에 따른 병동 유형화 및 의료기준 제시하는 정책을 추진 중인데, 급성기, 회복기, 만성재활 등 병동유형을 구분하고, 병동유형별 운영지침 개발을 추진하고 있다. 이러한 중증도 기반 병동 유형화와 그에 따른 운영지침을 뒷받침하기 위해 그에 상응하는 차등화된 수가보상체계를 검토하고 있다. 즉 정부

는 초발 또는 급성기 정신질환자에 대한 집중치료 병상을 확보하고, 집중치료수가 도입을 준비하고 있다. 이를 위해 폐쇄병동 집중관리료 지원사업을 시범적으로 실시하여 제도화를 추진하고 있으며, 중증도 분류기준에 따라 의료급여의 입원진료수가를 차등화하는 방안을 준비하고 있다.

이와 같이 정신질환의 중증도 기반의 의료체계 구축 및 치료 효과성 제고 정책은 몇 가지 정책적 함의를 지니고 있다. 첫째, 그동안의 질병의 경과 및 중증도를 고려하지 않은 획일적인 정신의료가 효과적이지 않았다는 문제점을 인식해 정책 방향을 전환했다는 점이다. 과거에는 단지 의료제공 혹은 의료이용의 결핍을 정신의료 관련 핵심문제로 정의하였다. 그로 인해 정신의료 공급과 이용을 증가시키는 것이 주요 정책목표였다. 하지만 의료제공 및 의료이용이 증가하였지만 장기입원 문제가 좀처럼 개선되지 않거나 퇴원 후 재입원이 높은 문제는 지속되었다(최지숙, 2020). 이런 현실에서 의료효과성을 제고하여 초발정신질환의 중증정신질환으로의 만성화를 예방함으로써 장기입원문제 완화를 추진하는 정책은 정신의료문제를 단지 공급부족문제가 아니라 의료효과성 문제로 새롭게 인식하게 되었다는 점에서 의의가 있다(김문근, 2021).

둘째, 초발정신질환 혹은 급성기 정신질환과 만성정신질환에 대해 차별화된 의료를 강조하고 있다는 점이다. 최근 연구에 따르면 정신질환 진단의 준거가 되는 국제적 매뉴얼(ICD-11, DSM-5)도 정신질환의 중증도를 구분할 수 있는 명확한 근거를 제공하지 못하고 있으며, 그로 인해 정신의료기관에서 급성기 환자와 만성기 환자가 혼재되어 있고, 중증도에 따른 표준화된 치료를 적용하지도 못하고 있다. 그럼에도 미국 등 해외에서는 정신질환의 중증도를 분류하고, 그에 따라 차별화된 의료를 제공함으로써 치료효과를 향상시키고, 의료자원을 효율적으로 활용하는데 기여하고 있다. 그러므로 국내 정신건강정책 또한 중증도 기반의 차별화된 의료를 통해 치료효과를 향상시키고 의료자원을 효율적으로 활용할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다(손지훈 외, 2022).

셋째, 정신의료 수가체계가 양질의 정신의료 또는 집중적 치료를 통한 정신질환의 효과적 치료를 저해한다는 의료계의 일관된 문제 제기를 정부가 수용하였다는 점이다. 전반적으로 국내의 정신의료기관은 일반 의료기관에 비해 의료인력 배치기준이 매우 낮고, 의료수가 또한 의료급여는 행위별수가 적용이 매우 제한적이며, 행위별수가가 적용되는 건강보험도 적용할 수 있는 정신요법의 종류가 제한적

이고, 수가가 인정되는 정신요법 제공횟수도 극히 낮다. 이로 인해 정신의료기관이 초발환자나 급성기 환자에 대한 집중적 치료를 실시할 동기가 형성되기 어려워 정신질환의 만성화로 이어지기 쉽다(손지훈 외, 2022; 윤석준 외, 2019). 따라서 합리적인 방향으로 의료수가체계의 변화가 선행되어야 의료기관이 급성기 및 초발환자에 대한 집중치료를 유인하여 정신질환의 만성화를 예방하고 장기입원을 억제하는데 기여할 수 있을 것이다.

③ 폐쇄병동 입원실 환경 개선

- 폐쇄병동 환경 개선을 위한 전수 실태조사 실시
- 폐쇄병동 보유 정신의료기관의 환경개선을 위한 기능보강 추진
- 폐쇄병동 개방성 보장을 위한 치료환경 자문시스템 도입과 중장기 과제 발굴·시행

폐쇄병동 입원실 환경 개선정책은 병실의 밀집도 완화, 시설기준의 적절성 검토 및 시설기준 향상, 시설개선을 위한 기능보강 등을 포함한다. 그뿐 아니라 정신의료기관 폐쇄병동 치료환경에 대한 당사자, 인권전문가, 유관기관 등의 관점을 반영하여 치료환경을 모니터링하고 지속적으로 개선하는 것이 정책의 핵심이다. 이를 위해 폐쇄병동 치료환경에 대해 유관기관, 당사자 및 가족 단체 등이 참여하는 환경개선 협의체를 구성하여 운영하며, 권역별로 인권 및 시설 전문가, 회복 당사자 등으로 구성된 치료환경 자문위원회를 구성하여 정기적으로 폐쇄병동 환경을 평가하고 개선을 권고하는 정책방안을 제시하고 있다.

〈표 3-20〉 정신의료기관 유형별 치료환경 비교(2021년) : 한국

(단위:%)

	평균	종합병원	병원	정신병원	정신과의원
병상 가동률	84.2	70.2	88.4	85.6	84.6
의료급여 비율(환자)	73.0	81.5	74.9	72.7	55.6
개방병상 운영율(병상)	17.4	8.3	24.4	17.7	16.3
개방병상 의무비율(10%) 충족률(기관)	81.4	54.5	92.3	93.4	23.1
온돌병상 비율(병상)	16.4	5.0	19.1	14.9	31.7

	평균	종합병원	병원	정신병원	정신과의원
온돌병상 규제(15% 이하) 충족률(기관)	78.8	90.9	76.9	81.6	53.8
집단치료실 설치율(기관)	54.0	27.3	46.2	67.1	7.7
개인면담실 설치율(기관)	54.9	45.5	69.2	57.9	30.8
상담실 설치율(병동)	68.0	52.0	78.3	70.2	20.0
재활훈련실 설치율(병동)	35.3	48.0	43.5	33.8	20.0

*출처:윤석준 외. (2021). 정신건강증진시설 환경개선 연구. 저자 재정리.

정부는 최근 정신의료기관 폐쇄병동 치료환경에 대한 실태조사를 완료했다. 이번 실태조사는 전국 16개 광역자치단체에 소재하는 정신병원 76개(67.3%), 병원 13개(11.5%), 의원 13개(11.5%), 종합병원 11개(9.7%) 등 총 113개 정신의료기관을 대상으로 실시되었고, 의료기관 유형별로 치료환경을 비교하면 <표 3-20>과 같다(윤석준 외, 2021).

개방병상 운영률이 전체적으로는 10%를 상회하지만 정신의료기관별로 의무비율 준수 정도를 살펴보면 종합병원과 정신과의원이 의무비율을 충족하는 의료기관 비율이 매우 낮다. 또한 정신과의원은 온돌병상의 비율이 높고, 온돌병상 규제비율을 준수하는 기관비율이 53.8%로 매우 낮았다. 개인정신치료 및 정신요법을 실시하는데 필수적인 개인상담실이나 면담실, 집단치료실, 재활훈련실 등을 설치하지 못한 의료기관이나 병동도 적지 않아 치료환경이 열악함을 잘 보여주고 있다.

한편 정신의료기관 치료환경 실태조사결과에 따르면 병실 벽면 설비에 대한 기준이 미비하여 간이벽이 사용되고, 출입문이 미설치되었거나 하나의 출입문을 여러 병실이 공유하는 경우가 있으며, 개인수납장 규격이 미비해 플라스틱 수납장을 사용하는 경우, 환기가 어려운 병실, 신체가 노출되는 화장실 및 샤워실, 샤워실과 화장실의 비분리, 공중전화기 미설치 혹은 간호사실 근처 설치, 인터넷 미설치, 입원병실 및 화장실 CCTV 설치, 산책장소 미제공, 상담실 및 개인면담실 미설치, 재활훈련실이 없거나 창고 등을 활용 등 적절한 치료환경을 제공하지 못하는 경우가 적지 않은 것으로 나타났다. 이러한 치료환경 관련 문제점은 현행 정신건강복지법과 하위법령에 관련 기준이 없거나, 기준이 모호하거나, 기준이 지나치게 낮은 것과 관련 있다. 특히 정신건강복지법의 정신의료기관 병실기준은 의료법의 일반적인 병실기준보다 낮아 정신의료기관의 치료환경이 열악할 수밖에 없는 근본

적 한계를 보여준다(윤석준 외, 2021). 이는 현재의 정신병원 치료환경이 적절한 치료를 제공하기에 적합하지 않을 뿐 아니라, 정신병원 입원이 장기 입원인 것을 감안할 때 적절한 삶의 질을 보장하기에 현저히 미흡하다는 것을 보여준다. 특히 정신건강복지법의 병실기준이 의료법의 일반병실기준과 비교할 때에도 현저하게 차이가 있기 때문에 다른 질환치료와 비교할 때 정신질환 치료가 차별적임을 제도화하고 있음을 보여준다. 정부가 추진하는 폐쇄병동의 개방성 강화를 위한 정책이 국제인권기준이나 관련 도구, 예컨대 WHO Quality Rights Tool Kit 등을 준거로 치료환경 개선방안을 반영하고, 장애인권리협약 제29조의 취지에 따라 정신장애인 당사자와 그 단체를 정책형성과정에 참여시킬 필요가 있을 것이다.

④ 정신의료기관 선진화 관리체계 구축

- 정신의료기관평가를 의료기관인증 수준으로 강화 및 인증제와 통합 시행
- 지역별 입원수요를 고려한 정신병상 관리체계 마련

정부는 2021년부터 정신건강복지법에 근거한 정신의료기관 평가와 의료법에 근거한 정신의료기관 인증의 평가지표 및 평가기준을 통합하여 동일한 체계로 운영하는 정책을 제시했다. 이를 위해 2022년까지 정신건강복지법을 개정하기로 하였다. 아울러 정신의료기관 평가에 대한 정신의료기관의 참여를 독려하기 위해 인센티브 도입방안을 마련하기로 하였다. 현재 두 제도는 평가지표 및 평가기준은 큰 틀에서 동일하나 정신의료기관 인증보다 평가가 평가항목이 간소화되어 있으며, 정신의료기관도 의료기관의 유형(등급)에 따라 평가항목이 간소화되어 있다(관계부처합동, 2021). 인증제와 평가제의 통합운영은 평가지표와 기준이 유사하고, 모두 의기관평가인증원이 담당하고 있으므로 법제도의 정비를 통해 제도 통합은 충분히 가능하다고 보았기 때문일 것이다.

한편 정신의료기관의 신규 설치와 병상의 공급은 지역별로 입원 수요를 고려해 통제하겠다는 것이 정부의 정책 방향이다. 현 정책은 광역자치단체의 장이 보건복지부 장관과 협의하여 지역, 기능, 종별 병상 수급·관리 계획을 수립하여 병원급 이상 의료기관 개설 허가 시 병상 수급·관리 계획 준수를 의무화하는 것이다(관계부처합동, 2021).

⑤ 정신의료기관 안전관리 향상

- 비상문, 비상 대피공간, 비상 경보장치, 보안 전담인력 배치(100병상 이상)
- 입원환자 안전관리료 지원(200병상 이상 병원급 의료기관)
- ICT 기반 안전시스템 구축 및 악성 민원 환자 제도적 대응 방안 마련

2018년 말 서울 소재 정신의료기관에서 의료진이 정신질환자에 의해 생명을 잃는 사건이 발생한 후 정신의료기관의 안전관리체계 강화는 정부의 중요한 정책 과제였다. 정부는 ‘환자와 의료진이 안전한 병원’을 보장하기 위해 정신건강복지법 시행규칙을 개정하여 안전 관련 시설물 기준을 강화하고, 100병상 이상의 병원급 의료기관에 대해 보안 전담인력 배치를 의무화하고, 이러한 기준을 충족한 의료기관에 대해 입원환자 안전관리료를 지원하는 정책을 추진하고 있다. 아울러 ICT 기반의 기술을 활용하여 정신의료기관 안전시스템을 개발하고 이를 확대 보급하고 악성 민원 환자에 대한 제도적 대응방안을 모색하고 있다(관계부처합동, 2021). 다만 정신의료기관의 안전관리는 기존의 낙상 예방, 화재 안전 관리 등과 함께 자해 및 타해의 위험성으로부터 의료진 및 환자 보호를 통합해야 하는 만큼 정신건강복지법 시행규칙의 안전관리규정 개정, 정신의료기관 평가 기준 및 인증 기준의 개정이 일관되게 이루어져야 할 것이다.

(2) 퇴원 지원 및 지속적 치료 지원 정책

- 병원 기반의 사례관리 (퇴원 전 사례관리 + 퇴원 후 사례관리) 제도화 추진
- ‘낮병원 활성화 지원 시범사업’ 및 제도화 추진

정부는 지속적 치료를 통해 정신질환의 만성화를 방지하기 위해 퇴원 전 환자 및 가족 교육 실시, 병원 기반 지속적·포괄적 서비스 제공을 위한 사례관리 계획 수립, 퇴원 후 다학제 사례관리팀을 통한 집중사례관리 등을 지원하는 병원 기반 사례관리 제도화를 추진하고 있다(관계부처합동, 2021). 이를 위해 2020년부터 2022년까지 ‘퇴원 전 사례관리 지원 시범사업’과 ‘퇴원 후 사례관리 지원 시범사업’을 실시하고 있으며, 시범사업 평가를 통해 2023년부터 본격적인 제도 시행을 계획하고 있다. 퇴원 전 사례관리 지원은 퇴원을 앞둔 정신질환자에 대해 외래 치료 및 재활 계획을 수립하고, 약물복용을 지도하며, 증상대처 교육 등을 사전에

실시하도록 하고, 퇴원계획수립료와 교육상담료 등 수가를 지원하는 사업이다. 이에 비해 퇴원 후 사례관리 지원은 퇴원 환자에 대해 다학제 사례관리팀이 방문하여 상담, 복약지도, 교육 등의 서비스를 제공하도록 하고 의사방문료와 사례관리 요원방문료를 지원하는 사업이다.

한편 낮병원 활성화는 정신의료기관에 입원하지 않고도 정신의료기관에서 통원 치료와 재활서비스를 이용할 수 있도록 지원하는 정책이다. 정부는 정신질환자 재활 수요에 근거한 낮병원 표준 운영지침을 마련하고, 시범사업(2020~2022)을 거쳐 제도화(2023)를 추진하고 있다. 정부는 2024년까지 낮병원 운영 의료기관을 전체 정신의료기관의 10%인 130개소까지 확대하는 것을 목표로 하고 있다(관계부처합동, 2021). 2019년부터 2022년 말까지 시행 중인 낮병동 관리료 시범사업은 환자 50인 당 정신건강전문요원 1인의 참여, 개인면담실 및 집단치료실을 1개 이상 설치하도록 하고 있으며, 프로그램은 신체건강, 인지재활, 정서관리, 증상관리, 사회성증진, 직업재활, 가족교육 및 상담 등의 프로그램 유형 중에서 3개 이상을 조합하여 주 5일, 일 6시간을 운영하도록 하고 있다. 그 외에 낮병동 운영에 대한 구체적인 시설, 인력, 의료서비스 기준이 확립되어 있지 않다(보건복지부, 2019.12.).

그러나 병원기반사례관리 중 퇴원전관리는 다학제 팀에 의한 치료가 포함되어 있지 않다는 한계가 있고, 퇴원후관리는 지역사회 기반 치료, 재활, 회복과의 관계가 모호하다는 점이 문제이다. 앞서 살펴본 것처럼, 비입원환자를 위한 병원기반 재택 치료를 입원대용 치료로 활용하는 독일과 비교할 때 차이가 있다는 점이다. 나아가 낮병원 역시 치료목표, 이용기간, 의료진의 인력구성 등이 검토되지 않기 때문에 다학제팀에 의한 단기치료에 집중하는 선진국과 차이가 있는 것으로 보인다.

(3) 정신질환자 자기결정권 강화

- 정신질환자 권익옹호기관 육성
- 동료지원가 및 가족지원가 양성 및 확산
- 입원적합성심사제도 개선

정부는 정신질환자의 권익보호를 위해서는 자기 결정권을 강화하는 것이 중요하다고 보고 정신질환자 권익옹호기관 육성과 동료·가족 지원가 양성 및 확산, 비자의입원에 대한 입원적합성심사제도 개선을 주요정책으로 추진 중이다.

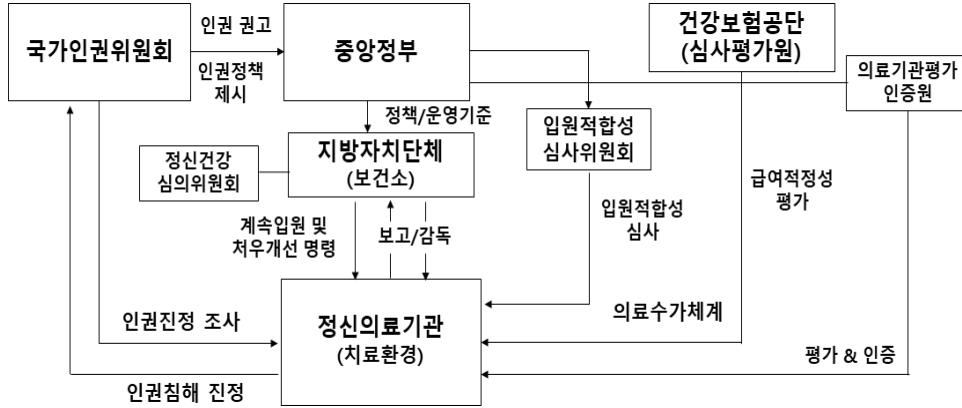
정신질환자 권익옹호기관은 장애인복지법의 장애인권익보호기관에 상응하는 권익보호체계인데, 현재 정신건강복지법 내에서는 독립된 권익옹호조직이 존재하지 않으며, 당사자에 의한 권익옹호활동에 대한 지원도 제한적이다. 이에 정부는 회복된 당사자와 당사자 가족을 동료지원가 및 가족지원가로 양성하여 국립정신병원 및 정신건강복지센터 등에 참여할 기회를 제공하고자 하는 정책을 추진하고 있다.

비자의 입원에 대한 입원적합성심사제도는 2017년 제정된 정신건강복지법에 근거해 운영 중인데 조사원에 의한 방문조사, 대면조사, 다학제 구성원에 의한 심사 등이 제공하는 불편함이 있기 때문에, 정신의학계를 중심으로 비자의입원을 통합하여 법원이 입원을 결정하도록 하는 사법입원제도 도입의 필요성을 제기하고 있다. 그 논거 중의 하나는 입원적합성심사제도가 정신질환자의 권리보장에 미흡하다는 것도 있으나, 사법입원제도로 제안된 것은 입원기간에 제한이 없고, 다학제 전문가의 참여가 보장되지 않는 비전문가인 법관에 의한 심판이라는 점, 대면심사가 보장되지 않는다는 점 등의 한계로 반대하는 주장도 있다. 이에 정부는 우선적으로 입원적합성심사제도 심사 가이드라인을 명확하게 제시하고, 대면조사를 확대하며, 퇴원 결정자에 대한 사후 모니터링을 강화하는 등 입원적합성심사제도 개선을 추진하고 있다. 아울러 정신의학 전문가, 법률가, 정신질환자 및 가족 등 관계자들이 참여하는 정신질환자 입원제도 개선 협의체 운영을 통해 입원제도 개선에 대한 논의를 지속하고 있다. 이와 함께 비자의입원에 대한 준사법적 기구인 정신건강심판원 도입에 대한 정책 연구를 통해 중장기 제도개편 방안을 모색하고 있다(관계부처합동, 2021).

2) 국내 정신의료기관 치료환경 관리 및 운영 체계

국내의 정신의료기관 치료환경에 대한 관리운영체계는 [그림 3-10]과 같다. 국내 정신의료기관의 치료환경과 관련해 정책을 수립하고, 정책을 집행하는 주체는 크게 중앙정부(보건복지부), 국가인권위원회, 지방자치단체, 건강보험공단 등을 들 수 있다. 중앙정부는 정신건강복지법에 근거해 정신건강복지기본계획을 수립하여 실행하며, 비자발적 입원으로 인한 인권침해를 방지하기 위해 입원적합성심사를 관리한다. 또한 중앙정부는 정신건강복지법 및 의료법에 근거한 정신의료기관 평가 및 인증을 통해 정기적으로 의료 및 치료환경의 질을 모니터링한다. 중앙정부가 담당하는 입원적합성 심사는 국립병원 산하에 설치된 입원적합성심사위원회가

담당하며, 의료기관 평가 및 인증은 의료기관평가인증원에 위탁하여 실시한다.



*출처: 국내 정신의료기관 입원, 평가 등 정책 및 운영 체계에 근거하여 저자 작성.

[그림 3-10] 국내 정신의료기관 치료환경 관리·운영 체계 : 한국

지방자치단체는 정신건강복지법 및 의료법에 근거해 일선 정신의료기관에 대한 설치 및 허가, 의료 및 인권보호 등에 대한 일상적인 지도·감독을 담당하며, 정신의료기관이 요청하는 입원기간 연장, 퇴원 및 처우개선 신청에 대한 심의 및 명령에 대한 권한을 통해 정신의료기관의 치료환경을 관리한다. 입원기간 연장심사, 퇴원신청 및 처우개선 신청에 대한 심사 및 결정은 정신건강심의위원회를 통해 이루어진다.

국가인권위원회는 다수인시설에 해당하는 정신의료기관 관련 인권보호정책을 제안하며, 중앙정부와 지방자치단체, 일선 정신의료기관 등에 대해 인권침해와 관련한 진정사건에 대한 조사와 결정을 통해 진정인의 권리를 구제하며, 법·제도·정책·관행에 대한 개선을 권고함으로써 정신의료기관의 치료환경 개선에 기여한다.

건강보험공단은 전문인력의 배치수준에 따른 의료기관 등급화와 수가차등화, 입원기간에 따른 수가차등화, 의료급여 및 건강보험급여 적정성평가 등을 통해 정신의료기관의 치료환경 모니터링과 개선에 기여한다.

(1) 비자발적 입원 규제 체계

현행 정신건강복지법에 따르면 비자발적 입원은 보호의무자의 입원신청과 전문의의 진단을 요건으로 하는 ‘보호입원’(제43조), 정신건강의학전문의 또는 정신건강전문요원이 지방자치단체장에게 진단 및 보호를 신청함으로써 진행되는 ‘행정

입원’(제44조), 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험을 인지한 경우 의사 또는 경찰관의 협조를 받아 추진되는 ‘응급입원’(제50조) 등이 규정되어 있다. 이러한 비자발적 입원에 대해 정신건강복지법은 입원신청과 진단에 대한 요건, 입원적합서 심사규정, 계속입원 심사규정 등을 통해 정신건강문제를 경험하는 비자발적 입원으로 인해 발생할 수 있는 기본적 인권을 보호한다.

① 비자발적 입원의 절차적 규제

• 입원신청주체

정신건강복지법은 비자발적 입원은 입원 유형에 따라 입원을 신청할 수 있는 주체를 한정하여 규정하고 있는데 각각 입원신청주체에 따라 특정한 제한을 부가함으로써 무분별한 입원신청을 억제하고 있다.

보호입원(제43조)의 입원신청은 보호의무자가 정신의료기관장에게 실시하며, 보호의무자 2인의 신청을 원칙으로 규정함으로써 특정 보호의무자에 의한 일방적 입원신청을 견제하고 있다.

행정입원(제44조)은 보호의무자가 없거나 특정되지 않는 상황에서 정신건강의학전문 의 또는 정신건강전문요원이 지방자치단체장에 입원신청을 실시하도록 규정함으로써 정신건강의학 전문성을 결여한 사람에 의한 입원신청을 규제하고 있다.

응급입원(제50조)은 정신질환자로 의심되는 자가 자신의 건강 또는 안전, 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는 경우 발견자가 의사 또는 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관장에게 입원신청을 실시한다. 발견자가 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼칠 위험을 예상하는 상황에서 응급입원을 신청하려면 의사 또는 경찰관의 조력을 받도록 함으로써 안전에 대한 우려와 의료적 필요에 대한 전문적 판단이 개입될 수 있도록 입원절차를 규제하고 있다.

• 입원을 위한 진단 요건

정신건강복지법은 ‘치료를 받을 만한 정신질환’ 과 ‘자신 및 타인의 건강과 안전에 위험성’ 이라는 두 가지 요건을 동시에 충족할 경우 비자의 입원이 허용되도록 규정하고 있다. 또한 현행 법령에서 ‘진단을 위한 입원’과 ‘치료를 위한 입원’에 대해 필요한 전문의의 진단요건을 달리 적용하고 있다. 보호입원 및 행정입원은 ‘진단을 위한 입원(2주 이내)은 전문의 1인의 진단을 요건으로 하며, ‘치료를 위한 입원’은 전문의 2인의 일치된 진단을 요건으로 규정하고 있다.

응급입원은 정신질환자로 추정되며, 자신의 건강 및 안전, 타인의 안전에 해를 끼칠 위험에 근거한 입원신청만으로 입원이 개시되지만, 진단을 위한 충분한 절차가 생략될 수 있는 상황이므로 72시간 이내로 입원기간을 제한하고, 이 기간 내에 치료가 필요하거나 안전을 위해 계속입원이 필요한지 전문의의 진단을 거쳐 퇴원 또는 다른 유형의 입원으로 전환하도록 규정하고 있다.

전문의 2인의 진단요건은 의료진의 일치된 진단, 즉 진단의 정확성과 객관성을 한층 강화하므로 그 자체로 환자 인권보호에 기여한다는 긍정적 측면이 있다. 그럼에도 2차 진단을 담당해야 하는 국립병원 전문의 부족으로 민간의료기관 전문의 활용을 예외적으로 인정하기도 하며, 2차 진단은 짧은 시간 환자와 대면하여 이루어지므로 기존 진단과 불일치하는 진단을 내리기는 어려워 형식적 진단에 그친다는 문제가 제기되고 있다(신소연 외, 2021). 한 연구에 의하면 비자의입원에서 전문의 2인의 진단 불일치율은 0.14%에 불과한 것으로 나타나 제도의 실효성에 의문이 제기되고 있다. 두 번째 의사는 매우 제한된 시간에 환자를 관찰하거나 접견하는데 그치므로 첫째 의사의 소견과 일치하지 않는 소견을 제시할 수 없는 한계가 있다는 것이다(이선구 외, 2020).

〈표 3-21〉 비자발적 입원 규제 내용 : 한국

	보호입원(제43조)	행정입원(제44조)	응급입원(제50조)
적용 대상	• 치료를 받을 만한 정신질환 + 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험을 지닌 사람	• 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람	• 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 크고 상황이 매우 급박하여 다른 유형의 입원 신청이 어려운 사람
입원신청	• 보호의무자 2인→정신의료기관	• 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원이 진단 및 보호신청 →지방자치단체장이 진단 의뢰 → 정신건강의학과전문의	• 발견자가 의사 또는 경찰관의 동의를 얻어 진단 의뢰→정신의료기관
진단	• 전문의 1인의 진단 → 정신의료기관장이 진단입원 결정(2주 이내)	• 전문의 1인의 진단 →지방자치단체장이 진단입원 결정(2주)	• 응급입원 후 전문의의 진단
입원결정	• 전문의 2인의 진단 일치 → 정신의료기관장이 치료입원 결정(3개월 이내)	• 전문의 2인의 진단 일치 → 지방자치단체장이 치료입원 실시(3개월 이내)	• 진단 의뢰와 동시에 응급입원 개시 • 응급입원 개시 후 진단에 따라 다른 유형의 입원으로 전환
입원적합성 심사	1개월 이내 통보	1개월 이내 통보	-

*출처: 국립정신건강센터, 국립정신건강센터. (2020). 입원적합성심사위원회 운영매뉴얼 3.0. 저자 재구성.

(2) 입원적합성 심사

① 입원적합성심사제도

입원적합성심사는 정신건강복지법 제45조~제49조에 근거를 두고 있으며, 최초 입원의 '적법성과 필요성'을 심사하는데 목적이 있다. 입원적합성심사위원회 구성은 각 권역별 국립정신병원이 담당하며, 입원적합성심사 수요를 고려하여 각 권역별로 복수의 소위원회를 운영한다.

입원적합성심사위원회는 국립정신병원 산하에 구성된다는 점에서 90% 이상의 입원수요를 담당하고 있는 민간정신의료기관의 입원에 대해 공공영역에서 그 적합성을 심사한다는 함의를 지니고 있다.

〈표 3-22〉 입원적합성심사제도 운영 구조: 한국

	법적 근거	내용
심사위구성 및 운영	법 제46조 시행령 제23조 입원적합성심사위원회 운영규정(보건복지부 훈령 제167호)	<ul style="list-style-type: none"> • 입원적합성심사위원회 <ul style="list-style-type: none"> - 10명 이상 30명 이내 위원 구성 - 위원장 : 국립정신병원장 - 위원 : 정신건강의학전문의, 판사·검사·변호사, 정신건강전문요원(정신건강복지센터 소속), 정신질환자의 가족, 정신건강 전문지식과 경험을 가진 자 등을 1명 이상 포함 - 국립정신병원이 권역을 분담하여 입원적합성 심사 • 입원심사소위원회 <ul style="list-style-type: none"> - 입원적합성심사 및 결정 - 5명 이상 15명 이내 위원 구성 - 월 1회 이상 운영
심사절차	법 제47조, 제48조 시행령 제23조, 제24조, 제25조 입원적합성심사위원회 운영규정(보건복지부 훈령 제167호)	<ul style="list-style-type: none"> • 자료제출 요청(행정기관, 정신건강증진시설, 정신의료기관장, 의료기관 소속 의료진) • 조사 <ul style="list-style-type: none"> - 신고사항 및 증빙서류 확인 - 대면조사(신청자 및 적합성 의심사례 직권 조사) - 위법사항에 대해 유관기관 이첩 또는 고발 • 소위원회 심사 <ul style="list-style-type: none"> - 법에 따른 적법한 입원 여부 - 신고 당시 입원의 필요성 - 환자의 퇴원 필요성
심사결과 통보	법 제47조 입원적합성심사위원회 운영규정(보건복지부 훈령 제167호)	<ul style="list-style-type: none"> • 소위원회는 3일 이내 심사결과를 위원장에게 통보 • 위원회는 최초입원 1개월 이내 정신의료기관장에게 입원적합성 심사결과 통보 • 심사결과는 서면으로 통보(국가입·퇴원관리시스템)

*출처: 국립정신건강센터, 국립정신건강센터. (2020). 입원적합성심사위원회 운영매뉴얼 3.0. 저자 재구성.

입원적합성심사위원회 및 소위원회 구성은 정신건강의학전문의 외에 법률전문직, 정신건강전문요원, 정신질환자 가족, 정신건강증진시설 운영자, 회복된 정신질환자 당사자, 인권활동가, 관련 공무원 등을 포함하므로 다학제적 관점을 통합하고, 당사자 관점을 반영하는 데 적합하다.

입원적합성심사는 입원요건과 관련한 서류 검토 외에 조사원을 활용한 대면조사를 거쳐 소위원회에서 이루어지므로 단순한 서류심사의 한계를 극복할 수 있다. 환자의 신청에 의한 대면조사 외에 위원회의 판단에 근거한 의심사례 직권조사가 실시되므로 환자의 권익에 반하는 입원을 모니터링할 수 있는 절차를 갖추고 있다.

② 입원적합성심사위원회 운영 현황

입원적합성심사위원회는 국립정신건강센터 및 4개 국립병원이 중심이 되어 운영하고 있으며, 위원회 구성은 정신건강복지법의 규정에 근거해 정신건강의학전문의, 법률전문가(판사·검사 또는 변호사), 정신건강복지센터 전문요원, 정신질환자의 가족, 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 자(정신건강증진시설 설치 및 운영자, 심리학·간호학·사회복지학 전임강사 이상인 자, 정신질환에서 회복된 자, 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등) 등으로 구성하고 있다(10~30명 이내)(이선구 외, 2020). 입원적합성 심사 사무는 입원적합성심사위원회 내에서 구성하는 소위원회(5~15명)가 담당하며, 소위원회 운영자료 분석결과에 의하면 소위원회는 대부분 5~6명의 위원으로 구성되어 운영되며, 정신과전문의, 변호사, 정신건강전문요원, 정신질환자 가족, 관련 분야 전공교수 등의 참여가 높았다(이선구 외, 2020). 이와 같은 입원적합성심사위원회 구성과 관련해 상충되는 관점들이 존재한다. 입원적합성심사 소위원회 구성원으로 환자 당사자와 가족대표가 참여하는 것과 관련해 긍정적 관점과 부정적 관점이 공존하는데, 특히 환자당사자 참여는 바람직하지 않다는 관점이 있다. 또한 대부분 입원적합성심사 소위원회 위원장이 전문의이므로 소위원회의 중립성과 독립성이 침해될 수 있다는 비판이 제기되었다(신소연 외, 2021).

이선구 외(2020)의 연구에 따르면 입원적합성심사제도의 운영상 한계는 세가지로 정리될 수 있다. 첫째, 각 입원사례의 적합성 심사에 충분한 시간을 할애하지 않고 있다는 점이다. 입원사례 당 최소심사시간 5분을 준수한 비율은 전체 평균 51.34%에 불과하였으며, 이 또한 지역에 따라 큰 편차가 존재하는 것으로 나타났다

는데, 국립정신건강센터는 최소심사시간 준수 비율이 16%에 불과하여 충실한 심사가 이루어지지 않고 있음을 시사한다(이선구 외, 2020). 이러한 최소심사시간 미준수는 과도한 심사사례의 영향으로 추정된다. 입원적합성심사제도 관계자들은 충실한 심사를 하기에는 사례가 과다하다고 인식하는 비율이 55.3%에 이를 정도로 높았다(이선구 외, 2020). 둘째, 대면조사를 통한 환자 본인의 의견 반영이 충분히 이루어지지 않는다는 점이다. 환자 본인의 의견 반영이 이루어지는 대면조사 비율은 전체 심사건수 대비 24.6%에 불과해 입원에 대한 환자의 의견진술권 보장은 미흡한 것으로 나타났다(이선구 외, 2020). 이는 현행 입원적합성심사제도는 환자가 직접 소위원회에 출석하여 대면심사를 받을 기회를 보장하지 않고 다만 환자의 신청이 있는 경우와 입원적합성심사 소위원회가 필요하다고 판단하여 직권 조사를 결정하는 경우 환자에 대한 대면조사가 적용되는 제도적 한계와 관련 있다. 그러므로 대면조사를 통해 환자의 권리를 제대로 보장하려면 입원 시 환자에게 대면조사를 받을 권리를 고지하고, 희망자에 대해 대면조사 신청서 제출을 지원해야 한다. 하지만 대면조사신청권리에 대한 고지와 신청과정에 대한 지원업무는 해당 의료기관에 맡겨져 있어 환자의 대면조사 신청이 쉽지 않다. 실제 2018년 하반기부터 2020년도 상반기에 걸쳐 강제입원환자가 대면조사신청을 희망한 비율은 21.3%~26%에 그쳤고, 입원적합성심사위원회가 자체적 판단에 근거해 직권으로 대면조사를 실시한 비율은 4.1%~5.3%에 불과했다. 특히 권역별로 환자의 대면조사 신청 비율과 입원적합성심사위원회의 직권에 의한 대면조사 실시비율에 차이가 큰 것으로 나타났다(홍선미 외, 2020).

셋째, 입원적합성심사제도에 대해 주요 관계자들의 인식이 상충되어 제도 운영에 어려움으로 작용할 수 있다는 점이다. 무엇보다 소위원회의 입원적합성심사는 가족과 입원기관의 의견과 증거에 의존하는 경향이 있다는 점이다. 입원적합성심사제도 관계자들은 소위원회 심사가 가족 및 입원기관의 의견과 증거에 매우 의존적이라고 인식하는 비율이 64.5%로 높았다(이선구 외, 2020). 그뿐 아니라 입원적합성심사제도가 효과적인 치료를 저해한다는 인식과 환자의 인권보호에 기여한다는 상충되는 인식이 충돌하고 있다는 점이다. 질적연구에 의하면 입원적합성심사제도의 적절한 절차를 준수하는 것과 적절한 치료에 대한 권리가 충돌하며, 절차준수 과정에서 시의적절한 치료 접근성이 저하된다는 문제가 제기되어 왔다. 즉 자·타해의 위험은 뚜렷하지 않으나 치료가 필요한 경우 입원치료 이용이 어려워

보호자의 돌봄부담이 가중될 수 있다는 것이다. 하지만 입원적합성심사 본연의 취지인 환자의 인권보호의 중요성을 고려한다면 입원 부적합 판정으로 인해 치료가 지연되는 것을 바람직하지 않다고 할 수는 없다는 견해가 공존한다(신소연 외, 2021).

마지막으로, 이선구 외(2020) 연구에서는 입원적합성심사제도의 효과에 대해서는 비자의입원을 제한하는 효과(67.8%), 정신질환자 인권보호에 도움(84.2%), 정신질환자 권익 보호를 위해 꼭 필요한 제도(78.3%), 입원을 위한 이송과정에서 강압적 행위 감소(91.5%) 등 긍정적 인식이 높게 나타났다. 다만 입원적합성심사가 환자의 자기결정권을 제대로 보장하는 제도라는 인식은 55.3%로 상대적으로 낮게 나타났다. 또한 입원적합성심사제도 운영 현황을 살펴보면, 심사결과 입원 적합 비율은 평균 76.2%, 각하 비율 평균 22.3%, 입원 부적합 비율은 1.4%에 불과한 것으로 나타났다. 각하 비율이 높은 것은 입원적합성 심사 개최 전에 퇴원하여 심사가 이루어지지 않은 사례와 관련이 있는 것으로 나타났다(이선구 외, 2020).

종합하면, 입원적합성심사의 효과를 평가할 때 당사자의 관점 및 당사자 전문성을 부정적으로 바라보는 관점이 있으며, 동시에 의료전문직이 소위원회 위원장을 담당함으로써 입원적합성 심사결과가 의료적 관점으로 치우칠 수 있다는 비판적 관점이 공존하고 있다. 이는 입원적합성심사의 기능을 자유권 보장의 측면에서 보더라도 당사자의 목소리가 심사에 제대로 반영되지 않는다는 것을 보여주는 것이다. 각하비율을 자유권 보장의 측면에서 입원적합성심사제도의 긍정적 효과로 해석할 수 있다면 이 제도는 비자의입원에 대해 약 23.7% 정도의 억제효과를 지닌다고 할 수 있겠으나 각하비율이 자연적인 퇴원에 의한 것이라면 이 제도로 인한 비자의입원 억제효과는 1.4%에 불과하다고 하겠다. 한편 낮은 비율의 대면조사 비율, 대면심사의 부재, 당사자의 편에 선 의사결정지원의 부재 등은 입원적합성심사의 기능을 인권친화적 치료환경의 일부라는 관점에서 볼 때 그 효과는 거의 전무하다고 할 수 있다.

③ 입원적합성심사위원회 개선 방안

정부는 제2차 정신건강복지기본계획 ‘온국민 마음건강 종합대책’(관계부처합동, 2021)에서 정신질환자의 자기결정권 강화를 위한 정책으로 입원적합성심사제도 개선방안을 제시했다. 이를 구체적으로 살펴보면 입원적합성 심사가이드라인 제

시, 대면조사 확대, 퇴원결정자 사후모니터링 실시, 정신질환자 입원제도개선협의체를 구성 및 운영, 정신건강심판원 도입을 위한 정책연구 및 정책방안 모색 등을 포함하고 있다.

이러한 정부 정책과 최근 연구들이 제안하는 입원적합성심사제도 개선방안들을 종합한다면 다음과 같다. 첫째, 비자의입원에 대한 대면조사 의무화이다. 이는 모든 비자의입원에 대한 대면조사를 전면적으로 실시하여 환자의 의견을 반영하도록 하는 방안이다(이선구 외, 2020).

둘째, 심사의 전문성과 충실성을 향상을 위해 심사위원회의 전문성 향상, 사전보고서의 질 향상, 심사위원회 구성의 확대와 충분한 인력 및 예산 지원 등의 추진이 필요하다(신소연 외, 2021; 이선구 외, 2020). 특히 현재 최소심사시간 5분을 준수하지 못하는 사례와 같이 형식적 심사를 극복하려면 심사소위원회를 더 많이 구성하여 심사소위원회 회기당 심사사례를 줄여야 할 것이다. 아울러 모든 비자의입원에 대한 대면조사를 의무화한다면 대면조사업무량은 더욱 증가할 수 있으므로 조사인력 확충이 동반되어야 한다.

셋째, 입원적합성심사 소위원회의 구성에서 의료적 전문성과 법률적 전문성을 지닌 인사의 참여에 비해 상대적으로 당사자 및 가족의 관점을 반영할 수 있는 위원의 참여가 취약하므로 이들의 참여를 확대하는 것이다(신소연 외, 2021). 이를 위해서는 당사자 및 가족 대표가 심사소위원회에 참여하는 데 대한 의료 및 법률 전문직 등의 부정적 인식을 개선할 필요가 있고, 당사자 및 가족 대표의 입원적합성심사 전문성 향상을 위한 교육이나 훈련이 필요하다.

넷째, 환자의 절차적 권리 보장을 강화하는 것이다. 즉 환자가 이해하기 쉽도록 입원적합성심사와 관련한 권리를 고지하고, 절차보조인의 접근성과 권한을 강화하며, 입원부적합 판정 시 퇴원을 원활히 지원하는 체계를 마련하여야 한다(신소연 외, 2021). 정신의료기관에 비자의입원 중인 환자가 스스로 입원적합성심사제도를 이해하고, 이를 제대로 활용하기를 기대하기는 어렵다. 따라서 환자를 대상으로 하는 이해하기 쉬운 권리고지 방안을 개발하여 적용하고, 의료기관의 절차지원보다는 외부의 절차보조인을 통해 조력이 가능하도록 제도를 개선할 필요가 있다.

다섯째, 입원적합성심사 가이드라인 제시, 입원적합성심사제도의 효과성 평가 지표 선정과 자료축적 등 제도운영표준을 마련하는 것이다(신소연 외, 2021; 이선구 외, 2020). 입원적합성심사 운영현황을 보면 지역별로 심사시간, 대면조사 등

이 격차가 큰 것으로 나타났다. 이는 심사위원회에 따라 제도 이해나 적용을 편의적으로 운영하고 있을 개연성을 시사하므로 제도운영표준을 마련하고 밀도 높은 모니터링을 실시할 필요가 있다.

(3) 입원기간연장신청 심사 및 퇴원신청 심사

비자발적 입원치료와 관련해 최초의 입원절차에 대한 통제 못지않게 중요한 것은 입원기간 연장에 대한 통제와 퇴원에 대한 당사자의 권리 옹호이다. 현재 정신건강복지법은 보호입원과 행정입원에 대해 입원기간 연장절차를 규정하고 있다. 입원기간연장 신청은 보호의무자의 동의와 정신건강의학전문의 2인의 일치된 진단에 근거해 정신의료기관이 신청할 수 있으며, 그에 대한 심사는 정신건강심의위원회(정신건강심사위원회)가 담당한다. 입원기간연장신청 심사를 통해 정신질환자의 권리를 보호하기 위해서는 심사를 담당하는 지방자치단체의 정신건강심사위원회 역할이 중요하다. 입원기간연장은 최초의 입원과 달리 이미 정당화된 입원을 다시 승인하는 것으로 간주되기 쉬워 형식적 심사에 그칠 우려가 크다. 입원기간 연장신청 심사결과는 퇴원, 임시퇴원, 입원기간 연장 등이며, 입원기간연장이 결정된 후 정신질환자 및 보호의무자가 이에 동의하지 않는다면 퇴원신청을 실시하여 심사를 받을 수 있다.

퇴원신청 심사는 보호입원 및 행정입원 중인 정신질환자 및 보호의무자의 퇴원신청이 있을 경우 진행된다. 보호의무자의 동의와 정신질환자의 신청으로 성립된 동의입원(정신건강복지법 제42조)의 경우도 퇴원신청에 대해 정신의료기관이 지속적 치료 필요성에 근거해 보호입원 또는 행정입원으로 전환할 수 있다. 이때 정신질환자나 보호의무자는 불복하여 퇴원신청 심사를 제기할 수 있다. 즉 퇴원신청 심사는 보호입원과 행정입원에 대해 적용되며, 동의입원 중 퇴원신청이 거부되고 보호입원 또는 행정입원으로 전환된 경우에도 적용된다. 퇴원신청 심사 또한 지방자치단체의 정신건강심의위원회(정신건강심사위원회)가 담당하며, 심사결과는 퇴원, 임시퇴원, 3개월 후 재심사, 계속 입원 등으로 나뉜다.

〈표 3-23〉 정신건강복지법의 입원기간연장신청 및 퇴원신청 심사제도 운영 구조 : 한국

	입원기간연장신청 심사	퇴원신청 심사
법적 근거	• 법 제43조, 제44조, 제55조, 제62조, 제63조	• 법 제42조~제44조, 제53조, 제54조~ 제55조, 제60조
적용 대상	• 보호입원 • 행정입원	• 보호입원 • 행정입원
적용 요건	• 정신건강의학전문의 2인의 일치된 진단과 보호의무자 2인의 동의(보호입원) • 정신건강의학전문의 2인의 일치된 진단(행정입원)	• 보호입원 및 행정입원 중 퇴원 희망시 • 동의입원으로부터 보호입원 또는 행정입원으로 전환된 경우 • 보호입원 및 행정입원 중 입원기간연장이 결정된 경우
신청 주체	• 정신의료기관의 장	• 입원하고 있는 사람 또는 보호의무자
신청 절차	• 관할 기초지방자치단체장에게 신청	
심사 주체	• 정신건강심사위원회 산하 정신건강심사위원회	
청 문	• 정신의료기관의 장의 의견 청취	• 정신의료기관의 장의 의견 청취
심사 결과	• 퇴원, 임시퇴원, 입원기간 연장	• 퇴원, 임시퇴원, 재심사, 계속 입원
재심 청구	• 퇴원신청 절차 활용(환자·보호의무자)	• 관할 광역지방자치단체장에 신청

*출처: 법령 및 정신건강심사위원회 표준운영지침(2018)의 내용에 근거하여 저자 정리

그런데 입원기간연장신청 심사와 퇴원신청 심사는 모두 의료기관의 의견 청문을 규정하고 있을 뿐 당사자의 의견을 직접 청문하지 않으므로 환자의 인권을 보호하는데 한계가 크다. 정신의료기관의 입원기간연장신청에 대한 심사에서 환자 본인의 의견을 직접 청문하지 않는 것은 당사자인 환자의 권리보호에 심각한 한계로 작동할 수 있다. 정신의료기관과 보호의무자가 제기한 환자의 건강과 타인의 안전을 보장하기 위해 승인되었던 비자발적 입원을 통한 치료가 거의 완료된 시점(입원 후 3개월 또는 6개월 도래)에 실시하는 지속적 치료 필요성에 대한 심사에서 환자 본인의 의견을 청문하지 않을 뿐 아니라 지방자치단체의 정신건강심사위원회가 입원 연장을 결정하는 것은 최초입원에 비해 통제가 지나치게 약하다 할 수 있다. 한편 환자 또는 보호의무자가 제출하는 퇴원신청의 심사과정에서 의료기관의 의견을 청문하도록 규정하고 있지만 환자 본인 및 보호의무자의 의견을 직접 청문하지 않고 신청서로 대체하는 것 또한 환자의 퇴원에 대한 권리보장에 한계로 작용한다. 그 이유는 환자 및 보호자가 제기한 퇴원신청에 대해 의료기관이 제기할 지속적 치료 필요성이 심사

위원회의 결정에 더 큰 영향을 끼칠 수 있기 때문이다.

① 입원기간연장신청 심사 및 퇴원신청 심사 운영 현황과 문제점

입원기간연장신청과 퇴원신청을 심사하는 정신건강심의위원회 및 정신건강심사위원회 구성과 운영은 아래 표와 같이 이루어진다. 위원회 구성과 운영은 입원적합성심사위원회와 유사하다.

〈표 3-24〉 정신건강복지법의 정신건강심의(심사)위원회 구성과 운영: 한국

	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회
법적 근거	법 제53조, 제54조. 시행령 제28조	
위원 구성	<ul style="list-style-type: none"> • 광역 : 10명 이상 20명 이내 • 기초 : 6명 이상 12명 이내 • 위원장 1인, 부위원장 1인을 두며, 위원은 다음 각호 해당자 1명 이상을 포함하여 구성함 <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강의학과전문의 - 판사·검사·변호사 - 정신건강전문요원(정신건강복지센터) - 정신질환자의 가족 - 정신건강 전문지식과 경험을 가진 자³⁾(광역위원회는 3명 이상, 기초위원회는 2명 이상 포함) • 위원장은 위원인 공무원 중에서 관할 자치단체장이 임명 • 위원회 구성에 관한 세부 사항은 대통령령으로 규정 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심의위원회 위원 중 5명 이상 9명 이내 위원으로 구성(광역 및 기초 위원회 공통) • 위원장 1인, 부위원장 1인을 두며, 위원은 다음 각호 해당자 1명 이상을 포함하여 구성함 <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강의학과전문의 - 판사·검사·변호사 - 정신건강전문요원(정신건강복지센터) - 정신건강 전문지식과 경험을 가진 자(2명 이상) • 위원장은 정신건강심의위원회 부위원장이 담당함 • 위원회 구성에 관한 세부 사항은 광역 혹은 기초 자치단체장이 각각 결정함
업무영역 및 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 광역정신건강심의위원회 <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강증진시설 감독 - 입원기간연장에 대한 재심사 신청 심사 - 퇴원신청 심사에 대한 재심사 • 기초정신건강심의위원회 <ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 또는 처우개선 신청 심사 - 보호입원 입원기간연장 신청 심사 - 행정입원 입원기간연장 신청 심사 	<ul style="list-style-type: none"> • 실질적인 심사업무 담당 • 월 1회 이상 운영 • 위원 과반 이상의 출석, 출석 위원 과반 이상으로 의결

*출처: 법령 및 정신건강심사위원회 표준운영지침(2018)의 내용에 근거하여 저자 정리

3) '정신건강 관련 전문지식과 경험을 가진 자'는 가) 정신건강증진시설 설치·운영자, 나) 고등교육기관에서 관련 학문(심리, 간호, 사회복지 또는 사회사업) 전임강사 이상, 다) 정신질환에서 회복된 자, 라) 관계공무원이나 인권전문가 등을 포함한다. 이들 중에서 나), 다), 라)에 해당하는 위원을 3명 이상(광역정신건강심의위원회) 또는 2명 이상(기초정신건강심의위원회) 포함해야 한다.

최근 연구에 의하면 2018년 7월~ 2020년 6월 실시된 전국의 정신건강심의(심사)위원회의 계속입원심사는 총 85,565건이 실시되었고, 계속입원 승인율은 96.6%, 퇴원 결정비율은 0.86%에 불과했다. 퇴원 및 처우개선 심사는 4,001건이 이루어졌고 퇴원 결정 비율은 4.3%였고, 계속 입원 비율은 89.5%였다(홍선미 외, 2020). 이를 정신건강복지법 제정 이전과 비교해 보면 개정법령에 의해 정신질환자의 인권보호가 개선되었는지 평가할 수 있을 것이다. 한 연구에 의하면 정신건강복지법 제정 이전인 2014년 기준 계속입원심사의 퇴원 결정 비율이 평균 3.9%로 나타났다(박선주 외, 2017). 따라서 정신건강복지법 시행 시행에도 불구하고 정신건강심사위원회의 입원기간연장신청 심사의 퇴원결정 비율은 전혀 개선되지 않았음을 알 수 있다.

입원기간연장신청 심사에서 가장 중요한 쟁점으로 제기되는 환자에 대한 대면조사 또는 현장심사는 정신건강복지법 제정 이전이나 이후 모두 지방자치단체 및 심사위원회의 자율에 맡겨두어 한계가 있는 것으로 나타났다. 정신건강복지법 제정 이전의 정신보건심판위원회(현 정신건강심사위원회) 운영의 실체를 조사한 질적 사례연구에 의하면 입원기간연장신청 심사는 지방자치단체별로 차이가 있었다. 1) 서류검토만 실시, 2) 서류검토 원칙 + 필요시 현장검사 실시, 3) 심판위원에 의한 사전 검토 후 위원회에서 서류검사 실시, 4) 심판위원회 권한을 위임받은 정신건강증진센터 직원의 자료검토 + 현장 조사 + 위원회 서류검사, 5) 전체 대상자 현장조사 후 위원회의 서류검사, 6) 현장검사만 실시 등 다양한 방법이 활용되고 있었다(박선주 외, 2017). 이와 같은 심사방법의 차이는 비자의입원의 입원기간연장신청 심사제도가 지방자치단체 및 심사위원회의 자율성을 지나치게 허용하고 있음을 보여준다. 정신건강복지법 시행 이후 발간된 ‘정신건강복지법 시행에 따른 정신건강심사위원회 표준운영지침’(국립정신건강센터, 보건복지부, 2018)도 입원기간연장신청 심사에 있어 대면심사 및 현장조사에 대한 결정권을 심사위원회의 위원장의 결정에 위임하고 있으며, 정신건강심사위원회 운영에 관한 보다 구체적인 사항은 지방자치단체조례 제정을 통해 규정하도록 위임하고 있어 여전히 동일한 한계가 지속되고 있다.

이처럼 정신건강심사위원회의 입원기간연장신청 및 퇴원신청에 대한 심사는 대부분 서류 중심의 심사에 그치는 한계가 있을 뿐만 아니라 의사결정에 있어 의료진 위원의 의견이 더 큰 영향을 끼치므로 다른 직역의 관점이 균형 있게 반영되기

어렵다는 평가를 받고 있다. 서류검토를 기반으로 하는 심사과정에서 서류 또한 정신의료기관 전문의의 의료적 관점을 기반으로 하기 때문이다. 또한 퇴원을 결정하려면 가족의 지원이나 정신재활시설 등 지역사회지지체계가 뒷받침되어야 하나 이런 조건이 충족되지 않는 경우가 많아 퇴원을 결정하기 쉽지 않다는 현실적 한계도 지적되고 있다. 아울러 퇴원명령을 내린다 해도 실제 이행상황에 대한 사후 모니터링이 부족하여 한계가 있다(박선주 외, 2017; 윤석준 외, 2019; 홍선미 외, 2020).

② 입원기간연장신청 및 퇴원신청 심사 개선 방안

기존 연구에 따른 입원기간연장신청 및 퇴원신청에 대한 심사 개선방안은 이 업무를 담당하는 정신건강심사위원회 운영 개선과 관련이 있으며 다음과 같은 몇 가지 개선안으로 수렴된다.

첫째, 입원연장신청 및 퇴원신청 심사를 공정하고, 객관적으로 실시하기 위해 표준화된 심사절차가 필요하다. 2018년 정신건강심사위원회 표준심사지침이 발간되어 활용되고 있으나 이 또한 내용의 구체성이 떨어지며, 심사위원장의 결정이나 지방자치단체의 조례제정 등에 위임하고 있는 내용이 많기 때문이다. 따라서 정신질환자의 인권보호를 강화하기 위해서는 보다 구체적인 표준심사지침 개발이 필요할 것이다.

둘째, 대면심사 또는 현장조사 강화가 필요하다. 비자발적인 입원의 연장 결정이나 퇴원청구에 대한 결정을 서류검토에 의존하는 사례가 많은데 검토서류가 의료기관이나 정신건강의학전문과의 치료필요성 및 안전에 대한 우려에 치우쳐 있거나 지나치게 간소하게 기록되어 있는 경우 입원연장 대신 퇴원을 명령하는 것은 쉽지 않기 때문이다. 따라서 대면심사나 현장조사를 강화하는 것이 보다 객관적이며, 공정하고, 환자본인의 의사를 반영하는데 바람직할 것이다. 이를 위해서는 정신건강심사위원회의 심사량을 적절히 조절할 수 있도록 심사위원회를 복수로 설치하고, 심사위원회 위원에 대한 적절한 보상방안의 마련도 제안되고 있다.

셋째, 정신건강심사위원회 전문성 향상을 위한 교육과 훈련의 강화가 필요하다. 위원들이 표준심사지침을 충분히 이해하고, 일관된 심사기준을 적용할 수 있는 역량을 강화하기 위해 최소한의 교육과 훈련이 필요하다는 것이다.

넷째, 입원연장신청 심사와 퇴원청구 심사를 통해 퇴원결정이 내려지는 경우 실

질적으로 퇴원을 지원할 수 있는 지원방안과 사후모니터링 강화가 필요하다. 심사위원회 위원들은 퇴원결정으로 인해 사회지지체계가 미흡한 환자들이 행려환자가 될 수 있다는 우려를 하고 있거나 퇴원명령이 내려지더라도 제대로 집행이 되는지에 대한 사후 모니터링이 미비할 경우 퇴원명령이 의미가 없거나 퇴원명령을 결정하는 것을 부담으로 인지할 수 있다는 것이다(박선주 외, 2017; 윤석준 외, 2019).

다섯째, 입원심사기관을 단일화하고, 보다 독립성과 공정성을 확보하여야 한다. 입원적합성 심사와 입원연장신청 심사는 각각 다른 조직에 의해 운영되지만 두 제도는 공통적으로 비자발적 입원과 관련한 환자의 인권을 보호하는 목적을 지니고 있다. 하지만 지난 20년 동안 정신건강심사위원회(구 정신건강심판위원회)는 입원 연장신청 심사에 다양한 한계를 노출했고, 입원적합성심사위원회 또한 정신건강심사위원회와 유사한 한계점을 보여주고 있다. 따라서 영국 및 호주 사례와 같은 준사법기관의 지위를 갖는 정신건강심판원을 운영하여 비자의입원에 대한 심사를 전담하게 하는 것이 환자의 권리보호에 보다 기여할 수 있을 것이다(홍선미 외, 2020).

(4) 정신의료 수가체계

① 의료급여와 건강보험 수가체계 비교

의료급여와 건강보험 사이의 정신의료기관 입원진료 수가체계의 차이와 수가격 차로 인해 의료급여 정신질환자에 대한 정신의료 차별에 해당한다는 비판이 오랫동안 제기되어 왔다. 건강보험이 입원진료에 대해 행위별수가제를 근간으로 운영되는데 비해 의료급여는 일당정액제를 근간으로 운영되었고, 입원료수준이 건강보험 대비 50~60% 수준에 지나지 않았기 때문이다(윤석준 외, 2019; 최지숙 외, 2015). 이처럼 지나치게 낮은 의료급여수가로 인해 의료급여 수급자는 제대로 된 치료를 받지 못한다는 비판이 제기되어 왔고, 이러한 문제를 해결하기 위해 최근 의료급여 수가체계를 일부 개정하여 약품료(2019.6.~), 정신요법료 및 식대(2021.4.~)에 대해 별도의 수가를 인정하고 있다(이요셉 외, 2021). 이처럼 의료급여 입원진료수가 정액제가 일부 완화되어 의료급여 적용자와 건강보험 적용자 사이의 수가차별이 일부 개선되었다.

〈표 3-25〉 의료급여와 건강보험의 정신의료기관 입원료 수가체계 비교 : 한국

	의료급여	건강보험
수가산정 원칙	입원일당 정액 입원료	행위별수가
입원료 포함 내역	입원료, 진찰료, 투약료, 주사료, 검사료	입원료
행위별 수가 내역	약품료, 정신요법료, 안전관리료, 식대	진찰료, 약제료, 투약료, 주사료, 검사료, 정신요법료, 식대
정신의학적 집중관리료		폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환 수가체계 개선 방안. 저자 재정리.

② 의료급여 수가체계

· 전문인력 배치수준에 따른 의료기관 등급화

정신의료기관은 전문인력배치기준을 준수해야 한다. 정신건강복지법 시행규칙 (2021.3.5.) [별표 4]에 따르면 입원환자와 전문인력의 배치비율은 정신건강의학 전문의 60:1, 간호사 13:1, 정신건강전문요원 100:1, 보안전담인력 100:1 이다. 하지만 이러한 인력배치기준을 미준수하는 정신의료기관도 존재한다. 이에 의료급여수가의 기준 및 일반기준(보건복지부 고시 제2022-139호, 2022.6.7.)은 〈표 3-26〉과 같이 의료기관을 G1~G5까지 5등급으로 분류하여 의료급여 입원진료 정액수가를 차등화하고 있다. 정신건강복지법 시행규칙의 전문인력 배치기준을 정확히 준수하는 의료기관은 기관등급 점수 3점으로 G2 등급에 해당한다. 그러므로 G3 등급 이하 기관은 치료환경의 핵심이라 할 수 있는 정신건강복지법의 인력 배치기준을 충족하지 못하고 있는 것이다.

〈표 3-26〉 정신의료인력 배치수준에 따른 의료기관등급 : 한국

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
G1	5점	5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
G2	3점 이상 -5점 미만	4점	21명 이상-41명 미만	6명 이상-10명 미만	51명 이상-76명 미만
		3점	41명 이상-61명 미만	10명 이상-14명 미만	76명 이상-101명 미만

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
G3	2점 이상 -3점 미만	2점	61명 이상-81명 미만	14명 이상-18명 미만	101명 이상- 126명 미만
G4	1점 이상 -2점 미만	1점	81명 이상-101명 미만	18명 이상-22명 미만	126명 이상- 151명 미만
G5	1점 미만	0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상

*출처: 의료급여수가의 기준 및 일반기준(보건복지부 고시 제2022-139호, 2022.6.7.)

이러한 의료기관의 등급에 따른 입원진료수가 차등은 2022년 고시된 의료급여 수가기준에 따르면 90일 이내 입원일 경우 의료급여 입원진료 정액수가는 G1등급에 비해 G2 90.2%, G3 65.5%, G4(병원급 이상) 48.16%, G5(병원급 이상) 43.2% 수준에 해당하며, 이는 각각 G1 등급의 의료기관이 지원받는 입원수가 대비 각각 9.8%, 34.5%, 51.8%, 56.8% 감액된 수준이다. 따라서 의료기관 등급에 따른 수가 차등은 상당한 수준으로 볼 수 있다. 의료기관 등급은 의료기관의 전문의료인력 배치 수준을 반영한 것이므로 이러한 수가차등은 합리적이라 할 수 있다. 정신의료기관의 전문인력 배치는 치료를 제공하는데 있어 가장 핵심적인 자원이기에 의료기관 등급이 높을수록 치료환경이 우수하다고 볼 수 있고, 이러한 기관에 그에 상응하는 수가를 지원하는 것은 치료환경을 향상시키기 위해 바람직한 정책으로 볼 수 있다.

그러나 인력배치수준만으로 정신의료기관의 의료과정 또는 치료환경을 제대로 평가하기는 어려울 수 있다. 실질적인 의료과정의 질이나 치료환경을 평가하여 의료기관을 등급화하고, 이에 근거해 차등적인 입원수가를 지원하는 것이 바람직할 것이다(최지숙 외, 2015).

- 입원기간에 따른 의료급여 입원진료 수가 차등화

의료급여 정신의료기관 입원수가는 입원기간에 따라 수가를 차등화하여 지원하고 있다. 의료급여 정신과 입원진료 수가기준은 입원기간을 1일~90일, 91일~180일, 181일~360일, 361일 이상 등 4개 구간으로 구분하여 입원기간이 장기화될 수록 수가를 차감하여 지원한다. 2022년 현재 의료기관 등급 및 입원기간 별 의료급여 입원수가 점수는 <표 3-27>와 같으며(보건복지부 고시 제2022-139

호), 점수별 단가는 병원 및 종합병원 78.4원, 의원 90.2원에 해당한다(보건복지부 고시 제2021-276호).

〈표 3-27〉 의료급여 정신의료기관 입원 정액수가 기준 점수 : 한국

기관등급	1일당 정액수가 점수(금액:원)			
	입원 후 1~90일	입원 후 91일~180일	입원 후 181일~360일	입원 후 361일 이상
G1	576.73 (44,580)	534.91 (41,350)	491.69 (38,010)	464.19 (35,880)
G2	520.46 (40,230)	481.20 (37,200)	442.07 (34,170)	415.85 (32,150)
G3	377.86 (29,210)	347.81 (26,890)	316.47 (24,460)	296.78 (22,940)
G4(병원급 이상)	277.80 (21,470)	252.97 (19,550)	228.14 (17,640)	211.62 (16,360)
G4(의원)	293.27 (25,690)	268.44 (23,520)	243.61 (21,340)	227.10 (19,890)
G5(병원급 이상)	249.39 (19,280)	225.83 (17,460)	203.32 (15,720)	187.96 (14,530)
G5(의원)	264.86 (23,200)	241.30 (21,140)	218.79 (19,170)	203.43 (17,820)

*출처: 이요섭 외. (2021). 정신질환 수가체계 개선 방안. p10 자료 일부 인용. 수가(금액)는 2021년 기준.

이와 같이 입원기간이 장기화될수록 의료수가를 억제하는 것은 입원기간이 곧 의료제공의 효과를 어느 정도 반영할 수 있으며, 정부가 추구하는 입원초기에 집중적 의료를 통해 치료성과를 향상시키고 불필요한 장기입원을 억제하는 정책 방향과 일치한다는 점에서 바람직한 면이 있다. 입원기간에 따른 의료급여 입원진료 수가차등화는 정신건강복지법의 인력배치기준을 준수하는 G2 등급 의료기관의 경우 입원기간에 따른 수가수준은 90일 이하를 기준으로 할 때 91일 초과 92.5%, 181일 초과 85%, 361일 초과 80% 등으로 90일 이하 입원에 비해 각각 7.5%, 15%, 20% 차감된다.

그런데 의료급여의 정신의료기관 입원진료비 수가지원은 입원기간에 따른 수가 차감체계와 의료기관등급에 따른 수가차감체계가 결합되므로 의료기관등급이 낮으며, 장기입원 비율이 높은 의료기관에게 상당한 재정적 불리함을 가한다. 이러

한 의료급여 수가차감제가 정신질환자의 치료환경에 긍정적으로 기여하려면 정신 의료기관들이 적절한 투자를 통해 전문인력 배치를 늘리거나 90일 이내에 집중적인 치료를 실시하고, 급성증상을 안정화시킨 후 적극적으로 퇴원을 촉진하도록 유인할 수 있는 다른 정책수단이 필요할 것이다. 그렇지 않을 경우 의료기관 등급에 따른 수가차감과 입원기간에 따른 수가차감이 결합되면서 치료인력이 부족하고, 집중적 치료역량이 부족한 정신의료기관의 입원수가가 급감하면서 결과적으로 입원 중인 정신질환자의 치료환경이 악화되는 결과를 초래할 수 있기 때문이다.

• 낮병원 수가

정부는 제2차 정신건강복지기본계획(관계부처합동, 2021)을 통해 정신의료기관 퇴원 후 지속적인 치료율을 높이기 위해 병원중심사례관리와 함께 낮병원 활성화 정책을 제시했다. 이러한 낮병원 활성화 정책은 낮병원수가가 입원수가와 비교해 어느 정도 비용대비 수익률을 보장한다면 향후 정신의료기관의 의료제공이 입원 진료에서 낮병원 진료로 전환될 수 있을 것으로 보인다. 그러나 낮병원은 뚜렷한 시설기준이나 인력기준이 별도로 존재하지 않으며, 정신의료기관의 의료제공의 대안적 방식으로 규정되고 있을 뿐이다.

〈표 3-28〉 의료급여 낮병동 정액수가 기준 점수(금액:원) : 한국

기관등급	G1	G2	G3	G4 (병원급 이상)	G4 (의원)	G5 (병원급 이상)	G5 (의원)
낮병동 1일당 정액수가 점수 (금액)	455.31 (35,220)	413.74 (31,980)	316.68 (24,480)	244.16 (18,870)	249.31 (21,840)	231.57 (17,900)	236.72 (20,740)

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환수가체계 개선방안. p10. 수가금액은 2021년 기준.

정부가 고시한 낮병원 수가 기준은 〈표 3-28〉과 같다. 낮병원 또한 정액수가를 따르며, 하루 6시간 이상의 서비스 제공을 기준으로 하고 있다(보건복지부 고시 제2022-139호). G1 등급 의료기관의 90일 이내 입원기간인 경우 낮병원 수가는 입원수가의 약 79%에 해당한다. 정신의료기관은 단지 6시간 이상의 낮병원서비스를 제공하면 되므로 낮병원수는 입원진료비 대비 상당히 높은 수준의 의료수가에 해당한다고 볼 수도 있다. 이와 같은 낮병원 활성화정책과 입원수가 대비 상당한 수준의 낮병원수가 수준으로 인해 도심에 위치해 접근성이 높은 정신의료기

관은 입원을 축소하는 대신 낮병원진료를 확대할 개연성이 있다. 현재 정부가 시행하는 낮병원 활성화 지원 시범사업(2020-2022)이 종료 이후라도 인력, 시설, 서비스 등에 관한 표준운영지침을 마련하지 않으면 낮병원 치료가 단순히 정신장애인의 입원치료를 대체하는 효과 이상을 거두기는 어려울 수 있다.

③ 건강보험 수가체계

건강보험의 정신의료기관 입원진료비는 기본입원료를 기준으로 하여 정신질환에 대한 수가 할증율 30%를 각 병실의 크기에 따라 차등 적용하여 결정된다. 건강보험 또한 입원기간에 따라 15일 이하 100%를 기준으로 한다면 16~30일은 90%, 31일 이상은 85%로 각각 10%, 15%의 차감율이 적용된다. 의료급여와 건강보험의 입원료 수준을 5인실을 기준으로 비교해 본다면 입원 31일~90일 구간의 경우 상급병원은 의료급여 정액입원료가 44,580원으로 건강보험 입원료 62,340원 대비 71%에 불과하다.

과거 의료급여 입원료 정액수가에는 약제비와 정신요법료가 포함되었기에 치료의 질은 더욱 열악할 수밖에 없었다. 다만 최근 일부 제도 보완으로 약제비, 정신요법료, 식대 등이 정액입원수가와 별도로 지원되므로 의료급여 입원진료의 수가 지원은 일정부분 개선되었다고 볼 수 있다. 하지만 여전히 건강보험의 경우 진찰료, 투약료, 주사료, 검사료, 정신의학적 집중관리료를 행위별수가로 지원하지만 의료급여는 이러한 의료행위에 대해 수가를 지원하지 않으므로 정신질환자에 대한 의료의 과소제공이 우려된다.

〈표 3-29〉 건강보험 정신의료기관 입원료 수가 현황 : 한국

(2021년 현재, 단위:원)

종별	기본입원료			5인실			4인실			3인실			2인실		
	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~
상급종합	56,420	50,780	47,960	73,340	66,010	62,340	90,270	81,240	76,730	108,320	97,490	92,080	144,430	129,990	122,770
종합병원	49,800	44,820	42,330	64,740	58,260	55,030	79,670	71,710	67,720	95,610	86,050	81,270	119,510	107,560	101,590
병원	43,370	39,030	36,870	56,380	50,740	47,920	69,400	62,460	58,990	83,270	74,950	70,780	97,150	87,440	82,580
의원	40,870	36,780	34,740	53,130	47,810	45,160	65,390	58,850	55,580	-	-	-	-	-	-

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환수가체계 개선방안. p12 자료 재인용.

건강보험의 행위별 수가 적용되는 정신요법의 유형별 수가 및 실시기준은 <표 3-30>와 같다. 각 정신요법은 수가를 인정받기 위해 담당인력기준을 충족해야 한다. 정신의학 전문의는 정신의학사회사업을 제외한 모든 정신요법을 실시할 수 있고, 수가가 인정된다. 정신의학사회사업은 사회복지사가 실시한 경우에만 수가가 인정된다. 그 외 정신요법은 전문의의 지도 하에 전공의가 실시하여도 수가가 인정되며, 일부 정신요법은 전공의 3년차 이상인 경우 수가를 인정받을 수 있다. 일부 정신요법은 전문의의 지도 하에 정신건강복지법에 근거한 정신건강전문요원이 실시하여도 수가가 인정된다. 정신요법은 유형에 따라 수가를 인정받을 수 있는 실시 빈도가 다르다. 집단정신치료는 주 2회 이내, 작업 및 오락요법은 주 5회 이내, 약물이용면담은 입원기간 중 2회 이내, 재활요법은 장기입원환자에 대해 퇴원전 10회 정도 실시할 수 있다(건강보험심사평가원, 2022; 이요셉 외, 2021).

<표 3-30> 건강보험 정신요법 수가 및 실시 기준 : 한국

정신요법	수가점수	담당인력	입원환자 대상 적용 빈도
개인정신치료 I (~10분)	145.52	전문의, 전공의	
개인정신치료 II (~20분)	290.82		
개인정신치료 III (~30분)	475.38		
개인정신치료 IV (~40분)	675.53		
개인정신치료 V (40분~)	895.83	전문의, 전공의(3년 이상)	
집단정신치료(지지표현)	106.90	전문의, 전공의, 전문요원	주 2회 이내
집단정신치료(역동상호)	160.30	전문의, 전공의(3년 이상)	주 2회 이내
집단정신치료(치료극)	213.80	전문의, 전공의	주 2회 이내
가족치료(개인)	170.99	전문의, 전공의	
가족치료(집단)	147.20		
작업 및 오락요법	54.41	전문의, 전공의, 전문요원	주 5회 이내
약물이용면담	253.68	전문의, 전공의(3년 이상)	치료기간 중 2회 이내
인지행동치료(개인)	472.89		
인지행동치료(집단)	141.87	전문의, 전공의, 전문요원	
전기충격요법(특수)	1658.60	전문의, 전공의	치료기간 중 20회 이내
정신의학적 재활요법	142.05	전문의, 전공의, 전문요원	퇴원전 10회(2~3개월 이상 장기입원자)

정신요법	수가점수	담당인력	입원환자 대상 적용 빈도
정신의학적 응급처치	587.38	전문의, 전공의, 전문요원	
정신의학사회사업(개인)	198.42	사회복지사	치료기간 중 1회
정신의학사회사업(지도)	121.62	사회복지사	주 1회 치료기간 중 2회 이내
정신의학사회사업(조사)	121.62		
정신의학사회사업(가정방문)	415.96		

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환수가체계 개선방안.

④ 의료급여와 건강보험의 의료 차별

이처럼 의료급여 정액입원료와 건강보험 입원료 사이에는 격차가 크며, 행위별 수가가 적용되는 의료서비스 항목도 의료급여보다 건강보험이 다양하므로 의료급여 대상자에 대한 의료차별이 우려된다. 궁극적으로는 의료급여와 건강보험의 기본입원료를 일치시키는 것이 바람직하며, 행위별수가 적용항목이나 수가수준을 동등화 하는 것이 바람직하다. 하지만 의료급여 재정부담이 급격히 증가할 우려로 인해 의료급여의 입원진료수가체계 개선이 쉽지 않다(최지숙 외, 2015).

최근 연구에 의하면 의료급여 대상자에 대한 의료서비스 제공량이 건강보험 대상자에 비해 저조한 것으로 나타나 의료급여와 건강보험 사이의 입원진료 수가체계의 차이는 의료급여 환자에 대한 의료차별을 야기하고 있다는 비판이 제기될 수 있는 상황이다. 의료급여 대상자에 대한 약제비, 정신요법료 등이 별도수가로도 입되기 전인 2019년 기준으로 의료급여와 건강보험 적용대상자에 대한 정신요법 제공량을 비교해 보면 <표 3-31>과 같다. 대체로 의료급여 환자에 비해 건강보험 환자에 대해 개인정신치료와 집단정신치료, 가족치료, 작업요법, 약물이용면담, 재활, 응급처치 등이 더 자주 실시된 것으로 나타났다. 특히 의료급여는 개인정신치료 I(10분 이내), 작업 및 오락요법, 인지행동치료(집단) 등에 치중하고 있는 반면 건강보험 대상 환자에 대해서는 개인정신치료 I(~10분)외에 개인정신치료 II(~20분), 집단정신치료(지지표현) 등도 빈번하게 실시되는 것으로 나타나 차이가 있었다(이요셉 외, 2021). 즉 건강보험 적용 환자에 비해 의료급여 적용 환자에 대한 정신의료서비스 제공이 저조한 것은 전술한 의료수가차별에 따른 효과일 개연성이 있다.

〈표 3-31〉 의료보장 유형별 입원환자 정신요법 제공횟수 비교(2019년) : 한국

(단위: 회/주)

정신요법	수가점수	의료급여	건강보험	대비
개인정신치료 I (~10분)	145.52	2.13	3.15	1.5배
개인정신치료 II (~20분)	290.82	1.00	1.73	1.7배
개인정신치료 III (~30분)	475.38	0.68	1.11	1.6배
집단정신치료(지지표현)	106.90	0.95	1.46	1.5배
집단정신치료(역동상호)	160.30	0.84	1.25	1.5배
가족치료(개인)	170.99	0.45	0.62	1.4배
가족치료(집단)(45분)	147.20	0.27	0.51	1.9배
작업 및 오락요법	54.41	2.15	3.31	1.5배
약물이용면담	253.68	0.40	0.55	1.4배
인지행동치료(개인)	472.89	0.71	0.67	0.9배
인지행동치료(집단)	141.87	1.22	0.95	0.8배
정신의학적 재활요법	142.05	0.54	0.64	1.2배
정신의학적 응급처치	587.38	0.74	1.12	1.5배
정신의학사회사업(개인)	198.42	0.39	0.39	1.0배
정신의학사회사업(지도)	121.62	0.37	0.43	1.2배
정신의학사회사업(조사)	121.62	0.25	0.30	1.2배

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환수가체계 개선방안. p60 자료를 일부 인용

이 연구에 의하면 의료급여 환자 비율이 높은 정신의료기관은 건강보험 환자 비율이 높은 정신의료기관에 비해 상대적으로 의료서비스 제공이 저조한 것으로 나타났다. 〈표 3-32〉와 같이 의료수급자 비율이 0~18%에 해당하는 1그룹 의료기관과 의료수급자 비율이 69.8~100%에 이르는 4그룹 의료기관을 비교한 결과 정신의료인력 배치 및 정신의료서비스 제공에서 4그룹이 인력배치가 월등히 낮았으며, 의료서비스 제공량도 더 적었다. 그러므로 건강보험에 대비 확연히 낮은 의료급여의 입원진료 수가 수준은 의료급여 환자 비중이 더욱 높은 정신의료기관이 향후 전문인력 배치나 시설개선 등 치료환경을 개선을 위한 재정을 확보하거나 치료환경 개선에 대한 동기를 조성하는데 부정적으로 작용할 개연성이 있다.

이러한 정신의료기관의 의료수가체계는 정신건강문제에 대해 최적의 치료를 받을 권리의 보장과 밀접한 관련이 있다는 점에서 제도 개선이 요구된다. 기존 연구들은 의료급여와 건강보험 사이의 형평성을 보장하기 위한 세 가지 개선 방안이

제안되고 있다(이요셉 외, 2021). 첫째, 의료급여에 적용되는 입원일당 정액수가를 행위별수가체계로 전면 전환하는 방안이다. 다만 행위별수가체계로 전환은 의료급여재정에 막대한 부담을 가져올 수 있으므로 의료이용을 적절하게 관리, 유도할 수 있는 방안이 동시에 필요할 것이다. 둘째, 정신질환자를 임상적 유형에 따라 분류하고 환자군별로 새로운 수가체계를 만들어 의료급여 및 건강보험에 공통 적용하는 방안이다. 미국이나 호주 등은 질병의 임상특성, 중증도, 비자의입원 여부, 연령, 입원기간 등을 고려하여 환자를 분류하고, 그에 따라 수가를 차등화하고 있다. 셋째, 의료급여 수가체계의 일당정액제를 보완하는 방안이다. 이 방안은 최근 의료급여체계에 일부 행위별 수가를 도입한 바 있기 때문에 실행가능성이 높으나 형평성 문제를 근본적으로 해결하기에는 한계가 있다.

〈표 3-32〉 의료급여 비율에 따른 정신의료기관의 의료 제공량 비교(2019년) : 한국

(단위:회/주)

정신요법	수가점수	4그룹 (의료급여 중심)	1그룹 (건강보험 중심)
개인정신치료 I (~10분)	145.52	2.12	1.81
개인정신치료 II (~20분)	290.82	0.02	1.26
개인정신치료 III (~30분)	475.38	0.00	0.50
집단정신치료(지지표현)	106.90	0.20	0.74
집단정신치료(역동상호)	160.30	0.01	0.26
가족치료(개인)	170.99	0.00	0.24
가족치료(집단)(45분)	147.20	0.00	0.01
작업 및 오락요법	54.41	2.21	2.25
약물이용면담	253.68	-	0.00
인지행동치료(개인)(30분)	472.89	0.00	0.01
인지행동치료(집단)	141.87	0.00	0.03
정신의학적 재활요법	142.05	0.00	0.01
정신의학적 응급처치	587.38	0.01	0.10
정신의학사회사업(개인)	198.42	0.00	0.03
정신의학사회사업(지도)	121.62	0.00	0.04
정신의학사회사업(조사)	121.62	0.00	0.04

*출처: 이요셉 외. (2021). 정신질환수가체계 개선방안. p68 자료를 일부 인용

(5) 퇴원 관련 지원 제도

① 외래치료명령제 강화 및 치료비 지원

2018년 7월 23일 보건복지부 정신건강정책과에서 발표된 자료에 따르면, 정부는 「중증정신질환자 지역사회 치료지원 강화 방안」의 일환으로 기존에 존재하였던 외래치료명령제가 더 강화되고 활성화되는 정책 방안을 추진하고자 하였다. 외래치료명령제는 정신의료기관의 장이 일부 환자(정신병적 증상으로 인하여 입원하기 전 자해 및 타해 행동을 한 사람)에 한하여 보호의무자의 동의를 받아 1년 범위 내로 시군구청장에게 외래치료명령을 청구할 수 있는 제도이다. 이러한 외래치료명령제는 보호자의 거부나, 외래치료명령 대상자 관리 인력의 부족으로 제대로 시행되지 못하였다.

이에 2018년 7월 보건복지부에서 발표한 안에서는 지역사회에서 치료가 필요한 정신질환자에게 외래치료명령을 할 수 있는 법적 근거를 마련하고, 지속적인 치료 및 관리가 필요한 경우 정신장애인이나 가족의 의사와 무관하게 시군구청장의 직권에 의한 외래치료명령제 도입을 검토하기로 하였다. 이에 따라 2019년 4월 23일 정신건강복지법 제64조(외래치료 명령 등)에 관한 조항이 개정되었다.

개정된 내용 중 특징적인 부분은 기존에 존재하였던 ‘보호의무자의 동의’ 전제가 사라지고 정신의료기관의 장이 정신건강복지법 제43조와 제44조에 따라 입원한 사람의 경우 곧바로 시군구청장에게 외래치료 지원을 청구하도록 한 점이며, 필요 시 외래치료비를 지원받을 수 있도록 한 점이다.

〈표 3-33〉 외래치료비 지원 : 한국

구분	내용
대상자	<ul style="list-style-type: none"> • 「정신건강복지법 제64조에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 환자 중 국민기초생활보장수급자 또는 전국 가구 중위소득의 이하인 경우 80% • 보건소장은 외래치료 지원을 결정할 때 환자가 외래치료 지원 사업 요건에 • 부합하는지를 검토 • 외래치료 지원 대상으로 결정되어 치료비를 지원받았다고 하더라도 응급입원 치료비, 행정입원 치료비 지원이 가능함 다만 발병 초기 정신질환자 치료비 지원과 중복 지원받을 수 없고 각각의 신청으로 '지원 가능하며 영수증 당 이중 지원 불가 • 외래치료 지원 대상자가 치료를 받던 중 응급 또는 행정입원하게 될 경우 응급 또는 행정입원 치료비 지원 가능 별도 신청서 제출 • 외래치료 지원 결정을 받은 환자가 발병 초기 정신질환 지원 대상자인 경우 외래치료 지원에 따른 치료비 지원만 받을 수 있음

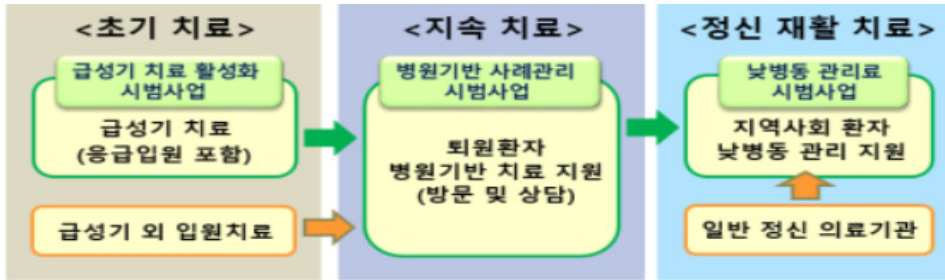
구분	내용
내용	<ul style="list-style-type: none"> • 치료비 약제비 검사비 제증명료 등에 정신건강의학과 전문의에 의한 소요되는 외래 본인일부부담금 • 외래치료 지원 결정을 따르지 않고 치료를 중단하여 지자체장으로부터 지정정신의료기관에서 자 타해 위험에 대한 평가 명령받은 경우 평가에 소요되는 본인일부부담금 지원 가능 • 전액 본인부담인 비급여 본인부담금 투약 및 조제로 처치 및 수수료 등 은 지원 불가 • 다만 의료급여수급자와 차상위 본인부담경감대상자는 비급여 본인 부담금 지원 가능 • 전액본인부담금이 치료비 영수증의 급여항목에 산정되었을지라도 비급여본인부담금으로 산정 • 외래치료 지원은 외래치료 지원 결정(법64조) 을 받은 기간 동안 지원가능
지원 제외 항목	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환과 관련 없는 치료비 • 입원중에 발생한 비용 • 의료기관이 아닌 외부기관에 의뢰한 검사비 • 간이영수증(수기용)으로 발급받은 치료비 • 요양기관에서 환자 부담금 납부를 면제 또는 감면한 경우의 치료비 • 치료비 납부 시 후원단체에서 대납한 치료비 • 외국의 의료기관에서 발생한 치료비 • 비급여 본인부담금, 급여 항목 중 전액 본인부담금

*출처: 보건복지부, 국립정신건강센터. (2021). 정신질환자 치료비 지원사업 안내. p32-33.

② 병원 기반 사례관리(퇴원 후 방문관리 시범사업)

「중증정신질환자 지역사회 치료지원 강화 방안」의 일환으로 지역사회 다학제 팀에 의한 퇴원환자 방문 관리 시범사업이 계획되었다(보건복지부, 2018). 기존에 퇴원 환자에 대한 지역사회지원 및 관리는 정신건강복지센터(혹은 보건소)에 의해 이루어졌으나, 과중한 업무 부담으로 인해 제대로 사례관리가 이루어지지 못하는 한계가 존재하였다. 이에 보건복지부는 지역사회다학제팀(정신건강의학과 전문의, 간호사, 정신건강전문요원, 사회복지사 등)에 의한 퇴원후 방문관리 시범사업을 추진하기에 이른다.

2020년 1월부터 보건복지부는 ‘정신질환자 지속치료 지원수가 시범사업’이라는 큰 사업 틀 아래 ‘급성기 치료 활성화 시범사업 및 병원기반 사례관리 시범사업’과 ‘낮병동 관리료 시범사업’을 시행하였는데, 여기서의 ‘병원기반 사례관리 시범사업’이 퇴원후방문관리 시범사업이다. ‘급성기 치료 활성화 시범사업 및 병원기반 사례관리 시범사업’은 병원에 응급실이 설치되어 있거나, 신체질환에 대한 응급처치가 가능한 병원급 이상의 의료기관 중에서 시설 및 인력 기준에 부합한 기관이 참여 가능하다. 즉, 24시간 응급입원, 급성기 집중치료, 병원기반 사례관리가 가능한 의료기관이 참여 할 수 있다. 구체적인 사업 내용은 다음 그림과 같다.



*출처: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2021). 정신질환자 지속치료 지원수가 시범사업 참여기관 추가 공모.

[그림 3-11] 병원기반 사례관리 시범사업 내용 : 한국

병원기반 사례관리와 관련하여, 보건복지부는 정신건강의학과 입원치료 후 퇴원 예정인 환자 중 의사의 판단하에 병원기반 사례관리서비스가 필요하다고 생각되는 환자를 대상으로 병원기반 사례관리 시범수가를 최대 6개월 적용한다. 수가의 종류는 6가지이며 구체적인 내용은 아래 표와 같다.

<표 3-34> 병원기반 사례관리 시범수가 : 한국

구분	내용
퇴원 계획 수립료	• 정신건강의학과 입원 치료 후 퇴원 예정인 환자 중 의사의 판단하에 병원기반 사례관리 서비스가 필요하여 이에 동의한 환자를 대상으로 시범수가 적용(최대 6개월)
교육상담료	• 퇴원 시 환자상태 평가, 환자 및 가족의 면담을 통해 의료적 요구를 평가하고, 질환 관리에 대한 계획을 수립하여 '병원기반 사례관리 퇴원계획서'를 작성한 경우 산정
방문료	• 퇴원계획을 수립한 환자와 가족을 대상으로 퇴원 시 필요한 내용에 대한 교육 및 상담 제공 후 '병원기반 사례관리 교육 상담 기록지'를 작성한 경우 산정
환자관리료	• 의사 또는 사례관리요원이 비대면상담을 통해 복약여부 확인 등 환자 상태를 상시적으로 관리하고, '병원기반 사례관리 환자관리 기록지'를 작성한 경우 산정
정신질환자 사례관리료	• 매월 환자 사례관리 경과 파악을 실시하고 사례관리요원의 환자 평가 및 보고서 작성, 이에 대한 전문의의 검토가 이루어진 후 '병원기반 사례관리 평가보고서'를 작성한 경우 산정

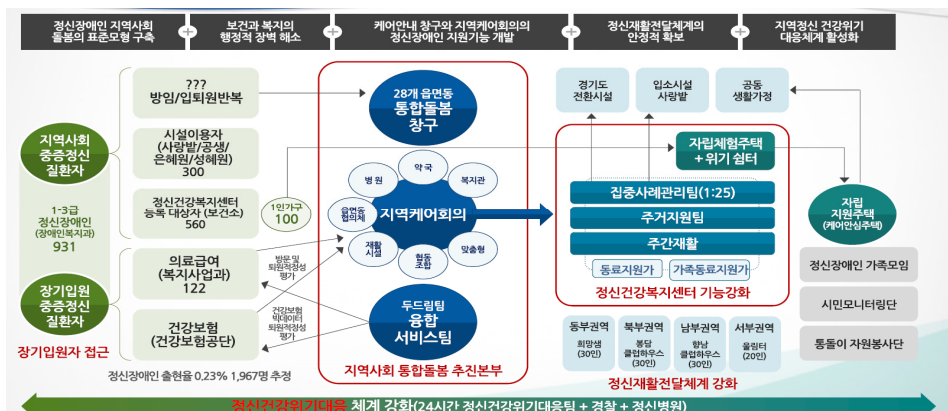
*출처: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2021). 정신질환자 지속치료 지원수가 시범사업 참여기관 추가 공모. p7 재인용.

③ 지역사회통합돌봄의 장기입원 중증정신질환자 지역사회 재배치(보건복지부, 2020)

보건복지부는 2018년부터 돌봄이 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 자신이 살던 곳에서 건강한 삶을 보낼 수 있도록 지역사회통합돌봄 정책을 단계적으로 시행하

고 있다. 1단계(2018~2022)는 선도사업 실시와 핵심 인프라 확충, 2단계(2023~2025)는 지역사회통합 돌봄 제공기반 구축, 3단계(2026년 이후)는 지역사회 통합돌봄 보편화 단계이며, 대상자는 노인, 장애인, 정신질환자에 해당한다.

2018~2022년 동안 시행되고 있는 정신질환자 대상 선도사업은 한국의 경기도 화성시에서 진행 중이다. 화성시 정신질환자 지역사회통합돌봄에서는 지역사회 중증정신질환자 뿐만 아니라 병원에 장기입원하고 있는 중증정신질환자의 탈원화를 촉진하는 전략도 취하고 있다.



*출처: 전준희. (2021). 지역사회통합돌봄선도사업 정신질환자 부문 자문용 발표자료.

[그림 3-12] 화성시 지역사회 통합돌봄 로드맵 : 한국

장기입원중증정신질환자는 지역케어 회의를 통해 개별적인 욕구에 맞는 서비스를 제공하기 위한 개별상담 및 자원조정 서비스를 받는다. 회의를 통해 수립된 계획에 따라 집중사례관리팀, 주거지원팀, 주간재활팀의 지원을 받아 주거 등 지역사회 정착을 위한 자립을 준비할 수 있다. 이 과정에서 동료지원가/가족동료지원가의 도움을 받을 수도 있다.

④ 퇴원계획

국내 정신의료기관 퇴원계획은 각 병원의 상황에 따라 다르게 서비스가 제공되고 있으며, 공식적인 매뉴얼이나 수가 등이 존재하지 않는다. 이에 본 장에서는 퇴원계획의 대표적인 예로 국립정신건강센터의 퇴원계획 사례를 살펴보고자 한다. 국립정신건강센터는 입원환자 대상 퇴원계획 수립 및 진료진 간의 퇴원계획

기준 공유 필요성에 근거하여 퇴원계획사업을 추진하였다. 구체적인 사업의 내용은 아래와 같다.

〈표 3-35〉 국립정신건강센터 퇴원계획 사업 내용 : 한국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 입원병상 축소: 약 900병상에서 300병상으로 • 치료가 필요한 환자 중심의 입원, 이외 환자는 적극적인 지역사회연계 • 입원 직후부터 퇴원계획의 일환으로 ISP수립 • 보호-개방-낮병동으로의 빠른 전환 유도 • 신체적 질환 동반 환자에 대한 적극적 치료 • 응급입원시스템 강화: 응급병동 및 치료팀 구성, 응급입원을 위한 병상 상시 확보 • 지표 경영 강화: 각 팀별 임상질의 지표 선정 및 모니터링(재원일수, 약물처방, 강박 등) • 직원에 대한 지속적인 비전 공유와 역량 강화

*출처: 김문근 외. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정방안 연구. 세종: 보건복지부. p124 재인용.

국립정신건강센터 퇴원계획의 과정은 아래 표와 같다. 입원 환자 중 4가지 기준에 맞는 환자를 사정하고, 해당되는 환자는 주치의 의뢰서 처방 하에 의료사회사업실과 연계되어 2주 내 연계 목표로 개입이 이루어진다. 개입은 환자, 보호자와의 면담 등을 통해 이루어지며, 퇴원 이후에 지역사회에 연계되어 원만히 복귀할 수 있도록 모니터링 등의 지원을 받는다. 지역사회 복귀가 불가능하다고 판단 될 경우 정신요양시설이나 타 병원으로 전원이 결정된다.

〈표 3-36〉 국립정신건강센터 퇴원계획 과정 : 한국

구분	내용
입원환자 사정	<ul style="list-style-type: none"> • 아래의 기준으로 환자를 사정함 <ul style="list-style-type: none"> - 3개월 이상 입원 환자 중 급성증상 안정상태 - 퇴원 후 사례관리, 주거, 돌봄이 필요한 환자 - 최근 2년간 국립정신건강센터 입퇴원이 반복된 환자 - 주치의 판단으로 퇴원계획이 필요한 환자
서비스 의뢰 처방	<ul style="list-style-type: none"> • 의뢰서 처방, 동의서 • 의료사회사업실과 연계 • 2주내 연계 목표로 개입

구분		내용
지역사회연계실행		<ul style="list-style-type: none"> • 환자, 보호자와 면담 • 사회사업 처방 • 연계를 위한 사정 • 퇴원계획수립 • 지역정신건강 관련 기관 연계 • 입소(이용) 면담: 외출
퇴원	지역사회복귀	<ul style="list-style-type: none"> • 지역기관 이용/입소(정신건강증진센터, 이용시설, 주거시설, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 중독통합관리센터) • 모니터링
	타기관연계	<ul style="list-style-type: none"> • 정신요양시설 및 타병원으로의 전원

*출처: 김문근 외. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정방안 연구. 세종: 보건복지부. p135 재구성.

⑤ 의사결정지원 : 정신질환자 절차보조사업(보건복지부, 국립정신건강센터, 2022)

헌법재판소는 ‘강제입원이 기본적으로 인식구속의 성질을 가지므로 부당한 강제입원으로부터 환자의 권리를 보호할 수 있는 절차 마련이 필요하다’라며 정신보건법 위헌사항 판시 중 절차보조인 관련 보장 필요성을 제시하였다. 이에 따라 시행되고 있는 절차보조사업은 의사결정능력이 부족한 정신질환자가 입원 치료과정을 이해하는데 도움을 주고, 자기결정권을 행사할 수 있도록 절차를 안내하여 정신질환자의 권익신장을 도모하는데 목적을 두고 있다. 정신질환자 권익보호 관련 업무를 수행하는 비영리법인 또는 광역 정신건강복지센터를 사업기관으로 선정하여 매년 1월~12월 말까지 사업을 수행한다.

절차보조사업단(팀)은 단장(총괄팀장) 1명, 3~5인으로 구성된 사업수행지원인력으로 구성된다. 절차보조서비스는 2인이 1조가 되어 제공하며, 인력기준은 아래 표와 같다.

〈표 3-37〉 절차보조사업단(팀) 인력요건 : 한국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강전문요원 • 동료지원가 • 지역사회 정신건강복지사업 또는 정신질환자 권익옹호활동을 경험한 경력 2년 이상의 간호사, 임상심리사, 사회복지사 • 권익옹호활동을 목적으로 설립된 기관에서 2년 이상 활동한 경력자 법조인

*출처: 보건복지부, 국립정신건강센터. (2022). 2021 정신질환자 절차보조사업 안내. p9.

절차보조사업에서의 서비스 제공은 신청(동의)의 원칙을 기본으로 한다. 즉, 환자의 신청이나 동의 후에 서비스가 제공될 수 있다. 이를 넘어서서 사업수행인력 이 의료진 등에게 직접 이의 제기, 치료를 방해하는 행위는 금한다. 사업수행인력은 정신질환자와 관련된 모든 정보에 대해서는 비밀유지를 해야한다.

절차보조사업은 정신의료기관 및 정신요양시설에 비자의입원(소) 중인 사람 중 서비스 제공에 동의한 사람을 대상으로 우선 서비스를 제공한다. 신청은 당사자 뿐만 아니라, 주치의 및 간호사, 사회복지사, 정신건강전문요원, 보호자도 가능하다. 서비스 이용에 대한 비용은 발생하지 않으며, 신청은 ‘정신질환자 절차보조 서비스 이용신청서’를 절차보조사업단으로 메일 또는 팩스로 제출하면 되지만 어려울 시 전화로도 신청가능 하다. 전체적인 서비스 내용은 다음과 같다.

〈표 3-38〉 절차보조서비스 세부 내용 : 한국

구분	내용
입원생활권익지원	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자의 권리 및 치료관련 정보의 전달, 이해 도움 정신질환자의 치료에 관한 의사, 선호 파악 당사자가 치료와 관련된 의사, 선호 등을 보호자와 의료진에게 적절한 형태로 표현하도록 지원 동료지원(입원(소) 생활관련)
당사자 의향을 반영한 각종 절차 지원	<ul style="list-style-type: none"> 절차 및 청구 내용 이해 도움, 서류 제출 도움(우편 송부 등) 입원적합성 심사위원회 심사청구 절차 지원 정신건강심사위원회에의 심사 청구 절차 지원 정신건강복지법에 따른 입원정보 제공 인신보호법 제3조에 따른 인신구체 청구 안내 및 도움 국가인권위원회 진정제도 안내 및 청구 도움 후견인제도에 대한 정보제공 및 안내 정신질환자의 권익보호와 관련된 정보제공 및 안내
퇴원(소) 후 계획 수립 지원	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자를 위한 다양한 복지서비스 정보 제공 퇴원(소) 후의 치료 및 지역사회 연계 계획 수립지원 동료지원(퇴원(소)계획 관련)

*출처: 보건복지부, 국립정신건강센터. (2022). 2021 정신질환자 절차보조사업 안내. p13.

서비스 신청 및 접수, 개시는 신청 후 5일 이내 이루어지며, 서비스 제공 및 종결은 2개월 이내로 이루어지게 된다.

(6) 기타: 위기쉼터, 지역사회전환 시설 등⁴⁾

비자의 입원의 대안이 될 수 있는 위기쉼터, 지역사회 전환시설은 국내 9곳에 불과하다. 또한 9곳의 위기쉼터, 지역사회전환시설 모두 서울 및 경기 지역에 위치하고 있어, 타 지역에 거주하고 있는 정신장애인 당사자들은 대안적 서비스를 이용하기 어려운 실정이다.

4) 박성용. 2022.10.05. 정신장애인 매년 증가... 지원체계는 여전히 '병원' 중심.
<http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=7799><http://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=86517>

제3절 입원 중 좋은 치료방법: 사례

1. 경기도립정신병원에서의 인권기반 급성기 입원치료

1) 치료의 목적 및 배경

본 연구에서 살펴보고자 하는 경기도립정신병원 인권기반 급성기 입원치료 사례는 실제 사업이 이행되었던 2021년을 기준으로 한다. 경기도에서는 2019년에 경기도립정신병원을 새로운경기도립정신병원이라는 명칭으로 변경하여 재개원할 계획을 수립하면서, 정신응급 의료전달체계에서의 기능 강화를 기관의 핵심 목적으로 설정하였다. 그에 따라 2021년 6월에 개원한 새로운 경기도립정신병원은 아래 5가지의 핵심 사업을 명시하였다.

새로운경기도립정신병원 핵심사업
24시간 입원체계 가동
경기도 정신건강위기당사자를 위한 응급입원/행정입원 기능에 중점
인권친화적 비강압치료 및 자기결정권 지원 초기집중네트워크(한국형 오픈다이얼로그) 및 다학제 집중사례관리
동료지원/가족지원 서비스

WHO지침 적용/보건복지기본계획 연동

*출처: 김성수. (2021). 한국정신사회재활협회 2021년 추계 온라인학술대회 자료집. 재인용.

[그림 3-13] 새로운 경기도립정신병원의 핵심 사업 : 한국

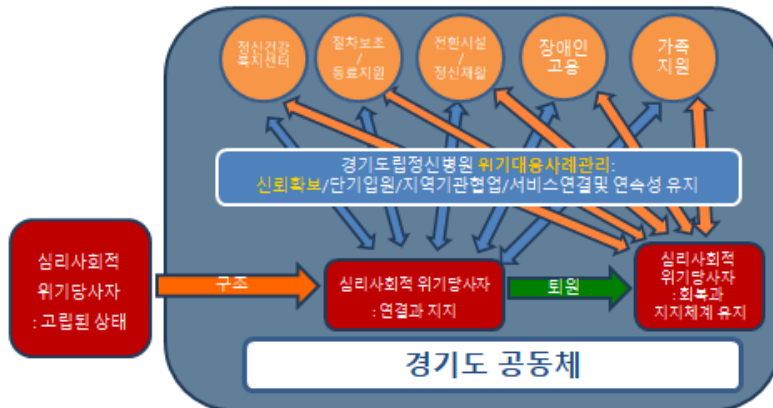
새로운경기도립정신병원은 5대 핵심 사업 중 3가지를 WHO 퀄리티라이즈 및 지역정신보건서비스 기술지원 패키지에서 정신건강 위기대응의 기본 요소로 강조되는 핵심 요소를 기본 서비스로 포함시켰다. 그 구체적인 항목은 비강압치료(Non-coercive treatment), 자기 결정권 지원, 오픈 다이얼로그(Open Dialogue), 동료지원이다.

2) 운영 및 치료 방법

급성기 입원 초기부터 최대한 인권/회복 기반의 치료를 제공하며 지역사회 서비스와의 연결을 수립하여 유지하기 위한 사례관리 서비스를 제공함으로써 재원 기간을 단축하고 재입원을 막기 위한 새로운 ‘위기대응 사례관리’ 시스템을 구축하여 운영하였다.

새로운경기도립정신병원 위기대응사례관리

- 입원초기부터 전문요원 배정, 다학제 접근, 회복프로그램, 집중사례관리 및 지역기관 협업
- 대상자 중심의 연속된 서비스가 입원과 동시에 시작



*출처: 김성수. (2021). 한국정신사회재활협회 2021년 추계 온라인학술대회 자료집. 재인용.

[그림 3-14] 새로운경기도립정신병원 위기대응사례관리 : 한국

급성기 입원 과정에서는 ‘비강압 치료’ 원칙을 구현하기 위해 개원 이전부터 전 직원을 대상으로 고조완화 기법(De-escalation technique), 비폭력대화, 도수 억제 기법 등의 교육을 실시하였으며, 개원 이후에도 전 직원을 대상으로 ‘QR(QualityRights)포럼’이라는 제목의 지속적 교육을 실시하였다(2021년에만 총 52회 실시).

정신응급상황 대처를 최대한 인권기반으로 안전하게 시행하기 위하여 중환자 병동 별도 운영, 폭력/공격성 사전평가 척도 활용, 개별 사례회의, 응급대응팀 운영, 사후 디브리핑(De-briefing) 시행, 콤포트 룸(Comfort room) 설치 등의 시

설/시스템을 확충하였다.

대다수의 입원이 응급, 행정입원등의 비자의 입원임을 고려하여 입원 환자의 법적 결정권 지원을 위해 경기도 절차보조사업과의 협력을 강화하였으며, 입원 결정 시점부터 적극적인 권리 고지 시스템을 구축하였다.

병원 기반의 오픈 다이얼로그 프로그램을 ‘초기 집중 네트워크 면담’이라는 명칭으로 도입하여 환자와 가족 대상으로 병원 종사자, 지역정신건강증진시설 종사자, 절차보조원과의 협업을 통하여 진행하였다.

3) 서비스 평가: 경험적 효과 및 근거

새로운경기도립정신병원의 운영을 통한 성과는 여러 지표를 통하여 입증되었다⁵⁾⁶⁾. 2020년 6월 개원 이후 2021년 8월 말까지 약 15개월 동안 총 201건의 응급입원이 이뤄졌고, 이 가운데 82%는 민간병원에서 입원이 어려운 야간 또는 휴일에 입원했다.

이는 지난해 전체 경기도에서 발생한 응급입원 820여 건의 25%에 해당한다. 또 전체 입원환자 중 81%가 자타해 위험을 동반한 비자의 입원환자였으며, 이는 2019년 기준 전국 정신의료기관의 비자의 입원률인 32.1%보다 2배 이상 높은 수치다.

이러한 중환자들에 대하여 신체 강박을 최대한 피하고 점진적 안정화 등 새로운 치료 기법으로 대체해 입원 초기 환자의 심리적 외상을 최소화하는 인권 기반의 비강압 치료를 도입한 결과 전체 입원환자 중 강박을 경험한 환자 비율이 5%였다. 이는 정신과 입원과정에서 강박을 경험한 환자의 비율이 약 29%에 달한다는 보고에 비해 현저히 낮은 수치이다(이화영 외, 2015).

또한 40병상의 소규모 병동을 운영함에도 불구하고 2021년 한 해 동안 총 68회의 절차보조 상담이 이루어졌으며 이는 동기간 경기도 전체 절차보조서비스 건수의 약 60%에 달했다.

한편 입원 초기부터 정신건강전문요원들을 개별 담당자로 배치, 퇴원 후 지역정

5) 국회 보건복지위원회 국정감사 회의록(2021.10.20.) : 남인순 국회의원, 권덕철 보건복지부 장관 질의응답

6) “인권 높이니 효과도 따라와...” 새로운경기도립정신병원' 주목”, 청년의사, 2021.10.14

신건강복지센터 등 재활치료로 자연스럽게 연결되도록 집중적인 사례관리 서비스를 제공하면서 퇴원 후 환자들의 재원기간도 대폭 감소했다. 2018년 기준 국내 정신의료기관 평균 재원기간은 199일인 데 비해 새로운경기도립정신병원 입원환자 평균 재원기간은 21일이었다. 퇴원 후 지역사회 정신재활기관 연계 비율도 77%로서 심평원 통계 기준 2020년 조현병환자의 지역사회서비스 의뢰율 43.3%에 비해 크게 높았다.

퇴원 후 환자들의 재입원율도 크게 감소했다. 전체 입원환자의 퇴원 후 1개월 이내 재입원율은 6.9%에 그쳤다. 이는 건강보험심사평가원 통계 기준 전체 퇴원환자 재입원율 26.3%(2020년 국정감사제출자료), 조현병 환자의 퇴원 후 재입원율인 42.6%(2020년)와 비교해 대단히 낮은 수준이다.

4) 의의 및 과제

위의 실적은 인권 기반의 집중적인 양질의 단기입원치료가 제공되면 퇴원 후 재발로 인한 신규 입원환자 발생을 대폭 예방할 수 있다는 것을 증명하는 의미 있는 보건지표 개선 효과로 볼 수 있다. 이러한 방식의 치료가 전국적으로 확산 및 지속 가능하기 위한 몇 가지 과제가 사업 시행 과정에서 발견되었다.

현행 정신과 입원치료 보험 체계에서는, 새로운경기도립정신병원에서 시행된 새로운 서비스들에 대한 수가가 전혀 부재한 상황이다. 2021년에 발표된 정신건강복지 5개년 종합계획에 따르면 급성기 입원치료에서 사례관리 및 집중치료가 가능하도록 하기 위한 인적, 물적 자원 투입이 계획된 바 이러한 인권기반 서비스가 구체적인 수가로 보상될 수 있는 유인책이 필요하다고 보인다. 또한 병원에서의 급성기 집중치료와 지역정신보건 서비스와 연동할 수 있는 지킴화된 협업 체계가 필요하다고 사료된다.

위 사례에서 보듯, 병원과 지역사회 기관 간의 협업이 입원 초기부터 이루어지는 것이 바람직한 성과를 유도한다. 그러나 현재 지역정신건강복지센터의 사례관리 업무는 퇴원 시점부터 이루어지는 것으로 지킴이 만들어져 있어, 지역센터가 급성기 입원단계부터 환자 사례관리가 개시될 수 있도록 하는 지킴 보완이 필요하다.

오픈다이얼로그, 비강압치료, 회복 기반 프로그램들을 국내 정신보건서비스 환경 및 관련법규와 연동하여 실시할수 있는 표준 서비스 가이드라인이 아직 부재한

상태이다. 또한 각각의 치료적 개입을 전문가에게 교육할 수 있는 훈련도구도 현재 부재한 상태로서, 정책 차원에서 이러한 훈련도구 및 서비스 가이드라인 개발 보급이 필요하다.

2. 함께하는의사결정

1) 치료의 목적 및 배경

(1) 함께하는의사결정(shared decision making)

① 정의: 함께하는의사결정은 환자와 의사가 의학적인 의사결정의 과정을 함께 진행하고, 서로의 동의에 바탕을 둔 치료 결정을 해나감을 말한다(Butler et al., 2015). 의사는 정신질환의 진단, 병인, 예후, 치료 옵션 및 결과 예측에 대한 전문가이다. 한편 환자는 질병 경험, 사회적 상황, 위험·가치·선호에 대한 태도에 전문성을 갖는다. 이 두 유형의 전문성이 근거 중심의 치료 정보 제공과 함께 결합하면 더 나은 치료적 결정을 할 수 있다(Slade, 2017). 함께하는의사결정에서 의사의 역할은 환자에게 가용한 치료법과 대안을 설명하고 환자의 문화적 및 개인적 신념 뿐만 아니라 환자의 선호도에 가장 잘 부합하는 치료 선택지를 결정하도록 돕는 것이다. 의사결정의 책임은 치료자와 당사자 둘 모두에게 있다.

② 그 외의 의료모델: 함께하는의사결정 외의 의료모델에는 전통적 의료모델(가부장적 모델)과 당사자 선택모델이 있다. 전통적 의료모델에서 의사는 환자에게 최선의 치료를 결정하기 위해 자신의 지식을 활용한다. 하지만 치료 결정에 환자의 선호나 욕구가 반영되지 않고, 의사의 판단이 우선된다. 의사는 환자의 치료 과정에 대한 동의를 얻기 위해 선별된 정보를 제공한다. 결정에 대한 책임도 의사에게 있으며, 이에 대한 의사의 법적 부담이 커질 수 있다(Hamann et al., 2003). 당사자 선택 모델은 가부장적 모델의 반대편에 있다. 환자는 의사로부터 모든 정보를 제공받고 당사자 스스로 치료적 선택을 해나가는 모델이다. 당사자 스스로 치료에 대한 모든 책임을 진다.

③ 필요성: 정신과 치료는 증상으로부터의 자유로움 뿐만 아니라 정신질환 당사자 삶 전체의 회복을 추구하는 과정이다. 삶의 질과 삶의 방향성을 생각한다면 정

신과 약물치료의 효과 뿐만 아니라 부작용 및 약의 의존성과 같은 부분에 대해서도 관심을 두어야 한다. 모든 약은 부작용을 지닌다. 주로 사용되는 정신과 약물에는 졸음, 소화장애, 근긴장도의 이상, 성기능 장애, 체중 변화, 인지 저하, 심혈관계 부작용 등이 있을 수 있다. 약물 치료로 인한 효과 뿐만 아니라 부작용에 관심을 갖고 치료의 이득과 손해를 견주어 진행하는 것은 환자의 삶의 질을 높일 수 있다. 함께하는의사결정 모델은 최선의 의학적 근거 뿐만 아니라 처방된 약물에 대한 환자의 경험을 함께 고려하는 것이다(Adams, Drake, 2006). 이는 결국 환자의 치료만족도와 권한부여를 향상시킬 수 있다.

2) 서비스 평가: 경험적 효과 및 근거

환자의 선호도와 가치를 충분히 고려하는 정신과 영역에서의 함께하는의사결정은 치료에 대한 더 큰 권한 부여를 하고, 강압치료를 줄이는 데 도움이 될 수 있다. Stovell 외(2016)는 체계적 문헌고찰과 메타 분석을 통해 이러한 가설을 입증하는 임상 연구가 있는지를 살폈다(Stovell et al., 2016). 내용에 부합하는 11개의 무작위대조연구(Randomized controlled trial, RCT)를 확인하였고, 6건의 RCT(n= 843)는 함께하는의사결정의 향상에 초점을 맞춘 중재가 치료에 대한 환자의 주관적인 참여, 자기 효능감 및 자율성을 포함한 권한 부여 지수의 전반적인 증가와 관련이 있음을 발견했다. 또한 3건의 RCT(n = 872)에서 미래 치료에 대한 결정에 함께하는의사결정 접근 방식을 적용하면 환자가 15-18개월 동안 강제 치료를 받을 위험을 약 40% 줄일 수 있다는 추세 수준 증거를 발견했다. 이러한 결과는 참여한 임상 의사가 함께하는의사결정을 제대로 실행하지 못하여 연구 결과가 실제 기여도를 반영하지 못했을 가능성을 고려해야 한다고 저자들은 고찰했다.

한국에서 정신질환자를 대상으로 함께하는의사결정의 효과성을 검증한 연구를 찾기는 쉽지 않다. 2012년 안세연이 저술한 학위 논문 『함께하는 의사결정 프로그램이 정신질환자에게 미치는 효과』는 정신의학 영역에서 함께하는의사결정을 적용하여 효과성을 살핀 유일한 국내 연구이다(안세연, 2012). 본 연구의 목적은 정신질환자에게 적용한 함께하는의사결정 프로그램이 정신질환자의 자아존중감과 문제해결능력 및 삶의 질에 미치는 효과를 규명하고 간호중재로서 적용가능성을 확인하기 위함이다. 정신전문병원에 입원 중인 정신질환자 중 연구에 참여하기로

동의를 한 29명을 실험군으로, 31명을 대조군으로 설정하여 연구가 진행되었다. 연구 결과 1) 함께하는 의사결정 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 자아존중감 점수가 유의하게 증가하였다($t=-4.954, p=.000$). 2) 함께하는 의사결정 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 문제해결능력 점수가 유의하게 증가하였다($t=-4.765, p=.000$). 3) 함께하는 의사결정 프로그램에 참여한 실험군은 참여하지 않은 대조군보다 삶의 질 점수가 유의하게 증가하였다($t=-3.401, p=.002$).

3) 운영 및 치료 방법

한국정신사회재활협회와 용인정신병원 세계보건기구 협력기관은 ‘가족과 함께하는 교육 프로그램(Family Link)’의 한국어판을 개발 후 전국교육을 시행하고 있다. 이 교재는 미국의 NAMI(National Alliance for the Mentally Ill)의 Family-to-Family 프로그램을 기초로 하였고, 아시아 사회와 문화에 적절하게 홍콩에서 개발되어 그간 아시아 7개 국가에서 번역출간 되었다. 한국에서는 2004년 일차번역 후 초판을 발간하였고, 한국 상황에 맞추어 지속적으로 수정 및 보완하고, 필요한 교육 내용을 추가하여 2017년 개정7판을 발간하였다. 이 교재의 4단원 ‘함께하는 의사결정’ 단원에 함께하는의사결정의 가치와 개념, 접근법이 잘 정리되어 있다(한국정신사회재활협회, 용인정신병원 세계보건기구 협력기관, 2017).

함께하는의사결정을 위해서는 우선 정신질환 당사자가 자신의 병에 대해 알아야 한다. 자신이 앓고 있는 정신질환의 진단명은 무엇인지, 자신이 복용하는 약의 이름과 효능 및 부작용은 무엇인지 알아야 한다. 약 처방 받을 때 기대하는 내용뿐만 아니라 걱정되는 부분까지도 치료자와 소통할 수 있어야 한다.

정신질환을 경험하는 당사자는 회복을 원한다. 회복은 질병이나 증상이 없는 상태로 돌아간다는 것이 아니다. 질병이 있더라도 자신이 살고자 하는 삶을 살 수 있도록 하는 것이 중요하다. 이는 ‘정신질환’이라는 인생의 커다란 장애로 개인의 삶이 잠시 위축이 되었더라도 정신질환이 주는 영향을 최소한으로 줄이면서 개인이 목표로 하고 의미를 주는 삶을 지속하는 상태를 말한다. 그렇기에 치료 현장에서 삶의 목표, 치료를 통해 기대하는 바에 대한 탐색이 있어야 한다. 또한 치료

로 인해 어떤 도움을 받고 있는지, 어떤 불편함을 감수하고 있는지에 대한 소통을 나눌 수 있어야 한다.

정신과 치료는 크게 정신치료와 약물치료로 나누어진다. 정신치료를 통해 환자의 마음을 돌아보고 마음의 정체된 고통스러운 부분을 환기하며 치료자와 함께 마음을 바라보는 대안적 시각을 살핀다. 약물치료는 정신과적 진단을 토대로 증상의 완화를 위해 정신과 약이라고 하는 생물학적인 치료 수단을 사용하는 것이다. 약물치료에 대해 고려할 중요한 점은 모든 약은 효과와 부작용을 가진다는 점이다. 약을 통해 누릴 수 있는 이득과 약으로 인해 감당해야 하는 손해, 양쪽 모두를 살피고 견주어 이득이 위험보다 높을 수 있도록 해야 한다. 약의 장기사용으로 인해 환자는 부작용, 약물 상호작용에 대한 부담 뿐만 아니라 자기 자신과 타인으로부터의 낙인(stigma)과 약값에 대한 경제적 부담을 경험할 수 있다. 그렇기 때문에 조현병, 양극성장애, 재발성 우울증 환자의 급성기가 아닌 안정기에는 약의 용량을 최소 유효량으로 점차 줄이거나 약 복용의 중단을 고려할 수도 있다. 이 과정조차도 효과와 부작용, 이득과 위험, 환자의 선호도와 자기결정권을 존중하여 진행해야 할 것이다.

의사는 적절한 약물치료에 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and statistical manual of mental disorders)의 진단명과 이에 따른 교과서적 치료 약물 지식을 활용한다. 진단에 따라 가급적 부작용은 최소화하면서 필요한 약을 적합하게 사용하고자 하는 노력은 불필요한 다약제 투여를 줄일 수 있다. 가령 조현병의 경우 근육 관련 장기 부작용이 적은 2세대 항정신병약물을 우선으로 사용하는 것이 좋겠다. 2세대 항정신병약물 중에서도 망상과 환청에 더욱 효과적이라고 알려진 고역가 항정신병 약물(예: 리스페리돈, 아리피프라졸 등)을 주 치료제(main drug)로 삼고 진정 및 수면 유도 효과가 큰 것으로 알려진 저역가 항정신병 약물(예: 퀴티아핀)을 보조적으로 사용하면서 가급적 다약제보다는 적은 약의 종류 안에서 각 약의 충분 용량까지 사용할 수 있도록 해본다. 이 과정에서 약의 흔한 부작용, 삶의 질을 불편하게 할 수 있는 부작용을 설명하고 부작용을 최소화하는 접근을 환자와의 소통을 통해서 해나간다면 좋을 것이다. 약의 부작용이 발생하더라도 환자에게 현 상태의 인과를 설명하고 부작용을 일으키는 약의 용량 줄이기, 고통받는 부작용이 적을 수 있는 다른 약으로의 교체, 부작용을 완화하는 약의 사용 등을 통해 환자 삶의 질의 회복을 도모한다. 또한 장기 사용 시 의존성

및 인지기능 저하의 부작용이 있을 수 있는 벤조디아제핀 계열 약 처방을 가급적 하지 않는 방향으로 하는 것은 환자의 삶의 질을 높이고 환자가 치료에 대한 신뢰를 갖게 하는데 도움이 될 것이다.

4) 의의 및 과제

함께하는의사결정은 회복 패러다임의 중심 부분이며 정신 건강 서비스 제공에서 점점 더 중요해지고 있다. 정신 질환이 있는 사람들이 자신의 질병을 스스로 관리하고 건강 관리에 적극적으로 참여할 수 있도록 권한을 부여하는 것은 회복 프레임워크의 필수적인 부분이다. 정보를 제공하고 환자에 대한 장벽을 줄임으로써 함께하는의사결정 과정을 지원하는 것은 임상가와 의료 서비스에서 중요해질 것이다(Alguera-Lara et al., 2017). 의료소비자의 알 권리·자기결정권에 대한 중요도 뿐만 아니라 정보 탐색 능력이 점차 높아지는 이 때, 함께하는의사결정의 가치는 더욱 빛을 발할 것이다.

함께하는의사결정을 구현하기 위해서는 소통이 있어야 하고, 소통다운 소통을 위해서는 우리에게 시간이 필요하다. 환자의 치료 목적, 치료로 얻고자 하는 이득, 치료를 통해 치르게 되는 대가, 중요시하는 가치에 대한 대화를 나눌 수 있어야 한다. 의사와 환자가 가진 각각의 전문성을 인정하는 관용 또한 함께하는의사결정의 한 축이 된다. 의사는 질병과 약물에 대한 지식을 갖고 환자의 삶에 도움이 될 치료 방향을 제시할 수 있어야 하고, 환자는 자신의 질병 증상 경험과 치료 경험을 편하게 얘기할 수 있어야 한다.

조현병 급성기나 치매 환자의 경우 치료권과 자기결정권 사이에서 함께하는의사결정의 구현이 어려울 수도 있다. 하지만 안전을 중시하며 선의의 치료관계를 형성하고자 하고 환자 당사자의 행위 주체감을 높이고자 한다면 담보상태에 있는 치료 국면에 변화의 조짐이 깃들 수 있다. 이를 위해서는 치료 권한을 부여받은 정신과 의사를 비롯한 치료진들이 먼저 그들에게 사회가 부여한 힘에 대해 인정하고 신중함과 겸손함을 토대로 실천해 나가고자 하는 노력이 중요할 것이다(Steingard, 2020)

함께하는의사결정은 환자의 자기결정권을 챙김으로 환자의 치료 참여도를 높이고 자기감을 높일 수 있다. 이 과정을 통해 치료자 스스로도 환자를 좀 더 잘 도

올 수 있겠다는 감각을 확장하고 치료자로서의 자기효능감도 높아지게 된다. 함께 하는의사결정의 의사결정 책임이 치료자와 환자에게 함께 있다는 점이 의사의 의학적, 법적 부담감을 낮추기도 한다. 영국을 비롯한 여러 국가들에서는 이미 함께 하는의사결정을 정신의료 체계의 중요한 한 축으로 삼고 있기도 하다. 하지만 아직 대한민국에서는 의사 주도의 함께하는의사결정에 대한 논의가 활성화되어있지 못하고, 의료의 영역보다는 복지의 영역에서 필요성이 산발적으로 이야기되고 있는 걸로 보인다. 한국에서도 소통 시간 확보를 바탕으로 한 함께하는의사결정을 정신의료 진료 현장에서 구현함으로써 의사와 환자 모두의 치료 과정에서의 만족감을 넓혀갈 수 있어야 할 것이다.

제4절 정신의료기관 모니터링 및 인증평가체계

1. 지방자치단체에 의한 설치·운영 허가 및 지도점검

정신건강복지법과 하위법령, 정신건강사업안내지침 등 규정에 따르면 광역 및 기초 지방자치단체의 장은 정신의료기관의 허가 및 설치신고, 운영에 대한 정기적인 지도·감독 등 모니터링을 담당하고 있다. 이러한 정신의료기관의 설치 및 운영에 대한 모니터링은 정신의료기관의 치료환경과 밀접한 관련이 있다.

정신건강복지법 및 관련 행정지침에 의하면 병원급 이상 의료기관은 광역자치단체장, 의원급 의료기관은 기초자치단체장이 허가 및 설치신고를 담당하고 있다. 또한 지방자치단체장은 년 1회 이상 정신의료기관의 운영에 대한 지도, 점검을 실시하고, 그 결과를 보건복지부 장관에 보고하여야 한다(정신건강복지법 제66조제1항). 이와 관련해 보건복지부는 지방자치단체장으로 하여금 반기마다 정신의료기관 현황 및 입원현황, 지도점검현황을 보건복지부 장관에게 보고하도록 규정하고 있다(보건복지부, 2022).

한편 정신건강복지법은 정신의료기관의 지나친 대규모화를 억제하기 위해 병상 규모를 300병상으로 제한하는 규정(정신건강복지법 제19조 제3항)을 두어 대규모 병원의 신설과 기존병원의 병상 증설을 제한하고 있다. 뿐만 아니라 지방자치단체장에게 정신의료기관의 시설과 장비, 인력기준(인력수, 자격) 모니터링 및 행정처분권한을 부여하고 있다. 이러한 법규정에 근거해 지방자치단체의 장은 정신의료기관의 퇴원기준 미준수, 처우개선명령 미준수, 지방자치단체장에 대한 보고 의무 미준수, 자치단체의 지도·감독에 대한 거부·방해·기피, 정신건강심사위원회 심사에 대한 거부·방해·기피, 정신건강의학 전문의 대면 진단 없는 입원 등에 대해 모니터링하고 시정명령을 내린다(정신건강복지법 제19조제4항). 특히 정신의료기관의 개설 및 허가권자인 지방자치단체의 장은 단순히 법규정 및 행정적 기준을 준수했는가를 모니터링하는데 그치지 않고, 입원환자 프라이버시 보호, 환자간 접촉방지 및 위생을 이한 개별 침대형 병상 설치, 개인 사물함 설치, 화장실, 목욕실, 탈의실 등 시설 개선 등 치료환경의 향상을 위해 구체적인 행정지도를 실행할 수도 있다(보건복지부, 2022).

하지만 정신의료기관의 치료환경에 관한 규정은 모호하거나 일반의료와 비교했을 때 오히려 더 열악하며, 지방자치단체의 행정규제도 한계가 많은 것으로 나타났다(윤석준 외, 2021). 윤석준 외(2021) 연구에서 다뤄진 한계는 다음과 같다.

첫째, 정신의료기관의 세부 시설기준이 명확하지 않거나 마련되어 있지 않다. 예컨대 개방병동의 개념과 기준이 모호하며, CCTV 설치, 창문, 보호실, 침상, 개인수납장 등에 대한 기준이 모호하다.

둘째, 정신의료기관의 병실(입원실) 기준 및 의료인력 기준은 일반의료기관과 비교할 때 기준이 더 낮아 차별적이다. 병실 기준의 경우 정신건강복지법 시행규칙 별표 3의 개정(2021.3.5.)으로 병실 입원환자수 및 환자당 공간면적이 요양병원수준으로 개선되었으나 개정된 기준은 기존 정신의료기관에 대해서는 적용을 제외하는 특례를 두어 병실기준 차별이 지속되고 있다. 의료인력은 정신건강복지법이 정신과전문의 1인당 입원환자 60명, 간호사 1인당 입원환자 13명, 정신건강전문요원 각 1인당 입원환자 100명 등으로 규정하고 있는데, 의료법의 일반의료기관 의료인력 배치기준은 의사 1인당 환자 20명(요양병원:40명), 간호사 1인당 입원환자 2.5명(요양병원:6명)으로 전문요원을 제외할 경우 정신의료기관은 의료인력 당 입원환자수가 요양병원의 2배, 일반병원의 3배 많은 환자를 담당하고 있다.

셋째, 이러한 시설기준 및 인력기준을 준수하지 않는 정신의료기관도 많은 것으로 나타나 지방자치단체를 통한 행정적 통제는 한계가 있는 것으로 나타났다.

2. 정신건강심사위원회의 처우개선 신청 심사

정신건강복지법에 근거해 정신의료기관에 입원 중인 정신질환자 및 보호의무자는 관할 지방자치단체에 처우개선을 신청할 수 있다. 처우개선 신청을 접수하면 지방자치단체는 정신건강심의위원회 및 정신건강심사위원회를 통해 처우개선신청에 대한 심사를 실시하고, 결정사항을 심사청구를 한 사람, 해당 정신질환자 및 해당 의료기관에 결정사항을 서면으로 통보한다(정신건강복지법 제59조제4항). 이러한 처우개선 신청 규정은 정신의료기관에 입원 중인 정신질환자 및 보호의무자가 의료기관을 관할하는 지방자치단체의 장에게 치료환경에 관한 직접적인 문

제제기를 할 수 있는 통로를 제공한다는 점에서 의의가 있다. 이를 지방자치단체의 관점에서 본다면 통상적인 모니터링을 통해 드러나지 않는 치료환경 관련 문제점을 당사자의 청구를 통해 구체적인 치료환경 관련 영역을 조사하고, 심사하여 판단하고, 그에 대해 개선 명령을 내릴 수 있다는 점에서 의의가 있다. 보건복지부 관점에서는 반기마다 지방자치단체장으로부터 정신건강심사위원회 운영 현황을 보고받음으로써 지방자치단체를 통해 일선 정신의료기관의 치료환경과 관련한 현황을 파악하고, 관리할 수 있다는 점에서 의의가 있다(보건복지부, 2022).

다만 이러한 처우개선 신청 및 심사 규정은 무엇보다도 정신의료기관에 입원 중인 정신질환자 또는 보호의무자 등 당사자가 관할 지방자치단체에 신청서를 제출해야 한다는 점에서 당사자가 규정을 얼마나 잘 이해하고 있는지, 절차를 진행함에 있어서 적절한 보호 및 지원을 받을 수 있는가에 따라서 제도의 실효성이 결정될 것이다. 또한 정신의료기관의 설치에 대한 허가, 모니터링을 담당하는 지방자치단체의 장이 정신의료기관의 치료환경에 어떠한 관심을 갖는가에 따라 정신의료기관 치료환경에 대한 모니터링이 결정될 것이다.

3. 국가인권위원회의 인권침해 및 차별행위 조사와 구제

국가인권위원회법에 근거해 인권위원회는 다수인 보호·구급시설에 해당하는 정신의료기관 이용 정신질환자 등의 인권침해 및 차별행위에 대한 진정을 접수하여, 필요한 조사를 실시하고, 구제조치를 제시하여 합의를 권고하거나, 진정인에 대한 구제조치 및 관련 법령이나 정책 등의 시정이나 개선을 권고할 수 있다. 또한 해당 진정이 형사처벌을 필요로 하는 사안이면 검찰에 고발할 수 있고, 해당 기관에 피진정인에 대한 징계를 권고할 수 있다. 진정에 대한 조사와 심의의결 이전이라 하더라도 긴급한 권리구제나 보호가 필요한 경우 긴급구제조치를 권고할 수 있다.

〈표 3-39〉 국가인권위원회의 인권침해 및 차별행위 조사와 구제 관련 규정 : 한국

관련 법규정	내용
조사대상(제30조)	<ul style="list-style-type: none"> • 구금·보호시설에 의한 인권침해나 차별행위를 당한 사람이나 단체는 위원회에 그 내용을 진정할 수 있도록 규정함 • 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설)을 다수인보호시설로 규정하여 위원회 조사대상으로 포함
수용자의 진정권 보장(제31조)	<ul style="list-style-type: none"> • 진정서 작성을 위한 편의 제공 • 위원회 앞에서 직접 진정 의사 전달 • 진정서 제출 지원
조사의 실시(제34조~37조)	<ul style="list-style-type: none"> • 다른 구제 절차와 이송 • 수사기관과 위원회의 협조(범죄의 경우) • 다양한 조사방법 활용(의견청취, 자료제출, 현장조사와 감정, 사실 및 정보 조회)
진정 처리 결과(제32조, 제39조~48조)	<ul style="list-style-type: none"> • 각하 • 기각 • 합의 권고(구제조치 제시 : 조사 중 혹은 조사 후) • 구제조치 권고(진정인에 대한 구제 + 법령·제도·정책·관행의 시정 또는 개선) • 고발 및 징계 권고 • 긴급구제조치 권고(진정처리 이전)

위와 같은 정신질환자 및 정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 역할 및 기능은 의료법 및 정신건강복지법에 근거해 정신의료기관을 모니터링하는 보건복지부와 지방자치단체의 일상적 사무에 대해 비판, 감시, 견제, 교정 기능을 담당하는 것으로 볼 수도 있다. 국가인권위원회에 진정이 제기되어 인용될 경우 국가인권위원회는 국가를 대표하는 인권기관으로서 필요한 조사를 실시하는 과정에서 관계자를 청문하고, 정신의료기관에 대한 직접조사도 가능하기 때문이다. 또한 진정에 대한 심의결과를 확정, 공표하고, 관계된 주체들, 특히 보건복지부, 지방자치단체, 해당 정신의료기관 등에 구체적인 권리구제와 함께 관련 법령·제도·정책·관행 등을 개선하도록 권고함으로써 치료환경 개선에 기여할 수 있다. 특히 진정 사안이 범죄에 해당하는 경우 관련 기관이나 피진정인을 형사고발하기도 하기 때문이다.

국가인권위원회에 접수된 정신의료기관 관련 인권침해 진정사건의 주요 유형(2010~2019년)은 불법입·퇴원 58.7%, 외부교통권 제한 10.7%, 폭언폭행/가혹행위 9.3%, 부당한 격리·강박 6.9%, 의료조치미흡 5.5%, 인격권/부당한 처우 4.3% 등의 순으로 나타났다. 이는 ‘부당한 입원 등에 의한 신체의 자유 침해’, ‘격리 및

강박 등에 의한 신체의 자유 침해’, ‘부당한 노동 강요’, ‘외부 교섭권 및 통신의 자유 침해’, ‘사생활 자유 등의 침해’ 등과 관련 있다(국가인권위원회, 2021).

국가인권위원회는 인권침해 및 차별행위에 대한 진정사건에 대한 처리 외에도 다수인보호시설에 대한 방문조사(법제24조), 정책 및 관행의 개선 또는 시정 권고(법제25조), 인권교육과 홍보(법제26조), 법원 및 헌법재판소에 의견 제출(법제28조) 등을 통해 정신의료기관의 인권침해 및 차별문제의 예방과 개선에 기여할 수 있다. 하지만 통상적인 경우 당사자의 국가인권위원회 진정을 통한 조사, 심의, 결정, 권리구제 권고 및 정책개선 권고 등을 통해 정신의료기관의 치료환경에 유효한 개입을 할 수 있다. 그러므로 정신의료기관을 이용하는 당사자가 인권침해에 대해 국가인권위원회 진정절차를 적극 활용할 수 있도록 교육하고 지원할 수 있어야 국가인권위원회에 의한 치료환경 모니터링의 효과가 극대화 될 수 있을 것이다. 즉 정신의료기관 입원 환자 및 보호의무자에게 권리를 고지하고, 권리를 행사할 수 있는 방법을 안내하고, 의사결정 및 절차를 지원하여야 국가인권위원회에 의한 치료환경 개선효과를 기대할 수 있다. 인권보호와 실현을 위해 그동안 인권규범의 도입과 규제, 인권보호 의무를 담당하는 주체의 인권기준 준수 역량 강화가 강조되었으나 점차 인권을 보유한 주체(당사자)의 인권주장 역량을 강화하는 것이 중요하다 인식의 증가하고 있다. 국내 정신건강복지정책 또한 규제 도입과 모니터링, 인권의무주체 역량 강화, 인권보유주체 역량 강화 순으로 전개되었으며, 인권보유주체 역량 강화는 2016년 이후에 정신질환자 및 정신장애인 당사자에 대한 인권교육 및 의사결정지원 등을 통해 강조되고 있다(김문근, 2021). 그러므로 정신의료기관을 이용하는 이용자에게 그들의 권리를 고지하고, 국가인권위원회 진정제도를 활용할 수 있도록 필요한 교육을 제공하고, 절차 지원을 강화할 필요가 있을 것이다.

4. 정신건강 입원영역 적정성 평가체계

의료급여 적정성 평가는 2009년 실시 당시 정액수가제에 따른 과소의료 방지에 중점을 두었으나 제2주기 1차 평가(2019)부터 근거기반의 효과적인 의료서비스 제공 및 지역사회복귀를 촉진하는 것으로 평가의 목적이 변경되었다. 건강보험공단은 의료의 표준화 및 품질향상을 유인하기 위해 의료급여 대상으로 실시 중이

던 정신과 입원영역 적정성 평가를 2019년부터 건강보험에도 도입하였다(건강보험심사평가원, 2021.7.).

의료급여 적정성 평가와 건강보험 적정성 평가의 평가지표는 큰 틀에서 유사하며, 일부 차이가 존재한다. 과정지표에 있어 의료급여 적정성 평가는 정신요법과 개인정신치료의 주별 횟수를 평가하는 반면 건강보험 적정성 평가는 정신요법 실시횟수와 함께 입원 및 퇴원시 기능평가 시행률, 입원 중 정신증상 평가 및 약물 이상반응 평가 등을 고려한다. 결과지표는 의료급여 및 건강보험 평가가 공통적으로 재원환자 입원일수(중앙값)와 퇴원환자 입원일수(중앙값), 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율을 포함한다. 다만 의료급여 평가는 이러한 지표에 더해 지역사회 연계 의뢰율(조현병)과 퇴원 후 30일 이내 재입원율(조현병)을 모니터링한다는 점에서 퇴원 후 지원에 대한 의료제공자의 관여를 강조하고 있다.

〈표 3-40〉 의료급여 및 건강보험 정신과 입원영역 적정성 평가 : 한국

	의료급여 정신과 입원영역 적정성 평가	건강보험 정신과 입원영역 적정성 평가
도입 시기	2009	2019
최근 평가	2019, 2021.	2021.10.~2022.3.
운영 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 정신과 적정성 평가는 정액수가에 따른 의료서비스 과소제공 방지 및 의료서비스 질의 적정성을 확보(2009) • 의료급여 정신과 적정성 평가를 통해 근거기반의 효과적인 의료서비스 제공 및 지역사회 복귀를 위한 기반 마련(2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2009년부터 실시된 의료급여 정신과영역 적정성 평가를 건강보험으로 확대하여 정신건강 서비스 표준화와 품질 향상 유인 • 건강보험 환자의 정신건강 입원영역 의료서비스 질 적정성을 평가하여 그 결과를 요양기관에 제공함으로써, 의료 품질 수준 향상
평가 지표	<ul style="list-style-type: none"> • 과정평가 <ul style="list-style-type: none"> - 정신요법 실시횟수(주별) - 개인정신치료 실시횟수(주별) • 결과평가 <ul style="list-style-type: none"> - 재원환자 입원일수 중앙값(조현병) - 재원환자 입원일수 중앙값(알코올) - 퇴원환자 입원일수 중앙값(조현병) - 퇴원환자 입원일수 중앙값(알코올) - 퇴원 후 30일 이내 재입원율(조현병) - 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율(조현병, 알코올) - 지역사회 연계의뢰율(조현병) 	<ul style="list-style-type: none"> • 과정평가 <ul style="list-style-type: none"> - 입원시 기능평가 시행률 - 퇴원시 기능평가 시행률 - 입원 중 정신증상 또는 약물 이상반응 평가 시행률(조현병) - 정신요법 실시횟수(주별) - 개인정신치료 실시횟수(주별) • 결과평가 <ul style="list-style-type: none"> - 재원환자 입원일수 중앙값 - 퇴원환자 입원일수 중앙값 - 퇴원 후 30일 이내 외래 또는 낮병동 방문율

	의료급여 정신과 입원영역 적정성 평가	건강보험 정신과 입원영역 적정성 평가
모니터링 지표	<ul style="list-style-type: none"> • 모니터링지표 <ul style="list-style-type: none"> - 자발적 입원율 - 환자경험도 조사 실시율 - 경구 비정형약물 투약일수율(조현병) - 퇴원 후 30일 이내 재입원율(알코올) 	<ul style="list-style-type: none"> • 모니터링지표 <ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 후 30일 이내 재입원율 - 퇴원시 환자경험도 조사 실시율⁷⁾
평가결과 활용	<ul style="list-style-type: none"> • (의료제공자) 기관별 평가결과 및 비교 정보 제공, 질 개선 지원 • (의료이용자) 정신의료기관 선택에 필요한 정보 공개 • (정부) 보건복지부 정책 참고자료 • (심평원 내부) 의료급여비용 및 요양급여비용 심사 및 급여기준 등 관련업무 연계 • (유관기관 및 단체) 의료단체 등 유관기관에 평가결과 제공 	

*출처: 건강보험심사평가원(2020.11)과 건강보험심사평가원(2021.11.)의 자료를 참고하여 정리

의료급여 적정성 평가지표는 제2주기 1차 평가(2019)부터 평가지표 구성에 있어 구조영역 지표를 대거 삭제하여 기존 25개 지표에서 진료영역 13개 지표로 간소화했고, 평가를 적용받는 기간은 3개월에서 6개월로 연장하였으며, 평가대상은 제3차 의료급여기관까지 확대하였다(건강보험심사평가원, 2020.11.). 즉 평가지표는 간소화하고 평가대상기간과 평가대상기관은 확대함으로써 평가를 강화한 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 <표 3-40>과 같이 건강보험 적정성평가지표와 비교할 때 의료급여 적정성 평가지표는 퇴원 후 30일 이내 재입원율(조현병)과 지역사회연계의뢰율(조현병) 지표가 결과지표에 포함되어 있으므로 의료의 결과에 대한 평가가 강화되어 있다.

가장 최근에 실시된 의료급여 제2주기 1차 적정성평가(2019)결과는 <표 3-41>과 같다. 과정지표가 일부 개선되었으나 결과지표는 오히려 재원환자 및 입원환자의 입원일수 증양값이 증가하고, 지역사회서비스 연계 의뢰율이 감소하여 전반적으로 적정성이 악화된 것으로 볼 수 있다. 이러한 평가결과는 의료급여 적정성평가 일선 의료기관의 의료과정을 일부 개선시키고 있지만 결과를 개선하기에는 한계가 있음을 시사한다.

7) 치료진의 태도, 치료의 질, 환경 등의 문항에 대한 환자경험도 조사를 실시하며 그 조사 결과를 치료에 반영할 수 있는 환경을 조성할 수 있도록 유도하기 위함이다(건강보험심사평가원, 2021.7.).

〈표 3-41〉 제2주기 1차 의료급여 정신과 입원영역 적정성평가 결과 : 한국

	평가지표	1주기 4차	2주기 1차	증감
과정	정신요법 실시횟수(주당) (회)	2.6	2.7	0.1 ▲
	개인정신치료 실시횟수(주당) (회)	2.2	2.4	0.2 ▲
결과	재원환자의 입원일수 중앙값(조현병) (일)	493.8	644.0	150.2 ▲
	재원환자의 입원일수 중앙값(알코올장애) (일)	230.0	323.5	93.5 ▲
	퇴원환자의 입원일수 중앙값(조현병) (일)	90.5	102.0	11.5 ▲
	퇴원환자의 입원일수 중앙값(알코올장애) (일)	51.0	66.5	15.5 ▲
	퇴원 후 30일 이내 재입원율(조현병) (%)	41.8	41.7	0.1 ▼
	퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문을 (조현병, 알코올장애) (%)	-	41.6	-
	지역사회서비스 연계 의뢰율(조현병) (%)	61.7	48.3	13.4 ▼
모니터링	경구 비정형약물 투약일수율(조현병) (%)	-	88.0	-
	자발적 입원율 (%)	39.5	60.4	20.9 ▲
	퇴원 후 30일 이내 재입원율(알코올장애) (%)	-	45.2	-
	환자경험도 조사 실시율 (%)	56.7	45.9	10.8 ▼

*출처: 건강보험심사평가원(2020). 2019년(제2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가결과

한편 2019년 실시된 제1차 건강보험의 정신과 입원영역 적정성 평가지표는 〈표 3-42〉에서 보듯 의료급여 적정성 평가지표에 비해 입원시 기능평가 시행률, 퇴원시 기능평가 시행률, 입원 중 정신증상 또는 약물 이상반응 평가 시행률 등 과정지표가 더 강화되어 있다.

평가결과를 살펴보면 〈표 3-42〉와 같다. 입원 및 퇴원시 기능평가 시행율은 60% 정도에 불과하고, 입원 중 정신증상 또는 이상반응 평가 시행률이 35.6%로 낮았으며, 의료기관의 등급에 따라 평가결과에 차이가 두드러졌다. 상급종합병원 및 종합병원이 입원 및 퇴원시 기능평가 시행률이 90%~100%에 달하는 반면 병원 및 의원급 의료기관에 있어 입원과 퇴원시 기능평가 시행률이 33.4%~51.3%에 그쳤다. 특히 병원 및 의원급 의료기관은 입원 중 정신증상 또는 약물 이상반응 평가 시행률이 30% 내외에 불과하며, 퇴원시 환자경험도 조사 실시율도 40~60%대에 그치고 있어 상급종합병원이나 종합병원에 비해 치료환경이 열악한 것으로 추정할 수 있다.

〈표 3-42〉 제1차 건강보험 정신과 입원영역 급여적정성 평가(2019) 결과 요약 : 한국

		평가지표명	전체	상급 종합	종합 병원	병원	정신 병원	의원
평가 지표	과정	입원시 기능평가 시행률(%)	62.4	99.8	91.5	47.5	51.3	35.4
		퇴원시 기능평가 시행률(%)	60.3	100.0	92.4	45.5	49.9	33.4
		입원 중 정신증상 또는 이상반응 평가 시행률(조현병)(%)	35.6	95.0	55.0	27.9	31.5	28.3
	결과	정신요법 실시횟수(주당)(회)	4.8	3.7	3.3	4.9	5.1	4.9
		개인정신치료 실시횟수(주당)(회)	4.8	5.3	4.3	4.6	4.5	5.2
		재원환자 입원일수 중앙값(일)	135.0	12.0	29.0	157.0	156.0	171.0
모니 터링	결과	퇴원환자 입원일수 중앙값(일)	28.0	17.0	16.0	34.0	41.0	34.0
		퇴원 후 30일 이내 외래 또는 낮병동 방문율(%)	66.7	92.2	84.1	58.9	55.4	67.0
모니 터링	결과	퇴원 후 30일 이내 재입원율(%)	19.6	9.6	13.7	23.6	22.3	37.8
		퇴원시 환자경험도 조사 실시율(%)	68.4	98.8	88.3	50.8	62.7	44.3

*출처: 건강보험심사평가원(2021). 2019년(제1차) 정신건강 입원영역 적정성평가 결과

이러한 정신건강 입원영역 적정성 평가체계는 의료에 대한 재정보상권한을 가진 건강보험심사평가원이 의료의 과정, 결과, 의료에 대한 모니터링 등을 조사하여 자료를 축적하고 주요 이해 당사자에게 정보를 제공한다는 점에서 정책적 함의가 있다. 다만 첫째, 지나치게 간소화된 과정지표 및 결과지표로 인해 실질적인 치료 과정 혹은 치료환경을 평가하는데 한계가 있고, 평가결과에 따라 의료제공자에게 실질적인 보상체계가 없다는 점에서 한계가 있다. 둘째, 의료급여 적정성 평가와 건강보험 적정성 평가는 지표가 유사하지만 의료급여 평가는 결과지표를 더 강조하고, 건강보험 평가는 과정지표를 더 강조하고 있는데, 동일한 진료에 대해 모니터링 및 평가에 차이를 두므로 바람직하지 않다. 셋째, 환자경험을 조사하는데 한계를 지니고 있다. 모니터링지표에 퇴원 시 환자 경험도 조사를 실시하는 비율을 평가하지만 실제 환자 경험이 어떠했는가에 대해서는 적정성 평가에 반영하지 않으므로 당사자가 제공되는 의료 및 정신의료기관 내에서의 인권보장 등 치료환경을 어떻게 평가하고 있는지 반영할 수 없다. 끝으로 모니터링지표는 평가점수에 미반영되며, 해당 의료기관에만 평가결과가 제공되는데 자발적 입원율, 환자경

험도 조사 실시율, 퇴원 후 30일 이내 재입원율과 같은 중요한 지표를 평가지표에서 제외한 것은 정신과 입원영역 적정성 평가의 타당성을 떨어뜨릴 우려가 있다.

하지만 이 같은 한계점에도 불구하고 의료급여 및 건강보험의 정신과 입원영역 적정성 평가는 의료제공의 과정과 결과를 모니터링하고 그 결과를 공표함으로써 의료제공자에게는 의료 품질을 스스로 개선할 수 있는 최소한의 계기를 제공하고, 의료이용자에게는 의료기관 선택을 위한 기준을 제시한다는 점에서 의의가 있다. 특히 의료이용자가 건강보험심사평가원 웹사이트의 의료정보-병원평가 메뉴⁸⁾를 활용하여 관심 의료기관의 각 지표별 평가결과를 확인하고 평균과 비교함으로써 의료의 질과 성과가 어떠한지 판단하여 의료기관을 선택할 수 있다는 점에서 정신과 입원영역 적정성 평가제도는 유용성이 있다.

5. 정신의료기관 평가 및 인증체계

보건복지부는 정신건강복지법 제31조에 근거해 정신건강증진시설평가를 주관하며, 의료기관평가인증원에 위탁하여 3년 주기로 정신의료기관을 평가하고 있다. 또한 보건복지부는 의료법 제58조에 근거해 의료기관 인증제도를 운영하고 있으며, 병원급 정신의료기관은 자율적 신청에 의해 의료기관인증을 받을 수 있다. 병원급 정신의료기관이 인증을 받으면 정신건강복지법 제31조에 근거해 실시되는 정신건강증진시설평가, 즉 정신의료기관평가를 면제하며, 상급종합병원, 수련병원, 전문병원 지정을 위한 신청 자격을 부여한다. 이 두 제도의 주요 특성을 비교하면 <표 3-43>과 같다.

8) <https://www.hira.or.kr/ra/eval/getDiagEvlList.do?pgmid=HIRAA030004000100>

〈표 3-43〉 정신의료기관 평가 및 인증제도 비교 : 한국

	정신의료기관 평가	의료기관 인증
법적 근거	정신건강복지법 제31조 정신건강복지법 시행규칙 제25조	의료법 제58조
도입 시기	2012	2010
평가 주기	3년	4년(인증시)
운영 목적	<ul style="list-style-type: none"> 정신의료기관의 질 관리에 대한 동기부여 및 질적 수준 향상의 기반 마련 정신질환자에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 질 관리체계 구축 정신의료기관에 대한 긍정적 인식 확산을 위한 계기 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관으로 하여금 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 자발적이고 지속적인 노력을 유도하여 의료소비자에게 양질의 의료서비스 제공을 촉진
제도의 성격	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강증진시설에 대한 의무적 평가 	<ul style="list-style-type: none"> 자율적 신청에 근거한 인증제도
평가 영역	<ul style="list-style-type: none"> 기본가치체계 환자진료체계 조직관리체계 	<ul style="list-style-type: none"> 기본가치체계 환자진료체계 조직관리체계 성과관리체계
평가 결과	<ul style="list-style-type: none"> 합격, 합격유보, 불합격 	<ul style="list-style-type: none"> 인증(4년), 조건부인증(1년), 불인증
평가 활용	<ul style="list-style-type: none"> 평가결과 공표 우수기관에 행정 및 재정적 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 평가결과 공표 상급종합병원, 수련병원, 전문병원, 연구중심병원 등 지정신청 자격 부여 인증시 정신의료기관평가 면제

*출처: 정신의료기관인증 지역별 현황 (2022.10.27. 기준)

정신의료기관 평가와 정신의료기관 인증은 모두 운영목적이 정신의료기관의 의료서비스 질 관리에 있으며, 의료기관평가인증원이 담당한다는 점에서 유사하다. 다만 정신의료기관평가는 정신보건법에 따른 의무적 평가이지만 정신의료기관 인증은 기본적으로 자율적 신청에 근거하는 제도라는 점에서 차이가 있다. 단 정신의료기관이 인증을 받으면 정신의료기관평가를 면제받을 수 있다.

자율적으로 참여하는 정신의료기관인증과 모든 정신의료기관이 필수적으로 받아야 하는 정신의료기관평가의 기준을 비교하면 〈표 3-44〉와 같다. 두 제도는 전반적으로 평가기준을 공유하고 있으며, 정신의료기관인증기준에 비해 정신의료기

관평가기준의 항목이 보다 간소하다. 특히 정신의료기관평가기준은 병원급 의료기관이 201개 항목에 이르는데 비해 정신건강의학과(설치과) 130개, 정신건강의학과 의원 78개로 의료기관의 등급에 따라 평가항목이 대폭 축소된다.

〈표 3-44〉 정신의료기관 인증 및 평가 기준 비교 (병원 기준) : 한국

영역	장	기준	인증	평가
4	12	47	223	201
I. 기본가치 체계	1. 환자안전보장 활동	1.1 의료진 간 정확한 의사소통 1.2 정신과적 치료환경 관리 1.3 정신과적 응급상황 관리 1.4 낙상 예방활동 1.5 외출 및 외박관리	19	19
II. 환자진료 체계	2. 진료전달체계와 평가	2.1.1. 입원 수속 및 유지 관리 2.1.2 환자 진료의 일관성 및 연속성 유지 2.1.3 퇴원 및 전원 관리 2.2 입원환자 초기평가 2.3.1 검체검사 및 영상검사 관리 2.3.2 검사실을 안전관리	27	24
	3. 환자진료	3.1.1 입원환자 치료계획 3.1.2 동반질환 관리 3.1.3. 치료프로그램 3.1.4 전문화된 치료프로그램 3.1.5 작업치료 3.1.6 특수치료 3.2.1. 심폐소생술 관리 3.2.2. 격리 3.2.3. 강박	40	37
	4. 의약품 관리	4.1 의약품 보관 4.2 처방 및 조제 4.3 투약 및 모니터링	19	14
	5. 환자권리 존중 및 보호	5.1 환자권리 존중 5.2 불만고충처리 5.3 동의(서)	17	15
	6. 질 향상 및 환자 안전 활동	6.1 질 향상 및 환자안전 운영체계 6.2 환자안전사건 관리	10	10
III. 조직관리 체계	7. 감염관리	7.1 감염관리체계 7.2 세척·소독·멸균 및 세탁물 관리 7.3 병동 내 환경위생관리 7.4 급식서비스 감염관리	20	21

영역	장	기준	인증	평가
	8. 경영 및 조직운영	8.1 합리적인 의사결정 8.2 의료기관 운영방침	7	7
	9. 인적자원 관리	9.1 인사정보 관리 9.2 직원교육 9.3 직원 안전관리 활동 9.4 폭력 예방 및 관리	17	15
	10. 시설 및 환경관리	10.1 시설 및 환경관리 10.2 설비시스템 관리 10.3 설치시설 관리 10.4 위험물질 관리 10.5 의료기기 관리 10.6 화재 안전관리 활동	30	30
	11. 의료정보/의무기록 관리	11.1 의료정보/의무기록 관리 11.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리 11.3 개인정보보호 및 보안	14	9
IV. 성과관리 체계	12. 성과관리	12.1 환자안전 및 질향상 지표관리	3	-

*출처: 제3주기 정신병원인증기준(2021.5.), 제4주기 정신의료기관평가기준(2021.6.) 참고

‘제4주기 정신의료기관 평가기준’(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2021.6.)에 따르면 정신의료기관평가는 1~3일간의 현지조사가 포함되며, 총 3인의 평가위원(의사, 간호사, 병원행정 전문가 및 정신의료기관 근무자 1인 포함)이 방문하여 조사를 수행한다. 3인의 평가위원은 각각 과정지표, 구조지표, 추적조사(의료진과 환자) 등을 분담하여 평가를 진행한다. <표 3-44>의 각 평가기준(standard)은 복수의 평가분항으로 구성되며, 설비, 인력 등 일부 구조지표는 기준준수 여부에 따라 ‘유’(10점), ‘무’(0점)로 평가하며, 그 외 대부분의 구조지표 및 과정지표는 절차와 관련한 기준이나 규정이 있고, 규정에 따른 실행이 이루어지는 경우 상, 중, 하로 평가한다. 각 항목 평가에서 항목의 충족율이 80% 이상이면 ‘상’(10점), 충족율이 60~80% 미만이면 ‘중’(5점), 충족율이 60% 미만이면 ‘하’(0점) 등으로 평가한다. 이러한 각 항목별 평가를 종합하여 ‘합격’과 ‘불합격’ 판정이 내려지며, 합격 및 불합격의 판정기준은 <표 3-45>과 같다.

〈표 3-45〉 정신의료기관 평가등급 판정기준 : 한국

등급	1. 필수항목	평가항목 평균 점수		비고
		2. 전체	3. 기준별	
합 격	'무' 또는 '하' 없음	8점 이상	모든 기준 5점 이상	1~3 모든 조건을 충족
불합격	'무' 또는 '하' 1개 이상	8점 미만	5점 미만 1개 이상	1~3 중 한 개라도 해당되면 불합격

*출처: 보건복지부, 건강보험심사평가원(2021.6.). 제4주기 정신의료기관 평가기준.

2022년 10월 24일 현재 의료기관평가인증원 웹사이트에 공개된 정신의료기관 평가현황을 살펴보면 〈표 3-46〉과 같다. 정신의료기관의 이름과 소재지, 연락처, 웹사이트, 평가일시와 평가결과 세부안내가 온라인에 공개되어 있어, 세부사항을 누구나 열람할 수 있다. 평가를 시행한 정신의료기관은 총 492개이며, 합격한 기관은 301개, 불합격한 기관은 191개소로 합격률은 61.2%로 나타났다.

〈표 3-46〉 정신의료기관 평가 현황(2022.10. 현재) : 한국

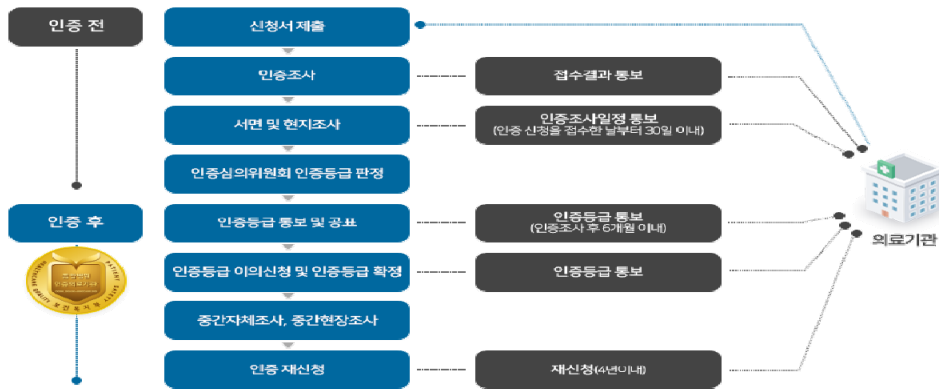
지역	합계	합격	불합격
서울	39	21	18
부산	18	12	6
대구	41	19	22
인천	37	17	20
광주	21	16	5
대전	16	9	7
울산	12	6	6
세종	1	1	0
경기도	121	73	48
강원도	18	12	6
충청북도	18	12	6
충청남도	18	9	9
전라북도	13	11	2
전라남도	29	19	10

지역	합계	합격	불합격
경상북도	48	32	16
경상남도	38	29	9
제주도	4	3	1
합계	492	301	191

*출처: 의료기관평가인증원 웹사이트(koiha.or.kr) 자료를 2022년 10월 24일 인출하여 정리함.

정신의료기관인증은 2010년 말 도입된 모든 의료기관에 대한 인증제도의 일환으로서(의료법 제58조에 근거), 병원급 이상의 의료기관은 자율적으로 인증을 신청할 수 있다. 다만 의료법은 서비스의 특성 및 환자의 권익 보호의 측면에서 요양병원은 2013년부터 의무적으로 인증을 받도록 규정했다(의료법 제58조의4제2항). 그런데 2010년 의료법 개정으로 정신병원이 ‘요양병원’에 포함되었고, 2013년부터 요양병원이 의무인증대상으로 변경되었고, 이로 인해 2010년 이전에 개설된 정신병원은 ‘평가’ 대상이고, 2010년 이후 개설된 정신병원은 ‘인증’ 대상이 되었다. 이로 인해 정신의료기관간 평가를 받아야 하는 기관과 인증을 받아야 하는 기관이 분리되는 등 혼선이 있었다. 그 후 2020년 의료법이 다시 개정되어 의료기관 유형으로 정신병원 종별이 신설되면서 정신병원은 인증을 반드시 받아야 하는 요양병원 범주에서 제외되었다. 이에 정신병원은 정신건강복지법에 따른 정신건강증진시설평가 대상이 되었고, 의료법에 의한 인증은 자율적으로 받게 되었다.

정신의료기관인증을 위한 절차는 [그림 3-15]와 같이 인증 신청서 제출 → 인증조사 → 인증심의 → 인증등급 통보 및 공표 → 중간자체조사 및 중간현장조사 → 인증재신청 등의 순으로 진행된다. 정신의료기관 인증을 위한 조사는 정기조사와 비정기조사로 구분되며 정기조사에는 본조사와 중간자체조사, 중간현장조사가 있고, 비정기조사에는 추가조사와 수시조사가 있다. 인증의료기관 인증을 유지하려면 인증기간 동안 자체조사를 시행하여 결과를 인증원에 의무적으로 제출해야 하며, 인증 후 24~36개월 사이에는 중간현장조사를 실시한다.



*출처: 의료기관평가인증원(2020) 웹사이트, 2022년 10월 30일 인출

[그림 3-15] 정신의료기관 인증 진행 절차 : 한국

제3주기 정신병원 인증기준에 따르면 인증조사는 다수의 조사위원이 의료기관에서 정한 규정의 내용과 그에 따른 수행과정, 수행 결과, 결과에 따른 개선활동 등을 추적조사방법(Trace Methodology)을 활용하여 진행된다. 추적조사방법은 직원면담, 환자(또는 보호의무자)면담, 현장 관찰, 경영진 인터뷰, 의무기록 및 관련 자료 검토 등의 방법을 활용하여 환자에게 제공되는 서비스의 실제 경로를 따라가며 조사하는 기법이다. 조사대상자료는 조사시점 기준 과거 1년 동안의 자료를 조사하며, 퇴원환자의무기록은 조사시점부터 6개월 간의 의무기록 중 무작위 추출 조사를 실시한다(보건복지부, 2021.5.).

<표 3-47> 의료기관 인증조사의 유형 : 한국

구분	명칭	내용
정기조사	본조사	• 정규조사: 의료기관이 인증을 받기 위해 현장에서 기준 전체를 조사받음.
	중간 자체조사	• 환자 안전과 질 향상을 지속적으로 유지 관리하기 위함 • 인증기간 동안 의료기관이 자체적으로 조사 • 중간자체조사 결과와 함께 기획주제관리 결과, 최우선 관리기준 개선결과를 제출해야만 인증이 유지됨
	중간 현장조사	• 환자안전과 질 향상을 지속적으로 유지 관리하도록 하기 위해 인증기간 중 의료기관 현장에서 시행하는 정규조사 • 인증 후 24~36개월 사이에 인증원에서 조사팀을 구성하여 시행함

구분	명칭	내용
비정기조사	추가조사	<ul style="list-style-type: none"> • 인증등급 결정을 위해 시행하는 보완적인 조사 • 본조사 결과가 '인증 또는 조건부인증'이라 하더라도 필수 조사항목 중 '중'이 1개 이상일 경우 의료기관 선택에 의해 시행됨
	수시조사	<ul style="list-style-type: none"> • 인증받은 의료기관에서 인증 기간 중에 특정 요건이 발생하였을 경우 시행할 수 있는 조사 • 서비스 영역, 물리적 구조 및 경영상의 변화 등에 대해 조사함

*출처: 의료기관평가인증원(2020) 웹사이트, 2022년 10월 30일 인출

정신의료기관 인증등급은 인증, 조건부인증 및 불인증의 3가지로 구분되고, 인증 유효기간은 인증의 경우 4년, 조건부인증은 1년이다. 인증은 모든 의료기관이 의료서비스 제공과정에서 환자의 안전보장과 적정 수준의 질을 달성하였음을 의미하며, 조건부인증은 의료기관이 환자안전 및 의료서비스의 질 향상을 위해 노력하였으나 일부 영역에서는 인증 수준에 미달하여 추후 노력을 통해 인증을 획득할 수 있는 가능성이 존재함을 의미한다. 2022년 10월 27일 현재 의료기관평가인증원 웹사이트에 공개된 의료기관인증현황에서 정신병원의 인증결과를 발췌하여 살펴보면 아래 <표 3-48>과 같다. 정신병원의 이름과 소재지, 연락처, 웹사이트, 인증시점과 인증결과 세부안내가 온라인에 공개되어 있어, 세부사항을 누구나 열람할 수 있다. 인증을 시행한 정신병원은 총 76개이며, 인증받은 병원은 59개소, 조건부인증은 0개소, 인증받지 못한 병원은 17개소로 불인증률은 22.4%로 나타났다. 정신병원이 요양병원에 포함되어 의료기관인증을 반드시 받아야 하던 2017년 4월 말에는 총 164개의 정신병원이 인증심사를 받았고, 이들 중 157개 인증, 조건부 인증 5개, 불인증 2개로 인증률이 95.7%에 달해 오히려 인증기준 지나치게 낮아 변별력이 없고, 의료의 질 향상에 기여하기 어렵다는 비판이 제기되기도 했다(강희정, 오윤섭, 백혜연 외, 2017; 이상일, 2018).

그럼에도 정부는 이러한 인증평가 결과를 정책 근거자료로 활용하고 있으며, 의료급여 및 요양급여의 기준을 설정하는데 유용한 기초 자료로 활용하고 있다. 현재 건강보험요양급여비용 산정지침에 의하면 요양병원은 의료기관인증을 받지 못한 경우 의사 확보비율, 간호사 확보비율에 따른 의료기관 등급별 수가가산율을 적용받지 못한다. 뿐만 아니라 약사가 상근하고, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상이며, 이들

을 위한 별도 진료실을 갖춘 경우 적용할 수 있는 별도의 수가보상 적용에서 배제된다(건강보험심사평가원, 2022:915).

〈표 3-48〉 정신의료기관인증 지역별 현황 (2022.10.27. 기준) : 한국

지역	합계	인증	불인증
서울	2	2	0
부산	12	10	2
대구	1	0	1
인천	1	1	0
광주	2	2	0
대전	0	0	0
울산	0	0	0
세종	0	0	0
경기도	21	16	5
강원도	1	1	0
충청북도	6	4	2
충청남도	11	7	4
전라북도	1	1	0
전라남도	5	5	0
경상북도	2	2	0
경상남도	10	7	3
제주도	1	1	0
합계	76	59	17

*출처: 의료기관평가인증원 웹사이트(koiha.or.kr) 자료를 2022년 10월 27일 인출하여 정리함.

현재 정신의료기관을 대상으로 하는 인증제도와 평가제도 운영과 관련한 개선 방안으로 다음과 같은 것이 제시되고 있다.

첫째, 인증제도와 평가제도의 통합적 운영이다. 정부는 인증제도와 평가제도의 통합하여 효율적으로 운영하는 방안을 추진하고 있다. 제2차 정신건강복지기본계획(관계부처합동, 2021)은 정책과제 2-3. 치료친화적 환경 조성의 하위 추진과제로 정신의료기관의 선진화된 관리체계 마련을 제시하였다. 이를 위해 두 제도의

평가지표 및 평가기준을 우선적으로 통합하고, 정신건강복지법 개정을 통해 두 제도를 통합하여 운영하는 것을 세부과제로 제시했다. 인증제도는 자율적 참여로 전환되면서 참여율이 높지 않고, 평가제도는 의무참여로 참여율은 높으나 평가지표가 인증제도에 비해 약 10% 적어 충실한 평가에 한계가 있다. 의료기관은 의무적으로 평가를 받아야 하지만 전문병원 지정이나 수련기관 지정을 받기 위해서는 의료기관 인증을 받아야 하므로 인증과 평가라는 이중적 부담을 경험하고 있다. 두 제도의 통합적 운영을 통해 평가의 충실성을 향상시키고, 의료기관이 평가와 인증을 동시에 받아야 하는 부담은 완화시킬 수 있으면 긍정적 효과가 있을 것이다.

둘째, 의료이용자들의 의료선택에 도움이 될 수 있도록 인증 및 평가 정보를 제공함에 있어 포괄적인 평가 및 인증의 합격 여부를 공개하는데서 나아가 세부 영역별 정보를 공개할 필요가 있다. 아울러 요양급여 적정성 평가 정보(정신의료기관 입원진료 적정성 평가 결과)를 함께 제공한다면 다양한 정보제공을 통한 이용자의 의료기관 선택에 도움이 될 것이다(이상일, 2018).

셋째, 인증제도 및 평가제도와 요양급여 적정성 평가 사이의 연결성을 높여 이들 제도의 효율적 활용을 강화를 필요가 있다. 정신의료기관의 구조 및 과정지표 확인은 인증제도 및 평가제도에 맡기고 요양급여 적정성 평가는 전산시스템을 통해 산출 가능한 지표 중심으로 운영함으로써 효율성을 제고 할 수 있기 때문이다(강희정 외, 2017; 이상일, 2018). 나아가 평가제도 및 인증 제도를 통합하여 운영하고, 평가결과를 요양급여 수가 지원에 연동시켜 운영한다면 평가 및 인증을 통해 정신의료기관의 치료환경 개선을 유인하는 데 효과적일 것이다.

제5절 소결

정부가 제2차 정신건강복지기본계획을 통해 추진하고 있는 치료환경 정책은 치료친화적 환경 조성, 퇴원 지원 및 지속적 치료 지원, 정신질환자의 자기결정권 강화 등 3개 영역으로 구분할 수 있다. 치료친화적 환경 조성 정책은 감염병 대응을 위한 정신의료기관 밀집도 완화, 정신질환 중증도 기반의 의료 및 치료 효과성 제고, 폐쇄병동 입원실 환경 개선, 정신의료 선진화 관리체계 구축, 정신의료기관 안전관리 향상을 포함한다. 퇴원 지원 및 지속적 치료 지원 정책은 병원 기반 사례관리 제도화와 낮병원 프로그램 제도화로 구성되어 있다. 정신질환자 자기결정권 강화는 정신질환자 권익옹호기관 육성, 동료지원가 및 가족지원가 양성 및 확산, 입원적합성심사제도 개선 등을 주요 내용으로 한다.

정신의료기관 폐쇄병동의 밀집도 완화와 입원실 환경 개선과 관련한 최근 연구에 의하면 정신건강복지법의 정신의료기관 시설, 인력, 운영기준 등은 의료법에 근거한 일반의료기관 기준에 비해 기준 자체가 더 낮으며, 실태조사 결과 시설기준이 지켜지지 않건, 시설기준이 모호하거나, 시설기준이 존재하지 않는 경우도 많아 현재 정신병원 입원 정신질환자는 다른 질환에 비해 차별적 처우를 받고 있는 것으로 나타났다.

뿐만 아니라 최근 정부가 퇴원 지원 및 지속적 치료 지원 정책으로 추진하고 있는 사업 중 낮병원 제도화는 지난 3년 동안 실시된 시범사업이 낮병원을 위한 최소한의 시설, 인력기준을 명확히 제시하지 못한 채 이루어지고 있다. 낮병원 치료가 정신장애인이 지역사회에서 통합되어 생활할 수 있도록 지원하는 목표에 따른 지역사회 기반 치료, 회복에서 어떤 기능을 해야 할 것인지에 대한 명확한 목표설정 하에 이 목표를 달성하기 위한 인력기준과 서비스 내용, 치료기간 목표치 등이 설정되어야 할 것인데, 그렇지 못하다.

현재 국내의 정신의료기관 치료환경 관리·운영체계는 비자발적 입원 규제체계, 정신의료모니터링체계, 정신의료수가체계 등으로 구분할 수 있다. 본 장에서 다룬 비자발적 입원 규제체계는 정신건강복지법에 의한 보호입원, 행정입원, 응급입원 등에 적용되는데, 첫 입원에 대한 입원적합성심사제도와 입원기간연장신청 심사, 퇴원신청 심사의 운영체계 및 개선방안에 대한 기존 연구를 검토하였다. 입원적합성심사제도는 비자의입원에 대해 국립정신병원 중심의 위원회를 통해 최초입원의

적합성을 독립적으로 심사한다는 점에서 정신장애인의 자유권(신체의 자유 박탈에서의 적법절차) 보장에서 그 의의가 있다. 하지만 대면조사가 제한적으로 실시되고 있으며, 심사업무 과중, 심사위원의 전문성 제한, 심사표준의 미확립 등으로 인해 충실한 심사에 한계가 있다. 최초입원 후 입원기간연장신청에 대한 심사와 퇴원 신청에 대한 심사는 지방자치단체 산하 정신건강심사위원회가 담당하며, 주로 서류심사에 국한되고 있고, 환자의 의견진술이 보장되지 않아 결과적으로 입원기간연장을 승인하거나 계속 입원을 승인하는 절차라는 비판을 피하지 못하고 있다. 이러한 비자발적 입원 규제체계 개편을 위해 정부가 정책으로 제시하고 있는 심사 가이드라인 제시, 대면조사 확대, 사후 모니터링 강화 등의 입원적합성심사제도 개선이 필요한 것은 물론이다. 그러나 현재의 논의는 입원과정에서의 자유권 보장에 초점이 맞추어져 있어서, 최초입원에 비해 입원기간 연장 신청에 대한 규제는 매우 취약하다는 점 등을 근거로 일부 연구에서는 최초입원과 입원기간 연장에 대한 적합성 심사를 전담하는 단일한 정신건강심판원 설립과 운영 등도 개선방안을 제시하고 있다. 비자발적 입원규제를 개선하기 위해서는 입원적합성심사, 입원기간연장신청, 퇴원신청 등에 대한 심사에서 공통적으로 환자에 대한 대면조사 혹은 대면심사를 전면 도입하여 환자의 자기결정권과 절차적 권리를 보장할 필요가 있다는 것이다. 그런데 정신질환으로 인한 자해, 타해의 현저한 위험이 있을 때 본인 또는 제3자 보호를 위해 비자의입원이 필요하다면, 비자의입원의 적법성 심사에 비중을 두는 것 이외에, 그 과정에서 치료와 회복을 위해서라도 정신장애인의 자기결정권 행사를 적극 지원하는 것이 필요할 것이다. 범성 심사절차에 비자의입원 당사자인 정신질환자가 적극 참여하는 것을 제도적으로 보장하는 것이 정신질환자의 회복에 매우 중요한 의미가 있기 때문이다. 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회 구성과 운영에 있어서 환자대표 등 당사자의 참여를 강화하는 방안도 그 일환일 것이고, 절차보조서비스를 제공하거나 동료지원가에 의한 의사결정지원 등도 그 일환일 것이다. 그러나 이에 대한 논의는 아직 미성숙한 상태이거나 시범사업단계(가령 절차보조사업)에 그치고 있다.

국내의 정신의료 모니터링체계는 지방자치단체에 의한 설치·운영 허가 및 지도 점검, 정신건강심사위원회의 처우개선심사, 국가인권위원회를 통한 인권침해 및 차별행위 조사와 구제, 정신건강 입원영역 적정성 평가, 정신의료기관 평가 및 인증, 정신의료 수가체계 등으로 구성된다.

정신건강복지법의 규정에 근거한 지방자치단체의 정신의료기관 설치·운영 허가 및 지도점검이 이루어지고 있음에도 여전히 기준을 준수하지 않는 정신의료기관이 존재하며, 정신건강복지법의 기준이 의료법의 일반 의료기관 기준보다 낮아 기준의 재설정이 이루어져야 정신의료기관의 치료환경 개선에 도움이 될 것이다.

정신건강심사위원회의 처우개선 신청에 대한 심사제도는 지방자치단체장이 정신의료기관을 대상으로 제기된 환자의 구체적인 청구에 대한 심사를 통해 행정적 개입이 가능하다는 점에서 유용한 제도이지만 입원 중인 환자 및 보호자가 직접 신청해야 한다는 점에서 의료이용자들의 권리에 대한 인식과 신청 절차에 대한 이해, 조력이 중요할 것이다.

국가인권위원회에 의한 정신의료기관의 인권침해 및 차별행위에 대한 조사와 권리구제는 정신의료기관과 이들을 지도 감독하는 지방자치단체 및 중앙정부에 대해 제기된 구체적 진정사건에 대해 이루어지며, 그 결정에 따라 정책적 권고에서부터 형사처벌 의뢰까지 실효성 있는 처분이 가능하다는 점에서 정신의료기관 치료환경 모니터링체제로 의의가 있다. 하지만 국가인권위원회 진정제도 또한 입원진료를 이용하는 정신질환자 당사자의 권리이해와 진정절차 활용 역량이 향상되거나 진정절차에 대한 조력이 적절히 이루어져야 정신의료기관 치료환경에 대한 실효성 있는 모니터링과 개선에 기여할 수 있을 것이다.

정신건강 입원영역 적정성 평가는 정신의료에 대한 재정보상을 매개로 정신의료의 과정과 결과지표를 평가하며, 그 결과를 공표하여 의료이용자의 의료선택을 지원하는 제도이다. 그러나 이 제도는 지나치게 간략한 지표로 인해 입원진료 적정성을 평가하는데 한계가 있으며, 의료급여와 건강보험의 적정성 평가 지표가 상이하며, 환자경험도 조사 등 일부 지표는 평가점수에 포함되지 않고, 해당 의료기관에만 평가결과가 제공되는 모니터링지표로 활용되고 있어 적정성 평가제도의 의의를 반감시키고 있다. 주기별 입원영역 적정성 평가결과를 비교해 볼 때 일부 과정지표의 향상은 가져왔으나 결과지표 향상은 보장하지 못하는 한계가 있어 치료환경 향상에는 효과가 제한적인 것으로 나타났다. 따라서 의료급여와 건강보험의 입원영역 적정성 평가지표를 동일하게 표준화 할 필요가 있으며, 치료환경을 모니터링하고 향상시키는데 기여할 수 있도록 평가지표를 개선해 나갈 필요가 있다.

의료기관 인증제도와 평가제도는 상호 통합적으로 운영하는 것이 정부의 정책 방향이며, 평가기준이 유사하고, 평가시행 주체가 의료기관평가인증원으로 동일하

여 통합적 운영이 어렵지 않을 것으로 보인다. 두 제도의 통합적 운영은 의료기관의 이중 평가에 대한 부담을 완화할 수 있고, 모든 정신의료기관이 평가의 대상이 되므로 정신의료기관의 치료환경을 통합적으로 관리하는데 도움이 될 것으로 보인다. 또한 정신병원 인증, 평가제도가 정신질환자의 선택권 행사에 실질적으로 기여할 수 있도록 인증평가항목에 인권친화적 정신질환 치료에 중요한 여러 정보가 포함되어야 할 것이다.

정신의료수가체계는 정신의료에 대한 재정적 보상체계로서 정신의료기관의 의료제공을 유인하거나 뒷받침할 수 있는 가장 유용한 정책수단이라 할 수 있다. 현재 의료급여수가는 일부 행위수가가 도입되었으나 일당 정액입원료 중심이어서 입원료와 행위 수가를 각각 적용받는 건강보험과 비교할 때 재정적으로 불리하다. 이러한 수가체계 차이는 의료급여수급자와 건강보험수급자에 대한 의료제공의 차이를 가져오는 것으로 나타나 의료급여수급자에 대한 의료차별이라는 비판을 받을 수 있는 상황이다. 따라서 의료급여와 건강보험의 수가체계를 통합하는 것이 바람직하다. 그러나 의료급여 재정부담의 급증을 고려할 때 의료급여 수급자의 입원치료에 대한 다양한 대안에 관한 정책도 요구된다. 의료급여 수가체계의 인력배치수준에 따른 수가 차등화와 입원 기간에 따른 수가 차등화는 합리적일 수 있지만, 의료기관등급이 낮고, 장기입원자가 많은 정신의료기관의 재정구조를 악화시키고 결과적으로 치료환경을 악화시킬 우려가 있다. 따라서 장기입원 방지와 의료기관의 인력 기준 충족을 유인할 수 있는 종합적인 정책이 필요할 것이다.

제4장

인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례

제4장 인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례

제1절 영국

1. 법

1) 영국 정신보건법의 개요

영국 정신보건법은 1983년 제정되었고(Mental Health Act, 1983), 2007년 개정되었다(Mental Health Act 2007). 본 연구에서는 입원 및 퇴원과 관련되어 주요 내용이 포함되어 있는 ‘Mental Health Act 1983’을 중심으로 다루고자 하며, 구성 및 주요 내용은 다음과 같다.

〈표 4-1〉 정신보건법 (Mental Health Act 1983) 구성 및 주요 내용 : 영국

정신보건법 구성	주요 내용
1장 법의 적용 (Application of the Act)	- ‘Mental disorder’ 정의, 법 적용 범위
2장 강제입원 및 지역사회기반 정신과치료지원을 위한 후견제도(Compulsory Admission to Hospital and Guardianship)	- 강제입원을 위한 절차(사정을 위한 입원, 치료를 위한 입원, 응급상황 시 입원절차 등) - 지역사회기반 정신과치료 지원을 위한 후견제도(후견제도 신청, 후견인 관련 규정, 후견인 사망 혹은 의사결정능력 부족 시 후견제 양도 등) - 강제입원 혹은 후견인이 필요한 환자 (환자 구분, 퇴원, 지역사회 치료 명령 등) - 사후관리(사후관리가 필요한 환자 구분, 관리 기간 등) - 환자의 가족 기능(‘친척’, ‘가장 가까운 친척’의 정의, 치료가 필요한 미성년자, 가족에 의한 퇴원 요청 등)
3장 형사처리 혹은 형 집행 과정의 환자 (Patients Concerned in Criminal Proceedings or Under Sentence)	- 병원 치료(피고인의 정신 상태 사정 및 치료 등) - 제한 명령(퇴원을 거부할 수 있는 법원의 권한 등) - 강제입원(입원치료를 지시할 수 있는 법원의 권한 등) - 중신형 중 입원치료 관련 - 수감자의 병원 이송 관련
4장 치료에 대한 동의 (Consent to Treatment)	- 조항 적용 범위(정신보건법에 따라 강제입원/치료를 받는 자) - 동의 및 다른 전문의의 소견이 필요한 치료 - 동의 혹은 다른 전문의의 소견이 필요한 치료 - 전기 충격 치료

정신보건법 구성	주요 내용
	<ul style="list-style-type: none"> - 치료 계획 및 검토 - 긴급 치료 - 동의가 필요하지 않은 치료
5장 정신건강심사위원회 (Mental Health Review Tribunal)	<ul style="list-style-type: none"> - 제2조에 따라 입원된 환자 관련 - 제3조에 따라 입원된 환자 관련 - 퇴원(위원회 권한)
6장 영국 내 환자들의 이동과 복귀 (Removal and Return of Patients within United Kingdom, etc)	<ul style="list-style-type: none"> - 스코틀랜드부터/으로 이동 - 북아일랜드부터/으로 이동 - 영국으로부터 외국인 이동
7장 환자의 재산과 사무 관리 (Management of Property and Affairs of Patients)	<ul style="list-style-type: none"> - 환자의 재산 및 생활(affairs)에 대한 법정의 권한
8장 지방 당국과 장관의 역할 (Miscellaneous Functions of Local Authorities and the Secretary of State)	<ul style="list-style-type: none"> - 검증된 정신건강 전문의(approved mental health professionals) 정의 및 권한 - 사후관리 (주거 및 간호 관리 관련 규정)
9장 범죄 (Offenses)	<ul style="list-style-type: none"> - 위조, 허위진술 등 - 환자에 대한 부당한 대우 - 지방정부에 의한 기소
10장 기타 조항 (Miscellaneous and Supplementary)	

*출처: Mental Health Act, (1983), UK Legislation
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>

2) 영국 정신보건법 내 비자의입원 관련 조항

(1) 정신보건법 제3조(치료를 위한 입원)(Admission for treatment)⁹⁾

① 제3조에 의해 입원 될 수 있는 사유

정신보건법 제3조에 의해 입원 될 수 있는 사유의 내용은 다음 표와 같다. 영국에서는 <표 4-2>의 모든 조항에 해당하여야만 제3조에 의한 입원이 가능하다.

9) 본 항목의 내용은 영국 정신건강 비영리단체인 리띵크(Rethink) 홈페이지 내 정신보건법 제3조에 관한 설명을 참고하였다.

<https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/mental-health-act-1983/>

〈표 4-2〉 제3조에 의해 입원될 수 있는 사유 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환을 겪고 있는 경우 - 병원에 입원해야할 만큼 충분히 건강하지 않은 경우 - 전문가들이 보았을 때, 당사자의 건강과 안전을 위해서, 또는 타자를 보호하기 위해서 병원에 입원해야 한다고 생각하는 경우 - 적절한 치료가 가능한 경우 - 비자의적 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우

② 제3조에 의한 입원 기간

제3조(치료를 위한 입원)에 의해 입원 되었을 때 우선 6개월까지 구금될 수 있다. 하지만 6개월을 꼭 채워야 하는 것은 아니며, 6개월 전에 의료진이 보았을 때 당사자가 충분히 괜찮아졌다고 생각한다면, 더 일찍 퇴원 할 수 있다. 그러나 의사가 판단하였을 때, 6개월이 지난 후에도 병원에 계속해서 입원해야 한다고 생각한다면, 입원을 다시 6개월 연장할 수 있다. 이후에도 더 입원이 필요하다고 판단되는 경우, 1년의 기간으로 연장이 될 수 있다. 의사가 입원 연장이 필요하다고 생각된다면, 입원 기간이 만료되기 2개월 전에 당사자를 평가해야만 한다.

③ 제3조에 의해 입원되는 경우 가질 수 있는 당사자의 권리

영국 정신보건법 제3조에 의거하여 당사자는 다음과 같은 권리를 가질 수 있다.

〈표 4-3〉 제3조에 의해 입원되는 경우 당사자의 권리 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 최소 6개월 입원 기간 중에 1회 트리부날(심판원)에 이의제기를 할 수 있음 - 입원이 연장된다면, 연장될 때마다 한 번씩 이의제기를 할 수 있음 - 당사자는 병원 관리자에게 퇴원을 요청할 수 있음 - 당사자는 IMHA에게 도움을 요청할 수 있음. IMHA는 귀하가 가지고 있는 권리를 이해할 수 있도록 지원하며, 귀하의 목소리가 들려질 수 있도록 도움을 줄 수 있음.

④ 제3조에 의해 입원된 경우 강제적 치료 관련 내용

제3조에 의해 입원 된 후 첫 3개월까지는 본인의 의지에 반하는 치료를 받을 수 있다. 3개월이 지난 이후에는, ‘second opinion approved doctor’(SOAD)가 특정 치료를 승인한 경우에만 본인의 동의 없이 치료를 제공할 수 있다.¹⁰⁾

electro-convulsive therapy(ECT)는 아무 드물게 일어나며, 특정 기준들이 충족되는 경우에만 사용될 수 있다.

⑤ 제3조에 의해 입원된 경우 퇴원 관련 내용

제3조에 의해 입원된 경우 다음에 의해 퇴원이 될 수 있다.

〈표 4-4〉 제3조에 의해 입원된 경우 퇴원 관련 내용 : 영국

내용
- 입원 당사자의 치료를 담당하는 전문가(‘책임 임상 의(responsible clinician)’라고도 함) 결정에 따라 퇴원
- 병원 운영진들(hospital managers) 결정에 따라 퇴원
- 귀하의 가장 가까운 가족(nearest relative)에 따라 퇴원
- 트리부널(tribunal) 결정에 따라 퇴원

제3조에 따라 입원된 이후 퇴원이 결정되면 당사자는 무상으로 애프터케어(사후지원, aftercare)를 받을 수 있다. 관련 내용은 영국 정신보건법 제117조(사후 지원)에 의해 이루어지며, 퇴원 이후 정신건강서비스는 ‘Care Programme Approach’에 따라 당사자에게 서비스를 제공한다.

(2) 정신보건법 제135조(환자 수색 및 이동에 대한 영장, Warrant to search for and remove patients)¹¹⁾

① 제135조가 사용될 수 있는 시기

제135제 명시되어 있는 영장(warrant)에 따라 경찰은 필요한 경우 당사자의 집에 강제로 들어갈 수 있는 권한을 가질 수 있으며, 이후 공인 정신건강전문가

10) 리링크(Rethink)는 이처럼 제3조에 의한 입원 경우 강제적 치료에 노출될 수 있는데, 그럴 때 담당 의사와 상의하는 것이 필요하고, IMHA의 도움을 받는 것도 하나의 방법이라고 권고하고 있다.

11) 본 항목에 대한 내용은 영국 NHS 사이트 내 정신보건법(Mental Health Act) 관련 내용, 그리고 리링크(rethink) 사이트 내 제135조에 대한 내용을 참고하였다.

<https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

<https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/section-135-of-the-mental-health-act/>

(approved mental health professional, AMHP)¹²⁾와 의사의 평가를 받기 위해 경찰에 의해 안전한 장소로 옮겨질 수 있다.

영국 정신보건법에 의거하여 응급상황에는 제135조에 명시된 영장을 활용하여 강제입원이 이루어질 수 있다. 여기서 ‘응급상황’은 ‘누군가가 자신이나 다른 사람들을 해칠 심각한 위험이 있는 것처럼 보이는 때’를 의미한다. 보다 구체적으로 제135조는 다음과 같은 두 가지 상황에서 사용될 수 있다.

〈표 4-5〉 제135조가 사용될 수 있는 시기 : 영국

내용
<p>1. 전문가들이 보았을 때 당신이 정신질환을 가지고 있다고 생각하면서, 동시에</p> <ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 사적인 장소(private place, 예를 들어 자신의 집)에 있을 때 - 당사자가 스스로를 돌볼 수 없을 때 - 당사자가 누군가에 의해 부당한 대우(treated badly)를 받고 있을 때 - 당사자가 보호자(carer)로부터 방치 당하고 있을 때 <p>2. 또는</p> <ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 사유지(private premise)에 있을 때 - 당사자가 정신보건법에 의해 병원이나 다른 시설에 입원되어 있지만, 허락 없이 그곳을 떠났을 때 <p>※ 당사자가 공공장소(public place)에 있는 경우에는 제135조에 의거하여 당사자를 강제로 데려갈 수는 없다. 당사자가 공공장소에 있는 경우 경찰은 제136조를 활용해야 한다. 제136조는 당사자가 공원이나 길거리 같은 곳에 있을 때 강제로 데려갈 수 있는 권한을 부여한다.</p>

② 제135조 신청 방법

공인 정신건강전문가(AMHP)가 당사자의 집에 접근하기 위한 영장을 치안법원(magistrates' court)에 신청해야 한다. AMHP는 다음과 같은 경우 영장을 요청할 수 있다.

12) AMHP는 정신보건법에 따라 치료를 받고 있는 사람들에게 도움과 지원을 제공하기 위해 특별한 트레이닝을 받은 정신건강종사자이다. AMHP의 역할에는 치료의 일환으로 어떤 한 사람을 강제입원을 해야 하는지 여부를 평가하는 것을 포함한다. AMHP는 또한 강제입원 되는 사람의 인권과 시민권이 유지되고 존중해야 할 책임이 있다. AMHP에는 사회복지사, 간호사, 작업치료사, 심리사 등이 포함되며 의사는 AMHP가 될 수 없다.

〈표 4-6〉 135조 신청방법 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 거주하고 있는 곳에, 정신건강전문가가 들어오는 것을 거절할 가능성이 높다고 판단할 때 - 당사자 혹은 당사자와 함께 거주하는 다른 사람이 폭력적이 될 위험이 있다고 보일 때 - 평가(assessment)가 완료되기 전에 다른 곳으로 떠날 수 있을 위험이 있을 때 - 당사자가 자해할 가능성이 있을 때 - 개와 같은 애완동물이 AMHP를 공격할 위험이 있을 때

제135조에 의거한 영장(warrant)은 경찰이 당사자의 집에 들어오는 것을 승인해주는 것이다. 이후 경찰은 당사자를 집에 머무르게 할 수도 있으며, 안전한 장소(place of safety)로 데려갈 수도 있다. 만약 당사자가 집으로 경찰이 들어오는 것을 허락하지 않는다면, 영장을 가지고 있는 경찰은 무력을 사용할 수도 있으며, 당사자의 집에 머물 수 있고, 당사자를 찾기 위해 집 안을 수색할 수도 있다. 경찰은 영장이 없으면 당사자의 허락 없이 집에 들어올 수 없기 때문에, 들여보내기 전에 영장을 보여 달라고 요청할 수 있다.

제135조 1항에 의거하여, 경찰은 정신건강전문가(AMHP, 의사 등)를 당사자의 집으로 데려와야 하며, 그들은 당사자가 병원에 입원해야 하는지를 결정하기 위해 정신건강 평가를 수행한다. 만약 정신건강전문가들이 평가 이후 당사자를 안전한 장소로 이동해야 한다고 결정한다면, 이유를 당사자에게 설명해야 하며, 이후 경찰이 그곳으로 당사자를 데려갈 것이다.

제135조 2항에 의거하여, 경찰은 정신건강전문가와 동행하지 않더라도 당사자의 집에 들어갈 수 있다. 하지만 경찰은 지속적으로 병원이나 사회서비스에 소속되어 있는 다른 전문가들과 함께 방문하기 위해 노력해야 한다.

③ 제135조에 명시되어 있는 ‘안전한 장소(a place of safety)’의 의미

제135조에서의 안전한 장소는 다음의 의미한다. 안전한 장소 중에서 경찰서는 다른 선택지가 불가능한 경우에만 사용해야 한다. 가령 당사자가 병원에 입원하고 있는 다른 환자들에게 위협할 수 있다고 판단되는 경우 경찰서로 이동하게 될 수 있다.¹³⁾

13) 리링크(Rethink)는 당사자가 강제로 경찰서로 가게 되는 경우 유의할 필요가 있다고 강조한다. 가령 당사자에게 경찰서로 가는 것이 어떤 잘못을 저질렀다는 이유가 아니라는 것을 명확하게

〈표 4-7〉 제135조에 명시되어 있는 안전한 장소의 의미 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 현재 거주하고 있는 곳 - 당사자가 알고 있는 누군가(친구, 가족 등)의 집 - 보건의로 환경, 예를 들어 병원 병동 혹은 accident and emergency(A&E) department - 경찰서

④ 제135조에 의한 구금 기간

제135조에 의해서는 24시간 동안 구금될 수 있으며, 이 시간 내에 AMHP 혹은 의사가 당사자를 평가해야 한다. 그러나 의사가 보았을 때 24시간 이내로 당사자의 정신건강평가를 완료할 수 없다고 판단하는 경우 구금을 12시간 더 연장할 수 있다. 즉 제135조에 의해 당사자는 최대 36시간 동안 안전한 장소에 구금되어 있을 수 있다.

⑤ 제135조에 의해 구금되는 경우 가질 수 있는 당사자의 권리

제135조에 의해 병원으로 입원하게 된 경우 당사자는 다음의 권리를 가질 수 있다.

〈표 4-8〉 제135조에 의해 구금되는 경우 당사자의 권리 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 병원에 입원하게 된 이유에 대해 설명 받을 권리 - 병원 입원에 관한 정보 제공 - 법적 자문을 요청할 수 있는 권리

제135조에 의해 경찰서에 구금되는 경우 당사자는 다음의 권리를 가질 수 있다. 당사자가 제135조에 의해 구금된 경우에는 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)에 이의제기할 권리는 없다. 즉 제135조에 의해 구금되는 경우 의견을 경찰에 직접 전달하는 것, 또는 법률 자문을 받는 것이 중요한 권리이다.

설명해야 하며, 경찰서로 가게 되더라도 의료적인 평가를 빠르게 받을 수 있도록 안내야 한다고 언급한다. 이후 가능한 한 빠르게 경찰서에서 더 적절한 장소(병원 등)로 이동되어야 한다고 강조한다. 또한 18세 미만 당사자의 경우 ‘안전한 장소’에 ‘경찰서’는 포함되지 않는다.

〈표 4-9〉 제135조에 의해 경찰서에 구금되는 경우 당사자의 권리 : 영국

내용
- 당사자가 경찰서로 구금된 이유에 대해 설명 받을 권리
- 변호사로부터 무료 법률 자문을 받을 수 있는 권리
- 적절한 보건의료전문가로부터 치료를 받을 수 있는 권리

⑥ 제135조에 의한 구금이 종결된 이후 상황

제135조는 최대 36시간 동안 당사자를 안전한 공간에 머무르게 할 수 있다. 이 기간이 종결된 이후 다음 중 하나의 상황으로 나아갈 수 있다.

〈표 4-10〉 제135조에 의한 구금이 종결된 상황 : 영국

내용
- 공인 정신건강전문가(AMHP)와 2명의 의사가 병원에 입원해야 한다고 결정할 수 있다. 아니면 당사자는 자의입원 환자로 병원에 갈 수도 있다. 아니면 정신보건법의 다른 조항에 따라 입원이 될 수도 있다.
- AMHP나 의사가 병원에 입원할 필요가 없다고 결정할 수 있으며, 당사자는 자유롭게 떠날 수 있다. 이후 지역사회서비스(e.g., 위기팀(crisis team), 지역사회정신건강팀(communitary mental health team, CMHT), 혹은 당사자의 GP 등)를 통해 당사자를 지원할 수 있지만, 이 서비스를 이용할지 여부는 당사자가 결정할 수 있다.
- 응급상황(emergency)인 경우에는 AMHP와 1명의 의사가 당신을 병원에 입원시키는 것이 허용될 수 있다.

(3) 정신보건법 제136조(영장 없이 이루어지는 정신질환자 이동 등에 관한 내용, Removal etc of mentally disordered persons without a warrant)¹⁴⁾

① 제136조가 사용될 수 있는 시기

제136조는 경찰에게 응급상황에서의 권한(emergency powers)을 부여하는 정신보건법의 한 조항이다. 경찰이 보았을 때 어떤 당사자가 정신질환을 가지고 있으면서, 공공장소(public place, 길거리 및 공원 등)에 있고, 즉각적인 도움(immediate help)이 필요하다고 판단하는 경우, 이러한 권한을 사용할 수 있다.

14) 본 항목에 대한 내용은 영국 NHS 사이트 내 정신보건법(Mental Health Act) 관련 내용, 그리고 리핑크(reshape) 사이트 내 제136조에 대한 내용을 참고하였다.

<https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

<https://www.reshape.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/section-136-of-the-mental-health-act/>

제136조에 의해 경찰은 정신건강 평가를 받게 하기 위해 당사자를 안전한 장소로 데려갈 수 있으며, 그곳에 구금시킬 수 있다. 경찰이 당사자를 공공장소에 머무르게 하거나, 다른 안전한 장소(135조에서 언급된 바와 동일함)로 데려가기 위해 의학적 증거가 필요하지는 않지만, 가급적 관련 전문가들(의사, 간호사, AMHP, 작업치료사, 응급의료원 등)에게 검토를 받는 것이 권고된다. 정신보건법 136조에 의거하여, 경찰은 다음 장소에 있을 때는 당사자를 데려갈 수 없다.

〈표 4-11〉 제135조가 사용될 수 있는 시기 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자의 집(위에서 언급한 것처럼 경찰이 자신의 집에 머무르고 있는 당사자를 강제로 데려가기 위해서는 정신보건법 제135조에 의거한 영장을 발급받아 활용해야 한다.) - 그 외 다른 사람의 집 - 집과 연결되어 있는 마당, 정원, 차고, 별채 등

② 제136조에 의한 구금 기간

제136조에 의거하여 당사자를 구금 할 수 있는 기간은 24시간이며, 이 기간 동안 의사는 가능한 한 빠르게 당사자의 정신건강을 평가해야 한다.

다음의 경우에는 24시간에서 최대 12시간까지 구금을 연장할 수 있다. 만약 제136조에 의해 경찰서로 가게 된 경우 경정급 이상의 경찰관이 연장에 동의해야만 연장이 가능하다.

〈표 4-12〉 제136조에 의한 구금기간 연장 조건 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 24시간 이내에 정신건강평가가 완료될 수 없는 경우 - 정신건강평가가 진행되고 있는 상황에서 24시간이 지난 경우

③ 제136조에 의한 입원된 경우 강제적 치료 관련 내용

정신보건법 136조에 따라 구금되면 증상에 대한 치료를 받을 수 있다. 하지만 정신과약물을 강제로 복용하게 하거나, 그 어떤 치료라도 강제로 시행할 수는 없다. 추후 정신보건법의 다른 조항에 따라 입원 형태가 변경된 경우(e.g. 제2조, 제3조, 제37조 등)에는 동의 없이 치료가 이루어질 수도 있다.

④ 제136조에 의한 구금이 종결된 이후 상황

제136조에 의해 구금된 이후 당사자는 AMHP와 면담을 진행하고, 의사의 평가를 받을 것이며, 이후 그들은 다음 중 하나로 결정할 수 있다.

〈표 4-13〉 136조에 의한 구금이 종결된 이후의 상황 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 더 이상 입원상태로 머무를 필요가 없다는 판단과 함께 지역사회로 돌아가도 좋다는 결정이후 당사자를 위해 GP, NHS, 지역사회서비스 등의 지원을 연결해줄 수도 있지만, 당사자가 원하지 않는다면 그러한 지원을 거부할 수도 있다. - 제136조에 의한 구금이 종결된 이후 자의입원을 권유할 수도 있다. 이후 병원 입원 여부는 당사자가 선택할 수 있다. - 그들은 정신보건법에 따라 귀하가 병원에 입원될 필요가 있다고 결정할 수도 있다. 당사자가 자신이나 다른 사람에게 심각한 위험이 있다고 생각할 때만 이러한 결정을 할 것이다. 이런 결정이 나더라도, 또 다른 의사가 입원이 필요하다는 것에 동의를 해야 한다. 응급상황의 경우, AMHP와 의사는 '또 다른 의사'의 동의 없이 귀하를 72시간 동안 병원에 머무르게 할 수 있다.

(4) 정신보건법 제2조(평가를 위한 입원, Admission for assessment) 및 제3조(치료를 위한 입원, Admission for treatment), 제5조(이미 병원에 입원해 있는 환자에 관한 조항, Application in respect of patient already in hospital)¹⁵⁾

비응급상황에서 이루어지는 영국의 비자의입원은 제2조(평가를 위한 입원)와 제3조(치료를 위한 입원)에 따라 진행될 수 있다. 또한 자의로 입원한 이후 퇴원을 요청할 때, 제5조(이미 병원에 입원해 있는 환자에 관한 조항)에 따라 퇴원이 연기될 수도 있다.

① 제2조(평가를 위한 입원)

응급상황은 아니지만, 주변 사람들(가족, GP, 돌봄자, 기타 전문가 등)이 어떤 당사자의 정신건강상태에 관하여 우려를 가지고 있는 경우 제2조에 의거하여 당

15) 본 항목에 대한 내용은 영국 NHS 사이트 내 정신보건법(Mental Health Act) 관련 내용, 그리고 리핑크(reshape) 사이트 내 제2조, 제5조에 대한 내용을 참고함.

<https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

<https://www.reshape.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/mental-health-act-1983/>

사자의 정신건강에 대한 공식적 평가를 요청할 수 있다.

당사자의 가장 가까운 가족(nearest relative)은 정신보건법에 따른 평가를 위해 지자체의 돌봄서비스(local social care services) 부서에서 운영하는 지자체 AMHP 서비스(local approved mental health professional service)를 요청할 권리를 가지고 있다. 이 공식적 절차에서, 평가를 위한 입원 필요성은 다음과 같이 이루어진다. 이 과정을 거쳐 정신보건법 제2조에 따라 입원 된 경우 최장 28일까지 입원이 이루어진다.

〈표 4-14〉 제2조 평가를 위한 입원 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 평가를 위한 입원 필요성은 통상적으로 3명의 전문가로 이루어진다. - 3명의 전문가는 일반적으로 다음과 같다. : 공인 정신건강전문가(AMHP) : 의사 1명(정신질환 평가 또는 치료에 특별한 경험을 가지고 있는 것으로 인증된 의사; '제12조에 의해 승인받은 의사(section 12 approved doctor)'라고 지칭됨) : 또 다른 의사 1명 - 가능하다면, 두 명의 의사 중 적어도 한 명은 이 전에 당사자와 만나본 경험이 있는 자가 권장된다. - AMHP는 지난 14일 내에 당사자를 만났던 경우에만 당사자를 강제로 입원하는 것에 동의할 수 있다. - 의사들은 당사자를 동시에 만나거나, 또는 서로 5일 이내 안에 보아야만 입원에 동의하는 것이 가능하다. - 만약 3명 모두 귀하가 구금될 필요가 있다는 것에 동의한다면, AMHP는 지역 병원(local hospital)에 정신과 병상을 요청할 수 있다. - 당사자의 가장 가까운 가족(nearest relative)도 강제입원을 신청 할 수 있지만, 이것은 거의 일어나지 않는다.

제2조(평가를 위한 입원)는 의사로 하여금 다음과 같은 작업을 수행하는데 필요한 시간을 제공하는 것에 목적이 있다.

〈표 4-15〉 제2조 평가를 위한 입원의 목적 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 어떤 유형의 정신질환을 가지고 있는 평가하는 것 - 당사자에게 치료가 필요한지 여부에 대해 판단하는 것 - 치료가 당사자의 건강에 어떤 영향을 미칠지에 대해 판단하는 것

제2조에 따라 입원되어 있는 동안 당사자는 다음과 같은 권리를 가질 수 있다.

〈표 4-16〉 제2조에 따라 입원한 당사자의 권리 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 입원 이후 14일까지 트리부날에 이의제기할 수 있는 권리 - 병원 운영진들에게 이의제기할 수 있는 권리 - IMHA를 만날 수 있는 권리

제2조에 의해 입원되어 있는 중 ‘주치의, 병원운영진, 가장 가까운 가족, 정신건강심판원’ 등에 의해 퇴원이 결정되는 경우 퇴원될 수 있다. 28일 입원하게 된 이후 제2조에 의한 입원 기간을 연장할 수는 없다. 만약 당사자가 동의하지 않지만, 주치의가 더 입원이 필요하다고 판단하는 경우 제3조에 의한 입원으로 전환되어야만 한다.

② 제3조(치료를 위한 입원)

제3조는 당사자가 정신질환을 가지고 있으며, 자타해 위험이 있으며, 비자의 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우 이루어진다. 제3조에 따라 최대 6개월까지 입원이 이루어질 수 있으며, 이 기간 동안 귀하의 진료를 담당하는 의사가 정기적으로 평가(assessments)를 수행하여 퇴원하는 것이 안전한지 여부와 더 치료가 필요한지 여부를 결정한다.

③ 제5조(이미 병원에 입원해 있는 환자에 관한 조항)

제5조는 의사나 간호사가 당사자가 퇴원하는 것을 막을 수 있도록 권한을 부여한다. 만약 당사자가 자의적으로 입원한 이후 퇴원의사를 표출하였지만, 의료진이 보았을 때 당사자의 상태가 좋지 않아서 퇴원하면 안 된다고 보는 경우 이 조항이 사용될 수 있다.

가령 당사자가 자의적으로 폐쇄병동에 입원생활을 하던 중 퇴원 의사를 표시한 경우, 의료진들은 다음 중 하나를 수행할 수 있다.

〈표 4-17〉 제5조에 근거하여 당사자가 퇴원 의사를 밝힌 경우 의료진의 수행사항 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 퇴원을 원할 때 퇴원시키는 것 - 제5조의 권한을 사용하는 것

만약 의료진이 제5조를 활용하지 않고 당사자의 퇴원을 막는다면 그것은 법률 위반이다. 제5조는 크게 두 가지, 즉 의사가 가질 수 있는 권한(제5조 2항)과 간호사가 가질 수 있는 권한(제5조 4항)으로 구분된다.

〈표 4-18〉 제5조 2항에 따른 의사가 가질 수 있는 권한 : 영국

내용
의사가 가지고 있는 '머무르게 할 수 있는 권한'(holding power) - 제5조 2항 - 의사는 당사자를 72시간까지 병원에 머무르게 할 수 있다. - 이를 위해 의사는 그 환자가 왜 병원에 계속 입원해있어야 하는지를 설명하는 보고서를 작성하고 이를 병원 관리자들에게 전달해야 한다. - 72시간 동안 AMHP와 의사는 가능한 한 빨리 당사자를 평가하여 제2조 혹은 제3조에 따라 입원되어야 하는지 여부를 확인해야 한다. - 72시간이 지난 후 이 권한을 갱신하거나 연장할 수는 없다.

〈표 4-19〉 제5조 4항에 따른 간호사가 가질 수 있는 권한 : 영국

내용
간호사가 가지고 있는 '머무르게 할 수 있는 권한' - 제5조 4항 - 정신건강간호사 혹은 발달장애간호사(mental health or learning disability nurse)는 다음과 같은 경우 최대 6시간까지 당사자를 병원에 머무르게 할 수 있다. 이 권한은 갱신하거나 연장할 수 없다. : 당사자의 건강 혹은 안전을 위해서, 또는 타자의 보호를 위해서 귀하가 병원에서 퇴원하는 것이 중지될 필요가 있다고 판단될 때 : 제5조 2항에 명시된 평가를 위한 의사를 찾을 수 없는 경우

제5조에 따라 병동에 머무는 기간 중에 제공되는 치료를 당사자는 거부할 수 있지만, 다음과 같은 경우 당사자의 동의 없이 치료가 이루어질 수도 있다. 즉, 당사자가 스스로 결정을 내릴 수 있는 능력이 있다면, 의료진은 당사자의 동의 없이 강제적 치료를 할 수는 없다.

〈표 4-20〉 당사자의 동의 없이 치료가 이루어지는 경우 : 영국

내용
- 해당 당사자가 치료에 대한 결정을 내릴 수 있는 정신적 능력(mental capacity)이 없다고 판정되는 경우 - 치료를 받는 것이 당사자의 최선의 이익(best interests)이라고 판단되는 경우

3) 영국 정신보건법 내 이의제기 및 IMHA 관련 내용¹⁶⁾

강제입원이 되었더라도, 그 누구나 정신보건법 제5부(Mental Health Review Tribunal)에 근거하여 정신건강심판원(MHT, mental health tribunal)이나 병원운영자들에게 이 결정에 대해 이의제기할 권리가 있다. MHT는 정신질환자의 퇴원 여부를 결정할 수 있는 독립적 기관이다. 당사자가 정신병원에 강제입원 된 후 퇴원을 원하는 경우 직접 MHT에 신청할 수 있다. 혹은 법적대리인(legal representative), 가장 가까운 가족(nearest relative)의 자격을 지닌 자는 당사자를 대신하여 MHT에 신청할 수 있다.

신청이 접수되면 대면심사가 이루어져야 한다. 일반적으로 법조인, 정신과전문의, 일반인 등을 포함하는 3인으로 구성된 위원회가 환자(신청자)에 대해 대면심사를 진행하며 21일 안에 환자의 비자의 입원 지속 여부에 관해 결정을 내려야 한다. 심판원은 정부로부터 독립되어 있으며 결정을 내리기 전에 양측의 주장을 잘 들은 후 판단한다. 지역사회치료명령(community treatment order), 병원에서 '조건부 퇴원(conditional discharge)'에 달려 있는 조건을 변경하고자 하는 경우에도 심판원에 신청할 수 있다.

제2조(평가를 위한 입원)에 의해 입원된 경우 14일 이내로 심판원에 신청이 가능하며, 제3조(치료를 위한 입원)에 의해 입원된 경우 6개월 이내로 심판원에 신청이 가능하다.

또한 정신보건법 제2조 혹은 제3조에 의거하여, 강제로 입원된 경우 독립적 정신건강옹호자(independent mental health advocate)를 이용할 권리가 있다. 입원한 병동에 있는 간호사 혹은 병원 운영진에게 옹호서비스 이용에 대해 문의할 수 있다. 병원 직원들은 당사자가 입원한 이후 가능한 한 빨리 IMHA로부터 도움을 받는 방법에 대해 알려주어야 한다.

독립적 정신건강옹호자는 당사자가 가진 권리를 이해하는데 도움을 줄 수 있으며, 당사자가 현재 입원되어 있는 상황에서 불만족하는 부분에 대해 도움을 줄 수

16) 본 항목에 대한 내용은 영국 NHS 사이트 내 정신보건법(Mental Health Act) 관련 내용, 그리고 영국 정부 홈페이지 내 정신건강심판원에 대한 내용을 참고하였다.

<https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

<https://www.gov.uk/mental-health-tribunal>

도 있다. IMHA는 또한 당사자가 받아야 하는 치료를 이해하는데 도움을 줄 수 있다. IMHA는 병원 직원들로부터 독립되어 있다. 다음과 같은 경우에는 IMHA의 도움을 받을 수는 없다.

〈표 4-21〉 IMHA의 도움을 받을 수 없는 경우 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 응급 입원(제4조) - 정신보건법 제5조에 의해 입원되어 있을 때 - (정신보건법 제135조 혹은 제136조에 따라) 경찰권 하에 안전한 장소에 머무르고 있는 경우

또한 정신보건법이 적용되는 방식에 불만이 있는 경우 돌봄질위원회(Care Quality Commission; CQC)에 불만을 제기할 수도 있다.

4) 영국 정신보건법 내 퇴원 및 사후지원 관련 내용¹⁷⁾

영국 정신보건법은 퇴원 후 사후관리에 대한 조항을 두고 있다. 제8조 117항(after-care)에 따르면 제3조, 제37조, 제45조, 제47조 혹은 제48조에 의해 이루어진 비자의입원 또는 치료를 받은 환자에게 지방정부와 지역 NHS가 다양한 사회서비스를 무상으로 제공해야 한다.

제공되는 서비스에는 주거, 직업, 무료 처방, 그리고 낮병원 등 다양한 서비스가 포함될 수 있다. 제공서비스에 대해 세부적인 사항은 없지만, 사회서비스가 정신건강 상의 욕구를 충족시켜야 하며 증상이 악화되어 재입원하는 확률을 낮추는 것을 목표로 해야 한다. 이는 비자의입원 환자의 재입원을 방지하며, 지역사회 내에서 회복할 수 있도록 지방정부와 지역 NHS에게 책임을 부여하여 탈원화를 위한 지역사회기반 서비스 확충을 권고한 것으로 볼 수 있다.

17) 본 항목에 대한 내용은 영국 NHS 사이트 내 정신보건법(Mental Health Act) 관련 내용, 그리고 리명크(rethink) 사이트 내 퇴원에 관한 내용, Care Programme Approach(CPA)에 관한 내용, 제117조(애프터케어)에 관한 내용을 참고하였다.

<https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>

<https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/care-programme-approach-cpa/>

<https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/mental-health-laws/section-117-aftercare/>

(1) 정신보건법 내 퇴원에 관한 내용

강제입원된 이후 퇴원은 다음의 방식으로 가능하다.

〈표 4-22〉 강제입원된 이후 퇴원의 방식 : 영국

내용
- 당사자의 주치의가 퇴원을 결정하는 경우 - 당사자의 가장 가까운 가족(Nearest Relative, NR)이 퇴원을 결정하는 경우 - 정신병원 운영진이 퇴원을 결정하는 경우 - 정신건강심판원이 퇴원을 결정하는 경우

강제입원 이후 입원 기간이 만료되고, 입원 연장이 이루어지지 않은 경우 퇴원할 수 있다. 이 상태에서 자의적 환자로서 병원에 계속해서 머무를 수도 있다. 이는 ‘비공식적 환자’(informal patient)라고 지칭되기도 한다.

만약 어떤 사람이 제2조 혹은 제3조에 따라 강제입원된 경우 그 사람의 가장 가까운 가족(NR)은 그 당사자를 퇴원시킬 수 있다. 가장 가까운 가족(NR)은 최소 72시간 전에 그 환자에 대한 퇴원 요청을 서면으로 병원 운영진들에게 전달해야 한다. 이 상황에서 환자의 주치의는 그 사람이 자신이나 타인에게 위험할 수 있다고 생각한다면, 가장 가까운 가족(NR)이 퇴원을 요청해도 막을 수 있다. 이런 경우 만약 그 당사자가 제3조에 의해 입원되어 있는 상황이라면 그 사람의 가장 가까운 가족(NR)은 정신건강심판원에 퇴원을 요청할 수 있다.

〈표 4-23〉 영국 정신보건법 상 가장 가까운 가족의 정의 : 영국

내용
- 영국 정신보건법 제26조는 누가 가장 가까운 가족이 될 수 있는지 설명한다. Nearest Relative은 정신보건법에서 사용되는 법적 용어로, 최근친(next of kin)이라는 용어와 다른 의미를 지닌다. 다음 순서대로 '가까운 가족'으로 정의된다. 1. 남편, 아내, 또는 동거인(civil partner) 2. 아들 혹은 딸 3. 아버지 또는 어머니 4. 형제 혹은 자매 5. 조부모님 6. 손자 7. 삼촌 또는 이모 8. 조카

(2) Care Programme Approach (CPA)

어떤 사람이 병원에 입원하는 즉시 보건의로 전문가들은 그 당사자에 대한 퇴원계획 및 애프터케어 계획 구축을 시작해야 한다. 당사자가 병동에서 퇴원하기 전에 지역사회 내 케어 욕구를 충족할 수 있는 돌봄 계획(care plan)을 수립해야 한다. 병동에 입원되어 있는 상태에서 당사자는 관련 전문가들과 만나서 자신이 가지고 있는 욕구에 대해 논의할 수 있으며, 원하는 경우 당사자의 가장 가까운 가족(Nearest Relative) 혹은 다른 보호자가 미팅에 참여할 수 있다.

정신보건법으로 강제입원 된 많은 사람은 퇴원 후 Care Programme Approach (CPA)를 통해 지원을 받게 된다. CPA는 2차 정신건강서비스에 의해 사용되는 돌봄 패키지(package of care)이다. 당사자는 케어 플랜을 구축한 이후, 케어 코디네이터와 연결되어 지역사회 내 사회복지서비스를 계획할 수 있다. 모든 케어 플랜에는 위기 계획(crisis plan)이 포함되어야 한다.

CPA는 2차 정신건강서비스(secondary mental health services)에 의해 사용되는 서비스 패키지(package of care)로, 당사자의 정신건강 회복을 지원한다. CPA를 이용하기 위해서는 우선 케어 코디네이터(care coordinator)를 만나고, 케어 플랜(care plan)을 구축해야 한다.

〈표 4-24〉 케어 코디네이터가 하는 일 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 케어 코디네이터는 당사자의 케어(서비스)를 조정하고 모니터링하는 사람이다. 당사자가 필요로 하는 케어는 케어 플랜에 기재되어야 한다. - 케어 코디네이터는 일반적으로 사회복지사, 지역사회 정신건강간호사(communitary psychiatric nurse, CPN), 작업치료사 등이다. 귀하는 케어 코디네이터와 정기적으로 만나야 하며, 케어 코디네이터는 다음을 수행해야 한다. <ul style="list-style-type: none"> : 케어 코디네이터는 다른 보건 전문가들과 함께 당사자의 욕구(needs)를 평가한다. : NHS 및 기타 서비스가 당사자가 가진 욕구를 어떻게 충족시킬지 보여줄 수 있는 케어 플랜을 작성한다. : 케어 코디네이터는 정기적으로 당사자의 플랜을 검토하여 진행 상황을 체크한다. : 당사자의 케어 플랜에는 케어 코디네이터가 명시되어 있어야 하며, 당사자는 케어 코디네이터와 정기적으로 접촉해야 한다.

〈표 4-25〉 케어 플랜에 포함되는 내용들 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자의 케어 플랜에는 매일 어떤 지원을 받게 될 것인지, 그리고 누가 그것을 제공할 것인지 등이 명시되어 있다. 여기에는 전문가들뿐만 아니라 당사자에게 도움을 제공하는 친구나 가족 등이 포함될 수도 있다. - 당사자의 케어 플랜에 들어가는 내용들은 당사자의 욕구와 바람(needs and wishes)에 따라 달라진다. 다음 사항들이 케어 플랜을 구축할 때 고려될 수 있다. <ul style="list-style-type: none"> : 약물치료 및 부작용 : 테라피 : 신체적 건강 관련 욕구 : 경제적 문제 해결 지원 : 조인 및 지원 : 일상생활 과업을 지원하는 직업치료사 : 고용, 교육, 훈련 등에 대한 지원 : support worker의 지원 : 주거 지원 : 가사 지원, 외출 지원 등 사회복지서비스 : 가족 및 보호자를 포함하는 개인적 사정에 관한 부분 : 자신 혹은 타자에 대한 위험 : 마약 혹은 알코올 관련 문제

특정 당사자를 담당하는 정신건강팀이 더 이상 CPA 수준의 지원이 필요하지 않다고 판단하면 종결된다. 케어 코디네이터는 케어 플랜을 검토할 때마다 CPA 지원이 필요한지 여부를 판단한다. 정신건강팀은 특정 당사자의 CPA를 종결하기 전에 당사자 및 보호자와 함께 위험사정(risk assessment)을 해야 한다. CPA가 종결되기 전에 케어 코디네이터는 다음 사항을 준비해야 한다.

〈표 4-26〉 CPA 종결 전 케어코디네이터가 준비해야할 사항 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 욕구에 대한 평가 - 케어를 다른 전문가에게 넘기는 것. 일반적으로 귀하의 GP 혹은 정신과의사 - 전문가 및 귀하의 보호자와 정보를 공유하는 것 - 검토, 지원, 후속 조치(follow-up) 등이 필요한 경우 이를 위한 계획을 작성하는 것 - 추후 건강이 나빠지는 경우 무엇을 해야 하는지, 누구에게 연락해야 하는 등의 정보 제공

(3) 정신보건법 제117조(애프터케어, aftercare)

영국 정신보건법에 따라 병원에 구금된 일부 사람들은 퇴원할 때 무료로 애프터케어를 받을 수 있다. 이것은 소위 제117조 애프터케어(aftercare)라고 불린다.

정신보건법 제3조, 제37조, 제45조, 제47조, 제48조에 따라 병원에 입원된 경우에는 제117조에 의거한 애프터케어를 받을 수 있다. 입원 정신질환자가 필요로 하는 한 정신건강서비스 및 복지서비스는 무상으로 제공된다. ‘애프터케어’는 당사자의 정신건강 어려움(mental health condition or conditions) 때문에 그 사람이 가지고 있는 욕구를 충족하지 못하는 경우, 당사자의 상태(질환)가 악화될 가능성이 적어, 병원에 다시 입원할 필요가 없다고 판단될 때 받을 수 있다.

제117조는 당사자가 퇴원할 때 시작된다. 하지만 병원 직원들은 당사자가 병원에 입원하는 순간부터 입원환자의 애프터케어 계획 구축을 시작해야 한다. 정신보건법에 따라 다음의 입원의 경우 무료로 애프터케어를 받을 수 있다.

〈표 4-27〉 무료 애프터 케어 대상자 : 영국

내용
- 제3조에 의거하여 치료를 위해 병원에 입원한 경우
- 제47조, 제48조에 따라 교도소에서 병원으로 이송된 경우
- 제37조, 제45조에 의거하여 법원에 의해 병원 입원 명령을 받은 경우

정신보건법의 다른 조항에 따라 병원에 입원했다면 무상으로 애프터 케어를 받을 수 없다. 당사자의 애프터케어는 다음 기관에 의해 관리된다. 임상 그룹(CG, Clinical Group)은 일반의(GP, General Practitioner)와 의료 및 비의료 배경을 가진 기타 전문가들로 구성된 그룹이다. 임상배분그룹(CCG, Clinical Commissioning Group)은 입원환자가 거주 지역에서 어떤 서비스를 이용할 수 있는지를 결정한다.

〈표 4-28〉 애프터케어 관리 기관 : 영국

내용
- 지자체 사회서비스 담당부서(local social services authority)
- 거주 지역의 NHS ‘clinical commissioning group’ (CCG)

애프터케어로 어떤 서비스를 받을 수 있는지에는 제한이 없다. 하지만 서비스는 제공되는 서비스는 당사자의 정신건강 어려움에 대한 욕구를 충족시켜야 하고, 당사자의 정신건강 어려움이 더 나빠질 가능성을 감소시켜서, 병원에 다시 입원할

필요가 없도록 해야 한다. 보다 구체적으로 애프터케어를 통해 당사자는 다음과 같은 서비스를 이용할 수 있다.

〈표 4-29〉 애프터케어에서의 서비스 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 특정 유형의 주택, - 재가서비스 혹은 주간센터(day centre) 서비스 - 지원 고용(supported employment) 서비스 - 또한 정신과약물치료를 무료로 처방받을 수 있다. 귀하의 케어 코디네이터는 귀하가 요청하는 경우 무료로 처방을 받을 수 있도록 조치해줄 수 있다.

당사자의 정신건강은 다양한 방식으로 영향을 미칠 수 있다. 예를 들어 스스로 무언가를 하는 것이 어렵다는 것을 발견할 수도 있다. NHS와 사회서비스(social service)는 당사자로 하여금 이런 것들을 할 수 있도록 도와주는 서비스를 제공한다. 애프터케어 플랜에는 다음과 같은 것들이 포함될 수 있다.

〈표 4-30〉 애프터케어에서의 서비스 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> - 당사자가 살아야 할 곳 - 어떤 치료를 받게 될 것인지 - 주간(낮)에 무엇을 할 것인지 - 어떤 서비스가 잘 지낼 수 있도록 도움을 줄 수 있는지 - 일하러 가거나 공부하는데 도움을 줄 수 있는 것 - 마약이나 알코올 사용에 필요한 도움 - 가족과 연락을 유지하거나, 자녀를 키우는데 도움이 될 수 있는 것들 - 위기상황에 놓였을 때 도움이 될 수 있는 것들 - 복지혜택 및 재정 관리 등에 도움이 될 수 있는 것들

NHS와 social services는 제117조에 따라 필요한 기간 동안 무상으로 애프터케어를 해야 한다. 퇴원 이후 기분이 나아지더라도, 그 상태를 유지하기 위해서는 지속적으로 애프터케어 서비스가 필요할 수도 있다. 애프터케어가 종료되기 위해선, 정신질환자 주소지 지역 의료배분그룹(clinical commissioning group:CCG. 잉글랜드 NHS 소속 부서)과 지역 사회복지부서(social services authority)가 더 이상 애프터케어 서비스가 필요 없어도 괜찮다고 결정할 때이다.

5) 실천강령(Code of Practice)에서의 통신·면회, 격리/강박, 외출 자유 관련 내용

(1) 실천강령 8: 사생활, 안전, 그리고 존엄

실천강령은 정신보건법 제118조에 따라 보건부장관이 작성하여 의회에 제출하는 것으로 정신보건법상의 실무가들이 준수하여야 할 지침이다. 실천강령 8의 사생활, 안전, 그리고 존엄에서는 통신 및 면회의 자유에 관한 내용을 다루고 있다. 해당 강령에 따르면 가족 및 친구와의 의사소통은 환자의 치료에 필수적이며, 병원은 전화, 모바일, 이메일 등을 통해 환자가 가족 및 친구와 연락을 유지하는데 모든 노력을 기울여야 한다. 또한 휴대 전화 및 기타 전자장치의 경우 비디오 및 음성 녹음 기능을 포함하고 있으므로, 다른 환자 및 방문객의 존엄과 프라이버시를 방해하지 않는 수준에서 환자가 이를 이용할 수 있도록 조치를 취해야 한다.

(2) 실천강령 25: 물리적 구속

실천강령 25에서는 물리적 구속 제한의 정의와 구체적인 방법에 대해 명시하고 있다. 실천강령 25에 따르면 ‘물리적 구속은 행동통제의 주된 목적으로 사람의 신체 또는 신체의 일부의 움직임을 방지, 제한하는 억제하기 위한 장치의 사용을 가리키는 제한적 개입의 한 형태’로 정의되며, 다른 형태의 구속방법을 안전하게 사용할 수 없는 경우에만 예외적으로 사용되어야 한다. 또한 물리적 구속은 다학제적 협의에 따라 승인되어야 하며 환자에게 정신건강옹호자(IMHA)가 있는 경우에는 협의에 포함되도록 해야 한다. 기계적 구속이 보장될 수 있는 상황, 적용할 기기 유형, 상황을 축소하기 위한 지속적인 시도 방법 및 신체적 또는 정서적 외상이 발생할 가능성을 줄이기 위해 필요한 특별 조치가 상세히 설명되어야 한다.

물리적 구속을 적용하는 직원은 이에 대한 적절한 교육을 받아야 한다. 또한 교육을 받은 간호사는 물리적 구속 기간 동안 15분 마다 상황을 살펴야 하며, 구속이 시작된 최소 1시간 후에는 승인된 의사의 진료를 받고, 이후 적어도 4시간마다 승인된 의사의 검토가 이루어져야 한다. 검토는 개인이 가능한 한 편안함을 보장해야 하며 환자의 신체적 및 정신적 건강 상태에 대한 완전한 평가를 포함해야 한다.

(3) 실천강령 27: 외출의 자유

실천강령 27에 따르면 병원에 구금된 환자는 외출 및 외박이 허용된다. 집에서

주말을 보내거나 주간 시간에 상점을 갈 수 있으며, 이때 환자는 법의 권한 하에서 활동하게 된다. 환자의 건강이나 안전을 위해 또는 타인의 보호를 위해 필요한 경우에는 병원으로 소환될 수 있다.

2. 정책과 운영 체계

1) 정신의료기관 및 입원 현황

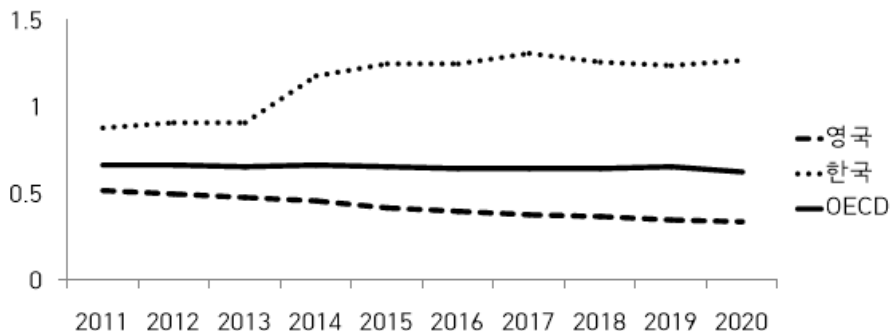
(1) 정신의료기관 병상수 변화 추이

아래 영국, 한국, OECD의 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 추이를 나타낸 표와 그림이다. OECD 병상 수 변화 추이와 유사하게, 영국의 정신의료기관 병상 수는 해마다 감소하여 유지되는 상태이다. 반면, 한국의 병상 수는 2015년까지 증가 추세를 보이다가 이후에는 증가와 소폭의 감소를 반복하는 것으로 나타났다.

〈표 4-31〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
영국	0.52	0.5	0.48	0.46	0.42	0.4	0.38	0.37	0.35	0.34
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24	1.27
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66	0.63

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-1] 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD

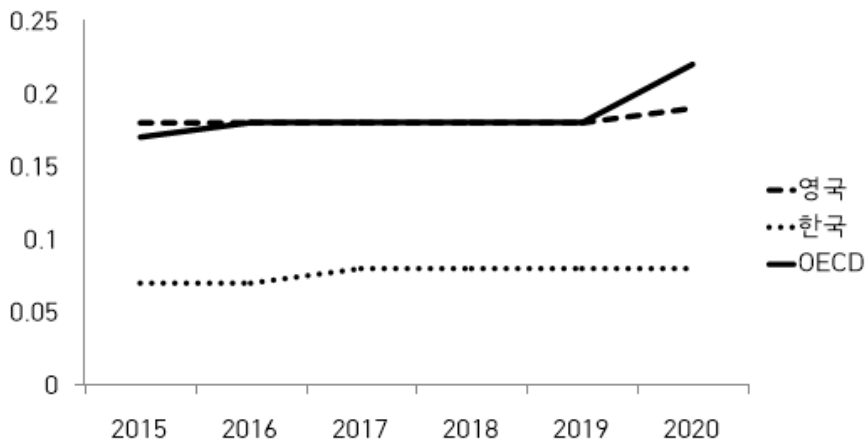
(2) 정신의료기관 인력 변화추이

정신의료기관 인력 변화 추이를 영국, 한국, OECD 순으로 살펴본 결과는 아래와 같다. OECD 전체 국가의 경우 인구 1,000명당 정신과 전문의 수가 2015년 0.17에서 2016년 0.18로 소폭 증가하여 유지되는 추세를 보이다가 2020년 0.22로 다시금 증가하는 형태를 보였다. 영국은 2015년부터 OECD 평균과 유사한 0.18을 유지하다가 2020년 0.19로 소폭 증가하였다. 한국의 경우 이보다 훨씬 적은 0.07~0.08을 기록하고 있다.

<표 4-32> 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
영국	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.19
한국	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18	0.22

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-2] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD

(3) 입원 기간 변화 추이

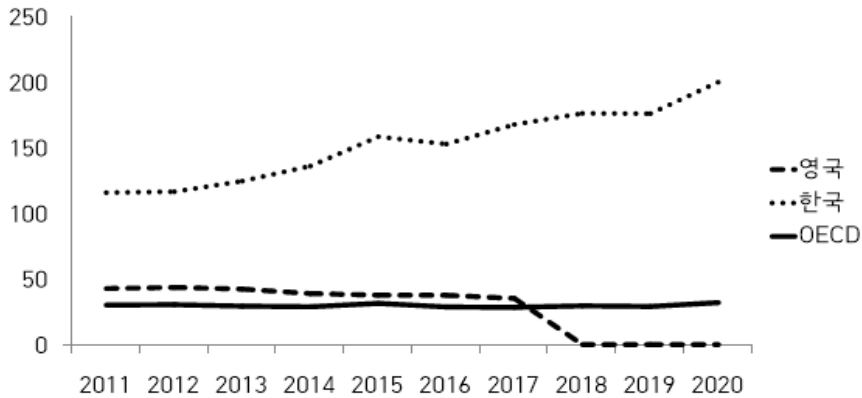
인구 100,000명당 정신 및 행동장애 진단 환자 입원기간 추이를 영국, 한국, OECD 순으로 살펴본 결과는 아래와 같다. 먼저 OECD 평균을 살펴보았을 때

2011년부터 2019년까지는 28~30일 폭 안에서 변화하는 모습을 보였으나, 2020년 32.5일로 증가하였다. 영국의 경우 2011년에는 42.7일로 OECD평균과 비교하였을 때 다소 긴 입원기간을 보였지만, 점차 감소하여 2017년에는 35.2일을 기록하였다. 반면, 한국의 경우 2011년 116.1일에서 2020년 200.4일로 꾸준히 상승하는 추세이다.

〈표 4-33〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
영국	42.7	43.6	42.3	38.9	37.7	37.6	35.2	-	-	-
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1	168	176.5	176.3	200.4
OECD	30.6	30.9	29.8	29.3	31.9	29.2	28.9	30.0	29.5	32.5

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-3] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

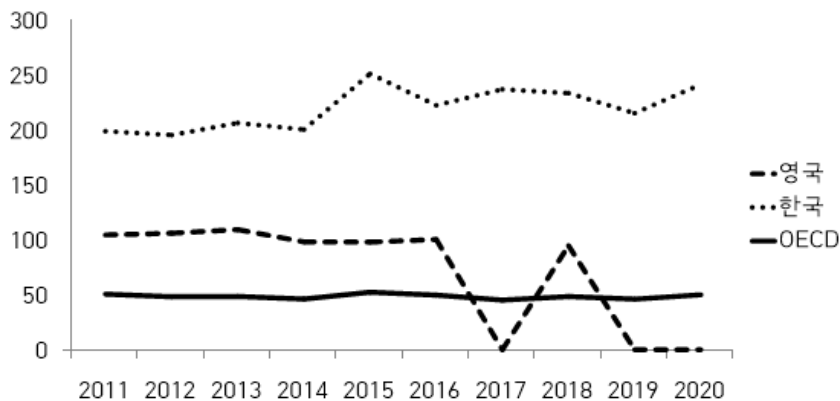
조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간 추이를 살펴본 결과는 다음과 같다. 입원기간은 정신 및 행동장애 진단환자 전체 평균 입원기간 보다 다소 높은 수준이었다. OECD 평균을 살펴보았을 때, 최소 46.1일에서 최대 50.7일까지 증가와 감소가 반복되는 양상을 보였다. 영국의 경우에도 OECD 평균과 유사하게 증가 및 감소하는 양상을 보였지만 가장 최근 조사된 2018년에는 94.8일이

라는 최저점을 기록하였다. 한국의 경우 2011년 199.7일부터 지속 증가 추세를 보여 2020년에는 242.3일의 입원 기간을 기록하였다.

〈표 4-34〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
영국	104.5	106.1	109.4	98.2	98	100.4	-	94.8	-	-
한국	199.7	196.2	207.2	201.2	251.9	223.3	237.8	234.3	216.1	242.3
OECD	50.7	48.3	48.6	46.2	52.4	49.8	45.3	48.5	46.1	50.1

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



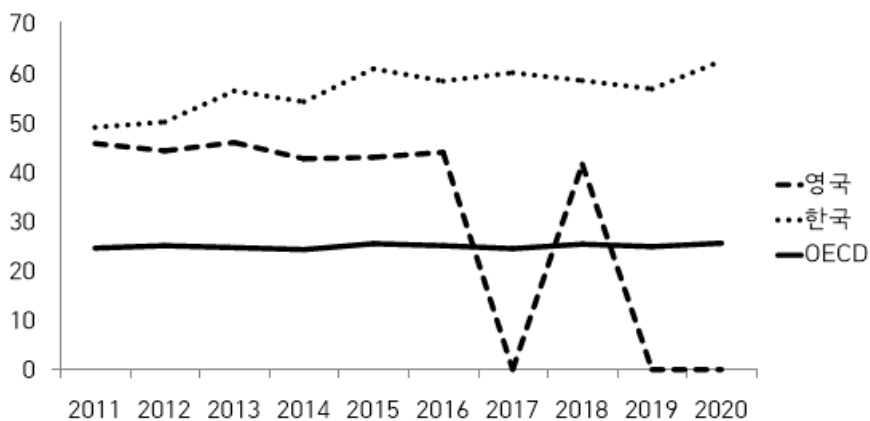
〔그림 4-4〕 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

기분장애 진단 환자 입원 기간의 경우 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 보다 짧은 추세를 보인다. OECD 평균은 24~25일을 웃돌고 있으며, 2018년에는 25일의 입원기간이 유지되는 추세이다. 영국의 경우 이보다 높은 수치인 41.7일~46.1일로 나타났으며, 2018년에는 가장 최저점인 41.7일로 나타났다. 한국은 2011년 49일에서 증감을 반복하며, 2020년 62.5일로 최장기간을 나타냈다.

〈표 4-35〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
영국	45.9	44.4	46.1	42.8	43.1	44.1	-	41.7	-	-
한국	49	50.1	56.4	54.2	60.9	58.4	60.1	58.5	56.8	62.5
OECD	24.7	25.2	24.8	24.4	25.6	25.2	24.6	25.5	25.0	25.7

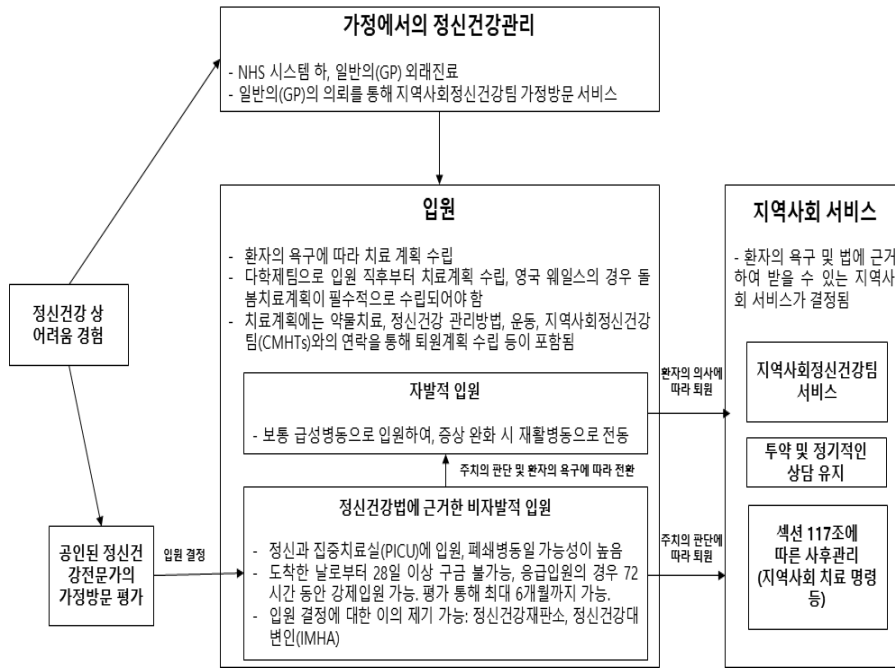
*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-5] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 영국, 한국, OECD

2) 정책 및 운영체계

영국에서의 정신건강 상 어려움을 경험하는 사람은 대부분 일반의(GP, General Practitioner)의 치료를 받는다. 일반의에 의해 더 높은 수준의 치료와 필요하다고 판단되는 경우 정신과 전문의를 통한 치료가 요구된다. 이때 주기적으로 외래치료를 받거나, 필요한 경우 자발적으로 입원 혹은 정신보건법에 근거하여 비자의적 입원을 하게 된다. 정신의료기관은 이용자의 정신건강 상태에 따라 급성 병동(Acute Wards), 재활 병동(Rehabilitation Wards), 전문 병동(Specialist Wards) 및 정신과 집중치료실(Psychiatric Intensive Care Units; PICU) 등으로 구성된다. 영국에서 정신건강 상 어려움을 경험할 때 받게 되는 서비스와 입원 운영체계는 다음 그림과 같다.



*출처: 영국 케어홈 홈페이지에서 제공하는 '정신의료기관 입원' 관련 내용에 근거하여 저자 정리.
<https://www.carehome.co.uk/advice/admission-to-mental-health-hospitals>

[그림 4-6] 입원 운영 체계 : 영국

(1) 입원 정책 및 운영체계

① 가정에서의 정신건강관리(Mental health care at home)¹⁸⁾

영국에서 정신건강상 어려움을 경험하는 사람들은 1차적으로 NHS 시스템 하에 서비스를 제공하는 일반의(GP)의 진료를 받는다. 이 과정에서 만약 가정에서 정신건강관리가 필요하다고 판단되면, 일반의(GP)의 의뢰를 통해 지역사회정신건강팀(Community mental health teams: CMHTs)의 서비스를 받을 수 있다. 지역사회정신건강팀(CMHTs)은 작업치료사, 정신과 의사, 사회복지사, 지역정신과 간호사로 구성된 다학제 팀이며 18-65세의 영국 시민을 대상으로 가정방문 정신건강서비스를 제공한다. 만약 환자가 65세 이상이면 노인정신건강팀(Older Adult Mental Health Team)의 서비스를 받을 수 있다.

18) <https://www.homecare.co.uk/advice/mental-health-care-at-home>

② 정신의료기관 입원(Admission to mental health hospitals)¹⁹⁾

입원 초기에는 평가 및 치료를 위하여 급성 병동에 입원하게 된다. 급성 병동에는 다양한 진단을 받은 환자, 자발 및 비자발 입원환자가 치료를 받고 있는 곳이다. 이곳에서 급성기 증상에 대한 치료가 완료되면 재활병동과 같은 다른 적절한 병동으로 옮기거나 퇴원하게 된다. 재활병동에서는 환자의 지역사회복귀를 준비하는 곳으로 작업치료와 같은 자립프로그램을 시행하고 있다. 만약 입원초기에 타해의 우려가 있는 경우 1983년 정신건강법(Mental Health Act 1983)에 근거하여 정신과 집중치료실(PICU)에 입원하게 될 수 있으며, 정신과 집중치료실의 경우 폐쇄병동일 가능성이 높다. 만약 이용자에게 범죄 이력이 있거나, 섭식장애 등 특별한 돌봄 혹은 관리가 요구되는 경우에는 전문 병동에 입원하게 된다.

일반적으로 입원을 하게 되면 환자의 필요에 따라 치료 계획이 수립된다. 적어도 한명의 정신과 의사, 간호사, 때로 심리사 등 다학제팀과 함께 치료 계획을 수립한다. 치료 계획에는 약물치료 계획, 정신건강상태 관리방법, 작업치료, 운동, 지역사회정신건강팀(CMHTs)과의 연락을 통해 퇴원 이후의 치료 계획 수립 등이 포함된다.²⁰⁾

가. 자발적 입원(Voluntary admission to mental health hospitals)

정신과 병원에서 자유의지로 정신질환 및 장애에 대한 치료를 받는 경우, 이에 대한 자격을 갖추려면 병원 입원에 대한 결정을 이해하고 치료에 동의할 수 있는 능력이 있어야한다. 만약 가정에서 정신건강관리를 받다가 입원치료가 필요하다고 판단되는 경우 지역정신건강팀(CMHTs)과 병원에 함께 내원할 수 있다. 이외에도 일반의(GP), 지역위기팀의 의뢰를 통해서도 입원이 가능하며, 직접 지역의 정신의료기관에 연락하여 입원 할 수도 있다. 자발적으로 입원하였을 때 환자는 언제든지 퇴원을 요청할 수 있다.

나. 정신건강법에 근거한 입원(Admission under the Mental Health Act)²¹⁾

자발적으로 정신과 입원 치료가 필요하다고 판단하지 않더라도 1983년 정신건

19) <https://www.carehome.co.uk/advice/admission-to-mental-health-hospitals>

20) <https://www.carehome.co.uk/advice/what-is-it-like-to-be-hospitalised-for-mental-health>

21) <https://www.carehome.co.uk/advice/what-happens-when-you-get-sectioned>

강법(Mental Health Act 1983)에 근거하여 병원에 입원하게 될 수도 있다. 일반적으로 의사가 병원에서 긴급하게 치료해야 한다고 평가하는 경우, 타인을 위협에 빠뜨리는 경우 비자발적 입원(sectioned)을 하게 된다. 비자발적 입원의 시작은 가장 가까운 가족, 일반의(GP), 상담가 또는 경찰과 같은 복지 및 안전 관련 전문가의 요청을 통해 이루어지며, 요청을 받는 경우 두 명의 의사와 공인된 정신건강 전문가(Approved Mental Health Professional; AMHP)인 총 세 명의 의료전문가가 입원이 필요한 당사자를 평가하기 위해 가정으로 방문한다. 코로나 바이러스법 2020에 따라 최근에는 AMHP와 한명의 정신과 의사의 동의하에 비자발적 입원이 이루어질 수 있다.

정신건강법에 근거하여 도착한 날로부터 28일 이상 구금 될 수 없으며, 응급 입원의 경우 72시간 동안만 강제입원이 가능하다. 한번 입원 평가가 이루어진 후에는 최대 6개월까지 강제입원이 가능하다. 비자발적 입원 후 주치의에 의해 충분히 치료가 이루어졌다고 판단되면 병원의 다른 병동이나 전문 클리닉으로 대부분 자발적으로 이동하거나, 퇴원하게 된다. 단, 투약을 유지하거나 정기적으로 상담을 받아야 할 수도 있으며, 필요한 경우 가정에서 정신건강 관리를 받을 수 있다. 다음으로는 비자발적 입원 시 중요한 역할을 하는 공인된 정신건강전문가와, 비자발적 입원 결정에 대한 이의제기 방법에 대해 조금 더 상세하게 살펴보도록 하겠다.

a. 공인된 정신건강전문가(Approved Mental Health Professional; AMHP)²²⁾

이러한 공인된 정신건강전문가(AMHP)는 2007년 정신건강법에 따라 도입되었다. 정신건강법 상에 강제입원할 수 있는 법적 조항에 있어 AMHP가 핵심적인 역할을 한다. 구체적으로 AMHP는 법원을 통해 입원 결정이 내려지는 사람들을 제외하고, 입원할 필요가 있는지 결정을 내리는 역할을 한다. 환자의 주치의가 강제입원에 대해 권고를 할 수는 있지만, 최종 결정은 AMHP의 결정에 따른다. AMHP는 강제입원을 최대한 지양하기 위해 약물복용을 하거나, 지역사회서비스에서 돌봄을 받을 수 있는 짧은 시간을 우선적으로 제공한다. AMHP는 환자 권리

22) Derbyshire county council.

<https://www.derbyshire.gov.uk/site-elements/documents/pdf/social-health/health-and-wellbeing/mental-health-and-wellbeing/mental-health-assessments/the-role-and-duties-of-approved-mental-health-professionals.pdf>

보호와 치료와 관련하여 정의롭고 공정한 결정을 내리기 위해 의학적 지식 뿐 아니라 관련 법적 절차, 사회문화적 상황 등을 고려한다.

AMHP의 구성원이 되기 위해서는 관련 전문 교육을 받아야하며, 법에 대한 심층적인 지식도 갖고 있어야 한다. 평가 받는 사람들의 권리를 보호하기 위해 관련 지식을 활용하고, 의료모델에 대항할 수 있으며, 사회적 관점 하에 사람들을 살펴볼 수도 있다. AMHP는 정신건강법 뿐만 아니라 인권법, 정신능력법과 같은 다른 법률에 대한 지식활용도 요구된다. 의사들과 의견을 달리하고 병원 입원에 대한 대안을 모색 및 제안하는데 도움을 준다.

b. 비자발적 입원 결정에 대한 이의제기방법과 지원 서비스

정신건강법에 따라 비자발적 입원을 한 경우 비자발적 입원 결정에 이의를 제기(section lifted)할 권리가 있다. 만약 그럼에도 비자발적 입원이 이루어진다면 이에 대해 다시 항소를 할 수 있다. 정신건강심판원이 아닌 이 사건 항소를 담당하는 법원(High Court)에서 비자발적 입원이 되지 않아야 하는 구체적 이유와, 이에 대한 의학적 증거를 제시해야 한다. 항소에는 늘 법률지원이 가능하지는 않다. 또한, NHS 민원 처리 과정(NHS Complaints procedure)을 통해 비자발적 입원의 부당함을 무료로 주장할 수 있지만, 이를 통해 퇴원할 수 있는 가능성은 거의 없다.²³⁾ 영국 잉글랜드와 웨일즈에서 이의를 제기하는 구체적인 방법은 다음과 같다.

〈표 4-36〉 비자발적 입원 결정에 대한 이의제기 방법 : 영국(잉글랜드, 웨일즈)

비자발적 입원 결정에 대한 이의제기 방법
<ul style="list-style-type: none"> • 임상직(responsible clinician)에게 비자발적 입원에 대한 이의를 제기하고 퇴원을 요청 • 병원 관리자(Hospital Managers)에게 요청. 정신건강옹호자(Independent mental health advocate; IMHA)가 이를 지원할 수 있음 • 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)에 재판을 요청. 정신건강법의 조항에 따라 비자발적 입원을 하는 경우 이를 요청할 권리가 있음. 정신건강변호사가 청문회에서 당사자를 대리할 수 있도록 법률지원이 제공됨 • 가장 가까운 가족(nearest relative)에게 요청 • 만약 치료명령지시로 입원을 하게 된 경우 법무부 장관(the Secretary of State for Justice)에 퇴원을 요청

*출처: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/getting-my-section-lifted/>

23) <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/getting-my-section-lifted/>

■ 정신건강옹호자(Independent mental health advocate; IMHA)

특히 비자발적 입원 기간 동안 환자의 권리를 지원할 수 있는 서비스는 정신건강옹호자(Independent mental health advocate; IMHA)이다. 정신건강대변인은 1983년 정신건강법에 따라 시행되는 서비스이며 정신건강법 4, 5, 135, 136 조항을 제외한 비자발적, 자발적입원 환자들이 이용할 수 있다. 구체적으로 후견인, 조건부퇴원, 지역사회치료명령(CTO), 전기치료요법(ECT)와 같은 특정 치료법 시행에 대해 환자와 논의하고 이를 대변하여 의료진에게 이야기할 수 있다.²⁴⁾

■ 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)²⁵⁾

비자발적으로 입원한 환자는 퇴원에 대한 심문을 신청할 권리가 있다. 필요한 경우 정신건강변호사나 환자와 가장 가까운 가족이 심판원에 퇴원을 신청할 수도 있다. 심판원에 신청하는데 특별히 비용이 들지 않으며, 정신건강변호사 선임을 위해 드는 비용도 지원된다. 패널은 총 3명, 판사(패널의 의장), 의료 관련 위원(신청한 환자가 입원한 병원에 소속되지 않은 의사), 관련 경험이 있는 전문가로 구성된다. 심문의 진행은 참석은 환자 혼자서도 가능하지만 정신건강공인변호사를 선임하거나 가족·돌봄제공자·옹호인처럼 신뢰하는 사람이 대표하여 심문에 참석할 수도 있다. 병원은 해당 지역에서 이용할 수 있는 무료 법률정보에 대한 정보를 제공해야 하고, 병원 직원이 재판을 신청하고 준비하는데 도움을 줄 수 있어야 한다.

정신건강심판원 심문은 환자가 입원한 병원에서 개최되지만, 병원과는 완전히 독립적으로 운영된다. 코로나 바이러스 유행기간 동안에는 화상 통화를 활용하여 원격으로 심문이 개최되고 있다. 심문이 환자가 치료를 받고 있는 병원·병동에서 이루어진다. 심문이 이루어지는 병동은 다음과 같은 조건을 가져야 하며, 환자·변호사·함께 있는 가족 등이 함께 논의할 수 있는 별도의 공간이 있어야 한다. 심문을 열기에 적합하지 않다고 판단되는 경우에는 대체 장소를 논의하여 결정해야한다.

24) <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/legal-glossary/#IndependentMentalHealthAdvocate>

25) <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/mental-health-tribunal/>

〈표 4-37〉 정신건강심판원 개최 공간 규정 : 영국

정신건강심판원 개최 공간 규정
<ul style="list-style-type: none"> • 사적이고 조용한 • 깨끗하고 적절한 크기의 방, 가구가 배치 되어 있음 • 다른 환자에 대한 정보는 없음 • 비디오 카메라와 같은 장비가 없음. 환자가 걱정스러워하는 장비가 방안에 있으면 이를 방에서 뺄 수 있도록 요청할 수 있음

*출처: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/mental-health-tribunal>

심판원은 일종의 법원이지만 실제 법원보다 더 비공식적인 느낌을 준다. 변호사와 심판원 위원은 가운과 같은 옷을 입지 않는다. 코로나 바이러스로 인해 비대면 심문이 열리면 모든 사람이 컴퓨터 화면 앞에 앉아서 참여하며, 대면으로 개최되는 경우에는 모든 사람이 관련 보고서와 서류가 있는 테이블에 앉아 진행한다. 심판원 위원 이외에도 간호사, 심판원에 보고서를 보낸 모든 전문가, 가장 가까운 친척 등도 참석할 수 있다. 심문의 과정은 다음과 같다.

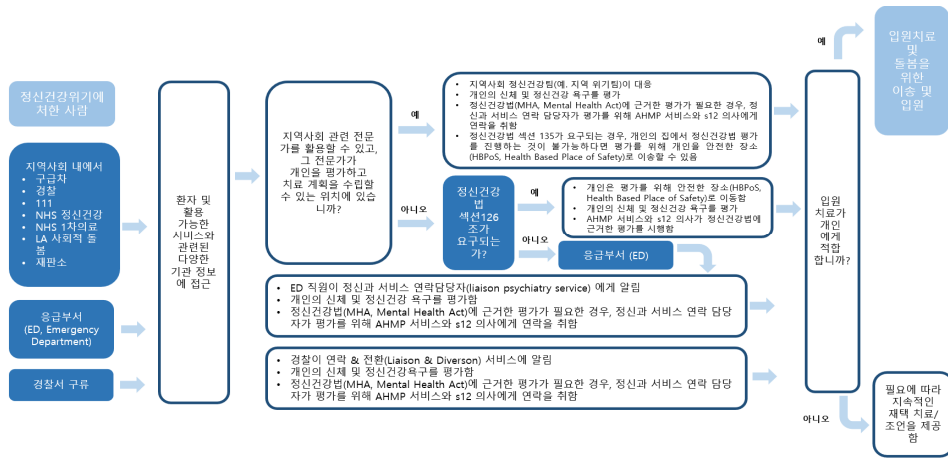
〈표 4-38〉 정신건강심판원 심문 개최 과정 : 영국

정신건강재판소 청문회 개최 과정
<ul style="list-style-type: none"> • 위원장은 위원을 소개하고 올바른 증인이 참석했는지 확인함. 청문회가 무엇인지 간략하게 설명 할 수 있음 • 일반적으로 위원 중 의료 관련 전문가가 청문회 전에 환자를 본 적이 있다면 회의에 대해 이야기할 것임 (코로나 바이러스 상황으로 인해 사전 만남은 현재 이루어지지 않고 있음) • 책임있는 임상사, 간호사, 사회복지사는 각 위원들과 환자의 변호사로부터 질문을 받게됨. • 그런 다음 위원들과 이야기 할 수있는 기회가 주어짐. 환자의 변호사가 먼저 몇 가지 질문을 할 수 있으며, 위원들이 환자에게 질문을 할 것임 • 가장 가까운 친척이나 가족 또는 돌봄제공자가 참석 한 경우 위원회는, 퇴원 이후 생활이나 퇴원에 대한 의견 등을 질문할 수 있음 • 환자의 변호사는 사건을 위원들에게 요약하여 설명하고, 환자가 원한다면 비자발적 입원을 하지 않아야하는 이유(section should be lifted)를 이야기할 것임

*출처: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/mental-health-tribunal>

③ 위기상황에서의 입원 과정

정신건강상 위기상황에 있는 경우 입원을 위해 제공되는 서비스 과정은 다음 그림과 같다.



*출처: NHS England. (2019). Access to mental health inpatient services in London(all ages). p11. 저자 번역.

[그림 4-7] 정신건강위기상황에서의 입원과정 개괄 : 영국

(2) 입원중, 퇴원 정책 및 운영체계

정신의료기관에 입원한 환자는 입원직후부터 퇴원 이후 생활에 대한 돌봄 계획을 수립하게 된다. 만약 정신건강법 섹션 117조에 근거한 일부 조항에 따라 비자의적 입원을 하게 된 경우에는 무료로 사후관리서비스를 받을 수 있다.

① 돌봄계획(Care Planning)²⁶⁾

퇴원 이후 이루어질 돌봄에 대한 계획은 입원 중에서도부터 수립되기 시작한다. 보통 영국의 정신의료기관에서 퇴원하는 사람들 대부분은 돌봄계획사정(Care Planning Access; CPA)시스템에 따라 돌봄 계획이 수립되며, 영국 웨일스의 경우에는 퇴원한 모든 사람들에 대한 돌봄치료계획(Care Treatment Plan; CTP)이 수립되어야 한다. 이러한 CTP는 정신과 의사, 정신과 간호사, 사회복지사 또는 다른 의료전문가가 제공한다. 이러한 계획에는 구체적으로 퇴원 후에 어떤 돌봄이 필요할지, 주거, 지원자, 주간활동서비스에 대한 내용이 포함된다. 이러한 서비스 계획 수립에는 당사자의 선호가 반영되어야 하며, 가족이나 돌봄제공자도 참여해

26) <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/care-planning/#WhatIsTheCareProgrammeApproachEngland>

야한다. 돌봄 계획은 어려움이나 욕구 뿐만 아니라 강점에도 초점을 맞춰야한다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 4-39〉 돌봄계획(Care Planning)의 서비스 및 내용: 영국

구분	내용
지원 가능한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • CPA 돌봄 코디네이터의 지원 • 환자의 욕구 평가, 욕구에 근거하여 지원할 수 있는 모든 서비스를 고려한 위기계획을 포함하는 서면 돌봄 계획 • 적어도 연간 1회는 지원받는 모든 서비스에 대한 검토를 수행 • 정신건강대변인(옹호자) 지원 필요성 고려, 돌봄제공자 지원 필요성 사정
돌봄계획에 포함되는 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 약물치료를 포함한 정신, 신체적 건강을 위해 필요한 의학적 치료 • 위기상황에서 필요한 지원 • 알코올 및 마약 문제로 발생할 수 있는 모든 사항에 대한 대처 • 가족, 돌봄 제공자를 포함한 환자의 개인적인 상황 • 재정 상황, 주거 상황, 고용, 교육 등 요구사항

*출처: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/care-planning/#WhatIsTheCareProgrammeApproachEngland>

특정 입원 유형으로 입원하였다가 퇴원한 경우 영국 정신건강법 제117조에 따라 사후관리를 무료로 받을 수 있는 권리가 있고, 이에는 건강, 사회복지, 주거와 같은 서비스도 포함된다.

② 정신건강법 섹션 117조에 근거한 비자의적 입원에 따른 사후관리(After Care)²⁷⁾

영국의 잉글랜드와 웨일즈의 경우 정신건강법에 근거하여 입원 후 퇴원을 하였을 때 무료로 사후관리 서비스를 받을 수 있다. 아울러 섹션 117에 따라 무료 전문 주거시설에 제공될 수 있으며, 경우에 따라 이러한 시설을 선택하여 거주할 수 있지만 차액을 지불하고 이용해야하는 경우도 있다. 이러한 서비스를 제공해야 할 책임은 영국의 임상 커미셔닝 집단이나 영국 각 지역(웨일즈 등) 지역보건위원회, 지역사회서비스당국(구금 되기 전에 환자가 살았던 지역의 기관)에 있다. 구체적인 대상과 서비스 내용은 다음과 같다.

27) <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/section-117-aftercare/>

〈표 4-40〉 섹션 117조 사후관리 서비스 대상: 영국

구분	내용
서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 섹션 3조에 따른 치료를 위해 • 섹션 37조에 따른 병원 명령에 따라 • 제47조 또는 제48조에 따라 교도소에서 이송된 후 • 섹션 45A에 따른 병원 지시 아래 • 지역 사회 치료 명령 (CTO)로 입원하여 퇴원 • 조건부 퇴원으로 제한된 환자
서비스 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 의료 • 사회복지 및 고용서비스 • 지원주거 • 사회, 문화, 종교적 욕구 관련 서비스- 단, 정신건강 상태가 악화되는 위험을 줄이는데 도움이 되는 • 약물치료(무료제공)

*출처: <https://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/leaving-hospital/section-117-aftercare/>

섹션 117 사후관리 서비스는 환자 당사자에게 더 이상 서비스가 필요하지 않고 만족스러운 삶을 영위할 때까지 제공한다. 또한, 사후관리를 받고 있음에도 정신 건강이 악화되기 시작하면, 서비스를 중단하고 입원치료를 고려해야한다. 영국 정신건강법에는 ‘사후관리가 필요하지 않은 시점’을 결정하기 위한 명확한 규칙은 없다. 중요한 것은 환자 당사자가 서비스를 중단하기로 결정한 것에 대해 명확한 이유를 제시할 수 있어야하며, 서비스 종결 전에 당사자의 욕구를 재평가하여 정말 서비스가 종결되어도 괜찮은 상황인지 논의한다.

만약, 사후관리서비스에 문제가 있는 경우 서비스 이용자가 여러 방법을 통해 이의를 제기할 수 있다. 가장 쉬운 방법은 돌봄 코디네이터(간호사, 사회복지사, 다른 정신건강 종사자)에게 문제를 논의하고 해결하는 방법이며, 만약 건강 관련 서비스에 문제가 있는 경우 각 서비스에 대한 문제제기 절차를 따라 항의할 수 있다. 만약 지방당국이 제공하거나 지불한 사회복지서비스 이용 과정에서 문제가 발생하였다면 지방당국에서 제공하는 절차에 따라 항의를 해야한다. 만약 이러한 처리 방식에 만족하지 않으면 지방정부 ombudsman에게 조사를 요청할 수도 있다. 마지막으로 사법적 이의를 제기할수도 있다. 사법적 이의는 이의 제기를하기로 결정한 3개월 이내에 제기 해야 하며, 사법검토 청구에 대한 서면 의사를 전달하는 것만으로도 결정을 재고하도록 설득할 수 있지만, 이러한 방식을 위해서는 변호사

의 지원을 받아야한다. 변호사 고용을 위한 법률 지원도 받을 수 있다.

3. 입원 중 좋은 치료방법: NHS 동료지원근로자(NHS Health careers: Peer support worker)²⁸⁾

NHS는 공식적으로 정신건강문제를 경험한 당사자를 동료지원근로자(Peer support worker)로 고용하고 있다. 동료지원근로자들은 자신의 경험을 바탕으로 정신건강서비스를 받는 사람 및 가족을 지원한다.

1) 역할 및 지원서비스 내용

동료지원근로자의 주요 역할은 정신건강 및 복지지원에 대한 접근성과 가용성을 높이는데 있다. 동료지원근로자의 지원 서비스는 지원하는 동료지원근로자에 따라 차이가 있지만 보통 아래의 내용을 포함한다. 이는 현 영국 정부의 우선순위 사업 중 하나이며 관련 공식 교육 프로그램이 개발되고 있다.

〈표 4-41〉 동료지원근로자의 지원서비스 내용: 영국

내용
<ul style="list-style-type: none">• 서비스 이용자 또는 환자를 일대일로 지원• 개인이 목표를 개발하도록 지원• 돌봄 계획에서 당사자를 지원• 당사자가 활동에 참여하도록 지원• 집단 동료지원• 당사자가 회복 계획을 수립할 수 있도록 지원

*출처: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles-psychological-therapies/peer-support-worker>

2) 요건

동료지원근로자가 되기 위한 핵심 요건은 일하고자 하는 서비스에 대한 관련 일상경험을 하였고, 유사한 경험을 통해 타인을 지원하고자 하는 욕구가 있으며,

28) <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles-psychological-therapies/peer-support-worker>

이를 위해 다른 사람들과 일하는 방법에 대한 교육을 받을 수 있어야한다. 동료지원가는 자신의 생생한 경험을 활용하고 이를 긍정적인 방식으로 적절히 공유할 수 있어야 하며, 또한 환자 및 이용자를 지원하는 과정에서 대화 및 서면으로 작성하는 의사소통 능력이 필요하다. 요구되는 특성 및 기술은 아래와 같다.

〈표 4-42〉 동료지원근로자에게 요구되는 특성 및 기술: 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 개방성, 진실성 그리고 친밀함 • 좋은 의사소통 기술 혹은 이를 발전시키고자 하는 의지 • 긍정적인 방식으로 생생한 경험을 활용할 수 있는 능력 • 자신만의 개인적인 회복 여정의 인지 • 팀의 일원으로 일하고자 하는 의지

*출처: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles-psychological-therapies/peer-support-worker>

3) 근무 장소 및 함께 일하는 사람

동료지원근로자는 공식 및 비공식 세팅 모두에서 일한다. 비공식적인 장소는 지역 드롭인(drop-in) 및 카페일수도 있고, 제3섹터 및 민간 단체와 협력할수도 있다. NHS로부터 자금을 지원받는 NHS신탁 및 정신건강대변인과 같은 공식적 세팅에서 동료지원을 제공하는데 조금 더 중점을 둔다. 이러한 세팅에는 위기 상황에 있는 환자를 위해 제공하는 서비스, 형사 사업 및 회복 서비스가 포함될 수 있다.

동료지원 근로는 병원 및 지역사회에서 정신건강문제를 경험하는 다양한 사람들과 함께 일한다. 간호사, 사회복지사, 치료 및 의사와 같은 팀의 다른 구성원과도 협력해야한다. 일부 서비스에서는 돌봄제공자, 가족 및 친구와 함께 일하게 될 수도 있다.

4. 정신의료기관 인증평가체계

영국의 정신의료기관 인증평가체계는 크게 보건 및 돌봄서비스의 질을 평가하는 돌봄질위원회(CQC, The Care Quality Commission)의 평가가 존재한다.

그리고 NHS에서는 보건의료기관을 모니터링을 하고 있다.

1) 돌봄질위원회(The Care Quality Commission)

돌봄질위원회의 평가는 2009년부터 시작되었다. 이전에는 영국의 국가돌봄기준위원회(National Care Standards Commission(NCSC))에서 사회적 돌봄서비스 수준의 향상을 목적으로 평가를 시행하였는데, 2004년 CSCI(Commission for Social Care Inspection)가 분리되어 나오면서 CSCI가 사회적 돌봄서비스의 질 평가를 전담하였고, 2009년에는 보건 및 돌봄서비스에 대한 평가로 통합되어 CQC가 평가를 맡게 되었다(이봉주 외, 2012). 또한, 2009년 영국 공공병원(NHS trust)의 서비스 평가를 담당하는 영국의 건강돌봄위원회(Healthcare Commission)라고도 알려진 의료 감사 및 검사위원회도 NHS 치료 평가에 대한 책임을 CQC에 이양하게 되었다.²⁹⁾ 이에 영국의 공공 및 민간 정신의료기관, 정신건강서비스에 대한 평가 책임이 있는 곳은 CQC라 할 수 있다.

CQC는 정신건강 및 성인 사회복지에 대한 영국의 독립적인 공공 감독 기관이다. 위원회는 건강 및 사회복지서비스가 사람들에게 양질의 돌봄을 제공하도록 서비스를 모니터링하고 검사하고 감독하며, 서비스가 개선되도록 권장한다. 평가 대상이 되는 기관은 NHS 및 사립 병원, 요양원, 클리닉, 재택의료서비스, GP서비스, 지역사회정신건강서비스에 해당한다. 돌봄질위원회는 몇 가지 필수 표준을 활용하여 치료가 허용 가능한 표준 이하로 떨어졌는지에 대한 평가를 시행한다. CQC는 29개의 필수 기준(Essential Standards) 중 16개의 핵심 필수 기준(Core essential standards)로 서비스를 등록 및 평가해왔으며, 2022년 5월을 기준으로 홈페이지에公示된 기본적 기준(The fundamental standard)은 아래 표와 같다. 위원회는 2023년까지 본 평가 기준을 유지할 것이라 하였다.

29) <https://www.gov.uk/government/organisations/healthcare-commission>

〈표 4-43〉 돌봄질위원회의 평가 기본 표준 : 영국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 사람중심치료(Person-centred care) • 존엄성과 존중(Dignity and respect) • 동의(Need for consent) • 안전(Safety) • 학대로부터 보호(Safeguarding service users from abuse and improper treatment) • 영양 및 수분공급(Meeting nutritional and hydration needs) • 부지 및 장비(Premises and equipment) • 불만접수 및 조치(Receiving and acting on complaints) • 좋은 거버넌스(Good governance) • 인력 배치(Staffing) • 적합하고 적절한 자원(Fit and proper persons employed) • 솔직함의 의무(Duty of candour) • 등급 평가에 관한 요구사항(Display of ratings)

*출처: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards>

뿐만 아니라 평가 결과를 이용자들에게도 공시하고, 평가 결과에 근거하여 기관에 필요한 조치를 권고한다. 건강돌봄과 사회서비스를 제공하는 모든 기관은 연 1회 이상의 평가를 받아야하고, 1차치료서비스의 경우 2년에 1회 이상의 평가를 받아야한다. 평가는 4점 기준으로 이루어지며 평가 등급의 종류는 아래와 같다.

〈표 4-44〉 돌봄질위원회의 평가 등급 : 영국

구분	내용
뛰어난(Outstanding)-녹색, 별	• 서비스를 매우 잘 수행하고 있음
좋은(Good)-녹색	• 서비스를 잘 수행하고 기준에서 기대하는 바를 충족하고 있음
개선(Requires improvement)-노란색	• 개선이 필요함. 서비스가 제대로 수행되지 있지 않음. 서비스 개선에 대한 방법을 알려줌.
부적절한(Inadquate)-붉은색	• 서비스가 제대로 수행되고 있지 않음. 이에 서비스 운영자나 조직에 대해 조치를 취함.
해당 없음/항소/등급평가 중지(No rating, under appeal/rating suspended)-회색	• 평가할 수없는 서비스 혹은 일부는 공급자의 항소로 평가가 중단된 것을 의미함. 일시적으로 평가가 중단된 부분은 위원회가 검토 중인 내용이며 곧 게시 될 예정임.

*출처: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/ratings>

2) NHS의 모니터(Monitor)³⁰⁾³¹⁾

NHS는 1948년 설립 이래로 모든 사람에게 무료 의료서비스를 제공하는 것을 목표로 하고 있다. NHS는 변화하는 환자의 요구를 제한된 예산 안에서 수용할 수 있는 새로운 전략을 모색해야 하는 압박을 받고 있으며, 이에 구 정부들은 NHS의 조직을 변화하는 방식으로 이에 대응하여 왔다. 이러한 변화 중 하나가 NHS 재단 신탁을 받는 것이고, 병원, 정신건강 신탁 등은 NHS의 일부이지만, 일부 관리 감독을 받음으로써 운영에 있어서의 자유를 얻게 되었다. 이러한 NHS 재단 신탁을 관리 감독하는 것이 NHS 모니터이다.

NHS의 모니터는 NHS 재단 신탁을 관리·감독하기 위해 2004년에 설립되었고, 2012년 보건 및 사회보장법(The Health and Social Care Act 2012) 개정에 따라 모니터의 권한을 확대하였다. NHS 재단 신탁의 독립 감독 기관으로서 영국의 의료서비스를 이용하는 이용자의 이익을 살피고, 환자의 이익을 보호 및 증진하는데 있다. 모니터 과정에서는 환자의 이익이 우선시 한다. 또한, 이 과정에서 경제적으로 효율 및 효과적인 의료서비스 제공을 촉진면서 서비스 질을 유지 또는 향상해야 한다. 모니터의 또 다른 목적은 NHS에서 직접서비스를 제공하는 사람들이 자신이 제공하는 서비스의 질을 지속적으로 개선할 수 있도록 하며, NHS가 이용할 수 있는 최대한 많은 자원을 활용하여 환자에게 더 나은 돌봄을 제공할 수 있도록 하는 데 있다.

모니터는 돌봄질위원회(CQC)와 NHS England, NHS Trust Development Authority(TDA) 및 Healthwatch 뿐만 아니라 보건부 및 시장경제와도 긴밀히 협력한다. NHS의 모든 서비스 제공자들이 서비스 기준을 충족할 수 있도록 TDA와 협력하고, CQC가 승인한 NHS 서비스 공급자에게 라이선스를 부여한다. 예를 들어, CQC가 NHS 재단 신탁의 서비스가 부적절하다고 판단되는 경우, 서비스 향상을 위해 지속적인 성과를 모니터링한다. 모니터는 서비스 이용자격을 관리하는 규정을 구축 및 규제한다. 환자의 선택 권리, 구매 불량, 부적절한 경쟁으로 인해 환자들이 손해를 입지 않도록 한다. 모니터는 또한 건강과 사회적 돌봄 간의

30) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/326396/About_Monitor__July_2014.pdf

31) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/326396/About_Monitor__July_2014.pdf

더 나은 통합에 대한 의무를 갖고 있다. 연구 및 분석을 통해 서비스의 효과성을 평가하고 더 나은 서비스 제공 방식을 장려한다.

NHS 모니터 지침에서는 모니터 시기, 모니터를 통한 조치, 제재 부관 결정방법, 시행 조치를 취할 때 모니터가 따르려는 과정에 대해 설명하고 있다. NHS 모니터링의 시행권한과 그에 따른 모니터링 내용은 아래와 같다.

규제전략	공식적 조치	집행 이행 (섹션 106)	재량 요건 (섹션 105)	섹션 111에 근거한 새로운 자격 조건	섹션 111 이후, 지시 및 직권의 일시 중단 및 무효화	증급자 자격 취소(섹션 89)	결정법 (섹션 72)
가이드스 항목							
2.2 우선순위 부여	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.3 공식적 혹은 비공식적 조치	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2-3.4 임의 요건 부과			✓	✓	✓	✓	
3.5 집행 승인		✓					
4.2.1 사례개시	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2.2 조사	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2.3. 시혜 업데이트	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2.4 시행 착수		✓					
4.2.5 임의 요건			✓				
4.3 면허 취소절차						✓	
4.4 법 섹션 111에 따른 적용				✓	✓		
4.5 결정법에 근거한 조사							✓
5 의사결정	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 항소권		✓	✓			✓	✓

*출처: Monitor. (2013). Enforcement Guidance. p7. 저자 번역.

[그림 4-8] NHS 모니터링의 시행 권한 : 영국

제2절 호주

1. 빅토리아주 정신보건법

1) 빅토리아주 정신보건법 1986(Mental Health 1986)(강상경 외, 2021)

빅토리아주에서는 1986년 정신장애인의 최선의 이익 보장을 목적으로 정신보건법 1986(Mental Health Act 1986, MHA 1986)이 통과되어 시행되었다. 이 법을 초기에 도입할 때에는 많은 논란이 있었지만, 임상에 기초하여, 온정주의 관점에서 정신장애인의 자·타해 위험을 예측하고, 사전적 위험을 예방하는 것을 강조하는 측면이 있었다. MHA 1986의 도입 과정을 보면, 이미 대형 정신병원들의 폐쇄, 그리고 입원치료에서 지역사회로의 돌봄 및 치료로 전환이 이루어지는 과정에서 나타났고, 이러한 실무 관행들을 공식화하는데 초점이 맞춰졌다(Rees, 2009).

이러한 배경은 입원치료보다는 지역사회 치료명령(Community Treatment Order, CTO)을 통해 덜 제한적인 환경에서 치료가 가능하도록 하였다(Anfang & Appelbaum, 2006).

다음 <표 4-45>는 빅토리아주 MHA 1986의 정신보건법의 구성이다. 총 7장, 143개의 조항으로 구성되어 있다.

<표 4-45> 호주 빅토리아 주의 정신보건법 (1986) : 호주

법의 구성
제1장 서문(Preliminary)
- 법률의 목적, 법률의 효력, 법에서 사용된 용어 정의
제2장 대상, 목적과 기능(Objects, Objectives and Functions)
- 법률의 적용 대상, 기관의 목적 및 기능
제3장 환자의 입원(Admission of Patients)
- 자발적 환자와 비자발적 환자의 구분 및 비자발적 환자의 입원 및 구금 절차
제4장 환자의 심의, 퇴원, 이송(Review, Discharge, Leave and Transfer of Patients)
- 정신건강심판원의 구성 및 역할, 항소, 권한
제5장 환자의 돌봄 및 치료(Care and Treatment of Patients)
- 용어, 사전 동의, 정신외과심의위원회의 구성 및 절차
제6장 행정(Administration)
- 정신 의료 기관, 정신과 전문의, 정신보건요원, 지역사회 지원 서비스
제7장 총론(General)
- 정신건강위원회 설립, 구성, 행정, 절차, 조직 및 역할, 소송절차 등

*출처: Victoria state Mental Health Act 1986 - Assented to 3 June 1986

MHA 1986이 제정됨으로써 정신건강심판원(Mental Health Review Board)을 구성하여, 입원한 정신장애인들을 개별적이고, 주기적으로 검토를 가능토록 한 것이 주요 특징이다. 독립적인 심판원을 구성하여, 정신장애인의 이익을 도모할 수 있도록 대체의사결정을 제공하였다. MHA 1986은 치료가 필요한 환자에 대하여 제8조에 입각하여, 기준을 충족할 경우, 비자발적 환자 혹은 지역사회 치료명령(CTO)을 부과하여 치료를 받도록 조치하였다. 정신보건법(1986년) 제8조 비자발적 환자에 대한 구금 기준은 다음 표와 같다.

〈표 4-46〉 호주 빅토리아 주의 정신보건법(1986) 비자발적 환자에 대한 구금 기준 : 호주

비자발적 환자에 대한 구금 기준 내용
제8조 다음에 해당할 경우 비자발적 치료 환자로서 정신 입원 시설에 구금된다.
(a) 정신질환을 앓고 있는 것으로 보이는 사람,
(b) 즉각적인 치료를 필요로 하는 정신질환, 그리고 비자발적 치료 명령에 의해 정신 입원 시설에서 치료가 필요한 경우
(c) 정신질환으로 인해 자신의 신체적, 정신적 안전과 타인의 안전을 위한 경우
(d) 필요한 정신질환 치료를 거부하거나, 자발적으로 할 수 없는 사람
(e) 개인의 의사결정과 행동의 자유를 덜 침해 받는 방식으로 적절한 치료를 받을 수 없는 사람

*출처: Section 8, Mental Health Act (1986).

정신장애인의 최선의 이익을 위한 것이라고는 하지만, 여전히 정신장애인의 권리를 침해한다는 당사자 및 옹호자들의 우려는 있었다(Carney, 2008). 이 법이 시행되고, 2003년에는 지역사회 치료명령을 부과 받는 정신장애인의 수가 기존의 비자발적 입원환자보다 더 많아졌고, 빅토리아 주 정부의 정신보건부(Mental Health Branch, 2003)에 따르면, 매 분기마다 약 천 회 정도 지역사회 치료명령(CTO)이 개시가 경우가 2,700명에 달하는 것으로 보고하였다. 이러한 현상은 지역사회 치료명령(CTO) 부과에 대한 법적 제한 근거가 미흡한 점도 있지만, 정신 의료기관의 수가 감소하는 가운데 지역사회에 서비스로의 전환이 제대로 이루어지지 않아 이용자를 제대로 수용하지 못하고, 서비스를 위한 자원이 충분히 공급되지 못한 측면이 있다(Anfang & Appelbaum, 2006; Carney, 2008).

1986년의 MHA는 앞서 보았듯이 정신건강심판원을 통해 정신장애인의 욕구에 필요한 서비스를 제공하는데 의의가 있다. 하지만, 당사자의 최선의 이익을 결정하는 과정에서 당사자가 빠진 채 결정이 이루어진다는 비판이 커졌고, 당사자의

의사결정을 지원하는 방향으로 초점이 맞춰졌다.

1986년의 MHA이 정신장애인의 자율성과 존엄성을 존중하지 않는다는 비판과 함께 장애인권리협약(CRPD)이 2008년에 비준되며, 여러 차례의 개정에도 세계적 흐름과는 그 맥락이 다른 것으로 나타났다. 장애인권리협약(CRPD)은 장애에 대하여 심리사회적 장애를 가진 사람으로 확장하여 보았고, 개인의 자율성과 선택의 자유 원칙을 포함하고 있다. 정신장애인에 대한 회복지향적 치료의 원칙은 당사자의 치료 동기와 목표에 대한 인식을 높이고, 의사결정을 초점을 정신 의료전문가의 지시가 아닌, 협력으로 전환한 것을 목적으로 하였다.

2) 빅토리아주 정신보건법 2014 (Mental Health 2014)

호주 빅토리아주는 1986년에 정신과적 치료를 필요로 하는 정신장애인에 대하여 정신건강심판원(Mental Health Review Board, MHRB)과 정신외과심의위원회(Psychosurgery Review Board)를 통해 돌봄, 보호, 치료가 가능토록 법제화하면서 진취적인 정신보건법(Mental Health Act 1986)을 시행하였다. 비자발적 환자에 대한 입원 치료의 필요성 심의와 함께, 지역사회 치료명령(Community Treatment Order, CTO)을 통해 지역사회 치료에 기반을 둔 강제치료가 가능토록 하였다. 이후 정신장애인이 지역사회 구성원으로 보다 생산적인 활동에 참여할 수 있도록 하는 국가정신건강전략(National Mental Health Strategy)이 수립되었고(신창식, 김세원, 2015), MHA 1986은 정신장애인의 권리를 보장하고, 지원 의사결정을 강화하는 방향으로 여러 차례 개정되었으나, 호주의 장애인권리협약(CRPD) 비준과 함께 양립하기는 힘든 것으로 간주되어, 2014년 7월에 새로운 정신보건법(Mental Health Act 2014)으로 제정되었다. 다음 <표 4-47>은 빅토리아주의 2014년 정신보건법의 주요 구성이다.

<표 4-47> 호주 빅토리아 주의 정신보건법(2014): 호주

법의 구성
제1장 서문(Preliminary) - 법률의 목적, 법률의 효력, 법에서 사용된 용어 정의
제2장 목적 및 정신보건 원칙(Objectives and mental health principles) - 법률의 목적 및 정신보건 원칙

법의 구성

- 제3장 권리보장(Protection of rights)
 - 권리 정의, 권리의 행사 및 제한, 권리의 행사 및 보장 주체의 정의, 책임, 임명, 취소
- 제4장 비자의입원환자(Compulsory patients)
 - 입원에 대한 평가 명령, 전문가에 의한 평가 명령, 임시 치료 명령, 치료 명령, 치료 명령의 취소
- 제5장 치료(Treatment)
 - 치료에 대한 환자동의, 정신보건 치료 환경, 약물치료, 전기경련치료, 정신질환의 신경외과 치료
- 제6장 제한된 개입(Restrictive interventions)
 - 감금 및 신체 구속의 사용 조건 및 검토
- 제7장 행정(Administration)
 - 사무총장 지위와 역할, 수석 정신과 의사, 인가된 정신보건 인력, 정신보건 서비스
- 제8장 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)
 - 정신건강심판원 설립, 구성, 행정, 절차, 조직 및 역할, 소송절차 등
- 제9장 병원외부 독립 방문옹호자(Community visitors)
 - 정의, 임명, 지위, 권한 등
- 제10장 소송(Complaints)
 - 정신보건 소송 위원회 구성, 임기, 역할, 권한,
- 제11장 치료명령환자(Security patients)
 - 법원의 치료명령, 치료명령 유형, 절차, 심의, 주간 치료감호환자 이송
- 제12장 치료감호환자(Forensic patients)
- 제13장 정신보건 법률조항의 주간 적용(interstate application of mental health provisions)
- 제14장 빅토리아주의 사법정신건강 시설(Victorian Institute of Forensic Mental Health)
- 제15장 총론(General)
- 제16장 1986 정신보건법의 개정 규정(Repeal of Mental Health Act 1986, savings and transitional provisions)

*출처: Victoria state Mental Health Act 2014 - As at 1 March 2020 - Act 26 of 2014.

MHA 2014는 총 16장의 434개의 조항으로 이루어져 있다. 입법 목적과 원칙을 보면, 정신장애인의 인권과 존엄성을 최대한 존중하고, 당사자로서 치료과정에서의 이들의 선택권을 보장하는 것에 초점을 맞추었다. 이는 장애인권리협약(CRPD)의 제12조(법 앞의 평등) '장애인은 모든 영역에서 법 앞에 인간으로서 인정받을 권리를 가지고 있고, 동등하게 법적 능력을 향유한다'는 내용을 반영한 것이다.

앞서 MHA 1986과 단순하게 비교하여 살펴보아도 환자의 권리 및 이를 보장하는 방안에 대해 명시하고 있음을 알 수 있다. MHA 1986과 대비하여 MHA 2014에서 비자의적 입원 강행 시 더 엄격해진 규정 및 절차와, 대체의사결정이 지원의사결정으로 전환된 내용을 비교하여 살펴볼 수 있도록 이를 <표 4-48>에 제시하였다.

먼저 MHA 1986, 그리고 MHA 2014에서 정신질환과 정신장애인을 정의해 놓은 바를 비교하여 살펴보면, MHA 1986은 정신질환에 대한 정의는 생략되어 일

반적인 사회적 용어로 사용되고 있고, 정신장애인에 대해서는 정신질환을 앓고 있으며, 자·타해 위협이 있는 경우로 규정하고 있음을 알 수 있다.

반면 MHA 2014는 정신장애인에 대하여 적법한 심의를 거쳐 비자발적 환자로 판명된 자를 의미한다. 특히, 비자발적 치료와 관련하여, MHA 2014는 기존의 자·타해 위협 존재에서 ‘심각한’ 자·타해 위협의 수반으로 강화하고, 법률이 정하는 기준에 한 가지라도 부합하지 않을 때는 ‘즉시’ 명령을 취소하게 규정하여 강제입원 및 진료의 문턱을 높였다.

〈표 4-48〉 호주 빅토리아 주의 1986년, 2014년 정신보건법 비교 : 호주

구분	정신보건법 1986	정신보건법 2014
정신질환, 정신장애인의 정의	<p>제7조 자발적 입원 (1) 자발적 환자는 정신 입원 시설에 스스로 입원한 사람을 의미한다.</p> <p>제8조 비자발적 환자의 입원 및 구금의 기준 (1)(a-e) 정신질환을 앓고 있는 환자가, 자·타해 위협을 가할 때 자발적으로 치료가 불가능한 사람은 비자발적 환자 (involuntary patient)로 규정한다.</p>	<p>제4조. 정신질환 이란? (1) 정신질환은 생각, 기분, 지각력 또는 기억이 현저히 저하된 상태를 의미한다.</p> <p>제3조 용어 비자발적 환자(compulsory patient)는 진료 명령, 법원 의뢰 명령, 임시치료 명령, 치료명령을 받은 자를 뜻한다.</p>
입법 의도	<p>제4조 법의 목적 (1) 이 법은 다음의 목적을 지닌다. (a) 정신질환자의 돌봄, 치료, 보호를 제공 (b) MHRB의 구성</p> <p>제6조 기관의 기능 (a) 기관은 정신질환을 앓고 있는 환자의 돌봄, 보호, 치료, 회복 제공을 보장</p>	<p>제10조 이 법은 다음의 목적을 지닌다. (a) 정신질환을 가지고 있는 것으로 보이는 사람의 진단 및 정신질환을 가진 사람의 치료 (b) 인권과 존엄성을 최대한 제한하지 않는 선에서의 진단 및 치료 제공</p> <p>제11조 정신보건 원칙 (1) 이 법은 다음의 정신보건 원칙을 가진다. (a) 가능한 한 자발적으로 진단 및 치료 제공 (b) 정신보건 서비스를 받는 사람은 최대한의 치료 결과 및 지역사회 삶의 보장 (c) 정신보건 서비스를 받는 사람은 진단, 치료, 회복의 결정 과정에 개입</p>
비자발적 치료 기준	<p>제8조에 해당할 경우</p>	<p>제5조 치료의 기준 치료의 기준은 당사자가 TTO 혹은 TO의 대상자에 해당하는 것을 의미한다. (a-d) 정신질환을 가지고 있고, 자신과 타인의 정신적·신체적 건강의 악화를 막아야 하며, 즉각적인 치료가 요구되지만, 대안이 없을 때</p>

구분	정신보건법 1986	정신보건법 2014
외부 위원회 검토	제30조 검토 (a-b) MHRB는 4-6주 사이에 비자발적 환자를 검토해야 하고, 최대 12개월을 초과하지 않음	제51조 임시치료명령(TTO) 기간 (1) 임시치료명령 부과일 경우 강제력은 28일을 초과하지 않음 제55조 치료명령(TO) 부과 (5) 비자발적 치료명령 부과 후 28일 이내에 MHT는 부과명령에 대한 검토를 실시해야함
부과명령 취하	제37조 비자발적 환자의 퇴원 (1) 제8조(비자발적 환자 규정) 혹은 제12조(비자발적 환자의 입소 및 구금)에 적용이 되지 않는 경우 정신과 전문의는 환자를 퇴원시켜야 한다.	제61조 정신과 전문의가 환자가 치료 기준에 부합하지 않는다고 판단할 경우 즉시 명령을 취하한다.
의사결정	제12조 비자발적 환자의 입원과 구금 (1)(a-b) 비자발적 입원 요청 발생시 정신과 전문의가 있는 병원에 입원되며, 24시간 이내에 입원 여부를 진단한다. (2) 제8조에 따라 입원 권고를 한 의료인은 해당 환자를 검사할 수 없다. (4) 비자발적 환자는 입원 즉시 구금 및 치료를 이행한다. (5)(a-b) 비자발적 환자가 동의를 서면으로 할 수 없는 경우 보호자 또는 정신과 전문의가 제공한다.	제11조(정신보건 원칙)에서 진단, 치료, 회복 과정에서 모든 정보는 환자에게 주어지고, 그들의 선호와 관점이 존중되어야 함을 제시 제68조 이 법에 따른 사전동의 능력 (d) 당사자가 현명하지 못하다는 이유로 동의 능력이 없다고 판단해선 안 됨 (e) 사전동의에 대한 능력은 당사자의 최선의 환경과 시간 때에 합리적인 단계를 거쳐야 함 제71조 환자가 치료에 동의하지 않을 때 (4) 전문가는 환자의 치료에 덜 제한적인 방법이 없다고 판단될 때 다음을 확인해야 한다. (a-d) 당사자의 의견과 선호, 그 이유, 사전 의료지시서에서 표현된 당사자의 의견과 선호, 보호자의 의견
환자 지원 절차		제19조 사전의료지시서 사전서면은 치료와 관련하여 환자의 선호도를 서면화하는 절차 제20조 사전의료지시서 작성 (a-c) 사전의료지시서는 서면화되어야 하고, 인가된 목격자들의 입회하 날짜 및 서명 날인 제23조 후견인의 역할 (a) 환자의 이익을 대변하며, 환자를 지원 (b) 법이 보장하는 환자의 권리를 검토

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

*MHRB-Mental Health Review Board; TTO-Temporary Treatment Order; TO-Treatment Order; MHT-Mental Health Tribunal

〈표 4-49〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료(특히 비자발적 환자) 관련 조항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
<p>제12조 비자발적 환자의 입원과 구금 (1)(a-b) 비자발적 입원 요청 발생시 정신과 전문의가 있는 병원에 입원되며, 24시간 이내에 입원여부를 진단한다. (2) 제8조에 환자가 해당하는지 검사한다. (3) 제9조에 따라 입원 권고를 한 의료인은 해당 환자를 검사할 수 없다. (4) 비자발적 환자는 입원 즉시 구금 및 치료를 이행한다. (5)(a-b) 비자발적 환자가 동의를 서면으로 할 수 없는 경우 보호자 또는 정신과 전문의가 제공한다.</p> <p>제30조 검토 (a-b) MHRB는 4-6주 사이에 비자발적 환자를 검토해야 하고, 최대 12개월을 초과하지 않음</p>	<p>제11조(정신보건 원칙)에서 진단, 치료, 회복 과정에서 모든 정보는 환자에게 주어지고, 그들의 선호와 관점이 존중되어야 함을 제시</p> <p>제68조 이 법에 따른 사전동의 능력 (d) 당사자가 현명하지 못하다는 이유로 동의 능력이 없다고 판단해선 안됨 (e) 사전동의에 대한 능력은 당사자의 최선의 환경과 시간 때에 합리적인 단계를 거쳐야 함</p> <p>제71조 환자가 치료에 동의하지 않을 때 (4) 전문가는 환자의 치료에 덜 제한적인 방법이 없다고 판단될 때 다음을 확인해야 한다. (a-d) 당사자의 의견과 선호, 그 이유, 사전진술에서 표현된 당사자의 의견과 선호, 보호자의 의견</p> <p>제51조 임시치료명령(TTO) 기간 (1) 임시치료명령 부과일 경우 강제력은 28일을 초과하지 않음</p> <p>제55조 치료명령(TO) 부과 (5) 비자발적 치료명령 부과 후 28일 이내에 MHT는 부과명령에 대한 검토를 실시해야 함</p>

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

〈표 4-50〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료 및 퇴원 관련 조항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
<p>제8조 비자발적 환자의 입원 및 구금의 기준 (1)(a-e) 정신질환을 앓고 있는 환자가, 자·타해 위협을 가할 때 자발적으로 치료가 불가한 사람은 비자발적 환자 (involuntary patient)로 규정한다.</p> <p>제37조 비자발적 환자의 퇴원 (1) 제8조(비자발적 환자 규정) 혹은 제12조(비자발적 환자의 입소 및 구금)에 적용이 되지 않는 경우 정신과 전문의는 환자를 퇴원시켜야 한다.</p>	<p>제5조 치료의 기준 치료의 기준은 당사자가 TTO 혹은 TO의 대상자에 해당하는 것을 의미한다. (a-d) 정신질환을 가지고 있고, 자신과 타인의 정신적·신체적 건강의 악화를 막아야 하며, 즉각적인 치료가 요구되지만, 대안이 없을 때</p> <p>제61조 정신과 전문의가 환자가 치료 기준에 부합하지 않는다고 판단할 경우 즉시 명령을 취한다.</p>

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

3) 빅토리아주 정신건강웰빙법 2022 (Mental Health and Wellbeing Act)

호주 빅토리아주의 정신보건법은 구금을 통한 강제적인 치료 대응에 너무 편협하게 초점을 맞추고 있고, 정신보건서비스 이용자들이 그들의 존엄성과 권리를 제대로 대우받지 못하고, 관리 및 지원에 있어서 의사결정 과정 참여를 제한당해 왔다고 비판받아 왔다. 이에 빅토리아주의 왕립위원회(the Royal Commission)는 현행 정신건강 시스템의 제한된 관행의 지나친 남용과 강제 치료 적용에 대해 새로운 법률 체계를 제안하였고, 이는 ‘정신건강웰빙법(Mental Health and Wellbeing Act, MHWA)’이다. 2021년 2월에 왕립위원회는 권고안을 포함한 최종보고서를 정부에 제출하였고, 2022년 6월에 통과되어 2023년 시행 예정에 있다.

새로운 정신건강웰빙법은 CRPD에 근거하여 정신질환자에 대한 강제치료, 구금, 전기 경련 치료를 완전히 폐지하지는 못했다는 비판은 있으나, 정신건강 서비스뿐 아니라 웰빙 및 기타 정신건강 서비스 제공자를 포함하여 현행 정신건강법 2014보다 넓은 적용 범위를 가지고 있다는 특징이 있다.

〈표 4-51〉 빅토리아주 정신건강웰빙법 주요 변경 사항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)
<p>권리 기반 정신건강 원칙</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강웰빙법은 ‘Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006(Vic)’에 해당하는 기관과 서비스 제공자들에게도 적용됨. <ul style="list-style-type: none"> * 치료, 관리, 및 지원에 대해 종사자의 의무와 참여를 강화함. * 가족, 보호자, 그리고 지지자들의 역할을 인식시킴. * 다양한 요구와 선호도가 충족될 수 있도록 보장함.
<p>인정서(Statement of Recognition)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 처음으로 법률상 원주민의 자기결정권을 보장함.
<p>권리의 보호(Protection of Rights)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 옵트아웃(opt-out) 등록부를 비법률적 정신건강 서비스 제공자들에게 적용도록 하여 정신질환을 앓고 있는 환자들의 의사결정과 자율성을 촉진하도록 함.
<p>새로운 위원회 및 임원 설치</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강복지위원회(Mental Health and Wellbeing Commission) <ul style="list-style-type: none"> * 주로 정신건강 서비스 제공의 품질과 안전에 대한 전반적 시스템을 총괄하며, 왕립위원회의 목표를 중점으로 달성도를 모니터링하여 정신건강 서비스 품질개선에 노력함.

빅토리아주 정신보건법(1986)

- 지역 정신건강 및 웰빙 위원회(Regional Mental Health and Wellbeing Boards)
 - * 이 위원회는 정부의 정신건강 지원 서비스를 포함하여 지역단위의 정신건강 전달체계가 통합할 수 있는 플랫폼을 제공한다.
- 정신건강 및 웰빙 위원장
 - * 위원장은 정신건강 및 웰빙 전략, 정책 및 지침을 개선하고, 인력을 지원하는 역할을 수행함.
- 빅토리아 청년 정신건강 및 웰빙(Youth Mental Health and Wellbeing Victoria, YMHWW)
 - * YMHWW는 청년들의 목소리를 옹호하고, 청년을 위한 정신건강 서비스를 제공하는 서비스 제공 발굴, 지원 및 감독 역할을 수행함.

*출처: Mental Health and Wellbeing Act 2022 No.39 of 2022

2. 정책과 운영체계

1) 정신의료기관 및 입원 현황

(1) 정신의료기관 병상수 변화 추이

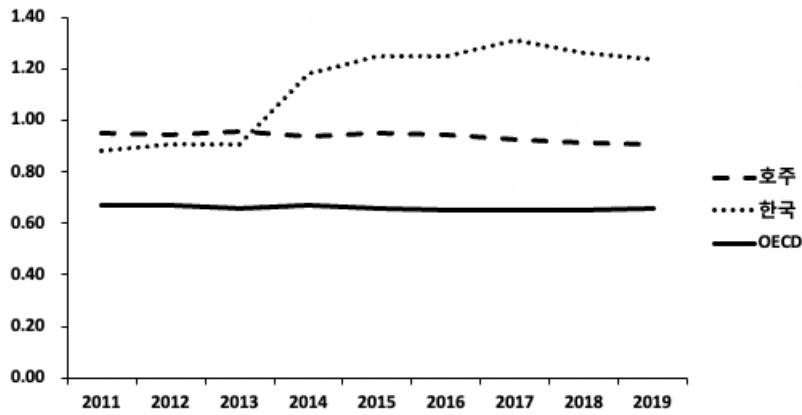
최근 9년 간 호주, 한국, OECD의 인구 1,000명당 정신의료기관 병상 수의 변화 추이를 아래 표로 제시하였다. 2011년 OECD의 인구 1,000명당 정신의료기관 병상 수는 0.67이었고, 2019년은 0.66으로 감소한 것으로 나타났다. 호주 또한, 2011년 0.95에서 2019년 0.91로 점차적으로 감소한 것으로 나타났다. 하지만, 한국의 경우 2011년에는 0.88로 호주보다 낮았으나, 시간이 지남에 따라 점차 증가해 2019년에는 1.24로 OECD 인구당 병상수가 2배 수준인 것으로 나타났다.

〈표 4-52〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	0.95	0.95	0.95	0.94	0.95	0.94	0.92	0.91	0.91
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국, OECD 인구 1,000 명당 정신의료기관 병상 수 변화 추이를 다음과 같이 그래프로 나타내었다.



[그림 4-9] 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 호주, 한국, OECD

(2) 정신의료기관 인력 변화추이

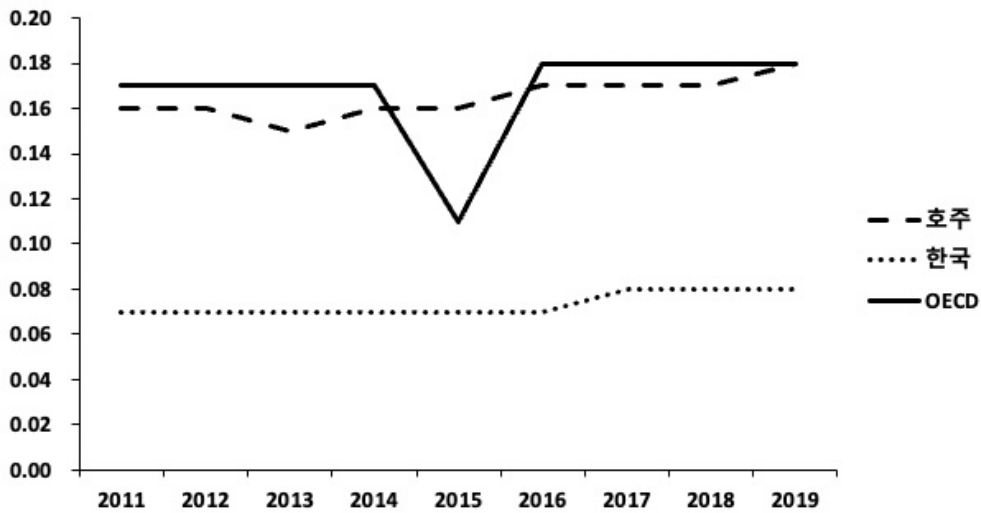
최근 9년 간 호주, 한국, OECD의 정신의료기관 전문의 수 변화추이를 다음 표에 제시하였다. 그 결과 호주, 한국, OECD 모두 2011년 대비 2019년에는 다소 증가한 것으로 나타났다. OECD와 호주는 인구 1,000명당 전문의 수가 0.16~0.18 수준인 반면, 한국은 0.07~0.08로 다소 낮은 수준을 보여준다.

〈표 4-53〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	0.16	0.16	0.15	0.16	0.16	0.17	0.17	0.17	0.18
한국	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.17	0.17	0.17	0.11	0.18	0.18	0.18	0.18

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국, OECD 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 변화 추이는 다음 그래프와 같다.



[그림 4-10] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 호주, 한국, OECD

(3) 입원 기간 변화 추이

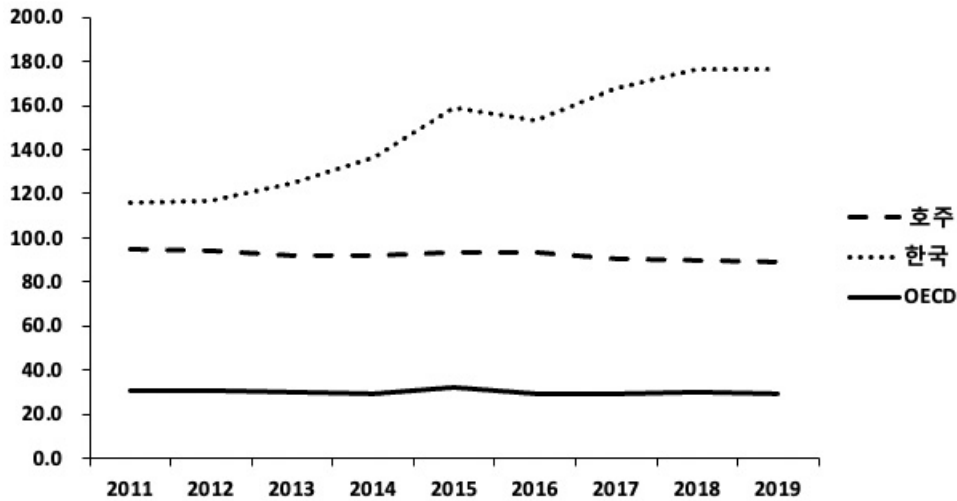
호주, 한국, OECD 정신 및 행동 장애 진단 환자의 정신의료기관 입원 기간을 2011~2019년까지 연도별로 살펴보고, 변화추이 비교가 가능토록 다음 표에 이를 제시하였다. 우선 OECD의 인구 십만 명당 환자의 입원 기간 변화 추이를 보면, 2011년 30.6일에서 점차 감소하여 2019년에는 29.5일로 낮아진 것을 알 수 있다. 호주의 경우 OECD보다 평균 입원일 수는 약 3배 길었는데 2011년 94.8일에서 2019년에는 89.0일로 다소 감소하였다. 하지만, 한국은 입원기간이 2011년 116.1일로 OECD 대비 약 4배 가까이 길었지만, 점차 증가하여 2019년에는 176.3일로 그 기간이 더욱 늘어난 것으로 나타났다.

<표 4-54> 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	94.8	93.9	91.8	92.0	93.2	93.7	90.5	89.7	89.0
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1	168	176.5	176.3
OECD	30.6	30.9	29.8	29.3	31.9	29.2	28.9	30.0	29.5

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국, OECD의 연도별 인구 십만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-11] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD

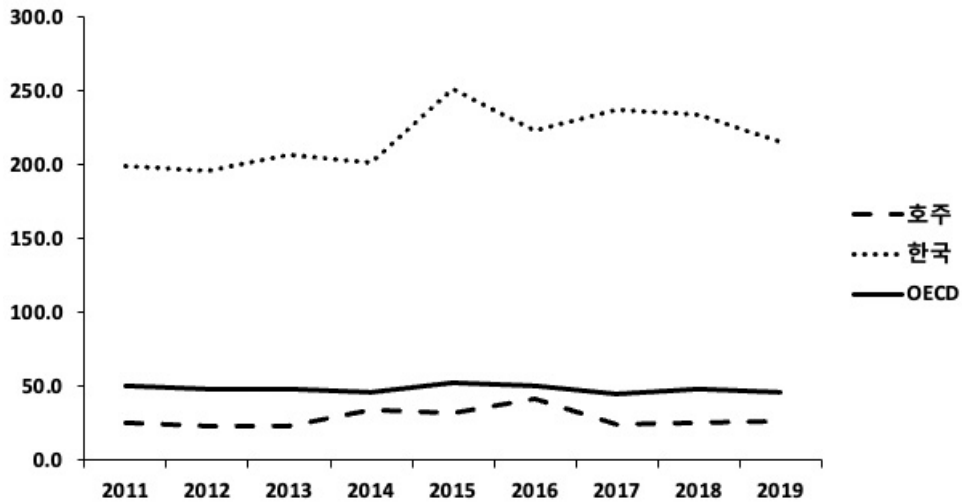
호주, 한국, OECD의 연도별 인구 십만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간 추이를 살펴본 결과는 다음 표와 같다. 입원기간을 보면, 정신 및 행동장애 진단환자 전체 평균 입원기간 보다 높은 수준인 것으로 나타났다. OECD 평균을 살펴보았을 때, 전체 입원 기간은 29.2~31.9일이었으나, 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간은 최소 46.1일에서 최대 50.7일까지 증가와 감소가 반복되는 양상을 보였다. 한국의 경우에도 전체 진단 환자의 입원 기간 보다 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간이 긴 것으로 나타났다. 하지만, 호주는 연도별 전체 입원 기간이 평균적으로 89.0~94.8일이었으나, 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 평균 입원 기간이 22.8~41.3으로 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-55〉 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이:
호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
호주	25.5	22.8	23.4	34.0	31.3	41.3	24.0	25.4	26.5	-
한국	199.7	196.2	207.2	201.2	251.9	223.3	237.8	234.3	216.1	242.3
OECD	50.7	48.3	48.6	46.2	52.4	49.8	45.3	48.5	46.1	50.1

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 연도별 인구 십만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-12] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이:
호주, 한국, OECD

다음으로 호주, 한국, OECD 인구 십만 명당 기분장애 진단 환자의 연도별 입원 기간을 살펴보았고, 그 결과는 다음 표와 같다. 호주, 한국, OECD 모두 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간 보다 평균적으로 짧은 추세를 보이는 것으로 나타났다. OECD는 연도별 평균 24.4~25.7일이었고, 한국은 평균

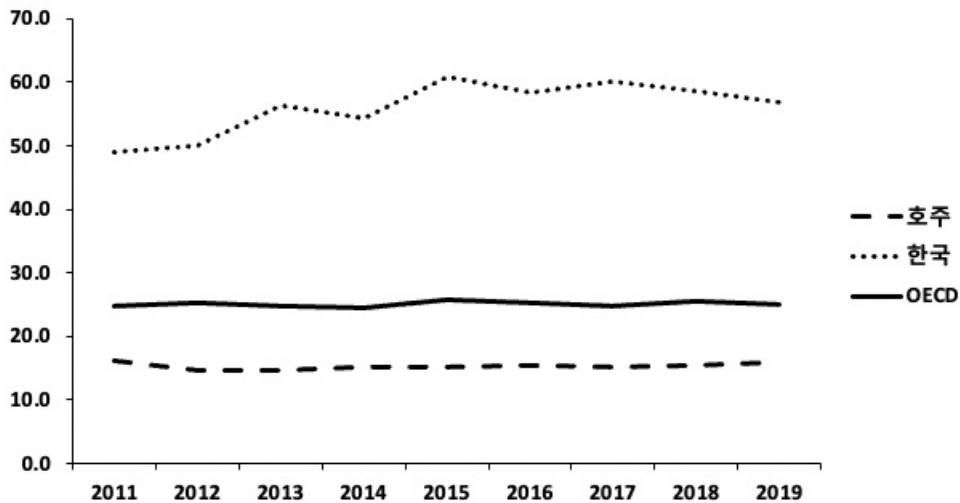
49.0~62.5일로 나타났다. 최근 9년 간 호주의 기분장애 진단 환자의 입원 기간을 보면, 2012년에 14.6일로 가장 낮은 입원 기간을 보였고, 2011년에 16.2일로 가장 높은 평균 입원 일수를 기록하였다.

〈표 4-56〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
호주	16.2	14.6	14.7	15.0	15.2	15.3	15.2	15.4	15.8	-
한국	49.0	50.1	56.4	54.2	60.9	58.4	60.1	58.5	56.8	62.5
OECD	24.7	25.2	24.8	24.4	25.6	25.2	24.6	25.5	25.0	25.7

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 연도별 인구 십만 명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-13] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 호주, 한국, OECD

(4) 진단에 따른 퇴원 변화 추이

정신 및 행동 장애 진단 환자의 퇴원환자 수 변화 추이를 호주, 한국, OECD와 연도별로 구분하여 다음 표에 제시하였다. 최근 10년간 OECD 인구 십만 명당

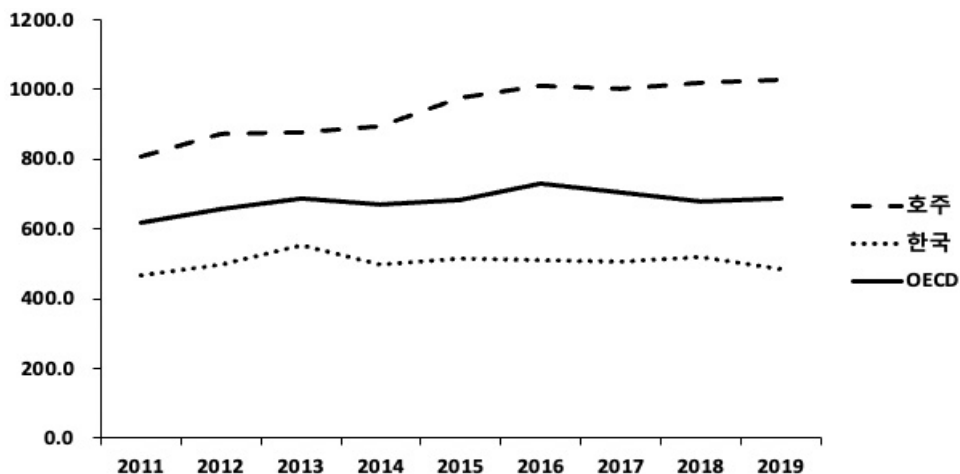
정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 수는 2011년 618.8명에서 2020년 600.6명의 분포를 띄었고, 그 사이 증감을 반복하며, 유지하는 것으로 나타났다. 한국은 OECD 평균보다 낮았고, 최근 10년간 평균 분포를 보면, 2020년 395.6명으로 가장 낮은 인원이 퇴원하고, 2013년에는 550.9명으로 가장 높은 인원이 퇴원한 것으로 나타났다. 호주의 경우 한국과 OECD에 비해 퇴원환자 수가 많은 것으로 나타났고, 2011년에는 808.5명이었으나, 점차 그 수가 증가하여 2019년에는 1024.9명이 연 평균 퇴원한 것으로 나타났다.

〈표 4-57〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
호주	808.5	870.1	877.4	894.2	974.4	1012.3	1000.4	1017.3	1024.9	-
한국	467.0	498.9	550.9	497.8	514.0	509.6	506.7	516.7	483.8	395.6
OECD	618.8	657.2	686.6	671.2	680.9	729.7	705.6	679.9	686.2	600.6

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 연도별 인구 십만 명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 수의 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-14] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

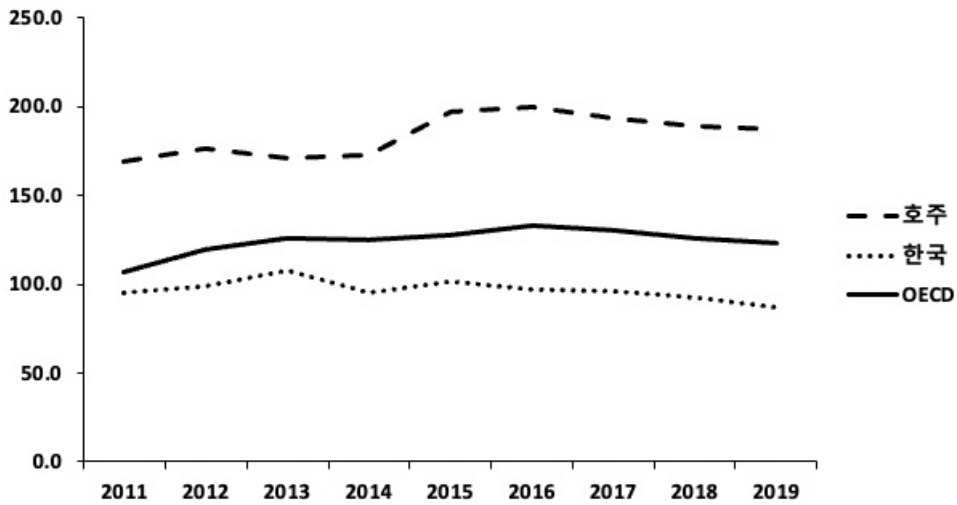
정신 및 행동 장애 진단 환자 퇴원 수 중 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 퇴원 변화추이를 다음 표에 제시하였다. OECD, 한국, 호주 모두 전체 환자보다 조현병, 분열 및 망상형 환자의 퇴원 수가 낮은 것으로 나타났다. 최근 10년간 OECD는 2011년 106.9명에서 2016년 133.3명의 분포를 띄었고, 2020년에는 115.0명으로 나타났다. 한국은 OECD 평균보다 약간 낮은 것으로 나타났고, 연도별 추이를 보면, 2011년 94.9명에서 2020년 77.1명으로 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 퇴원 수가 감소하는 것으로 나타났다. 호주는 OECD 평균보다 다소 높은 것으로 나타났고, 2011년에는 169.5명의 수준이었다가 점차 증가하여 2016년에는 200.1명으로 최고치를 찍고, 2019년에는 다소 감소하여 187.3명인 것으로 나타났다.

<표 4-58> 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
호주	169.5	176.3	171.0	173.2	196.9	200.1	193.1	188.9	187.3	-
한국	94.9	99.2	107.7	95.2	101.3	97.2	95.7	92.5	87.1	77.1
OECD	106.9	119.1	126.0	124.9	127.8	133.3	130.3	126.0	123.3	115.0

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 연도별 인구 십만 명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 수의 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-15] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

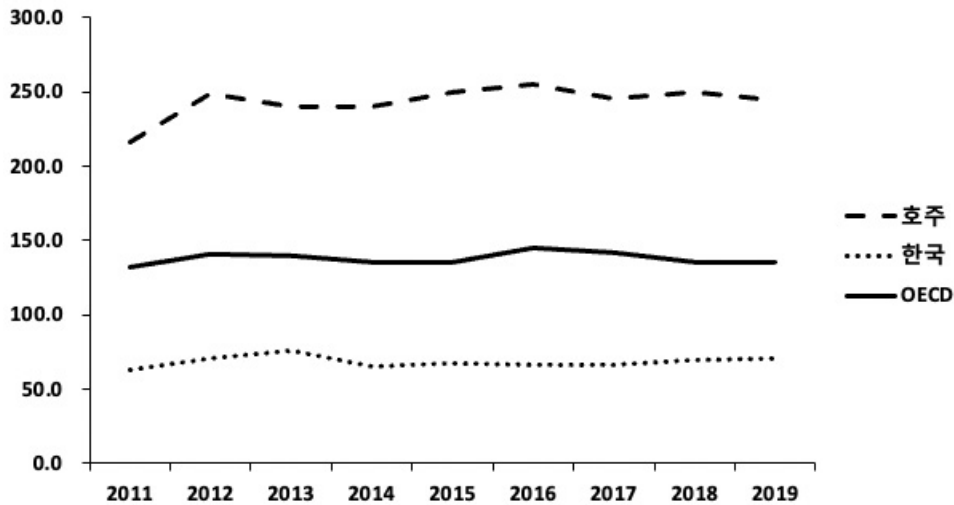
다음으로 연도별 호주, 한국, OECD의 인구 십만명 당 기분장애 진단 환자의 퇴원 변화추이를 표로 제시하였다. OECD와 호주의 기분장애 진단 환자의 퇴원 평균을 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 퇴원 평균과 비교하면, 기분장애 진단 환자의 퇴원 평균이 다소 높은 것으로 나타났다. 하지만 한국의 경우 최근 10년간 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 평균 퇴원은 77.1~107.7의 분포를 띄었는데 기분장애 진단 환자의 퇴원 변화 분포는 58.8~76.4로 더 낮은 것으로 나타났다.

<표 4-59> 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
호주	215.7	248.7	239.9	239.9	249.4	254.3	245.5	249.8	244.4	-
한국	62.9	70.5	76.4	65.5	67.5	66.5	65.8	69.8	70.2	58.8
OECD	131.8	140.7	139.9	135.2	134.9	144.7	141.8	134.9	135.4	115.7

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 연도별 인구 십만 명당 기분장애 진단 환자 퇴원 수의 변화추이를 비교 살펴볼 수 있도록 그래프로 제시하였고, 다음 그림과 같다.



[그림 4-16] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 퇴원 변화추이: 호주, 한국, OECD

2) 호주 정책 및 운영체계

(1) 호주 국가정신보건 계획

호주는 1993년 이래로 국가정신보건전략을 통하여 정신보건시스템의 개혁 및 준비를 추진하였다. 이를 통해 정신보건 재정 확충, 지역사회 중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상의 변화, NGO 역할 증대, 정신질환자와 가족(보호자)의 참여 확대 등과 같은 변화 증대하였고, 정신보건 전문인력 증가, 지역사회 기반의 서비스 제공, 정신보건 서비스 접근성 증대, 지역사회 정신건강 교육의 개선, 통합적 접근과 강력한 파트너십 구축하였다.

처음으로 시행되었던 국가정신보건계획(1993~1998)은 전국적인 수준의 활동을 통해 정신보건을 관리하려는 첫 번째 시도였다. 주로 국가에 기반을 둔 공공영역, 정신보건 임상전문 분야에 초점을 두고 지역사회에 기반을 둔 서비스의 성장을 독려하기 위한 것이었다. 또한 정신의학을 일반 병원에 통합시킴으로써 그 의존도를 감소시켰다.

1998년에서 2003년 사이에 이루어진 제2차 국가정신보건계획은 기존에 진행되고 있던 정신보건서비스 개혁 활동을 그 안으로 통합하여 추가 영역으로 확장시켰다. 이는 제1차 계획의 기반 아래 활동 자금을 지원하는 주정부 및 지방정부와

함께 정신보건 증진과 정신질환에 대한 편협한 시각을 개선시키는 것에 초점을 맞추었다. 또한 치료 및 예방 활동의 효율성을 높이기 위해서 정부와 비정부기관(민간 정신의학 의사, 주치의, 일반 의료서비스, 지역사회 지원 서비스) 사이의 협력 방안도 모색했다.

제1차 계획은 국가가 관리에 대한 책임성이 낮으며 유병률 및 심각성이 낮은 질병에 초점을 맞추었지만 제2차 계획은 1차 의료에서 치료되는 우울증, 불안장애와 같은 더 흔한 질병에 초점을 맞추어 계획을 확장시켰다.

2003년에서 2008년에 이루어진 제3차 계획은 1, 2차 계획의 성과를 통합하기 위한 것으로서 명확한 인구집단수준의 건강 전략(population health strategy)을 실행하고 국민의 정신건강을 보장할 수 있는 포괄적이고 전방위적인 서비스를 강조했다. 주로 정신건강증진, 정신질환예방, 서비스 책임 개선, 서비스 질 강화, 혁신 촉진 등과 같은 활동에 초점을 맞추었다.

제2차 및 제3차 계획은 정신건강 및 복지를 증진하며 통합서비스를 통해 정신건강 적 문제에 대처하는 데에 있어 다부문 간 파트너십의 중요성을 인식한 것이었다.

2005년에서 2011년까지 시행된 국가정신보건활동계획(National Action Plan on Mental Health : COAG)은 정신보건개혁을 촉진하고 이전에 논의되지 않았던 부분을 자세히 다루기 위한 것으로, 이는 정부 간 협력 등 이전보다 더 조정 및 통합된 관리의 필요성을 강조했다. 또한 기존 전문가들이 실행하던 정신보건관리서비스에 대한 환자들의 접근성을 개선하기 위해 메디케어(호주의 의료보험)로 보장되는 서비스 범위를 확대하고, 이를 지원하기 위한 새로운 자금을 마련하도록 하였다. 이를 통해 환자 및 가족 그리고 간병인이 중증 정신질환에 더 신속하게 대처할 수 있도록 하여 결과적으로 주정부가 지역사회 기반 정신건강서비스에 투자를 증대시킬 수 있도록 했다. 또한 정신질환자들이 건강 외에도 교육, 고용, 지역사회 서비스 영역에서 도움을 받을 수 있도록 투자를 촉진시켰다.

이러한 국가적인 활동 외에도 주정부는 제4차 계획을 세우는 데에 도움이 되는 그 들만의 구체적인 정신보건 계획 및 전략을 발전시켰다. 이는 국가정신보건활동계획(COAG)과 일치하면서도 정신건강의 문제를 다양한 분야에서 접근할 수 있게 하는 방향을 모색했다. 주 차원에서는 응급구조나 의료 이외의 지역사회 내 다른 분야 간 파트너십이 강화되었다. 또한 문화적, 언어적으로 다양한 배경을 가진 사

람들과 협력할 수 있도록 지역사회 내 초기 관할 구역 안에서 위 파트너십을 발전 시켰다.

〈표 4-60〉 국가정신보건 계획 정책 : 호주

구분	내용
제1차 국가정신보건전략 (1993-1998)	①소비자(정신질환자) 권리, ②정신보건서비스와 일반보건영역과의 관계 설정, ③정신보건서비스와 다른 영역과의 연계, ④적절한 서비스 구성, ⑤정신건강증진과 정신질환의 예방, ⑥1차 보호 서비스, ⑦보호제공자(가족)와 비정부조직, ⑧정신보건인력, ⑨정신보건법, ⑩연구와 평가, ⑪정신보건서비스 표준, ⑫모니터링과 책무성
제2차 국가정신보건전략 (1998-2003)	①정신건강증진과 정신질환자의 예방, ②서비스 개혁에서 파트너십의 개발, ③서비스의 질과 서비스 전달의 효과성
제3차 국가정신보건전략 (2003-2008)	①정신건강증진과 정신질환의 예방, ②서비스 대응성 증대, ③서비스의 질 강화, ④연구, 혁신, 지속성의 촉진
제4차 국가정신보건전략 (2008-2014)	①사회적 통합과 회복, ②예방과 조기 개입, ③서비스 접근 및 조정과 보호의 지속, ④서비스 질의 개선과 혁신, ⑤책무성-성과에 대한 측정과 보고
제5차 국가정신보건전략 (2017-2022)	①중증 및 복합 정신장애인 관리를 위한 통합 계획 강화, ②정신장애인의 신체적 건강 증진, ③정신장애인에 대한 스티그마와 차별 감소

*출처: Australian Health Ministers(1992, 1998, 2003): Department of Health, National Mental Health Commission. 신창식 (2015). 호주의 정신보건 개혁에 관한 연구, 입법과 정책 7(2), 471-499 재인용.

2017년 이후로 제5차 국가정신건강·자살예방 계획을 발표하여 수행하였다. 제5차 국가정신건강·자살예방 계획은 정신장애인, 그 보호자와 가족, 지역사회 삶과 서비스를 개선하는 것을 목표로 하여 중앙정부와 지방정부 각각의 역할을 강조하며, 통합적인 정신건강체계를 구축할 것을 강조하고 있다. 제5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표는 〈표 4-61〉과 같다.

〈표 4-61〉 제 5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표: 호주

정책우선순위	성과 계획
통합적 지역서비스 계획 및 제공	<ul style="list-style-type: none"> • 국가수준, 지역수준, 이용자/제공자 수준의 전략적 정책 마련 및 통합 • 정신건강 수준에 따른 욕구 파악 및 서비스 제공 • 정부 주도의 지역사회 서비스 전달체계 구축 • PHNs/LHNs와 협력한 통합적 서비스 전달체계 구성
자살예방	<ul style="list-style-type: none"> • 관리감독체계, 자살수단의 감소, 미디어 가이드라인 강화, 서비스 접근성 증대, 교육 강화, 치료방안, 위기개입, 사후관리, 인식개선, 스티그마 해소, 연구역량강화 • Suicide Prevention Subcommittee of MHDSAPC 개소 • 국가 자살 예방 증진 전략 수립 • PHNs/LHNs 연계를 통한 자살 예방
중증 정신장애인의 지원 계획 조직화	<ul style="list-style-type: none"> • NDIS 산하 미등록 정신장애인의 욕구 파악 및 사각지대 해소 • PHNs/LHNs 연계 강화를 통한 처우개선 및 지원 강화 • Mental Health Expert Advisory Group 창설 및 이를 통한 정신건강정책 이슈 연구 • 정신건강 가이드라인 개선
원주민과 토레스 섬주민의 정신건강 및 자살 예방 강화	<ul style="list-style-type: none"> • PHNs/LHNs를 통한 원주민 및 토레스 섬주민의 지원확대 • 원주민 및 토레스 섬주민을 위한 정신건강 자살예방 위원회 창설
정신장애인의 조기사망률 감소를 위한 신체건강 회복 증대	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인의 경우 심혈관질환(2배), 호흡기질환(2배), 당뇨병(2배), 대사증후군(2배), 골다공증(2배), 암(1.5배), 흡연(1.65배), 치아건강문제(6배)의 신체적 공병을 겪고 있음. • Equality Well 원칙 수립 • 정신장애인의 신체적 건강 증진을 위한 전문인력 양성 및 지원체계를 위한 가이드라인 개선 • 지역자원 연계 중심의 가이드라인 개선 추진

*출처: Australian Department of Health(2017). The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. National Mental Health Commission.

(2) 뉴사우스웨일즈주 정신보건법(2014)의 정신보건법 체계

호주 뉴사우스웨일즈 주 정신보건법(Mental Health Act 2007)은 정신질환자 혹은 정신장애인에게 케어, 치료 그리고 감독을 제공하고 이를 통해 이러한 사람들의 인권을 보호하고자 하는 등의 목적을 가지고 제정되었다(정신보건법 제3조). 이 법은 제4조에서 다양한 용어를 정의하고 이어 자의입원(voluntary admission) 및 강제입원 (involuntary admission)과 관련된 병원 및 지역사회 내의 치료 등 제반 사항을 규정하고 있는데 이를 표로 나타내면 다음 〈표 4-62〉와 같다.

〈표 4-62〉 뉴사우스웨일즈 주 정신보건법 체계: 호주

법령 체계	
제1장 서문 (Preliminary)	<ul style="list-style-type: none"> • 법률명 • 효력 • 법률의목적 • 법에서 사용된 용어의 정의
제2장 시설 자의입원(Voluntary admission to facilities)	<ul style="list-style-type: none"> • 자의에 의한 입원 정의 • 아동의 자의입원 • 보호자에 의한 자의입원 • 자의입원 환자의 관리 • 구금 및 퇴원
제3장 시설 내외의 비자의입원 및 치료 (Involuntary admission and treatment in and outside facilities)	<ul style="list-style-type: none"> • 비자의에 의한 입원 • 구금 • 치료 조건
제4장 돌봄 및 치료 (Care and Treatment)	<ul style="list-style-type: none"> • 환자와 정신건강 의료전문가의 권리 • 정신보건치료의 일반 및 제한 사항
제5장 행정 (Administration)	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건시설의 유형 및 정의 • 정신보건치료의 일반 및 제한 사항
제6장 정신건강심판원 (Mental Health Review Tribunal)	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심판원 구성 및 절차
제7장 대법원의 재판권 (Jurisdiction of Supreme Court)	<ul style="list-style-type: none"> • 법원의 판결 및 항소
제8장 주(State)간 정신보건법의 적용 (Interstate application of Mental Health Laws)	<ul style="list-style-type: none"> • 서문 • 주간 환자이송 • 커뮤니티 치료 명령 • 치료명령 위반시 제재사항
제9장 기타 (Miscellaneous)	

*출처: Australian Department of Health(2017). The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. National Mental Health Commission.

① 뉴사우스웨일즈주 정신보건법(2014) 기본원칙

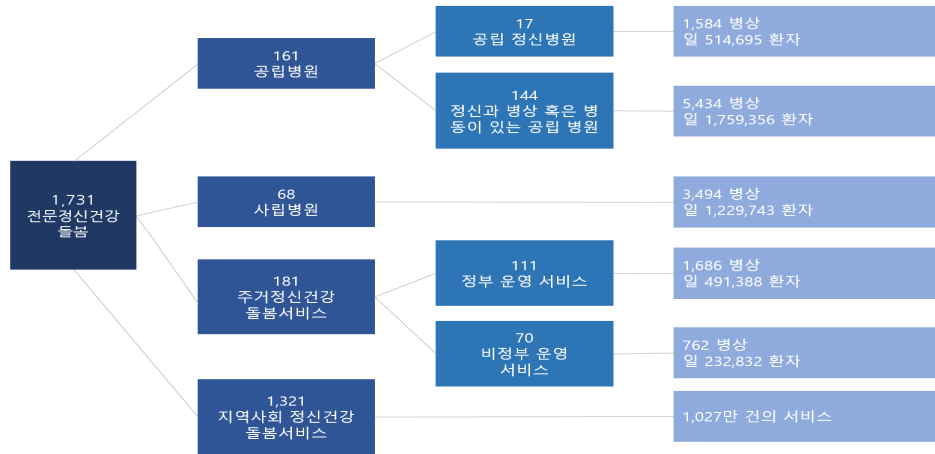
정신보건법은 정신질환자 혹은 정신장애인의 케어와 치료에 대한 중요 원칙을 선언하고 있는데(정신보건법 제68조) 이 가운데 중요한 몇 가지를 정리하면 다음과 같다.

〈표 4-63〉 정신보건법 제68조 : 호주

법령 체계
<ul style="list-style-type: none">• 정신질환자 및 정신장애인은 케어와 치료를 효과적으로 받을 수 있는 가장 덜 제한적인 환경에서 최대한의 케어와 치료를 받아야만 한다.• 정신과적 치료와 케어는 전문적으로 채택된 표준에 부합해야 한다.• 정신질환자 및 정신장애인은 지역사회에서 살고, 일하고, 참여하는 것을 지원하기 위하여 케어와 치료가 마련되어야만 한다.• 약물치료는 처벌이나 다른 사람의 편의를 위해 이루어져서는 안되고, 치료 혹은 진단을 위해서만 이루어져야 한다.• 정신질환자 및 정신장애인은 치료의 효과와 다른 대안을 포함하여 그들의 치료에 관한 정보를 제공받아야 한다.• 정신질환자 및 정신장애인의 자유를 제한하고 권리, 존엄 그리고 자존감을 방해하는 것은 필요 최소한도로 그쳐야 한다.

② 뉴사우스웨일즈주 정신보건법(2014) 적용 대상과 정신보건시설

호주 전체에서 전문 정신건강돌봄(Specialised mental health care)는 공립·사립 정신병원(public and private psychiatric hospitals), 공적 및 사적 일반 병원의 정신 과 병동(psychiatric units or wards in public and private acute hospitals), 지역사회 정신건강돌봄 서비스(community mental health care services)와 주거정신건강서비스(residential mental health services)를 포함하는 일련의 시설에서 제공된다. 2019~2020년도에 1,731개의 전문 정신보건 케어 시설이 전국적으로 있었다. 8,523개의 전문 정신보건 병원 병상과 거주하는 정신보건서비스의 2,271개의 병상이 2019~2020년도에 사용가능하였다.



*출처: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-content/specialised-facilities>. 저자 번역,

[그림 4-17] 정신건강 서비스 공급 기관 현황 : 호주

(3) 뉴사우스웨일즈주 입·퇴원제도

가. 자의입원의 원칙

뉴사우스웨일즈의 경우 자의입원에 대해서도 입원이 최선인지 검토하고 있고, 입원 후에는 정신보건심의위원회(MHRT)를 통해 지속적으로 자의입원 환자에게 입원치료가 최선인지 살펴보고 있다. 다음은 자의입원에 관한 조항이다.

〈표 4-64〉 뉴사우스웨일즈 주 자의입원 규정 : 호주

뉴사우스 웨일즈 주 자의입원 규정
<p>제5조 자의입원 요청이 있을 때</p> <ul style="list-style-type: none"> 정신장애인은 자의적으로 정신건강시설에 입원이 허용될 수 있다. 권한 있는 의료전문가는 정신장애인의 이익에 해가된다고 판단할 경우 자의입원을 거부할 수 있다. 정신질환 혹은 정신장애의 유무와 상관없이 자의입원이 가능하다.
<p>제6조 13-15세 아동의 자의입원</p> <ul style="list-style-type: none"> 16세 미만의 정신장애인이 자의적으로 입원을 한 경우 권한이 있는 의료전문가는 실행 가능한 모든 합법적인 방법을 동원하여 부모에게 입원사실을 통지해야 한다. 자의적으로 입원한 14-15세의 정신장애인의 부모가 의료전문가의 입원승인에 반대하는 경우 퇴원시켜야만 한다. 14세 미만의 정신장애인의 경우 부모가 의료전문가의 입원승인에 반대를 할 경우 자의입원이 불가능하다. 권한이 있는 의료전문가는 14세 미만의 정신장애인의 부모가 퇴원을 요청하는 경우 퇴원시켜야 한다.

*출처: New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007.
doi: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

나. 비자의입원의 원칙

① 비자의입원을 위한 초기 검진

뉴사우스웨일즈의 정신보건법에 따르면, 비자의입원의 경우 정신과 전문의 혹은 공인된 전문가에 의해서만 정신보건시설로 비자의입원을 위한 절차를 따를 수 있다(제19조). 의료전문가는 비자의입원을 위한 증명서를 작성하기 전에 즉시 대상자에 대하여 정신질환자 혹은 정신장애인지 판단을 해야한다. 그리고 정신질환자 혹은 정신장애인을 다루는데 있어서 다른 치료적 대안 없이 비자의입원 및 구금이 그 사람을 위한 최선이라고 판단되고, 직계 보호자 혹은 가까운 친척이 없는 경우에 한하여 비자의입원을 위한 절차를 따를 수 있다.

〈표 4-65〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 I : 호주

뉴사우스 웨일즈 주 비자의입원 규정 I
제19조 의사 또는 공인된 사람의 판단에 의한 구금
• 의료인 혹은 공인된 자가 발급한 증명서에 근거하여 정신보건시설에 구금될 수 있고, 증명서는 Schedule 1의 Part 1의 양식을 따라야 한다.
• 정신보건증명서는 의사 혹은 공인된 사람이 다음과 같은 조건을 충족하는지 확인한 경우 발급할 수 있다. - 증명서를 발급하기 전 환자의 상태를 직접 검사한 경우, 그리고, - 환자가 정신질환자 혹은 정신장애이라고 판단한 경우, 그리고, - 환자를 처우하는데 있어서 비자의입원 및 구금 외에 다른 합리적이고, 이용 가능한 대안이 없는 경우, 그리고, - 지정된 보호자, 직계보호자, 혹은 가까운 친척이 없는 경우
• 정신보건증명서는 경찰의 지원 없이는 정신질환자 혹은 정신장애인의 자·타해 위험이 우려될 때 경찰의 지원을 요청할 수 있다. 승인양식은 Schedules 1의 Part 2 양식에 따른다.
• 정신보건증명서는 다음과 같은 경우 시설에 정신질환자 혹은 정신장애인을 구금하는데 사용할 수 없다. - 정신질환자의 경우 발급 후 5일이 경과한 경우 - 정신장애인의 경우 발급 후 1일이 경과한 경우

*출처: New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007.
doi: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

② 비자의입원 신청에 관한 권한 및 초기 검진 규정

제20조부터 25조까지는 응급구조사, 경찰, 치안판사, 보석담당관, 타 정신보건 시설에 의한 비자의입원에 관한 규정이다. 비자의입원 신청이 가능한 직군을 상세히 구분하고, 그에 따른 권한을 규정해 놓은 것을 알 수 있다.

위의 경우에 따라 비자의입원 및 구금이 필요하다고 판단되는 경우에도 최초

판단시 비자의입원 대상자가 아닌 자의입원 환자로 분류할 것을 권고하고 있고, 정신장애인과 정신질환자를 구분하여 정신건강 평가를 시행해야하는 기간을 규정하고 있다.

〈표 4-66〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 II : 호주

뉴사우스 웨일즈 주 비자의입원 규정 II
제20조 응급구조사에 의한 구금
제21조 경찰 지원
제22조 경찰에 의해 체포 후 구금
제23조 의료검진 혹은 조사의 명령에 따른 구금
제24조 치안 판사 혹은 보석담당관의 명령에 따른 구금
제25조 타 정신보건시설로부터의 이송 후 구금
제30조 평가대상자는 자의입원 환자로 분류될 수 있다. 다음과 같은 경우, 의료전문가는 정신보건조사를 실시하기 전 정신질환자 혹은 정신장애인을 자발적 환자로 분류할 수 있다. - 의료전문가는 정신질환자 혹은 정신장애인이 자의입원 환자로 최대한의 이익이 있다고 판단될 때, 그리고 - 정신질환자 혹은 정신장애인이 자의입원 환자에 동의하거나, 후견인이 있거나, 혹은 14세 미만인 경우 이 법률에 따라 자의입원환자로서 승인하는 경우
제31조 정신장애인 구금의 제한
<ul style="list-style-type: none"> • 제27조 5단계 하에서 정신장애인으로 판명된 사람은 3일 이상 계속적으로 정신보건시설에 구금되어서는 안된다(주말과 공휴일은 포함하지 않음). • 정신보건시설의 권한 있는 의료전문가가 평가대상자에 대해 정신질환자가 아닌 정신장애인이라고 판단하는 경우, 해당사람은 3일 이상 시설에 구금되어서는 안된다(주말과 공휴일은 포함하지 않음). • 권한 있는 의료전문가는 24시간마다 최소 1회 이상 정신보건시설에 수용된 정신장애인을 검사해야 한다. • 권한이 있는 의료전문가가 정신장애인 혹은 정신질환자가 아니고, 다른 덜 제한적인 치료가 필요하다고 판단하는 경우 그 사람은 더 이상 정신보건시설에 구금되어서는 안된다. • 정신장애인이라는 이유로 1개월에 3회 이상 정신보건시설에 구금되어서는 안된다.

*출처: New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007.
doi: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

다. 계속입원에 대한 조사

뉴사우스웨일즈의 정신보건법에 따르면, 2차례 혹은 3차례에 걸쳐서 계속입원에 대한 판단을 내릴 것을 규정하고 있다. 검진의 결과는 정신보건심의위원회를 통해 관리감독 받고, 초기 검진에 참여한 의료진은 다음 검진에서는 중복 참여할 수 없는 규정을 두고 있다.

〈표 4-67〉 뉴사우스웨일즈 주 비자의입원 규정 III : 호주

뉴사우스 웨일즈 주 자의입원 규정 III

제27조 계속적인 정신보건시설 내 구금을 위한 의료조사 절차

- 정신보건시설에 구금된 대상자
 - 권한이 있는 의료전문가는 대상자가 자의입원을 하거나 시설로 수용된 경우 가능한 빨리(12시간 이내) 검진을 실시해야만 한다. 공인된 자가 정신질환자 혹은 정신장애인이라고 판단하지 않는다면, 대상자를 구금해서는 안된다.
 - 권한이 있는 의료전문가는 1단계의 증명서를 발급한 후 가능한 빨리 다른 의료인의 검사를 받도록 해야 한다. 권한이 있는 의료전문가가 정신과 의사가 아니라면, 두 번째 검사관은 정신과의사여야만 한다. 두 번째 검사관은 대상자가 정신질환자 혹은 정신장애인이라는 판단 혹은 그렇지 않은 판단을 내리면 권한이 있는 의료전문가에게 결과를 통보해야만 한다.
 - 두 번째 검사관이 대상자가 정신질환자 또는 정신장애인이 아니라는 판단을 한 경우, 권한이 있는 의료전문가는 그 의견을 통보받은 후 가능한 한 빨리 정신과의사인 의사의 검사를 받도록 해야 한다. 세 번째 검사관은 대상자가 정신질환자 또는 정신장애인이라고 판단하는 경우 권한이 있는 의료전문가에게 통보해야 한다.
 - 권한이 있는 의료전문가는 다음과 같은 경우 정신보건심의위원회에 통보해야하며, 정신건강조사를 위해 위원회로 대상자를 이송한다.
 - 1단계 초진시 권한이 있는 의료전문가에 의해 정신장애인으로 판명되고, 2단계 또는 3단계 검진시 정신장애인으로 판명될 경우, 대상자는 정신장애인으로서 정신보건시설에 구금될 수 있다.

*출처: New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007.
doi: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

정신증적 증상 및 행동으로 인해 정신보건시설에 이송되어 온 경우 정신과 전문의는 해당 환자에 대해 정신질환자 혹은 정신장애인 여부를 파악하고, 둘 다 해당하지 않는 경우는 퇴원 혹은 자의입원 여부를 결정하여야 한다. 정신장애인이 비자의입원 치료가 필요한 경우 정신과 전문의는 24시간마다 최소 1회 이상 검진을 실시하여 비자의입원의 필요성을 판단하여야한다(제31조). 전문의는 전문적 지식과 검진 결과를 바탕으로 비자의입원의 계속 여부를 고려하지만(제28조), 필요한 경우 환자가 입원하게 된 경위와 주변 사람들의 의견을 포함하여 입원의 지속 여부를 고려하는 것이 중요하다. 비자의입원 중에도 전문의는 언제든지 환자를 자의입원 환자로 재분류하는 것이 가능하다(제30조).

(5) 정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal)

① 정신건강심판원의 구성

정신건강심판원은 정신보건 영역의 전문위원들로 주지사에 의해 임명되는 준사법기구이다. 정신질환자 혹은 정신장애인을 대상으로 정신보건시설에서 수행되는

돌봄 및 치료에 관한 절차상의 문제, 이의제기를 검토하고, 환자의 최선의 이익을 보장하는 명령을 내리는 광범위한 권한을 가진다. 정신건강심판원의 구성은 제6장 ‘정신보건심의위원회’에서 규정하고 있고, 주지사에 의해 임명되는 위원장, 1명 이상의 부위원장 또는 위원(상근 또는 비상근)으로 구성되며, 위원회는 주로, 변호사, 정신과의사, 당사자단체에서 추천한 자격을 갖춘 사람을 포함하여 임명된다.

② 정신건강심판원의 역할

정신보건법에서는 정신질환의 결과로 권리 혹은 자유가 심히 침해받는 사람들을 위해 외부의 전문가 집단에 의해 심사·검토 절차를 마련하고 있고, 정신건강심판원이 그 역할을 맡고 있다. 2010년 이전에는 비자의입원 초진 시 정신건강조사 시행과 입원 결정에 관하여 치안판사(justice of the peace)가 판단을 하였지만, 이후 정신건강심판원으로 그 권한이 옮겨와 비자의입원의 결정, 변경, 철회, 퇴원 등 치료 과정에 있어서 환자의 최선의 이익을 위한 것인지 평가한다(제19조, 제27조). 비자의입원에 관한 사항뿐 아니라 정신보건시설에 자의입원한 환자도 12개월 이상 계속적으로 입원을 하는 경우 그 치료가 환자의 이익에 최우선 하는지 검토한다(제9조).

3) 호주 치료 체계

환자 중심 치료란 "개별 환자의 선호도, 필요성 및 가치를 존중하고 이에 대응하는 진료를 제공하고 환자가 모든 임상 의사결정을 안내하도록 보장한다"는 것을 의미한다(Institute of Medicine, 2001). 호주의 의료 성과 측정의 맥락에서(그림 4-18) 환자 중심의 인권친화적 치료는 서비스가 제공되는 방식에서 어떻게 제공되었는지 여부를 고려하는 차원이며, 의료진뿐 아니라 환자와 그 보호자 및 가족들이 의료에 참여하도록 권장되는 것이다. 환자 스스로 자신의 상태를 인지하고, 전체적인 치료 과정에 있어서 정보를 습득하고, 결정을 내리도록 권장된다. 현재 호주 의료 기관은 환자가 경험하는 의료 과정을 측정하고, 분석 및 개선하는데 많은 투자를 하고 있다(Australian Commission for Safety & Quality in Health Care, 2019, NSW Health, 2019).



*출처: The National Health Information and Performance Principal Committee, 2017, Australian Institute for Health and Welfare, 2019.

[그림 4-18] 호주 치료 체계 : 호주

정신건강서비스 체계에 있는 사람들의 정신건강 관리에 대한 접근과 전반적인 관리에 대한 접근의 차이를 모니터링하는 것이 호주 정부의 우선 과제로 추진되었다. 2006년에 호주 정부 위원회는 정신건강서비스를 개혁하기 위해 정신건강을 위한 국가전략계획을 발표하고, 정신건강서비스에 대해 충족되지 않은 필요성을 포함하여 개선을 위한 주요 영역을 발표하였다. 2017년에는 제5차 국가 정신 건강 및 자살 예방 계획에서 정신건강관리가 호주의 국가 보건 우선 분야 중 하나로 확인되었다(Department of Health, 2016).

(1) 정신건강 서비스 제공 관련 호주의 국가적 기준

다음 표는 정신과 진료와 관련된 정신 건강 서비스 제공에 있어 호주의 표준을 요약한 것이다. 다음 표에서는 각 기준의 공표 기관, 적용 대상, 준수 여부, 시행 중인 내용을 설명하였다. 기준 및 표준은 호주의 정신건강 영역 전반에 걸쳐 일관된 서비스를 보장하기 위한 것으로, 정신건강 영역 종사자들에게 실천 표준을 제공하도록 구성되었다.

〈표 4-68〉 정신건강 영역 종사자 실천 표준 개괄 : 호주

년도	문서	기관	적용	준수여부	내용
2010	Code of Ethics	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	공공 및 민간 부분의 RANZCP 구성원	필수	본 윤리 강령은 정신의학 실천에 있어서 윤리적인 행위를 가이드하는 역할을 하며, 의료 종사자를 규제할 책임이 있는 호주 보건 의사 규제 기관 (Australian Health Practitioner Regulation Authority, AHPRA)에서 적용함.
2013	National Practice Standards for the Mental Health Workforce	Department of Health	임상심리사, 사회복지사, 직업치료사, 정신과의사, 간호사, 전문 강사 등 전문가	필수	본 기준은 정신건강 영역 종사자를 위해 직무에서 성취해야할 기준을 개략적으로 설명하고, 간호, 직업 치료, 정신 의학, 심리학 및 사회 사업 등 정신건강 분야별 역량을 보완하기 위함.
2010	National Standards for Mental Health Services (NSMHS)	Department of Health	전반적 정신건강 서비스	자율, NSMHS 서비스 인증 프로그램 통합 예정	NSMHS는 개정된 정신건강 서비스 표준을 제공하며, 민간 및 공공 부문의 모든 정신 건강 서비스에 적용됨.
2015	Guide to the National Safety and Quality Health Service Standards for community health services	Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare Commission	지역사회 기반 기관	-	본 가이드는 NSQHS의 적용에 따른 이사회의 책임과 이행을 뒷받침하기 위해 개발됨. 의료 기관의 장이 관리 시스템을 설정 및 구현하고, 조직의 성과를 모니터링 및 개선하는데 초점을 맞춤.

(2) 윤리강령(Code of Ethics)

윤리강령은 정신질환 및 정신장애 관련 종사자들을 대상으로 도덕적으로 지켜야 할 기본적인 원칙을 규정하고 있다. 오스트레일리아 왕립 정신과 대학(Royal Australian and New Zealand of Psychiatrists : RANZCP)에서 정기적으로 개정하고 있고, RANZCP는 정신의학 분야의 전문가를 양성하고, 임상 업무 지원, 정신질환 당사자들 및 보호자들을 옹호하는 일을 정부와 협력하여 진행하는 기관이다.

RANZCP는 비전으로 고품질의 정신과 진료, 교육, 리더십, 옹호 등을 통해 지역 사회 정신건강을 함양시키는 것으로 삼고 있고, 이 비전 실현을 위해 최고의 윤리적 기준을 설정하고, 유지하는 것에 힘쓰고 있다. 이러한 점에서 이 윤리강령은 정신의학 종사자들과 지역사회 서비스 전달자들의 최소한의 규범의 역할을 수행한다.

윤리강령은 서비스 제공자들의 입장이 우선시되는 것이 아닌 환자 중심에서 치료가 이루어지고, 회복환경을 개선함으로써 정신질환과 관련된 스티그마를 감소하기 위해 노력하고 있다. 특히, 국제 협약에 기초하여 정신질환 및 장애 당사자들의 인권에 초점을 맞추도록 발전하고, 개정되어 오고 있다.

윤리강령에는 11개의 원칙이 포함되어 있으며, 각 원칙은 원칙의 본질을 명확히 하고, 원칙의 실제 사용을 다루며, 적용에 내재된 어려움과 예외를 지적하는 일련의 주석을 통해 상세히 설명하고 있다. 윤리강령은 정신건강 종사자로서 당사자를 대하는 태도와 행동을 규정하는 역할을 하고, 호주 및 뉴질랜드의 정신건강 실천과 관련된 기관들이 사용할 수 있도록 확장성을 띠고 있다. 실제 윤리강령은 RANZCP의 모든 회원에게 적용되며, 또한 RANZCP의 펠로십에 가입한 개인, RANZCP 내 직책을 보유한 비회원, 공인된 감독관, 지속적 전문 개발(CPD) 프로그램과 같은 RANZCP 프로그램에 참여하는 개인에게도 적용된다. 또한 RANZCP와 독립적으로 호주와 뉴질랜드에서 정신의학을 실천하는 사람들에게도 권장되고 있다.

〈표 4-69〉 윤리강령 : 호주

윤리 강령 내용
1. 정신과 의사는 모든 환자의 인간성, 존엄성, 자율성을 존중해야 한다.
2. 정신과 의사는 환자를 착취해서는 안된다.
3. 정신과 의사는 환자에게 최상의 치료를 제공해야 한다.
4. 정신과 의사는 환자와 그 가족의 사생활과 비밀을 유지해야 한다.
5. 정신과 의사는 법적 또는 다른 목적을 위한 절차, 치료 또는 보고서 제공을 수행하기 전에 환자의 유효한 동의를 구해야 한다.
6. 정신과 의사는 자신의 전문적 지식과 기술을 남용해서는 안된다.
7. 임상 실험에 참여하는 정신과 의사는 공인된 국가 및 국제 지침의 윤리적 원칙을 준수해야 한다.
8. 정신과 의사는 동료, 교육생, 학생, 환자 및 그 가족에게 전문적 지식과 기술을 개발, 유지 및 공유해야 한다.
9. 정신과 의사는 자신의 건강과 웰빙, 교육생과 학생을 포함한 동료들의 건강을 돌볼 의무가 있다.
10. 정신과 의사는 의료 직업의 청렴성을 유지해야 한다.
11. 정신과 의사는 정신건강서비스 향상시키고, 정신질환에 대한 지역사회 인식 증진 및 치료·예방, 정신질환자에 대한 차별 철폐를 위하여 노력해야 한다.

*출처: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2010). Code of Ethics

(3) National practice standards for the mental health workforce 2013

호주 정부는 정신질환자 및 정신장애 당사자와 그 가족, 보호자에게 서비스를 제공하는 정신건강 인력을 지원하고 프로그램 및 시스템을 개발하는 데 노력하고 있다. 정신건강 관련 영역에서 종사하는 사람들은 이러한 프로그램과 시스템을 사용하면서 실무자의 기술, 지식 및 태도를 함양하고 있고, 이를 통해 정신건강 서비스 품질 및 만족도를 개선해 나가고 있다.

이에 정신건강 인력에 대한 국가 실무 표준은 정신건강 관련 직무에 있어서 필요한 가치, 태도, 지식 및 기술의 개요를 규명하고, 직업의 전문성과 종사자의 근무 경력에 따른 매뉴얼을 제공한다. 즉, 이 표준은 정신건강 영역 초기 실무자, 숙련된 실무자, 교육·훈련 제공자 및 인증기관 등 정신건강 서비스 영역에 따라 구분된 역할을 가지고, 참조할 수 있도록 구성되어 있다.

〈표 4-70〉 National practice standards for the mental health workforce 2013 표준 : 호주

내용
표준1. 권리, 책임, 안전 및 개인 정보 보호
표준2. 환자, 가족 및 보호자와 함께 회복에 초점을 맞춘 방식으로 작업
표준3. 다양한 요구 충족
표준4. 원주민 및 토레스 해협 섬 주민, 가족 및 지역사회와 협력
표준5. 액세스
표준6. 개별 계획
표준7. 치료 및 지지
표준8. 관리 중인 전환
표준9. 통합 및 파트너십
표준10. 품질 향상
표준11. 소통 및 정보관리 표준 12: 건강증진 및 예방
표준12. 건강 증진 및 예방
표준13. 윤리 관행 및 전문 개발 책임

*출처: Department of Health. (2013). National Practice Standards for the Mental Health Workforce.

위 표의 실무 표준 사항은 호주의 정신건강 치료, 관리 및 지원을 제공하기 위한 국가 정책 및 요구 사항과 관련한 다음의 핵심 원칙을 포함하고 있다.

〈표 4-71〉 National practice standards for the mental health workforce 2013 표준 : 호주

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환자 및 정신질환자와의 최적의 삶의 질을 증진함. • 지속적인 회복을 촉진할 목적으로 서비스를 제공함. • 자신의 치료, 관리 및 지원에 관한 모든 의사결정에 서비스를 이용하는 사람들을 참여시키고 가능한 한 자신의 치료와 설정을 선택할 기회를 제공함. • 서비스를 사용하는 사람과 가족 또는 보호자의 실제 경험에 대해 배우고 평가함. • 서비스를 받는 사람의 역할과 별도로 보호자의 역량, 요구 및 요구 사항을 인식함. • 정신 질환을 앓고 있는 가족의 영향을 받는 어린이와 청소년의 적절한 정보, 관리 및 보호에 대한 권리를 인식하고 지지함. • 정신 건강 서비스 개발, 계획, 전달 및 평가에 필수적인 부분으로서 사람과 가족, 보호자의 참여를 지원함. • 개인의 특정 요구에 맞게 정신 건강 치료, 관리 및 지원을 맞춤화함. • 정신 건강 치료와 지원을 제공함에 있어서 그 권리에 최소한의 개인적 제한을 가함. 그리고 그들의 생활 상황, 지역사회 내의 지원 수준, 그리고 그들의 가족이나 보호자의 필요를 고려한 사람들의 선택을 존중함. • 객관적 정보에 입각한 관행 및 품질 개선 프로세스를 파악하고 구현함. • 전문적인 개발 활동에 참여하고 실제로 배운 것을 반영함.

*출처: Department of Health. (2013). National Practice Standards for the Mental Health Workforce.

3. 입원 중 좋은 치료 방법 : 가족정신건강지원서비스, 개별배치 및 지원, 디지털 직무 및 교육서비스

호주 사회서비스부처(Department of Social Services)는 국민들의 정신건강 안정 및 증진을 도모하기 위해 효과성이 입증된 프로그램을 선정하고, 전국적인 프로그램 가이드라인을 제공하고 있다. 이를 통해 프로그램의 질 관리와 보조금 지급 규정을 마련하여 정신질환 혹은 정신장애를 가지고 있는 당사자와 그 가족들이 프로그램에 대해 이해하기 쉽고, 접근하기 용이하도록 서비스를 제공하고 있다.

1) 가족 정신건강 지원서비스(Family Mental Health Support Services)³²⁾

가족정신건강 지원서비스(FMHSS)는 정신질환의 징후를 보이거나, 발병위험이 있는 아동·청소년과 그 가족을 대상으로 조기 개입 및 치료 서비스를 제공한다. FMHSS는 가정 역동성 및 환경을 평가하여 가정 기반 지원, 기타 관련 서비스와 연계하는 맞춤형 실질 지원을 목표로 하고 있다. FMHSS는 다양한 활동과 세부

32) Department of Social Services (2021). Community Mental Health Activity Family Mental Health Support Services Operational Guidelines. Australian Government.

프로그램을 통해 아동·청소년의 정신건강과 웰빙을 향상시키고, 그들이 삶을 영위 하는데 있어서 최대한의 잠재력을 이끌어 내는 것을 최우선으로 한다.

FMHSS는 세가지 측면에서 제공되며, 구체적으로 ①아동·청소년 정신건강 관련 위험·보호요인 평가를 통한 직접적 조기개입 및 증상기적 가족지원계획(Family Action Plan) 수립, ②아동·청소년의 욕구 및 정보 파악에 따른 단기적이고, 즉각적인 지원 ③지역사회 봉사, 정신건강 교육 및 지역사회 발전 활동 참여로 구성되어 있다.

지원서비스는 ‘정신건강 서비스 제공 국가 기준 2010(National standards for mental health services 2010)’을 준수하며, 서비스 공급자는 ‘정신건강 인력 국가 실무 기준(National practice standards for the mental health workforce 2013)’에 명시된 원칙을 따르도록 되어 있다. 다음 표는 가족정신건강 지원서비스 제공과 관련한 원칙이다.

〈표 4-72〉 가족정신건강 지원서비스 제공 원칙: 호주

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 초기개입 : 발달에 영향을 미치는 위험 및 보호 요인과 사회적·환경적 요인에 대한 지식과 이해 • 아동·청소년 중심 개입 : 아동·청소년의 욕구 파악 및 해결 중심의 서비스 제공 • 가족 중심 : 가족이 편안함을 느낄 수 있는 포괄적 서비스 구축 • 서비스 홍보 : 가족정신건강 지원서비스의 목적이 명확하게 명시된 서비스 홍보 • 문화적 적절성 : 문화적·종교적 상황과 그 차이에 대한 관용과 존중을 바탕으로 서비스 제공 • 유연성 : 서비스 공급자는 접근성이 떨어지는 수요자를 대상으로도 모든 지원 서비스가 가능하도록 운영 및 기타 관계 기관과 연결망 구축 • 접근성 및 대응성 : 다양한 서비스 및 정보에 고객의 요구사항이 준수되도록 지원 • 운영 시간 : 가족정신건강 지원서비스는 위기 서비스가 아니며, 지역 수요에 맞는 운영 시간을 설정하여 운영 • 전문 인력 : 아동·청소년 눈높이에 맞춘 서비스 제공 및 적절한 조기개입이 가능토록 인력 양성

*출처: Department of Social Services (2021). Community Mental Health Activity Family Mental Health Support Services Operational Guidelines. Australian Government.

2) 개별 배치 및 지원(Individual Placement and Support)³³⁾

IPS 프로그램은 장기적인 복지 의존의 위험이 있는 12-25세 정신질환 및 정신장애가 있는 청년들의 직업훈련 및 취업 성과를 목적으로 한다. IPS 프로그램은 증거 기반 모델을 사용하여 고용 및 직업훈련 지원을 임상 정신건강 및 비직업 지원을 통합한다. 교육과 직업 커리어를 지속하길 원하는 정신질환 환자들의 개인적인 필요에 초점을

33) Department of Social Services (2022). Individual Placement and Support Program Operational Guidelines. Australian Government.

맞춘다. 모든 IPS 프로그램은 수요자에 대한 지원을 제공하는 핵심 실무 원칙을 준수해야 한다. IPS는 8가지의 핵심 실무 원칙을 가지고 있고, 실천 원칙은 다음과 같다.

〈표 4-73〉 개별 배치 및 지원 제공 원칙: 호주

핵심 원칙
<ul style="list-style-type: none"> 경쟁력 있는 고용에 대한 집중 : IPS 서비스는 정신질환자가 취업을 원하는 경우 달성할 수 있는 목표로서 경쟁력 있는 고용에 전념 참가자 선택에 따른 자격: 참가자는 준비 상태, 진단, 증상, 약물 사용 이력, 정신과 입원, 장애 수준 또는 법적 시스템 참여에 따라 IPS 서비스에서 제외되지 않음 재활 및 정신 건강 서비스의 통합: IPS 모델은 임상 치료를 포함한 정신 건강 치료 팀의 긴밀한 통합을 기반으로 함 참가자 선호도 주의: 서비스는 헤드스페이스의 판단보다는 참여자의 선호와 선택에 기초함 개인 맞춤형 혜택 상담: 직업 전문가들은 참가자들이 그들의 정부 자격에 대한 개인화되고 이해 가능하며 정확한 정보를 얻을 수 있도록 도움(급여를 잃는 것에 대한 두려움은 고용에 대한 주요 장벽이다.) 신속한 구직: IPS 모델은 장시간 취업 전 평가, 교육, 상담 등이 아닌 참여자가 직접 취업할 수 있도록 신속한 구직접근 방식을 기반으로 함 체계적인 직업 개발: 직업 전문가는 참가자의 관심사를 기반으로 고용자 네트워크를 구축하여 지역 고용주와의 관계 및 파트너십을 발전시킴 시간 제한 없는 개별화된 지원: 후속 지원은 개별화되어 있으며, 참가자가 원하고 지원이 필요한 한 계속됨

*출처: Department of Social Services (2022). Individual Placement and Support Program Operational Guidelines. Australian Government.

IPS 프로그램은 정신질환 혹은 정신장애를 가지고 있는 청년들에게 IPS 원칙에 따른 전문적인 직업 지원을 제공하면서 자립을 도모하는 것이다. IPS 모델은 개인의 문제와 욕구에 따른 서비스가 이용가능하도록 프로그램의 접근성과 대응성을 갖추고, 전문적인 직업 지원을 제공하는 전문가, 다양한 종교와 문화를 가진 사람들이 동료 지원 근로자로 활동하고 있어서 그 효과성을 입증하고 있다.

IPS 프로그램 공급자는 정신질환 증상이 있는 아동·청소년에게 직업·취업 서비스를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다. 이를 위해 직업재활, 경력개발 또는 취업지원에 대한 경험, 지식, 기술, 자격을 갖춘 직업전문가와 아동·청소년의 심리·임상·발달에 전문적 지식을 갖춘 전문가가 함께 사례관리를 진행하는 것을 기본 구성으로 한다. 직업전문가는 직무기술, 면접기술 등 직업교육을 제공하고, 임상 전문가는 이용자가 설정한 목표를 달성할 수 있도록 상호보완적인 역할을 하며 임상 의견을 수집한다. 이후 취업/인턴 과정에서 두 전문가는 고용주와 연락하여 이용자에게 맞는 실질적인 직무 기회 부여와 이들이 직무에 잘 적응할 수 있는 조인과 교육을 제공하는 역할을 수행한다.

IPS 프로그램은 IPS 전문가와 함께 적절한 자격을 갖춘 동료 지원 근로자(IPS Vocational Peer Support Worker)를 정규직으로 고용하도록 규정하고 있다. 정신질환을 경험한 18-30세의 청년, 선발시 다양한 민족, 문화적 배경, 생활방식, 종교, 성적취향을 고려하여 채용하도록 장려하고 있다. 동료 지원 근로자의 역량으로 효과적인 의사소통 능력, 팀워크 능력, 문제해결능력, 계획 및 조직 능력을 우선시하여 IPS 전문가와 이용자와 더불어 그들의 가족, 지역사회 구성원, 기타 관련 종사자들과 함께 협력적으로 일한다.

3) 디지털 직무 및 교육 서비스(Digital Work and Study Services)³⁴⁾

DWSS는 디지털 플랫폼을 통해 15-24세의 정신질환을 앓고 있는 청년들에게 직무교육과 학업 지원의 기회를 제공받는 것을 목적으로 한다. DWSS는 IPS 모델의 8가지 핵심 원칙을 바탕으로 설계되었지만, 디지털 플랫폼을 통해 청년들을 지원하도록 구성되었다. 물리적으로 IPS 프로그램에 접근하기 어려운 청년들을 대상으로 하며, 디지털 매체를 활용한 교육에 초점을 맞추어 이들이 디지털 기기를 활용하여 소통, 데이터 전송, 교육 등을 수행할 수 있도록 지원한다.

〈표 4-74〉 디지털 직무 및 교육서비스와 개별 배치 및 지원 : 호주

구분	디지털직무 및 교육 서비스(DWSS)	개별 배치 및 지원(IPS)
서비스 전달 방법	디지털	대면
접근성	웹사이트를 통해 프로그램 신청	지원센터 방문 접수
자격	<ul style="list-style-type: none"> 경쟁력 15-24세 호주 토착민 청년, 학교 밖 청소년, 특정 지역 등 우선대상 목표 	<ul style="list-style-type: none"> 12-25세 지원센터
서비스 지원 범위	전국	24개의 지원센터 인근 지역
참여기간	3개월 제한	없음
정신의료기관과의 연계	없음	있음
지역사회 연계	없음	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내 65% 이상이 지역사회 네트워크 연계 주당 6회 이상의 고용주/교육자 면담

*출처: Department of Social Services (2020). Digital Work and Study Services Evaluation. Australian Government.

34) Department of Social Services (2020). Digital Work and Study Services Evaluation. Australian Government.

4. 정신의료기관 인증평가체계

1) 정신건강서비스 국가표준(National Standards for Mental Health Services)

정신건강서비스 국가표준은 의료 서비스 제공에 있어서 지침을 제공하고, 정신건강서비스의 지속적인 품질 개선을 위해 1996년 처음 도입되었다. 표준 도입을 통해 정신질환 및 정신건강 당사자 및 가족, 보호자의 요구와 기대에 적절히 대응하고, 정신질환 의료서비스 제공 방식에 큰 영향을 미친 것으로 나타난다. 특히, 정신건강서비스 국가표준을 도입함으로써 임상 및 비임상 서비스 제공의 수를 증가시키고, 정신건강 서비스 영역을 다양한 민간 부문으로 확장하였다. 초기 진료 영역에서 다양한 서비스와 연계할 수 있도록 표준을 마련하여 서비스를 확장시켰다.

정신건강서비스 국가표준은 ①서비스 제공방법, ②정책 지침 준수 여부, ③의사소통 및 동의 기준 충족 여부, ④이용자의 위험과 관련될 수 있는 영역 또는 강제적 개입을 수반하는 영역에서의 감시 및 관리를 위한 절차 준수 여부에 초점을 두었고, 입원병원 및 지역사회 정신건강서비스, 임상 및 민간 부문, 초기 진료 및 일반 진료 서비스를 포함한 광범위한 정신건강서비스 영역에서 적용될 수 있도록 개발되었다. 다만, 신체적 장애, 일반 노인용양 서비스와 같은 복합적인 부문에서는 적용되지 않는다.

정신건강서비스 국가표준은 정신건강 서비스 제공에 대한 국가 정책 및 이용자, 보호자의 욕구를 반영하려고 하였다. 정신건강서비스 국가 표준과, 표준 개발의 주요 원칙은 다음과 같다.

〈표 4-75〉 정신건강서비스 국가표준 : 호주

표준		내용
표준 1	권리와 책임	• 정신건강 문제 및 정신질환에 의해 영향을 받는 사람들의 권리와 책임은 정신건강서비스에 의해 보장되며, 모든 치료의 과정은 문서화를 통해 명시화된다.
표준 2	안전	• 정신건강서비스의 활동과 환경은 이용자, 보호자, 가족, 방문자, 직원 및 지역사회에 무해하다.
표준 3	이용자와 보호자 참여	• 이용자와 보호자는 서비스의 개발, 계획, 제공 및 평가에 적극적으로 참여한다.

표준		내용
표준 4	다양성에 대한 민감성	• 정신건강서비스는 이용자의 문화적, 사회적 다양성을 고려하여 모든 관리 단계에서 이용자의 요구와 보호자 및 지역사회의 요구를 충족하는 서비스를 제공한다.
표준 5	촉진 및 예방	• 정신건강서비스는 정신건강을 촉진하고, 정신건강 문제 및 정신질환의 예방을 해결하기 위해 지역사회와 협력한다.
표준 6	이용자	• 이용자는 개인의 요구를 충족하고, 회복 측면에서 가능한 최상의 결과를 달성하는 포괄적이고, 통합된 정신건강관리에 대한 권리를 갖는다.
표준 7	보호자	• 정신건강서비스는 정신질환자의 웰빙, 치료 및 회복에 대한 보호자의 중요성을 인식, 존중, 지원한다.
표준 8	관리	• 정신건강서비스는 서비스의 품질과 조율을 촉진하기 위해 효과적이고, 효율적으로 관리된다.
표준 9	통합	• 정신건강서비스는 이용자 및 보호자를 위해 조율 및 통합된 서비스를 촉진하여야 하고, 조직 내·외 서비스 제공기관과 협력하여야 한다.
표준 10	치료전달체계	• 정신건강서비스는 회복의 원칙들이 서비스전달, 문화, 관행에 녹여들도록 하여 지속적인 회복을 지원하는 다양한 프로그램들의 접근성을 높인다.

*출처: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2015). National Safety and Quality Health Service Standards 2nd edition.

〈표 4-76〉 정신건강서비스 국가표준 개발 주요 원칙 : 호주

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강서비스는 정신건강 문제 및 정신질환을 가진 사람들에게 최적의 삶의 질을 촉진해야 함. • 회복을 지속적으로 촉진할 목적으로 서비스가 제공 됨. • 이용자들은 자신의 치료와 관리에 관한 모든 결정에 참여함. • 이용자는 자신의 권리 보장 측면에서 지명된 보호자를 모든 치료 과정에 참여시킬 수 있음. • 보호자의 역할, 능력, 욕구, 요구사항은 이용자와 별개임을 인식해야함. • 이용자와 보호자의 참여는 정신건강서비스의 발전, 계획, 전달 및 평가에 필수적임. • 정신건강 치료와 지원은 이용자의 생활 상황, 지역사회 내 지원 수준 및 보호자의 요구를 고려하여 이용자의 권리와 선택에 최소한의 개인적 제한을 가해야 함.

제3절 대만

1. 정신위생법(정신보건법)

대만의 정신건강 관련 법은 “정신위생법(精神衛生法, Mental Health Act)”이다. 대만 정신위생법은 1981년 제정되었으며, 환자와 가족의 인권을 보장하는 방향으로 2007년 대폭 개정되었다(조근호 외, 2019). 대만 정신위생법의 주요 내용은 다음과 같다.

〈표 4-77〉 정신위생법 구조: 대만

대만의 정신위생법의 개요
제1장 일반 원칙(General Principles) <ul style="list-style-type: none">• 법의 제정 목적, 법에서 사용된 용어의 정의, 법에 언급된 책임 주체에 대한 설명
제2장 정신건강체계(Mental Health System) <ul style="list-style-type: none">• 중앙 관할 당국, 지자체, 노동부, 교육부, 사회부 등 각 주체의 책임과 권한
제3장 정신질환자의 권익 보호(Protection of Patients and their Rights and Interests) <ul style="list-style-type: none">• 정신질환자에게 금지되는 행위(학대, 유기, 방치, 강제결혼, 범죄 등)• 보호자 선정• 응급입원• 개인정보 및 사생활 보호• 재활, 의료, 교육, 고용 서비스
제4장 의료보장서비스, 보고 및 후속 조치를 위한 지원(Assisting Access to Medical Care, Reporting, and Follow-up Protection) <ul style="list-style-type: none">• 입원 등 의료서비스 접근에 관한 규정
제5장 정신과 진료의 과업(Tasks of Psychiatric Medical Care) <ul style="list-style-type: none">• 외래환자 진료서비스, 응급 서비스, 지역사회 정신재활서비스 등 정신과 전문의의 역할
제6장 벌칙 조항(Penalty Provisions) <ul style="list-style-type: none">• 위의 규정을 위반하는 병원, 의료인에 대한 벌칙 사항
제7장 추가 조항(Supplementary Provisions)

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

대만의 정신위생법 제3조 제1항에서 ‘정신질환’은 다음과 같이 정의하고 있다. “사고, 정서, 지각, 인지, 행동 등 정신상태가 비정상적이며, 이로 인해 일상생활 기능에 장애가 발생하여 치료와 돌봄이 필요한 상태; 정신병, 신경증, 알코올 및 약물 중독, 기타 중앙주관기관이 인정한 정신질환을 포함하나 반사회성 인격장애

는 제외한다”. 또한 법 제3조 제4항에 ‘중증환자’는, “정신과 전문의로부터 ‘정신 질환’이 있다는 확진을 받은 환자로서, 현실과 분리된 기이한 사고와 엉뚱한 행동을 하여 자신의 사무를 처리할 수 없는 사람”으로 명시하고 있다.

〈표 4-78〉 정신질환의 정의: 대만

정신위생법 제3조
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. 정신질환 : 사고, 정서, 지각, 인지, 행동 등 정신상태가 비정상적이며, 이로 인해 일상생활 기능에 장애가 발생하여 치료와 돌봄이 필요한 상태; 정신병, 신경증, 알코올 및 약물 중독, 기타 중앙주관기관이 인정한 정신질환을 포함하나 반사회성 인격장애는 제외한다.
2. 전문의 : 의사법에 의거 중앙관할기관의 승인을 받은 정신과 전문의
3. 환자 : 정신질환을 앓고 있는 사람
4. 중증환자 : 정신과 전문의로부터 ‘정신질환’이 있다는 확진을 받은 환자로서, 현실과 분리된 기이. 한 사고와 엉뚱한 행동을 하여 자신의 사무를 처리할 수 없는 사람
6. 지역사회 정신재활 : 환자가 일상생활에 적응할 수 있도록 지역사회에서 업무능력, 업무태도, 심리재건, 사회성, 일상생활처리능력을 증진하기 위해 제공하는 서비스
7. 지역사회 치료 : 환자의 증상이 악화되는 것을 방지하기 위해 지역사회에서 가정방문 치료, 지역사회 정신 재활 및 외래치료

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

한편, 정신위생법에는 정신질환자에 대한 차별 금지 및 시정에 대한 내용도 명시되어 있다. 예를 들어, 제22조에서는 과거 정신병력이 있다는 이유로 학업, 고용 등 다양한 삶의 영역에서 정신장애인에 대한 차별이 금지됨을 명시하고 있으며, 제23조에서는 정신장애인에 대해 보도를 할 때 언론 매체가 지켜야 할 의무사항도 언급하고 있다.

〈표 4-79〉 정신위생법 내용 중 차별 금지 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 차별 금지 관련 주요 조항
제22조 환자의 인격과 정당한 권리와 이익은 존중되고 보호되어야 하며, 차별을 받아서는 안 된다. 안정된 상태에 있는 환자는 정신질환을 앓은 적이 있다는 이유로 학업, 시험, 취업을 거부당하거나 기타의 부당한 대우를 당해서는 안 된다.
제23조 언론 매체는 정신질환과 관련한 어떠한 차별적 언급이나 설명을 전달해서는 안 된다. 또한 사실과 양립하지 않는 보도를 하거나, 시청자 혹은 독자에게 정신질환자에 대한 차별적 인식을 불러일으키는 오도를 해서는 안 된다.

정신위생법 제13조부터 제15조에 따르면, 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익 옹호 단체 대표자가 정신건강 관련 정책 수립과정에 참여할 수 있는 권리가 법적으로 보장된다. 구체적으로, 안정된 상태에 있는 환자와 그 가족, 그리고 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자들이 정신건강 관련 정책 수립 및 결정 과정에 참여하는 인원 중 1/3 이상이어야 한다. 이러한 변화를 통해 정신장애인 당사자가 정책 수립과정에 참여할 수 있도록 적극적으로 독려하고 있으며, 당사자 중심의 정신건강 서비스 및 정책을 수립하기 위해 노력하고 있다.

〈표 4-80〉 정신위생법 내용 중 환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항
<p>제13조 중앙 주무관청은 정신보건전문가, 법률전문가, 정신장애인 당사자, 당사의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초빙·소집하여 다음 각 호의 업무를 수행한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국민의 정신건강 증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료기관에 관한 상담 3. 정신질환 예방치료 자원계획에 관한 협의 4. 정신질환 예방 및 치료의 연구개발에 관한 자문 5. 정신질환의 특수치료에 관한 상담 6. 치료에 대한 환자의 권리와 이익 보호, 이익 침해에 대한 검토, 계획, 조정, 촉진 7. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담 <p>각 호의 업무를 수행하는 데 있어 안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 참여자의 3분의 1 이상이어야 한다. 그리고 어느 한 성별이 초대된 사람의 3분의 1 미만을 차지해서는 아니된다.</p> <p>제14조 지방 관할 당국은 정신건강 관련 전문가, 법률전문가, 안정 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초청하여 집합하고 해당 관할 구역에서 다음 업무를 수행한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국민의 정신건강증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료 연구과제에 관한 상담 3. 정신보건의료기관 설립에 관한 협의 4. 환자의 의료접근권 보호에 관한 진정사건의 조정·심사 및 그 침해에 대한 심사 5. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담 <p>안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 전향에서 언급한 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 초청된 사람의 3분의 1 이상을 구성해야 한다.</p> <p>제15조 정신질환으로 인한 비자의 입원원 및 지역사회 강제치료에 관한 사항은 중앙 주무관청 정신질환 의무평가 및 지역사회치료심사위원회(이하 심사위원회라 한다)에서 심의한다. 전향의 심사위원회 위원에는 전문의, 간호사, 작업치료사, 심리학자, 사회복지사, 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표, 법률전문가 및 기타 관련 전문가가 포함된다. 심사위원회는 심의회의를 소집하는 동안 심의사건 당사자 또는 피해인에게 소명을 위하여 출석하게 하거나 담당자를 적극 파견하여 당사자 또는 피해인을 조사하도록 할 수 있다. 심사위원회의 구성, 심의절차, 그밖에 준수하여야 할 사항에 관한 사항은 중앙주관기관이 고시한다.</p>

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

1) 비자의 입원 제도

대만의 정신위생법은 1990년 사회적 안전에 대한 논의의 결과로 제정되어 2007년 환자의 인권을 강화하는 내용으로 개정되면서 비자의 입원에 대한 심사기구인 ‘정신질환강제감정 및 강제지역사회치료심사위원회(약칭 심사위원회)’가 도입되었다. 대만의 비자의 입원 유형은 단일한 형태만이 존재하는데, 시(市)나 현(縣) 정부가 주관이 되는 행정처분의 성격으로, 우리나라 정신건강복지법상에서는 행정입원에 가장 가깝다고 할 수 있다. 비자의 입원 제도 관련 주요 조항은 제41조, 제42조이다.

비자의입원에 대한 심사위원회의 승인을 받아야 하며, 심사위원회에서는 비자의 입원 기준이 충족되는지 확인한다. 심사위원회는 정신과 의사, 간호사, 작업치료사, 임상심리사, 정신건강사회복지사, 변호사, 보호자 및 환자 권익 옹호자를 포함한 다양한 직역의 전문가로 구성된다. 비자의 입원이 불필요한 경우에는 즉시 퇴원 절차를 밟고, 퇴원 사실을 지역사회 정신건강센터에 통보하도록 강제하고 있다.

〈표 4-81〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항
<p>제41조 자타해의 위험이 있는 중증 정신질환자로서 전문의의 진단을 받아 입원이 필요한 경우, 보호자는 중증 환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 지원한다. 입원 치료가 필요한 정신질환자가 입원을 거부하는 경우, 시·군(市) 관할당국은 응급입원을 시행할 정신의료기관을 지정하여 시·군(市)이 지정한 전문의 2인 이상에게 배정할 수 있다. 다만, 도서지역에서는 전문의 1인이 의무 검사를 실시할 수 있다. 심의 결과에 따라 종일 입원이 필요한 경우이나, 중증환자가 여전히 입원을 거부하거나 의사를 표명할 수 없는 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 비자의 입원 기본정보 및 보고서를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 의견 문서 및 기타 관련 진단 증명서를 첨부하고 비자의 입원 허가를 위해 심사위원회에 신청서를 제출한다. 비자의 입원 승인 여부에 대한 결정은 중증 환자 및 보호자에게 제공된다. 응급배치 및 비자의 입원 허가 신청은 시·군(市) 주무관청이 위탁한 지정 정신의료기관에서 수행한다. 절차에 관한 규정, 필요한 서류, 긴급 안치 및 비자의 입원 신청을 위해 준수해야 할 기타 사항은 중앙 관할 기관에서 공포한다.</p>
<p>제42조 긴급 안치 기간은 5일을 초과할 수 없으며, 중증 정신질환자의 인권 보호 및 치료에 주의를 기울여야 한다. 비자의 입원 허가 심의는 긴급 안치 날짜로부터 2일 이내에 완료되어야 한다. 긴급 안치는 검사에서 비자의 입원이 필요하지 않음이 확인되거나, 긴급 안치 날짜로부터 5일 동안 비자의 입원 허가를 받지 못한 경우 종료된다. 또한, 비자의 입원 기간은 60일을 초과할 수 없다. 다만, 시·군(市) 주무관청이 지정하는 전문의 2인 이상의 검사에서 입원의 연장이 필요하다고 인정하는 경우, 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 60일로 제한된다. 입원 기간 중 중증환자의 상태가 호전되어 비자의 입원이 더 이상 필요하지 않은 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 퇴원 수속을 거쳐 관할 시·군(市)에 통보한다. 비자의 입원 만료일 또는 심사위원회가 의무입원을 계속할 필요가 없다고 인정하는 경우에도 동일한 규정을 적용하여 퇴원 수속 이후 통보하여야 한다.</p>

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

(1) 입원 유형의 구분

대만의 정신위생법에서 입원의 유형에 대한 특별한 규정은 없다. 다만, 정신위생법 제5장 제35조에 정신과적 치료 및 돌봄에 대한 유형을 구분하고 있는데, 외래치료, 응급 서비스, 전일(全日)입원, 낮병원, 지역사회 재활, 재가돌봄 등의 서비스가 그 예이다. 다만, 정신위생법 제41조에 전일입원을 강제하는 상황 및 그 절차에 대한 기술이 있으며, 제20조에 시나 현의 주관기관에서 응급상황에 대응하는 절차가 규정되어 있다.

〈표 4-82〉 입원 유형 구분 : 대만

입원 유형 구분과 관련한 조항
제20조 1. 보호자는 생명과 신체가 긴급한 위험에 처해있는 중증의 정신질환자에 대해 의료서비스에 대한 즉각적인 접근을 통해 응급 보호를 해야 한다. 2. 중증 정신질환자의 보호자가 즉시 응급처치를 할 수 없는 경우에는 관할 시·현이 자체적으로 또는 기관 또는 협회에 위탁하여 관리할 수 있다. 3. 전항에서 언급된 비상관리에 필요한 비용은 중환자 또는 전조 제2항에 열거된 자가 부담한다. 필요한 경우 시·현 주무관청에서 선납할 수 있다. 4. 시·현 관할 당국은 전항에서 언급된 비용을 납부한 후 납부서류 및 비용계산서 사본을 작성할 수 있으며, 서면으로 납부 기간을 10일에서 30일 사이로 정하여 납부할 것을 권고할 수 있다. 연체된 사건은 강제집행을 위해 법원으로 이송될 수 있다. 5. 자타해의 위험이 있음에도 의료에 대한 즉각적인 보호나 접근이 제공되지 않는 환자의 경우, 앞의 세 조항의 관련 규정을 준용한다. 6. 전항에서 언급된 비상관리에 관한 방법, 절차 및 비용에 관한 규정은 중앙 관할 기관에 의해 공포되어야 한다.
제35조 환자에 대한 정신진료는 질병의 심각성 및 위해성을 고려하여 다음의 조치 중 채택하여야 한다. ① 외래치료 ② 응급서비스 ③ 전일(全日)입원 ④ 낮병원 ⑤ 지역사회 정신재활 ⑥ 재가돌봄 ⑦ 기타 치료 방법

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

(2) 비자의 입원 대상자의 절차 및 요건

대만에서 비자의 입원을 강제하기 위해서는 다음 4가지 요건을 충족해야만 한다. 이는 ① 정신질환이 있는 중증 환자이며, ② 자·타해 행위나 위험이 있는 자로

서, ③ 2명 이상의 지정 정신과 전문의의 입원이 필요하다는 진단결과가 있어야 하고, ④ 심사위원회의 60일간의 치료허가를 받아야 한다.

비자의입원 요건에 해당하는 환자는 보호자의 협조하에 입원치료를 진행하는데 환자가 이를 거부할 경우 시나 현의 주관기관은 지정 정신의료기관에 5일 이내로 긴급안치한다(대만 정신위생법 제41조 제2항). 긴급안치 2일 이내로 지정된 정신과 전문의 2인에게 증상과 기능상의 장애, 자·타해 행위 및 위험을 포함한 입원 필요성을 평가하여 진단증명서를 작성하게 하고 환자 및 보호자의 의견서 등을 국가공공보건정보시스템(National Public Health Information System)에 신고한다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 환자권익보호단체 대표, 법조인으로 구성된 심사위원회(총 7인)는 긴급안치로부터 5일 이내에 서류심사와 화상인터뷰를 통해 입원치료의 필요성을 의결하고 60일간의 입원을 허가한다(대만 정신위생법 제42조 제1항). 입원 연장이 필요한 경우 입원 기간이 만료되기 전에 지정 정신과 전문의 2명 이상의 진단결과와 심사위원회의 연장허가를 받고 60일의 입원 기간을 연장할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제2항). 심사위원회의 결정에 이의가 있는 경우 환자나 보호자는 법원에 입원 중단을 위한 청구를 할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제3항).

〈표 4-83〉 비자의 입원 대상자의 요건 : 대만

정신위생법 제41조, 제42조
<p>제41조 1. 자타해의 위험이 있는 중증 정신질환자로서 전문의의 진단을 받아 입원이 필요한 경우, 보호자는 중증환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 지원한다. 입원 치료가 필요한 정신질환자가 입원을 거부하는 경우, 시·현 관할당국은 응급입원을 시행할 정신의료기관을 지정하여 시·현이 지정한 전문의 2인 이상에게 배정할 수 있다. 다만, 도서지역에서는 전문의 1인이 의무 검사를 실시할 수 있다.</p> <p>2. 심의 결과에 따라 종일 입원이 필요한 경우이나, 중증환자가 여전히 입원을 거부하거나 의사를 표명할 수 없는 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 비자의 입원 기본정보 및 보고서를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 의견 문서 및 기타 관련 진단 증명서를 첨부하고 비자의 입원 허가를 위해 심사위원회에 신청서를 제출한다. 비자의 입원 승인 여부에 대한 결정은 중증 환자 및 보호자에게 제공된다. 응급배치 및 비자의 입원 허가 신청은 시·현 주무관청이 위탁한 지정 정신의료기관에서 수행한다. 절차에 관한 규정, 필요한 서류, 긴급 안치 및 비자의 입원 신청을 위해 준수해야 할 기타 사항은 중앙 관할 기관에서 공포한다.</p>
<p>제42조 1. 긴급 안치 기간은 5일을 초과할 수 없으며, 중증 정신질환자의 인권 보호 및 치료에 주의를 기울여야 한다. 비자의 입원 허가 심의는 긴급 안치 날짜로부터 2일 이내에 완료되어야 한다. 긴급 안치는 검사에서 비자의 입원이 필요하지 않음이 확인되거나, 긴급 안치 날짜로부터 5일 동안 비자의 입원 허가를 받지 못한 경우 종료된다. 또한, 비자의 입원 기간은 60일을 초과할 수 없다.</p>

정신위생법 제41조, 제42조

2. 시·현 주무관청이 지정하는 전문의 2인 이상의 검사에서 입원의 연장이 필요하다고 인정하는 경우, 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 60일로 제한된다. 입원 기간 중 중증환자의 상태가 호전되어 비자의 입원이 더 이상 필요하지 않은 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 퇴원 수속을 거쳐 관할 시·현에 통보한다. 비자의 입원 만료일 또는 심사위원회가 의무입원을 계속할 필요가 없다고 인정하는 경우에도 동일한 규정을 적용하여 퇴원 수속 이후 통보하여야 한다.

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

(4) 기타

대만의 정신위생법상 비자의적 입원은 시나 현의 행정기관에서 집행하는 행정적인 조치이다. 이러한 성격의 행위에 부합하게 비자의 입원 조치와 관련된 진료비, 행정비 등 전체 지출 비용은 국가에서 부담한다(대만 정신위생법 제26조).

비자의적 입원과 함께 강제적 외래치료명령 제도가 대만정신위생법에 규정되어 있다. 외래치료명령은 최장 6개월 이내의 범위 내에서 약물치료, 약물농도 검사, 중독약물 검사, 기타 평가 등이 포함되며, 그 기간을 연장하기 위해서는 심사위원회의 승인이 필요하다(대만 정신위생법 제45조 및 제46조).

〈표 4-84〉 치료 비용 및 강제 외래치료명령 제도 관련 조항: 대만

정신위생법 제26조, 제45조, 제46조

제26조 1. 이 법의 관련 규정에 따른 중증환자의 강제입원 비용은 중앙주관기관이 부담한다.
2. 중증 정신질환자가 이 법의 관련 규정에 따라 의무적으로 지역사회 치료를 받는 경우, 전민건강보험에 포함되지 않는 비용은 중앙 주무기관이 부담한다.

제45조 1. 중증환자가 의사의 지시에 따르지 않아 증상이 악화되거나 일상생활 기능이 저하될 우려가 있는 경우, 정신과 전문의가 지역사회 강제치료가 필요하다고 진단한 경우에는 보호자가 도움을 주어야 하고, 중증환자는 지역사회 강제치료를 받아야 한다.

2. 시·현 관할 당국이 지정한 전문의 정신과가 지역사회 강제치료가 여전히 필요하다고 진단하고 중증 환자가 지역사회 치료를 거부하거나 의사를 표현할 수 없는 경우 지정 정신의료기관은 즉시 지역사회 강제치료 의무화 신고서 및 기본정보를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 소견서 및 기타 관련 진단서를 첨부하여 심사위원회에 사전 신청한다. 지역사회 강제치료를 승인 여부에 대한 결정은 중증 정신질환자와 그 보호자에게 공지되어야 한다.

3. 지역사회 강제치료 기간은 6개월을 초과할 수 없다. 다만, 시·현 관할 당국이 지정한 전문의 1인의 진찰을 통해 연장이 필요하다고 판단되어 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 1년으로 제한된다. 지역사회 강제치료 기간 동안 중증 환자의 증상이 호전되고 지역사회 강제치료를 지속이 더 이상 필요하지 않은 경우 치료를 수행하는 기관 및 협회는 즉시 지역사회 강제치료를 중단하고 시 관할 당국에 통지해야 한다. 지역사회 강제치료를 만료일 또는 심사위원회가 지역사회 강제치료를 지속할 필요가 없다고 판단하는 경우에도 동일한 규칙이 적용된다.

정신위생법 제26조, 제45조, 제46조

4. 중앙 관할 기관이 인정한 환자 권리 증진을 위한 공익 단체는 사례 모니터링 및 지역사회 강제치료에 대한 검토를 수행할 수 있다. 만일 부적절하게 승인된 강제치료 사례를 발견한 경우, 3항의 규정을 준용하여 즉시 개선 조치를 취하도록 관할권이 있는 개별 관할 당국에 통지해야 한다.
5. 제2항의 신청은 전자송신, FAX, 기타 장치에 의하여 할 수 있다.

제46조 1. 지역사회 강제치료 항목은 아래와 같으며, 그 중 일부는 결합되어 적용될 수 있다.

약물 치료

약물의 혈액 또는 소변 농도 검사

알코올 또는 기타 중독성 물질에 대한 검사

기타 질병의 악화를 예방하거나 환자의 생활 적응 능력을 향상시킬 수 있는 조치

2. 중증 정신질환자에게 알리지 않고 지역사회 강제치료를 실시할 수 있으며, 필요한 경우 경찰이나 소방서에 도움을 요청할 수 있다.

3. 진단 조건, 방법, 신청 절차, 준비할 서류, 자격, 관리 및 첫 번째 조항의 지역사회 강제치료에 따라 준수해야 하는 기타 사항은 중앙 주무 기관이 결정한다.

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

2) 지역사회통합 관련 조항

대만은 지역사회 기반 서비스 모델을 적극적으로 추구하고 있으며, 대만 정신위생법의 주요 목표는 정신장애인들이 지역사회에서의 일상을 회복하도록 지원하는 것이다. 이러한 목적을 달성하기 위해 제31조, 제38조와 제39조, 40조에서 정신장애인의 지역사회통합과 관련한 내용을 명시하고 있다.

<표 4-85> 정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만

제31조 환자가 퇴원하면 전항에 언급된 기관, 기관 또는 장소는 환자의 주소(거주지)가 위치한 지방 자치 단체 또는 카운티(시)의 관할 당국에 즉시 통지하여 후속 보호를 제공하고 필요한 지원을 제공해야 한다.

제38조 환자의 상태가 안정되거나 회복되어 더 이상 지속적인 입원 치료가 필요하지 않은 경우, 정신의료기관은 환자 또는 보호자에게 퇴원 절차를 알려야 하며, 환자를 이유 없이 구금해서는 안 된다. 또한, 환자를 퇴원시키기 전에 정신의료기관은 환자와 보호자가 재활, 기관 의뢰, 배치 및 후속 조치를 위한 구체적인 실행 가능한 계획을 수립하도록 지원해야 한다. 지방자치단체 및 시 관할 당국은 관할 구역에서 응급 정신과 관리를 위한 체계를 구축하여 필요한 경우, 치료 및 긴급 안치를 받을 수 있도록 지원해야 한다.

제39조 중앙 관할 기관은 환자의 지역사회 치료, 지원, 재활 등의 서비스에 참여하는 정신건강 관련 기관 및 협회에게 상을 수여한다. 전항에서 언급한 서비스 기관 및 협회에 대한 자격 및 조건, 서비스 내용, 운영방법, 관리 및 포상에 관한 규정은 중앙 주무 부처인 사회·노동·교육청과 협력하여 공포한다.

정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만

제40조 지방 자치 단체 및 카운티 (도시) 관할 당국은 자체적으로 또는 관련 전문 기관 및 협회를 위탁하여 환자의 치료 요구를 평가하고 필요에 따라 환자를 적절한 기관 또는 협회에 의뢰하여 서비스를 제공 할 수 있다. 제3조 제29조의 규정에 따라 보고된 중증환자에게는 지역사회 돌봄, 지원, 재활 등의 서비스가 제공되어야 한다

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

2007년 정신위생법 개정 이전에는 시 관할 당국은 지역사회 정신건강센터 설립할 수 있다는 임의규정으로 명시되어 있었으나, 개정 이후에는 지역사회 정신건강센터를 설치하는 것이 의무화되어 강행규정으로 바뀌었다. 지역사회의 정신건강센터를 통해 정신건강 증진 및 정신질환 예방을 위한 다양한 사업들을 수행할 의무가 있음을 언급하고 있다.

<표 4-86> 정신위생법 내용 중 정신건강센터 관련 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 정신건강센터 관련 조항

제7조 지방 자치 단체 및 시 관할 당국은 지역사회에 정신건강센터를 통해 정신건강 캠페인, 교육 및 훈련, 상담, 의뢰 및 이전 서비스, 자원 연결, 자살 및 약물 남용 예방 및 치료, 기타 심리 관련 문제를 해결해야 한다. 또한, 지역사회 정신건강센터에서는 정신과 전문의가 다양한 예방 서비스를 제공해야 한다.

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

3) 인권보장 관련 주요 조항

정신위생법에서는 정신장애인의 정보의 자유, 사생활의 자유, 신체의 자유, 표현의 자유 등 인권을 보장하기 위한 다양한 조항들을 규정하고 있다. 예를 들어, 정신위생법 제22조에서는 정신장애인의 인권과 법적 권리가 존중되고 보호되어야 함을 역설하고 있다. 그리고 정신위생법 제18조, 제 21조, 제24조, 제25조에서도 정신장애인의 보호 및 보안, 정신장애인의 안전과 자유의 권리를 법적으로 보장하고 있다.

구체적으로, 정신질환자를 대상으로 한 유기 및 방치, 신체적·정신적 학대, 강제 결혼, 사기 등의 행위를 금지하고 있으며(정신위생법 제18조), 환자의 신상에 관한 정보를 제공하기 위해서는 환자의 동의를 반드시 필요하다(정신위생법 제24조). 또한 환자의 거주지 또한 이동을 제한할 수 없고(정신위생법 제21조), 환자의

사생활을 보호하기 위해 자유로운 의사소통 및 방문자와의 면회 권리를 보장하고 있으며(정신위생법 제25조), 정신장애인이 치료를 받거나 입원을 해야 하는 경우, 정신의료기관 전문가는 입원 사유, 환자의 증상 등에 대해 상세하게 설명할 의무가 있음을 명시하고 있다(정신위생법 제36조).

〈표 4-87〉 정신위생법 내용 중 인권 보장 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 인권 보장 관련 주요 조항
제18조 환자에 대한 다음 행위는 금지된다. 1. 방치 2. 신체적, 정신적 학대 3. 일상생활을 할 수 없는 환자를 위험하고 유해할 수 있는 환경에 방치하는 행위 4. 환자를 강제로 혼인시키거나 기만하는 행위 5. 기타 환자에 대한 범죄적 또는 부당한 행위 또는 환자를 이용하는 행위
제21조 의료, 재활, 교육 및 훈련 또는 고용 서비스 및지도를 이유로 환자의 거주지 또는 이동을 제한하는 것은 관련 법률을 준수하고 필요한 범위에서 수행되어야한다.
제24조 환자의 동의 없이 환자의 음성녹음, 영상녹화, 사진 촬영을 할 수 없으며, 환자의 동의 없이 성명 또는 주소(거주지)에 대한 정보를 제공할 수 없다. 환자의 안전을 보호하는 데 필요한 범위 내에서 정신의료기관의 모니터링 장치 설치에 전항에서 규정한 제한의 적용을 받지 않지만, 환자에게 모니터링 되고 있다는 상황을 알려야 한다. 또한, 중증 환자의 경우 보호자에게 알려야 한다.
제25조 입원 환자는 개인 사생활 보호에 대한 권리를 가지며, 의사소통의 자유 및 면회의 권리를 향유해야 한다. 환자의 증상에 따라 치료가 필요한 경우를 제외하고는 이에 대한 전술한 자유에 대한 제한이 이루어질 수 없다.
제36조 환자가 치료를 받아야 하는 상황이거나 입원을 해야 하는 경우, 정신의료기관은 환자 및 보호자에게 환자의 상태, 치료제도, 예후, 입원 사유, 환자 및 보호자가 보호받을 수 있는 권리 등과 관련된 사항을 상세하게 설명해야 한다.

4) 지역사회 강제치료 관련 조항(윤석준 외, 2019; 조근호, 장미, 2019)

시·군 관할 당국이 지정한 전문의가 지역사회 치료가 필요하다는 진단을 내렸으나 중증환자가 이를 거부하는 경우, 지정된 정신의료기관은 즉시 지역사회 강제치료 신고서를 작성하여 중증 정신질환자가 지역사회에서 치료를 받을 수 있도록 강제하여야 한다. 입원치료를 최소화하고, 지역사회에 거주하며 치료를 받을 수 있는 지역사회 강제치료 제도를 마련하였다.

〈표 4-88〉 정신위생법 내용 중 지역사회 강제치료 관련 주요 조항 : 대만

정신위생법 내용 중 지역사회 강제치료 관련 주요 조항
제45조 1. 중증환자가 의사의 지시에 따르지 않아 증상이 악화되거나 일상생활 기능이 저하될 우려가 있는 경우, 정신과전문의가 지역사회 치료가 필요하다고 진단한 경우에는 보호자가 도움을 주어야 하고, 중증환자는 지역사회 치료를 받아야 한다.
2. 전항의 중증 정신질환자가 지역사회 치료를 거부하나, 시·군 관할 당국이 지정한 전문의 정신과가 지역사회 치료가 여전히 필요하다고 진단하고 중증 환자가 지역사회 치료를 거부하거나 의사를 표현할 수 없는 경우 지정 정신의료기관은 즉시 지역사회치료 의무화 신고서 및 기본정보를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 소견서 및 기타 관련 진단서를 첨부하여 심사위원회에 사전 신청한다. 지역사회 강제치료의 승인 여부에 대한 결정은 중증 정신질환자와 그 보호자에게 공지되어야 한다.
3. 지역사회 강제치료 기간은 6개월을 초과할 수 없다. 다만, 시·군 관할 당국이 지정한 전문의 1인의 진찰을 통해 연장이 필요하다고 판단되어 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 1년으로 제한된다. 지역사회 강제치료 기간 동안 중증 환자의 증상이 호전되고 지역사회 강제치료의 지속이 더 이상 필요하지 않은 경우 지역사회 강제치료를 수행하는 기관 및 협회는 즉시 지역사회 강제치료를 중단하고 시 관할 당국에 통지해야 한다. 지역사회 강제치료의 만료일 또는 심사위원회가 지역사회 강제치료를 지속할 필요가 없다고 판단하는 경우에도 동일한 규칙이 적용된다.
4. 중앙 관할 기관이 인정한 환자 권리 증진을 위한 공익 단체는 사례 모니터링 및 지역사회 강제치료에 대한 검토를 수행할 수 있다. 만일 부적절하게 승인된 강제치료 사례를 발견한 경우, 3항의 규정을 준용하여 즉시 개선 조치를 취하도록 관할권이 있는 개별 관할 당국에 통지해야 한다. 제2항의 신청은 전자송신, FAX, 기타 장치에 의하여 할 수 있다.

5) 정신위생법 개정논의

2022년 11월 하순 개최된 한국, 일본, 대만 고령자·장애인 권익옹호대회에서 대만국립대학교 뢰健昌 교수의 발표에 따르면 2022년 11월 말 정신위생법을 개정한 것으로 보고되었다. 개정의 주된 목적은 정신위생법을 유엔 장애인권리협약의 규정에 합치하도록 하기 위한 것이라고 한다. 주된 개정 내용은 비자의입원을 법원의 결정으로 하되, 그 구성원으로 법관, 정신과전문의와 정신장애인권익옹호단체 구성원이 참여하는 것으로 하는 것, 최장 입원기간은 60일이며, 1회에 한하여 연장할 수 있는 것으로 하였다고 한다.

2. 정책과 운영체계

1) 정신의료기관 및 입원 현황

(1) 정신의료기관

대만의 병원은 해마다 증가하여 2019년도부터는 정신과 병원 40개소, 정신과 수련병원 1개소로 총 41개소가 유지되는 상태이다. 다음은 대만의 정신의료기관 개소 수를 나타낸 표이다.

〈표 4-89〉 정신의료기관 수 : 대만

	2001	2005	2010	2015	2019	2020
정신과 병원 精神科 醫院 Psychiatric Hospitals	31	32	40	43	40	40
정신과 수련병원 精神科 教學醫院 Psychiatric Teaching Hospitals	-	-	1	1	1	1

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

(2) 병상 수

대만의 정신과 입원 병상은 급성기 병상과 만성기 병상으로 구분된다. 전반적으로 급성기 병상과 만성기 병상의 수는 매년 증가하고 있다. 2020년 기준, 급성기 병상 수는 7,412개, 만성기 병상 수는 13,549개이다. 아래는 대만의 병상 수를 나타낸 표이다.

〈표 4-90〉 병상 수 : 대만

	2001	2005	2010	2015	2019	2020
급성기 병상 (Acute Psychiatric Beds)	5,097	6,012	6,932	7,408	7,381	7,412
만성기 병상 (Chronic Psychiatric Beds)	9,951	12,544	13,978	13,810	13,549	13,549

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

(3) 입원 환자

대만의 입원 환자 수는 2015년도를 기준으로 계속해서 증가하다가, 이후 감소하는 추세이다. 또한, 전체적으로 급성기 병상 입원 환자 수는 늘어나고, 만성기 병상 입원 환자 수는 줄어들었다. 2020년 기준, 급성기 병상의 연간 입원 환자 수는 57,400명, 만성기 병상의 입원 환자 수는 15,649명으로 전체 약 7만 3천여 명이다. 급성기 및 만성기 병상수와 비교해 보면 입원기간이 단기간임을 알 수 있다.

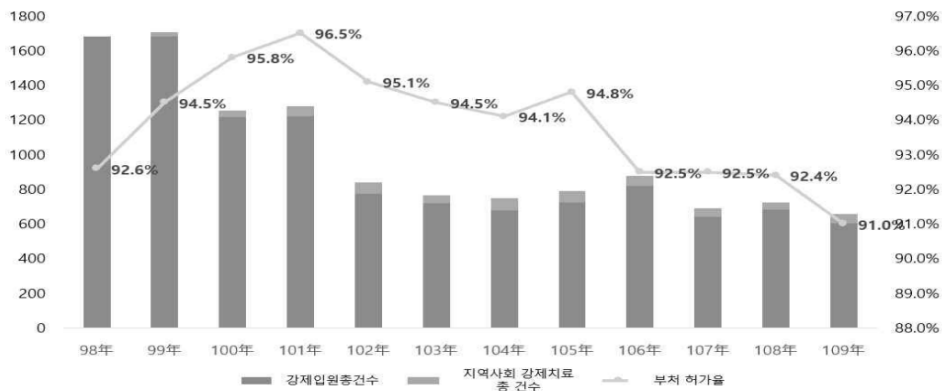
〈표 4-91〉 연도별 입원 인원 수 : 대만

	2001	2005	2010	2015	2019	2020
급성기 병상 (Acute Psychiatric Beds)	47,605	55,510	59,260	61,877	59,133	57,400
만성기 병상 (Chronic Psychiatric Beds)	20,136	17,450	17,239	16,369	16,459	15,649

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

(4) 강제입원 및 지역사회 강제치료제도 현황

대만의 강제입원건수는 99년부터 점차 감소하기 시작하여 최근에는 연간 600~800건 정도로 파악된다. 또한 강제입원에 대한 치료심사 허가율은 90%이상으로 나타났다.



[그림 4-19] 강제입원 및 지역사회 강제치료제도 현황: 대만

2) 정책 및 운영체계

(1) 입원(입원 당시, 입원중) 정책 및 운영체계

①全民건강보험제도(National Health Insurance)

대만은 1995년 12개의 공적보험을 통합하여 단일보험자에 의한 전국민 의료보장체계를 달성하였다.全民건강보험제도는 국가사회보험방식으로 중앙건강보험국이 관리운영을 맡고 있다. 2013년에는 제2세대全民건강보험이 시작되어,全民건강보험제도의 개편을 시도하였다. 개편의 구체적인 내용은 보험료 부과체계를 재편성하고, 정부 재정의 책임을 확대하고, 운영조직을 재정비하여 의료자원을 효율적으로 관리하고, 소외계층에 대한 지원을 강화함과 동시에 의료 전문 인력들의 자격 취득 기준을 강화하는 것으로 구성되어 있다.

한편, 정신질환 발병으로 인해 발생하는 급여와 서비스 비용은全民건강보험제도를 통해 포괄적으로 보장된다(김성완, 2018). 구체적으로 입원치료, 재활서비스, 가정방문 등으로 인해 발생하는 비용 등은全民건강보험에서 청구된다. 그리고 무직자 혹은 저소득층인 정신질환자는 의료서비스 이용 비용이全民건강보험제도를 통해 완전히 보장되어 무료로 의료서비스를 제공받을 수 있다.³⁵⁾

全民건강보험에 의해 의료영역뿐 아니라 정신보건서비스도 함께 포괄함으로써 정신질환자가 퇴원 후 지역사회에서 정신보건서비스를 이용하더라도 국가건강보험에 의해 비용을 보장받을 수 있도록 설계되었다.

한편, 대만에서의 비자의 입원은 행정기관에서 집행하는 행정입원의 성격에 가까워, 비자의 입원 조치와 관련된 진료비, 행정비 등 전체 지출 비용은 국가에서 부담하고 있다(제철웅, 2018; 조근호 외, 2019).

②정신질환자 관리 시스템

Hsu(2021)에 따르면, 대만은 정신질환자를 총 6개의 단계로 구분하고, 각 수준별로 상이한 정신건강 증진 서비스를 제공하고 있다. 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담은 다음과 같다(Hsu, 2021).

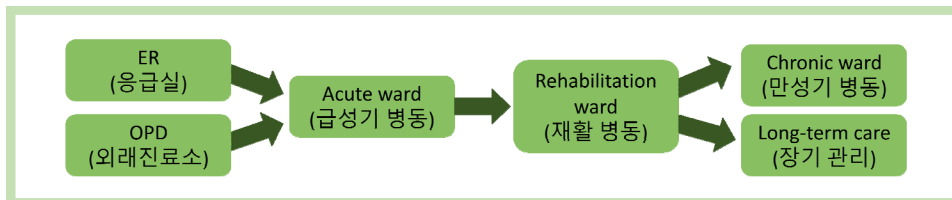
35) 김경애. (2018.03.23). "정신병원 간호사 절반이 간호조무사? 차별 없어야!", 메디포 뉴스. <https://www.medifonews.com/mobile/article.html?no=136798>. (2022.11.19)

〈표 4-92〉 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담 : 대만

단계	환자 분류	서비스 종류	서비스 항목	서비스 제공 전담 기관	담당 부서
1	응급입원이 필요한 중증의 정신질환자	정신의료서비스	응급입원치료	정신의료기구	위생복지부속
2	정신질환 증상이 심한 정신장애인	정신의료서비스	만성입원치료 주간입원치료 자택치료	정신의료기구	위생복지부속
3	정신질환 증상이 지속적으로 나타나고, 이로 인해 일상생활 기능상의 장애가 나타나고 치료효과가 부진하게 나타나는 장기입원치료 정신장애인	정신의료서비스	장기입원치료	정신의료기구	위생복지부속
4	정신질환 증상이 안정되었으나, 일상생활 기능이 저하되어 기능을 복원하기 위해 적극적인 재활치료가 필요한 정신장애인	정신의료서비스 및 사회재활서비스	외래치료 지역사회재활치료 사회추적관리 재활 훈련	정신의료기구 정신재활서비스 제공기관	위생복지부속 노동부속
5	정신질환 증상이 안정되고, 장애가 만성화되어 입원 불필요한 정신장애인	가정방문서비스	요양서비스 자택서비스 간호돌봄서비스	사회복지기관 간호기구	위생복지부속 관리감독기관
6	만성정신장애를 지닌 노인, 신경인지장애, 입원이 불필요한 정신장애인				

*출처: Hsu Shu Ching, 대만 사회심리장애인 의료자원 및 지역사회 의 처우와 인권, 장애우권익문제연구소 발표자료, 2021.09.15.

즉 1~4단계로 분류되는 정신질환자에게는 의료서비스 개입이 들어가게 된다.



*출처: 윤석준 외. (2019). 중증정신장애인 의료체계 실태조사. p374 일부 인용.

[그림 4-20] 정신질환자 입원 도식 : 대만

한편, 대만의 정신질환자가 의료서비스 체계 안으로 들어와 의료서비스를 이용하게 되는 경로는 다음과 같다. 중증 정신질환자는 입원 치료가 필요한 경우 응급실 또는 외래진료소를 통해 급성기 병동으로 의뢰된다. 급성기 병동에서 치료를 시행한 후, 증상이 어느 정도 호전이 되면 재활 병동으로 이동한다. 그리고 재활 병동에서 정신과 의사가 환자의 예후를 보고 치료 지속 여부를 결정하며, 예후가 좋으면 퇴원을 하게 되고, 지속적인 입원 치료가 필요한 경우 만성기 병동으로 이동하게 된다.

③ 입원 유형 및 비자의 입원 절차

정신질환자에게 제공되는 치료 및 돌봄 서비스는 외래치료, 응급 서비스, 전일(全日)입원, 낮병원, 지역사회 재활, 재가돌봄 등으로 구성된다(정신위생법 제35조). 정신위생법 제41조에 전일입원을 강제하는 상황 및 그 절차에 대한 기술이 있으며, 제20조에 시나 현의 주관기관에서 응급상황에 대응하는 절차가 규정되어 있다. 대만의 비자의 입원 유형은 단일한 형태만이 존재하는데, 시(市)나 현(縣) 정부가 주관이 되는 행정처분의 성격으로, 우리나라 정신건강복지법상에서는 행정입원에 가장 가깝다고 할 수 있다(조근호, 장미, 2019). 대만의 비자의입원 관련 규정은 정신위생법 제41조, 제42조에 명시되어 있다.

〈표 4-93〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만

비자의 입원 관련 주요 조항
제41조 자타해의 위험이 있는 중증 정신질환자로서 전문의의 진단을 받아 입원이 필요한 경우, 보호자는 중증 환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 지원한다. 입원 치료가 필요한 정신질환자가 입원을 거부하는 경우, 시·군(市) 관할당국은 응급입원을 시행할 정신의료기관을 지정하여 시·군(市)이 지정한 전문의 2인 이상에게 배정할 수 있다. 다만, 도서지역에서는 전문의 1인이 의무 검사를 실시할 수 있다. 심의 결과에 따라 종일 입원이 필요한 경우이나, 중증환자가 여전히 입원을 거부하거나 의사를 표명할 수 없는 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 비자의 입원 기본정보 및 보고서를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 의견 문서 및 기타 관련 진단 증명서를 첨부하고 비자의 입원 허가를 위해 심사위원회에 신청서를 제출한다. 비자의 입원 승인 여부에 대한 결정은 중증 환자 및 보호자에게 제공된다. 응급배치 및 비자의 입원 허가 신청은 시·군(市) 주무관청이 위탁한 지정 정신의료기관에서 수행한다. 절차에 관한 규정, 필요한 서류, 긴급 안치 및 비자의 입원 신청을 위해 준수해야 할 기타 사항은 중앙 관할 기관에서 공포한다.
제42조 긴급 안치 기간은 5일을 초과할 수 없으며, 중증 정신질환자의 인권 보호 및 치료에 주의를 기울여야 한다. 비자의 입원 허가 심의는 긴급 안치 날짜로부터 2일 이내에 완료되어야 한다. 긴급 안치는 검사에서 비자의 입원이 필요하지 않음이 확인되거나, 긴급 안치 날짜로부터 5일 동안 비자의 입원 허가를 받지 못한 경우 종료된다. 또한, 비자의 입원 기간은 60일을 초과할 수 없다.

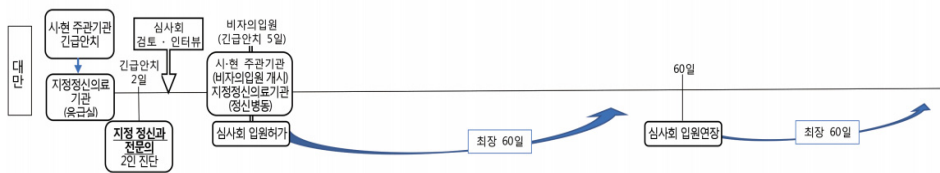
비자의 입원 관련 주요 조항

다만, 시·군(시) 주무관청이 지정하는 전문의 2인 이상의 검사에서 입원의 연장이 필요하다고 인정하는 경우, 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 60일로 제한된다. 입원 기간 중 중증환자의 상태가 호전되어 비자의 입원이 더 이상 필요하지 않은 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 퇴원 수속을 거쳐 관할 시·군(시)에 통보한다. 비자의 입원 만료일 또는 심사위원회가 의무입원을 계속할 필요가 없다고 인정하는 경우에도 동일한 규정을 적용하여 퇴원 수속 이후 통보하여야 한다.

*출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>

정신위생법 제41조와 제42조에 따르면, 비자의 입원을 위해서는 자·타해의 위험이 있어야 하며, 두 명의 지정 정신과 전문의에 의한 평가가 이루어져야 한다. 또한, 환자의 인권을 보호하기 위해 심의가 이루어지는 동안 응급 입원을 위한 조치를 해야 한다. 이후 비자의 입원에 대한 심사위원회의 승인을 받아야 하며, 심사위원회에서는 비자의 입원 기준이 충족되는지를 확인한다. 심사위원회는 정신과 의사, 간호사, 작업치료사, 임상심리사, 정신건강사회복지사, 변호사, 보호자 및 환자 권익 옹호자를 포함한 다양한 직역의 전문가로 구성된다. 또한, 비자의 입원이 불필요한 경우에는 즉시 퇴원 수속을 밟고, 퇴원 사실을 지역사회 정신건강센터에 통보하도록 강제하고 있다.

비자의 입원 관련 절차를 정리하자면, 다음과 같이 도식화할 수 있다.



*출처: 조근호, 장미(2019). 동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교, 국립정신건강센터 재인용

[그림 4-21] 대만의 비자의 입원 절차 : 대만

강제입원 요건에 해당하는 환자는 보호자의 협조하에 입원치료를 진행하는데 환자가 이를 거부할 경우 시나 현의 주관기관은 지정 정신의료기관에 5일 이내로 긴급안치한다(대만 정신위생법 제41조 제2항). 긴급안치 2일 이내로 지정된 정신과 전문의 2인에게 증상과 기능상의 장애, 자·타해 행위 및 위험을 포함한 입원

필요성을 평가하여 진단증명서를 성하게 하고 환자 및 보호자의 의견서 등을 국가공공보건정보시스템(National Public Health Information System)에 신고한다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 환자권익보호단체 대표, 법조인으로 구성된 입·퇴원적합성심사위원회(총 7인)는 긴급안치로부터 5일 이내에 서류심사와 화상인터뷰를 통해 입원치료의 필요성을 의결하고 60일간의 입원을 허가한다(대만 정신위생법 제42조 제1항). 입원 연장이 필요한 경우 입원 기간이 만료되기 전에 지정 정신과 전문의 2명 이상의 진단결과와 심사위원회의 연장허가를 받고 60일의 입원 기간을 연장할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제2항). 심사위원회의 결정에 이의가 있는 경우 환자나 보호자는 법원에 입원 중단을 위한 청구를 할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제3항)(Hsu et al., 2017).

④ 입·퇴원적합성심사위원회

대만의 입·퇴원적합성심사위원회는 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 정신장애인 권익 옹호 단체의 대표자, 법조인(변호사)으로 구성된다. 이처럼 다양한 직역의 전문가와 당사자의 인권을 옹호할 수 있는 보호자 및 권익 옹호 단체의 대표자를 포함하여 비자의 입원을 결정할 때 최대한 당사자의 입장에서 사안을 고려할 수 있도록 심의회를 구성하였다. 또한, 대만은 심사위원회가 입원의 필요성을 결정할 때 서류심사와 함께 당사자와의 화상 인터뷰를 진행한다. 또한, 긴급안치 시점부터 심의회에서 비자의입원 판정이 나기까지 최대 7일이라는 짧은 시간이 소요된다는 점에서 당사자의 인권을 보호하기 위해 신속하게 일을 처리한다고 이야기할 수 있다.

⑤ 급성기/만성기 병동 별도 운영

대만은 급성기와 만성기 환자가 이용할 수 있는 병동을 구분하여 운영하고 있다. 이러한 병동의 역할 구분은 시설 및 인력을 효율적으로 투입하여 입원 시 집중 서비스 제공과 급성기 정신질환자에 대한 효과적인 치료를 가능하게 한다. 이처럼 대만은 급성기와 만성기 병동을 구분하여 운영함으로써 효율적인 치료 서비스를 제공하고 있다. 이러한 노력의 결과로, 대만의 급성기, 만성기 정신과 환자의 평균 재원기간 모두 OECD 가입국의 평균 재원기간보다 훨씬 짧다.

〈표 4-94〉 평균 재원기간 : 대만

	2000	2005	2010	2015	2019	2020
급성기 정신과 (Psychiatric Acute Beds)	33.42	32.41	34.11	36.15	38.8	39.05
만성기 정신과 (Psychiatric Chronic Beds)	204.95	239.42	264.61	279.01	275.73	282.81

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

실제로 대만은 급성기 병동과 만성기 병동의 수가를 다르게 적용하고 있고, 급성 병동에 인력과 재원을 집중적으로 투입하고 있다(윤석준 외, 2019). 한편, 이러한 불균형으로 인해 대만 정신건강의료체계 내에서 만성기 병상은 우선순위 밖의 문제로 여겨져 왔고, 최근 대만 사회에서는 만성기 병상 축소에 대한 문제가 제기되고 있다.

(2) 퇴원에서의 정책 및 운영체계

① 국가 정신질환자 등록 시스템 (National Psychotic Patients Registration System)

퇴원환자에 대한 효율적인 사후관리를 실시할 수 있는 이유는 정신질환자의 퇴원 사실이 위생복지부와 시 관할 당국 보건국에 자동 등록 및 통보되고, 퇴원환자 추후관리 전담 부서 및 인력을 갖추고 있기 때문이다. 윤석준 외(2019)에 따르면, 대만은 1990년부터 국가 정신질환자 등록 시스템(National Psychotic Patients Registration System)을 운영하고 있다(윤석준 외, 2019). 대만의 정신질환자로 등록하기 위한 기준은 따로 존재하지 않으며, 대부분 정신의료기관에서 퇴원시 지역사회 보건국에 퇴원 사실을 통보하고 이를 통해 등록된다.³⁶⁾ 이처럼 환자들의 의료정보가 관계기관에 즉각 공유되는 것이 대만의 특징이다. 예를 들어, 자살 시도가 입원하면 의료진은 이 사실을 타이베이시 자살예방센터에 통보한다. 별도 사인 없이 환자가 구두로만 승낙해도 의료진은 개인정보를 자살예방센터에 전할 수 있다. 자살예방센터로 넘어온 환자의 개인정보는 사후관리 용도로 활용된다.

36) 정윤식. (2018. 03. 23). "정신보건의료서비스 질 관리 정부 의지에 달렸다", 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2080183>

2019년 기준, 정신질환자 약 1만 8,000명이 타이베이시 정보망에 등록되어 있다.³⁷⁾

② 병원기반 사례관리

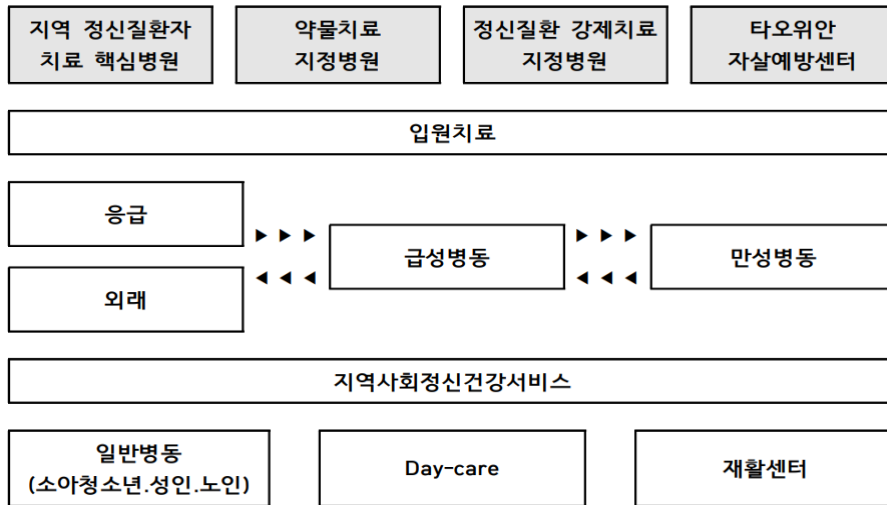
대만에서는 국가 차원에서 일찍부터 정신질환자를 관리하는 시스템이 구축되어 있기 때문에 정신질환자에 대한 사례관리가 비교적 원활하게 추진되고 있고, 특히 병원을 중심으로 한 사례관리가 이루어지고 있다. 대만에서는 정신병원장으로 하여금 입원과 동시에 해당 환자에 대한 퇴원계획을 세우도록 의무화하였다. 그리고 그 계획을 지자체 보건복지국에 보고하도록 강제함으로써 법 이행 사항에 대해 적극 모니터링하고 예산 운용과 자원 분배의 효율성을 도모하였다. 대만은 퇴원 예정 환자들을 대상으로 체계적인 퇴원준비서비스를 제공하고 있으며, 퇴원 후에도 지속적인 외래진료를 제공하고, 정신재활시설로의 전환 비율을 높여 중증 정신장애인의 치료 연속성이 유지될 수 있도록 하였다. 병원 차원에서는 퇴원환자 및 고위험군으로 분류되는 환자에 대한 사후 관리를 별도의 부서나 팀을 조직하여 사례관리 업무를 효율적으로 수행하고 있었다.

3. 입원 중 좋은 치료방법: 회복지향서비스를 제공하는 타오위안, 쑤오툰 정신병원

1) 타오위안 정신병원(국립부곡병원, 2019)

타오위안 정신병원은 대만 최초의 정신병원이며, 현재는 보건복지부 소속의 정신의료기관이다. 타오위안 정신병원의 서비스 모델은 “환자 중심의 포괄적인 종합 정신건강서비스”를 제공하는 것이다. 이에 병원에서 증상의 치료만 담당하는 것이 아니라, 병원 소속의 재활센터, 데이케어센터 등을 운영하여 환자의 일상적 삶을 회복하기 위한 지역사회 정신건강서비스도 제공하고 있다.

37) 문광민. (2019. 04. 18). "대만은 정신과의사 `5분 대기`...자살 위험때 긴급출동", 매일경제. [-https://www.mk.co.kr/news/society/view/2019/04/242334/](https://www.mk.co.kr/news/society/view/2019/04/242334/)



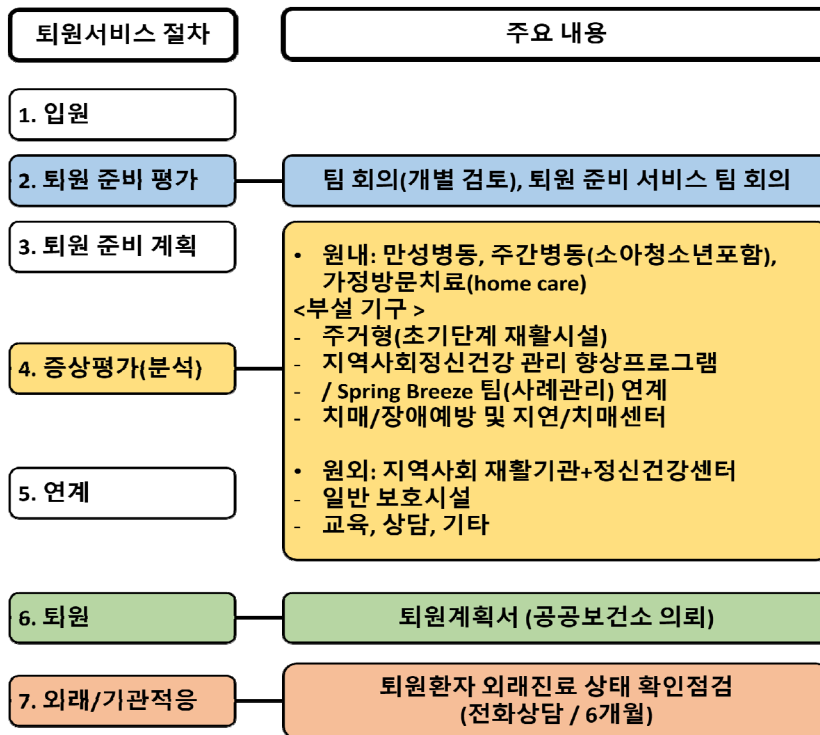
*출처: 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 ‘병원 기반 사례관리’ 도입 및 추진방향 모색. 보건복지부.

[그림 4-22] 타오위안 병원의 정신건강서비스 모델 : 대만

타오위안 정신병원의 경우 사례관리국이 별도로 설치되어 퇴원 환자와의 전화 상담 등의 추후 관리를 담당하는 전문인력이 배치되어 있었다. 타오위안 정신병원에서는 의료진 가정방문서비스와 요양원 의료지원 등 지역사회 정신건강의료서비스를 제공하고 있으며, 정신건강 증진 및 정신질환 예방, 관리를 위해 다양한 기관에 직접 방문하여 자살예방 교육을 하고, 학생들의 정신건강 증진을 위해 정신건강증진 교육 및 상담을 진행하고 있다. 또한, 약물중독 예방교육과 사회적 취약계층을 위한 교육 및 상담을 진행하고 있다. 이외에도 타오위안 정신병원에서 운영하는 부설기관으로는 재활센터와 중간집이 있다. 재활센터에서는 타오위안 병원의 주요 작업치료 프로그램을 담당하고 있으며, 증상 호전 및 기능회복의 여부에 따라 단계별 작업훈련프로그램을 운영하여 원내 일시취업 및 취업을 연계하여 지원하고 있다. 중간집에서는 퇴원한 환자들과 재활센터 훈련자들이 함께 거주하는 공간이며, 정원은 총 45명이다. 중간집에서는 독립생활에 필요한 대인관계기술과 일상생활기술 등 기본적인 프로그램이 운영되고 있으며 이용료는 대부분 정부 지원으로 충당되며, 본인부담금은 정부지원에 따라 상이하다.

2) 쫘오톨 정신병원(국립부곡병원, 2019)

쫘오톨 정신병원에서 제공하는 정신건강서비스의 범위 역시 “병원부터 지역사회 까지”이다. 쫘오톨 정신병원은 응급실을 운영하고 있으며, 급성병동과 만성병동을 분리하여 운영하고 있다. 그리고 성인 데이케어 센터를 운영하고 있는데, 해당 센터에서는 ‘지역사회 복귀’를 주된 목표로 삼고, 약물치료부터 재활교육프로그램 및 사례관리와 위기개입을 진행하는 등 전체적으로 관리하고 있다. 또한, 제과제빵 훈련, 식당 및 편의점 판매 도우미 등 병원 내 다양한 재활 프로그램을 운영하고 있다. 이외에도 타이중 시 남부에 설치되어 있는 주간이용시설 Dali 지역사회재활센터를 운영하고 있는데, Dali 지역사회재활센터에서는 정신과 상담, 사회적응훈련, 운동 요법, 보호작업, 생활훈련 등의 서비스를 제공하고 있으며 현재 120명이 이용하고 있다. 한편, 쫘오톨 병원의 퇴원계획 및 절차는 다음 [그림 4-23]과 같다.



*출처: 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 ‘병원 기반 사례관리’ 도입 및 추진방향 모색. 보건복지부.

[그림 4-23] 쫘오톨 정신병원의 퇴원계획 및 절차 : 대만

썬오툑 쟁신뵓원은 입원과 동시에 퇴원에 대한 계획을 세우고 있다. 퇴원환자들 의 개별화된 퇴원계획을 수립하고, 평가 결과에 따라 원내외 지역의 사회재활시설로 연계하고 있다. 또한, 썬오툑 쟁신뵓원의 ‘Spring Breeze Project’는 지역 사회 쟁신건강서비스(사례관리)의 발전모델로서 사례회의, 강연, 가족 면담, 위기 개입, 외래 쟁신건강 상담 및 치료 서비스를 제공하는 모델이다. 썬오툑 쟁신뵓원은 뵓원의 지리적 여건상 가장 넓은 지역을 관할해야 함에도 불구하고, 직접 가정 방문이 어려운 원거리 혹은 산악지역에는 전화 상담으로 대신하여 사례관리 서비스를 제공하고 있다.

4. 쟁신의료기관 인증평가체계

1) 대만 쟁신의료기관 인증평가체계의 역사

대만의 뵓원인증제도는 1978년에 교육부가 의료수준의 제고를 위하여 수련뵓원(敎學醫院)에 대한 뵓원평가를 실시한 것이 시초가 되었다(유선주, 2010).³⁸⁾ 이후 1986년 대만의 의료법(Medical Care Act)이 제정됨에 따라 의료서비스의 질 향상을 위한 뵓원 인증제(Hospital Accreditation)가 본격적으로 실시되었다(Huang et al., 2009).

초창기에는 대만의 위생복지부가 자체적으로 인증을 실시하여 쟁신의료기관 또한 뵓원 인증제의 대상이 되어 매 3~4년마다 인증을 받았다. 그리고 뵓원 인증제를 실시한 이후 자격을 갖추지 못한 쟁신의료기관의 수가 점점 줄어들게 되었다. 이에 더해, 1989년에는 쟁신과 전문의 자격 인증 제도를 시행하여, 공인된 쟁신과 전문의만이 쟁신장애인에 대한 진료를 볼 수 있도록 하였다. 이후 1999년 4월에 비영리 민간기구인 재단법인 의원평가기의료품질책진회(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會), The Joint Commission of Taiwan, 이하 JCT)가 설립되어 현재까지 평가 업무를 수행해오고 있다.

38) 윤종원. (2010. 01. 06). "[신년기획]세계의 뵓원인증제도(대만)", 뵓원신문.
<https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=58191>

2) 평가기관 및 평가과정

(1) 평가기관: The Joint Commission of Taiwan

현재 대만 내 의료기관의 인증평가 주관 기관은 대만의 의원평감기의료품질책진회(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會), The Joint Commission of Taiwan, 이하 JCT)이다.³⁹⁾ JCT는 대만 위생복지부, 대만 병원 협회, 대만 비정부 병원 협회, 대만 의사 협회가 1999년에 설립한 단체이다.

JCT는 Joint Commission International(JCI)의 산하 단체이다. JCI는 미국 의료기관의 의료수준을 평가하는 비영리법인 The Joint Commission이 1994년 세운 국제기구로, JCI 인증은 전 세계의 의료기관을 대상으로 엄격한 국제표준 의료서비스 심사를 거친 의료기관에게 발급하는 제도이며 의료기관 평가로는 국제적인 신뢰도가 가장 높다. JCI 인증을 받기 위해서는 환자가 병원에 들어서는 순간부터 퇴원까지 치료의 전 과정을 평가하기 위해 제시된 14개 분야 약 1,200여 개 항목에 걸친 세밀한 조사를 받아야 한다. 진료과정에서 발생할 수 있는 위험을 예방하고 환자 위해요소를 개선해 환자의 안전은 물론 의료서비스의 질적 보장까지 체계적으로 관리되지 않으면 인증을 받을 수 없기 때문에 국제사회에서 JCI 인증은 의료서비스의 세계 표준으로 인식되고 있다.

2) 대만 병원 인증평가의 법적 근거

(1) 일반병원 인증평가의 법적 근거

대만 일반 병원 인증평가의 법적 근거는 의료법 제28조에 근거한다. 해당 법 조항에 따르면 중앙주무기관은 병원 평가를 시행하여야할 의무가 있다.

〈표 4-95〉 의료법 제28조 : 대만

대만 의료법 제28조
중앙주무기관은 병원평가를 시행하여야 한다. 직할시·현(시) 주무기관은 관할지역 안에 있는 의료기관 업무를 정기적으로 지도·감독하고 심사하여야 한다.

*출처: 대만 의료법, 세계법제정보센터

39) Joint Commission of Taiwan. (2022. 11. 16). Accreditation and Certification, <https://www.jct.org.tw/mp-2.html>

(2) 수련병원 인증평가의 법적 근거

대만 수련병원 인증평가의 법적근거는 의료법 제95조, 제96조, 제97조에서 다루고 있다. 제95조에 따르면 수련병원에 대한 평가는 중앙주관기관이 협의하여 중앙교육주관기관이 정기적으로 처리, 심사 등을 하여야 한다. 제96조에서는 수련계획 및 훈련, 지도에 관한 의무, 제97조에서는 인재양성을 위한 경비 편성에 대한 내용을 다루고 있다.

〈표 4-96〉 의료법 제95조, 제96조, 제97조 : 대만

대만 의료법 제95조, 제96조, 제97조
제95조 1. 수련 병원에 대한 평가는 중앙 주관 기관이 협의하여 중앙 교육 주관 기관이 정기적으로 처리한다. 2 중앙 주관 기관은 반드시 교습 병원 심사 결과를 서면으로 병원에 통지하여 심사 신청해야 하며, 합격된 교습을 심사해야 한다. 병원명부 및 그 자격유효기간 등에 관한 사항을 공고한다.
제96조 수련병원은 반드시 수련 계획을 작성하고, 의사 인원이 의과대학과 의과대학 학생의 임상 실습 과정에서 훈련 및 지도를 실시해야 한다.
제97조 수련병원은 매년 연구 발전 및 인재 양성을 위해 경비를 편성해야 하며, 그 비율이 연간 의료 수입 총액의 3%보다 적으면 안 된다.

*출처: 대만 의료법, 세계법제정보센터

(3) 평가 항목(Chong, 2011; Yan, Kung, 2015)

인증 기준은 '병원 운영 및 관리'와 '의료'라는 2개의 장으로 나뉘져 있으며, 총 17장과 238개 가이드라인으로 구성되어 있다. 병원 운영 및 관리에서 인증 항목은 다음과 같다.

〈표 4-97〉 병원인증 기준 : 대만

병원 운영 및 관리 (Hospital Operation and Management)	의료서비스 (Medical care)
<ul style="list-style-type: none"> • 병원 운영 전략(Hospital Operation Strategy) • 직원 관리 및 지원 시스템(Employee Management and Supporting System) • 인력 관리(Human Resource Management) • 직원 교육 및 훈련(Employee Education & Training) • 의료 이력(Medical History) • 정보 및 통신 관리 (Information and Communication Management) • 안전한 환경 및 시설(Safe Environment and Facility) • 환자 중심의 서비스 관리 (Patient-Oriented Service and Management) • 위험 관리(Risk Management) • 긴급 재난 대응(Emergency Disaster Response) 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자 및 가족 구성원 역량 강화 및 책임(Patient and Family Member Power & Responsibility) • 의료서비스 품질 관리(Medical Care Quality Management) • 의료서비스 수행 및 평가(Medical Care Conduct and Assessment) • 특별 관리 서비스(Special Care Service) • 의약품 안전 관리(Drug Safety) • 마취 및 수술(Anesthesia & Surgery) • 감염 관리(Infection Control) • 검진(Testing) • 병리 및 방사선 수술(Pathology and Radiation Operation) • 퇴원 준비(Discharge Preparation) • 영구 관리 서비스(Persistent Care Service)

*출처: Chiu, S.H., Chung, H.J. & Huang, L.J. (2011) Reform Direction and Preliminary Results of the 2011 Edition of the Hospital Accreditation Standards. Journal of Healthcare Quality, 5, 58-62. (Original work published in Chinese)

(4) 평가과정

JCT가 대만 내 병원인증 업무를 총괄하고 있기 때문에 대만의 병원인증제도는 형식적으로는 제3의 비영리·민간 평가기구에 의해 인증되는 형태를 띠고 있다. 하지만 실질적으로는 위생복지부에 의해 지원을 받기 때문에 정부가 지원하는 전담 평가기구에 의해 평가가 수행된다.

또한, 병원인증 여부는 자발적인 참여를 기반으로 하지만, 대부분의 병원이 참여할 수밖에 없는 강력한 인센티브를 확보하고 있다. 먼저, 대만의 경우全民건강보험제도를 실시하고 있어 평가참여 및 평가결과가 보험과 연계된다. 이에 공인을 받은 의료기관만이全民건강보험 의료서비스 제공자로서의 자격을 가질 수 있게 되어 건강보험 입원환자를 진료할 수 있다. 또한, 수련병원의 인증 여부는 수련을 위한 전공의의 정원 및 수련비용을 포함하여 재정지원 규모에 영향을 미친다. 그리고 평가결과에 따라 병원의 등급을 나누게 된다. 핵심병원은 공공병원 중 인증 평가를 통해 높은 점수를 획득한 병원으로 선정하여, 경쟁체제를 통해 각 병원에서 양질의 의료서비스를 제공하도록 유도하고 있다(Huang et al., 2016).

따라서 비급여 진료를 시행하는 극히 일부의 병원을 제외한 대부분의 병원이 인증에 참여하고 있으며, 표면적으로는 자율 인증이지만 사실상 인증을 강제하는 제도인 것이다.

3) 인증 현황

아래 대만의 2020년도 정신의료기관 인증 현황을 나타낸 표이다. 총 44개소의 정신의료기관이 인증을 받았으며, 이중 수련병원은 9개소, 비수련병원은 35개소이다. 대만의 병원 현황과 비교해보면, 대만 내 존재하는 정신의료기관과 수련병원 모두 다 인증받았음을 확인할 수 있다.

〈표 4-98〉 2020년도 정신의료기관 인증 현황 : 대만

구분	전체	수련병원	비수련병원
전체	44	9	35
일반병원 綜合醫院/General Hospitals	1	-	1
병원 醫院/Hospitals	1	1	-
정신병원 精神科醫院/Psychiatric Hospitals	40	7	33
정신과 수련병원 精神科教學醫院/Psychiatric Teaching Hospitals	1	1	-
만성기 병원 慢性醫院/Chronic Hospitals	1	-	1

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

아래 대만의 2020년도 인증 정신의료기관 분포 현황을 나타낸 표이다. 뉴타이페이시, 타이중시, 가오슝시 세 도시에 인증 정신의료기관의 1/2이 몰려있어, 전국적으로는 불균형하게 분포되어 있음을 확인할 수 있다.

〈표 4-99〉 2020년도 인증 정신의료기관 분포 현황 : 대만

구분	전체	수련병원	비수련병원
전체	44	9	35
New Taipei City	8	1	7
Taipei City	2	1	1
Taoyuan City	2	1	1
Taichung City	8	-	8
Tainan City	2	1	1
Kaohsiung City	5	2	3
Ilan County	2	-	2
Hsinchu County	1	-	1
Miaoli County	1	-	1
Changhua County	2	-	2
Nantou County	1	1	-
Yunlin County	1	-	1
Chiayi County	-	-	-
Pingtung County	3	-	3
Taitung County	-	-	-
Hualien County	3	2	1
Penghu County	-	-	-
Keelung City	3	-	3
Hsinchu City	-	-	-
Chiayi City	-	-	-
Kinmen County	-	-	-
Lienchiang County	-	-	-

*출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

제4절 미국

1. 캘리포니아주 정신보건법

1) 캘리포니아주 정신보건법 개요

미국은 연방제 국가의 특성으로, 주별로 상이한 체계의 정신보건법을 갖고 있다. 본 연구에서는 그 중 캘리포니아 주의 정신보건과 관련한 법률을 살펴보고자 한다. 캘리포니아 주의 정신보건법은 타 국가와 다르게 단일한 '정신보건법' 체계를 갖고 있지 않고, 복지와 시설에 관한 법률(Welfare and Institutions Code, 이하 WIC) 내에 분산되어 배치되어 있다. 캘리포니아 주의 정신건강 법률은 지역 사회 정신건강 서비스를 중심으로 구성되어 있으며, 비자의 입원과 치료에 관한 Lanterman-Petris-Short 법 또한 지역사회 정신건강의 서비스 관련 법률의 범주 하에 놓여 있다.

캘리포니아주의 법률은 법률(Code) 아래 Division-Part-Chapter-Section의 하위 체계를 갖고 있다. 본 연구에서는 해당 체계를 번역하는 과정에서 오는 혼동을 방지하기 위해, 원문 그대로 표현하고자 한다. WIC 내 주요 정신보건 관련 법률 조항은 아래 표와 같다.

〈표 4-100〉 캘리포니아 주 정신보건 관련 법률 개요 : 미국

정신보건 관련 법률 개요	주요 내용
Division 4 - 정신 건강(Mental health)	<ul style="list-style-type: none"> - PART 1. 정신건강 관련 부서와 그들의 권한과 의무(계획, 연구, 평가, 시설 인증) - PART 2. 정신장애인을 위한 주립시설에 대한 정의와 역할 - PART 3. 부문별 프로그램(자조 프로그램, HRD, 초기 개입 프로그램, 중증정신장애인을 위한 기금 지원 등) - PART 4. 학교 기반 정신 건강 개입과 예방 서비스
Division 5 - 지역사회 정신 건강 서비스(Community mental health services)	<ul style="list-style-type: none"> - PART 1. 란터만-페트리스-쇼트 법(The Lanterman - Petris-Short act) : 비자의 치료 전반(법원 명령 정신건강 평가, 집중 치료, 청문 과정, 비자의 구금자의 권리, 지원 외래 치료(Assited Outpatient Treatment, AOT), 후견인제도, 정신건강 옹호 프로그램(환자 권리 프로그램 및 카운티 환자 권리 옹호자 제도의 운영)

정신보건 관련 법률 개요	주요 내용
	<ul style="list-style-type: none"> - PART 1.5 아동의 비자의 입원과 치료 - PART 2. 브론잔-맥코쿼데일 법(Bronzan-Mccorquodale act) : 지역사회 정신건강 서비스의 조직과 재정지원 전반, (지역사회 주거 시스템, 지역사회 지원 시스템, 자조 집단, 정서 장애 아동을 위한 정책과 사례관리, 정신건강기본계획 개발) - PART 3 성인을 위한 정신건강 시스템(인적 개발, 교육, 훈련 프로그램, 초기 정신증 개입 프로그램(EPI PLUS), 예방과 조기 개입을 위한 프로그램, 지역사회 기반 서비스) - PART 4. 아동을 위한 정신건강 서비스 법(기관 간 치료 시스템, 시스템 평가) - PART 4.5 정신건강 서비스 기금 - PART 5 정신질환을 위한 기관들 - PART 6 조기 진단과 예방적 치료 파일럿 프로그램 - PART 7 행동 건강 서비스와 지원
Division 6 - 입원과 법원 명령(Admissions and Judicial Commitments)	<ul style="list-style-type: none"> - PART 1 정신 병원과 시설에 대한 자발적 입원에 관한 규정 - PART 2 (범죄를 저지른 정신질환자에 대한) 법원의 강제 명령 (명령의 종류, 구금 절차, 명령의 종료 등)
Division 7 - 정신(보건) 기관(Mental Institutions)	<ul style="list-style-type: none"> - 카운티 정신 병원, 주립 정신 병원의 역할과 관련된 규정

*출처: California Welfare and Institutions Code 중 발췌, California Legislative Information <https://leginfo.legislature.ca.gov/>

2) 란터만-페트리스-쇼트 법(The Lanterman-Petris-Short Act, 이하 LPS)의 비자의입원 제도

캘리포니아 주의 비자의입원 관련 법률은 복지 및 시설법(Welfare and Institutions Code) 안의 '지역사회 정신건강 서비스(Division 5)' Division의 첫 번째 파트인 LPS 내에 규정되어 있다. LPS는 1967년에 최초 제정되었고, 정신장애인과 발달 장애인, 만성 알콜의존자 등에 대한 부적절하고 무기한의 비자의입원을 종결하기 위해 제정되었다. 비자의입원에 대한 규정은 대상자에 대한 신속한 평가와 치료와 공공의 안전을 보장하고 보호하는 것을 근거로 만들어졌으며, 비자의입원과 치료과정에서의 개인의 권리 보호와 보장 절차에 대해 규정하고 있다. 캘리포니아 주의 비자의입원 유형 LPS의 [Chapter 2 - 비자발적 치료]에 규정되어 있으며, '평가, 치료를 위한 구금' - '집중 치료' - '연장된 집중치료'의 선형적인 구조로 되어 있고 각 단계에서 다음 단계의 비자의입원이 유지되기 위해서는 전문가의 평가 및 인증과 청문 절차 등을 거쳐야 한다. 구체적인 절차는 아래와 같다.

(1) 평가와 치료를 위한 구금(Detention for Evaluation and Treatment)

평가와 치료를 위한 구금은 비자발적 치료에 관한 Chapter 중 Article 1, Section 5150 ~ 5155에 규정되어 있다. 정신건강 장애로 인하여 타인과 자신에게 위협이 되거나 심각한 장애가 있는(Gravely disabled)⁴⁰⁾ 상황에 놓였을 때, 카운티에서 지정한 전문가나 치안 담당자 등 자격이 있는 사람은 사정, 평가, 위기 개입을 위해 해당자를 72시간 이내의 시간동안 구금할 수 있다. 구체적인 절차는 아래 표와 같다.

〈표 4-101〉 캘리포니아 주 비자의입원 규정 I - 평가와 치료를 위한 구금 : 미국

캘리포니아 주 비자의입원 규정 I - 평가와 치료를 위한 구금
Article 1 - Section 5150. ~ 5155. 평가와 치료를 위한 정신 장애인의 구금
• 판단 기준: 정신건강장애의 결과로 개인이 타인 또는 자신에게 위협이 되거나 심각한 장애가 있는 상황에 놓였을 때(Section 5150), 이때 심각한 장애의 판정에 관해서는 가족의 증언 등을 통하여 정신장애의 과거 경과가 고려되어야 함(Section 5150.05.)
• 구금 가능 주체: 치안 담당자(peace officer), 카운티가 평가와 치료를 위해 지정한 시설의 전문가, 상주 의사(attending staff), 이동 위기 전담반(mobile crisis team)의 지정 구성원, 카운티로부터 지정된 전문가
Article 2 - Section 5200~5213의 '법원 명령 평가(Court-Ordered Evaluation)'에 따라, 모든 개인은 특정 당사자의 정신장애가 자타해의 위협이 있고 심각한 장애가 있다고 주장하며 법원에 평가를 요청할 수 있음. 법원이 필요성을 인정할 경우, 동일한 72시간의 구금이 가능함.
• 구금 가능 시간: 최대 72시간
• 구금의 목적: 사정, 평가, 위기 개입, 카운티가 지정하고 주에서 승인한 시설에 평가 및 치료를 위한 배치. 평가는 최대한 빨리 이루어져야 하고, 구금의 기간동안 필요한 서비스와 위기개입은 지속적으로 제공되어야 함.
• 평가의 주체: 카운티 지정 시설의 전문가, 상주 의사, 카운티 지정 전문가
• 구금의 해제: 구금 당사자 치료의 책임을 갖고 있는 정신과 의사의 관찰을 통해 더 이상 평가 또는 치료가 필요 없다고 여겨질 때 가능함. 정신과 의사와 심리학자 2인이 협력적으로 치료한 경우, 2인 모두의 승인이 있어야 구금의 해제가 가능하고, 1인이 반대하는 경우 72시간 동안 석방이 보류됨. 구금의 해제 권한을 갖고 있는 다른 전문가가 당사자의 구금 해제를 판단한 경우, 당사자의 치료를 직접적으로 책임지고 있는 시설의 의료책임자의 최종 승인이 필요함.(Section 5152).

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 1 - Section 5150, 5150.05.
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-1/>

40) "심각한 장애가 있는" 상황이란, [(A) 정신장애의 결과로 개인이 기초적 욕구인 의식주를 해결하는 것이 불가능한 상황, (B) 정신적으로 [형사상 재판에 회부될 만한] 능력이 없다고 판단된 상황에서 아래의 세가지 조건을 만족할때 i) 타인의 사망, 중상해 또는 신체적 안녕에 대한 심각한 위협이 포함된 범죄로 기소된 자 ii) 기소가 기각되지 않은 자 iii) 정신장애로 인하여 본인에게 놓여진 소송절차와 성격, 목적을 이해할 수 없고 변호인의 변호를 이성적으로 보조할 수 없는 자]을 의미한다. 다만 (A) 항을 만족해도, 다른 사람의 도움으로 비자발적 입원 혹은 구금이 없이도 안전하게 생존할 수 있다면 그 사람은 "심각한 장애가 있다"고 여겨지지 않는다.

이 때, 구금에 앞서 구금의 주체는 구금하지 않고 적절한 서비스를 받을 수 있는지 여부를 평가해야한다. 담당자의 판단에 따라 구금이 불필요하다고 여겨진 경우, 당사자는 비구금 상태에서 평가, 위기개입, 기타 진료 등을 적절한 서비스를 받을 수 있어야 한다(Section 5150. b.)

(2) 집중 치료를 위한 인증(Certification for Intensive Treatment)

앞서 서술된 Article 1(평가와 치료를 위한 구금), Article 2(법원의 명령에 따른 평가)에 따라 평가가 이루어진 다음, Article 4의 Section 5250에 서술된 조건들을 모두 만족하였을 때, 최대 14일의 집중 치료(Intensive Treatment)의 필요성이 인정될 수 있다. Section 5250에 서술된 조건들은 아래 <표 4-102>와 같다.

<표 4-102> 집중 치료의 필요성이 인정되는 조건 : 미국

집중 치료의 필요성이 인정되는 조건
Article 4 - Section 5250 (a) 평가를 실시한 시설 혹은 기관의 전문가가 평가 당사자의 상태를 '정신장애의 결과로 타해 혹은 자해의 위험이 있고, 심각한 장애가 있는' 것으로 평가하였을 때 (b) 카운티가 집중 치료 제공 기관으로 지정한 기관이 당사자의 입원을 승인하였을 때 (c) 당사자가 자발적인 치료를 받을 필요가 있다는 통지를 받았음에도 이를 거부하였을 때 (d) 누구도 당사자에게 기본적인 의식주를 제공하고 도움을 줄 수 없을 때(서면으로 지원의사 및 능력을 제공할 수 있다고 주장한 가족, 친구 등이 있을 때 당사자는 "심각한 장애가 있는" 상황으로 간주되지 않음)

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 1 - Section 5250
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-4/section-5250/>

집중 치료를 위한 인증 통지서에는 2인이 서명해야한다. 제1자는 평가를 실시한 시설의 전문가 혹은 그의 지정인(designee)로, 의사 혹은 최소한 5년 이상의 감정과 정신 장애의 진단과 치료 경력이 있는 심리학 박사학위가 있는 자격증이 있는 심리학자여야 한다. 제2자는 평가에 참여한 의사 또는 심리학자로, 의사는 가능한 한 공인 정신과의사여야 하고, 심리학자의 자격은 제1자에서의 자격과 동일하다(Section 5251).

(3) 집중 치료 필요성 확인을 위한 인증 심사 청문(Certification Review Hearing) 절차

인증통지서의 사본은 즉각 당사자 혹은 당사자의 변호인 혹은 옹호인(advocate)에게 전달되고, 집중 치료의 필요성이 인정된 날로부터 4일 이내에 인증 심사 청문이 개최된다(Section 5252~5254). 당사자의 변호인 혹은 옹호인은 가능한 빨리 당사자를 만나 청문회를 준비하고 필요한 지원을 수행해야한다(Section 5255). 인증 심사 청문에 관한 법적 개요는 아래 표와 같다.

〈표 4-103〉 인증 심사 청문 절차 : 미국

인증 심사 청문 절차
<p>Article 4 - Section 5256~5256.8.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주관: 법원이 선임한 위원(Commissioner) 또는 심판관(Referee), 혹은 인증심사청문관(Certification review hearing officer). • 인증심사청문관의 선정: 지역 정신건강국장(Director), 카운티 국선변호인, 카운티 감독 위원회(board of supervisors)가 임명한 카운티 고문(Counsel) 또는 지방검사(D.A.) 로 구성된 패널이 만장일치로 승인한 적격자 명단 중에서 선정. • 인증심사청문관의 자격: 국가자격 법률청문관, 의사, 자격 심리학자, 간호사, 변호사, 공인된 법대생, 공인임상사회복지사, 공인결혼-가정치료사, 공인임상상담사. 그 중 심리학자, 간호사, 사회복지사, 가정치료사, 임상상담사는 5년 이상의 정신건강 분야에서의 경험이 있어야 함. • 청문회 장소: 당사자가 받는 치료가 최대한 중단되지 않도록 당사자가 치료 받고 있는 시설의 적절한 장소에서 개최함. • 참석자: 주관 청문관, 당사자, 변호인(혹은 옹호인), 당사자가 입원 중인 시설 측 참가자

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 1 - Section 5256~5256.8.
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-4/>

청문회에서, 당사자가 입원 중인 시설 측 참가자는 당사자의 상태가 집중 치료가 필요한 상태임을 입증해야 할 책임이 있으며, 당사자와 변호인(혹은 옹호인)은 변론을 통해 집중 치료가 필요하지 않으며 입원 치료 해제의 필요성을 주장하게 된다. 청문 결과에 따라 당사자는 기존에 인정되었던 대로 최대 14일의 집중 치료를 받거나 퇴원하게 된다.

(4) 집중 치료 기간의 연장

14일의 집중 치료기간에도 불구하고, 치료 기간을 연장할 필요가 있을 때 집중 치료 기간의 연장이 고려된다. 하지만 관련법은 Section 5270.10.을 통해 보호자

가 단순히 추가 입원 치료 기간을 얻는 것에 대해 경계하고, 보호자의 광범위한 권한 하에 놓인 장애인의 수를 줄이는 것을 목적으로 하고 있음을 명백히 밝히고 있다. 집중 치료 기간이 연장되는 사유는 아래 표를 통해 정리하였다.

〈표 4-104〉 집중 치료가 연장되는 3가지 사유 : 미국

집중 치료가 연장되는 3가지 사유
Article 4 - Section 5260 ~ 5270.65. (a) 자살 위험자(Section 5260 ~ 5268.) • 대상: 14일의 집중 치료 혹은 72시간의 구금 기간동안 자살을 시도하였거나 위협한 자, 스스로 목숨을 끊을 위험이 있는 자. • 최대 연장 기간 : 14일(일방적 부과) (b) 일반적 기간 연장(Section 5270. 15) • 대상: 집중 치료를 진행한 기관 혹은 시설의 전문가에 의해 심각한 장애가 유지되고 있음이 확인 된 자 • 최대 연장 기간 : 30일(청문 절차 진행) • 중간 검사 : 10일을 넘지 않는 간격으로 당사자의 상태를 확인하여 기간 연장의 조건에 부합하는 지 평가하고 치료 계획 및 경과를 매일 모니터링 하여야 함.

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 1 - Section 5260~5300
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-4/>

지금까지 서술된 최대 비자발적 입원기간은 총 47일로, 캘리포니아 주에서는 그 이상 환자를 병원에 비자발적으로 입원시킬 수 없다. 만약 47일의 치료 끝에도 회복될 가능성이 낮다고 판단될 경우, 후견인(Conservator)이 반드시 임명되어야 한다(Section 5270.55.).

3) 외래치료지원(Assisted Outpatient Treatment)을 통한 비자의입원의 회피 노력

외래치료지원(AOT, Assisted Outpatient Treatment)은 정신 건강 장애가 있는 사람들을 비자의입원 시키는 대신 법원의 명령을 통해 외래치료 및 지역사회기반의 서비스를 받게끔 하는 프로그램이다. AOT의 기본 원칙은 환자의 정신 건강 개선과 안정의 보장과 동시에 최소 제한적인 치료를 강조한다. 따라서, 법률에 따른 AOT 대상 여부 판별은 청문 과정에서 모든 요건이 명확하고 설득력 있는 증거로 입증되어야 한다. 캘리포니아 주 법에서는 비자의입원제도와 마찬가지로 LPS 법의 하위에 속해 있으며, Article 9의 Section 5345 ~ 5349.1.항까지 외

래치료지원 제도에 대해 규정하고 있다. 외래치료지원에 대한 개요는 아래 표와 같다.

〈표 4-105〉 외래치료지원 개요 : 미국

외래치료 지원 개요
<p>Article 9 - Section 5345 ~ 5349.1.</p> <p>(a) 대상(Section 5346) - 다음의 기준을 모두 충족할 경우, 판사는 AOT를 명령할 수 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18세 이상 • 심각한 정신장애(Serious Mental disorder)를 가진 사람(LPS에 의거한 "Gravely Disabled" 상태가 아닌 지역사회 정신건강 서비스에 대한 브론잔-맥코퀴데일 법의 Section 5600.3. 조건에 따름). • AOT와 같은 감독 없이는 지역사회에서 안전하게 살아갈 가능성이 적고 정신 건강상태가 악화되고 있다고 있다는 임상 소견을 받은 사람. • 최근 36개월 동안 2회 이상 정신건강 장애로 인해 병원에 입원하거나 교도소의 정신과병동에서 수감 및 도움을 받은 사람. • 카운티가 부여한 자발적 치료 기회에도 불구하고, 치료에 참여하지 않은 사람 • AOT에서 혜택을 받을 가능성이 높은 사람. <p>(b) 치료의 내용(Section 5348)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 환자 주도적 심리사회적 재활 - 개인의 회복과 성공적인 지역사회 통합 지원, 삶의 질 향상 목표 • 의약품 관리 / 증상 관리 / 약물 사용 관리 / 독립 생활 기술 / 교육 직업 기술 / 의사 소통 기술 / 문제 해결 및 대처 기술 / 사회지지 구축 • 즉각적 혹은 전환적 혹은 영구적인 주택의 제공 • 개인 서비스 코디네이터와의 연결 <p>환자 개인 서비스 계획을 세우고 적합한 지역사회 자원과 연결시키는 역할을 수행</p> <p>(c) 권리(Section 5348)</p> <ul style="list-style-type: none"> • AOT 명령에 대한 청문을 거치고, 모든 절차에서 변호인에 의해 대리될 권리 • 고도로 훈련된 다학제적 정신건강팀을 이용할 권리 • 복용하고 싶지 않은 약을 강제로 복용하지 않을 권리 <p>(d) 기간(Section 5346) - 최장 180일</p>

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 9 - Section 5345~5349.1.
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-9/>

4) 입원 후 치료환경에 관한 법률들

(1) 비자의 입원자의 법적/시민적 권리

비자발적으로 구금 혹은 입원된 개인의 권리는 LPS법의 [Chapter 2 - 비자발적 치료] 내 [Article 7 - 비자발적 구금자의 법적/시민적 권리] 항목에 의해 규정된다. 아래 표는 해당 법률에 의해 보장되는 개인의 권리이며, 모든 시설에서 해당 권리는 환자가 접근할 수 있는 언어와 양식으로 눈에 띄게 게시되거나 추가 수

단을 통해 환자에게 알려져야 한다(Section 5325).

〈표 4-106〉 비자의입원자의 법적/시민적 권리 : 미국

비자의입원자의 법적/시민적 권리
<p>Article 7 - Section 5325 ~ 5337.</p> <p>(a) 생활과 관련된 권리(Section 5325~5325.1.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자신의 옷을 입을 권리 • 화장실 용품을 포함한 개인 소지품의 비치와 사용 권리 • 소량의 구매를 위한 적절한 금액의 보유와 사용 권리 • 개인적 용도로 사용할 수 있는 저장공간의 이용 권리 • 매일 면회할 수 있는 권리 • 비밀통화를 발신 및 수신하거나 전화에 합리적으로 접근할 수 있는 권리 • 개봉되지 않은 서신을 우편으로 보내고 받을 수 있는 권리 • 종교의 자유와 실천에 관한 권리 • 적절한 공적 지원 교육 프로그램에 참여할 권리 • 사회적 상호작용 및 지역사회 활동에 참여할 권리 • 신차운동 및 레크리에이션 기회를 가질 권리 <p>(b) 치료와 관련된 권리</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전기경련 치료와 정신과적 뇌수술을 거부할 권리(Section 5325) • 불필요한 신체적 구속, 격리, 약물 복용, 방임 등의 피해를 입지 않을 권리(Section 5325.1.) • 자기 독립적으로 기능할 수 있는 가능성을 촉진하는 치료를 받을 권리(Section 5325.1.) • 항정신증 약물치료를 거부할 권리(Section 5325.2.)

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 2 - Article 7 - Section 5325~5337
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-2/article-7/>

(2) 환자 권리 프로그램(Patients Rights Program)과 옹호자(Advocacy) 제도

캘리포니아 주는 정신질환을 갖고 있는 사람들이 시설로부터 양질의 치료를 받을 수 있도록 하고, 치료 제공자가 치료 규정을 준수하게끔 환자 권리 프로그램과 옹호자 제도에 관한 법률을 갖고 있다. LPS 법 내 SECTION 5370.2 와 5510에 따라서, 주 보건부와 주립 병원 관리 부서는 단일 비영리기관과 환자 권리 프로그램 운영에 관한 계약을 체결해야 한다. 환자 권리 프로그램을 운영하는 기관에서는 기관 내에 옹호자를 두고, 주립 병원과 각 카운티에 옹호 서비스를 제공하게 된다. 법률 내 규정된 환자 권리 프로그램의 활동은 다음 표와 같다.

〈표 4-107〉 환자 권리 프로그램의 활동 : 미국

환자 권리 프로그램의 활동
Chapter 3 - Section 5370.2. <ul style="list-style-type: none">• 주립병원에 입원한 정신장애인의 사망을 포함한 학대 및 방치 혐의 또는 의심 상황에 대해 환자 권리 옹호 서비스를 제공하고 조사를 수행함.• 카운티 환자 권리 옹호자 차원에서 해결할 수 없는 시설에서의 권리 남용, 불합리한 거부, 권리의 징벌적 회수 등의 문제들에 대해 조사하고 조치를 취함.• 카운티 환자 권리 옹호자에게 상담, 기술 지원을 보조함.• 환자 권리 프로그램에 대한 프로그램 검토를 실시함• 모든 카운티 환자 권리 옹호자가 환자 권리 옹호 교육 자료에 쉽게 접근할 수 있도록 하여야 함.

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 3 - Section 5370.2.
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-3/section-5370-2/>

이처럼 환자 권리 프로그램을 운영하는 기관에서는 주로 카운티 환자 권리 옹호자에 대한 지원과 시설에서의 환자 권리 침해 상황에 대해 조사하고 개입하는 역할을 주로 수행한다. 환자 권리 프로그램의 지원을 받는 카운티 환자 권리 옹호자의 역할은 LPS 법 내 Section 5520 ~ 5525에 규정되어 있다. 다음 표는 카운티 옹호자의 활동을 요약한 것이다.

〈표 4-108〉 카운티 환자 권리 옹호자의 활동 : 미국

카운티 환자 권리 옹호자의 활동
Chapter 6.2. - Article 3 - Section 5520 ~ 5525 <ul style="list-style-type: none">• 허가된 보건시설에서의 정신건강서비스 수급자로부터의 제보를 받아 권리의 남용, 불합리한 거부 또는 권리의 징벌적 회수 등에 대해 조사함.• 정신 건강 시설, 서비스, 프로그램을 모니터링하여 법적으로 보장된 환자의 권리를 준수하는지 여부를 확인함• 정신건강법 및 환자의 권리에 관한 교육을 정신 건강 제공자들에게 실시함.• 모든 허가된 보건 및 커뮤니티 케어 시설의 정신 건강 서비스 수급자들에게 자신의 권리를 통지함.• 환자 권리 프로그램과의 정보교환과 협력을 진행함

*출처: 2021 California Code - WIC - Division 5 - Part 1 - Chapter 6.2. - Article 3 - Section 5520 ~ 5525
<https://law.justia.com/codes/california/2021/code-wic/division-5/part-1/chapter-6-2/article-3/>

2. 정책과 운영 체계

1) 정신의료기관 및 입원 현황

(1) 정신의료기관 입원 병상수와 규모별 구분

미국의 정신의료기관 입원병상수는 2020년 기준 85,948개로, 인구 1000명당 0.26개에 불과하며⁴¹⁾, 같은 해 OECD 평균 0.63개의 절반 이하이고, 한국(2019년 기준)의 1.24개의 21%에 불과하다.

〈표 4-109〉 입원병원 현황 : 미국

범주	병원수	입원환자수 (2020.04.30. 기준)	입원병상수
정신병원	668	51,951	57,192
공공	205	29,822	30,786
민간	463	22,129	26,406
정신과 병동이 별도로 있는 비연방(non-federal) 종합병원	967	21,046	24,682
기타	121	4,625	4,074
계	1,756	77,622	85,948

*출처: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Services Survey (N-MHSS), 2020.

〈표 4-110〉 입원병원의 병상 규모별 구분 : 미국

	15인 미만	15-29인	30-59인	60-119인	120인 이상	계
정신병원	90	80	146	133	117	566
공공	20	18	33	31	89	191
민간	70	62	113	102	28	375
종합병원	377	277	128	30	13	825

*출처: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Services Survey (N-MHSS), 2020.

41) 인구는 The 2020 Census(2020, United States Census Bureau)에 기준한다.

(2) 정신의료기관 인력

2019년 기준, 미국의 정신의료기관 인력은 인구 1,000명당 0.14명으로 2015, 2017년과 비교하여 변함이 없었다. 이는 한국의 2015~2019년 수치인 0.07~0.08의 2배에 가까운 수치이고, OECD 평균인 0.17~0.18보다는 적었다.

〈표 4-111〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 미국, 한국, OECD

	2015	2017	2019
미국	0.14	0.14	0.14
한국	0.07	0.08	0.08
OECD	0.17	0.18	0.18

*출처: OECD Health Statistics database

(3) 입원 기간

2010년 기준⁴²⁾, 미국의 정신 및 행동 장애 진단 환자 평균 입원 기간은 6.4일로 같은 연도 OECD 평균인 30.9일과, 한국의 111.8일에 비해 매우 짧다. 미국의 병원 치료 종단 데이터를 수집하고 있는 국가통계인 HCUP(Healthcare Cost and Utilization Project)의 2016년 자료에서 확인된 정신 및 물질 사용 장애 진단을 받은 환자의 평균 입원 기간은 6.4일로 OECD 자료와 차이가 없다(HCUP, 2019).

2) 정책 및 운영체계

미국의 정책 및 운영체계는 연방제도의 특성상, 주별로 제정된 법에 따라 상이하게 운영된다. 본 절에서는 미국의 주 가운데 가장 대표성을 띄고 있는 캘리포니아 주와 뉴욕 주의 정책 및 운영체계에 대해서 설명하고자 한다.

42) 미국은 2010년 이후로 OECD에 해당 자료를 제출하지 않고 있다.

(1) 입원 정책 및 운영체계

① 자발적 입원

가. 캘리포니아 주

성인의 경우, 입원 신청서를 작성할 수 있는 능력이 있는 사람이 자신의 입원을 신청한 경우 자발적 입원이 가능하다. 미성년자의 경우, 14-18세에 한해서 자발적 입원이 가능하며 자발적 입원의 신청은 부모 또는 후견인, 보호자, 기타 양육권을 갖고 있는 사람에 의해 이루어진다. 자발적 입원을 한 성인환자는 퇴원 의사를 병원 직원에게 통지하고 정상적인 퇴원 절차를 통해 언제든지 퇴원할 수 있다. 미성년 환자는 부모, 후견인, 보호자 등 양육권을 가진 사람으로부터의 통지가 병원으로 전달된 후 퇴원 절차를 통해 퇴원할 수 있다.

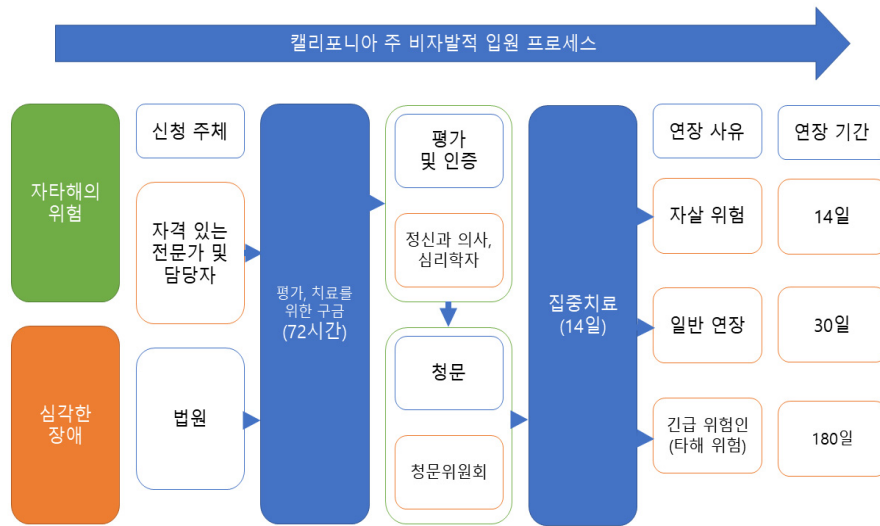
나. 뉴욕 주

뉴욕 주의 자발적 입원은 자의 입원(Voluntary Admission)과 비공식 입원(Informal Admission)으로 구분된다. 자의 입원과 비공식 입원의 가장 큰 차이는 즉각적인 퇴원의 가능 여부이다. 두 입원 모두 자발적 입원에 속하지만, 자의 입원 환자가 퇴원 의사를 서면으로 제출 했으나 병원에서 환자가 비자발적인 치료와 추가적인 치료가 필요하다고 판단한 경우, 72시간을 초과하지 않는 기간 동안 환자를 구금 할 수 있다. 병원은 72시간 내에 환자를 퇴원시키거나 환자의 비자발적 입원을 요청하는 명령을 법원에 신청해야 한다. 비자발적 입원으로의 전환이 가능하다는 점에서, 한국의 현행 정신건강복지법 상 동의입원과 유사한 부분이 있다. 반면, 비공식 입원은 공식적인 서면 신청서의 작성 없이 입원하는 절차이고, 환자가 퇴원을 원할 시 즉각적으로 퇴원이 가능하다.

② 비자발적 입원

가. 캘리포니아 주

캘리포니아 주는 복지 및 시설 법(Welfare and Institutions Code) 내에 Lanterman- Petris-Short(LPS)법을 통해 비자발적 입원과 치료 과정을 규정하고 있다. 자격있는 주체에 의한 '평가와 치료를 위한 구금', '집중 치료', '집중 치료의 연장' 순으로 순차적인 과정이 이루어진다.



*출처: 캘리포니아주의 비자발적 입원관련 법 및 운영체계에 근거하여 저자 재정리.

[그림 4-24] 캘리포니아 주 비자발적 입원 프로세스 : 미국

a. 평가와 치료를 위한 구금

정신건강장애로 인해 한 개인이 자신과 타인에게 위협이 되거나 "심각한 장애가 있는(gravely disabled)⁴³⁾" 상황에 놓였을 때, 치안 담당자, 카운티 지정 평가 및 치료시설의 전문가, 이동 위기 전담반(mobile crisis team)의 지정 멤버, 카운티에서 지정한 전문 인력 등의 자격이 있는 사람은 사정, 평가, 위기 개입을 위해 해당자를 72시간 이내의 시간동안 구금하거나 주정부로부터 승인되고 카운티에 의해 지정된 평가 및 치료 시설에 이송할 수 있다. 지정시설에 구금된 사람은 가능한 빠른 시간 내에 평가를 받을 수 있어야 하고, 그들에게 필요한 돌봄과 치료를 구금되어있는 전 기간 동안 제공 받을 수 있어야한다. 정신과 의사와 심리학자의

43) "심각한 장애가 있는" 상황이란, (A) 정신장애의 결과로 개인이 기초적 욕구인 의식주를 해결하는 것이 불가능한 상황, (B) 정신적으로 [형사상 재판에 회부될 만한] 능력이 없다고 판단된 상황에서 아래의 세가지 조건을 만족할때 i) 타인의 사망, 중상해 또는 신체적 안녕에 대한 심각한 위협이 포함된 범죄로 기소된 자 ii) 기소가 각각되지 않은 자 iii) 정신장애로 인하여 본인에게 놓여진 소송절차와 성격, 목적을 이해할 수 없고 변호인의 변호를 이성적으로 보조할 수 없는 자]을 의미한다. 다만 (A) 항을 만족해도, 다른 사람의 도움으로 비자발적 입원 혹은 구금이 없이도 안전하게 생존할 수 있다면 그 사람은 "심각한 장애가 있다"고 여겨지지 않는다.

평가 및 검사를 통해 두 사람의 합의를 통해 더 이상의 치료나 구금이 불필요하다고 평가될 경우, 즉각 구금이 해제될 수 있다.

법원은 정신장애로 인해 자신 또는 타인에게 위협이 되거나 심각한 장애가 있다고 추정되는 사람에게 본인의 상태를 평가하고, 자료를 제출할 것을 요청할 수 있다. 평가 및 자료 제출은 자발적인 과정이지만, 평가를 거부하거나 평가를 위해 출석하지 않았을 경우, 치안 담당자나 전문가 등 권한이 있는 사람은 해당자를 구금하여 치료와 평가를 위한 시설로 이송할 수 있다. 해당자 또한 별도의 조치 없이 최장 72시간까지 구금될 수 있으며 시간 내에 평가를 받아야 한다.

b. 집중 치료를 위한 입원

위 항목에서의 72시간 구금을 통한 평가를 받은 사람 중 평가 기관의 전문가가 정신건강장애가 있고 그 결과로 자신과 타인에게 위협이 되거나 심각한 장애가 있다고 간주한 사람과 자발적인 치료의 필요성에 대해 조언 받았지만 받아들이고자 하지 않는 사람에 대해 집중 치료를 제공하는 기관에서 입원에 동의한 경우, 최장 14일의 집중 치료가 인정될 수 있다. 집중 치료의 인정에는 평가 서비스를 제공하는 기관의 전문가 혹은 자격있는 지정인과 평가를 실시한 의사 혹은 심리학자 총 2인의 동의가 필요하다. 집중 치료 인정을 받은 경우, 4일 내에 집중 치료 인정에 대한 청문 절차가 진행되고 집중 치료의 필요성 여부를 최종 결정하게 된다.

c. 집중 치료 기간의 연장

일반적으로 14일의 집중 치료가 이루어진 다음 환자는 퇴원할 수 있다. 하지만, 다음의 항목에 해당할 때 환자의 퇴원이 제한되고, 집중 치료 기간이 연장될 수 있다.

가) 자살 위험자

집중치료 서비스를 제공한 시설의 전문가가 환자의 상태를 평가하여 환자가 스스로 목숨을 끊을 가능성이 높다는 것을 발견하였을 때, 환자가 14일의 집중 치료 기간 내에 정신장애로 인해 자살을 시도하거나 자살하겠다고 위협하였을 때, 그리고 그러한 상황에서 자발적인 치료를 거부하였을 때 최장 14일의 추가적인 집중 치료가 부과될 수 있다.

나) 일반적 기간 연장

14일의 집중 치료에도 불구하고 정신 장애의 결과로 인한 심각한 장애가 유지되고 있을 때, 자발적으로 치료를 받을 의사가 없거나 받을 수 없는 상태일 때 최장 30일의 집중 치료 기간 연장이 이루어질 수 있다. 해당 사유의 집중 치료 기간 연장은 청문회 개최를 통해 최종 승인되며, 승인 된 경우에 집중 치료 기관 전문가는 10일을 넘지 않는 간격으로 환자의 상태를 평가하여 기간 연장의 사유가 되는 요건이 유지되고 있는지 평가해야 한다.

다) 긴급 위험인(imminently dangerous person)

평가 또는 집중 치료 기간 중에 타인에게 실질적인 신체적 위해를 가했거나 위협을 가한 자로서 정신장애로 인해 타인에게 실질적인 신체적 위해를 가할 우려가 있는 자, 입원 후 7일 이내에 타인에게 실질적인 신체적 위협을 가한 자 등 명백하고 긴급하게 타해의 위험이 있는 사람에 대해 180일의 추가적인 집중 치료가 부과될 수 있다. 기관은 해당자의 위험성과 집중 치료의 필요성을 법원에 사후인증(post certification) 절차 신청을 통해 증명하고, 최종 승인 받아야 한다. 긴급 위험인으로 지목된 환자는 사후인증 절차를 배심원 재판으로 진행할 것을 요청할 수 있다.

d. 입원 과정 내 환자 권리 보호

가) 권리에 대한 안내

대상자를 구금할 때, 구금을 시도하는 사람은 구두로 본인의 이름, 소속, 행위, 구금 대상자의 권리에 대해 안내해야 한다. 대상자가 구두 안내를 이해할 수 없는 상황일때, 안내는 서면으로 이루어져야한다. 구금이 대상자의 주거지에서 이루어지는 경우 추가적인 정보 고지와 친구 또는 가족에게 전화/메모를 남길 수 있음을 안내해야한다. 이송된 시설에서 직원은 구두 및 서면으로 정보를 제공해야하며, 이는 당사자가 접근할 수 있는 언어 또는 양식이어야 한다. 이때 수용된 이유, 구금의 기간과 평가의 실시, 구금 기간 내 할 수 있는 행동, 법적 권리에 대한 카운터 환자 권리 옹호자에 대한 안내 등이 이루어져야하며 모든 내용은 캘리포니아 주법에 따라서 상세하게 형식이 기술되어 있다.

나) 환자 권리 옹호자 제도(Patients' rights advocate service)

캘리포니아 주는 주법에 의거하여 카운티 마다 지역 정신건강 감독관(director)가 지명 또는 계약한 환자 권리 옹호자를 둘 것을 규정하고 있다. 환자 권리 옹호자는 입원 환자를 포함한 모든 정신건강 서비스 이용자에게 자신의 권리를 통지하는 것, 정신건강 시설, 서비스, 프로그램의 권리, 법률, 규정 준수 모니터링, 환자 권리 준수 여부에 대한 민원 접수와 조사 등을 진행한다. 또한 아래 서술될 집중 치료를 위한 인증 심사 청문에 참여하여 환자를 보조하거나 대리한다.

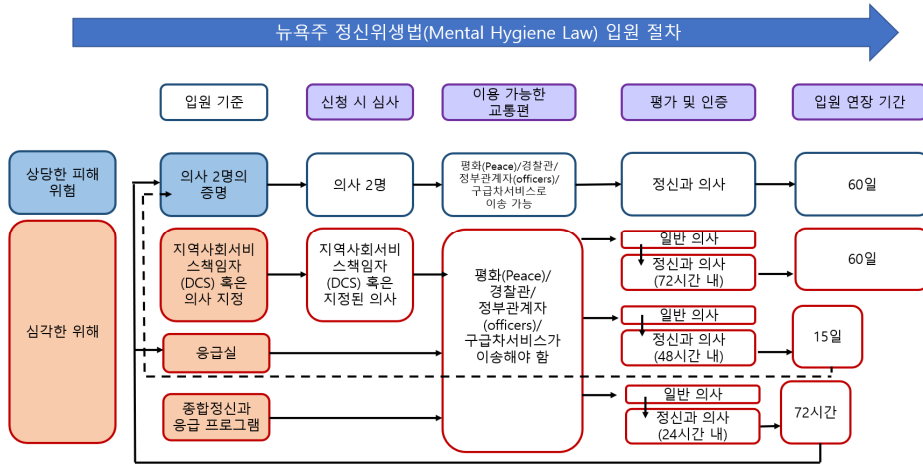
다) (집중 치료)인증 심사 청문

병원에 의해 구금 대상자에 대한 집중 치료의 필요성이 인정된 경우, 인정에 대한 심사 청문 절차가 자동적으로 이루어진다. 청문회는 법원이 선임한 위원, 심판관 또는 법률이 규정하는 자격을 가진 인증심사청문관이 주관하여 진행된다. 청문회는 인정 날짜로부터 4일 내에 이루어지게 되며, 청문관 외에 집중 치료의 필요성을 주장할 병원의 대표, 환자 본인, 환자의 편에서 환자의 권리를 옹호할 옹호자 혹은 변호인이 참석한다. 환자는 청문회에 참석하지 않을 권리가 있으며, 변호사 또는 옹호자의 지원, 자신을 위한 증거 제시, 병원 대표에 대한 질문의 권리를 가진다.

청문 결과, 환자의 정신장애, 자/타해의 위험 혹은 심각한 장애가 있음이 입증되지 못하면 환자는 퇴원할 수 있다. 반대로, 입증 된 경우 집중 치료의 필요성이 인정되어 입원 상태가 유지된다.

나. 뉴욕 주

뉴욕 주는 정신위생법(Mental Hygiene Law) 내 비자발적 입원제도를 규정, 운영하고 있다. 뉴욕 주 비자발적 입원의 형태는 '의료적 인증(Medical Certification)을 통한 비자발적 입원', '커뮤니티 서비스 책임자(Director of Community services, DCS)에 의한 입원', 그리고 일반적인 '응급 입원'과 'CPEP프로그램을 통한 응급입원'의 2종류의 응급입원이 있다.



*출처: 박지용 외. (2020). 뉴욕 주 사법입원 및 외래치료 지원제도에 대한 고찰. p296. 저자 번역.

[그림 4-25] 뉴욕 주 입원 절차 전체 도식 : 미국

a. 의료적 인증을 통한 입원

2명의 정신과 전문의에 의한 개별 소견을 통해 정신장애를 갖고 있고 비자발적 치료를 받아야 하는 필요성이 있다고 인정된 경우 의료적 인증을 통한 비자발적 입원이 가능하다. 정신과 전문의의 검사는 입원 신청에 따라 진행되고, 입원 신청을 할 수 있는 사람의 자격은 동거인, 가족, 친척, 의사, 공무원 등 총 11가지로 광범위하게 규정되어 있다. 이 입원은 추가적인 법적 조치 없이 60일간 유지될 수 있으며, 이를 초과하는 입원을 위해서는 환자의 상태가 자발적 입원(자의 입원 또는 비공식 입원)이어야 한다. 환자가 자발적 입원 상태로의 전환을 거부한다면, 병원은 입원 기간 종료 전 입원 연장을 위한 법원 명령을 청구하여 승인받아야 한다.

60일의 비자발적 입원 기간 내에 환자는 청문 과정을 요청할 수 있고, 청문 절차를 거쳐 법원은 지속 입원, 이송, 친인척 돌봄, 퇴원 등을 결정할 수 있으며 법원이 퇴원을 명령한 경우 환자는 즉시 퇴원할 수 있다.

b. 커뮤니티 서비스 책임자(Director of Community services, DCS)에 의한 입원

지방정부의 지역사회 서비스 책임자(이하 DCS)의 신청을 통해 이루어지는 비자발적입원 형태로, DCS가 의사가 아닌 경우 의사를 지정하여 입원 절차를 진행

하게 된다. 이 형태의 입원은 피신청자의 즉각적인 병원 입원 치료가 필요하고, 명백한 물리적인 자/타해의 심각한 위험이 존재한다고 여겨지는 상황에서만 신청이 가능하며 의료적 인증을 통한 입원 보다 엄격한 기준이 적용된다. 입원 후 72시간 내에 정신과 전문의의 심사와 인증이 이루어져야 하며, 인증이 이루어진 경우 추가적인 법적 조치 없이 60일까지 입원이 유지될 수 있다. 입원 연장의 절차나 환자의 청문 신청 등 사법 절차는 타 비자발적입원과 동일하다.

c. (즉각적인 관찰과 치료를 위한) 응급입원

DCS에 의한 입원과 동일한 기준으로 물리적인 자/타해의 명백하고 심각한 위험을 초래할 수 있는 정신질환이 있는 것으로 간주되는 사람을 응급입원 시킬 수 있다. 응급입원은 경찰관, DCS, 정신건강 전문요원, 병동이 없는 정신과 전문의 및 종합병원장 등만 신청이 가능하고 가족, 친지, 동거인 등은 신청할 수 없다. 경찰 등의 호송으로 병원에 도착한 후 48시간 내에 정신과 전문의가 입원을 승인하면 최장 15일까지 입원을 유지할 수 있다.

d. 종합 정신과 응급 프로그램(Comprehensive Psychiatric Emergency Programs, 이하 CPEP)를 통한 응급입원

CPEP는 뉴욕 주의 특징적인 제도로, 지난 1989년 도시 지역의 정신과 응급상황에 대한 체계적인 대응을 하기 위해 설계되었다. CPEP 도입전 뉴욕 주의 정신과 응급치료는 주로 종합병원의 응급실에서 제공되었고, 이는 응급실의 과밀화와 응급 입원의 남용을 초래했다. 이에 시의적절하고, 양질의 연속성 있는 정신과 응급서비스의 필요성이 제기되었다⁴⁴⁾. 이러한 필요성에서 도입된 CPEP는 정신질환이 있거나 의심되는 사람을 안전하고 편안한 환경에서 분류, 관찰, 평가, 돌봄, 치료, 연계의 종합적이고 연속적인 서비스를 제공한다⁴⁵⁾. 현재 뉴욕 주 내 22곳의 24시간 CPEP 응급실이 운영되고 있고⁴⁶⁾ 응급실 내에서의 종합적 서비스 외에도 관찰 구역 내에서의 아웃리치 위기 지원서비스를 제공하고 있다.

CPEP에 도착한 즉각적인 관찰과 치료가 필요하고 심각한 자/타해를 초래할 수

44) OMH(2012), 2012 CPEP annual report

45) OMH(2021), CPEP Program Guidance

46) OMH. Find a mental health program [cited 2022.9.23]. Available from : <https://my.omh.ny.gov/bi/pd/saw.dll?PortalPages>.

있는 가능성이 있는 것으로 간주되는 자는 응급실 도착 후 6시간 내에 의사의 진찰을 받게 된다. 진찰의 결과에 따라 연장 관찰 병상(extended observation beds)으로의 이동, 병원 입원, 지역사회 프로그램 연계, 단순 퇴원 등의 후속 조치를 받게 되며, 특히 24시간 이상의 입원이 필요한 상황으로 간주되면 연장 관찰 병상으로 이동하게 된다. 이곳에서는 최장 72시간의 진료가 가능하며, 해당 시간 내에 퇴원하거나 자발적 입원으로 전환하지 않는 경우 응급입원 전환이나 의료적 인증을 통한 비자발적입원으로 전환해야 한다.

e. 입원 과정 내 환자 권리 보호

가) 권리에 대한 서면 안내

모든 입원 과정에서, 환자의 권리는 서면으로 통보된다. 자발적 입원의 경우, 120일마다 환자에게 그들의 상태와 권리, 이용 가능한 법적서비스에 대한 안내가 이루어진다. 비자발적 입원의 경우, 환자 본인 뿐 아니라 입원 신청자를 제외한 가장 가까운 환자의 친척, 환자가 지정한 3인의 사람에게 환자에게 고지된 서면 안내와 동일한 내용의 서면 안내가 이루어진다.

나) 정신위생 법률 서비스(Mental Hygiene Legal Service, 이하 MHL Service)

MHL Service는 정신의료기관에 입원한 모든 환자들에 대한 법률 지원을 제공하는 서비스로, 뉴욕 주의 법률은 관할 내 모든 사법부 내에 독립적인 MHL Service를 둘 것을 규정하고 있다. MHL Service는 모든 환자의 입원과 입원 연장 과정에 대해 정보를 얻고 모니터링하며, 적절성에 대해 판단한다. 그리고 환자들에게 입원, 입원 연장, 사법적 청문 절차, 독립적인 의학적 소견에 대한 정보를 제공하며, 모든 입원 내 과정에 대해 환자와 그 가족에게 법률서비스와 지원을 제공한다. 환자들은 입원시 병원으로부터 반드시 MHL Service에 대한 안내를 받아야 한다.

다) 청문(hearing) 절차

비자발적으로 입원한 날로부터 60일 이내에 환자, 그의 친척, 친구, 또는 MHL Service는 비자발적 입원과 치료에 대한 청문을 법원에 요청할 수 있다. 요청 통지를 받은 법원은 5일 이내에 청문 날짜를 확정해야 한다. 법원은 증언을 듣고, 필요하다고 판단될 경우 청문의 대상이 되는 환자를 검사할 수 있다. 법원은 퇴원 신청을 기각하고 비자발적 입원 상태를 유지하게 할 수 있고, 다른 병원으로의 전

원, 환자를 돌볼 수 있는 친인척으로의 인계, 혹은 청문 대상이 정신질환자가 아니라고 판단하거나 입원이 필요치 않다고 판단하여 퇴원을 명령할 수 있다. 법원의 전원 명령이 내려진 경우 병원은 즉시 환자의 전원을 위한 계획을 수립해야 하며, 퇴원 명령이 내려진 경우 즉각적으로 환자를 퇴원시켜야 한다.

(2) 입원 중, 퇴원 정책 운영체계

① 병원에서 제공하는 주요 서비스 통계

아래 <표 4-112>은 미국의 정신병원 및 정신과 병동이 있는 종합병동의 주요 서비스 제공 비율을 나타낸다(SAMHSA, 2020). 정신병원에서는 사례관리(67.2%), 가족심리교육(63.6%), 다이어트 및 운동상담(58.1%) 순으로 서비스 제공 비율이 높았고, 종합병원의 정신과 병동에서는 사례관리(65.6%), 가족심리교육(65.3%), 정신과적 응급서비스(58.7%) 순으로 서비스를 제공하고 있었다. 상대적으로 주거서비스(정신병원 11.2%, 종합병원 7.4%), 지원고용(정신병원 8.2%, 종합병원 1.1%), 적극적 지역사회치료(정신병원 6.7%, 종합병원 6.8%)는 서비스 제공 비율이 낮았다.

<표 4-112> 병원에서 제공하는 주요 서비스(단위:%)

	적극적 지역사회치 료(ACT)	집중 사례관리	사례관리	법원명령 외래치료	만성질환 관리	질환관리 /회복	다이어트 /운동상담	위기개입팀 운영
정신병원	6.7	13.0	67.2	38.9	24.1	35.5	58.1	52.5
공공	9.8	17.1	60.5	47.8	35.6	52.7	78.0	38.5
민간	5.4	11.2	70.2	35.0	19.0	27.9	49.2	58.7
종합병원	6.8	12.1	65.6	35.7	35.2	31.3	56.9	53.2
	가족 심리교육	교육서비스	주거서비스	심리사회적 재활서비스	언어 재활서비스	지원고용	정신과적 응급서비스	동료지원 서비스
정신병원	63.6	51.0	11.2	43.6	16.0	8.2	51.2	35.0
공공	59.5	62.4	17.1	73.2	41.0	22.4	22.9	57.6
민간	65.4	46.0	8.6	30.5	5.0	1.9	63.7	25.1
종합병원	65.3	43.5	7.4	21.8	2.5	1.1	58.7	23.0

*출처: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Services Survey (N-MHSS), 2020.

② 뉴욕 주 Pathway Home 프로그램⁴⁷⁾

뉴욕 주의 Pathway Home 프로그램은 비영리단체인 CBC(Coordinated Behavioral Care Independence Practice Association)에서 진행하는 프로그램으로, 병원 및 시설에서 지역사회로 나가는 환자들을 위한 성공적인 전환을 위해 만들어졌다. 2022년 현재, 퇴원한 중증정신장애인의 성공적인 지역사회 기반 세팅 정착과 재입원 감소를 위해 NYC Health + Hospitals⁴⁸⁾와의 협업을 통해 프로그램이 운영되고 있다. 구체적인 서비스의 종류는 다음 표와 같다.

〈표 4-113〉 Pathway Home 프로그램 제공 서비스 : 미국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회, 가족 지원과의 협업을 통한 다양한 시스템을 연결한 퇴원 후 계획 수립 • 퇴원일 동행을 통한 당면한 욕구 해결과 필요한 일상생활 기술 사정 • 건강 유지 및 개선의 동기부여를 위한 목표 설정, 기술 구축 • 적절한 1차, 특수 치료를 위한 옹호 • 행동 건강, 1차 진료 및 기타 진료 예약 관리와 동행 • 각종 혜택과 자격에 대한 접근-서류작성 전 과정 지원 • 지역사회 거주에 대한 장벽을 우회하는 기존 네트워크 내 자원을 통한 촉진된 주거 배치 • 보건소, 적극적 지역사회치료(ACT) 및 기타 의료 관리 시스템 등록 및 참여 촉진 • 개인의 욕구나 목표를 충족시키는데 도움이 되는 활동이나 자원을 보조하는 기금 제공 • 정신장애 교육, 지원 및 사회서비스를 제공하는 가족 컨퍼런스 개최 • 건강 및 사회적 결정 요인 욕구에 대한 지속적인 사정

*출처: CBC 홈페이지 - Pathway Home 프로그램

③ 캘리포니아 주립 병원의 퇴원 계획 수립⁴⁹⁾

미 연방법에 의거, 환자가 요청시 병원에서는 퇴원 계획을 평가 해야하며, 평가 결과 퇴원 계획 필요시 병원에서 퇴원계획을 수립하도록 되어있다. 퇴원 계획은 순조로운 회복을 보장해야하고, 퇴원 후 필요한 모든 서비스를 확인하고 세팅하여 재입원을 막는 방향으로 설정되어야 한다. 캘리포니아 주립병원에서도 환자의 이익을 극대화 하고 퇴원 이후 삶을 위해서 입원 시점부터 퇴원 계획을 수립하고 있

47) <https://cbcare.org/innovative-programs/pathway-home/>

48) 뉴욕시 5개 자치구에 걸쳐 1170개 이상의 병원에서 연간 100만명 이상의 뉴욕 시민을 대상으로 하는 전미 최대의 공공 의료 시스템이다.

49) <https://www.dsh.ca.gov/Treatment/Discharge.html>

다. 병원은 환자가 지역사회에서 받을 수 있는 복지 혜택의 자격을 확인하고, 퇴원 계획에 지원거주, 숙련 간호시설, 가족, 친구, 카운티 정신건강시설과 쉼터 등에 대한 내용을 포함한다. 퇴원 시, 병원은 지역사회 자원과 위기 개입을 위한 전화번호 등을 제공하고 최대 30일간의 약물과 이후 정신건강자원을 통해 약을 처방받고 복용하는 것에 대해 안내한다.

3. 입원 중 좋은 치료방법: 소테리아 하우스(프로젝트)

앞서 서술한 바와 같이, 2016년 기준 미국의 평균 정신병원 입원기간은 6.8일로 OECD 기준으로도 극히 짧다. 미국의 정신 건강 체계는 입원 중 치료보다는 지역사회 기반의 서비스 제공에 초점을 맞추고 있다. 본 절에서는, 응급 입원의 대안으로 미국에서 시작되었던 소테리아 하우스에 대해 서술하고자 한다.

소테리아 하우스의 방식은 작고 가정적이고 조용하며, 지원적이고 보호적이며 관용적인 사회적 환경에서 대개 신경성 약물 치료 없이 비전문적 직원에 의한 24시간 대인 현상학적 개입이 이루어지는 특징이 있다(Mosher, 1999). 명시적인 치료나 통제 없이 적극적으로 공감하는 관계를 발전시키는 것에 초점을 맞추고 있고 개인의 건강을 지원하기 위해 영양가 있는 식사, 산책, 운동, 명상 등 여러 가지 대안적 방법들을 시도하고 있다⁵⁰⁾. 소테리아 하우스는 1971년 샌프란시스코 교외에 급성기 정신과 병동의 대안 연구 차원에서 처음 시도되었고, 6주간의 실험과 5년간 추적 조사를 한 2개의 코호트에 대한 연구 결과, 정신과 약물 없이도 피실험자들은 유의미하게 대조군에 비해 개선되었다. 현재는 소테리아 패러다임으로 남아 미국을 포함한 세계 여러 곳에서 시설이 운영되고 있다.

4. 정신의료기관 인증평가체계

미국의 정신의료기관 인증평가체계는 많은 공적/비영리 체계에서 운영되고 있으나, 본 항목에서는 정신과 병원의 86.1%가 가입하여 인증받는 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Service)의 IPFQRP(Inpatient Psychiatric

50) <https://www.pathwaysvermont.org/what-we-do/our-programs/soteria-house/>

Facility Quality Reporting Program, 이하 IPFQRP)와 81.7%가 인증받은 TJC(The Joint Commission)을 중점적으로 살펴보고자 한다(SAMHSA, 2020).

1) CMS의 정신과 입원시설 질 보고 프로그램(IPFQRP)⁵¹⁾

IPFQRP는 미국의 메디케어에서 운영하고 있는 인증체제로, 의료 소비자들에게 병원의 질 정보를 제공함으로써 의사결정을 하는데 도움을 주기 위한 목적으로 제공되고 있다. 또한 정신질환을 갖고 있는 환자에게 제공되는 치료의 질적 개선을 평가하고 촉진하는 것을 추가적인 목적으로 하고 있다. IPFQRP는 입원치료시설 선지불제도(Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System, IPFPPS)하의 모든 정신과 병원에 적용되고 정신병원(Psychiatric Hospital), 급성기병원(Acute Care Hospitals, ACHs), 주요거점병원(Critical Access Hospitals, CAHs)등에 모두 적용된다. 프로그램의 참여 여부는 병원 차원에서 선택가능하지만, 참여하지 않는 병원의 경우 메디케어의 수가가 삭감당하게 되는 P4R(Pay-for-Reporting) 프로그램의 형태를 취하고 있다. 프로그램에 참여하지 않거나 기준을 충족하지 않으면 매년 2%의 수가 삭감이 이루어지기 때문에 일정 수준의 강제성을 띄고 있으며, 그 결과 2020년 N-MHSS 기준 정신과병원의 86.1%, 종합병원의 95.0%가 인증을 받고 있어(SAMHSA, 2020) 전미에서 가장 대중적인 정신의료기관 인증평가체계라고 할 수 있다. 지표의 개요는 다음 표와 같다.

〈표 4-114〉 CMS IPFQR 지표 내역(2018년 기준) : 미국

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 신체적 억압 시간 • 격리 시간 • 적절한 판단(Appropriate Justification)⁵²⁾에 따른 2개 이상의 항정신병약품 처방 • 알코올 관련 검사 수행 • 알코올 사용자에 대한 간단한 개입(Brief Intervention) 제공

51) <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/IPFQR>

52) '적절한 처방'의 조건은 세가지로, (1) 최소한 세 가지의 단일 요법을 시도한 기록 (2) 한 약물의 양을 늘리면서 다른 약물의 양을 줄인 기록 (3) 클로자핀의 처방을 의미한다.

내용

- 퇴원 시 알코올/기타 약물사용 장애 환자에 대한 치료약 제공
- 정신질환 관련 퇴원 후 후속진료 제공
- 흡연 검사
- 흡연 관련 치료 제공
- 퇴원 시 금연치료제 제공
- 퇴원환자 정보의 전달
- 환자 정보 전달시점의 적절성
- 대사장애 검사
- 환자 경험 평가
- 전자의무기록(EHR) 사용
- 환자 대상 인플루엔자 예방접종
- 직원 대상 인플루엔자 예방접종
- 계획되지 않은 30일 내 재입원

* CMS, Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting Program Manual(2016)

2) The Joint Commission(이하 TJC)⁵³⁾

TJC는 1951년 독립적 비영리기구인 JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals)로 출발하여 1987년에 JCAHO, 2007년에 현재의 명칭인 TJC로 개칭하여 운영되고 있다. 1965년 미 의회에서 JCAH(당시 명칭) 인증 병원을 메디케어 참여 조건을 준수한 것으로 간주하여 메디케어와 메디케이드 프로그램에 참여할 수 있도록 하는 법 개정을 실시하였다. 그 결과, 전미 20,000여개의 의료기관이 TJC에 참여하고 있으며 2020년 N-MHSS 데이터 기준 정신과 병원의 81.7%, 종합병원의 80.2%가 해당 인증을 받고 있는 영향력 있는 인증 체계가 되었다. 모든 인증 결과는 Quality Check 홈페이지⁵⁴⁾에서 공개하여 의료소비자들이 정보를 확인할 수 있게 하였다. 정신과 입원병원과 관련된 TJC 인증 지표 범주는 다음 <표 4-115>와 같다.

53) <https://www.jointcommission.org/>

54) <https://www.qualitycheck.org/>

〈표 4-115〉 TJC Quality Check 지표 범주 : 미국

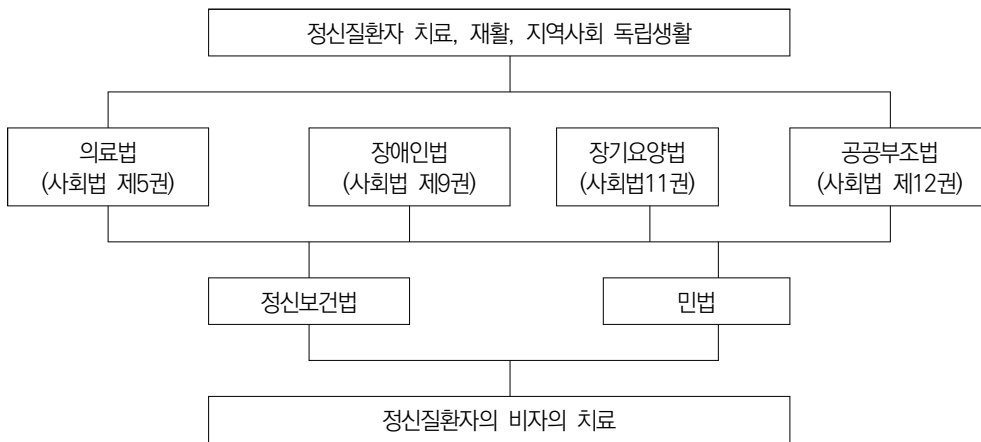
내용	
2022 국가 환자 안전 목표에 따른 지표	병원기반 입원 정신과 서비스 척도(HBIPS)활용 지표
<ul style="list-style-type: none"> • 환자 식별의 정확성 향상(2명의 진단) • 돌봄제공자(caregiver) 간 의사소통 정확성 개선(중요한 검사 결과나 진단 절차 보고) • 약물 사용의 안전성 향상 • 임상적 경고 시스템과 관련된 피해 감소 • 건강관리 관련 감염의 위험성 감소 • 낙상의 위험성 감소 • 환자 집단에 내재된 안전 위험 식별 • 사전 확인 절차 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • (HBIPS-1) 폭력 위험, 물질 사용, 트라우마, 환자 강점에 대한 입원 사정 완료 • (HBIPS-2) 1000시간당 물리적 신체 구속 시간 • (HBIPS-3) 1000시간당 격리 시간 • (HBIPS-5) 퇴원시 적절한 복수의 적정 수준 정신과 약물 제공
병원 인증 표준 지표 범주	
<ul style="list-style-type: none"> • 치료에 대한 접근성과 치료의 연속성 • 환자와 가족의 권리 • 환자에 대한 치료 • 약물 관리와 사용 • 질 향상과 환자 안전 • 거버넌스, 리더십, 지시(체계) • 시설 관리와 안전 • 직원 자격과 교육 • 정보 관리 	

*출처: TJC 홈페이지 및 인증 표준 참조. <https://www.jointcommission.org/>

제5절 독일

1. 정신보건법

1) 정신질환자에게 적용되는 법의 개관



*출처: 독일 의료법, 장애인법, 장기요양법, 공공부조법, 정신보건법, 민법에 근거하여 저자 작성.

[그림 4-26] 정신질환자에 적용되는 독일 법의 체계 : 독일

위 그림에서 보듯이 독일의 정신질환자가 치료, 재활, 지역사회에서 독립생활에 필요한 의료, 재활, 주거, 직업활동, 기타 공공부조의 지원을 받는데 적용되는 법률은 의료법, 장애인법, 장기요양법, 공공부조법이다. 독일 장애인법은 신체적, 정신적, 심리적 손상과 환경적 요소 간의 상호작용과 연관시킴으로써 유엔 장애인권리협약의 '장애' 개념을 수용하였다. 사회활동에 참여(Teilhabe)에 영향을 미칠 수 있는 손상(신체, 정신, 심리, 감각기관 등의 손상)이 있을 때 장애로 정의한다(장애인법 제2조). 그러나 2001년 중증장애인법에 포함되어 있던 규정인 6개월 이상 사회활동 참여에 어려움을 겪을 것으로 예상되는 손상이 있을 때 비로소 장애로 정의한다. 이런 손상으로 사회활동참여에 장애가 있는 개인이 다시 사회활동에 참여할 수 있도록 필요한 다양한 유형의 지원을 하도록 장애인법은 규정하고 있다. 여기에는 의료적 재활, 직업적 재활, 직업 수행의 지원, 사회활동 참여 등이 포함된다. 의료적 재활은 의료법에 따라 제공되고, 직업적 재활 등등은 장애인법

에 따라 제공된다. 의료법은 보험급여로 제공되고, 장애인법에 규정한 의료재활을 제외한 여타의 재활과 사회활동참여는 복지재원으로 지원된다. 본인 부담이 있는 지원에 대해 본인이 비용을 부담할 수 없을 때 공공부조법에 따라 재정지원이 이루어진다. 장기간의 요양이 필요한 경우는 사회법 제11권이 적용된다.

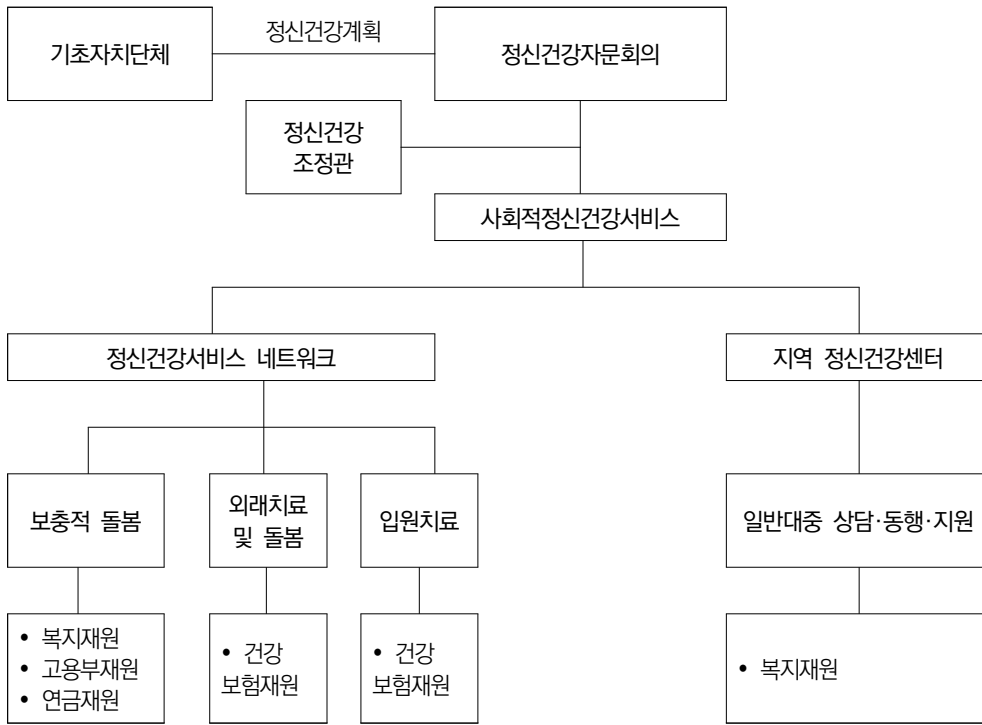
정신질환 상태에서 비자의입원 치료가 필요한 경우에는 정신보건법과 민법 두 법률이 적용될 수 있다. 전자인 정신보건법은 현재 상당한 정도의 자·타해 위험이 있는 정신질환자의 비자의입원 절차를 규정하는 법률이고, 후자인 민법은 정신질환으로 치료를 위해 입원치료가 필요한데 본인이 정보제공 후의 동의(informed consent)를 할 수 없는 경우 적용되는 법률이다. 정신보건법에 따른 비자의입원을 진행하기 위해서는 지방자치단체의 사회적 정신건강서비스 기관의 신청에 의해 구법원(Amtsgericht)의 판결을 받아 진행된다.⁵⁵⁾ 민법에 따른 비자의입원은 후견인의 신청에 의해 후견법원(Betreuungsgericht)의 재판으로 입원된다. 민법에 의한 입원을 비자의입원으로 분류하는 것은 독일의 특징이고, 또 유럽인권재판소나 유엔 장애인권리협약에서 말하는 비자의입원의 정의와 일치한다. 즉 정신질환으로 인해 상당한 정도의 자·타해 위험이 현재 없지만 입원치료를 하지 않으면 본인의 건강에 위험이 초래될 수 있는데 본인이 입원치료에 관하여 동의할 수 없는 경우 입원하기 때문에 비자의입원으로 분류된다는 것이다. 그러나 후견인의 신청에 의해 입원하는 것을 비자의입원이 아니라 자의입원으로 분류하는 나라도 있다.⁵⁶⁾ 본인의 의사를 후견인이 대신하여 표시하는 것으로 성격규정하기 때문이다.

2) 정신질환자에 대한 종합적 계획

독일은 나찌 시절 정신질환자 인권탄압의 역사가 있기 때문에 정신질환자의 지원에 관한 정책을 개별 주와 기초자치단체의 주권으로 전환하였다. 개별 기초자치단체는 정신건강서비스에 대한 계획을 수립하여 관할 구역 내 정신질환에 대한 지원을 제공하여야 한다. 다음은 라이프찌히 시의 정신건강계획이다. 정신건강자문회의를 구성하여 정신건강계획을 수립하여 지자체가 제공하는 정신건강서비스를 공고한다.

55) 주에 따라 구법원이 아니라, 후견법원에서 관할하기도 함. Nordrhein- Westfalen 주가 그 예이다.

56) 대표적인 예가 호주의 정신보건법이다.



*출처: 독일 기초자치체의 정신건강계획에 근거하여 저자 작성.

[그림 4-27] 기초자치체의 정신건강계획의 구성 : 독일

그림의 오른쪽 중간에 있는 지역 정신건강센터는 지자체가 직영하거나 비영리 법인에게 위탁하여 수행하는데, 일반 국민의 정신건강증진을 위한 상담, 정신건강 문제를 겪는 사람을 위한 동행지원 등의 업무를 수행한다. 정신건강문제를 경험하거나 위험성이 있는 모든 시민들이 이용할 수 있다.

사회적 정신건강서비스는 지자체가 직영하거나 비영리법인에 위탁하는데, 우리나라의 정신건강복지센터와 유사하다. 중증 정신질환을 겪는 사람들에 대한 상담, 지원(위기 지원 포함), 개인별지원계획의 수립, 비자의입원이 필요할 때 방문조사를 통해 입원신청을 하는 등의 업무를 수행하는 기관으로 다학제팀으로 구성한다. 정신과의사, 사회복지사, 심리상담사, 선경험 있는 당사자 그 밖의 경험전문가들로 구성된다.

정신건강서비스네트워크는 해당 지자체에 있는 정신건강서비스 제공자 전부를 망라한 네트워크이다. 이 네트워크에 가입할지 여부는 자발적으로 정한다. 신청을

한다고 다 수용하는 것은 아니다. 위 네트워크에서 제공하는 서비스에는 외래치료 및 돌봄이 있는데, 가령 의사의 처방 하에 의사로부터 독립된 기관 소속-또는 병원 소속-의 치료사(therapists), 심리상담사, 사회교육적 지원사, 치유교육적 지원사, 동료지원가 등이 관련 서비스를 제공할 수 있다. 이 서비스는 모두 건강보험 재정에서 제공된다. 따라서 정신과의사, 일반의, 심리상담사, 사회교육적 지원사, 치유지원사, 동료지원가 등의 네트워크 하에 상호협력이 필요하다. 외래치료는 Tagesklinik(낮병원으로 번역가능. 다만, 낮병원은 다학제 팀으로 구성), 대학병원, 일반병원 등에서 제공한다. 보충적 돌봄은 정신건강서비스를 제공하는 당사자 단체, 가족단체, 지원주택(위기쉼터, 위기상황에서의 숙박제공, 주간 주거지원(정신질환자가 있는 장소를 방문하여 서비스를 제공), 통상 지원주택, 고령 정신질환자 요양시설 등), 재활시설, 직업재활기관 등 정신질환 치료와 병행하거나 보충하여 서비스를 제공하는 여러 기관이 포함되고, 이들의 활동은 의사처방과 무관하며, 따라서 사회복지재원에서 제공된다.

이들 기관들의 대표자로 구성된 것이 정신건강자문회의이며, 여기서 기초지자체의 정신건강계획을 수립하고, 그 지자체에서 제공하는 정신건강서비스 내용을 확정함(가령 10년 단위). 정신건강자문회의에서 수립된 계획을 집행하는 기관이 정신건강조정관으로 지자체 소속 공무원이다.

이상의 네트워크를 통해 다음과 같은 정신건강서비스를 제공하여야 한다. 입원 치료 회피 또는 단축을 위한 외래 지원으로서 사회적 정신건강중심 실무; 재가 정신건강돌봄(방문돌봄); 정신병원 외래 치료; 위기서비스와 위기개입; 상담 및 접촉선 서비스를 통한 지원; 주간 외래지원주거(그룹홈 유사가 아님. 비숙박주거); 노인정신요양시설; 성인 및 청소년을 위한 정신병원 입원치료; 입원치료를 피하기 위한 낮병원; 불법약물중독자에 대한 특별지원; 정신질환으로 인한 장애상태에 있는 자를 위한 특별지원; 청소년지원 등등이 그것이다.

정신건강문제로 사회생활상의 어려움을 겪는 사람이 있을 때, 사회적정신건강 서비스 기관이 본인을 방문(또는 본인이 방문)하여 치료, 사회교육적 지원 등 맞춤형 서비스 지원계획을 수립하고, 여러 기관에 필요한 서비스가 제공될 수 있게 연계한다. 서비스에는 주거, 교육, 일자리, 가족상담, 가정방문상담과 지원 등 다양한 형태가 있다.

3) 독일의 정신보건법의 특징과 비자의입원절차

독일은 연방국가이고, 정신건강문제는 주의 관할이기 때문에 주마다 독자의 정신보건법을 두고 있다. 그러나 미국과 달리 개별 주 간의 차이가 미국처럼 크지는 않다. 특히 정신보건법은 독일의 개별 주 사이에 차이가 거의 없고 내용적으로도 매우 유사하다. 다음은 쉘레스비히 홀스타인 주의 정신보건법을 설명한 표이다.

〈표 4-116〉 쉘레스비히 홀스타인 주 정신보건법의 개요 : 독일

구분	내용
정신보건법의 목표	<ul style="list-style-type: none"> • 사회법 제5권에 따라 정신질환자를 위한 정신건강치료 및 공공안전과 질서 유지를 위한 목적이며, • 정신질환, 정신장애 또는 흡연, 약물 기타 중독으로 상당한 정도의 곤경에 있는 사람들을 대상으로 하여 이들을 지원(Hilfe)하고 조력(Unterstützung)하기 위한 규정
지원의 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 지원이란 정신질환 있는 사람이 인간의 존엄성을 유지하고 자기책임 하에 생활할 수 있게 해 줄 수 있는 사회보장급여를 의미. 지원은 의료적 재활을 위한 조력적 급여를 의미 • 지원의 목적은 조기진단과 치료를 보장하기 위한 것이며, 입원치료가 필요한 경우 그 지원은 병원 밖에서 자기책임 하에 생활할 수 있도록 하는 것이어야 함. • 입원치료를 한 사람에 대한 지원은 병원 밖에서 자기책임 하에 생활하는 것으로 전환하는 것을 용이하도록 하기 위한 것이어야 함
지원의 유형	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 정신건강서비스기관에 의한 돌봄으로, 병원 입원치료를 피하거나 입원기간 단축을 위한 외래치료 등을 포함한 지원 • 정신질환자가 자택에 거주하면서 정신건강돌봄을 제공하는 것(입원을 대신하여 방문치료나 돌봄을 제공하는 것) • 외래 정신의료기관에서의 치료(사회법 제5권 118조) • 위기개입을 위한 위기서비스 • 상담서비스 및 정신질환자와의 연결을 통한 조력(외래 주간돌봄으로 소규모 치료 및 사회교육적 동반활동을 하는 그룹형 주간돌봄) • 노인 정신질환자를 위한 정신건강양양시설 • 성인, 청소년을 위한 정신병원입원치료 • 입원치료를 피하기 위한 낮병원 • 불법약물중독자를 위한 특별한 서비스 • 정신적 장애가 있는 사람을 위한 특별한 서비스 • 신체질환에 수반되는 정신장애, 특히 학업거부나 행동장애가 있는 청소년을 위한 특별한 지원
지자체의 책임	<ul style="list-style-type: none"> • 상담, 가정방문, 위기개입을 제공하는 형태로 정신질환자를 지원하는 사회적 정신건강 서비스 체계를 수립할 책임이 있음
정신보건법의 지원과 여타 사회법의 관계	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건법에 따른 지원은 사회법 제9권, 제5권, 제12권의 지원과 동일한 의미로 사용됨. 서비스가 상호연계되어 있음.

구분	내용
	<ul style="list-style-type: none"> • 개인이 정신건강문제로 사회생활상의 어려움을 겪고 있을 때, 주거, 고용(일자리), 직업훈련, 학업지원, 가족상담 등의 지원을 하는 것이 정신질환의 악화, 입원치료의 필요성 회피를 위해 기초자치단체의 사회적 정신건강서비스 기관이 제공하여야 할 지원에 포함. • 위 비용은 본인이 부담하지만, 자력이 없을 때 공공부조를 제공하는 사회보장기관에서 부담 • 고용부, 보건부, 복지부, 지자체 등이 모두 관여
비자의입원에 이르는 과정	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환 있는 장애인이 비정상적이거나 눈에 띄는 행동을 하는 것이 관찰되는 경우, 기초지자체 사회적 정신건강서비스기관이 상담서비스를 통한 지원(위에서 언급한 지원)을 제공하겠다고 제안하여야 함. • 당사자가 이에 응하지 않을 경우 관할 지자체 소속 정신건강서비스 기관은 전문의의 검사를 받도록 초대함. 단, 이 초대는 장애를 경험하는 사람 때문에 위험성이 있다고 판단할 근거가 있어야 함. 기준은 지원제공을 거부하는 사람이 생명, 건강, 타인의 법익에 상당한 정도의 위해를 가할 수 있다는 징표가 있을 때임). 본인이 치료의 필요성을 인정하고 의사를 찾아가갈 경우 더 이상 이 법에 따른 개입은 하지 않음. • 초대에도 불구하고 아무 반응이 없으면 가정방문을 함. 이 때 자의에 기초하여 조사를 하도록 함. • 본인이 이를 거부하거나 아무 대응이 없을 때 강제 조사를 하겠다고 고지하거나 이에 따라 강제조사를 함. 이 때 본인의 의사에 반하여 조사할 수 있음. • 정신질환자의 행동을 통해 자신의 건강, 타인의 건강 또는 법익을 위태롭게 할 만한 상황을 야기하거나 이미 그런 행동을 한 경우, 본인의 의사에 반하여 또는 본인이 동의하지 않더라도 정신병원에 입원할 수 있음.
비자의입원의 절차	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체에서 구법원(Amtsgericht-우리의 '지원'에 해당)에 신청. 신청서에 정신과 경험 있는 의사가 발행한 입원을 위한 사실상의 요건이 충족되었다고 본다는 취지의 진단서가 첨부되어야 함. 여기에는 어떤 사실적 판단(정신질환자가 보인 행동)과 의학적 판단에 근거하여 정신질환자가 자해나 타해의 위험을 초래할 수 있다는 내용이 기재되어야 함. 법원은 사실기재와 의학적 판단을 법적인 관점에서 정신보건법상의 비자의입원 요건이 충족되었는지를 판단함. • 비자의입원의 목적은 의료적 재활에 우선을 둬. 법원은 폐쇄병동에 입원하는 것을 결정할 때 이런 의료적 재활의 측면을 고려하여야 함. 정신건강이 나아지는 것이 사회교육적 동반조력을 수반한 외래 치료를 통해 더 지속가능성 있는 확보할 수 있는지를 확인하기 위해 치료교육적 판단도 구해야 함. 이 때 비자의입원의 강제성으로 인해 부정적 효과가 더 오래 지속한다는 것에 유의하여야 함. • 재판절차는 '가사소송 및 비송사건절차법'을 적용함. • 비자의입원을 결정하면 즉시 시행되어야 함. 폐쇄정신병원에 입원되는 것을 의미함.
비자의입원에서 퇴원	<ul style="list-style-type: none"> • 구법원에서 정한 기간을 초과하면 정신병원장이 퇴원을 시켜야 함 • 구법원이 퇴원을 결정한 경우 • 지자체가 임시입원⁵⁷⁾을 결정한 경우 임시입원 개시일 다음날까지 구법원이 입원을 결정하지 않은 경우, • 비자의입원의 요건이 더 이상 충족되지 않으면, 정신병원장은 지체없이 법원, 사회적 정신건강서비스기관, 정신질환자를 입원 전 돌보았던 의사, 심리상담사, 비자의입원을 신청한 지자체, 정신질환자의 후견인 또는 대리인, 정신질환자의 신뢰관계인에게 즉시 통지. 법원의 결정 전까지 입원 정신질환자를 외부에서 휴가를 보내도록 함. 법원 결정이 있으면 정식으로 퇴원조치를 함.

위에서 언급한 비자의입원의 절차는 약간의 차이가 있지만 대부분의 주에서 비슷하다. 공통된 것은 비자의입원을 최후의 수단으로 삼는 것이다. 즉 정신건강상의 문제로 비정상적 행동을 보이는 경우, 사회적 정신건강서비스 기관에 연락하면, 그 기관이 본인과의 상담을 통해 개인 맞춤형의 지원을 제공한다. 만약 본인이 이런 서비스를 이용하지 않고, 또 질환으로 인해 본인의 생명, 건강 또는 타인의 권익이 상당히 위태로워질 수 있다고 보이면, 본인을 초대해서 의료진에 의한 조사를 하도록 할 수 있다. 이런 조치에도 불구하고 본인이 응하지 않거나 거부하면 사회적 정신건강서비스 기관이 본인을 방문하는데, 이 때 본인이 지원(치료 포함)을 수용하는 경우 더 이상의 개입을 하지 않는다. 본인이 이를 거부할 경우 사회적 정신건강서비스 기관의 직원은 강제조사를 할 수 있다. 이 때 본인의 거부가 정신질환의 결과인지를 판단한다. 이 단계에서 정신질환이 있다고 의심되고, 입원치료가 없으면 자해, 타해의 상당한 위험이 있다고 보이면 구법원⁵⁸⁾에 비자의입원을 신청하여 구법원의 결정으로 입원하게 된다. 구법원의 결정법관은 치료 및 사회교육적 지원이 필요한지 어떤 내용의 지원이 필요한지를 판단-비자의입원은 최단기간으로 하도록 한다.

독일은 유럽 국가 중에서는 정신질환에 대한 비자의 입원치료가 많고, 입원기간도 긴 나라에 속한다. 2015년 연구자료에 따르면 주마다 편차가 있지만 전국적으로는 민법에 의한 비자의입원환자는 2000년 87,606명, 2011년 146,190명이고, 정신보건법에 따른 비자의입원환자는 2000년 57,051명, 2011년 78,147명이라고 한다. 전체 입원치료환자는 2000년 650,574명, 2011년은 800,122명으로 전체적으로 비자의입원환자의 비율이 증가하였다. 2017년 발표된 조사연구에 따르면 자의 입원 환자의 평균 재원기간은 22.60일, 비자의입원환자는 24.84일이라고 한다.⁵⁹⁾

-
- 57) 슐레스비히 홀스타인 주의 경우 지자체가 구법원의 결정에 따른 입원을 할 수 없을 때 임시입원을 결정할 수 있고, 그 기간은 임시입원 개시일 다음날이 지날 때까지 법원의 결정에 의한 입원이 있어야 한다(정신보건법 제11조).
- 58) 독일(인구 8,320여만명)은 기초자치단체에 구법원(Amtsgericht)가 있는데, 그 숫자는 638개임. 이렇기 많은 법원에 법관이 근무하기 때문에 독일의 법관 수가 21,000여명을 초과하고 인구 4,000명 당 1명의 법관이 있다. 우리나라의 경우 1개의 대법원, 6개의 고등법원, 1개의 특허법원, 18개 지방법원, 8개 가정법원, 1개 행정법원, 1개 회생법원, 63개 지원, 2,918명의 법관이 있는데, 독일제도의 시사점은 이런 인프라의 차이를 염두에 두고 검토해야 할 것이다.
- 59) Hoffmann et al, Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups, *Annals of General Psychiatry* 참조. 비자의입원환자 중 6주 이하 재원하는 비율이 약 82%이고, 7주 이상 재원하는 비율이 18.2%라고 한다.

법원이 비자의입원 기간으로 인정하는 것은 2주간이라고 한다. 그보다 긴 기간의 입원은 2주가 지난 후 다시 신청하는 것이 일반적이라고 한다.⁶⁰⁾

4) 비자의입원 후의 환경

비자의입원 후 치료를 어떻게 하는지, 치료환경이 어떤지에 관하여 개별 주에서 법률로써 정하고 있다. 그 세부 내용은 개별 주마다 차이가 있지만 기본적으로는 개별 주 간에 큰 차이가 없다. 아래에서는 슬레스비히 홀스타인 주의 정신보건법의 내용을 정리한 것이다.

〈표 4-117〉 슬레스비히 홀스타인 주 입원 환경 개요 : 독일

항목	내용
입원환자의 지위	<ul style="list-style-type: none"> • 개인의 자유와 신체의 완전성은 최소 침해가 되도록 해야 함. 비자의입원상황을 정기적으로 점검 • 비자의입원 및 비자의입원 중 취하는 개별조치에 관한 법원결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있고, 입원환자의 사무대리인으로 선임된 자와 그 접촉방법, 주의회 청원위원회에 청원할 방법, 병원 내에서의 의사소통방법에 관한 사항을 설명하고, 그 내용을 서면으로 교부해야 • 비자의입원과 치료는 환자의 필요성과 희망을 가능한 고려하여야 함.
입원병원	<ul style="list-style-type: none"> • 입원은 지자체가 집행. 정신병원 또는 정신과가 있는 병원에 입원. 단 신체질환이 주된 질환일 경우 그 질환치리에 적합한 병원에 입원 • 입원은 공립병원, 민간비영리병원, 민간영리병원 등에 입원 • 민간병원은 비자의입원에 관해서는 지자체의 감독을 받음. 병원직원의 활동은 감독기관인 지자체의 승인 하에 적합한 사람을 채용하여 활동하도록 해야 함.
치료	<ul style="list-style-type: none"> • 환자는 필요한 치료를 받을 권리가 있고, 병원은 “치료계획”을 수립하여 치료해야 함. 치료계획은 퇴원 후 자기책임 하에 생활하는 데 필요한 조치가 포함되도록 하여야 함. • 치료계획은 환자 및 권한 있는 대리인에게 적절한 방법으로 설명해야 하고, 가능한 한 환자와 공동으로 치료계획을 수립해야 함. • 입원병원은 가능한 한 개방적이고 자유로운 형태로 운영되어야 함 • 환자가 동의능력이 있으면 치료는 그의 동의를 받아야 함. 동의능력이 없을 때 법정대리인의 동의를 받아야 함. • 입원 직후 지체없이 의사가 조사를 해야 하고, 이 때 비자의입원 요건이 충족되었는지를 확인해야 함. • 입원 및 치료에는 환자가 자신의 희망을 표시할 수 있고, 사전의료지시서가 작성된 경우 그것을 가능한 따르도록 해야 함.
병원 질서유지	<ul style="list-style-type: none"> • 공립병원 및 민간병원은 정관으로 병원질서유지에 관한 사항(금전 등 반입, 공간 구성, 환자의 물품구입 가능성, 금연 또는 흡연구역, 알콜이나 중독약물금지, 기타 약물반입금지, 외부인 방문시간, 자유시간, 자유공간 체류)을 정해야 함.

60) Zielasek/Gaebel, Mental Health Law in Germany, BJPSYCH International vol. 12 nr.1, pp. 14 참조.

항목	내용
	<ul style="list-style-type: none"> 환자는 병원의 질서규정을 준수하여야 하는데, 정신보건법의 범위를 넘어 서서 환자의 권리를 제한할 수 없음. 병원 질서규정은 지자체에 제출하여야 함.
종교활동	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 종교활동 등을 침해해서는 안 됨. 종교의 자유에 대한 개입은 입원의 목적 또는 병원의 안전을 위태롭게 하거나 병원 질서를 상당한 정도로 훼손할 경우 제한할 수 있음. 종교자유 제한은 병원이 정하지만, 종교기관의 사전의견을 들어야 함.
자유공간 체류	<ul style="list-style-type: none"> 환자는 최소한 하루 1시간 이상 외부로 자유롭게 다닐 수 있음. 다만, 이로 인해 병원의 안전을 위태롭게 하는 경우 그러하지 않음. 치료가 없는 시간 동안 환자는 의미 있는 활동을 할 기회를 가짐. 병원은 정기적으로 운동, 예술, 음악, 공동체 활동 서비스를 제공해야 함.
외부와 접촉	<ul style="list-style-type: none"> 환자는 외부와 접촉할 권리가 있음. 기존의 사회관계, 가족관계의 유지 및 새로운 관계의 구축이 보장되고 강화되어야 함. 다만, 치료의 이유에 부합하지 않는 경우는 그렇지 않음. 자유제한은 정신보건법에 정한 경우만 허용. 서신교환의 권리가 있고, 병원은 새로운 의사소통방식을 이용하도록 해야 함. 변호사, 법정대리인, 후견인, 정신보건법상의 절차보조인, 관청, 검사, 종교기관, 이의제기인, 사무대리(Anliegenvertretung) 직원, 입원 전 치료하던 의사, 심리상담사, 유럽연합 의원, 지자체를 대리하는 법인 및 그 구성원, 헌법재판소, 유럽재판소 등등과의 서신교환은 절대적으로 보장되어야 함. 그 밖의 서신교환의 경우, 자유로운 서신교환이 정신적 장애로 인해 환자의 건강상태에 현저한 불이익을 줄 우려가 있거나 입원의 목적을 위태롭게 할 경우에는 의사의 책임 하에 개별적으로 감독하도록 할 수 있음. 감독의 결과 서신교환이 이런 위험성이 있다는 것이 드러나면 발송을 유보하거나 수신된 서신을 반송할 수 있음. 이 때 환자에게 통보하여야 함. 단, 강제치료가 필요한 것과 같은 사유가 있는 동안에는 통지를 보류할 수 있음. 그러나 이 경우 환자의 절차보조인에게는 통지하여야 함. 이 조치에 대해 법원에 이의를 제기할 수 있다는 사실을 알려야 함. 소포를 발송하고 수령할 권리가 있음. 환자가 있는 곳에서 서명, 입원의 목적 또는 안전 또는 병원의 공동생활을 위태롭게 할 목적물을 확인할 수 있음. 그런 물질이 있는 경우 반송할 수 있음. 반송이 가능하지 않을 경우 환자 또는 그의 법정대리인이 정한 사람에게 발송할 수 있음. 전화통화를 할 자유가 있음. 서신교환과 마찬가지로 위험성이 있을 때 병원 직원이 환자가 있는 공간에서 전화대화과정을 지켜보거나 같이 들을 수 있음. 이 경우 전화대화의 상대방에게 대화 초기에 이를 알려야 함. 감독의 결과 구체적인 통화내용이 환자의 건강상태에 현저한 불이익을 줄 수 있거나 입원의 목적을 위태롭게 할 경우 전화를 중지하도록 할 수 있음. 이 조치에 대해 법원에 이의를 제기할 수 있음. 외부인의 방문을 허용하거나 거부할 권리가 있음. 친족 특히 아동의 방문은 특별히 지원을 받아야 함. 방문기간은 환자의 개별 사정에 따름. 서신교환의 자유가 절대적으로 보장되어야 할 기관 또는 사람의 방문은 절대적으로 보장되어야 함. 방문이 환자에게 현저한 불이익을 주거나 입원 목적을 위태롭게 할 경우 의사의 책임 하에 방문을 제한할 수 있음. 이 사실은 환자에게 통지하여야 함.
안전조치	<ul style="list-style-type: none"> 안전과 입원의 목적, 병원의 질서유지를 위해 환자의 물품 또는 공간을 수색할 수 있음. 신체수색은 사실상의 근거에 기초하여 병원의 안전 또는 질서 유지에 위험이 초래된다고 인정할 때 이를 막기 위한 목적으로 허용됨. 신체수색은 동성 직원이 해야 함. 탈의를 수반하는 신체수색은 사실상의 근거에 기해 병원의 안전 또는 환자의 생명 또는 신체에 대한 위험을 막을 목적으로만 가능함. 이 때의 수색은 폐쇄공간에서 진행되어야 하고 서류로 남겨야 함. 수치심을 주지 않도록 해야 함.

항목	내용
휴가	<ul style="list-style-type: none"> • 사전에 지자체에 통지한 후 환자에게 최대 14일간의 병원 외 휴가를 줄 수 있음. 주사약물을 사용하는 경우 다음 주사기일까지로 연장할 수 있음.
환자를 위한 사무대리	<ul style="list-style-type: none"> • 환자의 사무 또는 중요한 관심사를 대리하기 위해 지자체는 방문위원회를 구성할 수 있음. 방문위원회는 정신과 영역에 경험 있는 의사, 정신병원 비자의임원 사무를 처리한 경험 있는 법관, 정신질환의 선경험 있는 단체의 추천을 받은 자, 정신질환자의 가족 또는 동료단체의 추천을 받은 자 등이 포함된 최소한 4인 이상으로 구성해야 함. • 이와 함께 환자의 옹호자나 대리인을 환자의 사무를 대리할 수 있게 임용할 수 있음. 사회적 정신건강서비스 기관이 이 사무를 관장하도록 함. 사무대리인은 최소한 1년에 2회 이상 환자를 방문하여야 하고, 2회 방문인 경우 6개월 이상의 간격을 두어야 함. 환자의 사무 또는 이익제기를 위해서는 사무대리인을 언제든지 접촉할 수 있도록 보장해야 함. 사무관리인은 환자의 권리가 보장되는지 입원목적이 이행되는지를 검사하여야 함. 사무대리인의 과제는 환자를 격려하는 것 환자의 이익제기를 수용하여 검사하는 것임. 사무대리인의 직원은 병원으로부터 독립한 사람이어야 함. 사무대리인은 사전통지 없이 병원을 방문할 수 있음. • 방문위원회의 의장 및 옹호자 또는 대리인으로 환자의 사무대리를 하는 자의 이름과 주소는 병원에 게시하여야 함. • 사무대리인은 아무 장애 없이 병원에 접근할 수 있어야 하고, 환자에 관한 서류를 열람할 수 있어야 함. 다만 환자의 신상에 관한 정보는 환자의 동의를 받아야 함. 사무대리인이 병원을 방문할 때에는 병원 직원이 없는 상태에서 환자의 희망이나 원하는 이익제기를 들을 수 있어야 함. 병원은 사무대리인의 활동을 지원하여야 함. • 사무대리인은 지자체에 연간 1회 자신의 활동을 보고하여야 함. 사무대리인은 자신의 활동을 지원하기 위해 명예직 활동가를 활용할 수 있음.
	<ul style="list-style-type: none"> • 환자의 안전과 강제조치는 최대한해서는 안 됨. 병원은 위기상황을 강제 없이 해소할 수 있도록 위기평가, 위기에방을 위한 독자의 방법과 수단을 개발하여야 함. 안전조치 및 강제조치는 현재의 학문상황을 반영하여 최소한의 개입이 되도록 적절한 수단을 활용하여야 함. 병원은 감독기관에 안전조치 및 강제조치를 회피할 수 있는 구체적인 계획을 미리 제출하고 그 동의를 얻어야 함. • 안전조치 및 강제조치는 물건의 제거 또는 보관, 문제 있는 환자의 관찰, 환자를 다른 환자로부터 분리하는 것 또는 환자를 억제하는 것 등이 포함되어야 함. 현재의 학문상황을 준수하면 그 위험을 달리 예방할 수 있거나 그 조치로 인해 발생할 수 있는 손해가 달성하고자 하는 결과에 비례하지 않을 경우 그 조치는 해서는 안 됨. • 안전조치 및 금지조치는 적용하기 전에 미리 환자에게 고지하고 그 이유를 설명해야 함. 단, 상황상 고지를 허용할 수 없는 경우는 예외. • 안전조치와 금지조치는 의사가 자신이 직접 조사한 후 지시하여야 함. 그 지시의 요건이 없어진 경우 즉시 해지하여야 함. • 환자가 다른 사람에 대해 폭력을 행사하거나 자살하거나 현저한 신체손상을 입힐 위험이 있는 경우 그리고 그 기간 동안에는 특별한 안전조치를 취할 수 있음. 특별한 안전조치는 완화된 조치를 취할 수 없는 경우 특히 그 조치로 인해 발생할 손해가 달성하고자 하는 결과에 비례하지 않음이 명백하지 않을 경우 취할 수 있음. • 특별한 안전조치는 위험물건이 없는 특별한 공간에 있게 하는 것(위기개입공간), 안정제 투여, 환자의 행동을 완전히 제압할 수 있는 물리적 도구를 사용하여 신체를 억제하는 것(이 때 이 목적의 약물을 투약할 수 있음). 특별한 안전조치를 취한 경우 특별한 방법으로 감독하고 지원해야 함. 그 조치가 종료된 후 환자와 당해 조치의 치료적 목적에 대해 상의할 기회를 보장하여야 함.

항목	내용
안전과 강제조치	<ul style="list-style-type: none"> • 단기간이 아닌 결박조치는 지자체의 서면 신청에 의해 법원의 지시가 있어야 함. 신청에는 의사의 소견서가 첨부되어야 함. 지체의 위험이 있는 경우 의사가 직접 조사하여 결박조치를 지시할 수 있음. 의사는 지체 없이 지자체에 통지하여야 하고 지자체는 법원에 신청하여야 함. 법원의 지시 없는 결박조치인 경우 그 조치가 종료된 후 법원에 신청하여 그 조치의 적법성을 다룰 수 있다는 점을 환자에게 설명해 주어야 함. 결박조치 동안 병원 직원이 1대 1로 환자에 대해 충분한 정도로 지원하는 것이 보장되어야 함. 환자가 원하거나 치료적 이유로 예외적인 상황에서는 직접 같은 공간에 있지 않아도 됨. • 특별한 안전조치는 서류로 남겨두어야 하며, 환자에게 고지한 것과 그 이유, 지시의 원인, 법원의 결정, 조치의 종류와 개시시점, 지원의 방식, 조치의 지속과 종료, 사후 상담, 해당 조치를 법원에 신청하여 심사받을 수 있다는 점에 대한 고지 등이 서류에 남겨져 있어야 함. 이는 의사의 책임 하에 수행되어야 함. 특별한 안전조치는 환자의 법정대리인에게 지체 없이 통지되어야 함. • 입원치료의 반복 또는 지속을 중단시킬 목적으로 하는 의료적 강제조치는 환자가 정신적 장애로 인해 의료적 조치를 취할 필요성을 알지 못하거나 그에 따른 행동을 할 수 없고, 치료의 목적을 고려할 때 강제치료가 필요하며 성과가 보장되고, 덜 침해적인 치료는 성과가 없고, 치료를 함으로써 기대되는 이익이 예상되는 침해를 명백히 초과하는 경우 할 수 있음. 치료는 의사가 직접 하여야 함. 서류로 남겨두어야 함. 의료적 강제조치는 치료하는 의사가 환자의 판단능력에 상응하는 정보(하고자 하는 치료와 그 효과)를 미리 설명하고, 치료 전에 신뢰에 기해 근거가 있고 또 자유로운 상황에서 환자의 동의를 얻고자 진지하게 노력하여야 하고, 그럼에도 불구하고 환자와 대화가 이루어지지 않은 경우 법원에 신청하여 법원의 결정으로 할 수 있음. 다만, 법원의 결정을 기다릴 수 없을 때 임시적 의료적 강제조치를 할 수 있음. 이 때 서류로 남겨 두어야 함. 의료적 강제조치는 지자체의 신청으로 법원의 사전 결정에 의해 진행되는데, 임시적 강제조치는 그 조치를 취한 다음 날이 지날 때까지 법원의 결정을 얻지 못하면 종료하여야 함.

법의 내용을 보면 비자의입원이라 하더라도 치료계획을 수립한 후 환자와 협의하여 충분히 설명하고, 최대한 자유로운 분위기에서 치료하려고 하는 것을 알 수 있다. 비자의입원의 목적이 단기간 입원 이후 지역사회에서 자기 책임 하에 생활할 수 있도록 하는 것을 지원하기 위한 것이기 때문이다. 즉 의료적 재활의 목적으로 입원치료를 한다는 것이다. 그렇기 때문에 매일 외부에 자유롭게 다닐 수 있게 권장하고 자유로운 활동을 하도록 권장함으로써 지역사회에서 외래치료를 받거나 다른 지원을 받으면서 회복할 수 있도록 하는 것이다. 자유를 박탈하거나 제한하는 것은 엄격한 요건 하에서만 진행되고, 그 조치에 대해서는 감독기관과 법원의 사전통제와 사후통제를 받도록 한다.

또한 중요한 것은 환자의 옹호자를 임명하여 환자와 자유롭게 접촉하면서 환자의 희망과 불만을 경청할 수 있도록 한다. 이를 통해 환자가 비자의입원이 주는 충격을 최소화할 수 있을 것이다.

2. 정책과 운영체계

1) 정신의료기관 및 입원 현황

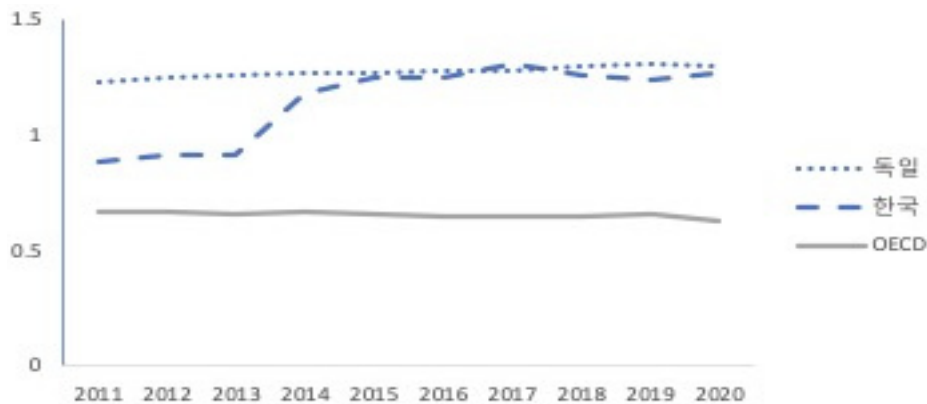
(1) 정신의료기관 병상수 변화 추이

아래 독일, 한국, OECD의 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 추이를 나타낸 표와 그림이다. OECD 병상 수가 소폭의 감소세를 보이는 데 반해, 독일의 정신의료기관 병상 수는 소폭의 증가세를 보인다. 한편, 한국의 병상 수는 2015년까지 증가 추세를 보이다가 이후에는 증가와 소폭의 감소를 반복하는 것으로 나타났다.

〈표 4-118〉 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 독일, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
독일	1.23	1.25	1.26	1.27	1.27	1.28	1.28	1.30	1.31	1.30
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24	1.27
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66	0.63

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



〔그림 4-28〕 인구 1,000명당 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 독일, 한국, OECD

(2) 정신의료기관 인력 변화추이

정신의료기관 인력 변화 추이를 독일, 한국, OECD 순으로 살펴본 결과는 아래와 같다. OECD 전체 국가의 경우 인구 1,000명당 정신과 전문의 수가 2015년

0.17에서 2016년 0.18로 소폭 증가하여 유지되는 추세를 보이다가 2020년 0.22로 다시금 증가하는 형태를 보였다. 독일은 2015년부터 OECD 평균보다 높은 0.27을 유지하다가 2018년에는 0.28로 소폭 증가하였다. 한국의 경우 이보다 훨씬 적은 0.07~0.08을 기록하고 있다.

〈표 4-119〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 독일, 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
독일	0.27	0.27	0.27	0.28	0.28	0.28
한국	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18	0.22

*출처: OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-29] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 독일, 한국, OECD

(3) 입원 기간 변화 추이

인구 100,000명당 정신 및 행동장애 진단 환자 입원 기간 추이를 독일, 한국, OECD 순으로 살펴본 결과는 아래와 같다. 먼저 OECD 평균을 살펴보았을 때 2011년부터 2019년까지는 28~30일 폭 안에서 변화하는 모습을 보였으나, 2020년 32.5일로 증가하였다. 독일의 경우 2011년에는 24.1일로 OECD 평균과 비교하였을 때 상대적으로 짧은 입원 기간을 보였는데, 점차로 증가하여 2020년에는

26.5일을 기록하였다. 반면, 한국의 경우 2011년 116.1일에서 2020년 200.4일로 꾸준히 상승하는 추세이다.

〈표 4-120〉 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
독일	24.1	24.1	24.2	24.4	24.7	25.1	25.5	26.0	26.5	26.5
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1	168	176.5	176.3	200.4
OECD	30.6	30.9	29.8	29.3	31.9	29.2	28.9	30.0	29.5	32.5

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



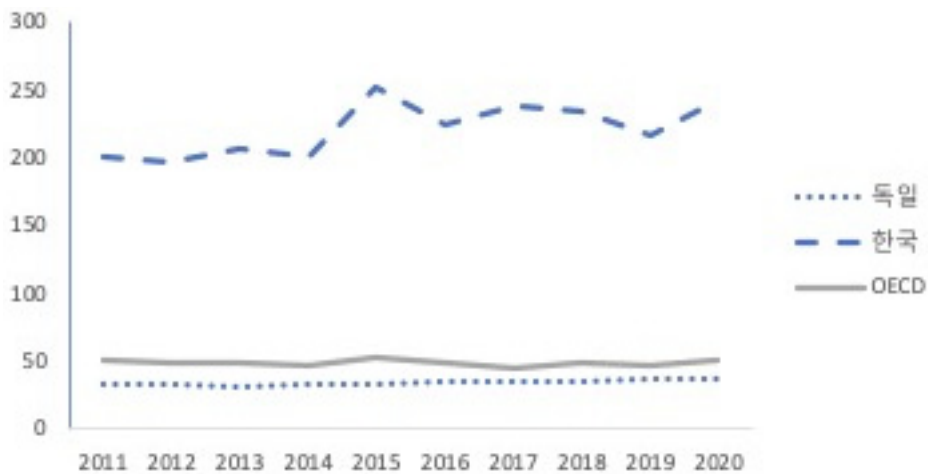
[그림 4-30] 인구 100,000명당 정신 및 행동 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD

조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자의 입원 기간 추이를 살펴본 결과는 다음과 같다. 입원기간은 정신 및 행동장애 진단환자 전체 평균 입원기간 보다 다소 높은 수준이었다. OECD 평균을 살펴보았을 때, 최소 46.1일에서 최대 50.7일까지 증가와 감소가 반복되는 양상을 보였다. 독일의 경우는 OECD 평균보다 낮은 편으로, 2013년에 32.0으로 최저점을 기록한 이래, 조금씩 증가하여 2020년에는 36.1일로 나타났다. 한국의 경우 2011년 199.7일부터 지속 증가 추세를 보여 2020년에는 242.3일의 입원 기간을 기록하였다.

<표 4-121> 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 변화추이:
 독일, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
독일	33.3	32.2	32.0	32.8	33.3	34.3	35.2	35.9	36.3	36.1
한국	199.7	196.2	207.2	201.2	251.9	223.3	237.8	234.3	216.1	242.3
OECD	50.7	48.3	48.6	46.2	52.4	49.8	45.3	48.5	46.1	50.1

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



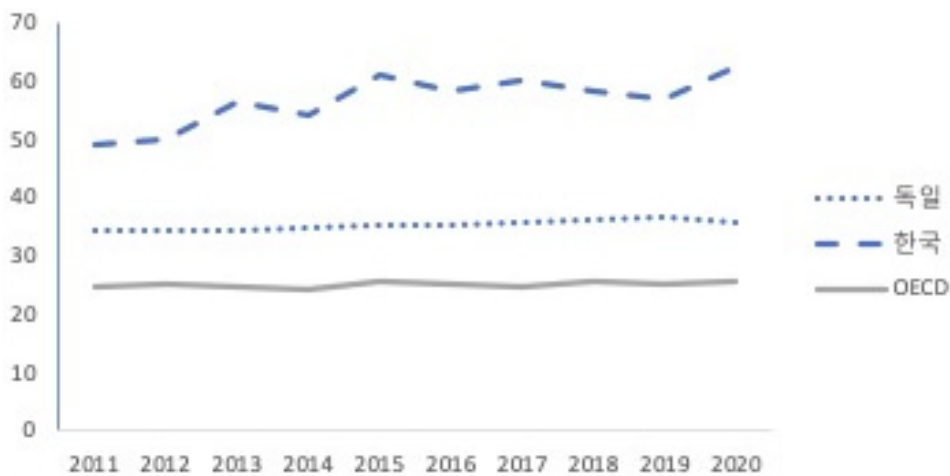
[그림 4-31] 인구 100,000명당 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간
 변화추이: 독일, 한국, OECD

기분장애 진단 환자 입원 기간의 경우 조현병, 분열 및 망상형 장애 진단 환자 입원 기간 보다 짧은 추세를 보인다. OECD 평균은 24~25일을 웃돌고 있으며, 2018년 이후로는 25일의 입원기간이 유지되는 추세이다. 독일의 경우에는 이보다 높은 수치인 34.3일~36.7일로 나타났으며, 2011년에 34.3일을 기록한 이래 조금씩 증가하는 추세다. 한국은 2011년 49일에서 증감을 반복하며, 2020년 62.5일로 최장기간을 나타냈다.

〈표 4-122〉 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
독일	34.3	34.3	34.5	34.9	35.3	35.5	35.9	36.3	36.7	35.9
한국	49.0	50.1	56.4	54.2	60.9	58.4	60.1	58.5	56.8	62.5
OECD	24.7	25.2	24.8	24.4	25.6	25.2	24.6	25.5	25.0	25.7

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-32] 인구 100,000명당 기분장애 진단 환자 입원 기간 변화추이: 독일, 한국, OECD

(4) 정신의료기관 현황

독일은 국가 의료복지지원체계를 기반으로 의원급 의료시설을 제외한 대부분의 의료시설이 국립운영체계로 구성되어 있다.

정신의료시설의 유형을 나누어 살펴보면, 정신병원(Psychiatrisches Krankenhaus), 정신과 전문의원(Psychiatrische Fachklinik⁶¹), 신경과(Nerveklinik), 낮병원(Tagesklinik), 정신건강서비스(Sozial psychiatrische

61) 정신과 전문의원(fachklinik)은 개방된 치료환경, 생물학적 치료와 정신치료를 병행, 외래치료와 낮병원을 운영하는 것이 특징이다.

(출처 : https://www.klinikum-westfalen.de/Inhalt/Kliniken_Zentren_Bereiche_Kooperationen/Kliniken/Lu/Psychiatrie_Psychotherapie/index.php, 검색일: 2022.8.4.)

Dienste) 등이 있다. 이를 통해 정신분열증, 우울증, 신경장애, 인격장애, 정서장애, 행동장애, 알콜중독 등의 정신질환 및 정신장애를 위한 전문적인 진료 및 복지 서비스를 제공하고 있다.

독일의 정신의료기관의 현황을 살펴보면 크게 정신건강의학과가 설치된 일반병원, 전문의가 배치된 일반병원, 정신과 단일 진료 과목으로 구성된 독립적인 정신병원으로 구분할 수 있다. 독일은 탈원화 정책에 따라 대형정신병원을 축소하고 일반 병원에 정신건강의학과를 설치하는 방향으로 정신의료기관의 개편이 이루어졌다. 이에 따라, 독일에서는 정신건강의학과와 심리치료, 정신요법 및 심신의학과를 일반병원에 설치하여 정신의료서비스를 제공하고 있다(767개소). 일반병원 신경과에서도 정신의료서비스를 제공하고 있으며(427개소), 정신건강의학과 단일 과목으로 구성된 정신병원은 일반 정신병원 및 요양병원으로 구분할 수 있는데, 총 268개소(43,887)가 설치되어 있다.

〈표 4-123〉 정신의료기관 현황: 정신과, 심리치료 또는 신경과가 설치된 병원(2013) : 독일

	개소	병상수	평균 재원기간
정신건강의학과가 설치된 병원			
아동청소년 정신건강의학과 및 심리치료	142	5,941	36.2
정신건강의학과와 심리치료, - 중독 전문	405	54,433	22.4
정신분석요법/ 심신의학	220	9,679	40.8
소 계	767	70,053	
전문의를 있는 병원			
신경과	427	23,922	7.9
단일 정신병원			
정신건강의학과, 심리치료 병원 / 정신건강의학과, 심리치료, 신경과 요양 병원	268	43,887	24.3

*출처: 독일연방보건부, Health in germany, 2015

정신의료기관의 현황을 최근 자료(2017)를 통해 구체적으로 살펴보면 아동청소년을 대상으로 하는 정신건강의학과 및 심리치료기관이 147개소가 설치되어 있음

며, 일반 성인 대상 정신건강의학과 및 심리치료 기관이 407개소이다. 독일에서는 정신분석요법 및 심신의학이 정신의료서비스의 일환으로 확고하게 제도화되어 있는 점이 특징인데, 이와 같은 정신분석요법 및 심신의학 서비스를 제공하는 기관이 262개소가 운영 중에 있다.

〈표 4-124〉 정신의료기관 현황: 시설, 병상, 사례, 재원기간(2017) : 독일

	시설수	병상수	10만명당 병상수	사례수	총 진료일수
아동청소년 정신건강의학과 및 심리치료	147	6,311	7.6	61,400	2,111,177
정신건강의학과, 심리치료	407	56,223	68.0	813,738	19,376,458
정신분석요법 / 심신의학	262	11,410	13.8	87,634	3,760,526

2) 독일의 정신건강정책 및 운영체계

(1) 정신건강정책의 국가적 배경

독일은 각 주정부가 독립적으로 정책을 입안하고, 법률을 제정하는 체제로 되어 있기 때문에 중앙정부 중심의 시스템을 기반으로 한 한국과는 차이를 보인다. 정신질환자의 법률상 권리 보호를 위해 적용되는 연방차원의 법으로는 연방기본법, 민법과 형법의 일부 규정이 있고, 주(州)법 차원에서는 정신질환자법 (Psychisch-Kranken-gesetz, PsychKG로 약칭)이 제정되어 있다(홍강훈, 2007).

정신건강법(Mental Health Legislation) 및 탈시설화와 지역사회 재활의 이념에 따라 입퇴원 제도가 운영되지만, 독일 연방차원의 단일 정신질환자법이 존재하지 않고, 각각의 주들이 각각의 주법을 제정하고 있어(홍강훈, 2007), 정신장애인의 강제입원 및 강제수용 과정에 대한 심의 절차와 지방행정규정 등과 같은 구체적인 절차는 주별로 상이하다. (이와 같은 제도적 특수성으로 인해, 국가 차원의 표준화된 절차를 제시하기에는 어려움이 있어 특정 주를 선정하여 절차를 제시할 수 있음)

정신건강정책의 시행목적과 임무가 정신장애인의 재활과 사회화, 인권보호에

있음을 법률 상에 명확히 규정하고 있으며, 정신장애인의 돌봄에 대한 부담과 치료에 대한 책임을 연방국가, 주정부 차원에서 대응하고 있다.

독일의 정신건강정책은 정신장애인의 재활 및 사회 통합과 공공의 안전이라는 과제 사이에서 발생할 수 있는 충돌에 대해, 재활, 재사회화, 예방, 보건을 우위에 두어 법 규범적 차원에서 조정하고 있다.

(2) 정신건강서비스의 토대: 사회보험 및 의료체계

독일 정신건강제도는 의료보험을 비롯한 다수의 사회보험제도의 규정 내에서 실행된다. 정신장애도 다른 신체적 질병과 마찬가지로 의료보험, 연금보험, 산재보험, 수발보험의 대상이 된다. 또한, 장애인의 사회 복귀와 노동시장에의 복귀를 위한 각종 법률(노동촉진법, 중장애인법, 재활조정법 등)의 적용을 받는다.

정신장애의 치료, 재활, 요양을 중점적으로 담당하는 사회보험은 의료보험이다. 질병으로 일을 할 수 없게 되는 경우, 상병수당과 시간적으로 제한이 없는 의료서비스를 지급한다. 상병수당을 지급받는 기간 동안 치료가 되지 않고 노동능력을 회복하지 못하는 경우 연금보험에서 연금을 지급하고 재활을 담당하여, 연금보험을 통해 의료적, 사회적, 직업적 재활 서비스를 제공한다.

노동자의 정신적 재해에 대해서는 산재보험에서 치료, 취업지원, 사회통합지원을 위한 재활서비스를 제공한다. 수발보험은 장애가 6개월 이상 수발을 지속적으로 필요로 하는 사람이 위생, 쇼핑, 청소 등의 서비스를 받을 수 있도록 지원하며, 재가수발과 시설수발이 있다.

독일의 정신건강서비스 전달체계를 서비스유형의 관점에서 보면, 외래진료(Ambulante Behandlung) 중심서비스, 병원 및 재활기관에서 제공하는 입원진료(Stationaere Behandlung) 중심서비스, 일상생활환경과 연계되어 관련 프로그램을 제공하고 있는 거주중심서비스(Betreutes Wohnen, Tagesstaetten 등), 기타서비스로 구성된다.

종합병원의 외래진료부(Institutsambulanz im Krankenhaus), 정신의학과 의원(Psychiatrie Arztpraxis) 등의 외래진료중심서비스 시설에서 정신질환 및 장애의 발견, 상담, 진료 등을 담당하며 질환의 중증도에 따라 입원치료가 필요한 경우에는 전문병원(Psychiatrie Fachklinik), 종합 병원(Allgemeines Krankenhaus Abteilung Psychiatrie) 등으로 담당의사의 의뢰를 통하여 입원

진료중심서비스를 제공받을 수 있다. 퇴원 후 재활 및 사회복귀를 위해서는 낮병원(Tages klinik) 또는 기타서비스 시설에서 관련 프로그램을 제공한다.

(3) 독일 정신건강정책의 변화(임정선, 2019)

독일은 1960년대까지 정신장애인을 대형 정신병원에 격리·수용하는 기초가 지속되어, 지역사회에서 분리된 변두리지역에서 대형정신병원이 운영되어 왔는데, 1960년대 중반 정신장애인을 포함한 장애인들의 사회경제적 지위를 개선해야 한다는 논의가 시작되면서 전면적인 개혁이 시작되었다.

1975년 검토위원회(Enguete-Kommission)의 정신질환 앙케이트 결과를 통해 입원치료 중심의 기존 접근에 대한 전환을 촉구하는 **정신병원 개혁의 기본원칙**이 제시되었다. 이를 통해 수용시설을 철폐하고 개방적인 수용형태를 도입하게 되었으며, 기본원칙은 다음과 같다.

- 정신장애도 신체적 질병과 같은 위치로 다뤄져야 한다.
- 지역사회 내에 요양시설을 설립한다.
- 서비스 수요자에게 적합한 서비스를 제공한다.
- 예방과 치료 이후의 서비스를 장려한다.

개혁의 방향을 요약하면 다음과 같다.

- 정신건강서비스의 휴머니즘화; 대규모 시설을 탈피하고 서비스를 제공하는 기관의 소규모화, 개방화, 성별분리수용 지양, 치료적 환경을 공동체 형식으로 전환
- 정신질환자를 신체질환자와 분리하여 불이익을 주지 않기 위해 동등한 지위를 부여
- 정신의학을 일반의학으로 통합
- 지역사회 중심의 정신의학
- 지속적인 입원의 방지와 재활을 위해 낮병동, 밤병동, 요양시설과 같은 과도적 시설의 설치

이를 통해, 재원일수 축소와 재활프로그램 활성화 및 관련 시설확대를 도모하고 있다.

(4) 입원(입원 당시, 입원중) 정책 및 운영체계

정신질환자중에서 중증 또는 응급환자의 경우는 종합병원의 정신의학과에서 입원치료를 한다.

베를린의 경우 모든 구에 **종합병원** 또는 **전문병원**이 1개소 이상 있으며, 이곳에서 신체질환 환자와 동일한 환경에서 치료를 시행한다. 환자의 거주지역 또는 환자발견 지역에 위치한 시설에서 의무적으로 의료서비스를 제공하도록 하고 있다. 2008년 현재 약 2,150병상을 운영하고 있으며, 정신의학계획 및 병원발전계획기준에 준하여 그 규모를 결정한다.

아동·청소년의 경우, 2개구 지역을 하나의 단위로 하여 입원병상과(165병상) 낮병원(Tagesklinik)을 운영하고 있다(정원 135명). 낮병원을 통한 치료프로그램은 아동·청소년이 가족과 사회로부터 격리되지 않도록 하는 장점을 내포 하고 있다 (Senatsverwaltung fuer Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. 2008:6).

모든 종합병원은 정신질환치료를 위한 **낮병원**을 최소 1개소이상 설치하여 운영한다. 입원치료가 완료된 환자와 외래질환치료를 아직 적합하지 않은 환자를 대상으로 평일 주간에 부분입원치료를 제공하며, 저녁, 야간 및 주말에는 본인의 거주지에서 생활을 할 수 있도록 운영하고 있다. 베를린의 경우, 2008년 현재 약 650명의 환자를 위하여 낮병원을 운영하고 있다(Senatsverwaltung fuer Gesundheit, Umwelt und verbraucherschutz. 2008:7).

비자의 입원은 기본법(Grundgesetz헌법)과 정신질환자법(PsychKG), 가사사건 및 비송사건절차법⁶²⁾, 자유박탈에 관한 법원절차에 관한 법률 등에 따라, 지방법원(Amtsgericht: 구법원)에 의해서 결정된다. **정신질환자법**은 자신이나 타인에게 심각한 위험(psychiatrische Versorgung ohne Einwilligung)의 가능성이 염려되는 경우, 자유박탈적 수용의 전제조건을 규율하고 있으며, 외래 사전/사후 원조 제공과 조언상담서비스 제공을 함께 규율하고 있다(홍강훈, 2007; 제철웅, 2017)

비자의입원의 절차개시는 대부분의 경우 지방자치단체의 신청에 의해 개시되며(제철웅, 2017), 자/타해의 위험을 초래할 수 있다는 법원 결정이 있으면, 원조의 관할권을 갖는 지역보건당국(경찰, 가족복지국 등)이 상담, 강제입원, 권리박탈 등

62) 비자의 입원의 절차는 가사사건 및 비송사건 절차법에 따라 처리한다.

의 업무를 주관한다.

당사자의 의사에 반하는 강제조치는 당사자가 동의능력이 없는 경우, 당사자 자신과 타인에 대한 현저한 생명의 위협이 있는 경우에 한해 허용된다. 보호자가 적합한 범위 내에서 요청하는 경우, 다음의 경우에 정신질환자법에 따른 수용이 적용된다(홍강훈, 2007)

- 보호자는 오직 피보호자의 복지를 위해서만 행동할 수 있다. 피보호자 자신이 우선적으로 자신의 복지에 대해 결정해야하며, 피보호자의 건강이 현저히 위협하지 않는 한, 피보호자의 의사에 반하여 보호자가 강제조치에 동의할 수 없다. 다만, 정신분열증에 대해서는 일반적으로 강제조치가 법원에서 받아들여지고 있다.
- 생명과 건강에 현저한 위협이 있는 조치에 대해서는, 피보호자의 동의능력이 없는 경우에 한해, 보호자의 동의가 필수적이다.
- 보호자와 함께 처치계획을 상세하게 의논해야 하며, 자유제한적 조치에 대해서는 보호자에게 통지해야 한다. 관계당사자의 요구가 있을 경우, 이미 행해진 긴급처치에 대해 사후 정보제공이 이루어질 수 있다.
- 위험을 포함한 처치가 문제되는 경우에는, 법적 보호자 편에서 후견법원의 허가를 받아야 한다. 이는 수용결정 판결(Unterbringungsbeschluss)과는 무관하다.

정신질환자법(PsychKG)에 따른 수용과 병렬적으로, 법적 보호 상태에 있는 사람에게서는 독일 민법 제1906조 5항에 따른 보호자에 의한 수용이 가능하다. 이는 타인에 대한 위협이 아닌 오직 피보호자 자신의 위험한 경우에만 가능하다(홍강훈, 2007). 구체적으로, 정신질환 여부와 치료 필요성을 알지 못하여 치료를 받지 않으면 본인에게 불이익이 발생할 수 있는 경우를 들 수 있으며, 이 경우의 비자의 입원의 요건은 자살 또는 심각한 건강침해의 위험성이 현저하거나 자유박탈적 입원이 없이는 조사나 치료 등이 가능하지 않은 경우를 들 수 있다(제철웅, 2017). 이 절차는 후견법원(Betreuungsgericht)의 직권으로 개시되고, 결정은 후견인에게 피후견인을 대신하여 입원동의를 할 권한을 부여하는 형식으로 이뤄진다(제철웅, 2017)

민법에 의한 수용과 정신질환자법에 의한 수용이 서로 경합하여 우선순위의 문제가 발생할 수 있다. 정신질환 당사자의 입장에서는 결과적으로 차이가 나지 않

을 수 있으나, 보호자의 입장에서는 정신질환자법에 따른 수용을 더 선호하는 경향이 있다(홍강훈, 2007)

형법상의 수용은 정신질환을 가진 범죄인이 현저한 범행계속의 위험이 있고, 책임능력이 있는 경우에 가능하다. 이러한 자유박탈은 형사법원의 판결에 근거한 보안처분의 집행범위 내에서 이뤄진다(홍강훈, 2007)

정신과 전문의와 사회복지사가 강제입원 과정에서 많은 역할을 담당하는 한국의 경우와 달리, 전문의는 법원이 판단에 참고할 수 있도록 조언을 제공하는 선에 그치며, 사회복지사는 구체적인 역할을 수행하지는 않는다. 후견법에 따른 후견인을 두어 정신질환자가 입원하는 과정에서 옹호, 조력을 제공할 수 있도록 하는 것이 특징이다.

비자의입원과정에서 **절차보좌인(Verfahrenspfleger)**을 선임할 수 있다. 절차보좌인은 법원이 임명한다. 과거에는 주로 변호사가 임명되었지만, 지위가 법적으로 규정되어 있지는 않기 때문에 다른 전문 그룹의 경험자를 임명할 수도 있다. 지위는 법적으로 규정되어 있지는 않으나, 요보호성인의 절차법상의 지위와 동일한 지위를 가지며, 자료를 열람하고, 청문하고, 항소를 제기할 수도 있다. 정신장애인은 비자의입원절차에서 절차보좌인의 지원을 받고, 정신병원 입원 이후에는 후견인(Betreuer)의 지원을 받는다.

무연고 행려정신장애인이 퇴원할 때에는 연방사회부조를 통한 통합원조(시설거주 서비스체계)를 연계함으로써 계속입원을 억제할 수 있도록 한다.

(5) 퇴원에서의 정책 및 운영체계

① 외래진료 중심서비스

의료급여 관련 법률에 따라 개업전문의(신경과, 정신의학과, 심리치료), 개업심리치료사, 가정의 등에 의하여 정신질환자의 치료가 이루어지며, 2010년 기준 독일내 4,515명의 개업의가 있으며, 의사 1명당 인구는 18,107명이다 (Tabellenanhang zum Bericht, 2011:21).

그 외에 규칙적으로 개업전문의의 진료를 받지 않아도 되는 정신질환자를 위하여 종합병원의 외래진료부문 정신의학과(Institutsambulanz im Krankenhaus)에서는 종합병원 입원치료 전후의 지원과 지속적인 치료를 담당한다.

아동·청소년의 경우에는 정신장애와 질환의 다양한 측면과 진행과정에 대한 신체적, 발달심리, 사회적 관계 측면에서의 분석이 필요하다. 아동·청소년 및 가족에게 가장 적합한 치료프로그램을 제공하기 위해서는 아동·청소년 정신의학과 의사, 치료사, 교육관계자가 참여하는 팀프로그램 운영이 반드시 필요하다.

아동·청소년 부문의 개업의는 총 818명으로서 의사 1인당 아동·청소년 인구는 16,322명이며, 2010년 현재 독일연방내 종합병원 및 전문병원 451개소가 운영중이며, 174개 병원에서 아동·청소년 대상 외래진료를 제공하고 있다 (Tabellenanhang zum Bericht, 2011:25).

② 사회정신서비스(Sozialpsychiatrische Dienste)

사회정신서비스는 모든 구 단위 기관의 보건과에서 운영하며, 정신질환자, 독자적인 생활이 어려운 고령자, 정신장애인, 중독질환자, 질환자의 보호자 또는 이웃 등을 대상으로 서비스를 제공하고 있다.

2010년 현재 일반 환자를 위하여 440개소, 아동·청소년을 위하여 49개소에서 이를 운영하고 있으며(Tabellenanhang zum Bericht, 2011:28), 2012년 지역기반의 정신건강센터의 수는 523개소이며, 39,663개소에서 재활서비스를 제공하고 있다.

③ 생활보호주거시설(Betreutes Wohnen)

정신질환/장애인 또는 중독질환자를 위한 공동주거시설로서 개인별 개별화된 목표 및 계획 수립 지원, 일상생활극복과정을 위한 프로그램 제공, 직업교육, 교제, 일정관리 등을 위한 지원과 그룹활동 및 직업알선 등을 제공한다. 베를린의 경우, 12개 구역에서 지역 특화된 의무지원제도에 따른 다양한 거주공간을 제공하고 있다.

3. 입원 중 좋은 치료방법 : 생활지원서비스, Weinsberger 구호협회

1) 생활지원 서비스⁶³⁾

생활지원서비스는 정신질환자들이 삶의 터전을 옮기지 않고 익숙한 기존의 거

63) Psychiatrie Netz. (2022). <https://psychiatrie.de>

주환경에서 생활할 수 있도록 이들에게 장기적이고 책임 있는 치료를 제공하는 것이다. 코디네이터가 당사자 및 관련기관과 협의하여 일상적인 지원에 필요한 모든 도움을 조율하고 당사자가 생활과 업무에 참여할 수 있도록 돕는다.

생활지원서비스는 시설에 입주하는 것이 아니라 도움이 필요한 사람의 거주지에서 모든 도움을 제공하는 것을 의미한다. 당사자를 제도화된 시설에 입소하도록 하여 포괄적인 의미에서 제도화된 규칙 하에 종속시키는 대신 도움이 필요한 사람 각각의 생활 상황과 필요에 따라 지원을 제공하는 것을 의미한다.

2) Weinsberger 구호협회

Weinsberger 구호협회는 1969년 당시 Weinsberg 주립 정신병원의 직원들에 의해 설립되었다. 기관의 법적 임무는 정신질환자의 돌봄, 지원 및 재통합을 제공하는 조치, 시설, 및 서비스를 제안, 촉진하고 운영하는 것이다. 구호협회의 서비스는 만성 정신질환이 있거나 병원 입원후 증상이 안정되어 퇴원한 환자의 지원을 목적으로 하며, 이와 함께 일상생활 지원서비스, 취업지원 및 직업지원서비스를 제공한다. 구호협회에서 제공하는 서비스를 소개하면 다음과 같다.

(1) 사회정신의학 서비스

사회정신의학서비스는 정신질환이 있는 성인과 그 가족을 위한 외래환자 서비스다. 서비스의 목표는 개인을 지원하고 자조기술을 동원하여, 삶에 대한 관점을 개발하고 정신질환에 대처하며, 일상생활에서 마주하는 과업을 해결하는 것을 목적으로 한다. 대상 집단은 정신질환이 있는 사람으로, 특히 만성질환자를 중심으로 제공한다. 단, 물질 오/남용과 관련된 문제가 있는 사람은 제외될 수 있다.

(2) 통합 서비스

통합 서비스는 사회보장법 9장을 기반으로 하는 KVJS(청소년과 사회복지를 위한 지자체 협회)의 통합사무소로 기능한다. 직업 및 학업에 관련된 서비스를 제공하며, 통합서비스를 제공하는 전문가의 역할은 장애인이 직장생활에 적절하게 참여하고 장기적인 고용관계를 맺을 수 있도록 지원하는 것이다.

전문가 통합서비스는 고용주를 위한 단일 연락창구(컨택포인트)를 제공한다. 담당자는 중증장애인의 교육, 고용에 대한 정보를 제공하고 조언하며 지원하므로,

고용주는 담당자로부터 중증장애인의 교육, 고용, 직업지원 및 안정과 관련된 전 과정에서 조언을 구할 수 있다. 또한 담당자는 서비스 신청 및 연계에 필요한 행정절차를 지원한다.

전문가 통합서비스는 다음의 <표 4-125>와 같은 활동영역을 가지며, 모든 서비스는 무료로 제공된다.

<표 4-125> 생활지원서비스: 전문가 통합서비스의 내용 : 독일

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 직원이 고용관계를 안정적으로 유지할 수 있도록 지원 • 장애인 채용 및 고용에 관련된 고용주의 모든 질문에 대한 응답 제공 • 학교교육에서 직업으로의 전환에 대한 제도적, 개인적 조언 • 장애인을 고용하고 있는 기관의 직원을 위한 제도적, 개인적 조언

*출처: Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

(3) 주거지원

주거지원 서비스는 1인 가구 또는 커플을 위한 서비스와 공동주거를 희망하는 당사자를 위한 서비스로 구분하여 제공된다.

1인 가구 또는 커플을 위한 독립주거 서비스는 정신질환자가 일상적인 환경에서 생활할 수 있도록 지원한다. 주거지원은 주로 당사자의 심리적 안정을 개선하고 안정화함으로써 달성할 수 있다. 주거지원 서비스에는 임차권을 안정화하고, 거주지의 사회적 환경에 통합되는 정도를 개선하는 것이 포함된다. 서비스의 목표는 외래 환자의 및 입원환자에게 제공되는 도움으로부터 광범위하게 독립하여 자립적인 생활방식을 유지할 수 있도록 돕는 것이다.

주거지원 서비스는 서비스를 제공하는 전문가와 기꺼이 협력하려는 당사자를 대상으로 제공하며, 입소를 위한 전제조건은 공동으로 수립한 돌봄 목표를 달성하기 위한 협력과 가사 및 생활 분야에서의 최소한의 일상생활기술 수준을 보유하고 있는 것이다. 제공되는 서비스의 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 4-126〉 주거지원 서비스: 1인 가구 및 커플 : 독일

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 가정방문(보통 일주일에 한번) • 상담 세션 • 가사 문제에 대한 지원 및 도움 • 의료서비스 이용 지원 • 삶의 관점에 대한 자각 및 공동 개발 지원 • 필요한 경우 관계당국 및 기타 행정적 사안 지원 • 일상생활 속에서 일과 구성 지원 • 위기 상황에 대처하기 위한 문제해결방법 개발 및 실행

*출처 : Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

지원 생활 공동체는 혼자 살수 없거나 살기를 원치 않는 정신질환자에게 도움과 사후관리를 제공한다. 이 서비스의 목표는 도움을 받은 사람들이 장기적으로 외부의 도움 없이 대체로 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 하는 것이다.

입소의 전제조건은 주거공동체에서 동료들과 함께 살기를 희망하는 당사자여야 하며, 치료목표의 달성을 위해 노력하고, 정신과 전문의의 외래진료를 받고 처방 받은 약물을 복용해야 하며, 돌봄 없이 밤과 주말을 안정적으로 보낼 수 있는 충분한 능력이 있어야 하며, 마지막으로 주간에 직업, 훈련 등의 활동에 참여해야 한다. 제공되는 서비스의 구체적인 내용은 다음과 같다. 단, 중독, 심각한 행동장애 또는 정신장애로 고통 받는 사람은 주거공동체에 입소하여 서비스를 이용할 수 없다.

〈표 4-127〉 주거지원 서비스: 지원생활 공동체 : 독일

내용
지원서비스는 개인별 상황에 따라 제공됨 <ul style="list-style-type: none"> • 일상생활의 실질적인 요구상황에 대처 • 스트레스 및 위기상황에 대처 • 공적인 문제를 독립적으로 해결 • 새로운 직업목표 개발 • 새로운 사회적 접촉 및 의미있는 여가활동 수립 • 공유 아파트에서 거주한 이후의 삶에 대한 계획 수립

*출처: Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

(4) 가족생활지원

가족생활지원은 정신질환이 있는 당사자가 다른 가족과 같은 공동체에서 살 수 있도록 조율, 연계하는 서비스이다. 안정적인 생활환경에 있는 가족, 개인 또는 공동체와 당사자가 함께 거주하며 일상생활에 포함되어, '정상적인' 생활을 영위할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다.

심리적 한계로 인해 독립적으로 생활하거나 자신의 집을 관리하기 어려운 당사자들에게 호스트 가족으로의 통합은 가정 생활에 대한 좋은 대안이 될 수 있다. 특히, 질병의 경과가 다양하게 나타나는 청년 당사자의 경우일지라도, 가족생활지원을 통해 정신병원에 입원하는 것을 피할 수 있다. 가족생활 지원 서비스에 참여하기 위한 요건은 다음과 같다.

〈표 4-128〉 주거지원 서비스: 가족생활지원 : 독일

주체	요건
게스트 거주자	<ul style="list-style-type: none"> • 가족적인 환경에서 살고자 하는 의지 • 일시적인 것이 아니라 6개월 이상 지속되는 정신질환 • 각각의 가족구조에 통합할 수 있는 능력
호스트 패밀리	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환자의 수용 • 일상생활에 대처하는데 필요한 지원 제공 • 게스트 거주자가 가진 제약을 개별적으로 처리하고 그들의 행동에 적절하게 반응할 수 있는 능력

*출처: Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

가족생활지원 서비스는 지난 25년간 성공적으로 수행되었으며, 모든 가정에는 전문가가 배정되어 정기적인 방문 서비스를 제공한다.

(5) 어린이 프로젝트 KiP

어린이 프로젝트는 부모 중 적어도 한 명이 정신질환을 앓고 있는 어린이와 청소년을 대상으로 운영되며, 정보 전달, 집단 및 여가활동, 후원 연결 등의 형태로 제공되는 서비스이다. 사회보장법 8장의 75조를 근거로 제공된다.

정신질환을 가진 부모의 자녀는 트라우마를 경험하거나 정신장애를 일으킬 위험이 높고, 대부분 혼자이며, 지원과 도움을 필요로 한다. 아동들은 오랜 기간 이

해하거나 감당하기 어려운 부모의 행동에 직면하고, 정신질환이 가족 내/외부의 금기라는 사실은 문제 해결을 더욱 어렵게 만들게 되며, 자녀의 고통과 어려움은 아동 또는 청소년이 스스로 행동문제를 보이고, 정신과 치료가 필요할 때 비로소 명백해진다. 제공되는 서비스의 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 4-129〉 어린이 프로젝트 : 독일

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 사회보장법에 따른 교육지원 • 동반 만남 • “Fit for Life” • 영향받는 아동을 위한 대부모/가족 연계: 후원자들은 자원봉사자로서 정신질환자와 특별한 가족상황을 다루는 훈련을 이수하며, 가족 기능을 보충하는 한편, 위기의 시기에 가족을 구호한다. 자녀 뿐만 아니라 부모와도 함께 활동할 수 있다. • 집단활동: 전체 가족을 포함하며, 영향받은 가족 또는 자원봉사자의 가족까지 포함할 수 있다. 어린이와 청소년이 선호하는 레저활동을 함께하며, 가족간의 접촉과 교류를 통해 아동들이 안심하고 활동할 수 있는 공간을 제공한다. • 일대일 대화: 정신질환이라는 주제를 적절하게 다룰 수 있는 정보와 기회를 제공한다.

*출처: Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

(6) 청년상담센터 Kompass

청년상담센터는 스트레스가 많은 생활상황 또는 정신질환이 있는 16~27세 청년들에게 사회복지사, 심리학자로 구성된 팀이 심리사회적 조언, 오리엔테이션, 지원을 제공한다. 상담센터는 다음의 서비스를 제공한다.

〈표 4-130〉 청년 상담센터 : 독일

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 사전 약속에 의한 심리사회적 상담상담 - 아웃리치(가정방문) 가능 • 집단상담: 정신건강과 스트레스 대처를 주제 • 친척을 위한 조언 • 도서관: 정보, 전문서적 및 보고서 열람 • 연구, 글쓰기 등을 위한 무료 인터넷, PC, 프린터, 복사기 • 필요시 장기적인 상담 및 지원도 가능 • 지역 내 협력기관을 통한 모바일 상담 지원

*출처: Weinsberger Hilfsverein e.V.(2022), <https://hilfsverein.org/ifd>

(7) 데이케어센터

데이케어센터는 지역에 거주하는 만성 정신질환자를 위한 연락 및 방문센터로서, 당사자들에게 카페 공간과 일자리를 제공하여, 일과를 조직할 수 있도록 돕는다. 이용자는 센터에 방문하여 대화하고, 교류하며, 휴식을 취하거나 독서를 할 수 있다. 센터에서는 음식, 음료를 합리적인 가격에 제공하며, 간단한 가사활동을 할 수도 있다. 필요시에는 일상생활에 관련된 조언을 제공한다. 센터에서는 조립, 포장 업무의 기회를 제공하며, 근무일수와 시간을 본인의 뜻에 따라 조절할 수 있다.

4. 정신의료기관 인증평가체계(홍선미 외, 2009)

독일은 병원이나 의료행위 인증을 받아야 하는 법적 의무는 규정되어 있지 않다. 그러나 정신과, 심리치료 및 심리신체적 치료의 접근성 외에도 서비스의 질 평가에 대한 관심이 확대되면서 의료 서비스의 품질 향상 및 품질 보증에 대한 요구가 증가하고 있다. 이에 독일에서는 정신의료서비스의 질을 개선하기 위한 목적으로 질평가 기준을 개발, 적용하고 있다. AQUA Institut(응용 의료서비스 품질 개선 및 연구소), IQTIG(의료 품질보증 및 투명성 연구소)의 의료서비스 품질지표 개발이 대표적이다.

의료 서비스의 질을 평가하는데 있어 3개의 차원으로 나누어 볼 수 있는데(Donabedian, 1988), 첫 번째 구조적 품질은 의료기관에 설치된 장비, 인력, 공간, 절차 등을 의미한다. 두 번째 절차적 품질은 환자가 가진 질환의 개별적 특성을 고려하는 진단, 간호, 치료 조치(서비스 제공), 절차와 코디네이션, 실행을 의미한다. 세 번째, 결과 품질은 치료에 따른 환자의 현재와 미래의 건강 변화를 의미한다.

나아가 Donabedian(2003)은 의료 품질 평가의 일곱 가지 구성요소를 제시하였다.

〈표 4-131〉 의료 품질평가의 7개 구성요소 : 독일

내용
<ul style="list-style-type: none"> • 효능 efficacy : 수행 가능한 최상의 조건에서 사용되었을 때 건강 상태를 개선할 수 있는 의료서비스 및 기술의 능력 • 유효성 effectiveness : 현재 달성할 수 있는 건강상태의 개선이 실제로 달성된 정도. • 효율성 efficiency: 달성가능한 건강상태의 개선을 최소화하지 않고 의료비용을 절감할 수 있는 능력 • 최적성 optimality: 건강 개선과 개선비용 사이의 균형. 최적성은 의료비용과 혜택 간의 최적의 관계를 의미함. • 수용성 acceptability: 치료 접근성, 의사-환자 관계, 의료시설 장비 및 환자의 선호와 관련하여 환자 및 가족의 희망 및 기대에 부합하는 정도. • 정당성 legitimacy: 윤리적 원칙, 가치, 규범 및 법률을 통해 표현된 사회적 선호에 대한 적합성. • 공정성 equity: 사회 구성원 사이에서 건강관리와 그 혜택의 공정하고 공평한 분배를 관리하는 원칙에 대한 적합성

*출처: Grossimlinghaus et al.,(2016). Qualitätsmanagement in der Psychiatrie, Springer Medizin

정신의료서비스의 질 평가의 법적 근거는 사회보장법 9장, “서비스 품질 보장”의 135~139항에 규정되어 있다.

135조 a항은 서비스 제공자가 시설 내부적으로 품질관리를 수행하는 한편, 품질관리를 위한 기관 간의 보증조치의 참여를 규정하여, 서비스의 품질을 보장하고 증진할 수 있도록 하는 전반적인 내용을 규정하고 있다. 135조 b항은 법정 건강보험 의사회의 계약에 의한 진료의 질 향상을 언급하고, 135조 c항은 독일병원협회와의 계약에 의한 병원치료의 질 향상을 정의하고 있다.

서비스 질 보증 및 관리에 대한 지침을 결정하기 위한 연방 합동 위원회의 임무와 역할은 136조에 규정되어 있는데, 계약된 의료행위와 인가된 병원에 대한 내용을 언급하고 있다. 136조 a2항은 외래심리치료에 대한 서비스 품질 보증을 명시적으로 언급하며, 이에 따라 연방합동위(G-BA)위원회는 2022년 12월 31까지 외래 심리치료에 대한 시설 간, 부문별 품질 보증을 위해 입원환자 관리 및 구조적, 프로세스, 결과지표, 직원배치에 대한 조치 및 권장사항 등의 절차를 결정해야 한다. 또한, 아동 및 청소년의 정신과 치료에서 연령으로 인한 특수한 영향을 고려해야 한다. 136조 d항은 연방합동위원회의 역할을 규정하고 있는데, 부문 및 전문 그룹 전반에 걸쳐 통일된 원칙에 따른 의료서비스의 질 보증을 촉진하고 관련 정보를 담은 보고서를 정기적으로 발간해야 한다.

137조 f항은 만성질환에 대한 구조화된 치료프로그램의 도입을 규정하였다. 139조 a항은 법정 건강보험의 틀 내에서 제공되는 서비스의 품질 및 효율성과 관

련된 문제를 다루는 IQWIG(의료서비스 질과 효과성 연구소)를 언급하고 있는데, 이 연구소는 2004 의료시스템 현대화법에 따라 설립되었다.

137조 a항은 연방합동위원회의 결정에 따른 의료 품질 보증 및 투명성 연구소(IQTIG)의 설립을 규정하고 있는데, IQTIG는 위험조정지표와 환자 설문조사의 형태로 기관별, 영역별 의료서비스의 질을 측정하고 발표하는 절차를 개발한다. 이러한 절차의 개발 및 구현은 연방합동위원회에서 발행한 기관 및 부문 간 품질보증 지침을 따른다. 본 조항에 따라 응용 의료서비스 품질개선 및 연구소(AQUA)가 평가지표를 개발하여, 2015년 11월 약 27개의 품질지표와 평가절차를 기술한 최종보고서를 발표하였다. 2016년부터는 IQTIG가 137조 a항에 따른 기관의 업무를 AQUA로부터 인수하였다. 2022년 11월 현재 IQTIG는 정신 및 심리치료 영역에서 외래 심리치료와 정신분열증에 관한 품질평가 절차/기준을 개발 중에 있다⁶⁴⁾. 이전에 과업을 담당하였던 AQUA 연구소에서 개발한 품질평가 절차를 업데이트하고, 환자 대상 설문조사 도구를 개발하여 조사를 진행하고 있으며, 진행상황 및 설문지, 보고서, 지표 등의 관련 내용은 IQTIG 홈페이지(www.iqtug.org)를 통해 확인할 수 있다.

외래심리치료를 위한 서비스 품질평가 기준을 살펴보면 다음과 같다. 아래 표는 서비스 질 평가기준의 질적 측면과 해당 지표에 대한 개요이다.

〈표 4-132〉 품질 측면 및 품질지표 개요: 외래심리치료 : 독일

품질 측면	품질 지표
진단	치료 관련 차원의 기록을 통한 포괄적인 진단 논의
	표준화된 진단 도구의 환자별 적용 및 평가
치료목표 합의	환자별 치료목표 수립
치료과정에서치료의 진행상황 기록 및 토론	치료과정에 대한 성찰
	치료 과정에서 표준화된 도구의 환자별 적용 및 평가
협력	환자별 준비 및 치료에 관련된 사람들과의 소통
치료 종결의 준비, 계획	치료 종결단계의 시작과 관련된 치료 과정에 대한 성찰
	후속 치료 또는 치료결과 유지를 위한 조치의 필요성 기술
결과	치료 종료시 치료성과 조사

*출처: IQTIG. (2021). 법정건강보험 가입자를 위한 외래심리치료에 대한 품질보증 절차

64) <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

다음 표에서는 정신분열증 환자의 치료를 위한 서비스 품질평가 기준을 서비스 질 평가기준의 질적 측면과 해당 지표에 대한 개요를 중심으로 소개한다.

〈표 4-133〉 품질 측면 및 품질지표 개요: 정신분열증 : 독일

품질 측면	품질 지표
퇴원관리	외래 추적관찰을 위한 퇴원전 예약
심리교육	매뉴얼 기반 심리교육 - 입원
	매뉴얼 기반 심리교육 - 외래
안전과 약물치료 모니터링	항정신성 약물을 사용한 약물요법의 (부)작용에 대한 모니터링 및 문서화 - 입원
	항정신성 약물을 사용한 약물요법의 (부)작용에 대한 모니터링 및 문서화 - 외래
	항정신병 요법의 병용을 피하기
정신요법 (입원/외래)	정신요법 - 입원/외래
동반이환: 중독	약물남용 및 중독 증후군
신체건강	연례 정기검진
제재/강박 조치	강박시 1:1 돌봄을 지시하는 작업지시서 존재 여부
	구속/억압 조치와 관련된 직원의 자격 여부
서비스 공급 및 이용 구조	외래 정신과 진료
	사회요법
	외래 심리치료 (체계 지표)

*출처: IQTIG. (2021). 법정건강보험 가입자를 위한 외래심리치료에 대한 품질보증 절차

1990년대 중반 정신과 입원서비스에 대한 품질관리 기준이 연방 보건부에 의해 개발되었다. 가이드라인은 서비스 과정과 관리에 관한 28개의 평가영역과 23개의 평가범주를 제안하고 있다(Bundesministerium für gesundheit, 1996)

의료서비스의 평가에 대한 법적 근거를 토대로(사회법 제 5장 112조, 137조) 입원정신장애인에 대한 치료의 질 평가가 시행되었는데, 평가의 중요 영역은 치료 절차의 표준화와 문서화, 새로운 환자에 대한 치료, 강제치료 수단의 최소화, 환자와 보호자 및 직원의 만족, 경제적 측면 및 행정적 평가 등으로 나타났다 (Schneider et al, 2001)

서비스 품질 그룹(Qualitätszirkel)을 중심으로 외래환자 진료에 대한 비판적

검토가 이뤄졌다.(Härter & Berger, 1997). 그룹에서는 사례보고, 사례토론, 임상가이드라인, 문제상황관리 등과 같은 다양한 접근들을 활용하는 임상치료의 이슈에 관한 토론이 진행되었다.

한편, 강제치료 방법과 관련하여 주 수준에서 새로운 시도가 있었다. Baden-Württemberg 주의 여러 병원들이 강제치료 방법에 관한 문서 표준화에 참여하였으며, 병원들이 설립한 질-서클에서 결과를 논의하였다. 이 새로운 연구는 다른 두 개의 주에서 강제치료 방법에 관한 문서화와 질평가를 수행할 계획을 수립하는데 영향을 주었다.

1990년 전국정신병원장협의회(Verlautbarungen der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser)는 입원환자 정신치료에 관한 기준을 문서화하였다. 신체적 질환으로 입원한 환자에 대한 치료 기준에 정신질환 치료에 대한 기준(정신적 위기와 긴급상황에 관한 내용)을 포함한 것으로, 이러한 기준들은 지역사회 지향의 서비스를 제공하고 낙인을 감소시키는 일반적 권고안과 맥락을 같이한다.

〈표 4-134〉 정신과 입원서비스에 대한 품질관리 기준 : 독일

평가영역	질평가 범주
(1) 입원절차 (2) 진단절차 (3) 약물과 다른 신체치료 (4) 일반적, 구체적 심리치료 (5) 작업 및 물리요법 (6) 주거서비스/자기지지에 관한 지원 (7) 고용 및 학업에 관한 지원 (8) 사회적 접촉과 여가에 관한 지원 (9) 가족과의 연계 (10) 경제적 급부 (11) 퇴원계획 및 퇴원 (12) 강제적 수단의 조정 (13) 일반의료 및 신체치료와의 연계 (14) 핵심종사자/치료관계 (15) 치료 및 간호계획 (16) 시간관리 (17) 치료환경 (18) 병동개념 (19) 치료팀 (20) 정보 및 의사소통체계 (21) 문서관리체계 (22) 병동조직 및 행정 (23) 직원관리 (24) 서비스조직 및 관리의 구조 (25) 임상업무와 관리업무의 협동 (26) 공공관계의 업무 (27) 환자옹호 (28) 서비스접근성	(A) 정신과적 증상의 감소 (B) 책임감, 병식, 수용 등의 증진, 임파워먼트 (C) 사회통합에 관한 지원 (D) 환자의 인권 및 존엄성 보호 (E) 이용자만족 (F) 손해의 예방, 사회적 보호, 자료보호 (G) 법적 안전 (H) 긍정적 외부효과 (I) 인간중심 보호계획 (J) 관계지향 케어 (K) 치료 및 케어계획의 투명성 (L) 질병개념의 다차원화 (M) 방법론적, 과학적 지향성 (N) 서비스구성요소의 통합, 다학제간 접근 (O) 외부지향, 비정신과적 지지체계에 의한 사회네트워크 지향의 보호와 지원 (P) 비입원치료에 대한 선호 (Q) 적절한 문서작업 (R) 반영 (S) 비용효과 (T) 개인자원의 유지 및 개발에 기초한 보호 (U) 전문가집단의 과업중심 투입 (V) 전문가책임의 명료성 (W) 적절한 서비스자원

*출처: 홍선미 외. (2009)

제6절 비자의 입원과 치료 환경 비교

1. 비자의입원제도 비교

다음은 영국, 호주, 독일, 미국, 대만 한국의 비자의 입원제도를 비교한 표이다. 비자의 입원의 유형별 근거 법률은 대부분 정신보건법에 근거하고 있으나, 영국의 경우 정신능력법, 독일과 한국의 경우 민법에도 근거 법률이 존재하였다. 비자의 입원 요건은 기본적으로 자해 및 타해의 위험에 근거하며 영국, 독일, 한국의 경우 동의무능력이라는 요건이 추가로 있다. 미국의 경우에는 입원치료가 필요한 심각한 장애가 있는 사람을 비자의 입원요건으로 규정하고 있다. 최초 비자의입원 결정기관 관련하여, 영국, 호주, 한국은 정신병원장 혹은 의료진이 결정하도록 되어 있고, 미국, 대만, 한국의 경우 지자체도 결정권한이 있다. 미국의 경우 이동위 기전담반, 카운티 지정 정신건강전문가에게도 결정권한이 있으며, 독일의 경우에는 구법원 및 후견법원만이 비자의 입원 결정 권한을 갖고 있다. 비자의 입원의 지속을 위한 결정기관의 경우, 영국은 정신병원장, 미국은 평가를 실시한 시설 혹은 전문의에게 그 권한이 있으며, 호주, 대만, 한국의 경우 별도의 심판원(혹은 심사회, 위원회)를 두고 있다. 독일은 비자의입원 지속 결정 기관이 없다. 이의 신청은 대부분 법원을 통해 할 수 있도록 되어 있으나 영국, 미국, 한국의 경우 별도로 설치된 심판원, 청문회, 위원회 등을 통해서도 이의 제기 신청이 가능하다.

〈표 4-135〉 비자의 입원제도 비교: 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국

항목	영국	호주	독일	미국	대만	우리나라
비자의입원의 유형별 근거법률	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건법 • 정신능력법 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건법⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건법 • 민법 	<ul style="list-style-type: none"> • 란터만-페트리스-쇼트(LPS) 법(캘리포니아 주) 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신위생법 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지법 • 민법
비자의입원 요건	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 • 입원치료가 필요한 정신 질환, 동의무능력 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 • 입원치료가 필요한 정신 질환, 동의무능력 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 • 입원치료가 필요한 '심각한 장애 (Gravely disabled)' 가 있는 사람 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신 질환, 자해·타해의 위험 • 입원치료가 필요한 정신 질환, 동의무능력
최초 비자의입원 결정기관	<ul style="list-style-type: none"> • 2인 의사 권고서면 - 정신병원장 • 지자체 (정신능력법에 따른 비자의입원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료진의 결정(범죄혐의자가 정신질환일 수 있다고 의심한 경우 경찰) 	<ul style="list-style-type: none"> • 구법원 • 후견법원 (민법에 따른 비자의입원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체, 병원 이동 위기 전담반, 카운티 지정 전문가 	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신병원장 (보호입원)/ 지자체 (행정입원)
치료계속을 위한 비자의입원 결정기관	<ul style="list-style-type: none"> • 정신병원장 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심판원(3인의 전문가) 	<ul style="list-style-type: none"> • 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 평가를 실시한 시설(의 전문가) 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심사회 	<ul style="list-style-type: none"> • 입적심
비자의입원 결정 이의신청기관 과 구성	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심판원(3인 전문가) • 보호법원 (법관) (정신능력법에 따른 비자의입원) 	<ul style="list-style-type: none"> • High Court 	<ul style="list-style-type: none"> • 고등법원 (법관) • 고등법원 (법관) (민법에 따른 비자의입원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 인증심사청문회(인증심사청문관) 	<ul style="list-style-type: none"> • 법원 (정신보건법·법관) 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강심사위원회/지방법원(인신보호법-법관) • 가정법원(민법-법관)
평균입원기간	35.2일 (2017년 기준)	89.0일 (2019년 기준)		6.4일(2016년 기준)	급성기 병상: 39.05일 만성기 병상: 282.81일 (2020년 기준)	200.4일 (2020년 기준)

2. 심판원 심사기관을 가진 주요국의 강제입원심사제도 비교

아래 표는 심판원 심사기관을 가진 주요 국가인 한국, 일본, 대만, 호주, 미국, 독일의 강제입원심사 제도를 비교한 내용이다. 대부분의 국가 모두 근거 법률은 정신보건(건강)법에 근거하고 있으며, 강제 입원의 대상자는 정신질환이 있는 환자이다. 강제 입원의 요건은 모두 자해 및 타해 위험 근거하고 있다. 강제입원심사기관의 경우 대부분의 국가들에서 별도의 기구, 위원회를 두어 심사를 하고 있지만, 독일의 경우 후견법원에서 심사를 하고 있다. 한국, 일본, 대만, 호주, 독일, 영국의 경우 심사기관의 구성이 정신과 전문의, 법조인, 전문요원, 가족, 당사자로 다양하지만 미국의 경우 인증심사 청문관의 단독결정으로 심사 기관이 구성된다. 심사 방식의 경우 한국, 일본, 대만은 서면심사가 원칙이나 대만의 경우 화상심사도 포함한다. 호주, 미국, 독일, 영국은 대면심사가 원칙이며 호주와 영국의 경우 화상심사를 포함한다.

〈표 4-136〉 심판원 심사기관을 가진 주요국의 강제입원심사제도 비교 : 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국

항목	한국	일본	대만	호주 (NSW)	호주 (빅토리아)	미국	독일	영국
근거법률	정신건강복지법(약칭)	정신보건복지법(약칭)	정신 위생법 Mental Health Act	Mental Health Act 2007	Mental Health Act 2014	란티스-페트리스-쇼트 법(약칭 LPS)	PsychKG (정신질환자법)	정신보건법
강제입원 대상자	정신질환자	정신장애자 (精神障害者)	정신질병 (精神疾病) 이 있는 (중증)환자	정신질환자 (mentally ill person) 정신장애인 (mentally disordered person)	정신질환이 있는 사람	정신 건강 장애(mental health disorder) 가 있는 사람	정신질환, 정신박약, 혹은 정신적으로 장애가 있는 사람	정신질환을 경험하고 있는 경우

65) (후견인에 의한 입원은 자의입원으로 처리)

항목	한국	일본	대만	호주 (NSW)	호주 (빅토리아)	미국	독일	영국
강제입원 요건	입원치료 필요성 및 자타해 위험	입원필요성 또는 자상타해 우려	중증환자의 자상타해 우려	정신질환자 개념 속에 입원필요성과 자타해 위험 포함	건강의 심각한 악화나 자타해의 중대한 위험	타인 또는 본인에게 위협하거나 '심각한 장애'가 있는 경우	자신에 대한 중대한 위험, 타인의 중요한 법익에 대한 위험	입원치료의 필요성 및 자해, 타해의 위험, 비자의적 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우
강제입원 심사기관	1. 입원적합성 심사위원회(최초입원) 2. 정신건강심사위원회(입원연장)	정신의료심사회	강제지역사회 치료심사회	Mental Health Review Tribunal	Mental Health Tribunal	인증심사 청문회(Certification Review Reference)	후견법원	정신건강심판원(MHT, mental health tribunal)
심사기관의 구성	5인 이상으로 구성된 합의체 (정신과전문의, 법조인, 전문요원, 가족, 당사자 등)	5인의 전문가 합의체(정신보건지정의, 법조인, 유식자)	전문의, 간호사, 직업치료사, 사회사업가, 환자권익단체대표, 법률전문가 등	3인 합의체 (법조인, 정신과의사, 경험과 자질을 갖춘 자)	3인 합의체 (법조인, 정신과의사, 지역사회위원)	인증심사청문관의 단독 결정	판사, 전문가, 절차보좌인, 후견인, 전권을 수임받은 자, 관찰관청 가족, 당사자 등	판사, 의료관련위원, 관련 경험이 있는 전문가, 정신건강공인변호사, 가족, 돌봄제공자, 옹호인 등
심사방식	서면심사 원칙(대만은 화상심사 포함)			대면심사(화상심사 포함)		대면심사	대면심사	대면심사(화상심사 포함)
보호자 제도	보호의무자	가족 등	보호인	지정보호자	지명인	보호자(가족, 친구 또는 지정인)	가족, 보호인	보호자(가족, 돌봄제공자)
강제입원 유형 (응급입원 제외)	1. 보호입원 2. 행정입원	1. 의료보호입원 2. 조치입원	강제입원	강제입원	강제입원	집중치료	강제입원 (즉시 수용)	강제입원
인신보호 제도	한국과 일본(人身保護法), 대만(提審法), 호주(Habeas Corpus) 모두 강제입원환자가 인신보호청구하여 법원의 재판을 받을 수 있음							

*출처: 신권철 외. (2016). 정신보건법상 강제입원제도 개선과 가정법원의 역할. 서울시립대학교 산학협력단·법원행정처. p216을 토대로 저자 재구성.

3. 비자의입원 기간 중 치료환경 및 퇴원, 퇴원 후 지원

본 장에서 살펴본 영국, 호주, 대만, 독일, 미국의 사례들을 입원 과정(특히 비자의 입원), 입원중 치료환경, 퇴원 및 퇴원후 지원서비스, 퇴원 및 퇴원 후 지원에 대한 내용(옹호 및 의사결정지원, 비자의치료, 격리 및 강박, 통신 및 면회의 자유, 외출의 자유, 대외 및 참여활동, 퇴원 및 퇴원 후 지원)으로 구분하여 요약하였다.

1) 영국

영국의 입원 당사자 대상 옹호서비스(의사결정지원)로는 정신건강옹호자(Independent mental health advocate; IMHA)가 있다. 정신건강옹호자는 특히 비자발적 입원기간 동안 환자의 권리 지원을 위해 활동한다. 구체적으로 후견인, 조건부퇴원, 지역사회치료명령(CTO), 전기치료요법(ECT) 등의 시행에 대해 환자와 논의하고 환자의 의견을 대변하여 의료진에게 제시하는 역할을 한다.

비자의 치료는 정신보건법 제3조(치료를 위한 입원)에 근거하여 이루어진다. 구체적으로 그 요건은 정신질환을 겪고 있는 경우, 병원에 입원해야할 만큼 충분히 건강하지 않은 경우, 전문가들이 보았을 때, 당사자의 건강과 안전을 위해서, 또는 타자를 보호하기 위해서 병원에 입원해야 한다고 생각하는 경우, 적절한 치료가 가능한 경우, 비자의적 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우에 해당한다. 제3조에 의해 입원은 우선 6개월까지 가능하고 연장이 이루어질 수 있다. 당사자는 최소 6개월 입원 기간 중에 1회 심판원에 이의를 제기할 수 있고, 입원이 연장될 때마다 이의제기를 할 수 있으며, 당사자는 병원 관리자에게 퇴원을 요청하고, IMHA의 도움을 받을 수 있다. 또한, 정신보건법 제135조에 제시된 영장에 따라 경찰은 필요한 경우 당사자의 집에 강제로 들어갈 수 있는 권한이 있는데, 이는 '응급상황, 누군가 자신이나 다른 사람들을 해칠 심각한 위험이 있는 것처럼 보이는 때'에 한하여 가능하다. 이를 통해 당사자는 안전한 장소로 이동하여 의사의 평가를 받게 되는데 여기서의 안전한 장소는 병원 뿐 아니라 당사자의 집, 당사자가 알고 있는 지인의 집도 포함된다. 제135조에 의한 구금기간은 24시간이며, 평가를 위한 입원 기간을 12시간 연장할 수도 있다. 135조에 의해 구금된 당사자는 정신건강심

판원에 이의제기를 할 권리는 없지만, 자신의 의견을 경찰에 직접 전달하거나, 무료 법률자문을 받을 권리가 있다. 만약, 당사자가 정신질환을 경험하면서 공공장소에 있고, 즉각적인 도움이 필요하다고 판단되는 경우 정신보건법 제136조에 의거하여 영장 없이 정신질환자를 이동할 수 있다. 구금 기간은 제135조와 같지만 정신과 약물을 강제로 복용하게 하거나, 다른 치료도 강제로 시행할 수 없다. 만약 정신보건법의 다른 조항(제2조 평가를 위한 입원, 제3조 치료를 위한 입원 등)에 근거하여 입원 유형이 변경된 경우에는 동의 없이 치료가 이루어질 수 있다.

영국의 정신보건법으로 규정된 실천 강령에서는 격리 및 강박, 통신 및 면회, 외출에 대한 자유 보장을 위한 구체적 지침을 담고 있다. 전반적으로 환자에게 최대한의 권리를 보장하고, 환자의 건강이나 안전 또는 타인의 보호를 위한 경우에만 권리를 제한하고 있다. 특히 격리 및 강박과 같은 경우 물리적 구속은 다학제 팀의 협의에 따라 승인되어야 하며, 구속을 지양하기 위해 시도했던 방법, 신체 및 정신적 외상이 발생할 가능성을 줄이기 위해 필요한 특별 조치들을 상세하게 기술하게 하는 등 격리 및 강박 종식을 위한 노력들이 담겨 있다.

케어 프로그램 어프로치(Care Programme Approach; CPA)은 대의 및 참여 활동, 퇴원계획, 퇴원 후 지원을 포괄한다. 케어 프로그램 어프로치는 당사자의 입원 즉시 시작되며, 당사자가 원하는 경우 가장 가까운 가족 혹은 다른 보호자가 함께 참여할 수 있다. 케어 플랜 내용에는 당사자의 약물치료 부작용, 신체건강 관련 욕구, 경제적 문제 해결 지원, 일상생활 과업을 지원하는 작업치료, 고용지원, 가사지원, 가족 문제 등이 포함되어 있다. 구체적으로 이러한 계획을 수립하는 것은 케어 코디네이터인데 이들은 다른 보건전문가와 함께 당사자의 욕구를 평가하고 케어플랜을 작성하며 진행상황을 모니터링 한다.

퇴원 후 지원으로 정신보건법 제117조에 근거한 에프터케어(aftercare)도 존재하는데, 에프터케어는 당사자가 퇴원할 때부터 시작되지만 계획은 입원 순간부터 진행되어야 한다. 일부 입원 유형의 경우 무료로 에프터케어 서비스를 받을 수 있는데, 구체적으로 제3조에 의거하여 치료를 위해 병원에 입원한 경우, 제47조와 제48조에 따라 교도소에서 병원으로 이송된 경우, 제37조와 제45조에 의거하여 법원에 의해 병원 입원 명령을 받은 경우가 그러하다. 애프터케어에서는 주택, 재가서비스, 지원고용, 무료 약물 처방에 대한 서비스를 제공한다.

2) 호주

호주는 뉴사우스웨일스 주를 중심으로 살펴보았다. 호주 뉴사우스 웨일스주에 소재한 정신의료기관 입원 당사자에게 의사결정지원은 장애를 경험하는 사람과 지원의사결정에 대한 NDIS 공급자 가이드(People with Disability and Supported Decision-Making : A guide for NDIS providers in NSW)에 구체적인 실천 방법이 기재되어 있으며, 정신건강상 이슈를 경험하는 사람들을 위한 소비자 가이드 기준 강령 2.6(결정 공유 및 돌봄 계획)(NSQHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues. Action 2.6)에서도 다루지고 있다. 비자의 치료는 뉴사우스웨일스주 정신보건법 제 29조에 근거하는데, 격리 및 강박은 뉴사우스웨일스주 정신보건법 제12조, 제19조에 근거한다. 격리 및 강박에 대한 구체적인 내용은 강령에서 다루고 있는데, 정신건강상 이슈를 경험하는 사람들을 위한 소비자 가이드 기준 강령 5.36에서는 지정된 정신건강서비스 장소 외에서 격리를 하는 것은 불법이며, 격리를 시행할 수 있는 시설은 격리를 어떤 식으로 시행하는지 명확한 프로토콜을 갖고 있어야한다고 명시한다. 프로토콜에는 격리 시간, 관찰 빈도, 격리 이후에 어떤 지원이 제공되는지에 대한 내용이 포함되어야한다. 통신의 자유는 정신보건법 제29조(b)에서 '의사소통의 자유'로서 보장하고 있고, 외출의 자유는 정신보건법 제47조에서 승인받은 의료진이 정신건강시설에서의 외박 및 외출을 허용할 수 있도록 규정하였다. 면회의 자유는 정신건강상 이슈를 경험하는 사람들을 위한 소비자 가이드 기준 강령 2.6의 돌봄 계획 수립에 대한 내용에 포함하고 있으며, 참여활동은 정신보건법 제113조~114조에서 규정하고 있다. 퇴원계획 및 퇴원 후 지원은 정신보건법 제79조에 근거하며, 강령 5.14, 5.13e에서도 다루지고 있다. 법 제79조에 따르면 승인된 치료진은 환자가 입원 후 가능한 단계에서 퇴원계획을 수립하여야하며, 관련 기관과 상담할 수 있도록 조치를 취해야한다.

3) 대만

대만에서의 입원 과정, 입원 중 치료환경, 퇴원 및 퇴원후 지원서비스는 다음과 같다. 우선 입원 당사자의 옹호는 정신위생법 제15조에 근거한다. 해당 법에 근거하여 정신질환 의무평가 및 지역사회치료심사위원회가 시행될 때, 환자의 권익을 옹호하는 단체 대표가 참석할 수 있다. 비자의 입원은 정신위생법 제41조, 제42조에 근거한다.

제41조에 따르면 자·타해 위험이 있는 중증 정신질환자로서 전문의의 진단을 받아 입원이 필요한 경우, 보호자는 중증환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 지원하며 비자의 입원을 강제하기 위해서는 (1) 정신질환이 있는 중증 환자이며, (2) 자·타해 행위나 위험이 있는 자로서, (3) 2명 이상의 지정 정신과 전문의의 입원이 필요하다는 진단결과가 있어야 하고, (4) 심사위원회의 60일간의 치료허가라는 4가지 요건이 충족되어야 한다. 만약 제41조에 근거한 입원에 환자가 동의하지 않은 경우 제42조에 근거하여 5일 이내로 긴급 안치가 이루어진다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 환자권익보호단체 대표, 법조인으로 구성된 심사위원회(총 7인)는 긴급안치로부터 5일 이내에 서류심사와 화상인터뷰를 통해 입원치료의 필요성을 의결하고 60일간의 입원을 허가한다(대만 정신위생법 제42조 제1항).

입원 중 치료 환경 관련하여, 격리 및 강박은 정신위생법 제18조, 제38조에 근거한다. 정신질환자를 대상으로 한 유기 및 방치, 신체적·정신적 학대, 강제 결혼, 사기 등의 행위를 금지하고 있으며(정신위생법 제18조), 환자를 이유 없이 구금해서는 안 된다(정신위생법 제38조). 통신 및 면회의 자유 관련하여, 정신위생법 제 25조에 근거하여 환자의 사생활을 보호하기 위해 자유로운 의사소통 및 방문자와의 면회 권리를 보장하고 있으며, 외출과 대외활동에 대한 보장은 정신위생법 제 21조에서 의료, 재활, 교육 및 훈련 또는 고용 서비스 및 지도를 이유로 환자의 거주지 또는 이동을 제한하는 것은 관련 법률을 준수하고 필요한 범위에서 수행되어야 한다는 내용으로 규정하고 있다.

퇴원계획을 위한 조항은 정신위생법 제38조, 제39조를 통해 살펴볼 수 있다. 정신위생법 제38조에 근거하면 환자를 퇴원시키기 전에 정신의료기관은 환자와 보호자가 재활서비스, 지역사회 정신건강증진기관 의뢰 및 배치 등 퇴원 후속 조치를 위한 구체적인 계획을 수립하여야 하며, 동법 제39조에 근거하여 중앙 관할 당국이 우수 정신건강 관련 기관 및 협회를 선정하고 상을 수여하여 서비스 질 향상을 위한 정책을 시행하도록 규정하고 있다. 또한 퇴원 후 지원을 위해 동법 제31조에 따라 환자가 퇴원하면 전향에 언급된 기관, 기관 또는 장소는 환자의 주소(거주지)가 위치한 지방 자치 단체 또는 카운티(시)의 관할 당국에 즉시 통지하여 후속 보호를 제공하고 필요한 지원을 제공해야 해야함을 명시하고 있으며, 동법 제40조에 근거하여 지방 자치 단체 및 카운티 (도시) 관할 당국은 자체적으로 또는 관련 전문 기관 및 협회를 위탁하여 환자의 치료 요구를 평가하고 필요에 따라 환자를 적절한 기관 또는 협회에 의뢰하여 서비스를 제공 할

수 있음을 규정하였다. 대만의 경우 전반적으로 법적인 근거는 마련되어 있으나 비자의 입원시 의사결정을 위한 제도, 격리 및 강박 지침에 대한 규정이나 가이드라인, 공통된 퇴원계획 제도 및 지침 등 구체적인 내용은 찾아보기 어려웠다.

4) 독일

독일의 치료 환경은 슬레스비히-홀스타인주를 중심으로 살펴보았다. 우선, 입원 과정, 입원 중에서의 옹호 및 의사결정지원은 절차보조인, 옹호자, 방문 위원회를 통해 지원 된다. 이들은 환자의 옹호자 혹은 대리인으로 활동하며 환자의 사무대리를 하는 사람들로 이름과 주소가 병원에 게시되어야하고, 입원 당사자와 자유롭게 접촉할 수 있다. 비자의 치료는 정신보건법 제6조~제9조, 제11조~13조, 제29조에 근거한다. 당사자는 정신장애가 자신의 생명, 건강, 또는 타인의 법적 이익을 위협에 빠뜨리 수 있는 가능성이 있을 때 병원에 입원할 수 있다. 강제 치료가 필요한 경우는 당사자가 정신 장애로 인한 의료 조치의 필요성을 인식 할 수 없거나 이 통찰력에 따라 행동 할 수 없는 경우, 치료가 성공적으로 이루어질 수 있는 경우, 대안적인 치료방법이 없으며, 치료가 기대하는 효과가 치료를 안받았을 때의 예상되는 장애보다 분명히 클 때 시행할 수 있다.

입원 중 치료 환경 관련하여 격리 및 강박은 동법 제27조, 제28조에서 규정하고 있으며, 병원에서는 강압없이 위기 상황에 대처하기 위해 방법과 도구를 개발, 평가 및 적용해야할 의무가 있고, 예방 및 강압적 조치를 피하기 위한 방법을 감독 기관에 제출해야한다. 통신의 자유는 제18조~제21조에서 보장한다. 제18조에서는 외부와의 접촉에 대한 권리, 제19조에서는 통신매체를 사용할 권리, 제20조에서는 우편(글, 물품)을 주고 받을 수 있는 권리, 제21조에서는 전화를 걸 수 있는 권리가 있지만, 당사자의 입회하에 직원이 대화를 모니터링 할 수 있고 대화 내용이 당사자에게 위협하다고 판단되면, 전화를 지속할 수 없을 수도 있다. 면회의 자유는 제22조에 근거하는데, 당사자는 면회를 하거나 거부할 권리가 있다. 방문 기간은 개별 상황에 따라 다르고, 만약 면회가 당사자의 건강에 위험을 줄 수 있다고 판단되는 경우 담당 의사가 당사자의 면회가 금지되도록 할 수 있다. 외출의 자유는 제17조, 제24조에 따라 이행될 수 있으며, 제17조 제1항에 따라 당사자는 안전에 위협이 되지 않는 이상 매일 최소 1시간 이상 외출할 수 있다. 제24조에 근거하여 외박은 최대 14일까지 주어진다.

퇴원 및 퇴원 후 생활 관련하여 대외 및 참여활동은 제17조 제2항에 근거하는데, 이에 따르면 당사자에게는 의미있는 고용의 기회가 주어져야 하며, 입원 당사자들에게 스포츠, 예술, 음악 및 사회활동의 기회도 보장되어야 한다. 퇴원 후 지원은 제4조에 명시되어 있다.

5) 미국

미국은 캘리포니아 주를 중심으로 살펴보고자 한다. 미국에서의 입원 과정, 입원 중에 당사자의 옹호는 환자 권리 프로그램과 옹호자 제도를 통해 이루어진다. 이는 LPS 법 내 SECTION 5370.2 와 5510에 따라서 주 보건부와 주립 병원 관리 부서는 단일 비영리기관과 환자 권리 프로그램 운영에 관한 계약을 체결 해야 하고, 프로그램을 운영하는 기관에서는 환자의 권리 침해 상황을 조사 및 개입하는 역할을 한다. 또한 캘리포니아주의 옹호자는 입원환자들에게 권리를 통지하고, 법률 및 규정 준수를 모니터링할 뿐만 아니라, 집중 치료를 위한 인증심사 청문에 참여하여 비자의 입원한 환자를 보조 및 대리한다. 비자의 치료는 LPS 법 내 Section 5150 ~ 5270.6를 통해 이루어지는데, 구체적인 판단 기준은 자해 또는 타해의 위험이 있거나 심각한 장애가 있는 상황에 놓여 있으며, 심각한 장애의 판정에 대해서는 가족의 증언 등을 통해 과거 경과가 고려되어야 한다.

입원 중 치료 환경 관련하여 격리 및 강박은 LPS 법 내 Section 5325.1.에서 불필요한 신체적 구속, 격리, 약물 복용, 방임 등의 피해를 입지 않을 권리로 규정하고 있으며, 통신 및 면회의 자유는 LPS 법 내 Section 5325의 생활과 관련된 권리에서 매일 면회할 수 있는 권리, 비밀 통화를 발신 및 수신하거나 통신에 합리적으로 접근할 수 있는 권리로 규정하고 있다. 외출 및 대외 참여 또한 LPS 법 내 Section 5325에서 규정하고 있는데, 구체적으로 사회적 상호작용 및 지역사회 활동에 참여할 권리 보장을 명시하고 있다.

퇴원계획 및 퇴원 후 지원의 경우 미국 연방법에 의거하여 진행되어야 하는데, 환자가 요청 시 병원은 퇴원계획을 평가하고, 필요시 병원에서 퇴원계획을 수립하여야 한다. 캘리포니아 주에서는 환자의 입원 직후부터 퇴원계획을 수립하고 있으며, 퇴원계획 내용에는 환자가 지역사회에서 살아가는데 필요한 서비스인 주거, 대인관계 등에 대한 내용을 모두 포괄한다.

〈표 4-137〉 비자의입원 기간 중 치료환경 및 퇴원, 퇴원 후 지원 : 영국, 호주, 독일, 미국, 대만, 한국

치료환경	영국	호주(NSW)	독일	대만	미국	우리나라
응급(사quel정지권)	IMHA	<ul style="list-style-type: none"> National Disability Services(NSW), People with Disability and Supported Decision-Making : A guide for NDS providers in NSW NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건법 제15조 정신보건법 제135조 정신보건법 제136조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제15조 정신위생법 제42조 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 권리 프로그램 환자 권리 옹호자 	<ul style="list-style-type: none"> 정차보호사업
비자의치료	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건법 제3조 정신보건법 제135조 정신보건법 제136조 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.3 NSW Mental Health Act 제29조 (a) NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 6조-13조 PsychHG 29조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제41조, 제42조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 1~4, 7(Section 515 0~5270.65) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제43조-49, 제53조-제61조
격리/강박	<ul style="list-style-type: none"> Code of practice: 26, Mechanical restraint(p296~297) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.3 NSW Mental Health Act 제12조, 제19조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 27조-28조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제18조, 제38조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325.1) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제72조, 제75조
동신자유	<ul style="list-style-type: none"> Code of practice: 8, Privacy, safety, and dignity(p65-p67) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 NSW Mental Health Act 제29조 (b) 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 18조-21조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제25조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제75조
면회자유	<ul style="list-style-type: none"> Code of practice: 8, Privacy, safety, and dignity(p64) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 NSW Mental Health Act 제47조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 22조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제25조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325.1) 	<ul style="list-style-type: none"> 2022 정신건강사업안내(p296, 국가인권위원회 결정례)
외출 자유	<ul style="list-style-type: none"> Code of practice: 27, Leave of absence(p316-323) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 NSW Mental Health Act 제113-114조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 17조 PsychHG 24조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제21조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325.1) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제43조 복지서비스의 제공
대외활동	<ul style="list-style-type: none"> Care Programme Approach(CPA) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 NSW Mental Health Act 제113-114조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 17조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제21조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325.1) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제43조-37조
참여활동	<ul style="list-style-type: none"> Care Programme Approach(CPA) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 2.6 NSW Mental Health Act 제113-114조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 17조 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제21조 	<ul style="list-style-type: none"> IPS-Chapter 2- Article 7(Section 5325.1) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제43조-37조
퇴원계획	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건법 제117조, after-care(제3조, 제37조, 제45조, 제47조, 제48조에 따라 영원에 입원된 경우) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.1 NSW Mental Health Act 제79조 NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.1 NSW Mental Health Act 제79조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 4조, 4항 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제38조, 제42조, 	<ul style="list-style-type: none"> 연방법 42 C.F.R. § 482.43 에 따른 퇴원 계획(다른 병원) 병원별 퇴원 정책 	<ul style="list-style-type: none"> 각 병원별 퇴원계획 상담(대표적으로 국립정신건강센터 퇴원계획)
퇴원 후 지원	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건법 제117조, after-care(제3조, 제37조, 제45조, 제47조, 제48조에 따라 영원에 입원된 경우) 	<ul style="list-style-type: none"> NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.1 NSW Mental Health Act 제79조 NSCHS Standards User Guide for Health Services Providing Care for People with Mental Health Issues, Action 5.1 NSW Mental Health Act 제79조 	<ul style="list-style-type: none"> PsychHG 4조, 4항 	<ul style="list-style-type: none"> 정신위생법 제31조, 제40조 	<ul style="list-style-type: none"> 병원별 퇴원 정책 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제64조 병원기반사례관리

제7절 해외사례의 시사점

1. 영국사례의 시사점

1) 왜 영국인가?

영국의 경우 국제인권기준에서 지향하는 바들에 대한 법적 근거가 마련되어 있고, 당사자 중심의 실천이 이루어지고 있으며, 인권기준 및 당사자 중심의 실천을 이행하기 위한 실천 강령 및 가이드가 존재한다는 점에서 시사적이다. 비자의 입원 당시 뿐 아니라 입원기간 동안 독립 정신건강옹호자가 환자의 권리 지원을 위해 활동하며, 비자의 입원 시 무조건 정신의료기관으로 이송되는 것이 아니라 정신보건법 제 135조에 언급되어 있는 안전한 장소(정신의료기관, 당사자 및 지인의 집)으로 이동하여 안정을 취하고 정신과 전문의의 평가를 받을 기회가 제공된다. 우리나라와 유사하게 비자발적으로 입원 하는 경우 정신건강심판원의 심문 신청 권리가 있지만, 정신건강심판원의 개최 공간 규정, 개최 과정 등이 최대한 당사자와 가족 및 돌봄 제공자의 편의의 맞게 구성되어 있다는 점이 시사적이다. 뿐만 아니라 법적으로 규정된 실천 강령에 근거한 실천 강령 가이드에서는 격리 및 강박, 동신 및 면회, 외출에 대한 자유 보장을 위한 구체적 지침을 받고 있다. 이러한 내용들에는 국제인권기준에서 준수하는 격리 및 강박 종식을 위한 노력 등이 담겨 있다. 또한, 입원 직후부터 케어 프로그램 어프로치(CPA)를 통해 퇴원계획을 수립하고, 계획이 지역사회에서 이행될 수 있도록 하는 점 또한 시사적이다. 구체적인 계획을 수립하는 ‘케어 코디네이터’가 존재하고 이 코디네이터가 병원부터 지역사회 이행까지 아우르는 모니터링을 하는 점은 당사자의 회복에 큰 기여를 할 것으로 보인다. 마지막으로 NHS 동료지원서비스를 통해 입원 중에 동료지원가로부터의 서비스를 받을 수 있도록 하는 점 또한 당사자의 회복을 촉진할 것이다.

2) 영국에서 무엇을 배울 수 있는가?

영국의 제도는 국제인권기준과 당사자를 중심으로 구성 및 실천되고 있다. 특히, 의사결정지원, 퇴원계획, 입원 중에 인권적 치료환경 구성에 있어서 배울 점이 있다. 당사자의 의사결정 지원을 위한 정신건강옹호자가 정신보건법에 근거하여

활동하고 있으며, 비자의 입원 시 개최 가능 한 정신건강심판원의 개최 공간 규정과 과정 또한 당사자의 안정과 편안함에 초점을 두고 있다. 즉, 전반적으로 입원 당사자가 낯선 환경에서 자신의 의사를 제대로 표현하고 회복할 수 있도록 주력한다. 이와 관련하여 격리 및 강박, 통신 및 면회, 외출에 대한 자유가 보장되고 엄격한 요건 하에 예외적으로 자유가 제한된다는 점에서 우리나라와 차이가 있다. 우리나라의 경우 자유보장을 원칙으로 하는 것이 아니라, 주치의의 재량적 판단에 의해 자유를 제한할 수 있도록 규정하고 있기 때문에, 실질적으로는 주치의의 재량에 따라 자유가 허용되는 형식이 될 수 있다. 치료진의 인식 혹은 접근 방법에 따라 개별 병원마다 자유 보장 수준에 차이가 있다. 하지만 영국의 경우 실천 강령에 따라 입원당사자 모두 외출 및 외박에 허용되며 주간시간에는 상점에 가고, 집에서 주말을 보내는 것이 허용 및 권장된다. 이러한 자유에 제한이 발생하는 경우는 정신보건법에 근거하여 자해 및 타해 위험이 있을 때 뿐 이다. NHS에서 운영하는 병원 동료지원 서비스에서는 입원 당사자가 외출 시 동료지원가가 동행하여 물건을 구입하고, 산책을 하는 등의 적응 지원을 하고 있다. 더불어 퇴원계획이라 할 수 있는 케어 프로그램 어프로치(CPA) 제도에 포함되어 입원 직후부터 퇴원 후까지 지역사회적응을 위한 모니터링을 받을 수 있다. 이러한 퇴원계획 수립은 재원기간의 감소로 이어지는데, 실제 영국의 평균 입원 기간은 35.2일(2017년 기준)로 우리나라(2020년 기준 200.4일)보다 훨씬 입원 기간이 짧다.

우리나라는 영국과 비교하였을 때 국제인권기준을 위한 지향성, 당사자 중심의 서비스 제공에 대한 구색은 갖추었지만 정신건강복지법상에 이를 명확히 규정하고, 이를 위한 공통된 실천 가이드를 만들고, 관련 실천을 이행하며 수가 등의 이익이 발생할 수 있게끔 제도화가 되어 있지 않다. 물론 종사자들의 인식개선도 동반되어야겠지만, 이와 동시에 실천 자체가 회복 지향적, 인권 지향적으로 이루어질 수 있게끔, 영국과 같이 법 및 서비스 체계를 구체화, 제도화 하는 것이 필요할 것이다.

2. 호주(빅토리아주, 뉴사우스웨일스주)사례의 시사점

1) 왜 호주인가?

호주의 경우 입원당사자가 정신의료기관 입원 시 자신의 선호에 맞는 치료를

받을 수 있도록 법적, 제도적 환경을 조성한 점이 시사적이다. 이러한 점은 호주 빅토리아주 정신보건법 전반에서 드러나는데 빅토리아주 정신보건법 제11조(정신보건 원칙)에서는 ‘진단, 치료, 회복 과정에서 모든 정보는 환자에게 주어지고, 그들의 선호와 관점이 존중되어야함’을 제시하고 있고, 제71조에 따라 환자가 치료에 동의하지 않을 때 당사자의 의견과 선호, 그 이유, 사전의료지시서에 표현된 당사자의 의견, 보호자의견을 고려하도록 규정되어 있다. 여기서의 사전의료지시서 또한 법적으로 규정되어 있는데, 동법 제19조에 따르면 치료와 관련하여 환자의 선호도를 문서화하는 절차를 이행하도록 되어 있다.

2) 호주에서 무엇을 배울 수 있는가?

호주 사례에서는 정신보건법 전반에 입원 당사자의 ‘선호’가 존중될 수 있도록 규정되어 있는 점을 배울 수 있다. 또한 환자가 치료에 동의하지 않을 때, 강제로 치료를 이행하는 것이 아니라 우선 당사자의 의견을 청취하고 수용할 수 있도록 규정되어 있는데, 이는 당사자의 개별회복지원의 시발점이 될 수 있을 것으로 보인다. 특히 서면화하도록 규정되어 있는 사전의료지시서는 국제인권기준에서도 권장 및 지향하는 실천방법이다. 우리나라의 경우 정신건강복지법 상 당사자의 인권 혹은 권리를 보장하도록 선언적으로 규정하고 있지만, 구체적으로 이를 실천할 수 있는 제도에 대한 규정은 미약하다. 이에 호주의 사례를 참고한다면 입원당사자의 선호를 고려한 치료환경을 조성하는데 이바지할 수 있을 것이다.

3. 대만사례의 시사점

1) 왜 대만인가?

대만은全民건강보험제도를 통해 의료영역 뿐만 아니라 정신보건서비스까지 아우르는 보장을 받을 수 있는 점이 특징적이다. 입원당사자가 퇴원 후에 지역사회에서 정신보건서비스를 이용하더라도 건강보험으로 비용을 보장받을 수 있기 때문에 치료비 및 시설 이용비에 대한 장벽은 비교적 높지 않다. 또한 급성기/만성기 병동을 별도로 운영하고 국가에서도 수가를 다르게 적용하여 급성 병동에 입력 및 재원을 집중적으로 투입하고 있다는 점이 시사적이며, 병원 기반 사례관리가

의무화되어 입원과 동시에 환자에 대한 퇴원계획을 수립하는 점 또한 입원당사자들의 회복을 촉진할 것으로 보인다.

2) 대만에서 무엇을 배울 수 있는가?

대만의 경우 입원 중 인권친화적 치료환경에 대한 법 및 제도적 보장 수준은 같은 아시아 국가이지만 우리나라와 매우 다르다. 비자의입원 환자 수가 매우 적고, 비자의입원 기간도 매우 짧다는 점이 두드러진다. 이는 질환의 정도에 따라 병동을 배정하고 수가가 적용될 수 있게 체계가 구성되어 있는 점, 병원기반사례관리를 통해 퇴원계획이 의무화되어 있는 점과 관련되어 있을 것이다. 우리나라의 경우 대부분의 정신의료기관에 급성기/만성기 병동이 구분되어 있지 않아 입원한 당사자들의 안정적 회복환경 조성이 어려움이 있다. 이는 정신의료기관 만의 문제가 아니라 급성기/만성기 병동을 구분을 통해 수가 및 인력 창출이 불가하게 되어 있는 정책의 문제이기도 하다. 퇴원계획 의무화 또한 마찬가지이다. 이러한 상황에서 대만의 사례를 고려하면 우리나라 정신의료기관의 장기입원 문제를 줄이는데 있어 배울 점이 있을 것이다.

4. 미국(캘리포니아주)사례의 시사점

1) 왜 미국(캘리포니아주)인가?

미국 캘리포니아주는 당사자 옹호 제도, 퇴원계획 제도가 법적으로 규정되고, 실천될 수 있게끔 의무화 되어 있다는 점에서 시사적이다. 미국의 LPS 법 내 SECTION 5370.2 와 5510에 따라서 주 보건부와 주립 병원 관리부서는 단일 비영리기관과 환자 권리 프로그램 운영에 관한 계약을 체결 의무를 갖고 있고, 옹호자는 입원 환자에게 권리를 통지하고 법률 및 규정 준수 과정을 모니터링, 비자의 입원 환자를 대리하는 역할을 한다. 또한 미국 연방법에 의거하여 퇴원계획 및 퇴원 후 지원이 이루어지게 되어 있는데 캘리포니아주의 경우 입원 직후부터 퇴원계획을 수립하며, 퇴원계획에 입원 당사자의 삶을 아우르는 모든 내용을 포괄한다.

2) 미국에서 무엇을 배울 수 있는가?

미국 사례에서는 우선 당사자 권익 옹호제도가 법적으로 규정되어 있고 각 병원들이 권리 프로그램 운영에 대한 체결 의무를 법적으로 갖고 있다는 점이 시사적이다. 우리나라의 경우 권익 옹호 제도가 일부 시행중이지만 법적으로 규정되어 있지 않고 정신의료기관에서 권익옹호서비스를 제공해야할 의무도 없어 실제 많은 입원 당사자들이 자신의 권리에 대해 인지하지 못하고 있는 상황이다. 따라서 입원 당사자의 권익옹호를 지향하기 위한 제도가 마련되어있는 미국 캘리포니아 주의 사례를 참조하면 배울 점이 있을 것이다. 뿐만 아니라 법에 의거하여 퇴원계획이 이행되도록 규정하고 있는 점도 우리나라 정신의료기관에서 퇴원계획을 공식화하는데 참고가 될 수 있겠다.

5. 독일사례의 시사점

1) 왜 독일인가?

정신병원 입원제도가 우리나라와 유사하다는 점에서 시사적이다. 후견인에 의한 입원은 민법에 따라 가정법원에서 결정하고, 자해 및 타해 위험성이 있는 경우의 비자의입원은 정신보건법에 따라 지방법원의 결정에 의해 처리되는 점에서, 우리 민법 제947조의2 제2항, 정신건강복지법 제42조 이하의 입원제도와 유사하다는 것이다. 정신병원 입원자 수(치료감호 입원, 정신보건법에 따른 입원, 민법에 따른 입원)가 많다는 점에서도 우리와 유사하다. 정신질환자의 치료, 재활, 회복에 소요되는 재정지출구조가 매우 복잡하다는 것도 우리나라와 유사하다. 기초자치단체마다 사회적 정신건강서비스기관이 있지만, 재활시설은 전국적으로 적은 숫자라는 점(52개 시설, 1720명 이용자. 2019년 발간된 Public Mental Health 자료집)에서 우리와 유사하다. 그럼에도 불구하고 비자의 입원기간이 줄어들고, 지역사회에서 치료와 재활을 하면서 사회에 복귀하는 것이 점증하는 것이 우리에게 시사적일 수 있다.

2) 독일에서 무엇을 배울 수 있는가?

장애인복지법(사회법 제9권)과 의료법(사회법 제5권) 간의 유기적 협업체계가 잘 마련되어 있다는 점, 정신질환의 예방, 치료, 정신질환의 악화 방지를 위한 치료는 다학제팀의 협업 구조 하에 진행하고 있다는 점, 협업에는 therapy, 심리상담, 사회교육적 지원, 당사자의 자조모임지원도 포함되며 이것은 의료법의 과제이지만(의료진의 지시 하에 처방이 내려짐), 이와 별도로 의료진과 무관하게 진행되는 사회통합차원의 지원은 복지재원 하에 장애인법의 과제라는 것을 배울 수 있다.

정신질환 치료의 영역에서 보면, 단기입원을 실현하고 있다는 점(입원치료의 목적은 조속한 사회복귀를 목표로 한다는 점), 또한 회복(정신건강서비스를 더 이상 받지 않고 지역사회에서 자신의 삶을 살아가는 것)의 가치에 입각하여 장애인권리협약의 원칙을 실천하려고 하고 있는 점, 탈병원, 지역사회 기반 치료와 돌봄을 실천하고 있다는 점에서 시사적이다. 특히 비자의입원을 한 환자의 의사결정을 지원하기 위해 옹호자 제도를 두고 그들에게 상당한 권한(자유로운 면회, 자유로운 기록 열람)을 인정하는 것도 절차보조제도를 시범적으로 수행하고 있는 우리나라에 시사적이다. 의료법 및 장애인법 양 영역에서 선경험 있는 정신질환자 또는 정신장애인, 가족을 서비스 제공과정에 포함시키고 있는 점도 시사적이다. 국가(독일은 역사적 전통 때문에 정신건강정책은 주의 주권이고, 주 내부에서도 기초지방자치단체가 주로 책임을 부담)의 주도 하에 다양한 자원을 효과적으로 연계하고 있다는 점(부족한 자원의 효과적 연계)도 시사적이다.

우리나라의 경우 정신건강서비스 제공자가 정신병원 중심이고, 지역기반 정신과 의원은 많지만 정신건강서비스 전달체계에서 체계적 협업이 없는 상태이다(심리상담사 등도 마찬가지로). 당사자단체가 정신건강 서비스를 제공하지도 않고, 재활시설도 부족하다. 이런 상황에서 부족한 지역 자원들을 효과적으로 연계하여 정신질환자와 정신장애인에게 필요한 서비스를 제공하도록 하려면(희소자원 이용의 극대화), 독일 시스템에서 배울 것이 있을 것이다.

제5장

**우리나라 입원 치료환경 현황 및
문제점 : 초점집단인터뷰**

제5장 우리나라 입원 치료환경 현황 및 문제점 : 초점집단인터뷰

정신의료기관의 운영실태 및 입원환자의 인권실태를 분석하기 위해서는 입원환자를 둘러싼 여러 이해당사자의 사회심리적 구조에 대한 이해가 필수적이다. 이런 사회심리적 구조는 법제도와 정책이라는 사회환경에 영향을 받을 수 밖에 없다. 아래는 가족, 당사자, 전문가 등 각각의 관점에서 인권친화적 치료환경 구현을 어렵게 만드는 요인은 표로 예시한 것이다.

〈표 5-1〉 정신병원 입원환자의 사회적 관계망에 있는 이해관계자의 관점

	정신과적 위기상황 대처	입원 환경	퇴원지원	의사결정지원
당사자	<ul style="list-style-type: none"> 극심한 정신적 스트레스 상황 고립 	<ul style="list-style-type: none"> 충분히 쉴 수 있는 환경이 되지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> 하루라도 빨리 퇴원하고 싶으나 이를 받아들여 줄 가족이나 사회환경이 미비 	<ul style="list-style-type: none"> 자기결정권을 지원할 수 있는 인력이 없음
가족	<ul style="list-style-type: none"> 입원 이외에 다른 대안을 알지 못함 비자의입원의 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> 병원 비용부담(의료급여수급자가 아닌 경우)의 문제 더 나은 환경에 대한 인식 부재 	<ul style="list-style-type: none"> 퇴원 후 동일한 위기상황에 노출될 수 있다는 위험과 불안 	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환 가족의 의사결정지원에 대한 이해가 부재
의료 전문가	<ul style="list-style-type: none"> 적은 인력, 낮은 수가로 인한 위험 노출 비자의입원을 어렵게 한 법적 제한 	<ul style="list-style-type: none"> 적은 인력, 낮은 수가로 민간병원 유지가 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> 지역기반 치료환경에 대한 다학제적 지원을 받을 수 없고 독자적으로(또는 가족과의 협의 하에) 판단 낮은 수가로 인해 퇴원 환자를 잃게 될 때의 경영난 	<ul style="list-style-type: none"> 다학제적 협력에 소요될 행정부담 문제 정신과적 전문성 없는 의사결정지원이 치료에 방해가 될 수 있다는 우려

정신병원 입원환자를 둘러싼 각 이해집단이 서로 상이한 관점을 가지는 것은 사회환경이 이들에게 각각 다르게 작용하기 때문이다. 이런 사회심리적 구조를 이해하게 되면, 공통된 기반 하에 정신질환문제를 치료(또는 돌봄제공)할 수 있는 기준을 찾을 수 있을 것이다. 공통의 기반이란 곧 인권친화적 치료환경의 구축을 위한 토대를 의미하는 것이다.

위와 같은 관점 하에서 초점집단 인터뷰를 통해 각 이해집단이 처한 사회환경

적 요인을 파악하고자 한다. 당사자, 전문가 등의 각각의 시각에서 ① 입원 상황의 유형화 (가능하면 정신장애인에 경험한 사회적 어려움의 유형화), ② 입원 시설의 환경(통상의 병원과 비교할 수 있는 지표가 있으면 더 좋을 것이다. 입원기간, 병실수, 자유로운 이동, 자유로운 소통 등), ③ 동의 기반의 치료 환경, ④ 퇴원 지원, ⑤ 자기결정권 행사를 위한 지원 등을 중심으로 인권실태를 파악하고자 한다.

제1절 분석개요

1. 조사과정

정신장애인의 인권친화적 치료환경 구축을 위해 이해관계자들의 경험과 인식을 토대로 우리나라의 치료환경의 현황과 개선방안을 이해하기 위해 질적 조사를 실시하였다. 조사는 초점집단인터뷰 및 개별 인터뷰로 진행되었으며, 2개의 집단을 대상으로 진행하였다. 첫째, 당사자 집단은 현재 정신의료기관에 입원 중인 정신장애인을 대상으로 하였다. 둘째, 종사자 집단은 현재 정신의료기관에서 근무하고 있는 직원을 대상으로 하였다. 당사자 집단의 경우 다양한 입원유형을 경험한 참여자를 포함하기 위해 자의입원, 동의입원, 보호입원의 경험이 있는 정신장애인을 추천받아 균형적으로 선정하였다. 종사자 집단의 경우 정신건강의학과 의사, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 보호사 등 다양한 직역을 포함하여 연구참여자를 추천받았다. 인터뷰는 10월과 11월에 진행되었으며 세부 일정은 다음과 같다.

〈표 5-2〉 인터뷰 진행 일정

구분	일정	인원
정신장애인 당사자	10월 26일	3명
	11월 01일	3명
정신의료기관 종사자	11월 14일	4명
	11월 14일	2명

2. 참여자특성

인터뷰 참여자는 정신장애인 당사자 6명, 정신의료기관 종사자 6명으로 총 12명이었다. 각 참여자에 대한 구체적인 특성은 다음과 같다.

〈표 5-3〉 당사자 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	진단명	유병기간	입원 횟수	입원 기간
1	남	54	고등학교 졸업	조현병	27년	10회 이상	-
2	여	53	대학교 졸업	조현병	20년	10회 이상	15년
3	여	71	대학교 졸업	조현병	7년	1회	-
4	여	62	고등학교 졸업	치매, 뇌경색, 파킨슨	9년	1회	9년
5	여	62	대학교 졸업	조현병	8년	7회	8년
6	여	56	고등학교 졸업	양극성 장애	10년	5회	1년 4개월

〈표 5-4〉 종사자 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강분야 총 경력
7	여	51	대학교 졸업	간호사	정신의료기관	11개월	5년
8	남	50	고등학교 졸업	보호사	정신의료기관	13년 6개월	23년 6개월
9	여	39	대학원 이상	정신건강 임상심리사 1급	정신의료기관	9년 8개월	13년 8개월
10	여	48	대학원 이상	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	7년 7개월	22년 7개월
11	남	49	대학원 이상	정신건강의학과 의사	정신의료기관	13년 4개월	20년
12	남	59	대학원 이상	정신건강의학과 의사	정신의료기관	15년	33년

3. 질문 내용 구성

인터뷰 질문내용 구성은 <표 5-5>, <표 5-6>과 같다.

<표 5-5> 당사자 초점집단인터뷰 질문 내용

당사자 인터뷰 내용
<p>1. 병원 입원 과정, 입원 중 치료 과정에서 인권 관련 경험 및 인식</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 입원 관련 일반사항 : ① 입원이유, ② 입원종류-입원종류에 따른 조치 여부, ③ 입원절차 진행 과정 - 입원목적, 수송주체, 의료진 설명, 입원 수술 후 조치의 경험, ④ 인권 관련 경험 및 인식. ○ 사생활보장 적정생활수준 유지 : ① 관련 경험(전반적 사생활, 병실당 수용인원 및 환경, 질환의 유형 및 정도에 따른 구분 운영, 면회(온라인 면담 포함), 병원 내(건물 밖 포함) 이동, 외박·외출·통신 제한, 의식주), ② 개선점 - 사생활보장 및 적정생활수준 관련한 인권친화적 의료 환경조성을 위해 필요한 부분에 대한 생각 ○ 신체, 정신건강 : ① 관련 경험 - 강박, 약물 및 치료 계획(치료목표와 방법, 퇴원까지 소요될 치료 기간 포함)에 대한 설명과 동의, 치료거부가 있었다면 그에 관한 경험(이유와 반응), 강제투약경험, 환자의 선호를 반영한 회복 계획(비자의 입원인 경우 자해 타해의 현저한 위험이 없어진 경우 퇴원시켜야 할 책임에 대한 설명, 지역사회 기반 치료를 받기 원할 경우 퇴원 후 조치에 관한 권고 포함), ② 개선점 - 신체 및 정신건강 관련 인권친화적 의료 환경조성을 위해 필요한 부분에 대한 생각 ○ 자기결정 : ① 관련 경험(입원절차에서 비자의 입원의 필요성에 대한 설명이 있는지, 치료 목표에 환자의 선호 반영한 치료계획, 격리 및 강박에 대한 사전 동의, 권리 행사를 위한 지원 과정, 기록 열람), ② 개선점 - 자기결정 관련 인권친화적 의료 환경 조성을 위해 필요한 부분에 대한 생각 ○ 학대 및 폭력 : ① 관련 경험(직원으로부터의 존중, 격리 및 강박 이외의 대안적 조치, 전기경명치료 및 기타 의료기술의 남용, 연구조사에 대한 동의), ② 개선점 - 학대 및 폭력 관련 인권친화적 의료 환경조성을 위해 필요한 부분에 대한 생각 ○ 대안적 서비스 : 입원 병원 인권친화적 환경조성을 위해 필요한 대안적 서비스, 정책 및 제도적으로 개선되어야 할 점. <p>2. 퇴원에 대한 인식(경험)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 지역사회통합에 대한 인식 : ① 관련 경험(욕구가 반영된 퇴원계획, 고용·주거·문화·여가재정·교육, 지역사회 서비스 연계 경험, 투표권), ② 개선점 - 퇴원계획 및 과정 관련 인권친화적 의료 환경조성을 위해 필요한 부분에 대한 생각

〈표 5-6〉 종사자 초점집단인터뷰 질문 내용

종사자 인터뷰 내용

우리나라 입원병원 치료환경에 대한 종사자 인식

- 국제기준 및 충족도에 대한 인식 : 정신병원 치료환경이 일반병원 치료환경과 동일해야 한다는 것이 국제적 기준인 UN, WHO에서 지향하는 인권친화적 치료환경이라는 것이 전제
 - ① 이에 대한 종사자의 인식 여부 및 인식 정도, ② 우리나라 정신병원 인권친화적 치료환경 수준(정도)에 대한 인식 - 사생활보장, 신체 및 정신건강, 자기결정, 학대 및 폭력으로부터의 자유, 지역사회통합 등 인권친화적 치료환경 기준 충족 정도에 대한 생각, ③ 종사자로서 informed consent 과정 준수 여부 및 준수 정도 - 치료목적에 대한 설명, 치료방법에 대한 설명, 치료 기간에 대한 설명, 치료의 기대효과와 가능한 부작용에 대한 설명, 치료 과정 중 자유제한 가능성에 대한 설명, 자유가 제한된다면 그 이유에 대한 설명, 제한 방법과 기간에 대한 설명, 등

- 우리나라 현황, 문제점, 문제의 원인에 대한 인식(경험)
 - ① 우리나라 현황에 대한 인식 ② 병원 내 인권친화적 치료환경을 구축하는 데 있어 어려움 및 문제점 (예 : 협소한 공간, 이동의 자유를 제한하는 폐쇄적 구조, 격리, 강박, 사실상의 강제투약 등) 실태, ③ 이러한 현황 및 문제점이 유지되는 배경 및 이유에 대한 인식 (예, 인식부족? 수가? 인력? 등)

- 개선방향에 대한 인식(경험)
 - ① 개선방향에 대한 인식 - 법, 정책, 제도, 서비스 등 (예, 국제기준에 부합하는 법 개정 및 운영체제 개선, 병원규모 소규모화, 입원실을 2인 또는 1인으로, 병원 환경을 밝게, 이동을 자유롭게 등), ② 인권친화적 치료환경조성을 위해 필요한 지원 및 대안적 서비스에 대한 인식 ③ 인권친화적 치료환경조성을 위하여 필요한 부분에 대한 인식 (인적 및 시설기준 조정과 관련한 개선점, 정신의료수가 상향조정 관련 개선점, 정신의료기관에 대한 편견과 무관심 관련한 개선점, 슈퍼비전 관련 개선점 등)

제2절 분석결과

질적 조사를 통한 전문가 의견수렴 결과를 종합적으로 분석한 내용은 다음 표와 같다. 크게 '① 국제적 기준에 대한 인식, ② 국내 입원병원 치료환경에 대한 인식, ③ 인권친화적 치료환경을 저해하는 요인, ④ 인권친화적 치료환경을 위한 개선방향, ⑤ 퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향' 5가지의 범주로 나누어 범주별 하위 주제는 총 25개가 도출되었다.

〈표 5-7〉 분석 결과

범주	주제
국제적 기준에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자 인권 중심의 정책 방향에 대한 동의 • 현장과 종사자의 이해 및 교육의 부족 • 국제적 기준에 관한 현장의 관심과 인식 확산 노력
국내 입원병원 치료환경에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 과거에 비해 개선된 물리적 환경, 자유 제한의 축소 • 여전히 유지되는 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차 • 치료와 안전을 위한 규제 지속 • 당사자와 종사자 간 존중적 태도 향상 • 대안적 서비스 및 자기결정권 지원 제도의 경험 부재 • 정신의료기관과 정신질환에 대한 편견
인권친화적 치료환경을 저해하는 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보의 어려움 • 집단적 서비스가 아닌 개별화된 서비스 제공의 한계 • 보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별적 구조 • 맞춤형 서비스 제공과 안전한 치료환경을 위한 적정 인력 부족 • 필요인력에 대한 법적 규정, 종사자 질 관리의 부재
인권친화적 치료환경을 위한 개선방향	<ul style="list-style-type: none"> • 병원의 소규모화, 병실 정원 축소 추진 • 입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장을 위한 노력 • 개인별 욕구에 부합하는 서비스 체계 구축 • 적정 수가 및 보험환자와 급여환자 간 수가 차이 조정 • 대안적 서비스 도입의 확대 • 인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육과 질 향상
퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향	<ul style="list-style-type: none"> • 자립 생활을 지원하는 지역사회 인프라 확충 • 퇴원 후 지역사회 자원 연계 및 의뢰체계 구축 • 성공적인 지역사회 전환을 위한 지역사회 자원과 병원 간 네트워킹 • 개인과 가족의 책임이 아닌 국가 차원의 제도 마련 • 정책과 현장 간 간극을 좁히기 위한 단계적 정책 추진

1. 국제적 기준에 대한 인식

1) 당사자 인권 중심의 정책 방향에 대한 동의

참여자들은 당사자 인권을 최우선 가치로 두는 국제적 정신건강 정책 관점에 동의하며, 변화의 필요성을 공감하였다. 먼저, 물리적으로 개인의 사생활이나 적정생활수준이 보장될 수 있는 환경개선이 필요하다고 인식하였다. 예를 들어 병실 인원 축소나 개인공간 확보 등에 대한 의견을 제시하였다. 다음으로, 입원 병원에서 행해지던 강압적인 치료나 일상생활 규제가 과거에 비해 환자의 인권과 자유를 보장하는 방향으로 변화하고 있으며, 지속적인 변화가 필요하다고 인식하였다. 마지막으로, 정신건강 서비스 내용의 측면에서 약물치료와 의료적 처치뿐 아니라 사회복귀를 위한 재활 및 회복 서비스가 함께 이루어지는 것이 인권중심적인 환경을 조성하는데 긍정적 역할을 하며, 궁극적으로 정신장애인의 회복에도 기여할 것이라 여겼다.

큰 틀 자체는 아무도 반대할 사람이 없어요. 다만 그게 실현되기 위해서 시행령 비슷한 여러 법규나 제한들이 들어가겠죠. 그게 현실에 맞는가가 중요한 부분이거든요. 큰 틀을 지키기 위한 과정이 제일 중요한 부분이죠(참여자 12).

최근 코로나 이후에 거리 간격이나 병원 구조를 바꾸는 것에 대해서는 굉장히 동의하는 편입니다. 그 변화는 좋다고 보고요..(참여자 7)

구조도 계속 뭔가 변화가 되고 있구나.. 생각이 들고.. 최대한 인권에 대해서 많이 생각하고 법도 많이 바뀌고 하는 거 같아서.. 아직은 부족한 부분이 있을 수 있지만.. 그런 방향으로 나아가지 않을까..(참여자 9)

하고 싶지 않은 것에 대해서 강압을 한다든지 그런 거 전혀 없이.. 하실 수 있을 때까지 기다리거나.. 정 안되면 진행하지 않는 방식으로 하지.. 필요하다고 해서 강제한다든지 하지는 않아요. (중략).. 교육이나 치료도 권고형태로 진행이 되고 있다는 생각이 들어요(참여자 9).

폐쇄병동에 오래 입원하셨던 분인데 전환시설에 생활하시고 외래 오시면서 증상이 확 좋아지는 분들이 꽤 많더라고요. 그런 걸 보면서 이게 단순한 약물치료 접근이 아니라 이런 형식으로.. 사회복귀에 대한 기능에 대해서 함께 진행을 했을 때 훨씬 효과가 높구나 하는 생각이 들어서..(참여자 9)

2) 현장과 종사자의 이해 및 교육의 부족

정신건강 서비스를 제공하는 현장의 종사자들은 대부분 국제적 정신건강 서비스 기준의 구체적인 내용에 대해 알고 있지 못하였다. UN CRPD, WHO에서 권고하는 QualityRights, 정신건강 서비스 가이드라인 등에 대해 알고 있는지 물었을 때, 거의 모든 종사자들이 알지 못한다고 말하였다. 언론 보도나 국가 정책의 방향성을 토대로 국내에서도 인권 중심 관점을 강조하고 있다는 가치는 공유하고 있었지만, 구체적으로 서비스의 내용과 종사자의 역할이 어떠한지 하는지에 대한 이해는 부족하였다. 더욱이 이러한 국제적 기준의 인식 부족은 종사자 개인이나 개별 기관 차원의 문제라기보다는 종사자들에게 국제적 기준이나 서비스 방향성에 대한 세밀한 교육이 그때 그때 이루어지지 않아, 현장에는 닿지 않는 면이 있다고 보았다.

저희는 윤리규정이 있어요. 그거에 맞춰서 근무를 하다 보니까 그걸 중요시하지.. 이 부분(국제기준)까지는 많이 교육을 받지는 못한 거 같아요(참여자 9).

국가인권위나 최근에 인권에 관한 것이 부각되면서 (국제기준이) 나와 있다고 알고 있지만.. 정확히 국제적 기준이나 그런 것에 대해서는 자세히 설명을 듣지는 못했던 거 같아요(참여자 7).

아무래도 실무적으로는 국제기준이나 그런 것에 대한 인식은 폭넓게는 모르고.. 뉴스나 그런 것으로 접하기는 하지만..구체적으로 강령 자체가 있지는 않죠. (중략).. 국제적인 것까지 전체적으로 살피기는 어려운 것 같습니다(참여자 9).

3) 국제적 기준에 관한 현장의 관심과 인식 확산 노력

참여자들은 과거에 비해 많은 사람들이 정신건강 정책에서 인권에 대한 감수성이 높아졌다고 말하였다. 그러나 전술한 바와 같이 국제적 기준에 대한 구체적이고 세밀한 교육과 인식 확산의 노력이 부족하다고 여겼다. 국제적으로 정신건강 정책의 관점변화가 일어나고 그에 따른 선진국들의 서비스 전환이 이루어지고 있는 때에, 국내에서는 의례적인 인권 교육 정도만 시행되고 있는 현실을 넘어서서 국제적 기준에 관한 현장의 인식과 적용이 향상되도록 노력할 필요가 있다.

예전에 인권이 침해되었을 때는 의료인도 그렇고 전체적인 분위기가 정신과 환자들은 그렇게

해도 돼. 증상이 있으니깐 이렇게 해야 해. 그렇게 누구도 관심이 없었는데.. 그동안 여러 영역에서 관심을 가지면서.. 전반적으로 인권에 대한 수준이 의료인뿐만 아니라 높아졌다고 생각을 해요(참여자 12).

윤리교육을 매년 듣기는 하는데.. 병동을 운영하는 방향에 대한 것이라기보다는.. 대면했을 때 윤리적인 것을 어떻게 지켜야 하는지를 하기 때문에.. 1년에 한 번씩 인권위원회 인권교육은 해요(참여자 9).

2. 국내 입원병원 치료환경에 대한 인식

1) 과거에 비해 개선된 물리적 환경, 자유 제한의 축소

정신의료기관의 물리적 환경이 과거에 비해 쾌적해지고 개선된 것으로 인식하였다. 먼저, 사적 공간의 확보가 예전보다 용이해졌으며, 침실 구조가 바뀌었다고 하였다. 다음으로, 정신장애인 당사자와 종사자 모두 입원병동 내에서 자유를 제한하는 범위가 축소되었다고 인식하였다. 예를 들면 식사, 전화사용, 면회 허용 등이 이전보다 자유로워졌다고 느꼈다. 특히 개방병동의 경우 환자가 스스로 생활을 결정하면서 지낼 수 있도록 자율성을 보장하고 있다고 말하였다.

시설이나 그런 것들은 아무래도 예전보다 쾌적해지고 개선은 많이 되었다고 봐요. 병원마다 특성이 있기는 한데.. 저희 병원만 보면 일단 구조적으로 넓고 쾌적한 편이기는 해요. 개인에게 부여되는 공간이라든지 다 같이 사용할 수 있는 공간들이..(중략).. 개인적으로 쓸 수 있는 화장실이라든지 그런 것들도 많이 변화시켜가면서 환자분들에게 적절하게 편히 쓸 수 있도록 배려한다고 자신하거든요(참여자 7).

전에 폐쇄병동만 있는 병원에 한 10개월 정도 일한 적이 있어요. 거기는 아예 침대 없이 온돌방 같은 데서 여러 명이 가서 자고 그런 구조였던 거 같아요(참여자 9).

그 전에 다른 작은 개인병원에 있어봤는데... 거기서는 너무 아무것도 없이 열악했어요. 그래서 음식도 먹을 수 없고.. 여기는 간식도 원하는 대로 먹을 수 있는데.. 거기는 그런 것도 없었고, 그냥 빵 하나, 우유 하나 끝이고... 면회 같은 것도 잘 없고..(참여자 5)

(사생활 보장) 잘 되어있고. 개인 프라이버시 지켜주고 다 좋아요(참여자 6).

제가 **년에 입사했는데 계속 바뀌어요. 예를 들어서 핸드폰 사용도 환자가 노출될 수 있는 문
제들 때문에 거의 공중전화로 전화하도록 하고 본인이 착신이 어려운 구조였거든요. 지금은 제가
알기로는 일정한 공간 안에서 시간 동안은 핸드폰을 자유롭게 하도록 하는..(참여자 9)

개방병동에 있어서는 거의 일반병실과 비슷하게.. 자기관리하고 거기에 대해서 스스로 밖의 생
활이나 재할도 생각을 해보고 다양하게 찾고자 하는 노력들도 하고 있으니까.. 그런 부분에 있어
서는 많이 자율에 맡기지만 그래도 책임감도 주어야지게끔..(참여자 7)

정신의료기관에 입원한 정신장애인 당사자들은 현재의 병원 생활에 비교적 만
족한다고 표현하였다. 낮시간 동안에 진행되는 프로그램에 대해 만족하였으며, 스
스로 선택하여 원하는 프로그램에 참여할 수 있다고 하였다. 식사나 병동 환경도
만족하였으며, 신체질환이나 다른 건강상의 이유로 외부 병원의 치료나 외래가 필
요할 때 할 수 있는 점도 긍정적으로 인식하였다.

자유로워요. 괜찮아요. 산책도 있고 괜찮아요 (중략).. 밥 잘 나오고. 양도 많아요. 반찬도 맛
있고 괜찮아요.. (중략).. 여기서 치료 못 하는 병은 외래 가서 하고 오고.. 자유로운 거죠. (참여
자 1).

프로그램 있고요. 복도가 넓어서 왔다 갔다 운동하고요. 티비 보고...(중략).. (식사나 건물은)
깨끗해요. (중략).. 그런 건(외부 병원에 가야하는 상황이면 자유롭게 가는 것) 되는 거죠(참여
자 3)

불만 고충 처리함이 있어요. 거기에 쓰면 다 됩니다..(중략).. 병동에 프로그램 잘 되어 있습니
다. 매주 월, 화, 수요일.. 대부분 다 참가해요. (중략).. 병동 조건이 참 좋습니다. 지루한 게 없
고. 재미납니다.(참여자 2).

식사도 좋고.. 프로그램도 하고.. 여기는 다른 병원보다 프로그램이 잘 짜여져 있는 거 같아
요.. (중략).. 제가 몰랐던 지식을 알려주시니까 도움이 많이 되더라고요(참여자 4).

이 병원에 와서 시설도 좋고 프로그램 잘 되어있어서. 시간도 잘 가고 지루한지 모르고... (중
략) 계속 프로그램 참석하니까 시간도 잘 가고...(참여자 5).

2) 여전히 유지되는 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차

과거에 비해 개선된 입원병동의 환경에도 불구하고, 연구에 참여한 정신장애인
당사자들은 여전히 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차가 남아있다고
인식하였다. 먼저, 대부분의 참여자는 입원과정이 강제적이었다고 기억하였으며,

스스로 입원하는 이유나 상황에 대해 제대로 인지하지 못한 경우가 많았다. 다음으로, 강제투약이 있지는 않지만 치료를 위해 약물 복용을 거부하기는 어렵기 때문에 실질적으로 강제적인 측면이 있다고 느꼈다. 마지막으로, 참여자들은 간접적으로 격리를 경험하였는데, 격한 언행으로 인해 환자 간의 갈등이 일어나거나 예상되는 상황에서 당사자가 원치 않더라도 격리가 진행된다고 하였다. 그러나 격리가 진행될 때는 치료진이 상황에 대해 설명하고 갈등을 중재하려는 이유로 진행된다고 말하였다. 즉, 정신의료기관의 입원과정, 약물 복용, 격리 등의 상황에서 당사자의 자기결정권이 보장되기는 어렵고 다른 대안은 없는 구조라고 인식하였다.

(입원은) 강제적이었죠. 나중에 동의로 바뀐 거죠(참여자 5).

정신병원인 줄은.. 제가 정신병원에 있어야 되는 사실은 몰랐어요. 처음에는 몰라서 왔는데.. (참여자 4).

정신병원 가는 줄 모르고. 앰블런스 타고 그냥 갔어요. 도착해보니까 정신병원이었죠(참여자 6).

환자분들 모셔오는 과정에서 그런 것도 많기 때문에.. 응급상황도 많아서.. 뭐라고 할까요.. 그걸 인권이라고 할 수는 없지만.. 예전부터 해왔던 그런 식의 구조가 많기는 하거든요(참여자 7).

*안 먹으면 병이 안 낫는데.. 그래서 강제로 먹여요. 어떻게 해요(참여자 1).
(약 안 먹는 건) 병원 안에서는 안 되어요(참여자 5).*

(격리실은)보통 싸우거나..그럴 때 가죠. 싫어요..하면 조금 있다 빼줘요(참여자 3).

많이 싸우거나 옆에 사람에게 신체적으로 폭력을 하면 쉬었다 가라고 그런 경우가 있는데..(참여자 4).

옆 사람하고 시비가 붙어서 몸싸움을 할 거 같다가.. 심한 욕설을 할 거 같다고 하면 그럼 옆 사람이 불안해지잖아요. 그러면 두 사람을 데려가서 왜 싸우냐, 너무 흥분했으면 안정했다 가라. 그렇게 싸움을 말려주는 거죠...(참여자 4)

3) 치료와 안전을 위한 규제 지속

참여자들은 병동 생활의 규칙과 규제에 대해 말하였다. 외박과 외출의 제한, 전화 사용의 제한, 면회의 제한 등이 주된 내용이었다. 한편, 정신장애인 당사자들은

해당 규칙들에 대해 큰 불만을 표현하지 않았고, 이전에 비해 자유로워진 것으로 느꼈다. 그렇지만 입원 기간 동안 외부와의 접촉이나 사회활동을 할 수 없는 것에 대해 답답하게 인식하고 있었다. 일부 종사자들은 안정적인 치료와 환자의 안전을 위해 일정 정도의 규제는 필요하다고 인식하였다. 특히 급성기 증상이 두드러지거나 자·타해의 위험성이 있는 경우 더욱 그렇다고 표현하였다.

외박은 안 되고..(공중전화) 아침 9시부터 잠잘 때까지만.. 쓸 수 있어요(참여자 1).

(가족들은) 간식비만 넣어줘요. 그런 건(면회) 없고.. 전화만.. (참여자 3).

여기서는 이 안에서만 생활해야 하고요.. 밖에 나가서는 사회활동을 할 수 있잖아요. 좀 답답해요.(참여자 3).

휴대전화는 보호자가 가져가서 못 쓰는데, 갖고 계신 분들은 쓰시는 거 같더라고요(참여자 6).

(휴대전화는) 사무실에서 보관하고 자기가 원할 때 쓸 수 있도록..(참여자 4)

위험요소가 많은 거죠.. 일반 병동이랑 정신과 병동을 같이 생각하시면 안될 것 같고.. (중략) 환자분들 인권에 의해서 밖에 사람들과 동일하게 사용할 수 있는 범위를 그래도 조금은 제한을 두어야 하는 게 필요한 것이.. 망상에 의해서도 그렇고.. 위험도구가 될 수 있어서(참여자 7)

잠깐만 눈을 돌려도 위험한 상황이 바로 돌발적으로 일어날 수 있는 부분이기 때문에...(참여자 9)

꼭 필요한 상황.. 자타해 위험성이 있어서.. 의사 선생님께 보고를 하고 보시고 (격리실)가시는 게 좋겠다고 해서 하는 거죠..(참여자 7)

4) 당사자와 종사자 간 존중적 태도 향상

입원병원 내에서 당사자와 종사자 간에 존중적인 태도를 보인다고 인식하였다. 연구에 참여한 정신장애인 당사자들은 대부분 직원들의 태도나 서비스 제공방식에 대해 만족한다고 표현하였다. 갈등상황이 벌어졌을 때 강제적인 분리를 진행하거나 새로운 약물을 처방할 때 환자 혹은 보호자에게 상황을 설명하고 진행한다고 하였다.

반말하는 사람 아무도 없어요. 다 잘해줘요. (중략).. 병원에서 잘 해주니까.. 별로 그런 생각 (병원이 바뀌면 좋겠다) 해본 적 없어요(참여자 1).

저는 사무실 직원이나 병원 시스템은 불만이 없는데요.. 사무실이나 직원들은 괜찮아요. 다 잘 해주시고..(참여자 4)

현재 방에서 싸움이 조절이 안 되니까 그러면 여러 사람이 불안해하고 하니까.. 사무실에서 따로 들어가서 왜 그랬는지 말을 들어보고 진정해서 나오라고 하면서 같이 사무실로 들어가요(참여자 4).

처방은 위험 약물이나 부작용이 있는 약물에 대해서는 동의를 받아요. 보호자 분들에게 동의서 받아요. 그리고 환자분들에게는 원장님이 설명을 충분히 하시고요. 약이 어떤 게 있고 이게 조절이 안 되어서 쓸 예정이라는 것은 환자 분들한테 약에 대한 설명은 하시죠(참여자 7).

5) 대안적 서비스 및 자기결정권 지원 제도의 경험 부재

참여자들 중 기존의 강제적인 절차를 대체할만한 대안적 서비스나 자기결정권 지원제도를 경험한 경우는 거의 없었다. 현재 시행되고 있는 절차보조 서비스도 들어보지 못한 경우가 많았다. 국내에서는 국외에서 시도되고 있는 대안적 서비스가 거의 시도되지 못하고 있고, 절차보조 서비스와 같이 일부 시행 중인 자기결정권 지원제도 제한적으로 시행되고 있어 당사자들이 체감하기에는 어려운 것으로 보인다.

저는 면회할 때 가족들이 방안에 같이 음식도 먹고 그런 병원이 있다고 말만 들었는데요.. 그런 시설은 못 들어봤어요(참여자 4).

(절차보조, 의사결정지원) 그런 거 밖에서 오는 건 없어요(참여자 1).

6) 정신의료기관과 정신질환에 대한 편견

일부 참여자들은 국내 입원 병원에 대한 부정적인 인식이 정신의료기관과 정신질환에 대한 편견이 작용한 결과라고 지적하기도 하였다. 먼저, 정신질환은 다른 질환에 비해 개인의 치료나 인권보다는 사회 차원에서 치안의 목적을 두고 논의되는 경우가 많다고 느꼈다. 다음으로, 입원 병동의 치료환경이 인권적으로 보다 변해야 하는 것은 맞지만, 치료진이나 병동 환경에 대해 무조건적으로 부정적인 프

레임을 씌우는 것에 대한 우려를 표하였다. 마지막으로, 언론의 영향으로 다수의 대중이 정신질환자와 병동 환경에 대해 편견을 가지게 되는 것을 우려하였다.

의료는 질병하고 연관된 부분이거든요. 질병은 순수하게 개인적 합의로 가야 하는 겁니다. 그런데 질병에서 예외적으로.. (중략) 정신질환자처럼 사회에 개인적인 책임이 아니라 사회에 영향을 줄 만한 책임이 있는가... 무슨 방화라든지 질병에 의한 폭행이라든지.. 이런 것들이 있기 때문에 사회적 합의를 필요로 하는 거거든요.. 정신과 환자들은 사회적 합의도 필요하고, 개인적 합의도 다 필요한데.. 굉장히 너무 (사회적 합의로) 쓸린다는 거죠(참여자 12).

입원병동에 있는 직원으로서 입장은.. 이런 느낌을 많이 받아요. (중략).. 뭔가 병원에 오실 때 분명히 무슨 문제를 들고 오시는 경우가 많거든요. 환자가 진정을 넣었다든지.. 어떤 문제가 있다든지.. (중략).. 의료인만큼 환자를 아끼는 사람들이 없을 거예요. 우리는 환자가 힘들 때 와서 케어되어서 집에 잘 돌아가서.. 잘 지내기를 바라는 마음... (중략) 이걸 같이 하면서 가족 같은 마음으로 대하고 있는데.. 마치 약간 색안경을 끼고.. 뭔가 잡아내야지.. 뭔가 병원에 악의적인 감정까지는 아니더라도.. 부정적인 감정을 가지고 벌써 오는 시선 자체가 굉장히 불편하고.. 그런 부분이 많이 바뀌면 좋지 않을까 생각이 듭니다(참여자 11).

영화나 드라마나 책 이런 데 나오는 정신질환자에 대한 끊임없는 모습들이 학습되잖아요. 영화에 나오는 정신질환자들 보면 뻘하지 않습니까.. 침을 흘리고.. 그런 환자들은 거의 없어요. 99% 환자는 그렇지 않음에도 99%의 환자가 그런 것처럼 보이는 거라는 말이죠(참여자 12).

3. 인권친화적 치료환경을 저해하는 요인

1) 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보의 어려움

인권친화적인 치료환경을 구축하는 데 가장 큰 장벽으로 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보가 어려운 구조를 꼽았다. 다수의 참여자들은 입원 당시 자신의 의사와 상관없이 가족이나 타인에 의해 입원이 결정되는 경험을 했다고 하였다. 또한 입원과정을 회상했을 때 입원의 목적이나 사유에 대해 정확하게 인지하지 못했던 것 같다고 표현하였다. 퇴원에 대한 결정도 스스로 할 수 있다고 느끼기 보다는 보호자나 치료진의 동의나 의사가 중요하다고 인식하였다. 더욱이 퇴원을 스스로 결정할 수 있다고 하더라도, 퇴원 후에 자립 생활에 대한 부담감이나 걱정, 가족에게 부담을 주고 싶지 않은 마음 때문에 계속입원을 선택하게 되는 현실도 말하였다.

내가 입원하고 싶은 건 아니고 반강제로 입원했어요. (중략) 전화가 왔나.. 뭐라고 더 이상 말을.. 갑자기 끌려왔어요. 여기.. 별로 좋지 않았어요(참여자 1).

강제로 입원시킨 거예요..(중략) 옆집 아줌마랑 싸웠어요. 다뺐는데.. 우리 아저씨가 경찰한테 잡아가라고.. 경찰에서 강제로 잡아가게 했어요. 밤 12시에.. (중략).. 기분이 참 나빴죠. 남편을 원망했던 거죠. (중략).. 저도..(어떤 상황인지) 모르고 왔어요(참여자 2).

퇴원에 대해서 집에서도 그렇고 주치의도 그렇고 아무 말이 없어요... 언제 나갈지 모르겠어요. 나간다는 기약도 없어요. 그런 거 물어보면 화낼 거 같아서 일부러 안 물어봐요. 퇴원은 말 안 해요.. (중략) 주치의가 언제 퇴원하라고 말도 없고, 나도 그런 거 별로 물어볼 생각은 안 하고.. 지금 생각에는 어렵히 다 알아서 해주겠지 라고 생각하고 있어요(참여자 1).

입원이 되지를 않아요. 보호자가 없으면.. 입원 자체가 되지를 않아요. 입원비 낼 사람이 없는 데 입원시켜주질 않아요. 돈을 내야 되잖아요(참여자 1).

아직도 나가면 식구들이 저를 봐야 하기 때문에 퇴원 얘기를 잘 못하고 있어요.. 식구들에게 많이 민폐를 줘서...(참여자 4)

2) 집단적 서비스가 아닌 개별화된 서비스 제공의 한계

앞서 나타난 의견과 같이 참여자들은 대체로 병동 내 프로그램에 대해 만족하였으나, 서비스 형태가 집단적으로 이루어지며 개별적 욕구에 맞는 서비스를 제공받기는 힘들다고 하였다. 인력 측면에서도 개인의 선호나 특성을 고려한 개별적 지원은 이루어지기 어렵다고 보았다.

그런 건(집단 말고 개인이 원하는 상담이나 프로그램) 없어요(참여자 3).

(프로그램은) 개설된 거 찾아가는.. 전체적으로...(참여자 6)

일단 공동생활이니까 제가 여러 사람에게 맞춰야 한다는 생각이 먼저예요. 저 하나만 개인의 이익을 취할 수 없다. 규칙이 이러면 그런가 하면서 따라가는..(참여자 4)

저희는 사실.. 요법으로 전달식으로밖에 되지는 않아요. (중략).. 개인별로 하기에는 저희가 100명당 1명인데 그걸 다 한 사람씩 잡고 할 수는 없어서.. 교육을 통해서 그런 것들을 인식할 수 있게끔 해드리고..(참여자 10)

3) 보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별적 구조

보험환자와 급여환자 간 수가 차이가 있어, 결과적으로 모든 환자에게 필요한 만큼 서비스를 제공하기에 차별적인 구조라고 하였다. 다른 진료과에 비해 정신건강의학과와 의 경우, 보험환자에 비해 보호환자에게 지원되는 수가 훨씬 부족한 수준이라고 말하였다.

왜 차이를 두냐는 거죠. 보험환자는 받는 거에 대해서는 제대로 수가를 반영해요. 그런데 의료 보호 환자는 수가 적용을 안 해요. 의료보호는 경제적인 여유가 없기 때문에.. (중략).. 국가에서 돈을 줘야죠. 정해뒀어요. 의료급여 환자는 어떤 치료를 하든 이만큼만 우리가 주겠다. 이만큼 범위 내에서 치료하라는 것입니다(참여자 12).

수가로 따진다고 치면 보험환자를 100으로 잡으면 내과 같은 경우에는 보호환자가 98이예요. 수가가. 보험환자가 100원을 받으면 보호환자는 98원을 보조를 해줘요. 정신과는 68%입니다. 정신질환자들에게 대해서 아무도 이렇게 해도 뭐라고 할 사람이 없는 거고.. 문제를 삼지 않는 거고..(참여자 12)

4) 맞춤형 서비스 제공과 안전한 치료환경을 위한 적정 인력 부족

일부 참여자들은 정신의료기관의 특성상 급성기 증상이나 돌발상황에 안정적으로 대처하기 위한 적정 인력이 충원되어야 한다고 인식하고 있었다. 당사자와 직원을 포함한 치료환경을 안전하게 유지하고, 개인별 욕구와 상황에 따른 지원을 제공하기 위해서는 적정 인력의 확보가 중요하다고 말하였다.

아무래도 급성기 환자분들은 언제 돌출행동이 일어날지 모르는 상황이니깐.. 항상 긴장을 해야 하고.. 적어도 적절한 충분한 인원이 확보가 되어야.. 서로 보호할 수 있는 거거든요. 갑작스러운 상황이 발생했을 때 다수가 모여서 한 번에 행동을 해야 서로가.. 환자도 직원도 다치지 않고 안전하게 그분들이 치료환경에 접할 수 있도록 하는 상황이기 때문에.. 그런 것들은 항상 풀리지 않는 숙제인 거 같아요..(참여자 7)

치료환경이 중심이 되는 직원들이 환경적으로 안정이 되어야지 환자분들한테도 영향을 주는 데.. 그렇지 않은 경우는 한계가 있어요(참여자 10).

필수 인력에 대해서는 어느 정도 수를 확보하고 전념할 수 있도록 도와주시면 좋을 거 같아요 (참여자 7).

가장 큰 거는 인원을 늘려야 해요. (중략) 환자가 받아야 할 권리, 치료받아야 할 안전을 하기 위해서는 필요하다고 인정이 되면.. 방법을 찾아야 한다는 얘기죠. 저는 제일 중요한 게 안전이라고 생각하는 거고.. 환자와 환자와의 안전, 환자와 직원 간의 안전.. 이것들이 기본인 것이죠 (참여자 12).

5) 필요인력에 대한 법적 규정, 종사자 질 관리의 부재

입원병원에서 필요한 일부 인력에 대한 법적 규정이 마련되어 있지 않은 것과 인권 관련 보수교육 등 종사자의 질 관리체계가 부족함을 지적하였다. 예를 들어 임상심리사, 보호사의 경우 법적 규정이 마련되어 있지 않아 개별 기관에서 필요에 따라 고용하고 있으며, 고용형태나 종사자가 가진 자격도 상이하다고 말하였다. 또한 내과 전문의 같은 경우에는 상근하는 치료진이 없는 병원이 많지만 입원환자들의 신체건강 관리를 위해 필요한 인력이라고 느꼈다.

심리사는 아예 없는 병원도 있어요. 저는 여기 상근직으로 있지만 제일 많이 하는 구조가 파트타임으로 불러서 하시는.. (중략) 심리치료도 안 하는 병원이 꽤 많잖아요. 약물치료만 활용하는 경우도 많고.. 원장님들이 스스로도 검사지를 하시는 경우도 있어요. 따로 굳이 심리사를 안 거치더라도..(참여자 9)

대부분 내과 전문의가 없는 경우가 많아요. (있으면) 바로바로 그때그때 상해를 입었을 때 확인할 수 있고.. 전문의의 조언을 구해서 외부로 외래를 보낼 수 있고.. 자체 내에서 원장님이 보시니까. 환자분들에 대해서 잘 아시죠. 히스토리를 꼭 관찰하고 계시니까.. 증상이 나타났을 때 바로 인지하고 계셔서.. 내과가 없는 경우에는 약간 주기적으로 타고오 하면 사실 파악하기 어렵거든요.. 저희는 내과 전문의가 계셔서 정말 큰 도움을 받고 있어요. 꼭 필요한 거 같아요. 정신과 분들도 알코올 환자분들도 많고 내과적 질환 상당히 많으시거든요(참여자 7).

저희 같은 경우에는 입원도 받고 환자도 케어하는 상황에서는 아무래도.. 보호사가 필수인력이 가는 한데.. 법적 기준이 마련되어 있지 않다 보니까..(참여자 7)

보호사는 법정 인력이 아니에요. 보호사가 있어도 되고, 없어도 되고.. 자격증도 없어도 되어요. 그런데 제 생각에는 절대 필요한 의료인력이라고 봐요(참여자 12).

4. 인권친화적 치료환경을 위한 개선방향

1) 병원의 소규모화, 병실 정원 축소 추진

인권친화적 치료환경 구축을 위해 정신의료기관의 소규모화와 병실 정원을 축소하는 것이 필요하다고 인식하였다. 최근 정책적으로 추진되고 있는 것과 같이 병실 정원을 축소해나가는 것은 환자들의 적정생활 수준 제고와 사생활 보장 측면에서 중요하다고 보았다. 또한 지역사회 정신건강서비스 제공기관이 증가하면서 병원이 아닌 지역사회에서 당사자들이 필요한 서비스를 받는 환경이 마련될 수 있으며, 시설의 소규모화 정책 기조에 따라 대형병원의 자연적 감소가 이루어지는 것이 바람직하다고 인식하였다.

이제는 정신건강복지센터가 많이 생기고 그룹홈처럼 많이 소규모 시설이 활성화되면서.. 대형 병원에 계셨던 분들이 자연적으로 숫자가 감소되는 거죠. 예전처럼 그렇게 다 입소하는 게 아니라.. 자연감소.. 입소자가 줄어드는 형태인 거죠. 이제는 소규모로 적정인원으로 해서 그들이 사회재활을 할 수 있도록 적절하게 도움을 줄 수 있는 구조니까.. 환자분들도 사람이 많이 모이면 아무래도 한 사람에게 가는 서비스나 관심도도 적기 때문에 앞으로는 아마 그런 구조로 가지 않을까..(참여자 7)

시설은 많이 좋아졌어요. 더 좋아졌으면 좋겠어요. (중략).. 병실도 줄여가는 건 환자를 위해서 정말 쾌적한 거예요. 환자들도 굉장히 좋아해요. 예전에 10명이었다가 8명으로 바뀌고 우리는 4인실로 바뀌거든요.. 그러면 훨씬 유리하죠(참여자 12).

2) 입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장을 위한 노력

전술한 바와 같이 정신의료기관에서 당사자의 인권 존중과 자기결정권 보장을 위해서는 입·퇴원 과정에서 강제적인 절차들을 없애고, 당사자의 선호와 의사를 존중할 수 있는 제도적 장치 마련과 현장의 노력이 중요하다. 특히 입원과정에서 트라우마나 관계의 어려움을 경험하거나, 입원기간 동안 퇴원을 원하지만 혼자 고군분투하게 되는 상황들을 줄이기 위해서 입·퇴원 과정에서 당사자가 존중받고 적절한 지원을 활용할 수 있도록 대안적 서비스나 절차들이 필요할 것으로 보인다.

초발 같은 경우에는 받아들이기도 너무 힘들고.. 인정을 안 하는 상태니까.. 단계적으로 잘 해

서 투약과정이나 그런 것들을 잘 해서 재발하지 않게 유지하는 게 참 중요한 거 같아요. (중략)..
트라우마나 이런 것도 낫선 환경이 있을 거란 말이에요. 개인적으로 혼자 살던 아이들이 와서..
해보지 못한 경험들이 다른 상처를 받지 않게 케어하는 것도 중요한 거 같아요(참여자 7).

(퇴원은) 보호자가 와야 해요. 보호자가 와서 데려가는 걸 좋아하거든요(참여자 3).

자기 뜻대로 잘 안됩니다. 입원하고 며칠 후부터 퇴원하도록 노력했어요. 매일 집에 가는 거
꿈꾸고.. 집에 가서 뭐할지 계획이 다 있는데.. 막상 나갈 수가 없습니다. 안 보내줘요. 계속 집에
있는 사람들도 애를 써도 안 되고.. 노력했는데 되지를 않아요. 지금도 매일 나갈 생각만 하고..
(중략) 입원치료는 그만하고 집으로 보내줬으면 했는데.. 그게 잘 안되는 거 같아요(참여자 2).

3) 개인별 욕구에 부합하는 서비스체계 구축

앞서 정신의료기관에서 제공되는 서비스는 집단적 성격이 많은 것을 확인하였
다. 한편, 퇴원계획이나 지역사회 자원 연계와 같이 개인별 상황에 맞는 서비스가
이루어지기도 하는데 이 또한 모든 환자에게 제공되기보다는 치료진의 판단 등에
의해 선택적으로 제공되고 있었다. 따라서 앞으로는 정신의료기관 내 서비스도 개
인별 욕구에 부응하는 방식으로 변화할 필요가 있다. 특히 연령, 중증도, 개인별
상황에 따라 원하는 서비스를 연결시켜주는 것이 당사자의 회복에 효과적이다. 이
를 위해서는 다양한 형태의 서비스 제공체계와 인력이 뒷받침 되어야 할 것이다.

(퇴원계획을) 입원 중에 하기는 하는데 거의.. 의사선생님들이 팔로우업이 중요하다고 하시는
분들은 저희가 개입을 하는 편이고요. 그리고 환자분들이 지나가다가 저 퇴원해요. 이렇게 말씀
하시는 경우도 있거든요. 그럴 때는 의사분들께 확인을 하고 저희가 면담을 한다든지.. 어디로
가실지.. 집으로 가신다고 하면 약 관리나 그런 것 해드리는 거고.. 그렇지 않다면 센터나 이런
곳을 권유하고요. 그리고 프로그램, 요법하면서 센터나 지역사회에 연계할만한 자원들은 설명해
드리고 있고요(참여자 10).

젊은 분이면 최대한 외래치료를 통해서 하려고 하는 부분이 있고.. 정신건강복지센터랑 연계를
해서.. (중략).. 또 예전에는 학교 상담센터를 했다던.. 지금은 지역사회 형태로 하고.. PPM 사업
이라고 해서 한 선생님이 외래를 담당하세요. 우울, 불안, 자살사고 있는 환자들, 젊은 분들은 특
히.. (중략).. 사례 담당 선생님께서 상담 형태로 외래 올 때마다 확인하시는 구조가 있고..(참여
자 9)

4) 적정 수가 및 보험환자와 급여환자 간 수가 차이 조정

정신의료수가의 적절성과 보험환자와 급여환자 간 수가 차이를 조정하는 것이

필요하다고 인식하였다. 치료진의 자격에 따라 필요한 서비스임에도 불구하고 수가가가 책정되어 있지 않거나, 비급여 항목의 경우 당사자의 저항이 클 수밖에 없는 상황에 대해 지적하였다. 국외 다른 나라들과 비교하여 국내의 정신의료수가가 낮은 수준이기 때문에 치료의 질에 있어서도 차이가 날 수밖에 없다고 표현하였다. 무엇보다도 보험환자와 급여환자 간 수가에 차이가 나는 것은 결과적인 차별을 낳기 때문에 필수적으로 조정되어야 할 부분이라고 말하였다.

수기도 굉장히 중요한 맥락인 게.. 가끔은 약간 희생, 봉사.. 맞추라고 해서 하는데.. 정신병원 이 거의 적자거든요. 웬만한 거는 알아서 해.. 사실 선진국일수록 하나하나 다 시스템이 수가 형태로 구조가 되어있는데.. 저희도 면담이나 이런 게 의사선생님 면담만 되지.. 제가 하는 면담도 거의 무료로 되기 때문에.. 인력 확보가 안 되는 거죠. 수가가 되면 수익이 나니까 하는데..(참여자 9)

수가가 비급여면 굉장히 저항성이 크죠. 필요한 것들에 대해서는 급여항목으로 해서 국가에서 많이 보장하는 구조가 되면 더 좋을 것 같다는 생각이 들고.. 요즘은 정신센터 이런 곳에서 사업비가 내려와서 평가도 무료를 받는 경우도 꽤 있었어요.. 수가가 아니더라도 사업비 형태로 해서 면담이나 그런 것들을 환자가 부담을 덜하게 상담을 받도록 하면 더 좋을 거 같아요(참여자 9).

차별은 보험환자, 보호환자가 제도권에서 인정해주는 질병하고 연관된 진료행위.. 식사, 투약, 침실 이런 것들이 다 포함되어야 하는 거고.. 거기서 차별을 두면 안 된다는 거죠(참여자 12).

(보험수가) 충분하다고 생각하지 않습니다. 왜냐하면 보험수가가 적정하게 계산이 되었는가가 중요하잖아요. 총 액수가 나왔는데.. 약값, 투약, 안전관리.. 이렇게 다 있잖아요. 이런 것들을 항상 공개하라고 이야기를 해요. 그런데 아무도 공개 안 해요. 이게 공개가 되어야지 적절한가를 알 수 있을 거 아닙니까.. 이게 정액수가니까 그런 거죠(참여자 12).

적정한 수준이 절대 있을 수 없는 게 외국 사례를 보면 됩니다. 우리가 통상 외국을 기준 삼잖아요. 그러면 정신과 환자 1명당 1인당 입원비, 외래비 비용을 외래로 보자는 말이죠. (중략).. 다만, 일본과 비교할 때 차이가 월등하다는 말이죠(참여자 12).

5) 대안적 서비스 도입의 확대

앞서 참여자들이 치료환경에서 강제적 조치나 규제를 대체할만한 대안적 서비스나 지원의사결정 제도를 경험한 경우는 거의 없는 것을 확인하였다. 따라서 국제적으로 시도되거나 도입되고 있는 대안적 서비스를 국내에서도 도입하고, 효과

적인 서비스의 경우 정착하도록 하는 정책적 노력이 필요하다. 이는 인권친화적 치료환경을 구축하는데 제도적 뒷받침이 될 것이다.

처음에는 되게 무서웠어서.. 숨고 싶을 정도였는데... 그런데 면회를 한번 하고 가면 병원에서 지낼 때 잘 생각하지 못했던 거나.. 바깥 생활도 있고 있다가 면회를 한번 오면 정신이 번뜩 나요. 내가 빨리 고쳐서 나가야겠다는 생각이 나서.. 면회가 참 중요한 거 같아요. 가족들이 며칠씩 지낼 수 있으면 좋을 거 같아요(참여자 5).

6) 인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육과 질 향상

인권친화적 치료환경을 구축하기 위해서는 종사자의 서비스 제공방식이나 내용들이 중요한 역할을 할 것이다. 참여자들도 인권중심적 서비스 제공을 위해서는 지속적인 종사자 교육과 질 향상을 위한 지원이 있어야 한다고 인식하였다.

자격조건을 갖춰야 해요. 보수교육도 해야 해요. 하는 과정에서 환자가 다치면 안 되는 부분이 많아요. 그러면 보수교육, 인권교육, 물리적인 부분이 있어야 하는데.. 이런 부분은 아무도 신경을 안 써요(참여자 12).

저희는 조무사가 한 명 있거든요. 전부 다 RN들이거든요. 그런 병원이 없어요. 다 50% 미만이에요. 그럼에도 불구하고 급여로 다시 또 나가면 요양병원은 RN 비율이 많으면 인센티브를 주는데 정신과는 그런 거 없어요(참여자 12).

5. 퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향

1) 자립 생활을 지원하는 지역사회 인프라 확충

참여자들은 입원병원 내 환경도 중요하지만, 계속입원을 줄이고 퇴원 후 지역사회 통합과 자립을 촉진하기 위해서는 지역사회 인프라가 중요하다고 인식하였다. 정신장애 당사자는 퇴원을 원하더라도 퇴원 후의 지역사회 생활을 잘 해나갈 수 있을지 우려하는 마음이 크다고 표현하였다. 예를 들어 정신질환으로 인한 취업의 어려움, 혼자 생활하면서 자기관리를 잘 할 수 있을지에 대한 두려움, 갈 곳이 없어 퇴원하지 못하는 상황들을 말하였다.

(퇴원계획을) 상의한 적은 없는데.. 나가면 무조건 일자리를 구해서 돈 벌고 살고 싶어요. 내가

벌써 55세여서.. 허송세월 할 시간이 없어요. 만약 이리다가는 다 날아갈 판인데.. 나가면 무조건 일하고 돈 버는 그거밖에... 답이 없어요.. 그 동안에 치료한다고 수백 군데를 다 퇴짜 맞고.. 취직이 안 되어서.. 정신병원 다니느라고 돈 번 게 없어요. 치료하고 그래서.. 뭐 할지는 그 다음에 생각해볼 거예요.(참여자 1).

여기서 있는 게 퇴원하면 혼자 있거든요.. 우울증이 더 올 수도 있고 해서 여기 병원에 있어요(참여자 6).

저희 입장에서 봤을 때는.. 오히려 내보냈을 때는 정말로 어디로 갈 수도 없는 상황에 놓여지는... 그런 분들은 따로 생활시설이 연계가 되면 좋겠다는 생각이 들더라고요(참여자 9).

실제로 현재 구축되어 있는 지역사회 정신건강 서비스 제공기관이 정신장애인의 퇴원 후 삶에 긍정적인 역할을 한다고 보았다. 특히 전환시설이나 이용형 정신재활시설의 서비스는 정신장애인 당사자의 만족도 또한 높고 삶의 회복을 위한 지원을 받을 수 있어 긍정적이라고 보았다. 그러나 현재는 해당 시설들이 충분하게 마련되어 있지 않아, 수요 대비 공급이 부족한 실정이라고 느꼈다. 이에 퇴원을 원하거나 충분히 퇴원할 수 있는 정신장애인들이 지역사회에서 안정적으로 정착할 수 있도록 지원하는 지역사회 인프라가 충분히 확보되어야 한다.

전환시설에서 환자분을 모시고 가시는 경우도 있는데.. 거의 생활시설처럼 계시더라고요. 그분들을 인터뷰를 해보면 되게 좋아하시더라고요. 어떤 부분이 다르냐.. 저는 거의 만성병원이라 비슷할 거라 생각했는데.. (중략).. 만족도가 생각보다 높으셨어요. 거기는 아무래도 재활 형태, 생활관 형태로 진행하는.. 굉장히 좋은 시스템이라는 생각이 들었고, 그런 게 많이 생기면.. 병원에서 만성적이신 분들은 그쪽으로 이동하시면 좋겠다는 생각도 들더라고요...(참여자 9)

저희 입장에서 봤을 때는.. 오히려 내보냈을 때는 정말로 어디로 갈 수도 없는 상황에 놓여지는... 그런 분들은 따로 생활시설이 연계가 되면 좋겠다는 생각이 들더라고요(참여자 9).

**정신재활센터를 보면 낮병동처럼 아침부터 점심까지 스케줄에 맞춰서.. 교육하고 취업까지 연계해주는 구조였거든요. (중략) 갔다가 다시 돌아오시기도 하지만.. 약간 고향 같이 생각하시는 거 같았어요. 퇴원 가능성이 있으면 저는 면담할 때 여쭙보거든요. 이런 곳에 연계할 건지.. 어떻게 지낼 거냐, 누구랑 지낼 거냐 여쭙보기는 하는데.. 그런 것들이 더 잘 구축이 되면...(참여자 9)

전환시설처럼 중간단계가 있어야 한다고 생각해요. 우리 입장에서 한명 한명을 단계별로 교육시키고 병식을 할 수 없잖아요. 그 상태에서 바로 센터에서 알아서 해라 집에서 하라고 하는 건

더 위험한 구조여서.. 여기서 급성을 하고 중간단계로 가서.. 단계별로 가서 이분들이 충분히 교육을 받고 충분히 본인이 간다고 하면 지역사회.. 이런 형식으로 가는 게 더 좋을 거 같아요.. 섬세한 단계가 조금 더 생기면 더 낫지 않을까...(참여자 9)

2) 퇴원 후 지역사회 자원 연계 및 의뢰체계 구축

연구에 참여한 다수의 정신장애인 당사자들은 입원기간 동안 지역사회 자원들에 대한 안내를 받거나 연계한 적이 없다고 하였다. 과거에도 지역에서 공공서비스를 이용하기 위해서는 개인적으로 찾아본 경우가 많다고 하였다. 또한 병원 내에서 지역사회 자원 연계가 이루어지는 것을 간접적으로 경험한 적은 있지만 일부 환자들에게만 제공되는 것으로 인식하였다.

그런 건(지역사회 자원 안내) 안 해줘요. (중략).. 그런 거 없었어요. 내가 혼자 했지.. 가족들도 말 안 하고.. 의사도 말 안 하고.. (중략) 직접 알아서 하죠. 내가 직접 찾아다니는 거죠.(참여자 1).

여기 퇴원한 다음에.. (..) 거의 수백군데를 가봤어요. 하나도 죄다 안 되고 다 퇴짜 맞았어요. 취직이 하도 안 되어서.. (..)을 수백군데를 갔는데 죄다 안 되니까.. 방법이 있어야지..(참여자 1)

(지역사회 서비스) 물어보면 해주는데 그냥은 안 해줘요. 아직은 해준 적 없고, 해준대요.. (참여자 3).

(지역사회 자원은) 공공사업을 연계해서 따로 알려주는 거 같아요. 필요한 사람만 연결해주는 거 같아요. 프로그램 시간에 전체 다 하지는 않고.. 복지사 선생님이 연결해서 소개해주는 거 같아요(참여자 4).

종사자들은 정신의료기관에서 병원기반 사례관리 등을 통해 지역사회 자원 연계와 생활을 지원하려는 노력을 하고 있으나 역부족인 면이 있다고 하였다. 인력적인 문제도 있지만 당사자의 동의와 의지, 동기부여가 있어야 자원 연계가 원활하게 이루어진다고 보았다. 병원에서 퇴원 시점에서 자원을 연계를 하더라도 퇴원 후 사후관리가 되지 않거나 실질적인 연계로 이어지지 않는 경우가 많다고 아쉬움을 드러내었다.

PPM사업. 외래 전담 사회복지사가 되어 있어서.. 최근에는 퇴원한다고 하면 병동가서 면담하고 팔로우업 해준다고 하고.. 본인이 팔로우업 받고 싶다고 서약하면, 동의한 것에 한해서는 제

속 연계해서 면담해주고 아니면 센터나 주거시설 가고 싶으시면 연계해드리고..(참여자 10)

설명은 다 해드려요. 그런데 환자분들이 사실은 집에 가면 안 가려고 하는 거라서 필요한 분들은 거의 굉장히 드물어요. 본인이 원하는 경우가 드물어서.. 혼자 가기가 뽀죠했 수가 있으니까.. 저희는 수련 기관이기 때문에 선생님하고 같이 가서 연계해 보시도록.. 그러면 그나마 가시기는 하는데.. 전화해서 가서 누구 선생님 찾아보세요. 이렇게 하기도 하는데.. 한 번 갔다가 안 가시기도 하고..(참여자 10).

3) 성공적인 지역사회 전환을 위한 지역사회 자원과 병원 간 네트워킹

성공적인 지역사회 전환을 위해서 입원기간 중에 지역사회 자원을 접하는 기회도 중요하다고 말하였다. 이를 위해서는 지역사회 자원과 병원 간 네트워킹과 개방적인 관계가 필요하다고 인식하였다. 지역사회 기관 종사자가 병원에 들어와서 자원을 소개하거나 안내하는 경우 당사자들에게 더욱 와 닿는 면이 있다고 느꼈다. 또한 관계를 형성한 후에는 연계가 용이해지는 측면이 있고, 종사자 간의 네트워킹이 유기적 연계에 도움을 준다고 보았다. 더불어 환자가 퇴원할 때 지역사회 정신건강 서비스 기관에 알릴 수 있거나 서비스가 연속적으로 제공될 수 있도록 하는 방안도 고민해봐야 한다고 느끼고 있었다.

센터에서도 잘 해줍니다. 보건센터에서 환자들한테.. **병원에 있을 때는 한 달에 2-3번 오셔서 먹는 것도 사주고.. 참 기분이 좋았습니다. 그때는..(참여자 2)

그런 거(지역사회 자원 소개) 받고 있어요. 단체에서 나와서 소개를 해줘요(참여자 5).

**(전환시설)도 있었고요.. ** 구청인가 어디서도 나오고.. **선생님이 코로나 이전에는 6개월, 3개월마다 한 번씩 오시고.. 그분이 오셔서 설명을 구체적으로 해주셨어요. (중략) 퇴원을 했어도 이용할 수 있는 기관이 있더라고요(참여자 4).

환자분들한테 알 권리 때문에 ***센터나 외부에서 저희 병원 안에서 교육을 해드릴게요. 해서 재원교육을 하도록 하거든요(참여자 10).

자원 간의 네트워킹만 잘 하면 될 거 같고.. 퇴원시키고 전환시설 같은 경우에도 잘 연계를 하고 있기 때문에.. 적절하게 가고 오는 시스템이 있다고 생각하고.. 네트워킹하면서.. 가셨던 분들도 팔로우업 잘 되고 있는지 알아볼 수 있는 거고.. 제일 우선순위가 그게 아닌가 싶거든요(참여자 10).

만약에 저희가 3명 퇴원합니다. 하면.. 그 사람 지역으로 해서 자동으로 가서 그쪽에서 서비스를 받도록 하면 참 좋겠다는 생각을 했어요. 그러면 로스가 안나니까.. (중략) 동의를 받고 하는 과정이 있겠지만.. 적어도 로스가 안 나도록.. 이런 사람들이 퇴원합니다 라는 정도는 지역사회에서.. (참여자 10)

4) 개인과 가족의 책임이 아닌 국가 차원의 제도 마련

일부 참여자들은 우리나라에서는 아직 정신장애인의 치료와 회복, 자립이 개인과 가족의 책임으로 느껴진다고 인식하였다. 그렇기 때문에 퇴원하여 지역사회에서 살아가고 싶은 욕구가 있는 경우에도 경제적 어려움, 불안정한 주거지, 가족과의 관계, 취업의 어려움 등으로 퇴원을 결정하지 못하고 계속 입원하는 상황이 발생한다고 하였다. 가족들도 정신질환이 만성화될수록 지원할 수 있는 역력이 감소하고 결국 병원생활을 선택하게 되는 경우도 있다고 우려하였다. 이에 정신장애인이 지역사회에서 기초적인 생활과 자립을 할 수 있는 국가 차원의 제도가 마련될 필요가 있다.

그나마 써주는 데도 없는데 어떻게 식구들하고 얘기해볼 수가 없고.. 퇴원하더라도 제가 혼자 밥을 해먹을 수가 없어요. 가스불이 위험하다고 해서 그래서 식구들이 저를 봐야 되기 때문에.. (중략) 누구랑 같이 지내야 할지.. 제가 식구들에게 민폐가 될까봐 쉽게 퇴원 얘기를 못 꺼내고 있어요. (중략) 그래서 제가 나가면 짐이 될 게 뻔한데.. 그래서.. 눈치만 보고 있어요(참여자 4).

제가 혼자서 나가서 어떻게 살 수 없을 것 같아서.. 그냥.. (참여자 5)

취업은 힘들 것 같아요. 수급비를 받고 있으니까.. 취업이 안 된다고.. 수급을 취소하든지 아니면 장애연금을 안 받든지 해야해서.. 취직이 참 힘들었어요(참여자 5).

경제적인 게 어렵고.. 일상적으로 다른 사람처럼 똑같이 직장도 다니고 싶고 그런 데 그게 불가능하니까 그게 좀 힘들었어요(참여자 5).

생각보다 저희 환자들이 보호환자 분들도 많고... 생활여건이 열악하신 분들도 많아서.. 환자 인권이라 함은 다 유기적이어야 하는데.. 보호자들이 많이 힘들어하시는 분들이 많아요. 환자분들을 감당하기엔.. 만성화가 되다 보니까.. 케어를 잘 하시다가도 힘들어 하시는 부분도 있고.. 그런 걸 보면 안타깝기도 한데...(참여자 7)

정신병원에서 생활한다는 게 되게 힘들어요. 괴롭고.. 27년째 병도 낫지도 않고...(중략).. 나가서 빨리 일하고 돈 벌고 살아야 돼요.. 언제까지 여기서 이려고 살아요..(참여자 1)

5) 정책과 현장 간 간극을 좁히기 위한 단계적 정책 추진

일부 종사자들은 국제적 정신건강 정책 관점에 동의하면서도, 정책 추진이 단계적으로 이루어지기를 바랐다. 국내 상황에서 급진적인 정책이 추진될 경우, 형식적인 구조만 갖춰지고 실질적 실행이 되지 않을 가능성을 언급하였다. 또한 정책을 추진함에 있어 현장의 종사자와 당사와의 충분한 의견교환과 수렴이 중요하다고 인식하였다. 국제적 관점에 부합하는 서비스를 안정적으로 정착시키기 위해서는 인력, 예산, 지역사회 인프라, 환경 구조 등 다양한 측면의 요소들이 함께 만들어져야 한다고 말하였다.

가끔은 정책이 급진적이라는 생각이 들어요. 뭔가 체계가 갖춰진 다음에 해야 하는데 좋더라도 하면 구조가 갖춰지지 않은 상태에서 막 내보내니까 방임 형태가 아닐까 하는 생각이 들기도 해서.. 그런 걸 단계별로 전문가 얘기도 듣고 천천히 진행되는 게 좋지 않을까 해요(참여자 9).

외국에서 좋은 거만 보면.. 그거를 목표로.. 밑으로 하달되는 게 거기에 맞추라는 거죠. 그러면 또 바뀌어야 하는데 바꿀 수가 없어요. 왜냐하면 근원적으로 밑에서부터 해오지 않은 상황을.. 맞추라는 식으로 하면.. 구조적으로는 맞출 수는 있지만.. 들어가는 인력이라든지.. 세밀하게 정책 자체가 밑에서부터 올라가야 하는데.. 이게 안되니까..(참여자 7)

가끔 현실성이 맞지 않게 진행되는 부분이 있어서.. 현장의 다양한 분들과의 의견수렴을 하셔서 단계별로.. 꼭 급진적이 아니라.. 천천히 성공적으로 진행되는 게 좋을 거 같아요(참여자 9).

제3절 소결

정신장애인의 인권친화적 치료환경 구축에 관한 이해관계자들의 경험과 인식을 이해하고자 실시한 질적 조사에는 정신장애인 당사자 6인과 정신의료기관 종사자 6인이 참여하였다. 인터뷰 질문은 당사자 집단의 경우, 입원과정과 입원 후 치료 과정에서 인권 관련 경험과 인식을 묻는 내용으로 구성되었다. 주제별로 살펴보면 '① 입원관련 일반사항, ② 사생활보장 및 적정생활수준 유지, ③ 신체 및 정신건강, ④ 자기결정, ⑤ 학대 및 폭력, ⑥ 대안적 서비스, ⑦ 퇴원 및 지역사회 통합에 대한 인식'에 관한 의견수렴을 하였다. 종사자 집단의 경우, 우리나라 입원병원 치료환경에 대한 인식을 묻는 내용으로 구성되었다. 주제별로 살펴보면, '① 국제기준 및 충족도에 대한 인식, ② 우리나라 현황, 문제점, 문제의 원인에 대한 인식, ③ 개선방향에 대한 인식 및 경험'에 관한 의견수렴을 하였다. 초점집단인터뷰 분석결과, 5개 범주에 하위 주제는 총 25개가 도출되었다. 본 절에서는 주요 연구결과를 정리하고, 이를 토대로 정책제언을 위한 함의를 제시한다.

1. 주요 연구결과

초점집단인터뷰를 통한 전문가 의견수렴 분석 결과는 총 5개의 범주로 나누었다. 첫째, 국제적 기준에 대한 인식, 둘째, 국내 입원병원 치료환경에 대한 인식, 셋째, 인권친화적 치료환경을 저해하는 요인, 넷째, 인권친화적 치료환경을 위한 개선방향, 다섯째, 퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향이다. 범주별 도출된 하위 주제들과 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 국제적 기준에 대한 인식은 '당사자 인권 중심의 정책 방향에 대한 동의', '현장과 종사자의 이해 및 교육의 부족', '국제적 기준에 관한 현장의 관심과 인식 확산 노력'이라는 하위 주제가 도출되었다. 참여자들은 인권 중심, 회복지향의 가치와 궁극적인 정책 전환의 방향성에 동의하였다. 그러나 당사자뿐만 아니라 종사자들도 국제적 기준에서 권고하는 정신건강 서비스 등에 대해 구체적으로 알지 못하여, 인권친화적 치료환경 조성을 위한 노력이 실질적으로 이루어지기 어려웠다. 이에 그간 국내 정신의료기관, 특히 입원 병동에서는 당사자의 인권이 중심이 되

는 서비스가 시도된 경험이 거의 없었다고 볼 수 있다. 따라서 국제적 기준에 부합하는 치료환경을 구축하기 위해서는 현장의 관심과 당사자, 종사자, 대중의 인식 제고를 위한 노력이 지속적으로 필요하다.

둘째, 국내 입원병원 치료환경에 대한 인식은 ‘과거에 비해 개선된 물리적 환경, 자유 제한의 축소’, ‘여전히 유지되는 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차’, ‘치료와 안전을 위한 규제 지속’, ‘당사자와 종사자 간 존중적 태도 향상’, ‘대안적 서비스 및 자기결정권 지원 제도의 경험 부재’, ‘정신의료기관과 정신질환에 대한 편견’이라는 하위 주제가 도출되었다. 참여자들은 과거 입원병원의 열악한 물리적 환경과 치료 과정에서 심각했던 인권침해적 요소가 개선되었다고 인식했으나, 여전히 치료의 목적과 안전을 이유로 당사자의 자기결정권을 침해하는 관행적 절차나 강제적인 조치가 남아있다고 하였다. 입원과정에서의 강제적 절차를 가장 두드러진 인권침해적 요인으로 인식하였으며, 면회, 외박, 전화 등 외부와의 소통이나 접촉이 제한적이고, 낮시간 동안 당사자의 선호에 기반한 개인별 활동이 제한적이며, 갈등 상황 등에 시행되는 격리와 약물 복용 거부의 어려움 등이 있었다. 이러한 강제적이고 자기결정권을 침해하는 절차가 없어져야 하지만, 참여자들은 이를 대체할만한 대안적 서비스나 자기결정권 지원제도의 경험이 거의 부재하였다. 한편, 본 연구에 참여한 당사자들은 대체로 입원병원 내 종사자의 태도나 상호작용 방식이 존중적이라고 여겼다. 오히려 언론이나 미디어 등으로 인해 정신의료기관, 특히 입원병동과 정신질환에 대해 편견을 가지는 것을 우려하기도 하였다.

셋째, 인권친화적 치료환경을 저해하는 요인으로는 ‘입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보의 어려움’, ‘집단적 서비스가 아닌 개별화된 서비스 제공의 한계’, ‘보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별적 구조’, ‘맞춤형 서비스 제공과 안전한 치료환경을 위한 적정 인력 부족’, ‘필요인력에 대한 법적 규정, 종사자 질 관리의 부재’가 하위 주제로 도출되었다. 연구에 참여한 당사자들이 가장 크게 지적한 요인은 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보가 어려운 것이었다. 강제적 입원을 경험한 당사자들은 입원과정에서 가족과의 관계 악화, 이후 관계 단절을 경험하기도 하였고, 입원 당시에는 입원 이유나 이후 치료 과정 등에 대해 제대로 된 설명을 듣거나 스스로 인지하기 어려웠다고 하였다. 더욱이 퇴원을 결정하는데 자신보다도 가족 혹은 치료진의 의견이 중요하다고 여기거나, 실제로 자신의 의사와 달리 계속 입원을 하게 되는 경우도 있었다. 참여자들은 현재 진행되는 병동 프로그

램에도 대체로 만족하였으나, 퇴원 후 생활이나 회복을 위한 개별화된 서비스를 경험한 경우는 매우 드물었다. 뿐만 아니라 개별화된 서비스를 요청할 생각이나 시도를 해본 경우도 적었다. 종사자 또한 인력적인 측면에서도 개인의 선호나 특성을 고려한 개별적 지원은 이루어지기 어렵다고 하였다. 맞춤형 개인별 서비스나 안전한 치료환경을 조성하기 위한 적정 인력이 부족하며, 필요인력에 대한 법정 기준을 재검토하고 서비스 질 향상을 위한 자격 관리 및 보수교육이 요구된다고 보았다. 특히, 종사자들은 정신의료수가의 보험환자와 급여환자 간 차이를 문제점으로 지적하며, 실제 입원병원에서 서비스 제공에 차이를 두지 않기 위해 노력하더라도, 구조적으로 차별을 유발하는 수가체계를 개선해야 한다고 하였다.

넷째, 인권친화적 치료환경을 위한 개선방향으로는 ‘병원의 소규모화, 병실 정원 축소 추진’, ‘입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장을 위한 노력’, ‘개인별 욕구에 부합하는 서비스 체계 구축’, ‘적정 수가 및 보험환자와 급여환자 간 수가 차이 조정’, ‘대안적 서비스 도입의 확대’, ‘인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육과 질 향상’이라는 하위 주제가 도출되었다. 참여자들은 국제적 흐름에 맞춰 병원의 소규모화와 병실 정원 축소가 점진적으로 이루어져야 한다고 보았다. 당사자 인권 존중을 위해서는 입·퇴원 과정에서의 자기결정권이 우선되도록 제도적 장치가 마련되어야 한다고 보았다. 국외에서 시도되는 좋은 사례들을 발굴하고 우리나라에도 시범적으로 적용해보고 도입하는 노력이 필요하다. 당사자에게 필요한 서비스가 충분히 제공될 수 있도록 적정수가를 재검토하고, 보험환자와 급여환자 간 수가 차이를 조정해야 한다고 하였다. 마지막으로 당사자의 특성이나 선호에 따른 개인별 서비스를 제공하기 위해서 인력 확보, 서비스 제공방식의 변화, 인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육 등이 필요하다고 보았다.

다섯째, 퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향으로는 ‘자립 생활을 지원하는 지역사회 인프라 확충’, ‘퇴원 후 지역사회 자원 연계 및 의뢰체계 구축’, ‘성공적인 지역사회 전환을 위한 지역사회 자원과 병원 간 네트워크’, ‘개인과 가족의 책임이 아닌 국가 차원의 제도 마련’, ‘정책과 현장 간 간극을 좁히기 위한 단계적 정책 추진’이라는 하위 주제가 도출되었다. 참여자들은 무엇보다도 퇴원을 촉진하기 위해서는 지역사회 인프라가 구축되어야 한다고 인식하였다. 퇴원이 가능한 경우에도 퇴원 후 주거공간이 없거나 일상생활 및 취업 등에 장벽이 예상되어 계속 입원하는 경우가 있으므로, 자립생활을 지원하는 자원이 지역사회에 확보

되어야 한다. 이를 통해 정신장애인의 회복과 사회통합이 개인과 가족에게 떠맡겨지는 것이 아니라, 국가 차원의 지원체계 안에서 이루어질 수 있도록 해야한다고 보았다. 또한 병원과 지역사회 기관 간의 유기적 연계와 협력이 당사자의 실질적 자원 활용에 중요한 역할을 한다고 하였다.

2. 정책제언을 위한 함의

1) 입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장

본 조사에서는 여전히 입·퇴원 과정에서 정신장애인 당사자의 자기결정권 확보가 어려운 점이 문제로 지적되었다. 국내에서는 정신건강복지법 개정으로 비자의적 입원 방지와 퇴원 촉진을 위한 제도가 보완되었고, 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회가 그 기능을 하고 있다. 또한 절차보조사업의 운영 등으로 비자의입원 환자의 권익지원을 위한 제도를 확대해나가고 있다. 그러나 여전히 입·퇴원 과정에서 당사자의 선호와 의사가 우선되기 보다는 당사자의 치료나 안전, 사회적 치안에 주안점을 두고 가족이나 전문가 관점에서 결정되는 상황들이 발생한다고 인식되고 있었다. 특히 보호입원과 응급입원과 같이 당사자가 퇴원의사가 있을 때 지체없이 퇴원할 수 없고, 입원연장심사를 통해 계속입원을 하게 되는 경우 당사자의 권익이 적절하게 보호되고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 입원치료를 지속하더라도, 입원생활 동안 당사자에게 권리와 권리행사 방법을 알리는 과정을 활발하게 수행해야 하며, 절차보조사업 등을 확대하여 보다 많은 사람들이 입원생활 권익지원, 당사자 의향을 반영한 각종 절차지원, 퇴원 후 계획 수립과 같은 과정을 거칠 수 있도록 해야 한다. 또한 퇴원을 결정할 때 입원 필요성이나 자·타해 위험성이 없음에도 불구하고 퇴원 후 독립생활, 사회활동 등에 대한 우려로 의사에 반하는 결정을 하게 되는 경우가 있어, 병원 내의 인권친화적 환경뿐만 아니라 실질적 자기결정권 실현을 위해 지역사회의 변화도 함께 이끌어내야 한다.

2) 인권친화적 정신의료 서비스체계 구축을 위한 정책적 노력

연구 참여자들은 국내 입원병원의 치료환경, 특히 물리적 환경, 입원생활 중 자유를 제한하는 규제, 종사자의 존중적 태도 등이 개선되었다고 인식하는 것으로

나타났지만, 현재 우리나라의 치료환경은 국제적 기준과 비교했을 때 개선되어야 과제들이 많이 남아있다. 당사자의 치료와 안전이라는 명목이 있더라도 개인의 자유와 선택을 침해하는 절차들은 점진적으로 없어지거나 대체되어야 한다. 더욱이 국내에서도 여타 정신건강 관련 기관과 서비스에 비해 정신의료 서비스체계에서 당사자의 인권을 존중하는 서비스를 시도한 경험은 매우 적다. 그렇기 때문에 당사자와 종사자 모두 인권존중 가치를 중요하게 여기면서도 실질적으로 입원과정, 입원생활, 퇴원 후 계획 수립 등에 있어 인권중심 서비스를 적극적으로 실현하지 못한 것으로 평가되고 있다. 따라서 인권친화적 치료환경 구축을 위한 국가 차원의 정책적 기반이 조성되어야 한다. 국제적 인권 기준에 근거하여 정신의료 서비스체계가 인권중심으로 서비스 전환을 꾀하기 위해서 필요한 가이드라인과 절차가 체계적으로 제시될 필요가 있다. 정신건강 정책 전반에 있어 치료와 재활을 넘어 삶의 회복과 인권중심의 접근이 요구되고 있는 바, 정신의료 서비스체계 또한 지역사회 기반 치료 및 회복이 근간이 되도록 정책적 노력이 지속되어야 한다.

3) 인권침해적 절차를 대체하는 인권중심적 대안적 서비스의 도입

우리나라의 치료환경에서 인권침해적 절차가 남아있는 이유 중 하나로 인권중심적 대안적 서비스에 대한 경험과 시도가 부족함이 지적되었다. 대안적 접근에 대한 경험이 부족하기 때문에 관행적 절차를 그대로 유지하게 되는 면이 있다고 보았으며, 대안이 없이 급진적인 정책을 추진했을 때는 당사자, 종사자, 가족 등이 위험 부담을 떠안게 되는 결과가 나타날 것을 우려하기도 하였다. 이에 국내에서도 정신의료 서비스체계에서 비강압치료가 확대되고, 당사자의 권익을 보장하는 서비스가 점차 시도되고 성공 경험을 늘릴 필요가 있다. 국제적으로 치료 과정이나 위기상황에서 좋은 사례로 평가받는 서비스(오픈다이얼로그, 함께하는 의사결정 등)를 국내에서도 도입하려는 노력이 필요하다. 더불어 일부에서 시행되고 있는 절차보조사업, 동료지원 서비스, 퇴원 후 사례관리와 같이 당사자의 권익과 안정된 지역사회 생활을 지원하는 서비스들이 확대되어야 한다.

4) 자립을 위한 지역사회 인프라 확충 및 병원-지역사회 간 연계체계 마련

인권친화적 치료환경 구축을 위해서는 병원 내에서의 변화뿐 아니라 지역사회

의 변화가 함께 이루어져야 할 것이 강조되었다. 무엇보다 당사자의 퇴원 후 자립과 지역사회 정착을 위한 지역사회 인프라가 확충되어야 한다. 정신건강복지센터와 정신재활시설 등의 기관의 지역별 균형적 설치와 양적 확대도 필요하며, 주거, 고용, 교육, 여가 등 정신장애인을 위한 복지서비스가 마련되어야 한다. 특히 퇴원을 촉진하기 위해서는 입원기간 동안 병원과 지역사회 자원 간의 연계를 통해 당사자들이 지역사회 서비스를 인지하고 직·간접적으로 경험하면서, 연계체계를 견고하게 할 필요가 있다고 보았다. 현재도 퇴원 시 당사자 동의 하에 퇴원통지 서비스 및 지역사회 자원 안내 등을 실시하고 있으나, 인프라 부족과 자원 간 네트워크의 한계로 실제로 퇴원 후 지역사회 자원을 꾸준히 활용하는 경우는 제한적이었다. 이에 우선적으로 정신장애인의 성공적인 사회통합을 위한 인프라 확충이 추진되어야 하며, 다음으로 입원 시점부터 기관 간 긴밀한 연계를 통한 퇴원계획 수립 및 전환지원이 가능하도록 하는 절차를 만드는 것을 고려해봐야 한다.

5) 회복지향 서비스 제공을 위한 적정 인력 확보

연구 참여자들은 현행 정신의료기관, 특히 입원병동의 인력 규모와 구성이 당사자의 회복지향 서비스를 제공하기에 적절한지 검토가 필요하다고 보았다. 정신건강의학과 전문의, 간호사, 정신건강 전문요원(간호사, 사회복지사, 임상심리사), 보안 전담인력 등이 입원병원에서 근무하고 있으나, 법정 기준이 없는 경우에는 개별 기관의 필요나 인식에 따라 인력이 구성된다고 하였다. 정신건강복지법 시행규칙 별표 4에 따르면, 정신의학과 전문의는 입원환자 60명당 1명, 간호사는 13명당 1명, 정신건강 전문요원은 100명당 1명, 보안 전담인력은 100개 이상의 병상을 갖춘 경우 1명 이상 두도록 규정하고 있다. 이러한 기준이 병동 내에서 개별 욕구에 부합하는 질 높은 서비스를 제공하기에 적절한지 검토가 필요하다.

6) 인권친화적 치료환경 조성을 위한 종사자 교육 실시

뿐만 아니라 입원병동 내 인권중심 서비스가 자리잡기 위해서는 종사자 이해를 높이는 교육이 필수적이라고 보았다. 현재도 정신건강복지법 제70조에 근거하여 매년 정신건강증진시설 종사자는 인권교육을 받도록 하고 있다. 동법 시행규칙 제50조에 따른 교육 내용은 '① 환자의 인권 및 권익 보호에 관한 사항, ② 정신건

강 및 정신질환 관련 법령 및 제도에 관한 사항, ③ 정신건강증진 및 정신질환자 보호에 관한 국제 동향에 관한 사항, ④ 정신건강증진시설에서의 인권침해 사례에 관한 사항'이다. 그럼에도 연구 참여자들이 국제적 기준이나 가이드라인에 대한 인식이 낮게 조사된 것은 인권교육이 의례적으로 실시되어, 실제로 종사자의 역할이나 서비스 내용을 변화시키지는 못했다는 것을 시사한다. 이에 직무와 직역과 현장성에 부합하는 인권교육이 시행되는 방안에 대해 고민할 필요가 있다.

7) 서비스 공백을 유발하는 정신의료수가 체계의 재정비

마지막으로, 본 조사에서 연구 참여자들은 보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별과 당사자의 회복을 위해 필요한 다양한 서비스에 대한 수가 미반영 문제를 지적하였다. 다른 진료과에 비해 정신건강의학과와 의 경우 급여환자에게 지급되는 수가가 보험환자에 비해 턱없이 부족한 수준이라고 보았다. 이는 급여환자가 회복에 필요한 서비스를 공평하게 제공받는 데 제약이 되기 때문에, 구조적으로 서비스 차별을 유발한다고 평가되고 있다. 더불어 국제적 흐름에 따라 입원병동에서도 정신질환자의 치료뿐 아니라 회복과 지역사회 전환을 위한 서비스가 강조되고 있다. 그렇기에 당사자의 증증도나 특성, 욕구에 따라 필요한 서비스의 유형이 다양해지고 있으나, 수가체계가 이를 반영하지 못하고 있어 서비스의 공백이 생기는 경우도 있다고 보았다. 따라서 정신의료 수가체계가 당사자의 욕구에 부합하는 회복지향 서비스를 확대하는데 적정하게 구성되어 있는지에 대한 검토가 요구된다.

제6장

우리나라 입원 치료환경 현황 및
문제점 : 설문조사

제6장 우리나라 입원 치료환경 현황 및 문제점 : 설문조사

제1절 연구방법

1. 분석 자료 개요

정신장애인 당사자와 종사자의 의견 및 욕구 파악을 위해 양적 자료를 수집 및 분석하였다. 설문조사를 통해 당사자, 종사자가 처한 사회환경적 요인을 파악하고자 했다. 당사자의 각각의 시각에서 ① 입원 상황의 유형화, ② 입원 시설의 환경, ③ 동의 기반의 치료 환경, ④ 퇴원 지원, ⑤ 자기결정권 행사를 위한 지원 등을 중심으로 인권실태를 파악하고자 하였다. 협조에 동의한 정신의료기관 총 17개소를 대상으로 설문을 실시하였다. 종사자 설문은 정신의료기관 17개소 모두를 대상으로 하고, 당사자 설문은 코로나 상황으로 인해 총 16개소만을 대상으로 하였다. 조사는 연구진이 구성한 설문에 기반하여 구성된 온라인 설문조사를 통해 진행되었다.

당사자 설문은 연구진이 각 병원에 직접 방문하여 일대일 면접 방식으로 진행하였다. 참여 당사자 표집 시 입원 유형(자의, 동의, 비자의입원)이 유사한 비율로 분포할 수 있도록 층화표집을 실시하였고, 표집 이후 설문조사에 동의한 당사자만 설문에 참여할 수 있도록 하였다. 종사자 설문은 방문한 정신의료기관에서 직원 목록을 전달받은 후, 의사, 간호사, 사회복지사, 보호사, 간호조무사 등 직종 간 비율이 유사하게 분포할 수 있도록 층화표집을 실시하였다. 종사자 설문조사 또한 당사자 설문조사와 마찬가지로 설문에 동의한 사람만 응답할 수 있도록 하였다. 설문조사 기간은 2022년 10월 6일부터 2022년 11월 4일까지이다.

2. 조사 기관 기본 현황

조사 기관 기본 현황은 운영 주체, 설립년도, 의료기관 유형, 2022년 9월 30일 기준(폐쇄 병동, 개방병동, 격리실, 총 병상수), 2023년 1월 1일 기준 예상 병상수(폐쇄 병동, 개방병동, 격리실, 총 병상수), 인력 유형별 수(정신과 전문의, 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 간호조무사, 보호사, 총 인력 수)를 조사하였다.

1) 운영 주체

조사 대상인 정신의료기관의 운영 주체는 법인 및 재단인 경우가 12개소 (71.0%)로 가장 많았고, 다음으로 개인 운영 4개소(24.0), 시군구 운영 1개소 (5.0%) 순이었다.

〈표 6-1〉 운영주체 : 기본현황

운영주체	시군구	법인 및 재단	개인	총계
응답수	1	12	4	17
비율	5.0	71.0	24.0	100.0

조사 대상이 된 정신의료기관 총 17개소 모두 병원급 의료기관에 해당하였다.

〈표 6-2〉 의료기관 유형 : 기본현황

운영주체	종합병원	병원	요양병원	의원	기타	총계
응답수	0	17	0	0	0	17
비율	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0

2) 설립연도

설립연도의 경우 1990년-1999년에 설립된 정신의료기관이 9개소(53.0%)로 가장 많았고, 2000년-2009년(3개소, 18.0%)와 2010년-2019년(3개소, 18.0%) 이 다음으로 많았으며, 1990년 이전에 개소한 정신의료기관이 2개소(11.0%)로 가장 적었다.

〈표 6-3〉 의료기관 유형 : 기본현황

설립연도	1990년 이전	1990년~1999년	2000년-2009년	2010년-2019년	2020년 이후	총계
응답수	2	9	3	3	0	17
비율	11.0	53.0	18.0	18.0	0.0	100.0

3) 병상 수 변화

다음 표는 병상 수에 대한 정보이다. 2022년 기준 폐쇄 병동 병상 수가 가장 적은 곳은 19개, 가장 많은 곳은 740개였고, 평균 270.6개였다. 개방 병동 병상 수가 가장 적은 곳은 0개, 가장 많은 곳은 176개였고 평균 62.6개였다. 격리실수는 가장 적은 곳이 5개 가장 많은 곳이 28개로 평균 9.5개였다. 총 병상 수는 최소 188개에서 최대 902개에 달하였으며, 평균적으로 333.9개의 병상 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

2023년 기준 폐쇄 병동 병상 수가 가장 적은 곳은 26개, 가장 많은 곳은 740개였고, 평균 247.9개였다. 개방 병동 병상 수가 가장 적은 곳은 0개, 가장 많은 곳은 162개였고 평균 57.1개였다. 격리실수는 가장 적은 곳이 5개 가장 많은 곳이 28개로 평균 9.6개였다. 총 병상 수는 최소 159개에서 최대 902개에 달하였으며, 평균적으로 302.3개의 병상 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다. 2022년과 2023년의 평균 병상 수를 비교하였을 때, 총 병동수와 폐쇄 및 개방병동 모두 감소하는 추세이나 격리실의 평균수는 소폭 증가하였다.

〈표 6-4〉 병상 수 변화 : 기본현황

		최소값	최대값	평균
폐쇄병동	2022	19	740	270.6
	2023	26	740	247.9
개방병동	2022	0	176	62.3
	2023	0	162	57.1
격리실	2022	5	28	9.5
	2023	5	28	9.6
총 병상수	2022	188	902	333.9
	2023	159	902	302.3

4) 직군 별 인력 수

다음 표는 직군 별 인력 수에 대한 정보이다. 정신과 전문의는 최소 2명, 최대 11명, 평균 5.2명이 근무하고 있었으며, 일반 의사의 경우 최소 0명, 최대 6명, 평균 0.9명이 종사하였다. 간호사는 최소 7명, 최대 63명, 평균 20.1명 종사하였고, 사회복지사는 최소 2명, 최대 10명, 평균 4.1명이 근무하는 것으로 나타났다. 임상심리사는 최소 0명 최대 4명, 평균 1.3명으로 나타났으며, 보호사는 최소 1명, 최대 29명, 평균 10.1명이 근무하고 있었다. 전체적으로 최소 21명, 최대 129명의 인력이 근무하고 있으며, 평균적으로는 54.8명의 직원이 종사하고 있는 것으로 나타났다. 직군별로는 간호사가 20.1명으로 가장 많고, 간호조무사가 12.5명, 보호사가 10.1명 순으로 높았다. 의사(0.9명), 임상심리사(1.3명), 사회복지사(3.1명)의 수가 상대적으로 가장 낮았다. 전체적으로 인력의 분포를 살펴보면 간호사, 보호사 위주로 근무하고 있으며 사회복지사 및 임상심리사의 비중은 상대적으로 작아 치료적 관점이 견지되고 있는 것을 살펴볼 수 있다.

〈표 6-5〉 직군 별 인력 수 : 기본현황

	최소값	최대값	평균
정신과 전문의	2	11	5.2
의사	0	6	0.9
간호사	7	63	20.1
사회복지사	2	10	4.1
임상심리사	0	4	1.3
간호조무사	5	37	12.5
보호사	1	29	10.1
총 인력	21	129	54.8

5) 인력 1인당 평균 병상 수

병상 수 대비 인력 수를 살펴본 결과는 다음과 같다. 분석 결과, 정신건강의학과 전문의 1인당 평균 약 67개, 의사 1인당 약 206개, 간호사 1인당 약 19개, 사회복지사 1인당 약 92개, 임상심리사 1인당 214개, 간호조무사 1인당 약 32개, 보호사 1인당 약 66개의 병상을 담당하고 있는 것으로 나타났다. 조사 대상이 된 정신의료기관의 병상 가동률이 100%가 아닌 점을 고려하면 대체로 정신건강복지법 시행규칙 별표4⁶⁶⁾에 근거한 정신과 전문의, 간호사의 수 기준을 충족하고 있는 것으로 보인다.

〈표 6-6〉 인력 1인당 평균 병상 수 : 기본현황

	정신과 전문의	의사	간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사	보호사	총인력
인력 1인당 평균 병상 수	66.9	206.3	18.7	92.3	214.1	32.2	65.5	6.6

3. 조사 내용

1) 당사자 설문조사 내용

당사자용 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 국제인권기준 관련 인식, 적정수준의 생활 유지, 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리, 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리, 삶의 만족도에 대한 내용을 조사 문항을 구성하였다. 특히 일반적 특성 문항에서는 최근 5년 이내 입원 유형 및 경험을 파악하는데 주력하였다.

66) 정신건강복지법 시행규칙 [별표4]에서는 입원환자 60명당 정신건강의학과 전문의 1명, 간호사는 입원환자 13명당 1명, 정신건강전문요원은 100명당 1명, 보안전담인력은 100개이상의 병상을 갖춘 경우에 1명 이상 두도록 하고 있다.

〈표 6-7〉 설문조사 내용 : 당사자

구분	문항
응답자의 일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 주민등록 주소지, 입원병원 주소지 • 성별 • 출생/조사시기 • 결혼상태 • 최종학력 • 국민기초생활보장수급상태 및 유형 • 장애등록상태/주된 장애유형, 등급, 등록연도/중복장애 유무, 유형 • 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유 • 의료보장 유형, 의료비 주부담자 • 최초 발병일 • 주된 진단명 • 최초치료시기/총 입원경험/최근입원시기/최근입원결정주체/ 지난 5년간 해당하는 입원 유형 • 동의 입원: 자발적 입원 의사 여부, 보호의무자가 동의입원을 선택한 이유, 퇴원 신청 후 다른 입원 유형으로 변경, 퇴원 신청 거부 후 변경된 입원 유형, 퇴원 심사 서면 통지 여부, 퇴원심사 신청 여부, 퇴원심사 청구 당시 경험한 어려움, 퇴원 신청 거부 시 자타해 행동 여부 • 보호/행정입원: 2주 이상 입원 유지 여부, 입원적합성심사제도 관련 권리고지여부, 입원 적합성심사위원회 대면조사 경험, 대면심사를 받지 않은 이유, 정신건강심사위원회 퇴원 심사 요청 관련 권리고지 여부, 정신건강심사위원회 퇴원심사 요청 경험, 정신건강심사위원회 퇴원심사 경험, 퇴원심사 대면 여부, 퇴원 심사 시 의견 개진 여부, 퇴원 신청 거부 시 자타해 행동 여부, 퇴원심사를 요청하지 않은 이유 • 응급입원: 입원 72시간 내 전문의 진단 여부, 입원 유형 변경 경험, 변경된 입원 유형 • 비자의 입원 시 다른 대안책 안내 여부 • 현재 입원 중인 병실의 병상 수 • 질환 유형 및 정도를 고려하여 병실 배정을 하는지 여부 • 퇴원 결정 주체가 자신인지 여부, 퇴원 후 희망하는 생활, 퇴원을 결정할 수 없는 이유 • 퇴원하려고 할 때 가장 걱정 되는 것
국제인권 기준 관련 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 입원한 병원의 지원서비스 • 입원한 병원에서의 자기결정권 존중경험
적정수준의 생활 유지	<ul style="list-style-type: none"> • 적정수준의 생활 유지 관련 서비스 경험 • 병원 생활 만족도, 입원에 대한 필요성, 병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 침해하는지에 대한 의견 • 낮 시간 동안 하는 일, 작업치료 여부, 작업치료 장소, 작업치료 참여 주당 평균 시간, 작업 치료 시급 • 개인사물함 보유 여부, 개인사물함 관리 주체 • 화장실 이용 및 목욕 시 지원 필요 여부, 필요 시 즉시 지원 여부, 지원 주체
정신 및 신체적 건강을 누릴 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 관련 서비스 경험 • 보조기구 필요 여부, 필요한 보조기구 사용 여부 • 복용약물 여부, 약물 복용이유 인지여부, 약물 복용거부 가능여부

구분	문항
법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 관련 서비스 경험 • 신분증 관리 주체, 신분증 관리에 대한 위임장 작성 경험 여부 • 금전 관리 주체, 금전 관리에 대한 위임장 작성 경험 여부, 금전 사용 내역 설명 여부 • 의사소통 시 보조도구 지원 필요 여부, 대체 의사소통 수단 사용 여부
고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유	<ul style="list-style-type: none"> • 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 관련 서비스 경험 • 인권 교육 여부, 인권 침해 상황 발생 시 대처 방안 인지 여부 • 성인지 교육/성폭력예방교육 여부, 성 관련 문제 상황 발생 시 대처 방안 인지 여부 • 입원 과정 혹은 입원 중에 인권침해 경험 여부, 구체적인 인격 침해 상황 • 입원 과정 혹은 입원 중에 느낀 기분 • 자율성
지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 관련 서비스 경험 • 시설 밖 활동 및 프로그램 참여 여부, 참여한 활동 및 프로그램 유형, 참여경험이 없는 이유
삶의 만족도	<ul style="list-style-type: none"> • 신체, 정신, 주거, 가족, 직업, 소득, 사회적 친분관계, 여가생활 • 전반적 만족도

2) 종사자 설문조사 내용

종사자용 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 국제인권기준 관련 인식, 적정수준의 생활 유지, 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리, 지역사회통합 되어 독립적으로 살아갈 권리, 삶의 만족도에 대한 내용을 조사 문항을 구성하였다. 당사자용 설문과 구성내용은 비슷하지만 서비스를 제공한 경험을 파악하는데 중점을 두었다. 또한 기타 서비스 관련 경험 문항을 통해 격리강박 모니터링 시스템 존재 여부, 격리강박 대체요법에 대한 수가 확보 여부, 퇴원계획 상담 서비스 제공 여부 등 국제인권기준에서 지향하는 인권기반 치료가 실천되고 있는지 체계를 파악하고자 하였다.

〈표 6-8〉 설문 조사 내용 : 종사자

대분류	문항
응답자의 일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 근무 주소지 • 성별 • 출생시기, 조사시기 • 총근무경력, 현재기관 근무경력 • 근무기관 • 직책 • 최종학력
국제인권 기준 관련 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 입원한 병원의 지원서비스 • 입원한 병원에서의 기본적 인권
적정수준의 생활 유지	<ul style="list-style-type: none"> • 적정수준의 생활 유지 관련 서비스 제공 경험 • 환자의 개인사물함 보유 여부, 개인사물함 관리 주체 • 화장실 이용 및 목욕시 지원 필요 환자 여부, 필요시 즉시 지원 여부, 지원 주체
정신 및 신체적 건강을 누릴 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 관련 서비스 제공 경험 • 보조기구 필요 환자 존재 여부, 필요한 보조기구 지원 여부 • 약물 관리 주체, 진료기록부 및 투약대장 여부, 진료 및 투약 사항 기록 및 관리 여부
법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 관련 제공 서비스 경험 • 신분증 관리 주체, 신분증 관리에 대한 위임장 작성 경험 여부 • 금전 관리 주체, 금전 관리에 대한 위임장 작성 경험 여부, 금전 사용 내역 설명 여부 • 의사소통 시 보조도구 지원 필요 여부, 대체 의사소통 수단 사용 여부
고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유	<ul style="list-style-type: none"> • 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 관련 서비스 제공 경험 • 인권 교육 진행 여부 • 성인지교육/성폭력예방교육 진행 여부 • 장애인 학대 신고 의무자 인지 여부
지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 관련 서비스 제공 경험 • 프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 여부, 욕구를 반영하기 어려운 이유 • 환자의 시설 밖 활동 및 프로그램 참여 주기, 환자가 참여한 활동 및 프로그램 유형, 환자가 참여경험이 없는 이유
기타 서비스 관련 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 격리강박 모니터링 시스템 여부 • 디브리핑 시간 여부 • 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부 • 퇴원계획 서비스 여부, 퇴원 계획 상담을 통해 타 기관 및 서비스 연계 및 의뢰 경험 여부 • 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정) 여부

제2절 당사자 설문조사 결과

1. 일반적 특성

1) 응답한 당사자의 일반적 특성

설문에 응답한 당사자의 일반적 특성에 대한 정보는 다음 <표 6-9>와 같다.

전체 응답자 수는 268명이었다. 응답자 중 남성(144명, 53.7%)이 여성(124명, 46.3%)보다 많았다. 연령에 따라 살펴보면 중장년기(124명, 46.3%)에 해당하는 당사자가 가장 많았고, 그 다음은 성인 초기(73명, 27.2%), 노년기(53명, 19.8%), 청년기(18명, 6.7%) 순이었다. 학력은 고등학교 졸업자가 140명(52.2%)로 가장 많았고, 대학교(4년제 이상)(39명, 14.6%), 중학교(37명, 13.8%) 순이었다. 결혼 상태는 미혼인 당사자가 175명(65.3%)으로 절반 이상을 차지하였고, 이혼(47명, 17.5%), 결혼/동거(30명, 11.2%) 순으로 비중이 높았다. 국민기초생활보장수급 유형의 경우 수급가구가 절반 이상을 차지하였으며, 이 중 일반수급가구가 144명(53.7%)로 가장 많았다. 의료보장 유형 또한 의료급여에 해당하는 경우가 159명(59.3%)으로 절반 이상에 해당하였다. 의료비주부담자의 경우 부모(88명, 32.8%), 본인(81명, 30.2%), 형제자매(56명, 20.9%) 순으로 높게 나타났다. 등록 장애 유무의 경우 등록장애인이 아닌 경우가 135명(50.4%), 등록장애인인 경우가 133명(49.6%)으로 유사한 수준이었다. 등록장애인을 대상으로 장애 유형을 조사하였을 때 정신장애가 111명(83.5%)으로 대부분을 차지하였으며, 장애 정도는 정도가 심한 장애인(122명, 91.7%)이 정도가 심하지 않은 장애인(11명, 8.3%)보다 많았다. 중복 장애가 있는 당사자는 11명(8.3%)이었다. 주된 진단명은 조현병이 151명(56.3%)이 가장 많았으며, 우울증(32명, 11.9%), 알코올/약물장애(29명, 10.8%), 양극성 정동장애(조울증)(19명, 7.1%) 순으로 비중이 높았다. 진단명을 모른다고 응답한 당사자도 14명(5.2%)이 있었다. 입원 병원 주소지는 경기(85명, 31.7%), 전북(38명, 14.2%), 서울(31명, 11.6%) 순으로 비중이 높았고, 거주 지역은 서울(67명, 25.0%), 경기(54명, 20.1%), 전북(42명, 15.7%) 순으로 나타났다.

〈표 6-9〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 당사자

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	응답자 비율	구분	응답자 수	응답자 비율	
전체		268	100.0	서울	31	11.6	
성별	남성	144	53.7	부산	18	6.7	
	여성	124	46.3	대구	0	0.0	
연령	청년기(30세 미만)	18	6.7	인천	20	7.5	
	성인초기 (30세 이상 45세 미만)	73	27.2	광주	0	0.0	
	중장년기 (45세 이상 60세 미만)	124	46.3	대전	16	6.0	
	노년기(60세 이상)	53	19.8	울산	0	0.0	
학력	무학	5	1.9	세종	0	0.0	
	초등학교	22	8.2	경기	85	31.7	
	중학교	37	13.8	강원	19	7.1	
	고등학교	140	52.2	충북	15	5.6	
	대학교(3년제 이하)	22	8.2	충남	0	0.0	
	대학교(4년제 이상)	39	14.6	전북	38	14.2	
	대학원 이상	3	1.1	전남	12	4.5	
결혼 상태	미혼	175	65.3	경북	14	5.2	
	결혼/동거 (함께 사는 배우자 있음)	30	11.2	경남	0	0.0	
	별거	3	1.1	제주	0	0.0	
	이혼	47	17.5	서울	67	25.0	
	사별	13	4.9	부산	18	6.7	
	기타	0	0.0	대구	0	0.0	
국기 초유형	수급대상 아님	106	39.6	인천	14	5.2	
	일반수급가구 (의료·교육·자활특례 제외)	144	53.7	광주	0	0.0	
	조건부수급가구	10	3.7	대전	12	4.5	
	의료·교육·자활특례	8	3.0	울산	3	1.1	
				거주 지역	세종	0	0.0
					경기	54	20.1
					강원	19	7.1
					충북	7	2.6
				충남	8	3.0	

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
의료 보장 유형	의료급여	159	59.3		전북	42	15.7
	건강보험	83	31.0		전남	7	2.6
	모름	26	9.7		경북	12	4.5
의료 비주 부담자	본인	81	30.2	주된 진단명	경남	3	1.1
	부모	88	32.8		제주	2	0.7
	자녀	11	4.1		조현병(정신분열증)	151	56.3
	배우자	12	4.5		양극성정동장애(조울증)	19	7.1
	형제자매	56	20.9		분열정동장애	1	0.4
	그외친인척	4	1.5		발달장애(지적, 자폐성)	3	1.1
장애 유무	등록	133	49.6		알코올/약물장애	29	10.8
	미등록	135	50.4		우울증(반복성 우울)	32	11.9
					진단받지 않았음	8	3.0
					기타	11	4.1
					모름	14	5.2
장애 유형	정신장애	111	83.5	장애 정도	정도가 심한 장애인	122	91.7
	지체장애	4	3.0		정도가 심하지 않은 장애인	11	8.3
	뇌병변장애	1	0.8	중복장애 유무	없음	122	91.7
	청각장애	2	1.5		있음	11	8.3
	언어장애	1	0.8				
	지적장애	13	9.8				
	장루·요루장애	1	0.8				

2) 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

당사자가 최초로 정신건강 상 어려움을 경험한 시기를 질문하였다. 그 결과 20대(86명, 32.1%), 30대(73명, 27.2%), 20대 미만(55명, 20.5%) 순으로 응답 비율이 높았고, 평균 연령은 30세인 것으로 나타났다. 최초로 정신건강문제에 관하여 치료를 받은 시기에 대해 질문하였을 때는 20대(92명, 34.3%), 30대(76명, 28.4%), 20대 미만(37명, 13.8%) 순으로 응답자가 많았고, 평균 치료 연령은 32.1세였다.

〈표 6-10〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신건강문제 최초발현시기							계	평균(세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상			
응답자수	55	86	73	32	14	8	268	30.0	
비율	20.5	32.1	27.2	11.9	5.2	3.0	100.0	-	
구분	정신건강문제 최초치료시기							계	평균(세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상			
응답자수	37	92	76	36	17	10	268	32.1	
비율	13.8	34.3	28.4	13.4	6.3	3.7	100.0	-	

3) 정신의료기관 입원횟수

다음 표는 정신의료기관 입원 횟수에 대해 조사한 결과이다. 5회 미만으로 입원한 당사자가 149명(55.6%)으로 가장 많았고, 5회 이상-10회 미만(69명, 25.7%), 10회 이상-15회 미만(30명, 11.2%) 순으로 높게 나타났으며, 평균 입원 횟수는 1.8회였다.

〈표 6-11〉 정신의료기관 입원횟수 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신의료기관 입원 횟수						계	평균(회)
	5회 미만	5회이상~10회미만	10회이상~15회미만	15회이상~20회미만	20회이상~25회미만	25회 이상		
응답자수	149	69	30	8	8	4	268	1.8
비율	55.6	25.7	11.2	3.0	3.0	1.5	100.0	-

4) 총 입원기간/현재 입원한 병원에서의 입원기간

총 입원 기간과 현재 입원한 병원에서의 입원기간을 질문하였다. 총 입원기간은 5년 미만(92명, 34.3%)이 가장 많았고, 10년이상-15년 미만(50명, 18.7%), 5년 이상-10년 미만(46명, 17.2%) 순으로 비중이 높았다. 현재 입원 중인 병원에서의

입원 기간을 질의하였을 때는 1년 이상-5년 미만(72명, 26.9%)이 가장 많았고, 다음으로 3개월 미만(62명, 23.1%), 5년 이상-10년 미만(47명, 17.5%)의 비중이 높았다. 평균 입원 개월수는 58개월으로 약 5년에 해당하였으나, 입원과 퇴원을 반복하며 10년 이상 장기입원하고 있는 당사자도 존재하였다.

〈표 6-12〉 총 입원기간/현재 입원한 병원에서의 입원기간 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	총 입원기간							계	평균 (년)		
	5년 미만	5년이상~ 10년미만	10년이상~ 15년미만	15년이상~ 20년미만	20년이상~ 25년미만	25년 이상					
응답자수	92	46	50	25	27	28	268	10.3			
비율	34.3	17.2	18.7	9.3	10.1	10.4	100.0	-			
구분	현재 입원한 병원에서의 입원기간										
	3개월 미만	3~6 개월 미만	6개월~ 1년 미만	1년 이상~ 5년 미만	5년 이상~ 10년 미만	10년 이상~1 5년 미만	15년 이상~2 0년 미만	20년 이상~2 5년 미만	25년 이상	계	평균 (개월)
응답자수	62	22	23	72	47	17	6	16	3	268	58
비율	23.1	8.2	8.6	26.9	17.5	6.3	2.2	6.0	1.1	100.0	-

5) 현재 입원 유형

현재 입원 유형에 대해 질문하였다. 입원 유형은 동의입원(107명, 39.9%)이 가장 많았고, 자의입원(75명, 28.0%), 보호입원(69명, 25.7%), 행정입원(10명, 3.7%), 응급입원(7명, 2.6%) 순으로 비중이 높았다.

〈표 6-13〉 현재 입원 유형 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	자의입원	동의입원	보호입원	행정입원	응급입원	계
응답자수	75	107	69	10	7	268
비율	28.0	39.9	25.7	3.7	2.6	100.0

6) 최근 5년간 입원 유형 (중복 응답)

최근 5년간 해당하는 입원 모든 입원 유형을 조사하였을 때는 동의입원(123명, 45.9%), 보호입원(91명, 34.0%), 자의입원(87명, 32.5%), 행정입원(13명, 4.9%), 응급입원(12명, 4.5%) 순으로 응답자 수가 많았다.

〈표 6-14〉 최근 5년간 입원 유형 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	자의입원			동의입원			보호입원			행정입원			응급입원		
	예	아니오	계	예	아니오	계	예	아니오	계	예	아니오	계	예	아니오	계
응답자수	87	181	268	123	145	268	91	177	268	13	255	268	12	256	268
비율	32.5	67.5	100.0	45.9	54.1	100.0	34.0	66.0	100.0	4.9	95.1	100.0	4.5	95.5	100.0

7) 동의입원 경험

최근 5년간 동의입원을 경험한 123명을 대상으로 동의입원 경험에 대해 질문하였다.

(1) 동의입원에 대한 당사자의 의사

최근 5년간 동의입원을 경험한 123명을 대상으로 동의입원 당시 당사자의 의사가 고려되었는지 여부를 질문하였다. 그 결과 고려되었다고 한 당사자가 77명(62.6%)으로 많았으나, 고려되지 않았다고 응답한 당사자도 46명(37.4%)에 달했다.

〈표 6-15〉 동의입원에 대한 당사자의 의사 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	예	아니오	계
응답자수	77	46	123
비율	62.6	37.4	100.0

(2) 보호의무자가 동의입원을 선택한 이유

보호의무자가 동의입원을 선택한 이유에 대해 질문하였다. 그 이유로는 가족이 치료에 적극적으로 참여하기 위해서(80명, 65.0%)라고 응답한 당사자가 절반 이상을 차지하였고, 그 다음으로는 내가 마음대로 퇴원하는 것을 막기 위해서(26명, 21.1%)가 높은 비중을 차지하였다. 자의입원을 하려 하였으나 병원으로부터 동의입원을 권유받아서(8명, 6.5%), 보호입원을 하려 하였으나 병원으로부터 동의입원을 권유받아서(9명, 7.3%)의 응답 비중은 유사하게 적은 비중을 차지하였다.

〈표 6-16〉 보호의무자가 동의입원을 선택한 이유 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	내가 마음대로 퇴원하는 것을 막기 위해서	가족이 치료에 적극적으로 참여하기 위해서	자의입원을 하려하였으나 병원으로부터 동의입원을 권유받아서	보호입원을 하려하였으나 병원으로부터 동의입원을 권유받아서	계
응답자수	26	80	8	9	123
비율	21.1	65.0	6.5	7.3	100.0

(3) 퇴원 신청 후 다른 입원 유형으로 변경 경험/변경 입원 유형/서면통지여부

동의입원 과정에서 퇴원을 신청 후 72시간 내 다른 입원 유형으로 변경된 경험 이 있는지를 질문하였을 때 변경되지 않고 유지하였다는 당사자가 111명(90.2%)으로 대다수에 해당하였다. 이어서 입원 유형의 변경을 경험한 12명(9.8%)의 당사자를 대상으로 변경 된 입원 유형과 서면 통지 여부를 질문하였다. 그 결과 변경된 입원 유형은 보호입원(11명, 91.7%)이 대다수를 차지하였고, 퇴원 심사에 대한 설명을 서면으로 통지 받지 못했다는 당사자가 절반 이상에 해당하였다(8명, 66.7%).

〈표 6-17〉 퇴원 신청 후 다른 입원 유형으로 변경 경험/변경 입원 유형/서면통지 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원 신청 후 72시간 내 다른 입원 유형으로 변경 경험		
	예	아니오	계
응답자수	12	111	123
비율	9.8	90.2	100.0
구분	변경 입원 유형		
	보호입원	행정입원	계
응답자수	11	1	12
비율	91.7	8.3	100.0
구분	서면 통지 여부		
	예	아니오	계
응답자수	4	8	12
비율	33.3	66.7	100.0

(4) 퇴원심사 신청 경험 여부/경험한 어려움

앞서 질문에서 퇴원 심사에 대한 설명을 서면으로 통지를 받았다고 응답한 4명을 대상으로 퇴원심사 신청 경험을 질문하였다. 그 결과 실제 심사 신청까지 이어진 당사자는 2명(50.0%)으로 절반에 해당하였다. 이들을 대상으로 퇴원 심사 신청 시 경험한 어려움을 질문하였을 때 서면 제출에 어려움을 경험(1명, 50.0%)하였고 직접 의견을 진술할 기회가 없어서 어려움을 경험하였다(1명, 50.0%)는 응답이 있었다.

〈표 6-18〉 퇴원심사 신청 경험 여부/경험한 어려움 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원 심사 신청 여부			
	예	아니오	계	
응답자수	2	2	4	
비율	50.0	50.0	100.0	
구분	퇴원 심사 신청 시 경험한 어려움			
	서면 제출에 어려움을 경험	지원하는 인력이 없어서 어려움을 경험	직접 의견을 진술할 기회가 없어서 어려움을 경험	계
응답자수	1	0	1	2
비율	50.0	0.0	50.0	100.0

(5) 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동

퇴원 신청 거부를 경험한 12명의 당사자를 대상으로 퇴원 신청이 거부되었을 때 자해나 타해의 위험이 스스로에게 있었는지 질문하였을 때 전혀 아니었다고 응답한 당사자가 7명(58.3%)으로 가장 많았고, 평균 점수는 1.6점으로 나타났다.

〈표 6-19〉 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전혀 아님	아님	그럼	매우그럼	계	평균
응답자수	7	3	2	0	12	1.6
비율	58.3	25.0	16.7	0.0	100.0	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

6) 보호/행정입원 관련 경험

최근 5년간 보호/행정입원을 경험한 101명을 대상으로 보호/행정입원 경험에 대해 질문하였다.

(1) 보호/행정입원 후 2주 이상 입원 유지 여부

보호/행정입원 후 2주 이상 입원을 유지한 당사자는 98명(97.0%)으로 응답자의 대부분에 해당하였다.

〈표 6-20〉 보호/행정입원 후 2주 이상 입원 유지 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	예	아니오	계
응답자수	98	3	101
비율	97.0	3.0	100.0

(2) 입원적합성심사위원회 대면조사

보호/행정입원 시 입원적합성심사위원회 대면조사 경험에 대해 질문하였다. 입원적합성심사제도를 통한 대면심사 요청이 가능하다는 권리를 고지 받았는지 여

부를 질문하였을 때, 당사자의 절반 이상인 64명(65.3%)이 권리를 고지 받지 못하였다고 응답하였다. 대면조사를 실제 받은 경험이 없는 당사자도 절반 이상인 68명(69.4%)에 달하였다. 대면 조사 경험이 없는 당사자 68명을 대상으로 대면조사를 받지 않은 이유를 질문하였을 때, 심사가 진행되는 것을 알지 못했다(59명, 86.8%)는 응답이 대다수를 차지하였고, 요청하였으나 받지 못했다(5명, 7.4%), 의견을 제출할 기회가 없었다(4명, 5.9%)는 의견도 있었다.

〈표 6-21〉 입원적합성 심사위원회의 대면조사 관련 사항 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	입원적합성심사제도를 통한 대면 심사 요청 관련 권리 고지 여부					
	예	아니오	계			
응답자수	34	64	98			
비율	34.7	65.3	100.0			
구분	입원적합성심사위원회 대면조사 경험					
	받은 적이 있다	받은 적이 없다	계			
응답자수	30	68	98			
비율	30.6	69.4	100.0			
구분	입원적합성심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유					계
	대면조사를 요청하였으나 받지 못했다	나의 상황에 대한 의견을 제출할 기회가 없었다	입원적합성심사가 진행되는 것을 알지 못했다	입원적합성심사 결과 통지가 되지 않았다	입원적합성심사 결과 통지를 수급할 수 있었다	
응답자수	5	4	59	0	0	68
비율	7.4	5.9	86.8	0.0	0.0	100.0

(3) 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험

보호/행정입원 시 퇴원심사 관련 경험에 대해 질문하였다. 정신건강심사위원회를 통한 퇴원심사 요청이 가능하다는 권리를 고지 받았는지 여부를 질문 하였을 때 응답자의 절반 이상이 권리를 고지 받지 못하였다(67명, 68.4%)고 응답하였고, 퇴원 심사를 요청한 경험이 없는 당사자가 86명(87.8%)으로 대부분에 해당하였다. 요청 경험이 없는 86명을 대상으로 대면조사를 받지 않은 이유를 질문하였

을 때, 정신건강심사위원회와 퇴원심사제도가 무엇인지 몰라서 조사를 받지 못했다는 응답자가 63명(73.3%)으로 가장 많았고, 알지만 신청하고 싶지 않다는 응답자가 10명(11.6%), 알지만 어떻게 신청해야하는지 몰라서 하지 못했다는 응답자가 8명(9.3%)에 달하였다.

〈표 6-22〉 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험 1: 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 권리 고지 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	31	67	98		
비율	31.6	68.4	100.0		
구분	정신건강심사위원회에 퇴원 심사 요청 경험 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	12	86	98		
비율	12.2	87.8	100.0		
구분	정신건강심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유				
	정신건강심사위원회, 퇴원심사제도가 무엇인지 몰라서	정신건강심사위원회, 퇴원심사제도를 알지만 어떻게 신청해야하는지 몰라서	정신건강심사위원회, 퇴원심사제도 신청방법을 알지만 타인(가족, 직원 등)의 시선이 신경쓰여서	정신건강심사위원회, 퇴원심사제도 신청방법 등을 알지만 신청하고 싶지 않아서	계
응답자수	63	8	5	10	86
비율	73.3	9.3	5.8	11.6	100.0

(4) 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험 2

보호/행정입원 시 정신건강심사위원회 퇴원심사를 요청한 경험이 있다고 응답한 12명의 당사자를 대상으로 실제 심사 경험에 대해 질문하였다. 그 결과 실제 심사를 받은 당사자가 9명(75.5%)으로 절반 이상에 해당하였고, 이중 대부분이 대면(온라인 비대면)(8명, 88.9%)으로 심사를 받은 것으로 나타났다. 또한, 심사 시 대다수의 당사자가 자신의 의견을 말해보았다고 응답하였다(8명, 88.9%).

〈표 6-23〉 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 경험 2 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신건강심사위원회 퇴원심사 경험		
	예	아니오	계
응답자수	9	3	12
비율	75.0	25.0	100.0
구분	정신건강심사위원회 심사 방식		
	대면(온라인 비대면)	서면	계
응답자수	8	1	9
비율	88.9	11.1	100.0
구분	정신건강심사위원회 심사 시 의견을 말해본 경험		
	예	아니오	계
응답자수	8	1	9
비율	88.9	11.1	100.0

(5) 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동

보호/행정입원 후 퇴원 신청이 거부되었을 때 자해나 타해 위험이 스스로에게 있었는지를 질문하였을 때 전혀 아니었다고 응답한 당사자가 5명(55.6%)이었으며, 평균은 1.9점 이었다.

〈표 6-24〉 퇴원 신청이 거부되었을 때 자타해 행동 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전혀 아님	아님	그럼	매우 그럼	계	평균
응답자수	5	1	2	1	9	1.9
비율	55.6	11.1	22.2	11.1	100.0	0

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

7) 응급 입원 관련 경험

최근 5년간 응급입원을 경험한 12명을 대상으로 응급입원 경험에 대해 질문하였다.

(1) 응급 입원 후 입원 72시간 내(공휴일 제외) 전문의 진단 여부

응급입원 후 입원 72시간 내 전문의 진단 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 대부분이 진단을 받았다고 응답하였다(10명, 83.3%).

〈표 6-25〉 응급 입원 후 입원 72시간 내(공휴일 제외) 전문의 진단 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	예	아니오	계
응답자수	10	2	12
비율	83.3	16.7	100.0

(2) 진단 후 입원 유지 여부/변경된 입원 유형

전문의 진단 후 입원 유지 여부를 질문하였을 때 응답자의 대다수가 입원 유지를 하였고(11명, 91.7%), 1명(8.3%)만 퇴원(예정)한 것으로 나타났다. 변경된 입원 유형은 보호입원(6명, 54.5%)이 가장 많았고, 행정입원(4명, 36.4%), 동의입원(1명, 9.1%) 순으로 비중이 높았다.

〈표 6-26〉 진단 후 입원 유지 여부/변경된 입원 유형 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전문의 진단 후 입원 유지 여부			
	예	아니오(퇴원 예정)	계	
응답자수	11	1	12	
비율	91.7	8.3	100.0	
구분	변경 입원 유형			
	동의입원	보호입원	행정입원	계
응답자수	1	6	4	11
비율	9.1	54.5	36.4	100.0

8) 비자의 입원 시 대안책 안내 여부

보호/행정/응급입원과 같은 비자의 입원 시 쉼터와 같은 다른 대안책을 안내받았는지 질문하였다. 그 결과 대부분이 안내를 받지 못했다고 응답하였다(90명, 88.2%).

〈표 6-27〉 비자의 입원 시 대안책 안내 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	예	아니오	계
응답자수	12	90	102
비율	11.8	88.2	100.0

9) 병실의 병상 수

당사자가 입원 중인 병실의 병상수를 질문하였다. 그 결과 6-8인실에 입원 중인 당사자가 194명(72.4%)으로 가장 많았고, 2-4인실에 입원하고 있는 당사자는 70명(26.1%)이었으며, 9인실 이상에 입원하고 있는 당사자는 4명(1.5%)에 해당하였다. 평균 병상 수는 6.1개였다.

〈표 6-28〉 병실의 병상 수 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	2-4인실	6-8인실	9인실 이상	계	평균 (개)
응답자수	70	194	4	268	6.1
비율	26.1	72.4	1.5	100.0	-

10) 질환의 유형과 정도를 고려한 병실 배정 여부

질문의 유형과 정도를 고려하여 병실이 배정되는지 질문하였을 때, 당사자의 절반 이상이 그렇지 않다고 응답하였다(174명, 64.9%).

〈표 6-29〉 질환의 유형과 정도를 고려한 병실 배정 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	예	아니오	계
응답자수	94	174	268
비율	35.1	64.9	100.0

11) 퇴원에 대한 자기결정 경험

당사자 스스로가 원할 때 퇴원을 할 수 있는지 퇴원에 대한 자기결정 경험을 질문하였다. 퇴원에 대해 스스로 결정할 수 없다고 응답한 당사자가 148명(55.2%) 이었고, 이들을 대상으로 퇴원을 결정할 수 없는 이유를 질문하였을 때는 보호자가 거부해서(100명, 67.6%) 퇴원을 결정할 수 없다는 응답이 가장 많았다. 이어서 퇴원을 스스로 결정할 수 있다고 응답한 당사자 120명을 대상으로 퇴원한다면 희망하는 생활을 질문하였다. 그 결과 가정에서 가족과 함께 생활(63명, 52.5%) 하고 싶다는 당사자가 가장 많았고, 주택을 마련하여 혼자 생활(41명, 34.2%), 시설에서 생활(8명, 6.7%) 순으로 비중이 높았다.

〈표 6-30〉 퇴원에 대한 자기결정 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원에 대한 자기결정여부					
	예	아니오	계			
응답자수	120	148	268			
비율	44.8	55.2	100.0			
구분	퇴원을 결정할 수 없는 이유					
	보호자가 거부해서	병원에서 거부해서	기타	계		
응답자수	100	25	23	148		
비율	67.6	16.9	15.5	100.0		
구분	퇴원한다면 희망하는 생활					
	가정에서 가족과 함께 생활	주택을 마련하여 혼자 생활	마음이 맞는 동료와 생활	공동생활가정 (그룹홈, 체험홈, 자립홈 등), 생활시설, 지역사회전환 시설(중간집) 등에서 생활	기타	계
응답자수	63	41	2	8	6	120
비율	52.5	34.2	1.7	6.7	5.0	100.0

12) 퇴원 시 가장 걱정 되는 부분

퇴원 시 가장 걱정되는 부분을 질문하였다. 스스로 생활하기 어려운 것(91명, 34.0%)이 가장 많이 걱정 되는 부분으로 응답하였고, 가족에게 피해주기 싫음(74명, 27.6%), 거주할 곳이 없음(59명, 22.0%), 새로운 환경이 두려움(44명, 16.4%) 순으로 응답 비중이 높았다.

〈표 6-31〉 퇴원 시 가장 걱정 되는 부분 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원한다면 희망하는 생활				계
	스스로 생활하기 어려움	거주할 곳이 없음	새로운 환경이 두려움	가족에게 피해를 주기 싫음	
응답자수	91	59	44	74	268
비율	34.0	22.0	16.4	27.6	100.0

2. 국제인권기준 관련 인식

1) 입원한 병원의 지원서비스

국제인권기준 관련하여 입원한 병원의 지원서비스 경험에 대해 조사하였다. 그 결과, 전체 평균은 10점 만점 기준 56.5점으로 낮은 수준이었다. 평균 점수가 높은 순으로 살펴보았을 때, ‘병원은 프로그램이나 서비스를 제공할 때 나의 동의를 사전에 받는다.’ (100점 만점 기준 69.9점), ‘병원은 나의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.’ (100점 만점 기준 62.9점), ‘병원에서 나는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.’ (100점 만점 기준 61.3점) 순으로 나타났다. 반면 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘병원은 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능 조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.’ (100점 만점 기준 47.5점)였고, ‘병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.’ (100점 만점 기준 47.6점), ‘병원은 치료 계획(약 복용 회수, 치료 기간 등)에 나의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.’ (100점 만점 기준 49.9점) 순으로 평균 점수가 낮게 나타났다.

〈표 6-32〉 입원한 병원의 지원 서비스 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
병원은 질환의 명칭, 치료계획, 퇴원 예정 일시에 대한 설명을 제공한다.	268	1.6	0.9	52.0	12
병원은 내가 복용하는 약물의 종류, 효과, 부작용에 대한 설명을 제공한다.	268	1.6	0.9	52.7	11
병원에서 나는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.	268	1.8	0.7	61.3	3
병원은 나의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.	268	1.9	0.7	62.9	2
병원은 약물복용 이외에 내가 필요로 하는 상담, 사회관계망(가족 또는 동료)과의 관계 회복에 대한 치유 프로그램 등을 제공한다.	268	1.8	0.8	60.2	5
병원은 치료 계획(약 복용 회수, 치료 기간 등)에 나의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.	268	1.5	0.8	49.9	13
병원은 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.	268	1.4	0.9	47.5	15
병원에서 작업치료나 병원 내 업무(청소, 요리 등)에 참여할 것을 제안할 때 나의 사전 동의를 받는다.	268	1.7	0.8	56.0	8
병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.	268	1.4	0.8	47.6	14
병원의 치료 과정에서 격리, 강박을 당한 경험이 없다.	268	1.7	1.0	55.6	9
병원은 나에게 격리, 강박 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.	268	1.6	0.8	54.4	10
병원은 치료에 대한 대안적 조치(위기를 상담으로 진정시켜주는 등)에 나의 선호를 반영한다.	268	1.7	0.8	57.8	7
병원의 치료 장소 및 방법과 관련하여 나의 선택(선호)을 물어보고 그것을 존중한다.	268	1.8	0.8	59.6	6
병원은 나의 성별(성 정체성, 성적 지향 등), 종교, 정치적 성향 등을 차별하지 않고 치료 서비스를 제공한다.	268	1.8	0.9	61.3	3
병원은 프로그램이나 서비스를 제공할 때 나의 동의를 사전에 받는다	268	2.1	0.7	68.9	1
종합	268	1.7	0.5	56.5	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 입원한 병원에서의 자기결정권 존중 경험

국제인권기준에서 제시하는 자기결정권 존중 경험에 대해 질문하였다. 전체 평균은 100점 만점 기준 57.2점으로 낮은 수준이었다. 평균 점수가 높은 순으로 나열하여 보면 ‘나는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.’ (100점 만점 기준 70.0점), ‘특정한 종교를 강요받지 않는다.’ (100점 만점 기준 65.8점), ‘나는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.’ (100점 만점 기준 64.4점) 순으로 나타났다. 평균 점수가 낮은 순으로는 ‘병원에서 휴대전화 사용이 자유롭다.’ (100점 만점 기준 41.9점), ‘나는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.’ (100점 만점 기준 49.6 점), ‘자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 내가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.’ (100점 만점 기준 50.6점) 순으로 밝혀졌다.

〈표 6-33〉 입원한 병원에서의 자기결정권 존중 경험 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
나의 의료기록, 진단서 등은 내가 요구하거나 내가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.	268	1.7	0.8	55.3	7
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	268	1.6	0.8	51.7	8
나는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	268	2.1	0.7	70.0	1
나는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	268	1.9	0.7	64.6	3
나는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	268	1.5	0.9	49.6	10
특정한 종교를 강요받지 않는다.	268	2.0	0.9	65.8	2
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	268	1.8	0.8	59.6	5

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
병원에서 성인으로 내가 자유롭게 결정할 수 있다는 설명을 듣고 그것을 보장받는다.	268	1.7	0.8	58.0	6
병원은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	268	1.9	0.8	61.9	4
자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 내가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.	268	1.5	0.9	50.6	9
병원에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	268	1.3	1.1	41.9	11
종합	268	1.7	0.4	57.2	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

3. 적정수준의 생활유지

1) 적정수준의 생활 유지 경험

적정수준의 생활 유지 경험 관련하여 입원 기간 동안 당사자의 경험을 질문하였다. 그 결과 전체 평균은 62.6점으로 나타났다. 평균 점수가 가장 높은 항목은 ‘건물의 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호’ (100점 만점 기준 70.3점) 이었고, ‘다른 사람들과 자유로운 상호작용을 위한 공간 제공’ (100점 만점 기준 68.5점), ‘화장실의 청결 및 사생활 보장’ (100점 만점 기준 67.3점) 순으로 높게 나타났다. 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘병원 내·외부 이동의 자유보장 (개방병동)’ (100점 만점 기준 43.4점)이었고, ‘자유로운 면회’ (100점 만점 기준 59.2 점), ‘나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조’ (100점 만점 기준 64.1점) 순이었다.

〈표 6-34〉 적정수준의 생활 유지 경험 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
건물의 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호	268	2.1	0.6	70.3	1
편안하고 사생활이 보장되는 수면 환경	268	1.9	0.7	64.2	4
화장실의 청결 및 사생활 보장	268	2.0	0.7	67.3	3
나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조	268	1.9	0.7	64.1	6
전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통	268	1.9	0.8	64.2	4
자유로운 면회	268	1.8	0.9	59.2	7
다른 사람들과 자유로운 상호작용을 위한 공간(ex. 거실 등) 제공	268	2.1	0.7	68.5	2
병원 내·외부 이동의 자유보장 (개방병동)	268	1.3	1.0	43.4	8
총합	268	1.9	0.5	62.6	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 병원 생활 만족도

입원 당사자에게 병원 생활 만족도를 질문하였다. 그 결과 만족함(160명, 59.7%)으로 응답한 당사자가 가장 많았고, 매우 만족함(50명, 18.7%), 만족하지 않음(41명, 15.3%) 순으로 응답 비중이 높았다. 전체 평균은 1.9점으로 나타나, 전반적으로 만족도 수준은 평균 이상으로 나타났다.

〈표 6-35〉 병원 생활 만족도 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전혀 만족하지 않음	만족하지 않음	만족함	매우 만족함	계	평균
응답자수	17	41	160	50	268	1.9
비율	6.3	15.3	59.7	18.7	100.0	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 만족하지 않음 ① ↔ 매우 만족함 ③, 무응답자 제외

3) 질환 치료를 위한 입원 필요성

질환 치료를 위한 입원 필요성에 대한 의견을 질문하였다. 그 결과 가장 많은 당사자들이 그림(97명, 36.2%)에 응답하였지만, 아님(78명, 29.1%)과 전혀 아님(59명, 22.0%)으로 응답한 당사자의 비중도 높았다. 전체 평균은 1.4점으로 입원 필요성을 느끼는 당사자들이 적었다.

〈표 6-36〉 질환치료를 위한 입원 필요성 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전혀 아님	아님	그림	매우 그림	계	평균
응답자수	59	78	97	34	268	1.4
비율	22.0	29.1	36.2	12.7	100.0	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외

4) 병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 훼손하는지에 대한 의견

병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 훼손하는지에 대한 의견을 질문하였다. 그 결과 아님(136명, 50.7%)에 절반 이상의 당사자가 응답하였고, 그 다음으로는 전혀 아님(68명, 25.4%)의 응답 비중이 높았다. 전체 평균은 1.1점으로 나타나 병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 훼손한다고 생각하는 당사자는 많지 않은 것으로 나타났다.

〈표 6-37〉 병원에서의 생활이 인격적 존엄성을 훼손하는지에 대한 의견 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	전혀 아님	아님	그림	매우 그림	계	평균
응답자수	68	136	43	21	268	1.1
비율	25.4	50.7	16.0	7.8	100.0	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외

5) 낮 시간 활동 (중복응답)

낮 시간 동안 어떤 활동을 하고 시간을 보내는지 질문하였다. 그 결과 치료를 받고 있다고 한 당사자는 75명(28.0%)이었고 구체적으로는 집단치료, 상담치료,

인지치료, 정서관리, 정신건강 교육을 받고 있다고 하였다. 병원 내 프로그램에 참여하고 있다고 응답한 당사자는 150명(56.0%)이었고 구체적으로 음악, 문예, 토론, 레크레이션, 대인관계, 원예 프로그램에 참여하고 있다고 하였다. 여가활동에 참여한다고 응답한 당사자 114명(42.5%)와 개인 활동을 한다고 응답한 당사자 99명(36.9%)은 주로 독서, 티비 시청, 운동을 하며 시간을 보낸다고 하였다. 등교/학업 활동을 한다고 응답한 당사자 4명(1.5%)은 글쓰기 공부, 대학졸업을 위한 학업, 한글 공부를 하고 있다고 답하였다. 보호작업장에서 작업치료를 받는다고 응답한 당사자는 없었고, 아무것도 하지 않는다고 응답한 당사자는 25명(9.3%)이었다. 기타(24명, 9%) 응답으로는 동료 돌보기, 티타임, 흡연 등이 있었다.

〈표 6-38〉 낮 시간 활동 : 당사자

구분		예	아니오	계	순위
치료	응답자수	75	193	268	4
	비율	28.0	72.0	100.0	
병원 내 프로그램 참여	응답자수	150	118	268	1
	비율	56.0	44.0	100.0	
여가활동	응답자수	114	154	268	2
	비율	42.5	57.5	100.0	
개인활동	응답자수	99	169	268	3
	비율	36.9	63.1	100.0	
등교/학업	응답자수	4	264	268	7
	비율	1.5	98.5	100.0	
출근/직장생활	응답자수	1	267	268	8
	비율	0.4	99.6	100.0	
보호작업장	응답자수	0	268	268	9
	비율	0.0	100.0	100.0	
아무것도 하지 않음	응답자수	25	243	268	5
	비율	9.3	90.7	100.0	
기타	응답자수	24	244	268	6
	비율	9.0	91.0	100.0	

6) 작업치료 경험

입원 기간 동안 작업 치료 경험에 대해 질문하였다. 그 결과 대부분이 작업 치료에 참여하지 않고 있다고 응답하였고(252명, 94.0%), 16명(6.0%)의 당사자만이 작업치료에 참여하고 있다고 응답하였다. 작업치료에 참여하고 있다고 응답한 당사자 16명을 대상으로 작업치료 장소를 질문하였을 때, 응답자 전원이 병원 안에서 작업치료를 받고 있다고 하였다(16명, 100.0%). 이어서 작업치료 참여 주당 평균 시간은 5.5시간으로 나타났으나, 작업치료 시급은 1018.8원에 불과하였다. 이중 시급을 전혀 받지 못하는 당사자가 9명에 달하였다.

〈표 6-39〉 작업치료 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	작업치료 경험 여부		
	예	아니오	계
응답자수	16	252	268
비율	6.0	94.0	100.0
구분	작업치료 장소		
	병원 안	병원 밖	계
응답자수	16	0	16
비율	100.0	0.0	100.0
구분	작업치료 참여 주당 평균 시간		
응답자수	16		
평균	5.5시간		
구분	작업치료 시급		
응답자수	16		
평균	1018.8원		

7) 개인사물함 소유 여부/관리 주체

개인사물함 소유여부와 관리 주체에 대해 질문하였다. 그 결과 사물함을 소유하고 있다고 응답한 당사자가 많았다(255명, 95.1%). 이들을 대상으로 사물함 관리 주체를 질문하였을 때, 본인(299명, 89.8%)이 관리하고 있는 경우가 가장 많았고, 본인과 종사자(15명, 5.9%), 종사자(10명, 3.9%) 순으로 높게 나타났다. 기타 응답(1명, 0.4%)에서는 사물함을 누가 관리하는지 모르겠다고 응답한 당사자가 있었다.

〈표 6-40〉 개인사물함 소유 여부/관리 주체 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	개인 사물함 소유 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	255	13	268		
비율	95.1	4.9	100.0		
구분	개인 사물함 관리 주체				
	본인	종사자	본인과 종사자	기타	계
응답자수	229	10	15	1	255
비율	89.8	3.9	5.9	0.4	100.0

8) 화장실 이용 및 목욕 시 지원 경험

화장실 이용 및 목욕 시 지원이 필요한지 여부를 질문하였다. 응답 당사자 중 대부분이 지원이 필요하지 않다고 응답하였다(252명, 94.0%). 지원이 필요하다고 응답한 당사자 16명을 대상으로 필요 즉시 지원을 받았는지 질문하였을 때, 절반 이상의 당사자가 지원을 받았다고 응답하였다(12명, 75.0%). 이들을 대상으로 지원 시 도움제공자의 성별에 대해 질문한 결과 동성 지원이 10명(83.3%)으로 가장 많았고, 이성 지원인 경우는 2명(16.7%)이었다.

〈표 6-41〉 화장실 이용 및 목욕 시 지원 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	화장실 이용 및 목욕 시 지원 필요 여부			
	예	아니오	계	
응답자수	16	252	268	
비율	6.0	94.0	100.0	
구분	필요 즉시 지원 여부			
	예	아니오	계	
응답자수	12	4	16	
비율	75.0	25.0	100.0	
구분	도움제공자			
	동성지원인	이성지원인	때론 동성, 때론 이성지원인	계
응답자수	10	2	0	12
비율	83.3	16.7	0.0	100.0

4. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리

1) 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험

정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 관련 경험에 대해 질문하였다. 그 결과 전체 평균은 100점 만점 기준 63.9점으로 나타났다. 평균 점수가 높은 순으로 살펴보면, ‘의료급여 입원환자와 건강보험 입원환자를 차별하지 않음’ (100점 만점 기준 71.3점), ‘전반적인 성·생식건강을 위한 서비스 제공’ (100점 만점 기준 70.5점), ‘신체적 질병이나 불편 호소 시 적절한 치료 연계’ (100점 만점 기준 69.2점) 순으로 응답 평균이 높았다. 평균 점수가 낮은 순으로 나열하면 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’ (100점 만점 기준 47.8점), ‘질 높은 약물 치료 및 정신치료’ (100점 만점 기준 61.9점), ‘원할 때 정신과 전문의와 상담’ (100점 만점 기준 63.3점) 순이었다.

〈표 6-42〉 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
의료급여 입원환자와 건강보험 입원환자를 차별하지 않음	268	2.1	0.8	71.3	1
환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)	268	1.4	0.8	47.8	7
약물 부작용에 대한 상담 (치료진에게 자유롭게 이야기할 수 있는지)	268	1.9	0.7	63.3	4
원할 때 정신과 전문의와 상담	268	1.9	0.7	63.1	5
질 높은 약물 치료 및 정신치료	268	1.9	0.7	61.9	6
신체적 질병이나 불편 호소 시 적절한 치료 연계	268	2.1	0.7	69.2	3
전반적인 성·생식건강을 위한 서비스 제공 (예. 백신, 건강검진 등)	268	2.1	0.6	70.5	2
종합	268	1.9	0.5	63.9	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 신체장애에 필요한 보조기구 사용 경험

신체장애에 필요한 보조기구 사용 경험을 질문한 결과는 다음과 같다. 신체장애에 대한 편의제공을 하는 보조기구가 필요한 당사자는 9명(3.4%)이었고, 대부분의 당사자가 필요 없다고 응답하였다(259명, 96.6%). 보조기구가 필요하다고 응답한 당사자 9명을 대상으로 필요한 보조기구 사용 여부를 질문하였을 때, 필요한 보조기구를 사용하지 못했다는 당사자가 5명(55.6%)이었고 사용했다고 응답한 당사자가 4명(44.4%)이었다.

〈표 6-43〉 신체장애에 필요한 보조기구 사용 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	신체장애에 대한 편의제공을 하는 보조기구 필요 여부		
	예	아니오	계
응답자수	9	259	268
비율	3.4	96.6	100

구분	필요한 보조기구 사용 여부		
	예	아니오	계
응답자수	4	5	9
비율	44.4	55.6	100

3) 약물 복용 경험

약물 복용 경험에 대해 질문하였다. 복용 약물 여부를 질문하였을 때, 대부분의 당사자가 약물을 복용하고 있다고 응답하였다(260명, 97.0%). 약물을 복용하고 있다고 응답한 당사자 260명을 대상으로 약물 복용 이유를 알고 있는지 질문하였다. 그 결과 절반 이상의 당사자가 약물 복용 이유를 인지하고 있었다(199명, 76.5%). 이어서 약물 복용을 거부할 수 있는지 질문하였을 때는 198명(76.2%)의 당사자가 약물 복용을 거부할 수 없다고 응답하였다.

〈표 6-44〉 약물 복용 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	복용 약물 여부		
	예	아니오	계
응답자수	260	8	268
비율	97.0	3.0	100.0
구분	약물 복용 이유 인지 여부		
	예	아니오	계
응답자수	199	61	260
비율	76.5	23.5	100
구분	약물 복용 거부 가능 여부		
	예	아니오	계
응답자수	62	198	260
비율	23.8	76.2	100

5. 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리

1) 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험

법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험에 대해 질문하였다. 전체 평균은 100점 만점 기준 53.2점으로 나타났다. 평균 점수가 높은 순으로 살펴 보면 ‘나와 치료진이 소통할 방법에 대해 나의 의견이 받아들여지는지’ (100점 만점 기준 60.9점), ‘의료 또는 연구 조사 시 사전 동의’ (100점 만점 기준 60.1점), ‘치료 방법에 대한 나의 선호를 파악하여 반영함’ (100점 만점 기준 58.6점) 순으로 응답 평균이 높았다. 평균이 가장 낮은 항목은 ‘자기결정을 존중하기 위한 지원이 있음(절차보조, 의사결정지원)’ (100점 만점 기준 31.7점)이었으며, ‘비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)을 따름’ (100점 만점 기준 49.9점), ‘의료기록에 대해 비밀이 보장되며 요청하면 자신의 의료기록을 볼 수 있음’ (100점 만점 기준 52.7점) 순으로 응답 평균이 낮게 나타났다.

〈표 6-45〉 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)을 따름	268	1.5	0.8	49.9	6
자기결정을 존중하기 위한 지원이 있음(절차보조, 의사결정지원)	268	1.0	0.8	31.7	7
의료기록에 대해 비밀이 보장되며 요청하면 자신의 의료기록을 볼 수 있음	268	1.6	0.8	52.7	5
선거(투표)할 권리	268	1.8	0.8	58.5	4
치료방법에 대한 나의 선호를 파악하여 반영함	268	1.8	0.7	58.6	3
나와 치료진이 소통할 방법에 대해 나의 의견이 받아들여지는지(예. 내가 흥분할 경우 진정할 수 있는 방법 등)	268	1.8	0.7	60.9	1
의료 또는 연구 조사 시 사전 동의	268	1.8	0.8	60.1	2
종합	268	1.6	0.5	53.2	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부

신분증 관리 주체와 위임장 작성 여부를 질문하였다. 신분증의 경우 대부분 보호자가 관리하는 경우(141명, 52.6%)가 많았고, 그 다음으로는 본인(70명, 26.1%), 종사자(46명, 17.2%)순으로 응답 비중이 높았다. 기타 응답(11명, 4.1%)으로는 ‘모름’, ‘없음’의 내용이 보고되었다. 이어서 신분증을 종사자가 관리한다고 응답한 당사자 46명을 대상으로 신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부를 질문하였다. 그 결과 위임장을 작성하지 않았다는 당사자가 절반 이상을 차지하였다(33명, 71.7%).

〈표 6-46〉 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	신분증 관리 주체				
	본인	종사자	보호자	기타	계
응답자수	70	46	141	11	268
비율	26.1	17.2	52.6	4.1	100.0
구분	신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	13	33	46		
비율	28.3	71.7	100.0		

3) 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부

금전 관리에 대한 경험을 질문하였다. 금전 관리 주체의 경우에도 신분증 관리와 유사하게 보호자가 관리하는 경우가 가장 많았다(155명, 57.8%). 그 다음으로는 본인(57명, 21.3%), 종사자(31명, 11.6%), 본인과 보호자(11명, 4.1%), 본인과 종사자(7명, 2.6%) 순으로 응답 비중이 높았다. 기타(7명, 2.6%) 의견으로는 ‘모른다’는 의견이 가장 많았고, ‘보호자와 종사자’, ‘다른 시설’에서 관리하고 있다는 의견이 있었다.

금전 관리를 종사자가 한다고 응답한 39명을 대상으로 위임장 작성 여부와 금전 사용 내역에 대한 설명 여부를 질문하였다. 위임장을 작성하지 않았다고 응답

한 당사자가 23명(60.5%)으로 절반 이상에 달하였다. 금전 사용 내역에 대한 설명을 들었다고 응답한 당사자가 78명(73.0%)으로 절반 이상의 당사자가 금전 사용 내역에 대한 설명을 제공 받고 있는 것으로 나타났다.

〈표 6-47〉 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	금전 관리 주체						계
	본인	보호자	본인과 보호자	본인과 종사자	종사자	기타	
응답자수	57	155	11	7	31	7	268
비율	21.3	57.8	4.1	2.6	11.6	2.6	100.0
구분	금전 관리에 대한 위임장 작성 여부			계			
	예	아니오	계				
응답자수	15	23	38				
비율	39.5	60.5	100.0				
구분	금전 사용 내역에 대한 설명 여부						
	예	아니오	계				
응답자수	28	10	38				
비율	73.7	26.3	100.0				

4) 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험

의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험에 대해 질문하였다. 우선, 의사소통 시 보조도구 및 지원이 필요 여부를 조사하였다. 지원이 필요하다고 응답한 당사자는 7명(2.6%)이었고 필요하지 않다고 응답한 당사자는 261명(97.4%)이었다. 지원이 필요하다고 응답한 당사자 7명을 대상으로 필요한 대체의사소통 수단을 사용했는지 여부를 질문하였을 때, 단 1명(14.3%)의 당사자만 대체의사소통 수단을 사용했다고 응답하였고, 6명(85.7%)의 당사자는 필요한 대체의사소통 수단을 사용하지 못했다고 응답하였다.

〈표 6-48〉 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	의사소통을 위한 보조도구 및 지원 필요 여부		
	예	아니오	계
응답자수	7	261	268
비율	2.6	97.4	100.0
구분	필요한 대체 의사소통 수단 사용 여부		
	예	아니오	계
응답자수	1	6	7
비율	14.3	85.7	100.0

6. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유

1) 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험

고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험에 대해 질문하였다. 전체 평균은 100점 만점 기준 약 59점으로 나타났다. 평균 점수가 높은 순으로 나열하면 ‘치료진이 존대어를 사용’ (100점 만점 기준 73.8점)의 평균이 가장 높았으며, ‘치료진이 비폭력적 대화를 함’ (100점 만점 기준 65.9점), ‘언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치’ (100점 만점 기준 65.4점) 순으로 응답 평균이 높았다. 평균이 낮은 순으로는 ‘환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시하지 않음’ (100점 만점 기준 32.0점)이 가장 낮아 격리 및 강박에 대한 경험이 많은 것으로 나타났으며, ‘극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료 시 환자의 사전 동의’ (100점 만점 기준 52.5점), ‘환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진이 대화로 진정시킴’ (100점 만점 기준 64.9점) 순으로 평균 점수가 낮았다.

〈표 6-49〉 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치	268	2.0	0.8	65.4	3
환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시하지 않음	268	1.0	0.7	32.0	6
극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료 시 환자의 사전 동의	268	1.6	0.8	52.5	5
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 존대어를 사용	268	2.2	0.7	73.8	1
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 비폭력적 대화를 함(예, 위협적이거나 억압적이지 않음)	268	2.0	0.8	65.9	2
환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 대화로 진정시킴	268	1.9	0.7	64.9	4
종합	268	1.8	0.4	59.1	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외

2) 인권 교육 관련 경험

인권 교육 관련 경험을 조사하였다. 그 결과 절반 이상의 당사자가 인권 교육을 받지 못했다고 답하였다(191명, 71.3%). 이어서 인권 교육을 받았다고 응답한 77명(28.7%)을 대상으로 인권침해 상황이 발생하였을 때 대처방법을 알고 있는지 질문하였다. 그 결과 대처방법을 알고 있다고 응답한 당사자가 53명(68.8%)에 달하였다.

〈표 6-50〉 인권 교육 관련 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	인권 교육(및 관련 안내) 여부		
	예	아니오	계
응답자수	77	191	268
비율	28.7	71.3	100.0
구분	인권 침해 상황이 발생하였을 때 대처 방법 인지 여부		
	예	아니오	계
응답자수	53	24	77
비율	68.8	31.2	100.0

3) 성인지 교육/성폭력예방교육 관련 경험

성인지 교육/성폭력예방교육 관련 경험에 대해 질문하였다. 성인지 교육/성폭력예방교육 또한 인권 교육과 마찬가지로 받지 못하였다고 응답한 당사자가 대다수였다(235명, 87.7%). 교육을 받았다고 응답한 33명(12.3%)을 대상으로 성 관련 문제 상황이 발생하였을 때 대처방법 인지 여부를 조사하였고, 응답자의 24명(72.7%)이 대처방법을 알고 있다고 답하였다.

〈표 6-51〉 성인지교육/성폭력예방교육 관련 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	성인지 교육/성폭력예방교육 여부		
	예	아니오	계
응답자수	33	235	268
비율	12.3	87.7	100.0
구분	성 관련 문제 상황이 발생하였을 때 대처 방법 인지 여부		
	예	아니오	계
응답자수	24	9	33
비율	72.7	27.3	100.0

4) 입원 과정 혹은 입원 중 인격 침해 및 모욕적인 경험

입원 과정 혹은 입원 중 인격 침해 및 모욕적인 경험에 대해 질문하였다. 인격 침해 및 모욕적인 경험을 하지 않았다고 응답한 당사자가 205명(76.5%)으로 대다수였지만, 인격 침해 및 모욕적인 경험을 했다고 응답한 당사자도 63명(23.5%)이었다. 경험을 했다고 응답한 당사자 63명을 대상으로 인격 침해를 받은 구체적인 상황을 질문하였다. 그 결과 ‘입원 과정 혹은 입원 중 일상 전반’ (21명, 33.3%)에서 인격을 침해당했다고 답한 당사자가 가장 많았고, ‘나의 의사가 존중되지 않은 강압적인 치료’ (17명, 27.0%), ‘나의 의사가 존중되지 않은 혹은 강압적인 입원과정’ (16명, 25.4%) 순으로 응답의 비중이 높았다. 기타 (9명, 14.3%)로는 다른 환자와의 갈등으로 인격이 침해당했다고 느꼈다는 의견이 있었다.

〈표 6-52〉 입원 과정 혹은 입원 중 인격 침해 및 모욕적인 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	입원 과정 혹은 입원 중 인격 침해 및 모욕적인 경험 여부		
	예	아니요	계
응답자 수	63	205	268
비율	23.5	76.5	100.0

구분	인격 침해를 받은 구체적인 상황				
	나의 의사가 존중되지 않은 혹은 강압적인 입원 과정	나의 의사가 존중되지 않은 혹은 강압적인 입원 치료	입원 과정 혹은 입원 중 일상 전반	기타	계
응답자수	16	17	21	9	63
비율	25.4	27.0	33.3	14.3	100.0

5) 입원 과정 혹은 입원 중에 느꼈던 기분

입원 과정 혹은 입원 중에 느꼈던 기분에 대하여 조사하였다. 기분의 전체 평균은 100점 만점 기준 46.4점으로 평균 수준인 것으로 나타났다. 가장 평균 점수가 높았던 기분은 ‘화가 났다’ (100점 만점 기준 51.5점)이었고, 그 다음으로는 ‘괴로웠다’ (100점 만점 기준 51.4점), ‘긴장했다’ (100점 만점 기준 49.8점)의 응답 평균이 높았다.

〈표 6-53〉 입원 과정 혹은 입원 중에 느꼈던 기분 : 당사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
짜증스러웠다	268	1.5	0.9	48.9	4
괴로웠다	268	1.5	0.9	51.4	2
부끄러웠다	268	1.3	0.8	42.3	8
화가났다	268	1.5	0.8	51.5	1
긴장했다	268	1.5	0.9	49.8	3
죄책감이 들었다	268	1.2	0.9	40.3	9
겁이 났다	268	1.3	0.9	44.5	7
적대적이었다	268	1.2	0.8	40.0	10
초조했다	268	1.4	0.9	48.3	5
두려웠다	268	1.4	0.9	46.8	6
종합	268	1.4	0.6	46.4	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

6) 자율성 관련 경험

자율성 관련 경험을 조사한 결과는 아래 표와 같다. 전체 평균은 100점 만점 기준 52.7점으로 나타났다. 응답 평균이 가장 높은 항목은 ‘나는 내 삶을 어떻게 살아가는지에 대해 내 스스로 자유롭게 결정하는 편이다.’ (100점 만점 기준 62.3 점)이었고, 평균이 가장 낮은 항목은 ‘나는 내 삶에 짓눌리는 듯한 느낌을 받는다.’ (100점 만점 기준 40.3점)로 밝혀졌다.

〈표 6-54〉 자율성 관련 경험 : 당사자

구분	응답자 수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
나는 내 삶을 어떻게 살아가는지에 대해 내 스스로 자유롭게 결정하는 편이다.	268	1.9	0.7	62.3	1
나는 내 삶에 짓눌리는 듯한 느낌을 받는다. (역문항)	268	1.6	0.7	52.6	6
나는 보통 내 생각이나 의견을 자유롭게 표현한다.	268	1.9	0.7	62.2	2
평상시에 다른 사람이 시키는 것을 자주해야 한다. (역문항)	268	1.8	0.7	59.7	3
평소에 나는 나다움을 유지하는 편이다.	268	1.8	0.6	59.5	4
평소에 내가 하는 일을 스스로 결정할 기회가 별로 없다. (역문항)	268	1.7	0.8	55.6	5
종합	268	1.8	0.4	58.6	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

7. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리

1) 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험

지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리경험에 대해 조사하였다. 조사 결과 전체 평균은 100점 만점 기준 36.6점으로 나타났다. 평균 점수가 높은 순으로 나열하면 '정치 및 공공생활 관련 지원 및 서비스' (100점 만점 기준 43.9점)이 가장 높았고, '지역사회에서 참여할 수 있는 사회, 문화, 종교 활동 등 여가 활동에 대한 지원 및 서비스' (100점 만점 기준 42.0점), '주거 지원 및 서비스' (100점 만점 기준 36.1점)순으로 평균 점수가 높았다. 평균 점수가 낮은 순으로 나열하면 '교육 서비스' (100점 만점 기준 31.5점), '고용서비스(100점 만점 기준 31.7점), '재정 지원 서비스' (100점 만점 기준 34.5점) 순이었다.

〈표 6-55〉 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험 : 당사자

구분	응답자 수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음	268.0	1.1	0.9	36.1	3
재정 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 안내를 받음	268.0	1.0	0.8	34.5	4
교육지원서비스에 대한 안내를 받음	268.0	0.9	0.8	31.5	6
고용지원서비스에 대한 안내를 받음	268.0	1.0	0.8	31.7	5
정치 및 공공생활(예. 투표, 집회 등)에 참여할 권리 지원 및 서비스 안내를 받음	268.0	1.3	0.9	43.9	1
지역사회에서 참여할 수 있는 사회, 문화, 종교활동 등 여가 활동에 대한 지원 및 서비스 안내를 받음	268.0	1.3	0.9	42.0	2
종합	268.0	1.1	0.6	36.6	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 참여 경험

시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 참여 경험에 대해 질문하였다. 조사 결과 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램에 참여 경험이 없는 당사자들이 대다수를 차지하였다(203명, 75.7%). 참여 경험이 없는 당사자 203명을 대상으로 참여한 경험이 없는 이유를 질문하였다. 그 결과 ‘원하는 프로그램이 없어서’ (75명, 36.9%)의 응답 비중이 가장 높았고, ‘참여하고 싶지만 방법을 몰라서’ (53명, 26.1%), ‘참여 욕구가 없어서’ (43명, 21.2%), ‘재미가 없어서’ (16명, 7.9%) 순으로 응답 비중이 높았다.

다음으로 프로그램 참여 경험이 있는 65명(24.3%)을 대상으로 참여한 활동 및 프로그램 유형을 질문하였다. 그 결과 야외나들이(30명, 11.2%)에 참여했다고 응답한 당사자가 가장 많았고, 취미 및 여가활동(18명, 6.7%), 상담(동료, 자립, 심리상담 등)(17명, 6.3%) 순으로 응답 비중이 높았다. 참여 비중이 가장 낮은 항목은 ‘직업훈련 및 취업연계 활동’ (9명, 3.4%)이었고, ‘체육활동’ (12명, 4.5%), ‘야유회, 여행 등 활동’ (15명, 5.6%) 순으로 응답 비중이 낮았다. 기타(6명, 2.2%)로는 ‘교육 활동, 종교 활동, 사회적응훈련, 모르겠다’는 의견이 있었다.

〈표 6-56〉 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 참여 경험 : 당사자

(단위: 명, %)

구분		시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 참여 경험 여부						
		예	아니오	계				
응답자수		65	203	268				
비율		24.3	75.7	100.0				
구분		참여한 활동 및 프로그램 유형 (중복응답)						
		예	아니오	계	순위			
상담(동료, 자립, 심리상담 등)	응답자수	17	251	268	3			
	비율	6.3	93.7	100.0				
야유회, 여행 등 활동	응답자수	15	253	268	4			
	비율	5.6	94.4	100.0				
야외나들이	응답자수	30	238	268	1			
	비율	11.2	88.8	100.0				
취미 및 여가활동	응답자수	18	250	268	2			
	비율	6.7	93.3	100.0				
직업훈련 및 취업 연계활동	응답자수	9	259	268	6			
	비율	3.4	96.6	100.0				
체육활동	응답자수	12	256	268	5			
	비율	4.5	95.5	100.0				
기타	응답자수	6	262	268	7			
	비율	2.2	97.8	100.0				
구분		참여한 경험이 없는 이유						
		바쁘고 시간이 없어서	원하는 프로그램이 없어서	참여하고 싶지만 방법을 몰라서	재미가 없어서	참여 욕구가 없어서	기타	계
응답자수		7	75	53	16	43	9	203
비율		3.4	36.9	26.1	7.9	21.2	4.4	100.0

제3절 종사자 설문조사 결과

1. 일반적 특성

1) 응답한 종사자의 일반적 특성

설문에 응답한 종사자 196명의 일반적 특성은 <표 6-57>과 같다. 성별은 여성이 125명(63.8%)으로 남성 응답자 71명(36.2%)보다 많았다. 연령은 중·장년기에 해당하는 종사자가 90명(45.9%)로 가장 많았고, 성인 초기 63명(32.1%), 청년기 24명(12.2%), 노년기 19명(9.7%) 순이었다. 총 근무 경력은 5년 미만이 68명(34.7%)으로 가장 많았고, 5년 이상~10년 미만이 39명(19.9%), 10년 이상~15년 미만이 37명(19.9%), 15년 이상~20년 미만이 19명(9.7%)이었다. 현 기관 근무 경력 또한 총 근무경력과 유사한 분포를 보였는데, 5년 미만으로 근무한 종사자가 103명(52.6%)으로 가장 많았고, 그 다음은 5년 이상~10년 미만 41명(20.9%), 10년 이상 ~14년 미만 25명(12.8%) 순으로 나타났다. 직책의 경우 간호조무사가 52명(26.5%)으로 가장 많이 응답하였고, 그 다음으로는 간호사(31명, 15.8%), 사회복지사(생활복지사)(27명, 13.8%), 정신건강사회복지사(25명, 12.8%), 정신건강의학과 전문의(21명, 10.7%) 순이었다. 근무지역은 경기(52명, 26.5%), 서울(30명, 15.3%), 전북(21명, 10.7%) 순이었다. 학력은 대학교(4년제 이상) 졸업자가 105명(53.6%)로 가장 많았고, 그 다음으로는 대학교(3년제 이하) 44명(22.4%), 대학원 이상 31명(15.8%) 순이었다. 근무기관 유형은 민간정신의료기관 2차 155명(79.1%), 민간정신의료기관 3차 26명(13.3%), 공립정신의료기관 9명(4.6%), 국립정신의료기관 6명(3.1%) 순으로 나타났다.

〈표 6-57〉 조사대상자의 일반적 특성 : 종사자

구분		응답자 수	응답자 비율	구분	응답자 수	응답자 비율
전체		196	100.0	서울	30	15.3
성별	남성	71	36.2	부산	10	5.1
	여성	125	63.8	대구	0	0.0
연령	청년기(30세 미만)	24	12.2	인천	9	4.6
	성인초기 (30세 이상 45세 미만)	63	32.1	광주	0	0.0
	중장년기 (45세 이상 60세 미만)	90	45.9	대전	12	6.1
	노년기(60세 이상)	19	9.7	울산	0	0.0
총근 무경 력	5년 미만	68	34.7	세종	0	0.0
	5년 이상 ~ 10년 미만	39	19.9	경기	52	26.5
	10년 이상 ~ 15년 미만	37	18.9	강원	15	7.7
	15년 이상 ~ 20년 미만	19	9.7	충북	16	8.2
	20년 이상 ~ 25년 미만	18	9.2	충남	12	6.1
	25년 이상 ~ 30년 미만	6	3.1	전북	21	10.7
	30년 이상 ~ 35년 미만	9	4.6	전남	10	5.1
현기 관근 무경 력	5년 미만	103	52.6	경북	9	4.6
	5년 이상 ~ 10년 미만	41	20.9	경남	0	0.0
	10년 이상 ~ 15년 미만	25	12.8	제주	0	0.0
	15년 이상 ~ 20년 미만	14	7.1	무학	0	0.0
	20년 이상 ~ 25년 미만	11	5.6	초등학교	0	0.0
	25년 이상 ~ 30년 미만	1	0.5	중학교	1	.5
직책	정신건강의학과 전문의(축탁의)	21	10.7	고등학교	15	7.7
	일반의사	0	0.0	대학교(3년제 이하)	44	22.4
	정신건강간호사	0	0.0	대학교(4년제 이상)	105	53.6
	간호사	31	15.8	대학원 이상	31	15.8
	간호조무사	52	26.5	국립정신의료 기관	6	3.1
	정신건강사회복지사	25	12.8	공립정신의료 기관	9	4.6
	사회복지사(생활복지사)	27	13.8	민간정신의료 기관1차	0	0.0
	정신건강임상심리사	6	3.1	민간정신의료 기관 2차	155	79.1
	임상심리사	7	3.6	민간정신의료 기관 3차	26	13.3
	보호사	15	7.7			
기타	12	6.1				

2. 국제인권기준 관련 인식

1) 근무하는 병원의 지원서비스

국제인권기준과 관련하여 근무하는 병원의 지원서비스에 대해 질문한 결과는 다음과 같다. 전체 평균은 100점 만점 기준으로 약 80점 전후로, 응답자들은 근무하는 병원의 지원 서비스가 전반적으로 국제인권 기준에 부합하는 것으로 인식하였지만, ‘병원은 치료 과정에서 환자를 격리, 강박, 구금을 하지 않는다.’의 문항과 관련해서는 약 55점으로 평균이 낮았다. 지원 서비스 평균 점수가 높은 순으로 나열하면, ‘병원은 환자에게 격리, 강박, 구금 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 회복 방법에 대해 설명 한다’(100점 만점 기준 89.3점)가 1순위로 나타났으며, ‘병원은 환자가 원치 않음에도 (또는 어쩔 수 없이) 작업치료의 이유로 청소나 관리 일을 시키지 않는다.’(100점 만점 기준 88.8점), ‘병원에서 환자는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.’(100점 만점 기준 87.1점)가 그 다음으로 높았다. 평균 점수가 낮은 순으로 나열하면 ‘병원은 치료 과정에서 환자를 격리, 강박, 구금을 하지 않는다.’(100점 만점 기준 55.4점)가 가장 낮았고, ‘병원의 치료 장소 및 방법 관련하여 환자의 선택(선호)을 우선한다.’(100점 만점 기준 74.8점), ‘병원은 치료 계획(약 복용 횟수, 치료 기간 등)에 환자의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.’(100점 만점 기준 78.2점) 순으로 낮게 나타났다.

〈표 6-58〉 근무하는 병원의 지원 서비스 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
병원은 환자의 질환의 명칭, 치료계획, 퇴원 예정 일시에 대한 설명을 제공한다.	196	2.5	0.6	82.3	9
병원은 환자가 복용하는 약물의 종류, 효과, 부작용에 대한 설명을 제공한다.	196	2.5	0.5	83.3	7
병원에서 환자는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.	196	2.6	0.5	87.1	3

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
병원은 환자의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.	196	2.5	0.5	84.0	6
병원은 약물복용 이외에 환자가 필요로 하는 상담, 사회관계망(가족 또는 동료)과의 관계 회복에 대한 치유 프로그램 등을 제공한다.	196	2.5	0.5	82.5	8
병원은 치료 계획(약 복용 횟수, 치료 기간 등)에 환자의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.	196	2.3	0.6	78.2	13
병원은 환자에게 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.	196	2.4	0.6	79.3	10
병원은 환자가 원치 않음에도 (또는 어쩔 수 없이) 작업치료의 이유로 청소나 관리 일을 시키지 않는다.	196	2.7	0.6	88.8	2
병원은 환자가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.	196	2.6	0.5	86.1	4
병원은 치료 과정에서 환자를 격리, 강박, 구금을 하지 않는다.	196	1.7	1.0	55.4	15
병원은 환자에게 격리, 강박, 구금 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.	196	2.7	0.5	89.3	1
병원은 치료에 대한 대안적 조치에 환자의 선호를 반영한다.	196	2.4	0.5	78.4	11
병원의 치료 장소 및 방법 관련하여 환자의 선택(선호)을 우선한다.	196	2.2	0.6	74.8	14
병원은 환자의 성별(성 정체성, 성적 지향 등), 종교, 정치적 성향 등에 무관하게 치료 서비스를 제공한다.	196	2.4	0.7	78.4	11
병원은 환자가 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요하지 않는다.	196	2.6	0.5	85.5	5
총합	196	2.4	0.4	80.9	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 병원 내 환자들의 기본적 인권

국제인권기준과 관련하여 근무하는 병원 내 환자들의 기본적 인권에 대해 질문하였다. 100점 만점 기준으로 평균 약 80점으로 응답하여, 응답자들이 근무하는 병원 내 환자들의 인권 보장 수준이 국제인권 기준에 부합하는 것으로 나타났으나, 휴대전화 사용의 자유와 관련한 질문에서는 100점 만점 기준 평균이 58.3점으로 낮았다. 병원 내 환자들의 기본적 인권 평균 점수가 높은 순으로 나열하면, ‘특정한 종교를 강요받지 않는다.’(100점 만점 기준 90.1점)가 1순위로 나타났으며, ‘환자는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.’ (100점 만점 기준 87.1점), ‘환자의 의료 및 재활 정보(기록)는 환자 개인의 기록이므로 환자의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.’ (100점 만점 기준 86.6점)가 그 다음으로 높았다. 평균 점수가 낮은 순으로는 ‘병원에서 환자의 휴대전화 사용이 자유롭다.’ (100점 만점 기준 58.3점)가 가장 낮았고, ‘환자는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.’ (100점 만점 기준 69.0점), ‘자해나 타해 등 현저한 위험이 없다고 판단할 때 환자가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.’ (100점 만점 기준 79.4점) 순으로 낮게 나타났다.

〈표 6-59〉 병원 내 환자들의 기본적 인권 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
환자의 의료기록, 진단서 등은 환자가 요구하거나 환자가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.	196	2.4	0.6	79.9	8
환자의 의료 및 재활 정보(기록)는 환자 개인의 기록이므로 환자의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	196	2.6	0.5	86.6	3
환자는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	196	2.6	0.5	87.1	2
환자는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	196	2.5	0.5	84.4	4
환자는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	196	2.1	0.7	69.0	10
특정한 종교를 강요받지 않는다.	196	2.7	0.5	90.1	1
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 환자가 스스로 결정한다.	196	2.5	0.5	83.8	5
병원에서 환자는 성인으로 자유롭게 결정할 수 있다는 설명을 듣고 그것을 보장받는다.	196	2.5	0.5	82.0	7
병원은 환자가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	196	2.5	0.6	82.8	6
자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 환자가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.	196	2.4	0.6	79.4	9
병원에서 환자의 휴대전화 사용이 자유롭다.	196	1.8	0.9	58.3	11
종합	196	2.4	0.4	80.3	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

3. 적정수준의 생활유지

1) 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험

다음 표는 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험에 관한 연구 결과이다. 전체적으로 평균 점수는 100점 만점 기준 약 75점으로 나타났다. 평균 점수가 높은 순으로 살펴보면 ‘자유로운 상호작용을 위한 공간(ex. 거실 등) 제공’ (100점 만점 기준 79.9점)이 가장 높았고, 다음으로는 ‘건물의 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호’ (100점 만점 기준 77.7점), ‘전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통’ (100점 만점 기준 76.5점) 순으로 밝혀졌다. 반면 평균 점수가 가장 낮은 서비스 제공 경험은 ‘병원 내·외부 이동의 자유보장’ (100점 만점 기준 71.9점)이었고, 다음으로는 ‘편안하고 사생활이 보장되는 수면환경’ (100점 만점 기준 77.7점), ‘자유로운 면회’ (100점 만점 기준 74.1점)가 낮게 나타났다.

〈표 6-60〉 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
건물이 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호	196.0	2.3	0.5	77.7	2
편안하고 사생활이 보장되는 수면 환경	196.0	2.2	0.6	73.3	7
화장실의 청결 및 사생활 보장	196.0	2.3	0.6	76.0	4
환자의 선호에 맞는 음식, 물, 의복 제공, 의류 세탁 및 건조	196.0	2.2	0.6	74.8	5
전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통	196.0	2.3	0.6	76.5	3
자유로운 면회	196.0	2.2	0.7	74.1	6
자유로운 상호작용을 위한 공간(ex. 거실 등) 제공	196.0	2.4	0.5	79.9	1
병원 내외부 이동의 자유보장 (개방병동)	196.0	2.2	0.8	71.9	8
종합	196.0	2.3	0.5	75.6	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외

2) 환자의 개인사물함 소유 여부/관리 주체

환자의 개인 사물함 소유 여부와 관리 주체를 조사한 결과는 다음과 같다. 환자가 개인 사물함을 소유하고 있다고 응답한 종사자는 194명(99.0%)이었다. 사물함을 소유하고 있다고 응답한 종사자를 대상으로 사물함 관리 주체를 질문하였을 때, 사물함 관리 주체는 대부분 환자(113명, 58.2%)였으며, 다음으로는 환자와 종사자가 함께 관리하는 경우(77명, 39.7%), 종사자가 관리하는 경우(4명, 2.1%) 순으로 나타났다.

〈표 6-61〉 환자의 개인사물함 소유 여부/관리 주체 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	환자의 개인 사물함 소유 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	194	2	196		
비율	99.0	1.0	100.0		
구분	개인 사물함 관리 주체				
	환자	종사자	환자와 종사자	기타	계
응답자수	113	4	77	0	194
비율	58.2	2.1	39.7	0.0	100.0

3) 화장실 이용 및 목욕 시 서비스 지원 경험

다음 표는 환자에게 화장실 이용 및 목욕 시 서비스를 지원한 경험에 대해 조사한 결과이다. 화장실 이용 및 목욕 시 서비스 지원이 필요한 환자가 있다고 응답한 종사자는 139명(70.9%)으로 나타났다. 이들을 대상으로 필요 즉시 지원 했는지를 질문하였을 때 137명(98.6%)의 종사자가 필요 즉시 지원을 했다고 응답하였다. 지원을 제공했다고 응답한 종사자는 137명으로 도움제공자의 성별을 질문하였을 때, 동성 지원이 118명(86.1%)로 가장 많았고, 때론 동성, 때론 이성 지원인 경우는 19명(13.9%)이었다. 이성지원인만 지원하는 경우는 없었다.

〈표 6-62〉 화장실 이용 및 목욕 시 서비스 지원 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	화장실 이용 및 목욕 시 지원 필요 환자 여부			
	예	아니오	계	
응답자수	139	57	196	
비율	70.9	29.1	100.0	
구분	필요 즉시 지원 여부			
	예	아니오	계	
응답자수	137	2	139	
비율	98.6	1.4	100.0	
구분	도움제공자			
	동성지원인	이성지원인	때론 동성, 때론 이성지원인	계
응답자수	118	0	19	137
비율	86.1	0.0	13.9	100.0

4. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리

1) 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험

정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스의 제공 경험에 대해 질문한 결과는 다음과 같다. 전체 평균은 100점 만점 기준 81.2점이었다. 가장 평균 점수가 높은 서비스 제공경험은 ‘신체질환을 위한 치료(외래치료 등)’ (100점 만점 기준 84.5점)이었고, 그 다음으로는 ‘정신적인 성·생식(신체)건강을 위한 서비스 제공(예. 백신, 건강검진 등)’ (100점 만점 기준 84.2점), ‘약물 부작용에 대한 상담(치료진에게 자유롭게 이야기할 수 있는지)’ (100점 만점 기준 82.3점) 순이었다. 평균 점수가 가장 낮은 서비스 제공 경험은 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’ (100점 만점 기준 75.5점)으로 나타났다.

〈표 6-63〉 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
의료급여 입원환자와 건강보험 입원환자를 차별하지 않음	196	2.3	0.8	76.4	4
환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)	196	2.3	0.6	75.5	5
약물 부작용에 대한 상담(치료진에게 자유롭게 이야기할 수 있는지)	196	2.5	0.6	82.3	3
신체질환을 위한 치료(외래치료 등)	196	2.5	0.6	84.5	1
전반적인 성·생식(신체)건강을 위한 서비스 제공(예, 백신, 건강검진 등)	196	2.5	0.6	84.2	2
총합	196	2.4	0.5	81.2	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외

2) 신체장애에 필요한 보조기구 지원 경험

신체장애에 필요한 보조기구 지원이 필요한 환자가 존재하는지 질문하였을 때, 필요한 환자가 존재한다고 응답한 종사자가 112명(57.1%)이었으며, 이때 필요한 보조기구를 대부분 지원했다고 응답하였다(111명, 99.1%).

〈표 6-64〉 신체장애에 필요한 보조기구 지원 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	신체장애에 대한 편의제공을 하는 보조기구 필요 환자 존재 여부		
	예	아니오	계
응답자수	112	84	196
비율	57.1	42.9	100.0
구분	필요한 보조기구 지원 여부		
	예	아니오	계
응답자수	111	1	112
비율	99.1	.9	100.0

3) 약물 관리

약물 관리 경험을 질문한 결과는 다음과 같다. 약물 관리 주체가 의료인인 경우가 거의 대부분이었으며(195명, 99.5%), 환자의 진료기록부 및 투약대장을 병원에서 관리하고 있는 경우가 절대 대다수였다(194명, 99.0%). 진료 및 투약에 대한 사항을 기록 및 관리하고 있는지의 여부를 질의하였을 때 응답자 모두가 기록 및 관리를 하고 있다고 응답하였다(196명, 100.0%).

〈표 6-65〉 약물 관리 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	약물 관리 주체 의료인 여부		
	예	아니오	계
응답자수	195	1	196
비율	99.5	0.5	100.0
구분	환자의 진료기록부 및 투약대장 관리 여부		
	예	아니오	계
응답자수	194	2	196
비율	99.0	1.0	100.0
구분	진료 및 투약에 대한 사항 기록 및 관리 여부		
	예	아니오	계
응답자수	196	0	196
비율	100.0	0.0	100.0

5. 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리

1) 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험

법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스의 제공 경험에 대한 조사 결과는 다음과 같다. 전체적인 평균은 100점 만점 기준 평균 81.1점으로 나타났다. 평균 점수가 가장 높은 항목은 ‘의료 또는 연구 조사 시 사전 동의’ (100점 만점 기준 84.9점), 그 다음으로는 ‘자기결정권 행사’ (100점 만점 기준 83.8점), ‘선거할 권리’ (100점 만점 기준 82.8점)이 높았다. 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘조건에 맞지 않는 구금 및 치료를 막기 위한 보호장치’ (100점 만점 기준 75.9점), 그 다음으로는 ‘치료방법에 대한 환자의 선호도를 미리 알리고 이를 존중받을 권리’ (100점 만점 기준 79.4점), ‘환자와 치료진이 소통할 방법에 대해 환자의 의견이 받아들여지는지’ (100점 만점 기준 79.8점)가 낮았다.

〈표 6-66〉 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)에 준함	196	2.4	0.5	81.1	4
조건에 맞지 않는 구금 및 치료를 막기 위한 보호장치	196	2.3	0.7	75.9	7
자기결정권 행사(절차보조서비스, 의사결정지원, 의료기록 등에 대한 비밀보장과 열람 권리)	196	2.5	0.5	83.8	2
선거할 권리	196	2.5	0.6	82.8	3
치료방법에 대한 환자의 선호도를 미리 알리고 이를 존중받을 권리	196	2.4	0.6	79.4	6
환자와 치료진이 소통할 방법에 대해 환자의 의견이 받아들여지는지(예. 환자가 흥분할 경우 진정할 수 있는 방법 등)	196	2.4	0.5	79.8	5
의료 또는 연구 조사 시 사전 동의	196	2.5	0.5	84.9	1
종합	196	2.4	0.4	81.1	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부

환자의 신분증 관리 주체는 종사자인 경우(70명, 35.7%)가 가장 많았고, 다음으로는 환자(57명, 29.1%), 보호자(39명, 19.9%)순이었다. 기타(30명, 15.3%) 응답 내용으로는 ‘환자와 종사자’, ‘종사자와 보호자’, ‘환자, 종사자, 보호자’, ‘물품 보관실’, ‘개인에 따라 다름’이 있었다. 신분증을 종사자가 관리하는 경우 신분증 관리에 대한 위임장을 작성했다고 응답한 종사자가 51명(72.9%)이었고, 작성하지 않았다고 응답한 종사자는 19명(27.1%)이었다.

〈표 6-67〉 신분증 관리 주체/위임장 작성 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	신분증 관리 주체				
	환자	종사자	보호자	기타	계
응답자수	57	70	39	30	196
비율	29.1	35.7	19.9	15.3	100.0
구분	신분증 관리에 대한 위임장 작성 여부				
	예	아니오	계		
응답자수	51	19	70		
비율	72.9	27.1	100.0		

3) 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부

금전 관리에 대해 조사한 결과는 아래와 같다. 금전은 환자와 보호자가 관리하는 경우가 67명(34.2%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 환자가 관리하는 경우(34명, 17.3%), 환자와 종사자가 관리하는 경우(28명, 14.3%), 환자가 관리하는 경우(34명, 17.3%), 보호자가 관리하는 경우(24명, 12.2%), 종사자가 관리하는 경우(15명, 7.7%) 순으로 나타났다. 기타(28명, 14.3%) 응답 내용으로는 ‘환자, 보호자, 종사자’, ‘매점’, ‘개인에 따라 다름’이 있었다.

〈표 6-68〉 금전 관리 주체/위임장 작성 여부/금전 사용 내역에 대한 설명 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	금전 관리 주체							
	환자	보호자	환자와 보호자	환자와 종사자	종사자	기타	계	
응답자수	34	24	67	28	15	28	196	
비율	17.3	12.2	34.2	14.3	7.7	14.3	100.0	
구분	금전 관리에 대한 위임장 작성 여부							
	예	아니오	계					
응답자수	40	3	43					
비율	93.0	7.0	100.0					
구분	금전 사용에 대한 설명 제공 주기							
	사용시마다	주1회	월1회	분기1회	반기1회	연1회	기타	계
응답자수	28	8	4	0	0	0	3	43
비율	65.1	18.6	9.3	0.0	0.0	0.0	7.0	100.0

4) 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험

의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험이 있는지 질문한 결과는 다음과 같다. 의사소통을 위한 보조도구 및 지원이 필요한 환자가 있다고 응답한 종사자는 63명(32.1%)이었다. 이들을 대상으로 필요한 대체 의사소통 수단을 사용할 수 있도록 지원했는지 질문하였을 때 대부분이 그렇다고 응답하였다(56명, 88.9%).

〈표 6-69〉 의사소통을 위한 보조도구 및 지원 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	의사소통을 위한 보조도구 및 지원 필요 환자 여부		
	예	아니오	계
응답자수	63	133	196
비율	32.1	67.9	100.0
구분	필요한 대체 의사소통 수단 사용 여부		
	예	아니오	계
응답자수	56	7	63
비율	88.9	11.1	100.0

6. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유

1) 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험

다음은 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유와 관련된 서비스 제공 경험에 대한 조사 결과이다. 전체 평균은 100점 만점 기준 77.4점이었다. 평균 점수가 가장 높은 항목은 ‘치료진이 존대어를 사용’ (100점 만점 기준 85.4점)이었고, 그 다음으로는 ‘치료진이 비폭력적 대화를 함’ (100점 만점 기준 83.2점), ‘언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치’ (100점 만점 기준 83.0점)가 높게 나타났다. 평균 점수가 낮은 순으로 살펴보았을 때는 ‘환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 반항하면 격리 및 강박을 취하는지’ (100점 만점 기준 47.6점)의 항목 평균이 가장 낮았고, ‘의료진이 환자의 흥분이나 분노를 진정시키는 방법과 기술을 교육받는지’ (100점 만점 기준 76.4점)가 그 다음으로 낮게 나타났다.

〈표 6-70〉 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치	196	2.5	0.5	83.0	3
환자의 공격성을 사전평가 및 예방하기 위한 시스템	196	2.3	0.6	78.1	5
환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 반항하면 격리 및 강박을 취하지 않음	196	1.4	0.8	47.6	8
전기경련치료, 정신외과적 수술 시 환자의 사전 동의	196	2.3	0.8	78.1	5
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 존대어를 사용	196	2.6	0.5	85.4	1

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 비폭력적 대화를 함(예. 존중)	196	2.5	0.6	83.2	2
환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 대화로 진정시킴	196	2.5	0.5	82.7	4
의료진이 환자의 흥분이나 분노를 진정시키는 방법과 기술을 교육받는지	196	2.3	0.6	76.4	7
총합	196	2.3	0.4	77.4	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 인권 교육 여부 (중복응답)

종사자 및 환자의 인권 교육(및 관련 안내) 여부에 대해 질문하였다. 종사자 인권 교육은 시행한 경우가 대다수였지만(194명, 99.0%), 환자 인권 교육은 시행하지 않은 경우가 더 많았다(129명, 65.8%). 종사자 및 환자 인권 교육 모두 진행하지 않았다고 응답한 종사자는 2명(1.0%)이었다.

〈표 6-71〉 인권 교육 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	인권 교육(및 관련 안내) 여부								
	종사자 교육			환자 교육			진행하지 않음		
	예	아니오	계	예	아니오	계	예	아니오	계
응답자수	194	2	196	67	129	196	2	194	196
비율	99.0	1.0	100.0	34.2	65.8	100.0	1.0	99.0	100.0

3) 성인지교육/성폭력예방교육 여부 (중복응답)

다음은 종사자 및 환자의 성인지 교육/성폭력예방교육 여부에 대한 조사결과이다. 인권 교육과 마찬가지로 성인지 교육/성폭력예방교육 또한 종사자 교육은 시행한 경우가 대다수였지만(193명, 98.5%), 환자 교육은 시행하지 않은 경우가 더 많았다(123명, 62.8%). 종사자 및 환자 교육 모두 진행하지 않았다고 응답한 종사자는 3명(1.5%)이었다.

〈표 6-72〉 성인지 교육/성폭력예방교육 진행 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	성인지 교육/성폭력예방교육 여부								
	종사자 교육			환자 교육			진행하지 않음		
	예	아니오	계	예	아니오	계	예	아니오	계
응답자수	193	3	196	73	123	196	3	193	196
비율	98.5	1.5	100.0	37.2	62.8	100.0	1.5	98.5	100.0

4) 학대신고의무자 인지 여부

학대신고의무자임을 인지하고 있는지 조사하였을 때 설문조사에 참여한 종사자 전원이 학대신고의무자임을 인지하고 있는 것으로 나타났다(196명, 100.0%).

〈표 6-73〉 학대신고의무자 인지 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	학대신고의무자 인지 여부		
	예	아니오	계
응답자수	196	0	196
비율	100.0	0.0	100.0

7. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리

1) 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험

지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 75.7점으로 나타났다. 평균 점수는 100점 만점 기준 75.7점이었고, 평균 점수가 높은 순으로 나열하면 ‘입원기간 중 퇴원계획 수립 및 연계기관(낮병원, 전환시설, 정신재활시설 등) 확보에 대한 서비스’ (100점 만점 기준 79.3점), ‘지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 78.6점), ‘재정 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 76.9점)였다. 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘고용에 대한 기회 제공 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 71.4점)였고, 그 다음으로는 ‘정치 및 공공생활에 참여할 권리 지원 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 73.5점), ‘교육에 대한 기회 제공 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 74.5점)가 낮은 항목으로 나타났다.

〈표 6-74〉 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

구분	응답자수	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위
지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 연계	196	2.4	0.6	78.6	2
재정 지원에 접근할 수 있도록 지원 및 서비스 연계	196	2.3	0.6	76.9	3
교육에 대한 기회 제공 및 서비스 연계	196	2.2	0.7	74.5	5
고용에 대한 기회 제공 및 서비스 연계	196	2.1	0.7	71.4	7
정치 및 공공생활에 참여할 권리 지원 및 서비스 연계	196	2.2	0.7	73.5	6
사회, 문화, 종교 활동 등 여가 활동에 대한 지원 및 서비스 연계	196	2.3	0.6	76.0	4
입원기간 중 퇴원계획 수립 및 연계기관(낮병원, 전환시설, 정신재활시설 등) 확보에 대한 서비스	196	2.4	0.6	79.3	1
종합	196	2.3	0.6	75.7	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

2) 프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 경험

프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 경험에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 프로그램 개발 시 환자의 욕구를 반영한다고 응답한 종사자가 186명(96.9%)으로 응답자의 대부분을 차지하였다. 욕구를 반영하지 않는다는 종사자 10명(5.1%)을 대상으로 욕구를 반영하기 어려운 이유에 대해 조사한 결과, 예산이 부족해서(6명, 60.6%), 인력이 부족해서(30.0%), 공간이 부족해서(1명, 10.0%) 순으로 응답자의 비율이 높았다.

〈표 6-75〉 프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	프로그램 개발 시 환자의 욕구 반영 여부			욕구를 반영하기 어려운 이유					
	예	아니오	계	예산이 부족해서	인력이 부족해서	공간이 부족해서	프로그램의 필요성을 느끼지 못해서	기타	계
응답자수	186	10	196						
비율	94.9	5.1	100.0						
응답자수	6	3	1	0	0	0	0	10	
비율	60.0	30.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	

3) 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 진행 경험

다음은 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 진행 경험에 대해 조사한 결과이다. 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램에 대한 환자의 참여 주기를 질문하였을 때, 주 1회 이상(68명, 34.7%)이라고 응답한 종사자가 가장 많았고, 그 다음으로는 참여한 적 없음(53명, 27.0%)이라고 응답한 참여자가 많았다.

환자들이 참여한 활동 및 프로그램 유형으로는 상담(동료, 자립, 심리상담 등)이 가장 많았고, 그 다음으로는 체육활동, 취미 및 여가활동에 참여했다고 응답한 종사자가 많았다. 상대적으로 야유회, 여행 등의 활동, 직업훈련 및 취업연계활동, 취미 및 여가활동에 대한 참여 경험은 취약한 것으로 밝혀졌다. 기타로는 '교육활동', '센터 연계 행사'에 참여한다고 응답하였다.

참여한 경험이 없다고 응답한 53명(27.0%)을 대상으로 환자들이 참여하지 않

는 이유를 조사하였을 때, 기타 응답(28명, 52.8%)이 가장 많았는데, 주된 내용으로는 ‘코로나로 인해서’ 참여가 어려웠다는 응답이 가장 많았다. 그 다음으로는 환자에게 지원할 인력이 부족해서(15명, 28.3%), 환자에게 적합한 프로그램이 없어서(6명, 11.3%), 종사자가 관련 정보를 몰라서(3명, 5.7%), 환자의 참여욕구가 없어서(1명, 1.9%)순이었다.

〈표 6-76〉 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램 진행 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분		시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램에 대한 환자의 참여 주기						
		주1회 이상	월1회 이상	분기1회 이상	반기1회 이상	연1회 이상	참여한 적 없음	계
응답자수		68	21	17	15	22	53	196
비율		34.7	10.7	8.7	7.7	11.2	27.0	100.0
구분		환자들이 참여한 활동 및 프로그램 유형 (중복 응답)				계	순위	
		예		아니오				
상담(동료, 자립, 심리상담 등)	응답자수	77		119		196	1	
	비율	39.3		60.7		100.0		
야유회, 여행 등 활동	응답자수	27		169		196	5	
	비율	13.8		86.2		100.0		
야외나들이	응답자수	70		126		196	2	
	비율	35.7		64.3		100.0		
취미 및 여가활동	응답자수	58		138		196	3	
	비율	29.6		70.4		100.0		
직업훈련 및 취업 연계활동	응답자수	29		167		196	4	
	비율	14.8		85.2		100.0		
체육활동	응답자수	70		126		196	2	
	비율	35.7		64.3		100.0		
기타	응답자수	8		188		196	6	
	비율	4.1		95.9		100.0		
구분		환자들이 참여한 경험이 없는 이유					계	
		환자의 참여욕구가 없어서	환자에게 적합한 프로그램이 없어서	종사자가 관련 정보를 몰라서	환자에게 지원할 인력이 부족해서	기타		
응답자수		1	6	3	15	28	53	
비율		1.9	11.3	5.7	28.3	52.8	100.0	

8. 기타 서비스 관련 경험

1) 병원 내 격리강박 모니터링 시스템 존재 여부

병원 내 격리강박 모니터링 시스템이 존재하는지 확인하였다. 그 결과 종사자의 대부분이 병원 내에 격리강박 모니터랑 시스템이 존재한다고 응답하였다(189명, 96.4%).

〈표 6-77〉 병원 내 격리강박 모니터링 시스템 존재 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	병원 내 격리강박 모니터링 시스템 존재 여부		
	예	아니오	계
응답자수	189	7	196
비율	96.4	3.6	100.0

2) 디브리핑 시간 여부

트라우마 방지 및 사후예방을 위한 환자에 대한 개입, 치료진 내부 소통을 목적으로 디브리핑(Debriefing)시간을 갖는지 조사하였다. 그 결과 디브리핑 시간을 갖고 있다고 응답한 종사자는 142명(72.4%), 갖고 있지 않다고 응답한 종사자는 54명(27.6%)이었다.

〈표 6-78〉 디브리핑 시간 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	디브리핑 시간 여부		
	예	아니오	계
응답자수	142	54	196
비율	72.4	27.6	100.0

3) 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부

격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보되었는지 여부를 조사하였다. 그 결과, 확보되었다고 응답한 종사자는 158명(80.6%)이었고, 확보되지 못했다고 응답한 종사자는 38명(19.4명)이었다.

〈표 6-79〉 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부		
	예	아니오	계
응답자수	158	38	196
비율	80.6	19.4	100.0

4) 퇴원계획 상담 서비스 제공 경험

퇴원 계획 상담 서비스 제공 경험에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 조사 결과, 퇴원계획 상담서비스를 제공한 경험이 있는 종사자가 169명(86.2%)으로 많았고 제공경험이 없는 종사자는 27명(13.8%)이었다. 퇴원계획 상담서비스 제공 경험이 있는 종사자 169명(86.2%)을 대상으로 상담 시 실제 서비스 연계 및 의뢰경험이 있는지 질문하였을 때, 대다수의 응답자가 경험이 있다고 답하였다(153명, 90.5%).

〈표 6-80〉 퇴원계획 상담 서비스 제공 경험 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원계획 상담 서비스 제공 경험		
	예	아니오	계
응답자수	169	27	196
비율	86.2	13.8	100.0
구분	퇴원 계획 상담 시 타 기관 및 서비스로 연계 및 의뢰한 경험		
	예	아니오	계
응답자수	153	16	169
비율	90.5	9.5	100.0

5) 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부

퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부를 조사하였다. 그 결과, 종사자 114명(58.2%)이 보상이 없다고 답하였고, 82명(41.8%)은 보상이 있다고 응답하였다.

〈표 6-81〉 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부 : 종사자

(단위: 명, %)

구분	퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부		
	예	아니오	계
응답자수	82	114	196
비율	41.8	58.2	100.0

제4절 당사자 및 종사자 조사 결과 비교

1. 국제인권기준 관련 인식 편차

1) 병원의 지원서비스 인식

다음은 병원의 지원서비스에 대한 당사자와 종사자의 인식 편차에 대한 결과이다. 100점 만점 기준으로 전체 평균 편차는 24.4점으로 나타나, 대체로 당사자보다 종사자의 인권 친화적 서비스 관련 경험 인식이 높은 것으로 밝혀졌다. 즉, 종사자의 국제인권기준 관련 병원의 지원서비스 제공 경험 인식은 높지만, 상대적으로 당사자를 이를 경험하지 못했다고 인식하는 것으로 나타났다. 평균 편차가 큰 순위별로 나열하면 ‘병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.’ (100점 만점 기준 34.9점), ‘병원은 나에게 격리, 강박 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.’ (100점 만점 기준 34.9점), ‘병원에서 작업치료나 병원 내 업무(청소, 요리 등)에 참여할 것을 제안할 때 나의 사전 동의를 받는다.’ (100점 만점 기준 32.8점) 순으로 나타났다.

〈표 6-82〉 병원의 지원 서비스 인식 편차 : 당사자와 종사자

구분	당사자의 100점 만점 기준 평균	종사자의 100점 만점 기준 평균	평균 편차 (종사자-당 사자)	편차가 큰 순위
병원은 질환의 명칭, 치료계획, 퇴원 예정 일시에 대한 설명을 제공한다.	52.0	82.3	30.3	6
병원은 내가 복용하는 약물의 종류, 효과, 부작용에 대한 설명을 제공한다.	52.7	83.3	30.6	5
병원에서 나는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.	61.3	87.1	25.8	8
병원은 나의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.	62.9	84	21.1	10
병원은 약물복용 이외에 내가 필요로 하는 상담, 사회관계망(가족 또는 동료)과의 관계 회복에 대한 치유 프로그램 등을 제공한다.	60.2	82.5	22.3	9
병원은 치료 계획(약 복용 회수, 치료 기간 등)에 나의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.	49.9	78.2	28.3	7

구분	당사자의 100점 만점 기준 평균	종사자의 100점 만점 기준 평균	평균 편차 (종사자-당 사자)	편차가 큰 순위
병원은 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.	47.5	79.3	31.8	4
병원에서 작업치료나 병원 내 업무(청소, 요리 등)에 참여할 것을 제안할 때 나의 사전 동의를 받는다.	56.0	88.8	32.8	3
병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.	47.6	86.1	38.5	1
병원의 치료 과정에서 격리, 강박을 당한 경험이 없다	55.6	55.4	-0.2	15
병원은 나에게 격리, 강박 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.	54.4	89.3	34.9	2
병원은 치료에 대한 대안적 조치(위기를 상담으로 진정시켜주는 등)에 나의 선호를 반영한다.	57.8	78.4	20.6	11
병원의 치료 장소 및 방법과 관련하여 나의 선택(선호)를 물어보고 그것을 존중한다.	59.6	74.8	15.2	14
병원은 나의 성별(성 정체성, 성적 지향 등), 종교, 정치적 성향 등을 차별하지 않고 치료 서비스를 제공한다.	61.3	78.4	17.1	12
병원은 프로그램이나 서비스를 제공할 때 나의 동의를 사전에 받는다	68.9	85.5	16.6	13
종합	56.5	80.9	24.4	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외
2) 평균 편차 산출방법: 종사자의 100점 만점 기준 평균-당사자의 100점만점 기준 평균

2) 병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 관련 인식

병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 관련 인식에 대한 종사자와 당사자의 인식 편차를 살펴보았다. 100점 만점 기준으로 전체 평균 편차는 23.1점으로 나타났다. 이는 종사자가 인식하는 자기결정권 및 기본적 인권 관련 서비스 제공 경험은 높지만, 상대적으로 당사자를 관련 서비스를 경험하지 못했다고 인식하고 있다는 것을 뜻한다. 평균 편차가 큰 순위별로 나열하면 ‘나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.’ (100점 만점 기준 34.9점), ‘자해, 타해의 현저한 위험이

없다고 판단할 때 내가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.’ (100점 만점 기준 28.8점), ‘나의 의료기록, 진단서 등은 내가 요구하거나 내가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.’ (100점 만점 기준 24.6점) 순으로 나타났다.

〈표 6-83〉 병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 : 당사자와 종사자

구분	당사자의 100점 만점 기준 평균	종사자의 100점 만점 기준 평균	평균 편차 (종사자-당 사자)	편차가 큰 순위
나의 의료기록, 진단서 등은 내가 요구하거나 내가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.	55.3	79.9	24.6	3
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	51.7	86.6	34.9	1
나는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	70.0	87.1	17.1	10
나는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	64.6	84.4	19.8	8
나는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	49.6	69	19.4	9
특정한 종교를 강요받지 않는다.	65.8	90.1	24.3	4
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	59.6	83.8	24.2	5
병원에서 성인으로 내가 자유롭게 결정할 수 있다는 설명을 듣고 그것을 보장받는다.	58	82	24	6
병원은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	61.9	82.8	20.9	7
자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 내가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.	50.6	79.4	28.8	2
병원에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	41.9	58.3	16.4	11
종합	57.2	80.3	23.1	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외
 2) 평균 편차 산출방법: 종사자의 100점 만점 기준 평균-당사자의 100점만점 기준 평균

2. 다섯 가지 권리영역별 인식 편차

다섯 가지 권리영역별로 종사자와 당사자의 인식 평균 편차를 살펴보았다. 평균 편차를 종합하였을 때 23.1점으로 나타났고, 모든 권리 영역에서 종사자의 서비스 제공 경험 인식은 높지만, 당사자의 서비스 이용 경험 인식은 낮은 것으로 나타났다. 특히 평균 편차가 큰 권리 영역은 ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리’ (100점 만점 기준 39.1점)이었으며, ‘법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리’ (100점 만점 기준 27.9점), ‘고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유’ (100점 만점 기준 18.3점) 순으로 평균 편차가 높게 나타났다.

〈표 6-84〉 다섯 가지 권리영역별 인식 편차 : 당사자와 종사자

구분	당사자의 100점 만점 기준 평균	종사자의 100점 만점 기준 평균	평균 편차 (종사자-당 사자)	편차가 큰 순위
적정수준의 생활유지	62.6	75.6	13	5
정신 및 신체적 건강을 누릴 권리	63.9	81.2	17.3	4
법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리	53.2	81.1	27.9	2
고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유	59.1	77.4	18.3	3
지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리	36.6	75.7	39.1	1
종합	55.1	78.2	23.1	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그림 ③, 무응답자 제외
2) 평균 편차 산출방법: 종사자의 100점 만점 기준 평균-당사자의 100점만점 기준 평균

제5절 주요 연구결과 및 제언

1. 당사자 설문 조사 주요 연구 결과 및 제언

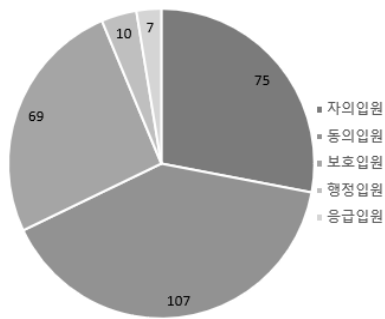
1) 주요 연구 결과

(1) 일반적 특성

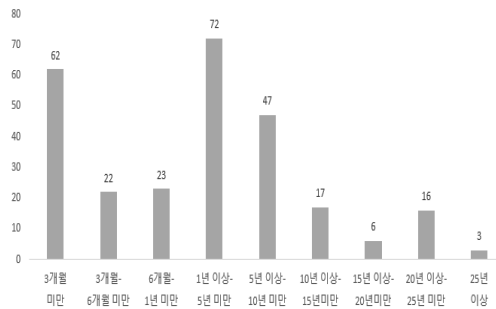
설문에 응답한 당사자는 총 268명이었다. 일반적 특성을 요약하면, 응답자 중 남성(144명, 53.7%)의 비중이 높았고, 연령은 중·장년기(124명, 46.3%)에 해당하는 당사자가 가장 많았다. 학력은 고등학교 졸업자가 140명(52.2%)로 가장 많았고, 결혼 상태는 미혼인 당사자가 175명(65.3%)으로 절반 이상을 차지하였다. 국민기초생활보장수급 유형의 경우 수급가구가 대부분이었고, 이에 따라 의료보장 유형이 의료급여에 해당하는 경우가 대다수였다. 의료비주부담자는 부모(99명, 32.8%)인 경우가 가장 많았다. 등록장애인 여부는 등록장애인이 아닌 경우가 135명(50.4%), 등록장애인인 경우가 133명(49.6%)으로 유사한 수준이었고, 등록장애인 중에는 정신장애(111명, 83.5%)가 대다수였다. 주된 진단명은 조현병이 151명(56.3%)인 경우가 절반 이상을 차지하였다.

(2) 현재 입원 병원에서의 전반적 경험

당사자의 입원 유형의 경우 동의입원(107명, 39.9%)이 가장 많았고, 자의입원(75명, 28.0%), 보호입원(69명, 25.7%), 행정입원(10명, 3.7%), 응급입원(7명, 2.6%) 순으로 비중이 높았다. 그러나 입원 기간을 살펴보면, 자의입원(자의, 동의 입원)이 많음에도 불구하고 장기입원 중인 당사자가 대부분이었다. 평균 입원 개월 수는 58개월로 약 5년에 해당하였으며, 1년 이상-5년 미만(72명, 26.9%)이 가장 많았고, 다음으로 3개월 미만(62명, 23.1%), 5년 이상-10년 미만(47명, 17.5%)의 비중이 높았다. 입원과 퇴원을 반복하며 25년 이상 장기입원하고 있는 당사자도 존재하였다. 2020년 기준 정신의료기관 국내 평균 재원기간은 137.8개월이지만, 장기입원하고 있는 당사자들이 대다수인 것을 알 수 있다.

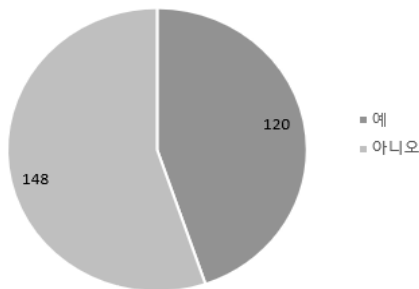


[그림 6-1] 현재 입원 유형 : 당사자

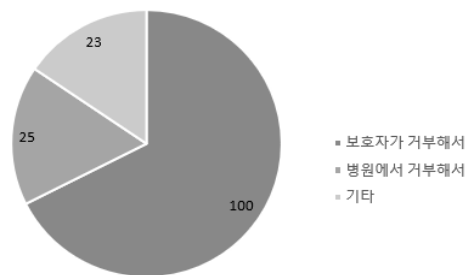


[그림 6-2] 현재 입원한 병원에서의 입원 기간 : 당사자

응답한 당사자의 입원 유형에 자의입원(자의, 동의 입원)이 많음에도 장기입원 중인 당사자가 많은 이유는 퇴원에 대한 자기결정 경험 조사 결과를 통해 유추할 수 있다. 입원 유형에 관계없이 실질적으로 퇴원을 스스로 결정할 수 있는지 질문하였을 때 응답자의 절반이 퇴원을 스스로 결정할 수 없다고 하였고(148명, 55.2%), 그 이유로는 보호자가 거부해서가 가장 많은 비중을 차지하였다(100명, 67.6%). 일반적 특성에서 주 의료비 부담자가 부모였던 점을 고려하였을 때, 연로한 보호자가 당사자의 돌봄을 부담하기에 어려움이 있어 나타난 결과로 해석된다.

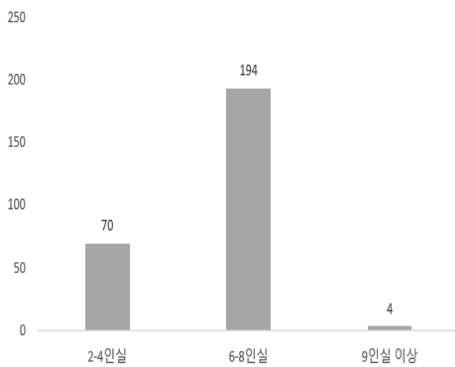


[그림 6-3] 퇴원에 대한 자기결정 경험 : 당사자

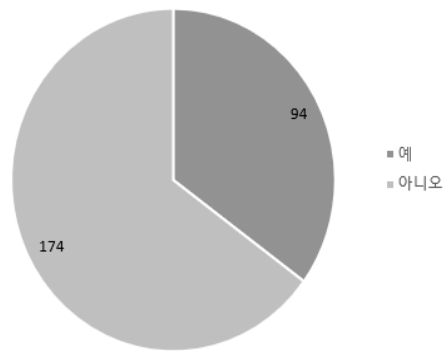


[그림 6-4] 퇴원을 결정할 수 없는 이유 : 당사자

입원한 병실의 병상 수를 조사하였을 때, 6-8인실에 입원 중인 당사자가 대부분을 차지하였다(194명, 72.4%). 이를 통해 다(多)인실을 사용하는 당사자들이 많은 점을 확인하였으며, 정신의료기관의 과밀수용으로 인한 사생활 침해가 우려되었다. 또한, 병실의 경우 질환 유형 및 정도를 고려하여 배정되지 않는다는 의견이 174명(64.9%)에 달하여, 당사자의 개별 회복을 위한 환경 조성에 어려움이 있을 것으로 보인다.



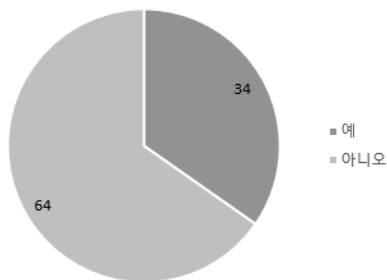
[그림 6-5] 병실의 병상 수 : 당사자



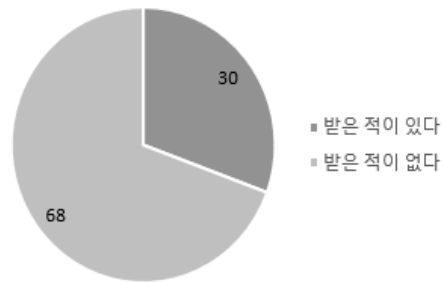
[그림 6-6] 질환의 유형과 정도를 고려한 병실 배정 여부 : 당사자

(3) 최근 5년간 입원적합성심사위원회/정신건강심사위원회 조사 경험

보호/행정입원 시 입원적합성심사위원회 대면조사 관련 권리 고지를 받았다고 인정한 당사자는 34명(34.7%)이었고, 당사자의 절반 이상인 64명(65.3%)이 권리를 고지 받지 못하였다고 보고했다. 이에 따라 실제 조사를 받은 경험이 없는 당사자들이 68명(69.4%)에 해당하였다.

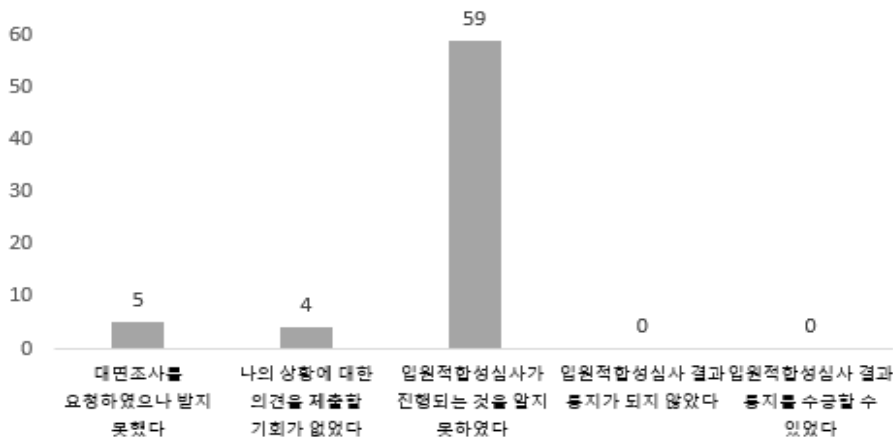


[그림 6-7] 입원적합성심사제도를 통한 대면 심사 요청 관련 권리 고지 여부 : 당사자



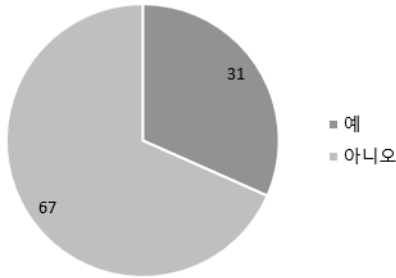
[그림 6-8] 입원적합성심사위원회 대면조사 경험 : 당사자

대면 조사 경험이 없는 당사자 68명을 대상으로 대면조사를 받지 않은 이유를 질문하였을 때, 심사가 진행되는 것을 알지 못했다(59명, 86.8%)는 응답이 대다수를 차지 하였다.

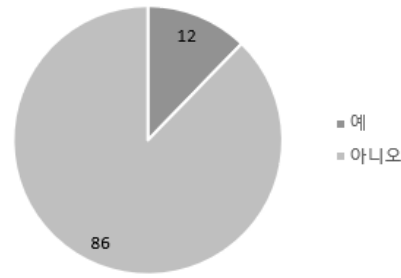


[그림 6-9] 입원적합성심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유 : 당사자

정신건강심사위원회를 통한 퇴원심사 요청이 가능하다는 권리를 고지 또한 응답자의 절반 이상이 권리를 고지 받지 못하였다(67명, 68.4%)고 응답하였다. 이어서 퇴원 심사를 요청한 경험이 없는 당사자 또한 86명(87.8%)에 달하였다.

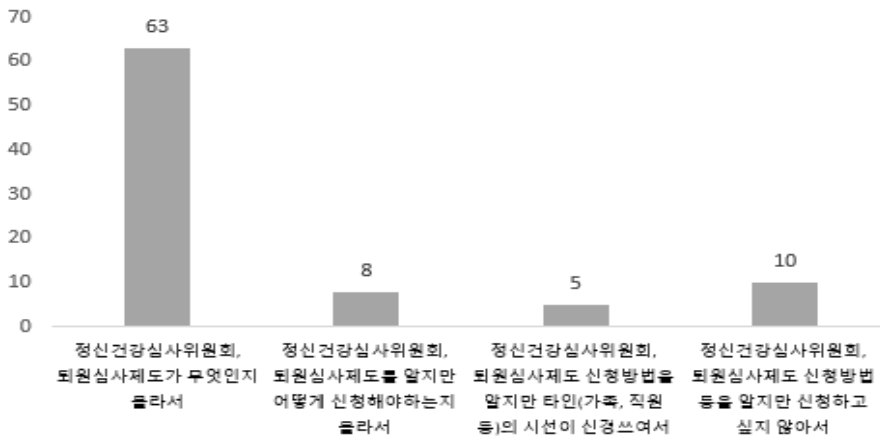


[그림 6-10] 정신건강심사위원회 퇴원심사 관련 권리 고지 여부 : 당사자



[그림 6-11] 정신건강심사위원회에 퇴원 심사 요청 경험 여부 : 당사자

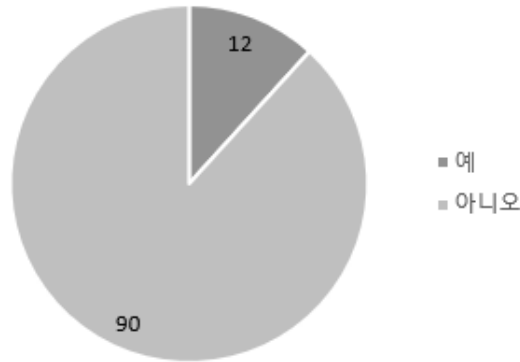
정신건강심사위원회의 퇴원심사 요청 경험이 없는 86명을 대상으로 정신건강심사위원회의 퇴원심사를 신청하지 않은 이유를 질문한 결과, 정신건강심사위원회와 퇴원심사제도가 무엇인지 몰라서 조사를 받지 못했다는 응답자가 63명 (73.3%)으로 가장 많았다. 이를 통해 정신건강심사위원회, 입원적합성심사위원회 모두 당사자의 시각에서, 당사자가 인지할 수 있는 수준까지 권리를 고지해야 할 필요성이 있음을 확인하였다.



[그림 6-12] 정신건강심사위원회 대면조사를 받지 않은 이유 : 당사자

(4) 비자의입원(보호/행정/응급입원) 시 대안책 안내

보호/행정/응급입원과 같은 비자의 입원 시 쉼터와 같은 다른 대안책을 안내를 받지 못했다고 응답한 당사자가 대부분이었다(90명, 88.2%).



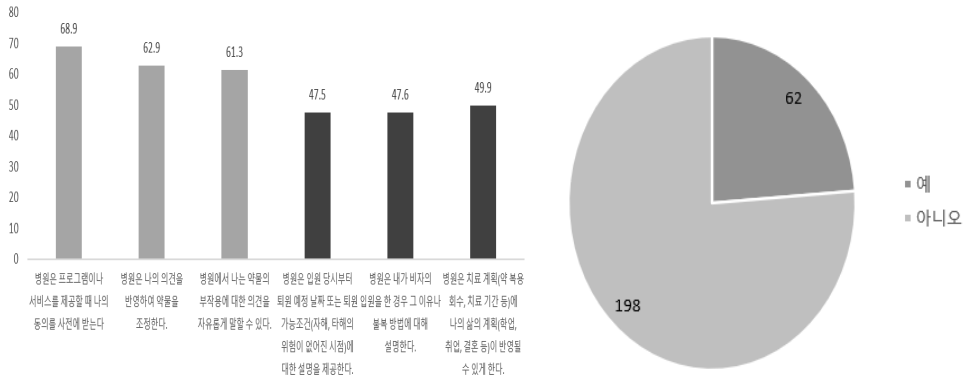
[그림 6-13] 비자의 입원 시 대안책 안내 여부 : 당사자

(5) 국제인권기준 관련 인식

아래 [그림 6-14]는 국제인권기준 관련하여 입원한 병원의 지원서비스 경험에 대해 조사한 결과 중 상위 3개 항목과 하위 3개 항목을 나타낸 것이다. 조사 결과, 전체 평균은 100점 만점 기준 56.5점으로 낮은 수준이었다. 평균 점수가 높은 상위 3개 항목은 프로그램에 대한 사전 동의(100점 만점 기준 69.9점), 약물 조정에 대한 의견 반영(100점 만점 기준 62.9점), 부작용에 대한 의견 발언의 자유(100점 만점 기준 61.3점)로 나타났다. 해당 조사 결과만을 보았을 때는 프로그램 및 약물 복용에 대한 의견은 비교적 자유롭게 수용되고 있는 것으로 보이나, 약물 복용을 거부할 수 있는지 질문하였을 때는 198명(76.2%)의 당사자가 약물 복용을 거부할 수 없다고 응답하였다(그림 6-15). 조사 결과를 종합하여 보면, 약물을 복용한다는 전제 하에 약물을 조정하는 데 있어서의 당사자의 의견은 비교적 잘 수용되고 있지만, 약물 복용 거부는 불가능한 것으로 보인다.

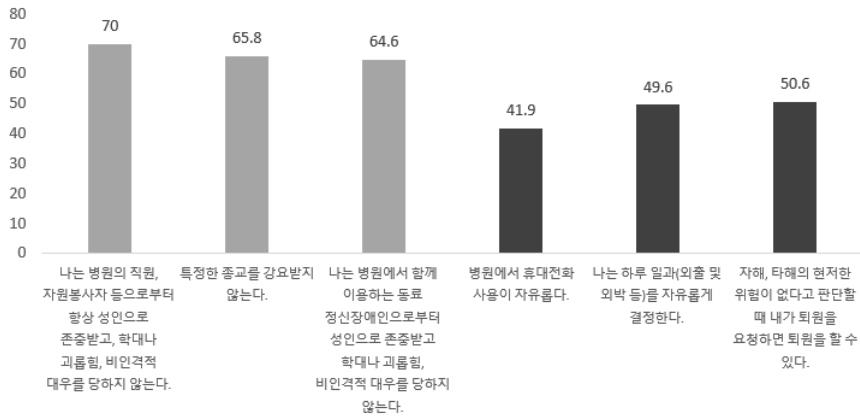
이어서 평균 점수가 낮은 하위 3개 항목은 평균 퇴원 가능 조건에 대한 설명(100점 만점 기준 47.5점), 비자의 입원에 대한 이유(100점 만점 기준 47.6점), 향후 치료 계획에 있어서의 삶의 계획 반영(100점 만점 기준 49.9점) 순으로 나

타났다. 전반적으로 입원의 이유 및 퇴원계획에 대한 서비스 지원이 미흡한 것으로 나타났다.



[그림 6-14] 입원한 병원의 지원 서비스 : 당사자 [그림 6-15] 약물 복용 거부 가능 여부 : 당사자

다음으로 국제인권기준에서 제시하는 자기결정권 존중 경험에 대해 조사한 결과이다. 전체 평균은 100점 만점 기준 57.2점으로 낮은 수준이었다. 평균 점수가 높은 상위 3개 항목은 직원 및 자원봉사자로부터의 존중(100점 만점 기준 70.0 점), 종교의 자유(100점 만점 기준 65.8점), 동료 정신장애인으로부터의 존중(100점 만점 기준 64.4점) 순으로 나타났다. 반면, 보장이 잘 되지 않는 영역으로는 휴대전화 사용의 자유(100점 만점 기준 41.9점)가 가장 잘 보장되지 않는 영역으로 나타났고, 이어서 하루 일과(외출 및 외박 등) 결정에 대한 자유(100점 만점 기준 49.6점), 자해나 타해 등 현저한 위험이 없는 상태에서의 퇴원의 자유(100점 만점 기준 50.6점)에 대한 보장도 미흡한 것으로 나타났다.



[그림 6-16] 입원한 병원에서의 자기결정권 존중 경험 : 당사자

(6) 적정수준의 생활 유지 경험

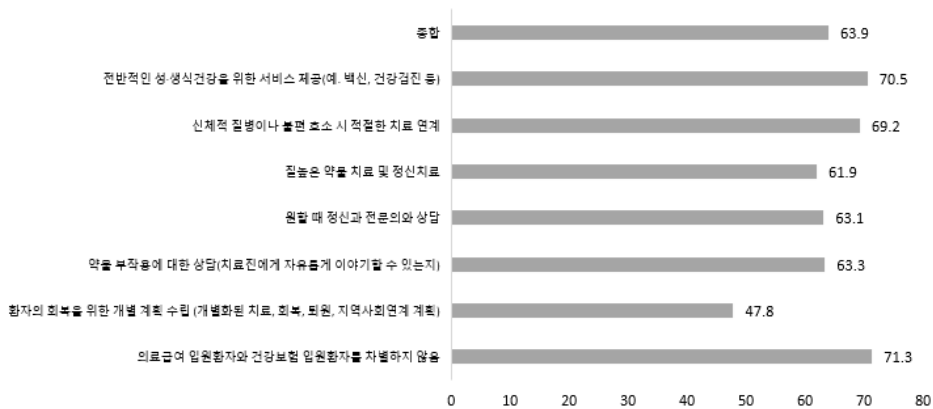
적정수준의 생활 유지 경험 관련 종합 평균은 100점 만점 기준 62.6점으로 낮게 나타났다. 이중 잘 보장이 되지 않는 항목, 즉 평균 점수가 낮은 항목은 ‘병원 내외부 이동의 자유보장 (개방병동)’ (100점 만점 기준 43.4점)이었고, ‘자유로운 면회’ (100점 만점 기준 59.2점), ‘나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조’ (100점 만점 기준 64.1점)였다. 이를 통해 이동의 자유, 면회의 자유가 잘 보장되지 않고 있는 점을 확인하였다.



[그림 6-17] 적정수준의 생활 유지 경험 : 당사자

(7) 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험

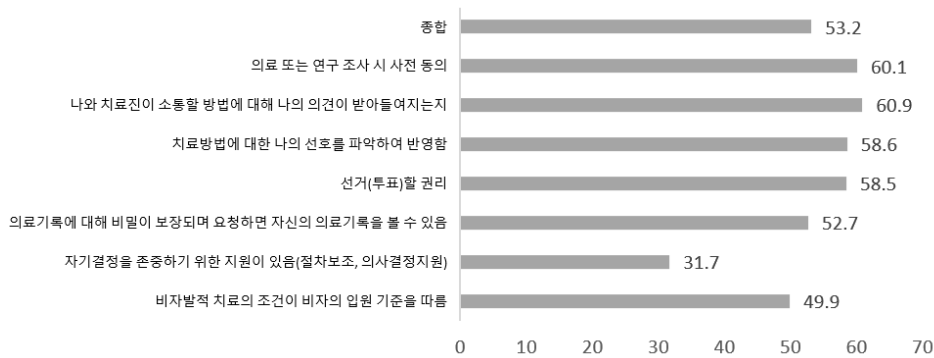
정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 관련 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 63.9점으로 나타났다. 평균 점수가 낮은 순으로 나열하면 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’ (100점 만점 기준 47.8점), ‘질높은 약물 치료 및 정신치료’ (100점 만점 기준 61.9점), ‘원할 때 정신과 전문의와 상담’ (100점 만점 기준 63.3점)으로 당사자에 대한 개별적인 회복 지원이 상대적으로 부족하였다.



[그림 6-18] 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 경험 : 당사자

(8) 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험

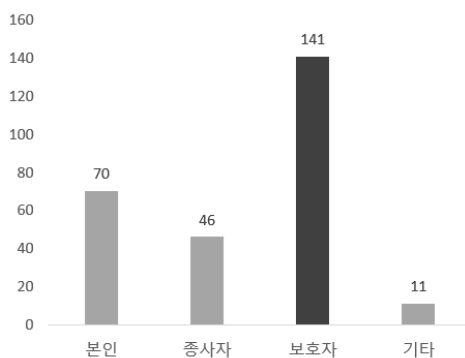
법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 53.2점이였다. 평균이 가장 낮은 항목은 ‘자기결정을 존중하기 위한 지원이 있음(절차보조, 의사결정지원)’ (100점 만점 기준 31.7점)이었으며, ‘비자발적 치료의 조건이 비자의 입원 기준(즉 자해 타해 위험)을 따름’ (100점 만점 기준 49.9점), ‘의료기록에 대해 비밀이 보장되며 요청하면 자신의 의료기록을 볼 수 있음’ (100점 만점 기준 52.7점)에 대한 평균이 낮게 나타났다. 특히 절차 보조, 의사결정지원은 당사자들이 대부분 인지하지 못하고 있는 점이 문제로 나타났다.



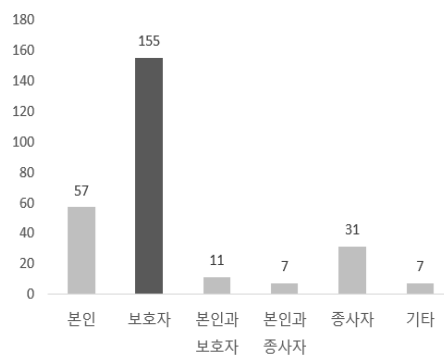
[그림 6-19] 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 경험 : 당사자

뿐만 아니라 병원 생활에서 인지하는 당사자의 자율성 또한 100점 만점 평균 52.7점으로 낮게 나타났다. 이를 함께 고려하여 당사자의 의사결정지원을 위한 환경이 조성될 필요가 있음을 확인하였다.

또한, 신분증과 금전 관리 주체가 대부분 보호자인 경우가 가장 많은 것으로 나타나 국제인권기준에서 지향하는 지원의사결정과는 상반되는 경향성이 발견되었다. 뿐만 아니라 부득이 하게 종사자를 통해 대리가 필요한 경우에도 위임장을 작성하지 않았다고 응답한 당사자가 신분증 위임장의 경우 33명(71.7%), 금전 관리 위임자의 경우 23명(60.5%)에 달하였다.



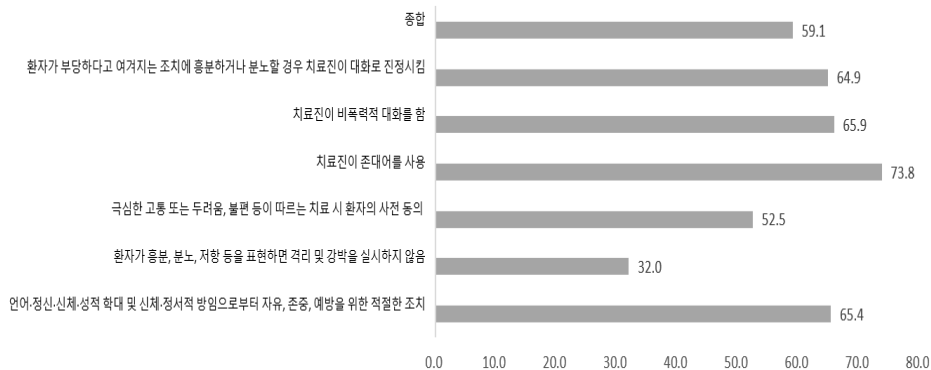
[그림 6-20] 신분증 관리 주체 : 당사자



[그림 6-21] 금전 관리 주체 : 당사자

(9) 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험

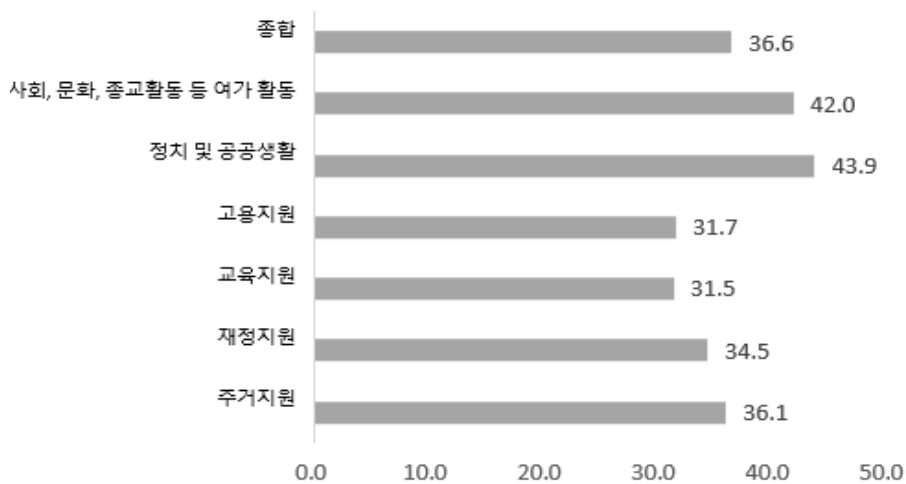
고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험에 대한 전체 평균은 59.1점이었다. 평균이 낮은 항목 순으로 나열하면, ‘환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시하지 않음’ (100점 만점 기준 32.0점)이 가장 낮아 격리 및 강박에 대한 부분이 문제로 나타났으며, 격리 및 강박과 연관되는 문항인 ‘극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료 시 환자의 사전 동의’ (100점 만점 기준 52.5점)도 평균이 낮게 나타났다. ‘환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진이 대화로 진정시킴’ (100점 만점 기준 64.9점)의 평균이 그 다음으로 낮았다. 이는 조사 대상이 된 정신의료기관 내에 격리 및 강박 이외에 대안적인 치료방법 실천이 부족함을 시사한다.



[그림 6-22] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 경험 : 당사자

(10) 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험

지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 36.6점으로 매우 낮은 수준으로 나타났다. 특히 더 부족한 영역으로는 ‘교육 서비스’ (100점 만점 기준 31.5점), ‘고용서비스(100점 만점 기준 31.7점), ‘재정 지원 서비스’ (100점 만점 기준 34.5점)가 있었고, ‘주거 지원’ (100점 만점 기준 36.1점) 또한 낮은 수준으로 나타났다. 지역사회 통합 및 독립생활 지원을 위한 서비스 지원 부족은 정신장애인이 퇴원을 저해하는 요인으로 작용할 가능성이 크다. 앞서 살펴본 바와 같이 당사자의 대부분이 퇴원을 스스로 결정할 수 없고 그 이유는 보호자의 거부 때문인데, 당사자가 지원사회의 자원까지 보유하지 못하고 있으면 당사자가 퇴원에 대한 목소리를 더욱더 내기 어렵게 되기 때문이다.



[그림 6-23] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험 : 당사자

2) 문제점 및 제언

당사자 설문조사 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 정신병원에 장기 입원한 환자가 다수인데, 이는 그 공간이 생활공간으로 기능하고 있음을 의미한다. 이런 현실을 감안하면 과밀수용 등은 열악하고 굴욕적인 환경으로 장애인권리협약 제15조 위반임을 의미한다. 병원 생활 전반에서의 적정 생활 유지 향상을 위한 지원이 절실하고 시급하다고 할 것이다. 조사 결과

당사자의 대부분(194명, 72.4%)이 6-8인실을 사용 중이었으며, 병실 또한 질환 유형 및 정도를 고려하여 배정되지 않고 있다는 의견이 많았다(174명, 64.9%). 이러한 환경에서 치료를 받는 당사자들의 사생활 침해가 우려되며, 개별 회복을 위한 환경 조성에 어려움이 있다. 따라서 입원 당사자들이 사생활이 보장되는 환경에서 치료 받을 수 있도록 병실 당 수용 인원을 줄이고, 질환의 유형 및 정도를 고려하여 병실을 배정할 수 있도록 정책적 지원이 필요하다.

둘째, 치료 과정에서의 자유로운 이동, 통신 및 면회의 자유가 보장되어야 한다. 여러 조사 내용 중 잘 보장이 되지 않는 하위 항목으로 두드러지게 나타난 부분은 이동, 통신 및 면회의 자유에 대한 부분이었다. 구체적으로 국제인권 기준 인식 관련하여 휴대전화 사용의 자유(100점 만점 기준 41.9점), 하루 일과(외출 및 외박 등) 결정에 대한 자유(100점 만점 기준 49.6점)이 잘 보장 되지 않는 영역으로 밝혀졌으며, 적정수준 생활유지 경험 영역에서는 ‘병원 내외부 이동의 자유보장 (개방병동)’ (100점 만점 기준 43.4점)이었고, ‘자유로운 면회’ (100점 만점 기준 59.2점)가 낮은 수준으로 나타났다. ‘이동, 통신 및 면회의 자유’는 당사자가 입원 중에도 지역사회와 연결되어 있음을 느끼고, 치료 이후에도 원만히 사회에 통합될 수 있도록 하기 위해 중점적으로 지원되어야 하는 영역이다. 따라서 당사자가 입원 중에도 병원 내외부로 자유롭게 이동할 수 있도록 하고, 휴대전화 및 이메일, 면회 등으로 지지체계와 소통할 수 있도록 지원이 요구된다.

셋째, 입·퇴원, 입원과정에 있어서의 자기결정지원과 비자의 입원 시 쉼터 등의 대안책 이 제공되어야 한다. 보호/행정입원을 경험한 당사자들을 대상으로 입원적합성 심사위원회의 대면조사, 정신건강심사위원회의 퇴원심사제도에 대한 설명을 들었는지 여부를 질문하였을 때 65% 이상의 당사자들이 권리를 고지 받지 못하였다고 응답하였다. 또한, 비자의 입원(보호/행정/응급)시 쉼터와 같은 대안책을 안내받지 못한 당사자가 88%(90명)에 달하였으며, 절차보조 및 의사결정지원서비스를 인지하고 있는 당사자 또한 소수에 불과하였다(100점 만점 기준 31.7%). 이는 입원 이외의 다른 대안 서비스가 전무하다는 것을 반영하는 것이기도 하다. 그 결과 정신질환은 입원치료가 거의 유일한 대안으로 사회적으로 인식되어 정신장애인을 사회적으로 배제하는 인식을 낳는 환경이 될 수 있다. 또한 신분증 및 금전 관리를 종사자에게 위임한 경우 위임장을 작성하지 않았다고 응답한 당사자가 절반 이상에 해당하였다. 이는 실제 정신의료기관에서 이를 안내하지 않았기 때문

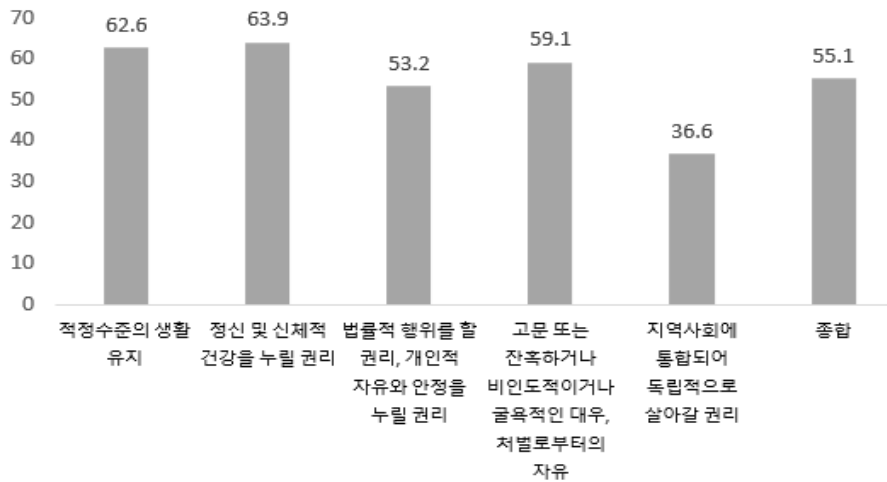
에 발생한 결과일 수도 있고, 혹은 안내하였음에도 당사자의 시각에서 이해할 수 있도록 고지하지 않았기 때문에 나타난 결과일 수도 있지만, 정신병원 종사자가 정신질환자의 자기결정권 존중에 대한 인식의 민감성이 떨어지기 때문일 가능성이 더 클 수 있다. 당사자의 회복을 위한 치료는 당사자의 동의와 참여로부터 시작된다. 치료에 대한 자기결정은 국제인권기준에서도 강조하고 지향하는 부분이다. 따라서 당사자가 자신이 원하는 치료 환경 및 방법을 선택할 수 있도록 관련 당사자의 시각에서 충분한 안내 및 고지가 실천되어야 한다.

넷째, 인간 중심의 돌봄과 치료 방식의 도입이 요구된다. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우 조사 항목에서 평균이 낮은 가장 낮은 지원 영역은 격리 및 강박에 대한 부분이었다. 구체적으로 ‘환자가 흥분, 분노, 저항 등을 표현하면 격리 및 강박을 실시하지 않음’ (100점 만점 기준 32.0점)이 가장 낮았으며, 격리 및 강박과 연관되는 문항인 ‘극심한 고통 또는 두려움, 불편 등이 따르는 치료 시 환자의 사전 동의’ (100점 만점 기준 52.5점)도 평균이 낮게 나타났다. ‘환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진이 대화로 진정 시킴’ (100점 만점 기준 64.9점)의 평균이 그 다음으로 낮아 환자가 증상 혹은 상황적인 이유로 흥분할 때 격리 및 강박 이외의 대안적 조치에 대한 이행이 부족한 것으로 밝혀졌다. 국제인권기준에서는 격리 및 강박 종식 전략의 일환으로 ‘스트레스 징후를 미리 탐색하여 개별 지원 계획을 수립하기’, ‘지지적 환경 및 안정실 활용’, ‘긴장 및 갈등상황의 완화기법’, ‘격리 및 강박 종식을 위한 대응팀 조성’ 등의 방안을 제시하고 있다. 인간중심의 돌봄과 치료는 정신질환자의 존엄성의 보장에 매우 중요할 뿐 아니라, 회복에도 기여할 수 있을 것이다. 이와 달리 정신질환자의 흥분이나 질서위반에 격리, 강박 등의 조치를 취하게 되면 정신질환자는 체념과 굴종을 학습하게 되어 그 자체로 인간의 존엄성에 치명적으로 작용하게 될 것이다. 국내 정신의료기관은 국제인권기준을 적극 수용하여야 할 것이다.

다섯째, 개별 회복 지원을 위한 서비스 개선이 필요하다. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 관련 경험의 항목에서 가장 낮았던 순위의 서비스 지원 내용은 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’ (100점 만점 기준 47.8점), ‘질 높은 약물 치료 및 정신치료’ (100점 만점 기준 61.9점), ‘원할 때 정신과 전문의와 상담’ (100점 만점 기준 63.3점) 등 당사자 개인의 상황에 따른 개별 회복 지원이었다. 이에 따라 당사자의 개별적 질환의 특

성에 대한 면밀한 진단이 필요할 것이고, 개인별 질환의 특성에 적합한 회복적 치료를 위해서는 다학제 팀(의사, 간호사, 심리사, 사회복지사 등)에 의한 지원이 필요할 수 있을 것이다.

마지막으로, 지역사회 통합에 대한 지원이 더욱 요구된다. 이는 앞서 제안한 개별 회복 지원과도 연관되는 부분이다. 정신장애인의 인권과 관련된 다섯 가지 권리 영역을 종합하였을 때, 전반적인 평균도 낮지만, 특히 지역사회통합에 대한 권리 지원이 부족한 것으로 나타났다. 지역사회통합은 주거, 재정, 취업, 교육 등 당사자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있도록 지원하는 것을 이르는데, 조사결과에 따르면 현 정신의료기관에서는 이러한 지원이 제대로 되지 않고 있는 것으로 파악되었다. 앞서 제안한 개별 회복 지원이 제대로 이행되기 위해서라도 지역사회 통합을 위한 지원이 있어야 할 것이다.



[그림 6-24] 국제인권기준 관련 경험 종합 : 당사자

2. 종사자 설문조사 주요 연구 결과 및 제언

1) 주요 연구 결과

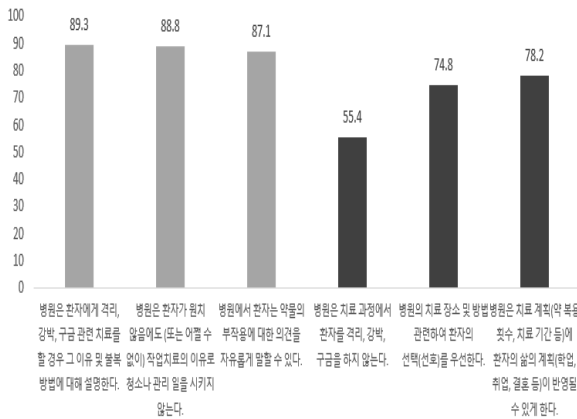
(1) 일반적 특성

종사자 대상 설문 조사에는 총 196명이 응답하였다. 성별은 여성(125명, 63.8%)이 많았고, 연령은 중장년기에 해당하는 사람이 가장 많았다(90명, 45.9%). 총 근무 경력은 5년 미만인 경우가 가장 많았고(68명, 34.7%), 현 기관 근무경력 또한 5년 미만으로 근무한 종사자가 가장 많았다(103명, 52.6%). 직책에 있어서는 간호조무사가 가장 많이 응답하였고(52명, 26.5%), 그 다음으로는 간호사(31명, 15.8%)의 비중이 높았다. 근무 지역은 경기(52명, 26.5%) 지역이 가장 많았고 학력은 대학교(4년제 이상)졸업자가 105명(53.6%)으로 큰 비중을 차지하였다. 근무 기관 유형은 민간정신의료기관 2차인 경우가 가장 많았다(155명, 79.1%).

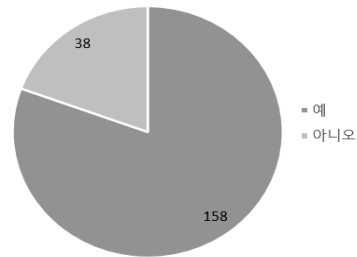
(2) 국제인권기준 관련 인식

국제인권기준 관련하여 근무하는 병원의 지원서비스에 대해 질문하였을 때 전체 평균은 100점 만점 기준 80.9점으로 나타났다. 구체적으로 평균 점수가 높은 항목으로는 병원은 환자에게 격리, 강박, 구금 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다'(100점 만점 기준 89.3점)가 있었으며, 그 다음으로는 '병원은 환자가 원치 않음에도 (또는 어쩔 수 없이) 작업치료의 이유로 청소나 관리 일을 시키지 않는다.' (100점 만점 기준 88.8점)와 '병원에서 환자는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.' (100점 만점 기준 87.1점) 항목의 평균 점수가 높았다. 반면, '병원은 치료 과정에서 환자를 격리, 강박, 구금을 하지 않는다.' (100점 만점 기준 55.4점)가 가장 낮았고, '병원의 치료 장소 및 방법 관련하여 환자의 선택(선호)를 우선한다.' (100점 만점 기준 74.8점), '병원은 치료 계획(약 복용 횟수, 치료 기간 등)에 환자의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.' (100점 만점 기준 78.2점) 순으로 평균 점수가 낮았다. 종사자 설문에서도 당사자의 의견과 유사하게 치료계획에 환자의 삶의 계획이 반영될 수 있게 하는 서비스 지원이 미흡하다고 도출된 점이 특징적이었다.

특히 점수가 낮았던 항목이 ‘격리 및 강박, 구금’에 대한 부분이었는데 이를 통해 대안적인 치료 방법의 필요성을 확인할 수 있었다. 하지만 격리 강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보여부를 조사하였을 때는 대부분의 종사자가 확보되었다고 응답하였는데(158명, 80.6%), 두 조사 결과를 종합하여 살펴보았을 때 종사자가 인식하는 ‘격리 및 강박 대체요법, 시스템, 시설’의 기준이 국제인권기준의 지향점과 차이가 있거나, 실제 종사자가 국제인권기준에 근거하여 격리 및 강박 대체요법 등을 인지하고 있더라도 이를 이행하지 못하고 있는 것으로 파악할 수 있다.



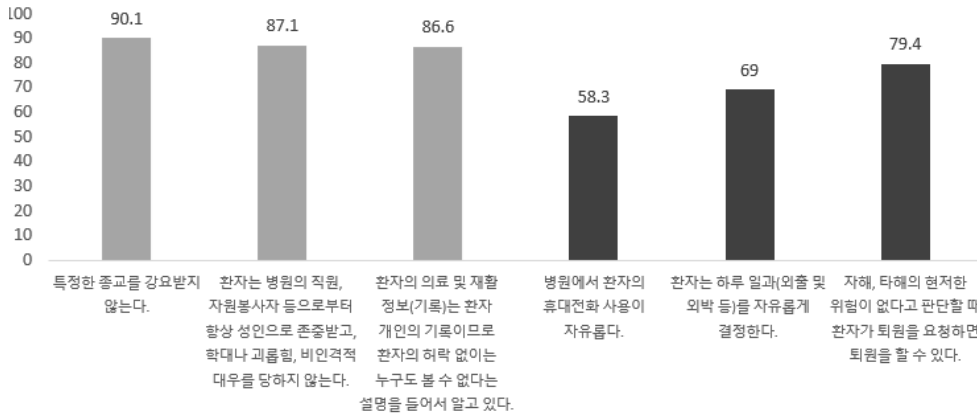
[그림 6-25] 근무하는 병원의 지원 서비스 : 종사자



[그림 6-26] 격리강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보 여부 : 종사자

이어서 국제인권기준 관련하여 근무하는 병원 내 환자들의 기본적 인권을 질문한 평균은 100점 만점 기준 80.3점으로 나타났다. 평균 점수가 높았던 상위 3개 항목은 ‘특정한 종교를 강요받지 않는다.’(100점 만점 기준 90.1점), ‘환자는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.’ (100점 만점 기준 87.1점), ‘환자의 의료 및 재활 정보(기록)는 환자 개인의 기록이므로 환자의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.’ (100점 만점 기준 86.6점)였다. 평균 점수가 낮은 하위 3개 항목은 ‘병원에서 환자의 휴대전화 사용이 자유롭다.’ (100점 만점 기준 58.3점), ‘환자는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.’ (100점 만점 기준 69.0점), ‘자해나 타해 등 현저한 위험이 없다고 판단할 때 환자가 퇴원을 요청하

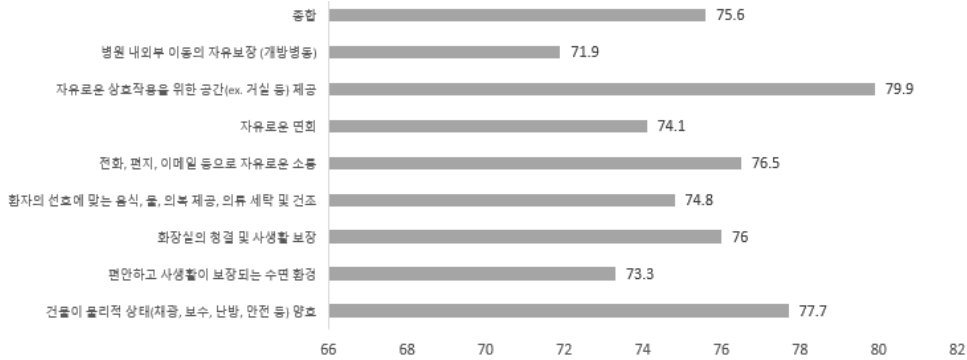
면 퇴원을 할 수 있다.’ (100점 만점 기준 79.4점)으로 나타났다. 하위 3개 항목은 당사자의 조사 결과와 완전히 일치하게 나타났다. 즉, 종사자 또한 통신의 자유, 외출의 자유, 퇴원에 대한 자기결정지원에 대한 미흡함을 인식하고 있는 것으로 나타났다.



[그림 6-27] 병원 내 환자들의 기본적 인권 : 종사자

(3) 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험

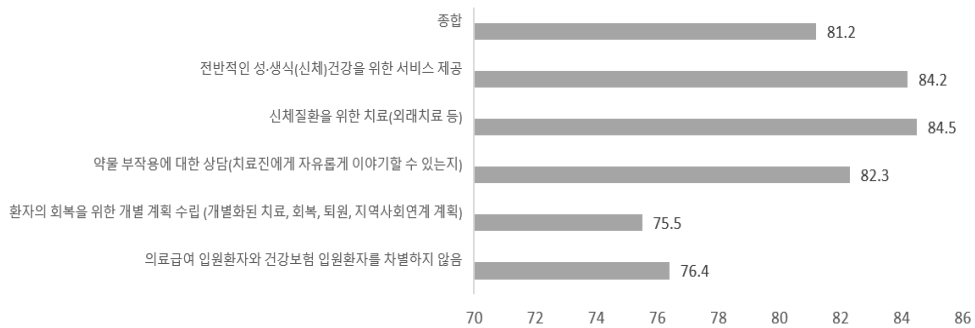
적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험의 평균 점수는 100점 만점 기준 약 75점으로 나타났다. 평균 점수가 가장 낮은 서비스 제공 경험은 ‘병원 내·외부 이동의 자유보장’ (100점 만점 기준 71.9점)이었고, 그 다음으로는 ‘편안하고 사생활이 보장되는 수면환경’ (100점 만점 기준 77.7점), ‘자유로운 면회’ (100점 만점 기준 74.1점)가 낮게 나타났다. 종사자 또한 이와 유사하게 서비스 지원의 미흡함을 인식하고 있는 것으로 보이며, 이는 당사자의 설문조사 결과와 유사한 내용이다.



[그림 6-28] 적정수준의 생활 유지 서비스 제공 경험 : 종사자

(4) 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험

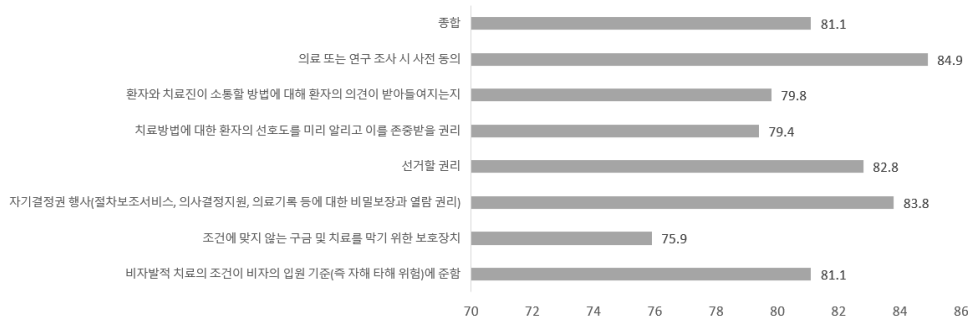
정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 81.2점이었다. 평균 점수가 가장 낮은 서비스 제공 경험은 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’ (100점 만점 기준 75.5점)이었고, 다음으로는 ‘의료급여 입원환자와 건강보험입원 환자를 차별하지 않음’ (100점 만점 기준 76.4점)으로 나타났다.



[그림 6-29] 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

(5) 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험

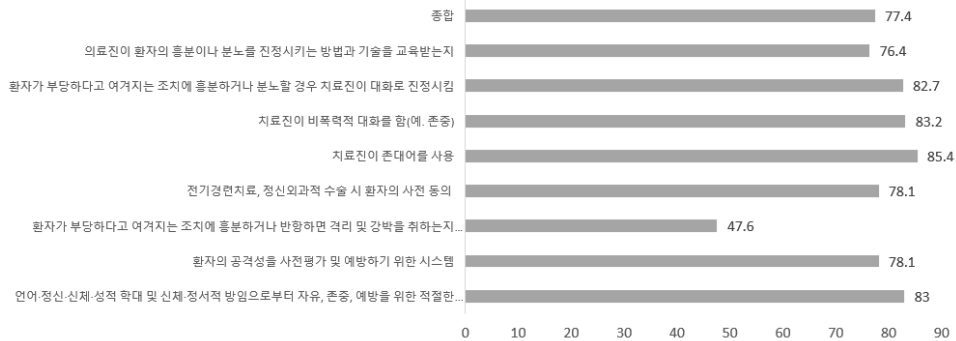
법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험의 전체적인 평균은 100점 만점 기준 평균 81.1점으로 나타났다. 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘조건에 맞지 않는 구금 및 치료를 막기 위한 보호장치’ (100점 만점 기준 75.9점), 그 다음으로는 ‘치료방법에 대한 환자의 선호도를 미리 알리고 이를 존중받을 권리’ (100점 만점 기준 79.4점), ‘환자와 치료진이 소통할 방법에 대해 환자의 의견이 받아들여지는지’ (100점 만점 기준 79.8점)의 평균이 낮았다.



[그림 6-30] 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

(6) 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험

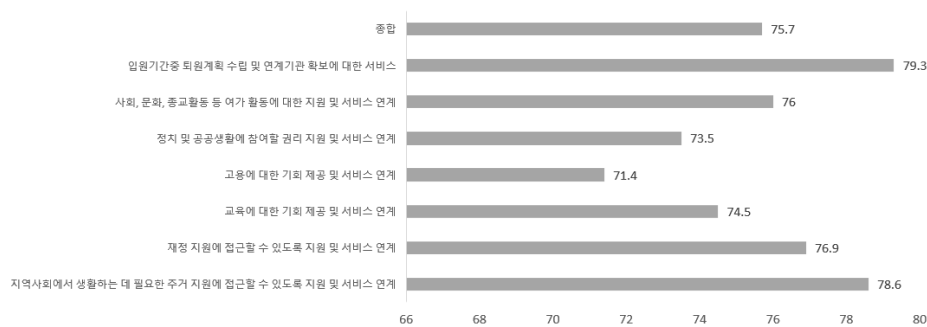
고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 77.4점으로 나타났다. 평균 점수가 낮은 순으로 살펴보았을 때는 ‘환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 반항하면 격리 및 강박을 취하지 않음’ (100점 만점 기준 47.6점)의 항목 평균이 가장 낮았고, ‘의료진이 환자의 흥분이나 분노를 진정시키는 방법과 기술을 교육받는지’ (100점 만점 기준 76.4점)가 그 다음으로 낮게 나타났다. 이는 정신의료기관 내 격리 및 강박 이외의 대안적 치료방법의 부재함을 시사하는 결과로 당사자 조사의 결과와 일맥상통한다.



[그림 6-31] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유 서비스 제공 경험

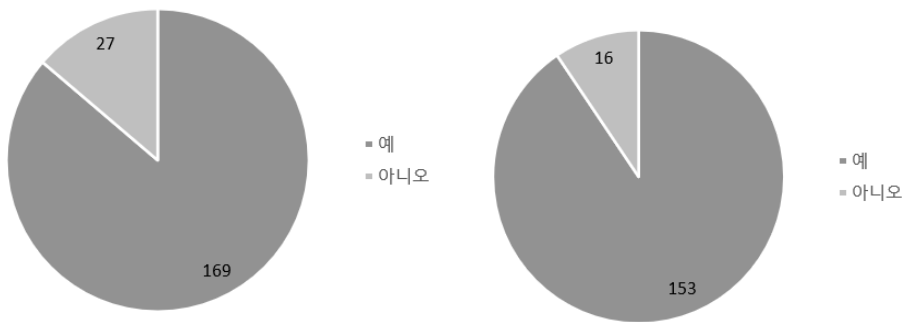
(7) 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 경험

지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험의 전체 평균은 100점 만점 기준 75.7점으로 나타났다. 평균 점수가 가장 낮은 항목은 ‘고용에 대한 기회 제공 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 71.4점)이었고, 그 다음으로는 ‘정치 및 공공생활에 참여할 권리 지원 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 71.4 점), ‘교육에 대한 기회 제공 및 서비스 연계’ (100점 만점 기준 74.52점)이 낮은 항목으로 나타났다. 부족하다고 여기는 서비스 영역은 당사자와 종사자의 의견 모두 유사하게 도출되었다.



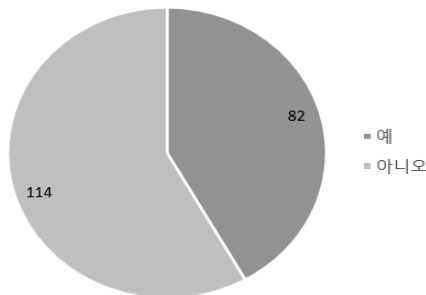
[그림 6-32] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험 : 종사자

지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 서비스 제공 경험 문항은 다섯가지 권리 영역 중 당사자-종사자 간의 의견 차이가 가장 큰 권리 영역이었다. 당사자는 지역사회통합을 위한 서비스를 거의 제공받지 못했다고 느끼는 반면(100점 만점 기준 36.1점), 종사자는 높은 수준으로 서비스를 제공하고 있다고 인식하고 있고(100점 만점 기준 75.7점), 퇴원계획 상담이나 타 기관 연계 및 의뢰 경험 또한 대다수가 있다고 보고 하였다.



[그림 6-33] 퇴원계획 상담 경험 : 종사자 [그림 6-34] 타 기관연계 및 의뢰 경험 : 종사자

그러나, 퇴원계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 체계는 거의 조성되지 않은 것으로 나타났다. 응답자의 절반 이상이 관련 보상이 존재하지 않는다고 답하였다(114명, 58.2%).



[그림 6-35] 퇴원 계획 상담에 대한 보상(수가, 실적 인정 등) 여부 : 종사자

2) 문제점 및 제언

종사자 설문조사 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 적정생활을 유지하기 위한 당사자의 통신, 외출, 면회에 대한 자유가 보장되어야 한다는 것은 모두 공통된 것이다. 조사 결과 서비스 지원 경험이 부족한 하위 항목으로 휴대전화 사용의 자유(100점 만점 기준 58.3점), 하루 일과(외출 및 외박 등)의 자유(100점 만점 기준 69.0점), 병원 내·외부 이동의 자유 보장(100점 만점 기준 71.9점), 자유로운 면회(100점 만점 기준 74.1점) 등 통신, 외출 및 외박 등 지역사회와 교류 및 소통 할 수 있는 기회 부족의 문제가 공통적으로 나타났다. 당사자들이 병원 입원 과정, 입원 중에 자유롭게 지역사회와 소통할 수 있도록 통신, 외출, 면회의 자유를 보장할 필요가 있다.

둘째, 국제인권기준에 부합하는 격리 및 강박 종식 전략이 마련되어야 한다. 종사자 설문조사 결과, 전반적으로 격리 및 강박, 구금에 대한 대안적 치료 전략에 대한 서비스 지원 경험이 부족한 것으로 나타났다. 하지만 실제 격리 강박 대체요법, 시스템, 시설에 대한 수가 확보여부 파악한 결과, 대부분의 종사자가 확보되었다고 응답하였다(158명, 80.6%). 이에 실제 정신의료기관에서 확보한 격리 및 강박 대체요법, 시스템, 시설 등이 국제인권기준에 부합하는지 검토할 필요가 있다. 검토 후 국제인권기준에 부합한다면 이를 적극적으로 이용할 수 있도록 종사자 대상 국제인권기준 관련 교육이 필요할 것이고, 부합하지 않는다면 국제인권기준에 맞는 시스템을 확보할 수 있도록 정책적 지원 또한 강구되어야 한다.

셋째, 당사자의 개별 상황에 맞는 개별 회복 지원과 회복 지원 촉진을 위한 보상(수가, 실적 등)의 보상 체계 등 관련 정책 마련이 요구된다. 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 영역 관련하여 가장 하위 항목으로 도출된 지점은 ‘환자의 회복을 위한 개별 계획 수립 (개별화된 치료, 회복, 퇴원, 지역사회연계 계획)’(100점 만점 기준 75.5점)과 ‘의료급여 입원환자와 건강보험입원 환자를 차별하지 않음’(100점 만점 기준 76.4점)이었다. 즉, 당사자 개별 상황에 맞는, 차별 없는 지원 계획 수립이 부족한 것이다. 이에 당사자의 의료보장 상황에 관계없이 개별화된 지원이 이루어져야 하며, 이를 위해서는 개별회복지원 방법에 대한 교육과 실천방법이 제공되고 교육되어야 할 것이다. 국제인권기준에서는 회복지향실천 방법 중 하나로 ‘개별회복계획 수립’을 권장한다. 회복계획은 당사자의 선호를 반영하여

구성되며 이용자 주도로 수립된 회복은 전문가가 타의적으로 수립한 계획보다 궁극적으로 더 효과적일 수 있다. 이와 더불어 개별회복지원의 촉진을 위하여, 현재 거의 마련되어 있지 못한 퇴원계획 상담에 대한 수가, 실적 등이 인정 될 수 있도록 보상 체계도 마련되어야 한다.

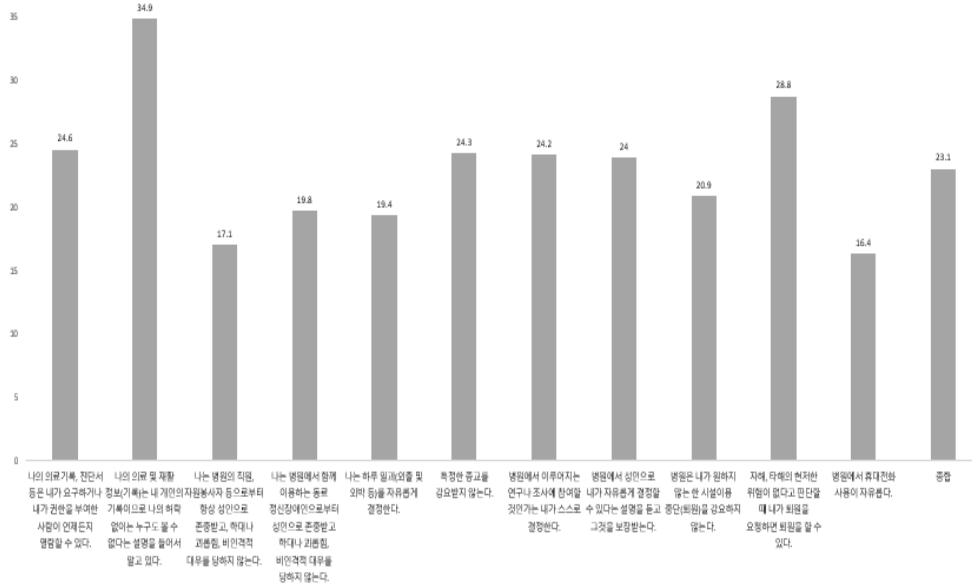
넷째, 치료 과정 전반에서 당사자의 의사결정을 존중, 수용, 반영하여야 한다. 조사 결과에 따르면 퇴원에 대한 자기결정(100점 만점 기준 79.4점), 치료 방법(100점 만점 기준 79.4점), 환자와 치료진이 소통할 방법에 있어서의 환자의 의견 고려(100점 만점 기준 79.8점)등 당사자의 의견 반영에 관련한 서비스 지원이 제한적으로 되고 있는 점이 문제로 파악되었다. 당사자가 자신의 치료 과정에 주체적으로 의견을 개진하고 원하는 치료를 받는 것은 기본적으로 당연한 권리이다. 종사자는 국제인권기준에 근거하여 당사자의 권리를 행할 수 있는 권리를 인정하고, 당사자의 자기결정권을 보장하는 실천을 이행해야한다.

3. 당사자, 종사자 조사 결과 비교 및 제언

1) 주요 연구 결과

(1) 국제인권기준 관련 인식 편차

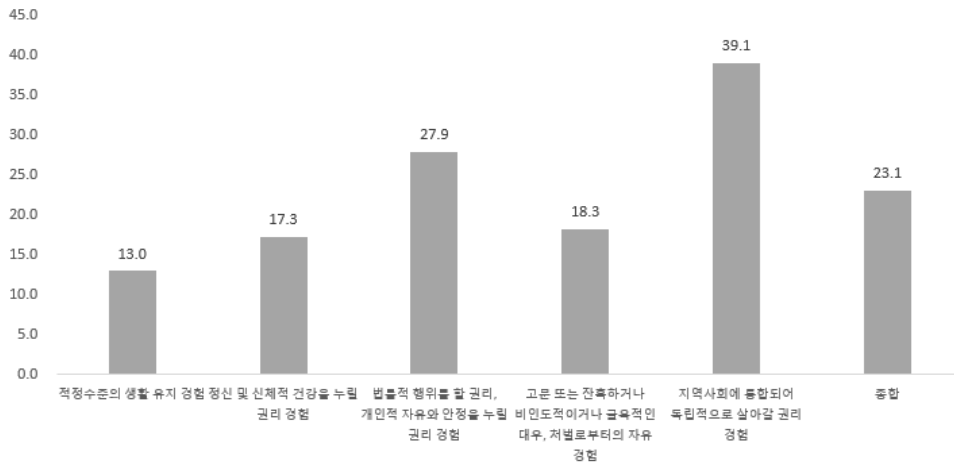
병원의 지원서비스에 대한 당사자와 종사자의 인식 편차는 100점 만점 기준 24.4점으로 나타났다. 이러한 연구 결과는 종사자가 국제인권기준 관련 병원의 지원서비스를 제공한 것과 비교하였을 때, 상대적으로 당사자가 인식하는 서비스 이용 경험 인식 수준은 낮은 현실을 보여준다. 평균 편차가 큰 상위 3개 항목은 ‘병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.’ (100점 만점 기준 34.9점), ‘병원은 나에게 격리, 강박 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.’ (100점 만점 기준 34.9점), ‘병원에서 작업치료나 병원 내 업무(청소, 요리 등)에 참여할 것을 제안할 때 나의 사전 동의를 받는다.’ (100점 만점 기준 32.8점)가 있었다. 전체적으로 비자의 입원과 격리 및 강박에 대한 불복방법 설명, 작업치료 및 병원 내 업무 제안 시 사전 동의에 대한 인식 편차가 큰 것으로 나타났다.



[그림 6-37] 병원 내 환자들의 자기결정권 및 기본적 인권 : 당사자와 종사자

(2) 다섯 가지 권리 영역별 인식 편차

다섯 가지 권리영역별 종사자와 당사자의 인식 평균 편차 종합 점수는 100점 만점 기준 23.1점으로 나타났다. 평균 편차가 가장 큰 권리 영역은 ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리’ (100점 만점 기준 39.1점)이었고, ‘법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리’ (100점 만점 기준 27.9점), ‘고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유’ (100점 만점 기준 18.3점) 순으로 평균 편차가 큰 것으로 나타났다. 대부분의 권리 영역에 대한 서비스 인식 편차가 크지만 특히 지역사회통합 관련 권리에 대한 서비스 제공 경험과 서비스 이용 경험 간 편차가 두드러져, 지역사회통합 관련 서비스 관련 검토가 필요할 것으로 보인다.



[그림 6-38] 다섯 가지 권리 영역 편차 : 당사자와 종사자

2) 문제점 및 제언

당사자 및 종사자 조사결과 비교를 통해 의료진으로부터 독립된 위치에서 정신질환자의 의사결정을 지원해 줄 옹호자가 필요하다는 것을 명확히 확인할 수 있었다.

우선, 종사자와 당사자 간 인식 편차를 살펴보았을 때, 전체적으로 종사자는 인권 기반 서비스를 제공하고 있다고 인식하는 반면, 서비스는 받는 당사자는 상대적으로 인권 기반 서비스 제공이 부족하다 인식하는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 종사자가 주관적으로는 인권 기반 서비스를 제공하고 있다고 생각하더라도, 서비스 이용자인 정신질환자는 그것을 인권 기반 서비스로 받아들이지 못한다는 것을 잘 보여준다. 가령, 병원의 지원서비스 중 가장 편차가 컸던 '병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복방법에 대해 설명하다'와 관련하여 종사자는 입원 시 설명을 했다고 주관적으로는 인식하지만, 당사자는 그렇게 인식하지 않는다는 것을 알 수 있다. 주관적 인식에서의 차이를 감안한다면, 당사자의 편에 선 옹호자에 의한 지원이 있을 때 비로소 종사자의 주관적 의도가 객관적으로도 구체화되어 실현될 수 있다는 것을 알 수 있다. 이는 현재 시범적으로 제공되는 절차 보조 서비스가 당사자의 편에 선 의사결정지원서비스로 제도화될 필요가 있음을 잘 보여주는 것이다. 당사자의 의사결정을 지원하는 것이 국제 인권기준에 부합하는 것이자, 국제인권기준에서 정신장애인 당사자의 편에 선 의사결정지원을 강조

하는 이유라 할 것이다.

더불어 인식의 편차가 가장 컸던 지역사회 통합 관련 서비스에서도 당사자의 관점을 더 많이 반영해야 할 것이다. 지역사회 통합 관련 서비스는 입원 당사자가 지역사회에 적응할 수 있도록 돕는 핵심 권리 중 하나이다. 고용·주거·교육·여가·재정에 대한 서비스에 대한 계획이 수립되지 않으면, 입원 당사자들의 장기입원이 지속될 수밖에 없다. 따라서 지역사회 통합 관련 서비스 또한 당사자의 시각에서 지원될 수 있도록 실천 개선이 필요하다. 국제인권기준, 국내 우수사례(새로운 경기도립정신병원, 국립정신건강센터의 퇴원계획 사업 등)에 근거하면, 당사자의 욕구에 근거하여 당사자 주도형 계획을 수립하고, 당사자가 이해할 수 있도록 서비스 안내를 하는 것이 우선시 된다. 이를 고려한 서비스 개편이 필요하다.

4. 문제점 및 제언 종합

우리나라 입원치료환경의 현황 및 문제점 파악을 위하여, 정신장애인 당사자와 종사자의 의견 및 욕구를 수렴하는 설문조사를 시행하였다. 당사자 및 종사자 설문조사 결과를 종합하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 적정 생활 유지 향상을 위한 물리적 환경의 개선과 통신·외출·면회 자유 보장에 대한 개선이 요구된다. 당사자 조사 결과 평균적으로 사용하고 있는 병실의 수는 6.1인실로 과밀수용의 환경에서 치료를 받는 당사자들의 사생활 보장이 우려된다. 또한, 질환의 유형 및 정도를 고려하여 병실이 배정되지 않아 당사자의 개별 회복 단계에 맞는 지원이 거의 불가능할 것으로 보인다. 이에 당사자들이 적정생활을 유지할 수 있는 환경에서 치료를 받을 수 있도록, 병실의 물리적 환경 개선을 위한 예산 지원 등 정부의 정책적 지원이 촉구하는 바이다.

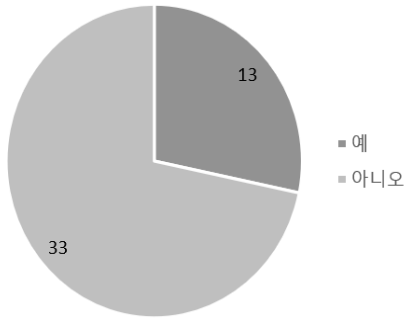
더불어 통신·외출·면회에 대한 자유가 보장되어야 한다. 통신·외출·면회의 제약은 당사자와 종사자 설문 모두에서 공통으로 보고된 부분이다. 자해 및 타해의 위험이 없다는 전제 하에 당사자가 자유롭게 휴대전화, 이메일 등을 활용하여 통신하고, 외출하고, 면회할 수 있도록 자유를 보장해야 한다. 이는 국제인권기준에서 권고하고 많은 선진 국가에서 지향하고 있는 부분이다. 당사자들이 입원 중에도 지역사회 지지체계와 소통을 유지할 수 있도록 지원의 폭은 넓히고, 제한의 폭

은 줄이는 대책이 필요하다.

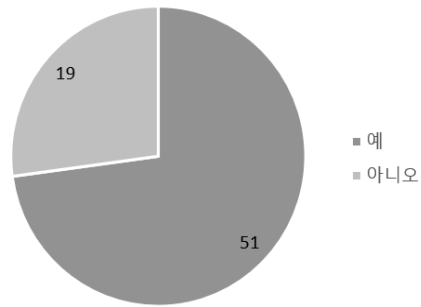
둘째, 정신 및 신체적 건강을 누릴 권리 보장을 위하여 환자의 개별 회복 지원 이행이 요구된다. 개별회복지원에 대한 서비스 미흡함 또한 당사자 및 종사자 설문조사 모두에서 공통으로 보고되었다. 개별 회복 지원 이행을 위해서는 현재 근무 중인 종사자들이 당사자들의 개별회복지원의 필요성을 인식하고, 인식하고 있다면 지원의 수준이 국제인권기준에서 지향하는 바와 유사한 수준에 이를 수 있도록 인식개선 및 전문가 교육을 국가적 차원에서 시행해야한다. 인식 개선 및 전문가 교육을 통해 종사자 전반적으로 당사자에 대한 개별회복지원 이해를 높이면서, 사회복지 및 심리 직군의 비중을 높여 개별회복지원이 강화하는 방안 모색이 강구되어야겠다.

셋째, 입원, 입원 중, 퇴원 등 치료 과정 전반에서 당사자들의 의사결정을 지원할 수 있는 제도적 장치 안내와 관련 종사자 교육이 이행되어야 한다. 입·퇴원에 대한 자기의사를 표현할 수 있는 제도인 입원적합성심사위원회, 정신건강심사위원회, 그리고 자기결정을 지원하는 절차보조 및 의사결정지원서비스에 대한 당사자들의 인식은 매우 낮은 수준이었다. 국제인권기준이 지향하는 바에 따라 당사자가 원하는 치료 환경 및 방법을 선택할 수 있도록 지원해야한다. 정신의료기관, 종사자 입장에서는 이를 이미 지원하고 있다고 여길 수 있다. 하지만, 당사자의 절반 이상이 제도를 인지하지 못하고 있는 상황을 고려하여, 당사자의 시각에서 권리를 고지 할 필요가 있다. 또한 비자의 입원 시 정신의료기관 이외에 쉼터 등과 같은 대안책이 있음을 함께 고지해야한다.

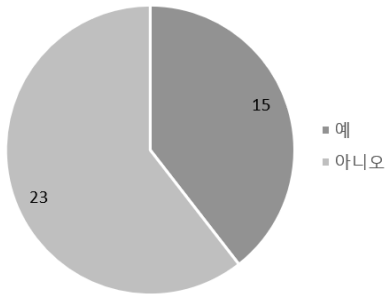
더불어 대리의사결정이 부득이 하게 필요한 경우 여러 권리 고지를 함에 있어 ‘당사자의 시각’에서 ‘쉽게’, ‘충분히’ 고지해야한다. 신분증, 금전 관리에 대한 위임장 작성 인지 여부를 살펴보면 당사자의 경우 신분증에 대한 위임장 작성을 대부분 하지 않았다고 응답한 반면(33명, 71.7%), 종사자의 대부분은 위임장을 작성하였다고 응답하였다(51명, 72.9%). 금전 관리의 경우에도 결과는 마찬가지였다. 조사결과를 종합하여 보면, 종사자는 고지를 하였음에도 당사자는 그것을 권리고지로 인식하지 않고 있음을 보여준다. 이는 당사자의 편에 서서 당사자에게 권리고지를 해 주는 옹호자가 매우 중요하다는 것을 다시 한번 명확히 보여주는 예라고 할 것이다.



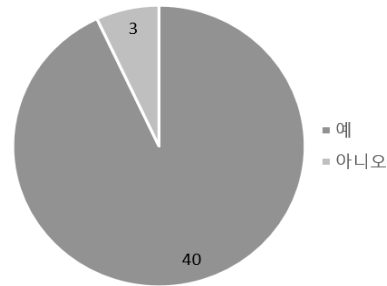
[그림 6-39] 신분증 관리에 대한 위임장 작성
여부 : 당사자



[그림 6-40] 신분증 관리에 대한 위임장
작성 여부 : 종사자



[그림 6-41] 금전 관리에 대한 위임장 작성
여부 : 당사자



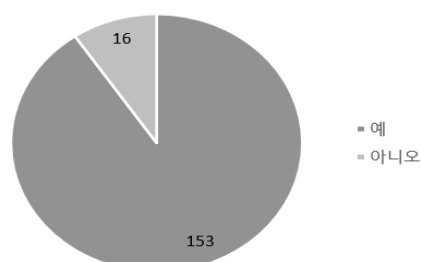
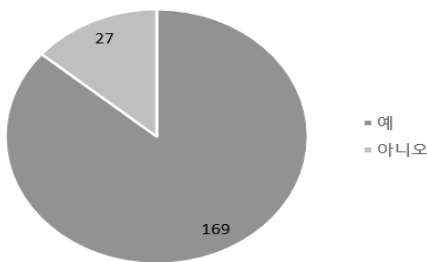
[그림 6-42] 신분증 관리에 대한 위임장
작성 여부 : 종사자

넷째, 격리 및 강박 이외에 대안적 치료 방법 모색이 요구된다. 종사자 설문조사 결과, 격리 및 강박 대체 체계(요법, 시스템, 시설)에 대한 수가 확보가 되어있다는 응답이 많았음에도 불구하고, 종사자 및 당사자 설문조사에서 공통으로 격리 및 강박 이외 대안적 지원은 실질적으로 부족하다는 의견이 대다수였다. 이와 같은 상반된 인식에는 다양한 이유가 있을 수 있다. 체계가 있지만 이를 활용하는 방법에 대하여 종사자-당사자 서로가 익숙하지 않거나(교육의 부재), 실제 현존하는 체계가 당사자의 시각 및 국제인권기준에서 지향하는 수준의 대체 시스템이 아닐 가능성도 존재한다(교육 및 체계의 부재). 동시에 당사자는 격리 및 강박이 자신의 존엄성을 침해한다고 논리적으로나 감성적으로 인식하는 것으로 이해될 수도 있을 것이다. 따라서 현재 국내 정신의료기관에 구축되어 있는 격리 및 강박 대체 체계를 점검하고, 격리 및 강박의 대안적 치료 방법이 무엇인지 국제인권기

준에서 제시하는 바(예, ‘스트레스 징후를 미리 탐색하여 개별 지원 계획을 수립하기’, ‘지지적 환경 및 안정실 활용’, ‘긴장 및 갈등상황의 완화기법’, ‘격리 및 강박 종식을 위한 대응팀 조성’ 등)에 대해 인지할 수 있도록 교육이 필요하다.

마지막으로, 인권 지향 서비스로의 전환 과정에서 당사자의 시각에서 서비스가 제공되어야 함을 주지하며, 지역사회통합을 위한 지원이 특히 고려되어야 함을 제언하고자 한다. 당사자 및 종사자 설문 전반적으로 권리 항목에 대한 평균 편차가 적게는 15점 많게는 20점 이상으로 존재하였다. 즉, 당사자는 인권기반서비스를 경험하지 못하였다고 인지하지만, 상대적으로 종사자는 인권기반서비스를 제공했다고 여기는 것이다.

특히 편차가 가장 크게 났던 영역인 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리 영역에서 당사자는 지역사회통합을 위한 서비스를 낮은 수준으로 제공받았다고 느끼는 반면(100점 만점 기준 36.1점), 종사자는 높은 수준으로 서비스를 제공하고 있다고 인식하였다(100점 만점 기준 75.7점). 또한, 종사자의 경우 지역사회통합 서비스에 포함되는 퇴원계획 상담이나 타 기관 연계 및 의뢰 경험 또한 대다수가 있다고 보고 하였다. 이러한 조사결과는 종사자는 서비스를 제공하고 있다고 인지하지만 당사자는 이를 경험하지 못했다고 인식하는 매우 안타까운 현실을 반영한다. 국제인권기준에서는 당사자가 자기 주도적으로 세운 개별회복계획이 가장 효과적임을 제시하고 있다. 서비스 제공 과정에서 당사자의 입장을, 상황, 의견을 고려 및 수용하고 이용자 주도의 지역사회통합 계획을 수립한다면 이러한 간극은 충분히 줄일 수 있을 것으로 예상된다.



[그림 6-43] 퇴원계획 상담 경험 : 종사자 [그림 6-44] 타 기관연계 및 의뢰 경험 : 종사자

다른 권리 영역 또한 유사하게 각각의 권리 영역에서 필요한 서비스를 당사자의 입장에서, 이는 곧 국제인권기준에 부합하는 방향으로 제공할 때 편차가 충분히 줄어들 수 있을 것으로 보인다. 가령, 법률적 행위를 할 권리, 개인적 자유와 안정을 누릴 권리 서비스 제공 경험 영역의 항목 중 하나였던 '자기결정권 행사(절차보조서비스, 의사결정지원, 의료기록 등에 대한 비밀보장과 열람 권리)'의 경우 종사자 설문 조사에서는 높은 수준으로 보장되고 있는 상위 3개 항목에 포함되었지만, 당사자 설문 조사에서는 하위 3개 항목에 포함되었다. 종사자가 인지하는 당사자의 자기결정권 수준을 당사자들이 원하는 수준(비장애인과 동일하게), 그리고 국제인권기준에서 지향하는 방향성까지 끌어올린다면 종사자와 당사자 모두가 만족하는 효과적인 서비스가 제공될 수 있겠다.

제7장

우리나라 입원 치료환경 개선방안

제7장 우리나라 입원 치료환경 개선방안

제1절 요약 및 시사점

본 연구는 장애인권리협약에 충실하게 정신장애인을 위한 인권친화적 치료환경을 어떻게 구축할 수 있을지 그 방안을 마련할 수 있도록, 인권친화적 정신건강서비스에 관한 국내외의 정책과 다양한 사례(모델)를 검토하였다. 이를 토대로 정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 정책개선방안을 제시하고자 한다. 연구를 통해 도출한 시사점은 다음과 같다.

1. 국제적 기준 : 인권친화적 치료환경이란?

인권친화적 치료환경의 기준 파악을 위해 UN 장애인권리협약, WHO QualityRights Tool Kit(2012), WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019), WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021) 등에서 표준적으로 제시되어 있는데, 그 중 정신의료기관의 인권친화적 치료환경 조성과 관련된 내용을 분석하였다.

UN 장애인권리협약은 장애인의 인권과 기본적인 자유를 보장하기 위한 법으로서 정신장애인의 인권을 보장을 위한 이념적 선언으로서의 의미를 갖는다. 2012년에 발표된 WHO QualityRights Tool Kit(2012)은 장애인권리협약에서 선언된 바들을 실천하기 위한 기준을 다룬다. 가령 UN 장애인권리협약에서 선언한 '제14조 신체의 자유 및 안전'의 평가 기준은 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 '테마2. 가능한 최고의 정신적, 신체적 건강을 누릴 권리'에 권리 보장을 위해 실천해야 할 표준 및 기준이 제시되어 있다.

다음으로 발표된 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)는 2012년에 발표된 WHO QualityRights Tool

Kit(2012)의 기준들을 구체적으로 어떻게 달성할 수 있는지에 대한 교육, 훈련 등 내용을 담은 지침이다. UN 장애인권리협약 '제12조 법앞의 평등'에 대한 구체적 달성 기준이 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 '테마3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리'에 제시되어 있다면, 2019년에 발표된 지침에서는 기준들을 달성하기 위한 구체적 실천 전략으로서 의사결정을 지원하는 방법, 사전계획 등에 대한 훈련이 제공되고 있다.

가장 최근에 발표된 WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021)는 이전에 발표되었던 이념적 선언, 기준, 기준을 달성하기 위한 훈련 및 지침 등을 집대성하여 실제 인권기반 실천을 이행하고 있는 우수사례들을 담은 가이드이다. 장애인권리협약 '제19조 자립적인 생활과 지역사회 포용'을 기반으로 하여 지역사회 중심으로 인권기반 서비스를 실천하는 다양한 사례가 소개 되었다. 사례들은 공통적으로 당사자에게 결정권한이 있다는 의미에서 그의 법적 능력을 존중하고, 비강압 실천과 지역사회통합을 목표로 하고 있으며, 당사자가 자신의 회복 계획에 최대한으로 참여할 수 있도록 회복 접근을 취하고 있는 점이 특징적이었다.

이러한 국제인권기준을 통해 인권친화적 치료 환경 조성을 위해서는 입원과정, 입원 중 생활, 퇴원 지원 전반에 걸쳐 기본적으로 지역사회 중심의 회복 접근이 이행되어야함을 확인하였다. 구체적으로 입원 과정에서 당사자가 원하는 치료방식을 선택하기 위한 지원체계 조성이 필요하고, 입원 중에는 사생활 존중을 위한 물리 및 심리사회적 지원, 통신의 자유 등에 대한 보장, 당사자의 의견과 신체의 자유를 보장하는 비강압적 치료가 조성이 요구된다. 또한 입원 시작 시점부터 퇴원에 이르기까지 당사자의 지역사회포용을 위한 개별회복 지원이 보장되어야 한다.

2. 인권친화적 입원치료 환경 : 국내 현황

인권친화적 치료환경과 관련된 법, 정책 및 운영체계, 입원 중 좋은 치료방법, 정신의료기관 인증평가체계를 분석하여 다음과 같은 시사점을 도출하였다. 시사점은 입원 과정, 입원 중, 퇴원 지원으로 구분하여 살펴보고자 한다.

1) 입원 과정

입원 시 인권친화적 입원치료 환경과 관련된 시사점으로는 비자의입원에 대한 내용이 시사점으로 도출되었다. 비자의 치료와 관련된 국내 법, 정책 및 운영체계는 정신건강복지법 제43조 보호의무자에 의한 입원, 제44조 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원이 있고, 동일 법 제45조~제49조에 입원적합성심사위원회에 대한 규정, 제53조~제61조 정신건강심사위원회를 두어 입원치료가 필요할 정도의 정신질환이 있고, 자해 또는 타해의 상당한 위험이 현재 있거나 임박해 있다고 판단되지 않는 한 비자의입원을 지양하고, 이 상태에서 벗어나면 당사자가 원하지 않는 한 더 이상 비자의입원을 유지하지 않는 정책이 이행 중이다. 또한 인신보호법에 따른 구제신청을 통해 정신병원에서 퇴원할 수 있는 것도 제도적으로 보장하고 있다.

그러나 입원적합성심사위원회의 경우 정신장애인이 신청한다는 전제하에 대면 조사가 이루어질 수 있고, 정신건강심사위원회의 퇴원심사 또한 정신질환자의 신청을 전제로 하고 있으며, 지방법원에 인신보호법에 따른 구제신청도 본인의 신청이 있어야 하기 때문에 비자의입원을 원치 않는 당사자들이 별도의 지원을 받지 않는 한 스스로 이를 인지하고 신청하기에는 큰 장애가 있을 것으로 보인다. 무엇보다도 비자의입원을 신청한 주체인 가족(보호의무자)의 무언의 압력이나 지방자치단체의 권위에 대해 정신질환 상태의 정신장애인이 고립 상태에서는 자기 목소리를 제대로 내기 어려운 것은 비교적 자명한 일이다. 따라서 법으로 보장한 이런 절차를 이용하는 사람은 극소수일 수 밖에 없다.

더불어 국제인권기준에서 지향하는 비자의 입원의 대안으로서의 위기 쉼터, 지역사회전환시설 또한 소수에 불과하며 그마저도 서울과 경기도에 밀집되어 있어 비자의 입원에 직면한 많은 당사자가 입원 이외에는 선택할 수 있는 치료 방법이 없는 실정이다.

2) 입원 중 생활

입원 중 생활에 있어 인권친화적 치료환경 조성을 위하여 격리/강박, 의사결정 지원, 통신 및 면회 외출의 자유, 사생활 보장 등과 관련된 국내 현황을 살펴보았다. 우선 격리/강박과 관련된 국내 법은 제72조 수용 및 가혹행위 등의 금지, 제

75조 격리 등 제한의 금지이며, 구체적인 사안은 격리 및 강박 지침을 통해 규정하고 있다. 법 및 지침 상에서는 환자의 안전과 인권을 최대한 존중하고 불편감과 고통을 유발하지 않도록 격리 및 강박을 시행하도록 기술되어있다. 하지만 격리 및 강박을 경험하는 정신질환 상태의 정신장애인은 사회적 낙인으로 인해 가족으로부터도 대부분 고립되어 있는 상태이고, 사회적으로 권위를 인정받는 의료진의 재량에 맡겨진 격리 및 강박에 이의를 제기하는 것은 거의 불가능에 가깝다. 그렇기 때문에 더 더욱 격리 및 강박의 경험 시행 자체가 당사자에게 트라우마를 주는 경험이 된다. 선진국에서는 격리, 강박을 엄격한 조건 하에서만 예외적으로 시행하도록 하고 있음에도 불구하고 국제인권기준에서는 ‘격리 및 강박 종식 전략’ 채택을 권고하고 있는 것은 격리, 강박 자체가 정신질환자에게 또 다른 심각한 트라우마적 경험이 된다는 것을 인정하기 때문이다. 이를 실천하고 있는 국내 소수 정신의료기관 중 새로운경기도립정신병원은 국제인권기준을 받아들여 비강압치료를 시행하고 있으며, 전 직원을 대상으로 고조완화기법, 비폭력대화, 도수억제기법 등의 교육을 실시하였다. 특히 비강압치료, 지원의사결정 등의 인권친화적 치료의 확대를 위해서는 이를 유인할 수 있는 수가 등의 운영체계를 확보하는 작업이 필요할 것으로 보인다.

현재 국내 건강보험 기준 정신요법 수가 및 실시 기준을 살펴보면 ‘개인정신치료, 집단정신치료, 가족치료, 작업 및 오락요법, 약물 이용면담, 인지행동치료, 전기충격요법 등’으로 국제인권기준에서 지향하는 비강압치료에 대한 수가 기준은 부재하다. 국제인권기준에서 지향하고 추구하는 패러다임의 전환을 위해서는 비강압치료 시행에 대한 수가 확보와 해당 요법을 실시하였을 때 더 많은 수가점수를 받을 수 있도록 차별화된 전략이 요구된다.

다음으로 정신질환으로 정신병원에 비자의입원 해 있는 정신장애인은 대부분 사회적 낙인 하에 심한 고립감을 갖고 있어 자기 의사, 감정, 선호도를 표현하는 것에 매우 취약한 상태이다. 때문에 이들이 자기의 의사, 감정, 선호도를 표현하도록 지원하는 것이 매우 중요한데, 우리나라에는 지원의사결정과 관련된 법은 없다. 그렇기 때문에 정신질환 상태의 정신장애인의 보호를 위한 여러 법적 장치는 사실상 이용되지 않는 상태이다. 이런 상황을 타개하고자 현재 국내에서는 시범사업으로 두 군데에서 절차보조사업을 시행하고 있다. 또 소수 정신의료기관에서 함께하는 의사결정을 통해 정신질환 치료가 자기결정권의 행사 역량강화에 기여할

수 있도록 시도하고 있다. 이러한 제도들은 당사자들이 자신의 질병을 스스로 관리하고 적극 참여할 수 있도록 권한을 부여하는데 의의가 있다. 실제 국제인권기준에서는 당사자가 참여하여 수립한 개별회복계획이 가장 효과적임을 명시하고 있다. 또한, 함께하는 의사결정을 통해서 정신과 의사를 비롯한 치료자들의 치료자로서의 자기효능감도 높아질 수 있다. 따라서 지원의사결정 이행을 위한 시범 사업들의 제도화가 이루어지고 관련 가이드가 제작 및 배포되어야겠다.

통신, 면회, 외출의 자유는 국제인권기준 상 입원 당사자가 지역사회와 지속적으로 소통할 수 있도록 하는 기능을 한다. 그러나 관련하여 국내에는 정신건강복지법 제75조 통신과 면회의 자유 제한의 금지 조항과 2022 정신건강사업안내에 외출의 자유 관련한 국가인권위원회 결정사례만 적혀 있을 뿐이다. 구체적으로 법 조항 내용에도 ‘치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다.’ 라고 적혀 있어 그 기준이 모호하다. 정신장애인이 퇴원 후 원만한 지역사회 적응을 위해 지지체계와 통신 및 면회 하고, 외출을 통해 적응을 준비할 수 있도록 통신·면회·외출의 자유를 보장할 필요가 있다. 부득이하게 제한 해야 하는 경우에는 그 기준을 명시하여야겠다.

적정생활 수준 및 사생활 보장 관련하여 국내에 여전히 정신의료기관 인력 및 시설 기준을 준수하지 않는 기관이 있고, 이러한 기관들에게 감액된 수가를 지원함으로써 치료 환경이 더욱 열악해지고 있다. 더불어 중증도를 고려하지 않은 수가체계 등으로 입원 환자를 위한 개별회복지원에 장애가 되는 점을 확인하였다. 이에 인력 및 시설기준을 준수하는 의료기관에 의료수가를 보상하는 방향으로 정책을 전환하고, 중증도 유형에 따라 의료 인력 및 수가기준을 통합적으로 개발하여 의료급여 및 건강보험 수가에 동일하게 적용할 수 있는 방안이 고려되어야겠다.

앞서 살펴본 입원 중 생활의 권리 보장에 있어 의료급여와 건강보험 환자 간의 서비스 격차도 발견되었다. 이러한 서비스 격차는 의료급여와 건강보험의 입원료 차이에서 발생하는 것으로 분석되었다. 의료급여는 정액입원료를 기본으로 하여 건강보험 입원료와는 차이가 크며, 행위별수가가 적용되는 항목에 있어서도 의료급여보다 건강보험이 더 다양했다. 의료급여 재정부담의 증가 우려로 인해 수가체계 변화가 쉽지는 않겠지만, 국제인권기준에서 지향하는 지역사회 기반 인권친화적 치료환경 조성을 위해서는 의료급여와 건강보험의 기본 입원료를 유사한 수준으로 일치시키고, 행위별수가 적용항목 또한 유사하게 조정해야한다.

마지막으로 인권친화적 치료 환경 조성을 위해서는 정신의료기관의 인증 및 평가의 개선이 요구된다. 현행 정신의료기관 평가 및 인증체계는 정신의료기관의 의료서비스 품질 관리를 목적으로 개발, 시행되고 있다. 이러한 인증 기준 내용 중 인권 관련 기준들은 의료기관 인증제도를 기반으로 개발되었다는 태생적 한계로 인해 의료기관 인증에 포괄적으로 적용되는 환자안전과 환자 진료, 의약품 관리, 감염관리, 경영 및 조직운영, 병원의 자원, 시설 및 환경, 의료기록 관리에 대한 내용이 전체 평가기준 중 대부분을 차지하고 있다. 즉, 현행 정신의료기관 인증 및 평가제도는 정신의료기관에 입원한 입원환자의 인권을 개선하기 위한 실질적이고 구체적인 제안을 제공하기에는 어려움이 있다. 또한 평가 및 인증체계가 이원화 되어 있어 수련기관을 지정받기 위해서는 의료기관 인증과 평가를 모두 받아야 하는 이중적 부담을 안고 있는 점, 인증 및 평가 정보를 제공할 때 합격 여부만을 공개하고 구체적인 평가 내용을 의료이용자인 정신장애인이 알 수 없다는 점 또한 문제점을 발견되었다. 때문에 인증 및 평가 제도를 일원화하고 평가 기준에 WHO QualityRights Tool Kit(2012)의 기준들을 추가하여 인권 기반 과정 평가를 실시하며, 평가의 상세 결과 내용을 소비자에게 공개하는 방안이 고려되어야겠다.

3) 퇴원 지원

마지막으로 퇴원 시 인권친화적 치료환경을 조성하기에 있어, 국내의 경우 지역 사회통합과 관련된 참여, 퇴원계획, 퇴원후 지원 등 지역사회 통합을 위한 구체적 가이드가 부재한 것이 문제로 나타났다. 법적으로는 정신건강복지법 제4장 복지 서비스의 제공에서 고용, 교육, 여가, 지역사회통합에 대한 지원을 명시하고 있지만 이는 선언적인 내용에 불과하다. 또한 정신의료기관의 재량에 따라 퇴원계획상담, 병원기반 사례관리를 실천하고 있지만, 공통된 가이드가 부재하여 정신의료기관 간 서비스 편차가 있을 것으로 예상되고 관련 수가가 부재하여 종사자들이 적극적으로 지역사회통합을 위한 개별회복지원계획을 수립하기에도 제한이 있을 것으로 보인다. 또한 관련 수가 지원 체계가 부재하였다. ‘퇴원 전 사례관리 시범사업’과 ‘퇴원 후 사례관리 지원 시범사업’ 등을 통해 퇴원계획수립료 및 교육상담료 등 수가를 지원하고 있고 2023년 본격적인 제도 시행을 계획하고 있지만 여전히

시범사업에 불과하다. 따라서 퇴원 지원에 대한 수가가 공식화될 필요가 있다.

3. 인권친화적 입원치료 환경 : 해외사례

인권친화적 입원치료 환경을 조성하고 있는 해외사례를 살펴보기 위해, 영국, 호주, 대만, 미국, 독일의 사례를 분석하였다. 각 국가별로 도출한 시사점을 살펴본 후, 종합적으로 입원, 입원 중 생활, 퇴원 지원에 있어서 필요한 시사점을 살펴보고자 한다.

먼저 영국 사례의 경우, 국제인권기준에서 지향하는 바를 실현하기 위해 정신건강정책 전반에 대한 법적 근거를 마련하고, 실제 인권기준 및 당사자 중심의 실천을 이행하기 위한 실천 강령 및 가이드가 존재한다는 점이 시사적이다. 우선 비자의 입원 및 의사결정지원 관련하여, 비자의 입원 관련 규정은 외관상 우리나라와 유사한 측면이 있지만 실제 이를 이행함에 있어 정신질환자가 입원 및 치료 관련 의사결정과정에 참여할 수 있도록 정신건강심사위원회에 이의를 쉽게 제기할 수 있도록 지원하고, 심사의 개최공간규정, 개최 과정 등을 촘촘하게 규정하고 있다. 뿐만 아니라 정신건강옹호자(Independent mental health advocate; IMHA)제도를 통해 비자의입원시 정신장애인이 의사결정과정에서 배제될 수 있는 위험을 최소화하기 위해 정신질환자의 의사결정 전반을 지원한다. 다음으로 실천 강령을 통해 입원 중에 인권친화적 환경을 조성할 수 있도록 지침이 명확히 정리되어 있다. 실천 강령에서는 격리 및 강박, 통신 및 면회, 외출에 대한 자유보장을 위해 실천가들이 이행해야하는 바가 무엇인지에 대한 구체적인 지침을 담고 있다. 그리고 이러한 지침들은 최대한 당사자가 입원 기간을 줄이고 지역사회에 적응할 수 있도록 함에 목적을 두고 있다. 예를 들어, 우리나라의 외출 및 면회의 경우 주치의의 재량에 맡겨져 있지만, 영국 실천 강령에서는 기본적으로 주말 외박 등을 권장하며 자해 및 타해 등의 위험이 있을 시에만 법적으로 권리 제한을 한다. 마지막으로 케어 프로그램 어프로치(Care Programme Approach; CPA)를 통해 당사자가 입원 즉시 퇴원계획을 수립할 수 있도록 하여 퇴원을 촉진하고 장기입원은 지양한다. 전담 케어 코디네이터가 다른 보건전문가와 함께 당사자의 욕구를 평가하고 케어플랜을 작성하며 진행상황을 모니터링 한다. 실제 영국의 정신의료

기관 평균 입원 기간은 35.2일(2017년 기준)이며 우리나라(2020년 기준 200.4 일)와 비교하였을 때 훨씬 입원 기간이 짧다.

호주의 사례는 빅토리아주, 뉴사우스웨일스주를 중심으로 살펴보았다. 호주 사례는 당사자의 선호에 맞는 치료를 이행하고자 하는 점이 시사적이었다. 호주 빅토리아주 정신보건법에 제11조(정신보건 원칙)상에 환자에 대한 선호와 관점 존중을 선언하고, 구체적으로 제71조, 제19조 등에서 당사자의 선호 및 이유를 고려하고 이를 사전의료지시서로 서면화해야함을 규정하고 있다. 사전의료지시서는 국제인권기준에서 지향하는 개별회복지원 방법 중 하나이기 때문에 이를 이행하고 있는 점이 매우 고무적이다.

대만 사례의 경우 인권친화적 치료환경과 관련한 법 및 제도적 보장 수준이 우리나라와 유사한 면이 있지만, 질환의 정도에 따라 병동을 배정하면 수가에서 이익을 볼 수 있게끔 설계된 체계와, 병원기반사례관리를 통해 퇴원계획이 의무화되어 있는 점이 긍정적으로 평가되었다. 특히 인상적인 것은 대만은 2014년 유엔 장애인권리협약 이행을 위해 별도의 국내법(心身障礙者權利公約施行法)을 제정하였고, 이에 근거하여 정신보건법을 2022년 11월 30일 개정하였다는 점이다. 구체적인 내용은 별도의 검토가 필요하겠지만, 장애인권리협약의 정신을 수용하여 비자의 입원을 최소화하고(2020년 기준 연간 비자의 입원 환자 수는 약 600여명임), 단기입원을 지향하고 있다는 점(최장 비자의 입원 기간은 60일이고, 1회에 한해 연장가능)이다. 대만의 개정법은 비자의 입원 결정을 행정위원회에서 하는 것을 법원에서 결정하는 것으로 바꾸었다고 하는데, 매달 50여명이 비자의 입원을 하는 셈이기 때문에, 비자의 입원 여부를 법원에서 사전에 결정하는 것은 별다른 문제가 없을 것이다.

미국 캘리포니아주 또한 영국과 유사하게 당사자 권익옹호제도가 법적으로 규정되어있는 점이 시사적이다. 특히 이러한 제도는 각 병원이 의무적으로 이행하도록 법적인 체결 의무 조항이 규정되어 있기 때문에, 입원 당사자들은 필수적으로 자신의 권리를 고지 받고 보장받을 수 있는 환경을 경험할 수 있게 된다. 또한, 캘리포니아 주의 경우 법에 근거하여 퇴원계획이 수립 및 이행될 수 있도록 규정되어 있어, 당사자의 지역사회통합에 도움을 줄 수 있을 것으로 보인다.

독일은 비자의 입원의 결정방법, 입원제도, 입원자 수가 많다는 점에서 우리나라와 매우 유사하다. 그럼에도 불구하고 독일은 장애인복지법(사회법 제9권)과 의

료법(사회법 제5권)과의 협업, 다학제 팀의 협업 등 법과 영역을 막론하고 사회통합차원의 지원이 이루어지는 점이 시사적이다. 또한, 비자의입원을 한 당사자의 의사결정지원 차원에서 옹호자 제도를 구축하고, 옹호자들에게 권한(자유로운 면회, 자유로운 기록 열람)을 부여하는 것 또한 고무적이다. 마지막으로 독일의 경우에도 우리나라와 같이 지역사회자원이 부족한 실정이지만 국가의 주도 하에 다양한 자원을 효과적으로 연계하고 있다는 점(부족한 자원의 효과적 연계)에서도 시사점을 살펴볼 수 있다.

종합하였을 때, 입원, 입원 중 생활, 퇴원지원에 있어서 살펴볼 수 있는 시사점은 다음과 같다.

1) 입원 과정

먼저 입원 과정에 있어서는 비자의입원 시 당사자의 의사결정을 지원할 수 있는 법적 규정 뿐만 아니라 구체적인 실천 가이드가 조성되어야겠다. 영국, 미국, 독일 등 국가별로 명칭은 다르지만 입원당사자의 권익을 옹호할 수 있는 사람을 법적으로 규정하고 있다. 특히 독일의 경우 옹호자에게 자유로운 면회 및 기록열람에 대한 권한을 부여하는 등 입원당사자의 권익을 지원하는데 장애물이 없도록 환경을 조성하고 있다. 또한, 영국의 경우 환경적 측면에서도 비자의입원 입원당사자가 편안한 상태에서 자신의 의견을 표현할 수 있도록, 비자의 입원 과정 및 정신건강심판원 평가 시 안전하고 편안한 장소 마련 등을 강조하고 있으며, 호주의 경우 당사자의 선호 반영을 위해 사전의료지시서를 법적으로 규정하고 있다.

2) 입원 중 생활

입원 중 인권친화적 치료 환경 조성을 위한 실무자 가이드, 수가 체계가 조성되어 있는 점이 시사적이다. 대부분의 국가에서 우리나라와 같이 법적으로 통신, 면회, 외출 및 외박의 자유가 보장되며, 격리 및 강박을 지양하는 치료를 규정하고 있지만, 특히 영국의 경우 각 항목에 대한 구체적인 지침 강령을 만들어 인권지향 실천을 조성하고 있다. 이러한 강령이 중요한 이유는 법적으로 명시된 ‘자유’들에 대한 종사자들의 인식 수준이 개인의 경험, 직역 등에 따라 다르고, 결국 이러한 차이가 당사자의 자유를 최대한으로 보장하지 못하는 현실이나 병원간 서비스 편

차를 만들어낼 수 있기 때문이다. 가령 우리나라의 경우 외출 및 외박에 대한 구체적인 규정이 존재하지 않고 치료진의 재량에 따라 외출 및 외박이 결정되는데, 영국의 경우 실천강령 상에 기본적으로 외출 및 외박의 자유로움을 보장하고, 자해 및 타해의 위험이 있을 시에만 법적으로 외출 및 외박을 제한하고 있다. 더불어 대만의 경우 급성/만성 병동 별 수가체계가 다르고 급성병동에 더 많은 인력을 투입할 수 있도록 제도가 구성되어 있어, 정신의료기관이 자연스럽게 당사자의 회복을 위한 환경 조성을 이행하게 된다.

3) 퇴원 지원

퇴원계획 등 개별회복지원을 통한 당사자의 지역사회통합 환경이 조성되어야겠다. 영국, 대만, 미국 등 대부분의 국가에서 퇴원계획을 법적으로 의무화하고 있다. 법적으로 의무화된 국가에서는 당사자의 선호를 고려한 퇴원계획 수립이 입원 당시부터 구축되며, 특히 영국의 경우 케어 코디네이터가 별도로 존재하여 당사자가 퇴원한 이후에도 퇴원계획이 잘 이행되고 있는지 모니터링을 받게 된다. 우리나라는 퇴원계획이 의무화 되어 있지않아 정신의료기관의 재량에 따라 서비스 제공 여부와 그 수준에 편차가 있으므로, 이를 제도화하는 것을 시발점으로 하여 서비스 수준도 동일하게 맞출 수 있는 방안이 강구되어야겠다.

4. 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 초점집단인터뷰

정신장애인 인권친화적 치료 환경 조성을 위해 당사자 및 종사자의 경험과 인식에 대한 초점집단인터뷰를 시행하였다. 초점집단인터뷰는 우리나라의 치료환경 현황과 개선방안을 이해하기 위함에 목적을 두고 있으며, 당사자 2회(대상자: 6명), 종사자 2회(대상자: 6명) 인터뷰를 시행하여 총 4회(총 대상자: 12명) 인터뷰를 시행하였다. 분석한 결과의 주요 내용은 다음과 같다. 대범주로는 5개의 주제가 도출되었으며, 하위주제는 25개가 도출되었다.

우선 현재 국제적 기준 및 치료 환경에 관련한 인식은 다음과 같다. ‘국제적 기준에 대한 인식’으로 하위 주제로는 당사자 인권 중심의 정책 방향에 대한 동의, 현장과 종사자의 이해 및 교육의 부족, 국제적 기준에 관한 현장의 관심과 인식

확산 노력이 도출되었다. 이어서 ‘입원병원치료환경에 대한 인식’으로 과거에 비해 개선된 물리적 환경, 자유 제한의 축소, 여전히 유지되는 강제적이고 자기결정권을 침해하는 관행적 절차, 치료와 안전을 위한 규제 지속, 당사자와 종사자 간 존중적 태도 향상, 대안적 서비스 및 자기결정권 지원 제도의 경험 부재, 정신의료기관과 정신질환에 대한 편견의 하위주제가 밝혀졌다.

다음으로 ‘인권친화적 치료 환경을 저해하는 요인’으로 도출된 하위 주제는 입·퇴원 과정에서 자기결정권 확보의 어려움, 집단적 서비스가 아닌 개별화된 서비스 제공의 한계, 보험환자와 급여환자 간의 수가 차이로 인한 차별적 구조, 맞춤형 서비스 제공과 안전한 치료환경을 위한 적정 인력 부족, 필요인력에 대한 법적 규정 및 종사자 질 관리의 부재가 도출되었다.

마지막으로 ‘인권친화적 치료환경을 위한 개선방향’은 병원의 소규모화, 병실 정원 축소 추진, 입·퇴원 과정에서 자기결정권 보장을 위한 노력, 개인별 욕구에 부합하는 서비스 체계 구축, 적정 수가 및 보험환자와 급여환자 간 수가 차이 조정, 당사자나 가족이 입원치료에 대해 선택할 수 있도록 다양한 대안적 서비스 도입의 확대, 인권중심적 서비스 제공을 위한 종사자 교육과 질 향상이 하위 주제로 밝혀졌다. 더불어 ‘퇴원 후 지역사회 통합 및 자립을 위한 개선방향’ 주제의 하위 주제로는 자립 생활을 지원하는 지역사회 인프라 확충, 퇴원 후 지역사회 자원 연계 및 의뢰체계 구축, 성공적인 지역사회 전환을 위한 지역사회 자원과 병원 간 네트워크, 개인과 가족의 책임이 아닌 국가 차원의 제도 마련, 정책과 현장 간 간극을 좁히기 위한 단계적 정책 추진이 도출되었다.

이에 근거하여 인권친화적 치료 환경 조성을 위해 필요한 과제는 다음과 같다. 우선 입원 및 퇴원 과정에 있어서 정신장애인 당사자의 자기결정권 확보가 어려운 점이 문제로 지적된 것과 관련하여, 입원 및 퇴원 과정에서의 자기결정권이 보장되어야겠다. 절차보조사업 등을 확대하여 보다 많은 사람이 권리를 보장받을 수 있도록 해야 한다. 더불어 입원 및 퇴원 결정 시 자해 및 타해 위험이 없음에도 불구하고 환경적 문제로 의사에 반하는 결정을 하게 되는 경우가 있어 실질적 자기결정권 실현을 위한 병원 내 인권친화적 환경 조성 및 지역사회 변화가 동반되어야겠다. 입원 중 생활과 관련하여, 과거와 비교하였을 때 특히 물리적 환경, 입원 생활 중 자유 등 전반적인 정신의료기관 내 인권이 개선되었다는 의견도 있었지만, 여전히 국제인권기준과 비교하였을 때 개선해야 할 과제들이 많이 있다. 국

제적 인권 기준에 근거하여 정신의료 서비스체계가 인권중심으로 서비스 전환을 꾀하기 위해서 필요한 가이드라인과 절차가 체계적으로 제시되어야겠다. 구체적으로 인권침해적 절차를 대체하는 대안적 인권중심적 서비스를 도입이 요구된다. 퇴원지원 관련하여, 자립을 위한 지역사회 인프라 확충 및 병원-지역사회 간 연계 체계 마련이 요구된다. 또한 전반적인 인력, 교육, 수가체계 개편 동반이 요구된다. 현행 인력 기준이 병동 내에서 개인별 요구에 부합하는 질 높은 서비스를 제공하기에 적절한지 검토여 적정인력 확보를 위한 방안이 마련되어야겠다. 더불어 종사자를 대상으로 한 국제인권기준 기반 교육이 이행이 필요하다. 마지막으로 서비스 공백을 유발하는 보험환자와 급여환자 간 수가체계를 재정비하여, 당사자의 요구에 부합하는 회복지향서비스를 확대할 수 있도록 해야겠다.

5. 우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 : 설문조사

우리나라 입원치료 환경 현황 및 문제점 파악을 위하여 입원당사자, 종사자를 대상으로 설문조사를 통해 의견을 수렴하였다. 당사자 설문조사를 통해 도출된 시사점은 다음과 같다(최종 분석 대상자 수: 168명). 첫째, 병실 내 환자 과밀수용 등 병원 생활 전반에서 적정생활 수준 유지를 위한 지원이 필요하다. 분석 결과 당사자의 74.4%(194명)가 6-8인실을 사용 중이었으며, 평균 병실 수는 약 6인실로 나타났다. 또한 병실을 배정받을 때도 질환의 유형 및 정도를 고려하지 않고 배정되는 경우가 많았다(174명, 64.9%). 물리적 환경 개선을 위한 정책적 지원이 행이 촉구된다. 둘째, 당사자가 입원 중에도 병원 내·외부를 자유롭게 이동할 수 있도록 하고, 휴대전화 등의 사용을 통해 지역사회 지지체계와 소통할 수 있도록 지원이 요구된다. 자유로운 이동, 통신 및 면회의 자유보장은 잘 보장이 되지 않는 하위 항목으로 두드러지게 나타났다. 이동의 자유, 통신 및 면회의 자유는 당사자가 퇴원 후 원만히 지역사회와 통합할 수 있도록 하는 촉진 요인으로 작용한다. 따라서 자해 및 타해의 위험이 없다면 이에 대한 보장이 적극적으로 이루어져야 한다. 셋째, 입·퇴원, 입원과정에 있어서의 자기결정지원과 쉼터 등의 대안책 안내가 요구되며, 이러한 지원은 특히 비자의 입원 시에 더 촘촘하게 지원될 필요가 있다. 보호/행정입원을 경험한 당사자들을 대상으로 조사하였을 때 대부분

정신건강심사위원회, 입원적합성심사위원회에 조사를 신청할 수 있는 권한을 고지 받지 못하였다고 응답하였다. 뿐만 아니라 비자의 입원(보호/행정/응급입원) 시 정신의료기관 입원 외에 대안책도 안내받지 못하였다고 보고하였다(90명, 88%) 당사자가 원하는 치료 환경 및 방법을 선택할 수 있도록 당사자의 시각에서 권리 고지 및 대안책 안내가 실천되어야겠다. 넷째, 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우 조사 항목에서 평균이 낮은 가장 낮은 지원 영역은 격리 및 강박에 대한 영역으로 나타났다. 이에 대안적 치료방식에 대한 도입이 요구된다. 다섯째, 현재 정신의료기관의 인력분포는 간호사, 보호사 위주로 근무하고 있어 사회복지 및 심리지원의 부재가 우려된다. 실제 개별회복 지원을 위한 서비스가 부족하기도 하였다. 따라서 현재 근무하고 있는 직원들에게 개별회복지원의 필요성과 그 방법에 대해 전면 교육을 시행하고, 심리사회적 지원 관점에 따라 실천을 이행하는 직군의 비중을 높이는 방안이 모색되어야겠다. 마지막으로 정신장애 인 인권과 관련된 다섯 가지 권리영역에서 지역사회통합에 대한 지원 경험이 가장 낮은 것으로 나타났다. 앞서 제시한 개별회복지원에 대한 서비스 지원에 포함하여 지역사회통합에 대한 지원 또한 동반되어야한다.

종사자 설문조사 결과를 통해 도출한 시사점은 다음과 같다(최종 분석 대상자 수: 196명). 첫째, 통신, 외출 및 외박 등 지역사회와 교류할 수 있는 권리 지원의 문제가 나타나, 적정생활 유지를 위한 당사자의 통신, 외출 면회에 대한 자유 보장이 요구된다. 둘째, 격리 강박 대체요법, 시스템 시설에 대한 수가 확보 여부를 파악한 결과 대부분의 종사자가 확보되었다고 응답하였지만(158명, 80.6%), 실제 격리 및 강박, 구금에 대한 대안적 치료전략 서비스 지원 경험은 부족한 것으로 밝혀졌다. 정신의료기관에서 현재 시행 중인 격리 및 강박 종식 전략이 국제인권 기준에서 지향하는 바와 부합하는지 검토하고, 종사자가 이를 실천할 수 있도록 교육이 필요하다. 셋째, 당사자 개별 상황에 맞는 회복계획 수립과 개별회복 지원 촉진을 위한 보상체계(수가, 실적 등) 마련이 요구된다. 넷째, 치료 과정 전반에서 당사자가 회복 계획의 주체가 될 수 있도록 당사자의 의사결정을 존중, 수용, 반영해야한다.

당사자 및 종사자 조사결과를 비교하였을 때 서비스 이용 경험과 제공 경험 사이의 인식 편차가 컸다. 종사자는 인권 기반 서비스를 제공하고 있다고 인식하는 반면, 서비스를 받는 당사자는 종사자보다 상대적으로 인권 기반 서비스 경험 인

식이 부족한 것으로 나타났다. 종사자-당사자의 인식 간극을 좁히기 위하여 서비스 전반적으로 입원 당사자의 시각, 상황을 고려한 서비스 제공 방안이 검토되어야 한다. 또한 인식의 편차가 가장 컸던 영역인 지역사회통합 관련 서비스 관련하여 국제인권기준, 국내우수사례(새로운 경기도립정신병원, 국립정신건강센터의 퇴원계획 사업 등)을 참고한 당사자의 관점이 충실히 반영된 서비스 개편이 요구된다. 당사자의 관점이 제도적으로 반영될 수 있기 위해서는 당사자의 편에 선 옹호자에 의한 의사결정지원이 매우 중요할 것이다.

상기와 같은 조사결과를 종합하였을 때 도출된 시사점은 다음과 같다. 우선 입원 및 퇴원 과정에서 입원을 할 때부터 퇴원에 이르기까지 당사자들의 의사결정을 존중하고, 의사결정을 지원할 수 있는 제도적 장치 안내와 관련 종사자 교육이 이루어져야한다. 더불어 비자의 입원에 대한 대안이 되는 대안책 안내도 요구된다. 또한 입원 중에는 입원 당사자의 적정생활유지 향상을 위한 물리적 환경개선(병실 수용 규모 축소, 질환의 유형 및 정도를 고려한 배정)과 통신·외출·면회 자유 보장에 대한 개선이 이루어져야한다. 더불어 격리 강박 이외에 대안적 치료 방법과 이에 대한 보상체계 마련이 요구된다. 퇴원 지원을 위해서는 입원 당사자들이 적절한 정신 및 신체적 건강을 누릴 수 있도록 개별회복지원이 이행되어야하며, 이를 위해 인식 개선 및 전문가 교육을 의무적으로 시행하고, 다학제 접근을 통한 다각적지원이 필요하다. 마지막으로 서비스 개편 전반에 있어 당사자 중심, 시각을 고려한 서비스 제공이 고려되어야겠다.

제2절 결론 및 제언 : 입원치료환경 개선방향

1. ‘인권친화적 치료환경 구축’을 위한 정책 패러다임의 전환

1) 기존 접근방법과 한계

이 연구에서 드러났듯이, 비자의입원은 대폭 줄었지만 자의입원이라고 하더라도 1년 이상의 장기간 입원이 많은 것, 이들 장기 입원환자에게는 생활공간이기도 한 정신병원의 환경은 1인 1실의 자기 생활공간과는 거리가 너무 먼 열악한 환경이고 이동, 통신, 대외활동의 자유가 없음에도 불구하고 불만을 크게, 그리고 심각하게 토로하지 않는 것 등은 사회로부터 격리되어 생활하는 것에 정신장애인이 어떤 면에서는 적응하고 있음을 의미하는 것일 수 있다. 설문조사 결과에서도 퇴원 시 가장 걱정되는 부분으로 ‘스스로 생활하기 어려움(91명, 34.0%)’에 많은 당사자가 응답한 것으로 나타나는데 이를 뒷받침하는 것이기도 하다. 이는 ‘학습된 무기력’ 또는 ‘적응’ 현상일 수도 있고, 이런 상황에 있는 정신장애인은 이 사회의 다른 사람들이 누리는 인권과 권리를 제대로 향유하지 못하고 있음을 의미하는 것이기도 하다.

이런 상황에 있거나 있을 개연성이 높은 정신장애인에게 자유권 보장의 강화는 한계가 있을 수 있다. 즉 비자의입원의 요건을 엄격히 하는 것, 비자의입원 요건 충족을 판단하는 기관의 중립화와 공정화를 강화한다든지, 자의입원을 가장한 사실상의 비자의입원을 적발하는 절차를 강화한다든지, 입원환자의 진정한 의사를 확인하기 위한 수단으로 절차보조나 의사결정 확인자를 두는 등의 절차를 개선하는 것에는 한계가 있다는 것이다. 자유권은 합리적으로 자기결정을 하는 개인을 상정하고 사회보호(타인의 권리보호를 포함)의 필요가 있는 때에만 개인의 자유를 제한할 수 있다는 것을 전제한 것이다. 우리 헌법 제37조도 이런 관점에 따른 것이다. 그런데 사회적 관계망에서 벗어나 정신병원에서 “생활”하는 것을 받아들이거나 다른 시도를 해 볼 의욕이 없는 상황에서는 자유권의 보장은 이들의 인권을 존중하고 증진하는 것에 별다른 기여를 하지 못할 수도 있을 것이다.

한편 정신장애인의 노동권을 보장하거나 주거권을 보장하는 것 등 지역사회 통합을 위한 지원에 관한 정책도 인권친화적 치료와 단절되는 것이 아니라 연계되어야 비로소 정신장애인이 처한 차별적 사회환경의 개선에 기여할 수 있을 것이다.

이상의 관점에서 기존의 정책 또는 법개정안을 보면 기존 관점이 자유권 보장에 더 많이 치중하고 인권친화적 치료에 대해서는 적은 관심을 두고 있음을 아래 표에서 확인할 수 있다.

〈표 7-1〉 국가인권위원회의 정신장애정책의 특징
(회색 바탕 부분은 자유권의영역)

구분	기존의 관점
입원과정	<ul style="list-style-type: none"> • 자의입원/동의입원 절차개선 및 지도·감독 강화 : ① 정신장애인이 입원 유형별 권리와 의무를 정확히 고지 받고 입원 유형을 선택할 수 있도록 제도 개선, ② 입·퇴원 권리고 지 매뉴얼과 법정서식을 마련하여 정신건강복지법 시행규칙의 별지로 규정, ③ 정신의료기관 및 정신요양시설 평가(인증)와 점검, 혹은 정신건강복지법 제66조(보고·검사 등) 제1항에 따른 지도·감독 시 부당 자의·동의 입원이 발견되는 경우 정신건강복지법 제86조 제2호에 따른 처벌이 실제 이루어지도록 함 • 비자의입원제도 개선 : ① 정신건강복지법 제43조에 따른 보호의무자 입원제도 폐지, 비자의 입원(보호입원과 행정입원)을 하나의 통일된 요건과 절차로 일원화, ② 가족은 특별한 지위를 가지지 않고 당사자의 의사결정지원자나 당사자의 지정에 의한 조력인, 사실상 조력인으로서 권한을 부여받았을때만 권리를 행사, ③ 서울·경기·부산에서 시행하고 있는 정신장애인 절차보조사업을 중앙정부 차원에서 확대·보완해나가는 것 • 비자의입원심사기관 및 절차 개선 : ① 입원심사 기관을 일원화, 심사기관의 성격은 사법적 절차를 중시하는 준사법기관 형태가 적절, ② 위원 구성에 있어서의 중립성 및 독립성 강화, 법조인과 의료인 외에 이해관계로부터 자유로운 공익적 제3자를 포함, ③ 대면심사로 전환, ④ 입원심사결정에 대한 불복기회 마련, ⑤ 입원적합성(연장) 심사 결과의 개별 서면 통지 • 비자의입원병원 별도지정 : ① 비자의입원의 경우 격리·강박과 같은은 신체적 물리력의 행사, 강제적 약물치료가 동반되므로 자발적 입원을 행하는 정신의료기관과는 다른 자격과 조건을 갖춘 별도의 정신의료기관이 지정되는 것이 적절함, ② 지정 병원에 대해서는 주기적 평가를 통해 재지정 여부를 심의, ③ 별도의 전문인력 및 시설, 수가체계 마련 • 공공이송체계 : ① 모든 비자의 입원에 대해 경찰관 및 119구급대에 의한 이송을 원칙, ② 이를 위해 자·타해 상황에 대한 경찰과 119구급대의 호송을 정신건강복지법 및 경찰직무집행법 개정 등 관련법 개정을 통해 의무화
입원 중 치료	<ul style="list-style-type: none"> • 정신의료기관 시설·인력기준 강화 : ① 급성, 만성, 재활병상을 구분하고 그에 필요한 의료인력 기준 및 개정지원의 근거 마련, ② 시설 규모 및 공간구조 등 정신의료기관 시설 환경에 대한 전수조사를 통해 그 결과를 의료기관 평가 점수에 반영하고 공개, ③ 보호실의 경우 위치와 면적, 벽면의 재질, 통풍 및 환기, 조명, 차폐시설이 있는 화장실 설치 등 보호실의 구조 및 설비에 관한 구체적인 기준 마련, ④ 병동 내 보호사의 주된 업무가 당사자의 행동권 및 신체의 자유를 제한하는 것이므로 그 행위에 대한 근거 역시 법에 명시, 구체적으로 보호사의 자격기준 및 업무 범위를 의료법 또는 정신건강복지법에 명시. • 격리·강박 등 신체자유 최소화를 위한 대체프로그램 개발 : ① 격리·강박 대체프로그램 (비강압적 위기중재, 의사소통 방법 등)을 개발하여 실행 매뉴얼 보급, ② 격리·강박 대체 프로그램에 대한 적정수가를 부여, ③ 정신의료기관 의료진 1인이 담당하는 환자 수가 축소될 수 있도록 제도 및 수가체계 개선

구분	기존의 관점
	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 알권리 및 통신의 자유 등 기본권 보장 : ① 제안된 치료방법, 예상기간, 효과, 위험 및 부작용에 대해 설명 받고 그에 대해 상의할 권리(알권리)를 정신건강복지법에 형식상 명문화, ② 보건복지부 정신건강사업안내에 “휴대전화 소지는 원칙적으로 허용 하되, 치료를 목적으로 제한해야 하는 경우 정신과 전문의의 지시에 따라 최소화하여 야한다”는 내용을 명시, ③ 통신 제한을 하는 경우 그 사유 및 기간, 이유 등을 환자에게 서면 고지 할 수 있도록 법정통지서식을 마련하여 각 정신의료기관에 배포, ④ CCTV는 적절한 절차에 따라 환자의 안전 및 보호를 목적으로 설치, 그 여부를 보건소 등이 상시 지도·감독할 수 있도록 함 의료급여환자 차별개선 : ① 정신과 입원수가를 행위별 수가제로 당장 개편하는 것이 어렵다면 의료급여 수준을 소폭 인상 하거나 건강보험 수가와 동일한 수준으로 향상하는 것이 필요, ② 특히 급식비 단가의 평준화 필요(2019년 기준 의료급여 환자의 일반식 단가 3,900원, 건강보험환자의 일반식 단가 4,030~4,860원)
의사결정지원	<ul style="list-style-type: none"> 후견제도의 의사결정지원제도로 전환 : ① 정신건강복지법에 후견제도의 원칙 및 기준 명시, ② 후견인의 역할 및 권한에 대한 구체적 매뉴얼 제작·배포, ③ 후견인의 역할이 의사결정 대행이 아닌 지원이 될 수 있도록 정기적으로 교육, ④ 법원은 가급적 성년후견보다 특정후견이 지정될 수 있도록 당사자의 자기결정권 존중 비자의입원환자를 위한 지정조력인제도 마련 : ① 정치보조인(지정조력인)의 자격, 직무범위, 교육, 권한, 서비스제공위탁, 동료지원 참여 등에 관한 내용을 구체화하여 정신건강복지법에 명시, ② 중앙정부차원에서 구체적인 인력 및 예산을 확보
퇴원지원	<ul style="list-style-type: none"> 퇴원과 지역사회연계 강화 : ① 지역사회 중심 정신건강복지체계 연차별 로드맵을 범정부적 차원에서 마련 및 시행, ② 지역사회 통합돌봄법에 의사결정지원 및 정신건강복지센터(사례관리 제공기관)를 포함하는 등 개인별 지원계획의 근거마련, ③ 정신건강증진시설에서 입원(소)한 정신장애인 중 무연고자 및 주거 취약자에 대한 현황 및 욕구 실태조사를 하고, 퇴원이 가능한 자에 대해서는 지역사회 적응 프로그램을 하는 등
지역사회 생활·입원 최소화	<ul style="list-style-type: none"> 노동권보장 : ① 민간시장 진입보다 정신 장애 특성을 고려한 특수직군 개발(동료지원가, 공공기관 및 국공립병원 내 사무보조 등 공공형 일자리 개발), ②정신건강복지법 상 직업재활시설 다양화 및 확대, ③ 장애인복지법 제15조 폐지를 통해 정신장애인이 장애 고용 정책에서 제외되지 않도록 할 필요(특히 장애인복지법 제21조(직업) 및 시행령 제13조의2(장애인일자리사업실시), 제42조(생업지원) 및 시행령 제27조(생업지원), 제44조(생산물 구매), ④ 장애인고용촉진 및 직업재활법, 사회적 기업 육성법 지원대상에서 정신장애인을 포함하는 방안 고려⁶⁷⁾ 주거권, 일상생활 보장 : ① 필요한 주거규모 및 유형 파악 후 그에 따라 주거유형을 다양화, 정부는 연차별 시행계획 및 성과지표에 따라 주거 예산 확보, ② 주거약자지원제도⁶⁸⁾에서 정신건강복지법 상 정신질환자도 포함될 수 있도록 함, ③ 실질적 자립을 위해 장애인 활동지원종합조사표를 개선하여 정신장애인이 활동지원제도에서 배제

- 67) 장애인복지법 상 정신장애인은 조현병, 조현정동장애, 양극성정동장애, 재발성 우울장애 등 4개 코드를 받은자만 인정하고 있어 이외 중증정신질환자는 등록장애인이 아니라는 이유로 장애인고용지원대상에서 제외되는 현상이 발생하고 있다.
- 68) 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률에 따른 주거약자에는 국가유공자, 보호보상대상자 등과 더불어 장애인복지법 상의 장애인이 포함되어 있다. 그러나 그로 인해 4개 코드(F20 조현병, F25조현정동장애, F31양극성정동장애, F33재발성 우울장애)외 진단을 받은 중증정신질환자들은 법의 혜택에서 제외되고 있다.

구분	기존의 관점
	<p>되지 않도록 하는 방안 고려(일상생활동작에 비해 지나치게 낮은 점수를 부여하고 있는 인지행동특성항목 배점 상향조정 등)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 취업자격제한 폐지: ① 정신질환 치료 전력 및 정신장애 진단을 이유로 취업자격을 원천 박탈하는 법률 및 절대적 자격제한 조항 삭제, 필요한 경우 상대적 자격제한 규정으로 개정(질병 및 장애 등 업무 수행에 지장을 초래할 수 있는 직접적이고 구체적인 사유가 있는 경우로만 자격을 일부 제한), ② 법률 개정시 의료법 제65조제2항과 같이 정신질환으로 인해 면허가 취소되더라도 증상이 회복되면 면허를 재교부할 수 있도록 함, ③ 법률 개정시 누구든지 소정의 자격 및 면허 시험을 통과한 경우 업무 수행 능력이 있는 것으로 간주, 정신질환 발생에 따른 업무 제한시 불복 절차 포함 • 보험가입 제한 폐지: ① 상법 제732조 삭제, 보험 가입 승낙 및 거절은 국내외 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험률 판단에 따라 이루어질 수 있도록 해야함, ② 금융감독원이 개별 보험사의 약관, 특약, 인수기준 등에 대해 적극적으로 관리·감독하고 필요시 관련 전문가의 의견을 반영한 '정신질환 보험차별 개선'을 위한 가이드 라인을 마련하여 각 보험사에 배포하는 방안도 고려 • 정신장애에 대한 사회적 인식개선: ① 자살보도와 마찬가지로 국가차원에서 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 행동전략을 수립하고, 그에 따라 대국민 캠페인진행, 언론·미디어 가이드라인 마련 및 배포 등 실시(정신장애인 인식개선 공익광고, 유명인들의 정신질환 경험 공유, 위기 시 정신질환 응급처리 방법 정보 안내 프로그램 개발 등), ② 당사자 및 전문가 등으로 구성된 '차별·편견 모니터링단'을 운영하여 언론뿐 아니라 정신장애인을 차별하는 법령과 제도에 대해서 상시 모니터링(장애인차별금지법 이행 모니터링단과 같이) • 정신재활시설, 정신건강복지센터의 전문적 기능 강화 : ① 정신건강복지센터의 업무 순위 재정비, 구체적으로 센터 업무의 우선순위를 지역사회 정신장애인에 대한 개인별 서비스 연계와 위기개입에 둬, ② 지역사회 정신재활 시설의 확충 • 지역사회 회복체계 구축/입원 최소화 및 재입원방지 : ① 조기집중치료를 통한 입원 최소화, 이를 위해 청소년 및 청년시기의 정신건강문제에 대해 실태조사 실시, 초발환자 조기개입을 위한 지역사회 예산 및 프로그램을 마련하여 지원, ② 외래기반의 다학제적 집중사례관리 서비스 모델을 개발하고 관련 건강보험 수가를 책정하여 재입원 방지 • 외래치료지원 : ① 현재는 정신의료기관과 정신건강복지센터가 외래치료지원청구를 하는 것에 대한 부담이 큰 상황이므로, 외래치료 대상자의 본인부담금을 면제하고 센터의 업무 부담을 완화하는 등의 추가적 조치 필요(예, 외래치료 지원제도의 목적을 환자에 대한 관리에서 공공을 위한 치료로 명확히, 대상자도 중위소득 65%이하로 제한하는 것이 아니라 보편적 수급자격을 가지도록 함), ② 외래치료지원청구 및 심사 절차에 있어서 당사자가 선호하는 치료기관과 방법에 대한 의견을 개진할 수 있도록 절차마련, ③ 외래치료지원을 위한 정신건강복지센터 인력 확충을 통해 방문상담, 복약지도, 사후모니터링등이 원활히 이루어질 수 있도록 함 • 동료지지체계 : ① 정신건강복지법에 동료지원과 관련한 법적 근거를 마련해 제도화 추진(구체적으로 동료지원가의 정의, 동료지원가 양성 및 고용, 정신장애인동료지원센터 설치 등이 구체적으로 명시), ② 미국과 같이 우리나라도 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 절차보조사업, 사회서비스(바우처) 등 다양한 영역에서 동료지원가를 고용하고 그에 따른 인력 기준 및 보수체계를 마련해 의료수가 체계에 편입되도록 함
정신장애인의 참여	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인의 정책결정 및 참여확대 : ① 정신건강복지법 및 장애인복지법에 따른 기본계획 마련 및 법령 개정과정에서 정신장애인 관련 단체 구성원의 참여가 보장 될 수 있도록 함, ② 정신건강복지법에 따른 각종 위원회(입원적합성심사 위원회 등)에 정신장애인을 대표할 수 있는 사람을 위촉

위 표에서 보듯이, 기존의 입원과정 및 입원 중 치료 관련 정책은 ‘비자의입원이 정신장애인의 자유박탈이라는 측면에 중점을 두고, 자유박탈의 적법절차 보장에 초점을 맞추고 있다. 앞서 설문조사와 FGI에서 확인하였듯이 현재의 입원환경이 인권친화적 치료와는 거리가 멀 뿐만 아니라, 장기입원 환자가 많은 것이 현실이고, 기존의 정책은 이런 현실을 타개하는 것을 목표로 한 것이 명확하다. 그러나 기존의 정책은 ①자의입원이나 동의입원이 가족이나 사회적 관계망의 심리적 압박에 의해 불가피하게 선택한 것이고, 본인의 진정한 의사가 반영된 것이 아닐 수도 있기 때문에 이에 대한 확인이 중요하다고 보고 비자의입원을 어떤 기관이 어떤 절차로 확인하는 것이 중요하다고 보았을 수 있고, ② 비자의입원이 강압적인 조치와 연계되기 때문에 보호의무자가 신청하는 것이 아니라 행정기관이 신청하도록 하는 것이 중요하다고 볼 수 있을 것이며, ③ 장기입원 환자가 병실을 점유하고 있기 때문에 적은 수의 의료진을 갖춘 대다수의 정신병원이 만성 장기 입원환자를 손쉽게 관리하는 것이 익숙하고 또 병원 운영에 아무런 지장이 없기 때문에 응급입원이 필요한 상황이라 하더라도 입원 병실을 찾아 헤매기 때문에 비자의입원 환자를 전담하는 공공병원이 필요하다거나 급성기 환자 입원치료에 대한 수가를 높여야 한다고 주장할 수 있을 것이며, ④ 이상의 사유로 비자의입원이 쉽지 않기 때문에 비자의입원에 동원되는 별도의 공공인력 체계를 갖추어야 한다고 주장하는 것일 수 있다는 것이다.

2) 패러다임 전환

기존의 정신건강정책이 중증만성정신질환자의 관리에 초점을 맞추고 있었기 때문에, 이에 대한 개선책 역시 비자의입원 상황에 처한 정신질환자의 자유권보장에 더 많은 강조점이 있었다. 그 결과 인권친화적 치료환경의 구축에 대한 관심은 상대적으로 적었다, 그런데, 정신장애인 역시 다른 사람과 동등한 건강권이 보장되어야 하며, 그 점에서 정신질환의 치료가 필요하고 그 일환으로 입원치료 역시 중요한 한 수단이 되어야 한다. 응급의료가 필요하듯이, 정신질환 역시 본인의 동의와 무관하게 응급한 상황에서 비자의입원과 치료가 필요하다. 필요한 비자의입원이나 비자의치료는 인권친화적으로 제공되는 것이 중요할 것이다. 병원 입원은 다른 질환과 마찬가지로 지역사회 기반한 치료가 중심이어야 하며, 입원 치료는 의

료적으로 그것이 필요할 때에 한정되어야 할 것이다. 그 점에서 보면 자의입원이든 비자의입원이든 병원에서의 장기입원 환자가 병실의 절대 다수를 점하고 있는 우리 현실 자체가 인권친화적이지 않는 치료를 제공하는 것일 수 있다. 지역사회 기반 치료가 가능하지 않을 때 단기간 병원에 입원하여 치료받을 수 있게 한다는 관점을 취하게 된다면, 자의입원이든 비자의입원이든 1년 이상인 장기입원이 없어지고 선진국과 유사하게 단기입원으로 전환되게 하는 것에 더 중요한 가치를 둔다면 정책 역시 거기에 더 큰 비중을 두어야 할 것이다. 이 점에서 인권적 관점에서 입원치료(그것이 자의입원이든 비자의입원이든)에 어떤 목표를 설정해야 할지를 검토하는 것이 필요하다.

정신장애인이 경험하는 심한 정신적 고통이 개인의 문제라기보다는 차별적인 사회환경 또는 사회적 관계망(성, 교육, 연령, 직업, 재산, 인종, 종교, 기타 사회적 요인의 관점에서 차별적임을 의미)과 밀접한 상관관계가 있다고 보면, 정신장애인을 더욱 더 평등하게 대하고, 그들 스스로 자신을 둘러싼 사회 환경 또는 관계망을 개선해 나갈 주체로서의 역량을 키워 갈 수 있게 지원하는 것이 필요할 것이다. 사회적 환경과 관계망을 변화시킬 힘(Power)이 자신에게 있다는 것(Enable)을 확인하고 지원하는 과정, 즉 권한부여(Empowerment)가 이들에게 더 필요할 것이다. 권한부여를 지원하는 것은 일종의 사회적 접근 방법인데, 자유권의 행사나 사회권의 행사 모두에서 자기 주도성을 회복하도록 지원하는 것이 더 필요하다는 것을 이번 연구에서 확인할 수 있었다. 정신장애인을 위한 권한부여의 지원은 자신의 참여 하에 '사회 환경 또는 관계망'이 변화할 수 있다는 것을 경험할 수 있게 지원하는 것을 의미한다. 이를 통해 지역사회에서 치료, 재활, 치유를 하고, 동시에 자기가 원하는 삶과 활동을 할 수 있는 역량이 점증할 수 있을 것임을 전제한 것이다. 인권친화적 치료환경의 구축을 위한 정책제안에서도 이런 관점이 일관되게 유지되는 것이 필요할 것이다. 아래는 이런 관점에서 입원과정, 입원 중 치료과정, 퇴원지원 등에 관한 정책을 재구성해야 한다면, 그 내용이 구체적으로 어떤 것이어야 할지를 서술한 것이다.

2. 입원치료의 목표 설정

1) 입원치료의 목적 설정의 재구성

(1) 지역사회 기반 치료가 가능하지 않을 때 제공되는 입원치료

정신병원 입원치료는 지역사회 기반 치료, 재활, 회복이 어려울 때 제공되고, 다시 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 할 수 있도록 지원하는 기간으로 운영되어야 하는 것으로 목표가 설정되어야 할 것이다. 즉 정신병원 입원치료는 지역사회 기반 치료의 연장선상에서 그 일부로 제공되는 것이어야 한다는 것이다. 정신질환은 일상생활, 가족생활, 사회생활, 치료 등의 여러 방면에서 지역사회에서의 통합적 생활(이하 이를 사회참여라고 조작적으로 개념정의한다)을 어렵게 하기 때문에 치료 자체가 ‘사회참여’ 과정의 일환으로 제공되는 것이 무엇보다 중요하고 또 필요하다. 따라서 지역사회 기반 치료가 가능하지 않을 정도로 상태가 심각할 때 입원치료가 필요한 것으로 재구성할 필요가 있다. 또한 이것이 정신질환치료를 다른 질환치료와 비교하여 차별하지 않고, ‘평등하게’ 처우하는 것이기도 하다. 다른 질환의 경우 외래치료가 가능하지 않을 특별한 사정이 없는 한 입원치료를 하지 않는 것이 일반적이기 때문이다.

지역사회 기반 치료는 ① 가족 주거공간이 있는 경우 가족과 더불어 지내면서 치료와 재활을 받을 수 있을 것이고, ② 가족 주거공간이 마땅하지 않을 경우 주거를 제공하면서 치료와 재활을 받을 수 있는 것을 의미할 것이다. 그러나 현재 이런 서비스가 매우 부족하기 때문에 ‘입원’ 정신질환자가 퇴원하지 못하는 경우도 빈번하다. 이런 상황에서의 입원 유지는 정신장애인의 인권에 부정적 영향을 미치고, 동시에 정신질환에 대한 사회적 편견을 낳는 환경이 될 수 있다.

(2) 지역사회 기반 치료의 연장선상에서 이루어지는 입원치료

인권친화적 정신질환의 치료환경의 조성에서 중요한 것 중의 하나는 입원치료는 지역사회 기반 치료의 연장선상에서 이루어지고, 동시에 입원한 정신질환자가 다시 지역기반 치료, 재활, 회복의 공간으로 전이할 수 있게 지원하는 계기로 재설정하는 것이다. 이를 위해서는 개정 정신건강복지법에 따라 정신질환 상태에 있는 정신장애인을 비자의입원시킬 때, ‘현재 또는 임박한 자해 및 타해의 위험방지’

라는 사회안전 보장을 위한 개인의 자유권 침해의 최소화라는 관점에 머물러서는 안 된다. 이보다 더 나아가 ‘정신질환으로 인해 자해-타해의 위험’ 상황으로 인해 비자의입원한 개인이 그 과정에서도 사회제도에 대한 신뢰(입원치료가 정신질환자의 지역사회 기반 치료와 재활을 촉진시키는 계기로 활용하도록 지원하는다는 것)를 회복할 기회를 얻을 수 있게 적극 지원할 필요가 있다는 것이다.

1970년대 미국의 시민운동은 정신병원 비자의입원이 ‘자해, 타해의 현저한 위험’이 있을 때에 한정할 수 있도록 하는 것에 초점을 맞추었고, 이를 통해 정신질환 있는 시민의 민사감금(civil commitment) 상황을 개선하는데 큰 성과를 얻었다. 비자의입원 요건 강화를 지향하는 운동은 정신장애인의 ‘자유권’의 회복에 초점을 맞춘 것이다. 그러나 정신장애인의 ‘회복’을 위한 국가의 지원이 중요하게 부각되는 현대사회에서는 정신장애인의 사회참여와 지역사회 독립생활을 지원하는 것이다. 이는 자유권의 문제만이 아니라 사회권의 보장과 자유권의 보장의 융합이라고 할 수 있다. 유엔 장애인권리협약이 자유권의 즉각적 보장과 최선을 다한 사회권의 보장을 동시에 요구하고 있는 것도 바로 그런 이유 때문이다. 따라서 현재 우리에게 필요한 것은 비자의입원의 요건을 엄격하게 하거나, 비자의입원 절차를 모니터링하는 단계를 넘어서야 한다는 것이다. 즉 비자의입원 치료는 자해, 타해의 위험이 높아 지역사회 기반 치료와 재활이 가능하지 않을 때 정신질환자 또는 제3자의 보호를 위해 필요하지만, 비자의입원이 지역사회기반 치료와 재활로 빨리 전환할 수 있는 계기되도록 해야 한다는 것이다. ‘자유권’의 보장만이 아니라 ‘사회권’의 보장을 위한 적극적 노력이 동시에 진행될 필요가 있다.

정신장애인의 사회참여와 지역사회 독립생활을 중요한 가치로 삼는 현대사회에서는, 비자의입원 신청 주체에서 가족을 제외하고 지방자치단체로 하거나, 입원 결정을 행정기관을 하면서 사법심사를 받게 하는 것 또는 법원의 결정으로 비자의입원을 하는 것 등의 아젠다는 ‘자유권’ 보장이 중요했던 1970년대와 달리 그 의미가 훨씬 많이 약화되었다. 비자의입원 절차에서도 정신질환자의 지역사회 기반 치료와 재활, 회복을 촉진시킬 수 있는 방안을 마련하는 것에 더 큰 중요성이 부여되고 있다는 것이다.

다른 한편에서 보면, 비자의입원의 목적을 ‘사회방어’에만 둘 경우 위험한 정신질환자를 제압하는 것이 쉽사리 정당화되어 강박, 감금이 빈번하게 행해질 수 있다. 그러나 비자의입원 치료의 목적 역시 ‘자해, 타해의 위험상황’에 처한 정신질환

환자가 사회제도 또는 사회관계를 회복할 수 있는 기회로 삼아야 한다면, 비자의 입원 절차 역시 당사자에게 충분한 설명이 수반되도록 할 필요성, 비강박, 비감금, 인권친화적 치료환경에 더 중요한 가치가 부여될 수 있다는 것이다. 제2장에서 검토한 선진국의 병원기반 서비스의 사례가 이것과 관련된 것이다.

2) 비자의입원 절차의 재구성

(1) 비자의입원을 최소화할 수 있는 다양한 선택지 및 사전예방조치의 마련

비자의입원에서 비강박적 치료를 강조하더라도 비자의입원절차 자체가 정신질환 상태에 있는 정신장애인에게 트라우마로 작용할 수 있음은 부정할 수 없다. 비자의입원 자체가 자기결정권을 크게 훼손하기 때문이다. 물론 개인에 따라 비자의 입원 절차에서 경험한 트라우마를 극복하고, 그것을 개인의 성장에서 소중한 경험으로 재해석하는 경우도 있을 것이다. 이것은 전적으로 그 개인의 회복탄력성이 크기 때문일 것이다. 그러나 그렇지 않은 많은 사람들이 있기 때문에, 어떤 순간에서도 비자의입원절차가 갖는 트라우마적 경험이 과소평가되어서는 안 될 것이다. 그렇다면 비자의입원을 최소화할 수 있는 다양한 대안의 마련이 중요하다. 이를 위해서는 정신질환으로 인한 응급상황 이전에 조기개입하여 비자의입원을 회피할 수 있는 대안적 서비스를 제공하는 것이 매우 중요하다.

정신질환으로 인해 상당한 정도의 자해, 타해의 위험이 초래되기 이전인, 정신건강 위기상황에서 지역사회 기반 정신질환 치료, 치유를 받을 수 있는 기회를 제공하는 것이 그것이다. 정신건강 위기상황은 사회참여에 어려움이 점차 커져 가는 시점이기 때문에 그 단계에서 사회생활에서 직면하는 어려움을 해결하거나 완화시킬 수 있는 다양한 형태의 서비스가 제공되어야 한다. 가족 상담, 동료지원가에 의한 당사자 상담, 당사자 자조모임, 쉼터, 위기쉼터, 외래치료, 심리상담 등의 서비스가 그 목적에 잘 부합할 수 있다. 이를 위해서는 정신장애인을 비공식적으로 돌보는 가족에게 정신질환의 이해, 정신장애인을 적절하게 대하는 방법(경청과 공감, 그리고 지지, 정신질환 가족과 심리적 거리두기 등)을 교육하고 상담하는 것이 매우 중요한 부분이다. 또한 정신장애인이 사회활동에서 ‘안전’하게 타인과의 관계맺기를 할 수 있는 공간으로서의 자조모임, 쉼터, 위기쉼터가 자발적인 정신과 치료를 받을 수 있는 매우 효과적인 사회환경을 조성할 수 있을 것이다. 신뢰관계

를 형성한 사람이 심리치료나 정신과치료를 권할 경우 그 효과가 훨씬 더 높을 것이기 때문이다. 정신건강의 위기상황에서 이런 서비스를 제공하는 것은 정신질환자로 하여금 ‘사회참여’에 대한 불신을 줄여 주고, 다시 ‘사회활동’을 할 수 있는 역량을 키울 수 있는 계기로 작용할 수 있을 것이다. 제2장에서 살펴본 위기지원 서비스, 동료지원서비스나 지역사회 기반 정신건강서비스 기관 등의 사례에서도 위와 같은 내용이 강조되었는데, 우리나라의 경우 당사자 설문조사 결과를 보면 비자의입원 시 정신의료기관 입원 외에 대안책을 안내받지 못하였다고 보고한 당사자가 88%(90명)에 달하였고, 초점집단인터뷰 결과에서도 지역사회의 시설에 대해서는 들어보지 못하였다고 한다. 그만큼 우리나라에서는 이런 서비스가 없다는 것이고, 선진국의 사례와 비교할 때 도입의 필요성은 그만큼 더 크다는 것이다.

(2) 비자의입원 과정에서도 자기결정권을 존중할 것

비자의입원에서도 본인에 대한 충분한 설명을 제공하고, 특히 비강박, 비감금을 원칙으로 하도록 비자의입원절차를 재구성하여야 할 것이다. 이를 위해서는 CRPD 제25조에 부합하는 정보제공 후 동의를 받아 치료하는 것이 비자의입원에서도 그대로 유지되어야 한다. 비자의입원이 비자의치료를 정당화시켜 주지 않기 때문이다. 정신질환자에게 비자의입원은 충격, 분노, 또는 좌절을 불러일으키거나 무기력을 학습하게 하는 효과가 있거나, 비 퇴원 후 자살하는 것과 상관성이 있을 수 있다. 초점집단 인터뷰에서도 참여자들 대부분이 타인에 의해 입원이 결정되는 경험을 하였고, 자의입원이나 동의입원의 형식을 취하더라도 ‘입원 당시 입원의 목적 및 이유에 대해서 명확히 인지하지 못한채 병원으로 끌려왔다’고 보고한 경우가 많았고, 당사자들은 가족에게 부담을 주고 싶지 않은 마음에 퇴원을 마음대로 결정하기 어렵다고 답하였고, 설문조사에서도 퇴원을 스스로 결정할 수 없다는 당사자가 148명(55.2%)에 달한 것을 보더라도 체화된 무기력이 정신장애인을 깊게 억누르고 있다고 볼 수 있다. 이런 상황을 회피하기 위해서는 비자의입원이라 하더라도 정신질환자에게 그 이유를 설명하고, 최대한 비(非)강박을 하는 것이 필요하다. 새로운경기도립정신병원의 경험을 통해서도 입증되었듯이, 이런 방법은 정신질환자에게 사회제도와 이를 운영하는 사람들에 대한 신뢰를 가질 수 있도록 해 주기 때문에 ‘사회적 관계 맺기’에 대한 새로운 의욕을 갖게 하거나 새로운 시도를 할 수 있는 용기를 가질 수 있게 해 주는 효과가 있다.

또한 어떤 사회이든 그 사회의 제도 자체는 완벽할 수 없다는 점이 정신건강서비스에 종사하는 모든 사람이 인식하여야 할 부분일 것이다. 비자의입원이라는 제도를 운영하는 종사자들은 정신질환 상태인 정신장애인의 의사에 반하여 입원시키는 취지가, 비자의입원이 정신질환자를 무시하거나 피해를 주기 위한 것이 아니라 ‘지역사회에서 치료, 재활, 회복이 불가능하고, 오히려 자해, 타해의 위험이 있다’ 라고 가족 또는 주변 사람들이 판단했기 때문에 취한 불가피한 조치라는 점을 설명할 때 비자의입원이 갖는 부정적 효과가 최소화될 수 있을 것이다. 물론 비자의입원을 할 정도의 정신질환자의 인지상태는 현실과의 괴리가 매우 크기 때문에 (환청, 환시, 관계망상, 극심한 우울 또는 조증 등) 종사자의 설명을 논리적으로는 이해할 수 없을 수 있다. 그럼에도 불구하고 자신을 한 사람의 인간으로 존중하면서 대하는 “태도”가 감정의 측면에서는 그에게 긍정적으로 다가갈 것이기 때문에, 지역사회에서 치료, 재활 등 사회참여가 가능한 상태로의 회복도 빨라질 것이다.

(3) 법으로 보장된 다양한 이의절차를 적극 활용하도록 권장할 필요

비자의입원한 정신질환자가 대면심사, 인신보호법에 따른 구제, 정신건강심사위원회의 심사청구 기회를 적극 활용할 수 있도록 지원하는 것은 그들의 회복에 긍정적인 효과를 미칠 것이다. 보호/행정입원을 경험한 당사자 대상 조사에서 대부분 정신건강심사위원회, 입원적합성심사위원회에 대면 조사를 신청할 수 있는 권한을 고지 받지 못하였다고 응답하거나 권리고지를 받았다는 답변에서도 대면 조사를 받지 못한 당사자들이 대부분이었다. 이런 경험을 가진 당사자들은 비자의입원 절차를 통해 분노를 가지거나 좌절과 무기력을 학습할 개연성이 높을 것이다. 어떤 것이든 정신질환자로 하여금 사회적 관계맺기와 사회참여를 저해하는 효과가 있을 것이다. 정신질환자가 사회참여 역량을 다시 되찾기 위해서는 비자의입원 관련 사회제도를 알고 충분히 이용할 수 있게 지원하는 것이 매우 중요할 수 있다. 비자의입원에 대한 자신의 감정과 생각을 정리해서 입원적합성심사위원회의 대면심사를 통해 자기 생각을 밝히도록 하는 것, 인신보호법 절차를 통해 법원에서 이를 설명할 기회를 갖도록 하는 것, 정신건강심사위원회에 자신의 견해를 밝히도록 지원하는 것은 ‘사회적 관계맺기와 사회참여’ 역량의 향상에 매우 중요한 사회교육적 효과가 있을 것이다. 이런 활동참여를 통해 정신질환자가 무기력이나 분노의 상태에서 점차 벗어나 자기 목소리를 갖고 ‘사회적 관계맺기와 사회참여’

를 할 수 있는 역량을 키우는데 매우 소중한 기회가 될 수 있다. 비자의입원 정신 질환자에게는 이와 같은 구제절차를 모두 이용할 수 있게 지원하는 것이 매우 중요하고 또 필요하다는 것이다.

이 과정을 통해 비자의입원 제도가 ‘정신질환자’를 배제하려는 것이 아님을 경험하도록 하여 사회에 대한 신뢰를 회복할 기회를 갖도록 하여야 한다는 것이다. 사회관계망에 있는 사람이나 의료진이 정신질환자와 통상적인 의사소통(현실감각 있는 사람들 사이에서 이루어지는 의사소통)이 되지 않기 때문에 당사자와 사회의 보호를 위해 불가피하게 취한 조치임을 설명하고 이해할 수 있도록 배려하는 것 자체가 정신질환자가 다시 사회적 관계맺기에 대한 희망과 기대를 가질 수 있는 계기가 될 것이다.

3) 입원치료 환경의 재구성

(1) 사생활이 보장되는 공간의 중요성

개인의 사생활, 타인과의 자유로운 교류공간의 확보가 가능하도록 하는 것은 정신질환 상태의 정신장애인에게 특히 중요한 의미가 있다. 사람이 주거하거나 머무는 공간이 의식에 미치는 영향이 매우 큰데, 현재의 정신병원은 ‘치료’ 공간으로서 적합하지 않고, 특히 다른 ‘질환치료’를 위한 입원공간과 비교할 때 매우 차별적이다. 보행이 가능하고 타인에 대한 전염성이 없는 질환의 경우 대부분의 입원치료는 1~2주를 넘지 않는데, 정신질환 입원치료 기간은 매우 장기간이다(퇴원환자의 입원기간 중간값 31일, 평균 입원기간 137.8일, 입원환자 평균입원기간 2013년 기준 95.8일). 이는 정신병원이 치료공간이라기 보다는 주거공간으로 기능하고 있다는 것을 의미한다. 그런데 1인 10인실, 8인실, 6인실 등을 이용하는 것은 매우 열악한 주거공간으로서 인간의 존엄성을 심각하게 훼손하는 것이다.

주거공간이 아닌 치료공간이라고 하더라도 정신질환자는 대부분 ‘사회관계망’에서 입은 피해나 트라우마 등으로 인해 ‘사회적 관계맺기와 사회참여’ 역량이 매우 떨어지는 특성이 있기 때문에 입원은 그 역량을 다시 회복할 수 있는 계기가 될 수 있어야 할 것이고, 입원 공간은 이런 목적에 맞게 구성되어야 할 것이다. 사회참여는 ‘자기 주체성’을 유지하면서 타인과 교류(가족생활, 직장생활, 문화생활, 기타 사회생활)하는 과정이라고 할 수 있는데, 정신질환자는 이런 사회참여에서

어려움을 경험하고 있다. 따라서 이런 사회참여 역량을 강화와 연계된 입원환경은 개인의 사생활이 보장되는 공간이어야 하며, 입원환자와의 자유로운 공동생활이 가능한 공간이 마련되어 있어야 한다. 현실의 정신병원 입원환경이 이런 공간과 거리가 멀고 개인의 사생활은 보장되지 않고, 입원환자와의 평화로운 교류가 가능하지 않다면 입원은 정신질환자의 사회참여 역량 강화와 무관하다는 것을 간접적으로 증명하는 것이기도 하다.

(2) 외부와의 접촉을 적극적으로 권장할 필요가 있음

입원한 정신질환자에게 통신, 면회, 외출, 외박 등 자유를 확보해 주는 것은 매우 중요한 의미가 있다. 감시받고, 자신을 자유롭게 표현할 수 없는 공간에서 생활하게 되면 누구라도 타인과의 관계형성에 어려움을 겪을 수 밖에 없을 것이다. 정신질환자는 특히 타인과의 관계에서 피해를 입은 경험이 많은데 통신, 면회, 외출, 외박이 자유롭지 못한 환경에서 지낼 경우 그 피해의식은 더욱 커질 수 밖에 없다. 더구나 그런 공간에서는 ‘사회적 관계맺기, 사회참여’ 역량은 더더욱 후퇴할 수 밖에 없다. 입원의 목적을 달성하기 위해서도 통신, 면회, 외출의 자유를 보장하는 것이 원칙이어야 할 것이다.

물론 본인은 자신이 만나거나 접촉하기를 원치 않는 상대방과 통신과 면회를 거절할 자유가 있어야 한다. 그렇지 않은 경우 본인이 원하는 면회를 막아서는 안 될 것이다. 통신이 타인의 권리를 침해하고 그 타인이 거절하는 것이고, 그것이 정신질환과 관련이 있을 때에도 통신 자체를 막아서는 안 될 것이다.

다만, 정신질환의 치료의 일환으로 타인 권리침해로 인해 피해를 입을 수 있음을 설명하는 것은 필요할 것이다. 외출은 정신병원의 질서 유지를 위해 필요할 수도 있기 때문에, 합의된 경우에는 그것에 따르도록 할 필요는 있을 것이다. 이 점에서 다른 질환자의 입원치료와 차별적이어서는 안 될 것이다. 다른 질환의 경우 병원 밖의 공간에 자유롭게 이동할 수 있는 것과 마찬가지로 비자의 입원 상태이기 때문에 퇴원을 자유롭게 결정하지 못한다 하더라도 외출 등은 자유롭게 보장하여야 할 것이다.

그러나 정신질환으로 자해 또는 타해 등의 위험이 높은 경우에는 지원을 받는 외출이 제공되어야 할 것이다. 외박 역시 병원의 질서유지와 관련하여 규제가 필요할 수 있지만, 다른 질환자의 입원치료와 차별적이어서는 안 될 것이다. 이것을

제한할 때는 정신질환으로 자해 또는 타해 등의 위험이 높은 경우에 한정되어야 할 것이다.

이것이 특히 중요한 것은 ‘정신질환’은 다른 사회구성원에게 위협하다는 인식을 바로 이런 자유의 제한을 통해 강화시켜 주기 때문이다. 사회적 관계망에서 입은 피해 때문에 정신질환 상태가 발생하거나 심화된 경우가 많기 때문에, 의사의 통제 하에 치료를 받더라도 가능한 범위에서 최대한 자유를 보장하여 타인과의 접촉 공간을 넓혀서 사회참여 역량을 키울 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다.

(3) 강박 및 감금 없는 공간의 중요성

정신질환자를 정신병원 내에서 별도의 공간(CR실)에 감금하거나 신체를 강박하는 것은 허용되어서는 안 될 것이다. 다른 질환자가 위험한 행위를 할 때 입원병원에서 처리하는 것과 다른 조치를 하는 것은 차별이며 질환치료에서의 평등권을 침해하는 것이기 때문이다. 정신질환자가 현저한 자해 또는 타해의 위험 있는 행위를 할 때에는 위기상황을 진정할 수 있는 대안적 방법을 최대한 동원하여야 할 것이다. 긴장 완화적 대화와 조치를 통해 자해, 타해의 상황에서 벗어날 수 있도록 하는 것이 필요하다. 신체강박 역시 금지되어야 한다. 정신질환자가 상당한 정도의 자해 또는 타해의 위험이 있는 행동을 할 경우 일시적으로 그의 활동의 자유를 제한할 수는 있을 것이다. 이는 일시적인 자유제한이지 강박을 통한 자유박탈과는 다른 것이어야 한다.

정신병원 내에 다른 정신질환자로부터 분리된 공간에서 안정을 취할 수 있도록 하는 것은 필요하겠지만 자유박탈로 이어져서는 안 된다. 안정실을 운영하기 위해서 CCTV(Closed-circuit Television) 등을 통해 관찰하겠다는 취지를 설명하고 본인의 동의하에 일정 시간 안정실에 있도록 하는 것은 가능하겠지만, 그 공간에서 본인의 동의 없이 신체를 결박하거나 하는 행위를 해서는 안 될 것이다. 의료진의 역량미숙 또는 정신질환자와의 소통의 어려움 등의 사유로 상당한 정도의 자해 또는 타해 등의 위험이 있는 정신질환자를 불가피하게 감금하거나 신체를 결박해야 한다고 판단할 때에는 사전에 권한 있는 기관의 승인을 받도록 해야 할 것이고, 그 승인에 대해 본인이 이의를 제기할 수 있도록 해야 할 것이다. 사전승인은 개별 정신질환자별로 그의 정신질환의 특성과 과거 행동을 고려하여 장차 유사한 일이 발생하였을 때 위와 같은 조치를 취할 수 있도록 사전승인을 받는 것을 의미한다.

4) 입원치료 내용의 재구성

(1) 사회활동 기회의 최대한 보장

비자의입원한 정신질환 상태에 있는 정신장애인이라 하더라도 의료진의 관리와 관찰 하에 사회적 관계맺기, 사회참여의 역량 회복의 기회가 마련되어야한다. 그런데 정신장애인 설문조사 결과 시설 밖에서 진행되는 활동 및 프로그램에 참여한 경험이 없다는 당사자가 203명으로 전체 조사 대상의 75.7%에 달한 것을 보면 입원 중에는 이런 기회가 실질적으로 제공되지 못하고 있음을 알 수 있다.

한편 입원 치료 중 증상이 완화되어 외래치료를 받을 수 있는 상태라면 당연히 퇴원하도록 해야 할 것이다. 퇴원은 입원 이전의 '사회관계망'으로 복귀하는 것을 의미하기 때문에, '사회적 관계맺기, 사회참여'의 의지와 기대가 없이는 다시 재입원하는 악순환이 반복될 수 있을 것이다. 따라서 입원 기간은 이런 의지와 기대를 가질 수 있는 기회로 최대한 활용하여야 할 것이다.

입원 기간 중 의사의 진단 하에 외부활동으로 가령 자조모임, 재활서비스, 문화활동 참여 등을 계획하고 실행할 필요가 있다. 다른 질환자의 입원기간보다 조금 더 긴 기간의 입원이 필요하다고 판단할 경우 자의입원으로 전환하여 더 치료받을 수 있도록 지원하는 과정이 반드시 수반되어야 할 것이다.

(2) 비자의입원의 요건이 없는 한 즉각적인 퇴원이 실현되도록 하는 것의 중요성

특히 지역사회 기반 치료와 회복이 가능하거나 기대할 수 있으면 즉시 퇴원할 수 있도록 해야 한다. 초점집단 인터뷰에 참여한 당사자들이 가족에게 부담을 주고 싶지 않은 마음에 퇴원을 마음대로 결정하기 어렵다고 보고한 것이나, 설문조사 결과 퇴원을 스스로 결정할 수 없다는 당사자가 148명(55.2%)에 달하였으며 그 이유는 보호자가 거부해서(10명, 67.6%)가 가장 많았던 것에서 알 수 있듯이, 입원 치료까지 필요하지 않은 당사자들도 지역사회 치료 기반이 없기 때문에 입원하는 경우가 많음을 알 수 있다. 이런 상황이 지속되면 될수록 병원은 시설로 전환될 것이다.

따라서 정신질환자가 입원 후 얼마 되지 않더라도 외래치료를 할 수 있는 의지와 기대를 갖고 있다면 즉시 퇴원할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 다만, 본인이 입원치료를 더 지속할 것을 희망하는 경우에는 그의 선택을 존중하여야 할 것이

다. 본인이 적극적으로 희망하지 않더라도 외래치료가 가능한 시점이 된다면 퇴원을 추진하는 것이 필요하다.

돌봄 가족이 있는 경우에는 치료에 가족을 최대한 포함시켜 입원치료가 아닌 외래치료를 권장하는 것이 필요하다. 가족에게 정신질환자 가족을 대하는 자세에 대한 교육이나 상담을 질환치료에 병행할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

(3) 퇴원계획의 수립

퇴원계획의 수립은 입원과 동시에 진행함으로써 ‘정신질환자’로 하여금 사회관계망에 대한 신뢰를 회복할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 비자의입원 환자의 경우 입원과 동시에 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 받을 수 있는 계획을 동시에 수립하도록 해야 한다. 정신병원의 의료진은 입원 정신질환자의 ‘사회관계망’의 특성과 문제점을 알 수 없기 때문에 정신질환자가 퇴원 후 지역사회 기반 치료를 받기 위해 필요한 것이 무엇인지를 알기 어렵다. 따라서 입원환자를 잘 아는 정신건강복지센터나 기타 기관 또는 독립된 지위의 옹호자가 정신질환자와 그의 사회적 관계망의 특성을 설명하고, 퇴원을 위해 필요한 환경이 무엇인지에 대해 계획을 수립할 수 있도록 해야 할 것이다.

3. 입원치료 관련 정책의 정비

앞서 언급한 입원치료의 방향성을 현실에서 일시에 구현하기는 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 이러한 방향성은 CRPD의 원칙에 부합하고, WHO에서 권고하고 있는 QR에 부합하는 것이기도 하기 때문에 이를 실현하기 위한 정책을 수립할 필요가 있다. 그 정책을 통해 입원치료의 방향성이 실현될 수 있도록 구체적 계획을 수립하는 것이 필요하다. 그 주요 내용은 아래와 같이 구성할 수 있다.

1) 입원치료의 대안을 위한 정책

(1) 일상 쉼터의 운영

(만성)중증 정신장애인이 지역사회 고립으로 인한 증상의 중증화 예방하기 위해 상호 네트워크를 하면서 문화활동이나 정보교환을 할 수 있는 쉼터의 운영이 필요

하다. 입원치료의 예방은 정신질환자에 대한 ‘조기개입’에서 시작되어야 한다. 조기개입이 특히 필요한 것은 만성중증 정신장애인데, 이들이 상호 네트워킹 하면서 정보를 교환하면서 문화생활, 정보교환 등을 할 수 있는 공간을 제공하게 되면 만성 중증 정신질환자의 사회적 고립을 막고 증상이 심해질 때 자의입원을 할 수 있는 가능성이 더 커질 수 있다.

만성중증 정신장애인만이 아니라 청장년층의 중증 정신질환자도 사회적 고립을 막고 상호 네트워킹을 통해 정보교환을 통해 자신이 미래를 설계할 수 있는 안전한 공간을 제공할 필요가 있다. 이런 공간을 통해 지역사회 거주 중증 정신질환자가 더 많이 네트워킹하면 고립으로 인해 소통이 제대로 이루어지지 않기 때문에 발생하는 비자의입원을 막는 효과가 있을 것이다. 쉼터는 주 6일 또는 5일/8시간으로 운영할 수도 있고, 휴일을 기준으로 7시간 또는 8시간을 운영할 수도 있을 것이다.

(2) 위기쉼터의 운영

응급상황이 아닌 위기상황의 정신장애인이 숙식을 하면서 쉬면서 사회참여 역량을 회복할 수 있는 쉼터의 운영이 필요하다. 정신질환의 중증화가 진행되어 인지에 있어서 현실과의 괴리가 크게 되면 될수록 주변 사람들과의 마찰이 커질 수 있다. 특히 돌봄을 제공하는 가족 중 이런 상황에 대한 대응역량이 떨어지는 경우가 많기 때문에 가족과 같이 생활하는 것이 증상을 더 악화시킬 가능성도 있다. 주변사람과의 마찰을 피하면서 다시 사회관계망으로 들어가 사회생활(치료를 포함)을 할 수 있는 역량을 회복하기 위해 ‘잘못을 지적하지 않고’, ‘문제를 정신질환자의 탓으로 돌리지 않는’ 편안한 공간에서 생활하는 것이 필요하다. 이런 공간에서의 생활을 통해 치료, 재활, 회복을 포함하여 다시 사회생활을 할 수 있는 역량을 회복할 수 있을 것이다.

위기쉼터에서의 생활을 하는 정신질환자는 많은 경우 비자의입원을 할 필요가 없을 것이다. 일부는 본인의 선택에 의해 자의입원을 할 수도 있고, 일부는 외래 치료를 통해 다시 회복의 길로 갈 수도 있을 것이다. 위기쉼터는 주 7일/24시간 운영하는 것이 원칙이며, 본인의 상태나 희망에 따라 2개월 정도까지 머무를 수 있을 것이다.

(3) 정신건강복지센터의 자원연계 기능 강화

가족모임, 당사자 자조모임, 재활시설, 외래치료병원, 심리상담소, 정신병원 등 정신질환자가 이용할 수 있는 다양한 자원이 지역사회에 있지만 이들 상호간에 아무런 연계가 없기 때문에 자원이 효과적으로 활용되지 않고 있다. 여러 서비스 제공기관이 각기 다른 서비스를 제공하더라도 비슷한 목적의식 하에 서비스를 제공해야 하는데 “목적”이 아예 다른 경우가 적지 않다. 그 결과 정신질환자나 그 가족이 신뢰를 갖고 이용할 수 있는 자신에게 맞는 서비스를 찾기가 매우 어렵다. 따라서 정신건강복지센터가 지역사회에 있는 여러 자원이 상호 유사한 목적의식 하에 서비스를 제공할 수 있도록 네트워킹을 하는 중심역할을 하는 것이 필요하다. 정신건강문제를 안고 있는 당사자나 가족이 지역 정신건강복지센터에 문의할 경우 각자에게 맞는 서비스와 연계될 수 있도록 하고, 입원을 하는 환자에 대해서도 빠른 퇴원을 지원할 수 있는 서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 필요하다는 것이다. 이를 통해 다양한 정신건강서비스가 각자의 상황과 필요성에 맞게 제공될 수 있도록 자원의 최적의 배분이 이루어질 수 있도록 시도하는 것이 필요할 것이다.

2) 정신병원 입원치료에 관여하는 인력 및 서비스 정책

(1) 절차보조서비스의 제도화

비자의입원한 환자에게 정신건강복지법상의 입원환자의 권리행사를 지원할 수 있는 절차보조서비스를 제공하는 것이 필요하다. 아동기부터 성인기에 이르기까지 자기책임 하에서 자기결정권을 행사하는 것을 교육받고 훈련받는 것이 심리적으로 건강하게 생활할 수 있는 바탕이 되는데, 우리 사회는 여전히 가부장적 위계 질서가 지배하기 때문에 자신의 권리 행사를 주저하거나 두려워하는 것이 많다. 특히 사회관계망에서 권리행사에 어려움을 겪고 있는 사람들이 자신의 목소리를 낼 수 있도록 지원하는 것은 이들의 ‘사회적 관계맺기, 사회참여’ 역량을 강화하는데 큰 도움이 될 수 있다.

개정 정신건강복지법의 취지에 비추어 보면, 비자의입원은 상당한 정도의 자해나 타해의 위험으로부터 본인이나 타인을 보호하기 위한 불가피한 조치로 해석되고 그 상태에서 벗어나면 언제든지 퇴원할 수 있는 장치가 제도 내에 있다(인신보호법의 구제청구 또는 정신건강복지법의 입원적합성심사위원회 또는 정신건강심

사위원회에 대한 퇴원신청). 이런 제도를 적절하게 활용할 수 있게 지원하는 것이 정신질환자의 사회참여 역량의 강화에 큰 도움이 될 수 있다. 권리행사의 경험을 통해 제도권 내의 인식과 자신의 인식 간의 괴리를 확인할 수도 있고, 사회참여를 위해 자신에게 필요한 것이 무엇인지를 발견하고 찾아갈 수 있는 계기가 될 수 있기 때문이다.

입원치료의 목표를 ‘사회참여’ 역량의 강화 계기로 설정한다면 비자의입원한 모든 정신질환자에게 그들에게 주어진 권리를 행사할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 그 권리 중에는 비자의입원과 관련된 권리도 있지만, 비자의입원을 신청한 보호의무자와의 관계에서의 권리도 있기 때문에 관련된 모든 권리를 행사하고자 하는 자기결정권 행사를 지원하고 그 권리행사의 방법 등을 지원함으로써 정신질환자의 ‘사회참여’ 역량강화에 기여할 수 있을 것이다.

(2) 외부 기관 활동과의 연계도 정신병원 입원치료의 구성요소로 삼을 필요성

정신병원 내에서 하는 프로그램은 통제된 상태에서 이루어지기 때문에 정신질환자의 ‘사회참여’ 역량 강화를 위한 효과가 외부에서 하는 것과 비교하여 떨어질 수 있다. 외부활동에 참여하는 것 자체가 ‘사회적 관계맺기, 사회참여’의 중요한 수단이기 때문에 그 과정을 통해 정신질환자는 다시 지역사회 기반 치료나 재활에 대한 기대와 희망을 가질 수 있는 계기가 될 것이다. 따라서 정신병원 내의 프로그램만이 아니라 외부 기관에서 프로그램에 정신병원 입원 환자가 이용할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다.

입원환자의 특성에 맞는 외부 서비스와 연계하는 것도 입원치료의 한 내용으로 삼을 필요가 있을 것이다. 이를 입원 치료의 일환으로 인정할 필요가 있다는 것이다.

(3) 퇴원지원계획의 수립

모든 비자의입원 정신질환자에게는 비자의입원과 동시에 퇴원지원 계획을 수립하여야 할 것이다. 다른 질환으로 입원한 환자의 경우 입원 당시 어떤 조건 하에서 퇴원할 수 있는지, 치료의 목표와 예상되는 효과, 예상되는 입원 기간 등을 설명하게 된다. 이것이 입원과정에 필요한 정보제공 후의 동의(informed consent)에 해당된다. 비자의입원이라 하더라도 입원과 동시에 환자에게 입원한 이유, 퇴원할 수 있는 조건, 치료목표, 예상되는 퇴원 일시 등을 설명해야 할 의무가 있다.

CRPD 제25조는 입원치료에서도 이런 제도가 실현될 수 있게 하는 것이 협약 당사국의 의무라고 규정하고 있다.

비자의입원환자의 경우 특히 입원과 동시에 가급적 최단 기간 내에 퇴원계획을 수립하여 환자와의 사이에 공유할 필요가 있다. 정신질환자의 퇴원은 정신질환 상태를 심화시켰던 사회관계망으로 다시 돌아가는 것을 의미하기 때문에 지역사회 치료, 재활, 회복 서비스 제공기관의 협력이 필수적이다. 지역사회 서비스 제공기관과의 협력 없이 퇴원할 경우 다시 정신질환 상태가 악화되어 곧이어 재입원할 가능성이 높기 때문이다.

퇴원계획은 퇴원할 수 있는 건강상태만이 아니라 지역사회에 복귀했을 때 '사회관계망'에서 발생할 수 있는 여러 문제점을 해결해 나갈 수 있는 방법에 관한 계획이 포함되어야 할 것이다. 따라서 의료진, 지역사회 서비스 제공기관의 협력이 필요하다. 정신건강복지센터가 지역사회 내 여러 자원을 연계하는 기능을 수행하는 체계가 된다면 퇴원계획 수립에 정신건강복지센터가 개입하는 것이 바람직할 것이다.

3) 인권친화적 치료환경 조성을 위한 정신병원 평가/인증 및 수가 체계의 개편

(1) 인권친화적 치료환경을 위한 병원 평가 및 인증 체계 개편

현행 정신의료기관 평가 및 인증체계는 정신의료기관의 의료서비스 품질 관리를 목적으로 개발, 시행되고 있다. 정신의료기관 평가 및 인증체계는 일반 의료기관을 대상으로 시행되는 의료기관 인증기준을 기반으로 개발되었기에, 의료기관 인증기준과 유사하다. 정신의료기관도 의료기관의 하나임은 분명한 사실이지만, 장기입원 현상 등 우리나라 정신의료 환경 특성을 고려할 때, 정신의료기관을 일반 의료기관과 동일하게 평가하고 인증하는 것은 한계가 있으므로 정신의료기관 특성을 반영한 평가 및 인증 체계 구축이 필요하다.

우리나라 정신질환자 치료환경의 가장 큰 특징 중의 하나는 장기입원 현상이다. 우리나라의 장기입원 현상은 지역사회 기반 부족으로 본인이 원하지 않아도 상황상 입원해야 하는 경우가 많고, 입원환자가 퇴원을 원해도 지역사회 상황이 여의치 않아 퇴원을 하지 못해서 발생하는 경우가 많다. 제한적인 의료자원을 고려할

때, 장기입원 환자의 증가는 병원 내 사생활 보장이나 개인 맞춤형 회복 및 퇴원 지원서비스를 제공하는데 저해 요인으로 작용한다.

장기입원 현상은 회복을 통한 지역사회 통합 및 자립을 지향하는 WHO 정신건강서비스 권고들이 지향하는 인권친화적 치료환경에 반하는 가장 심각한 정신질환자 인권 저해 요인 들 중 하나이다. 따라서 인권친화적 치료환경 구축을 위해서는 정신의료기관 평가/인증체계가 정신질환자의 인권증진 및 인권친화적 치료환경 조성을 위한 기준으로 작동할 수 있도록 구성하고 운영할 필요가 있다. 우리나라 정신의료기관 평가/인증체계의 현황 및 문제점과 이를 개선하기 위한 방향성은 다음과 같다.

〈표 7-2〉 정신의료기관 평가/인증체계 현황 및 개선방향

현황 및 문제	개선 방향
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 평가/인증 내용 및 기준 현황 및 문제 - UN장애인권리협약(CRPD)에 기초하여 개발된 WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012) 기준 일부가 평가/인증 기준에 반영되어 있지만, 아직 포함되지 않은 부분이 많음. <ul style="list-style-type: none"> • 건물의 물리적 상태, 시설의 위생 및 청결조건, 자유로운 의사소통(통신)의 권리 등은 평가/인증기준에 반영되어있음. 하지만 환경의 편안함, 필요와 기호에 맞는 자원의 제공, 사생활의 존중, 참여와 상호작용을 촉진하는 따뜻하고 편안하고 활기찬 환경, 의미있는 개인생활, 사회생활 및 지역사회참여 등은 인증기준에서 찾아볼 수 없음. • 기관의 접근성, 직원 확보와 서비스 품질, 약물 제공, 신체건강을 위한 서비스 등에 대한 규정은 평가/인증기준에 반영되어 있음. 하지만 치료-재활-지원네트워크와의 연계성을 통한 이용자 독립생활역량의 증진은 인증기준에 없음. • 비자발적 구금, 치료 및 서비스, 비밀보장과 기록열람의 권리와 관련된 내용은 정신의료기관 인증기준에 반영되어 있음. 하지만 치료 및 서비스 제공 장소와 방법에 대한 이용자의 선호 우선, 이용자의 권리행사와 지원 등은 인증기준에 없음. • 특수치료 시행, 학대 및 방임으로부터의 자유, 연구/조사에 대한 사전 동의에 대한 규정은 평가/인증기준에 반영되어 있음. 하지만 위기를 완화하기 위한 대안적 조치는 반영되어 있지 않음. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UN장애인권리협약(CRPD)에 기초하여 개발된 WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)에 포함된 기준들을 인증/평가기준에 반영해야 함. - 정신의료기관 입원환자의 인권은 치료 결과와 더불어 치료과정 관점에서 병원 내 인권 친화적인 치료환경을 평가할 수 있는 과정지표의 확대가 필요함. <ul style="list-style-type: none"> • 환경의 편안함, 필요와 기호에 맞는 자원의 제공, 사생활의 존중, 참여와 상호작용을 촉진하는 따뜻하고 편안하고 활기찬 환경, 의미있는 개인생활, 사회생활 및 지역사회참여 등을 평가/인증 기준에 반영. • 치료-재활-지원네트워크와의 연계성을 통한 이용자 독립생활역량의 증진 등을 평가/인증 기준에 반영. • 치료 및 서비스 제공 장소와 방법에 대한 이용자의 선호 우선, 이용자의 권리행사와 지원 등을 평가/인증 기준에 반영. • 위기를 완화하기 위한 대안적 조치 등을 평가/인증 기준에 반영. • '지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리'를 보장하기 위한 노력을 하는지를 평가하는 기준 등을 평가/인증 기준에 반영.

현황 및 문제	개선 방향
<ul style="list-style-type: none"> • ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리’는 정신의료기관 재원환자가 퇴원 후 지역사회에서 생활하는 데 중요한 요인들을 언급하고 있음. 하지만, 이러한 권리를 보장하는지를 확인하는 기준은 평가/인증기준에 반영되지 않음. <p>■ 평가/인증 제도 운영 현황 및 문제</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인증제도는 자율적 참여로 참여율이 높지 않고, 평가제도는 의무참여로 참여율은 높으나 평가지표가 인증제도에 비해 약 10% 적어 충실한 평가에 한계가 있음. • 의료기관은 의무적으로 평가를 받아야 하지만 전문 병원 지정이나 수련기관 지정을 받기 위해서는 의료기관 인증을 받아야 하므로 인증과 평가라는 이중적 부담을 경험하고 있음. 	<p>■ 평가/인증 제도의 통합 운영</p> <ul style="list-style-type: none"> • 두 제도의 통합적 운영을 통해 평가의 충실성을 향상시키고, 의료기관이 평가와 인증을 동시에 받아야 하는 부담을 완화시킬 수 있을 것으로 기대됨. <ul style="list-style-type: none"> - ※ 제2차 정신건강복지기본계획(관계부처합동, 2021)은 정신의료기관의 선진화된 관리체계 마련을 위해 두 제도의 평가지표 및 평가기준을 통합하고, 정신건강복지법 개정을 통해 두 제도를 통합하여 운영하는 것을 세부과제로 제시했음.
<p>■ 평가/인증 결과 활용 현황 및 문제</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인증 및 평가 정보를 제공함에 있어 포괄적인 평가 및 인증의 합격 여부만을 공개하고 있음. 	<p>■ 세부 영역별 평가/인증 결과 및 정보 공개</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의료이용자들의 선택에 도움이 될 수 있도록 인증 및 평가 정보를 제공함에 있어 포괄적인 평가 및 인증의 합격 여부를 공개하는데서 나아가 세부 영역별 정보를 공개할 필요가 있음.

(2) 인권친화적 치료환경을 위한 입원료 수가체계 개선

정당한 수가체계는 인권친화적 치료환경을 위한 필요조건이므로, 정당한 수가체계 없이는 인권친화적 서비스 제공을 위한 치료환경 조성은 한계가 있을 수밖에 없다. 현재 정신의료기관 입원환자들에게 적용되는 병원 수가체계는 입원환자 인권 친화적 이라기보다는 오히려 환자의 인권을 저해할 우려가 있다. 병원 수가체계는 환자들에게 제공되는 서비스 비용을 지불하는 방식이므로, 입원환자에게 제공되는 의료서비스의 양과 질은 상당부분 수가체계에 따라 규정된다. 환자의 치료에 필요하고 도움이 되는 서비스라고 하더라도, 해당 서비스에 대한 수가가 인정되지 않거나 낮게 책정된 경우, 해당 서비스는 제공되지 못하거나 제공되어도 충분하게 제공되기 어렵다.

현재의 정신의료기관 입원료 수가체계는 특히 의료급여 입원환자에게 불리하게 작동하고 있다. 일당정액제를 근간으로 운영되는 의료급여 환자는 행위별 수가제를 기반으로 운영되는 건강보험 환자에 비해 입원료 수준이 50~60% 수준에 그칠 만큼 지나치게 수가 금액이 낮고, 입원환자의 치료에 필수적인약품료, 정신요법료, 식대 등이 최근에 별도의 수가로 인정받았을 만큼 행위별 수가 적용되는

항목에 차이가 있을 뿐만 아니라, 입원기간 및 병원 등급에 따른 수가 차감제도가 중복하여 적용되고 있다.

이러한 요인들로 인해 의료급여 환자에게 지급되는 수가는 건강보험 환자의 입원수가에 비해 상당히 낮다. 이러한 상황은 의료급여 환자 비중이 높은 정신의료기관이 치료환경을 개선하기 위한 재정 확보 및 양질의 서비스 제공 역량에 부정적 요인으로 작용한다. 실제로, 의료급여 정신질환자에 대한 입원의료의 과소제공에 대한 우려가 의료서비스 제공횟수로도 확인되어(이요셉 외, 2021), 의료급여 제도가 정신의료기관 입원병동에서 입원환자에 대한 의료차별을 야기하고 있다. 의료급여 입원환자의 치료와 회복을 위해 필요한 서비스가 건강보험 입원환자에 비해 충분히 제공되지 못할 경우, 의료급여 입원환자가 적절한 치료를 제공받지 못해 장기간 입원하게 되는 결과를 초래하여 결과적으로 환자의 인권침해 요인으로 작용한다. 이처럼, 정신의료기관의 의료수가체계는 정신의료기관에 입원한 당사자가 최적의 치료를 받을 수 있는 권리를 보장하는 것과 밀접한 관련이 있다. 따라서 인권친화적 입원환경을 조성하기 위해서 정신의료기관 입원의료수가 체계를 개선하고 수가 수준을 현실화할 필요가 있다. 우리나라 정신의료기관 평가/인증체계의 현황 및 문제점과 이를 개선하기 위한 방향성은 다음과 같다.

〈표 7-3〉 수가체계 현황 및 개선방향

현황 및 문제	개선 방향
<ul style="list-style-type: none"> ■ 기준 미준수 기관에 대한 처벌적 조치 <ul style="list-style-type: none"> • 인력 및 시설기준을 준수하지 못하는 기관에 대한 수가 감액이라는 처벌적 접근이 주를 이루고, 인력 및 시설기준을 준수하는 기관에 대한 지원이 부재함. 수가감액은 서비스 약화라는 악순환을 초래하여 인권친화적 치료환경 조성의 저해요인으로 작용함. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 기준 준수기관에 대한 보상적 조치 <ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지법이 규정한 인력 및 시설기준을 준수하지 못한 기관에 감액된 수가를 지원하는 처벌적 접근 대신, 기준을 잘 준수하는 의료기관에 대해 수가를 지원하는 보상적 접근 도입. - 기준을 준수하지 못하는 의료기관에 감액된 수가를 지원하는 것은 사실상 그러한 치료환경을 매우 낮은 수가로 보상함으로써 공식적으로 승인(정당화)하는 결과로 이어지기 때문임.
<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료급여환자와 보험환자 간 격차 <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여와 건강보험 환자 간의 서비스 격차는 의료급여와 건강보험의 입원료 차이에서 발생하는 것으로 분석됨. - 의료급여는 정액 입원료를 기본으로 하여 건강보험 입원료와는 차이가 크며, 행위별수가가 적용되는 항목도 의료급여보다 건강보험이 더 다양함. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료급여환자와 보험환자 간 격차 해소 <ul style="list-style-type: none"> • 의료급여의 행위수가를 점차 확대하여 의료급여와 건강보험 사이의 의료제공 격차를 줄일 필요가 있음.

현황 및 문제	개선 방향
<ul style="list-style-type: none"> ■ 정신질환의 특성 및 중증도와 관계 없는 획일화된 수가체계 • 정신질환자의 특성이나 정신질환으로 인한 장애의 중증도를 고려하지 않은 획일화된 수가체계. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 정신질환자 및 질환의 특성에 따른 다양한 수가체계 도입 • 정부가 추진하는 중증도기반의 의료 및 의료효과성 정책에 따라 정신질환자 중증도 분류체계 개발과 중증도 유형에 적합한 의료인력 및 시설, 의료수가기준을 통합적으로 개발하여 의료급여와 건강보험에 동일하게 적용하는 것이 바람직할 것임. • ※ 정부는 초발 또는 급성기 정신질환자에 대한 집중치료 병상을 확보하고, 집중치료수가 도입을 준비하고 있음. 이를 위해 폐쇄병동 집중관리료 지원사업을 시범적으로 실시하여 제도화를 추진하고 있으며, 중증도 분류기준에 따라 의료급여의 입원진료수가를 차등화하는 방안을 준비 중임.
<ul style="list-style-type: none"> ■ 다양한 대안적 치료에 대한 수가체계 부재 • 비강압치료 등 WHO가 권고하는 다양한 대안적 인권기반 치료 방법에 대한 수가 부재함. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 대안적 치료에 대한 수가체계 확립 • 국제인권기준에서 지향하고 추구하는 패러다임의 전환을 위해서는 비강압치료 등과 같은 다양한 대안적 치료 시행에 대한 수가 확보가 필요함 - 국제적 인권기준에 부합하는 대안적 치료요법을 실시하였을 때 더 많은 수가점수를 받을 수 있도록 차별화된 전략이 요구됨.
<ul style="list-style-type: none"> ■ 퇴원지원 수가 체계의 부재 • WHO 권고사항에 따르면 입원치료는 지역 사회기반 정신건강서비스의 일환이므로, 모든 입원은 퇴원을 전제로 하고 있음. 하지만 우리나라 수가체계는 입원환자 퇴원지원 서비스와 관련된 수가체계는 부재함. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 퇴원지원 수가체계 제도화 • ※ 2020년부터 2022년까지 '퇴원 전 사례관리 지원 시범사업'과 '퇴원 후 사례관리 지원 시범사업'을 실시하고 있으며, 시범사업 평가를 통해 2023년부터 본격적인 제도 시행을 계획하고 있음. - 활성화 위해서는 ① 퇴원 전 사례관리 지원에 대한 수가체계 확립(예, 퇴원을 앞둔 정신질환자에 대해 외래 치료 및 재활 계획을 수립, 약물복용을 지도 및 증상대처 교육 등에 퇴원계획수립료와 교육상담료 등 수가를 지원)과 ② 퇴원 후 사례관리 지원에 대한 수가 체계확립 (예, 퇴원 환자에 대해 다학제 사례관리팀이 방문하여 상담, 복약지도, 교육 등의 서비스를 제공하도록 하고 의사 방문료와 사례관리 요원 방문료를 지원)이 필요함.

(3) 인권친화적 치료환경을 위한 의료진 확충

정신질환의 발병은 생물학적 요인과 함께 사회적 관계에서 기인하는 갈등, 심각하고 지속적인 스트레스 등의 환경적 요인의 영향이 상당히 크기 때문에 사회심리적 장애라고도 불린다. 입원치료가 필요한 정신질환자들의 상당수는 질환의 특성으로 인해 의사소통, 대인관계 등의 사회참여 역량이 현저히 감소한 상태에 있어 지역사회 기반의 치료, 재활, 회복이 어렵기 때문에 입원한 것이다. 따라서 입원 치료기간 동안 사회참여 역량을 강화시키는 것이 환자의 회복에 있어 매우 중요하다.

독일의 경우를 살펴보면 정신질환자에 대한 주된 치료방법은 정신과의사 또는 심리전문가에 의한 심리치료(대화적 방법을 활용)이고,⁶⁹⁾ 그 다음이 사회관계 형성을 지원하는 치료이며, 약물치료는 세 번째에 해당하여 한국과 비교해볼 때 상대적으로 우선순위와 비중이 낮음을 알 수 있다. 독일에서는 정신질환을 치료하는 데 있어 환자 1인당 1주간 제공해야 할 서비스 시간을 규정하고 있을 만큼 인력 집중적인 형태의 치료가 필수적 요소로 자리매김하고 있다. 환자 1인당 1주일에 50분 개인별 심리치료, 1주일에 2회(1회 45분) 집단 심리치료를 제공하는 것을 기준으로 하고 있으며, 환자 13명당 1인의 의사가 필요하고, 환자 7명당 1인의 심리상담사가 필요하다고 하는 것이 법정 기준이다⁷⁰⁾(Bundespsychotherapeutenkammer, 2016). 이 규정으로부터 서비스 제공에 필요한 인력을 도출할 수 있다.

개별 정신병원들은 매년 각 병원 단위의 품질보고서(의료진, 환자수, 입원기간 등에 대한 보고서)를 발간, 공개할 의무가 있으며, Hopf와 Diebels가 2017년에 실제 조사한 바에 따르면, 20병상 기준 낮병원의 인력은 전일제 직원 기준 8.66명으로 나타났다. 이는 행정인력을 제외하면 입원환자 1인당 0.41명의 풀타임 전문가가 입원환자의 회복을 지원하고 재활서비스를 제공하기 위해 근무하고 있음을 의미하며, 자세한 내용은 아래 표와 같다.

〈표 7-4〉 독일 정신의료기관의 인력 현황 : 독일

직업군	전일제 근무자 수
의사	1.44
심리상담사	1.35
간호사	1.76
사회교육사(사회복지사)	1.03
직업치료사	1.24
음악, 창작활동치료사	0.55
물리치료사	0.85
행정인력	1.23

69) 조현병의 경우 심리치료는 필수치료로 인정되고 있음. 과거에는 낮병원(Tagesklinik)은 병원에서 지역사회로 전환하는 과도기 치료시설로 인정되었으나 오늘날에는 주로 심리치료 서비스를 제공하는 기관으로 성격이 변경됨

70) Bundespsychotherapeutenkammer, Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik: Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2016

한국의 정신병원은 입원환자의 치료가 약물치료 중심으로 진행되고 있으며, 정신질환자에게 중요한 심리치료나 사회관계 형성을 위한 지원 등은 인력과 예산 등의 제약으로 인해 거의 제공되지 못하고 있다. 정신병원의 인력 배치기준을 살펴보면 환자 60명당 정신과의사 1명, 환자 13명당 1명의 간호사(또는 간호사 인력의 1/2 범위 내에서 간호조무사를 둘 수 있음), 환자 100명 당 1명의 정신건강전문요원, 병상 100개당 1명의 보안인력을 두도록 하고 있어, 정신병원이 치료의 기능을 수행하기보다는 입원환자의 관리와 감시에 그치고 있는 현실이다.

〈표 7-5〉 정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준 (제11조 제2항 관련) : 한국

구분	정신병원	병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과	정신과의원
정신건강의학과 전문의	입원환자 60명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강의학과 전공의는 정신건강의학과 전문의 0.5명으로 본다.		1명을 두되, 정신건강의학과 전공의는 정신건강의학과 전문의 0.5명으로 본다.
간호사	입원환자 13명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.		정신병원과 같음. 다만, 입원환자가 5명 미만이거나 외래환자만을 진료하는 경우에는 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.
정신건강 전문요원	입원환자 100명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강전문요원의 자격취득을 위하여 수련 중인 자로서 수련기간이 1년을 경과한 자는 정신건강 전문요원 0.5명으로 본다.		
보안 전담인력	100개 이상의 병상을 갖춘 경우에는 보안전담인력을 1명 이상 둔다.		

※ 정신병원에 정신건강의학과 외의 진료과목을 설치·운영하는 경우에는 신설되는 진료 과목 1개당 의사(「의료법」 제43조제3항에 따라 치과 진료과목을 설치·운영하는 경우에는 치과의사를 말한다) 1명을 둔다.

한국의 정신병원 인력 배치기준을 살펴보면, 정신병원이 다른 유럽 국가에 비해 많다는 비판을 받고 있는 독일과 비교하더라도 정신과 의사의 숫자가 5배나 적고, 의료진의 구성이 절대적으로 다양하지 않다는 문제가 있다.

이동은 외(2005)의 연구에서도 한국의 정신의료기관에서 의료진의 부족이 심각함을 알 수 있다. 500병상 규모의 의료기관에서도 2005년 기준 의사가 평균 4.4명에 불과하다고 보고되었고, 500병상 이상인 정신병원에서 정신과 의사가 더 적은 경우도 있었다

〈표 7-6〉 정신의료기관의 의료인력 구성 비교: 100병상당 인력수 : 한국

	정신과 전문의	간호사	간호조무사	임상심리사	사회복지사
국립서울병원	3.7(2.6)	10.7	9.2	0.20	0.31
지방 국립정신병원	2.5(2.6)	10.8	9.9	0.26	0.38
대학병원	30.5(17.9)	28.2	13.2	10.2	1.2
I	40.0(23.5)	36.5	17.7	14.1	1.2
II	21.0(12.3)	19.8	8.6	6.2	1.2
사립정신병원A	6.4(4.4)	22.9	10.8	1.2	2.0
I	4.9(2.7)	15.1	9.2	1.1	1.6
II	9.3(5.3)	17.3	10.0	0.6	1.3
III	5.1(5.1)	36.4	13.1	2.0	6.1
사립정신병원B	1.8(1.3)	6.9	6.8	0.12	1.2
IV	2.1(1.3)	6.9	6.9	0.00	1.1
V	1.4(1.2)	6.9	6.7	0.24	1.3

* 사립정신병원A : 500병상 미만, 사립정신병원B: 500병상이상

* 괄호 안은 정신과전공의를 제외한 전문의 수. 전공의는 전문의 0.5명으로 계산함.

인권친화적 치료환경을 위해서는 정신의료기관의 인력기준이 변경되어야 하며, 정신의료기관의 환경을 정기적으로 공개하여, 사회적 관심을 촉구함으로써 변화의 동력을 만들어야 한다. 정신의료기관은 의료진, 입원환자 수, 입원환자의 유형과 입원기간, 제공하는 치료서비스 등의 치료환경과 관련된 구체적인 사항을 매년 보고서 형태로 보고하고, 대중에게도 공개하여 한다. 이를 위해 정신건강복지법을 개정하여 정신병원 치료서비스, 인력기준에 대한 배치기준을 강화하고, 치료진을 추가로 배치할 수 있도록 입원환자 치료수가에 정신건강복지법의 강화된 인력기준이 반영될 필요가 있다.

4) 지역사회기반 치료, 재활 및 회복 서비스 확충

WHO(2021)에서 제시된 선진사례들이 공통적으로 제시하는 것은 정신과 치료에 대한 전통적인 관점을 변화시키고 지역의 다양한 자원 간의 협력이었다. 노르

웨이 블랙스타드 병원의 기초노출치료나 독일의 클라이니켄 란트크라이스 하이덴 하임 모델 역시 지역사회기반서비스와의 연계를 지향하고 있다. 우리 역시 지역사회 기반 치료, 재활 및 회복 서비스가 제공되어야 입원치료 환경이 개선될 수 있을 거것이다. 그렇지 않으면 입원 병원 중심의 서비스 이외의 것을 제공하기가 어렵다. 입원 병원 중심의 서비스는 정신질환자가 다양한 방법과 형태의 '사회참여'를 통해 사회참여 역량을 키울 수 있는 기회를 박탈하게 될 것이기 때문이다. 따라서 입원치료가 정신장애인의 사회참여 역량의 강화와 회복으로 이어지기 위해서라도 지역사회 기반 치료와 재활, 회복 서비스가 확충되는 것이 필수적이다.

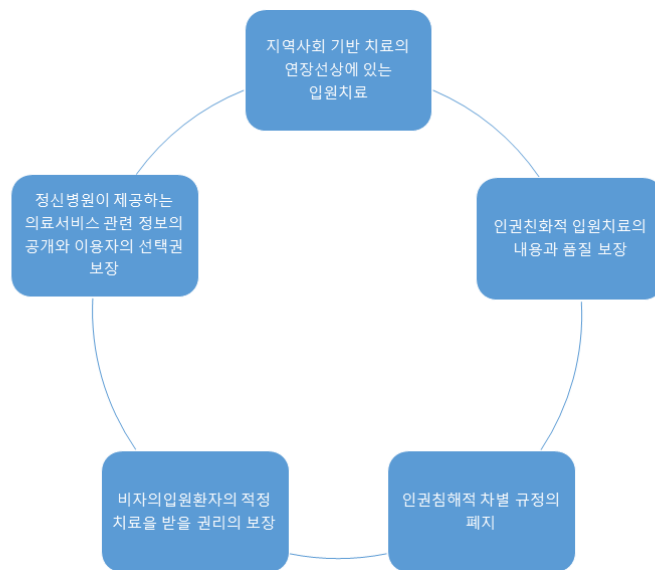
문제는 한정된 지역자원이 한꺼번에 확충될 수 없다는 점이다. 이런 문제를 극복하기 위해 여러 자원의 네트워킹과 여러 기관과 서비스제공자, 정신장애인 당사자단체 간의 유기적 협력관계의 형성이 매우 중요할 것이다. 물론 현재에도 정신건강정책 관련 지원단이나 각종 협의회가 있지만 이는 여러 자원의 효과적 배분과 협력을 위한 권한 있는 기관이 아니라는 점에서 문제가 있다. 사실상 거기서 합의된 사항을 자기 기관에도 관철할 수 있는 권한조차 없는 사람들이 모였기 때문이다. 그 기관의 운영에 소요되는 자원은 '인식개선'을 위한 미미한 효과 이외에 달성할 것이 과연 있을 것인지가 의문스럽다. 자칫 비계획적 논의로 혼선을 초래할 수 있음에 유의해야 할 것이다.

4. 관련 법제도 정비

1) 입원치료의 목표와 입원치료 정책의 제도화

앞서 입원치료의 목표와 관련 정책에서 언급한 것처럼, 입원치료를 지역사회 기반 치료, 재활, 회복의 연장선상에 두어야 하고, 다른 비정신장애인이 의료기관을 이용하는 것과 마찬가지로 정신장애인이 지역사회에 통합되어 생활하는 중 이용하는 하나의 서비스로 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 것에 중점을 두게끔 패러다임의 전환이 필요하다. 패러다임 전환을 제도화하기 위해서는 종국적으로는 이를 법률로써 명확하게 규정하여야 한다. 전체적으로 패러다임 전환에 요청되는 원칙이 일관되게 법률규정에 포함되어야 할 것이다. 물론 패러다임의 전환이 필요하다 하더라도 법률 규정에 포함될 내용은 기존의 법률 개정안과 유사한 부분

들이 많을 것이다. 그러나 유사한 법률규정이라 하더라도 어떤 관점에서 그 법률 규정을 실현할 것인가의 점에서 차이가 있을 수 있고, 더 큰 비중을 두는 법률규정에서 차이가 있을 수 있을 것이다. 아래의 법개정안은 패러다임 전환에 따라 요청되는 법률규정의 예시이다. 실제의 법 개정을 위해서는 세부적인 검토가 더 필요할 것이다. 입원치료에서 패러다임의 변화가 의미하는 바가 법개정안에 어떻게 반영되어야 할 것인지는 다음 그림과 같이 도식화할 수 있을 것이다.



[그림 7-1] 입원치료의 방향성과 입원치료 정책의 제도화의 과정 도식

인권친화적 치료환경은 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 위한 사회적 지원의 연장선상에서 입원치료의 위상이 설정되어야 한다는 것이고, 이를 뒷받침하는 법률규정에는 입원 전단계에서 정신장애인에게 치료의 다양한 선택지가 제공되어야 한다는 것, 자의입원이든 비자의입원이든 단기입원을 목표로 설정하여야 한다는 것, 비자의입원의 경우라 하더라도 자의입원과 마찬가지로 치료과정에 정신장애인을 충분히 참여할 수 있도록 해야 한다는 것, 단기입원을 지향하기 때문에 입원과 동시에 퇴원계획이 수립될 수 있도록 해야 한다는 것, 입원치료과정에서도 지역사회 기반 치료, 재활과 연계될 수 있게 하는 것이 필요하다는 것 등의 내용이 포함되어야 할 것이다. 그 내용은 다음과 같다.

2) 입원과정 관련 정신건강복지법 개정

(1) 입원 전 단계

보건복지부의 법개정 방안 연구와 정신건강복지법 개정 입법추진위원회에서 제시한 위기쉼터 등은 정신질환 치료가 필요한 정신장애인이 입원 전(前)단계에 있을 때 정신병원 입원 이외의 다양한 선택지를 제공할 뿐 아니라(위기쉼터), 정신장애인의 다양한 네트워크 구축을 가능하게 함으로써 정신질환 치료에 관한 다양한 정보를 얻을 수 있게 하여 비자의입원을 최소화하는 효과가 있을 수 있다(일상쉼터). 그 규정은 인권친화적 치료환경 구축에 있어서 매우 중요한 요소가 될 것이다. 그 내용은 아래와 같다.

〈표 7-7〉 정신건강복지법 제4장 개정안

현행	개정안 예시
제4장 복지서비스의 제공	제4장 정신질환자들을 위한 지원서비스
(신설)	<p>제38조의2 (위기지원서비스)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 중증정신질환의 예방 및 정신질환 위기상황에서도 자기결정권 행사를 지원하기 위한 위기지원서비스로 정신질환자들의 일시적 휴식과 안정을 지원할 수 있는 쉼터를 해당 지방자치단체에 권역별로 설치·운영하여야 한다.</p> <p>② 쉼터의 종류는 다음과 같다.</p> <p>1. 위기쉼터: 심한 정신질환 또는 그와 유사한 증상을 겪는 자가 일시적인 안정을 취하기를 희망할 경우 그에게 필요한 숙식, 상담, 휴식을 제공할 수 있는 공간을 말한다.</p> <p>2. 일상쉼터: 정신질환자들에게 동료상담, 여가, 문화활동, 사회참여 등의 활동을 제공하는 공간을 말한다.</p> <p>③ 제2항 각호에 따른 위기지원서비스 제공에는 정신질환으로부터 회복과정에 있는 당사자가 동료지원가, 관리자, 책임자 등의 자격으로 직접 참여하도록 해야 한다.</p> <p>④ 제2항 각 호에 따른 쉼터 이용자, 이용자에게 제공할 위기지원서비스의 내용, 재정지원, 제3항의 동료지원자, 관리자, 책임자의 자격 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

현행	개정안 예시
<p>〈신설〉</p>	<p>제38조의3 (의사결정지원서비스)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 이 법에서 정한 정신의료기관에 제43조 이하에 따른 입원(이하 비자의입원이라 한다)을 할 필요가 있거나 비자의입원이 되어 있거나 퇴원 및 퇴소 절차를 이용하고자 할 때 본인의 의사, 희망, 욕구 등이 입원, 치료, 퇴원 절차에 충실히 반영될 수 있도록 하기 위해 당사자의 의사결정을 지원하는 서비스(이하 의사결정지원서비스라 한다)를 제공하여야 한다.</p> <p>② 지방자치단체의 장은 돌볼 가족이 없는 정신질환자로서 제41조, 제42조에 따른 입원을 하려고 하는 자에 대해서도 의사결정지원서비스를 제공할 수 있다.</p> <p>③ 의사결정지원서비스 제공자는 제41조부터 제44조, 제47조, 제48조, 제50조, 제52조, 제57조, 제61조부터 제64조, 제73조에서 다음 각 호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 본인 및 보호자의 면회. 다만 본인 및 보호자가 명시적으로 거부하는 경우에는 그러하지 않다. 2. 본인으로부터 위임받은 범위에서 본인의 의료 및 기타 신상에 관한 자료열람권 3. 본인이 제2호에 따른 지시를 할 의사능력이 없는 경우에는 치료, 입원, 입소, 퇴원, 퇴소에서 본인의 권리의 범위에서 의견개진권 4. 다음 각 목의 신청의 지원 <ul style="list-style-type: none"> 가. 입원적합성심사위원회에 대면심사 신청 나. 정신건강심사위원회에 퇴원등 또는 처우개선의 신청 다. 인신보호법에 따른 구제신청의 지원 <p>④ 의사결정지원서비스 제공자는 제47조, 제54조부터 제57조, 제64조, 제73조에 관련된 절차에서 다음 각 호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진단, 심사과정에 참여할 권한 2. 의견 진술권 <p>⑤ 의사결정지원서비스 제공자의 자격, 선발, 보수 등 의사결정지원서비스 제공에 관한 세부 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>〈신설〉</p>	<p>제38조의4 (퇴원지원서비스)</p> <p>① 정신질환자가 동의입원, 보호의무자의 신청에 의한 입원을 한 경우 시장·군수·구청장은 본인 또는 입원을 신청한 사람의 청구에 의해 지체 없이 퇴원지원서비스를 제공하여야 한다. 지자체의 장의 신청으로 입원한 경우에도 동일하다.</p> <p>② 퇴원지원서비스로 다음 각 호의 내용이 포함된 퇴원계획을 수립하여 시행하여야 한다. 각 호의 지원을 합하여 1년을 초과할 수 없다. 다만, 제27조 제3항이 적용되는 경우에는 그러하지 아니하다.</p>

현행	개정안 예시
	1. 전환서비스 이용계획 2. 주거계획 3. 재활 계획 ③ 퇴원지원서비스 제공에는 다음 각 호의 담당자가 참여하여야 한다. 1. 시·군·구의 사회복지담당부서 책임자 2. 시·군·구 정신재활시설의 책임자 3. 시·군·구 정신건강복지센터의 책임자 ④ 퇴원계획의 수립에는 입원한 정신질환자 본인, 의사결정지원서비스 제공자, 그의 보호자를 직접 면담하여 그 의견을 들어야 한다. ⑤ 퇴원지원서비스의 신청, 지원기간, 지원 기관의 세부 내용은 보건복지부령으로 정한다.
〈신설〉	제38조의5 (전환서비스) ① 국가 또는 지방자치단체는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자가 지역사회 기반 치료, 재활과 회복을 촉진하기 위해 전환서비스를 제공할 수 있다. ② 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자는 2개월의 한도로 치료, 재활, 회복을 위해 전환서비스를 이용할 수 있다. 그 기간은 1회 연장할 수 있다. ③ 전환서비스 제공에는 정신건강전문의, 정신건강전문요원, 사회복지사, 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 동료지원가 등이 참여한다. ④ 전환서비스 제공기관의 직원구성, 설치기준, 운영방법, 재정지원 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

(2) 입원단계

국가인권위원회의 정신장애인 인권보고서나 입법추진위원회 등에서 입원단계에서 비자의입원하는 정신장애인의 자유권 보장을 위한 절차보장을 위해 다음과 같은 사항에서 법개정이 있어야 한다고 제안하고 있다.

〈표 7-8〉 국가인권위원회 정신장애인 인권보고서의 입원 단계 절차보장

국가인권위원회의 정신장애인 인권보고서에서 제안하는 입원단계 법개정안	
입원단계의 법개정안	<ul style="list-style-type: none"> • 자의입원/동의입원 절차개선 및 지도·감독 강화 : <ul style="list-style-type: none"> ① 정신장애인이 입원 유형별 권리와 의무를 정확히 고지 받고 입원 유형을 선택할 수 있도록 제도 개선, ② 입·퇴원 권리고지 매뉴얼과 법정서식을 마련하여 정신건강복지법 시행규칙의 별지로 규정, ③ 정신의료기관 및 정신요양시설 평가(인증)와 점검, 혹은 정신건강복지법 제66조(보고·검사 등) 제1항에 따른 지도·감독 시 부당 자의·동의 입원이 발견되는 경우 정신건강복지법 제86조 제2호에 따른 처벌이 실제 이루어지도록 함 • 비자의입원제도 개선 : ① 정신건강복지법 제43조에 따른 보호의무자 입원제도 폐지, 비자의 입원(보호입원과 행정입원)을 하나의 통일된 요건과 절차로 일원화, ② 가족은 특별한 지위를 가지지 않고 당사자의 의사결정지원자나 당사자의 지정에 의한 조력인, 사실상 조력인으로서 권한을 부여받았을때만 권리를 행사, ③ 서울·경기·부산에서 시행하고 있는 정신장애인 절차보조사업을 중앙정부 차원에서 확대·보완해나가는 것 • 비자의입원심사기관 및 절차 개선 : ① 입원심사기관을 일원화, 심사기관의 성격은 사법적 절차를 중시하는 준사법기관 형태가 적절, ② 위원 구성에 있어서의 중립성 및 독립성 강화, 법조인과 의료인 외에 이해관계로부터 자유로운 공익적 제3자를 포함, ③ 대면심사로 전환, ④ 입원심사결정에 대한 불복 기회 마련, ⑤ 입원적합성(연장) 심사결과의 개별 서면 통지 • 비자의입원병원 별도지정 : ①비자의입원의 경우 격리·강박과 같은 신체적 물리력의 행사, 강제적 약물치료가 동반되므로 자발적 입원을 행하는 정신의료기관과는 다른 자격과 조건을 갖춘 별도의 정신의료기관이 지정되는 것이 적절함, ② 지정 병원에 대해서는 주기적 평가를 통해 재지정 여부를 심의, ③ 별도의 전문인력 및 시설, 수가체계 마련 • 공공이송체계 : ① 모든 비자의 입원에 대해 경찰관 및 119구급대에 의한 이송을 원칙, ② 이를 위해 자·타해 상황에 대한 경찰과 119구급대의 호송을 정신건강복지법 및 경찰직무집행법 개정 등 관련법 개정을 통해 의무화

위의 사항은 현재의 정신병원이 인권친화적 치료환경과 거리가 먼, 자유박탈적 환경이기 때문에 비자의입원 요건을 충족하지 못한 정신장애인이 입원되는 피해를 최소화하기 위해 필요한 내용들이 중심이다. 인권친화적이지 않은 정신병원에 비자의입원되는 것 자체가 정신장애인에게 트라우마를 줄 수 있기 때문에 긴밀한 신뢰관계를 맺어야 할 보호의무자의 주도 하에 비자의입원이 진행되는 것이 아니라, 지방자치단체가 비자의입원 절차를 주도하도록 하는 것 등을 제안하는 것이기도 하다. 대표적인 것이 정신건강복지법 제43조의 ‘보호의무자에 의한 입원등’ 규정을 삭제하고 비자의입원을 제44조의 행정입원(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원)으로 통합하자는 제안이다. 이런 개정제안은 입원제도의 공공성을 강화한다는 측면에서 적절하고 여전히 유효한 제안이다. 그런데 이번 연구를 통해 자의입원한 다수의 정신장애인이 가족이 원하지 않기 때문에 퇴원하지 못한다고 보고하는 것을 감안하면, 비자의입원 절차를 개선하는 것은 가족 등 보호의무자의 부담을 덜어주는 효과가 있을지는 몰라도 그것만으로는 정신장애인의 입장에서는 인권상황의 개선이 기대 만큼의 효과를 가지지 못할 수도 있을 것이다.

그 점에 비추어 보면 비자의입원한 정신질환자가 법상으로 보장된 여러 이의제기 절차에 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하는 것, 자기결정권 행사를 경험할 수 있도록 제도적으로 지원해야 하는 것도 매우 중요한 가치가 있다는 점이다. 즉 비자의입원의 단계에서부터 의사결정지원이 필요할 것이다. 그 점에서 이 보고서는 비자의입원 절차의 개선도 중요하지만, 비자의입원의 첫단계에서부터 정신장애인의 자기결정권 행사를 지원하도록 하는 것에도 더 큰 관심을 가져야 한다는 점을 제안한다. 이 보고서가 법개정연구나 입법추진위원회 법개정안과 다른 점은 비자의입원한 정신질환자의 정신건강복지법 및 인신보호법상의 권리행사를 지원하도록 하는 내용이 포함된 것이다. 비자의입원한 정신장애인이 자기가 행사할 수 있는 여러 구제절차를 적극적으로 행사할 수 있도록 지원하는 것이 사회참여에 매우 중요한 의미가 있기 때문에 이를 지원하는 것을 포함시킨 것이다.

〈표 7-9〉 비자의입원 정신장애인을 위한 의사결정지원을 위한 법 개정안

현행	개정안 예시
제4장 복지서비스의 제공	제4장 정신질환자들을 위한 지원서비스
〈신설〉	<p>제38조의3 (의사결정지원서비스)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 이 법에서 정한 정신의료기관에 제43조 이하에 따른 입원(이하 비자의입원이라 한다)을 할 필요가 있거나 비자의입원이 되어 있거나 퇴원 및 퇴소 절차를 이용하고자 할 때 본인의 의사, 희망, 욕구 등이 입원, 치료, 퇴원 절차에 충실히 반영될 수 있도록 하기 위해 당사자의 의사결정을 지원하는 서비스(이하 의사결정지원서비스라 한다)를 제공하여야 한다.</p> <p>② 지방자치단체의 장은 돌볼 가족이 없는 정신질환자로서 제41조, 제42조에 따른 입원을 하려고 하는 자에 대해서도 의사결정지원서비스를 제공할 수 있다.</p> <p>③ 의사결정지원서비스 제공자는 제41조부터 제44조, 제47조, 제48조, 제50조, 제52조, 제57조, 제61조부터 제64조, 제73조에서 다음 각 호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 본인 및 보호자의 면회. 다만 본인 및 보호자가 명시적으로 거부하는 경우에는 그러하지 않다. 2. 본인으로부터 위임받은 범위에서 본인의 의료 및 기타 신상에 관한 자료열람권 3. 본인이 제2호에 따른 지시를 할 의사능력이 없는 경우에는 치료, 입원, 입소, 퇴원, 퇴소에서 본인의 권리의 범위에서 의견개진권 4. 다음 각 목의 신청의 지원 <ul style="list-style-type: none"> 가. 입원적합성심사위원회에 대면심사 신청 나. 정신건강심사위원회에 퇴원등 또는 처우개선의 신청 <p>다. 인신보호법에 따른 구제신청의 지원</p> <p>④ 의사결정지원서비스 제공자는 제47조, 제54조부터 제57조, 제64조, 제73조에 관련된 절차에서 다음 각 호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진단, 심사과정에 참여할 권한 2. 의견 진술권 <p>⑤ 의사결정지원서비스 제공자의 자격, 선발, 보수 등 의사결정지원서비스 제공에 관한 세부 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

3) 입원치료 단계에서의 인권친화적 치료환경 구축을 위한 법개정 안

보건복지부 법개정연구나 입법추진위원회 모두 치료환경의 변화를 위한 법 개정안을 제안하고 있는데, 그것은 정신건강복지법 제7장과 관련된 것이다. 이는 장

에인복지법 제15조 폐지 이후 정신건강복지법 개정에 관한 논의와 연계하여 정신 건강복지법의 권익옹호서비스 관련 개정 제안이었다. 이 보고서는 정신병원에서의 치료가 인권친화적 치료여야 한다는 점에 초점을 맞추어 정신병원에서의 치료는 동의에 기반하여야 한다는 점을 당연히 전제하면서, 급성기 정신질환의 특성이 라고 보고되는 자해, 타해의 현저한 위험이 있는 시점을 넘어 서는 입원환경에 강 박이나 격리가 수반되어서는 안 된다는 점을 제안한다.

〈표 7-10〉 정신건강복지법 제7장 개정안의 예시 : 권익침해방지 규정

현행	개정안 예시
제7장 권익보호 및 지원 등	제7장 권익보호와 지원 등
<p>제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 제한 하는 경우에도 최소한의 범위에서 하여야 한다.</p>	<p>제74조 (통신과 면회의 자유제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관의 장은 입원을 한 사람에 대하여 통신과 면회의 자유를 제한해서는 아니된다. 다만, 정신 건강의학과전문이가 치료의 목적으로 통신과 면회의 자유를 제한할 필요가 있다고 판단할 경우 정신의료 기관의 장은 그 사유, 시간을 정하여 (제1안) 입원환자의 주소지를 관할하는 지방자치단체의 장의 - (제2안) 정신의료기관의 소재지를 관할하는 지방자치단체의 장 의 - 사전 허가를 얻어야 한다.</p> <p>② 지방자치단체의 장은 필요한 최소한도의 범위가 아 니면 통신과 면회의 자유를 제한하는 것을 허가해서는 아니된다.</p> <p>③ 정신의료기관의 장은 어떤 경우에도 제40조의 당사 자옹호서비스 제공자 및 제78조의 지역정신건강소비 자위원회의 직원이 정신질환자를 대면하는 것을 거절 해서는 아니된다.</p> <p>④ 제1항의 사전허가 신청은 개별 정신질환자의 질환 의 정도나 특성을 고려하여 예상되는 위험을 기재하여 신청하여야 한다. 신청, 허가, 보고에 관한 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제75조(격리 등 제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 할 수 없다.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 입원등을 한 사 람을 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 하는 경 우에도 자신이나 다른 사람을 위험에 이르게 할 가능 성이 뚜렷하게 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위</p>	<p>제75조 (격리 등 제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람을 격리하 거나 묶거나 강제 약물복용을 통해 신체활동의 자유를 제한할 수 없다.</p> <p>② 정신질환자가 자해나 타해의 상당한 위험이 현존하 는 경우 다른 방법으로 정신질환자의 상당한 위험한 방지할 가능성이 없다고 합리적으로 인정되는 경우에 는 그 위험이 지속되는 기간 동안 신체활동의 자유를 제한할 수 있다.</p> <p>③ 제2항에 따른 격리나 강박을 하고자 할 경우 개별</p>

현행	개정안 예시
혐을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에만 제1항에 따른 신체적 제한을 할 수 있다. 이 경우 격리는 해당 시설 안에서 하여야 한다.	정신질환자의 질환의 정도나 특성을 고려하여 예상되는 위험을 기재하여 (제1안) 입원환자의 주소지를 관할하는 지방자치단체의 장의- (제2안) 정신의료기관의 소재지를 관할하는 지방자치단체의 장의- 사전허가를 받아야 한다. 사전 허가를 받아 격리 및 강박한 경우 이를 지체 없이 해당 지방자치단체에 보고하여야 한다. ④ 사전허가 신청에 기재할 사항(질환의 특성, 격리 및 강박의 시간과 방법을 포함한다) 및 해당 지방자치단체에 보고할 사항 등에 관한 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.

비자의입원과 치료과정에서의 자유박탈 조치는 별개의 사항이기 때문에 각각 별도의 절차가 필요할 것이다. 전자의 경우 최초 입원의 경우 입원적합성심사위원회, 계속 입원의 경우 정신건강심사위원회의 심의를 거쳐 적법성을 판단하게 된다. 후자(자유박탈 또는 제한)의 경우에도 이와 유사한 절차가 있어야 할 것이다. 그 절차의 일환으로 입원환자의 복리에 책임 있는 지방자치단체의 장(위 제1안) 또는 자유박탈 또는 제한 조치를 취하는 정신의료기관 소재지를 관할하는 지방자치단체의 장(위 제2안)의 사전 허가를 받도록 하는 것을 완화된 형태의 적법절차 규정으로 제안하는 것이다. 자유박탈이나 제한이 현저한 자해 또는 타해의 위험을 막기 위해 일시적으로 취해질 때에는 ‘긴급조치’로 관할 관청의 사전허가 없이도 이루어질 수 있을 것이지만 정신질환 또는 정신장애인의 개인적 특성 때문에 유사한 상황이 반복되거나 정신질환의 치료상 불가피한 사유가 미리 예측이 가능하다면 미리 사전에 관할 관청의 허가를 받아 필요한 때 자유제한 또는 자유박탈 조치를 취하는 것이 필요할 것이다. 영국의 정신능력법 제4조의A, 제4조의B, 제4조의C에서도 정신질환자 등을 수용하는 시설에서 자유박탈 조치를 취할 필요가 있을 때 미리 관할 지방자치단체의 허가를 받아(일정기간) 관련 조치를 취하도록 하고, 이에 대해서는 보호법원(Court of Protection)에 이의를 제기할 수 있도록 하고 있다. 정신질환 치료와 불가결하게 연관된 자유박탈 또는 자유제한 조치라면 이와 유사한 절차가 있어야 할 것이기 때문에 이와 같이 제안하는 것이다. 인권친화적 치료환경 조성을 위해서는 제74조, 제75조에서 면회자유에 제한이나 격리의 제한 등을 원칙적으로 금지하고, 예외적으로 입원환자의 주소지 관할 지방자치단체의 사전 승인 하에 허용할 필요가 있다고 본 것이다. 물론 시행의 세부사항은 보건복

지부령으로 정한다는 내용이 포함되어야 할 것이다.

한편 정신병원에서의 입원치료에서 그 목적에 맞는 서비스가 제공될 수 있도록 하고, 입원환자가 정보를 알고 선택할 수 있도록 보장하며, 비자의입원환자에게는 일정한 서비스가 제공되도록 보장하는 것이 필요할 것이다. 이를 위해서는 첫째, 심리치료, 사회참여 역량강화 훈련, 작업치료, 예술치료, 약물치료, 물리치료 등 다양한 치료 관련 서비스가 제공될 수 있도록 보장하는 것이 필요할 것이다. 둘째, 입원치료의 품질에 관한 정보(입원유형, 입원환자의 유형, 전체 및 유형별 입원기간, 제공하는 의료서비스, 종사 인력의 수 등)를 공중에게 공개하도록 의무화 하는 것이 필요할 것이다.

〈표 7-11〉 입원 치료 서비스 품질 보장을 위한 법률규정 제안

현행	개정안의 예시
제2장 정신건강증진 정책의 추진 등	제2장 정신건강증진 정책의 추진 등
〈신설〉	<p>제12조의2 (입원치료 품질의 보장)</p> <p>① 정신병원은 입원한 정신질환자의 치료가 정신질환자의 사회참여 역량을 강화하여 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 촉진시켜 법 제2조의 목적을 달성할 수 있도록 하기 위해 개별 환자의 질환의 특성과 정도, 신체 및 정신적 역량 등을 고려하여 다학제 치료팀(정신과 의사, 간호사, 정신건강전문요원, 사회복지사 등)에 의한 다음 각 호의 치료 또는 치료 관련 서비스를 제공하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 심리치료 2. 사회참여(일상생활, 가족생활, 타인과의 관계맺기 등을 포함한다. 이하 동일하다) 역량 훈련 3. 약물치료 4. 작업치료 5. 미술, 음악 기타 창작활동 치료 6. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 의료재활서비스 <p>② 정신병원은 다음 각 호의 정보를 제공하여 정신질환자가 자신에게 맞는 입원 병원을 선택할 수 있도록 보장하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 입원유형(법 제43, 제44조, 제50조의 입원유형) 2. 입원환자의 질환 유형 3. 제1호 및 제2호에 따른 입원환자의 평균 입원기간 4. 입원 중 제공하는 의료 및 의료재활서비스 5. 병원에 종사하는 인력의 숫자와 자격 6. 정신병원 인증평가 항목 중 입원환자의 인권보장과 관련된 서비스 또는 지원에 관한 사항

현행	개정안의 예시
	③ 국가와 지방자치단체는 제42조 이하의 비자의입원을 한 환자(건강보험 및 의료급여 환자를 불문한다)에게는 그의 개인적 특성을 고려하여 제1항 각호의 서비스가 제공될 수 있도록 보장하여야 한다. ④ 제1항에 따른 의료재활서비스의 내용 및 제2항에 따른 정보공개에 관한 세부 사항은 보건복지부령으로 정한다.

4) 지역사회 기반 치료, 재활과의 연계: 퇴원단계

보건복지부 법개정연구나 입법추진위원회 모두 입원 직후부터 퇴원지원계획, 퇴원 후 일정기간 전환서비스를 각각 제공하는 것을 제안하고 있다. 이는 모두 정신장애인이 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 촉진시키기 위한 것이고, 입원치료가 지역사회 기반 치료의 연장선상에 있어야 한다는 것을 의미한다.

〈표 7-12〉 정신건강복지법 제4장 개정안

현행	개정안 예시
제4장 복지서비스의 제공	제4장 정신질환자들을 위한 지원서비스
〈신설〉	제38조의4 (퇴원지원서비스) ① 정신질환자가 동의입원, 보호의무자의 신청에 의한 입원을 한 경우 시장·군수·구청장은 본인 또는 입원을 신청한 사람의 청구에 의해 지체 없이 퇴원지원서비스를 제공하여야 한다. 지자체의 장의 신청으로 입원한 경우에도 동일하다. ② 퇴원지원서비스로 다음 각 호의 내용이 포함된 퇴원계획을 수립하여 시행하여야 한다. 각 호의 지원을 합하여 1년을 초과할 수 없다. 다만, 제27조 제3항이 적용되는 경우에는 그러하지 아니하다. 1. 전환서비스 이용계획 2. 주거계획 3. 재활 계획 ③ 퇴원지원서비스 제공에는 다음 각 호의 담당자가 참여하여야 한다. 1. 시·군·구의 사회복지담당부서 책임자 2. 시·군·구 정신재활시설의 책임자 3. 시·군·구 정신건강복지센터의 책임자 ④ 퇴원계획의 수립에는 입원한 정신질환자 본인, 의사결정지원서비스 제공자, 그의 보호자를 직접 면담하여 그 의견을 들어야 한다.

현행	개정안 예시
	⑤ 퇴원지원서비스의 신청, 지원기간, 지원 기관의 세부 내용은 보건복지부령으로 정한다.
〈신설〉	제38조의5 (전환서비스) ① 국가 또는 지방자치단체는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자가 지역사회 기반 치료, 재활과 회복을 촉진하기 위해 전환서비스를 제공할 수 있다. ② 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자는 2개월의 한도로 치료, 재활, 회복을 위해 전환서비스를 이용할 수 있다. 그 기간은 1회 연장할 수 있다. ③ 전환서비스 제공에는 정신건강전문의, 정신건강전문요원, 사회복지사, 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 동료지원가 등이 참여한다. ④ 전환서비스 제공기관의 직원구성, 설치기준, 운영방법, 재정지원 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

서비스와 연관되어 있다. 또한 보건복지부의 법개정방안 연구와 다른 점은 위 서비스를 정신건강복지법 제33조부터 제36조를 대체하는 규정이 아니라 별도의 신설 규정으로 둔다는 점이다. 현행의 제33조부터 제36조가 명목 뿐이고 실제로 제공하지 않는 복지서비스이지만 그렇다고 이를 삭제할 이유는 없을 것이라고 볼 수 있기 때문이다.

5) 정신병원평가/인증 제도의 개선

정신건강복지법 제31조에 따른 정신병원, 정신요양시설, 정신재활시설에 대한 평가를 의료법에 따른 인증, 사회복지사업법에 따른 시설평가로 대체할 수 있도록 하고 있다. 그런데 정신병원의 경우 의료법에서 의무 인증에서 제외되어 있기 때문에 의무평가인 정신건강복지법의 의무평가를 받고, 의료법의 인증을 받지 않는 경우도 있다. 동시에 정신건강복지법의 의무평가의 평가항목은 의료법의 인증평가 항목보다 간이하기 때문에 인증 대신 평가를 받는 경향도 있다. 정신병원이 평가 또는 인증을 의무적으로 받을 수 있도록 하고, 양자의 평가기준에 인권친화적 치료환경 구축에 관한 내용을 더 추가할 필요가 있다. 양자가 일치하는 범위에서는 상호 대체될 수 있도록 해도 무방할 것이다.

이를 위해 다음과 같은 내용이 포함되어야 할 것이다. 첫째, 의료법에서 정신병원도 인증을 받도록 하는 것이 필요하다. 둘째, 정신건강복지법 제31조의 평가에

인권친화적 치료환경에 관한 사항이 평가항목에 추가될 수 있도록 해야 할 것이다. 이 항목을 제외하고는 의료법의 인증으로 정신건강복지법의 평가를 갈음할 수 있도록 해도 될 것이다. 셋째, 평가결과는 정신건강서비스 이용자들이 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 공포하도록 시행규칙을 개정하여야 할 것이다.

〈표 7-13〉 현행 의료법제58조의4 제2항 개정 제안

의료법 제58조의4 제2항	개정 제안 예시
<p>제58조의4(의료기관 인증의 신청 및 평가) ② 제1항에도 불구하고 제3조제2항제3호에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2에 따른 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다)의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 인증을 신청하여야 한다. <개정 2020. 3. 4.></p>	<p>제58조의4(의료기관 인증의 신청 및 평가) ② 제1항에도 불구하고 제3조제2항제3호에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2에 따른 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다), 정신병원의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 인증을 신청하여야 한다. <개정 2020. 3. 4.></p>

〈표 7-14〉 현행 정신건강복지법 제31조 개정 제안

현행 정신건강복지법 제31조	개정 제안 예시
<p>제31조(정신건강증진시설의 평가) ① 보건복지부장관은 정기적으로 정신건강증진시설에 대한 평가(이하 "정신건강증진시설평가"라 한다)를 하여야 한다. 다만, 「의료법」 제58조에 따른 의료기관 인증 또는 「사회복지사업법」 제43조의2에 따른 사회복지시설평가로 정신건강증진시설평가를 갈음할 수 있다. ② 정신건강증진시설의 장은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 정신건강증진시설평가를 받아야 한다. ③ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가에 관한 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가의 결과를 공표하여야 한다. ⑤ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 정신건강증진시설평가의 주기·범위·절차, 정신건강증진시설평가 업무의 위탁, 평가결과의 공표 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>제31조(정신건강증진시설의 평가) ① 보건복지부장관은 정기적으로 정신건강증진시설에 대한 평가(이하 "정신건강증진시설평가"라 한다)를 하여야 한다. 다만, 이 법에서 정한 '인권친화적 치료환경'에 관한 평가항목을 제외하고는 「의료법」 제58조에 따른 의료기관 인증 또는 「사회복지사업법」 제43조의2에 따른 사회복지시설평가로 정신건강증진시설평가를 갈음할 수 있다. ② 정신건강증진시설의 장은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 정신건강증진시설평가를 받아야 한다. ③ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가에 관한 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가의 결과를 공표하여야 한다. ⑤ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 정신건강증진시설평가의 내용(인권친화적 치료환경에 관한 사항 포함), 주기·범위·절차, 정신건강증진시설평가 업무의 위탁, 평가결과의 공표 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

〈표 7-15〉 현행 정신건강복지법시행규칙 제25조 개정 제안

현행 정신건강복지법 시행규칙 제25조	개정 제안 예시
<p>제25조 ① 법 제31조제1항에 따른 정신건강증진 시설에 대한 평가(이하 "정신건강증진시설평가"라 한다)는 다음 각 호의 구분에 따라 실시한다. <개정 2021.3.5></p> <p>1. 평가 주기: 3년마다 실시할 것. 다만, 보건복지부장관이 정신건강증진시설평가의 효율적 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 1년 주기로 실시할 수 있다.</p> <p>2. 평가 범위: 다음 각 목의 항목</p> <p>가. 정신건강증진시설의 시설 및 장비 등에 관한 사항</p> <p>나. 정신건강증진시설의 종사자 및 자격 등에 관한 사항</p> <p>다. 정신건강증진시설의 진료·요양 또는 재활 등의 운영 현황 및 실적 등에 관한 사항</p> <p>라. 그 밖에 보건복지부장관이 정신건강증진시설의 운영 및 관리의 적정성을 위하여 특히 필요하다고 인정하는 사항</p> <p>3. 평가 방법: 서면평가 또는 방문평가의 방법에 따라 실시할 것. 다만, 보건복지부장관이 정신건강증진시설평가의 효율적 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 설문조사 또는 온라인조사 등의 방법으로 실시할 수 있다.</p> <p>②~⑤ 생략</p> <p>⑥ 보건복지부장관은 법 제31조제4항에 따라 정신건강증진시설평가의 결과를 공표하는 경우에는 보건복지부 인터넷 홈페이지에 하여야 한다. 다만, 제4항에 따른 이의신청에 따라 그 평가 결과가 변경된 경우에는 그 변경결과를 보건복지부 인터넷 홈페이지에 다시 공표하여야 한다.</p> <p>⑦ 생략</p>	<p>제25조 ① 법 제31조제1항에 따른 정신건강증진시설에 대한 평가(이하 "정신건강증진시설평가"라 한다)는 다음 각 호의 구분에 따라 실시한다. <개정 2021.3.5></p> <p>1. 평가 주기: 3년마다 실시할 것. 다만, 보건복지부장관이 정신건강증진시설평가의 효율적 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 1년 주기로 실시할 수 있다.</p> <p>2. 평가 범위: 다음 각 목의 항목</p> <p>가. 정신건강증진시설의 시설 및 장비 등에 관한 사항</p> <p>나. 정신건강증진시설의 종사자 및 자격 등에 관한 사항</p> <p>다. 정신건강증진시설의 진료·요양 또는 재활 등의 운영 현황 및 실적 등에 관한 사항</p> <p>라. 법 제12조의2, 제38조의3, 제38조의4, 제74조, 제75조에 관한 사항</p> <p>마. 그 밖에 보건복지부장관이 정신건강증진시설의 운영 및 관리의 적정성을 위하여 특히 필요하다고 인정하는 사항</p> <p>3. 평가 방법: 서면평가 또는 방문평가의 방법에 따라 실시할 것. 다만, 보건복지부장관이 정신건강증진시설평가의 효율적 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 설문조사 또는 온라인조사 등의 방법으로 실시할 수 있다.</p> <p>②~⑤ 작동</p> <p>⑥ 보건복지부장관은 법 제31조제4항에 따라 정신건강증진시설평가의 결과를 공표하는 경우에는 정신건강서비스 이용자들의 선택을 돕기 위해 항목별 평가결과를 상세히 기술하여 보건복지부 인터넷 홈페이지에 하여야 한다. 다만, 제4항에 따른 이의신청에 따라 그 평가 결과가 변경된 경우에는 그 변경결과를 보건복지부 인터넷 홈페이지에 다시 공표하여야 한다.</p> <p>⑦ 작동</p>

참고문헌

- 강상경, 제철웅, 이용표, 하경희, 김도희. 2021. 《정신질환자 및 정신장애인의 회복과 사회통합을 위한 법 개정 방안 연구》. 보건복지부.
- 강상경, 하경희, 김경희. 2022. 정신질환자의 복지와 권리보장을 위한 정신건강복지법 개정 방안. 《사회복지연구》, 53(1), 5-33.
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하솔잎, 김소은, 서은원, 홍재석, 박종현, 조해근. 2017. 《2017 한국의료 질 보고서-한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 (II)》. 한국보건사회연구원.
- 건강보험심사평가원. 2020.11. 《2019년(2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가결과》.
- 건강보험심사평가원. 2021.7. 《2021년[2차] 정신건강 입원영역 적정성 평가 세부시행계획》.
- 건강보험심사평가원. 2022. 《건강보험요양급여비용 2022년 2월 판》.
- 관계부처 합동. 2021. 《온국민 마음건강 종합대책 : 제2차 정신건강복지기본계획(안)》.
- 국가인권위원회. 2021. 《유엔인권조약기구 일반논평 및 일반권고: 장애인권리위원회 일반논평》.
- 국가인권위원회. 2021. 《정신장애인 인권 보고서 2021》.
- 국립부곡병원. 2019. 《정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원 기반 사례관리' 도입 및 추진 방향 모색》. 보건복지부.
- 국립정신건강센터, 보건복지부. 2018. 《정신건강복지법 시행에 따른 정신건강심사위원회 표준 심사 지침》.
- 국립정신건강센터. 2021. 《국가 정신건강현황 보고서 2020》.
- 국회 보건복지위원회 2021.10.20. 《국정감사 회의록: 남인순 국회의원》, 권덕철 보건복지부 장관 질의응답.
- 김경애. 2018.03.23. "정신병원 간호사 절반이 간호조무사? 차별 없어야!", 메디포 뉴스. <https://www.medifonews.com/mobile/article.html?no=136798>. (2022.11.19.).
- 김나은, 제철웅, 최기홍. 2020. 정신건강복지법 개정에 따른 지역사회 정신건강 서비스 개선 방향. 《한국심리학회지: 일반》, 39(1), 1-26.
- 김문근, 하경희. 2015. 《정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정방안 연구》. 보건복지부.
- 김민, 최말옥, 김용규. 2014. Peer-Run-Program (PRP) 의 활성화를 위한 기초연구: 미국의 사례를 기반으로. 《정신건강과 사회복지》, 42(4), 204-232.
- 김성완. 2018. 조현병 환자를 위한 정신사회적 중재. 《신경정신의학》, 57(3), 235-243.

- 김은영. 2021.10.14. "인권 높이니 효과도 따라와...'새로운경기도립정신병원' 주목". 청년의사.
<https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2015451>
- 문광민. 2019.04.18. "대만은 정신과의사 `5분 대기`...자살 위험때 긴급출동", 매일경제).
<https://www.mk.co.kr/news/society/view/2019/04/242334/>
- 박선주, 남윤영, 황태연, 조근호, 전진용, 김은진, 김철응. 2017. 정신보건심판위원회 계속입원치
 료 심사제도 운영현황 및 개선방안, 《보건행정학회지》, 27(4), 347-358.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2019.12. 《정신질환자 지속치료 지원 시범사업 지침》.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 2021. 《정신질환자 지속치료 지원수가 시범사업 참여기관 추
 가 공모》.
- 보건복지부, 국립정신건강센터. 2021. 《정신질환자 치료비 지원사업 안내》. p32-33.
- 보건복지부, 국립정신건강센터. 2022. 《2021 정신질환자 절차보조사업 안내》.
- 보건복지부, 의료기관평가인증원. 2021.5. 《3주기 정신병원 인증기준》.
- 보건복지부. 2018. 《중증정신질환자 지역사회 치료지원 강화 방안》.
- 보건복지부. 2020. 《지역사회통합돌봄사업 자체추진 가이드북》.
- 손지훈, 김민주, 서화연, 석정호, 이병철, 정재훈, 최진태, 이해우, 오규환, 우보라, 박성용, 문정윤,
 박선영. 2022. 《정신질환 중증도 분류기준 및 중증도별 병동 표준운영지침 마련 연구》,
 서울대학병원·국립정신건강센터.
- 신소연, 조윤민, 윤난희, 황서은, 황종남, 최정원, 김잔디, 허종호, 이선구. 2021. 정신건강복지법
 개정에 따른 입원적합성심사와 관련된 이해관계자의 경험, 《보건사회연구》 41(2),
 259-277.
- 신창식, 김세원. 2015. 호주의 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁과 융복합 정책적 함의,
 《디지털융복합연구》, 13(6), 341-350.
- 안세연. 2012. 《함께하는 의사결정 프로그램이 정신질환자에게 미치는 효과》. 석사학위. 이화여
 자대학교대학원. 서울.
- 유경민, 권순지, 손희경. 2021. 《유엔장애인권리협약 일반논평(1, 2호) 안내서》. 장애인개발원.
- 윤석준, 김성완, 신권철, 윤형곤 외. 2021. 《정신건강증진시설 환경개선 연구》, 보건복지부.
- 윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희. 2019. 《중증·정신장애인 의료체계 실태조사》,
 국가인권위원회.
- 윤석준, 신권철, 백종우, 고든솔, 김근아. 2019. 《개정 정신건강복지법 평가 및 제도개선 연구》.
 보건복지부.
- 윤종원. 2010. 01. 06. "[신년기획]세계의 병원인증제도(대만)", 병원신문.
<https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=58191>

- 의료기관평가인증원. 2021. 4주기 정신의료기관 평가기준.
- 이만우. 2021. 《입원적합성심사제도의 문제점과 개선방안: 법제도 설계·운영 및 효과성 분석을 중심으로》. 국회입법조사처.
- 이미경, 최윤정, 정현주. 2022. 비자의입원 정신장애인의 절차보조서비스 이용 경험에 관한 연구. *한국장애인복지학*, 55, 253-282.
- 이봉주, 김용득, 김은정, 김남희, 서정민. 2012. 《사회서비스 품질관리 전담기구 설치에 관한 연구》. 보건복지부.
- 이상일. 2018. 《의료기관 인증제도의 현황과 과제, 보건행정학회지》, 28(3), 251-256.
- 이선구, 허종호, 황종남, 윤난희, 황서은. 2020. 《'정신건강복지법'에 따른 비자의입원제도와 입원적합성심사위원회 제도 시행의 영향평가 연구》. 국립정신건강센터.
- 이요셉, 김상현, 예레미, 김명화. 2021. 《정신질환 수가체계 개선 방안》, 건강보험심사평가원.
- 이용표, 박인환. 2020. 정신질환자 위기관리체계의 이중구속 상황과 입법과제. 《법과 정책연구》, 20(1), 31-58.
- 이화영, 주영수, 손창호, 염형국, 임채도, 박은성. 2015. 《정신의료기관 격리강박 실태조사》. 국가인권위원회
- 임정선. 2019. 독일의 정신건강제도 발전과 정신건강 현황. 《한독사회과학논총》, 29(4), 278-303.
- 전준희. 2021. 《지역사회통합돌봄선도사업 정신질환자 부문 자문용 발표자료》.
- 정윤식. 2018. 03. 23. "정신보건의료서비스 질 관리 정부 의지에 달렸다", 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2080183>
- 제철용. 2018. 비자의입원 절차의 정신질환자를 위한 절차지원제도 도입에 관하여. 《법조협회》, 67(1), 547-592.
- 제철용, 김경희, 강상경, 하경희, 장창현, 이관형. 2022. 정신장애인의 자기결정권 존중을 위한 제도 도입: 정신건강 전문가와 소비자의 인식을 중심으로. 《한국사회복지행정학》, 24(1), 61-89.
- 조근호, 장미. 2019. 《동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교》. 국립정신건강센터.
- 최지숙, 안보령, 박종익, 김한성, 윤은지, 이동현, 2015. 《의료급여 정신질환 수가체계 개선방안 연구》. 보건복지부·건강보험심사평가원.
- 최지숙. 2020. 정신건강 의료이용의 현황과 과제: 지표 개발과 측정을 통한 접근. 《보건복지포럼》, 2020년 4월호, 18-29.
- 한국사회보장정보원. 2022. 《2023년도 정신요양시설 평가지침》. 한국사회보장정보원.
- 한국정신사회재활협회, 용인정신병원 세계보건기구 협력기관. 2017. 《가족과 함께하는 교육 프

- 로그래(Family Link)》, 개정 7판.
- 홍강훈. 2007. 《독일 정신보건법제의 내용과 현황, 맞춤형 법제정보》, 23-32.
- 홍선미, 김도희, 신권철, 이상민, 전진아. 2020. 《정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구》. 국가인권위원회.
- 홍선미, 박숙경, 신영진, 염형국, 윤탁, 이영문, 이용표, 홍진표. 2009. 《정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축》. 국가인권위원회.
- Adams, J. R., & Drake, R. E. 2006. Shared decision-making and evidence-based practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105.
- Alguera-Lara, V., Dowsey, M. M., Ride, J., Kinder, S., & Castle, D. 2017. Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 25(6), 578-582.
- Anfang, S. A., & Appelbaum, P. S. (2006). Civil commitment—the American experience. *Israel Journal of Psychiatry*, 43(3), 209-218.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2015. *National Safety and Quality Health Service Standards 2nd edition*.
- Australian Department of Health. 2017. *The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan*. National Mental Health Commission.
- Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C., & Ireys, H. T. (2018). The effectiveness of a peer-staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069-1074.
- Butler, A. M., Elkins, S., Kowalkowski, M., & Raphael, J. L. 2015. Shared decision making among parents of children with mental health conditions compared to children with chronic physical conditions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(2), 410-418.
- Carney, T. 2008. The mental health service crisis of neoliberalism—An antipodean perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(2), 101-115.
- Chiu, S.H., Chung, H.J. & Huang, L.J. 2011 Reform Direction and Preliminary Results of the 2011 Edition of the Hospital Accreditation Standards. *Journal of Healthcare Quality*, 5, 58-62. (Original work published in Chinese)
- Chong, M, Y. 2011. *Psychiatric Hospital Accreditation in Taiwan*. Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital. (2011. 10. 15) Shanghai. Retrieved from <https://www.yumpu.com/en/document/read/29150251/psychiatric-hospita>

- I-accreditation-in-taiwan
- Department of Health. 2013. *National Practice Standards for the Mental Health Workforce*.
- Department of Social Services 2020. *Digital Work and Study Services Evaluation*. Australian Government.
- Department of Social Services. 2021. *Community Mental Health Activity Family Mental Health Support Services Operational Guidelines*. Australian Government.
- Department of Social Services. 2022. *Individual Placement and Support Program Operational Guidelines*. Australian Government.
- Department of Statistics, *Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)*.
- Eide, S., & Gorman, C. D. (2022). *The Continuum of Care: A Vision for Mental Health Reform*.
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. 2003. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409.
- HCUP. 2019. *Inpatient Stays Involving Mental and Substance Use Disorders 2016*
- Hsu Shu Ching, 2021.09.15. *대만 사회심리장애인 의료자원 및 지역사회의 처우와 인권*, 장애우권익문제연구소 발표자료,
- Hsu, W. T., Wu, H. C., & Chou, F. 2017. A history of mental health laws in Taiwan. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 31(3), 195-203.
- Huang, C., Wung, C., & Yang, C. 2009. Developing 21st century accreditation standards for teaching hospitals: The Taiwan experience. *BMC Health Services Research*, 9(1), 232.
- Joint Commission of Taiwan. 2022. 11. 16. *Accreditation and Certification*, <https://www.jct.org.tw/mp-2.html>
- Laws & Regulations Database of The Republic of China. 2020. Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>
- Lawton-Smith, S. 2013. Peer support in mental health: where are we today?. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*.
- Mental Health Act, 1983. UK Legislation

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>

- Mosher L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(3), 142-149.
- Myers, A. L., Collins-Pisano, C., Ferron, J. C., & Fortuna, K. L. (2021). Feasibility and preliminary effectiveness of a peer-developed and virtually delivered community mental health training program (emotional CPR): pre-post study. *Journal of Participatory Medicine*, 13(1), e25867.
- New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007.
http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/
- Pardi, J., & Willis, M. 2018. How young adults in London experience the Clubhouse model of mental health recovery: A thematic analysis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5(2), 169-182
en with chronic mental illness residing in shelter care homes. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1790-1794.
- Pilgrim, D., & McCranie, A. 2013. *Recovery and mental health: A critical sociological account*. Bloomsbury Publishing.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman Jr, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., ... & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17.
- Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*. 2017;16(2):146-153.
- Steingard, S. 2020. 장창현 역. 비판정신의학 논쟁 그리고 임상적용. 건강미디어협동조합. 2020.
- Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M, Hutton P. 2016. Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 209(1), 23-28.
- The National Health Information and Performance Principal Committee, 2017, *Australian Institute for Health and Welfare* 2019.

- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014, *General Comment on Art*, <https://www.ohchr.org>.
- WHO. 2012, *WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*, World Health Organization, Retrieved from https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.
- WHO. 2018, *Mental health, human rights and standards of care, Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region*, Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf.
- WHO. 2021. *Community outreach mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025806>.
- Yan, Y. & Kung, C. 2015. The Impact of Hospital Accreditation System: Perspective of Organizational Learning. *Health*, 7, 1081-1089.

부 록

14. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 귀하는 보호입원/행정입원을 한 시점으로부터 2주 이상 입원을 유지 하였습니까?

① 예 [→ 15 으리]

② 아니오 (퇴원 함) [→ 18 으리]

*지난 5년간(2017년 개정정신건강복지법 시행 이후) 보호/행정입원 경험이 없는 경우, 17번으로 이동해주세요.

15. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 입원 당시(혹은 입원 중) 입원적합성심사제도를 통해 입원 적합성에 대한 대면 심사를 요청할 수 있다는 권리를 고지 받았습니까?

① 예 [→ 15-1 으리]

② 아니오 [→ 15-1 으리]

15-1. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 다음은 입원적합성심사위원회의 대면 조사에 관한 사항입니다. 해당하는 답변에 표시하여 주십시오.

① 대면조사를 요청하여 받은 적이 있다 [→ 16 으리]

② 대면조사를 요청하였으나 받은 적이 없다 [→ 15-2 으리]

③ 대면조사를 요청하지 않았지만 받은 적도 없다 [→ 15-2 으리]

15-2. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 대면 심사를 받지 않은 이유가 무엇입니까?

① 대면조사를 요청하였으나 받지 못했다 [→ 16 으리]

② 나의 상황에 대한 의견을 제출할 기회가 없었다 [→ 16 으리]

③ 입원적합성심사가 진행되는 것을 알지 못하였다 [→ 16 으리]

④ 입원적합성심사 결과 통지가 되지 않았다 [→ 16 으리]

⑤ 입원적합성심사 결과 통지를 수긍할 수 있었다 [→ 16 으리]

16. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 입원 당시(혹은 입원 중) 정신건강심사위원회에 퇴원에 대한 심사를 요청할 수 있다는 권리를 고지 받았습니까?

① 예 [→ 16-1 으리]

② 아니오 [→ 16-1 으리]

16-1. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 귀하는 정신건강심사위원회에 퇴원에 대한 심사를 요청한 경험이 있습니까?

① 예 [→ 16-2 으리]

② 아니오 [→ 16-6 으리]

16-2. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 귀하는 정신건강심사위원회에 퇴원 심사를 요청하여 실제 심사를 받았습니까?

① 예 [→ 16-3 으리]

② 아니오 [→ 18 으리]

16-3. (보호입원/행정입원 경험이 있는분 대상) 퇴원 심사는 대면으로 이루어졌습니까 서면으로 이루어졌습니까?

① 대면(온라인 비대면) [→ 16-4 으리]

② 서면 [→ 16-4 으리]

19. 귀하는 **현재 몇 인실에 입원 중**입니까?

--	--

(인실) [→ 20 으로]

20. 귀하가 **입원하고 있는 병원은 질환의 유형(예. 우울증, 조현병 등)과 정도(예. 급성기 등)를 고려하여 병실을 배정**합니까?

① 예 [→ 21 으로]

② 아니오 [→ 21 으로]

21. **귀하의 결정으로 퇴원**할 수 있습니까?

① 예 [→ 21-1 으로]

② 아니오 [→ 21-2 으로]

21-1. (질문19에서 ① 예 선택 경우만 응답) **퇴원을 한다면 어떤 생활을 희망**하십니까?

① 가정에서 가족과 함께 생활 [→ 22 으로]

② 주택을 마련하여 혼자 생활 [→ 22 으로]

③ 마음이 맞는 동료와 생활 [→ 22 으로]

④ 공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등), 생활시설, 지역사회전환시설(중간집) 등에서 생활 [→ 22 으로]

⑤ 기타() [→ 22 으로]

21-2. (질문19에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) **퇴원을 결정할 수 없는 이유**는 무엇입니까?

① 보호자가 거부해서 [→ 22 으로]

② 병원에서 거부해서 [→ 22 으로]

③ 기타()

[→ 22 으로]

22. **퇴원하려고 할 때 가장 걱정되는 것은** 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려움(증상 관리 등) [→ B 1으로]

② 거주할 곳이 없음[→ B 1으로]

③ 새로운 환경이 두려움 [→ B 1으로]

④ 가족에게 피해를 주기 싫음 [→ B 1으로]

B. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음은 귀하가 입원하고 있는 병원의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 **입원한 병원의 지원서비스는 실제 어떠한지** 각 문항별로 **동의하는 정도**를 응답해 주시기 바랍니다.

병원의 지원 서비스	전혀 아니 다	아니 다	그렇 다	매우 그렇 다
병원은 질환의 명칭, 치료계획, 퇴원 예정 일시에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원은 내가 복용하는 약물의 종류, 효과, 부작용에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원에서 나는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.	①	①	②	③
병원은 나의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.	①	①	②	③
병원은 약물복용 이외에 내가 필요로 하는 상담, 사회관계망(가족 또는 동료)과의 관계 회복에 대한 치유 프로그램 등을 제공한다.	①	①	②	③
병원은 치료 계획(약 복용 횟수, 치료 기간 등)에 나의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.	①	①	②	③
병원은 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원에서 작업치료나 병원 내 업무(청소, 요리 등)에 참여할 것을 제안할 때 나의 사전 동의를 받는다.	①	①	②	③
병원은 내가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.	①	①	②	③
병원의 치료 과정에서 격리, 강박을 당한 경험이 있다.	①	①	②	③
병원은 나에게 격리, 강박 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.	①	①	②	③
병원은 치료에 대한 대안적 조치(위기를 상담으로 진정시켜주는 등)에 나의 선호를 반영한다.	①	①	②	③
병원의 치료 장소 및 방법과 관련하여 나의 선택(선호)을 물어보고 그것을 존중한다.	①	①	②	③
병원은 나의 성별(성 정체성, 성적 지향 등), 종교, 정치적 성향 등을 차별하지 않고 치료 서비스를 제공한다.	①	①	②	③
병원은 프로그램이나 서비스를 제공할 때 나의 동의를 사전에 받는다	①	①	②	③

2. 다음은 귀하가 **입원한(혹은 입원했던) 병원에서 귀하의 자기결정권 존중 경험**에 관한 문항입니다. 각 문항별로 **동의하는 정도**를 답해 주시기 바랍니다.

현재 입원한 병원에서의 경험	전혀 아니 다	아니 다	그렇 다	매우 그렇 다
나의 의료기록, 진단서 등은 내가 요구하거나 내가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.	①	①	②	③
나의 의료 및 재할 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	①	①	②	③
나는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	①	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	①	①	②	③
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	①	①	②	③
병원에서 성인으로 내가 자유롭게 결정할 수 있다는 설명을 듣고 그것을 보장받는다.	①	①	②	③
병원은 내가 원하지 않는 한 사실이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	①	①	②	③
자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 내가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.	①	①	②	③
병원에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	①	①	②	③

C. 적정수준의 생활유지

1. 다음은 귀하가 **입원한(혹은 입원했던) 병원에서 귀하의 경험**에 관한 문항입니다. 각 문항별로 **동의하는 정도**를 답해 주시기 바랍니다.

적정수준의 생활 유지 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
건물이 물리적 상태(채광, 보수, 난방, 안전 등) 양호	①	①	②	③
편안하고 사생활이 보장되는 수면 환경	①	①	②	③
화장실의 청결 및 사생활 보장	①	①	②	③
나의 선호에 맞는 음식·물·의복·침구 제공, 의류 세탁 및 건조	①	①	②	③
전화, 편지, 이메일 등으로 자유로운 소통	①	①	②	③
자유로운 면회	①	①	②	③
다른 사람들과 자유로운 상호작용을 위한 공간(ex. 거실 등) 제공	①	①	②	③
병원 내외부 이동의 자유보장 (개방병동)	①	①	②	③

2. 병원의 **생활에 얼마나 만족**하십니까?

- ① 매우 만족함 ② 만족함 ③ 만족하지 않음 ④ 전혀 만족하지 않음

2-1. 귀하는 **질한 치료를 위해 입원하지 않으면 안되는 상태라고 생각**하십니까?

- ① 전혀 아님 ② 아님 ③ 그럼 ④ 매우 그럼

2-2. **병원에서의 생활**이 귀하의 **인격적 존엄성을 훼손한다고 생각**하십니까?

- ① 전혀 아님 ② 아님 ③ 그럼 ④ 매우 그럼

3. 병원에서 **낮 시간에 무엇을** 하며 보내고 있습니까? (**중복체크 가능**)

- ① 치료 (구체적으로 :) ② 병원 내 프로그램 참여 (구체적으로 :)
 ③ 여가활동 (구체적으로 :) ④ 개인 활동 (구체적으로 :)
 ⑤ 등교/학업 (구체적으로 :) ⑥ 출근·직장생활 (구체적으로 :)
 ⑦ 보호작업장 (구체적으로 :) ⑧ 아무것도 하지 않음
 ⑨ 기타 (구체적으로 :)

3-1. **낮시간** 동안 **병원 안 혹은 밖에서 작업치료를** 받고 있습니까?

- ① 예 [→ 3-2 이동] ② 아니오 [→ 4 이동]

3-2. **어디서 작업치료를** 받고 있습니까?

- ① 병원 안에 있는 작업치료장 [→ 3-3 이동] ② 병원 밖에 있는 작업치료장 [→ 3-3 이동]

5. **입원 과정 혹은 입원 중에 느꼈던 기분을 떠올리며, 기분의 정도를 가장 잘 나타내는 곳에** 답해주시기를 바랍니다.

내용	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
짜증스러웠다	①	①	②	③
괴로웠다	①	①	②	③
부끄러웠다	①	①	②	③
화가났다	①	①	②	③
긴장했다	①	①	②	③
좌책감이 들었다	①	①	②	③
겁이 났다	①	①	②	③
적대적이었다	①	①	②	③
초조했다	①	①	②	③
두려웠다	①	①	②	③

6. **자율성은 자신이 스스로 행동을 조절하고, 자신의 생각에 따라 행동할 수 있는 것을** 의미합니다. **입원 과정 혹은 입원 중에 얼마나 자율성을 보장받지 못했는지** 각 문항별로 **동의하는 정도**를 답해 주시기 바랍니다.

자율성 관련 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나는 내 삶을 어떻게 살아가는지에 대해 내 스스로 자유롭게 결정하는 편이다.	①	①	②	③
나는 내 삶에 짓눌리는 듯한 느낌을 받는다.	①	①	②	③
나는 보통 내 생각이나 의견을 자유롭게 표현한다.	①	①	②	③
평상시에 다른 사람이 시키는 것을 자주해야 한다.	①	①	②	③
평소에 나는 나다움을 유지하는 편이다.	①	①	②	③
평소에 내가 하는 일을 스스로 결정할 기회가 별로 없다.	①	①	②	③

H. 삶의 만족도

1. 다음 **각 항목에 대하여** 현재 귀하의 **만족도**는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 신체건강	①	①	②	③
귀하의 정신건강	①	①	②	③
귀하의 주거환경 (현재 입원하고 있는 환경 기준)	①	①	②	③
귀하의 가족관계	①	①	②	③
귀하의 직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	①	①	②	③
귀하의 소득	①	①	②	③
귀하의 사회적 친분관계	①	①	②	③
귀하의 여가생활	①	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 전반적으로 생활에 얼마나 만족 하고 계십니까?	①	①	②	③

설문에 참여해주셔서 감사합니다.

B. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음은 병원의 지원서비스에 관한 질문입니다. 귀하가 **근무하는 병원의 지원서비스는 실제 어떠한지** 각 문항별로 **동의하는 정도**를 응답해 주시기 바랍니다.

병원의 지원 서비스	전혀 아니 다	아니 다	그렇 다	매우 그렇 다
병원은 환자의 질환의 명칭, 치료계획, 퇴원 예정 일시에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원은 환자가 복용하는 약물의 종류, 효과, 부작용에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원에서 환자는 약물의 부작용에 대한 의견을 자유롭게 말할 수 있다.	①	①	②	③
병원은 환자의 의견을 반영하여 약물을 조정한다.	①	①	②	③
병원은 약물복용 이외에 환자가 필요로 하는 상담, 사회관계망(가족 또는 동료)과의 관계 회복에 대한 치유 프로그램 등을 제공한다.	①	①	②	③
병원은 치료 계획(약 복용 횟수, 치료 기간 등)에 환자의 삶의 계획(학업, 취업, 결혼 등)이 반영될 수 있게 한다.	①	①	②	③
병원은 환자에게 입원 당시부터 퇴원 예정 날짜 또는 퇴원 가능조건(자해, 타해의 위험이 없어진 시점)에 대한 설명을 제공한다.	①	①	②	③
병원은 환자가 원치 않음에도 (또는 어쩔 수 없이) 작업치료의 이유로 청소나 관리 일을 시키지 않는다.	①	①	②	③
병원은 환자가 비자의 입원을 한 경우 그 이유나 불복 방법에 대해 설명한다.	①	①	②	③
병원은 치료 과정에서 환자를 격리, 강박, 구금을 하지 않는다.	①	①	②	③
병원은 환자에게 격리, 강박, 구금 관련 치료를 할 경우 그 이유 및 불복 방법에 대해 설명한다.	①	①	②	③
병원은 치료에 대한 대안적 조치에 환자의 선택을 반영한다.	①	①	②	③
병원의 치료 장소 및 방법 관련하여 환자의 선택(선택)을 우선한다.	①	①	②	③
병원은 환자의 성별(성 정체성, 성적 지향 등), 종교, 정치적 성향 등에 무관하게 치료 서비스를 제공한다.	①	①	②	③
병원은 환자가 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요하지 않는다.	①	①	②	③

2. 다음은 귀하가 생각하는 **병원 내 환자들의 기본적인 인권**에 관한 질문입니다. 각 문항별로 각 문항별로 **동의하는 정도**를 응답해 주시기 바랍니다.

현재 입원한 병원에서의 경험	전혀 아니 다	아니 다	그렇 다	매우 그렇 다
환자의 의료기록, 진단서 등은 환자가 요구하거나 환자가 권한을 부여한 사람이 언제든지 열람할 수 있다.	①	①	②	③
환자의 의료 및 재할 정보(기록)는 환자 개인의 기록이므로 환자의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	①	①	②	③
환자는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
환자는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
환자는 하루 일과(외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	①	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	①	①	②	③
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 환자가 스스로 결정한다.	①	①	②	③
병원에서 환자는 성인으로 자유롭게 결정할 수 있다는 설명을 듣고 그것을 보장받는다.	①	①	②	③
병원은 환자가 원하지 않는 한 사실이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	①	①	②	③
자해, 타해의 현저한 위험이 없다고 판단할 때 환자가 퇴원을 요청하면 퇴원을 할 수 있다.	①	①	②	③
병원에서 환자의 휴대전화 사용이 자유롭다.	①	①	②	③

4-1. (질문4에서 ① 에 선택 경우만 응답) 필요한 **대체 의사소통 수단**을 사용하고 있습니까?

- ① 예 [→ F 10이동] ② 아니요 [→ F 10이동]

F. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유

1. 다음은 귀하가 근무하는 병원에서 귀하의 서비스 제공 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 **동의하는 정도**를 답해 주시기 바랍니다.

고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우, 처벌로부터의 자유	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
언어·정신·신체·성적 학대 및 신체·정서적 방임으로부터 자유, 존중, 예방을 위한 적절한 조치	①	①	②	③
환자의 공격성을 사전평가 및 예방하기 위한 시스템	①	①	②	③
환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 반항하면 격리 및 강박을 취하는지	①	①	②	③
전기경련치료, 정신외과적 수술 시 환자의 사전 동의	①	①	②	③
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 존대어를 사용	①	①	②	③
치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 비폭력적 대화를 함 (예. 존중)	①	①	②	③
환자가 부당하다고 여겨지는 조치에 흥분하거나 분노할 경우 치료진(의사, 간호사, 사회복지사 등 종사자)이 대화로 진정시킴	①	①	②	③
의료진이 환자의 흥분이나 분노를 진정시키는 방법과 기술을 교육받는지	①	①	②	③

2. **인권교육**을 진행했습니까? (복수응답 가능)

- ① 종사자 교육 ② 환자 교육 ③ 진행하지 않음

3. **성인지교육/성폭력예방교육**을 진행했습니까? (복수응답 가능)

- ① 종사자 교육 ② 환자 교육 ③ 진행하지 않음

4. 본인은 **장애인 학대가 발생한 경우 반드시 신고해야 하는 신고 의무자**인 것을 알고 있습니까?

- ① 예 ② 아니요



정신장애인 인권친화적 치료환경 구축을 위한 실태조사

|인쇄일| 2022년 12월
|발행일| 2022년 12월
|발행처| 국가인권위원회
|주 소| 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동1가)
나라키움 저동빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
|전 화| 장애차별조사2과 02)2125-9985
|F A X| 02)2125-0925
|제 작| (주)두루행복한세상 (사회적·장애인기업)
|전 화| (070) 4659-0803

ISBN 978-89-6114-945-7 93390

비매품