발 간 등 록 번 호
11-1620000-000724-01

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인의 지역사회 거주 · 치료 실태조사

국가인권위원회
National Human Rights Commission of Korea

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사

2018년도 '정신장애인의 지역사회 거주·치료실태조사'의
최종보고서로 제출합니다.

2018. 10.

연구수행기관 : 예인법률사무소
책 임 연 구 원 : 권오용 (예인법률사무소 대표변호사)
공 동 연 구 원 : 오현성 (Arizona State University 사회복지학과 조교수)
김 민 (Human Resource Evaluation 연구위원)
최희승 (서울대학교 간호대학 간호학과 교수)
박인환 (인하대학교 법학전문대학원 교수)
김혜성 (강남대학교 사회복지학부 교수)
박동진 (강남대학교 한국사회복지연구소 연구교수)
보 조 연 구 원 : 이설아 (연세대학교 대학원 아동가족학과 석사)
신수민 (연세대학교 사회복지대학원 사회복지학 박사 수료)
천지향 (University of Maryland 사회복지학 박사과정)
김혜영 (연세대학교 대학원 심리학 석사)
신승희 ((사)정신장애인권연대 카미 간사)

이 보고서는 연구용역 수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

국가인권위원회
humanrights.go.kr

연구요약

1. 연구목적 및 필요성

○ 탈원화(deinstitutionalization)란 기존의 정신병원이나 정신요양원과 같은 시설중심 서비스와 달리, 지역사회중심 서비스 체계를 구축하여 지역사회에서 거주하는 정신장애인들의 비율이 증가함을 의미함. 그러나 한국의 탈원화는 아직 요원한 상태에 있음. 2015년 조현병 환자들의 병원입원 평균 기간은 OECD 평균 약 49.1일인데 반해 대한민국은 약 221일에 달하여 대략 4배가 넘는 것으로 나타남. 이외에도 선진국의 입원병상수가 1980년대 이후 감소추세에 있는 것이 일반적임에도 불구하고, 대한민국은 1990년대 중반에 약 3만개였던 병상이 2017년 현재 8만 3천개로 대폭 증가하였음.

○ 2017년 5월 30일부터 발효된 기존 「정신보건법」의 개정법인 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 「정신건강복지법」이라 함)은 개정 이전 법률과 비교해 비자의입원 요건과 절차가 대폭 강화되었음에도 불구하고, 입원해 있는 중증정신질환자들의 수는 2016년 12월 31일 대비 2018년 4월 23일 3.9%밖에 감소하지 않은 것으로 나타남.

○ 본 연구는 이처럼 국내 정신장애인의 탈원화가 지연되는 이유를 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료의 실태조사를 통해 살펴보고자 함. 연구의 목적은 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료에 관한 현황조사와 「정신건강복지법」개정 전후 변화 실태를 파악하고, 이를 통해 정신장애인의 탈원화와 지역사회 통합을 위한 정책과 제도, 서비스개선을 위한 제언을 제시하는 것임.

○ 연구목적 달성을 위해 본 연구는 대한민국의 지역사회 정신보건복지서비스 체계가 케어의 연속성(continuity of care)에 입각하여 정신장애인이 가지는 다각적(multifaceted)욕구를 충족시키는지에 초점을 둠.

○ 거주는 '인간의 삶의 공간인 거처로서 최소한의 인간다운 생활이 가능한 물리적 시설인 주택 또는 주거시설이며, 자아정체성과 사회관계의 기반이 되는 심리사회적인 공간'임. 따라서 본 연구에서 거주의 개념은 병원이나 시설을 제외한 지역사회에서 정신장애인이 이용하는 다양한 형태의 주거 공간과 이에 동반되는 심리사회적 관계의 양상을 포함하였음. 거주의 개념에 근거하여 조사 대상자들의 지역사회 내 거주 유형 및 이에 동반되는 생활실태를 파악하고, 거주 특성에 따른 가족과 이웃, 서비스기관 등의 사회관계가 어떠한 양상을 보이는지 파악하였음.

○ 치료는 회복의 관점에서 '건강에 이상이 있는 경우에 이를 회복하기 위한 다양한 노력'으로 정의함.

여기서 건강은 '단순히 질병과 기형이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적, 사회적 웰빙의 상태'를 말하며, 정신건강은 '개인이 자신의 역량을 실현하고 일상생활 스트레스에 대처하고 생산적인 업무를 수행하며 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 상태'를 의미함. 이에 따라 본 연구에서는 '정신장애인 자신에게 의미 있고, 지역사회에 기여하는 삶을 영위하기 위해 이용하는 서비스들이 회복에 미치는 영향에 주목하였음. 이에 따라 지역사회 생활에서 정신장애인의 가족과 동료, 이웃이 제공하는 지지 등과 함께, 정신의료기관과 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 지역사회에서 제공되는 정신건강치료와 케어를 포함한 사회서비스'를 치료의 범주로 정의함.

○ 이상의 연구목적과 지역사회 거주·치료의 정의 및 지역사회 통합에 근간이 되는 케어의 연속성 관점에 기초하여 문헌조사, 양적·질적 조사, 해외 및 국내의 사례연구를 진행하였음. 본 연구는 지역사회 거주와 치료에 영향을 미치는 사회적 인식 및 차별 등과 같은 사회적, 문화적, 환경적 변수들도 함께 조사하여 그 실태를 파악하였으며, 정신장애인의 탈원화 및 지역사회 재통합을 위한 관련 정책과 제도, 서비스에 대한 개선책을 제안하였음.

○ 본 연구는 기존 국내 연구에서 다뤄지지 않은 케어의 연속성 관점에 입각하여 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태를 살펴보았으므로, 정신장애인의 탈원화와 지역사회 통합을 위한 거주 및 치료의 체계를 마련하는데 기초자료로 활용될 것으로 기대됨.

2. 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료 현황

1) 정신장애인의 지역사회 거주 현황

○ 2016년 정신역학조사에 따르면, 지난 1년 동안 국내에 거주하면서 정신질환을 앓고 있는 사람들의 수는 287만 명이었으며, 일생동안 정신질환 유병률은 약 25.4%에 달함. 그럼에도 불구하고 2017년 장애인 실태조사 결과에 따르면, 시설거주를 제외한 전국에 있는 재가장애인은 2,668,411명(2014년 2,646,064명)으로 나타났으며, 이중 정신장애인은 100,069명(2014년 95,675명), 추정수 116,079명(2014년 117,428명)에 불과한 것으로 나타남. 정신질환자의 지난 1년과 앞으로의 1년 동안의 노동력을 근거하여 중증정신질환을 평가하는 미국 사회보장국의 보고에 따르면, 2016년 현재 미국 성인인구의 약 1.45%가 노등능력을 상실한 등록 정신장애인으로 판단되며, 같은 비율을 한국에 적용하면 2016년 현재 약 54만 명에 달할 것으로 추정됨. 즉, 약 54만 명의 중증정신질환 환자들이 노동능력을 상실했음에도 불구하고 약 44만 명 가까운 인구가 장애등급을 받지 못하여 각종 서비스에서 소외되고 있는 것으로 추정되어 이에 관한 연구의 필요성이 제기됨.

○ 2018년 장애인주거실태조사에 따르면, 장애인만으로 구성된 가구의 비율은 전체 장애인 가구 중 26.2%로 2009년 19.9%에 비해 5.3% 증가한 것으로 나타났음. 자립을 원하는 정신장애인은 83.7%로 나타났으며, 이들 중 자립을 위해 필요한 지원으로 주택지원 58.8%, 일자리 지원 22.4% 등을 원하는 것으로 나타났음. 장애인의 주거비 부담에 대한 응답은 41.5% 매우 부담됨, 28.7% 조금 부담됨으로 나타났으며, 이는 일반가구의 경우 매우 부담됨 29.8%, 조금 부담됨 41.9%로 나타난 것에 비해 장애인가구의 주거비 부담이 높은 것을 보여줌.

○ 2017년에 실시한 장애인실태조사 결과에 따르면, 공공임대주택에 거주하는 장애인 가구는 9.3%로 나타났으며, 이 중 정신장애인은 16.0%로 나타나 타 장애인 유형에 비해 임대주택에 거주하는 비율이 높게 나타났음. 재가장애인 중 거주 중인 집이 자가인 경우는 62.3%(2014년 58.5%)로 나타났으며, 이 중 정신장애인은 49.2%(2014년 44.0%)로 나타나 15개 장애유형 중 가장 낮은(2014년 3번째로 낮음) 자가 비율을 보였음.

○ 동일 실태조사에 따르면, 독립생활 및 지역사회의 일반주택 거주를 원하는 정신장애인들은 선호하는 생활 형태로 가족과 함께 살고 싶음 80.4%(전체 장애인 81.3%), 혼자살고 싶음 13.4%(전체 장애인 13.4%), 국가/사회로부터 일상생활지원을 받으며 6.0%(전체 장애인 4.0%)로 나타났음. 이를 통해 많은 정신장애인들이 가족과의 생활을 선호하며 일부는 독립적인 생활을 하고 싶은 욕구도 있는 것으로 나타나, 지역사회에서 살아갈 수 있도록 지원주택 제공이 필요함을 알 수 있음.

○ 2017년 장애인 실태조사에 따르면, 주거취약계층이 이용 가능한 서비스는 영구임대주택, 국민임대주택, 주거비지원 등으로 나타남. 이러한 주거복지서비스를 이용하는 정신질환자 수는 2017년 26,632명(2014년 20,614명)이며 비율은 25.7%(2014년 20.3%)로 나타났음. 영구임대주택은 대부분의 장애인들이 이용하는 주거복지사업이며, 이 사업을 이용하는 정신장애인 비율은 8.8%로 이는 전체 평균 4.4%에 비해 2배 높은 것을 알 수 있음.

○ 주거서비스에 관한 사회적 수요와 공급의 불균형 문제 또한 심각한 것으로 나타났음. 2016 국가정신건강현황 조사에 따르면, 우리나라 중증정신질환자 거주서비스는 총 174개소, 정원은 2,466명인데 반해, 정신보건서비스를 필요로 하는 인구는 16,592명으로 필요시설의 14.9%만이 주거서비스의 혜택을 받고 있는 것으로 나타남.

○ 현재 중간집, 체험홈, 주거지원센터, 단기거주시설, 지원주택 등은 수요에 비교하여 공급이 절대적으로 부족하며 민간기관에 의한 시범사업 운영 단계에 있어서, 공식적으로 지원되는 주거유형에는 입

소생활시설과 공동생활가정(구, 주거시설) 등으로 정신장애인의 지역사회 거주 선택의 폭이 매우 좁은 실정임. 따라서 주거서비스 공급이 부족한 현 상황을 해소하고, 정신장애인의 다양한 주거 선택권을 보장하기 위한 방안 마련이 필요함.

2) 정신장애인의 지역사회 치료현황

○ 우리나라에서 등록 정신장애인을 포함한 정신질환자를 대상으로 지출되는 국가재정은 2016년도 기준 정신의료기관 진료비로 연간 4조2천억 원에 달하는 반면, 정신요양시설운영비를 포함한 지역사회 서비스를 위한 재정지출은 1,890억 원에 그쳐 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 재정지원 및 서비스가 절대적으로 부족한 실정임.

○ 지역사회 치료는 주로 사립 정신의료기관의 약물처방 서비스 및 전국 각 시·군·구에 설치되어 있는 정신건강복지센터와 보건소 간 연계를 통한 방문관리사업이 시행되고 있음. 그러나 보건소, 정신건강복지센터, 치매센터 등 지역사회 치료기관 간의 원활한 협력체계 구축 및 포괄적인 건강서비스를 제공하기 위해서는 해결해야 할 과제들이 남아 있음.

첫째, 인력과 자원의 불균형으로 인해 서비스 기관 간의 연계와 의뢰 시스템이 원활하게 이루어지지 않고 있음.

둘째, 대상자 의뢰 시점과 의뢰 대상에 관한 합의가 부족함.

셋째, 방문건강관리사업 인력의 정신질환에 관한 이해와 실무경험이 부족함.

3) 정신장애인의 회복을 위한 지역사회 사회서비스 현황

(1) 정신장애인의 기초생활보장

○ 2014년 장애인실태조사 결과, 정신장애인들이 주로 이용하는 장애인복지사업은 연금, 수당, 진단 및 의료비 지원, 각종 세금감면 등으로 나타나 전체 장애인이 이용하는 서비스와 별반 다르지 않으며, 정부에서 지원하는 대부분의 장애인복지사업을 이용하길 원하는 것으로 보아 복지사업 이용에 대한 욕구가 전체 장애인들과 비슷한 것을 알 수 있음.

○ 정신장애인은 장애로 인해 직업을 가지거나 근로소득을 얻는 것에 제약이 있었으며, 그로 인해 가정을 꾸려나가는데 어려운 것으로 나타남.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 현재 정신장애인 중 56.3%가 국민기초생활보장 수급대상인 것으로 나타났으며, 15개 장애유형 전체 평균 19.5%보다 3배 정도 높게 나타나 2번째로 빈곤한 집단으로 나타남. 이를 통해 정신장애인의 절반 이상이 기초생활수급자 자격으로 국민기초생활보장에서 제공하는 복지서비스를 이용하고 있는 것을 알 수 있음. 2018년 8월 현재 기초생활수급자가 이용할 수 있는 서비스는 34가지 정도임.

(2) 정신장애인에 대한 사회서비스 종류

○ 장애인복지법에 의해 제공되는 복지사업 중 정신장애인이 이용 가능한 서비스는 제한적이며(3개의 진단군, 장애등급 또한 1-3급으로 정의됨), 개정된「정신건강복지법」에 따라 정신장애인들은 정신건강복지센터 및 정신건강증진시설에 해당되는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 등을 통해 제공되는 서비스를 주로 이용하고 있음.

○ 2011~2016년까지 정신재활시설 현황을 살펴보면, 다른 시설은 거의 증가하지 않은 반면 주거제공시설이 지속적으로 증가한 것으로 나타남. 생활시설은 가정에서 생활이 어려운 장애인들을 대상으로 주거, 생활지도, 직업재활 서비스를 제공하고 있음. 재활훈련시설은 직업재활, 독립생활, 사회적응 훈련 등 사회복귀를 위한 서비스를 제공하며 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 아동/청소년정신건강지원시설로 구분됨. 중독자 재활시설은 약물, 게임 중독에 대한 재활을 제공하고 있음. 생산품 판매시설은 정신질환자들이 생산한 물품을 판매하거나 유통하거나 지원하며, 위에 언급된 2개 이상의 시설이 결합되어 제공되는 시설을 종합시설이라 칭함.

3. 정신건강복지법 개정 전후 변화 실태 추이

1) 정신건강복지법의 주요 개정내용과 문제점

○ 개정된「정신건강복지법」은 정신질환자의 정의에 독립적으로 일상생활을 영위하는 데에 중대한 제약이 있는 경우를 추가하였음. 이는 종래 정신질환자에 대한 폭넓은 정의로 인해 경미한 증상을 보이는 정신질환자까지 강제입원이 가능하였으며, 이에 따라 기본적 인권의 침해 가능성과 정신질환자에 대한 편견(stigma)으로 지역사회에서 케어가 가능한 증상임에도 정신과 방문이나 치료를 꺼리는 문제점이 지적되었기 때문임. 그러나 이와 같은 개정 목적에 관계없이 종래에「정신보건법」등에 의해 제공되던 정신질환자에 대한 복지서비스를 제한하거나, 정신질환자에 대한 엄격한 정의로 중증정신질환자에 대한 사회적 낙인을 강화하고, 사회참여 및 복지서비스를 제공받는데 있어 정신질환자에 대한 차별과 배제의 기제(機制)로 악용될 수 있다는 우려가 제기되었음.

○ 「정신건강복지법」은 후견인 또는 부양의무자를 정신질환자의 보호의무자로 정하는 제도를 유지하였으나, 다만 그 순위를 후견인, 부양의무자 순으로 변경하였음. 그러나 정신질환자를 돌보는 것은 정신적·육체적·경제적으로 큰 부담이 되기 때문에 장기간 정신질환자 돌봄에 지친 근친의 보호의무자가 정신질환자에 대한 보호 의무를 사실상 방기하고 정신질환자와의 가족적 유대와 교류조차 단절시키는 경우가 적지 않음. 이러한 경우에 보호의무자는 정신질환자에 대한 돌봄의 부담을 회피하기 위하여 보다 쉽게 정신질환자의 비자의 입원(보호의무자의 동의에 의한 입원)에 동의할 가능성이 있음.

○ 실제 종래 「정신보건법」상 장기간의 비자의입원은 치료목적보다는 개호에 지친 가족이 정신질환자에 대한 보호와 부양의무를 방기하는 수단으로 악용되는 경우가 다수 있었음. 비자의입원절차에서 보호의무자의 동의는 정신질환자의 인권과 이익을 보호하기 위한 것이지만, 실제로는 보호의무자 자신의 정신질환자에 대한 돌봄의 부담을 덜기 위하여 행사될 가능성이 큰 만큼 비자의입원절차에서 보호의무자의 동의권 행사는 이해상충의 가능성이 높음. 따라서 보호의무자 제도 폐지 후 법·정책적 발전방향은 정신질환자나 정신장애인을 돌보는 가족을 어떻게 지원하고 그들의 부담을 덜어줄 수 있는가에 맞추어져야 함.

○ 개정된「정신건강복지법」은 동의입원이라는 새로운 입원유형을 신설하였으며(제42조), 이는 본질적으로는 정신장애인 본인의 의사에 기한 자의입원(自意入院)의 한 유형임. 종래의 의료현장에서는 환자의 임의 퇴원으로 인하여 발생할 수 있는 여러 가지 문제를 예상하여, 본인의 자의에 의하여 입원하고자 하는 경우에도 의료진이 보호의무자에 의한 입원절차(비자의입원)에 따라 입원하도록 유도하는 역설적 상황이 벌어지기도 하였음. 이러한 사정 때문에 자의입원과는 별도로 환자의 임의퇴원을 단기간 제한할 수 있는 제도의 마련이 필요하다는 주장이 있었으며(신권철, 2014), 이것을 수용하여 신설된 것이 동의입원 임.

○ 「정신건강복지법」의 제43조 제1항에 의하면, 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2명 이상이 신청한 경우로서 정신건강의학과 전문의가 필요하다고 진단한 경우에만 해당 정신질환자를 입원 등을 시킬 수 있도록 하여 입원의 실질요건이 강화되었음. 이러한 실질요건의 강화는 그동안 비자의입원의 실질적 요건이 지나치게 추상적이고 느슨하여 인권침해적 비자의입원을 제대로 통제할 수 없다는 비판을 수용한 것임.

○ 「정신건강복지법」의 제43조 제4항에 따르면, 치료목적의 입원을 위해서는 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신과 전문의(국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신과 전문의가 1명 이상 포함)의 일치된 소견이 있어야 함.

○ 서로 다른 정신과 전문의 2인의 일치된 소견을 요건으로 하는 치료목적의 입원은 최초로 입원 등을 한 날부터 3개월 이내임. 그 이후 계속입원절차는 최초 입원 3개월 이후에 첫 번째 입원기간의 연장은 3개월 이내로 할 수 있고, 그 이후 계속입원기간은 6개월 단위로 연장할 수 있음. 개정 전 계속입원의 심사가 6개월 단위로 이루어지던 것을 최초 입원 기간의 연장에 한하여 3개월로 단축한 것임.

○ 이와 관련하여 동조 제3항은 정신의료기관 등의 장은 정신과 전문의의 진단 결과 정신질환자가 제2항 각 호에 모두 해당하여 입원 등이 필요하다고 진단한 경우, 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다고 규정하였음. 그러나 서로 소속이 다른 정신과 전문의의 두 번째 진단을 요청하는 것에 대하여, 정신의료계에서는 입원한 후 2주 만에 입원 지속 여부를 심의하기 위해서는 다른 기관에 있는 정신과 전문의를 부르거나 환자와 함께 다른 병원으로 이동하는 것은 비현실적이라는 비판이 강력하게 제기되었음.

○ 개정된 「정신건강복지법」의 강제입원절차에서 가장 주목되는 것이 입원적합성심사위원회의 설치와 심사에 관한 것임. 구「정신보건법」은 정신질환자에 대한 정신병원 및 정신요양시설에서의 입원치료나 요양을 중심으로 하고 있는 반면, 정신질환자의 지역사회 복귀와 회복에 대한 지원과 서비스에는 매우 취약하다는 점이 지적되어 왔음.

○ 이러한 비판을 수용하여 「정신보건법」을 전부 개정한 「정신건강복지법」은 정신장애인 복지지원에 관한 내용을 수용하여 정신장애인의 지역사회로의 복귀와 통합을 위하여 각종 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주・치료・재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 위한 근거 규정을 신설하였음.

2) 정신건강복지법 개정 전후의 변화 실태

○ 「정신건강복지법」은 2017년 5월 30일부터 시행되었는데, 개정 전후를 비교하면 비자의 입원비율은 대폭 감소한 반면에, 2016년 12월 31일 대비 2018년 4월 28일 조사된 정신의료기관의 입원환자 수는 약 3.9%밖에 감소하지 아니하였음.

○ 본 연구의 정신장애인과 가족에 대한 설문결과도 「정신건강복지법」 시행 후 정신건강서비스 및 복지서비스가 과거보다 좋아졌다고 느끼는 응답자는 약 17%에 불과한 것으로 나타남.

○ 본 연구의 조사 결과, 정신병원에서 퇴원 이후 거주할 곳이나 일상생활 지원 및 증상관리를 위한 지역사회 서비스가 부족하며, 정신장애인과 가족에 대한 설문결과도 「정신건강복지법」 시행으로 정신건강·복지서비스가 절대 부족한 것이 비자의 입원률의 대폭 감소에도 불구하고 퇴원환자가 크게 늘지 않는 이유로 보임.

3) 장애인 등록과 장애인복지제도 개선의 필요성

○ 현 정신장애인의 장애등록은 정신질환자가 3개월 이상 약물치료를 지속하면서 1년 이상 지속적으로 진료를 받았음에도 호전의 기미가 거의 없을 정도로 진단 시점에 장애가 고착된 경우에만 정신장애인으로 판정받을 수 있도록 하고 있음. 그러나 이러한 정신장애인의 판정기준은 정신질환자가 정신장애인 등록을 하는데 있어서 어려운 제약이 되고 있음. 물론, 정신질환자들은 장애인으로 낙인이 찍히는 것이 두렵다는 사회적 편견에 의해서나 오랜 병력에도 불구하고 병이 나을 것이라는 생각을 가진 경우 등의 이유로 장애등록을 기피하는 사례도 있으나, 장애등록 판정 기준이 장애회복에 반하고 있어 문제가 제기됨.

○ 우리나라의 장애인 등록제도는 판정기준이 의학적 소견에 기초하고 있어, 장애에 대한 포괄적이고 통합적인 고려가 되지 못하는 한계를 갖고 있음. 이로 인해 정신질환을 앓고 있으며 이 때문에 다양한 차원에서 개인적 · 사회적 활동에 큰 지장이 있는 이들도 현행 장애인등록제도를 통해 등록장애인이 되는 것이 매우 어려운 상황임. 설사 등록장애인이 된다고 하더라도 장애인복지법 제15조 등에 의하여 정신장애인은 장애인복지서비스를 제공받는 것에 제약이 큼.

○ 이러한 상황에서 정신장애인이 지역사회에서 거주하면서 치료를 받고 일상생활을 영위하는 것은 안정성과 지속성 등에 있어서 큰 문제가 있음. 정신장애인 또한 다른 장애유형과 같이 장애인복지제도를 통해 지원을 받을 수 있도록 정신장애인에 대한 제약이 변경되어야 함.

4. 타국가의 정신장애인 지역사회 거주 및 치료 사례 연구

1) 미국의 관련 사례와 연구 분석

(1) 미국의 정신장애인에 대한 지역사회서비스

○ 미국에서 정신장애인에게 제공되는 서비스는 크게 3가지(위기지원서비스, 집중지역사회 치료, 주거서비스)로 나누어 볼 수 있음.

○ 위기지원서비스는 급성증상이 나타나거나 위기상황 발생 시 응급서비스나 잠시 지낼 수 있는 장소를 제공함. 모바일 위기 팀이 즉각적인 개입을 필요로 하는 경우 서비스 제공, 안전한 장소에서 당사자가 편안함을 가질 수 있도록 회복과 휴식서비스를 제공함(최대 7일 동안 숙박 제공, 개방시설 운영). 24시간 동료지원, 자기옹호 교육, 정신건강 교육, 자조 훈련, 사회적 지원 그룹, 여가활동, 의료 및 정신과 서비스 제공 혹은 연계 등의 서비스를 제공함.

○ 집중지역사회 치료(Assertive Community Treatment, ACT)는 미국 대부분의 주에서 제공되는 서비스이며, 장기입원을 방지하고 환자들의 퇴원촉진 및 위기환자서비스를 집중적으로 제공하여 만성환자가 지역사회에 거주할 수 있도록 돕는 것이 목적임. 개별화된 서비스, 시간제한이 없는 서비스 제공, 가족 및 직업재활서비스 제공, 일상에서 발생하는 문제를 최소화하고 빠른 문제해결방안을 제공함.

○ 주거지원 서비스는 정신장애인을 대상으로 주택구입 및 주거지역 개발, 임대비 지원, 임대주택 기금 운영 등을 포함하고 있음.

(2) 미국 현지 정신장애인 지역사회 서비스기관 방문조사

○ 미국 내에서 방문한 기관들은 뉴욕과 아리조나에 분포되어 있으며, 주립정신병원과 사회서비스 기관, 긴급서비스 기관, 거주서비스 기관, 교육 및 고용서비스 기관이 포함됨. 서비스 제공 주체로 구분하면 당사자 기관, 전문가 기관, 전문가와 당사자 협력 기관으로 구분할 수 있음.

○ 방문 기관들의 주요 목적은 지역사회 내 안정적인 거주와 회복이며, 이에 따라 정신보건 서비스를 필요로 하는 당사자의 평가, 퇴원 후 이용할 수 있는 서비스 탐색, 지역사회 거주 및 치료서비스 제공, 서비스 연계, 의미 있는 삶을 위한 목표 탐색, 건강한 삶 살기, 서비스 이용하기 등의 목표를 수립하여 운영되고 있음.

○ 방문한 기관들에서 제공하는 서비스들은 응급 서비스 혹은 아웃리치 서비스, 긴급 케어 센터(Urgent Psychiatric Center), 주거지원 혹은 지원주택 서비스, 고용 및 교육서비스, 브리저(Bridger) 서비스 등이 있음.

(3) 미국기관 방문에 따른 함의점

○ 지역사회에서 제공되는 제한된 서비스와 정신장애에 대한 높은 사회적 편견으로 인해 병원입원을 선택할 수밖에 없는 정신장애인에게 다양한 선택지를 제공할 수 있도록 지역사회 정책지원과 서비스 개발에 대한 지원과 관심이 필요함.

○ 지역사회 내 다양한 치료 및 거주관련 서비스들이 제공되기 위해서는 국내 중앙정부와 지방정부의 재정 부담에 대한 조정이 필요함. 특히, 미국의 의료보장제도인 국민건강보험과 의료급여가 다양한 제도적 장치를 통해 소비자의 욕구에 적합한 정신재활서비스를 생산 및 제공하는 모습은 입원서비스와 진찰 및 약 처방만으로 지역사회 케어를 하고 있는 대한민국 의료보장제도와 큰 대비를 이룸.

○ 정신장애인 당사자들을 위한 지역사회서비스 및 정책개발을 위한 연구가 다양하게 이루어져야 할 것임. 미국은 연방정부의 약물 및 정신보건서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)과 국립보건원(National Institutes of Health: NIH)이 주도하는 정신보건서비스 연구 생태계에서 다양한 근거중심실천 (evidence-based practice: EBP)가 만들어지고 이런 서비스 모델들이 현장에서 사용되어 소비자들이 효과성을 체감할 수 있도록 지원하는 것이 제도화됨.

○ 지역사회 내에서 당사자들이 원하는 서비스를 개발 및 제공하고, 다양한 전문가들의 원활한 연계와 협력을 이끌기 위해서는 다학제적 팀을 구성해 종합적인 서비스에 대한 탐색이 이뤄진 뒤 서비스를 제공해야 할 것임.

2) 이탈리아의 관련 사례와 연구 분석

○ 이탈리아의 사례에서 본다면, 새로운 법을 만들어 정책을 시행하고 추진하기 위해서 정부의 주도적인 노력이 필요하다는 것을 알 수 있음. 즉, 국가 차원에서의 강력한 의지가 새로운 개혁을 이끌어가는데 매우 중요함.

○ 정부에서 서비스 개발과 정책시행 및 확대를 용이하게 하기 위해서는 민간기관의 협조가 관건임. 이탈리아의 경우, 대부분의 정신보건 서비스 제공자들이 국가에 소속되어 있으며, 개발한 정책에 대해 가장 잘 알고 자신들이 개발한 정책을 직접적으로 시행하는 것으로 나타났음. 이를 통해서 이탈리아는 전체 건강예산의 3%만이 정신건강예산으로 지출됨에도 불구하고, 정신장애인의 탈원화와 지역사회 서비스를 모범적으로 실천하고 있음.

○ 정신장애인이 필요로 하는 정신건강 및 사회 서비스를 연계하여 통합적으로 제공할 수 있는 정책이 마련되어야 함. 이탈리아는 정신병원이 아닌 정신건강센터를 중심으로 정신의료와 함께 다양한 서비스들(예, 의식주, 고용, 교육)을 지역사회에서 받으며 생활할 수 있도록 정부가 주도적으로 정책을 이끌어가고 있음.

○ 지역사회에서 거주·치료가 효과적으로 제공될 수 있는 기반이 마련된다면, 정신장애인의 탈원화로 인한 사회적 혼란이나 위험을 피할 수 있음이 이탈리아의 정신건강센터가 범죄자를 수용함에도 지역사회에 개방적이라는 점에서 여실히 나타남.

3) 영국의 정신건강서비스 체계의 커뮤니티 케어의 등장

○ 영국의 커뮤니티 케어는 건강 및 사회서비스에 있어 내부적인 시장체제를 구성하여 서비스 구매자(또는 커미셔너)와 서비스 공급자로 그 역할을 나누었으며, 이것이 시설케어에서 커뮤니티케어로의 정책변화의 신호탄이 됨. 즉, 정신건강시스템에서 빅토리안 시대의 정신병원 또는 요양원 등의 일방적 수용시설의 문을 닫는 것을 의미하였음.

○ 커뮤니티케어의 전제하에 지역사회정신건강팀(Community Mental Health Teams, CMHTs), 집중아웃리치팀(Assertive Outreach Teams), 위기개입서비스팀이 개발되었고, 이러한 팀들의 서비스는 ①다학제적 ②지역사회 기반 ③정신과진료의 리더쉽 ④정신건강문제의 조기개입 원칙에 기반 하여 제공됨.

4) 일본의 정신장애인 복지지원체계의 변화

○ 일본에서도 패전 직후에는 정신장애인을 장애인복지시책의 대상에서 제외하고 보건의료법인 「정신위생법」에 의한 입원치료 중심의 시책을 시행하여 수용법이라는 혹독한 비판을 받았음.

○ 우즈노미야 병원 사건 등을 통해 입원치료 중심에서 지역사회 복귀를 중심으로 변경되었으며, 1993년 「장애인기본법」에서 정신장애인을 장애인복지정책의 대상인 장애인으로 규정하게 되었음. 이를 계기로 「정신위생법」이 정신장애자의 사회복귀를 고려한 「정신보건법」으로 전환되었음. 그 후 「장애자기본법」과의 정합성을 고려하여 「정신보건복지법」으로 전환하고 동법에 근거하여 사회복귀시설 등 사회복귀사업을 시행하였음.

○ 그러나 그 후 「장애자자립지원법」의 시행을 계기로 신체장애, 지적장애, 정신장애 등 3유형의 장해를 구별하지 않고 통일적인 복지서비스 대상으로 함으로써 「정신보건복지법」상의 정신장애인의

사회복귀를 위한 사회복귀시설사업은 동법에 의한 장애복지서비스 사업의 하나로 전환되었음.

○ 이를 계기로 의료 및 복지에 관한 연구와 상담 지원을 사업 내용으로 하는 정신장애인사회복귀촉진센터 외에 사회복지와 관련한 대부분의 서비스는 다른 장애인과 함께 「장애인자립생활지원법」 내지 「장애자종합지원법」에 의하여 정신장애인에 대한 차별 없이 다른 장애인과 동등하게 제공받게 되었고, 정신장애의 특성을 고려하여 그 서비스의 폭을 확대해 가는 추세에 있음.

5. 설문조사 및 면접조사

1) 양적연구의 주요결과

(1) 연구 목적 및 방법론

○ 설문조사는 면대면 조사, 우편조사, 온라인조사를 통해 2018년 9월 1일부터 10월 1일까지 당사자와 가족을 대상으로 1) 개인 일반사항, 2) 인권관련 영역, 3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역, 4) 지역사회 거주영역. 5) 독립생활영역, 6) 지역사회 재통합영역에 걸쳐 총 6가지 영역에 대한 설문이 이루어졌음.

○ 이러한 주제들을 기반으로 지역사회에 살고있는 정신장애인 당사자와 가족구성원들의 거주 및 치료 실태를 파악하고, 위의 6가지 영역의 주제들과 관련된 욕구를 탐색하는 것에 목적을 두었음.

○ 정신장애로 진단을 받았으며 장애인 등록을 한 정신장애인 당사자에게서 회수된 설문자료 중 충실하게 작성된 375부가 최종 분석되었음. 진단받은 장애는 중복응답으로 처리하였으며, 참여자들이 응답한 정신장애의 하위유형으로는 조현병, 양극성장애, 우울장애, 지적장애, 알코올/약물장애, 지적장애, 뇌전증, 치매, 불안장애로 나타났음.

○ 가족설문의 경우 문항 응답에 충실한 161부가 최종 분석되었으며, 모든 참여자들이 정신장애로 진단받고 장애인 등록을 한 정신장애인 당사자와 함께 거주하는 것으로 나타났음.

(2) 당사자 대상 실태조사 주요 연구결과

국가인권위원회
humanrights.go.kr

① 개인 일반사항

○ 당사자 설문결과, 개인 일반사항에서 당사자 설문응답자들의 최종학력은 전문대 또는 4년제 대학교인 경우가 34.9%로 가장 응답률이 높게 나타나 전반적으로 연구에 참여한 당사자들의 학력이 높은 것을 알 수 있었음.

○ 주된 보호자의 경우 어머니, 아버지, 배우자, 자녀, 형제자매 83.2%, 본인 13.6%로 나타나 본인보다는 가족이 주된 보호자인 경우가 많은 것으로 나타났음.

○ 현재 경제적 상태에 관한 응답은 '하' 59.2%이며, 기초생활수급권자 혹은 차상위 계층이라고 언급한 비율이 28.9%, 직업상태는 현재 무직 57.6%로 나타나 지역사회에서 생활하는 당사자들이 경제적 어려움을 겪고 있는 것을 알 수 있음. 특히, 근로하고 있다고 응답한 38.2%의 한 달 소득은 약 70만 원, 근로시간은 주당 15시간, 월평균 가계소득이 200만 원 이하인 경우가 70%가량인 것으로 나타나 근로시간 증가 및 일정 급여 수준을 보장받을 수 있는 일자리 마련을 위한 전략이 필요함을 알 수 있음.

○ 설문에 응답한 당사자들의 평균 나이는 44세(SD: 9.7세), 정신질환 발병 나이 평균 21세(SD: 6.4년), 유병기간 평균 22년(SD: 10.0년)으로 나타났으며, 발병 이후 현재까지 평균 5회 정도 정신병원에 입원하였고, 이 중 자의입원은 1.5회로 보고되었음. 입원 기간은 5년 미만이 전체의 70% 정도로 나타나, 여전히 자의입원비율이 낮으며 장기입원 경향이 높은 것을 알 수 있음. 입원 결정은 부모나 가족이 약 75%로 나타났으며, 퇴원 결정 또한 부모나 가족 60% 및 정신의학과 의사 20%로 나타나 당사자 자신보다 가족(보호자) 등의 외부 결정에 의한 입·퇴원율이 높은 것을 알 수 있음.

○ 「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스의 변화에 관한 질문에 50%는 과거보다 좋아졌다고 응답하였고, 40%는 과거보다 나빠졌다고 응답하였음. 법 개정 후 보건/복지서비스에 대한 변화에 대한 응답은 과거보다 나빠졌다는 응답이 40%, 과거보다 좋아졌다는 응답이 40%로 나타나 여전히 법 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스와 보건/복지서비스의 변화를 실질적으로 느끼지 못하는 경우가 과반수 가량인 것으로 나타남.

○ 입원을 지속하는 이유에 대한 응답을 살펴보면 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활하기 힘들기 때문에, 지역사회에서 재활/회복 서비스를 받을 수 없기 때문에, 증상관리가 어렵기 때문에 등 '퇴원 후에 다른 사람이나 가족의 도움 없이 살아가기가 힘들기 때문에'라고 응답한 비율이 85% 정도로 나타나 당사자들이 지역사회에 거주하기 위해 필요한 일상생활 지

원 및 재활/회복 서비스가 부족한 실정임을 알 수 있음.

② 인권관련 영역

○ 주변 사람들로부터 존중받고 있다고 응답한 비율이 60% 정도, 존중받지 못한다고 한 비율이 40%로 나타나 여전히 정신장애인 당사자들의 2/3가량이 지역사회에서 거주하면서 인권을 존중받지 못하는 상황에 있는 것으로 나타남.

○ 지역사회에 거주하며 경험한 폭력에 관한 질문에 언어/정서적 학대가 가장 응답률이 높게 나타나 정신장애인 당사자들은 주변 사람들로부터의 언어 및 정서 폭력에 쉽게 노출되고 있는 것으로 나타남.

○ 지역사회에서 도움을 준 사람은 부모, 배우자 등을 포함한 가족이 55%, 사회복지사 22% 정도로 나타나 정신장애인 당사자들은 지역사회에서 생활하며 가족의 도움을 가장 많이 받으며, 그 외에 사회복지사로부터 가장 많은 도움을 받고 있음을 알 수 있음. 반면, 지역사회 생활을 방해한 사람에 관한 문항에는 없음이 50%로 나타났지만, 그 다음으로 가족이 20%로 나타남. 이를 통해 당사자와 같이 살고 있는 가족들과 지지적 관계를 형성하는데 어려움이 있으며, 당사자 가족을 대상으로 정신장애에 대한 올바른 이해를 돕고 인식을 개선할 수 있는 교육이 필요함을 알 수 있음.

③ 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역

○ 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역에서 당사자가 생각하는 증상 안정화 기간으로 1달 미만이 약 45%로 나타났으며, 6달 이상의 경우는 응답률이 11.3%로에 그치는 것으로 나타났음.

○ 병원 퇴원 시 지역사회기관을 소개해주거나 연계해주었는가에 대한 응답은 ‘아니오’가 46%로 나타났으며, 병원퇴원계획이 필요하다고 응답한 경우는 약 90%로 나타나 병원퇴원을 위한 계획이 개발되어야 함을 알 수 있음.

○ 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용으로 약물 교육, 퇴원 후 이용 가능한 기관 및 서비스, 증상재발현 시 방문 가능한 기관에 응답자의 90%가 답하여, 당사자들 및 이들과 생활하는 가족들이 병원퇴원 후 지역사회에서 이용할 수 있는 기관에 대한 정보를 제공받지 못하고 있으며, 병원과 지역사회 기관들과 연계를 활성화 할 수 있는 대책마련이 시급한 것을 알 수 있음.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 퇴원계획이 공유되어야 하는 기관으로 정신건강복지센터, 사회/장애인복지관, 정신재활시설이 약 85%로 나타나 정신장애나 장애관련 기관과 정신병원 간 연계가 필요함을 알 수 있음.

○ 증상관리와 일상생활을 위해 필요한 서비스로 가정방문서비스, 24시간 전화핫라인, 사회복지전문가의 집중 사례관리, 병원-지역사회기관 간 정보공유 및 연계가 약 60%로 나타나 정신건강전문가가 제공하는 다양한 서비스가 정신장애인의 지역사회 생활에 필요한 것을 알 수 있음.

○ 특히, 당사자들은 동료지원가가 장애이해 교육 및 상담, 증상 및 약물관리교육, 일상생활/대인관계/적응훈련, 직업훈련/취업훈련 서비스를 제공하는 것이 필요하다고 응답하였음에도, 80% 정도의 당사자들은 동료지원가에 대해 알지 못하거나 이용한 경험이 없는 것을 나타남. 이는 당사자들의 지역사회 통합을 위해 다양한 서비스를 제공할 수 있는 정신건강전문가의 양성과 함께 동료지원가의 양성 또한 중요한 것임을 알 수 있음.

○ 당사자들의 약 85%는 자신의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용)에 대해 알고 있다고 응답하였으며, 90%의 당사자들이 급성기 증상 경험 시 필요한 지원으로 즉시 입원할 수 있는 병원서비스, 전문인력의 가정방문서비스, 긴급 전화/상담 서비스, 일주일정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스가 필요하다고 응답하였음. 이를 통해 지역사회에 거주하는 당사자들은 급성기 증상 발현시 즉각적으로 필요한 서비스(예, 병원입원, 상담)를 전문가로부터 받거나, 증상 악화를 줄이고 쉴 수 있는 장소가 필요함을 알 수 있음.

○ 당사자들에게 장애로부터의 회복정도를 묻는 문항에서 50%는 문제없이 살고 있지만, 나머지 50%는 증상에 대한 관리가 필요한 것으로 나타났음. 회복에 도움이 된 것으로 정신과 외래진료, 꾸준한 약물복용, 전문가 상담, 가족-친구의 지지가 80%정도 나타나 외래진료와 꾸준한 약물복용을 통해 증상을 낮추고, 가족과 주변사람의 지지가 정신장애로부터의 회복에 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있음.

○ 최근 1년간 치료에 대한 응답 결과, 주기적으로 정신과의사를 만나고 있으며, 지역사회 기관(보건소/정신건강복지센터/정신재활시설)에 방문하고 있는 비율이 약 80%로 나타남. 이는 당사자가 지역사회에 거주하면서 장애증상관리와 회복을 위해 꾸준한 약물복용과 지역사회 서비스 이용하고 있음을 보여줌.

○ 당사자들의 85% 정도가 정신과 의사(주치의)를 만나서 상담/치료를 받는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 서비스를 이용하면서 병원 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로

알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났음. 이는 당사자들이 거주하고 있는 지역사회에 적절한 비용으로 양질의 서비스를 제공하는 기관들이 확충되어야 하며, 정신장애에 대한 사회적 낙인 완화를 위한 노력이 필요함을 알 수 있음.

○ 80% 정도의 응답자는 여가 프로그램, 상담/치료/훈련 등 주간재활 프로그램, 구직프로그램, 친목도모 등을 목적으로 현재 지역사회 기관에 주 1회 이상 방문하여 프로그램을 이용하는 것으로 나타났음.

○ 당사자들의 85% 정도는 지역사회 기관을 이용하는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 기관 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났음. 이는 병원 이용의 어려움에 관한 당사자들의 응답과 그 내용이 일치하는 것을 알 수 있음.

④ 지역사회 거주영역

○ 지역사회 거주영역에서 당사자들의 50%는 가족들과 함께 생활해야 한다고 응답하였으며, 나머지 50%는 독립주거에서 생활해야 한다고 응답하였음.

○ 주거안정에 필요한 것으로 약 60%가 당사자는 주택임대/구입을 위한 자금지원/대출, 공공임대주택 입주 우선권 보장, 그룹홈 확대를 언급하였음.

○ 이를 종합해보면 당사자들은 가족과 함께 사는 것은 물론 일정한 나이가 되면 가족에게 지속적으로 돌봄을 받는 짐이 되기보다 스스로 독립하여 생활을 유지하고 싶은 욕구가 높으며, 병원입원이 아닌 지역사회 내 안정적인 생활을 유지할 수 있도록 주택지원이 시급함을 알 수 있음.

⑤ 독립생활영역

○ 독립생활영역에서 당사자들이 주로 하는 여가활동으로 텔레비전 보기, 컴퓨터/인터넷, 라디오 듣기, 휴식 취하기, 독서 등 집안에서 할 수 있는 활동에 대한 응답이 약 70%로 나타났으며, 여가활동에 불만족하는 경우가 45% 정도 나타남.

○ 여가활동에 불만족하는 이유로 자신의 장애로 인해 참여할 수 있는 활동이 제한, 여가정보 프로그램 부족, 같이 할 사람의 부재, 비용과 이동/거리문제가 85% 정도로 나타났음. 그리고 함께 여가활동을 하는 대상으로 혼자 40%, 가족 20%로 나타나 여가활동을 함께하는 대상이 매우 제한적임을

국가인권위원회 humanrights.go.kr

알 수 있음.

○ 이러한 응답을 종합해보면 당사자들이 집 내부보다 집 외부에서 다양하고 자유로운 여가활동을 할 수 있도록 관련 프로그램 개발과 함께 다양한 사람들과 함께 어울려 할 수 있는 여가활동 기회제공이 필요함을 알 수 있음.

○ 현재 일상생활 정도에 대한 응답으로 당사자의 과반수가 식사준비/청소, 개인위생 관리, 가사활동(청소, 집 정리), 건강관리 하기, 여가시간 보내기를 하는데 어려움이 없는 것으로 나타났지만, 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 과반수이상이 도움이 필요한 것으로 나타났음.

○ 일상생활을 도와주는 사람의 경우 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매)이 과반수이상으로 나타나 당사자들의 일상생활 지원은 가족구성원에게 집중되어 있음을 알 수 있음.

○ 거주하는 것에서부터 다양한 시설(시장/마트, 병/의원, 주민센터, 사회복지기관, 버스/지하철역)을 이용하는데 심리적 불편함은 거의 없는 것으로 나타났지만, 상대적으로 사회복지기관이나 버스/지하철역에 대한 불편함이 있는 것으로 나타났음.

○ 사회복지정보를 얻는 방법으로 스스로 찾는 경우가 70% 정도, 관련기관(복지기관, 공공기관) 담당자를 통해 얻는 경우가 25% 정도로 나타나, 당사자의 복지 관련 정보 습득은 개인의 정보력에 따라 편차가 큰 것으로 보임.

○ 사회복지서비스 이용 시 어려움에 관해 이용 가능한 프로그램이 적거나, 서비스 제공기관이 멀리 있음, 이용절차가 복잡하고, 대기기간이 길며, 비용이 비싸다는 응답이 90% 정도로 나타났음.

○ 고용/교육서비스 이용 시 어려움에 대한 응답도 사회복지 서비스 이용에서 겪는 어려움과 유사하게 나타났음. 흥미로운 것은 사회복지서비스를 이용하는데 25% 정도가 어렵다고 응답한 반면, 고용/교육서비스 이용은 45% 정도가 어렵다고 응답하여, 당사자들의 지역사회 생활을 위해 고용과 교육서비스 정보수집과 이용에 대한 전략개발과 홍보가 필요함을 알 수 있음.

⑥ 지역사회 재통합영역

○ 지역사회 재통합영역에서 경제생활 어려움에 대한 응답은 50% 이상이 돈 때문에 인간관계를 맺는

것이 힘들고, 문화/여가생활을 할 경제적 여유가 없으며, 경제적으로 어려워 집을 구할 때마다 어려움을 겪고 있고, 돈이 없어 식사를 거르곤 하며, 공과금을 내는 것이 힘들고, 필요한 치료를 제 때에 받지 못하고, 빚 때문에 생활을 유지하기 힘들며, 교육을 받지 못하고 있는 것으로 나타났음.

○ 특히, 80% 이상의 응답자들이 돈이 없어 식사를 거르고, 치료를 제 때에 받지 못하며, 빚 때문에 생활을 유지하기 힘든 것으로 나타나 당사자들의 경제적 어려움이 심각하며, 이를 위한 제도적 대책 마련이 시급한 것을 알 수 있음.

○ 삶의 만족도(10점 만점)는 어느 정도 만족하는 수준에 가까웠지만(평균 6.2, SD:2.8), 표준편차가 큰 것으로 보아 당사자들 간의 삶의 만족에 대한 차이가 높은 것을 알 수 있음. 하지만, 설문응답자의 유병기간이 평균 10년 이상인 경우가 90%인 것으로 나타나 응답자들이 어느 정도 장애에 적응하고 수용했을 가능성이 있음을 고려해서 해석해야 할 것임.

(3) 가족구성원 대상 주요 연구결과

① 개인 일반사항

○ 가족 설문결과, 개인일반사항에서 설문응답자들의 결혼유무는 미혼 14%, 86%는 결혼한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 미혼의 이유 중 30% 이상이 장애가 있는 가족을 돌봐야 한다고 응답하여, 가족구성원이 장애인 당사자를 돌봐야 하는 부담이 큰 것을 알 수 있음.

○ 응답자 중 52%는 당사자의 어머니이며, 평균 나이 60세(SD: 14.2세)로 나타났음. 현재 경제적 상태는 '하' 46%이며 기초생활수급권자 혹은 차상위 계층이라고 언급한 비율이 30%, 현재 직업상태는 무직 35%, 가사전담 20%로 나타나 설문응답자들의 과반수이상이 돈을 벌고 있지 않은 것을 알 수 있음.

○ 월평균 가계소득에 대해 응답자 중 50%가 200만 원 이하로 나타났으며, 부담되는 생활비로 보건의료비 30%로 가장 높게 나타났음(식료품비 21%, 집세 12%). 특히, 당사자의 치료/생활비/용돈에 들어가는 부담에 대한 응답을 보면 부담된다가 70%로 나타나 당사자의 생활유지를 위한 가구의 경제적 부담이 높은 것을 알 수 있음.

○ 이러한 결과들은 통해 정신장애인 당사자와 함께 살고 있는 가구에 대한 보건의료비 지원과 함께 당사자가 근로할 수 있는 환경을 조성하여 스스로 생활비를 충당할 수 있도록 하는 경제생활 및 소

득지원 정책이 필요함을 알 수 있음.

○ 설문응답자와 함께 거주하고 있는 당사자들은 발병 이후 현재까지 평균 5회 이상 정신병원에 입원하였고, 자의입원 한 경우는 1.7회로 나타났음. 입원기간은 5년 미만이 전체의 80%(5년 이상 20%)로 나타나 여전히 자의입원 비율이 낮고 장기입원 경향이 높은 것을 알 수 있음.

○ 이와 함께 입원결정은 당사자를 제외한 부모나 가족이 70% 정도, 퇴원결정 또한 당사자를 제외한 부모나 가족 60%, 정신의학과 의사 18%로 나타났음.

○ 「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스 변화로 40%는 과거보다 나빠졌다, 40%는 과거보다 좋아졌다고 응답하였음. 법 개정 후 보건/복지서비스에 대한 변화 또한 40%는 과거보다 나빠졌다, 40%는 과거보다 좋아졌다고 응답하여, 여전히 법 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스와 보건/복지서비스에 대한 변화를 실질적으로 느끼는 이들은 과반수를 넘지 못하는 것으로 나타남.

○ 법 개정 이후에도 당사자들이 입원을 지속하는 이유에 대한 응답은 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활이 힘들기 때문에, 지역사회에서는 재활/회복 서비스를 받을 수 없기 때문에, 증상관리가 어렵기 때문에 등으로 나타났음. 이와 같이 '퇴원 후에 다른 사람이나 가족의 도움 없이 살아가기가 힘들기 때문' 이라고 생각하는 당사자 가족원들의 응답이 약 95%로 나타나 당사자들이 지역사회에 거주를 위해서는 일상생활을 영위할 수 있도록 다양한 서비스가 제공되어야 하는 것을 알 수 있음.

○ 가족의 건강, 고령, 사망 등으로 당사자를 돌볼 수 없을 때 염려되는 것에 관해서는 생활비 등 소득과 주택마련이 50%, 건강관리 40%로 나타나 가족들은 혼자 남겨진 당사자의 주거와 생활 및 건강관리를 가장 걱정하는 것을 알 수 있음. 따라서 이는 정신장애인 당사자들의 경제적 자립을 위한 일자리 및 소득 안정과 안전하게 살 수 있는 주택에 대한 지원이 필요하며, 지역사회에서 당사자들이 스스로 건강관리를 할 수 있도록 하는 지원할 수 있는 관련 정책과 서비스가 필요함을 알 수 있음.

② 인권관련 영역

○ 인권관련 영역에서 지역사회에서 도움을 준 사람은 부모, 배우자 등을 포함한 가족이 60%, 사회복지사 15% 정도로 나타나, 당사자들의 지역사회 거주와 생활에는 가족들의 지원이 가장 절대적이며, 가족 이외에는 사회복지사로부터 도움을 많이 받는 것을 알 수 있음.

○ 지역사회 생활을 방해한 사람으로 ‘없음’ 50%로 나타났지만, ‘가족’이 20%로 나타나 당사자와 가족 간 관계의 문제 해소 및 당사자의 가족들을 대상으로 한 정신장애에 대한 인식과 교육이 필요함을 알 수 있음. 또한 가족원들에게 집중된 당사자 케어의 부담을 완화하고, 가족 이외에 사회복지사에게서만 도움을 받고 있는 당사자들의 좁은 사회적 지지망을 확대하기 위해서는 당사자들의 지역사회 생활에 도움을 줄 수 있는 인력의 양성과 확대가 필요함을 알 수 있음.

③ 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역

○ 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역에서 가족원이 생각하는 정신장애인 당사자의 증상안정화 기간으로 1달 미만 45%, 1달 이상 40%로 비슷하게 나타났음.

○ 병원 퇴원 시 지역사회기관을 소개해주거나 연계해주었는가에 대한 응답은 ‘아니오’가 60%로 나타났으며, 90%정도가 병원퇴원계획이 필요하다고 응답한 것으로 나타나 병원퇴원을 위한 계획이 개발되고 필수적으로 시행되어야 함을 알 수 있음.

○ 특히, 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용으로 가족원의 90%가 약물교육, 퇴원 후 이용 가능한 기관 및 서비스, 증상재발현시 방문 가능한 기관으로 응답하여, 당사자와 가족들이 병원퇴원 후 지역사회에서 이용할 수 있는 기관에 대한 정보가 없는 것은 물론 병원과 지역사회 기관들과 연계 및 이해를 높일 수 있는 기회 및 대책마련이 시급한 것을 알 수 있음.

○ 퇴원계획이 공유되어야 하는 기관으로 정신건강복지센터, 사회/장애인복지관, 정신재활시설이 85% 정도 나타나 정신장애나 장애관련 기관과 정신병원 간 연계가 필요함을 알 수 있음.

○ 증상관리와 일상생활을 위해 필요한 서비스로 가정방문서비스, 24시간 전화핫라인, 사회복지전문가의 집중 사례관리, 병원-지역사회기관 간 정보공유 및 연계가 60% 정도 나타나 정신건강전문가로부터 다양한 서비스를 필요로 하는 것을 알 수 있음.

○ 당사자의 가족원들은 동료지원가가 장애이해 교육 및 상담, 증상 및 약물관리교육, 일상생활/대인관계/적응훈련, 직업훈련/취업훈련 서비스를 제공하는 것이 필요하다고 응답하였지만, 실제로 가족원의 85%는 동료지원가에 대해 알지 못하거나 이용한 경험이 없다고 응답하였음. 이는 다양한 정신건강전문가의 양성과 함께 동료지원가의 양성 또한 중요한 것임을 알려주는 대목임.

○ 당사자 가족원의 약 90%는 당사자의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용)에 대해 알고 있

국가인권위원회 humanrights.go.kr

다고 응답하였으며, 이들은 당사자의 급성기 증상 경험시 필요한 서비스로 즉시 입원할 수 있는 병원서비스, 전문인력의 가정방문서비스, 긴급 전화/상담 서비스, 일주일정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스에 응답하였음. 이는 급성기 증상경험시 즉각적으로 필요한 서비스(병원입원, 상담)를 전문가로부터 받거나, 증상악화를 줄이고 쉴 수 있는 장소가 필요함을 알 수 있음.

○ 가족원들이 생각하는 당사자의 장애로부터의 회복 정도는 문제없이 살고 있음이 50%로 나타났지만, 나머지 50%는 증상에 대한 관리가 필요한 것으로 나타남. 이는 정신장애인 당사자가 지역사회에 거주하면서 지속적으로 정신장애를 관리하고 치료받을 수 있는 시스템이 필요함을 알 수 있음.

○ 가족원들이 생각하는 당사자의 장애회복에 도움이 된 것은 정신과 외래진료, 꾸준한 약물복용, 전문가 상담, 가족-친구의 지지가 80%정도로 나타나 외래진료와 꾸준한 약물복용을 통해 증상을 낮추고, 가족과 주변사람의 도움이 정신장애로부터 회복에 필요함을 알 수 있음.

○ 최근 1년간 치료에 대한 응답 결과, 주기적으로 정신과의사를 만나고 있으며, 지역사회 기관(보건소/정신건강복지센터/정신재활시설)에 방문하고 있는 비율이 80%정도 나타나 당사자들은 꾸준히 약물복용하며 지역사회 서비스를 이용 하고 있는 것으로 나타났음.

○ 가족의 입장에서 볼 때 당사자의 75% 정도가 정신과 의사(주치의)를 만나서 상담/치료를 받는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 당사자의 가족원들은 병원 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 시설까지의 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났음. 이를 통해 당사자들과 가족원이 거주하는 지역사회에 적절한 비용으로 이용할 수 있는 양질의 서비스를 제공하는 기관을 확충해야할 필요성이 제기됨.

○ 90% 정도의 가족원들은 여가 프로그램, 상담/치료/훈련 등 주간재활 프로그램, 구직프로그램, 친목도로 등을 목적으로 당사자가 현재 지역사회 기관에 주 1회 이상 방문하여 프로그램을 이용하고 있다고 보고함.

○ 가족원의 60% 정도는 당사자가 지역사회 복지 기관을 이용하는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 기관 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있다고 보고 하였음. 이는 가족원들이 생각하는 당사자의 병원이용 어려움과 동일한 내용으로, 지역사회에 정신장애인을 지원하는 기관들이 확충되어야 함을 의미함.

○ 당사자와 함께 거주하고 있는 가족에게 필요한 서비스로 정신장애인 대상 낮활동, 여가활동, 직업재

활이 45%로 나타났으며, 증상/약물관리와 독립주거공간제공이 각각 16%로 나타났음. 이러한 응답을 통해 당사자와 함께 생활하는 가족원들이 일과 중에 직장에 가거나, 당사자 돌봄 중에 잠시 쉬는 시간을 보낼 수 있도록 당사자를 케어하는 낮시간 프로그램을 제공하여 가족원들이 일과 중 돌봄의 부담을 완화할 수 있는 환경조성이 필요함을 알 수 있음.

④ 지역사회 거주영역

○ 지역사회 거주영역에서 당사자 가족원의 40%는 당사자와 가족이 함께 생활해야 한다고 응답하였으며, 55%는 독립주거에서 생활해야 한다고 응답하였음.

○ 주거안정에 필요한 것으로 가족원의 60% 정도는 주택임대/구입을 위한 자금지원/대출, 공공임대주택 입주 우선권 보장, 그룹홈 확대를 언급하였으며, 15%는 기초생활보장이나 장애수당 신청지원이 필요하다고 언급하였음.

○ 이를 종합해보면 가족들은 당사자와 함께 사는 것을 선호하지만, 일정한 나이가 되면 공공임대주택이나 주택임대/구입지원을 통해 정신장애인이 스스로 독립하여 생활을 유지할 수 있는 방안과 당사자의 일상생활 영위를 위한 기초생활보장이나 장애수당 등의 경제적 지원이 필요하다고 생각하는 것을 알 수 있음.

⑤ 독립생활영역

○ 독립생활영역에서 당사자의 가족원이 여가활동에 만족하지 않는 비율은 약 55%로, 여가활동에 불만족하는 이유로 당사자를 돌봐야 해서가 27%로 가장 높았으며, 비용의 부담, 정보부족, 함께 할 사람이 없거나, 장소가 멀어서 에 대한 응답이 50%로 나타났음. 특히, 가족원 자신의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없는 비율이 12%로 나타나 정신장애인과 함께 사는 가족구성원의 고령화 문제에 대한 관심이 필요함을 알 수 있음.

○ 이러한 응답을 종합해보면, 당사자의 가족원은 당사자를 돌봄으로 인해 일상영위에 필요한 충분한 소득을 위한 경제활동 및 만족스러운 여가시간을 가지지 못하고 있는 것을 알 수 있음. 따라서 가족원들에게만 집중되어 있는 당사자 케어를 완화하기 위한 제도와 지원이 필요하며, 가족원들의 당사자 돌봄 부담이 완화하는 것이 곧 정신장애인의 지역사회 거주에 도움이 될 것으로 사료됨.

○ 가족원들이 생각하는 당사자의 현재 일상생활수행 정도는 과반수 가량이 식사준비/청소, 개인위생

국가인권위원회 humanrights.go.kr

관리, 가사활동(청소, 집 정리), 건강관리 하기, 물품구매/돈 관리, 여가시간 보내기, 약물복용, 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 도움이 필요한 것으로 나타났음.

○ 70% 이상의 가족원들이 당사자들의 물품구매나 돈 관리 및 당사자들이 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 도움이 필요하다고 응답하였음. 이러한 결과는 당사자들이 간단한 일상생활은 어느 정도 스스로 수행할 수 있지만, 도구적 일상생활수행에 제한되어 있어 다른 사람의 도움이 필요한 것을 알 수 있음.

○ 가족원들은 당사자와 함께 생활하는 것에 부담을 느끼는 것으로 나타났으며, 특히 낮시간에 증상과 장애로 인해 당사자를 돌보는 것에 60%가 부담을 느낀다고 응답하였음. 또한 가족원의 과반수는 당사자의 치료비와 식사준비에 대한 부담은 물론, 집에 정신질환자가 살고 있는 것이 이웃에 알려지는 것에 대한 염려를 가지고 있는 것으로 나타났음.

○ 60% 이상 가족원이 당사자 돌봄으로 인해 자신의 신체적 건강이 나빠지고, 가족 간 갈등이 생겨 집안분위기가 좋지 않으며, 당사자와 함께 거주함으로 인해 가족이 우울과 불안을 경험하는 등 정신건강이 나빠졌다고 응답하였음.

○ 이는 당사자의 돌봄에 대한 가족의 부담이 상당한 높은 것을 의미하므로, 가족원의 돌봄 부담을 낮추고 당사자들의 독립성을 높여 가족 간의 관계회복을 위해서는 현재 신체장애인 위주로 제공되고 있는 활동보조서비스와 요양보호사 서비스(예, 식사/청소/빨래서비스)를 정신장애인 당사자가 활용할 수 있도록 지원하는 정책이 마련되어야 할 것임.

⑥ 지역사회 재통합영역

○ 지역사회 재통합영역에서 당사자 가족원의 삶의 만족도(10점 만점)는 만족하지 못하는 수준에 가까웠지만(평균 5.0, SD:2.8), 표준편차가 큰 것으로 보아 가족원에 따라 삶의 만족에 대한 개인차가 높은 것을 알 수 있음. 특히, 사회적 관계에 대한 만족이 3.1(SD: 1.9)로 나타나, 당사자 돌봄을 전적으로 전담하면서 가족원들은 기존의 사회관계가 단절되거나, 사회관계를 발전시키기 위한 기회를 충분히 가지지 못하고 있는 것으로 사료됨.

○ 따라서 정신장애관련 정책 개발 시, 정신장애인 돌봄의 책임을 전적으로 가족에게 떠넘기기보다 다양한 지원 프로그램을 개발・운영함으로써, 가족원들이 경제활동 및 개인을 위한 자유시간을 가질

수 있도록 할 필요성이 있음.

2) 질적연구의 주요 결과

(1) 당사자 개인심층인터뷰 주요 연구결과

○ 정신장애인(14명)과 미등록 중증정신질환 환자(7명)을 대상으로 개인심층인터뷰를 실시한 결과, 13개 주제(theme)와 51개 코드가 추출되었음.

○ 조현병을 진단받은 참여자들은 해당 질환을 처음 진단받는 과정에 급성기 증상을 경험하지만, 해당 증상이 조현병 때문에 생기는지 이해하지 못하고 민간요법에 의지하거나 가족이나 당사자 혼자가 증상을 해결하려고 노력하였음. 그 과정에서 상당수는 일상생활 영위가 어렵게 만드는 급성기 증상으로 인한 폭력성이나 자해행위, 과도한 음성 증상 문제들로 인하여 경찰이나 응급구조원에게 도움을 요청하는 경우가 나타났음.

○ 급성기 증상으로 인해 더 이상 지역사회에서 생활이 어려워지게 되었을 때 대부분의 연구 참여자들은 정신병원이나 종합병원 정신과에 입원하였음. 상당수의 입원이 보호자에 의한 강제입원이었는데 환자들은 퇴원을 하고 싶지만, 보호자인 가족들에 의해서 원하지 않는 입원을 지속해야 하거나 증상이 완화되지 않았음에도 퇴원하는 경우도 있었음.

○ 퇴원계획을 정신병원 퇴원 이전에 적극적으로 수립한 사례는 찾기 힘들었음. 일부 사례는 보호자 강제입원을 경험한 상태에서 보호자가 퇴원을 요구하여 즉흥적으로 퇴원이 결정되었기에, 퇴원계획 수립 및 지역사회 재적응 재활훈련이 가능하지 않을 가능성이 높았으며, 통상적으로도 정신병원에서 퇴원계획 수립이 실행되지 않고 있는 것으로 파악됨.

○ 연구참여자들에게 2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강복지법」에 관해 알고 있는지, 법 개정 이후 정신병원 입원이 줄어들고 지역사회에서 거주하는 중증정신질환 환자들의 수가 증가하였는지 질문하였을 때 상당수의 참여자들은 개정된 사실을 몰랐음.

○ 강제입원이 어려워짐에도 불구하고 정신병원 퇴원이 급격히 증가하지 않는 이유에 대해 의견을 물었음. 이 질문에 대해 일부 참여자들은 「정신건강복지법」개정이 이루어 진 뒤에 지역사회에 정신건강서비스가 특별히 늘어나지 않았고, 정신병원에서 받는 서비스가 지역사회의 서비스 보다 더 낫다면 당사자들이 병원에서 퇴원하지 않을 것이라 믿었음. 그에 더하여 일부 참여자는 병원에 강제

국가인권위원회 humanrights.go.kr

로 장기입원해야 했던 상당수의 환자들은 자의입원으로 바뀜에도 불구하고 병원에 입원하는 것이 당연하다고 믿고 있을 것이라 말함. 또 다른 장애물은 보호자에 의해 이루어지는 강제입원이 많았는데, 가족들에게 의지하는 환자들의 입장에서 보호자의 의사를 거스르는 퇴원결정을 하기 쉽지 않을 것이라고 이야기 함. 마지막으로 상당수의 환자들은 퇴원하여 지역사회에서 거주를 시도했지만 가족갈등과 일상생활의 어려움을 이미 경험하였기 때문에, 증상에 상관없이 장기입원을 할 수 있는 일부 정신병원에서는 스스로 퇴원을 거부하는 경우도 있을 것이라는 의견도 제시되었음.

○ 지역사회 정신건강서비스에 대한 평가 역시 주요한 주제로 제시되었음. 가장 우선적으로 성공적인 복약관리가 지역사회 거주의 필요조건이었으며, 케어의 연속성은 공급자들의 연계노력에 의해서 이루어졌음.

○ 질적연구 과정에서 중증정신질환 환자들과 의사들 간의 파트너십이 미약한 경우가 다수 보고되었음. 일부 환자들은 수년간 환자-의사 관계를 유지하면서 중요한 사회적 지지와 의료서비스를 받고 있었지만, 그럼에도 약에 대한 자세한 설명은 물론 약에 대한 부작용 및 약의 효과성에 대해서 환자에게 적절히 고지하지 않은 경우가 있었음.

○ 인터뷰 과정에서 참여자들은 지역사회에 성공적으로 재통합하는데 중요한 촉진요인들을 언급하였음. 먼저 환자 개인의 회복을 위한 의지가 중요한 역할을 하는 것으로 보고되었음. 반면, 지역사회에서 중증정신질환에 관한 편견과 차별에 노출되는 것은 성공적인 지역사회 거주 및 치료에 악영향을 미치는 것으로 보임.

○ 참여자들에게 가족, 친구, 당사자 동료들에게 받는 사회적 지지나 사회적 갈등에 대한 경험을 질문하였음. 어떤 관계보다 가족들이 가장 중요한 사회적 지지를 제공하였으나, 상당수의 참여자들이 가족들과 겪는 갈등이 주요한 심리적 스트레스라고 이야기하였음.

○ 인터뷰 과정에서 2018년 탈원화를 위해서 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 다양한 권고들이 제시되었음. 먼저 환자들의 일상생활수행기능 정도에 적합한 다양한 재활서비스와 심리치료과정이 만들어져야 한다고 주장하였음. 특히, 질환에 의한 장애정도에 따라 다양한 취업방식 및 주거방식이 확충되어야 한다고 주장하였음. 이런 다양한 서비스들이 잘 연계할 수 있는 서비스 체계구축 역시 중요한 것으로 언급되었음. 마지막으로 정부차원에서 중증정신질환에 대한 편견과 차별 해소를 위해 더욱 적극적인 대응이 필요하다고 주장하였음.

(2) 가족 FGI 주요 연구결과

○ 서울, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 13개 주제와 40개 코드가 추출되었음.

○ 가족들은 중증정신질환을 진단이 이루어진 순간부터 과도한 책임감을 가지고 각종 지원을 하였음. 이 과정에서 당사자에게 각종 비급여 서비스나 민간요법을 하면서 경제적 어려움을 경험하기도 함. 그러나 이런 지원에도 불구하고 급성기 증상을 경험하는 환자에게 부양을 책임지는 보호자는 위협을 당하기도 하였으며, 급성기 증상 발현 시 도움을 청할 곳이 없다고 보고하였음.

○ 가족들은 급성기 증상이 발생했을 때의 경험을 FGI에서 많이 논의하였음. 급성기 증상 발생 시 입원이 유일한 대안으로 제시되었음. 지역사회에 급성기 증상 발생 시 이용할 수 있는 서비스가 부재한 현실은 환자들의 일상생활이 급성기 증상으로 정신병원에 입원하면서 허물어져 버릴 수밖에 없는 실정임을 보여줌.

○ 강제입원에 대해 보호자들은 인권을 중요시하는 외부인들의 관점과는 다른 시각을 보여주었음. 먼저, 보호자들에게 입원은 증상완화가 목적이라기보다는 중증정신질환을 겪는 당사자를 부양하는 과정에서 경험하는 일상생활의 어려움에서 단기간동안 해방시켜주는 서비스였음. 따라서 당사자의 보호자인 가족들에게 당사자의 사회적 입원은 가족들을 위한 정신건강서비스였음. 지역사회 서비스가 부족한 상황에서 중증정신질환 환자를 부양하는 데는 상당한 스트레스가 뒤따르므로 이 같은 사회적입원이 빈번할 것으로 판단됨.

○ 상당수의 보호자들이 정신병원의 서비스에 의지하였지만 병원의 환경과 서비스에 대해서는 부정적인 의견을 제시했음. 지역사회에서 환자들이 정신질환 치료를 받을 수 있는 곳은 대부분 소규모 자영업 형태로 운영되는 정신과전문 의원이었음. 또한 효과적인 서비스를 위한 전제조건인 환자-보호자-의사간의 파트너십이 만들어지지 않은 환자들이 상당수였음.

○ 중증정신질환을 진단받은 가족들의 복약관리는 회복을 위한 가장 중요한 필요조건임. 하지만 다양한 장애물들이 복약관리 성과를 저해할 뿐만 아니라 가족들에게도 당사자의 복약관리는 주요 스트레스 요인 중 하나였음.

○ 다음 주제는 지역사회 정신건강서비스에 대한 전반적인 평가였음. 가족들은 환자들이 정신건강복지센터나 기타 정신재활시설에서 받는 서비스의 질에 대한 불평을 토로함.

○ 2017년 5월 30일에 발효된 「정신보건법」 개정법이 실행된 사실을 인지하는지 질문했더니 모든 가

족들이 개정법이 강제입원에 대한 것임을 알고 있었음. 그런데 참여자들은 강제입원을 엄격하게 한 법이 가족에게 부담스럽다는 의견을 제시하였음. 그에 더하여 강제입원 과정에 요구되는 행정서류들이 기존에 가능했던 보호자 주도의 강제입원을 어렵게 만들었다고 불만을 가지고 있었음.

○ 현재 정신장애인 등록을 위해서는 정신병증을 동반하는 질환을 치료받기 위해서 장기간 입원치료가 필요함. 그러므로 장애등급을 받는 과정에서 환자들 중 다수가 상당한 어려움을 겪고 있음. 하지만 장애등록 이후에도 정신장애등급 혜택은 환자의 지역사회 거주 및 치료를 도와주지 못하고 있으며, 기초생활수급권보다도 지원이 미흡한 상태임.

○ FGI 과정에서 상당수의 가족들이 중증정신질환에 관한 정보와 및 관련 서비스에 대한 접근성이 매우 낮음을 발견하였음.

○ 가족들과 환자들은 급성기 증상 발현 시 친척과 종교기관 동료에게 주로 도움을 받았으며, 학령기인 환자들은 학교 선생님과 친구들에게 도움을 받을 수 있었음. 그러나 지역사회에 광범위하게 퍼져있는 중증정신질환에 대한 편견과 차별이 환자와 가족들에게 미치는 영향은 부정적이었음.

○ 가족들은 2018년에 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원에 대한 권고를 부탁하였음. 환자들이 급성기 증상을 겪을 때 쉽게 도움을 받을 수 있는 공간 마련을 요구하였으며, 복약관리를 효과적으로 지원할 수 있는 서비스 구축 역시 가족원들이 주로 요구한 서비스였음. 가족들은 환자들이 경험하는 장애수준이 질환의 경중에 따라 다름에도 불구하고 다양한 욕구에 반응하지 못하는 정신건강서비스에 대한 변화 또한 요구하였음. 마지막으로 중증정신질환에 대한 일반인들의 편견과 차별을 해결하기 위한 홍보활동 역시 대안으로 제시되었음.

(3) 전문가 FGI 주요 연구결과

○ 부산, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 8개 주제와 29개 코드가 추출되었음.

○ 2017년 5월 30일에 발효된 「정신건강복지법」은 정신의료기관 및 정신재활기관의 변화를 요구하고 있음. 정신요양시설에 근무하는 연구 참여자는 비자발적 입소가 더 이상 허용되지 않는 상황에 대비하여 시급히 행정서류를 구비하기 위해 노력했음. 하지만 강제입원이 쉽지 않게 된 개정법 실시에도 불구하고 지역사회에 있는 일부 주거시설들은 오히려 신규 입소 인원이 줄었다고 보고하였음.

○ 지역사회 정신보건 서비스 공급자 간의 연계노력은 중증정신질환 환자가 지역사회에 거주하고 치료

받기 위해서 필수적이나 전문가들은 정신건강서비스 공급자 간의 서비스 연계가 여전히 어려운 상황이라고 지적하고 있음. 그에 더하여 지역사회에 적합한 서비스가 없기 때문에 급성기 증상을 보이는 환자들이 정신병원에 입원하는 것이 유일한 대안인데 이렇게 입원이 될 경우 지역사회 재통합에 큰 걸림돌이 된다고 지적함. 또한 정신병원에서 퇴원하는 환자들이 지역사회 서비스기관으로 연계되는 과정이 상당히 결여되어 있었음.

○ 케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신건강서비스 체계를 갖추기 위한 변화에 대한 의견들도 제시되었음. 참여자들은 정신재활시설 역시 의료보장제도의 지원이 필요하다고 주장함. 더불어 효율적 서비스 연계 부족과 서비스 공급자들 간의 중복된 역할이 과도한 경쟁과 서비스 전달체계의 비효율을 만들고 있다는 지적 역시 제기됨.

○ 정신건강복지센터는 지역사회 정신건강서비스 체계의 핵심위치를 차지하고 있으나, 이런 중요한 역할에도 불구하고 정신건강복지센터가 제 역할을 못한다는 지적들이 제기됨.

○ 지역사회에 거주하는 정신장애인들의 주거에 대한 의견 역시 제기됨. 증상과 장애수준에 적합한 주거시설들의 다양성이 확보되어야 함.

○ 중증정신질환 환자들이 지역사회 서비스를 이용 시 경험하는 장애물들이 언급됨. 먼저 증상과 장애수준에 따른 차별적 서비스가 부재하여 상당히 많은 환자들이 자신의 필요를 해결해주는 서비스를 찾지 못하는 경우가 발생하고 있음. 그에 더하여 노령 중증정신질환 환자들이 증가하고 있지만 이들의 상황과 욕구를 감안한 지역사회 서비스가 부족함.

○ 정신건강서비스 공급자들이 바라본 중증정신질환 환자들이 경험하는 사회적 지지와 갈등은 사회관계망이 환자의 회복에 미치는 영향을 엿볼 수 있었음. 전문가들은 보호자가 주된 의사결정을 하는 정신병원 입·퇴원 방식이 케어의 연속성을 저해하는 주요한 장애물이라고 지적함.

6. 정신장애인 지역사회 거주 · 치료를 위한 정책제언 및 입법과제

(1) 정신장애인 당사자, 가족 및 전문가들에 대한 질적 연구 및 양적 조사를 통하여 정신장애인 탈원화 및 이들의 자립생활을 통한 지역사회 통합에 아래와 같은 문제점이 발견되었으며, 이에 대한 법적·정책적 대안을 제시하였음.

○ 케어의 연속성을 담보하는 체계가 구성되지 못한 상황에서, 급성증상을 해결하는 유일한 대안이 병원 입원이 되고 있어 아래와 같은 문제점이 드러났음

- 정신장애 등급판정을 받을 때, 상당기간 정신병적 증상이 나타나고 치료를 받아야 한다는 조건으로 장애등록에 어려움이 많음.

- 지역사회 정신의료기관은 정신의학전문의 1인이 운영하는 자영업 수준의 정신의학과가 전부이며, 전문가의 부족 및 심리치료서비스에 예산 지원이 불가한 법제도로 인하여 지역사회 치료에 중요한 복약관리와 비약물적 심리치료서비스를 받는 것이 불가능한 상황임.

- 급성기 증상을 관리할 수 있는 방법으로 강제입원과 정신병원 장기입원 위주의 서비스 밖에 없는 현실은 다수의 정신장애인에게 입원 트라우마를 만들어, 급성기 증상 중 심각한 위험인 자해·타해가 발생하기 전에 자발적인 정신과진료를 받는 확률이 낮음.

- 정신건강복지센터는 지역사회 정신건강복지서비스 제공의 중심으로 중요한 기관이지만, 여러 장애물들로 정신건강복지서비스 제공은 유명무실함.

- 정신병원에서 퇴원 시 퇴원계획이 수립되지 않았고, 지역사회 정신건강서비스 및 주거지원서비스와 연결이 되지 않은 점에 대하여 미국 아리조나의 위기개입시스템에서 갖추어져 있는 서비스 연계모델을 대안으로 제시.

○ 법제도의 문제로 인하여 정신의료기관에 비해 지역사회 서비스를 주로 담당하는 정신재활서비스기관에서 사용되는 재원이 극단적으로 적음.

- 2016년 정신의료기관의 예산은 건강보험과 의료급여를 합하여 4조 2천억이었음에도 정신재활서비스기관의 예산은 2017년 현재 1890억 원에 불과하여 지역사회 정신재활서비스가 극단적으로 부족함. 지역사회 재활서비스의 양을 확대하고 서비스의 질을 높이는 것이 불가능한 현행 「의료법」, 「국민건강보험법」 및 「정신건강복지법」등 관련 제도의 개선이 필요.

○ 케어의 연속성을 보장하기 위한 서비스 제공자인 전문가 간 협력부족

- 장기입원환자의 퇴원을 위해서는 입원적정성의 심사와 함께 체계적인 퇴원, 서비스연계 시스템의 개발, 의료기관 및 지역사회 서비스 기관 전문가들의 협력이 필요함에도 절대적으로 부족한 실정임.

- 케어의 연속성을 위한 당사자 중심의 접근이 이루어지지 않음.

(2) 탈원화의 장벽은 '퇴원하고 갈 곳이 없다'는 것과 지역사회에서 '증상관리의 어려움'으로 요약될 수 있는데 이를 극복하기 위하여 아래와 같은 정책과 제도의 개선이 필요.

○ 케어의 연속성을 담보하는 위기개입 서비스시스템의 마련을 권고.

- 급성기 증상을 지역사회 내에서 완화시키기 위한 위기개입서비스 체계가 수립되어야 함. 즉 기존의 연구와 본 연구결과 공통적으로 급성기 증상에 대한 대응은 정신병원 입원이 유일한 대안으로 나타났으며, 이를 타개할 수 있는 대안으로 급성증상 발생 시 즉시 도움을 줄 수 있는 긴급전화상담서비스(hot-line)의 설치, 낮 병원 모델이나 중간집 (하프웨이하우스) 모델 서비스의 확대, 민간운영의 장기입원 위주 정신병원을 위기관리센터로 전환하여 서비스 제공, 급성증상 안정화를 위한 2-7일간 거주할 수 있는 치료모델 도입, 급성기 증상 안정화를 위해 입원 23시간 내에 집중적인 서비스를 받은 후 퇴원하도록 하고 있는 미국 아리조나의 위기개입시스템의 서비스 연계모델을 도입할 필요가 있음.

- 그러나 현실적으로 가능한 급성기 증상 완화 서비스를 제공하려면, 국립정신건강센터의 단기입원 병상이나 2차 진료서비스 제공기관인 병원과 공공의료기관의 응급실을 활용하여 급성증상안정서비스를 제공하는 것이 비용 효과적으로 현실적인 대안이 될 수 있음. 정신보건복지서비스 기관간의 연계와 협력이 부족한 현실에서 새로운 시스템의 추가적인 도입은 혼란을 야기하여 탈원화를 지연시킬 우려가 있기 때문임.

- 기존의 시스템을 활용하기 위하여 국립정신건강센터는 현재 운영 중인 단기입원 병동을 활성화하고 확대하기 위한 전략을 마련하고 정신건강복지센터의 위기 사례관리를 지원할 것을 제안. 더불어 보건복지부가 2013년부터 25개 응급의료기관을 선정하여 지원해 온 "응급실 기반 자살시도자 관리사업"을 정신과적 응급증상을 관리할 수 있는 시스템으로 확대운영하고 전담인력을 확보하는 방안도 제안.

○ 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들의 협력을 강화하기 위한 제안

- 현재 시행되고 있는 시범사업인 "병원 기반 사례관리사업(의료 기관과 지역사회 정신건강복지서비스 기관 간의 연계강화 및 사례관리)" 등 기존에 진행되어온 사업을 강화할 수 있는 방안이 필요

국가인권위원회 humanrights.go.kr

함. 광역정신건강복지센터는 퇴원환자 전담팀을 구성하여 정신의료기관의 퇴원환자 파악, 퇴원계획 수립, 지역사회 연계 등의 역할을 담당하고, 기초정신건강복지센터는 정신의료기관과 협조하여 장기입원환자를 면담하고 지역사회 자원과 서비스에 연계하는 사례관리 역할을 강화하도록 지원 필요.

- 본 연구는 정신건강복지서비스 전문가들의 협력을 높일 수 있도록 Assertive Community Treatment (지역사회집중치료사례관리)를 전문가들 간 징검다리 역할로 시행할 것을 제안. 위 프로그램은 이미 국내외 연구에서 효과성이 검증된 프로그램으로 ACT팀은 지역사회에서 회복과정에 필요한 다양한 서비스를 제공하고 기존 서비스 제공자들을 중개하며 정신장애인의 욕구를 최대한 충족시키는 것을 목적으로 운영됨.

- 우리나라 실정에 맞는 프로그램 개발 및 적용을 위하여 무작위 할당 임상시험을 통한 연구와 시범서비스 사업 필요.

○ 의료보장제도의 개혁

- 의료보장제도의 혁신 없이는 지역사회에서의 정신질환 치료와 회복을 위한 다양한 서비스 마련이 현실적으로 불가능하므로, 보건복지부가 추진하는 커뮤니티 케어가 유명무실해질 수 있음.

- 따라서 미국 및 해외 각국에서 실천하는 것처럼 정신병원의료비로 대부분 사용되고 있는 의료보험과 의료급여예산을 지역사회 비의료적 재활을 위한 정신건강복지서비스에 사용하도록 하는 의료법 마련과 제도 개선을 통한 의료보장제도 개혁이 필요.

○ 실증적으로 효과성이 검증된 당사자 중심의 다양한 접근을 도입・실행

- 지역사회에서 동료지원가 서비스와 같은 당사자 중심의 지역사회 회복서비스를 복수의 시범사업으로 실시할 필요가 있음. 이들 시범사업의 수행과 평가는 개입연구(intervention studies)에서 내적타당도(internal validity)가 높은 임상시험모델을 통하여 수행되어야 함.

○ 퇴원하는 정신장애인을 위한 지역사회 거주 프로그램 강화와 주거의 선택권 보장

- 기존의 정신재활시설의 서비스를 다양화·확대하고 지역사회의 자립생활과 서비스 지원을 연계하는 주거 프로그램을 개발하여 정신장애인의 지역사회 거주의 선택권을 보장하여야 함.

○ 가족의 케어와 사회적 지지망 형성 및 강화에 초점

- 지역사회 정신장애인 및 당사자 돌봄을 담당하는 가족의 고령화로 케어의 핵심역할을 담당하는 가족의 지지자원이 약화되고 있음. 이에 따라 당사자 가족에 대한 지원이 필요하며, 동료지원가를 통해 회복경험 공유와 가족 외 정서적 지지자원을 확보하는 것이 필요함. 즉, 동료지원가 서비스의 개발과 제도화를 통하여 정신장애인의 지역사회 통합에 중요한 사회적 지지망을 확충하고, 나아가 가족에게 전적으로 의존하고 있는 정신장애인의 지역사회 자립생활을 위한 지지기반 마련이 필요함.

○ 정신장애인 지역사회 거주와 치료를 위한 입법 개선과제

- 「정신건강복지법」의 비자의 입원절차를 실질적으로 탈원화 할 수 있는 방향으로 연결하여 지역사회 거주와 연계되도록 검토 및 개선이 필요함.

- 사설 응급입원단의 불법행위에 대한 사회구조적인 문제를 입법 및 제도개선을 통하여 해소해야 함.

- 비자의입원 절차에서 정신장애인 본인을 대면하여 조력하는 국선변호사 등 절차조력인의 도움이 제공되도록 관련 제도를 개선해야 함.

- 정신장애인의 장애등록을 현실적으로 가능케 하도록 장애인등록제도 개선과 「장애인복지법」 제15조의 폐지가 필요함.

- 지역사회에서 동료지원가 서비스와 같은 당사자 중심의 지역사회 회복서비스 제공의 기준을 마련하고 서비스를 확대하도록 제도개선.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

목 차

제1장 서론 ····· 1
제1절 연구 필요성 및 목적 ····· 1
1. 연구 필요성 ····· 1
2. 연구목적 ····· 4
제2절 국내외 선행연구 ····· 4
1. 정신장애인 정의: 정신질환 환자 및 정신장애인 비율 ····· 4
2. 정신장애인들의 지역사회에 영향을 미치는 요인 ····· 6
1) 입원경험과 지역사회 재통합 수준의 연관성 ····· 6
2) 퇴원계획과 지역사회 재통합 수준의 연관성 ····· 7
3) 주거 공간이 지역사회 재통합에 미치는 영향 ····· 10
4) 가족 사회적 지지와 지역사회 재통합에 미치는 영향 ····· 12
5) 가족 외 사회관계망과 지역사회 재통합에 미치는 영향 ····· 13
6) 정신보건 이외의 회복을 위한 다양한 사회서비스와 지역사회 재통합의 관계 ····· 15
7) 직업과 지역사회 재통합의 관계 ····· 17
제3절 연구 내용 및 방법 ····· 22
1. 연구의 내용 ····· 22
2. 연구의 범위 ····· 24
제4절 연구 결과의 활용 방안 ····· 25
1. 기대효과 ····· 25
2. 활용 방안 ····· 26

제2장 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료 현황 ····· 27
제1절 2017년 장애인실태조사에 의한 정신장애인의 일반현황 ····· 27
제2절 정신장애인의 지역사회 거주 현황 ····· 28
제3절 정신장애인의 지역사회 치료현황 ····· 34
1. 2016년 정신건강증진시설 및 지역사회 정신재활기관 현황 ····· 34
2. 지역사회 치료 및 재활프로그램 현황 ····· 37
3. 지역사회 치료와 회복을 위한 보건소의 방문관리사업의 현황 ····· 41
1) 보건소 방문건강관리사업의 현황 ····· 41
2) 보건소 방문건강관리사업의 한계와 과제 ····· 41
제4절 정신장애인의 회복을 위한 지역사회 사회서비스 현황 ····· 42
1. 정신장애인의 기초생활보장 ····· 42
2. 정신장애인에 대한 사회서비스 종류 ····· 48

제5절 정신건강법 개정 전후 변화 실태 추이 ····· 51
1. 정신보건법의 개정 경위 ····· 51
2. 개정 정신건강복지법에 대한 평가 ····· 53
1) 비자의입원절차에 대한 평가 ····· 53
2) 최근 국제적 장애인인권규범의 관점에서의 평가 ····· 55
3) 지역사회통합의 관점에서의 평가 ····· 56

제3장 정신장애인 지역사회 거주 및 치료를 위한 법제 환경 ····· 59
제1절 정신건강복지법의 주요 개정내용 및 문제점 ····· 59
1. 정신질환자 개념의 축소와 유지 ····· 59
2. 보호의무자 제도의 유지와 조정 ····· 60
3. 입원절차에 대한 개편 ····· 61
1) 동의입원유형의 신설 ····· 61
2) 보호의무자에 의한 입원절차의 개편 ····· 62
4. 복지서비스 제공의 근거규정 신설 ····· 65
1) 개정법의 개요 ····· 65
2) 입법목적 ····· 66
3) 기본이념 및 정신장애인의 권리 ····· 66
4) 국가, 지방자치단체의 책임 ····· 66
5) 장애인정책의 수립과 조사 등 ····· 67
6) 장애인 복지시설 ····· 67
7) 자립생활지원 및 복지서비스에 관한 상담과 지원 등 ····· 68
8) 정신장애인의 자립생활과 활동의 지원 ····· 69
9) 복지서비스의 다양성 ····· 69
제2절 장애인복지제도를 통한 정신장애인 거주 · 치료 지원 확대의 필요성 ····· 70
1. 현행 장애인 등록제도에서의 정신장애 관련 문제 ····· 70
2. 장애인복지법 상 정신장애 판정기준과 문제점 ····· 71
1) 현재 치료중인 상태를 확인 ····· 71
2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인 ····· 71
3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인 ····· 71
4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태의 확인 ····· 72
5) 정신장애 등급의 종합적인 판정 ····· 72
3. 장애인복지법 상 정신장애인에 대한 지원 제한 ····· 72

제4장 타국가의 정신장애인 지역사회 거주 및 치료 사례 연구 ····· 74
제1절 미국의 관련 사례와 연구 분석 ····· 74

국가인권위원회 humanrights.go.kr

1. 미국의 정신건강 환경 소개 ····· 74
2. 미국의 정신장애인에 대한 지역사회서비스 ····· 76
3. 미국 현지 정신장애인 지역사회 서비스기관 방문조사 ····· 77
1) 응급 서비스 혹은 아웃리치 서비스 ····· 77
2) 긴급 케어센터 (Urgent Psychiatric Center) ····· 77
3) 주거지원 혹은 지원주택 서비스 ····· 78
4) 고용 및 교육서비스 ····· 78
5) 브리저(Bridger) 서비스 ····· 78
4. 미국기관 방문에 따른 함의점 ····· 78
제2절 이탈리아의 관련 사례와 연구 분석 ····· 80
1. 이탈리아 정신건강 환경 소개 ····· 80
2. 이탈리아 기관 방문에 따른 간략한 내용소개 ····· 80
1) 지역사회체제로 변화를 위한 정신보건부 개혁 ····· 81
2) 사회적 협동조합 ····· 81
3. 이탈리아 기관 방문에 따른 함의점 ····· 82
제3절 영국의 정신건강서비스 체계의 커뮤니티 케어의 등장 ····· 83
제4절 일본의 정신장애인 복지지원체계 ····· 84
1. 일본의 정신장애인 복지지원체계의 변천 ····· 84
2. 정신보건복지법의 변천과 구조 ····· 85
3. 장애인총합지원법과 정신장애인 복지시책 ····· 87
4. 소결 ····· 88

제5장 설문조사 및 면접조사 ····· 89
제1절 설문조사 ····· 89
1. 당사자 및 가족구성원 설문조사 개요 ····· 89
2. 정신장애인 당사자 지역사회 거주·치료 실태조사 개요 ····· 90
3. 정신장애인 당사자 지역사회 거주·치료 실태조사 결과 ····· 90
1) 개인 일반사항 ····· 90
2) 인권 관련 영역 ····· 96
3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역 ····· 103
4) 지역사회 거주영역 ····· 115
5) 독립생활영역 ····· 117
6) 지역사회 재통합영역 ····· 126
4. 가족구성원 대상 지역사회 거주·치료 실태조사 개요 ····· 129
5. 가족구성원 대상 지역사회 거주·치료 실태조사 결과 ····· 130
1) 가족구성원 일반사항 ····· 130

2) 인권 관련 영역 ····· 134
3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역 ····· 140
4) 지역사회 거주영역 ····· 151
5) 독립생활영역 ····· 153
6) 지역사회 재통합영역 ····· 157
제2절 면접조사 ····· 161
1. 면접조사 목적 ····· 161
2. 진행 및 참여자 소개 ····· 162
3. 자료분석 ····· 164
4. 연구결과 ····· 164
1) 중증정신질환 환자 개별인터뷰 ····· 165
2) 중증정신질환 환자 가족 FGI ····· 180
3) 중증정신질환 정신건강서비스 전문가 FGI ····· 197

제6장 연구결과 요약 ····· 210
제1절 질적 연구 결과 ····· 210
1. 연구 목적 및 방법론 ····· 210
2. 당사자 개인 심층 인터뷰 연구결과 요약 ····· 211
3. 가족 FGI 연구결과 요약 ····· 214
4. 전문가 FGI 연구결과 요약 ····· 217
제2절 양적연구 결과 ····· 219
1. 연구 목적 및 방법론 ····· 219
2. 당사자 대상 실태조사 결과 요약 ····· 220
1) 개인 일반사항 ····· 220
2) 인권관련 영역 ····· 221
3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역 ····· 221
4) 지역사회 거주영역 ····· 222
5) 독립생활영역 ····· 223
6) 지역사회 재통합영역 ····· 224
3. 가족구성원 대상 실태조사 결과 요약 ····· 224
1) 개인 일반사항 ····· 224
2) 인권관련 영역 ····· 225
3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역 ····· 225
4) 지역사회 거주영역 ····· 227
5) 독립생활영역 ····· 227
6) 지역사회 재통합영역 ····· 228

국가인권위원회 humanrights.go.kr

제3절 양적 및 질적 연구 결과의 종합논의 ····· 229
1. 개인 일반사항 ····· 229
2. 인권관련 영역 ····· 230
3. 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역 ····· 231
4. 지역사회 거주영역 ····· 232
5. 독립생활영역 ····· 233
6. 지역사회 재통합영역 ····· 234

제7장 정신장애인 지역사회 거주·치료를 위한 정책제언 및 입법과제 ····· 235
제1절 대한민국 정신건강서비스 체계에 대한 진단 ····· 235
1. 케어의 연속성을 담보하는 체계의 부재와 급성증상 해결의 유일한 대안인 입원 ····· 235
2. 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들 간의 협력부족 ····· 239
3. 당사자 중심 접근에 대한 인식 미흡 ····· 240
4. 정신장애인의 탈원화를 저해하는 지역사회의 장벽들 ····· 241
제2절 케어의 연속성을 담보하는 지역정신건강서비스 체계를 만들기 위한 전제조건 ····· 242
1. 급성기 증상 발현 시 지역사회 내에서 증상완화 시킬 수 있는 위기개입서비스 수립 ····· 243
2. 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들 간의 협력을 강화하기 위한 대안 ····· 245
3. 의료보장제도 운영과정 혁신을 통하여 케어의 연속성을 회복 ····· 248
4. 실증연구에서 효과성이 검증된 다양한 당사자 중심 접근들의 도입 ····· 251
5. 퇴원하는 정신장애인들을 위한 지역사회 거주 준비 프로그램 강화 및 다양한 주거 선택권 보장 ····· 252
6. 가족과 중요한 사회적 지지망 형성 및 강화에 초점 ····· 253
제3절 정신장애인 지역사회 거주와 치료를 위한 입법 개선과제 ····· 254
1. 비자의 입원 절차상의 문제점과 개선과제 ····· 254
2. 정신장애인 복지서비스 전달체계와 장애인복지법 제15조의 폐지 ····· 255
3. 동료지원서비스의 기준마련 등 회복지원서비스 확대를 위한 제도개선 ····· 257

[참고문헌]
[부록] 질적조사 질문지(당사자용)
[부록] 질적조사 질문지(가족용)
[부록] 질적조사 질문지(전문가용)
[부록] 양적조사 설문지(당사자용)
[부록] 양적조사 설문지(가족용)
[부록] 해외사례 보고서(미국과 이탈리아 현지조사)
[부록] 국내사례 보고서(국내기관 방문조사)

표 목차

〈표 1〉 퇴원시스템에서 사용되는 도구 ····· 8
〈표 2〉 퇴원과정에 포함할 요소와 내용 ····· 9
〈표 3〉 정신장애인의 교육수준 ····· 17
〈표 4〉 정신장애인 경제활동 참가율 및 취업률 ····· 18
〈표 5〉 정신장애인의 국민기초생활보장 수급 여부 및 형태(2017년) ····· 19
〈표 6〉 장애인 의무고용 현황 ····· 20
〈표 7〉 주거복지사업 이용경험 ····· 31
〈표 8〉 주거복지사업 이용경험자 만족도 ····· 32
〈표 9〉 수단적 일상생활동작(IADL)정도 ····· 33
〈표 10〉 17개 시도 및 인구 1인당 지역사회 정신보건 예산현황 ····· 34
〈표 11〉 2016년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황 ····· 35
〈표 12〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 유형별 상근인력 현황 ····· 36
〈표 13〉 2016년 기준 정신의료기관 수 및 기관당 평균 외래환자 수 현황 ····· 37
〈표 14〉 시, 도별 재활프로그램을 운영하는 기관수 ····· 38
〈표 15〉 정신의료기관 낮병동(재활프로그램) 이용자 현황 ····· 39
〈표 16〉 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 재활프로그램 이용자 현황 ····· 40
〈표 17〉 지역사회 정신건강증진사업 등록자 현황 ····· 40
〈표 18〉 장애인복지사업 이용경험 ····· 44
〈표 19〉 저소득층 대상 기초생활수급지원 - 중앙정부 ····· 45
〈표 20〉 아동 · 노인 · 장애인 대상 생애주기별 서비스 ····· 47
〈표 21〉 2011~2016 정신재활시설 현황 ····· 49
〈표 22〉 정신재활시설의 유형 및 사업 ····· 49
〈표 23〉 실태조사 설문참여자 배분과 수 ····· 89
〈표 24〉 정신장애인 당사자 지역사회 주거-치료 실태조사 영역 및 질문항목 ····· 90
〈표 25〉 당사자 인구학적 요인 ····· 91
〈표 26〉 당사자와 함께 거주하는 사람 ····· 92
〈표 27〉 당사자 장애 관련 요인 ····· 93
〈표 28〉 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형 ····· 94
〈표 29〉 현재 취업상태 및 급여 ····· 95
〈표 30〉 여가활동 응답 ····· 96
〈표 31〉 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소 여부 ····· 96
〈표 32〉 정신병원 입원횟수 및 기간 ····· 97
〈표 33〉 정신병원 입원 및 퇴원 결정 ····· 98
〈표 34〉 법 시행 이후 생활 및 서비스 변화 ····· 99

국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 35〉 주변으로부터 존중 ····· 100
〈표 36〉 폭력 경험 유무 ····· 100
〈표 37〉 장애 회복과 지역사회 생활에 도움을 준/방해한 사람 ····· 101
〈표 38〉 집에 정신보건/복지 공무원 방문 여부 ····· 102
〈표 39〉 집에 경찰 방문 여부 및 경찰의 장애이해 정도 ····· 103
〈표 40〉 증상안정화 기간 ····· 104
〈표 41〉 퇴원 시 지역사회 생활이나 기관연계 및 소개 받은 여부 ····· 104
〈표 42〉 병원 입원 후 퇴원계획의 필요성 ····· 104
〈표 43〉 병원퇴원계획 내용 및 퇴원계획 공유대상 ····· 105
〈표 44〉 증상관리 및 일상생활을 위해 필요한 서비스 ····· 106
〈표 45〉 동료상담 서비스 경험 및 동료지원가 역할 ····· 107
〈표 46〉 자신의 장애특성 인지여부 및 급성기 증상 시 필요한 서비스 ····· 107
〈표 47〉 정신장애로부터 회복에 도움된 것 ····· 108
〈표 48〉 정신장애로부터 회복 정도 ····· 109
〈표 49〉 지난 1년 간 치료진행 정도 ····· 109
〈표 50〉 현재 주치의 만남 여부와 병의원 이용의 불편정도 ····· 110
〈표 51〉 병의원 이용 시 불편한 점과 이용하지 않는 이유 ····· 111
〈표 52〉 최근 6개월 간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 ····· 112
〈표 53〉 지역기관 이용이유 ····· 113
〈표 54〉 지역기관 이용 어려움 정도와 불편사항 ····· 114
〈표 55〉 지역기관 이용하지 않는 이유 ····· 115
〈표 56〉 현 거주지 소유형태와 소유주 및 한 달 평균 집세 ····· 116
〈표 57〉 같이 살고 싶은 사람과 주거안정에 필요한 것 ····· 117
〈표 58〉 한 달 생활비와 용돈 출처 ····· 118
〈표 59〉 6개월 간 여가활동 및 같이 하는 대상 ····· 118
〈표 60〉 여가활동 만족도와 불만족 이유 ····· 119
〈표 61〉 일상생활 기능 정도 ····· 121
〈표 62〉 일상생활을 도와주는 사람 유형 ····· 122
〈표 63〉 주변 사람들로부터 받는 일상생활 도움 정도 ····· 123
〈표 64〉 기관 및 시설이용 불편함과 서비스 정보출처 ····· 124
〈표 65〉 사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 정도 ····· 125
〈표 66〉 사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 이유 ····· 126
〈표 67〉 경제생활 어려움 정도 ····· 127
〈표 68〉 삶의 만족도 ····· 128
〈표 69〉 가족 구성원 당사자 지역사회 거주-치료 실태조사 영역 및 질문항목 ····· 129
〈표 70〉 가족구성원의 인구학적 요인 ····· 130

〈표 71〉 함께 거주하는 사람 및 당사자와 관계 ····· 131
〈표 72〉 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형 ····· 132
〈표 73〉 현재 취업상태 및 월 평균 가계소득 ····· 133
〈표 74〉 지출비용 중 가장 부담되는 항목과 비용의 부담정도 ····· 133
〈표 75〉 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소 여부 ····· 134
〈표 76〉 정신병원 입원 횟수 및 기간 ····· 135
〈표 77〉 정신병원 입원 및 퇴원 결정자 ····· 136
〈표 78〉 법 시행 이후 생활 및 서비스 변화와 입원 지속 이유 ····· 137
〈표 79〉 당사자를 더 이상 돌보지 못할 때 가장 염려되는 점 ····· 138
〈표 80〉 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람 ····· 138
〈표 81〉 집에 정신보건/보건 공무원 방문 여부 ····· 139
〈표 82〉 집에 경찰방문 여부 및 경찰의 장애이해 정도 ····· 140
〈표 83〉 증상안정화 기간 ····· 140
〈표 84〉 퇴원시 지역사회 생활이나 기관 연계 및 소개 받은 여부 ····· 141
〈표 85〉 병원 입원 후 퇴원계획의 필요성 ····· 141
〈표 86〉 병원 퇴원계획 내용 및 퇴원계획 공유대상 ····· 142
〈표 87〉 증상관리 및 일상생활 안정을 위한 서비스와 동료지원가 인식 정도 ····· 142
〈표 88〉 동료상담 서비스 경험 및 동료지원가 역할 ····· 143
〈표 89〉 당사자 장애특성 인지여부 및 급성기 증상 시 필요한 서비스 ····· 143
〈표 90〉 정신장애로부터 회복에 도움된 것 ····· 144
〈표 91〉 당사자의 정신장애로부터 회복정도 ····· 145
〈표 92〉 지난 1년 간 치료진행 정도 ····· 145
〈표 93〉 주치의 만남의 필요성과 병의원 이용의 불편정도 ····· 146
〈표 94〉 병의원 이용시 불편한 점과 이용하지 않는 이유 ····· 147
〈표 95〉 최근 6개월 간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여 여부 ··· 148
〈표 96〉 지역기관 이용 이유 ····· 149
〈표 97〉 지역기관 이용 어려움 정도와 불편사항 ····· 149
〈표 98〉 지역기관 이용하지 않는 이유 ····· 150
〈표 99〉 가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 하는 서비스 유형 ····· 151
〈표 100〉 현 거주지 소유형태와 소유주 및 한달 평균 집세 ····· 151
〈표 101〉 당사자가 같이 거주해야 할 사람 및 주거안정을 위해 강화되어야 할 정책 ····· 152
〈표 102〉 여가활동 만족도와 불만족 이유 ····· 153
〈표 103〉 일상생활 기능정도 ····· 155
〈표 104〉 일상생활을 도와주는 사람 유형 ····· 156
〈표 105〉 주변사람들로부터 받는 일상생활 도움 정도 ····· 157
〈표 106〉 사회복지, 고용, 교육 서비스 정보 습득 방법 ····· 157

국가인권위원회
humanrights.go.kr

<표 107> 지난 1년 간 가족이 느끼는 부담 정도 ····· 159
<표 108> 삶의 만족도 ····· 160
<표 109> 반구조화된 인터뷰를 통하여 질문된 개념들과 면접대상 ····· 161
<표 110> 정신장애인 당사자 개별인터뷰 참여자 정보 ····· 163
<표 111> 가족 FGI 참여자 정보. ····· 163
<표 112> 전문가 FGI 참여자 정보 ····· 164
<표 113> 애리조나주 서비스 분류 ····· 250

그림 목차

[그림 1] 조현병 환자들의 병원 입원 평균기간(일) 2015년 기준 (OECD Statistics, August 2018) ····· 1
[그림 2] 2016년 12월 31일 대비 정신의료기관 입원환자 현황 ····· 3
[그림 3] 정신질환 환자 및 정신장애인 비율 ····· 5
[그림 4] 장애인 의무고용률 추이 ····· 20
[그림 5] 케어의 연속성 (Continuity of Care)을 담보하는 지역사회 중심 정신보건서비스 체계 구성도 ····· 22
[그림 6] 정신장애인의 성공적인 지역사회 재통합 관련 요인들의 실태조사 분석틀 ····· 23
[그림 7] 중증정신질환 환자들의 케어의 연속성 (continuity of care)의 구성도 ····· 236
[그림 8] 중증정신질환 환자들의 케어의 연속성이 파편화 (fragmented)되었을 경우 구성도 ····· 237
[그림 9] Assertive Community Treatment 미국 뉴욕주 활동내역 ····· 247
[그림 10] Asservice Community Treatment 인력구성 (New York City 2008년 가이드라인) ····· 248

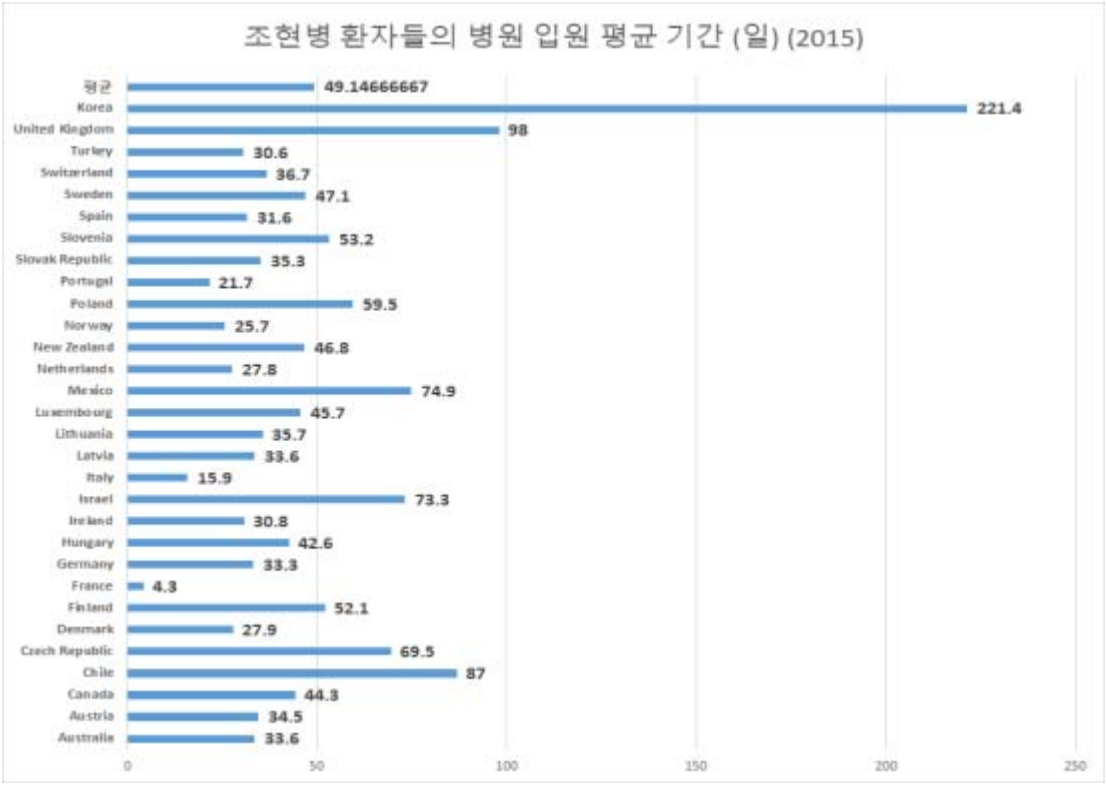
국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

1. 연구 필요성

정신장애인들에 대하여 정신병원이나 정신요양원과 같은 정신건강시설에 장기간 입원 또는 입소시켜 케어를 제공하는 시설중심 서비스를 탈피하여 지역사회에 거주와 치료를 비롯한 지역사회중심 서비스 체계를 구축하여 지역사회에서 거주하며 지역사회서비스를 이용하는 정신장애인의 비율이 증가함을 탈원화(deinstitutionalization)라고 부른다. 각종 통계수치들은 한국사회에서 탈원화가 아직 요원한 현실을 보여준다. OECD(Organization for Economic Co-operation and Development)에서 조사된 정신장애인의 탈원화를 보여주는 각종 지표들을 살펴보면 대한민국이 유별나게 시설중심 서비스를 제공하고 있음을 알 수 있다(OECD Online Statistics, 2018). 2015년 OECD에서 각 국가의 조현병 환자 병원입원 평균 기간을 조사한 결과, 대한민국에서 조현병 환자의 병원입원 평균 기간은 약 221일에 달하는 것으로 보고되었다. 이는 OECD 가입국들의 평균 입원 기간인 49.1일에 비해 약 4배가 넘는 수치이다[그림 1].



[그림 1] 조현병 환자들의 병원 입원 평균기간(일) 2015년 기준 (OECD Statistics, August 2018)

다른 OECD 가입 국가들 간에도 조현병 환자의 입원 기간은 큰 격차가 존재하지만, 대한민국의 장기 입원 기간은 월등히 긴 것으로 나타났다. 프랑스의 경우 조현병 환자 평균입원기간이 약 4일, 비교적 소득수준이 높지 않은 터키의 경우 약 31일에 불과하였으며, 영국의 경우 비교적 입원기간이 길어 98일로 나타났으나 이는 한국의 장기입원 기간에는 미치지 못하는 수치이다.

지난 2014년, OECD에서 발간한 Making mental health count는 대한민국의 정신장애인 탈원화를 저지하는 요인을 크게 세 가지로 보고하였다. 첫째, 과도하게 많은 정신보건예산이 병원 입원치료에 사용되고 있다. 분석에 사용된 2010년과 2011년 자료에 따르면, 독일과 네덜란드에서는 각각 정신건강서비스 총 예산의 33%와 45.5%를 입원서비스를 제공하는 병원에서 사용하는 반면, 한국에서는 66.4%의 정신보건서비스 예산을 병원에서 사용하고 있다. 더불어 다른 선진국들의 경우, 1980년대 이후 입원병상수가 줄어들고 있는 추세임에도 불구하고 대한민국은 OECD 국가 중 유일하게 병상수가 증가하고 있다. 한국의 병상 수는 1990년대 중반에 약 3만개였으나, 2017년에는 8만 3천개로 대폭 증가하였다(보건복지부 & 국립정신건강센터, 2017).

이와 같은 한국의 과도한 시설중심 정신건강서비스 현황에 때문에, OECD에서는 대한민국 정부에게 정신건강시스템을 시설중심의 치료에서 지역사회 정신보건사업으로 전환하고 정신장애인의 탈원화를 이행할 것을 권고하였다.(보건복지부, 중앙정신건강지원단, 2012. 12.). 유엔장애인권리위원회 역시 대한민국 국가보고서 심의 후 최종 견해(2014. 10.)에서 사전 동의 없이 이루어지는 입원의 비율이 높다는 점을 지적하고, 당사자의 사전 동의에 근거하여 정신보건서비스 제공하도록 조치를 취할 것을 권고하였다.

2017년 5월 30일부터 발효된 기존 「정신보건법」의 개정법인 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 「정신건강복지법」)」은 탈원화를 향한 중요한 대한민국 정부의 첫걸음이다. 개정 이전 법률과 비교해 비자의입원 요건과 절차가 대폭 강화되어, 종전에는 “치료의 필요성 또는 위험성”을 이유로 비자의 입원이 가능하였으나 개정법에는 “치료의 필요성과 위험성”을 동시에 만족하여야만 비자의입원이 가능하게 되었다. 기존에 정신의학과 의사 1인의 진단으로 비자의입원이 가능하였던 사항도 2인의 다른 정신의학과 의사의 진단이 있어야 하며, 사전 진단을 위한 입원기간 도입 및 입원적합성심사위원회의 심사제도 등이 추가되었다. 또한 「정신건강복지법」 제37조는 정신장애인의 “지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원”에 관한 국가의 의무를 규정하여, 그간 사회에서 소외·배제되었던 정신장애인들의 지역사회 거주·치료의 중요성을 강조하고 있다. 이와 같은 개정법의 시행이 공표됨에 따라 대한신경의학회는 「정신건강복지법」이 시행되고 엄격히 집행된다면, 강제입원 된 환자 중 12,000~19,000명이 퇴원될 것이라 예측하였다(권준수, 2017).



[그림 2] 2016년 12월 31일 대비 정신의료기관 입원환자 현황

「정신건강복지법」시행 이후, 1년이 지난 시점에서 탈원화에 주력할 것이 공식적으로 공표되었으나 여전히 개정법 시행이후 빛과 그림자가 존재한다. 빛은 비자의입원이 현격하게 줄었다는 것이다. 법 시행 이정인 2016년 조사 결과, 비자의 입원율은 약 61.6%로였으나 법이 개정되고 난 뒤인 2018년 4월 23에는 비자의 입원율이 37.1%로 줄어들었다(보건복지부, 국립정신건강센터, 2017). 이는 2016년에는 6개월 동안 비자의입원 뒤 기초정신보건심판위원회에 퇴원청구를 하는 71,781명의 환자 중 퇴원한 환자가 약 3.4%뿐 이었던 현실에 비해 비약적인 변화로 볼 수 있다(보건복지부, 2018; 보건복지부, 국립정신건강센터, 2017). 그러나 대한신경의학회의 예상과는 달리 이미 장기입원 중이던 중증정신질환자들의 입원율은 소폭 감소한 것으로 나타났다[그림 2]. 보건복지부(2018)의 최근 자료에 따르면, 「정신보건법」이 개정되기 이전인 2016년 12월 31일 대비 정신의료기관에 입원해 있는 환자수가 2018년 4월 23일에 약 3.8% 감소한 것으로 보고되었다. 개정법이 시행되기 한 달 전인 2017년 4월 30일에 이미 2016년 대비 3.2%가 줄어들었는데 그 뒤로 병상수가 거의 변화하지 않은 것이다. 이와 같은 현상은 개정법이 시설중심 중증정신질환 환자 치료방식을 지역사회 중심으로 변화시키는데 근본적인 영향을 미치지 못했음을 보여준다.

이와 같은 통계들을 통해 지역사회 정신보건기관 (정신요양원 제외)의 서비스를 위해서 사용되고 있는 1890억원에 달하는 비용이(보건복지부 & 국립정신건강센터, 2017) 과연 효과적인 지역사회 서비스로 연결되고 있는지 살펴봐야 할 필요성이 제기된다. 이에 본 연구에서는 지역사회 치료 및 거주 실태 조사를 통해 개정된 「정신건강복지법」의 시행에도 불구하고 시설중심케어에서 벗어나지 못하고 있는 현 실태를 살펴보고자 한다. 또한 실태 조사를 자료를 토대로 정신장애인의 탈원화와 지역사회 통합을 가능케 하기 위한 증거기반의 정책과 지역사회 거주·치료서비스에 대한 개선방안을 권고 사항으로 제시하려 한다.

2. 연구목적

첫째, 본 연구는 중증정신질환 환자 중 보건복지부에 의하여 장애등급을 부여받은 정신장애인을 대상으로 장기입원이나 시설생활을 마치고 성공적으로 지역사회와 재통합하는 과정에 영향을 미치는 거주 및 치료와 관련한 요인들의 실태를 파악함을 목표한다. 면접조사와 양적조사를 통하여 각 지역별 실태를 파악하고 비교분석하고 관계 법령 및 타 국가 사례를 검토하여 개선방안 및 정책과 입법적 대안을 마련하여 지역사회 통합 방안을 강구하고자 한다. 정신장애인이 본 연구의 모집단 (population of interest)임에도 불구하고 여러 이유로 인하여 정신장애인으로 등록되지 않은 중증정신질환 환자들 역시 본 연구에 일부 참여하였다.

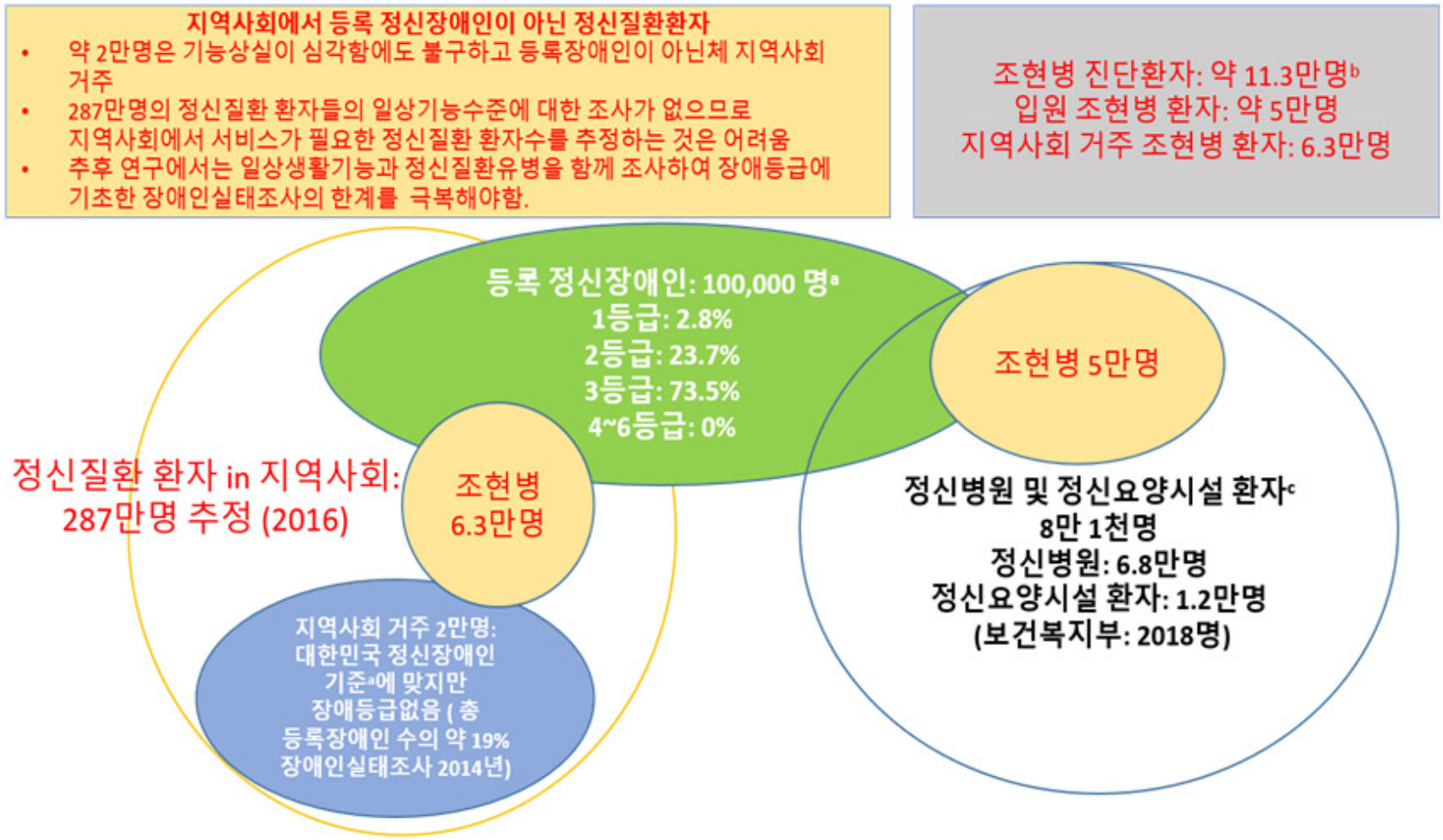
둘째, 실태조사와 법제도분석, 해외의 선진사례에 대한 관련 연구를 통하여 정신의료기관과 정신요양원 등 시설수용 중심의 기존 정신건강시스템을 인권이 보호되고 지역사회에 성공적으로 재통합할 수 있는 새로운 정신건강시스템으로 개선하기 위한 방안들을 제시한다. 이를 통해 국가적으로 장애인권리협약에 보장된 정신장애인의 권리로서 탈원화 및 지역사회통합이 실현되고, 동시에 유엔의 권고를 실효적으로 이행하게 되는 것이 본 연구의 궁극적 목적이다.

제2절 국내외 선행연구

1. 정신장애인 정의: 정신질환 환자 및 정신장애인 비율

지난 1년 동안 어떤 정신질환을 앓고 있는 대한민국 내에 위치한 지역사회에 거주하는 사람들의 수는 287만명에 달하는 것으로 2016년 정신역학조사에서 추정되었고 정신질환 평생유병률은 약 25.4%에 달하는 것으로 밝혀졌다(홍진표 외, 2016). 그러나 보건복지부로부터 공식적으로 장애등급을 인정받은 사람들은 2017년 현재 약 11.1만명에 불과하다. 1년 유병률을 고려할 때 287만명에 달하는 정신질환 환자들 중 약 3.48%만이 등록장애인으로 되는 것이다. 2017년에 이루어진 장애인 실태조사는 이렇게 낮은 비율의 등록정신장애인에 대한 힌트를 제시한다(김성희 외, 2018). 2017년 장애인 실태조사에서는 정신장애인으로 인정되기 위해서는 해당 환자가 국제질병분류표 ICD-10의 진단코드 중 F20 (조현병), F25 (분열형 정동장애), F31 (양극성 정동장애) 및 F33 (반복성 우울장애)을 과거에 받음과 동시에 장애판전 이전 1년간 지속적으로 해당 질환 치료를 받아야 한다. 그 결과 2017년 장애인 실태조사의 경우에 지역사회에 거주하는 약 1만명 (2017년 등록정신장애인 수의 약 10%)만이 미등록 정신장애인으로 밝혀졌다.

다음 쪽에 있는 [그림 3]은 등록 정신장애인으로 추정되는 10만 명은 지역사회에 거주하고 있는 정신질환 환자 및 중증정신질환 환자들 중 일부에 지나지 않음을 보여준다.



A: 등록장애인 수 (2016년 현재); 등급별 비율: 2014년 장애인 실태조사:국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 지침에 따라 ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복 성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 한다. 정신장애 판정을 받기 위 해서는 장애판정 직전 1년간 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력을 제출 하여야 한다. 이러한 정신장애의 정의는 2011년 실태조사에서의 정의와 동일하게 사용되었다.
B: 2016년 정신질환실태조사
C: 보건복지구 2018년 4월 보도자료.

[그림 3] 정신질환 환자 및 정신장애인 비율

humanrights.go.kr
국가인권위원회

이러한 현황에도 불구하고 본 연구는 등록된 정신장애인을 모집단으로 선택하였다. 한국 사회에서 등록 정신장애인 집단이 시설중심 서비스에 노출되어 있는 중증정신질환 환자들을 가장 잘 대표하고 있기 때문이다. 그럼에도 불구하고 이러한 모집단 선택이 지역사회 정신건강 서비스를 받고 있거나 받아야 하는 상당수의 중증정신질환 환자들을 연구에서 배제할 위험이 있다. 특히, 사회기능은 상실했지만 조현병과 같이 정신병 증상(psychotic symptoms)이 없는 우울증, 공황장애, 또는 외상후스트레스장애(PTSD)를 진단받은 중증질환환자들이 장애인으로 등록하지 않았을 가능성이 상당히 높다. 중증정신질환자들은 정신장애인 등록이 노동능력 보다는 특정 진단과 치료 경험에 초점을 두고 있기에 질환으로 인해 취업이 불가해 생계가 어려움에도 불구하고 장애인등급제를 기준으로 결정되는 각종 서비스와 혜택으로부터 제외되고 있다. 미국에서 주거급여와 생계급여를 지원받는 정신장애인을 선발하는 사회보장국 (social security administration: SSA)의 경우, 장애연금 (SSDI: Social Security Disability Income)과 저소득층 생계급여 (SSI: Supplement security Income)를 받기 위해서는 과거 1년 또는 미래 1년 동안 2009년 기준 1달에 980달러 이상을 벌 수 있는 노동을 할 수 있는지를 평가하여 이를 달성하지 못할 경우에 생계급여 및 서비스를 제공해왔다 (Brandt et al., 2011). 노동역량을 기준으로 정부지원 여부를 평가할 결과 2016년에 정신장애인 218만 명 중 136만 명 (62.4%)이 정동장애(mood disorder)를 진단받았고 저소득층 생계급여를 받는 정신장애인은 80.7만 명에 달했다 (Social Security Administration, 2017a; 2017b). 조현병은 대한민국 등록정신장애인이 겪는 정신질환 중 대다수를 차지하지만 조현병을 앓는 정신장애인의 비율은 SSDI의 경우 48.7만 명(22.4%), SSI의 경우 42.6만 명 (29.5%)에 불과하였다.

미국은 정신장애로 인하여 사회보장국에서 소득지원을 받는 정신자애인 수가 총 362.3만 명에 달하며 이는 2016년 미국 성인인구 2억 4948.5만 명 중 약 1.45%의 비율이다(Social Security Administration, 2017a; 2017b). 미국 사회보장국이 사용하는 규정을 사용하여 대한민국의 정신질환 유병률이 비슷하다고 추정할 경우, 2016년 현재 15세 이상 생산가능 가능인구인 3744.4만 명 중 1.45%인 54.29만 명이 정신장애인 등록이 가능할 것으로 사료된다. 이 추정치에 따르면, 전체 정신장애인 등록 가능 인구 중 약 5.5%인 10만 명만이 현재 등록장애인이며, 약 44.29만명의 중증정신질환 환자들은 노동능력을 상실했음에도 불구하고 장애등급을 받지 못하여 각종 서비스와 지원 대상에서 배제되어 있을 것으로 추정된다.

2. 정신장애인들의 지역사회에 영향을 미치는 요인

1) 입원경험과 지역사회 재통합 수준의 연관성

국가별 조현병 환자들의 병원 입원 평균기간에 관한 OECD 건강통계 (Health Satistics) (2018)에 따르면, OECD 국가 조현병 환자들의 평균 입원기간이 49.1일인 반면, 한국의 평균 입원기간은 221.4일이었다. 그러나 정신질환자들의 인권 보장과 탈원화를 통한 삶의 질 증진을 표방하여 전면 개정된 정신건강복지법이 시행된 지 1년이 지난 이 시점에도 한국에서 정신질환자의 장기입원은 여전히 사회적 문제가 되고

국가인권위원회
humanrights.go.kr

있다.

정신질환자의 급성증상을 중재하고 환자의 안전과 예후를 증진하기 위해 일정 기간 동안의 입원치료는 불가피 하지만, 불필요한 장기입원은 환자 본인 뿐 아니라 사회에 다양한 문제를 야기한다. 장기입원은 환자의 입원치료 의존성 증가, 대처기능 상실, 대인관계 단절, 주거지나 직장의 상실을 초래하여 결국 환자의 사회활동의 복귀와 지역사회 재통합을 저해시킨다(National Institute for Health and Care Excellence [NICE] guideline, 2016; Loch, 2014). 병원이나 시설에 장기간 입원하여 사회로부터 격리되어 있는 동안 독립성과 책임감을 박탈당해 온 정신질환자들은 지역사회로 복귀한 이후에도 '바깥세상의 삶'을 온전히 영위하지 못하는 상태인 Institutional syndrome을 경험하기도 한다(Johnson & Rodes, 2007). 그 결과 이들은 개념혼란, 환각, 혼미, 정신과적 급성 증상을 경험하는 등 정신과 질환에 더욱 취약해지게 된다(Leite & Schmid, 2004). 또한, 퇴원 후 뒤따르는 사회적 낙인은 결국 환자들의 회복의지와 기능상실을 초래할 수 있다(Loch, 2014).

정신질환자의 장기입원이 필요성과 정당성을 주장해 온 전문가들은 환자와 사회의 안전과 재발예방을 장기입원의 근거로 내세워왔다. 장기입원과 단기 입원(28일 이내)의 예후를 비교한 코크란 데이타베이스 최근 리뷰에 따르면(Babalola, Gormez, Alwan, Johnstone, & Sampson, 2014), 장기입원 그룹과 단기입원 그룹 간에 재입원, 정신건강 상태, loss-to-follow, 사망 등 결과 측면에서 유의미한 차이가 없었다. 그러나 장기 입원한 환자들에 비해, 단기 입원 환자들은 퇴원계획에 따라 퇴원을 준비하고 퇴원 후 일자리를 찾을 가능성이 높았던 것으로 나타났다.

24개의 관련 문헌 분석을 바탕으로 한 보고에 따르면(McMaster health forum, 2016), 장기 입원을 야기한 요인들로는 정신 질환자들을 위한 지역사회 내 고용 및 거주 시설의 부족, 사회 적응이 어려운 정신질환자들의 특징(예, 폭력성, 복합적인 신체적, 사회적 이슈), 병원에서 지역사회로의 전환을 돕는 병원 지원의 부족 등 이었다. 반면, 장기입원을 줄이고 정신 장애인들의 지역사회 재통합을 촉진하기 위해 필요한 요소들은 다학제 전문가들로 구성된 팀에 의한 퇴원 후 Follow-Up과 모니터링, Assertive Community Treatment(ACT), 집중적인 사례관리, 필요 시 재입원을 가능케 하는 지역사회와 경찰시스템, 지역사회 재통합 과정 중 가족과 동료의 적극적인 참여, 지역사회 내 고용 및 주거시설의 확충 등 이었다. 또한, 단기 혹은 응급 병상. 낮 병원, Intensive Home Treatment, 자조 그룹, 그리고 지역사회와의 연계를 촉진하는 체계적이고 지지적인 병원의 퇴원 시스템 역시 중요한 역할을 하고 있는 것으로 보고 되었다.

2) 퇴원계획과 지역사회 재통합 수준의 연관성

정신질환자, 특히 만성정신질환자의 경우, 치료 중단으로 인한 재발과 재입원이 가장 큰 문제가 되는데, 퇴원 후 30일 이내에 추후 외래치료를 받은 환자는 42~49%에 그쳤으며(Smith et al., 2017), 퇴원 환자의 50%가 1년 이내 재입원 하였다(Viggiano, Pincus, & Crystal, 2012, 재인용). 재발과 재입원을 초래

하는 주요 원인 중 하나는 치료의 지속성을 저해하는, 준비되지 않은 퇴원이었다(Vigod et al., 2014).

영국에서 정신질환자들 1,200여명을 대상으로 시행한 연구에서 38%의 환자들이 자신의 예상보다 퇴원이 빨랐다고 보고했는데, 이는 입원 기간 자체의 부족이 아닌 준비되지 않은 퇴원 과정과 지역사회서비스로의 연계부족으로 인한 것이었다. 계획되지 않은 퇴원, 혹은 지속적인 치료와 지역사회서비스로의 연계가 이루어지지 않은 퇴원은 환자의 불안을 증가시키고, 적절한 치료와 추후 지원이 결여된 지역사회에 환자를 방치하는 결과를 낳는다(NICE guideline, 2016). 퇴원 후 환자의 예후와 지역사회 재통합의 성공여부를 결정하는 중요한 요소는 입원기간보다는 추후 지역사회에서의 치료와 삶을 영위할 수 있도록 준비 시켜주는 퇴원 시스템이다.

<표 1> 퇴원시스템에서 사용되는 도구

Mount Sinai Discharge Planning Inventory (마운트 사이나이 퇴원계획 도구)	입원 기간 동안 매주 작성하며, 환자의 일상 활동을 증진시키고 적절한 치료계획을 수립하는데 도움이 됨. 그러나 환자의 의견은 크게 반영되지 않음
READMIT: Clinical risk index (재입원: 임상위험색인)	▪ 퇴원 30일 후 재입원 위험을 평가하는 도구 ▪ 입원 중 평가를 실시하여 위험이 높다고 판단될 경우 퇴원하기 전에 위험을 낮출 수 있는 서비스를 제공함 (Specific transitional care pathways post-discharge)
RAP-Recovery Action Plan and Wellness Tool Kit (회복조치계획과 건강을 위한 도구)	Wellness Tool Kit 에 포함된 내용들: 질병교육자료, 퇴원 후 매일의 일상생활 계획, 약물교육, 개인 별 응급 대처 계획과 추후 계획, 정신과 질병과 신체 질병 관리를 위한 외래방문계획, 지지그룹에 관한 정보, 응급 시 연락할 전화 번호, 기타 환자가 이용할 수 있는 지역사회 서비스시스템 연락처

체계적인 퇴원 과정은 퇴원 후 높은 외래 치료 방문률, 낮은 재발률, 높은 사회 복구 및 재통합 성공률과 관련이 높다(Smith et al., 2017). 특히, 퇴원 과정에 함께 참여했던 정신질환자들의 경우, 그렇지 못했던 환자들에 비해 퇴원 후 치료와 회복과정에 더 적극적으로 참여했으며, 체계적인 퇴원 시스템을 적용한 결과 재입원율의 감소를 가져올 수 있었다(Viggiano et al., 2012, 재인용),

퇴원 시스템은 개인의 요구와 선택에 기초 하여 계획되어야 하며, 개인은 충분한 정보를 바탕으로 자신의 치료계획을 결정할 수 있어야 한다는 개념, 즉'인간중심돌봄'에 기반을 두고 있으며 회복을 목표로 한다(NICE guideline, 2016). 다양한 연구 결과, 퇴원 계획의 효과성을 높이는 것으로 나타난 요소들은 다음과 같다(Alghzawi, 2012; Nurjannah, Mills, Usher & Park, 2013).

① 치료의 지속성
② 대상자의 기능 수준에 맞는 지역사회 서비스로의 연계
③ 거주, 고용, 안정적인 수입 등과 같은 'Nonpsychiatric obstacles (정신과적인 장벽)'의 해결
④ 환자와 가족들의 적극적인 퇴원 계획 참여
⑤ 전문가들로 구성된 다학제적 팀 접근

이러한 퇴원시스템의 중요성을 인식하고 해외에서는 다양한 퇴원 시스템과 도구들을 활용하여 준비되고 체계적인 퇴원 시스템을 구축하고자 노력해 왔다(Alghzawi, 2012; Viggiano et al., 2012). 대표적인 모델로는 Availability, responsiveness, and continuity (ARC) model, Coleman-based patient-centered intervention model, the Transition Access Program (TAP) (www. coaccess.com), Project RED model, Collaborative discharge planning (CDP) meetings 등이 있다.

일반적으로 퇴원 교육이나 퇴원준비과정에 포함하는 내용은 개인 치료 계획서 작성(환자의 요구도, 환자의 희망과 가치를 반영한 향후 치료목적 등 포함), 퇴원계획서 작성, 약물교육, 재발 방지 계획 및 교육, 회복 계획, 입원 전 혹은 퇴원 후 환자가 방문하게 될 외래치료 기관에게 퇴원 요약 정로를 전달과 외래예약 등이 있다. 미국의 National Institute for Health and Care Excellence [NICE]에서 제시하고 있는 가이드라인에 따르면(2016), 퇴원 후 지역사회의 연결성에 초점을 맞춰야 하며 퇴원과정에 포함할 요소는 <표 2>와 같다.

<표 2> 퇴원과정에 포함할 요소와 내용

퇴원과정에 포함할 요소	내용
퇴원을 준비할 기회를 제공하는 단계적인 퇴원	▪ 환자가 퇴원후의 생활을 연습해 볼 수 있는 기회 제공. 즉, 퇴원 전 학교나 직장에서 일정 시간 보낼 수 있는 기회 제공. 이는 특히 장기 입원한 환자에게 매우 중요한 요소임 ▪ 환자가 퇴원 후 학교나 직장에 복귀하게 될 경우, 기관의 담당자와의 협력체계 구축 ▪ 거주문제를 논의하고, 자살의 위험이 있는 환자의 경우 모니터링 계획을 함께 수립할 것
퇴원 교육 (Psycho-education)	▪ 퇴원 전 병원 내에서 시작하여 퇴원 후 까지 지속 ▪ 환자 뿐 아니라 가족도 대상에 포함시킴 ▪ 핵심 내용: 질병의 증상과 원인. 재발의 원인과 예방 방법, 심리치료, 스트레스 조절 및 대처기술, 자가 간호
동료지지	▪ 12주 그룹 프로그램으로 운영 ▪ 자가 간호, 일상생활 기술, 재발 증상과 대처기술, 목표 설정

치료계획 수립	▪ 환자의 치료에 관여하는 모든 사람들에게 제공할 것 ▪ 포함할 내용: 재발 증상, 회복의 목표, 연락할 사람, 위기 시 이용 가능한 의료서비스 기관, 지지체계, 교육이나 직장과 관련된 활동 정보, 복용중인 약물, 구체적인 치료와 지지계획, 신체질환이나 건강증진관련 정보 (피임 등)
후속지지 및 관리	▪ 환자 퇴원 후 24시간 이내에, 정신과 전문의는 환자의 주치의(GP)에게 퇴원기록을 이메일로 발송(필요시 지역사회 서비스 제공자나 전문가에게도 제공) ▪ 환자 퇴원 후 24시간 이내에, 환자의 치료에 관여하는 전문가들에게 치료계획서를 발송 ▪ 환자 퇴원 후 7일 이내에(환자의 동의하에), 환자의 GP와 치료에 관여하는 전문가들에게 퇴원요약자료 발송 ▪ 환자 퇴원 후 7일 이내에 F/U, 자살 위험이 발견된 경우 48시간 이내에 F/U
외래치료명령이나 후견명령 심사	외래치료명령과 후견명령의 필요 여부를 심사함

국내의 경우, 장기이식 환자나 암환자등 만성질환자들을 위한 퇴원과 추후 관리 시스템이 잘 구축되어 있어 이들의 자가 관리와 회복을 돕고 있는 반면, 정신질환자들을 위한 퇴원 과정은 간략한 외래 치료 안내에 그치고 있는 실정이다. 더욱이, 퇴원 후 정신건강복지센터를 포함한 지역사회 정신건강 서비스로의 연계는 더욱 미비하다. 일부 병원의 경우, 퇴원 후 지역사회 서비스로의 연계와 치료정보 제공에 관한 동의 과정이 퇴원시점이 아닌 입원 면담 중에 진행되고 있으며, 이는 환자들의 충분한 준비와 이해를 바탕으로 하지 못하는 절차로 여겨진다. 또한, 퇴원 시스템의 실효성과 장기적 효과를 확인 하는 국내연구는 아직까지 거의 전무하다.

3) 주거공간이 지역사회 재통합에 미치는 영향

정신건강과 주거의 문제는 서로 복잡하게 얽혀있으므로 주거의 어려움을 갖는다는 것은 정신장애인의 건강을 악화시키고 정신장애는 빈곤, 차별, 교육좌절, 잦은 이동, 노숙 등으로 불만족스러운 주거의 문제를 낳을 수 있다(변은경 &윤숙자, 2010). 그러므로 정신장애인에게 있어서 안정된 주거공간을 확보하는 것은 정신장애인의 안정된 생활을 영위하기 위해서 우선되는 과제 중의 하나라고 할 수 있다. 이러한 점들은 국외문헌에서도 정신장애인의 주거안정성(housing stability)에 대한 논의를 통해 자주 강조되고 있다(Padget, Gulcur, & Tsemberis. 2006).

그러나 지금까지 정신장애에 대해서 정신장애인들의 장애 정도를 완화하거나 제거하고, 또한 사회적 기능이나 직업적 기능을 향상시키는 데에 필요한 방안들을 모색하는 데 관심을 집중해왔다고 할 수 있다. 물론 이러한 노력도 필요하나 정신장애인이 안정적인 삶을 영위하기 위해서는 이들이 머무를 안정적인 주거공간이 필수적이다. 이러한 중요성에 불구하고 그 동안 정신장애인의 주거공간에 대해 큰 관심을

기울이지 못하였다. 특히 정신장애인이 장기입원 및 시설화로 인한 인권침해 사건들이 발생되고 있는 상황들을 고려할 때 지역사회에서 살 권리와 주거보장의 필요성을 더욱 커진다고 할 수 있다. 하지만 정신장애인의 주거가 시설입소 및 보호나 본인의 의사와 관계없이 가족의 책임 하에 결정되는 경우가 다수이고, 실제 주거 보장 지원정책의 주 대상자가 대부분 저소득 및 빈곤계층이나 노숙인 중심으로 고려가 되고 있다는 점에서(홍선미 외, 2010), 정신장애인의 주거문제에 보다 관심을 기울여야 할 필요가 있다.

2018 년에 이루어진 장애인주거실태조사에 따르면 장애인만으로 구성된 가구의 비율은 26.2%로 2009년 19.9%에 비해 5.3% 증가한 것으로 나타났다. 자립을 원하는 정신장애인은 83.7%로 나타났으며, 이들 중 '혼자 살고 싶다' 67.8%, '일상생활을 지원해주는 사람과 함께 살고 싶다' 11.7%로 각각 나타났다. 이들의 자립을 위해 필요한 지원으로 주택지원 58.8%, 일자리 지원 22.4% 등으로 나타났다. 흥미로운 것은 비장애인의 무주택기간은 평균 10.5년인데 반해 장애인가구는 평균 18.7년으로 나타나 1.8배 오래 걸리는 것으론 나타났다. 재가 장애인 중 62.3%(2014년 58.5%)가 집을 자가로 소유하고 있는 것으로 나타난 것에 비해 정신장애인은 49.2%가 자가인 것으로 나타나 15개 장애영역 중 뇌전증장애 다음으로 낮은 자가비율로 나타났다(김성희 외, 2018). 이 정도로 정신장애인이 지역사회 내에 거주하기 위한 환경은 충분히 갖추어져있지 않다.

과중한 주거비 부담은 경제적으로 취약한 계층의 소비생활을 압박하여 생활필수품에 대한 소비를 억제하고, 나아가서는 건강이나 교육, 문화, 여가생활 등에 대한 지출을 제한하여 경제적 취약계층의 자립과 자활능력 배양의 기회를 저해하게 되어 빈곤을 양산하게 되는 결과를 초래하게 된다. 가구 소득원의 상실은 기존의 주거비 규모를 줄이거나 임대료 체납 또는 주거비를 생계비로 활용하게 되어 결국 전세에서 월세 그리고 불량주거지의 불가피한 주거하향 이동을 수반하기 때문이다.

그러므로 정신장애인의 안정적인 주거를 위해서는 사회적인 차원에서의 지원이 필요하다. 주거형태에 따른 지역사회 통합정도를 볼 때, 대규모 입소시설에 비해 그룹홈 등 지역사회 내에 거주하는 정신장애인들의 지역사회통합 정도로 높게 나타났다(양신애, 2008). 이러한 분석결과를 통해 대규모 입소시설에서 생활하는 것에 비해 작은 가족단위 규모의 주거공간에서 생활하는 것이 지역사회통합 수준을 높여준다는 것을 알 수 있다.

또한 정신장애인의 사례는 아니지만 박향경, 권자영, 최명민(2015)의 연구는 지적장애인이 대규모생활시설에서 일반적인 가정과 유사한 주거공간으로 전환되었을 때 개인공간의 소유를 통한 사생활보호, 일상생활에 대한 자발성 증진, 개별 돌봄으로 인한 정서적 안정, 우리집에 대한 소속감 강화 및 이타적 상호작용 향상 등을 경험하고 있는 것으로 보고하였다.

이러한 사례들을 보았을 때 정신장애인의 주거환경은 지역사회 내에서 정신장애인이 살아가는 데 있어서 매우 기본적이고 매우 중요한 요건이라고 할 수 있다. 이는 생활 차원을 넘어 삶에 대한 만족으로 이해해야 하며, 이러한 삶에 대한 만족은 주거만족이라고 하는 기본적 욕구가 충족된 생활로 볼 수 있다. 이러한 욕구의 충족으로 삶의 질은 높아질 수 있다. 실제로 중장년층의 주거환경이 삶의 만족도에 미치는 영향을 분석한 결과에서 주거환경은 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(임선미, 이보

영, 2016). 김소은, 정수정(2017)의 연구에서는 주거안정성이 사회통합에 유의미한 영향을 미치고 있었고, 이러한 사회통합을 매개로 삶의 질에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

4) 가족 사회적 지지와 지역사회 재통합에 미치는 영향

정신장애인의 사회적 지지는 회복과 지역사회에서 경험하는 삶의 다양한 영역에 영향을 미친다(조선영·최송식, 2017). 국내외 연구에서 정신장애인이 경험하는 사회적 지지는 증상완화와 건강정보 이해력, 사회적 기능, 취업 경험, 그리고 삶의 질 등 다양한 영역에서 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(김미영 외, 2013; 김희국, 2010; 박병선·임성옥·배성우, 2013; 박영준, 2011; 조선영·최송식, 2017; 최숙희·남문희, 2011; Mownray et al, 2005; Pahwa et al., 2016). 사회적 지지 중에서도 정신장애인 가족으로부터의 사회적 지지는 많은 연구의 관심사였다. 이 같은 연구들은 정신장애인 가족이 정신질환의 원인이라는 비난과 정신장애 회복에서 긍정적인 역할을 하고 있다는 상충된 입장이 함께 보고되고 있다. 여기에서 정신장애인 가족은 정신장애인의 질환이 발병하면서 가장 가까이서 그들의 삶을 경험하고 지원하는 역할을 맡고 있다. 기존의 연구에서 정신장애인 가족의 사회적 지지가 재발이나 증상 완화와 같은 의료적 관점에서 주목하는 성과에 미치는 영향을 주로 보고해왔으나, 일반적으로 가족의 사회적 지지가 긍정적인 건강 행동에 미치는 영향에 대한 연구가 부족함에 주목하여 건강한 생활 활동에 미치는 영향을 보고자한 연구들도 진행되어왔으며, 연구결과 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 식이 관리, 비만관리, 운동 등과 같은 건강행동 생활적응에도 영향을 미치는 것으로 나타났다(Aschbrebber et al, 2016). 이 같은 연구 결과는 심리사회적 영역에서뿐만 아니라 신체 건강 증진이나 건강한 생활 스타일을 성취하는 등의 영역을 망라하여 가족의 사회적 지지의 중요성을 보여주고 있으며, 지역사회의 다수가 경험하는 생활 활동이나 관심사에 개입의 초점을 둠으로써 지역사회 적응을 도울 수 있다는 점을 시사하고 있기도 하다. 이에 따라 정신장애인의 회복과정 사회적 지지는 지역사회에서 의미 있는 삶을 살아가는데 기여한다고 보는 이들도 있다. 이들은 증상이나 장애로 인한 손상에도 불구하고 일상생활에서 주체적으로 삶을 살아감에 있어 사회적 지지는 수단이자 성과지표로 보아야 한다고 주장한다(강석임·이용표, 2013).

사회적 지지가 의미 있는 타자와의 상호작용이라고 정의하면, 정신장애인의 사회적 지지와 관련된 긍정적인 경험은 사회적 관계의 확장이나 의미 있는 경험으로 이어진다고 볼 수 있다(조가은·백용매, 2010). 따라서 정신장애인을 대상으로 하는 사회적지지 기반의 개입은 매우 중요하며, 이는 증상완화 뿐 아니라 사회적 관계와 같은 기능적 수준을 향상시킨다는 점에서 적극적으로 확장되어야 할 필요성이 제기된다(Biegel et al, 2013; Pahwa et al, 2016). 여기에서 주목해야 할 점은 정신장애인의 사회적 지지망의 취약성이다. 정신장애인은 비정신장애인에 비해 사회적 지지망의 규모나 질 측면에서 모두 열악한 것으로 보고되고 있다. 실제로 지역사회에서 생활하고 있는 정신장애인의 경우 대부분 미혼이거나 직업이 없어 사회생활 참여가 저조한 것으로 보고되고 있어, 이들의 열악한 삶을 시사하고 있기도 하다(김희국, 2010; 이

유리·최희철, 2017; Biegel et al, 2013).

일반적으로 인간은 발달단계에 따라 사회적 지지의 특성도 변화하게 된다. 아동에서 성인기로 들어가게 되면, 새로운 가정을 구성하면서 형성되는 사회적 지지망이 확장과 변화를 가져오게 되고, 직업이나 교육 등을 통해, 그리고 사회적 여가 활동 등을 통해 다양한 사회적 지지망을 형성하게 된다. 정신장애인의 경우는 이러한 발달적 변화가 정신질환 증상과 사회적 관계에서의 상호작용 부족과 어려움으로 인한 사회적 철회로 어렵게 된다. 결과적으로 사회적 관계의 규모 면에서 축소되며 사회적 지지의 대상도 가족이나 전문가, 동료 등에 머무르게 된다. 여기에서 정신장애인의 사회적 지지와 관련하여 가족의 역할은 긍정적인 상호작용으로서의 성격 이외에도 정신질환에 대한 사회적 편견에 관한 두려움, 치료와 관련된 경제적 심리적 부담과 재발과 관련된 희망의 상실과 두려움, 죄책감 등의 다양한 심리사회적인 어려움 등의 부정적인 상호작용의 경험으로 이어질 수 있다(이유리·최희철, 2017).

가족의 사회적 지지는 대부분이 출생부터 시작되어 지속성을 가지게 되며 정서적·사회적·경제적 영역 등 포괄적인 관계의 상호작용으로 이루어진다는 특성이 있다. 정신장애인의 사회적 지지에서 가족은 지속적으로 남아있을 가능성이 높은 만큼 차지하는 비중과 중요성이 크다. 혈연관계로부터 시작되어 지속되는 가족원들의 사회적 지지는 당사자에 대한 책임과 의무를 동반하게 된다. 이처럼 정신장애인의 가족의 사회적 지지는 정신장애인의 삶과 회복과정에 중요한 요인이 되기도 하지만, 무엇보다 지속적인 지원의 역할을 담당하는 데에 커다란 의미를 두어야 한다. 따라서 가족들은 정신장애인이 경험하는 사회적 지지의 출발점이며, 이후로도 지속적이므로 정신장애인 가족의 사회적 지지를 강화할 수 있도록 지원할 필요성이 있다. 정신장애인과 가족의 삶이 모두 함께 긍정적인 상호작용을 할 수 있도록 가족에 대한 체계적인 지원이 정책적으로 이루어져야 하는 것이다 (박병선·임성옥·배성우, 2013).

국내외 연구를 통하여 정신장애인의 가족의 사회적 지지가 회복에 중요하다는 문제의식은 제기되어 왔다 (국가인권위원회, 2016; Biegel etl al, 2013). 국가인권위원회 보고서(2016)에서도 정신장애인 가족과의 협력이 정신질환 치료 성과에 긍정적인 영향을 미치는 점이 보고되어, 가족원을 대상으로 한 교육 등 사회적지지 체계를 정책적으로 강화시킬 필요성을 보여주었다. Biegel 외 연구진(2013)은 정신장애인의 가족이 회복과정에서 중요한 역할을 하고 있다는 점이 널리 알려져 있음에도 불구하고 이에 대한 실증적인 연구의 부족함을 지적하여 이에 대한 실태조사와 실증적인 후속 연구의 필요성이 제기되는 바이다.

5) 가족 외 사회관계망과 지역사회 재통합에 미치는 영향

위에서 언급한 정신장애인의 회복과 재활에 영향을 미치는 요인들은 의료 및 재활관련 전문가와 가족이 주로 논의되었다. 의료 및 재활전문가는 실질적으로 재활과 회복에 필요한 서비스를 제공하거나 이들의 생활능력을 향상시키는데 필요한 전문가이다. 그리고 가족은 당사자와 같이 생활하며 약물, 재활, 운동, 식이조절 등 당사자의 변화를 관찰하고 필요한 능력을 배양할 수 있도록 도와주는 조력자이다.

전문가와 가족 이외에 정신장애인의 지역사회 재통합에 영향을 미치는 사람들은 지역사회에 거주하고

있는 사람들과 이들 간의 관계를 대표하는 사회관계망(social network)이 있다(박주홍, 임혁, 정주영, 최은정, 2017). 사회관계망 혹은 사회적 지원(social supports)은 개인의 사회관계 혹은 상호작용에 영향을 미치는 요소로 사회관계망이 강력할수록 개인의 웰빙과 신체적/정신적 건강이 높은 것으로 나타난다. 사회관계망은 정신장애관련 전문가와 가족들은 당사자들과 직접적으로 생활하고 이들에게 필요한 능력과 기술을 가르치는데 중요한 역할을 한다(Brugha, 2010).

지역사회에 거주하고 있는 사람들은 정신장애인의 사회통합과 밀접한 관계가 있으며, 이들이 가진 인식은 당사자와 가족들에게 정신적으로 때로는 물리적으로 직-간접적인 영향을 미친다. Cullen과 연구자들(2017)이 실시한 연구에 따르면 사회관계망의 크기와 자신이 인식하는 장애수용은 정적관계에 있다는 것을 밝혔다. 장애정도가 낮고 자신이 회복되었다고 생각하거나 회복에 대한 긍정적인 태도를 가지고 있는 당사자들은 주변에 친구들이나 만나는 사람들이 많고 이들로부터 충분한 지원을 받고 있는 것으로 나타났으며, 자기자신에 대한 내적 스티그마가 낮은 것으로 나타났다. 이는 당사자가 많은 사람들과 관계를 맺고 유지하고 충분한 지원을 받고 있다고 인식하는 것이 사회관계망을 측정하는 중요한 요인이며, 사회관계망 자체가 회복에 대한 하나의 기준으로 생각할 수 있다는 것을 보여준다.

비장애인과 다른 장애를 가진 사람들이 가진 정신장애에 대한 인식은 당사자들의 사회관계망 형성과 유지에 영향을 미치며, 이는 당사자들의 지역사회 거주, 생활, 통합과 밀접한 관련이 있다. 정신장애에 대한 대중의 부정적인 인식은 전세계적으로 동일하게 나타나며 신체장애와 비교할 경우 더욱 부정적인 것으로 나타난다(Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa, et al., 2004). 대중의 편견과 낙인으로 인해 정신장애인과 가족은 밖으로 나가는 것을 꺼리게 만들고 다양한 재활 및 회복서비스를 이용하는데 방해가 되는 요인으로 작용한다(Aoun Pennebaker, & Wood, 2004; Meadow, Burgess, Fossey, & Harvey, 2000).

2008년 인권위원회에서 실시한 재가정신장애인 및 가족 생활실태조사에 따르면 당사자가 사회재활서비스와 정기적인 치료를 거부하는 이유는 정신질환자로 인식되는 것이 싫어서 13%, 정신질환자로 알려지는 것이 싫어서 22%로 나타났다. 정신장애인이 인식하는 사회적 편견에 대한 응답으로 사람들은 정신질환자가 위험하고 사고를 일으킨다고 생각한다 46%, 사람들은 정신질환자는 사회에서 격리수용해야 한다고 생각한다 39%로 나타나 당사자들도 사회적 편견을 그대로 받아들이고 있는 것으로 나타났다(김문근, 김이영, 2008).

정신장애에 대한 대중들의 부정적인 사회적 인식과 편견은 정신장애인이 사회에서 살아가기 위해 필요한 다양한 자원획득, 서비스 이용, 사회참여 등을 포함하는 사회관계망에 부정적인 영향을 미친다. 2008년 인권위에서 시행된 실태조사에 따르면 당사자들이 지역사회 생활을 하면서 경험한 사회관계망 형성에 대한 어려움에 대한 응답으로 취업 72%, 사회보장과 복지서비스 이용 55%, 교육기회 획득 51%, 문화/예술/체육활동 참여 21%로 나타났다. 2011년에 독일에서 이루어진 정신장애인의 사회관계망에 대한 연구에서 당사자들은 사회적 지원을 받는 것과 도움을 요청하는 것에 어려움을 느끼는 것으로 나타났다. 그리고 주변사람들(이웃, 친구)과 새로운 관계를 맺고 유지하고 싶은 욕구가 높지만, 사회적 거리(social distance)로 인해 욕구충족에 어려움을 경험하는 것으로 나타났다. 특히, 이웃과 친하게 지내고 싶은 욕

국가인권위원회 humanrights.go.kr

구, 일을 하고 싶은 욕구, 집을 가지고 싶은 욕구, 결혼하고 싶은 욕구, 사람들과 함께 일하고 싶은 욕구가 높게 나타났지만 이들에게 새로운 사회관계망을 형성하고 유지하고, 사회적 지원을 얻는 것은 회복과정을 끝내는 것과 같이 어려운 것으로 나타나 사회참여 제한을 경험하고 있다(Angermeyer, Matschinger & Schomerus, 2013).

세계보건기구(World Health Organization)에 따르면 85%의 중증정신질환자들이 치료를 받지 않는 것으로 조사되었는데, 낮은 치료 참여율과 치료지연은 음성증상을 악화시켜 증상완화가 가능한 당사자들이 양성과 음성증상 치료를 위해 입원할 수밖에 없는 것으로 나타났다. 퇴원 후 재입원에 영향을 미치는 요인으로 낮은 사회관계망과 주변사람들로부터 제한된 지원이 언급되었다. Demyttenaere (2004)는 병원에서 적절한 치료와 재활이 이루어 진다해도 당사자들이 지역사회로 나와 이제까지 끊어진 사회관계망을 연결하고 필요한 지원을 얻는 것은 초등학생에게 미적분 수학문제를 풀어보라고 하는 것과 같다고 언급하였다. 즉, 사회관계망을 다시 연결하고 관계를 맺는 것은 정신장애인이 지역사회에서 생활하기 위해 반드시 필요하지만, 이에 대한 추가적인 교육이 반드시 필요하다는 것을 강조하는 것이다. 하지만, 현실에서 이러한 지원의 필요성에 대한 대중과 정부의 관심이 적어 정신장애인들은 퇴원 후 사회구성원으로서 역할과 지위를 갖지 못하여 낮은 사회관계망, 사회적 지지, 생활능력으로 인해 증상재발과 병원입원으로 이어진다(Borinstein, 1992; World Health Organization, 2008).

사회관계망은 당사자가 사회에서 살아가기 위해 필요한 물리적-정신적 도움을 주는 지지체계로 지역사회 지지와 지속적인 사례관리, 긍정적인 지지집단과 도움을 주는 이웃, 지지적인 동료집단, 올바른 관계형성 등이 포함된다. 정신장애인의 회복과 재활, 지역사회 적응을 위해 많은 연구자들은 병원퇴원 후 지역사회 생활능력과 회복능력을 촉진시키기 위해 사회관계망과 사회적 지지를 강조한다(김나라, 2004; 김나라, 김명식, 권정혜, 2005; 윤숙자, 박미진, 2008; 최윤정, 최송식, 2007; 황숙연, 2007; Corrigan & Phelan, 2004; Pulice & Miccio, 2006). 김나라(2004)는 사회관계망 형성은 정신장애 치료는 물론 재활과 회복에 직접적인 영향을 미치는 요소라고 언급하였으며, 배정규와 연구자들(2009)은 사회관계망이 당사자의 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 동시에 회복태도와 삶의 질 관계를 매개하는 것을 보고하였다.

6) 정신보건 이외의 회복을 위한 다양한 사회서비스와 지역사회 재통합의 관계

정신장애인에게 있어서 정신건강치료 뿐 아니라 재활서비스에 대한 욕구가 가장 크다고 할 수 있으며, 이에 따라 많은 경우에 정신장애인을 대상으로 재활서비스가 제공되고 있다. 물론 정신질환의 증상을 완화하거나 제거하기 위해서도 정신장애인에게 재활서비스의 제공이 필요하며, 이러한 재활서비스가 정신장애인의 삶에 직접적으로 효과를 미친다는 점도 경험적으로 증명되고 있다(배성우, 박병선, 김이영, 2016). 그러나 정신장애인이 지역사회에 통합되어 살아가기 위해서는 이에 더불어 다양한 사회서비스가 함께 제공되는 것이 필요하다. 국내에서는 등록장애인이 되면 정신장애인에게 제공되는 다양한 복지서비스를 이용할 수 있다.

정부, 지방자치단체 및 민간기관에서는 장애인을 대상으로 하여 장애인복지사업이 시행되고 있다. 장애

인 실태조사 결과(보건복지부, 2014)에 따르면 장애인들이 소득보장사업에 대해서는 경증 장애수당 수혜 경험이 전체의 15.5%로서 가장 높았으며, 이어서 장애인연금(11.3%), 장애인자녀교육비 지급(2.5%), 장애아무상보육료지원(1.8%), 장애아동수당 지급(1.3%), 장애인자립자금 대여(0.2%)의 순으로 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 장애인의 일상생활 및 사회생활 참여를 지원하는 사회서비스 사업의 경우에는 주택관련 분양 알선 및 가산점 부여 이용률이 5.7%로 가장 높았으며, 이어서 노인장기요양보험 5.2%, 장애인활동보조서비스 3.1%, 발달재활서비스 3.6%, 언어발달지원서비스 1.4%, 여성장애인 가사도우미 파견 0.4% 순으로 이용 경험이 있는 것으로 나타났다.

이 중에서 정신장애인들이 주로 이용한 경험이 있는 복지서비스는 다음과 같다. 정신장애인들은 여러 가지 장애인복지사업 중 교통관련 요금감면 및 할인(72.9%), 통신관련 요금감면 및 할인(69.9%), 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인(66.1%), 경증장애수당(46.2%) 등을 주로 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 다소 높은 이용경험 비율을 나타내고는 있으나, 정신질환자들 중에서 정신장애로 등록되는 비율이 상대적으로 낮은 점들을 고려할 때 정신질환자 중에서 이러한 복지서비스의 이용경험을 한 비율은 매우 낮다는 것을 추측할 수 있다. 또한 이것은 정신질환자가 정신장애인으로 등록이 되었을 때 이용가능한 복지서비스이므로 정신장애인의 수보다 훨씬 많은 수의 정신질환자들은 이러한 복지서비스 이용을 하지 못하고 있다는 측면도 고려해야 한다.

정신장애인의 지역사회 적응과 관련한 실태조사(홍선미 외, 2010)에 따르면 가족의 보호를 받으며 생활하는 정신장애인들이나 주거시설에서 생활하는 정신장애인 모두 기초생활수급자 비율이 50%에 달하고 있었으며, 장애등록 비율은 80%를 상회하는 것으로 나타났다. 특히 주거시설에 거주하는 정신장애인의 경우 주보호자가 형제인 경우가 56.2%에 달할 정도로 가족지지체계는 취약한 상태에 있는 것으로 나타났다. 재가 정신장애인 본인의 소득은 약 47만원에 불과하고 이도 대부분 기초생활보장급여로부터 충당되는 것으로 나타났다. 또한 이러한 현실에서 지역사회에서 생활하는 정신장애인들은 공공소득보장제도에 대해 잘 인식하지 못하는 경우가 많고, 공공소득보장제도를 경험한 경우에는 장애연금이나 수당의 수준, 기초생활보장급여의 수준, 장애연금 수급자 기준, 기초생활보장 대상자 선정기준 등에 대해 불만족도가 가장 높았다. 이를 볼 때 정신장애인이 지역사회에서 살아가는 데 있어 충분한 지원체계가 마련되어 있지 못하다는 것을 확인할 수 있다.

이러한 결과는 임혁, 박주홍(2018)의 연구결과에서도 확인할 수 있었다. 정신건강전문가를 포함한 당사자 및 가족들을 대상으로 정신장애인의 지역사회통합을 위해 가장 시급하게 요청되는 정부의 정책에 맞춤형 주거지원 정책의 수립과 지역사회통합 증진을 위한 공공재원의 확보인 것으로 나타났다. 이에 따라 주거지원서비스에 관한 수요와 공급의 불균형 문제가 제기되었고, 다양한 형태의 정신장애인을 위한 맞춤형 주거시설들이 함께 마련되어야 한다고 보았다. 또한 장애인실태조사(2011)에 따르면 정신장애인은 43.4%가 일상생활지원에 대한 필요성을 제기하였는데, 이는 15개 장애유형 중에서도 높은 수준이었다. 이와 같이 지역사회에서 정신장애인이 삶을 영위하기 위해서는 기본적인 주거지원서비스, 맞춤형 주거시설 제공과 함께 이들의 일상생활을 지원할 수 있는 지원서비스가 필요하다는 것을 확인할 수 있다.

7) 직업과 지역사회 재통합의 관계

정신장애인이 병원퇴원 후 지역사회에서 신체적-정신적으로 건강한 삶을 살기 위해 다양한 서비스들이 필요로 한다. 예를 들어, 사례관리-주거-주간재활-직업재활서비스 등이 제공되어야 하는데, 서비스 중에서도 취업상태를 유지하는지 알아보는 것은 사회통합 정도을 측정하는데 중요하다. 직업을 가진다는 것은 독립생활, 시간관리, 금전관리, 대인관계 등을 포함하는 전반적인 능력을 필요로 하기 때문에 직업재활서비스의 이용은 당사자가 회복의 마지막 단계에 와있는 것으로 볼 수 있다(김민, 2016).

2017년 장애인 실태조사에 따르면 정신장애인은 15개 장애유형 중 뇌전증 장애인 다음으로 빈곤한 것으로 나타났다(김성희 외, 2018). 장기간 동안의 약물복용과 장애증상으로 인해 정신장애인은 지적손상을 경험하고 증상완화를 위한 약물복용을 지속하는 것을 어려워한다. 증상이 완화되어 병원에서 퇴원하더라도 일상생활을 유지하는데 어려움을 경험하며, 생활비 마련을 위해 직업을 갖고 유지하는데 제한이 있다. 정부에서는 당사자가 생활할 수 있도록 주거지원과 직업재활 서비스를 제공하지만, 다원화된 서비스 제공 기관들과 협업부족으로 인해 당사자의 취업률은 매우 낮다(김민, 이근용, 조성재, 2015; 보건복지부・중앙정신보건사업지원단, 2018). 그리고 2017년 장애인실태조사에 따르면 정신장애인의 장애로 인한 추가 소요비용이 약 24만원으로 나타나 다른 장애인보다 병원방문, 합병증 치료, 약값 등으로 33%정도(평균 약 16만원) 더 소비하는 것으로 나타났다(김성희 외, 2018).

<표 3> 정신장애인의 교육수준

(단위: %)

구분	정신장애인	전체 평균
무학	1.3	10.4
초등학교	15.1	27.3
중학교	11.9	16.7
고등학교	42.1	30.4
대학이상	29.6	15.1
계	100.0	100.0

출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원

흥미로운 것은 정신장애인은 다른 유형의 장애인들과 비교하여 높은 교육수준을 가지고 있는데, 취업률이 낮다는 것이다. 2017년 장애인실태조사에 따르면 15개 장애유형 중 정신장애인의 교육수준은 평균보다 높은 것으로 나타났다. 고등학교 졸업 42.1%, 대학이상 29.6%, 중학교 졸업 11.9%, 초등학교 졸업 15.1%, 무학 1.3%인 것으로 나타났다. 이에 반해, 15개 유형의 평균 교육수준은 고등학교 졸업 이상 30.4%(정신장애인에 비해 11.7% 낮음), 대학이상 15.1%(정신장애인에 비해 14.5% 낮음), 중학교 졸업 16.7%(정신장애인에 비해 4.8% 높음), 초등학교 졸업 27.3%(정신장애인에 비해 12.2% 높음), 무학 10.4%(정신장애인에 비해 9.1% 높음)로 나타났다(김성희 외, 2018).

장애유형 간 경제활동참가율 및 취업률을 비교해 보았을 때 정신장애인은 높은 학력과 달리 장애유형에 비해 경제활동참가율이 19.2%(평균 38.9%)로 나타나 평균에 비해 약 20%정도 낮은 것으로 나타났다(김성희 외, 2018). 이는 경제활동참가율이 다른 장애유형에 비해 낮다는 것을 의미하는데, 높은 학력에도 불구하고 어떠한 이유로 인해 적극적으로 경제활동에 참여하고 있지 않다는 것을 보여준다. 또한, 비경제활동인구 중 지난 4주 내에 구직경험이 없는 장애인을 대상으로 일하지 않는 이유에 대해 물어본 결과 장애로 인해 일할 수 없다고 응답한 정신장애인은 79.5%로 전체 장애유형 중 가장 높게 나타났다(평균 43.3%). 정신장애인의 취업률은 81.7%로 나타나 15개 장애유형 중 자폐성 장애인 81.3%(평균 94.9%)를 제외하고 가장 낮게 나타났다(김성희 외, 2018).

<표 4> 정신장애인 경제활동 참가율 및 취업률

(단위: 천명, 명, %)

기준	구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동인구		경제활동 참가율	취업률	실업률	고용률
			계	취업자수	실업자수	계	비율				
2011	전체	2,540,284	977,586	901,504	76,082	1,562,698	(61.5)	38.5	92.2	7.8	35.5
	정신장애	103,893	14,887	11,549	3,338	89,006	(85.7)	14.3	77.6	22.4	11.1
2014	전체	2,599,890	1,014,203	950,772	63,431	1,585,687	(61.0)	39.0	93.8	6.3	36.6
	정신장애	105,002	14,547	10,183	4,364	90,455	(86.1)	13.9	70.0	30.0	9.7
2017	전체	2,522,592	981,028	931,429	49,599	1,541,565	(61.1)	38.9	94.9	5.1	36.9
	정신장애	103,628	19,889	16,246	3,643	83,739	(80.8)	19.2	81.7	18.3	15.7

주 : 장애인구의 단위는 명이 기준임. 고용률 = 15세 이상 생산가능인구 / 취업자 수
출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원.

또한, 정신장애인 중 54.7%(2014년 56.3%)인 과반수이상이 국민기초생활보장(생계급여) 수급대상인 것으로 나타났다. 전체 15개 장애유형 평균 15.0%(2014년 16.9%)에 비해 약 4배 정도 높다. 전체 주민등록인구 중 저소득 정신장애인의 비율을 추정한 결과[1] 장애인의 절대적 빈곤율은 인구 5천만 중 447천명(0.87%)인 것으로 추정된다.[2] 그리고 전체 추정 장애인구 2,646,064명 중 59,116명이 절대적으로 빈곤한 정신장애인(전체 장애인구 중 2.2%)으로 나타났다. 이는 절대적 빈곤 장애인 447,185명 중 정신장애인이 13.22%인 것을 의미하며, 15개 장애유형 중 2번째로 빈곤한 집단인 것으로 나타났다.

1) '국민기초생활 보장 수급 여부'로 추정하였다.
2) 본 결과는 국민기초생활여부의 질문문항을 토대로, 절대적 빈곤의 기준으로 측정하였다

<표 5> 정신장애인의 국민기초생활보장 수급 여부 및 형태(2017년)

(단위: %, 명)

구 분	생계급여			생계급여		주거급여		교육급여	
	비수급	수급	추정 수	비수급	수급	비수급	수급	비수급	수급
전체	85.0	15.0	2,580,340	83.8	16.2	85.6	14.4	96.8	1.4
정신	45.3	54.7	103,628	42.3	57.7	46.2	53.8	98.1	1.9

주 : 2017 장애인실태조사의 국민기초생활보장 수급여부, 전체 추정 장애인수를 기준으로 추정 장애인 중 수급 비율을 추정함.

출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원.

이러한 결과를 종합해본 결과 직업재활서비스는 정신장애인의 삶의 질을 높이고 인간다운 삶을 위해 반드시 제공되어야 하는 서비스임을 알 수 있다. 많은 연구자들은 취업한 정신장애인과 실업상태에 있는 당사자들을 비교하여 고용의 긍정적인 효과를 밝혔다(Burn et al., 2007; Davis et al., 2012; Davis et al., 2015; Hoffman et al., 2012). 공통적으로 정신장애인이 취업을 하였을 경우 실업집단에 비해 낮은 입원률, 짧은 입원기간, 높은 삶의 만족, 보다 밀접한 관계에 있는 사회관계망, 높은 주관적인 건강상태 등이 보고된다.

하지만, 장애에 따른 특성으로 인해 장기간 일을 하는 것, 어려운 작업을 하는 것, 많은 사람들과 함께 일하는 것 등에 제한을 경험한다. 또한 반복적인 증상발현과 스트레스에 대한 취약성으로 인해 고용기회를 갖는데 어려움을 겪는다(김혜성, 2013). 이러한 문제들은 올바른 직업관형성, 일상생활훈련, 대인관계훈련 등을 포함하는 직업적응훈련을 통해 어느 정도 극복이 가능하다. 그리고 고용 이후 발생하는 문제들은 지속적인 사례관리를 통하여 문제발생률을 낮출 수 있다.

이보다 더욱 큰 문제는 정신장애에 대한 대중의 사회적 편견과 낙인과 당사자 자기낙인이다. 이로 인해 당사자들은 높은 취업의 장벽과 낮은 취업에 대한 동기수준을 보이며, 부정적인 사회적 분위기 속에서 사회적으로 직업을 갖거나 유지할 수 없는 상태에 있어 한국사회에서 정신장애와 고용은 양립할 수 없는 것으로 알려져 있다(정원철, 박윤정, 2012). 정신장애 발생이 성인기 이후 시점인 것과 직업과 사회생활로 인해 발생한다는 점을 고려한다면 당사자들의 직업복귀를 위한 다양한 제도가 반드시 개발되고 제공되어야 할 것이다.

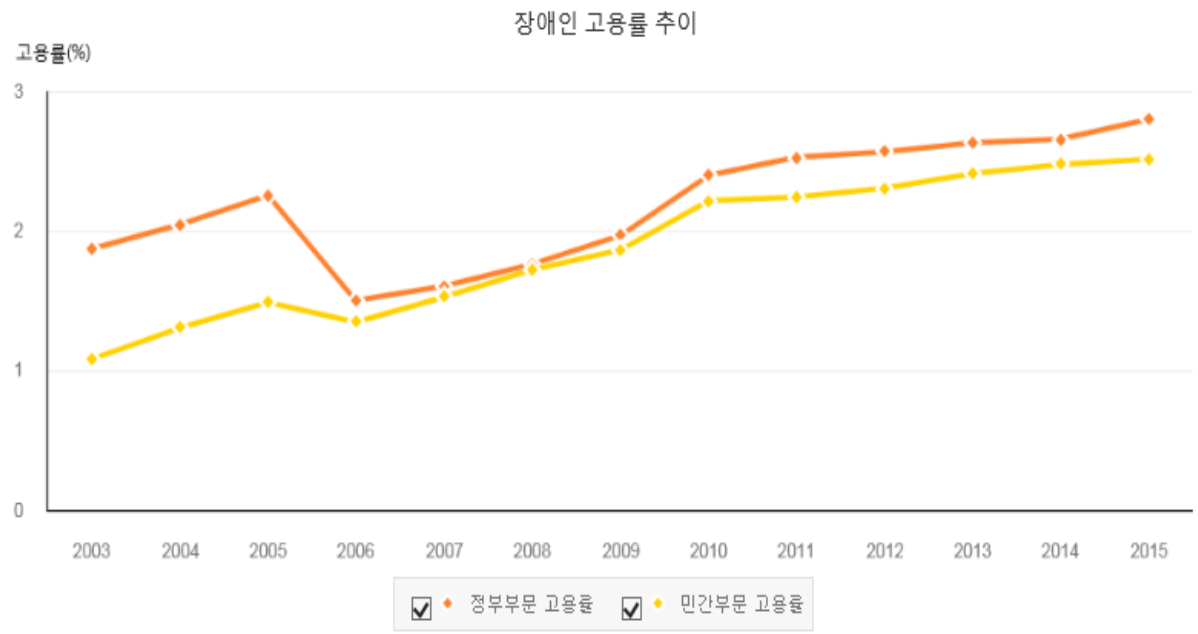
국내는 정신장애인들의 직업재활과 직업복귀를 위해 장애인복지발전 5개년 계획과 「장애인고용촉진 및 직업재활법」,「장애인복지법」등을 제정하여 다양한 서비스를 개발하여 시행하고 있다(김규수, 1999). 2018년 현재 제5차 장애인정책종합계획은 장애인들이 국가 및 사회에 우선적으로 바라는 소득보장, 의료보장, 고용보장, 주거보장에 대한 욕구를 기반으로 작성되었다. 특히, 이번 종합계획은 정신장애인의 인권보호와 복지서비스, 사례관리서비스, 독립적인 단기보호 거주지 모형 개발에 초점을 두고 있다. 또한 고용과 관련하여 소득보장 및 일자리 지원을 위해 장애인연급 기초급여를 2배정도 확대하고, 장애인 의무고용률 상향조정, 공공형 장애인 일자리 확대, 중증장애인 생산품 판매시설을 확충하는 등 취업지원 서비스를 제공하고 있다. 고용가능성을 높이기 위하여 정신장애인에게 적합한 직종개발, 지원고용 서비스 확대, 직업상담 및 직무지도원(job coach) 확대에 초점을 두고 있다(보건복지부, 2018).

정신장애인의 고용확대와 경제적 자립을 위한 정부의 지원정책과 사회복지 분야의 요구는 고용 활성화에 긍정적인 영향을 미치지만, 이러한 노력에도 불구하고 정신장애에 대한 부정적인 사회인식은 줄어들지 않고 있으며 당사자를 대상으로 한 직업재활의 중요성에 대한 논의가 활발하게 이루어지지 않고 있다(김민, 2016; 김혜성, 2013; 변민수 외, 2005). 이러한 결과로 인해 국내 정신장애인을 위한 직업재활 서비스는 매우 제한적이다. 예를 들어, 장애인의고용촉진을 위한 「장애인고용촉진법」은 300인 이상의 사업체에 장애인 고용의무제를 강조하고 있지만, 전체 사업장 중 실제 장애인 고용률은 2.8%로에 그치고 있다. 또한 정신장애와 같은 중증장애인 보다 취업 가능성이 비교적 높은 경증장애인 위주로 취업 서비스가 제공되고 있는 실정이다.

<표 6> 장애인 의무고용 현황

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
정부부문	2.40	2.52	2.57	2.63	2.65	2.80	2.81
민간부분	2.21	2.24	2.30	2.41	2.48	2.51	2.56

주 : 장애인고용률 = (장애인근로자 수/상시근로자 수) x 100
출처 : 고용노동부(장애인 고용계획 및 실시상황 보고자료)



[그림 4] 장애인 의무고용률 추이

정신장애인 고용률 향상을 위한 연구들을 보면 중증장애인 취업을 위해 장기적이고 지속적인 직업재활 서비스를 제공해야 함을 강조하고 있다(김성희 외, 2012; 김종인 외, 2001). 그러나 정신장애인의 고용률을 높일 수 있는 개별화된 취업계획을 세우기보다는 성과우선적인 정책 시행으로 빠르고 반복적인 취업

국가인권위원회 humanrights.go.kr

알선만 제공하고 있는 상황이어서 정신장애인의 고용률을 높이기에는 어려움이 있다. 또한 취업 후 고용유지나 추후상담 없이 사례가 종료되어 반쪽짜리 직업재활서비스가 제공되고 있는 셈이다(연명모, 이금진, 2013). 성과우선주의를 기반으로 정신장애인의 지속적인 취업시도는 단기간 내에 이들의 취업률을 높이는 것처럼 보이지만, 시간이 지남에 따라 이직률이 높아져 정신장애인의 고용률은 항상 제자리이다. 또한 현재는 장애인고용 및 취업알선은 노동부와 근로복지공단이, 장애인 직업재활은 보건복지부와 장애인복지시설이 맡고 있어 이분화 된 서비스 체계를 하나로 통합하여 서비스를 제공할 필요가 있는 것으로 나타났다(한국장애인고용촉진공단, 2001).

정신장애인 고용률 향상을 위한 국내외 고용관련 프로그램을 살펴보고 정책적 제언을 한 김민(2016)에 따르면 정신장애인의 고용률을 높이기 위한 전략으로 정신장애인 고용가능성에 대한 논의와 통합된 프로그램 제공을 위한 지원체계 마련이 필요한 것으로 나타났다. 자세하게 살펴보면 첫째, 정신장애인의 고용가능성에 대한 논의를 위해서 성공적인 고용사례에 대한 수집과 함께, 재활 전문가와 고용주의 직업복귀에 대한 기대감을 높이는 전략에 대한 연구가 필요하다. 닭이 먼저냐 알이 먼저냐 논의가 될 수 있지만, 현재 정신장애관련 현장전문가들은 정신장애인들의 고용에 대해 부정적으로 보는 시각이 강하다. 그로 인해 고용주와 재활 전문가들은 정신장애인의 고용에 대해 의심하고 이들의 근로능력을 낮게 책정한다. 이러한 인식은 사회적 인식이 되어 결국 당사자 자신과 자신이 일을 할 능력이 없다고 믿으며, 취업을 부정적으로 생각하게 된다. 이러한 악순환의 고리로 인해 사회적 편견이 고착화되고 당사자들의 취업의 벽은 점차 높아지게 된다. 악순환의 고리를 제거하기 위해서는 재활 전문가가 정신장애인의 회복과 고용에 대하여 긍정적인 인식을 가질 수 있도록 하고, 대중과 고용주들의 정신장애에 대한 인식개선을 위한 프로그램을 개발하여 제공해야 한다(김민, 2016).

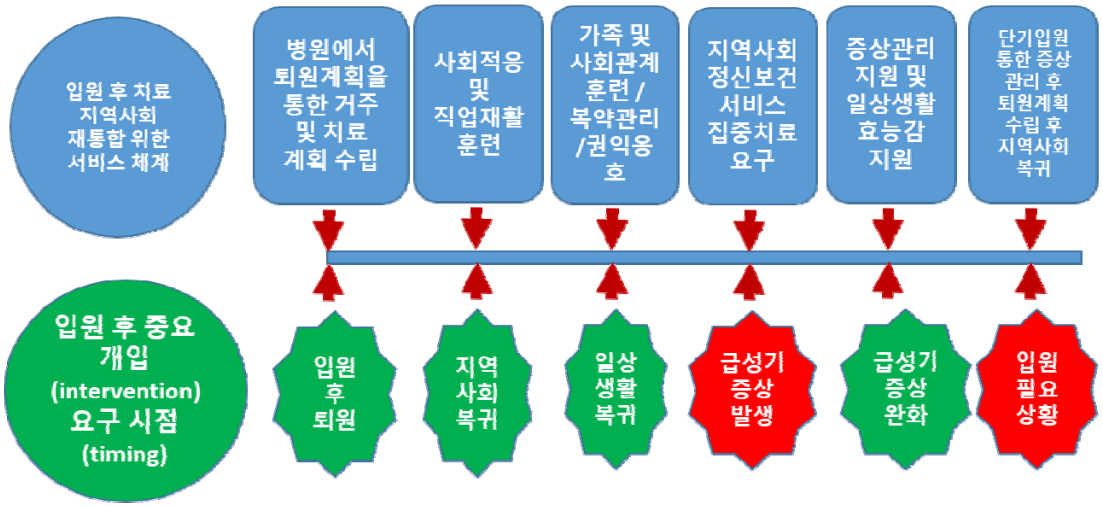
둘째, 통합된 프로그램 제공을 위한 지원체계 마련이 필요하다. 현재 국내에서 정신장애인 고용을 위한 프로그램을 최대 3-4주까지 제공되고 있다. 하지만 미국의 경우 당사자가 독립적인 직업생활이 가능할 때까지 최소 몇 달에서 최대 2년까지 제공하고 있다(Becker et al., 2011). 즉, 국내는 당사자에게 빠른 직업배치를 통해 많은 직업기회를 갖는데 초점을 두지만 정작 취업 후 안정된 직업생활을 위해 필요한 지원이 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다. 직업유지의 경우 단순히 직업소개만으로 끝나는 것이 아니라 직업생활을 하면서 필요한 능력들(예, 금전관리, 작업장 환경 변화, 일상생활 유지, 대인관계 형성)을 배양하고 이러한 능력들이 일정 수준이상으로 유지되는 것이 더욱 중요하다. 그렇기 때문에 당사자들이 직업탐색-배치-유지를 위해 필요로 하는 서비스가 무엇인지, 어느 정도까지 그리고 언제까지 지원을 필요로 하는지에 대한 연구를 통해 정신장애인에게 적합한 고용계획을 수립해 나가야 할 것이다.

제3절 연구 내용 및 방법

1. 연구의 내용

본 연구는 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료 실태를 조사하는 것을 목적으로 수행되었다. 연구의 내용은 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료 현황에 관한 자료 조사 및 정신건강증진법 개정 전후 변화 실태 파악으로 이를 통해 관련 정책에 관한 제언을 제시하는 것이다. 연구목적의 달성을 위해 본 연구는 과연 대한민국의 지역사회 정신보건서비스 체계가 케어의 연속성(continuity of care)에 입각하여 정신장애인들이 가지는 다층다각적(multifaceted) 욕구를 충족시키는지 살펴보았다.

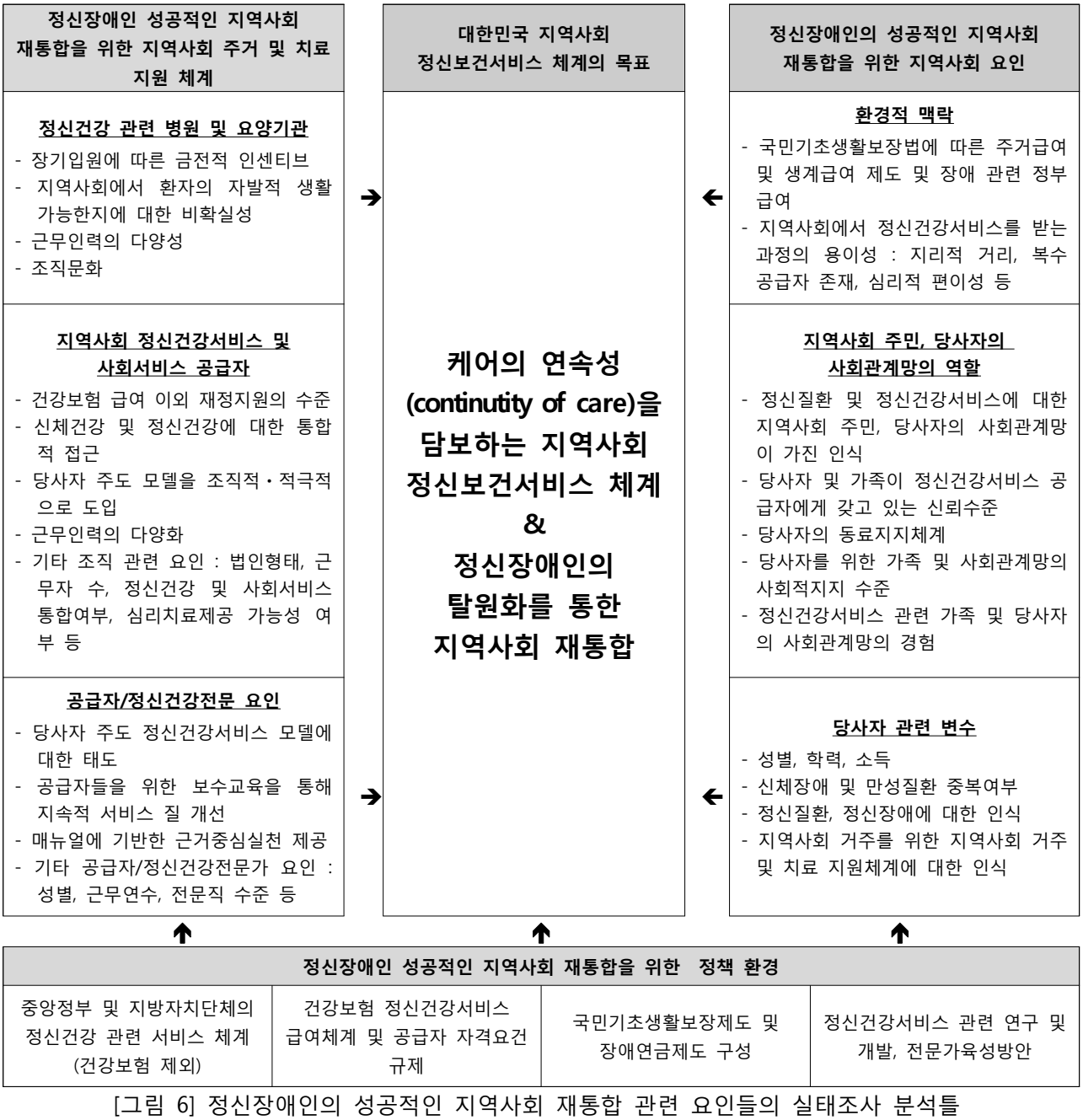
케어의 연속성이 높은 사회는 중증정신질환 환자들이 단절 없이 관련 서비스를 지속적으로 이용할 수 있으며, 지역사회, 지자체, 및 국가단위의 중증정신질환환자를 위한 지역사회 중심 정신보건서비스 체계는 다양한 수준에서 이와 같은 연속성을 가질 수 있다. Crawford 외 (2004)는 관련 선행연구들을 분석하여 케어의 연속성을 향상시키기 위해 차용되고 있는 다양한 방안에 관해 보고하였다. 미국 및 영국과 같은 OECD 서구국가들에서 이루어진 연구들을 분석한 결과, 1차 진료의와 정신과 전문의 간의 밀접한 협력을 통하여 케어의 연속성을 높이거나, 의료전문가들과 사회서비스 공급자들이 협력하는 모델을 통해 중증정신질환 환자들의 서비스 공급체계의 연속성을 높이는 것이 효과적인 것으로 나타났다(Crawford 외, 2004). 서비스 공급자들 간의 연계를 높이는 것은 케어의 연속성이 향상될 뿐만 아니라 참여한 중증정신질환 환자들의 치료에도 효과적인 것으로 나타났다(Crawford 외, 2004). 이에 본 연구에서는 국내에 거주하는 정신장애인들이 [그림 5]가 보여주는 케어의 연속성을 보장하는 지역사회 정신건강서비스 체계를 경험하고 있는지 분석하였으며, 만약 케어의 연속성이 경험되지 않는다면 어떤 장애물들이 이를 저해하는지 살펴보았다.



[그림 5] 케어의 연속성 (Continuity of Care)을 담보하는 지역사회 중심 정신보건서비스 체계 구성도

국가인권위원회
humanrights.go.kr

케어의 연속성을 저해하여 탈원화를 방해하는 요인들을 탐색하기 위하여 아래 [그림 6]과 같은 분석틀을 사용하였다. 본 분석틀은 하버드 의대의 Margarita Alegria와 그의 동료들(2009)이 정신장애인들 간 정신건강서비스 이용에 대한 차이를 분석하기 위하여 만든 A Sociocultural Framework for Mental Health and Substance Abuse Service Disparities 분석틀을 한국의 맥락에 맞게 변경한 것이다. 본 연구는 "케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신보건 서비스 체계" 구축 및 "정신장애인의 탈원화를 통한 지역사회 재통합"을 이상적인 목표로 설정하였기에, 본 분석틀에서 제시된 다양한 차원의 요인들을 기초로 하여 이 두 가지 목표를 달성하기 위한 지역사회 정신보건서비스 체계 마련의 방법에 관해 고민하였다.



[그림 6] 정신장애인의 성공적인 지역사회 재통합 관련 요인들의 실태조사 분석틀

본 연구에서 초점을 둔 요인들은 크게 3가지 영역에 속한다. 첫째, 정신장애인들이 성공적으로 지역사회에 재통합을 하는 과정에 영향을 미치는 정책 환경을 고민한다. 이 환경에는 중앙정부 및 지방정부의 정신건강 관련 서비스 체계에 더하여 건강보험의 정신건강서비스 관련 급여체계 및 서비스 공급자 자격요건 규제 및 지속적인 소득 및 주거지원 정책 역시 주요하게 장기입원 이후 퇴원하는 정신장애인들의 지역사회재통합과 이들의 재통합을 위한 케어의 연속성에 영향을 미친다. 또한 정신장애인들이 지속적으로 지역사회에 공헌할 수 있도록 지원하는 사회서비스의 존재 여부 및 서비스 질 역시 주요한 요인으로서 재통합 수준에 영향을 미칠 것으로 추정된다. 둘째, 지역사회에 존재하는 거주 및 치료지원체계 역시 주요한 영역으로서 연구될 것이다. 정신장애인들이 장기입원하고 있는 병원 또는 요양시설 및 지역사회의 정신의료기관과 정신재활기관이 장기입원 후 퇴원하는 환자들의 지역사회 재통합에 기여하여야 한다. 본 연구는 이들 의료 및 사회서비스 공급 기관들이 정신장애인들이 지역사회에 재통합하는 과정에 어떤 도움을 주는지에 대한 실태를 조사하였다. 마지막으로 지역사회 거주·치료 실태가 조사되어야 한다. 지역사회에서 정신장애인들이 거주하면서 자유롭게 정신보건 및 사회서비스를 이용할 수 있는 여건이 되어 있는지 살펴볼 필요가 있다. 정신장애인들이 지역사회에 거주하는 과정에서 마주하게 되는 차별과 인권침해와 같은 부정적 요인과 지역사회 주민, 정신장애인, 그리고 정신장애인의 가족들이 가지고 있는 역량과 강점 등의 긍정적 요인 모두 성공적인 지역사회 재통합을 위하여 중요한 요소가 될 것이다.

기존 문헌을 통한 자료 조사, 현황을 파악할 수 있는 기존 관련 통계분석, 그리고 설문조사와 면접조사 등 각 연구 내용에 적합한 연구 방법을 적용하여 진행하였다. 본 연구결과는 정신장애인 개인 수준의 노력이나 사회적 지원에서 나아가 지역사회 환경에 대한 충분한 고려와 개입의 필요성 및 지역사회에서 건강하고 가치 있는 삶을 누릴 정신장애인의 권리를 보호할 수 있는 대안들을 제시하고자 한다. 이를 통해 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료에 관한 새로운 정책적 대안을 도출해낼 수 있을 것으로 기대된다.

2. 연구의 범위

본 연구는 정신장애인 지역사회 거주 및 치료에 영향을 미치는 다양한 자료를 수집하고 분석하여 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료가 효과적으로 수행될 수 있는 정책 제언을 이끌어내고자 하는 데 목적이 있다. 본 연구에서 다루어질 거주와 치료의 범위는 아래와 같다.

거주에 관한 연구 범위는 유엔장애인권리협약 제19조(정신장애인의 지역사회 자립생활과 통합의 권리)와 홍선미(2017)의 거주에 대한 정의를 기준으로 한다. 거주란 '인간의 삶의 공간인 거처로서 최소한의 인간다운 생활이 가능한 물리적 시설인 주택 또는 주거시설과 함께 자아정체성과 사회관계의 기반이 되는 심리사회적인 공간'으로, 병원이나 시설을 제외한 지역사회에 거주하는 재가 정신장애인이 이용하는 다양한 형태의 주거 공간과 이에 동반되는 심리사회적 관계의 양상을 포함하는 내용을 거주의 개념에 포함시키고자 한다. 이에 따라 조사 대상자들의 지역사회 내 거주 유형 및 이에 동반되는 생활실태를 파악하고, 가족과 이웃, 서비스기관 등을 포함하는 사회관계가 거주 특성에 따라 어떠한 양상을 보이는지에

대하여 살펴보았다.

치료는 건강권, 장애인권리협약 제25조(정신장애인의 신체적, 정신적 건강에 대한 차별 없는 최선의 치료에 대한 권리)와 WHO의 건강에 대한 정의를 이용하고자 한다. 위의 정의사항에서 치료는 '건강에 이상이 있는 경우에 이를 회복하기 위한 다양한 노력'이다. 여기서 건강은 '단순히 질병과 기형이 없는 상태가 아닌 신체적, 정신적, 사회적 웰빙의 상태'를 말하며, 정신건강은 '개인이 자신의 역량을 실현하고 일상생활 스트레스에 대처하고 생산적인 업무를 수행하며 자신이 속한 지역사회 에 기여할 수 있는 상태'를 의미한다. 이에 따라 본 연구에서는 '정신장애인이 스스로와 지역사회에 의미 있고, 기여하는 삶을 영위하기 위해 이용하는 서비스가 회복에 미치는 영향에 주목하여, 정신건강센터, 사회복귀시설, 그 외 지역사회의 다양한 세팅에서 제공하는 건강 및 의료서비스, 회복을 돕는 사회서비스 등 통합적인 서비스'를 치료로 정의한다.

이를 위해 위에 언급한 다양한 사회서비스 제공과 개발 등에 영향을 미치는 정책과 사회적 인식 및 차별 등과 같은 사회적, 문화적, 환경적 변수들도 함께 조사하였으며, 특히 정신장애인의 탈원화와 지역사회 재통합을 위한 지역사회 건강과 사회서비스의 제공과 접근성 보장에 대한 조사를 실시하였다.

이에 더불어 정부에서 발간하는 자료를 이용하여 「정신건강복지법」개정 전후를 중심으로 정신건강 예산변화, 실제 탈시설화 된 환자수, 지역사회 거주 및 치료를 위한 인력-서비스 지원정도 등 변화를 파악하고자 한다. 실제 당사자들과 가족, 서비스 제공자들이 느끼는 변화정도를 알아보기 위해 설문조사, FGI, 직접 인터뷰를 실시하여 거주/치료를 중심으로 변화실태를 비교 분석하였다.

이외에도 기존의 통계자료를 활용하여 지역사회 정신장애인의 거주와 치료 추이를 살펴보는 통계자료 분석, 국내외 사례를 수집하여 살펴보는 사례 분석 및 연구, 국내외 관련 연구 및 문헌 분석, 그리고 국내외 관련 정책 기준 및 법제도에 대한 분석 등을 포함하여 연구를 수행하였다. 또한, 본 연구에서는 무엇보다도 정신장애인 당사자, 부모, 전문가 등의 목소리 반영에 집중하였다. 면접조사와 설문조사 등 질적 자료와 양적 자료를 병행하여 분석 자료를 충실히 수집하는 것에 더불어 당사자 중심 및 지역사회 가치가 반영되도록 조사 설계 전 과정에서 당사자, 부모, 전문가의 의견을 수렴하여 진행하였다.

제4절 연구 결과의 활용 방안

1. 기대효과

정신장애인의 지역사회 거주 및 치료에 대한 욕구는 지속적으로 확대 및 상승하고 있다. 그에 더하여 최근 정부가 관심을 기울이는 "커뮤니티 케어" 구축을 위한 상세 방법론에 대한 고민 역시 높아지고 있다. 그러나 기본적으로 정신장애인이 우리사회의 구성원으로서 정당한 권리를 보장받게 하기 위해서는 정신장애인의 거주 및 치료에 대한 현황이 명확하게 밝혀져야 한다. 그래야 그에 기반한 체계적이고 실

질적인 정책이 마련될 수 있기 때문이다.

본 연구를 통해 도출된 결과는 정신장애인의 거주 및 치료에 대한 전국 단위의 현황을 밝힐 수 있다는 점에 함의가 있다. 이 결과를 통해 현재 정신장애인이 거주 및 치료와 관련하여 경험하고 있는 물리적·사회적 환경을 밝히고 거주와 치료 관련 「정신건강복지법」 시행 전후의 퇴원환자숫자와 거주·치료에 관한 서비스의 변화 등을 포함한 국내 정신장애인의 지역사회 거주와 치료에 관한 추이를 분석하였다. 따라서 이번 연구결과를 근거로 하여 정신장애인의 탈원화와 지역사회 거주·치료의 환경과 서비스를 개선하고 발전하기 위한 방안들을 모색하고 마련할 수 있는 중요한 기초로써 활용될 수 있을 것이며, 이는 케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신보건과 복지서비스 체계를 구축하고 정신장애인의 지역사회 통합 방안을 마련을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 활용 방안

그 동안 정신장애인의 거주 및 치료 현황에 대한 조사가 일부 지역에서 이루어진 경우는 있었으나 전국 단위로 이루어진 경우는 그동안 부재하였고 아직 발표되지 아니한 2017년도 보건복지부 연구용역에서 비슷한 과제가 수행되었으나 위 연구와 달리 본 연구는 케어의 연속성의 관점에서 다양한 변수가 분석된 것이고 많은 사례의 질적연구와 양적연구를 분석한 결과에서 드러나는 현황을 심층적으로 분석하였기 때문에 위 연구와는 차별성이 있다. 본 연구에 의하여 정신장애인의 거주 및 치료의 현황에 관련된 포괄적인 데이터 구축이 가능하다. 또 이번 연구를 통해 2017년 5월「정신건강복지법」시행 전후의 정신장애인의 탈원화와 지역사회 거주 및 치료의 환경개선의 현황이 분석되어 정신장애인의 탈원화와 지역사회 통합의 실현이 시급한 현 상황에서 본 연구결과는 정신질환자를 포함한 정신장애인의 지역사회에서의 거주 및 치료를 지원할 수 있는 실질적인 정책 대안을 마련하고, 지역사회 통합방안을 강구하는데 중요한 기초자료로써 활용될 수 있을 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2장 정신장애인의 지역사회 거주 및 치료 현황

제1절 2017년 장애인실태조사에 의한 정신장애인의 일반현황

정신장애인의 지역사회 거주 및 치료현황을 알아보기에 앞서 2017년 장애인 실태조사결과를 중심으로 실태조사와 관련하여 장애인 전체와 정신장애인을 구분하여 비교하고자 한다. 실태조사 결과에 따르면 시설거주를 제외한 전국에 있는 재가장애인은 2,668,411명(2014년 2,646,064명)으로 나타났으며, 이중 정신장애인은 100,069명(2014년 95,675명), 추정수 116,079명(2014년 117,428명)으로 나타났다. 재가장애인의 성별에 따른 분포를 보면 남자는 57.2%(2014년 57.7%), 여자는 42.8%(2014년 42,3%)로 나타났으며, 정신장애인은 남자 50.4%(2014년 51.3%), 여자 49.6%(2014년 48.7%)로 각각 나타나 남성의 비율이 조금 높은 것을 알 수 있다. 연령에 따른 분포를 보면 만 0-17세 3.3%(2014년 2.7%), 만 18-29세 4.6%(2014년 4.1%), 만 30-39세 4.8%(2014년 6.7%), 만 40-49세 10.4%(2014년 12.5%), 만 50-64세 30.3%(2014년 30.7%), 만 65세 이상 46.6%(2014년 43.3%)로 나타나 장애인의 고령화가 진행되고 있음을 알 수 있다. 연령에 따른 정신장애인 분포를 보면 만 0-17세 0.0%(2014년 0.6%), 만 18-29세 2.9%(2014년 5.2%), 만 30-39세 13.8%(2014년 12.6%), 만 40-49세 30.3%(2014년 36.0%), 만 50-64세 38.4%(2014년 39.2%), 만 65세 이상 14.6%(2014년 6.2%)로 나타나 전체 장애인구와 같이 고령 정신장애인의 수가 증가하고 있으며, 만 40세 이상의 비율이 83.3%로 나타났다.

재가장애인의 장애 원인에 대한 구분결과 후천적 질환 56.0%, 후천적 사고 32.1%로 나타나 후천적 원인 88.1%이며, 선천적 원인 5.1%, 출산 시 원인 1.4%, 원인불명 5.4%로 나타났다. 정신장애의 경우 후천적 질환 83.8%, 후천적 사고 12.3%로 나타나 후천적 원인 96.1%이며, 선천적 원인 0.9%, 출산 시 원인 0.0%, 원인불명 3.1%로 나타나 장애인 전체와 유사한 결과임을 알 수 있다. 일상생활 도움 필요 정도에 대한 응답으로 장애인 전체는 혼자서 스스로 46.9%, 대부분 혼자서 19.2%, 일부 도움 필요 19.5%, 대부분 필요 8.9%, 거의 남의 도움 필요 5.5%로 나타났다. 재가 정신장애인의 경우 혼자서 스스로 40.1%, 대부분 혼자서 18.4%, 일부도움 필요 23.4%, 대부분 필요 16.0%, 거의 남의 도움 필요 0.0%로 나타났다. 일상생활을 도와주는 사람 존재에 대한 응답으로 장애인 전체는 있다가 83.3%로 나타났으며, 정신장애인의 경우 92.3%로 나타나 정신장애인은 신체적 제한이 적지만 활동보조인과 같이 일상생활을 도와줄 수 있는 지원이 필요함을 알 수 있다.

사회 및 여가활동에 대한 질문에 대한 응답으로 장애인 46.6%는 집밖 활동 시 불편하며, 이들 중 13.1%는 매우 불편하다고 언급하였다. 정신장애인의 경우 34.3%가 불편하다고 언급하였으며, 6.4%가 매우 불편하다고 언급하여 장애인 전체와 유사하게 나타났다. 집밖 활동 시 불편한 이유로 장애인관련 편의시설 부족 49.7%로 가장 높게 나타났으며, 외출 시 동반자가 없어서 26.9%, 주위사람들의 시선 때문에 10.6%, 의사소통의 어려움이 있어서 11.0%로 나타났다. 정신장애인의 경우 장애인 전체와 달리 주위사람

들의 시선 때문에 35.9%로 가장 높게 나타났으며, 장애인관련 편의시설 부족 12.1%, 외출 시 동반자가 없어서 39.2%, 의사소통의 어려움이 있어서 12.8%로 나타나 정신장애에 대한 인식교육과 외부활동을 위한 활동보조서비스가 필요한 것을 알 수 있다. 이와 관련하여 문화 및 여가활동에 대한 만족도는 장애인 전체에서 만족 49.3%, 정신장애인은 만족 45.1%로 나타나 유사한 것을 알 수 있다.

사회적 차별에 대한 응답으로 장애인 전체는 초등학교 입학/전학에서 가장 높은 차별(40.3%)을 경험하였다고 응답하였으며, 학교생활에서 또래학생으로부터 차별경험 50.7%, 결혼 17.9%, 취업 30.9%, 직장생활에서 소득차별 19.4%, 운전면허 취득 시 8.9%, 보험제도계약시 36.4%, 의료기관 이용 시 4.0%, 정보통신 이용 시 1.9%, 전반적인 지역사회생활 8.1% 차별을 경험한 것으로 나타났다. 정신장애인의 경우 초등학교 입학/전학에서 가장 높은 차별(54.5%)을 경험하였다고 응답하였으며, 학교생활에서 또래학생으로부터 차별경험 42.2%, 결혼 38.0%, 취업 61.5%, 직장생활에서 동료와의 관계 44.0%, 운전면허 취득 시 14.4%, 보험제도계약시 63.4%, 의료기관 이용 시 8.7%, 정보통신 이용 시 1.3%, 전반적인 지역사회생활 17.3% 차별을 경험한 것으로 나타나 전 영역에서 장애인 전체보다 높은 차별을 경험한 것으로 나타났다. 정신장애인은 중/고등학생 시설보다 결혼, 취업, 운전면허, 보험제도 등과 같이 성인기에 보다 높은 사회적 차별을 경험하는 것을 알 수 있다.

특히, 경제 상태에 대한 응답을 보면 장애인 가구 월평균 소득은 242.1만원으로 전국 월평균 가구소득(2017년 2/4분기 기준) 361.7만원의 66.9%수준으로 나타났다. 정신장애인의 경우 가구소득액은 180.4만원으로 전 장에유형 중 가장 낮게 나타났다. 취업장애인의 임금수준에 대한 응답으로 장애인 근로자 평균 171만원(전체 임금근로자 월평균 임금 243만원, 통계청 2017년 경제활동인구조사), 정신장애인은 87만원(2014년 56만원)으로 나타나 자폐성장애 35만원, 심장장애 65만원, 지적장애 70만원과 함께 낮은 임금수준을 보였다. 가구 중 차량을 소유하고 있는 비율은 전체 장애인가구 52.1%, 정신장애인 가구는 31.8%로 나타나 전 장애유형 중 가장 낮게 나타났다.

제2절 정신장애인의 지역사회 거주 현황

정신장애인의 탈원화와 지역사회 독립을 위해 주거보장은 가장 중요하고 기본적인 권리라고 할 수 있다. 국내는 해외에 비해 정신장애인이 병원에 입원하는 기간이 길고 높은 시설거주로 인해 이들이 지역사회로 나왔을 때 독립적인 생활을 하는 것이 쉽지 않다(홍선미 외, 2009). 그리고 병원퇴원 후에 가족들의 거부나 관계불화로 집으로 돌아가는 것을 원치 않는 당사자의 비율이 높은 것은 정신장애인들이 지역사회에 거주하기 위해 다양한 서비스들이 제공되어야 함을 시사한다(김민, 2016). 특히, 주거권은 거주를 위해 필요한 기본 요소로 최소한의 인간다운 생활을 하고 자신만의 공간을 가진다는데 있어서 매우 중요한 의미를 가진다. 유엔 장애인권리협약(UNCRPD)의 '제19조 독립적 생활 및 지역사회에의 동참-(가) 장애인은 다른 사람과 동등하게 자신의 거주지 및 동거인을 선택할 기회를 가지며, 특정한 주거 형태를 취

할 것을 강요받지 아니한다'와 '제22조 사생활의 존중 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' 등은 장애인이 지역사회에서 원활하게 생활하기 위한 다양한 서비스와 거주 관련 지원이 필요함을 보여준다.

2014년 장애인가구실태조사에 따르면 장애인만으로 구성된 가구의 비율은 전체 장애인 가구 중 26.2%로 2009년 19.9%에 비해 5.3% 증가한 것으로 나타났다. 평균 장애인가구의 가구원수는 2.56명으로 나타나 2009년 2.86명에 비해 가구의 축소화가 진행되는 것으로 나타났다. 최저주거기준 미달가구에 대한 비율은 8.6%로 나타나 2009년 22.9%에 비래 14.3%로 감소하여 주거수준이 높아진 것으로 나타났으며, 공공임대 주택의 증가가 이유로 나타난다. 하지만, 여전히 일반가구 5.4%에 비해 최저주거기준에 미달하고 있는 것을 알 수 있다. 주거비 부담에 대한 응답으로 41.5% 매우 부담됨, 28.7% 조금 부담됨으로 나타났으며, 일반가구는 매우 부담됨 29.8%, 조금 부담됨 41.9%로 나타나 장애인가구가 주거비에 대한 부담이 높은 것을 알 수 있다. 이사경험이 있는 비율은 80.7%로 나타나 일반가구 74.4%에 비래 높게 나타났으며, 이사 이유는 내집마련을 위해서 28.8%, 좋은 주택으로 옮기려고 13.2%, 소득이 줄어서 11.9%, 임대차 계약이 만료되어서 7.6% 순으로 나타났다. 이러한 실태조사 결과를 종합해보면 장애인가구도 일반가구와 같이 소규모화되고 1인가구가 증가하는 것을 알 수 있으며, 여전히 주거수준이 낮은 것으로 나타나 지원이 필요한 것을 알 수 있다(국토연구원, 2015).

2017년에 실시한 장애인실태조사 결과에 따르면 장애인 가구가 공공임대주택에 거주하는 경우는 9.3%로 나타났으며, 정신장애인은 16.0%로 나타나 임대주택에 거주하는 비율이 높게 나타났다. 재가 장애인 중 집을 자가로 소유하고 있는 비율은 62.3%(2014년 58.5%)로 나타났으며, 정신장애인은 49.2%(2014년 44.0%)로 나타나 15개 장애유형 중 가장 자가비율이 낮은 것(2014년 3번째로 낮음)으로 나타났다(김성희 외, 2018). 독립생활을 하며 일반주택에서 살고 싶다고 하는 정신장애인 중 원하는 삶의 형태에 대한 응답으로 혼자살고 싶음 13.4%(전체 장애인 13.4%), 가족과 함께 살고 싶음 80.4%(전체 장애인 81.3%), 국가/사회로부터 일상생활지원을 받으며 6.0%(전체 장애인 4.0%)로 나타났다. 이는 가족과 함께 살고 싶은 비율이 높게 나타났지만, 혼자서 독립적으로 생활하고 싶은 욕구가 나타남에 따라 지원주택에 대한 제공이 필요함을 알 수 있다(김성희 외, 2018)

정신장애인들의 지역사회 주거 실태에 초점을 맞춰 살펴본 연구들(홍선미 외, 2010; 홍선미 외 2014)은 앞서 살펴본 2017년도 장애인가구실태조사와 같이 주거비 부담 및 적절한 주택 접근의 어려움, 주거안정성 및 주거환경이 열악함을 공통적으로 보고하고 있다. 지역사회 거주에서 경험하는 어려움으로 정신장애인 다수가 거주의 경제적 측면에 대한 부분을 보고하고 있다. 거주시설에 살고 있는 장애인들은 현재의 소득수준으로 쉽게 주택을 구할 수 없음 75.2%, 주거에 관해 현실적인 대안과 다양성 부족 65.6%, 주택구입비용 마련이 어려움 63.3%을 호소하였다. 또한 입원한다면 현재의 주거를 상실할 것에 관한 우려도 60%로 주거의 지속성에 대한 불안감이 높게 나타났으며, 이는 재가 정신장애인들의 응답과도 비슷한

양상이다(홍선미 외, 2010).

특히 주거에 관해 현실적 대안이나 다양성이 부족하며, 현 주거를 잃을지 모른다는 불안감은 정신장애인들이 지역사회에서 거주하며 경험하는 차별과도 연관된다. 재가 정신장애인들은 정신질환이 알려지면 주택을 구하기 어려움 57.8%, 살던 집에서도 이사를 해야 함 39.8%로 본인이 원하지 않더라도 자주 이사해야 하는 어려움을 호소하는 이들이 38%에 달했다(홍선미 외, 2010). 앞서 2014년도 장애인가구실태조사에서 이사의 이유가 내집마련을 위해서 28.8%, 좋은 주택으로 옮기려고 13.2%, 소득이 줄어서 11.9%, 임대차 계약이 만료되어서 7.6% 였음을 상기하면 정신장애인들의 이사 경험은 일반적인 주택구입과 계약기간 만료보다는 정신질환에 대한 편견과 차별에 의한 것임을 알 수 있다. 또한 정신장애인들이 지역사회 거주에서 주거비 부담을 호소한 것을 고려할 때, 편견에 의한 잦은 이사와 새로운 거주지 확보가 어렵다는 점은 정신장애인들의 지역사회 주거 안정성이 경제적 측면뿐만 아니라, 사회관계적 측면에서 매우 불안정한 상태임을 보여준다.

주거환경의 열악함도 정신장애인의 지역사회 주거 안정성을 저해하는 요인 중 하나이다. 재가 정신장애인들을 대상으로 한 물리적 환경 평가에서 현재 주거지가 햇볕이 잘 들지 않음 37.6%, 방음이 잘 안됨 33.4%, 단열이 잘 안됨 33.3%, 방수가 잘 안됨 25%, 건물기둥, 대들보나 벽의 파손 18.2%, 화재나 수재에 취약 18.2%으로 보고되었다. 또한 거주지의 편의시설에 관한 문항에는 냉방시설이 갖춰져 있지 않음 54.7%으로 높았으며, 수세식 화장실 미설치 16.8%, 가구원 전용 현관 미설치 12.3%, 목욕시설 미설치 11.5% 등으로 나타나 냉방에 관한 문제와 일부 가구의 주거환경이 열악함을 보여준다.

거주시설에서 생활하는 정신장애인들의 거주환경 또한 거주 안정성이 상당히 낮은 것으로 보고 되고 있다. 정신장애인 당사자와 관련 분야 전문가들을 대상으로 한 FGI연구에 따르면(홍선미 외, 2014) 2014년도를 기준하여 정신장애인을 위한 지역사회 거주시설의 경우, 가장 많은 주거유형이 10인 이하의 공동생활시설로 3~4인이 함께 방을 사용하는 경우가 대부분이 개인의 자율성이 저해되는 환경이었다. 시설은 최장 4년까지 거주가 가능한 과도기적 형태를 띄고 있어 주거의 지속성 측면에서는 부족하였으며, 이와 같은 공동생활시설에 거주하는 정신장애인들은 지역사회로 돌아가기 위한 중간단계의 주거대안 및 가족의 보호부담을 덜기 위한 목적으로 거주하는 경우가 많았으나 자립을 위한 계획수립과 준비지원이 미흡한 것으로 보고되었다.

이와 같은 결과는 홍선미 외 연구진들이 수행한 2010년 설문연구에서도 동일하게 응답된 바 있어 공동생활시설 및 지역사회 독립생활 지원을 위한 서비스에 있어 정신장애인들의 동일한 욕구가 지속적으로 있어왔지만 개선되지 못한 실정임을 알 수 있다. 2010년 연구결과에 따르면, 공동생활시설에 거주하는 정신장애인들은 퇴소 후 자립을 위한 계획수립과 준비지원 32%, 비밀과 사생활보장 28.3%, 이용비용 27.8%, 직업재활서비스 연계 26% 등에 대해서는 불만족스러운 것으로 응답하였다.

동일한 연구에서 공동생활시설의 주된 입소 이유가 독립생활 훈련을 위해서가 33.1%로 가장 높게 나타난 점을 미뤄봤을 때, 공동생활시설 입소의 목적과 달리 공동생활시설의 자립지원 체계가 미흡함을 알 수 있다. 그 외에도 시설에 입소한 이유로 정신병원 및 정신요양시설 퇴원 후 생활할 곳이 없어서 30.0%,

가족과 갈등이 심하여 입소 13.1% 등이었던 점을 고려한다면, 이와 같은 공동생활시설이 과도기적 형태로 운영된다는 점은 정신장애인의 주거 안정성을 상당히 저해하고 있음을 알 수 있다. 또한 조사에 응답한 정신장애인 중 현재 공동생활시설에 입소 전 정신병원입원 38.5%, 가족과 함께 생활 30.8%, 사회복귀입소시설 16.9%, 다른 공동생활시설 8.5% 등으로 보고하였으며, 동일 설문의 공동생활시설에 관한 차별경험 문항에서 본인의 의사와 무관하게 가족들에 의해 정신요양시설이나 거주시설에 입소해야 했음 49.2%, 마땅히 살 곳이 없어 정신의료기관이나 정신요양시설에서 퇴원이 연기된 경험이 있음 36.9%로 보고되고 있다. 이는 공동생활시설에 거주 중인 정신장애인들 중 다수가 지역사회에서의 자립적 주거마련의 준비하거나 가족과의 생활로 복귀하지 못하고, 과도기적 형태인 사회복귀입소시설 및 공동생활시설들을 전전하는 불안정한 주거생활을 할 확률이 높음을 시사한다.

2016 국가정신건강현황 조사에 따르면, 우리나라 중증정신질환자 거주서비스는 총 174개소, 정원은 2,466명인데 정신 보건서비스를 필요로 하는 인구는 16,592명으로 필요시설의 14.9%만이 주거서비스의 혜택을 받고 있어 주거서비스에 관한 사회적 수요와 공급의 불균형 문제가 심각한 것으로 나타났다. 현재 중간집, 체험홈, 주거지원센터, 단기거주시설, 지원주택 등은 사실상 없거나 민간기관에 의한 시범사업 정도가 있을 뿐이어서, 공식적으로 지원되는 주거유형에는 입소생활시설과 공동생활가정(구, 주거시설) 등으로 정신장애인의 선택의 폭이 매우 좁은 실정이다(지원주택 컨퍼런스 자료집, 2017).

비록 지역사회 거주를 위해 주택지원서비스를 필요로 하지만, 정신장애인의 주거를 위해 실질적으로 도움 받을 수 있는 법률은 「장애인복지법」이 아닌 「정신건강복지법」뿐이다. 최근에 SH공사에서 장애인을 포함하는 주거취약계층의 주거안정을 위해 주택과 주거지원 서비스를 동시에 제공하는 지원주택을 공급하려는 움직임이 보이지만 여전히 정신장애인의 필요에 비해 지원이 부족한 상황이다. 더욱 큰 문제는 우울증이나 양극성 정동장애와 같이 장애진단을 받지 않고 살아가는 당사자들과 병원입원 기록이 있지만 장애등록이 거부된 당사자들은 「장애인복지법」이나 「정신건강복지법」에 적용받을 수 없기 때문에 이들의 주거에 대한 실질적인 보장은 매우 열악하다(조윤화, 2015).

<표 7> 주거복지사업 이용경험

(단위: %)

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	**정신장애**	신장장애	심장장애	호흡기장애	간자애	안면장애	장루요루장애	뇌전증장애	전체
영구 임대주택	4.2	4.4	2.6	3.2	1.6	6.8	5.2	**8.8**	4.9	0.0	4.8	2.0	1.8	1.7	15.8	4.4

출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원.

2017년 장애인실태조사에 따르면 주거취약계층이 이용 가능한 서비스는 영구임대주택, 국민임대주택, 주거비지원 등으로 나타난다. 이러한 주거복지서비스를 이용하는 정신질환자 수는 2017년 26,632명(2014년 20,614명)이며 비율은 25.7%(2014년 20.3%)로 나타났다. 영구임대주택은 대부분의 장애인들이 높은 비율로 이용하는 주거복지사업인데, 이 프로그램을 이용하는 정신장애인 비율은 8.8%이며, 이는 전체 평균 4.4%에 비해 2배 높은 것을 알 수 있다.

<표 8> 주거복지사업 이용경험자 만족도

(단위: %)

구분	영구임대주택	국민임대주택	기존주택 매입/전세임대사업	전세자금 지원	저소득층 월세지원	주택구입 자금지원	주택개조 사업
매우 만족	23.4	19.0	-	52.1	39.3	-	-
약간 만족	64.1	81.0	100.0	30.5	60.7	-	-
약간 불만족	12.9	-	-	17.4	-	-	-
매우 불만족	-	-	-	-	-	-	-

출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원.

주거복지사업을 한번이라도 이용한 경험이 있는 당사자들을 대상으로 만족도를 알아본 결과 영구임대주택의 경우 만족(매우만족+약간만족) 87.5%(2014년 90.1%)로 나타났으며, 국민임대주택 만족 100%, 기존주택 매입·전세임대사업 만족 100%, 공공임대주택 및 저소득층 월세지원에 대한 만족 100%로 나타났다. 이는 주거복지사업에 대한 정신장애인들의 만족도가 높은 것을 의미하며, 보다 많은 당사자들이 이 서비스를 이용할 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요함을 알 수 있다.

이와 같이 지역사회 거주를 위해 필요한 주거관련 지표들을 살펴보았을 때, 정신장애인들은 주거 서비스 이용률이 낮지만 반대로 높은 주거 서비스 이용에 대한 욕구를 가지고 있음을 알 수 있다. 홍선미와 연구자들은 불안정한 주거상태가 정신과적 증상을 더욱 악화시킨다는 것을 밝혀냈는데, 이는 정신장애인들의 증상안정과 지역사회 생활을 위해 주거에 대한 지원이 반드시 필요한 것으로 생각된다. 영구임대주택과 공공임대주택사업을 이용한 정신장애인들의 만족도가 높은 것을 볼 때에도 주거사업이 정부에서 중점을 두어 지원해야 하는 것을 보여준다. 정신장애인의 장기재원 문제를 해결하기 위해 우선적으로 필요한 지원이 주거라고 언급한 김민 등(2015)의 주장과 같이 지역사회 거주의 초석인 주거안정과 함께 다양한 서비스 제공이 정신장애인의 회복과 사회참여를 촉진하는 방안일 것이다.

지역사회 거주를 위해 주택지원이 이루어졌다면 그 다음으로 필요한 서비스는 활동보조서비스일 것이다(김미정, 이경희, 2015). 활동보조 서비스는 중증장애인에게 자기결정권 능력을 배양할 수 있는 기회를 제공할 뿐만 아니라 당사자의 신변처리, 가사활동, 일상생활, 커뮤니케이션 보조, 이동보조 및 동료상담 등의 서비스를 제공한다. 이러한 도움은 당사자들이 지역사회에서 인간다운 권리를 보장받고 살아가는데 도움이 된다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 9> 수단적 일상생활동작(IADL)정도

(단위: %, 명)

일상생활동작	구분	전체	정신장애
물건사기	지원불필요	72.4	66.3
	일부지원필요	13.6	20.4
	상담 지원필요	7.9	8.0
	전적 지원필요	6.1	5.4
약챙겨먹기	지원불필요	85.2	74.5
	일부지원필요	9.8	22.7
	상담 지원필요	2.4	1.1
	전적 지원필요	2.6	1.8
금전관리	지원불필요	71.9	49.2
	일부지원필요	13.4	30.4
	상담 지원필요	7.5	12.7
	전적 지원필요	7.3	7.8
교통수단 이용하기	지원불필요	62.7	56.7
	일부지원필요	17.9	28.3
	상담 지원필요	10.0	8.6
	전적 지원필요	9.4	6.5

출처 : 김성희 외(2018), 2017 장애인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원.

현재 활동보조서비스는 지체장애인 등 신체적 장애를 가지고 있는 당사자들을 중심으로 개발되어 있다는 주장이 있지만, 정신장애인들도 활동보조 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다. 2014년 장애인실태조사에 따르면 실제로 활동지원제도를 이용한 정신장애인은 서비스 이용 장애인 64,061명 중 718명(1.1%)이며, 1급 정신장애인 170명, 2급 정신장애인 548명으로 집계되었다. 서비스를 이용하는 대부분의 정신장애인들은 발달장애나 신체장애를 중복으로 가지고 있을 것으로 판단되기 때문에, 실제로 외부활동을 위한 이동지원이나 의사소통보조나 가사생활과 같은 도움을 필요로 하는 당사자들은 서비스를 이용하지 못하고 있음을 알 수 있다.

정신장애인 당사자들은 다른 장애유형에 비해 신체적 능력에 대한 제한이 적은 편이므로 옷입기, 식사하기, 이동하기 등과 같은 일상생활 유지에 비교적 어려움을 많이 느끼지 못할 것이다. 그러나 장기간의 약물복용과 병원생활로 인해 금전관리, 교통수단 이용하기, 물건사기, 약 챙겨먹기 등 독립적 일생생활 능력에 제한이 있는 경우가 다수 있다. 2017년 보건복지부와 국립정신건강센터에서 실시한 국가 정신건강현황 2차 조사 결과에 따르면 정신장애인들은 물건사기, 약 챙겨먹기, 금전관리, 교통수단 이용하기 등의 일상생활 영역에서 지역사회에서 독립생활 유지를 위해 도움이 필요한 것으로 나타났다.

제3절 정신장애인의 지역사회 치료현황

1. 2016년 정신건강증진시설 및 지역사회 정신재활기관 현황

국내 정신장애인 지역사회 의료서비스 현황을 알아보기 위해 보건복지부와 국립정신건강센터가 2016년에 실시한 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서를 참조하였다. 보고서에 따르면 2016년도 현재 우리나라 인구 1인당 지역사회 정신보건 예산은 3,657원이며, 인구대비 가장 높은 예산은 가진 지역은 곳은 광주(6,707원)이며, 가장 적은 예산을 가진 곳은 인천(2,099)으로 나타났다.

<표 10> 17개 시도 및 인구 1인당 지역사회 정신보건 예산현황

17개 시도	지역사회 정신보건예산(원)	1인당 지역사회 정신보건예산(원)
서울	43,303,445,000	4,361
부산	9,645,135,000	2,757
대구	7,219,277,000	2,906
인천	6,177,200,000	2,099
광주	9,854,514,000	6,707
대전	7,569,755,000	4,999
울산	3,199,974,000	2,730
세종	826,908,000	3,402
경기	40,970,212,000	3,222
강원	8,053,860,000	5,193
충북	7,236,864,000	4,547
충남	10,531,449,000	5,023
전북	11,468,314,000	6,150
전남	5,889,631,000	3,093
경북	7,033,322,000	2,605
경남	7,526,019,000	2,231
제주	2,533,342,000	3,948
전국	189,039,221,000	3,657

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

2016년 말 기준으로 국내 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관은 총 2,214개이며, 이중 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설)은 1,910개소로 전년 대비 69개소가 증가하였다. 지역사회 재활기관(정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 등)은 총 304개소로 전년 대비 1개소 증가하였다. 그리고 국공립정신병원, 정신요양시설의 수는 변동이 없는 반면 정신과의원, 종합병원정신과는 전년대비 4~6%로 증가한 것을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

인구 10만명당 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력수는 총 8,943명(의료기관 6,257명, 지역사회 재활기관 상근 2,686명)으로 나타났으며, 이는 인구 10만명당 약 17.3명(산출식: 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신보건전문인력 수/주민등록인구수*인구 100,000명)으로 나타난다. 재활기관은 정신의료기관 1,513개소(총 6,257명), 광역 및 기초정신건강복지센터 224개소(1,543명), 중독관리통합지원센터 50개소(168명), 정신재활시설 326개소(727명), 정신요양시설 59개소(171명), 기타 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소(77명) 등 총 2,208개 기관이 있는 것으로 나타났으며 총 8,943명이 근무하고 있는 것으로 나타났다.

<표 11> 2016년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황

구 분				2013	2014	2015	2016	증감률
계				2,015	2,069	2,144	2,214	3.3
정신건강증진시설	정신건강증진시설 소계			1,717	1,769	1,841	1,910	3.7
	의료기관	병원	국립정신병원	6	6	6	6	-
			공립정신병원	12	12	12	12	-
			사립정신병원	169	174	174	164	-5.7
			종합병원정신과	181	186	185	197	6.5
			병원정신과	133	129	134	140	4.5
		의원	정신과의원	853	895	938	996	6.2
		의료기관 소계		1,354	1,402	1,449	1,515	4.6
	정신요양시설			59	59	59	59	-
	정신재활시설			304	308	333[1)]	336	0.9
지역사회재활기관	지역사회재활기관 소계			298	300	303	304	0.3
	광역정신건강복지센터			11	12	15	16	6.7
	기초정신건강복지센터			189	200	209	210	0.5
	중독관리통합지원센터			50	50	50	50	-
	기본형정신건강증진사업[2)]			48	38	29	28	-

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

2016년 말 기준으로 인구 10만명당 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력의 수는 총 8,943명(의료기관 6,257명, 지역사회 재활기관 상근 2,686명)으로 나타났으며, 이는 인구 10만명당 을 보면 약 17.3명(산출식: 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신보건전문인력 수/주민등록인구수*인구 100,000명)으로 나타난다. 재활기관은 정신의료기관 1,513개소(총 6,257명), 광역 및 기초정신건강복지센터 224개소(1,543명), 중독관리통합지원센터 50개소(168명), 정신재활시설 326개소(727명), 정신요양시설 59개소(171명), 기타 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소(77명) 등 총 2,208개 기관이 있는 것으로 나타났으며 총 8,943명이 근무하고 있는 것으로 나타났다.

다음은 다양한 정신건강증진시설과 지역사회 재활기관 유형에 따른 상근인력 현황을 제시하였다. 2016

년 말 현재 상근인력 전체는 21,411명이며, 정신과 전문의 3,127명, 정신과전공의 584명, 정신건강전문요원 간호사 1,982명, 정신건강전문요원 사회복지사 2,266명, 정신건강전문요원 임상심리사 591명, 간호사 5,067명, 사회복지사 2,165명, 임상심리사 215명, 산호조무사 5,226명, 기타 188명으로 각각 나타났다[3]. 상근인력 유형에 따라 구분해 보면 정신과 전문의와 정신과 전공의 3,711명, 정신건강전문요원 4,839명, 그 외 전문인력 12,861명으로 나타나 비율로 보면 1: 1.3: 3.4로 나타났다.

<표 12> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 유형별 상근인력 현황

구분			계	정신과 전문의	정신과 전공의	정신건강전문요원			간호사	사회복지사	임상심리사	간호조무사	기타
						간호사	사회복지사	임상심리사					
2000 총계			8,618	1,424	553	783	272	152	2,632	480	88	2,234	-
2001 총계			9,665	1,553	577	1,098	338	171	2,890	553	105	2,380	-
2002 총계			10,095	1,642	523	1,229	403	193	2,932	609	157	2,407	-
2003 총계			10,970	1,684	476	1,353	457	240	3,300	784	163	2,513	-
2004 총계			11,854	1,838	513	1,482	565	244	3,570	852	163	2,627	-
2005 총계			12,860	1,964	516	1,651	672	267	3,724	1,006	173	2,887	-
2006 총계			14,183	2,089	549	1,782	874	295	4,012	1,203	189	3,190	-
2007 총계			14,761	2,225	556	1,729	826	319	3,847	1,361	204	3,694	-
2008 총계			15,946	2,276	596	1,797	992	354	4,282	1,488	178	3,983	-
2009 총계			17,139	2,527	675	1,779	1,251	369	4,582	1,664	173	4,119	-
2010 총계			17,765	2,537	773	1,873	1,434	503	5,110	1,104	226	4,205	-
2011 총계			18,529	2,587	601	1,943	1,527	428	4,871	1,908	188	4,476	-
2012 총계			18,984	2,717	625	1,813	1,570	446	5,039	1,993	198	4,583	-
2013 총계			20,175	2,978	715	1,968	1,823	518	4,987	2,167	195	4,824	-
2014 총계			21,251	2,960	692	1,985	2,022	566	5,548	2,195	212	4,857	214
2015 총계[1]			21,449	3,005	607	1,967	2,123	596	5,484	2,209	202	5,014	242
2016 총계			21,411	3,127	584	1,982	2,266	591	5,067	2,165	215	5,226	188
정신건강증진시설	정신의료기관	소계	16,737	3,125	584	1,295	790	463	4,653	506	186	5,135	-
		국립정신병원	899	76	54	364	18	24	56	8	-	299	-
		공립정신병원	578	68	9	77	30	11	253	9	1	120	-
		사립정신병원	5,183	699	25	372	376	56	1,928	142	5	1,580	-
		종합병원 정신과	3,228	672	496	303	85	211	888	141	124	308	-
		병원 정신과	3,170	442	0	126	257	61	1,220	72	12	980	-
		정신과의원	3,679	1,168	0	53	24	100	308	134	44	1,848	-
	정신요양시설[1]		1,170	-	-	126	45	5	176	672	-	91	55
	정신재활시설		1,260	-	-	128	460	30	23	512	18	-	89
광역정신건강복지센터			280	-	-	57	144	24	11	34	-	-	10
기초정신건강복지센터			1,737	2	-	338	722	66	192	374	11	-	32
중독관리통합지원센터			227	-	-	38	105	3	12	67	-	-	2
계			21,411	3,127	584	1,982	2,266	591	5,067	2,165	215	5,226	188

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

3) 2016년부터 정신요양시설의 촉탁의(정신과전문의)는 상근인력에서 제외함

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 지역사회 치료 및 재활프로그램 현황

2016년 말 현재 정신의료기관 유형에 따른 외래환자 수와 기관 당 평균외래환자 수는 총 48,278명으로 나타났으며, 전년 45,427명 대비 6.3% 증가한 것으로 나타났으며, 기관당 평균 외래환자수는 31.9명, 정신과 전문의 1인당 외래환자 수는 15.4명으로 나타났다. 정신의료기관 수에 따른 외래환자 수를 보면 국립정신병원이 평균 90.7명, 공립정신병원이 평균 30.5명, 시립정신병원이 평균 17.5명, 종합병원정신과가 평균 62.7명, 병원정신과가 평균 17.0명, 정신과의원이 평균 29.9명으로 나타나 전체 평균 31.9명임을 알 수 있다. 이는 지역에 있는 정신과의원이 전체 지역사회 정신의료기관의 65.7%(996개/1,515개)를 차지하고 있으며, 그로 인해 61.6%(29,778명/48,278명)의 정신장애인들이 정신과의원을 방문하여 서비스를 이용하고 있는 것을 알 수 있다. 특히, 정신과전문의 1인당 외래환자수를 보았을 때 정신과의원이 1인당 25.5명을 담당하고 있어 전체 평균 15.4명보다 10명이 높아 정신과의원에 진료가중이 높음을 알 수 있다.

<표 13> 2016년 기준 정신의료기관 수 및 기관당 평균 외래환자 수 현황

구분	사설 수	외래환자 수	기관당 평균 외래환자 수	정신과전문의 1인당 외래환자 수
2000 총계	749	20,651	27.6	19.2
2001 총계	822	22,299	27.1	19.2
2002 총계	904	22,711	25.1	14.2
2003 총계	958	24,001	25.1	14.3
2004 총계	989	25,112	25.4	13.9
2005 총계	1,048	27,433	26.2	14.2
2006 총계	1,124	29,983	26.7	14.5
2007 총계	1,202	33,002	27.4	15.0
2008 총계	1,200	36,568	30.5	16.3
2009 총계	1,232	34,078	27.7	12.1
2010 총계	1,273	37,196	29.2	14.9
2011 총계	1,273	38,270	30.1	13.3
2012 총계	1,280	39,927	31.2	15.0
2013 총계	1,354	44,777	33.0	15.4
2014 총계	1,402	44,168	31.5	15.2
2015 총계	1,449	45,427	31.4	15.1
2016 총계	1,515	48,278	31.9	15.4
국립정신병원	6	544	90.7	7.2
공립정신병원	12	366	30.5	5.4
사립정신병원	164	2,866	17.5	4.1
종합병원 정신과	197	12,344	62.7	18.4
병원정신과	140	2,380	17.0	5.4
정신과의원	996	29,778	29.9	25.5
합계	1,515	48,278	31.9	15.4

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

또한, 시/도 등 지역에 따른 외래환자 수의 상대적 비율을 보면 가장 높은 지역 순으로 대전 145%, 부산 143%명, 서울 125%, 광주 119%, 전북 117% 등으로 나타났으며, 가장 낮은 지역은 전남 63%로 나타났다(전국평균을 100으로 보았을 때 비율). 전국에 있는 의료기관 수는 1,515개, 외래환자수는 48,278명, 기관평균 외래환자 수는 31.9명, 인구 10만명당 외래환자수는 93.4명(비교기준)으로 나타났다.

2016년 말 현재 기관 유형에 따라 재활프로그램을 운영하고 있는 기관수는 국립정신병원 2개소, 공립정신병원 5개소, 사립정신병원 21개소, 종합병원정신과 1개소, 병원정신과 12개소, 정신과의원 25개소, 정신재활시설 201개소, 정신건강복지센터 중 기초는 197개소, 정신건강복지센터 기본현은 12개소, 중독관리통합지원센터는 50개소로 나타나 총 546개 기관이 재활프로그램을 운영하고 있으며, 이는 전년 466개 대비 15% 증가한 것으로 나타났다.

<표 14> 시, 도별 재활프로그램을 운영하는 기관수

구분	시설 수 계	1개소 당 담당인구	국립 정신병원	공립 정신병원	사립 정신병원	종합병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	정신재활 시설	정신건강복지센터 기초	정신건강복지센터 기본형	중독관리 통합 지원센터
2000 총계	156	301,334	2	5	15	29	8	23	29	45	-	-
2001 총계	264	179,369	3	6	13	30	11	21	47	46	87	-
2002 총계	271	175,702	3	6	16	27	6	19	56	49	89	-
2003 총계	289	165,568	3	5	12	26	9	14	62	50	108	-
2004 총계	313	153,991	3	5	11	35	11	16	75	50	105	2
2005 총계	326	148,142	3	5	12	31	11	16	81	59	100	8
2006 총계	356	136,228	3	5	14	26	16	13	90	67	102	20
2007 총계	348	141,577	3	4	13	20	14	16	88	86	78	26
2008 총계	432	113,142	3	2	10	21	11	23	99	144	94	25
2009 총계	376	132,375	3	2	12	15	4	16	97	147	48	32
2010 총계	397	127,243	2	4	13	20	2	19	105	148	46	38
2011 총계	405	125,270	2	4	15	18	3	17	115	149	40	42
2012 총계	447	108,684	2	4	19	21	9	23	120	162	41	46
2013 총계[1]	465	108,812	2	4	19	22	9	23	125	183	28	50
2014 총계	469	109,441	2	4	21	23	9	23	123	193	21	50
2015 총계	466	110,578	3	4	19	18	8	24	127	198	15	50
2016 총계	546	94,682	2	5	21	21	12	25	201	197	12	50

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

위에 제시되어 있는 2016년 말 기준으로 국내 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 수와 재활프로그램을 운영하는 기관수를 비교해보면 흥미로운 결과가 나타난다. 지역사회에 있는 기관 2,214개 중 재활프로그램을 운영하는 기관수는 546개로 24.6%만이 운영하고 있는 것으로 나타났다. 좀 더 자세히 보면 국립정신병원 6개 중 2개(33.3%)에서, 공립정신병원 12개 중 5개(16.7%), 사립정신병원 164개 중 21개(12.8%), 종합병원정신과 197개 중 21개소(10.9%), 병원정신과 140개 중 12개소(8.6%), 정신과의원 996개 중 25개(2.5%), 정신재활시설 336개 중 201개(59.8%), 기초정신건강복지센터 210개 중 197개(93.8%), 정신

국가인권위원회 humanrights.go.kr

건강복지센터 기본형 28개 중 12개(42.9%), 중독관리통합지원센터는 50개 중 50개(100.0%)에서 재활프로그램을 운영하고 있는 것을 알 수 있다. 결국, 정신재활시설, 기초정신건강복지센터, 정신건강복지센터 기본형, 중독관리지원종합센터, 국립정신병원을 제외하고는 대부분의 기관들이 10개소 중 1개소만이 재활프로그램을 운영하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 지역사회 내에 있는 기관들의 대부분이 정신장애인들에게 의료서비스만을 제공하고 있으며, 당사자들이 의료서비스 이외에 재활프로그램를 이용할 수 있는 기관수가 적어 실제로 서비스를 이용할 수 있는 기회가 매우 낮음을 알 수 있다.

정신의료기관(국립-공립-사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과, 정신과의원)에서 제공하는 낮병원을 이용하는 사람수를 보면 다음과 같다. 2016년말 현재 국립정신병원 낮병원(재활프로그램) 이용자 수는 20명으로 전년 78명에 비해 75% 낮아졌다. 공립정신병원의 경우 81명으로 전년 75명보다 8%높아졌으며, 사립정신병원의 경우 317명으로 전년 356명이 비해 11% 낮아졌다. 종합병원정신과의 경우 280명이며 전년 394명에 비해 29% 낮아졌으며, 병원정신과는 351명으로 전년 322명에 비해 10% 높아졌으며, 정신과의원은 393명으로 전년 482명에 비해 19% 낮아졌다. 이는 대부분의 기관에서 낮병원 이용자 현황이 낮아진 것을 알 수 있으며, 특히 국립병원과 종합병원정신과에서 감소폭이 큰 것을 알 수 있다.

<표 15> 정신의료기관 낮병동(재활프로그램) 이용자 현황

구분	계	국립정신병원	공립정신병원	사립정신병원	종합병원정신과	병원 정신과	정신과 의원
2000 총계	557 (100.0)	112 (20.1)	50 (9.0)	87 (15.6)	145 (26.0)	40 (7.2)	123 (22.1)
2001 총계	696 (100.0)	128 (18.4)	51 (7.3)	87 (12.5)	173 (24.9)	96 (13.8)	161 (23.1)
2002 총계	675 (100.0)	132 (19.6)	158 (23.4)	92 (13.6)	179 (26.5)	19 (2.8)	95 (14.1)
2003 총계	794 (100.0)	146 (18.4)	243 (30.6)	56 (7.1)	204 (25.7)	46 (5.8)	99 (12.5)
2004 총계	806 (100.0)	160 (19.9)	67 (8.3)	119 (14.8)	308 (38.2)	51 (6.3)	101 (12.5)
2005 총계	757 (100.0)	144 (19.0)	79 (10.4)	89 (11.8)	228 (30.1)	71 (9.4)	146 (19.3)
2006 총계	930 (100.0)	155 (16.7)	63 (6.8)	133 (14.3)	218 (23.4)	232 (24.9)	129 (13.9)
2007 총계	916 (100.0)	147 (16.0)	64 (7.0)	72 (7.9)	177 (19.3)	250 (27.3)	206 (22.5)
2008 총계	1,114 (100.0)	126 (11.3)	46 (4.1)	122 (11.0)	262 (23.5)	136 (12.2)	422 (37.9)
2009 총계	1,717 (100.0)	156 (9.1)	39 (2.3)	160 (9.3)	426 (24.8)	259 (15.1)	677 (39.4)
2010 총계	1,547 (100.0)	98 (6.3)	44 (2.8)	345 (22.3)	225 (14.5)	246 (15.9)	589 (38.1)
2011 총계	1,317 (100.0)	95 (7.2)	53 (4.0)	282 (21.4)	276 (21.0)	241 (18.3)	370 (28.1)
2012 총계	1,428 (100.0)	99 (6.9)	63 (4.4)	373 (26.1)	250 (17.5)	226 (15.8)	417 (29.2)
2013 총계	1,395 (100.0)	111 (8.0)	76 (5.4)	309 (22.2)	232 (16.6)	270 (19.4)	397 (28.5)
2014 총계	1,564 (100.0)	114 (7.3)	72 (4.6)	366 (23.4)	226 (14.5)	314 (20.1)	472 (30.2)
2015 총계	1,707 (100.0)	78 (4.6)	75 (4.4)	356 (20.9)	394 (23.1)	322 (18.9)	482 (28.2)
2016 총계	1,370 (100.0)	20 (1.5)	81 (5.9)	317 (23.1)	208 (15.2)	351 (25.6)	393 (28.7)

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

의료기관 이외에 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터를 이용한 사람수를 보면 다음과 같다. 2016년말 현재 정신재활시설을 이용한 수는 4,994명으로 전년 4,636에 비해 8% 낮아졌으며, 정

신건강복지센터 기초형을 이용한 수는 5,625명으로 전년 8,287명에 비해 32% 낮아졌으며, 정신건강복지센터 기본형을 이용한 인원은 220명으로 전년 418명에 비해 52% 낮아졌다. 중독관리통합지원센터를 이용한 수는 1,206명으로 전년 2,715명에 비해 56% 낮아졌는데, 이는 전반적으로 이용자가 감소하고 있음을 의미한다.

<표 16> 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 재활프로그램 이용자 현황

	계	정신재활시설	정신건강복지센터		중독관리통합지원센터
			기초형	기본형	
2000 총계	1,473(100.0)	693(47.0)	780(53.0)	-	-
2001 총계	2,715(100.0)	1,200(44.2)	812(29.9)	703(25.9)	-
2002 총계	3,044(100.0)	1,393(45.8)	838(27.5)	813(26.7)	-
2003 총계	3,904(100.0)	1,798(46.1)	888(22.7)	1,218(31.2)	-
2004 총계	6,795(100.0)	2,872(42.3)	1,784(26.3)	2,139(31.5)	-
2005 총계	6,858(100.0)	2,533(36.9)	2,047(29.8)	2,278(33.2)	-
2006 총계	7,755(100.0)	2,706(34.9)	2,335(30.1)	2,161(27.9)	553(7.1)
2007 총계	5,727(100.0)	2,811(49.1)	1,613(28.2)	1,061(18.5)	242(4.2)
2008 총계	6,737(100.0)	3,125(46.4)	2,277(33.8)	536(8.0)	799(11.9)
2009 총계	7,501(100.0)	3,360(44.8)	2,267(30.2)	523(7.0)	1,351(18.0)
2010 총계	12,093(100.0)	3,543(29.3)	6,041(50.0)	1,102(9.1)	1,407(11.6)
2011 총계	16,436(100.0)	4,304(26.2)	8,281(50.4)	1,697(10.3)	2,154(13.1)
2012 총계	16,901(100.0)	4,439(26.3)	8,386(49.6)	1,169(6.9)	2,907(17.2)
2013 총계	16,889(100.0)	4,678(27.7)	8,853(52.4)	727(4.3)	2,631(15.6)
2014 총계	16,912(100.0)	4,600(27.2)	9,103(53.8)	550(3.3)	2,659(15.7)
2015 총계	16,056(100.0)	4,636(28.9)	8,287(51.6)	418(2.6)	2,715(16.9)
2016 총계	12,045(100.0)	4,994(41.5)	5,625(46.7)	220(1.8)	1,206(10.0)

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

지역사회 정신건강증진사업을 수행하고 있는 지역사회 기관(정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터, 낮병원)에서 제공하는 서비스를 이용하는 총 등록자를 보면 96,135명으로 나타났으며, 정신건강복지센터 기본현 75,374명, 기본형 3,558명, 정신재활시설 이용자 4,635명, 정신재활시설 입소자 2,039명, 중독관리 통합지원센터 9,158명, 낮병원 환자 수 1,370명으로 각각 나타났다.

<표 17> 지역사회 정신건강증진사업 등록자 현황

구분	인구 1만 명당	등록자수	정신건강복지센터		정신재활시설		중독관리 통합지원센터	낮병원 환자수
			기초형	기본형	이용자	입소자		
총계	18.6	96,135	75,375	3,558	4,635	2,039	9,158	1,370

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

3. 지역사회 치료와 회복을 위한 보건소의 방문관리사업의 현황

1) 보건소 방문건강관리사업의 현황

보건소에서 제공하는 공공보건의료사업 중 하나인 방문건강관리사업은 간호사 및 전문 인력이 취약 가정을 방문하여 건강관리관련 서비스를 제공하는 사업으로, 1990년 일부 지방자치단체의 보건소에서 부분적으로 시작되었다. 2007년 '맞춤형 방문건강관리사업'에 전문 인력 2,000명이 추가 투입되면서 예방중심의 의료서비스 전달체계를 구축하게 되었다. 이후, 2013년부터 맞춤형 방문건강관리사업이 '지역사회 통합건강증진사업'으로 운영되어왔다(보건복지부, 한국건강증진재발원, 2018; 배현지, 김진현, 2015).

보건소의 방문건강관리사업 제공 대상은 집중관리군(건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 경우), 정기관리군(건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 되는 경우), 자기역량지원군(건강위험요인 및 건강문제가 있으나 증상이 없는 경우)으로 구분하며, 정신장애인을 포함하는 재가장애인도 서비스 대상에 속한다.

보건소에서는 정신건강복지센터와 연계하여 정신질환자와 정신질환 고위험군을 위한 건강관리 서비스를 제공하고 있다. 즉, 방문 건강 관리 시 건강면접조사표를 사용 하여 건강행태, 만성질환, 주관적 건강상태 등을 파악하고 고위험군 대상자에게는 질병보건소 내·외 자원연계를 통해 적절한 보건·복지 서비스를 제공한다. 예를 들어 한국어판 PHQ-9를 사용하여 우울증 선별검사를 시행한 후 10점 이상의 위험군은 정신건강복지센터로 연계하여 추후 관리를 받도록 한다. 그 외의 중증정신질환자를 위한 건강서비스는 정신건강복지센터의 중증정신질환자 관리 사업을 통해 제공되고 있다. 지속적인 관리가 필요한 만성신체 질환을 가지고 있는 정신질환자의 경우 보건소와 정신건강복지센터가 함께 방문건강관리 서비스를 제공하고 있다.

서울시에서 2015년부터 단계별로 시행하기 시작한'찾아가는 동 주민 센터 (이하 찾·동)'사업은 2018년 5월 현재 서울시 전체 동의 95%에 가까운 402개동에서 실행되고 있다(황금용, 2017). 찾·동은 65세 이상 어르신이나 출산 가정을 위한 보편방문과 빈곤위기가구와 돌봄 위기 가구를 대상으로 하는 선별 방문으로 이루어진다. 특히, 건강분야는 대상자를 찾아가서 시행 하는 건강 평가, 건강 위험군 식별, 위험군에 맞는 맞춤형 건강관리서비스로 구성되어 있다(황금용, 2017). 서비스 제공과정에서 정신질환 관련 문제를 가진 대상자가 발견될 경우, 정신건강복지센터나 치매센터로 연계하고 협력하여 서비스를 제공하고 있다.

2) 보건소 방문건강관리사업의 한계와 과제

높은 정신질환 유병률과 기대수명 증가로 인해 복합정신질환(2개 이상의 정신질환이나 기타 만성질환을 동시에 보유)을 가진 대상자들이 급증하고 있다. 정신질환을 가지고 있는 성인들 중 약 86.8%(전체 인구의 6.3%)가 복합 정신질환을 가지고 있는 것으로 추정되며, 복합정신질환들의 경우, 단일 정신질환자에

비해 의료서비스 이용일수와 본인부담금이 모두 높은 것으로 나타났다(전진아, 2014). 이러한 현상은 단일 정신질환 중심의 질환관리를 제공하는 시스템에서 벗어나 복합질환관리를 위한 새로운 보건 의료적 접근이 필요함을 시사한다.

하지만 아직까지 보건소, 정신건강복지센터, 치매센터 간의 협력이 원활하게 이루어지고 포괄적인 건강서비스를 제공하기 위해서 해결해야 할 과제들이 남아 있다. 첫째, 인력과 자원의 불균형으로 인해 서비스 기관간의 연계와 의뢰 시스템이 원활하게 이루어 지지 않고 있다. 최근 확대되고 활성화된 보건소 방문건강관리 사업의 규모에 비해 정신건강복지센터가 담당할 수 있는 사례의 숫자는 제한되어 있어 보건소에서 의뢰하는 고위험군 대상자나 복합정신질환자 사례들을 모두 수용하기 어렵다는 점이다. 둘째, 대상자 의뢰 시점과 의뢰 대상에 관한 합의의 부족이다. 셋째, 방문건강관리사업 인력의 정신질환에 관한 이해와 실무경험의 부족이다. 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 보다 체계적이고 실질적인 의뢰시스템의 구축과 방문건강관리사업 담당자들의 정신질환중재 관련 역량 강화가 요구된다.

제4절 정신장애인의 회복을 위한 지역사회 사회서비스 현황

1. 정신장애인의 기초생활보장

현재 국내에서 장애를 가졌다는 것은 「장애인복지법」에 따라 장애진단을 받고 장애인등록을 통해 복지카드를 가지고 있음을 의미한다. 그러나 정신장애의 범주에는 「장애인복지법」에 따라 장애를 진단받고 등록한 경우와 장애로 진단받지 않았지만 「정신건강복지법」에 따라 정신질환 및 정신적 증상을 경험하고 있는 사람들이 포함된다. 이러한 법률에 따라 정신적, 정서적 장애를 가지고 있는 환자나 장애인, 가족을 대상으로 건강회복과 정신건강의 촉진을 위해 다양한 기관이 서비스를 제공하고 있다.

정신질환자는 증상정도, 치료단계에 따라 개입정도와 서비스 제공기관이 구분되어 있다. 예를 들어, 음성을 포함하는 급성증상이나 양성증상의 발현으로 인해 약물치료를 포함하는 정신과적 치료를 필요로 하는 단계에서는 정신의료기관, 낮병원, 정신건강증진센터에서 치료 참여권유, 증상관리, 지속적인 치료를 제공한다. 이후 증상이 완화되어 일상생활에 대한 훈련과 관리가 필요하다고 판단되면 낮병원, 정신건강증진센터, 사회복귀시설, 요양시설에서 일상생활 교육, 약물관리, 증상개선을 중심으로 관련 서비스를 제공한다. 마지막으로 사회적응훈련이 필요하다고 판단되면 사회복귀시설과 정신건강증진센터에서 지역사회로의 복귀에 목적을 두고 지역사회 적응훈련, 사회기술훈련, 직업재활 등 서비스가 제공된다.

다양한 기관들이 정신장애인의 증상완화, 예방, 회복, 사회복귀를 위해 애쓰고 있지만, 현재 법률상으로 정신장애인들이 이용할 수 있는 서비스는 「정신건강복지법」에 한정되어 있다고 봐도 무방할 것이다. 그 이유는 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신보건법」과 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대해서

는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이법의 적용을 제한할 수 있도록 되어있기 때문이다. 이 제한조항으로 인해 정신장애인은 현재 병원입원과 치료 등 의료적 부분에 중점을 두고 있는 「정신건강복지법」 외에 다른 법령의 적용을 받기 어려운 상황에 있으며, 더욱 문제인 것은 만성 또는 중증정신장애인의 경우 「장애인복지법」에 의한 서비스 이용이 불가해 병원입원과 치료에만 초점을 맞추게 된다. 이는 정신장애인들이 제대로 된 복지서비스를 받을 기회가 제공되지 않고 있음을 의미한다.

2014년 장애인실태조사에는 장애인들이 정부, 지방자치단체 및 민간기관에서 시행하고 있는 다양한 장애인복지사업을 이용경험에 관해 묻는 문항이 있다. 이 문항은 다양한 장애인복지사업을 ① 소득보장 사업, ② 의료보장 사업, ③ 장애인 이동지원 사업, ④ 각종 세금 및 요금 감면 사업, ⑤ 장애인 사회 서비스 사업으로 구분하였고, 각 사업 이용에 대한 응답은 다음과 같다.

① 소득보장 사업에 대한 응답으로 장애인 전체는 장애인 연금 11.3%, 경증장애수당 15.5%로 나타나 2가지 응답비율이 26.8%임을 알 수 있다. 정신장애인의 경우, 장애인 연금 22.2%, 경증장애수당 46.2%로 나타나 2가지 응답비율이 68.4%임을 알 수 있으며, 장애인 전체에 비해 소득보장에 대한 정신장애인의 욕구가 높음을 알 수 있다.

② 의료보장 사업에 대한 응답으로 장애인의료비 지원 7.8%, 장애인등록 진단비 지급 5.1%, 장애검사비지원 5.0%로 나타나 3가지 응답비율이 17.9%임을 알 수 있다. 정신장애인의 경우, 장애인의료비 지원 17.2%, 장애인등록 진단비 지급 17.9%, 장애검사비지원 18.9%로 나타나 3가지 응답비율이 54.0%으로 나타나 의료보장 사업에 대한 정신장애인의 욕구가 높음을 알 수 있다.

③ 장애인 이동지원 사업에 대한 응답으로 장애인 전체는 장애인자동차 표지발급 39.2%, 정신장애인은 14.4%로 나타났다.

④ 각종 세금 및 요금 감면 사업에 대한 응답으로 장애인 전체는 승용자동차관련 세금면제 26.2%, 세금공제 및 면제 39.5%, 교통관련 요금 감면 및 할인 76.1%, 통신관련 요금감면 및 할인 83.3%, 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인 64.3%, 장애인근로자 자동차 구입자금 대여 0.4%로 나타났다. 이 6가지 응답을 합하면 289.8%로 나타난다. 정신장애인은 승용자동차관련 세금면제 28.7%, 세금공제 및 면제 23.3%, 교통관련 요금 감면 및 할인 72.9%, 통신관련 요금감면 및 할인 69.9%, 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인 66.1%, 장애인근로자 자동차 구입자금 대여 0.4%로 나타났다. 이 6가지 응답을 합하면 261.3%로 나타나 대다수의 정신장애인들은 각종 세금 및 요금 감면 사업에 대한 이용률이 높은 것을 알 수 있다.

⑤ 장애인 사회 서비스 사업에 대한 응답으로 장애인 전체는 주택관련 분양알선 및 가산점 부여 5.7%, 장애인 자립자금대여 0.2%, 여성장애인 가사도우미 0.4%, 노인장기요양보험 5.2%로 나타났다. 정신장애인은 주택관련 분양알선 및 가산점 부여 14.7%, 장애인 자립자금대여 0.4%, 여성장애인 가사도우미 0.8%, 노인장기요양보험 2.6%로 나타났다. 장애인 전체와 비교하였을 때 정신장애인들은 주택관련 분양에 대한 관심이 높은 것을 알 수 있다.

<표 18> 장애인복지사업 이용 경험

(단위 : %)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루요루 장애	뇌전증 장애	전체
장애인연금	4.2	19.1	11.4	10.0	4.4	36.6	29.1	22.2	36.7	0.0	20.7	2.9	0.0	4.9	14.2	11.3
경증장애수당	14.6	15.8	11.8	12.2	14.6	13.8	3.0	46.2	13.8	3.9	19.7	18.4	16.9	22.1	54.4	15.5
장애아동수당	0.1	1.9	0.5	1.1	0.6	10.0	12.5	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	12.9	0.0	0.0	1.3
장애인 자녀교육비 지원	0.9	2.1	2.1	2.9	1.3	13.7	23.4	1.5	1.5	0.0	1.8	0.0	12.9	2.4	0.0	2.5
장애아 무상 보육료 지원	0.3	2.7	0.6	1.1	3.6	11.2	48.9	0.9	0.7	1.4	1.3	0.0	12.9	0.0	0.0	1.8
장애인 의료비 지원	4.4	9.3	6.3	5.9	4.8	19.1	14.7	17.2	31.6	0.0	7.7	21.3	0.0	5.4	32.3	7.8
장애인 등록 진단비 지급	3.2	7.3	3.9	4.3	5.7	10.0	7.9	17.9	4.8	2.1	5.1	0.0	12.9	10.3	33.0	5.1
장애검사비지원	2.8	7.0	3.5	5.0	3.4	10.4	6.2	18.9	9.1	2.1	0.0	4.3	0.0	10.7	28.9	5.0
발달재활서비스	0.9	6.7	0.5	1.6	7.0	20.5	71.1	4.1	0.0	3.5	3.2	0.0	0.0	0.0	9.4	3.6
언어발달지원	0.1	1.9	0.3	1.5	6.0	8.8	33.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.1	1.4
장애인보조기구 무료교부	4.9	15.2	7.8	6.6	3.4	1.6	0.0	0.3	6.3	0.0	10.0	0.0	0.0	8.3	0.5	6.1
장애인보조기구 건강보험(급여)	9.0	23.2	10.3	33.5	12.2	1.3	0.0	0.3	8.8	7.2	28.5	0.0	0.0	35.3	0.0	12.5
여성장애인 출산비 지원	0.2	0.6	0.3	0.6	0.0	0.8	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
장애인 활동지원 서비스	1.3	6.6	5.3	0.5	1.7	9.9	38.6	2.1	3.2	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1
장애아가족 양육지원	0.2	0.4	0.0	0.9	0.0	1.1	1.9	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.2	0.3
장애인자동차 표지발급	44.2	39.7	32.6	29.5	43.9	34.5	63.9	14.4	46.8	53.3	51.2	42.3	26.9	27.1	15.7	39.2
주택관련 분양알선 및 가산점 부여	4.3	7.9	5.5	5.7	5.0	8.1	10.6	14.7	3.6	4.1	11.6	0.0	3.5	2.8	15.0	5.7
승용자동차 관련 세금 면제	20.0	39.1	16.2	22.0	23.0	55.1	74.1	28.7	49.2	59.6	49.2	32.5	38.9	14.4	17.7	26.2
세금 공제 및 면제	41.0	42.4	37.5	38.2	46.0	33.6	57.5	23.3	47.4	46.7	48.9	34.5	42.4	32.3	21.1	39.5
교통관련 요금 감면 및 할인	78.5	72.8	75.1	70.2	73.0	76.1	82.9	72.9	79.8	69.6	77.5	77.0	100.0	54.9	76.0	76.1
통신관련 요금 감면 및 할인	86.8	81.4	83.3	77.0	70.3	79.8	85.4	69.9	85.0	81.9	82.2	74.4	100.0	73.5	77.7	83.3
공공시설 이용시 요금감면 및 할인	64.7	65.1	59.6	58.6	62.9	70.8	92.0	66.1	71.4	53.1	64.9	66.5	100.0	52.0	64.7	64.3
장애인 자립자금 대여	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
장애인근로자 자동차 구입자금 대여	0.3	0.7	0.1	0.7	0.0	0.8	0.0	0.4	1.4	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
여성장애인 가사도우미	0.3	0.8	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.2	0.4
노인장기요양보험	3.4	20.8	4.9	2.9	1.8	0.2	0.0	2.6	4.4	0.0	16.7	0.0	0.0	1.1	0.0	5.2

결국 정신장애인들이 주로 이용하는 장애인복지사업은 연금, 수당, 진단 및 의료비 지원, 각종 세금감면 등으로 나타나 장애인 전체가 이용하는 서비스와 별반 다르지 않으며, 정부에서 지원하는 대부분의 장애인복지사업을 이용하길 원하는 것으로 보아 복지사업 이용에 대한 욕구가 전체 장애인들과 비슷한 것을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신장애인이 지원을 받을 수 있는 또 다른 법령은 「국민기초생활보장법」으로 정신장애로 인해 직업을 가지거나 수입이 있는 직장을 가지는 것이 제한되며 그로 인해 생계를 꾸리기 어려운 처지에 있는 이들이 가계소득수준에 의거해 수급을 받을 수 있다. 현재 정신장애인 중 56.3%가 국민기초생활보장 수급 대상인 것으로 나타났으며, 15개 장애유형 평균 19.5%보다 3배 정도 높게 나타나 장애유형 중 2번째로 빈곤한 집단으로 보고되었다. 기초생활수급 자격을 가진 장애인들은 복지로를 통해 다양한 복지서비스를 이용할 수 있으며, 2018년 8월 현재 기초생활수급자가 이용할 수 있는 서비스는 34가지 정도이며, 서비스 내용은 <표 19>와 같다.

<표 19> 저소득층 대상 기초생활수급지원 - 중앙정부

유형	수급지원 내용
가사/간병 방문 지원사업	일상생활이 어려운 저소득층 가정에 요양보호사가 방문하여 가사와 간병 서비스 제공
교육급여	수급자에게 적정한 교육기회를 제공하여 자립할 수 있는 능력을 배양하고, 가난의 대물림 차단
기존주택 전세임대주택 지원사업	저소득층의 주거안정을 지원
독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스	독거노인과 중증 장애인의 가정에 화재·가스 감지센서 등을 설치하여 응급상황 발생 시 독거노인 및 중증 장애인 분들이 신속하게 대처하거나 소방서에 신고할 수 있는 체계 구축
발달재활서비스	장애아동의 인지, 의사소통, 적응행동, 감각, 운동 등의 기능향상과 행동발달을 위한 재활서비스를 지원하고, 관련 정보 제공
방과후 보육료 지원	어린이집을 이용하는 영유아의 방과후 보육료를 지원하여 양육의 부담을 줄이고 원활한 경제활동을 돕기
스포츠강좌이용권	저소득층 청소년에게 지속적인 스포츠 활동 기회를 보장하여 체력향상과 건전한 여가활동 지원
아동발달지원계좌지원	저소득층 아동이 사회에 진출하는 초기 비용(학자금, 취업, 창업, 주거)을 마련할 수 있도록 자산 형성을 장기 지원
양곡할인	저소득층의 생활안정을 위해서 생계·의료·주거·교육급여 수급자와 차상위계층에게 정부양곡을 할인된 가격으로 제공
어촌 가사도우미 지원	어업인 및 어촌지역의 고령·취약가구에 가사도우미를 지원하여 기초적인 가정생활 유지하도록 돕기
에너지 취약계층 고효율 조명기기 무상교체 지원	에너지 취약계층인 저소득층에 고효율 조명기기(LED)를 무상으로 교체 지원하여 전기요금을 줄이고 전력수요 절감에 기여
에너지바우처	에너지 취약계층에 에너지바우처(난방카드)를 지급하여 저소득층의 에너지 비용 부담 완화 및 에너지 접근성을 높이고, 동절기의 난방에너지 구입을 지원하는 제도

선택 의료급여 기관제	의료급여 수급권자에게 의료비를 지원하여 저소득층 국민 보건 향상과 사회복지 증진에 기여
의료급여 중증 및 희귀난치성질환자 지원	중증 및 치료가 힘든 희귀난치성질환을 앓고 있는 의료급여 수급권자에게 의료비를 지원하여 저소득층 국민보건 향상과 사회복지 증진에 기여
의료급여	의료급여 수급권자에게 의료비를 지원하여 저소득층 국민보건 향상과 사회복지 증진에 기여
의료급여수급권자 일반건강검진비 지원	국민의 건강을 위협하는 고혈압, 당뇨 등 심뇌혈관질환을 조기에 발견하여 치료할 수 있도록 건강검진 서비스를 제공하고, 만 66세이상 의료급여수급권자를 대상으로 맞춤형 건강진단 서비스 제공
의료급여 임신·출산 진료비지원	임신이 확인된 의료급여 수급권자에게 임신과 출산에 필요한 의료비 지원
의료급여장애인 보장구 지원	의료급여수급권자에게 의료비를 지원하여 저소득층 국민보건 향상과 사회복지 증진에 기여
일반형 일자리 지원	미취업 장애인의 사회참여를 확대시키고 소득을 보장하기 위하여 공공형 일자리 제공
장애수당	생활이 어려운 장애인에게 장애수당을 지급하여 생활의 안정을 돕기
장애아동수당	장애로 인하여 생활이 어려운 장애아동이 보다 편안한 생활을 할 수 있도록 지원
장애인 보조기구 교부	생활이 어려운 저소득 장애인들이 복지 혜택을 누릴 수 있도록장애인 보조기구 지원
장애인 복지일자리 지원	장애인이 사회적, 경제적으로 자립할 수 있도록 일자리를 제공
장애인연금	장애로 인하여 생활이 어려운 중증장애인의 안정된 삶을 위해 연금지급
장제급여	수급자가 사망하였을 경우, 사체의 검안, 운반, 화장 또는 매장 등의 기타 장례를 하는데 필요한 금품지원
저소득 장애인 등록 진단서 발급비 및 검사비 지원	생계급여 및 의료급여 수급자에게 장애인 등록 진단 비용과 장애 심사를 받기 위한 검사비 일부를 지원하여 경제적인 부담을 줄임
저소득층 본인일부부담금 경감	저소득층의 본인부담비를 경감하여 서비스를 이용하는 부담줄임
주거급여	주거안정과 주거생활 향상을 위하여 일정 소득 이하의 국민에게 주거 급여 지원
지방세 비과세 감면	생계·의료·주거·교육급여 수급자, 국가유공자, 고엽제후유증 환자, 장애인 등이 부담하는 지방세를 감면·면제하여 생활 안정과 시설운영 돕기
청년희망키움통장	일하는 생계급여수급 청년의 탈수급과 자립을 향한 꿈을 키워나갈 수 있도록 돕기
청소년한부모 자립지원	청소년 한부모가 자녀를 양육하고 자립할 수 있도록 지원

국가인권위원회
humanrights.go.kr

취약계층 우수인재 육성사업	학업의지가 높고 성장 잠재력을 가진 저소득층 학생들이 우수인재로 성장할 수 있도록 지원
해산급여	수급자 가구의 임산부가 출산 예정이거나 출산한 경우에 해산비 지급
희망복지지원단 통합사례관리사업	자활하고자 하는 가구에게 맞춤형 서비스를 제공하여 안정적인 삶을 지원·지지하고 빈곤 예방

다음은 아동, 노인, 장애인 대상 돌봄, 재활, 사회참여 등 생애주기별 욕구를 충족하고 행복한 삶을 위해 보건복지부에서 제공하는 서비스이다. 크게 아동, 노인-장애인, 신체건강, 정신건강, 기타 5가지로 구분되어 있으며, 아래 표는 정신장애인이 이용할 수 있는 서비스가 제시되어 있다.

<표 20> 아동・노인・장애인 대상 생애주기별 서비스

사업군	사업유형	지원대상	서비스 내용
아동 재활	**아동청소년 심리지원**	기준 중위소득 140% 이하 가정의 만18세 이하 범위 내에서 지역여건에 따라 설정	문제행동 위험군 아동에 대한 상담 및 언어 · 인지 · 놀이 · 미술 프로그램을 지원하여 문제행동 감소 및 정서행동장애로의 악화 방지
	아동청소년 정서발달	기준 중위소득 120% 이하 가정의 만7세~만18세 아동으로 학교부정응 및 정서 · 행동 문제아동 우선지원	정서불안, 문화적 소외 아동 등에게 클래식 악기교육 및 정서순화 프로그램을 제공
	인터넷 과몰입 아동 청소년치유	기준 중위소득 120% 이하 가정의 만18세 이하 아동 중 인터넷 중독 선별검사 결과 고위험군 · 잠재위험군 판정을 받은 아동	인터넷 과다사용 아동 · 청소년을 조기에 발견하고 상담, 대체활동을 통해 인터넷 과몰입 치유
아동 역량 개발	**아동청소년 비전형성 지원**	기준 중위소득 120%이하 만7세~만15세	아동청소년 시기의 체계적인 사회 · 문화 활동 및 자기주도력 향상 프로그램 제공
노인 · 장애인 사회참여 지원	**노인 · 장애인 돌봄 여행**	기준 중위소득 140%이하 가정의 신체활동이 가능한 장애 등록자 및 만65세 이상 노인	신체적 특성으로 여행 욕구 충족이 어려운 노인 · 장애인에게 전문 돌봄인력 동반 여행 서비스 제공
신체 건강 관리	**장애인/산모 등 건강취약계층 운동처방**	기준 중위소득 140%이하 장애인, 산모(임신3개월 이상)	장애인·산모 등 건강취약계층의 신체활동 지원을 통해 의료비 절감 및 건강증진
	비만아동 건강관리	만5세~12세 이하의 경도(비만지수 20%) 이상의 비만아동	비만 초등학생과 부모에게 건강교육, 운동처방 및 운동지도 등을 제공하여 건강한 성장 지원

정신건강관리	**정신건강 토탈케어**	기준 중위소득 120%이하 가정의 정신과 치료가 필요하다는 정신건강의학과전문의 소견서 · 진단서 발급 가능한자	정신질환자와 가족에게 일상생활 지원, 증상관리, 사회적응 및 취업지원 프로그램 지원
기타		기준 중위소득 120%(장애인 · 노인 대상 140%)이하 가정으로 지자체의 서비스제공계획 및 공고에 따름	지역에 따라 아동재활, 아동역량개발, 노인 · 장애인 사회참여 지원, 신체건강관리, 정신건강관리, 가족역량 강화 등 다양한 서비스 제공

2. 정신장애인에 대한 사회서비스 종류

2014년 장애인실태조사를 살펴보면, 정신장애인이 이용하는 복지사업들은 「장애인복지법」에 의해 제공되는 서비스들이다. 정신장애인은 「장애인복지법」에 의해 이용할 수 있는 서비스가 제한(3개의 진단군, 장애등급 또한 1-3급으로 정의됨)되어 있고, 정신장애에 대한 사회적 편견 또한 높다. 따라서 궁극적으로 정신장애인들이 이용할 수 있는 지역사회 자원은 「정신건강복지법」에 따른 정신건강복지센터와 정신건강증진시설에 해당되는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설이다. 다음은 이러한 시설에 대한 간략한 설명이다.

- 정신건강복지센터는「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설을 말하며 학교 및 사업장과 연계체계를 통해 지역사회 내 정신건강증진사업 및 정신질환자 복지서비스 지원 사업을 제공하는 기관이다.
- 정신건강증진시설이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 의미한다.
- 정신의료기관은 정신질환자의 의료적 치료를 목적으로 설치된 기관을 말한다.
- 정신요양시설이란 정신질환자를 입소시켜 요양과 관련된 서비스를 제공하는 시설이다.
- 정신재활시설이란 정신질환자 또는 정신건강 상문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말한다. 생활시설이란 정신질환자 등이 생활할 수 있도록 의식주 서비스를 제공하며, 재활훈련시설은 정신질환자 등이 지역사회에서 직업과 사회생활을 위해 상담, 교육, 직업재활, 여가, 문화, 사회참여 등 각종 활동을 지원하는 시설이다.

2011~2016년까지 정신재활시설 현황을 보면, 다른 시설은 거의 증가하지 않은 반면 주거제공시설이 지속적으로 증가한 것을 알 수 있다. 이는 정신장애인들의 지역사회 거주 및 치료를 위해 다양한 정신재활시설이 마련되어야 함을 의미한다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 21> 2011~2016 정신재활시설 현황

(단위: 개)

연도	주간재활 시설	입소생활 시설	종합 시설	주거제공 시설	직업재활 시설	중독자재활 시설	계
2011	81	15	24	88	3	3	214
2012	81	17	24	101	5	3	231
2013	86	17	22	123	6	3	257
2014	91	17	22	131	8	4	283
2015	80	22	22	143	10	3	290
2016	91	22	21	150	11	3	298

출처 : 문용훈(2017), 탈원화를 위한 정신장애인 재활·주거 및 복지서비스 제공체계 구축의 방향성과 전략

아래에는 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인들에게 다양한 사회서비스를 제공하고 있는 기관들과 제공하는 서비스들이 제시되어 있다.

- 생활시설은 가정에서 생활이 어려운 장애인들을 대상으로 주거, 생활지도, 직업재활 서비스를 제공한다.
- 재활훈련시설은 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 아동/청소년정신건강지원시설로 구분된다. 재활훈련시설은 직업재활, 독립생활, 사회적응 훈련 등 사회복귀를 위한 서비스를 제공하는 시설이다.
- 중독자 재활시설은 약물, 게임 중독에 대한 재활을 제공하는 기관이다.
- 생산품 판매시설은 정신질환자들이 생산한 물품을 판매하거나 유통하거나 지원하는 시설이다.
- 종합시설은 위에 언급한 2개 이상의 시설이 경합되어 다양한 서비스를 제공하는 시설이다.

<표 22> 정신재활시설의 유형 및 사업

종류		사업
생활시설		• 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자 • 주거, 생활지도, 교육, 직업재활 훈련 서비스 • 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원
재활훈련 시설	**주간재활 시설**	• 작업, 기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 서비스 제공
	공동생활 가정	• 완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자 대상 • 공동생활을 통해 독립생활을 위한 역량을 함양
	지역사회 전환시설	• 지역 내 정신질환자 등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설

	직업재활 시설	• 정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	아동/청소년 정신건강 지원시설	• 정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설
중독자 재활시설		• 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 돕는 시설
생산품 판매시설		• 정신질환자 등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자 등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설
종합시설		• 제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적/종합적으로 제공하는 시설

출처 : 이병화 외(2017), 정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안.

제5절 정신건강법 개정 전후 변화 실태 추이

1. 정신보건법의 개정 경위

1996년 시행된 우리나라의 「정신보건법」은 제1조(목적)에서 정신질환의 예방, 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 필요한 사항을 정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다는 점을 명시하였다(신권철, 2009)[4]. 그러나 동법에서 내세운 정신질환자의 회복과 사회 복귀는 명목적인 수식(修飾)에 지나지 않았고, 정신질환자를 사회로부터 분리 배제하는 결과만을 초래하였다는 비판을 받았다(신권철, 2014; 신권철, 2016; 이용표 외, 2016; 조홍석, 1999;, 하명호, 2011; 서동우, 2006). 이는 구 「정신보건법」이 지역사회에서의 일상적 삶으로의 회복과 복귀에 중점을 두기보다는 병원이나 시설을 통한 격리치료에 치중해 온 결과이다.

이로 인해 구 「정신보건법」이 시행되던 2015년 기준 우리나라 정신의료기관이나 정신요양시설에 입원(소) 중인 정신장애인들의 비자의입원[5]의 비율은 전체 입원환자의 71%에 달하고, 이 중 6개월 이상 장기입원율이 57.1%, 입원환자들의 평균 재원일수는 281일에 이르렀다(국립정신보건센터, 2015).

이를 법제도적으로 뒷받침한 것이 구 「정신보건법」 제24조 '보호의무자에 의한 입원'이다. 비자의입원의 대부분이 바로 보호의무자에 의한 입원절차에 의하여 입원되고 있기 때문이다. 구 「정신보건법」 제24조에 따르면, 정신과 전문의 1인이 "환자가 정신의료기관등에서 입원등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있다"거나 또는 "환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원등을 할 필요가 있다"고 진단하고 이에 대하여 보호의무자 2인(부득이한 경우에는 1인)이 동의하면, 정신장애인 본인의 자연적 의사에 반해서도 강제로 입원시킬 수 있었다.

이때 정신장애인 본인이 입원 여부를 결정할 수 있는 의사결정능력이 있는지 또는 자기나 타인을 해칠 위험이 있는지, 그 위험이 얼마나 심각하고 구체적인지 여부 등에 대하여 객관적이고 독립적인 심사절차는 존재하지 않았다. 입원 후 6개월 이상 계속 입원 시에만 지방자치단체의 장이 설치·운영하는 정신보건심의위원회 산하 정신보건심판위원회의 심사를 받아야 한다. 하지만 그 심사는 입원 환자에 대한 비대면(非對面) 서류심사로 형식화되어 있어 제 기능을 하지 못하였다. 그 나마의 형식적 심사조차 번거롭게 여기는 병원과 보호자들 사이에서는 퇴원 즉시 다른 병원으로 이송하거나 단기간 다른 요양시설에 입소시켰다가 재입원시키는 탈법적 관행도 만연(蔓延)하였다.

이와 같은 정신의료기관등에의 입원(소) 과정에서 많은 정신장애인들은 병식(病識)이 없다는 이유로 자

4) 동법의 입법목적에 대하여 정신질환자의 사회복귀는 단순한 수용시설에서의 해방이라는 의미가 아니라 제한된 정신능력을 가지고서도 정신질환자가 교육이나 일자리 등에서 사회로부터 배제되지 않고, 국가의 적절한 사회보장혜택을 받으며 사회적 통합을 이룰 수 있는 사회적 시스템을 마련하여야 하는 국가적 의무를 의미하는 것으로 이해된다.

5) 본인의 의사에 의하지 아니하는 입원을 규정하는 표현으로 '비자의입원'과 '강제입원'이 있다. 입원에 대하여 동의 여부를 결정할 능력이 없는 상태에서의 입원을 적극적 반대의사가 없었다는 이유로 비자의입원에는 포함하고 강제입원에서는 제외한다면 양자 사이에는 그 포섭에 있어서 약간의 차이를 갖게 된다. 하지만 본인의 동의(의사)가 없는 자유의 박탈이라는 점에서는 입원에 관하여 동의할 능력이 없는 상태에서의 입원과 본인의 의사에 반하는 입원을 엄격히 구분해야 할 실제상 필요는 인정되지 않는다.

신에 대한 치료행위에 대하여 설명을 듣고 이에 동의할 최소한의 자기결정권이나 자유롭게 행동하거나 이동할 수 있는 권리, 자신의 신체를 구속당하지 않을 권리와 그와 관련된 여러 기본적 인권을 침해당하고 있다. 이러한 정신장애인의 열악한 인권상황에 대하여 국내외적으로 많은 비판과 문제점이 제기되고 있음은 물론이다.

대표적으로 '국가인권위원회의 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서(2009)' 및 'OECD 정신보건 정책 평가보고서(2012)', '2013년 한국의 정신건강에 관한 OECD의 조사 및 권고' 등에서는 우리나라 「정신보건법」이 정신장애인의 법적 능력, 비자의 입원, 치료에 관한 원칙에 위배되며, 병원과 장기요양 입원중심 모델에서 지역사회 기반 모델로 옮겨야 할 것을 권고한 바 있다(조윤화 외, 2014). 아울러 2014년 10월 3일 장애인권리위원회(Committee on the Rights of Persons with Disabilities)는 한국의 '장애인권리협약{Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 '협약(CRPD)'이라 한다}의 이행에 관한 최초의 국가보고서에 대한 최종견해(Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea, 2014)'에서 우리나라 정신장애인의 자유와 복지에 대하여 큰 우려를 표명하며 그 개선을 강력히 권고한 바 있다.

즉, 유엔장애인권리위원회는 협약(CRPD) 제14조 신체의 안전과 자유와 관련하여, "현행 「정신보건법」 및 동 개정안이 장애를 이유로 하는 자유박탈을 허용하고 있는 점 그리고 입원의 장기화를 포함하여 사회심리적 장애인(persons with psychosocial disabilities)들의 사전 설명에 기초한 자유로운 동의 없이 입원시키는 비율이 높다는 점"에 대하여 우려를 표시하면서, "정신장애와 지적장애를 포함하는 장애를 이유로 자유박탈을 허용하는 현행 규정을 폐지하고, 정신건강서비스를 포함하는 모든 보건서비스가 당사자의 사전 설명에 기초한 자유로운 동의에 의거하도록 보장하는 조치를 취할 것과 개정이 이루어질 때까지 병원과 특수시설에 있는 장애인들의 자유박탈 사례를 모두 조사할 것과 그 조사에 대하여 다툴 수 있도록 할 것"을 권고하였다[6].

다른 한편으로 2000년대 후반에 들어와 '정신장애인의 지역사회통합'은 세계적으로 정신장애인의 정책과 서비스의 주된 흐름을 형성하고 있다. 반면에 우리나라에서는 정신장애가 「장애인복지법」 상의 장애의 한 유형으로 규정되었음에도 불구하고[7], 정신장애인은 보편적 장애인복지전달체계에서 사실상 배제되어 있다(동법 제15조). 정신장애인은 주로 치료의 대상으로 파악되어 「정신보건법」 상의 의료보건 중심의 서비스만을 제공받도록 한정하였다. 하지만 입원치료가 중심일 뿐 지역사회에서 정신장애인이 이용할 만한 보건복지 인프라나 서비스의 제공은 매우 빈약하고 그나마 제대로 시행되고 있지도 않다. 가령 지역사회에서 정신의료·보건서비스전달체계의 중심 역할을 해야 할 정신건강증진센터조차 자살방지, 청소년 정신건강 등을 중심으로 운영되고 있고, 정신장애인의 사례관리 및 지역사회통합 지원은 매우 빈약하여, 상태가 악화되었을 때 다시 정신병원에 입원을 유도하는 것 이상의 기능을 하지 못하고 있다는 비판을 받았다(이용표 외, 2016)[8]. 이에 대해서도 유엔장애인권리위원회는 협약(CRPD) 제19조 자립생활 및 지역

6) Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea(주 8), para. 25-26.
7) 동법 제2조 제2항 제2호, 동법시행령 제2조 별표 1 제8호.
8) 지역사회 통합을 위한 복지서비스 인프라로서 정신보건센터의 문제점과 한계에 대해서는 정신보건센터 대부분은 입원을 주요

사회로의 참여와 관련하여 한국에서 “장애인을 위한 수용시설과 입소자 수의 증가와 활동보조서비스를 포함하는 지역사회 통합 정책의 결여에서 알 수 있는 것과 같이 장애인의 지역사회통합을 위한 충분한 수단과 탈원화 전략의 효율성이 결여되었다”는 점에 대하여 우려를 표시하며, “장애인의 인권모델에 기초한 효과적인 탈원화 전략을 수립하고 활동보조서비스를 포함하는 지역사회에서의 지원서비스의 확충”을 촉구하였다[9].

무엇보다도 정신장애인의 강제입원을 제도적으로 뒷받침해 온 「정신보건법」 제24조(보호의무자에 의한 입원)의 위헌성에 대하여 헌법재판소에 여러 차례 헌법소원이 제기되었었고, 위헌심판청구가 제기되기도 하였다[10]. 법적으로나 사회·제도적으로 정신보건법상 강제입원제도의 발본적(拔本的) 개혁과 정신장애인의 지역사회통합을 위한 제도와 정책에 대한 사회적 요구가 높아졌던 것이다.

결국 2016. 5. 29. 구 「정신보건법」을 전부개정하는 「정신건강복지법」(법률 제14224호)이 국회를 통과하여, 2017. 5. 30.부터 신법이 시행되었다. 동 법안은 당초 정부가 제출한 정신보건법 전부개정안과 장애계에서 의원 발의한 정신장애인 복지지원법 등을 종합하여 새로운 대안으로 제시된 것이다.

「정신보건법」을 명칭 변경을 하여 전면 개정한 「정신건강복지법」의 골자는 정신질환자의 범위를 ‘독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람’으로 제한하고, 새로운 입원유형으로서 ‘자의입원’ 외에 본인의 자의와 보호의무자의 동의에 의한 ‘동의입원’을 새롭게 신설하며, 보호의무자에 의한 입원에 있어서 실질요건을 입원치료의 필요성과 자기나 타인에게 해를 끼칠 위험을 모두 갖춘 경우로 강화하는 한편, 최초 입원 후 2주 내 다른 의료기관 소속 정신과 전문의의 추가진단, 1개월 내 입원적합성 위원회의 심사를 받도록 절차를 강화하였다. 아울러 정신질환자에 대한 복지서비스의 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원·지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 복지서비스의 제공에 관한 법적 근거를 마련하였다.

2. 개정 정신건강복지법에 대한 평가

1) 비자의입원절차에 대한 평가

개정 「정신건강복지법」에 의하여 강화된 비자의입원의 실질적 판단기준을 둘러싼 논란에 대해서는 앞서 살펴보았으므로 그 밖에 비자의입원절차상의 문제점에 대하여 살펴 볼 필요가 있다. 특히, 강제입원절차에 있어서 법관에 의한 심사 등 절차적 정당성을 확보하기 위한 절차 정비의 요구가 강하였으므로 그러한 관점에서 입원적합성위원회의 설치와 운영에 대하여 평가해 볼 필요가 있다. 헌법 제12조, 특히 같은 조 제3항의 해석상 정신질환자의 신체의 자유를 박탈하는 강제입원은 원칙적으로 당사자가 참여하

수익으로 하는 정신의료기관에 위탁 운영되고 있다는 점이 지적되기도 한다.

9) Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea, para. 37-38.

10) 동 헌법소원에 대해서는 「정신건강복지법」 개정 후 시행 전인 2016년 9월 29일 헌법재판소는 ‘「정신보건법」 제24조 제1항 및 제2항’의 ‘보호의무자에 의한 입원(이하 보호입원) 조항’에 대하여 헌법불합치 결정(헌법재판소 2016. 9. 29. 선고 2014헌가9 결정)을 내렸다.

는 청문 및 변론을 거친 뒤 법원의 허가를 얻은 후에만 허용된다는 주장이 있다(정태호, 2016). 즉, 신체의 자유를 구속한다는 점에서 본인의 의사에 반하는 강제입원은 사실상의 인신의 구속에 해당한다. 이때 강제입원·강제치료를 받게 되는 정신질환자가 정신질환으로 인하여 분별력이 없다는 사정은 인신의 구속이라는 기본권 제한의 사실을 인정하는 데에 영향을 미치지 않을 뿐 아니라 오히려 환자에게 분별력이 없다는 사정으로 인해 그러한 조치가 특히 더 큰 위험성을 띨 수 있으므로 그만큼 그 제한의 강도도 더 심각한 것으로 평가될 수 있다. 분별력 및 동의능력이 없는 정신질환자를 위하여 선임된 후견인 내지 보호의무자의 동의도 입원이 환자의 자연적 의사에 반하여 행해진다는 사정에 기인하는 강제치료의 기본권 제한성을 조각시키지 않는다(정태호, 2016). 강제입원은 "정신적 자유와 더불어 헌법이념의 핵심인 인간의 존엄과 가치를 구현하기 위한 가장 기본적인 자유로서 모든 기본권 보장의 전제조건"[11]인 신체의 자유를 박탈하는 조치로서, 신체의 자유 보호와 관련하여 형사법 영역에서 구현되고 있는 실체적 절차적 보장은 다른 영역 즉, 정신질환자의 강제입원에도 성질이 허용하는 범위 내에서 최대한 (유추) 적용되어야 하기 때문이다. 건강상태를 개선하는 치료를 받기 위하여 정신의료기관에 입원할지 여부는 원칙적으로 그의 개인문제로서 질병의 치료를 위한 조치가 의학적 관점에서 매우 적절해 보이는 경우에도 그러한 조치를 거부할 권리를 포함한다(정태호, 2016).

이러한 관점에서 보면 강제입원은 형사절차상 인신구속에 준하는 사법절차에 의하는 경우에만 그 절차적 정당성을 확보할 수 있음을 알 수 있다. 적법절차의 원칙 가운데에 먼저 본인에 대한 청문의 기회를 보장하는 것이 매우 중요하다. 이와 관련한 「정신건강복지법」 제45조 제1항은 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알리고, 입원 등을 한 사람의 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하도록 하고 있다. 이때 대면조사 신청의 의사가 적절히 파악될 것인가의 문제도 있으나, 무엇보다도 강제입원을 당한 사람은 본인의 자연적 의사에 반하여 입원하였거나 입원에 관한 동의 여부를 표시할 자연적 의사능력이 없는 경우인데, 새삼 대면조사 신청의 의사를 확인하여 그에 따라 선별적으로 대면조사를 실시하는 것이 적절한 것인지 의문이 있다. 입원적합성위원회는 대면조사가 본인의 건강을 해치는 등의 특별한 사정이 없는 모든 입원환자에 대하여 최소한 대면심사의 기회를 부여하는 것이 바람직하다.

대면조사에도 불구하고 입원적합성심사위원회에서 변론이 보장되는 것이 아니므로 적법절차의 원칙은 충분히 관철되고 있지 못하다. 그럼에도 불구하고 입원적합성심사위원회가 실질적으로 기능하기 위해서는 최소한 입원환자가 자기의 의견을 위원회에 적극적으로 소명할 수 있는 실질적 기회를 보장할 필요가 있다. 입원환자는 정신적 불안정 때문에 효과적으로 자신의 입장을 표명하기 어렵고 심지어는 입원 즉시 처방된 정신작용에 영향을 미치는 약물의 영향(부작용)으로 충분히 의사를 표시할 수 없는 상태에 있을 수도 있다. 그러한 상황에서는 입원적합성심사위원회의 대면조사에 있어서도 입원환자에 대한 적절한 지원과 조력이 없는 한 환자 본인이 효과적으로 자신의 입장을 소명할 기회를 갖기는 매우 곤란할 것이다. 이러한 환자들을 위하여 입원환자들을 조력하고 지원하는 절차조력인과 유사한 제도를 도입하는 방안을 검토할 필요가 있다.

11) 헌재 1992. 4. 14. 90헌마82, 판례집 4, 194, 206.

2) 최근 국제적 장애인인권규범의 관점에서의 평가

유엔장애인권리위원회는 2015년 9월 제14차 회의에서 유엔의 기관·기구들, 독립적 전문가들뿐만 아니라 체약국, 각국의 인권기관, 장애기구·단체들에 대하여 협약 제14조와 관련된 진전된 이해의 제공을 위하여 협약(CRPD) 제14조 장애인의 자유와 안전에 관한 가이드라인을 채택하였다(Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2015). 동 가이드라인에서 유엔장애인권리위원회는 협약(CRPD) 제14조[12]는 실제 또는 감지된 손상(actual or perceived impairment)을 이유로 사람들을 구금할 수 있는 어떠한 예외도 인정하지 않는다는 견해를 확립하였음을 선언하면서, 「정신보건법」을 포함하여 일부 당사국의 법제에서 자신이나 타인에게 위험하다고 인정되는 등의 다른 사유가 있는 경우에 실제 또는 감지된 손상을 이유로 구금을 허용하는 관행이 제14조에 부합하지 않으며 자유의 임의적 박탈이자 성질상 차별이라고 밝히고 있다[13]. 또한 당사자의 사전 설명에 기초한 자유로운 동의 없이 또는 의사결정대행자의 동의로 본인의 의사에 반하여 시설에 구금하는 것은 협약 제12조, 제14조에 위배된 자유의 임의적 박탈로서 당사국은 이를 중지하여야 한다고 선언하고 있다[14]. 이울러 인간의 자유와 안전에 관한 권리의 향유는 지약사회에 통합하여 자립적으로 살아갈 권리에 관한 협약 제19조의 이행에 중심이 된다는 점을 강조하고 있다[15]. 유엔장애인권리위원회의 이와 같은 최근의 견해는 그동안 정신장애인의 강제입원을 엄격한 조건하에 예외적으로 허용해 왔던 유엔총회에서 1991년 12월 17일 결의문 46/119로 채택한 '정신장애인의 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(MI 원칙이라고 불리운다)(United Nation, 1991)'을 사실상 수정하는 것으로 이해된다. 왜냐하면 1991년의 MI원칙 제16조에 따르면 (1) "정신병 때문에 자기 또는 타인의 즉시 또는 임박한 위해의 심각한 가능성"이 있거나, (2) "정신병이 중한 상태이고 판단력이 손상된 사람의 경우에 그 사람을 입원시키거나 입원을 계속하지 못하면 그(녀)의 상태가 심각하게 악화되거나 또는 '최소 제한적 대안의 원칙'(the principle of the least restrictive alternative)에 따라 정신보건시설에 입원에 의해서만 제공될 수 있는 적절한 치료를 할 수 없는 경우"를 자유박탈의 요건으로 가중하고 있기 때문이다. 협약 제14조에 관한 유엔장애인권리위원회의 가이드라인은 그와 같은 가중된 요건이 있더라도 정신장애인과 비장애인에 대하여 법적으로 달리 취급하는 것은 허용되지 않는다는 것을 다시 천명한 것이라고 할 수 있다. 그런 의미에서 협약 제14조의 본질적인 의의는 20세기까지 신체의 자유와 안전 보장 규정이 주로 인신의 자유라고 하는 전통적인 인권의 관점에서 보장되었던 데 반하여 협약 제14조는 평등이라는 새로운 규범적 시각과 지평에서 장애인의 신체의 자유와 안정을 보장하고자 하는 것이라고 할 수 있다(池原毅和, 2011).

12) 협약 제14조(개인의 자유와 안전) 1. 당사국은 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 장애인에게 다음을 보장한다. (a) 개인의 자유와 안전에 관한 권리를 향유한다. (b) 장애인의 자유가 불법적으로 또는 자의적으로 박탈당해서는 아니 되며, 모든 자유의 박탈은 법률에 따라야하며, 어떠한 경우에도 장애의 존재로 자유가 박탈되어서는 아니 된다. 2. 당사국은, 일정한 절차를 통해 장애인의 자유가 박탈되는 경우, 장애인이 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 국제인권법에 따라 보호 받으며, 합리적 편의제공을 포함한 이 협약의 목적과 원칙에 부합하는 대우를 받도록 보장한다.

13) Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, para. 6.

14) Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, para. 8.

15) Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, para. 9.

3) 지역사회통합의 관점에서의 평가

정신장애인의 지역사회통합은 정신보건정책의 주요한 목표이자 패러다임, 가치 및 원칙으로 여겨왔다. 지역사회통합의 개념은 장애인들은 비장애인들과 마찬가지로 여가를 즐기고, 일하고, 연구하고, 생활하는 기회를 누리는 고유한 권리를 의미하는 '시민권(Citizenship)'을 전제로 하고 있다. MI원칙 제7조(지역사회와 문화의 역할)에서도 '정신장애인은 가능한 한 자신의 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받아야 할 권리'와 '정신보건시설에서 치료를 받는 환자도 가능한 한 빨리 지역사회로 복귀할 권리'를 규정하였다.

뿐만 아니라 장애인권리협약의 제19조는 '모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 인정하고, 장애인의 이러한 권리와 지역사회의 완전한 통합 및 참여의 완전한 향유를 촉진하기 위한 효과적이고 적절한 조치를 취한다'고 하여, '장애인의 자립적인 생활과 지역사회통합의 권리'를 규정하고 있다[16]. 이는 '정상화(Normalization)' 이념과 맥을 같이 하는 것으로, 장애인은 비장애인과 동일한 방식으로 생활하고 일하고, 여가를 즐기는 등의 '정상적이고 일상적인 생활의 리듬'을 강조한다(조윤화 외, 2014).

따라서 국가와 지방자치단체는 '정신장애인의 치료와 보호'를 제공함에 있어 시설이나 정신병원에서 불필요하게 입원이나 수용할 수밖에 없도록, '지역사회의 프로그램'이나 '서비스제공'을 하지 않는 것은 '정신장애인의 지역사회 내의 통합에 대한 권리'에 위배되는 것으로 볼 수 있다. 따라서 국가와 지방자치단체는 정신장애인의 지역사회 독립생활과 통합의 권리보장을 위하여 지역사회에서 정신장애인의 욕구에 따라 필요한 시설과 전문 인력을 배치하여, 합리적인 편의(Reasonable Accommodation)를 제공하고, 그 접근성(Accessibility)을 보장하기 위한 적극적인 조치를 취할 의무가 있는 것이다(조윤화 외, 2014).

특히 2000년대 후반에 들어와 '정신장애인의 지역사회통합(조윤화 외, 2014)[17]'은 세계적으로 정신장애인의 정책과 서비스의 기조로서, 국가 차원에서 '정신장애인의 자유로운 지역사회의 삶 보장'을 구축하는 데 주요한 지표가 되고 있다. 예를 들어, WHO(2013)에서는 'Mental Health Action Plan(2013~2020)'을 통해, 지역사회에 기반한 포괄적이고, 통합적인 '정신건강 서비스와 사회복지서비스'를 공급하도록 몇 가지 전략을 제안하고 있다. 간략히 살펴보면, WHO(2013)는 국가들에게 장기간 입원하는 '정신병원'에서 '병원 셋팅이 아닌 곳'으로의 점진적 이동을 촉구하였으며, 외래치료, 단기간 치료, 낮병원(Day Care Centers), 가족과 살고 있는 정신장애인 지원, 거주 지원 등을 포함한 '지역사회기반 서비스와 네트워크'

16) 협약 제19조(자립생활과 지역사회통합) 이 협약의 당사국은 다음에 대한 보장을 포함하여 모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 인정하고, 장애인의 이러한 권리와 지역사회의 완전한 통합 및 참여의 완전한 향유를 촉진하기 위한 효과적이고 적절한 조치를 취한다.(a) 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 거주, 거주지 및 동거인에 대한 선택의 자유를 가지며 특정한 주거형태에서 살도록 강요받지 않는다. (b) 장애인은 지역사회 내에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외 또는 격리되는 것을 예방하기 위한 개인적인 지원을 포함하여, 다양한 형태의 가정내, 거주지, 그리고 기타 지역사회 지원서비스에 접근할 수 있다. (c) 대중을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등한 기초 위에서 이용 가능해야 하며 장애인의 욕구에 부합되어야 한다.

17) '정신장애인의 지역사회통합'은 '정상화'와 '사회통합의 이념' 아래, 정신장애인의 자립, 역량강화, 자기선택 등의 가치를 반영하고, 정신장애인이 지역사회 내 참여 활동이 가능하고(물리적 통합), 지역 구성원들과의 상호작용과 사회적 관계 유지하며(사회적 통합), 정신장애인들이 지역사회 속에서 소속감을 가지고 생활하는 것(심리적 통합)으로 정의할 수 있다.

가 중심이 되도록 권고하고 있다(조윤화 외, 2014).

그 밖에도 2014년의 유엔인권이사회에 제출된 유엔인권고등판무관 보고, '장애인이 지역사회에 통합되어 자립적으로 살아갈 권리에 관한 연구(유엔인권이사회, 2015)'에서도 장애인의 자립생활과 지역사회 통합에 관한 권리는 다른 권리들을 실현하는 실질적 수단이 되는 권리로서 시설수용과 보건에 있어서 차별을 회피하고 장애인이 사회에 대한 의미 있는 참여와 기여 그리고 장애인의 능력의 완전한 계발을 위한 필수조건이라는 점을 밝히고 있다.

이러한 관점에서(정신건강 종합대책, 2016)[18] 개정 「정신건강복지법」은 정신장애인의 지역사회로의 복귀와 통합을 위하여 그동안 의료적 관점에 의하여 사실상 배제되었던 각종 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주 · 치료 · 재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 위한 근거 규정이 신설되었다(동법 제33조 내지 제38조). 그에 따르면 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 하고(동법 제33조), 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 하며(제34조 제1항), 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다(제2항). 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 지역별로 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 하고 그 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(제35조 제1항, 제2항). 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 하고(제36조), 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며(제37조 제1항), 이를 위하여 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다(제2항). 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는 데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다(제38조).

이상의 정신질환자에 대한 복지서비스에 관한 규정을 검토하면 항목에 있어서는 그간 정신장애단체 및 전문가들이 주장해 온 정신장애인의 지역사회통합에 필요한 지원 정책의 방향과 내용들이 포함되어 있음을 알 수 있다. 그러나 이와 같은 복지서비스의 지원에 있어서 긴요한 예산에 관한 부분에 있어서는 당초 개정 대안에서 후퇴하여 국가나 지방자치단체의 노력의무 등으로 약화시키고 있다. 이 때문에 정부의 실현 의지에 대하여 의구심을 갖는 정신장애 당사자들이 적지 않다.

이번 「정신건강복지법」의 개정이 반드시 이상적이거나 바람직하지는 않더라도 강제입원과 입원의 장기화에 어느 정도 제동을 걸 것으로 기대된다. 이것이 실현된다면 지역사회에 다시의 정신장애인의 돌아

18) 정신보건정책에 있어서 지역사회통합의 중요성과 이를 실현하기 위한 과제에 대해서는 국가정책조정회의에 보고된 정신건강 종합대책 참조

온다는 것을 의미하고 이들을 지역사회에 정착시키고 통합시키기 위해서는 거주서비스, 직업서비스, 교육, 문화, 여가 서비스 등 다양한 복지서비스의 제공이 필수적으로 요청된다. 정신장애인에 대한 지역사회의 지원과 복지서비스가 적절히 제공되지 않으면 지역사회에 돌아온 정신장애인들은 다시 거리의 부랑인이나 행려병자로 전락하여 정신장애인들을 극단적 위험으로 내몰게 될 염려가 있다. 이에 대비한 각별한 제도적 정책적 배려와 노력이 필요한 시점이다.

무엇보다도 지역사회로 돌아오는 정신장애인들에게 당장 거주하고 생활할 수 있는 주거 공간의 제공이 긴요하다. 주거공간의 제공을 위한 서비스 전달체계과 그 인프라의 구축이 가장 우선하여 추진되지 않으면 안 된다. 특히 개정법 시행을 염두에 두고 일선 정신병원 현장에서 적극적으로 정신병상 수를 감소시키려는 움직임도 나타나고 있는바, 이에 선제적으로 대응할 필요가 있다. 보다 장기적으로는 지역사회에서의 주거안정을 기반으로 직업재활 프로그램을 제공하여 본격적인 사회복귀를 모색할 가능성을 제공해 주어야 하고 나아가 문화와 오락, 체육활동 등을 통하여 이들의 정신적 정서적 만족과 안정을 제공할 필요가 있다. 그동안 정신장애인들에게 보건의료 이외의 서비스 제공경험이 부족한 사회복지 현장에서도 이에 관한 적극적인 준비와 대응이 필요할 것으로 생각된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3장 정신장애인 지역사회 거주 및 치료를 위한 법제 환경

제1절 정신건강복지법의 주요 개정내용 및 문제점[19)]

1. 정신질환자 개념의 축소와 유지

「정신보건법」 제정 당시에는 정신질환자를 "정신병(기질적 정신병을 포함한다), 인격장애 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자"로 정의하였는데, 2000년 일부 개정으로 비정신병적 정신장애의 하나로 "알코올 및 약물중독"이 추가로 열거되었다. 개정 「정신건강복지법」은 구법이 정신질환자를 정신질환의 종류만으로 정의하는 데에서 나아가 "망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람"으로 보다 정신질환자를 정의하였다.

이와 같은 개정은 장애인복지법상의 정신장애인에 대한 정의에 근접하는 것이다. 즉, 장애인복지법 제2조(장애인의 정의등) 제2항 및 장애인복지법시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준) 제1항에 관한 동 시행령 [별표1] 장애인의 종류 및 기준 제8호는 정신장애인을, "지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람"이라고 정의하고 있다.

개정 「정신건강복지법」이 정신질환자를 독립적으로 일상생활을 영위하는 데에 중대한 제약을 추가한 것은 종래 정신질환자에 대한 폭 넓은 정의 때문에 경미한 정신질환자까지 강제입원의 대상이 되어 기본적 인권이 침해될 가능성이 있고, 정신질환자에 대한 편견(stigma) 때문에 경미한 정신질환에 대해서까지 정신과 방문이나 치료를 꺼리는 문제점이 지적되었기 때문이다.

그러나 이와 같은 개정이 도리어 「정신보건법」 등에 의하여 제공되는 정신질환자에 대한 복지서비스를 제한하거나[20)], 정신질환자의 정의를 엄격히 하는 것이 도리어 중증 정신질환자에 대한 사회적 낙인을 강화하고, 사회참여 또는 장애인 복지서비스의 제공 등에 있어서 정신질환자에 대한 차별과 배제의 기제(機制)에 악용될 수 있다는 우려가 제기되었다(신권철, 2013)[21)]. 특히 Stigma 때문에 정신장애인 등록을 꺼리는 우리 사회의 현실에서 정신질환자의 정의를 엄격히 제한하는 것은 정건강복지법의 정책과 서비스의 보호범위를 제약하는 부정적인 결과를 초래할 수 있다. 다른 한편으로는 「정신건강복지법」의 보호대상으로서 '정신질환자'라는 개념을 유지하는 것이 개정법의 법정책적 한계를 드러낸 것이라는 평가도 가능하다. 개정 전 「정신보건법」은 정신장애인의 문제를 오직 질환의 치료라는 관점에서 초점을 맞

19) 이하의 기술은 필자의 선행 연구인 "박인환(2016), 정신장애인의 인권과 지역사회통합의 관점에서 본 2016년 「정신건강복지법」의 평가와 과제, 의료법학, 17(1), 209-279."의 242면 이하의 기술을 기초로 동법 시행 이후의 사정과 문헌을 참고로 수정 가필한 것임을 밝혀 둔다.

20) 2016. 5. 9. 한국정신장애연대(KAMI) 공표 국회 보건복지상임위원회에 통과되어 법제사법위원회에 이송된 「정신보건법」 전부개정법률안에 대한 반대의견.

21) 정신질환자라는 이유로 정신장애인을 차별 배제하는 결격조항에 대해서는 신권철(2013) 참조

춤으로써 정신장애인의 지역사회로의 복귀와 회복(Recovery)을 소홀히 하였다는 비판을 받았다. 그럼에도 불구하고 '「정신장애인복지법」 제정'이라는 새로운 입법 요구를 수용하면서 장애패러다임에 기초한 가령, '사회심리적 장애인(Persons with Psychosocial Disabilities)'과 같은 개념을 채용하는 대신 '정신질환자'라는 개념을 계속 유지한 것은 구 「정신보건법」상 '의료 패러다임'을 완전히 극복하지 못했음을 보여주는 것이라고 볼 수 있다.

2. 보호의무자 제도의 유지와 조정

「정신건강복지법」은 후견인 또는 부양의무자를 정신질환자의 보호의무자로 하는 제도를 유지하였다. 다만, 그 순위를 후견인, 부양의무자로 변경하였다(개정 정신건강복자는 정신질환자에 대한 돌봄의 부담을 회피하기 위하여 보다 쉽게 정신질환자의 비지의입원(보호의무자의 동'의에 의한 입원)에 동의할 가능성이 있다. 실제 종래 「정신보건법」상 장기간의 비자의입원은 치료목적보다는 개호에 지친 가족이 정신질환자에 대한 보호와 부양의무를 방기하는 수단으로 악용되는 지법 제39조, 제40조). 보호의무자제도는 정신질환자에 대한 보호의 권한과 책임을 부양의무자에게 부과한다는 점에서 많은 비판을 받아 왔지만, 이번 개정에서 개선되지 못하였다. 개정법 제39조에 따르면 후견인을 제외하면 근친의 가족이 부양의무자로서 보호의무자가 된다. 그러나 정신질환자를 돌보는 것은 정신적 육체적 경제적으로 큰 부담이 되기 때문에 장기간 정신질환자 돌봄에 지친 근친의 보호의무자가 정신질환자에 대한 보호의무를 사실상 방기하고 정신질환자와의 가족적 유대와 교류조차 단절시키는 경우가 적지 않다. 이러한 경우에 보호의무경우가 많았다. 비자의입원절차에서 보호의무자의 동의는 정신질환자의 인권과 이익을 보호하기 위한 것이지만 실제로는 보호의무자 자신의 정신질환자에 대한 돌봄의 부담을 덜기 위하여 행사될 가능성이 큰 만큼 비자의입원절차에서 보호의무자의 동의권 행사는 이해상충의 가능성이 적지 않다. 나아가 본인의 의사에 반하는 비자의입원이 근친의 부양의무 있는 가족의 동의하에 이루어짐으로써 정신질환자 본인과 가족 사이의 신뢰와 유대가 깨어지고 관계가 악화되어 장래 퇴원 후 가족의 지지를 얻지 못함으로써 입원이 장기화되는 경우도 많다. 뿐만 아니라 「정신건강복지법」상 보호의무자에 대한 규정은 정신질환자 법률상 보호 의무를 근친의 가족에게 부과함으로써 정신질환자의 불법행위에 대하여 보호의무자의 민법상 감독자책임을 지우는 법적 근거를 제공하고 있다(민법 제755조). 성년의 정신질환자에 대한 보호와 감독을 오롯이 근친의 가족에게 지우는 것은 현대 사회에 있어서 변화된 가족의 기능과 역할에 비추어 타당하다고 볼 수 없다(제철웅, 2012). 특히 보호의무자 인정의 전제인 민법상 부양의무조차 변화된 가족관계에 따라 범위가 축소되어야 한다는 논의가 진행되고 있음에 유의할 필요가 있다.

그 밖에 정신질환자 돌봄을 근친의 부양의무 있는 가족에게 부과함으로써 정신질환자 돌봄에 대한 국가와 지역사회의 책임이 법률상으로는 기껏해야 제2차적인 것으로 평가되게 함으로써 정신질환자나 정신장애인에 대한 정책과 자원 배분에 있어서 국가나 지역사회의 소극적 태도에도 영향을 주고 있다고 볼 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

이러한 문제들 때문에 우리 「정신보건법」상 보호의무자 제도의 연원이라고 하여야 할 일본에서도 2014년 4월 정신보건복지법(精神保健福祉法)의 개정으로 보호자제도를 폐지하였다. 장차 정신질환자에 대한 보호와 지원에 대한 국가나 지역사회의 책임이 강화될 필요가 있다. 물론 국가나 지역사회의 대표로서 지방자치단체 등의 책임 강화되더라도 그것이 가족의 역할을 포기하거나 약화시키는 것이 되어서는 안 될 것이다. 정신질환자의 회복과 지원에 있어서 가장 적합한 사람이 가족임을 잊어서는 안 된다. 따라서 보호의무자 제도 폐지 후 법정책적 발전방향은 정신질환자나 정신장애인을 돌보는 가족을 어떻게 지원하고 그들의 부담을 덜어 줄 수 있는가에 맞추어져야 할 것이다.

3. 입원절차에 대한 개편

1) 동의입원유형의 신설

「정신건강복지법」은 동의입원이라는 새로운 입원유형을 신설하였다(제42조). 동의입원은 본질적으로는 본의의 의사에 기한 자의입원(自意入院)의 한 유형이다. 동법상 자의입원(제41조)과 마찬가지로 본인이 입원신청서를 정신의료기관의 장에게 제출하여 자의에 의하여 입원하는 것이지만, 자의입원과는 달리 보호의무자의 동의를 받아야 한다(동법 제41조 제1항, 제42조 제1항). 그리고 자의입원의 경우에는 정신의료기관등의 장은 자의입원 등을 한 사람이 퇴원 등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원 등을 시켜야 하지만(동법 제41조 제2항), 동의입원의 경우에는 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원 등을 신청한 경우에는 정신과 전문의 진단 결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관등의 장은 퇴원등의 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원 등을 거부할 수 있고, 퇴원 등을 거부하는 기간 동안 제43조 또는 제44조에 따른 입원 등으로 전환할 수 있다(동법 제42조 제2항). 정신의료기관등의 장이 제1항에 따라 입원 등을 한 정신질환자에 대하여 입원 등을 한 날부터 2개월마다 퇴원 등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 하는 점(동법 제42조 제4항)은 자의입원의 경우와 같다(동법 제41조 제3항).

「정신보건법」 제정 당시에는 자의입원의 경우에도 현행 동의입원과 마찬가지로 72시간 내 퇴원중지를 명할 수 있었는데(제정 「정신보건법」 제24조 제3항), 이 조항은 인권 침해라는 비판을 받아 2000년에 삭제되었다. 따라서 자의입원의 경우에 환자 본인이 퇴원을 원하는 경우 정신의료기관의 장은 즉시 퇴원시키지 않으면 안 되었다. 그런데 의료현장에서는 환자의 임의 퇴원으로 인하여 발생할 수 있는 여러 가지 문제를 예상하여, 본인의 자의에 의하여 입원하고자 하는 경우에도 의료진이 보호의무자에 의한 입원절차(비자의입원)에 따라 입원하도록 유도하는 역설적 상황이 벌어지기도 하였다(정신의학신문, 2017)[22]. 이러한 사정 때문에 자의입원과는 별도로 환자의 임의 퇴원을 단기간 제한할 수 있는 제도의 마련이 필요하다는 주장이 있었다(신권철, 2014). 이것을 수용한 것이 신설된 동의입원이다(박인환, 2016).

22) 정신의학계에서는 이국에 비하여 비정상적으로 높은 비자의입원율이 자의입원환자의 자의퇴원을 방지할 수 없는 「정신보건법」상의 자의입원제도의 문제점 때문이라고 지적하기도 한다.

2) 보호의무자에 의한 입원절차의 개편

(1) 입원의 실질적 요건의 강화

「정신건강복지법」 제43조 제1항에 의하면 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2명 이상이 신청한 경우로서 정신건강의학과 전문의가 입원 등이 필요하다고 진단한 경우에만 해당 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있다. 이때 정신건강의학과전문의의 입원 등 필요성에 관한 진단은 해당 정신질환자가 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우에 그 각각에 관한 진단을 적은 입원 등 권고서를 첨부하여야 한다(제2항). "환자가 정신의료기관 내 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우" (제43조 제2항 제1호) 그리고 "환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원할 필요가 있는 경우" (동 제2호)이다. 개정 전 「정신보건법」에 있어서는 양자가 선택적이어서 어느 하나라도 해당하면 강제입원이 가능하였던 것을 두 요건을 모두 갖춘 경우에만 강제입원이 가능하도록 입원의 실질요건이 강화되었다(박인환, 2016).

이러한 실질요건의 강화는 그동안 비자의입원의 실질적 요건이 지나치게 추상적이고 느슨하게 규정하고 있어서 인권침해적 비자의입원을 제대로 통제하고 있지 못하다는 비판을 수용한 것이다[23]. 그러나 개정법에 있어서도 구 「정신보건법」상 비자의입원절차의 위헌성과 관련하여 지적되었던 문제점들을 충분히 배제하고 있지 못하여 재개정이 필요하다는 주장 있다. 반면에 유엔의 MI 원칙과 관련하여 위험성은 없으나 본인의 정신건강의 악화를 방지하기 위한 입원 치료가 필요한 경우에는 보호의 공백이 생길 수 있다는 점 등에 대한 정신의학계의 우려가 제기되었다(정신의학신문, 2017). 입원치료의 필요성과 자·타해의 위험성 요건을 모두 요구함에 따라 발생하는 바자의입원절차상의 보호의 공백, 즉 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있지만, 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(이때의 위험을 현재(immediate) 또는 임박한(imminent) 것으로 비자의입원 없는 치료나 요양으로는 회피하기 어려운 위험이라고 해석하는 경우)이 없는 경우에는 민법 제947조의2 제2항에 의한 비자의입원에 의한 처리를 검토하여야 한다는 견해도 있다(제철웅, 2017).

(2) 진단입원절차의 도입

「정신건강복지법」 제43조 제4항에 따르면, 치료목적의 입원을 위해서는 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신과 전문의(국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신과 전문의가 1명 이상 포함)의 일치된 소견이 있어야 한다. 이와 관련하여 동조 제3항은 정신의료기관 등의 장은 정신과 전문의의 진단 결과 정신질환자가 제2항 각 호에 모두 해당하여 입원 등이 필요하다고 진단한 경우 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원

23) 구 「정신보건법」상 보호의무자에 의한 입원절차의 위헌성에 대해서는 정태호(2016), 동 취지의 위헌결정에 입각한 개정법의 평가에 대해서는 신권철(2017) 참조

하게 할 수 있다고 규정하였다. 치료목적 입원의 필요성을 판단하기 위하여 정신질환자를 우선 입원시켜서 진단과 평가를 하고자 하는 취지이다. 나아가 진단입원의 신설로 치료목적 입원을 위한 두 번째 진단을 받기까지 입원이 지연되어 초래될 수 있는 치료의 공백을 메울 수 있다.

그러나 서로 소속이 다른 정신과 전문의의 두 번째 진단을 요청하는 것에 대하여 정신의료계에서는 입원한 후 2주 만에 입원 지속 여부를 심의하기 위해서는 다른 기관에 있는 정신과 전문의를 부르거나 환자와 함께 다른 병원으로 이동해야 하는 상황에 대하여 정신의학계로부터 비현실적이라는 강력한 비판과 우려가 제기되었다(청년의사, 2016).

(3) 정신과 전문의 2인의 진단(추가진단)

위에서 본 바와 같이 치료목적의 입원을 위해서는 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 정신과 전문의 2인 이상이 제43조 제2항의 두 가지 요건에 대하여 일치된 소견이 있어야 한다. 개정 전 「정신보건법」이 입원할 정신의료기관 소속 전문의 1인의 진단만으로 강제입원이 가능하게 함으로써 진단 의사가 정신의료기관의 경영상의 이해관계에 의하여 영향을 받는다는 우려와 비판에 대응한 입법조치이다. 이와 관련하여 지역에 따라서는 인근에서 서로 소속이 다른 정신과 전문의를 구하기 어려운 경우가 예상되어 동조 제11항에서는 “해당 지역의 정신의료기관등 또는 정신건강의학과전문의가 부족한 사정이 있는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 구체적인 시행방안을 달리 정하여 진단하도록 할 수 있다.” 고 규정하고 있다. 이에 따라 지역의 사정에 따라 비공립병원 소속 또는 같은 기관 소속의 전문의 2인의 진단으로 입원시키는 것을 허용하고 있다. 동 규정을 시행하기 위한 인적 인프라가 충분하지 못한 현실을 고려한 조치이기는 하지만 「정신건강복지법」의 개정 취지를 완전히 몰각시키는 것으로 모법 위임의 한계를 벗어난 시행령이라는 비판을 받고 있다.

(4) 계속입원주기의 단축

이와 같이 서로 다른 정신과 전문의 2인의 일치된 소견을 요건으로 하는 치료목적의 입원은 최초로 입원 등을 한 날부터 3개월 이내이다. 그 이후 계속입원절차는 최초 입원 3개월 이후에 첫번째 입원기간의 연장은 3개월 이내로 할 수 있고, 그 이후 계속입원기간은 6개월 단위로 연장할 수 있다. 입원기간을 연장한 계속입원에는 최초 입원과 마찬가지로 보호의무자 2인의 동의와 서로 다른 의료기관 소속인 2인 이상 정신과 전문의의 입원필요성에 관한 일치된 소견이 있어야 한다. 개정 전 계속입원의 심사가 6개월 단위로 이루어지던 것을 최초 입원 기간의 연장에 한하여 3개월로 단축한 것이다. 다만 입원적합성위원회는 최초 입원일로부터 1개월 내에 입원의 적합, 부적합을 통지하여야 하고 입원부적합의 통지를 받은 정신의료기관의 장은 입원 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.

(5) 입원적합성심사위원회의 설치

개정 「정신건강복지법」의 강제입원절차에서 가장 주목되는 것이 입원적합성심사위원회의 설치와 심사에 관한 것이다.

먼저 보호의무자에 의한 입원이나 지방자치단체장에 의한 입원절차에 따라 정신질환자를 입원 등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 입원 등을 시킨 즉시 입원 등을 한 사람에게 입원 등의 사유 및 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알리고, 입원 등을 한 사람의 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다(동법 제45조 제1항). 그리고 입원 등을 한 날부터 3일 이내에 입원적합성심사위원회에 입원 등을 한 사람의 인적사항, 입원일자, 진단명, 입원 필요성, 대면조사 신청 여부 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 신고하여야 한다(제2항). 입원적합성심사위원회의 위원장은 입원 등을 입원심사소위원회에 회부하여야 하고, 입원 등을 한 사람이 피후견인인 경우에는 관할 가정법원에 입원 사실 등을 통지하여야 한다(동법 제47조 제1항). 입원심사소위원회는 회부된 입원 등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사 결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하고(제2항), 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원 등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원 등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다(제3항). 정신의료기관등의 장은 입원 등의 부적합 통지를 받은 경우에는 해당 입원 등을 한 사람을 지체 없이 퇴원 등을 시켜야 한다(제4항). 입원적합성심사위원회의 위원장은 입원심사소위원회에 회부하기 전에 입원 등을 한 사람이 대면조사를 신청하거나 입원 등의 적합성이 의심되는 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 직권으로 그 국립정신병원 등의 소속 직원(조사원)에게 해당 정신의료기관등을 출입하여 입원 등을 한 사람을 직접 면담하고 입원 등의 적합성, 퇴원 등의 필요성 여부를 조사하게 할 수 있다(제48조 제1항).

각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관(이하 “국립정신병원등”이라 한다) 안에 입원적합성심사위원회를 설치하며(제46조 제1항), 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 각 국립정신병원 등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다. 1. 정신건강의학과전문의, 2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람, 3. 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원, 4. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족, 5. 기타 법률이 정한 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람(제3항). 입원심사소위원회는 5명 이상 15명 이내의 위원으로 구성하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉하며(제4항), 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회는 원칙적으로 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다(제5항).

4. 복지서비스 제공의 근거규정 신설

1) 개정법의 개요

구 「정신보건법」은 정신질환자에 대한 정신병원 및 정신요양시설에서의 입원 치료나 요양을 중심으로 하고 있는 반면, 정신질환자의 지역사회 복귀와 회복에 대한 지원과 서비스에는 매우 취약하다는 점이 지적되어 왔다.

이러한 비판을 수용하여 「정신보건법」을 전부 개정한 「정신건강복지법」은 정신장애인 복지지원에 관한 내용을 수용하여 정신장애인의 지역사회로의 복귀와 통합을 위하여 각종 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주・치료・재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 위한 근거 규정을 신설하였다(동법 제33조 내지 제38조).

「정신건강복지법」의 신설 규정을 개관하면 다음과 같다(박인환, 이용표, 2018).

정신질환자의 지역사회 복귀와 회복을 위하여 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다(동법 제33조).

국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 하며(제34조 제1항), 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다(제2항).

국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 지역별로 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 하고, 그 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(제35조 제1항, 제2항).

국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다(제36조).

정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며(제37조 제1항), 이를 위하여 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다(제2항).

국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는 데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다(제38조).

이와 같은 복지서비스에 관한 규정은 개정법의 입법과정에서 장애단체를 중심으로 제기된 정신장애인의 복지지원에 관한 입법 요구를 수용한 것이다. 내용적으로 보면 매우 다양한 복지 니즈(needs)를 수용하였음을 알 수 있다. 그러나 대부분의 규정들이 추상적 내용이고 규범적으로도 국가나 지방자치단체의 노력의무로 약화된 것이 많다. 이러한 규정들의 시행 여부는 국가나 지방자치단체의 재량에 맡겨져 있을 뿐 정신장애인들에게 청구권을 인정한 것이 아니다. 결국 동법의 복지서비스에 관한 규정의 시행은 국가

나 지방자치단체가 정책 의지를 갖고 필요한 예산을 확보하느냐에 좌우될 수밖에 없다.

그러나 다른 한편으로 정신장애인의 지역사회 통합을 위하여 당장 제공되지 않으면 안 되는 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책의 강구(제37조 제1항)나 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 조치(제34조 제1항, 제2항) 등에 있어서는 노력의무의 문언이 빠져 있고, 필요한 조치 내지 시책을 강구하여야 한다는 문언에 비추어 이를 단순한 프로그램 규정으로 볼 것이 아니라 국가나 지방자치단체에 그에 필요한 조치를 취하여야 할 의무를 부과하고 있는 것으로 보아야 할 것이다(박인환, 이용표, 2018).

이하에서는 복지서비스의 각 규정의 규범적 함의에 대하여 검토와 평가를 한다(박인환, 이용표, 2018).

2) 입법목적

「정신건강복지법」은 그 입법목적에 있어서 의료법적 측면과 사회복지적 측면을 아울러서 "정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항"이라고 추상적 규정 목적을 열거하고 있을 뿐 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지 지원이라는 입법목적과 정책 의지가 선명하게 드러나지 않는다. 이는 「2014년 정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안」(이하 「2014 정신장애인복지법안」이라고 한다)[25]에서는 "정신장애인의 의사를 최대한 존중하여 정신장애인의 특성 및 복지 욕구에 적합한 체계적인 지원과 효과적인 권리보장에 필요한 사항"을 규정하여 정신장애인의 자기결정과 권리보장의 측면이 강조되어 입법목적이 보다 명확히 제시되어 있던 것과 대비된다.

3) 기본이념 및 정신장애인의 권리

「정신건강복지법」은 정신질환으로부터 보호 및 치료받을 권리, 정신질환자의 차별금지, 미성년 정신질환자의 교육 등 특별한 배려, 입원의 최소화와 지역사회 치료와 자의(自意) 입원의 우선, 입원 정신질환자의 자유로운 환경과 의견 교환, 주거, 의료, 복지 서비스에 있어서 자기결정권 존중, 자기에게 법률적 사실적 영향이 있는 사안에 대한 자기결정, 정책결정에 대한 참여권 등을 규정하고 있다. 특히, 「정신건강복지법」 제2조 제7항 자기결정권의 존중 및 제8항 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리는 정신장애인의 장애 특성에 적합한 내용의 것으로서, 정신장애인의 권익옹호 내지 의사결정지원을 위한 구체적인 시책을 수립하여 시행할 필요가 있다. 이와 관련해서는 특히 정신장애인의 입원 치료에 대한 동의, 주거의 결정 등과 관련한 의사결정지원 서비스를 제공하는 것이 요청된다(박인환, 이용표, 2018).

4) 국가, 지방자치단체의 책임

국가와 지방자치단체의 책임의 면에서도 「정신건강복지법」은 「2014 정신장애인복지법안」의 내용을 수

25) 김춘진의원 대표발의(2015. 7. 24.) "정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안"

용하여 정신건강서비스 전달체계를 확립, 정신질환자 등에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책의 수립과 추진, 차별과 편견 해소를 위한 적극적인 조치 등을 열거하고 있다.

5) 장애인정책의 수립과 조사 등

「장애인복지법」에서 보건복지부장관이 5년마다 장애인정책종합계획을 수립하는 것에 대응하여, 「정신건강복지법」에서는 보건복지부장관은 각 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획을 수립하여야 하고(제7조 제1항), 정신질환자의 인권과 복지증진 추진사항에 관한 백서를 발간하여 공표하여야 하며(제7조 제6항), 정신질환에 관한 실태조사를 하여야 한다(제9조). 나아가 광역지방자치단체장은 국가계획에 따라 광역 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획을 수립하여야 한다(제7조 제2항). 아울러 보건복지부장관과 시·도지사는 각각 국가계획과 지역계획에 따라 매년 시행계획을 수립·시행하여야 하고, 시장·군수·구청장 역시 매년 관할 시·도의 지역계획에 따라 시행계획을 수립·시행하여야 한다(제8조). 「정신건강복지법」은 정신장애인의 정책의 수립과 그 시행에 관한 한 「장애인복지법」에 있어서보다 더 구체적이고 체계적인 조사와 정책 수립을 규정하고 있다. 그런데 종래 「정신보건법」 제27조에 의하여 운영되던 보건복지부장관 소속 '중앙정신보건심의위원회'를 폐지하고, 복지 지원과 관련하여서는 중앙과 지방에 별도의 위원회를 두지 않았다. 그 대신 정신건강증진 관련 국가계획과 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원체계와 제도의 발전에 관하여 「국민건강증진법」에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 받도록 하고 있다. 그러나 정신장애인의 복지지원에 관한 사항의 심의를 국민건강증진정책심의위원회에 맡기는 것이 내용적으로 적절한지는 의문이다. 「국민건강증진법」상 '국민건강증진사업'이란, "보건교육, 질병예방, 영양개선, 건강관리 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업"을 말하며, 국민건강증진에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 보건복지부 설치된 것이 국민건강증진정책심의위원회이기 때문이다. 동법의 목적이 국민건강증진사업의 내용 등에 비추어 동 위원회는 주로 국민건강 즉, 의료와 보건에 관한 사항을 심의하기 위하여 설치된 위원회임을 알 수 있다. 이러한 기관이 정신장애인의 복지 지원에 관한 사항을 심의하는 데에 적합성이 부족하다(박인환, 이용표, 2018).

6) 장애인 복지시설

「장애인복지법」 제15조 및 동법시행령 제13조 제3항에 따라 정신장애인은 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 직접 제공하거나 그 시설에 위탁되어 제공되는 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받을 수 없다. 장애인복지시설로서 전국적으로 기초자치단체에 설치되어 있는 장애인복지관에서 제공되는 서비스를 정신장애인은 받을 수 없는 것이다.

「장애인복지법」 제58조에 따른 장애인복지시설은 장애인거주시설, 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 장애인의료재활시설, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설(장애인 생산품 판매시설, 동법시행령

제36조) 등으로 나누어진다. 이에 대응하여 「정신건강복지법」에서는 정신재활시설로서 생활시설, 재활훈련시설, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설(생산품 판매시설, 중독자재활시설, 종합시설, 동법시행령 제16조)를 규정하고 있다. 「장애인복지법」상 거주시설이 동법에 의하여 정원이 30명 이하로 제한되어 있는 데 비하여, 「정신건강복지법」 상 생활시설은 동법 시행규칙에 따라 50명 이내로 정원이 제한된다는 점에서 차이가 있고, 「정신건강복지법」상 재활훈련시설은 「장애인복지법」상 장애인지역사회재활시설과 장애인직업재활시설의 가능이 통합된 것이다. 「장애인복지법」에는 장애인의료재활시설이 있는 외에는 대통령령으로 정한 판매시설은 공통되며, 여기에 「정신건강복지법」에 있어서는 중독시설과 복합시설의 유형이 추가되고 있다. 그 밖에 「장애인복지법」상 장애인거주시설은 동법 시행규칙 별표 제5에 따라 장애유형별 거주시설과 중증장애인거주시설, 장애영유아 거주시설, 장애인 단기거주시설, 장애인공동생활가정으로 세분화되어 있고, 장애인지역사회재활시설은 장애인복지관, 장애인주간보호시설, 장애인체육시설, 장애인수련시설 등으로 세분화되어 있다. 이에 반하여 정신장애인 시설은 아직은 세분화되어 있지 못하다. 이는 정신장애인의 다양한 복지시설 니즈(needs)에 대한 법제적 대응의 면에서 미흡한 점이라고 할 것이다.

「정신건강복지법」상 정신재활시설은 정신장애인이 퇴원 후 지역사회에서 정상생활로 복귀·회복할 때까지 비교적 단기간(원칙적으로 1년)의 적응기간에 복지서비스를 제공하는 것을 염두에 두고 설계되었다. 그러나 이러한 전제는 개정 「정신건강복지법」 하에서는 더 이상 유효하지 않다. 「정신건강복지법」이 본격적으로 정신장애인의 지역사회 통합을 지향하는 한, 정신질환의 문제를 안고서 지역사회에 복귀하여 회복을 시도하는 정신장애인을 장기간에 걸쳐 지원하는 사태를 염두에 두어야 한다. 이를 위해서 보다 장기적 관점에서 다양한 복지시설 서비스의 제공을 고려하여야 한다. 그러기 위해서는 정신장애인 생활시설 등에 있어서도 적어도 「장애인복지법」상의 다양한 주거생활시설에 준하는 복지시설을 제공할 수 있어야 할 것이다. 그 밖에 정신장애인의 장애 특성에 따라 요청되는 특수한 복지시설의 수요에 대해서도 적극적으로 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 그러나 「2014 정신장애인복지법안」에서 제시하였던 정신장애인쉼터와 같은 정신장애인에게 특유한 시설은 「정신건강복지법」에 반영되지 못하였다(박인환, 이용표, 2018).

7) 자립생활지원 및 복지서비스에 관한 상담과 지원 등

장애인이 지역사회에 통합되어 자립생활을 영위해 나가기 위해서는 다양한 복지서비스의 지원이 필요하다. 특히 정신장애인의 경우에는 의사결정능력이 저하된 정신장애인이 자신에게 적합하고 필요한 복지서비스를 효과적으로 이용하기 위해서는 복지서비스의 이용에 관한 상담과 조력이 필요하다. 이와 관련하여서도 「정신건강복지법」은 입법적 준비가 미흡한 것으로 생각된다. 「장애인복지법」의 경우에는 제32조의3 복지서비스에 관한 장애인지원 사업 또는 제34조 재활상담 등의 조치를 통하여 장애인 복지서비스에 관한 상담과 장애인복지시설에서 제공하는 복지서비스로의 연계 등을 지원하고 있다.

이에 반하여 「정신건강복지법」은 구 「정신보건법」 상 정신보건센터를 개편한 정신건강복지센터에서 정신건강증진사업의 제공이나 이와 연계한 사업을 전문적으로 수행하도록 하고 있으나, 복지 서비스에

국가인권위원회 humanrights.go.kr

대한 지원과 서비스의 연계는 본연의 업무로 하고 있지 않다. 결국 기관명에서 '복지'라고 하는 표시를 하고 있음에도 불구하고 법률상 정신건강 이외에 복지서비스의 지원과 연계에 관해서는 어떤 법률상의 근거도 마련되어 있지 않다. 이러한 제도적 공백은 특히 정신장애인은 그 장애의 특성 때문에 스스로 지역사회 복지 자원을 효과적으로 이용하기 어렵다는 점에서 복지서비스의 지원에 있어서 공백을 초래할 가능성이 크다(박인환, 이용표, 2018).

8) 정신장애인의 자립생활과 활동의 지원

다른 한편으로 「장애인복지법」은 제53조에 장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조 서비스의 제공 등 필요한 시책을 강구하고 제55조에서 중증장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있도록 규정하고 있는 한편, 제54조에서 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인 자립생활지원센터를 통하여 그에 필요한 각종 지원서비스를 제공하도록 하고 있다. 개정 「정신건강복지법」에는 이에 별도의 규정을 두고 있지 않다. 그 결과 장애인복지법 상의 활동지원서비스에 관한 한 정신장애인의 욕구와 특성을 고려하여 활동지원 서비스의 종류를 보다 다양화하고 활동지원서비스 인정기준을 정신장애인의 특성을 고려한 것으로 장애인복지법을 개정할 필요가 있다(박인환, 이용표, 2018).

지역사회 정신장애인의 복지서비스를 효과적으로 이용하여 자립생활을 영위하기 위하여 필요한 지원서비스에 중대한 공백이 있음을 알 수 있다. 이것은 「정신건강복지법」으로의 전환에도 불구하고 새롭게 규정된 복지 서비스의 효율적 이용을 지원하기 위한 새로운 복지서비스 전달체계가 수립되어 있지 않다는 점을 보여준다. 구 「정신보건법」 상 의료 보건 서비스의 전달에 주된 역할을 해온 정신보건센터를 이름만 '정신건강복지센터'라고 바꾸었다고 하여 새로운 역할과 기능을 기대할 수는 없다. 정신건강복지센터에 있어서 효율적인 복지서비스 전달체계의 확립과 운영을 위해서는 의료적 관점과 복지적 관점이 적절한 균형을 유지할 필요가 있다. 이를 위해서는 정신건강복지센터의 설치 방식과 조직 구성 면에서 있어서 완전히 새로운 차원에서의 검토가 필요할 것이다(박인환, 이용표, 2018).

9) 복지서비스의 다양성

「장애인복지법」제56조는 장애동료 간 상담을 지원하도록 규정하고 있다. 정신질환의 경험을 가진 동료상담가의 상담과 지원은 정신장애인의 권익을 옹호하고 의사결정을 지원하는 활동에 있어서 매우 효과적인 방법으로 평가되고 있다. 그러나 「정신건강복지법」에는 별도의 규정을 두고 있지 않다. 동료전문가(peer support specialist)의 상담지원은 지역사회 정신장애인의 외래치료, 권익옹호, 자립생활 지원에 효과성이 검증된 서비스로서 정신장애인을 위한 지역사회 서비스로 도입 필요성이 매우 크다. 이를 위해서는 정신장애인 동료전문가를 양성 교육하고 이를 인증하는 체계를 구축할 필요가 있고, 이를 위한 근거 법령의 마련이 필요하다. 이 역시 「정신건강복지법」에 있어서 입법적 보완이 필요한 사항이다. 장기입원 후

퇴원한 정신장애인의 지역사회 복귀를 지원하기 위하여 사회적응훈련은 필수적이다. 이에 관하여도 「장애인복지법」 제19조에서 규정하고 있으나, 「정신건강복지법」에는 별도의 규정을 두고 있지 않다. 아마도 「정신건강복지법」 제37조에 의한 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원 시책의 하나로 고려되어야 할 것이다(박인환, 이용표, 2018). 다른 한편으로 「장애인복지법」에는 명확한 구체적 규정이 없으나 「정신건강복지법」에는 문화·예술·여가·체육활동 등의 지원에 관한 규정을 두고 있다.

제2절 장애인복지제도를 통한 정신장애인 거주・치료 지원 확대의 필요성

1. 현행 장애인 등록제도에서의 정신장애 관련 문제

우리나라에서 정신장애인의 장애인등록제도가 2000년부터 시작되었다. 현행 「장애인복지법」에서는 정신장애인(精神障碍人)은 "지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절・행동・사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람" 으로 정의하고 있다.

정신질환자 중에서도 3개월 이상의 약물치료를 중단하지 않은 채 1년 이상 지속적으로 진료를 받았음에도 진단 시점에 장애가 고착되어있고, 지속적인 치료 후에도 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 정신장애인으로 판정받을 수 있도록 하고 있다. 그러나 이러한 정신장애인의 판정기준 등은 정신질환자가 정신장애인으로 등록되는 데 있어서 매우 어려운 조건이 되고 있다는 지적들이 있다.

물론 정신질환자들은 장애인으로 낙인이 찍히는 것이 두렵다는 사회적 편견에 의해서나 오랜 병력에도 불구하고 병이 나을 것이라는 생각을 가진 경우 등의 이유로 장애등록을 기피하는 사례가 있는 것으로 보고되고 있다(김경미, 2001). 그러나 정신질환의 특성 상 증상이 완전히 제거되기가 어렵다는 점과 잔여증상이나 취약한 사회적 기능은 정신장애인들이 일상생활을 하는 데 있어서 매우 제약되는 결과가 초래가 되므로 이러한 점들이 고려되어야 한다.

우리나라 장애인 등록제도의 경우에는 그 판정기준이 의학적 기준에 기초하고 있다. 이에 따라 장애에 대한 포괄적이고 통합적인 고려가 되지 못하는 한계를 갖고 있다. 이로 인해 정신장애인이 정신장애를 갖고 있고, 이로 인해 다양한 차원에서 개인적 · 사회적인 활동에 있어 지장이 큼에도 불구하고 현행 장애인등록제도를 통해 등록장애인이 되는 것이 매우 어려운 상황이고, 설사 등록장애인이 된다고 하더라도 장애인복지법 제15조 등에 의하여 장애인복지서비스를 제공받는 것에 제약이 크다. 이러한 상황에서 정신장애인이 지역사회에서 거주하면서 치료를 받고, 일상생활을 영위하는 것은 그 안정성과 지속성 등에 있어서 큰 문제가 있다고 할 수 있을 것이다. 정신장애인이 장애인복지제도를 통한 지원을 받을 자격을 갖고 있고, 현행 법령에서도 이러한 장애상태를 인정하고 있는 것이니만큼 장애인복지제도에서의 정신장애인에 대한 제약이 해소되어야 할 것이다.

2. 장애인복지법 상 정신장애 판정기준과 문제점

장애인복지법 상 정신장애로 판정받기 위해서는 법령에서 규정하고 있는 요건을 갖추어야 한다. 이에 대한 내용은 아래와 같다.

정신장애로 판정받기 위해서는 장애진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의에게서 장애진단을 받아야 하는데, 최소 3개월 약물치료가 중단되지 않아야 한다. 혹시라도 전문의가 없는 경우 장애진단 직전 3개월 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의가 진단할 수 있으나 장애진단 직전 1년 이상의 정신건강의학과 진료기록 등을 확인하여야 한다.

장애진단을 하는 전문의는 장애판정 직전 1년 이상 지속적으로 치료를 받은 환자로서 진단시에도 적절한 치료중임에도 불구하고 장애가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다(필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 함).

특히 1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착되었을 때에 장애를 판정하고, 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장애상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장애의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장애상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

정신장애의 장애등급 판정은 1) 현재 치료중인 상태를 확인, 2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단 시기에 대한 확인, 3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인, 4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태의 확인, 5) 정신장애 등급의 종합적인 판정의 순서를 따라 한다.

1) 현재 치료중인 상태를 확인

현재 약물복용 등 치료중인 상태에서 정신장애 판정을 하여야 한다.

2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인

우리나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단지침에 따라 ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 하여야 한다.

3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인

정신질환의 상태에 대한 확인은 진단된 정신질환의 상태가 정신장애 등급판정기준에 따라 어느 등급

에 적절한 지를 임상적 진단평가과정을 통하여 판단한 뒤 등급을 정한다.

4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태의 확인

정신질환으로 인한 능력장애에 대한 확인은 정신장애자에 대한 임상적 진단평가와 보호자 및 주위 사람으로부터의 정보, 정신보건의료서비스를 제공하고 있는 치료자의 의견, 학업이나 직업활동상황 등 일상환경에서의 적응상태 등을 감안하여 등급판정을 내린다.

'능력장애의 상태'는 정신질환에 의한 일상생활 혹은 사회생활의 지장의 정도 및 주위의 도움(간호, 지도) 정도에 대해 판단하는 것으로서 장애의 정도를 판단하기 위한 지표로서 이용된다.

5) 정신장애 등급의 종합적인 판정

(1) 정신질환의 상태와 능력장애의 상태에 대한 판정을 종합하여 최종 장애등급 판정을 내린다. 다만, 정신질환의 상태와 능력장애의 상태에 따른 등급에 차이가 있을 경우 능력장애의 상태를 우선적으로 고려한다.

(2) 정신질환의 상태 및 능력장애의 상태가 시간에 따라 기복이 있거나, 투약 등 치료를 통하여 상태의 변화가 있는 경우에는 최근 3개월간의 증상이 가장 심하였을 경우와 가장 호전되었을 경우의 평균적 상태를 기준으로 등급을 판정한다.

3. 장애인복지법 상 정신장애인에 대한 지원 제한

장애인복지법 제15조(다른 법률과의 관계)에서는 「정신건강복지법」등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용받는 장애인에 대하여 이 법의 적용을 제한할 수 있도록 하였다. 이에 따라 정신질환자가 정신장애 판정을 받아 정신장애인으로 등록이 된다고 하더라도 전반적인 장애인복지서비스를 제공받는 데 제약이 발생한다. 구체적으로 제한되는 지원과 관련해서는 장애인복지법 시행령 제13조(다른 법률과의 관계) 제3항에서 규정하고 있다. 즉 정신건강복지법의 적용받는 장애인, 즉, 정신장애인에 대해서는 장애인복지법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다고 규정하고 있다. 이는 아래와 같다.

> 제34조(재활상담 등의 조치) ①보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "장애인복지실시기관"이라 한다)은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. 〈개정 2008.2.29, 2010.1.18, 2015.6.22〉
> 1. 국·공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)에 의뢰하여 의료

국가인권위원회
humanrights.go.kr

와 보건지도를 받게 하는 것

2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것

3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것

4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는 직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업안정업무기관에 소개하는 것

즉 정신장애인은 주택보급, 경제적 부담의 경감, 자녀교육비, 장애인이 사용하는 자동차 등에 대한 지원, 자금 대여, 생업지원, 장애수당, 활동지원급여의 지원 등을 비롯한 장애인복지시설을 통한 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받지 못하는 것이다. 정신장애인에 있어 까다로운 장애판정기준을 적용하고 있음에도 장애판정기준에 따라 장애판정을 받아 정신장애인으로 등록이 된다고 해도 지역사회에서 살아가기 위한 충분한 지원을 제공하기 보다는 오히려 제약을 하고 있는 상황인 것이다.

제4장 타국가의 정신장애인 지역사회 거주 및 치료 사례 연구

제1절 미국의 관련 사례와 연구 분석

1. 미국의 정신건강 환경 소개

미국의 경우 다양한 장애인들이 지역사회에 거주하고 비장애인들과 함께 살고 있으며, 필요한 서비스를 자신의 욕구에 따라 전문가와 논의하여 선택한 후 이용하고 있다. 장애인에 대한 인식변화와 지역사회 거주 및 치료가 이루어지기 까지 50여년 이상이 걸렸지만, 이전 시기에는 사일럼이라 불리는 정신병원에서 정신장애인들이 억압받고 자신이 원하지 않는 삶을 살아왔었다. 하지만, 현재 탈시설화, 탈원화, 당사자 운동, 회복 운동을 거치면서 정신장애인의 인권문제가 제기되고 정신병원 실태가 언론 및 정부에 보고되면서 당사자들이 삶은 변화하였다.

기존에 강제적으로 병원에 갇혀 있는 시기를 벗어나 지역사회에 나와 살 수 있도록 탈시설/탈원화가 나타나기 시작하였다. 이와 함께 다양한 연구들을 통해 당사자들을 병원에서 치료하는 것보다 지역사회에서 필요로 하는 서비스를 제공하는 것이 비용 측면에서 효율적이라는 것이 나타났다. 지역정신건강법이 제정됨에 따라 지역사회로 나온 당사자들은 급성기 혹은 지역사회 거주 중에 필요로 하는 입원 및 상담치료를 받을 수 있는 서비스(예, 응급입원치료, 외래치료, 낮병동, 상담)가 제공되기 시작하였다. 또한, 장애인을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)[29], 생계안정지원금(Supplemental Security Income: SSI), 사회보장장애수당(Social Security Disability Insurance: SSDI)이 제공되면서 당사자들의 생계지원이 보장되기 시작하였다.

기존에 있었던 사회보장법에 더하여, 1946년 「정신보건법(The National Mental Health Act)」이 제정되면서 미국의 정신보건은 큰 변화가 일어났다고 볼 수 있다. 전문가들과 이야기를 통해 법이 제정된 이유는 2차 세계대전 이후로 급격하게 나타난 군인과 국민들의 정신건강문제를 해결하기 위해서인 것으로 제정되었다. 법에 따라 국립정신보건연구소(National Institute of Mental Health)가 설립되고 현재까지 정신건강관련 실태조사가 실시되고 있다. 「정신보건법」이 존재했음에도 불구하고 아직 대부분의 중증정신질환 환자들은 주립정신병원 (state mental hospital)에 장기입원을 하고 있었다. 예를 들어, 1955년 당시 미국의 주립정신병원의 병상수가 56만개에 달했는데 이는 2016년 현재 미국의 총 병상 수 3만 8천개의 약 14.7배에 달했다(Pewtrust, 2016). 탈원화를 본격적으로 시작하기 위해 1963년 케네디 대통령은 지역사회 「정신보건법(The National Mental Health Act)」를 제정하였고 이에 이어 지역사회 정신보건 서비스의 수가는 올리고 시설화 된 정신병원에 수과제공을 거부한 메디케이드 법(the Medicaid Act)이 등장했다.

29) 'Title 19'이라고 불리는 메디케이드는 저소득층 뿐만 아니라 장애인들을 위해서 주정부와 연방정부가 함께 제도를 기획, 운영, 그리고 관련한 비용을 지불하는 제도로서 1935년에 제정된 연방법 「사회보장법(Social Security Act)」에서 관련한 제도의 운영방식의 기본틀을 제시한다.

그에 더하여 다른 자격조건을 만족하는 정신장애인들이 지역사회에서 독립생활을 할 수 있도록 생계를 지원하는 사회보장장애수당 (SSDI)가 제공되면서 급격한 탈시설화가 시작되었다. 이런 탈시설/탈원화가 가속화되면서 정부와 민간에서 정신보건서비스체계 구축과 지역사회 내 정신보건센터를 설립하고 주립병원에 있던 당사자들이 지역사회로 나와 최소한의 기본권을 보장받으며 지역사회에 거주하며 서비스를 받게 되었다. 비록 정신보건센터가 미국 전역에 설치되고 정신질환자의 추후관리, 평가, 거주 등의 서비스가 제공되었지만, 연방정부 예산의 집중으로 인해 기관의 효율적인 운영이 필요한 것으로 나타났다.

하지만, 1980년대 초에 나타난 불황으로 인해 지역사회에서 제공되는 다양한 서비스 확대정책이 주춤하였지만, 탈시설화/탈원화는 점차 가속화되었다. 주립병원에서 퇴원한 당사자들이 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스가 제한됨에 따라 이들이 노숙인으로 전락하기도 하였다. 그리고 많은 당사자들은 범죄자, 마약/알코올 중독을 경험함에 따라 병원 내 응급실 이용 또한 급격하게 증가하였다. 응급실 이용이 증가하였다는 것은 주정부의 재정에 큰 타격을 입히는 것으로 인식할 수 있다. 이로 인해 재정지원의 한계가 나타나고 지역사회 내 서비스가 제한되었지만, 1950년대부터 지속되어 오던 알코올 중독자 모임(Alcoholics Anonymous, AA), 당사자 가족을 중심으로 하는 가족운동, 당사자 권익을 보호하고 권리를 찾는 자조모임 등으로 인해 당사자들의 지역사회 거주와 치료는 지속적으로 발전해 나갔다.

이후 연방정부의 재정 부담을 줄이기 위해 연방정부는 정신보건에 대한 지원을 하고 주정부가 정신보건예산의 배분과 운용을 할 수 있도록 하는 체계로 변화하였다. 연방정부의 재정 및 관리에 대한 부담이 줄어들었으며, 주정부가 담당하고 있는 주립정신병원의 재정이 악화되어 장기입원하고 있던 정신장애인들이 지역사회로 나오는 것을 가속화시켰다. 즉, 지역사회 정신보건 프로그램과 다양한 수당들은 연방정부를 중심으로 제공되었던 것이 주정부로 바뀌었기 때문에 주정부는 현실적으로 탈시설/탈원화를 실시하여 재정적인 부담을 줄이기 위해 노력하였다. 이와 더불어 장애인의 기본권 보장과 다양한 차별행위를 금지하는 「미국장애인법」과 장애인의 장기적인 시설 및 병원격리를 제한하고 지역사회에서 적절한 서비스를 받을 수 있는 옴스테드 판결이 장애인 인권보장과 당사자 운동의 확대 및 탈시설/탈원화를 촉진시켰다. 이로 인해 신체적-정신적 장애를 가진 당사자들이 인간으로서 생활하는데 필요한 서비스를 이용하고 지역사회에서 생활하는데 차별이 발생하지 않도록 통합된 환경에서 거주 및 생활할 수 있도록 연방 및 주정부가 적극적으로 지원하는 분위기가 조성되었다.

2000년대에 이르러 미국의 정신보건 서비스 전달체계와 재정에 대한 연구보고서들이 발간되고 장애인들의 기본권 보장과 더불어 사회참여를 보장하기 위한 목소리가 증대됨에 따라 정부는 정신보건에 대한 개혁을 시도하였다. 이 시기에 나타난 변화들 중 눈여겨 볼만한 것은 회복(recovery)이라는 관점을 탄생이다. 기존의 제공되는 정신보건 서비스들은 정신장애의 증상완화에 중점을 두었다고 본다면 회복의 개념과 함께 나타난 것들은 재발방지, 초기중재, 기본권 보장 등 이다. 즉, 적절한 치료와 서비스 제공을 통해 정신장애인의 안전한 현재와 미래를 보장하고, 정신질환을 가질 수 있는 위험요소들을 제거하여 국민들이 건강한 삶을 살 수 있도록 하는 정책이 나타나기 시작하였다. 이를 위해 정신보건 정책 및 서비스 개발에 당사자와 가족이 적극적으로 참여하기 시작하였으며, 조기검진 및 초기중재가 강조되고, 양질의

서비스 제공을 위해 관련된 연구기관들을 설립되었다. 정부의 적극적인 지원을 기반으로 하여 연구기관들은 서비스 개발 및 기존 서비스의 비용 및 효과성 분석에 대한 보고서를 발간하였다.

이후 정부 산하에 정신보건 관련 기관 및 연구소들이 만들어져 현재까지 지역사회 거주 및 치료를 위해 당사자에게 적합한 서비스 및 프로그램들을 개발 및 제공하고 있다. 이와 같은 노력들로 인해 현재 미국 정신보건전달체계와 서비스는 보건복지부(DHHS), 정신보건서비스센터(CMHS), 약물남용 및 정신보건서비스국(SAMHSA), 국립정신보건원(NIMH)과 국립보건원(NIH) 등에 의해 운영 및 제공되고 있다. 특히, 약물남용 및 정신보건서비스국은 행태보건(Behavioral health)을 포함하는 보건의료 및 사회서비스가 적절하게 제공되고, 이러한 비용이 적합하게 사용되는지 확인하고, 서비스/프로그램 개발 및 배포를 위한 역할을 수행하고 있다.

2. 미국의 정신장애인에 대한 지역사회서비스

미국에서 정신장애인에게 제공되는 서비스는 크게 3가지(위기지원서비스, 집중지역사회 치료, 주거서비스)로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 위기지원서비스는 급성증상이 나타나거나 위기상황 발생 시 응급서비스나 잠시 지낼 수 있는 장소를 제공한다. 모바일 위기 팀은 즉각적인 개입을 필요로 하는 경우에 서비스를 제공하는데, 뉴욕시의 경우 24시간 언제든지 전화로 서비스를 받을 수 있으며, 48시간 이내에 가정방문을 하거나 타기관이나 서비스에 의뢰를 할 수 있다. 가정방문의 주요 목적은 직접적인 정신건강서비스를 제공하는 것이며, 평가, 위기개입, 지지적 상담, 정보제공 및 의뢰, 응급치료 및 이송 등의 서비스를 제공한다. 위기 임시보호 센터(Crisis Respite Center)는 위기를 겪고 있는 사람들에게 무조건적인 병원입원대신 대안을 제공하는 서비스이다. 안전한 장소에서 당사자가 편안함을 가질 수 있도록 회복과 휴식서비스를 제공한다(http://www.communityaccess.org/our-work/). 집중적인 서비스 제공을 통해 최대 7일 동안 숙박을 제공하며, 개방시설로 운영된다. 이 시설에는 24시간 동료지원, 자기옹호 교육, 정신건강 교육, 자조 훈련, 사회적 지원 그룹, 여가활동, 의료 및 정신과 서비스 제공 혹은 연계 등의 서비스를 제공한다.

둘째, 집중지역사회 치료(Assertive Community Treatment, ACT)는 미국 대부분의 주에서 제공되는 서비스이며, 장기입원을 방지하고 환자들의 퇴원촉진 및 위기환자서비스를 집중적으로 제공하여 만성질환자가 지역사회에 거주할 수 있도록 돕는 것이 목적이다(https://www.omh.ny.gov/omhweb/act/). 다양한 전문가들로 구성된 팀이 개별화된 서비스를 당사자에 맞추어 개발하고 시간제한이 없는 서비스를 제공한다. 가족 및 직업재활서비스 제공과 함께 일상에서 발생하는 문제를 최소화하고 빠른 문제해결방안을 제공한다. 이 집중지역사회치료를 통해 정신병원 이용 감소, 주거 안정성 증가, 증상 감소 및 주관적인 삶의 질 향상이 나타났다.

셋째, 주거지원 서비스는 정신장애인을 대상으로 주택구입 및 주거지역 개발, 임대비 지원, 임대주택 기금 운영 등을 포함하고 있다. 뉴욕 주는 독립적인 생활이 어려운 대상자에게 장기간의 보호와 전문적 슈퍼비전을 제공하기 위해 최대 4명이 거주할 수 있는 주거지원을 통해 일상 서비스, 24시간 전문적 관리,

약물 관리 서비스를 제공하며, 자율적인 분위기에 따라 주간재활 서비스를 제공한다. 어느 정도 독립생활이 가능하다고 판단되는 당사자들은 Transitional Model(18-24개월), Extended Model(2~5년), Permanent Model 등으로 나누어 2-4명, 10-24명, 50-300명 정도 거주할 수 있는 장소로 구분하여 일상생활훈련, 사례관리, 사회화 훈련, 위기개입, 재정관리 지원. 주간재활 및 직업재활 서비스를 제공한다. Community Care는 독립생활이 가능한 사람을 대상으로 제공되며, 영구적인 주거가 가능하다. 이는 Supported Single Room Occupancy Residence(20개의 방이 있고 독립적인 생활이 가능한 시설)과 Supported Housing(1~3명 함께 거주하며 독립된 침실)로 나뉜다(https://www.cucs.org/wp-content/uploads/2016/11/Supportive-).

3. 미국 현지 정신장애인 지역사회 서비스기관 방문조사

미국 내에서 방문한 기관들은 주로 구분하면 뉴욕과 아리조나에 위치하고 있으며, 그 내용에 따라 주립정신병원, 사회서비스 기관, 긴급서비스 기관, 거주서비스 기관, 교육 및 고용서비스 기관으로 구분할 수 있다. 서비스 제공주체로 구분하면 당사자 기관, 전문가 기관, 전문가와 당사자 협력 기관으로 구분할 수 있다. 이러한 기관들의 주요 목표는 정신보건 서비스를 필요로 하는 당사자의 평가, 퇴원 후 이용할 수 있는 서비스 탐색, 지역사회 거주 및 치료서비스 제공, 서비스 연계, 의미 있는 삶을 위한 목표 탐색, 건강한 삶 살기, 서비스 이용하기 등이며 가장 큰 목적은 지역사회 내 안정적인 거주와 회복이다. 이를 위하여 예방 및 조기개입서비스, 집중서비스 제공과 같은 다양한 서비스들이 제공되고 있다. 다음은 방문한 기관들에서 제공하는 서비스들이다.

1) 응급 서비스 혹은 아웃리치 서비스

당사자 전문가 혹은 비장애인 전문가로 구성된 기관들은 심각한 정신질환이 있거나 치료를 필요로 하는 개인들에게 가정방문이나 기관방문을 통해 서비스를 제공하고 있다. 24시간 내내 언제든지 서비스가 이용 가능한 것이 특징이다. 정신보건관련 욕구가 있는 사람들이 응급서비스에 연계되면, 빠른 신상파악을 통해 이들에게 필요한 서비스를 탐색하고 필요하다면 주변지역 카운티와 다른 기관(학교, 종교단체들, 다양한 당사자 커뮤니티 기관들)과 파트너를 맺고 협력 사업을 제공한다. 서비스 제공을 위해 가정방문은 물론이고 적극적 지역사회 치료(Assertive community treatmen: ACT) 혹은 당사자로 구성된 팀이 가정방문을 통해 집중적인 사례관리서비스 및 이동/동행 등의 제공한다.

2) 긴급 케어센터 (Urgent Psychiatric Center)

급성증상을 경험하는 당사자가 병원에 즉시 입원하거나 응급실을 이용하여 많은 비용을 부담하는 것을 방지하기 위해 집중적인 위기개입 서비스를 제공하는 곳이 긴급 케어센터이다. 카운티 내에 다양한 기관

들이 서비스를 제공하고 있으며, 원칙은 최대 23시간 내에 필요한 모든 서비스를 제공하고 퇴원할 수 있도록 하여 강제입원을 방지하고 회복을 높이는 것이다. 개인이 직접 서비스 이용을 위해 기관을 방문하기도 하지만, 병원이나 경찰이 직접 당사자를 데리고 기관을 방문하기도 한다. 정신장애는 물론 정신장애와 중복장애를 가진 당사자들에게 응급상황이나 급성기증상이 나타날 때에 필요한 서비스들을 제공한다.

3) 주거지원 혹은 지원주택 서비스

카운티 혹은 주정부에서 제공하는 다양한 주거지원 프로그램이 있는데, 당사자가 직접적으로 서비스 이용을 위해 기관을 방문하기도 하지만 대부분 정신보건 사례관리자나 관련 기관 전문가의 의뢰 후 바우처를 통해 주거-돌봄지원, 주택임대, 임시주거지 제공을 위한 서비스가 제공된다. 지원주택(supported housing)의 경우 병원에서 퇴원하지만 여전히 어느 정도의 증상이 남아 있어 집중적인 치료나 서비스 제공을 필요로 하는 대상은 물론 병원입원을 원하지 않고 독립적인 생활을 원하는 당사자들이 사회에서 살아갈 수 있도록 주택을 지원하고 독립적인 생활을 위한 교육과 지원을 제공한다.

4) 고용 및 교육서비스

기존에 비장애인전문가들이 제공하는 정신보건 서비스체계에서 벗어나 장애인 당사자들이 일정한 교육을 이수한 뒤 서비스 제공을 위한 추가 훈련-교육을 통해 동료전문가로서 직업재활서비스를 제공하는 것이 큰 특징이다. 직업재활 서비스는 직업평가, 직업개발 및 알선, 직업유지를 위해 필요한 서비스를 당사자와 논의한 뒤 평가를 통해 당사자에게 적합한 서비스를 동료상담사가 직접 제공하거나 다른 기관과 협력하여 제공하고 있다. 또한 직업을 갖기 위해 교육이 필요하다면 주정부의 지원을 통해 직업센터, 지역사회 2년제 혹은 4년제 대학, 성인교육 프로그램을 이용하도록 권장한다.

5) 브리저(Bridger) 서비스

병원퇴원을 압둔 당사자에게 병원퇴원 이후에 필요로 하는 서비스를 탐색하고 제공할 수 있도록 정신보건 서비스 전문가나 동료상담사를 직접적으로 연결시켜주는 프로그램이다. 이를 통해 전문가나 동료상담사가 당사자를 방문하여 퇴원 후 계획을 함께 세우고 필요한 서비스를 직접적으로 제공하여 지역사회에 성공적으로 돌아갈 수 있도록 한다. 필요하다면 당사자, 가족, 주변 사람들에게 필요로 하는 서비스를 제공한다.

4. 미국기관 방문에 따른 함의점

1946년 「정신보건법」이 제정된 이래로 다양한 정부연구기관이 설립되고 연방 및 주정부의 협력으로 정신보건정책이 개발되었다. 당사자 운동과 함께 정신장애인들의 지역사회 거주 및 치료가 만들어지고 50년이 넘는 기간 동안 법률, 제도, 운동 등이 활발하게 진행되고 있다. 과거에 비해 정신병원 내 병상수가 50%이상 감소되고 지역사회 거주와 생활을 위한 지원정책이 제공되고 있는 것만 보아도 미국 내 정신보건정책이 성공적으로 운영되고 있다는 것을 알 수 있다. 하지만, 50년이라는 기간 동안 이루어진 노력에도 불구하고 몇 가지 문제점이 존재한다. 여전히 정신장애에 대한 미국 내 높은 사회적 편견이 존재하고, 주마다 다른 서비스로 인해 이용할 수 있는 서비스가 적으며, 완전한 지역사회 거주가 제한되어 있다는 문제점이 존재한다. 그럼에도 불구하고 미국이 이루어온 정신보건의 변화는 당사자들과 관련 전문가들의 노력에 의해 직접적으로 이루어 낸 긍정적인 산물이며, 연방/주정부와 지방정부의 높은 관심과 효과성과 효율성을 기반으로 한 연구보고서들로 인해 나타난 결과이다. 이를 기반으로 국내 정신보건관련 발전을 위한 함의는 다음과 같다.

첫째, 지역사회에서 이용할 수 있는 제한된 서비스와 정신장애에 대한 높은 사회적 편견으로 인해 병원입원을 선택할 수밖에 없는 정신장애인에게 다양한 선택지를 제공하기 위해 정책지원과 서비스 개발에 대한 관심이 높아져야 할 것이다. 특히, UN장애인권리위원회의 권고와 2016년 강제입원제도가 헌법에 불일치한다는 결정은 정신장애인은 병원입원이 문제해결을 하는 것이 아니라 이들이 지역사회에서 거주하는 등 자신이 원하는 삶을 살 수 있도록 도와주는 것이 진정한 정신보건이라는 것으로 인식할 수 있다. 이러한 것들을 우리 사회에서 이루기 위해 정신장애인의 장기적인 병원입원과 강제입원과 같은 불필요한 시설 및 병원 격리를 최대한으로 낮추고 「장애인차별금지법」에 위반되지 않는 선에서 당사자들이 지역사회 내 환경에서 필요로 하는 지원과 서비스를 이용할 수 있는 환경을 마련해야 할 것이다. 결국, 다양한 지역사회서비스 개발과 함께 제공기관과 인력에 대한 확대가 반드시 필요하다.

둘째, 재원과 관련하여 지역사회 내 다양한 치료 및 거주관련 서비스들이 제공되기 위하여 국내 중앙정부와 지방정부의 재정 부담에 대한 조정이 필요하다. 미국의 경우 연방정부의 재정지원을 기반으로 하여 주별로 정신보건계획 및 서비스가 제공되고 있지만, 크게 보면 연방정부와 주정부의 긴밀한 협조를 통해 서비스 전달이 이루어지고 정신보건 정책이 운영되고 있는 것이다. 이와 같이 국내도 정신보건 예산 및 병원지원과 같은 입원관련 비용을 중앙정부가 담당하고 지방정부가 지역사회서비스를 담당하는 기존의 방식에서 벗어나 장기입원을 줄이고 입원관련 비용을 중앙과 지방정부가 함께 부담하고 지역사회서비스의 표준화를 통해 중앙정부가 지방정부에 재원을 제공하는 형태로 변화하여야 할 것이다.

셋째, 당사자들의 지역사회서비스 및 정책개발을 위한 연구가 다양하게 이루어져야 할 것이다. 미국 정부 산하에 정신보건과 약물중독에 대한 연구와 정책개발을 담당하는 기관들(약물남용 및 정신보건서비스국, 국립정신보건원, 국립보건원)이 다양하게 존재한다. 국내에도 이와 같은 기관들이 존재하지만 연구를 통해 정책을 개발하기 위한 재정이 한정되어 있고 이러한 서비스들이 지방에 전파되는데 필요한 인원과 금전적인 지원이 매우 부족하다. 이러한 문제를 해결하기 위해 다양한 정부기관은 물론 지방에 있는 연구기관들에게 연구기회 및 새로운 것을 배우고 전달할 수 있는 기회를 제공하여 지방이 정책 및 서비스

개발에 관심을 가지게 하는 전략이 필요할 것이다.

넷째, 서비스 개발 및 전파(dissemination)와 관련하여 미국 내 정신보건 분야에는 의료관련 전문가(전문의, 간호사, 작업치료사, 물리치료사), 사회복지관련 전문가(사회복지사, 재활상담사, 동료상담사), 교육관련 전문가, 법률관련 전문가, 영양 및 운동관련 전문가, 심리전문가 등 다양한 전문가들이 활동하고 있다. 예를 들어, 적극적인 지역사회치료(ACT) 팀 내에는 사회복지사, 정신보건간호사, 작업치료사, 심리사, 약물상담가, 직업재활상담가, 정신과의사 등 다양한 정신보건 및 재활전문가들이 협력을 기반으로 집중적인 사례관리 서비스를 제공하고 있다. 하지만, 국내 정신보건 분야에는 의료관련 전문가(전문의, 간호사, 작업치료사)와 사회복지관련 전문가(정신건강전문요원)로 제한되어 있다. 지역사회 내에서 당사자들이 원하는 서비스를 개발 및 제공하고, 다양한 전문가들의 원활한 연계와 협력을 위하여 종합적인 서비스에 대한 탐색을 통해 필요로 하는 다학제적 팀을 구성한 뒤 서비스가 제공되어야 할 것이다.

제2절 이탈리아의 관련 사례와 연구 분석

1. 이탈리아 정신건강 환경 소개

세계적으로 정신보건의 개혁을 이야기하기 위해서 반드시 언급되어야 하는 국가로 이탈리아를 손꼽을 수 있다. 이탈리아는 정신보건 개혁을 통해 국가 내 대부분의 정신병원들을 폐쇄하고 정신장애인들이 지역사회에서 살아갈 수 있도록 정책을 개발한 나라이다. 단순히 정신병원 폐쇄를 한 것에서 그치지 않고 입원일수를 감소시키기 위해 노력하는 것은 물론 당사자들이 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 서비스 및 프로그램을 개발 및 제공하고 당사자들을 중심으로 사회적 협동조합을 운영하는 등 인권보장과 함께 지역사회 거주와 생활을 보장하기 위해 애쓰고 있다.

1978년 개혁적인 법률이 통과되기 이전에는 이탈리아도 다른 국가들이 시행한 것과 같이 지역사회에 정신병원을 만들고, 강제입원과 자의입원을 통해 당사자들이 입원하고 퇴원하기를 반복하였으며, 정신보건 서비스는 정신병원에서 주로 제공되어졌다. 하지만, 개혁적인 법률이 통과된 이후에 정신병원 입원자 수가 절반으로 감소하였으며, 최근에는 이전의 1/10 수 이하로 낮아졌다. 그리고 지역사회에서 제공하는 서비스 수가 700개 이상으로 증가한 것으로 나타났다. 이러한 입원과 지역사회 서비스 수만 보아도 이탈리아 정신보건의 개혁이 성공하였으며, 당사자의 지역사회에서 삶을 보장하기 위해 노력하는 것을 알 수 있다.

2. 이탈리아 기관 방문에 따른 간략한 내용소개

이탈리아 트리에스테 지역에서 방문한 기관들에 있는 전문가들을 분류하면 정신과 전문의, 사회복지

서비스 제공자, 정책입안자 등으로 구분할 수 있다. 이탈리아 기관에서 제공하는 서비스를 이야기하기 전에 트리에스테 지역에서 나타난 정신보건개혁에 대해 이야기한 전문가들의 말을 옮기고자 한다. 정신보건개혁은 정신과의사인 바자리아에 의해 시작되었으며, 현재까지도 이 지역은 정신보건개혁의 메카로써 전 세계 정신보건 관련 전문가들이 지속적으로 방문하고 있다. 법이 개정되기 전까지 트레에스테시에 있는 정신병원에는 1,000명이 넘는 사람들이 수용되어 있었으며, 자의입원한 당사자 수는 매우 적었다고 한다. 바자리아 법이라고 불리는 'Law180'이 승인된 이래로 이탈리아의 정신보건은 개혁을 통해 순조롭게 변화하였다. 하지만, 바자리아의 죽음과 함께 국가예산의 부족과 지역사회 내에서 서비스 제공의 어려움, 지역 간 편차, 전문가 간 의견대립으로 인해 어려움을 겪었다. 하지만, 지속적인 노력으로 인해 재정지원이 안정화되었고 정신병원이나 거주시설에만 집중되어 사용되던 기금이 다양한 서비스 제공으로 전환됨에 따라 다양한 서비스들이 개발 및 제공되고 있다.

1) 지역사회체제로 변화를 위한 정신보건부 개혁

트리에스테에 있는 정신보건부는 병원 밖에서 다양한 서비스 제공을 위해 기능의 변화가 불가피하게 나타났다. 이러한 변화를 통해 24시간 서비스 제공, 주간재활, 재가 및 외래서비스 제공, 적극적 지역사회 치료(ACT), 개인-가족상담 및 치료, 지원주택, 직업재활, 여가활동 등을 지원하고 있다. 특히, 당사자 중심에서 가족을 포함하는 정신건강 프로그램을 개발하고 지원함으로써 가족들의 정신건강 이해와 부담을 줄이기 위해 노력하였다. 그리고 24시간 서비스 제공을 통해 급성기 증상을 경험하고 있는 당사자에게 적절한 서비스를 신속하게 제공할 수 있는 환경을 만들고, 야간에 발생하는 긴급 상황을 대비하기 위해 종합병원이 24시간대기하고 있으며, 24시간 이상 입원을 받지 않고 있다. 지역사회 내 당사자의 거주를 위하여 주거서비스는 치료와 재활, 전환주거, 지원주거로 구분하여 제공되며 정신건강 문제정도와 가족지원 유무에 따라 서비스를 다르게 이용할 수 있다.

2) 사회적 협동조합

「바자리아법」이 개정됨에 따라 병원에서 제공되던 서비스들이 지역사회로 전환되기 시작하였다. 이러한 분위기와 함께 당사자들에게 고용기회를 제공하고 안정적인 고용을 보장하기 위해 나타난 것이 사회적 협동조합이다. 법 개정 이전에는 정신병원 내에서 작업치료의 목적으로 당사자들이 식사준비, 청소, 물건보수 등의 업무를 적은 보수를 받으며 수행하였다. 하지만, 법 개정 이후 당사자들의 고용보장과 안정적인 독립생활을 위해 사회적 협동조합이 하나둘씩 지역사회에 생겨났다. 협동조합은 기존에 장애인들이 모여 단순한 업무를 수행하는 것이 아닌 자신의 업무를 선택하는 것은 물론 청소, 카페서비스, 목공, 호텔운영, 원예농업, 건물보수, 활동보조 등 다양한 서비스를 직접 제공하는 형태로 나타났다. 당사자들이 활동하는 영역이 다양화됨에 따라 사업이 생겨나기 시작하였으며, 당사자들이 협동조합에 직접적으로 고

용되어 근로에 따른 적절한 임금을 받기 시작하였다. 이는 기존의 병원들이 적은 임금을 받으며 치료목적으로 당사자들이 노동을 제공하는 체계를 벗어나 당사자들이 자신의 욕구와 흥미에 따라 직업을 선택하고 직접적으로 고용현장에 뛰어들어 일을 하고 임금을 받는 형태로 변화한 것을 의미한다. 그리고 정신병원이 하나둘씩 문 닫게 되면서 이러한 부지를 어떻게 사용할 것인지에 대한 논의가 나타났다. 현재 이전 정신병원 부지는 교육시설, 문화 활동, 복지 관련 서비스 제공을 하는 장소로 변화하였다. 평일이나 주말 특히 공휴일에는 정신병원 공터에서 연주회, 콘서트, 예술작품 전시회가 이루어지며, 병원 내 방들은 강의, 당사자 자조모임을 위해 사용되고 있다.

3. 이탈리아 기관 방문에 따른 함의점

트리에스테 바살리아에서 시작된 정신병원 폐쇄와 정신장애인 지역사회 통합은 전 세계적으로 이례적인 개혁이다. 1978년 보건의료개혁을 통해 정신병원수, 병상수, 입원일수가 지속적으로 감소하였으며, 의사에 의한 긴급한 치료를 제외하고는 정신병원에 입원하는 것이 제한된다. 당사자가 가진 위험성은 법률을 통해서 판단되고 있다. 비록 이러한 변화들을 매우 긍정적으로 볼 수 있지만, 기관방문을 통해 나타난 것은 급격한 정신병원수와 병상수의 감소로 인해 실제로 입원을 통해 서비스가 제공되어야 하는 당사자들이 입원하지 못하는 상황이 나타나며, 지역별로 다른 정책과 제도로 인해 여전히 서비스를 이용하지 못하는 사람들이 존재하는 단점이 나타났다. 그리고 놀라운 것은 이탈리아에는 「정신보건법」이 존재하지 않고 몇 가지 조항에 포함된 것으로 정신보건 체계가 운영되고 있다는 것이다. 이는 국내와 다른 상황임을 보여주는 예시이다. 그럼에도 불구하고 이탈리아의 변화는 국내에서 나타나고 있는 상황들을 헤아리고 앞으로의 변화를 이끌어가기 위한 다음과 같은 함의점을 제공한다.

첫째, 2017년 「정신보건법」이 전면 개정되면서 국내에도 탈시설화와 탈원화에 대한 희망이 높아졌지만 실제로 지역사회 거주와 치료를 위해 필요로 하는 서비스가 제한되어 있고 재원의 부족으로 인해 법 시행과 현실이 다르게 나타나고 있다. 이탈리아의 사례에서 본다면 새로운 법을 만들고 정책을 시행하고 추진하기 위해서 정부의 주도적인 노력이 필요하다는 것을 알 수 있다. 간단히 말하면 국가의 강력한 의지가 새로운 개혁을 이끌어 가는데 매우 중요하다는 것이다.

초기에 바살리아가 인권을 기반으로 모든 사람들이 행복하게 자신이 원하는 삶을 살 수 있는 사회를 만들자는 것을 기반으로 개혁을 이루어나가려 했으나 주변은 물론 종료단체에서조차 정신병원 폐쇄와 정신장애인의 지역사회 거주를 부정적으로 보고 지속적으로 주장하였다. 그럼에도 불구하고 이러한 개혁을 성공할 수 있었다는 것은 물론 개인의 노력과 함께 정치적인 힘 그리고 국가의 의지가 강력했다는 것을 의미한다. 그렇기 때문에 국내도 UN장애인권리협약을 기반으로 하여 국가인권회와 같은 지지그룹과 함께 정신장애인의 인권보장과 사회 내에서 행복한 삶을 살아갈 수 있도록 정부와 관련 기관들이 정책을 끝까지 이행할 수 있는 강력한 의지가 필요할 것이다.

둘째, 정부에서 서비스 개발과 정책시행 및 확대를 용이하게 하기 위해서 필요한 것은 민간기관의 협

국가인권위원회
humanrights.go.kr

조일 것이다. 이탈리아의 경우 대부분의 정신보건 서비스 제공자들이 국가에 소속되어 있으며 개발한 정책에 대해 가장 잘 알고 자신들이 개발한 정책을 직접적으로 시행하는 것으로 나타났다. 반면 국내의 경우 정부에서 운영하는 정신병원 수는 매우 제한되어 있고, 정신보건센터의 경우 너무 많은 업무들을 수행하고 있어 인력과 재정적인 한계를 경험하고 있다. 더욱 문제인 것은 대부분의 정신병원들이 민간에서 운영하고 있기 때문에 정부정책을 이해하고 이행하는데 어려움을 겪고 있으며, 민간 기관들은 건강보험 의료비에 따른 수익을 위하여 다양한 의료행위를 제공하고 입원일수를 높이고 있다는 것이다. 이러한 구조에서 현재 국내에서 나타나고 있는 정신장애인의 장기입원 제한과 지역사회 내 서비스 제공이라는 목표를 이루는데 다양한 걸림돌들이 발생할 것이다. 그렇기 때문에 공공부분에서 정신병원의 소유비율을 높이고 입원일 수에 따라 수익이 창출되고 서비스 제공에 따른 수가지불체계 구조를 변화시켜 올바른 정부정책을 완전하게 이행할 수 있는 반팔을 마련해야 할 것이다.

셋째, 정신장애인들이 필요로 하는 정신건강과 사회복지서비스를 연계하여 제공할 수 있는 정책이 마련되어야 할 것이다. 이탈리아의 경우 지역사회 정신보건센터와 낮병원 등에서 제공하는 정신보건관련 서비스를 이용하는 것에 문제가 없다. 하지만, 정신보건관련 전문가들의 인식이 부족하여 정신보건 이외에 당사자가 필요로 하는 사회복지관련 서비스를 이용하는 데에 어려움을 겪고 있다. 이는 사회복지서비스와 정신보건 서비스가 서로 다른 기관들에서 제공되고 있는 국내 상황과 유사하다. 이러한 문제로 인해 이탈리아는 당사자들에게 필요한 서비스를 제공하기 위해 다양한 기관과 연계하는 방안을 모색하는 것은 물론 정신건강전문가들에게 다양한 서비스 제공을 위한 기관소개 및 타 기관연계 전략을 교육하고 있다. 특히, 정신병원에 입원함에 따라 치료 이외에 제공받을 수 있는 다양한 서비스들(예, 의식주, 고용, 교육)을 병원입원이 아닌 지역사회에서 받고 생활할 수 있도록 정부가 주도적으로 정책을 이끌어가고 있다. 국내에도 이와 같이 정신장애인이 지역사회에서 살아가면서도 필요한 서비스를 받을 수 있는 방안을 정부가 주도하여 마련하는 것이 필요할 것이다.

제3절 영국의 정신건강서비스 체계의 커뮤니티 케어의 등장

영국이 1990년도에 도입한 커뮤니티케어 법률(NHSCCA 1990)은 1993년도부터 시행되었고 그 주목적은 시설에 거주하는 것 보다 자신의 집에서 독립하여 생활하도록 하기 위한 것이다. NHSCCA 1990 법률의 기초가 된 것은 1986년도 감사원 보고서와 1988년도 '커뮤니티케어 이행계획'이라는 그리피스보고서(Griffiths Report)이고 그 리포트에서 커뮤니티케어에 대한 지방정부, 중앙정부의 보건당국, 자발적인, 사적인 분야의 커뮤니티케어의 책임에 관한 혼란을 정리하였다.(Social Work Law, Alison Brammer 2nd edition) 그 법률과 함께 도입된 케어프로그램 어프로치(Care Programme Approach, CPA)는 커뮤니티케어의 표준화와 증진을 목적으로 하였고 영국의 건강 당국의 의무를 부과한 것이다. 커뮤니티케어는 건강과 사회서비스에서 내부적인 시장체제를 구성하여 서비스 구매자(또는 커미셔너)와 서비스 공급자로 나누었

는데, 이것은 시설케어에서 커뮤니티케어로의 정책변화의 신호가 된 것이다. 이것은 정신건강시스템에서 빅토리안 시대의 정신병원 또는 요양원의 문을 닫는 것을 의미하는 것이었다. 커뮤니티케어에 의하여 개발된 서비스는 지역사회정신건강팀들(Community Mental Health Teams, CMHTs), 집중아웃리치팀(Assertive Outreach Teams), 위기개입서비스팀들이고 이러한 팀들의 서비스는 1) 다학제적 2) 지역사회 기반 3) 정신과진료의 리더쉽 4) 정신건강문제의 조기개입의 원칙에 기반하여 제공되었다.(Social Work, Kate wilson et. al)

제4절 일본의 정신장애인 복지지원체계

1. 일본의 정신장애인 복지지원체계의 변천

일본에서도 패전 직후 장애인복지지원 체계에 있어서 신체장애인에 관해서는 1949년 「신체장애자복지법(身體障害者福祉法)」이 제정되고, 1960년에는 「정신박약자복지법(精神薄弱者福祉法, 현재의 知的障害者福祉法)」이 제정되었지만, 정신장애인에 대해서는 오랫동안 「정신위생법(精神衛生法)」이라는 보건의료대책의 틀 내에서 관련 시책(施策)이 실시되어 왔다. 따라서 1970년 제정된 「심신장애자대책기본법(心身障害者對策基本法)」에 있어서도 의료를 필요로 하는 정신장애인은 심신장애인에 포함되지 않는다고 해석되었다.

그 후 1980년대 이후 1981년 장애인의 년(年), 1982년 유엔의 장애인에 관한 세계행동계획의 채택, 1983년부터 '유엔 장애인의 10년' 등에서 위 행동계획의 구체화 요청 등의 영향과 특히 우즈노미야(宇都宮) 병원에서의 입원환자의 학대 사망 사건을 계기로 '수용법(收容法)'이라는 비판을 받던 「정신위생법」이 1987년 「정신보건법(精神保健法)」으로 개정되었다.

개정된 「정신보건법」에 있어서는 인권에 대한 배려와 적절한 의료 및 보호의 확보와 함께, 정신장애인의 사회복귀시설이 법정화되었고, 정신장애인의 사회복귀의 촉진이 열거되기 시작하였다. 이어서 1993년 「심신장애자대책기본법」이 「장애자기본법(障害者基本法)」으로 개정되면서 비로소 정신장애인을 장애인으로 규정하였다. 이를 계기로 종래 의료의 대상인 환자로만 다루어졌던 장신장애인이 비로소 다른 장애와 마찬가지로 장애인으로서 법률상 위치하게 되고, 「장애자기본법」은 정신장애인에 대한 복지서비스의 근거법이 되었다(高柳功 외, 2015). 이어서 동법과 정합성을 고려하여 「정신보건법」도 「정신보건복지법(精神保健福祉法)」으로 개정되게 되었다.

정신장애인이 장애인에 포함된 다음, 일본 정부는 2004년 9월 '정신장애인의료복지의 개혁 비젼'을 발표하고 거기서 정신보건의료복지개혁의 기본사고로서 '입원의료중심에서 지역사회생활중심으로'라는 방향으로 추진해 가기 위하여 국민각층의 의식의 변혁, 뒤처진 정신보건의료복지체계의 재편과 기반 강화를 10년간 추진해 갈 것을 제시하였다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

한편 이보다 앞서 2003년에는 복지서비스에 있어서 이용자에 의한 서비스의 선택에 따라 이용자와 서비스 제공자의 계약에 의해 서비스가 제공되는 지원비(支援費)제도가 시행되었으나, 서비스 이용자의 증가와 한 사람 당 이용량의 증가 등에 의하여 재정파탄의 결과가 초래되었다. 이러한 문제점을 완화하기 위하여 2005년 「장애자자립지원법(障害者自立支援法)」이 성립되었다. 동법에서는 신체장애, 지적장애, 정신장애의 세 분야의 장애인 시책을 일원화(一元化)하고, 그 때까지 재택계(在宅系), 시설계(施設系)로 나뉘어져 있던 서비스체계를 재편성하여 개호급부, 훈련 등 급부, 지역생활지원사업과 같이 급부내용에 의한 구분으로 이행, 종래 복지 취로(就勞)를 대신하여 일반 취로를 중심으로 취로시책의 강화, 시정촌(市町村, 우리의 시군구에 해당한다)에 의한 서비스 지급결정에서 장애정도 구분의 일차판정 결정의 감안을 통한 결정 프로세스의 명확화, 이른바 응익부담(應益負擔)원칙에 따른 정률(定率) 이용자 부담원칙을 새롭게 확립하였다. 나아가 개호급부와 훈련 등 급부에 대해서는 의무 부담으로 정부가 2분의 1을 부담하도록 하여 정부의 재정적 책임을 명확히 하고, 도도부현(都道府縣, 우리의 특별시, 광역시, 도에 해당한다) 및 시정촌의 장애인복지서비스에 관한 계획 수립이 법적의무가 되었다(高柳功 외, 2015).

그러나 응익부담((應益負擔) 원칙의 도입은 경제적으로 어려운 장애인의 생활권(生活權)을 위협하는 것으로 전국적 반대운동과 위헌소송을 불러일으켰고, 정권교체와 함께 정부와 반대운동단체가 동법의 폐지에 합의하고 대체 입법을 제정하기로 하였다. 동 합의에 근거하여 2012년 「장애자의 일상생활 및 사회생활을 총합적으로 지원하는 법률(障害者總合支援法)」이 제정되어 2013년 시행되기에 이르렀다(古屋龍太, 2014).

2. 정신보건복지법의 변천과 구조

우즈노미야병원 사건을 계기로 그때까지 전후 일본의 정신장애인 법제의 중심으로 인권옹호에 관한 법절차를 결여하여 조치입원(措置入院)을 중심으로 하는 수용법(收容法)이라는 비판을 받았던 「정신위생법」은 1987년 입원환자의 인권과 사회복귀를 고려한 「정신보건법」으로 개정되었다. 개정 「정신보건법」의 주된 내용으로 첫째 입원환자의 인권보장을 위하여 임의입원, 입원시 고지의무, 인권옹호 불복청구, 처우개선 및 퇴원 청구, 정신의료심사회, 정기병상보고의 심사 등의 제도가 마련되었고, 둘째로 사회복귀의 촉진을 위하여 정신장애인 사회복귀시설제도가 창설되었다. 이에 근거하여 도도부현 · 시정촌 및 사회복귀법인 등이 정신장애인생활훈련시설(援護寮), 복지 홈, 정신장애인 수산(授産)시설[30]을 설치할 수 있게 되었다.

이를 계기로 법의 목적에도 사회복귀와 국민 건강의 보지증진(保持增進)이 추가되고 법명도 정신위생법에서 「정신보건법」으로 변경되었다(高柳功 외, 2015). 그 후 1993년에는 정신장애인의 정의를 확대하고 보호의무자를 보호자로 변경하는 한편, 정신장애인 생활훈련시설 등에 더하여 정신장애인지역생활원조사업(그룹 홈)을 법정화하고, 제2종 사회복지사업으로 공동주거시책을 확대하고, 새롭게 정신장애인의

30) 심신상의 고장으로 일반기업에 취직하기 어려운 사람이 자립해서 생활하는 것으로 목표로 일을 할 수 있는 시설로 지자체로부터 보조금을 받아 임금을 지급하는 시설이다.

사회복귀를 위하여 여러 과제를 연구하고 사회복귀 촉진을 위한 홍보활동, 재활, 원조에 관한 지도 등을 할 목적으로 정신장애인 사회복귀촉진센터를 설치하게 되었다(古屋龍太, 2014).

그 후 1993년 「장애인기본법」, 1994년 「보건소법」 대신 「지역보건법」이 제정되고 장애인기본법」에서 정신장애인을 장애인으로 포함됨에 따라 「장애인기본법」과의 정합성을 확보하기 위하여 1995년 「정신보건법」을 대폭 개정하여 「정신보건 및 정신장애인복지에 관한 법률(정신보건복지법)」이 성립되었다. 동법은 제1조 법률의 목적으로 '자립과 사회경제활동에의 참가의 촉진을 위하여 필요한 원조'를 추가하고, 새롭게 정신장애인보건복지수첩제도의 신설하고, 사회복귀시설 4유형(援護寮, 授産施設, 福祉 홈, 福祉工場), 사회적응훈련사업이 법정화되고 공비부담의료의 보호우선의 규정이 마련되었다(古屋龍太, 2014). 그리고 도도부현 뿐만 아니라 시정촌, 사회복귀법인 기타의 자도 「사회복지사업법」의 정함에 따라 정신장애인 지역생활원조사업을 할 수 있도록 규정하고, 정신보건복지센터, 보건소의 역할에 관한 규정이 삽입되었다. 그러나 「정신보건복지법」으로 명칭이 변경되어 목적에 새롭게 복지에 관한 문언이 추가되었으나 이로써 정신장애인의 사회복귀가 촉진되었다는 인상은 별로 없으며 이는 개정의 목적의 실제 목적이 정신의료비에 있어서 정부 지원의 공부우선에서 보험우선으로 의료비부담원칙의 변경에 있었다는 지적(高柳功 외, 2015)이 있을 뿐 아니라, 정신장애인수첩제도에 관한 공청회 등에서 후견노동성의 정산장애인 정책에 대한 혹독한 비판이 제기되었다. 이러한 비판에 직면하여 동 정신보건과에 있어서 정리한 자료(精神保健法の歷史と精神保健福祉法へ改める背景)에서 종래 정신의료정책을 '사회방위적 기능에 중점을 둔', '정신병원 수용주의'로 자인(自認)하고, 행정기관으로 종전의 활동에 대한 진지한 반성을 바탕으로 신속하고 착실하게 관련 제도와 시책의 개선을 도모하겠다는 입장을 표명을 하였다. 나아가 같은 해 12월에는 총리대신이 본부장인 장애인대책추진본부에서 1993년에서 2002년까지의 장애인 대책에 관한 신장기계획을 구체화하는 중점 시책계획으로서 장애인 플랜을 수립하여 입원환자 33만 명 가운데 수만 명이 지역의 보건복지기반이 갖추어지면 사회복귀가 가능하다고 제시하면서, 처음으로 지역생활지원센터의 설치가 제기되고, 정신장애인 사회복귀시설의 정비에 관한 구체적인 수치목표를 제시하였다. 즉, 사회복귀시설과 그룹 홈, 소규모작업소 등 복지시설과 의료 내 데이(day)시설을 1천 개소 가량 정비하면 지역에서 9만 명을 케어하고 2002년까지 정신과입원환자의 3만 명을 감소시키겠다는 목표를 처음 제시하였다(古屋龍太, 2014,).

2001년에는 정신장애인복지시책의 효과적 수행을 위하여 정신보건복지담당과를 포함하는 장애보건복지부가 사회 원호국 아래로 이관되어 보다 명확하게 복지시설의 대상으로서 정신장애인을 포함하게 되었다(古屋龍太, 2014).

동법은 1999년 다시 개정되어 정신보건지정의의 권한과 의무를 강화하고, 이송입원제도를 신설하고 보호자의 의무를 경감하는 한편, 지역케어를 중시하여 시정촌의 역할을 더욱 강화하여 다른 장애인과 마찬가지로 정신장애인의 원조의 중심으로서의 역할을 맡기고 인권옹호 및 지역 케어의 방향에서 정신장애인복지센터가 행정기관의 창구에서 맡았던 정신의료심사회의 사무, 통원의료비 부담사무, 정신장애인보건복지수첩의 교부업무 등이 정신보건복지센터로 이관하여 동 센터의 전문원조기관으로서의 역할을 강화하였다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

그 후 2005년 탈시설화의 방향성을 구체화하는 시책으로서 주거서비스, 고용을 위한 훈련 등 지역생활 지원서비스를 중시하는 「자립생활지원법」이 성립되어 모든 장애인에 대한 서비스가 일원화되었다. 이에 따라 「정신보건법」에 의하여 설치 운영되던 정신장애인 사회복귀시설은 2006년부터 2011년까지의 경과조치기간 내에 동법에 의한 장애복지서비스로 이행되게 되었다(동법 부칙 제1조).

「자립생활지원법」은 신체, 지적, 정신 3가지 장애의 생활지원 서비스의 격차를 해소하기 위하여 도도부현 단위에서 시정촌 단위의 서비스 전환됨에 따라 2005년 「정신보건복지법」도 개정되어 정신병원에 대한 지도감독체제를 강화하고, 긴급입원에 대한 특례와 임의입원환자의 처우, 시정촌의 상담체계의 강화 등이 도모되었고, 2010년에는 도도부현에 대한 정신과구급의료체제정비의 노력의무, 정신보건 지정의에 대한 정신의료체제 확보를 위한 협력의무, 정신장애인의 지역생활의 안정을 위한 각 직종의 유기적 연계를 배려한 일반상담지원사업자와의 연계, 시정촌, 정신보건복지센터 및 보건소에 대하여 상담원지원시 복지사무소 기타 관계행정기관과의 밀접한 연계를 요청하는 규정이 삽입되었다(古屋龍太, 2014).

3. 장애인총합지원법과 정신장애인 복지시책

「장애인자립지원법」이 재원부족과 장애당사자에게 수익자부담을 적용하여 그 부담을 전가하는 것에 대한 혹독한 비판을 받아 2012년 새롭게 장애자의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律, 약칭 「장애자총합지원법」)이 성립되었다.

동법 제1조는 입법목적에 대하여 "「장애인기본법」의 기본 이념에 따라 「신체장애인 복지법」, 「지적장애인복지법」, 「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률」, 「아동복지법기타 장애인 및 장애아 복지에 관한 법률」과 함께 장애인 및 장애아가 기본적 인권을 향유하는 개인으로서의 존엄에 걸맞은 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 필요한 장애복지서비스에 관련된 급부, 지역생활지원사업 그 외의 지원을 종합적으로 실시함으로써 장애인 및 장애아 복지의 증진을 도모하는 동시에, 장애 유무에 관계없이 국민이 서로 인격과 개성을 존중하는 안심하고 살 수 있는 지역사회의 실현에 기여"함을 목적으로 한다[31].

그 주된 내용은 다음과 같다.

첫째, 「장애자자립지원법」에서는 지원 대상이 신체장애인, 지적장애인, 정신장애인(발달장애인 포함)에 한정되었으나, 본법에서는 일정한 난치병 환자가 대상으로 추가되었다.

둘째, 그간 '장애정도구분'이 지적장애, 발달장애, 장신장애 상태를 적절히 반영하지 못하고 있다는 지적을 바탕으로 장애의 다양한 특성 기타의 심신 상태에 따라서 필요한 표준적인 지원의 정도를 종합적으로 나타내는 것으로 "장애지원구분으로 개정되었다(2014 개정). 특히 지적장애 및 정신장애에 대해서는 컴퓨터 판정(일차 판정)에서 낮은 판정되는 경향에 대하여 적절한 배려 기타 필요한 조치를 강구하였다.

31) 이하의 기술에 관해서는 「障害者総合支援法」制定までの経緯と概要について」
<http://www.wam. go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_shofuku_explain.html>

셋째, 장애자의 고령화 · 중증화에 대응하고 정든 지역의 거주지의 장 확보의 관점에서 “공동생활개호(케어 홈)“은 “공동생활원조(그룹 홈)“으로 일원화하고 그룹 홈에서 외부서비스이용형을 신설하는 한편 지금까지 중증 지체장애인을 대상으로 하던 중증방문간호서비스를 중증 지적장애 및 정신장애인도 이용 가능하게 하고 지역이행지원에 대해서는 그동안 시설에 입소한 장애자 및 정신과병원에 입원 중인 정신장애인 뿐 아니라 지역에서의 생활에 이행하기 위해서 중점적인 지원을 필요로 하는 자도 대상으로 추가하였다.

넷째 시정촌의 지역생활지원 사업의 필수사업으로, 장애인에 대한 이해를 높이기 위한 연수・계발, 장애인과 그 가족, 지역 주민 등이 자발적으로 갖고 활동에 대한 지원, 시민 후견인 등의 인재 육성・활용을 도모하기 위한 연수, 의사소통지원을 하는 사람의 양성(수화 봉사원의 양성 등)이 추가되었다. 그리고 도도부현이 실시하는 지역생활지원사업의 필수사업으로는 의사소통지원을 실시하는 사람 가운데 특히 전문성이 높은 자를 양성하고 또는 파견하는 사업(수화 통역사, 요약 필기자 촉 수화 및 손가락 점자를 하는 사람의 양성 또는 파견을 상정), 의사 소통지원을 하는 사람의 파견과 관련된 시정촌 상호간의 연락조정 등 광역적인 대응이 필요한 사업이 추가되었다.

다섯째, 장애복지계획에 반드시 정해야 하는 사항에 ‘서비스제공체제의 확보에 관련된 목표에 관한 사항’과 “지역생활지원사업의 종류별 실시에 관한 사항‘을 추가하고 이른바 PDCA 사이클[32]에 따라서 장애복지계획을 재검토하도록 규정하는 등 서비스제공체제를 계획적으로 정비하기 위한 규정이 신설되었다. 또한 자립지원협의회의 명칭에 대해서도 지역의 실정에 맞추어 정할 수 있도록 하는 동시에 당사자나 가족의 참가가 법에 명기되었다.

4. 소결

일본은 패전 직후 정신장애인을 장애인복지의 대상에서 제외하고 보건의료법인 「정신위생법」에 의한 입원치료 중심의 시책을 시행함으로써 수용법이라는 혹독한 비판을 받았다. 그러나 입원치료 중심에서 지역사회 복귀를 중심으로 정신장애인을 장애복지의 대상으로 인식의 전환이 일어나면서 1993년 「장애인기본법」에서 정신장애인을 장애인복지정책의 대상인 장애인으로 규정하고 「정신위생법」은 정신장애인의 사회복귀를 고려한 「정신보건법」으로 전환되었다. 그 후 「장애자기본법」과의 정합성을 고려하여 「정신보건복지법」으로 전환하고 사회복귀시설 등 사회복귀사업을 시행하다가 「장애자자립지원법」의 시행을 계기로 신체장애, 지적장애, 정신장애 등 3유형의 장애를 구별하지 않고 복지서비스 대상으로 하여 장애인복지서비스를 제공하게 되었다. 이를 계기로 의료 및 복지에 관한 연구와 상담 지원을 하는 정신장애인사회복귀촉진센터 외에 「장애인자립생활지원법」 내지 「장애자총합지원법」에 의하여 정신장애인도 타 장애인과 동등하게 장애인복지서비스를 제공받게 되었고, 정신장애의 특성을 고려하여 그 서비스의 폭을 확대해 가는 추세에 있다고 할 수 있다.

32) Plan(계획)) `Do(실행) `Check(확인) `Action(행동)의 업무 관리 방법.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제5장 설문조사 및 면접조사

제1절 설문조사

1. 당사자 및 가족구성원 설문조사 개요

본 장에서는 국내 지역사회에 거주하는 정신장애인들과 가족의 거주와 치료 실태를 설문을 통해 알아보려 한다. 수집된 설문을 분석하여 현재 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인들과 가족의 다양한 실태를 알아보고, 지역사회에 보다 잘 적응하고 살아갈 수 있도록 거주 및 치료와 관련된 욕구를 탐색하여 이를 토대로 정책제언을 하는 것이 목적이다. 특히, 「정신건강복지법」 개정 전과 후를 비교하여 당사자들과 가족이 느끼는 실질적인 차이점을 살펴보고자 한다. 아울러 지역사회에서 제공되는 거주, 치료는 물론 지역사회 생활을 위해 필요한 서비스에 대해 알아보고 이들이 직접적으로 경험하고 있는 어려움과 이를 해결하기 위한 방안에 대해서도 알아볼 것이다. 이로써 앞으로 정신장애인이 지역사회에 거주하고 생활하기 위해 필요한 서비스에 대한 수요와 공급방안을 파악하고자 한다.

이를 위해 설문참여자 수를 각각 당사자 350명, 가족 150명으로 계획하였다. 설문참여자 모집을 위해 전국을 10개 권역으로 구분하였으며, 당사자는 각 권역별로 최소 25명 이상 설문을 실시하였고, 나머지 인원은 등록자 수에 비례하여 할당하여 최종적으로 각 권역별로 30명 이상 설문이 실시되었다. 가족의 경우 15명씩 10개 권역으로 나누어 모집하였다. 설문결과의 신뢰도를 높이기 위해 당사자는 정신장애로 진단받고, 복지카드를 가지고 있으며, 현재 지역사회에 거주(병원과 요양원 제외)하고 있는 자로 한정하였다. 가족의 경우 정신장애인과 현재 생계를 같이 하고 있는 혈연관계에 있는 자로 한정하였다.

<표 23> 실태조사 설문참여자 배분과 수

(단위 : 명)

권역	정신장애인 전체		정신장애인 설문 대상자 수(명)	가족 설문 대상자 수(명)
	등록자 수(명)	비율(%)		
서울	16,139	16.1%	40	15
인천	4,570	4.6%	30	15
경기	18,215	18.2%	43	15
부산	7,990	8.0%	33	15
경남울산	9,053	9.0%	34	15
대구경북	13,316	13.3%	38	15
광주전남	8,677	8.7%	34	15
전주전북	5,454	5.5%	30	15
대전/세종/충청	12,324	12.3%	37	15
제주강원	4,331	4.3%	30	15
합계	100,069	100.0%	350	150

2. 정신장애인 당사자 지역사회 거주·치료 실태조사 개요

정신장애인 당사자 실태조사는 전국에 있는 정신장애인을 대상으로 실시되었다. 응답의 신뢰성을 높이기 위해 설문에 참여할 수 있는 자격을 제한하여, 현재 정신병원이나 요양시설이 아닌 지역에서 살아가는 만 19세 이상의 성인 중 정신장애(알코올/물질남용 장애와 기타 장애유형 제외)를 진단받고 복지카드를 소지한 당사자를 대상으로 연구를 실시하였다. 또한 실태조사의 목적과 설문을 이해하고 언어로 자신의 의사를 명확히 밝힐 수 있으며, 자발적인 의사에 따라 설문참여에 동의한 자를 참여자로 선정하였다. 2018년 9월 1일부터 10월 1일까지 인터넷, 전화, 면대면 설문조사방식을 이용하여 총 450명이 설문에 참여하여 400명이 설문을 완료하였다. 설문의 목적은 정신장애인이 장기입원이나 시설생활을 마치고 지역사회로 재통합하는 과정에서 거주 및 치료와 관련된 경험을 물어보는 것이다. 실태조사 설문은 크게 6개 영역으로 구성되었다<표 16>.

<표 24> 정신장애인 당사자 지역사회 거주·치료 실태조사 영역 및 질문항목

영역	질문항목
1) 개인 일반사항	- 성별, 연령, 혼인, 근로여부, 소득, 장애유형
2) 인권 관련 영역	- 정신병원 및 정신요양시설 입/퇴원 경험과 결정과정 - 종사자 및 지역사회에서 괴롭힘 여부
3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역	- 지역사회에서 정신장애재활시설 및 서비스의 이용 경험 - 지역사회에서 장애관련 복지시설 및 서비스의 이용
4) 지역사회 거주영역	- 현재 주거 유형 및 동거가족의 주거 상황 - 앞으로의 주거계획 - 지역사회 주거를 위해 필요한 지원
5) 독립생활영역	- 여가 및 일상생활 - 복지 및 고용관련 서비스 이용 경험 - 장애인에 관한 일반적 인식
6) 지역사회 재통합영역	- 요즈음 일상에 대한 불만과 만족정도 - 일상생활 수행 정도 - 경제적 어려움 - 전반적인 생활만족도

3. 정신장애인 당사자 지역사회 거주·치료 실태조사 결과

1) 개인 일반사항

지역사회 거주・치료 실태조사 설문에 참여한 정신장애인 450명 중 설문을 완료한 인원은 400명이었

으며, 수거된 설문지 중 최종분석에 포함된 사례는 375명이다. 설문에 참여한 인원 중 남성은 238명(63.5%), 여성은 137명(36.5%)로 나타나 남성의 비율이 높게 나타났다. 설문참여자의 연령대는 20대 19명(7.8%), 30대 92명(24.6%), 40대 149명(39.9%), 50대 88명(23.6%), 60대 이상 17명(4.6%)로 나타나 30대~50대가 주로 참여한 것으로 나타났다. 평균 나이는 43.6세(SD: 9.7)로 나타났으며, 장애를 가진 평균 나이는 21.6세(SD: 6.4), 현재까지 유병기간은 평균 22.2년(SD: 10.1)로 나타났다.

설문참여자의 최종학력은 무학 2명(0.5%), 초등학교 졸업 9명(2.4%), 중학교 졸업 21명(5.6%), 고등학교 졸업 208명(55.5%), 전문대 또는 4년제 대학교 졸업 131명(34.9%), 석사 이상 4명(1.1%)로 나타나 고등학교 졸업 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 거주 지역에 대한 응답결과, 서울 46명(11.3%), 부산 34명(9.1%), 대구 33명(8.8%), 인천 27명(7.2%), 광주 34명(9.1%), 대전 21명(5.6%), 울산 2명(0.5%), 강원도 31명(8.3%), 충청북도 5명(1.3%), 충청남도 13명(3.5%), 전라북도 29명(7.7%), 전라남도 2명(0.5%), 경상북도 8명(2.1%), 경상남도 31명(8.3%), 경기도 48명(12.8%), 제주 11명(2.9%)로 나타났다. 혼인상태에 대한 응답결과, 미혼 304명(81.5%), 결혼(사실혼, 동거 포함) 29명(7.8%), 이혼 30명(8.0%), 별거 6명(1.6%), 사별 4명(1.1%)로 나타나 미혼이 높게 나타났다.

<표 25> 당사자 인구학적 요인

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
성별	남	238	63.5
	여	137	36.5
합계		375	100.0
나이대	20대	19	7.8
	30대	92	24.6
	40대	149	39.9
	50대	88	23.6
	60대 이상	17	4.6
합계		375	100.0
최종학력	무학(만7세이상)	2	0.5
	초등학교	9	2.4
	중학교	21	5.6
	고등학교	208	55.5
	전문대 또는 4년제 대학교	131	34.9
	석사 이상	4	1.1
합계		375	100.0
거주지역	서울	46	12.3
	부산	34	9.1
	대구	33	8.8
	인천	27	7.2
	광주	34	9.1
	대전	21	5.6
	울산	2	0.5
	강원도	31	8.3

	충청북도	5	1.3
	충청남도	13	3.5
	전라북도	29	7.7
	전라남도	2	0.5
	경상북도	8	2.1
	경상남도	31	8.3
	경기도	48	12.8
	제주	11	2.9
합계		375	100.0
혼인상태	미혼	304	81.5
	결혼(사실혼, 동거)	29	7.8
	이혼	30	8.0
	별거	6	1.6
	사별	4	1.1
합계		373	100.0

설문에 참여한 당사자와 함께 거주하고 있는 사람(중복응답)과 주된 보호자에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자는 혼자살고 있음 229명(59.9%), 배우자나 직계혈족(부모/자녀) 93명(24.3%), 친족관계가 없는 정신장애를 가진 사람들 55명(14.4%), 친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들 4명(1.0%), 형제 또는 자매 1명(0.7%)로 각각 나타났다. 이는 현재 당사자들은 혼자 살거나 배우자 또는 직계혈족과 함께 살고 있는 경우가 다수임을 알 수 있다.

주된 보호자에 대한 응답으로 부모 중 어머니 152명(40.5%), 부모 중 아버지 75명(20.0%), 형제자매 및 배우자 62명(16.5%), 본인 51명(13.6%), 배우자 19명(5.1%), 가족 외 동거인 6명(1.6%), 자녀 4명(1.1%), 친척 3명(0.8%), 기타 3명(0.8%)으로 각각 나타났다. 설문참여자의 보호자는 어머니, 아버지, 형제자매가 전체의 77%로 나타났으며, 본인은 13.6%로 나타나 가족이 주된 보호자임을 알 수 있다.

<표 26> 당사자와 함께 거주하는 사람

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
함께 살고 있는 사람 (중복응답)	혼자 살고 있음	229	59.9%
	배우자나 직계혈족 (부모/자녀)	93	24.3%
	친족관계가 없는 정신장애를 가진 사람들	55	14.4%
	친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들	4	1.0%
	형제 또는 자매	1	0.3%
합계		382	100.0%
주된 보호자	어머니	152	40.5
	아버지	75	20.0
	형제자매	62	16.5
	본인	51	13.6
	배우자	19	5.1
	가족 외 동거인	6	1.6

	자녀	4	1.1
	친척	3	0.8
	기타	3	0.8
합계		375	100.0

설문에 참여한 당사자의 장애관련 요인에 대한 응답은 다음과 같다. 먼저, 설문응답자의 장애진단명(중복응답)은 조현병 303명(73.5%), 양극성장애 36명(8.7%), 우울장애 27명(6.6%), 지적장애 20명(4.9%), 불안장애 16명(3.9%), 뇌전증 5명(1.2%), 치매 2명(0.5%), 알코올 및 약물장애 2명(0.5%), 기타 1(0.2%)로 각각 나타났다. 정신장애 중 당사자 중 다수가 조현병으로 장애진단을 받고 있다는 것을 알 수 있다.

당사자의 장애등급에 대한 응답은 1급 4명(1.1%), 2급 57명(15.2%), 3급 314명(83.7%)로 각각 나타났다. 설문에 참여한 당사자들은 지역사회에 거주하고 있어 장애등급 3급을 받은 응답자가 다수임을 알 수 있다.

당사자의 정신장애 발병 시기는 초등학교 17명(4.6%), 중학교 29명(7.8%), 고등학교 110명(29.5%), 대학교 78명(20.9%), 직장근무 중 52명(13.9%), 군제대 후 32명(86%), 대학원 4명(1.1%), 기타 51명(13.7% - 발병 나이를 직접 기록함)로 나타났다. 고등학교와 대학교 시절 발병한 경우가 50%를 넘어 응답자의 과반수가 10대 후반에서 20대 초반 정신장애 발병을 경험한 것을 알 수 있다.

<표 27> 당사자 장애 관련 요인

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
장애 진단명 (중복 응답)	조현병	303	73.5%
	양극성장애	36	8.7%
	우울장애	27	6.6%
	지적장애	20	4.9%
	불안장애	16	3.9%
	뇌전증	5	1.2%
	치매	2	0.5%
	알코올/약물장애	2	0.5%
	기타	1	0.2%
합계		412	100.0%
장애등급	1급	4	1.1
	2급	57	15.2
	3급	314	83.7
합계		375	100.0
정신장애발병시기	초등학교	17	4.6
	중학교	29	7.8
	고등학교	110	29.5
	대학교	78	20.9
	직장근무 중	52	13.9
	군제대 후	32	8.6
	대학원	4	1.1
	기타(발병한 연령)	51	13.7
합계		373	100.0

(1) 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형

설문에 참여한 당사자의 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형에 대한 응답은 다음과 같다. 경제적 상태 '상' 17명(4.5%), '중' 136명(36.3%), '하' 222명(59.2%)로 각각 나타나 약 60%로 달하는 당사자가 자신의 경제적 상태를 낮게 인지하고 있음을 알 수 있다.

당사자 가구의 국민기초생활수급 유형은 '기초생활수급권자' 188명(50.5%), '해당없음' 148명(39.8%), '차상위계층' 33명(8.9%), '국가유공자' 3명(0.8%)로 나타나 '기초생활수급권자'가 절반의 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 28> 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
경제적 상태	상	17	4.5
	중	136	36.3
	하	222	59.2
합계		375	100.0
국민기초생활수급유형	기초생활수급권자	188	50.5
	해당없음	148	39.8
	차상위계층	33	8.9
	국가유공자	3	0.8
합계		372	100.0

(2) 현재 취업상태 및 직업관련 설문

설문에 참여한 당사자의 취업상태 및 직업관련 설문에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자의 현재 취업상태는 무직 216명(57.6%), 정신재활기관 내 보호작업 60명(16.0%), 계약직 38명(10.1%), 정규직 29명(7.7%), 정신재활기관 외부 임시취업 13명(3.5%), 직업훈련 중 11명(2.9%), 일용직 3명(0.8%), 무급자원봉사 3명(0.8%), 가족사업장 보조근무를 포함한 자영업 2명(0.5%)로 각각 나타났다. 이는 현재 응답한 당사자들의 다수가 취업을 하지 못하거나 비정규직에 종사하고 있음을 보여준다.

취업 중인 당사자의 평균 급여수준은 월 평균 72.8만원(SD: 74.7, 중위수 50.00), 주당 근무시간은 평균 14.8시간(SD: 15.0, 중위수 8.00), 현재직장 근속기간은 25.9개월(SD: 29.8, 중위수 14.00)로 나타나, 취업 중인 정신장애인 당사자들의 직장 근속기간은 약 24개월 정도임에도 비정규직에 종사하는 이들이 많으며, 근무시간이 적은 만큼 급여 또한 적은 수준임을 알 수 있다.

지난 6개월 간 당사자의 월 평균 가구소득은 월 50만원 미만 106명(30.5%), 50~100만원 미만 98명(26.1%), 100~200만원 미만 60명(16.0%), 200~300만원 미만 33명(8.8%), 300~400만원 미만 24명(6.4%), 400~500만원 미만 7명(1.9%), 500만원 이상 20명(5.3%)로 각각 나타났다. 이를 통해 응답자 중 56.6%가 월

국가인권위원회 humanrights.go.kr

100만원 미만의 가구소득으로 생활하고 있음을 알 수 있다.

<표 29> 현재 취업상태 및 급여

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
취업상태	무직	216	57.6
	보호작업(정신재활기관 내)	60	16.0
	계약직	38	10.1
	정규직	29	7.7
	임시취업(정신재활기관외부)	13	3.5
	직업훈련	11	2.9
	일용직	3	0.8
	무급자원봉사	3	0.8
	자영업(가족사업장 보조근무 포함)	2	0.5
합계		375	100.0

구분	N	평균(중위수)	표준편차
평균 급여수준(만원)	140	72.8(50.0)	74.7
평균 주당 근무시간(시간)	142	14.8(8.0)	15.0
현재 직장 근무기간(개월)	145	25.9(14.0)	29.8

구분	유형	빈도	비율
평균 가구소득	50만원 미만	106	30.5
	50~100만원 미만	98	28.2
	100~200만원 미만	60	17.2
	200~300만원 미만	33	9.5
	300~400만원 미만	24	6.9
	400~500만원 미만	7	2.0
	500만원 이상	20	5.7
합계		348	100.0

(3) 여가활동

지난 6개월 간 설문참여 당사자들이 주로 한 여가활동에 대한 응답은 다음과 같다(중복응답). 설문응답자 중 정신재활시설(생활시설, 그룹홈, 사회복귀시설 등)이용 189명(29.4%), 집에서 TV・인터넷・독서 등 150명(23.3%), 정신건강복지센터 이용 115명(17.9%), 교회・성당・절 등 종교활동 참여 58명(9.0%), 식사준비・청소・세탁 등의 가사활동 54명(8.4%), 건강악화로 정신병원 입원 및 치료 24명(3.7%), 문화 및 공연관람・스포츠 등의 외부 여가활동 21명(3.3%), 사설학원・문화센터・평생교육 수강 15명(2.3%), 초・중・고등학교 및 대학을 포함한 정규교육과정의 학습활동 9명(1.4%), 가족 중 아픈 사람을 간병하거나 수발 5명(0.8%), 기타 3명(0.5%)로 각각 나타났다. 이는 당사자들 중 47.3%가 지역사회에서 정신재활시설 및 정신건강복지센터를 이용하여 여가생활을 하고 있거나 집에서 여가활동을 하는 것을 알 수 있다.

<표 30> 여가활동 응답

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
여가활동 (중복 응답)	정신재활시설(생활시설, 그룹홈, 사회복귀시설 등) 이용	189	29.4%
	집에서 TV, 인터넷, 독서 등	150	23.3%
	정신건강복지센터 이용	115	17.9%
	교회, 성당, 절 등 종교활동	58	9.0%
	가사활동(식사준비, 청소, 세탁 등)	54	8.4%
	건강악화로 정신병원입원 및 치료	24	3.7%
	외부에서 여가활동(문화, 공연관람, 스포츠 등)	21	3.3%
	사설학원, 문화센터, 평생교육 수강	15	2.3%
	정규교육과정의 학습활동(초,중,고,대학)	9	1.4%
	간병이나 수발(가족 중 아픈 사람)	5	0.8%
	기타	3	0.5%
합계		643	100.0%

2) 인권 관련 영역

(1) 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소여부

설문에 참여한 당사자들의 정신병원 입원 또는 정신재활시설 입소여부에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자 중 정신병원 입원한 경험이 있음 233명(64.7%), 정신병원과 정신재활시설 모두 거주한 경험이 있음 75명(20.8%) 정신재활시설에 입소한 경험이 있음 24명(6.7%), 두 기관 모두 입소한 경험이 없음 28명(7.8%)로 각각 나타났다. 이는 응답한 당사자들 중 92.2%가 정신병원 또는 정신재활시설에 입소한 경험이 있음을 보여준다.

<표 31> 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정신병원 입원 및 재활시설 입소 여부	정신병원에 입원한 경험이 있습니다.	233	64.7
	정신재활시설에 입소한 경험이 있습니다.	24	6.7
	정신재활시설에 입소한 경험이 있습니다.	24	6.7
	아니오, 둘 다 없습니다.	28	7.8
합계		360	100.0

(2) 정신병원 입원 횟수 및 기간

당사자의 정신병원 입원 횟수에 대한 응답은 다음과 같다. 정신병원 입원횟수는 평균 4.8회(SD: 4.8, 중위수 3.0))로 나타났으며, 자의입원 횟수는 1.8회(SD: 2.3, 중위수 1.0)로 나타났다. 정신병원 입원횟수는 최

국가인권위원회 humanrights.go.kr

소 1회에서 최대 31회로 나타났으며, 자의입원 횟수는 최소 0회에서 최대 21회까지 나타났다. 입원횟수가 평균 약 5회 정도이며 표준편차가 4.8로 나타나 개인 간 입원횟수와 기간에 차이가 있는 것을 알 수 있으며, 자의입원 횟수가 병원입원 횟수보다 낮은 것으로 나타나 자의입원의 비율이 낮은 것을 알 수 있다.

정신병원 총 입원기간에 대한 응답은 다음과 같다. 1~6개월 미만 99명(31.7%), 2~5년 미만 63명(20.2%), 6~12개월 미만 50명(16.0%), 1~2년 미만 48명(15.4%), 5~10년 미만 31명(9.9%), 10년 이상 21명(6.7%) 순으로 높게 나타났다. 이는 12개월 이상 입원한 당사자의 비율이 53.0%, 5년 이상입원이 16.0%로 나타나 지역사회에 살고 있는 당사자들이지만 장기입원에 대한 문제가 여전히 나타나는 것을 알 수 있다.

<표 32> 정신병원 입원횟수 및 기간

(단위 : 명, %)

구분		N	평균(중위수)	표준편차
정신병원 입원 횟수		305	4.8(3.0)	4.8
자의입원 횟수		275	1.8(1.0)	2.3
구분	**유형**		**빈도**	**비율**
정신병원 입원 총 기간	1~6개월 미만		99	31.7
	6~12개월 미만		50	16.0
	1~2년 미만		48	15.4
	2~5년 미만		63	20.2
	5~10년 미만		31	9.9
	10년 이상		21	6.7
합계			312	100.0

(3) 정신병원 입원 및 퇴원결정

당사자의 정신병원 입·퇴원 결정에 대한 응답은 다음과 같다. 당사자의 정신병원 입원을 결정한 사람(중복응답)은 어머니 170명(32.6%), 아버지 112명(21.5%), 본인 103명(19.8%), 형제자매 66명(12.7%), 정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가의 권유 36명(6.9%), 배우자 13명(2.5%), 친인척 13명(2.5%), 시장·군수·구청장 5명(1.0%), 자녀 2명(0.4%), 기타 1명(0.2%)으로 각각 나타났다. 이는 당사자의 정신병원 입원이 부모와 형제자매와 같은 가족에 의해 결정되고 있음을 알 수 있다.

당사자의 정신병원 퇴원을 결정한 사람(중복응답)은 어머니 141명(26.8%), 본인 110명(20.9%), 정신의학과 의사 결정 106명(20.1%), 아버지 87명(16.5%), 형제자매 58명(11.0%), 배우자 10명(1.9%), 친인척 10명(1.9%), 자녀 1명(0.2%), 기타 4명(0.8%)으로 각각 나타났다. 이는 당사자의 정신병원 퇴원이 가족이나 보호자, 정신의학과 의사에 의해 주로 결정되고 있음을 알 수 있다.

<표 33> 정신병원 입원 및 퇴원 결정

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
입원결정 (중복 응답)	어머니	170	32.6
	아버지	112	21.5
	본인	103	19.8
	형제자매	66	12.7
	정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유	36	6.9
	배우자	13	2.5
	친인척	13	2.5
	시장, 군수, 구청장	5	1.0
	자녀	2	0.4
	기타	1	0.2
합계		521	100.0
퇴원결정 (중복 응답)	어머니	141	26.8
	본인	110	20.9
	정신의학과 의사 결정	106	20.1
	아버지	87	16.5
	형제자매	58	11.0
	배우자	10	1.9
	친인척	10	1.9
	자녀	1	0.2
	기타	4	0.8
합계		527	100.0

(4) 법 시행이후 생활 및 서비스 변화

당사자들이 생각하는 법 시행 이후 지역사회 생활 및 생활 서비스 변화에 대한 응답으로 '과거보다 상당히 좋아졌다' 79명(21.2%), '과거보다 약간 좋아졌다' 103명(27.6%), '과거와 비슷하다' 95명(25.5%), '과거보다 약간 나빠졌다' 25명(6.7%), '과거보다 상당히 나빠졌다' 15명(4.0%), '모르겠다' 56명(15.0%)으로 나타났다. 법 시행 이후 정신장애인들의 지역사회 생활이 과거보다 나아졌다고 생각한다는 의견이 48.8%로 과거와 비슷하거나 나빠졌다고 생각하는 의견 36.2%로 보다 높게 나타났지만, 여전히 당사자들의 긍정적 생활변화에 대한 응답은 과반 수를 넘지 못하고 있음을 알 수 있다.

당사자들이 생각하는 법 시행 이후 지역사회 생활 서비스 변화에 대한 응답으로 '과거보다 상당히 좋아졌다' 15명(4.0%), '과거보다 약간 좋아졌다' 103명(27.5%), '과거와 비슷하다' 100명(26.7%), '과거보다 약간 나빠졌다' 32명(8.6%), '과거보다 상당히 나빠졌다' 15명(4.0%), '모르겠다' 61명(16.3%)으로 나타났다. 법 시행 이후 당사자들의 지역사회 생활서비스가 과거보다 나아졌다고 생각한다는 의견이 31.5%, 과거와 비슷하거나 나빠졌다고 생각하는 의견이 39.3%로 나타나 당사자들의 생활 서비스 변화에 대한 긍정적·부정적 체감은 이견이 있음을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

법 시행 이후에도 당사자들이 병원에서 퇴원하지 않는 이유(중복응답)에 대한 응답으로 '퇴원 후 살 곳이 없기 때문에' 158명(24.1%), '혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에' 144명(22.0%), '가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에' 106명(16.2%), '병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에' 87명(13.3%), '지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에' 53명(8.1%), '정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서' 37명(5.6%), '병원에 머무는 것이 익숙하고 편해서' 37명(5.6%), '지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에' 33명(5.0%)으로 순으로 나타났다. 이는 당사자들이 정신병원 퇴원 후 지역사회에서 거주지 마련, 증상관리 및 일상생활 유지, 가족관계 갈등에서 어려움을 느끼는 것을 알 수 있다.

<표 34> 법 시행 이후 생활 및 서비스 변화

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
법 시행 이후 생활변화	과거보다 상당히 좋아졌다	79	21.2
	과거보다 약간 좋아졌다	103	27.6
	과거와 비슷하다	95	25.5
	과거보다 약간 나빠졌다	25	6.7
	과거보다 상당히 나빠졌다	15	4.0
	모르겠다	56	15.0
합계		373	100.0
법 시행 이후 생활 서비스 변화	과거보다 상당히 좋아졌다	15	4.0
	과거보다 약간 좋아졌다	103	27.5
	과거와 비슷하다	100	26.7
	과거보다 약간 나빠졌다	32	8.6
	과거보다 상당히 나빠졌다	15	4.0
	모르겠다	61	16.3
합계		374	100.0
병원에서 퇴원하지 않는 이유 (중복 응답)	퇴원 후 살 곳이 없기 때문에	158	24.1
	혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에	144	22.0
	가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에	106	16.2
	병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에	87	13.3
	지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에	53	8.1
	정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서	37	5.6
	병원에 머무는 것이 익숙하고 편해서	37	5.6
	지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에	33	5.0
합계		655	100.0

(5) 주변의 존중 및 폭력경험 여부

설문에 참여한 당사자가 지역사회 거주 시 주변으로부터 받는 존중정도와 폭력경험 여부에 관한 응답은 다음과 같다. 설문응답자가 지역사회 거주 시 주변 사람들에게서 느끼는 존중은 '매우 존중 받고 있음' 36명(9.7%), '존중받고 있음' 187명(50.5%), '거의 존중받지 못함 106명(28.6%), '전혀 존중받지 못함' 41명(11.1%)으로 각각 나타났다. '전혀 존중받지 못함'을 최소값 1로 설정하고 '매우 존중 받고 있음'을 최대값 4로 설정했을 때, 평균 2.6점(SD: 0.8, 중위수 3.0)로 나타났다. 당사자는 지역사회에서 주변 사람들로부터 존중받고 있는 편인 것으로 나타났으나, 여전히 39.7%로는 존중받지 못하고 있는 것을 알 수 있다.

<표 35> 주변으로부터 존중

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역사회 거주 시 주변의 존중정도	매우 존중 받고 있음	36	9.7
	존중받고 있음	187	50.5
	거의 존중받지 못함	106	28.6
	전혀 존중받지 못함	41	11.1
합계		370	100.0
구분		**N**	**평균(중위수)**
지역사회 거주 시 주변의 존중 정도		370	2.6(3.0)

폭력 경험에 대한 응답으로 언어 및 정서적 학대 115명 (39.1%), 경제적 폭력 48명(16.8%), 신체적 폭력 43명(15.0%), 성희롱/성폭력 29명(10.2%), 방임 및 유기 28명(9.9%), 종교적 폭력/강요 27명(9.5%), 기타 8명(5.5%)순으로 나타났다. 이는 당사자가 언어 및 정서적 학대에 노출되는 비율이 높으며, 이외에도 몇몇 당사자는 경제적 폭력과 방임 및 성폭력을 포함한 다양한 폭력에 노출되어 있음을 알 수 있다.

<표 36> 폭력 경험 유무

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
언어 및 정서학대	예	115	39.1
	아니오	179	60.9
합계		294	100.0
경제적 폭력	예	48	16.8
	아니오	237	83.2
합계		285	100.0
신체적 폭력	예	43	15.0
	아니오	243	85.0
합계		286	100.0

성희롱/ 성폭력	예	29	10.2
	아니오	256	89.8
합계		285	100.0
방임 및 유기	예	28	9.9
	아니오	256	90.1
합계		284	100.0
종교적 폭력/강요	예	27	9.5
	아니오	257	90.5
합계		284	100.0
기타	예	8	5.5
	아니오	138	94.5
합계		146	100.0

(6) 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람

당사자의 장애회복 및 지역사회 생활에 도움을 준 사람과 방해한 사람에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자에게 도움을 준 사람(중복응답)은 어머니 184명(25.9%), 사회복지사 153명(21.5%), 아버지 101명(14.2%), 형제자매 99명(13.9%), 정신건강의학과 의사 61명(8.6%), 환우・입원동료 23명(3.2%), 배우자 20명(2.8%), 간호사 18명(2.5%), 종교인 17명(2.4%), 이웃 10명(1.4%), 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사) 9명(1.3%), 없음 15명(2.1%)으로 각각 나타났다. 당사자의 장애회복과 지역사회 생활에 도움을 주는 사람은 부모와 형제자매를 포함한 가족과 사회복지사가 높은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

당사자의 장애회복 및 지역사회 생활을 방해한 사람(중복응답)은 이웃 222명(48.9%), 형제자매 42명(9.3%), 환우・입원동료 39명(9.3%), 어머니 25명(5.5%), 아버지 25명(5.5%), 종교인 25명(5.5%), 정신건강의학과 의사 11명(2.4%), 사회복지사 10명(2.2%), 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사) 9명(2.0%), 간호사 8명(1.8%), 배우자 6명(1.3%), 없음 41명(9.0%)으로 각각 나타났다. 당사자의 장애회복과 지역사회 생활을 방해한 사람은 이웃이 약 50%로 가장 높은 비율을 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 37> 장애 회복과 지역사회 생활에 도움을 준/방해한 사람

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
장애회복 및 지역사회생활에 도움을 준 사람 (중복 응답)	어머니	184	25.9
	사회복지사	153	21.5
	아버지	101	14.2
	형제자매	99	13.9
	정신건강의학과 의사	61	8.6
	환우.입원동료	23	3.2
	배우자	20	2.8
	간호사	18	2.5
	종교인	17	2.4
	이웃	10	1.4

	그 외 전문인력 (작업치료사, 임상심리사)	9	1.3
	없음	15	2.1
합계		710	100.0
장애회복 및 지역사회생활을 방해한 사람 (중복 응답)	이웃	222	48.9
	형제자매	42	9.3
	환우.입원동료	30	6.6
	어머니	25	5.5
	아버지	25	5.5
	종교인	25	5.5
	정신건강의학과 의사	11	2.4
	사회복지사	10	2.2
	그 외 전문인력 (작업치료사, 임상심리사)	9	2.0
	간호사	8	1.8
	배우자	6	1.3
	없음	41	9.0
합계		454	100.0

(7) 정신보건/복지 공무원 또는 경찰 방문 여부

당사자의 집에 정신보건/복지 공무원 및 경찰의 방문 여부와 그 이유에 대한 응답은 다음과 같다. 정신보건/복지 공무원의 방문이 있었던 경우는 187명(50.1%)로 나타났으며, 방문 이유(중복응답)는 '욕구조사, 사례관리 등을 포함한 복지서비스 제공' 90명(49.5%), '본인이나 가족의 요청에 의해' 60명(33.0%), '병원이나 시설 입원・이동을 위해' 31명(17.0%), '지역주민의 항의로 인해' 1명(0.5%)순으로 나타났다. 즉, 당사자 중 약 50%는 공무원의 자택방문을 경험한 적이 있으며, 주로 사례관리와 본인 및 가족의 요청에 의한 것임을 알 수 있다.

<표 38> 집에 정신보건/복지 공무원 방문 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
집에 정신보건/복지 공무원 방문 여부	방문한 적이 있다	187	50.1
	방문한 적 없다	186	49.9
합계		373	100.0
방문 이유 (중복응답)	사례관리	90	49.5
	본인이나 가족의 요청에 의해	60	33.0
	병원이나 시설 입원/이동을 위해	31	17.0
	지역주민의 항의로 인해	1	0.5
합계		182	100.0

국가인권위원회 humanrights.go.kr

설문참여자의 집에 경찰의 방문이 있었던 경우는 80명(21.6%)로 나타났으며, 방문 이유(중복응답)는 ‘본인이나 가족의 요청에 의해’ 31명(49.2%), ‘지역주민의 항의로 인해’ 14명(22.2%), ‘병원이나 시설 입원·이동을 위해’ 13명(20.6%), 기타 5명(7.9%)순으로 나타났다. 방문한 경찰의 장애 이해정도는 ‘매우 잘 알고 있다’ 40명(16.2%), ‘조금 아는 편이다’ 111명(44.9%), ‘모른다’ 62명(25.1%), ‘전혀 모른다’ 34명(13.8%)으로 각각 나타났다. 이는 당사자 중 약 20%는 경찰의 자택방문을 경험한 적이 있고, 주로 본인 및 가족의 요청이나 지역주민의 항의로 인한 것임을 알 수 있다. 그리고 방문한 경찰의 약 60%는 정신장애에 관해 조금 혹은 그 이상 이해하고 있는 것으로 나타나 여전히 경찰관을 대상으로 정신장애에 대한 교육이 필요함을 알 수 있다.

<표 39> 집에 경찰 방문 여부 및 경찰의 장애이해 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
집에 경찰 방문 여부	방문한 적이 있다	80	21.6
	방문한 적 없다	291	78.4
합계		371	100.0
방문 이유 (중복응답)	본인이나 가족의 요청에 의해	31	49.2
	지역주민의 항의로 인해	14	22.2
	병원이나 시설 입원이나 이동을 위해	13	20.6
	기타	5	7.9
합계		63	100.0
방문 경찰의 장애 이해 정도	매우 잘 알고 있다	40	16.2
	조금 아는 편이다	111	44.9
	모른다	62	25.1
	전혀 모른다	34	13.8
합계		247	100.0

3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역

(1) 증상안정화 기간과 병원퇴원계획

정신병원 입원 후 증상안정화 기간과 병원퇴원 계획에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자는 증상안정화 기간에 대해 ‘입원 후 7일 미만’ 48명(12.9%), ‘입원 후 1-2주일 미만’ 82명(22.1%), ‘입원 후 2-4주일 미만’ 48명(12.9%), ‘입원 후 1-2달 미만’ 72명(19.4%), ‘입원 후 2-4달 미만’ 16명(4.3%), ‘입원 후 6달 후’ 42명(11.3%), ‘모르겠다’ 22명(5.9%)으로 각각 나타났다. 이는 약 50%의 당사자는 입원 후 1달 이내에 증상이 낮아지거나 안정화되는 것으로 생각할 수 있다.

<표 40> 증상안정화 기간

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
증상 안정화 기간	입원 후 7일 미만	48	12.9
	입원 후 1-2주일 미만	82	22.1
	입원 후 2-4주일 미만	48	12.9
	입원 후 1-2달 미만	72	19.4
	입원 후 2-4달 미만	41	11.1
	입원 후 4-6달 미만	16	4.3
	입원 후 6달 후	42	11.3
	모르겠다	22	5.9
합계		371	100.0

퇴원 시 지역사회 생활이나 기관 연계 및 소개를 받은 경우는 199명(53.4%)이며, 받지 못한 경우가 174명(46.6%)로 나타났다. 이는 정신병원 퇴원 시 병원에서 지역사회 주거와 치료에 관한 소개를 절반가량만 받고 있음을 알 수 있다.

<표 41> 퇴원 시 지역사회 생활이나 기관연계 및 소개 받은 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
퇴원 시 안내여부	예	199	53.4
	아니오	174	46.6
합계		373	100.0

병원 입원 후 퇴원과 지역사회 적응을 위한 퇴원계획의 필요성에 대한 생각은 ‘매우 필요하다’ 136명(36.8%), ‘필요하다’ 195명(52.7%), ‘필요하지 않다’ 31명(8.4%), ‘전혀 필요하지 않다’ 8명(2.2%)으로 각각 나타났다. 이는 89.5%의 당사자가 퇴원 계획이 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다.

<표 42> 병원 입원 후 퇴원계획의 필요성

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
퇴원 계획의 필요성	매우 필요하다	136	36.8
	필요하다	195	52.7
	필요하지 않다	31	8.4
	전혀 필요하지 않다	8	2.2
합계		375	100.0

병원 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용에 대한 설문참여자들의 응답(중복응답)으로 ‘약물교육’ 196명(27.4%), ‘퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개’ 103명(14.4%), ‘지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내’ 93명(13.0%), ‘증상 재발현시 방문/이용 가능한 기관들 안내’ 76명(10.6%), ‘병원 퇴원 후 증상관련 사례관리 기관 안내’ 74명(10.3%), ‘퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개’ 64명(8.9%), ‘지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내’ 62명(8.7%)순으로 나타났다. 이는 병원퇴원 후 증상이 발현했을 때 이용할 수 있는 프로그램과 지역사회 프로그램에 대한 욕구가 높은 것을 알 수 있다.

퇴원계획 공유기관(중복응답)으로 정신건강복지센터 221명(35.9%), 정신재활시설 179명(29.1%), 사회/장애인복지관 109명(17.7%), 보건소 56명(9.1%), 관련 장애인기관 45명(7.3%)순으로 나타났다. 이는 당사자들이 정신건강복지센터와 정신재활시설과 같은 지역사회 치료기관과 사회/장애인복지관에 퇴원계획이 공유되어야 하는 것으로 생각할 수 있다.

<표 43> 병원퇴원계획 내용 및 퇴원계획 공유대상

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
병원퇴원 계획내용	약물 교육	196	27.4
	퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개	103	14.4
	지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내	93	13.0
	증상 재발현시 방문/이용 가능한 기관들 안내	76	10.6
	지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내	74	10.3
	가족지원서비스 안내	64	8.9
	병원 퇴원 후 증상관련 사례관리 기관 안내	62	8.7
	지역사회 내 고용관련 서비스 제공기관 안내	48	6.7
합계		716	100.0
퇴원계획 공유대상	정신건강복지센터	221	35.9
	정신재활시설	179	29.1
	사회/장애인복지관	109	17.7
	보건소	56	9.1
	관련 장애인기관	45	7.3
	공유하고 싶지 않음	5	0.8
합계		615	100.0

(2) 증상관리 및 일상생활 서비스와 동료지원가 인식 정도

증상관리 및 일상생활을 위해 필요한 서비스와 동료상담 서비스 및 동료지원가의 역할에 대한 응답은 다음과 같다. 증상관리 및 일상생활 안정 서비스(중복응답)는 ‘지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의

집중 사례관리’ 124명(16.2%), ‘증상발현 등 긴급 상황 발생 시 가정방문 서비스’ 116명(15.1%), ‘긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인’ 108명(14.1%), ‘병원과 지역사회 기관 간 정보공유 및 연계 서비스’ 91명(11.9%), ‘여가 및 운동 프로그램’ 86명(11.2%), ‘소득지원(생활정착 지원금)’ 85명(11.1%), ‘동료지원가에 의한 증상관리 및 상담 서비스’ 46명(6.0%), ‘병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용지원’ 40명(5.2%), ‘활동보조인 서비스’ 26명(3.4%), ‘병의원 및 약국 등 방문에 동행해 도움을 줄 사람’ 23명(3.0%), ‘지역주민과 관계형성’ 22명(2.9%)순으로 나타났다. 이는 당사자들이 지역사회적응과 급성증상관리를 위한 서비스에 관한 요구가 높게 나타난 것을 알 수 있다.

<표 44> 증상관리 및 일상생활을 위해 필요한 서비스

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
증상관리 및 일상생활 안정 서비스 (중복 응답)	지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의 집중 사례관리	124	16.2
	증상발현 등 긴급 상황 발생 시 가정방문 서비스	116	15.1
	긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인	108	14.1
	병원과 지역사회 기관 간 정보공유 및 연계 서비스	91	11.9
	여가 및 운동 프로그램	86	11.2
	소득지원(생활정착 지원금)	85	11.1
	동료지원가에 의한 증상관리 및 상담 서비스	46	6.0
	병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용지원	40	5.2
	활동보조인 서비스	26	3.4
	병의원 및 약국 등 방문에 동행해 도움을 줄 사람	23	3.0
	지역주민과 관계형성	22	2.9
합계		767	100.0

동료지원가가 제공하는 서비스에 대해 들어보았거나 이용한 경험이 있는지에 대한 응답으로 ‘들어보지 못하였다’ 183명(50.0%), ‘이용한 경험은 없지만, 들어보았다’ 120명(32.8%), ‘이용한 경험이 있다’ 63명(17.2%)으로 각각 나타났다. 동료상담 서비스에 관해 모르는 당사자가 50%, 이용해보지 못한 당사자는 총 82.8%로 동료상담 서비스가 아직 보편화 되지 않았음을 보여준다.

당사자들이 생각하는 동료지원가의 역할(중복응답)에 대한 응답은 ‘일상생활, 대인관계 등 지역사회 적응훈련’ 168명(25.0%), ‘장애이해 교육 및 상담제공’ 129명(19.2%), ‘증상 및 약물관리 교육’ 112명(16.7%), ‘직업훈련/보호작업장 등 취업을 위한 훈련’ 108명(16.1%), ‘독립생활(주거) 훈련’ 63명(9.4%), ‘취미 및 여가활용 훈련’ 58명(8.6%), ‘인권교육 및 가족교육’ 34명(5.1%)순으로 나타났다. 이는 당사자들이 동료지원가는 지역사회 적응훈련과 취업훈련, 장애이해 및 증상과 약물관리를 지원하는 역할을 수행한다고 생각하며, 이는 지역사회 통합 및 치료지원의 역할로 인지하고 있음을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 45> 동료상담 서비스 경험 및 동료지원가 역할

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
동료상담 서비스 경험	들어보지 못하였다	183	50.0
	이용한 경험은 없지만, 들어보았다	120	32.8
	이용한 경험이 있다	63	17.2
합계		366	100.0
동료 상담사 역할 (중복 응답)	일상생활, 대인관계 등 지역사회 적응훈련	168	25.0
	장애이해 교육 및 상담제공	129	19.2
	증상 및 약물관리 교육	112	16.7
	직업훈련, 보호작업장 등 취업을 위한 훈련	108	16.1
	독립생활(주거) 훈련	63	9.4
	취미 및 여가활용 훈련	58	8.6
	인권교육 및 가족교육	34	5.1
합계		672	100.0

(3) 당사자 장애특성 인지, 급성 증상시 필요한 서비스 및 회복에 도움된 것

당사자의 장애특성 인지여부 및 급성증상 발현 시 필요한 서비스에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자는 자신의 장애특성에 대해 ‘매우 잘 알고 있음’ 149명(40.3%), ‘조금 알고 있는 편임’ 165명(44.6%), ‘거의 모르는 편임’ 38명(10.3%), ‘전혀 모름’ 18명(4.9%)으로 각각 응답하였다. 자신의 장애특성을 알고 있다고 응답한 당사자는 85%로 당사자들이 자신의 장애에 관해 어느 정도 이해하고 있음을 알 수 있다.

급성증상 발현 시 필요한 서비스에 대한 응답은 ‘즉시 입원할 수 있는 병원 서비스’ 110%(29.5%), ‘증상을 낮추기 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문 서비스’ 103명(27.6%), ‘증상을 낮추기 위해 일주일 정도 안전한 장소에 머무를 수 있는 서비스’ 73명(19.6%), ‘증상을 낮추기 위한 긴급상담 및 전화 서비스’ 59명(15.8%), ‘증상을 낮추기 위한 동료지원가 가정방문 서비스’ 27명(7.2%)순으로 각각 나타났다. 이는 당사자들은 급성증상 시 병원 즉시 입원 서비스와 증상을 낮추기 위한 비장애/동료 전문가의 가정방문을 선호하는 것을 알 수 있다.

<표 46> 자신의 장애특성 인지여부 및 급성기 증상 시 필요한 서비스

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
자신의 장애특성 인지여부	매우 잘 알고 있음	149	40.3
	조금 알고 있는 편임	165	44.6
	거의 모르는 편임	38	10.3
	전혀 모름	18	4.9
합계		370	100.0

급성 증상 시 필요한 서비스 (중복 응답)	즉시 입원할 수 있는 병원 서비스	110	29.5
	증상을 낮추기 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문 서비스	103	27.6
	증상을 낮추기 위해 일주일 정도 안전한 장소에 머무를 수 있는 서비스	73	19.6
	증상을 낮추기 위한 긴급상담 및 전화 서비스	59	15.8
	증상을 낮추기 위한 동료지원가 가정방문 서비스	27	7.2
합계		373	100.0

당사자들은 정신장애로부터의 회복에 도움이 된 것(중복응답)에 대한 응답은 '꾸준한 약물 복용' 229명(31.7%), '정신과 외래 진료' 111명(15.4%), '사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담' 101명(14.0%), '정신병원 입원' 82명(11.4%), '가족의 지지와 지원' 80명(11.1%), '일자리' 34명(4.7%), '친구나 지인의 지지와 지원' 29명(4.0%), '동료지원가' 26명(3.6%), '종교나 종교인의 지지와 지원' 26명(3.6%), '없음' 4명(0.6%)순으로 응답하였다. 이를 통해 당사자들은 꾸준한 약물봉욕 및 정신과 외래 진료, 전문가 상담이 정신장애 회복에 도움이 된 것으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

<표 47> 정신장애로부터 회복에 도움된 것

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정신장애로부터 회복에 도움 된 것 (중복응답)	꾸준한 약물 복용	229	31.7
	정신과 외래 진료	111	15.4
	사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담	101	14.0
	정신병원 입원	82	11.4
	가족의 지지와 지원	80	11.1
	일자리	34	4.7
	친구나 지인의 지지와 지원	29	4.0
	동료지원가	26	3.6
	종교나 종교인의 지지와 지원	26	3.6
	없음	4	0.6
합계		722	100.0

(4) 정신장애로부터 회복정도와 1년간 치료정도

정신장애로부터 회복된 정도와 지난 1년간 치료에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자는 자신의 회복 정도에 관해 '증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있다' 123명(33.1%), '가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다' 90명(24.2%),

‘증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 필요하다’ 87명(23.4%), ‘약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다’ 59명(15.9%), ‘병원입원이나 정신재활시설에 입소하고 싶다’ 13명(3.5%) 순으로 응답하였다. 이는 지역사회에 살고 있음에도 불구하고 여전히 과반수의 당사자들은 증상관리나 생활에서 외부나 가족의 도움을 필요로 함을 알 수 있다.

<표 48> 정신장애로부터 회복 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정신장애로 부터 회복정도	증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있다	123	33.1
	가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다	90	24.2
	증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 필요하다	87	23.4
	약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다	59	15.9
	병원입원이나 정신재활시설에 입소하고 싶다	13	3.5
합계		372	100.0

지난 1년간 치료진행 정도에 관한 응답으로 ‘정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약을 복용했다’ 318명(85.3%), ‘정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다’ 290명(78.4%), ‘치료에 특별히 참여한 적은 없고, 집에서 생활하고 있다’ 290명(78.4%), ‘증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다’ 151명(40.6%), ‘정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다’ 138명(37.3%)순으로 응답하였다. 이는 당사자들 중 대다수가 정기적 병의원 방문 및 재활프로그램에 참여하고 있음을 보여준다.

<표 49> 지난 1년간 치료 진행 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약을 복용했었다	예	318	85.3
	아니오	55	14.7
합계		373	100.0
정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다	예	290	78.4
	아니오	80	21.6
합계		370	100.0
치료에 특별히 참여한 적은 없고, 집에서 생활하고 있다	예	290	78.4
	아니오	80	21.6
합계		370	100.0

증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다	예	151	40.6
	아니오	221	59.4
합계		372	100.0
정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다	예	138	37.3
	아니오	232	62.7
합계		370	100.0

(5) 현재 주치의 만남여부와 병의원 이용 불편정도 및 이유

현재 주치의 만남여부와 병의원 이용불편정도와 이유에 대한 응답은 다음과 같다. 현재 주치의와 만나고 있는 당사자는 341명(91.7%)으로 나타났으며, 병의원 이용불편정도에 관해 '전혀 어렵지 않다' 14명(39.0%), '어렵지 않다' 173명(47.5%), '어렵다' 40명(11.0%), '매우 어렵다' 9명(2.5%)으로 각각 응답하였다. 이는 대부분의 당사자가 주치의와 지속적으로 만나고 있으며, 그들 중 86.5%는 병의원 이용이 어렵지 않다고 여기고 있음을 알 수 있다.

<표 50> 현재 주치의 만남 여부와 병의원 이용의 불편정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
현재 주치의 만남여부	예	341	91.7
	아니오	31	8.3
합계		372	100.0
병의원 이용 불편정도	전혀 어렵지 않다	142	39.0
	어렵지 않다	173	47.5
	어렵다	40	11.0
	매우 어렵다	9	2.5
합계		364	100.0

현재 병/의원 서비스를 이용하고 있는 당사자를 대상으로 병의원 이용이 불편한 이유와 이용하지 않는 이유에 대한 응답은 다음과 같다. 병의원 이용이 불편한 이유(중복응답)에 관해 '불편한 점 없다' 141명(27.8%), '이용하는 병원 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다' 56명(11.0%), '병/의원을 이용하는 동안 내가 정신 질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다' 52명(10.3%), '병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다' 47명(9.3%), '병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다' 44명(8.7%), '나 스스로 병원방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다' 37명(7.3%), '이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다' 33명(6.5%), '병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다' 34명(6.7%), '가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다' 28명(5.5%), '병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다' 14명(2.8%), '병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다' 17명(3.4%), 기타 4명(0.8%)순으로 응답하였다. 병의원 이용에 불편한 점이 없는 경우도 약 1/3가량 되지만, 병원 내 서비스나 프로그램 부족과 비

용문제, 그리고 자신의 노출에 대한 두려움이 높게 나타남을 알 수 있다.

현재 병/의원 서비스를 이용하고 있지 않는 당사자를 대상으로 병의원을 이용하지 않는 이유(중복응답)에 관히여 물어보았다. 그 결과 '이용하는 병원 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다' 9명(15.7%), '병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다' 8명(15.7%), '병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다' 7명(13.7%), '가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다' 6명(11.8%), '나 스스로 병원방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다' 4명(7.8%), '이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다' 4명(7.8%), '병/의원을 이용하는 동안 내가 정신 질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다' 4명(7.8%), '정신과 약물부작용 때문이다' 4명(7.8%), '병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다' 4명(7.8%)순으로 응답하였다. 이는 병의원을 이용하지 않는 이유가 프로그램 부족 및 도움이 되지 않기 때문이 높게 나타난 것을 알 수 있다.

<표 51> 병의원 이용 시 불편한 점과 이용하지 않는 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
병의원 이용 시 불편한 점 (중복 응답)	불편한 점 없다	141	27.8
	이용하는 병원 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다	56	11.0
	병/의원을 이용하는 동안 내가 정신 질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다	52	10.3
	병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다	47	9.3
	병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다	44	8.7
	나 스스로 병원방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다	37	7.3
	이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다	33	6.5
	병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다	34	6.7
	가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다	28	5.5
	병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다	14	2.8
	병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다	17	3.4
	기타	4	0.8
합계		507	100.0
병의원 이용하지 않는 이유 (중복 응답)	이용하는 병원 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다	9	17.6
	병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다	8	15.7
	병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다	7	13.7

	가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기 어렵다	6	11.8
	나 스스로 병원방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다	4	7.8
	이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다	4	7.8
	병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다	4	7.8
	정신과 약물부작용 때문이다	4	7.8
	병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다	3	5.9
	병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다	1	2.0
	병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다	1	2.0
합계		51	100.0

(6) 최근 6개월간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여 여부

최근 6개월간 서비스 이용을 위해 방문한 기관에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자가 최근 6개월간 이용한 방문기관(중복응답)은 정신재활시설 201명(41.8%), 정신건강복지센터 137명(28.5%), 사회복지관(장애인종합, 일반 사회복지관) 68명(14.1%), 장애인기관/시민단체 42명(8.7%), 이용한 기관 없음 33명(6.9%) 순으로 나타났다. 이는 당사자들이 지역사회 기관 중 정신재활시설 및 정신건강복지센터 방문이 높게 나타남을 알 수 있다.

주 1회 이상 지역기관을 방문하거나 프로그램에 참여했는지에 대한 응답으로 '기관에 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있다' 273명(74.2%), '기관에 직접 방문하지 않지만, 가정방문 서비스를 받고 있다' 29명(7.9%), '아니오' 66명(17.9%)로 각각 나타났다. 당사자들 중 74.2%가 지역기관에 주1회 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있어 당사자들의 지역기관 방문 및 프로그램 참여가 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 52> 최근 6개월 간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
6개월간 방문한 기관 (중복 응답)	정신재활시설	201	41.8
	정신건강복지센터	137	28.5
	사회복지관(장애인종합, 일반 사회복지관)	68	14.1
	장애인기관/시민단체	42	8.7
	이용한 기관 없음	33	6.9
합계		481	100.0

지역기관 주 1회 이상 방문 및 프로그램 참여여부	예, 기관에 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있음	273	74.2
	예, 기관에 직접 방문하지 않지만, 가정방문 서비스를 받고 있음	29	7.9
	참여하고 있지 않음	66	17.9
합계		368	100.0

(7) 지역기관 이용이유 및 불편사항

지역기관 이용 이유(중복응답)에 관해 설문응답자는 '상담/치료/훈련 등 주간재활프로그램 이용' 157명(29.0%), '각종 여가 프로그램 이용' 106명(19.6%), '일자리사업 참여와 구직 서비스 이용' 101명(18.6%), '친구 사귐, 친목도모' 62명(11.4%), '주간보호프로그램 이용' 43명(7.9%), '주거서비스 이용' 25명(4.6%), '재가서비스(가정방문 등)이용' 22명(4.1%), '자원봉사활동 참여' 17명(3.1%), '갈 곳이 없어서' 9명(1.7%) 순으로 응답하였다. 이는 상담/치료/훈련 등 주간재활, 일자리, 여가 서비스와 친목도모를 위해 기관을 이용하는 경우가 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 53> 지역기관 이용이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역기관 이용이유	상담, 치료, 훈련 등 주간재활프로그램 이용	157	29.0
	각종 여가프로그램 이용	106	19.6
	일자리사업 참여와 구직 서비스 이용	101	18.6
	친구 사귐, 친목도모	62	11.4
	주간보호프로그램 이용	43	7.9
	주거서비스 이용	25	4.6
	재가서비스(가정방문 등)이용	22	4.1
	자원봉사활동 참여	17	3.1
	갈 곳이 없어서	9	1.7
합계		542	100.0

지역기관 이용 어려움 정도와 불편한 이유에 대한 응답은 다음과 같다. 지역기관 이용 어려움정도에 관해 설문응답자들은 '전혀 어렵지 않다' 96명(32.5%), '어렵지 않다' 136명(46.1%), '어렵다' 56명(19.0%), '매우 어렵다 7명(2.4%)순으로 응답하였다. 이는 78.6%에 달하는 당사자들이 지역기관 이용이 어렵지 않다고 느끼는 것으로 나타났다.

현재 지역기관 서비스를 이용하고 있는 당사자의 경우, 지역기관 이용이 불편한 이유(중복응답)에 관해서 '불편한 점 없다' 135명(32.1%), '기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다' 43명(10.2%), '이용하는 기관 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다' 40명(9.5%), '기관을 이용하는 동안 내가 정신 질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다' 32명(7.6%),

‘나 스스로 기관이용을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다’ 30명(7.1%), ‘기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다’ 27명(6.4%), ‘가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다’ 27명(6.4%), ‘기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다’ 24명(5.7%), ‘기관 내 대인관계 문제로’ 23명(5.5%), ‘이용한 기관 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다’ 17명(4.0%), ‘기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다’ 13명(3.1%), ‘기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다’ 10명(2.4%), 기타 4명(0.8%)순으로 응답하였다. 이는 지역기관 이용에 불편한 점이 없는 경우가 30%정도지만, 과반수이상이 지역기관 이용을 통해 얻는 도움 정도나 기관 내 서비스나 프로그램 부족에 대한 불편감이 높은 것을 알 수 있다.

<표 54> 지역기관 이용 어려움 정도와 불편사항

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역 기관 이용 어려움 정도	전혀 어렵지 않다	96	32.5
	어렵지 않다	136	46.1
	어렵다	56	19.0
	매우 어렵다	7	2.4
합계		295	100.0
지역 기관 이용이 불편한 이유 (중복 응답)	불편한 점 없다	135	32.1
	기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다	43	10.2
	이용하는 기관 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다	40	9.5
	기관을 이용하는 동안 내가 정신 질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다	32	7.6
	나 스스로 기관이용을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다	30	7.1
	기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다	27	6.4
	가까운 곳에 기관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다	27	6.4
	기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다	24	5.7
	기관 내 대인관계 문제로	23	5.5
	이용한 기관 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다	17	4.0
	기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다	13	3.1
	기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다	10	2.4
합계		421	100.0

현재 지역기관 서비스를 이용하지 않는 당사자의 경우, 지역기관을 이용하지 않는 이유(중복응답)로 ‘이용하는 기관 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다’ 19명(22.4%), ‘나 스스로 기관방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다’ 10명(11.8%), ‘기관을 이용하는 동안 내가 정신

국가인권위원회 humanrights.go.kr

질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다’ 9명(10.6%), ‘기관 내 대인관계 문제로’ 9명(10.6%), ‘가까운 곳에 기관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다’ 7명(8.2%), ‘기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다’ 6명(7.1%), ‘이용한 기관 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다’ 6명(7.1%), ‘정신과 약물부작용 때문이다’ 6명(7.1%), ‘기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다’ 5명(5.9%), ‘기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다’ 4명(4.7%), ‘기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다’ 2명(2.4%), ‘기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다’ 2명(2.4%)순으로 응답하였다. 이는 기관을 이용하지 않는 이유로 프로그램 부족과 자기노출이 가장 높게 나타난 것을 알 수 있다.

<표 55> 지역기관 이용하지 않는 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역기관 이용하지 않는 이유 (중복 응답)	이용하는 기관 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다	19	22.4%
	나 스스로 기관방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다	10	11.8%
	기관을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다	9	10.6%
	기관 내 대인관계 문제로	9	10.6%
	가까운 곳에 기관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다	7	8.2%
	기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다	6	7.1%
	이용한 기관 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다	6	7.1%
	정신과 약물 부작용 때문이다	6	7.1%
	기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다	5	5.9%
	기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다	4	4.7%
	기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다	2	2.4%
	기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다	2	2.4%
합계		85	100.0

4) 지역사회 거주영역

(1) 현재 거주하는 곳과 소유주

설문에 참여한 당사자의 현재 거주하는 곳과 소유주 및 집세 지출비용에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자의 현재 거주하는 곳은 자가(자기집) 115명(31.3%), 공동생활가정 67명(18.2%), 월세 또는 반전세 65명(17.7%), 영구임대주택 36명(9.8%), 국민임대주택 30명(8.2%), 전세 28명(7.6%), 사글세 16명(4.3%), 무상 11명(3.0%) 순으로 나타났다. 이는 지역사회에 거주하는 정신장애인 당사자로 진행하였기에 당사자 가정의 자가 소유 비율이 높게 나타났음을 알 수 있다.

1개월 평균 집세로 지출되는 비용은 최소 2만원에서 최대 80만원이었고 평균 23.7만원(SD: 14.9, 중위

수 20.0)이었다. 현재 거주하는 집의 소유주는 부모 161명(44.2%), 자신 61명(16.8%), 독립주거 46명(12.6%), 주거시설 41명(10.9%), 형제/자매 29명(8.0%), 잘 모르는 타인(공동생활가정) 21명(5.%), 친척집 5명(1.4%)순으로 나타났다.

<표 56> 현 거주지 소유형태와 소유주 및 한 달 평균 집세

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
현 거주지 소유형태	자가	115	31.3
	공동생활가정	67	18.2
	월세, 반전세	65	17.7
	영구임대주택	36	9.8
	국민임대주택	30	8.2
	전세	28	7.6
	사글세	16	4.3
	무상	11	3.0
합계		368	100.0
소유주	부모의 집	161	44.2
	자신의 집	61	16.8
	독립주거	46	12.6
	주거시설	41	10.9
	형제/자매의 집	29	8.0
	잘 모르는 타인의 집(공동생활가정)	21	5.8
	친척집	5	1.4
합계		364	100.0
구분	**N**	**평균(중위수)**	**표준편차**
1개월 평균 집세 (단위: 만원)	126	23.7(20.0)	14.9

(2) 같이 살고 싶은 사람 및 주거안정을 위해 강화되어야 할 정책

정신장애인 당사자가 원하는 삶을 위해 같이 거주하며 생활해야 하는 사람 및 장소는 다음과 같다. 설문응답자는 같이 살고 싶은 사람에 관하여 ‘가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다’ 193명(51.5%), ‘독립주거에서 혼자서 생활해야 한다’ 120명(32.0%), ‘가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다’ 36명(9.6%), ‘가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다’ 18명(4.8%), ‘정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다’ 6명(1.6%), ‘정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다’ 2명(0.5%)순으로 응답하였다. 이는 지역사회 거주시 당사자들은 가정에서 가족들과 생활하는 것 만큼이나 독립주거에서 생활하는 것을 선호함을 알 수 있다.

주거 안정에 필요한 것(중복응답)에 대한 응답으로 ‘공공임대주택(아파트)에 대한 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공’ 142명(22.5%), ‘주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원(전세 및 구입자금의 대출)’ 140명(22.2%), ‘정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원’ 74명(11.7%), ‘주거비 지원

(주거수당 제공 또는 전기・가스・수도 등 공공요금 감면)’ 62명(9.8%), ‘훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대’ 51명(8.1%), ‘이용가능한 병원/사회복귀시설 등 생활 편의시설 확대’ 49명(7.8%), ‘주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련’ 42명(6.7%), ‘지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선’ 35명(5.5%), ‘영구적으로 생활이 가능한 그룹홈(주거시설) 확대’ 33명(5.2%), 기타 3명(0.5%)순으로 나타났다. 이는 지역사회 주거안정을 위해 당사자들은 주택 및 주거시설을 제공 받거나 이를 위한 경제적 비용지원의 필요성을 높게 인지하고 있음을 보여준다.

<표 57> 같이 살고 싶은 사람과 주거안정에 필요한 것

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
같이 살고 싶은 사람	가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다	193	51.5
	독립주거에서 혼자서 생활해야 한다	120	32.0
	가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다	36	9.6
	가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다	18	4.8
	정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다	6	1.6
	정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다	2	.5
합계		375	100.0
주거안정을 위해 강화되어야 할 정책 (중복 응답)	공공임대주택(아파트)에 대한 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공	142	22.5
	주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원(전세 및 구입자금의 대출)	140	22.2
	정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원	74	11.7
	주거비 지원(주거수당 제공 또는 전기·가스·수도 등 공공요금 감면)	62	9.8
	훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대	51	8.1
	이용가능한 병원/사회복귀시설 등 생활 편의시설 확대	49	7.8
	주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련	42	6.7
	지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선	35	5.5
	영구적으로 생활이 가능한 그룹홈(주거시설) 확대	33	5.2
	기타	3	0.5
합계		631	100.0

5) 독립생활영역

(1) 한 달 생활비와 용돈 출처

한 달 생활비와 용돈 출처에 관한 응답은 다음과 같다. 한 달 생활비는 월 평균 39.5만원(SD: 40.8, 중위수 30.0)으로 나타났으며, 용돈의 출처(중복응답)는 부모・자녀・지인이 주는 돈 186명(39.2%), 국가 및 지방자치단체에서 지급하는 수당 또는 연금 143명(30.2%), 근로수입(본인 경제 활동 수입) 138명(29.1%),

결연 업체(개인) 후원 7명(1.5%)순으로 나타났다. 이는 당사자들의 용돈에 대한 가족의 부담정도가 높은 것을 알 수 있다.

<표 58> 한 달 생활비와 용돈 출처

(단위 : 명, %)

구분		N	평균(중위수)	표준편차
한 달 생활비(만원)		331	39.5(30.0)	40.8
구분	**유형**		**빈도**	**비율**
용돈 출처 (중복 응답)	부모·자녀·지인이 주는 돈		186	39.2
	국가 및 지방자치단체에서 지급하는 수당 또는 연금		143	30.2
	근로 수입(본인 경제 활동 수입)		138	29.1
	결연 업체(개인) 후원		7	1.5
합계			474	100.0

(2) 6개월간 여가활동 만족도 및 불만족 이유

당사자들의 지난 6개월간 여가활동 및 만족도에 관한 응답은 다음과 같다. 설문응답자들은 가장 많이 한 여가활동(중복응답)에 관해 텔레비전 보기(TV로 영화시청 포함) 160명(23.9%), 컴퓨터 또는 인터넷 77명(11.5%), 종교활동 67명(10.0%), 영화・연극・연주회 관람 56명(8.4%), 운동하기(숨이 찰 정도로 빠르게 걷기, 헬스, 축구, 수영) 55명(8.4%), 라디오 듣기 45명(6.7%), 휴식(낮잠, 목욕탕가기) 43명(6.4%), 집주변산책(숨이 차지 않게 천천히 걷기) 39명(5.8%), 친구 및 가족모임 38명(5.7%), 독서・학습(언어공부, 강의듣기) 32명(4.8%), 예술활동(악기연주, 글쓰기, 춤) 16명(2.4%), 여행 12명(1.8%), 자원봉사 활동 7명(1.0%), 동/식물 기르기 6명(0.9%), 바둑・장기 5명(0.7%), 없음 12명(1.8%)순으로 나타났다. 응답자들은 TV시청이나 컴퓨터 및 인터넷을 이용한 집안에서 활동을 하며 여가를 보내는 비율 높게 나타났다.

여가활동을 같이하는 대상은 혼자서 154명(41.5%), 가족 74명(19.9%), 친구/이웃 71명(19.1%), 동호회 회원(가족 제외) 19명(5.1%), 직장동료 7명(1.9%), 기타 46명(12.4%)순으로 나타났다. 이는 당사자들은 여가시간을 혼자서 보내는 비율이 높게 나타남을 보여주며, 그 외에는 가족과 친구/이웃이 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 59> 6개월 간 여가활동 및 같이 하는 대상

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
6개월간 여가활동 (중복 응답)	텔레비전 보기(TV로 영화시청 포함)	160	23.9
	컴퓨터 또는 인터넷	77	11.5
	종교 활동	67	10.0
	영화, 연극, 연주회 관람	56	8.4
	운동하기(숨이 찰 정도로 빠르게 걷기, 헬스, 축구, 수영)	55	8.2
	라디오 듣기	45	6.7

	휴식(낮잠, 목욕탕가기)	43	6.4
	집주변 산책(숨이 차지 않게 천천히 걷기)	39	5.8
	친구 및 가족모임	38	5.7
	독서, 학습(언어공부, 강의듣기)	32	4.8
	예술 활동(악기연주, 글쓰기, 춤)	16	2.4
	여행	12	1.8
	자원봉사 활동	7	1.0
	동/식물 기르기	6	0.9
	바둑, 장기	5	0.7
	없음	12	1.8
합계		670	100.0
여가활동 같이하는 대상 (중복 응답)	혼자서	154	41.5
	가족	74	19.9
	친구/이웃	71	19.1
	동호회 회원 (가족 제외)	19	5.1
	직장동료	7	1.9
	기타	46	12.4
합계		371	100.0

설문참여자가 현재 여가활동에 만족하는 정도는 ‘매우 만족함’ 61명(17.0%), ‘만족하는 편’ 150명(41.8%), ‘만족하지 않는 편’ 120명(33.4%), ‘전혀 만족하지 않음’ 28명(7.8%)으로 나타났으며, ‘전혀 만족하지 않음’을 최소값 1로 설정하고 ‘매우 만족함’을 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 2.7(SD: 0.8, 중위수 3.0)이었다.

만족하지 않는 이유(중복응답)는 다음과 같다. 여가활동을 함께 할 사람이 없어서 38명(19.5%), 여가정보 및 프로그램이 부족해서 37명(19.0%), 나의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서 36명(18.5%), 여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서 31명(15.9%), 여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서 19명(9.7%), 여가시설이 좋지 않아서(설비, 위생 문제) 11명(5.6%), 주변사람들 눈치가 보여서 8명(4.1%), 그 외 가족구성원을 돌봐야 해서 8명(4.1%), 여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서 7명(3.6%) 순으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 당사자 중 약 40%가 여가활동을 함께할 사람이 없거나 정보 및 프로그램이 부족해서 여가활동을 즐기지 못하는 것을 알 수 있다.

<표 60> 여가활동 만족도와 불만족 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
여가활동 만족도	매우 만족함	61	17.0
	만족하는 편	150	41.8
	만족하지 않는 편	120	33.4
	전혀 만족하지 않음	28	7.8
합계		359	100.0

구분		N	평균(중위수)	표준편차
여가활동 만족도		359	2.7(3.0)	0.8
구분	**유형**		**빈도**	**비율**
여가활동 불만족 이유 (중복 응답)	여가활동을 함께 할 사람이 없어서		38	19.5
	여가 정보 및 프로그램이 부족해서		37	19.0
	나의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서		36	18.5
	여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서		31	15.9
	여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서		19	9.7
	여가 시설이 좋지 않아서(설비, 위생문제)		11	5.6
	가족구성원을 돌봐야 해서		8	4.1
	주변사람들 눈치가 보여서		8	4.1
	여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서		7	3.6
합계			195	100.0

(3) 일상생활 기능정도와 일상생활을 도와주는 사람

설문참여자가 보기에 당사자의 각 영역별 일상생활 기능 정도는 다음과 같은 것으로 보고되었다. '적절한 식사를 준비하고 먹기' 영역에서는 전적인 도움이 필요함 68명(18.1%), 부분적인 도움이 필요함 100명(26.7%), 스스로 할 수 있음 207명(55.2%)으로 보고되었으며, '전적인 도움이 필요함'을 최소값 1로 설정하고 '스스로 할 수 있음'을 최대값 3으로 설정하였을 때 평균값은 2.4(SD: 0.8, 중위수 3.0)이었다. '개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕, 옷 입기 등)' 영역은 전적인 도움이 필요함 26명(6.9%), 부분적인 도움이 필요함 132명(35.2%), 스스로 할 수 있음 217명(57.9%)으로 나타났으며, 평균값은 2.5(SD: 0.6, 중위수 3.0)이었다.

'일상 가사 활동을 수행함' 영역은 전적인 도움이 필요함 35명(9.4%), 부분적인 도움이 필요함 100명(26.7%), 스스로 할 수 있음 239명(63.9%)으로 나타났으며, 평균값은 2.6(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다. '가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 31명(8.3%), 부분적인 도움이 필요함 71명(19.0%), 스스로 할 수 있음 271명(72.7%)으로 나타났으며, 평균값은 2.6(SD: 0.6, 중위수 3.0)이었다. '필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 35명(9.4%)으, 부분적인 도움이 필요함 109명(29.3%), 스스로 할 수 있음 228명(61.3%)로 나타났으며, 평균값은 2.5(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다.

'정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함' 영역은 전적인 도움이 필요함 27명(7.3%), 부분적인 도움이 필요함 63명(17.1%), 스스로 할 수 있음 278명(75.5%)으로 나타났으며, 평균값은 2.7(SD: 0.6, 중위수 3.0)이었다. '신체건강을 적절히 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 33명(9.0%), 부분적인 도움이 필요함 115명(31.3%), 스스로 할 수 있음 219명(59.7%)으로 나타났으며, 평균값은 2.5(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다. '가족과 좋은 관계를 유지함' 영역은 전적인 도움이 필요함 38명(10.2%), 부분적인 도움이 필요함 163명(43.8%), 스스로 할 수 있음 171명(46.0%)으로 나타났으며, 평균값은 2.4(SD: 0.7, 중위

수 2.0)이었다.

‘직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함’ 영역은 전적인 도움이 필요함 42명(11.2%), 부분적인 도움이 필요함 160명(42.8%), 스스로 할 수 있음 172명(46.0%)으로 나타났으며, 평균값은 2.4(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. ‘여가시간을 적절하게 보낼 수 있음’ 영역은 전적인 도움이 필요함 42명(9.0%), 부분적인 도움이 필요함 160명(42.8%), 스스로 할 수 있음 172명(46.0%)으로 나타났으며, 평균값은 2.6(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다. ‘대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음’ 영역은 전적인 도움이 필요함 22명(5.9%), 부분적인 도움이 필요함 69명(18.6%), 스스로 할 수 있음 280명(75.5%)으로 나타났으며, 평균값은 2.7(SD: 0.6, 중위수 3.0)이었다. 이러한 결과를 통해 당사자들은 생활을 유지하기 위해서 지속적인 도움과 보살핌이 전체적으로 필요함을 알 수 있다.

<표 61> 일상생활 기능 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균 (중위수)	표준 편차
적절한 식사를 준비하고 먹음	전적인 도움이 필요함	68	18.1	2.4(3.0)	0.8
	부분적인 도움이 필요함	100	26.7		
	스스로 할 수 있음	207	55.2		
합계		375	100.0		
개인위생을 깨끗하게 관리함	전적인 도움이 필요함	26	6.9	2.5(3.0)	0.6
	부분적인 도움이 필요함	132	35.2		
	스스로 할 수 있음	217	57.9		
합계		375	100.0		
일상 및 가사활동을 수행함	전적인 도움이 필요함	35	9.4	2.6(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	100	26.7		
	스스로 할 수 있음	239	63.9		
합계		374	100.0		
가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함	전적인 도움이 필요함	31	8.3	2.6(3.0)	0.6
	부분적인 도움이 필요함	71	19.0		
	스스로 할 수 있음	271	72.7		
합계		373	100.0		
필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함	전적인 도움이 필요함	35	9.4	2.5(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	109	29.3		
	스스로 할 수 있음	228	61.3		
합계		372	100.0		
정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함	전적인 도움이 필요함	27	7.3	2.7(3.0)	0.6
	부분적인 도움이 필요함	63	17.1		
	스스로 할 수 있음	278	75.5		
합계		368	100.0		
신체건강을 적절히 관리함	전적인 도움이 필요함	33	9.0	2.5(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	115	31.3		
	스스로 할 수 있음	219	59.7		
합계		367	100.0		

가족과 좋은 관계를 유지함	전적인 도움이 필요함	38	10.2	2.4(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	163	43.8		
	스스로 할 수 있음	171	46.0		
합계		372	100.0		
직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함	전적인 도움이 필요함	42	11.2	2.4(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	160	42.8		
	스스로 할 수 있음	172	46.0		
합계		374	100.0		
여가시간을 적절하게 보낼 수 있음	전적인 도움이 필요함	33	9.0	2.6(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	89	24.4		
	스스로 할 수 있음	243	66.6		
합계		365	100.0		
대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음	전적인 도움이 필요함	22	5.9	2.7(3.0)	0.6
	부분적인 도움이 필요함	69	18.6		
	스스로 할 수 있음	280	75.5		
합계		371	100.0		

일상생활을 도와주는 사람유형(중복응답)에 대한 응답은 부모 186명(31.9%), 사회복지사 104명(17.8%), 형제자매 99명(17.0%), 친우 및 이웃 3명(6.7%), 종교단체 관계자 29명(5.0%), 배우자 23명(3.9%), 활동보조인 15명(2.6%), 친인척 12명(2.1%), 무료간병인/가정봉사원 8명(1.4%), 요양보호사 8명(1.4%), 자녀(며느리, 사위 포함) 7명(1.2%), 유료 간병인/가정봉사원 5명(0.9%), 없음 48명(8.2%)순으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 당사자 중 약 50%가 가족에 의해 일상생활 도움을 받고 있으며, 가족 외에는 사회복지사의 도움을 받고 있는 비율이 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 62> 일상생활을 도와주는 사람 유형

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
일상생활 도와준 사람 (중복응답)	부모	186	31.9%
	사회복지사	104	17.8%
	형제자매	99	17.0%
	친우 및 이웃	39	6.7%
	종교단체 관계자	29	5.0%
	배우자	23	3.9%
	활동보조인	15	2.6%
	친인척	12	2.1%
	무료간병인/가정봉사원	8	1.4%
	요양보호사	8	1.4%
	자녀(며느리, 사위 포함)	7	1.2%
	유로 간병인/가정봉사원	5	0.9%
	없음	48	8.2%
합계		583	100.0

국가인권위원회 humanrights.go.kr

현재 일상생활에서 가족이나 주변 사람들이 당사자에게 제공하는 도움의 정도에 대한 응답은 매우 부족하다 24명(6.7%), 부족한 편이다 93명(26.1%), 충분한 편이다 163명(45.8%), 매우 충분하다 76명(21.3%)으로 나타났으며, '매우 부족하다'를 최소값 1로 설정하고 '매우 충분하다'를 최소값 4로 설정하였을 때 평균값은 2.8(SD: 0.8, 중위수 3.0)이었다.

<표 63> 주변 사람들로부터 받는 일상생활 도움 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균(중위수)	표준편차
주변 사람들로부터 받는 일상생활 도움 정도	매우 부족하다	24	6.7	2.8(3.0)	0.8
	부족한 편이다	93	26.1		
	충분한 편이다	163	45.8		
	매우 충분하다	76	21.3		
합계		356	100.0		

(4) 기관 및 시설이용 불편함 및 서비스 정보출처

기관 및 시설이용 불편함 및 서비스 정보출처에 대한 응답은 다음과 같다. 기관 및 시설이용 불편함은 '시장, 마트 등 일상용품 구매 장소' 영역에서 전혀 불편하지 않다 182명(48.7%), 거의 불편하지 않다 125명(33.4%), 불편하다 48명(12.8%), 매우 불편하다 19명(5.1%)으로 나타났으며, '전혀 불편하지 않다'를 최소값 1로 설정하고 '매우 불편하다'를 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 1.7(SD: 0.9, 중위수 2.0)이었다. '병·의원·보건소 등 의료기관' 영역에서 전혀 불편하지 않다 177명(48.1%), 거의 불편하지 않다 131명(35.6%), 불편하다 43명(11.7%), 매우 불편하다 17명(4.6%)으로 나타났으며, 평균값은 1.7(SD: 0.8, 중위수 2.0)이었다.

'읍면동 사무소(주민센터)' 영역에서 전혀 불편하지 않다 136명(36.4%), 거의 불편하지 않다 115명(30.7%), 불편하다 108명(28.9%), 매우 불편하다 15명(4.0%)으로 나타났으며, 평균값은 2.0(SD: 0.9, 중위수 2.0)이었다. '사회복지기관 (장애인, 사회, 노인복지관 등)' 영역에서 전혀 불편하지 않다 127명(33.9%), 거의 불편하지 않다 87명(23.2%), 불편하다 141명(37.6%), 매우 불편하다 20명(5.3%)으로 나타났으며, 평균값은 2.1(SD: 1.0, 중위수 2.0)이었다.

'버스정류장, 지하철역' 영역에서 전혀 불편하지 않다 375명(36.4%), 거의 불편하지 않다 94명(25.1%), 불편하다 125명(33.4%), 매우 불편하다 19명(5.1%)으로 나타났으며, 평균값은 2.1(SD: 0.9, 중위수 2.0)이었다. 이를 통해 당사자들은 일상용품 구매장소 및 의료기관 이용에 불편을 느끼는 경우는 약 20%가량으로 낮은 것으로 나타났으며, 읍면동사무소 및 사회복지기관과 대중교통사용 장소 이용에 관해서는 약 30~40% 내외의 불편을 느끼는 것으로 나타났다.

설문참여자들이 서비스 정보를 얻는 출처(중복응답)는 TV·라디오·신문 156명(24.5%), 복지기관담당자 131명(20.5%), 장애인단체·자조모임 등 111명(17.4%), 주변지인 86명(13.5%), 인터넷 카페나 SNS 66명

(10.3%), 해당기관을 직접 방문 52명(8.2%), 지자체・공공기관 24명(3.8%), 종교시설 9명(1.4%), 학교・학원 3명(0.5%)순으로 나타났다. 이는 생활을 위해 필요한 정보를 복지기관을 통해 습득하는 경우보다 스스로 찾아서 정보를 아는 경우가 상당히 높은 것을 알 수 있다.

<표 64> 기관 및 시설이용 불편함과 서비스 정보출처

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균 (중위수)	표준편차
시장, 마트 등 일상용품 구매 장소	전혀 불편하지 않다	182	48.7	1.7(2.0)	0.9
	거의 불편하지 않다	125	33.4		
	불편하다	48	12.8		
	매우 불편하다	19	5.1		
합계		374	100.0		
병, 의원, 보건소 등 의료기관	전혀 불편하지 않다	177	48.1	1.7(2.0)	0.8
	거의 불편하지 않다	131	35.6		
	불편하다	43	11.7		
	매우 불편하다	17	4.6		
합계		375	100.0		
읍면동 사무소 (주민센터)	전혀 불편하지 않다	136	36.4	2.0(2.0)	0.9
	거의 불편하지 않다	115	30.7		
	불편하다	108	28.9		
	매우 불편하다	15	4.0		
합계		374	100.0		
사회복지기관 (장애인, 사회, 노인복지관 등)	전혀 불편하지 않다	127	33.9	2.1(2.0)	1.0
	거의 불편하지 않다	87	23.2		
	불편하다	141	37.6		
	매우 불편하다	20	5.3		
합계		368	100.0		
버스정류장, 지하철역	전혀 불편하지 않다	375	36.4	2.1(2.0)	0.9
	거의 불편하지 않다	94	25.1		
	불편하다	125	33.4		
	매우 불편하다	19	5.1		
합계		374	100.0		
서비스 정보출처 (중복 응답)	TV, 라디오, 신문을 통하여			156	24.5
	복지기관담당자를 통해			131	20.5
	장애인단체, 자조모임 등을 통해			111	17.4
	주변지인을 통해			86	13.5
	인터넷 카페나 SNS를 통하여			66	10.3
	해당기관을 직접 방문하여			52	8.2
	지자체, 공공기관을 통해			24	3.8
	종교시설을 통해			9	1.4
	학교, 학원 등을 통해			3	0.5
합계				638	100.0

국가인권위원회 humanrights.go.kr

(5) 사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 정도와 이유

사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 정도에 대한 응답은 다음과 같다. '사회복지 서비스 이용 어려움 정도'는 전혀 어렵지 않다 106명(28.3%), 어렵지 않은 편이다 167명(44.5%), 어려운 편이다 78명(20.8%), 매우 어렵다 21명(5.6%)으로 나타났으며, '매우 어렵다'를 최소값 1로 설정하고 '전혀 어렵지 않다'를 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 3.0(SD: 0.8, 중위수 3.0)이었다.

'고용 및 교육 서비스 이용 어려움 정도'는 전혀 어렵지 않다 82명(21.9%), 어렵지 않은 편이다 129명(34.4%), 어려운 편이다 135명(36.0%), 매우 어렵다 24명(6.4%)으로 나타났으며, '매우 어렵다'를 최소값 1로 설정하고 '전혀 어렵지 않다'를 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 2.7(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다. 이를 통해 당사자들은 사회복지 및 고용·교육 서비스 이용에 어려움을 겪지 않는 비율이 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 65> 사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균(중위수)	표준편차
사회복지 서비스 이용의 어려움 정도	매우 어렵다	21	5.6	3.0(3.0)	0.8
	어려운 편이다	78	20.8		
	어렵지 않은 편이다	167	44.5		
	전혀 어렵지 않다	106	28.3		
합계		372	99.2		
고용, 교육 서비스 이용의 어려움	매우 어렵다	24	6.4	2.7(3.0)	0.9
	어려운 편이다	135	36.0		
	어렵지 않은 편이다	129	34.4		
	전혀 어렵지 않다	82	21.9		
합계		370	98.7		

사회복지, 고용, 교육 서비스를 이용하는데 어렵다고 응답한 설문참여자들이 언급한 이유는 다음 과 같다. 사회복지 서비스 이용이 어려운 이유는 '이용 가능한 프로그램이 적다' 47명(27.8%), '거리가 멀고 교통이 불편하다' 29명(17.2%), '서비스 이용절차가 복잡하다' 25명(14.8%), '서비스 비용이 부담된다' 19명(11.2%), '서비스 제공기관이 불친절하다' 15명(8.9%), '서비스 대기기간이 너무 길다' 14명(8.3%), '주변 사람들의 눈치가 보인다' 10명(5.9%), 기타 10명(5.9%)순으로 나타났다.

고용 및 교육 서비스 이용이 어려운 이유는 '이용 가능한 프로그램이 적다' 61명(28.0%), '서비스 이용절차가 복잡하다' 40명(18.3%), '거리가 멀고 교통이 불편하다' 36명(16.5%), '서비스 비용이 부담된다' 27명(12.4%), '서비스 대기기간이 너무 길다' 17명(7.8%), '주변 사람들의 눈치가 보인다' 14명(6.4%), '서비스 제공기관이 불친절하다' 6명(2.8%), 기타 17명(7.8%)순으로 나타났다. 사회복지 서비스 이용과 고용 및 교육 서비스 이용의 어려움에는 순위에 따라 다소 차이가 있으나 주로 이용 가능한

프로그램의 부재와 이용절차의 복잡성, 거리와 교통의 불편이 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 66> 사회복지 및 고용, 교육 서비스 이용 어려움 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
사회복지서비스 이용 어려움 이유	이용 가능한 프로그램이 적다	47	27.8
	거리가 멀고 교통이 불편하다	29	17.2
	서비스 이용절차가 복잡하다	25	14.8
	서비스 비용이 부담된다	19	11.2
	서비스 제공기관이 불친절하다	15	8.9
	서비스 대기기간이 너무 길다	14	8.3
	주변 사람들의 눈치가 보인다	10	5.9
	기타	10	5.9
합계		169	100.0
고용교육서비스 이용 어려움 이유	이용 가능한 프로그램이 적다	61	28.0
	서비스 이용절차가 복잡하다	40	18.3
	거리가 멀고 교통이 불편하다	36	16.5
	서비스 비용이 부담된다	27	12.4
	서비스 대기기간이 너무 길다	17	7.8
	주변 사람들의 눈치가 보인다	14	6.4
	서비스 제공기관이 불친절하다	6	2.8
	기타	17	7.8
합계		218	100.0

6) 지역사회 재통합영역

(1) 경제생활 어려움 정도

경제생활 어려움 정도에 대한 응답은 다음과 같다. ‘나는 돈 때문에 인간관계를 맺는 것이 힘들다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 82명(21.9%), 그렇지 않다 97명(25.9%), 그렇다 87명(23.2%), 매우 그렇다 106명(28.3%)로 나타났으며, ‘전혀 그렇지 않다’를 최소값 1로 설정하고 ‘매우 그렇다’를 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 1.7(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다. ‘나는 문화 및 여가생활을 할 수 있는 경제적 여유가 없다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 47명(12.5%), 그렇지 않다 104명(27.7%), 그렇다 137명(36.5%), 매우 그렇다 85명(22.7%)으로 나타났으며, 평균값은 2.7(SD: 1.0, 중위수 3.0)이었다.

‘나는 경제적으로 어려워 집을 구할 때마다 어려움을 겪고 있다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 64명(17.1%), 그렇지 않다 93명(24.8%), 그렇다 112명(29.9%), 매우 그렇다 104명(27.7%)으로 나타났으며, 평균값은 2.7(SD: 1.1, 중위수 3.0)이었다. ‘나는 돈이 없어 음식을 하거나 사지 못하여 식사를 거르곤 한다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 25명(6.7%), 그렇지 않다 48명(12.8%), 그렇다 155명(41.3%), 매우 그렇다 146명(38.9%)으로 나타났으며, 평균값은 3.1(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다.

‘나는 매월 공과금을 내는 것이 힘들다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 28명(7.5%), 그렇지 않다 72명(19.2%), 그렇다 138명(36.8%), 매우 그렇다 134명(35.7%)으로 나타났으며, 평균값은 3.0(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다. ‘나는 경제적으로 어려워 필요한 치료를 제때에 받지 못하고 있다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 34명(9.1%), 그렇지 않다 39명(10.4%), 그렇다 148명(39.5%), 매우 그렇다 153명(40.8%)으로 나타났으며, 평균값은 3.1(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다.

‘나는 빚 때문에 생활을 유지하는 것이 어렵다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 27명(7.2%), 그렇지 않다 51명(13.6%), 그렇다 129명(34.4%), 매우 그렇다 167명(44.5%)으로 나타났으며, 평균값은 3.2(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다. ‘나는 경제적으로 어려워 교육을 받지 못하고 있다’ 영역에서 전혀 그렇지 않다 29명(7.8%), 그렇지 않다 62명(16.7%), 그렇다 131명(35.3%), 매우 그렇다 149명(40.2%)으로 나타났으며, 평균값은 3.1(SD: 0.9, 중위수 3.0)이었다. 이를 통해 당사자들은 전반적으로 경제적 어려움을 겪고 있는 것을 알 수 있다.

<표 67> 경제생활 어려움 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균 (중위수)	표준편차
나는 돈 때문에 인간관계를 맺는 것이 힘들다	전혀 그렇지 않다	82	21.9	2.6(3.0)	1.1
	그렇지 않다	97	25.9		
	그렇다	87	23.2		
	매우 그렇다	106	28.3		
합계		372	100.0		
나는 문화 및 여가생활을 할 수 있는 경제적 여유가 없다	전혀 그렇지 않다	47	12.5	2.7(3.0)	1.0
	그렇지 않다	104	27.7		
	그렇다	137	36.5		
	매우 그렇다	85	22.7		
합계		373	100.0		
나는 경제적으로 어려워 집을 구할 때마다 어려움을 겪고 있다	전혀 그렇지 않다	64	17.1	2.7(3.0)	1.1
	그렇지 않다	93	24.8		
	그렇다	112	29.9		
	매우 그렇다	104	27.7		
합계		373	100.0		
나는 돈이 없어 음식을 하거나 사지 못하여 식사를 거르곤 한다	전혀 그렇지 않다	25	6.7	3.1(3.0)	0.9
	그렇지 않다	48	12.8		
	그렇다	155	41.3		
	매우 그렇다	146	38.9		
합계		374	100.0		
나는 매월 공과금을 내는 것이 힘들다	전혀 그렇지 않다	28	7.5	3.0(3.0)	0.9
	그렇지 않다	72	19.2		
	그렇다	138	36.8		
	매우 그렇다	134	35.7		
합계		372	100.0		

나는 경제적으로 어려워 필요한 치료를 제때에 받지 못하고 있다	전혀 그렇지 않다	34	9.1	3.1(3.0)	0.9
	그렇지 않다	39	10.4		
	그렇다	148	39.5		
	매우 그렇다	153	40.8		
합계		374	100.0		
나는 빚 때문에 생활을 유지하는 것이 어렵다	전혀 그렇지 않다	27	7.2	3.2(3.0)	0.9
	그렇지 않다	51	13.6		
	그렇다	129	34.4		
	매우 그렇다	167	44.5		
합계		374	100.0		
나는 경제적으로 어려워 교육을 받지 못하고 있다	전혀 그렇지 않다	29	7.8	3.1(3.0)	0.9
	그렇지 않다	62	16.7		
	그렇다	131	35.3		
	매우 그렇다	149	40.2		
합계		371	100.0		

(2) 삶의 만족도

삶의 만족도는 '매우 불만족한다'를 최소값 1로 설정하고 '매우 만족한다'를 최대값 10으로 설정하였을 때 각 영역의 평균값이 다음과 같이 나타났다. 건강 평균 5.9(SD: 2.9), 수입 평균 4.9(SD: 2.7), 주거환경 평균 6.4(SD: 2.7)였다. 학교생활 평균 5.4(SD: 2.8), 직업 평균 5.1(SD: 2.8)이었다. 결혼생활 평균 4.3(SD: 3.2), 사회적 관계 평균 5.9(SD: 2.8)였으며, 전반적인 삶의 만족도 평균은 6.2(SD: 2.8)로 나타났다. 이를 통해 당사자들은 수입 및 결혼생활을 제외한 자신의 삶의 영역 및 전반적인 삶에 대한 만족하는 편임을 알 수 있다.

<표 68> 삶의 만족도

(단위 : 명, %)

구분	N	평균(중위수)	표준편차
건강	370	5.9	2.9
수입	356	4.9	2.7
주거환경	367	6.4	2.7
학교생활	216	5.4	2.8
직업	268	5.1	2.8
결혼생활	196	4.3	3.2
사회적 관계	354	5.9	2.8
전반적인 삶	364	6.2	2.8

주 : 결혼을 하지 않았거나 학교를 다니지 않는 사람은 '해당없음'으로 제외하였음

4. 가족구성원 대상 지역사회 거주-치료 실태조사 개요

정신장애인과 함께 살고 있는 가족의 지역사회 거주-치료 실태조사는 전국에 있는 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인과 함께 살고 있는 가족구성원을 대상으로 하였으며, 응답의 신뢰성을 높이기 위해 설문에 참여할 수 있는 자격을 제한하였다. 참여 자격은 정신병원이나 요양시설이 아닌 지역사회에 거주하고 있고 당사자가 정신장애로 진단받고(알코올/물질남용 장애와 기타 장애유형 제외) 복지카드를 소지하고 있는 당사자와 함께 살고 있는 성인 가족구성원이며 혈연관계에 있는 사람으로, 실태조사의 목적과 설문을 이해하고 언어로 자신의 의사를 명확히 밝힐 수 있으며, 자발적인 의사에 따라 설문참여에 동의한 자로 제한하였다. 2018년 9월 1일부터 10월 1일까지 인터넷, 전화, 면대면 설문조사방식을 이용하여 총 190명이 설문조사에 참여하여 180명이 설문응답을 완료하였다. 설문조사의 목적은 정신장애인이 장기입원이나 시설생활을 마치고 지역사회로 재통합하는 과정에서 거주 및 치료와 관련된 가족의 경험을 물어보는 것이다. 실태조사 설문은 크게 6개 영역으로 구성되었다.

<표 69> 가족 구성원 당사자 지역사회 거주-치료 실태조사 영역 및 질문항목

영역	질문항목
1) 개인 일반사항	- 성별, 연령, 혼인, 근로여부, 소득, 장애유형
2) 인권 관련 영역	- 정신장애인 가족 구성원의 정신병원 및 정신요양시설 입/퇴원 경험과 결정과정 - 정신장애인 가족 구성원의 입소시설 및 지역사회에서 괴롭힘 경험
3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역	- 지역사회에서 정신장애재활시설 및 서비스의 이용 경험 - 지역사회에서 장애관련 복지시설 및 서비스의 이용
4) 지역사회 거주영역	- 현재 주거 유형 및 동거가족의 주거 상황 - 앞으로의 주거계획 - 지역사회 주거를 위해 필요한 지원
5) 독립생활 영역	- 여가 및 일상생활 - 복지 및 고용관련 서비스 이용 경험 - 장애인에 관한 일반적 인식
6) 지역사회 재통합영역	- 요즈음 일상에 대한 불만과 만족정도 - 일상생활 수행 정도 - 경제적 어려움 - 전반적인 생활만족도

5. 가족구성원 대상 지역사회 거주-치료 실태조사 결과

1) 가족구성원 일반사항

2018년 9월 1일부터 10월 1일까지 가족구성원 지역사회 거주-치료실태조사 설문에 참여한 사람은 총 190명이며, 이들 중 설문을 완료한 인원은 180명으로 나타났다. 수거된 설문지 중 분석에 포함된 사례는 161건으로 나타났다. 설문조사에 참여한 인원 중 남성은 59명(36.6%), 여성은 102명(63.4%)으로 나타나 여성이 높은 비율로 나타났다. 설문참여자의 나이대는 20대 6명(3.8%), 30대 13명(8.2%), 40대 14명(8.9%), 50대 29명(18.4%), 60대 이상 96명(60.8%)로 나타나 60대가 주로 참여한 것으로 나타났다. 참여자 평균 나이는 60.0세(SD: 14.2)로 나타났다. 설문참여자의 최종학력은 무학 4명(2.5%), 초등학교 졸업 14명(8.7%), 중학교 졸업 15명(9.3%), 고등학교 졸업 67명(41.6%), 전문대 또는 4년제 대학교 졸업 46명(28.6%), 석사 이상 15명(9.3%)으로 나타나 고등학교 졸업 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 거주지역에 대한 응답결과는 서울 16명(9.9%), 경기도 15명(9.3%), 인천 15명(9.3%), 전라북도 15명(9.3%), 전라남도 3명(1.9%), 광주 15명(9.3%), 경상북도 5명(3.1%), 경상남도 15명(9.3%), 대구 14명(8.7%), 부산 16명(9.9%), 울산 1명(0.6%), 충청북도 6명(3.7%), 충청남도 11명(6.8%), 대전 3명(1.9%), 강원도 11명(6.8%)으로 나타났다. 혼인상태에 대한 응답결과는 결혼(사실혼, 동거 포함) 104명(64.6%), 사별 25명(15.5%), 미혼 22명(13.7%), 이혼 8명(5.0%), 별거 2명(1.2%)으로 나타나 결혼 상태인 경우가 가장 높게 나타났다.

<표 70> 가족구성원의 인구학적 요인

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
성별	남	59	36.6
	여	102	63.4
합계		**161**	**100.0**
나이대	20대	6	3.8
	30대	13	8.2
	40대	14	8.9
	50대	29	18.4
	60대 이상	96	60.8
합계		**158**	**100.0**
최종학력	무학	4	2.5
	초등학교 졸업	14	8.7
	중학교 졸업	15	9.3
	고등학교 졸업	67	41.6
	전문대/4년제 대학 졸업	46	28.6
	석사 이상	15	9.3
합계		**161**	**100.0**
거주지역	서울	16	9.9
	부산	16	9.9
	대구	14	8.7

국가인권위원회 humanrights.go.kr

	인천	15	9.3
	광주	15	9.3
	대전	3	1.9
	울산	1	0.6
	강원도	11	6.8
	충청북도	6	3.7
	충청남도	11	6.8
	전라북도	15	9.3
	전라남도	3	1.9
	경상북도	5	3.1
	경상남도	15	9.3
	경기도	15	9.3
합계		**161**	**100.0**
혼인상태	결혼(사실혼, 동거)	104	64.6
	사별	25	15.5
	미혼	22	13.7
	이혼	8	5.0
	별거	2	1.2
합계		161	100.0

설문 응답 당시 설문참여자가 함께 거주하고 있는 사람은 다음과 같다(중복응답). 정신장애를 가진 당사자 111명(49.8%), 배우자나 직계혈족(부모/자녀) 96명(43.0%), 친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들 1명(0.4%), 기타 15명(6.7%)으로 나타나, 설문응답자들이 함께 거주하고 있는 사람은 정신장애를 가진 당사자인 경우가 가장 많은 것으로 나타났다.

설문참여자와 당사자와의 관계는 부모 중 어머니 83%(51.6%), 부모 중 아버지 30명(18.6%), 당사자의 형제자매 18명(11.2%), 당사자의 자녀 16명(9.9%), 당사자의 배우자 11명(6.8%)로 나타나, 설문응답자가 당사자의 어머니인 경우가 가장 많았다.

<표 71> 함께 거주하는 사람 및 당사자와 관계

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
함께 살고 있는 사람 (중복응답)	정신장애를 가진 당사자	111	49.8
	배우자나 직계혈족(부모/자녀)	96	43.0
	친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들	1	0.4
	기타	15	6.7
합계		223	100.0
당사자와 관계	당사자의 부모 중 어머니	83	51.6
	당사자의 부모 중 아버지	30	18.6
	당사자의 형제자매	18	11.2
	당사자의 자녀	16	9.9
	당사자의 배우자(남편 또는 아내)	11	6.8
합계		161	100.0

(1) 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형

설문참여자들의 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형에 대한 응답은 다음과 같다. 경제적 상태는 '중' 83명(51.6%), '하' 74명(46.0%), '상' 4명(2.5%)로 나타나, 50%정도가 '하' 수준의 경제상태인 경우임을 알 수 있다.

국민기초생활 수급유형은 '해당없음' 114명(70.8%), '기초생활수급권자' 26명(16.1%), '차상위계층' 19명(11.8%), '국가유공자' 2명(1.2%)으로 나타났다. 설문참여자 중 국민기초생활 수급을 받고 있지 않는 사람이 가장 많기는 하나, 상당 부분인 16.1%가 '기초생활수급권자'에 해당함을 알 수 있다.

<표 72> 경제적 상태 및 국민기초생활 수급유형

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
경제적 상태	중	83	51.6
	하	74	46.0
	상	4	2.5
합계		161	100.0
국민기초생활수급 유형	해당없음	114	70.8
	기초생활수급권자	26	16.1
	차상위계층	19	11.8
	국가유공자	2	1.2
합계		161	100.0

(2) 현재 취업상태 및 월 평균 가계소득

설문응답자들의 취업상태에 대한 응답은 다음과 같다. 설문응답자는 무직 57명(35.4%), 가정에서 가사전담 30명(18.6%), 정규직 21명(13.0%), 자영업 19명(11.8%), 계약직 19명(11.8%), 일용직 9명(5.6%), 기타 6명(3.7%)으로 나타났다. 이는 설문응답자들의 과반수가 미취업 상태임을 알 수 있어 경제적 소득에 제한이 있음을 예상할 수 있다.

설문참여자가 응답한 지난 6개월 동안의 월 평균 가계소득은 100-200만원 44명(28.0%), 200-300만원 37명(23.6%), 50-100만원 20명(12.7%), 300-400만원 17명(10.8%), 500만원 이상 16명(10.2%), 50만원 미만 14명(8.9%), 400-500만원 9명(5.7%)이었다. 이를 통해 응답자 약 50%가 월 평균 가계소득이 200만원 이하로 생활하는 것을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 73> 현재 취업상태 및 월 평균 가계소득

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
취업상태	무직	57	35.4
	가정에서 가사전담	30	18.6
	정규직	21	13.0
	자영업	19	11.8
	계약직	19	11.8
	일용직	9	5.6
	기타	6	3.7
합계		161	100.0
평균 가계소득	100~200만원	44	28.0
	200~300만원	37	23.6
	50~100만원	20	12.7
	300~400만원	17	10.8
	500만원 이상	16	10.2
	50만원 미만	14	8.9
	400~500만원	9	5.7
합계		157	100.0

설문응답자들이 지출하는 비용 중 가장 부담을 느끼는 항목은 다음과 같았다(중복응답). 보건의료비 78명(28.9%), 식료품비 56명(20.7%), 주거관련비용 33명(12.2%), 집세/월세 32명(11.9%), 생필품 및 내구재 구입비 19명(7.0%), 교통/통신비 15명(5.6%), 없음 14명(5.2%), 교육비 11명(4.1%), 의류비 10명(3.7%), 교양/오락비 2명(0.7%)으로 각각 나타났다. 설문응답자들이 가장 크게 부담을 느끼는 항목이 보건의료비임을 알 수 있다.

당사자의 치료, 생활비, 용돈에 들어가는 금액에 대한 부담 정도에 대한 응답은 '전혀 부담되지 않는다' 15명(9.3%), '거의 부담되지 않는다' 33명(20.5%), '부담된다' 80명(49.7%), '매우 부담된다' 33명(20.5%)로 각각 나타났으며, '전혀 부담되지 않는다'를 1, '매우 부담된다'를 4로 보았을 때 부담되는 정도의 평균값은 2.8(표준편차 0.9, 중위수 3.0)로 나타났다. 설문응답자들의 70.2%가 당사자의 치료, 생활비, 용돈에 들어가는 금액을 부담스러워하는 것을 알 수 있다.

<표 74> 지출비용 중 가장 부담되는 항목과 비용의 부담정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
부담되는 지출항목 (중복 응답)	보건의료비	78	28.9
	식료품비(외식비 포함)	56	20.7
	주거관련비용(전기/수도/냉난방)	33	12.2
	집세, 월세	32	11.9
	생필품 및 내구재 구입비	19	7.0
	교통/통신비	15	5.6

	없음	14	5.2
	교육비	11	4.1
	의류비(옷, 신발 구입비 포함)	10	3.7
	교양/오락비	2	0.7
합계		270	100.0
당사자의 치료, 생활비, 용돈의 부담정도	전혀 부담되지 않는다	15	9.3
	거의 부담되지 않는다	33	20.5
	부담된다	80	49.7
	매우 부담된다	33	20.5
합계		161	100.0

구분	**N**	**평균(중위수)**	**표준편차**
당사자의 치료, 생활비, 용돈의 부담정도	161	2.8(3.0)	0.9

2) 인권 관련 영역

(1) 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소 여부

설문참여자의 가족인 정신장애 당사자가 정신병원에 입원하거나 정신재활시설(생활시설, 그룹홈 등)에 입소한 경험이 있는지에 대한 응답은 다음과 같다. 정신병원 입원 경험 있음 87명(55.8%), 정신병원과 정신재활시설 모두에 거주한 경험 있음 37명(23.7%), 둘 다 없음 27명(17.3%), 정신재활시설 입소 경험 있음 5명(3.2%)으로 나타나, 당사자가 정신병원에 입원한 경험이 있는 경우가 약 80%에 이르는 것을 알 수 있다.

<표 75> 정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소 여부

(단위 : 명, %)

구분	**유형**	**빈도**	**비율**
정신병원 입원 혹은 정신재활시설 입소여부	정신병원 입원 경험 있음	87	55.8
	정신병원과 정신재활시설 모두에 거주한 경험 있음	37	23.7
	둘 다 없음	27	17.3
	정신재활시설 입소 경험 있음	5	3.2
합계		156	100.0

(2) 정신병원 입원 횟수 및 기간

설문응답자의 가족인 정신장애인 당사자가 정신병원에 입원한 횟수는 다음과 같이 나타났다. 정신병원 입원횟수는 평균 5.2회(SD: 4.2, 중위수 4.0)였으며, 그 중 자의입원 횟수는 1.7회(SD: 2.1, 중위수 1.0)였

다. 정신병원 입원횟수는 최소 1회에서 최대 23회인 것으로 나타났으며, 자의입원 횟수는 최소 0회에서 최대 15회까지 나타났다. 입원횟수가 평균 5회 이상이며 표준편차가 4.2로 나타나 개인 간 입원횟수와 기간에 차이가 있는 것을 알 수 있으며, 자의입원 횟수가 병원입원 횟수보다 낮은 것으로 나타나 자의입원의 비율이 낮은 것을 알 수 있다.

정신병원 총 입원기간에 대한 응답은 다음과 같다. 1-6개월 38명(23.6%), 2-5년 23명(14.3%), 5-10년 20명(12.4%), 1-2년 17명(10.6%), 6-12개월 16명(9.9%), 1개월 미만 11명(6.8%), 10년 이상 7명(4.3%)으로 각각 나타났다. 이러한 결과는 12개월 이상의 정신병원 입원 비율이 약 60%이며 5년 이상의 입원 비율도 약 17%임을 보여주고 있어, 장기입원의 비율이 높은 것을 알 수 있다.

<표 76> 정신병원 입원 횟수 및 기간

(단위 : 명, %)

구분		N	평균(중위수)	표준편차
정신병원 입원 횟수		123	5.2(4.0)	4.2
자의입원 횟수		119	1.7(1.0)	2.1
구분	**유형**		**빈도**	**비율**
정신병원 입원 총 기간	1~6개월		38	23.6
	2~5년		23	14.3
	5~10년		20	12.4
	1~2년		17	10.6
	6~12개월		16	9.9
	1개월 미만		11	6.8
	10년 이상		7	4.3
합계			132	82.0

(3) 정신병원 입원 및 퇴원 결정자

정신병원 입원 및 퇴원을 결정한 자에 대한 응답은 다음과 같다(중복응답). 정신장애 당사자의 정신병원 입원을 결정한 사람에 대한 응답은 어머니 78명(34.2%), 아버지 52명(22.8%), 당사자 본인 46명(20.2%), 정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유 23명(10.1%), 형제자매 10명(4.4%), 배우자 7명(3.1%), 자녀 7명(3.1%), 친인척 3명(1.3%), 시장/군수/구청장 2명(0.9%) 순으로 나타났다. 한편 정신병원 퇴원을 결정한 사람에 대한 응답은 어머니 65명(29.4%), 당사자 본인 63명(28.5%), 정신의학과 의사 40명(18.1%), 아버지 37명(16.7%), 형제자매 8명(3.6%), 배우자 5명(2.3%), 자녀 3명(1.4%) 순으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 정신장애 당사자의 정신병원 입원이나 퇴원은 당사자 본인에 의한 결정보다 부모 등 타인에 의해 결정되는 경우가 빈번하게 나타나는 것을 알 수 있다.

<표 77> 정신병원 입원 및 퇴원 결정자

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
입원 결정자 (중복 응답)	어머니	78	34.2
	아버지	52	22.8
	당사자 본인	46	20.2
	정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유	23	10.1
	형제자매	10	4.4
	배우자	7	3.1
	자녀	7	3.1
	친인척	3	1.3
	시장, 군수, 구청장	2	0.9
합계		228	100.0
퇴원 결정자 (중복 응답)	어머니	65	29.4
	당사자 본인	63	28.5
	정신의학과 의사	40	18.1
	아버지	37	16.7
	형제자매	8	3.6
	배우자	5	2.3
	자녀	3	1.4
합계		221	100.0

(4) 법 시행 이후 생활 및 서비스 변화

2017년 5월에 개정된 「정신건강복지법」에 따르면 정신병원 입원절차가 변화하고, 지역사회 서비스 제공을 강조하고 있다. 「정신건강복지법」 시행 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스에 어떠한 변화가 있다고 생각하는지 묻는 질문에 대한 응답은 과거보다 상당히 나빠졌다 20명(12.5%), 과거보다 약간 나빠졌다 45명(28.1%), 과거와 비슷하다 53명(33.1%), 과거보다 약간 좋아졌다 15명(9.4%), 과거보다 상당히 좋아졌다 12명(7.5%), 모르겠다 15명(9.4%)으로 각각 나타나, 과거보다 좋아졌다고 느끼는 응답자는 약 17%에 불과한 것으로 나타났다.

「정신건강복지법」 시행 후 정신장애인의 정신건강을 위한 보건과 복지 서비스의 변화에 대한 생각을 묻는 질문에 대한 응답은 과거보다 상당히 나빠졌다 17명(10.6%), 과거보다 약간 나빠졌다 43명(26.7%), 과거와 비슷하다 55명(34.2%), 과거보다 약간 좋아졌다 18명(11.2%), 과거보다 상당히 좋아졌다 9명(5.6%)로 나타나, 이 역시 과거보다 좋아졌다고 느끼는 응답자는 약 17%에 불과한 것으로 나타났다.

설문응답자가 생각하기에 정신장애 당사자의 입원이 지속되는 이유(중복응답)는 혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에 74명(25.5%), 가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에 57명(19.7%), 퇴원 후 살 곳이 없기 때문에 52명(17.9%), 지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에 44명(15.2%), 병원 밖에서 정신질환 증상을 관리하기가 어렵기 때문에 40명(13.8%), 지역

국가인권위원회 humanrights.go.kr

사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에 8명(2.8%), 정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서 8명(2.8%), 병원에 머무는 것이 익숙하고 편해서 7명(2.4%) 순으로 나타났다. 이를 통해 당사자들이 정신병원에서 퇴원한 후 거주할 곳이나 일상생활 및 증상관리를 위해 받을 수 있는 서비스가 부족함을 알 수 있다.

<표 78> 법 시행 이후 생활 및 서비스 변화와 입원 지속 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정신건강복지법 시행 후 지역사회 생활 서비스의 변화	과거보다 상당히 나빠짐	20	12.5
	과거보다 약간 나빠짐	45	28.1
	과거와 비슷함	53	33.1
	과거보다 약간 좋아짐	15	9.4
	과거보다 상당히 좋아짐	12	7.5
	모르겠다	15	9.4
합계		160	100.0
정신건강복지법 시행 후 정신건강 보건/복지 서비스의 변화	과거보다 상당히 나빠짐	17	10.6
	과거보다 약간 나빠짐	43	26.7
	과거와 비슷함	55	34.2
	과거보다 약간 좋아짐	18	11.2
	과거보다 상당히 좋아짐	9	5.6
	모르겠다	19	11.8
합계		161	100.0
병원에서 퇴원하지 않는 이유 (중복 응답)	혼자서 일상생활 유지 힘듦	74	25.5
	가족 갈등 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원치 않음	57	19.7
	퇴원 후 살 곳이 없음	52	17.9
	지역사회 내 회복/재활 서비스 없음	44	15.2
	병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어려움	40	13.8
	지역사회 생활이 무서움	8	2.8
	정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유	8	2.8
	병원에 머무는 것이 익숙하고 편함	7	2.4
합계		290	100.0

(5) 당사자를 더 이상 돌보지 못할 때 가장 염려되는 점

설문참여자의 건강상 이유, 고령, 사망 등으로 인해 당사자를 더 이상 돌볼 수 없게 될 때 당사자의 생활에서 가장 염려되는 점은 생활비용 등 소득(비용) 보장 56명(34.8%), 정신건강 관리(약물, 의료기관 입/퇴원) 39명(24.2%), 거주지 혹은 주택 마련 24명(14.9%), 신체건강 관리(성인병, 당뇨 등) 22명(13.6%), 신변보호(후견) 15명(9.3%), 재산관리 5명(3.1%) 순으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 정신장애인을 가족으로 둔 응답자들은 당사자들이 독립적으로 주거 및 경제생활을 영위하거나 건강을 관리하기가 어렵다고 판단하여, 자신이 당사자를 더 이상 돌보지 못하게 될 때 걱정하는 것을 짐작할 수 있다.

<표 79> 당사자를 더 이상 돌보지 못할 때 가장 염려되는 점

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
당사자를 더 이상 돌보지 못할 때 가장 염려되는 점	생활비용 등 소득 보장	56	34.8
	정신건강 관리	39	24.2
	거주지 혹은 주택 마련	24	14.9
	신체건강관리	22	13.7
	신변보호	15	9.3
	재산관리	5	3.1
합계		161	100.0

(6) 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람

설문참여자가 볼 때 당사자가 장애를 회복하고 지역사회에서 생활하는데 있어 도움이 된 사람(중복응답)에 대한 응답으로 어머니 93명(30.7%), 아버지 48명(15.8%), 정신건강의학과 의사 40명(13.2%), 사회복지사 38명(12.5%), 형제/자매 29명(9.6%), 기타 전문인력(작업치료사, 임상심리사) 14명(4.6%), 종교인 10명(3.3%), 배우자 9명(3.0%), 이웃 7명(2.3%), 없음 6명(2.0%), 간호사 5명(1.6%), 환우, 입원동료 4명(1.3%) 순으로 나타났다.

설문참여자가 볼 때 당사자가 장애를 회복하고 지역사회에서 생활하는데 있어서 방해가 된 사람(중복응답)에 대한 응답은 없음 105명(52.8%), 종교인 14명(7.0%), 아버지 14명(7.0%), 형제/자매 14명(7.0%), 환우, 입원동료 13명(6.5%), 어머니 11명(5.5%), 정신건강의학과 의사 9명(4.5%), 기타 전문인력(작업치료사, 임상심리사) 9명(4.5%), 사회복지사 3명(1.5%), 간호사 3명(1.5%), 배우자 2명(1.0%), 그 외 가족구성원 2명(1.0%) 순으로 나타났다. 이는 가족이 긍정적인 역할을 하지만, 때로는 부정적인 역할도 하는 것으로 생각할 수 있다.

<표 80> 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
장애회복과 지역사회 생활에 도움된 사람	어머니	93	30.7
	아버지	48	15.8
	정신건강의학과 의사	40	13.2
	사회복지사	38	12.5
	형제 자매	29	9.6
	기타 전문인력	14	4.6
	종교인	10	3.3
	배우자	9	3.0
	이웃	7	2.3
	없음	6	2.0
	간호사	5	1.7
	환우, 입원동료	4	1.3
합계		303	100.0

장애회복과 지역사회 생활에 방해된 사람	없음	105	52.8
	종교인	14	7.0
	아버지	14	7.0
	형제 자매	14	7.0
	환우, 입원동료	13	6.5
	어머니	11	5.5
	정신건강의학과 의사	9	4.5
	기타 전문인력	9	4.5
	사회복지사	3	1.5
	간호사	3	1.5
	배우자	2	1.0
	그 외 가족구성원	2	1.0
합계		199	100.0

(7) 정신보건/복지 공무원 또는 경찰 방문 여부

설문참여자의 집에 전문가(공무원 또는 정신건강전문가)가 방문한 적이 있는지에 대한 응답은 방문한 적 없음 87명(55.1%), 있음 71명(44.9%)로 나타나 방문한 적 없는 것이 높게 나타났다. 방문한 이유는 욕구조사, 사례관리 등을 포함한 복지서비스 제공 49명(72.1%). 본인이나 가족의 요청에 의해 11명(16.2%), 동주민센터의 요청에 의해 8명(11.8%) 순으로 나타났다. 이는 대부분의 방문이유가 사례관리, 욕구조사 등 서비스 파악과 제공을 위한 것으로 생각할 수 있다.

<표 81> 집에 정신보건/보건 공무원 방문 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
집에 정신보건/ 복지 공무원 방문 여부	없음	87	55.1
	있음	71	44.9
합계		158	100.0
방문 이유	복지서비스 제공	49	72.1
	본인이나 가족의 요청	11	16.2
	동주민센터의 요청	8	11.8
합계		68	100.0

설문참여자의 집에 경찰이 방문한 적이 있는지에 대한 응답은 방문한 적 없다 117명(75.5%), 있다 38명(24.5%)으로 나타났다. 집에 경찰이 방문한 이유는 당사자나 가족의 요청에 의해 15명(44.1%), 지역주민의 항의로 인해 10명(29.4%), 병원이나 시설 입원이나 이동을 위해 9명(26.5%) 순으로 나타났다. 설문참여자의 집을 방문한 경찰이 당사자의 장애에 대해 아는 정도에 대한 응답으로 전혀 모른다 7명(18.4%), 모른다 9명(23.7%), 조금 아는 편이다 20명(52.6%), 매우 잘 알고 있다 2명(5.3%)으로 나타났다. 이는 경찰은 당사자의 집에 문제가 있을 경우 방문하는 경우로 생각할 수 있으며, 경찰관을 대상으로 정신장애에 대한 교육이 필요함을 알 수 있다.

<표 82> 집에 경찰방문 여부 및 경찰의 장애이해 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
집에 경찰 방문 여부	없음	117	75.5
	있음	38	24.5
합계		155	100.0
방문 이유 (중복응답)	본인이나 가족의 요청	15	44.1
	지역주민의 항의	10	29.4
	병원이나 시설 입원 또는 이동	9	26.5
합계		34	100.0
방문 경찰의 장애 이해 정도	전혀 모른다	7	18.4
	모른다	9	23.7
	조금 아는 편이다	20	52.6
	매우 잘 알고 있다	2	5.3
합계		38	100.0

3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역

(1) 증상안정화 기간과 병원퇴원계획

설문참여자가 생각하기에 당사자가 병원에 입원한 후 증상이 안정화되는데 평균적으로 필요한 기간에 대한 응답은 입원 후 2~4주 36명(23.3%), 입원 후 1~2주 32명(20.8%), 입원 후 1~2달 31명(20.1%), 입원 후 2~4달 19명(12.3%), 입원 후 6달 이상 14명(9.1%), 모르겠음 9명(5.8%), 입원 후 7일 미만 8명(5.2%), 입원 후 4~6달 5명(3.2%)으로 나타났다. 이는 약 50%의 당사자는 입원 후 1달 이내에 증상이 낮아지거나 안정화되는 것으로 생각할 수 있다.

<표 83> 증상안정화 기간

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
증상안정화 기간	입원 후 2~4주	36	23.3
	입원 후 1~2주	32	20.8
	입원 후 1~2달	31	20.1
	입원 후 2~4달	19	12.3
	입원 후 6달 이상	14	9.1
	모르겠음	9	5.8
	입원 후 7일 미만	8	5.2
	입원 후 4~6달	5	3.2
합계		154	100.0

국가인권위원회 humanrights.go.kr

당사자가 병원에서 퇴원할 때 지역사회 생활이나 의료-직업 관련 기관에 대한 소개나 연계를 받았는지 여부에 대한 응답은 받지 못했다 97명(62.2%), 받았다 59명(37.8%)으로 나타나, 받지 못한 경우가 더 많음을 볼 수 있다.

<표 84> 퇴원시 지역사회 생활이나 기관 연계 및 소개 받은 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
소개 및 연계 받은 여부	소개나 연계를 전혀 받지 못했음	97	62.2
	소개나 연계를 받았음	59	37.8
합계		156	100.0

병원 입원 후 퇴원과 지역사회 적응을 위한 퇴원계획의 필요성에 대한 생각은 전혀 필요하지 않다 5명(3.2%), 필요하지 않다 8명(5.1%), 필요하다 68명(43.0%), 매우 필요하다 77명(48.7%)로 나타나, 정신장애인을 가족으로 둔 설문응답자들의 대다수가 퇴원계획의 필요성을 느끼고 있음을 알 수 있다.

<표 85> 병원 입원 후 퇴원계획의 필요성

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
퇴원계획의 필요성	전혀 필요하지 않다	5	3.2
	필요하지 않다	8	5.1
	필요하다	68	43.0
	매우 필요하다	77	48.7
합계		158	100.0

병원 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용에 대한 설문참여자들의 응답(중복응답)은 증상 재발현시 방문/이용 가능한 기관 안내 75명(23.4%), 약물 교육 57명(17.8%), 퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개 54명(16.8%), 지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내 51명(15.9%), 가족지원서비스 안내 32명(10.0%), 지역사회 내 고용관련 서비스 제공기관 안내 26명(8.1%) 순으로 나타났다. 이는 가족구성원들은 병원퇴원 후 증상이 발현했을 때 이용할 수 있는 프로그램과 지역사회 프로그램에 대한 욕구가 높은 것을 알 수 있다.

설문참여자들이 생각하기에 지역사회 내 정신보건관련 서비스 기관 중 병원 퇴원계획이 공유되어야 하는 대상(중복응답)은 정신건강복지센터 110명(37.9%), 정신재활시설 89명(30.7%), 사회/장애인 복지관 42명(14.5%), 관련 장애인 기관 21명(7.2%), 보건소 18명(6.2%), 위 모든 기관 10명(3.4%) 순으로 나타났다. 이는 지역사회 정신보건관련 기관들과 병원 간 연계가 필요하며, 당사자의 퇴원계획이 공유되어야 하는 것으로 생각할 수 있다.

<표 86> 병원 퇴원계획 내용 및 퇴원계획 공유대상

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
병원 퇴원계획내용 (중복 응답)	증상 재발현 시 방문/이용 가능한 기관 안내	75	23.4
	약물 교육	57	17.8
	퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개	54	16.8
	지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내	51	15.9
	가족지원서비스 안내	32	10.0
	지역사회 내 고용관련 서비스 제공기관 안내	26	8.1
	지역사회 내 거주를 위한 서비스 제공기관 안내	26	8.1
합계		321	100.0
구분	**유형**	**빈도**	**비율**
퇴원계획 공유대상 (중복 응답)	정신건강복지센터	110	37.9
	정신재활시설	89	30.7
	사회/장애인 복지관	42	14.5
	관련 장애인기관	21	7.2
	보건소	18	6.2
	위 모든 기관	10	3.4
합계		290	100.0

(2) 증상관리 및 일상생활 서비스와 동료지원가 인식 정도

설문참여자들이 생각하기에 당사자의 장애증상 관리와 안정된 일상생활을 위해 필요한 서비스(중복응답)는 다음과 같이 나타났다. 지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의 집중 사례관리 69명(21.2%), 증상발현 등 긴급상황 발생시 가정방문 서비스 43명(13.2%), 긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인 41명(12.6%), 병원과 지역사회기관 간 정보공유 및 연계 서비스 34명(10.5%), 소득지원(생활정착 지원금) 33명(10.2%), 동료지원가에 의한 증상관리 및 상담 서비스 32명(9.8%), 여가 및 운동 프로그램 27명(8.3%), 활동보조인 서비스 17명(5.2%), 지역주민과 관계형성 11명(3.4%), 병의원 및 약국 등 방문에 동행해 도움을 줄 사람 11명(3.4%), 병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용 지원 7명(2.2%) 순이었다. 이는 집중사례관리와 함께 긴급상황에 이용할 수 있는 서비스가 마련되어야 하는 것을 알 수 있다.

<표 87> 증상관리 및 일상생활 안정을 위한 서비스와 동료지원가 인식 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
증상관리 및 일상생활 안정을 위한 서비스 (중복 응답)	사회복지전문가의 집중 사례관리	69	21.2
	긴급 상황 시 가정방문 서비스	43	13.2
	긴급상담 24시간 전화 핫라인	41	12.6
	병원과 지역사회기관 간 정보공유 및 연계 서비스	34	10.5
	생활정착 지원금	33	10.2
	동료지원가 서비스	32	9.8

	여가 및 운동 프로그램	27	8.3
	활동보조인 서비스	17	5.2
	지역주민과 관계형성	11	3.4
	병의원 및 약국 방문 동행해 도움 줄 사람	11	3.4
	병의원 진료 및 약 구입 비용 지원	7	2.2
합계		325	100.0

동료지원가가 제공하는 서비스에 대해 들어보았거나 이용한 경험이 있는지에 대한 응답은 들어보지 못하였다 76명(47.2%), 이용한 경험은 없지만 들어보았다 63명(39.1%), 이용한 경험이 있다 22명(13.7%)로 나타나, 정신장애인들이 동료지원가 서비스를 이용해 본 경험이 없는 경우가 높게 나타났다.

<표 88> 동료상담 서비스 경험 및 동료지원가 역할

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
동료지원가 인식 정도	들어보지 못함	76	47.2
	들어봄	63	39.1
	이용 경험 있음	22	13.7
합계		161	100.0

(3) 당사자 장애특성 인지, 급성 증상시 필요한 서비스 및 회복에 도움된 것

설문참여자가 당사자의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용 등)에 대해 알고 있는 정도는 전혀 모름 2명(1.3%), 거의 모름 17명(10.8%), 조금 알고 있음 79명(50.3%), 매우 잘 알고 있음 59명(37.6%)으로 나타나, 정신장애인의 가족들 중 대부분이 스스로 당사자의 장애에 대해 알고 있다고 생각함을 알 수 있다.

설문참여자가 생각하기에 당사자가 지역사회에 거주하면서 급성증상을 경험하였을 때 필요한 서비스는 즉시 입원할 수 있는 병원 서비스 49명(30.4%), 증상을 낮추기 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문 서비스 46명(28.6%), 병원입원보다 증상을 낮추기 위해 일주일 정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스 34명(21.1%), 증상을 낮추기 위한 긴급상담 및 전화 서비스 26명(16.1%), 증상을 낮추기 위한 동료지원가 가정방문 서비스 6명(3.7%) 순으로 나타났다. 정신장애인들이 지역사회에 거주하면서 급성증상을 경험하였을 때 다양한 지원이 필요함을 알 수 있다.

<표 89> 당사자 장애특성 인지여부 및 급성기 증상 시 필요한 서비스

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
장애 지식 정도	전혀 모름	2	1.3
	거의 모름	17	10.8
	조금 알고 있음	79	50.3
	매우 잘 알고 있음	59	37.6
합계		157	100.0

급성 증상시 필요한 서비스	즉시 입원할 수 있는 병원	49	30.4
	증상 완화 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문	46	28.6
	증상 완화 위해 일주일 정도 머무를 수 있는 안전한 장소	34	21.1
	증상 완화 위한 긴급상담 및 전화	26	16.1
	증상 완화 위한 동료지원가 가정방문	6	3.7
합계		161	100.0

설문참여자가 생각하기에 당사자가 정신장애로부터 회복하는데 도움이 된 것(중복응답은 꾸준한 약물 복용 101명(32.3%), 가족의 지지와 지원 49명(15.7%), 정신병원 입원 41명(13.1%), 정신과 외래 진료 37명(11.8%), 사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담 35명(11.2%), 일자리 19명(6.1%), 종교나 종교인의 지지와 지원 12명(3.8%), 친구나 지인의 지지와 지원 9명(2.9%), 동료지원가 8명(2.6%), 없음 2명(0.6%)으로 나타났다. 정신장애인과 살고 있는 가족들이 보기에 병원입원을 제외하고 꾸준한 약물 복용과 외래진료가가 당사자의 회복에 도움이 된다고 생각하는 것을 알 수 있다.

<표 90> 정신장애로부터 회복에 도움된 것

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정신장애로부터 회복에 도움된 것	꾸준한 약물 복용	101	32.3
	가족의 지지와 지원	49	15.7
	정신병원 입원	41	13.1
	정신과 외래 진료	37	11.8
	사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담	35	11.2
	일자리	19	6.1
	종교나 종교인의 지지와 지원	12	3.8
	친구나 지인의 지지와 지원	9	2.9
	동료지원가	8	2.6
	없음	2	0.6
합계		313	100.0

(4) 당사자의 정신장애로부터 회복정도와 1년 간 치료정도

설문참여자가 생각하기에 당사자가 정신장애로부터 회복한 정도는 증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제가 없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 여전히 필요하다 53명(33.1%), 가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다 42명(26.3%), 약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다 36명(22.5%), 증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있을 정도이다 26명(16.3%), 병원입원이나 정신재활시설에 입소하는 것이 필요하다 3명(1.9%)으로 나타났다. 이는 지역사회에 살고 있음에도 불구하고 여전히 과반수의 당사자들은 증상관리나 생활에서 외부나 가족의 도움을 필요로 함을 알 수 있다.

<표 91> 당사자의 정신장애로부터 회복정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
당사자의 정신장애로부터 회복정도	증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 필요하다	53	33.1
	가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다	42	26.3
	약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다	36	22.5
	증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있다	26	16.3
	병원입원이나 정신재활시설에 입소가 필요하다	3	1.9
합계		160	100.0

지난 1년 동안 당사자의 치료 진행에 대한 응답은 다음과 같다. 증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다 60명(37.3%), 없다 98명(60.9%), 정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약물을 복용했다 144명(89.4%), 아니다 16명(9.9%), 정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다 51명(31.7%), 없다 108(67.1%), 정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다 129명(80.1%), 없다 32명(19.9%), 치료에 특별히 참여한 적은 없고 집에서 생활하고 있다 55명(34.2%), 아니다 104명(64.6%)으로 나타났다. 이를 통해 당사자들은 정기적으로 의사를 만나고 재활프로그램에 꾸준하게 참여하고 있는 것을 알 수 있다

<표 92> 지난 1년 간 치료진행 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다	예	60	37.3
	아니오	98	60.9
합계		158	100.0
정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약을 복용했었다	예	144	89.4
	아니오	16	9.9
합계		160	100.0
정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다	예	51	31.7
	아니오	108	67.1
합계		159	100.0
정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다	예	129	80.1
	아니오	32	19.9
합계		161	100.0
치료에 특별히 참여한 적은 없고, 집에서 생활하고 있다	예	55	34.2
	아니오	104	64.6
합계		159	100.0

(5) 주치의 만남의 필요성과 병의원 이용 불편정도 및 이유

설문참여자가 생각하기에 당사자가 병원에 입원하거나 주치의를 정기적으로 만나서 상담 및 치료를 받아야 하는지에 대한 응답은 다음과 같다. 주치의를 정기적으로 만나서 상담/치료를 받아야 한다고 생각한다 140명(88.1%), 병원에 입원해야 한다고 생각한다 10명(6.3%), 입원하거나 주치의를 만날 필요가 없다고 생각한다 9명(5.7%)으로 나타나, 설문응답자의 약 93%가 당사자에게 전문의와 정기적인 상담/진료가 필요하다고 생각하는 것을 알 수 있다.

병원이나 의원을 이용하는데 어려움이나 불편함이 있는지에 대한 응답으로 전혀 어렵지 않다 40명(27.6%), 어렵지 않다 66명(45.5%), 어렵다 34명(23.4%), 매우 어렵다 5명(3.4%)으로 나타나, 과반수 이상의 설문응답자들은 병원이나 의원을 방문하여 이용하는데 어렵지 않다고 느끼는 것을 알 수 있다.

<표 93> 주치의 만남의 필요성과 병의원 이용의 불편정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
병원 입원 또는 주치의 만남의 필요성	주치의를 정기적으로 만나서 상담/치료를 받아야 한다고 생각함	140	88.1
	병원에 입원해야 한다고 생각함	10	6.3
	입원하거나 주치의를 만날 필요가 없다고 생각함	9	5.7
합계		159	100.0
병의원 이용 불편 정도	전혀 어렵지 않다	40	27.6
	어렵지 않다	66	45.5
	어렵다	34	23.4
	매우 어렵다	5	3.4
합계		145	100.0

현재 병/의원 서비스를 이용하고 있는 당사자의 경우, 설문참여자가 생각하기에 당사자가 병원에 입원하거나 주치의와 정기적으로 만나서 상담 및 치료를 받는 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점(중복응답)은 다음과 같이 나타났다. 이용하는 병원 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다 41명(21.0%), 병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다 31명(15.9%), 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다 18명(9.2%), 병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다 17명(8.7%), 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다 17명(8.7%), 당사자 본인이 원하지 않아 방문하는 것이 힘들다 15명(7.7%), 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다 15명(7.7%), 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다 14명(7.2%), 불편한 점 없다 12명(6.2%), 이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다 11명(5.6%), 병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다 4명(2.1%)이었다. 당사자들은 자신이 원하는 서비스가

없거나 필요한 서비스를 찾으러 다니거나 대기하는 문제로 인해 병/의원 이용에 불편을 느끼는 것을 알 수 있다.

현재 병/의원 서비스를 이용하고 있지 않는 당사자의 경우, 설문응답자가 생각하기에 당사자가 위에 언급한 기관을 방문하지 않는 이유는 다음과 같다. 당사자 본인이 원하지 않는다 4명(15.4%), 이용하는 병원 내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다 4명(15.4%), 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다 4명(15.4%), 병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다 3명(11.5%), 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다 3명(11.5%), 정신과 약물부작용 때문이다 2명(7.7%), 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다 2명(7.7%), 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다 2명(7.7%)이었다.

<표 94> 병의원 이용시 불편한 점과 이용하지 않는 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
병의원 이용시 불편한 점 (중복 응답)	병원내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족함	41	21.0
	병/의원 이용비용이 부담스러움	31	15.9
	근거리에 병/의원 부재 또는 기관까지 이동이 어려움	18	9.2
	내가 정신질환자라는 사실이 알려질 것에 대한 두려움	17	8.7
	이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길	17	8.7
	당사자 본인이 원하지 않음	15	7.7
	병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설 부족	15	7.7
	병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다	14	7.2
	불편한 점 없음	12	6.2
	이용한 병/의원 내 트라우마	11	5.6
	병/의원 직원의 무시	4	2.1
합계		195	100.0
병의원 이용하지 않는 이유 (중복 응답)	당사자가 원하지 않음	4	15.4
	병원내 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족함	4	15.4
	병/의원 이용 중이나 계속 이용해야 할지 의문임	4	15.4
	내가 정신질환자라는 사실이 알려질 것에 대한 두려움	3	11.5
	근거리에 병/의원 부재 또는 기관까지 이동이 어려움	3	11.5
	정신과 약물 부작용	2	7.7
	이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길	2	7.7
	병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족함	2	7.7
합계		26	100.0

(6) 최근 6개월간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여 여부

지난 6개월 동안 당사자가 방문하여 서비스를 이용한 기관(중복응답)은 정신건강복지센터 68명(31.2%), 정신재활시설 62명(28.4%), 장애인기관/시민단체 34명(15.6%), 사회복지관(장애인종합, 일반 사회복지관) 33명(15.1%), 이용한 기관 없음 21명(9.6%)으로 나타나, 당사자의 대부분이 기관을 방문하여 서비스를 이용하고 있는 것을 알 수 있다.

당사자가 주1회 이상 기관을 직접 방문하여 사회복귀와 재활/회복에 필요한 프로그램에 참여하고 있는지 여부에 대한 응답은 그렇다 115명(71.4%), 아니다 18.6%, 기관에 직접 방문하지 않지만 가정방문 서비스를 받고 있다 8명(5.0%)로 나타나, 70% 이상이 기관을 직접 방문해 프로그램에 참여하고 있는 것을 알 수 있다.

<표 95> 최근 6개월 간 서비스 이용을 위해 방문한 기관 및 기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여 여부

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
방문한 기관 (중복 응답)	정신건강복지센터	68	31.2
	정신재활시설	62	28.4
	장애인기관/시민단체	34	15.6
	사회복지관	33	15.1
	이용한 기관 없음	21	9.6
합계		218	100.0
기관 내 사회복귀/재활/회복 프로그램 참여 여부	예, 기관에 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있음	115	71.4
	참여하고 있지 않음	30	18.6
	예, 기관에 직접 방문하지 않지만, 가정방문 서비스를 받고 있음	8	5.0
합계		161	100.0

(7) 지역기관 이용이유 및 불편사항

설문응답자가 보기에 당사자가 정신재활시설, 사회복지기관 등 정신재활기관을 이용하는 주된 이유(중복응답)는 다음과 같다. 상담/치료/훈련 등 주간재활 프로그램 이용 63명(29.7%), 일자리사업 참여와 구직서비스 이용 43명(20.3%), 각종 여가 프로그램 이용 36명(17.0%), 친구 사귐, 친목도모 26명(12.3%), 주간보호 프로그램 이용 21명(9.9%), 자원봉사활동 참여 7명(3.3%), 재가서비스(가정방문 등) 이용 6명(2.8%), 할 일이 없어서 6명(2.8%), 주거서비스 이용 4명(1.9%)로 나타났다. 당사자들은 주간재활, 일자리, 여가를 위한 서비스와 친목도모를 위해 기관을 방문하는 것을 알 수 있다.

<표 96> 지역기관 이용 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역기관 이용이유	주간재활 프로그램 이용	63	29.7
	일자리사업 참여와 구직서비스 이용	43	20.3
	여가 프로그램 이용	36	17.0
	친구 사귐, 친목 도모	26	12.3
	주간보호 프로그램 이용	21	9.9
	자원봉사활동 참여	7	3.3
	재가서비스 이용	6	2.8
	할 일이 없어서	6	2.8
	주거서비스 이용	4	1.9
합계		212	100.0

설문응답자가 보기에 당사자가 정신재활시설, 사회복지기관 등 정신재활기관을 방문하여 사회복귀와 재활에 필요한 프로그램을 이용하는데 어려움이 있는지에 대한 응답은 전혀 어렵지 않다 23명(14.3%), 어렵지 않다 74명(46.0%), 어렵다 49명(30.4%), 매우 어렵다 7명(4.3%)로 나타났다.

현재 지역기관 서비스를 이용하고 있는 당사자의 경우, 설문응답자가 보기에 당사자가 위에 언급한 기관의 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점(중복응답)은 다음과 같다. 이용하는 기관 내 당사자가 필요로 하는 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다 65명(37.4%), 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다 31명(17.8%), 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다 20명(11.5%), 기관을 이용하는 동안 당사자가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두려워한다 13명(7.5%), 기관 직원이나 전문가가 당사자와 가족을 무시한다 12명(6.9%), 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다 11명(6.3%), 이용한 기관 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다 10명(5.7%), 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다 5명(2.9%), 당사자 스스로 기관방문을 원하지 않거나 반대한다 4명(2.3%), 가까운 곳에 기관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다 3명(1.7%)으로 나타났다. 이는 병/의원을 이용하지 않는 이유와 동일하게 나타났다.

<표 97> 지역기관 이용 어려움 정도와 불편사항

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역기관 이용 어려움 정도	전혀 어렵지 않다	23	14.3
	어렵지 않다	74	46.0
	어렵다	49	30.4
	매우 어렵다	7	4.3
합계		153	95.0
지역기관 이용 불편 사항 (중복 응답)	상담/재활/회복서비스 부재 또는 프로그램 부족	65	37.4
	도움이 되지 않아 계속 이용 여부에 의문	31	17.8
	기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 긺	20	11.5
	기관을 이용하는 동안 정신질환자라는 사실이 알려질 것에 대한 두려움	13	7.5

	기관 직원 및 전문가가 당사자와 가족을 무시	12	6.9
	기관 이용 비용이 부담스러움	11	6.3
	이용 기관 내 트라우마	10	5.7
	기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족함	5	2.9
	당사자가 기관방문 원하지 않음	4	2.3
	근거리 내 기관 부재 또는 기관까지의 이동이 어려움	3	1.7
합계		174	100.0

현재 지역기관 서비스를 이용하지 않는 당사자의 경우, 설문응답자가 보기에 당사자가 지역 내 정신재활기관을 방문하지 않는 이유(중복응답)는 다음과 같다. 이용하는 기관 내 당사자가 필요로 하는 상담/재활/회복 서비스가 없거나 프로그램이 부족하다 10명(32.3%), 당사자 스스로 기관방문을 원하지 않거나 반대한다 9명(29.0%), 가까운 곳에 기관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다 3명(9.7%), 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다 2명(6.5%), 기관을 이용하는 동안 당사자가 정신질환자라는 사실이 외부에 알려질까 두려워한다 2명(6.5%), 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다 2명(6.5%), 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다 1명(3.2%), 기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다 1명(3.2%), 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다 1명(3.2%)이었다.

<표 98> 지역기관 이용하지 않는 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
지역기관 이용하지 않는 이유 (중복 응답)	상담/재활/회복서비스 부재 또는 프로그램 부족	10	32.3
	당사자가 원하지 않음	9	29.0
	근거리 내 기관 부재 또는 기관까지의 이동이 어려움	3	9.7
	기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길	2	6.5
	기관을 이용하는 동안 정신질환자라는 사실이 알려질 것에 대한 두려움	2	6.5
	기관 이용 비용이 부담스러움	2	6.5
	도움이 되지 않아 계속 이용 여부에 의문	1	3.2
	기관 직원 및 전문가가 당사자와 가족을 무시	1	3.2
	기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족함	1	3.2
합계		31	100.0

(8) 가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 하는 서비스 유형

설문참여자가 생각하기에 정신장애인의 가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 하는 서비스 유형(중복응답)은 다음과 같이 나타났다. 정신장애인 대상 직업재활 77명(27.5%), 정신장애인이 독립적으로 살 수 있는 집 제공 46명(16.4%), 정신장애인 대상 증상 및 약물 관리 45명(16.1%), 정신장애인 대상 낮활동 31명(11.1%), 가족구성원 대상 관계회복(가족상담) 28명(10.0%), 정신장애인 대상 여가/취미 활동 26명(9.3%), 가족구성원 대상 증상 발현 시 대응방법/안전교육 13명(4.6%), 가족구성원 대상 여가/취미 활동 8명(2.9%), 이 모든 내용 전부 6명(2.1%)으로 나타났다. 이를 통해 정신장애인을 가족으로 둔 설문응답자들은 구직, 주거, 증상관리 등 다양한 지역사회 서비스를 원하는 것을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 99> 가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 하는 서비스 유형

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 하는 서비스	정신장애인 대상 직업재활	77	27.5
	정신장애인이 독립적으로 살 수 있는 집 제공	46	16.4
	정신장애인 대상 증상 및 약물 관리	45	16.1
	정신장애인 대상 낮활동	31	11.1
	가족구성원 대상 관계회복(가족상담)	28	10.0
	정신장애인 대상 여가/취미 활동	26	9.3
	가족구성원 대상 증상 발현 시 대응방법/안전 교육	13	4.6
	가족 대상 여가/취미 활동	8	2.9
	위의 내용 전부	6	2.1
합계		280	100.0

4) 지역사회 거주영역

(1) 현 거주지 소유형태

설문참여자가 현재 거주하고 있는 곳의 소유 형태는 자가(자기집) 98명(62.8%), 월세, 반전세 29명(18.6%), 국민임대주택 9명(5.8), 공동생활가정 6명(3.8%), 전세 5명(3.2%), 영구임대주택 5명(3.2%), 사글세 4명(2.6%)로 나타났다. 이는 지역사회에 거주하는 정신장애인 당사자로 진행하였기에 당사자 가정의 자가 소유 비율이 높게 나타났음을 알 수 있다.

한달 평균 집세로 지출되는 비용은 최소 9만원, 최대 80만원이었고 평균 34.6만원(SD: 21.6, 중위수 30.0)이었다. 현재 살고 있는 집의 소유주는 당사자의 부모 109명(68.1%), 배우자 35명(21.9%), 당사자의 형제/자매 13명(8.1%), 당사자의 조부모 3명(1.9%)로 나타났다.

<표 100> 현 거주지 소유형태와 소유주 및 한달 평균 집세

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
현 거주지 소유형태	자가	98	62.8
	월세, 반전세	29	18.6
	국민임대주택	9	5.8
	공동생활가정	6	3.8
	전세	5	3.2
	영구임대주택	5	3.2
	사글세	4	2.6
합계		156	100.0

소유주	당사자의 부모	109	68.1
	배우자	35	21.9
	당사자의 형제/자매	13	8.1
	당사자의 조부모	3	1.9
합계		160	100.0
구분	**N**	**평균(중위수)**	**표준편차**
한달 평균 집세 (단위: 만원)	41	34.6(30.0)	21.6

(2) 당사자와 같이 거주해야 할 사람 및 주거안정을 위해 강화되어야 할 정책

설문참여자가 생각하기에 정신장애인 당사자가 원하는 삶을 위해 같이 거주하며 생활해야 하는 사람 및 장소는 다음과 같다. 가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다. 68명(42.2%), 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다. 59명(36.6%), 독립주거에서 혼자서 생활해야 한다 17명(10.6%), 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다 13명(8.1%), 정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다 3명(1.9%), 정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다 1명(0.6%)로 나타났다. 이는 가족과 함께 사는 비율과 독립적으로 살아야 한다는 비율이 비슷하게 나타난 것으로 보아 가족이 당사자와 꼭 함께 사는 것이 아니라 당사자의 독립을 원하는 경우가 높은 것을 알 수 있다.

설문참여자가 생각하기에 당사자의 주거안정을 위해 강화되어야 하는 정책(중복응답)은 다음과 같다. 공공임대주택(아파트)에 대한 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공 107명(38.2%), 주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원(전세 및 구입자금의 대출) 42명(15.0%), 정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원 41명(14.6%), 주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련 21명(7.5%), 훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대 21명(7.5%), 이용 가능한 병원/사회복귀시설 등 생활 편의시설 확대 19명(6.8%), 주거비 지원(주거수당 제공 또는 전기/가스/수도 등 공공요금 감면) 15명(5.4%), 지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선 14명(5.0%)으로 나타났다. 설문참여자들이 정신장애 당사자들의 주거 안정을 위해 임대주택, 자금지원, 장애수당 지원 등 다양한 정책이 필요하다고 느끼는 것을 알 수 있다.

<표 101> 당사자가 같이 거주해야 할 사람 및 주거안정을 위해 강화되어야 할 정책

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
당사자와 거주해야 할 사람	가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다	68	42.2
	가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다	59	36.6
	독립주거에서 혼자서 생활해야 한다	17	10.6
	가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다	13	8.1
	정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다	3	1.9
	정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다	1	0.6
합계		161	100.0

주거안정을 위해 강화되어야 할 정책 (중복 응답)	공공임대주택의 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공	107	38.2
	주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원	42	15.0
	정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원	41	14.6
	주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련	21	7.5
	훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대	21	7.5
	병원/사회복귀시설 등 생활 편의시설 확대	19	6.8
	주거비 지원	15	5.4
	지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선	14	5.0
합계		280	100.0

5) 독립생활영역

(1) 6개월간 여가활동 만족도 및 불만족 이유

설문참여자가 현재 여가활동에 만족하는 정도는 전혀 만족하지 않음 28명(17.5%), 만족하지 않는 편 76명(47.5%), 만족하는 편 49명(30.6%), 매우 만족함 7명(4.4%)으로 나타났으며, 평균값은 2.2(표준편차 0.8, 중위수 2.0)이었다.

만족하지 않는 이유(중복응답)는 다음과 같다. 당사자를 돌봐야 해서 52명(27.1%), 여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서 29명(15.1%), 나의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서 22명(11.5%), 여가정보 및 프로그램이 부족해서 22명(11.5%), 여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서 20명(10.4%), 그 외 가족구성원을 돌봐야 해서 16명(8.3%), 여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서 12명(6.3%), 여가활동을 함께 할 사람이 없어서 10명(5.2%), 여가시설이 좋지 않아서(설비, 위생 문제) 6명(3.1%), 주변사람들 눈치가 보여서 3명(1.6%)으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 정신장애인을 가족으로 둔 설문참여자들의 약 27%가 당사자를 돌봐야 해서 여가활동을 즐기지 못하는 것을 알 수 있다.

<표 102> 여가활동 만족도와 불만족 이유

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
여가활동 만족도	전혀 만족하지 않음	28	17.5
	만족하지 않는 편	76	47.5
	만족하는 편	49	30.6
	매우 만족함	7	4.4
합계		160	100.0

구분	N	평균 (중위수)	표준편차
여가활동 만족도	160	2.2(2.0)	0.8

구분	유형	빈도	비율
여가활동 불만족 이유 (중복응답)	당사자를 돌봐야 해서	52	27.1
	여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서	29	15.1
	나의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서	22	11.5
	여가 정보 및 프로그램이 부족해서	22	11.5
	여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서	20	10.4
	그 외 가족구성원을 돌봐야 해서	16	8.3
	여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서	12	6.3
	여가활동을 함께 할 사람이 없어서	10	5.2
	여가시설이 좋지 않아서(설비, 위생 문제)	6	3.1
	주변사람들 눈치가 보여서	3	1.6
합계		192	100.0

(2) 일상생활 기능정도와 일상생활을 도와주는 사람

설문참여자가 보기에 당사자의 각 영역별 일상생활 기능 정도는 다음과 같은 것으로 보고되었다. '적절한 식사를 준비하고 먹기' 영역에서는 전적인 도움이 필요함 33명(21.4%), 부분적인 도움이 필요함 69명(44.8%), 스스로 할 수 있음 52명(33.8%)으로 보고되었으며, '전적인 도움이 필요함'을 최소값 1로 설정하고 '스스로 할 수 있음'을 최대값 3으로 설정하였을 때 평균값은 2.1(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. '개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕, 옷 입기 등)' 영역은 전적인 도움이 필요함 18명(11.6%), 부분적인 도움이 필요함 65명(41.9%), 스스로 할 수 있음 72명(46.5%)으로 나타났으며, 평균값은 2.4(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다.

'일상 가사 활동을 수행함' 영역은 전적인 도움이 필요함 25명(16.2%), 부분적인 도움이 필요함 78명(50.6%), 스스로 할 수 있음 51명(33.1%)으로 나타났으며, 평균값은 2.2(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. '가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 16명(10.5%), 부분적인 도움이 필요함 56명(36.6%), 스스로 할 수 있음 81명(52.9%)으로 나타났으며, 평균값은 2.4(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다. '필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 24명(15.7%), 부분적인 도움이 필요함 83명(54.2%), 스스로 할 수 있음 46명(30.1%)으로 나타났으며, 평균값은 2.2(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다.

'정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함' 영역은 전적인 도움이 필요함 21명(13.0%), 부분적인 도움이 필요함 74명(46.0%), 스스로 할 수 있음 66명(41.0%)으로 나타났으며, 평균값은 2.3(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. '신체건강을 적절히 관리함' 영역은 전적인 도움이 필요함 23명(14.4%), 부분적인 도움이 필요함 88명(55.0%), 스스로 할 수 있음 49명(30.6%)으로 나타났으며, 평균값은 2.2(SD: 0.7)이었다. '가족과 좋은 관계를 유지함' 영역은 전적인 도움이 필요함 22명(13.8%), 부분적인 도움이 필요함 85명(53.5%), 스스로 할 수 있음 52명(32.7%)으로 나타났으며, 평균값은 2.2(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다.

‘직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함’ 영역은 전적인 도움이 필요함 32명(20.1%), 부분적인 도움이 필요함 81명(50.9%), 스스로 할 수 있음 46명(28.9%)으로 나타났으며, 평균값은 2.1(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. ‘여가시간을 적절하게 보낼 수 있음’ 영역은 전적인 도움이 필요함 28명(17.7%), 부분적인 도움이 필요함 90명(57.0%), 스스로 할 수 있음 40명(25.3%)으로 나타났으며, 평균값은 2.1(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다. ‘대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음’ 영역은 전적인 도움이 필요함 24명(15.2%), 부분적인 도움이 필요함 39명(24.7%), 스스로 할 수 있음 95명(60.1%)으로 나타났으며, 평균값은 2.5(SD: 0.7, 중위수 3.0)이었다. 이러한 결과를 통해 가족들은 당사자가 생활을 유지하기 위해서 지속적인 도움과 보살핌이 전체적으로 필요한 것으로 생각함을 알 수 있다.

<표 103> 일상생활 기능정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균 (중위수)	표준편차
적절한 식사를 준비하고 먹음	전적인 도움이 필요함	33	21.4	2.1(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	69	44.8		
	스스로 할 수 있음	52	33.8		
합계		154	100		
개인위생을 깨끗하게 관리함	전적인 도움이 필요함	18	11.6	2.4(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	65	41.9		
	스스로 할 수 있음	72	46.5		
합계		155	100		
일상 및 가사활동을 수행함	전적인 도움이 필요함	25	16.2	2.2(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	78	50.6		
	스스로 할 수 있음	51	33.1		
합계			100		
가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함	전적인 도움이 필요함	16	10.5	2.4(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	56	36.6		
	스스로 할 수 있음	81	52.9		
합계		153	100		
필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함	전적인 도움이 필요함	24	15.7	2.1(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	83	54.2		
	스스로 할 수 있음	46	30.1		
합계		153	100		
정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함	전적인 도움이 필요함	21	13.0	2.3(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	74	46.0		
	스스로 할 수 있음	66	41.0		
합계		161	100		
신체건강을 적절히 관리함	전적인 도움이 필요함	23	14.4	2.2(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	88	55.0		
	스스로 할 수 있음	49	30.6		
합계		160	100		

가족과 좋은 관계를 유지함	전적인 도움이 필요함	22	13.8	2.2(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	85	53.5		
	스스로 할 수 있음	52	32.7		
합계		159	100		
직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함	전적인 도움이 필요함	32	20.1	2.1(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	81	50.9		
	스스로 할 수 있음	46	28.9		
합계		159	100		
여가시간을 적절하게 보낼 수 있음	전적인 도움이 필요함	28	17.7	2.1(2.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	90	57.0		
	스스로 할 수 있음	40	25.3		
합계		158	100		
대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음	전적인 도움이 필요함	24	15.2	2.5(3.0)	0.7
	부분적인 도움이 필요함	39	24.7		
	스스로 할 수 있음	95	60.1		
합계		158	100.0		

당사자의 일상생활을 도와주는 사람에 대한 응답(중복응답)은 부모 107명(41.8%), 사회복지사 61명(23.8%), 형제자매 37명(14.5%), 없음 14명(5.5%), 배우자 12명(4.7%), 종교단체 관계자 9명(3.5%), 자녀(며느리, 사위 포함) 6명(2.3%), 요양보호사 4명(1.6%), 친인척 3명(1.2%), 무료간병인/가정봉사원 3명(1.2%)이었다. 정신장애인의 일상생활에 있어 도움을 주는 사람은 주로 당사자의 부모임을 알 수 있다.

<표 104> 일상생활을 도와주는 사람 유형

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
일상생활 도와준 사람 (중복응답)	부모	107	41.8
	사회복지사	61	23.8
	형제자매	37	14.5
	없음	14	5.5
	배우자	12	4.7
	종교단체 관계자	9	3.5
	자녀(며느리, 사위 포함)	6	2.3
	요양보호사	4	1.6
	친인척	3	1.2
	무료간병인/가정봉사원	3	1.2
합계		256	100.0

현재 일상생활에서 가족이나 주변 사람들이 당사자에게 제공하는 도움의 정도에 대한 응답은 매우 부족하다 18명(11.3%), 부족한 편이다 86명(53.8%), 충분한 편이다 54명(33.8%), 매우 충분하다 2명(1.3%)으로 나타났으며, '매우 부족하다'를 최소값 1로 설정하고 '매우 충분하다'를 최소값 4로 설정하였을 때 평균값은 2.3(SD: 0.7, 중위수 2.0)이었다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 105> 주변사람들로부터 받는 일상생활 도움 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균(중위수)	표준편차
도움 정도	매우 부족하다	18	11.3	2.3(2.0)	0.7
	부족한 편이다	86	53.8		
	충분한 편이다	54	33.8		
	매우 충분하다	2	1.3		
합계		161	100.0		

(3) 사회복지, 고용, 교육 서비스 정보 습득 방법

평상시 당사자를 위한 사회복지-고용-교육 등 필요한 정보를 주로 어떻게 얻고 있는지에 대한 응답(중복응답)은 다음과 같다. 장애인단체, 자조모임 등을 통해 73명(26.1%), 복지기관 담당자를 통해 50명(17.9%), 주변 지인을 통해 44명(15.7%), TV, 라디오, 신문을 통해 38명(13.6%), 인터넷 카페나 SNS를 통해 29명(10.4%), 해당기관을 직접 방문하여 27명(9.6%), 지자체, 공공기관을 통해 19명(6.8%)로 나타났다. 이는 생활을 위해 필요한 정보를 복지기관을 통해 습득하는 경우보다 스스로 찾아서 정보를 아는 경우가 상당히 높은 것을 알 수 있다.

<표 106> 사회복지, 고용, 교육 서비스 정보 습득 방법

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율
정보 습득 방법 (중복 응답)	장애인단체, 자조모임 등을 통해	73	26.1
	복지기관 담당자를 통해	50	17.9
	주변지인을 통해	44	15.7
	TV, 라디오, 신문을 통하여	38	13.6
	인터넷 카페나 SNS를 통하여	29	10.4
	해당기관을 직접 방문하여	27	9.6
	지자체, 공공기관을 통해	19	6.8
합계		280	100.0

6) 지역사회 재통합영역

(1) 지난 1년간 가족이 느끼는 부담 정도

지난 1년을 되돌아 볼 때 당사자와 생활하는데 있어 가족이 느끼는 부담에 대한 응답은 다음과 같다. '낮 시간에 정신질환 증상이나 장애로 인해 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 함' 에 대해서는 부담을 느

낌 97명(60.6%), 부담을 느끼지 않음 63명(39.4%)로 나타났으며, '부담을 느낌'을 최소값 1로 설정하고 '부담을 느끼지 않음'을 최대값 2로 설정하였을 때 평균값은 1.4(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '밤 시간에 정신질환 증상이나 장애로 인해 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 함'에 대해서는 부담을 느낌 78명(48.4%), 부담을 느끼지 않음 83명(51.6%)이었으며 평균값은 1.5(SD: 0.5, 중위수 2.0)였다. '대부분의 시간은 문제없이 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못함'에 대해서는 부담을 느낌 81명(50.3%), 부담을 느끼지 않음 80명(49.7%)이었으며 평균값은 1.5(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다.

'정신질환의 증상이나 장애로 인해 자살하지 않을까 염려됨'에 대해서 부담을 느낌 69명(43.1%), 부담을 느끼지 않음 91명(56.9%)이었으며 평균값은 1.6(SD: 0.5, 중위수 2.0)였다. '정신질환의 증상이나 장애로 인해 가족을 해치지 않을까 염려됨'에 대해서는 부담을 느낌 53명(32.9%), 부담을 느끼지 않음 108명(67.1%)이었으며 평균값은 1.7(SD: 0.5, 중위수 2.0)였다. '정신질환의 증상이나 장애로 인해 이웃을 해치지 않을까 염려됨'에 대해서는 부담을 느낌 54명(33.5%), 부담을 느끼지 않음 107명(66.5%)이었으며, 평균값은 1.7(SD: 0.5, 중위수 2.0)였다.

'가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 이웃이 알까 염려됨'에 대해서는 부담을 느낌 90명(55.9%), 부담을 느끼지 않음 71명(44.1%)이었고 평균값은 1.4(표준편차 0.5, 중위수 1.0)였다. '정신질환에 대한 치료비'에 대해서는 부담을 느낌 83명(51.6%), 부담을 느끼지 않음 78명(48.4%)였고 평균값은 1.5(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '환자를 돌보느라 친구, 이웃과 왕래가 줄어듦'에 대해서는 부담을 느낌 89명(55.6%), 부담을 느끼지 않음 71명(44.4%)이었고 평균값은 1.4(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '환자를 돌보느라 취미활동, 여행, 휴식 등이 줄어듦'에 대해서는 부담을 느낌 97명(60.2%), 부담을 느끼지 않음 64명(39.8%)이었고, 평균값은 1.4(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '환자를 돌보느라 직업 및 경제활동에 참여할 수 없음'에 대해서는 부담을 느낌 86명(53.4%), 부담을 느끼지 않음 75명(46.6%)였고, 평균값은 1.5(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다.

'환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 좋지 않음'에 대해서는 부담을 느낌 100명(62.1%), 부담을 느끼지 않음 61명(37.9%)였고, 평균값은 1.4(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '환자의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠짐'에 대해서는 부담을 느낌 89명(55.3%), 부담을 느끼지 않음 72명(44.7%)이었고 평균값은 1.5(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. '환자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못 자거나 우울/불안해하는 등 정신건강이 나빠짐'에 대해서는 부담을 느낌 97명(60.2%), 부담을 느끼지 않음 64명(39.8%)이었고, 평균값은 1.4(SD: 0.5, 중위수 1.0)였다. 이를 통해 가족들이 당사자를 낮시간 동안 돌보는 것에 부담을 느끼고 있으며, 가족 간 갈등으로 인해 힘들어 하는 것을 알 수 있다.

지난 1년을 되돌아 볼 때 설문응답자가 정신장애인 당사자와 생활하는데 있어 느낀 전반적인 부담은 다음과 같다. 전혀 부담을 느끼지 않음 14명(8.8%), 부담을 느끼지 않음 35명(22.0%), 부담을 느낌 89명(56.0%), 매우 부담을 느낌 21명(13.2%)으로 나타났으며, '전혀 부담을 느끼지 않음'을 최소값 1로 설정하고 '매우 부담을 느낌'을 최대값 4로 설정하였을 때 평균값은 2.7(SD: 0.8, 중위수 3.0)로 나타났다. 이를 통해 과반수의 가족들이 당사자와 생활하는데 있어서 부담을 느끼고 있음을 알 수 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

<표 107> 지난 1년 간 가족이 느끼는 부담 정도

(단위 : 명, %)

구분	유형	빈도	비율	평균(중위수)	표준편차
낮동안 지속적 돌봄	부담을 느낌	97	60.6	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	63	39.4		
합계		160	100.0		
밤동안 지속적 돌봄	부담을 느낌	78	48.4	1.5(2.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	83	51.6		
합계		161	100.0		
약복용, 식사준비 스스로 못함	부담을 느낌	81	50.3	1.5(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	80	49.7		
합계		161	100.0		
자살 염려	부담을 느낌	69	43.1	1.6(2.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	91	56.9		
합계		160	100.0		
가족 가해 염려	부담을 느낌	53	32.9	1.7(2.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	108	67.1		
합계		161	100.0		
이웃 가해 염려	부담을 느낌	54	33.5	1.7(2.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	107	66.5		
합계		161	100.0		
정신질환자임을 이웃이 알게 될 염려	부담을 느낌	90	55.9	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	71	44.1		
합계		161	100.0		
정신질환 치료비	부담을 느낌	83	51.6	1.5(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	78	48.4		
합계		161	100.0		
친구, 이웃 왕래 감소	부담을 느낌	89	55.6	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	71	44.4		
합계		160	100.0		
여가 감소	부담을 느낌	97	60.2	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	64	39.8		
합계		161	100.0		
경제활동 참여 불가	부담을 느낌	86	53.4	1.5(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	75	46.6		
합계		161	100.0		
가족갈등	부담을 느낌	100	62.1	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	61	37.9		
합계		161	100.0		
가족 신체건강 저하	부담을 느낌	89	55.3	1.5(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	72	44.7		
합계		161	100.0		
가족 정신건강 저하	부담을 느낌	97	60.2	1.4(1.0)	0.5
	부담을 느끼지 않음	64	39.8		
합계		161	100.0		

구분	유형	빈도	비율
부담 정도	전혀 부담을 느끼지 않음	14	8.8
	부담을 느끼지 않음	35	22.0
	부담을 느낌	89	56.0
	매우 부담을 느낌	21	13.2
합계		159	100.0
구분	**N**	**평균(중위수)**	**표준편차**
부담 정도	159	2.7(3.0)	0.8

(2) 삶의 만족도

현재 설문응답자의 삶의 만족도를 살펴보면, '매우 불만족한다'를 최소값 1로 설정하고 '매우 만족한다'를 최대값 10으로 설정하였을 때 각 영역별 평균값은 다음과 같다. 건강 평균 4.5(SD: 2.5), 수입 평균 4.3(SD: 2.5), 주거환경 평균 5.2(SD: 2.8), 학교생활 평균 4.1(SD: 2.4), 직업 평균 4.1(SD: 2.6), 결혼생활 평균 4.9(SD: 3.0), 사회적 관계 평균 3.1(SD: 2.0), 전반적 삶의 만족 평균 5.0(SD: 2.8)로 나타났다. 이를 통해 가족구성원들은 당사자를 돌봄으로 인해 직업에 대한 제한을 가지며, 사회적 관계에 대한 높은 불만족이 있는 것을 알 수 있다.

<표 108> 삶의 만족도

(단위 : 명, %)

구분	N	평균	표준편차
건강	154	4.5	2.5
수입	157	4.3	2.5
주거환경	151	5.2	2.8
학교생활	78	4.1	2.4
직업	118	4.1	2.6
결혼생활	126	4.9	3.0
사회적 관계	157	3.1	2.0
전반적 삶	154	5.0	2.8

주 : 결혼을 하지 않았거나 학교를 다니지 않는 사람은 '해당없음'으로 제외하였음

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 면접조사

1. 면접조사 목적

면접조사를 통해 정신장애인들이 지역사회에 거주하고 재통합하는 과정에 영향을 미치는 장애물들과 자원(resources)들을 밝히고자 한다. 설문조사와 비교했을 때, 면접조사는 연구참여자들의 생생한 목소리를 전달할 수 있을 뿐만 아니라 구조화된 설문지를 만드는 과정에서 고려하지 못했던 요인들과 과정들에 대한 정보를 자유로운 분위기에서 수집할 수 있는 장점이 있다. 이런 장점을 최대한 활용하기 위하여 본 연구는 면접조사를 실시하였다. 본 면접조사는 반구조화된 질문지를 활용하였다.(표 109). 반 구조화된 인터뷰에서 질문되었던 내용은 2가지 주안점을 염두에 두고 만들어졌다. 첫째, 과연 정신장애인들이 지역사회에서 다양한 정신의료기관 (예: 정신병원, 외래정신과의원)과 비정신의료기관 (예: 기초정신건강복지센터, 주거지원시설)에서 환자중심서비스를 받고 있는지 궁금하였다. 지역사회의 교과서적 접근은 케어의 연속성 (continuity of care)가 담보되어 다양한 서비스 공급자들이 중증정신질환 환자가 가진 다양한 치료 및 재활 욕구를 해결하는 환자중심서비스 (patient-centered care)를 제공하는 것이다. 많은 경우, 정신장애인들이 정신병적 증상 (psychosis)를 경험하면서 마주치는 일상기능장애와 사회관계의 강들이 동의입원 등의 법적 경로를 통하여 입원하게 된다. 지역사회에서 중증정신질환 환자가 진단을 받고 입원없이 증상을 관리하는 경우는 일반적이지 않다는게 일반적인 주장이다.

<표 109> 반구조화된 인터뷰를 통하여 질문된 개념들과 면접대상

개념	면접대상
정신병원 입원에서 퇴원하는 과정에서 염려된 상황	정신장애인, 가족
정신병원에서 퇴원하기 전 퇴원계획수립 여부	정신장애인, 가족, 전문가
지역사회의 정신의료기관과 비정신의료기관과의 연계	정신장애인, 가족, 전문가
당사자 주도모델에 대한 태도	정신장애인, 가족, 전문가
지역사회 사회서비스에 대한 생각	정신장애인, 가족, 전문가
근거중심실천 (evidence-based practice)에 대한 노출	정신장애인, 가족, 전문가
기초생활수급권 등의 정부의 생계지원	정신장애인, 가족, 전문가
정신건강서비스 에 대한 접근성	정신장애인, 가족, 전문가
사회적 낙인에 대한 노출	정신장애인, 가족
중증정신질환 동료의 지지체계	정신장애인, 가족
회복을 위한 가족 및 사회관계망 역할	정신장애인, 가족
강제입원 경험	정신장애인, 가족
정신건강복지법 개정 (2017년 5월 30일) 이후 차이점	정신장애인, 가족, 전문가
가족 및 당사자의 사회경제적 지위와 정신장애인 생활의 관계	정신장애인, 가족, 전문가
탈원화를 위한 지역사회 변화에 대한 조언	정신장애인, 가족, 전문가

그러므로 본 질적연구에서는 정신병원에 입원 한 뒤에 퇴원하기 전에 이루어져야 하는 퇴원 계획부터 퇴원 후 지역사회에서 재통합하기 위해서 필요한 외래 정신건강서비스, 재활 및 직업훈련 서비스, 경제적 수준, 주거, 가족 및 친구 및 지역사회 사람들과의 관계 등을 포괄적으로 질문하였다. 이들 질문들을 통하여 지역사회에 거주하는 정신장애인들에게 부족한 서비스나 도움이 되는 서비스들을 찾을 수 있었다. 두 번째 주안점은 과연 정신장애인들이 지역사회에서 편견과 차별에 노출되어 있지 않은지를 조사하였다. 선행연구는 지역사회에서 거주하는 정신장애인들이 차별이나 편견에 노출될 경우에 부정적인 경험을 할 위험이 높음을 보여주고 있다(이유리, 최희철, 2017). 많은 정신장애인들이 차별과 편견을 경험했고, 이런 경험이 회복에 부정적인 영향을 주는 경우를 쉽게 볼 수 있었다.

2. 진행 및 참여자 소개

본 연구는 공용기관생명윤리심의위원회의 심의 후 2018년 6월 7일에 승인을 얻어 진행하였다. 이에 따라 2018년 6월 19일부터 2018년 7월 3일까지 총 61명의 연구참여자들을 직접 대면하여 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰 일시와 장소는 연구참여자와 협의하여 정하였으며, 연구참여자가 가능한 일정과 접근하기 쉬운 지역을 우선 고려하였다. 인터뷰를 실시한 장소는 가능한 한 독립된 공간으로 확보하여 개별인터뷰에 집중할 수 있는 분위기를 조성하였다.

연구참여자에게 연구참여에 대한 설명을 하였고(연구대상자 설명문 ver 2.1 제공), 자발적인 의지에 따라 연구에 참여한다는 것에 대한 확인을 받았고, 자발적인 연구참여에 대한 동의서를 작성하도록 안내하였다.

사전에 구성한 반구조화된 질문을 기초로 연구자가 질문하고, 연구참여자가 답변하는 형식을 취하였으며, 사전에 구성한 질문이 아니라고 하더라도 연구참여자의 거주 및 치료실태를 확인하기 위하여 추가적인 질문을 하여 답변을 받았다.

인터뷰 시간은 최소 30분에서 최대 70분까지 진행되었으며, 연구참여자의 사전 동의를 받아 녹음한 파일을 문자형태로 전사하여 연구자료로 활용할 수 있도록 하였다. 본 면접조사에 대해서 보건복지부 공용심위원회로부터 인간대상 연구에 대한 계획을 승인받아 진행되었으며, 인간대상 연구에 대한 윤리지침을 성실히 준수하였다.

<표 110>은 참여 정신장애인 당사자들의 정보를 보여준다. 총 21명의 참여자들이 인터뷰에 참여하였고 모든 참여자들이 조현병이나 조현정동장애를 진단받았다. 모든 환자들이 환청, 환각, 망상 등의 정신병적 증상을 경험했던 것으로 밝혀졌다. 성별을 남자가 15명 (71.4%), 그리고 여자가 6명 (28.6%)였고 평균연령은 약 36세였다. 장애등록여부를 질문하였을 때 7명 (33.3%)는 등록장애인이 아니었다. 설문조사의 경우 연구참여 조건이 등록장애인이어야 한다. 그러나 질적연구의 경우 비등록장애인 역시 참여를 허용하도록 국가인권위원회의 요청이 있었다. 이 요청은 다음과 같은 이유로 이루어졌다. 첫째, 장애인복지법에서 정의한 등록 정신장애인 요건이 임의적이고 과도하게 기능의 제한을 요구한다는 비판이 있다. 과연 미등록 장애인들의 기능과 현실을 일부 조사하기 위해 미등록 장애인들을 일부 포함하여 질적연구를 진행했다.

둘째, 장애인등급제 폐지에 대한 논의가 높다. 어떤 방식으로 장애인등급제를 개선할지에 대한 고민을 하는 과정에 미등록장애인들의 목소리가 반영되는 것은 중요하다.

<표 110> 정신장애인 개별인터뷰 참여자 정보

번호	이름	성별	연령(만)	정신질환	장애등록여부
1	황 ○ ○	남	28	조현병	장애등록 ×
2	김 ○ ○	남	28	조현병	장애등록 ×
3	황 ○ ○	남	25	조현병	장애등록 ×
4	최 ○ ○	여	32	조현병	장애등록 ○
5	장 ○ ○	남	26	조현병	장애등록 ×
6	이 ○ ○	여	41	조현병	장애등록 ○
7	고 ○ ○	남	33	조현병	장애등록 ×
8	최 ○ ○	남	50	조현병	장애등록 ○
9	반 ○ ○	남	28	조현병	장애등록 ×
10	강 ○ ○	남	41	조현병	장애등록 ○
11	윤 ○ ○	여	71	조현병	장애등록 ○
12	이 ○ ○	여	54	조현병	장애등록 ○
13	양 ○ ○	남	28	조현병	장애등록 ○
14	김 ○ ○	남	45	조현병	장애등록 ○
15	황 ○ ○	남	40	조현병	장애등록 ×
16	홍 ○ ○	남	28	조현정동장애	장애등록 ○
17	안 ○ ○	남	40	조현병	장애등록 ○
18	한 ○ ○	여	26	조현병	장애등록 ○
19	최 ○ ○	여	45	조현병	장애등록 ○
20	김 ○ ○	남	40	조현병	장애등록 ○
21	김 ○ ○	남	39	조현병	장애등록 ○

<표 111>은 가족 FGI가 이루어진 지역과 참여자 수를 보여준다. 가족 FGI는 서울, 대구, 광주, 인천에서 이루어졌고 개별 FGI에는 5명의 가족이 참여하였다. 이들 가족들은 가족협회의 도움으로 만날 수 있었다.

<표 111> 가족 FGI 참여자 정보.

번호	가족 FGI 지역	참여자수
1	서울	5인
2	대구	5인
3	광주	5인
4	인천	5인

<표 112>은 전문가 FGI에 참여한 전문가들의 정보를 보여준다. 총 4개 광역단체에서 이루어졌다. 이들 FGI에는 5명의 전문가들이 참여했다. 부산에서 이루어진 FGI에 참여자들은 병원, 요양원, 주거시설, 클럽하우스, 그리고 소테리아 등에서 일하는 경력 10년~20년의 정신건강사회복지사들이었다. 대구에서 이루어

진 FGI에는 낮병원과 주거시설을 운영하는 정신병원에서 근무하는 정신건강사회복지사 2명, 정신건강복지센터에서 일하는 임상심리사 2명, 그리고 정신장애인 옹호단체를 운영하는 정신보건 임상심리사가 참여했다. 광주에서 이루어진 FGI에는 정신요양시설과 주거시설과 같은 정신재활시설에서 일하는 간호사 2명과 사회복지사 3명이 참여했다. 마지막으로 인천에서 이루어진 FGI에서는 단기전환시설의 시설장인 정신건강사회복지사, 주거시설을 운영하는 정신건강사회복지사, 정신건강센터에서 일하는 정신건강간호사, 그리고 주거시설 및 주간이용시설 시설장으로 일하는 경력 20년 이상인 정신건강간호사 2명이 참여하였다.

<표 112> 전문가 FGI 참여자 정보

번호	전문가 FGI 지역	참여자수	참여자 직무 정보
1	부산	5인	병원 요양원 주거시설 클럽하우스 소테리아 경력 10-20년 정신건강사회복지사
2	대구	5인	낮병원 위주, 주거시설 동시 운영하는 정신병원 정신건강사회복지사 각 1명, 정신건강복지센터 임상심리사 2명, 시민단체 운영 정신보건 임상심리사
3	광주	5인	정신요양시설 주거시설 등 정신재활시설 간호사/사회복지사
4	인천	5인	서울 하프웨이하우스(단기 전환시설) 주거시설 정신건강사회복지사 2명, 정신건강센터 부센터장 주거시설 주간 이용시설 시설장 경력 20년 이상 된 정신건강간호사 3명

당사자 개인 대상 질적 연구는 반구조화된 설문지를 사용하여 진행되었다. 주요 영역은 입퇴원 경험, 지역사회에서 이용한 서비스 경험, 가족/동료와의 경험, 주요 도움과 걸림돌과 관련된 자원, 이용한 서비스/프로그램 효과성에 대한 안내에 대한 경험, 「정신보건법」 개정전후의 변화에 대한 경험, 지역사회 삶을 위해 필요한 변화 등등에 대하여 자료를 수집하였다.

3. 자료분석

Atlas.ti 프로그램을 활용하여 질적연구 자료에서 코드와 공통된 코드의 주제(theme)를 추출하였다.

4. 연구결과

1) 중증정신질환 환자 개별인터뷰

정신장애인(14명)과 미등록 중증정신질환 환자(7명)을 대상으로 이루어진 연구결과 13개 주제(theme)와 51개 코드가 추출되었다. 13개 주제들은 다음과 같다.

(1) 정신병원 입원 관련 경험
(2) 정신병원 퇴원 시 지역사회 재통합을 준비에 대한 경험
(3) 2017년 5월 30일에 발효된 「정신보건법」 개정 전후 변화에 대한 인지
(4) 지역사회 정신건강서비스에 대한 평가
(5) 중증정신질환 환자와 그들의 가족들의 사회경제적 지위와 경험하는 서비스 질
(6) 기초생활수급권이나 생계를 위한 정부지원에 대한 경험
(7) 환자-의사 파트너쉽(partnership)
(8) 근거중심실천(Evidence Based Practice: EBP)에 대한 경험
(9) 지역사회 재통합을 위한 장애물과 성공요인.
(10) 지역사회 편견 및 차별경험과 이런 경험이 지역사회 재통합에 미치는 영향
(11) 가족이나 친구 및 동료들에 제공하는 사회적지지 및 갈등 경험
(12) 동료지원가 및 당사자 주도모델에 대한 의견
(13) 2018년 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 권고

(1) 정신병원 입원관련 경험

정신병원내 인권침해: 정신병원의 폐쇄된 공간이 만드는 환자들과 병원직원간의 권력불균형으로 인하여 많은 환자들이 인권침해가 생각보다 쉽게 발생하였다. 특히 일부 정신병원에서 과도하게 사용되는 강박 등의 신체의 자유를 제약하는 치료접근은 회복을 위하여 필수적인 자아존중감이나 자아효능감과 같은 심리적 자원 형성에 부정적인 영향을 줄 것으로 판단된다. 아래 인용은 조현병환자로서 정신병원에서 보호사로 일한 경험이 있는 연구참여자의 인터뷰에서 찾았다.

"제가 정신병원에서 사람 묶는 보호사의 역할을 한 2달 했거든요. 잡으려고 하면 난리치는 사람이 좋아. 어떤 사람들은 보호사 서가지고 눈짓을 하면 사람이 침대에 가서 딱 누워. 인간이 그렇더라구요. 인간이 적응을 하면 눈짓을 하면 내가 묶게 되는구나 해서 침대에 가서 딱 누워요. 그게 인간이더라구요. 정신병원 안에서 정신장애인들이 자신이 인간인지 권리가 뭔지... 의사들은 손도 안되도 다른 사람들이 알아서 하니깐. 간호사나 보호사가 자신을 학대하는데 학대가 뭔지도 모르고." (14번 김xx)

보호자에 의한 강제입원: 강제입원은 보호자에 의해서 이루어진 경우가 대부분이었다. 보호자가 "강제"로 환자를 입원시키는 경우보다는 환청/환각/망상 등의 상황이 일상기능을 저해할 뿐만 아니라

병식 (illness insight)이 없는 상황에서 보호자가 응급상황에 대처하기 위해 강제입원 시키는 경우가 더 빈번해 보였다.

"강제입원이라고 했던 것은 아직 자기표현을 못하고 표현의 자유가 없었기 때문이구요.. 자발적 퇴원의사에 대해 부모님이 신뢰하지 못했어요. 부모님, 보호자 동의로 강제 입원을 하게 된 것이라고 보시면 되요." (16번 홍xx)

지역사회 나가고 싶었음: 강제입원을 경험한 연구참여자들은 상황이 허락하다면 병원 밖으로 나가고 싶었다고 보고하였다.

"병원에 오래 있는 사람들이 제일 불쌍하죠. 병원에서 자유도 없고. 어떤 애가 병원에서 나와서 생활해도 될 만한 애인데 어머니가 아프니까 퇴원을 못시켜서 내가 동료지원가로 일한 병원에서 15년인가를 병원에 있나 봐요. 15년을 입원해 있었는데 그 애한테 아이가 하나 있었어요. 그런데 아이가 보고 싶어서 도망을 나갔어요. 그런데 병원에서 없어졌다고 알아내서 병원에 도로 실려가서." (11번 윤xx).

열악한 입원환경: 연구참여자들이 정신병원의 환경이 열악하다고 지적하였다. 일부 환경의 경우 정신질환 증상치료를 저해할 정도로 보인다.

"(입원)혜택이 거의 없어요. 병상 수에 따라 입원비가 결정되는데요, 입원실에 베드가 10개 있는 곳에 입원했고, 온돌인 곳도 있어요... 잠금장치나 CCTV도 없었고, 방에 사람이 너무 많으니까 생활에 있어서 좀 삶의 질 만족도가 떨어질 수밖에 없어요. 병원에는 청소부를 별도로 두지 않고, 복도나 화장실까지도 환자가 청소해요. 시간이 흐르니까 반항하는 사람이 생겨서 의료진이랑 갈등이 생겨서 결국 청소부를 두긴 했는데. 싸움도 발생했어요." (16번 홍xx)

(2) 정신병원 퇴원 시 지역사회 재통합을 준비에 대한 경험

미래에 대한 계획, 비전, 꿈 부재: 환자들은 입원 이후 겪게 되는 일상기능 및 사회관계역량 저하에 더하여 중증정신질환이 가지는 편견과 차별로 경험할 부정적인 상황들을 걱정하였다.

"(병원에 입원하셨다가 퇴원하실 때 뭐가 제일 걱정되셨어요?) 가장 큰 건 처음 발병할 때부터 내가 정신병원에 다녀오고 나서 내가 영원히 내 친구들에 비해 뒤지겠다.. 이런 두려움... 무서웠던거죠, 내가 이 병(조현병)으로 인해서 친구들에 비해 완전히 뒤처지는 거 아닌가." *(14번 김xx)*

잘못된 금전적 유인 (financial incentive)가 장기입원을 촉진함: 입원기관에 따라서 급여가 부분 삭감되는 제도가 의료급여제도 및 건강보험제도에 있음에도 불구하고 현행 제도는 성공적인 퇴원보다는 장기입원을 촉진시키는 것으로 파악된다.

"(병원 내에서 의사와 다른 전문인력 간의 의견교환이 활발하게 이루어지나요?) *그런 문화 아니에요. 그냥 의사가 일 년이 지나도 인터뷰도 안 해요. 그냥 병원에 두는 거예요. 입원한 수대로 수당을 받잖아요. 그러니까 퇴원하는 것보다 입원하는 게 (병원에서는) 좋은 거예요.*" (11번 윤xx)

장기입원 이후 기능상실: 대부분 정신병원의 치료목표는 급성증상 완화이다. 이로 인해 일부 환자들은 일상기능 및 사회관계를 맺는 역량이 상실되는 퇴행 (decompensation)이 발생하였다.

*"저는 피부에 와 닿진 않아요, 없는 거 같아요. 퇴원을 일단 하면서 사람이 퇴폐적(**폐쇄적이라는 말인 것 같음**)으로 변해요. 은둔하게 되고. 빛을 보기가 싫고, 귀찮아요. 저는 원래 운동하는 거 좋아하고 나가는 거 좋아하고 그랬는데, 퇴원하니까 집에만 계속 있고 싶고 먹고 자고 먹고 자고 돼지처럼. 그런 현상이 있더라구요." (18번 한XX)*

병원에서 지역사회 복귀를 위한 서비스를 제공하지 않음: 퇴원하는 중증정신질환 환자들을 위한 퇴원계획의 중요성은 체계적 문헌 검증에서도 밝혀질 정도로 이들이 퇴원하기 전 병원에서 이루어지는 퇴원계획은 환자의 지역사회 재통합에 필수적이다 (Babalola 외, 2014). 안타깝게도, 본 연구의 참여자들 중 퇴원계획을 했던 사람은 서울시내 대학병원에 입원했던 소수에 불과했다. "만성 환자"들을 수용하는 중소형 정신병원에 입원했던 환자들의 경우 대부분 퇴원계획수립을 경험하지 않은 것으로 나타났다.

"(혹시 정신보건센터는 안 가셨나요?) 그 쪽이랑은 연결이 안 되었어요. 가보려고 했는데 거기는 못 갔어요. (그럼 병원에서 그런 안내는 못 받으셨어요?) *네. 병원에서는 그런 말씀을 잘 안하시더라고요."* (9번 반xx).

퇴원 후 일상생활이 어려움: 입원과정에서 발생한 일상기능 및 사회관계역량 퇴행은 퇴원 후 일상생활에 악영향을 미쳤다. 그에 더하여 퇴원계획 없이 병원을 떠난 환자들은 지역사회에서 일상으로 돌아가는데 상당한 어려움을 호소하였다.

"(혹시 병원에서 퇴원하셔서 밖으로 나오실 때 어떤 부분들이 염려되셨어요?) 직업 갖는 거랑 적응할 수 있을지. 기능이 많이 떨어졌어요. 병원에서 오래 있다 보니깐. 처음에 입원했을 때는 기능이 많이 떨어져서 지나가는 차 소리만 들어도 깜짝 깜짝 놀래버렸거든요. 예민해지고." (15번 황xx)

(3) 2017년 5월 30일에 발효된 정신보건법 개정법 전후 변화 인식

정신보건법 개정에 대한 지식 및 변화 체감: 연구 참여자들에게 2017년 5월 30일에 시행된 정신건강복지법 개정 전후로 지역사회 서비스의 양과 질에 변화가 있었는지 질문하였다. 대부분의 참여자들이 서비스의 변화를 정신건강복지법 개정 뒤에 인지하지 못했다고 응답하였다.

"(정신보건법 개정 후 지역사회에서 살아가면서 어떤 변화를 있었나요?) *체감적으로는 느껴지지 않아요. 뉴스에서는 바뀐다, 바뀐다 그러는데 느껴지지 않아요. 아는 사람이 퇴원을 한 경우도 없었어요.*" (13번 양xx)

추가 질문으로 2016년 12월 31일 대비 2018년 4월 23일 입원병상 수가 거의 줄지 않았다 (3.9% 하락)는 정보를 제공한 다음, 왜 중증정신질환 환자들이 강제입원이 어려워졌음에도 불구하고 지역사회로 나와서 살지 못하는지 질문하였더니 다음과 같은 코드들이 목격되었다.

지역사회의 자원의 양과 질이 변화하지 않았고 아직 많이 부족: 연구 참여자들은 정신병원에 입원하는 것이 지역사회에서 정신재활시설에 의지하여 거주하는 것보다 더 나은 선택이라고 보는듯하였다.

"(정신보건법이 개정되면 병원에 있는 환자들이 많이 퇴원을 할 것이라고 생각했었는데 그렇지 않다고 해요. 어떤 이유로 그렇다고 생각하세요?) *대체적으로 갈 데가 없기 때문이죠. 그러니까 다시 복귀하고. 또 수급자 같은 경우에는 의료비가 싸니까. 사회복지시설이나 다른 요양시설로 안가고 병원을 다시 찾는 것 같아요.*" (17번 안xx)

퇴원을 할 수 있다는 생각조차 환자들은 없음: *많은 환자들이 이미 정신병원에 입원하여 사는 방식에 익숙해져서 지역사회에서 살아갈 수 있다는 생각을 못하는 듯이 보였다.*

"*애들이 재활해서 바깥에 나가서 살고 그런 그림을 그리지 못했어요. 그래서 지금 선생님이 말씀하신 것처럼 3개월로 입원기간도 줄었고, 사회복지사들이 도와주고 독립주거생활을 하도록 하는 이런 생각을 한 게 얼마 안돼요. 그냥 병원에 살고 이제 그게 과거예요.*" (11번 윤xx).

보호자에 의한 입퇴원: 일부 중증정신질환 환자들은 보호자인 가족들에 의해서 입원을 하도록 종용받으면서 자의입원을 하고 있음에도 병원 밖으로 나오지 못하는 것으로 파악된다.

"*부모, 일단 부모, 가족들이 동의를 안 해주는 것 때문에. 나오면 사고만 친다 그런 인식 때문에 그런 것 같습니다. 저도 1년 동안 그렇게 살라는 게 그런 이유 아니겠습니까? 3개월만 살다 나올 수 있는데 1년을 살라니까.*" (4번 최xx)

병원에 있는 게 제일 편하다는 생각: 장기입원을 했고 회전문 입원을 반복했던 환자들 중 일부는 병원에 거주하는 것이 더 안전하고 편하다고 느끼는 것으로 파악된다.

"(병원 입원해 보면 굉장히 오래 입원해 계신 분들도 계시잖아요. 혹시 그 분들은 왜 퇴원하지 않고 계속 계신 거 같으세요?) *거기서 제일 편해서 있는 것 같아요. 밖에 나가면 뭐 힘든 점도 많고 그런데 병원에서 밥 먹으면서 편하게 지내면서.*" (9번 반xx)

(4) 지역사회 정신건강서비스에 대한 평가

"지역사회의 정신건강서비스에 대한 평가" theme은 지역사회에서 거주하고 치료받기 위해서 필요한 서비스들에 대한 중증정신질환 환자들의 생각을 보여주는 코드들을 포함한다. 그 결과 외래치료 뿐만 아니라 거주 지원 및 사회서비스에 대해서도 평가들을 해당 theme은 보여준다. 해당 theme에서는 지역사회에서 거주하는 중증정신질환 환자들이 서비스에 대한 접근성 및 이미 만들어져 있는 서비스의 효과성에 대한 연구 참여자들의 생각을 보여준다.

성공적인 복약관리를 위한 투쟁: 복약관리는 외래 정신건강서비스 기관에서 이루어졌다. 환자들이 느끼기에는 짧은 시간의 진찰시간동안 정신의학전문의가 복약관리에 대해서 질문하고 복약관리의 중요성을 간단히 강조하는 수준에서 이루어지는 것으로 보인다. 일부 연구 참여자들은 약이 가지는 부작용이 중요한 복약관리 저하 위험요인임을 보여주었다.

"제가 처음에 정신분열증 약하고 우울증 약을 동시에 먹어서 자살충동이 있었는데, 저는 우울증 약 하나 정도만 먹었어야 된다고 저는 생각합니다. 그런데 약을 너무 강하게 먹어서 부작용이 있었던 듯합니다...자살충동 그것도 있고, 근육에 힘이 빠지는 신체불능 상태도 나타났었고 " (2번 김xx)

약 부작용이 있음에도 불구하고 성공적인 복약관리는 중증정신질환 환자들이 회복하는 과정에서 중요한 필수조건으로 보였다.

"처음에 병원에 있을 때 처음에 부작용이 심했거든요. 눈도 배도 아프고. 재발 했을 때 제가 생각이 바뀌면서 약을 계속 먹어야겠구나... 생각도 또렷해지고 원래대로 돌아온 거 같아요... 약이 더 긍정적인 생각을 갖게 했고 10년을 했기 때문에 대인관계도 유지된 거죠." (21번 김xx).

정신보건 서비스 공급자들의 연계노력의 효과성: 서비스 공급자들 간의 연계노력을 통해 참여자들은 자신에게 필요한 서비스를 찾을 수 있었다.

"정신보건센터 (정신건강복지센터)에서 이용병원을 연계해 주셨어요. 그 때 제가 일을 해 볼려고 면접을 가서 합격을. XX라는 회사였는데 장애인 바리스타를 모집을 하더라구요. 그래서 거기서 통과를 해서. 울산에 있는 장애인 직업 훈련하는 곳이 있어요. (거기서 도움 받았어요.) " (6번 이xx)

효과적인 서비스의 부재: 일부 참여자들은 이용시설에서 제공되는 서비스에 대해 부정적으로 평가했다. 좀 더 체계적이고 효과적으로 보이는 활동들이 있어야 한다고 주장하였다.

"재활 프로그램 받는 사람의 목적이 심심하고 따분하기 때문에 놀러가는 분위기가 많아요... 더 낫기 위해서 혹은 훈련이 필요해서 가는 것은 아니라는 거죠.... 환자 수나 회원 수가 많아야 프로그램 활동비도 지원받고 직원도 더 채용할 수 있어요. 치료의 목적이 아니라 많은 회원을 늘리고 이용할 수 있는 회원들이 돈이 되니까 잡아두는 거라고 봐야 해요." (16번 홍xx)

취업연계 및 직업훈련: 취업연계 및 직업훈련이 많은 도움이 되었다는 보고도 많았지만 일부 참여자들은 직업훈련이나 취업연계를 통해서 찾게 되는 취업기회들이 자신이 가지고 있는 능력이나 학력에 맞지 않는다고 느끼기도 하였다.

"(생활에 필요한 훈련들 따로 받으신 적은?) *직업 훈련을 받은 적은 없어요. 그냥 단순하게, 아예 없는 건 아닌데 라이타를 꽂는 걸 배운 적은 있어요...단순한 노동을 배울 순 있었어요.*" (19번 최xx)

중증정신질환 발병시 초기개입 미비와 이에 따르는 가족부담: 모든 참여자들이 중증정신질환 중 조현병을 진단받았다. 이들이 처음 조현병 증상을 겪을 때 이를 위한 치료가 이루어지는데 상당한 시간이 걸렸다. 공식 정신의료기관에 가기 전에 민간요법에 의지하는 경우들이 목격되었다.

"애한테 마가 씌였다고. 엉뚱한 소리를 한다고. 그래서 제가 합천에 있는 무슨 절에 들어갔어요. 머리 깎았어요, 그 때 제가 23살-24살이에요. 아빠가 있으라고 하더라구요. 거기서도 이상한 일 많이 겪었어요." (19번 최xx)

급성기 상황에서 지역사회 치료대안은 정신병원 입원이 유일함: 급성기를 경험하는 환자들은 대부분 정신병원으로 재입원할 수밖에 없었다. 정신병원 입원 이외에 급성기 시 치료받을 수 있는 대안이 지역사회는 없었다.

"*저는 정신병원에 들어가는 게 가장 큰 해결책이라고 생각합니다. 자살을 막아주는, 저는 그렇긴 하지만 사람이 옆에서 지켜봐주지 않으면 스스로의 힘으로는 이겨내기가 참 힘듭니다.* (내가 정말 위험한 상태다 싶으면 스스로 정신병원에 입원하실 거예요?) *네.*" (2번 김xx)

별 활동없이 집안에서 시간을 보냄: 직장에서 취업활동을 하거나 지역사회 정신재활시설에서 서비스를 받지 않는 참여자들은 별 활동 없이 집에 머무르는 경우가 빈번하였다.

"*제가 다니던 낮 병원에 있는 보호자들을 통해 나오게 했거든요. 보호자들이랑 얘기하다가 보호자 자식 분들이 안에서 컴퓨터만 하다가. 지금은 두 분이 제가 다니는 낮 병원에서 프로그램을 참여하면서 집에서 컴퓨터만 하는 거랑은 다르다고 말씀하시더라고요.* " (21번 김xx)

정신의학전문의와 다른 전문의들 간의 장벽: 중증정신질환 약을 먹는 과정에서 감기나 다른 신체질병 질환을 겪는 경우에는 정신의학전문의와 다른 전문분야 의사들과 협의가 있어야 한다는 것이 협의치료 (coordinated care)의 기본적인 철학이다. 이런 협의치료를 경험한 연구 참여자들을 찾기 힘들었다.

" (*(정신과가 아닌)* 병원 갈 일이 있잖아요? 약들이 서로 상충될 수 있는 경우가 있는데 정신과와 일반 병원이 서로 이런 정보를 공유하고 협진이 이루어지나요?) *그런 거 없는 거 같아요. 먼저 뭐 복*

용하고 있는지 물어보지도 않고, 그리고 제가 말하지도 않고." (18번 한xx)

(5) 중증정신질환 환자와 그들의 가족들의 사회경제적 지위와 경험하는 서비스 질

중증정신질환 환자 및 가족들의 사회경제적 지위가 당사자의 회복에 미치는 영향이 있냐는 질문에 참여자들은 영향이 매우 크지는 않지만 일부 있다고 대답하였다.

"(당사자나 가족의 소득수준에 따라서 당사자들의 삶의 질이나 치료 수준에 영향을 준다고 생각하시나요?) 가족들 소득 이런 게 실제로 아주 중요한데. 그것 보다는 가족들의 지지, 사랑, 서로가 가족이라는 그 생각. 그게 더 중요하다고 생각해요. 근데 하나는 기본적인 경제력은 되어야 해요. 기본적인 경제적 수준이 되야지 부모나 형제가 해줄 수 있지." (14번 김xx)

(6) 기초생활수급권이나 정신장애인 사회서비스에 대한 경험

정신장애인들은 기초생활수급제도 뿐만 아니라 각종 장애인들을 위한 서비스를 이용할 수 있다. 35%의 미등록 중증정신질환 환자들의 경우는 이들 제도에서 제외될 가능성이 높다. 기초생활수급권으로 상징되는 각종 정부의 생계지원에 대한 경험을 질문했을 때 다양한 경험들이 발견되었다.

기초생활수급권에 대한 양가감정: 일부 연구 참여자는 기초생활수급을 통해서 받는 혜택이 감사하기는 하지만 궁핍한 생활을 유지해야하는 상황을 보고하였다.

"지금 수급자를 하지만, 딱 한 달 살면은 빠듯하게 나오잖아요. 거기서 아껴 쓰면 저축을 할 수도 있겠지만, 일반 사람들이 할 수 있는 여가생활이라든가 어떤 치장? 먹고 싶은 거? 고급스러운 먹고 싶은 거 아무래도 좀 자제를 해야 된다고 그런 것들이 좀 있는 것 같아요." (6번 이xx)

기초생활수급권이 박탈되는 것에 대한 두려움: 기초생활수급권은 장애등급, 부양자 유무 여부, 그리고 소득수준에 따라서 결정된다. 일부 정신장애인들은 직업을 통하여 회복하는 과정에서 기초생활수급권을 보호하기 위하여 노동시장에 참여하는 수준을 조정하기도 한다.

"(중증정신질환 환자 중) 거의 일을 하지 않는 분들이 많아서(요). 그 중에 하나가 진짜 성공한 거고. 내가 아는 분들 중에는 거의 다 일을 안 하시는 것 같아요. 수급자도 있으시고... 수급자도 돈 벌면은 15만원 이상 벌면 안 되잖아요. 기능을 어느 정도 키우고 나서 나가서 일을 하면 좋은데 수급이 걸리는 문제가 많아요." (15번 황xx)

정신장애인 서비스 종류 및 질과 효과성: 기초생활수급권을 가진 응답자들을 제외하고는 일반 장애인들이 주로 이용하는 각종 혜택을 이용하는데 지원책이 집중되어 있었다. 이런 혜택이 환자들의 회

복을 지원하는 효과성이 있다고 보기에 어려움이 있었다.

"(퇴원을 하시고 나서 정부의 복지혜택, 장애인연금, 주거 복지 지원제도에 대해서 도움을 받으신 적 있으세요?) 복지카드를 받은 거 외에, 교통카드. 그거 밖에 없어요. 그리고 오늘도 핸드폰 가게 대리점가서 장애 증명서를 갖다가 오늘 아침에 그걸 줬더니 할인 혜택을 받았거든요." (17 안xx)

(7) 환자-의사 파트너쉽(partnership)

정신의학전문의가 운영하는 외래 정신과 의원은 정신질환 "치료"를 받는 가장 핵심적인 기관이었다. 그리고 정신병원에서 입원 시에도 환자들은 정신의학전문의와의 관계에서 대부분의 치료서비스를 받았다. 본 주제에서는 정신의학전문의와 환자와의 관계성을 보여주는 코드들과 개별 코드에 대응하는 인용문들을 발견하였다.

약에 대한 자세한 설명이 부족: 성공적인 복약관리가 회복의 필요조건임에도 불구하고 환자들은 정신의학전문의로부터 약에 대한 자세한 설명을 받지 못한 것으로 나타났다. 설명을 하였더라도 환자가 이해하지 못했을 수도 있지만 환자들의 눈높이에 맞는 복약관리제도가 필요하다.

"무슨 약이 들어가는 지도 이야기를 안 해주신 거 같아요. 병원에 있을 때 이약이 들어갑니다. 이런 이야기를 안 해 준 거 같아요. (어떤 약을 복용하고 있는지는 언제 아시게 되셨어요?) *나와서 의사선생님께 물어봤죠. 봉지에 써 있는 거 보고 알았죠.* (15번 황xx)

정신의학전문의의 권위적 태도: 환자들은 자신이 어떤 치료서비스를 받는지에 대해 설명을 거의 듣지 못할 뿐만 아니라 환자들의 요구를 고려하지 않은 의사의 권위적 서비스를 받도록 강요받는 경우도 있었다.

"병원가면 조금, 약물 늘려줄 적에 짜증나요. 의사선생님이 봄철이나 그 때 즈음 갑자기 좀 늘려봐야겠다고 그래서 계속 그렇게. 저 음성이래서 좀 늘렸을 때 약을 먹으면 부작용 같은 것이 좀 더 많이 늘어나는 경우가 있어가지고. (그럼 약을 증가시키는 것에 대한 설명을 들으셨어요?) *없어요."* (1번 황xx)

(8) 근거중심실천 (evidence-based practice; EBP)에 대한 경험

근거중심실천 또는 증거기반실천은 정신건강서비스의 효과성이 실증적으로 과학적 임상시험에서 검증된 약물 또는 비 약물 접근들을 가르친다. 이미 1990년대 중반부터 서구에서는 근거중심실천을 제공해야한다는 논의된 이후로 오늘날에는 근거중심실천이 아닐 경우에 건강보험사가 수가제공을 하지 않는 경우가 있을 정도로 어떤 정신건강서비스를 제공할지에 대한 중요한 기준이 된다. 근거중심실천의 또 다른 강조점은 환자들이 의사와 주요한 파트너쉽을 가지고 치료방법 선정에 적극적으로 참여해야 한다는

것이다. 본 연구는 중증정신질환을 앓고 있는 환자들이 이런 근거중심실천의 혜택을 받고 있는지 질문하였다. 연구 참여자들에게 근거중심실천 (또는 증거기반치료)를 오랜 치료기간동안 들어본 적 있는지 질문하였다. 용어에 대한 노출이 없을 시를 대치하여 연구 참여자들이 정신의학전문의에게서 당시 받던 치료나 서비스가 연구에서 효과성이 검증되었었다는 이야기를 들었는지를 질문하였다.

근거중심실천에 대해서 들어보지 못함: 위의 질문들에 대해 긍정적인 응답을 제공한 환자들은 아무도 없었다.

"(혹시 근거중심실천이나 근거중심의학에 대해 들어보신 적 없으세요? 의사 선생님 약 받으실 때 연구나 이런데서 효과성이 입증됐다 이런 설명 안하셨어요?) 효과성에 대한 이야기는 못 들어봤어요. 약의 부작용이나 효능에 대해 설명하게 되면, 어떤 것을 복용하는지 성분이나 제조도 설명하지 않거든요. 병원 내 원무과에서 약을 주고, 약에 대해 물어보려고 하면 환자 본인이 달라고 처방전을 요청해야지만 줬어요. (16번 홍xx)

근거중심실천이라고 볼 수 있는 비 약물치료 (심리치료)를 받은 적이 없음: 1990년 후반을 기점으로 무작위할당 임상시험 (randomized clinical trial)에서 효과성이 있는 것으로 발견된 다양한 심리치료들이 매뉴얼로 출판되었다. 본 연구에 참여했던 환자들 중 구조화된 심리치료를 받았던 경험이 있는 환자들은 극히 소수였다.

"(심리치료를 받은 적 없나요?) 심리치료에 대해 들어본 적 없어요. 지지요법으로 정신과 외래 상담하는 것이 전부예요. 심리치료라고 할 만 한 것은 장애인 등급 받기위해 종합적인 검사를 한 것 밖에 없던 것 같아요." (16번 홍xx)

(9) 지역사회 재통합을 위한 장애물과 성공요인

연구 참여자들은 중증정신질환 환자들이 정신병원에서 퇴원한 뒤 지역사회에 성공적으로 재통합하는 과정에서 장애물과 성공요인들을 인터뷰를 통해서 제시하였다.

회복을 위한 개인의 의지가 핵심: 지역사회에 재통합하기 위해서는 환자 자신의 의지가 매우 중요한 역할을 하였다. 환자들이 회복을 할 수 있다는 자신감에 더하여 주변의 적절한 도움들이 효과적이었다. 환자가 회복을 할 수 있다는 자아효능감을 높일 수 있는 프로그램들이 절실해 보인다.

"저는 도움을 받았지만 자기가 깨우쳐야 회복이 되지 누군가가 주입식으로 해봤자 회복이 안 되거든요. 자기만의 생각과 주위의 도움을 받으면 자기의 앞길이 좋아진다는 생각을 했어요. 가족의 도움도 받고 센터나 사람들의 도움도 받아서 제가 회복이 됐지 그렇지 않았으면 제가 회복이 안 됐을 거라고 생각이 들어요." (21번 김xx)

취업생활은 회복이 이루어지는 핵심과정: 취업생활을 하는 과정에서 직장생활 관련 스트레스로 인하여 급성기 증상을 경험하는 경우도 있었지만 취업생활을 통해서 지역사회에 재통합이 완성되는 모습 역시 목격되었다.

"하루는 방안에 앉아있는데 몸이 쳐지니까, 이러다가는 내 인생이 엉망이 되겠다. 경각심이 드는 거예요. 먹고 자고 먹고 자고 하는 건 사는 게 아닌 거예요. 직장을 연결해달라고 했어요....이러다가 내 인생이 엉망이 되겠다 해서 한번 일해보자 해서 닥치는 대로 일했어요." (19번 최xx)

(10) 지역사회 편견 및 차별경험과 지역사회 재통합에 미치는 영향

중증정신질환 환자들이 지역사회에서 거주하는 과정에서 다양한 삶의 영역에서 편견과 차별 경험을 경험하는 것으로 알려져 있다. 해당 주제는 편견 및 차별경험을 묘사하고 이런 경험들이 지역사회에 재통합하거나 환자가 회복하는데 미치는 영향을 탐색하였다.

구직과정 장벽 및 직장생활에서 어려움: 정신장애인에 대한 편견 때문에 차별당한 경험은 쉽게 발견되었다. 특이한 발견은 사람들마다 가지고 있는 편견 수준이 다르고 중증정신질환을 가진 회사동료가 안전하게 회사에 다닐 수 있도록 도와주는 경우에 더하여 편견을 가지고 대하는 상황이 동시에 발생할 수 있다.

"XX마트에 가니까 저는 장애가 있다 얘기하니까 쓰라고 하더라구요. 거기서 같이 팀장님이랑 5년을 일했어요. 얘는 아프니까 마감은 시키면 안 돼, 10시까지만 일 해야 해 배려를 해 주시더라구요. 근데 문제가 뭐냐면 새 팀장님이 왔는데, 광명에 있다가 파주로 발령받아서 나가있는데 2주 정도 나가있는데 새로운 팀장님이 왔는데, 나를 안 좋게 보더라구요" (19번 최xx)

사회관계에서 오는 스트레스: 중증정신질환이 정체감을 형성해버린 현실에서 사회관계의 어려움을 겪기도 하였다.

"(이성만남을 시도해보신 적 있으세요?) (진단) 이후로부터 한 4명을 만나봤거든요. 사귀어봤거든요. 13년 동안. 그런데 다 병원을 다녔던 분이예요. 일반인하고는 그런 얘길 하면 괜히 핸디캡이 느껴지고 거리감을 두는 것 같거든요. 사회복지사 선생님들이나 일반인 분들도 핸디캡을 갖고 있는 사람에게 시혜적으로 대해주는 것과 이성적으로 하는 것과 거리를 두는 게 느껴졌어요." (17번 안xx)

스스로 위축됨: 중증정신질환을 진단받았다는 사실이 알려질 경우에 예상치 못한 피해를 두려워하여 지역사회에서 스스로 위축되기도 하였다.

"새로 만난 친구들 같은 경우는 환우들이 많아요...저를 전도한 교회 (중증정신질환을 진단받은)

동생이 있는데 그 동생은 (환우) 어렸을 부터 교회를 다녔어가지고 병이 발병한 것을 이야기하면은 다 소문이 나기 때문에 같이 그 병원을 다녀도 제가 그 동생이 환우라는 것을 이야길 못해요....근데 개는 그게 밝히기가 어려워요. 개 어머니가 밝히는 걸 싫어하거든요." (15번 황xx)

일반인들이 당사자들에게 가진 편견: 조현병 포비아로 상징되는 일반인들이 중증정신질환 환자에 대해 가지고 있는 편견과 차별로 인하여 상당수의 참여자들이 일상생활에서 스트레스를 받고 일부는 직업 활동을 하는데 악영향을 받기도 하였다.

"아니 뉴스에서 막 조현병 계속 네이버에서도 뜨고 조금 당황스러웠는데 그게 별로 안 좋은 사건으로 일어나서. 저는 안 그래야겠다 하는데 자꾸 일어나면 좀 조현병 환자들은 따로 격리 시켜야 된다 이런 거 일어날 때 좀 불안한 거 있어요. 저는 이해력이 조금 안 좋아서 옛날 알바 했을 때도 좀 느리다 답답하다... 욕먹을 때도 있었어요. 일을 하지 말라고 할 때(도 있고)." (1번 황xx)

(11) 가족이나 친구 및 동료들에 제공하는 사회적지지 및 갈등 경험

많은 참여자들이 가족, 친구 및 동료들과 관계에서 사회적지지 및 갈등을 겪은 경험들이 중요했음을 보여준다. 본 주제에서는 이런 사회적지지 및 갈등 경험이 구체적으로 어떻게 나타나는지를 다루었다.

가족의 지지와 갈등에 대한 양가감정: 전반적으로 가족은 중증정신질환 환자들이 의지하는 사회적지지의 핵심적인 공급자였다. 그러나 가족갈등 역시 중요한 스트레스를 일으켰다. 아래 쿼트는 병 치료 과정에서 가족들이 병을 인정하지 않음으로 인하여 적절한 치료가 방해됨을 보여준다.

"안타깝게도 저희 가족들은 제가 병이 있는 거를 인정하려고 하지 않았구요. 병 치료 받는 거에 대해서 부정적으로 보는 형제도 있었고, 너 언제까지 그렇게 살꺼니? 그렇게 얘기하는 사람도 있었고. (6번 이xx)

갈등이 있는 경우 삶의 공간이 분리됨을 통해 환자가 경험한 가족갈등이 해소되는 경우도 발견되었다.

"엄마와 떨어져 있다 보니깐 해결됐어요... (갈등이) 많이 없어졌어요. 편안해 졌어요. 보자마자 틀려졌어요. 안 봐야 돼요... 관계가 이상하면은 한 달 안보잖아요? 그럼 되게 좋아져요." (8번 최xx)

가족이 중증정신질환에 대한 이해가 부족: 중증정신질환에 대한 가족들의 이해부족이 중증정신질환 환자들이 경험하는 가족으로부터 받는 사회적지지의 질에 영향을 미쳤다. 아래 쿼트는 중증정신질환에 대한 지식부족이 환자들의 장기입원을 강화할 수 있는 가능성을 보여준다.

"가족들이 이해를 못해서 그런 것 같아요. 병에 대해서....그 남자 분은... 약을 조절하고 나서 나와서 센터에 나와서 병에 대해서 좀 알고 지식을 알면 좀 많이 나아질 것 같은데 가족들이 거기에 대해서 전혀 모르고 있더라구요. 병에 대해서 우울증이다. 그것만 알고 병원을 오래 이용하면은 기능이 다 떨어지고 그런 거에 대해서 전혀 모르고 있더라구요. 그냥 나오면 무서워한다고만 알고. 돌발행동 할까봐 병원에 입원시키는 정도지." (15번 황xx)

중증정신질환에 지식부족은 질환이 만드는 기능장애를 경험하는 환자의 상황을 가족들이 이해하지 못하는 상황을 만들어내어 또 다른 가족갈등을 야기하였다.

"(약 부작용 때문에) 내 자신이 너무 괴로워요. 내가 직장생활을 안하면 푹 자고 그럼 좋겠는데... 애가 중3이에요. 애가 학원을 갔다 오면 11시야. 마누라랑 애랑 싸우거나 내가 잠을 좀 못자면 미치겠는거지. 이해를 못해줘요. 당사자가 아니니까. 그 정도면 참아라. 괜찮다. 그렇게 되는 거고." (14번 김xx)

당사자 주도 자조모임에서 경험하는 사회적지지: *당사자들이 주도하는 자조모임에 참여하는 연구 참여자들은 그 공간에서 다른 사회관계들과 나누지 못했던 교류를 할 수 있었다. 이 과정을 통하여 회복을 위한 다양한 도움을 받았다.*

"서로 약이나 증상에 대해서 이야기 나눠가지고 서로 이해하는 데는 도움이 되는 것 같아요. 내 자신에 대해, 내 증상에 대해 이해하는 것에 도움이 되고. 여기에 와서 동료지원가 양성과정을 받았거든요. 되게 좋은 거 같아요." (15번 황xx)

중증정신질환이 만드는 증상이 사회관계에 미치는 영향: 중증정신질환이 만드는 증상들이 일부 참여자들이 사회관계를 맺는 과정에 어려움을 주었다.

"제가 많은 장점이 있다고 들었어요. 회원 분들하고 잘 지낸다고 쉽게 잘 친해지고 잘 지낸다고 얘기를 들었는데, 한 가지 단점이 있다면 상대방이 나를 다 좋게 볼 수는 없잖아요. 근데 어떤 특정 사람이 나를 부담스러워 하거나 싫어하거나 하는 느낌이 들면 제가 그거를 못 견뎌하고 떠나는 경우가 있거든요. 그래서 그 부분을 고치면 그 부분을 이겨낼려고 연습하고 훈련을 하면, xx씨는 사회적응을 잘 할 것 같다." (6번 이xx)

동네주민들과 겪는 사회적 지지 및 갈등: 연구참여자들이 거주하는 동네주민들과의 관계에서 중증정신질환에 대한 편견으로 인하여 심리적 스트레스를 겪는 경우가 일부 목격되었다.

"엄마가 증상이 심하다 보니깐 동네 분들이랑 자주 싸우셨고, 그거 때문에 동네 사람들한테 편견이 심하셔서 따돌림을 당했어요. 친구들한테도 따돌림을 당하고, 괴롭힘을 당하고요. 근데 그거를 표출을 못했어요." (6번 이xx)

친구에게 경험하는 사회적 지지 및 갈등: 전반적으로 친구들은 중요한 사회적지지 공급자였지만 중증정실질환 증상에 의해 일상기능의 저해를 경험하는 중증정신질환 환자들은 친구들과 심리적 거리감을 가끔 느꼈다.

"*(대학교에서) 혼자 공부하려구요. (대학교에서 같이 공부하는) 그 분들하고 있으면, 알게 모르게 그러면 안 되는데 자꾸 비교하게 되고, 좀 약간 괴리감이 느껴지더라구요. 그분들은 사회적으로 높은 지위에 있고, 재산도 있고, 대화를 할 때도 여행 얘기하고, 맛집 얘기 하고, 자녀분들 좋은 대학교 들어간 거 얘기하는데 저는 그냥 구석에서 그냥 좀 맞장구 쳐주고 들어 주기만 하고, 얘기할 거리가 없으니깐 뭔가 동떨어진 느낌이 들더라구요.*" (6번 이xx)

가족이 정신질환을 근거로 편견을 보임: 상당수의 가족들은 중증정신질환을 가진 환자들이 일상생활을 할 수 있다고 믿지 않는 경우가 많았다. 일상생활에 대한 편견을 근거로 일부 환자들은 권리를 침해받는 경우가 목격되었다.

"(돌볼 가족이 없어서 (병원에서) 못 나오는 건가요?) *돌봐줄 가족. 어머니가 아프시고 그런데. 못 믿는 거죠. 재활을 하려면 가족의 지지가 필요한데 재활해서 인간이 되리라고 못 믿는 거죠. 가족이 못 믿어요. 못 믿어서 퇴원을 못 시키는 경우가 많아요.*" (11번 윤xx)

당사자 동료의 사회적 지지: 대부분의 연구 참여자들은 중증정신질환을 가지고 사는 당사자 동료로부터 받는 다양한 사회적 지지를 받고 있는 것으로 나타났다. 대표적으로 대부분의 연구 참여자들은 감정적 사회적지지 (emotional social support)를 중증정신질환을 가진 동료들에게 느꼈다.

"*가족한테도 외면당하는데, 같은 당사자분들하고 지내다 보면은 마음이 편안하고, 형제 같은 느낌이 들어요. 같은 아픔이 있다 보니깐 동병상련이 있다 보니깐 서로 이해해 주고 서로 쉽게 말이 통하고 외롭게 않게 해주는 그런 존재.*" (6번 이xx)

그에 더하여 복약관리를 하는 과정에서 마주치는 약 부작용과 같은 장애물들을 어떻게 해결할지에 대해 당사자 동료와 논의하였다는 연구 참여자들의 이야기를 들을 수 있었다.

"*서로 약이나 증상에 대해서 이야기 나눠가지고 서로 이해하는데 도움이 되는 것 같아요. 내 자신에 대해, 내 증상에 대해 이해하는 것에 도움이 되고*" (15번 황xx)

사회관계에서 희생양이 되는 중증정신질환 환자: 빈번하게 발견되진 않았지만 중증정신질환을 가지고 있기 때문에 만들어지는 경제적-법적 취약성을 주변에 있는 일부 가족이나 다른 지인들이 자신의 이익을 위하여 이용하는 경우들이 발견되었다.

"(병원에서 나오실 때 병원에서 나오고 싶다고 해서 나오셨나요?) *아니요. 돈이 안 나온다고 해*

서. 제가 병원 때문에 돈이 안 나온다고 한다니까 대구에 사는 동생이 빼줬어요. 정부에서 나오는 돈이 병원에 반이 들어간다고 하니까 빼줬어요." (12번 이xx)

(12) 동료지원가 및 당사자 주도모델에 대한 의견

동료지원가(peer support specialist) 및 당사자 주도모델(peer-led model)에 대한 생각을 중증정신질환 환자들에게 질문하였다. 동료지원가 교육에 노출된 연구 참여자들의 경우 질문을 이해하였지만 그런 경험이 없는 연구 참여자들은 동료지원가 및 당사자 주도모델이 무엇인지 이해하는 경우가 적었다. 이들 모델에 대해 이해를 가지고 있는 사람들의 경우는 아래와 같이 긍정적인 태도를 보였다.

"*동료지원가들이 도움이 되요. 당사자이기도 하지만 준 사례관리자, 준전문가이기 때문에 지역사회 종사자들에게 도움이 되거든요. 사실 당사자 분들이 사회복지사나 간호사들의 말을 잘 안 들어요. 시설에도 위계질서가 있기 때문에 통제가 필요한데, 당사자가 당사자를 해주는 게 말을 더 잘 들어요. 그러한 중간관리자 역할을 당사자 동료가 해줌으로써 통제나 관리에 있어 중간과정을 도와주므로 더 편하기도 하죠. 좋게 볼 수밖에 없어요.*" (16 홍xx)

이런 긍정적인 평가가 있음에도 불구하고 지역사회에서 정신건강전문가들 중 일부는 동료지원가의 효과성에 대해 염려를 가지고 있는 것으로 보인다. 이런 부정적인 의견이 동료지원가 및 당사자 주도모델의 확산과정에 장애물로 작용할 것으로 생각한다.

"*(동료지원가 및 당사자 주도모델에 대해) 저는 그런 것에 대해서 좋다고 생각하지만 위험할 수 있다고 생각해요. 자신들이 하고 있는 것이 옳은 방향으로 가고 있는지 모를 수 있다고 생각합니다... 보건센터(정신건강복지센터)에서는 회원들과 따로 만나지 말라고 규칙을 정해놨어요. 왜냐면 굉장히 불미스러운 일들이, 싸움이 발생하고 그러거든요. 그냥 사소한 것으로부터도 다투죠. 서로 잘 맞는다고 볼 수 있는 건 아니죠. 사람이 성격이 서로 다르기 때문에.*" (2번 김xx)

(13) 2018년 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 권고

2018년에 중증정신질환 환자들이 지역사회에 살기 위해서는 어떤 정책들이 필요한지에 대해서 질문하였다. 다양한 의견이 제시되었다.

심리사회서비스의 중요성: 지역사회에 있는 건강정신복지센터와 다른 정신재활시설들이 약물치료가 아닌 심리사회서비스를 제공하고 있음에도 불구하고 많은 연구 참여자들이 체감하지 못하는 것으로 보인다.

"*저는 조현병이 약으로만 치료 되지 않는다고 생각하거든요. 환영받는 분위기, 따뜻한 공간, 마음을 놓을 수 있는 친구, 가족의 지지 그런 게 있어야 회복된다고 생각하거든요. 그런 의미에서 xxxx(정*

신재활시설)은 그런 걸 충족시켜줬다고 생각해요." (17번 안xx)

질환이 만드는 장애수준에 따른 차별적 서비스: 지역사회에 있는 재활을 위한 각종 서비스들이 참여자들의 장애수준이 다양하다는 사실을 고려하지 않고 획일적으로 제공되고 있다고 지적하였다.

"*주로 저 같은 경우는 스스로 좀 어느 정도는 할 수 있으니깐 배제되는 느낌이구요. 더 심한 분들한테만 집중하다 보니깐 기능이 나아진 분들은 스스로 알아서 하니깐 간략한 방면에서 안부 묻는 거나 행사 있을 때 전화연락해서 하는 거 이외는 별로 없는 것 같아요.*" (6번 이xx)

차별적인 서비스는 주거지원에서 특별히 만들어져야 한다. 현재 「정신건강복지법」에서 규정된 한정된 주거시설 분류는 지역사회에서 정신장애인들이 거주하는데 큰 걸림돌로 보인다.

"*한 정신장애에만 기준을 맞추지 말고, 정신 장애의 특성에 따라 맞춰서 서비스를 제공해야 할 거라고 봐요. 사회성이 부족한 분은 주거시설이나 공동생활가정을 알아보게 하고, 사회성이 있는 사람은 체험홈 같은 것을 만들어서 주거생활도 하고, 임대료나 주거비는 지원하는 대신 관리 정도만.. 그리고 3-4명 정도가 생활하는 것이 적합하다고 생각하구요.*" *(16번 홍xx)*

취업 및 직업활동 과정에 필요한 지원: 많은 연구 참여자들은 직업활동을 통해 회복을 경험하였다. 직업활동은 단순히 소득을 만드는 것에 더하여 사회관계망을 만들고 일상기능을 회복하는 기회가 된다. 이런 직업활동이 가지는 중요한 급성기 증상이 때때로 발생하는 상당수 중증정신질환 환자들에게 적절한 지역사회 서비스의 구비가 성공적인 취업활동을 위한 필요조건으로 보인다.

"*집에만 있는 애들이 너무나 많아요. 집에만 있고 센터에 나가거나 복지관 가는 거 둘 중에 하나인데, 일을 할 수 있는 그런 구조... 장애가 있지만 자꾸만 병의 증상이 조금씩 일어나기 때문에 일을 못 하겠는 거예요. 그래서 일을 할 때도 있는데 오래 일을 못 하더라구요.*" *(15번 황xx)*

중증정신질환에 대한 일반인들의 편견 및 차별 철폐: 중증정신질환 환자들이 노출되어 있는 편견 및 차별은 지역사회 거주 및 치료를 막는 중요한 걸림돌임이 분명해 보인다. 편견 및 차별이 치료 및 재활을 하는 과정에 악영향을 미쳤다. 편견이 과도한 대한민국사회에서 중증정신질환은 주홍글씨이므로 일부 환자들은 편견을 피하기 위하여 더욱 자신을 소외된 공간으로 밀어 넣으려는 경향이 목격된다.

"*비장애인들에 대한 지역사회의 교육. 그래야 편견이 떨어지고, 우리들을 보는 시선들도 많이 완화되고, 치료를 빨리 받을려고, 치료 받는 걸 숨기려고 하지 않고, 치료를 받다 보면은 티비에서 보는 그런 묻지마 살인 사건들도 많이 줄어 들 것 같구요.*" (6번 이xx)

그러므로 정부는 편견 및 차별과 싸우는 각종 정책이 요구된다.

"*인식이 변해야 할 것 같아요. 장애인이라고 막대하거나 월급을 안주고 하는 그런 세상이 아닌*

모두 함께 살아갈 수 있는 세상이 되었으면 좋겠어요. 사람이 가질 수 있는 모든 인권을 가질 수 있으면 좋겠어요. 나라에서 광고를 많이 해줬으면 좋겠어요. 정신장애인에 대한 인식을 바꿀 수 있게 프로그램이나 토론회도 해서 나와서 얘기도 하고 재미있는 것 많이 만들었으면 좋겠어요. 모든 장애인에 대해서요. 장애인에 대한 시선이 바뀌었으면 좋겠어요." (13번 양xx)

정신의료기관-정신재활시설-사회서비스기관 연계 강화: 중증정신질환을 가지고 지역사회에서 살기 위해서는 다양한 서비스들이 필요할 뿐만 아니라 서비스들을 제공하는 다양한 공급자들이 환자들이 가지고 있는 요구에 따라서 적극적으로 서비스 연계를 해야 한다. 현재 지역사회보건서비스 체계는 정신의료기관과 정신재활기관 간에 존재하는 깊은 계곡으로 인해 퇴원 이후 서비스 연계가 매우 미흡한 것으로 보인다.

"*주거시설에 있는 사람들이 나가서 살려면 일단 돈을 벌어야 하고, 직업을 가질 수 있도록 나라에서 프로그램을 만들어 준다던가 아니면 내일배움카드를 구체적으로 해서 노동청에서 시설 쪽으로 연결시켜서 그걸 받을 수 있게 해줬으면 좋겠어요. 그것도 제한이 있으니까 제한을 좀 낮추고, 나라와 노동청이랑 연결시켜서 노동청은 시설이나 주거시설과 연결시켜서 사람들이 밖으로 나갈 수 있게 공부도 하면서, 공부하면 좋잖아요. 일할 때 도움도 많이 되고. 그런 것을 연계시켜서 보내면 그게 가장 완벽하다고 생각하거든요.*" (16번 홍xx)

2) 중증정신질환 환자 가족 FGI

서울, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 13개 주제와 40개 코드가 추출되었으며, 13개 주제들은 아래와 같다.

(1) 가족이 중증정신질환을 진단받은 가족에 대해 가진 생각
(2) 급성기 증상이 발생했을 때 가족들의 경험
(3) 부양책임을 가진 가족에게 강제입원이란?
(4) 정신병원의 역할과 서비스에 대한 가족들의 생각
(5) 환자-보호자-의사간의 관계가 파트너쉽이 없음
(6) 중증정신질환을 진단받은 가족의 복약관리에 대한 생각과 경험
(7) 지역사회 정신건강서비스에 대한 평가
(8) 2017년 5월 30일에 발효된 「정신보건법」 개정법 전후 변화에 대한 인지
(9) 장애등급제도에 대한 생각
(10) 가족들의 중증정신질환과 서비스 관련 정보에 대한 접근성
(11) 가족들과 중증정신질환을 진단받은 가족을 위한 사회적 지지에 대한 생각
(12) 지역사회 편견 및 차별경험과 이런 경험이 지역사회 재통합에 미치는 영향
(13) 2018년 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 권고

중증정신질환 환자들이 진단을 받고 입원을 경험한 뒤에 지역사회에서 거주하고 치료받는 과정에 대한 가족들의 생각을 본 질적 연구에서 요약하였다. 총 13개 주제에 걸쳐 가족들이 생각을 표현하였다. 개별 주제별로 다음과 같은 코드들과 쿼트들이 발견되었다.

(1) 가족이 중증정신질환을 진단받은 가족에 대해 가진 생각

FGI에 참여한 가족들은 중증정신질환 환자들을 돌보고 그들이 치료받고 재활 받는데 많은 도움을 주고 있었다. 이들은 다음과 같은 생각들을 가지고 있었다.

중증정신질환을 겪는 가족을 지원하는 과정에서 경험하는 경제적 어려움: 이미 많은 가족들이 짧게는 5년, 길게는 30년동안 투병생활을 하고 있는 가족의 보호자 역할을 하고 있었다. 일부 참여자들은 가족의 중증정신질환을 "치료"하겠다는 일념 하에서 의료보장제도의 지원이 되지 않는 비급여 서비스(예: 집중치료)나 민간요법 (예; 종교기관에서 치료서비스)에 지출하면서 경제적으로 여려움을 겪었다. 그에 더하여 가족을 돌보느라 직업생활을 하지 못하는 것 역시 경제적 어려움을 만드는 중요한 요인이었다.

"*조금 집중치료 한 달에 한 많게는 400만원까지 돈을 내봤어 광주에서 400만원 냈다고 하면 한 달에 들었다고 하면 그거 큰돈이죠. 그 돈을 십 몇 년 동안 써왔다고 생각을 해보세요. 막 xxx 병원 (서울에 있는 대학병원)에도 가보고 우리아들이 엄마 제일 좋은 병원이 어디야 라고 xxx병원 (서울에 있는 대학병원)이지 뇌가 어떻게 생겼는지 다 검사를 해보자라고 한 20일정도 검사를 하는데 한 육백만원 정도 나와 불더라고요.*" (광주 FGI)

중증정신질환을 겪는 가족에 대한 과도한 책임감: 많은 참여자들이 중증정신질환을 겪는 가족에 대한 책임감을 보였고 이런 책임감이 심리적 스트레스로 느껴지는 듯하였다. 그 결과 아래 쿼트가 보여주듯이 자신의 사망 이후에 중증정신질환을 겪는 가족의 삶에 대한 걱정을 많이 하고 있었다.

"*우리가 궁극적으로 원하는 건 제가 봤을 때 왜냐하면 아이들이 병을 앓고 있는 애들이 40대 50대가 되면 벌써 부모님들은 칠십대 팔십대예요. 그리고 그다음에 우리 60대의 부모들은 30대 이렇게 애들이 되거든요...부모들은 우리가 죽고 나면 이 아이는 어떻게 하지. 형제들이 못 돌봐요.*" (광주 FGI).

위에서 언급된 책임감의 상당부분은 중증정신질환을 가진 환자가 독립생활이 불가능할 것이라는 믿음과 연관되어 보였다. 가족들은 환자가 자신의 도움 없이는 일상생활이 어렵다고 보고 있었다. 아래 쿼트는 만약 다른 서비스 기관이서 전문가들이 복약관리와 일상생활지원을 제공한다면 보호자가 없더라도 일상생활이 가능할 것 같다고 지적하고 있다.

"*그래서 얘기를 하니 지는 먹었다고 자꾸 우기는데 안 먹으면, 며칠 안 먹으면, 일하시는 분,*

직장에서 알더라고요. 약 안 먹는 거 같아요. 그래서 인제 내가 관리를 해주지만 내가 관리를 못 할 때 누군가 애 약 먹는 걸 확실하게 관리를 해주고 음식 관리를 해주면 그냥 건강하게 잘 살 수 있을 것 같다는 생각을 하긴 해요. (조금의 지원만 있으면, 그게 생활할 수 있을 정도?) *그렇죠, 예."*

중증정신질환을 겪는 가족에게 위협을 받음: 급성기증상이 나타날 때면 일부 환자들을 보호자 역할을 하는 가족들을 위협하는 경우도 있었다. 이런 위협이 가족들의 삶의 질을 낮추는데 큰 역할을 하는 것으로 보였다. 안타깝게도 이런 위험한 상황이 벌어질 때 지역사회에서 해당 상황을 해결할 수 있는 서비스가 없어 보인다.

"우선 어려웠던 것이 굉장히 폭력적이고 힘들어 할 때 우리 이제 그래서 집에서 쫓겨나 가지고 일주일간 무인 보호시설에 가서 그렇게 피신을 해가지고 살다 그렇게 어렵게 살았습니다. 문제는 그렇게 폭력적이고 힘들게 할 때 강제입원이라도 폐쇄병동을 시켜야 하는데 등치는 크지 그러니까 부모들이 어떻게 할 수 없더라고요. 힘도 없고. 근데 주위에 아무 도움이 없어요. 그럴 때 저희들이 이제 경찰서에 얘기하고 119에 얘기하고 보건소에 얘기하고." (광주 FGI)

보호자 역할을 하는 가족들의 번아웃 (burnout): 보호자 역할을 하는 가족들을 365일 24시간을 중증정신질환을 겪는 가족과 같은 공간에 있으면서 일상생활의 어려움과 가끔씩 나타나는 급성기 증상이 만드는 문제들을 책임지고 있다. 그 결과 많은 가족들은 만성적인 스트레스 노출에 따른 감정적/신체적 무기력감을 보이는 번아웃 증상을 보였다.

"애가 아픈지 17-8년 됐는데. 어떻게 보면 가족들을 만나면 7-80%가 환자라고 보셔야 해요. 긴 시간 하다 보니 부모들도 불안이오고, 애가 좋아지면 나도 좋고 아프면 같이 아픕니다. 엄마들은 나이가 들어가는데 이걸 과연 어떻게 할 것인가." (대구 FGI)

가족들의 번아웃은 가족들의 정신건강에도 일정한 영향을 미칠 가능성이 높아 보인다. 그 결과 집안 내에서 환자와 보호자간에 일어나는 갈등으로 인한 스트레스가 환자의 회복에 악영향을 미친다는 보고도 있었다.

"그런데 집에서 엄마하고는 싸우고 뭐 죽어 볼래냐 그러고, 이게 영 언발란스 하니까 이게 엄마가 문제가 있다, 정신과 선생님이, 가정에 엄마가 문제가 있다 해서 저하고 좀 다툰 적도 있어요. 그러니까 그런 갭이 좀 있죠. 뭐 상황은 이런 상황입니다." (인천 FGI)

(2) 급성기 증상이 발생했을 때 가족들의 경험

환자들이 지역사회에 겪는 급성기 증상은 많은 가족들의 삶의 질을 악화시키는 중요한 요인이었다. 그 결과 급성기 증상이 발생되었을 때 가족들의 경험을 통하여 환자들이 거주와 치료를 받으며 지역

사회에서 통합하는 방법을 배울 수 있었다.

급성기 증상 발생 시 입원이 유일한 대안: 환자가 급성기 증상을 겪어서 자타해 위협을 나타낼 경우 보호자들이 생각할 수 있는 외부 도움은 정신병원이나 종합병원 내 정신과에 입원하는 것 밖에 없어보였다.

"인제 이런 병이 있더래도 뭐 사회복귀시설도 잘 다니고 재활 일하는 것도 다니고 자기가 잘 하면은 입원은 절대 시킬, 안 시켜도 돼요, 그런 애들은. 그런데 인제 폭력이 나온다든가 그래서 가족이 너무 같이 생활하기가 힘들 때는 무조건 입원을 해야, 시켜야 돼요. 가족이 너무 힘들어갖고." (서울 FGI)

일부 환자들은 정신병원에서도 급성기 증상에 따른 폭력성을 해결하지 못하는 상황이 발생하였다. 이런 상황이 발생했을 경우에 가족이 급성기 증상으로 인해 자타해의 위험이 높아졌음에도 불구하고 집에 데리고 있어야 하는데 그런 경우 환자의 인권이 침해되는 상황이 만들어졌다.

"조금 심해질 때는 병원에서 가려 받고 못 받는다고 이런 식으로 해 불고 어디 병원 들먹거렸듯이 좀 애가 안에서 심하게 난동부리고 이렇게 병원 안에서 () 그래 놓으니까는 딱 사지를 묶어놓고 데려가십쇼. 해버리니까 앞이 깜깜하더라고요. 그래서 우리 같은 경우는 아예 병원에도 못 넣고 한 2년 3년 가까이를 방에 가둬놓고 살았어요. 못나가게 문도 열쇠로 몇 개를 채워놓고" (광주 FGI)

급성기 증상 발생 시 입원 과정에 환자가 겪는 폭력성: 일부 참여자들은 급성기 증상이 발생해서 정신병원으로 이송하는 과정에 더하여 병원 내에서 응급입원을 시키는 과정에서 환자들이 폭력적으로 제압되는 모습을 목격하였다. 이 때 겪은 피해가 트라우마가 되어서 전문가의 서비스에 대한 부정적인 생각을 가지는 경우도 보고되었다.

"의사와의 관계는 또 환우가 좋을 수도 있거든요 근데 거기에 보호사들 있죠. 우리아들이 집에서 당한일이라 트라우마가 엄청 있어요. 그 보호사들이 질적으로 문제 있는 병원들이 좀 많아요. 그 보호사들은 등치만 좋고 조금 저기한 사람 뽑잖아요. 왜냐면 아 저기 딱 일단 압박을 주려고 환우들을 환우들 설치고 이렇게 하면은 힘드니까 그래서 자기는 별로 안 맞아 봤지만 옆에 맞는 사람을 너무 많이 본 거야 그게 이제 병원에 들어가면 그게 스트레스 인거에요. 보호사가 나를 또 건들지 않을까 다른 사람 때리는 걸, 지가 보 면은 지가 또 맞아놔서 그게 스트레스가 엄청 큰 거예요. 학교에서 애들한테 맞아놔서." (광주 FGI)

초기에 발생한 중증정신질환 관련 증상에 대해 신속히 대응하지 못함: 대다수의 응답자들은 정신질환 진단을 받기 전에 목격한 중증정신질환 관련 증상이 전문적인 치료를 요구하는지 이해하지 못했다. 그로 인하여 일부 환자들은 전문적인 치료를 받는 과정에 오랜 시간이 걸렸다.

"네 애가 이제 아픈 것을 우리가 몰랐어. 부모들도 몰랐는데 한 20년 논 것 같아요 대학교 경영학과 다니다가 3학년 때 중퇴 하고서부터 방에 두문불출하고 같이 그런 생활을 했었는데 이 애가 진짜 정신질환이 있다는 것을 안 것은 최근에 알았습니다." (광주 FGI)

상당수의 가족들은 전문적인 치료를 받기 보다는 민간요법에 의지하여 급성기 증상을 치료해 볼려고 노력하였다.

"여기까지 걸어오면서 다른 건 몰라도 저처럼 쓸데없이 돈을 많이 쓰고, 안 믿는 사람들은 지금도 무당 쫓아다니면서 굿을 하고 돈을 쓰고 있어요, 사이비 기도원에 돈을 탕진하고." (대구 FGI)

급성기 증상으로 인한 중요한 발달과업 수행 어려움: 10대에서 20대에 발병률이 높은 중증정신질환은 환자들이 교육을 받는데 악영향을 미친다. 그 결과 많은 환자들이 노동시장에 진입하는데 어려움을 겪는다. 아래 쿼트는 급성기 증상이 대학생이던 자녀에게 발생하였을 때 퇴학을 경험하는 과정을 보여준다.

"그러면서 '고모의 자존심 다 내려놓고 그냥 가서 담당 교수 바짓가랑이 잡고 늘어져보라' 고 그러는 거예요. 그래서 그거를 3일을 쫓아다녔어요. 3일을 쫓아다녔는데, 결국은 안 되가지고 뭐 탄원서도 넣고 했지만은 그냥 퇴학이 됐죠." (서울 FGI)

(3) 강제입원에 대한 생각

가족들은 강제입원과 관련한 다양한 경험과 생각들을 가지고 있었다. 가족들의 다양한 경험들로 인해 중증정신질환 환자와 거주하는 가족들이 강제입원에 대한 인식은 인권 중심적 외부 관점과는 큰 차이를 보였다.

보호자에 의한 사회적 입원: 사회적 입원은 증상완화가 목적이 아닌 장기간의 입원을 의미한다. 보호자들이 중증정신질환 환자를 부양하면서 겪는 각종 스트레스와 일상생활의 어려움은 환자들이 사회적 입원을 하는데 중요한 요인으로 판단된다.

"우리 가정적으로도 어려움이 있다 보니까 애가 하나 아프면 거기에 매여야 되잖아요. 매여서 치료를 해줘야 되는데 그 정부에서 뭐 그런 것도 없고 우리가 벌어서 조달을 해야 되고 하니까 애를 또 떨쳐놓을 수밖에 없었어요. 그래갖고 이제 또 다시 인자 입원을 하고 한 두 세 번 입원을 했었어요." (광주 FGI)

한 참여자는 사회적 입원의 필요성은 다음의 쿼트와 같이 표현했다.

"동생이 오빠를 빨리 병원으로 넣어라, 한 사람이라도 건강하게 살아야 하지 않나. 엄마가 이

세상에 없으면 오빠를 안 맡겠다고 하는 거예요. 요양 시설에 보내면 엄마 인생을 살 텐데 나는 이해가 안 간다 하는데." (대구 FGI)

이런 사회적 입원이 이루어질 경우에 환자들은 퇴원하여 집으로 돌아가고 싶다는 의사를 표현한다. 그러나 집으로 돌아올 경우 다시 경험될 가족갈등과 일상생활 어려움을 보호자 역할을 하는 가족이 환자에게 사회적 입원을 종용하는 방식으로 장기입원이 된다.

"*그래 이제 퇴원시켜주면 잘 하겠다고 그래가지고는 거의 두 달? 두 달 정도 있었던 것 같아요. 세 번째 입원을 저 광주 숲 속에 있는 xxxx (대학병원 정신과) 거기를 가서 또 막 퇴원시켜달라고 전화를 걸면 삼십분이고 한 시간이고 얼마를 졸라대는지 할 수 없이 인제 추석이 돼갖고 데리고 나왔어.*" (서울 FGI)

강제입원 된 가족에 대한 감정: 강제입원이 부양에 따른 스트레스와 일상생활의 어려움을 조금은 덜어주더라도 일부 가족들은 신체의 자유와 이동의 자유가 제한되는 병동에 입원해 있는 가족들에 대한 죄책감을 표현하였다.

"*병실에 딱 넣어놓고 집에 와가지고, 나도 몇날 며칠 지쳐갖고... 새벽 네 시에 일어나서 이렇게 아이 방에 가요(흐느낌). 그 때 정말 하늘도 울고 땅도 울고 저도 울고. 한없이 막 눈물이 나서, 이게 뭔 일인가 싶은 게, 우리 친정엄마가 보고 싶더라고요. 엄마가 있으면 엄마한테 가서 얘기라도 하지, 얘기할 데가 없는 거예요 어디다가*" (서울 FGI)

강제입원을 환자의 행동을 통제하는 방법으로 사용: 환자들을 부양하는 과정에서 보호자 역할을 하는 가족들은 갈등을 경험한다. 그 과정에서 강제입원이 환자들의 행동을 통제하는 방법으로 사용되는 현실이 목격되었다.

"*또 애 아빠가 딱 한마디. '입원 해야겠다' 고 딱 그 말 하니까 그만 해요... 그 때부터는 인제 가만히 있어야 돼요... 혼자 실컷 궁시렁 대다가 방에 들어가서 뭐 반성을 하는지 정신을 차려가지고 나와서 '죄송합니다. 다시는 안 그럽니다.' 안 그러겠다 이러고.*" (서울 FGI)

(4) 정신병원의 역할과 서비스에 대한 가족들의 생각

강제입원이 급성기 증상이나 부양과정에서 발생하는 위기를 해결하는데 사용되었지만 가족 참여자들은 정신병원의 환경과 제공되는 서비스에 대한 불만을 가지고 있었다.

열악한 입원환경: 일부 정신병원은 입원실 및 다른 생활공간의 환경이 상당히 열악한 것으로 보인다.

"*정신과 병원 환자들 폐쇄병동에 생활 하는 거 한번 보십쇼. 돼지우리도 그런 돼지우리가 없습*

니다. 그런다고 해서 그 환우들을 가정이나 사회에서 치료한다고 내놓으면 사회문제가 되고 가정은 또 어떻게 되겠습니까." (광주 FGI)

이런 열악한 입원환경에 더하여 성공적인 치료는 입원 이후 상태가 오히려 악화된 환자를 가족들이 마주하게 만들었다.

"*너무 힘든 게 뭐냐 하면은 사람은 병원이라는 게 그렇잖아요. 좀 돈 들여서 가서 가족들이 이렇게 해 가지고 저기하면은 환자가 조금 차도가 있어야 될 거 아니에요. 전혀 그런 거 없고 항상 이렇게 계단식으로 자꾸 내려가는 거 같애.*" (인천 FGI)

이런 열악한 입원환경을 마주한 가족들은 정부가 환자가 이익을 볼 수 있도록 정부의 병원에 대한 감독을 강화할 것을 주문한다.

"*제가 부탁(하고) 싶은 거는... (의사들에게) 돈을 갖다 주면 차도가 있어야 될 거 아니에요. 전혀 그런 게 없단 말이야. 그러면 이걸 관리하는 기관이 없어요, 책임져주는 기관이 없어요.*" (인천 FGI)

정신병원은 보호자에게 환자가 어떤 치료를 받는지 설명하지 않음: 보호자들이 입 퇴원 시에 중요한 의견을 제시할 수 있지만 일부 보호자들은 가족이 입원 후에 어떤 치료를 왜 받는지에 대한 설명을 듣기 어려웠다. 어떤 사례는 보호자에게 환자에게 제공되는 치료내용을 숨기는 듯 한 정황도 있었다.

"*처음 병원을 잘못, 잘못 간 거예요. 약을 뭐 이렇게 여러 가지를 주고 하는데, 그 의사는, 제가 같이 들어가서 무슨 말을 할라 하면은 말도 못 하게 해요. 그러면서 '입원시킬래!' 막 이래요... 무슨 '엄마는 나가계시라!' 고 이러고 제가 말만 하면은 막 저기 입원시킨다 하고 막 이래갖고 도저히 그러는데 그 약을 먹으면서 막 부작용이, 막, 너무너무 심하게 나오는 거예요. 막 거품을 물고, 계속 토하듯이 하고, 막 등을 두드리고 쓰러지고, 막 이런 증상들이 나온 거예요. 그래서 이런 증상들이 뭔지도 모르고 인제 너무 힘들고 나가 자빠지고 막 그래서 또 다른 사람한테 이렇게 말을 했더니, 그 병원이, 가지 말라 하더라.*" (서울 FGI)

정신병원에서 퇴원 시 퇴원계획이 없음: 환자들이 퇴원하는 과정에 퇴원계획을 수립했냐는 질문에 대해서 대부분의 가족들은 그런 경험이 없다고 응답하였다.

"*입원은 무조건 강제로 했고, 애 속여 갖고. 퇴원은 아무런 지식을 말해주지도 않고 그냥 내보내주니, 이렇게 하는가보다, 이렇게 했는데, 지금 겪고 보니까 이거는 국가라는 게 있기는 해도, 이거에는 전혀 신경을 쓰지 않았고, 알지도 못 하고, 자기 자식이 안 아프니까. 그리고 다른 거 싸움박질하기가 바쁜데 이런 거 신경 안 쓰거든요?*" (서울 FGI)

서울에 위치한 종합병원 정신과에 입원했던 환자의 보호자의 경우는 퇴원 이후에 환자가 지역사

회에서 적응을 잘 하고 있는지 Follow-Up을 하는 연락을 받았다고 응답하였다.

"전화가 와요. 이제, 잘 지내느냐고. 집에서 잘 지내느냐고. 약은 잘 먹냐고. 지금 하고 있는 일이 무엇이냐고. 그렇게 병원에서 계속 관리가, 해주더라고요. 그걸 한참 동안 해줬어요." (서울 FGI)

(5) 환자-보호자-의사간의 관계가 파트너쉽이 없음

지역사회에서 환자들은 주치의 역할을 하는 정신의학전문의가 거의 유일하게 정신보건치료를 제공하는 공급자였다. 그러므로 정신의학전문의의 서비스 질이 지역사회 재통합을 위해 매우 중요한 자원이다. 가족들은 정신의학전문의의 서비스에 대해 아래와 같은 의견을 제시했다. 성공적인 치료를 위해서는 환자와 의사 간 파트너쉽이 잘 만들어져야한다. 파트너쉽이 없을 경우 의사들의 처방은 상당히 제한된 정보에 기반 해서 이루어질 수밖에 없다. 그에 더하여 진찰이 이루어지는 약 15분 이외 다른 시간에 환자가 어떤 경험을 하는지 알기 위해서 보호자 역할을 하는 가족의 정보가 매우 유용하다. 하지만 가족들이 경험하는 외래서비스는 이런 파트너쉽이 만들어지지 않았을 가능성이 높아 보인다.

"(응답자 1)*고쳐줄 생각도 없는 것처럼 하는 의사 있어요. 자질이 없어요.* (응답자 2) *그러니까 문제는 의사의 수를 많이 늘려야 되고 , 그 상담할 수 있는 시스템*
(다른 가족들)*예, 상담할 수 있는.* (가족 2)*우리나라는 뭐 지금 이게 너무 촉박해가지고."* (서울 FGI)

한 참여자는 파트너쉽에 기반 하여 서비스를 제공하는 정신의학전문의와 그렇지 않았던 정신의학전문의가 만드는 성과의 차이를 아래와 같이 설명하였다.

"병원을 옮겼는데 옮긴 거기는 여자선생님이 너무 친절한 거예요 또. 친절하고 또 아주 잘 해주니까 애가 말도 잘 하고. 안심을 시키더라고. '아 xx야, 이거는 약만 먹으면은, 며칠만 먹으면은 다 괜찮은 거야. 약만 잘 먹어.' 이러니까 애도 안심을 하고 저도 안심을 하고 해갖고 인제 뭐 저도 그 때부터 기도도 하고 뭐 이렇게 하면서, 무슨 병인지도 뭐 조현병인지 뭔지도 모르고 그냥 인제 약을 이렇게 먹고 저도 교회에서 충성하는 것들을 다 하고 이렇게 하는데, 애가 인제 한 5개월만에 좋아지더라고요."
(서울 FGI)

(6) 중증정신질환을 진단받은 가족의 복약관리에 대한 생각과 경험

참여자들은 복약관리에 대한 의견을 많이 가지고 있었다. 지역사회에서 복약관리를 성공적으로 하는데 많은 장애물들이 보고되었다.

복약관리를 위한 노력: 참여자들은 복약관리를 가족들과 환자들만의 노력으로 할 수 없음을 알고 있었다. 특히 구조화된 심리사회서비스가 정신건강전문가들이 제공할 때 복약관리가 더 성공적일 것이라고 주장이 있었다.

"(복약관리를) *무조건 그냥 흘러가는 말로 하는데, 그 체험을 직접 느낄 수 있도록. 교육을 철저히 처음에 걸린 병원에서. 개인병원이건 종합병원이건. 걸린 병원에서, 이 병은 이런 병이기 때문에 그렇지 않으면 굉장히 험할 수 있고, 굉장히 사회적으로 몰락할 수 있는 병이다.*" (서울 FGI)

가족들은 환자들의 복약관리를 많은 노력을 하였다. 가족들은 복약관리를 돕는 과정에서 심리적 스트레스를 호소하였다.

"*어떨 때는 약 먹으라고 전화를 하는데 저도 약 먹으라고 전화하는 걸 잊어버릴 때가 있어요. 지도 게임에 빠지다 보면 자기 약 먹는 걸 자꾸 잊어버리더라고요. 그래서 인자 약을 내가 숫자를 세어보니 지가 안 먹은 게 표시가 나잖아요.*" (인천 FGI)

성공적인 복약관리는 회복의 전제조건: 가족들의 FGI를 통해서 복약관리의 중요성은 여러 번에 걸쳐서 언급되었다. 한 참여자는 단약을 시도했던 가족이 급성기 증상이 재발한 상황을 보고하였다.

"*고생(을) 고생하다가 10년 지나서 그 이후로 약을 꾸준히 드셨어요. 그러니까 5년 쯤 증상이 좋아지는 거예요. 이제 약 안 먹어도 되겠다고 병원에서, 약 뗐어요. 약 떼고 7개월 되니까 또 재발되는 거예요.*" (대구 FGI)

한 참여자는 성공적인 복약관리를 통하여 의학대학을 졸업한 환자의 사례를 보고하였다.

"*학교를 무사히 마쳤는데, 마치면서도 이제 그 3학년, 본과로 올라갈 때 애가 뭐라 그러냐 하면은, 약을 인제 한 번도 안 끊었었잖아요. 그랬는데 인제 유지하는 약을 잘 먹고 그래서 운동하고 그러면서 신체적인 그거는 많이 좋아졌는데 애가 그러는 거예요.*" (서울 FGI)

약 부작용 때문에 단약을 선택: 약 부작용을 겪는 환자들이 적지 않았다. 복약이 만드는 부작용은 단약을 하게 만드는 선택에 많은 영향을 주었다.

"*병원 가서 약을 받았는데 침을 흘리고 혀가 돌아가고 뻣뻣해지고 애를 병신 만드나 싶고, 약을 안 먹을라고 하더라구요. 크니까 강제로 먹일 수가 없잖아요.*" (대구 FGI)

한 참여자는 약 부작용이 생활에 미치는 영향 때문에 단약을 해야 하는 상황에 가기도 하였다.

"*약을 먹으니까 간수치가 높다고 해서 중단하고 있는 거예요. 약을 안 먹으면 나아졌는지 재발이 될 확률이 높은지 아직도 미지수예요. 지금 볼 때는 약을 먹으나 안 먹으나 똑같은 증상으로 들었거든요, 그런데 한 쪽에서는 불안한 거예요. 동생한테 약을 임의로 끊지 말고, 담당 전문의한테 상담하고 약을 끊어도 된다고 하면 그래라, 간 수치로 약을 끊으면 안 되지 않냐 얘기 했어요*" (대구 FGI)

잘못된 신념이 단약을 하도록 유도: 일부 환자들은 약에 대한 잘못된 신념에 근거하여 단약을

하는 경우도 있었다. 한 사례는 성공적인 복약관리가 증상을 완화시킨 상황을 병이 나았다고 판단하면서 단약을 하는 상황이 있었다.

"그 때부터, 퇴원할 무렵에는 꽤 괜찮아져가지고 약도 잘 먹고 그러더니 얼마 지나더니 또 '나는 안 아픈 사람' 이라고 약 안 먹는다고. 입원을 또 하게 됐어요. 약을 안 먹다가. 그 동안에 장사 좀 가르치려고 다른 도에 가서 거의 숨다시피 해가지고 장사를 가르치다가. 처음에는 약도 잘 먹고 장사도 잘 하더니, 운동도 안 한다, 그러더니 약도 안 먹고 이러더니, 또 아주 까칠해져가지고 또 힘들게 해가지고 또 속여 갖고 또 입원을 시켰어요." (서울 FGI)

(7) 지역사회 정신건강서비스에 대한 평가

가족들은 환자들의 지역사회 거주와 치료를 지원하는 지역사회 정신건강서비스에 대한 일반적으로 부정적인 인상을 가지고 있었다. 여러 코드들이 해당 주제와 연관되어 언급되었다.

서비스 질에 관한 생각: 가족들은 환자들이 정신재활시설에서 받는 서비스의 질에 대한 불만을 표현하였다. 특히 질환에 따른 장애수준이 다름에도 불구하고 차별된 서비스가 제공되지 않는 정신재활시설에 대한 불만을 토로했다.

"*지금 낮에 가서 하는 데. 교육이라든지 프로그램이 정말 이 유치원 수준이라고 할까? 조금 그 인지도가 (높아도). 괜찮은 사람들은 가기 싫어도 가거든요. 갈 데가 없으니까. 그 재미도 없고, 항상 맨날 하던 프로그램 그거예요. 변화도 없고.*" (인천 FGI)

일부 참여자는 환자중심에서 환자의 입장에서 서비스를 제공하지 않는 일부 정신건강전문가들에 대한 불만을 가지고 있었다.

"사무적인 관계로만 이렇게 하고... 그러면 그 사람 월급 받고 그 케어 하는 정도 그것밖엔 안 되는 거에요. 그렇게 사명감 없으면은... 사명감 없이 이렇게 일하면서 그러면은 과연 우리 환우들을 가족들은 얼마나 회복이 되겠냐." (광주 FGI)

정신건강복지센터 서비스에 대한 생각: 정신건강복지센터는 환자들이 가장 쉽게 이용할 수 있는 지역사회 정신건강서비스 공급자여야 한다. 그러나 가족들은 지역사회에 있는 정신건강복지센터에 대해 불만들이 많았다. 먼저, 가족들은 정신건강복지센터에서 제공하는 서비스 양이 너무 적은데 불만이 있었다.

"*우리 가족도 쉬어야 되거든요. 개가 있으면 좋게 마음이 쓸래도 안, 죽겠어요. 다른 애들은 결혼도 하고 뭣도 하고 그러는데, 개만 보면 열통이 터져요. 그러니 나도 좀, 아침에 갔다가 저녁에 오면 좀 쉬잖아요, 좀. 이 나라에서 센터를, 그렇게 많은 직원을 두고도... 부모들은 쉬지도 못하고, 경제활동도*

못하고, 이게 뭐하는 건지." (인천 FGI)

두 번째 불만은 정신건강복지센터가 서비스를 개선하기 보다는 외형을 확장하는데 과도한 예산을 지출한다는 것이었다.

"*근데 정말 그 사회복지에 뭐 지금 정신과 그 센터나 진짜 누구를 위해서 있는지 모르겠어요. 그걸 많이 느껴요. 왜냐면 너무 형식적이고 에 저 그쪽에 들어보면 그쪽에다 재산이나 자산이 굉장히 많이 부여되는데 실질적으로 우리 당사자한테나 이렇게 우리가 혜택 보는 건 전혀 없거든요*" (광주 FGI)

또 다른 불만은 정신건강복지센터에서 일하고 있는 인력의 질에 대한 것이다. 한 가족은 경력이 짧은 직업들이 지속적으로 계약직으로 고용되는 것이 서비스 질을 저해시킨다고 주장하였다.

"*그때 거기서 우리가 그 보건복지부 직원들 막 이렇게 일자리 만들어주고 그러는 사회복지사들이나 정신건강간호사들끼리 일자리 많이 늘려주기로 했잖아요. 이렇게 센터들 많이 생겨갖고 근데 그 사람들이 다 계약직이야. 그러니까는 그것도 좀 시정을 해주고 우리가 이거를 이미 우리 서구 (구청)에다 이미 했어.*" (광주 FGI)

지역사회 서비스 이용과정에 경험하는 장애물: 환자들이 서비스를 받는 과정에 장애물들이 존재하였다. 일부 참여자들은 서비스를 받기 위해서 행정서류 준비를 하는데 어려움을 겪었고 이런 서류가 준비되더라도 오랫동안 대기해야 했다.

"*근데 그것도 들어가기가 힘들어. 뭔 서류를 뭐 건강 증빙 뭐 해갖고 다 떼어갖고 오라고 해갖고 인제 갈려고 전화를 했더니 무슨 서류를 응? 서류를 떼어갖고...지금 6개월이 지나도 전화가 안와요. 응? 하마 벌써, 두 명, 두 명이 대기를 해도 벌써 들어갔겠는데, 내 생각에는.*" (서울 FGI)

지역사회의 취업훈련 및 취업연계 서비스: 직장생활을 성공적으로 하는 것은 중증정신질환을 겪는 가족들이 회복을 경험하고 있다는 증거로 인식되었다.

"*그렇게 나쁜 상태는 아니에요. 나쁜 상태는 아니에요. 한 3, 4년 회사에 취업해서 일을 다녔다가 월남으로 가는 바람에 지금 다시 인제 도전하고 있는 중이에요, 지금... 우리 장애, 정신장애자들이 그런 기술을 연마해가지고 어떤 좀 일을 할 수 있는, 조금이라도 일을 할 수 있는 그런 사람들이 많아졌으면 굉장히 좋을 거 같애요.*" (인천 FGI)

한 참여자는 중증정신질환을 겪는 가족이 지역사회에서 직업교육을 받음을 통해서 회복에 접근하고 있다고 보고하였다. 직업교육의 본래 목적에 더하여 이 과정이 사회관계능력 회복에서 긍정적인 영향을 미친다고 주장하였다.

"*주위에서 찾다보니까. 작업장 간단한 소근육 써서 하는 일이라서. 일단 그거 할 동안에는 몰입*

할 수 있도록 거기 지금 한 1년 정도 다녔나.. 다니면서 많이 달라졌어요. 혼자 있으면 생각에 파묻혀서 위험성도 있었는데 같이 어울려 있으니까." (대구 FGI)

그럼에도 불구하고 일부 참여자들은 정신장애인들을 대상으로 직업교육 및 근로를 하도록 지원하는 보호 작업장들의 환경과 조건이 척박하다고 지적하고 있다.

"*직업재활 하는데 꽃도 만들고 뭐 카페에서 또 손님 접대도 하고 또 은행에도 갖다 오고 이렇게 몇 시간을 하는데, 돈을, 한 달에 6만원을 준다는 거예요. 6만원을 주는데, 6만원에서 밥값이 자기가 또 먹어야 돼요. 밥값을 3천원씩 하면은, 2500원 해도 5만원이 들고. 교통비도 들고 하면 10만원이 따로 들고. 회비가 4만원이 돼요. 그러면 14만원을 애 돈을 들여갖고 6만원을, 한 달 6만원을 받으면은 할 만하니 내 돈을 들여야지만이 직업재활이 되는 거야.* (다른 가족) *말도 안 돼.*" (서울 FGI)

신체질환-정신질환이 동시 발생한 경우 어려움을 겪음: 중증정신질환 환자들은 다양한 경로로 당뇨병과 같은 만성질환뿐만 아니라 교통사고 등으로 인한 상해 등을 경험한다. 그런데 이런 신체질환이 기존에 있는 중증정신질환에 의한 급성기 증상이 동시에 발생할 경우에 성공적인 치료를 받지 못하는 경우가 발견되었다.

"(급성기 증상이 발생했을 때) *센터 연락해서 센터 상담 받고 개인병원에 갔는데 일주일 만에 혼수상태가 온 거에요. 그래가꼬 거의 일주일 만에 혼수상태 와가지고 이제 xx병원(지역거점 대학병원)으로 갔는데 거부를 하더라고요. 정신과 질병에다가 혼수상태가 오니까 아무 검사도 안 해본 상태에서 거부를 하는 거예요. 그래서 이제 어찌됐던 이제 거기 응급실에 담당자랑 사정사정해가지고 내과적인 치료만 하면 정신과적인거는 내가 다른데서 치료를 하겠다는 각서를 쓰고 응급실에 입원을 했어요.*" (광주 FGI)

(8) 2017년 5월 30일에 발효된 정신보건법 개정법 전후 변화에 대한 인지

가족들에게 2017년 5월 30일부터 시작된 「정신보건법」 개정법을 인지하는지 질문하였더니 모든 가족들이 법적 변화를 알고 있다고 응답하였다. 그 변화에 대한 생각을 질문하였을 때 다음과 같은 코드들과 연관 있는 보고가 이루어졌다.

강제입원에 대한 관점: 정신병원에 대한 부정적인 태도를 가진 환자가 급성기 증상이 있을 경우 보호자 역할을 하는 가족들은 강제입원에 의지하여 그 상황을 해결하는 듯 보인다. 그러기에 강제입원을 엄격하게 한 법은 가족들에게 큰 부담으로 인식되고 있었다.

"*저는 이것* (강제입원을 엄격하게 한 개정법)*에 대해서 찬성하지 않습니다. 치료필요성을 있다던 지 아니면 위험성이 있다던 지 한 가지만 있어도 저는 폐쇄병동에 입원을 시켜야 한다고 봅니다. 그*

러면 이 지역사회나 거주치료를 받게 할 경우는 우리 사회가 국가에서 시설을 해놓고 이거를 그런 방향으로 개선을 해나가야 합니다. 인권도 중요하지만은 우선은 환자 가족, 그러고 환자 자신을 위해서도 그것은 바람직하지 않습니다." (광주 FGI)

강제입원 과정에 발생하는 복잡한 행정: 엄격해진 강제입원은 번거로운 행정서류들을 요구하였다. 그래서 자의입원을 할 수 밖에 없었는데 이런 경우 환자들이 자신의 의지에 따라서 나올 수 있다.

"*저희 아이 같은 경우는 요번에 경찰을 대동해서 병원에 갔어요. 근데 과거에는 경찰이 대동해서 병원에 가면 제가 마음이 참 편했어요. 병원을 가면 끝이었어요. 그리고 경찰 싸인을 해서 병원에 갔으면 그걸로 끝이었는데, 저는 이번에 처음 알았어요. 제도가 바뀌어서 경찰이 싸인해서 병원을 가면 3일이다. 3일이 지나면 나가야된다*" (인천 FGI)

(9) 장애등급제도에 대한 생각

본 연구의 FGI에 참여할 수 있었던 가족들은 가족협회 활동도 하고 중증질환을 겪고 있는 가족들을 오랜 기간 부양할 수 있을 정도로 그렇지 못하는 가족들과 비교하였을 때 경제적인 여유가 있다고 믿는다. 그래서 이 가족들의 가족들 중 상당수는 기초생활수급권을 가지고 있지 않는 것으로 판단된다. 이런 집단의 특성을 가만하고 아래 내용을 이해할 필요가 있다.

장애등급을 받는데 겪는 어려움: 정신장애인으로 판정받기 위해서는 조현병과 같은 정신병증(psychotic symptoms)이 동반되는 질환을 가진 것에 더하여 장기간 입원을 해야 하는 것이 일반적인 인식이다.

"*애네들 같은 경우에 복지카드를 만들라면은 병원에 1년을 있잖아요. 1년을 다녀야지만이 허락을 해줘야만 복지카드를 만들어요.*" (서울 FGI)

장애등급 혜택에 대한 생각: 정신장애인으로 판정되지 위해서 장시간의 정신병원 입원이 필요하지만 기초생활수급권을 받지 않은 정신장애인에게 주어지는 혜택은 지역사회 거주 및 치료에 큰 도움이 되지 않는다고 주장하였다.

"*그럼 복지카드를 만들었다 해서 얼만큼 혜택이 있냐? 전철 타는 것밖에 안 돼. 그것도 버스 환승하면은 내 돈 내야 돼, 또. 아무 쓰잘데기가 없는 거야. 복지카드를 해서 예를 들어, 뭐 그 사회에서 말한 거는 뭐, 어떤 기업체에 뭐 3프로를 채용을 한다, 그런 얘기는 많이 들었어요. 막상 이런 애들 못 들어가요 그런데, 3% 안에도. 하나도 안 돼.*" (서울 FGI)

정신장애인의 특성을 고려한 서비스 부재: 장애등급을 받은 정신장애인들에게 제공되는 사회서

비스들이 정신장애인들이 겪는 어려움과 상황을 고민하지 않은 체 만들어져 있다고 한 참여자는 아래와 같이 주장한다.

"또 제가 혼자 있어서 위험하고. 그래서 제가 부탁을 했어요, 동 (주민생활센터)에다가. 이 벨을 누르게 좀 해 달라. 그랬더니 나라에 돈이 없어서 벨을 누르게 해줄 수가 없대요. 그래서 벨을 누르게 해 줄라면 활동보조인을 신청을 해라. 그러면 그 집에 활동보조인이 온다고 하면 벨을 해 주겠다. 근데 우리 아이는 누가 오는 거를 거절하는데 뭐 육체적이 아니기 때문에 활동보조인이 올 수가 없어요. 그래서 굉장히 위험한 사건들이 많았는데 이 벨을 하나 못 해준다는 게, 그게 너무 저한테는 불만. 언제 어느 때에 어느 사고를 당할지 몰라요. 네, 그런 경우를 겪고 있습니다." (인천 FGI)

(10) 가족들의 중증정신질환과 서비스 관련 정보에 대한 접근성

가족들의 중증정신질환과 서비스 관련 정보에 대한 접근성이 낮음을 다양한 상황을 보고하면서 보여주었다.

중증정신질환과 정신건강서비스에 대한 정보에 노출되기 어려움: 가족들이 환자의 증상을 이해하고 개별 상황마다 어떻게 대응해야 할지를 알려줄 수 있는 정보에 대한 접근성이 강화되어야 한다.

"어디다 얘기를 이걸 어떻게 해야지 방향을 이렇게 잡을지를 모르는 거예요. 어떻게 해야 되는지를 모르는 거예요. 거기 (중증정신질환)에 대한 지식도 없지, 어디서 들은 적도 없지, 본 적도 없지. 그래가지고 그 이튿날은 인제, 애한테 면회를 하루에 한 번씩 다니는데." (서울 FGI)

가족들과 환자들이 지역사회에서 거주 및 치료받을 때 어떤 곳에서 서비스를 받을지에 대한 정보도 부족해 보인다.

"(정신건강복지센터에) 다녔는데, 대개 이런 거 있는지도 몰라. 그런 게 나 참 안타까워. 진짜, 나는 건강검진센터 (정신건강복지센터)가 있는 거를 인제서, 6년 만에 인제서(웃음), 얼마나 진짜, 아오 진짜. 나는 6년 만에 인제서 알았다니까요. 누가 그러더라고. 거기를 가서 상담을 하라고." (서울 FGI)

정보 없이 가족이 주된 부양자가 되어 중증정신질환 환자를 부양하는 것은 매우 큰 부담이 되므로 서비스 공급자들의 정보에 대한 접근성이 중요해 보인다.

"처음에는 기관을 잘 몰라서 집에서 계속 애를 가족이 돌보고 있었어요. 소속된 기관이나 이런 걸 찾았거든요, 같이 생활하니 경제가 무너지잖아요. 사회복지사를 통해서 이런 자체 해줄 수 있는 걸 찾았는데 잘 없더라구요." (대구 FGI)

잘못된 정신건강 정보에 노출: 정확하고 근거에 기반 한 정보가 가족들에게 제공되지 않을 경우

에 가족들과 환자들은 잘못된 정신건강 정보에 노출된다. 이런 잘못된 정보는 조기개입을 막고 가족들과 환자들의 삶의 질을 상당히 저해할 위험이 높아 보인다.

"*가족협회를 하면서 부흥회를 하는데 어떤 애가 드러누워 있어요. 딸이라고 하더라구요. 그 집을 찾아갔는데 애를 개처럼 피아노에 묶어 놨더라구요. 애들 변기도 밥도 방에서 먹이냐- 목사님 딸인데 나가면 술 먹고 담배피우니까 묶어 놨다구요. 목사가 잘못됐다 하고, 사모님을 모시고 교육을 받고 약을 먹고 피아노를 전공한 앤데 초등학교 시간제 교사로 활동하고 있어요. 그 집에서는 지금도 고맙다고 해요, 가족들은 그 역할이 그런거죠.*" (대구 FGI)

(11) 가족들과 중증정신질환을 진단받은 가족을 위한 사회적 지지에 대한 생각

가족들은 환자들을 부양하는 과정에 각종 사회적 지지들이 필요하였다. 다음과 같은 코드들이 목격되었다.

급성기 증상 발병 시 도움요청: 부양하는 환자가 급성기 증상을 겪는 과정에 주변에 있는 사람들이 가족들에게 사회적 지지를 제공하였다. 아래 쿼트는 급성기 증상으로 인해 수업일수가 모자르게 된 대학생 아들의 문제를 해결하기 위해서 같은 대학을 20년 전에 졸업한 조카에게 도움을 요청하는 내용이다.

"*어쩔 수 없이 퇴학하게 됐는데 이제 그 20년 선배 우리 조카가 같은 학교를 나와 가지고 사회에서 잘 나가는 조카가 있어요. 그래가지고 '야, 지금 우리 애가 이렇게 이렇게 됐는데, 니가 좀 학교에다 전화를 해서 담당교수한테 좀 어떻게 해줄 수 없냐' 그랬더니 '그렇게 됐을 때는 누구의 힘도 어쩔 수가 없다' 고 그러면서 '마지막 한 가지는 엄마가 그냥, 그러니까 저보고, 고모가 그냥 가서 무대뽀로 나가서 그냥 어머니의 동정심을 유발하는 그것밖에는 대책이 없다' 는 거예요.*" (서울 FGI)

같은 교회에 다니는 사람들에게도 급성기 증상이 만드는 각종 문제들을 해결하기 위해 도움을 요청하기도 하였다.

"*그런데 뭐 그렇게 하면서 지내다가 그 전도사님하고 다시 연락이 되가지고 그 전도사님이 일주일에 한번 씩 와가지고 데리고 다니면서 운동도 시키고 그러면서 정기적으로 운동을 인제 막 이것저것 다 시켰어요.*" (서울 FGI)

아직 학령기에 있는 환자들에게 학교 선생님과 학교 친구들의 사회적 지지는 학교에 적응하는 과정에 중요한 역할을 하였다.

"*애를 담임 선생님을 잘 만나서 고2때 학교를 안 간다고 하는 거예요. 담임이 매일 친구 2명을 달고 와서 우리 집으로 찾아왔어요. 참 고맙더라구요. 간신히 고등학교를 졸업을 하고.*" (대구 FGI)

국가인권위원회 humanrights.go.kr

당사자 동료들이 중증정신질환을 겪는 가족을 돕는다는 생각에 반대: 당사자들을 대상으로 했던 개인심층면접에 따르면 자신처럼 중증정신질환을 겪고 있는 당사자 동료들이 사회적 지지를 주요하게 제공한다고 보고되었다. 가족들은 이런 당사자들의 생각에 동의하지 않는 듯이 보였다. 동료지원가 및 당사자 주도서비스에 대한 생각을 물었을 때 대부분의 가족들은 이런 서비스들의 효과성에 대해 의문을 제기했다.

"(당사자들이 훈련을 받아가지고 동료 지원가가 되는 거에 대해서 어떻게 생각하세요?) *좋게 생각하죠. 그럴 능력만 있으면. 능력이 없지... 전달하는 방법을 좀 알아야 되잖아요. 근데 애들이 거의 있다 보면 단답형이더라고요. 서술해서 얘기를 해야 되는데 그 능력이 되지를 않잖아요... 자기는 먹는 거가 제일 행복하대요. 그러니.*" (인천 FGI)

(12) 지역사회 편견 및 차별경험과 이런 경험이 지역사회 재통합에 미치는 영향

환자들 뿐 만 아니라 가족들 역시 지역사회에 거주하는 과정에서 편견 및 파별에 노출되어 있었다. 다음과 같은 코드들이 목격되었다.

가족이 느끼는 편견과 차별: 가족들이 환자들과 함께 지역사회에 거주하는 과정에서 겪는 편견과 차별은 심리적 스트레스를 일으켰다.

"*좀 상처는 받았죠. 왜 그런가 하면은 인제 이게 뇌에서 일어나는데 스트레스 받아서 이런 게 일어난다 생각을 하니까 형제나 시댁이나 주변이나 니가 애 잡아서 그렇다... 그렇게 인제 처음에는 굉장히 들어가지고, 그 아 아픈 것보다 주위에서 그렇게 하는 게 더 신경을 긁어놓더라... 엄마 책임이다. 엄마 책임이다.*" (인천 FGI)

그에 더하여 집에서 일어나는 말싸움으로 인하여 발생하는 소음에 주변 이웃들이 반응할 때 위축되는 경우도 보고하였다.

"*지금 아파트 살고 있는데 불안 불안합니다. 애가 예민하면, 소리를 지르면은. 한 번 신고가 되가지고, 우리 집에 애가 그런 걸 모르고 옆집, 개 키우는 집의 아저씨가 갖다오더라고. 그래 속으로 무서워서. 그런데 인제 애가 비명을 한 번 빽 질렀거든요, 뭐 화가 나가지고. 그 때 다행히 그냥 넘어갔어요. 얘는 벌벌 떨었지, 지가 소리를 질러놓으니. 그러니 만약에 얘가 또 그렇게 소리를 지르다가 신고를 당해서 누가 온다면은 내가 떳떳하게 '그래, 우리 애 좀 아픕니다.'*" (서울 FGI)

중증정신질환에 대한 근거 없는 편견: 일반인들이 중증정신질환에 대해 보이는 편견은 가족들에게 큰 스트레스였다. 특히 언론을 통해서 흘러나오는 근거 없는 정신질환에 대한 비판은 가족들과 환자들이 위협감을 느낄 정도로 심각해 보인다.

"또 막 사회에서 뭐 사건이 일어나면 뭐 조현병 그렇게 매도하지 말고, 사실 저희가 애들이 일반 아이들보다 술 먹고 살인할 때 더 확률이 적거든요? 그런데도 그냥 매도해 버려가지고 사람들이. (가족 2) *그래서 지금 조현병만 몰고 가잖아요.* (가족 5) *친구들도 멀리 하고. 사회에서도 매장하고. 애들이 굉장히 힘든(거요)."* (서울 FGI)

중증정신질환에 대한 근거 없는 편견이 과도해지면서 일부 가족들은 중증정신질환을 겪는 가족이 공권력의 희생양이 될 것이라는 두려움을 표현하였다.

" 이 인제 어떤 사건이 벌, 뭔 일이 벌어지면은 여기 리스트에 올라온 사람을 먼저 뒤지자는데, 이것도 경찰이 이거 남의 사생활을 지네가 뭔데 F코드를 맘대로 건드립니까? 이건 사생활 침해잖아요. 지네가 어떻게 이걸 건드리고 그걸 먼저 뒤집니까?" (서울 FGI)

직장생활 및 취업과정에서 편견 및 차별 경험: 한 참여자의 가족은 직장생활을 하는 과정에서 차별을 경험하였다. 인상적으로 이 가족은 국가인권위원회의 도움을 받아서 차별을 시정 받을 수 있었다.

"큰 아이가 보건소에서 사서 도우미로 일을 했어요. 정신장애가 있다 보니까, 다 아줌마고 애만 남자인거예요. 솔직한 거예요. 정신장애라고 하니까 바로 선입견이 생기는 거예요. 윗선에다가 저 사람 정신장애인이라고 일 못하게 했나 보더라구요. 그 때 국가인권위원회에 모니터링 중이어서 다 써서 냈어요. 복귀 안 시키면 3천만원 벌금을 물게 하더라구요, 그래서 다시 복귀해서 1년을 마쳤어요. 그 사람들에게 미움 받기가 그래서 오기로 다녔지만." (대구 FGI)

(13) 2018년 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 권고

FGI에 참여한 가족들에게 탈원화를 성공시키기 위해서 어떤 서비스나 지원이 필요한지 질문하였다. 다양한 코드들이 발견되었다.

급성기 증상 발생 시 받을 수 있는 도움: 환자를 부양하는 가족들은 급성기 증상이 발생할 때 큰 어려움을 경험하였다. 체계적이고 효과적인 서비스가 구축될 필요가 있다.

"우리가 정말로 필요를 해서 다른 사례자의 말 필요를 해서 가서 상담을 하면 답을 줄 수가 없는 거예요. 그냥 뭐 어떤 위급한 상황이 생겼을 때 이렇게 연락하십쇼. 그렇다고 해서 그런 위급한 상황이라는 거는 우리가 119를 부르는 것처럼 거 사실은 우리 환자들이 119를 몇 년 전에만 해도 저희도 많이 계속 그 못 탔어요." (광주 FGI)

복약관리를 위한 효과적인 서비스 구축: 복약관리 역시 약 부작용 등의 문제로 인하여 지역사회에 거주하는 환자들과 가족들에게 큰 부담이 되는 건강행동이다. 이를 지원할 수 있는 지역사회 정신의

료기관 및 정신재활기관의 서비스가 시급하다.

"(범죄)*사건 나는 거는, 국가에서 이 사람이 약을 먹나 안 먹나를 관리를 똑바로 못 한 거예요, 솔직히 말하면. 가정만 잘못 된 거 아니거든요? 지금 알고 보니까. 이거는 가정도 관리를 하고 국가도 관리를 해요, 해야 돼요.*" (서울 FGI)

증상과 장애수준에 따라서 이용할 수 있는 *다양한 서비스가 케어의 연속성을 가져야 함:* 지역사회에 있는 서비스들이 과도하게 단편적이고 회복의 발달단계에서 나타나는 다양한 욕구를 연속성을 가지고 지원하는 수준이 미흡하다. 이를 극복하는 서비스 확대가 필요하다.

"*우리 아이 같은 경우는 조금 좀 외국어를 좋아해요, 아이가. 그래서 3년 전에, 병은 24년 됐지만 3년 전에 국가 자격, 일어 자격증도 땄고요(잠시 흐느낌)... 저는 좀 말하자면 아까워요. 왜냐하면 정신환자가, 정신이다 하면은 다 똑같이 취급하거든요? A, B, C, D가 있어요. 직장에도 갈 수 있는 사람, 또 조금 조금 나은 사람이 있는데, 우리 아이 같은 경우는 그냥 뭉뚱그려서 그 속에 들어가 있는 게 저는, 뭐라 그럴까요? 쓰레기 속에 그냥 묻혀 있다.*" (인천 FGI)

중증정신질환에 대한 일반인을 향한 홍보: 일반인들에게 팽배한 중증정신질환에 대한 편견을 완화시키기 위한 홍보활동이 너무나 요구된다. 그에 더하여 중증정신질환을 처음 경험하는 가족들은 이런 일반인을 대상으로 제공되는 중증정신질환에 대한 홍보자료를 통해서 자신들이 경험하는 어려움의 원천을 하루라도 빨리 인식하고 전문적인 서비스를 찾을 수 있을 것이다.

"*참 중요한 것 같애요. 우리는 이런 병이 있다 라는 거 상상도 못 하고 인제 굉장히 힘이 들고 그랬는데 이게 그 청소년기부터 걸리는 병이더라고요. 근데 이런 병이 있다 라는 걸, 가르쳐주고 사회에. 엄마들한테는 누구나 걸릴 수 있는 병이고, 이걸 예방할 수 있고, 이런 걸 다 좀 미리 가르쳐줬으면.*" (서울 FGI)

3) 중증정신질환 정신건강서비스 전문가 FGI

부산, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 8개 주제와 29개 코드가 추출되었으며, 8개 주제들은 아래와 같다.

(1) 2017년 5월 30일에 발효된 「정신보건법」 개정 전후 변화
(2) 지역사회 정신건강서비스기관과 정신병원 간 연계
(3) 지역사회 정신건강서비스 공급자 간 연계노력
(4) 케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신건강서비스 체계를 위한 제언
(5) 정신건강복지센터 역할을 향상시키기 위한 제언
(6) 지역사회 주거시설 개선을 위한 제언

(7) 중증정신질환 환자 지역사회 서비스 이용 시 장애물
(8) 공급자가 바라본 정신장애인들의 사회적 지지와 사회갈등

(1) 2017년 5월 30일에 발효된 정신보건법 개정 전후 변화

「정신보건법」 개정 전후에 변화를 거의 인식하지 못했던 중증정신질환 환자들과 그들의 가족들과 달리 서비스 공급자들은 상당한 변화를 경험하고 있었다. 이런 변화는 서비스 양과 질을 향상시켜야 한다는 대중의 요구보다는 정신병원에 강제 입원하는 요건이 강화되면서 만들어지는 추가 행정적 업무 증가 및 정신재활시설 기관분류방법 변화, 그리고 강제입원이 어려워지는 것에 대비하는 정신병원의 변화에 의해 서비스기관들이 활동하는데 여러 변화를 요구받고 있다.

정신보건법 개정 전후 기관이 느끼는 차이; 정신요양시설에 근무하는 참여자의 경우 비자발적 입소가 불법으로 되는 개정법에 적응하기 위해 시급히 행정서류를 구비하기 위해 노력하였다.

"갑자기 법이 바뀌면서 무연고자 입소자, 이분들이 법적으로 적용이 되면 나가야 하는데 그래서 보건복지부에서 급하게 (정신)요양시설 담당자를 불러서 급하게 교육을 했습니다. 이분들이 나가면 어떻게 되는 거냐고 지역사회에서 난리가 났었거든요. 그래서 요양시설엔 그런 분들이 계신 케이스가 있고 또 한국에서는 자의 입소하시는 분들은 거의 못 봤습니다." (부산 FGI).

흥미롭게도 정신재활주거시설에서 근무하는 참여자는 강제입원이 강화된 뒤에 오히려 주거시설에 입소하고자 하는 환자들의 수가 적어졌다고 하면서 어리둥절해 했다.

"기준이 아홉, 열 명 이런 (주거) 시설들이 다 기준을 채우지를 못하고 일곱 여덟 명 정도 되고 아니면 다섯, 여섯 명 정도로 왔다 갔다 하는... 사실 지금 그게 뭔가 라고 지금 저희가 생각을 하고는 있어요. 저희가 정신보건법이 바뀌면서 사실은 유입이 많이 될 거라고 기대를 했었던 터였거든요? 병원에 입원하기 까다로워지는 조건들이 좀 제한을 뒀기 때문에, 그런 기대를 했었는데, 사실은 그와 반대로 유입이 좀 어려워지고 있어요." (인천 FGI)

일부 참여자들은 개정법이 환자가 강제 입원하는 과정에서 그들을 보호하기 위해서 만들어놓은 각종 행정규제가 현실과 괴리하고 있다고 지적하고 있다. 아래 의견은 행정입원에 대한 정신건강복지센터 참여자의 의견이다.

"보호자가 없을 때에 응급입원이 이게 문제라는 거예요. 왜냐하면 법을 너무 강화시켜 나가지고 강제입원을 못하게 해놓으니까... 이게 너무 답답해요. 이게 취지가 장기유발을 막는 거잖아요. 그래서 퇴원을 빨리 하도록 유도하는 게 그게 목적이지... 입원을 장벽을 높게 해놓으니까 이런 문제점이 생기는 거예요." (대구 FGI)

행정입원의 맹점: 강제입원이 복잡하게 만든 정신건강복지법이 행정입원과 관련한 여러 문제들이 보고되었다. 아래 보고는 급성기 증상 치료가 필요한 지역사회에 거주하는 중증정신질환 환자가 행정입원이 필요함에도 불구하고 실제로 그것을 하는 게 쉽지 않음을 보여준다.

"*이럴 때 경찰들이 오더라도 사고가 안 남으로써 그냥 가고 이러는 경우가 한 번씩 갑작스럽게 사고가 나는 것 같아요. 정신장애인데 왜 입원 안 시키냐. 이런 얘기들이 분명 이상하거든요... 본인은 절대 입원 안하려고 하는데 주변에서는 불안하고 위협감이 있고.*" (광주 FGI)

(2) 지역사회 정신건강서비스 기관과 정신병원 간 연계

본 연구가 준비한 반 구조화 된 설문지에는 지역사회 정신건강서비스 기관들과 정신병원 간의 연계에 대한 질문이 없었다. 그럼에도 불구하고 지역사회 정신건강서비스 기관과 정신병원 간 연계가 잘 안 되는 현실과 이렇게 끊어진 서비스 고리의 이유를 논쟁하는데 FGI의 많은 시간이 사용되었다. 다음과 같은 코드들을 발견할 수 있다.

정신병원 퇴원하는 과정에 정신병원과 지역사회 서비스공급기관들 간의 끊어진 고리: 정신병원에 근무하거나 근무했던 참여자들과 지역사회 정신건강센터나 기타 정신재활기관에서 근무하는 참여자들은 입원했던 중증정신질환 환자들이 퇴원하는 과정에 퇴원계획 및 지역사회 연계가 성공적으로 이루어지지 않는다고 지적하였다.

"((정신)병원에서 (정신건강복지)센터로 어느 정도 가고 있다고 생각하나요?) 일부? 한 10%~20% 정도? 의뢰가 와도 다시 재입원하는 경우가 많았어요. 막상 등록된 경우는 그렇게 많지 않았어요. 만약 20명이 등록된다. 일 년에. 그러면 한 두세 명밖에 안 됐어요." (광주 FGI)

장기입원을 촉진하는 잘못된 경제적 인센티브: 이처럼 연계가 되지 않는 이유들 중 하나는 중증정신질환 환자들이 성공적인 지역사회 재통합을 할 경우에 정신병원이 경제적으로 이득이 오지 않는다는 일부 삐뚤어진 정신병원 운영진과 의사들의 관점 역시 역할을 하는 듯하다.

"*의사들이 보내면 내보내 뺏긴다. 불이익이다 그러니까 아예 정보도 안주고 그러죠... 하지 말라고 단도직입적으로 하는 경우도 있으니까.*" (대구 FGI)

퇴원계획 수립에 불확실성을 높이는 보호자 주도 입 퇴원: 보호자가 주도하는 입 퇴원이 빈번하므로 환자들의 증상에 기반 하여 퇴원계획을 수립하는 것이 쉽지 않은 경우도 있었다.

"*거의 저희도 모르는 사이에 퇴원 되는 경우도 많고요. 의사선생님 조차도 갑자기 보호자들이 와서 데리고 가겠다 이렇게 하니까 어떻게 할 수가 없는 거에요. 그리고 자의입원 같은 경우도 반드시*

본인이 원하면 언제든지 내보내야 되는 상황이기 때문에. 저희를 거치지 않고 바로 가는 경우도 많고요." (부산 FGI)

건강정보 공유에 대한 환자들의 불안감: 입원 환자들이 정신건강센터로 의뢰되는 수가 적은 현실에 대해서 한 참여자는 퇴원 시에 정신병원 근무자가 환자에게 지역사회에 위치한 서비스기관을 연계해주겠다고 이야기할 경우 중증정신질환에 대한 편견이 서비스 연계를 막을 것이라고 주장하였다.

"*저 같은 경우에도 의사와 상담한 정보가 (정신건강복지)센터에 "정신질환"으로 가 있다고 하면 끔찍할 것 같아요.*" (광주 FGI)

정신병원부터 시작되어야 하는 중증정신질환 환자들의 지역사회 재통합 준비에 대한 인식 부재: 한 참여자는 케어의 연속성을 보장하는 차원에서 연계노력을 기울려야 한다고 주장하였다. 그와 동시에 지역사회 내에서 중증정신질환 환자들이 회복하기 위해서는 정신병원 기간이 줄어드는 중요하다고 지적하고 있다.

"*병원부터 시작하는 체계가 있다면, 그 체계 내 연속성을 갖고 제일 끝 단계에 있는 독립으로 가는 자립으로 가는 구조가 가장 필요(합니다)... 병원은 재원 일수를 줄여야 합니다... 재원 일수를 줄이면 이 분들은 항상 그 다음 단계를 고민했기 때문에 재원 일수를 늘린 거 아닙니까? 그 다음 단계는 지역에서 만들어야하죠 결국. 그게 다면다층화 된 서비스일거고 거주에 대한 노력일 거라고 저는 생각합니다.*" (인천 FGI)

(3) 지역사회 정신건강서비스 공급자 간 연계노력

지역사회에 위치한 정신건강서비스 공급자 간 연계노력에 대한 생각들이 코드로 등장하였다. 지역사회에는 낮 병원과 정신과 전문 의원과 같은 정신의료기관에 다하여 정신건강복지센터 및 기타 정신재활기관들이 환자의 증상과 장애수준에 따라 활발하게 연계를 해야지 환자들이 케어의 연속성을 경험하며 회복을 경험할 수 있다. 다양한 장애물들과 어려움들이 이런 연계 과정에 등장하였다.

정신건강서비스 공급자 간의 연계는 여전히 어려운 상황: 참여자들은 성공적인 정신건강서비스 체계를 만들기 위해서는 다양한 공급자들이 서로 연계하여 협력해야 한다고 주장하였다. 그와 동시에 중앙정부가 정신건강서비스 확충대책마다 제시하는 정신건강서비스들의 연계를 통한 케어의 연속성 확충이 아직도 요원한 현실임을 보고하였다.

"*방문하는 사람마다 실질적으로 서비스를 받을 수 있는 서비스가 없고 파편적인 서비스나 서비스도 포괄적인 서비스가 없다는 거죠... 지금 엄청난 예산을 불러들이는 공급을 늘림에도 불구하고 보낼려고 하면 보낼 곳이 없고 그리고 저희 같은 경우 나오면 진행이 되는데 우리는 주치의선생님 말고는 아*

무도 연락 오는 사람이 없고 그런데 국가에서는 뭘 한다. 그러고 왜 이런 것들이 전부다 분절적으로 진행이 되는." (부산 FGI)

급성기 증상을 보이는 환자들을 위한 지역사회 서비스 부재: 지역사회에서 거주하기 위해서는 급성기 증상을 경험하는 환자들을 위한 서비스가 지역사회에 필요하다. 인천 FGI에는 단기전환시설인 하프하우스 (half-house)를 운영하는 전문가가 참여하였다. 이 단기전환시설이 2017년 5월 30일에 발효된 정신건강복지법에서 제시하는 지역사회 급성기 증상 시 찾을 수 있는 시설이라고 해당 참여자는 주장했다. 그러나 정원제로 운영되는 단기전환시설이 서비스 공급능력에 문제를 가진다고 지적하고 있다.

"*집에 있다가 본인이 증상을 재발할 것 같다 혹은 분리가 필요하다 보호가 필요하다 하면 저희(단기전환시설)한테 오십니다. 근데 문제는 저희는 정원제를 갖고 있어요. 시설이 다 정원제이기 때문에, 저희는 응급실인데, 말 그대로...응급실에다가 정원제를 갖다 붙이면 이거는 굉장히 문제가 발생합니다.*" (인천 FGI)

성공적인 직업훈련과 취업연계는 다양한 서비스 기관의 협력을 요구함: 중증정신질환을 진단받았다는 사실만 공통점이지 직업훈련 및 취업에 영향을 미치는 교육수준, 관심분야 등과 같은 요인들은 환자들마다 다르다. 그러므로 직업훈련 및 취업과 관련한 요구가 다를 수밖에 없으므로 다양한 기관들이 효과적으로 연계작업을 할 때 직업훈련과 취업이 성공적으로 이루어진다.

"*컴퓨터 교육이라든지 직업훈련 같은 경우에는 여기서 (정신재활시설) 다 안 되니까 그것을 할 수 있는 데와 연계를 하죠. 그 사람이 어떤 게 필요하냐. 요즘에 당사자 역량강화를 많이 하니까 꼭 그래서 정신보건 연계뿐만 아니라 그쪽으로 일반 장애의 훨씬 그래서 그쪽으로 연계를 하게 되거든요. 거기서 연계를 하면 교육내용도 그렇지만 그 사람도 굉장히 의욕적이죠.*" (광주 FGI)

정신의학전문의와 다른 전문의들 간의 장벽: 중증정신질환 약을 먹는 과정에서 당뇨병과 같은 신체질병 질환을 겪는 동반질환 (comorbidities)를 가지고 있는 경우 정신의학전문의와 다른 전문분야 의사들과 협의가 있어야 한다는 것이 협의치료 (coordinated care)가 있어야 하지만 지역사회에서 이런 접근들이 일반적이지 않다. 최근 중증정신질환 환자들이 노령화됨에 따라 더 많은 동반질환과 관련한 어려움들을 주거서비스를 제공하는 공급자들을 겪고 있다.

"*주거로 가는데 이중 진단을 받은 경우, 그 다음에 신체 질환이 저희 많으신, 대사증후군부터 시작해서 뭐 질환이 많으셔서 가시기 어려운 경우. 그 이중 진단이라는 경우도 있습니다, 장애가 있어서. 이 분들이 가실 때가 좀 어렵죠. 특히 60세 이상은 (주거시설로) 못 갑니다.*" (인천 FGI)

낮 병원 등 정신병원이 지역사회 재활서비스 제공이 늘어남: 낮 병원은 시설화 된 장기입원을 방지하는 지역사회 내 중요한 정신건강서비스 공급방식이다. 일부 참여자들은 일부 낮 병원이 지역사회

서비스 공급체계의 케어의 연속성을 저해시킨다고 주장하였다. 강제입원이 어렵게 만드는 정신보건법 개정법이 입원환자들의 수를 줄일 것을 대비하여 일부 정신병원들은 낮 병원을 만들었는데 그 방식이 다양한 서비스를 제공하여 환자들이 회복되는 것을 목표하기 보다는 지역사회 내에서 시설화를 만들고 있다고 지적하였다.

"*낮 병원에 대한 장기화가 지금 되고 있다... 우리 시설에서 이용하셨던 분이 낮 병원으로 가셨더라고요. 근데 가신 분 보니까 좀 제가 저건 아닌데 라고 선택해야 할 문제, 예를 들면 병원에서 밥값도 안 받고 사회복귀시설은 밥값을 받고. 본인은 그럼 거기서 프로그램을 하느냐 물어봤더니 프로그램을 하긴 하는데 XX처럼 그렇게 활발한 프로그램이 아니라 하루에 한 두 개 정도 받는다.*" (인천 FGI)

한 정신병원은 낮 병원을 운영하면서 병원이 위치한 지역에 있는 민간주택들을 구입하여 지역사회 공동생활가정을 만들었다. 그런데 병원이 입원과 지역사회 재활시설로부터 수익을 만들게 될 경우에 다양한 서비스 공급자들과 케어의 연속성이 만들어지기 보다는 병원이 수익을 얻을 수 있는 서비스만 환자들이 받기 되는 문제가 발생할 수 있다고 지적하고 있다.

"*근데 저는 그 병원 옆에 제 원룸 통째로 빌려서 만든다는 이야기를 들었을 때 굉장히 걱정도 됐었고, 불합리하고, 부정적으로 봤었거든요... 병원 옆에 bed를 늘리는 데 있어서 원룸 하나 구하는 통째로 사는 비용보다 증축하는 비용이 더 크거든요... 낮 병원 원룸 낮 병원 원룸 이렇게 계속 로테이션 되는 거예요 쳇바퀴 돌듯이.*" (대구 FGI)

이런 의견이 있지만 낮 병원에서 일하고 있는 정신건강사회복지사의 경우에는 낮 병원이 중증정신질환 환자들의 회복을 위하여 상당한 노력을 하고 있고 이런 노력은 보호 작업장 같은 정신재활시설에서 기울이는 것과 유사하다고 주장하였다.

"*(보호 작업장을) 3년 하다 나와서 낮 병동으로 시작을 한 거예요... 제가 낮 병원에서 하는 거는 시설 (보호 작업장) 마인드 그대로 하는 거죠... 와가지고 좀 보셨으면 좋겠다. 물론 그쪽에서 그렇게 오해할 수도 있는데 근데 한 분도 안 찾아 왔어요. 저는 그게 더 답답해요.*" (대구 FGI)

(4) 케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신건강서비스 체계를 위한 제언

케어의 연속성을 가지는 지역사회 정신건강서비스 체계를 위한 생산적인 제언들이 다양한 배경을 가진 정신건강전문가들의 논의 속에서 찾을 수 있었다.

지역사회 정신재활시설보다는 병원을 비롯한 정신의료기관에 호의적인 정부지출: 대한민국의 정신건강서비스는 크게 정신의료기관과 정신재활시설에 의해서 생산된다. 정신의료기관은 의료급여나 건강보험에서 급여를 받아서 운영되지만 정신재활시설은 중앙정부 및 지자체 단체들의 일반예산에서 매년 지

원받는다. 2016년 현재 약 4조 2천억 원의 의료보장제도가 정신의료기관에서 제공되는 정신 및 행동관련 장애를 치료하기 위해서 사용되는 반면 정신재활기관은 2017년 현재 2016년 의료보장제도 지출 대비 약 4.5%인 약 1890억 원의 예산을 사용하고 있다 (보건복지부 & 국립정신건강센터, 2017; 건강보험심사평가원, 2017). 이런 현실은 전문가 FGI에서도 언급되었다.

"*정신재활시설에 1년의 정부의 책정되는 예산이 300억 되는 걸로 알고 있어요... 정신분열병 치료에 나가는 비용이 4000억이에요.... 그러니까 경쟁이 안 되면 서비스가 한쪽으로 몰리게 될 텐데... 장기입원을 막으려면은 사회복지시설을 활성화해야 된다니까... 국가 예산에서 그 정도 돈이 나간다 치면 4조란 돈이 지역사회에 풀리면 어떻게 되겠어요? (전문가 1) 오만 것들이 생기겠죠.* " (대구 FGI)

효율적인 서비스 연계 부족과 서비스 공급자들 간의 중복된 역할이 과다 경쟁과 서비스 전달체계 비효율을 만듦: 정신건강복지법 하에서 다른 기관으로 분류되더라도 서로 역할을 보충하고 지원하기보다는 중복된 역할을 가지고 있기에 공급자들의 과다 경쟁이 발생하기도 하였다.

"*정신건강복지센터, 정신재활시설, 낮 병원, 병원 이런 데에 대한 어떤 역할들이 좀 구분이 돼야 되지 않겠나... 이런 식으로 경쟁*(이 되면 안 되지)." (대구 FGI)

서비스 연계 없이 지역사회 정신건강서비스 기관들이 중복된 서비스를 제공하다보니 소수의 환자들이 중복된 서비스를 동시에 받는 비효율성이 발생하고 또 다른 환자들은 서비스를 전혀 받지 못하는 경우가 발생하였다.

"*그런 서비스가 정리가 안 되면 한 사람한테 몰아서 서비스가 가는 부분이 또 있고, 그런 서비스를 받는데서 노출받기 싫은 사람들은 여러 군데에서 찌르니까 싫어하는 사람들이 대게 많거든요... 중복을 해야 하긴 해야 하는데 제대로 서비스를 해준 팀에서 해줘야하는데 그거를 다른 팀에서 하고 있고*" (대구 FGI)

지역사회보장협의체와 같이 서비스 연계를 목적으로 운영되는 협의조직이 과도하게 개별 사례에 집중하여 운영될 경우에 도리어 소수의 환자에게 상당한 서비스를 몰아주는 결과를 낳기도 하였다. 또한 복지

"*항상 우리 지역사회보장협의체라든지 이런데 가면 사례를 딱 하나 띄어 놓으면 한 사람이 다섯 여섯 군데를 받는 거예요. 근데 이게 아 우리 서비스를 이 사람에게 주고 있는 이야기를 안 해요. 나중에 그 회의를 하면서 나오는 거예요. 그래도 막 제대로 안 되는 거예요.*" (대구 FGI)

탈원화의 장애물인 법제도 – 법제도가 장기입원을 촉진하는 인센티브를 제공: 참여자들은 일부 법제도가 중증정신질환자가 지역사회에 있는 정신재활시설보다는 정신병원에 장기 입원하는 것을 더 촉진한다고 지적하였다.

"시설 입소도 마찬가지에요. 수급자 아니신 분들은 실비 비용을 지급하셔야 하거든요... 병원에서는 그걸로 더 작은 비용으로 이용하니까 보호자 입장에서는 부담 때문이라도 쉽게 입원을 찬성하는 입장이죠... 보호자 분들이 나가면 (퇴원하면) 수급이 안 들어온다는 이야기 들으시면 거의 안 오세요." (광주 FGI)

아래 사례 역시 보호자의 관점에서 중증정신질환 환자가 정신병원에 입원할 경우 경제적으로 더 이익이 되는 상황을 보여준다.

"(정신병원에서) 내보내야 되는데, 뭐 가족이 원하지 않는다...정신병원에 입원하면 간식비만 넣어주면 정신병원이 다 해주잖아요... 그리고 수가가 굉장히 정신병원은 높아졌어요." (인천 FGI)

탈원화의 장애물인 법제도 - 병원이 가진 금전적 인센티브에 따라 퇴원의 속도가 영향 받음: 한 정신병원은 퇴원을 촉진하는 정책을 가지고 있었다. 그런데 퇴원의 조건이 병원을 운영하는 법인이 운영하는 지역사회 정신재활시설에 가는 것이라고 다른 FGI 참여자가 지적하고 있다. 병원이 지역사회에서 정신재활시설을 운영하는 것이 이해충돌 문제를 야기 할 수도 있을 것이라는 문제의식을 제공한다.

"(A정신병원 근무 사회복지사) 그래서 저희 같은 경우에는...사회 사업실이 따로 전담인력들이 있어요. 사회복지사 둘이서 계속 지역사회 연결하면서 퇴원할 때 보내는. (다른 참여자) 이게 겉보기에... 보기에 참 좋아 보이는 시스템인데 이거를 활용하는 방법에 있어서 문제가 생길 수 있다 보거든요. 이번에 감사? 실태조사 하면서 나왔던 사람이 중에 하나가 그거라는 거예요. 이 병원 (A 정신병원)에서 퇴원하는 조건이 본인들 법인이 있는 시설로 가는 거예요." (대구 FGI)

(5) 정신건강복지센터 역할을 향상시키기 위한 제언

백화점식 서비스 공급을 지양: 정신건강복지센터는 중증정신질환 환자들이 지역사회에서 비 약물치료 및 각종 재활서비스에 더하여 서비스 연계지원을 요구하는 핵심적 정신재활기관이다. 그런데 제한된 인력과 자원을 가지고 너무 다양한 서비스들을 제공하려고 노력하다 보니 개별 서비스들의 전문성이 낮아지는 부작용이 일어나고 있다고 참여자들이 지적하였다.

"지금 센터도, 지금 거의 백화점처럼 다 하라고, 요즘 백화점이라고도 안하고 다이소라고 이야기할 만큼 너무 많은 걸 얽혀 놨는데, 저기다가 대놓고 나중에 또 이러다가 복지 서비스 있으니 주거지원서비스까지 하세요... 서비스가 점점 전문화되기 보다는, 그래서 다이소라는 말이 나오더라고요. 최근에 그렇습니다. 그런 것 같은 형국이 또 될까봐 염려스러운 거에요. 사실은." (인천 FGI)

이런 중요한 역할을 정신건강복지센터가 가지고 있음에도 불구하고 자살예방, 일반인들 정신보건교육 등의 비중증정신질환 서비스를 제공하느라 중증정신질환 환자들이 이용할 수 있는 서비스가 상당

히 부족하다고 참여자들이 지적하였다.

"예방 관련해서 제 캠페인과 예방 프로그램 대중교류 가고 있고 그 안녕히 주무셨어요라고 통장님들이랑 예방 선생님들이 직접 오십 대 이상 육십 대 손님들 혼자 계시는 분들께 우울 검사도 해드리고 고연령대인 손님들은 정신건강 연결하고 치료가 필요한 부분들은 치료연계하고 가정방문 해서 이 분이 조금 사회적으로 지지를 받고 있다는 것을 알 수 있는 서비스를 조금 하고 있고." (광주 FGI)

지역사회에 거주하는 중증정신질환 환자들에 대한 정보부족: 어떤 지자체의 경우에는 지역사회에 거주하는 중증정신질환 환자들 중 매우 일부분만 회원으로 등록하고 있었다. 회원으로 등록되지 않은 중증정신질환 환자들은 상당히 많은 서비스에서 소외되고 있을 위험이 높다.

"저희는 지금 인구가... 11만5천이에요... 지금 현재 저희가 등록된, 아동까지 포함해서는 180명이에요...근데 우리가 유병률이나 그런 조사를 따져보면 훨씬 못 미치겠죠..모든 파악된 사람이 다 들어올 수는 없어요. 예를 들자면 동의도 해야되겠죠 뭐도 해야되겠죠 그런 사람 다 제외하고 또 각 지자체에서 정신장애인이라고 등록한 그 장애를 가지신 분들의 파악된 자료들도 있는데 그것조차도 사실은 우리는 제대로 받지를 못해요. 파악된 대상자들도." (인천 FGI)

초점을 두어야 하는 사업이나 집단: 가용한 인력과 자원이 제한되어 있음에도 불구하고 과도하게 많은 종류의 프로그램들과 사업들을 운영하는 정신건강복지센터들은 소수의 프로그램이나 사업을 운영하는데 초점두어야 한다는 제언이 제기되었다.

"사실은 우리가 지금 (정신건강복지센터의) 정체성의 혼란이 오는 게, 사례관리에 중점을 둘 것이냐, 증진에 중점을 둘 것이냐, 아니면 자살에 중점을 둘 것이냐 뭐 교육이나 일반 주민들에 포커스를 둘 것이냐, 너무나 많은 다이소 개념이기 때문에 그거에 대한 정리가 필요하고요." (인천 FGI)

한 참여자는 정신건강복지센터가 중증정신질환에 초점을 두면 좋겠다고 의견을 제시하였다.

"센터는 팔이 안으로 굽는다고 정신장애인 쪽으로 포커스를 맞췄으면 좋겠다는 거. 왜냐하면은 지금 사회복귀시설이 활성화 안 되잖아요?" (대구 FGI)

지자체의 의지에 영향 받는 정신건강복지센터의 역량: 일부 정신건강복지센터는 소속된 지방자치단체의 단체장 및 관련 공무원의 의지에 따라서 재정지원 수준이 달라져버린다. 만약 재정지원이 적을 경우에 인력구성이 서비스 제공 역량을 저해하였다.

"예를 들어서 10호봉 들어와야 되는데 예산 없으니까 1호봉만 뽑아라든지, 전문요원을 뽑으면 급여를 더 줘야 되니까 전문요원 뽑지 말고 그냥 사회복지사 간호사 일반심리사 아무나 뽑아. 제가 갔던 저기 경상도에 있는 모 센터는 보니까 지자체가 인건비를 40프로 삭감시켜버린 거예요. 그니까 할 수 있는 방법은, 사람은 채워야 되는데 호봉수를 낮추는 방법밖에 없는 거예요. 그게 어떤 전문성이 있겠습니

까?" (인천 FGI)

(6) 지역사회 주거시설 개선을 위한 제언

전문가들의 FGI에서 지역사회 주거시설을 어떻게 개선할지에 대한 의견들이 제시되었다. 여러 코드들이 발견되는데 이들 코드들의 핵심 아이디어는 어떻게 하면 중증정신질환 환자들의 다양한 증상과 장애수준에 적합한 주거시설 mix를 만들지에 대한 고민들이 많았다.

다양한 증상과 장애수준에 적합한 주거시설이 필요: 현재의 「정신건강복지법」에서는 주거시설의 일정한 분류들을 시행령을 통하여 제시하고 있다. 그러나 법에서 규정한 주거시설들의 종류들이 현장에서 전문가들이 만나는 다양한 상황을 가진 환자들이 회복을 향하여 가는 것을 성공적으로 지원하지 못한다고 주장하였다.

"단기 중기 장기의 의미보다 대상자의 중심을 둘 필요는 있습니다. 예를 들면 장애인같 은 경우에도, 체험부터 시작해서 훈련, 거주, 독립, 자립 뭐 굉장히 다양한 스펙트럼을 갖고 있거든요. 근데 그거의 전체 목표는 자립입니다. 자립이에요. 저희가 갖는 목표는 독립 자립에다가 두고, 서비스의 형태를 좀 여러 가지로 두는 게 그게 필요하고 그걸 제시해 줄 필요가 있습니다." (인천 FGI)

공동생활가정 관련 어려움: 공동생활가정은 개정법에서 처음으로 제시되었는데 정신재활기관들 중 생활훈련, 복약관리 지원서비스, 서비스 연계 지원을 제공하는 정신재활기관이 부족한 현실에서 어려움을 만들어낸다고 일부 참여자들이 지적하였다.

"주거시설에 대해서 이게 공동가정으로 다 바뀌었잖아요? 옛날에는 다 주거시설이었죠, 공동가정이 아니었습니다. 제일 처음에 사회복귀시설에 대한 종사자가 세 명이었어요. 처음에는 세 명이었다가 나중에 두 명으로 바뀌고 지금은 종사자가 한명입니다. 그러면 우리한테도 이용시설한테도 영향이 많은 게, 종사자가 많으면 이용시설에 대한 연계성도 활발할 수 있거든요? 그리고 주거시설에서 독립시키면서 이용시설한테도 연계를 해줬어요. 근데 그게 다 전부 다 없어졌다는 거." (인천 FGI)

하프웨이 하우스의 역할에 대한 고민: 단기전환시설인 하프웨이 하우스를 운영하는 참여자가 아래와 같은 고민을 제시했다. 자의입원이 많아지면서 과거에 비해서 짧은 입원을 하고 지역사회로 나오는 중증정신질환 환자들이 증가하고 있고 일부는 아직 급성기 증상이 일부 잔류한 경우도 있는데 이런 상황에서 하프웨이 하우스에 상당한 재활 및 증상관리 관련 책임이 주어지고 있다고 주장하였다.

"병원에서 많은 환자들을 수용하고, 어떤 체계적인 단계가 만들어지지 않으면, 이거는 아무리 해봤자 너무너무 요원한 상황이 돼서 힘든 상황이 되고요. 이 전환시설이 뭔가 제도적으로 뭔가 뒷받침만 잘 되면 아주 그, 지역사회에서 재활을 할 수 있도록, 그런 창구가 되는 건 분명할 거란 생각이 듭니

다. 근데 이제 말씀드렸듯이 너무 요원한 부분들이 있습니다. 아직은 저희 힘으로. 제도적으로 뭔가 이제 보완이 되지 않으면." (인천 FGI)

(7) 중증정신질환 환자들의 지역사회 서비스 이용 시 장애물

전문가들은 정신장애인들이 지역사회 서비스를 이용할 때 만나게 되는 장애물들을 논의과정에서 언급하였다.

증상과 장애수준에 따른 차별적 서비스의 부재: 중증정신질환 환자들과 그들의 가족들에 이러 전문가들도 소비자가 가지는 다양한 특수한 상황, 증상, 장애수준들을 해결할 수 있도록 다양한 서비스가 필요하다고 지적하였다.

"*여기 단계에서 그 위에 단계가 있는데 일반 경쟁 직장하고, 보호 작업장하고 그 사이에 많은 월급을 주는 (직장이 필요하죠). 20만원을 받으면 제 생각으로는 40만 원짜리 직장도 필요하고, 50만 원짜리 직장도 필요하고, 최저임금 되는 직장도 필요하고. 이런 게 단계들이 많아야 해요. 많아서 기능에 따라서 여기서 좀 되는 회원들은 그 다음에 가고... 자기 능력에 따라서 다양하게 제공되는 게 목표지.*" (대구 FGI)

노령 중증정신질환 환자들의 증가와 그들의 욕구가 고려되지 않는 서비스 체계: 저 출산 고령화 현상이 지역사회 정신건강서비스 체계에서도 느껴지고 있었다. 그럼에도 불구하고 이런 인구학적 변화가 정신건강서비스가 제공되는 과정에서는 고려되지 않는 현실이 제시되었다.

"*우리나라가 노령화인데 우리 정신질환자라고 나이를 안 먹겠습니까?... 그래서 지금 고민이 지금 이렇게 50대 훌쩍 넘어서 60 넘은 대상자들이 사실 고민이거든요?... 그런데 이 분들이 집에 가서 가정 방문 해보면 관리가 잘 안 되죠. 일반 어르신들도 관리가 잘 안 되는데 우리 대상자들은 관리가 더 안 되거든요. 아주 기능이 좋았던 대상자들도 좀 그렇게 되요.*" (인천 FGI)

엄격한 장애등급이 만드는 서비스 이용 시 장애물: 장애등급을 받는 것이 중증정신질환 환자에게는 엄격하다는 주장이 전문가 FGI에서도 제기되었다. 특히 정신병증이 없는 질환인 우울증이나 조울증을 겪는 중증정신질환 환자들은 장애등급을 받는 것이 쉽지 않다.

"*문제가 뭐냐면 우울증이나 조울증. 여기에는 장애 진단 받기가 쉽지 않아요. 현재 저희 동료도 조현에 조울이 한두 명 있어요. 지역사회에서 우울이나 조울도 상당히 중요하거든요.*" (광주 FGI)

장애등급을 받기 어려운 현실에서 장애등급을 받은 공식 정신장애인들을 수혜자로 각종 사회서비스를 만들고 제공하는 보건복지부에 대한 비판 역시 제시되었다.

"정신(보건) 쪽에서는 등록하지 않는 정신질환자의 어려움이 일반 환자로 취급하기에는 어려움이 있거든요?... (보건)복지부의 정신복지과(에서) 정신장애(사업)을 복지카드 가지고 (기준으로) 한다는 것은 너무 지역사회 현실을 (모르는 거죠)." (광주 FGI)

(8) 정신건강서비스 공급자가 바라본 중증정신질환 환자들이 경험하는 사회적 지지와 갈등

환자들과 가족들의 인터뷰에서 보았듯이 지역사회에 거주하는 과정에서 경험하는 사회적 지지와 갈등이 회복경험에 큰 영향을 미쳤다. 전문가들 역시 사회적 지지와 갈등이 환자들에게 영향을 미친다는 의견을 제시하였다.

보호자가 주된 의사결정을 하는 정신병원 입 퇴원: 전문가들 역시 보호자가 정신병원 입원과 입원의 장기화가 보호자들의 의견에 의하여 상당히 설명된다고 주장하였다. 2017년 5월 30일부터 강제입원 요건을 엄격하게 했음에도 불구하고 보호자의 암묵적인 강요가 있기에 실제 퇴원하는 환자들의 수가 많지 않다고 아래 전문가의 쿼트는 주장한다.

"실제적으로 법은 바뀌긴 했지만 병원에서 퇴원 후에 얼마나 늘었나 보면 제가 봤을 때는 그렇게 많지는 않거든요. 이게 본인이 의사는 있지만 보호자에 의한 강제입원이 되긴 하죠. 실 본인은 퇴원하고 싶은 의사가 있지만 암암리에 법적 보험자 연구자든 어쨌든 간에 정서적 지지가 가장 친밀한 보호자 분들이 '퇴원하지 말아라. 있어 달라.' 라는 암묵적인 이야기 때문에 대부분이 본인은 나가고 싶지만 가까운 사람 반대했을 때 오는 게 있어서 거의 형태만 바뀌었을 뿐이지... 실제로 저희도 보호자 분께 그런 연구자의 뜻을 거슬러 나가는 분이 있기는 있어요." (광주 FGI)

또 다른 전문가는 일부 보호자들은 중증정신질환을 겪는 환자가 정신병원이 입원해 있는 것이 지역사회에 거주하는 것 보다 더 낫다고 믿고 있다고 지적하고 있다.

"가족들의 의식은 변화가 없다. 왜, 정신병원에 있으면 간식비만 주면 (되잖아요.) 지역사회에 안 내보내요." (인천 FGI)

보호자가 없는 중증정신질환 환자들의 소외: 고령화됨에 따라서 질환 발병 이후 오랫동안 부양해주던 보호자들이 사망하거나 부양능력을 상실하는 경우들이 있다. 이런 경우 환자들은 사회관계망을 상실한 체 소외를 경험한다.

"그리고 그 전에도 한계를 느꼈던 거는 꼭 보호자가 있어야 되고 토요일 일요일 집에 가야 되고 누군가가 해야 되고 이런 거에 제약이 참 많더라고요. 사실은 정신장애인들이 거의 혼자 사는 사람들이 많아요. 이제 40대 50대 60대 고령화가 되어 가거든요. 이런 분들이 독거가 많은데 아니면 형이랑 산다든가 가족이랑 이미 부모님은 이미 돌아가신 부모님이 많아요. 그래서 형제가 돌본다거나 형제가 돌보

지 못하면 혼자 살거든요?" (인천 FGI)

사회관계에서 희생양이 되는 정신장애인: 장기입원을 경험하는 정신장애인들은 일상생활 기능을 상당부분 상실하는 것에 더하여 자신이 가진 법적 권리에 대한 이해도도 낮다. 이런 취약성이 가족이나 다른 사회관계에 있는 사람들에 의하여 착취되는 경우들을 전문가들이 현장에서 발견한다.

"핸드폰 사러 가면 두 사람 중 한 사람은 법적인 문제가 걸려 있어요... (핸드폰 직원이) 탁 보고 아 이 사람은 하지도 않은 (서비스) 다 씌워가지고 보면. 요금이 저는 3만 얼마밖에 안 나오는데 회원들은 다 기본 6만원 기본 다 나오고요. 다 최고의 옵션을 넣어서 와요. 그 정도뿐만 아니고 집에 있는 인터넷 하지도 않는 것들을 씌워가지고 하는 경우가 몇 건이 있었어요." (대구 FGI)

정신병원 입 퇴원 과정에서도 환자들은 보호자들에게 다른 의견을 제시하는 것을 두려워하였다.

" 저희가 (정신건강사회복지사) 너무 오랫동안 퇴원이 안 되는 분들을 의사 선생님하고 저하고 같이 보호자를 만나서 퇴원을 해야 한다고 했을 때 (환자분들이) 너무 두려워하시는 거 에요." (부산 FGI)

제6장 연구결과 요약

제1절 질적 연구 결과

1. 연구목적 및 방법론

질적 연구는 성공적인 지역사회 거주와 치료를 방해하는 장애물들과 촉진하는 도움들을 가장 이해할 수 있는 이해당사자인 중증정신질환 환자, 그들의 가족, 그리고 지역사회의 정신재활기관과 정신의료기관에서 근무하고 있는 다양한 정신건강 전문가들의 생각과 목소리를 생생히 담고, 인터뷰를 통해서 발견되는 방대한 양의 자료 속에서 정신장애인들의 지역사회 재통합을 촉진하고 방해하는 요인들에 찾는데 방점을 두고 질적 자료를 분석하였다. 총 21명의 당사자들이 개인 심층 인터뷰에 참여하였다.

모든 참여자들이 조현병 및 조현정동장애를 진단받았고 21명 중 14명은 정신장애인으로 등록되어 있는 것으로 나타났다. 정신장애인 등록을 받지 못한 6명의 경우는 짧은 기간 정신병원 입원이나 장애등급 판정을 받는 과정에 들어가는 어려움보다 판정 이후 주어지는 혜택이 없다고 판단하여 장애등급을 받지 않았다고 응답하였다. 개별 인터뷰는 약 40분에서 2시간에 걸쳐서 이루어졌고 인터뷰의 진행은 반 구조화된 질문지를 중심으로 이루어졌지만 일부 인터뷰들의 경우에는 모든 질문들이 응답되지 않기도 하였다.

가족 FGI는 정신장애인 가족협회의 협조를 받아 서울, 대구, 광주, 인천에 거주하는 중증정신질환 환자들의 가족들을 만나서 이루어졌다. 개별 FGI에 5명의 가족들이 참여하여 총 20명의 가족들이 질적 연구에 참여하였다. 반 구조화 된 질문지를 기초로 FGI를 진행했지만 당사자 개별 인터뷰와 비교하였을 때 질문지에 대한 답변 보다는 참여자들 간 열정적인 논의과정에 따라서 논의주제의 전환이 이루어졌다. 연구자들이 질문을 주도적으로 하면서 논의를 진행하는 역할이 상대적으로 적었음에도 불구하고 당사자 질적 연구에서 발견된 주제와 코드들이 가족 FGI에서도 유사하게 발견되었다.

지역사회 정신건강전문가 FGI 역시 총 20명이 부산, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 FGI에 각각 5인이 참여하여 이루어졌다. FGI에 참여한 전문가들은 정신병원, 정신요양원, 정신재활주거시설, 소테리아, 낮병원, 정신건강복지센터, 정신장애인 옹호시민단체, 정신재활이용시설, 단기전환시설(하프하우스)에서 근무하였다. 본 연구에서는 전문가 FGI에서 당사자들을 대상으로 한 인터뷰에서 사용한 반구조화 질문지를 전문가 FGI에 사용될 수 있도록 수정한 뒤 FGI 실시 전에 참여자들에게 전달하였다. 그럼에도 불구하고 FGI에서는 참여한 정신건강전문가들이 발견한 이슈들을 중심으로 논의가 이루어졌다. 그 결과 정신건강전문가 FGI에서 발견되는 주제와 코드들 중 상당수는 정신의료기관, 정신재활기관, 그리고 광역자치단체 및 기초자치단체에 위치한 정신건강복지센터 간에 존재하는 서비스 중복 및 단절에 중점을 두어서 논의가 이루어졌다.

2. 당사자 개인 심층 인터뷰 연구결과 요약

정신장애인(15명)과 미등록 중증정신질환 환자(7명)을 대상으로 이루어진 연구결과 13개 주제 (theme)과 51개 코드가 추출되었다.

조현병을 진단받은 모든 참여자들은 해당 질환을 처음 진단받는 과정에 급성기 증상을 경험하지만 해당 증상이 조현병 때문에 생기는지 이해하지 못하고 민간요법에 의지하거나 가족이나 당사자 혼자가 증상을 해결하려고 노력하였다. 그 과정에서 상당수는 급성기 증상이 만드는 폭력성이나 자해행위, 과도한 음성증상에 따른 일상생활의 어려움이 만드는 문제들로 인하여 경찰이나 응급구조원에게 도움을 요청하는 경우가 나타났다. 급성기 증상으로 인해 더 이상 지역사회에서 생활이 어려워지게 되었을 때 대부분의 연구 참여자들은 정신병원이나 종합병원 정신과에 입원하였다.

정신병원에 입원한 경험은 일부 참여자들에게는 트라우마를 줄 정도로 스트레스를 유발하였다. 일부 환자들은 보호사 등과 같은 정신병원 인력에서 강박 등과 같은 신체적 자유를 침해당하는 경험을 하였다. 또한 상당수의 입원이 보호자에 의한 강제입원이었는데 환자들은 퇴원을 하고 싶지만 보호자들에 의해서 원하지 않는 입원을 지속해야 하는 게 현실이었고 보호자인 가족들의 의지에 따라서 증상이 완화되지 않았음에도 퇴원하는 경우도 있었다. 그에 더하여 열악한 입원환경은 환자들의 증상완화 및 퇴원에도 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 지역사회에 거주하는 환자들이 급성기 증상을 경험할 때 정신병원으로 입원하는 것을 회피하는데 기여할 것으로 예상된다.

급성기 증상이 완화되고 적절한 복약계획이 될 경우, 또는 강제입원 기간인 6개월 (2017년 5월 30일 이전) 또는 3개월이 지날 경우에는 지역사회로 퇴원을 하여야 한다. 정신병원 입원이 환자들을 자신의 직장, 학교, 기타 생활동간에서 일정기간 단절시키는 것에 더하여 입원을 야기한 급성기 증상 및 증상이 일으켰던 사회관계 및 일상생활의 어려움은 환자들이 지역사회에 재통합하기 위한 적극적인 퇴원계획을 요구한다. 그럼에도 불구하고 퇴원계획을 정신병원 퇴원 이전에 적극적으로 수립한 사례는 찾기 힘들었다. 일부 사례는 보호자 강제입원을 경험한 상태에서 보호자가 퇴원을 요구하였기에 즉흥적으로 퇴원이 결정되었기에 퇴원계획 수립 및 지역사회 재적응 재활훈련가 가능하지 않을 가능성이 높지만, 정신병원에서 퇴원계획을 수립하는 것이 통상적으로 실행되지는 않는 것으로 파악된다. 퇴원계획 수립 및 지역사회 재적응 훈련 미비는 지역사회 재통합에 영향을 미치는 것으로 판단된다. 첫째, 일부 환자들은 퇴원하는 과정에서 미래에 대한 계획이 없는 불확실성으로 인하여 심리적인 스트레스를 경험하였다. 그에 더하여 퇴원계획이 없었기에 지역사회의 치료 및 재활서비스 공급자들에 연계가 되는 치료의 연속성이 상당히 부족해보였다. 이런 지역사회 재통합에 대한 준비부족은 환자들이 퇴원 후 일상생활을 하는 과정에 어려움을 제공하는데 기여하는 것으로 보인다. 퇴원계획이 없는 정신병원의 제도는 잘못된 금전적 유인이 장기입원을 촉진하는 제도의 허점이 어느 정도 기여하는 것으로 보인다. 장기입원에 대해 의료보장제도는 급여를 일부 삭감하는 제도를 가지고 있음에도 불구하고 일부 정신병원들은 증상에 상관없이 장기입원을 선호하므로 퇴원계획이나 지역사회 거주를 대비한 재활훈련에 낮은 관심을 보일 수도 있다고 생각한다.

이런 장기입원은 일상기능 및 사회관계를 맺는 역량을 상실하는 퇴행 (decompensation)을 환자가 경험하는데 기여하는 것으로 보였다.

연구 참여자들에게 2017년 5월 30부터 시행된 「정신건강복지법」에 대해 인식하는지 질문하고 입원이 줄어들고 지역사회에서 거주하는 중증정신질환 환자들의 수가 증가하는지 질문하였다. 상당수의 참여자들은 개정이 된 사실을 몰랐다. 2016년 12월 31일 대비 2018년 4월 28일 입원병상 수가 약 3.9%밖에 감소하지 않았는데 강제입원이 어려워짐에도 불구하고 정신병원에 입원한 수가 급격히 줄지 않은 이유에 대해 의견을 물었다. 이 질문에 대해 일부 참여자들은 「정신건강복지법」개정이 이루어 진 뒤에 지역사회에 정신건강서비스가 특별히 늘어나지 않았고 지역사회의 서비스가 정신병원에서 받는 서비스보다 너 낫지 않으면 지역사회로 퇴원하지 않을 것으로 믿었다. 그에 더하여 일부 참여자는 병원에 강제입원으로 장기입원을 하던 상당수의 환자들은 자의입원으로 바뀜에도 불구하고 병원에 입원하는 것이 당연하다고 믿고 있을 것이라고 주장했다. 또 다른 장애물은 보호자에 의해 이루어지는 강제입원이 많았는데 가족들에게 의지하는 환자들의 입장에서 자의입원으로 전환되어 스스로 퇴원을 요구할 수 있음에도 불구하고 보호자의 의사를 거스르는 퇴원결정을 하기 쉽지 않을 것이라고 의견을 주었다. 마지막으로 상당수의 환자들은 퇴원하여 지역사회에서 거주를 시도했지만 가족갈등과 일상생활의 어려움을 이미 경험하였기 때문에 증상에 상관없이 장기입원을 할 수 있는 일부 정신병원에서는 스스로 퇴원을 거부하는 경우도 있을 것이라는 의견도 제시되었다.

지역사회 정신건강서비스에 대한 평가 역시 주요한 주제도 제시되었다. 다양한 분야의 정신건강서비스에 대한 생각들이 질적 조사 과정에서 언급되었다. 첫째, 성공적인 복약관리는 지역사회 거주의 필요조건이었다. 약 처방과 복약관리에 대한 전문적 지원은 1명의 정신의학전문의와 약 3주~2달에 걸쳐서 만나는 진찰시간에 이루어졌다. 일부 참여자들이 겪는 약 부작용과 같이 복약관리를 저해하는 상황을 적극적으로 대처하기에는 이런 짧은 복약관리를 지원하는 서비스가 부족해보였다. 둘째, 케어의 연속성은 공급자들의 연계노력에 의해서 이루어졌다. 환자들이 가지고 있는 필요에 따라서 적절한 서비스 공급자를 소개하고 연계해주는 것은 환자들의 재활에 중요한 역할을 하였다. 그렇지만 일부 참여자들은 정신재활시설에서 제공되는 서비스의 질이 개선되어야 한다고 주장하였고 서비스 질에 대한 불만족은 서비스를 지속적으로 이용해야 하는 환자들이 서비스 이용을 그만하는데 기여하였다. 취업연계 및 직업훈련은 많은 참여자들이 지역사회에 재통합하는 과정에서 매우 중요한 역할을 하였다. 그러나 일부 참여자들은 취업연계 및 직업훈련이 환자들의 능력이 다양함을 이해하지 못하고 과도하게 단순하게 설계되어 있다고 지적하였다. 그에 더하여 지역사회에 중증정신질환을 처음으로 경험하는 환자들과 그들의 가족들이 증상을 이해하고 초기 대처할 수 있는 체계가 미비해보였다. 이런 미비한 조기진단 및 개입시스템은 많은 환자 및 가족들이 굿이나 기도원 등과 같은 비의학적 서비스에 의지하는 현실에 기여하는 것으로 보인다. 초기대응 시스템 부재에 더하여 급성기 상황에 정신병원에 입원하는 것 이외에 대안이 없어보였다. 지역사회에 거주하는 환자들이 급성기 증상을 겪을 때 입원을 해야 하는 상황은 지역사회에서 거주할 수 있는 환자들의 역량을 상당히 저해할 수 있다. 직장을 다니다 입원을 할 경우에 지속적인 취업이 어려울 수

국가인권위원회 humanrights.go.kr

있다. 마지막으로 정신의학전문의와 다른 전문분야 의사들 간의 연계가 이루어지지 않음으로 인해서 협의치료가 거의 이루어지지 않는게 현실이다. 이런 지역사회에서 거주하는 환자들이 케어의 연속성이 담보하는 서비스를 이용할 수 없는 현실은 중증질환환자들이 별 할 일 없이 집에서 컴퓨터나 게임을 하면서 시간을 보내는 위험을 높일 것으로 보인다.

질적 연구 과정에서 중증정신질환 환자들과 의사들 간의 파트너쉽이 성공적으로 만들어지지 않은 참여자들을 발견하였다. 일부 환자들은 수년간 환자-의사 관계를 유지하면서 중요한 사회적 지지와 의료서비스를 받고 있었다. 그러나 다수의 환자들은 약에 대한 자세한 설명을 듣지 못하거나 어떤 약을 처방받는지를 약봉투를 봄을 통해서 알게 되었다고 보고했다. 일부 참여자는 약에 대한 부작용을 겪고 있는데도 정신의학전문의가 환자에게 고지하지 않은 채 약 용량을 높였다고 보고하였다. 그에 더하여 의사를 비롯한 정신건강전문가들이 약을 처방하거나 비 약물 치료를 제공할 때 환자들에게 해당 치료의 효과성에 대한 설명을 한 경우는 전혀 찾을 수 없었다. 마지막으로 심리치료를 받은 참여자들이 극소수였다.

인터뷰 과정에서 참여자들은 지역사회에 성공적으로 재통합하는데 중요한 촉진요인들을 언급하였다. 먼저 환자 개인의 회복을 위한 의지가 중요한 역할을 하였다. 가족들의 도움과 정신건강서비스 기관의 도움을 받을 때 회복은 더욱 촉진되었다고 언급되었다. 그에 더하여 취업생활이 중요한 회복을 위한 필요조건으로 보인다. 소득이 경제적인 독립을 촉진하는데 이 보다 더 큰 것은 취업생활을 통해 사회관계를 회복하고 구조화된 일상을 살게 되면서 지역사회의 구성원이 되는 과정을 촉진하였다.

지역사회에서 중증정신질환을 가졌다는 이유로 다양한 편견과 차별에 노출되어 있었고 성공적인 지역사회 거주 및 치료에 악영향을 미치는 것으로 보인다. 일반인들이 중증정신질환에 대해 가진 편견 때문에 일부 참여자들은 심리적 스트레스를 호소하였다. 가장 중요한 편견과 차별은 구직과정 및 직장생활에서 경험되었고 상당수의 참여자들은 편견과 차별로 인하여 직장을 가지거나 유지하는데 어려움을 겪는다고 보고하였다. 사회관계를 맺는 과정에도 중증정신질환이 가지는 사회적 낙인이 어려움을 제공하였고 차별에 노출된 경험은 많은 참여자들이 스스로 위축시켰다.

참여자들에게 가족, 친구, 당사자 동료들에게 받는 사회적 지지나 사회적 갈등에 대한 경험을 질문하였다. 어떤 관계보다 가족들이 가장 중요한 사회적 지지를 제공하였다. 특히 가족이 제공하는 경제적 지원 및 주거공간 지원은 기초생활수급권이 없는 참여자들이 지역사회에서 살아가는데 중요한 자원이었다. 그럼에도 불구하고 상당수의 참여자들이 가족들과 겪는 갈등이 주요한 심리적 스트레스라고 이야기하였다. 일부 가족들은 중증정신질환에 대한 지식이 부족하거나 편견을 가지고 있어서 증상으로 인한 일상기능 장애를 겪는 가족을 배려하지 못하거나 장기입원을 시키는 경우도 보고되었다. 일부 참여자는 중증정신질환이 가지는 경제적-법적 취약성 때문에 주변의 가족이나 지인에게 착취당하는 경험도 하였다. 중요한 발견은 당사자 동료 및 당사자 자조모임의 역할이었다. 일반 친구들이나 동료들의 경우에는 거리감을 느끼는 경우가 많았지만 중증정신질환을 진단받고 겪는 고통을 함께 하는 당사자 동료들과 당사자들이 주축이 된 자조모임에서 참여자들이 중요한 감정적 사회적 지지(emotional social support)를 받는다고 보고하였다. 그에 더하여 복약관리를 위해서 필요한 정보들을 당사자 동료들과 관계 속에서 얻는다고 보고하

였다. 동료지원가 및 당사자 주도모델에 대한 의견을 보고하였을 때도 긍정적인 태도가 목격되었다.

마지막으로 2018년 탈원화를 위해서 필요한 정신건강서비스 및 지원을 위한 다양한 권고들이 제시되었다. 먼저 심리치료나 환자들의 다양한 기능에 적합한 재활서비스들이 더욱 만들어줘야 한다고 주장하였다. 특히 질환이 만드는 장애수준에 따라서 다양한 취업방식 및 주거방식이 만들어져야 한다고 주장하였다. 이런 다양한 서비스들이 잘 연계되어 케어의 연속성을 담보다는 서비스 체계구축 역시 중요하다고 언급되었다. 마지막으로 정부가 더욱 적극적으로 중증정신질환에 대해 잇는 편견과 차별을 좀 더 적극적으로 대응해야한다고 주장하였다.

3. 가족 FGI 연구결과 요약

서울, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 13개 주제와 40개 코드가 추출되었다.

가족들은 중증정신질환을 진단이 이루어진 순간부터 과도한 책임감을 가지고 각종 지원을 하였다. 이 과정에서 각종 비 급여 서비스나 민간요법을 하면서 경제적 어려움을 경험하기도 한다. 중증정신질환을 경험하는 가족의 다양한 삶의 영역에서 지원을 하려고 하는 생각은 보호자 역할을 하는 가족 없이 환자 혼자서 복약관리와 일상생활을 하지 못할 것이라는 생각이 자리하고 있었다. 그러나 이런 지원에도 불구하고 급성기 증상을 경험하는 환자에게 부양을 책임지는 보호자는 위협을 당하기도 한데 급성기 증상 발현 시 도움을 청할 곳이 없다고 보고하였다. 이런 어려움들은 보호자 역할을 하는 가족들의 소진을 야기하였다. 만성적인 스트레스에 노출됨에 따라서 감정적/신체적 무기력감을 겪는 보호자는 자신의 정신적 고통이 오히려 질환을 치료하려도 지원하고 있던 가족의 회복에 악영향을 미치는 현실을 발견하였다.

급성기 증상이 발생했을 때 가족들의 경험들이 FGI들에서 많이 논의되었다. 급성기 증상 발생 시 입원이 유일한 대안으로 제시되었다. 지역사회에 급성기 증상 발생 시 이용할 수 있는 서비스가 부재한 현실은 정신병원 입원으로 인하여 환자들의 일상생활이 급성기 증상으로 인하여 허물어져 버릴 수밖에 없음을 보여준다. 일부 참여자들은 급성기 증상이 발생하였을 때 이부인하는 과정에서 정신병원에서 근무하는 보호사들이 휘두르는 폭력을 보며 트라우마를 경험하는 경우도 있었다. 이런 부정적인 경험은 또 다른 급성기 증상 발생 시 서비스를 이용할 수 있는 정신병원에 가는 것을 주저하도록 만들 것으로 보인다. 급성기 증상과 관련한 또 다른 코드는 중증정신질환을 정신의학전문의로부터 진단받기 전에 가족들이 급성기 증상에 대처했던 상황을 묘사한다. 많은 가족들이 초기에 발생한 급성기 증상이 중증정신질환에 의해서 만들어지는지 이해하지 못하는 경우가 많았다. 그래서 상당수의 가족들은 전문적인 치료보다는 민간요법에 의지하면서 초기개입을 할 수 있는 시간을 놓치게 되었다. 마지막으로 10대~20대와 같이 학교에서 교육을 받는 시기에 급성기 증상을 경험하는 환자들은 학교에서 퇴학되어서 학업을 중단하면서 미래 노동시장에서 중요한 자원을 상실하기도 하였다.

강제입원에 대해 보호자들은 인권을 중요시하는 외부인들의 관점과는 다른 시각을 보여주었다. 먼저, 보호자들에게 입원은 증상완화가 목적이라기보다는 중증정신질환을 겪는 가족을 부양하는 과정에서 경험

하는 일상생활의 어려움에서 단기간동안 해방시켜주는 서비스였다. 이런 사회적 입원은 보호자에게 매우 중요한 정신건강서비스였다. 당연히 사회적 입원을 당하는 환자들은 병원에서 보호자 역할을 하는 가족들에게 집으로 돌아가고 싶다는 표현을 하지만 보호자들 역시 사회적 입원을 종용하며 일부환자는 장기입원을 하게 되었다. 이런 강제입원은 보호자들에게도 죄책감과 같은 부정적인 감정을 일으켰다. 하지만 지역사회에 서비스가 부족한 상황에서 중증정신질환 환자를 부양하는 데는 상당한 스트레스를 만들기에 사회적입원이 빈번할 것으로 판단된다. 환자가 퇴원하고 난 뒤에도 일부 보호자들은 강제입원을 환자의 행동을 통제하기 위하여 사용하였다.

상당수의 보호자들이 정신병원의 서비스에 의지하였지만 병원이 의 환경과 서비스에 대해서는 부정적인 의견을 제시했다. 한 가족은 폐쇄병동을 "돼지우리" 보다 나쁜 환경이라고 지적하였다. 그에 더하여 정신병원에 입원한 가족들의 정신건강이 더 악화되었다고 보고하였다. 이런 열악한 환경과 효과성이 없어 보이는 입원치료를 환자보호를 위해서 정부가 적극적으로 개입해야 한다는 의견 역시 제시되었다. 일부 참여자들은 정신병원이 입원한 가족이 처방받은 약이 만드는 부작용으로 인하여 어려움을 겪음에도 불구하고 어떤 치료가 제공되고 있는지 설명해주지 않았다고 지적하였다. 마지막으로 정신병원에서 퇴원시 퇴원계획을 수립했던 환자들이 거의 없는 것으로 나타났다. 준비되지 않은 환자들은 지역사회에 재적응 하는 과정에 또 다른 어려움을 겪고 다시 병원으로 재입원하는 악순환이 예상된다.

지역사회에서 환자들이 정신질환 치료를 받을 수 있는 유일한 공급자는 대부분 소규모 자영업 형태로 운영되는 정신과전문 의원이었다. 복약관리가 지역사회 재통합에 매우 중요하다는 측면에서 정신의학전문의의 서비스를 탈원화를 위한 핵심적 서비스이다. 안타깝게도 효과적인 서비스를 위한 전제조건인 환자-보호자-의사간의 파트너쉽이 만들어지지 않은 환자들이 상당수였다. 한 참여자는 파트너쉽에 기반 하여 진료를 제공하는 정신의학전문의와 파트너쉽 없이 권위주의적 서비스를 제공하는 정신의학전문의의 차이가 회복에 미치는 영향이 다름을 보고하였다.

중증정신질환을 진단받은 가족들의 복약관리는 회복을 위한 가장 중요한 필요조건이었다. 하지만 다양한 장애물들이 복약관리 성과를 저해할 뿐만 아니라 가족들에게 중요한 스트레스였다. 일부 가족들은 복약관리가 의사가 15분 정도 진찰하는 과정에서 "흘러가는 말"로 복약관리 지원서비스를 제공하는 것이 안된다고 지적하며 복약관리를 향상시킬 수 있는 구조적인 심리사회서비스의 필요성을 암시하였다. 가족들은 환자들의 복약관리를 높이기 위해서 많은 노력을 하였다. 이 과정에서 스트레스를 경험하였다. 복약관리를 저해하는 주요한 요인은 약 부작용으로 보였다. 약 부작용이 일상생활에 영향을 미치면서 단약을 시도하는 경우도 있었다. 그에 더하여 일부 환자들은 잘못된 신념을 가지게 되면서 단약을 하는 경우도 있었다. 이런 사례들은 복약관리가 지역사회 치료서비스의 중요한 치료목표가 되어야 하고 더 많은 자원이 복약관리 지원을 위하여 사용되어야 함을 보여준다.

다음 주제는 지역사회 정신건강서비스에 대한 전반적인 평가였다. 가족들은 환자들이 정신건강복지센터나 기타 정신재활시설에서 받는 서비스의 질에 대한 불평을 토로했다. 일부 전문가들은 환자의 입장에서 서비스를 제공하기 보다는 사무적인 관계에서 서비스를 제공하면서 가족들의 분노를 야기했다. 가족

들은 정신건강복지센터에서 제공하는 서비스에 대해 불만을 제기하였다. 첫째 정신건강복지센터에서 중증정신질환 환자들에게 제공하는 서비스들의 양이 너무 적다고 주장하였다. 서비스를 늘어나지 않는지 건물 등 외형을 확장하는데 과도한 예산이 사용된다고 생각했다. 또 다른 불만은 인력의 질에 대한 것이었다. 정신건강복지센터들의 예산이 충분하지 않기 때문에 경력이 긴 경험 많은 인력보다는 경력이 짧은 전문가들이 계약직으로 일하고 있다는 것이었다. 가족들은 지역사회 서비스를 이용하는 과정에서 장애물들을 경험하였다. 대표적으로 일부 참여자들은 서비스 이용하는 과정에서 행정서류를 준비하는데 어려움을 겪었다. 그에 더하여 대기시간이 길어서 서류 제출 이후 6개월 동안 보호 작업장에서 연락받지 못했다고 주장하였다. 직업교육 및 훈련은 지역사회에 재통합하기 위한 가장 중요한 자원이었다. 그러나 이런 과정을 돕는 보호 작업장의 환경과 근로보상이 과도하게 척박하다는 지적도 있었다. 마지막으로 일부 환자들은 중증정신질환에 더하여 신체질환까지 겪는 동반질환(comorbidities)를 경험하였는데 이럴 때 대학이 운영하는 종합병원에서 진료를 거부당하기도 하였다.

2017년 5월 30일에 발효된 「정신보건법」 개정법이 실행된 사실을 인지하는지 질문했더니 모든 가족들이 개정법이 강제입원에 대한 것임을 알고 있었다. 그런데 참여자들은 강제입원을 엄격하게 한 법이 가족에게 부담스럽다는 의견을 제시하였다. 그에 더하여 강제입원 과정에 요구되는 행정서류들이 기존에 쉽게 가능하던 보호자 주도 강제입원을 어렵게 만들었다고 불만을 가지고 있었다.

본 연구에 참여한 가족들은 가족협회 활동을 할 정도로 중증정신질환에 대한 관심을 가지고 있고 환자가 기초생활수급권을 받을 정도 경제적으로 궁핍한 상황이 아니었다. 이런 집단의 특성을 이해하고 본 연구의 결과를 이해할 필요가 있다. 참여자들을 장애등급을 받는데 어려움을 호소하였다. 현재 정신장애인이 되기 위해서는 정신병증을 동반하는 질환을 치료받기 위해서 장기간 입원치료가 필요하다. 그러므로 장애등급을 받는 과정에 상당한 어려움을 많은 환자들이 겪게 된다. 하지만 기초생활수급권이 없을 경우에 장애등급 혜택이 환자가 지역사회에서 회복하여 거주하는 것을 획기적으로 도와주지 못하는게 사실이다. 다른 유형을 가진 장애인들과는 다른 정신장애인들의 독특한 욕구를 해결하는 장애서비스의 부재 역시 장애등급제 및 그에 따른 사회서비스 체계의 문제점으로 제시되었다. 이런 현실로 인하여 참여자들이 부양하는 환자들 중 상당수는 장애등급을 받지 않았다.

FGI 과정에서 상당수의 가족들이 중증정신질환과 이를 위한 서비스 관련 정보에 대한 접근성이 매우 낮음을 발견하였다. 일부 참여자들은 환자의 증상을 이해하고 급성기 상황이 일어났을 때 어떻게 대처해야하는지를 알려주는 정보에 대한 접근성을 높여야 한다고 주장하였다. 한 참여자는 6년 만에 정신건강복지센터에서 서비스를 받을 수 있다는 것을 알게 되었다고 보고하였다. 적절한 정보 없이 환자를 부양할 경우 가족들은 과도한 부양책임에 의해 번 아웃을 경험하고 일부는 가족을 방에 가둬놓는 등 인권침해를 하는 경우도 있었다.

가족들과 환자들은 급성기 증상 발병 시 친척과 종교기관 동료 및 확령기에 있는 환자들은 학교 선생님과 친구들에게 도움을 받을 수 있었다. 하지만 지역사회에 광범위하게 퍼져있는 중증정신질환에 대한 편견과 차별은 가족들과 환자들에게 악영향을 미쳤다. 아파트와 같은 공동주택에서 중증정신질환을 가진

가족을 부양하는 것은 상당한 스트레스를 만들어냈다. 가족들은 중증정신질환에 대해 일반인들이 가진 편견의 상당한 부분이 근거 없이 만들어졌다고 주장하였다. 그에 더하여 이런 편견 때문에 중증정신질환을 겪고 있는 가족이 공권력의 희생양이 될 지도 모른다는 불안감을 토로했다. 편견과 차별은 회복을 위한 중요한 밑거름인 취업과정과 직업생활에도 영향을 미쳤다.

마지막으로 2018년에 탈원화를 위해 필요한 정신건강서비스 및 지원에 대한 권고를 부탁하였다. 환자들이 급성기 증상을 겪을 때 쉽게 도움을 받을 수 있는 공간을 요구하였다. 그에 더하여 복용관리를 효과적으로 지원할 수 있는 서비스 구축 역시 주요하게 요구된 서비스였다. 환자들이 경험하는 장애수준이 질환의 경중에 따라서 다름에도 불구하고 다양한 욕구에 반응하지 못하는 정신건강서비스 역시 변화를 요구받았다. 마지막으로 중증정신질환에 대한 일반인들의 편견과 차별을 해결하기 위한 홍보활동 역시 대안으로 제시되었다.

4. 전문가 FGI 연구결과 요약

부산, 대구, 광주, 인천에서 이루어진 4회의 FGI를 분석한 결과 8개 주제와 29개 코드가 추출되었다.

2017년 5월 30일에 발효된 「정신건강복지법」은 정신의료기관 및 정신재활기관에 변화를 요구했다. 예를 들어 정신요양시설에 근무하는 연구 참여자는 비자발적 입소가 더 이상 허용되지 않는 상황에 대비하여 시급히 행정서류를 구비하기 위해 노력했다. 하지만 강제입원이 쉽지 않게 만들은 개정법 실시에도 불구하고 지역사회에 있는 일부 주거시설들은 오히려 신규 입소하는 인원이 줄었다고 보고하였다. 아마도 강제입원 억제가 입원환자를 줄일 것이라고 예상한 정신병원이 지역사회 거주시설 및 낮 병원을 확대하면서 기존 지역사회에서 재활훈련 및 주거를 제공하던 정신재활시설들에 입소하는 인력이 줄었을 가능성이 있다고 본다. 또한 보호자나 행정입원을 추진하는 정신건강전문가들이 복잡해진 강제입원 요건으로 인하여 불편함을 느낀다고 보고하였다.

지역사회 정신건강서비스 기관과 정신병원간의 서비스 연계가 더 활발히 이루어진다고 참여자들이 지적하였다. 현실은 정신병원에서 퇴원하는 환자들이 지역사회 서비스기관으로 연계되는 고리가 상당히 떨어져있었다. 이는 여러 요인들에 의하여 설명된다. 먼저 장기입원이 이루어질 때 경제적 이익을 취득할 수 있는 상황들이 일부 정신병원에서 이루어지면서 병원 내 의료진들이 급성기 증상이 완화된 환자들을 지역사회에 내보내려는 유인이 낮아 보인다. 그에 더하여 보호자들이 입 퇴원 과정을 주도하는 문화는 병원이 퇴원계획을 수립하는데 상당한 걸림돌이다. 입원환자들은 지역사회 정신건강복지센터에 의뢰될지에 대해 질문을 받는데 중증정신질환에 대한 낙인과 편견이 높은 현실에서 많은 환자들이 자신의 건강정보가 누군가에게 알려지는 것을 두려워하여 연계 자체를 거부하기도 하였다. 마지막으로 지역사회 재통합 준비가 정신병원부터 시작되어야 한다는 인식이 정신건강전문가들 사이에 공유되지 않는다는 지적도 있었다.

지역사회 정신보건 서비스 공급자 간의 연계노력은 중증정신질환 환자가 지역사회에 거주하고 치료받

기 위해서 필수적이다. 하지만 전문가들은 정신건강서비스 공급자 간의 서비스 연계가 여전히 어려운 상황이라고 지적하고 있다. 그에 더하여 지역사회에 적합한 서비스가 없기 때문에 급성기 증상을 보이는 환자들이 정신병원에 입원하는 것이 유일한 대안인데 이렇게 입원이 될 경우 지역사회 재통합에 큰 걸림돌이 된다고 지적한다. 직업훈련과 취업 연계 역시 중증정신질환을 진단받았다는 사실만 공통점이지 교육수준, 관심분야 등이 다른 환자들의 개별적 요구에 부응하기 위해서는 다양한 기관들이 효과적으로 연계해야하는 것이 아직 숙제이다. 서비스 연계는 정신의학전문의와 다른 전문분야 의사들 간에도 잘 이루어지지 않았다. 최근 많은 환자들이 노령화됨에 따라 더 많은 동반질환(comorbidities)가 발견되는데 이를 효과적으로 해결할 수 있는 협의치료(coordinated care)가 지역사회에는 요원하다. 전문가 FGI에서 정신병원이 지역사회 서비스 공급자로 변신하는 현상의 장단점에 대해 논의가 활발했다. 최근 정신병원이 지역사회에서 낮 병원, 주간재활이용시설 및 공동생활가정 등을 만들기 시작하였다. 이에 대해 일부 참여자들은 입원서비스를 재활서비스와 동시에 제공하는 정신병원은 환자의 욕구에 따라서 다양한 지역사회에 있는 다른 정신건강서비스 공급자들에게 연계할 인센티브가 낮을 것이라고 걱정하였다. 그에 반해 낮 병원에서 일하는 정신건강사회복지사는 정신병원이 운영하더라도 다른 정신재활시설과 같은 “마인드”를 가지고 운영하고 있다고 주장하였다.

케어의 연속성을 담보하는 지역사회 정신건강서비스 체계를 갖추기 위해서 필요한 변화에 대한 의견들도 제시되었다. 먼저 병원을 비롯한 정신의료기관은 국민건강보험과 의료급여로부터 특별한 성과평가 없이 정신 및 행동관련 장애를 치료한 것에 대해 2016년에만 약 4조 2천억 원의 예산이 지원되었지만 정신재활기관은 중앙정부와 지방자치단체로부터 지원받는 금액이 2017년 현재 1890억 원에 불과하다 (보건복지부 & 국립정신건강센터, 2017; 건강보험심사평가원, 2017). 참여자들은 정신재활시설 역시 의료보장제도의 지원이 필요하다고 주장하였다. 그에 더하여 효율적 서비스 연계 부족과 서비스 공급자들 간의 중복된 역할이 과다 경쟁과 서비스 전달체계의 비효율을 만들고 있다는 지적 역시 제기되었다. 현재 지역복지협의체와 같이 기관 간 연계노력을 높이는 제도가 있지만 소수의 사례들을 놓고 서비스 제공방식을 논의하는 수준이라는 지적도 있었다. 참여자들은 잘못 만들어져 있는 법제도가 장기입원을 촉진하는 인센티브를 제공하고 있다고 지적하고 있다. 예를 들어 정신병원에 갈 경우에 보호자 입장에서 부담이 더 적기 때문에 환자가 지역사회의 주거시설에서 거주하기 보다는 정신병원에 머무는 상황이 더 빈번하다고 지적하였다. 그에 더하여 정신병원은 증상에 기반 하여 환자들을 퇴원시키기 보다는 병원이 가진 금전적 인센티브에 근거하여 퇴원결정을 하는 상황도 FGI에서 제기되었다.

정신건강복지센터는 지역사회 정신건강서비스 체계의 핵심위치를 차지하고 있다. 이런 중요한 역할에도 불구하고 정신건강복지센터가 제 역할을 못한다는 지적들이 제기되었다. 먼저 제한된 인력과 자원을 가지고 너무 다양한 서비스를 제공하려다보니 개별 서비스의 전문성이 낮아지는 부작용이 발생하고 있다. 더하여 자살예방, 일반인들을 대상으로 한 정신건강교육 등을 제공하느라 중증정신질환 환자들을 위한 서비스들이 외면하고 있다는 지적도 제기되었다. 또 다른 문제는 지역사회에 거주하는 중증정신질환 환자에 대한 정보가 부족하여 한 기초지방자치단체의 경우 약 11만 5천명 인구가 거주하는데 단지 180명

국가인권위원회 humanrights.go.kr

만이 정신건강복지센터에 등록되어 있었다. 이런 현실을 극복하기 위해서 센터는 소수의 사업이나 특정 인구집단에 조직역량을 투자해야한다는 지적도 제기되었다. 마지막으로 지자체의 재정건전성이나 지자체 단체장이 중증정신질환에 가지고 있는 시각에 따라 지자체가 부담하는 예산의 규모가 달라지기에 일부 지자체에 위치한 정신건강복지센터는 전문성 인력을 고용하지 못하는 어려움도 제기되었다.

지역사회에 거주하는 정신장애인들을 위한 주거에 대한 의견 역시 제기되었다. 증상과 장애수준에 적합한 주거시설들의 다양성이 확보되어야 한다. 또한 생활훈련, 복약관리 지원서비스, 서비스 연계지원을 제공하는 정신재활기관이 부족한 현실에 필요 근무인력을 과거 주거훈련시설에 비해 줄인 개정법에서 제시된 공동생활가정이 적합하지 않다는 지적도 제기되었다. 단기전환시설인 하프웨이 하우스의 역할에 대한 고민 역시 언급되었다. 자의입원이 많아지면서 과거에 비해 짧은 기간 입원을 하고 퇴원하는 중증정신질환 환자들이 증가하고 있다. 이들을 위해서 단기전환시설이 상당히 효과적일 수 있지만 현재 공급이 수요를 따라가지 못하고 있는 실정이다.

중증정신질환 환자들이 지역사회 서비스를 이용 시 장애물들이 언급되었다. 먼저 증상과 장애수준에 따른 차별적 서비스가 부재하여 상당히 많은 환자들이 자신의 필요를 해결해주는 서비스를 찾지 못하는 경우가 발생하고 있다. 그에 더하여 노령 중증정신질환 환자들이 증가하고 있지만 이들의 상황과 욕구를 감안한 지역사회 서비스가 부족하다. 장애등급제와 관련한 지적도 제시되었다. 정신병증이 없는 질환인 우울증이나 조울증을 겪는 중증정신질환 환자들은 장애등급을 받기 어렵다. 그런데 각종 서비스가 장애등급을 받은 정신장애인들에게 집중되어 제공되기에 상당히 많은 중증정신질환 환자들이 서비스 기회를 박탈당하고 있는 것이 현실이다.

정신건강서비스 공급자들이 바라본 중증정신질환 환자들이 경험하는 사회적 지지와 갈등은 사회관계망이 환자의 회복에 미치는 영향을 엿볼 수 있었다. 전문가들은 보호자가 주된 의사결정을 하는 정신병원 입 퇴원 방식이 케어의 연속성을 저해하는 주요한 장애물이라고 지적하였다. 하지만 보호자 역할을 하던 가족이 노령이나 질병 또는 사고로 사망할 경우 중증정신질환 환자들은 소외를 경험하게 된다. 또한 조현병 포비아로 상징되는 일반인이 중증정신질환 환자에게 가지고 있는 두려움이 있지만, 현실에서는 정신장애인들이 사회관계 속에서 희생양이 되는 경우가 더 많다는 지적도 나왔다.

제2절 양적연구 결과

1. 연구 목적 및 방법론

양적연구는 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인 거주 및 치료현황과 관련된 주제에 대한 다양한 욕구를 파악하기 위해 정신장애인 당사자와 가족들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 면대면 조사, 우편조사, 온라인조사를 통해 2018년 9월 1일부터 10월 1일까지 당사자와 가족을 대상으로 1) 개인

일반사항, 2) 인권관련 영역, 3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역, 4) 지역사회 거주영역. 5) 독립생활영역, 6) 지역사회 재통합영역으로, 총 6가지 영역에 대해 이루어졌다. 이러한 주제들을 기반으로 지역사회에 살고 있는 정신장애인 당사자와 가족구성원들의 실태파악과 주제들과 관련된 욕구를 탐색하는 것에 목적을 두었다.

설문에 참여한 당사자 중 충실하게 작성한 375부가 최종 분석되었으며, 모든 참여자들이 정신장애로 진단받고 장애인 등록을 한 것으로 나타났다. 진단받은 장애는 중복응답이 가능하며 유형으로 조현병, 양극성장애, 우울장애, 지적장애, 알코올/약물장애, 지적장애, 뇌전증, 치매, 불안장애로 나타났다. 설문완료는 평균 28분 정도로 나타났다. 가족설문에 경우 충실하게 작성을 완료한 161부가 최종 분석되었으며, 모든 참여자들은 정신장애로 진단받고 장애인 등록을 한 당사자들과 함께 거주하고 있는 것으로 나타났다. 주로 응답한 사람은 당사자의 어머니 51.6%, 평균 나이는 60세이다. 설문완료에 소요된 시간은 평균 33분 정도로 나타났다. 설문에 참여한 정신장애인 당사자와 가족구성원은 서로 관계가 없었음에도 불구하고 양적연구 결과가 유사하게 나타났다. 두 집단 간 공통된 설문들이 있지만, 다른 설문들이 존재하여 집단 간 동질성을 통계적으로 확인할 수 없었지만 수집된 결과가 유사하다는 것은 집단 간 동질성을 가지고 있으며, 설문응답자가 이해하기 쉽게 설문이 개발되었으며, 설문결과를 신뢰할 수 있음을 의미한다.

2. 당사자 대상 실태조사 결과 요약

1) 개인 일반사항

우선 당사자 설문결과에 대해 보면 개인일반사항에서 당사자 설문응답자들의 최종학력은 전문대 또는 4년제 대학교 34.9%로 나타나 학력이 높은 것을 알 수 있었다. 주된 보호자의 경우 어머니, 아버지, 배우자, 자녀, 형제자매 83.2%, 본인 13.6%로 나타나 본인이 주된 보호자인 경우보다 가족이 보호자인 경우가 높게 나타났다. 현재 경제적 상태는 '하' 59.2%이며 기초생활수급권자 혹은 차상위 계층이라고 언급한 비율이 28.9%, 그리고 현재 무직 57.6%로 나타나 지역사회에서 생활하는 당사자들이 경제적 어려움을 겪고 있는 것을 알 수 있다. 특히, 근로하고 있다고 응답한 38.2%가 한 달 동안 버는 돈이 70만원 정도, 근로시간이 주당 15시간, 월 평균 가계소득이 200만원 이하가 70% 정도인 것으로 나타나 이들의 근로시간의 확대와 함께 급여수준 향상을 위한 전략이 필요함을 알 수 있다.

설문에 응답한 당사자들의 평균 나이 44세(SD: 9.7세), 발병 나이 평균 21세(SD: 6.4년), 유병기간 평균 22년(SD: 10.0년), 발병 이후 현재까지 평균 5회 정도 정신병원에 입원하였고, 자의입원한 경우는 1.5회로 나타났다. 그리고 입원기간은 5년 미만이 전체의 70%정도로 나타나 여전히 자의입원비율이 낮고 장기입원 경향이 높은 것을 알 수 있다. 이와 함께 입원결정은 부모나 가족이 75%정도, 퇴원결정 또한 부모나 가족 60%, 정신의학과 의사 20%로 나타나 가족(보호자)에 의한 입원과 퇴원이 높은 것을 알 수 있다.

「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스 변화로 40%는 과거보다 나

빠졌다고 응답하였고, 50%는 과거보다 좋아졌다고 응답하였다. 법 개정 후 보건/복지서비스에 대한 변화로 40%는 과거보다 나빠졌다고 응답하였고, 40%는 과거보다 좋아졌다고 응답하여 여전히 법 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스와 보건/복지서비스에 대한 변화를 실질적으로 적게 느끼는 것을 알 수 있다.

입원을 지속하는 이유에 대한 응답을 보면 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활하기 힘들기 때문에, 지역사회에서 재활/회복 서비스를 받을 수 없기 때문에, 증상관리가 어렵기 때문에 등 '퇴원 후에 다른 사람이나 가족의 도움 없이 살아가기가 힘들기 때문에'라고 응답한 비율이 85%정도 나타나 당사자들이 지역사회에 거주하기 위해 다양한 재활/회복에 필요한 서비스들이 제공되어야 하는 것을 알 수 있다.

2) 인권관련 영역

인권관련 영역에서 주변사람들로부터 존중받고 있다고 응답한 비율이 60%정도, 존중받지 못한다고 한 비율이 40%로 나타나 여전히 존중받지 못하는 문제가 있는 것을 알 수 있다. 지역사회 거주 시 다양한 폭력에 대한 경험 결과, 언어/정서적 학대가 가장 높은 것으로 나타나 주변사람들로부터 언어적 정서적 폭력 문제가 있음을 알 수 있다. 지역사회에서 도움을 준 사람은 부모, 배우자 등을 포함한 가족이 55%, 사회복지사 22%정도 나타나 가족 이외에 사회복지사로부터 지역사회 생활에 도움을 많이 받는 것을 알 수 있다. 반면 지역사회 생활을 방해한 사람으로 없음 50%로 나타났지만, 가족 20%로 나타나 당사자와 같이 살고 있는 가족들 간 좋은 관계형성에 제한이 있음을 알 수 있다. 그리고 가족을 중심으로 정신장애에 대한 인식과 교육이 필요함을 알 수 있다. 이러한 결과를 종합해보면 가족이 도움을 주어야 한다는 부담을 낮추고 사회복지사만이 도움을 주는 방식에서 벗어나기 위해 당사자들의 지역사회 생활에 도움을 줄 수 있는 인력양성과 확대가 필요하다.

3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스 영역

지역사회정신건강 및 사회서비스 영역에서 당사자가 생각하는 증상안정화 기간으로 1달 미만 45%, 1달 이상 45%로 비슷하게 나타나났다. 병원 퇴원 시 지역사회기관을 소개해주거나 연계해주었는가에 대한 응답은 '아니오'가 46%로 나타났으며, 90%정도가 병원퇴원계획이 필요하다고 응답한 것으로 나타나 병원퇴원을 위한 계획이 개발되어야 함을 알 수 있다. 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용으로 응답자의 90%가 약물교육, 퇴원 후 이용 가능한 기관 및 서비스, 증상재발현시 방문 가능한 기관으로 응답하여 당사자와 가족들이 병원퇴원 후 지역사회에서 이용할 수 있는 기관에 대한 정보가 없는 것은 물론 병원과 지역사회 기관들과 연계 및 이해를 높일 수 있는 기회 및 대책마련이 시급한 것을 알 수 있다.

퇴원계획이 공유되어야 하는 기관으로 정신건강복지센터, 사회/장애인복지관, 정신재활시설이 85%정도

나타나 정신장애나 장애관련 기관과 정신병원 간 연계가 필요함을 알 수 있다. 증상관리와 일상생활을 위해 필요한 서비스로 가정방문서비스, 24시간 전화핫라인, 사회복지전문가의 집중 사례관리, 병원-지역사회기관 간 정보공유 및 연계가 60%정도 나타나 정신건강전문가로부터 다양한 서비스를 필요로 하는 것을 알 수 있다. 특히, 동료지원가가 장애이해 교육 및 상담, 증상 및 약물관리교육, 일상생활/대인관계/적응훈련, 직업훈련/취업훈련 서비스를 제공하는 것이 필요하다고 응답하였지만, 실제로 80%정도 당사자들은 동료지원가에 대해 알지 못하거나 이용한 경험이 없다고 응답하였다. 이는 다양한 정신건강전문가의 양성과 함께 동료지원가의 양성 또한 중요한 것임을 알 수 있다.

당사자들의 85%정도는 자신의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용)에 대해 알고 있다고 응답하였으며, 90%의 당사자들이 급성기 증상 경험 시 필요한 서비스로 즉시 입원할 수 있는 병원서비스, 전문인력의 가정방문서비스, 긴급 전화/상담 서비스, 일주일정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스라고 응답하였다. 이는 급성기 증상 발현 시 즉각적으로 필요한 서비스(예, 병원입원, 상담)를 전문가로부터 받거나, 증상악화를 줄이고 쉴 수 있는 장소가 필요함을 알 수 있다. 현재 당사자들의 회복정도는 50%는 문제없이 살고 있지만, 나머지 50%는 증상에 대한 관리가 필요한 것으로 나타났다.

회복에 도움이 된 것으로 정신과 외래진료, 꾸준한 약물복용, 전문가 상담, 가족-친구의 지지가 80%정도 나타나 외래진료와 꾸준한 약물복용을 통해 증상을 낮추고, 가족과 주변사람의 도움이 정신장애로부터 회복에 필요한 것임을 알 수 있다. 최근 1년간 치료에 대한 응답결과 주기적으로 정신과의사를 만나고 있으며, 지역사회 기관(보건소/정신건강복지센터/정신재활시설)에 방문하고 있는 비율이 80%정도 나타나 당사자는 지역사회에 거주함에도 불구하고 장애증상관리와 회복을 위해 꾸준한 약물복용과 지역사회 서비스 이용을 하고 있는 것으로 나타났다. 당사자들의 85%정도가 정신과 의사(주치의)를 만나서 상담/치료를 받는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 서비스를 이용하면서 병원 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 당사자들이 거주하고 있는 곳과 가까운 곳에 적절한 비용으로 양질의 서비스를 제공하는 기관들이 확충되어야 함을 알 수 있다.

그리고 80% 정도의 응답자는 여가 프로그램, 상담/치료/훈련 등 주간재활 프로그램, 구직프로그램, 친목도로 등을 목적으로 현재 지역사회 기관에 주 1회 이상 방문하여 프로그램을 이용하는 것으로 나타났다. 당사자들의 85%정도는 지역사회 기관을 이용하는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 기관 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 병원이용의 어려움과 동일하게 나타났으며, 당사자들이 거주하고 있는 곳과 가까운 곳에 적절한 비용으로 양질의 서비스를 제공하는 지역사회 기관들이 확충되어야 함을 의미한다.

4) 지역사회 거주영역

지역사회 거주영역에서 당사자들의 50%는 가족들과 함께 생활해야 한다고 응답하였으며, 나머지 50%

는 독립주거에서 생활해야 한다고 응답하였다. 주거안정에 필요한 것으로 60%정도 당사자는 주택임대/구입을 위한 자금지원/대출, 공공임대주택 입주 우선권 보장, 그룹홈 확대를 언급하였다. 이를 종합해보면 당사자들은 가족과 함께 사는 것은 물론 일정한 나이가 되면 가족에게 지속적으로 돌봄을 받는 짐이 되기보다 스스로 독립하여 생활을 유지하고 싶은 욕구가 높으며, 병원입원이 아닌 지역사회 내 안정적인 생활을 위해 주택에 대한 지원이 시급함을 알 수 있다.

5) 독립생활영역

독립생활영역에서 당사자들이 주로 하는 여가활동으로 텔레비전 보기, 컴퓨터/인터넷, 라디오 듣기, 휴식 취하기, 독서 등 집안에서 할 수 있는 활동에 대한 응답이 약 70%정도로 나타났으며, 여가활동에 불만족하는 경우가 45%정도로 나타났다. 여가활동에 불만족하는 이유로 자신의 장애로 인해 참여할 수 있는 활동이 제한, 여가정보 프로그램 부족, 같이 할 사람의 부재, 비용과 이동/거리문제가 85%정도로 나타났다. 그리고 함께 여가활동을 하는 대상은 혼자 40%, 가족 20%로 나타나 제한되어 있는 것을 알 수 있다. 이러한 응답을 종합해보면 당사자들이 집 내부보다 집 외부에서 다양하고 자유로운 여가활동을 할 수 있도록 관련 프로그램 개발과 함께 다양한 사람들과 함께 어울려 할 수 있는 여가활동 기회제공이 필요함을 알 수 있다.

현재 일상생활 정도에 대한 응답으로 당사자의 과반수가 식사준비/청소, 개인위생 관리, 가사활동(청소, 집 정리), 건강관리 하기, 여가시간 보내기를 하는데 어려움이 없는 것으로 나타났지만, 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 과반수이상이 도움을 필요한 것으로 나타났다. 일상생활을 도와주는 사람의 경우 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매)이 과반수이상으로 나타나 당사자들의 일상생활에 가족구성원이 집중되어 있음을 알 수 있다. 거주하는 것에서부터 다양한 시설(시장/마트, 병/의원, 주민센터, 사회복지기관, 버스/지하철역)을 이용하는데 심리적 불편함은 거의 없는 것으로 나타났지만, 상대적으로 사회복지기관이나 버스/지하철역에 대한 불편함이 있는 것으로 나타났다.

사회복지정보를 얻는 방법으로 스스로 찾는 경우가 70% 정도, 관련기관(복지기관, 공공기관)담당자를 통해 얻는 경우가 25%정도 나타나 여전히 필요한 정보는 스스로 찾아야 하는 것으로 나타났다. 사회복지서비스 이용 시 어려움에 대한 응답으로 이용 가능한 프로그램이 적거나 서비스 제공기관이 멀리 있거나 이용절차가 복잡하거나 대기기간이 길고 비용이 비싼 경우가 90%정도로 나타났다. 고용/교육서비스 이용 시 어려움에 대한 응답도 사회복지 서비스 이용에서 겪는 어려움과 유사하게 나타났다. 흥미로운 것은 사회복지서비스를 이용하는데 25%정도가 어렵다고 응답한 반면 고용/교육서비스 이용은 45%정도가 어렵다고 응답하여, 당사자들의 지역사회 생활을 위해 고용과 교육서비스 정보수집과 이용에 대한 전략개발과 서비스 홍보가 필요함을 알 수 있다.

6) 지역사회 재통합영역

지역사회 재통합영역에서 경제생활 어려움에 대한 응답은 50% 이상이 돈 때문에 인간관계를 맺는 것이 힘들고, 문화/여가생활을 할 경제적 여유가 없고, 경제적으로 어려워 집을 구할 때마다 어려움을 겪고 있으며, 돈이 없어 식사를 거르곤 하며, 공과금을 내는 것이 힘들고, 필요한 치료를 제때에 받지 못하고, 빚 때문에 생활을 유지하기 힘들고, 교육을 받지 못하는 것으로 나타나 나타났다. 특히, 80% 이상의 응답자들이 돈이 없어 음식을 하거나 사지 못하여 식사를 하지 못하고, 치료를 제때에 받지 못하고 빚 때문에 생활을 유지하기 힘든 것으로 나타나 당사자들의 경제적 어려움이 심각하며, 이를 위한 제도적 대책 마련이 시급한 것을 알 수 있다.

이와 함께 삶의 만족도(10점 만점)는 어느 정도 만족하는 수준에 가까웠지만(평균 6.2, SD:2.8), 표준편차가 큰 것으로 보아 당사자들마다 삶의 만족에 대한 개인 간 차이가 높은 것을 알 수 있다. 하지만, 설문응답자의 유병기간이 평균 10년 이상인 경우가 90%인 것으로 나타나 응답자들이 어느 정도 장애에 적응하고 수용했을 가능성이 높은 점을 고려해서 해석해야 할 것이다.

3. 가족구성원 대상 실태조사 결과 요약

1) 개인 일반사항

가족 설문결과에 대해 보면 개인일반사항에서 설문응답자들의 결혼유무는 미혼 14%, 86%는 결혼한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 미혼의 이유 중 30% 이상이 장애가 있는 가족을 돌봐야 한다고 응답하여, 가족 구성원이 장애인 당사자를 돌봐야 하는 부담이 큰 것을 알 수 있다. 응답자 중 52%는 당사자의 어머니이며, 평균 나이 60세(SD: 14.2세)로 나타났다. 현재 경제적 상태는 '하' 46%이며 기초생활수급권자 혹은 차상위 계층이라고 언급한 비율이 30%, 그리고 현재 무직 35%이거나 가사전담 20%로 나타나 설문응답자들의 과반 수 이상이 돈을 벌고 있지 않은 것을 알 수 있다.

월 평균 가계소득에 대해 응답자 중 50%가 200만원 이하로 나타났으며, 부담되는 생활비로 보건의료비 30%로 가장 높게 나타났다(식료품비 21%, 집세 12%). 특히, 당사자의 치료/생활비/용돈에 들어가는 부담정도에 대한 응답을 보면 부담된다가 70%로 나타나 당사자의 생활유지를 위해 가구의 부담이 높은 것을 알 수 있다. 이러한 결과들은 보면 정신장애인 당사자와 함께 살고 있는 가구에 대한 보건의료비 지원과 함께 당사자가 근로할 수 있는 환경을 조성하여 스스로 용돈과 같은 생활비를 벌 수 있도록 하는 정부의 전략이 필요함을 알 수 있다.

설문응답자와 함께 거주하고 있는 당사자들은 발병 이후 현재까지 평균 5회 이상 정신병원에 입원하였고, 자의입원한 경우는 1.7회로 나타났다. 입원기간은 5년 미만이 전체의 80%(5년 이상 20%)로 나타나 여전히 자의입원 비율이 낮고 장기입원 경향이 높은 것을 알 수 있다. 이와 함께 입원결정은 당사자를 제

외한 부모나 가족이 70%정도, 퇴원결정 또한 당사자를 제외한 부모나 가족 60%, 정신의학과 의사 18%로 나타났다. 「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스 변화로 40%는 과거보다 나빠졌다, 40%는 과거보다 좋아졌다고 응답하였다. 법 개정 후 보건/복지서비스에 대한 변화로 40%는 과거보다 나빠졌다, 40%는 과거보다 좋아졌다고 응답하여 여전히 법 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스와 보건/복지서비스에 대한 변화를 실질적으로 적게 느끼는 것을 알 수 있다.

입원을 지속하는 이유에 대한 응답은 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활이 힘들기 때문에, 지역사회에서는 재활/회복 서비스를 받을 수 없기 때문에, 증상관리가 어렵기 때문에 등 '퇴원 후에 다른 사람이나 가족의 도움 없이 살아가기가 힘들기 때문에'라고 응답한 비율이 95%정도 나타나 당사자들이 지역사회에 거주하기 위해 다양한 재활/회복에 필요한 서비스들이 제공되어야 하는 것을 알 수 있다.

가족의 건강, 고령, 사망 등으로 당사자를 돌볼 수 없을 때 염려되는 것으로 생활비 등 소득과 주택마련이 50%, 건강관리 40%로 나타나 가족들은 주거와 생활 및 건강관리를 가장 걱정하는 것을 알 수 있다. 이는 정부가 정신장애인 당사자들이 안전하게 살 수 있는 주택에 대한 지원과 생활비를 벌 수 있는 기회마련과 더불어 스스로 건강관리를 할 수 있는 훈련이나 건강관리를 지원하기 위한 정책개발이 필요하다는 것을 의미한다.

2) 인권관련 영역

인권관련 영역에서 지역사회에서 도움을 준 사람은 부모, 배우자 등을 포함한 가족이 60%, 사회복지사 15%정도 나타나 가족 이외에 사회복지사로부터 지역사회 생활에 도움을 많이 받는 것을 알 수 있다. 반면 지역사회 생활을 방해한 사람으로 '없음' 50%로 나타났지만, '가족' 20%로 나타나 당사자와 가족 간 관계문제가 있으며 가족들을 대상으로 정신장애에 대한 인식과 교육이 필요함을 알 수 있다. 그리고 가족이 도움을 주어야 한다는 부담을 낮추고 사회복지사만이 도움을 주는 방식에서 벗어나기 위해 당사자들의 지역사회 생활에 도움을 줄 수 있는 인력의 양성과 확대가 필요한 것을 알 수 있다.

3) 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역

지역사회정신건강 및 사회서비스 영역에서 당사자가 생각하는 증상안정화 기간으로 1달 미만 45%, 1달 이상 40%로 비슷하게 나타나났다. 병원 퇴원 시 지역사회기관을 소개해주거나 연계해주었는가에 대한 응답은 '아니오'가 60%로 나타났으며, 90%정도가 병원퇴원계획이 필요하다고 응답한 것으로 나타나 병원퇴원을 위한 계획이 개발되고 당사자는 물론 가족과 함께 공유해야 함을 알 수 있다. 특히, 퇴원계획에 포함되어야 하는 내용으로 응답자의 90%가 약물교육, 퇴원 후 이용 가능한 기관 및 서비스, 증상재발현 시 방문 가능한 기관으로 응답하여 당사자와 가족들이 병원퇴원 후 지역사회에서 이용할 수 있는 기관에

대한 정보가 없는 것은 물론 병원과 지역사회 기관들과 연계 및 이해를 높일 수 있는 기회 및 대책마련이 시급한 것을 알 수 있다.

퇴원계획이 공유되어야 하는 기관으로 정신건강복지센터, 사회/장애인복지관, 정신재활시설이 85%정도 나타나 정신장애나 장애관련 기관과 정신병원 간 연계가 필요함을 알 수 있다. 증상관리와 일상생활을 위해 필요한 서비스로 가정방문서비스, 24시간 전화핫라인, 사회복지전문가의 집중 사례관리, 병원-지역사회기관 간 정보공유 및 연계가 60%정도 나타나 정신건강전문가로부터 다양한 서비스를 필요로 하는 것을 알 수 있다. 둉료지원가가 장애이해 교육 및 상담, 증상 및 약물관리교육, 일상생활/대인관계/적응훈련, 직업훈련/취업훈련 서비스를 제공하는 것이 필요하다고 응답하였지만, 실제로 85%정도 가족구성원은 둉료지원가에 대해 알지 못하거나 이용한 경험이 없다고 응답하였다. 이는 다양한 정신건강전문가의 양성과 함께 둉료지원가의 양성 또한 중요한 것임을 알려주는 대목이다.

가족구성원의 90%정도는 당사자의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용)에 대해 알고 있다고 응답하였으며, 95%의 가족구성원들은 급성기 증상 경험 시 필요한 서비스로 즉시 입원할 수 있는 병원서비스, 전문인력의 가정방문서비스, 긴급 전화/상담 서비스, 일주일정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스라고 응답하였다. 그리고 즉시 입원할 수 있는 병원과 증상을 낮추기 위해 사회복지전문가의 가정방문을 주로 언급하였다. 이는 급성기 증상경험 시 즉각적으로 필요한 서비스(병원입원, 상담)를 전문가로부터 받거나, 증상악화를 줄이고 쉴 수 있는 장소가 필요함을 알 수 있다. 현재 당사자들의 회복정도는 50%는 문제없이 살고 있지만, 나머지 50%는 증상에 대한 관리가 필요한 것으로 나타나 비록 당사자가 지역사회에 거주하고 있지만 여전히 도움을 필요로 함을 알 수 있다.

회복에 도움이 된 것으로 정신과 외래진료, 꾸준한 약물복용, 전문가 상담, 가족-친구의 지지가 80%정도로 나타나 외래진료와 꾸준한 약물복용을 통해 증상을 낮추고, 가족과 주변사람의 도움이 정신장애로부터 회복에 필요한 것임을 알 수 있다. 최근 1년간 치료에 대한 응답결과 주기적으로 정신과의사를 만나고 있으며, 지역사회 기관(보건소/정신건강복지센터/정신재활시설)에 방문하고 있는 비율이 80%정도 나타나 당사자들은 꾸준한 약물복용과 지역사회 서비스 이용을 하고 있는 것으로 나타났다. 가족의 입장에서 볼 때 당사자의 75%정도가 정신과 의사(주치의)를 만나서 상담/치료를 받는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 가족은 병원 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 당사자들이 거주하고 있는 곳 주변에 적절한 비용으로 양질의 서비스를 제공하는 기관들이 확충되어야 함을 알 수 있다.

90%정도의 응답자는 여가 프로그램, 상담/치료/훈련 등 주간재활 프로그램, 구직프로그램, 친목도로 등을 목적으로 당사자가 현재 지역사회 기관에 주 1회 이상 방문하여 프로그램을 이용하는 것으로 나타났다. 가족구성원의 60%정도는 지역사회 기관을 이용하는데 어렵지 않다고 응답하였지만, 기관 내 상담/재활/회복서비스의 부족, 효과에 대한 의심, 정신질환자로 알려진다는 두려움, 비용부담, 이동문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 병원이용의 어려움과 동일하게 나타났으며, 당사자들이 거주하고 있는 곳 주변에 적절한 비용으로 양질의 서비스를 제공하는 지역사회 기관들이 확충되어야 함을 의미한다.

이와 더불어 당사자와 함께 거주하고 있는 가족에게 필요한 서비스로 정신장애인 대상 낮활동, 여가활동, 직업재활이 45%로 나타났으며, 증상/약물관리와 독립주거공간제공이 각각 16%로 나타났다. 이러한 응답 결과는 가족이 정신장애인과 함께 살기 위해서 사회구성원과 같이 낮에는 일하러 가거나 시간을 보낼 수 있는 프로그램을 제공하여 가족들이 낮 시간에 자신의 일을 할 수 있는 환경조성이 필요함을 알 수 있다. 가족이 당사자의 증상 및 약물에 대한 교육을 하거나 증상/약물관리를 하는데 한계가 있으며, 이러한 어려움과 감정의 골이 오래될 경우 아예 당사자가 나가서 독립적으로 살 수 있는 방안을 원하는 것으로 이해할 수 있다.

4) 지역사회 거주영역

지역사회 거주영역에서 가족구성원의 40%는 당사자와 가족이 함께 생활해야 한다고 응답하였으며, 55%는 독립주거에서 생활해야 한다고 응답하였다. 주거안정에 필요한 것으로 가족구성원의 60%정도는 주택임대/구입을 위한 자금지원/대출, 공공임대주택 입주 우선권 보장, 그룹홈 확대를 언급하였다. 그리고 15%는 기초생활보장이나 장애수당 신청지원이 필요하다고 언급하였다. 이를 종합해보면 가족들은 당사자와 함께 사는 것을 선호하지만, 일정한 나이가 되면 공공임대주택이나 주택임대/구입지원을 통해 스스로 독립하여 생활을 유지하기 위한 기회가 제공되어야 하며, 정부로부터 정신장애인의 기초생활보장이나 장애수당 등 지원을 필요로 하는 것을 알 수 있다.

5) 독립생활영역

독립생활영역에서 가족구성원의 여가활동에 만족하지 않는 비율이 55%정도로 나타났다. 여가활동에 불만족하는 이유로 당사자를 돌봐야 해서 27%로 가장 높았으며, 비용의 부담, 정보부족, 함께 할 사람이 없거나, 장소가 멀어서 에 대한 응답이 50%로 나타났다. 특히, 자신의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없는 비율이 12%로 나타나 정신장애인과 함께 사는 가족구성원의 고령화 문제와 함께 노인이 정신장애인을 돌보는 문제에 대한 관심을 가져야 함을 알 수 있다. 이러한 응답을 종합해보면 당사자들의 여가활동은 물론 가족구성원이 당사자를 돌봄으로 인해 자유 시간을 가지지 못하고 이로 인해 여가활동을 할 수 없는 문제를 인식하고 가족들이 시간을 가질 수 있도록 정신장애인들의 낮 활동 혹은 당사자 여가활동에 대한 관심을 가져야 할 것이다.

현재 일상생활 정도에 대한 응답으로 당사자의 과반수가 식사준비/청소, 개인위생 관리, 가사활동(청소, 집 정리), 건강관리 하기, 물품구매/돈 관리, 여가시간 보내기, 약물복용, 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 도움이 필요한 것으로 나타났다. 특히, 물품구매나 돈 관리, 가족이나 직장/시설/지역사회에서 사람들과 좋은 관계를 맺거나 유지하는데 관계를 맺는데 70%이상 도움이 필요하다고 응답하였다. 이러한 결과는 당사자들이 간단한 일상생활은 어느 정도 스스로 수행할 수

있지만, 도구적 일상생활수행은 제한되어 있으며, 다른 사람의 도움이 필요한 것을 알 수 있다.

또한, 가족구성원은 당사자와 함께 생활하는 것에 부담을 느끼는 것으로 나타났으며, 특히 낮 시간에 증상과 장애로 인해 당사자를 돌보는 것에 60%가 부담을 느낀다고 응답하였다. 위에세도 나타났지만, 가족구성원의 과반수는 당사자의 치료비와 식사준비에 대한 부담은 물론 집에 정신질환자가 살고 있는 것이 이웃에 알려지는 것에 대한 부담을 가지고 있는 것으로 나타났다.

흥미로운 것은 60% 이상 가족구성원이 당사자를 돌봄에 따라 자신의 신체적 건강이 나빠지고 가족 간 갈등이 생겨 집안분위기가 좋지 않으며, 당사자와 함께 거주함으로 인해 가족이 우울과 불안해하는 등 정신건강이 나빠졌다고 응답하였다. 이는 당사자의 돌봄에 대한 가족의 부담이 상당한 높은 것을 의미하는데, 이러한 가족이 느끼는 부담을 낮추고 당사자들의 독립성을 높여 가족 간의 관계회복을 위해서 현재 신체장애인 위주로 제공되고 있는 활동보조서비스와 요양보호사 서비스(예, 식사/청소/빨래서비스)를 정신장애인 당사자가 적극적으로 활용할 수 있는 정책이 마련되어야 할 것이다.

6) 지역사회 재통합영역

지역사회 재통합영역에서 가족구성원의 삶의 만족도(10점 만점)는 만족하지 못하는 수준에 가까웠지만(평균 5.0, SD:2.8), 표준편차가 큰 것으로 보아 가족구성원 유형에 따라 삶의 만족에 대한 개인차가 높은 것을 알 수 있다. 특히, 사회적 관계에 대한 만족이 3.1(SD: 1.9)로 나타난 것을 유추해보면 당사자와 집에 살면서 가족구성원이 가지고 있던 사회관계가 끊어지거나 지속적으로 당사자에게 돌봄을 제공함에 따라 사회관계를 발전시키기 위한 기회를 충분히 가지지 못한 것으로 볼 수 있다. 즉, 정신장애관련 정책개발 시 장애인 돌봄을 더 이상 가족의 책임으로 떠넘기기보다 다양한 사회프로그램을 만들어 당사자들이 참여할 수 있는 기회를 제공하여 가족구성원들이 가유시간을 가질 수 있도록 해야 함을 의미한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3절 양적 및 질적 연구 결과의 종합논의

본 단락에서는 당사자-가족구성원 양적연구 결과와 당사자-가족구성원-전문가 FGI 결과를 종합하여 논의해보고자 한다.

1. 개인 일반사항

개인 일반사항에 대한 당사자와 가족 설문참여자에 대한 결과를 보면 두 집단 모두 경제적 상태는 '하' 이며, 기초생활수급권자 혹은 차상위 계층이라고 언급한 비율이 30%정도로 나타났다. 당사자와 가족 설문참여자 모두 현재 일을 하고 있지 않은 경우가 과반수이상인 것으로 나타나 당사자는 물론 가족구성원이 경제적 어려움을 경험하고 있음을 알 수 있다. 그리고 가족설문결과에서 부담되는 생활비로 당사자의 보건의료비가 가장 높은 비율로 나타난 만큼 정신장애인의 치료와 병원이용에 따른 금전적 지원이 필요한 것을 알 수 있다.

특히, FGI를 통해서 장애인등록과 기초생활수급제도에 따라 정부에서 제공하는 생계지원과 장애인 서비스는 어려운 생계에 도움이 된다고 언급하였다. 하지만, 이러한 서비스나 정부지원을 지속적으로 받기 위해서 기초생활수급권이 박탈되지 않게 적은 수입을 유지해야 하는데, 이는 가난이나 생계 어려움의 악순환이 되는 것으로 나타났다. 그렇기 때문에 정신장애인 당사자나 가족들이 이러한 상황을 극복하고 스스로 할 수 있는 일을 찾아 직업을 가지고 생계를 유지하기 위해서 수급자격을 유지해야만 제공되는 정부지원이나 장애인등록으로만 제공되는 지원을 수급자격 탈락이나 장애등록을 하지 않아도 이용할 수 있는 방안마련에 관심을 가져야 할 필요가 있다(전보영, 2014; 황주희, 2014).

당사자 대상 설문에서 당사자의 정신병원 입원결정과 퇴원결정은 부모나 가족에 의한 강제입원이 높은 비율로 나타났으며, 가족설문에서도 입원과 퇴원결정이 가족이나 보호자에 의해 이루어지는 것으로 나타났다. FGI에서도 당사자는 입원이나 퇴원을 결정하거나 의견을 내지 못하고 자신이 원하지 않는 입원을 계속하거나 퇴원하고 싶지 않는데 가족이나 보호자의 판단에 의해 퇴원하는 경우고 나타났다. 이는 당사자의 의견을 존중하고 당사자의 의지가 정신장애로부터 회복하는데 가장 중요하다고 인식되는 당사자 패러다임에서 정신장애인은 여전히 배제되고 있음을 의미한다. 그리고 정신장애 당사자는 여전히 이성적인 판단을 할 수 없는 존재이며, 보호자의 의견에 따라야 하는 존재임을 전재하는 것이다. 그렇기 때문에 당사자 중심 접근에 대한 관심은 물론 당사자들이 동료지원가나 정신보건 분야에 일할 수 있는 기회마련과 함께 역량강화를 위한 다양한 지원이 개발되어야 한다(이석구, 2015; 윤찬영, 2014).

「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스 변화와 보건/복지서비스 변화를 보면 당사자와 가족 모두 40%정도는 과거보다 나빠졌다고 응답하였다. FGI에서 당사자는 「정신건강복지법」 개정을 인식하지 못하였다고 언급하였으며, 가족은 법 개정으로 인해 입원이 어려워져 정작 증상이 나타났을 때 필요한 입원을 할 수 없어 국가가 정신장애에 대한 부담을 자신들에게 떠넘기고 있

는 것으로 생각하는 것으로 나타났다. 개정된 법이 당사자와 가족들에게 와 닿게 하려면 당사자나 가족들이 이용할 수 있는 프로그램에 대한 적극적인 개발과 지원은 물론 급성기 증상 발현 시 이용할 수 있는 서비스 제공을 통해 다양한 돌파구를 제공해야 할 것이다.

입원을 지속하는 이유는 당사자와 가족 모두 유사하게 나타났다. 이유를 보면 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활을 하기 힘들기 때문에, 지역사회에서는 재활/회복 서비스를 받을 수 없고 증상관리가 어렵기 때문으로 나타났는데, 이는 '병원에서 지역사회로 돌아가도 살아갈 곳이 없고 필요한 서비스를 받을 곳이 없다'는 것을 의미한다. FGI에서 당사자들은 입원이 지속화되어 지역사회에서 살아갈 기능을 상실하고, 미래에 대한 계획, 비젼, 꿈이 없기 때문에 지역사회에서 돌아갈 수 없다고 언급하였다. 이는 현재 당사자들이 병원퇴원 후 재활과 회복을 위해 이용할 수 있는 서비스가 제한되어 있다는 연구결과들과 동일하며(김민, 이근용, 조성재, 2015; 이용표, 2014), 현재 커뮤니티 케어를 계획하는 단계에서부터 당사자들이 필요로 하는 서비스에 대한 욕구탐색과 함께 병원 밖에서도 이용할 수 있는 의료 및 보건 서비스 개발과 제공에 관심을 기울여야 할 것이다.

흥미로운 것은 설문에 응답한 당사자들의 평균 나이가 44세(SD: 9.7세)이며, 설문에 응답한 가족구성원의 평균 나이가 60세(SD: 14.2세)로 나타났다는 것이다. 이는 나이든 부모들이 나이든 장애를 가진 자녀들을 돌봄에 따라 부담이 가중되며, 이차장애를 경험할 수 있다는 것을 보여준다. 그렇기 때문에 당사자들이 스스로 생활할 수 있는 능력을 향상시킬 수 있는 프로그램 지원과 이들이 생활하는데 필요한 활동지원 혹은 요양보호서비스를 이용할 수 있는 기회가 사회적 지지를 통해 서로를 돌볼 수 있는 환경을 만들어가야 할 것이다.

2. 인권관련 영역

인권관련 영역에서 당사자들은 지역사회에서 생활하면서 주변사람들로부터 존중받고 있는 것으로 나타났지만, 여전히 40%정도는 존중받지 못한다고 인식하고 있으며, 언어/정서적 학대를 경험한 것으로 나타났다. 그리고 당사자 가족 설문결과 모두 지역사회에서 도움을 준 사람으로 가족을 높은 비율로 응답하였지만, 가족이 당사자가 지역사회에 적응하고 생활하는데 방해한 사람으로도 나타났다. 이는 당사자가 가족으로부터 그리고 가족이 당사자로부터 받는 스트레스가 높으며 이러한 스트레스는 서로 간에 의도치 않는 언어적-신체적-정서적 폭력을 줄 수 있음을 예상할 수 있다.

FGI에서 당사자들은 정신병원 입원 중에 다양한 인권침해(예, 강박)를 경험하였으며 보호자에 의한 강제입원 시에 당사자는 원하지 않는 정서적 폭력을 경험할 수 있는 것으로 나타났다. 이와 반대로 급성기 증상발생시 가족들은 당사자로부터 폭력을 경험하였고, 이것이 무서워 증상이 나타나면 집으로부터 멀리 나가있는 것으로 나타났다. 이는 당사자와 가족 모두에게 기억하기 싫은 폭력에 경험으로 인식될 것이다. 당사자의 자의입원 이외에 증상 발현 시 당사자가 안전하게 증상완화를 할 수 있도록 비장애/동료전문가 가정방문 서비스나 임시주거 서비스 등에 대해서 관심을 가져야 하는 이유가 이러한 이유일 것이다(박병선, 진혜민, 최병태, 김이영, 송영달, 우성희, 박경진, 이주희, 배성우, 2014; 하경희, 2012).

3. 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역

병원 퇴원 시 지역사회기관을 소개해주거나 받은 경험에 대한 설문결과 당사자와 가족 모두 과반수 정도가 받지 못하였다고 응답하였지만, 퇴원계획(약물교육, 퇴원 후/증상 발현 시 이용 가능한 기관 및 서비스)은 반드시 필요하다고 응답하였다. FGI에 참여한 당사자와 가족들의 경우 대부분 퇴원계획수립을 경험하지 않은 것으로 나타났으며, 퇴원계획의 부재로 인해 법 개정 후 병원에서 떠나온 환자들이 지역사회 내 일상으로 돌아가는데 상당한 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 전문가 FGI에서도 정신병원과 지역사회 정신보건서비스기관 간 연계가 없을뿐더러 현재 보호자 주도 입/퇴원으로 인해 병원들이 퇴원계획을 수립해 놓고 제대로 이행하지 못한다고 언급하였다. 퇴원계획은 여러 문헌에도 그 중요성이 언급된 만큼 정신장애인의 병원퇴원을 위해 반드시 이루어져야 한다(심경순, 2013; 허만세, 전준희, 2018).

비록 설문결과와 FGI에서 몇몇은 개인의 건강관련 정보 공유에 대한 불안감을 언급하긴 하였지만, 퇴원계획은 당사자의 원활한 지역사회 적응과 재입원율 감소, 당사자 돌봄에 대한 가족들의 부담을 낮추기 위한 방안으로 인식되기 때문에 퇴원계획 개발에 대한 전문가와 병원의 관심이 필요하다. 종합적으로 보면 퇴원계획의 개발 및 이행과 함께 이러한 정보가 공유되어야 하는 기관들에 대한 탐색과 개인정보보호를 기반으로 한 정보전달을 통해 당사자가 걱정하는 정보공유의 문제점을 최소화하여 다양한 지역사회 기관에서 당사자의 회복을 위해 서비스 제공이 가능한 환경을 조성해야 할 것이다.

설문조사에서 당사자의 증상관리와 일상생활을 위해 필요한 서비스로 가정방문서비스, 24시간 전화핫라인, 집중사례관리, 병원-지역사회기관 간 정보공유 및 연계가 나타났다. FGI에서 전문가들은 현재 정신건강복지센터에서 제공되고 있는 서비스들이 백화점 식으로 너무 다양하게 제공되고 있어 혼선이 야기되고 있으며 당사자들이 필요로 하는 욕구에 맞추어 사업선별이 필요하다고 언급하였다. 이는 정신건강센터가 서비스 제공, 사례관리, 대상과 관리 등 너무 다양한 역할을 수행하기보다 다양한 기관들과 역할을 나누어 당사자에게 필요한 그리고 차별되는 서비스를 장애정도에 따라 제공하는 방안에 대한 연구가 필요한 것을 의미한다. 전문가들은 또한 서비스 지원기관들이 중복서비스를 제공하고 있어 효율적-효과적으로 서비스를 제공하는데 어려움을 겪고 있는 것을 언급하였는데, 이러한 문제를 낮추기 위해서 서비스 제공기관 간 역할에 대한 고민을 통해 효과적으로 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다.

설문조사 결과 당사자와 가족 대부분 동료지원가에 대해 들어보았지만 이용한 경험은 없는 것으로 나타났다. 하지만, 두 집단 모두 동료상담 서비스의 강점에 대해 알고 있으며, 정신장애를 경험하고 회복한 사람들이 일정한 훈련을 받고 나면 다른 정신장애인이 회복할 수 있도록 필요한 서비스나 지원(예, 장애이해 교육 및 상담, 증상 및 약물관리교육, 일상생활/대인관계/적응훈련, 직업훈련/취업훈련 서비스)을 제공할 수 있으리라 생각하고 있었다.

FGI에서 가족들이 당사자에게 제공하는 지원은 지역사회에서 이들이 살아가는데 중요하지만, 당사자-가족의 갈등으로 인해 높은 심리적 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다(민혜진, 정원철, 2014). 이러한

가족이 느끼는 돌봄에 대한 부담을 줄이는 방안이 자조모임과 동료지원가를 이용하는 것이다. FGI에서 당사자들은 동료들과 만남을 통해 정서적-사회적 지지를 경험하는 것으로 나타났다. 하지만, 가족 FGI에서 나타난 의견은 동료지원가가 긍정적으로 인식되지만 현재 이들을 양성하는 프로그램에 체계적이지 않고, 당사자가 경험하는 문제를 단순하게 보고 혹은 자신의 경험에만 빗대어 해결하려고 하여 별 도움이 되지 않는 것으로 나타났다. 결국, 보다 효과적인 동료지원가 서비스를 제공하기 위해서 양성과정에 대한 표준화는 물론 지속적인 교육/훈련 제공을 통해 당사자나 가족이 생각하는 수준 이상으로 유지할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다(송경옥, 2013; 염형국, 2014).

현재 회복정도에 대한 설문결과 당사자와 가족 모두 50%정도는 문제없이 살고 있고, 나머지 50%는 증상에 대한 관리가 필요하다고 언급하였다. 이는 당사자의 50%는 여전히 증상 및 문제발생에 대한 도움이 필요한 것을 의미한다. 또한, 문제를 경험하는 50%는 평소에는 당사자가 잘 지내지만 급성기 증상이나 약물부작용과 같이 가족이나 당사자가 감당할 수 없는 상황이 가끔씩 발생하거나, 증상발생 시 적절한 지원을 받지 못해 상황이 계속 악화되어 병원 입/퇴원을 반복한 경험이 있는 것으로 생각해 볼 수 있다.

FGI에서 가족은 급성기 증상발생 시 지역사회 내에서 이용할 수 있는 서비스가 없기 때문에 감당할 수 없는 상황이 발생하면 이를 벗어나기 위한 서비스가 반드시 필요함을 언급하였다. 급성기 증상을 벗어나기 위한 지원은 당사자와 가족에게 필수적이며 문제발생시 적절한 해결방안에 적절한 시기에 제공되느냐 안 되느냐가 당사자가 지역사회에서 문제없이 생활하느냐 장기간 동안 병원에 입원하느냐를 결정할 수 있는 중요한 요인 중 하나일 것이다. 그렇기 때문에 급성기 증상을 낮추거나 증상악화를 줄일 수 있는 전략과 서비스 제공에 전문가의 관심이 필요하다.

당사자와 가족 설문조사에서 회복에 도움이 된 것으로 정신과 외래진료, 꾸준한 약물복용, 전문가 상담, 가족-친구의 지지가 중요한 것으로 나타났다. 그리고 최근 1년간 주기적으로 정신과의사를 만나고 있으며, 지역사회 기관(보건소/정신건강복지센터/정신재활시설)을 방문하고 있는 것으로 나타났다. 비록 당사자와 가족들은 정신과의사를 만나고 지역사회 기관서비스를 이용하는데 문제가 없다고 응답하였지만, 병원과 지역사회 기관 내 상담/재활/회복프로그램의 부족, 프로그램 효과에 대한 의심, 비용부담, 접근성 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다.

FGI에서 당사자, 가족, 전문가 모두 지역사회에서 이용할 수 있는 자원이 여전히 부족한 것으로 나타났다. 특히, 전문가들은 급성기 증상을 보이는 환자들을 위한 지역사회 서비스가 부재하여, 병원방문이 유일한 방안으로 언급하였다. 설문과 FGI결과는 병원과 기관에서 당사자들이 이용할 수 있는 서비스(예, 여가, 상담/치료/훈련 등 주간재활, 구직, 친목도모 프로그램)가 보다 다양화되고, 증거기반실천(EBP) 치료나 프로그램에 대한 확충이 필요하다는 것을 보여준다(김미옥, 2015; 이현주, 2014).

4. 지역사회 거주영역

설문결과에서 당사자와 가족 모두 서로 함께 생활해야 한다는 비율 50%, 독립주거에서 생활해야 한다

국가인권위원회 humanrights.go.kr

는 비율 50%로 나타났다. 과거 정신장애인은 누군가로부터 지속적인 지원을 필요로 한다는 생각이 점차 변화하여 정신장애인들도 자신이 원하는 삶을 살고 이를 판단할 수 있는 능력이 있다는 것을 보여주는 것이다. 몇몇은 가족과 관계가 좋지 않기 때문에 따로 살고 싶다고 응답하였지만, 대부분은 독립적인 생활을 하는 것이 자신이 원하는 삶을 살 수 있는 기본이라고 응답하였다. 독립생활을 위해 필요한 지원으로 주거안정을 가장 높은 순위로 꼽았으며, 필요한 지원으로 주택임대/구입을 위한 자금지원/대출, 공공임대주택 입주 우선권 보장 등을 언급하였다.

FGI에서 전문가들은 당사자의 지역사회 생활을 도와주는 주거가 현재 가장 필요로 하는 서비스이며, 현재와 같은 징검다리 혹은 선형적(병원-중간집/하프웨이 하우스-공동생활가정/그룹홈-지원주택-임대주택)인 형태로 서비스를 제공하는 것이 아닌 당사자의 장애수준과 욕구에 따른 차별적 서비스가 제공되어야 한다고 언급하였다. 이러한 결과들은 정부가 지원주택과 지원 가능한 서비스 개발에 대해 관심을 가져야 하는 것을 의미한다(남기철, 2012; 오아연, 이연숙, 장미선, 2016). 이와 더불어 설문조사와 FGI 모두 다양한 서비스 개발을 언급하면서 의사의 진단서만 가지고 있는 미등록 정신장애인들이 이용할 수 있는 서비스에 대한 지원(예, 기초생활보장, 장애수당) 또한 절실한 것으로 나타났다(최희철, 2015).

5. 독립생활영역

설문조사에서 나타난 여가활동에 대한 응답을 보면 당사자들 대부분은 집안에서 할 수 있는 여가활동을 하고 있는 것으로 나타났다. 이에 대한 불만사항으로 장애로 인해 참여할 수 있는 활동제한, 여가정보 프로그램 부족, 비용과 거리문제가 높은 비율로 나타났다. 특히, 여가활동을 혼자 하는 경우를 제외하고 높은 순위로 나온 사람이 가족이었다. 이는 여전히 정신장애인의 돌봄이나 활동지원이 가족의 책임이라는 것을 보여주는 대목이다. 당사자의 활동과 생활지원이 가족에 의해 주로 이루어지고 있기 때문에 가족구성원들도 자신의 여가활동이나 자유 시간을 가지는 것이 없는 것으로 나타났으며, 과반수 이상이 여가활동에 만족하지 않는 것으로 나타났다. 더욱 문제인 것은 가족구성원이 점차 나이가 들어 자신이 몸이 아프거나 장애로 인해 여가활동에 참여할 수 없다는 것이다. 이는 정신장애인과 함께 사는 가족구성원의 고령화 문제가 발생할 수 있음을 의미한다. 정부는 당사자 가족들이 자유 시간을 가질 수 있도록 당사자가 참여할 수 있는 낮 활동 혹은 여가활동에 대한 관심을 가져야 할 것이다(권선진, 2015).

현재 일상생활 정도에 대한 응답으로 당사자와 가족의 설문결과가 반대로 나타났다. 당사자의 기준에서 자신들은 식사준비/청소, 개인위생 관리, 가사활동(청소, 집 정리), 건강관리 하기, 여가시간 보내기를 하는데 어려움이 없다고 응답하였지만, 가족들은 이러한 행동을 하는데 도움이 필요하다고 응답하였다. 당사자의 기준에서 보면 과거 증상으로 인해 아무런 생활을 할 수 없을 때와 비교하여 현재는 상황이 많이 나아진 것으로 생각하여 응답할 수 있다. 이와 반대로 가족은 이전에 증상이 있기 이전과 비교하여 보면 많이 나아지기는 했지만, 여전히 도움이 필요한 것으로 인식할 수 있다.

FGI에서 가족들은 당사자들은 자신들의 도움 없이 일상생활을 하는 것이 어렵다고 하였고, 전문가들의

복약관리와 일상생활지원이 제공된다면 생활이 가능할 것으로 언급하였다. 지역사회 내 생활을 가능하게 할 수 있도록 언급한 서비스에 대한 전문가 지원과 함께 활동보조나 요양보호 서비스(예, 식사/청소/빨래 서비스)가 제공되어야 할 것이다. 이는 당사자가 가족을 벗어나 독립적인 생활을 위한 기초적인 지원으로 생각할 수 있다(전지혜, 2015).

설문조사에서 사회복지서비스를 찾고 이용하는데 어려움은 없었지만, 고용/교육서비스를 찾는데 어려움이 있는 것으로 나타났다. FGI에서 직업교육을 통해 점차 사회관계능력을 향상시키고 회복에 가까워지는 것으로 나타났다. 하지만 현재 당사자들에게 제공되고 있는 고용서비스는 매우 제한되어 있고, 그 나마 제공되고 있는 것들이 보호 작업장과 같은 최저임금 제외업종인데, 이러한 곳에서 하는 일은 매우 단순하고 일을 하더라도 생활비 마련은 힘이 들고 수급자격을 유지하기 위해 일정금액이상을 벌 수 없다. 이러한 것을 종합해보면 당사자에게 사회복지서비스는 물론 고용과 교육지원에 대한 관심을 높이고, 지역사회에서 이용할 수 있는 자원에 대한 탐색과 관련기관 간 연계를 통해 정신보건관련 기관에서 연계된 기관들에 고용이나 교육관련 의뢰를 할 수 있는 여건을 조성해야 할 것이다(박현숙, 2014).

6. 지역사회 재통합영역

지역사회 재통합영역에서 가장 두드러지게 나타난 것은 경제적 어려움으로 인해 인간관계를 맺는 것이 힘들고, 집을 구하기 어렵고, 돈이 없어 식사를 하거나 공과금을 내는 것이 힘들고, 필요한 치료나 교육을 제때에 받지 못하는 것으로 나타났다. FGI에서 가족들은 짧게는 5년, 길게는 30년 이상을 중증정신질환으로 인해 치료에 참여하고 있다. 단지 치료를 하겠다는 일념하나로 의료보장제도에서 지원되지 않는 비급여서비스(예, 집중치료)를 수년 동안 받음으로 인해 경제적인 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 이는 가족들이 경험하고 있는 경제적 어려움이 매우 높은 것을 보여주는 대목이다. 문제의 심각성을 낮추기 위해 현재 비급여서비스로 되어 있는 치료들을 건강보험이나 의료급여와 같은 의료보장제도에서 어느 정도 지원해 주는 등 정부가 주도하는 제도적 대책 마련이 시급하다(신미숙, 김경신, 2013).

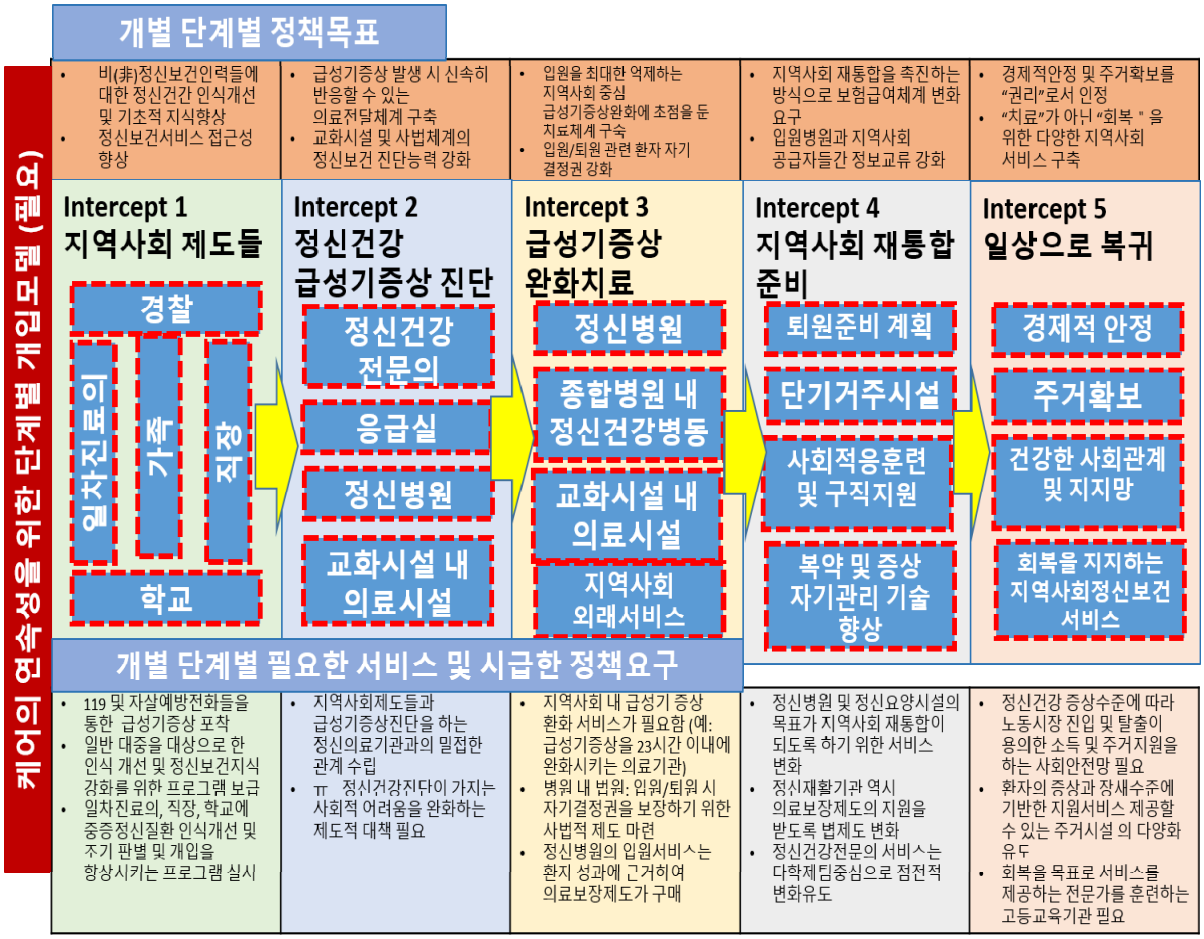
국가인권위원회
humanrights.go.kr

제7장 정신장애인 지역사회 거주·치료를 위한 정책제언 및 입법과제

제1절 대한민국 정신건강서비스 체계에 대한 진단

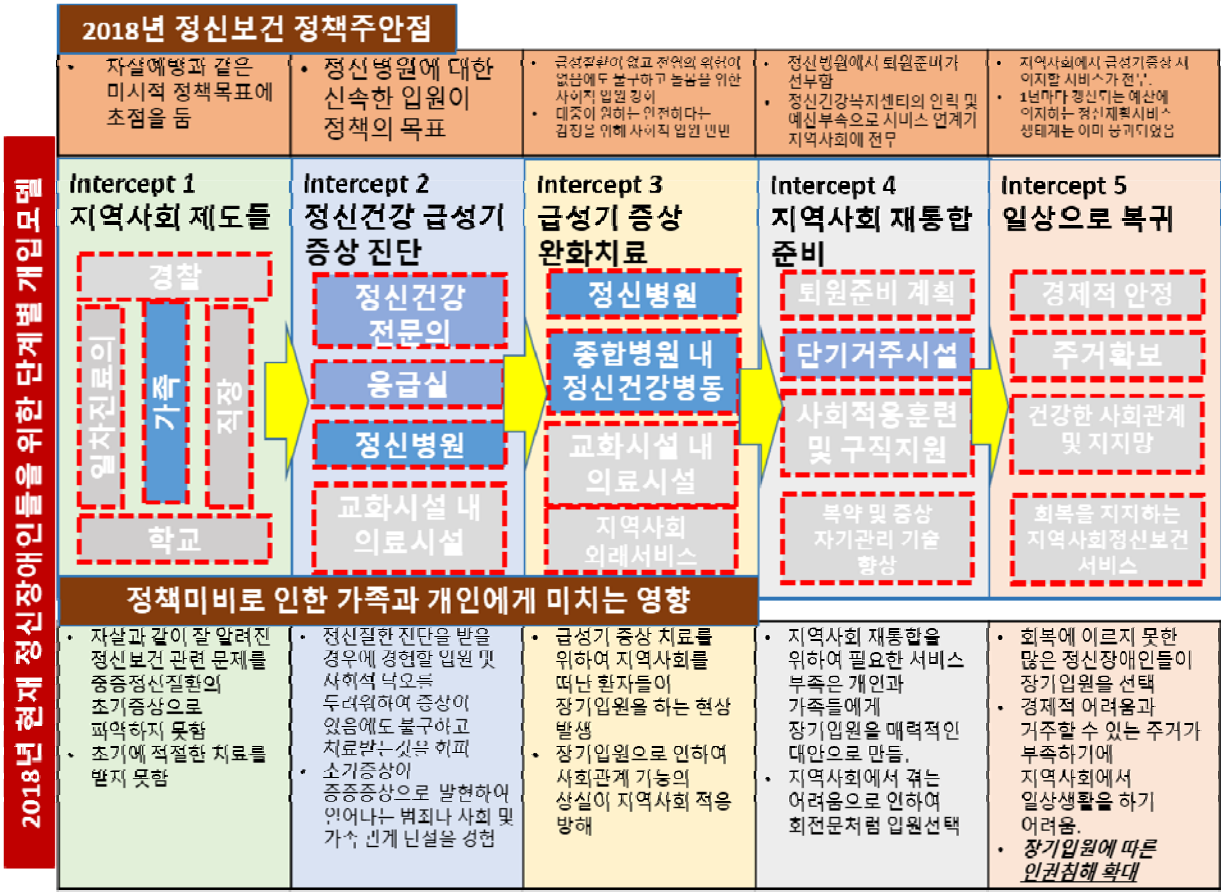
1. 케어의 연속성을 담보하는 체계의 부재와 급성증상 해결의 유일한 대안인 입원

본 연구는 문헌연구, 해외기관방문, 법제도 분석, 당사자, 가족 및 전문가 질적 연구 및 양적연구를 통하여 정신장애인들이 지역사회에서 치료받고 거주를 위한 지원을 받는 과정에 존재하는 각종 장애물들과 어려움들을 분석하였다. 본 연구는 2가지 이론적 시각을 가지고 지역사회 치료 및 거주에 영향을 미치는 장애물들과 촉진요인 (facilitators)들을 찾았다. 첫째, 하버드 의대의 Alegria 외 (2009)가 정신장애인들 간 정신건강서비스 이용에 대한 차이를 분석하기 위하여 만든 A Sociocultural Framework for Mental Health and Substance Abuse Service Disparities 분석틀을 한국의 맥락에 맞게 변경하여, 정신장애인들의 지역사회 주거 및 치료를 지원하는 공적 체계인 정신의료기관 및 정신재활시설의 역할, 정신장애인들이 지역사회에 거주하는데 중요한 역할을 하는 사회관계망 및 정신장애인 관련 변수, 그리고 정책 환경을 종합적으로 분석하였다. 둘째, 케어의 연속성 (continuity of care)이 실현되는 과정에 정신장애인들이 경험하는 장애물과 촉진요인들을 고민하였다. 중증정신질환 환자들이 경험하는 케어의 연속성이 실현되는 과정을 간단히 보여주는 구성도를 [그림 7]은 보여준다. 증상이 발병한 초발정신병 환자들의 경우 지역사회에 위치한 정신의료기관에서 판별되고 일부는 회복을 경험한다. 만약 급성기 증상이 증상완화 치료를 요구할 경우에 응급실이나 정신병원에서 치료를 받기도 한다. 급성기 증상이 완화될 경우에는 퇴원준비를 거친 다음에 지역사회 서비스 공급자들에게 “연계”되어서 질환 치료에 더하여 사회적응훈련 및 당사자 동료지원과 같은 심리사회적 지원을 받으며 지역사회에 재통합하여 다시 생산적 역할을 수행해야 한다. 이런 역할이 성공적으로 이루어질 경우에 지역사회 정신건강서비스가 효과적으로 기능한다고 볼 수 있다.



[그림 7] 중증정신질환 환자들의 케어의 연속성 (continuity of care)의 구성도

본 연구 결과, [그림 8]에 볼 수 있는 시스템은 서비스 공급자들 간의 파편화된 연계체계로 인하여 케어의 연속성이 저해되고 있었다. 이런 제도 하에서는 다음과 같은 문제들이 발생한다. 첫째, 사회적 편견 및 전신보건에 대한 공공교육이 부족함으로 인해서 초발정신병 또는 급성기 증상 환자들이 지역사회에 위치한 정신의료기관에 도움을 청할 확률이 낮다. 이로 인하여 증상이 쉽게 악화된다. 둘째, 급성기 증상을 경험하는 환자들에게 장기입원으로 쉽게 연결되는 정신병원 입원이 유일한 증상완화를 위한 대안으로 제시된다. 그에 더하여 급성기증상이 강력하게 나타나는 과정에서 이미 소진을 경험한 가족들은 지역사회에 도움이 되는 서비스가 없음을 알고 있기에 환자의 퇴원에 동의하지 않으면서 장기입원을 강화시키게 된다. 셋째, 급성기증상이 정신병원에서 완화되었음에도 불구하고 지역사회 내 거주 및 치료를 위한 효과적 서비스 체계가 전무할 경우에 퇴원을 하더라도 회전문 입 퇴원을 하며 사회적 입원이 강화되는 현실이 목격된다.



[그림 8] 중증정신질환 환자들의 케어의 연속성이 파편화 (fragmented)되었을 경우 구성도

케어의 연속성은 Alegria 외 (2009)가 제시한 다양한 영역들의 특성으로 인하여 영향을 받는 것으로 판단되고 아래에서 이들 영역에 대한 평가를 제시한다. 다만, 개별 영역이 케어의 연속성에 미치는 영향을 좀 더 객관적으로 이해하기 위해서는 다양한 접근을 활용한 양적-질적 연구들이 요구된다. 즉, 본 연구를 소비하는 사람들은 본 연구결과가 결론을 제시하기 보다는 추후 연구들이 검증받아야 하는 가설을 제시하는 수준에 불과함을 기억해야 한다.

첫째, 등록 정신장애인이 되기 위해서 장애등급을 판정받아야 하는데 중증정신질환 환자는 정신병적 증상 (psychotic symptoms)을 보이는 조현병 등의 증상을 보여야 하고 상당한 기간 동안 행동 및 정신장애치료를 받아야한다. 문제는 중증정신질환 환자 환자들 중 상당수는 조울증과 우울증과 같은 감정계 질환을 가지고 있는데 이들의 상당수가 장애등급 판정 시 정신장애인으로 인정받지 못할 위험이 높다. 그에 더하여 조현병을 진단받더라도 장기입원과 개인의 자유를 상당부분 제약하는 정신병원 입원을 회피할 경우 장애인 등록과정에 어려움을 경험하였다.

둘째, 중증정신질환 환자 21명 (15명 – 정신장애인; 6명 비 정신장애인), 중증정신질환 환자 가족, 그리고 지역사회 정신보건 서비스 공급자들을 대상으로 이루어진 질적 연구는 대한민국의 정신건강서비스가 케어의 연속성의 분석틀로 바라볼 때 상당한 문제를 가지고 있음을 보여주었다. 중증정신질환 환자 처음

발생한 급성기 증상을 통하여 진단이 이루어지고 정신병원에 입원하였는데 그 공간에서 지역사회로 돌아오는 과정에서 필수적으로 이루어져야 하는 퇴원계획과 지역사회 정신건강서비스 공급자들과 퇴원을 앞둔 환자와의 연계 등이 여러 장애물들로 인하여 거의 이루어지지 않는 상황이었다. 지역사회 정신건강서비스 공급자들 간에도 이런 케어의 연속성이 성공적으로 작동하지 않는듯하였다. 이를 극복하기 위해서 본 연구는 미국 애리조나의 위기개입시스템(crisis intervention system)에서 갖추어져 있는 서비스 연계모델을 대안으로 제시한다.

셋째, 지역사회 지역사회의 정신의료기관은 정신의학전문의 1인이 운영하는 자영업 수준의 정신의학과가 전부였다. 지역사회에서 체계적인 복약관리지원과 근거에 기반한 비 약물 심리처치(psychological treatment)가 필수조건임을 문헌연구과정에서 발견한 실증연구들(McMaster health forum, 2016)은 지적하지만 대한민국 지역사회에 있는 정신의료기관인 정신과의원은 이런 서비스를 제공할 역량이 심각하기 부족해 보인다. 이런 서비스의 공백을 주거시설이나 다른 정신재활시설에서 극복하려고 노력하였지만 전문의료진의 부족과 건강보험과 의료급여와 같은 의료보장제도가 예산을 지원할 수 없는 법제도가 지역사회 내에서 체계적인 복약관리지원 및 근거에 기반 한 비 약물 심리처치 서비스를 받는 것을 거의 불가능하게 만들었다.

넷째, 급성기 증상을 지역사회에 거주하면서 관리하는 것이 불가능한 것이 2018년 현재 대한민국의 현실이었다. 지역사회에서 급성기 증상이 발생할 경우 중증정신질환 환자가 의지 할 수 없는 현실은 보호자 역할을 하는 가족들이 강제입원의 요건을 강화시킨 「정신보건법」 개정을 반대하게 하는데 큰 기여를 하였다. 급성기 증상이 발생하면 중증정신질환 환자들은 정신병원에 입원하는 것 이외는 선택지가 없었다. 지역사회 급성기 증상 시 서비스 공급기관의 부재는 직업생활로 상징되는 지역사회 재통합을 실현시키고 살아가는 중증정신질환 환자들이 급성기 증상을 경험할 때 마다 지역사회에서 자신을 배제시켜버려야만 생존할 수 있는 커다란 삶의 큰 전환점을 경험하게 만든다. 그에 더하여 상당수 정신병원들이 제공하는 열악한 입원 환경은 많은 중증정신질환 환자들에게 “입원 트라우마”를 만들었다. 그 결과 급성기 증상이 범죄나 자·타인을 안전을 위협하는 상황을 만들기 전에 환자들이 자발적으로 정신병원을 찾아가는 확률을 낮춘다. 2018년 6월 7일에 서울 종로구 광화문 미국대사관의 정문을 승용차로 충돌하면서 망명을 요청했던 여성가족부 소속 서기관 역시 복약관리를 잘 하고 있다가 급성기 증상이 발생함으로 인해 이런 행동을 보였다. 만약 지역사회에서 급성기 증상이 있을 때 이를 안정시키는 시스템(예: 미국 아리조나의 23시간 급성기 증상 안정서비스)가 정착이 되어 있었다면 위의 사건은 예방이 될 수 있지 않았을까 생각한다.

다섯째, 광역 및 기초정신건강복지센터가 소속 자치단체가 제공하는 정신건강서비스의 중심역할을 하도록 만들어졌다. 센터에게 주어진 중요한 역할에도 불구하고 질적 연구 결과 여러 장애물들이 지역사회 정신건강시스템에서 정신건강복지센터를 유명무실하게 만들었다. 먼저 정신건강복지센터의 예산이 소비되는 서비스 양이 비례하여 예산이 만들어지는 것이 아니라 정치적 이해관계에 기반 하여 정해지는 중앙정부와 지방정부의 일반예산에 의지하기에 지역사회의 욕구를 반영하기 보다는 해당 년도에 공무원들과

자치단체장의 의견에 의하여 top-down방식으로 서비스가 구성된다. 둘째, 이런 정치적인 서비스 종류 및 예산 결정과정은 해당년도에 중요한 정신보건 관련 아젠다와 연관된 서비스들이 중증정신질환 환자들이 필요한 서비스를 희생하도록 만들었다. 예를 들어 보건복지부는 연말부터 전국 245개(광역 16개, 기초 229개) 정신건강복지센터는 우울증, 자살시도자, 자살유족 등 자살위험군에 대한 상담 및 사례관리, 의료기관 연계 역할 수행하도록 하였다.(2018.12.26. 보도자료) 셋째, 정신건강복지센터는 공공정신건강서비스 체계의 첨병에 있기에 케어의 연속성을 담보하기 위한 서비스 연계사업에 중점을 두어야 하는데 지금은 그 역할보다는 "다이소"라고 비웃음을 사는 백화점식의 서비스 공급을 한다고 지적받았다. 마지막으로 정치적 이해관계에 과도하게 노출되어 있는 수입예산의 불안정으로 인하여 근무연수가 높고 전문성이 높은 직원들이 안정적으로 서비스를 제공하는데 어려움이 있었다. 경력이 짧은 직원을 계약직으로 고용하여 서비스를 제공하다 보니 가족들과 이용하는 당사자들이 서비스 질에 대한 불만이 높아보였다.

마지막으로 법제도 문제로 인하여 정신의료기관과 정신재활시설이 기울어진 운동장에서 활동하면서 환자들의 입장에서는 정신병원에 입원하는 것이 최선의 서비스 선택이 되어버렸다. 가장 큰 문제는 시설중심 서비스를 제공하는 정신병원과 같은 정신의료기관이 사용하는 재원에 비해 지역사회 서비스를 주로 담당하는 정신재활시설이 사용할 수 있는 재원이 극단적으로 적었다. 먼저 병원을 비롯한 정신의료기관은 국민건강보험과 의료급여로부터 특별한 성과평가 없이 정신 및 행동관련 장애를 치료한 것에 대해 2016년에만 약 4조 2천억 원의 예산이 지원되었지만 정신재활기관은 중앙정부와 지방자치단체로부터 지원받는 금액이 2017년 현재 1890억 원에 불과하였다. 정신재활기관들은 이런 국비 및 지방비를 지원받은 대가로 시설평가에 더하여 이용자들의 성과를 기준으로 한 평가와 이를 위한 행정업무를 부담하고 있었다. 이런 기울어진 운동장에서 지역사회 정신건강서비스를 다수 책임지고 있는 정신재활시설들이 서비스의 양을 확대하고 서비스 질을 개선하는 것은 상상하기 힘들다.

2. 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들 간의 협력부족

퇴원신청 절차에서 정신질환자 당사자와 가족들이 자신의 주장과 목소리를 낼 수 있는 장치가 없으며 이를 시급히 보완할 필요가 있다는 지적은 계속되어 왔다. 더불어 장기입원 정신질환자들을 위한 퇴원적절성의 판단에 대한 체계적인 지침, 퇴원적절성 평가도구의 개발 및 적용, 체계화된 퇴원교육 프로그램, 그리고 퇴원 후 치료의 연속성을 보장하는 연계시스템에 대한 필요성도 제기되어 왔다. 장기 입원환자들은 그들의 정신병적 증상 때문이 아니라 지역사회와 연계가 이루어지지 않아 퇴원하지 못하고 있는 것으로 나타난 바 있다(허만세, 전준희, 2018). 의료기관에서 퇴원하는 환자가 지역사회 서비스 기관으로 연계되는 비율이 10%미만에 그치고, 조현병 환자의 경우 퇴원 2달 이내 외래치료 지속율이 62.6%라는 실태를 고려할 때(이명수, 2017), 체계적인 퇴원 및 서비스연계 시스템의 개발과 실효성 평가가 시급하다.

의료기관과 지역사회 정신건강 서비스 기관간의 연계 강화와 체계적이고 연속적인 사례관리 및 서비스 제공을 위해서는 먼저 의료기관 전문가들에게 퇴원 교육의 중요성 인식 및 필요성 고취가 우선 되어야

할 것이다. 정신의료기관에 근무하는 간호사들조차 지역사회 정신건강서비스 연계를 자신들이 담당해야 하는 공식적인 업무가 아니라고 인식하고 있었으며(허은희, 2013), 본인들의 업무로 인식하고 있다고 하더라고 기타 과중한 업무들로 인해 제대로 수행하고 있지 못한다는 점은 의료기관 종사자들을 대상으로 하는 중요성 인식 교육의 필요성을 보여준다. 정신의료기관 종사자들은 지역사회 내 정신건강복지센터나 정신재활 시설들의 범위와 해당 기관 전문가들의 역할, 범위, 특성에 관한 명확한 이해와 공유를 바탕으로, 정신질환자가 스스로 퇴원을 계획하고 퇴원 이후의 삶을 준비할 수 있도록 지역사회 서비스에 대한 충분한 정보를 제공하기 위해 노력해야 한다. 또한 이미 개발된 '정신병원 장기입원환자에 대한 퇴원적절성 평가 도구' (허만세, 전준희, 2018)를 비롯하여 지속적으로 퇴원적절성 평가도구를 지속적으로 개발하고 실무에 적용함으로써 불필요한 장기입원문제 해결의 기초를 마련해야 할 것이다.

초발정신병의 효과적인 치료와 지속적인 연계와 사례관리를 위해 서울시 광역정신건강 복지센터는 지역사회 기반의 STEP 프로그램을 개발하여 초발정신질환자의 지역사회 연계를 활성화하고, 전문적이고 구조화된 프로그램을 대상자에게 제공하도록 돕고 있다. 특히, 3단계로 구성된 STEP 프로그램의 첫 번째 단계인 One STEP 프로그램은 정신의료기관과 정신건강복지센터 간의 지속적이고 통합적인 서비스를 유지하고, 외부 기관에 노출되는 대상자의 거부감을 줄이기 위해 입원 병동에서 진행 하는 것을 원칙으로 개발되었다(이명수, 2016). 이러한 노력에도 불구하고 실제 지역사회에서 정신의료기관에 입원 중인 환자들에게 One STEP 프로그램을 제공하기 어려운 것으로 파악되었는데(신소연, 2017), 이는 지역사회는 지역적 경계를 기준으로 서비스를 제공하지만 의료기관은 경계의 제한이 없기 때문에 자치구 수준에서 특정 의료기관과 연계체계를 구축하는 것은 한계가 있기 때문이다(이명수, 2016). 이에 2018년 현재 보건복지부에서 의료기관과 지역사회 정신건강 서비스 기관간의 연계 강화와 체계적인 사례관리를 도모하기 위해 시범사업으로 "병원기반 사례관리사업" 이 진행하고 있다.

이와 더불어 광역 정신건강복지센터는 퇴원 전담팀을 구성하여 정신의료 기관의 퇴원환자 파악, 퇴원계획 수립, 지역사회 연계 등의 역할을 감당하고, 기초 정신건강복지센터는 정신의료기관의 협조를 받아 장기입원환자를 면담하고 지역사회 자원을 연계하는 사례관리 역할을 강화해야 할 것이다(김문근, 하경희, 2016). 또한 국립정신건강센터는 정신건강서비스를 제공하는 전문 기관들 간의 연계를 원활히 하는 컨트롤 타워의 역할을 담당하는 동시에, 구축된 퇴원적절성 평가와 퇴원 교육 시스템의 실효성과 장기적 효과를 확인하는 연구를 시행하고 확산하는 과정에서 주도적인 역할을 할 수 있을 것이다.

3. 당사자 중심 접근에 대한 인식 미흡

다양한 전문가들이 이미 만들어진 서비스들을 선택하여 당사자에게 제공하는 현재 체계에서, 당사자 자신이 결정을 할 수 있다는 인식변화를 통해 당사자 스스로 자신의 욕구를 알 수 있는 훈련 프로그램 개발 및 제공이 필요하다. 그 이후 당사자의 욕구에 맞추어 정해진 예산 내에서 필요한 서비스를 이용하는 체계로 변화가 필요한데 이를 위해 전문가는 물론 공무원 및 정책입안자 들의 적극적인 협조가 필요

하다. 그러나 실태조사결과에서도 확인할 수 있는 것과 같이 정신장애인 당사자와 가족들은 전문가 등이 당사자 중심 접근을 경험해보지 못하는 경우가 많았다. 즉 전문가들도 당사자 중심 접근에 대한 인식이 미흡한 것이라고 할 수 있으며, 이에 따라 현장에서는 정신장애인들이 당사자 중심 접근을 통해 욕구에 기반 한 지원을 제공받고, 주도적이고 주체적인 생활을 영위해나갈 수 있는 사회적 기회들을 충분히 보장받지 못하고 있다고 할 수 있다.

이에 따라 당사자 중심 접근에 대한 이해를 높이고, 이에 기반 하여 당사자가 중심이 되어 스스로 자신의 욕구를 파악하고, 이에 기반 하여 욕구에 맞는 서비스를 제공받을 수 있는 시스템이 갖추어지도록 전문가를 비롯하여 공무원 및 정책입안자들의 협조가 필수적으로 이루어져야 할 것이다.

4. 정신장애인의 탈원화를 저해하는 지역사회의 장벽들

본 연구에 참여한 대상자는 시설이나 병원에서 거주하지 않고 지역사회에서 거주하고 있는 경우에 해당된다. 지역사회에서 살아간다 함은 지역사회 구성원이 누리는 일반적인 삶을 누리고 살아가는 것을 기대하고 예상하게 된다. 그러나 질적 연구나 양적 연구 결과 모두에서 이들 정신장애인의 삶이 지역사회 다수 구성원의 획일적이라고도 말할 수 있을 정도로 최소한의 수준에도 미치지 못하는 소득, 열악한 거주 형태, 성인이나 자립적인 주거가 해결되지 못하고 대부분 가족과 함께 살아가는 동거 형태, 그리고 지역사회 기반의 거주에서 자연스럽게 형성되는 사회적 관계망의 취약성 등을 보여주고 있다. 탈원화에 대한 개념 정의는 탈시설화라는 용어로 혼용하여 사용하고 있다. 이를 반영하고 있는 국가인권위원회 보고서(2017)에서 규정하고 있는 탈시설화 정책 방향에 대한 내용을 정리하자면 다음과 같다[33].

첫째, 물리적 공간 영역 측면에서 거주공간을 시설에서 지역사회로

둘째, 거주 서비스 환경 측면에서는 가정과 같은 지역사회의 일반적이고 보편적인 거주환경 서비스 제공

셋째, 거주인의 자율성 측면에서는 스스로 결정하는 자율성의 가치를 보장하고 제약을 최소화

넷째, 개인의 소유에 대한 권리 측면에서는 사생활 보장과 개인에 소속을 보장하는 소유권 보장

다섯째, 지역사회에 함께 어울리는 삶의 양상 측면에서는 사회적 관계와 심리적 회복이 이루어지는 지역사회에 어울려지는 삶의 구현

즉 당연한 논의이기는 하나, 시설에서 지역사회로 이전한 것이 탈원화의 구현으로 보아서는 안 된다는 것이다. 위에 제시한 내용을 반영하여 본 연구 대상자들의 삶을 들여다보면, 물리적 환경 측면을 만족시키는 수준에서 그치고 있는 현실을 볼 수 있다. 시설에서 지역사회로 옮겨져 왔으나 여전히 시설화의 양상이 반영되고 있는 단조로운 삶과 지역사회에서의 소외, 자기결정권이 행사되지 못하는 삶의 모습(국가인권위원회, 2017) 등이 본 연구 대상자의 지역사회 거주 삶의 모습에서 보고되고 있다.

33) 2017년 발행된 국가인권위원회 보고서 '장애인 탈시설 방안 마련을 위한 실태조사, 시설에서 지역사회로의 전환을 위한 정책연구'의 내용을 제시한 것임

탈원화에 대한 이해는 본 연구조사에서 시설에 거주하고 있는 정신장애인의 경우 병원이나 시설에서 나올 수 없는 이유로 '퇴원하고 갈 곳이 없다'는 응답과 '증상 관리의 어려움'으로 인한 것으로 인식하는 비중이 높게 나온 결과에 주목해야 할 것이다. 본 조사 대상자의 경우는 지역사회에서 갈 곳이 있고, 현재 의사와 정기적으로 진료를 받는 자기 관리 수준이 상당한 수준에 이르고 있는 경우가 대부분이다. 이들이 인식하는 지역사회에서의 삶이 갈 곳과 증상 관리가 주요 관심사라는 점은 지역사회에서의 삶이 얼마나 낮은 기대를 가지고 있는 가를 보여주는 현상이기도 하다.

정신장애인의 탈원화에서 지역사회에서 살아가는 삶에 대한 다양한 욕구가 발생한다. 그러나 장애의 특성에 적절한 의사소통이나 정보 수집 등을 기반으로 욕구 파악하는 노력이 수반되어야 한다. 즉 정신장애인을 대상으로 욕구를 파악하는 접근은 정신장애의 특성을 충분히 고려하고 급성기에서 부터 만성기까지의 단계별로 개별적으로 신중하게 접근하는 것이 필요하다. 실제로 본 연구의 대상자들도 지역사회에서 살아가는데 필요한 지원에 대한 다양한 욕구나 기대 수준은 높지 않은 것으로 보고되고 있다. 현재 열악한 지역사회 거주의 삶의 경험을 어찌할 수 없다는 무력감이나 좌절로 인한 사회적 철회가 만성화된 현상으로 이해할 수 있다. 이러한 양상을 개인의 특성이나 동기 수준으로 바라보면, 사회적 상호작용, 의미 있는 사회적 활동에 대한 참여나 기회의 제한의 영향을 배제하는 결과를 낳을 수 있다. 지역사회 거주 경험이 오히려 사회적 통합을 저해하고 사회적 철회를 더욱 강화하는 방향으로 정신장애인의 삶을 안내할 수 있다는 점을 명심해야 한다. 그런 의미에서 본 조사 대상자의 지역사회에서 거주는 여전히 시설화의 그늘이 깊이 깔려있는 삶의 양상으로 보아야 한다. 지역사회 거주는 시설 생활과 차별되는 사회적 관계의 경험과 회복, 의미 있는 보편적인 삶의 형태로 나아가는 과정으로 보아야 한다는 점에서 본 연구 대상자의 삶은 물리적으로 지역사회에 거주하고 있으나 사회적 삶의 모습은 지역사회 통합의 그림에서 요원하다는 인식이 제기되어야 하며, 이는 정신장애인 거주 지원 정책 방향의 밑그림으로 이해되어야 할 것이다.

제2절 케어의 연속성을 담보하는 지역정신건강서비스 체계를 만들기 위한 전제조건

본 연구결과를 기반으로 케어의 연속성을 실현할 수 있는 일련의 정책개혁을 제시한다. [그림 8]은 케어의 연속성을 달성하기 위한 지역사회 중심 정신건강서비스 체계의 구성도이다. 이 모델은 중증정신질환을 진단받을 경우에 정신병원 또는 지역사회 내 종합병원 등의 정신병동에 입원을 경험하는 빈도가 매우 높은 대한민국의 현실을 고려하여 초발정신병을 가지고 입원을 한 환자를 전제하고 만들었다. 병원에 입원을 한 뒤에 증상환화 치료를 받는 것에 더하여 병원 내에서 거주 및 치료를 받기위한 계획에 더하여 지역사회 서비스공급기관들과 사전연계작업이 이루어지는 퇴원계획을 필수화한다. 퇴원계획 및 사전 지역사회 정신의료기관 및 정신재활시설과 연계가 이루어진 뒤에 퇴원하는 환자들은 사회적응 및 직업재활훈련을 이들 기관에서 받는다. 지역사회 적응훈련이 직업재활을 받은 정신장애인 중 다수는 보호작업장,

장애인 지원 일반직장, 및 일반회사 및 조직에 취업을 하는 것을 목표로 한다. 만약 이들이 성공적으로 직업을 구할 경우에도 지역사회 정신건강서비스 공급자들은 멈추어서는 안 된다.

가족 및 사회관계 역량은 정신장애인들이 큰 어려움을 겪는 과정이다. 그에 더하여 복약관리가 성공적으로 이루어지는지를 지속적으로 모니터링하고 구조화된 복약관리서비스가 필요할 경우에 이를 개선할 수 있는 심리사회서비스를 제공받아야 한다. 일부 정신장애인들은 중증정신질환을 근거로 편견과 차별을 직장 및 학교에서 경험하였다. 이런 문제가 발생할 경우 정신장애인의 권익옹호를 지원할 수 있는 공급자들이 필요하다.

지역사회 재통합이 성공적으로 이루어진 정신장애인들의 일부는 급성기 증상을 다시 경험하는 경우가 많았다. 대표적인 예로서 2018년 6월 7일에 서울 종로구 광화문 미국대사관의 정문을 승용차로 충돌하면서 망명을 요청했던 여성가족부 소속 서기관이 있다. 그는 복약관리를 잘 하면서 엘리트 정부 관료로서 지역사회에서 존경을 받으며 살다가 복약관리가 잘 되지 않게 되면서 급성기 증상이 발생하면서 공무원 직위에서도 해직되고 현재 고향에서 사회와 단절된 상태로 살고 있다.(추적 60분, 2018년 8월 31일). 질적 인터뷰에 참여한 상당수의 중증정신질환 환자들은 급성기증상이 발생할 위험이 높음을 인식할 수 있다고 주장했다. 일부 환자들은 이런 증상을 생기는 것을 인식할 때 정신병원으로 입원을 준비한다고 이야기하였다. 하지만 정신병원 입원과정 및 정신병원에서 치료받는 과정에서 경험한 사회와의 단절, 개인의 자유제한, 일부 경우에 발생하는 폭력에 노출 등은 정신병원이 급성기 증상의 완화를 위한 최선의 선택이 아님을 보여준다.

그러므로 급성기증상이 발생할 경우에 지역사회 정신건강서비스 공급자로부터 집중치료를 받을 수 있는 기회가 확충되어야 한다. 이런 지역사회 중심 급성기 증상 집중치료가 만들어질 경우 정신장애인은 1달 이상의 시간을 정신병원에서 머물면서 일상생활이 무너지는 경험을 최소화시키고 지역사회에서 가족, 직장, 기타 공간에서 자신에게 기대되는 역할을 큰 변화 없이 유지할 수 있을 것이다.

1. 급성기 증상 발현 시 지역사회 내에서 증상완화 시킬 수 있는 위기개입서비스 수립

기존의 많은 연구들과 본 연구의 결과가 공통적으로 드러내고 있는 현실은 현재의 정신건강서비스 시스템의 구조상 급성증상을 해결하기 위한 대안은 입원이 유일하다는 점이다. 재발이 다시 장기간의 재입원으로 연결되지 않기 위해서는 효과적으로 급성증상을 안정시키고 일상생활로의 빠른 복귀를 도모하는 것이 중요하며, 이를 위한 대안으로 급성증상발생시 즉시 도움을 줄 수 있는 hot-line의 설치, 낮 병원 모델이나 halfway house 모델의 적용, 민간 장기병원을 위기센터로의 전환, 급성증상 안정을 위해 2-7일 간 거주할 수 있는 치료모델의 도입 등이 제시되고 있다. 23시간 급성기 증상 안정서비스를 포함하는 미국 애리조나의 위기개입시스템(crisis intervention system)의 서비스 연계모델이 하나의 실례가 될 수 있겠다. 그러나 해외의 치료모델이나 시스템을 추가적으로 도입하기에 앞서, 현재 운영되고 있는 국립정신건강센터의 단기입원병상이나 2차 진료서비스 기관인 병원과 공공의료기관의 응급실을 활용하여 급성증상안정

서비스를 제공하는 것이 보다 비용 효과적이고 현실적인 대안이 될 수 있을 것이다. 새로운 시스템이나 기관의 추가적 도입은 정신보건복지 서비스기관간의 연계와 협력이 부재한 현재 시스템에 추가적인 혼란을 초래할 뿐 아니라 결과적으로 진정한 탈원화의 지연을 가져올 수 있기 때문이다.

기존의 시스템을 활용하기 위해서는 먼저 국립정신건강센터는 현재 운영 중인 단기입원병동을 활성화하기 위한 구체적인 전략을 마련하고 정신건강복지센터의 위기 사례관리를 지원해야 한다. 공공정신의료기관은 통합사례관리체계를 구축하고 재발한 정신질환자의 민간의료기관 장기입원을 예방하기 위해 응급·위기환자 치료지원을 강화해야 하는 책임이 있다(김문근, 하경희, 2016). 이에 맞추어 정신건강복지센터에서 역시 집중사례관리팀을 일반사례관리팀과 구분하여 설치 운영함으로써 병원과의 연계사업을 진행해야 할 필요가 있다(전진아 외, 2017).

둘째, 보건복지부가 2013년부터 25개 응급의료기관을 선정하여 지원해 온 "응급실 기반 자살시도자 사후관리사업" 을 정신과적 급성증상을 관리 할 수 있는 시스템으로 확대운영하고 전담인력을 확보하는 방안이다. "응급실 기반 자살시도자 사후관리사업" 은 병원 응급실에 정신건강전문요원(구 정신보건전문요원) 등 2명의 전문 인력을 배치하고 응급의학과와 정신건강의학과와 협력하여 자살 시도로 응급실을 내원한 사람들을 대상으로 상담과 사례관리 등 사후관리를 제공해 온 사업이다. 2018년 현재 총 52개 병원에서 사업을 수행하고 있으며, 2017년까지 응급실에 내원한 자살시도자 12,264명을 대상으로 한 실태분석 결과를 공개하기도 하였다. 하지만 응급실기반 자살시도자 관리 사업은 표준화된 진료지침과 매뉴얼이 개발되지 않은 상태에서 사업이 시작되었고, 한시적으로 고용되어 응급실에 상주하며 사례를 관리하는 정신건강전문요원에 의존하고 있는 실정이어서 이로 인해 보다 지속적이고 체계적인 시스템에 대한 요구가 있어왔다. 특히, 응급실 자살시도자를 위한 진료만족도 조사에 의하면, 불친절한 의료진의 태도(36.6%), 개방된 공간으로 인한 주위시선 부담(24,4%), 도움이 되지 않는 형식적인 상담(14.6%), 정신 의학과 진료의 지나친 강요(12.2%)가 불만족 요인으로 나타났다(이주환, 2015). 이를 위한 제언으로는 자살시도자를 위해 응급실에 24시간 상주하는 정신보건전문요원을 통한 전문적인 사례관리가 필요하고, 주위시선에 대한 부담을 줄이기 위해 응급실내에 개인적인 면담공간을 확보해야 한다고 하였다(인수현, 장서진, 2014).

중증정신질환이 재발하여 급성증상이 발현될 경우, 환자들은 응급실을 통해 입원 하는 경우가 대부분이며, 이러한 경우 응급실은 급성증상치료를 위한 장소라기보다 정신과 병동으로의 재입원을 준비하는 대기실로서의 역할에 그쳐왔다. 또한 응급실에 머무는 동안 급성증상을 경험하는 환자들은 응급실내의 타 환자와 가족들에게 노출 될 수밖에 없으며, 이는 정신질환에 대한 부정적 시선으로 이어졌다. 현재 진행하고 있는 자살 시도자 사후관리사업과 함께 급성증상을 경험하는 환자들의 사례를 함께 관리 할 수 있도록 응급실에 상주하는 정신건강전문인력을 배치하고 독립된 공간을 확보한다면 응급 단기 병상으로서의 기능이 가능해 질 것이다. 무엇보다, 사례관리 업무를 담당할 정신건강전문인력을 한시적인 사업비용에 의존할 것이 아니라 안정적인 예산 확보를 통해 지속적인 시스템을 구축하는 것이 중요하다. 평균수명의 증가와 함께 만성질환과 정신질환을 동시에 보유하고 있는 복합정신질환 환자들이 증가하고 있는

현실을 고려할 때, 정신과적 응급증상 뿐 아니라 신체적 증상을 함께 중재할 수 있는 단기입원병상이나 응급실 기반 급성증상 안정 서비스 시스템은 효과적인 대안이 될 수 있을 것이다.

효과적이고 연속적인 중증정신질환자들을 위한 정신보건 서비스 제공을 위해서는 응급대응체계 외에, 사회적 편견의 감소, 조기발견 및 조기개입체계의 활성화, 효과적인 정신의학적 치료제공. 퇴원 이후의 지속적 체료 및 시행 관리체계 수립, 회복 및 복지지원체계의 포괄적인 구축이 함께 뒷받침되어야 한다(이명수, 2017). 특히, 조기발견과 조기 개입체계의 활성화는 재발율 감소, 재입원율의 감소와 만성화 예방과 직접적인 관련이 있다. 중증정신질환의 만성화 예방과 지역사회 내에서의 독립적인 삶 영위의 가능여부는 질병 발병 초기에 얼마나 빨리, 그리고 효과적으로 개입했는지 따라 상당부분 결정되어 진다고 해도 과언이 아니기 때문이다. 결정적인 시기(critical period)인 초발정신병 에피소드 발현 첫 3년 내에 이루어지는 조기개입은 질병의 치료효과를 높이고 재발률을 낮춤으로써 기능상실을 최소화하고 만성화를 예방한다. 그러므로, 초발정신병의 조기발견과 치료, 환자뿐 아니라 가족을 대상으로 하는 병식교육 및 재발방지 교육은 정신과적 급성증상 조절의 기본 전제가 되어야 할 것이다.

2. 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들 간의 협력을 강화하기 위한 대안

퇴원신청 절차에서 정신질환자 당사자와 가족들이 자신의 주장과 목소리를 낼 수 있는 장치가 없으며 이를 시급히 보완할 필요가 있다는 지적은 계속되어 왔다. 더불어 장기입원 정신질환자들을 위한 퇴원적절성의 판단에 대한 체계적인 지침, 퇴원적절성 평가도구의 개발 및 적용, 체계화된 퇴원교육 프로그램, 그리고 퇴원 후 치료의 연속성을 보장하는 연계시스템에 대한 필요성도 제기되어 왔다. 장기 입원환자들은 그들의 정신병적 증상 때문이 아니라 지역사회와 연계가 이루어지지 않아 퇴원하지 못하고 있는 것으로 나타난 바 있다(허만세, 전준희, 2018). 의료기관에서 퇴원 하는 환자가 지역사회 서비스 기관으로 연계되는 비율이 10%미만에 그치고, 조현병 환자의 경우 퇴원 2달 이내 외래치료 지속율이 62.6%라는 실태를 고려할 때(이명수, 2017), 체계적인 퇴원 및 서비스연계 시스템의 개발과 실효성 평가가 시급하다.

정신의료기관과 지역사회 정신건강 서비스 기관간의 연계 강화와 체계적이고 연속적인 사례관리 및 서비스 제공을 위해서는 먼저 의료기관 전문가들에게 퇴원 교육의 중요성 인식 및 필요성 고취가 우선 되어야 할 것이다. 정신의료기관에 근무하는 간호사들조차 지역사회 정신건강서비스 연계를 자신들이 담당해야 하는 공식적인 업무가 아니라고 인식하고 있었으며(허은희, 2013), 본인들의 업무로 인식하고 있다고 하더라고 기타 과중한 업무들로 인해 제대로 수행하고 있지 못한다는 점은 의료기관 종사자들을 대상으로 하는 중요성 인식 교육의 필요성을 보여준다. 정신의료기관 종사자들은 지역사회 내 정신건강복지센터나 정신재활 시설들의 범위와 해당 기관 전문가들의 역할, 범위, 특성에 관한 명확한 이해와 공유를 바탕으로, 정신질환자가 스스로 퇴원을 계획하고 퇴원 이후의 삶을 준비할 수 있도록 지역사회 서비스에 대한 충분한 정보를 제공하기 위해 노력해야 한다. 또한 이미 개발된 '정신병원 장기입원환자에 대한 퇴원적절성 평가 도구'(허만세, 전준희, 2018)를 비롯하여 지속적으로 퇴원적절성 평가도구를 지속적으

로 개발하고 실무에 적용함으로써 불필요한 장기입원문제 해결의 기초를 마련해야 할 것이다.

현재 정신건강서비스를 제공하는 전문가들 간의 협력을 강화하기 위한 노력은 다양하게 이루어지고 있다. 예를 들어 초발정신병의 효과적인 치료와 지속적인 연계와 사례관리를 위해 서울시 광역정신건강 복지센터는 지역사회 기반의 STEP 프로그램을 개발하여 초발정신질환자의 지역사회 연계를 활성화하고, 전문적이고 구조화된 프로그램을 대상자에게 제공하도록 돕고 있다. 특히, 3단계로 구성된 STEP 프로그램의 첫 번째 단계인 One STEP 프로그램은 정신의료기관과 정신건강복지센터 간의 지속적이고 통합적인 서비스를 유지하고, 외부 기관에 노출되는 대상자의 거부감을 줄이기 위해 입원 병동에서 진행 하는 것을 원칙으로 개발되었다(이명수, 2016). 이러한 노력에도 불구하고 실제 지역사회에서 정신의료기관에 입원 중인 환자들에게 One STEP 프로그램을 제공하기 어려운 것으로 파악되었는데(신소연, 2017), 이는 지역사회는 지역적 경계를 기준으로 서비스를 제공하지만 의료기관은 경계의 제한이 없기 때문에 자치구 수준에서 특정 의료기관과 연계체계를 구축하는 것은 한계가 있기 때문이다(이명수, 2016). 이에 2018년 현재 보건복지부에서 의료기관과 지역사회 정신건강 서비스 기관간의 연계 강화와 체계적인 사례관리를 도모하기 위해 시범사업으로 “병원기반 사례관리사업” 이 진행하고 있다.

기존에 있는 노력에 더하여 광역 정신건강복지센터는 퇴원 전담팀을 구성하여 정신의료 기관의 퇴원환자 파악, 퇴원 계획 수립, 지역사회 연계 등의 역할을 감당하고, 기초 정신건강복지센터는 정신의료기관의 협조를 받아 장기입원환자를 면담하고 지역사회 자원을 연계하는 사례관리 역할을 강화해야 할 것이다 (김문근, 하경희, 2016). 또한, 국립정신건강센터는 정신건강서비스를 제공하는 전문 기관들 간의 연계를 원활히 하는 컨트롤 타워의 역할을 담당하는 동시에, 구축된 퇴원적절성 평가와 퇴원 교육 시스템의 실효성과 장기적 효과를 확인하는 연구를 시행하고 확산하는 과정에서 주도적인 역할을 할 수 있을 것이다.

본 연구는 Assertive Community Treatment (ACT)를 정신보건전문가들의 협력을 높일 수 있는 “징검다리” 로서 제시한다. ACT는 1974년에 위스컨신 메디슨에서 혁신적인 지역사회 거주치료 지원프로그램으로 등장한 이후 (Gold Award, 1974)로 서구 및 비 서구국가에서 탈 시설화 된 정신건강서비스 체계를 유지하기 위한 가장 근본적으로 필요한 서비스로 여겨진다(Dixon, 2000). 그림 4는 미국 뉴욕 주에서 ACT를 운영하기 위한 조직들이 필수적으로 제공해야 하는 서비스 내용들을 보여준다(New York State Office of Mental Health, 2007). ACT는 전통적 정신보건 외래서비스 및 지역사회 재통합을 지원하는 서비스들을 중개하는 (coordinate)하는 것을 목적한다. ACT 팀은 지역사회에서 회복하는 과정에 필요한 다양한 서비스들을 제공함에 더하여 기존 서비스 공급자들을 중개하여 정신장애인이 가지고 있는 욕구를 최대한 해결함을 목적한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 9] Assertive Community Treatment 미국 뉴욕주 활동내역

다양한 서비스를 중개하는 과정에 효과성을 높이기 위하여 다양한 전문가들이 ACT팀에 고용되도록 미국 뉴욕 주에서는 필수화하고 있다. 이런 인력구성이 만족되지 않을 경우에 1달에 약 500달러에 달하는 메디케이드 수가를 받을 수 있는 ACT 팀 자격을 상실할 수 있다. [그림 10]은 미국 뉴욕주의 정신보건국(Office of Mental Health)에서 2007년에 발표한 가이드라인에서 명시하는 인력구성 요구안을 보여주고 있다 (New York State Office of Mental Health, 2007). 그림에서도 보여주듯이 다 학제 출신 전문가들이 ACT팀을 운영하는데 필요하다. 이런 다양한 전문가들이 다 학제 팀에서 협력하고 서비스를 만들어내고 외부 정신건강서비스 기관과 연계를 위한 협력하도록 요구받는다. 이런 특성은 커뮤니티케어의 일환으로 보건복지부가 2018년 7월 2일에 발표한 중증정신질환자 지역사회 정착을 위한 지원방안으로서 논의되는 사례관리사업(보건복지부, 2018)과는 큰 차이점을 목격한다. 사례관리(case management)는 사례관리자 한 명이 개별 정신장애인들이 받을 서비스의 내용과 구조를 설계하는 반면 ACT 팀은 약 10~12명에 달하는 다양한 전문가들이 개별 정신장애인들이 지역사회에서 “회복” 하는 과정에 필요한 서비스들을 유기적으로 중개하는 것을 목적한다. 보통 사회복지사가 사례관리자로서 일할 경우에 그들이 가지고 있지 못하는 전문지식인 정신장애인 취업 관련 서비스에 대한 노출이 미흡할 위험이 높다. 그러므로 ACT팀의 활성화는 정부가 주도하는 정신질환자 지역사회 정착을 위한 지원방안 논의 과정에서 중요하게 논의되어야 한다.



[그림 10] Asservice Community Treatment 인력구성 (2008 뉴욕시 가이드라인)

ACT 프로그램은 보건복지부 및 기타 정부기관들에서 위탁한 연구용역들에서도 지역사회 정신건강서비스 강화를 위한 대안으로서 언급되었다(김문근, 하경희, 최진실, 2015). 경기도 광역정신건강복지센터가 2010년부터 3년간 경기도 공동모금회로부터 지원받아서 시도했던 네트워크 구축 사업은 ACT 프로그램을 지역사회에서 시도했던 대표적인 사례이다(김문근 등, 2015). 본 사업에서는 주거시설 사례관리자, 지역사회 정신의료기관 및 정신보건심판위원회에서 사례관리 대상자들을 선별하여 자립지원 및 취업지원 멘토, 집중사례관리서비스, 및 자립지원 실증 모니터링을 제공하였다. 해당사업은 지역사회에서 거주 및 치료를 위한 노력을 시도해본 중요한 사업이고 지역사회 정신건강서비스 기관 간에 만들어진 네트워크를 기반으로 정신병원에서 입원치료를 받는 것에 비해서 소요비용(1년에 1,692만원)이 현저히 낮은 것으로 밝혀졌지만(990만원), 참여기관이 위치한 지역에 기존에 존재하는 지역사회 정신건강서비스 및 사회서비스의 총량 및 종류에 따라서 ACT의 철학에 기반한 네트워크 강화 사업의 효과성이 상당히 차이가 나는 것으로 밝혀졌다(김문근 등, 2015). ACT 프로그램의 효과성을 검증한 연구(peer-reviewed studies)는 아직 매우 미흡한 상황이기에 더 많은 연구들이 요구된다. 본 연구에서는 하경희(2010)에 의하여 이루어진 전 실험설계 임상시험 (pre-experimental design clinical trial)연구가 ACT 프로그램의 효과성을 검증했던 노력으로 발견하였다. 하지만 본 연구 역시 통제집단이 없음으로 인하여 충분한 근거를 제시하지 못한다.

3. 의료보장제도 운영과정 혁신을 통하여 케어의 연속성을 회복

건강보험과 의료급여와 같은 의료보장제도가 운영하는 과정에서 정부의 역할이 규제자(regulator)에서 촉진자 (facilitator)로 업그레이드되어야 한다. 의료보장제도가 의사들을 대표하는 의사협회와 협의를 통

국가인권위원회
humanrights.go.kr

하여 정해져 있는 서비스 체계의 수가를 결정하고 수정한 뒤 정신의료기관으로부터 제공한 서비스를 결정된 수가에 적합한 금액을 내려보내는 수동적인 역할만 수행해서는 케어의 연속성이 담보되는 서비스체계를 만들어낼 수 없다. 미국 애리조나주의 지역행동건강책임국 (Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs))이 제공하는 서비스 종류을 볼 수 있다 (Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), 2017년 11월). 미국 애리조나주의 중증정신질환 서비스 체계를 담당하는 지역행동건강책임국은 지역사회에서 요구하는 서비스들을 적극적으로 수용하고 이런 서비스들이 미국 저소득층 및 장애인들에게 무료 또는 염가의 건강서비스를 제공하는 비용을 책임지는 메디케이드에 의지하여 각종 중증정신질환 서비스들을 기획한다(Mercy Maricopa Integrated Care, 2017). 지역사회에서 회복에 필요한 다양한 정신보건서비스들을 의료보장제도의 영역으로 지속적으로 흡수한 결과, 애리조나 주의 메디케이드는 대한민국 의료보장제도에서 지원하는 서비스에 더하여 각종 지원서비스, 동료지원가서비스, 그리고 각종 심리치료들을 지원하고 있다 (Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), 2017년 11월). 인상깊은 것은 급성기증상는 환자들이 받을 수 있는 각종 위기개입서비스 (crisis intervention services)들이 대한민국보다 더 확장되어 있다. 그에 더하여 각종 주거서비스들이 지역사회의 치료 및 재활서비스와 함께 제공될 수 있도록 애리조나주이 지역행동건강책임국은 준비하고 있다. 이는 의료와 재활을 철저히 나누어서 정신의료기관은 건강보험 및 의료급여와 같은 의료보장제도로부터, 재활서비스를 주로 제공하는 정신건강복지센터와 일련의 정신재활시설들은 중앙정부 및 지방자치단체의 일반예산으로부터 지원받도록 한 현재 대한민국 중증정신질환 환자들을 위한 정신보건서비스체계는 “회복”을 위해서 필요한 각종 서비스들의 제한과 낙후성의 주된 원으로 보인다. 지역사회에서 정신장애인들이 거주하는데 필요한 각종 심리사회재활서비스의 개발과 공급을 의료보장제도가 지속적으로 지원한 결과, 현재 1955년에는 56만개에 달했던 병상수가 2016년에는 약 3만 8천개로 줄어들었다 (Pewtrust, 2016). 2018년 4월 23일 66,523명의 환자가 정신병원에 입원해 있는 한국 (보건복지부, 2018) 과 비교할 경우, 대한민국은 미국에 비해 12배 많은 수의 환자들이 입원해있는 것으로 나타났다. 그에 더하여 미국의 조현병 환자 평균 입원 기간이 2013년에 오게 되면 7일에 불과하다 (Pewtrust, 2016).그에 반해 한국의 의료급여 조현병환자는 2016년동안 평균적으로 257일 입원하였다 (건강보험심사평가원, 2017).

<표 113> 애리조나 주 서비스 분류

대분류	소분류	대분류	소분류
치료 서비스	행동 건강 상담 및 치료	지원 서비스	사례 관리
	사정, 평가 및 심사 서비스		개인 의료 서비스
	다른 전문가		재택 간호 교육 (가족 지원)
재활 서비스	기술 훈련과 개발, 그리고 정신사회적 재활 생활 기술 훈련		자조/동료 서비스 (동료 지원)
	인지 재활		재택 간호인에 대한 재택 간호 훈련
	행동 건강 예방 / 증진 교육 및 약물 훈련 및 지원 서비스 (건강 증진)		비숙련 위탁 간호
	정신 건강 교육 서비스 및 지속적인 고용 지원		지원 주택
의료 서비스	약물 치료 서비스		수화 또는 구술 통역 서비스
	검사실, 방사선, 의료 영상 진단		교통
	의료 관리	위기개입 서비스	위기 개입 서비스 (이동, 지역사회 기반)
	전기 충격 요법		위기 개입 서비스 (안정화, 시설 기반)
입원 서비스	병원		위기 개입 (전화)
	급성 시설	행동건강 주간 프로그램	감독하의 행동 건강 치료 및 주간 프로그램
	주거 치료 센터		치료적 행동 건강 서비스 및 주간 프로그램
행동 건강 주거 서비스	행동 건강 주거 시설, 숙박과 식사 제공 없음		지역사회 정신과 지원 치료 및 의료 주간 프로그램
	정신 건강 서비스 NOS (숙박과 식사 제공)		

국가인권위원회 humanrights.go.kr

커뮤니티 케어가 등장하고 보건복지부 역시 지역사회에 정신보건서비스 총량이 부족하다는 인식을 하고 있다고 생각한다. 하지만 이런 노력이 현실을 고려하지 않은 체 이루어지고 있다. 대표적인 예로, 7월 8일 조현병 진단을 받은 살인전과가 있는 사람이 경찰관을 죽인 사건 이후 복약관리 강화를 위한 일련의 정책이 28일에 발표되었다 (보건복지부, 2018). 그 정책에서도 지역사회 정신보건서비스를 강화한다고 하는데 기초지자체에 1개씩 있는 기초정신건강복지센터가 주된 혁신의 대상이었다. 이들 기초정신건강복지센터가 사용하는 2018년 국비지원액이 257억 원에 불과하였다. 보통 지자체에서 국비지원비만큼을 매칭한다고 이야기하는데 그래도 600억 원이 안되는 예산이다. 그런데 2016년에 약 4조 2천억 원을 건강보험이나 의료급여 같은 의료보장제도에서 정신 및 행동 관련 장애를 위해 사용하는데 (건강보험심사평가원, 2017) 기존의 정신의료기관들이 운영되는 방식을 결정하는 의료보장제도는 외면한 체 언제 삭감될지도 모르는 일반예산으로 국비 257억원 사용하는 기초정신건강복지센터의 역량을 강화해서 지역사회 정신보건서비스를 확충한다는 사고는 언 발에 오줌 누기로 밖에 보이지 않는다. 그 결과, 대한민국은 정신의료기관의 입원병상의 수가 사회적응훈련 등을 하는 정신재활시설 정원에 비해 약 11.8배가 더 많다, 정신의료기관 정신병상이 83000개, 즉, 10만 명당 161개 병상이다. 그런데 생활시설, 재활시설의 정원의 경우 (생산품 판매시설 포함. 즉, 주거시설이 아님) 10만 명당 13.6명이다(보건복지부, 국립정신건강센터, 2017) 애리조나 모델은 정부가 의료보장제도의 역할을 확대하는 과정에서 중요한 모델이 될 것으로 판단된다.

4. 실증연구에서 효과성이 검증된 다양한 당사자 중심 접근들의 도입

당사자 중심접근은 동료지원가(peer specialist)와 같이 중증정신질환을 진단받고 회복에 성공한 사람들이 서비스를 제공하는 방식을 의미한다. 당사자 중심접근은 몇 가지 이론적 배경에 기반을 두고 등장하였다. 첫째, 중증정신질환이 가진 “낙인(stigma)” 을 중증정신질환을 가지지 않은 전통적 정신보건전문가에 의해서 경험되지 않았기 때문에 전통적인 치료관계에서 환자들이 “살아있는” 경험을 얻는 것이 쉽지 않아. 동료지원가는 사회에서 중증정신질환 관련 낙인에 노출된 경험이 있기에 회복을 위한 과정에서 낙인으로 인한 편견 및 차별경험의 부정적 영향을 완화시킬 수 있는 능력을 가지고 있다. 둘째, 중증정신질환을 가진 사람들이 복용하는 약제들이 가지는 부작용은 많은 중증정신질환 환자들에 의해 보고되고 있다(Jeste et al., 2003; Rusche & Mazmanian, 1997). 각종 복약관리 프로그램들을 제공하는 전통적 정신보건전문가들이 약제의 부작용이 만드는 불편함에 대한 부정적인 생각을 완화시키는 인지행동치료 (cognitive behavioral therapy) 접근을 한다. 하지만 당사자가 되어서 경험하는 불편함을 알지 못하는 전통적 정신보건 전문가들의 한계는 동료지원가에 의해서 극복될 수 있다. 마지막으로 동료지원가들은 중증정신질환이 미치는 삶의 다양한 영역에 대한 이해를 가지고 있다. 이런 이해는 해당 질환을 경험하지 않은 전통적 정신보건전문가가 구성하기 힘들다. 그러기에 동료지원가들은 다른 전문가들이 할 수 없는 서비스들을 생산해낼 수 있다.

당사자 중심접근은 전통적인 전문가들에 의해 빈번히 평가 절하되는 경우들이 있었지만 최근 연구들에

서 그 효과성을 인정받는 경우가 서구에서 이루어진 대규모 무작위 할당 임상시험에서 (randomized clinical trial) 효과성이 검증되었다. (druss et al., 2014; Johnson et al., 2018). 예를 들어 Johnson 외 (2018)는 과연 당사자 중심접근이 급성기 증상을 경험한 중증정신질환 환자들이 지역사회 적응 및 증상 관리에 효과성을 가지는 지를 무작위 할당 임상시험 에서 비교분석하였다. 무작위 할당 임상시험은 실험집단과 통제집단 간에 발생할 수 있는 선택오류 (selection bias)를 최소화시키는데 효과적이다. 영국에는 crisis mental health team이 있는데 급성증상이 발병하면 이 팀이 가서 급성증상을 완화시킨다. 본 연구는 crisis mental health team에 의해서 급성증상이 완화된 사람을 대상으로 이루어졌다. Johnson 외 (2018)는 회복을 위한 동료지원가 프로그램을 4개월 동안 1주일에 1시간씩 10회 미팅을 제공하였고 통제집단에게는 회복을 위한 프로그램 내용이 담긴 핸드북을 전달하였다. 연구결과 1년 안에 급성증상발병으로 인해 치료를 받은 비율이 실험군은 29%; 통제군은 38%였다. 약 9%의 차이가 있었고 이 차이는 표집오차를 고려하더라도 유의미하였다 ($p<.05$). 4개월에 이루어진 정신보건서비스에 대한 만족도를 조사한 결과 실험군의 평균점은 26점, 통제군은 24점이었고 통계적으로 유의미한 차이었다. 임상시험 시작 후 1년 동안 급성기 증상으로 인한 재입원까지 걸리는 평균시간이 실험군은 112일, 통제군은 86일로서 약 26일의 차이를 보였고 4개월 추적조사에서 발견된 회복수준 평균점수 역시 실험군은 57점. 통제군은 55점으로 두 집단이 유의미한 차이를 보였다.

본 연구는 정신의료기관 및 정신재활시설에서 당사자 중심접근을 도입하여 지속가능한 방식으로 제공해야한다고 주장한다. 추후 연구에서 이들 서비스들이 제공되는 방식들을 매뉴얼화하고 이의 효과성을 다수의 전 실험설계 임상시험 (pre-experimental design clinical trial), 유사 실험설계 임상시험 (quasi-experimental design clinical trial), 무작위할당 임상시험 (RCT) 등을 통하여 효과성을 검증하는 체계적 과학적 노력이 필요하다.

5. 퇴원하는 정신장애인들을 위한 지역사회 거주 준비 프로그램 강화 및 다양한 주거 선택권 보장

정신장애인의 지역사회 거주에 대한 적응은 시간과 지원이 필요한 과정이다. 이는 시설이나 병원에서의 회복단계에서부터 시작하는 형태와 지역사회 거주의 형태를 다양화하여 회복과 자립생활을 도모하는 형태 등 크게 두 가지 형태로 진행되어야 할 것이다. 이를 위해 병원이나 시설은 지역사회 거주 적응 프로그램을 제공해야 한다. 이는 점진적인 적응과정으로 병원 내에서나 병원 외부에서 진행될 수 있다. 지역사회 거주라는 물리적 환경에 대한 경험과 지역사회에서 거주하는 삶을 점진적으로 경험할 수 있는 실질적인 이전 과정을 경험하는 방식으로 진행되어야 한다. 이를 위해 지역사회 거주 준비는 병원 입원 혹은 회복과정에서부터 준비하고 기획되어야 한다. 정신장애인의 지역사회 거주를 자립생활로 이어지게 하려면 원칙적으로 병원에서의 치료는 단기적 개입 그리고 급성기에 대한 치료를 적극적으로 담당해야 한다. 치료의 마감은 증상의 완화에 그치는 것이 아니라 지역사회로의 이전을 위한 준비 단계까지의 지원으로 이해되어야 한다.

"정신장애인의 지역사회 거주는 자립생활을 가능하게 하는 가?" 는 의미 있는 질문이자 직면해야 하는 질문이기도 하다. 왜 본 연구 조사대상자의 정신장애인은 현재 지역사회에서 살아가지만 여전히 지역사회에서 소외되고 열악한 삶의 모습으로 살아가는가에 대한 질문은 지역사회 삶을 위한 사전 준비의 부재, 그리고 이어지는 지역사회 삶을 잘 살아내기 위한 지속적인 지원 체계의 미비에서 기인하는 것이라고 답할 수 있다. 이러한 의미에서 지역사회 거주의 개념은 단지 물리적인 공간의 이동이 아니라 기존의 연구(장혜경 외, 2015; 홍선미 외, 2013)에서 지속적으로 제기하고 있는 사회적 회복이 이루어지는 과정이 되어야 함이 강조되어야 할 것이다. 이를 가능하게 서비스의 하나로 병원이나 시설에서의 퇴소 과정에서 지역사회 거주 사전 준비 프로그램을 필수 요건으로 제공해야 할 것이다.

그에 더하여 정신장애인의 거주는 다층적으로 제공되어야 한다. 회복 정도와 자기관리 정도에 따라 급성기에는 병원 입원을 중심으로 전환기에는 지역사회 적응을 지원할 수 있는 중간 단계 거주 형태로, 회복기와 안정기에는 지역사회의 일반적인 거주 형태이나 필요한 서비스 지원체계와 물리적 심리적 접근성이 높은 형태의 거주로 단계를 밟아야 할 필요가 있다.

이전의 단기보호시설, 사회복귀시설, 정신재활시설 등의 운영을 지역사회 거주 프로그램의 다양화로 적극적으로 활용할 필요가 있다. 이들 정신재활시설의 경우 중간단계 거주를 제공하는 역할을 담당할 수 있을 것이다. 이를 위해 무엇보다 의료시설인 병원과 지역사회 기반 다양한 기관의 협력 관계가 중요하다. 이들 간의 협력관계의 중요성에 대한 지속적인 제기가 이루어져왔으나, 실질적으로 미미한 현실을 볼 때, 협력 관계의 활성화를 위한 구체적인 정책 실현이 필요하다. 마지막으로 정신장애의 특성상 회복과정에서의 위기 상황에 대비하여 지역사회 일반주거 형태의 거주 환경을 확보하는데 있어 의료와 사회서비스를 통합적으로 이용할 수 있는 서비스 기관의 접근성에 대한 고려가 충분히 이루어져야 할 것이다.

6. 가족과 중요한 사회적 지지망 형성 및 강화에 초점

정신장애인이 바라는 거주형태는 가족과 함께 혹은 독립주거가 높은 비중을 차지하는 것으로 보고되었다. 고령화 사회가 되면서 정신장애인의 고령화 우려에 앞서 정신장애인 가족의 고령화 현상으로 인한 지역사회 거주에 중추 역할을 하던 가족의 지지자원이 쇠퇴하고 있음을 예상할 수 있다. 지역사회 거주에는 가족이 협력자 역할을 할 수 있도록 지원하는 것이 중요하나, 가족의 노령화에 이은 사회적 지지망을 대체적으로 양성하는 노력이 필요하다. 동료지원가는 정신장애에 대한 회복경험을 공유하고 지역사회에서의 삶에 대한 어려움을 공감하고, 자립생활 과정에서의 경험 공유나 정서적지지 등의 활동을 제공할 수 있는 사회적 지지망이다. 이들을 활용하여 가족의 부양 부담을 완화하는 기능에서부터 가족의 노령화로 인한 사회적 지지망의 취약성을 대리할 수 있는 기능까지 역할을 활성화시킬 필요가 있다. 이러한 과정을 통하여 지역사회에서의 의미 있는 사회적 지지망을 점진적으로 발전시키는 노력이 긍정적일 것으로 기대된다. 이들과의 사회적 지지망 경험은 지역사회에서의 고립을 예방하는 성과를 가져올 수 있을 뿐만 아니라, 지역사회에서 나름의 삶을 영위하고 있는 동료지원가의 삶을 간접적으로 경험하는 대리적 학습

의 효과도 기대할 수 있어 지역사회 거주하는 삶의 경험을 확대하는 성과를 가져올 수 있다.

제3절 정신장애인 지역사회 거주와 치료를 위한 입법 개선과제

1. 비자의 입원 절차상의 문제점과 개선과제

2016. 5. 29. 「정신보건법」이 전문 개정되어 「정신건강증진 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」이 성립된 이후인 2016. 9. 29. 구 「정신보건법」 제24조(보호의무자의 동의에 의한 입원)에 관하여 헌법불합치결정이 내려졌다. 헌법재판소는 위 헌법불합치결정을 내리면서 이를 개정한 「정신건강복지법」 제43조의 비자의 입원절차의 위헌성 여부에 대한 판단은 이를 명시적으로 유보하였다. 따라서 개정법 제43조는 다시 위헌성 심사의 대상이 될 수 있다. 따라서 무엇보다도 헌법재판소의 위 헌법불합치결정의 이유에 준거하여 개정법의 비자의 입원절차를 검토할 필요가 있다.

헌법재판소는 구 「정신보건법」 제24조의 기본권 제한에 있어서 과잉금지원칙 위반 여부에 대하여 다음과 같이 판단하였다. 첫째, 정신질환자를 신속·적정하게 치료하고, 정신질환자 본인과 사회의 안전을 지키기 위한 것이므로 입법 목적이 정당하다(입법목적의 정당성). 둘째, 보호의무자 2인의 동의 및 정신과전문의 1인의 진단을 요건으로 정신질환자를 정신의료기관에 보호 입원시켜 치료를 받도록 하는 것은 위 입법목적을 달성하는 데 어느 정도 기여할 수 있으므로 수단의 적절성이 인정된다(수단의 적합성). 셋째, 보호입원은 정신질환자의 신체의 자유를 인신구속에 버금가는 수준으로 제한하므로 그 과정에서 신체의 자유 침해를 최소화하고 악용·남용가능성을 방지하며, 정신질환자를 사회로부터 일방적으로 격리하거나 배제하는 수단으로 이용되지 않도록 해야 한다.

그러나 현행 보호입원 제도가 ① 입원치료·요양을 받을 정도의 정신질환이 어떤 것인지에 대해서는 구체적인 기준을 제시하지 않고 있는 점, ② 보호의무자 2인의 동의를 보호입원의 요건으로 하면서 보호의무자와 정신질환자 사이의 이해충돌을 적절히 예방하지 못하고 있는 점, ③ 입원의 필요성이 인정되는지 여부에 대한 판단권한을 정신과전문의 1인에게 전적으로 부여함으로써 그의 자의적 판단 또는 권한의 남용 가능성을 배제하지 못하고 있는 점, 보호의무자 2인이 정신과전문의와 공모하거나, 그로부터 방조·용인을 받는 경우 보호입원 제도가 남용될 위험성은 더욱 커지는 점, ④ 보호입원 제도로 말미암아 사설 응급 이송단에 의한 정신질환자의 불법적 이송, 감금 또는 폭행과 같은 문제도 빈번하게 발생하고 있는 점, ⑤ 보호입원 기간도 최초부터 6개월이라는 장기로 정해져 있고, 이 또한 계속적인 연장이 가능하여 보호입원이 치료의 목적보다는 격리의 목적으로 이용될 우려도 큰 점, ⑥ 보호입원 절차에서 정신질환자의 권리를 보호할 수 있는 절차들을 마련하고 있지 않은 점, ⑦ 기초정신보건심의회의 심사나 인신보호법상 구제청구만으로는 위법·부당한 보호입원에 대한 충분한 보호가 이루어지고 있다고 보기 어려운 점 등을 종합하면, 심판대상조항은 침해의 최소성 원칙에 위배된다.

넷째, 심판대상조항이 정신질환자를 신속·적정하게 치료하고, 정신질환자 본인과 사회의 안전을 도모

한다는 공익을 위한 것임은 인정되나, 정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 수 있는 적절한 방안을 마련하지 아니함으로써 지나치게 기본권을 제한하고 있다 따라서 심판대상조항은 법익의 균형성 요건도 충족하지 못한다.[34]

이러한 위헌성 판단의 기준에 비추어 개정법의 비자의 입원절차 규정을 검토한다.

첫째, 실질적 기준의 문언을 어떻게 강화하더라도 그러한 형식적 기준의 강화가 비자의입원의 사회적 수요를 통제할 것으로 기대하기는 어렵다. 요컨대 비자의입원의 판단기준은 법문상의 레토릭(Rhetoric)에 의하여 영향을 받기 보다는 비자의입원에 대한 사회적 수요의 크기에 의하여 더 큰 영향을 받을 것이라는 점에서 비자의입원에 대한 사회적 수요를 억제하는 적극적인 정책에 의하여 뒷받침되지 않는 한 비자의입원의 감소를 기대하기는 어렵다. 개정법 시행 이후 비자의 입원 비율의 감소에도 불구하고 전체적인 정신병원 입원환자의 수가 그다지 줄지 않고 있는 것이 이를 뒷받침한다.

둘째, 사설 응급 이송단에 의한 빈번한 폭력이나 감금 등 위법행위는 병식이 없는 정신질환자가 비자의 입원을 위한 진단에 협조하지 않는 경우에 빈번하게 발생하는 구조적인 문제이다. 개정법이 이 문제에 대한 특단의 대책을 강구하지 않은 것은 비자의 입원 과정에서의 인권 침해의 구조적 위험을 방치하는 것으로 입법적 불비가 있다고 할 것이다. 비자의 입원절차상 진단을 위한 환자의 내원이 필요한 경우 응급구조에 준하는 강제력의 행사가 불가피한 경우가 있으나 이에 관한 별도의 진단을 위한 정신과 내원의 적법절차 규정을 마련하고 있지 않아 실제 현장에서는 1119 구조대 등의 협조를 받기 어렵기 때문이다.

셋째, 비자의 입원절차 과정에서 정신질환자의 대면조사 청구가 가능하게 된 것은 진전된 내용이지만, 비자의입원이 고려되고 있는 정신적 위기상황에 있는 환자가 스스로 자신의 권리와 이익을 주장하기를 기대하는 것은 대단히 어렵기 때문에 인신구속이라는 절차의 중대성에 비추어 단순히 대면조사를 허용하는 것만으로 정신질환자의 절차적 권리를 실질적으로 보장하고 있다고는 도저히 말할 수 없다. 정신질환자의 적법절차상의 권리를 실질적으로 보장하기 위해서는 대면조사를 포함한 입원적합성심사에 있어서 본인의 의사전달과 권익을 옹호할 수 있는 국선변호인 등 절차 조력인을 제공할 필요가 있다. 이에 관해서도 입법적 개선이 필요하다.

2. 정신장애인 복지서비스 전달체계와 장애인복지법 제15조의 폐지

우리나라의 정신장애인은 정신질환자를 대상으로 하는「정신보건법」및 이를 개정한「정신건강복지법」에 따른 서비스만을 제공받고,「장애인복지법」에 따라 설치된 지역사회의 장애인복지시설을 거점으로 하는 보편적 장애인복지전달체계에서는 배제되어 있다[35].「장애인복지법」제2조 제1항, 제2항 제2호 및 동법시행령 제2조 별표 1 '장애인의 종류 및 기준' 제8호에 따르면, 정신질환으로 인한 정신장애인도「

34) 헌재 2016. 9. 29. 2014헌가9, 판례집 28-2상, 276.
35) 박인환 · 이용표, 122면.

장애인복지법」상의 장애인임에는 틀림없으나 「장애인복지법」 제15조는 「정신보건법」의 적용을 받고 있는 정신장애인에 대하여 동법의 적용을 배제할 수 있도록 규정하고 있고, 실제 동법시행령 제13조에 의하여 「장애인복지법」 제34조 제1항 제2호와 3호의 적용을 배제하고 있기 때문이다[36].

지방자치단체가 설치한 장애인복지관 등 장애인 복지시설은 지역사회 장애인을 위한 주요한 복지서비스 전달체계의 거점이다. 정신장애를 가진 정신질환자들이 지역사회 보편적 장애인복지시설과 거기서 제공하는 서비스를 이용할 수 없게 되자, 지역사회 장애인복지서비스 전달체계에서 정신장애인이 배제되는 결과를 초래하였다. 그로 인하여 법체계상으로 정신장애인에 대한 주된 사회서비스는 「정신보건법」에 근거하여 정신보건센터 등 주로 보건·의료전달체계 내에서만 다루어지게 되었다[37]. 그런데, 「정신보건법」은 '정신장애인'의 문제를 '정신질환자'라는 의료적 관점에서 포착하고, 그나마 정신질환자에 대한 의료서비스도 지역사회의 정신질환자를 중심에 두지 않고 입원치료를 중심으로 한 규율 체계를 구축하였다. 정신장애인의 복지서비스의 제공은 입원 치료 후 지역사회에 돌아와 정상 생활로 복귀할 때까지 사회복귀에 필요한 단기적 서비스 수요만을 염두에 두었다. 의료적 관점에서는 완치되지 않았더라도 정신질환이라는 장애를 안고서 지역사회에서 자립해서 살아가고자 하는 정신장애인을 위한, 본격적인 지역사회 복지서비스는 거의 고려되지 않았다.

비록 「장애인복지법」제15조(다른 법률과의 관계)에 의해 정신장애인은 동법의 적용을 배제할 수 있다고 되어 있지만 그 취지가 정신장애인에 대하여 일반적으로 동법에 따른 복지서비스를 제공해서는 안 된다는 취지라고 볼 근거는 찾기 어렵다. 정신장애인을 보편적 장애인 복지서비스에서 일반적으로 제외하여야 할 어떤 정당한 입법목적도 상정하기 어렵기 때문이다. 다만, 다른 법률에 의하여 같은 내용의 복지서비스를 이미 제공받고 있는 경우에는 중복수혜의 문제가 발생하므로 동법에 의한 서비스를 제한할 현실적 필요가 발생할 수 있다. 따라서 「장애인복지법」 제15조에 의한 정신장애인의 배제는 동법에 의한 복지서비스가 「정신보건법」에 의한 복지서비스와 실질적으로 중복되는 범위 내에서만 정당화될 수 있다. 그리고 장애인복지법시행령 제13조 제2항의 규정은 동법 위임의 한계를 벗어난 위법 부당한 법령이라는 혐의를 벗기 어렵다.

이러한 사태가 발생한 이유는 장애와 의료 서비스에 대한 주무부서인 보건복지부 내의 경직된 조직체

---

36) 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. <개정 2016.5.29.> 제34조(재활상담 등의 조치) ① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "장애인복지실시기관"이라 한다)은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18., 2015.6.22.> 1. 국·공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)에 의뢰하여 의료와 보건지도를 받게 하는 것, 2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것(하선 필자 첨가), 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것(하선 필자 첨가), 4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는 직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업안정업무기관에 소개하는 것. 장애인복지법시행령 제13조(다른 법률과의 관계) ③ 법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다. <개정 2014.11.4., 2017.5.29.>

37) 조윤화 외, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 지원방안 연구(장애인개발원, 2014), 73면.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

계와 역할분담의 실패에서 비롯된 바가 큰 것으로 보인다. 즉, 지역사회 장애인을 위한 보편적 복지서비스를 담당하는 부서는 장애인정책국이다. 이에 반하여 정신장애인(정신질환자)에 대한 서비스를 담당하는 부서는 건강정책국(정신건강정책과)이다. 국민건강과 의료를 담당하는 건강정책국 산하의 정신건강정책과는 주로 의료적 관점에서 파악하여 「정신보건법」을 제정하여 시행하여 왔다.

정신장애인에 대한 서비스는 의료와 복지 양 측면이 균형 있게 제공되어야 함에도 불구하고, 정신질환자의 의료서비스 제공을 주된 목적으로 하는 「정신보건법」을 계기로 정신장애인의 복지서비스 문제를 의료보건전달체계로 미루고 보편적 장애인 복지서비스 전달체계에서 배제해 버린 것이다. 이것이 결국 지역사회 정신장애인에 대한 복지서비스의 공백을 초래하는 실질적인 원인이 된 것으로 보인다. 보건복지부 내 기능적 역할분담의 실패는 「장애인복지법」 시행령 제13조에서 제한하는 「장애인복지법」 제34조 제1항 제2호, 제3호와 무관한 그 밖에 장애인 복지서비스에 있어서도 정신장애인의 특성을 고려하지 않는 것으로 나타났다. 앞서 살펴 본 바대로 정신장애인은 그 장애 특성에 따라 다른 장애인의 경우와는 차별화된 고유한 복지서비스의 니즈(needs)를 가지고 있다. 같은 3급 장애라 하더라도 정신장애인에게 있어서 취업 등 경제활동의 기회가 제한되어 소득보장의 필요성이 크고, 정신장애인의 고용보장을 위해서는 일반적인 의무고용제도나 직업재활보다 강화된 취업지원체계가 필요하며, 장기 입원 후 지역사회에 복귀하는 정신장애인에게 있어서 주거서비스의 지원이 매우 긴요하다. 장애인 활동지원서비스의 인정기준에 있어서도 정신장애인의 특성에 맞는 판단 기준의 수정이 필요하다. 「장애인복지법」제15조에 의한 제한을 받지 않는 영역에 있어서도 보편적 장애인복지서비스체계에서 정신장애인의 특성에 대한 이해와 고려가 매우 부족하다[38].

앞에서 살펴 본 바와 같이 「정신건강복지법」에서는 정신장애인의 지역사회 통합에 필요한 복지서비스를 열거하여 규정하고 있으나 그것만으로 지역사회 정신장애인의 복지 수요를 충족시킬 수 있다고 볼 수 없다. 여전히 「장애인복지법」상 보다 다양하고 구체적인 복지서비스에 대한 수요가 정신장애인에게 존재한다. 따라서 「장애인복지법」 제15조 및 동시행령 제13조 제3항에 의한 지역사회 장애인복지시설에서의 정신장애인 차별의 문제는 해결하지 않으면 안 된다. 앞서 살펴 본 바대로 이는 「장애인복지법」 제15조의 문제가 아니라 동조의 규정 취지에 배치되는 동시행령 제13조 제3항의 문제이다. 하지만 이미 「장애인복지법」 제15조가 그동안 정신장애인의 지역사회복지시설 및 서비스에의 접근을 가로막는 제도적 장벽이 되어 왔던 만큼 이를 폐지하여야 한다[39].

3. 동료지원서비스의 기준마련 등 회복지원서비스 확대를 위한 제도개선

「장애인복지법」은 제53조에 장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조 서비스의 제공 등 필요한 시책을 강구하고 제55조에서 중증장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원

38) 박인환 · 이용표, 134면.
39) 박인환 · 이용표, 147면.

활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있도록 규정하고 있는 한편, 제54조에서 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인 자립생활지원센터를 통하여 그에 필요한 각종 지원서비스를 제공하도록 하고 있다. 그러나 실제 활동보조서비스는 일상생활의 동작기능을 중심으로 활동보조 인정기준을 마련하고 있어서 정신적 장애로 인한 활동보조서비스를 인정받는 것은 거의 불가능하다. 따라서 정신장애의 특성에 맞는 지역사회에서 동료지원가 서비스와 같은 당사자 중심의 지역사회 회복서비스 제공의 기준을 마련할 필요가 있다.

「2014 정신장애인복지법안」 제35조에서도 이에 관한 정신장애인의 지원 수요를 고려하여 정신장애인 자립생활센터를 설치하여 이를 통하여 필요한 지원서비스를 제공하도록 규정하였었다. 그러나 이러한 내용은 개정 「정신건강복지법」에 반영되지 못하였다. 정신장애인의 욕구와 특성을 고려하여 지역사회에서 동료지원가 서비스와 같은 당사자 중심의 지역사회 회복서비스가 확대되도록 서비스의 종류를 다양화하고 그 기준을 정신장애인의 특성과 욕구를 고려하도록 개정할 필요가 있다.

참고문헌

강석임, 이영표(2013), 정신장애인 회복과정 영향요인. 스트레스, 사회적 자원 및 지역사회통합과의 관계, 정신보건과 사회사업, 41(4), 116-143.

국가인권위원회(2007), 장애인권리협약해설집.

국가인권위원회(2009), 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서.

국가인권위원회(2017). 장애인 탈시설 방안 마련을 위한 실태조사. 시설에서 지역사회로의 전환을 위한 정책 연구

국토연구원(2015), 2015년도 주거실태조사: 장애인. 국토연구원.

건강보험심사평가원(2017), 2016년 손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이

김규수(1999), 정신장애인을 위한 직업재활의 과제와 대책. 세미나토론회. 서울: 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.

김나라(2004). 만성 정신분열병의 회복에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.

김나라, 김명식, 권정혜(2005), 만성정신분열병의 회복과 관련된 변인에 관한 연구. 한국임상심리학, 24(4), 739-754.

김도희(2016), 보호입원제도 존속의 한계성에 관하여 - 정신보건법 제24조 제1항 등의 헌법불합치 결정을 중심으로, 사회보장법연구, 5(2)

김문근, 김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구. 국가인권위원회.

김문근, 하경희, 최진실(2015). 정신건강서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구. 세종시:보건복지부.

김미영, 김연실, 이난희, 정보영, 조현미(2013). 조현병 환자의 직업유지 경험. 질적연구, 14(2), 145-157.

김미옥 (2015). 한국 사회복지실천연구 경향에 관한 반성적 고찰. 한국사회복지학, 67(4), 153-180.

김미정, 이경희(2015), 만성 정신질환을 가진 환자를 위한 임파워먼프 프로그램 개발 및 효과, 대한간호학회지, 45(6), 834-845.

김민, 이근용, 조성재(2015), 정신장애인을 위한 직업재활 서비스 효과에 대한 체계적 고찰. 특수교육재활과학연구, 54(4), 253-274.

김민(2016), 정신장애인 고용률 향상을 위한 개별 배치 및 지원 모델 적용에 대한 제언: 외국 사례를 중심으로, 한국사회복지질적연구, 10(2), 191-221.

김성희, 이연희, 오욱찬, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 오다은, 강동욱, 권선진, 오혜경, 윤상용, 이선우(2018), 2017년 장애인 실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원.

김성희, 이연희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 강동욱, 권선진, 오혜경, 윤상용, 이선우(2014). 2014년 장애인 실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

김소은, 정수정(2017), 사회통합을 매개로 경기도민의 주거안정성 및 교통편의가 삶의 질에 미치는 영향,

GRI연구논총, 19(3), 135-156.
김이영(2005). 정신장애인을 위한 기초교육 프로그램의 효과연구. 지역사회정신보건, 8, 91-107.
김혜성(2013), 정신장애인을 위한 근거 중심 지원 고용 모델과 성과에 관한 탐색적 연구. 장애와 고용, 23(3), 57-81.
김희국(2010), 정신장애인이 경험하는 사회적 지지와 편견이 삶의 질에 미치는 영향. 사회과학연구, 21(2), 63-84.
국가인권위원회(2018). 정신의료시설의 정신장애아동 인권 증진을 위한 실태조사.
권선진 (2015). 장애인의 보건의료 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 226, 16-26.
남기철 (2012). 노숙인 지원주택 프로그램의 쟁점. 비판사회정책, 34, 5-45.
문용훈(2017), 탈원화를 위한 정신장애인 재활, 주거 및 복지서비스 제공 체계 구축의 방향성과 전략, 2017 국가정신건강솔루션 2차 포럼 자료집.
민혜진, 정원철(2014). 정신장애인 부양가족의 낙인지각-사회적 지지와 자아존중감을 중심으로. 한국정신보건사회복지학회 2014년 춘계학술대회 자료집, 453-454.
배성우, 박병선, 김이영(2016), 정신재활서비스가 정신장애인의 삶의 질에 미치는 효과의 10년간 종단적 검증, 한국사회복지학, 68(3), 127-147.
배정규, 손명자, 이종구. (2009). 정신장애인의 재기태도가 삶의 질에 미치는 영향. 한국심리학회지, 28(3), 811-831.
배현지, 김진현(2015), 보건소 방문건강관리사업을 위한 간호사 인력의 적정 수요 측장. Perspectives in Nursing Science, 12, 23-32
박병선, 임성옥, 배성우(2013). 정신장애인의 삶의 질 관련변인에 대한 메타분석, 정신보건과 사회사업, 41(3), 63-92.
박병선, 진혜민, 최병태, 김이영, 송영달, 우성희, 박경진, 이주희, 배성우(2014). 사회복귀시설 재활프로그램이 정신장애인의 자기효능감과 자아존중감에 미치는 영향- 5년 종단연구의 결과. 사회과학연구, 25(3), 107-128.
박영준(2011), 지역사회 정신장애인의 직업기술능력의 영향요인에 관한 연구-사회적 지지의 매개효과를 중심으로-, 한국지역사회복지학, 12(1), 209-229.
박인환(2014), 새로운 성년후견제도의 시행과 결격조항정비의 과제, 비교사법, 21(3)
박인환(2016), 정신장애인의 인권과 지역사회통합의 관점에서 본 2016년 정신건강증진법의 평가와 과제, 의료법학, 17(1).
박인환, 서정석, 서진환, 이선혜, 이용표, 최준혁(2016), 정신장애인의 차별경험과 지역사회 통합을 위한 연구, 보건복지부.
박인환, 이용표(2018), 정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선방향, 법과정책연구제, 18(2),

박인환(2018), 정신질환자 결격조항 정비의 과제, 아주법학, 12(2)

박주홍, 임혁, 정주영, 최은정(2017), 정신장애인 지역사회통합 지원방안, 부산복지개발원.

박향경, 권자영, 최명민(2015), 지적장애인의 주거환경변화가 거주장애인의 삶에 미치는 영향 – 대규모생활시설에서 소규모거주시설로 전환한 일 사례를 중심으로 –, 한국지역사회복지학, 54, 263-289.

박현숙 (2014). 장애인보호작업장의 문제점과 활성화 방안-사회적 기업의 특성을 중심으로. 복지행정논총, 24(2), 123-145.

박형욱, 남윤영, 김인철, 유화진, 이후연(2012). 정신질환 차별개선을 위한 법・제도개선방안연구. 세종시: 보건복지부.

변용찬, 이태진, 허수정, 강미나, 김인순, 박신영, 서종균, 이인혜, 임성만, 홍미령, 홍인옥(2010), 취약계층 지원 및 주거복지 강화방안을 위한 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원.

변민수, 김현, 김혁수(2005), 정신장애인 직업능력개발 활성화를 위한 기초조사연구 기본과제보고서. 서울: 한국장애인고용공단 고용개발원.

변은경, 윤숙자. (2010). 취업한 정신장애인의 직무 스트레스 관련 요인. 정신간호학회지, 19(4), 447-456.

보건복지부(2018), 장애인의 자립생활이 이루어지는 포용사회를 위한 제5차 장애인정책종합계획안 (2018-2022).

보건복지부(2018.5.25). 정신의료기관・정신요양시설 비자의입원・입소에 대한 입원적합성심사 시행. 최종검색일: 2018년 6월 5일, 보건복지부 보도자료.

보건복지부(2018.7.2). 발달장애인 등의 자립생활 및 정신질환자 지역사회 정착을 위한 지원방안 논의. 최종검색일: 2018년 7월 6일, 보건복지부 보도자료.

보건복지부, 국립정신건강센터(2016). 2016년 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서. 세종시: 보건복지부・국립정신건강센터).

보건복지부, 국립정신건강센터(2017), 2017년 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 서울특별시: 국립정신건강센터.

보건복지부, 한국건강증진재발원(2018), 2018년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리.

보건복지부, 한국보건사회연구원(2018), 2017년 장애인실태조사 결과. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

서동우(2006), 정신보건의 역사적 변화선상에서 본 우리나라 정신보건법의 문제와 개선안, 의료법학, 7(2), 75-96.

송경옥(2013). 정신장애인 동료상담가가 활동할 수 있는 사회를 소망하며. 월간 복지동향, 171, 19-23.

신미숙, 김경신(2013). 정신장애인의 기능수준과 주부양가족원의 삶의 만족도에 관한 연구-가족탄력성의 매개효과를 중심으로. 2013년 한국가정관리학회 공동춘계학술대회 자료집, 345-346.

신권철(2009). 정신질환자의 강제입원과 퇴원: 인신보호법상 구제요건을 중심으로. 저스티스, 113, 221-245.

신권철(2013). 정신질환자 자격제한 법령의 문제점과 개선방안. 인권과 정의, 433, 58-80.
신권철(2014). 정신보건법상 강제입원제도의 문제점과 개선방안. 서울법학, 22(2), 637-679.
신권철. (2016). 정신보건법의 이념과 현실을 통해 본 이데올로기. 한국정신보건사회복지학회 춘계학술발표 논문집, 15-32.
신권철(2017). 강제입원 위헌(헌법불합치)결정의 의미와 향후 과제. 서울법학, 24(4), 1-45.
심경순(2013). 정신보건사회복지사 수련생의 스트레스 경험. 한국콘텐츠학회논문지, 13(5), 311-321.
오아연, 이연숙, 장미선(2016), 지원주택 사례에 나타난 치유디자인특성 분석, 한국실내디자인학회 2016년도 추계학술발표대회 자료집, 53-56.
유엔인권이사회(2015). 장애인이 지역사회에 통합되어 독립적으로 살아갈 권리에 관한 연구. 유엔인권이사회 제28차 세션.
이병화, 하경희, 박예은, 이미영(2017), 정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안, 경기복지재단.
이유리, 최희철(2017), 정신장애인 가족의 보호부담과 삶의 질과의 관계에서 가족탄력성과 사회적 지지의 조절효과, 한국콘탠츠학회논문지, 17(11), 230-241.
이용표, 김도희(2016). 마포구 정신장애인 사망사건을 통해본 정신보건법제의 개선방안. 법과 정책연구, 16(1), 419-443.
양신애(2008), 정신장애인의 주거형태에 따른 지역사회통합정도에 관한 연구, 대구대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
염형국(2014). 정신보건법 바로잡기를 위한 개정방향. 월간 복지동향, 187, 37-42.
윤숙자, 박미진(2008), 정신장애인의 사회적응에 대한 연구-회복태도의 매개효과를 중심으로. 정신보건과 사회사업, 30, 5-29.
윤찬영 (2014). 성년후견제도 실시에 따른 사회복지 입법의 과제, 성년후견, 2, 111-129.
이석구 (2015). 유엔장애인권리협약 이행현황과 과제. 월간복지동향, 197, 26-31.
이용표 (2014). 정신보건센터 사례관리와 정신질환자 토탈케어서비스 간의 연계체계 형성을 위한 정책과제 - 재정관리방식을 중심으로. 한국사회와 행정연구, 24(4), 365-384.
이현주 (2014). 증거기반사회복지실천을 위한 정신보건 프로그램의 효과성에 대한 메타분석 정신장애인을 중심으로. 정신보건과 사회사업, 42(1), 171-200.
임선미, 이보영(2016), 중장년층의 주거환경이 삶의 만족도에 미치는 영향, 벤처창업연구, 11(1), 49-63.
임혁, 박주홍(2018), 정신장애인 지역사회통합과정의 우선순위 분석, 사회복지정책과 실천, 4(1), 5-38.
장혜경, 이용표, 박경수(2015), 정신장애인의 제도적 공간 거주 경험, 서울도시연구, 16(3), 189-208.
전보영(2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문.
전지혜 (2015). 한국의 장애인활동지원제도 개선방안 연구-미국 장애인 활동보조제도(PAS)와

장애인케어제도(PCA)분석을 중심으로. 한국지역사회복지학, 52, 255-278.

전진아(2014). 복합 정신질환의 현황과 정책과제. 세종시: 한국보건사회연구원.

정원철, 박윤정(2012), 정신장애인의 취업결정요인에 관한 연구, 장애와 고용, 22(4), 187-209.

조가은, 백용매(2010), 정신장애인의 자기효능감과 사회적지지 및 스트레스가 사회적 문재해결에 미치는 영향, 재활심리연구, 17(2), 187-206.

조선영, 최송식(2017), 정신장애인의 정신건강정보이해능력에 관한 연구: 인구사회학적 요인 및 자아존중감, 가족지지와의 상관성을 중심으로, 보건과 사회과학, 44(4), 165-186.

조윤화(2015). 2015 장애인백서. 서울: 한국장애인개발원.

조윤화 외(2014). 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 지원방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.

조홍석(1999), 정신병원에의 수용과 기본적 인권, 법학논고, 15.

제철웅(2012). 성년후견인의 민법 제755조의 책임: 그 정당성에 대한 비판적 검토. 법조, 61(7), 5-53.

제철웅(2013). 가칭 '피성년후견인등의 자격제한 및 차별의 금지에 관한 법률'의 제정 제안, 성년후견, 1, 139-156.

제철웅(2017). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제43조 및 민법 제947조의2 제2항에 의한 비자의입원의 상호관계. 가족법연구, 31(1), 253-290.

제철웅(2017). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 시행과 치료, 입원, 퇴원 절차에서의 정신장애인 지원 방안. 서울법학, 25(3), 227-267.

제철웅(2018). 비자의입원 절차의 정신질환자를 위한 절차지원제도 도입에 관하여. 법조, 67(1), 547-592.

정병오(2017), 정신건강 복지전달체계에 대한 지역사회의 요구와 도전, 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집.

정태호(2016). 보호의무자에 의한 정신질환자 강제입원·치료제도의 위헌성, 경희법학, 51(2), 121-159.

최숙희, 남문희(2011), 지역사회 정신건강서비스의 재활성과에 영향을 미치는 요인, 보건과 사회과학, 30(12), 77-96.

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

최희철(2015). 한국 정신장애인 직업재활의 현황과 발전방안. 임상사회사업연구, 12(1), 39-54.

하경희(2010). 정신장애인 대상 ACT (Assertive Community Treatment) 사례관리의 적용에 관한 연구. 재활복지, 14, 67-92.

하경희(2012). 정신장애인의 동료지지활동 경험에 관한 연구. 정신보건과 사회사업, 40(3), 175-201.

하명호(2011). 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원. 안암법학, 36, 53-89.

허만세, 전준희(2018). 정신병원 장기입원환자에 대한 퇴원적절성평가 도구 개발을 위한 실행연구. 정신보건과 사회사업, 46(2), 31-60.

한국장애인고용촉진공단(2001), 2000년 장애인근로자 실태조사, 성남: 한국장애인고용촉진공단.

한수웅(2016), 헌법학 제6판, 법문사.

현소혜(2011). 성년후견제 도입에 따른 관계법령의 개선방안. 가족법연구, 25(3), 1-42.

홍선미(2017). 정신장애인의 주거정책 방향 및 과제. 제1회 지원주택 컨퍼런스 발표자료집.

홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수(2010). 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사: 기초생활 보장, 주거권을 중심으로. 서울: 한신대학교 산학협력단, 국가인권위원회.

홍선미, 하경희, 김문근(2013). 지역사회 거주 정신장애인의 사회권에 관한 탐색적 연구. 한국사회복지질적연구, 7(1), 5-31.

홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁, 신일선(2016). 2016년도 정신질환 실태조사. 세종시: 보건복지부.

황금용(2017), 찾아가는 동주민센터, 현황과 과제: 정책의 전국화에 따른 점검. 보건복지포럼, 11, 21-41.

황숙연 (2007). 정신장애인의 회복의 인식에 관한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업, 27, 28-63.

황주희(2014). 중증장애인의 일상생활(24시간) 현황 및 과제. 보건복지포럼, 217, 18-28.

Alegría, M., Canino, G., Pescosolido, B. (2009). A socio-cultural framework for mental health and substance abuse service disparities. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 4370-4379.

Alghzawi, H. M. (2012), Psychiatric discharge process. *International Scholarly Research Network,* doi:10.5402/2012/638943

Angermeyer, M., Matschinger H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 146-151.

Aoun, S., Pennebaker, D. Wood, C. (2004). Assessing Population Need for Mental Health Care: A Review of Approaches and Predictors, *Mental Health Service Research* 6(1), 33-46.

Aschbrenner, K., Mueser, K. T., Gorin, A. A., Kinney, A., Daniels, L., & Bartels, S. (2016). Feasibility study of increasing social support to enhance a healthy lifestyle intervention for individuals with serious mental illness.(2016). Journal of the *Society for Social Work and Research,* 7(2), 289-313.

Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N. A., Johnstone, P., Sampson, S. (2014). Length of hospitalization for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.* Art. No.: CD000384.

Becker, D., Drake, R., Gary, B., Nawaz, S, William, M., Martinez, R. (2011). Best practices: A national mental health learning collaborative on supported employment. *Psychiatric Services*, 62(7), 704-706.

Biegel, D. E., Pernice-Duca, F., Chang, C-W., Chung, C-L., D' Angelo, L.(2013). Family social networks and recovery from severe mental illness of clubhouse members. *Journal of Family Social Work,*

국가인권위원회 humanrights.go.kr

16, 274-296.

Borinstein, A. B. (1992). Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs*, 11, 186-196.

Brandt, D. E., Houtenville, A. J., Huynh, M. T., Chan, L., & Rasch, E. K. (2011). Connecting contemporary paradigms to the social security administration' s disability evaluation process. *Journal of Disability Policy Studies*, *22*(2), 116-128

Brugha, T. (2010). Social support. In C. Morgan & D. Bhugra (Eds.), Principles of social psychiatry (pp. 461-476). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rossler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. The Lancet, 370 (9593), 1146-1152.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea(Adopted by the Committee at its twelfth session (15 September-3 October 2014)

Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses, Community *Mental Health Journal,* 40(6), 513-523.

Crawford, M. J., de Jonge, E., Freeman, G. K., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(4), 265-272.

Cullen, B., Mojtabai, R., Bordbar, E., Everett, A., Nugent, K., Eaton, W. (2017). Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. International *Journal of Social Psychiatry*, 1-11.

Davis, L. L., Leon, A. C., Toscano, R., Drebing, C. E., Ward, L. C., Parker, P. E., Kashner, T. M,. Drake, R. E. (2012). A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63(5), 464-470.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of American Medical Association*, 291, 2581-2590.

Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: twenty-five years of gold. Psychiatric Services, 51(6), 759-765.

Druss, B. G., Singh, M., von Esenwein, S. A., Glick, G. E., Tapscott, S., Tucker, S. J., ... & Sterling, E. W. (2018). Peer-Led Self-Management of General Medical Conditions for Patients With Serious Mental Illnesses: A Randomized Trial. Psychiatric Services, 69(5), 529-535.

Gold Award (1974) A community treatment program. *Hospital and Community Psychiatry, 25*, 669-672.

Hewlett, E., Moran, V. (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing

Jeste, S. D., Patterson, T. L., Palmer, B. W., Dolder, C. R., Goldman, S., & Jeste, D. V. (2003). Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. Schizophrenia research, 63(1-2), 49-58.

Johnson, M. M., Rhodes, R. (2007). Institutionalization: A theory of human behavior and the social environment. *Advances in Social Work, 8,* 219-236.

Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., ... & Sullivan, S. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. The Lancet, 392(10145), 409-418.

Leite, L. C., Schmid, P. C. (2004). Institutionalization and psychological suffering: Notes on the mental health of institutionalized adolescents in Brazil. *Transcultural Psychiatry, 41*, 281-293.

Loch, A. A., Wang, Y-P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Hengartner, M.P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2014). Patterns of stigma toward schizophrenia among the general population: A latent profile analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 60,* 595-605.

McMaster health forum (2016). Addressing long-term stays in hospital for people with mental health and addictions concerns.

Meadows, G., Burgess, P., Fossey, E., Harvey, C. (2000). Perceived Need for Mental Health Care, finding from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being, *Psychological Medicine* 30, 645-656.

Mercy Maricopa Integrated Care (2017), Mercy Maricopa Integrated Care Provider Manual, 최종검색일: 2018년 10월 1일, Mercy Maricopa Report. Web site: https://www.mercymaricopa.org/assets/pdf/providers/manuals/MMIC-Provider-Manual-March-2017-Final.pdf

Mowbray, C. T., Bybee, D., Hollingworth, L., Goodkind, S., Oyserman, D. (2005). Living arrangements and social support: effects on the well-being of mothers with mental illness. *Social Work Research*, 39(1), 41-55.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] guideline (2016). Transition between inpatient mental health settings and community or care home setting.

Nurjannah, I. Mills, J., & Usher, K., Park, T. (2013). Discharge planning in mental health care: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 23,* 1175-1185.

OECD Online Statistics, (2018). OECD Health Statistics 2018. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT on August 2018.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015). Hospital average length of stay. Padget. D. K., Gulcur. L., Tsemberis. S.(2016), Housing First Sevices for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse, *Research on Social Work Practice*, 16(1), 74-83.

Pahwa, R., Smith, M. E., McCullagh, C. A., Hoe, M., Brekke, J.(2016). Social support-centered versus symptom-centered models in predicting functional outcomes for individuals with schizophrenia. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2), 247-268.

Pulice, R. L. & Miccio, S. (2006). Patient, Client, Consumer, Survivor: The Mental Health Concumer Movement in the United States. In Rosenberg, J. and S. Rosenberg(Eds.). Community Mental Health: Challenges for the 21st Century. 7-14. New York: Routledge.

Ruscher, S. M., & Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. Psychiatric Services, 48(1), 82-85.

Smith, T. E. et al. (2017). Psychiatric inpatient discharge planning practices and attendance at aftercare appointments. *Psychiatric Services, 68*, 92-95.

Social Security Administration (2017a) SSI Annual Statistical Report 2016, social secueity administration

Social Security Administration (2017b) Annual staticstical report on the social security disability insurance program, 2016, social secueity administration.

Viggiano, T., Pincus, H. A., Crystal, S. (2012). Care transition interventions in mental health. *Current Opinion in Psychiatry, 25,* 551-558.

Vigod, S. N. et al., (2014). READMIT: A clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric Research, 61,* 205-213.

World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.

高柳功 외. (2015). *三訂精神保健福祉法の最新知識*. 中央法規.

신문 및 웹사이트

국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://knsi.org/ knsi/kor/center/view.php?no=10935&c=1&m=1

국립정신보건센터(2015). 2015 국가정신건강현황 예비조사 결과보고서. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.ncmh.go.kr/snmh/data/snmhDataList.jsp?fno=106&menu_cd= M_04_05_01_00_00

보건복지부(2018.5.25). 정신의료기관・정신요양시설 비자의입원・입소에 대한 입원적합성심사 시행.

최종검색일: 2018년 6월 5일. 보건복지부 보도자료.
보건복지부(2018.7.2). 발달장애인 등의 자립생활 및 정신질환자 지역사회 정착을 위한 지원방안 논의. 최종검색일: 2018년 7월 6일. 보건복지부 보도자료.
보건복지부(2018.7.23). 퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도 사례관리 추진. 최종검색일: 2018년 10월 1일, 보건복지부 보도자료. Web site: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&SEARCHKEY=&SEARCHVALUE=&page=1&CONT_SEQ=345460
비마이너(2017.10.10.). 정신장애인은 사회복지사 꿈도 꾸지 말라고?. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://beminor.com/detail.php?number=11438&thread=04r01
연합뉴스(2018. 9. 5). .최최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.yonhapnews.co.kr/dev/9601000000.html
에이블뉴스(2013.7.5) 정신장애인 지역사회 생존권을 위한 연대 정신보건법 전면개정안 반대성명서. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0011&NewsCode=001120130705092920694255
에이블뉴스(2018.1.16.) 정신장애인 사회복지사 결격대상 규정 악법. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://m.ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0014&NewsCode=001420180116154141523310
정신의학신문(2017.7.25.). 정신건강복지법의 바람직한 재개정을 위한 방법 모색해야 최최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.psychiatricnews.net/news/articleView.html?idxno=5113
중앙일보 2018. 5. 24.자 기사<https://news.joins.com/article/22651461>
청년의사(2016). 임상 현장 무시한 정신보건법 개정에 정신병원들 '한숨'. 청년의사 http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=202301 송수연 기자
Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), (2017년 11월), AHCCCS COVERED BEHAVIORAL HEALTH SERVICES GUIDE, 최종검색일: 2018년 10월 1일, AHCCCS report. Web site: https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/GM/CoveredServiceGuide/covered-bhs-guide.pdf
Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, The right to liberty and security of persons with disabilities(Adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015)<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>
Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea(Adopted by the Committee at its

twelfth session (15 September-3 October 2014). http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fKOR%2fCO%2f1&Lang=en

New York State Office of Mental Health(2007.9). ACT Program Guidelines 2007. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: https://www.omh.ny.gov/omhweb/act/program_guidelines.html

New York State Office of Mental Health(2007.9). ACT Program Guidelines 2007. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: https://www.omh.ny.gov/omhweb/act/program_guidelines.html

OECD (2012). OECD Health Care Quality Review: Korea Assessment and Recommendations. 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.oecd.org/korea/49818570.pdf

OECD Online Statistics, (2018.8). OECD Health Statistics 2018. Retrieved from: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Pewtrust, 2016년 8월 2일, Amid Shortage of Psychiatric Beds, Mentally Ill Face Long Waits for Treatment, 최종검색일: 2018년 10월 1일, Pew Research Center, website: https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/blogs/stateline/2016/08/02/amid-shortage-of-psychiatric-beds-mentally-ill-face-long-waits-for-treatment

The United Nations(1991). The protection of persosn with mental illness and the improvement of mental health care(A/RES/46/119). Retrieved from: http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm

金政玉,欠格条項の改正に関する評価と差別禁止法の必要性,障害者保健福祉研究情報システム 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n242/n242_01-05.html

障害者に係る欠格条項の見直しについて(平成11年8月9日障害者施策推進本部決定), 内閣府 障害者施策 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www8.cao.go.jp/shougai/honbu/jyoukou.html

「障害者に係る欠格条項見直し」進捗状況, 内閣府 障害者施策최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/minaosi/sinchoku.html

「障害を理由とする差別の禁止に関する法制」についての差別禁止部会の意見(平成２４年９月１４日障害者政策委員会差別禁止部会)

障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律の施行について厚生労働省医政局長 医政発第754号(2001.7.13) 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/876.pdf

「障害者総合支援法」制定までの経緯と概要について」 최종검색일: 2018년 10월 1일. Web site: http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_shofuku_explain.html

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[부록] 질적조사 질문지(당사자용)

1) 정신병원에서 퇴원하실 때 어떤 부분들이 가장 걱정되었나요?

2) 퇴원하는 과정에서 정신병원이나 다른 서비스 기관에서 독립생활을 준비하기 위한 어떤 교육이나 훈련을 받으셨나요? 퇴원과정에서 병원에서 어떤 도움을 주었나요?

3) 지금은 퇴원하시고 독립생활을 하시는데 동네의원과 정신과 의원 또는 정신보건 서비스 기관과 선생님을 치료하는 과정에 어떠한 협력을 하나요?(care coordination)

4) 당사자 주도모델(peer-led service model)에 대해 들어보셨나요? 치료 및 회복 과정에서 선생님과 같은 당사자들이 주도적인 역할을 하는 것을 정신보건 전문가들이 응원하나요?

5) 정신보건 서비스 뿐만 아니라 직업훈련과 같은 독립적 생활에 도움이 되는 서비스를 이용하시고 계시나요? (*지역정신건강복지센터 ; 장애인복지관 언급*)

6) 혹시 근거중심실천 또는 근거중심의학에 대해서 들어보셨나요? 치료과정에서 근거중심실천을 받는다는 이야기를 들으신 적이 있으신가요? 또는 의사나 정신보건 전문가가 선생님이 받는 심리치료 또는 약제가 연구를 통하여 “효과성”이 검증되었다고 이야기 강조한 적이 있나요?

7) 퇴원하고 나서 정부의 복지혜택, 예를 들어 기초생활수급권이나 장애연금 또는 주거복지 지원제도 등의 도움을 받으셨나요? 지원을 이용하는데 어떤 어려움들이 있나요? (*받았다면..*)얼마나 도움이 되나요?

8) 지리적 거리나 심리적 거부감으로 인하여 지역사회에서 서비스를 받는데 어려움을 겪지는 않나요?

9) 정신질환이 가지는 낙인 (stigma)으로 인하여 일상생활을 하는 과정에 차별을 받거나 어려움을 겪는 적은 없나요? (*경험이 있다면…*) 그런 차별경험이 선생님이 병원이 아닌 지역사회에서 독립적으로 살아가는 과정에 어떤 영향을 미쳤나요?

10) 정신질환을 겪고 있는 동료나 친구가 있나요? 그분들이 좋은 도움을 제공하나요? 선생님께서 이용하시는 서비스 기관에서 동료지지체계를 강화시키기 위한 노력을 하나요?

11) 귀하가 회복하는 과정에서 가족 및 다른 사회관계망의 사회적 지지가 어떤 역할을 하나요? 혹시 가족이나 다른 소중한 사람들이 선생님의 치료와 회복에 악영향을 준 적은 없나요?

12) 선생님은 강제입원을 경험하셨나요? (강제입원 경험시) 어떤 상황이 강제입원을 가능하게 했나요?

13) 2016년 5월 정신보건법 전부개정안 국회를 통과하여 작년 5월부터 중요한 변화가 있습니다. 어떤 내용인지에 대해서 아시나요? (*대답을 듣고*) 2017년 5월 30일 이후로 정신보건법이 개정되어서 강제입원을 하는 것이 좀 더 까다로워졌습니다. 혹시 작년 5월 30일 이후 지역사회에서 정신질환을 치료받고 선생님이 독립적으로 거주하는데 대한 지원의 변화를 느끼셨나요? (*대답을 듣고*) 하지만 여전히 당사자들이 퇴원하는 비율이 크게 늘지는 않았습니다. 어떤 이유 때문에 여전히 많은 환자들이 병원에서 거주할까요?

13) 당사자 또는 가족의 소득수준에 따라서 치료성과와 삶의 질이 어떤 차이를 가질까요?

14) 2018년 대한민국에서 정신장애인들이 지역사회에 재통합하여 독립적인 생활을 하기 위해서 어떤 변화가 일어나야 할까요?

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[부록] 질적조사 질문지(가족용)

1) 당사자 가족이 정신병원에서 퇴원하실 때 어떤 부분들이 가장 걱정되었나요?

2) 당사자 가족이 퇴원하는 과정에서 정신병원이나 다른 서비스 기관에서 독립생활을 준비하기 위한 어떤 교육이나 훈련을 받으셨나요? 퇴원과정에서 병원에서 어떤 도움을 주었나요?

3) 당사자 가족이 퇴원 후 지역사회에서 살아갈 때 동네의원과 정신과 의원 또는 정신보건 서비스 기관이 치료하는 과정에 어떠한 협력을 하나요? (care coordination)

4) 당사자 주도모델 (peer-led service model)에 대해 들어보셨나요? 치료 및 회복 과정에서당사자들이 주도적인 역할을 하는 것을 정신보건 전문가들이 응원하나요?

5) 당사자 가족이 정신보건 서비스 뿐만 아니라 직업훈련과 같은 독립적 생활에 도움이 되는 서비스를 이용하시고 계시나요? (*지역정신보건센터 ; 장애인복지관 언급*)

6) 근거중심실천 또는 근거중심의학에 대해서 들어보셨나요? 치료과정에서 근거중심실천을 받는다는 이야기를 들으신 적이 있으신가요? 또는 의사나 정신보건 전문가가 선생님이 받는 심리치료 또는 약제가 연구를 통하여 “효과성”이 검증되었다고 이야기 강조한 적이 있나요?

7) 당사자 가족이 퇴원하고 나서 정부의 복지혜택, 예를 들어 기초생활수급권이나 장애연금 또는 주거복지 지원제도 등의 도움을 받으셨나요? 지원을 이용하는데 어떤 어려움들이 있나요? (*받았다면..*)얼마나 도움이 되나요?

8) 당사자 가족이 지리적 거리나 심리적 거부감으로 인하여 지역사회에서 서비스를 받는데 어려움을 겪지는 않나요?

9) 가족이 정신질환을 가지고 있다고 “귀하”가 낙인 (stigma) 또는 차별과 같은 어려움을 겪은 적은 없나요? (*경험이 있다면…*)

10) 당사자 가족에게 동료지지체계는 얼마나 중요하나요? 선생님께서 이용하시는 서비스 기관에서 동료지지체계를 강화시키기 위한 노력을 하나요?

11) 당사자 가족이 회복하는 과정에서 주변사람들에게 많은 도움을 받나요? 혹시 가족이나 다른 소중한 사람들이 선생님의 치료와 회복에 악영향을 준 적은 없나요?

12) 선생님의 당사자 가족이 강제입원을 경험하셨나요? (강제입원 경험시) 어떤 상황이 강제입원을 가능하게 했나요?

13) 2016년 5월 정신보건법 전부개정안 국회를 통과하여 작년 5월부터 중요한 변화가 있습니다. 어떤 내용인지에 대해서 아시나요? (*대답을 듣고*) 2017년 5월 30일 이후로 정신보건법이 개정되어서 강제입원을 하는 것이 좀 더 까다로워졌습니다. 혹시 작년 5월 30일 이후 지역사회에서 정신질환을 치료받고 선생님이 독립적으로 거주하는데 대한 지원의 변화를 느끼셨나요? (*대답을 듣고*) 하지만 여전히 당사자들이 퇴원하는 비율이 크게 늘지는 않았습니다. 어떤 이유 때문에 여전히 많은 환자들이 병원에서 거주할까요?

13) 당사자 또는 가족의 소득수준에 따라서 치료성과와 삶의 질이 어떤 차이를 가질까요?

14) 2018년 대한민국에서 정신장애인들이 지역사회에 재통합하여 독립적인 생활을 하기 위해서 어떤 변화가 일어나야 할까요?

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[부록] 질적조사 질문지(전문가용)

1) 장기입원이 일어나는 배경과 제도적 문제점?

2) 지역사회에서 정신장애인들이 재통합하도록 지원하는 정신병원이나 기타 입원 의료기관들의 정책 및 프로그램?

3) 퇴원하는 당사자들의 성공적인 지역사회 재통합을 위해 지역사회의 서비스 및 지원이 충분하나요? 정신건강서비스 기관, 외래의료기관, 및 사회복지기관들이 care coordination을 통하여 서비스를 제공하나요?

4) 오늘날 당사자들을 위한 치료기관 및 거주지원기관에서 당사자 주도모델(peer-led service model)의 지위와 실태?

5) 당사자 관련 단체 및 기관종사자들을 위한 보수교육의 현황과 이들 보수교육이 당사자 재통합에 대하여 가지고 있는 관심수준?

6) 당사자 관련 단체 및 기관종사자들의 매뉴얼에 기반한 근거중심실천에 대한 태도?

7) 퇴원 후 지역사회에 돌아간 당사자들을 위한 사회복지(예: 기초생활수급권)의 적절성?

8) 지역사회 주민들과 가족들이 가진 정신질환에 대한 편견이 당사자가 지역사회에서 적절한 치료를 받고 독립적으로 거주하는 과정에 미치는 영향?

9) 당사자들의 동료지지체계의 역할?

10) 당사자들의 사회경제적 지위(예: 소득)가 지역사회에 재통합하는데 미치는 영향?

11) 2018년 대한민국에서 당사자들이 지역사회에 재통합하여 독립적인 생활을 하기 위해서 어떤 변화가 일어나야 할까요?

[부록] 양적조사 설문지(당사자용)

1. 정신장애인 지역사회 거주 치료 실태조사_당사자용

안녕하십니까?

성산생명윤리연구소에서는 <정신장애인 지역사회 거주.치료 실태조사>를 수행하고 있습니다. 본 연구는 정신장애인이 장기입원이나 시설생활을 마치고 지역사회로 재통합하는 과정에 영향을 미치는 요인 가운데, 거주 및 치료 관련 영향요인으로 무엇이 있는지 파악하는 것이 목적입니다. 본 연구에 참여할 것인지 여부를 결정하기 전에, 설명서와 동의서를 신중하게 읽어보시길 바랍니다. 이 연구가 왜 수행되며, 무엇을 수행하는지 귀하가 이해하는 것이 중요합니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행됩니다.

본 조사에서 수집된 정보는 정신장애인의 거주 및 치료 전반에 대한 기초정보를 분석하고 정책방향을 제시하는데 그 목적이 있습니다. 귀하의 응답은 정신장애인 거주와 치료정책수립에 귀중한 기초자료로 활용되오니, 시간을 내어 참여해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

2018년 8월

본 조사는 통계법 제 33조에 의거하여 통계작성의 목적 이외에는 사용되지 않으며 비밀이 보장됩니다.

연구 참여 동의서

연구명: 정신장애인 지역사회 거주 치료 실태조사를 위한 연구

1. 연구의 배경과 목적

2017년 5월 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)」이 개정되어 시행되었습니다. 이에 따라 정신의료기관 및 정신요양시설에 거주하고 있는 각각 70,000명 및 10,000명으로 추정되는 정신장애인 가운데 절반이 지역사회에서 거주 및 치료를 받게 될 것으로 보입니다.

이에 본 연구는 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사를 시행하여 탈원화와 지역사회 통합을 위한 정책과 서비스 마련을 위한 기초자료를 제시하고자 합니다. 이를 위해 정신장애인 및 가족과 보호자를 대상으로 설문조사를 통해 지역 사회의 실태를 파악하고자 하는 연구를 수행하려 합니다.

2. 연구 참여 대상

본 연구에는 지역사회 거주 정신보건법 제3조, 장애인복지법 제2조의 정의에 의한 정신장애인 당사자와 함께 거주하고 있는 가족구성원이 참여합니다. 정신장애인은 만 19세 이상이며, 연구참여 의사를 밝힌 등록된 정신장애인을 의미합니다. 가족구성원은 정신장애인들과 생계를 같이하고 있는 부모, 형제, 자매, 조부모 등을 의미합니다. 정신장애인 당사자는 현재 지역사회에 거주하고 있어야 하며, 가족은 당사자와 함께 거주하고 있어야 합니다.

안타깝지만, 알코올 및 물질 사용장애를 가진 정신장애인 혹은 가족구성원은 설문에 참여할 수 없습니다.

3. 연구 방법

국가인권위원회
humanrights.go.kr

귀하는 30분정도 소요되는 설문조사에 참여하여 아래 제시되어 있는 주제에 따른 설문에 응답하게 됩니다. 해당 설문조사는 인터넷으로 실시됩니다. 설문조사 주제와 문항은 다음과 같습니다.

(1) 기본적인 인적사항
(2) 인권 관련 질문
(3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스
(4) 지역사회 거주
(5) 독립생활
(6) 지역사회 재통합

4. 연구참여에 따른 이익

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 정신장애인과 함께 거주하는 과정에서 거주 및 치료에 대한 경험은 지역사회통합을 위한 치료정책과 시스템의 필요성에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

5. 부작용 또는 위험과 불편함

본 연구에 참여하면서 설문문항에 답변 시, 부작용과 위험은 최소화하도록 하였지만 불편한 감정이 생길 수 있습니다. 이 경우 귀하는 언제든지 설문응답을 중단할 수 있습니다. 이후 귀하에게 어떠한 불이익도 발생하지 않습니다.

6. 연구 참여에 따른 보상

연구참여 시 사례비 등의 소정의 사례로 귀하에게 5,000원 상당의 상품권이 지급될 것입니다.

7. 자발적 연구 참여와 중지

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있으며, 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 귀하는 원한다면 설문응답을 언제든지 중지할 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 설문을 하고 있는 인터넷 창을 닫으시면 됩니다. 설문응답 중지 시 귀하의 자료는 더 이상 연구에 사용되지 않고 관련 자료는 즉시 폐기됩니다.

8. 연구 문의

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 언제든지 연락하십시오.
성산생명윤리연구소, 010-4713-4595

귀하가 연구 참여에 동의하시면 아래에 이름을 한글로 적어주시기 바랍니다.

_____

설문 시작

이제부터 설문이 시작됩니다. 신중하게 응답하여 주시기 바랍니다.

문 1) 귀하는 현재 정신병원이나 요양시설에 살고 있습니까?

① 네
② 아니요

문 2) 귀하가 태어난 년도는 언제입니까?

① 2001년 이전
② 2001년 이후

문 3) 귀하는 등록장애인 입니까?

① 네
② 아니요

문 4) 귀하는 어떤 장애로 주로 진단받았습니까?

① 정신장애
② 알코올, 물질남용 장애
③ 기타 장애유형

문 5) 귀하의 거주 지역은 어디입니까?

① 서울
② 인천
③ 경기
④ 부산
⑤ 경남/울산
⑥ 대구/경북
⑦ 광주/전남
⑧ 전주/전북
⑨ 대전/세종/충청
⑩ 제주/강원

A. 일반현황

다음은 귀하의 일반사항에 대한 질문입니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 1) 귀하의 성별은 무엇입니까?

① 남자 ② 여자

문 2) 태어난 년도는 언제입니까? 4자리 숫자(예, 1967)로 응답해 주시기 바랍니다.

년

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 3) 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?

※ 교육부장관이 인정하는 학력을 정규교육으로 봅니다.
※ 검정고시 합격한 경우는 정규교육을 받은 것으로 인정합니다.
※ 기능훈련, 직업훈련, 입시학원은 학력으로 인정되지 않습니다.

① 무학(만 7세 이상)
② 초등학교
③ 중학교
④ 고등학교
⑤ 전문대 또는 4년제 대학교
⑥ 석사
⑦ 박사

문 4) 귀하의 거주 지역은 어디입니까?

① 서울
② 부산
③ 대구
④ 인천
⑤ 광주
⑥ 대전
⑦ 울산
⑧ 세종
⑨ 경기도
⑩ 강원도
⑪ 충청북도
⑫ 충청남도
⑬ 전라북도
⑭ 전라남도
⑮ 경상북도
⑯ 경상남도
⑰ 제주

문 5) 귀하의 현재 혼인상태가 어떻게 되십니까?

① 미혼
② 결혼 (사실혼, 동거 포함)
③ 이혼
④ 별거
⑤ 사별

문 6) 현재 집에서 함께 거주하고 있는 사람은 누구입니까? 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 혼자 살고 있음
② 배우자나 직계혈족(부모 또는 자녀)
③ 형제 또는 자매
④ 친족관계가 없는 정신장애를 가진 사람들
⑤ 친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들
⑥ 기타 ( )

문 7) 귀하의 주된 보호자는 누구입니까?

① 본인
② 부모 중 어머니
③ 부모 중 아버지
④ 배우자(남편 또는 아내)
⑦ 자녀
⑧ 친척
⑨ 가족 외 동거인
⑩ 시/군/구

⑤ 형제자매 및 그 배우자 ⑪ 기타 ( )
⑥ 조부모

문 8) 귀하의 복지카드에 있는 장애진단명은 무엇입니까? 해당되는 진단명을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 조현병
② 양극성장애
③ 우울장애
④ 알코올/약물장애
⑤ 지적장애
⑥ 뇌전증
⑦ 치매
⑧ 불안장애
⑨ 기타( )

문 9) 귀하의 장애 등급은 무엇입니까?

① 1급
② 2급
③ 3급
④ 장애등급 받지 않았음

문 10) 정신장애가 발생한 시기는 언제 즈음이라 생각하십니까?

① 초등학교 ⑤ 대학원
② 중학교 ⑥ 군제대 후
③ 고등학교 ⑦ 직장 근무 중
④ 대학교 ⑧ 기타(발병한 연령)( )

문 11) 귀하의 경제적 상태는 어떠합니까?

① 상
② 중
③ 하

문 12) 가구의 국민기초생활수급 유형은 무엇입니까?

① 해당 없음
② 기초생활수급권자
③ 차상위계층
④ 국가유공자

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 13) 현재 귀하의 취업상태는 어떠합니까? 직업활동(보호작업장 등)에 참여하고 있습니까?

① 무직 **(문 13으로 이동)**
② 정규직
③ 계약직
④ 일용직
⑤ 임시취업(정신재활기관 외부)
⑥ 보호작업(정신재활기관 내)
⑦ 자영업(가족의 사업장 보조근무 포함)
⑧ 기타( )

문 14) 귀하가 현재 하고 있는 업무는 무엇입니까? 적어주시기 바랍니다. ( )

문 15) 6개월 동안 평균 급여수준은 얼마입니까? (만원)

문 16) 귀하의 주당 근무시간은 평균 어느 정도입니까? (시간)

문 17) 현재 직장에서 근무한 기간은 어느 정도입니까? (년 개월)

문 18) 귀하가 지난 6개월 동안 낮시간에 주로 참여하는 활동에 대한 질문입니다. 주로 하는 활동으로 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신건강복지센터 이용
② 정신재활시설(생활시설, 그룹홈, 사회복귀시설 등) 이용
③ 집에서 TV, 인터넷, 독서 등
④ 건강악화로 정신병원입원 및 치료
⑤ 가사활동(식사준비, 청소, 세탁 등)
⑥ 간병이나 수발(가족 중 아픈 사람)
⑦ 정규교육과정의 학습활동(초, 중, 고, 대학)
⑧ 사설학원, 문화센터, 평생교육 수강
⑨ 외부에서 여가활동(문화, 공연관람, 스포츠 등)
⑩ 교회, 성당, 절 등 종교활동
⑪ 임신, 출산, 육아 등
⑫ 기타 ( )

문 19) 지난 6개월 동안 평균 가계소득은 어느 정도입니까?

① 50만원 미만
② 50~100만원 미만
② 100~200만원 미만
③ 200~300만원 미만
④ 300~400만원 미만
⑤ 400~500만원 미만
⑥ 500만원 이상

B. 인권

문 20) 귀하는 정신병원에 입원하거나 정신재활시설(생활시설, 그룹홈 등)에 입소한 경험이 있습니까?

① 정신병원에 입원한 경험이 있습니다.	**(문 15-1로 이동)**
② 정신재활시설에 입소한 경험이 있습니다.	**(문 16로 이동)**
③ 정신병원, 정신재활시설 모두에 거주한 경험이 있습니다.	**(문 15-1로 이동)**
④ 아니오, 둘 다 없습니다.	**(문 16로 이동)**

문 21) 정신병원 입원 총 횟수는 몇 번인가요? (회)

문 22) 스스로 입원이 필요하다고 하여 자의입원한 경우는 몇 번인가요? (회)

문 23) 이제까지 정신병원을 입원한 총 기간은 어느 정도 입니까?

① 1~6개월 미만
② 6~12개월 미만
③ 1~2년 미만
④ 2~5년 미만
⑤ 5~10년 미만
⑥ 10년 이상

문 24) 정신병원 입원은 주로 누구의 결정에 근거하여 이루어졌습니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 본인
② 부모 중 어머니
③ 부모 중 아버지
④ 배우자
⑤ 형제/자매
⑥ 친인척
⑦ 자녀
⑧ 시장/군수/구청장
⑨ 정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유
⑩ 기타 ( )

문 25) 정신병원 퇴원은 주로 누구의 결정에 근거하여 이루어졌습니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 본인
② 부모 중 어머니
③ 부모 중 아버지
④ 배우자
⑤ 형제/자매
⑥ 친인척
⑦ 자녀
⑧ 정신건강의학과 의사의 결정으로
⑨ 심판위원의 결정으로
⑩ 기타 ( )

국가인권위원회 humanrights.go.kr

문 26) 2017년 5월에 개정된 정신건강복지법에 따르면 정신병원 입원절차가 변화하고, 지역사회 서비스 제공을 강조하고 있습니다. 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

① 과거보다 상당히 나빠졌다
② 과거보다 약간 나빠졌다
③ 과거와 비슷하다
④ 과거보다 약간 좋아졌다
⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
⑥ 모르겠다

문 27) 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 정신건강을 위한 보건/복지서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

① 과거보다 상당히 나빠졌다
② 과거보다 약간 나빠졌다
③ 과거와 비슷하다
④ 과거보다 약간 좋아졌다
⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
⑥ 모르겠다

문 28) 최근 보건복지부 발표에 따르면, 정신건강복지법 개정 후에도 병원에 있는 정신장애인들이 지역사회로 퇴원하는 당사자 수가 늘고 있지 않은 것으로 나타났습니다. 다음 중 어떠한 이유로 인해 당사자들이 병원에 있다고 생각하는지 최대 2가지까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 퇴원 후 살 곳이 없기 때문에
② 가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에
③ 혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에
④ 정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서
⑤ 병원에 머무는 것이 더 익숙하고 편해서
⑥ 병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에
⑦ 지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에
⑧ 지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에
⑨ 기타 ( )

문 29) 지역사회에 거주하는 동안 귀하는 가족, 친구, 이웃 등 주변으로부터 어느 정도 존중받고 있다고 느끼십니까?

전혀 존중받지 못함	거의 존중받지 못함	존중받고 있음	매우 존중받고 있음
①	②	③	④

문 30) 지역사회에 거주하는 동안 정신장애인이라는 이유로 가족 혹은 주변사람들로부터 괴롭힘이나 폭력 (언어, 신체, 정신적 폭력 등을 모두 포함)을 당한 경험이 있습니까?

구분	당한 경험 있음	
	예	아니오
(1) 언어 및 정서적 학대(욕설, 모욕, 비난, 위협)	①	②
(2) 신체적 폭력(때리거나 물건을 던지기, 물품파손)	①	②
(3) 성희롱, 성적 폭력	①	②
(4) 방임 및 유기	①	②
(5) 경제적 폭력	①	②
(6) 종교적 폭력/강요	①	②
(7) 기타 ( )	①	②

- (1) 언어 및 정서적 학대는 말이나 행동으로 상대방을 무시 및 지속적으로 괴롭히는 것은 물론 감시도 포함됩니다.
- (2) 신체적 폭력은 학대 등 신체적인 상해를 입하는 것을 의미합니다.
- (3) 성희롱, 성적 폭력은 동성/이성 간 성행위를 포함하는 성교의 강요, 성적학대 등을 포함합니다.
- (4) 방임 및 유기는 기본적으로 제공하여야 할 것을 제공하지 않고 방치된 상태, 보호받지 못하고 버림받는 등의 행위 등을 포함합니다.
- (5) 경제적 폭력은 생활비 무제공, 집안의 재산을 동의없이 사용하는 행위, 논의 없이 보증을 서는 행위 등을 포함합니다.
- (6) 종교적 폭력/강요는 종교를 믿으라고 강요하거나, 자신이 믿지 않는 종교 시설에 본인의 의지에 상관없이 데리고 가는 것을 의미합니다.

문 31) 귀하가 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도움을 준 사람은 누구입니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 어머니
② 아버지
③ 형제/자
④ 배우자
⑤ 정신건강의학과 의사
⑥ 간호사
⑦ 사회복지사
⑧ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)
⑨ 환우/입원동료
⑩ 종교인
⑪ 없음
⑫ 기타 ( )

문 32) 내가 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아가는데 방해한 사람은 누구입니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 어머니
② 아버지
③ 형제/자매
④ 배우자
⑤ 정신건강의학과 의사
⑥ 간호사
⑦ 사회복지사
⑧ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)
⑨ 환우/입원동료
⑩ 종교인
⑪ 없음
⑫ 기타 ( )

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 33) 귀하의 집에 정신보건/복지 공무원 또는 전문가가 방문한 적이 있습니까?

① 방문한 적이 있다**(문 22-1로 이동)**
② 방문한 적 없다**(문 23로 이동)**

문 34) 방문한 이유는 무엇입니까?

① 병원이나 시설입원이나 이동을 위해
② 본인이나 가족의 요청에 의해
③ 지역주민의 항의로 인해
④ 기타 ( )

문 35) 귀하의 집에 경찰이 방문한 적이 있습니까?

① 방문한 적이 있다**(문 23-1로 이동)**
② 방문한 적 없다**(문 24로 이동)**

문 36) 방문한 이유는 무엇입니까?

① 병원이나 시설 입원이나 이동을 위해
② 본인이나 가족의 요청에 의해
③ 지역주민의 항의로 인해
④ 기타 ( )

문 37) 방문한 경찰은 귀하의 장애에 대해 어느 정도 알고 있다고 생각하십니까?

전혀 모른다	모른다	조금 아는 편이다	매우 잘 알고 있다
①	②	③	④

C. 지역사회 정신건강 및 사회서비스

다음은 귀하가 거주하는 지역사회에서 제공되는 정신건강 및 사회서비스와 관련된 문항입니다.
해당되는 번호에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 38) 평균적으로 병원 입원 후 증상이 안정화되는데 어느 정도 시간이 필요하다고 생각하십니까?

① 입원 후 7일 미만
② 입원 후 1-2주일 미만
③ 입원 후 2-4주일 미만
④ 입원 후 1-2달 미만
⑤ 입원 후 2-4달 미만
⑥ 입원 후 4-6달 미만

⑦ 입원 후 6달 후
⑧ 기타 ( )

문 39) 귀하가 병원퇴원 시 지역사회 생활이나 의료-직업관련 기관에 대한 소개나 연계를 받았습니까?

① 네
② 아니요

문 40) 병원입원 후 퇴원과 지역사회 적응을 위한 퇴원계획의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까?

전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
①	②	③	④

- 퇴원계획은 지역사회 거주 중 증상이 다시 나타날 경우 찾아갈 수 있는 기관, 거주할 장소를 찾을 수 있는 방법, 주변 정신건강센터를 소개시켜주는 등 병원에서 사회에서 살아갈 수 있도록 도와주는 서비스 연계 계획서를 말합니다.

문 41) 병원 퇴원계획에 포함되어야 하는 것들은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 약물 교육
② 퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개
③ 가족지원서비스 안내
④ 증상 재발현시 방문/이용 가능한 기관들 안내
⑤ 병원 퇴원 후 증상관련 사례관리 기관 안내
⑥ 지역사회 내 거주를 위한 서비스 제공기관 안내
⑦ 지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내
⑧ 지역사회 내 고용관련 서비스 제공기관 안내
⑨ 기타 ( )

문 42) 병원 퇴원계획은 지역사회 내에 있는 정신보건관련 서비스 기관 중 누구와 공유되어야 한다고 생각하십니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신건강복지센터
② 보건소
③ 사회/장애인복지관
④ 정신재활시설
⑤ 관련 장애인단체
⑥ 기타 ( )

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 43) 현재 장애증상관리 및 안정된 일상생활을 위해 필요하다고 생각되는 서비스는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 증상발현 등 긴급 상황 발생 시 가정방문 서비스
② 긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인
③ 병원과 지역사회 기관 간 정보공유 및 연계 서비스
④ 지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의 집중 사례관리
⑤ 활동보조인 서비스
⑥ 여가 및 운동 프로그램
⑦ 동료지원가에 의한 증상관리 및 상담 서비스
⑧ 병의원 및 약국 등의 방문에 함께 동행 해 도움을 줄 사람
⑨ 병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용지원
⑩ 소득지원(생활정착 지원금)
⑪ 지역주민과 관계형성
⑫ 기타 ( )

문 44) 동료지원가가 제공하는 서비스에 대해 들어보았거나 이용한 경험이 있습니까?

① 들어보지 못하였다
② 이용한 경험은 없지만, 들어보았다
③ 이용한 경험이 있다

문 45) 동료지원가의 주요한 역할은 무엇이라 생각하십니까? 주요한 역할 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 장애이해 교육 및 상담제공
② 증상 및 약물관리 교육
③ 일상생활, 대인관계 등 지역사회 적응훈련
④ 직업훈련, 보호작업장 등 취업을 위한 훈련
⑤ 취미 및 여가활용 훈련
⑥ 독립생활(주거) 훈련
⑦ 인권교육 및 가족교육

다음은 치료와 회복을 위한 서비스에 대해 여쭈어 보겠습니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 46) 귀하는 자신의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용 등)에 대해 어느 정도 알고 있습니까?

전혀 모름	거의 모르는 편임	조금 알고 있는 편임	매우 잘 알고 있음
①	②	③	④

문 47) 귀하가 지역사회에 거주하면서 급성증상을 경험하였을 때, 필요한 서비스는 무엇입니까?

① 즉시 입원할 수 있는 병원 서비스
② 증상을 낮추기 위한 긴급상담 및 전화 서비스
③ 증상을 낮추기 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문 서비스
④ 증상을 낮추기 위한 동료지원가 가정방문 서비스
⑤ 병원입원보다 증상을 낮추기 위해 일주일 정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스
⑥ 기타 ( )

문 48) 정신장애로부터 회복하는데 도움이 된 것은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신병원 입원
② 정신과 외래 진료
③ 꾸준한 약물 복용
④ 사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담
⑤ 동료지원가
⑥ 가족의 지지와 지원
⑦ 친구나 지인의 지지와 지원
⑧ 일자리
⑨ 종교나 종교인의 지지와 지원
⑩ 없음
⑪ 기타 ( )

문 49) 현재 귀하의 정신장애로부터 회복정도는 어떠하다고 생각하십니까?

① 증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있다
② 증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 필요하다
③ 가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다
④ 약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요하다
⑤ 병원입원이나 정신재활시설에 입소하고 싶다

문 50) 지난 1년 동안 귀하의 치료는 어떻게 진행되고 있습니까?

서비스	네	아니오
(1) 증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다.	①	②
(2) 정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약을 복용했었다.	①	②
(3) 정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다.	①	②
(4) 정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다.	①	②
(5) 치료에 특별히 참여한 적은 없고, 집에서 생활하고 있다.	①	②

문 51) 현재 주치의를 정기적 만나서 상담 및 치료를 받고 있습니까?

① 예 **(문 37-1로 이동)**
② 아니오 **(문 38로 이동)**

문 52) 주치의를 정기적 만나서 상담 및 치료를 받는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어렵다	어렵지 않다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④

문 53) 현재 위에 언급한 기관의 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 나 스스로 병원방문을 원하지 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다
② 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 병원 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다
⑥ 병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다
⑩ 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑪ 불편한 점 없다
⑫ 기타 ( )

(문 39으로 이동)

문 54) 현재 귀하가 위에 언급한 기관을 방문하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 나 스스로 병/의원 이용을 원하지 않는다
② 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 병원 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다
⑥ 병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 정신과 약물부작용 때문이다
⑩ 병/의원 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다
⑪ 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑫ 기타 ( )

다음은 정신재활시설, 사회복지기관 등 정신재활기관 이용과 서비스에 대해 여쭈어 보겠습니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 55) 지난 6개월 동안 다음 기관을 방문하여 서비스를 이용한 경험이 있습니까? 방문한 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 정신건강복지센터
② 정신재활시설
③ 사회복지관(장애인종합, 일반 사회복지관)
④ 장애인기관/시민단체
⑤ 이용한 기관 없음

문 56) 현재 위에 언급한 기관을 평균 주 1회 이상 직접 방문하여 사회복귀와 재활/회복에 필요한 프로그램에 참여하고 있습니까?
(예, 2개 기관을 주2회마다 방문 시, 1개 기관을 평균 주1회 방문하는 것임)

① 예, 기관에 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있습니다. ② 예, 기관에 직접 방문하지 않지만, 가정방문 서비스를 받고 있습니다.	**(문 40-1로 이동)**
③ 아니오.	**(문 41로 이동)**

문 57) 위에 언급한 기관을 이용하는 주된 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 각종 여가프로그램 이용
② 상담, 치료, 훈련 등 주간재활 프로그램 이용
③ 일자리사업 참여와 구직서비스 이용
④ 자원봉사활동 참여
⑤ 주간보호 프로그램 이용
⑥ 재가서비스(가정방문 등)이용
⑦ 주거서비스 이용
⑧ 친구 사귐, 친목도모
⑨ 기타 ( )

문 58) 위에 언급한 기관을 방문하여 사회복귀와 재활에 필요한 프로그램을 이용하는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어렵다	어렵지 않다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 59) 현재 위에 언급한 기관의 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 나 스스로 기관 이용을 원치 않지만 주위의 강요로 인해 방문한다
② 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 기관 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용하는 기관 내 강제치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 기관을 이용하는 동안 나의 정신질환이 알려질까 두렵다
⑥ 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다
⑩ 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑪ 불편한 점 없다
⑫ 기타 ( )

(문 42로 이동)

문 60) 현재 위에 언급한 기관을 방문하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 나 스스로 지역사회 정신재활기관을 이용하는 것을 원하지 않는다
② 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 기관 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용하는 기관 내 강제치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 기관을 이용하는 동안 나의 정신질환이 알려질까 두렵다
⑥ 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 정신과 약물부작용 때문이다
⑩ 기관 직원이나 전문가가 나와 가족을 무시한다
⑪ 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑫ 기타 ( )

D. 지역사회 거주

다음은 귀하의 지역사회 거주와 관련된 문항입니다. 해당되는 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 61) 현재 귀하는 어디에 살고 있습니까?

① 아파트
② 오피스텔(원룸포함)
③ 다세대 주택
④ 연립주택 (빌라)
⑤ 점포주택 등 복합용도주택
⑥ 비거주용 건물 내(공장)
⑦ 단독주택
⑧ 비닐하우스/판잣집
⑨ 컨테이너 혹은 임시가건물
⑩ 기타 ( )

문 62) 다음 중 귀하는 어디에 해당되십니까?

① 월세, 반전세 (보증금 있음) ② 사글세 (보증금 없음) ③ 국민임대주택 ④ 영구임대주택	**(→ 문 43-1로 이동)**
⑤ 자가(자기집) ⑥ 전세 ⑦ 무상 ⑧ 기타 ( )	**(→ 문 44로 이동)**

문 63) 위의 경우, 1달에 집세로 지출하는 비용은 어느 정도 인지 만원 단위로 응답해 주시기 바랍니다. 모를 경우 가족에게 물어보고 응답해 주시기 바랍니다.

				만원

문 64) 현재 살고 있는 집의 소유주는 다음 중 누구입니까?

① 부모의 집
② 형제/자매의 집
③ 친척집
④ 독립주거
⑤ 주거시설
⑥ 잘 모르는 타인의 집
⑦ 기타 ( )

문 65) 자신과 원하는 삶을 위해 어디에서/누구와 함께 생활해야 한다고 생각하십니까?

① 가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다
② 독립주거에서 혼자서 생활해야 한다
③ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다
④ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다
⑤ 정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다
⑥ 정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다
⑦ 기타 ( )

문 66) 지역사회 내 정신장애인의 주거안정을 위하여 필요한 것은 무엇이라고 생각하십니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원(전세 및 구입자금의 대출)
② 공공임대주택(아파트)에 대한 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공
③ 훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대
④ 영구적으로 생활이 가능한 그룹홈(주거시설) 확대
⑤ 주거비 지원(주거수당 제공 또는 전기·가스·수도 등 공공요금 감면)
⑥ 주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련
⑦ 정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원
⑧ 지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선
⑨ 이용가능한 병원/사회복귀시설 등 생활 편의시설 확대
⑩ 기타 ( )

F. 독립생활

다음은 독립생활과 관련된 문항입니다. 해당되는 번호에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 67) 현재 귀하의 한 달 생활비는 어느 정도 입니까? 만원단위로 응답해 주시기 바랍니다.
(만원)

문 68) 생활비의 주요한 출처는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 근로수입(본인 경제 활동 수입)
② 부모, 자녀, 지인이 주는 돈
③ 국가 및 지방자치단체에서 지급하는 수당 또는 연금
④ 결연 업체(개인) 후원
⑤ 기타 ( )

문 69) 지난 6개월 동안 가장 많이 참여한 여가활동은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 텔레비전 보기(TV로 영화시청 포함)
② 라디오 듣기
③ 영화, 연극, 연주회 관람
④ 컴퓨터 또는 인터넷
⑤ 운동하기(헬스, 축구, 수영)
⑥ 예술 활동(악기연주, 글쓰기, 춤)
⑦ 독서, 학습(언어공부, 강의듣기)
⑧ 휴식(낮잠, 목욕탕가기)
⑨ 자원봉사 활동
⑩ 친구 및 가족모임
⑪ 바둑, 장기
⑫ 종교 활동
⑬ 집주변 산책(숨이 차지 않게 천천히 걷기)
⑭ 동/식물 기르기
⑮ 여행
⑯ 없음
⑰ 기타 ( )

문 70) 현재 여가활동에 만족하십니까?

전혀 만족하지 않음	만족하지 않는 편	만족하는 편	매우 만족함
①	②	③	④
(문 49-1로 이동)	**(문 49-1로 이동)**	**(문 50으로 이동)**	**(문 50으로 이동)**

문 71) 여가활동에 만족하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 나의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서
② 가족구성원을 돌봐야 해서
③ 여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서
④ 여가 정보 및 프로그램이 부족해서
⑤ 여가활동을 함께 할 사람이 없어서
⑥ 여가 시설이 좋지 않아서(설비, 위생문제)
⑦ 여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서
⑧ 여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서
⑨ 주변사람들 눈치가 보여서
⑩ 기타( )

문 72) 주로 누구와 여가활동을 합니까?

① 혼자서
② 가족
③ 친구/이웃
④ 직장동료
⑤ 동호회 회원 (가족 제외)
⑥ 기타( )

국가인권위원회 humanrights.go.kr

문 73) 다음은 자신의 일상생활 기능정도에 대한 질문입니다. 각 문항에 응답해 주시기 바랍니다.

내용	전적인 도움이 필요함	부분적인 도움이 필요함	스스로 할 수 있음
(1) 적절한 식사를 준비하고 먹음	①	②	③
(2) 개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕 , 옷 입기 등)	①	②	③
(3) 일상가사활동 을 수행함(청소, 정리정돈, 설거지 등)	①	②	③
(4) 가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함	①	②	③
(5) 필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함	①	②	③
(6) 정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함	①	②	③
(7) 신체건강을 적절히 관리함	①	②	③
(8) 가족과 좋은 관계를 유지함	①	②	③
(9) 직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함	①	②	③
(10) 여가시간을 적절하게 보낼 수 있음	①	②	③
(11) 대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음	①	②	③

문 74) 최근 6개월 동안 일상생활을 도와주는 사람이 있습니까? 있다면 누구입니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 배우자
② 부모
③ 자녀(며느리, 사위 포함)
④ 형제자매
⑤ 친인척
⑥ 친구 및 이웃
⑦ 유료 간병인/가정봉사원
⑧ 활동보조인
⑨ 무료 간병인/가정봉사원
⑩ 요양보호사
⑪ 종교단체 관계자
⑫ 사회복지사
⑬ 없음
⑭ 기타 ( )

문 75) 현재 일상생활에서 가족이나 주변 사람들로부터 받고 있는 도움 정도는 어떠합니까?

매우 부족하다	부족한 편이다	충분한 편이다	매우 충분하다
①	②	③	④

문 76) 귀하의 집에서부터 다음 기관 및 시설을 이용하는데 심리적으로 불편함을 어느 정도 느끼십니까?

내용	전혀 불편하지 않다	거의 불편하지 않다	불편하다	매우 불편하다
(1) 시장, 마트 등 일상용품 구매 장소	①	②	③	④
(2) 병, 의원, 보건소 등 의료기관	①	②	③	④
(3) 읍면동 사무소(주민센터)	①	②	③	④
(4) 사회복지기관(장애인, 사회, 노인복지관 등)	①	②	③	④
(5) 버스정류장, 지하철역	①	②	③	④

문 77) 평상시 사회복지-고용-교육 등 필요한 정보를 주로 어떻게 얻고 있습니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① TV, 라디오, 신문을 통하여
② 인터넷 카페나 SNS를 통하여
③ 주변 지인을 통해
④ 장애인단체, 자조모임 등을 통해
⑤ 지자체, 공공기관을 통해
⑥ 해당 기관을 직접 방문하여
⑦ 복지기관 담당자를 통해
⑧ 학교, 학원 등을 통해
⑨ 기타 ( )

문 78) 평상 시 사회복지 서비스를 이용하는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어려운 편이다	어렵지 않은 편이다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④
(→ 문 56-1로 이동)	**(→ 문 56-1로 이동)**	**(→ 문 57로 이동)**	**(→ 문 57로 이동)**

문 79) 사회복지 관련 서비스를 이용하는데 어려움은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 이용 가능한 프로그램이 적다
② 서비스 이용절차가 복잡하다
③ 서비스 대기기간이 너무 길다
④ 서비스 비용이 부담된다
⑤ 서비스 제공기관이 불친절하다
⑥ 거리가 멀고 교통이 불편하다
⑦ 주변 사람들의 눈치가 보인다
⑧ 기타 ( )

문 80) 평상 시 고용, 교육관련 서비스를 이용하는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어려운 편이다	어렵지 않은 편이다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④
(→ 문 57-1로 이동)	**(→ 문 57-1로 이동)**	**(→ 문 58로 이동)**	**(→ 문 58로 이동)**

문 81) 고용, 교육관련 서비스를 이용하는데 애로사항은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 이용 가능한 프로그램 수가 적다
② 서비스 이용절차가 복잡하다
③ 서비스 대기기간이 너무 길다
④ 서비스 비용이 부담된다
⑤ 서비스 제공기관이 불친절하다
⑥ 거리가 멀고 교통이 불편하다
⑦ 주변 사람들의 눈치가 보인다
⑧ 기타 ( )

E. 지역사회 재통합

다음은 지역사회 재통합과 관련된 문항입니다. 해당되는 번호에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 82) 다음은 경제생활과 관련하여 느끼는 어려움 정도를 묻는 문항입니다.

항 목	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
(1) 나는 돈 때문에 인간관계를 맺는 것이 힘들다	①	②	③	④
(2) 나는 문화 및 여가생활을 할 수 있는 경제적 여유가 없다	①	②	③	④
(3) 나는 경제적으로 어려워 집을 구할 때마다 어려움을 겪고 있다	①	②	③	④
(4) 나는 돈이 없어 음식을 하거나 사지 못하여 식사를 거르곤 한다	①	②	③	④
(5) 나는 매월 공과금을 내는 것이 힘들다	①	②	③	④
(6) 나는 경제적으로 어려워 필요한 치료를 제때에 받지 못하고 있다	①	②	③	④
(7) 나는 빚 때문에 생활을 유지하는 것이 어렵다	①	②	③	④
(8) 나는 경제적으로 어려워 교육을 받지 못하고 있다	①	②	③	④

문 83) 다음은 현재 삶의 만족도에 대한 질문입니다. 해당되는 문항에 현재 만족도를 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.
(1점: 매우 불만족한다/ 10점: 매우 만족한다)

영역	매우 불만족한다				----------				매우 만족한다		해당없음
(1) 건강	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(2) 수입	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(3) 주거환경	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(4) 학교생활	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(5) 직업	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(6) 결혼생활	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(7) 사회적 관계	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(8) 전반적 삶의 만족도	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳

[부록] 양적조사 설문지(가족용)

정신장애인 지역사회 주거 치료 실태조사_가족용

안녕하십니까?

성산생명윤리연구소에서는 <정신장애인 지역사회 거주.치료 실태조사>를 수행하고 있습니다. 본 연구는 정신장애인이 장기입원이나 시설생활을 마치고 지역사회로 재통합하는 과정에 영향을 미치는 요인 가운데, 거주 및 치료 관련 영향요인으로 무엇이 있는지 파악하는 것이 목적입니다. 본 연구에 참여할 것인지 여부를 결정하기 전에, 설명서와 동의서를 신중하게 읽어보시길 바랍니다. 이 연구가 왜 수행되며, 무엇을 수행하는지 귀하가 이해하는 것이 중요합니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행됩니다.

본 조사에서 수집된 정보는 정신장애인의 거주 및 치료 전반에 대한 기초정보를 분석하고 정책방향을 제시하는데 그 목적이 있습니다. 귀하의 응답은 정신장애인 거주와 치료정책수립에 귀중한 기초자료로 활용되오니, 시간을 내어 참여해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

2018년 8월

본 조사는 통계법 제 33조에 의거하여 통계작성의 목적 이외에는 사용되지 않으며 비밀이 보장됩니다.

연구 참여 동의서

연구명: 정신장애인 지역사회 거주 치료 실태조사를 위한 연구

1. 연구의 배경과 목적

2017년 5월 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)」이 개정되어 시행되었습니다. 이에 따라 정신의료기관 및 정신요양시설에 거주하고 있는 각각 70,000명 및 10,000명으로 추정되는 정신장애인 가운데 절반이 지역사회에서 거주 및 치료를 받게 될 것으로 보입니다.

이에 본 연구는 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사를 시행하여 탈원화와 지역사회 통합을 위한 정책과 서비스 마련을 위한 기초자료를 제시하고자 합니다. 이를 위해 정신장애인 및 가족과 보호자를 대상으로 설문조사를 통해 지역 사회의 실태를 파악하고자 하는 연구를 수행하려 합니다.

2. 연구 참여 대상

본 연구에는 지역사회 거주 정신보건법 제3조, 장애인복지법 제2조의 정의에 의한 정신장애인 당사자와 함께 거주하고 있는 가족구성원이 참여합니다. 정신장애인은 만 19세 이상이며, 연구참여 의사를 밝힌 등록된 정신장애인을 의미합니다. 가족구성원은 정신장애인들과 생계를 같이하고 있는 부모, 형제, 자매, 조부모 등을 의미합니다. 정신장애인 당사자는 현재 지역사회에 거주하고 있어야 하며, 가족은 당사자와 함께 거주하고 있어야 합니다.

안타깝지만, 알코올 및 물질 사용장애를 가진 정신장애인 혹은 가족구성원은 설문에 참여할 수 없습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 연구 방법

귀하는 30분정도 소요되는 설문조사에 참여하여 아래 제시되어 있는 주제에 따른 설문에 응답하게 됩니다. 해당 설문조사는 인터넷으로 실시됩니다. 설문조사 주제와 문항은 다음과 같습니다.

(1) 기본적인 인적사항
(2) 인권 관련 질문
(3) 지역사회 정신건강 및 사회서비스
(4) 지역사회 거주
(5) 독립생활
(6) 지역사회 재통합

4. 연구참여에 따른 이익

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 정신장애인과 함께 거주하는 과정에서 거주 및 치료에 대한 경험은 지역사회통합을 위한 치료정책과 시스템의 필요성에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

5. 부작용 또는 위험과 불편함

본 연구에 참여하면서 설문문항에 답변 시, 부작용과 위험은 최소화하도록 하였지만 불편한 감정이 생길 수 있습니다. 이 경우 귀하는 언제든지 설문응답을 중단할 수 있습니다. 이후 귀하에게 어떠한 불이익도 발생하지 않습니다.

6. 연구 참여에 따른 보상

연구참여 시 사례비 등의 소정의 사례로 귀하에게 5,000원 상당의 상품권이 지급될 것입니다.

7. 자발적 연구 참여와 중지

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있으며, 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다. 귀하는 원한다면 설문응답을 언제든지 중지할 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 설문을 하고 있는 인터넷 창을 닫으시면 됩니다. 설문응답 중지 시 귀하의 자료는 더 이상 연구에 사용되지 않고 관련 자료는 즉시 폐기됩니다.

8. 연구 문의

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 언제든지 연락하십시오.
성산생명윤리연구소, 010-4713-4595

귀하가 연구 참여에 동의하시면 아래에 이름을 한글로 적어주시기 바랍니다.

_____

설문시작

이제부터 설문이 시작됩니다. 신중하게 응답하여 주시기 바랍니다.

문 1) 귀하의 가족 중에 정신장애를 진단받은 당사자가 있습니까? *당사자는 정신장애를 가진 가족 구성원을 말합니다.

① 네
② 아니요

문 2) 정신장애인 당사자는 장애등록을 하였습니까?

① 네, 장애등록을 하였습니다.
② 아니요, 장애등록을 하지 않았습니다.

문 3) 귀하는 정신장애를 가진 당사자와 함께 살고 있습니까?

① 네, 당사자와 함께 살고 있습니다.
② 아니오, 당사자와 함께 살고 있지 않습니다.

문 4) 귀하의 거주 지역은 어디입니까?

① 서울
② 인천
③ 경기
④ 부산
⑤ 경남/울산
⑥ 대구/경북
⑦ 광주/전남
⑧ 전주/전북
⑨ 대전/세종/충청
⑩ 제주/강원

A. 일반현황

다음은 귀하의 일반사항에 대한 질문입니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 1) 성별은 무엇입니까?

① 남자 ② 여자

문 2) 태어난 년도는 언제입니까? 4자리 숫자(예, 1967)로 응답해 주시기 바랍니다.

				년

문 3) 최종학력은 어떻게 되십니까?

※ 교육부장관이 인정하는 학력을 정규교육으로 봅니다.
※ 검정고시 합격한 경우는 정규교육을 받은 것으로 인정합니다.
※ 기능훈련, 직업훈련, 입시학원은 학력으로 인정되지 않습니다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

① 무학(만 7세 이상)
② 초등학교
③ 중학교
④ 고등학교
⑤ 전문대 또는 4년제 대학교
⑥ 석사
⑦ 박사

거주 지역은 어디입니까?

① 서울
② 부산
③ 대구
④ 인천
⑤ 광주
⑥ 대전
⑦ 울산
⑧ 세종
⑨ 경기도
⑩ 강원도
⑪ 충청북도
⑫ 충청남도
⑬ 전라북도
⑭ 전라남도
⑮ 경상북도
⑯ 경상남도
⑰ 제주

문 4) 현재 혼인상태가 어떻게 되십니까?

① 미혼 **(문 5-1로 이동)**
② 결혼 (사실혼, 동거 포함)
③ 이혼
④ 별거 **(문 6으로 이동)**
⑤ 사별

문 5) 결혼하지 않은 주된 이유는 무엇입니까?

① 결혼시기가 되지 않아
② 나의 건강문제로 인해
③ 가족 등 주위의 반대로
④ 결혼할 생각이 없어서
⑤ 장애가 있는 가족을 돌봐야 해서
⑥ 경제적 어려움 (생활비/결혼 자금 마련)
⑦ 결혼시기를 놓쳐서
⑧ 직장과 경력을 위해서
⑨ 기타 ( )

문 6) 현재 귀하와 함께 집에서 거주하고 있는 사람은 누구입니까? 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 정신장애를 가진 당사자
② 배우자나 자녀 (1촌)
③ 형제 또는 자매
④ 친족관계가 없는 정신장애를 가진 사람들
⑤ 친족관계가 없는 정신장애가 없는 사람들
⑥ 기타 ( )

문 7) 당사자와 귀하의 관계는 무엇입니까?

① 당사자의 부모 중 어머니
② 당사자의 부모 중 아버지
③ 당사자의 배우자(남편 또는 아내)
⑤ 당사자의 조부모
⑥ 당사자의 자녀
⑦ 당사자의 친척

④ 당사자의 형제/자매 및 그 배우자　　⑧ 기타 (　　)

문 8)　귀하의 경제적 상태는 어떠합니까?

① 상
② 중
③ 하

문 9)　귀하의 가구는 국민기초생활수급 유형은 무엇입니까?

① 해당 없음
② 기초생활수급권자
③ 차상위계층
④ 국가유공자

문 10)　현재 귀하의 취업상태는 어떠합니까?

① 무직 **(문 11로 이동)**
② 정규직
③ 계약직
④ 일용직
⑤ 자영업
⑥ 가정에서 가사전담
⑦ 기타(　　)

문 11)　귀하가 현재 하고 있는 업무는 무엇입니까? (　　)

문 12)　지난 6개월 평균 가계소득은 어느 정도입니까?

① 50만원 미만
② 50~100만원 미만
② 100~200만원 미만
③ 200~300만원 미만
④ 300~400만원 미만
⑤ 400~500만원 미만
⑥ 500만원 이상

문 13)　귀하가 생활하면서 지출하는 비용 중 가장 부담되는 항목은 무엇입니까? 가장 부담되는 항목을 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 없음
② 식료품비(외식비 포함)
③ 집세, 월세
④ 의류비(옷, 신발 구입비 포함)
⑤ 교육비
⑥ 보건의료비
⑦ 주거관련비용(전기/수도/냉난방)
⑧ 교통/통신비
⑨ 교양/오락비
⑩ 생필품 및 내구재 구입비
⑪ 기타 (　　)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

문 14) 가계소득 중 당사자의 치료, 생활비, 용돈에 들어가는 금액의 부담정도는 어떠합니까?

전혀 부담되지 않는다	거의 부담되지 않는다	부담된다	매우 부담된다
①	②	③	④

B. 인권

다음은 인권과 관련된 질문입니다. 해당되는 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 15) 당사자는 정신병원에 입원하거나 정신재활시설(생활시설, 그룹홈 등)에 입소한 경험이 있습니까?

① 정신병원에 입원한 경험이 있습니다.	**(문 14-1로 이동)**
② 정신재활시설에 입소한 경험이 있습니다.	**(문 15로 이동)**
③ 정신병원, 정신재활시설 모두에 거주한 경험이 있습니다.	**(문 14-1로 이동)**
④ 아니오, 둘 다 없습니다.	**(문 15로 이동)**

문 16) 당사자가 정신병원 입원 총 횟수는 몇 번인가요? (회)

문 17) 당사자가 스스로 입원이 필요하다고 하여 자의입원한 경우는 몇 번인가요? (회)

문 18) 이제까지 당사자가 정신병원을 입원한 총 기간은 어느 정도 입니까?

① 1~6개월 미만
② 6~12개월 미만
③ 1~2년 미만
④ 2~5년 미만
⑤ 5~10년 미만
⑥ 10년 이상

문 19) 당사자의 정신병원 입원은 주로 누구의 결정에 근거하여 이루어졌습니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자 본인
② 부모 중 어머니
③ 부모 중 아버지
④ 배우자
⑤ 형제/자매
⑥ 친인척
⑦ 자녀
⑧ 시장/군수/구청장
⑨ 정신건강의학과 의사 또는 정신보건전문가 권유
⑩ 기타 ( )

문 20) 정신병원 퇴원은 주로 누구의 결정에 근거하여 이루어졌나요? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자 본인
② 부모 중 어머니
③ 부모 중 아버지
④ 배우자
⑤ 형제/자매
⑥ 친인척
⑦ 자녀
⑧ 정신건강의학과 의사의 결정으로
⑨ 심판위원의 결정으로
⑩ 기타 ( )

문 21) 2017년 5월에 개정된 정신건강복지법에 따르면 정신병원 입원절차가 변화하고, 지역사회 서비스 제공을 강조하고 있습니다. 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

① 과거보다 상당히 나빠졌다
② 과거보다 약간 나빠졌다
③ 과거와 비슷하다
④ 과거보다 약간 좋아졌다
⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
⑥ 모르겠다

문 22) 귀하는 정신건강복지법 시행 후 정신장애인의 정신건강을 위한 보건/복지서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?

① 과거보다 상당히 나빠졌다
② 과거보다 약간 나빠졌다
③ 과거와 비슷하다
④ 과거보다 약간 좋아졌다
⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다
⑥ 모르겠다

문 23) 최근 보건복지부 발표에 따르면, 정신건강복지법 개정 후에도 병원에 있는 정신장애인들이 지역사회로 퇴원하는 당사자 수가 늘고 있지 않은 것으로 나타났습니다. 다음 중 어떠한 이유로 인해 당사자들이 병원에 있다고 생각하는지 최대 2가지까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 퇴원 후 살 곳이 없기 때문에
② 가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에
③ 혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에

④ 정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서
⑤ 병원에 머무는 것이 더 익숙하고 편해서
⑥ 병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에
⑦ 지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에
⑧ 지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에
⑨ 기타 ( )

문 24) 귀하가 건강상 이유, 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 돌볼 수 없을 때, 당사자의 생활에서 가장 염려되는 점은 무엇입니까?

① 거주지 혹은 주택마련
② 생활비용 등 소득(비용)보장
③ 정신건강관리(약물, 의료기관 입/퇴원)
④ 신체건강관리(성인병, 당뇨 등)
⑤ 재산관리
⑥ 신변보호(후견)
⑦ 기타 ( )

다음은 당사자가 지역사회에서 생활하는 동안 들어왔던 긍정적/부정적인 메시지에 대한 질문입니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 25) 당사자가 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도움을 준 사람은 누구라고 생각하십니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 어머니
② 아버지
③ 형제/자매
④ 배우자
⑤ 정신건강의학과 의사
⑥ 간호사
⑦ 사회복지사
⑧ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)
⑨ 환우/입원동료
⑩ 종교인
⑪ 없음
⑫ 기타 ( )

문 26) 당사자가 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아가는데 방해한 사람은 누구라고 생각하십니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 어머니
② 아버지
③ 형제/자매
④ 배우자
⑤ 정신건강의학과 의사
⑥ 간호사
⑦ 사회복지사
⑧ 그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)
⑨ 환우/입원동료
⑩ 종교인
⑪ 없음
⑫ 기타 ( )

문 27) 귀하의 집에 전문가(공무원 또는 정신건강전문가)가 방문한 적이 있습니까?

① 방문한 적이 있다 **(문 20-1로 이동)**
② 방문한 적 없다 **(문 21로 이동)**

문 28) 방문한 이유는 무엇입니까?

① 욕구조사, 사례관리 등을 포함하는 복지서비스 제공
② 본인이나 가족의 요청에 의해
③ 병원이나 시설 입원이나 이동을 위해
④ 지역주민의 항의로 인해
⑤ 기타 ( )

문 29) 귀하의 집에 경찰이 방문한 적이 있습니까?

① 방문한 적이 있다 **(문 21-1로 이동)**
② 방문한 적 없다 **(문 22로 이동)**

문 30) 방문한 이유는 무엇입니까?

① 병원이나 시설 입원이나 이동을 위해
② 본인이나 가족의 요청에 의해
③ 지역주민의 항의로 인해
④ 기타 ( )

문 31) 방문한 경찰은 당사자의 장애에 대해 어느 정도 알고 있다고 생각하십니까?

전혀 모른다	모른다	조금 아는 편이다	매우 잘 알고 있다
①	②	③	④

C. 지역사회 정신건강 및 사회서비스

다음은 병원퇴원에 대해 여쭈어 보겠습니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 32) 귀하가 보았을 때 평균적으로 병원 입원 후 증상이 안정화되는데 어느 정도 시간이 필요하다고 생각하십니까?

① 입원 후 7일 미만
② 입원 후 1-2주일 미만
③ 입원 후 2-4주일 미만
④ 입원 후 1-2달 미만
⑤ 입원 후 2-4달 미만
⑥ 입원 후 4-6달 미만
⑦ 입원 후 6달 후

국가인권위원회 humanrights.go.kr

⑧ 모르겠다
⑨ 기타 ( )

문 33) 당사자가 병원퇴원 시 지역사회 생활이나 의료-직업관련 기관에 대한 소개나 연계를 받았습니까?

① 네, 소개나 연계를 받았습니다
② 아니요, 소개나 연계를 전혀 받지 못하였습니다

문 34) 병원입원 후 퇴원과 지역사회 적응을 위하여 퇴원계획의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까?

전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
①	②	③	④

- 퇴원계획은 지역사회 거주 중 증상이 다시 나타날 경우 찾아갈 수 있는 기관, 거주할 장소를 찾을 수 있는 방법, 주변 정신건강센터를 소개시켜주는 등 병원에서 사회에서 살아갈 수 있도록 도와주는 서비스 연계 계획서를 말합니다.

문 35) 병원 퇴원계획에 포함되어야 하는 것들은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 약물 교육
② 퇴원 후 병원에서 이용할 수 있는 서비스/프로그램 소개
③ 가족지원서비스 안내
④ 증상 재발현시 방문/이용 가능한 기관들 안내
⑤ 병원 퇴원 후 증상관련 사례관리 기관 안내
⑥ 지역사회 내 거주를 위한 서비스 제공기관 안내
⑦ 지역사회 내 사회복지 서비스 제공기관 안내
⑧ 지역사회 내 고용관련 서비스 제공기관 안내
⑨ 기타 ( )

문 36) 병원 퇴원계획은 지역사회 내에 있는 정신보건관련 서비스 기관 중 누구와 공유되어야 한다고 생각하십니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신건강복지센터
② 보건소
③ 사회/장애인복지관
④ 정신재활시설
⑤ 관련 장애인단체
⑥ 기타 ( )

문 37) 현재 장애증상관리 및 안정된 일상생활을 위해 필요하다고 생각되는 서비스는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 증상발현 등 긴급 상황 발생 시 가정방문 서비스
② 긴급상담을 받을 수 있는 24시간 전화 핫라인
③ 병원과 지역사회 기관 간 정보공유 및 연계 서비스
④ 지역사회 적응을 위한 사회복지전문가의 집중 사례관리
⑤ 활동보조인 서비스
⑥ 여가 및 운동 프로그램
⑦ 동료지원가에 의한 증상관리 및 상담 서비스
⑧ 병의원 및 약국 등의 방문에 함께 동행 해 도움을 줄 사람
⑨ 병의원 진료 및 약 구입을 위한 비용지원
⑩ 소득지원(생활정착 지원금)
⑪ 지역주민과 관계형성
⑫ 기타 ( )

문 38) 동료지원가가 제공하는 서비스에 대해 들어보았거나 이용한 경험이 있습니까?

① 들어보지 못하였다
② 이용한 경험은 없지만, 들어보았다
③ 이용한 경험이 있다

다음은 치료와 회복을 위한 서비스에 대해 여쭈어 보겠습니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 39) 귀하는 당사자의 장애(장애특성, 증상관리, 치료방법, 약물복용 등)에 대해 어느 정도 알고 있습니까?

전혀 모름	거의 모르는 편임	조금 알고 있는 편임	매우 잘 알고 있음
①	②	③	④

문 40) 당사자가 지역사회에 거주하면서 급성증상을 경험하였을 때, 필요한 서비스는 무엇입니까?

① 즉시 입원할 수 있는 병원 서비스
② 증상을 낮추기 위한 긴급상담 및 전화 서비스
③ 증상을 낮추기 위한 의료-사회복지 전문인력의 가정방문 서비스
④ 증상을 낮추기 위한 동료지원가 가정방문 서비스
⑤ 병원입원보다 증상을 낮추기 위해 일주일 정도 안전한 장소에서 머무를 수 있는 서비스
⑥ 기타 ( )

문 41) 당사자가 정신장애로부터 회복하는데 도움이 된 것은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신병원 입원

② 정신과 외래 진료
③ 꾸준한 약물 복용
④ 사회복지사나 심리상담사와 같은 전문가 상담
⑤ 동료지원가
⑥ 가족의 지지와 지원
⑦ 친구나 지인의 지지와 지원
⑧ 일자리
⑨ 종교나 종교인의 지지와 지원
⑩ 없음
⑪ 기타 ( )

문 42) 현재 귀하의 정신장애로부터 회복정도는 어떠하다고 생각하십니까?

① 증상이 없고 혼자서 일상생활과 직장생활이 가능하며, 독립적으로 살아갈 수 있을 정도이다
② 증상이 없고 집에서 생활하는 것은 문제없지만 외출이나 직장생활에 대한 도움이 여전히 필요하다
③ 가끔씩 증상이 나타나는 것 외에 집에서 생활하는 데에는 어려움이 없다
④ 약물복용 및 식사하기 등 일상생활을 위해 훈련이나 보호자나 다른 사람의 도움이 필요로하다
⑤ 병원입원이나 정신재활시설에 입소하는 것이 필요하다

문 43) 지난 1년 동안 당사자의 치료는 어떻게 진행되고 있습니까?

서비스	네	아니오
(1) 증상이 악화되어 정신병원에서 입원치료를 받았던 적이 있다.	①	②
(2) 정기적으로 정신과 병/의원을 방문하여 정신건강의학과 의사와 상담하고 약을 복용했었다.	①	②
(3) 정신요양시설이나 거주시설에 입소했던 적이 있다.	①	②
(4) 정기적으로 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여했던 적이 있다.	①	②
(5) 치료에 특별히 참여한 적은 없고, 집에서 생활하고 있다.	①	②

문 44) 귀하는 당사자가 병원에 입원하거나 주치의를 정기적으로 만나서 상담 및 치료를 받아야 한다고 생각하십니까?

① 예, 병원에 입원해야 한다고 생각한다
② 예, 주치의를 정기적으로 만나서 상담/치료를 받아야 한다고 생각한다
② 아니오, 입원하거나 주치의를 만날 필요가 없다고 생각한다

문 45) 현재 당사자는 병원에 입원 혹은 주치의와 정기적 만나서 상담 및 치료를 받고 있습니까?

① 예, 병원에 입원해야 한다고 생각한다
② 예, 주치의를 정기적으로 만나서 상담/치료를 받아야 한다고 생각한다 **(문 35-1로 이동)**

③ 아니오, 입원하거나 주치의를 만나고 있지 않다 **(문 36으로 이동)**

문 46) 병원에 입원 혹은 주치의와 정기적 만나서 상담 및 치료를 받는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어렵다	어렵지 않다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④

문 47) 현재 당사자가 위에 언급한 기관의 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자 본인이 원하지 않아 방문하는 것이 힘들다
② 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 병원 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 병/의원을 이용하는 동안 내가 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두렵다
⑥ 병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 병/의원 직원이나 전문가가 당사자와 가족을 무시한다
⑩ 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑪ 불편한 점 없다
⑫ 기타 ( )

(문 37로 이동)

문 48) 현재 당사자가 위에 언급한 기관을 방문하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자 본인이 원하지 않는다
② 병/의원을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 이용하는 병원 내 상담/재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 이용한 병/의원 내 강제 치료, 약물복용, 폭력, 괴롭힘 등 트라우마로 인해 그렇다
⑤ 병/의원을 이용하는 동안 정신질환자라는 것이 외부에 알려질까 두려워서
⑥ 병/의원을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑦ 병/의원 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑧ 가까운 곳에 병/의원이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑨ 정신과 약물부작용 때문이다
⑩ 병/의원 직원이나 전문가가 OOO과 가족을 무시한다
⑪ 병/의원 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑫ 기타 ( )

다음은 정신재활시설, 사회복지기관 등 정신재활기관 이용과 서비스에 대해 여쭈어 보겠습니다. 각각의 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 49) 지난 6개월 동안 당사자가 다음 기관을 방문하여 서비스를 이용한 경험이 있습니까? 방문한 기관을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

① 정신건강복지센터
② 정신재활시설
③ 사회복지관(장애인종합, 일반 사회복지관)
④ 장애인기관/시민단체
⑤ 이용한 기관 없음 **(문 39로 이동)**

문 50) 현재 당사자는 위에 언급한 기관을 평균 주 1회 이상 직접 방문하여 사회복귀와 재활/회복에 필요한 프로그램에 참여하고 있습니까? (예, 2개 기관을 주2회마다 방문 시, 1개 기관을 평균 주1회 방문하는 것임)

① 예, 기관에 직접 방문하여 프로그램에 참여하고 있습니다. ② 예, 기관에 직접 방문하지 않지만, 가정방문 서비스를 받고 있습니다.	**(문 38-1로 이동)**
③ 아니오.	**(문 39로 이동)**

문 51) 위에 언급한 기관을 이용하는 주된 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 각종 여가프로그램 이용
② 상담, 치료, 훈련 등 주간재활 프로그램 이용
③ 일자리사업 참여와 구직서비스 이용
④ 자원봉사활동 참여
⑤ 주간보호 프로그램 이용
⑥ 재가서비스(가정방문 등)이용
⑦ 주거서비스 이용
⑧ 친구 사귐, 친목도모
⑨ 기타 ( )

문 52) 위에 언급한 기관을 방문하여 사회복귀와 재활에 필요한 프로그램을 이용하는데 어려움이 있습니까?

매우 어렵다	어렵다	어렵지 않다	전혀 어렵지 않다
①	②	③	④

문 53) 현재 위에 언급한 기관의 서비스를 이용하는데 가장 불편한 점은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자가 지역사회 기관 이용하는 것을 거부하거나 반대한다

② 지역사회 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 당사자가 필요로 하는 재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 지역사회 기관을 이용하는 동안 정신질환자임이 알려질까 두렵다
⑤ 지역사회 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑥ 지역사회 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑦ 가까운 곳에 관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑧ 지역사회 기관 직원이 당사자나 가족을 무시한다
⑨ 지역사회 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑩ 기타 ( )
⑪ 불편한 점 없다**(문 49로 이동)**

문 54) 현재 위에 언급한 기관을 방문하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자가 지역사회 기관 이용하는 것을 거부하거나 반대한다
② 지역사회 기관을 이용하고 있지만 도움이 되지 않아 계속 이용해야 할지 의문이다
③ 당사자가 필요로 하는 재활/회복서비스가 없거나 프로그램이 부족하다
④ 지역사회 기관을 이용하는 동안 정신질환자임이 알려질까 두렵다
⑤ 지역사회 기관을 이용하는 비용이 너무 부담스럽다
⑥ 지역사회 기관 이용 절차가 복잡하거나 대기기간이 길다
⑦ 가까운 곳에 관이 없거나 기관까지 이동하기가 어렵다
⑧ 지역사회 기관 직원이 당사자나 가족을 무시한다
⑨ 지역사회 기관 환경이 나쁘거나 편의시설이 부족하다
⑩ 기타 ( )

문 55) 정신장애인과 함께 살고 있는 가족을 위해 지역사회에서 제공되어야 한다고 생각하는 프로그램은 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 정신장애인 대상 증상 및 약물 관리
② 정신장애인 대상 낮활동
③ 정신장애인 대상 직업재활
④ 정신장애인이 독립적으로 살 수 있는 집 제공
⑤ 가족 구성원 대상 여가/취미활동
⑥ 가족 구성원 대상 관계회복(가족상담)
⑦ 정신장애인 대상 여가/취미활동
⑧ 가족 구성원 대상 증상 발현시 대응방법/안전교육
⑨ 기타 ( )

D. 지역사회 거주

다음은 귀하의 지역사회 거주와 관련된 문항입니다. 해당되는 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 1) 현재 귀하는 어디에 살고 있습니까?

① 아파트
② 오피스텔(원룸포함)
③ 다세대 주택
④ 연립주택 (빌라)
⑤ 점포주택 등 복합용도주택
⑥ 비거주용 건물 내(공장)
⑦ 단독주택
⑧ 비닐하우스/판잣집
⑨ 컨테이너 혹은 임시가건물
⑩ 기타 ( )

문 56) 다음 중 귀 가정이 집을 소유하고 있는 형태는 무엇입니까?

① 월세, 반전세 (보증금 있음) ② 사글세 (보증금 없음) ③ 국민임대주택 ④ 영구임대주택	**(→ 문 41 - 1로 이동)**
⑤ 자가(자기집) ⑥ 전세 ⑦ 무상 ⑧ 기타 ( )	**(→ 문 42로 이동)**

문 57) 위의 경우, 1달에 집세로 지출하는 비용은 어느 정도 인지 만원 단위로 응답해 주시기 바랍니다.

□□□□ 만원

문 58) 현재 살고 있는 집의 소유주는 다음 중 누구입니까?

① 당사자의 부모
② 당사자의 형제/자매
③ 당사자의 친척
④ 기타 ( )

문 59) 당사자가 원하는 삶을 위해 어디에서/누구와 함께 생활해야 한다고 생각하십니까?

① 가정에서 함께 가족들과 함께 생활해야 한다
② 독립주거에서 혼자서 생활해야 한다
③ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 전문가(의료전문가, 사회복지사)의 도움을 받으며 생활해야 한다
④ 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 당사자들끼리 도우며 생활해야 한다
⑤ 정신요양시설에 입소하여 생활해야 한다
⑥ 정신병/의원에 입원하여 치료받으며 생활해야 한다
⑦ 기타 ( )

문 60) 당사자의 주거안정을 위하여 정책적으로 강화되어야 하는 것은 무엇이라고 생각하십니까? 최대 2개까

지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 주택 임대 및 구입을 위한 경제적 비용 지원(전세 및 구입자금의 대출)
② 공공임대주택(아파트)에 대한 우선 입주권 보장 혹은 주거시설로 제공
③ 훈련이나 단기간 보호를 위한 그룹홈(주거시설) 확대
④ 영구적으로 생활이 가능한 그룹홈(주거시설) 확대
⑤ 주거비 지원(주거수당 제공 또는 전기·가스수도 등 공공요금 감면)
⑥ 주거시설 유형의 다양화 및 차별화된 인력/서비스 기준 마련
⑦ 정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원
⑧ 지역주민과 갈등에 대한 중재 및 지역사회 인식개선
⑨ 이용 가능한 병원/정신재활시설 등 생활 편의시설 확대
⑩ 기타 ( )

F. 독립생활

다음은 독립생활과 관련된 문항입니다. 해당되는 번호에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 61) 현재 여가활동에 만족하십니까?

전혀 만족하지 않음	만족하지 않는 편	만족하는 편	매우 만족함
①	②	③	④
(문 45-1로 이동)	**(문 45-1로 이동)**	**(문 46으로 이동)**	**(문 46으로 이동)**

문 62) 여가활동에 만족하지 않는 이유는 무엇입니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 자신의 몸이 아프거나 장애로 인해 참여할 수 없어서
② 당사자를 돌봐야 해서
③ 그 외 가족구성원을 돌봐야 해서
④ 여가활동에 필요한 비용이 부담스러워서
⑤ 여가 정보 및 프로그램이 부족해서
⑥ 여가활동을 함께 할 사람이 없어서
⑦ 여가 시설이 좋지 않아서(설비, 위생문제)
⑧ 여가활동 장소까지 거리가 멀거나 교통이 불편해서
⑨ 여가활동을 하고 싶은데 시간이 부족해서
⑩ 주변사람들 눈치가 보여서
⑪ 기타( )

문 63) 다음은 당사자의 일상생활 기능정도에 대한 질문입니다. 각 문항에 응답해 주시기 바랍니다.

내용	전적인 도움이 필요함	부분적인 도움이 필요함	스스로 할 수 있음
(1) 적절한 식사를 준비하고 먹음	①	②	③
(2) 개인위생을 깨끗하게 관리함(세면, 목욕 , 옷 입기 등)	①	②	③
(3) 일상가사활동 을 수행함(청소, 정리정돈, 설거지 등)	①	②	③
(4) 가스, 불, 전기 등을 안전하게 관리함	①	②	③
(5) 필요한 물품을 적절히 구매하거나 돈을 잘 관리함	①	②	③
(6) 정신과 약물을 정신건강의학과 의사의 지시대로 복용함	①	②	③
(7) 신체건강을 적절히 관리함	①	②	③
(8) 가족과 좋은 관계를 유지함	①	②	③
(9) 직장, 시설, 지역사회에서 타인들과 좋은 관계를 형성하거나 유지함	①	②	③
(10) 여가시간을 적절하게 보낼 수 있음	①	②	③
(11) 대중교통수단을 이용하여 혼자서 외출할 수 있음	①	②	③

문 64) 최근 6개월 동안 당사자의 일상생활을 도와주는 사람이 있습니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① 당사자의 배우자
② 당사자의 부모
③ 당사자의 자녀(며느리, 사위 포함)
④ 당사자의 형제자매
⑤ 당사자의 친인척
⑥ 유료 간병인/가정봉사원
⑦ 활동보조인
⑧ 무료 간병인/가정봉사원
⑨ 요양보호사
⑩ 종교단체 관계자
⑪ 사회복지사
⑫ 없음
⑬ 기타 ( )

문 65) 현재 일상생활에서 가족이나 주변 사람들이 당사자에게 제공하는 도움 정도는 어떠합니까?

매우 부족하다	부족한 편이다	충분한 편이다	매우 충분하다
①	②	③	④

문 66) 평상시 당사자를 위한 사회복지-고용-교육 등 필요한 정보를 주로 어떻게 얻고 있습니까? 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

1		2	

① TV, 라디오, 신문을 통하여
② 인터넷 카페나 SNS를 통하여
③ 주변 지인을 통해
④ 장애인단체, 자조모임 등을 통해
⑤ 지자체, 공공기관을 통해
⑥ 해당 기관을 직접 방문하여
⑦ 복지기관 담당자를 통해
⑧ 학교, 학원 등을 통해
⑨ 기타 ( )

E. 지역사회 재통합

다음은 지역사회 재통합과 관련된 문항입니다. 해당되는 번호에 응답하여 주시기 바랍니다.

문 67) 지난 1년을 되돌아 볼 때 당사자와 생활하는데 있어 가족이 느끼는 부담은 어떠합니까?

질문	부담을 느낌	부담을 느끼지 않음
(1) 낮 시간에 정신질환 증상이나 장애로 인해 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 함	①	②
(2) 밤 시간에 정신질환 증상이나 장애로 인해 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 함	①	②
(3) 대부분의 시간은 문제없이 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못함	①	②
(4) 정신질환의 증상이나 장애로 인해 자살하지 않을까 염려됨	①	②
(5) 정신질환의 증상이나 장애로 인해 가족을 해치지 않을까 염려됨	①	②
(6) 정신질환의 증상이나 장애로 인해 이웃을 해치지 않을까 염려됨	①	②
(8) 가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 이웃이 알까 염려됨	①	②
(9) 정신질환에 대한 치료비 부담이 있음	①	②
(10) 환자를 돌보느라 친구, 이웃과 왕래가 줄어듬	①	②
(11) 환자를 돌보느라 취미활동, 여행, 휴식 등이 줄어듬	①	②
(12) 환자를 돌보느라 직업 및 경제활동을 참여할 수 없음	①	②
(13) 환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 좋지 않음	①	②
(14) 환자의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠짐	①	②
(15) 환자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울/불안해하는 등 정신건강이 나빠짐	①	②

문 68) 지난 1년을 되돌아 볼 때 당사자와 생활하는데 있어 귀하가 느끼는 전반적인 부담은 어떠하십니까?

전혀 부담을 느끼지 않음	부담을 느끼지 않음	부담을 느낌	매우 부담을 느낌
①	②	③	④

문 69) 다음은 현재 귀하의 삶의 만족도에 대한 질문입니다. 해당되는 문항에 현재 만족도를 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.

영역	매우 불만족한다									매우 만족한다	해당없음
(1) 건강	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(2) 수입	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(3) 주거환경	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(4) 학교생활	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(5) 직업	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(6) 결혼생활	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(7) 사회적 관계	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳
(8) 전반적 삶의 만족도	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑳

[부록] 해외사례(해외현지조사) - 미국과 이탈리아

Baltic Street (681 Clarkson Avenue, Bdg. #25 Brooklyn, NY 11203)



기관의 역할은 무엇인지?

- 본 기관의 역할은 3가지로 구분됨. 옹호, 고용, 교육이며, 이는 정신장애인이 사회에서 살아가기 위해 반드시 필요한 항목이다. 옹호는 이들에게 자신이 사회에서 살아가야 한다는 것을 알려주고, 자신이 무언가를 결정하고 스스로 정보를 찾을 수 있도록 하는 것이다. 고용은 독립적인 삶을 살기위해 반드시 필요하다. 교육은 더 나은 삶을 살기 위해 필요하다.

기관에서 일하고 있는 사람들은 누구인지?

- 모두 정신장애를 가지고 있는 피어(peers)로 구성되어 있다. 이들은 자신이 해야 할 일을 알고 있으며, 직무분석지를 통해 자신의 업무를 수행하고 있다. 수퍼 비젼도 받고 있으며, 이를 통해 보다 전문성을 가질 수 있다.

BRIDGER services가 유명한 것으로 알고 있다. 무엇인가?

- 그렇다. 기관에 대해 잘 알고 있는 것 같아 기쁘다. 뉴욕시에서 기금을 받아 운영되는 것으로 병원에서부터 지역사회로 나와서 일하고 교육받고 하는 등 연결해주는 것을 의미하는 브리지라는 단어를 확장한 것으로 생각하면 된다. WRAP를 기반으로 서비스가 제공되며, peer가 프로그램을 운영한다.

병원에서 퇴원계획이 이루어지고 있나? 그 계획은 누구에게 전달되나?

- 병원에서 퇴원계획이 이루어지고 있다. 보통 퇴원 3개월 전에 계획이 만들어지지만 이 계획은 병원 내에서만 공유되고 밖으로 나오지 않는다. 그래서 BRIDGER 프로그램을 이용해서 당사자가 병원 퇴원 3달 전(이상적) 혹은 1달 전(현실)에 peer가 병원에 방문하여 당사자가 프로그램에 참여하도록 권유한다. 병원 내에서 BRIDGER 프로그램을 직접적으로 매일매일 제공할 수 없기 때문에 1주에 1번씩 참여하도록 한다. 프로그램이 계획되고 나면 퇴원 이후에 당사자가 어디로 갈지, 누구와 살 건지, 어떠한 것을 변화하고 싶어 하는지 등 당사자의 욕구를 확인한다. 이를 위해 peer는 motivational interviewing 훈련을 받는다.

병원 퇴원계획이 공유되지 않는다고 하였는지, 맞나?

- 다시 한번 말하지만 그렇다. 병원 퇴원계획은 공유되지 않으며, 병원은 BRIDGER 프로그램에 관심도

없다. 병원은 그저 당사자의 증상치료만 한다.

병원퇴원 후 집은 어떻게 구하나?

- 집은 HUD(Housing and Urban Developmen)나 뉴욕시의 HRA(Human Resource Association) 등 이용가능한 자원을 통해 어떠한 집을 살지 선택한다. 예를 들어 저소득층이면 임금의 30%정도를 내면서 시의 보조나 정책을 이용하여 집을 얻을 수 있다. 그러나 모두가 이러한 기회를 갖는 것은 아니며, 몇몇은 쉘터로 가거나 밖에서 살기 힘들다고 판단되는 경우 병원으로 다시 들어간다.

BRIDGER 프로그램에서 중요시 하는 목표가 있는가? 동시 서비스가 제공가능한가?

- 프로그램에서 중요하시는 것은 아시다시피 개별화계획에 따른다. 당사자마다 욕구가 다르기 때문에 무엇을 중요시한다고 명확하게 말할 수 없지만, 보통 학교, 가족관계, 집, 직업으로 나타난다. 필요하다면 여가와 레져 프로그램도 제공된다. 예를 들어, 대학교 복귀, 가족관계 회복, 집 찾기라는 3가지 목표를 세우면, 2가지 계획이 동시에 제공된다. 쉽게 말해 프로그램 내 peers는 사례관리자이자 브로커 역할을 수행한다. 사례관리는 peer에 의해 모두 이루어지며, 다른 전문가들과 협력한다. 사례가 종료되고 나면 바로 case close가 되는 것이 아니라 follow along service를 70일 정도까지 제공하고 사례를 추적한다.

서비스를 제공하는 peer에게 어떠한 혜택이 있는가?

- 보통 peer들은 주당 50시간 정도 일하는 것으로 나타난다. 시에서 기금을 받아 운영되기 때문에 시에서 정한 기준에 따라 혜택이 주어진다. 당사자가 서비스를 이용한 기간을 30일, 60일, 90일, 180일로 구분하며, 보통 180일 정도 되면 사례를 종료할 것인지 판단한다. 보통 당사자가 병원에 있으면 평균적으로 $75,000 - 250,000정도 사용하는데, 지역사회에 있을수록 병원비용이 점차 줄어든다. 시에서 BRIDDGER 프로그램을 적극적으로 권장하고 있다.

시에 보고하는 기간에 대해 좀 더 알고 싶다.

- 고용서비스를 예를 들어보자. 조금 전에 말한 것과 같은 기간에 따라 시에 보고한다. 그런데 8개월동안 서비스를 제공해도 고용되지 않은 경우, 성공/실패가 아닌 시에다가 당사자가 취업되지 않는 이유를 보고한다. 보고서는 매달 작성되고 최대 24개월 동안 서비스를 제공할 수 있다. 180일을 기준으로 볼 때 성공률은 60-70% 정도 나타난다. 시 이외에도 state에 몇 명에게 서비스 제공했는지 매년 보고한다. 그리고 우리는 IPS peer specialist가 고용서비스를 제공한다. 미국 내에서는 유일한 것으로 알고 있다.

다양한 지역사회 기관들과 어떻게 파트너쉽 관계를 맺나?

- 우리는 client, 장애인이라는 단어를 쓰지 않는다. people 혹은 community citizen이라는 단어를 쓴다. 서비스 제공에 있어서 파트너쉽 관계가 매우 중요하다. peer가 직접 서비스를 제공하는 경우도 있지만,

개별화 계획 작성 이외에는 외부에서 제공하는 서비스를 이용한다. 이를 위해서 peer는 브로커가 되야 한다. 보통 브로커가 아니라 아주 활동적이고 다른 사람의 말을 잘 들어주는 전문가이다. peer에게 오면 당사자는 one-stop shop에 온 것과 같이 서비스를 이용한다.

BRIDGER 프로그램을 어떻게 홍보하나?

- 홍보하지 않는다. 사람들이 알아서 찾아온다. 보통 peer는 최대 20명정도/1주 당사자에게 서비스를 제공한다. 이는 peer의 능력에 따라 다르다.

마지막으로 정신건강의 미래는 어떠하다고 생각하는가?

- 아직은 바뀌어야 할 것이 많다고 생각한다. 정신장애는 좀 알려져 있지만, 문제는 opioid나 중독관련 문제와 dual diagnosis가 사회적 문제로 나타나고 있다. 어찌보면 이로 인해 peer specialist가 늘어날 것이라 생각하지만, 그만큼 노력해야 한다고 생각한다.
- housing - OMH state에서 돈 준다.

Creedmoor Psychiatric Center (psychiatric hospital in Queens Village, Queens, New York, United States)



병원 입 퇴원 체계를 알고 싶다.

- 우선 병원은 state 기금을 통해 운영된다. 범죄를 저질렀거나 감옥에 있는 사람들이 간단하게 형을 마친 후 정신장애가 있다고 판단되는 경우 병원으로 오게 된다. 형기에 따라 병원입원 기간이 결정되기도 한다. 일반적으로 들어오는 경우는 입원 후 180일이 되면 나갈지 여기에 더 머물지 결정한다. 환자 1명당 병원에 머물면서 사용하는 금액이 $130,000정도 되는데, 지역사회에서 생활하면서 치료받으면 한달에 $1,000 사용하는 것으로 나타나 병원보다 지역사회로 나가는 것이 당사자에게나 금액적으로나 효과적이다. AST는 병원에서 빠른 시간에 퇴원하는 사람이며, CRS는 오랫동안 치료를 받아야 하는 사람을 칭한다.

병원에서 퇴원계획을 세우나? 어떻게 구성되는가?

- 병원 입원과 동시에 퇴원계획을 세운다. 퇴원계획은 퇴원시기가 가까워질수록 계획이 구체화된다. 계획 내에는 퇴원 후 집으로 가는가, 쉘터로 가느냐, 혼자 살 수 있느냐, 어디살고 싶은가와 같이 거주와 능력

에 대한 평가와 나가서 무엇을 할지에 대한 계획을 세운다. 예를 들어, 퇴원 후 정신과 치료를 어디서 받을 것인지 이야기한 뒤에 실제로 치료약속도 잡아준다. 거주의 경우 어디에 있는 거주프로그램 이용을 위해 xxx기관방문을 계획하고, 사례관리자와 미리 연락해서 병원 퇴원 전에 실제적으로 만난다. 사례관리자는 전문가이거나 peer가 될 수 있다.

퇴원계획은 공유하는가?

- 그렇다. 퇴원에 대한 정보를 지역사회에 있는 기관과 100% 공유한다. 환자의 개인정보에 대한 것은 문제되지 않는다. 대신 병원관련 개인기록은 주지 않고, 치료계획이나 퇴원계획 정보를 제공한다. 현재 주정부 인력 중 20%정도가 장애, 중독, 정신보건 분야에서 일하고 있다. 그만큼 정부가 이에 대해 관심이 많다. 병원에서 서비스를 이용하는 당사자의 정보 중 입원 수, 퇴원 수, 입원기간, 퇴원 후 30일 혹은 90일 안에 재입원한 사람 수에 대한 것을 주정부에 보고한다.

병원 입원기간은 어느 정도인가?

- state 병원은 의사들과 당사자의 판단에 따라 기간이 다르게 나타나며 길게 있을 수 있다. 하지만, 이러한 병원 이외에 작은 병원들은 3-4주 안에 퇴원하게 되는데, 이는 보험회사에서 제공하는 금액이 바닥나기 때문으로 이해하면 쉽다. state 병원에 입원하게 된 후 입원이 정당하지 않다고 생각되면 환자가 72시간 안에 변호사에게 입원에 대한 재판을 요청할 수 있다. 이후 판결에 따라 나갈 수 있거나 머무를 수 있다.

병원 퇴원 후 환자 대부분은 어디로 가나?

- 병원퇴원 후 30%정도만 집으로 가고 70%정도는 housing 프로그램을 이용한다. 병원입원기간이 짧기 때문에 집으로 돌아갈 가능성은 높지만, 가족과 함께 사는 것을 꺼리기 때문에 주에서 제공하거나 관련된 housing 프로그램을 이용한다. 환자 퇴원을 위해 병원 내/외 전문가가 사례관리 패키지(사회보장 및 서비스를 잘 이용할 수 있는 보호막)를 제공한다. 이 전문가들은 사례관리자(human service 분야 대학, 전문대 이상 졸업한 사람들)로서 환자를 직접 관리한다. 사례관리에 대한 모든 기록은 전산화되고, state에 보고하고 있다.

사례관리를 위해 외부기관과 연계는 어떻게 하는가?

- 병원이 오래되었기 때문에 주변 기관들과 모두 알고 있다. 간혹 새로 생기는 기관들이 있는데, 병원에 직접 연락이 온다. 병원 내에서 운영하는 프로그램들이 있지만, 외부와 연계하는 프로그램은 일시적/영구적 거주, 사례관리, 외래진료/클리닉, 직업재활 정도이다. single point access를 기반으로 하여 병원 내 퇴원부서에 있는 사례관리자가 외부기관들과 직접 연계를 실시하여 당사자에게 서비스를 제공한다. 현재 외부기관으로 인정받는 clinic은 일정한 기준만 통과하면 non-profit, profit 상관없이 다양한 전문가가 당

사자에게 서비스 제공과 사례관리가 가능하다. 이후 서비스 제공이 끝나고 나면 보험회사에 청구하여 제공한 서비스에 대한 돈을 받는다. 이러한 체계가 운영되기 까지는 다양한 기관들의 노력은 물론 정부의 노력이 크다. 정신보건관련 다양한 전문가들이 함께 일할 수 있는 이유 중 하나는 각자 자신이 해야 하는 역할에 대한 구분이 되어 있고, 이에 따라 돈 혹은 수가가 마련되어 있다는 것이다. 수가와 관련해서는 병원이나 주정부에서 정하는 것이 아니라 객관적인 기관 CMS (commission of medical services)이 제공하는 서비스 유형, 금액에 대한 기준점을 연구를 통해 만들고 수정한다.

병원 내에서도 peer가 있는가? 무슨 일을 하는가?

- 뉴욕시에 현재 활동하고 있는 peer 중에 400명 정도가 시 소속 공무원으로 일하고 있다. 현재 병원 내에는 8명의 peer가 일하고 있으며, 치료 팀이 아닌 재활 팀에 소속되어 있으며, 다양한 프로그램을 운영하고 있다. 퇴원과정에 peer가 있기도 하는데, 퇴원계획 수립/시행을 담당하고 있다. ACT를 운영하는데 peer가 있기도 하는데, 중증정신질환을 가진 사람들을 대상으로 하기 때문에 업무강도와 보수가 높다. peer는 전문가로서 활동하고 있으며, 당사자의 집에 2인 1조로 혹은 1인이 방문하여 서비스 제공 및 계획 확인, 상담 등을 제공한다. peer는 한번 교육을 받으면 끝나는 것이 아니라 online을 통해 지속적으로 교육을 받고 또 받는다. 알다시피 이러한 교육은 실질적인 연구를 통해 커리큘럼이 개발되고 SAMHSA 또는 시-주에서 제공하는 경우가 많다.

앞으로의 변화 및 발전방향은 어떠한가?

- 예산 문제(오래 입원할수록 지원이 줄어든다)로 인해, 당사자의 입원보다 개방병동의 수를 지속적으로 늘려나갈 것이다. 그리고 오랜 기간 입원을 줄이기 위해 fast track, 쉽게 병원에 입원하고 퇴원하여 빠른 회복 후 지역사회로 돌아가는 시스템(빠른 입/퇴원-지역사회 거주)을 구축하기 위하여 노력하고 있다. 정신장애와 관련된 문제들(약물, 자살, 급성기)을 줄이기 위해 24시간 기반 hotline, online, text 등 다양한 서비스를 제공하기 위해 서비스를 개발하고 있다. 의료는 24시간 지원이 현재 가능하다. 현재 법률과 관련하여 개인권리는 행정체계가 아닌 법에 의해서만 제한이 가능하다. 이러한 것을 보다 강화(한국에서는 행정체계를 통해 개인권리가 제한 가능함)하여 행정에 의해 개인의 권리가 제한되는 상황을 0으로 만들려 노력하고 있다.

Desert Vista Behavioral Health Center, AZ



기관에 대한 간단한 소개를 부탁한다.

- Maricopa Integrated Health System 내에 있는 Desert Vista Behavioral Health Center에 오신 것을 환영합니다. 본 센터는 정신건강(행동)관리 및 정신과 치료를 필요로 하는 당사자들에게 안정한 장소에 머무를 수 있게 하는 것이 우선이다. 법원명령에 따른 정신건강관련 평가와 치료를 필요로 하는 당사자들에게 서비스를 제공한다. 메사 지역에 위치하고 있으며, 122개 침대를 보유하고 있으며, 정신질환을 가진 성인을 대상으로 입원-외래, 그리고 청소년을 대상으로 외래 정신보건 서비스를 제공한다.

- 집중적인 개인치료, 집단치료, 가족치료 및 약물관리 등을 제공하고 있으며, 정신장애관련 서비스가 주요하기 때문에 약물남용치료는 제공되지 않는다. 외래 클리닉은 교육기관으로 운영되고 있으며, 레지던트 의사에 대한 교육을 실시하고 있다. 병원과 같이 이곳 클리닉도 우선 입원하게 되면 퇴원계획(discharged plan)을 계획하게 된다. 이 내용 안에는 약물, 거주지, 보험, 직업 등 그 외에 필요하다고 판단되는 정보들을 기반으로 계획을 잡는다. 퇴원이 되는 과정에서 여러 가지 서비스가 제공되지만 가장 핵심적 서비스는 병원 내 ACT가 제공하는 서비스이다. ACT서비스를 통하여 퇴원계획을 실행하는 과정에 도움이 필요한 환자들에게 도움을 제공하고 있다. 대표적으로 중증정신질환자 중 형사 관련 문제가 있었거나, 노숙경험, 사회경제적 지위가 낮은 집단, 사회적 관계가 단절되어 소외된 환자들, 이외 이전에 입/퇴원 경험이 다수였던 환자들에게 다학제 전문가들이 구성하는 ACT 서비스를 선별적으로 제공한다. 본 기관의 성과자료 뿐만 아니라 선행연구들은 ACT 서비스를 받은 환자들이 병원입원 감소, 주택안정성 향상, 개인/가족 만족도 증가를 보여주었다. 그에 더하여 가족지원 및 교육 프로그램을 실시하고 있는데 그 이유는 가족들이 중증정신질환 환자들의 회복에 너무나 핵심적인 역할을 하기 때문이다. 가족 간의 의사소통 전력, 지원전력, 자기관리, 문제해결능력, 네트워크 강화, 우울감 감소 등에 대한 교육을 받습니다. ACT나 가족지원 및 교육 프로그램은 미국 연방연구기관 SAMHSA에 의해 근거중심실천으로 지정되어 있는 것이다.

지원은 어디서 받는지?

- 100% 주정부에서 지원을 받고 있다. 우리 병원은 미국 애리조나주의 중증정신질환 서비스 체계를 담당하는 지역행동건강책임국 (Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs))와 매년 용역계약을 맺어서 예

산지원을 받는다. 쉽게 말해 몇 명에게 서비스를 제공하든 상관없이 주정부로부터 일정한 금액을 지원받는다. 우리기관이 워낙 일이 많고 잘하고 있어서 주정부는 기관을 믿고 지속적으로 재정적인 지원을 한다. 주정부에서 몇 명에서 서비스를 제공하라는 목표는 없다. 단지 몇 명에게 서비스를 제공했는지, 재입원율이 어느 정도인지, 만족도가 어떠한지 등을 지속적으로 모니터링 함을 통하여 성과를 평가받고 있다.

모바일 팀은 무엇인가?

- 모바일 팀은 쉽게 말해 어디든지 언제든지 당사자가 필요로 하면 갈 수 있는 팀이다. 정신과 의사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 직업재활사 등으로 구성되어 있으며, 동료지원가 (peer specialist)도 있다. 이들이 팀을 이루어 1:10 정도의 사례관리를 통해 서비스를 지원하는데, 업무강도가 높다. 매일매일 사례회의를 실시하고 있으며, 밤에는 야간 근무도 서고 있다. 힘들지만, 다들 적절한 돈을 받고 보람된 일을 하고 있다.

Connections AZ - urgent psychiatric center



기관에 대한 소개를 부탁한다.

- 2009년에 설립된 개인사업체이며, 24시간 365일 이용할 수 있는 응급 및 위기 정신과관련 서비스를 제공하는 기관이다. 기관의 목표는 언제든지 필요한 서비스를 빠르고 쉽게 제공하는 것이다. 기관에서는 4가지 서비스를 제공하는데, 위기관리/관찰 및 안정화, 가족 및 기타지원기관에 대한 도움 제공, 단오 및 고혈압 등 합병증을 가진 당사자에 대한 통합치료, 비자발적 평가이다. 이 기관은 정신장애를 가진 누구든지 이용 가능한 것이 특징이다. 즉, 개인 보험이 있던지 없던지 간에 누구든지 이용할 수 있다. 기관 내에는 inpatient unit이 있는데, 병원과 같이 개인병실이나 2-3일실로 운영되는 것이 아니라 20-30명 정도가 모여서 23시간 동안 집중관리를 받을 수 있다. 이 장소에는 특별하게 중재제공을 위해 훈련받은 peer들도 있고 문제 발생 시 중재할 수 있는 훈련받은 전문가들(검은색 옷 입음)이 주시하고 있다.

기관에 들어오면 즉각적인 서비스가 제공되는가?

- 그렇다. 기관에 들어오면 누구든지 빠르게 서비스를 제공하는 것이 목표이기 때문에 스스로 오든, 가족

과 오든, 경찰과 오든 간에 빠르게 판단하여 안전한 곳에서 서비스를 제공한다(safety-net). 경찰과 오는 경우 대부분이 응급상황이기 때문에 응급중재를 시도하지만 어려울 경우 혼자 있을 수 있는 개인 방에 머무를 수 있다. 현재 기관 내에는 225명의 직원들이 근무하고 있다.

기관에 오게 되면 집중치료를 받는데, 며칠 정도 머무나?

- 집중치료를 받는 건 맞지만, 며칠을 머무는 것은 아니다. 기관은 23시간 내 퇴원을 목표로 하고 있다. 기관에 오는 사람을 보면 80%정도는 1일 이내에 퇴원하고 그 외에는 지역사회에 있는 Desert Vista Inpatient Hospital같은 정신병원으로 입원한다. 위기관리 팀(crisis unit)에서 머물다가 증상이 좋지 않으면 더 입원할 수 있고, 정말 좋지 않다고 판단되면 기관에서 병원입원을 권유하고 필요한 서류작성 및 서비스를 제공하여 입원시킨다. 현재 미국 시스템은 입원할 수 있는 병원을 자꾸 없애고 있는데, 동의하지 않는다. 병원을 없애기보다 필요한 병원과 병원 입원 bed수를 알아보는 것이 필요하다. 무턱대로 병원을 없애다 보니 실제로 증상 있거나 장기입원이 필요한 사람들(정신장애인구 중 약 10%정도)이 갈 곳이 없어 노숙자가 되거나 자살하는 경우가 발생한다. 기관에 들어오면서 봤지만, 들어오는 문이 많다. 응급차가 들어올 수 있는 큰 문과 사람이 들어올 수 있는 작은 문들이 많은데, 안에서 열고 나갈 수 없는 문도 있다. 여기는 경찰관이나 관련 기관 사람들이 자유롭게 드나들고 와서 편히 쉴 수 있는 공간이 있다. 그리고 이들에게 정신장애에 대해 알 수 있는 CIT 교육을 실시한다. 이를 통해 경찰관들에 대한 장애인식 및 이해교육을 제공한다. 본 서비스 역시 미국 연방정부연구기관 SAMHSA가 근거중심실천으로 지정하였다.

Crisis Response Network, Inc (www.crisisnetwork.org)



기관 소개를 부탁한다.

- 위기대응 네트워크는 어려움을 경험하고 있는 정신장애인들이 희망을 가지고 건강한 삶으로 전환하기 위해 10년 이상 운영되고 있는 개인 업체입니다. 2007년부터 위기관리 콜센터 서비스를 제공하고 있으며, 짧은 시간동안 즉각적인 대응을 통해 수십만 명의 개인과 가족에게 필요한 서비스를 제공해왔습니다. 기본적으로 전화서비스로 사례가 발견되는데, 나이, 성별, 인종에 상관없이 이용할 수 있으며, 긴급서비스인 hot-line, peer가 운영하는 warm-line, 모바일 팀 파견, 위기관리 운송서비스, 응급실과 같은 긴급평가, 아동보호 및 위기관리서비스를 제공하고 있습니다.

서비스들에 대해 자세히 알고 싶다.

- 쉽게 말해 전화를 통해 증상이 나타나거나 불안 등으로 인해 잠을 자지 못할 때 hot-line이나 warm-line 긴급 혹은 이야기하는 서비스를 통해 증상을 낮추는데 도와준다. 현재 hot-line에는 80명의 전문가들이 일하고 있으며, warm-line에는 모두 peer로 운영되며 20명이 근무하고 있다. 전화업무다 보니 스트레스가 많기 때문에 30분 단위로 휴식을 취하며 하루에 10-12번 정도 로테이션 된다. 기관운영은 애리조나 주 저소득층 및 장애인들을 위한 공공건강보험으로부터 지원받고 있다. 매년 우리는 전년도의 성과를 근거로 미국 애리조나주의 중증정신질환 서비스 체계를 담당하는 지역행동건강책임국과 용역계약을 맺는다. 전화로 자주 연락하는 사람들이 있는데, 기관 내에서 병원으로 직접 사례를 의뢰하기보다 가까운 병원에 방문하는 것을 전화로 권유한다. 이는 빠른 진단보다는 초기중재를 우선 생각하는 관점이기 때문이다.

- 처음에 서비스를 개발하고 전화를 이용할 때에는 어려움이 있었다. 2-3명으로 시작을 했는데, 현재 100명이 근무하고 있으며, 기금을 안정적으로 지원받고 있다. 몇 번의 변화를 통하여 전문가 말고 당사자들이 근무하게 되었고, mobile team이 구성되어 당사자의 집에 직접 방문하여 서비스를 제공할 수 있다. 현재는 경찰을 대상으로 정신장애 이해와 대응방법에 대한 교육을 실시하고 있으며, 경찰에게 직접적으로 crisis response에 대한 사례를 의뢰하기도 한다.

미래 변화는 어떠한가?

- 현재 3개의 network 기관들이 운영되고 있는데, 보다 많은 기관들을 만들고 주를 넘어서 미국 전역으로 표준화된 서비스를 제공하는 기관과 함께 mobile team의 활성화를 시도하려고 하고 있다. 경찰관과 더불어 유관기관에 대한 정신장애 이해를 높이고 대응방법에 대한 교육을 광범위하게 실시하려 잘못된 대응으로 사망하는 정신장애인의 수를 최소화하기 위해 노력하고 있다.

ASU community collaborative at the Westward Ho (WH)

기관소개를 부탁한다.

- Westward Ho (WH)는 아리조사 주에 있는 대학에서 현재 운영하고 있으며, 예전 유명한 호텔을 개조해서 학교 학생들에게 실습기회를 제공하고 저소득층, 정신장애 혹은 거주서비스를 필요로 하는 사람들에게 거주공간 제공과 지역사회에서 삶의 질 및 기능을 높이기 위한 서비스를 제공하고 있다.

Ho의 운영은 어떻게 되는가?

- L외부 자선단체로부터 지원금을 제공받고 있으며, 현재 300명의 노인과 장애인을 포함하는 사람들이 거주하면서 서비스를 이용하고 있다. 제공되는 서비스는 심리사회 및 의료관련 서비스이며, 사회복지, 건



강, 영양, 체육, 레크레이션, 미술 등 다양한 학과 학생들과 교수님들의 지도하게 서비스들이 제공된다. 거주인들은 WH에서 정하는 것이 아니라 살고 싶은 사람들이 직접 계약을 맺으며, 거주인이 필요로 하는 서비스를 스스로 선택하여 이용하기 때문에 WH 내부에서 제공하는 서비스는 물론 외부에서 제공하는 서비스 모두를 자기가 원하는 데로 이용한다.

프로그램 운영 목표가 있는가?

- 서비스를 제공하기 시작한 이유는 사람들의 사회적 고립과 외로움이다. 이를 해결하기 위해 2가지 목표가 있는데, 거주자들은 지역사회에서 거주하기 위해 필요한 서비스를 이용하고, 학생들에게는 자신의 분야에 대해 배우고 실습할 수 있는 기회를 제공한다. 그리고 교수님의 지도하에 학생들은 실습을 통해 배우고, 다양한 전문가들과 팀을 이루어 당사자들이 필요로 하는 의사소통 문제, 문제해결방법, 취직 등에 대한 문제를 당사자와 같이 해결한다. 두 번째 목표는 복지에 대한 질적 향상을 도모하는 것이다. 현재 Ho에서는 다양한 정신-사회적 서비스, 보건 및 영양, 예방교육, 레크리에이션 활동을 제공하고 있는데, 이를 통해 거주자들의 참여증진, 건강 및 영양 개선, 체력향상, 사회화 향상을 위해 노력하고 있다. 다양한 서비스들은 대학학과에서 제공하기도 하지만, 학교 내 부서들의 협력을 필요로 한다. 공공서비스 대학 (Watts College of Public Service), 지역사회 솔루션 (Community Solutions), 건강 솔루션 대학, 간호 및 건강 대학에서 주로 서비스를 제공한다. 2009년부터 간호학과 학생들이 서비스를 제공하기 시작하였고, 2016년부터 다양한 학과들(social work, nutrition, nursing, therapeutic recreation)이 참여하여 다 학제적 서비스를 제공하고 있다.

앞으로의 변화는 어떠한가?

- 여전히 서비스를 필요로 하는 사람들이 많다. 이들을 지원하기 위해 예산은 물론 거주를 위한 장소가 필요하다. 이를 늘려나갈 예정이다. 필요로 하는 서비스가 다양하기 때문에 다양한 학과들과 협력을 통해 서비스를 제공하려고 하며, 현재는 실습과 같이 운영되고 있지만 보다 전문적인 서비스 제공을 위해 전문가들을 실제적으로 고용하여 운영하는 형태를 생각하고 있다. 특히, 취업을 통해 스스로 살아갈 수 있는 기회를 제공할 수 있도록 직업개발 및 배치에 대한 훈련과 이들의 취업에 대한 동기를 높일 수 있는 전략개발을 위한 관련학과들의 지원을 필요로 한다.

Stand together and recovery (S.T.A.R) center (http://www.thestarcenters.org/)



기관에 대한 소개를 부탁한다.

- STAR 기관은 아리조사 보건서비스와 건강부서에서 인증한 비영리 지역사회기관으로 정신장애를 가진 성인을 대상으로 서비스를 제공하고 있으며, 매년 500명 이상의 당사자들이게 서비스를 제공하고 있습니다. 기관에서는 peer를 중심으로 지원서비스, 사회화, 교육, 자기옹호 등을 통해 사회에 나와서 당사자들이 살아갈 수 있도록 직접적인 서비스와 연계를 제공하는 기관입니다.

제공되는 서비스는 무엇인가?

- 제공되는 서비스는 너무 많다. 예술과 공예는 당사자들 간 직접적으로 만나서 이야기할 수 있는 기회를 제공하며 동시에 자신의 예술적 감각을 높여 그림을 그리거나 작품을 만드는 서비스입니다. 옷장 서비스는 일주일에 한 번씩 옷 쇼핑을 통해 자신에게 필요한 물품을 구입할 수 있는 능력을 길러 줍니다. 상담서비스는 대인 및 그룹상담을 제공하여 분노조절, 약물복용, 관리, 외상후 스트레스 등에 대해 이야기합니다. 운동서비스는 웰니스 증진을 위해 체육관을 견학하거나 기관 내에서 직접 운동을 합니다. 음식나눠먹기는 일주일에 한 번씩 기관 내에서 쇼핑을 통해 음식을 구입할 수 있습니다. 음식구입은 진짜 돈을 내기보다 기관 내에서 자원봉사를 통해 받은 기관용 체크(기관에서만 사용가능)로 살 수 있습니다. 독립생활은 평생학습과 같은 형태로 제 공되며, 컴퓨터 기술, 글쓰기 기술, 재정관리, 영양이해, 요리, 응급처치, 비폭력 위기중재, 직업 기술 등을 교육받습니다. 영양서비스는 프로그램에 참여한 대상자에게 점심/저녁식사를 제공하는 프로그램입니다. 병원퇴원을 위한 peer 협력 서비스는 병원퇴원 이전부터 훈련받은 peer가 당사자를 방문하여 퇴원 후에 갈 곳, 할 일, 가족-친구 네트워크 회복 등 필요한 도움을 제공하는 서비스로 90일정도 제공됩니다. 신체 및 정신건강 서비스는 보험이 없는 당사자를 포함한 다양한 사람들을 대상으로 당뇨, 고혈압, 체중관리 및 예방교육, 약물관련 교육을 실시합니다. 마지막으로 18-25세 사람들을 위한 그룹 활동을 제공합니다.

현재 일하는 peer에 대해 알고 싶다.

- 현재 기관에서 일하고 있는 peer는 84명이며, 이들은 1년에 200명 정도의 당사자에게 직접적인 서비스를 제공한다. 비장애인보다 정신장애인은 24년 정도 빨리 죽는데, 그 이유는 자살, 약물복용, 약물 부작용 등이 있다. 병원에서는 상주의사가 아닌 페이 닥터들이 많기 때문에 지속적으로 서비스를 제공하고 사례

관리할 수 있는 인원이 부족하다. 그로 인해 peer의 도움이 절실하게 필요하다. 당사자들은 최저임금 이상($11/1시간)을 받고 일하고 있으며, 집단프로그램 운영 시 더 많은 임금을 받고 있다. 현재 기관에서 2명이 비장애인인데, nurse practitioner로 고용되어 당사자들이 먹는 약을 구분하는 등 의료적 서비스를 제공하고 있다. 최악의 사례를 보면 당사자가 약국에서 처방받은 약들을 가지고 왔는데, 약 색과 크기가 달랐지만 모두 같은 성분으로 판정되었다. 즉, 당사자는 5년이 넘는 기간 동안 하루복용양의 4배가 넘은 약물을 계속해서 복용하고 있는 것으로 나타났다.

앞으로의 변화는 어떠한가?

- 현재 이 county에 27,000명 정도의 정신장애인들이 살고 있다. 이들에게 필요로 하는 서비스를 제공하기 위해서는 더 많은 peer가 양성되어야 하며, 이들이 서비스를 지원할 수 있도록 재정이 뒷받침되어야 한다. 1년에 500백만 달러를 예산으로 사용하는데, 5년 내로 예산이 2배정도 필요할 것으로 생각한다.

이탈리아, 트리에스테 24/7 지역사회 정신건강센터(Community Mental Health Center, 24/7 CMHC)

개요



이탈리아 남부 지방인 트리에스테는 베네치아의 북동쪽에 위치한 인구 236,000명의 중소도시이다. 트리에스테시의 정신건강정책은 바살리아의 개혁에 의하여 과거 질병모델에 의한 임상치료 중심의 케어에서 전인적인 한 사람과 그의 환경을 주목하는 좀 더 넓은 관점의 정신건강모델로 전환하였다. 그 중심이 되는 기관은 적은 숫자의 병원침상으로 일주일에 24시간 7일 동안 서비스를 제공하는 지역사회 정신건강센터들(24/7 CMHCs, Community Mental Health Centers)이다.

트리에스테의 지역사회정신건강센터 조직을 관장하는 정신건강국(DMH)은 일반병원의 정신과 유닛(GHPU, general hospital psychiatric unit)과 지원주거시설(supported housing facilities)과 몇 개의 사회적 기업들(several social enterprises)이다.

이러한 트리에스테의 정신건강시스템은 2014년 이전 15년간 낮은 입원률, 낮은 강제치료비율, 효과적인 취업제공, 적은 숫자의 범죄정신치료 환자, 30%의 자살률감소의 결과를 가져왔다.

트리에스테 정신건강국은 1200명을 수용하였던 산지오바니 정신병원(San Giovanni Mnetal Hospital)의 탈원화에서 비롯되었다. 위 정신병원이 문을 닫은 대신에 아래와 같은 시스템이 마련되었다.

- 4개의 지역사회 정신건강센터는 각 센터가 50,000에서 65,000명의 지역주민에 대하여 매일 24시간 4~8개의 병상을 유지하며 서비스를 제공한다.

- 한 개의 일반병원 정신과유닛은 6개 병상을 가지고 보통 24시간 이내의 응급병상 서비스를 제공한다.

- 재활과 주거서비스는 자체의 직원을 보유하면서 비영리단체들과 연계하여 그룹 홈에 45개의 침상과 24시간 케어를 제공하는 지원주거시설과 함께 2개의 주간보호센터를 제공한다.

정신건강국은 15개의 사회적기업과 비영리단체들이 제공하는 다수의 프로그램들, 즉 이용자와 가족보호자의 클럽스타일의 센터들, 문화적, 교육적 활동을 제공하는 워크숍들, 전문적인 교육, 인권과 시민권의 문제에 대한 인식증진 등에 대하여 협력한다. 정신건강국은 210명의 직원을 고용하고 있다.

24/7 정신건강센터는 각 담당지역을 책임지고 약 30명의 간호사들과 2명의 소셜워커들, 2명의 심리전문가들, 2명의 재활전문가들, 4~5명의 정신과의사들로 구성된 팀에 의하여 운영된다.

24/7 정신건강센터는 상시적으로 가동되고 4~8개의 병상을 유지하며 밤에도 2명의 당직자들이 대기하고 있다. 정신건강센터는 담당지역의 정신건강문제의 모든 욕구에 대응한다. 즉, 급성기 증상에 대하여도 타 기관에 이첩하지 않고 예방, 치료와 재활이라는 관점에서 서비스를 제공한다.

24/7 정신건강센터는 보통 2층 또는 3층 건물로 병원지역이 아닌 일반 주거지역에 위치하고 위기센터가 아니고 이용자들이 쉽게 접근할 수 있는 다양한 기능의 공간이다.

정신건강센터의 환경은 가정과 같고 직원들은 이용자들에 대하여 그들의 요구와 우려에 대하여 적절히 협상하고 유연한 태도로 서비스를 제공한다.

한 개의 다학제팀은 24시간 동안 교대근무를 하는데 입원과 외래, 방문서비스까지 모두 담당한다.

외래진료는 모든 방문자들이 대기하지 않고 1~2시간동안에 제공된다. 진료는 진단에 근거하지 않고 문제에 대응하는 것이고 그 문제가 이용자 본인이나 가족의 입장에서 긴급하다고 하면 즉각 문제에 대하여 파악에 들어간다.

오전 8시에서 오후 8시까지 정신건강센터의 병상에 환자들은 직접, 자의로 입원할 수 있다. 야간의 응급환자에 대하여는 일반병원의 응급실로 보내어 정신과적 진료를 받게 하고 필요하면 일반병원 정신과병동으로 입원된다.

하루가 지나면 정신건강센터의 팀은 일반병원 정신과병동을 방문하고 환자의 케어에 대하여 계획을 한다.

트리에스테 정신건강센터 중 포렌직멘털헬스센터(정신이상범죄자 진료)도 개방되어 운영되고 있었던 점은 놀라운 일이었다.

트리에스테 멘털헬스센터는 WHO CC(WHO Collaboration Center)로서 WHO와 적극 협력하며 트리에스테 모델을 전파하고 매년 트리에스테 컨퍼런스를 개최하여 전 세계의 정신건강전문가들과 관련 단체에서 참가하여 트리에스테의 탈원화와 정신건강시스템 개혁에 대하여 발표하고 토론하고 유럽 전 지역의 정신병원 탈원화를 위한 계획과 실행을 주도하고 있었다.

과거 정신병원이었던 트리에스테 정신건강국에서는 매년 지역주민들이 와서 축제를 벌이고 정신건강대학을 운영하여 전 세계의 전문가들과 이탈리아 다른 지역의 정신건강전문가들을 교육하는 역할을 하였다.

트리에스테 정신건강국의 예산은 전체 건강예산의 3%를 사용하였고 트리에스테 WHO CC의 연간예산은 우리 돈으로 연간 5,000만원 정도였는데도 놀라운 정도의 영향력과 활동으로 트리에스테 모델을 전파하고 유럽의 탈원화와 개혁에 기여하고 있었다.

[부록] 국내사례(국내현지조사) 국내 기관 방문요약

1. 한마음의 집(서울 서대문구 은평구)



개요

1995년도에 설립되었고 정원 10인으로서 2001년도에 정신질환자생활시설, 주거제공 시설로 구 정신보건법 제15조 제2항, 시행규칙 제8조제4항에 따른 시설이다.

원장 1명, 직원 1명이 근무하며 정신질환자들에 대하여 3년 이내의 기간 동안 주거를 제공하면서 국가보조금으로 지원되는 2명의 인건비와 거주하는 이용자들로부터 월 25만원 내외의 이용료를 받아 운영되고 있었는데 원장과 직원이 정신보건전문사회복지사로서 주거제공 뿐 아니라 정신건강서비스로서 상담과 지원을 받아 지역사회의 중요한 주거제공서비스 기관이 되고 있었다.

다만, 시설이 너무 협소하고 낡았으며 원장 포함 직원 2명이 여러 명의 거주자를 돌보아야 하기 때문에 근로조건이 매우 열악하였다.

애로점

그룹홈은 대부분 10인 이하 시설로서 시설장과 직원 1명 정도의 인건비만 보조하여 거주제공을 목적으로 운영되고 있는데 대부분 예산과 시설의 사정상 열악하지만 정신장애인들에 대한 중요한 주거제공기능을 하고 있다.

그러나 정부가 지원하는 직원 숫자의 제한과 함께 인건비 외 다른 예산이 지원되지 않으므로 매우 열악하고 이용기간이 1인당 3년으로 제한되어 있으므로 항구적이고 안정적인 주거의 역할을 담당할 수 없음.

2. 중간집(하프웨이하우스) 이음(서울 강동구 성내동)



개요

병원에 입원중인 정신질환자 등이 지역사회로 퇴원하여 안정적인 사회적응과 복귀를 위한 사례관리 기반의 단기집중적인 정신재활서비스를 제공하도록 하며, 지역거주 정신질환자가 재입원치 않고 지역에서 치료와 재활이 이루어질 수 있도록 증상의 안정화와 쉼터 서비스를 제공한다. 특히 지역거주정신질환자를 위한 사업은 가족에게 휴식을 제공하도록 하는데도 중점을 두며, 24시간 365일 운영 및 사례관리기반의 서비스 제공을 원칙으로 함.

(1) 탈원화 (서울사업명 '집으로')

입원환자의 안정적 탈원화를 위한 방문 교육 및 상담, 외래가족 및 정신질환자에 대한 상담을 병행하여 지역에 대한 정보를 제공하는 '이음프로젝트'를 진행하며(서울시 4개 지역사회전환시설 공동사업), 입주의뢰 된 대상자에게는 1:1 사례관리 기반의 서비스 제공을 원칙으로 단기 집중적 재활사업을 시행하도록 함.

(2) 재발방지 및 지역사회 기반 치료 (서울사업명 '징검다리)

지역 거주 정신질환자의 재입원을 막아 지역사회 기반 치료 수준을 확보하고, 회복을 지원하도록 함. 가족의 보호부담을 경감시키도록 가족의 휴식을 제공하여 가족기능을 회복할 수 있도록 함.

(3) 이용 기간 : 1개월을 기본으로 필요시 연장(단, 추가 연장하는 경우 운영위원회 보고와 서울시의 승인을 받아야 함.

(4) 종사자 : 8인

(5) 정원 : 여성 25인

애로점

1) 제도적 문제

(1) 지역 응급실 및 치료, 단기 집중적 재활, 사례관리, 24시간 365일 운영과 전문적 서비스 제공

: 탈원화 대상과 안정화 대상에 대한 서비스 제공 등의 서비스 집중도 높은 시설이며, 장기이용보다는 단기이용을 통한 서비스 제공을 목적으로 함에 불구하고

- 정원제(25인)에 따른 상시 실인원 산정방식은 전환시설의 사업내용과 맞지 않으며, 현재 복지부 지침에도 1개월을 기본으로 필요시 연장하는 등의 대상자 중심의 운영기준을 마련하여 월 등록인원(이용인원) 산정 방식을 적용하고 있으나, 지자체의 이해부족과 중앙정부의 지원책이 부재하여 운영의 어려움 발생(예산, 인력 등).

- 24시간 365일 운영과 전문적 서비스 제공을 원칙으로 하여야 하는 곳임에도 불구하고, 기존의 입소생활시설의 운영지원 규정으로 따라야 하여, 서비스 제공 어려움 발생하고 근로 강도 높아 전문 인력 확보 어려움(장애인의 경우 장애인거주시설, 장애인단기보호시설 등과 비교하여 인력추가 지원이 필요함)

(2) 사례관리기반의 서비스제공과 시설 평가 기준의 차이로 인한 차이 발생

- 시설 서비스는 다양한 대상자의 다양한 욕구에 따른 서비스를 제공하려 하고 있으나, 시설 평가 방식(서비스에 대한 양적 평가)로 인한 평가 방식 차이로 업무 과다함.

(3) 지방자치단체의 사업에 대한 이해부족과 예산부족에 따른 운영의 어려움 발생

3. 클럽하우스 서대문 해벗누리(서울 서대문구)



개요

클럽하우스 모델은 서울 태화 샘솟는 집이 미국의 파운틴 하우스의 운영방식과 원칙을 본 따 설립된 이후에 전국적으로 설치되어 있는 정신재활시설 이용시설이다.

서대문 해벗누리는 사회복지법인 동방사회복지회에서 운영하고 있었고 재단 소유의 건물 2개 층을 사용하여 비교적 공간과 여건이 좋았다.

이용하는 회원은 월 회비 7만원을 내고 기관에서는 식사와 간식, 각종 프로그램을 제공해 주었다.

회원들은 기관 이용을 통하여 취업을 알선 받아 취업하고 있는 회원들이 많았고, 정신보건전문가들인 원장과 직원들이 상담과 각종 프로그램 제공을 통하여 정신장애인의 회복을 위한 서비스의 중요한 역할을 담당하고 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사

| 인쇄일 | 2018년 10월 15일
| 발행일 | 2018년 10월 16일
| 발행처 | 국가인권위원회
| 주 소 | 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동 1가)
나라키움 저동빌딩
http://www.humanrights.go.kr
| 전 화 | 차별시정국 장애차별조사2과 02)2125-9981
| F A X | 02)2125-0925
| 제 작 | 도서출판 한학문화 (02) 313-7593 (代)

ISBN: 978-89-6114-670-8 93330 비매품