국가인권위원회
humanrights.go.kr

발 간 등 록 번 호
11-1620000-000763-01

2019년 정신장애인 인권증진을
위한 실태조사 연구용역 최종보고서

정신장애인 국가보고서
이행상황 점검을 위한 실태조사

국가인권위원회
National Human Rights Commission of Korea

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 출 문

국가인권위원회 귀하

본 보고서를 “정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2019. 12.

이화여자대학교 산학협력단

참 여 연 구 진

책임연구원	양옥경	이화여자대학교 사회복지학과 교수
공동연구원	이기연	서강대학교 사회복지학과 대우교수
	현진희	대구대학교 사회복지학과 교수
	백종우	경희대학교 의과대학 교수
	김성완	전남대학교 의과대학 교수
	이유리	남부대학교 사회복지학과 부교수
	신권철	서울시립대학교 법학전문대학원 교수
보조연구원	심아람	이화여자대학교 사회복지학과 석사
	유가환	이화여자대학교 사회복지학과 석사
	정혜수	대구대학교 사회복지학과 석사
	윤혜정	해밀 노동법연구소 연구원
	최준영	남부대학교 사회복지학과 석사
	최윤아	전남대학교병원 정신건강의학과 연구원
	박수진	서강대학교 공공정책대학원 석사
	김나리	경희대학교병원 정신건강의학과 연구원

이 보고서는 연구용역 수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

목 차

제1부. 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사 보고서 개요 ····· 1
제1장. 연구의 목적 및 필요성 ····· 1
제2장. 연구의 방법 및 실행 ····· 5
1. 참여연구진 ····· 5
2. 연구방법 ····· 5
가. 연구수행체계 ····· 5
나. 연구방법 및 실행 ····· 6
3. 연구진행과정 ····· 21
제3장. 조사보고서의 구성 ····· 22

제2부. 권고사항 이행점검 ····· 25
제1장. 10년 전후 실태조사 비교분석 ····· 25
1. 시설현황 ····· 25
가. 조사방법 및 조사기관 ····· 25
나. 조사도구 ····· 27
다. 조사결과 ····· 27
라. 결론 및 제언 ····· 48
2. 당사자 인식 ····· 55
가. 재가 당사자 ····· 55
나. 재원 당사자 ····· 119
3. 가족의 인식 ····· 149
가. 조사목적 ····· 149
나. 조사도구 ····· 149
다. 조사결과 ····· 150
라. 2008년과 2019년 비교분석 ····· 172

마. 결론 및 제언 ····· 175
4. 전문종사자 인식 ····· 179
가. 연구방법 ····· 179
나. 연구참여자 ····· 180
다. 분석결과 ····· 182
라. 결론 및 제언 ····· 212
5. 일반인의 편견 ····· 216
가. 조사방법 ····· 216
나. 조사 결과 ····· 221
다. 결론 및 제언 ····· 270

제2장. 권고사항 이행점검 ····· 275
1. 정신장애인 국가보고서의 권고사항 요약 ····· 275
가. 국가보고서가 제시하는 기본원칙 ····· 275
나. 국가보고서가 제시한 주요과제 ····· 277
2. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련 권고 ····· 280
가. 2009년 국가보고서의 비자의입원 현황과 진단 ····· 280
나. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책 ····· 280
다. 국가보고서의 입·퇴원 관련 핵심 추진과제 ····· 284
라. 입·퇴원 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점 ····· 285
3. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선 ····· 307
가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책 ····· 307
나. 정신보건시설 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점 ····· 308
4. 지역사회 중심의 정신장애인 치료 ····· 323
가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책 ····· 323
나. 지역사회 중심 정신장애인 치료 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점 ····· 324
5. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소 ····· 333
가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책 ····· 333
나. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점 · 334

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3부. 기사분석 및 소셜빅데이터 분석 ····· 343
제1장. 정신장애인 관련 기사분석 ····· 343
1. 연구 방법 ····· 343
가. 텍스트 마이닝 분석 ····· 343
나. 수집 대상 ····· 344
다. 자료분석 방법 ····· 345
2. 연도별 기사 수 추이 ····· 347
3. 2009년~2018년 전체 분석 ····· 349
가. 빈도 분석 ····· 349
나. CONCOR 분석 ····· 352
4. 연도별 분석 ····· 353
가. 2009년~2010년 ····· 353
나. 2011년~2012년 ····· 356
다. 2013년~2014년 ····· 359
라. 2015년~2016년 ····· 362
마. 2017년~2018년 ····· 365
5. 신문사별 분석 ····· 368
가. 경향신문 ····· 368
나. 동아일보 ····· 371
다. 조선일보 ····· 374
라. 중앙일보 ····· 377
마. 한겨레 ····· 380
바. 한국일보 ····· 383

제2장. 정신장애인 관련 소셜빅데이터 분석 ····· 386
1. 연구방법 ····· 386
가. 텍스트 마이닝 분석 ····· 386
나. 수집대상 ····· 386
다. 자료분석방법 ····· 387
2. 연도별 문서량 추이 ····· 388
3. 시기별 감성분석 ····· 389

4. 2009년~2018년 전체 분석 ····· 391
가. 빈도 분석 ····· 391
나. CONCOR 분석 ····· 394
5. 연도별 분석 ····· 395
가. 2009년~2010년 ····· 395
나. 2011년~2012년 ····· 398
다. 2013년~2014년 ····· 401
라. 2015년~2016년 ····· 404
마. 2017년~2018년 ····· 407

제3장. 결론 및 제언 ····· 410
1. 결론 ····· 410
2. 제언 ····· 411

제4부. 환경변화와 법과 정책의 개선 ····· 413
제1장. 정신장애 분야의 변화된 환경 ····· 413
1. 국제연합(UN)의 장애인권리협약과 한국의 과제 ····· 413
가. 개관 ····· 413
나. UN 장애인권리위원회의 일반논평 ····· 414
다. UN 장애인권리위원회의 한국정부에 대한 권고 ····· 416
2. 정신장애단체의 성장과 참여 ····· 417
3. 정신장애에 대한 사회의 이중적 인식의 심화 ····· 418

제2장. 2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고 ····· 419
1. 2010년 이후 인권위의 정책권고 ····· 419
2. 2010년 이후 인권위의 진정 및 방문조사 사건 관련 권고 ····· 422

제3장. 새로운 제도와 입법안에 대한 검토 ····· 427
1. 개관 ····· 427
2. 새로운 제도와 입법안에 대한 검토 ····· 428

국가인권위원회
humanrights.go.kr

가. 입원적합성심사제도 ····· 428
나. 인신보호제도 ····· 430
다. 외래치료명령(지원)제도 ····· 437
라. 정신장애인 공공후견제도 ····· 438
마. 사법입원안(법원의 비자의입원심사제도) ····· 439
바. 보호의무자제도 폐지안 ····· 440
사. 절차보조인(동료활동가지원)제도 ····· 440

제5부. 정신장애인 인권 증진 및 인권 이행을 위한 제언 ····· 443
제1장. 법적·정책적 분석에 따른 제언 ····· 443
1. 정신장애인을 위한 기본원칙의 제언 ····· 443
가. 개관 ····· 443
나. 정신장애를 위한 기본원칙 ····· 444
다. 기본원칙과 한국 현실의 문제 ····· 446
라. 향후의 정신장애를 위한 기본원칙의 제언 ····· 448
2. 정신장애인의 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성의 존중 ····· 453
가. 존엄성의 존중 ····· 453
나. 자율성의 존중 ····· 457
다. 인격적 독립성의 존중 ····· 461
3. 정신장애인의 자립적·사회적 삶의 보호와 지원 ····· 466
가. 자립적 삶의 보호와 지원 ····· 466
나. 사회적 삶의 복원과 지원 ····· 471
4. 정신장애인의 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현 ····· 473
가. 비차별 ····· 473
나. 사회적 통합 ····· 477
다. 사회적 참여 ····· 478

제2장. 조사결과 분석에 따른 제언 ····· 480
1. 시설 및 종사자 차원의 인권 증진 개선 ····· 480
가. 패러다임의 전환 ····· 480

나. 세상과 소통하는 열린시설 제도화 ····· 480
다. 수용인원 축소 ····· 481
라. 국가보고서 정기발간의 제도화 ····· 481
마. 국가보고서 권고조치 이행여부 관리감독 체계화 ····· 482
바. 시설 종사자의 인권 민감성 증진 ····· 483
사. 후속 연구 제도화 ····· 483
아. 정신건강복지법의 세부규정 마련 ····· 484
2. 당사자 차원의 인권 증진 ····· 485
가. 정신건강복지법의 하위법령 제정 ····· 485
나. 자의입원율 향상을 위한 노력 ····· 485
다. 입원환경 개선 ····· 486
라. 중증질환에 대한 국가책임제 도입 ····· 486
마. 지역사회의 다양한 서비스 확충 ····· 487
바. 당사자에 대한 교육 및 가족 지원 확대 ····· 488
사. 의료기관의 치료집중 노력 강화 ····· 488
아. 정신장애인 동료지원 서비스 강화 ····· 488
자. 정신장애인 인권옹호 활동 다변화 ····· 489
3. 일반인 차원의 인권 인식 개선 ····· 490
가. '정신건강 언론준칙' 개정 및 실효성 확보 ····· 490
나. 정신질환자와 일반인 간 교류 확대 ····· 491
다. 정신질환 및 정신장애에 대한 교육 확대 ····· 492
라. 정신질환과 범죄의 위험성에 대한 정확한 통계 및 연구결과 제시 ····· 493

참고문헌 ····· 494
별첨 ····· 501

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1부

정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사 보고서 개요

제1장 조사의 목적 및 필요성

제2장 조사의 방법

1. 참여연구진
2. 조사방법
3. 추진일정

제3장 조사보고서의 구성

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장. 연구의 목적 및 필요성

국가인권위원회는 2009년「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서(이하 '국가보고서'라 한다)」를 발간하여 국무총리 및 보건복지부장관에게 권고하였다. 올해 2019년은 권고 후 10년이 경과되는 시점이다. 2001년 탄생한 국가인권위원회(이하 '인권위'라 한다)는 지난 18년 간 정신장애인의 인권 개선을 위해 다양한 노력을 해 왔다. 정신장애인 당사자, 정신장애인의 가족, 정신건강분야 전문가, 그리고 일반인 대상의 정신장애인 인권 실태조사를 해왔으며, 정신병원 내 진정사건 조사 및 그에 대한 조치로서 정신병원 등에 대해 개별권고를 하는 방식을 통하여 정신장애인의 인권을 개선해 왔다. 국가(행정)기관에 대해서는 일반적 실태조사 등의 결과를 기초로 하여 정신장애 인권의 측면에서 정책 권고를 하는 방식을 통해 정신장애인의 인권을 개선해왔다. 2009년 국가보고서는 그 간의 정신장애인 실태조사, 해외 사례조사, 그리고 개별 진정조사 등을 바탕으로 작성된 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 대한민국 최초의 정신장애 분야 국가보고서이다. 본 연구는 2009년 국가보고서 발간 이후 국가를 비롯하여 정신의료기관 및 정신건강 관련 기관들이 정신장애인 인권 보호 및 인권 증진을 위해 얼마나 많은 노력을 기울였으며 그 결과 얼마나 많은 변화가 있었는지를 점검하는데 목적을 둔 연구이다.

인권위는 2009년 국가보고서를 작성하며 다음과 같은 6개 목표를 설정하였다.[1)]

▷ 정신장애인 인권의 중요성 천명
▷ 정신장애인 인권보호 및 증진을 위한 국가의 책무 확인
▷ 선진국 수준의 인권 보호 및 치료방안마련을 위한 대책 수립
▷ 지역사회 및 이용자중심 정신보건 서비스 전달체계로 패러다임 전환
▷ 정신질환치료에 대한 인권 친화적이며 효과적인 국가전략 수립
▷ 정신장애인 인권에 대한 국민의 인식 제고

그러나 국가보고서 작성만으로 목표달성이 이루어지는 것은 아니기 때문에 인권위는 이 국가보고서를 통해 그 당시의 법제도나 사회현실에 대해 일정한 방향성을 설정하고 이를 위한 제도적 장치들을 마련할 것을 국가를 상대로 권고한 것이라 할 수 있다. 그동안 해왔던 정책

1) 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서, pp.7-8.

권고를 포괄하여 정리한 것으로써 국가보고서의 특성상 법적 구속력을 갖지는 않지만 정당성을 가진 일정한 원칙과 방향을 천명한 것이어서 현실과 제도를 변화시키는 보이지 않는 힘이 될 것이다.

국가보고서에서 인권위는 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 4대 주요 과제를 제시하면서 국가를 상대로 변화를 요구하고 법과 제도를 마련하라고 권고하였다[2].

▷ 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련
▷ 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선
▷ 지역사회 중심의 정신장애인 치료
▷ 정신장애인에 대한 차별과 편견해소

이 같은 국가보고서를 통한 국가의 정신장애인에 대한 책임을 묻고 대책을 강구하라고 권고하는 인권위의 노력은 사실상 많은 변화를 초래하였다. 물론 아직도 더 많은 변화가 일어나야 하고 그 수준도 선진국 수준으로 상향되어야하나 크고 작은 변화들이 실질적인 효과를 보이고 있는 것은 괄목할 만한 성과라 하겠다.

간략히 살펴보면, 그동안 국내 정신보건분야는 「(구)정신보건법」제24조 헌법불합치결정,「(구)정신보건법」전부개정 (개정법명: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(약칭 정신건강복지법; 이후 정신건강복지법이라 한다.))등 커다란 변화가 있었고, 이로 인해 비자의 입원요건이 엄격해지거나 계속입원 심사기간이 단축되는 등 입·퇴원절차에 있어 변화를 초래하였다. 이로써 2008년 86.2%에 달하던 비자의 입원율이 지속적으로 감소하여 2017년 36.8%로 보고[3]되고 있다. 그러나 여전히 선진국에 비해 비자의 입원 및 장기입원의 비율이 높고, 지역사회 인프라가 부족한 등 시설 수용 위주의 정신보건정책에서 크게 벗어나지 못하고 있는 실정이다.

다행히 문재인 정부는 출범하면서 국민의 삶의 질 개선을 위해 '내 삶을 책임지는 국가'를 국정목표로 하고, 모두가 누리는 복지국가를 만들기 위한 포용적 복지국가론을 기치로 내걸었기에 정신장애인에게도 포용적 국정철학은 동등하게 적용될 것으로 기대되고 있다. 동시에 배제적 성장과 대비되는 모델에서 '모두가 어울려 살기 위한 지역사회 포용 확대'를 정책 목표

2) 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서, pp.53-222.
3) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서, p.9.

로 하고, 지역사회 중심의 통합적인 복지체계인 '커뮤니티케어'를 역점적으로 추진하겠다고 밝힌 바 있어, 커뮤니티케어의 가장 핵심적인 대상인 정신장애분야에서는 더욱 기대가 크다. 커뮤니티케어는 노인, 장애인 등 취약계층이 시설이 아닌 지역사회에 정착하고 주민들과 어울려 살 수 있도록 의료·주거·돌봄 등 종합적인 서비스를 연계·지원하는 지역사회 돌봄서비스 체계이다. 이를 중심으로 보건복지부가 발표한 커뮤니티 케어 로드맵에서는 정신질환자의 지역사회 정착 지원모델 선도사업 추진계획을 발표[4]한 바 있고, 현재 제한적이지만 진행 중에 있다.

이는 전통적인 정신건강복지 인프라만이 아니라 정신질환자 지역 복귀와 안정적 지역사회 생활 유지를 위한 서비스 개발·확대 및 연계·통합 제공모델 개발에 초점을 두고 동료상담가, 지역사회서비스 청년 사업단 등 다양한 주체의 참여를 기반으로 하고 있다. 이를 위해 정신재활시설 확충, 선도사업 지역에서 통합 서비스 제공을 통한 퇴원예정자 정보 제공 동의율 제고, 외래치료명령제 등 제도개선 조치가 선도적으로 시행될 수 있도록 노력을 병행하겠다고 밝히고 있고 특히 최근에는 병동 내 휴대전화 사용, 입·퇴원심사결과 및 권리에 대한 고지, 적법한 절차에 따른 CCTV 설치·운영 등 정신장애인의 인권을 증진하고 함양하려는 변화가 진행되고 있다. 이는 2009년 국가보고서 작성 당시에는 크게 고려되지 않았던 유형의 진정사건들이 다수 접수되는 결과를 낳았다. 시대흐름을 반영한 새로운 유형의 정신장애인 인권실태 파악이 필요함을 말해주는 것이라 하겠다.

정신장애의 사회적 환경이라 할 수 있는 일반인의 인식도 정신장애인의 인권 증진 측면에서는 중요한 역할을 한다. 2018년 정신질환에 대한 긍정적 태도는 57.0%[5]로 2017년(58.9%)에 비해 감소하였으며, 이 항목이 처음 조사된 2015년(59.6%)보다 2.6% 하락하였다.[6] 정신장애인의 부정적 매체노출은 사람들에게 편견을 초래하여 낙인을 형성하게 하는데[7], 최근 정신장애인에 대한 부정적 기사 노출이 빈번할 뿐만 아니라 이차 피해 수준도 높은 것으로 나타났다. 편견은 미디어에서 어떤 이미지에 노출되는가에 따라 다르게 형성될 수 있는데, 부정적이거나 타자화하는 간접 접촉의 내용에 노출되는 빈도가 높을수록 대상에 대한 태도가 부정적으로 변화할 수 있기 때문이다(김여라, 2010; 안순태 외, 2017). 간접 접촉 경험은 직접 접촉 경험과 더불어 정신장애인과의 주요 접촉 범주에 포함되므로(Corrigan et al., 2001), 사회전반적인 정신장애인에 대한 차별과 편견을 알아보기 위해서 온라인상에 공유되는 정신장애인에

4) 보건복지부 보도자료(2019. 01. 10.). 지역사회 통합 돌봄 모델, 지역이 만들어간다.「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」발표. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=347345
5) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.
6) 국립정신건강센터(2017). 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.
7) 국가인권위원회(2012). 정신장애인 차별-편견 해소를 위한 실태조사. 서울: 국가인권위원회.

대한 인식을 알아보는 것이 필요할 것이다.

또한, 정신장애인에 대한 일반인의 차별과 편견을 알아보기 위해서 선행연구들은 설문조사 방법을 택하는 것이 일반적이었다(양옥경, 1998; 이은희 외, 2000; 한덕응·이민규, 2003; 박종익·전미나, 2016). 하지만 뉴스를 읽는 방식이 과거와 달리 종이신문에서 모바일, 인터넷, 메신저 서비스, SNS와 같은 인터넷 중심으로 변화하였다. 2018년 언론수용자 의식조사에 따르면, 종이신문을 통해 뉴스를 읽는 비율은 1996년 85.2%에서 2018년 기준 17.7%로 대폭 감소하였으며, 대신 텔레비전 85.4%, 모바일 인터넷 80.8%, PC 인터넷 31.7%, 메신저 서비스 18.5%, SNS 15.3% 등 인터넷을 이용한 언론 이용이 증가하고 있으며 특히 유튜브, 네이버TV 등 온라인 동영상 플랫폼 이용률이 33.6%로 나타나며 모바일과 유튜브를 중심으로 정보의 확산이 이루어지고 있다. 이에 따라 SNS상에서 기사를 공유하고, 사건에 대한 자신의 의견을 게시하는 것은 단순히 개인적인 행위를 넘어서고 있다. SNS상에서의 여론 형성이 역으로 언론보도에 영향을 미치는 역의제설정(adverse-agenda setting)이 이루어지고 있다(박지윤, 2017).

이러한 내용을 기반으로 본 연구에서는 첫째, 2009년 국가보고서 발간 및 권고 이후 10년간 국내 정신장애인의 인권상황이 어떻게 변화되었는지 살펴보았으며, 특히 새롭게 등장하는 소셜빅데이터 등과 같은 매체에서 보이는 정신장애인과 낙인을 기반으로 정신장애인 인권 실태를 살펴보았고, 둘째, 2009년 국고보고서의 권고사항을 얼마나 잘 이행하였는지 살펴보았다. 특히 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 국내적 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신건강정책 등을 검토하였다. 정신건강관리에서 인권 침해를 완화하기 위해서는 정책 및 서비스의 부정적 결과를 평가하여 개선방안을 모색하는 것이 중요하므로,[8] 정신건강 관련 법, 제도, 정책 등을 기반으로 현황 및 이행여부를 점검하였다. 이를 통하여 정신장애인 인권 관련 문제의 다양한 원인 및 대책들에 대한 총체적 규명과, 개인적 차원, 조직적 차원, 정책적 차원의 발전 방안을 도출하였다.

연구의 방법으로는 문헌연구, 표적집단면접, 설문조사, 현장조사, 기사 및 소셜빅데이터 분석 등을 활용하였다.

8) UN Human Rights Council(2017). Report of the Special Papporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/35/21)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2장. 연구의 방법 및 실행

1. 참여연구진

본 연구에 참여한 연구진은 총 15명이다. 1명의 연구책임교수와 6명의 공동연구교수, 그리고 8명의 보조연구원으로 구성되었다. 각자의 소속 및 직위는 다음과 같다.

연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복자학과 교수)
공동연구자 : 이기연(서강대학교 사회복지학과 대우교수)
현진희(대구대학교 사회복지학과 교수)
백종우(경희대학교 의과대학 교수)
김성완(전남대학교 의과대학 교수)
이유리(남부대학교 사회복지학과 부교수)
신권철(서울시립대학교 법학전문대학원 교수)

보조연구원 : 심아람(이화여대 사회복지학과 석사), 유가환(이화여대 사회복지학과 석사), 정혜수(대구대 사회복지학과 석사), 윤혜정(해밀 노동법연구소 연구원), 최준영(남부대 사회복지학과 석사), 최윤아(전남대병원 정신건강의학과 연구원), 박수진(서강대 공공정책대학원 석사), 김나리(경희대병원 정신건강의학과 연구원)

2. 연구방법

가. 연구수행체계

용역사업팀		국가인권위원회
· 착수보고 회의 실시 · 중간 점검 보고 회의 실시 · 당사자, 가족, 종사자 등의 자문 실시 · 전문가 FGI 실시 · 이화여대 IRB 통과(fgi와 설문조사) · 정신장애 당사자 설문조사	진행사항보고 행정지원요청 보고서 제출 → ← 행정지원	· 용역사업 수행에 따른 행정지원 · 용역사업팀의 감독 및 검수 · 보고서 검토 후 보완·조치

· 정신장애인 가족 설문조사 · 정신건강 시설/기관 현장조사 · 일반인의 정신장애인 인식 조사 · 연구결과 발표 세미나 개최 · 보고서 작성 및 제출	관리감독	

나. 연구방법 및 실행

본 연구를 위한 연구방법은 문헌연구, 법률분석, 자문회의, 표적집단면접(FGI), 설문조사, 현장조사, 그리고 신문기사 및 소셜빅데이터 분석이다. 모든 질문지와 설문지는 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과하였다. FGI를 위한 심의(승인번호 ewha-201908-0027-01)를 거친 후 FGI를 통해 설문지와 조사지들을 확정한 후 수정된 설문지와 조사지를 위한 심의(승인번호 ewha-201908-0027-02)를 통과하였다.

1) 문헌연구

문헌연구는 국내외 선행연구들을 검토하는 것이었다. 정신장애인 인권에 관한 국내외의 선행연구들을 검토하였다. 특히 본 연구과제인 10년 전 비교분석을 위해 2008년도를 전후로 한 정신건강 관련 인권위원회의 연구용역사업 보고서 및 진정사건 내용분석을 통해 변화하는 인권관련 욕구를 도출하였다. 정신보건 현황 및 국가 정신건강 사업 예비조사결과 보고서를 내용분석하여 지표 및 결과를 도출하고 그 적절성을 검토하였다.

2) 법률분석

법률분석은 통계분석 및 법과 제도 분석 두 가지 방법을 통해 진행하였다.

통계분석은 2차 자료 분석으로 진행하였다. 사용한 문헌들은 매년 국립정신건강센터에서 발행하는 정신건강현황 예비조사 결과보고서, 비자의입원환자의 인신보호청구 현황, 국가인권위원회 정신보건시설 진정현황 등이다. 통계자료들을 바탕으로 국가보고서 권고사항에 대한 반영 여부를 반영, 미반영, 일부 반영, 확인 안 됨 등으로 분류하였다.

법과 제도 분석은 우선 정신장애 분야의 변화된 환경을 알아보기 위하여 UN 2006년 장애

인 권리 협약과 한국의 과제, 그리고 정신장애단체들의 성장과 참여 등을 다루었다. 또한 현재 논의되고 있는 새로운 제도와 입법안을 검토하기 위하여 현재 입원적합성심사제도, 인신보호제도, 외래치료명령(지원)제도, 사법입원안, 보호의무자제도 폐지안, 절차보조인제도 등의 관련 판례, 문제점, 개선방안 등을 논하였다.

3) 자문회의

자문회의는 현장조사와 설문조사를 위한 조사내용에 관해 전문가 및 당사자의 자문을 받기 위해 진행되었다. 인권연구의 가장 핵심인 당사자를 비롯하여 가족협회, 그리고 서비스 제공기관으로는 의료기관, 사회복지기관, 요양시설 등을 대표하여 각 1인을 자문위원으로 위촉하였다.

2009년 국가보고서에서 활용하였던 조사들의 각종 설문조사지를 기준으로 하여 9월 10일 자문회의를 개최하여 토론하였다. 2시간에 걸친 토론과 논의 결과 새롭게 구성되거나 단어를 새롭게 바꾸어야하거나 하는 등의 변화를 이끌어 냈다. 자문한 결과를 반영하여 현장조사의 조사표와 설문조사의 설문지 구성을 새롭게 하였다.

4) 전문가 표적집단면접(FGI)

전문가 표적집단면접은 정신건강 관련 기관 및 시설에 종사하는 전문가들과 지역사회에서 정신장애인들을 사례관리하는 전문가들을 대상으로 하였다. 표적집단면접의 목적은 2009년 국가보고서 발간 이후 현장에서 전문가들이 체험하는 정신장애인 관련한 인권증진 및 인권함양의 현황 및 실태를 알아보는 것이었다.

전국을 대상으로 총 24명이 선정되었으며, 서울, 대구, 광주 등 3개 권역에서 진행되었고, 각 1회씩 진행하였다. 선행 연구에서 원활한 대화 진행을 위한 충분한 숫자이자 각자의 의견을 표현할 수 있는 숫자로서 6-12명을 적정 인원으로 권장하고 있다(Vaughn et al., 1996:50)는 근거에 따라 각 권역별로 5-6명 내외의 전문가가 참여할 수 있도록 구성하였다.

정신건강증진센터 및 정신건강증진시설 종사자들을 대상으로 6명씩 총 18명이 표적집단면접에 참여하였다. 정신의료기관, 정신요양시설, 그리고 정신재활시설의 종사자들 중 3년 이상 근무한 전문가로서 정신건강의학과 의사와 정신건강전문요원들이 참여하였다.

정신건강 세팅이 아닌 일반 지역사회에서도 정신장애인들이 다양한 형태로 거주하고 있으면

서 사례관리의 대상자로 서비스를 지원받음에 따라 지역사회에서 서비스를 제공하고 있는 전문가들을 대상으로 총 6명을 표적집단면접 방법으로 조사하였다. 공공 및 민간 영역에서의 사회복지서비스를 제공하는 사람들을 대상으로 하였으며, 사례관리전담공무원이거나 지역사회복지관에서 사례관리 및 서비스를 제공하고 있는 3년 이상의 근무경력을 가진 사회복지사들을 대상으로 하였다. 지역은 서울과 경기지역으로 한정하였다.

표적집단면접 대상자 선별을 위해 시설유형 및 전문분야 직역을 대표하는 단체를 접촉하여 면접진행에 관한 설명을 하고 협조를 구하였다. 우선 각 단체에 모집공고문을 보내어 참여의사가 있는 종사자가 모집공고문 상의 연구책임자 연락처로 연락할 수 있도록 하였으며, 참여자가 모여지지 않아 각 단체에 연락하여 참여자를 추천받았다. 이때 연구진이 협조를 구했던 단체들은 한국정신재활시설협회, 전국정신건강복지센터협의회, 한국정신건강전문요원협회, 정신사회재활협회 등이었으며, 지역사회복지영역은 한국사회복지관협회와 사회보장정보원의 희망복지중앙지원단 등이었다.

표적집단면접은 약 2시간정도 진행되었으며, 진행과정은 도입질문 → 전환질문 → 주요 질문 → 마무리질문의 순으로 구성하여 진행되었다. 조사내용은 시설 내 인권: 시설 내 정신장애인 인권 문제점, 개방화를 위한 시설 구조, 법적 절차에 충실한 격리·강박 시행, 당사자 참여 및 자기결정권 보장, 이의제기 및 권리구제 절차 등에 대한 개정 정신건강복지법 전/후 차이; 비자의 입원 및 장기 입원: 비자의 입원의 문제점(요건, 이송수단, 절차상의 권리보장 등), 장기입원의 문제점, 입원적합성심사제도에 대한 의견, 후견인 제도 등에 대한 개정 정신건강복지법 전/후 차이; 지역사회에서의 인권: 정신장애인의 인권 침해 경험, 서비스 제공자로서의 어려움과 한계, 소득보장 및 주거지원의 중요성, 정신장애인 욕구/가족 보호부담 관련 필요한 사회적 지원 및 제도적 개선 등에 대한 의견; 커뮤니티케어 등 전향적 지역사회돌봄체계에서의 인권민감성: 동료상담가, 지역사회서비스 청년 사업단 등 다양한 주체의 참여에 따른 인권이슈, 지역에서 통합 서비스 제공을 통한 퇴원예정자 정보 제공 동의. 외래치료명령제 등에 따른 현장의 준비도 및 어려움과 한계, 관련 제도 개선에 대한 의견 등이었다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 기본 질문은 별도 첨부하였다(별첨 11 참조).

5) 설문조사

가) 정신장애인 당사자 – 총 2,000명

정신장애인 인권에 관한 연구를 진행함에 있어 정신장애인 당사자를 대상으로 연구하여 이

국가인권위원회
humanrights.go.kr

들의 의견을 듣는 것은 당연한 일이다. 10년 전에도 이들에 대한 조사가 이루어졌고 본 연구는 10년 전의 상황과 현재의 상황을 비교해보고자 하는 목적도 있으므로 이들의 인권에 관한 의견을 듣고자 하였다. 입원/입소되어 있는 재원 정신장애인 1,000명과 지역사회에서 생활하고 있는 재가 정신장애인 1,000명이 대상이다.

[표 1-1] 시·도별 정신병상(정원) 수 현황에 따른 본 연구 표본

지역	표본수	계 (81,734개)	국립 정신병원 (6개)	공립 정신병원 (12개)	시립 정신병원 (136개)	종합병원 정신과 (198개)	병원 정신과 (181개)	정신과 의원 (1,021개)
전국	750	81,734 (100)	2,990 (3.1)	3,643 (3.8)	35,842 (37.7)	5,289 (5.6)	30,484 (32.1)	3,486 (3.7)
서울	49	5,321 (6.5)	200 (3.3)	250 (4.1)	1,327 (21.9)	726 (12.0)	2,138 (35.3)	680 (11.2)
부산	55	6,058 (7.4)	-	331 (4.8)	3,899 (57.0)	239 (3.5)	1,491 (21.8)	98 (1.4)
대구	49	5,283 (6.5)	-	360 (6.1)	350 (5.9)	296 (5.0)	4,179 (70.2)	98 (1.6)
인천	37	4,019 (4.9)	-	-	1,066 (24.6)	142 (3.3)	2,567 (59.1)	244 (5.6)
광주	23	2,549 (3.1)	-	296 (9.2)	944 (29.5)	169 (5.3)	995 (31.1)	145 (4.5)
대전	16	1,732 (2.1)	-	199 (7.6)	957 (36.4)	133 (5.1)	345 (13.1)	98 (3.7)
울산	13	1,402 (1.7)	-	-	265 (17.1)	45 (2.9)	1,092 (70.4)	-
세종	-	120 (0.2)	-	-	120 (43.6)	-	-	-
경기	153	16,627 (20.4)	-	1,226 (6.6)	8,726 (47.2)	669 (3.6)	4,499 (24.4)	1,507 (8.2)
강원	25	2,716 (3.3)	320 (11.8)	-	824 (30.3)	542 (20.0)	981 (36.1)	49 (1.8)
충북	36	3,895 (4.8)	-	-	2,255 (46.5)	325 (6.7)	1,230 (25.4)	85 (1.8)
충남	52	5,680 (6.9)	1,570 (21.5)	-	2,724 (37.3)	450 (6.2)	644 (8.8)	292 (4.0)
전북	25	2,732 (3.3)	-	631 (17.5)	841 (23.3)	145 (4.0)	1,067 (29.6)	48 (1.3)
전남	43	4,713 (5.8)	450 (7.8)	-	1,893 (32.6)	573 (9.9)	1,797 (31.0)	-

지역	표본수	계 (81,734개)	국립 정신병원 (6개)	공립 정신병원 (12개)	시립 정신병원 (136개)	종합병원 정신과 (198개)	병원 정신과 (181개)	정신과 의원 (1,021개)
경북	73	8,022 (9.8)	-	-	3,167 (33.9)	611 (6.5)	4,200 (44.9)	44 (0.5)
경남	95	10,395 (12.7)	450 (4.0)	350 (3.1)	6,213 (54.7)	167 (1.5)	3,166 (27.9)	49 (0.4)
제주	6	470 (0.6)	-	-	271 (37.6)	57 (7.9)	93 (12.9)	49 (6.8)

정신장애인 당사자는 전국의 정신병원, 종합병원정신과 등 정신의료기관과 정신요양시설 및 정신재활시설 중 생활시설에 입원 또는 입소되어 생활하고 있는 사람들, 그리고 자신 또는 가족 및 친지 등의 집에 거주하명서 정신건강복지센터나 정신재활시설 중 이용시설을 이용하는 사람들, 그리고 아무 시설도 이용하지 않는 사람들까지도 당사자 단체 등의 협조를 받아 모두 포괄하였다.

표집은 전국을 대상으로 하여 총 2,000명을 표집하였다. 산출의 근거는 2009년 국가보고서에 활용된 정인원 외(2008)의 정신장애인 실태조사에서 2,000명을 대상으로 조사한 것에 따라, 2009년과 2019년을 비교하기 위해 동수를 대상으로 하였다.

본 연구에서 말하는 정신장애인이란 정신건강복지법에서 정신질환자로 정의하는 “망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람”과 동일한 의미로 사용하고 있다. 그러나 본 연구에서는 진단명이나 의료적인 관점이 아닌 사회복지적 관점인 ‘정신장애인’이라는 명칭을 사용하고자 하였다. 이 정의를 중심으로 하여 본 연구의 정신장애인으로서의 대상자는 진단코드 F20-29(조형병, 분열형 및 망상 장애)와 F30-39(기분[정동]장애)로 한정하되, 지적장애진단과 알코올중독 및 약물중독 등 모든 중독의 진단을 받지 않은 자이다.

(1) 정신장애인 당사자 - 재원

정신장애인 당사자 중 재원 정신장애인은 전국의 정신의료기관 및 정신요양시설, 그리고 정신재활시설 중 생활시설에 2019년 현재 입원 및 입소되어 있는 19세 이상 성인 중증정신질환자(초발이 아닌 재발을 경험한 사람들로서 실제적인 도움이 필요하여 정신재활시설을 이용하고 있는 사람들을 통칭함)이다. 총 1,000명을 표집하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

표집은 입원 및 입소 정신장애인의 수에 비례하여 정신의료기관에서 750명, 정신요양시설에서 150명, 그리고 정신재활시설 중 생활시설에서 100명(워낙 입소자의 수가 적어 의미 있는 분석을 위해 임의로 100명을 할당하였다.) 등 3개 차원으로 진행하였다. 정신의료기관에서의 표집은 국립정신건강센터가 2018년 발간한 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서([표 1-1]참조)에 근거하여 지역별 분포에 따라 표집하였다. 1%미만의 세종시의 재가 당사자는 일반화하기 어려운 표본수로 판단되어 제주의 표본 수에 포함하여 표집하였다.

정신요양시설에서의 표집은 국립정신건강센터가 2018년 발간한 시·도별 정신요양시설(정원) 수 현황([표1-2]참조)에 근거하여 지역별 분포에 따라 표집하였다. 울산시와 세종시의 정신요양시설 재원 당사자는 2명으로 일반화하기 어려운 표본수로 판단되어 제주와 인천의 표본 수에 각각 포함하여 표집하였다.

[표 1-2] 시·도별 정신요양시설(정원) 수 현황에 따른 본 연구 표본

	표본수	정신요양시설 (59개소)
전국	150	13,285 (100)
서울	8	730 (5.5)
부산	9	780 (5.9)
대구	7	667 (5.0)
인천	4	322 (2.4)
광주	7	655 (4.9)
대전	10	894 (6.7)
울산	-	150 (1.1)
세종	-	155 (1.2)
경기	21	1,848 (13.9)
강원	-	-
충북	11	957 (7.2)
충남	18	1,624 (12.2)
전북	10	871 (6.6)
전남	12	1,088 (8.2)
경북	15	1,331 (10.0)
경남	11	963 (7.2)
제주	5	250 (1.9)

정신재활시설 중 생활시설에서의 표집은 “2018 전국 정신건강관련 기관 현황집(국립정신건강센터, 2018)”에 근거하여 정신재활시설 중 생활시설과 종합시설 중 생활시설 기관 현황을 파악하고, 정신재활시설협회가 2019년 상반기에 발간한 시·도별 정신재활시설협회 회원시설 현황([표1-3]참조)에 근거하여 지역별 분포에 따라 표집하였다. 생활시설에 대한 공식 자료를 구하기 어렵고 시설협회의 도움을 받아 설문을 해야 하는 것을 감안하여 협회의 자료를 중심으로 표집하였다. 자료에 따라 서울을 비롯하여 생활시설이 협회에 등록되어 있지 않은 도시를 제외하고 부산을 비롯한 시도에서 표집하였다.

[표 1-3] 정신재활시설 중 생활시설, 종합시설 중 생활시설의 기관수(입소자수)

	표본수	정원 수	생활시설	종합시설 중 생활시설
전국	100	669(100)	20	19
서울	-	-	-	1
부산	10	46 (6.9)	-	2
대구	10	30 (4.5)	-	1
인천	-	-	-	-
광주	-	-	1	-
대전	8	75 (11.2)	2	2
울산	-	-	-	-
세종	-	20 (3.0)	1	-
경기	20	86 (12.9)	1	1
강원	2	22 (3.3)	1	-
충북	-	45 (6.7)	2	1
충남	10	79 (11.8)	3	-
전북	-	-	3	8
전남	5	41 (6.1)	1	1
경북	30	180 (26.9)	3	1
경남	5	45 (6.7)	1	2
제주	-	-	-	-

조사는 종이설문지를 사용하는 지필설문방식을 사용하였다. 정신의료기관 및 정신요양시설, 그리고 정신재활시설 중 생활시설, 그리고 각 협회의 게시판을 통해 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다.

설문은 총 8페이지 총 100문항으로 2008년 국가인권위원회의 “장기입원의 구조적 원인과

국가인권위원회
humanrights.go.kr

지속요인[9]"에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문을 통해 입원(소) 대상자 인구학적 특성, 입원(소) 상황에 대한 특성, 입원 대상자의 입원적합성심사 관련, 입원(소) 대상자의 가족체계 특성, 치료과정에서의 인권(사생활 보호와 개인정보의 보호, 신체적 안전에 대한 권리, 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리, 격리 및 강박시행 관련 사항, 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경, 프로그램에 대한 알 권리와 자기결정권), 서비스의 도움 정도, 서비스의 필요성을 조사하였다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 설문지는 별도 첨부하였다(별첨 12 참조).

(2) 정신장애인 당사자 - 재가

정신장애인 당사자 중 재가 정신장애인은 전국의 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하는 19세 이상 성인이다. 총 1,000명을 표집하였다.

표집은 국립정신건강센터가 2018년 발간한 정신건강증진사업 등록·이용·입소자 현황([표 1-4]참조)에 근거하여 지역별 분포에 따라 표집하였다. 1%미만의 세종시의 재가 당사자는 일반화하기 어려운 표본수로 판단되어 제주의 표본 수에 포함하여 표집하였다.

[표 1-4] 지역사회 정신건강증진사업 등록·이용·입소자 현황에 따른 본 연구 표본

	표본수	전체	정신건강복지센터	정신재활시설(이용시설)
전국	1,000	82,809 (100)	76,348 (92.2)	4,404 (5.3)
서울	189	15,665 (18.9)	13,747 (87.7)	1,377 (8.8)
부산	40	3,309 (4.0)	2,912 (88.0)	358 (10.8)
대구	32	2,668 (3.2)	2,232 (83.7)	350 (13.1)
인천	47	3,856 (4.7)	3,682 (95.5)	137 (3.5)
광주	27	2,251 (2.7)	2,047 (90.9)	167 (7.4)
대전	16	1,358 (1.6)	918 (67.6)	247 (18.2)
울산	12	1,014 (1.2)	956 (94.3)	58 (5.7)
세종	-	307 (0.4)	278 (90.6)	-
경기	234	19,415 (23.4)	18,657 (96.0)	504 (2.6)

9) 국가인권위원회(2008)의 "장기입원의 구조적 원인과 지속요인"에서 사용했던 설문지에는 서동우 외(1999)의 연구에서 개발한 것을 바탕으로 하여 당시의 연구목적에 필요한 내용을 추가하여 수정 보완한 것임.

	표본수	전체	정신건강복지센터	정신재활시설(이용시설)
강원	56	4,634 (5.6)	4,564 (98.5)	35 (0.8)
충북	42	3,500 (4.2)	3,228 (92.2)	145 (4.1)
충남	113	9,338 (11.3)	9,079 (97.2)	24 (0.3)
전북	32	2,633 (3.2)	1,849 (70.2)	561 (21.3)
전남	38	3,126 (3.8)	3,088 (98.8)	-
경북	37	3,040 (3.7)	2,739 (90.1)	168 (5.5)
경남	65	5,356 (6.5)	5,236 (97.8)	77 (1.4)
제주	20	1,339 (1.6)	1,136 (84.9)	196 (14.6)

조사는 온라인설문조사방법을 사용하였다. 정신건강복지센터와 정신재활시설 게시판을 통해 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다.

설문은 총 14페이지 총 43문항으로 2008년 국가인권위원회의 “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구[10]”에서 사용했던 설문지와 2018년 국가인권위원회의 “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사[11]”에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문에는 일반적 사항, 사회보장제도 이용, 임상적/기능적 평가, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해, 정신건강서비스 이용, 정신건강서비스 접근장애요인, 치료과정에서의 인권침해 및 폭력경험, 일상생활 수행 정도, 정신사회적 기능, 지역사회에서의 편견인식, 지역사회에서의 불이익/차별/인권침해 경험, 가족체계 평가 및 폭력경험, 사회적 지지체계 평가 및 폭력 경험, 지역사회 사례관리 및 서비스 필요도, 개정 정신건

10) 국가인권위원회(2008)의 “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구”에서 사용했던 설문지에는 황태연 외(2000) 등의 한국판 정신사회적 기능증상 평가척도(한국판 BASIS-32문항) 중에서 일상생활수행기술 3문항, 자신과 타인과 관계 3문항, 우울 및 불안 3문항, 충동 및 탐닉행동 2문항, 정신병적 증상 3문항 등 총 14문항으로 구성하여 활용하였음. 또한 수단적 일상생활기능에 대한 측정(정신장애인 설문 23번)은 장애인실태조사(보건복지부 외, 2006)에서 활용한 바 있는 수단적 일상생활기능항목(IADLs)에서 6문항을 추출하고, 일본에서 정신장애인에 대한 지역사회사례관리 필요도를 사정하기 위해 활용하는 문항들(사회복지법인 다원, 2008)에서 5문항을 추출하여 총 11개 문항으로 구성하여 사용하였음.

11) 국가인권위원회(2018)의 “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사”에서 사용한 설문은 지역사회에 살고 있는 정신장애인 당사자와 가족을 대상으로 개인 일반사항, 인권관련 영역, 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역, 지역사회 거주영역, 독립생활영역, 지역사회 재통합영역에 걸쳐 총 6가지 영역으로 구성되어 있음. 이중 개정된 법 시행 이후의 생활 및 서비스 변화, 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람, 전문가 또는 경찰 방문 여부, 퇴원 시 지역사회 기관 연계 및 소개 여부 등의 문항을 참조하여 본 연구의 설문지를 작성하였음.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식 등을 포함하고 있다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 설문지는 별도 첨부하였다(별첨 13 참조).

나) 정신장애인 가족 – 총 300명

정신장애인의 가족 중 19세 이상 성인을 대상으로 하였으며, 재가와 재원 상태에 있는 정신장애인 가족을 포함하였다. 전국을 대상으로 총 300명을 표집 하였으며, 지역을 고려하여 정신의료기관, 정신재활시설, 정신요양시설, 가족협회 등의 협조를 받아 유의표집하였다. 대상자 숫자의 산출근거는 국가인권위원회의 2018년 "정신장애인 지역사회 거주 치료 실태조사"에서 당사자 350명, 가족 150명을 목표로 전국을 10개 권역으로 분류하여 표집한 것에 근거한 것이다. 본 연구는 재가와 재원의 정신장애인이 각 1,000명씩이므로 그에 맞추어 가족은 각 150명씩 총 300명을 대상으로 하였다.

조사는 온라인설문조사방법을 사용하였다. 정신의료기관, 정신재활시설, 정신요양시설, 가족협회 등의 게시판을 통해 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다.

설문은 총 11페이지 총 45문항으로 2008년 국가인권위원회의 "재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구[12]"에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문에는 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 입퇴원 과정에서의 결정권, 입퇴원 과정에서의 인권 침해 경험, 정신장애인에 대한 편견, 차별 행동 인식, 정신장애인 회복 장애 요인, 치료서비스, 지역사회재활서비스, 가족지원서비스 이용, 보호부담 및 서비스 욕구, 정신장애인의 폭력 피해 경험, 일반적 사항 등을 포함하고 있다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 설문지는 별도 첨부하였다(별첨 14 참조).

---

12) 국가인권위원회의 2008년도 설문은 가족의 객관적 보호부담을 측정하기 위해 가족의 돌봄 필요 정도 9개 영역, 가족 생활방해 6개의 영역으로 구성되어 있음. 영국에서 장애인에 대한 케어 필요도를 사정하는 문항들(이봉주 외, 2008); 정신장애인을 보호하는 가족의 주관적 부담척도(김동호 외, 1995)에서 정신장애인의 위험성, 부적절한 행동, 장기적인 보호에 대한 염려, 정신질환자가 있다는 사실이 알려지는데 대한 부담 등에 관한 문항들; 신영수 등(1994)의 연구를 참조하여 정신장애인을 돌봄으로 인해 가족이 경험할 수 있는 신체적 건강과 정신적 건강의 악화, 직업 및 경제적 활동의 방해, 가족 분위기의 저하 및 가족갈등, 경제적인 부담 등으로 구성된 가족생활방해에 관한 문항들; 엄윤경(2005)의 '가족태도척도'(32문항)에서 가족의 정서적 부담을 측정하는 문항 10개를 뽑아 구성한 가족의 정서적 보호부담을 측정하기 위해 구성된 가족 설문 문항들을 포함하고 있음.

다) 일반인 – 총 600명

정신질환 진단을 받지 않았고 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능하여 자발적으로 연구에 참여하기를 원하는 19세 이상 성인을 대상으로 하였다. 전국을 대상으로 총 600명을 표집하였다. 대상자 숫자의 산출근거는 한국건강증진재단의 2011년도 “정신질환자의 편견해소 및 인식개선을 위한 대상별 인권교육프로그램 개발”에서 대학생 및 일반인 표본수를 600명으로 설정한 것에 근거한 것이다. 표집은 남성과 여성을 비례할당 하였으며, 연령과 지역의 분포는 임의할당하는 것으로 하였다. 다만 성별, 연령별, 지역별 분포를 주기적으로 확인하여 특정 집단의 표본수가 충족된 경우 성별, 연령, 지역 응답 이후에는 설문응답이 중단되도록 하여 균형을 맞추려고 노력하였다.

조사는 온라인설문조사방법을 사용하였다. 국가인권위원회 게시판을 비롯하여 전국의 시군구단위의 일반게시판에 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다.

설문은 총 7페이지 총 99문항으로 2008년 국가인권위원회의 “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문에는 응답자의 일반적 사항을 비롯하여, 정신질환자에 대한 편견, 정신질환자에 대한 차별행동, 정신질환자에 대한 편견의 원인, 정신질환자에 대한 편견 극복 방안, 정신질환자에 대한 편견의 영향, 정신질환자에 대한 경험, 정신질환자의 범죄 위험성에 대한 태도, 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도, 정신질환 관리에 대한 일반인의 인식 특성, 정신보건서비스의 개선 필요성 등을 포함하고 있다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 설문지는 별도 첨부하였다(별첨 15 참조).

6) 시설 및 기관 현장조사

시설 및 기관 현장조사는 연구진이 직접 현장 방문하여 조사하였다. 서울/경인, 부산/경남, 대구/경북, 광주/전남·북, 대전/충남·북, 강원, 제주 총 7개 지역을 대상으로 하였으며, 각 지역에서 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 중 생활시설 각 2개소씩 총 42개소를 표집 대상으로 하였다.

조사내용은 2009년 국가보고서 조사내용과 동일한 내용을 포함하여 10년 전후 비교가 가

국가인권위원회
humanrights.go.kr

능하게 하였으며, 자문회의와 FGI 연구결과를 반영하여 새로이 변화된 내용을 포함하였다. 모든 기관 공통 조사 내용은 운영의 실태를 조사하는 것으로써, 물리적 환경, 조직운영, 인권보호 및 서비스 질에 관한 내용이다. 물리적 환경에서는 통제시설, 청결성, 사물함 및 휴게시설, 상담실, 조리실, 화장실, 운동기구, 보호격리실, 응급 및 소방훈령 등의 내용을 담고 있다. 조직운영에서는 시설장의 운영방향을 비롯하여 의사, 간호사, 정신건강전문요원이 적절하게 배치되어 있는지를 조사하게 되어있다. 인권보호 및 서비스 질에 관한 노력의 차원으로는 인권함 설치 여부 및 접수 의견 반영 및 실현 정도, 권리보장지침 등 인권보호 관련 내용 게시 여부 등을 비롯하여, 공간배치/사생활침해와 인권보호, 종사자의 인권교육이수 여부, 면회 등의 개방여부와 자유로운 외부출입 등을 포함하고 있다. 이화여자대학교 생명윤리위원회 심의를 통과한 조사지는 별도 첨부하였다(별첨 16 참조).

7) 신문기사 및 소셜빅데이터 분석

편견과 낙인에 대한 일반인 및 사회의 반응 및 의식 수준을 알아보기 위해 신문기사를 분석하였으며, 최근 들어 빈번하게 사용하는 소셜빅데이터 분석을 진행하였다. 분석은 텍스트 마이닝 분석으로 진행하였으며, 분석대상은 10년간의 기사와 소셜빅데이터이고, 분석방법으로는 빈도분석을 비롯하여 감성분석, CONCOR(CONverence of iterated CORrelations) 분석 방법을 활용하였다.

가) 텍스트 마이닝

텍스트 마이닝은 '문서상의 의미 있는 패턴과 관계를 찾고 이를 추출하는 것으로써 적절한 알고리즘을 이용하여 비정형화된 데이터를 정형화 데이터로 변환시켜 분석하는 일련의 과정'이다(이상훈 외, 2015:1260). 텍스트 마이닝 기법에는 토픽모델링, 감성분석, 네트워크 분석, 유사어 분석 등이 존재한다. 자세한 방법은 결과와 연관되어 있어 제2부에 제시하였다.

나) 분석 대상

(1) 신문기사

지난 10년간의 정신장애인에 대한 기사 보도 경향을 알아보기 위하여, 기사의 수집 기간을

2009년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지로 설정하였다. 수집대상이 되는 언론사는 조선일보, 중앙일보, 동아일보, 경향신문, 한겨레, 한국일보 총 6개로 선정하였다. 선정 기준은 최현주(2010:407)의 연구에서 이념적 포괄성을 위하여 '보수신문'이라 일컬어지는 조선일보, 동아일보, 중앙일보, '진보신문'이라고 일컬어지는 한겨레신문, 경향신문, 그리고 '중도적인 신문'이라고 일컬어지는 한국일보를 선정한 것을 바탕으로 하였다. 수집을 위해 선정한 검색 키워드는 조현병, 정신분열증, 정신분열병, 정신질환, 정신병, 정신병원, 정신장애, 정신장애인이다.

정신장애와 정신질환은 각각 장애인복지법, 정신건강복지법에서 사용되는 용어라는 점에서 구분될 수도 있으나, 장애인복지법 15조에 따라 정신장애인은 정신건강복지법을 우선 적용받도록 하고 있으며 정신건강복지법에서는 정신질환자라는 표현을 사용한다는 점에서 본 연구에서도 정신장애인에 대한 차별과 편견을 알아보기 위하여 정신장애 키워드 뿐만 아니라 정신질환 키워드를 추가하였다. 또한, 정신장애인 관련 보도에서 주로 보도되는 조현병 키워드, 2000년대 후반까지 사용되었던 정신분열증과 정신분열병 키워드를 추가하였다.

신문 기사 수집은 본 연구팀에서 파이썬(Python)을 활용하여 자체 개발한 웹 크롤러(Web Crawler)를 사용하여 진행하였다. 정신, 장애라는 키워드가 본문에 포함되어 있더라도 정신장애에 대해서 다루었다고 보기 어려운 기사들은 제외하고, 기사 제목을 기준으로 주요 키워드가 포함된 기사들을 선정하였다. 이 기준에 따라서 선정된 기사는 총 1,662건이다. 연도별, 신문사별 수집 기사 수는 [표 1-5]와 같다.

[표 1-5] 기사분석 대상 기사 수

	경향신문	동아일보	조선일보	중앙일보	한겨레	한국일보	총합계
2009년	17	11	10	11	6	5	60
2010년	12	21	17	10	15	11	86
2011년	23	11	5	12	4	8	63
2012년	28	35	14	7	9	16	109
2013년	44	15	17	9	14	7	106
2014년	68	59	49	8	9	16	209
2015년	36	50	54	18	8	15	181
2016년	53	44	57	47	27	33	261
2017년	55	36	63	80	21	28	283
2018년	73	38	68	66	20	39	304
총합계	409	320	354	268	133	178	1662

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 소셜빅데이터

소셜빅데이터의 수집 기간도 신문기사 수집 기간과 동일하게 2009년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지로 설정하였다. 수집대상이 되는 SNS 사이트는 네이버 카페, 트위터, 유튜브 댓글이다. 수집을 위해 사용된 키워드는 기사 분석과 동일하게 조현병, 정신분열증, 정신분열병, 정신질환, 정신병, 정신병원, 정신장애, 정신장애인으로 설정하였다.

2018년 기준 SNS 서비스 이용률은 페이스북 65.7%, 카카오스토리 49.6%, 인스타그램 41.0%, 네이버 밴드 33.3%, 네이버 블로그 17.9%, 네이버 카페 10.7%, 트위터 9.7% 순으로 나타났으나(한국인터넷진흥원, 2018), 수집대상 SNS로 네이버 카페, 트위터, 유튜브 댓글을 선정한 이유는 다음과 같다. 페이스북의 경우 해당 기업 정책상 API를 통한 크롤링만이 가능하여 전체 게시글을 모두 긁어오는 크롤링이 불가능하여 수집 대상에서 제외하였으며, 카카오스토리와 네이버 밴드의 경우 공개 게시글 형태가 아닌 폐쇄적으로 게시글을 열람할 수 있는 형태이므로 자료의 수집이 어려웠다. 인스타그램은 이미지 기반 SNS로 자기표현, 새로운 인맥추구의 이용 동기가 높게 나타난다는 점(신현희·김경란, 2017:160)에서 특정 이슈에 대한 오피니언 마이닝에 적합하지 않다고 판단하여 제외하였다. 네이버 블로그의 경우 단순히 기사를 공유하거나 정신건강의학과의 홍보 관련한 게시글이 다수이며 의견을 교환하는 장이라기보다는 일종의 '개인 홈페이지'(조화순·김정연, 2012:97)로 다른 매체에 비해 쌍방향 커뮤니케이션의 장이라고 보기 어렵다는 점에서 제외하였다.

따라서 본 연구에서는 커뮤니케이션이 이루어지며, 이용률이 높은 트위터와 네이버 카페를 연구에 포함하였다. 또한 최근 들어 유튜브의 영향력이 급격히 증가하고 있으며 세계적으로 가장 큰 동영상 공유 플랫폼 이라는 점(Bisht et al., 2019:589), 이용자들이 영상을 시청하면서 댓글을 통해 소통한다는 점(Smith, Fisher & Chen, 2012:104), 비디오를 공유하는 플랫폼으로 출발했지만 자신이 원하는 비디오를 구독하고, 친구를 맺을 수 있는 관계플랫폼으로 확장되었다는 점(Lange, 2007:361)으로 인해 단순히 동영상 공유의 플랫폼을 넘어 소셜미디어적 특성을 가지고 있다는 선행연구의 보고(홍주현·이미나, 2014:179; 김선우 외, 2019:58)에 따라 유튜브 댓글을 분석 대상으로 추가로 포함하였다.

소셜빅데이터 수집은 트위터와 유튜브 댓글의 경우 본 연구팀에서 파이썬(Python)을 활용하여 자체 개발한 웹 크롤러(Web Crawler)를 활용하였으며, 네이버 카페의 경우 텍스톰을 이용하여 추출하였다. 트위터와 네이버 카페는 본문에 수집 키워드를 포함한 경우, 유튜브는 영상 제목 및 설명에 수집 키워드가 포함된 경우를 포함하였으며 이 기준에 따라서 수집된 게

시글 수는 다음과 같으며 총 778,390건을 분석에 활용하였다. 연도별 및 SNS별 분포는 [표 1-6]과 같다.

[표 1-6] 소셜빅데이터 분석 대상 게시글 수

	트위터	네이버 카페	유튜브 댓글	총합계
2009년	600	13240	7	13847
2010년	15405	12180	4	27589
2011년	37947	11519	17	49483
2012년	63187	11336	7	74530
2013년	59189	6094	47	65330
2014년	54716	5913	41	60670
2015년	62204	14429	298	76931
2016년	98892	16642	2090	117624
2017년	110512	17818	5416	133746
2018년	118903	22461	17276	158640
총합계	621555	131632	25203	778390

다) 자료분석 방법

형태소 분석 및 빈도 분석, TF-IDF 지수 산출, 연결중심성 지수 산출, 동시출현빈도행렬 생성, 감성분석에는 데이터 수집 및 처리 솔루션 텍스톰(Textom) 을 활용하였다. 이 솔루션은 데이터의 수집뿐만 아니라 Espresso K나 mecab.ko와 같은 형태소분석기능을 내장하고 있으며, 텍스트 전처리 및 네트워크 분석을 위한 동시출현빈도행렬 생성 등에 용이하도록 개발되었다. 네트워크 분석을 위해서는 UCINET 프로그램을 통하여 시각화 및 CONCOR 분석을 진행하였다.

빈도는 전체 기사에서 등장한 횟수이며, TF-IDF 지수는 단어 빈도(Term Frequency)에 역문서빈도(Inverse Document Frequency)를 곱한 값으로 점수가 높은 단어일수록 다른 문서에는 많지 않고 해당 문서에 자주 등장하는 단어임을 나타내며 단어의 중요성을 보여주는 데에 활용된다. 예로, '사회'와 같은 키워드는 대부분이 문서에 포함되는 일반명사로, 빈도는 높지만 문서를 변별하는 중요성은 낮다는 것을 알 수 있다. 다음으로, 연결중심성이란 한 노드가 다른 노드와 맺고 있는 관계의 단순한 숫자를 나타내므로 다른 단어들과 얼마나 많이 연결되어 있는지를 보여준다. CONCOR 분석은 사회연결망 분석의 일종으로, 텍스트의 의미연결

망을 파악하는 데에 많이 활용된다. 이는 구조적 등위성이라는 전제가 확인되면, 키워드들의 군집을 형성할 수 있다. CONCOR 분석을 위해서 동시출현빈도행렬(일원모드 행렬)을 만든다. 본 연구에서는 연도별 분석과 신문사별 분석에서는 빈도분석에서 산출된 상위 60개 키워드들을 기준으로 동시출현빈도행렬을 산출하였으며, 전체 분석에서는 상위 100개 키워드를 기준으로 산출하였다. 자세한 설명은 결과와 연동되므로 제3부에 제시하였다.

3. 연구진행과정

연구는 2019년 6월 7일부터 12월 6일까지 총 6개월 동안 진행되었다. 아래 표에 요약되어 있다.

(연구기간: 2019. 06. 07 ~ 2019. 12. 06)							
월 / 연구내용	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
○ 국내외 선행연구 검토							
○ 자문회의							
○ 연구윤리위원회(IRB) 신청 및 승인							
○ 종사자 표적집단면접(FGI)							
○ 설문지 개발							
○ 기사 분석							
○ 소셜빅데이터 분석							
○ 개정 법률 분석							
○ 정신장애인 당사자 설문조사							
○ 정신장애인 가족 설문조사							
○ 일반인 인식 설문조사							
○ 시설/기관 현장조사							
○ 중간 점검 보고회							
○ 자료의 정리 및 분석							
○ 정책적 시사점 도출							
○ 국가보고서 이행실태 세미나 개최							
○ 최종 결과 보고회							
○ 최종보고서 송부							

제3장. 조사보고서의 구성

본 보고서는 총 5부로 구성되어 있다.

제1부는 개요이다. 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사 연구보고서의 개요이다. 조사연구의 목적 및 필요성, 조사의 방법, 참여연구진 소개 등 기본적인 내용을 담고 있다.

제2부는 권고사항 이행 점검 결과 보고이다. 2009년 국가보고서 이후 2019년 현재까지 10년 동안 국가인권위원회가 권고했던 사항들이 얼마나 잘 이행되었는지를 비교분석을 통해 점검해본 결과를 보고하고 있다. 총 2개의 장으로 이루어져있는데, 1장은 10년 전후의 실태조사를 비교분석하는 것으로 시설현황, 당사자 인식, 가족의 인식, 전문종사자의 인식, 그리고 일반인의 편견 및 낙인에 대한 현황비교분석의 내용을 담고 있다. 2장에는 권고사항을 얼마나 잘 이행했는지에 대한 장으로써, 2009년의 국가인권위원회의 권고사항이었던, 1) 입·퇴원과정에서의 적정절차 마련, 2) 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선, 3) 지역사회 중심의 정신장애인 치료, 그리고 4) 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소에 관한 연구결과 내용이 정리되어 있다.

제3부에는 정신장애인에 대한 편견과 낙인에 관해 사회 전반에 팽배해있는 일반적인 견해를 알기 위해 정신장애 분야에서는 처음으로 신문기사와 소셜빅데이터를 분석한 결과가 정리되어 있다.

제4부는 개선된 법과 정책 및 제도를 정리하였으며, 국외 사례분석을 통해 국내도입 가능성을 분석한 결과를 담고 있다.

제5부는 정신장애인 인권 증진 및 인권 이행을 위한 2019년의 연구진의 제언을 법, 정책, 제도, 그리고 실천의 측면에서 폭넓게 담고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1부. 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사 보고서 개요
제1장 조사의 목적 및 필요성
제2장 조사의 방법
제3장 조사보고서의 구성

제2부. 권고 사항 이행 점검
제1장 10년전후 실태조사 비교분석
1. 시설현황
2. 당사자 인식
3. 가족의 인식
4. 전문종사자 인식
5. 일반인의 편견
제2장 권고사항 이행점검
1. 정신장애인 국가보고서의 권고사항 요약
2. 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련 권고
3. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선
4. 지역사회 중심의 정신장애인 치료
5. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

제3부. 기사분석 및 소셜빅데이터 분석
제1장 정신장애인 관련 기사 분석
1. 연구 방법
2. 연도별 기사 수 추이
3. 2009년~2018년 전체 분석
4. 연도별 분석
5. 신문사별 분석
제2장 정신장애인 관련 소셜빅데이터 분석
1. 연구방법
2. 연도별 문서량 추이
3. 시기별 감성분석

4. 2009년~2018년 전체 분석
5. 연도별 분석
제3장 결론 및 제언
1. 결론
2. 제언

제4부. 정신장애 환경 변화와 법과 정책의 검토
제1장 정신장애 분야의 변화된 환경
1. 국제연합(UN)의 장애인권리협약과 한국의 과제
2. 정신장애단체의 성장과 참여
3. 정신장애에 대한 사회의 이중적 인식의 심화
제2장 2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고
1. 2010년 이후 인권위의 정책권고
2. 2010년 이후 인권위의 진정 및 방문조사 사건 관련 권고
제3장 새로운 제도와 입법안에 대한 검토
1. 개관
2. 새로운 제도와 입법안에 대한 검토

제5부. 정신장애인 인권 증진 및 인권 이행을 위한 제언
제1장 법적·정책적 분석에 따른 제언
1. 정신장애인을 위한 기본원칙의 제언
2, 정신장애인의 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성의 존중
3. 정신장애인의 자립적·사회적 삶의 보호와 지원
4. 정신장애인의 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현
제2장 조사결과 분석에 따른 제언
1. 시설 및 종사자 차원의 인권 증진 개선
2. 당사자 차원의 인권 증진
3. 일반인 차원의 인권 인식 개선

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2부

권고사항 이행점검

제1장 10년전후 실태조사 비교분석

1. 시설현황
2. 당사자 인식
3. 가족의 인식
4. 전문종사자 인식
5. 일반인의 편견

제2장 권고사항 이행점검

1. 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련 권고
2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선
3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료
4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장. 10년 전후 실태조사 비교분석

1. 시설현황

가. 조사방법 및 조사기관

정신건강시설에서의 인권상황의 실태를 알아보기 위해 직접 현장방문조사 방법을 채택하였다. 서울경인, 부산경남, 대구경북, 광주전남·북, 대전충남·북, 강원, 제주 등을 기점으로 하여 전국의 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 중 생활시설들을 접촉하여 조사의 취지와 목적 등을 설명하고 협조를 구하였다. 그러나 많은 시설들이 현장방문조사를 원하지 않았고 거부하는 시설들도 있었다. 현장방문조사를 수용하지 않은 시설들은 (1) 외부인이 들어와서 현장조사 하는 것 자체가 환자나 생활인들에게 인권 침해적이기 때문에 조사에 응할 수 없다, (2) 현장조사를 너무 많이 하고 있어서 똑같은 조사를 계속 당하기 싫다, (3) 방금 협회에서 이미 현장조사를 하였다 등의 이유를 제시하였다. 이 시설들은 실제로 (1)의 경우처럼 재원자들의 인권을 제대로 보호하기 위해 거부하는 매우 인권적으로 시설을 운영하는 시설도 있을 것이다. 그러나 그중에는 시설이 인권적으로 운영되고 있지 않아서 시설을 공개하지 않으려는 이유로 그렇게 대응했을 가능성도 배제할 수 없다.

최종적으로 현장방문조사에 응한 시설들은 총 38개 시설로 기본구성은 [표 2-1]과 같다. 국립시설은 정신의료기관의 경우에만 해당되고 정신요양시설이나 정신재활시설 중 생활시설은 모두 민간시설이다. 의료기관 17개, 요양시설 9개, 생활시설 12개로 다소 비대칭적으로 의료기관이 많이 표집 되었는데, 이는 국립기관들이 모두 조사에 협조한 것과 요양시설이 특히 현장조사를 거부하는 사례가 많았기 때문이다.

본 조사의 결과는 현장방문조사를 수용한 시설이므로 인권상황에 있어 대부분 긍정적으로 잘 하고 있어 외부인의 현장실사를 받는 것에 대해 거부감이 없고 나름대로 자신감이 있다고 할 수 있는 시설들이다. 따라서 정신건강 관련 시설들의 전체적인 인권현황과 다소 차이가 있을 수 있다.

[표 2-1] 현장방문조사 응답 시설 유형

시설유형	응답시설 수	소재지	운영구분	재원자 수
정신의료기관	17	서울경인(4) 부산경남(2) 대구경북(2) 광주전남(3) 강원(3) 충북(3)	국립(5) 민간(12)	250미만(9) 350미만(4) 350이상(4)
정신요양시설	9	서울경인(2) 부산(1) 대구경북(2) 광주전남전북(4)	민간(9)	250미만(9) 350미만( ) 350이상( )
정신재활시설 중 생활시설	12	경기(1) 대구경북(4) 광주전남전북(6) 대전충남충북(1)	민간(12)	50미만(11) 100미만(1) 100이상( )
합계	38	38	38	-

조사에 응한 정신의료기관은 21병상부터 913병상까지 크기가 다양하였다. 100병상 이하를 유지하고자 하는 78병상의 의료기관도 있었으며, 200-400병상의 국립의료기관, 그리고 300병상, 500병상, 900병상의 대형정신병원들도 조사에 응하였다. 물리적인 환경을 중심으로 볼 때, 대형병원이라도 조사에 자발적으로 응하였기 때문인지 인권침해적인 요소는 거의 찾아볼 수 없는 것으로 나타났다, 대형화된 시설이 가질 수밖에 없는 공간상의 문제나 개별화의 문제 등은 나타나고 있었다. 정신요양시설은 97병상부터 243병상까지 250병상 미만의 시설들이 주로 조사에 응하였는데 이는 요양시설들이 계속해서 다운사이징하고 있는 추세를 반영하고 있는 것으로 보인다. 정신재활시설 중 생활시설은 서울에는 한 곳도 없어 조사지역에서 제외하였고 나머지 권역에서만 실시하였고 16인 시설부터 69인 시설까지 조사에 응하였다. 기본적으로 20인-40인 정원의 시설들이 주로 조사에 응하였다.

조사기관의 수를 다 채우지 못하였는데, 이는 이화여자대학교 생명윤리위원회(IRB) 계획서에 제시된 연구참여자 모집과정을 준수 하는 과정에서, 자발적 참여에 따른 동의 절차를 이끌어내는데 있어, 동의 획득 및 실제적 참여로 연계되지 못하였기 때문이다. 연구기간이 더 연장되었다면 계획했던 숫자를 채웠을 것으로 사료되나, IRB 계획서에 제시된 연구기간 준수도 중요하다고 판단되었기에 마감할 수밖에 없었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나. 조사도구

조사도구는 시설현황과 시설 운영 실태를 조사하기 위한 조사지를 사용하였다. 10년 전 국가보고서 작성 당시 상황과 10년 전후 비교를 하기 위해 2008년 국가인권위원회 인권현황실태조사 연구용역 중 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사」 때 사용되었던 시설현황조사표를 사용하였으며, 시대 변화를 반영하기 위하여 자문회의와 FGI 연구결과를 반영하여 새로이 변화된 내용을 포함하여 본 연구의 조사표를 작성하였다. 우선 「정신장애인 수용시설 평가지」였던 조사지를「정신장애인 입원/입소/생활 시설 운영실태조사」설문지로 제목부터 전환하여 실시하였다. 항목에 따라 현장에서의 '현장 확인'과 '입소자 면담'의 형식으로 응답을 채워나갔다.

다. 조사결과

정신건강시설에서의 인권 상황의 실태를 1) 물리적 환경 측면, 2) 의·식 및 위생 상태 측면, 3) 인권보호 측면, 4) 치료를 포함한 서비스 질 관리 측면에서의 인권 상황 5) 조직운영 및 인사관리 측면에서의 인권 실태로 구분하여 살펴보았다.

1) 물리적 환경 측면에서의 인권 실태

물리적 환경 측면에서의 인권실태는 불필요한 과다 보호망이나 철망 등을 통해 재원자들을 통제하고자 함에 따라 인권침해가 발생하는 것은 아닌지, 시설의 기본적인 환경이 실내와 실외 모두 사람이 일상생활을 할 수 있는 수준을 갖추고 있는지 등에 대해 살펴보았다.

가) 통제시설

조사에 응한 대부분의 시설들은 출입문이나 창문에 철망이나 보호망을 설치하지 않고 있었으며 담장도 낮고 대문도 항상 열려있어 전반적으로 열린 시설이라는 것을 알 수 있었다. 도로에 접한 대문은 열려있는 반면 외부인의 출입을 확인하고 있었다.

[표 2-2] 물리적 환경 측면에서의 인권 실태 - 통제시설

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
출입문에 과다한 보호망 없음	16	9	12
높은 담장이나 철망 없음	16	9	12
창문에 불필요한 철창, 철망 없음	16	9	12

나) 시설환경

조사에 응한 대부분의 시설들은 실내와 실외 시설 모두 양호한 것으로 나타났다. 보통 약 4-6명이 한방에 머물고 있었으나 1인 기준 3.3㎡ 확보하고 있었다. 부드러운 재질의 바닥재 대신 테라조나 인조대리석으로 마감한 경우, 벽지나 장판이 노후한 경우, TV를 공공장소에서만 시청할 수 있는 경우 등은 대부분 대형시설인 경우였다.

한 요양시설은 재원자들의 방을 마당이 보이는 창문을 갖고 있는 방들로 배치한 것과 소독약 냄새 대신 향긋한 비누냄새가 나는 것 역시 특징이었는데, 전원 여성시설이기 때문이라는 시설장의 귀띔이 있었다.

[표 2-3] 물리적 환경 측면에서의 인권 실태 - 시설환경

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
침실 청결 채광 양호	16	9	12
벽지 장판 양호	14	9	12
부드러운 재질의 복도와 바닥재	13	9	12
창문 등에 방충망 설치	15	9	12
1인 기준 3.3㎡ 확보	16	9	12
개인사물함 있음	16	9	12
선풍기/에어컨 있음	16	9	12
조명의 밝기 적정함	16	9	12
침실 60% 이상에 TV 설치	15	9	10
옥외 휴식시설	15	9	11
외부 벽 페인트 등 도색 양호	15	9	12
파손 및 흉물시설 없음	15	9	12

다) 소결

국가인권위원회
humanrights.go.kr

10년 동안 각 시설들의 물리적 환경은 많이 개선되어 이 부분에 있어서의 기본적인 인권실태는 어느 정도 기본을 갖추고 있다고 할 수 있다. 물론 전수조사를 한 것도 아니고 특히 대형시설들을 조사하지 못한 한계가 있을 수 있겠지만, 이제는 대부분의 시설들이 철망을 사용한 통제는 더 이상 하지 않는 것으로 나타났다. 기본적으로 사물함설치 및 자유로운 사용이라든지, 난방과 냉방을 위한 온돌과 온풍기와 에어컨 및 선풍기 등은 이제는 기본 설치물이 되어 있었다. 대부분의 시설장들은 10년 전 비교를 위해 실시한 조사의 조사표가 너무 시대에 뒤떨어진, 그래서 기준선이 너무 낮다는 지적을 하였다. 따라서 감시와 통제에 초점을 둔 물리적 환경개선에서 개인의 최소공간 확보 및 최소인원으로 구성된 병실/생활실 지향, 사회적 공간의 확보 등 공간복지가 가능한 환경을 지향할 필요가 있다.

2) 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태

의식주생활과 일상생활에서의 위생상태 역시 최소한의 인간존엄을 지키기 위한 필수 요소들이다. 의복생활, 식생활, 사생활보호, 일반건강관리, CCTV로부터의 사생활보호, 안전관리, 그리고 보호실이나 격리실이 있다면 그곳의 위생상태 및 사생활보호에 관해 조사하였다.

가) 의복 생활 - 개인위생

조사에 응한 대부분의 시설들은 재원자들의 개인위생에 민감하게 대응하고 있었다. 속옷이나 양말 등 기초적인 의복에 대해서는 거의 매일 갈아입을 수 있도록 하고 있었으며 겉옷이나 환의도 필요에 따라 갈아입을 수 있도록 하고 있었다. 물론 이와 같은 속옷이나 양말 등의 기초적인 개인위생은 조사대상 전체 시설에서 매일 갈아입을 수 있도록 해야 하지만 그렇지는 않았고, 특히 이부자리의 경우 월1회 세탁과 2주 1회 일광소독을 모두 철저히 지키고 있지는 못하였다. 이부자리의 경우 계절별, 또는 하절기/동절기 등 연 2회 또는 4회로 하는 시설들이 있었다.

자문회의와 전문가 FGI를 했을 때 모든 참석자들이 이구동성으로 요새는 '이런 거 제대로 하지 않는 시설은 없다, 이런 질문 하는 것 자체가 인권유린이다 등의 지적이 있을 정도로 좋아졌다고 하였다. 그럼에도 불구하고 기본적인 개인위생에 관한 것으로 지난 10년 전에는 가장 기본적인 속옷조차 자주 갈아입을 수 있도록 하는 것조차 이루어지지 않았기 때문에 조사표에 포함하여 조사를 실시하였다. 그 결과 실제 현장조사에서 10년 전과는 발전적으로 변화

된 모습들을 발견할 수 있었다. 특히 시설에서 단체로 옷이나 침구류를 교체, 세탁을 하는 일정 외에 추가로 필요한 경우요청을 하거나 개별적으로 세탁기를 활용할 수 있도록 하는 경우가 대부분이었다.

[표 2-4] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - 의복 생활 / 개인위생

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
이틀에 한번 속옷 교체	17(수시)	9	12
매일 양말 교체	15(수시)	9	12
주2회 이상 겉옷 교체	16(수시)	9	12
월1회 이상 이불커버 교체	15(수시)	9	9

나) 식생활

조사에 응한 대부분의 시설들은 식생활에 있어서도 모든 요소들이 양호하게 나타났다. 위생상태나 열린 조리실이나 정수기가 비치되어 있는 것 등은 잘 지켜지고 있었다고 볼 수 있다. 다만 대형시설의 경우 식당의 좌석이 50%를 확보하지 못하고 있는 시설들이 많았으며, 별도의 식당 없이 로비에서 식사를 하는 곳도 있었다. 병동 안 공유공간에서 먹는 곳도 있었고, 병실에서 먹는 곳도 있었으며, 병실에서 상을 펴고 밥을 먹는 요양시설도 있었다.

[표 2-5] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - 식생활

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
위생적인 식기/음식관리	16	9	12
채광/환기 양호 조리실	16	8	12
냉난방우수	16	9	12
편한 식탁과 의자	15	8	12
식당좌석이 재원자의 50% 확보	10	8	11
정수기 설치/끓인 물 비치	17	9	12
위생적인 컵 사용	17	9	12
주4회 이상 후식 및 간식제공	15	9	12

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다) 사생활보호 및 일반건강관리

사생활보호는 일반적인 사생활보호와 CCTV로부터의 사생활보호를 나누어 조사하였다. 조사에 응한 대부분의 시설들은 사생활보호가 잘 되어 있는 편이었다. 화장실에는 문이 있었고, 각 변기마다 칸막이와 문이 있었으며 욕실도 온수가 나오는 샤워기와 탕 등이 마련되어 있었고 사용하기 편하게 되어 있었다. 탁구대, 헬스기구 등이 있었으나 현장조사 하는 동안 사용하는 사람을 보지는 못하였다. 운동장을 가진 정신요양시설은 면적이 크고 재원자 수가 많아서 가능하였으나 정신의료기관이나 생활시설들은 기본 시설의 크기를 감안해 볼 때 그 정도의 면적을 확보하는 것이 쉽지 않을 것으로 사료된다. 반면, 남자 15인당 1개, 여자 10인당 1개인 변기의 숫자를 적정수라고 한 기준이 너무 낮다는 지적을 하였다.

[표 2-6] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - 사생활보호 및 일반건강관리

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
화장실 내부 문 및 칸막이 설치	16	9	12
변기의 적정 수	15	9	12
온수 사워기 또는 욕조 구비	16	9	12
청결 및 편리하게 이용가능	16	9	12
헬스기구나 탁구대 이용가능 실내공간	16	8	12
운동기구 3개 이상	12	9	10
운동장	8	9	5

라) CCTV로부터의 사생활보호

조사에 응한 대부분의 시설들은 CCTV가 인권을 침해할 수 있는 공간인 침실, 화장실 등에 아예 설치를 하지 않고 있었다. 화장실 CCTV 설치와 같이 기본적인 인권침해를 초래할 수 있는 상황은 이제는 더 이상 이슈가 되지 않도록 처리하고 있는 것으로 보인다.

[표 2-7] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - CCTV로부터의 사생활보호

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
화장실 용변공간 비추는 CCTV 없음	15	9	12
화장실 복도공간 비추는 CCTV 있음	1	-	-
화장실 용변공간 일부 비추는 CCTV 있음	-	-	-

(신체주요부위 촬영 안 됨)			
화장실 용변공간 일부 비추는 CCTV 있음 (신체주요부위 촬영됨)	-	-	-

마) 안전관리

조사에 응한 대부분의 시설들은 안전관리에도 상당히 신경을 써서 조치를 취하고 있었다. 대부분 안전관리 매뉴얼들을 갖고 있었고 교육도 하고 있었으며 직원 스스로도 교육을 이수하고 있었다. 한 요양시설에서는 소방훈련담당자가 조사실로 들어오니 함께 있던 재원자가 소방훈련선생님이라고 알려주기도 하였다. 다만 화장실에 호출기를 변기실 각각에 달아놓은 시설도 있는 반면 아예 없는 시설도 있었고 필요한 사람에게만 준다는 기관도 있었다. 입소자들의 고령화 추세 등을 고려할 때 호출기 부착을 의무화할 필요가 있어 보인다.

[표 2-8] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - 안전관리

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
시설특성에 맞는 안전관리계획서 있음	16	9	12
책임보험에 가입되어 있음	16	9	12
월1회 이상 자체점검 및 사후조치 실시함	13	9	12
안전/보건표지를 설치 및 부착	14	9	12
시설안전담당자의 안전교육 연 1회 이상 이수	15	9	12
생활인을 위한 응급대처 매뉴얼 있음	16	9	12
생활인 대상 예방 및 대처 교육 연1회 이상 실시	16	9	12
안전사고 대비 자체 모의훈련 연 2회 이상 실시	14	9	12
시설구조에 맞는 피난대피도 부착	16	9	12
양방향 피난통로 확보	15	9	12
소화기 설치 및 관리상태 적절	16	9	12
실내 위험요인(가스, 약품 등)이 노출되지 않음	16	9	12
추락, 미끄럼 방지 안전장치 설치	16	9	11
필요한 곳에 핸드레일 설치	16	9	9
목욕실 화장실 등에 호출장치 설치	13	9	3

바) 보호실/격리실 위생상태 및 사생활보호

조사에 응한 대부분의 시설들은 격리실을 갖고 있지 않았다. 의료기관은 보호실이나 격리실을 갖고 있었으며 이는 역시 대형시설의 특성으로 보였다. 그러나 격리실이나 보호실이 있더

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라도 용변공간을 내부에 두지 않고 직원의 보호 하에 외부에 있는 화장실을 사용할 수 있도록 하고 있었다. 용변공간을 그 안에 두고 있는 경우는 소수에 해당되었으며 나름대로 청결하게 유지되고 있었다.

보호실을 열린 상태로 자율적으로 운영하고 있는 시설들도 많이 있었다. 정신의료기간의 경우 간호스테이션 안에 문이 열린 상태로 관찰 및 보호가 가능하도록 운영하고 있었다. 요양시설 중 한 곳은 "쉬는 방"이라고 알려져 있는 보호실이 있었으나 "싸우고 싶을 때" "방해받고 싶지 않을 때" 자유롭게 자발적으로 이용한다는 열려있는 보호실 차원의 방이 있었으며, 방문하였을 때 실제 한명의 재원자가 그 방 안 침대에서 편하게 누워있던 것을 볼 수 있었다.

[표 2-9] 의·식 및 위생 상태 측면에서의 인권 실태 - 보호실/격리실 위생상태 및 사생활보호

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
보호실/격리실 내 용변공간 없음	9	5	9
용변공간이 벽과 별도의 공간으로 분리되어 있음	3	1	-
용변공간이 칸막이로 분리되어 있음	2	-	-
이동식 변기를 사용하고 있음	3	-	-
용변기가 청결하게 관리되고 있음	6	-	-
공간분리 없고 용변기가 노출되어 있으며 청결하게 관리되고 있지 않음	-	-	-

사) 소결

10년 동안 각 시설들의 의복생활과 식생활, 그리고 일반적인 사생활보호에 관해서는 많이 개선되어 이 부분에 있어서의 기본적인 인권실태는 어느 정도 기본을 갖추고 있다고 할 수 있다. 물론 전수조사를 한 것도 아니고 특히 대형시설들을 조사하지 못한 한계가 있을 수 있겠지만, 이제는 대부분의 시설들이 사생활보호를 위한 각종 서류들을 갖추고 인권교육을 실시하는 등 기본적인 인권보호는 실시하고 있는 것으로 나타났다. 다만 대형시설들이 갖추기 어려운 식당좌석 확보나 이불 수시교체 등의 위생상태 유지를 위한 운영은 강화될 필요가 있다고 사료된다. 특히 입소자들의 고령화 추세를 반영하여 화장실에 호출 장치를 갖추고 있지 못한 것은 시급히 개선조치가 필요한 것이라 하겠다. 특히 CCTV 설치 및 보호실이나 격리실의 상

태의 경우 조사에 응한 시설들이기 때문에 심각한 문제점이 발견되지 않았지만 CCTV가 어디에 설치되어 어떻게 운영되고 있는지, 보호실이나 격리실이 어떻게 운영되고 있으며, 그 안에서의 용변처리가 어떻게 진행되고 있는지에 대해서는 전수 직권조사를 해서라도 파악할 필요가 있다고 사료된다.

3) 인권보호 측면에서의 인권 실태

물리적 환경이나 의식주 생활에서의 기본적인 인권실태는 이제 어느 정도 기본을 갖추고 있다고 할 수 있겠다. 이에 조금 더 적극적으로 인권을 보호하고자 하는 측면에서의 인권강화노력 실태는 어떠한지를 살펴보았다. 적극적인 인권보호 노력을 비롯하여, 인권침해예방, 고충처리, 비밀보장권, 정보접근권, 통신의 자유, 외출의 자유, 면회건 등에 관해 어느 정도 적극적으로 인권함양을 위해 노력하고 있으며 인권보장의 수준을 갖추고 있는지 살펴보았다.

가) 인권보호 노력

인권보호를 위한 노력을 어느 정도 하고 있는지 알아보기 위해 국가인권위원회 규정에 따른 진정함이 제대로 설치되어 있는지, 정기적으로 진정함을 확인하고 인권위로 송부하고 있는지를 살펴보았다. 조사에 응한 모든 시설은 투명한 진정함을 설치하고 있었으며, 눈에 잘 띄는 곳에 설치해두고 있었다. 그밖에 다른 의견과 제안을 할 수 있는 의견함도 설치되어 있는 곳도 있었다. 진정서가 진정함에 들어오게 되면 직원이 채 확인하기도 전에 생활인들이 빨리 꺼내서 인권위원회로 송부하라고 말한다고 하는 시설들도 있었다.

[표 2-10] 인권보호 측면에서의 인권 실태 – 진정함 및 진정서

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
국가인권위원회의 규정에 따라 진정함 설치 운영에 대한 지침 및 규정 마련	17	9	12
시설내 적절한 위치에 진정함 설치	17	9	12
생활인을 위한 용지, 필기도구, 봉합용 봉투 비치	17	9	12
직원은 정기적으로 진정함을 확인하고 진정서를 위원회에 송부	17	9	12

나) 인권침해 예방 규정

인권침해를 예방하기 위한 노력을 하고 있는지에 대해 조사에 응한 대부분의 시설들은 잘 하고 있었다. 규정도 마련해두고 있었으며 교육도 하고 있었고, 직원들도 교육을 받고 있었다. 다만 서약서 작성 및 보관에 관한 것이 미흡하게 지켜지고 있었는데 특히 의료기관들에서 미흡하였다. 모든 직원들이 서약서까지 쓰고 시설장은 그 서약서를 받아서 보관하고 있어야 한다는 사실을 아예 인지하지 못하고 있는 시설도 있었다. 인권교육과 함께 인권보장 서약이 중요하고 그 서약을 지키려는 노력이 중요하다는 것에 대해서도 홍보 및 교육이 필요하다는 것을 말해주는 결과이다.

[표 2-11] 인권보호 측면에서의 인권 실태 – 인권침해 예방 규정

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
인권침해 관련 규정 마련	17	9	11
생활인에게 인권침해 예방과 대응방법에 대한 정보 제공	17	9	12
생활인 대상 인권교육 계획 및 연 1회 이상 실시	14	9	12
모든 직원대상의 인권교육 계획 및 연1회(4시간)이상 실시	15	9	12
모든 직원 대상 직장 내 성희롱 예방교육 실시	14	9	12
모든 직원으로부터 생활인 인권보장에 대한 서약서 받아서 보관	9	8	8

다) 고충처리

조사에 응한 대부분의 시설은 고충처리를 위해 담당직원도 두고 규정도 문서화하고 있었으며 환자들과 생활인들에게 안내하고 있었다. 다만 제기된 고충을 15일 이내에 진행과정과 처리결과를 해당자에게 안내하고 공지하는 것에 있어서는 약간 미흡하게 처리되고 있었다. 특히 의료기관의 경우 고충처리결과를 해당 당사자에게 안내하고 공지하는 것이 요양시설이나 생활시설에 비해 미흡하였는데, 이는 대형 의료기관들의 경우 제기된 고충의 처리가 15일 이내에 즉시 처리되기가 쉽지 않은 것이 이유일 수 있다고 사료된다. 그럼에도 불구하고 안내하고 고지하고 하는 등의 알림서비스가 부족한 것은 개선이 요구된다.

[표 2-12] 인권보호 측면에서의 인권 실태 - 고충처리

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
고충처리 담당 직원 있음	17	9	12
고충접수, 처리과정 및 결과를 문서화	17	9	11
홈페이지, SNS, 건의함 등 고충사항을 제기할 수 있는 통로 마련	16	9	12
제기된 고충은 15일 이내에 진행과정 및 처리결과를 해당자에게 안내하고 공지	12	8	11

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라) 비밀보장

환자나 생활인들의 개인정보에 대한 비밀보장은 매우 민감한 인권이슈이다. 조사에 응한 대부분의 시설들은 이에 대해 잘 인지하고 있었으며, 명문화된 규정과 지침을 갖고 있었고 정보수집을 위한 동의서도 받아두고 있었으며, 개인정보보호를 위해 직원교육도 실시하고 있었다.

[표 2-13] 인권보호 측면에서의 인권 실태 - 비밀보장

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
명문화된 비밀보장 규정 및 지침 있음	17	9	12
개인정보 보호를 위해 개인정보 파일을 안전하게 보관 및 관리	17	9	12
개인정보 보호를 위한 연1회 이상의 직원교육 실시	15	9	12
개인정보 수집을 위해 생활인 또는 가족으로부터 사전 동의서 획득	17	9	12

마) 정보접근권

시설에 입소하게 되면 세상으로부터 단절된다는 느낌을 갖게 되기 쉽다. 실제로 그러하기도 한 경우들도 많기 때문인데, 그래서 환자나 생활인들에게는 정보접근권이 인권 영역에서 매우 중요한 영역이다. 조사에 응한 대부분의 시설들은 정보접근권 유지를 위한 조치들을 어느 정도 수준에서 지키고 있는 것으로 나타났다. 시설의 기본적인 내용이 담긴 안내책자가 복도에 잘 비치되어 있었으며, 설명회도 운영하고 있었고, IT가 보편화된 시대적 특성을 고려하여 인터넷 홈페이지나 SNS 등을 활용하는 정보전달에 대해서도 고려하고 있었다. 그럼에도 불구하고 인터넷을 정기적으로 자주 업데이트한다든지 시설 및 서비스에 대해 환자나 생활인은 물론 보호자에게까지 정기적으로 설명한다든지 하는 등의 정보전달은 미흡하게 이루어지고 있었다. 이는 정신의료기관의 경우 생활시설 등의 경우와 달리 병원의 서비스 등을 월 1회 등 너무 자주 업데이트하는 것이 맞지 않거나 바람직하지 않다고 생각하는 경우도 있는 것으로 나타났다.

[표 2-14] 인권보호 측면에서의 인권 실태 – 정보접근성

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
시설현황, 생활인 자격요건, 이용방법, 연락처 등이 기재된 안내책자 비치	17	8	11
인터넷 홈페이지 또는 SNS 등을 통해 시설 주요사업과 행사들이 월 1회 이상 업데이트된 정보 획득가능	11	9	10
생활인 특성 고려한 정보제공 표기방법과 내용	15	9	10
연 2회 이상 생활인 또는 보호자 대상의 서비스제공 내용 설명	12	9	10

바) 통신의 자유 - 휴대폰 소지 및 사용

시설에 입소하게 되었을 때 또 하나 세상으로부터 단절된다는 느낌을 갖게 될 때는 통신의 자유가 보장되지 않을 때이다. 요즘처럼 휴대폰이 상용화된 때에 휴대폰 사용금지 조치를 받게 되는 것만큼 박탈감을 느끼게 되는 때는 없을 것이다. 그래서 재원자에게 휴대폰 소지 및 사용을 포함한 통신의 자유는 시설 내에서의 인권보장 측면에서 매우 중요한 잣대로 사용된다.

조사에 응한 시설들은 시설유형에 따라 환자나 생활인들에게 통신의 자유를 통제 또는 보장하고 있는 것으로 나타났다. 정신의료기관은 전면 불허하는 기관부터 전면 허용하는 기관까지 다양하였다. 사진촬영 기능을 제한하면서 전면 허용하고 있는 기관도 있었으며, 주치의 소견에 따라 허용하거나 치료진 입회하에 사용하도록 하고 있었고, 외출할 때만 제한적으로 허용하기도 하였다. 아직까지도 공중전화를 사용하도록 하는 의료기관도 있었다. 정신요양시설의 경우는 전면 불허하거나 전면 허용하거나 하였으며 직원 입회하에 허용하는 시설도 있었다. 생활시설의 경우 모든 시설에서 전면 허용하고 있었으며, 사진촬영 기능까지도 통제하지 않는 것으로 나타났다. 다만 생활시설 한곳은 입소 1개월 미만의 경우 제한을 두기도 한다고 하였다. 전면 허용하는 시설의 경우 우려한 사건이 발생한 경우는 거의 드물고 휴대폰의 기능이 과거처럼 통신-소통의 수단이 아니라 TV 등을 대체하는 수단이기에 특히 젊은 세대에게는 꼭 필요한 조치임을 강조하기도 하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-15] 인권보호 측면에서의 인권 실태 - 통신의 자유 (휴대폰 소지 및 사용)

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
모든 사람에게 전면 허용	7	6	12
주치의 진료소견에 따라 허용	6	-	-
외출/외부근로시에만 허용	7	-	-
치료진 입회하에 허용	7	1	-
전면 불허	1	2	-

사) 외출의 자유

시설에 입소하게 되면 가장 먼저, 언제 나갈 수 있지를 생각하게 된다. 세상으로부터 단절되고 격리되었다는 느낌을 갖게 되기 때문이다. 따라서 외출의 자유는 환자나 생활인의 인권보장 척도의 하나로 사용될 수 있다. 조사에 응한 대부분의 의료기관들은 외부출입에 대해 다양한 조건들을 갖고 있었다. 외출이 자유로운 경우가 20% 미만인 경우가 많았으며, 5% 미만인 기관들도 있었고, 보호자 동의가 있을 때만 외출을 허용하는 경우도 있었다. 이에 반해 요양시설이나 생활시설의 경우는 외부출입이 자유로웠다. 외출기록만 남겨놓도록 하면서 전면 허용하는 요양시설과 생활시설이 많았으며, 전체가 아니더라도 10%정도만 외부출입을 허용하지 않는 수준으로 나타났다. 다만 전면 외출자유가 보장되어 있더라도 생활인의 건강상태에 따라 외부출입이 자유롭지 못해 외출하지 못하는 생활인들도 있어 안타깝다고 말하는 시설장도 있었다. 현장조사 차 방문했을 때는 외부 정신과의원에 다녀오는 사람, 치과에 다녀오는 사람, 놀러나갔다 오는 사람, 간식거리 먹을 것을 사라 나갔다 오는 사람 등을 쉽게 만나볼 수 있었다. 특히 요양시설이나 생활시설에서의 개방적 운영은 시설의 위치 및 개방과 관련한 성공경험 등이 작용하는 영역이나 전반적으로 향후 개방화 가능성은 상당히 높은 것으로 보인다.

[표 2-16] 인권보호 측면에서의 인권 실태 - 외출의 자유

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
외부출입이 자유로운 경우 20% 이상	10*	8**	12
외부출입이 자유로운 경우 10% 이상	2	1	-
외부출입이 자유로운 경우 5% 이상	2	-	-
외부출입이 자유로운 경우 5% 미만	3	-	-

아) 면회권

시설에 입소하게 되면 가족 및 친지나 친구 등과의 만남이 간절히 기다려지는 게 당연한 이치이다. 따라서 면회에 관한 권리가 어느 정도 보장되는지에 대해 살펴보았다. 조사에 응한 대부분의 시설들이 별도의 면회실을 갖추고 있지 않았다. 면회실이 있는 경우도 면회만을 위한다기 보다 상담실과 병용하는 경우들도 많이 있었는데, 요양시설이나 생활시설의 경우 건물 안과 밖의 어느 곳에서든 방문자들과 함께 이야기를 나눌 수 있기 때문이라고 하였다. 특히 전면 외출을 허용하고 있는 시설들의 경우에는 방문자들이 방문하였을 때 함께 외출을 하는 경우도 많다고 하였다. 그러나 생활시설 중 한곳은 면회를 위한 별도 공간을 마련하지 못하고 있었으며, 그렇기에 친구나 동료 등 가족과 친척의 범위를 넘어서는 수준까지는 면회를 허용하지 않고 있었다. 의료기관들은 병실 외부에 별도의 공간에서 면회를 허용하고 있었으며 개인병실 방문을 허용하지 않는 경우도 많았다. 보호자(가족)의 동의가 있을 때에만 주치의 판단에 의해 면회를 허용하는 등 면회를 매우 엄격하게 관리하고 있는 기관도 있었다.

방문자 또는 면회자의 범위도 상당히 넓게 설정하고 있었다. 대부분의 기관 및 시설들이 가족, 친인척, 그리고 지역사회 사례관리자들에게도 열어놓고 있었다. 의료기관의 경우 가족에게만 제한적으로 면회를 허용하는 기관도 3개나 되었다. 1개 기관은 환자의 상태에 따라서 가족에게만 허용하는 환자도 있다고 하였다.

[표 2-17] 인권보호 측면에서의 인권 실태 - 면회권

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
병실 외부공간에서 면회 /개별병실 방문 불허	7	-	1
병실 외부공간에서 면회 /개별병실 방문 허용	7	4	3

국가인권위원회
humanrights.go.kr

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
병실 내부 별도공간에서 면회 /개별병실 방문 불허	2	-	-
병실 내부 별도공간에서 면회 /개별병실 방문 허용	8	5	8
가족에게만 제한적으로 허용	4		
친인척에게도 허용	15	7	12
지역사회사례관리자 등 공식적 지지체계에 허용	15	7	12
친구, 동료, 지인에게도 허용	14	7	11
편안하고 조용한 면회 가능	10	6	11
면회를 위한 전용공간 있음	10	6	9

자) 소결

10년 동안 각 시설들의 인권보호 측면에 있어서의 인권실태는 시설의 유형에 따라 달리 나타났다. 의료기관의 경우는 아직도 의료모델에 입각한 시설중심의 보호 및 통제가 나타나고 있었다. 요양시설이나 생활시설의 경우는 의료기관보다는 탈의료모델에 가깝게 다가가려고 노력하는 점이 보였다. 대부분의 시설들이 비밀보장을 지키기 위해서는 모든 규정을 다 준수하고 있었고 인권침해를 방지하기 위해서도 모든 규정들을 준수하고 있었다. 다만 서약서를 받는 절차에 대한 인지도가 낮았는데, 이는 서약서 비치를 필수조건으로 부과하게 되면 갖출 수 있게 될 것이라 사료된다. 면회에 있어서는 의료기관과 그 외 시설들이 큰 편차를 보였는데, 의료기관은 아직도 면회에 대해 통제가 이루어지고 있는 반면 요양시설과 생활시설은 이제 면회라는 단어보다는 방문이라는 단어가 맞을 정도로 자유롭게 방문자와 생활인들의 만남이 이루어지고 있었다. 또한 가족 이외의 면회요청에 대해 전적으로 환자 혹은 입소인의 의사를 존중한다는 기관에서부터 가족의 동의를 얻어서 허용한다는 기관으로 양분되어 있기는 하나 점차 당사자 의견으로 무게중심이 옮겨가는 추세인 것으로 보인다. 향후 관련한 조사 자체에서도 이와 같은 변화를 반영하는 더 인권적인 내용으로 바꾸어야할 것이다.

4) 서비스 질 관리 측면에서의 인권 실태

서비스의 질을 보장하는 측면에서 어느 정도 관리가 잘 되고 인권적으로 진행되고 있는지 살펴보았다.

가) 응급환자 관리

응급의 상태가 발발하였을 때 응급환자의 입장에서는 인권침해가 되지 않는 차원에서 응급조치와 후속조치를 받아야한다. 조사에 응한 대부분의 시설들은 응급환자가 발생하였을 때 활용할 수 있는 긴급후송체계를 구축하고 있었다. 의료기관의 경우는 의료기관이기 때문에 응급환자 관리체계가 당연히 갖추어져 있었다. 정신요양시설의 경우 빠른 시간 안에 촉탁의 등 정신과 의사에게 보고하고 지시사항을 시행한 후 사후에 확인하는 절차 또한 갖고 있었다. 그리고 응급상황에 대한 조치사항을 일지에 기록하고 있었고, 필요한 경우 격리하여 보호하고 있다고 하였다. 다만 생활시설의 경우 정신과 의사와의 관계설정이 미흡하였으며, 응급조치 취하고 기록하는 것 등이 미흡하게 처리되고 있었다. 생활시설의 상황이 이러한 것은 생활인의 주치의가 근무하고 있는 병원을 긴급후송체계로 간주되고 있었기 때문이며, 응급조치 사항을 일지에 기록하는 것이 의무화되어 있지 않을 뿐 아니라 보고해야할 정신과의사도 지정되어 있지 않기 때문이다.

[표 2-18] 서비스 질 관리 측면에서의 인권 실태 - 응급환자 관리

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
긴급후송체계 구축	17	8	12
격리보호 및 응급조치 사항 병실일지 기록	17	8	6
빠른 시간 안에 정신과 의사에게 보고 및 지시사항 시행 후 사후에 서면 확인	16	8	2

나) 진료 및 투약

조사에 응한 대부분의 시설들은 진료 및 투약에 관해 철저하게 관리하고 있었다. 진료 및 상담내용을 충실하게 기록으로 남기고 있었으며, 정기적으로 약물 및 증상관리훈련 프로그램을 실시하고 있었다. 생활시설의 경우 진료와 투약관리가 필수사항은 아니지만 필요에 따라 상담을 한 경우에는 충실히 기록하고 약물 및 증상관리에 관해 교육하려고 노력하고 있다고 하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-19] 서비스 질 관리 측면에서의 인권 실태 - 진료 및 투약

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
의사, 간호사, 사회복지사에 의한 진료 및 상담내용 월 1회 이상 기록	17	8	10
의사, 간호사, 사회복지사에 의한 진료 및 상담기록의 충실성	17	8	11
주1회 이상 약물 및 증상관리훈련 프로그램 실시	14	7	11
약봉지 및 개인 약용기 위생수준	17	8	11

다) 건강관리

조사에 응한 대부분의 시설들은 일반적인 질병 및 건강관리에 심혈을 기울이고 있었다. 건강검진을 매년 실시하고 있었고, 간기능검사, 혈액검사, 심전도, 암검사 등을 포함하여 실시하고 있었다. 차아관리도 실시하고 있었고, 정기적으로 치과치료 및 검진을 받을 수 있도록 조치하고 있다고 하였다. 다만 의료기관의 경우 입원기간이 짧고, 특히 국립의 경우 2개월 미만으로 매우 짧기 때문에 매년 실시하는 정기검진이라든지 3-6개월 단위로 실시하는 치아검진이라든지 등을 한다는 것은 이론적으로도 맞지 않다는 지적을 하였다. 정신장애인들의 특성인 흡연에 관해서도 병동 내 금연은 유지하고 있었으나, 금연교육까지 정기적으로 실시하고 있지는 못한 것으로 나타났다. 전염성 있는 환자는 받지 않는다는 의료기관과 생활시설도 있었다.

[표 2-20] 서비스 질 관리 측면에서의 인권 실태 - 건강관리

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
전염성 있는 입소자 적절관리	16	9	10
매년 실시하는 건강검진에 결핵, 간염 검사 모두 포함*	16	9	11
매년 실시하는 건강검진에 간기능, 혈액검사 모두 포함	16	9	10
매년 실시하는 건강검진에 심전도, 암검사 포함	16	9	10
정기적 치아관리 실시	9	9	8
병동 내 금연 유지	12	8	10
정기적 금연교육 실시	11	6	8

라) 상담 및 작업요법 운영

조사에 응한 대부분의 시설들은 별도의 상담실을 보유하고 있었으며, 편안하고 조용한 상담이 가능하도록 안락한 방으로 유지하고 있었다. 별도의 상담실은 없었지만 상담과 면회를 위해 할애된 방에서 조용한 상담이 가능한 시설도 있었다. 작업요법의 경우 의료기관은 해당되지 않는 곳이 많았으며, 가족 등 보호자의 동의하에 작업요법을 실시하는 경우도 있었다. 작업요법이 실시되는 환경은 대부분 양호한 수준이었다. 다만 요양시설과 생활시설의 경우 주변의 장애인보호작업장 등 외부의 작업요법 시설들을 이용하는 경우도 있었다. 생활시설에서 취업을 하여 출퇴근하는 경우는 작업요법에도 비해당이고 정신과의사의 작업처방도 비해당이어서 질문자체가 맞지 않는 경우도 있었다.

[표 2-21] 서비스 질 관리 측면에서의 인권 실태 - 상담 및 작업요법 운영

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
상담실 보유	12	9	9
편안하고 조용한 상담 가능	12	9	10
작업의 자발성 및 가족 동의	9	9	7
정신과 의사의 작업처방 기록	8	8	1
작업에 대한 적절한 보상	8	9	8
작업환경 양호한 재활작업장	8	7	5
단순한 작업이상의 직업훈련 정기 실시	7	7	6

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마) 소결

서비스의 질 관련된 인권실태에 있어서는 10년 동안 많은 개선을 보이긴 했으나, 조사를 위한 질문들이 시설의 유형별로 시설의 특성에 맞게 달리 구성되어야한다는 점이 가장 크게 부각되었다. 응급환자의 긴급후송체계, 진료 및 투약, 건강관리, 상담, 작업요법 등 의료기관에 입원한 상태와 요양시설에서 요양을 하고 있는 상태, 그리고 생활시설에서 생활을 하고 있는 상태에 따라 각기 다른 유형의 인권실태를 파악할 수 있는 질문들로 재구성될 필요가 있다.

5) 조직운영 및 인사관리 측면에서의 인권 실태

인권 보장을 위해서는 어떤 의미에서는 조직의 운영이 가장 중요한 요소가 될 수 있을 것이다. 시설도 좋고, 치료도 잘 하고, 각종 재활프로그램이 제공되고 있다 하더라도, 시설장의 경영마인드와 전문 인력의 배치가 제대로 되어 있지 않다면 소용없을 것이다.

이에 시설장이 얼마나 윤리적으로 투명 경영을 하고 있는지, 간호 인력은 제대로 배치되고 있으며, 정신보건전문요원들이 서비스를 제공하고 있는지에 대해 살펴보았다.

가) 시설장의 투명 경영

조사에 응한 대부분의 시설들은 회계의 투명성을 위한 노력 및 계획, 지역사회 관계 및 지역사회 자원동원 노력 및 계획, 재원자 인권보호를 위한 노력 및 계획, 재원자 사회복귀 촉진을 위한 노력 및 계획 등에 있어 구체적이고 일관성이 있으며 그 계획을 시설 운영에 실제로 반영하고 있었다.

[표 2-22] 조직운영 및 인사관리 측면에서의 인권 실태 - 시설장의 투명 경영

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
구체적이며 일관성 있고, 시설운영에 반영	16	8	11
구체적이나 시설운영 반영흔적 발견 어려움	2		
불명확하거나 원칙들이 상충되는 경향임	-		

나) 간호인력 배치

조사에 응한 정신의료기관이나 정신요양시설들은 규정에 맞게 간호 인력을 활용하고 있었으며 100% 정규간호사를 채용하고 있는 의료기관도 있었다. 그러나 정신요양시설이나 생활시설은 간호인력 충원이 미흡하였다.

[표 2-23] 조직운영 및 인사관리 측면에서의 인권 실태 – 간호인력 배치

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
50% 이상 정규간호사 + 자체부담 채용 간호사(간호조무사)	15	4	3
50% 미만 정규간호사 + 자체부담 채용 간호사(간호조무사)		1	
50% 미만 정규간호사 + 인원수의 간호사(간호조무사) 있음		1	2
예산지원 인원보다 적은 수의 간호사(간호조무사) (결원이 3개월 이상 지속)			1

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다) 정신건강전문요원 배치

조사에 응한 대부분의 시설들은 정신건강전문요원으로 정신건강간호사 또는 정신건강사회복지사를 배치하고 있었다.

[표 2-24] 조직운영 및 인사관리 측면에서의 인권 실태 - 정신건강전문요원 배치

상황	정신의료기관	정신요양시설	생활시설
없음			
350명당 1인			
250-349명 당 1인			
250명 미만 1인	17	9	12

라) 소결

10년 동안 시설장의 투명경영, 간호 인력배치, 정신건강전문요원배치 등에 있어서의 인권실태는 어느 정도 기본을 갖추고 있다고 할 수 있다. 기준을 갖추고는 있었는데, 시설장들 모두 기준이 너무 낮다는 지적을 하였다. 투명경영은 시설의 현장조사나 직원의 면담 및 생활자의 단순 질문만으로는 파악이 불가하다. 현장방문조사자의 느낌으로 답을 적을 수밖에 없는 것이다. 간호 인력과 정신건강전문원의 배치는 이제는 기본을 갖추었기 때문에 더 나은 인권적 실천을 위한 질적인 측면이 조사되어야할 것이다. 또한 인권적 조직운영을 위해서는 기관장의 의지 및 인권증진을 위한 다양하고도 실험적인 시도가 가능한 환경을 조성할 필요가 있다. 특히 공공의료기관은 경영평가, 민간의료기관은 건강보험 심사평가, 민간위탁시설인 경우는 시설평가 등 인권증진을 위한 노력이 다양한 평가영역에 적극 반영될 수 있어야 한다. 아울러 하며 각종 평가기준들이 인권증진을 위한 노력을 약화 혹은 무력화시키는 것에 대한 모니터링도 집중적으로 이루어질 필요가 있겠다.

라. 결론 및 제언

1) 2008년과 2019년 비교분석

본 보고서의 기본 목적이었던 10년 전의 인권실태와의 비교분석을 통해 결론 및 제언을 하고자 한다. 비교는 2008년 국가인권위원회 인권현황실태조사 연구용역 중 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사」의 시설실태조사 평가결과와의 비교이다. 2008년 조사는 72개 시설에 대해 이루어졌으며, 상, 중, 하로 나누어 점수를 매겨서 평가하였으나, 본 연구에서는 항목별 빈도를 중심으로 분석하였다. 이에 정확하게 비교를 할 수는 없으나 내용적으로는 충분히 비교가 가능하였다. 다만, 서론에서 밝힌 바와 같이, 본 조사에서 포함된 시설들이 2019년 현재 시점의 모든 시설을 대표한다고 보기 어려울 수 있음을 밝힌다.

가) 시설차원

구분	2008년	2019년
가) 낡고 훼손된 건물	- 건물의 외양부터 낡고 훼손된 상태를 유지하고 있는 시설이 많음	- 대부분의 시설들이 외벽을 칠한다는 등의 변화를 꾀하였음
나) 환자 중심의 설계 미비	- 목욕시설 샤워시설 간호실 프로그램실 등의 접근이 재원자들 중심으로 설계되지 않아 사용이 편리하지 않았다고 지적함	- 이런 시설들을 생활인들이 보기 편하고 입출입이 편하도록 재배치함
다) 편의시설에 대한 인식 부족	- 면회실이나 운동장 등을 대부분 갖고 있지 못했으며 휴게시설, 운동기구 등을 보유하고 있지 않았음	- 대부분의 시설에서 운동기구 등을 갖고 있었음 - 다만 면적을 많이 차지하는 운동장의 경우 모든 시설에서 보유하기에는 시설 전체의 면적을 고려할 때 보유하기 쉽지 않은 공간이라고 할 수 있음
라) 공간배치 및 CCTV로 인한 사생활 침해	- 폐쇄병실도 있었고 폐쇄회로도 방안과 화장실까지 볼 수 있게 설치되어있었으나 이것을 사생활침해라	- CCTV를 사생활을 침해하는 수준으로 설치하고 있지는 않았음. 화장실이나 병실이나 방

구분	2008년	2019년
	고 인식하는 근무자가 적었음	안에 CCTV를 설치한 경우는 없었음. - 의료기관의 격리실/보호실은 청결하게 운영되고 있었으며, 생활시설에는 격리실 자체가 없었고, 요양시설의 경우도 열린 보호실로 운영하고 있는 경우가 많았다.
마) 병실환경에 대한 인식 미비	- 한 공간에 40-50명까지 수용되고 있는 등 병실환경이 열악하였고 칸막이로만 구분되는 등 병실공간의 독립성이 보장되지 못하였다는 것이 기본 상태였음 - 당시 정신보건법 상의 1 병실 당 10인 이내의 여건에 위배되는 것이었으나 이에 대한 인식조차 미비하였음	- 대부분 1인 3.3㎡를 유지하고 있었으며, 병실환경은 쾌적한 환경을 유지하고 있었음

나) 제도적 차원

구분	2008년	2019년
가) 치료행위의 부족	- 병원에서도 치료행위가 부족한 것으로 나타났으면 약물요법에만 의존하고 심리사회적 치료가 부족했거나 제대로 운영되지 못함 - 특히 요양시설에서는 거의 방치상태로 나타나고 있었음	- 치료행위는 다양하게 나타나고 있음
나) 강압적인 통제	- 격리와 강박이 통제의 기본으로 빈번하게 장시간에 걸쳐 사용되었음 (치료목적으로 보기 어려웠음)	- 대부분의 요양시설과 생활시설에는 격리실 자체가 없었으며, 격리실이 있는 경우에도 보호실이라는 이름으로 부르고 있

구분	2008년	2019년
		었고, 내부도 안락하게 마련되어 있었으며 강박을 위한 도구는 비치되어 있지 않았음 - 의료기관의 경우 필요에 따라 격리실을 운영하고 있었으나 별도의 용변공간을 두지 않으면서 이동식 용기를 사용한다든지 등의 청결을 유지하기 위한 노력을 기울이고 있었음.
다) 일상생활에서의 최저생활	- 속옷, 환의, 침구, 식사 등에 관한 일상생활의 수준은 매우 열악하였음 - 식사, 음료, 운동 등에 관해서도 최소한의 자존심과 품위를 유지할 수 있는 차원이 지켜지지 못함	- 이런 문제들은 대부분 해소됨 - 다만 아직도 양말을 비롯한 겉옷과 침구의 경우 자주 교체하고 있지 못한 시설들이 있었음. - 식사의 경우도 대부분의 시설들이 잘 준비하고 있었으나 작은 시설은 너무 작아서 대형시설은 너무 대형이라 식당을 별도로 마련하는 것이 어렵거나 환자나 생활인의 숫자만큼 식탁의자를 확보하지 못하는 경우가 있었음.
라) 외부와의 소통	- 외부와의 소통이 자유롭지 않음 - 간호사나 보호사들이 전화통화를 다 들을 수 있었으며 편지도 검열을 거쳐 내보냄 (치료목적으로 보기 어려웠음)	- 외부와의 자유로운 소통은 다소 저조하게 나타남 - 대부분이 휴대폰을 소지하고 있었고 전화통화는 사적공간에서 할 수 있었음; 그러나 아직도 치료진의 입회하에 사용하게 하는 시설이 있었으며, 공중전화를 사용하게 하는 시설도 있었음.

구분	2008년	2019년
		- 최소 20%이상의 생활인들이 외부출입을 자유롭게 하고 있었음
마) 처벌법규 미흡	- 정신장애인의 삶을 파괴하는 정도의 인권침해가 종종 발견되었으며 그 같은 위법행위에 대해 종사자 및 사회의 인식이 부족했기에 처벌법규도 미흡하였음	- 2017년 「정신보건법」이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」, 약칭 「정신건강복지법」으로 개정되면서, 비자의입원 제도 개선을 통한 정신질환자 인권보호 장치 강화, 정신질환자에 대한 복지서비스 지원 근거 마련 등과 같이 법이 복지 및 인권 중심의 법으로 바뀐 바 있다. 이를 통해 이들의 인권상황은 상당 부분 개선된 것으로 보임

2) 제언

가. 국가보고서 발간의 제도화

'정신장애인 인권보호와 증진'을 위한 국가보고서를 5년 간격으로 정기적으로 발간할 것을 제안한다. 국가보고서를 10년 만에 낸다는 것은 너무 그 간격이 길다. 10년은 자연적으로도 변하고 발전할 수 있는 시간이다. 이렇게 해서는 정신장애인의 인권증진을 국가가 책임지고 있다고 볼 수 없다. 정신장애인은 국가가 나서서 인권보호를 해야 할 가장 취약한 계층이다. 따라서 국가인권위원회는 5년을 주기로 정기적으로 국가보고서를 발간하여 정신장애인들이 자신들의 인권이 보장되는 환경에서 자유롭고 당당하게 생활할 수 있는 세상을 보장하기 위한 노력을 기울여야 한다.

나. 국가보고서 권고조치 이행여부 관리감독 체계화

국가보고서가 제시하는 인권보호를 위한 권고조치를 각 기관들이 어떻게 이행하고 있는지에 대한 지도감독이 체계화될 필요가 있으며 그에 필요한 재정적 지원이 따라주어야 할 것이다. 권고조치는 법적 제제조치가 아니기 때문에 필수적으로 지킬 필요가 없는 조치들이다. 그러므로 그 조치들이 어떻게 이행되고 있는지, 어떤 것들이 이행하기 어려운지, 이행이 왜 어려우며 이행을 위해서는 어떤 지원이 필요한지 등에 대해 정기적으로 지도 감독하는 것은 필요한데, 이는 보건복지부 차원에서 지도감독체계를 갖추고 정기적으로 권고조치 이행여부 점검 및 불이행조치에 대한 시정조치를 내릴 수 있도록 해야 할 것이다. 예를 들면, 2008년 조사에서 전문요원의 다양성을 권고한 바 있다. 전문요원의 수의 확보는 대부분의 시설에서 다 갖추고 있었지만 전문요원이 다양화는 이루지 못하고 있었다. 간호전문요원, 정신건강전문요원 등으로 각각 배치되어 있거나, 임상심리전문요원들이 거의 없는 등 다양화를 이룰 필요가 있는데, 이를 위한 국가의 노력은 무엇이었는지에 대해서도 점검할 필요가 있으며 불이행한 시설에 대해서는 시정조치를 내리거나 정신건강복지법을 강화 또는 구체화하는 조치를 내릴 수 있을 것이다.

다. 세상과 소통하는 열린시설 제도화

시설들의 열린시설화는 정신장애인의 인권증진에 있어 매우 중요한 요소로써 필히 실현되어야 한다. 열린시설이란 다양한 유형의 방문자의 자유로운 방문의 허용, 외출의 허용, 휴대폰을 비롯한 외부와의 소통에 대한 자유 보장, 그리고 각종 안내 및 고지 등 정보접근성 확보 등을 통제하지 않고 개인의 자유의지에 따라 경험할 수 있도록 허용하는 시설이다. 이번 조사에서 보면 휴대폰을 전면 불허하는 시설들도 있었으며, 개인병실 방문을 불허하는 시설도 있었다. 각종 안내 및 고지, 시설의 사업 및 행사 등의 최신 정보를 홈페이지 등에 안내하는 것, 서비스 제공에 대한 설명, 접수한 고충을 처리한 결과에 대한 개인 통보 및 공지 등 각종 정보에 대한 접근도 다른 사안에 비해 상대적으로 열악하였다. 병원이나 시설에서 생활을 하다보면 기본적인 환경이 정보접근을 제한하게 된다. 자유자제로 TV 청취나 인터넷을 할 수 없기 때문이다. 그렇기 때문에 시설에서는 더욱 적극적으로 정보접근성을 높여주기 위한 노력을 해야 한다.

라. 수용인원 축소화

수용인원을 축소할 필요가 있다. 요양시설은 이미 축소하고 있는 것으로 보이지만 아직도 250병상 수준의 큰 요양시설들도 있었으며, 생활시설 역시 100인 수용인원을 유지하고 있는 시설들도 있었다. 의료기관들은 900병상이상의 기관들이 아직도 존재하고 있다. 정신건강복지법에 의하면 300병상 이상은 더 이상 신설하거나 증설할 수 없게 되어 있으나, 기존의 병상들까지도 줄이는 것까지는 법제화하지 못하고 있다. 따라서 이 기관들이 어떻게 병상을 축소할 수 있는지에 대해 정부는 이 기관들과 협력하여 병상축소방안을 마련하여야한다. 2008년의 조사에서도 적정수용인원에 대하여 연구하고 그 기준을 제시해야한다고 제언하였었지만 아직까지 10년이 지났어도 대형시설은 크게 변동 없이 유지되고 있는 상태이다.

그러나 조사결과에서 보았듯이 대형시설들은 물리적으로 인권 친화적 환경을 유지하기 어려운 조건을 갖고 있다. 격리실과 보호실의 운영, 이곳에서의 강박의 진행, 그리고 격리나 강박을 진행하면서도 그 사유나 내용이나 유지시간 등에 대해 설명이 부족한 것; 식사를 집에서 하듯이 자연스런 형태로 하는 것; 속옷을 비롯한 피복교체 및 침구교체 등의 위생상태 유지 등 대형시설에서는 가장 기본적인 개인위생과 자유까지도 보장되지 못하고 있다. 그러므로 시설의 소규모화는 인권증진을 위해 필수적으로 이루어져야하는 전제조건과도 같은 것이다. 이에 수용인원 축소화를 적극 추진할 것을 제안한다.

마. 후속 연구 제도화

본 연구와 같은 연구의 후속연구가 지속되려면 다음의 세 가지를 염두에 두어야할 것이다.

첫째, 정기적인 간격을 두고 진행되어야 하는데, 3년 또는 5년 단위로 진행되는 것을 제안한다. 이번 현장조사는 10년 만에 실시한 것이었고 10년간의 변화에 초점을 둔 조사였기에 그 사이 변한 것을 다 반영하기는 어려웠으며, 그러다 보니 조사의 내용이 시대에 뒤쳐진 것들도 많이 있었다. 이는 조사에 응한 모든 시설들이 다 잘 하고 있다고 답변한 결과가 말해준다. 따라서 추후로는 조사의 간격을 줄여야할 것이며 시대가 급격히 변하는 것을 반영하여 3년 또는 5년을 주기로 조사하는 것이 바람직하다고 하겠다.

둘째, 가급적 관련 시설들을 전수 조사를 하는 것과 시설별로 운영의 형태를 반영한 내용의 조사를 할 것을 제안한다. 예를 들면 응급환자 후송체계라든지 투약관리 및 작업요법이라든지 등 시설유형에 따라 달리 질문했어야하는 것이 있었음에도 2008년과 비교연구를 중심으로 하

는 것이어서 반영하지 못하였다. 면회에 있어서도 의료기관과 그 외 시설들이 큰 편차를 보였는데, 의료기관은 아직도 면회에 대해 통제가 이루어지고 있는 반면 요양시설과 생활시설은 이제 면회라는 단어보다는 방문이라는 단어가 맞을 정도로 자유롭게 방문자와 생활인들의 만남이 이루어지고 있었다. 앞으로 추후연구에서는 이와 같은 변화를 반영하는 더 인권적인 내용으로 필히 수정되어야할 것이다. 이번 현장조사에서 가장 큰 난제는 현장조사를 할 기관의 리스트를 확보하는 것이었다. 의료기관, 요양시설, 생활시설의 전국 최신 리스트를 얻을 수 있는 곳이 없었으며 이 명단 저 명단을 놓고 접촉을 시도했어야했다. 그러다보니 인권보호와 관련하여 물리적으로 서류상으로 갖추고 있다고 스스로 판단하는 시설에서만 현장조사에 응한 것으로 보인다. 의료기관은 병원급만 500개가 넘으므로 전수조사가 어려울 수 있으므로 국공립과 민간으로 구분하고 소형, 중형, 대형으로 구분하여 조사하는 것도 방법일 수 있다. 요양시설 60개와 생활시설 40개 정도는 전수 조사를 하는 것이 크게 어렵지 않을 것이다. 그 외에 이번에는 포함하지 않은 주거시설 등에 대해서도 조사가 필요하다.

셋째, 양적 조사에 그치지 말고 질적 조사를 병행하는 것을 제안한다. 이번 조사결과에서 볼 수 있듯 어느 정도 서류들은 갖추고 있으며 기본선은 지키고 있다. 그러나 양식을 갖추고 교육을 하고 개수를 맞추고 필요한 것을 설치하고 한다는 것이 진정한 인권을 보장한다고 확신하기에는 다소 부족함이 있다. 실질적으로 어떻게 진행되는지 모르기 때문이다. 운동장이 있고 운동기구가 있었지만 사용하는 사람을 보기가 어려웠고, 식당은 갖춰져 있었지만 어떤 식사가 나오는지는 알 수 없었다. 상담실을 갖고는 있었지만 얼마나 적절하게 상담실을 활용하는지 등에 대해서도 알 수 없었다. 이런 식으로 물리적으로 갖추고 있는 것이 어떻게 인권친화적으로 활용되는지에 대한 조사연구가 앞으로는 필히 병행되어야할 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 당사자 인식

가. 재가 당사자

1) 조사대상 및 조사방법

정신장애인 당사자 중 재가 정신장애인은 전국의 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하는 19세 이상 성인이다. 표집은 국립정신건강센터가 2018년 발간한 정신건강증진사업 등록·이용·입소자 현황에 근거하여 지역별 분포에 따라 총 1,000명을 표집대상으로 하였다. 그러나 IRB 승인을 얻는 과정에서 대상자가 정신장애인이기 때문에 최약계층으로 분류되어 일반과제에 비해 오랜 시간 소요되었다. IRB 계획서에 제시된 연구참여자 모집과정을 준수 하는 과정에서 자발적 참여에 따른 동의 절차를 이끌어내는데 있어 오래 시간이 소요되었으며, 정신장애인의 취약성과 낙인감 등의 사유로 동의 획득 및 실제적 참여로 연계되지 못한 사례가 발생하기도 하였다. 연구기간이 더 연장되었다면 더 많은 재가 정신장애인 대상자 확보가 가능하였을 것으로 사료되나, IRB 계획서에 제시된 연구기간 준수도 중요하다고 판단되었기에, 자발적 참여에 대한 동의절차가 확보된 701부로 조사를 마감하였다.

조사는 온라인 설문조사방법을 사용하였다. 정신건강복지센터와 정신재활시설 게시판을 통해 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집 문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다. 최종적으로 설문조사에 참여한 재가 정신장애인들의 일반적 특성은 다음의 [표 2-25]와 같다.

[표 2-25] 조사 대상 재가 정신장애인의 일반적 특성

특성	구분	N	%	특성	구분	N	%
성별	남	424	60.5	근무 직종 (N=248)	전문직	4	5.6
	여	277	39.5		준전문직	8	3.2
나이	10대	14	2.0		사무직	30	12.1
	20대	170	24.3		서비스직	62	25.0
	30대	175	25.0		판매직	10	4.0
	40대	173	24.7		농·어·임·축산직	2	0.8
	50대	134	19.1		기능직	14	5.6
	60대 이상	35	5.0		기계조작 및 운전	1	0.4
	Mean : 39.5 / S.D. : 11.996				단순노무직	107	43.1
혼인 상태	미혼	566	80.7	평균 월급 수준 (N=223)	50만원 미만	85	38.1
	기혼	65	9.3		50이상~100만원미만	65	29.1
	동거	4	0.6		100이상~150만원미만	37	16.6
	이혼	55	7.8		150이상~200만원미만	19	8.5
	별거	1	0.1		200이상~250만원미만	14	6.3
	사별	10	1.4		250이상~300만원미만	1	0.4
동거 가족	없음(혼자 살고 있음)	120	17.1		300만원이상	2	0.9
	부모	360	51.4		Mean : 82.58 / S.D. : 60.741		
	배우자(남편 또는 아내)	50	7.1				
	조부모	6	0.9				
	형제자매 및 그 배우자	32	4.6				
	자녀	15	2.1				
	친인척	3	0.4	거주 지역	서울	144	20.5
	그룹홈	115	16.4		부산	3	0.4
교육 정도	무학	4	0.6		대구	91	13.0
	초등학교	20	2.9		인천	1	0.1
	중등학교	63	9.0		광주	163	23.3
	고등학교	314	44.8		대전	16	2.3
	전문대·대학교	282	40.2		울산	12	1.7
	대학원 이상	18	2.6		경기	82	11.7
직업 활동 여부 (보호작업장 포함)	예	248	35.4		강원	25	3.6
	아니오	453	64.6		충북	0	0.0
					충남	0	0.0

국가인권위원회
humanrights.go.kr

특성	구분	N	%	특성	구분	N	%
					세종	0	0.0
근무 형태 (N=248)	정규직	45	18.1		전북	2	0.3
	계약직	90	36.3		전남	46	6.6
	일용직	23	9.3		경북	112	16.0
	임시취업 (정신재활시설 외부)	27	10.9		경남	4	0.6
	보호작업 (정신재활시설 내)	49	19.8		제주	0	0.0
	자영업(가족의 사업장 보조근무 포함)	14	5.6	주거 형태	자가	565	80.6
					친척집	21	3.0
					거주시설(그룹홈 등)	115	16.4

조사대상자의 성별분포는 남성 60.5, 여성 39.5%였고, 연령 평균은 39.5세였으며 30대 25.0%, 42대 24.7%, 20대 24.3%, 50대 19.1%, 60대 이상 5.0%, 10대 2.0% 순으로 나타났다. 혼인상태는 미혼 80.7%, 기혼 9.3%, 이혼 7.8%, 사별 1.4%, 동거 0.6%, 별거 0.1%였고, 동거가족은 부모 51.4%, 없음(혼자 살고 있음) 17.1%, 그룹홈 16.4%, 배우자(남편 또는 아내) 7.1%, 형제자매 및 그 배우자 4.6%, 자녀 2.1% 등의 순으로 나타났다. 학력은 무학 0.6%, 초등학교 2.9%, 중등학교 9.0%, 고등학교 44.8%, 전문대·대학교 40.2%, 대학원 이상 2.6%였다. 보호작업장을 포함하여 직업활동에 참여하는 정신장애인은 248명(35.4%)으로 나타났으며, 근무형태는 계약직 36.3%, 보호작업 19.8%, 정규직 18.1%, 임시취업 10.9%, 일용직 9.3%, 자영업 5.6% 순이었다. 근무직종은 단순노무직이 43.1%로 가장 많았으며, 서비스직 25.0%, 사무직 12.1%, 기능직 5.6%, 판매직 4.0%, 준전문직 3.2%, 전문직 4.6%, 농·어·임·축산직 0.8%, 기계조작 및 운전 0.4%로 나타났다. 직업 활동에 참여 중인 정신장애인 248명 중 응답한 월급 수준에서 이상치를 삭제한 최종 223명의 평균 월급 수준은 100만원 미만이 29.1%로 가장 높았으며, 월급의 총 평균은 82.58만원이었다. 거주 지역은 광주(23.3%), 서울(20.5%), 경북(16.0%), 대구(13.0%), 경기(11.7%), 전남(6.6%), 강원(3.6%), 대전(2.3%), 울산(1.7%), 경남(0.6%), 부산(0.4%), 전북(0.3%), 인천(0.1%) 순으로 나타났다. 주거형태는 자가가 80.6%, 친척집 3.0%, 거주시설(그룹홈 등)이 16.4%로 나타났다.

2) 조사도구

재가 정신장애인을 대상으로 한 설문은 총 14페이지 총 43문항으로 2008년 국가인권위원회의 “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구[13]”에서 사용했던 설문지와 2018년 국가인권위원회의 “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사[14]”에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문에는 일반적 사항, 사회보장제도 이용, 임상적/기능적 평가, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해, 정신건강서비스 이용, 정신건강서비스접근장애요인, 치료과정에서의 인권침해 및 폭력경험, 일상생활 수행 정도, 정신사회적 기능, 지역사회에서의 편견인식, 지역사회에서의 불이익/차별/인권침해 경험, 가족체계 평가 및 폭력 경험, 사회적 지지체계 평가 및 폭력 경험, 지역사회 사례관리 및 서비스 필요도, 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식 등을 포함하고 있다. 설문지는 별도 첨부하였다(별첨 13 참조).

3) 조사결과

재가 정신장애인의 인권에 대한 인식의 실태를 (1) 정신장애인의 사회보장 및 장애인복지제도 이용현황, (2) 정신건강상태 및 일상생활기능수준, (3) 의료이용실태, (4) 지역사회 정신재활서비스 이용실태, (5) 서비스 욕구, (6) 서비스 이용 장애요인, (7) 차별과 인권, (8) 개정 정신건강복지법 이후 변화에 대한 인식을 중심으로 살펴 보았다.

---

13) 국가인권위원회(2008)의 “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구”에서 사용했던 설문지에서 황태연 외(2000) 등의 한국판 정신사회적 기능증상 평가척도(한국판 BASIS-32문항) 중에서 일상생활수행기술 3문항, 자신과 타인과 관계 3문항, 우울 및 불안 3문항, 충동 및 탐닉행동 2문항, 정신병적 증상 3문항 등 총 14문항으로 구성하여 활용하였음. 또한 수단적 일상생활기능에 대한 측정(정신장애인 설문 23번)은 장애인실태조사(보건복지부 외, 2006)에서 활용한 바 있는 수단적 일상생활기능항목(IADLs)에서 6문항을 추출하고, 일본에서 정신장애인에 대한 지역사회사례관리 필요도를 사정하기 위해 활용하는 문항들(사회복지법인 다원, 2008)에서 5문항을 추출하여 총 11개 문항으로 구성하여 사용하였음.

14) 국가인권위원회(2018)의 “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사”에서 사용한 설문은 지역사회에 살고 있는 정신장애인 당사자와 가족을 대상으로 개인 일반사항, 인권관련 영역, 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역, 지역사회 거주영역, 독립생활영역, 지역사회 재통합영역에 걸쳐 총 6가지 영역으로 구성되어 있음. 이중 개정된 법 시행 이후의 생활 및 서비스 변화, 장애회복과 지역사회 생활에 도움 또는 방해한 사람, 전문가 또는 경찰 방문 여부, 퇴원 시 지역사회 기관 연계 및 소개 여부 등의 문항을 참조하여 본 연구의 설문지를 작성하였음.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

가) 정신장애인의 사회보장 및 장애인복지제도 이용현황 실태

(1) 사회보장제도 이용현황

재가 정신장애인의 사회보장제도 이용 현황은 다음과 같다. 국민연금가입에서는 미가입자 45.2%, 가입자 28.1%, 모른다 26.7% 순으로 나타났으며 재가 정신장애인의 국민연금가입율이 저조한 것을 알 수 있다. 의료보장형태은 건강보험이 55.1%, 의료급여 1종이 34.4%, 의료급여 2종이 5.0%, 차상위가 5.6%로 건강보험이 가장 많이 나타났다. 국민기초생활보장은 수급자가 40.8%, 미수급자가 54.1%, 모른다 5.1%로 나타났으며 장애인 연금은 미수급 65.3%, 수급 24.4%, 모른다 10.3%로 두 제도 모두 미수급자가 가장 많은 것으로 나타났다.

[표 2-26] 사회보장제도 이용현황

(단위 : 명, %)

구분	항목	빈도	%
국민연금가입	가입	197	28.1
	미가입	317	45.2
	모른다	187	26.7
합계		701	100
의료보장형태	건강보험	386	55.1
	의료급여 1종	241	34.4
	의료급여 2종	35	5.0
	차상위	39	5.6
합계		701	100
국민기초생활보장	수급	286	40.8
	미수급	376	54.1
	모른다	36	5.1
합계		701	100
장애인연금	수급	171	24.4
	미수급	458	65.3
	모른다	72	10.3
합계		701	100

(2) 장애등록현황

장애등록을 했다고 응답한 정신장애인은 440명(62.8%)이었고, 장애등록을 하지 않았다고 응답한 정신장애인은 261명(37.2%)이었다. 장애등록을 어떤 과정으로 하게 되었는지에 대해

가족의 권유가 45.2%로 가장 많았고 기관의 권유 33.6%, 본인의 판단 21.1% 순으로 나타났다.

[표 2-27] 장애등록여부 및 과정

(단위 : 명, %)

항 목		등록여부	빈도	%
장애등록여부		등록	440	62.8
		미등록	261	37.2
합계			701	100
구분	항 목	빈도	%	
등록 과정	가족의 권유로	199	45.2	
	본인의 판단으로	93	21.1	
	기관(정신의료기관, 정신건강복지센터 등)의 권유로	148	33.6	
합계		440	100	

장애등록을 한 이유에 대해서 '장애수당과 같은 금전적인 혜택'이 22.0%로 가장 빈도가 많았으며 '의료급여 혜택을 받기 위하여'가 19.5%, '국민기초생활수급권자가 되기 위하여' 15.8%, '교통시설 이용 시 할인 또는 면제 혜택' 13.6%, '장애인 의무 고용의 혜택' 12.1% 순으로 나타났다.

[표 2-28] 장애등록이유

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
장애수당과 같은 금전적인 혜택	291	22.0
장애인 의무 고용의 혜택	160	12.1
국민기초생활수급권자가 되기 위하여	208	15.8
의료급여 혜택을 받기 위하여	257	19.5
교통시설 이용 시 할인 또는 면제 혜택	179	13.6
공공시설(박물관, 고궁 등) 이용 시 면제 혜택	92	7.0
세제혜택	47	3.6
임대주택 입주 시 혜택	86	6.5
합계(중복응답)	1,320	100

국가인권위원회
humanrights.go.kr

장애등록을 하지 않은 이유에 대해서는 '장애인이라고 생각하지 않아서' 19.9%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 '정신장애인임을 알리기 싫어서' 15.7%, '주치의가 장애진단을 내려주지 않아서'와 '생활하는 데 불편함이 없어서'가 각각 14.6%, '정신질환이 나을 거라고 생각해서' 13.8%, '장애등록제도에 대해서 알지 못해서' 10.3% 순으로 나타났다.

[표 2-29] 장애 미등록 이유

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
정신질환이 나을 거라고 생각해서	36	13.8
주치의가 장애진단을 내려주지 않아서	38	14.6
생활하는데 불편함이 없어서	38	14.6
정신장애인임을 알리기 싫어서	41	15.7
장애인이라고 생각하지 않아서	52	19.9
등록과정이 번거로워서	13	5.0
등록비용 때문에	4	1.5
등록해도 소용이 없을 것 같아서	3	1.1
등록 절차와 방법을 몰라서	4	1.5
가족의 반대로	5	1.9
장애등록제도에 대해서 알지 못해서	27	10.3
합계	261	100

나) 정신건강상태 및 일상생활기능수준

(1) 정신질환 진단명

정신장애인의 정신질환 진단명은 조현병이 506명(72.2%)으로 가장 많았으며, 우울증 91명(13.0%), 조울증 70명(10.0%), 조현정동장애 34명(4.9%)순으로 나타났다.

[표 2-30] 정신질환 진단명 비교

(단위 : %)

진단명	빈도	%
조현병	506	72.2
우울증	91	13.0
조울증	70	10.0
조현정동장애	34	4.9
합계	701	100

(2) 일상생활수행 기능 정도

일상생활에서 어려움을 경험하는 영역과 어려움이 생겼을 때 대처방법에 대해 살펴보았다. 일상생활에서 어려움을 경험하는 영역은 '다른 사람 돌보기'가 평균 2.5점으로 제시된 일상생활 영역 중 가장 어려운 것으로 나타났으며 '주요 일상 스트레스에 적응하기', '고립감 또는 외로움', '우울 및 무기력감'이 각각 2.4점으로 약간 어려움을 경험하는 것으로, '가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지하기', '애완동물 돌보기', '감정표현하기', '변덕스러운 기분, 불안정한 기분'이 각각 2.3점 순으로 나타났다. 이는 정신장애인들이 타인과의 관계 형성과 정서적인 문제들에 대해 가장 어려움을 느끼고 있음을 알 수 있다. 반면 '개인 위생관리', '담뱃불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리하기', '정신과 약 챙겨먹기', '전화기 사용하기', '대중교통수단 이용하여 외출하기'에 대해서는 평균 1.7점으로 가장 낮은 점수를 나타냈으며 이와 같은 수단적 기능에 대해서는 큰 어려움이 없음을 알 수 있다.

[표 2-31] 일상생활수행 기능 정도

(단위 : 명, %)

항목	기능 정도(%)					평균	표준편차
	전혀 어려움 없음	약간 어려움	보통	매우 어려움	극히 어려움		
식사 준비 및 설거지	337(48.1)	145(20.7)	158(22.5)	39(5.6)	22(3.1)	2.0	1.1
개인 위생관리(세면, 목욕, 옷 입기 등)	416(59.3)	97(13.8)	155(22.1)	23(3.3)	10(1.4)	1.7	1.0
청소 및 정리정돈하기	319(45.5)	159(22.7)	160(22.8)	42(6.0)	21(3.0)	2.0	1.1
빨래하기	349(49.8)	124(17.7)	160(22.8)	44(6.3)	24(3.4)	2.0	1.1

국가인권위원회
humanrights.go.kr

항목	기능 정도(%)					평균	표준편차
	전혀 어려움 없음	약간 어려움	보통	매우 어려움	극히 어려움		
담뱃불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리하기	435(62.1)	88(12.6)	142(20.3)	20(2.9)	16(2.3)	1.7	1.0
필요한 물건사기	416(59.3)	105(15.0)	139(19.8)	24(3.4)	17(2.4)	1.8	1.0
금전관리하기	313(44.7)	149(21.3)	157(22.4)	55(7.8)	27(3.9)	2.1	1.2
정신과 약 챙겨먹기	435(62.1)	111(15.8)	125(17.8)	15(2.1)	15(2.1)	1.7	1.0
신체건강 관리하기	298(42.5)	172(24.5)	153(21.8)	56(8.0)	22(3.1)	2.1	1.1
가족과 좋은 관계 유지하기	314(44.8)	142(20.3)	159(22.7)	59(8.4)	27(3.9)	2.1	1.2
가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지하기	252(35.9)	156(22.3)	190(27.1)	73(10.4)	30(4.3)	2.3	1.2
다른 사람 돌보기	202(28.8)	153(21.8)	197(28.1)	91(13.0)	58(8.3)	2.5	1.3
여가시간 적절하게 보내기	277(39.5)	164(23.4)	187(26.7)	52(7.4)	21(3.0)	2.1	1.1
전화기 사용하기	439(62.6)	98(14.0)	131(18.7)	17(2.4)	16(2.3)	1.7	1.0
대중교통수단 이용하여 외출하기	414(59.1)	112(16.0)	131(18.7)	28(4.0)	16(2.3)	1.7	1.0
애완동물 돌보기	278(39.7)	116(16.5)	169(24.1)	77(11.0)	61(8.7)	2.3	1.3
감정표현하기	251(35.8)	156(22.3)	179(25.5)	79(11.3)	36(5.1)	2.3	1.2
다른 사람과 대화하기	269(38.4)	156(22.3)	177(25.2)	72(10.3)	27(3.9)	2.2	1.2
주요 일상 스트레스에 적응하기	213(30.4)	175(25.0)	186(26.5)	91(13.0)	36(5.1)	2.4	1.2
고립감 또는 외로움	216(30.8)	167(23.8)	189(27.0)	83(11.8)	46(6.6)	2.4	1.2
우울 및 무기력감	209(29.8)	199(28.4)	165(23.5)	87(12.4)	41(5.8)	2.4	1.2
변덕스러운 기분, 불안정한 기분	223(31.8)	179(25.5)	183(26.1)	80(11.4)	36(5.1)	2.3	1.2
화, 분노의 폭발 등을 조절하기	251(35.8)	170(24.3)	175(25.0)	68(9.7)	37(5.3)	2.2	1.2
혼동을 일으키거나 비현실적인 사고나 신념	305(43.5)	138(19.7)	165(23.5)	59(8.4)	34(4.9)	2.1	1.2
환청이나 환시	390(55.6)	108(15.4)	126(18.0)	49(7.0)	25(4.0)	1.9	1.2

항목	기능 정도(%)					평균	표준편차
	전혀 어려움 없음	약간 어려움	보통	매우 어려움	극히 어려움		
들떠 있거나 이상한 행동	341(48.6)	128(18.3)	150(21.4)	57(8.1)	25(3.6)	2.0	1.2

일상생활에서 어려움이 생겼을 때 대처방법에 대해서는 가족들에게 도움 요청 48.2%, 전문가에게 도움 요청 29.4%, 혼자서 해결 12.4%, 친구, 친척, 이웃들과 상의 5.1%, TV, 신문, 인터넷 등 정보망을 이용하여 해결 3.3%, 성직자에게 도움 요청 1.6% 순으로 나타났다.

[표 2-31] 일상생활의 어려움에 대한 대처방법

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
가족들(배우자, 자녀)에게 도움을 구한다	338	48.2
친구, 친척, 이웃들과 상의한다	36	5.1
전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 상담가 등)에게 도움을 청한다	206	29.4
성직자(목사, 신부 등)에게 도움을 청한다	11	1.6
TV, 신문, 인터넷 등 정보망을 이용하여 해결한다	23	3.3
혼자서 해결한다	87	12.4
합계	701	100

(3) 낮 시간 활동

설문 참여자들이 낮에 주로 하는 활동에 대하여 조사한 결과, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지관 이용 36.2%, 집에서 TV, 독서 등 26.4%, 직업활동(직장에 나감, 구직활동) 12.8%, 컴퓨터 사용, 인터넷 게임 등 10.0%, 빨래, 청소 주방일 등 가사노동 6.0%, 외부에서 여가활동(문화활동, 공연관람, 스포츠) 4.4%, 교회, 성당, 절 등에서 종교활동 2.3%, 학습(평생교육원, 사설학원 교육수강 등) 1.9% 순으로 정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지관 이용이 가장 많이 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-31] 낮에 주로 하는 활동

(단위 : 명, %)

활동내용	빈도	%
집에서 TV, 독서 등	185	26.4
컴퓨터 사용, 인터넷 게임 등	70	10.0
빨래, 청소, 주방일 등 가사노동	42	6.0
교회, 성당, 절 등에서 종교활동	16	2.3
정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지관 이용	254	36.2
직업활동(직장에 나감, 구직활동)	90	12.8
학습(평생교육원, 사설학원 교육수강 등)	13	1.9
외부에서 여가활동(문화활동, 공연관람, 스포츠)	31	4.4
합계	701	100

다) 의료이용실태

(1) 발병 연령 및 입·퇴원 현황

설문 참여자들의 발병 연령과 병원에 입원한 횟수와 기간, 자의입원 횟수, 최근 퇴원일시를 조사한 결과, 평균 발병 연령은 25.5세로 나타났다. 발병 이후에 병원에 입원한 총 횟수는 평균 3.65번으로 나타났으며 총 입원 기간은 평균 40.8개월이었다. 첫 번째 입원 기간은 평균 9.1개월이었으며 두 번째 입원 기간은 평균 5.8개월, 세 번째 입원 기간은 평균 5.5개월이었다. 그리고 가장 최근에 퇴원한 일시는 평균 74.2개월 전이었다. 스스로 입원이 필요하여 자의 입원한 횟수는 평균 1회로 나타났다.

[표 2-32] 발병 연령, 병원 입원 횟수 및 기간, 자의입원 횟수, 최근 퇴원일시

(단위 : 세, 회, 개월)

항목			평균	표준편차
정신적인 문제로 처음 정신건강의학과에서 진단을 받은 나이(발병 나이)(N=697)			25.5	9.5
발병 이후 병원 입원 횟수 및 기간	총 입원횟수(N=700)		3.65	5.0
	N=449	총 입원 기간(개월)	40.8	67.9
		첫 번째 입원 기간	9.1	27.6
		두 번째 입원 기간	5.8	15.6

항목			평균	표준편차
		세 번째 입원 기간	5.5	16.7
가장 최근에 퇴원한 이후 현재까지 기간(N=466)			74.2	79.6
스스로 입원이 필요하여 자의 입원한 횟수(N=691)			1.0	1.8

(2) 입·퇴원 결정

입원 시 정신장애인 본인의 동의 여부에 대해서는 항상 동의를 구한다는 응답이 40.6%로 가장 높았고, 대부분 동의를 구하였음 19.5%, 반반이었음 16.2%, 항상 동의를 구하지 않았음 15.4%, 거의 동의를 구하지 않았음 8.3%로 나타났다.

[표 2-34] 입원 시 본인의 동의 여부

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
항상 동의를 구하였음	235	40.6
대부분 동의를 구하였음	113	19.5
반반이었음	94	16.2
거의 동의를 구하지 않았음	89	15.4
항상 동의를 구하지 않았음	48	8.3
합계	579	100

재가 정신장애인의 정신의료기관 입원에서 주로 입원을 권유한 사람과, 입원 시 본인의 동의 여부에 대하여 조사한 결과는 다음과 같다. 입원을 주로 권유한 사람은 부모가 53.4%로 가장 많았으며, 본인 17.3%, 형제/자매 12.4%, 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 직원이 6.6%, 배우자 4.5%, 그 밖의 친인척과 동사무소 사회복지담당공무원이 각각 1.4%, 자녀와 이웃, 친구가 각각 1.0% 순으로 나타났다. 이를 통해 정신장애인들의 입원은 부모의 권유에 의해 주로 이루어지고 있는 것을 알 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-33] 주로 입원을 권유한 사람

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
본인	100	17.3
부모(주 보호자)	309	53.4
배우자	26	4.5
형제/자매	72	12.4
자녀	6	1.0
그 밖의 친인척	8	1.4
이웃	6	1.0
친구	6	1.0
동사무소 사회복지담당공무원	8	1.4
보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 직원	38	6.6
합계	579	100

퇴원을 누가 결정하였는가에 대해서 부모의 결정이 32.8%로 가장 많이 나타났으며 정신건강의학과 의사의 결정이 27.8%, 본인의 결정이 26.3%, 형제/자매의 결정이 6.7%, 배우자의 결정이 3.3% 등의 순으로 나타났다. 이를 통해 정신장애인의 퇴원에 대한 결정 또한 입원과 마찬가지로 주로 부모에 의하여 이루어지고 있음을 알 수 있다.

[표 2-35] 퇴원을 결정한 사람

(단위 : 명, %)

항목	**빈도**	**%**
본인	152	26.3
부모(주보호자)	190	32.8
배우자	19	3.3
형제/자매	39	6.7
자녀	6	1.0
그 밖의 친인척	4	0.7
정신건강의학과 의사	161	27.8
심판위원회의 퇴원결정(퇴원명령)	8	1.4
합계	579	100

라) 지역사회 정신재활서비스 이용실태

퇴원 시 지역사회 이용시설, 거주시설, 직업재활기관에 대한 소개나 연계여부에 대한 응답은 다음과 같다. 퇴원 시 지역사회 이용시설, 거주시설, 직업재활기관에 대한 소개나 연계를 받은 경우는 378명(65.3%)이며, 안내를 받지 못한 경우는 201명(34.7%)으로 나타났다. 정신장애인의 65.3%가 정신병원에서 퇴원 시 지역사회의 서비스에 대한 안내를 받고 있으나, 34.7%는 안내를 받지 못하고 있음을 알 수 있다.

[표 2-36] 퇴원 시 지역사회 기관에 대한 안내 여부

(단위 : 명, %)

항목	이용여부	빈도	%
퇴원 시 지역사회 이용시설, 거주시설, 직업재활 기관 등에 대한 소개나 연계 여부	예	378	65.3
	아니오	201	34.7
합계		579	100

치료 및 재활서비스 이용여부에 대해 조사한 결과 현재 정기적으로 정신건강의학과 병·의원을 방문하여 의사와 상담하고 있는 정신장애인은 96.1%였으며, 의사가 처방한 정신건강의학과 약물을 꾸준히 복용하고 있는 정신장애인 또한 96.1%였다. 정기적으로 보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있는 경우는 76.7%였으며 복지관 등의 지역사회복지기관을 이용하고 있는 정신장애인은 59.6%였다. 반면, 정신건강복지센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담을 진행하고 있는 경우는 38.4%, 동료지원서비스는 28.5%로 나타났다. 본 조사 대상인 재가 정신장애인들은 주로 지역사회 기관에 방문하여 재활프로그램에 참여하고 있음을 알 수 있다.

[표 2-37] 치료 및 재활서비스 이용 여부

(단위 : 명, %)

서비스	이용 상태	빈도	%
현재 정기적으로 정신건강의학과 병·의원을 방문하여 의사와 상담하고 있다.	예	674	96.1
	아니오	27	3.9
의사가 처방한 정신건강의학과 약물을 꾸준히 복용하고 있다.	예	674	96.1
	아니오	27	3.9

국가인권위원회
humanrights.go.kr

서비스	이용 상태	빈도	%
정기적으로 보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있다.	예	538	76.7
	아니오	163	23.3
보건소 또는 정신건강복지센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다.	예	269	38.4
	아니오	432	61.1
복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다.	예	418	59.6
	아니오	283	40.4
동료지원서비스를 이용하고 있다.	예	200	28.5
	아니오	501	71.5
합계		701	100

주치의와 정기적 상담 및 치료의 이용여부에 대해 그렇다고 응답한 대상자는 96.4%로 대부분이 주치의와 상담과 치료를 진행하고 있음을 알 수 있다. 빈도를 조사한 결과 1개월에 1회가 57.7%로 가장 많이 나타났으며 2주일에 1회 15.2%, 1주일에 1회 9.0%, 3주일에 1회 7.2%, 2개월에 1회 7.1% 순으로 나타났다. 2개월 이상에 1회는 3.7%로 가장 낮았다.

[표 2-38] 정기적 상담 및 치료 이용 여부와 빈도

(단위 : 명, %)

항목		이용 여부	빈도	%
주치의 정기적 상담 및 치료 여부		예	676	96.4
		아니오	25	3.6
합계			701	100
구분	항목	빈도	%	
주치의와의 정기적 상담 빈도	1주일에 1회	61	9.0	
	2주일에 1회	103	15.2	
	3주일에 1회	49	7.2	
	1개월에 1회	390	57.7	
	2개월에 1회	48	7.1	
	2개월 이상에 1회	25	3.7	
합계		676	100	

보건소·정신건강복지센터·정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 제공되는 서비스에 대한 정기적 이용 여부를 조사한 결과 이용한다고 응답한 정신장애인은 72.3%로 대부분이 서비스를 받고 있음을 알 수 있다. 그리고 서비스 이용 빈도는 주 5회 이상이 42.4%로 가장 높게 나타났고 주 1회 18.7%, 주 2회 15.0%, 주 3회 13.6%, 주 4회 10.3%로 나타났다.

[표 2-39] 지역사회 서비스 이용여부 및 빈도

(단위 : 명, %)

항목		이용 상태	빈도	%
보건소 · 정신건강복지센터 · 정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 정기적으로 서비스를 받고 있는지 여부		예	507	72.3
		아니오	194	27.7
합계			701	100
구분	항목	빈도	%	
서비스 이용빈도	주 1회	95	18.7	
	주 2회	76	15.0	
	주 3회	69	13.6	
	주 4회	52	10.3	
	주 5회 이상	215	42.4	
합계		507	100	

보건소·정신건강복지센터·정신재활시설 등의 시설을 이용하고 있는 재가 당사자에게 시설

국가인권위원회
humanrights.go.kr

이용 기간, 이용 전 입원 횟수 및 기간, 이용 후 입원 횟수 및 기간에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 현재 이용하고 있는 시설에 대한 평균 이용 기간은 66.3개월이었으며 시설 이용 전의 평균 입원 횟수는 3.0회, 평균 입원 기간은 25.6개월로 나타났다. 그리고 시설 이용 후의 평균 입원 횟수는 0.9회, 평균 입원 기간은 7.7개월로 나타났다. 이를 통해 시설을 이용함으로써 정신의료기관에 입원해 있는 기간뿐 아니라 입원 횟수 또한 감소했음을 알 수 있다.

[표 2-40] 시설 이용 기간, 이용 전 입원 횟수 및 기간, 이용 후 입원 횟수 및 기간

(단위 : 개월, 회)

항목		평균	표준편차
지금 이용하고 있는 시설(정신건강복지센터 혹은 정신재활시설)에 입소 혹은 이용한 기간은?		66.3	67.4
시설 이용 전	총 입원횟수	3.0	3.7
	총 입원 기간	25.6	52.2
시설 이용 후	총 입원횟수	0.9	1.7
	총 입원 기간	7.7	29.0
빈도		506	

지역사회에서 제공되는 서비스별 이용 여부와 만족도는 다음과 같다. 지역사회에서 제공하는 서비스 유형별 이용여부를 조사한 결과 정신건강관리 84.2%, 사회기술훈련 71.4%, 여가활동훈련 70.4%, 자조모임활동 54.2%, 직업재활훈련 48.9%, 주거서비스 36.1% 순으로 주거서비스의 이용률이 가장 낮음을 보여주고 있다.

[표 2-41] 지역사회 서비스 유형별 이용여부

(단위 : 명(%), 점)

항목		서비스유형					
		직업 재활훈련	사회 기술훈련	정신 건강관리	여가 활동훈련	주거 서비스	자조 모임활동
이용 여부	이용	248(48.9)	362(71.4)	427(84.2)	357(70.4)	183(36.1)	275(54.2)
	미이용	259(51.1)	145(28.6)	80(15.8)	150(29.6)	324(63.9)	232(45.8)
합계		507					

각 서비스 유형별 평균 만족도 점수를 살펴보면 정신건강관리와 여가활동훈련, 자조모임활동이 각각 평균 3.9점으로 나타났으며 직업재활훈련, 사회기술훈련, 주거서비스는 평균 3.8점이었다. 그리고 각 서비스 유형별 만족도에 따른 응답 비율은 '매우 만족'의 경우, 여가활동훈련이 37.0%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 직업재활훈련이 29.0%로 가장 적은 응답률을 나타냈다. 반면 '매우 불만족'의 경우, 주거서비스가 6.0%로 가장 높은 비율을 나타냈으며 사회기술훈련이 3.6%로 가장 낮은 비율을 나타냈다. '불만족'과 '매우 불만족'을 합한 서비스 불만족인 경우는 여가활동훈련이 9.8%로 가장 적은 응답률을 나타냈다.

[표 2-42] 지역사회 서비스 유형별 만족도

(단위 : 명(%), 점)

항목		서비스유형					
		직업 재활훈련	사회 기술훈련	정신 건강관리	여가 활동훈련	주거 서비스	자조 모임활동
이용 시 만족도	매우 불만족	10(4.0)	13(3.6)	21(4.9)	15(4.2)	11(6.0)	13(4.7)
	불만족	22(8.9)	33(9.1)	35(8.2)	20(5.6)	15(8.2)	22(8.0)
	보통	58(23.0)	73(20.2)	80(18.7)	68(19.0)	34(18.6)	54(19.6)
	만족	87(35.1)	124(34.3)	142(33.3)	122(34.2)	58(31.7)	88(32.0)
	매우 만족	72(29.0)	119(32.9)	149(34.9)	132(37.0)	65(35.5)	98(35.6)
평균		3.8	3.8	3.9	3.9	3.8	3.9
표준편차		1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1

마) 서비스 욕구

(1) 치료서비스 및 재활서비스 욕구

치료 및 재활서비스의 필요 정도에 대하여 조사한 결과, 정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용하는 서비스에 대한 필요도가 평균 4.1점으로 가장 높은 점수를 나타냈다. 그리고 스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육과 지역의 기관에서 여가활용, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈

국가인권위원회 humanrights.go.kr

련에 대한 필요도가 각각 평균 3.9점, 직업을 가지기 위한 교육과 훈련의 필요도가 평균 3.7점, 취업알선과 당사자에 대한 인권교육의 필요도가 각각 평균 3.6점, 전문인력의 정기적 방문을 통한 취업 및 일상적 활동의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육과 독립적인 주거인 지원주택을 통한 자립생활의 필요도가 평균 3.5점 등의 순으로 나타났다. 반면 정신요양시설에 입소하여 장기간 보호서비스의 필요도는 평균 2.3점으로 가장 낮은 점수를 나타냈다.

또한 각 유형별로 필요 정도에 대하여 응답한 비율에 따르면 정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방약을 복용하는 서비스가 '매우 필요함'이 41.9%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 한편 정신요양시설에 입소하여 장기간 보호서비스가 '매우 필요함'이 8.4%로 가장 낮은 빈도를 나타냈다. 이는 앞선 평균 점수에 따른 필요도 분석결과와 동일하다.

[표 2-43] 치료 및 재활서비스의 필요도

(단위 : 명(%), 점)

항목	필요도					평균	표준편차
	전혀 필요 없음	필요 없음	보통	필요함	매우 필요함		
정신의료기관에 입원하여 치료	166(23.7)	154(22.0)	145(20.7)	131(18.7)	105(15.0)	2.8	1.4
정신요양시설에 입소하여 장기간 보호	247(35.2)	199(28.4)	130(18.5)	66(9.4)	59(8.4)	2.3	1.3
공동생활가정(그룹홈 등)에 입소하여 독립적인 생활을 위한 훈련	186(26.5)	140(20.0)	138(19.7)	138(19.7)	99(14.1)	2.8	1.4
정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용	29(4.1)	22(3.1)	97(13.8)	259(36.9)	294(41.9)	4.1	1.0
스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육	44(6.3)	44(6.3)	121(17.3)	243(34.7)	249(35.5)	3.9	1.2
보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에서 여가활용, 대인관계, 일	47(6.7)	49(7.0)	106(15.1)	257(36.7)	242(34.5)	3.9	1.2

항목	필요도					평균	표준편차
	전혀 필요 없음	필요 없음	보통	필요함	매우 필요함		
상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈련							
직업을 가지기 위한 교육과 훈련	57(8.1)	56(8.0)	129(18.4)	228(32.5)	231(33.0)	3.7	1.2
간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육	80(11.4)	76(10.8)	153(21.8)	232(33.1)	160(22.8)	3.5	1.3
일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자	116(16.5)	130(18.5)	139(19.8)	182(26.0)	134(19.1)	3.1	1.4
취업알선(일자리를 소개받음)	66(9.4)	79(11.3)	144(20.5)	206(29.4)	206(29.4)	3.6	1.3
독립적인 주거인 지원주택을 통한 자립생활	80(11.4)	85(12.1)	149(21.3)	192(27.4)	195(27.8)	3.5	1.3
동료활동가를 통한 절차지원 서비스	92(13.1)	102(14.6)	189(27.0)	184(26.2)	134(19.1)	3.2	1.3
당사자에 대한 인권교육	59(8.4)	63(9.0)	149(21.3)	227(32.4)	203(29.0)	3.6	1.2

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 정부의 서비스 및 지원 욕구

정신장애인을 위한 정부의 서비스나 지원의 필요 정도에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 평균 필요도 점수로 살펴봤을 때 '지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원'과 '신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원', '정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동'이 각각 평균 4.1점으로 가장 높은 점수로 나타났다. 그리고 '지역사회에서 취업할 수 있는 기회의 확대', '정신장애인의 공공임대주택 입주에 대한 기회확대 및 주거비용지원'이 평균 4.0점이었으며 '지역사회에서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적 지도 및 교육'과 '정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 옹호서비스', '정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회 확대'가 각각 3.9점 등의 순으로 나타났다. 반면에 '정신장애인의 출산을 위한 정보제공과 지원서비스'가 3.5점으로 가장 낮은 점수로 나타났다. '필요함'과 '매우 필요함'을 합산한 전체적인 필요 정도에 대한 응답 비율을 조사하였을 때, '지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원'이 총 76.8%로 가장 높은 비율을 나타냈으며 '정신장애인의 출산을 위한 정보제공과 지원서비스'가 56.5%로 가장 낮은 비율이었다. 한편 '전혀 필요 없음'과 '필요 없음'을 합산한 전체적인 필요 없음에 대한 응답 비율 또한 '정신장애인의 출산을 위한 정보제공과 지원서비스'가 22.6%로 가장 높았고 '신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원'이 8.7%로 가장 낮은 비율을 나타냈다.

[표 2-44] 정부의 서비스 및 지원 욕구

(단위 : 명(%))

지원 및 서비스 유형	필요 정도					평균	표준편차
	전혀 필요 없음	필요 없음	보통	필요함	매우 필요함		
정신장애인이 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)	52(7.4)	26(3.7)	85(12.1)	182(26.0)	356(50.8)	4.1	1.2
정신장애인이 지역사회에	58(8.3)	39(5.6)	103(14.7)	209(29.8)	292(41.7)	3.9	1.2

지원 및 서비스 유형	필요 정도					평균	표준편차
	전혀 필요 없음	필요 없음	보통	필요함	매우 필요함		
서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적인 지도 및 교육							
정신장애인이 지역사회에서 취업할 수 있는 기회의 확대	48(6.8)	32(4.6)	97(13.8)	197(28.1)	327(46.6)	4.0	1.2
신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원	38(5.4)	23(3.3)	106(15.1)	202(28.8)	332(47.4)	4.1	1.1
정신장애인이 정규교육과정에서 학습하는데 필요한 지원 (입학특별전형, 졸업관련 규정완화, 교육비 지원 등)	54(7.7)	49(7.0)	134(19.1)	196(28.0)	268(38.2)	3.8	1.2
정신장애인의 공공임대주택 입주에 대한 기회확대 및 주거비용지원	50(7.1)	32(4.6)	103(14.7)	187(26.7)	329(46.9)	4.0	1.2
정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동 (각종 홍보, 정신장애인인권보호에 대한 교육, 차별법률개정 등)	43(6.1)	33(4.7)	105(15.0)	185(26.4)	335(47.8)	4.1	1.2
정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 옹호서비스	56(8.0)	32(4.6)	119(17.0)	202(28.8)	292(41.7)	3.9	1.2
정신장애인의 재산관리나 법률행위에 대한 후견(성	66(9.4)	45(6.4)	150(21.4)	198(28.8)	242(34.5)	3.7	1.3

국가인권위원회
humanrights.go.kr

지원 및 서비스 유형	필요 정도					평균	표준편차
	전혀 필요 없음	필요 없음	보통	필요함	매우 필요함		
년후견)제도							
정신장애인을 위한 성상담 및 결혼상담	80(11.4)	60(8.6)	142(20.3)	185(26.4)	234(33.4)	3.6	1.3
정신장애인의 출산을 위한 정보제공과 지원서비스	91(13.0)	67(9.6)	147(21.0)	182(26.0)	214(30.5)	3.5	1.4
정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원서비스	88(12.6)	63(9.0)	141(20.1)	173(24.7)	236(33.7)	3.6	1.4
정신장애인 동료지원서비스	73(10.4)	51(7.3)	165(23.5)	181(25.8)	231(33.0)	3.6	1.3
정신장애인 및 정신장애인가족을 위한 자조집단 지원확대(정신장애인권익옹호단체, 정신건강가족협회 등에 대한 지원)	57(8.1)	50(7.1)	128(18.3)	201(28.7)	265(37.8)	3.8	1.2
정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회 확대(어느 기관에서나 이용할 수 있는 서비스 이용증서 제공)	53(7.6)	35(5.0)	108(15.4)	214(30.5)	291(41.5)	3.9	1.2

(3) 생활 유형에 대한 욕구

선호하는 생활 유형은 '가족과 함께 생활' 62.2%, '지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활' 28.1%, '지역의 공동생활가정에서 생활' 7.3%, '정신의료기관에서 생활' 1.6%, '정신요양시설에서 생활' 0.9% 순으로 나타났다.

[표 2-45] 생활 유형에 대한 욕구

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
가족과 함께 생활	436	62.2
지역의 공동생활가정(그룹홈 등)에서 생활	51	7.3
정신요양시설에서 생활	6	0.9
정신의료기관에서 생활	11	1.6
지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활	197	28.1
합계	701	100

바) 서비스 이용 장애요인

(1) 정신과 치료 이용에서의 장애요인

재가 정신장애인들이 입원, 주치의와 정기적 상담, 약물복용 등 치료서비스를 받는 데 있어 불편한 점에 대하여 조사한 결과, '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다'가 21%로 빈도가 가장 높았고 '정신과 약을 복용하면 나타나는 부작용 때문에 괴롭다'가 16.6%, '치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다' 15.1%, '치료에 대해 스스로 결정할 수 없고 가족이나 의사의 결정에 따라야만 한다'가 10.1% 순으로 나타났다. 그리고 '치료비용이 너무 부담스럽다' 8.4%, '강제적으로 입원당할까 두렵다' 8.3%, '가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다' 7.8%, '치료진이 정신질환에 대해 충분한 정보를 제공해주지 않는다' 5.1% 등의 순으로 나타났다.

[표 2-46] 정신과 치료 이용에서의 장애요인

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하다	83	4.1
치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다	307	15.1
정신과 약을 복용하며 나타나는 부작용 때문에 괴롭다	336	16.6
정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다	426	21.0
치료비용이 너무 부담스럽다	170	8.4
치료진이 정신질환에 대해 충분한 정보를 제공해 주지 않는다	103	5.1

국가인권위원회
humanrights.go.kr

항목	빈도	%
치료에 대해 스스로 결정할 수 없고 가족이나 의사의 결정에 따라야만 한다	204	10.1
가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다	158	7.8
치료진이 한자를 무시하거나 권리를 침해한다	36	1.8
강제적으로 입원당할까 두렵다	168	8.3
치료시설의 환경이 너무 불결하거나 비위생적이며 불편하다	37	1.8
합계(중복응답)	2,028	100

정신의료기관의 치료를 받지 않고 있는 재가 당사자의 경우 주된 이유로는, '스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에'와 '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에'가 각각 17.3%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 '치료비용이 부담스러워서' 13.3%, '정신과 약을 복용하면 부작용이 나타나기 때문에' 10.7%로 나타났다. 그리고 '치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에'와 '정신질환이 완전히 치료되었기 때문에'가 각각 8.0%, '정신의료서비스의 수준과 내용이 불만족스럽기 때문에', '정신과 치료보다 더 도움이 되는 방법을 이용하고 있기 때문에'가 6.7%로 나타났다.

[표 2-47] 정신과 치료를 받지 않는 이유

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
정신의료서비스의 수준과 내용이 불만족스럽기 때문에	5	6.7
스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에	13	17.3
정신과치료보다 더 도움이 되는 방법을 이용하고 있기 때문에 (예: 민간요법, 기도 등의 종교적 방법, 취미활동 등)	5	6.7
가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하기 때문에	2	2.7
정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에(차별·낙인·편견 등)	13	17.3
치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에	6	8.0
정신과 약을 복용하면 부작용이 나타나기 때문에	8	10.7
치료비용이 부담스러워서(외래치료비용, 교통비 등)	10	13.3
정신질환이 완전히 치료되었기 때문에(증상이 사라졌기 때문에)	6	8.0
가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵기 때문에	4	5.3
치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자를 존중하지 않거나 인권을 침해하기 때문에	3	4.0
합계	75	100

(2) 정신재활서비스 이용 장애요인

보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 제공하는 정신재활서비스를 이용하는 데 있어 불편한 점에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. '재활서비스기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다'가 20.2%로 가장 불편한 점으로 나타났으며 '재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다' 15.5%, '재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다' 14.3%, '재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않아 불편하다' 9.7%, '정신과 증상이나 장애 때문에 재활서비스기관에 나오기 어렵다' 8.1%, '재활서비스를 이용했지만 실질적으로 도움이 안 된다' 7.3% 등의 순으로 나타났다.

[표 2-48] 정신재활서비스 이용 장애요인

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
재활서비스 기관을 이용하는데 대해 보호자가 반대하거나 도와주지 않는다	60	3.9
재활서비스를 이용했지만 실질적으로 도움이 안 된다	111	7.3
재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다	236	15.5
재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다	217	14.3
재활서비스 기관을 이용하는데 있어 비용이 많이 든다	110	7.2
재활서비스기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다	308	20.2
재활서비스기관은 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길다	94	6.2
직원이 전문적이지 않거나 불친절하다	23	1.5
재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않는다	38	2.5
재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하다	54	3.6
재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않아 불편하다	147	9.7
정신과 증상이나 장애 때문에 재활서비스기관에 나오기 어렵다	123	8.1
합계(중복응답)	1,521	100

반면 정신재활서비스를 정기적으로 이용하지 않는 경우, 이에 대한 주된 이유는 '재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에'가 19.1%로 가장 높은 빈도를 나타냈다. 그리고 '정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에' 15.5%, '재활서비스 기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하기 때문에' 13.2%, '스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에' 12.7%, '재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에' 11.0% 등의 순으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-49] 정기적인 정신재활서비스 이용하지 않는 이유

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
재활서비스 기관을 이용하려 해도 보호자가 반대하거나 도와주지 않기 때문에	13	2.2
재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에	111	19.1
재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에	64	11.0
재활서비스 기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하기 때문에	77	13.2
이용하려면 비용이 많이 들기 때문에	21	3.6
정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에	90	15.5
이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길기 때문에	25	4.3
직원이 전문적이지 않거나 불친절하기 때문에	6	1.0
재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않기 때문에	7	1.2
재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하기 때문에	9	1.5
스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에(재활에 도움이 되는 더 좋은 방법이 있다)	74	12.7
과거에 이용해 보았지만 재활서비스가 그다지 도움이 되지 않았기 때문에	29	5.0
재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않기 때문에	31	5.3
정신과 증상이나 장애 때문에 이용하기 어려움	25	4.3
합계(중복응답)	582	100

사) 차별과 인권

(1) 회복 및 지역사회 생활에 영향을 미친 대상

정신장애인의 장애로부터의 회복 및 지역사회 생활에 도움을 준 사람과 방해한 사람을 조사한 결과는 다음과 같다. 도움을 준 사람에 대해서는 어머니가 25.4%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 정신건강의학과 의사 18.2%, 사회복지사 16.4%, 아버지 13.2%, 형제/자매 11.7% 순으로 나타났다. 방해한 사람에 대해서는 없음이 48.6%로 가장 많았으며 아버지 8.3%, 형제/자매 8.2%, 환우/입원동료 7.5%, 어머니 7.2% 순으로 나타났다. 이를 통해 정신장애인의 회복과 지역사회 생활에 있어 긍정적이든 부정적이든 주로 가족이 영향을 미침을 알 수 있다.

[표 2-50] 정신장애 회복 및 지역사회 생활에 도움을 준 사람, 방해한 사람

(단위 : 명, %)

항목		빈도	%
장애회복 및 지역사회 생활에 도움을 준 사람	어머니	336	25.4
	아버지	175	13.2
	형제/자매	155	11.7
	배우자	37	2.8
	정신건강의학과 의사	241	18.2
	사회복지사	216	16.4
	간호사	26	2.0
	그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)	49	3.7
	환우/입원동료	17	1.3
	종교인	29	2.2
	없음	40	3.0
합계		1,321	100
항목		빈도	%
장애회복 및 지역사회 생활을 방해한 사람	어머니	68	7.2
	아버지	78	8.3
	형제/자매	77	8.2
	배우자	27	2.9
	정신건강의학과 의사	53	5.6
	사회복지사	33	3.5
	간호사	18	1.9
	그 외 전문인력(작업치료사, 임상심리사)	16	1.7
	환우/입원동료	71	7.5
	종교인	43	4.6
	없음	457	48.6
합계		941	100

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 전문가/경찰/사설이송단 자택 방문 실태

공무원 또는 정신건강전문가와 같은 전문가의 자택 방문 여부와 그 이유에 대해 조사한 결과, 방문한 적이 있다고 응답한 경우는 50.6%, 없다고 응답한 경우는 49.4%이다. 방문 이유는 욕구조사, 사례관리 등을 포함하는 복지서비스 제공이 80%로 가장 높게 나타났으며 본인이나 가족의 요청에 의한 방문이 13%, 정신의료기관이나 시설 입원이나 이동을 위한 방문이 6.5%로 나타났다.

[표 2-51] 전문가(공무원/정신건강전문가)의 자택 방문

(단위 : 명, %)

항목		방문여부	빈도	%
전문가(공무원 또는 정신건강전문가)의 자택 방문 여부		있음	355	50.6
		없음	346	49.4
합계			701	100
항목			빈도	%
방문이유	욕구조사, 사례관리 등을 포함하는 복지서비스 제공		284	80.0
	본인이나 가족의 요청에 의해		46	13.0
	정신의료기관이나 시설 입원이나 이동을 위해		23	6.5
	지역주민의 항의로 인해		2	0.6
합계			355	100

경찰의 자택 방문 여부와 방문할 것을 요청한 대상이 누구인지에 대하여 방문한 적이 있다고 응답한 경우는 21.0%이며 경찰의 방문을 요청한 사람은 가족 47.6%, 이웃 28.6%, 본인 23.8%로 주로 가족의 요청에 의해 경찰의 가정 방문이 이루어졌음을 알 수 있다.

[표 2-52] 경찰의 자택 방문 여부 및 방문 요청 대상자

(단위 : 명, %)

항목		방문여부	빈도	%
경찰의 자택 방문 여부		있음	147	21.0
		없음	554	79.0
합계			701	100
항목			빈도	%
방문 요청자	본인		35	23.8
	가족		70	47.6
	이웃		42	28.6
합계			147	100

자택 방문한 경찰이 어느 정도의 물리적 제압을 하였는지에 대한 응답은 다음과 같다. '전혀 물리력을 행사하지 않았다' 54.4%, '설득하여 정신의료기관으로 이송하였다' 20.4%, '강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다' 19.0%, '수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다' 6.1%순으로 나타났다.

[표 2-53] 자택 방문한 경찰의 물리적 제압 정도

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
전혀 물리력을 행사하지 않았다	80	54.4
설득하여 정신의료기관으로 이송하였다	30	20.4
강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다	28	19.0
수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다	9	6.1
합계	147	100

사설이송단이 자택에 방문한 적이 있었던 경우는 14.0%로 나타났으며, 방문을 요청한 대상은 가족 75.5%, 본인 16.3%, 이웃 8.2%로 나타났다. 즉, 경찰의 방문과 마찬가지로 사설이송단의 자택 방문 또한 가족의 요청으로 주로 이루어짐을 알 수 있다.

[표 2-54] 사설이송단의 자택 방문 여부 및 방문 요청 대상자

(단위 : 명, %)

항목		방문여부	빈도	%
시설이송단 방문 여부		있음	98	14.0
		없음	603	86.0
합계			701	100
항목			빈도	100
방문 요청자	본인		16	16.3
	가족		74	75.5
	이웃		8	8.2
합계			98	100

국가인권위원회
humanrights.go.kr

자택 방문한 사설이송단의 물리적 제압 정도에 대해서는 '강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다' 41.8%, '전혀 물리력을 행사하지 않았다' 32.7%, '설득하여 정신의료기관으로 이송하였다' 22.4%, '수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다' 3.1% 순으로 나타났다.

[표 2-55] 자택 방문한 사설이송단의 물리적 제압 정도

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
전혀 물리력을 행사하지 않았다	32	32.7
설득하여 정신의료기관으로 이송하였다	22	22.4
강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다	41	41.8
수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다	3	3.1
합계	98	100

(3) 가족 및 가족 이외의 대상으로부터 폭력 경험

지난 6개월 간 가족과 함께 생활하는 동안 가족으로부터의 괴롭힘이나 폭력을 당한 정도에 대하여 조사한 결과, 언어 및 정서적 학대는 '없었다' 80.2%, '가끔 있었다' 12.3%, '자주 있었다' 7.6%로 나타났고, 신체적 폭력은 '없었다' 91.0%, '가끔 있었다' 7.0%, '자주 있었다' 2.0%였다. 성희롱 및 성적 폭력은 '없었다' 96.1%, '가끔 있었다' 3.6%, '자주 있었다' 0.3%로 나타났으며, 방임 및 유기는 '없었다' 93.6%, '가끔 있었다' 4.6%, '자주 있었다' 1.9%로 나타났다. 경제적 폭력은 '없었다' 90.3%, '가끔 있었다' 6.1%, '자주 있었다' 3.6%라고 응답하였으며, 종교적 폭력 및 강요는 '없었다' 93.6%, '가끔 있었다' 4.7%, '자주 있었다' 1.7%로 나타났다. 폭력을 경험하였다고 응답한 비율은 언어 및 정서적 학대 19.9%, 경제적 폭력 9.7%, 신체적 폭력 9.0%, 방임 및 유기 6.5%, 종교적 폭력/강요 6.4%, 성희롱, 성적 폭력 3.9% 순으로 나타났다.

[표 2-56] 가족으로부터 괴롭힘이나 폭력 정도

(단위 : 명(%))

항목	폭력 정도			합계
	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1-2회)	없었다	
언어 및 정서적 학대	53(7.6)	86(12.3)	562(80.2)	701
신체적 폭력	14(2.0)	49(7.0)	638(91.0)	701
성희롱, 성적 폭력	2(0.3)	25(3.6)	674(96.1)	701
방임 및 유기	13(1.9)	32(4.6)	656(93.6)	701
경제적 폭력	25(3.6)	43(6.1)	633(90.3)	701
종교적 폭력/강요	12(1.7)	33(4.7)	656(93.6)	701

가족 내 폭력 행위자는 없음이 78.0%로 가장 많았으며 부모 13.8%, 형제 및 형제의 배우자 4.6%, 배우자 2.5% 등의 순이었다.

[표 2-57] 가족 내 폭력 행위자

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
부모	99	13.8
배우자	18	2.5
형제 및 형제의 배우자	33	4.6
조부모	2	0.3
자녀	4	0.6
손자녀	1	0.1
없음	558	78.0
합계(중복응답 포함)	715	100

지난 6개월 간 가족 이외의 사람으로부터의 폭력을 당한 정도에 대하여 조사한 결과, 언어 및 정서적 학대는 '없었다' 85.4%, '가끔 있었다' 10.7%, '자주 있었다' 3.9%로 나타났고, 신체적 폭력은 '없었다' 93.0%, '가끔 있었다' 5.3%, '자주 있었다' 1.7% 였다. 성희롱 및 성적 폭력은 '없었다' 있었다' 2.7%, '자주 있었다' 1.4%로 나95.9%, '가끔 타났으며, 방임 및 유기는 '없었다' 95.0%, '가끔 있었다' 3.9%, '자주 있었다' 1.1%로 나타났다. 경제적 폭력은 '없었다' 94.4%, '가끔 있었다' 4.0%, '자주 있었다' 1.6%라고 응답하였으며, 종교적 폭력 및

강요는 '없었다' 94.7%, '가끔 있었다' 3.9%, '자주 있었다' 1.4%로 나타났다. 폭력을 경험하였다고 응답한 경우 언어 및 정서적 학대 14.6%, 신체적 폭력 7.0%, 경제적 폭력 5.6%, 종교적 폭력/강요 5.3%, 방임 및 유기 5.0%, 성희롱, 성적 폭력 4.1% 순으로 나타났다.

[표 2-58] 가족 이외의 대상으로부터 폭력 경험 정도

(단위 : 명(%))

항목	폭력 정도			합계
	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1-2회)	없었다	
언어 및 정서적 학대	27(3.9)	75(10.7)	599(85.4)	701
신체적 폭력	12(1.7)	37(5.3)	652(93.0)	701
성희롱, 성적 폭력	10(1.4)	19(2.7)	672(95.9)	701
방임 및 유기	8(1.1)	27(3.9)	666(95.0)	701
경제적 폭력	11(1.6)	28(4.0)	662(94.4)	701
종교적 폭력/강요	10(1.4)	27(3.9)	664(94.7)	701

가족 이외의 폭력 행위자는 없음이 80.4%로 가장 많았으며 친구 6.2%, 이웃주민 4.4%, 정신의료기관이나 정신건강기관을 이용하는 다른 정신장애인 2.8%, 직장동료나 상사 2.1%, 정신의료기관의 의료전문가와 정신건강기관의 직원이 각각 1.7%, 공무원이 0.7% 순으로 나타났다.

[표 2-59] 가족 이외의 폭력 행위자

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
이웃주민	31	4.4
공무원	5	0.7
친구	44	6.2
직장동료나 상사	15	2.1
정신의료기관의 의료전문가	12	1.7
정신건강기관(보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설 등)의 직원	12	1.7
정신의료기관이나 정신건강기관을 이용하는 다른 정신장애인	20	2.8
없음	570	80.4
합계(중복응답 포함)	709	100

(4) 사회적 불이익 및 차별 경험

정신질환으로 인해 겪은 불이익 및 차별에 대하여 조사한 결과는 다음과 같다. 차별을 경험한 빈도가 가장 많은 영역은 '학교, 직장, 단체 등 대인관계에서의 차별'로 23.4%가 차별을 받았다고 답하였다. 그리고 '취업에 있어서 차별' 22.8%, '민간보험가입에서의 차별' 22.0%, '의료서비스 이용의 차별' 17.5%, '연애, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별' 17.0%, '운전면허 취득에서 차별' 14.6%, '각종 서비스 이용에서의 차별' 14.1%, '각종 자격증 취득에서의 차별' 13.3%, '교육에 있어서 차별' 12.7%, '사회보장과 복지서비스 차별' 12.1%, '공공 시설물 이용에서의 차별' 9.8%, '공공서비스 이용의 차별' 7.4%, '문화, 예술, 체육활동의 차별' 7.1%, '정보접근에서의 차별' 6.3%, '대중교통 이용에서의 차별' 5.6%, '투표권 행사, 피선거권에서의 차별' 5.3%가 차별을 받았다고 응답하였다.

[표 2-60] 정신질환으로 인한 불이익 및 차별 경험 여부

(단위 : 명(%))

차별 영역	차별 받았음	차별 없었음
의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약품, 시설, 불합리한 입원 제도)	123(17.5)	578(82.5)
사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애영역과 차별)	85(12.1)	616(87.9)
취업에 있어서 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)	160(22.8)	541(77.2)
학교, 직장, 단체 등 대인관계에서의 차별	164(23.4)	537(76.6)
교육에 있어서 차별(진학기회, 학습편의제공 부족 등)	89(12.7)	612(87.3)
운전면허 취득에서 차별(면허취득제한, 면허취소 등)	102(14.6)	599(85.4)
각종 자격증 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)	93(13.3)	608(86.7)
민간보험가입에서의 차별(가입거부나 제한)	154(22.0)	547(78.0)
각종 서비스 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	99(14.1)	602(85.9)
공공 시설물 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	69(9.8)	632(90.2)
대중교통 이용에서의 차별(승차거부 등)	39(5.6)	662(94.4)
정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	44(6.3)	657(93.7)
문화, 예술, 체육활동의 차별(공연 및 전시, 관람)	50(7.1)	651(92.9)
공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	52(7.4)	649(92.6)
투표권 행사, 피선거권(선축직 공직에 입후보)에서의 차별	37(5.3)	664(94.7)
연애, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	119(17.0)	582(83.0)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

아) 개정 정신건강복지법 이후 변화에 대한 인식

2017년 5월에 개정된 정신건강복지법의 시행 후 지역사회서비스 변화 정도에 대하여 '과거와 비슷하다' 43.7%, '과거보다 약간 좋아졌다' 32.4%, '과거보다 상당히 좋아졌다' 18.0%, '과거보다 상당히 나빠졌다' 3.1%, '과거보다 약간 나빠졌다' 2.9%로 나타났다. 개정된 법에 대하여 긍정적으로 여기는 당사자는 76.1%로 과반수는 좋아졌다고 답변하였으나 과거와 비슷하다고 여기는 비율 역시 높음을 알 수 있다.

[표 2-61] 정신건강복지법 개정 후 지역사회서비스 변화 정도

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
과거보다 상당히 나빠졌다	22	3.1
과거보다 약간 나빠졌다	20	2.9
과거와 비슷하다	306	43.7
과거보다 약간 좋아졌다	227	32.4
과거보다 상당히 좋아졌다	126	18.0
합계	701	100

개정된 법이 시행된 이후 정신건강치료서비스의 변화 정도에 대해서는 '과거와 비슷하다' 45.8%, '과거보다 약간 좋아졌다' 30.5%, '과거보다 상당히 좋아졌다' 18.3%, '과거보다 상당히 나빠졌다' 2.9%, '과거보다 약간 나빠졌다' 2.6%로 나타났다. 이를 통해 치료서비스에 대하여 정신장애인의 절반에 가까운 비율이 변화를 체감하지 못하고 있음을 발견할 수 있으나 부정적 응답(5.6%)보다 긍정적 응답(48.8%) 비율이 훨씬 높은 것 또한 알 수 있다.

[표 2-62] 정신건강복지법 개정 후 정신건강치료 변화 정도

(단위 : 명, %)

항목	빈도	%
과거보다 상당히 나빠졌다	20	2.9
과거보다 약간 나빠졌다	18	2.6
과거와 비슷하다	321	45.8
과거보다 약간 좋아졌다	214	30.5
과거보다 상당히 좋아졌다	128	18.3
합계	701	100

4) 2008년과 2019년 비교분석

2019년 실태조사 결과를 2008년과의 비교분석으로 정리하였다.

가) 조사 대상 재가 정신장애인의 일반적 특성 비교

2008년 시행된 조사와 비교하여 2019년 조사대상자들은 50대(2008년 7.4% → 2019년 19.1%)의 참여가 증가하였고 1인 가정(17.1%), 그룹홈집단(16.4%)에서 높은 참여 비율이 나타났다. 그리고 교육수준(2008년 전문대·대학교 22.5% → 2019년 전문대·대학교 40.2%, 2008년 대학원 이상 1.0 → 2019년 대학원 이상 2.6%)이 높은 대상자들의 참여 비율이 증가하였다.

반면 직업활동(2008년 직업활동여부 예 52.2% → 2019년 직업활동여부 예 35.4%)을 하는 대상자의 비율이 감소하였으며, 2008년 조사에서 57.8%로 가장 높은 비율의 근무형태였던 보호작업이 19.8%로 감소하고 계약직(2008년 계약직 7.5% → 2019년 계약직 36.3%)의 비율이 증가하였다. 평균 월급 수준 또한 2008년 25.6만원에서 2019년 82.58만원으로 증가하였다.

[표 2-63] 조사 대상 재가 정신장애인의 일반적 특성 비교

특성	구분	2008	2019	특성	구분	2008	2019
성별	남	59.9	60.5	직업 활동 여부 (보호작업장 포함)	예	52.2	35.4
	여	40.1	39.5				
나이	10대	1.0	2.0		아니오	47.8	64.6
	20대	19.0	24.3				
	30대	42.1	25.0				
	40대	29.0	24.7				
	50대	7.4	19.1				
	60대 이상	1.5	5.0				
혼인 상태	미혼	79.7	80.7	근무 형태 (N=33)	정규직	11.0	18.1
	기혼	-	9.3		계약직	7.5	36.3
	동거	4.6	0.6		일용직	7.1	9.3
	이혼	8.0	7.8		임시취업 (정신재활시설 외부)	8.8	10.9
					보호작업	57.8	19.8

국가인권위원회
humanrights.go.kr

특성	구분	2008	2019	특성	구분	2008	2019
	별거	1.5	0.1		(정신재활시설 내)		
	사별	1.1	1.4		자영업 (가족의 사업장 보조근무 포함)	1.3	5.6
	기타	4.9	-				
동거 가족 · 주보 호자	없음(혼자 살고 있음)	-	17.1		기타	6.5	-
	부모	73.3	51.4	근무 직종	전문직	2.8	5.6
	배우자(남편 또는 아내)	6.8	7.1		준전문직	3.9	3.2
	조부모	0.3	0.9		사무직	2.5	12.1
	형제자매 및 그 배우자	13.6	4.6		서비스직	7.7	25.0
	자녀	1.1	2.1		판매직	1.4	4.0
	친척	0.7	0.4		농·어·임·축산직	1.1	0.8
	그룹홈	-	16.4				
	기타	4.1	-				
교육 정도	무학	1.3	0.6		기능직	3.5	5.6
	초등학교	5.9	2.9		기계조작 및 운전	2.5	0.4
	중등학교	12.6	9.0		단순노무직	56.5	43.1
	고등학교	56.9	44.8		기타	18.2	-
	전문대·대학교	22.5	40.2	평균 월급	Mean	25.6	82.58
	대학원 이상	1.0	2.6		S.D.	35.2	60.74

나) 정신장애인의 사회보장 및 장애인복지제도 이용현황 실태 비교

(1) 사회보장제도 이용현황 비교

재가 정신장애인들의 사회보장제도 이용현황에서 국민연금가입율이 2008년과 비교하여 가입비율이 12.8% 증가함으로써 가장 큰 차이가 나타났으며 의료보장형태의 경우, 건강보험의 비율이 증가하였다.

[표 2-64] 사회보장제도 이용현황 비교

(단위 : %)

구분	항목	2008	2019	증감
국민연금가입	가입	15.3	28.1	△12.8
	미가입	64.1	45.2	▽18.9
	모른다	20.7	26.7	△6
의료보장형태	건강보험	42.5	55.1	△12.6
	의료급여 1종	37.8	34.4	▽3.4

구분	항목	2008	2019	증감
	의료급여 2종	9.3	5.0	▽4.3
	차상위	10.3	5.6	▽4.7
국민기초생활보장	수급	45.5	40.8	▽4.7
	미수급	54.5	54.1	▽0.4
	모른다	-	5.1	-

(2) 장애등록현황 비교

조사 대상자들의 장애등록여부와 그 과정에 대해 조사하여 10년 전·후 비교한 결과, 2008년 대비 2019년에 등록하지 않았다고 응답한 대상자의 비율이 증가하였다. 어떤 과정을 통하여 장애등록을 하게 되었는지에 대해서는 기관(정신의료기관, 정신)의 권유가 가장 크게 증가하였다.

[표 2-65] 장애등록여부 및 과정 비교

(단위 : %)

항목		등록여부	2008	2019	증감
장애등록여부		등록	77	62.8	▽14.2
		미등록	33	37.2	△4.2
합계			100	100	
구분	항목		2008	2019	증감
장애등록과정	가족의 권유로		46.9	45.2	▽1.7
	본인의 판단으로		33.6	21.1	▽12.5
	기관(정신의료기관, 정신건강복지센터 등)의 권유로		14.2	33.6	△19.4
	기타		5.3	-	-
합계			100	100	

장애등록을 한 이유에 대하여 '국민기초생활수급권자가 되기 위하여'가 2008년에 비하여 가장 크게 증가하였으며 '의료급여 혜택을 받기 위하여' 또한 높은 증가율을 나타냈다. 반면 '장애인 의무 고용의 혜택' 이유가 가장 크게 감소하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-66] 장애등록이유 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
장애수당과 같은 금전적인 혜택	21.6	22.0	△0.4
장애인 의무 고용의 혜택	13.6	12.1	▽1.5
국민기초생활수급권자가 되기 위하여	13.1	15.8	△2.7
의료급여 혜택을 받기 위하여	17.3	19.5	△2.2
교통시설 이용 시 할인 또는 면제 혜택	14.6	13.6	▽1
공공시설(박물관, 고궁 등) 이용시 면제 혜택	5.5	7.0	△1.5
세제혜택	4.2	3.6	▽0.6
임대주택 입주시 혜택	6.6	6.5	▽0.1
기타	3.6	-	-
합계	100	100	

장애등록을 하지 않은 이유에 대하여 비교분석한 결과는 다음과 같다. '주치의가 장애진단을 내려주지 않아서'가 가장 높은 증가율을 보였으며 '정신질환이 나을 거라고 생각해서', '장애인이라고 생각하지 않아서' 또한 2008년 대비 2019년에 증가하였다.

반면 '등록 절차와 방법을 몰라서'가 장애 미등록 이유 중 가장 큰 폭의 감소율을 보였으며 '등록해도 소용이 없을 것 같아서' 또한 높은 감소율이었다. 이를 통하여 2008년에 비하여 장애 등록에 대한 정보의 접근성이 향상하였음을 알 수 있다.

[표 2-67] 장애 미등록 이유 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
정신질환이 나을 거라고 생각해서	7.9	13.8	△5.9
주치의가 장애진단을 내려주지 않아서	8.6	14.6	△6
생활하는데 불편함이 없어서	15.1	14.6	▽0.5
정신장애인임을 알리기 싫어서	14.7	15.7	△1
장애인이라고 생각하지 않아서	15.6	19.9	△4.3
등록과정이 번거로워서	4.0	5.0	△1
등록비용 때문에	2.7	1.5	▽1.2
등록해도 소용이 없을 것 같아서	6.4	1.1	▽5.3
등록 절차와 방법을 몰라서	7.7	1.5	▽6.2
가족의 반대로	5.1	1.9	▽3.2
장애등록제도에 대해서 알지 못해서	7.4	10.3	△2.9
기타	4.9	-	-
합계	100	100	

나) 정신건강상태 및 일상생활기능수준 비교[15)]

(1) 정신질환 진단명 비교

조사 대상자들의 정신질환 진단명의 경우, 조현병 비율은 감소하고 다른 진단명들의 비율은 증가하였다.

[표 2-68] 정신질환 진단명 비교

(단위 : %)

진단명	2008	진단명	2019	증감
정신분열증	78.3	조현병	72.2	▽6.1
우울증	7.4	우울증	13.0	△5.6
조울증	7.8	조울증	10.0	△2.2
알코올중독	0.7	조현정동장애	4.9	△4.2
기타	5.8	-	-	-
합계	100	합계	100	

(2) 일상생활수행 기능 정도 비교

재가 정신장애인이 일상생활에서 어려움을 느낄 수 있는 영역 중 정신과적 증상에 대한 어려움의 정도를 조사하여 비교 분석한 결과, 전체적으로 2008년에 비하여 어려움을 느끼는 정도가 감소한 것으로 나타났다. 특히 '다른 사람과 대화하기'가 가장 크게 감소하였다.

[표 2-69] 정신과적 증상 비교

(단위 : 점)

항목	2008	2019	증감
가족과 좋은 관계 유지하기	2.2	2.1	▽0.1
가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지하기	2.4	2.3	▽0.1

15) 일상생활기능수준에 대하여 2008년 조사 당시에는 정신과적 증상과 수단적 일상생활기능으로 구분하였으나 2019년 조사에서 이를 통합함. 수단적 일상생활기능 정도의 경우, 2008년 조사는 당사자가 기능을 수행함에 있어 필요로 하는 도움의 정도에 대하여 조사하였으나 2019년 조사에서는 해당 항목을 정신과적 증상과 함께 살펴봄으로써 기능을 수행할 시 느끼는 어려움의 정도에 대하여 조사하였음. 또한 2008년 조사는 3점 척도로 이를 조사하였으나 2019년 조사는 5점척도로 조사하였음. 따라서 수단적 일상생활기능 정도는 비교 분석에 포함하지 않음.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

항목	2008	2019	증감
여가시간 적절하게 보내기	2.2	2.1	▽0.1
다른 사람과 대화하기	2.5	2.2	▽0.3
주요 일상 스트레스에 적응하기	2.6	2.4	▽0.2
고립감 또는 외로움	2.6	2.4	▽0.2
우울 및 무기력감	2.5	2.4	▽0.1
변덕스러운 기분, 불안정한 기분	2.5	2.3	▽0.2
화, 분노의 폭발 등을 조절하기	2.4	2.2	▽0.2
혼동을 일으키거나 비현실적인 사고나 신념	2.3	2.1	▽0.2
환청이나 환시	2.0	1.9	▽0.1
들떠 있거나 이상한 행동	2.0	2.0	0

일상생활의 어려움에 대한 대처방법에 대하여 비교분석한 결과, '전문가에게 도움을 청한다'가 가장 큰 폭으로 증가하였다. 반면 '가족들에게 도움을 구한다'가 가장 큰 폭으로 감소하였다.

[표 2-70] 일상생활의 어려움에 대한 대처방법 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
가족들(배우자, 자녀)에게 도움을 구한다	52.0	48.2	▽3.8
친구, 친척, 이웃들과 상의한다	6.0	5.1	▽0.9
전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 상담가 등)에게 도움을 청한다	25.0	29.4	△4.4
성직자(목사, 신부 등)에게 도움을 청한다	2.7	1.6	▽1.1
TV, 신문, 인터넷 등 정보망을 이용하여 해결한다	1.0	3.3	△2.3
혼자서 해결한다	10.4	12.4	△2
기타	2.9	-	-
합계	100	100	

(3) 낮 시간 활동 비교

재가 정신장애인이 낮 시간 동안 주로 하는 활동을 비교한 결과, 2008년 대비 2019년에 '직업활동', '학습(평생교육원 또는 사설학원)', '외부에서 여가활동(문화활동, 공연관람, 스포츠)'의 비율이 증가하였다. 또한 컴퓨터가 상용화된 시대를 반영하여 2019년 조사에서 추가된 항목인 '컴퓨터 사용, 인터넷 게임 등'이 10%로 높은 비율이 나타났다. 반면, '정신건강복지센터, 사회복귀시설, 복지관 이용'이 가장 크게 감소하였다.

[표 2-71] 낮에 주로 하는 활동 비교

(단위 : %)

활동내용	2008	2019	증감
집에서 TV, 인터넷, 독서 등	29.4	26.4	▽3
빨래, 청소, 주방일 등 가사노동	9.6	6.0	▽3.6
교회, 성당, 절 등에서 종교활동	4.6	2.3	▽2.3
정신건강복지센터, 사회복귀시설, 복지관 이용	45.6	36.2	▽9.4
직업활동	8.5	12.8	△4.3
학습(평생교육원 또는 사설학원)	0.6	1.9	△1.3
외부에서 여가활동(문화활동, 공연관람, 스포츠)	1.7	4.4	△2.7
컴퓨터 사용, 인터넷 게임 등	-	10.0	-
합계	100	100	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다) 의료이용실태 비교

(1) 발병 연령 및 입·퇴원 현황 비교

2008년에 비하여 총 입원 기간은 향상하였으나 첫 번째, 두 번째, 세 번째 입원 기간 모두 2008년에 비하여 감소한 것으로 나타났다. 또한 가장 최근에 퇴원하고 현재까지의 기간을 조사한 결과, 2019년 조사에서 그 기간이 증가한 것으로 나타났다.

[표 2-72] 발병 연령, 병원 입원 횟수 및 기간, 자의입원 횟수, 최근 퇴원일시 비교

(단위 : 세, 회, 개월)

항목	2008	2019	증감
정신적 문제로 처음 정신건강의학과에서 진단을 받은 나이(발병 나이)	23.92	25.5	△1.58
총 입원횟수	4.17	3.65	▽0.52
총 입원 기간	27.76	40.8	△13.04
첫 번째 입원 기간	9.69	9.1	▽0.59
두 번째 입원 기간	10.26	5.8	▽4.46
세 번째 입원 기간	11.80	5.5	▽6.3
가장 최근에 퇴원한 이후 현재까지 기간	54.95	74.2	△19.25

(2) 입·퇴원 결정 비교

주로 입원을 권유한 사람에 대하여 비교한 결과, 부모의 권유가 감소한 것으로 나타났다. 그리고 2019년 조사에서 새로이 추가한 항목인 본인이 입원을 결정하였음에 응답한 비율이 17.3%로 2008년 조사의 다른 항목과 비교하여도 높은 응답률을 보임으로써 정신장애인의 자의입원 빈도가 증가하고 있음을 알 수 있다.

[표 2-73] 주로 입원을 권유한 사람 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
부모(주 보호자)	70.5	53.4	▽17.1
병원의 의사 및 기타 의료진	13.1	-	-
그 밖의 친인척	3.1	1.4	▽1.7

항목		2008	2019	증감
이웃		0.8	1.0	△0.2
친구		0.3	1.0	△0.7
동사무소 사회복지담당공무원		0.6	1.4	△0.8
보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 직원		2.3	6.6	△4.3
기타		9.3	-	-
2019	본인	-	17.3	-
	배우자	-	4.5	-
	형제/자매	-	12.4	-
	자녀	-	1.0	-
합계		100	100	

입원시 본인의 동의 여부에 대한 비교 분석 또한, 전체적으로 동의를 구하지 않은 빈도가 감소하였다. 특히 '대부분 동의를 구하였음'의 응답비율이 크게 감소하였으나, 그에 비례하여 '항상 동의를 구하였음'이 가장 크게 증가하였고, '거의 동의를 구하지 않았음'과 '항상 동의를 구하지 않았음'이 모두 2008년에 비해 소폭 감소하였다.

[표 2-74] 입원 시 본인의 동의 여부 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
항상 동의를 구하였음	35.4	40.6	△5.2
대부분 동의를 구하였음	24.6	19.5	▽5.1
반반이었음	15.3	16.2	△0.9
거의 동의를 구하지 않았음	16.2	15.4	▽0.8
항상 동의를 구하지 않았음	8.4	8.3	▽0.1
합계	100	100	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

조사 대상자의 퇴원을 결정한 사람에 대한 비교에서는 2008에 비하여 본인의 결정력이 가장 크게 증가하였다. 반면 2019년 조사에서 부모가 퇴원을 결정하는 빈도수가 감소함으로써 재가 정신장애인의 퇴원에 있어 가족 중 부모 외에 다른 구성원 또한 영향력을 소폭 미침을 알 수 있다.

[표 2-75] 퇴원을 결정한 사람 비교

(단위 : %)

항목		2008	2019	증감
본인		13.3	26.3	△13
부모(주보호자)		42.6	32.8	▽9.8
정신건강의학과 의사		36.7	27.8	▽8.9
심판위원회의 퇴원결정(퇴원명령)		1.4	1.4	0
기타		6.0	-	-
2019	배우자	-	3.3	-
	형제/자매	-	6.7	-
	자녀	-	1.0	-
	그 밖의 친인척	-	0.7	-
합계		100	100	

라) 지역사회 정신재활서비스 이용실태 비교

주치의와의 정기적 상담 및 치료 이용 여부와 빈도에 대하여 10년 전·후 비교 결과, 2008년 대비 2019년에 주치의의 정기적 상담 및 치료를 받고 있다고 응답한 비율이 증가하였다. 상담 빈도에서는 '2주일에 2회'가 가장 큰 폭으로 증가하였고, '1개월에 1회' 역시 높은 증가 비율을 나타냈다.

[표 2-76] 정기적 상담 및 치료 이용 여부와 빈도 비교

(단위 : %)

항목		이용 여부	2008	2019	증감
주치의의 정기적 상담 및 치료 여부		예	93.7	96.4	△2.7
		아니오	6.1	3.6	▽2.5
구분	항목		2008	2019	증감
주치의와의	1주일에 1회		9.7	9.0	▽0.7

항목		이용 여부	2008	2019	증감
정기적 상담 빈도	2주일에 1회		24.5	45.2	△20.7
	3주일에 1회		7.3	7.2	▽0.1
	1개월에 1회		49.6	57.7	△8.1
	2개월에 1회		6.0	7.1	△1.1
	보다 더 긴 기간 중 1회		2.9	3.7	△0.8
합계			100	100	

지역사회 기관을 통하여 정기적으로 서비스를 이용하고 있는지에 대하여 비교분석한 결과, 2008년 대비 2019년에 그렇지 않다고 응답한 비율이 소폭 증가하였다. 서비스 이용빈도에 대해서는 주 5회 이상이 가장 크게 감소하고 이외의 모든 항목들이 증가함으로써 이를 통해 서비스를 이용하는 대상자의 경우, 2008년 대비 2019년에 일주일동안 지역사회 서비스를 이용하는 빈도가 감소하였음을 알 수 있다.

[표 2-77] 지역사회 서비스 이용여부 및 빈도 비교

(단위 : %)

항목		이용 상태	2008	2019	증감
보건소 · 정신건강복지센터 · 정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 정기적으로 서비스를 받고 있는지 여부		예	72.7	72.3	▽0.4
		아니오	27.3	27.7	△0.4
구분	항목		2008	2019	증감
서비스 이용빈도	주 1회		8.6	18.7	△10.1
	주 2회		6.4	15.0	△8.6
	주 3회		8.8	13.6	△4.8
	주 4회		8.4	10.3	△1.9
	주 5회 이상		67.9	42.4	▽25.5
합계			100	100	

지역사회 기관에서 제공하는 서비스 유형별 이용여부와 그에 대한 만족도를 비교분석한 결과, 주거서비스를 제외하고 전체적으로 모든 서비스의 이용률이 감소하였다. 특히 직업재활훈련이 가장 크게 감소하였으며 이용에 대한 평균 만족도 또한 전체적으로 소폭 감소하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-78] 지역사회 서비스 유형별 이용여부 및 만족도 비교

(단위 : %, 점)

서비스유형	2008			2019			증감		
	이용	미이용	만족도	이용	미이용	만족도	이용	미이용	만족도
직업재활훈련	68.8	31.2	3.9	48.9	51.1	3.8	▽19.9	△19.9	▽0.1
사회기술훈련	88.1	11.9	4.0	71.4	28.6	3.8	▽16.7	△16.7	▽0.2
정신건강관리	88.3	11.7	4.0	84.2	15.8	3.9	▽4.1	△4.1	▽0.1
여가활동훈련	83.3	16.7	4.0	70.4	29.6	3.9	▽12.9	△12.9	▽0.1
주거서비스	34.9	65.1	3.9	36.1	63.9	3.8	△1.2	▽1.2	▽0.1

마) 서비스 욕구 비교

(1) 치료서비스 및 재활서비스 욕구 비교

2008년 조사 당시에는 치료 및 재활서비스의 필요도와 정부의 서비스나 지원의 필요도를 4점 척도로 조사하였으나 2019년 조사에서는 5점 척도로 조사하였다. 2008년 조사와 2019년 조사의 응답범주가 달라서 단순 비교가 어려운 점이 있다. 각 응답범주에 대한 가중치를 계산하여 보다 정확하게 비교가 되어야 하나 필요도의 정도를 확인하기 위한 부분이기 때문에 2008년 조사 문항을 5점 척도로 환산하여서 2019년 조사와 비교하고자 한다.

치료 및 재활서비스에 대한 조사 대상자의 욕구를 조사하여 10년 전·후 비교 분석한 결과, 전체적으로 모든 항목에 있어 서비스의 평균 필요도가 감소하였다. '스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육'만 소폭 증가하였다.

[표 2-79] 치료 및 재활서비스의 필요도 비교

(단위 : 점)

항목	평균 필요도(원점수)		
	2008	2019	증감
정신의료기관에 입원하여 치료	2.9(2.3)	2.8	▽0.1
정신요양시설에 입소하여 장기간 보호	2.5(2.0)	2.3	▽0.2
공동생활가정(그룹홈 등)에 입소하여 독립적인 생활을 위한 훈련	3.0(2.4)	2.8	▽0.2

항목	평균 필요도(원점수)		
	2008	2019	증감
정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용	4.1(3.3)	4.1	0.0
스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육	3.8(3.0)	3.9	△0.1
보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에서 여가활용, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈련	3.9(3.1)	3.9	0
직업을 가지기 위한 교육과 훈련	3.9(3.1)	3.7	▽0.2
간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육	3.5(2.8)	3.5	0
일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자	3.1(2.5)	3.1	0
취업알선(일자리를 소개받음)	3.8(3.0)	3.6	▽0.2

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 정부의 서비스 및 지원 욕구 비교

각 영역에 있어 정부의 서비스나 지원이 어느 정도 필요한가에 대하여 10년 전·후 비교분석 결과, 전체적으로 평균 필요도가 감소하였다.

[표 2-80]정부의 서비스나 지원의 필요 정도 비교

(단위 : (%))

지원 및 서비스 유형	평균 필요도(원점수)		
	2008	2019	증감
정신장애인이 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)	4.4(3.5)	4.1	▽0.3
정신장애인이 지역사회에서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적인 지도 및 교육	4.1(3.3)	3.9	▽0.2
신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원	4.1(3.3)	4.1	0
정신장애인이 정규교육과정에서 학습하는데 필요한 지원 (입학특별전형, 졸업관련 규정완화, 교육비 지원 등)	4.0(3.2)	3.8	▽0.2
정신장애인의 공공임대주택 입주에 대한 기회확대 및 주거비용지원	4.3(3.4)	4.0	▽0.3
정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동 (각종 홍보, 정신장애인 인권보호에 대한 교육, 차별법률개정 등)	4.1(3.3)	4.1	0
정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 옹호서비스	4.0(3.2)	3.9	▽0.1
정신장애인의 재산관리나 법률행위에 대한 후견(성년후견)제도	3.9(3.1)	3.7	▽0.2
정신장애인을 위한 성상담 및 결혼상담	3.9(3.1)	3.6	▽0.3
정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원서비스	4.0(3.2)	3.6	▽0.4
정신장애인 및 정신장애인가족을 위한 자조집단 지원확대(정신장애인권익옹호단체, 정신건강가족협회 등에 대한 지원)	4.0(3.2)	3.8	▽0.2
정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회 확대(어느 기관에서나 이용할 수 있는 서비스 이용증서 제공)	4.1(3.3)	3.9	▽0.2

(3) 생활 유형에 대한 욕구 비교

재가 정신장애인이 선호하는 생활 유형에 대하여 비교한 결과, '지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활'이 가장 큰 폭으로 증가하였다. 또한 '가족과 함께 생활'이 가장 큰 폭으로 감소하였다.

[표 2-81] 생활 유형에 대한 욕구 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
가족과 함께 생활	69.9	62.2	▽7.7
지역의 공동생활가정(그룹홈 등)에서 생활	7.0	7.3	△0.3
정신요양시설에서 생활	1.9	0.9	▽1
정신의료기관에서 생활	1.1	1.6	△0.5
지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활	17.2	28.1	△10.9
기타	2.9	-	-
합계	100	100	

바) 서비스 이용 장애요인 비교

(1) 정신과 치료 이용에서의 장애요인 비교

정기적 상담 및 치료를 받는 조사 대상자들이 느끼는 불편한 점에 대하여 10년 전·후 비교 결과, 2008년 대비 2019년에 '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다'가 가장 큰 폭으로 증가하였고 '정신과 약을 복용하면 나타나는 부작용 때문에 괴롭다', '가까운 곳에 치료기관까지 이동하기가 어렵다'의 증가 비율도 높게 나타났다. 반면, '치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다'가 가장 큰 폭으로 감소하였다.

[표 2-82] 정신과 치료 이용에서의 장애요인 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하다	4.7	4.1	▽0.6
치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다	17.6	15.1	▽2.5
정신과 약을 복용하면 나타나는 부작용 때문에 괴롭다	14.1	16.6	△2.5
정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다	17.3	21.0	△3.7
치료비용이 너무 부담스럽다	9.0	8.4	▽0.6
치료진이 정신질환에 대해 충분한 정보를 제공해 주지 않는다	6.2	5.1	▽1.1
치료에 대해 스스로 결정할 수 없고 가족이나 의사의 결정에 따라야만 한다	11.1	10.1	▽1
가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다	5.3	7.8	△2.5
치료진이 한자를 무시하거나 권리를 침해한다	2.3	1.8	▽0.5
강제적으로 입원당할까 두렵다	8.1	8.3	△0.2

국가인권위원회
humanrights.go.kr

항목	2008	2019	증감
치료시설의 환경이 너무 불결하거나 비위생적이며 불편하다	2.1	1.8	▽0.3
기타	2.1	-	-
합계	100	100	

재가 정신장애인이 정기적 상담 및 치료를 받지 않는 이유에 대하여 비교분석한 결과는 다음과 같다. '치료비용이 부담스러워서'가 가장 큰 폭으로 증가하였으며 '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에', '정신질환이 완전히 치료되었기 때문에'의 증가 비율도 높게 나타났다.

반면 2008년 대비 2019년에 '정신의료서비스의 수준과 내용이 불만족스럽기 때문에'가 가장 크게 감소하였고 '치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에'도 크게 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-83] 정신과 치료를 받지 않는 이유 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
정신의료서비스의 수준과 내용이 불만족스럽기 때문에	11.0	6.7	▽4.3
스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에	16.8	17.3	△0.5
정신과치료보다 더 도움이 되는 방법을 이용하고 있기 때문에 (예: 민간요법, 기도 등의 종교적 방법, 취미활동 등)	9.0	6.7	▽2.3
정신질환을 어떻게 치료해야 하는지 잘 모르기 때문에	10.4	-	-
가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하기 때문에	4.3	2.7	▽1.6
정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에(차별, 낙인, 편견 등)	11.4	17.3	△5.9
치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에	11.9	8.0	▽3.9
정신과 약을 복용하면 부작용이 나타나기 때문에	7.5	10.7	△3.2
치료비용이 부담스러워서(외래치료비용, 교통비 등)	6.5	13.3	△6.8
정신질환이 완전히 치료되었기 때문에(증상이 사라졌기 때문에)	3.4	8.0	△4.6
가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵기 때문에	2.6	5.3	△2.7
치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자를 존중하지 않거나 인권을 침해하기 때문에	2.8	4.0	△1.2
기타	2.4	-	
합계	100	100	

(2) 정신재활서비스 이용 장애요인 비교

정신재활서비스를 이용할 때에 대상자들이 느끼는 불편한 점에 대하여 비교분석한 결과, ‘재활서비스기관을 이용하다가 정신질환자로 알려질까 두렵다’가 가장 큰 폭으로 증가하였으며 ‘재활서비스기관은 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길다’, ‘재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다’ 또한 큰 증가율을 보였다. 반면 ‘재활서비스를 이용했지만 실질적으로 도움이 안 된다’는 2008년 대비 2019년에 가장 크게 감소하였다.

[표 2-84] 정신재활서비스 이용 장애요인 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
재활서비스 기관을 이용하는데 대해 보호자가 반대하거나 도와주지 않는다	6.2	3.9	▽2.3
재활서비스를 이용했지만 실질적으로 도움이 안 된다	11.1	7.3	▽3.8
재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다	14.1	15.5	△1.4
재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다	11.6	14.3	△2.7
재활서비스 기관을 비용 하는데 있어 비용이 많이 든다	8.1	7.2	▽0.9
재활서비스기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다	14.1	20.2	△6.1
재활서비스기관은 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길다	3.2	6.2	△3.0
직원이 전문적이지 않거나 불친절하다	2.5	1.5	▽1.0
재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않는다	3.4	2.5	▽0.9
재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하다	5.3	3.6	▽1.7
재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않아 불편하다	10.6	9.7	▽0.9
정신과 증상이나 장애 때문에 재활서비스기관에 나오기 어렵다	7.3	8.1	△0.8
기타	2.5	-	-
합계	100	100	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신재활서비스를 이용하지 않는 것의 이유에 대해 비교 분석한 결과, '재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에'가 가장 큰 폭으로 증가하였고, '재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에', '스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에'의 증가 비율도 높게 나타났다.

반면 '정신과 증상이나 장애 때문에 이용하기 어려움'이 가장 크게 감소하였고 '재활서비스 기관을 이용하려 해도 보호자가 반대하거나 도와주지 않기 때문에' 또한 큰 감소율이 나타났다.

[표 2-85] 정기적인 정신재활서비스 이용하지 않는 이유 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
재활서비스 기관을 이용하려 해도 보호자가 반대하거나 도와주지 않기 때문에	5.9	2.3	▽3.6
재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에	15.6	19.1	△3.5
재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에	6.8	11.0	△4.2
재활서비스 기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하기 때문에	10.5	13.2	△2.7
이용하려면 비용이 많이 들기 때문에	5.4	3.6	▽1.8
정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에	12.8	15.5	△2.8
이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길기 때문에	2.6	4.3	△1.7
서비스를 이용하려 해도 정원에 여석이 없어 기다려야 하기 때문에	1.7	-	-
직원이 전문적이지 않거나 불친절하기 때문에	2.0	1.0	▽1.0
재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않기 때문에	2.4	1.2	▽1.2
재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하기 때문에	2.5	1.5	▽1.0
스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에(재활에 도움이 되는 더 좋은 방법이 있다)	8.9	12.7	△3.8
과거에 이용해 보았지만 재활서비스가 그다지 도움이 되지 않았기 때문에	6.2	5.0	▽1.2
재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않기 때문에	4.1	5.3	△1.2
정신과 증상이나 장애 때문에 이용하기 어려움	8.2	4.3	▽3.9
기타	4.5	-	-
합계	100	100	

사) 차별과 인권 비교

(1) 가족 및 가족 이외의 대상으로부터 폭력 경험 비교

조사 대상자가 가족으로부터 경험하는 괴롭힘이나 폭력 정도에 대한 비교분석 결과, 전체적으로 '있었다'의 응답률이 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-86] 가족으로부터 괴롭힘이나 폭력 경험 정도 비교

(단위 : %)

항목	2008		2019		증감
	있었다	없었다	있었다	없었다	있었다
언어 폭력 (언어 및 정서적 학대)	35.8	64.2	19.9	80.2	▽15.9
신체적 폭력	12.6	87.4	9.0	91.0	▽3.6
성희롱, 성적 폭력	3.8	96.2	3.9	96.1	△0.1

가족으로부터 폭력을 경험한 대상자가 응답한 폭력 행위자에 대하여 10년 전·후 분석 결과, 전체적으로 감소한 것으로 나타났다. 특히 부모가 가장 큰 폭으로 감소하였으며 2019년에 추가된 항목인 '없음'이 가장 높은 증가율을 보였다.

[표 2-87] 가족 내 폭력 행위자 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
부모	46.6	13.8	▽32.8
배우자	4.7	2.5	▽2.2
형제 및 형제의 배우자	24.5	4.6	▽19.9
조부모	1.1	0.3	▽0.8
자녀	1.8	0.6	▽1.2
손자녀	0.4	0.1	▽0.3
없음	-	78.0	-
기타	20.6	-	-
합계	100	100	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

조사 대상자가 가족 이외의 대상으로부터 경험하는 괴롭힘이나 폭력 정도에 대한 비교분석 결과, 전체적으로 '있었다'의 응답률이 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-88] 가족 이외의 대상으로부터 폭력 경험 정도 비교

(단위 : %)

항목	2008		2019		증감
	있었다	없었다	있었다	없었다	있었다
언어 폭력 (언어 및 정서적 학대)	24.2	75.8	14.6	85.4	▽9.6
신체적 폭력	9.4	90.6	7.0	93.0	▽2.4
성희롱, 성적 폭력	5.0	95.0	4.1	95.9	▽0.9

가족 이외의 사람으로부터 폭력을 경험한 대상자가 응답한 폭력 행위자에 대하여 10년 전·후 분석 결과, 전체적으로 감소한 것으로 나타났다. 특히 '이웃주민'이 가장 큰 폭으로 감소하였으며 '정신의료기관이나 정신기관을 이용하는 다른 정신장애인' 또한 높은 감소 비율이 나타났다. 그리고 2019년에 추가된 항목인 '없음'이 가장 높은 증가율을 보였다.

[표 2-89] 가족 이외의 폭력 행위자 비교

(단위 : %)

항목	2008	2019	증감
이웃주민	19.7	4.4	▽15.3
공무원	3.2	0.7	▽2.5
친구	14.7	6.2	▽8.5
직장동료나 상사	9.6	2.1	▽7.5
정신의료기관의 의료전문가	1.8	1.7	▽0.1
정신건강기관(보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설 등)의 직원	3.2	1.7	▽1.5
정신의료기관이나 정신건강기관을 이용하는 다른 정신장애인	17.9	2.8	▽15.1
없음	-	80.4	-
기타	29.8	-	-
합계	100	100	

(4) 사회적 불이익 및 차별 경험 비교

정신질환으로 인하여 불이익 및 차별을 경험하였는지에 대하여 10년 전·후 비교 분석 결과, 전체적으로 모든 항목에서 '차별 받았음'이 감소하였다. 특히 '취업에 있어서 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)' 가장 큰 폭으로 감소하였으며 '사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애 영역과 차별)', '운전면허 취득에서 차별' 또한 높은 감소율이 나타났다.

[표 2-90] 정신질환으로 인한 불이익 및 차별 경험 여부 비교

(단위 : %)

차별 영역	2008		2019		증감
	차별 받았음	차별 없었음	차별 받았음	차별 없었음	차별 받았음
의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약품, 시설, 불합리한 입원 제도)	51.0	49.0	17.5	82.5	▽33.5
사회보장과 복지서비스 차별(일반인·다른 장애영역과 차별)	54.5	45.5	12.1	87.9	▽42.4
취업에 있어서 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)	71.5	28.5	22.8	77.2	▽48.7
교육에 있어서 차별(진학기회, 학습편의제공 부족 등)	50.6	49.4	12.7	87.3	▽37.9
운전면허 취득에서 차별(면허취득제한, 면허취소 등)	55.7	44.3	14.6	85.4	▽41.1
각종 자격증 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)	49.0	51.0	13.3	86.7	▽35.7
민간보험가입에서의 차별(가입거부나 제한)	54.2	45.8	22.0	78.0	▽32.2
각종 서비스 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	43.1	56.9	14.1	85.9	▽29
공공 시설물 이용에서의 차별(이용거부나 제한)	35.6	64.4	9.8	90.2	▽25.8
대중교통 이용에서의 차별(승차거부 등)	24.5	75.5	5.6	94.4	▽18.9
정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	25.3	74.7	6.3	93.7	▽19
문화, 예술, 체육활동의 차별(공연 및 전시, 관람)	20.9	79.1	7.1	92.9	▽13.8
공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	26.5	73.5	7.4	92.6	▽19.1
투표권 행사, 피선거권(선축직 공직에 입후보)에서의 차별	21.3	78.7	5.3	94.7	▽16
연애, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	54.9	45.1	17.0	83.0	▽37.9

국가인권위원회
humanrights.go.kr

5) 결과 요약

가) 10년 전·후 비교 분석 중심

(1) 일상생활수행 기능 현황

첫째, 일상생활의 어려움에 대한 대처방법에 있어 2008년에는 '가족들(배우자, 자녀)에게 도움을 구한다'의 빈도가 가장 높았으나 2019년에 가장 큰 폭으로 감소하면서 '전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 상담가 등)에게 도움을 청한다'가 높은 비율로 증가하였다. 또한 '혼자서 해결한다' 역시 높은 증가율이 나타났다. 정신건강전문가의 개입이 당사자의 일상생활 어려움에 대한 도움을 제공할 수 있을 정도로 이전보다는 세심하게 제공되고 있으며, 2008년에 비해 정신장애인이 일상생활을 수행함에 있어 보다 능동적인 태도를 보이고 있음을 알 수 있다.

둘째, 낮 시간 동안 주로 하는 활동에 대하여 2008년에는 '정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지관 이용'이 가장 높은 빈도로 나타났으나 2019년에 가장 크게 감소하였고, '직업활동'의 빈도가 가장 큰 폭으로 증가하였다. 또한 '집에서 TV, 독서 등', '빨래, 청소, 주방일 등 가사노동'과 같은 집에서 주로 보내는 활동들의 빈도가 감소하고 '외부에서 여가활동', '학습'이 증가하였다. 이를 통해 과거에는 재가 정신장애인들이 주로 시설 이용 또는 집에서 하는 활동들을 낮 시간에 하였으나 2019년에 감소함으로써 상대적으로 외부활동이 증가하였음을 알 수 있다.

(2) 치료 및 재활서비스 이용 현황

첫째, 입원을 결정함에 있어 2008년에는 부모가 주로 권유를 하였으나 2008년에 비해 2019년에는 그 빈도가 감소하면서 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 직원과 같은 전문가의 권유가 증가하였다. 또한 본인이 입원에 대하여 결정하였다는 응답률 또한 높은 빈도를 보임으로써 2008년에 비하여 자의입원이 증가하였음을 알 수 있다.

둘째, 입원 시 본인의 동의를 구하는 과정에 대하여 2008년에 비해 2019년에는 전체적으로 입원 시 본인의 동의를 구하지 않은 빈도가 감소함으로써 정신장애인의 동의를 구하였다는 응답률이 크게 증가하였다. 이를 통하여 과거에 비하여 입원과정에서 본인의 의사결정에 대한 존중이 중시되고 있음을 알 수 있다.

셋째, 퇴원을 결정함에 있어 2008년에는 주로 부모와 정신건강의학과 의사의 결정이 컸으나 2019년에는 큰 폭으로 그 빈도가 감소하면서 본인의 결정이 증가하였다. 이를 통해, 입원

과정과 마찬가지로 본인의 의사로 퇴원이 이루어지는 빈도가 증가하였음을 알 수 있다.

넷째, 지역사회 정신재활서비스에 대한 이용실태를 조사하여 분석한 결과, 2008년에 비하여 2019년에는 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 지역사회 서비스의 이용률은 소폭 감소하였다. 그리고 서비스 이용 빈도에서 2008년에는 주 5회 이상이 가장 높은 빈도를 보였으나 2019년 조사에서 가장 큰 폭으로 감소를 하면서 주 1회 이용하는 정신장애인의 빈도의 높은 증가율이 나타났다.

이러한 결과는 여러 가지 요인들을 추측해볼 수 있겠지만, 10년 전의 지역사회 정신재활서비스는 주로 주간재활프로그램을 제공하는 센터에 매일 출석하는 형태의 서비스가 주를 이루었다면, 2019년 현재는 지역사회에서 제공하는 정신재활서비스의 형태가 다양해지고, 당사자들이 매일 주간재활프로그램에 의존하기 보다는 직업재활, 기타 여가 및 학습 서비스 등을 융통성 있게 활용하는 방식이 증가했을 가능성이 있다. 또는 당사자들이 지역사회재활서비스를 이용하기보다 자택에 머물러있는 상황일 수도 있다. 병원에서 퇴원하면 갈 곳이 있어야 하고, 지역사회에서 고립되지 않아야 하며, 경제적인 지원을 받거나 취업할 수 있는 기회가 마련되어야 하는데 이와 관련해서 지역사회에서 선택할 수 있는 대안과 자원들에 대한 논의가 지속적으로 필요함을 알 수 있다. 또한 개정된 정신건강복지법의 시행 등으로 입원과 퇴원과정에서 정신장애인 당사자의 의사가 10년 전보다는 반영되고 있음을 알 수 있다.

(3) 서비스 만족도 및 욕구

첫째, 지역사회에서 제공되는 서비스 중 주거서비스를 제외한 모든 유형의 이용률이 2008년에 비해 2019년에 소폭 감소하였다. 그리고 이용하고 있는 정신장애인들이 서비스에 대해 느끼는 만족도 또한 감소하는 것으로 나타났다.

둘째, 조사대상자의 치료 및 재활서비스에 대한 욕구는 2008년에 비해 2019년에 전체적으로 감소하거나 변화가 없는 것으로 나타났다. 그러나 '스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육'에 있어서 필요도가 소폭 증가하였다. 이를 통하여 정신장애인들이 적절한 교육을 필요로 하고 있으며 자신의 정신건강을 관리함에 있어 적극적인 태도를 취하고 있음을 알 수 있다.

셋째, 각 영역에 대한 정부의 서비스나 지원의 필요 정도 또한 전체적으로 감소하였다. 특히 '정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원서비스'가 가장 큰 폭으로 감소하였다.

이러한 결과는 정신건강복지법의 개정과 사회적 분위기의 변화에 따라 당사자들이 지역사회

국가인권위원회
humanrights.go.kr

에 기반을 둔 치료나 재활 서비스에 대한 욕구나 기대수준은 높아지고 있지만, 실제 지역사회 현장의 서비스는 10년 전과 비교하여 많은 변화나 개선이 이루어지지 못한 데 따르는 만족도와 욕구의 감소로 해석해 볼 수 있겠다.

지역사회에 기반을 둔 재활서비스들이 확보되기 해서는 하위법령이 필요한데, 특히 정신건강복지법이 시행된 지 수년이 지난 현 시점에서도 제 33조~37조 하위 법령이 아직도 만들어지지 않고 있는 현실은 정신장애인을 위한 지역사회재활서비스는 법적 구속력이 없어 여전히 변화가 이루어지지 않을 수밖에 없는 현실이다.

(4) 서비스 이용 장애 요인

첫째, 정신과 치료를 이용할 때 느끼는 불편한 점에 대해 2008년에는 '치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다'가 가장 높은 응답률을 나타냈으나, 2019년에는 '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다'의 증가 비율이 높게 나타났다. 또한 '가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다' 또한 높은 증가율을 나타냈다.

둘째, 정신과 치료를 받지 않는 이유를 조사한 결과, 2008년과 2019년 조사 모두 동일하게 '스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에'의 빈도가 가장 높았다. 한편 '정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에'가 2008년에 비해 2019년에 높은 증가비율을 나타내며 동일하게 가장 높은 빈도로 나타났다.

셋째, 정신재활서비스를 이용할 때 당사자가 느끼는 장애요인에 대하여 2008년에는 '재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다'와 '재활서비스기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다'가 동일한 응답률의 가장 높은 빈도로 나타났다. 그러나 2019년에 '재활서비스 기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다'가 가장 큰 폭으로 증가하여 높은 응답률을 나타냈다.

넷째, 정기적인 정신재활서비스를 이용하지 않는 이유로 2008년과 2019년 모두 '재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에'가 응답률이 가장 높게 나타났다. 그리고 '정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에' 또한 두 조사에서 두 번째로 높은 응답률을 나타냈다. 한편 2008년에 비해 2019년에는 '재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에'가 가장 큰 폭으로 증가하였다.

이상 결과를 통해 정신장애인들의 서비스 이용에 있어 낙인, 편견, 차별과 같은 사회적 인식 요인의 영향이 크다는 것을 알 수 있다. 10년 전보다 당사자들이 정신질환이 알려질까 봐

두렵다는 정신장애에 대한 사회적 편견과 낙인에 대한 두려움과 걱정을 가지고 있는 것은 최근의 여러 정신질환 관련 범죄와 언론보도의 영향 때문으로 사료된다. 또한 서비스 접근에 대한 장애요인으로 서비스에 대한 정보 부족, 기관의 지리적 접근성, 재활서비스에 대한 미비한 홍보 등과 관련이 있는 것으로 나타났다. 정신장애인들의 지역사회 서비스에 대한 인식은 높아졌으나, 그에 상응하는 지역사회 서비스 기관들은 충분하지 못함을 알 수 있다.

(5) 차별과 인권

첫째, 가족 및 가족 이외의 대상으로부터 폭력 경험은 2008년에 비해 2019년에 전체적으로 감소하였다. 그러나 2008년과 2019년 조사 모두 동일하게 폭력 경험 유형 중 '언어폭력'이 '있었다'의 응답률이 가장 높은 것으로 나타났다. 정신장애인의 가족 또는 가족외의 대상으로부터 정신장애인들이 언어폭력을 가장 흔하게 경험하고 있음을 알 수 있다. 또한 가족 및 가족 이외의 대상 중 폭력 행위자를 조사한 결과, 2008년 당시 가족 내에서는 '부모', 가족 이외의 대상에서는 '이웃주민'이 가장 큰 빈도를 나타냈으나, 2019년에 '없음'이 가장 높은 빈도를 보여 이전보다 괴롭힘 또는 폭력과 같은 행위는 감소하였음을 알 수 있다.

둘째, 사회적 불이익 및 차별의 경험에 대하여 조사한 결과, 모든 항목에서 '차별 받았음'이 감소하였다. 한편 2008년 조사에서 '취업에 있어서 차별'이 가장 높은 빈도를 보였는데 2019년 조사에서는 가장 큰 폭의 감소율을 보였으나 여전히 가장 많은 응답률을 나타냈다. 이를 통해 2008년에 비하여 2019년에는 정신장애인들이 정신질환으로 인한 불이익 및 차별을 경험하는 빈도가 감소하였으나 여전히 취업에서의 차별 경험은 존재하고 있음을 알 수 있다.

이러한 결과를 통하여 정신장애인들이 인지하는 전반적인 차별은 감소하였지만, 취업 등의 영역에서는 여전히 차별이 존재하며, 정신장애인들은 주변 사람들로부터 주로 언어폭력을 당하는 경험을 여전히 많이 하고 있음을 알 수 있다.

나) 2019년 조사에서 추가된 문항에 대한 결과

첫째, 일상생활수행 기능 정도의 경우, 2008년 조사에서는 5점 척도의 정신과적 증상과 3점 척도의 수단적 일상생활기능 정도로 나누어 조사 및 분석하였으나, 2019년에는 이를 5점 척도로 동일하게 통합하여 조사 및 분석하였다. 그 결과 일상생활수행 기능 정도에서는 다른 사람 돌보기(2.5)가 가장 어려운 것으로 나타났으며, 주요 일상 스트레스에 적응하기(2.4%),

국가인권위원회
humanrights.go.kr

고립감 또는 외로움(2.4%), 우울 및 무기력감(2.4%) 또한 높은 평균 점수로 나타났다. 반면에 개인 위생관리(1.7), 담뱃불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리하기(1.7), 정신과 약 챙겨먹기(1.7), 전화기 사용하기(1.7), 대중교통수단 이용하여 외출하기(1.7)는 가장 낮은 빈도로 나타났다. 이를 통해 정신장애인들이 일상생활수행에 필요한 수단적 기능에 대해서는 큰 어려움이 없으나, 타인과의 관계 형성, 정서적 부분에서는 어려움을 느끼고 있음을 알 수 있다.

둘째, 입원 경험이 있는 정신장애인의 경우, 자의입원의 횟수에 대하여 조사한 결과, 평균 1회로 나타났다. 이 때, 2019년 조사에서 총 입원 횟수의 평균은 3.65회로 나타나 총 입원 횟수 중 약 27%가 자의입원에 해당함을 알 수 있다.

셋째, 퇴원 시 지역사회 이용시설, 거주시설, 직업재활기관에 대한 소개 및 연계 여부에 대하여 조사한 결과, 과반수가 그렇다(65.3%)라고 응답하였다. 이를 통해 현재 병원에서 퇴원하는 과반수 이상의 환자들을 대상으로 지역사회 연계가 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그러나 여전히 34.7%의 환자들은 퇴원 시 지역사회 연계가 이루어지고 있지 않고 있었다.

넷째, 정신장애인의 장애로부터 회복 및 지역사회 생활에 도움을 준 사람과 방해한 사람에 대하여 조사한 결과는 다음과 같다. 도움을 준 사람의 경우, 어머니(25.4%)가 가장 높은 응답률로 나타났으며 정신건강의학과 의사(18.2%), 사회복지사(16.4%) 또한 높은 비율로 나타났다. 방해한 사람에 대해서는 없음(48.6%)이 가장 많았으며 아버지(8.3%), 형제/자매(8.2%)가 다음으로 높은 비율로 나타났다. 이를 통하여 정신장애인의 회복과 지역사회 생활에 있어 긍정적이든 부정적이든 주로 가족이 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

다섯째, 전문가/경찰/사설이송단의 자택 방문 실태에 대하여 조사한 결과, 전문가의 자택 방문에서는 있다(50.6%)가 가장 높은 빈도로 나타났다. 방문 이유의 경우, '욕구조사, 사례관리 등을 포함하는 복지서비스 제공'이 가장 많았다. 즉, 조사 대상자의 50%이상은 전문가가 자택방문을 했으며, 주로 복지서비스 제공을 위한 것이었음을 알 수 있다. 경찰의 자택 방문에 대해서는, 없다(79%)가 가장 많았다. 방문을 주로 요청한 대상은 가족(47.6%)이었으며 방문한 경찰이 정신장애인에게 가한 물리적 제압의 정도는 전혀 물리력을 행사하지 않았다(54.4%)가 가장 높은 빈도로 나타났다. 사설이송단의 자택 방문에 대해서 조사한 결과, 없다(86%)가 가장 많았으며 주로 사설 이송단의 방문을 요청한 사람은 가족(75.5%)이었다. 방문한 사설이송단의 물리적 제압 여부에 대하여 강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다(41.8%)가 가장 높은 빈도로 나타났다.

이러한 결과를 통해 정신장애인들은 일상생활수행에 필요한 수단적 기능에 대해서는 큰 어려움이 없으나, 타인과의 관계 형성, 정서적 부분에서는 일상생활에서 어려움을 느끼고 있음을 알 수 있다. 또한 현재 지역사회에서 생활하는 정신장애인의 과거 입원경험은 약 27%가 자의입원이어서 여전히 자의입원 비율은 높지 않았다. 또한 34.7%의 환자들은 퇴원 시 지역사회 연계가 이루어지고 있지 않고 있었다. 정신장애인의 회복과 지역사회 생활에 있어 가족은 긍정적이든 부정적이든 가장 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 전문가/경찰/사설이송단의 자택 방문 실태에서 경찰이나 사설이송단에 의한 자택방문은 주로 가족의 요청에 의해 이루어지고 있었으며, 그 과정에서 사설이송단의 경우 경찰보다 물리적 제압을 하는 비율이 더 높았음을 알 수 있다.

6) 제언

첫째, 정신장애인의 퇴원 시 지역사회 연계율이 여전히 65.3%인 점과 10년 전보다 정신장애인들의 지역사회재활기관 및 정신건강복지센터 등의 이용률이 감소한 점, 서비스 접근에 대한 장애요인이 서비스에 대한 정보 부족, 기관의 지리적 접근성, 재활서비스에 대한 미비한 홍보 등과 관련이 있다는 본 조사 결과들은 매우 우려스러운 결과들이다. 정신건강복지법이 시행되고, 커뮤니티케어가 본격적으로 시행되고 있는 등 그 어느 때보다 정신장애인의 지역사회 적응과 삶의 질이 강조되고 있는 현 시점에서 이러한 결과는 시급히 시정되어야하는 정책과제들을 제시하고 있다.

이는 정신건강복지법의 하위법령이 속히 제정되어야 함을 시사한다. 정신건강복지법이 개정된 지 수년이 지난 현 시점에서도 제33조~37조의 하위 법령이 아직도 만들어지지도 않았으며, 그럼에도 불구하고 개정된 법안 명칭에는 '복지서비스'를 내세워 마치 지역사회복지서비스가 대폭 강화되고 반영된 법령인 것처럼 포장하고 있다. 하위법령이 없기 때문에 중앙정부는 중앙정부대로, 지자체는 지자체대로 책임을 회피하는 현실이다. 지자체가 적극적인 의지를 발휘하여 실행하기 위해서는 법령과 관련된 구체적인 내용이 필요하다. 이에 보건복지부에서는 하위법령을 속히 제정해야 할 것이다.

둘째, 현재 시행되고 있는 자의입원률을 향상시키기 위한 노력들이 현실적으로 정신장애인 당사자들에게 도움이 되고 있는지 확인할 필요가 있으며, 일선의 전문가들로부터 제도적 개선이 필요한 부분들에 대한 의견을 반영하여 현실적인 제도로 정착될 수 있도록 하는 노력들이 필요하다. 정신건강복지법이 실행된 이후 정신장애인의 자의입원이 증가하고, 지역사회의 정신

건강전문가들의 입원 권유도 증가하는 등 의료 서비스를 제공받는 결정에 있어서 지역사회의 전문가 및 정신장애인 당사자들의 의견이 이전보다 더 반영되는 변화가 있음을 알 수 있었다. 그럼에도 불구하고 자의입원의 비율은 그리 높지 않은 결과는 앞으로 주목할 부분이다.

셋째, 광역단위의 지자체 중심으로 정신장애인 복지서비스 지원에 관한 계획과 평가를 수립하여야한다. 정신장애인의 복지서비스 지원을 위하여 실제로 조례 제정이 되었는지, 지역 계획이 수립되었는지, 예산 투입이 이루어졌는지 등에 대해 광역 단위로 계획 실시하고 평가하는 것이 필요하다. 지도감독체계가 확립되어 평가하고 지원하는 체제를 갖추어야하다.

넷째, 의료기관에서 퇴원한 환자들은 갈 곳이 있어야 하고, 지역사회에서 고립되지 않아야 하며, 경제적인 지원을 받거나 취업할 수 있는 기회가 마련되어야 한다. 지역사회 재활 서비스와 관련해서 지역사회에서 선택할 수 있는 자원들과 대안들에 대한 현실적인 논의들이 지속적으로 필요하다. 정신장애인의 복지서비스를 위한 지역사회의 역할과 자원마련, 예산 확충, 인력 마련 등 그 어떠한 부분도 논의가 이루어지지 않고 있으며, 중앙정부나 지방자치단체나 그 어디서도 관심을 받지 못하고 있는 현실은 현 상황의 악화를 가중시키고 있다. 활발한 논의와 함께 실질적인 실행방안 마련과 실행이 시급하다.

다섯째, 정신장애인을 위한 지역사회에 기반을 둔 다양한 서비스와 기관의 확충이 매우 필요하다. 또한 존재하고 있는 지역사회재활기관에 대한 홍보와 정보제공이 더욱 적극적으로 이루어져야 한다. 이는 의료기관 및 지역사회에서 종사하는 정신건강전문가 뿐 아니라 다양한 직역의 전문가들 모두에게 강조되어야 한다. 또한 지역사회재활기관을 이용하고 있지 않은 많은 수의 정신장애인을 위하여 찾아가는 정신건강복지서비스, 사례관리, 가정방문서비스 등 서비스의 제공 형태를 수요자인 정신장애인의 다양한 욕구와 상황에 맞추어 다양화하고 증가되어야 한다.

여섯째, 정신장애인의 인권옹호를 위한 활동은 세심하게 다면화되어야 한다. 정신장애인이 주변인들로부터 언어폭력을 많이 경험하고 있는 점은 학대의 문제라는 점 이외에도 부정적 언어표현이 정신장애인의 증상 재발에 영향을 미치는 중요한 위험요인이라는 측면에서 고려해야 한다. 가족, 지역사회 주민, 지역사회 유관기관의 다양한 전문가들, 정신건강전문가 등을 대상으로 한 정신장애인 인권교육을 보다 현실적 상황에 근거한 실용적인 인권교육이 이루어질 수 있도록 인권교육의 내용과 형식, 대상에 따른 차별화된 커리큘럼 등을 고려해야한다.

일곱째, 정신장애인의 삶에 긍정적이든 부정적이든 가장 많은 영향을 미치는 가족은 그들의 부담을 덜어줄 뿐 아니라 그들의 역할을 효율적으로 적절한 방향으로 수행할 수 있도록 지역

사회에서 생활하는 가족들에 대한 가족교육이 확산되고 세분화되어야 한다. 강의전달 식 교육의 일방적인 방식에서 벗어나 가족들의 눈높이에 맞춘 그리고 직접 시연해볼 수 있는 참여형 교육이 많이 개발되고 보급되어한다.

여덟째, 정신장애인 동료지원서비스에 대한 홍보와 당사자의 참여를 격려하고 각 기관에서는 이를 장려하는 분위기가 활성화되어야 하며, 정신장애인 당사자들의 참여와 그 역할의 범위도 더욱 확장되고 연구되어야 한다. 최근 정신장애인 당사자의 사회참여와 정책 참여가 증가하고 이를 증진시키고자 하는 전반적인 방향에 비해서 본 조사 대상의 정신장애인들의 동료지원서비스 이용률은 28.%로 매우 적은 수준이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나. 재원 당사자

1) 조사방법

가) 조사대상 표본 구성 및 인구학적 / 임상적 특성

재원당사자의 자가 설문을 통해 최종 1000명의 자료를 수집하였다. 기관유형별 대상자의 성별에 따른 연령대 현황은 [표 2-91]과 같다. 이들의 인구학적, 임상적 특성은 [표 2-92]와 같다.

[표 2-91] 기관유형별 대상자 연령대 현황

(N=1,000)

재원 유형	응답 인원	성별 및 연령별 분류											
		남(명)						여(명)					
		10대	20대	30대	40대	50대	60대 이상	10대	20대	30대	40대	50대	60대 이상
정신의료기관	649	1	33	43	103	117	84	0	24	42	64	87	51
정신요양시설	166	0	6	13	20	34	22	0	6	10	11	24	20
정신생활시설	170	0	4	14	25	41	26	1	5	3	13	18	20
전체	985	1	43	70	148	192	132	1	35	55	88	129	91
		586						399					

재원당사자의 인구학적 특성에 있어서 성별은 남자가 586명(59.4%)으로 다소 많았고 나이는 40대 이상 793명(79.4%), 혼인상태는 미혼이 689명(70.2%)으로 월등히 많았다. 평균 연령은 49.2(±12.5)세이며, 대부분 고졸이상(781명/78.8%)의 학력이었다. 의료보장 형태는 의료급여 1종이 423명(51.4%)로 절반 정도를 차지하였다.

[표 2-92] 재원당사자의 인구학적 특성

(N=1,000)

특성	구분	빈도	%	특성	구분	빈도	%
성별	남	586	59.4	교육 정도	무학	22	2.2
	여	401	40.6		초등학교	73	7.4
나이	10대	2	0.2		중등학교	115	11.6
	20대	78	7.8		고등학교	500	50.5
	30대	125	12.5		전문대·대학교	244	24.6
	40대	237	23.7		대학원 이상	37	3.7
	50대	323	32.4				
	60대 이상	233	23.3				
	Mean±SD : 49.2±12.5			의료 보장 형태	건강보험	294	31.4
혼인 상태	미혼	689	70.2		의료급여 1종	481	51.4
	기혼	107	10.9		의료급여 2종	91	9.7
	동거	7	0.7		차상위	41	4.4
	이혼	132	13.5		없음	28	3.0
	별거	20	2.0				
	사별	26	2.7				

설문조사에 응답한 재원당사자들의 진단명은 조현병이 617명(63.5%)로 가장 많았다. 정신질환의 첫 발병 연령은 평균 20.1(±11.9)세였고, 질환 발병으로 첫 치료를 시작한 나이는 평균 18.7(±11.7)세로 나타났다. 총 입원횟수는 3회 이하가 371명(39.3%)이었고 5회 이상의 다수 입원경험자는 496명(52.5%)으로 응답자의 절반 이상을 차지하였다.

[표 2-93] 재원당사자의 임상적 특성

(N=1,000)

특성	구분	빈도	%	특성	구분	빈도	%
진단명	조현병	617	63.5	입원 전 거주 지역	서울	91	10.0
	우울증	120	12.3		부산	64	7.0
	조울증	116	11.9		대구	78	8.5
	조현정동장애	34	3.5		인천	61	6.7
	기타	85	8.7		광주	38	4.2
첫 발병 (year)	Mean±SD : 20.1±11.9				대전	24	2.6
	기억 없음	479	47.9		울산	2	0.2
첫 치료	Mean±SD : 18.7±11.7				경기	134	14.7

특성	구분	빈도	%	특성	구분	빈도	%
(year)	기억 없음	458	45.8		강원	34	3.7
총 입원 횟수	1회	120	12.7		충청	55	6.0
	2회	123	13.0		세종	2	0.2
	3회	128	13.6		전라	129	14.1
	4회	77	8.2		경상	200	21.9
	5회 이상	496	52.5		제주	1	0.1

나) 조사 도구

재원정신장애인 당사자 인식조사는 총 1,000명을 대상으로 전국의 정신의료기관 및 정신요양시설, 그리고 정신재활시설 중 생활시설에 2019년 현재 입원 및 입소되어 있는 19세 이상 성인 중증정신질환자[16]이다.

조사는 종이설문지를 사용하여 당사자가 직접 작성하는 방식을 사용하였다. 정신의료기관 및 정신요양시설, 그리고 정신재활시설 중 생활시설, 그리고 각 협회의 게시판을 통해 본 연구의 목적 및 의의와 방법 등이 담긴 연구참여자 모집 문건을 게시하고 참가자를 모집하는 방식을 취하였다.

설문은 총 100문항(8페이지)으로 2008년 국가인권위원회의 "장기입원의 구조적 원인과 지속요인[17]"에서 사용했던 설문지에 본 연구의 자문과 FGI 연구결과를 반영하여 새롭게 구성하였다. 설문을 통해 입원(소) 대상자 인구학적 특성, 입원(소) 상황에 대한 특성, 입원 대상자의 입원적합성심사 관련, 입원(소) 대상자의 가족체계 특성, 치료과정에서의 인권(사생활 보호와 개인정보의 보호, 신체적 안전에 대한 권리, 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리, 격리 및 강박시행 관련 사항, 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경, 프로그램에 대한 알 권리와 자기결정권)을 조사하였다. 이번 2019년 보고서에는 정신건강서비스의 도움 정도와 서비스의 필요성을 추가로 포함하였다. 설문지는 별도 첨부하였다.

16) 초발이 아닌 재발을 경험한 사람들로서 실제적인 도움이 필요하여 정신재활시설을 이용하고 있는 사람들을 통칭함.

17) 국가인권위원회(2008)의 "장기입원의 구조적 원인과 지속요인"에서 사용했던 설문지에는 서동우 외(1999)의 연구에서 개발한 것을 바탕으로 하여 당시의 연구목적에 필요한 내용을 추가하여 수정 보완한 것임.

2) 자료 분석

재원정신질환자의 인구사회학적 및 임상관련 특성과 입원적합성심사 관련, 가족체계, 치료과정에서의 인권 등의 현황을 파악하기 위해 빈도분석과 기술통계를 실시하였다. 기관유형별[18] 차이를 비교하기 위해 교차분석 및 분산분석을 실시하였다.

본 조사에서는 최종 1,000부를 분석하였고 문항별로 신뢰도가 떨어지는 답변이나 결측값에 대해서는 표에 기록하지 않았다. 빈도는 결측값과 신뢰도가 떨어지는 답변을 제외하여 작성하였고 퍼센트는 유효 퍼센트를 기술하였다. 분석을 위해 SPSS 25.0 program을 활용하였다.

3) 조사 결과

가) 당사자 입원(소)상황 및 입원적합성심사 관련

정신질환의 특성 상, 입원은 치료과정에서 매우 중요하다. 입원의 종류는 입원 의사에 따라 자의 입원과 보호의무자나 행정적인 절차에 의한 비자의 입원으로 대별할 수 있다. 본 재원정신장애인 당사자 설문에서는 4가지 유형의 질문지를 사용하였다.

첫째, 입원(소)상황에 대한 특성으로 입원의 형태, 입원의 필요성과 도움 정도, 비자의(강제) 입원의 경험유무이다.

둘째, 입원적합성심사와 관련하여 심사에 대한 설명 듣기와 처우개선에 대한 요구 및 심사신청 유무, 시군구에 퇴원 신청 권리에 대한 정보를 알고 있는지에 대한 것이다.

셋째, 정신장애인의 입원에 있어서 가족체계의 특성으로 주 보호자의 퇴원에 대한 인식을 물었다.

현재 입원의 형태는 자의 입원에 해당하는 스스로 또는 가족과 함께 동의하여 입원한 경우가 710명(71.5%)로 많았다. 이중 자의입원은 2008년 조사 당시 23.4% 보다 2배 가까이 높은 43.6%였다. 보호의무자(가족)에 의한 비자의 입원은 과거 58.6%에서 22.5%로 현저히 떨어졌다. 이는 설문에 참여하는 대상자의 특성이 반영된 결과이자 정신건강복지법 개정에 의해 과거 보호의무자에 의한 입원이 현행법상 동의입원으로 분류되는 경우가 많은 점도 고려해야 할 것이다.

---

18) 기관유형은, 정신의료기관(이하, 의료기관)/정신요양시설(이하, 요양시설)/ 정신재활(생활)시설(이하, 생활시설)로 나눈다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

자의입원의 비율이 가장 높았던 결과와 함께 현재 입원치료가 필요하다고 응답한 대상자가 579명(58.6%)이었고 입원에 의한 피해나 고통이 '거의 없거나 전혀 없음'으로 답한 응답이 622명(62.9%), 입원치료가 건강회복에 미치는 도움정도에 대해 '도움이 된다'는 긍정적인 답변은 877명(89.0%)으로 조사되었다. 의료기관 입원 대상자의 90% 이상에서 입원치료가 도움이 된다는 응답은 보호자의 권유에 의한 입원(동의입원 및 보호입원)이 절반 이상인 점을 고려할 때 입원의 치료적 기능을 고려할 필요가 있음을 시사한다. 기관유형별 입원(소) 상황 특성에 대한 비교는 [표 2-94]와 같고, 유의한 차이는 없었다.

입원형태에 따른 입원 필요성의 인식의 차이를 비교했을 때, 자의입원으로 분류되는 환자의 92.9%에서 도움이 된다고 응답하였고, 비자의 입원한 환자의 79.7%에서 필요하다고 응답하여 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다 ($p<0.001$). 하지만, 비자의입원으로 현재 입원치료를 받고 있는 대상자의 약 80%에서 입원치료의 필요성에 동의하는 점은 입원 시점에서 환자의 판단과 거절이 시간이 경과하며 바뀔 수 있음을 시사한다.

[표 2-94] 기관유형별 입원(소) 상황 특성 비교

구분	내용	기관유형, N(%) 전체 (N=992)	의료기관 (N=655)	요양시설 (N=164)	생활시설 (N=173)	x2	p
현재 입원(소) 형태	자의입원[19]	433(43.6)	287(43.8)	73(44.5)	73(42.2)	4.315	0.828
	동의입원	277(27.9)	186(28.4)	41(25.0)	50(28.9)		
	보호입원	203(20.5)	131(20.0)	33(20.1)	39(22.5)		
	행정입원	20(2.0)	15(2.3)	3(1.8)	2(1.2)		
	잘 모름	59(5.9)	36(5.5)	14(8.5)	9(5.2)		
현재 입원(소) 필요성	필요함	579(58.6)	380(58.6)	101(61.2)	98(56.6)	5.311	0.505
	너무 길어 퇴원 원함	234(23.7)	151(23.3)	42(25.5)	41(23.6)		
	필요 없는데 입원 중	102(10.3)	70(10.8)	15(9.1)	17(9.8)		
	잘 모름	73(7.4)	48(7.4)	7(4.2)	18(10.3)		

19) 자의입원(스스로 입원을 희망) / 동의입원(나와 가족이 입원 시 서명) / 보호입원(가족에 의한 입원)/ 행정입원(시군구청장에 의한 입원)

구분	내용	기관유형, N(%) 전체 (N=992)	의료기관 (N=655)	요양시설 (N=164)	생활시설 (N=173)	x2	p
입원에 의한 피해나 고통	큰 고통과 피해당함	134(13.5)	90(13.8)	18(10.9)	26(15.1)	4.745	0.577
	조금 피해당함	233(23.6)	150(23.0)	41(24.8)	42(24.4)		
	고통과 피해 거의 없음	264(26.7)	185(28.4)	41(24.8)	38(22.1)		
	전혀 없음	358(36.2)	227(34.8)	65(39.4)	66(38.4)		
입원이 건강회복 도움 정도	큰 도움이 됨	545(55.3)	359(55.4)	97(58.8)	89(51.7)	7.653	0.265
	조금 도움 됨	332(33.7)	227(35.0)	49(29.7)	56(32.6)		
	별로 도움 안 됨	71(7.2)	43(6.6)	11(6.7)	17(9.9)		
	전혀 도움 안 됨	37(3.8)	19(2.9)	8(4.8)	10(5.8)		
비자의 입원 경험	있음	466(47.1)	302(46.2)	84(51.5)	80(46.2)	1.560	0.458
	없음	524(52.9)	352(53.8)	79(48.5)	93(53.8)		

2008년 3월 21일 개정된 정신보건법 제 29조 1항에 의한 '정신의료기관 등에 입원 등을 하고 있는 자 또는 그 보호의무자는 시장, 군수, 구청장에게 자신 또는 당해 입원환자의 퇴원 또는 처우개선을 청구할 수 있다'라고 명시된 사항에 대해 재원 당사자들에게 물었다.

조사결과, [표 2-95]와 같이 입원적합성 심사와 입원기간 처우개선 요구 및 심사신청, 법원이나 시군구에 퇴원 신청 할 권리에 대한 설명은 '들었다' 답변이 '듣지 못함' 또는 '잘 모른다'는 답변보다 다소 많았지만, 보다 구체적인 조사원 대면조사 신청에 대한 설명 및 대면조사 신청, 처우개선 신청경험, 퇴원심사 신청경험은 '듣지 못함'과 '잘 모름'의 답변이 매우 많은 것으로 조사되었다. 이는 정신보건법 개정 이후, 치료진이 입원적합성 심사에 대한 설명의 의무를 비교적 성실히 이행한 것으로 생각되지만 재원당사자들의 인식 변화에는 많이 못 미치는 수준으로 설명되었다고 할 수 있다.

정신질환으로 인해 입원치료 시, 일부 강제적 상황과 당사자의 자발적 치료를 저해하는 요인들이 질환의 특성상 존재하지만 이를 최소화하기 위한 치료진과 사회적인 인식개선의 노력과 제도적인 보완이 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-95] 기관유형별 입원적합성 심사 관련 특성 비교

구분	내용	기관유형, N(%) 전체	의료기관	요양시설	생활시설	x2	p
입원적합성 심사							
심사에 대한 설명	들음	466(48.1)	320(50.0)	63(40.4)	83(48.3)	15.831	0.003
	듣지 못함	356(36.8)	243(38.0)	59(37.8)	54(31.4)		
	기억 안남	146(15.1)	77(12.0)	34(21.8)	35(20.3)		
조사원 대면조사에 대한 신청의사 설명	들음	349(36.2)	233(36.6)	47(29.7)	69(40.6)	5.906	0.206
	듣지 못함	454(47.1)	304(47.8)	79(50.0)	71(41.8)		
	기억 안남	161(16.7)	99(15.6)	32(20.3)	30(17.6)		
조사원 대면조사 신청경험	들음	205(21.7)	137(22.1)	30(19.5)	38(22.2)	7.402	0.116
	듣지 못함	614(65.0)	409(66.0)	93(60.4)	112(65.5)		
	기억 안남	126(13.3)	74(11.9)	31(20.1)	21(12.3)		
입원기간 처우개선 요구 및 심사신청							
요구 및 심사신청에 대한 설명	들음	487(49.5)	337(52.0)	58(35.4)	92(53.8)	20.054	<0.001
	듣지 못함	317(32.2)	207(31.9)	60(36.6)	50(29.2)		
	잘 모름	179(18.2)	104(16.0)	46(28.0)	29(17.0)		
처우개선 신청경험	들음	166(17.1)	112(17.5)	19(11.7)	35(20.5)	12.460	0.014
	듣지 못함	689(70.8)	455(71.2)	113(69.3)	121(70.8)		
	기억 안남	118(12.1)	72(11.3)	31(19.0)	15(8.8)		
법원이나 시군구에 퇴원 신청할 권리							
퇴원신청 권리에 대한 설명	들음	459(47.2)	307(47.9)	57(36.1)	95(54.6)	16.602	0.002
	듣지 못함	331(34.0)	225(35.1)	57(36.1)	49(28.2)		
	잘 모름	183(18.8)	109(17.0)	44(27.8)	30(17.2)		
퇴원심사 신청경험	들음	178(18.6)	114(18.0)	29(18.8)	35(20.8)	10.613	0.031
	듣지 못함	682(71.4)	459(72.5)	100(64.9)	123(73.2)		
	기억 안남	95(9.9)	60(9.5)	25(16.20)	10(6.0)		

재원당사자의 가족체계의 특성은 [표 2-96]과 같다. 현재 생존하는 가족과 입원 전 또는 퇴원 후 동거하는 가족에 있어서 당사자들의 직계가족 즉, 부모 또는 형제/자매가 가장 많았다. 또한 주보호자의 역할을 담당하는 가족 구성원도 부모가 420명(47.4%), 형제/자매가 329명(37.1%)로 84.5%다. 주된 보호자의 연령대는 60세 이상이 490명(57.4%)으로 가장 높았다. 주 보호자의 직업군[20]을 살펴보면, 판매/서비스직이 가장 많았고 무직, 사무직, 가정주부, 전문직 순으로 나타났다. 재원 당사자 가족의 인구사회학적 특성을 종합해보면, 정신질환을 앓고 있는 당사자들을 돌보는 주체는 가족 내에서 노령의 부모나 형제/자매의 책임으로 이뤄지고 있는 것으로 나타났다.

한편, 한 달을 기준으로 주보호자의 면회는 '없음' 또는 '한 번'의 경우가 575명(57.5%)이었고 4번 이상의 방문은 273명(27.3%)로 나타났다. 주보호자들의 퇴원에 대한 인식은 '긍정적이다'는 답이 많았지만, 퇴원에 대해 부정적인 인식의 이유로는 '재발이 걱정되어서'라는 답이 가장 많았고 '경제적인 어려움'과 '돌볼 사람의 부재' 순으로 조사되었다. 이 결과는 주보호자의 응답이 아닌 재원 당사자의 자가 설문으로 파악된 것이어서 객관적인 주보호자의 의견이 반영되지 않은 점을 고려해야겠지만, 의료적 측면 보다 보호자의 사회경제적 이유로 입원이 장기화되는 경향을 반영한다고 볼 수 있다. 즉 정신장애인 당사자와 가족에 대한 사회경제적 지원이 있어야만 탈원화가 가능함을 시사한다.

기관유형별로 주보호자의 퇴원인식에 대한 결과는 [표 2-96-①]과 같다. 기관별 기타 의견을 제외하고, 세 기관 모두 '재발의 걱정' 때문에 퇴원에 부정적이었지만, 두 번째 퇴원을 부정하는 이유로 의료기관은 '경제적인 어려움' 때문이고, 나머지 요양시설과 생활시설은 '돌봐줄 사람의 부재'가 그 이유였다.

가족 체계특성에 대한 조사 결과, 장기간의 치료를 요하는 정신질환은 무엇보다 심적인 부담감을 고스란히 가족이 떠안고 가고 있는 것으로 나타났고, 장기치료에 의한 경제적인 부담은 이를 더욱 가중하는 악순환이 되고 있음을 반영하고 있다. 이를 위한 제도적인 지원이 보다 강화되고 당사자가 사회의 일원으로 자립할 수 있는 다양한 대안들이 모색되어져야 할 것이다.

---

20) 직업분류표 : (1)전문직(의사, 약사, 변호사, 법조인, 교사, 교수, 언론인, 예술가, 종교인 등), (2)관리직(기업체경영주, 5급 이상 공무원, 사회단체 간부, 군장교, 경정급 이상 경찰 등), (3)사무직(회사원, 은행원, 군인, 경감이하 경찰 등), (4)판매/서비스직(소규모가게, 음식점, 다방/숙박/이미용업소, 공인중개사, 보험설계사, 도소매판매원, 행상, 노점상, 외판원, 운전기사, 파출부, 청소원, 경비 등), (5)생산직(숙련/기능공, 건설현장인부, 막노동자, 취로사업 등), (6)농어축산업, (7)가정주부, (8)무직(학생, 퇴직자 등), (9)기타

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-96] 재원당사자의 가족체계 특성

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%	구분	항목	빈도	%
현재 생존 가족 (중복체크)	조부모	135	13.6	주보호자 직업	전문직	89	10.6
	부모	896	90.5		관리직	17	2.0
	배우자	134	13.5		사무직	112	13.4
	형제/자매	826	83.4		판매·서비스직	238	28.4
	자녀	219	22.1		생산직	80	9.5
	손자/손녀	85	8.6		농·어·축산업	74	8.8
					가정주부	91	10.9
					무직	133	15.9
					기타	4	0.5
입원 전 또는 퇴원 후 동거 가족 (중복체크)	조부모	62	6.3	주보호자 면회 (회/지난 1달)	없음	276	27.6
	부모	711	72.6		1회	299	29.9
	배우자	105	10.7		2~3회	152	15.2
	형제/자매	451	46.0		4회 이상	273	27.3
	자녀	125	12.8	주보호자의 퇴원 인식	긍정적임	496	54.5
	손자/손녀	28	2.9		*부정적임	414	45.5
주보호자	조부모	6	0.7	*부정적일 경우, 그 이유	경제적인 어려움	140	21.4
	부모	420	47.4		재발의 걱정	173	26.5
	배우자	48	5.4		같이 살 공간이 부족해서	45	6.9
	형제/자매	329	37.1		돌볼 사람이 없어서	114	17.4
	자녀	49	5.5		사이가 안 좋아서	40	6.1
	기타[21]	34	3.8		가족이 없음	10	1.5
주보호자 연령	~ 29세	19	2.2		모르겠음	72	11.0
	30~39세	36	4.2		기타	59	9.0
	40~49세	79	9.3				
	50~59세	230	26.9				
	60세 이상	490	57.4				

21) 주보호자의 기타 : 손자 또는 손녀, 후견인, 친인척 등을 말함.

[표 2-96-①] 기관유형별 주보호자의 퇴원에 대한 인식 비교

구분	내용	기관유형, N(%)				x2	p
		전체	의료기관	요양시설	생활시설		
주보호자 퇴원 인식	긍정적	496(54.5)	344(57.2)	67(44.4)	85(53.8)	8.096	0.017
	부정적	414(45.5)	257(42.8)	84(55.6)	73(46.2)		
주보호자 퇴원 부정적 이유	경제적	140(21.4)	104(24.8)	20(16.9)	16(13.8)	18.175	0.020
	재발 걱정	173(26.5)	116(27.7)	29(24.6)	28(24.1)		
	살 공간 부족	45(6.9)	23(5.5)	13(11.0)	9(7.8)		
	돌봐줄 사람 없음	114(17.5)	61(14.6)	27(22.9)	26(22.4)		
	기타	181(27.7)	115(27.4)	29(24.6)	37(31.9)		

나) 치료과정에서의 인권

(1) 사생활 보장 및 개인정보의 보호

가장 사생활이 요구되는 장소인 화장실 및 샤워실에서 사생활 보장 관련 부분에서는 화장실의 잠금장치가 있고 가려져있다고 응답한 경우는 778명(79.4%)이고, 잠금장치는 있지만 가슴 이하만 가려져 있는 경우 53명(5.4%), 잠금장치 없고 가슴이하만 가려져 있는 경우 126명(12.9%), 문이 없고 전혀 가려지지 않은 경우 23명(2.3%)이었다. 샤워실도 비슷한 수준을 보인다. 사실 이 장소들은 가장 은밀한 사생활 장소임에도 불구하고 일부 의료진들은 정신질환자의 자살이나 자해 등의 사고위험성 때문에 모든 것을 다 보장해 줄 수 는 없다고 말한다. 하지만 병원의 이러한 행위는 입원 환자들로 하여금 인간으로의 기본적인 품위를 유지할 수 없도록 하여 수치심과 굴욕감을 유발하고 환자들의 인격권과 사생활의 비밀을 침해하는 것으로 판단되기에, 화장실 및 샤워실의 차폐시설을 개선해야한다.

자유로운 종교 활동 관련 부분에서는 '예'라고 응답한 경우 739명(74.9%), '아니오'라고 응답한 경우 141명(14.3%), '잘 모르겠음'이라고 응답한 경우 106명(10.8%)이었다. 인간은 모두 원하는 종교를 원하는 방법으로 신앙할 자유가 있다. '아니오'와 '잘 모르겠음'이 247명(25.1%)를 차지하는 것은 이러한 자유권을 침해하는 행위라고 할 수 있다.

개인정보 관리의 적절성 관련 부분에서는 '예'라고 응답한 경우 700명(71.9%), '아니오'라

국가인권위원회
humanrights.go.kr

고 응답한 경우 84명(8.6%), '잘 모르겠음'이라고 응답한 경우 190명(19.5%)이었다. 이와 관련한 헌법 제 17조(사생활의 비밀과 자유)에 따르면, 모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해 받지 아니한다고 규정하고 있고, 의료법 제20조 제1항(기록열람 등)에서도 의료인 또는 의료종사자는 특히 규정된 경우를 제외하고는 환자에 관한 기록의 열람 · 사본교부 등 그 내용 확인에 응하여서는 아니 된다고 규정하고 있음을 명시하고자 한다.

[표 2-97] 사생활 보장 및 개인정보의 보호

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
화장실 사용 시, 가림문 설치	잠금장치 있고 사생활 보호됨	778	79.4
	잠금장치 있지만, 가슴이하만 가려짐	53	5.4
	잠금장치 없고 가슴이하만 가려짐	126	12.9
	문이 없고 전혀 가려지지 않음	23	2.3
샤워 시, 가림막이나 문 설치여부	문 잠그고 사생활 보호됨	720	73.3
	잠글 수 있지만 일부만 가려짐	92	9.4
	잠글 수 없고 일부만 가려짐	134	13.6
	문이 없고, 전혀 가져지지 않음	36	3.7
입원(소)시, 자유로운 종교 활동	예	739	74.9
	아니오	141	14.3
	잘 모르겠음	106	10.8
개인정보 및 치료경력 등 정보관리의 적절성	예	700	71.9
	아니오	84	8.6
	잘 모르겠음	190	19.5

(2) 신체적 안전에 대한 권리

신체질환의 치료 제공에 만족하는 경우는 573명(58.0%)이고, 보통은 264명(26.7%), 불만족은 57명(5.8%), 해당없음은 94명(9.5%)이었다. 신체질병에 대한 예방과 적절한 치료를 위한 건강검진과 정기적인 점검이 필요하다. 특히 장기요양시설의 경우 년 1회 이상의 꾸준하고 정밀한 건강검진을 통해 또 다른 만성질환이 중복되지 않도록 치료진의 각별한 관심이 요구된다.

화재발생 시, 비상벨 또는 비상구 사용여부로는 위치를 알고 사용가능한 경우가 708명(73.1%), 위치는 알지만 이용이 힘든 경우가 144명(14.9%), 위치를 모르는 경우가 98명(10.1%), '이용시설 없는 것으로 알고 있다'는 경우가 18명(1.9%)이었다. 화재 및 재난에 대

한 안전의식을 고취할 수 있는 집단 및 개별교육과 대피훈련 등을 적극적으로 실시할 필요가 있다.

[표 2-98] 신체적 안전에 대한 권리

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
신체질환의 적절한 치료 제공	만족	573	58.0
	보통	264	26.7
	불만족	57	5.8
	해당없음	94	9.5
화재발생 시, 비상벨 또는 비상구 사용여부	위치를 알고 사용가능함	708	73.1
	위치는 알지만 이용은 힘듦	144	14.9
	얘기는 들었지만, 위치를 모름	98	10.1
	그런 이용시설이 없는 것으로 앎	18	1.9

(3) 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리

사생활이 보호되는 개인 공간 확보에 대해 만족하는 경우가 455명(46.3%), 보통이 402명(40.9%), 불만족이 126명(12.8%)이었다. 혼자 있고 싶을 때 사생활이 보장되는 개인공간의 확보로 고립이 아닌, 인격적인 존중과 보호를 받는 관점의 치료적 접근이 이뤄져야 할 것이다. 또한 원(시설)내, 의사/주치의 및 사회복지사/임상심리사와 같은 전문요원들과의 적정한 면담 시간에 대해서도 현실적으로 가능한 제도 개선이 요망된다.

[표 2-99] 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
혼자 있고 싶을 때, 사생활 보호되는 개인 공간 확보	만족	455	46.3
	보통	402	40.9
	불만족	126	12.8

국가인권위원회 humanrights.go.kr

구분	이용횟수(%)					이용 시 만족도(%)			
	수시로	매일	주3~4회	주1~2회	부정기적	매우 만족	대체로 만족	별로 만족 못함	매우 불만족
원(시설)내, 의사/주치의 면담	314 (32.2)	92 (9.4)	117 (12.0)	300 (30.6)	155 (15.8)	404 (41.2)	440 (44.9)	112 (11.4)	25 (2.5)
원(시설)내, 사회복지사/임상심리사 면담	489 (50.7)	81 (8.4)	71 (7.4)	144 (14.9)	180 (18.7)	395 (42.4)	404 (43.4)	99 (10.6)	33 (3.5)

(4) 인간적 존엄성을 추구할 권리

정신보건의료체계의 정신의료 영역에서 추구하고자 하는 적정 의료는 합법적이고 인권적인 토대 위에서 형성되고 수행되어야 한다. 2009년[22] 격리 및 강박과 관련된 국가인권위원회의 보고서에 따르면, 정신병원 내에서 격리 및 강박을 경험한 정신질환자의 비율이 45.0%에 이르고 그 과정에서 강박의 이유와 설명을 듣지 못한 비율은 34.7%로 보고되었다. 또한 국가인권위원회의 2015년[23] 격리 · 강박 실태조사 보고서에 따르면 격리 및 강박의 경험이 있는 정신질환자의 80.6%가 비자발적 입원이었고 조현병이 28.7%로 높은 비중을 차지하고 있었다.

2019년 실시된 재원당사자의 격리 및 강박시행과 관련한 조사결과는 [표2-100]과 같다. 입원(소)동안 378명(39.7%)이 보호실에 격리된 경험을 보고하였다. 격리된 경험은 1회가 111명(36.6%)로 가장 많았고 4회 이상도 85명(28.1%)으로 나타났다. 격리 및 강박경험에 대한 생각은, '고통스럽지만 불가피한 측면이 있고, 회복에 도움이 됨.'이라는 응답이 268명(61.3%)으로 많았다. 비록 격리강박이 도움이 된다는 측면이 더 많았지만 고통을 호소하는 환자가 65%에 달한다는 점은 격리강박을 최소화하거나 대안적 방법을 모색할 필요가 있음을 시사한다.

격리된 경험이 있는 재원당사자에 있어서 격리 실시에 대한 치료진의 설명은 51.7%가 '예'라고 답하였고, 격리 및 강박 시행 중 음식제공 및 개인위생관리는 적절히 제공되었다는 응답이 67.9%와 63.4%로 나타났다. 또한 시행 도중 치료진으로부터 언어 및 신체폭력이 있었냐

22) 국가인권위원회. 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축. 서울:국가인권위원회;2009.
23) 국가인권위원회. 정신병원 격리, 강박 실태조사. 서울:국가인권위원회:2015.

는 질문에 313명(71.0%)이 '아니오'라고 답하였다. 보호실의 청결상태와 안정에 대한 질문에는 다소 부정적인 대답(44.9%)이 많았고 이는 보호실 사용 시, 변화의 필요성에 대해 2번째 우선순위로 '보호실 환경이 개선될 필요가 있다.'(130명/29.1%)는 요구사항으로 조사되었다. 보호실 변화의 우선순위로 가장 많은 답변은 '다른 방법을 우선 적용하려는 노력이 선행되어야 한다'는 의견이 169명(37.9%)이었다. 격리강박을 시행하기 전에 환자의 흥분과 행동문제를 조절할 수 있는 다양한 정신사회적 중재법 개발이 필요하다. 아울러 이러한 부분이 실질적으로 시행될 수 있도록 인권 교육에 반영할 필요가 있다.

[표 2-100] 격리 및 강박시행과 관련

(N=1,000)

구분		경험유무(%)		경험횟수(%)			
		예	아니오	1회	2회	3회	4회 이상
입원(소)기간 동안, 보호실에 격리된 경험		378 (39.7)	574 (60.3)	111 (36.6)	61 (20.1)	46 (15.2)	85 (28.1)
		기관유형, N(%)			x2	p	
		의료기관	요양시설	생활시설			
	예 (n=378)	249(39.7)	49(31.4)	80(47.3)	8.595	0.014	
	아니오 (n=574)	378(60.3)	107(68.6)	89(52.7)			
		예(%)		아니오(%)		기억 안남(%)	
격리 및 강박 시행 중	격리실시에 대한 치료진의 설명이 있었는가?	250(51.7)		167(34.5)		67(13.8)	
	음식제공은 적절한가?	301(67.9)		93(21.0)		49(11.1)	
	개인 위생관리는 적절한가?	281(63.4)		109(24.6)		53(12.0)	
	언어 및 신체폭력이 있었는가?	84(19.0)		313(71.0)		44(10.0)	
	보호실의 청결상태와 안정은 어땠는가?	177(40.3)		197(44.9)		65(14.8)	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	항목	빈도	%
격리 및 강박 경험과 관련한 생각은?	매우 고통스럽고 불필요한 조치임	90	20.6
	고통스럽고 도움이 안 됨	79	18.1
	불가피한 면이 있지만 고통스러움	112	25.6
	회복에 도움이 됨	156	35.7
보호실 사용 시, 변화의 필요성에 대한 우선사항	다른 방법을 우선적용하려는 노력이 선행되어야 함	169	37.9
	보호실 환경개선의 필요	130	29.1
	격리 및 강박 시, 의료진 방문	60	13.5
	격리 및 강박 자체를 없애야 함	50	11.2
	기타	37	8.3

격리와 함께 강박된 경험이 있는 당사자와 관련한 결과는 [표 2-101]과 같다. 강박이 시행된 장소는 보호실이 74.5%로 월등히 많았지만, 여전히 안전과 별도의 시스템이 갖춰지지 않은 임시장소 및 공개장소[24], 기타장소가 25.6%를 차지하고 있어 지속적으로 근절되어야 하는 항목으로 여겨진다. 강박되는 신체부위는 팔과 사지가 가장 많았고 사용도구에 있어서는 형겊이나 줄(43.9%) 또는 탄력붕대(억제대)(33.5%)의 사용이 여전히 많았다. 옷처럼 입는 보호의의 사용은 7.2%로 낮았다. 강박 시행에 따른 의료진의 규칙적인 상태 확인과 시행이유 및 과정을 설명 들었는가에 대한 질문, 그리고 강박이 정당한지에 대한 당사자 생각에 있어서는 비교적 긍정적으로 생각하고 있었다.

[표 2-101] 강박경험이 있는 당사자 관련

구분		항목	빈도	%
격리와 함께 강박 시행 여부		예	205	40.7
		아니오	299	59.3
'예'로 답한 경우 :	강박된 신체 부위	팔	101	10.2
		사지	98	9.8
		몸통	31	3.1
	시행된 장소	보호실	210	74.5
		임시장소	14	5.0
		공개된 장소	24	8.5
		기타	34	12.1

24) 2009년 보고서에서는 보호실이 아닌 침대 옆 등을 포함한 공개 장소로 파악되었음 (국가인권위원회 2009, 42p)

구분		항목	빈도	%
강박 관련	사용된 도구	헝겊이나 줄	121	43.9
		탄력붕대(억제대)	93	33.5
		보호의(옷처럼 입는)	20	7.2
		기타	43	15.5
	의료진의 규칙적인 상태확인	예	170	55.6
		아니오	88	28.8
		기억 안남	48	15.7
	시행이유와 과정 설명여부	예	143	46.7
		아니오	124	40.5
		기억 안남	39	12.7
	강박 정당성에 대한 당사자 생각	적절함	165	54.1
		부적절함	84	27.5
		잘 모르겠음	56	18.4

재원당사자에 있어서 인간적 존엄성을 추구할 권리로 치료진과 원내 직원, 다른 입원(소)자들의 언어적 인격무시, 물리적 폭력이나 가혹행위, 시설 내 방장의 존재 유무, 다른 입원(소)자들의 따돌림, 차별대우, 구타 등에 대해서는 [표 2-102]와 같다. 위 항목에 대해서 비교적 긍정적인 답변이 많았지만 그럼에도 불구하고 10~30%가량은 부적절한 가혹행위나 언어적 폭력, 인격무시, 따돌림, 구타 등이 여전히 존재하고 있음을 볼 수 있었다.

[표 2-102] 치료진 & 직원 & 다른 입소자와 관련

(N=1,000)

구분	경험유무(%)	
	예	아니오
치료진 또는 직원에게 언어적 인격무시(반말, 욕)	183(19.0)	779(81.0)
치료진 또는 직원에게 물리적 폭력이나 가혹행위	103(10.7)	862(89.3)
원(시설)내 실장(방장)이 있는지 여부	291(30.6)	661(69.4)
다른 입소자들의 언어 또는 물리적 폭력, 가혹행위, 인격무시, 따돌림, 차별대우 등의 경험	199(21.3)	737(78.7)

구분	항목	빈도	%
원(시설)내 직원의 언어는?	항상 존댓말을 사용	462	48.0
	대체로 존댓말 사용	418	43.5

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분		경험유무(%)	
		예	아니오
	가끔 기분 나쁜 반말 사용	75	7.8
	항상 기분 나쁜 반말 사용	7	0.7
원(시설)내 직원의 가혹행위를 본적이 있는가?	한 번도 본 적 없음	754	77.0
	한 번 정도 봄	112	11.4
	몇 번 본적 있음	94	9.6
	자주 봄	19	1.9
본인이 다른 입소자에게 맞거나, 다른 입소자가 구타당하는 것을 보았는가?	한 번도 본 적 없음	692	70.9
	매우 드물게 있음	162	16.6
	가끔씩 있음	92	9.4
	자주 있음	30	3.1

정신질환자에 대한 격리 및 강박의 영역은 다양한 기본권이 관련되어 있고 침해되기 쉬운 것이므로 개별의 정신의료기관 및 관련시설의 자율적인 영역으로 맡겨둘 수는 없다. 정신질환 당사자의 인권증진과 정신의료기관의 자발적 노력을 독려하기 위해 형사적, 행정적인 제재만이 아닌 관련 시설과 인력의 확충 그리고 환경적 개선을 위한 행정 및 재정적 지원이 병행되어야 할 필요가 절실하다[25].

(5) 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경

재원당사자의 개인적 의사소통 및 외부와의 소통이 원활히 이루어지는 환경에 대한 결과는 [표2-103]과 같다. 전화사용이나 사용 시 직원의 관여, 보호자 면회제한은 3% 이하의 통제와 강제성이 있었다. 재원 시 불편사항에 대해서 건의하는 민주적 환경에 대해서는 2009년 조사 당시와 비교하면 여전히 '직원에게 직접 말한다'는 답변이 567명(57.9%)으로 가장 많았다. 주목할 점은 10년 전에는 인권함 이용률이 6.6%에 불구하였지만 2019년 조사에서는 '(불편사항을)적어서 인권함을 이용함.'이 203명(20.8%)으로 크게 변화된 것을 볼 수 있었다. 건의 내용에 대한 적절한 반영은 긍정적인(84.8%)것으로 나타났다. 아직은 미흡한 재원당사자들의 자유롭고 민주적인 의사소통 환경을 위해 '건의함'사용을 비롯한 다양한 소통의 경로를 개발하고 당사자 스스로가 선택할 권리와 함께 적극적인 사용을 권장하고 이를 적절히 반영하기 위한 제도적인 장치가 마련되어야 할 것이다.

25) 김성완, 이명수, 황태영...등, 정신의료기관 내 격리 및 강박지침 개발, 2016.

[표 2-103] 의사소통이 원활히 이뤄지는 민주적 환경

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
입원(소)후, 전화제한	제한 없음	728	73.8
	일정 기간 이후 전화 가능함	207	21.0
	전화 거의 어려움	35	3.5
	전화 불가능함	16	1.6
전화사용 시, 직원의 관여	별도의 공간에서 사생활 보호됨	571	58.6
	별동 공간 없지만 사생활 보호됨	337	34.6
	가끔 전화사용 시, 직원 동석함	36	3.7
	항상 직원이 전화내용 체크함	30	3.1
입원(소)후, 휴대전화 사용	1. 개인소지로 자유롭게 사용함	404	41.7
	2. 맡기고 필요 시, 사용함	104	10.7
	3. 맡기고 정해진 시간만 사용함	74	7.6
	4. 전혀 사용 못함	387	39.9

	기관유형, N(%)			x2	p
	의료기관	요양시설	생활시설		
1. (n=404)	245(38.6)	86(53.1)	73(42.2)	13.145	0.041
2. (n=104)	73(11.5)	14(8.6)	17(9.8)		
3. (n=74)	53(8.4)	6(3.7)	15(8.7)		
4. (n=387)	263(41.5)	56(34.6)	68(39.3)		

입원(소)후, 면회제한	제한 없음	726	73.9
	일정 기간 이후 가능함	201	20.5
	규칙에 의해 오래 제함됨	27	2.7
	거의 제한됨	28	2.9
보호자의 면회	일주일에 여러 번	82	8.5

국가인권위원회
humanrights.go.kr

횟수	일주일에 한 번	111	11.6
	한 달에 2~3번	314	32.7
	몇 달에 한 번	278	29.0
	면회 오지 않음	175	18.2
입원(소)후, 외부소통 제한과 통제에 대한 생각	1. 매우 불편하고 통제는 필요 없음	370	38.5
	2. 최소한의 범위만 통제해야 함	187	19.4
	3. 불편하지만 통제는 필요함	244	25.4
	4. 통제는 매우 필요함	161	16.7

	기관유형, N(%)			x2	p
	의료기관	요양시설	생활시설		
1. (n=370)	223(35.1)	70(44.0)	77(46.1)	14.269	0.027
2. (n=187)	124(19.5)	31(19.5)	32(19.2)		
3. (n=244)	179(28.1)	37(23.3)	28(16.8)		
4. (n=161)	110(17.3)	21(13.2)	30(18.0)		

불편사항에 대한 건의	적어서 인권함을 이용함	203	20.8
	건의의 기회가 정기적으로 있음	182	18.6
	직원에게 직접 말함	567	57.9
	건의할 수 없음	58	5.9
건의 내용 반영의 적절성	적절히 반영됨	498	51.4
	대체로 반영됨	323	33.4
	별로 반영 안 됨	103	10.6
	전혀 반영 안 됨	44	4.5

(6) 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권

정신의료기관 또는 정신관련 시설 내에서 실시되고 있는 약물치료 및 (주간)프로그램 진행에 대한 재원당사자들의 알 권리와 자기결정권에 대한 결과는 [표 2-104]와 같다.

[표 2-104] 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
약물치료 전, 효과 및 부작용에 대한 설명	자세히 설명 들음	502	51.3
	설명이 미흡했음(예: 부작용설명 등)	242	24.7
	어떤 설명도 듣지 못함	116	11.8
	기억 안남	119	12.2
약물복용 설명	담당의사	508	52.8
	간호사 또는 다른 치료진	287	29.8
	설명 듣지 못함	168	17.4
계획표에 따른 주간프로그램 진행	매주 계획대로 진행	748	76.9
	가끔 다른 프로그램 진행	155	15.9
	항상 다른 프로그램 진행	43	4.4
	계획된 프로그램 없음	27	2.8
입원(소)내, 치료 프로그램에 대한 설명	상세한 설명과 선택 가능함	771	79.7
	설명은 들었지만, 무조건 참여 강요	79	8.2
	대충하는 설명과 무조건 참여 강요	49	5.1
	설명 없이 참여여부 결정	68	7.0

구분	정신건강복지법으로 개정 후 변화 (%)				
	상당히 나빠짐	약간 나빠짐	비슷함	약간 좋아짐	상당히 좋아짐
지역사회 생활을 위한 서비스	79(8.2)	39(4.1)	300(31.2)	280(29.1)	263(27.4)
정신건강치료	45(4.7)	45(4.7)	312(32.5)	286(29.8)	273(28.4)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

이번 2019년 보고서에는 2017년 5월, '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭, 정신건강복지법)'이 개정된 이후 재원당사자들이 체감하는 정신건강서비스 변화에 대한 부분이 조사되었다. 먼저 지역사회 생활을 위한 서비스와 정신건강치료에 대한 변화로 '좋아진 편'의 재원당사자 응답이 각각 56.5%, 58.2%로 나타났다.

정신건강복지법 개정의 주요 목적은 환자의 인권침해를 최소화하고 안전하고 건강한 치료 및 복지지원을 보장하겠다는 것으로, 2017년 5월 30일부터 시행되었다. 하지만, 국민들의 다양한 정신보건 서비스 욕구를 온전히 담아내지 못했고 보건 및 복지 전문가의 의견이 충분히 반영되지 않았다는 한계점이 부각되었다. 특히 비자의입원(강제입원)과 관련하여 위기 개입의 효율성이 저하되었고, 국공립 등 지정기관 소속 전문의와의 교차진단의 현실적 어려움, 치료필요성과 자타해 위험성이 함께 만족해야 치료적 개입이 가능하도록 하면서 자타해 위험성을 예방하는 치료적 접근이 제한된 점 등은 적정한 치료 절차를 저해한다는 의견이 제시되고 있다. 이에 본래의 법 개정 목적에 부합하는 현장의 목소리와 전문가의 의견수렴이 이뤄지고 개선되어야 할 것으로 사료된다[26]. 아울러 법의 이름처럼 복지 지원이 실제적으로 이루어질 수 있는 제도와 재정적 체계를 정비할 필요가 있다.

(7) 기타

재원당사자들의 기타 치료과정에서의 인권을 조사한 결과, 정신질환으로 자/타해 위험이 있는 경우 강제입원은 필요하다는 의견이 549명(63.0%)로 나타났고, 응답에서 '잘 모름'을 제외하면 76.8%의 재원환자들은 강제입원이 필요하다고 응답하였다. 현재 우리나라의 정신질환 및 정신장애인에 대한 지원과 재정투자에 대한 생각은 '부족한 편'이라고 응답한 대상자가 532명(61.6%)였다.

정신질환 치료와 관련하여 중요하게 여기는 가치를 3가지 선택하라는 질문에 1순위는 〈개인의 인권존중〉 그리고 〈자기결정권〉, 〈정신건강회복〉의 순으로 조사되었다. 행복한 삶과 신체건강에 대한 우선순위도 약 30% 이상에서 우선순위로 답하였다. 반면 지역사회에 거주할 권리 및 나와 주변의 안전에 대한 우선순위는 비교적 낮았다.

26) 김창윤. (2017). 정신건강복지법 이대로는 안 된다. 의료정책포럼, 15(3), 43-50.

[표 2-105] 기타 치료과정에서의 인권

(N=1,000)

구분	항목	빈도	%
정신질환으로 자/타해 위험을 주는 경우(강제입원)	예	618	63.5
	아니오	181	18.6
	잘 모름	174	17.9
현재 우리나라의 정신질환 및 정신장애인에 대한 지원과 재정투자에 대한 생각	매우 부족함	210	21.8
	부족한 편임	384	39.8
	충분한 편임	273	29.3
	매우 충분함	97	10.1
		빈도(%)	순위
정신질환 치료와 관련하여 중요한 가치(3가지선택)	자기결정권	467(47.6)	2
	지역사회에 거주할 권리	186(18.9)	7
	개인의 인권 존중	528(53.8)	1
	정신건강 회복	466(47.4)	3
	독립적인 생활	244(24.8)	6
	나와 주변의 안전	180(18.3)	8
	행복한 삶	363(37.0)	4
	신체건강	291(29.6)	5

라) 입원(소) 서비스의 도움 정도

‘우리나라의 정신장애인에 대한 지원과 투자는 현재 적절하고 충분하다고 생각하십니까’라는 질문에 64%가 ‘부족하다고 답하였다. 이는 정부의 지원과 투자가 부족하다는 것을 나타내며 아울러 정신장애인 인권 신장을 위해서도 정부의 보다 적극적인 재정 투자가 필요함을 시사한다.

본 조사에서는 15개의 서비스를 제시하고, 6점(1=매우 도움됨, 6=이용경험 없음) Likert 척도로 평정하였다. 점수가 낮을수록 각 서비스에 대한 도움정도가 높은 것을 의미한다. 대부분의 서비스 항목에서 ‘도움됨’에 대한 반응이 가장 높았다. 가장 도움이 되는 5가지 항목을 순서대로 살펴보면, ①담당의사와의 상담 ②약물복용 ③정신건강의학과 병원 입원 치료 ④사회복지사와 상담 ⑤간호사와 상담 순이었다. 이에 반해 지역사회 내 정신건강복지센터 및 사회복귀시설 등의 이용, 직업활동, 정신요양시설 입소, 종교 활동 등은 도움 정도가 상대적으로

국가인권위원회
humanrights.go.kr

낮게 나타났다. 입원 유형에 따라 자의입원과 비자의입원 모두에서 도움이 되는 순서 1~3위는 동일하게 나타났고 전체적 순위도 거의 차이가 없었다.

본 조사결과에 비추어 볼 때, 효율적인 치료를 위해서는 전문가(의사/간호사/사회복지사)의 역할이 매우 중요함을 알 수 있다. 또한 현재 재원하고 있는 당사자들을 대상으로 한 설문으로 지역사회 서비스 이용보다는 병원에서 제공받는 서비스에 대한 긍정적 인식이 강하였다. 따라서 정신보건 전문가들이 재원당사자들에게 지역사회 내 정신건강서비스에 대한 구체적인 내용을 홍보하고, 정보를 전달하고 연결망을 통해 안내할 필요가 있겠다. 또한 서비스 이용자 입장에서 보다 효율적이고 효과적인 정신의료서비스 방식에 대한 고민과 전문화된 서비스를 종합적으로 이용할 수 있는 공간이 필요하다. 지역사회 내에서 전문적이면서도 종합적인 개입이 가능한 서비스를 제공할 수 있도록 지자체가 나서서 교류의 창을 마련해야 할 것이다. 마지막으로 가족 및 동료 환자 등 주변인의 지지를 받지 못하는 서비스 이용자에 대한 관심과 지원이 필요하다. 상담 및 치료 외에 재원당사자에게 사회적 지지체계를 마련하기 위한 다차원적인 접근이 필요하다. 단, 이러한 결과는 재원 당사자를 대상으로 설문을 시행한 특성이 반영된 것임을 고려해야 할 것이다.

[표 2-106] 정신의료서비스에 대한 도움정도

(N=1,000)

항목	도움정도(%)						평균	전체 순위
	매우 도움됨	조금 도움됨	보통임	별로 도움 안됨	전혀 도움 안됨	이용 경험 없음		
정신의료기관 입원 치료	480 (48.9)	223 (22.7)	195 (19.9)	38 (3.9)	32 (3.3)	13 (1.3)	1.94	3
정신건강의학과 외래 치료	430 (43.8)	243 (24.8)	206 (21.0)	38 (3.9)	17 (1.7)	47 (4.8)	2.09	6
정신요양시설 입소	335 (34.9)	190 (19.8)	153 (15.9)	54 (5.6)	39 (4.1)	190 (19.8)	2.84	13
약물복용	508 (51.7)	220 (22.4)	164 (16.7)	42 (4.3)	34 (3.5)	14 (1.4)	1.90	2
담당의사와 상담	515 (52.6)	232 (23.2)	169 (17.3)	32 (3.3)	23 (2.3)	8 (0.8)	1.82	1
간호사와 상담	428 (43.8)	256 (26.2)	199 (20.3)	44 (4.5)	22 (2.2)	29 (3.0)	2.04	4
사회복지사와 상담	446 (45.6)	237 (24.2)	202 (20.7)	32 (3.3)	16 (1.6)	45 (4.6)	2.05	5
병원(재활)치료프로그램	411 (42.2)	242 (24.8)	212 (21.8)	42 (4.3)	14 (1.4)	53 (5.4)	2.14	7
정신건강복지센터 이용	271 (28.0)	191 (19.7)	186 (19.2)	47 (4.9)	18 (1.9)	255 (26.3)	3.12	15
재활센터, 사회복귀시설 등 이용	301 (31.0)	184 (19.0)	181 (18.7)	46 (4.7)	19 (2.0)	239 (24.6)	3.02	14
동료 환자들의 지지	334 (34.4)	255 (26.3)	241 (24.8)	70 (7.2)	33 (3.4)	37 (3.8)	2.30	9
가족의 지지	422 (43.2)	226 (23.2)	185 (19.0)	59 (6.0)	43 (4.4)	41 (4.2)	2.18	8
직업 활동 (취업)	322 (33.3)	184 (19.0)	208 (21.5)	78 (8.1)	32 (3.3)	142 (14.7)	2.73	12
종교 활동	365 (37.7)	168 (17.4)	227 (23.5)	74 (7.7)	33 (3.4)	100 (10.3)	2.53	11
국가(주민센터 등)의 복지 지원	381 (39.0)	199 (20.4)	219 (22.4)	52 (5.3)	24 (2.5)	102 (10.4)	2.43	10

국가인권위원회
humanrights.go.kr

기관유형별 서비스 도움 순위는 [표 2-106-①]과 같다. 전체 순위와 마찬가지로 의사와의 상담, 약물복용, 정신건강의학과 병원 입원 치료가 높은 순위에 있는 것을 확인 할 수 있다. 생활시설에서는 간호사와 상담에 대한 도움 정도가 상대적으로 높게 나타났다. 전체적으로 사회복귀시설이나 정신건강복지센터의 도움의 순위는 가장 낮게 나타났다. 의료기관의 입원치료나 외래치료에 비해 정신요양시설입소에 대한 도움 순위는 매우 낮았고 이는 현재 요양시설 입소자들에서도 마찬가지였다. 재원당사자들은 공통적으로 전문가(의사, 간호사, 사회복지사)와 상담에서 많은 도움을 받는 것으로 응답하였다. 따라서 기관에 종사하는 의료인과 전문요원들이 당사자들과 소통할 수 있는 기회와 경로가 많아질 수 있도록 제도를 정비할 필요가 있다.

[표 2-106-①] 기관유형별 서비스 도움 순위

구분	의료기관		요양시설		생활시설	
	Mean±SD	순위	Mean±SD	순위	Mean±SD	순위
정신의료기관 입원 치료	1.91±1.14	3	2.04±1.31	5	1.96±1.07	4
정신건강의학과 외래 치료	2.08±1.31	4	2.07±1.32	6	2.16±1.32	7
정신요양시설 입소	2.91±1.93	14	2.59±1.79	11	2.79±1.82	13
약물복용	1.91±1.18	2	1.78±1.10	2	1.97±1.24	5
담당의사와 상담	1.84±1.13	1	1.69±0.90	1	1.83±0.97	1
간호사와 상담	2.12±1.29	6	1.94±1.06	4	1.87±1.08	2
사회복지사와 상담	2.10±1.35	5	1.94±1.20	3	1.95±1.16	3
병원(재활)치료프로그램	2.15±1.33	7	2.14±1.44	8	2.11±1.27	6
정신건강복지센터 이용	3.02±1.91	15	3.39±2.05	15	3.25±1.96	15
재활센터, 사회복귀시설 등 이용	2.88±1.88	13	3.33±2.07	14	3.22±2.01	14
동료 환자들의 지지	2.28±1.26	9	2.35±1.38	9	2.36±1.42	10
가족의 지지	2.18±1.38	8	2.11±1.36	7	2.24±1.42	8
직업 활동 (취업)	2.71±1.70	12	2.85±1.80	13	2.70±1.77	12
종교 활동	2.55±1.61	11	2.54±1.63	10	2.42±1.64	11
국가(주민센터 등)의 복지 지원	2.44±1.67	10	2.61±1.69	12	2.25±1.42	9

마) 입원(소) 서비스의 필요성

다음으로, 15개의 서비스를 제시하고 서비스 확대의 필요성에 대해 5점(1= 매우 필요함, 5=전혀 필요 없음) Likert 척도로 평정하였다. 점수가 낮을수록 각 서비스에 대한 확대 필요성이 높은 것을 의미한다. 대부분의 서비스 항목에서 '필요함'에 대한 반응이 가장 높았다. 가장 확대가 필요한 5가지 항목을 순서대로 살펴보면, ①정부의 복지 지원 ②정신의료기관 의사 상담 및 약 처방 ③스스로 관리하는 약물 증상 교육 ④당사자에 대한 인권교육 ⑤ 가족에 대한 지원체계 확대 ⑥ 입원치료 순이었다. 이에 반해 정신요양시설 입소 후 장기치료, 공동생활가정 그룹홈 입소, 동료활동가를 통한 절차지원 서비스, 일상 활동을 위한 활동보조원 및 자원봉사자 등에 대한 필요성은 상대적으로 낮게 나타났다.

자의입원과 비자의입원 대상자의 응답의 차이를 분석해보았을 때 서비스 확대 필요성 우선순위의 큰 차이는 없었다. 정부의 복지지원과 정신의료기관 의사 상담 및 약 처방은 동일하게 1, 2 순위로 나타났다. 입원치료의 확대 필요성에 대해서도 자의 및 비자의 입원 모두 6순위로 비교적 높게 나타났다. 비자의 입원 대상자에서 인권교육의 필요성 욕구가 상대적으로 낮게 나타났다.

본 조사결과에 비추어 볼 때, 정부의 복지 지원 확대에 대해서 매우 높은 필요성을 느끼고 있다. 재원당사자들의 인권 향상을 위해서는 정부의 복지 지원이 꼭 필요함을 알 수 있다. 한편 인권의식을 높이기 위한 교육 욕구와 스스로의 약물/증상 관리 능력의 필요성, 자립을 위한 정부의 지원에 대한 필요성을 크게 느끼고 있었다. 따라서 당사자들 입장에서 치료를 위한 약물증상 교육 프로그램 개발 및 시행과 함께 지역사회 내 자립을 위한 정부의 경제적, 행정적 지원 및 건강보험 수가 개발이 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-107] 서비스 확대의 필요성

(N=1,000)

항목	필요도(%)					평균	전체 순위
	매우 필요함	필요함	보통임	필요 없음	전혀 필요 없음		
입원 치료	383 (39.1)	309 (31.5)	175 (17.9)	70 (7.1)	43 (4.4)	2.06	6
정신요양시설 입소 후 장기치료	204 (21.1)	264 (27.3)	238 (24.6)	147 (15.2)	114 (11.8)	2.69	15
공동생활가정 그룹홈 입소	249 (25.6)	316 (32.5)	222 (22.8)	110 (11.3)	75 (7.7)	2.43	14
정신의료기관 의사 상담 및 약 처방	436 (44.6)	322 (32.9)	163 (16.7)	35 (3.6)	22 (2.2)	1.86	2
스스로 관리하는 약물증상교육	370 (37.8)	366 (37.4)	175 (17.9)	41 (4.2)	26 (2.7)	1.96	3
정신건강복지센터, 재활시설의 상담/교육/훈련	337 (34.4)	354 (36.1)	196 (20.0)	59 (6.0)	34 (3.5)	2.08	8
직업 교육과 훈련	355 (37.3)	291 (30.6)	178 (18.7)	85 (8.9)	43 (4.5)	2.13	10
전문인력의 상담, 지도, 교육	371 (37.8)	313 (31.9)	192 (19.6)	66 (6.7)	39 (4.0)	2.07	7
일상활동을 위한 활동보조원 및 자원봉사자	329 (33.7)	290 (29.7)	202 (20.7)	97 (9.9)	57 (5.8)	2.24	12
직업(취업) 기회의 확대	349 (35.8)	270 (27.7)	181 (18.6)	109 (11.2)	66 (6.8)	2.25	13
지원 주택을 통한 자립생활	384 (39.4)	298 (30.6)	166 (17.0)	73 (7.5)	54 (5.5)	2.09	9
동료활동가를 통한 절차지원 서비스	313 (32.3)	309 (31.9)	220 (22.7)	72 (7.4)	55 (5.7)	2.22	11
당사자에 대한 인권 교육	394 (40.4)	328 (33.6)	164 (16.8)	58 (5.9)	31 (3.2)	1.98	4
가족에 대한 지원 체계 확대	403 (41.3)	312 (32.0)	172 (17.6)	46 (4.7)	42 (4.3)	1.99	5
정부의 복지 지원	519 (53.0)	290 (29.6)	112 (11.4)	33 (3.4)	25 (2.6)	1.73	1

기관유형별 서비스 확대의 필요성 순위는 [표 2-107-①]과 같다. 전체 순위와 마찬가지로 정부의 복지 지원, 정신의료기관 의사 상담 및 약 처방이 높은 순위에 있는 것을 확인 할 수 있다. 한편 “일상 활동 보조원 및 자원봉사자” 항목에서는 요양시설에서 필요성을 더욱 느끼고 있었다. 입원치료의 확대 필요성에 비해 요양시설 입소의 필요성에 대한 응답은 상대적으로 매우 낮게 나타났다.

[표 2-107-①] 기관유형별 서비스 확대의 필요성

구분	의료기관		요양시설		생활시설	
	Mean±SD	순위	Mean±SD	순위	Mean±SD	순위
입원 치료	2.05±1.11	6	2.09±1.13	10	2.10±1.14	8
정신요양시설 입소 후 장기치료	2.76±1.30	15	2.54±1.19	15	2.58±1.30	15
공동생활가정 그룹홈 입소	2.46±1.19	14	2.29±1.21	14	2.45±1.23	14
정신의료기관 의사 상담 및 약 처방	1.83±0.96	2	1.82±0.93	2	2.00±1.05	3
스스로 관리하는 약물증상교육	1.99±1.00	4	1.89±0.94	3	1.95±0.94	2
센터, 시설의 상담/교육/훈련	2.10±1.05	8	2.01±1.03	7	2.08±1.02	7
직업 교육과 훈련	2.15±1.17	10	2.01±1.11	8	2.15±1.08	11
전문인력의 상담, 지도, 교육	2.10±1.11	9	1.91±1.09	5	2.10±1.09	9
일상활동보조원 및 자원봉사자	2.30±1.22	13	2.03±1.05	9	2.24±1.18	12
직업(취업) 기회의 확대	2.25±1.25	12	2.25±1.23	12	2.29±1.23	13
지원 주택을 통한 자립생활	2.05±1.15	7	2.29±1.28	13	2.08±1.09	6
동료활동가 지원 서비스	2.24±1.15	11	2.25±1.23	11	2.13±1.05	10
당사자에 대한 인권 교육	1.97±1.04	3	1.96±1.06	6	2.03±1.07	4
가족에 대한 지원 체계 확대	1.99±1.09	5	1.90±1.05	4	2.04±1.06	5
정부의 복지 지원	1.73±0.99	1	1.71±0.92	1	1.73±0.93	1

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4) 결론 및 제언

첫째, 본 조사에서는 정신보건 분야에 정부의 투자가 부족하고 복지 지원 확대가 시급히 필요하다는 재원당사자의 의견이 매우 강하였다. 정신장애인의 인권침해의 주된 요소는 현장의 실무자만의 문제가 아닌 정부의 정책미비와 투자부족이 원인일 수 있다는 당사자의 목소리를 귀담아 들을 필요가 있다.

둘째, 응답자의 약 절반 정도가 비자의(강제)입원을 경험하였지만, 90% 이상의 환자는 입원이 도움이 된다고 응답하였다. 비자의 입원 중인 대상자들의 80%에서도 입원이 도움이 된다고 답하였으며, 약 77%의 환자들은 강제입원이 필요하다고 답하였다. 이는 입원 시점에서 환자가 거부적이고 부정적이더라도 치료를 받으면서 시간이 지나며 판단과 생각이 변할 수 있음을 시사한다. 반면 다수가 입원치료가 도움이 된다고 답하였지만 동시에 약 1/3에서 입원치료로 인한 불편과 피해를 당했다고 응답한 점을 고려하면 필요한 입원 과정이 고통과 불편함이 최소화될 수 있도록 서비스 제공자 및 정부의 각별한 노력이 필요하다.

셋째, 의사 상담과 약 처방이 우선적으로 확대 필요성이 있다는 응답과 의사, 간호사, 사회복지사와 상담 및 입원을 포함한 정신의료기관 치료가 가장 도움이 된다는 응답은 입원이 인권침해의 관점만이 아닌 회복에 도움이 되는 필요한 과정이라는 관점에서 접근할 필요가 있음을 시사해준다. 즉, 의료기관을 통해 양질의 적절한 서비스가 제공받을 수 있도록 제도를 마련하는 것이 당사자의 욕구와 인권을 존중하는 하나의 방법이 될 것이다.

넷째, 당사자에 대한 교육과 가족에 대한 지원체계 확대에 대한 욕구가 강하게 나타났는데, 이를 제공할 수 있는 제도 마련과 재정 지원이 필요하다. 도움 및 서비스 확대 필요성이 떨어지는 비의료기관 서비스에 대해서는 이들이 양질의 서비스 제공을 하여 만족도가 올라갈 수 있도록 더욱 지원하고 정비할 필요가 있음을 시사한다.

다섯째, 입원 환경 개선과 격리강박 과정에 대한 개선 필요성이 확인되었다. 약 20%의 환자에서 격리강박이 매우 고통스럽고 불필요하다고 응답하였고, 약 40%의 환자들은 다른 방법을 우선 시도해야한다고 답해 격리 강박이 인권을 보호하면서 치료적으로 시행될 수 있도록 제도적 보완과 기술 개발이 필요하다. 격리강박이 도움이 된다는 취지의 응답이 61%로 많았지만 도움 여부와 상관없이 고통을 호소하는 환자가 65%에 달한다는 점은 격리강박을 최소화하거나 대안적 방법을 모색할 필요가 있음을 시사한다. 아울러 격리강박을 대체할 수 있는 다양한 정신사회적 중재법에 대한 개발과 적용이 필요하다.

여섯째, 인권과 자기결정권이 잘 보호되면서 양질의 정신의료 및 보건 서비스가 제공될 수

있도록 국가의 제도적 보완과 투자 확대가 필요하다고 할 수 있다. 아울러 법적인 의무교육으로 매년 실시되고 있는 국가인권위원회의 교육이 인권의 일반적 측면이나 법 준수의 차원을 넘어 안전한 격리강박의 방법, 격리강박을 대체할 수 있는 정신사회적 중재, 환자들이 가장 도움이 된다고 답한 의료진과의 상담이 보다 전문적으로 제공될 수 있도록 돕는 기술적 측면의 교육이 함께 이루어질 때 정신장애인 인권의 다양한 측면이 신장되는데 필요하다. 무엇보다도 정부의 복지재정 마련과 제도 정비 및 지원이 정신장애인 인권보호를 위해 가장 우선적으로 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 가족의 인식

가. 조사목적

본 장의 목적은 정신장애인 가족의 현재 현황과 서비스 욕구를 분석하는 것이다. 2008년 국가인권위원회 인권현황실태조사에서는 이를 위해 6개의 하위요인으로 구분하여 구체적으로 살펴보고자 하였다. 첫째, 가족의 소득과 사회보장제도 이용현황을 알아보는 것으로 소득보장 형태와 의료보장유형, 둘째는 서비스 이용형태를 파악하는 것으로 치료서비스 이용 상태와 지역사회재활서비스 이용 상태, 가족을 위한 지원서비스를 이용한 경험, 셋째는 서비스 접근에 관한 내용으로 정신장애인이 치료서비스와 지역사회재활서비스를 이용하지 않은 이유와 그런 서비스를 이용할 때 불편한 점들, 넷째는 서비스에 대한 욕구, 다섯째는 장기보호계획, 마지막으로 가족의 보호부담에 관한 내용으로 구성된 바 있다. 본 설문지를 이러한 분류에 기초하여 12년간의 변화를 비교분석하되 동료지원 독립주거 등 새로운 서비스를 추가하였고 정신장애인 국가책임제 등 현 이슈에 대한 질문도 포함하였다.

대한정신장애인가족협회를 비롯한 가족단체와 정신건강복지센터, 의료기관에 공문을 보내 협조요청을 하였고 관련 설문링크를 발송하였다. 전국적인 표집을 통하여 층화를 통해 선택된 대상이 아니라는 한계점으로, 의료 및 복지 기관 이용에 보다 적극적인 가족이 포함되었을 가능성을 배제할 수는 없다.

IRB 승인을 얻는 과정에서 대상자가 정신장애인과 가족이기 때문에 가장 취약한 피험자로 분류되어 일반과제에 비해 오랜 시간 소요되어 상대적으로 짧은 기간 동안 설문이 이루어진 한계가 있었다. 연구기간이 더 연장되었다면 더 많은 재가 대상자 확보가 가능하였을 것으로 사료되나, IRB 계획서에 제시된 연구기간 준수도 중요하다고 판단되었기에, 자발적 참여에 대한 동의절차가 확보된 205부로 마감하였다.

나. 조사도구

조사도구는 시설현황과 시설 운영 실태를 조사하기 위한 설문지이다. 10년 전 국가보고서 작성 당시 상황과 10년 전후 비교를 하기 위해 2008년 국가인권위원회 인권현황실태조사 연구용역 중「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사」때 사용되었던 현황조사표를 사용하였으며, 시대 변화를 반영하기 위하여 자문회의와 FGI 연구결과를 반영하여 새로이 변화된 내용

을 포함하여 본 연구의 조사표를 작성하였다. 현황조사는 기존의 자료를 사용하였다

다. 조사결과

1) 정신장애인 가족의 일반적 특성

본 연구는 연구참여에 동의한 205명의 정신장애인 가족을 대상으로 진행되었다.

본 연구에 참여한 정신장애인 가족은 〈표 2-108〉에서 보는 것과 같이 남성이 31.2%, 여성이 68.8%로 여성이 많았으며, 연령은 40대 24.9%, 60대 23.4%, 30대 22.4%, 50대 15.1%, 70대 6.8%, 20대 5.9%, 80대 이상 1.5% 순으로 나타났다. 지역별 현황은 경기가 30.7%로 가장 많았으며, 서울 20.5%, 경상남도 11.7%, 대구광역시 11.7%, 부산광역시 9.3%, 강원도 5.9%, 경상북도 5.4%, 광주광역시 2.0%, 인천광역시 1.0%, 대전광역시 0.5%, 전라북도 0.5%, 제주특별자치도 0.5%, 충청남도 0.5% 순으로 나타났다. 학력은 전문대·대학교 졸업이 51.2%로 가장 많은 것으로 나타났으며, 고등학교 졸업 30.7%, 중학교 졸업 8.8%, 무학 0.5% 순으로 나타났다. 결혼 상태는 기혼이 64.4%로 가장 많았으며, 미혼 25.4%, 이혼 6.3%, 사별 2.4%, 동거 1.0%, 별거 0.5% 순으로 나타났다.

정신장애인의 주된 보호자는 부모가 63.4%로 가장 많았으며, 배우자가 15.1%, 형제자매 10.2%, 친척 6.8%, 자녀 3.4%, 조부모 1.0% 순으로 나타났다. 반면 설문에 참여한 가족의 환자와의 관계는 부모 24.1%, 형제자매 23.4%, 친척 18.5% 순으로 웹설문의 특성상 부모보다 젊은 세대인 형제자매와 친척의 참여비율이 높았던 것으로 해석된다. 정신장애인의 주거형태는 자가가 56.6%로 가장 많았으며, 전세 28.8%, 월세 9.3%, 임대주택 4.9%, 친척집 0.5% 순으로 나타났다.

사회보장 가구 유형은 일반 수급가구 21.5%, 조건부 수급 가구 10.7%, 국가유공자 5.9% 순이었으며, 의료보장 유형은 건강보험 68.8%, 의료급여 1종 15.6%, 의료급여 2종 7.8%, 보장받고 있지 않은 경우가 7.8%였다. 응답자 중 치료비 및 생활비 부담 정도에 대해 다소 부담된다는 의견이 42.9%로 가장 많았으며, 매우 부담 27.3%, 보통 21.5%, 부담되지 않음 7.3%, 전혀 부담되지 않음 1.0% 순이었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-108] 정신장애인의 일반적 특성

구분	항목	빈도	%
성별	남	64	31.2
	여	141	68.8
연령	20대	12	5.9
	30대	46	22.4
	40대	51	24.9
	50대	31	15.1
	60대	48	23.4
	70대	14	6.8
	80대	3	1.5
환자와의 관계	부모	70	34.1
	배우자	24	11.7
	형제자매	48	23.4
	조부모	6	2.9
	자녀	19	9.3
	친척	38	18.5
	기타	0	0.0
주보호자	부모	130	63.4
	배우자	31	15.1
	형제자매	21	10.2
	조부모	2	1.0
	자녀	7	3.4
	친척	14	6.8
	기타	0	0.0
지역	강원도	12	5.9
	경기도	63	30.7
	경상남도	24	11.7
	경상북도	11	5.4
	광주광역시	4	2.0
	대구광역시	24	11.7
	대전광역시	1	0.5

구분	항목	빈도	%
	부산광역시	19	9.3
	서울특별시	42	20.5
	세종특별자치시	0	0.0
	울산광역시	0	0.0
	인천광역시	2	1.0
	전라남도	0	0.0
	전라북도	1	0.5
	제주특별자치도	1	0.5
	충청남도	1	0.5
	충청북도	0	0.0
학력	무학	1	0.5
	초등학교	0	0.0
	중학교	18	8.8
	고등학교	63	30.7
	전문대·대학교	105	51.2
	대학원 이상	18	8.8
결혼상태	미혼	52	25.4
	기혼	132	64.4
	동거	2	1.0
	이혼	13	6.3
	별거	1	0.5
	사별	5	2.4
주거형태	자가	116	56.6
	전세	59	28.8
	월세	19	9.3
	사글세	0	0.0
	임대주택	10	4.9
	친척집	1	0.5
	기타	0	0.0
가족 월 소득	100만원 미만	15	7.3
	100~200만원	35	17.1

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	항목	빈도	%
	200~300만원	55	26.8
	300~400만원	43	21.0
	400~500만원	26	12.7
	500만원 이상	31	15.1
사회보장 가구 유형	일반 수급 가구	44	21.5
	조건부 수급 가구	22	10.7
	국가유공자	12	5.9
	해당 없음	127	62.0
의료보장 유형	의료급여 1종	32	15.6
	의료급여 2종	16	7.8
	건강보험	141	68.8
	없음	16	7.8
치료비용	10만원 미만	38	18.5
	10~30만원	49	23.9
	30~50만원	33	16.1
	50~100만원	61	29.8
	100~500만원	23	11.2
		1	0.5
생활비 또는 용돈	10만원 미만	5	2.4
	10~30만원	39	19.0
	30~50만원	37	18.0
	50~100만원	50	24.4
	100~500만원	70	34.1
	500~1000만원	4	2.0
치료비·생활비 부담 정도	매우 부담	56	27.3
	다소 부담	88	42.9
	보통	44	21.5
	부담되지 않음	15	7.3
	전혀 부담되지 않음	2	1.0

3) 서비스 및 치료서비스 이용 상태

가) 서비스 이용 상태

가족(정신장애인)이 현재 받고 있는 서비스 형태 중 의사와 정기적 상담을 진행하고 있는 경우가 복수 응답자 중 94.1%로 가장 많았으며, 처방된 정신과 약물을 꾸준히 복용하고 있는 경우가 81.0%, 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설의 재활프로그램에 정기적으로 참여하는 경우가 52.7%, 지역 사회복지기관 이용 42.4%, 간호사나 사회복지사의 방문상담 35.6% 동료지원 서비스 이용 11.7% 순이었다.

[표 2-109] 현재 받고 있는 서비스 형태

단위: 명, %

항목	예	아니오
의사와 정기적 상담 진행	193(94.1%)	12(5.9%)
처방된 정신과 약물 꾸준히 복용	166(81.0%)	39(19.0%)
보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설의 재활프로그램 정기적 참여	108(52.7%)	97(47.3%)
보건소, 정신건강복지센터 간호사나 사회복지사의 방문상담	73(35.6%)	132(64.4%)
지역 사회복지기관 이용	87(42.4%)	118(57.6%)
동료지원 서비스 이용	24(11.7%)	181(88.3%)

나) 치료 서비스 이용 상태

정신장애인의 치료서비스 이용현황은 현재 정기적으로 정신과 병원을 방문하여 의사와 상담하고 있는 정신장애인이 전체의 89.8%, 처방한 약을 정기적으로 복용하는 정신장애인은 전체의 80.0%로 나타나 외래치료를 이용하는 비율이 전반적으로 높았다. 그 외 지역사회재활서비스의 이용현황에서는 재활프로그램에 정기적으로 참여하고 있는 정신장애인은 49.8%였으며, 지역사회복지기관을 이용하고 있는 경우가 39.0%, 방문상담을 받고 있는 경우가 32.2%, 동료지원 서비스를 이용하고 있는 경우가 12.7% 순이었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-110] 치료 서비스 이용 상태

항목	예	아니오
의사와 정기적 상담 진행	184(89.8%)	21(10.2%)
처방된 정신과 약물 꾸준히 복용	164(80.0%)	41(20.0%)
재활서비스 기관의 재활프로그램 정기적 참여	102(49.8%)	103(50.2%)
재활서비스 기관의 간호사나 사회복지사의 방문상담	66(32.2%)	139(67.8%)
지역 사회복지기관 이용	80(39.0%)	125(61.0%)
동료지원 서비스 이용	26(12.7%)	179(87.3%)

다) 주치의와의 정기적 상담 및 치료 여부

현재 병원 혹은 주치의와의 정기적 상담의 여부를 조사한 결과, 89.8%에 해당하는 184명이 주치의로부터 상담 및 치료를 받고 있는 것으로 나타났다. 국내 낮은 치료율을 감안할 때 상대적으로 적극적으로 치료받고 있는 정신장애인의 가족이 설문에 참여한 것을 시사한다.

라) 정신과 치료를 받는데 있어 불편한 점

정신과 치료를 받는데 있어 불편한 점으로는 치료를 받아도 호전되지 않아 지속할지 의문이라는 응답이 55.2%로 가장 많았고, 약물에 대한 부작용 49.2%, 교통비를 포함한 치료비용에 대한 부담 38.7%, 외부로 알려질 것에 대한 두려움 36.5%, 치료진의 설명 불충분 34.8%, 치료기관과의 거리 또는 이용이 불편하다는 의견이 33.7% 순으로 나타났다.

[표 2-111] 정신과 치료를 받는 중 겪는 불편사항

항목	빈도
정신장애자 본인의 비협조	52(28.7%)
치료 받아도 호전되지 않아 계속 할지 의문	100(55.2%)
약물에 대한 부작용	89(49.2%)
외부로 알려질 것에 대한 두려움	66(36.5%)
치료비용에 대한 부담(교통비 포함)	70(38.7%)
치료진의 치료경과 설명 불충분	63(34.8%)
치료기관과의 거리 또는 이용의 불편	61(33.7%)
치료진의 환자 및 가족에 대한 존중 부족 또는 권리 침해	21(11.6%)
치료시설 환경의 비위생 또는 불편	10(5.5%)
강압적 비인권적 치료 과정	11(6.1%)
기타	0(0%)

마) 정신과 치료가 필요하지만 받고 있지 않는 이유

정신과 치료가 필요하지만 받고 있지 않은 군(11.7%)에 이유를 조사하였다. 외부로 알려지는 것에 대한 두려움, 약물에 대한 부작용과 치료비용이 부담된다는 의견이 각각 50.0%, 45.8%, 41.7%로 가장 많았다. 그 외, 스스로 극복할 수 있다는 믿음 37.5%, 치료를 받아도 개선되지 않는다는 생각 33.3%, 정신질환을 부정 25.5%, 정신과 치료 이외의 방법으로 치료를 받고 있음 25.5% 등의 이유로 정신과 치료를 받고 있지 않은 것으로 나타났다.

[표 2-112] 치료가 필요하지만 받고 있지 않은 이유

항목	빈도
정신 질환을 부정	6(25%)
스스로 극복할 수 있다고 믿음	9(37.5%)
정신과치료 이외 방법 이용(종교, 취미 등)	6(25%)
치료 거부	3(12.5%)
외부로 알려지는 것에 대한 두려움	12(50%)
치료를 받아도 개선되지 않다고 여김	8(33.3%)
약물에 대한 부작용	11(45.8%)
부담되는 치료비용	10(41.7%)
완전히 치료되었다고 여김	2(8.3%)
치료기관과의 거리 또는 이용의 불편	5(20.8%)
치료진의 환자 및 가족에 대한 존중 부족 또는 권리 침해	0(0%)
기타	0(0%)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

바) 지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용 여부

현재 지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용 여부를 조사한 결과, 49.8%에 해당하는 102명이 주 1회 이상 정기 재활서비스를 받고 있는 것으로 나타났으며, 50.2%에 해당하는 103명이 받지 않고 있는 것으로 나타났다. 즉, 정기적으로 지역사회재활서비스 및 복지서비스를 이용하고 있는 정신장애인이 서비스를 이용하지 않고 있는 정신장애인보다 적었다.

사) 지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용하는데 있어 불편한 점

지역사회재활서비스 및 복지서비스를 이용하는데 있어 불편한 점으로는 재활서비스 기관과의 거리 또는 교통이 불편하기 때문이라는 의견이 47.1%로 가장 많았고, 재활프로그램이 다양하지 않아서 43.1%, 이용하였지만 실질적으로 도움이 되지 않아서 36.3%, 외부로 알려지는 것이 두렵기 때문이 35.3%, 재활서비스에 대한 정보가 충분하지 않아서가 32.4% 순이었다.

[표 2-113] 정신 재활서비스 이용 중 불편한 점

항목	빈도
정산장애인 본인의 반대 또는 비협조	14(13.7%)
이용하지만 실질적 도움이 되지 않음	37(36.3%)
재활서비스에 대한 충분한 정보가 없음	33(32.4%)
재활서비스 기관과의 거리 또는 교통의 불편	48(47.1%)
재활서비스 기관 이용비용에 대한 부담	24(23.5%)
외부에 알려지는 것에 대한 두려움	36(35.3%)
복잡한 이용절차 또는 긴 대기시간	21(20.6%)
직원이 전문적이지 않거나 불친절	14(13.7%)
직원의 정신장애인 권리 존중 부족	5(4.9%)
기관 시설환경의 비위생 혹은 불편	19(18.6%)
다양하지 않은 재활프로그램	44(43.1%)
정신과 증상 또는 장애로 인한 기관 이용 어려움	11(10.8%)
기타	0(0%)

아) 지역사회재활서비스 및 복지서비스 등 정신재활서비스를 이용하지 않는 이유

지역사회재활서비스 및 복지서비스 등 정신재활서비스를 이용하지 않는 군에 이유를 조사하였다. 기관과의 거리 또는 교통이 불편하고, 재활프로그램이 다양하지 않기 때문이라는 의견

이 각각 32.0%로 가장 많았다. 그 외 의견은 이용하였지만 도움이 되지 않았기 때문 31.1%, 서비스 이용에 대한 필요성을 알지 못해서 28.2%, 정신장애인 본인의 반대 또는 비협조 27.2%, 복잡한 이용절차 또는 긴 대기시간 25.2%, 외부에 알려지는 것에 대한 두려움 21.4%, 기관의 위치를 알지 못해서 20.4%, 정신과 증상 또는 장애로 인한 기관 이용의 어려움 20.4% 순이었다. 병식부재로 인한 비협조보다 실제 서비스기관과의 거리와 서비스의 질적 수준을 주요한 장벽으로 보고하였다.

[표 2-114] 정신 재활서비스 주 1회 이상 이용하지 않는 이유

항목	빈도
정신장애인 본인의 반대 또는 비협조	28(27.2%)
서비스 이용에 대한 필요성을 알지 못해서	29(28.2%)
기관의 위치를 알지 못해서	21(20.4%)
기관과의 거리 또는 교통의 불편	33(32%)
기관 이용비용에 대한 부담	11(10.7%)
외부에 알려지는 것에 대한 두려움	22(21.4%)
복잡한 이용절차 또는 긴 대기시간	26(25.2%)
직원이 전문적이지 않거나 불친절	12(11.7%)
직원의 정신장애인 권리 존중 부족	11(10.7%)
기관 시설환경의 비위생 혹은 불편	15(14.6%)
스스로 극복할 수 있다고 믿음(더 좋은 방법이 있음)	15(14.6%)
이용하였지만 도움이 되지 않았음	32(31.1%)
다양하지 않은 재활프로그램	33(32%)
정신과 증상 또는 장애로 인한 기관 이용 어려움	21(20.4%)
기타	0(0%)

자) 정신장애인에게 필요한 서비스

각 서비스에 대해 필요하다고 응답한 비율은 재활서비스기관을 통한 재활 90.7%, 약물증상관리교육 89.3%, 정기적인 외래치료 88.8%, 직업재활훈련 85.4%, 취업알선 84.4%, 당사자 인권교육 83.4%, 가정방문을 통한 상담과 교육서비스 79.63%, 지원주택을 통합 자립생활 76.1%, 활동보조서비스 73.6%, 정신병원 입원치료는 41%, 정신요양시설 입소를 통한 장기입소보호 30.72% 등의 순으로 나타났다. 동료활동가 서비스와 당사자 인권교육의 경우도 각각 71.7%와 83.4%로 높았다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인에게 필요한 서비스에 대해 매우 필요하다는 응답이 가장 높은 서비스는 직업교육 및 훈련(53.7%)였다. 그 외 재활서비스 기관의 여가활용 및 대인관계 등에 대한 재활(51.7%), 취업알선(48.8%), 스스로 관리하기 위한 약물 복용 및 증상관리 등의 교육(47.8%), 전문인력의 정기적 방문을 통한 취업 및 일상 활용 재활(45.9%) 서비스가 매우 필요하다고 인식하고 있었다.

[표 2-115] 정신장애인에게 필요한 서비스

단위: 명, %

항목	매우 필요함	필요함	필요 없음	전혀 필요 없음
의료기관 입원 치료	24(11.7)	60(29.3)	90(43.9)	31(15.1)
요양시설 장기간 입소 보호	16(7.8)	47(22.9)	94(45.9)	48(23.4)
공동생활가정 등 독립생활을 위한 훈련	53(25.9)	68(33.2)	63(30.7)	21(10.2)
의료기관 방문하여 의사와 정기적 상담 및 약 처방	88(42.9)	94(45.9)	21(10.2)	2(1.0)
스스로 관리하기 위한 약물 복용, 증상관리 등 교육	98(47.8)	85(41.5)	20(9.8)	2(1.0)
재활서비스 기관의 여가활용, 대인관계 등에 대한 재활	106(51.7)	80(39.0)	18(8.8)	1(0.5)
직업 교육 및 훈련	110(53.7)	65(31.7)	26(12.7)	4(2.0)
전문인력의 정기적 방문을 통한 취업 및 일상활용 재활	94(45.9)	69(33.7)	37(18.0)	5(2.4)
활동 보조인 또는 자원봉사자	80(39.0)	71(34.6)	47(22.9)	7(3.4)
취업 알선	100(48.8)	73(35.6)	29(14.1)	3(1.5)
지원주택을 통한 자립 생활	88(42.9)	68(33.2)	40(19.5)	9(4.4)
동료 활동가를 통한 절차지원 서비스	70(34.1)	77(37.6)	47(22.9)	11(5.4)
당사자에 대한 인권 교육	90(43.9)	81(39.5)	25(12.2)	9(4.4)

차) 정신장애인 가족에게 필요한 서비스

가족에게 지난 1년간의 경험에 비추어 볼 때 정신질환이 있는 사람을 돌보는 보호자로서 자신에게 각 서비스가 어느 정도 필요한지 조사한 결과, 각 서비스에 대해 필요하다고 응답한 비율은 치료 및 재활에 대한 정부의 비용지원 91.3%, 장기보호계획에 대한 전문가 상담 89.21%, 전문가와의 재활을 위한 상담서비스 88.8%, 재활기관에 대한 정보제공과 연결서비

스 81.5%, 장애인 등록 및 장애인복지서비스 이용 관련 상담과 안내 91.2%, 가족의 적극적 참여 체계 지원 88.7%, 치료기관에 대한 정보제공과 연결서비스 81%, 악화 시 상담전화 83.5%, 가족 자조모임 84.8%, 증상 악화 시 단기보호 서비스 88%, 응급입원 84.8% 증상악화로 입원을 위한 환자이송서비스 85.4%, 단기보호서비스 80% 순으로 필요하다는 응답비율이 높게 나타났다.

정신장애인 가족에게 필요한 서비스에 대해 매우 필요하다는 응답이 가장 높은 서비스는 치료 및 재활 비용에 대한 정부 지원(65.9%)이었다. 그 외 증상악화 시 의료기관 이외의 일시적 보호(50.7%), 증상악화 시 응급입원(50.7%), 가족의 적극적 참여 체계 지원(50.7%), 정신건강관리 또는 재활에 대한 교육(50.2%), 장기적 보호 계획에 대한 전문가 상담 및 조언(50.2%) 서비스가 매우 필요한 것으로 나타났다.

[표 2-116] 정신장애인 가족에게 필요한 서비스

단위: 명, %

항목	매우 필요함	필요함	필요 없음	전혀 필요 없음
증상 악화 시 전화 상담	85(41.5)	86(42.0)	32(15.6)	2(1.0)
증상 악화 시 의료기관 이외 일시적 보호 서비스	104(50.7)	71(34.6)	21(10.2)	9(4.4)
증상 악화 시 응급 입원	104(50.7)	70(34.1)	18(8.8)	13(6.3)
치료기관에 대한 정보제공 및 연결	92(44.9)	74(36.1)	33(16.1)	6(2.9)
재활서비스 기관에 대한 정보제공 및 연결	94(45.9)	73(35.6)	32(15.6)	6(2.9)
단기 환자 보호 서비스	88(42.9)	76(37.1)	31(15.1)	10(4.9)
정신건강관리 또는 재활에 대한 교육	103(50.2)	77(37.6)	22(10.7)	3(1.5)
가족을 위한 자조모임 참여	95(46.3)	79(38.5)	28(13.7)	3(1.5)
전문가와의 치료 및 재활에 대한 상담	94(45.9)	88(42.9)	20(9.8)	3(1.5)
장애인 등록 및 복시 서비스 이용에 대한 상담	95(46.3)	92(44.9)	17(8.3)	1(0.5)
장기적 보호 계획에 대한 전문가 상담 및 조언	103(50.2)	80(39.0)	21(10.2)	1(0.5)
치료 및 재활 비용에 대한 정부 지원	135(65.9)	52(25.4)	18(8.8)	0(0.0)
가족의 적극적 참여 체계 지원	104(50.7)	78(38.0)	22(10.7)	1(0.5)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

카) 지난 1년 동안 이용한 적이 있는 서비스

정신장애인이 지난 1년 간 이용한 적이 있는 서비스 빈도는 가족의 정신건강관리 및 재활에 대한 가족 교육과 안내(56.6%), 재활서비스 기관에 대한 정보 제공 및 연계(50.7%), 가족을 위한 자조모임(50.2%), 장애인 등록 및 복지 서비스 이용에 대한 상담과 안내(42.9%), 치료기관에 대한 정보 제공 및 연계(36.6%), 장기적 보호 계획에 대한 전문가 상담(32.2%) 사설 응급 이송단(22.9%), 증상악화 시 위기개입 서비스(22.4%), 증상악화 시 환자 이송 서비스(19.5%), 전화상담(19.5%) 순인 것으로 나타났다. 정신건강복지법 개정 후 2년이 경과하였으나 사설응급이송단 이용이 22.9%로 적지 않았다. 실제 전체 입원의 17%가 사설응급이송단을 이용한다는 보건복지부 자료와 일치하는 결과이다.

[표 2-117] 지난 1년 동안 이용해본 서비스

단위: 명, %

구분	예	아니오
정신건강상담전화를 이용한 전화상담	40(19.5)	165(80.5)
증상 악화 시 위기 개입 서비스	46(22.4)	159(77.6)
증상 악화 시 환자 이송 서비스	40(19.5)	165(80.5)
사설 응급 이송단	47(22.9)	158(77.1)
치료기관에 대한 정보 제공 및 연계	75(36.6)	130(63.4)
재활서비스 기관에 대한 정보 제공 및 연계	104(50.7)	101(49.3)
가족의 정신건강관리 및 재활에 대한 가족 교육과 안내	116(56.6)	89(43.4)
가족을 위한 자조모임	103(50.2)	102(49.8)
장애인 등록 및 복지 서비스 이용에 대한 상담과 안내	88(42.9)	117(57.1)
장기적 보호 계획에 대한 전문가 상담	66(32.2)	139(67.8)

4) 장기보호계획 수립여부

가족(정신장애인)의 장기적인 삶에 대한 계획을 세운 적이 있는가에 대한 질문에 계획을 세운 적이 없다는 응답자가 59.0%로 더 많았다. 계획을 세운 적이 있다는 응답은 41.0%로 2008년 조사에 비해서는 다소 높은 결과였다. 이와 더불어, 현 보호자의 보호가 불가할 시 환자의 생활비에 대한 방안, 거주지에 대한 계획, 치료/재활을 결정 및 지원할 사람에 대한 계획에 대한 응답으로 어떻게 해야 할지 모르겠다는 의견이 각각 33.2%, 35.6%, 28.8%로 전반적으로 높았다.

[표 2-118] 장기적 삶에 대한 계획

구분	항목	빈도	%
장기적 삶에 대한 계획을 수립 여부	예	84	41.0
	아니오	121	59.0
장기적 삶에 대한 환자와 협의 여부	예	55	65.6
	아니오	29	34.5
현 보호자의 보호가 불가할 시 장기적 보호에 대한 염려	주택마련	12	5.9
	소득(비용)보장	70	34.1
	정신건강관리	57	27.8
	신체건강관리	25	12.2
	재산관리	7	3.4
	신변보호	34	16.6
	기타	0	0.0
현 보호자의 보호가 불가할 시 환자 생활비에 대한 방안	어떻게 해야 할지 모르겠음	68	33.2
	물려줄 유산	40	19.5
	형제가 부양	23	11.2
	기초생활보장급여	59	28.8
	스스로 취업	15	7.3
	기타	0	0.0
현 보호자의 보호가 불가할 시 환자 거주지에 대한 계획	어떻게 해야 할지 모르겠음	73	35.6
	부모 마련한 주택에서 스스로	50	24.4
	형제 집	10	4.9
	친척 집	8	3.9
	거주시설, 사회복지시설 입소	34	16.6
	정신요양시설 입소	22	10.7
	정신의료기관 입원	8	3.9
	기타	0	0.0
현 보호자의 보호가 불가할 시 환자 치료/재활을 결정 및	어떻게 해야 할지 모르겠음	59	28.8%
	형제	62	30.2%
	친척	15	7.3%

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	항목	빈도	%
지원할 사람에 대한 계획	동사무소 사회복지 담당공무원	24	11.7%
	간호사/사회복지사(보건소/복지센터)	42	20.5%
	종교기관	3	1.5%
	기타	0	0.0%

5) 보호부담

가) 보호의무자 입원에 대한 생각

현재 정신질환이 악화되었을 때, 가족의 결정에 의한 보호의무자 입원이 가장 많은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 비자의 입퇴원과 외래지원제도(명령)의 결정 시 가족은 신청만 하고 정신건강심판원 또는 판사의 결정으로 하자는 논의에 대한 정신장애인 가족의 의견으로, 비자의 입원제도보다 어떻게 운영되고 서비스가 제공되는지가 더 중요하는 응답이 61.0%였고, 행정기관 및 사법기관에서 결정하는 것이 바람직하다는 응답이 22.9%, 현재 법 시스템에 만족한다는 응답이 16.1%였다.

[표 2-119] 비자의 입퇴원 및 외래지원 제도의 현행에 대한 생각

구분	빈도
현재 법 시스템에 만족	33(16.1%)
행정기관 및 사법기관에서 결정하는 것이 바람직	47(22.9%)
비자의 입원제도보다 어떻게 운영되고 서비스가 제공되는지가 중요	125(61%)
기타	0(0%)

나) 중증정신질환의 보호책임 대상에 대한 생각

중증정신질환의 보호책임이 누구에게 있다고 생각하는가에 대한 의견으로 국가와 사회에 있다는 응답이 67.3%로 가장 많았고, 가족에게 있다는 응답이 23.4%, 환자 본인 스스로에게 있다는 응답은 9.3%인 것으로 나타났다.

[표 2-120] 중증정신질환 보호책임은 누구에게 있는지

구분	빈도
본인 스스로	19(9.3%)
가족	48(23.4%)
국가와 사회	138(67.3%)
기타	0(0%)

다) 현재 가족(정신장애인)을 보호하는데 있어 경험하는 부담

지난 3개월을 기준으로, 현재 가족(정신장애인)을 보호하는데 있어 경험하고 있는 부담 중, 자신이 없을 때 대신 돌봐줄 사람에 대한 염려가 78.0%로 가장 많았고, 가족 갈등과 집안 분위기에 악영향 71.2%, 일상생활이 방해받음 66.8%, 치료비 부담 또는 수입 감소로 경제적 어려움을 경험함 62.9%, 가족의 심리적 어려움과 정신건강의 악화가 62.9% 순으로 많은 것으로 나타났다. 이 외에도 이웃과의 관계에서 문제를 일으킬까 염려됨 54.1%, 가족의 신체적 건강 악화 53.7% 등의 부담을 대체로 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다.

[표 2-121] 환자의 보호자가 경험하는 부담(최근 3개월 기준)

단위: 명, %

구분	예	아니오
낮 시간 하루 종일 돌봐야함	75(36.6)	130(63.4)
밤 시간 지속적으로 돌봐야함	72(35.1)	133(64.9)
대부분 잘 지내지만 약 복용, 식사 등의 도움이 필요	106(51.7)	99(48.3)
자살에 대한 염려	79(38.5)	126(61.5)
가족을 해칠까 염려됨	66(32.2)	139(67.8)
가족 이외 타인을 해칠까 염려됨	73(35.6)	132(64.4)
이웃과의 관계에서 문제를 일으킬까 염려됨	111(54.1)	94(45.9)
자신이 없을 때 대신 돌봐줄 사람에 대한 염려	160(78.0)	45(22.0)
외부에 알려질 것에 대한 염려	99(48.3)	106(51.7)
치료비부담또는수입감소로경제적어려움을경험함	129(62.9)	76(37.1)
일상생활이 방해받음	137(66.8)	68(33.2)
직업 및 경제활동이 방해받음	126(61.5)	79(38.5)
가족 갈등과 집안 분위기에 악영향	146(71.2)	59(28.8)
가족의 신체적 건강 악화	110(53.7)	95(46.3)
가족의 심리적 어려움과 정신건강의 악화	129(62.9)	76(37.1)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라) 일반적으로 겪을 수 있는 문제들에 대해 어려움을 경험하고 있는 정도

일반적으로 겪을 수 있는 문제들에 있어 얼마나 심각한 어려움을 경험하고 있는지에 대해, 정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별이 매우 심각하다고 느끼는 정신장애인 가족이 29.8%로 가장 많은 것으로 나타났다. 또한 실업, 저임금, 일자리를 구하기 어려운 등의 문제(21.0%), 노후준비를 하지 못하는 문제(19.5%), 여가 생활의 부족(16.6%), 친구나 이웃과 원만한 관계나 교류가 어려운 문제(14.6%), 경제적으로 어렵거나 가난함(14.1%) 등의 문제가 매우 심각하다고 느끼고 있는 것으로 나타났다.

[표 2-122] 경험하고 있는 어려움

단위: 명, %

항목	전혀 심각하지 않음	심각하지 않음	보통	심각	매우 심각
경제적으로 어렵거나 가난함	12(5.9)	23(11.2)	79(38.5)	62(30.2)	29(14.1)
질병이 있거나 장애가 있음	12(5.9)	33(16.1)	88(42.9)	50(24.4)	22(10.7)
주택의 노후, 공간 부족, 불편 등	15(7.3)	31(15.1)	83(40.5)	54(26.3)	22(10.7)
일상생활 기능의 어려움	16(7.8)	47(22.9)	80(39.0)	45(22.0)	17(8.3)
실업, 저임금, 일자리를 구하기 어려움 등	8(3.9)	26(12.7)	65(31.7)	63(30.7)	43(21.0)
여가생활의 부족	9(4.4)	19(9.3)	74(36.1)	69(33.7)	34(16.6)
가족 갈등이나 불화가 있음	12(5.9)	29(14.1)	73(35.6)	70(34.1)	21(10.2)
고독, 우울, 불안, 염려 등 심리적 문제	8(3.9)	29(14.1)	74(36.1)	67(32.7)	27(13.2)
노후준비를 하지 못함	6(2.9)	23(11.2)	50(24.4)	86(42.0)	40(19.5)
정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별	2(1.0)	13(6.3)	49(23.9)	80(39.0)	61(29.8)
친구나 이웃과 원만한 관계나 교류	7(3.4)	17(8.3)	75(36.6)	76(37.1)	30(14.6)

마) 가족(정신장애인)과 생활할 때의 태도

정신장애인을 보호하는 가족이 정신장애인과 생활할 때의 태도에 있어 긍정적인 문항의 경우 '환자가 내 곁에 있다는 것만으로 감사하다'라는 문항에서는 항상 그렇다 18.0%, 대체로 그렇다 32.7%, 그저 그렇다 31.2%, 별로 그렇지 않다 15.1%, 전혀 그렇지 않다 2.9%로 응답하였다. '환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다'라는 문항에서는 항상 그렇다 19.5%, 대체로 그렇다 27.8%, 그저 그렇다 30.7%, 별로 그렇지 않다 17.1%, 전혀 그렇지 않다 4.9%로 응답하였다. '환자로부터 내가 도움을 받을 때가 많다'라는 문항에 대해서는 항상 그렇다 2.4%, 대체로 그렇다 16.1%, 그저 그렇다 34.6%, 별로 그렇지 않다 32.2%, 전혀 그렇지 않다 14.6%로 응답하여 도움을 받는 상황에 대한 응답이 가장 낮았다.

반면 부정적인 문항으로 '환자를 보고 있으면 화가 치민다'라는 문항에 대해 정신장애인 가족은 대체로 그렇다 29.3%, 그저 그렇다와 별로 그렇지 않다 각각 28.8%, 전혀 그렇지 않다 10.2%, 항상 그렇다 2.9%로 응답하였다.

'환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다'라는 문항에서는 항상 그렇다 13.2%, 대체로 그렇다 37.1%, 그저 그렇다 27.3%, 별로 그렇지 않다 13.7%, 전혀 그렇지 않다 8.8%로 응답하였다.

'환자는 우리 집 골칫거리다'라는 문항에서는 항상 그렇다 6.3%, 대체로 그렇다 31.7%, 그저 그렇다 27.3%, 별로 그렇지 않다 21.5%, 전혀 그렇지 않다 13.2%로 응답하였다.

'환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업 시)를 줄까 걱정이 된다'라는 문항에 대해서는 항상 그렇다 12.7%, 대체로 그렇다 27.8%, 그저 그렇다 29.3%, 별로 그렇지 않다 19.5%, 전혀 그렇지 않다 10.7%로 응답하였다.

'차라리 환자가 태어나지 않았더라면 하는 생각이 든다'라는 문항에서는 항상 그렇다 3.4%, 대체로 그렇다 20.0%, 그저 그렇다 25.4%, 별로 그렇지 않다 22.4%, 전혀 그렇지 않다 28.8%로 응답하였다.

'환자를 멀리 보내버리고 싶다'라는 문항에서는 항상 그렇다 1.5%, 대체로 그렇다 13.2%, 그저 그렇다 24.9%, 별로 그렇지 않다 27.3%, 전혀 그렇지 않다 33.2%로 응답하였다.

'정신병적 증상(망상, 환각, 이상한 행동)을 보이면 화를 내고 자리를 피한다'라는 문항은 항상 그렇다 2.0%, 대체로 그렇다 27.3%, 그저 그렇다 22.9%, 별로 그렇지 않다 26.3%, 전혀 그렇지 않다 21.5%로 응답하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-123] 가족(정신장애인)과 생활할 때의 태도

단위: 명, %

항목	항상 그렇다	대체로 그렇다	그저 그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
환자를 보고 있으면 화가 치민다	6(2.9)	60(29.3)	59(28.8)	59(28.8)	21(10.2)
환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다	27(13.2)	76(37.1)	56(27.3)	28(13.7)	18(8.8)
환자는 우리 집의 골칫거리다	13(6.3)	65(31.7)	56(27.3)	44(21.5)	27(13.2)
환자로부터 내가 도움을 받을 때가 많다	5(2.4)	33(16.1)	71(34.6)	66(32.2)	30(14.6)
환자가 가족들에게 피해를 줄까 걱정이 된다	26(12.7)	57(27.8)	60(29.3)	40(19.5)	22(10.7)
환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다	37(18.0)	67(32.7)	64(31.2)	31(15.1)	6(2.9)
차라리 환자가 태어나지 않았더라면 하는 생각이 든다	7(3.4)	41(20.0)	52(25.4)	46(22.4)	59(28.8)
환자를 멀리 보내버리고 싶다	3(1.5)	27(13.2)	51(24.9)	56(27.3)	68(33.2)
환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다	40(19.5)	57(27.8)	63(30.7)	35(17.1)	10(4.9)
정신병적 증상을 보이면 화를 내며 자리를 피한다	4(2.0)	56(27.3)	47(22.9)	54(26.3)	44(21.5)

바) 최근 3개월 동안 환자로부터의 언어적 혹은 신체적 폭행 경험 여부

최근 3개월 동안 환자로부터의 언어적 또는 신체적 폭행 경험 여부에 대해 20.0%가 그렇다고 응답하였으며, 이 중 욕설, 모욕, 비난, 위협 등의 언어적 폭행은 90.2%, 신체적 폭행은 48.8%가 경험한 것으로 나타났다.

[표 2-124] 환자의 보호자가 경험한 환자로부터의 폭행(최근 3개월 기준)

단위: 명, %

구분	예	아니오
언어적 혹은 신체적 폭행	41(20.0)	164(80.0)
언어적 폭행(욕설, 모욕, 비난, 위협)	37(90.2)	4(9.8)
신체적 폭행(때리거나 밀치는 행위, 집안 물건 파손)	20(48.8)	21(51.2)

사) 가족(정신장애인)이 지난 한 달 동안 보인 일상생활 어려움의 정도

가족(정신장애인)이 최근 한 달 동안 보인 일상생활의 어려움에 있어 심한 어려움을 겪고 있다는 응답이 높은 영역은 다른 사람 돌보기 39.0%, 변덕스러운 기분 및 불안정한 기분 34.6%, 여가시간 적절하게 보내기 33.2%, 우울 및 무기력감 33.7%, 금전관리 32.2%, 가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지 32.2%, 주요일상스트레스에 적응 31.8%, 신체건강 관리 31.7%, 애완동물 돌보기 31.7%, 고립감 또는 외로움 31.2%, 화나 분노의 폭발 등을 조절 31.2% 순인 것으로 나타났다.

[표 2-125] 정신장애인의 일상생활에서의 어려움(최근 1달 기준)

단위: 명, %

항목	전혀 어렵지 않음	약간 어려움	중간	매우 어려움	극히 어려움
식사 준비 및 설거지	27(13.2)	56(27.3)	70(34.1)	39(19.0)	13(6.3)
개인위생관리	58(28.3)	52(25.4)	57(27.8)	34(16.6)	4(2.0)
청소 및 정리정돈	29(14.1)	63(30.7)	56(27.3)	45(22.0)	12(5.9)
빨래	37(18.0)	54(26.3)	55(26.8)	50(24.4)	9(4.4)
담뱃불, 가스, 전기 등 안전 관리	78(38.0)	39(19.0)	53(25.9)	30(14.6)	5(2.4)
필요한 물건 구입	60(29.3)	50(24.4)	59(28.8)	28(13.7)	8(3.9)
금전 관리	24(11.7)	60(29.3)	55(26.8)	45(22.0)	21(10.2)
정신과약 복용	73(35.6)	48(23.4)	51(24.9)	27(13.2)	6(2.9)
신체건강관리	25(12.2)	60(29.3)	55(26.8)	48(23.4)	17(8.3)
가족과 좋은 관계 유지	33(16.1)	60(29.3)	68(33.2)	38(18.5)	6(2.9)
가족 외 타인과 좋은 관계 형성·유지	27(13.2)	53(25.9)	59(28.8)	49(23.9)	17(8.3)
다른 사람 돌보기	25(12.2)	49(23.9)	51(24.9)	57(27.8)	23(11.2)
여가시간적절하게보내기	25(12.2)	44(21.5)	68(33.2)	50(24.4)	18(8.8)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

항목	전혀 어렵지 않음	약간 어려움	중간	매우 어려움	극히 어려움
전화기사용	79(38.5)	37(18.0)	50(24.4)	33(16.1)	6(2.9)
대중교통수단 이용하여 외출	67(32.7)	57(27.8)	44(21.5)	26(12.7)	11(5.4)
애완동물 돌보기	39(19)	38(18.5)	63(30.7)	46(22.4)	19(9.3)
감정 표현	24(11.7)	58(28.3)	68(33.2)	46(22.4)	9(4.4)
다른 사람과 대화	33(16.1)	58(28.3)	67(32.7)	40(19.5)	7(3.4)
주요일상 스트레스에 적응	24(11.7)	56(27.3)	60(29.3)	53(25.9)	12(5.9)
고립감 또는 외로움	17(8.3)	57(27.8)	69(33.7)	49(23.9)	13(6.3)
우울 및 무기력감	18(8.8)	53(25.9)	65(31.7)	53(25.9)	16(7.8)
변덕스러운 기분, 불안정한 기분	19(9.3)	43(21)	72(35.1)	54(26.3)	17(8.3)
화, 분노의 폭발 등을 조절	26(12.7)	55(26.8)	62(30.2)	47(22.9)	15(7.3)
혼동을 일으키거나 비현실적인 사고나 신념	35(17.1)	46(22.4)	66(32.2)	47(22.9)	11(5.4)
환청이나 환시	56(27.3)	41(20)	66(32.2)	29(14.1)	13(6.3)
들떠 있거나 이상한 행동	46(22.4)	60(29.3)	63(30.7)	30(14.6)	6(2.9)

아) 가장 선호하는 가족(정신장애인) 보호 형태

정신장애인을 보호하는데 있어 가족이 선호하는 보호형태를 조사한 결과 '가정에서 함께 생활하며 보호한다'가 43.9%로 가장 높았고, '가정과 가까운 주거시설에서 생활하며 보호한다' 21.0%, '공적지원을 통해 독립 주거 생활을 한다' 16.6%, '정신요양시설에 입소하여 생활하도록 한다' 12.2%, '정신병원에 입원하여 치료받으며 생활하도록 한다' 6.5%의 순으로 나타났다. 가족은 정신장애인을 가정에서 보호하는 방안을 가장 선호하지만 가정과 가까운 주거시설에서 보호하는 대안에 대한 선호도 또한 높았다.

[표 2-126] 가장 선호하는 가족(정신장애인) 보호 형태

항목	빈도
가정에서 함께 생활	90(43.9%)
가정과 가까운 주거시설에서 생활	43(21%)
정신요양시설에 입소하여 생활	25(12.2%)
정신병의원에 입원하여 치료받으며 생활	13(6.3%)
공적지원을 통해 독립 주거 생활	34(16.6%)
기타	0(0%)

응답한 정신장애인 보호유형을 선호하는 가장 주된 이유는 '정신질환자의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로' 42.4%, '보호자가 담당해야 할 실제적 보호부담이 적으므로' 25.9%, '정신장애인 본인이 원하기 때문에' 17.1% 등의 순으로 나타났다. 가족들이 정신장애인 보호유형을 선호하는 이유 중에는 정신장애인의 치료나 재활에 대한 영향도 고려하지만 가족이 스스로 경험하는 보호부담에 미치는 영향도 중요하게 고려하고 있음을 알 수 있다.

[표 2-127] 가족(정신장애인) 보호 형태에 대한 선호 이유

항목	빈도
정신질환의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로	87(42.4%)
담당해야 할 실제적 보호부담(주거공간, 식사준비, 약관리 등)이 적으므로	53(25.9%)
정신장애인과 갈등을 피하기 위해	16(7.8%)
보호비용이 더 저렴하므로	14(6.8%)
정신장애인 본인이 원하기 때문에	35(17.1%)
기타	0(0%)

6) 정신장애인과 정신장애인 가족을 위해 필요한 정부 서비스 및 지원

정신장애인 가족과 돌보고 있는 정신장애인을 위해 각 영역에 있어 정부의 서비스나 지원이 어느 정도 필요한지 조사해 본 결과는 [표 2-128]과 같았다. 전체적으로 정부의 서비스나 정책적 지원에 대해 정신장애인 가족이 '매우 필요하다'고 응답한 비율이 가장 높은 것은 '우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소(71.2%)' 이었으며, '국가의 복지 지원 확대(70.7%)', '직업 기회의 확대(64.4%)' 등이 다음으로 욕구가 높았다. 이들 영역은 정신장애인이 지역사회에서 살아가는데 있어 국가의 복지 지원 및 현실적인 직업 기회에 대한 지원 뿐 아니라, 사회의 편견과 차별의 해소와 같은 사회 환경 개선에 대한 욕구가 매우 높고, 변화를 필요로 하고 있음을 시사하는 것으로 보인다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-128] 정신장애인과 정신장애인 가족을 위해 필요한 정부 서비스 및 지원

단위: 명, %

항목	매우 필요함	조금 필요함	보통	별로 필요없음	현 상태로 충분함
정신의료기관 입원 환경 개선	116(56.6)	30(14.6)	40(19.5)	18(8.8)	1(0.5)
입원치료 중 인권 보호 개선	107(52.2)	50(24.4)	34(16.6)	10(4.9)	4(2.0)
자기결정권의 보장과 확대	96(46.8)	49(23.9)	47(22.9)	11(5.4)	2(1.0)
장기간 보호를 받을 수 있는 입소 시설	90(43.9)	47(22.9)	44(21.5)	17(8.3)	7(3.4)
독립적 생활훈련을 받을 수 있는 주거 생활시설	112(54.6)	39(19)	40(19.5)	9(4.4)	5(2.4)
독립생활 가능한 주거시설	116(56.6)	40(19.5)	32(15.6)	12(5.9)	5(2.4)
위기 상황에서 이용할 수 있는 쉼터	116(56.6)	40(19.5)	38(18.5)	7(3.4)	4(2.0)
응급 상황에서 입원할 수 있는 정신의료기관	119(58.0)	41(20.0)	32(15.6)	11(5.4)	2(1.0)
신체 건강을 치료할 수 있는 정신의료기관	118(57.6)	40(19.5)	33(16.1)	9(4.4)	5(2.4)
지역사회 정신건강복지센터	114(55.6)	38(18.5)	38(18.5)	11(5.4)	4(2.0)
지역사회재활시설	124(60.5)	37(18.0)	38(18.5)	4(2.0)	2(1.0)
직업 기회의 확대	132(64.4)	26(12.7)	38(18.5)	9(4.4)	0(0.0)
국가의 복지 지원 확대	145(70.7)	30(14.6)	24(11.7)	5(2.4)	1(0.5)
회복한 환자의 경험 공유와 지지	118(57.6)	37(18.0)	37(18.0)	9(4.4)	4(2.0)
입원과정을 설명 및 보조가 가능한 회복한 동료환자	110(53.7)	34(16.6)	48(23.4)	10(4.9)	3(1.5)
가족에 대한 지원 체계	121(59.0)	46(22.4)	28(13.7)	8(3.9)	2(1.0)
우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소	146(71.2)	21(10.2)	30(14.6)	8(3.9)	0(0.0)

라. 2008년과 2019년 비교분석

분석은 2008년과의 비교분석으로 정리하였다. 동일한 대상군이 아니므로 시간에 따른 비교의 의미는 제한적이나 현 시점에서의 의미를 살펴보고자 하였다.

1) 현황

구분	2008년	2019년
가) 주보호자	부모 71.0%, 형제자매 13.6%, 배우자 8.6% 순	부모가 63.4%, 배우자 15.1%, 형제자매 10.2%, 친척 6.8%, 자녀 3.4% 순으로 부모비중 감소
나) 서비스 이용현황	정기적인 치료를 받고 있다 94.1%, 꾸준한 약물복용 95.0%, 지역사회재활서비스는 75.3%가 이용, 재가방문서비스 44.9%, 복지관 등 지역의 사회복지기관 이용 응답이 60.8%	정기적인 치료가 94.1% , 꾸준한 약물 복용 81.0%, 지역사회재활서비스 52.7%, 지역 사회복지기관 이용 42.4%,방문상담 35.6% 동료지원 서비스 이용 11.7% 순
다) 치료가 필요하지만 받지 않는 이유	치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문이 1순위, 환자가 스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에 2순위.	외부로 알려지는 것에 대한 두려움, 약물에 대한 부작용과 치료비용이 부담된다는 의견이 가장 많았음. 2008년 조사에 비해 병식보다 편견이 더 높은 장벽으로 작용하고 있음을 시사함.
라) 지역사회재활서비스 미이용사유	1순위는 “재활서비스기관을 이용하려 해도 환자가 거부하거나 비협조적”, 2순위 “재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에” 순	재활서비스 기관과의 거리 또는 교통 불편이 47.1%로 가장 많았고, 재활프로그램이 다양하지 않아서 43.1%, 이용하였지만 실질적으로 도움이 되지 않아서 36.3%로 실질적 서비스의 확대와 질적 강화를 원 함.
마) 치료를 받고 있지 않은 사유	치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문이 1순위 환자가 스스로	외부로 알려지는 것에 대한 두려움, 약물에 대한 부작용, 치료비용이

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	2008년	2019년
	노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문이 2순위	부담된다는 의견이 1,2,3순위로 편견과 치료비 부담을 새로운 장벽으로 보고함.
바) 정부의 서비스와 지원 필요	정신장애인의 지역사회생활을 위한 최소한의 경제적 비용지원 97.9%, 신체질환 및 치과진료비 지원 96.3%, 정신장애인의 서비스 선택권 확대(이용권제도) 96%, 정신장애인의 지역사회생활과 취업에 필요한 문제해결이나 지도교육 95.9%, 차별금지 및 편견개선활동 95.4%, 임대주택이나 주거비용지원 94.6%, 법률상담이나 무료변론 90.7%, 정신장애인 및 가족을 위한 자조집단 지원 확대 90.6%, 정규교육을 위한 지원 89.2%, 정신장애인의 법률행위에 대한 후견 87.6%,	치료 및 재활에 대한 정부의 비용지원 91.3%, 장기보호계획에 대한 전문가 상담 89.21%, 전문가와의 재활을 위한 상담서비스 88.8%, 재활기관에 대한 정보제공과 연결서비스 81.5%, 장애인 등록 및 장애인복지서비스 이용 관련 상담과 안내 91.2%, 가족의 적극적 참여 체계 지원 88.7%, 증상악화로 입원을 위한 환자이송서비스 85.4%, 악화시 상담전화 83.5%, 가족 자조모임 84.8%, 증상 악화 시 단기보호 서비스 88%, 응급입원 84.8% 단기보호서비스 80%로 약간의 차이는 있으나 여전히 지원에 대한 욕구는 동일하게 높음.
사) 장기보호계획 수립여부	장기보호계획을 세우지 않은 가족이 73.1%수준이었으며 정신장애인 본인과 평생계획에 대해 협의하지 않은 경우가 77.3%	가족(정신장애인)의 장기적인 삶에 대한 계획을 세운 적이 있는가에 대한 질문에 계획을 세운 적이 없다는 응답자가 59.0%로 더 많았으나 2008년에 비해서는 증가함. 계획을 세원 응답자중 협의한 적이 있다는 응답은 65.6%로 나타남.

2) 보호부담

구분	2008년	2019년
가) 객관적 보호부담	내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려됨'(78.0%), '환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉음'(52.9%), '환자가 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족전체가 경제적 어려움을 경험함'(51.7%)	자신이 없을 때 대신 돌봐줄 사람에 대한 염려가 78.0%로 가장 많았고, 가족 갈등과 집안 분위기에 악영향 71.2%, 일상생활이 방해받음 66.8%, 치료비 부담 또는 수입 감소로 경제적 어려움을 경험함 62.9% 순으로 치료비 부담은 더 증가함.
나) 가족과 생활할 때의 태도	'환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다'(52.8%), '환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다'(49.2%)와 같은 긍정적 문항에 대한 응답이 가장 높았음. 그러나 부정적 태도를 나타내는 문항들 '환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다'(44.6%), '환자는 우리집 골칫거리이다'(35.2%), '환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업 시)를 줄까 걱정이 된다'(35.1%)는 응답도 있었음.	'환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다'(47.3%), '환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다'(50.72%)와 같은 긍정적 문항에 대한 응답은 유사함. 그러나 부정적 태도를 나타내는 문항들 '환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다'(50.3%), '환자는 우리 집 골칫거리이다'(38%), '환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업 시)를 줄까 걱정이 된다'(40.5)도 지속적임.
나) 언어적 폭력과 신체적 폭력	최근 3개월간 전체 응답자의 31.5%가 정신장애인으로부터 언어적 폭력을 경험한 적이 있었고, 전체 응답자의 24.3%가 정신장애인으로부터 신체적 폭력을 경험	최근 3개월 동안 환자로부터의 폭행 경험 여부에 대해 20.0%가 경험, 이중 욕설, 모욕, 비난, 위협 등의 언어적 폭행은 90.2%, 신체적 폭행은 48.8%가 경험한 것으로 나타나 다소 낮은 비율
다) 어려움의 경험	가족에 매우 심각한 어려움으로는 노후준비를 하지 못함이 (17.2%), 정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별이 14.4%, 소득의 문제 13.8%, 실업 등 일자리의 문제가 12.6% 순	정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별이 29.8%로 1위실업, 저임금, 일자리를 구하기 어려운 등의 문제(21.0%), 노후준비를 하지 못하는 문제(19.5%), 여가 생활의 부족

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	2008년	2019년
		(16.6%), 친구나 이웃과 원만한 관계나 교류가 어려운 문제(14.6%), 경제적으로 어렵거나 가난함(14.1%) 등의 문제가 여전히 매우 심각하다고 하여 편견으로 인한 어려움이 가중
라) 정부서비스와 지원	정부의 서비스나 정책적 지원에 대해 정신장애인 가족이 '매우 필요하다'고 응답한 비율이 가장 높은 것은 국가의 경제적 지원 확대(72.7%), 임대주택과 신체치료비지원(61%) 취업 확대(60.7%) 순으로 편견개선은 54.5%였음.	'우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소(71.2%)' 이었으며, '국가의 복지 지원 확대(70.7%)', '직업 기회의 확대(64.4%)' 등이 다음으로 욕구가 높아 국가의 편견해소에 대한 노력이 1위로 나타남.

마. 결론 및 제언

1) 결론

본 장은 전국의 정신장애인 가족을 대상으로 가족들의 현황과 서비스 욕구를 파악하는 것을 목적으로 하였다.

2008년 조사와 비교하여 주보호자 중 부모의 비율이 71%에서 63%로 감소하였고 배우자와 친척의 비율이 증가하였다. 대상군의 차이도 있을 수 있으나 전반적으로 중증정신질환자 부모의 고령화와 함께 주보호자가 다변화되는 현황과 일치하는 결과로 해석할 수 있다. 주보호자의 의료보장유형, 의료서비스 및 복지서비스 이용현황은 별다른 차이가 없었다. 지난 1년간 정기적으로 치료받는 군이 94.1%로 상대적으로 치료율이 높은 집단이 참여하였다고 해석되며 2008년 조사의 94.1%와 일치한다. 이와 함께 꾸준한 약물 복용 81.0%, 지역사회재활서비스 52.7%, 지역 사회복지기관 이용 42.4%, 방문상담 35.6%, 동료지원 서비스 이용 11.7% 순이었다. 실제 정신장애인 가족 전체에 비해 설문의 접근이 용이한 지역사회 서비스 이용자 그룹이 본 설문에 보다 참여했을 수 있어 결과의 해석에 주의를 요한다.

서비스 접근성을 분석한 결과, 2008년 조사에서는 치료서비스를 거부하는 이유에 대해 전체적으로 치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문이 11.25%로 높았으며, 환자가 스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문이 11.07%로 나타난 반면, 현 조사에서는 외부로

알려지는 두려움과 약물부작용, 치료비 부담의 순의 이유로 치료를 거부하는 것으로 나타났다. 이는 2008년에 비해 정신장애인 가족의 입장에서 사회적 편견이 더 높은 장벽으로 변화했음을 시사하고 있다. 지역사회재활서비스에 대한 거부이유로는 전체적으로 재활서비스기관을 이용하려 해도 환자가 거부하거나 비협조적이 때문에가 14.53%, 재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에가 12.11%로 나타났으나, 본 조사에서는 교통 불편과 프로그램의 다양성과 실질적 도움여부가 이유로 제시되었다. 정신과 치료에 대해서는 편견의 장벽, 정신사회재활서비스에 대해서는 양적 확대와 질적 강화가 우선순위로 제시될 필요성이 제기된다.

정신장애인과 가족을 위한 정부의 서비스나 지원에 대한 분석에서는 치료 및 재활에 대한 정부의 비용지원 91.3%, 장기보호계획에 대한 전문가 상담 89.21%, 전문가와의 재활을 위한 상담서비스 88.8%, 재활기관에 대한 정보제공과 연결서비스 81.5%, 장애인 등록 및 장애인복지서비스 이용 관련 상담과 안내 91.2%, 가족의 적극적 참여 체계 지원 88.7%, 증상악화로 입원을 위한 환자이송서비스 85.4%, 악화 시 상담전화 83.5%, 가족 자조모임 84.8%, 증상악화 시 단기보호 서비스 88%, 응급입원 84.8% 단기보호서비스 80%로 약간의 차이는 있으나 여전히 지원의 필요성에 대한 욕구는 높은 상황이다.

2008년과 비교하여 장기적인 계획을 세운 적이 있다는 응답은 41%로 26.9%에 비해 다소 증가하였지만 여전히 구체적인 항목에 대해서는 모르겠다는 비중이 높아 지원이 필요한 실정이다.

가족의 보호부담에 대해 분석한 결과, 객관적 보호부담 항목에서 자신이 없을 때 대신 돌봐줄 사람에 대한 염려가 78.0%로 가장 많았고, 가족 갈등과 집안 분위기에 악영향 71.2%, 일상생활이 방해받음 66.8%, 치료비 부담 또는 수입 감소로 경제적 어려움을 경험함 62.9% 순으로 치료비 부담은 감소하지 않고 더 증가한 경향이었다.

가족의 정서적 보호부담을 나타내는 가족의 정신장애인에 대한 태도와 관련하여, ‘환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다’(47.3%), ‘환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다’(50.72%)와 같은 긍정적 문항에 대한 응답은 2008년 조사와 유사하였다. 또한, 부정적 태도를 나타내는 문항들 중에서는 ‘환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다’(50.3%), ‘환자는 우리 집 골칫거리이다’(38%), ‘환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업 시)를 줄까 걱정이 된다’(40.5%)와 같은 문항이 지속적으로 부담을 느끼는 상황을 보여주고 있는 것으로 나타났다.

보호부담의 환경적 맥락을 살펴보면 정신장애인을 보호하는 가족들은 자신들의 노후준비를

하지 못하거나 정신질환에 대한 편견문제로 고통당하거나 빈곤 및 실직과 같은 경제적인 문제를 심각하게 경험하였다. 또한 최근 3개월 동안 보호자가 환자로부터 언어적 혹은 신체적 폭행을 경험하였는지에 대한 분석에서는 전체 응답자의 20.5%가 정신장애인으로부터 언어적 폭력 또는 신체적 폭력을 경험한 적이 있는 것으로 나타났다.

가족이 느끼는 어려움으로 정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별이 29.8%로 가장 높게 나타났고, 실업, 저임금, 일자리를 구하기 어려운 등의 문제(21.0%), 노후준비를 하지 못하는 문제(19.5%), 여가 생활의 부족(16.6%), 친구나 이웃과 원만한 관계나 교류가 어려운 문제(14.6%), 경제적으로 어렵거나 가난함(14.1%) 등의 문제가 여전히 매우 심각한 것으로 나타났다. 즉, 편견으로 인한 어려움이 가중된 것이 가장 큰 특징이었으며, 이러한 인식은 정부의 서비스와 지원에 대한 문항에서도 '우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소(71.2%)' 의 욕구가 가장 높고, '국가의 복지 지원 확대(70.7%)', '직업 기회의 확대(64.4%)' 등이 다음으로 욕구가 높아, 국가의 편견해소에 대한 노력이 1위로 나타나고 있었다.

2) 정책 제언

2008년 인권위조사와 비교하여 2020년 가족은 오히려 우리사회 정신장애인에 대한 편견과 차별의 해소를 국가의 복지 지원 확대보다 국가의 우선적인 지원과 서비스로 인식하였다. 가족이 느끼는 어려움의 1위도 사회적 편견과 차별이 차지했다. 12년 동안 우리사회의 인식이 높아진 가족의 눈높이를 따라가지 못했을 가능성도 있지만, 2019년 진주방화사건 등 중증정신질환과 관련된 일련의 사고 이후에 사회적으로 확산된 편견과 일부 지역에서 발생한 혐오로 인해 사회적 편견과 차별이 정신장애인 가족의 가장 큰 어려움으로 영향을 주었을 가능성이 높다. 또한 정부의 서비스와 지원에 대한 질문에서도 우리사회의 편견해소가(71.2%)가 복지지원확대(70.7%)와 함께 가장 높은 수준으로 나타나 편견해소가 정신장애인 가족의 매우 중요한 욕구임을 알 수 있다.

편견해소를 위해 가장 검증된 정책은 청소년까지는 '교육', 성인에서는 '접촉'이다(Patrick 외, 2012). 수용중심의 환경에서 지역사회중심으로 치료로 이동하여 정신장애인이 사회의 구성원으로서 직업, 사회활동의 다양한 영역에서 일반국민과 접촉할 수 있는 환경을 제공하는 것이 가장 의미 있는 편견해소정책이 될 수 있을 것이다. 이를 위해서는 현재 시범사업으로 진행 중인 동료지원가와 가족강사를 전국적으로 지원하여 정신장애인과 가족이 서비스 대상일 뿐 아니라 정신건강 문제해결의 주체로서 사회에 참여할 수 있는 통로를 제공할 필요가 있다.

또한 1980년대 이후 이탈리아 등 유럽과 미국 등에서 시행한 국가주도 캠페인과 같은 인식개선활동을 우리나라에서도 적극적으로 지원할 필요가 있다.

2008년 조사와 비교할 때 정신장애인과 가족은 치료와 재활서비스를 원하고 있음에도, 치료는 편견에 막히고 재활서비스는 근거리에 높은 수준의 서비스가 부재한 장벽에 막혀 있다는 점에서 국가의 편견해소와 실질적 서비스의 확대가 무엇보다 중요한 시점이다.

핵가족화된 사회에서 본 조사에 참여한 정신장애인 가족 2/3가 중증정신질환에 대한 돌봄 책임이 국가에 있음에 동의하였다. 이는 보건사회연구원 조사결과 부모에 대한 부양책임이 89.9% 자녀에게 있다고 인식한 1998년에 비해 50.8%가 사회에 있다고 인식한 국민적 인식의 변화와 흐름을 같이한다(김유경 외, 2017). 중증정신질환에 대한 국가책임제 도입을 통해 신장애인의 자립을 국가와 사회가 지원하는 방향으로 편견을 감소시키고, 제도적 변화를 통해 소수의 지역사회에 방치된 환자에 의한 사고를 미연에 방지하여 편견의 확대를 예방하며, 지역사회에서 근거중심의 서비스 전달체계를 마련함으로써 정신장애인과 가족을 지원할 국가정책의 우선순위의 변화가 절실하다. 이를 위해서 정신건강복지법을 개정하여 지역사회서비스를 지자체를 단위로 수요에 따라 적절하게 배치하고 초기 발견부터 적정한 치료와 재활과 회복으로 이어지는 선순환되는 지자체 정신건강계획을 마련하고 시행할 기반을 검토할 시점이다.

2008년에 비해 12년이 경과하였고 정신장애인에 대한 장기적인 계획을 수립한 가족은 다소 증가하였으나 가족의 심리적 실제적 부담과 함께 정신장애인을 위한 서비스에 대한 욕구는 여전히 높았다. 치료와 재활에 대한 비용지원, 장기계획에 대한 전문가 상담 등이 특히 높았다. 일본의 경우 1960년대 중증정신질환으로 인해 라이샤워 미국 대사가 자상을 입은 후 장기수용에 대한 여론도 있었으나 정신질환의 외래치료비를 구청에 등록하면 소득에 따라 환급하는 정책을 통해 지원을 강화하였고 도쿄의 아라카와구의 경우 구청에 신청하는 인구가 5%에 이를 정도로 활성화되고 있다. 또한 장애인 고용에 대해 중증정신질환과 함께 정신건강의학과 진단서가 있는 경우를 폭넓게 인정하여 바우처사업을 통해 지속고용을 지원하여 리탈리코 등과 같은 장애인 고용을 지원하는 민간 기업이 설립되었고 정신장애인의 고용이용비율이 높고 장애 중 장기고용의 비중도 가장 높은 것으로 보고되고 있다(백종우 외, 2018). 작년부터 경기도에서도 정신질환이 의심되거나 중정정신질환이 있는 경우 초기치료비로 40만원을 지원하고 응급입원 및 외래치료시 본인부담금 전액을 지원하고 있다. 치료에 대한 지원과 함께 100% 지자체인 현실을 개선하여 정신사회재활기관이 수요에 대비하여 매우 부족한 상황을 개선할 필요가 있을 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 전문종사자 인식

가. 연구방법

본 장은 정신장애인 인권 실태조사가 대대적으로 이루어지고 관련한 정부정책 권고안이 제시된 이후 이행사항 등 변화된 환경과 관련한 전문가들의 인식조사로 구성된다. 연구방법은 정신건강영역의 실무자들과 전통적인 정신건강영역이 아닌 지역사회의 유관기관의 실무자들의 인권상황과 관련한 인식을 탐색하고자 질적 연구방법을 활용하였으며 초점집단면접을 주요 자료수집방법으로 채택하였다. 초점집단면접(Focus Group Interview)은 특정분야의 전문가/당사자 의견을 구하기 위한 방법으로 주요 질문목록을 가지고 의견을 도출하기 위한 집중적 집단 면접 기법이다.

선행 연구에서 원활한 대화 진행을 위한 충분한 숫자이자 각자의 의견을 표현할 수 있는 숫자로서 6-12명을 적정 인원으로 권장하고 있다(Vaughn et al., 1996:50)[27]는 근거에 따라 종사자 대상 5-6명 내외를 구성하였다. 세부진행방법의 개요는 아래와 같다.

○ 장소: 연구책임자 및 공동연구자 소속 대학교 회의실 대관하여 진행함 (이화여자대학교 회의실, 대구대학교 회의실 등)

○ 예상소요시간: 약 2시간

○ 진행방법 : 도입질문 → 전환질문 → 주요질문 → 마무리질문의 순으로 인터뷰 구성

- 주요 조사 내용에 대하여 집중적인 대화를 유도하고 참여자들의 견해, 경험, 관점 등을 이끌어내고자 함

○ 조사 내용

- 시설 내 인권: 시설 내 정신장애인 인권 문제점, 개방화를 위한 시설 구조, 법적 절차에 충실한 격리·강박 시행, 당사자 참여 및 자기결정권 보장, 이의제기 및 권리구제 절차 등에 대한 개정 정신건강복지법 전/후 차이
- 비자의 입원 및 장기 입원: 비자의 입원의 문제점(요건, 이송수단, 절차상의 권리보장 등), 장기입원의 문제점, 입원적합성심사제도에 대한 의견, 후견인 제도 등에 대한 개정 정신건

27) Vaughn, S., Schumm, J. S., &Sinagub, J. M. (1996). Focus group interviews in education and psychology. Sage.

강복지법 전/후 차이

- 지역사회에서의 인권: 정신장애인의 인권 침해 경험, 서비스 제공자로서의 어려움과 한계, 소득보장 및 주거지원의 중요성, 정신장애인 욕구/가족 보호부담 관련 필요한 사회적 지원 및 제도적 개선 등에 대한 의견
- 커뮤니티케어 등 전향적 지역사회돌봄체계에서의 인권민감성: 동료상담가, 지역사회서비스 청년 사업단 등 다양한 주체의 참여에 따른 인권 이슈, 지역에서 통합 서비스 제공을 통한 퇴원예정자 정보 제공 동의, 외래치료명령제 등에 따른 현장의 준비도 및 어려움과 한계, 관련 제도 개선에 대한 의견

나. 연구참여자

초점집단면접대상은 정신건강증진시설 중 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설의 실무자로 구성하였으며, 각 시설유형별 대표적인 직종인 정신건강의학과 전문의, 정신건강전문요원(정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사), 사회복지사를 포함할 수 있도록 하였다. 참여자 선정은 서울경기권, 경상권, 전라권 3개권 역에서 기관유형과 자격유형을 모두 포괄하는 방식으로 참여자를 선정하였다. 추가적으로 전통적인 정신건강영역이 아닌 지역사회의 공공 및 민간의 사회복지 관련 조직의 실무자로 구성된 집단을 별도로 구성하여 진행하였다. 최종적으로 선정된 24명의 연구참여자 특성은 [표 2-129] 와 같다.

[표 2-129] 연구참여자 특성

구분	성별	연령대	소속기관 유형	지역 구분	자격 사항	학력	관련 총 경력*
A	여	40대	정신요양시설	서울 경기	사회복지사	대졸	11년
B	여	40대	정신재활시설	서울 경기	정신건강 사회복지사	석사	20년
C	여	50대	정신건강복지센터	서울 경기	정신건강 사회복지사	박사	28년

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	성별	연령대	소속기관 유형	지역 구분	자격 사항	학력	관련 총 경력*
D	여	40대	정신건강복지센터	서울 경기	정신건강 간호사	박사	18년
E	여	30대	정신건강복지센터	서울 경기	정신건강의학과 전문의	대졸	1년
F	여	30대	정신재활시설	광주 전남	정신건강 임상심리사	대졸	5년
G	남	40대	정신건강복지센터	광주 전남	정신건강 사회복지사	석사	5년
H	남	60대	민간정신병원	광주 전남	정신건강 사회복지사	박사	43년
I	여	30대	정신요양시설	광주 전남	사회복지사	대졸	13년
J	남	30대	정신병원	광주 전남	정신건강의학과 전문의	석사	10년
K	여	40대	정신요양시설	광주 전남	정신건강 간호사	대졸	18년
L	여	40대	대학병원	대구 경북	정신건강 사회복지사	박사	20년
M	남	30대	정신요양시설	대구 경북	정신건강 사회복지사	대졸	5년
N	남	30대	국공립의료기관	대구 경북	정신건강의학과 전문의	대졸	7년
O	여	50대	정신요양시설	대구 경북	정신건강 사회복지사	대졸	17년
P	여	40대	정신건강복지센터	대구 경북	정신건강 간호사	대졸	12년
Q	남	40대	정신건강복지센터	대구 경북	정신건강 사회복지사	석사수료	12년
R	여	40대	구청 (통합사례관리사)	서울 경기	사회복지사	석사	20년

구분	성별	연령대	소속기관 유형	지역 구분	자격 사항	학력	관련 총 경력*
S	여	50대	구청 (통합사례관리사)	서울 경기	사회복지사	대졸	20년
T	여	40대	시청	서울 경기	사회복지직 공무원	석사	19년
U	여	30대	종합사회복지관	서울 경기	사회복지사	석사	15년
V	여	40대	장애인 권익옹호기관	서울 경기	사회복지사	대졸	2년
W	여	50대	동주민센터	서울 경기	사회복지직 공무원	석사	27년

*경력은 1년 단위로 절하

다. 분석결과

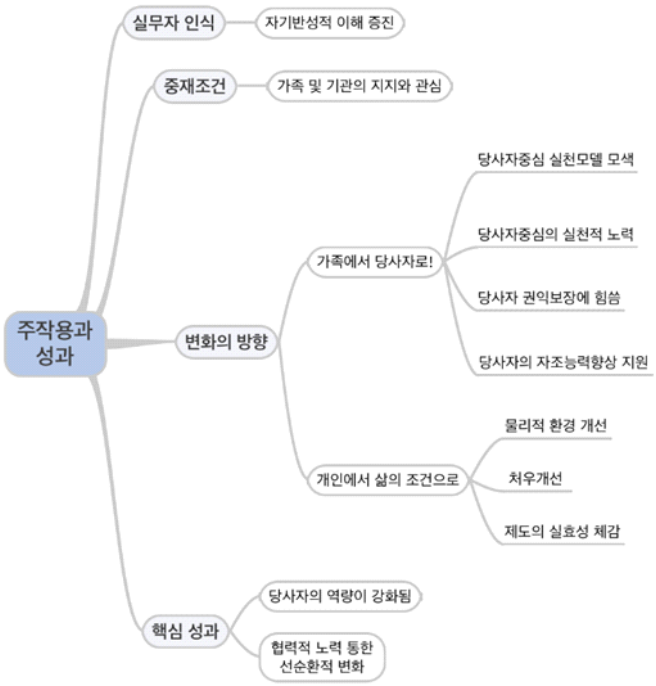
FGI 분석결과 지난 10여 년간의 정신장애인의 인권상황에 대한 변화인식을 “주작용과 성과인식” 영역과 여전히 “혼란과 딜레마의 전개양식” 영역, 마지막으로 “부작용과 한계 인식” 영역으로 구분하여 제시하였다.

1) “주작용과 성과인식” 영역

주작용과 성과인식영역은 10여 년간의 정신장애인의 인권이 강조되는 환경 하에서 의미 있는 변화와 성과를 실무자들이 어떤 내용과 방식으로 경험하고 있는가를 중심으로 분석하였다. 분석의 영역은 실무자의 인식, 중재조건, 변화의 방향, 핵심성과로 구분하여 제시하였다. 전체 내용은 아래의 그림과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-1] 주작용(主作用)과 성과 인식



이상 “주작용과 성과영역의 주제와 의미단위를 요약적으로 제시하면 아래의 표와 같다.

[표 2-130] “주작용과 성과”영역의 주제와 의미 단위

구분	주제	의미단위
실무자 인식변화	자기반성적 이해증진	나와 같은 사람으로 바라보지 않았음을 재확인, 우리 모두 완벽하지 않다!, 정신장애인 행동을 증상으로 바라보지 못함, 낮은 인권 감수성
중재조건	가족 및 기관의 지지와 관심	가족의 지지와 연대, 기관 내 관계자들의 적극적 지지와 협력, 슈퍼비전! 고충해소의 동력, 가족의 관심이 높은 시기의 시설은 환경개선에 주력함, 당사자에 대한 공공기관의 이해 증가

구분	주제		의미단위
변화의 방향	가족에서 당사자로!	당사자중심 실천모델 모색	당사자 욕구중심으로 전환, 인권관점에서 조기개입을 고민함, 이용자중심의 운영철학 도입, 당사자 인권향상을 위한 다양한 프로그램 기획, 선택을 통한 자기결정에 초점을 맞춤
		당사자중심 실천적 노력	친밀감형성하기, 꾸준한 방문과 가족관계 조정을 통해 당사자의 욕구해결에 힘씀, 경제적 지원 및 정서적 지지의 중요성 발견
		당사자 권익보장에 힘씀	비자발적 입원환자에게도 세세한 정보제공, 가족과의 유대감 도모, 지역사회보호체계 홍보, 주사제 처방을 받기 위한 방법제공, 동료상담가 양성교육 실시, 회복자 사례발표중심의 프로그램 전화, 당사자 인권확보를 위해 주민을 참여시킴, 지역사회기관은 정신장애인과 경계 짓기 하는 지역사회의 편견을 변화시키고자 함, 요양원은 강박과 격리실 폐쇄 추세, 재량권을 준 prn 약물도 주지 않으려는 노력, 병원은 격리강박 전에 전화로 보호자 동의 획득 및 격리강박중일때도 면회허용,
		당사자 자조능력향상 지원	작고 사소한 것부터 요구할 수 있는 기회 제공, 권리를 침해하지 않기 위해 언어사용과 예우에 각별히 노력함, 권한을 나누고 공간을 공유함, 서로 논의해서 함께 결정함, 자조모임 구성 및 강화, 당사자에게 기회와 범위를 확대함, 당사자 주도 권익활동 지원, 내부리더를 통해 요구를 관철시킴
	개인에서 삶의 조건으로!	물리적 환경개선	건물과 난방 등이 개선됨, 보호실의 환경까지 고민(심리안정을 위한 TV 등)
		처우개선	당사자 동의에 따른 입원행정, 외출 및 통신의 자유보장, 자타의 위험성이 없는 경우 자의퇴원 보장, 입원 시 당사자가 원하는 산후 조리도 지원
		제도의 실효성체감	퇴원통지에서 주치의 관리로 변화, 지역사회 서비스를 받을 수 있도록 적극적인 권유로의 변화, 서비스이용률, 등록률, 퇴원율 및 신뢰도 증가, 당사자 또는 가족의 직접

구분	주제		의미단위
			의뢰 수의 급격한 증가, 당사자의 삶에 긍정적인 영향력을 행사하는 한정후견인제도, 입적심사제도는 자발적 입원제한에 효과적임, 사회복귀 의지가 있는 환자에게 자의 퇴원제도의 선순환적 효과, 자발적 입원/소 선택은 당사자 자존감 및 삶의 적극성을 높임
핵심성과	당사자의 역량강화		당사자의 주도성이 강화됨, 프로그램 참여 결정은 당사자의 몫!, 강화된 역량의 sign(당당해짐, 고마워함, 배려하기)
	협력적 노력 통한 선순환적 변화		함께함은 편견 제거의 지름길, 타 기관 연계를 위한 노력, 연대하여 잠재적 경증 정신질환자와 그 가족을 도울 수 있기 위한 공부, 커뮤니티 케어 시범사업 실시, 정신질환에 대한 인권인식 고취를 위한 교육, 요양시설도 근처 병원의 응급입원제도 활용, 다양한 챌런지!

가) 실무자의 인식 : 자기반성적 이해증진

외부적으로 정신장애인 인권보호가 강조됨에 따라 실무자들의 자기인식에 변화를 겪게 되는데 이러한 변화의 본질은 “자기반성적 이해의 증진”이라 할 수 있다. 즉 인권교육이나 평가 등 외부적인 영향과 함께 서비스제공자 혹은 전달자, 혹은 변화의 매개인 이라는 위치에서 어느덧 정신장애인을 “나와 같은 사람으로 바라보지 않았음을 재확인”하게 된다. 또한 “우리 모두 완벽하지 않음”에도 불구하고 정신장애인의 장애나 증상을 “부족함”, 극복하거나 개선해야 할 과제로 인식하고 있었다. “정신장애인 행동을 증상으로 바라보지 못하고” 정신장애인의 치료나 재활의 과정에서 나도 모르게 노력이나 순응이나 도전을 강조하고 있었음을 고백하고 있다. 즉 정신장애인과 가까이 있으면서 당연히 일반인에 비해 인권의식이 높다고 스스로를 평가했으나 실제적으로는 오히려 인권 감수성이 낮음을 재인식하게 된 것으로 평가하고 있었다.

저는 지금 인권지킴이단을 하는데 인권지킴이단에는 외부전문가, 보호자분들이 오시는데 오셔서 ‘이 부분들 왜이래요?’라고 이야기하는데 저희는 솔직히 놀랄 때가 많아요. 저희는 늘 이렇게 해왔음을 이야기 드리고, 이러한 부분들을 가지고 회의를 다시 진행을 해요.

인권에 대한 감수성이 이전에 비해 점점 증가하는 것은 현실이고, 본인은 그것에 찬성하든 반대하든 본인의

의견과 상관없이 흐름이 그 쪽으로 가고 있다는 것에 대해서는 다들 인식하고 있는 것 같습니다. [참여자 4]

인권의 변화로 직원들이나 제가 변화하게 되고, 인권에 대해서 감수성이 조금 더 많이 생긴 것 같아요. 예전에는 그냥 넘어갈 법 한 일들, 에피소드도 조금 더 생각해보게 되고, 이게 최선이었나, 이런 것들을 하다 보니까, 제가 하는 모습을 직원들이 보게 될 것이고, 저희 직원들의 모습을 당사자들이 보는 것 같고요, 서로 미러링이 되면서 변화하는 것이지 않을까하는 생각이 제 개인적으로 듭니다. [참여자 3]

당사자 프로그램은 폐강 안 돼요, 전문가 프로그램이 폐강되고…….평가를 해보면 전문가 프로그램 평가가 구조화되지만, 만족감은 당사자 진행 프로그램이 높으세요. 왜냐면 편안해서. 그리고 당사자 프로그램은 딴 짓을 해도 지적을 안 하지만 실무자는 그러지 않죠……. 주목 하세요 따라 오세요 등 자꾸 무엇을 시키고…….
[참여자 5]

내가 인권감수성에 높지 않았구나 라는 생각을 하게 되었습니다. 아파서 오신 분들인데 내가 알고 있는 내 지식이 옳다고 생각해서 제 소견대로 따라 오시는 게 맞다고 이야기 했던 부분들이 많았던 것 같아요.

환자들이 비활동적인 것들을 원하는데 생활지도적인 부분과 공간형성적인 부분에서 활동할 수 있도록 지도를 하는 경우가 많아요. 그리고 제가 지금 간호사다보니 고지혈증, 당뇨를 가진 환자의 경우는 식사를 더 하고 싶거나 활동을 적게 하고 싶은데 직원들은 건강향상의 목적으로 활동을 종용하는 상황들이 발생하는 것 같아요. 그래서 인권을 어느 정도까지 보호해드려야 하는 것인가에 대한 고민을 많이 하게 되는 것 같습니다.

나) 중재조건 : 가족 및 기관의 지지와 관심

이러한 변화를 이끌어내는 중재조건이 되는 것은 가족 및 기관의 지지와 관심인 것으로 나타났다. 정신보건 관련한 제도의 변화와 함께 가족들이 지지를 보여주고 있었으며, “기관 내 관계자들도 적극적 지지와 협력”이 견인하고 있었으며, 특히 인권 이슈와 인권 민감성에 대한 “슈퍼비전”이 많은 힘을 발휘한 것으로 인식하고 있었다. 이러한 것들이 맞물려서 인권과 관련한 다양한 어려움이나 딜레마를 해결하거나 “고충해소의 동력”이 되었다. 특히 초발 환자 등 가족의 관심이 높은 시기에 주로 이용하게 되는 대학병원 등은 인권의 가시적인 형태인 “물리적 환경 개선”에 주력하게 되었다. 이러한 움직임과 함께 사회복지환경의 대표적인 변화라 할 수 있는 지역사회의 공공전달체계내에서 사례관리가 강조되고, 주요 사례관리대상으로 정신장애인들이 많이 유입됨에 따라 자연스럽게 정신장애인 당사자에 대한 공공기관의 이해도 증가한 것으로 나타났다.

패밀리 위크라는 것을 계속 함께하고 있는데, 거기서 가족들도 같이 함께하려고 하고 연대를 하고 [참여자 1]

제가 처음에 할 때 당시 원장님이 워낙 이런 지향이셔서 없는 예산도 만들어주셨어요. 지금은 예산도 늘어나고 …….. 아주 협조적이에요, 워낙 개혁 지향적이셔서 입원기간을 단축하라 하면서 사회사업팀에 힘을 실어주면서 그 지상명령이었어요……. 그래서 모든 환자는 사회사업팀을 통해서 단기에 퇴원했어야 해요. 엄청 바빴죠, 힘든 건 가족들이었어요. 네가 데리고 살래, 욕을 욕을 먹었어요. 저는 장기 보호하는 기관이 아니어서 치료기관이 바뀌었다고 해도 납득이 안 되고, 엄청 저항이 컸어요. [참여자 2]

다) 변화의 방향

정신장애인 인권증진이나 향상의 주요방향이라고 할 수 있는 것은 “가족에서 당사자로”와 “개인에서 삶의 조건으로”라는 주제로 분석해볼 수 있다.

(1) 가족에서 당사자로!

“가족에서 당사자로”는 그간 정신장애인의 ‘보호자’이자 ‘대변인’은 가족이었으며, 정신장애인의 인권마저 사실상 가족들이 대변 혹은 위임되는 특성을 가지고 있었다. 즉 정신장애인의 자기결정능력의 한계라는 프레임 안에서 서비스제공자들은 일차적으로 정신장애인 당사자보다는 가족들의 의견을 중시 혹은 우선시했던 것이 사실이다. 그러나 변화의 핵심축이 이젠 가족에서 당사자로 분명하게 옮겨가고 있음을 체감하게 된다.

저희 생활인 중에 한 분이 그 남편분이 국가유공자셔서 보험연금이 한 달에 한 300여만 원 들어오십니다. 근데 그 전에는 이 아드님이, 자녀분이 계셨는데 그 통장을 가지고 가서 어머니가 시설에 계시니까 무슨 돈이 많이 필요하느냐 해서 30여만 원밖에 안 줬는데, 직원이 그걸 알고 이제 행정복지센터 가서 통장을 다시 재발급하고. 이제 그런 과정에서 보호자가 시설에 와가지고 통장을 달라. 근데 저희 직원 입장에서는 이게 어쨌든 그 분이 약간 치매 증상도 있으셔가지고 기억이 오락가락하시는 경우도 있거든요. 그러다보니까 저희가 그 당시에 아드님이 통장을 주라고 하는데 드릴까요 했을 때 본인이 아, 주면 안 된다고 하셔서 안 드렸습니다. 그러니까 그 문제를 가지고 시부터 시작해가지고 국가인권위원회 지금 여러 군데 진정을 계속 내고 오늘도 그 진정 때문에 이렇게 왔거든요. 예전 같았으면 보호자고 하니까 줬을 건데 이제는 그런 문제에 대해서도 직원들이 적극적으로 나서는 게.

(가) 당사자중심 실천모델 모색

구체적인 양상으로 가족의 욕구가 아닌, “당사자 욕구 중심으로 전환”을 위한 노력이 좀 더 적극적으로 이루어지고 있었다. 과거 재활이나 재발 이후의 개입에 급급한 실천을 하는 수준이었다면 “인권관점에서 조기개입을 고민”할 정도로 조기개입의 필요성을 좀 더 직접적으로

인식하게 된다. 또 많은 기관에서 “이용자중심의 운영철학 도입”, “당사자 인권향상을 위한 다양한 프로그램 기획”, “선택을 통한 자기결정”에 초점을 맞추는 등의 구체적인 노력이 잘 맞물려지고 있는 것으로 나타났다.

기본적으로 프로그램을 진행하면서 전에는 그냥 기획자가 대상자에 맞는 프로그램을 찾아서 진행했다면, 지금은 이런 프로그램이 있다고 홍보를 하고 참여유도와 동의를 얻고 그렇게 참여를 하게 됩니다. 그래서 선생님들도 당사자들도 프로그램을 진행하면서 어떻게 하면 좀 더 많은 관심을 이끌어낼 수 있을까 라는 걸 고민을 하게 되는 것 같습니다. 아무리 좋은 프로그램이라고 하더라도 당사자가 싫다고 하면 참여하지 않는 것도 있고, 당사자만의 회의 진행방법이 있는 것을 보면 다양하게 진행되는 것 같습니다. [참여자 3]

외래환자, 그리고 병동 안으로 지역기관 설명회를 하고 있어서 ‘찾아오는 지역기관설명회’라고 해서 다양한 전환시설, 공동생활과정, 이런 데에 실무자가 직접 병동에 가서 지역기관 설명회도 하고 있고, [참여자 2]

(나) 당사자 중심 실천적 노력

당사자 중심 실천적 노력은 기존의 정신건강증진시설, 즉 지역사회의 정신보건 인프라가 아닌 곳에서도 적용되기 시작하였다. 즉 인프라, 운영체계로서만이 아니라 구체적으로는 정신장애인과 “친밀감 형성하기”, “꾸준한 방문과 가족관계 조정을 통해 당사자의 욕구 해결에 힘을 쓰는” 등 관계 중심적 실천을 다양한 차원의 관련 기관들이 같은 방향을 향해 나아가고 있는 것으로 분석되었다. 즉 과거 “단순히 지역사회에서 고위험군, 입원치료가 필요한 대상”으로만 인식하는 분위기에서 변화가 생기고 있었다. 즉 여전히 “지역사회에 나와 있는 환자”일뿐이라는 인식에서 “병을 앓고 있는 지역사회 주민”으로서의 정체성에 좀 더 가까이 다가가고 있었다. 따라서 의료적 접근 이외에도 지역사회에서 살아가는데 필요한 “경제적 지원 및 정서적 지지의 중요성”을 발견하고 있었다.

입원적합성심사에서도 방어적으로나 공격적으로 언행들을 이야기할 때 자연스러운 행동으로 보여 줄 수 있는데 그것을 자·타해로 몰아가는 것들이 많더라고요. 제가 입원적합성심사를 하면서 가장 이의제기를 많이 했던 부분이 우리도 화가 나면 소리 지를 수 있는 것처럼 자연스러운 상황 일 수 있는데 타해 위험성 결과로 보고 강제입원을 시키는 사례나…….

당사자랑 연대해서 자조모임을 만들었어요. 우리병원도 자조 모임 하기 쉽지 않았는데, 패밀리위크 동료지원과 양성된 당사자가 저희 주관 재활센터에 와서 주 1회 당사자 모임에 참여하고 있고, 3년째가 되니까 지금은 10명까지 참여하고 있고, [참여자 2]

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(다) 당사자 권익보장에 힘씀

이렇듯 정신장애인의 인권에 대한 민감성은 인식의 차원에만 머무르지 않고 구체적인 행동이나 실천적인 노력을 강화하고 있었다. “비자발적 입원환자에게도 세세한 정보제공”, 가족과 정신장애인의 의사 불일치가 있는 경우 가족에 무게중심을 두던 태도에서 당사자에 좀 더 초점을 두게 되었으며, 이러한 간격이 생기게 된 원인에 주목하면서 “가족과의 유대감 도모”에도 많은 관심을 기울이게 된 것으로 나타났다. 구체적인 권익보장을 위한 노력으로, “지역사회보호체계에 대한 홍보”, “주사제 처방을 방안 안내”, “동료상담가 양성교육 실시”, “회복자 사례발표중심의 프로그램”으로의 진화, “당사자 인권확보를 위해 주민 참여”를 실시하는 등 정신건강 인력들의 노력만이 아니라 지역주민과의 소통과 관계 형성을 위한 노력까지 확장되고 있었다. 특히 지역사회기관은 “정신장애인과 경계 짓기 하는 지역사회의 편견을 변화”시키고자 노력하고, 요양원은 “강박과 격리실 폐쇄 추세”, 재량권을 준 prn 약물도 주지 않으려는 노력, 병원은 격리 강박 전에 전화로 보호자 동의 획득 및 격리강박중일때도 면회를 허용하는 등 권익보장을 위한 구체적인 노력과 시도가 이루어지고 있었다.

제 외래온 분들이 오면 반응도 봐야하고 이분에 대해 파악도 아직 안 됐는데. 그런 팁을 계속 드리죠, 신뢰관계 계속 형성하시고, 맞는 사람 찾으시고. 맞는 사람을 찾는 단계에서 죄책감을 느끼지 마시고, 사람은 다 맞는 사람 있고 안 맞는 사람 있는데 바꾸라고 얘기해 드림. 약도 맞게끔 계속 요구하시라고 말씀드리고 해요.
[참여자 2]

법적인 절차상은 대상자의 자타의 위험성 이런 걸 기본적으로 가져가고요, 행정적 상황은 특별히 더 잘 보는 것 같아요. 예를 들어, 보호 의무자가 법적인 생계를 다 하고 있느냐를 많이 따지고……. 부모님이 안 계시고, 형제가 있을 때. 생계를 같이 한다는 증빙. 통장사본 등 행정적 절차를 사실 따질 수밖에 없어요. 인권을 생각하니까.
[참여자 16]

(라) 당사자 자조능력향상지원

이렇듯 당사자를 직접 ‘지원’하기 위한 노력만이 아니라 당사자의 자조능력, 역량강화를 위한 노력도 이루어지고 있었다. 즉, “작고 사소한 것부터 요구할 수 있는 기회 제공”, “권리를 침해하지 않기 위해 언어사용과 예우”하기 위한 각별한 노력을 기울이는 등, 디테일에 대한 고민을 많이 하는 것으로 나타났다. 특히 기관운영과정에서 “권한을 나누고 공간을 공유” 하는 등 더욱 민주적이고 평등한 관계를 지향하기 위한 노력이 클럽하우스 모델 등 전통적으로 이를 표방하는 시설만이 아니라 많은 기관 운영 시 지향하는 가치로 확산되는 것으로 나타났

다. 구체적으로는 “서로 논의해서 함께 결정함”, “자조모임 구성 및 강화”, “당사자에게 기회와 범위를 확대함”, “당사자 주도 권익활동 지원”, “내부리더를 통해 요구를 관철” 등의 방식으로 이루어지고 있었다.

저는 동의서를 받는 부분에서도 그렇고, 그전에는 그런 거 없이 기획자 입장에서 필요한 부분을 제시했다면, 지금은 본인이 관심 있는 부분, 이끌어내려고 하는 부분이 있다고 생각합니다.
[참여자 2]

그리고 여러 가지 것들, 사무실도 없고요, 직원이랑 당사자들이 같은 공간에 이용을 하고 있습니다.
[참여자 3]

지침이랄지 이런 게 내려와서도 있지만 종사자들이 언어를 조심하고, 그것에 맞는 방법, 절차를 따라서 한다든가 이런 것들이 달라져서 인 것 같습니다. 심지어 그냥 TV에서도 그런 방송이 많이 나오고, 이제 어찌 보면 TV에서 얻는 내용으로 관심을 갖게 되는 것도 있을 것 같습니다.[참여자 1]

수직적에서 수평적으로 되려고 노력하고 그러다 보니 프로그램도 전문가들이 진행하는 것이 아닌 당사자들이 진행하실 수 있도록 했구요. [참여자 3]

(2) 개인에서 삶의 조건으로!

변화의 또 한 축은 정신장애인 개인을 변화시키는 것에만 초점을 두는 것이 아니라 정신장애인이 처해 있는 환경변화, 혹은 삶의 조건을 변화시키기 위한 노력으로 그 무게중심이 옮겨가고 있었다.

(가) 물리적 환경개선

급성기 정신장애인이 주로 입원하는 대학병원만이 아니라 장기입원이나 요양원에 이르기까지 전반적으로 물리적 환경개선에 많은 노력이 이루어지고 있는 것으로 평가하고 있었다. 기관별로 편차는 있겠지만 대개의 경우는 “건물과 난방 등이 개선”과 함께 이제는 대학병원은 “보호실의 환경까지 고민(심리안정을 위한 TV 등)”하게 이르는 등 물리적 환경개선이 적극적으로 이루어지는 것으로 보인다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

저희는 장기 입원이 거의 없는 상태이기 때문에 그리고 갈수록 이제 환자의 모든 병실 환경이나 이런 부분들이 사회생활하면서의 환경과 별로 다르지 않도록 하는 걸 최우선으로 지금 하고 있는 상황이어서 그런 부분들이. 근데 솔직히 어떤 걸 결정하더라도 이 부분이 실제로 정신장애인들의 인권을 침해하지 않는지를 가장 먼저 생각을 하고 모든 규정들을 만드는 것 같아요.

(나) 처우개선

물리적 환경개선과 함께 운영규정이나 운영시스템에도 처우개선을 위한 시도가 광범하게 이루어지는 것으로 인식하고 있었다. 특히 "당사자 동의에 따른 입원행정", "외출 및 통신의 자유보장"[28], "자타의 위험성이 없는 경우 자의퇴원 보장", 나아가 임산부 정신장애인의 경우 "입원시 당사자가 원하는 산후 조리도 지원" 하는 방식으로 다양한 상황과 조건을 고려한 처우개선 노력이 시도되고 있는 것으로 보고하고 있었다.

비자발적으로 입원을 했다 해서 모든 것이 다 통제되면 그 안에서 인권이 훼손이 되니깐, 제가 이미 일을 시작했을 때도 퇴원처우개선 이라든지 구제, 인권위 3종 세트처럼 있었어요. 지금도 연령이 적을수록 훨씬 더 그것을 잘 이용하시고, 입원한 날부터 작성하는 사람이 많은데, 그것을 안내를 잘 해주는 것 병원 차원이 아니라 병원 외부로 나가서 심사를 받게 되고 너가 할 말을 할 수 있다라고 안내해주는 것. 비자발적으로 입원했지만 인권을 위한 노력이었고, 그것을 받아들이는 것도 최근에는 이미 다 알고 어디 있느냐, 요구하는 경우가 있어서. 긍정적이라고 생각이 들구요.

출산을 하고 나서 입원을 한 사례가 있었어요. 산후조리를 충분히 못했다고 생각하니……. 환자가 원하는 좌욕이나, 몸을 보호할 수 있도록 처우개선을 해달라고 요구를 다 들어주는 거죠.

(다) 제도의 실효성 체감

정신장애인 인권보장을 위한 노력이 단순히 도입과 시도로만 그치는 것이 아니라 그 결과, 그 실효성까지 체험하고 있었다. "퇴원통지에서 주치의 관리로 변화", "지역사회 서비스를 받을 수 있도록 적극적인 권유로의 변화", "서비스이용률, 등록률, 퇴원율 및 신뢰도 증가", "당사자 또는 가족의 직접의뢰 수의 급격한 증가" 등의 가시적인 결과를 체험하고 있었다. 또한

28) 실제로 현장조사에서도 요양시설의 경우도 개방형으로 운영하고 있는 곳은 입소자들이 자율적으로 외출기록지에 기록을 하고 나가는 등 자율적인 방식이 광범하게 도입되고 있는 모습을 관찰할 수 있었다. 또한 정신의료기관의 폐쇄병동의 경우에도 휴대폰을 전면 허용하는 곳이 상당 수 있었으며, 실제로 휴대폰 사용과 관련한 문제가 거의 발생하지 않는 것으로 현장실무자들이 보고하고 있었다. 즉 과거 '자율'과 '허용'으로 인해 야기되는 안전이슈들이 생각보다 크게 부각되지 않았다. 이러한 방식은 이제 정신장애인들의, 새로운 세대의 문화로 자리 잡고 있는 것으로 보였다.

아직 광범하게 적용되는 영역은 아니지만 “당사자의 삶에 긍정적인 영향력을 행사하는 한정후견인제도”의 효과를 경험하거나 “입적심사제도가 자발적 입원에 효과적임”, “사회복귀 의지가 있는 환자에게 자의퇴원제도의 선순환적 효과”, “자발적 입원/소는 당사자 자존감 및 삶의 적극성을 높임” 등의 결과를 체험하고 있었다. 평가나 규제에 의한 제도 적용이 아니라 그 순기능을 체감하고 있는 것으로 나타났다.

인권교육이 생활인들한테도 계속 지속적으로 월 1회씩 하고 종사자 인권교육도 지속적으로 1년에 한 번씩 의무적으로 하다보니까 기존에 5년씩 10년씩 근무했던 선생님들의 인권에 대한 인식도 엄청나게 많이 바뀌어서 사실 지금 정신요양시설이 과거에 비해서는 굉장히 많은 인권에 대한 인식 개선이 됐어요. 그래서 그 부분은 어쨌든 법적으로 하라고 한 효과는 반드시 본다고 생각을 하고 있거든요.

10대 후반~30대 초반이 청소년과 청년을 많이 만나고 있어요. 이제 막 발병을 하고 본인이 이러한 정신질환을 가지고 있다는 것에 대한 고민이 많아요. 누군가 자신의 정신질환을 알지 않았으면 하는 마음에 숨기려고 하는 반면 아까 이야기하신 것처럼 스스로 도움을 요청하는 친구들도 많이 늘었어요.

강제 입원율은 확실히 낮아졌습니다. 우리병원은 말할 필요가 없고, 다른 병원도 제가 입원 적합성 심사위원회에 참여해서 보면 비자발적 입원율이 낮아졌고, 입원기간이 확실히 단축이 되었고 입원 적합성에 관한 심사가 강화되면서 입원하기가 어려운, 그러니까 입원에 진입하는 것이 어려운 상태가 되었고, 보호 의무자에 대한 검사도 강화되었고. [참여자 1]

장기입원을 밥 먹듯이 했던, 독수리 오형제라고 있었어요. 자녀를 5명을 둔 어머니께 00 기관의 존재 알려드리니깐 새로운 세상이 열린 거예요. 00 견학 가서 입소시키고, 지역사회에서 안착시키고 잘 안착을 했어요. 이런 사례가 되었죠, 그전엔 이런 걸 몰랐더군요. 잘 안착을 했죠. 00 통해 많은 도움을 받았죠. [참여자 2]

한정후견인 이러한 분들이 보호의무자로 저희 시설에 오셔서 생활인들을 욕구나 상담을 통해서 환자들의 욕구를 들어주고, 직원들에게 환자들이 이야기하지 못했던 부분이나 직원들이 몰랐던 부분들까지 세세하게 들어주고 욕구를 해결하고자 하는 것들이 생활인들 삶의 질이 향상에 도움을 준 것 같아요. 생활인들이 욕구가 해결되는 것들을 보면서 환자 스스로 먼저 이 욕구를 해결해주라고 이야기하기도 해서 예전보다 여러 가지들이 호전되었다고 생각이듭니다.

라) 핵심성과

(1) 당사자의 역량강화

그렇다면 지난 10여 년간의 정신장애인의 인권을 강조하고 권익을 보장하기 위한 노력의 구체적인 성과는 무엇인가? 현장 실무자들이 인식하는 가장 핵심적인 성과는 전반적으로 “당

사자의 역량이 강화되었다는 점"이다. 즉 "당사자의 주도성이 강화됨", "프로그램 참여 결정은 당사자의 몫!"인 것으로, 조직의 문화로 자리 잡고 있었다. 또한 정신장애인의 강화된 역량이 나타내는 구체적의 sign으로 과거의 정신장애인들에 비해 훨씬 "당당해짐", 구체적으로 실무자들의 이러한 노력에 대해 "고마워함", 실무자들의 노고를 오히려 "배려하기" 등의 행동으로, 서비스의 수혜자나 이용자의 역할만이 아니라 정서적 교류와 상호 호혜적 관계로의 변화 혹은 성장을 경험하고 있었다.

부당한 것에 대해 당사자들이 자기 목소리를 내고, 또 운영할 때 당사들의 목소리를 반영하는 부분이 많아졌어요. [참여자 1]

당신들이 돈을 받고 있으니 우리를 위해서 뭘 해줘야 되는 것 아니냐 하는 것들이 저희가 관점을 바꾸고 한 1년 정도 있다가 그런 얘기들이 굉장히 많았었어요. 이제 역량이 강화되다 보니 목소리가 커지셨어요.
[참여자 3]

지금은 어떤 관계로 일을 하냐면 저희들이 얼마나 힘든지 저희의 노고를 알 수 있게 됐다고 하시면서 그런 변화도 생겼어요. [참여자 4]

본인이 입소결정을 한 것에 대해서 자존감이 향상하고, 삶도 적극적으로 살아가려고 하며 일도 나가겠다고 이야기하고, 밝고, 기능이 좋아지신 분들도 몇 분 계시기도 합니다. 입소, 자발적 선택의 기회는 당사자의 자존감 및 삶의 적극성에 효과적이죠.

의뢰 특징 중 하나가 당사자가 직접 의뢰하는 경우가 굉장히 증가하고 있어요. 굉장히 긍정적인 측면이고요. 또 가족들이 예전에는 숨기다가 이제는 우리 아이 좀 도와주세요 라고 의뢰하기도 하고, 재작년부터 증가하더니 올해 급격히 증가하더라고요.

예전에는 어떤 이슈나 이런 부분들이 있으면 회원 분들 그에 대해서 많이 회피를 하셨거든요. 근데 요즘에는 정신장애인분들이 직접 그 뉴스에 대해서 이슈에 대해서 토론을 하세요. 그럼 뭐 이거는 어떻게 되겠네 이건 이렇게 했어야지 자기 관리는 자기가 했어야지 이러면서. 자기 문제잖아요 인권 자체가. 본인 스스로 그에 대해서 민감성이 향상됐다는 건 느끼고 있구요. 또 전국에 있는 시설에서 전체 다는 아니지만 인권지킴이라고 해서 자기들이 주체가 돼서 그런 활동들을 하세요.

(2) 협력적 노력 통한 선순환적 변화

한편 이러한 노력과 성과는 한 기관이나 조직에 국한하여 나타나는 것이 아니라 이러한 경험을 통해 "함께 함은 편견 제거의 지름길"이며, 우리 기관의 서비스만이 아니라 지역사회의

주민으로 살아가는데 필요한 다양한 “타 기관 연계를 위한 노력”으로 이어지고 있었다. 특히 전통적인 정신보건영역이 아닌 지역사회 복지영역에서도 “연대하여 잠재적 경증 정신질환자와 그 가족을 도울 수 있기 위한 공부”, “커뮤니티 케어 시범사업 실시”, “정신질환에 대한 인권의식 고취를 위한 교육”의 형태로 정신장애인의 삶을 정신보건이슈로만 바라보는 것이 아니라 지역사회복지 이슈로 수용하기 위한 노력도 적극적으로 이루어지는 지역도 나타나기 시작하였다. 또한 과거 폐쇄적이거나 지역사회에서 고립되어 있는 시설의 대명사이던 “요양시설도 근처 병원의 응급입원제도 활용” 하는 등 기관형태별로 “다양한 챌린지”가 시도되고 있었다.

저희 직원들과 당사자가 같이 공부를 좀 같이 했습니다. 강점에 대해서, 그러다 보니 인식이 좀 변화하고 종사자들의 인식이 변화되면서 [참여자 3]

정기적으로 슈퍼비전을 받고 있습니다. 교수님한테, 고충을 해소할 수 있는 장을 마련하고 있고요, 수시로 직원들의 이야기를 듣고 수시로 가서 지원하고 있습니다. [참여자 3]

입원병동 환자들에게 퇴원준비 교육이라고 해서, 퇴원 후 자기 삶을 생각해보고, 기획해보고 어떤 자원을 활용할지, 그런 퇴원준비 교육을 하고 있고, 회복 패러다임 기반 한 프로그램 운영해서, 00 기관과 3년째 자기주도적 생활 계획 수립, 또 회복 기반 프로그램, 이런 것을 3년째 하면서……. [참여자 2]

저희는 모든 당사자의 인권을 생각하다보니, 본인의 인권의식이 생긴 사람도 있고, 준비 중인 사람이 있어요. 리더 교육도 하고 동료지원도 가능하게 하고, 외부 강의, 외부교육에서 당사자들이 준비가 안 되어 있었는데, 올해부터는 많이 가실 수 있게, 이제는 가죠. 직원, 당사자들이 하고 싶은 것들이 있으면 최대한 지원을 해서……. [참여자 4]

2) “혼란과 딜레마 전개형식” 영역

그간 정신장애인의 인권과 관련한 긍정적인 성과만 거둔 것은 아니다. 제도간의 충돌이나 지역이나 기관내외부의 인식의 불일치 등 다양한 수준에서 혼란과 딜레마가 전개되고 있는 것으로 나타났다. “혼란과 딜레마 전개형식” 영역에서는 이러한 것들이 어떠한 방식으로 전개되고 있는가를 주체별, 난맥상이 나타나는 방식, 전개형식을 중심으로 분석된 영역이다. 이를 개괄적으로 제시하면 아래의 그림과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-2] 혼란과 딜레마 전개 형식

이상 “혼란과 딜레마의 전개 형식” 영역의 주제와 의미단위를 요약적으로 제시하면 아래의 표와 같다.

[표 2-131] “혼란과 딜레마의 전개 형식”영역의 주제와 의미 단위

구분	주제	의미단위
주체별 혼란의 양상	언제나 잠재적 가해자	인권교육의무대상자!, 뭐했노? 지역사회에서 떠나는 정신건강전문요원들, 행정입원조치 정당성에 대한 딜레마, 그들만의 권리구제절차(관리구제절차 서류 누락에 대한 병원 관계자들의 부담감)
	민원의 역습	엇박자가 일으킨 분란 (자살고위험군 응급입원 시도, 병원은 외래치료 결정, 환자가 경찰 고소, 경찰이 이러한 상황에 더욱 소극적이 됨) (응급입원 거절하자 보호자가 언론에 제보, 아동정신질환자 보호자의 요구로 법적 퇴원조치를 밟았는데 환자가 담당자를 고발한 사건; 담당자 스트레스로 쓰러짐)
	말리는 시누이, 매스컴	병이 문제가 아니라 관리가 문제야!, 예기불안 촉발, 방 빼!
	거짓말 권하는 지표	평가! 달라져야 함, 거짓말하게 만드는 평가지표, 실적보고의 함정
	동맥경화 전달체계	응급입원, 입원치료의 출발이 아니라 치료의 불발탄!, 입원을 둘러싼 이해관계자의 확대, 다른 법과 전달체계가 더 복잡하게 뒤얽힘(교도소는 춥다!, 교도소가 차면 병원도 찬다!), 벼룩 잡으려다 초가삼간 태움, 퇴원정보 미흡으로 실효성 없는 추후관리, 강제성이 없는 치료명령제, 외래치료 유명무실, 입원이 원활해야 단기입원후 지역사회보호체계로 재진입이 가능
난맥상의 유형	이끌든지	아무것도 할 수 없지만 사건나면 뭐했노?, 사례를 가져가던지?, 전문요원에게 권한을 주던지?
	따르든지	경찰의 행정편의주의, 제도적으로 출동할 의무를 부과하던지, 입원신청서에 의무적으로 서명을 하게 하던지, 맡아줘서 고맙다 하던지

구분	주제	의미단위
	비키든지	지역과 시설간 온도차, 상처 주는 상급자, 행사에만 치중하고 현장은 무관심한 상급자, 당사자 참여를 격하게 반대하는 관계 기관과 동료들, 직원 간 인식 편차에서 오는 괴리감, 관련 기관 인식의 불일치, 지역에서 돌볼 수 있다는 자심감을 주거나 지원을 해주던지
전개형식	제도의 오남용	치료의 연속성을 고려하지 않는 오로지 (응급) 입원 적합성!, 입적심사의 빛과 그림자; 서면(書面), 1분에 1명, 단 한 줄!, 사실상 읍급입원이 아님, 병원 갈래? 구치소 갈래?
	여전한 사각지대	입적심 조사원의 직접대면 vs 간접대면의 차이에서 오는 문제, 입적심사의 빛과 그림자(거의 서면, 1분에 1명, 단 한줄 기술?), 보장받지 못하는 청소년의 교육권
	사실상 횡수용화	지역별 편차, 의료기관중심의 횡수용화, 지속적인 치료 경험이 없고 응급입원으로만 들락날락, 전국을 떠도는 전국구 사례(받아주는 곳이 없어서), 이런 환자입원후 병실 파괴에 대한 염려

가) 주체별 혼란 양상

정신장애인의 인권 이슈와 관련된 주체로 정신건강영역의 실무자, 당사자인 정신장애인, 매스컴, 평가지표, 정신보건 전달체계로 구분하여 살펴보고자 한다.

(1) 언제나 잠재적 가해자

정신건강영역의 실무자는 정신장애인의 인권 보호 및 향상을 위해 많은 노력을 기울이고 있음에도 불구하고 “언제나 잠재적 가해자”의 위치를 벗어나기 어렵다는 인식을 하고 있었다. 반복되는 “인권교육 의무대상자”로, 인권교육에서는 실무자의 인권이슈 보다는 “하지 말아야

할 일”에 대한 강조를 통해 잠재적 가해자임을 각인시키고 있다. 한편 많은 업무나 위험 등 실무자들의 고충에는 적극적인 지원이 이루어지지 않고 있음에도 불구하고 정신장애인과 관련한 혹은 정신장애인으로 추정하여 사건화된 이슈가 발생할 때마다 반복적으로 듣는 이야기가 현장에서는 “뭐했노?”라는 이야기이다. 특히 이러한 환경에 많이 노출이 되는 경우가 정신건강증진센터이다. 과도한 업무와 사회적 사건이 되는 곳으로 알려져 “지역사회에서 떠나는 정신건강전문요원들”로 인해 가뜩이나 부족한 인력에 전문요원 채용이 어려운 실정이다. 따라서 경험이 많지 않고 훈련되지 않은 실무자로 채워진 정신건강 인력은 “잠재적 가해자”라는 오명을 적극적으로 벗기보다는 악순환의 위험성을 내포하고 있다.

(2) 민원의 역습

한편 정신장애인 당사자와 가족은 인권보호의 대상이기는 하지만 그 과정에서 민원이 증대하고 ‘민원’이라는 이름으로 소신 있는 실천을 가로막는 주체가 되거나, 그로 인한 “민원의 역습” 현상을 경험하기도 하였다. 이는 많은 절차를 제도적으로 규정을 하여, 제도에 대한 학습효과가 생기고 제도를 활용한다는 점에서 정신장애인과 가족에게 실제로 역량강화가 이루어진 성과로 볼 수도 있지만 제도 간의 틈새나 칸막이로 인한 “엇박자가 일으킨 분란”인 경우가 많다. 이러한 경험을 하게 된 실무자들은 마땅히 해야 할 역할임에도 불구하고 위축되고 소극적으로 될 수밖에 없는 사건들, 이로 인해 담당자가 스트레스를 받아 “쓰러지게 되었다더라”라는 이야기로 회자되면서 자조적인 분위기는 확대 재생산되고 있었다.

아동 같은 경우 입원해야 하는데, 재혼을 해서 아버지가 연락이 안 되어서 사인을 받지 않아서, 보호 의무자들이 입원시키기 어렵다보니 치료자가 방어적이 되고 보호자가 급하다고 해서 때줬는데, 환자가 소송을 걸어서 그 직원이 너무 스트레스 받아서 보호자가 너무 급박해서 때줬는데 2-3개월을 시달리고, 스트레스로 뇌졸중으로 쓰러지고…….

(3) 말리는 시누이, 매스컴

민원의 역습과 함께 자조적인 분위기를 확대 재생산하는데 가장 큰 영향력은 매스컴에 있다. 정신장애인의 인권환경의 바로미터이자 인권 옹호의 나팔수를 자처하는 매스컴은 사실상 정신장애인에 대한 사회적 편견과 혐오를 가중하는 역설적 혹은 이율배반적 기능을 한다는 점에서 “말리는 시누이, 매스컴”이라는 주제로 분석되었다. 보도의 방식 혹은 프레임은 사건을

바라보는데 결정적인 역할을 한다. 불특정 다수에 대한 살인이나 폭력사건을 정신장애인과 관련한 혹은 관련되었다고 추정하는 방식 자체가 갖는 프레임으로 인해 “병이 문제가 아니라 관리가 문제야!”라는 담론이 실무자들을 옭죄게 된다. 이러한 보도내용은 정신장애인이나 관련된 시설 인근의 지역사회의 혐오와 불안을 가중시킨다. 이로 인해 지역사회에서의 배제와 거부, 추방을 합리화하는데 기여하고 있는 것으로 인식하고 있었다.

퇴보되는 경우가, 뉴스에도 나왔는데 응급실에서 보호자가 치료하러 왔는데, 응급실 입원을 거절 했는데, 그 맥락으로 보면 함부로 입원시켰다가는 소송이 될 수 있으니까, 거절을 했는데. 그것 때문에 보호자가 난리를 펴서 SBS에 나왔습니다. 뉴스에, 결론적으로 가족이 어렵다. 치료를 받아서 좋아지는 권리보다,

그나마 000 사건 보도이후 경찰이 협조 하드라구요. 그전엔 전혀 협조 안했어요. 000 사건은 불행하지만 그나마 치료받아야 할 사람들에게 대해 경찰이나 119가 도와주는 게 좀 더 나아진 면이 있죠.

전반적으로 모든 기관이나 개인의 의뢰들이 늘었어요. 이걸 해석하자면 올해 사고가 터지면서 예전에는 지역공동체에서 충분히 받아줄 수 있고, 함께 살 수 있는 수준의 사람들에 대해서도 이제는 겁을 먹기 시작 한거죠. 언제 사건이 터질지 모르니 책임지고 돌봐주고, 조치해달라는 사람들도 많이 늘었어요.

(4) 거짓말 권하는 지표

평가나 실적보고지표도 결국 전달체계의 한 요소이기는 하지만 평가지표나 실적보고가 갖는 특성을 강조하기 위하여 별도의 주제로 구분하였다. 정신건강증진시설 혹은 지역사회의 일반 복지관련 시설들은 “정부보조금” 받는 시설이다! 보조금 받는 시설에서의 평가는 분명한 순기능이 있지만 평가지표를 포함하여 각종 정책과제 이행지표 등이 현실을 반영하지 못한다고 인식하는 경우에는 그 부작용이 크다. “무시할 수 없는” 비현실적인 평가지표는 결국 “거짓말하게 만드는 평가지표”, “눈 가리고 아웅”인 상황을 만들고 이러한 업무방식이 가져오는 부정적인 파장은 결국 “인권 너 마저도!”, 즉 인권영역에서도 진실이나 정의로움과 거리가 멀다는 인식은 인권 이슈와 관련하여 냉소적인 태도를 강화한다는 점이다.

시설이나 구조, 환경 등 법에서 정한 최소한의 법적인 기준만 충족하고 있어요. 병동간격, 병실, 의사 1명당 환자 60명, 간호사 1명당 환자 13명 이러한 것들만 딱 지키고 있어요. 제도적으로도 구조적인 부분들이 바뀌면 좋겠지만 쉽지 않다보니 시립은 시의 위탁을 받지만 개인이 운영하는 병원들은 어려움이 있는 것이잖아요. 보호병동도 저희는 1인실이 없고, 다인실 밖에 없어요. 최소 4인실, 그 다음은 8인실이고, 그마저도 개인용 침상이 있는 곳도 있지만 온돌방에 매트 놓고 쓰는 곳을 사용하기도해요. 이러한 것들도 개인의 공간이 없는 것이고, 인권과 관련해서 환자가 부당함을 느낄 수 있는 부분이라고 생각합니다.

민간에서 1인실은 정말 없고, 대부분 다인실입니다. 개방은 베드가 있지만 폐쇄는 베드가 없어요. 그런데다가 환경도 굉장히 열악하고, 자기공간이 있다는 것은 환자의 자존감과 굉장히 밀접하고 중요하다고 이야기했음에도 시행하지 않더라고요

(5) 동맥경화 전달체계

전반적으로 정신건강 관련 제도나 전달체계들이 복잡하게 뒤엉켜서 세심하게 조율되지 않고 시행되고 있어 그 흐름이 원활하지 않은 현상은 “동맥경화” 상태로 의미화할 수 있다. 응급입원은 사실상 입원치료의 출발이 되어야 함에도 불구하고 “치료의 불발탄”이 되는 경우가 많아 치료에 대한 거부감이나 치료로의 단절을 강화하는 방식으로 작용하는 경우가 생기고 있었다. 또한 “입원을 둘러싼 이해관계자의 확대” 및 “다른 법과 전달체계가 더 복잡하게 뒤얽혀” 새로운 현상들이 발생하고 있었다. 즉 입원이 치료적 필요와 목적에 의해 인권보호를 근간으로 진행하여야 함에도 불구하고 “교도소가 차면 병원도 찬다”, “거리가 추우면 병원이 찬다”로 의미화할 수 있는 바와 같이 입원치료가 과연 치료적 목적에 부응하고 있는지, 여전히 관리의 방식으로 오남용 되고 있는 것은 아닌지에 대한 문제제기를 하게 한다. 또한 “퇴원정보 미흡으로 실효성 없는 추후관리”, “강제성이 없는 치료명령제”로 인해 외래치료가 유명무실해지고 있었다. 즉 “입원이 원활해야 단기입원후 지역사회보호체계로 재진입이 가능”하다는 너무나 기본적인 전달체계에 대한 가정이나 믿음이 왜곡되어 나타나는 경우에 대한 개선이 필요한 것으로 나타났다.

인권이 되려면 치료받을 권리와 인권. 시범주택. 예산 투입되는 것. 등등 이송 수단도 사설수단의 문제……. 장기입원 의료급여환자는 가족부담이 없으니 장기입원이 여전히 지속될 수밖에 없는 거죠. 결국 정책적인 것, 제도적인 것, 지원이 함께 해야 하는 거죠.

보호 관찰소에서 보호관찰 중인 정신질환자들도 보호관찰이 끝나는 시점에서 우리한테 일방적인 통보 할 수 있게 제도도 바뀌고 있고, 센터는 그렇게 받으면 본인의 동의 없이도 관리하라고 하며 이런 식으로 제도도 바뀌고 있는 것 같아서 안타깝습니다.
지금 좋은 흐름으로 가고 있는 스스로 찾아오는 분들이 자신의 정보가 센터, 병원, 경찰에까지 노출이 되면 숨게 될 수 있다고 저는 예측을 하고 있습니다. 자발적 치료도 점점 멀어질 것이고, 제가 근거를 가지고 있는데 치료를 잘 받게 하는 것이 지역사회에서 오래 같이 잘 살게 하는 것인데 퇴원통지나 정보공유가 과연 그러한 역할을 할 수 있을 것 인가 하는 생각이듭니다. 이것은 전국적인 통계는 아니지만 저희 센터로 오시는 분들 통계를 보면 퇴원통지나 정보공유를 통해서 개입했던 분들이 등록하는 분은 굉장히 낮습니다.

정신건강복지센터에서는 복지부에서 전산시스템을 개발하게 되면서 모든 등록회원을 전산시스템에 등록하게

되어있어요. 이 때 전산시스템에 입력한다는 동의서를 받게 되는데 동의서에 개인력이나 주민번호 등 민감한 정보들에 대해서도 나열을 하고, 동의하지 않으면 서비스에 제한이 있다. 라고 이야기하고 있는데 이것은 결국 동의하지 않으면 서비스를 받을 수 없다는 이야기이잖아요. 제가 회원 분들에게 동의서를 받았을 때 회원분들의 피드백은 이러니까 회원들이 센터를 오지 않으려고 하는 것이라는 이야기를 하더라고요.

나) 난맥상의 유형

현장에서 경험하는 정신장애인 인권 이슈와 관련한 난맥상이 드러나는 방식은 '이끌든지', '따르든지', '비키든지'라는 하위주제로 분석하였다.

(1) 이끌든지

이는 권한은 주지 않고 책임만 묻고 있는 다양한 상황을 의미화한 것이다. 입퇴원, 치료명령 등 다양한 과정과 절차와 관련하여 실제적인 권한을 행사할 수 있는 것이 거의 없음에도 불구하고, 즉 "아무것도 할 수 없지만 사건만 나면 뭐했노?"라는 분위기에 위축되고 좌절감을 겪는 것으로 나타났다. 또한 지역사회에서 정신장애인과 관련한 이슈들은 모두 '정신' 관련 시설을 주목하고 '책임 지우는' 분위기로 인식하고 있었다. 정신건강이슈를 지역사회의 다양한 인프라를 활용하여 책임을 분담하는 방식을 채택하거나 전문요원에게 더 많은 권한을 주는 등 어떤 형태로든 이 상황을 타개하는데 필요한 리더십 부재의 문제로 분석되었다.

정신건강복지센터가 법적 권한이 강화되어야 할 것……. 법적 권한을 갖게 되면 안전장치가 보완이 되어야 합니다. 법, 정책적으로 이루어져야지요. 사례관리, 입원, 인권 등이 이루어질 것이라고 생각해요. 경찰 119는 나름 권한이나 안전장치가 있는 사람들인데 센터 직원은 이 두 가지가 다 없어요.

보호관찰소랑 ……. 했을 때 간담회를 했는데 보호 관찰소는 법적권한이 있어서 약을 안 먹는 것 같으면 강제적으로 혈액검사를 할 수 있게 해요. 그래서 실제로 안 먹었으면 치료명령을 다시 내릴 수가 있는데 센터는 설득하는 방법밖에 없어요. 아무 강제성이 없어서 그래서 어려운거죠.

(2) 따르든지

"이끌든지"로 의미화할 수 있는 권한과 리더십을 주지 못한다면 현재의 제도와 지침 안에서 적극적으로 적용하지 않고, 이를 "따르지" 않는 상황에 대한 비판적 시각이다. 응급입원과정의 예를 들자면 "경찰의 행정편의주의"나 세부지침이 마련되지 않아 제대로 작동하지 않는 문제점을 지적하고 있었다. 이를 해결하기 위해서는 구체적으로 "제도적으로 출동할 의무를 부과하던지", "입원신청서에 의무적으로 서명을 하게 하던지"의 형태로 개선이 필요한 것으로 나

타났다. 즉 새로운 제도를 만드는 것도 중요하지만 이미 마련되어 있는 것을 적극적으로 수용하기 위한 자세의 부족을 문제시하고 있는 것이다.

(3) 비키든지

난맥상의 또 다른 형태는 '외부'가 아니라 '내부'와 관련한 이슈이다. 즉 같은 정신건강전달체계내에서도 "지역과 시설간 온도차"가 있고, 조직 내부에서는 인권이슈와 관련하여 지향점이 달라 "상처 주는 상급자", "행사에만 치중하고 현장은 무관심한 상급자", "당사자 참여를 격하게 반대하는 관계 기관과 동료들", "직원 간 인식 편차에서 오는 괴리감" 등의 형태로 새로운 시도나 노력을 약화 혹은 좌절시키는 것으로 나타났다. 또 다른 차원의 '내부'는 같은 지역사회 내에서의 긴장 혹은 갈등과 관련된다. 정신장애인의 지역사회 돌봄이 현실화되기 위해서는 전통적인 정신보건 인프라만이 아니라 지역사회 관련 기관의 참여가 필수적이다. 그러나 이들의 합류 노력에 대해 정신건강 관련 기관에서 적극적인 지원이나 환대가 아닌, 관망하는 듯 한 자세 혹은 비전문가의 무모한 도전으로 바라보는 듯 한 태도로 인해 동기가 저하되는 경험을 하는 것으로 보인다. 그러나 정신건강 이슈를 전통적인 정신건강 인프라만으로 해결할 수 없다는 차원에서 이러한 도전에 용기와 지지를 받고 싶다는 점에서 "지역에서 돌볼 수 있다는 자신감을 주거나 지원을 하던가" 로 의미화할 수 있는, 같은 지역사회 내에서 나타나는 난맥상의 다른 모습도 발견할 수 있었다.

실질적인 수요는 센터에 등록되지 않은, 비비드한 증상이 있는 분들이 지역사회에 있는 분들을 대해 접근해주길 기대하고 있는 거죠.

개인정보 보호문제와 낙인에 대한 인식 문제인데요. 그 사건 사고가 터지면서 가장 먼저 나온 대책들은 경찰이나 각계기관에서 정신질환자인지 몰랐다고 했는데 그렇다면 지역사회에서 정신질환자들에 대해서 공유하자는 이야기가 나왔는데 이러한 것들을 오히려 정신질환자를 잠재적 범죄자로 낙인하는 것이라고 생각이 드는데 현재 흐름은 계속 그렇게 진행되는 쪽으로 가고 있어서 너무 안타깝고요.
어떤 상한 음식을 먹고 있는 행동을 하는 걸 자해라 보는데 반면에 어떤 분들은 봤을 때 이거는 자해가 아니라 그냥 자기가 그런 선택을 잘못하고 있지 않나라고 하기도 하고요. 또는 추운 겨울날 밖에서 노숙하고 있는 정신장애 질환이 계시는데도 불구하고 저는 동사할 것 같애서 이것도 하나의 자해로 보지 않냐라고 하더라도 어떤 분들은 그에 대해 동의를 해주는 분도 계시지만 그건 지가 집에 안 들어가고 자는데 어떡하겠노 그런 것들. 또는 그걸 좀 정말 사건이 되어야지만 이제 문제 있는 거지 그거는 죽기 전까지 밖에서 자는 것도 그 분의 결정권 아니냐. 이렇게 이야기하는 분 보면…….

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다) 전개 형식

혼란과 딜레마의 전개형식은 “제도의 오남용”, “여전한 사각지대의 존재”, “사실상 횡수용화”로 분석되었다.

(1) 제도의 오남용

“제도의 오남용”은 제도를 어기는 것은 아니지만 형식의 구색만 맞출 뿐 제도의 취지와 의미, 가치를 담지 못하고 있는 방식을 의미화 하였다. “치료의 연속성을 고려하지 않는 오로지 (응급)입원 적합성”만 강조하고 있다던가, “입적심사의 빛과 그림자”로 표현할 수 있는, “서면(書面)”, “1분에 1명”, “단 한 줄”이라는 묘사로 드러나는 부분이다. 입적심의 의미가 훼손 그 의미를 담기에 적절하지 않은 방식도 형식을 갖추었으므로 그대로 적용되는 현실에 대한 보완이 적극 필요한 것으로 나타났다. 또한 “사실상 응급입원이 아님”으로 표현되는, 편이를 위해 다양한 방식으로 오남용 되는 현상을 확인할 수 있었다. 따라서 정신장애인의 인권보장 관련 제도가 이행 혹은 준수되고 있는가가 아니라 기본 취지를 담보하고 있는가에 대한 좀 더 심층적이고 세밀한 평가가 필요할 것으로 보인다.

보호자의 동의 입원경우에 3개월이 되기 전에 증상이 악화될 것 같으면 연장을 해야 하는데 한 달 반 정도가 지나면 연장을 미리 신청해야 해요. 그런데 환자는 당황스러울 수 있는 것이 입원 후 점차 좋아지고 있다고 생각하는데 연장신청을 미리 해야 할 경우 혼란스럽고 당황스러워합니다.

그리고 대부분 자신이 너무 힘들고, 죽을 것 같을 때 다시 오시더라고요. 그러면 이제 저희가 가는데 사실 시설에서 퇴소를 하시면 저희한테는 아무런 결정권이 없지만 일이 생겼을 때 나가서 도움을 드리고 있고요. 못 나가실까봐 대부분 동의 입원은 안하시고, 자의 입원하시고, 이러한 부분들이 계속 반복되더라고요. 안타까운 부분이에요.

(2) 여전한 사각지대

지난 10여 년간 정신장애인의 인권을 옹호하고 증진하기 위한 다양한 시도들이 이루어지고 가시적인 성과를 거두고 있지만 여전히 사각지대가 존재하는 것으로 나타났다. 입원적합성 심사 시 대면심사와 비대면 심사간의 분명한 격차가 존재하고, 서면심사의 한계 등은 다른 영역에서도 반복적으로 제시되고 있는 부분이다. 장애인이라도 정신장애인을 위한 사각지대가 있

으며, 청소년의 입원치료와 관련한 교육권의 보장이 적극적으로 도입되어도 정신병원 앞에서는 멈춰서는 인권 이슈들이 여전히 존재하고 있었다. “여전한 사각지대”는 향후 정신장애인 인권 향상과 관련한 중요한 과제로 부각될 것으로 보인다.

저희 같은 경우는 기능이 많이 어려워진, 병식이 없는 분들이 대부분이에요. 약을 의례 먹으라고 하니깐 먹는 거다. 약의 필요성이, 주니깐 먹는다. 어디가 아파서 가면 가는데, 왜 다른 곳으로 가느냐, 가기 싫다, 내가 자의적 병원이면 이해하는데, 다른 곳은 가기 싫다. 그 분들에게 자의입원을 위해 동의나 온전히 자기가 표현해서 가기 어려운…….

정신장애인들 중 지적장애를 가지신 분들도 많고, 지적 장애인화 되시는 분들도 많으세요. 저희는 이런 부분까지 다 해내야하는데 복지를 넣어놓고, 왜 복지를 제대로 못 받는 것인가라는 현장에서의 어려움이 있습니다.

보호자는 와서 아이 때문에 힘들어하는데, 그 자리에서 때리지 않는 한 보호자가 입원을 시키지 못하고, 보호자가 없는 환자가 입원을 했고, 사회사업팀에서 퇴원을 하는 과정에서 주민등록말소 된 거 살리고, 보호자도 없고, 인식도 없다 보니깐 다시 반복입원을 하고, 입원도 안 되면 노상으로

동료 상담가는 장애인 고용공단에서 직업처럼 페이가 나오죠. 장애인 고용공단에서 하다 보니 장애인 등록이 되어 있어야 해요. 3급까지. 근데 경증을 만들어서 활동할 폭을 만들어 줘야하지 않나요?. 심각한 장애등록만 있고... 심각한 사람이 무엇을 하겠어요?

아직도 인상 깊었던 것이 간병인이 있어야 내과병동에서 받아주는데 일주일 입원하고 오신 이용자가 내과병원을 다녀오시고 ‘천국이구나’ 라고 이야기하시더라고요. 내가 지금까지 갔던 병원은 병원이 아니었구나 라고 하시더라고요. 2인실을 사용 하잖아요. 그리고 옆에서 있으면서 식사하셨는지 괜찮으신지 물어봐주소 식사도 가져다주고 씻겨주고 다해주시는 것을 보면서 기존에 무서워했던 병원을 새로 생각하게 됐다고 하시더라고요.

좋아진 것 같은데 왜 그런 사람들은 안 보이는데서 인권 사고가 터질 수밖에 없느냐. 양극화 때문입니다. 결국 가족들이 다 지치게 되고 인권을 가장 침해하기 손쉬운 사람은 가족이 되거든요. 사례관리를 하러 가가호호를 가보셔도 아까 재원, 재가 말씀하셨지만. 가보시면 결국에는 친정어머니가 미혼모로 애를 6명 낳은 딸을 그냥 방치하고 있거든요. 아무리 뭐 정신건강 전문요원 2명이 가서 같이 이렇게 병원으로 가보자고 해도 안 가요. 거기에서 면담하고 나오는 게 다죠. 그리고 연계를 하려고 해도 지정정신병원으로 가는 거에 대해서 협조가 안 될 때도 굉장히 많습니다. 그렇다 보니까 이제 경찰 권한이 없이 정신건강전문요원 선생님들이 여성 2인조로 다니더라도 불안하게 되는 거죠. 돈과 인력도 물론 맞지만은 양극화가 제일 크다고 생각을 하고 있고

(3) 사실상 횡수용화

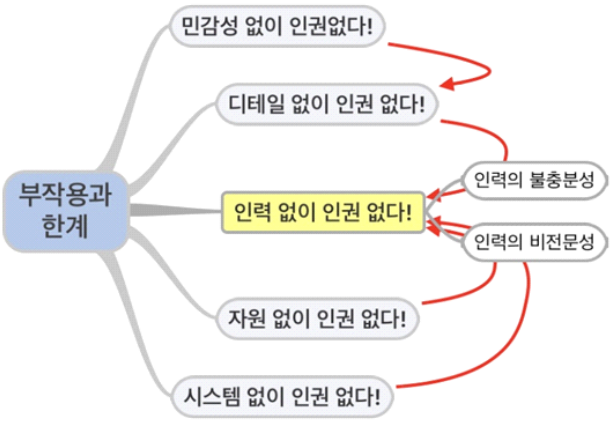
정신장애인 인권향상을 위한 다양한 시도로 의미 있는 성과를 거두고는 있지만 뚜렷하게 드러나고 있는 한계는 “사실상 횡수용화”가 이루어지고 있다는 점이다. 횡수용화의 구심점은 지역 간 인프라의 특성이 반영되어 있다. 의료기관 분포가 높은 지역은 의료기관중심의 횡수용화가 전개되고 있으며, 주거시설 인프라가 미약 내지는 척박한 지역에서는 시설중심의 횡수용화가 전개되는 것으로 나타났다

인프라에 지역별 편차가 존재함으로 인해 입원이나 시설보호 이후 지역사회의 안정적 전환과 지역사회에서 생활하는데 필요한 자원이나 전달체계가 미치지 못하는 경우 “의료기관중심의 횡수용화”, 지속적인 치료 경험이 없고 “응급입원으로만 들락날락”하는 사례, 전국을 떠도는 “전국구 사례” 등이 존재하는 것으로 나타났다. 특히 시설보호로의 진입과정에서의 인권이 슈도 중요하지만 이미 입원해 있는 환자나 입소인의 안정적인 치료나 서비스를 제공해야 하는 책임이 강조되어 “병실(분위기)파괴”의 우려가 많은 정신장애인에 대한 사실상 입원/입소 거부 사례도 증가하고 있다는 점도 주목할 부분이다. 또한 국민기초생활수급자의 경우 시설수급의 이유로 재활시설보다는 입원을 선택하는 문제 등 재정지원 방식도 횡수용화의 또 다른 기제가 되고 있음을 재확인할 수 있었다.

3) “부작용과 한계인식” 영역

“부작용과 한계인식”영역은 지난 10년간 정신장애인의 인권이 강조되고 강화되는 과정에서 경험하게 되는 부작용과 한계를 어떠한 내용으로 경험하는 지와 관련한 부분이다. 주요 주제는 “민감성 없이 인권 없다!”, “디테일 없이 인권 없다!”, “인력 없이 인권 없다!”, “자원 없이 인권 없다!”, “시스템 없이 인권 없다!” 라는 주제로 구분하였다. 즉 부작용과 한계는 ‘민감성’, ‘디테일’, ‘인력’, ‘자원’, ‘시스템’의 부재로 요약해볼 수 있다.

[그림 2-3] 부작용과 한계 인식



“주작용과 한계 인식”영역의 주제와 의미단위를 요약적으로 제시하면 아래의 표와 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-132] “부작용과 한계 인식”영역의 주제와 의미 단위

주제	하위주제	의미단위
민감성 없이 인권 없다!		외래치료 공공영역에서 지원이 가능해졌지만 당사자 자발성이 우선시 되어야함, 당사자 자기 스티그마를 극복할 수 있는 힘 필요, 정신장애인을 위한 교육의 필요성 인식 부족, 당사자 변화정도에 따른 단계적 개입의 필요성 인식, 미등록자에 대한 기관의 관심 필요
디테일 없이 인권 없다!		후견인 지정에 대한 명확한 법적 기준 필요, 퇴원사실에 대한 통보 주체의 명확성이 요구됨, 퇴원당사자 인적사항 구체적인 기재가 필요
인력 없이 인권 없다!	인력의 불충분성	떠나는 정신건강전문요원, 장애인 거주시설 표준정도의 인력보강 기대, 역량 있는 지역사회정신보건 전문요원 적절한 배치 필요,
	인력의 비전문성	업무관련 역량 강화 필요성 인식, 정신장애 관련 전문교육의 필요성, 민간위탁기관의 구조적 취약성으로 인한 전문성 위축
자원 없이 인권 없다!		경제적 안정은 증상이 좋아질 수 있는 전제조건, 지역사회 돌봄이 이루어지는데 필요한 자원의 절대적 부족, 사회적 편견해소를 위한 해결책 마련 필요, 편의시설 설치의 필요성, 시설확충
시스템 없이 인권 없다!		당사자실정에 맞는 지역사회 시스템 구축 필요, 정신건강복지센터 법적권한 강화 필요, 현실을 제대로 반영할 수 있는 제도개혁의 필요성, 정신장애관련 정보시스템 구축의 필요 행정입원 가능한 병원/병상유무에 대한 정보 제공 필요, 퇴원사실 통보대상의 기준미비, 통보는 하였으나 실제적으로 활용할 수 있는 지역인프라 부재, 장기입원 감소를 위한 제도 및 정책이 보완될 필요, 시스템 간 협력할 수 있는 지원 인프라구축 필요

가) “민감성 없이 인권 없다”

더 발전적인 인권정책과 제도 마련, 그 실행을 담보하기 위해서는 ‘민감성’이 요구된다. 즉 외래치료 역시 공공영역에서 지원이 가능해졌지만 “당사자 자발성”이 우선시 되어야 할 것이다. 당사자의 자기 스티그마(self-stigma)를 극복할 수 있는 힘을 키울 수 있는 다양하고 섬세한 방안을 모색할 필요가 있다는 것이다. 이를 위해서는 서비스제공자들에 대한 교육만이나 아니라 정신장애인을 위한 교육이나 역량강화로 무게중심이 옮겨 갈 필요가 있다. 그러나 아직은 이에 대한 서비스제공자들의 인식이 부족한 것으로 평가하고 있었다. 또한 아무리 좋은 제도나 접근이라도 정신장애인 당사자의 인식이나 수용정도를 고려해야 할 것이다. 또한 주민등록 미등록자 등 “존재하되 존재하지 않는” 집단에 대한 관심이 더욱 필요한 것으로 나타났다.

걸리는 게 당사자들의 self stigma가 해결이 안 되고 있어요. 너무 어려워서 다음 단계로 안 넘어가고 있어요. [참여자 4]

정신 장애인들을 위해 그들이 편하게 지낼 수 있는 병원이나 요양시설이 아니더라도 편하게 지내고 지역사회에서 생활 할 수 있는 그런 공간들을 마련할 필요가 있다고 생각이 드는데 그것이 센터일 수도 있고, 그들만의 커뮤니티공간일 수도 있겠다는 생각이 들어요. 다른 장애인에 비해 갈 곳이 없어서 길을 배회하다가 이상한 사람으로 낙인찍히거나 집에만 있거나 그나마 갈 곳은 센터인데 센터도 시설이 열악합니다.

인권보호와 관련된 부분은 개인의 자기결정권은 시설에서 가장 중요하기도 하고, 이슈가 되기도 해요. 또 여러 명이 같이 생활을 하다보니까 병원과는 달리 본인의 의견을 주장하시는 분들이 많으세요. 핸드폰, 인터넷, 금전사용, 외출, 외박, 보호자면회, 결혼, 자녀를 만나는 부분 등에 대해서 권리를 주장하시는데 워낙 포괄적이셔서 어떻게 답변을 해드리는 것이 맞고, 도움을 드릴 수 있는지에 대해서 걱정이 됩니다.

경찰은 잠깐 개입하는 분들임에도 불구하고 나중에 드리려고 했던 말씀이지만, 민원이랑 소송을 굉장히 싫어해요. 제가 밝힐 순 없지만은 어떤 곳에서는 이제 공문을 내립니다. 응급입원을 시키지 마라. 행정입원을 적극 활용하라. 적극에 굵은 글씨를 쓰는 거죠. 뭐 아까 전에 저는 인권에 대한 것도 환자와 그걸 말씀드렸지만, 그게 주는 아니라고 생각을 하고요. 왜 이렇게 하느냐에 대해서 깊이 들여다보면 인권이라는 개념이 대두될수록 그것을 지키지 않았을 때의 부담이 커지는 건 당연한 건데, 인권을 애초에 왜 지켜야 되는지에 되나면 환자분이 자기의 인간성을 지키기 위해서 충분한 치료를 적시에 받기 위한 게 인권의 가장 출발인데, 그 분의 신체적인 자유, 의사결정이 잘못됐든 잘됐든 무조건 자유롭게 하는 것에 아주 미숙한 단계인거죠.

나) “디테일 없이 인권 없다”

‘민감성’이 구체적으로 작동하기 위한 제도적 ‘디테일’에 보완이 필요한 것으로 나타났다. 예를 들면 “후견인 지정에 대한 명확한 법적 기준”, “퇴원사실 통보 주체의 명확성”, “퇴원당사자 인적사항 구체적 기재” 등이다. 이러한 디테일이 보완되지 않으면 실제 적용과정에서의 실효성이 현저히 떨어지는 세부주제와 관련하여 향후 보완이 필요한 것으로 나타났다.

대면평가를 안하고 서면평가만 하는 경우, 주치의가 정확하게 그 대상자에 대한 내용들을 써주면 그것으로 서면평가로 통과를 시키는데, 주치의가 제대로 기술을 안 해준다거나, 뭐랄까 그것만 봐서는 대상자가 입원을 해야 할지 퇴원을 해야 할 지 판단하기 어려운 경우도 있어요.

누구를 후견인으로 해야 할지 기준이 없어서 혼란스럽죠. 기관 내에 말이 안통하고 병식이 없는 최소한의 12명의 후견인이 필요한데 초반이어서 시행착오가 많았어요. 로딩도 길고, 준비작업도 길었고……. 근데 와서 하는 것은 통장 확인 정도, 일상생활 피드백 듣는 것 정도밖에 없는 것 같고……. 관여해주는 것은 없죠. 오히려 후견인은 상급기관 역할 정도?

퇴원 예정자. 퇴원 통지서가 오고 있죠. 보건소, 센터로. 근데 정보가 굉장히 미흡해요. 결국은 퇴원 예정자와 통지서가 오는 것은 사례관리를 하라는 것인데……. 진단명과 간략한 한 줄. 병원 이름도 안 쓰여 있는 경우도 있어요. 어느 병원에서 퇴원하는지 알 수 없는 거죠.

입원적합성 심사에 관련해서는 저는 사실 센터와 경찰을 통해서 응급입원환자가 있었는데 환자가 입원을 하게 되면 원무과에서 처리를 하는데 야간에서 환자가 응급으로 오면 원무과는 퇴근을 한 상태여서 병동에서 처리를 하게 됩니다. 그러한 상황에 입원적합성 심사 초기에 병동에서 권리구제를 못 받은 직원이 날짜를 잘못기입해서 환자가 퇴원을 하게 되었어요.

연계를 해드린 케이스가 있는데 연계한 센터에서 연락을 했는데 “왜 연락했냐?”고, “하지 말라”고 이렇게 싫어하셨다고 하더라고요. 그럼 이러한 경우에는 방법이 없는 거네요?

다) “인력 없이 인권 없다”

정신장애인 인권보장은 제도로만 완성되지 않는다. 실행 주체는 결국 인력이다. 따라서 “인력 없이 인권이 없으며”, 인력은 수적인 충분성만이 아니라 전문성이 담보되어야 한다. 현재는 투입인력이 충분하지 않고 특히 전문인력이 확충되지 않고 있는 것으로 나타났다.

(1) 인력의 불충분성

인력의 불충분성은 물론 투입인력이 절대적으로 부족한 것에서 출발한다. 이는 사실 새삼스러운 주제는 아니나 여전히 해결되지 않고 있는 주제일 뿐이다. 특히 입원/입소시설은 입원/입소인 수에 대비한 투입인력에 대한 법적 기준이 제시되는 반면, 지역사회 시설은 이용자규모와 관련한 “투입인력에 대한 기준”이 제시되어 있지 않다. 따라서 인력대비 과중한 업무, 특히 지역사회의 요구에 적극 대응하지 못하는 문제가 발생하고 있다. 다양한 이유들이 얽혀있겠지만 특히 정신건강복지센터를 중심으로 “떠나는 정신건강전문요원”의 문제가 지속되고 있다. 특히 직영 혹은 위탁기관의 구조적 취약성으로 인한 전문성 위축의 문제, 이밖에 거주시설의 인력 등 표준인력에 대한 기준이 미흡하거나 기준 자체가 없는 경우에 대한 대대적인 보완이 필요한 것으로 다시 한 번 강조되고 있었다.

시설부분에 있어서도 열악한 부분들이 많고, 장애인 거주시설의 표준정도만 인력이 되어도 좋을 것 같아요.

(2) 인력의 비전문성

인력의 공백 역시 전문인력으로 채워지는 것이 아니라 제한적인 인건비 사용 등의 한계들과 맞물려 비전문인력으로 채워지는 문제가 다시 지적되고 있었다. 따라서 이러한 현실에 기초하여 “업무관련 역량 강화”를 위한 좀 더 적극적인 방안이 필요한 것으로 나타났다. 또한 과거에 비해 정신건강서비스 공급방식이 다각화됨에 따라 관련 인력에 대한 “정신장애 관련 전문교육의 필요성”이 강하게 제기되었다.

전문 인력이 있어야 하죠. 커뮤니티에 있는 일들이 힘들고, 더 안전하고, 더 셋팅이 잘 되어 있는 곳으로 국립정신센터로 갑니다. 반면 센터에서 전문요원을 뽑는 것은 하늘의 별따기에요, 직영센터들도 더 많으니까, 그곳도 뽑기 더 어렵다고 들었어요. 센터도 40%가 비전문요원이죠. 어느 정도 센터에서 3년 정도 되면 국립정신건강센터로 가요. 센터는 이제 학원이 되죠(인력수급의).

커뮤니티케어에서 관련된 이슈는 병원기반 사례관리가 하나의 이슈로. 병원 중심으로 재편되는 것이 아닌가 걱정하죠……. 직영여부의 문제가 아니라, 급여가 예전으로 가면서 60%로 떨어지고, 말은 직영, 정규직이라고 하지만 센터는 더 이상 갈 곳이 아니라는 인식이 팽배해요.

라) “자원 없이 인권 없다”

인력 이외에도 인간의 욕구충족에 필요한 다양한 자원이 투입되지 않고 인권을 말할 수 없다. 즉 “자원 없이 인권 없다” 실제로 지역사회에서의 안정적인 생활을 유지하는 데 필요할 뿐만 아니라 역설적으로 “경제적 안정은 증상이 좋아질 수 있는 전제 조건”이 된다는 경험을 통해 자원의 중요성이 강조되고 있다. 즉 지역사회 돌봄이 이루어지는데 필요한 자원의 절대적 부족, 사회적 편견해소를 위한 해결책 마련 필요, 편의시설 등 시설 확충 등이 수반되지 않는다면 인권을 말하기 어렵다는 점이다.

……. 부적합률이 낮으니깐 제도의 실효성에 대한 의문을 갖지 않을까 고민하는데, 그게 이미 입원할 때 서류, 절차를 강화하다보니, 이미 걸러지고 오다보니 부적합으로 판정되는 경우가 드물어요. 여전히 심사하다보면 의사 나 자타의 위험이 있어서 입원 적합으로 하지만, 실제 이 사례를 봤을 때 재활기관으로 시도할만한데, 계속 돌볼 가족이 없다고 써놓다 보니깐, 퇴원을 하면 자기 관리 못한다고 하니깐 퇴원을 못하는 지역사회 연계할 수 있는 시스템이 더 갖춰져야 겠다.

가족은 엄두가 안 나고, 비용도 들고 월 2-30만 원 정도?
보호자입장에서는 하기는……. 공공후견인제도하면 괜찮을 텐데, 개인적으로 하면
보호자들이 관심은 높아요. 보호 후견으로 활성화될 가능성은 큰 것 같아요.

처음에 근무를 할 때 상담실에 방음시설이 되어있지 않아서 놀랐어요. 내 고민이나 질환에 대해 털어놓고 상담하고 싶어서 왔는데 대기하는 동안 상담실에서 다른 사람들의 이야기가 들리는데 기다리면서 과연 마음 편히 이곳을 이용 할 수 있을까?하는 생각이 들더라고요. 병원은 기준이 마련되어있다고는 하지만 센터는 상담실의 방음측면에 이런 점이 전혀 없어요. 그리고 젊은 친구들이 개인정보 노출에 대해 굉장히 예민하기 때문에 이러한 부분들이 해결되었으면 좋겠어요. 결국에는 돈 이야기지만 예산의 한계로 방음시설을 만들기가 어려워서 이 부분이 굉장히 안타까운 것 같아요.

지역사회에서의 인권문제는 인권유린하거나 하는 문제가 아니라 받아야 하는 서비스를 받을 수 있을 만큼의 충분한 자원이 없는 것이 문제인 것 같아요.

마) “시스템 없이 인권 없다”

현재 인권 보호를 위한 제도가 작동하는데 필요한 시스템이 전혀 없지는 않다. 그러나 “당사자실정에 맞는 지역사회 시스템 구축”이 필요함을 강조하고 있다. 이를 위해 구체적으로 강조되는 것은 “정신건강복지센터의 법적권한 강화 필요”, 현실을 제대로 반영할 수 있는 제도

개혁, “정신장애관련 정보시스템 구축” 등을 대안으로 제시하고 있었다. 아울러 행정입원 가능한 병원/병상유무에 대한 정보 제공 필요, 퇴원사실 통보대상의 기준이 미비하여 통보는 하였으나 실제적으로 활용할 수 있는 지역 인프라 부재, 장기입원 감소를 위한 제도 및 정책이 보완될 필요, 시스템 간 협력할 수 있는 지원 인프라 구축 필요 등이 제시되었다. 구체적인 방식에 대한 찬반논란은 있지만 어떠한 형태로든 세부시스템의 보완 없이 인권을 보장하기 위한 노력은 그 한계를 드러낼 수밖에 없다는 것이다.

입원의 엄격성 여부는 지역사회돌봄체계가 제대로 갖추어져 있을 때 가능하다고 보고…….
커뮤니티케어 지역사회 돌봄 영역과 입원영역과 땔래야 땔 수 없는데... 비자의입원은 깔끔하게 얘기해 줄 수 있죠.. 가족들이 힘들고, 지역사회에서도 시한폭탄. 지금 말하는 지역사회돌봄체계가 있었음 하는데, 없는 상태에서 입원이 엄격해지면서. 체감이 됩니다. 입원은 하기 까다로워졌는데, 마땅한 없이, 그냥 지내고 있는 거죠. 지금 힘든 상황이고, 어떻게 했으면 좋겠다. 시스템이 있어야 하는데, 지금은 아직 그림이 그려지지 않는 상태로 보이는 거죠.

돈 있는데 치료 안 받는 사람은 드물죠……. 물론 외래치료명령제…….경제적 지원을 해준다하더라도……. 본인의 자발성이 없으면……. 명령이 작동하지 않는 거죠.

당사자 인권이슈는 당사자 활동이 있지만, 동료 지원가 긍정적이지만, 여전히 역량이 충분하지 않아서 그 안에서의 갈등, 비인권적인 모습. 리더가 회원을 마음대로 이끄는 모습이 보이는 거죠.

라. 결론 및 제언

1) 결론

가) 느리지만 분명한 변화!

이상의 전문가 집단의 의견을 중심으로 한 정신장애인 인권보호 및 증진의 궤적은 “느리지만 분명한 변화”로 요약해볼 수 있다. 특히 인권 실천의 가장 중요한 요소라 할 수 있는 인권민감성과 관련한 자기반성적 이해가 높아지고 있다는 점은 고무적이라 할 수 있다. 이러한 부분을 당사자와 가족들의 지지와 호응, 관심이라는 견제 장치가 선순환하며 서서히 변화하고 있는 것으로 나타났다. 가장 중요한 성과는 ‘변화의 방향성“이라 할 수 있다. 전통적으로 정신장애인 인권이슈를 다루면서 특히 한국의 가족중심 문화와 제도적인 측면에서 가족의 기능을

강조하는 시스템에서 정신장애인의 인권의 대변인으로서의 가족이 중요한 비중을 차지하고 있었다. 정신장애인 당사자의 목소리를 낼 수 있는 분위기, 당사자 단체의 다양한 활동 등과 맞물려 전반적으로 가족에게서 당사자에게로 무게중심이 옮겨가고 있다는 점이다. 또한 기존의 전통적인 정신보건영역은 의료적 모델과 관점에 기반한 미시적 관점이 강조되어왔다고 해도 과언이 아니다. 그러나 변화의 또 한축으로 개인변화모델 보다 환경변화를 강조하는 거시적 관점이 많이 반영되고 있다는 점이 느리지만 분명한 변화의 모습으로 나타났다.

나) 기존 지역 및 인프라 특성으로 인해 지역 간·시설 간 인식의 격차의 존재

이러한 변화는 물론 지역의 특성이나 시설유형 등에 따라 분명히 편차가 존재하고 있었다. 특히 주목할 만한 부분은 더 이상 정신장애인 인권 이슈는 전통적인 정신건강증진시설만의 관심사와 역할만이 아니라는 점이다. 즉 내부자가 아닌 정신건강증진시설과 기타 사회복지조직 간의 인식의 격차에 주목할 필요가 있다. 정신건강시설이 아닌 지역사회 유관기관의 입장에서는 정신건강영역을 다른 장애인복지 영역과 비교할 때 상대적으로 배제된 영역으로 인식하고 있었다. 이와 함께 장애인영역에서 강조되고 있는 당사자주의나 탈시설화 운동 패러다임과 비교해볼 때 정신건강시설 중 입원이나 입소시설이 아닌 소위 지역사회 시설이라고 하는 곳의 실무자들이 상당히 병리적 관점을 가지고 있다는 점을 강조하고 있었다. 즉 의료적 혹은 병리적 관점을 통해 당사자주의의 도입이나 지역의 주민으로서의 권리회복에 대한 민감성이 상대적으로 떨어지는 것으로 인식하고 있었다. 이는 향후 정신장애인의 인권수준 향상과 관련하여 시사한 바가 많다. 즉 정신건강증진시설 종사자들 간에는 많은 변화라 할 수 있는 것들이 일반 장애인 영역과 비교를 해본다면 여전히 낙후되어 있으며 이를 서비스제공자들에게도 적용되는 부분인 것이다. 따라서 이러한 격차로 인해 인권증진을 위한 노력의 동기화나 견인 못지않게 걸림돌이 되는 것에 대한 경계도 필요한 것으로 나타났다.

다) 서비스제공자중심의 인권의식 강화 및 책임감 강조는 분명한 한계가 있음

여전한 한계로 지적되는 것과 관련해서 “인력 없이 인권 없다” “자원 없이 인권 없다”라는 주제와 관련한 부분이다. 서비스제공자에 대한 인권의식을 강화하기 위한 교육과 규제 등이 강화되고 있음에도 불구하고 서비스제공자에 대한 책임을 강조하는 것에는 분명한 한계가 있다는 점이다. 이는 다양한 형태로 그 부작용이 드러나고 있다. 최소기준이라도 전문인력이 확충되지 않는 문제에서부터 인권에 대한 방어적인 실천가는 양산되었을지 몰라도 적극적인 인권옹호자와 적극적인 실천자를 키워내고 있는가에 대한 반문이 필요하다. 따라서 투입인력과

관련한 최소기준이 마련되고, 그 이후에 전문성과 책임감에 대한 강조로 확산해가는 것이 필요하다. 특히 지난 10년이 정신장애인 인권과 관련한 정부정책 방향이 수립, 추진되는 기본 인프라 구축기였다면 향후 10년은 인권의식이 지역사회의 문화, 조직의 문화, 전문가 집단의 문화로 자리 잡기 위한 토대 마련이 중요할 것이기 때문이다.

2) 제언

초점집단면접 결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하였다.

첫째, 정신건강복지법의 세부내용이 보완되어야 한다. 정신건강복지법의 세부규정들, 특히 복지서비스에 관련된 조항들의 하위법령들이 제정되어야 한다. 자유권이 어느 정도 윤곽을 잡아가고 있는 중이라면, 사회권은 거의 논의의 시작조차 하지 못하고 있다. 사회권의 기초는 사회보장과 복지서비스에 있다. 따라서 구속력 없는 법조문에 대한 하위법령을 구체화하여 중앙정부와 지자체가 공동으로 책임을 갖고 제공하는 복지서비스에 대한 법적 제도적 근거를 마련해야 할 것이다. 그리고 이렇게 정신장애인의 인권향상과 관련한 제도를 도입할 때는 그 제도가 가지고 있는 가치지향이나 철학에 기반을 둔 원칙을 분명하게 제시할 필요가 있다. 그래야 그 제도들이 실효성을 갖고 운영될 것이며, 그래야 정신장애인들이 인권이 보장되는 지역사회에서 생활할 수 있을 것이다.

둘째, 정신장애인 인권향상과 관련한 제도 도입 시 그 제도가 가지고 있는 가치지향이나 철학에 기반한 원칙을 분명하게 제시해야 한다. 시설의 소재 지역이나 시설의 유형에 따라 정신장애인 인권에 대한 인식의 편차가 존재하고 있었지만, 더욱 두드러진 것은 장애인 인권에 비교해볼 때 다소 민감성이 떨어진다는 점이었다. 의료기관에서 의료모델이나 병리적 관점을 고수하는 것은 당연하다 하더라도, 지역사회생활시설이나 요양시설에서도 병리적 관점을 고수하면서 당사자주의의 도입이나 주민의식에 따른 권리회복에 대한 민감성이 상대적으로 낮게 보이고 있었다. 이는 정신건강복지법으로의 개정을 비롯하여 인권증진을 위한 다양한 노력의 결과로 시설 내에서의 인권인식이 지난 10년간 발전된 모습을 보여주었음에도 불구하고 장애인을 비롯한 타 영역에서의 인권보장과 비교했을 때는 턱없이 낮은 상태였던 것이다. 이는 기존의 병리적 관점이 아직도 남아있기 때문으로 해석되며, 지역사회에서는 재활과 회복과 삶이라고 하는 인권적 관점의 도입 및 전환이 조속히 이루어져야함을 의미하는 것이다. 다양한 차원의 교육 및 훈련을 통하여 시설 종사자들의 인권민감성을 고양할 수 있도록 인권위원회 차원의 권고가 있어야할 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

셋째, 인력 등의 인프라 확충 없는 인권의 강조는 부작용만 심화된다. 정신건강관련 자원(예산 및 인력) 투입의 수준을 명확히 제시해야 한다. 정신장애인에 대한 병원 입원 및 시설 입소 중심의 사고에서 지역사회에서의 생활 중심의 사고로 정신장애 치료 및 재활 패러다임 자체의 변화가 정신장애인의 인권을 담보하는데 필수적인 요소이다. 치료는 병원에서 제대로 이루어질 수 있도록 하되, 재활 및 회복은 지역사회에서 자유권과 사회권이 보장된 상태에서 일상적인 생활을 하면서 진행될 수 있도록 해야 한다. 치료를 담당하는 의료기관은 수용시설화되지 않고 치료다운 치료를 할 수 있도록 보장되어야 하며, 재활과 회복은 지역사회의 일상생활 현장에서 일상의 삶을 영위할 수 있도록 보장되어야 한다. 이때 지역사회 생활로의 시각의 변화는 지역사회에서의 인프라를 구축하는 것을 전제로 하여야 하며, 인력, 예산, 그리고 다양한 재활 및 회복 서비스 등을 확충하여야 한다. 지역사회에서의 인프라 확충 없는 인권의 강조는 공허한 레토릭에 불과할 뿐이며 부정적인 부작용을 심화시키게 된다.

5. 일반인의 편견

가. 조사방법

1) 조사대상 표본 구성 및 인구학적 특성

온라인 설문을 통해 최종 활용한 622명에 대한 표본 구성은 [표 2-133]과 같다.

[표 2-133] 표본 구성 및 응답현황

거주 지역	응답 인원	성별 및 연령별 분류											
		남						여					
		10대	20대	30대	40대	50대	60대 이상	10대	20대	30대	40대	50대	60대 이상
서울	90	0	9	6	7	4	1	2	17	9	13	19	3
부산	11	0	6	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0
대구	96	0	19	0	3	19	0	3	25	2	15	10	0
인천	7	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0
광주	58	0	10	16	10	7	0	0	4	8	1	2	0
대전	117	1	21	9	2	3	0	7	36	16	16	5	1
울산	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
경기	98	1	6	2	15	22	4	4	14	6	9	11	4
강원	31	0	2	2	1	1	0	1	9	9	3	3	0
충북	6	0	2	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
충남	15	1	1	0	2	0	0	2	4	2	1	2	0
세종	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
전북	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0
전남	7	1	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
경북	39	1	8	2	1	5	0	1	13	4	2	2	0
경남	4	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
제주	30	0	0	1	8	4	0	2	0	1	6	8	0
전체	622	6	88	44	52	68	6	25	127	58	74	66	8
		264						358					

조사대상자의 성별분포는 남성 42.4%, 여성 57.6%였고, 연령대별 분포는 10대 5.0%, 20대 34.6%, 30대 16.4%, 40대 20.3%, 50대 21.5%, 60대 이상 2.3%였다. 혼인상태는 미혼이 44.1%, 기혼이 52.6%였고, 교육정도는 고졸 이하 13.9%, 전문대졸·대졸이 66.6%, 대학원 이상은 19.5%였다. 가족 전체 월 소득 수준은 500만 원 이상이 43.1%로 가장 높았고, 종교는 무교가 44.1%로 나타났다. 직업별로는 사무직·기술직이 24.1%로 가장 높았고, 학생 23.6%, 가정주부가 12.9%, 전문직 10.9%, 자영업 10.1%, 판매직·서비스직 4.2%, 경영관리직 2.7%, 일반작업직 2.6%로 나타났다. 거주 지역은 대전(18.8%), 경기(15.8%), 대구

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(15.4%), 서울(14.5%), 광주(9.3%), 경북(6.3%), 강원(5.0%), 제주(4.8%), 충남(2.4%), 부산(1.8%), 인천·전남·전북(1.1%), 충북(1.0%), 경남(0.6%), 세종·울산(0.5%)순으로 나타났다.

[표 2-134] 조사대상자의 인구학적 특성

특성	구분	N	%	특성	구분	N	%
성별	남	264	42.4	직업	농업·수산업·축산업	7	1.1
	여	358	57.6		자영업	63	10.1
나이	10대	31	5.0		판매직·서비스직	26	4.2
	20대	215	34.6		기능공·숙련공	11	1.8
	30대	102	16.4		일반작업직	16	2.6
	40대	126	20.3		사무직·기술직	150	24.1
	50대	134	21.5		경영관리직	17	2.7
	60대 이상	14	2.3		전문직	68	10.9
	Mean : 37.3세 / S.D. : 13.348				학생	147	23.6
혼인 상태	미혼	274	44.1		가정주부	80	12.9
	기혼	327	52.6		무직	12	1.9
	동거	0	0.0		은퇴	2	0.3
	이혼	17	2.7		기타	23	3.7
	별거	0	0.0	거주 지역	서울	90	14.5
	사별	4	0.6		부산	11	1.8
교육 정도	무학	0	0.0		대구	96	15.4
	초등학교	1	0.2		인천	7	1.1
	중등학교	2	0.3		광주	58	9.3
	고등학교	84	13.5		대전	117	18.8
	전문대·대학교	414	66.6		울산	3	0.5
	대학원 이상	121	19.5		경기	98	15.8
가족 전체 월 소득	100만원 이하	16	2.6		강원	31	5.0
	100이상~200만원 미만	39	6.3		충북	6	1.0
	200이상~300만원 미만	83	13.3		충남	15	2.4
	300이상~400만원 미만	113	18.2		세종	3	0.5
	400이상~500만원 미만	103	16.6		전북	7	1.1
	500만원 이상	268	43.1		전남	7	1.1
종교	없음	274	44.1		경북	39	6.3
	기독교	54	8.7		경남	4	0.6
	천주교	61	9.8		제주	30	4.8
	불교	4	0.6				
	기타	229	36.8	합계		622	100

2) 조사 도구

가) 정신질환자에 대한 편견

정신질환자에 대한 편견 척도는 2008년 국가인권위원회의 “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”에서 사용했던 문항에 자문회의와 FGI 연구 결과를 반영하여 일부를 수정하였다. 문항 수는 24문항으로 동일하며, 하위요인별 구성 문항이 ‘무능’요인 9문항, ‘위험’요인 7문항, ‘회복불가능’요인 5문항, ‘식별가능성’요인 3문항으로 다소 변화되었다. 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도에 응답하도록 되어있으며, 점수가 높을수록 편견의 정도가 높음을 의미한다. 척도의 신뢰도 Cronbach's α는 .941로 매우 높은 수준이었다(‘무능’요인 .916, ‘위험’요인 .877, ‘회복불능’요인 .749, ‘식별가능’요인 .740).

나) 정신질환자에 대한 차별행동

정신질환자에 대한 차별행동 척도 역시 2008년 국가인권위원회의 “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”에서 사용했던 문항을 일부를 수정하였다. 전체 문항 수(13문항)와 하위요인별 구성 문항(‘개인적 관계 지양’ 요인 7문항, ‘사회적 기본권 박탈’요인 6문항)은 동일하고, 어법의 적절성과 의미의 구체성 등을 고려하여 일부 문항을 수정·보완하였다. 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 정신질환자와 물리적, 심리적으로 가까이 지내고 싶지 않은 그리고 정신질환자에게 선거권이나 양육권 등 사회적인 기본권을 주어서는 안 된다는 태도의 정도가 높음을 의미한다. 척도의 신뢰도 Cronbach's α는 .907로 매우 높은 수준이었다(‘개인적 관계 지양’요인 .902, ‘사회적 기본권 박탈’요인 .787).

다) 정신질환자에 대한 편견의 원인

정신질환자에 대한 편견의 원인 척도는 편견이 어디서 영향을 받아 형성되었다고 생각하는지를 묻는 5개 문항으로 구성되어 있다. 2008년 연구에서 사용한 ‘대중매체의 영향’, ‘정신질환자를 빗대어 사용한 언어의 영향’, ‘주변사람들의 부정적 태도로부터의 영향’, ‘정신질환자와의 직접 경험의 영향’을 묻는 4개 문항에 정신건강복지법 개정 이후의 변화를 반영한 ‘약물부작용, 강박·격리, 강제입원 등 치료방법의 영향’을 묻는 1개 문항을 추가하였다. 매우아니다

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도이며, 점수가 높을수록 문항에서 묻는 원인의 영향력이 강함을 의미한다.

라) 정신질환자에 대한 편견 극복 방안

정신질환자에 대한 편견 극복 방안 척도는 편견을 극복하기 위한 효과적인 방안을 묻는 7개 문항으로 구성되어 있다. 2008년 연구에서 사용한 문항에 어법의 적절성과 의미의 구체성 등을 고려하여 4개 문항을 수정·보완하였고, 정신건강복지법 개정 이후의 변화를 반영하여 3개 문항을 추가하였다. 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도이며, 점수가 높을수록 편견 극복 방안에 대한 동의 정도가 높음을 의미한다.

마) 정신질환에 대한 편견의 영향

정신질환에 대한 편견의 영향 척도는 일반인들의 편견으로 인해 정신질환자나 그의 가족들이 어떤 영향을 받게 될지를 묻는 6개 문항으로 이루어져 있으며, 2008년 연구에서 사용한 문항과 모두 동일하게 적용하였다. 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 편견의 영향에 대한 동의 정도가 높음을 의미한다.

바) 정신질환자에 경험

정신질환자에 경험을 묻는 문항은 2008년 연구에서 사용한 척도와 비교하여 문항 수는 7문항으로 동일하였고, 그 중 '병문안을 가본 적이 있다'를 '정신병원을 방문한 적이 있다'로 수정하여 적용하였다. 자신의 경험에 해당하는 항목을 모두 골라 다중 응답하도록 하였다.

사) 정신질환자의 범죄위험성에 대한 태도

정신질환자의 범죄위험성에 대한 태도 척도는 박지선(2015)의 연구에서 개발된 척도를 사용하였다. 총 6문항이며, 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 정신질환자의 범죄위험성에 대하여 심각하게 인식

하는 것을 의미한다.

자) 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도

정신질환자와 정신장애인에 대한 태도 척도는 일반인의 인식 속에서 정신질환과 정신장애를 어떻게 구분하는지를 살펴보기 위한 것으로, 신권철(2018)의 정신건강복지법 해설[입원편]을 토대로 구성하였으며, 6개 문항으로 이루어졌다. 매우아니다(1), 약간아니다(2), 보통이다(3), 약간그렇다(4), 매우그렇다(5)의 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 정신질환자와 정신장애인를 구분해서 인식하는 정도가 크고, 정신질환자에 대한 낙인감의 수준이 높음을 의미한다.

아) 정신질환 관리에 대한 일반인의 인식 특성

정신건강 혹은 정신질환에 대한 정보를 접하는 경로를 묻는 문항, 정신질환 관리를 위해 정보의 예산 지원이 필요한 분야를 묻는 문항으로 구성되었다.

차) 정신보건서비스의 개선 필요성

정신보건서비스와 관련하여 개선 및 확대가 필요한 정도에 대하여 묻는 15개 문항으로 구성되었다. 현재충분함(1), 별로필요없음(2), 보통(3), 필요함(4), 매우필요함(5)의 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 각 문항에서 묻는 서비스 확대 필요성에 대한 동의의 정도가 높음을 의미한다.

3) 자료 분석

자료분석을 위해 SPSS 22.0 program을 활용하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 조사대상자의 인구학적 특성 파악, 주요 척도와 문항들의 수준 파악을 위해 실수, 백분율, 빈도, 평균, 표준편차 등의 기술적 통계분석을 하였다. 둘째, 조사대상자의 인구학적 특성에 따른 정신질환자에 대한 편견과 차별행동에 대한 차이는 독립표본 t-test, ANOVA로 분석하였고, 집단 간 차이에 대한 사후검증은 scheffe 검정법을 적용하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나. 조사 결과

1) 정신질환자에 대한 편견

가) 조사대상자의 정신질환자에 대한 편견

조사대상자의 정신질환자에 대한 편견의 정도를 알아보기 위한 정신질환자에 대한 편견 전체 및 하위요인별 각 문항 점수의 평균과 표준편차는 [표 2-135]와 같다.

정신질환자에 대한 편견 전체점수 평균치는 2.57로, 이는 5점 척도에서 중간점 2.50에 근접하는 수준이다. 하위요인별 평균값은 '회복불능'요인(2.98), '위험'요인(2.68), '무능'요인(2.43)', '식별 가능'요인(2.18)순으로 나타났다.

각 하위요인별로는, '회복 불능'요인에서는 '정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다'(3.84)와 '정신질환은 재발한다'(3.35), '무능'요인에서는 '정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살수 없다'(2.65)와 '정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다'(2.65), '위험'요인에서는 '정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다'(3.31)와 '정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다'(3.01), '식별 가능'요인에서는 '정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다'(2.29)와 '정신질환자는 누가 알려주지 않아도 표가 난다'(2.28) 등의 문항들이 높은 평균치를 보이는 것으로 분석되었다.

[표 2-135] 편견척도 하위요인 문항별 평균과 표준편차

편견 요인	문항	사례수	평균	표준 편차	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	622	2.30	1.143	4
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 어렵다.	622	2.21	1.098	5
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	622	3.21	1.246	3
	정신질환은 재발한다.	622	3.35	1.013	2
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간을 필요로 한다.	622	3.84	1.033	1
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	622	2.39	1.125	6
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	622	2.39	1.121	5
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정 할 수 없다.	622	2.65	1.248	2
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정 할 수 없다.	622	2.12	1.120	9
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다.	622	2.56	1.222	4
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	622	2.31	1.117	7
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자 살 수 없다.	622	2.65	1.201	1
	정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못 할 것이다.	622	2.61	1.158	3
	정신질환자는 스스로 직업을 선택 할 수 없다.	622	2.19	1.116	8
위험	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	622	3.31	1.084	1
	정신질환자는 폭력적이다.	622	2.59	1.097	4
	정신질환자가 이웃에 있으면 위험하다.	622	3.01	1.181	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높다.	622	2.70	1.232	3
	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	622	2.37	1.087	6
	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.	622	2.54	1.201	5
	'정신질환'이라는 말만 들어도 두렵다.	622	2.27	1.222	7
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다.	622	1.95	1.062	3
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	622	2.29	1.141	1
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	622	2.28	1.096	2
회복불능		622	2.98	.784	1
무능		622	2.43	.897	3
위험		622	2.68	.879	2
식별가능		622	2.18	.892	4
편견 전체		622	2.57	.722	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나) 인구학적 특성에 따른 편견 점수의 차이

조사대자의 성별, 연령, 혼인상태, 교육정도, 가족 전체 월 소득 수준, 종교, 직업, 거주 지역에 따른 편견 점수의 차이를 살펴보았다.

① 성별에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

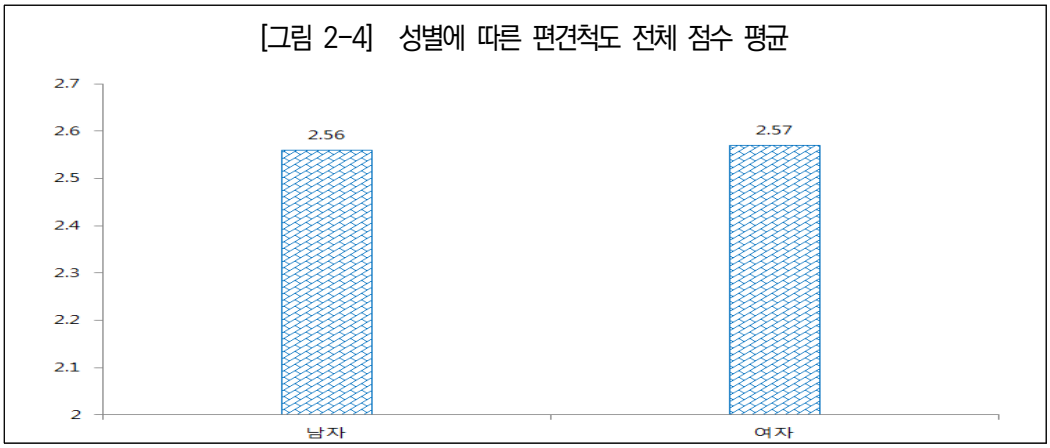
성별에 따른 정신질환자에 대한 편견 차이분석 결과, '위험'요인($t = -2.332$, $p<.05$)에서 남성보가 여성이, '식별가능'요인($t = 2.287$, $p<.05$)에서 여성보다 남성이 통계적으로 유의하게 편견의 정도가 높은 것으로 나타났다. 편견 척도 전체점수 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

[표 2-136] 성별에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견	성별	사례수	평균	표준편차	t
무능	남	264	2.45	.907	.437
	여	358	2.42	.891	
위험	남	264	2.59	.849	-2.332*
	여	358	2.75	.896	
회복불능	남	264	2.94	.792	-1.188
	여	358	3.01	.778	
식별가능	남	264	2.27	.920	2.287*
	여	358	2.11	.866	
전체	남	264	2.56	.745	-.189
	여	358	2.57	.706	

* $p<.05$

[그림 2-4] 성별에 따른 편견척도 전체 점수 평균



② 연령에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

연령에 따른 정신질환자에 대한 편견 차이분석 결과, '무능'(F = 13.61, p<.001), '위험'(F = 9.52, p<.001), '회복불능'(F = 11.68, p<.001), '식별가능'(F = 8.84, p<.001)의 모든 하위요인 및 전체 편견 점수(F = 14.63, p<.001)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 연령이 높아짐에 따라 정신질환자에 대한 편견 점수가 높아지는 것으로 분석되었다.

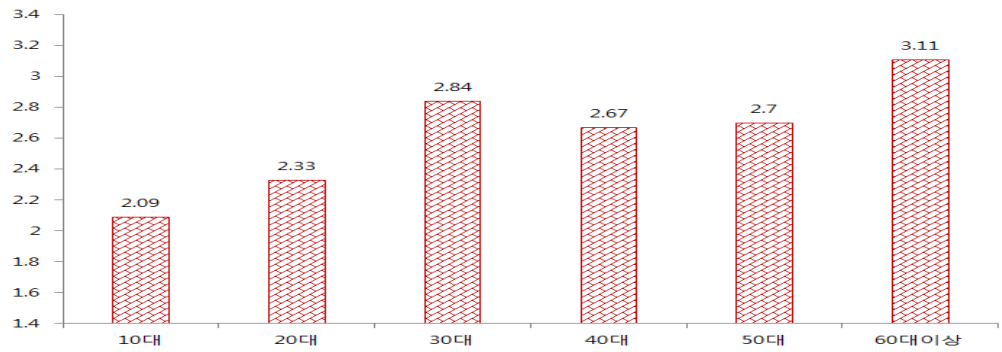
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-136] 연령에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견 요인	연령	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a) 10대	31	6	1.94	.692	13.61 ***	a<c**, a<d* a<e**, a<f** b<c***, b<d** b<e***, b<f*
	(b) 20대	215	5	2.13	.777		
	(c) 30대	102	3	2.63	.869		
	(d) 40대	126	4	2.58	.903		
	(e) 50대	134	2	2.67	.939		
	(f) 60대 이상	14	1	3.18	.910		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a) 10대	31	6	2.18	.770	9.52 ***	a<c**, a<d* a<f*, b<c*** b<d*
	(b) 20대	215	5	2.46	.786		
	(c) 30대	102	2	2.99	.898		
	(d) 40대	126	3	2.83	.819		
	(e) 50대	134	4	2.73	.965		
	(f) 60대 이상	14	1	3.19	.710		
	합계	622		2.68	.879		
회복불능	(a) 10대	31	6	2.45	.575	11.68 ***	a<c***, a<d** a<e*, b<c*** c>e*
	(b) 20대	215	5	2.79	.697		
	(c) 30대	102	1	3.37	.776		
	(d) 40대	126	3	3.06	.749		
	(e) 50대	134	4	3.02	.855		
	(f) 60대 이상	14	2	3.17	.714		
	합계	622		2.98	.784		
식별가능	(a) 10대	31	6	1.78	.697	8.84 ***	a<e*, a<f** b<c**, b<e** b<f**
	(b) 20대	215	5	1.94	.798		
	(c) 30대	102	3	2.36	.900		
	(d) 40대	126	4	2.21	.875		
	(e) 50대	134	2	2.39	.972		
	(f) 60대 이상	14	1	2.88	.747		
	합계	622		2.18	.982		
전체	(a) 10대	31	6	2.09	.542	14.63 ***	a<c***, a<d** a<e**, a<f** b<c***, b<d** b<e***, b<f**
	(b) 20대	215	5	2.33	.621		
	(c) 30대	102	2	2.84	.707		
	(d) 40대	126	4	2.67	.683		
	(e) 50대	134	3	2.70	.801		
	(f) 60대 이상	14	1	3.11	.551		
	합계	622		2.57	.722		

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

[그림 2-5] 연령에 따른 편견척도 전체 점수 평균



③ 혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 편견 차이분석 결과, '무능'(F = 17.20, p<.001), '위험'(F = 8.82, p<.001), '회복불능'(F = 7.86, p<.001), '식별가능'(F = 10.31, p<.001)의 모든 하위요인 및 전체 편견 점수(F = 15.17, p<.001)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 보였다. 구체적으로 기혼집단이 미혼집단에 비해 정신질환자에 대한 편견 점수가 높은 것으로 분석되었다.

[표 2-137] 혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

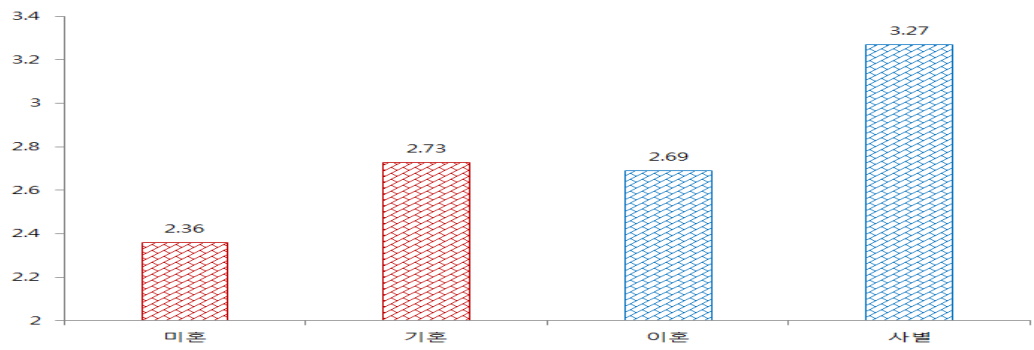
편견 요인	혼인상태	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a) 미혼	274	4	2.15	.809	17.20 ***	a<b***
	(b) 기혼	237	2	2.64	.910		
	(c) 이혼	17	3	2.62	.851		
	(d) 사별	4	1	3.22	.673		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a) 미혼	274	4	2.49	.822	8.82 ***	a<b***
	(b) 기혼	237	3	2.82	.889		
	(c) 이혼	17	2	2.98	.988		
	(d) 사별	4	1	3.32	.965		
	합계	622		2.68	.879		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

편견 요인	혼인상태	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
회복불능	(a) 미혼	274	4	2.82	.733	7.86 ***	a<b***
	(b) 기혼	237	3	3.10	.804		
	(c) 이혼	17	2	3.22	.787		
	(d) 사별	4	1	3.60	.283		
	합계	622		2.98	.784		
식별가능	(a) 미혼	274	3	1.98	.839	10.31 ***	a<b***
	(b) 기혼	237	2	2.35	.908		
	(c) 이혼	17	4	1.92	.693		
	(d) 사별	4	1	2.92	.788		
	합계	622		2.18	.892		
전체	(a) 미혼	274	4	2.36	.662	15.17 ***	a<b***
	(b) 기혼	237	2	2.73	.732		
	(c) 이혼	17	3	2.69	.636		
	(d) 사별	4	1	3.27	.509		
	합계	622		2.57	.722		

*** p<.001

[그림 2-6] 혼인상태에 따른 편견척도 전체 점수 평균



④ 교육정도에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

교육정도에 따른 정신질환자에 대한 편견 차이분석 결과, '무능'(F = 3.873, p<.05), '회복불능'(F = 5.253, p<.01)의 하위요인 및 전체 편견 점수(F = 3.240, p<.05)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 보였다. 구체적으로 고졸 이하 집단이 대졸, 대학원졸 이상 집단에 비해 정신질환자에 대한 편견 점수가 높은 것으로 분석되었다.

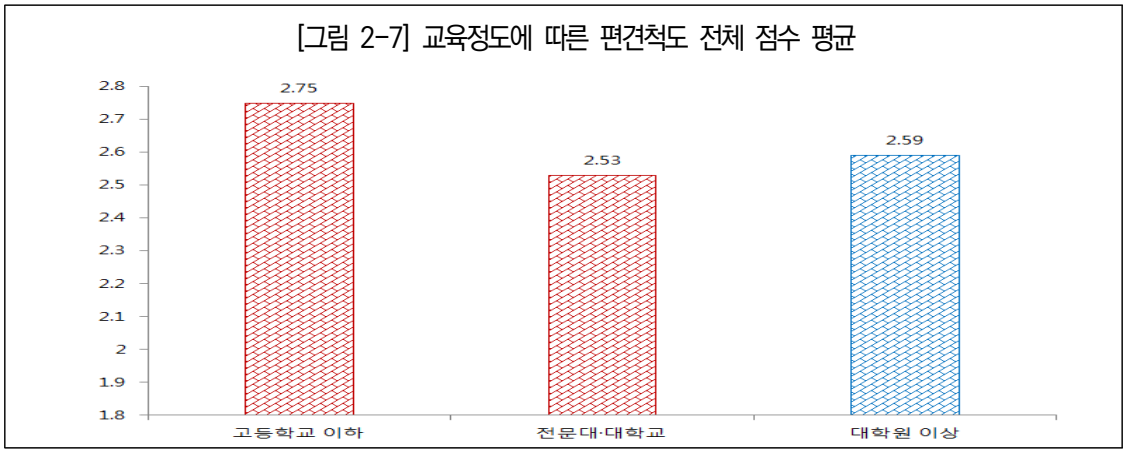
[표 2-138] 교육정도에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견 요인	교육정도	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a)고등학교 이하	87	1	2.66	1.033	3.873 *	a 〉 b *
	(b)전문대·대학교	414	3	2.37	.853		
	(c)대학원 이상	121	2	2.47	.917		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a)고등학교 이하	87	1	2.81	.971	1.113	
	(b)전문대·대학교	414	3	2.65	.851		
	(c)대학원 이상	121	2	2.69	.905		
	합계	622		2.68	.879		
회복불능	(a)고등학교 이하	87	1	3.23	.903	5.253 **	a 〉 b ** a 〉 c *
	(b)전문대·대학교	414	2	2.94	.736		
	(c)대학원 이상	121	3	2.93	.826		
	합계	622		2.98	.784		
식별가능	(a)고등학교 이하	87	1	2.26	.995	1.296	
	(b)전문대·대학교	414	3	2.13	.862		
	(c)대학원 이상	121	2	2.25	.915		
	합계	622		2.18	.892		
전체	(a)고등학교 이하	87	1	2.74	.834	3.240 *	a 〉 b *
	(b)전문대·대학교	414	3	2.53	.682		
	(c)대학원 이상	121	2	2.59	.755		
	합계	622		2.57	.722		

** p<.01, * p<.05

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-7] 교육정도에 따른 편견척도 전체 점수 평균



⑤ 가족 전체 월 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

모든 하위요인 및 전체 점수에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다.

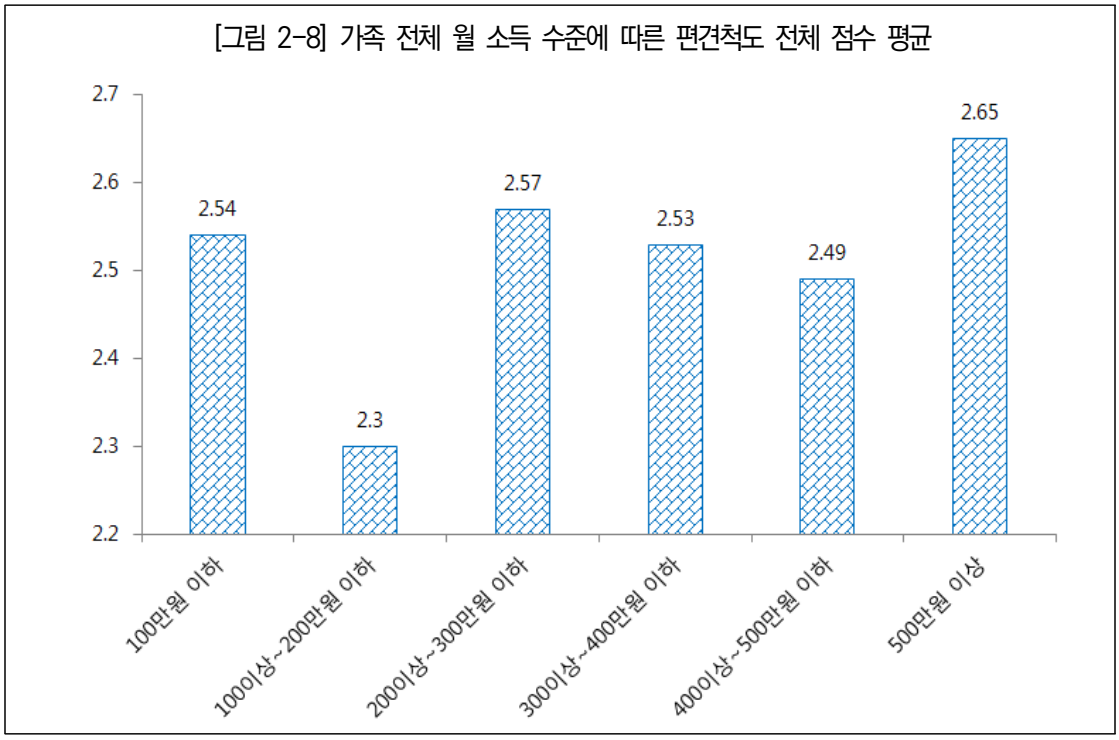
[표 2-139] 가족 전체 월 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견 요인	월 소득 수준	사례수	순위	평균	표준편차	F
무능	100만원 이하	16	4	2.35	1.249	2.08
	100이상~200만원 미만	39	6	2.14	.852	
	200이상~300만원 미만	83	3	2.40	.901	
	300이상~400만원 미만	113	2	2.43	.812	
	400이상~500만원 미만	103	5	2.30	.856	
	500만원 이상	268	1	2.54	.918	
	합계	622		2.43	.897	
위험	100만원 이하	16	1	2.83	1.092	2.11
	100이상~200만원 미만	39	6	2.34	.736	
	200이상~300만원 미만	83	3	2.67	.881	
	300이상~400만원 미만	113	5	2.59	.842	
	400이상~500만원 미만	103	4	2.66	.828	
	500만원 이상	268	2	2.77	.909	
	합계	622		2.68	.879	

편견 요인	월 소득 수준	사례수	순위	평균	표준편차	F
회복불능	100만원 이하	16	3	2.98	.854	1.41
	100이상~200만원 미만	39	5	2.88	.890	
	200이상~300만원 미만	83	1	3.05	.720	
	300이상~400만원 미만	113	4	2.96	.821	
	400이상~500만원 미만	103	6	2.83	.757	
	500만원 이상	268	2	3.04	.774	
	합계	622		2.98	.784	
식별가능	100만 원 이하	16	5	2.02	1.151	1.43
	100이상~200만원 미만	39	6	1.86	.790	
	200이상~300만원 미만	83	2	2.18	.856	
	300이상~400만원 미만	113	4	2.14	.789	
	400이상~500만원 미만	103	3	2.17	.850	
	500만 원 이상	268	1	2.25	.951	
	합계	622		2.18	.892	
전체	100만원 이하	16	3	2.54	.971	2.05
	100이상~200만원 미만	39	6	2.30	.672	
	200이상~300만원 미만	83	2	2.57	.711	
	300이상~400만원 미만	113	4	2.53	.683	
	400이상~500만원 미만	103	5	2.49	.666	
	500만원 이상	268	1	2.65	.746	
	합계	622		2.57	.722	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-8] 가족 전체 월 소득 수준에 따른 편견척도 전체 점수 평균



⑥ 종교에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

'위험'($F = 2.50$, $p<.05$), '회복불능'($F = 6.24$, $p<.001$) 하위요인 및 전체 편견 점수($F = 2.87$, $p<.05$)에서 통계적으로 유의하게 무교 집단의 편견 점수가 낮은 것으로 분석되었다.

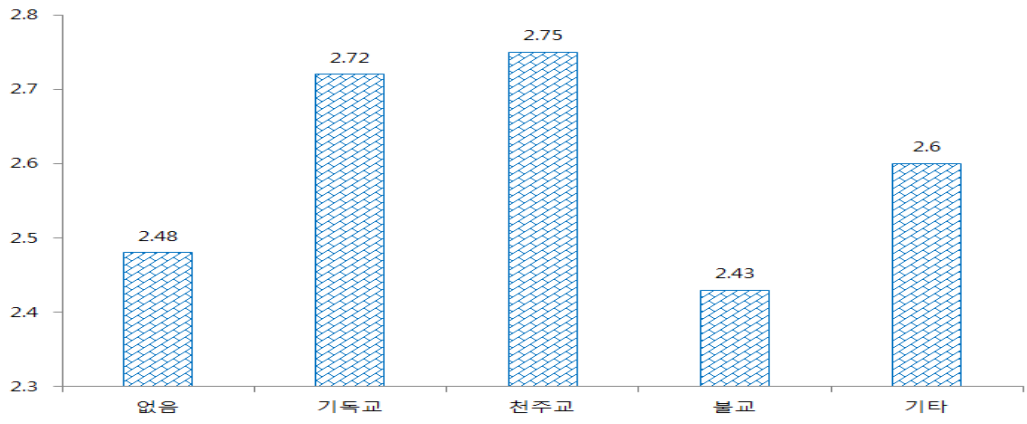
[표 2-140] 종교에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견 요인	종교	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a) 없음	274	4	2.37	.879	2.00	
	(b) 기독교	54	2	2.55	.859		
	(c) 천주교	61	1	2.70	.837		
	(d) 불교	4	5	2.33	1.038		
	(e) 기타	229	3	2.41	.932		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a) 없음	274	5	2.58	.862	2.50 *	a < b * a < c *
	(b) 기독교	54	1	2.93	.913		
	(c) 천주교	61	2	2.81	.833		
	(d) 불교	4	4	2.64	.742		
	(e) 기타	229	3	2.71	.893		
	합계	622		2.68	.879		
회복 불능	(a) 없음	274	4	2.82	.747	6.24 ***	a < b * a < c * a < e **
	(b) 기독교	54	2	3.18	.770		
	(c) 천주교	61	1	3.20	.785		
	(d) 불교	4	5	2.75	.681		
	(e) 기타	229	3	3.08	.797		
	합계	622		2.98	.784		
식별 가능	(a) 없음	274	4	2.14	.896	.43	
	(b) 기독교	54	2	2.23	.784		
	(c) 천주교	61	1	2.28	.895		
	(d) 불교	4	5	2.00	.981		
	(e) 기타	229	3	2.18	.914		
	합계	622		2.18	.892		
전체	(a) 없음	274	4	2.48	.711	2.87*	a < b * a < c *
	(b) 기독교	54	2	2.72	.672		
	(c) 천주교	61	1	2.75	.665		
	(d) 불교	4	5	2.43	.825		
	(e) 기타	229	3	2.60	.748		
	합계	622		2.57	.722		

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-9] 종교에 따른 편견척도 전체 점수 평균



⑦ 직업에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

‘무능’(F = 5.35, p<.001), ‘위험’(F = 4.22, p<.001), ‘회복불능’(F = 5.55, p<.001), ‘식별가능’(F = 4.21, p<.001)의 모든 하위요인 및 전체 편견 점수(F = 6.51, p<.001)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 보였다. 전반적으로 학생집단의 편견 점수가 낮은 것으로 분석되었다.

[표 2-141] 직업에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견	직업	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a)농업·수산업·축산업	7	1	2.90	.952	5.35 ***	f 〉 i *
	(b)자영업	63	8	2.52	.840		
	(c)판매직·서비스직	26	4	2.77	1.024		
	(d)기능공·숙련공	11	2	2.88	.983		
	(e)일반작업직	16	6	2.70	1.085		
	(f)사무직·기술직	150	10	2.48	.893		
	(g)경영관리직	17	3	2.79	.952		
	(h)전문직	68	12	2.36	.912		
	(i)학생	147	13	2.00	.664		
	(j)가정주부	80	5	2.75	.886		
	(k)무직	12	11	2.41	1.306		
	(l)은퇴	2	7	2.61	1.021		
	(m)기타	23	9	2.52	.791		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a)농업·수산업·축산업	7	2	3.00	.969	4.22 ***	f 〉 i *
	(b)자영업	63	11	2.66	.884		
	(c)판매직·서비스직	26	3	2.93	.937		
	(d)기능공·숙련공	11	5	2.87	.640		
	(e)일반작업직	16	4	2.90	1.049		
	(f)사무직·기술직	150	8	2.76	.880		
	(g)경영관리직	17	7	2.80	.884		
	(h)전문직	68	9	2.71	.933		
	(i)학생	147	13	2.29	.742		
	(j)가정주부	80	1	3.03	.794		
	(k)무직	12	6	2.83	1.105		
	(l)은퇴	2	12	2.57	.404		
	(m)기타	23	10	2.71	.872		
	합계	622		2.68	.879		

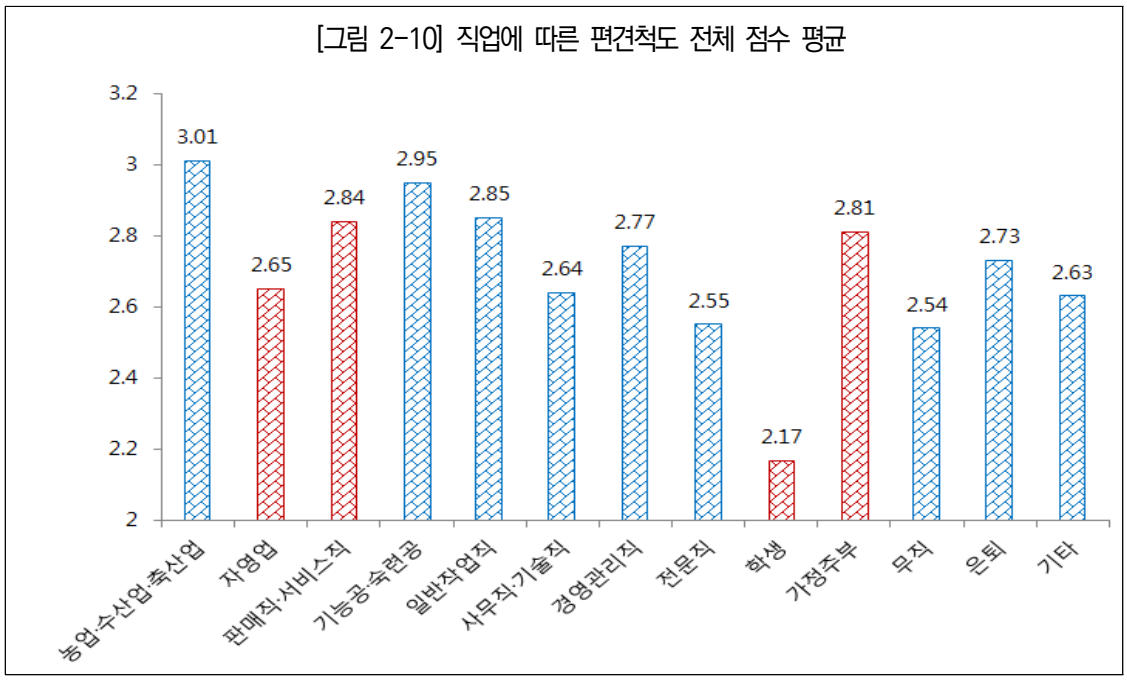
국가인권위원회
humanrights.go.kr

편견	직업	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
회복불능	(a)농업·수산업·축산업	7	2	3.46	.870	5.55***	f 〉 i ** j 〉 i **
	(b)자영업	63	6	3.10	.762		
	(c)판매직·서비스직	26	4	3.27	.862		
	(d)기능공·숙련공	11	1	3.58	.701		
	(e)일반작업직	16	3	3.38	.906		
	(f)사무직·기술직	150	7	3.06	.747		
	(g)경영관리직	17	10	3.00	.863		
	(h)전문직	68	9	3.01	.866		
	(i)학생	147	12	2.60	.580		
	(j)가정주부	80	5	3.15	.820		
	(k)무직	12	11	2.63	.886		
	(l)은퇴	2	13	2.40	.283		
	(m)기타	23	8	3.03	.733		
	합계	622		2.98	.784		
식별가능	(a)농업·수산업·축산업	7	2	2.67	.962	4.21***	f 〉 i *
	(b)자영업	63	8	2.31	.888		
	(c)판매직·서비스직	26	6	2.38	.898		
	(d)기능공·숙련공	11	4	2.48	.970		
	(e)일반작업직	16	5	2.44	1.087		
	(f)사무직·기술직	150	9	2.28	.930		
	(g)경영관리직	17	3	2.51	1.119		
	(h)전문직	68	12	2.11	.893		
	(i)학생	147	13	1.78	.698		
	(j)가정주부	80	7	2.32	.830		
	(k)무직	12	10	2.28	1.188		
	(l)은퇴	2	1	3.33	.943		
	(m)기타	23	11	2.26	.689		
	합계	622		2.18	.892		

편견	직업	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
전체	(a)농업·수산업·축산업	7	1	3.01	.840	6.51 ***	b 〉 i * c 〉 i * j 〉 i ***
	(b)자영업	63	8	2.65	.699		
	(c)판매직·서비스직	26	4	2.84	.821		
	(d)기능공·숙련공	11	2	2.95	.662		
	(e)일반작업직	16	3	2.85	.948		
	(f)사무직·기술직	150	9	2.64	.714		
	(g)경영관리직	17	6	2.77	.880		
	(h)전문직	68	11	2.55	.738		
	(i)학생	147	13	2.17	.520		
	(j)가정주부	80	5	2.81	.656		
	(k)무직	12	12	2.54	1.022		
	(l)은퇴	2	7	2.73	.191		
	(m)기타	23	10	2.63	.604		
	합계	622		2.57	.722		

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

[그림 2-10] 직업에 따른 편견척도 전체 점수 평균



국가인권위원회
humanrights.go.kr

⑧ 거주 지역에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

거주 지역에 따른 정신질환자에 대한 편견 차이분석 결과 통계적 유의성이 검증되었다. 구체적으로, '무능'(F = 3.855, p<.01)요인에서 서울, 인천, 경기 거주 집단이 대전, 충북, 충남, 세종 거주 집단보다 편견 수준이 높게, '회복불능'(F = 3.011, p<.05)요인에서 광주, 전북, 전남 거주 집단이 대전, 충북, 충남, 세종 거주 집단보다 편견 수준이 높게 나타났다. 전체 편견 점수(F = 15.17, p<.001)에서도 광주, 전북, 전남 거주 집단이 대전, 충북, 충남, 세종 거주 집단보다 통계적으로 유의하게 편견 수준이 높은 것으로 분석되었다.

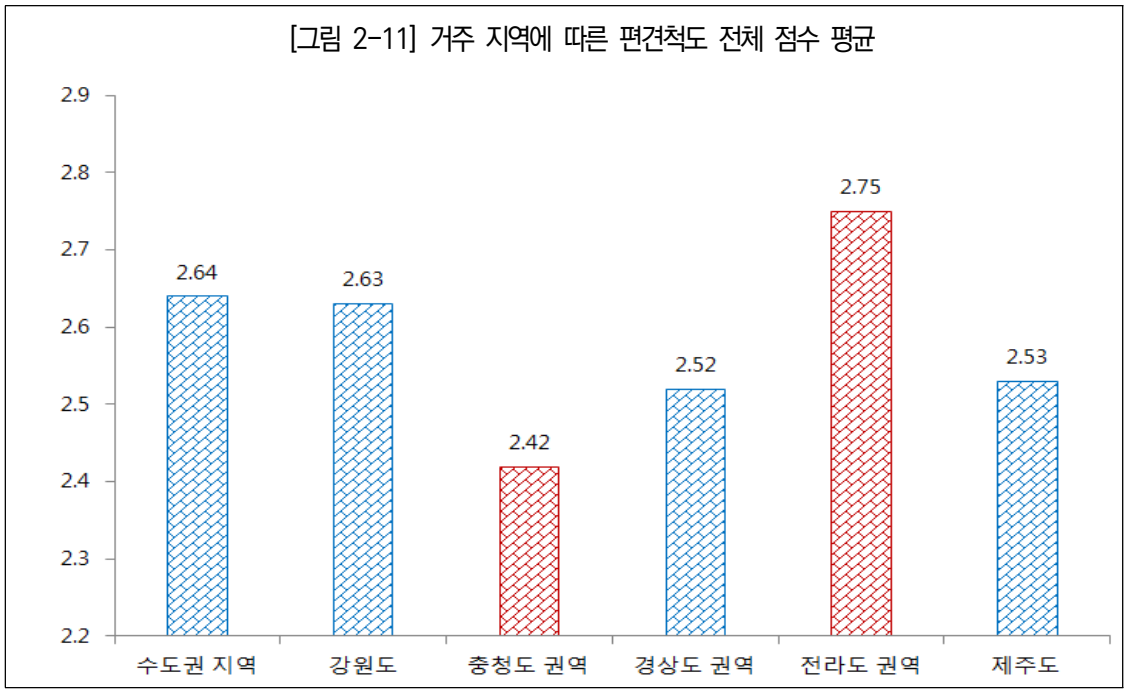
[표 2-142] 거주 지역에 따른 정신질환자에 대한 편견 점수 차이

편견	거주 지역	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
무능	(a) 서울, 인천, 경기	195	2	2.59	.900	3.855 **	a 〉 c *
	(b) 강원	31	4	2.34	.871		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.23	.837		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	5	2.34	.906		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.62	.956		
	(f) 제주	30	3	2.46	.758		
	합계	622		2.43	.897		
위험	(a) 서울, 인천, 경기	195	3	2.72	.880	1.639	
	(b) 강원	31	2	2.79	.927		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	5	2.61	.877		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	4	2.65	.876		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.87	.881		
	(f) 제주	30	6	2.40	.791		
	합계	622		2.68	.879		
회복불능	(a) 서울, 인천, 경기	195	3	3.04	.824	3.011 *	c 〈 e *
	(b) 강원	31	1	3.22	.692		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.81	.687		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	5	2.94	.801		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	2	3.15	.825		
	(f) 제주	30	4	3.01	.715		
	합계	622		2.98	.784		

편견	거주 지역	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
식별 가능	(a) 서울, 인천, 경기	195	3	2.22	.891	1.374	
	(b) 강원	31	4	2.16	.894		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.04	.848		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	5	2.15	.913		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.36	.940		
	(f) 제주	30	2	2.24	.848		
	합계	622		2.18	.892		
전체	(a) 서울, 인천, 경기	195	2	2.64	.739	2.697 *	c < e *
	(b) 강원	31	3	2.63	.651		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.42	.670		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	5	2.52	.722		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.75	.785		
	(f) 제주	30	4	2.53	.657		
	합계	622		2.57	.722		

** p<.01, * p<.05

[그림 2-11] 거주 지역에 따른 편견척도 전체 점수 평균



국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 정신질환자에 대한 차별 행동

가) 조사대상자의 정신질환자에 대한 차별 행동

조사대상자의 정신질환자에 대한 차별 행동의 정도를 알아보기 위한 정신질환자에 대한 차별 행동 전체 및 하위요인별 각 문항 점수의 평균과 표준편차는 [표 2-10]과 같다.

정신질환자에 대한 차별 행동 전체점수 평균치는 2.60로, 이는 5점 척도에서 중간점 2.50에 근접하는 수준이다. 하위요인별 평균값은 '관계 지양'요인(2.85), '권리 박탈'요인(2.36) 순으로 나타났다.

각 하위요인별로는, '관계 지양' 요인에서는 '우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼하겠다면 반대한다.'(3.62), '정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.'(3.28), '내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다'(3.09)와 '권리 박탈' 요인에서는 '정신질환자는 운전을 해서는 안된다'(3.41), '정신질환자는 자녀를 양육해서는 안된다'(2.49), '정신질환자나 정신질환에 대한 질병보험, 실손의료보험 등에서의 차별이 존재해야 한다'(2.33) 등의 문항들이 높은 평균치를 보이는 것으로 분석되었다.

[표 2-143] 차별행동척도 하위요인 문항별 평균과 표준편차

하위요인	문항	사례수	평균	표준편차	순위
관계지양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	622	2.76	1.297	4
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	622	2.58	1.289	5
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	622	2.58	1.217	6
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	622	3.28	1.332	2
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼하겠다면 반대한다.	622	3.62	1.284	1
	정신질환자는 동일 업무를 수행했다 하더라도 일반인과 동등한 대우를 할 수 없다.	622	2.05	1.117	7
	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다.	622	3.09	1.236	3
권리박탈	정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안 된다.	622	1.79	1.076	6
	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다.	622	2.49	1.305	2
	정신질환자를 치료할 때는 환자 보인의 동의가 필요하지 않다.	622	2.18	1.221	4
	정신질환자나 정신질환에 대한 질병보험, 실손의료보험 등에서의 차별이 존재해야 한다.	622	2.33	1.268	3
	입원된 정신질환자에게는 통신의 자유를 제한해야 한다.	622	1.95	1.045	5
	정신질환자는 운전을 해서는 안 된다.	622	3.41	1.244	1
관계지양		622	2.85	.995	
권리박탈		622	2.36	.834	
차별행동 전체		622	2.60	.837	

나) 인구학적 특성에 따른 차별 행동 점수의 차이

조사대자의 성별, 연령, 혼인상태, 교육정도, 가족 전체 월 소득 수준, 종교, 직업, 거주 지역에 따른 차별 행동 점수의 차이를 살펴보았다.

① 성별에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

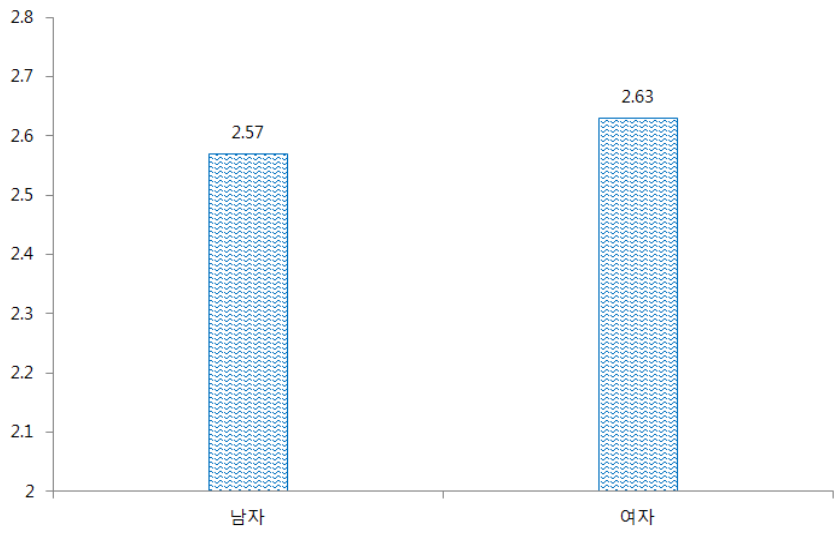
차별행동의 모든 하위요인과 전체 점수에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-144] 성별에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

차별 행동	성별	사례수	평균	표준편차	t
관계지양	남	264	2.84	.988	-.309
	여	358	2.86	1.002	
권리박탈	남	264	2.30	.840	-1.510
	여	358	2.40	.827	
전체	남	264	2.57	.843	-.935
	여	358	2.63	.833	

[그림 2-12] 성별에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



② 연령에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

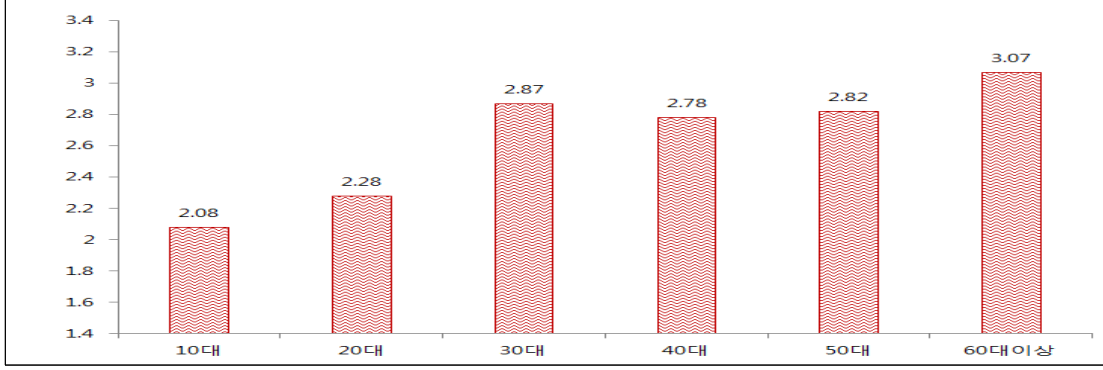
연령에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 차이분석 결과, '관계지양'요인($F = 20.076$, $p<.001$), '권리박탈'요인($F = 8.381$, $p<.001$) 및 전체 차별 행동 점수($F = 16.460$, $p<.001$)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로, 10대 집단과 20대 집단보다 30대, 40대, 50대, 60대 이상 집단에서 정신질환자에 대한 차별 행동 점수가 높은 것으로 분석되었다.

[표 2-145] 연령에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

요인	연령	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계지양	(a) 10대	31	6	2.17	.818	20.076 ***	a<c***, a<d*** a<e***, a<f* b<c***, b<d*** b<e***, b<f*
	(b) 20대	215	5	2.43	.848		
	(c) 30대	102	2	3.24	.926		
	(d) 40대	126	3	3.13	.929		
	(e) 50대	134	4	3.07	1.060		
	(f) 60대 이상	14	1	3.31	.910		
	합계	622		2.85	.995		
권리박탈	(a) 10대	31	6	2.00	.640	8.381 ***	a<e*,b<c* b<d*, b<e*** b<f*
	(b) 20대	215	5	2.13	.690		
	(c) 30대	102	3	2.51	.868		
	(d) 40대	126	4	2.44	.818		
	(e) 50대	134	2	2.57	.953		
	(f) 60대 이상	14	1	2.83	.850		
	합계	622		2.36	.834		
전체	(a) 10대	31	6	2.08	.656	16.460 ***	a<c***, a<d** a<e**, a<f* b<c***, b<d*** b<e***, b<f*
	(b) 20대	215	5	2.28	.693		
	(c) 30대	102	2	2.87	.819		
	(d) 40대	126	4	2.78	.769		
	(e) 50대	134	3	2.82	.941		
	(f) 60대 이상	14	1	3.07	.783		
	합계	622		2.60	.837		

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05

[그림 2-13] 연령에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



국가인권위원회
humanrights.go.kr

③ 혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

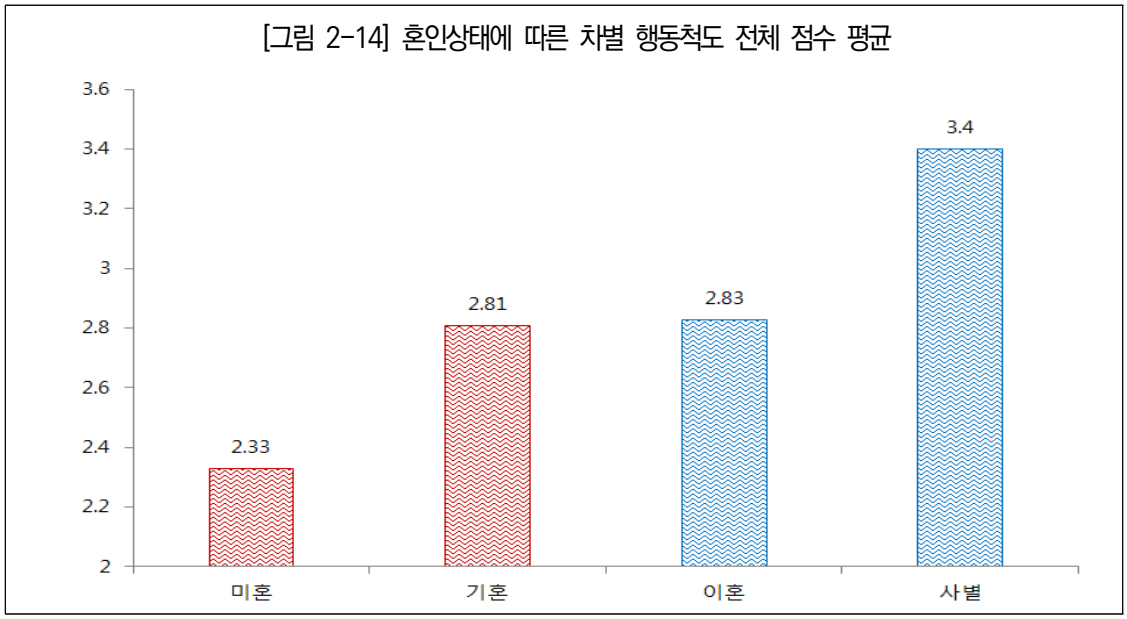
혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 차이분석 결과, '관계지양'요인(F = 23.232, p<.001), '권리박탈'요인(F = 10.823, p<.001) 및 전체 차별 행동 점수(F = 20.101, p<.001)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 기혼집단이 미혼집단에 비해 정신질환자에 대한 차별 행동 점수가 높은 것으로 분석되었다.

[표 2-146] 혼인상태에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

요인	혼인상태	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계지양	(a) 미혼	274	4	2.49	.913	23.232 ***	a < b ***
	(b) 기혼	327	3	3.12	.964		
	(c) 이혼	17	2	3.14	.938		
	(d) 사별	4	1	3.50	1.584		
	합계	622		2.85	.994		
권리박탈	(a) 미혼	274	4	2.16	.731	10.823 ***	a < b ***
	(b) 기혼	327	3	2.51	.872		
	(c) 이혼	17	2	2.52	.851		
	(d) 사별	4	1	3.29	1.235		
	합계	622		2.36	.834		
전체	(a) 미혼	274	4	2.33	.746	20.101 ***	a < b ***
	(b) 기혼	327	3	2.81	.837		
	(c) 이혼	17	2	2.83	.814		
	(d) 사별	4	1	3.40	1.367		
	합계	622		2.60	.837		

*** p<.001

[그림 2-14] 혼인상태에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



④ 교육정도에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

교육정도에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 차이분석 결과, '권리박탈'요인(F = 5.066, p<.01)과 전체 차별 행동 점수(F = 3.386, p<.05)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 고졸 이하 집단이 전문대졸·대졸 집단에 비해 정신질환자에 대한 차별 행동 점수가 높은 것으로 분석되었다.

[표 2-147] 교육정도에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

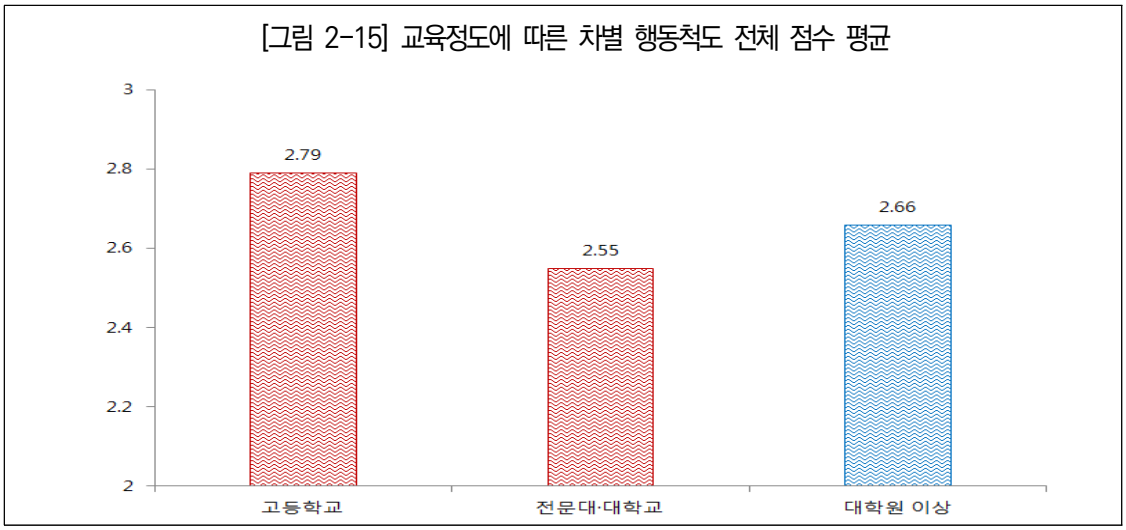
요인	교육정도	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계 지양	(a)고등학교 이하	87	1	2.97	1.066	1.693	
	(b)전문대·대학교	414	3	2.80	.969		
	(c)대학원 이상	121	2	2.93	.026		
	합계	622		2.85	.995		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

요인	교육정도	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
권리박탈	(a)고등학교 이하	87	1	2.61	.898	5.066 **	a 〉 b **
	(b)전문대·대학교	414	3	2.30	.799		
	(c)대학원 이상	121	2	2.38	.873		
	합계	622		2.36	.834		
전체	(a)고등학교 이하	87	1	2.79	.914	3.386 *	a 〉 b *
	(b)전문대·대학교	414	3	2.55	.807		
	(c)대학원 이상	121	2	2.66	.866		
	합계	622		2.60	.837		

** p<.01, * p<.05

[그림 2-15] 교육정도에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



⑤ 가족 전체 월 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

가족 전체 월 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 차이분석 결과, '관계지양' 요인(F = 3.950, p<.01), '권리박탈'요인(F = 2.682, p<.05) 및 전체 차별 행동 점수(F = 3.505, p<.01)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 500만원이상 집단이 100~200만원, 300~400만원 집단에 비해 차별 행동 점수가 높은 것으로 분석되었다.

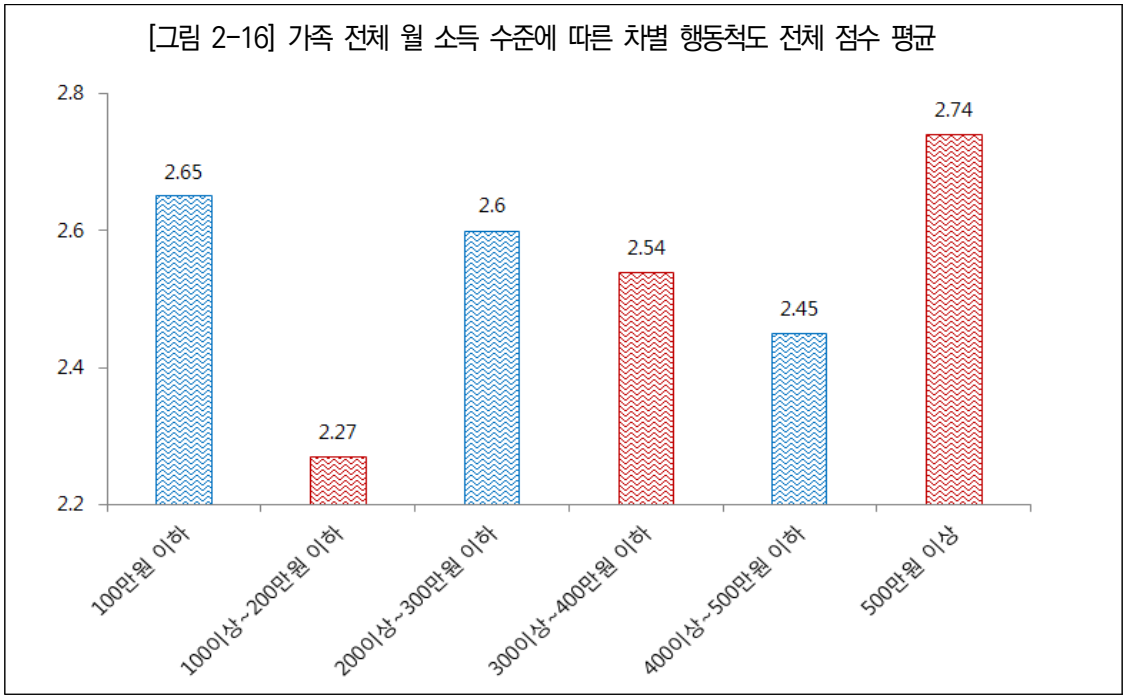
[표 2-148] 가족 전체 월 소득 수준에 따른 정신질환자에 대한 차별행동 점수차이

요인	월 소득 수준	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계지양	(a) 100만원 이하	16	2	2.92	1.054	3.950 **	b < f * d < f *
	(b) 100이상~200만원 미만	39	6	2.46	.952		
	(c) 200이상~300만원 미만	83	3	2.77	1.041		
	(d) 300이상~400만원 미만	113	5	2.71	.956		
	(e) 400이상~500만원 미만	103	4	2.73	.871		
	(f) 500만원 이상	268	1	3.03	1.017		
	합계	622		2.85	.995		
권리박탈	(a) 100만원 이하	16	4	2.38	1.006	2.682 *	d < f *
	(b) 100이상~200만원 미만	39	6	2.09	.715		
	(c) 200이상~300만원 미만	83	2	2.43	.900		
	(d) 300이상~400만원 미만	113	3	2.38	.806		
	(e) 400이상~500만원 미만	103	5	2.16	.720		
	(f) 500만원 이상	268	1	2.44	.856		
	합계	622		2.36	.834		
전체	(a) 100만원 이하	16	2	2.65	.969	3.505 **	b < f * d < f *
	(b) 100이상~200만원 미만	39	6	2.27	.763		
	(c) 200이상~300만원 미만	83	3	2.60	.892		
	(d) 300이상~400만원 미만	113	4	2.54	.814		
	(e) 400이상~500만원 미만	103	5	2.45	.701		
	(f) 500만원 이상	268	1	2.74	.860		
	합계	622		2.60	.837		

** p<.01, * p<.05

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-16] 가족 전체 월 소득 수준에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



⑥ 종교에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

종교에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 차이분석 결과, '관계지양'요인(F = 2.602, p<.05)과 전체 차별 행동 점수(F = 2.779, p<.05)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 무교 집단 집단이 기독교, 천주교 집단에 비해 차별 행동 점수가 높은 것으로 분석되었다.

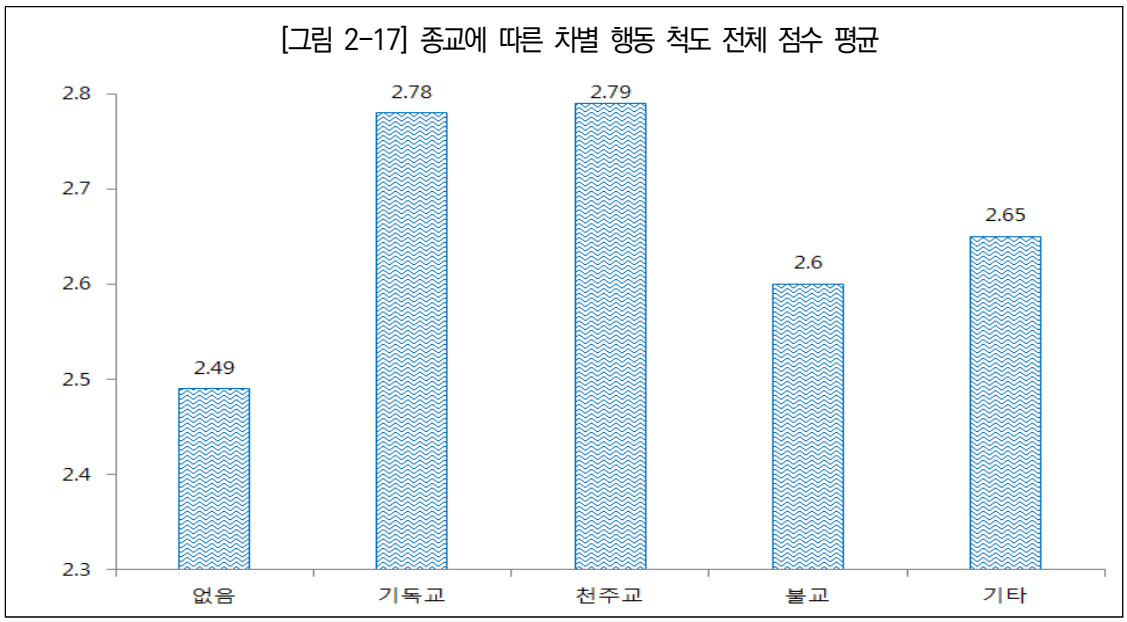
[표 2-149] 종교에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

요인	종교	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계지양	(a) 없음	274	5	2.72	.971	2.602 *	a < b * a < c *
	(b) 기독교	54	2	3.05	1.046		
	(c) 천주교	61	1	3.06	.858		
	(d) 불교	4	4	2.86	.309		
	(e) 기타	229	3	2.90	1.036		
	합계	622		2.85	.995		

요인	종교	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
권리박탈	(a) 없음	274	5	2.27	.800	2.024	
	(b) 기독교	54	2	2.52	.866		
	(c) 천주교	61	1	2.52	.865		
	(d) 불교	4	4	2.33	.593		
	(e) 기타	229	3	2.39	.851		
	합계	622		2.36	.833		
전체	(a) 없음	274	5	2.49	.812	2.779 *	a < b * a < c *
	(b) 기독교	54	2	2.78	.858		
	(c) 천주교	61	1	2.79	.771		
	(d) 불교	4	4	2.60	.389		
	(e) 기타	229	3	2.65	.871		
	합계	622		2.60	.837		

* p<.05

[그림 2-17] 종교에 따른 차별 행동 척도 전체 점수 평균



국가인권위원회
humanrights.go.kr

⑦ 직업에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

'관계지양'요인(F = 3.950, p<.01), '권리박탈'요인(F = 2.682, p<.05) 및 전체 차별 행동 점수(F = 3.505, p<.01)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 가정주부, 자영업, 사무직·기술직 집단의 차별행동 점수가 학생 집단 보다 높은 것으로 분석되었다.

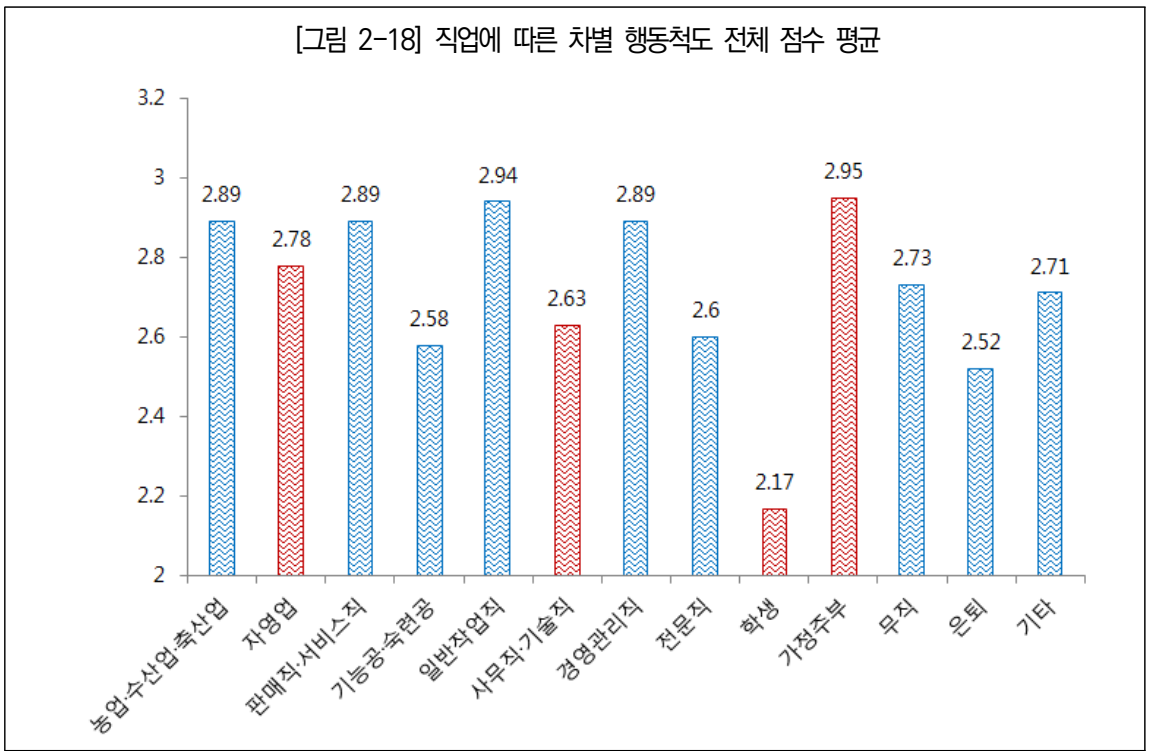
[표 2-150] 직업에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

요인	직업	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계지양	(a)농업·수산업·축산업	7	6	3.06	.961	6.884 ***	b > i ** f > i ** i < j ***
	(b)자영업	63	4	3.08	.899		
	(c)판매직·서비스직	26	5	3.07	1.178		
	(d)기능공·숙련공	11	11	2.86	.838		
	(e)일반작업직	16	2	3.24	1.325		
	(f)사무직·기술직	150	8	2.92	.924		
	(g)경영관리직	17	3	3.19	1.014		
	(h)전문직	68	10	2.87	1.108		
	(i)학생	147	13	2.27	.822		
	(j)가정주부	80	1	3.26	.865		
	(k)무직	12	9	2.92	1.327		
	(l)은퇴	2	12	2.79	.909		
	(m)기타	23	7	3.00	.797		
	합계	622		2.85	.995		
권리박탈	(a)농업·수산업·축산업	7	1	2.71	.951	3.394 ***	i < j **
	(b)자영업	63	7	2.47	.829		
	(c)판매직·서비스직	26	2	2.70	1.087		
	(d)기능공·숙련공	11	11	2.32	.621		
	(e)일반작업직	16	4	2.64	1.217		
	(f)사무직·기술직	150	9	2.33	.825		
	(g)경영관리직	17	5	2.58	.981		
	(h)전문직	68	10	2.33	.848		
	(i)학생	147	13	2.06	.613		
	(j)가정주부	80	3	2.64	.815		
	(k)무직	12	6	2.54	1.083		
	(l)은퇴	2	12	2.25	.589		
	(m)기타	23	8	2.41	.822		
	합계	622		2.36	.833		

요인	직업	사례수	순위	평균	표준편차	F	scheffe / Dunnett T3
전체	(a)농업·수산업·축산업	7	3	2.89	.872	5.997 ***	b 〉 i * f 〉 i * i 〈 j ***
	(b)자영업	63	6	2.78	.774		
	(c)판매직·서비스직	26	5	2.89	1.061		
	(d)기능공·숙련공	11	11	2.58	.669		
	(e)일반작업직	16	2	2.94	1.199		
	(f)사무직·기술직	150	9	2.63	.784		
	(g)경영관리직	17	4	2.89	.949		
	(h)전문직	68	10	2.60	.888		
	(i)학생	147	13	2.17	.652		
	(j)가정주부	80	1	2.95	.765		
	(k)무직	12	7	2.73	1.100		
	(l)은퇴	2	12	2.52	.749		
	(m)기타	23	8	2.71	.750		
	합계	622		2.60	.837		

*** p〈.001, ** p〈.01, * p〈.05

[그림 2-18] 직업에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



국가인권위원회
humanrights.go.kr

⑧ 거주 지역에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

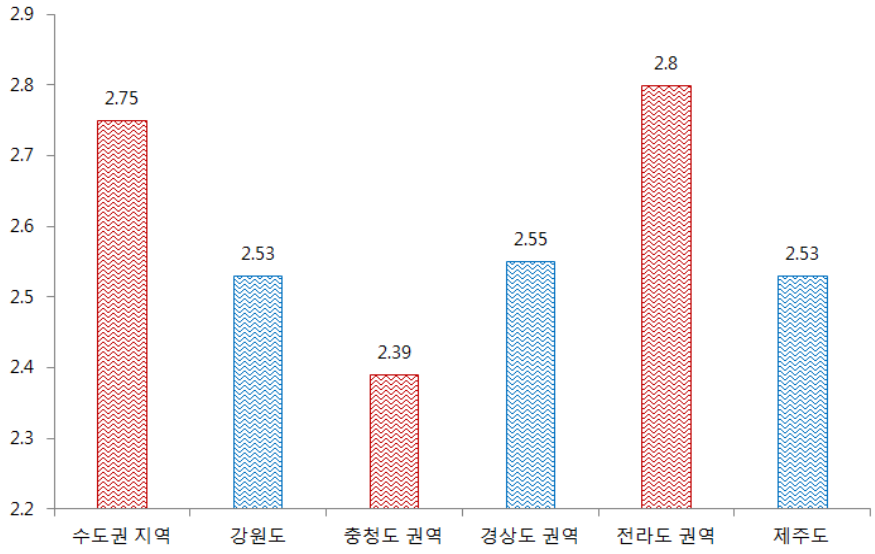
'관계지양'요인(F = 3.503, p<.01), '권리박탈'요인(F = 3.663, p<.01) 및 전체 차별 행동 점수(F = 4.191, p<.01)에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 대전, 충북, 충남, 세종 거주 집단보다 광주, 전북, 전남 거주 집단과 서울, 인천, 경기 거주 집단이 통계적으로 유의하게 차별 행동 수준이 높은 것으로 분석되었다.

[표 2-151] 거주 지역에 따른 정신질환자에 대한 차별 행동 점수 차이

요인	거주 지역	사례 수	순위	평균	표준 편차	F	scheffe / Dunnett T3
관계 지양	(a) 서울, 인천, 경기	195	2	2.99	1.022	3.503 **	a 〉 c * e 〉 c *
	(b) 강원	31	5	2.71	.954		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.62	.911		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	3	2.81	1.019		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	3.09	1.014		
	(f) 제주	30	4	2.75	.844		
	합계	622		2.85	.995		
권리 박탈	(a) 서울, 인천, 경기	195	2	2.51	.885	3.663 **	a 〉 c * e 〉 c *
	(b) 강원	31	3	2.35	.685		
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.16	.691		
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	5	2.29	.842		
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.51	.916		
	(f) 제주	30	4	2.32	.799		
	합계	622		2.36	.834		
전체	(a) 서울, 인천, 경기	195	2	2.75		4.191 **	a 〉 c * e 〉 c *
	(b) 강원	31	4	2.53			
	(c) 대전, 충북, 충남, 세종	141	6	2.39			
	(d) 부산, 대구, 울산, 경북, 경남	153	3	2.55			
	(e) 광주, 전북, 전남	72	1	2.80			
	(f) 제주	30	5	2.53			
	합계	622		2.60			

** p<.01, * p<.05

[그림 2-19] 거주 지역에 따른 차별 행동척도 전체 점수 평균



3) 정신질환자에 대한 편견의 원인

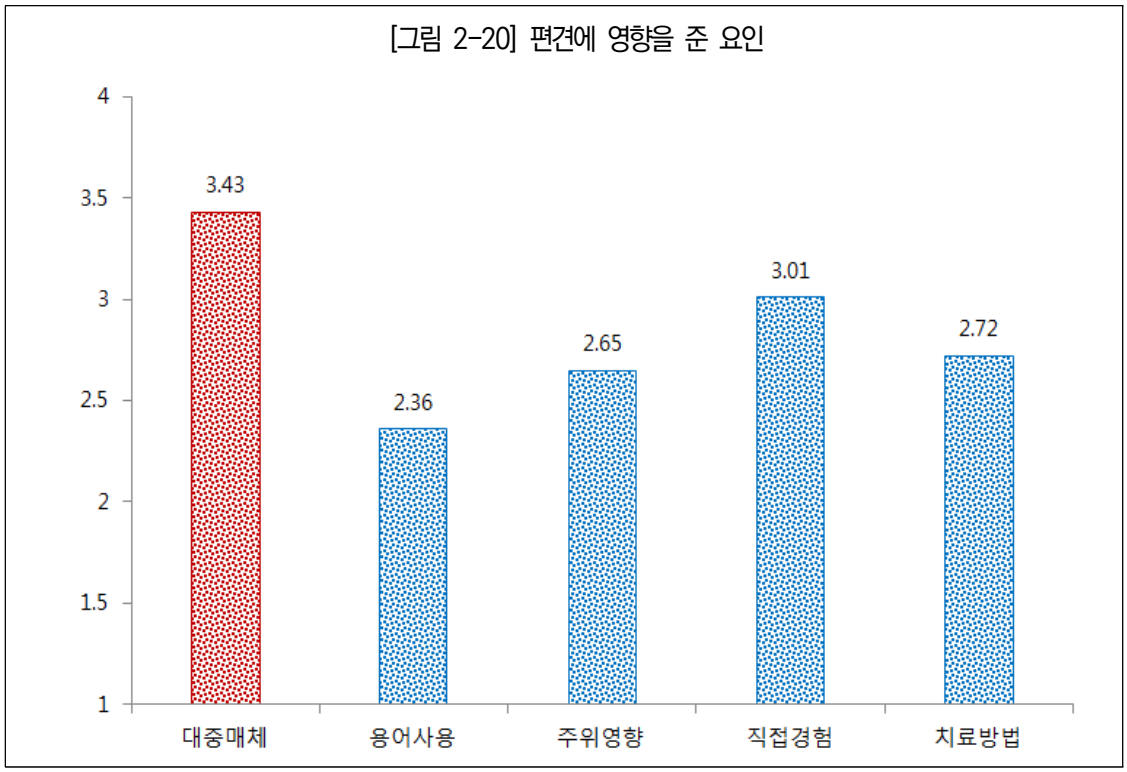
조사대상자들은 자신의 정신질환에 대한 편견이 'TV나 영화 등 대중매체에 의해서 가장 많은 영향을 받았다'고 응답하였다. 다음으로는 '정신질환자를 직접 대한 경험', '약물부작용, 일시적 강박과 격리, 강제입원 등의 치료방법', '주변 사람들의 태도', '정신질환자에 대한 용어 사용' 순으로 영향을 받은 것으로 분석되었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-152] 정신질환자에 대한 편견의 원인 문항별 평균과 표준편차

내용	사례수	평균	표준편차	순위
정신질환자에 대한 나의 생각은 대중매체(TV, 신문, 영화 등)에서 영향을 받았다.	622	3.43	1.135	1
정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 빗대어 사용한 용어(미친놈, 또라이)에서 영향을 받았다.	622	2.36	1.261	5
정신질환자에 대한 나의 생각은 주변 사람들(친구, 부모 등)의 태도로부터 영향을 받았다.	622	2.65	1.242	4
정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 직접 만나본 경험을 통해서 영향을 받았다.	622	3.01	1.388	2
정신질환에 대한 나의 생각은 정신질환의 치료방법에 대한 약물부작용, 일시적 강박과 격리, 강제입원 등에 의해 영향을 받았다.	622	2.72	1.232	3
전체	622	2.83	.725	

[그림 2-20] 편견에 영향을 준 요인



4) 정신질환자에 대한 편견 극복 방안

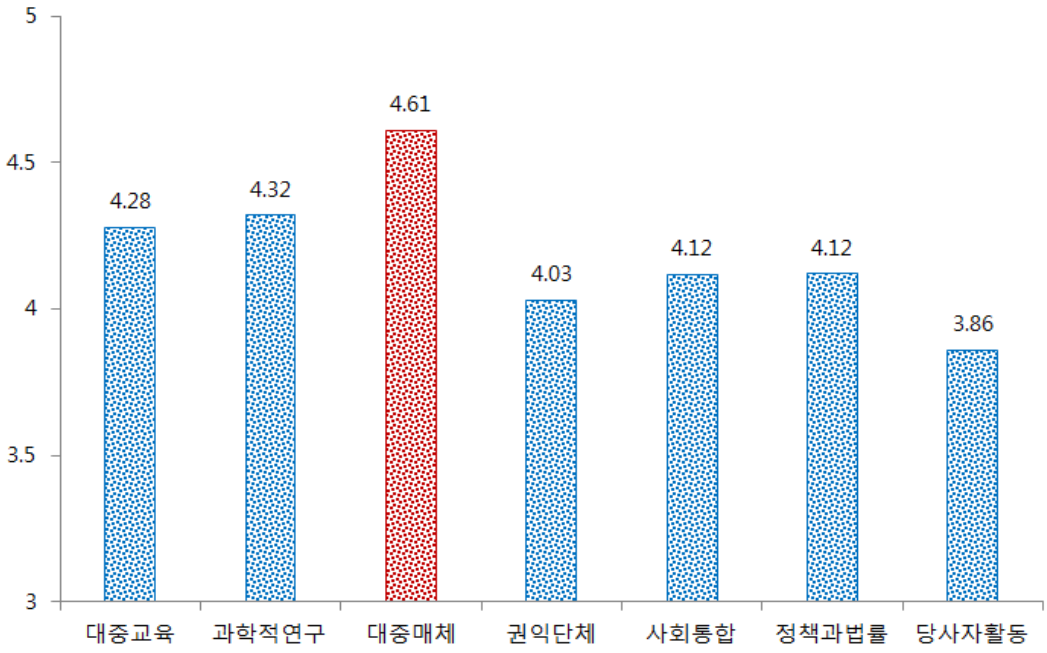
조사대상자들이 생각하는 정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위한 가장 효과적인 방안은 '대중매체의 보도가 공정하고 정확한 것'으로 나타났다. 다음으로는 '정신질환자에 대한 편견 극복을 위한 과학적 연구결과를 대중에게 알리는 것', '편견 극복을 위한 대중 교육과 홍보'의 순으로 효과적이라고 분석되었다. 반면, '정신질환자 당사자 활동'과 '정신질환자 권리를 보호하고 주장하는 단체 활성화'가 편견 극복을 위해 효과적이라고 응답한 정도는 상대적으로 낮았다.

[표 2-153] 정신질환자에 대한 편견 극복 방안 문항별 평균과 표준편차

내용	사례수	평균	표준편차	순위
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중을 대상으로 정신질환의 종류와 치료방법 등에 대해 교육하고 홍보하는 것이 효과적이다.	622	4.28	.840	3
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환에 대한 과학적 연구결과를 대중에게 알리는 것이 효과적이다.	622	4.32	.848	2
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중매체(TV, 드라마, 영화 등)의 보도가 공정하고 정확해야 한다.	622	4.61	.688	1
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자의 권리를 보호하고 주장하는 단체의 활동을 활성화 하는 것이 효과적이다.	622	4.03	.951	6
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 지역사회 내 정신질환자들의 사회복귀 및 사회통합이 중요하다.	622	4.12	.866	4
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자들의 법적 보호를 증진 시킬 수 있는 정책과 법률 개정이 있어야 한다.	622	4.12	.937	5
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서는 정신질환자 당사자들의 활동이 효과적이다.	622	3.86	.964	7
전체	622	4.19	.626	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 2-21] 효과적인 편견 극복방안



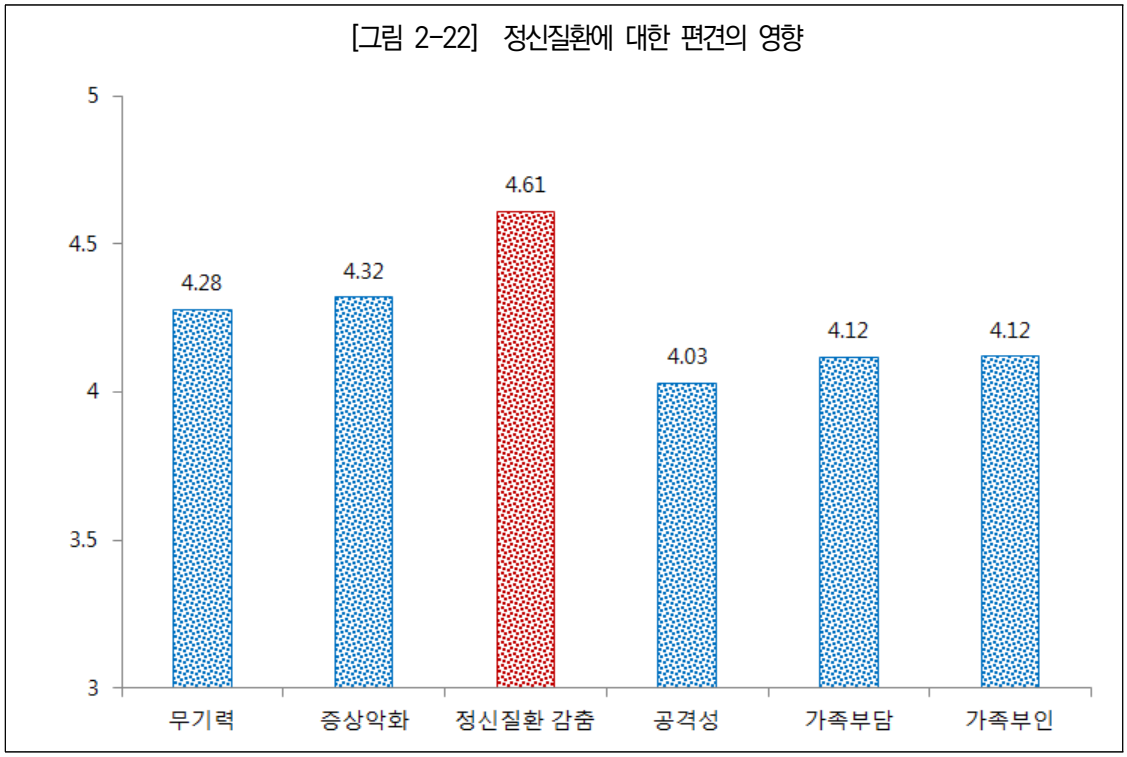
5) 정신질환에 대한 편견의 영향

편견과 차별이 정신질환자와 가족에게 어떠한 영향을 미치는 것으로 생각하는지를 분석한 결과, '정신질환자 가족의 부담이 증가할 것'이라는 문항 점수가 가장 높은 것으로 나타났다. 다음으로 편견과 차별로 인해 '정신질환이 있다는 사실을 숨기도록 만든다', '정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다', '정신질환자를 무기력하게 만든다', '정신질환 증상을 악화 시킨다', '정신질환자를 공격적으로 만든다'의 순으로 점수가 높았다.

[표 2-154] 정신질환자에 대한 편견의 영향 문항별 평균과 표준편차

내용	사례 수	평균	표준 편차	순위
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 무기력하게 만든다.	622	3.97	.880	4
일반인들의 편견과 차별이 정신질환 증상을 악화시킨다.	622	3.76	1.039	5
일반인들의 편견과 차별이 정신질환이 있다는 것을 숨기도록 만든다.	622	4.30	.910	2
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 공격적으로 만든다.	622	3.55	1.086	6
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자 가족의 부담을 증가시킨다.	622	4.32	.859	1
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다.	622	4.29	.861	3
전체	622	4.03	.707	

[그림 2-22] 정신질환에 대한 편견의 영향



국가인권위원회
humanrights.go.kr

6) 정신질환자에 대한 경험

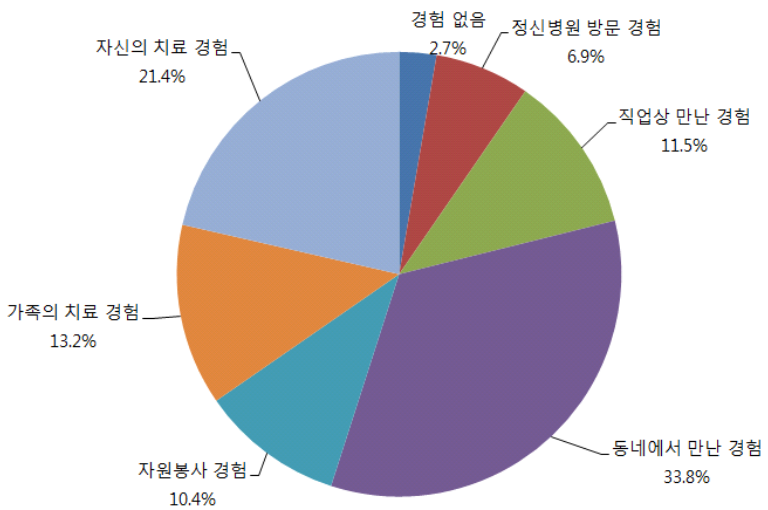
조사대상자들이 정신질환자를 경험한 종류에 대한 분석 결과, '동네에서 정신질환자를 보거나 만난 경험이 있다'가 가장 높은 비율을 나타냈다. 그 다음으로 '내가 정신과 치료를 받은 경험이 있다', '내 가족이 정신과 치료를 받은 경험이 있다' '직업상 정신질환자를 만난 경험이 있다', '정신질환자를 대상으로 자원봉사를 한 경험이 있다' 순이었다.

반면, '정신질환자에 대한 직접 경험이 없다'고 응답한 비율은 가장 낮은 것으로 분석되었다.

[표 2-155] 정신질환자에 대한 경험

문항	내용	응답수	비율	순위
1	정신질환자에 대한 직접 경험이 없다.	31	2.7	7
2	정신병원을 방문해 본 적이 있다.	79	6.9	6
3	직업상 정신질환자를 만난 경험이 있다.	131	11.5	5
4	동네에서 정신질환자를 보거나 만난 경험이 있다.	385	33.8	1
5	정신질환자를 대상으로 자원봉사를 한 경험이 있다.	119	10.4	4
6	내 가족이 정신과 치료를 받은 경험이 있다.	151	13.2	3
7	내가 정신과 치료를 받은 경험이 있다.	244	21.4	2
합계		1140	100	

[그림 2-23] 정신질환자에 대한 경험



7) 정신질환자의 범죄위험성에 대한 태도

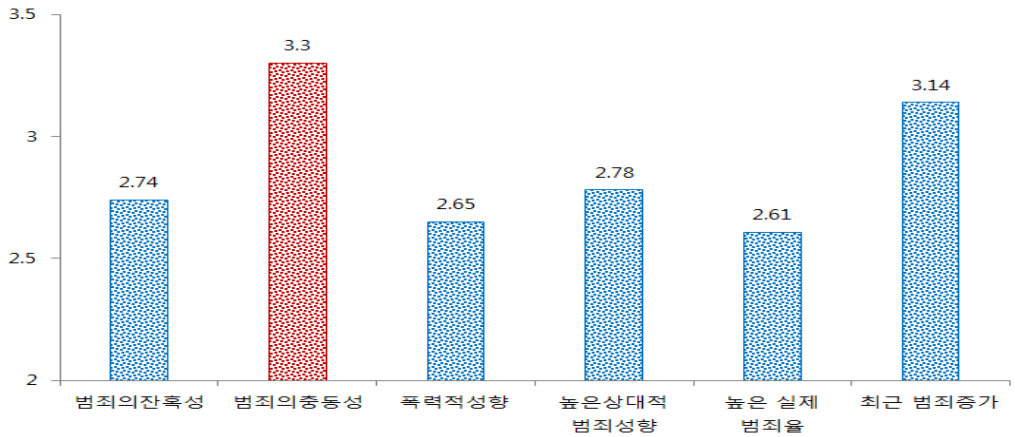
정신질환자가 저지르는 범죄에 대한 조사대상자들의 인식의 정도를 분석한 결과, 조사대상자들이 동의하는 정도가 가장 높았던 문항은 '정신질환자는 대부분 충동적으로 범죄를 저지른다'였고, 다음으로 높았던 문항은 '최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다'였다.

반면, 사람들이 동의하는 정도가 상대적으로 낮았던 문항은 '정신질환자의 실제 범죄율은 일반인보다 높다'였고, 다음으로 '정신질환자의 대부분은 심각한 폭력성을 보인다', '정신질환자가 저지른 범죄는 잔혹한 것이 특징이다', '정신질환자의 범죄성향은 일반인보다 높다' 순으로 낮게 나타났다.

[표 2-156] 정신질환자의 범죄위험성에 대한 태도 문항별 평균과 표준편차

내용	사례수	평균	표준편차	순위
정신질환자가 저지른 범죄는 잔혹한 것이 특징이다.	622	2.74	1.254	4
정신질환자는 대부분 충동적으로 범죄를 저지른다.	622	3.30	1.164	1
정신질환자의 대부분은 심각한 폭력성을 보인다.	622	2.65	1.146	5
정신질환자의 범죄 성향은 일반인보다 높다.	622	2.78	1.195	3
정신질환자의 실제 범죄율은 일반인보다 높다.	622	2.61	1.192	6
최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다.	622	3.14	1.200	2
전체	622	2.87	.946	

[그림 2-24] 정신질환자의 범죄 위험성에 대한 태도



국가인권위원회
humanrights.go.kr

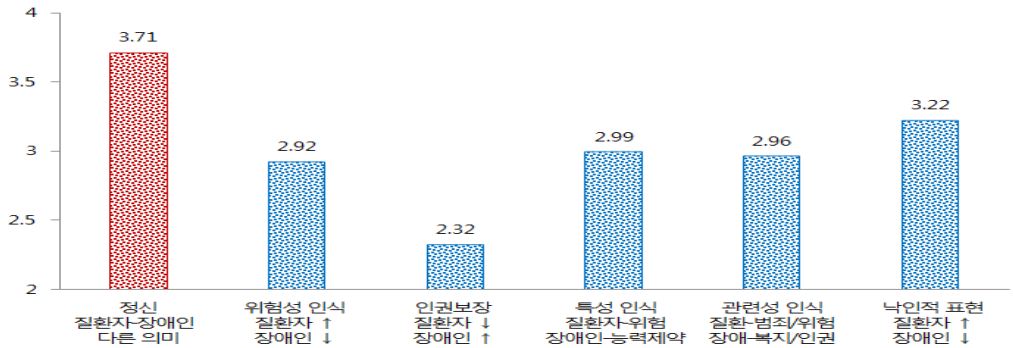
8) 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도

조사대상자들이 정신질환자와 정신장애인을 어떻게 구분하는지 태도를 분석한 결과, 조사대상자들이 동의하는 정도가 가장 높았던 문항은 '정신질환자와 정신장애인은 다른 의미를 가진다'였고, 다음으로 높았던 문항은 '정신질환자가 정신장애인에 비해 더 낙인적인 표현이다'였다. 반면, '정신장애인의 인권은 보장되어야 하나 정신질환자의 인권은 제약될 수 있다'에는 가장 낮은 동의를 한 것으로 분석되었고, 다음으로 '정신장애인은 정신질환자에 비해 덜 위험하다'와 '정신질환자는 범죄와 위험에 관련되고, 정신장애인은 복지와 인권에 관련된다'는 문항에 대한 동의의 정도도 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

[표 2-157] 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도 문항별 평균과 표준편차

내용	사례수	평균	표준편차	순위
정신질환자와 정신장애인은 다른 의미를 가진다.	622	3.71	1.114	1
정신장애인은 정신질환자에 비해 덜 위험하다.	622	2.92	1.102	5
정신장애인의 인권은 보장되어야 하나 정신질환자의 인권은 제약될 수 있다.	622	2.32	1.172	6
정신질환자는 위험해 보이고, 정신장애인은 능력이 제약되어 보인다.	622	2.99	1.212	3
정신질환자는 범죄와 위험에 관련되고, 정신장애인은 복지와 인권에 관련된다.	622	2.96	1.232	4
정신질환자가 정신장애인에 비해 더 낙인적인 표현이다.	622	3.22	1.228	2
전체	622	3.02	.829	

[그림 2-25] 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도



9) 정신질환 관리에 대한 일반인의 인식 특성

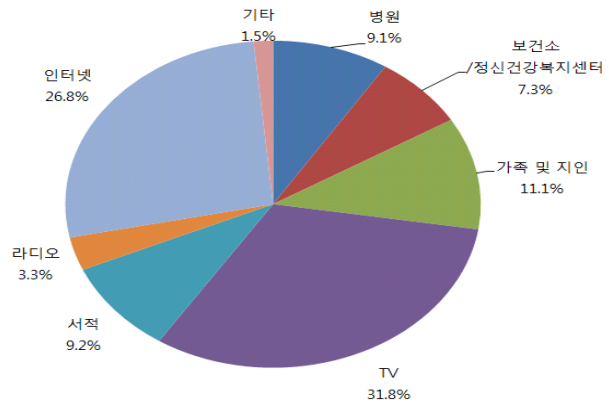
가) 정신건강 혹은 정신질환에 대한 정보 수집 경로

정신질환 관리에 대한 일반인들의 인식 특성을 알아보기 위해, 첫째, 정신건강 혹은 정신질환에 대한 정보 수집 경로를 살펴본 결과, 정신건강이나 정신질환 정보에 대해 응답자의 31.8%는 'TV'를 통해 가장 많이 접하는 것으로 나타났다. 다음으로 '인터넷'(26.8%), '가족 및 지인'(11.1%), '서적'(9.2%), '병원(의사, 간호사, 사회복지사 등)'(9.1%), '보건소/정신건강증진센터(간호사, 사회복지사 등)'(7.3%) 등의 순으로 정보를 접하는 것으로 조사되었다.

[표 2-158] 정신건강 혹은 정신질환에 대한 정보 수집 경로

문항	내용	응답수	비율	순위
1	병원(의사, 간호사, 사회복지사 등)	136	9.1	
2	보건소/정신건강복지센터(간호사, 사회복지사 등)	109	7.3	
3	가족 및 지인	166	11.1	
4	TV	477	31.8	
5	서적	138	9.2	
6	라디오	49	3.3	
7	인터넷	402	26.8	
8	기타	23	1.5	
	합계	1500	100	

[그림 2-26] 정신건강 및 정신질환에 대한 정보 수집 경로



국가인권위원회
humanrights.go.kr

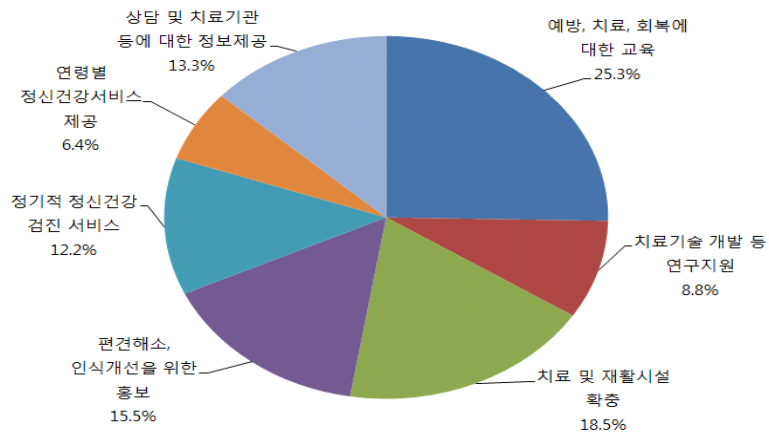
나) 정신건강 혹은 정신질환 관리를 위한 예산 지원 필요성 인식

두 번째, 정신건강 혹은 정신질환 관리를 위하여 정부의 예산지원이 늘어나는 것이 필요한지에 대한 질문에 응답자의 88.6%가 '그렇다'고 응답하였다. 구체적으로, 어떠한 측면에서 예산지원이 필요한지에 대해서는, '예방, 치료, 회복에 대한 교육'의 필요성에 대하여 가장 높게 인식하고 있었고, '치료 및 재활시설 확충', '편견해소, 인식개선을 위한 홍보', '상담 및 치료기관 등에 대한 정보 제공', '정기적 정신건강 검진 서비스' 순으로 필요성을 높게 인식하고 있었다.

[표 2-159] 정신건강 혹은 정신질환 관리를 위한 예산 지원 필요성 인식

문항		내용	응답수	비율	순위
정부의 예산지원 필요 동의		예(2-1번 문항으로 이동)	551	88.6	
		아니오	71	11.4	
		합계	622	100	
2-1. 최대 3개 선택	1	예방, 치료, 회복에 대한 교육	406	25.3	1
	2	치료기술 개발 등 연구지원	141	8.8	6
	3	치료 및 재활시설 확충	296	18.5	2
	4	편견해소, 인식개선을 위한 홍보	249	15.5	3
	5	정기적 정신건강 검진 서비스	195	12.2	5
	6	연령별 정신건강서비스(프로그램) 제공	103	6.4	7
	7	상담 및 치료기관 등에 대한 정보제공	213	13.3	4
	8	기타	0	0.0	8
		합계	1603	100	

[그림 2-27] 정신건강 및 정신질환 관리를 위한 예산 지원 필요성 인식



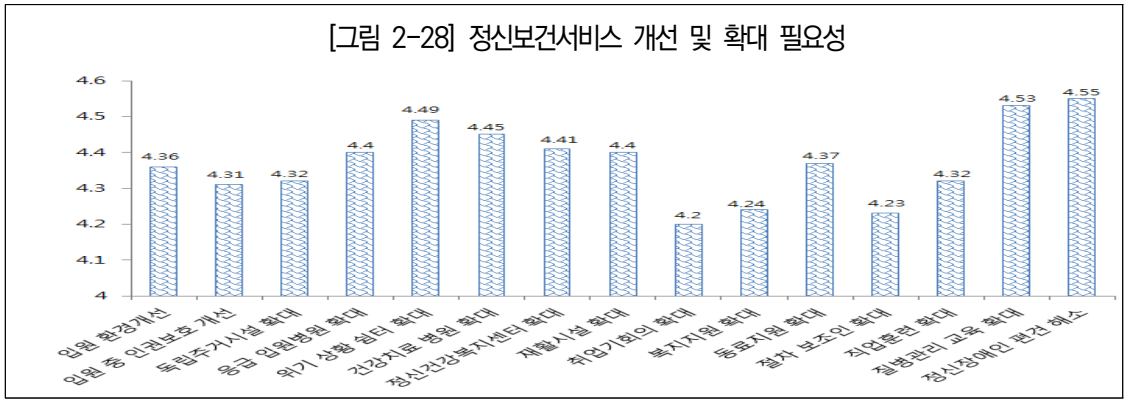
10) 정신보건서비스의 개선 필요성

조사대상자인 일반인이 개선 및 확대가 필요하다고 인식한 정신보건서비스는 '우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소'가 가장 높게 나타났다. 다음으로 '스스로 질병관리를 잘 할 수 있는 상담 및 교육 확대', '위기 상황 시 이용할 쉼터 확대', '신체 건강 치료하며 입원 가능한 병원 확대', '지역사회 정신건강복지센터 확대', '응급 상황 시 입원 가능한 병원 확대', '지역사회 재활시설 확대'의 순으로 개선 및 확대에 대한 동의의 정도가 높게 조사되었다.

[표 2-160] 정신보건서비스의 개선 및 확대 필요성 문항별 평균과 표준편차

내용	사례수	평균	표준편차	순위
병원 입원 환경 개선	622	4.36	.740	9
입원(소)중 인권보호 개선	622	4.31	.735	12
독립적으로 생활할 수 있도록 훈련을 받을 수 있는 주거 생활시설(그룹 홈) 확대	622	4.32	.733	11
응급 상황에서 입원할 수 있는 병원 확대	622	4.40	.685	6
위기 상황에서 이용할 수 있는 쉼터 확대	622	4.49	.687	3
신체 건강을 함께 치료하며 입원 가능한 병원 확대	622	4.45	.722	4
지역사회 정신건강복지센터 확대	622	4.41	.677	5
지역사회 재활시설(재활센터) 확대	622	4.40	.701	7
직업(취업) 기회의 확대	622	4.20	.779	15
국가의 복지 지원 확대	622	4.24	.794	13
회복한 환자의 경험 공유와 지지(동료지원) 확대	622	4.37	.731	8
입원 과정을 설명하고 보조해 줄 수 있는 회복한 동료환자(절차 보조인) 확대	622	4.23	.762	14
직업을 가질 수 있도록 교육 및 훈련 확대	622	4.32	.746	10
스스로 질병관리를 잘 할 수 있도록 상담 및 교육 확대	622	4.53	.651	2
우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소	622	4.55	.652	1
전체	622	4.37	.551	

[그림 2-28] 정신보건서비스 개선 및 확대 필요성



국가인권위원회
humanrights.go.kr

11) 10년 전·후 실태조사 비교분석 주요내용

2008년 일반인을 대상으로 실시한 국가인권위원회의 “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사” 결과(N=2,100)와 2019년 실시된 본 연구(N=622)의 주요 결과를 비교하여 살펴보고자 한다.

가) 일반인 참여자들의 인구학적 특성 비교

2008년 연구와 비교하여 2019년 일반인 조사대상자들의 특성에 있어, 20대(2008년 21% → 2019년 34.6%)와 미혼집단(2008년 27.3% → 2019년 44.1%)의 참여가 증가되었고, 교육수준(2008년 고졸이하 35.6% → 2019년 고졸이하 13.9%, 2008년 전문대·대졸 이상 58.4% → 2019년 전문대·대졸 이상 86.1%)과 소득수준(2008년 200만원이하 22.6% → 2019년 200만원 이하 8.9%, 2008년 500만원 이상 10.2% → 2019년 500만원 이상 43.1%)이 높은 일반인들의 참여 비율이 향상된 것으로 나타났다.

직업 특성의 경우, 2008년 가장 높은 참여율(19.6%)을 보였던 가정주부의 비율은 2019년 12.9%로 감소하였고, 학생의 참여율이 2008년 13.3%에서 2019년 23.6%로 가장 많은 증가를 보였다. 사무직과 전문직에 종사하는 일반인의 조사 참여율 역시 2019년에 증가한 것으로 나타났다.

[표 2-161] 일반인 참여자의 인구학적 특성 비교

단위 : %

특성	구분	2008년	2019년	특성	구분	2008년	2019년
성별	남	49.4	42.4	직업 2019	농업·수산업·축산업	2.5	1.1
	여	50.6	57.6		자영업		10.1
연령	10대		5.0		판매직·서비스직		4.2
	20대	20.9	34.6		기능공·숙련공		1.8
	30대	23.5	16.4		일반작업직(생산직)	4.5	2.6
	40대	22.7	20.3		사무직·기술직	18.7	24.1
	50대	15.1	21.5		경영관리직	6.0	2.7
	60대 이상	17.8	2.3		전문직		10.9
혼인 상태	미혼	28.6	44.1		학생	13.5	23.6
	기혼	65.6	52.6		가정주부	19.8	12.9

특성	구분	2008년	2019년	특성	구분	2008년	2019년
	동거	0.0	0.0		무직	5.7	1.9
	이혼	1.3	2.7		은퇴		0.3
	별거	0.5	0.0		기타	7.0	3.7
	사별	4.0	0.6	직업 2008	군경찰직	1.7	
교육 정도	초등학교	7.4	0.2		일반직공무원	5.2	
	중등학교	8.1	0.3		교원	3.5	
	고등학교	26.1	13.5		상업	8.5	
	전문대·대학교	58.4	66.6		단순노무직	3.4	
	대학원 이상		19.5				
가구 월 소득	100만원 이하	6.4	2.6				
	100이상~200 만원 미만	16.3	6.3				
	200이상~300 만원 미만	28.5	13.3				
	300이상~400 만원 미만	24.1	18.2				
	400이상~500 만원 미만	14.5	16.6				
	500만원 이상	10.2	43.1				
합계		100	100	합계		100	100

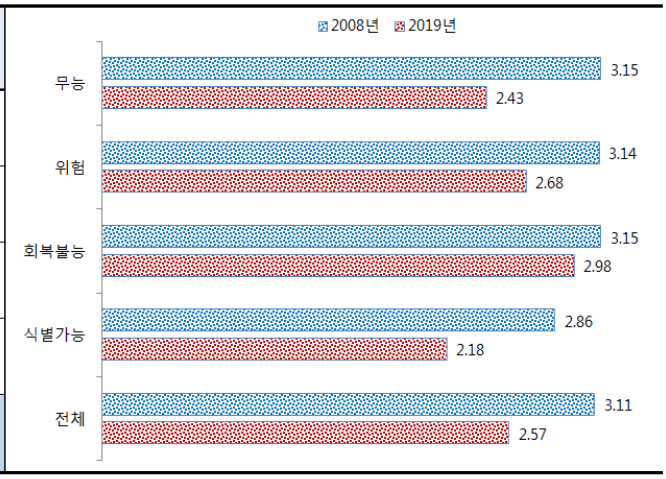
나) 정신질환자에 대한 편견 비교

일반인들의 편견 수준은 전체적으로 2008년과 비교하여 2019년에 감소한 것으로 나타났다. 특히 '무능' 요인과 '식별 가능' 요인에 대한 편견 수준의 감소폭이 크게 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-162] 정신질환자에 대한 편견 비교

영역	하위 요인	2008	2019	증감
편견	무능	3.15	2.43	▽ .72
	위험	3.14	2.68	▽ .46
	회복 불능	3.15	2.98	▽ .17
	식별 가능	2.86	2.18	▽ .68
전체		3.11	2.57	▽ .54

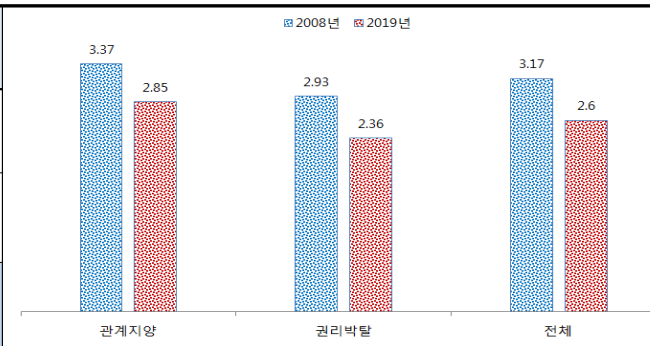


다) 정신질환자에 대한 차별행동 비교

정신질환자에 대한 차별행동 수준 역시 2008년과 비교하여 2019년에 감소한 것으로 나타났다. '관계지양' 요인과 '권리 박탈' 요인에서 모두 차별적 태도가 감소하는 경향을 보였다.

[표 2-163] 정신질환자에 대한 차별행동 비교

영역	하위 요인	2008	2019	증감
차별 행동	관계 지양	3.37	2.85	▽ .52
	권리 박탈	2.93	2.36	▽ .57
전체		3.17	2.60	▽ .57



라) 정신질환자에 대한 편견의 원인 비교

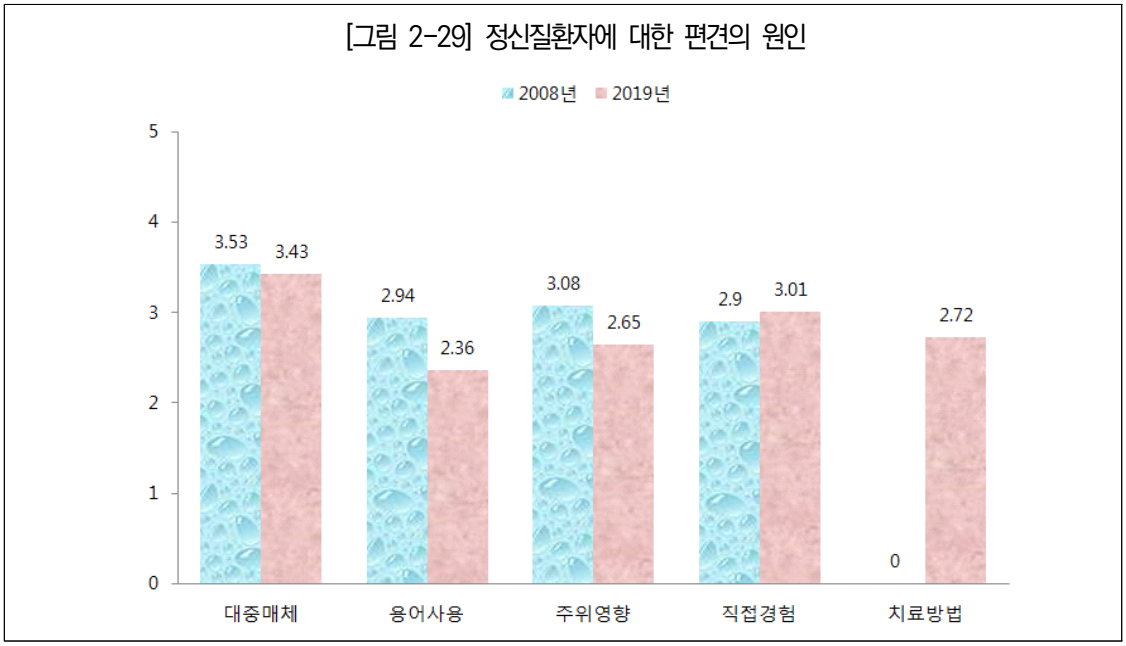
정신질환자에 대한 편견이 어디서 영향을 받아 형성되었다고 생각하는지에 대한 10년 전·후 비교 결과, '정신질환자를 빗대어 사용한 용어'에 의한 편견 형성 영향력이 가장 크게 감소하였고, '주변 사람들의 태도'로 인한 편견 형성 영향력 감소폭도 큰 것으로 나타났다.

반면, ‘정신질환자를 직접 만나본 경험’에 의하여 편견이 형성되는 정도는 2008년 대비 2019년에 소폭 상승한 것으로 조사되었다.

[표 2-164] 정신질환자에 대한 편견의 원인 비교

내용	2008	2019	증감
정신질환자에 대한 나의 생각은 대중매체(TV, 신문, 영화 등)에서 영향을 받았다.	3.53	3.43	▽ .10
정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 빗대어 사용한 용어(미친놈, 또라이)에서 영향을 받았다.	2.94	2.36	▽ .58
정신질환자에 대한 나의 생각은 주변 사람들(친구, 부모 등)의 태도로부터 영향을 받았다.	3.08	2.65	▽ .43
정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 직접 만나본 경험을 통해서 영향을 받았다.	2.90	3.01	△ .11
정신질환에 대한 나의 생각은 정신질환의 치료방법에 대한 약물부작용, 일시적 강박과 격리, 강제입원 등에 의해 영향을 받았다.		2.72	

[그림 2-29] 정신질환자에 대한 편견의 원인



국가인권위원회
humanrights.go.kr

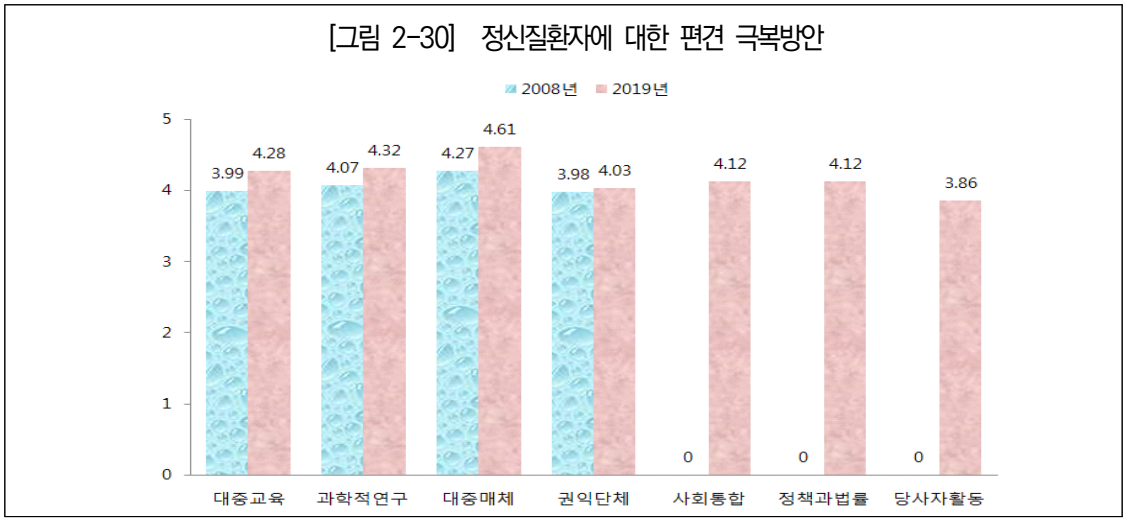
마) 정신질환자에 대한 편견 극복 방안 비교

편견을 극복하기 위한 효과적인 방안에 대하여 동의하는 정도를 비교 분석한 결과, 2008년 연구에서 동일하게 활용한 문항별 방안에 대한 인식 정도가 2019년에 모두 증가한 것으로 나타났다. 특히 편견 극복을 위해 '대중매체 보도의 공정성과 정확성'이 효과적이라고 동의하는 수준이 가장 큰 증가를 보였고, '대중을 대상으로 한 정신질환 교육 및 홍보', '대중을 대상으로 정신질환에 대한 과학적 연구 결과 홍보'에 대한 동의 수준도 증가한 것으로 분석되었다.

[표 2-165] 정신질환자에 대한 극복 방안 비교

내용	2008	2019	증감
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중을 대상으로 정신질환의 종류와 치료방법 등에 대해 교육하고 홍보하는 것이 효과적이다.	3.99	4.28	△ .29
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환에 대한 과학적 연구 결과를 대중에게 알리는 것이 효과적이다.	4.07	4.32	△ .25
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중매체(TV, 드라마, 영화 등)의 보도가 공정하고 정확해야 한다.	4.27	4.61	△ .34
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자의 권리를 보호하고 주장하는 단체의 활동을 활성화 하는 것이 효과적이다.	3.98	4.03	△ .05
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 지역사회 내 정신질환자들의 사회복귀 및 사회통합이 중요하다.		4.12	
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자들의 법적 보호를 증진 시킬 수 있는 정책과 법률 개정이 있어야 한다.		4.12	
정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서는 정신질환자 당사자들의 활동이 효과적이다.		3.86	

[그림 2-30] 정신질환자에 대한 편견 극복방안



바) 정신질환에 대한 편견의 영향

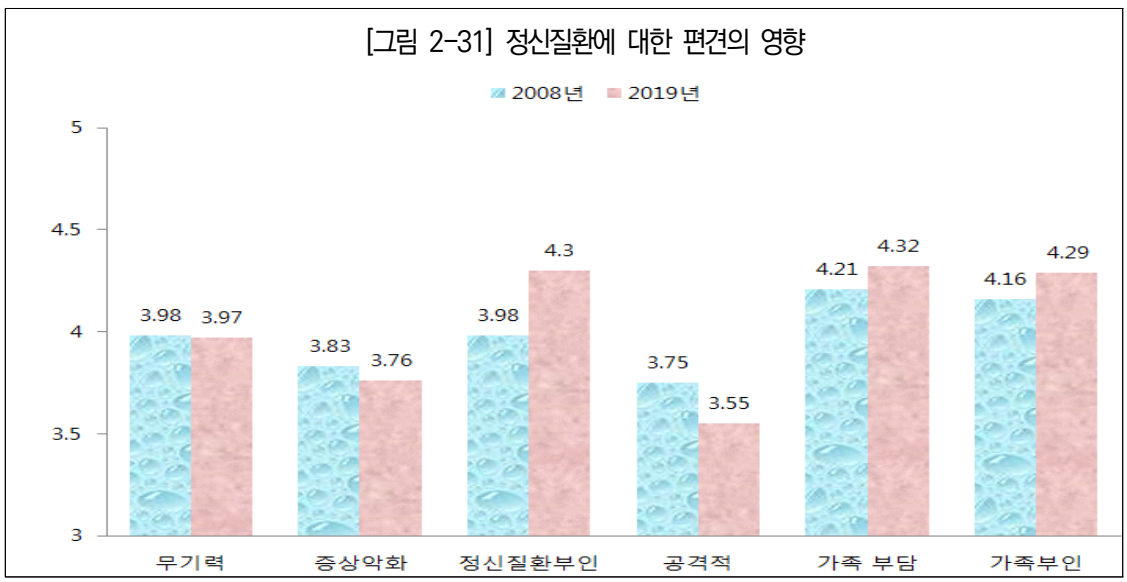
일반인들의 편견과 차별로 인해 정신질환자나 그의 가족들이 받게 되는 영향에 대한 10년 전·후 비교 결과, 2008년 대비 2019년에 '정신질환이 있다는 것을 숨기도록 만든다', '정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다', '가족의 부담을 증가시킨다'는 인식은 상승하였다.

반면, 일반인들의 편견과 차별로 인하여 '정신질환자를 공격적으로 만든다', '정신질환 증상을 악화시킨다', '정신질환자를 무기력하게 만든다'는 인식은 2008년 대비 2019년에 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-166] 정신질환에 대한 편견의 영향 비교

내용	2008	2019	증감
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 무기력하게 만든다.	3.98	3.97	▽ .01
일반인들의 편견과 차별이 정신질환 증상을 악화시킨다.	3.83	3.76	▽ .07
일반인들의 편견과 차별이 정신질환이 있다는 것을 숨기도록 만든다.	3.98	4.30	△ .32
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 공격적으로 만든다.	3.75	3.55	▽ .20
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자 가족의 부담을 증가시킨다.	4.21	4.32	△ .11
일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다.	4.16	4.29	△ .13

[그림 2-31] 정신질환에 대한 편견의 영향



국가인권위원회
humanrights.go.kr

사) 정신질환자에 대한 경험 비교

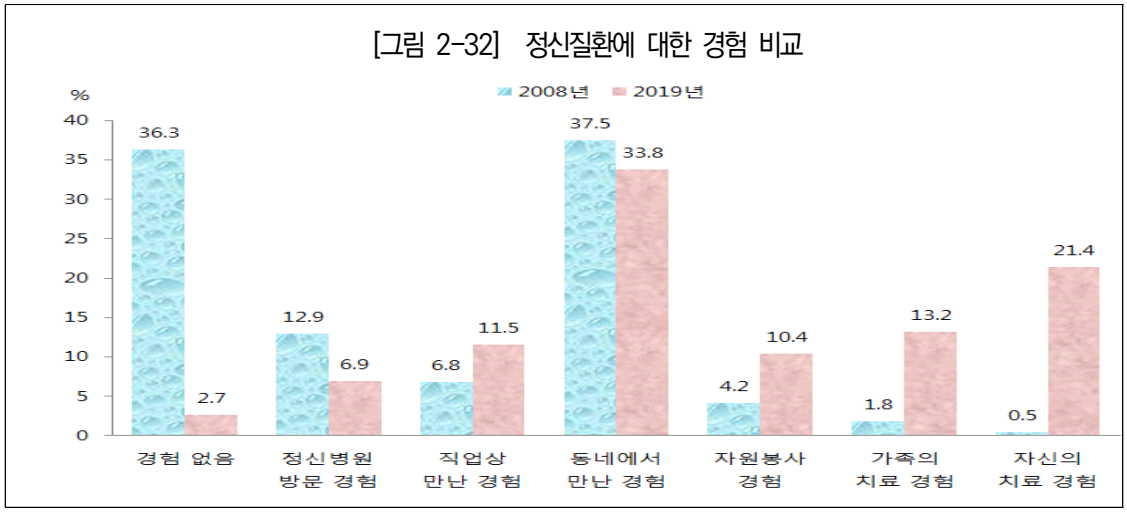
정신질환자에 대한 경험 유형과 관련한 10년 전·후 비교 결과, 2008년 대비 2019년에 '자신의 정신과 치료 경험'이 가장 큰 폭으로 증가하였고, '가족의 정신과 치료 경험'과 '자원봉사 경험' 증가 비율도 높게 나타났다.

반면, 2008년 대비 2019년에 '정신질환자에 대한 직접 경험 없음'은 큰 폭으로 감소하였고, '정신병원 방문 경험'과 '동네에서 만난 경험'의 비율도 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-167] 정신질환에 대한 경험 비교

내용	2008		2019		증감 (%)
	응답수	비율	응답수	비율	
정신질환자에 대한 직접 경험이 없다.	725	36.3	31	2.7	▽ 33.6
정신병원을 방문해 본 적이 있다.	257	12.9	79	6.9	▽ 6.0
직업상 정신질환자를 만난 경험이 있다.	135	6.8	131	11.5	△ 4.7
동네에서 정신질환자를 보거나 만난 경험이 있다.	749	37.5	385	33.8	▽ 3.7
정신질환자를 대상으로 자원봉사를 한 경험이 있다.	83	4.2	119	10.4	△ 6.2
내 가족이 정신과 치료를 받은 경험이 있다.	36	1.8	151	13.2	△ 11.4
내가 정신과 치료를 받은 경험이 있다.	11	0.5	244	21.4	△ 20.9
전체	1,996	100	1,140	100	

[그림 2-32] 정신질환에 대한 경험 비교



다. 결론 및 제언

1) 결론

가) 정신질환자에 대한 편견과 차별행동 관련 10년 전·후 비교 결과 논의

일반인들의 정신질환자에 대한 편견 수준은 2008년 연구와 비교하여 2019년에 큰 감소를 보였으며, '무능', '식별가능', '위험', '회복불능'의 모든 하위 요인에서 평균 점수가 감소한 것으로 분석되었다. 차별행동 수준 역시 '관계지양', '권리박탈' 의 모든 하위요인에서 10년 전·후 비교 결과 감소폭이 큰 것으로 나타났다.

2008년 대비 2019년 연구에 참여한 일반인들의 인구학적 특성에 있어, 전반적으로 20대 젊은 층의 증가, 미혼 집단의 증가, 학력수준과 소득수준의 향상, 학생집단과 사무직 및 전문직의 증가 등의 변화가 있었는데, 2019년 편견과 차별행동 수준 감소에 이러한 인구학적 특성 변화가 일부 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 그러나 편견과 차별행동 모두 동일한 인구학적 특성 집단별 평균 비교에서 2019년에 전체적인 평균 수치가 모두 낮아졌고 감소폭의 수준이 크다는 것(5점 리커트 척도에서 편견 3.11점→2.57점, 차별행동 3.17점→2.60점)을 고려할 때, 10년과 비교하여 일반인들이 정신질환자에 대해 갖는 편견과 차별행동의 수준이 감소된 것은 긍정적인 사회적 변화라 할 수 있다.

나) 편견과 차별행동 감소를 위한 정책 제언

2019년 연구에서 정신질환자에 대한 편견은, 10대와 20대보다 30대~60대 이상 집단에서, 미혼집단보다 기혼집단에서, 대졸·대학원졸 이상 집단보다 고졸 이하 집단에서, 학생집단보다 가정주부·사무직·자영업 집단에서 높은 것으로 분석되었다. 정신질환자에 대한 차별행동은, 10대와 20대보다 30대~60대 이상 집단에서, 미혼집단보다 기혼집단에서, 전문대·대졸 집단보다 고졸 이하 집단에서, 소득수준 100만원 이상~200만원 미만 그리고 300만원 이상~400만원 미만 집단보다 500만원 이상 집단에서, 학생집단보다 가정주부·사무직·자영업 집단에서 높은 것으로 분석되었다. 2008년 연구에서도 이와 유사한 결과가 도출되었는데, 편견과 차별행동이 높은 일반인 집단을 대상으로 편견과 차별행동을 줄이기 위한 대책을 마련하고 실천한다면, 그 효과가 더욱 현저할 것으로 판단된다.

다음으로 정신질환자의 회복 패러다임을 기반으로 한 홍보와 대중 교육이 필요할 것이다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

10년 전 연구와 비교하여 편견의 '위험' 요인의 평균 수치 감소폭이 가장 낮았다는 점 그리고 2019년 결과에서 '회복불능' 요인 중 '정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간이 필요하다', '정신질환은 재발한다'는 문항과 '위험'요인 중 '정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다', '정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다'는 문항의 평균 수치가 높았다는 점을 감안할 때, 정신질환자에 대한 편견을 낮추기 위해서는 일반인을 대상으로 정신질환의 원인과 증상과 더불어 정신질환도 회복이 가능하다는 인식 개선 교육을 지속적으로 실시하는 것이 필요하다고 사료된다.

또한 일반인들에게도 정신질환자의 인권과 복지를 강조하는 교육이 실시되어야 할 것이다. 차별행동의 평균 수치가 감소되는 양상을 보이고 있기는 하나, 2019년 연구에서 차별행동 '관계지양' 요인 중 '우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼하겠다면 반대한다.', '정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.', '내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다'는 문항과 '권리 박탈' 요인에서 '정신질환자는 운전을 해서는 안 된다', '정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다', '정신질환자나 정신질환에 대한 질병보험, 실손의료보험 등에서의 차별이 존재해야 한다'는 문항의 평균 수치가 높게 분석된 점을 고려할 때, 일반인들은 여전히 정신질환자와 물리적, 심리적으로 가까이 지내는 것을 꺼려하고 있으며, 사회적인 기본권을 주어서는 안 된다는 태도가 강하다는 것을 알 수 있다. 그러므로 차별 행동 감소를 위해 회복 패러다임을 기반으로 한 교육과 함께 정신질환자의 기본권 보장과 보통화 실현을 강조하는 교육이 병행되어야 할 것으로 사료된다.

2) 제언

가) 효과적인 편견 극복 방안

(1) 편견의 원인 및 영향, 극복 방안, 정신질환자 경험 관련 10년 전·후 결과 비교

정신질환자의 편견 형성에 영향을 미친 원인과 관련하여 2008년 대비 2019년에 '정신질환자를 빗대어 사용한 용어', '주변 사람들의 태도'에 의한 영향력은 다소 감소한 것으로 분석되었다. '대중매체'가 편견형성에 미치는 영향력은 매우 미약하게 감소하였지만, 2008년과 2019년 모두 가장 높은 수치를 보인 원인으로 나타났다. 편견 극복 방안 중 2008년 연구와 비교하여 2019년에 '대중매체 보도의 공정성과 정확성', '대중 대상 정신질환 교육 및 홍보', '대중 대상 과학적 연구 결과 홍보'에 대하여 동의 수준이 증가한 것으로 분석되었다. 이는 정신질환자에 대한 편견적·편향적 방송의 부정적인 결과 및 대중매체의 중요성에 대하여 재차

인식할 수 있는 결과라 할 수 있다. 2019년 조사에서 새롭게 구성된 '정신질환자의 사회복귀 및 사회통합', '정신질환자 법적 보호를 위한 정책과 법률 개정' 동의 수준도 높게(5점 척도에서 4.12점) 나타났다.

정신질환자에 대한 경험과 관련하여, 2008년 대비 2019년에 큰 폭으로 비율이 증가한 유형은 '자신의 정신과 치료 경험', '가족의 정신과 치료 경험', '정신질환자 대상 자원봉사 경험'이었다. 이러한 직접 경험 증가가 앞서 설명한 편견 및 차별행동 감소가 관련성을 가질 수 있었을 것으로 판단된다.

(2) 효과적인 편견 극복 전략 수립 및 적용을 위한 정책 제언

첫째, 대중매체를 활용한 정신질환자에 대한 편견 감소 노력과 정신질환자들에 대한 부적절하고 부정적인 대중매체 보도를 개선하는 '정신건강 언론준칙' 개정이 필요하며, 실효성 있는 정책으로 시급히 적용되어야 할 것이다.

기사분석 및 소셜빅데이터분석 결과를 통해서도 정신질환자 범죄 관련 부정적 기사 및 과학성과 객관성이 결여된 기사가 정신질환자에 대한 낙인을 유발함이 확인된 바, 정신질환에 대한 정확한 지식보다는 흥미 위주로 정신질환을 보도하거나 정신질환자를 보여주는 대중매체, 정신질환자에 대하여 선천적으로 폭력적이고 범죄의 위험성을 가진 사람으로 묘사하는 대중매체 모니터링이 시급하다고 판단된다. 이와 동시에 미디어 업계에서도 정신질환 및 정신질환자 관련 방송을 제작하거나 보도할 때 편견 조장을 지양 할 수 있는 매뉴얼을 개발하고 보급될 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 광고나 인터넷을 통한 유명인의 정신질환 경험 및 회복 사례를 소개하여 일반인들의 정신질환 인식률을 향상시키고, 정신질환의 치료가능성에 대하여 긍정적인 태도를 갖게 하는 방안도 편견 극복에 효과적일 것이다.

둘째, 정신질환자와 일반인들의 만남을 조성하여 편견 감소와 사회적 거리감을 줄여나가는 방안을 활성화해야 할 것이다.

이를 위해 정신질환자와의 직접적 만남을 적용한 선진국의 프로그램 및 캠페인 효과성에 대한 연구를 벤치마킹 하는 전략도 도움이 될 것으로 사료된다. 2007년 영국에서 실시된 'Time to Change' 캠페인(대중매체를 이용하거나 지역사회 내에서 정신질환자와 일반인의 만남을 조성), 2001년 독일에서 실시된 "Crazy? So What!" 프로젝트(학생들을 대상으로 조현병을 앓았던 사람들과의 만남을 조성하는 프로그램) 등이 그 예이다. 한국에서도 1994년부터 "CMHV(Community Mental Health Volunteers; 지역사회정신건강자원봉사단)"이 창설

되어 운영되고 있다. 서울·경기, 대구·경북, 광주·전남, 대전·충남 지역을 기반으로 하여, 사회복지학과 학생들을 중심으로 인접학과 학생들이 재가 정신장애인과 “친구되어주기(지역사회 적응을 위한 집중 멘토링)”, 정신질환자의 자녀와 “형님되어주기(취약성 감소를 위한 심리·사회·학습 멘토링)”과 같은 활동을 실시하고 있다. 대학생과 정신장애인과의 밀도 높은 상호작용을 통해 심리·사회적 거리감 감소 및 편견 감소의 효과가 있었던 바, 이러한 프로그램을 전국적으로 확대할 필요가 있다.

셋째, 정신질환 및 정신장애에 대한 교육과 정신적으로 위기 상황에 처한 사람들을 대했을 때의 대처 방법에 대한 교육이 지속화되어야 할 것이다. 2019년 연구에서 새롭게 추가하여 조사한 ‘정신질환 관리를 위한 예산 지원 필요성 인식’ 문항에서, 일반인 참여자들이 ‘예방, 치료, 회복에 대한 교육’에 대하여 가장 높게 인식하는 것으로 나타났는데, 이는 정신질환에 대한 지식이 향상되고 정신질환자에 대한 편견적인 태도 감소를 위해 교육 프로그램을 확대하는 것이 중요함을 시사해주는 결과라 할 수 있다. 2001년 호주에서 시작된 Mental Health First Aid 프로그램(정신질환자나 정신적으로 위기상황에 처한 사람들을 발견했을 때 필요한 응급처치 방법에 대한 정보를 알려주기 위한 목적으로 만들어진 프로그램)과 같은 유형의 프로그램을 개발하고 지역사회에 실제적으로 보급될 수 있도록 할 필요가 있다.

나) 정신질환자의 범죄위험성에 대한 부정적 태도 및 낙인감 감소 방안

(1) 정신질환자의 범죄위험성, 정신질환자와 정신장애인에 대한 태도 조사 결과 논의

정신질환자의 범죄위험성에 대하여 심각하게 인식하는 정도를 알아보기 위하여 2019년 조사에서 새롭게 구성한 ‘정신질환자의 범죄위험성’ 척도 분석 결과, ‘정신질환자는 대부분 충동적으로 범죄를 저지른다’, ‘최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다’, ‘정신질환자의 범죄 성향은 일반인보다 높다’와 같은 문항에 일반인들은 상대적으로 높은 동의를 하는 것으로 분석되었다.

2019년에 새롭게 추가된 ‘정신질환자와 정신장애인에 대한 태도’ 척도 분석 결과에서 높은 평균 수치를 보인 문항은 ‘정신질환자와 정신장애인은 다른 의미를 가진다’, ‘정신질환자가 정신장애인에 비해 더 낙인적인 표현이다’, ‘정신질환자는 위험해보이고, 정신장애인은 능력이 제약되어 보인다’로 나타났다.

이러한 결과는 정신질환자들의 실제적 범죄율이 현저히 낮음에도 불구하고 최근 정신질환자에 대하여 선정적 사건 위주로 보도하는 신문기사와 뉴스의 영향이라 판단되며, 이러한 미디

어의 부정적 보도는 전반적으로 정신장애인에 비하여 정신질환자에 대한 낙인감을 높이는데 영향을 미치게 되는 것으로 사료된다.

(2) 범죄위험성에 대한 부정적 태도 및 낙인감 감소를 위한 정책 제언

정신질환과 범죄와의 관련성에 대한 왜곡된 인식에 대하여 실증적 조사를 실시하고, 정신질환의 유형별 증상이 직접적인 범죄의 원인이었는지를 심층적으로 분석하는 것이 필요하다.

2019년 조사 결과에서 나타난 것처럼 일반인들이 최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다는 잘못된 인식을 가지고 있으므로, 이러한 잘못된 편견 및 막연한 두려움을 극복하기 위한 적극적인 편견 해소의 노력이 요구된다. 일반인의 경우 정신질환자를 대면할 기회가 자주 없어, 정신질환을 가진 범죄자에 대한 대중매체를 접하면 정신질환자에 대한 충동적이고 폭력적 이미지가 형성되어 정신질환자에 대해 범죄를 일으킬 수 있는 위험한 존재로 인식하기 때문에 지역사회가 아닌 병원에 감금되어야 한다는 편견을 가질 수 있어서 차별행동이 증가될 수 있다고 판단된다. 특히 조현병 환자들의 범죄 위험성에 대한 사람들의 편견이 가장 강한 것으로 보고되고 있으므로, 일반인들에게 조현병 환자 가운데 실제로 범죄를 저지르는 비율에 대한 정확한 통계를 제시하고, 조현병 환자가 저지른 범행의 충동성과 잔혹성 등의 특성에 대한 실증 연구를 통해 막연한 두려움과 오해를 바로잡기 위한 노력이 시급하다.

제2장. 권고사항 이행점검

1. 정신장애인 국가보고서의 권고사항 요약

가. 국가보고서가 제시하는 기본원칙

국가보고서는 국가기관을 상대로 정신장애인에 대한 정책과 제도에 대해 일정한 원칙하에 개선해 나갈 것을 권고하였다. 그 기본원칙은 당시 1991년 채택된 UN의 정신장애인 보호 원칙(MI 원칙)의 내용 등을 참조하여 다음과 같이 정하였다.[29]

1) 적정절차 보장 및 자기결정권 존중
2) 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한
3) 정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장
4) 지역사회 중심의 치료환경 조성
5) 정신장애인에 대한 차별금지 및 동등한 권리의 보장

구 정신보건법(1995년)과 현행 정신건강복지법(2016년)에도 국가보고서(2009년)에서 제시한 기본원칙을 일부는 담고 있고, 일부는 담지 않고 있다. 이를 표로 살펴보면 다음과 같다.

29) 국가보고서 제3부, 47-49면.

[표 2-168] 국가보고서 기본원칙의 반영여부

기본원칙		구 정신보건법(1995)	현행 정신건강복지법(2016)
1	적정절차 보장	없음	1) 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리 2) 의사표현에 도움을 받을 권리
	자기결정권 존중	없음	1) 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리 2) 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중받음
2	기본적 권리의 보장	인간으로서의 존엄과 가치를 보장	
	최소한의 제한	없음	1) 입원·입소의 최소화 2) 자발적 입원·입소 권장
3	정신보건 서비스의 전문화	없음	
	최적의 치료환경 보장	1) 최적의 치료를 받을 권리	
		2) 가능한 한 자유로운 환경 보장	2) 가능한 한 자유로운 환경을 누릴 권리
4	지역사회 중심의 치료환경	없음	지역 사회 중심의 치료를 우선적으로 고려
5	차별금지 및 동등한 권리의 보장	정신질환이 있다는 이유로 차별대우를 받지 아니한다.	정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1) 국가보고서 원칙의 반영 부분

위 국가보고서의 기본원칙 중 기본적 권리의 보장으로서 인간의 존엄과 차별금지, 최적의 치료환경 보장에 관한 원칙은 구 정신보건법과 정신건강복지법이 큰 차이가 없이 동일하나, 자기결정권 보장과 지역사회 중심의 치료는 구 정신보건법에는 없었으나 2016년 정신건강복지법에 추가되었고, 그 외에 최소한의 제한 원칙과 관련해서는 현행 정신건강복지법에 입원·입소의 최소화와 자발적 입소의 권장이라는 방식으로 도입되고, 적정절차의 보장 원칙은 정책결정에 대한 참여권과 의사표현에 관한 도움을 받을 권리로 구체화되어 있다.

2) 국가보고서 원칙의 미반영 부분

정신건강복지법은 국가보고서에서 제안한 원칙을 법의 기본이념이라는 제목으로 대부분 반영하고 있으나, 국가보고서가 제안한 적정절차의 원칙이란 헌법상 절차적 기본권의 보장으로 비자의입원이나 강제치료에 있어 환자의 의견진술권 보장, 변호인의 조력권 보장, 대면심문권과 이의제기권 보장 등이 제도적으로 보장되어야 하는데, 이에 대해서는 정신건강복지법이 아직 기본이념을 통해서나 실제 관련 규정을 통해서 보장하지는 못 하고 있다. 또한, 국가보고서가 제시한 정신보건 서비스의 전문화는 정신보건법이나 정신건강복지법의 원칙이나 기본이념이라기보다 최적의 치료와 환경을 보장하기 위한 한 내용이라 할 것이어서 따로 법에 따른 원칙으로 제시할만한 내용은 아니다.

나. 국가보고서가 제시한 주요과제

국가보고서가 제시한 주요과제를 표로서 살펴보면 다음과 같다. 이하에서는 권고를 한 10년 전의 상황과 현재의 상황을 비교하여 국가보고서의 권고에 비추어 정신장애인 인권 분야에 있어 어느 정도의 개선이 있는지 평가해 보고자 한다.

[표 2-169] 국가보고서가 제시한 주요과제의 개요

권고의 개요		구체적 내용
1. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련 권고	가. 비자의입원	(1) 진단입원과 치료입원의 구분 (2) 보호입원에 있어 입원요건의 강화 (3) 정신요양시설 입소절차 엄격화 (4) 정신보건심판위원회 역할 강화(입원연장심사기준 개정, 입원연장기간 3개월로 단축)
	나. 퇴원과정의 적정절차 마련	(1) 퇴원 전 정신보건센터에 의한 의료진과 전문요원에 의한 퇴원계획 수립하여 지역사회 연계율 확대 (2) 시군구청장이 보호의무자인 경우 환자 보호계획 수립 의무화
	다. 환자이송문제	(1) 사설응급구조단이라는 민간기관에 의한 인권침해 개선을 위해 위기상황 시 경찰, 소방, 전문요원이 함께 투입하는 공공위기개입 서비스 및 공공이송체계 구축
	라. 정신보건법 및 인신보호법 개정	(1) 정신보건법의 자의입원 원칙 신설하여 명문화 (2) 부당한 인신의 자유제한에 대한 구제를 위해 인신보호법에 따른 인신보호청구의 고지 의무화 (3) 보호의무자가 없는 환자에 대한 공공후견인 제공
2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선	가. 정신장애인의 통신과 신체의 자유와 자기결정권 보장	(1) 입원환자에 대한 정보제공(설명과 고지) 규정 신설 (2) 통신의 자유와 면회(방문)의 자유 보장 확대 (3) 격리·강박의 적법절차 마련 (4) 시설 내 적정한 치료를 위한 의료인력기준과 시설기준 향상
	나. 차등수가제 개선	(1) 차등수가제 평가항목에 시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율을 포함해 서비스의 질을 높이고, 지역사회 중심의 치료환경을 조성
	다. 의료급여 일당정액제 개선	(1) 일당정액제로 인한 의료급여환자에 대한 낮은 질의 서비스와 장기화되는 입원의 개선 (2) 의료급여 수가를 건강보험 수가와 동일한 수준으로 현실화
	라. 정신요양시설 기능 재정립	(1) 정신요양시설을 지역사회 생활시설과 재활시설로 기능 재정립 (2) 만성 및 난치성 환자를 위한 전문기관의 설립 검토

국가인권위원회
humanrights.go.kr

권고의 개요		구체적 내용
	마. 정신보건시설에 대한 모니터링 강화	(1) 부당한 입·퇴원을 반복하는 시설에 대한 처벌 (2) 미신고 시설에 의한 불법의료행위 및 감금행위 방지방안 마련
3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료	**가. 지역사회 기반 정신보건 서비스 정착**	(1) 병원과 지역사회 연계체계 강화 (2) 정신장애인 사회복귀시설(현 정신재활시설) 확충 (3) 정신보건 복지예산의 확대 및 효율적 운영 (4) 가족 및 자조모임 지원 등
	나. 지역사회 기반 정신보건서비스의 구체적 방안	(1) 시군구 정신보건센터 설치 의무화 및 법인화, 인력기준 강화 (2) 센터 직원을 통한 퇴원환자나 지역사회환자에 대한 평가, 상담, 치료연계 및 사례관리와 지역사회연계 (3) 주거시설과 사회복귀시설 및 관련 프로그램 확대와 다양화 (4) 사회복귀시설 이용료 부담의 축소 (5) 국가 정신보건복지예산 및 중앙정부의 지원확대 (6) 지역예산기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통해 지역별 정신보건서비스 편차 축소 (7) 장애인 가족지원 확대와 자조모임 지원 (8) 정신보건복지 관련 법령의 제개정과 정책수립과정과 평가에 있어 가족과 당사자 의견의 실질적 반영
4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소	**가. 정신분열증과 같은 부정적 병명의 개명과 '정신병자', '정신이상자', '정신미약자' 등의 법령용어 정비** **나. 정신장애를 이유로 한 민간보험 가입 차별 법령의 개정** **다. 정신장애에 대한 대중매체의 편견 극복을 위한 노력** **라. 정신보건법상 인권교육의 전문화와 교육대상으로 경찰 및 소방공무원까지 확대**	

2. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련 권고

가. 2009년 국가보고서의 비자의입원 현황과 진단

2009년 국가보고서는 2008년까지의 정신의료기관 및 정신요양시설 입원(입소)환자의 현황 등을 분석하여 다음과 같이 진단하였다.[30]

ⅰ) 높은 비자의입원율: 2008년 기준 자의입원율 13.8%, 비자의입원율 85.0%, 기타 1.2%

ⅱ) 낮은 퇴원율: 입원연장심사제도에도 불구하고 시도 정신보건심판위원회의 낮은 퇴원명령률(2004년부터 2008년까지 연 평균 2%~4%)

ⅲ) 퇴원 후 즉시 재입원: 퇴원 직후 가족에 의해 다시 타 병원으로 비자의입원 되는 비율이 25%임

나. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책

1) 입·퇴원 관련 정책방향과 반영 여부

국가보고서는 다른 서구 선진국에 비해 한국의 높은 비자의입원 비율은 자기결정권이 존중되지 않는다는 사실의 방증으로 보아 다음과 같은 정책방향을 제시하였다.[31]

ⅰ) 당사자의 자기결정권을 보호하는 제도적 장치를 마련할 것

ⅱ) 비자의입원은 신체의 자유를 제한하는 것이므로 법에 의한 엄격한 요건과 적법절차가 보장될 것

ⅲ) 비자의입원된 사람들은 제3의 독립적 심사기관인 법원에 의해 그 입원여부가 결정되는 입원심사제도를 장기적 과제로 도입할 것이지만 단기에 이루어지기는 어려우므로 단기적으로는 정신보건심판위원회를 강화할 것

ⅳ) 퇴원과정에서 지역사회 연계를 통해 사회복귀를 도모할 것

---

30) 국가보고서, 54-71면.
31) 국가보고서 78면.

2009년의 국가보고서의 정책방향은 2016년 정신건강복지법에 일정 정도 선언적인 규정들에 의해 반영되고 있는 부분(자기결정권, 입원요건의 제한, 퇴원 후 지역사회 연계, 정신보건심판위원회 강화)이 있다. 그러나 법원에 의한 심사제도는 2019년 10월 현재 3개의 의원입법이 발의되어 있으나 보건복지부나 법원은 현재로서는 불수용 의견을 제시하고 있다. 그 정책방향의 실현의 반영여부를 구체적으로 보면 다음과 같다.

[표 2-170] 비자의입원 관련 국가보고서 정책방향의 법제도 반영 여부

비자의입원에 관한 권고내용	법제도에서의 반영 여부(2016년 정신건강복지법)
1. 당사자의 자기결정권을 보호하는 제도적 장치를 마련할 것	(1) 자기결정권 보장과 존중을 기본이념으로 선언 (2) 법령에는 없지만 의사결정 지원을 위한 절차보조인(동료활동가) 사업 진행
2. 법에 의한 엄격한 요건과 적법절차가 보장될 것	(1) 입원치료필요성과 자·타해 위험성 요건을 동시에 구비하도록 함 (2) 자·타해 위험성을 하위법령에서 구체화(중대, 직접, 상습, 급박 등)하여 엄격히 제한 (3) 비자의입원 시 외부 병원의 지정진단의사의 추가진단 (4) 최초의 비자의입원에 대해 신설된 입원적합성심사위원회가 조사 및 서면심사
3. 장기적으로는 사법입원제도를 도입할 것	2019년 10월 현재 3개의 사법입원(법원에 의한 비자의입원 전수 대면심사) 관련 정신건강복지법 개정안이 계류 중에 있음
4. 단기적으로는 입원연장심사를 하는 정신보건심판위원회를 강화할 것	입원연장심사를 하는 정신건강심사위원회 결정의 다양화(외래치료명령, 기한부 퇴원, 이송명령, 자발적 입원으로의 전환 명령 등)
5. 퇴원과정에서 지역사회 연계를 도모할 것	(1) 퇴원환자 연계: 입원기관에서 환자가 퇴원할 때 지역사회에 통보할 경우 관할 정신건강복지센터는 환자와 상담해 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련하도록 함 (2) 퇴원환자에 대한 정신보건수첩 등 안내

2) 현실의 문제점

2009년 국가보고서의 정책방향과 동일하게 법령상으로는 위와 같이 제도개선이 이루어진 것으로 보일 수도 있으나 대부분 선언적이거나 정신의료 현실에서는 법의 취지나 내용이 반영되지 않고 있는데, 정신건강복지법 시행 후 상황의 문제점을 보면 다음과 같다.

가) 자기결정권 보장

자기결정권이 보장되기 위해서는 설명과 동의(또는 의견)를 구하는 절차가 마련되어야 하는데, 비자의입원 과정에서 환자가 대면이나 서면으로 의견을 진술할 기회조차 부여되지 않고 있다.

나) 입원요건과 입원절차

법령상의 입원요건은 엄격해 졌음에도 불구하고 최초입원심사(입원적합성 승인율 약 98%)나 입원연장심사(퇴원명령 비율 1% 미만)를 하는 행정기관(입원적합성심사위원회와 입원연장심사위원회)은 입원요건의 엄격함과는 무관하게 가족과 병원의 입원(연장)요청을 승인해 주고 있다.

또한, 구 정신보건법과 달리 입원기관 정신건강의학과 전문의(이하 '정신과 전문의'라 한다) 외에 원칙적으로 외부병원의 지정진단의사를 통한 추가진단을 하고 있으나 추가진단의사가 입원치료필요성이나 자·타해 위험성이 없어 입원·입소가 불필요하다고 진단하는 비율은 0.1%가 안 된다. 즉, 추가진단의사의 진단 또한 독립성과 중립성이 있는 객관적 진단이라 보기가 어렵다.

다) 사법입원제도

국가보고서에서 법원이 입원심사를 하는 사법입원제도를 장기과제로서 권고하였고, 현재 사법입원제도의 도입을 담고 있는 3개의 정신건강복지법 개정 법안이 국회에 계류 중에 있다. 사법입원안에 대해 보건복지부는 현 단계에서는 수용하기 어렵다는 취지로 법안에 대한 의견을 제시하였고, 법원 또한 국회 내에서 2019. 5. 8. 열린 법 개정 간담회에서 수용하기 어렵다는 취지로 의견을 제시하였다.

그러나 보건복지부는 2016년 2월 국가정신건강종합대책에서 중장기적으로 2019년에 사법기관에서 입원 적정성 여부를 판단하는 체계를 구축한다고 하였고,[32] 법원 또한 다른 선진 국가들과 같이 사법기관이 인권의 최후의 보루로서 입원심사기능을 담당한다는 점을 스스로 인식하여야 한다. 인력과 예산 등을 이유로 사법입원이 가지는 헌법적, 법적 정당성을 거스를 수는 없다. 대한신경정신의학회나 일부 정신장애인 권익옹호단체도 사법입원에 대해 원칙적으로 찬성하는 입장을 보이는 상황에서 국가기관들이 이를 거부하는 상황은 설명하기 어려운 부분이 있다.

라) 입원연장심사

시·군·구 정신건강심사위원회는 입원연장심사를 하고 있는데, 구 정신보건법보다 현행 정신건강복지법이 엄격한 입원요건을 규정하고 있음에도 불구하고, 퇴원명령률은 1% 내외로 이전과 큰 차이가 없다. 이는 법령상 입원요건의 강화와 무관하게 관행적인 입원연장 승인이 지속되고 있음을 보여준다. 또한, 환자의 지역사회 복귀를 위해 외래치료명령 조건부 퇴원 등의 다양한 선택지를 정신건강복지법이 마련하였음에도 불구하고 실제 정신건강심사위원회는 그러한 선택지를 거의 활용하지 않고 있고(연간 3만 8천여 건 중 16건의 외래치료명령만 이루어졌음), 구 정신보건법 하에서와 같은 입원연장승인을 하고 있다(입원연장승인율 96%).

마) 퇴원환자의 지역사회연계

구 정신보건법의 2008년 개정으로 퇴원환자에 대해 정신의료기관의 장(정신요양시설의 장을 포함한다. 이하 같다)이 본인(의사능력이 미흡한 경우에는 보호의무자) 동의를 받아 정신보건센터에 퇴원사실을 통지할 수 있는 규정이 도입되었다(제26조의3). 위 입법취지는 실제 퇴원하는 환자에 대해 정신보건센터가 정보를 취득하여 지원하려는 취지였다. 그러나 실제 위와 같은 정신보건센터 통보제도는 여러 이유로 활성화되지 않았다.

2016년 정신건강복지법은 위 통보규정에 더하여 정신건강복지센터(관할구역에 없는 경우에는 보건소)의 장이 해당 퇴원환자 또는 보호의무자와 상담해 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련할 의무를 부과하였다. 그러나 법 시행 이후에도 퇴원환자 통보 제도는 환자의 꺼림과 병원의 동기 부족으로 인해 활성화되지 않았다.

32) 보건복지부, 정신건강 종합대책(국가정책조정회의 공개 자료집), 2016. 2. 25. 24면.

2019년 초 환자에 의한 의사 사망사건을 계기로 퇴원환자 통보제도는 퇴원환자에 대한 관리를 위한 입법안이 통과되어 시행되고 있다. 퇴원하는 환자가 자·타해 위험이 있을 경우에는 정신의료기관의 장이 본인 동의 없이도 시·군·구 정신건강심사위원회를 거쳐 정신건강복지센터에 통보할 수 있도록 한 것이다. 그러나 정신의료기관의 장은 과거와 같이 퇴원환자의 의사에 반해 통보를 할 계기가 없으므로 실질적으로 활성화되기는 어렵다.

아울러 위와 같은 시기에 개정되어 2019. 10. 24.부터 퇴원하는 환자와 보호의무자에 대해 정신의료기관의 장의 정신건강복지센터에 관한 정보제공을 하고, 정신보건수첩 등을 비치할 의무가 발생하였다. 그러나 퇴원하는 환자에 대한 정신건강복지센터에 대한 정보제공만으로 지역사회 연계가 활성화되기에는 어려움이 있고, 환자의 권리를 고지해 주지 않는 것에 대해서는 과태료 부과가 타당할 것이지만, 이러한 환자 편의를 위한 정보제공의무에 대해서까지 과태료를 부과하는 것은 적정한 제재수단이라 보기는 어렵다.

다. 국가보고서의 입·퇴원 관련 핵심 추진과제

입·퇴원 관련 국가보고서의 핵심추진과제는 다음과 같다.[33]

ⅰ) 자의입원 원칙의 정신보건법 명문화
ⅱ) 정신의료기관 입원 시 진단입원과 치료입원의 구분
ⅲ) 보호입원 요건의 강화
ⅳ) 정신요양시설 입소(연장)요건과 절차의 개선
ⅴ) 입원연장심사기준 요건 개정
ⅵ) 입원연장기간 단축
ⅶ) 정신보건심판위원회의 중립성과 역할 강화
ⅷ) 인신보호청구 고지 의무화
ⅸ) 환자 퇴원과정에서의 지역사회 연계와 보호체계 의무화
ⅹ) 공공이송체계 확립
ⅺ) 공공위기 개입 서비스 구축
ⅻ) 공공후견인 제도의 도입

33) 국가보고서 79-95면.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라. 입·퇴원 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점

1) 자의입원 원칙의 정신보건법 명문화

가) 정신건강복지법의 반영 여부

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 반영

2016년 제정된 정신건강복지법은 다음과 같이 지역사회 중심 치료와 자발적 입원의 권장을 기본이념으로 규정하였다.

> 제2조(기본이념)
> ① 정신질환자에 대해서는 입원 또는 입소(이하 "입원등"이라 한다)가 최소화되도록 지역 사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 하며, 정신건강증진시설에 자신의 의지에 따른 입원 또는 입소(이하 "자의입원등"이라 한다)가 권장되어야 한다.

국가보고서는 자발적 입원의 우선적 고려와 자발적 입원을 위한 가능한 모든 노력의 명문화를 요구하였으나 정신건강복지법은 일단 지역사회 중심치료의 우선 원칙과 자발적 입원의 권장을 명문화하였다.

나) 동의입원의 신설

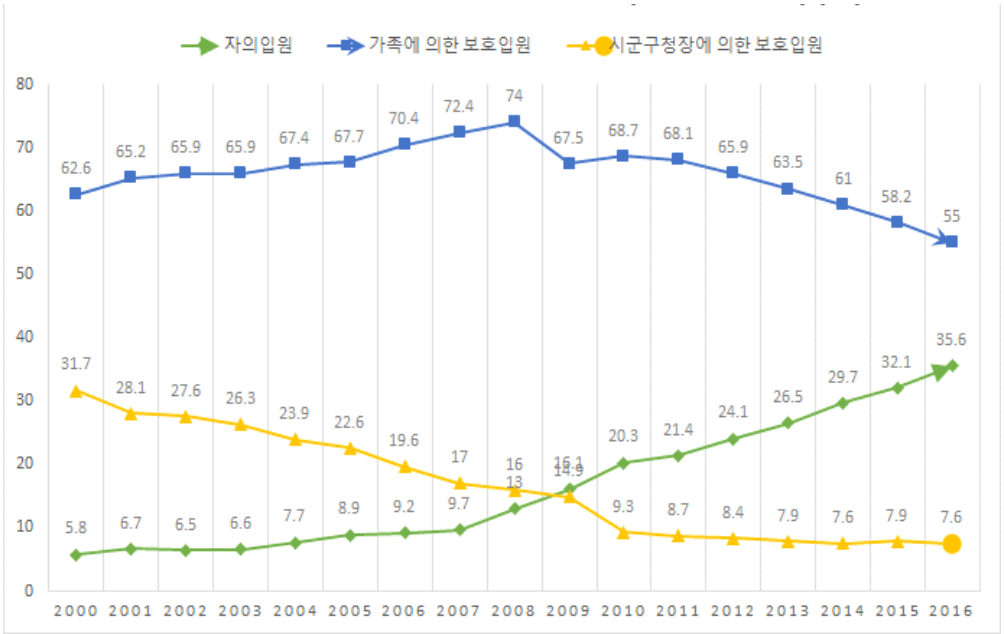
국가보고서에는 없는 내용이지만 정신건강복지법은 동의입원 제도를 신설하였다. 구 정신보건법의 자의입원이 자의에 의한 입원과 자의에 의한 퇴원이 보장되는 입원이어서 환자와 병원 입장에서는 오히려 보호입원으로 쏠림 현상이 일어났다. 또한 일본이나 서구의 자의입원과 같이 병원에 의한 3일 내 퇴원제한과 그 기간 동안 비자의입원으로 전환할 수 있는 형태로 자의입원제도가 운영되고 있다. 이러한 점을 감안해 정신건강복지법은 퇴원제한이 가능하면서도 동시에 환자와 보호의무자의 동의를 얻어 입원하는 동의입원제도를 신설하였다. 실제 정신의료 현실에서는 동의입원의 비율도 상당히 높아져 자의입원과 보호입원의 중간지대로서 보완역할을 하고 있다.

다) 자발적 입원 비율과 비자의입원 비율의 반전

○ 구 정신보건법의 입원유형별 비율

구 정신보건법 하에서 2000년부터 2016년까지 자의입원과 보호입원(가족 또는 시·군·구청장에 의한 입원)의 비율은 점진적으로 변화하였다. 이를 그래프로 나타내면 [그림 2-33]과 같다.[34]

[그림 2-33] 구 정신보건법의 입원유형별 비율(2000년-2016년)



ⅰ) 자의입원: 구 정신보건법은 사실상 1997년에 시행되었고, 1999년 무렵까지 자의입원 비율이 약 10% 가량 되었다.[35] 제정 정신보건법의 자의입원은 정신의료기관의 장이 퇴원을 제한하고 비자의입원으로 전환시킬 수 있는 규정을 두었으나 2000년 환자의 퇴원자율성 보장과 인권침해 소지를 이유로 퇴원제한(중지)제도를 폐지하였다. 그러자 2000년에는 보호입원이 확대되면서 자의입원 비율이 감소하였다가 이후 20여 년간 지속적으로 조금씩 증가하였다.

ⅱ) 행정입원: 비자의입원 중 행정입원(시·군·구청장이 행정기관으로서 강제조치를 하는 것으로 보호의무자로서 하는 보호입원과는 구분됨)은 정신건강복지법 시행 이전의 20여 년 간 늘 1%를 초과한 적이 없어 위 그래프에는 따로 표시하지 않았다.

34) 신권철, 『정신건강복지법 해설』, 법문사, 2018, 214면 표 참조.
35) 서동우 외 8인, 『지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서』, 2001, 67면

국가인권위원회
humanrights.go.kr

iii) 가족에 의한 보호입원: 가족에 의한 보호입원은 2000년부터 지속적으로 증가하다가 2008년 정신보건법 개정으로 보호의무자 2인이 동의해야 입원을 할 수 있게 되자 그 이후 지속적으로 하락하고, 그에 반비례하여 자의입원 비율은 지속적으로 상승하였다.

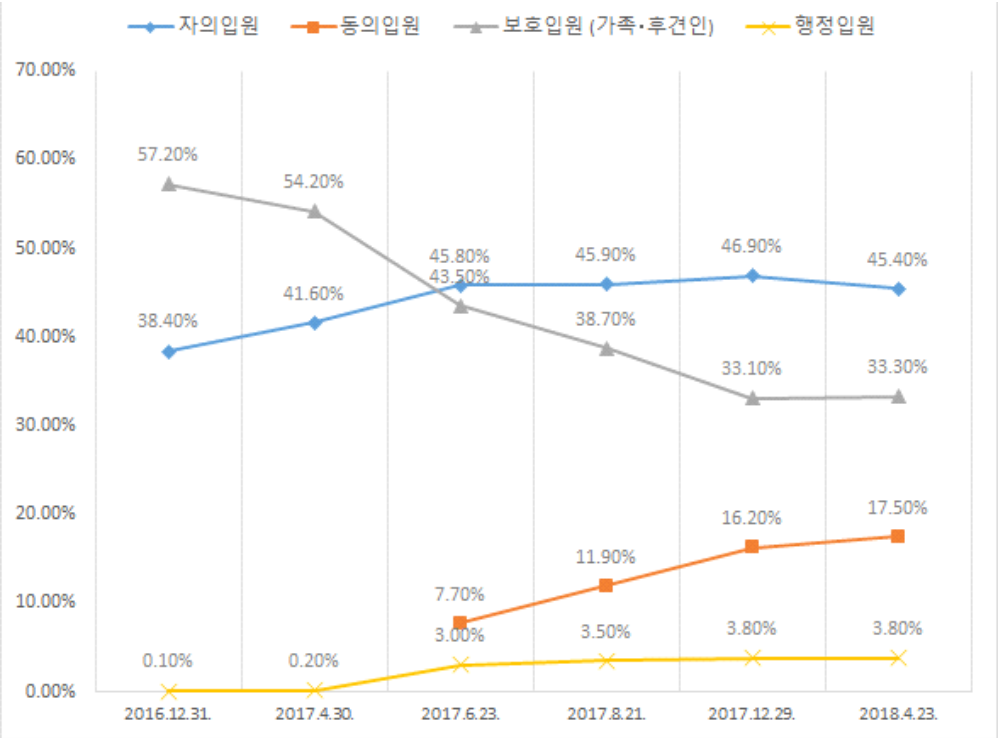
iv) 시·군·구청장에 의한 보호입원: 시·군·구청장에 의한 보호입원은 주로 노숙인이나 행려자와 같이 가족의 보호가 없는 정신장애인에 대해 시·군·구청장이 보충적 보호의무자가 되어 입원시키는 제도인데, 구 정신보건법 초기에는 행려자와 노숙인에 대한 강제수용 조치로서 활용되어 2000년에는 입원비율의 32% 가량을 차지하였으나 이후 지속적으로 감소하여 2016년에는 7.6%로 떨어졌다가 2016년 정신건강복지법 시행으로 시·군·구청장에 의한 보호입원은 폐지되었다.

○ 정신건강복지법의 입원유형별 비율

2017년 5월 시행된 정신건강복지법은 지난 20여 년 동안 진행되어 온 비자의입원 비율의 감소와 자의입원 비율의 증가를 크게 확대하였다. 정신건강복지법 시행 전후의 입원유형별 비율의 변화는 [그림 2-34]와 같다.[36]

36) 보건복지부, 중증정신질환자 보호재활지원을 위한 우선조치방안, 2019. 5. 30면 표 참조.

[그림 2-34] 정신건강복지법 시행 전후 입원유형별 비율 변화



i) 자의입원: 위 표는 정신요양시설을 제외한 정신의료기관만을 대상으로 한 일정 시점별 입원현황으로 자의입원 비율은 2017년 5월 정신건강복지법 시행 전 직전 38%대에서 이후 상승하여 45% 내외를 유지하고 있다.

ii) 동의입원: 정신건강복지법에 의해 시행된 환자와 보호의무자의 동의에 의한 입원은 초기 7.7%의 비율을 차지하다가 점차 증가하여 10개월 뒤에는 17.5%까지 증가하였다. 퇴원제한을 통한 비자의입원으로의 전환이 가능한 동의입원은 정신의료 현장에서 1년 만에 어느 정도 안착하여 기능하게 된 것이다.

iii) 보호입원: 가족과 후견인에 의한 보호입원은 정신건강복지법 시행을 전후에 크게 감소하여 최근에는 30%대까지 하락하였다. 이에 반비례하여 자발적 입원(자의입원과 동의입원)은 60%대까지 크게 상승하였다.

ⅳ) 행정입원: 구 정신보건법 하에서 행정입원은 거의 활용되지 않았다. 6개월 이상의 입원 연장이 불가능하고, 시군구에서 환자의 입원비용을 부담해야 하는 것이 원칙이어서 활용이 거의 되지 않았으나 정신건강복지법은 입원연장을 허용하고, 시군구의 비용부담을 국가가 예산으로 반영하는 등의 노력으로 전체 입원에서 차지하는 비율이 조금씩 증가하여 3% 대를 유지하고 있다.

라) 국가의 비자의입원 비율 목표와 현황

정부는 2016년 정신건강종합대책에서 2020년까지 비자의입원 비율을 45%까지 축소하는 목표를 세웠는데, 이미 2017년에 그 목표를 달성하였다. 2018년 말 기준으로 입원유형별 비율은 자발적 입원 67%(자의입원 47%, 동의입원 20%), 비자의입원 31.5%(보호입원 27.8%, 행정입원 3.6%), 그 밖의 치료감호입원 1.5%, 응급입원 0.1%를 차지하고 있다.

참고로 우리와 비자의입원제도가 유사한 일본은 2013년 6월 말 기준 자의입원(임의입원)이 52.8%, 보호입원(의료보호입원)이 46.0%, 행정입원(조치입원)이 0.6%[37]여서 현재 한국의 비자의입원비율보다 다소 높을 것으로 추정되고, 서구유럽의 비자의입원 비율은 이탈리아, 영국, 독일 등은 10%대를 유지하고 있어 한국보다 비자의입원비율이 낮다.

2) 정신의료기관 입원 시 진단입원과 치료입원의 구분

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 구 정신보건법의 행정입원은 진단을 위한 입원과 치료를 위한 입원으로 나누어 단기간 내에 2회의 객관적 진단을 받도록 하고 있으나 보호입원은 한 번의 진단만으로 최초입원이 결정되어 6개월의 장기입원이 이루어지므로 그 개선을 요구하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 반영

정신건강복지법은 보호입원이나 행정입원에 있어 가족이나 시·군·구청장의 의뢰와 입원의료

37) 일본 후생노동성 장해보건복지부 정신장해보건조사(아래 홈페이지 자료 참조).
http://kurabayashi-akiko.jp/wp-content/uploads/2017/04/20170411siryo_kourou2.pdf (2019. 10. 10. 최종방문)

기관 정신과 전문의의 진단은 14일의 (진단)입원기간 동안만 유효하고, 그 기간 내에 외부의 지정(추가)진단의사에 의한 추가진단을 통하여 이후 14일을 초과하는 (치료를 위한) 입원이 가능해지도록 하였다. 아울러 국가보고서에 권고된 바와 같이 1개월 이상의 비자의입원은 모두 입원적합성심사위원회 심사를 거쳐 입원적합판정을 받도록 하였다.

○ 현실적 문제점

정신건강복지법에 따르면 비자의입원 후 지정(추가)진단의사는 입원의료기관 외부의 사람이어야 하는데, 현실적으로 국·공립 정신과 전문의 외에 입원의료기관을 방문할 지정(추가)진단의사가 충분히 확보되지 않아 예외적으로 입원의료기관 내 정신과 전문의 2명에 의한 진단도 허용하고 있다. 실제 동일 입원의료기관 내 정신과 전문의에 의한 추가(2차) 진단의 비율도 약 1/4 가량 되고 있다.

또한 2인 진단제도(추가진단제도)는 입원의료기관 외에 독립성과 중립성이 있는 지정진단의사가 환자의 증상과 상태를 직접 대면해 진단하여 그 결과를 반영하려던 것이었으나 진단의사가 최종 소견에서 입원(입소)을 불필요하다고 하는 경우나 2인 진단에서 두 의사의소견이 불일치하다고 하는 경우는 거의 없어 입원치료 필요성에 관한 입원병원 외 의사에 의한 독립된 의견을 묻기 위한 2인 진단제도를 도입한 취지를 퇴색시키고 있다.

3) 보호입원 요건의 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 구 정신보건법의 보호입원 요건에서 '입원치료 필요성'은 임상적 판단만으로 허용될 위험이 있고, 자·타해 위험이 아니라 '자신이나 타인의 안전'을 요건으로 하는 것도 광범위한 해석 여지를 두어 남용될 위험이 있으므로 '입원치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려' 또는 '자신 또는 타인을 해할 위험'으로 두고, 보건복지부가 하위법령으로 위험성 판단기준을 구체적으로 정할 것을 요구하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 반영

정신건강복지법은 보호입원이나 행정입원에 있어 입원요건을 사실상 통일하여 '입원치료필요성'에 더하여 '자·타해 위험성' 요건도 충족할 것을 요구하고 있다. 구 정신보건법이 위 두

요건을 ‘or’로 구성한 것에 비하여 정신건강복지법은 ‘and’ 요건으로 강화하였고, 자·타해 위험성에 대한 구체적 기준으로 보건복지부령에 다음과 같이 규정하였다.

제34조(보호의무자에 의한 입원등)
② 법 제43조제2항제2호에서 "보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 해당 위험 기준을 판단하는 때에는 정신질환자의 질병, 증세, 증상, 기왕력, 행위의 성격 또는 건강이나 안전에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

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

○ 현실적 문제점

비자의입원(보호입원과 행정입원) 요건이 엄격해졌음에도 불구하고, 다양한 유형의 사람들이 강제 입원되고 있으며, 입원요건이나 입원절차에서 법이 정한 기준들은 제대로 심사되지 않고 있으며, 여전히 입원요건에 해당하는지 모호한 사례들이 존재한다. 예를 들면 다음과 같다.

ⅰ) 타해 위험은 없으나 반복적인 음주로 인한 건강악화가 있는 경우

ⅱ) 지적장애가 있는 10대의 미성년자의 경우

ⅲ) 치매증상으로 인해 돌봄이 어려운 경우

ⅳ) 현재가 아닌 과거의 위험만 예시되어 있는 경우

ⅴ) 입원절차가 위법함에도 불구하고 입원시키는 경우

ⅵ) 서류미비에도 불구하고 입원시키는 경우

위와 같은 상황이 정신건강복지법의 입원요건에 해당하는지와 관련해 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회마다 각각 서로 다른 의견들을 가지고 있어 쉽게 걸러지지는 않고 있고, 입원적합(입원연장) 승인율이 98% 내지 99%에 이르는 현재의 상황에서는 사실상 입원요건을 실질적으로 심사하고 있는 것이라 보기에는 어려움이 있다.

4) 정신요양시설 입소(연장)요건과 절차의 개선

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신요양시설을 사회적 지지체계가 없는 만성 정신질환자의 의식주를 제공하며 장기 거주지로서의 기능을 담당하는 주거시설로 평가하였고, 입소나 입원이 부적절하거나 불필요함에도 지역사회에 거주할 곳이 없어 계속 시설에 수용되어 있는 사회적 입원(입소)의 성격을 가지고 있음을 지적하고 있다.

이에 따라 정신요양시설은 정신의료기관에서 입소를 의뢰하는 환자들에 대해서만 정신보건심판위원회가 심사하여 정신요양시설 입소 및 연장여부를 결정하도록 별도의 규정을 둘 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영

정신건강복지법은 정신요양시설에 대해 별 다른 개선절차를 규정하지는 않고 있다. 다만 19대 국회 입법안 중에는 정신요양시설을 10년 이내에 폐지하거나 개방적 사회복지시설로 전환할 것을 규정하는 정신건강복지법 개정법률안이 제출되었고(2019. 1. 25. 윤일규 의원 대표발의안), 이에 대해 보건복지부는 신중검토의견을, 한국정신요양시설협회는 수용곤란(반대)의견을 제출하였다.[38]

○ 정신건강복지법 시행 이후의 현황

▷ 공공후견인의 선임

38) 박종희(국회 수석전문위원), 국회 보건복지위원회 정신건강복지법 일부개정법률안 검토보고, 2019. 7., 55~59면.

정신건강복지법으로 전환과정에서 정신요양시설에 시·군·구청장에 의해 보호입소된 가족 돌봄이 없는 만성화된 입소환자들 중 500여명은 시군구청장에 의한 보호입소가 폐지되면서 국가가 시·군·구청장에 의한 후견청구를 하여 법원으로부터 사회복지법인을 한정후견인 등으로 지정받아 후견인에 의한 보호입소가 지속되고 있으며, 시설방문 등을 통해 후견을 받는 입소 정신장애인을 돌보고 있다.

▷ 자발적 입소의 증가

정신요양시설은 2017년 정신건강복지법 시행과정에서 강제입소의 연장절차와 요건, 보호의무자 요건 등을 구비하기 어려운 입소환자들을 대거 자의입소나 동의입소로 전환하였다. 그 구체적 현황을 보면 구 정신보건법 하의 2016년에는 강제입소(보호입소) 비율이 83%였으나(2016. 12. 31. 기준 10,181명 중 8,441명),[39] 2017년에는 강제입소(보호입소) 비율은 25%(2017. 12. 31. 기준 9,720명 중 2,407명)로 크게 감소하였다.[40] 반대로 정신요양시설의 자발적 입소(자의입소)는 2016년 17%에서 2017년 71%(자의입소 55.6% + 동의입소 15.5%)로 크게 증가하였다.

○ 문제점

위와 같은 정신요양시설의 자발적 입소의 증가가 긍정적인 측면이 있으나 자발적 입소를 위해서는 입소자의 입소에 대한 자발적 동의(결정)능력이 있어야 할 것인데, 그렇지 않은 입소환자들에 대해 형식적인 입소동의 서류만 받아 자발적 입소로 전환한 경우가 적지 않아 문제가 있다.

이러한 형태의 자발적 입소는 법적으로 의사결정능력이 없는 사람의 행위로서 무효이고, 위법한 입소가 될 수 있다. 국가인권위원회도 이미 자의입원 요건의 하나로 “자신의 의지와 선택으로 자신이 가지고 있는 질병을 인지하고, 치료하기 위하여 자발적으로 입원하는 것”을 요구하고 있고, 그러한 능력이 없는 1급 지적장애인에 대해 자의입원 서류를 작성한 것은 신체의 자유를 침해하는 위법한 입원이라고 판단하였다.[41]

위와 같이 스스로 입소를 결정하는 능력이 부족한 정신장애인에 대해서는 자발적 입소를 원칙적으로 허용해서는 안 될 것이고, 그 경우에는 보호의무자인 가족이나 후견인을 통한 보호

39) 국립정신건강센터(2017). 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.122
40) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.129
41) 국가인권위원회 2016. 11. 14. 결정 16진정0197900: 중증 지적장애인 입원과정에서의 인권침해 등.

입소만이 가능하다고 볼 것이다.

5) 입원연장(계속입원)심사기준 요건 개정

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 구 정신보건법의 시·군·구 산하 정신보건심판위원회가 입원연장(계속입원)심사기준에 사회적 지지체계가 없는 경우 입원연장(계속입원)을 승인하도록 하여 장기입원을 지속시키는 문제가 있다고 보아 입원연장(계속입원)심사는 순수하게 정신의학적 상태만을 가지고서 판단하고, 나머지 항목은 삭제할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영

정신건강복지법령에는 비자의입원 유형에 따른 입원요건과 동일하게 입원연장요건(입원치료 필요성과 자·타해 위험성)과 절차(보호의무자 2인 동의, 2명의 정신과 전문의 진단 등)를 규정하고 있어 위 권고를 반영하지는 않고 있다.

또한, 2018년 6월 보건복지부와 국립정신건강센터가 발행한 정신건강심사위원회 표준심사지침에 따르면, 심사내용으로 그 형식과 절차요건을 갖추었는지 여부와 더불어 실질적 내용으로 환자의 진단과 증상, 그 밖의 일상생활 기능장애의 정도, 사회적 지지체계, 환자의 의견진술 등을 참고하도록 하고 있어 국가보고서의 권고에도 불구하고 과거와 같은 심사기준을 유지하고 있다.[42)]

○ 현황과 문제점

▷ 구 정신보건법 하의 정신보건심판위원회의 심사현황

42) 보건복지부 및 국립정신건강센터, 정신건강심사위원회 표준심사지침, 2018, 18면.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 2-171] 구 정신보건법 하에서 각 지역별 정신보건심판위원회 퇴원율

지역		서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	전국 평균
퇴원율(%)	2013	2.2	0.5	6.9	10.7	5.6	2.0	1.0	0.0	6.5	11.5	4.7	1.4	2.3	1.0	8.0	1.3	1.1	3.92
	2014	3.2	0.4	7.9	8.9	5.8	2.5	7.2	0,0	5.3	12.1	5.1	1.9	3.1	1.6	8.4	1.3	0.0	4.39
	2015	3.8	0.4	5.8	8.7	7.3	2.7	0.5	0.0	5.2	8.8	5.1	1.4	1.3	0.9	7.4	1.3	0.0	3.56
	2016	4.5	0.3	4.6	9.5	5.9	3.0	0.6	0.0	5.0	6.0	5.1	1.2	1.8	2.2	7.1	0.9	0.0	3.39
	평균	3.42	0.40	6.30	9.45	6.15	2.55	2.33	0.00	5.50	9.60	5.00	1.48	2.13	1.43	7.72	1.20	0.28	3.81

먼저, 위 표[43]를 보면 3-4년 동안 한 명의 환자도 퇴원시키지 않은 지역이 있는가 하면 퇴원율이 10%에 육박하는 지역(광역)도 있어 그 편차가 심각함을 알 수 있다. 특히, 어느 지역의 정신병원에 입원되면 그 입원환자는 입연연장심사나 퇴원심사청구를 하여 퇴원할 확률이 제로라는 의미이기도 하는 점에서 심각함이 있다.

다음으로, 위 표를 보면 전국 평균 3.8%의 퇴원율을 보인다고 하고 있으나 정신보건심판위원회가 퇴원시킨 것이 아니라 입원연장심사과정에서 병원과 가족 등의 의지로 퇴원된 사람(기퇴원 처리)이 더 많이 포함되어 있어 실질적으로 정신보건심판위원회의 퇴원명령을 받아 퇴원한 사람은 이후의 통계로 볼 때 1% 미만으로 추산된다.

마지막으로, 위와 같은 상황은 법령이나 지침상 입원요건을 강화하거나 완화하는 것과는 무관하게 관행적으로 입원을 승인하게 되는 여러 가지 상황(심판위원회가 지역 내 의료적 협의체로 구성되는 점, 퇴원 후 오갈 데 없는 환자나 부양부담을 지게 될 가족에 대한 고려, 지역사회 내 지원체계의 부족 등)을 고려한 결과이기도 하다.

▷ 현행 정신건강복지법의 정신건강심사위원회 심사 현황[44]

현행 정신건강복지법에 따른 정신건강심사위원회도 기존의 정신보건심판위원회 위원들이 대

43) 국립정신건강센터(2015). 2015 국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.81 ; 국립정신건강센터(2016). 2016 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.67; 국립정신건강센터(2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.63 각 재구성 (신권철(2018). 정신건강복지법 해설, 법문사, p.223에서 재인용)

44) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.58.

부분 유지되고 있어 이전의 상황과 크게 다른 점이 없다. 아래 표에서 보다 구체적인 현황을 확인해 보면 다음과 같다.[45]

[표 2-172] 정신건강복지법에 따른 정신건강심사위원회 심사현황(2017년)

(단위: 명, %)

시도	회의 개최건수	심사건수					계속 입원자 수					퇴원율
		소계	정신보건법		정신건강복지법		소계	정신보건법		정신건강복지법		
			제24조[1]	제29조[2]	제43조	제55조		제24조[1]	제29조[2]	제43조	제55조	
전국	1,713	78,337	29,611	826	46,604	1,296	76,526	28,729	788	45,865	1,144	2.3
서울	133	1,822	438	116	1,117	151	1,754	431	102	1,096	125	3.7
부산	108	7,530	2,415	86	4,921	108	7,516	2,413	80	4,919	104	0.2
대구	59	3,169	1,136	41	1,937	55	3,101	1,086	35	1,929	51	2.1
인천	84	1,449	698	47	629	75	1,351	650	44	599	58	6.8
광주	57	1,106	444	5	642	15	1,071	428	4	628	11	3.2
대전	64	2,217	794	5	1,360	58	2,155	769	5	1,330	51	2.8
울산	30	1,968	617	14	1,321	16	1,938	612	14	1,296	16	1.5
세종	12	267	146	-	121	-	267	146	-	121	-	0.0
경기	309	14,647	5,206	205	8,908	328	14,085	4,926	156	8,715	288	3.8
강원	52	473	214	2	230	27	443	196	2	219	26	6.3
충북	117	4,387	1,933	40	2,347	67	4,284	1,874	36	2,315	59	2.3
충남	112	6,973	3,632	23	3,254	64	6,922	3,617	18	3,228	59	0.7
전북	72	3,198	1,924	8	1,263	3	3,143	1,874	8	1,258	3	1.7
전남	147	5,555	2,525	60	2,917	53	5,428	2,486	126	2,772	44	2.3
경북	176	9,155	3,342	79	5,647	87	8,773	3,104	73	5,514	82	4.2
경남	168	14,220	3,963	94	9,975	188	14,094	3,933	84	9,911	166	0.9
제주[3]	13	201	184	1	15	1	201	184	1	15	1	0.0

먼저, 정신건강복지법 시행 후인 2017년 통계를 보아도 과거와 같은 특정 지역에서 2016년도와 동일하게 여전히 0%의 퇴원율을 보이고 있다.

다음으로, 위 표를 보면 2014년부터 2016년까지는 전국 평균 3.8%의 퇴원율을 보였는데, 정신건강복지법 시행 이후에는 퇴원율이 더 낮아져 2.3%의 퇴원율을 보이고 있다. 분명히 법

45) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.58

국가인권위원회
humanrights.go.kr

은 입원연장요건을 포함해 입원요건을 강화하였으나 이러한 결과가 나온 이유는 법이 아닌 다른 것들이 심사에 작용하고 있음을 알 수 있다. 물론 과거와 달리 입원요건이 강화되었기 때문에 현재는 진정으로 입원이 필요한 사람만 입원된 결과라 주장할 수도 있을 것이나 과연 그러한 진정한 심사를 할 만한 자료들을 가지고 숙고하여 심사하는지를 보면 그렇지가 않다. 과거나 현재의 입원연장심사건수와 심사횟수와 심사시간을 고려해 보면 한 건당 심사시간은 2-3분 내외이다.

세 번째로, 정신건강복지법은 입원연장심사나 퇴원청구심사에 있어 단순히 퇴원이나 입원연장만을 결정하는 것이 아니라 외래치료명령 조건부 퇴원, 이송, 자발적 입원으로 전환, 3개월 이내 재심사 등의 선택지를 만들어 두었음에도 실제 이러한 선택지들은 거의 활용되지 않은 채 입원연장만을 반복하는 문제점이 있다.

마지막으로, 앞서 구 정신보건법 하에서와 똑같이 정신건강심사위원회가 퇴원시킨 것이 아니라 입원연장심사과정에서 병원과 가족 등의 의지로 퇴원된 사람(기퇴원 처리)이 퇴원율에 포함되어 있어 실질적으로 정신건강심사위원회의 퇴원명령을 받아 퇴원한 사람은 1% 미만이다.

6) 입원연장기간 단축

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 구 정신보건법의 입원연장기간이 6개월로 너무 장기간임을 이유로 장기입원의 폐해를 줄이기 위해 3개월로 단축할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 일부 반영

정신건강복지법은 최초입원 후 1개월 이내에 입원적합성심사위원회의 심사를 통해 입원의 적합성을 승인받아야 3개월까지 입원이 연장되도록 하고, 3개월째에는 정신건강심사위원회의 입원연장심사를 받도록 하고, 최초입원으로부터 6개월째 되는 때에도 정신건강심사위원회의 입원연장심사를 받도록 하였다.

다만 국가보고서는 3개월 단위로 입원연장심사를 반복할 것을 요구하고 있으나 정신건강복지법은 최초 6개월까지만 3개월 단위로 반복하고, 6개월 이후부터는 6개월 단위로 입원연장을 하도록 하고 있어 권고를 일부만 반영하고 있다.

7) 정신보건심판위원회의 중립성과 역할 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신보건심판위원회가 월 평균 1회 개최, 1시간 내지 3시간의 회의 동안 800~900건에 가까운 입원연장심사(2008년까지는 전국 15개 시·도 심판위원회가 7만 여건에 이르는 사건을 심사하였음)를 형식적으로 담당하고 있어 심사의 질과 정확성이 떨어지고, 심사위원회의 과반수 이상이 의사를 중심으로 한 의료적 합의체로 구성되어 있는 점을 지적하며 심사청구를 적절히 처리할 수 있는 인원을 확보하고, 인권적 측면에서 정신장애인의 이익과 지역사회 입장을 대변할 수 있는 심판위원들로 인적 구성을 할 것을 권고하였다.

아울러 심판위원회와 정신보건센터의 연계를 통한 평가나 대면심사를 하고, 월 평균 50건 이상인 경우에는 2주에 1회 이상 개최하도록 의무화하며, 정신장애인의 이익을 대변해 줄 수 있도록 인권단체 등에서 추천한 자를 정신보건심판위원회에 포함되도록 권고하였다.

○ 정신건강복지법령의 반영 여부: 반영

▷ 2009년 시군구 정신보건심판위원회 신설·시행: 국가보고서의 권고 이전인 2008년 법 개정을 하여 시·도의 업무였던 입원연장 및 퇴원청구 심사업무를 전국의 입원 또는 입소가 가능한 정신의료기관이나 정신요양시설이 있는 관할 시·군·구로 이양하여 과도한 심사건수를 분산·완화시켰다.

▷ 심사위원 다양화: 2009년 국가보고서의 권고 이후에도 정신보건심판위원회 구성의 다양화는 실제 이루어지지 못하였다가 2016년 정신건강복지법을 개정하면서 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회 위원 자격으로 정신과 전문의, 법조인, 정신건강전문요원, 교수 외에 '회복한 정신질환자, 인권전문가' 등도 위원으로 위촉할 수 있도록 개정하였다.

▷ 그 외에 50건 이상의 심사 시 월 2회(2주에 1회) 개최나 정신보건센터와의 연계를 통한 대면심사는 일부 시·군·구 정신건강심사위원회에서 간헐적으로 시행되고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 문제점

▷ 시·군·구 정신건강심사위원회 심사의 문제점: 심사절차에서 입원환자의 의견진술을 서면이나 대면을 통해 받지 않고서 입원의료기관과 보호의무자의 일방적 주장과 증거만으로 형식적 서면심사를 하는 문제가 있다.

▷ 심사위원의 다양화 문제: 정신건강복지법은 인권전문가나 회복한 당사자에게 심사위원 자격을 부여하였으나 여전히 심사위원으로 위촉되는 사람은 거의 없고, 주로 정신보건 전문가(정신과 전문의, 시설운영자, 관련 교수, 센터전문요원 등) 위주로 구성되어 있는 상황이어서 입원(연장)을 심사한다기보다 형식적으로 승인해 주는 기구로 되어 있다.

8) 인신보호청구 고지 의무화

○ 국가보고서의 권고

2008년 시행된 인신보호법에 따라 정신병원을 포함한 시설에 수용된 사람들이 법원에 인신보호청구를 할 수 있음에도 불구하고 현실적으로 거의 활용되지 못하고 있는 점을 우려해 인신보호청구권이 있음을 정신의료기관에서 고지할 수 있도록 정신보건법 및 인신보호법을 개정하고, 가족들 외에도 청구할 수 있는 구제청구권자의 범위를 확대하고, 인신보호재판비용의 부담을 국가가 할 수 있도록 인신보호법을 개정할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 일부 반영

▷ 인신보호법 개정: 법무부가 관할하는 인신보호법 개정은 국가보고서의 권고를 받아들여 2010년 6월 수용자(정신의료기관의 장)는 수용 개시 전에 피수용자(비자의입원 환자)에 대해 구제 청구할 수 있음을 고지하도록 하고, 구제청구의 방해를 금지하며, 위반 시 과태료(고지위반)와 형사처벌(구제청구 방해)을 규정하였다. 다만, 재판비용에 대한 국고부담의 개정 권고는 따르지 않고 있으나 실제 인신보호재판청구를 한 입원환자에게 재판비용을 청구하는 경우는 거의 없다.

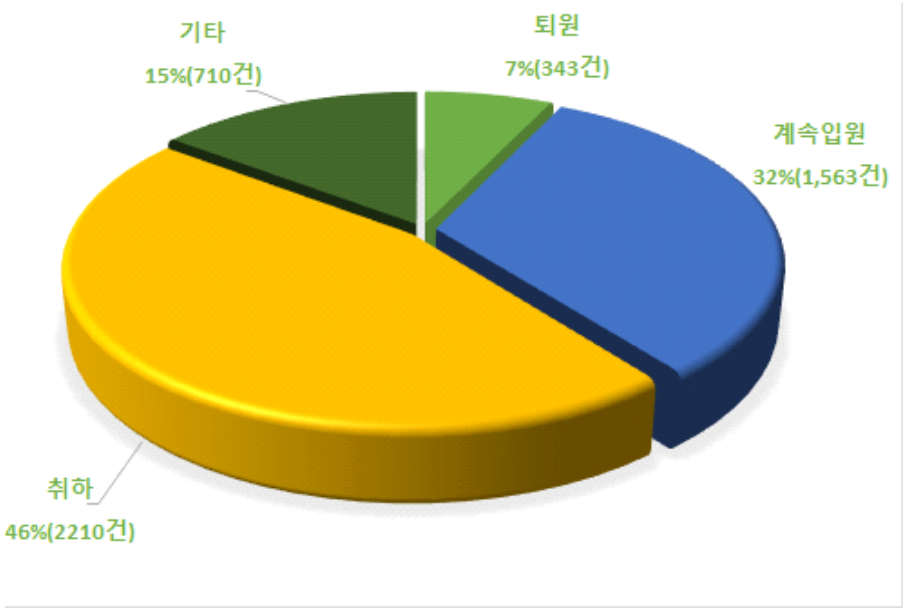
▷ 정신건강복지법 개정: 2016년 정신건강복지법에 따르면 정신건강복지법 및 다른 법률에 따른 권리와 그 행사방법을 입원하는 환자와 보호의무자에게 알리고, 권리행사 서류를 비치해 두도록 하고 있다(법 제6조 제1항). 그러나 그 구체적 내용을 정한 시행규칙은 정신건강복지법의 권리와 내용만 알리도록 하고, 다른 법률인 인신보호법에 따른 인신보

호청구나 국가인권위원회법에 따른 진정 등에 대해서는 규정하지 않고 있다(규칙 제2조 제1항).

○ 인신보호 청구 및 결과 현황

2008년부터 시행된 인신보호청구 및 그 결과의 10년 현황을 보면 다음과 같다.[46)]

[그림 2-35] 인신보호청구 결과 현황(2009년 - 2018년)



▷ 인신보호청구 현황: 인신보호청구는 2009년 100건이 넘은 이래로 매년 증가하여 2016년에는 894건이 청구되어 최고치를 이루었고, 이후인 2017년 정신건강복지법 개정으로 비자의입원 환자가 1/2 정도로 크게 줄어들었음에도 2017년 856건, 2018년 836건을 유지하고 있다. 지난 10년 간(2009년 ~ 2018년) 청구건수는 4,982건이다. 그 대부분은 강제 입원된 환자의 퇴원청구이지만 극소수의 사건유형으로는 입국거부 외국인, 사회복지시설 입소자 등의 수용해제 청구 등이 있다.

▷ 인신보호처리 현황: 인신보호청구에 대해 법원은 지난 10년 간(2009년 ~ 2018년)

46) 대법원 홈페이지 사법통계 중 법원통계월보 인신보호 부분 참조.
https://www.scourt.go.kr/portal/justicesta/JusticestaViewAction.work?gubun_code=G16&tcode=T01&scode=S01&year=2019&gubunyear=2019&month=07 (2019. 10. 10. 최종방문)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4,826건을 처리하여 계속입원(청구기각 결정)은 32%(1,563건), 퇴원(수용해제 결정)은 7%(343건), 환자 스스로 취하한 건은 46%(2,210건), 이송 등 법원의 기타 결정은 15%(710건)이다.

○ 인신보호 결정례

정신건강복지법에 법원의 심사를 받을 권리를 규정하지 아니하여 한국의 인신보호법은 다른 나라와 달리 주로 비자의입원 환자의 퇴원청구제도로 활용되고 있다. 인신보호제도는 지난 10년 간 법원의 심사를 통한 퇴원이라는 사법입원의 전형을 보여주고 있다. 국선변호인의 사실상 필수적 선임, 환자 대면심문, 환자 의견진술기회 부여 등 절차적 기본권을 보장하고 있고, 일정한 사유들에 대해 비자의입원의 위법을 선언하며 입원절차의 적법성을 보장하고 있다. 인신보호사례 중 주요 결정례를 소개하면 다음과 같다.

ⅰ) 인신보호청구를 한 환자를 퇴원시켜도 법원은 특별한 사정이 있으면 인신보호결정을 할 수 있다고 본 사례(대법원 2012. 1. 27.자 2011인마2 결정)

구제청구절차의 진행 중 피수용자의 보호자 혹은 수용자 측의 사정으로 피수용자의 퇴원 및 재수용 등이 반복됨으로써 피수용자의 인신의 자유에 대한 신속한 권리구제가 이루어지지 아니할 우려가 적지 아니한 점 등에 비추어 보면, 구제청구에 따라 수용의 적법 여부 및 수용을 계속할 필요성 등 청구의 당부에 관한 심리가 상당한 정도 이루어졌다면, 그 후 수용이 해제되었다고 하더라도, 피수용자 등 구제청구자가 법원에 구제를 청구한 사유와 같은 사유로 다른 수용시설에 다시 수용되었거나 향후 같은 사유로 재수용될 가능성을 배제할 수 없는 한, 위와 같은 수용 해제의 사유만으로 그 구제청구의 이익이 없다고 할 수 없다. 따라서 이러한 경우 법원은 구제청구를 각하할 것이 아니라, 위 해제 이전 당초의 수용이 위법하게 개시되었는지 여부 혹은 그 수용을 계속할 필요성이 소멸하였는지 여부 등 수용의 실체적 사유에 관한 판단을 함이 상당하다고 한 사례.

ⅱ) 인신보호재판에서 수용의 적법성과 필요성에 대한 소명책임은 수용자(정신의료기관의 장)에게 있다고 본 사례(대법원 2009. 6. 11. 자 2009인마2 결정)

피수용자의 구제청구에 대하여 수용의 적법성 및 수용을 계속할 필요성에 관한 수용자의 소

명이 부족한데도 피수용자가 위법하게 수용되었다거나 수용사유가 소멸하였다는 주장을 인정할 만한 자료가 없다고 본 원심결정에, 구제청구사건의 심리요건 등에 관한 법리를 오해하고 심리를 다하지 아니한 위법이 있다고 한 사례.

iii) 가족과 환자이송단에 의한 강제호송의 위법과 퇴원(창원지방법원 2018. 6. 12.자 2018인8 결정)

父가 자녀를 사설호송업체 의뢰하여 자녀의 주거지에서 그 의사에 반해 강제로 이송된 후 정신의료기관의 진단을 받아 보호 입원된 사안으로 자녀가 인신보호청구를 하여 수용해제명령을 받은 사례

9) 환자 퇴원과정에서의 지역사회 연계와 보호체계 의무화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 가족 돌봄이 없어 시·군·구청장이 입원시킨 환자의 입원기간이 장기화되는 점과 퇴원하는 환자들이 지역사회 연계가 없어 다시 재입원하는 등의 문제를 해결하기 위해 퇴원예정 환자에 대해 환자가 반대하지 않는 한 관할 정신보건센터 직원이 병원을 방문하여 의료진과 함께 환자의 퇴원계획을 수립할 수 있도록 명문화하고, 병원의 지역사회연계에 대해서는 평가하여 인센티브를 지급할 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요하다고 하였다. 그 외에 외래치료명령이나 임시퇴원, 행정입원이 해제되어 퇴원한 환자에 대한 정신보건센터에 연계될 수 있도록 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 일부 반영

구 정신보건법은 퇴원하는 환자(자발적 입원환자나 비자의입원환자 모두를 포함한다)에 대해 정신의료기관의 장이 그 동의를 얻어 정신건강복지센터에 통보할 수 있도록 규정하였으나 정신건강복지법은 그에 더하여 통보받은 정신건강복지센터의 장이 퇴원하는 환자나 보호의무자와 상담하여 그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련할 의무를 부과하였다. 그러나 위와 같은 정신건강복지센터 연계를 하는 정신의료기관에 대한 인센티브 제도는 법령상 따로 규정하지는 않고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 현황과 문제점

정신건강복지법의 퇴원하는 환자에 대한 정신건강복지센터 연계는 환자의 복리를 위한 것이었는데 2019년 초 사회적 이슈가 된 정신장애 범죄로 인해 2019년 4월에 위 규정에 추가하여 자타해 위험이 있는 환자에 대한 정신의료기관의 장의 강제적 통보의무와 환자 동의 없이도 정신건강심사위원회의 심사를 거치면 통보가능 하도록 하는 규정이 신설되었다. 이는 환자의 복리보다는 환자의 관리를 위한 것이어서 국가인권위원회가 국회에 당시의 개정 법률안들이 사생활의 자유와 개인의 자기정보결정권을 침해한다는 의견을 제시하여 환자 동의 없이 통보하기 위해서는 정신건강심사위원회 심사를 거쳐야만 통보가 가능하도록 수정된 것이다.[47]

실제 퇴원(예정)환자의 동의를 얻어 정신의료기관의 장이 정신건강복지센터에 퇴원(예정)환자의 정보를 통지하는 경우는 많지 않은데, 그 이유는 센터가 제공할 수 있는 지원에 대한 기대가 적고, 환자의 동의를 받기도 어려우며, 정신의료기관이 퇴원통지를 할 별 다른 계기가 없기 때문이여, 이러한 상황은 국가보고서의 권고 이후 2016년 정신건강복지센터의 장에게 적극적 상담 및 지원방안을 마련할 의무를 규정하였다고 하여 달라진 것은 아니다.

10) 공공이송체계 확립

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 보호입원의 경우 환자가 사설응급구조단에 의해 병원이나 시설로 이송되는데 이 과정에서 인권침해가 발생하고 있음을 지적하고서 사설응급구조단에 의한 정신의료기관 이송을 금지하고, 경찰과 소방공무원을 통한 공공이송체계를 통해서만 이송될 수 있도록 관련법을 개정할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법령 반영 여부: 미반영

정신건강복지법은 응급입원과 행정입원의 경우에만 경찰 또는 119 구급대원의 이송을 허용하는 규정을 두고 있어 보호입원의 경우에는 정신의료기관까지의 이송 문제를 여전히 규제하지 않고 있다.

47) 국가인권위원회 상임위원회 2019. 2. 21. 결정(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안」에 대한 의견표명)

○ 현황과 문제점

정신건강복지법 시행 이후에도 가족이나 병원의 부탁을 받은 사설환자이송단이 물리력(강제로 붙잡아 끌거나 묶거나 등)을 행사하여 보호입원 환자를 정신의료기관에 강제로 호송해 가는 경우가 있는데 이는 위법한 비자의입원이다. 이에 대해 이미 법원이 위법함을 선언하고서 손해배상, 형사처벌, 호송과정의 위법으로 인한 수용해제(퇴원명령)를 하고 있으나 현실에서는 쉽게 없어지지 않고 있다.

입원적합성심사위원회도 물리력을 행사하는 사설환자이송단에 의한 불법적 강제호송을 이유로 입원부적합 판정을 하여 퇴원을 시키는 경우도 있지만 일관된 것은 아니며, 강제호송 문제에 대해 각 위원회마다 서로 다른 견해를 가지는 경우도 있다.

실제 보호입원이나 행정입원에서 경찰과 구급대원에 의한 병원 이송보다는 사설환자이송단에 의한 이송이 더 많은데, 경찰의 경우에는 각각의 경찰의 재량에 따라 환자를 이송해 주기도 하고, 거절하기도 하며, 사설환자이송단의 물리력 행사를 눈앞에서 방치하기도 하는 등의 문제가 발생하고 있다.

11) 공공위기 개입 서비스 구축

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신과적 응급상황에서의 위기 개입 시에 응급입원을 할 수 있는 경찰과 구급대원, 그리고 정신보건전문요원에게 이를 통보하여 함께 개입하고, 국공립 정신병원과 정신보건센터의 24시간 전화상담서비스 개설을 하고, 경찰관의 호송의무와 구급대원의 동승의무를 법 개정으로 명문화할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법 반영 여부: 정책에 반영

정신건강복지법은 응급입원과 관련해서는 구 정신보건법의 내용을 거의 그대로 답습하여 응급입원 기간 72시간을 3일(공휴일 제외)로 바꾼 것을 제외하고는 대동소이하다. 국가보고서가 권고한 응급입원 관련 위기개입 내용은 현재 정신건강복지법령에 포함되어 있지 않다. 다만, 응급의료에 관한 법률을 개정하여 2020. 2. 28.부터 정신장애인 응급의료를 위한 정신질환자 응급의료센터를 지정할 수 있도록 하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2019년 이후 정신장애 범죄위험에 대한 대응책으로 응급개입을 강화하는 응급입원 개정을 위한 법안이 국회에 제출되어 있다. 2019. 6. 24. 윤재옥 의원이 대표 발의한 법안은 국가보고서의 권고와 유사하게 응급입원 대상자 신고접수 시 경찰 외에 정신건강복지센터 정신건강전문요원의 현장출동을 의무화하고, 현장조사 업무 수행을 방해하는 행위를 처벌하는 규정을 두었다. 아울러, 2019. 6. 29. 김영춘 의원이 대표 발의한 법안은 응급입원 진단 및 치료비용에 대한 국가의 일부 또는 전부 부담을 규정하여 정신의료기관이 응급입원을 거부하는 상황을 막고자 하였다.

현재 법령에 반영된 것은 아니나 2019년 5월 15일 보건복지부가 마련한 '중증정신질환자 보호·재활지원을 위한 우선조치 방안'에 따르면, 광역센터 단위로 경찰·구급대원과 함께 현장에 출동하는 전문요원을 배치하여 야간·휴일 대응체계를 구축하고(24시간 출동 응급개입팀), 경찰·소방·정신보건 인력에 대한 정신응급 대응을 위한 교육·훈련 프로그램 개발을 마련하고, 신체질환이 동반된 환자에 대한 24시간 진료와 병원간 이송체계를 구축하고, 응급입원 진료비 지원계획을 마련하기로 하였다.[48)]

○ 현황과 문제점

현재 응급입원은 법령상 경찰관의 도움(동의)이 있어야 가능한데, 경찰은 정신질환자 이송을 꺼려 사설환자이송단이 가족으로부터 돈을 받고서 그 업무를 맡고 있다. 아울러 경찰관이 개입(동의)하여 환자를 정신의료기관에 이송시키려 해도 병원 측에서 응급환자를 꺼려하여 실제 일부 국·공립병원을 제외하고는 경찰이 이송해 온 환자를 받아주지 않는 것이 실정이다. 상급병원들은 진료비 등을 이유로 응급 호송되어 온 기초생활수급자를 받아주지 않는 것도 현실이다.

따라서 응급입원은 응급병상을 미리 확보하고 있고, 응급입원을 거절할 수 없는 지정된(또는 응급입원 협약이 체결된) 정신의료기관에서만 허용하도록 하고, 응급상황을 처리하고 난 이후에는 다른 병원으로 호송하여 치료받을 수 있도록 하여 응급입원을 하는 병원의 부담을 줄이고, 경찰도 응급입원을 받아주는 지정된 정신의료기관을 찾아 환자를 인수하는 방식으로 개선할 필요가 있다.

48) 보건복지부 2019. 5. 15. 보도자료 별첨(제목: 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선조치 방안), 10면

12) 공공후견인 제도의 도입

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 부양의무자나 후견인이 없는 무연고 정신장애인에 대해 가족을 대신하여 정신장애인을 대변하고, 지원할 수 있는 공공후견인을 국가가 선임해 줄 것을 권고하고 있다.

○ 정신건강복지법 반영 여부: 정책에 반영

정신건강복지법은 공공후견제도를 규정하고 있지 않다. 참고로 발달장애인법과 치매관리법에서는 발달장애인과 치매고령자에 대한 공공후견을 규정하고 있고, 일본 정신보건복지법도 시정촌장에 의한 정신장애인에 대한 후견심판청구를 규정하고 있다.

정신건강복지법은 정신장애인에 대한 후견심판청구에 관해 규정하고 있지는 않지만 2017년 5월 정신건강복지법 시행과정에서 정신요양시설에 있는 가족 돌봄이 없는 입소 정신장애인이 시·군·구청장에 의한 보호입소제도가 폐지되면서 주거나 재활에 대한 준비 없이 퇴소하게 되는 것을 막기 위해 급박하게 그러한 보호입소 정신장애인을 위한 공공후견이 시작되었다.

○ 현황과 문제점

정신장애인 공공후견은 2017년부터 공공후견사업을 신청한 4개 사회복지법인이 법원으로부터 후견인 지정을 받아 후견을 받는 정신요양시설 입소장애인(피후견인)에게 입소연장동의를 하거나 입소생활 지원 또는 퇴소와 자립생활 지원을 하는 역할을 하고 있다. 2018년 기준으로 약 480여 명의 피후견인이 지원을 받고 있고, 피후견인 1인 당 월 20만 원을 후견법인에 지원하고 있다.[49]

정신장애인 공공후견이 현재로서는 정신요양시설 입소환자의 계속입소(입소연장에 대한 동의)를 주요한 임무로 하고 있지만 향후에는 사회복귀와 자립생활 지원을 위한 공공후견으로 전환될 필요가 있다.

49) 보건복지부 2018. 10. 23. 보도참고자료(제목: 세계성년후견대회에 초대합니다) 붙임 2. 보건복지부 공공후견제도 현황 참고.

3. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책

정신의료기관 내 치료과정에 있어 환자 권리보장과 치료환경 개선의 정책방향에 대해 국가보고서는 다음과 같이 제시하고 있다.

1) 치료에 있어 정신장애인의 알 권리와 자기결정권 실현(설명과 동의)

2) 적절한 치료를 위한 인력과 환경의 개선을 위한 종합대책

3) 정신의료기관 입원과 치료에 대한 공공적 모니터링(감시)제도

위와 같은 정책방향에 근거해 국가보고서는 다음과 같은 핵심 추진과제를 제시하였다.

1) 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련

ⅰ) 치료과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시
ⅱ) 개인정보 보호에 관한 기준 강화
ⅲ) 통신, 면회, 방문 등 외부소통권 제한규정의 개정
ⅳ) 격리·강박 기준 강화
ⅴ) 작업치료 규정 강화

2) 치료환경 및 질 개선

ⅰ) 정신의료기관 인력 기준 강화
ⅱ) 의료급여 수가의 실질화
ⅲ) 차등수가제 평가항목 개선
ⅳ) 정신요양시설 기능 정립 및 환경 개선
ⅴ) 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영

3) 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

4) 미신고시설에 대한 조사 및 정비

위 핵심과제에 대한 국가보고서 권고의 법령 반영 여부를 아래에서 구체적으로 살펴본다.

나. 정신보건시설 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점

1) 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련

가) 치료과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시

○ 국가보고서의 권고

입원환자는 알 권리와 자기결정권에 기반을 두어 설명을 듣고 동의를 할 권한을 가지고, 의료진은 설명하고서 동의를 구할 의무를 가지게 된다. 국가보고서는 이러한 권리의무와 정신의료의 현실을 감안해 구 정신보건법 제6조의 권리고지 규정을 보다 구체화하여 문서에 의해 제공하도록 하고, 권리구제절차(정신보건심판위원회, 법원, 국가인권위원회 등에 대한 구제절차)를 포함해 권리의 내용을 구체적으로 적시하고, 이를 위반할 겨우 벌칙 규정을 둘 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법 반영 여부: 대부분 반영됨

ⅰ) 대상자: 입원(입소)하는 환자와 보호의무자에 대한 권리고지

ⅱ) 내용: 정신건강복지법과 다른 법률에 따른 권리 및 권리행사방법

ⅲ) 방식: 서면으로 알리면서 동시에 구두로도 설명해야 하고, 쉽게 볼 수 있는 장소에 권리행사서류를 비치해야 함

ⅳ) 권리종류: 입원적합성심사 관련사항, 대면조사 신청권, 퇴원심사 및 재심사청구권, 권익보호(수용 및 가혹행위 금지, 통신과 면회의 자유, 격리 등 제한의 금지 등)에 관한 사항 등

ⅴ) 위반 시 제재: 100만 원 이하의 과태료

2019. 10. 24.부터는 개정된 정신건강복지법 제6조에 따라 입원하는 환자뿐만 아니라 퇴원하는 환자와 그 보호의무자에게 정신건강복지센터의 역할과 이용절차를 알리고, 지역사회 거주 및 치료에 필요한 정신보건수첩 등의 서류를 비치할 의무를 정신의료기관의 장에게 부과하

국가인권위원회
humanrights.go.kr

였다.

○ 현황과 문제점

국가보고서는 인신보호청구나 인권위 인정에 대한 구제절차도 고지할 것을 요구하였지만 정신건강복지법에 그 부분은 반영되지 않았다. 아울러 위와 같은 권리고지절차와 형식이 있음에도 불구하고 i) 실제 제대로 고지를 받고 있는지 확인하는 절차(예컨대, 환자로부터 권리고지를 하였다는 확인서명을 받고, 그러한 확인서를 보관하는 규정)가 없으며, ii) 권리고지 여부를 실제 확인하여 감독하는 경우도 없어 실제 고지의무위반으로 과태료 부과처분을 당하는 사례는 확인되지 않는다.

나) 개인정보 보호에 관한 기준 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 개인정보의 이용범위를 생명을 위협하는 위기상황, 공공안전, 심각한 병적 상태의 예방 등 공공의 이익이나 환자 본인의 이익을 위한 경우로 제한하고, 정보공개가 이루어진 경우라도 본인이나 보호자에게 반드시 정보공개의 법적 근거, 공개된 정보의 내용 및 목적 등을 통지하고, 이차적 비밀보장을 강구할 것을 제안하고 있다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 일부 반영됨

구 정신보건법은 입원환자의 동의가 없어도 보호의무자 단독으로 정신보건법에서 규정한 기록들을 정신보건시설의 장에게 열람이나 교부신청을 할 수 있었다. 즉, 보호의무자이면 입원환자의 의사에 반해서도 위와 같은 열람과 교부신청권이 인정되었던 것이다.

그러나 현행 정신건강복지법은 원칙적으로 입원환자만이 열람·교부신청이 가능하고, 보호의무자는 입원환자의 동의를 얻어야만 열람·교부신청이 가능하도록 하였다. 다만 입원환자가 사망하거나 의사능력이 미흡해 동의를 받을 수 없는 경우에는 동의서에 갈음하는 서류(사망, 의식불명, 의사능력 미흡, 실종 등 동의를 받을 수 없음을 인정할만한 서류)를 받아 보호의무자 단독으로 열람·교부신청을 할 수 있다(법 제30조 및 규칙 제24조).

다) 통신, 면회, 방문 등 외부소통권 제한규정의 개정

○ 국가보고서의 권고

헌법상 통신의 자유에 대한 최소제한의 원칙과 법익 균형성을 고려해 국가보고서는 서신 및 소포에 대한 사전검열의 금지, 소포 및 물품의 개봉은 필요하더라도 당사자 앞에서 하여야 하며, 통신·면회·방문의 제한의 일률적 금지나 제한은 허용되지 않도록 하며, 구 정신보건법에서 제한할 수 있는 행동의 자유를 하위법령에 위임한 것은 포괄입법금지의 원칙에 반하므로 개정할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 반영

정신건강복지법은 구 정신보건법에서 하위법령에 위임하여 제한할 수 있는 행동의 자유(종교의 자유, 학문·예술의 자유, 사생활의 자유)에 관한 규정을 삭제하고, 정신과 전문의가 치료목적으로 필요 최소한도의 범위에서 지시하는 경우에만 통신과 면회의 자유를 제한하는 것이 가능하도록 하고, 이를 위반하는 경우 형사처벌을 하도록 규정하였다.

○ 현황과 문제점

정신건강복지법이 통신과 면회의 자유 제한을 엄격한 요건 하에서만 허용함에도 불구하고 강제로 입원된 환자들은 대체로 통신과 면회가 일정기간 제한되는 상황이 발생하고 있고, 특히 인터넷이나 스마트폰 사용과 관련해서는 각 정신의료기관마다 다양한 기준에 따라 환자에 대한 제재나 혜택으로서 통신의 자유의 범위를 조정하는 문제가 있다.

라) 격리·강박 기준 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 기존의 보건복지부의 격리·강박 지침의 형식과 내용이 부적절함을 들어 지침이 아닌 시행령에 격리·강박의 요건과 절차를 규정하고, 내용적으로는 구체적 적용 범위, 즉시 설명 의무, 해제 여부 검토 및 환자 상태 확인의 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등을 구체적으로 규정하고, 격리·강박의 적법여부에 대한 벌칙규정을 통해 실효성을 담보할 것을 권고하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 지침으로 일부 반영

정신건강복지법은 구 정신보건법과 유사하게 격리·강박에 관한 규정을 두고 있다. 차이점은 정신건강복지법은 구 정신보건법에 있던 진료기록부에 격리·강박의 기재를 하지 않은 경우를 형사처벌하는 규정을 삭제하고, 격리·강박 대상자를 환자에서 입원환자로 제한한 것 외에는 대부분 구 정신보건법과 동일하다. 아울러, 정신건강복지법은 국가보고서에서 권고한 구체적 내용을 시행령에서 규정하도록 한 것도 반영하지는 못하고 있다. 그러나 2019년 3월 격리 및 강박 지침을 개정하여 ⅰ) 격리·강박 시행시의 원칙(정신과 전문의 지시, 가급적 최소시간 시행, 격리·강박 전후에 그 이유를 환자 또는 보호의무자에게 설명) ⅱ) 최대 허용시간 기준(성인 격리 12시간, 강박 4시간, 연장 요건 등), ⅲ) 모니터링 및 간호 ⅳ) 기록 등에 관하여 규정하고 있다.

○ 현황과 문제점

격리·강박은 입원환자에 대한 합법적 물리력의 행사이나 그 남용의 우려가 있고, 실제 격리·강박 중에 사망 등을 이유로 정신의료기관측에서 손해배상책임을 지는 경우도 발생하고 있다. 또한, 야간이나 주말 등에는 정신과 전문의 지시 없이 간호사나 보호사에 의해 격리·강박이 이루어지기도 하고, 이른바 약물투여를 통한 화학적 강박이 이루어지기도 하는데, 격리 및 강박 지침은 육체적, 물리적 강박만을 규제하고 있어 화학적 강박에 대한 적절한 규제도 필요한 상황이다.

마) 작업치료 규정 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 작업치료에 관한 구 정신보건법령의 규정이 미비하다고 보아 직업재활 및 퇴원계획과 같은 치료계획의 수립, 작업치료 관련 별지 서식의 마련, 직업치료 대상기관을 재활훈련실이 설치된 정신의료기관으로 한정하고, 작업치료가 노동의 강요로 볼 수 있는 경우에는 노동 강요와 동일한 형사처벌을 규정할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영

작업요법(작업치료)은 1998년에는 정신요양시설에서만 허용된 것이었으나 그 무렵 정신의료기관에서도 시설 내 노동으로 봉투 붙이기 등이 이루어지고 있었고, 그 후 정신의료기관의 시설 내 노동에도 작업요법이라는 이름으로 2008년에 규정하기에 이르렀다. 이후 2016년 정신건강복지법 제정 과정에서 일부 문구와 내용이 수정되었으나 국가보고서의 권고 내용은 따로 법령에 반영되지는 않았다.

○ 현황과 문제점

작업요법은 정신건강복지법에 따른 절차를 준수하여야 함에도 불구하고 국가보고서 이후에도 여전히 입원환자들을 이용하여 ⅰ) 병동 내 홀과 화장실의 청소와 배식을 시키는 경우,[50] ⅱ) 환자들이 병동 내 청소와 배식활동을 보호사와 함께 분담하는 경우,[51] ⅲ) 다른 입원환자들에 대한 관리, 안내, 강박과정 참여시키는 경우[52]와 같은 위법한 작업요법이 시행되고 있다. 위와 같은 위법한 작업요법은 타인으로부터 지시받는 노동이므로 그 노동의 수익을 정신의료기관이 얻게 되는 경우(예컨대 환자의 병원관리업무로 인해 비용을 절약한 경우)에는 비록 그 작업요법이 위법성이 있더라도 보수를 요구할 수 있다.

2) 치료환경 및 질 개선

가) 정신의료기관 인력 기준 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신의료기관 내 인력기준(입원환자 60명 당 정신과 전문의 1인, 입원환자 13명당 간호사 1인, 입원환자 100명 당 전문요원 1인 등)이 환자에 대한 적정한 치료를 담보하기 어렵고, 또 위 기준마저 지키지 않는 정신의료기관도 있음을 들어 인력요건에 대한 철저한 감독과 아울러 정신의료기관 인력기준을 선진국 수준으로 강화할 것을 권고하였다.

50) 국가인권위원회 2012. 3. 5. 11진정0206200 결정.
51) 국가인권위원회 2011. 3. 22. 10진정057900 결정.
52) 국가인권위원회 2012. 3. 5. 11진정0206200 결정.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영

정신건강복지법은 구 정신보건법 시행규칙에 의한 정신의료기관 인력기준을 그대로 차용하여 시행하고 있다. 1995년 제정 정신보건법은 정신과 전문의 1인당 입원환자 70명, 간호사 1인당 입원환자 13명, 전문요원 1인 당 입원환자 100명으로 그 인원비율을 정하고 있었고, 2002년에야 정신과 전문의 1인당 입원환자를 60명으로 변경되었고, 이후 15년 넘게 동일한 인력기준을 유지하고 있다. 이와 비교하여, 일본은 범죄를 저지른 정신장애인의 민간 의료기관 입원병동인 의료관찰법 병동의 인력기준은 의사 1명당 입원환자 8명, 간호사 1인당 입원환자 1.5명(밤에는 6명)으로 구성되고, 1인 1실(10㎡ 이상)을 요구하고 있다.[53]

○ 현황과 문제점

정신건강복지법 개정과정에서 치료환경의 개선을 위해 정신의료기관 인력기준의 변경에 관한 논의가 있었으나 새로운 법상의 제도들(입원적합성심사제도, 국가 입·퇴원관리 시스템, 지정진단의사제도, 조사원 제도 등) 준비에 집중하면서 인력기준의 개선에 대한 논의는 잦아들었다. 그러나 다른 나라와 비교해 볼 때 정신의료기관 입원환자가 받는 정신의료 서비스는 인력기준에 비추어 볼 때 상당히 낙후되어 있음을 알 수 있다.

나) 의료급여 수가의 실질화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신의료기관 장기입원환자의 71.7%가 의료급여 환자이고, 의료급여 환자에 대한 정액수가가 건강보험환자와 비교해 볼 때 치료서비스를 담보하기에 부족하고, 진료내용을 다양화하기 위해서는 건강보험수가와 동일한 수준으로 현실화할 것을 권고하였다.

○ 반영 여부: 일부 반영(의료급여 수가에 반영)

정신질환 인한 입원환자에 대한 의료급여 수가는 2008년 인상(외래방문 1일당 2,770원, 입원 1일당 평균 4만 3,470원)된 이후 2017년 3월 약 10년 만에 정신질환 의료급여 입원수가

53) 일본 지정입원의료기관 운영가이드라인(권수진·신권철(2015). 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구, 한국형사정책연구원 연구총서, p.154 표에서 재인용).

를 평균 4.4% 인상(입원 1일당 4만 5,400원. G2등급 기준)하고, 외래수가는 정액제에서 행위별 수가제로 전환하였다.[54]

○ 현황과 문제점

위와 같은 의료급여 입원수가 인상에 의하더라도 건강보험 대비 정액수가 수준은 56.7%에 머물러 있어 건강보험과의 격차가 크게 벌어져 있다.[55] 이러한 이유는 의료급여 예산에서 정신질환자의 입원진료비가 차지하는 부분이 적지 않기 때문이기도 하다. 참고로 2018년 정신 및 행동장애(치매, 조현병 등 F 코드)로 입원한 의료급여 환자의 실인원은 106,534명이고, 그 입원 진료비는 1조 1,458억 원이며, 의료급여기금에서 부담한 부분은 1조 1,278억 원이다.[56]

의료급여 정신질환자에 대한 정액수가제도는 헌법상 차별(기본권침해)로도 논란이 되고 있다. 2009년 의료급여 정신질환자에 대한 1일당 정액수가제도를 정하고 있는 구 의료급여수가의 기준 및 일반기준(2007. 12. 28. 보건복지부 고시)에 대해 위헌소원(헌법소원)이 제기되었으나 헌법재판소는 2011. 11. 24. 위 고시의 근거가 되는 법률조항 자체가 직접 청구인(정신과 전문의)의 기본권을 침해하는 것은 아니라는 이유로 부적법하다고 보아 각하결정을 하였다.[57]

이후에는 정신과 환자와 정신과 전문의가 함께 2016년 위와 같은 취지로 정신질환 의료급여의 경우 의료수가가 1일당 정액수가로 적용되고, 이는 물가상승에 비례해 인상되지 않아 정신과 환자의 인간다운 생활을 할 권리와 평등권, 정신과 전문의의 직업수행의 자유 등을 침해한다고 주장하며 보건복지부장관에게 의료급여의 방법과 절차, 한도 등의 기준을 위임한 의료급여법 제2조 제7항 및 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제9조 내지 제11조에 대해 헌법소원을 제기하였다. 그러나 헌법재판소는 다음과 같은 이유로 헌법소원을 기각(일부는 각하)하였다.[58]

---

54) 의협신문, 2017. 3. 20.자(제목: 정신수가제도의 위헌성)
55) 마인드포스트 2018. 5. 28.자(제목: 정신질환자 의료급여 수준 건강보험의 58%…'행위별 수가제'로 전환해야)
http://www.mindpost.co.kr/news/articleView.html?idxno=235 (2019. 10. 15. 최종방문)
56) 국민건강보험공단, 2018 의료급여 주요통계, 2019, 80면.
57) 헌법재판소 2011. 11. 24.자 2009헌마415 전원재판부 결정.
58) 헌법재판소 2018. 7. 26.자 2016헌마431 전원재판부 결정.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 입원 1일당 정액수가제도의 근거

ⅰ) 정신질환은 대부분 환자가 장기입원하는 등 만성화되어 있다는 점, ⅱ) 정신질환에 대한 의료서비스도 상담 등 기본 진료비 비중이 높고 그 외 진료행위료 비중은 상대적으로 적어 비교적 정형화되어 있는 점, ⅲ) 구체적으로는 진료비 대부분이 병실료와 식대 등이 포함된 입원료가 차지하고, 의료행위와 관련된 진료행위, 약제비 등의 비중은 상대적으로 적은 점, ⅳ) 급성인 질환에 적합한 행위별수가제로는 만성질환자의 특성에 맞는 의료서비스가 적정하게 공급되도록 유도하는 데 한계가 있기 때문인 점 등을 들고 있다.

○ 입원 1일당 정액수가제도의 입법목적의 정당성과 수단의 적합성

의료급여제도는 생활이 어려운 사람들에게 의료급여를 제공함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다(법 제1조). 의료급여제도는 사회적 약자의 의료비 지출을 부조하며 최소한의 보장 장치의 역할을 담당함과 동시에 저소득 취약계층이 의료서비스에 대한 과도한 지출로 더 극도의 빈곤상태로 빠지는 것을 예방하는 역할을 담당하고 있다.

입원수가조항이 정신질환 의료급여 수가기준을 정하면서 행위별수가제로 정한 다른 질환과 달리 입원진료 시 1일당 정액수가제로 정하고 있는 것은, 앞서 본 바와 같이 정신질환은 대부분 만성질환으로서 진료비 대부분이 병실료와 식대 등이 포함된 입원료가 차지하고 의료행위와 관련된 진료행위, 약제비 등의 비중은 상대적으로 적은 점 등을 고려하여, 의료급여기금의 범위 내에서 만성질환자의 특성에 맞는 의료서비스가 적정하게 공급되도록 하기 위한 것이다. 이러한 입법목적은 정당하고, 입원수가조항이 과잉진료 및 진료비 증가의 우려가 있는 행위별수가제가 아닌 정액수가제를 택한 것은 그러한 목적을 달성하기 위한 효과적이고 적합한 수단이 된다.

○ 침해최소성

행위별수가제를 택할 경우 불필요한 의료의 남용이 문제되는 반면, 정액수가제 방식을 택할 경우 의료서비스의 제공이 지나치게 축소된다는 지적이 있고, 정신질환 의료급여 정액수가제로 인하여 정신질환 의료급여 환자는 건강보험 환자에 비하여 의료서비스 제공량이 적게 나타나고 입·내원일수가 더 길다는 연구 결과도 있다. 정신질환 의료급여의 정액수가제로 인하여 의사들은 신의료기술과 같은 다양한 치료 방법을 사용하지 못하여 진료행위의 자유가 제한되는 측면이 있을 뿐만 아니라, 정액수가가 장시간 개정되지 아니한 채 지속되는 경우 물가상승률 등을 반영

하지 못하여 진료행위에 상응하는 대가를 제대로 지급받지 못하는 결과가 발생할 위험도 있다.

그러나 의료수가(진료비지급제도)는 각국의 의료공급 형태, 사회경제적 여건, 의료 환경(예를 들어 고령 환자의 증가)에 따라 다양한 방식이 채택될 수 있다. 국가는 의료급여를 필요로 하는 계층에게 충분한 의료급여를 제공하여야 하는데, 국가의 재정적 부담으로 인한 한계가 있는 상황에서 의료보장체계에 속하는 여러 이해당사자(국가-의료공급자-의료수요자)의 요구를 모두 충족하면서도 의료보장성 및 효율성을 높이는 단 하나의 방법이 있다고 단정하기는 어렵다.

또한 앞서 본 바와 같이 정신질환에 대한 의료서비스는 상담 등의 기본 진료비 비중이 높은 반면 그 외 진료행위료 비중은 상대적으로 적어 비교적 정형화되어 있는바, 특히 입원진료의 경우 진료비 대부분이 병실료와 식대 등이 포함된 입원료가 차지하고, 의료행위와 관련된 진료행위, 약제비 등의 비중은 상대적으로 적다는 점에서, 다양한 진료행위의 소요시간, 위험성, 난이도 등의 상대가치평가를 통하여 의료수가를 계산하는 행위별수가제보다는 1일당 정액수가가 더 적합한 측면이 있다.

이러한 진료비 지급방식의 특성 및 정신질환에 대한 의료서비스의 특성과 더불어 다음과 같은 점, 즉 ① 의료급여는 정부와 지방자치단체에서 조성한 의료급여기금으로 운영되는데, 현재 의료급여서비스를 받는 비율이 인구의 약 3% 수준으로서 다른 나라의 공공부조제도에 비하여 대상자 수가 적고, 의료급여수급자의 자격요건이 까다로워 국민기초생활 보장법상 차상위계층은 의료급여를 받지 못하는 상황이므로, 기존 의료급여 수급권자에 대한 보장 확대는 의료급여수급자 확대정책과 함께 논의되어야 하는 점, ② 최근 의료급여 정신질환 외래진료에 대해서 행위별수가제로 전환한 것과 같이 의료 환경의 변화에 따라 의료수가의 개선이 이루어지고 있다고 볼 수 있는 점, ③ 현재도 요양기관의 규모별 전문성, 의료장비 및 시설, 연구활동 등을 인정하여 요양기관 종별가산율을 적용하고 있으므로, 의사로서는 가산율이 더 높게 적용되는 기관으로 갈 경우 보다 다양한 진료가 가능한 점, ④ 행위별수가제는 의료수가를 통제하더라도 의료공급자가 제공하는 의료서비스의 양은 계속 증가하고 비급여 항목의 의료서비스 제공이 양산되는 풍선효과가 지속되고 있어 구조적으로 공적 의료보장으로서 비효율적이라는 지적도 있으며 다른 나라 공공부조의 경우 정액제 형태의 의료수가를 적용하고 있는 경우도 상당히 많은 점 등을 고려할 때, 같은 정도로 입법목적을 달성하면서 기본권을 덜 제한하는 수단이 명백히 존재한다고 보기도 어렵다.

○ 법익균형성

청구인이 침해되었다고 하는 직업수행의 자유는 최신 의료기술 및 신약을 자유롭게 사용하거

나 보다 다양한 진료행위를 할 수 없다는 것임에 비하여, 입원수가조항은 한정된 재원으로 최적의 의료서비스를 적정하게 공급하고 불필요한 의료서비스 증가로 인한 의료급여기금의 낭비를 막기 위한 것으로서 청구인이 입게 되는 불이익에 비하여 공익이 더 크다고 할 것이다. 따라서 입원수가조항은 법익균형성의 원칙에 위반되지도 아니한다.

○ 결론: 청구 기각(일부 각하)

다) 차등수가제 평가항목 개선

○ 국가보고서의 권고

2008년 10월 이후 보건복지부는 고시를 통하여 의료급여 정신질환자의 진료수가는 1일당 정액수가제, 입원기간에 따른 차등진료수가제, 의료 인력의 숫자에 따른 수준별 차등수가제를 도입해 시행하고 있다. 그 중 수준별 수가차등제는 의료 인력의 수에 따라 기관을 등급(G1에서 G5까지)을 지정하고, 입원일수에 따라(180일, 360일)에 따라 입원진료비를 차감(5%, 10%)하는 방식으로 제도화되어 있다.

국가인권위원회는 환자의 재원기간 동안 치료의 질을 향상하거나 사회복귀를 촉진시키는 데 그 효과가 미흡하므로 현재의 차등수가제의 평가항목을 의료의 질 향상과 사회복귀 촉진, 부적절한 입원을 줄일 수 있는 방향으로 개선할 것을 권고하였다.

그 구체적 내용으로 ⅰ) 평가항목에 시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율을 포함해 병원의 등급을 정할 것, ⅱ) 환자의 재원일수와 관련해 180일 이후 5%, 360일 이후 10%를 적정입원일수(진단입원 28일 기준) 이후 크게 차감하도록 조정할 것, ⅲ) 30일 이내 재입원은 계속입원기간으로 간주해 차등수가제도의 실효성을 높을 것을 권고하였다.

○ 의료급여법령의 반영 여부: 일부 반영(기존 차등수가제 유지)

보건복지부는 2016년 2월 정신건강 종합대책을 제시하면서 의료급여 체계 개선으로 초기(입원 후 1~3개월) 입원수가 인상률을 높이고, 장기입원의 억제를 위해 일당정액수가 체감제(차등수가제)를 강화하여 불필요한 장기입원을 억제하고, 퇴원연계 활성화 유도방안 등을 마련하기로 하였다.[59)]

한편, 국가보고서가 발간된 2009년 말 의료급여수가의 기준 및 일반기준(보건복지부고시, 이하 '의료급여 수가기준'이라 한다)에 따른 1일당 입원 정액수가를 2019년과 비교해 변경된 내용을 보면 다음과 같다.

[표 2-173] 2009년 정신질환 입원수가(2009. 8. 24. 일부개정된 것)

입원기간 / 기관등급	1일당 정액수가		
	입원 후 1-180일	입원 후 181-360일	입원후 361일 이상
G1	51,000원	48,450원	45,900원
G2	47,000원	44,650원	42,300원
G3	37,000원	35,150원	33,300원
G4	33,000원	31,350원	29,700원
G5	30,800원	29,260원	27,720원

[표 2-174] 2019년 현재 정신질환 입원수가(2019. 10. 4. 일부개정된 것)

입원기간 / 기관등급	1일당 정액수가			
	입원 후 1-90일	입원 후 91-180일	입원 후 181~360일	입원 후 361일 이상
G1	753.50	709.01	663.03	633.78
G2	693.64	651.87	610.24	582.35
G3	541.94	509.97	476.63	455.68
G4	435.49	409.07	382.66	365.09
G5	405.27	380.20	356.25	339.91

59) 보건복지부(2016). 2016 정신건강 종합대책, 관계부처 합동 국가정책조정회의 자료집, 2016, p.19.

인권위의 차등수가제에 따른 권고 내용과 같이 입원일수(기간)에 따른 차등 액의 폭을 확대(2009년에는 360일 뒤에 최초입원기간 기준 10% 감액, 2019년에는 약 15% 감액)하였으나 인권위 권고 수준에는 미치지 못 하고 있다. 아울러, 인권위는 의료 인력의 숫자에 따라 정신의료기관의 등급(G1 ~ G5)을 나누는 것에 더하여 다양한 평가지표(시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율)를 추가해 정신의료기관의 등급을 설정하라는 인권위 권고나 30일 내 재입원은 계속입원으로 간주하라는 권고는 받아들여지지 않았다.

○ 현황과 문제점

의료급여 정신질환자는 2017년 말 기준으로 정신의료기관 입원환자 67,441명 중 61%(의료급여 1종. 67,441명 중 41,168명)을 차지하고, 정신요양시설 입소환자 중 의료급여 환자는 86.7%(의료급여 1종. 9720명 중 8,378명)을 차지한다.[60] 정신의료기관에 입원한 의료급여 환자는 입원기간 또한 건강보험 환자에 비해 장기간인 것으로 알려져 있다.

한편, 중증 정신질환의 경우 퇴원 후 1개월 이내 재입원율이 37.9%(동일병원 재입원 23.8%, 타병원 재입원 14.1%)에 이른다.[61] 이러한 반복되는 재입원을 막기 위해서는 차등수가제와 같은 입원비용의 조정을 통한 경제적 제재의 방식을 쓰거나 입원환자의 지역사회 내 안착을 위한 정신의료기관의 여러 가지 노고에 경제적 유인을 만드는 방식이 필요하다.

라) 정신요양시설 기능 재정립 및 환경 개선

○ 국가보고서의 권고

인권위는 정신요양시설이 실질적으로 만성화된 정신장애인의 집단적 장기거주시설로 역할하고 있고, 강제입소와 외부출입이 차단된 시설로 활용되고 있는 점을 지적하면서 ⅰ) 정신요양시설을 입·퇴소와 이동이 자유로운 소규모의 주거시설의 형태로 전환하고, ⅱ) 정신요양시설의 인력 및 시설 기준을 개정하여 서비스 인력을 확대하고, ⅲ) 국가가 재원자의 특성에 따른 별도의 프로그램에 대해 비용을 지원할 것을 권고하였다.

60) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. pp.126-127.
61) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.64.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영(향후계획만 세움)

2016년 2월 보건복지부는 정신건강 종합대책을 마련하면서 정신요양시설의 단계적 기능전환 방법으로 ⅰ) 의학적 치료가 어려운 정신장애인으로 입소대상 한정하고, 아동·청소년은 정신요양시설 이용 제한(2016년), ⅱ) 운영 및 역할 가이드라인 마련 및 종사자 역량 강화 교육 등으로 서비스 수준 제고(2017년), ⅲ) 중·장기적으로 연구·시범사업을 통해 정신요양시설을 사회복귀시설이나 노인요양시설 등으로 기능 전환 유도(2018년)를 계획하였다.

2017년 말 기준으로 정신요양시설 입소자 9,720명 중 미성년자는 3명밖에 없으나 20대 97명, 30대 348명으로 여전히 젊은 사람들도 입소대상자로 되고 있고, 2010년부터 현재까지 정신요양시설 59개 중 다른 시설로 전환된 경우는 없이 10년 간 그대로 59개를 유지하고 있어 인권위 권고와 보건복지부의 정신건강 종합계획에도 불구하고 기능전환이 되지 않고 있다.

2019년 1월 윤일규 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안은 부칙으로 정신요양시설을 10년 이내의 기간 내에 폐쇄하거나 개방된 사회복지시설로 전환하고, 그 경우 일정 요건 하에서 국가가 시설전환비용을 보조하는 내용을 담고 있다. 위 개정안에 대해서는 보건복지부가 신중검토 의견을 개진하였고, 이해관계인인 한국정신요양시설협회는 폐지에 반대의견을 개진하였다.[62]

○ 현황과 문제점

정신요양시설 59개가 지난 몇 년간 변함없이 유지되고 있으나 그 병상 수는 일부 감소(2010년 14,325명 → 2017년 13,825명)하고, 그 입소자 숫자도 일부 감소(2010년 11,625명 → 2017년 9,720명)하였다.[63] 1995년 구 정신보건법 제정으로 폐지되었던 정신요양시설이 1997년 다시 부활하게 된 이유는 입소자가 지역사회로 돌아가 살 수 있는 주거를 마련하지 못 한 것이 가장 큰 이유라 할 수 있다. 정신요양시설은 현재 강제입소가 허용되고, 퇴소가 제한되는 시설이라는 점, 그리고 의사가 상주하지 않는 공간이어서 치료의 명분도 없는 점을 감안해 보면 입·퇴소가 자유로운 시설로 기능 전환할 필요가 있다. 다만, 의사결정능력이 없거나 부족한 사람에 대해서는 법원의 감독을 받는 후견인을 통해서만 입소가 가능하도록 할 필요가 있다.

62) 박종희(수석전문위원)(2019), 국회 보건복지위원회 정신건강복지법 일부개정법률안 검토보고, pp.55-59.
63) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.144; 중앙정신보건사업지원단·서울의대 의료관리학교실·보건복지부(2010). 중앙정신건강사업지원단 사업보고서, p.107

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마) 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 5개의 국립정신병원의 기능 내에 만성·난치성 정신장애인에 대한 치료 및 연구업무를 추가하고, 그 중 한 곳을 전문기관으로 지정하며, 이를 위해 "국가는 정신보건의 향상을 도모하기 위해 정신보건연구를 위한 기관을 국립정신병원 내에 설치하여야 한다"는 규정의 신설을 권고하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 일부 반영

2016년 정신건강복지법은 보건복지부장관이 국립정신건강연구기관을 둘 수 있도록 하고, 국립서울병원을 국립정신건강센터로 변경하여 연구업무를 확대하였다. 그러나 법령상으로 '만성·난치성' 질환에 대한 연구는 규정되지 않았고, "뇌(腦)신경 과학에 관한 연구, 정신질환 치료 및 재활을 위한 중개(仲介)·임상 연구"를 규정하고 있다.

국립정신건강센터의 하부 기구로는 연구소 연구기획과의 임상연구센터는 정신건강 임상연구 수행 및 관리를, 연구소 정신보건연구과는 분자생물연구담당관, 정신생물연구팀, 뇌신경생리연구팀으로 구성되어 연구분야를 나누어 두고 있다.[64]

3) 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신보건심판위원회의 퇴원명령을 받은 환자 121명을 추적 조사한 결과 일주일 내 재입원 환자의 비율이 약 60%에 이르는 이른바 '횡수용화' 상황을 고려해 다양한 방식으로 입·퇴원 방식을 점검할 것을 권고하였다. 그 예로 건강보험심사평가원의 정신의료기관 적정성 평가과정에서 부당한 입·퇴원 반복이 확인되는 경우 그 사실을 보건복지부 및 관할 보건소에 통보하여 정신의료기관에 대한 감독과 고발 등을 통해 부당한 입원을 방지할 것을 요구하고 있다.

64) 국립정신건강센터 하부기구 설치·운영 규정 제14조 및 제15조.

○ 반영 여부: 일부 반영

2016년 정신건강복지법은 비자의입원 환자가 입원적합성심사위원회 조사원 대면조사를 신청하여 입원과정의 문제를 제기할 수 있도록 하였고, 실제 비자의입원환자의 약 20% 정도가 조사원 대면조사를 받았다. 조사원 대면조사는 입원의 적법성을 담보하는 역할을 하고 있다. 한편, 퇴원과 관련해서는 과거와 같이 입·퇴원이 반복되는 비율은 여전히 높은데, 이에 관하여 입원적합성심사제도가 시행된 2018. 6월부터 강제 입원된 환자들의 경우 퇴원 후 다시 강제 입원되는 상황을 통계적으로 확인할 수 있게 되었다.

4) 미신고시설에 대한 조사 및 정비

○ 국가보고서의 권고

미신고시설 중 정신장애인을 수용하고 있는 미신고시설은 적정 의료 인력과 시설기준을 충족하지 않은 채 운영되는 경우가 많아 정신장애인을 적절히 보호하지 못함은 물론, 인권침해 행위가 발생하더라도 쉽게 발각되지 않는다는 특성이 있어 불법적으로 정신장애인을 수용하는 시설에 대해서는 관리· 감독을 더욱 철저히 할 필요가 있으므로 이를 위해서는 「사회복지사업법」의 시설의 평가대상에 미신고시설을 포함하여 미신고시설에 대한 조사를 정기적으로 하고 지속적으로 관리· 감독을 하여야 한다고 권고하였다.

○ 반영 여부: 확인 안 됨

중앙정신보건사업지원단의 2008년 연례 보고서부터 2012년 연례보고서까지에는 2005년 1월 말 기준으로 미인가시설 14개에 647명의 입소자가 있다는 통계를 제시하고 있으나 2013년 이후의 통계에서는 이에 관한 내용이 삭제되고, 현재는 미인가시설의 실태조사나 신고 등이 없어 구체적 내용을 알 수는 없다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책

지역사회 중심의 정신장애인 치료의 정책방향에 대해 국가보고서는 다음과 같이 제시하고 있다.

1) 정신장애인의 퇴원 후 지역사회 복귀를 지원하기 위해 지역사회 연계 및 사례관리 기능 강화

2) 정신의료기관, 주거시설, 정신보건센터의 연계 강화 및 확대

3) 지역 정신보건재정의 확대

1) 정신보건센터의 기능 강화
ⅰ) 정신보건센터의 기능 재정립
ⅱ) 정신보건센터의 설치 의무화
ⅲ) 정신보건센터의 법인화
ⅳ) 정신보건센터 인력기준 강화)

2) 정신장애인 주택 및 주거시설확충

3) 사회복귀시설과 프로그램 확대
ⅰ) 이용시설 및 프로그램 다양화
ⅱ) 시설이용료 부과방식 변경 및 면제
ⅲ) 평가강화 및 인센티브제 운영

4) 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영
ⅰ) 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영
ⅱ) 지역 예산기준 고지 및 균형발전예산 지원

5) 가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화

위와 같은 정책방향에 근거해 국가보고서는 다음과 같은 핵심 추진과제를 제시하였다.

위 핵심과제에 대한 국가보고서 권고의 법령 반영 여부를 아래에서 구체적으로 살펴본다.

나. 지역사회 중심 정신장애인 치료 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점

1) 정신보건센터의 기능 강화

가) 정신보건센터의 기능 재정립

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신보건센터 기능 재정립과 관련하여 ⅰ) 첫째로 정신보건센터의 법적 지위와 관련해 정신보건시설의 범주 내에 정신보건센터를 포함시키고, 정신보건센터의 업무로 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가, 상담 및 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회의 지원, 지역사회와의 연계 등의 업무를 수행하도록 하고, ⅱ) 사회복귀시설은 사회복귀훈련 및 주거· 입소서비스를 제공하고 정신보건센터는 퇴원환자에게 필요한 서비스를 사정 및 평가하여 적절한 시설에 연계하도록 하여 사례관리와 정신의료기관과 사회복귀시설을 연계하는 코디네이터 역할을 할 수 있도록 권고하였다.

○ 정신건강복지법 반영 여부: 일부 반영됨

2016년 정신건강복지법에서는 정신건강복지센터의 개념을 “정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 정신질환자 복지서비스 지원 사업(복지서비스 개발, 고용 및 직업재활, 평생교육, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원)”을 하는 기관이나 단체로 정의하여 인권위의 권고와 유사하게 그 역할을 정립하였다. 그러나 정신보건센터를 정신건강증진시설의 하나로 포섭하지는 않고, 시설과 구분되는 센터로 두었다.

○ 현황과 문제점

정신보건센터는 지난 10년 간 지역사회 내에서 환자등록 등을 통한 사례관리, 환자 및 가족 교육과 상담 등 다양한 역할을 해 왔으나 그 설치·운영비용이 주로 국민건강증진기금에서

마련되고, 다수의 센터가 시·군·구 보건소 직영이 아니라 의료법인이나 학교법인에 일정기간 위탁하는 형태로 운영되어 센터 직원의 고용안정, 업무의 독립성, 지속성에 제약이 있다.

나) 정신보건센터의 설치 의무화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 2018년 12월 기준 전국 시·군·구 249개 중 약 60%에 해당하는 151개소의 기초정신보건센터만 있는 점을 감안해 시·군·구에 최소 1개 이상의 기초정신보건센터를 설치하도록 정신보건법 개정을 통해 의무화하도록 권고하였다.

○ 정신건강복지법 반영 여부: 법에는 반영 안 되었으나 정책으로 반영됨

2016년 정신건강복지법에서도 정신건강복지센터는 보건복지부장관이나 지방자치단체의 장이 의무적으로 설치해야 하는 것이 아니라 "설치·운영할 수 있다"라고만 하여 그 법적 설치권한만을 부여하고 있어 여전히 재량적으로 각 단위별로 설치여부를 정할 수 있다.

그러나 매년 정신건강복지센터를 신설할 수 있도록 국가가 시·군·구를 지원하고 있어 2017년 12월 말 기준으로 시·군·구 기초 정신건강복지센터 226개(국비 201개, 지방비 26개)가 설치되어[65] 거의 대부분의 시·군·구에 설치가 완료되었고, 정부는 2020년까지 남은 미설치 5개 시군구(임실, 신안, 국위, 울릉, 옹진)에도 센터를 설치할 계획이다.[66]

○ 현황과 문제점

1998년 최초로 모델형 정신보건센터(현행 정신건강복지센터) 사업을 시작으로 20여 년에 걸쳐 거의 모든 시·군·구에 기초정신건강복지센터가 설치된 것은 숫자상으로 긍정적인 측면이 있으나 그 역할이나 지원인력에 있어서는 아직 보완할 부분들이 적지 않다. 특히, 심화된 사례관리나 응급개입 등은 아직 정착되지 않았고, 센터직원의 고용 안정성, 전문적 경력을 보장할 수 있는 근속기간 등이 확보되지 않았다.

---

65) 보건복지부(2019). 2019년 정신건강사업 안내, 세종: 보건복지부. p.9

66) 보건복지부 보도자료(2019.05.15.). 정신건강복지센터 인력 확충하고, 24시간 출동 응급개입팀 설치한다!. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=349437&page=1

다) 정신보건센터의 법인화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 2009년 당시 시·군·구에 설치된 정신보건센터 151개소 중 국가나 지자체 직영운영이 110개소, 의료법인 25개소, 학교법인 17개소, 종교법인 2개소, 사회복지법인 4개소, 기타법인 2개소가 위탁을 받아 운영하고 있는데, 보건소와 수탁법인 사이의 역(力)관계를 감안해 볼 때 수직적 관계가 형성될 수 있어 이를 개선하기 위해서는 센터의 독립성을 확보하고, 업무의 객관화·표준화·공공화할 수 있도록 정신보건센터를 법인화할 것을 제시하였다.

○ 정신건강복지법의 반영 여부: 미반영

정신건강복지법은 구 정신보건법과 동일하게 센터 설립·운영의 주체를 국가와 지방자치단체(보건소 관할)로 한정하고 있고, 필요한 경우에는 위탁할 수 있도록 하였다. 2017년 말 기준으로 227개소의 기초정신건강복지센터 중 다수가 위탁 운영되고 있었으나 그 후 일부 지역에서 직영으로 전환된 경우들도 생기게 되었다.

○ 현황과 문제점

정신건강복지센터가 맡은 역할과 기능에 비해 인력이 부족하고, 센터 직원이 부담해야 할 업무가 가중되면서 근속연수가 짧고(평균 3.1년), 비정규직도 많아 경험 있고, 안정적인 정신보건전문가를 채용하고, 배출하는 데 어려움이 발생하고 있다. 또한 시·군·구 관할 보건소가 직영으로 운영하면서 경력이나 임금 등 처우의 하향(下向) 문제가 발생하기도 하고, 2019년 새로 생기는 각 광역 지자체의 재단법인인 사회서비스원에 채용되어 안정적 위탁을 받을 수 있는 방안도 논의되었다. 처우의 개선은 단순히 독립된 법인에 소속되어 있거나 정규직 공무원이 된다고 해결될 일은 아니며 정신건강전문가의 독립성과 전문성, 그리고 고용안정성을 어떻게 보장할 것인지 고민할 필요가 있다.

라) 정신보건센터 인력기준 강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는, 정신보건센터가 정신의료기관이나 사회복귀시설과 달리 법령에 최소인력기준

이 명시되지 않아 1인당 사례관리자 수가 과중하고, 영국과 같은 기준으로 할 경우라면 현재 센터 내 정신보건전문인력 889명의 두 배를 더 충원해야 함을 지적하고, 법령 내에 센터 인력기준을 둘 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법령 반영 여부: 법령에는 미반영 되었으나 센터인력 확충계획 있음

2016년 정신건강복지법으로 개정 당시 정신보건센터 최소인력 기준을 마련하자는 논의는 있었으나 실제 법령에 반영되지는 않았다. 그러나 지속적인 정신건강복지센터 증설로 인해 센터 인력은 계속 증가해 왔다. 이를 표[67]로 보면 다음과 같다.

[표 2-175] 정신건강복지센터 인력의 변화추이(2010년 - 2017년)

정신건강 복지센터 인력	연도							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
광역	1158	1262	1329	184	244	271	280	263
기초				1474	1645	1764	1737	2007
합계	1,158	1,262	1,329	1,658	1,889	2,035	2,017	2,270

위 표를 보면 정신건강복지센터 인력은 지속적으로 증가하는 경향을 보여 2010년 기준으로 2017년에는 약 2배가 되었다. 2019년에는 진주 아파트 방화사건 이후 보건복지부가 지역 정신건강복지센터의 사례관리 역할을 확대하기 위한 대책으로 2022년까지 3년에 걸쳐 센터인력을 785명 더 확충하기로 계획하였다.

○ 현황과 문제점

보건복지부가 정신건강복지센터 인력확충을 위한 예산과 계획을 세우고 있으나 정신건강전문가로서 지역사회에서 역할을 담당하기 위해서는 독립성과 전문성 그리고 경험을 확보할 수 있는 고용안정성이 보장되어야 함을 인식할 필요가 있다.

67) 국가정신건강현황 예비조사 결과보고서(1차 내지 4차) 및 정신건강통계현황집(2013) 및 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2010-2012)

2) 정신장애인 주택 및 주거시설확충

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신장애인 주거시설이 크게 부족함을 지적하고서 정신장애인 주거시설 확대를 위해서는 요양시설 기능분화에 대한 계획, 주거시설에 대한 수요·공급 조사 및 예산 확충과 종합적이고, 점진적인 계획수립과 시행을 권고하고, 시설 외에 주택공사의 공공주택임대사업, 그 밖의 임대주택에서도 정신장애인 공급물량을 확보해 시설 퇴소장애인의 자립생활을 촉진하도록 권고하였다.

○ 반영 여부: 일부 반영

2016년 보건복지부는 정신건강 종합대책을 발표하면서 주거시설과 직업재활시설을 포함하고 있는 사회복귀시설(현 정신재활시설) 정원을 2020년까지 10% 확충(6,783명 → 7,461명)하기로 계획하였다. 이후 정신재활시설은 2016년 336개에서 349개로 늘었으나 그 이용자는 2016년 4,994명에서 4,240명으로 오히려 줄어들었다.[68)]

서울시와 같은 일부 광역단체에서는 4년 간 약 70여 채의 원룸이나 다세대주택을 정신질환자에게 지원하기로 하였다. 2018년부터 정신질환자를 위한 자립생활주택(2인 2실 1가구. 주택과 필요한 임대보증금과 임차료 지원과 자립지원 서비스 제공), 지원주택(본인이 임대한 1인 1가구 주택에 맞춤형 주거유지지원서비스 제공)을 마련하여 그 입주자를 모집해 오고 있다.

보건복지부도 2019년 커뮤니티 케어(지역사회 통합돌봄) 사업을 선도사업을 통해 시작하면서 지방자치단체의 사업재량을 바탕으로 의료진과 돌보미의 방문서비스가 가능한 자립체험주택, 케어안심주택을 제시하고 있다.

○ 현황과 문제점

정신장애인의 주거 확보문제는 탈시설과 사회적 삶을 보장받기 위한 필수적 전제이지만 지역사회 내에 정신장애인의 주거를 마련하는 문제는 비용과 지원서비스의 확보 문제만이 아니라 시설(주거)설치에 대한 지역주민의 거부와 저항을 해결해야 하는 문제까지 보태어지면서 개선을 더 어렵게 만들고 있다.

---

68) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.139

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 사회복귀시설(정신재활시설)과 프로그램 확대

가) 이용시설 및 프로그램 다양화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 퇴원 예정환자와 지역사회 정신장애인을 중심으로 욕구를 파악하여 기능회복과 치료를 위한 프로그램을 다양하게 개발하고, 정신보건센터를 통해 환자의 상태에 따라 적합한 시설로 연계하도록 하고, 적절한 지역사회 프로그램이 없어 정신보건 서비스로부터 배제되는 정신장애인이 발생하지 않도록 국가 및 지방자치단체가 일정 비율만큼 사회복귀시설(정신재활시설)을 설치하는 적극적인 조치를 권고하였다.

○ 정신건강복지법령의 반영: 일부 반영

앞서 본 바와 같이 정신건강복지법은 퇴원예정환자의 동의를 받아 정신의료기관의 장이 정신건강복지센터의 장에게 통보하여 그 환자 또는 보호의무자와 상담해 그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련하도록 하는 규정을 신설하였다. 그러나 실제 활용은 거의 되지 않고 있다.

아울러, 국가나 지방자치단체가 정책적으로 일정 비율의 정신재활시설을 직접 설치하도록 권고하였으나 앞서 본 바와 같이 2016년 정신건강 종합대책에서 사회복귀시설 정원 10% 증가라는 정책적 목표를 가졌을 뿐 실제 재활 프로그램의 개발 등은 정신건강복지센터, 병원, 시설에서 자체적으로 운영하는 경우가 많다.

나) 시설이용료 부과방식 변경 및 면제

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신장애인이 계속적인 의료비와 돌봄 비용의 부담을 안고 지내야 하는 점을 감안하여 지역사회의 사회복귀시설(정신재활시설) 이용 시 환자가 부담하는 비용을 경감하거나 면제(퇴원 후 1년 내는 면제)하는 방안을 고려할 것을 권고하였다.

○ 법령·정책상 반영 여부: 미반영

국가보고서 발간 직전인 2009년 10월 복지부는 정신질환자사회복귀시설 이용·입소비용수납한도액 고시를 전부 개정하였고, 그 후에 국가보고서가 발간되었으나 지난 10년 간 보건복지부는 위 규정을 그대로 활용하고 있어 국가보고서의 권고는 반영되어 있지 않다. 참고로 2019년 현재 주거시설인 정신재활시설이나 정신요양시설 입소자 개인으로부터 시설장이 징수할 수 있는 비용징수한도액은 월 412,000원이다,[69]

다) 사회복귀시설(정신재활시설) 평가강화 및 인센티브제 운영

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 사회복귀시설에 대한 평가가 이용자의 인권을 증진하고 민주적 소통이 원활한 시설환경을 조성하기 위한 기제가 되기 위해서는 시설 및 프로그램 확충, 정신의료기관과의 연계 구축 상황 등을 평가할 수 있는 항목이 포함되어야 하며, 평가기간도 3년 이내에서 2년 이내로 단축하는 방안을 검토하고, 가점수가 높은 시설에 대해서는 운영비와 지자체보조금을 지원하는 등 중앙정부차원에서 적극적인 인센티브를 제공하여 평가의 실효성을 높일 것을 권고하였다.

○ 반영 여부: 일부 반영

정신보건시설(정신건강증진시설)에 대한 평가규정은 2008년 3월에 신설되었다. 정신보건시설에 대한 평가는 정신의료기관의 경우 의료기관 인증으로 대체할 수 있고, 사회복귀시설(정신재활시설)은 사회복지시설로 간주되어 사회복지시설 평가로 대체할 수 있었다.

2016년 정신건강복지법으로 개정할 때도 구 정신보건법의 평가에 관한 규정은 그대로 승계되어 평가 주기를 3년으로 하고, 다만 평가의 효율적 추진을 위해 필요한 경우에는 1년 주기로 실시할 수 있도록 하였다.

구 정신보건법 하에서부터 현행 정신건강복지법에 이르기까지 보건복지부장관이 정신건강증진시설평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다는 규정이 있고, 그 평가결과를 인터넷에 공표하도록 규정하고 있다.

69) 보건복지부(2019) 정신건강사업 안내, pp.239-240.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

4) 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영

가) 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 전체 예산 또는 보건 예산에서 정신보건사업 예산이 차지하는 비중이 적고, 수용시설 기능을 하는 정신요양시설과 입원 정신의료기관에 드는 비용과 예산이 과다하다고 보아 입원이 아닌 외래치료의 권장과 사회복귀시설(정신재활시설) 서비스에 투입하여 사회복귀를 촉진할 것을 권고하였다.

○ 반영 여부: 일부 반영

2016년 정신건강복지법으로 개정을 전후하여 정신의료기관 입원환자의 숫자와 병상은 다음과 같이 변화하였다.[70]

[표 2-176] 2010년 이후 정신의료기관 정신병상 수와 입원환자 수의 변화

정신의료기관	연도							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
정신병상 수(개)	75,414	80,012	84,220	83,001	83,711	83,696	83,405	81,734
입원환자 수(명)	63,671	67,223	69,425	69,511	70,932	70,628	69,220	67,441

2014년을 정점으로 하여 법 개정 이후 점차 병상 수와 입원환자 수가 감소하는 것을 볼 수 있는데, 이는 입원 정신의료기관에 지급되는 급여비의 감소(건강보험 및 의료급여 예산의 절감)를 가져오는 일이기도 하지만 동시에 지역사회에 있는 환자들이 증가하게 되므로 지역사회 서비스에도 더 많은 예산을 투자할 계기를 만들게 된다.

70) 국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p.100, p.166.

나) 지역 예산기준 고지 및 균형발전예산 지원

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 지방분권화 사업의 일환으로 보건복지 예산이 지방으로 이양됨에 따라 지역의 재정 상태와 의지에 따라 사업예산이 배정되면서 지역 간 정신보건서비스의 편차가 발생하였고, 그로 인해 사회복귀시설(정신재활시설)이 예산 확보에 어려움이 발생하였음을 지적하고, 사회복귀시설(정신재활시설) 확충과 서비스 및 프로그램 다양화 등을 위한 지원예산을 확대하고, 중앙정부 차원에서도 최소 정신보건예산 확보기준을 제시하고, 그 이행을 강제하고, 예산이 부족한 지자체에 대해서는 지역균형발전예산을 지원해 편차를 해소하는 방안을 권고하였다.

○ 반영 여부: 일부 반영

사회복귀시설(정신재활시설) 예산은 국가보고서의 권고 이후에도 여전히 지방자치단체의 예산을 통해 운용되고 있으나, 전반적으로 정신보건 예산은 조금씩 증가하고 있다. 2019년 예산을 보면, 정신요양시설 기능보강(29억 원 → 87억 원), 정신재활시설 기능보강(6억 원 → 18억 원)으로 증가하였고, 정신요양시설 운영지원비(789억 원 → 817억 원) 등이 증가하였다. 국민건강증진기금에서 제공하는 자살예방 및 지역사회정신보건사업비용도 604억 원에서 729억 원으로 크게 증가하였다.

5) 가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화

○ 국가보고서의 권고

정신장애인을 보호하는 가족의 경제적 부담을 완화하기 위해 국가보고서는 당시 논의되고 있던 장애연금의 도입, 장애수당 제도의 수급대상 확대와 급여의 증액, 재가선장애인보호수당 제도의 도입 등을 검토하고, 정신보건계획 수립과정에서 정신장애인 당사자와 가족의 요구가 적극적으로 반영되도록 다양한 국가의 활동과 지원을 권고하고, 정신보건시설(정신건강증진시설) 운영규칙에 당사자 및 가족의 운영위원회 참여를 규정해 의견을 반영할 것을 권고하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

○ 법령상 반영 여부: 일부 반영

장애인연금법은 2010년에 장애수당은 2007년에 법령상 제도화되었으나 그 급여액이 작고, 장애인연금은 중증 장애인에게만 제공되어 그 수급대상은 제한되어 있다.

정신장애인 당사자와 가족의 참여와 관련해서는 정신건강복지법이 기본이념으로 정신장애인 당사자의 정책결정 참여권을 보장하고 있고(법 제2조 제9항), 회복한 당사자가 정신장애인 가족을 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회 위원이 될 자격을 부여하였으나, 실제 당사자를 위원으로 위촉하는 경우는 적은 편이다.

정신장애인 가족 지원과 관련해서는 정신건강복지법이 가족에 대한 정보제공과 관련 교육을 실시할 수 있는 근거규정을 마련하였다(법 제38조). 그 외에 국가보고서에 권고하였던 정신보건시설 운영규칙에 마련하라는 권고는 아직 받아들여지지 않았지만 사회복지사업법이 준용되는 정신재활시설은 그 적용이 있다고 볼 것이다. 예컨대, 정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준(정신건강복지법 시행규칙 별표 9)에 따르면 사회복지사업법 제36조에 따른 운영위원회를 두어야 하는데, 그 운영위원회에 시설 거주자(입소자) 대표와 보호자 대표가 위원 자격이 있다. 그러나 실제 정신재활시설에서 운영위원회 위원으로 입소자 대표와 보호자 대표를 위촉시키는지는 확인하기 어렵다.

5. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

가. 2009년 국가보고서 개선요구 제도 및 정책

정신장애인에 대한 차별과 편견 해소의 정책방향에 대해 국가보고서는 다음과 같이 제시하였다.

1) 낙인과 차별을 강화하는 정신분열증이라는 병명의 개정

2) 정신장애인에 대한 차별적 법령과 보험가입 차별 개선

3) 대중매체를 통한 인식 개선 및 홍보와 인권교육 확대

위와 같은 정책방향에 근거해 국가보고서는 다음과 같은 핵심 추진과제를 제시하였다.

1) 정신장애인 관련 차별적 법령 정비
ⅰ) 정신과 전문의 진단 없는 직업선택의 자유 제한 금지
ⅱ) 정신병자, 정신이상자 등의 추상적 용어 정비
2) 보험가입 차별금지
3) 정신분열 병명 개정
4) 인권교육 및 의무강화
5) 대중매체 등을 통한 인식개선 및 홍보

나. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소 관련 핵심 추진과제의 반영여부와 문제점

1) 정신장애인 관련 차별적 법령 정비

가) 정신과 전문의 진단 없는 직업선택의 자유 제한 금지

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 장애인차별금지법이나 정신보건법에 정신장애인(정신질환자)에 대한 차별금지 규정을 두고 있음에도 불구하고 여러 자격취득법령에서 정신질환자에 대한 자격취득금지나 제한을 두고 있어 정신장애인의 사회복귀 및 자립생활을 어렵게 만들고 있음을 지적하고, 국가가 정신질환자 자격제한 법령을 분석하여 정신과 전문의가 업무수행의 부적합을 진단한 경우에만 자격취득을 제한할 수 있도록 법령들을 개정할 것을 권고하였다.

○ 반영 여부: 정부가 법령개선을 계획하였으나 법령개정은 하지 못 함

위 국가보고서의 권고에서와 같이 보건복지부는 2015년 '정신질환자 개인정보 및 비밀보호를 위한 법제도 개선방안'[71] 연구보고서를 통해 주요국가의 자격취득제한 법령의 형태를 조사하고, 한국 내 정신질환자 자격제한 법령을 유형화(절대적·적극적 자격제한 유형, 상대적·적극

71) 신권철·홍진표·박귀천·김지혜(2015). 정신질환자 개인정보 및 비밀보호를 위한 법제도 개선방안, 보건복지부 연구보고서,

적 자격제한 유형, 상대적·소극적 자격제한 유형)하고, 국가보고서와 같이 불필요한 자격제한이라 보이는 경우 폐지하고, 필요하다고 하더라도 상대적·소극적 자격제한 유형(정신과 전문의가 적극적으로 부적합 진단을 내리는 경우에만 자격취득제한)으로 개정할 것을 제안하였다.

보건복지부는 2016년 정신건강 종합대책 중의 하나로 관계부처 합동(복지부, 법제처, 인권위, 교육부, 고용부 등)의 정신질환 차별개선 TF를 구성해 불합리한 차별 실태와 법령을 조사해 2017년 개선방안을 마련할 것을 계획하였다.[72)]

그러나 2016년 5월 정신건강복지법으로 개정하면서도 여러 다른 자격제한법령이 인용하고 있던 구 정신보건법의 정신질환자 개념을 부칙을 통해 그대로 유지하도록 하고, 앞서의 정신건강 종합대책과 정반대 방향으로 정신건강복지법으로 전환한 상황에서도 부칙을 이용해 구 정신보건법의 확장된 정신질환자 개념을 활용할 수 있도록 하였다. 이는 보건복지부의 입법방향이 국회 내 논의과정에서는 반영되지 않은 것이라 할 수 있다.

정신건강복지법 부칙은 25개의 정신질환자 자격제한 법령에서 쓰고 있는 정신질환자 개념을 정신건강복지법의 축소된 개념이 아니라 확대된 개념을 쓰고 있다. 그 25개 법령은 다음과 같다.

정신건강복지법 부칙 〈법률 제14224호, 2016. 5. 29.〉

제7조(정신질환자 범위에 관한 경과조치) 종전의 「정신보건법」 제3조제1호를 인용하고 있는 다음 각 호의 법률 규정은 제3조제1호의 개정규정에도 불구하고 다음 각 호의 법률 규정이 개정되기 전까지는 종전의 「정신보건법」 제3조제1호에 따른다.

1. 「공중위생관리법」 제6조제2항제2호 및 제6조의2제7항제1호
2. 「국민영양관리법」 제16조제1호
3. 「노인복지법」 제39조의13제1호
4. 「노인장기요양보험법」 제32조의2제2호
5. 「말산업 육성법」 제13조제1항제2호
6. 「모자보건법」 제15조의2제2호
7. 「사행행위 등 규제 및 처벌 특례법」 제6조제2호다목

72) 보건복지부(20160 정신건강 종합대책, 관계부처 합동회의 자료집, p.11.

8.「수산생물질병 관리법」 제37조의3제1호
9.「수상레저안전법」 제5조제1항제2호
10.「수상에서의 수색 · 구조 등에 관한 법률」 제30조의3제2호
11.「수의사법」 제5조제1호
12.「식품위생법」 제54조제1호
13.「실험동물에 관한 법률」 제25조제1호
14.「야생생물 보호 및 관리에 관한 법률」 제46조제3호
15.「약사법」 제5조제1호
16.「영유아보육법」 제16조제2호
17.「응급의료에 관한 법률」 제37조제1호
18.「의료기기법」 제6조제1항제1호
19.「의료기사 등에 관한 법률」 제5조제1호
20.「의료법」 제8조제1호
21.「장사 등에 관한 법률」 제29조의4제2호
22.「장애인복지법」 제74조제1항제1호
23.「장애인활동 지원에 관한 법률」 제29조제1호
24.「축산법」 제12조제2항제2호
25.「화장품법」 제3조제2항제1호

○ 현황과 문제점

위와 같은 개선입법의 퇴행으로 정신질환자 자격취득 제한법령 25개는 여전히 구 정신보건법의 확장된 정신질환자 개념을 쓸 수 있게 하여 자격취득을 할 수 없는 정신장애인의 범주를 광범위하게 만들었다.

그 외 2015년에는 공무원 임용과정에서 제출해야 하는 신원진술서 및 개인정보동의 서식에 건강보험공단이 가진 임용예정자에 대한 질병자료를 국가기관(경찰청과 국가정보원)이 열람할 수 있도록 동의서식을 만들었으나 2015년 한 언론사에서 이를 문제 삼자[73] 2017년 서식 개정을 통해 질병자료 열람 동의 부분은 삭제되었다.

73) 중앙일보 2015. 7. 24.자(제목: 국정원, 공무원 임용자 질병자료 수집 논란).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나) 정신병자, 정신이상자 등의 추상적 용어 정비

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 아래의 각 법령에서 사용되는 용어들이 추상적 개념을 사용해 자의적 해석과 확대 해석을 가져오고 있다고 보아 법령을 정비해 관습적, 추상적인 판단에 따라 정신장애인의 기본권을 제한하지 않도록 할 것을 권고하였다.

ⅰ) 상법 제732조(심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다): 이를 이유로 보험회사들이 심신상실자 또는 심신박약자라는 용어를 광범위하게 해석해 일반 정신과 진료를 받은 사람들의 보험가입을 거부하고 있다.

ⅱ) 철도안전법, 유선 및 도선사업법, 경범죄처벌법에서는 아직도 정신이상자, 정신병자, 정신미약자 등 관습적이고 추상적인 용어를 사용해 무능하고, 위험한 인물로 인식시키고 있다.

○ 법령 반영 여부: 일부 반영

먼저, 상법 제732조는 2014년 단서 조항이 추가되어 '심신박약자가 보험계약을 체결하거나 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다'고 하여 추가하여 심신박약자의 보험체결능력을 일부 인정하였으나 여전히 국가보고서에서 변경을 권고한 명칭(심신상실자, 심신박약자)을 계속 사용하고 있다.

다음으로, 철도안전법은 2012년 개정을 통하여 철도 운전면허 자격제한 대상자로 '정신병자·정신미약자·간질병자'로 표현하던 것을 '철도차량 운전상의 위험과 장해를 일으킬 수 있는 정신질환자 또는 뇌전증환자로서 대통령령으로 정하는 사람'으로 바꾸었다. 유선 및 도선사업법도 기존의 '정신이상자'에 대한 승선제한을 2011년 "정신질환자로 의심되는 자로서 자신 또는 타인의 안전을 해할 위험이 크다고 인정되는 자[보호자가 동승(同乘)하는 경우에는 제외한다]"로 변경하였다. 경범죄처벌법은 제정 당시인 1954년부터 '정신병자 감호소홀(精神病者 監護疎忽)'이라는 제목으로 '위험한 행위를 할 우려가 있는 정신병자를 돌볼 의무가 있는 사람이 그를 제대로 돌보지 아니하여 집 밖이나 감호시설 밖으로 나돌아 다니게 한 사람' 즉 그 보호자를 처벌하였다. 위 조항은 보호자에게 과중한 책임을 부담시키고, 정신장애인을 위험한 사람

으로 인식하게 만드는 조항이라서 인권 침해적 소지가 있다고 보아 2012년 경범죄처벌법 전부개정과정에서 삭제되었다.

2) 보험가입 차별금지

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 보험회사가 보험청약자가 가지고 있는 장애 또는 과거의 진단력과 사고발생 가능성과의 상관관계에 대한 객관적이고, 합리적인 근거 없이 과거의 진단력이나 특정 질병명에 대해 보험가입을 거절하는 것은 장애나 병력을 이유로 한 차별이므로 시정을 권고하였다.

○ 반영 여부: 현재 미반영되어 있으나 법안 계류 중임

보건복지부는 2013년 5월 정신보건법 전부개정안(정신건강증진법안) 입법예고에서는 정신질환자 범주를 축소하고, 보험상품 가입 등에 있어 정당한 사유 없이 정신질환을 이유로 피보험자를 차별할 수 없도록 하고, 그 차별행위의 정당성에 대한 입증책임을 보험자 측에 부여하는 규정을 신설하였으나 2014년 초 국회에 제출하는 정부의 전부개정안에서는 그 내용을 삭제하였다. 법안 제출과정에서 정부 내에서의 이견(異見)이 반영되어 삭제된 것이다. 이후에도 정신질환자 보험가입 차별을 금지하는 법안은 18대 국회에서도 발의되었으나[74] 임기만료로 폐기되었다.

19대 국회에서도 2019. 1. 25. 윤일규 의원의 대표발의로 “보험상품 및 서비스의 제공자는 보험상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 사유 없이 정신질환자와 정신건강의학과 병력을 가진 사람을 제한, 배제, 분리, 거부하여서는 아니 된다”는 규정을 신설하는 개정안이 현재 국회에 계류 중에 있다.

3) 정신분열 병명 개정

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 ‘정신분열’이라는 용어가 갖는 부정적인 파급효과를 줄이기 위해서 병명의 개

74) 2014. 2. 6. 신의진 의원이 대표발의(의안번호 9275)한 정신보건법 일부개정법률안(기존에 정부가 입법예고한 정신건강증진법안의 정신질환을 이유로 한 보험차별 금지 조항의 내용과 유사하다).

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정이 필요하다고 보아 구체적으로 민관합동으로 '정신분열병 명칭변경위원회'를 한시적으로 설치하여 병명으로 인한 사회적 불이익에 대한 실태조사를 실시하고, 토론회와 공청회를 지속적으로 개최하여 임상적으로 타당하면서 정신장애인에 대한 차별 해소에도 기여할 수 있는 명칭으로 조속히 변경할 것을 권고하였다.

○ 정신건강복지법령 반영 여부: 반영됨

정신분열병에 대한 사회적 낙인을 극복하기 위해 2010년 대한의사협회 내 대한정신분열병학회 및 관련단체들이 참여하여 정신분열병 병명개정위원회를 구성해 2011년 3월 대한의사협회에서 조현병(調絃病)으로 개정을 확정하였다.[75] 조현병이라는 명칭은 이후 약사법, 국민건강보험법 시행령, 군인사법 시행규칙 등 법령에서 정식으로 사용되는 명칭이 되었고, 2016년 정신건강복지법으로 전면 개정되고, 그 시행령에 정신재활시설 이용자의 범위를 정하면서 그 중 하나로 정신분열병이 아니라 조현병(調絃病)이라는 명칭을 사용하였다.

○ 현황과 문제점

위와 같이 조현병이 법령상 명칭으로 활용되고 있음에도 불구하고, 아직도 현행 법령상 정신분열병이 사용되고 있는 법령 규정은 아래와 같다.

ⅰ) 건설기계관리법 시행규칙 제76조 제2항(정신분열병)

ⅱ) 도로교통법 시행령 제42조 제1항(정신분열병)

ⅲ) 수상레저안전법 시행령 제3조의2 제1항(정신분열병)

ⅳ) 총포·도검·화약류 등의 안전관리에 관한 법률 시행령 제14조의2(정신분열병)

4) 인권교육 및 의무강화

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 정신보건시설(정신건강증진시설)에 대해 인권교육을 하는 전문교육기관을 정신

75) 대한조현병학회(2011). 정신분열병 병명 개정백서,

병원 등으로 지정하는 것은 문제가 있다고 보아 전문교육기관 지정요건을 인권에 대한 이해와 실효적 교육이 가능한 기관으로 하고, 정신장애인 호송의 책임이 있는 경찰관과 119 구급대원 중 정신장애 관련 담당자를 지정하여 인권교육을 이수하도록 할 것을 권고하였다.

○ 법령상 반영 여부: 일부 반영

2018년 기준으로 정신건강증진시설 인권교육기관으로 지정받은 기관은 30개이고, 각 지역의 광역정신건강복지센터(11개소)가 대부분 포함되어 있고, 인권교육기관으로 지정된 정신병원은 다수가 인권적 가치를 실현하는 기관이거나 국·공립 정신병원(9개소)으로 되어 있다.[76] 한편 국가보고서가 권고한 정신장애인 입원호송을 담당하는 경찰이나 119 구급대원에 대한 의무적인 인권교육은 실시되지 않고 있다.

○ 현황과 문제점

경찰과 구급대원은 합법적인 국가 공권력으로서 안전과 건강을 위하여 환자에 대한 강제적 이송을 허용하고 있음에도 이송인력의 부족 등을 이유로 입원에 저항하는 환자에 대한 이송을 꺼려해 왔다. 그러나 2019년 이후 경찰과 119 구급대원에 의한 강제호송과 응급입원 또는 행정입원이 증가하고 있고, 그 이송과정에서 여러 가지 물리적 충돌이 일어나고 있어 적극적으로 경찰과 구급대원의 안전과 인권에 대한 교육이 필요하다.

5) 대중매체 등을 통한 인식개선 및 홍보

○ 국가보고서의 권고

국가보고서는 대중매체가 정신장애에 대한 부정적 인식을 강화할 수 있는 가능성이 있음을 지적하고 호주의 인식개선 프로젝트 사례를 참고하여 보건복지부장관이 법에 따라 5년 주기로 세우는 국가정신보건사업계획에 정신질환 인식개선 사업이 포함되도록 하고, 정부가 인식개선 공익 캠페인을 벌일 것을 권고하였다.

○ 법령과 정책에 반영 여부: 반영

76) 보건복지부(2018), 정신건강증진시설 인권교육 안내, p.17.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

국가보고서가 발간 전 2008년 정신보건법이 개정되어 ‘정신질환 인식개선 사업’이 국가정신보건사업계획의 한 내용으로 포함되었고 2016년 정신건강복지법으로 전면 개정할 때에는 보다 구체적으로 ‘정신질환에 대한 인식개선을 위한 교육, 홍보, 정신질환자의 법적 권리보장 및 인권보호 방안’(법 제7조 제2항 제5호)까지 확대되었다.

2016년 정부가 마련한 정신건강 종합대책에서도 ⅰ) 정신질환 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고, ⅱ) 정신건강에 대한 국민 관심의 제고, ⅲ) 자살 및 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선을 주요한 과제로 제시하였다.

○ 현황과 문제점

정신장애에 대한 인식 개선사업은 실제 눈에 보이는 효과를 측정하기가 쉽지 않아 예산과 인력의 지원이 적은 편에 속한다. 2017년 법 시행과정에서는 보건복지부가 적극적으로 TV 광고나 메신저를 통한 홍보를 시행하기도 하였고, 보건복지부의 산하 자문기관인 중앙정신건강복지사업지원단과 대한정신건강재단은 2019년 청년들을 대상으로 영마인드 서포터즈를 꾸려 정신건강에 대한 인식 확대와 정신질환에 대한 편견을 해소하기 위한 사업을 시행하기도 하였다.

그러나 정신질환에 대한 사회적 인식은 2019년 초 사회적 이슈가 된 정신질환 범죄사건으로 인하여 사실상 후퇴하였고, 실제 범죄사건 이후 치안적 관점에서 환자의 관리나 비자의입원을 확대하려는 국회의원들의 법안들도 크게 증가하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3부

기사분석 및 소셜빅데이터 분석

제1장 정신장애인 관련 기사 분석
제2장 정신장애인 관련 소셜빅데이터 분석
제3장 결론 및 제언

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장. 정신장애인 관련 기사분석

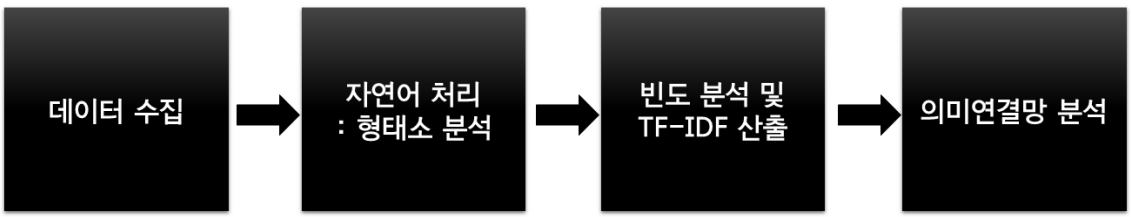
1. 연구 방법

가. 텍스트 마이닝 분석

텍스트 마이닝은 문서상의 의미 있는 패턴과 관계를 찾고 이를 추출하는 것으로써 적절한 알고리즘을 이용하여 비정형화된 데이터를 정형화 데이터로 변환시켜 분석하는 일련의 과정이다(이상훈 외, 2015). 텍스트 마이닝 기법에는 토픽모델링, 감성분석, 네트워크 분석, 유사어 분석 등이 존재한다.

본 연구의 분석 절차는 다음과 같다([표 3-1]). 먼저 (1) 웹 스크래핑(web scraping)을 통해서 관련 기사 및 소셜빅데이터를 수집한다. 연도, 신문사별, SNS별로 빈도의 변화를 알아본다. 그리고 (2) 형태소 분석기 mecab.ko를 이용하여 명사만을 추출한다. (3) 형태소 분석 결과를 바탕으로 단어 빈도수를 산출하는 방식으로 빈도분석 및 TF-IDF, 연결중심성 값을 산출한다. (4) 각 단어 간 동시출현빈도행렬을 통하여 네트워크 분석을 실시한다. (5) 마지막으로 SNS 포스트에 대해서는 베이지안 분류기를 통하여 문서 분류를 통한 감성분석을 진행한다. 이를 통해 언론보도 경향과 SNS상의 긍정, 중립, 부정의 감정이 어떤 방향으로 변화해왔는지를 알아볼 것이다.

[그림 3-1] 분석 방법



mecab.ko 형태소분석기를 활용하여 명사 단위의 형태소분석을 수행한 후에, 정신장애 관련하여 하나의 의미를 가지는 단어들의 경우 복합명사로 통합하는 전처리 과정을 거쳤다. 예를 들어 조현 병을 조현병으로, 정신 질환을 정신질환으로, 정신 장애를 정신장애로, 보호 의무자를 보호의무자로, 정신 건강을 정신건강으로, 국가 인권 위원회를 국가인권위원회로, 강제

입원을 강제입원으로, 심신 미약을 심신미약으로 변환하였다. 또한 한 글자 단어의 경우 한국어에서 분석 단위로 사용되기 어려운 특성상 분석에서 제외하였으며, 경우, 때문, 내용, 확인, 관련과 같은 의미 없는 명사들을 제외하였다.

나. 수집 대상

1) 기사분석

지난 10년간의 정신장애인에 대한 기사 보도 경향을 알아보기 위하여, 수집 기간을 2009년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지로 설정하였다. 수집대상이 되는 언론사는 조선일보, 중앙일보, 동아일보, 경향신문, 한겨레, 한국일보 총 6개로 선정하였다. 수집을 위해 선정한 검색 키워드는 '조현병', '정신분열증', '정신분열병', '정신질환', '정신병', '정신병원', '정신장애', '정신장애인'이다.

정신장애와 정신질환은 각각 장애인복지법, 정신건강복지법에서 사용되는 용어라는 점에서 구분될 수도 있으나, 장애인복지법 15조에 따라 정신장애인은 정신건강복지법을 우선 적용받도록 하고 있으며 정신건강복지법에서는 정신질환자라는 표현을 사용한다는 점에서 본 연구에서도 정신장애인에 대한 차별과 편견을 알아보기 위하여 정신장애 키워드 뿐만 아니라 정신질환 키워드를 추가하였다. 또한, 정신장애인 관련 보도에서 주로 보도되는 조현병 키워드, 2000년대 후반까지 사용되었던 정신분열증 키워드를 추가하였다.

신문 기사 수집은 본 연구팀에서 파이썬(Python)을 활용하여 자체 개발한 웹 크롤러(Web Crawler)를 사용하여 진행하였다. 정신, 장애라는 키워드가 본문에 포함되어 있더라도 정신장애에 대해서 다루었다고 보기 어려운 기사들은 제외하고, 기사 제목을 기준으로 주요 키워드가 포함된 기사들을 선정하였다. 이 기준에 따라서 선정된 기사는 총 1,662건이다. 연도별, 신문사별 수집 기사 수는 [표 3-1]과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-1] 기사분석 대상 기사 수

	경향신문	동아일보	조선일보	중앙일보	한겨레	한국일보	총합계
2009년	17	11	10	11	6	5	60
2010년	12	21	17	10	15	11	86
2011년	23	11	5	12	4	8	63
2012년	28	35	14	7	9	16	109
2013년	44	15	17	9	14	7	106
2014년	68	59	49	8	9	16	209
2015년	36	50	54	18	8	15	181
2016년	53	44	57	47	27	33	261
2017년	55	36	63	80	21	28	283
2018년	73	38	68	66	20	39	304
총합계	409	320	354	268	133	178	1662

다. 자료분석 방법

형태소 분석 및 빈도 분석, TF-IDF 지수 산출, 연결중심성 지수 산출, 동시출현빈도행렬 생성에는 데이터 수집 및 처리 솔루션 텍스톰(Textom)을 활용하였다.

빈도는 전체 기사에서 등장한 횟수이며, TF-IDF 지수는 단어 빈도(Term Frequency)에 역문서빈도(Inverse Document Frequency)를 곱한 값으로 점수가 높은 단어일수록 다른 문서에는 많지 않고 해당 문서에 자주 등장하는 단어임을 나타내며 단어의 중요성을 보여주는 데에 활용된다. 예로, '사회'와 같은 키워드는 대부분이 문서에 포함되는 일반명사로, 빈도는 높지만 문서를 변별하는 중요성은 낮다는 것을 알 수 있다. 다음으로, 연결중심성이란 한 노드가 다른 노드와 맺고 있는 관계의 단순한 숫자를 나타내므로 다른 단어들과 얼마나 많이 연결되어 있는지를 보여준다.

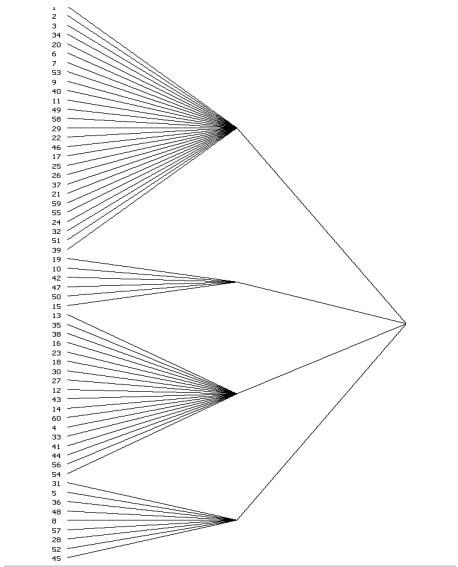
CONCOR 분석을 수행하기 위해서 UCIENT을, 시각화에는 Netdraw를 사용하였다. CONCOR(CONverence of iterated CORrelations) 분석은 사회연결망 분석의 일종으로, 텍스트의 의미연결망을 파악하는 데에 많이 활용된다. 이는 구조적 등위성이라는 전제가 확인되면, 키워드들의 군집을 형성할 수 있다. CONCOR 분석을 위해서 [표 3-2]와 같은 동시출현빈도행렬(일원모드 행렬)을 만든다. 본 연구에서는 연도별 분석과 신문사별 분석에서는 빈도분석에서 산출된 상위 60개 키워드들을 기준으로 동시출현빈도행렬을 산출하였으며, 전체 분석에서는 상위 100개 키워드를 기준으로 산출하였다.

[표 3-2] 동시출현빈도표 예시

	환자	조현병	치료	장애	입원	정신질환	범죄
환자	0	15365	17966	5282	14022	7070	4942
조현병	15365	0	11634	2267	3906	3312	6930
치료	17966	11634	0	5461	7482	8362	4442
장애	5282	2267	5461	0	2033	4861	1432
입원	14022	3906	7482	2033	0	3226	2190
정신질환	7070	3312	8362	4861	3226	0	3283
범죄	4942	6930	4442	1432	2190	3283	0

구조적 등위성을 확인하고 군집의 개수를 파악하기 위해서 덴드로그램(dendrogram)을 산출하여 확인한다. 김용학과 김영진(2003: 172)은 키워드의 개수가 많지 않을 때는 블록을 나누는 depth를 2단계로 하는 것이 적절하다고 하였으므로 연도별, 신문사별 분석에서는 depth를 2단계로 나누었다. 본 연구에서 CONCOR 분석의 적합성을 확인하기 위해서 산출한 2009년-2010년 기사의 덴드로그램 예시는 [그림 3-2]와 같다.

[그림 3-2] 덴드로그램 예시

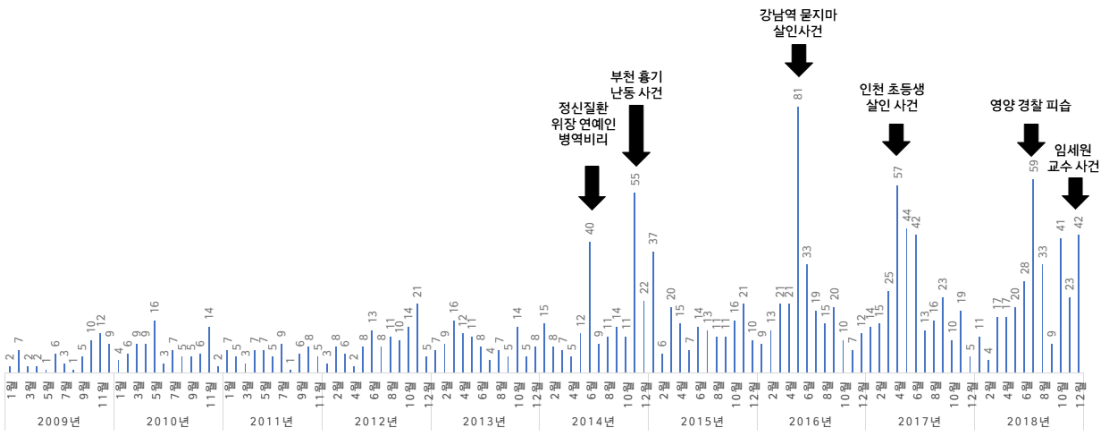


국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 연도별 기사 수 추이

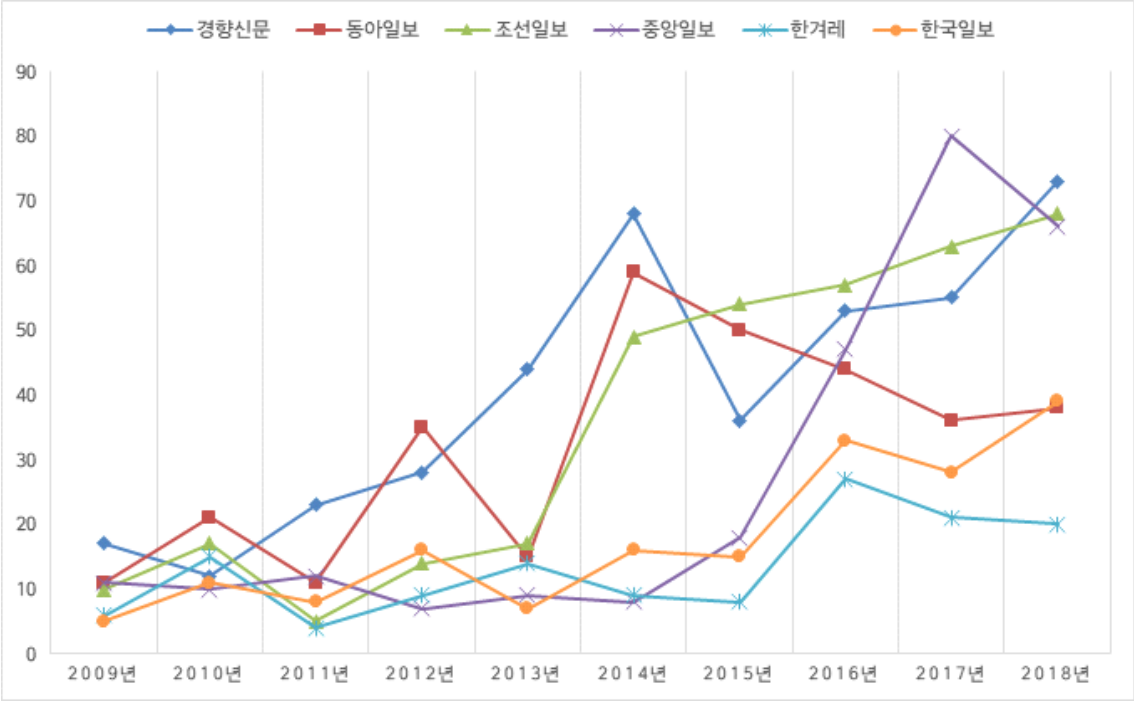
6개 신문사 전체의 보도량을 시간 순으로 분석한 결과, 특정 사건이 발생한 시기에 보도량이 크게 증가하는 것을 알 수 있다. 특히 가장 많은 보도량을 보였던 것은 2016년 5월 '강남역 묻지마 살인 사건'이었으며, 그 다음이 '영양 경찰 피습 사건', '인천 초등생 살인 사건', '부천 흉기 난동 사건' 등이 뒤를 이었다. 하나의 큰 사건이 발생한 이후에 그에 대한 후속기사가 나오면서 이후 1-2개월 간 보도량이 많이 나타나다가, 감소하는 추세인 것을 알 수 있으며 최근으로 올수록 사건이 발생하는 지점이 잦아지고 있으며 보도량 역시 증가하고 있다.

[그림 3-3] 연도/월별 기사 수 추이



주요 신문사별로 집계해보면, 전체적으로 증가하는 추세를 보이기는 하지만 특히 조선일보와 중앙일보, 그리고 경향신문에서 증가세가 두드러진다. 한국일보, 한겨레는 상대적으로 더딘 증가세를 보이고 있으며 동아일보는 연도별로 큰 차이를 보였지만 대체적으로 증가추세를 나타낸다. 이 보도량은 정신장애라는 키워드가 본문에 포함된 모든 기사를 기준으로 관찰한 것이 아니라, 기사 제목에 정신장애 관련 키워드를 포함한 기사의 수라는 점에서 최근 들어 정신장애 관련 키워드를 제목에 표시하는 경우가 증가하고 있음을 의미할 수 있다.

[그림 3-4] 연도별/신문사별 기사 수 추이



국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 2009년~2018년 전체 분석

가. 빈도 분석

[그림 3-5] 2009년-2018년 워드클라우드

지난 10년 간 보도된 1,662건의 기사에서 추출된 단어들을 빈도 분석한 결과에서 상위 100개 키워드를 [표 3-3]에서 제시하였다. 종합적으로 용어를 보면 정신장애보다는 정신질환이, 정신분열증보다는 조현병이 더 많이 활용되었다.

또한 병원, 입원, 치료, 증상, 정신질환, 정신병원, 의사, 진단, 정신건강, 퇴원, 약물, 진단과 같은 치료적 관점의 키워드가 상위에 제시되는 한편, 경찰, 여성, 흉기, 혐의, 살인, 범행 등이 상위에 제시되고 상위 50~100대 키워드들에서는 생활, 인권, 사회복지, 국가인권위원회, 정신건강복지법, 상담, 지역과 같은 정신장애인의 권리와 관련한 키워드들도 등장하고 있다.

한편 교수, 의사, 연구 등의 키워드도 높은 순위로 나타나면서 정신장애인 관련 기사에서 교수나 의사, 그리고 연구 결과가 잦은 빈도로 인용되고 있다는 사실을 확인할 수 있었다. 뿐

만 아니라 어머니, 가족, 아들, 부모 등의 가족 관련 키워드들이 포함되면서 정신장애인 보도에 있어 가족과 사건을 연결하여 보도하는 경향이 있다는 것도 알 수 있었다.

[표 3-3] 전체 기사 상위 100개 키워드

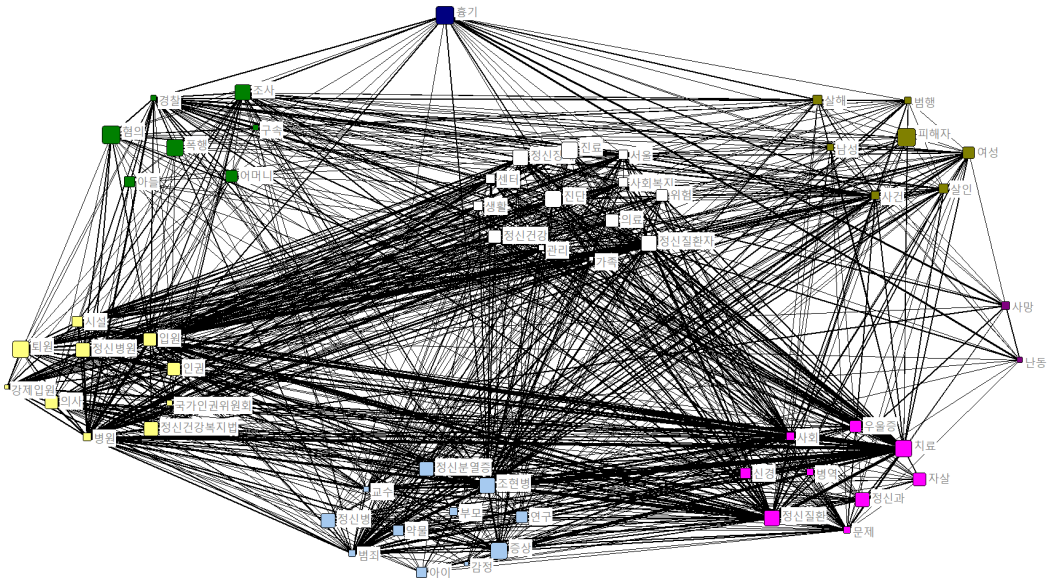
	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	3439	3778.128	0.084729	51	센터	448	1242.12	0.020188
2	정신질환	2736	3005.803	0.08491	52	감정	447	1210.498	0.02531
3	조현병	2570	4136.255	0.074726	53	난동	445	1498.447	0.007834
4	병원	2560	2812.447	0.079848	54	의료	432	1140.073	0.021996
5	입원	2245	3112.231	0.057189	55	아이	419	1295.147	0.029951
6	경찰	2007	2782.293	0.065686	56	신경	407	1043.934	0.019887
7	정신병원	1588	2845.314	0.056948	57	정신건강 복지법	398	1103.49	0.014523
8	정신질환자	1367	2660.059	0.051886	58	부모	397	1075.096	0.026034
9	사회	1355	2180.788	0.051946	59	피해자	397	1075.096	0.024708
10	범죄	1299	2854.195	0.040014	60	폭행	392	1174.327	0.020791
11	사건	1260	2027.892	0.047608	61	경찰서	392	902.6134	0.015548
12	조사	1247	1728.709	0.049054	62	지원	389	1078.537	0.021574
13	증상	1060	1899.265	0.042425	63	미국	387	1021.315	0.028203
14	서울	1034	1664.159	0.04357	64	환청	368	943.9014	0.01374
15	흉기	1029	2260.944	0.021333	65	부천	367	1496.456	0.004038
16	문제	1003	1614.266	0.053453	66	정상	365	906.9909	0.021514
17	여성	988	2054.488	0.044896	67	검찰	364	985.7303	0.01603
18	정신장애	988	2369.121	0.049476	68	법원	364	1052.095	0.020911
19	혐의	974	1567.593	0.023322	69	연예인	359	1418.496	0.007051
20	교수	939	1952.596	0.047487	70	상담	358	969.482	0.019525
21	의사	931	1811.642	0.041039	71	스트레스	356	1028.972	0.022237
22	가족	905	1761.049	0.044715	72	보호	355	1005.791	0.017778
23	강제입원	867	2223.811	0.03212	73	신고	355	910.557	0.01374
24	정신분열증	847	1648.186	0.037363	74	정부	354	1002.958	0.023864
25	우울증	813	1690.586	0.037122	75	진술	352	874.6871	0.014523
26	진단	777	1511.972	0.034892	76	아버지	350	1097.423	0.021514
27	정신건강	762	1754.57	0.029589	77	정신건강 의학과	348	942.4015	0.012294

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
28	시설	748	2025.622	0.030674	78	망상	347	962.0883	0.014403
29	범행	735	1528.39	0.030493	79	인정	347	939.6934	0.021333
30	병역	734	2161.218	0.012776	80	개정	346	1000.069	0.017657
31	연구	695	1782.64	0.035676	81	증세	341	874.6477	0.017476
32	퇴원	685	1756.99	0.028384	82	사고	338	915.321	0.020248
33	살인	653	1434.788	0.019224	83	국민	338	915.321	0.020429
34	살해	647	1489.773	0.019344	84	전문가	331	873.528	0.021695
35	진료	644	1415.013	0.024708	85	검사	327	962.8315	0.019103
36	약물	638	1469.049	0.02284	86	편견	320	924.919	0.015186
37	정신병	616	1418.392	0.033807	87	지역	315	892.4622	0.018923
38	관리	600	1490.944	0.029951	88	지속	312	883.9626	0.016753
39	사망	575	1629.098	0.018802	89	발견	309	836.7875	0.01844
40	정신과	551	1210.671	0.021454	90	현장	309	836.7875	0.01597
41	남성	509	1172.016	0.023201	91	게임	306	1257.927	0.015548
42	어머니	500	1354.025	0.02971	92	폭력	305	898.0539	0.01832
43	사회복지	491	1329.653	0.018079	93	수사	302	837.3218	0.015367
44	인권	491	1391.108	0.018561	94	선고	302	872.8923	0.010064
45	생활	482	1109.846	0.02513	95	판정	298	861.3308	0.014644
46	위험	481	1195.24	0.023985	96	해당	297	823.4589	0.020369
47	구속	480	1105.241	0.014704	97	마음	295	868.6095	0.021032
48	아들	466	1372.109	0.026214	98	의원	294	946.3495	0.019826
49	국가인권위원회	456	1580.376	0.022237	99	심리	292	859.7762	0.017717
50	자살	449	1297.777	0.021454	100	중독	291	924.8137	0.014041

나. CONCOR 분석

[그림 3-6] 2009년-2018년 CONCOR 분석 결과



CONCOR 분석 결과 8개의 군집으로 분류되었다. 첫 번째는 '정신장애인과 생활' 군집으로 정신장애, 진료, 사회복지, 정신질환자, 정신건강, 의료, 진단, 가족, 센터, 생활 등의 키워드가 포함되어 있다. 두 번째는 '정신분열증 및 조현병' 군집으로 교수, 연구, 증상, 정신병, 약물, 범죄 등의 키워드가 포함되어 있다. 세 번째는 '범행 및 살해' 키워드로 여성, 남성, 살인, 사건, 범행, 피해자 등의 범죄 관련 키워드들이 포함되어 있다. 네 번째는 '우울 및 정신질환' 군집으로 신경, 사회, 병역, 정신질환, 정신과, 자살, 치료, 우울증과 같은 정신질환과 관련한 키워드들이 포함되어 있다. 다섯 번째는 '인권 및 정신병원' 군집으로 정신병원, 시설, 입원, 인권, 국가인권위원회, 의사, 병원, 퇴원 등 강제입원과 인권 관련한 키워드들이 포함된다. 여섯 번째는 '구속 및 수사' 군집으로 경찰, 조사, 혐의, 아들, 구속, 폭행 등의 키워드가 포함된다. 일곱 번째는 '흉기' 군집으로 흉기 키워드는 여덟 번째 군집인 '사망 및 난동' 군집과 높은 연결 정도를 보이며 별도로 분리되는 양상을 보였다.

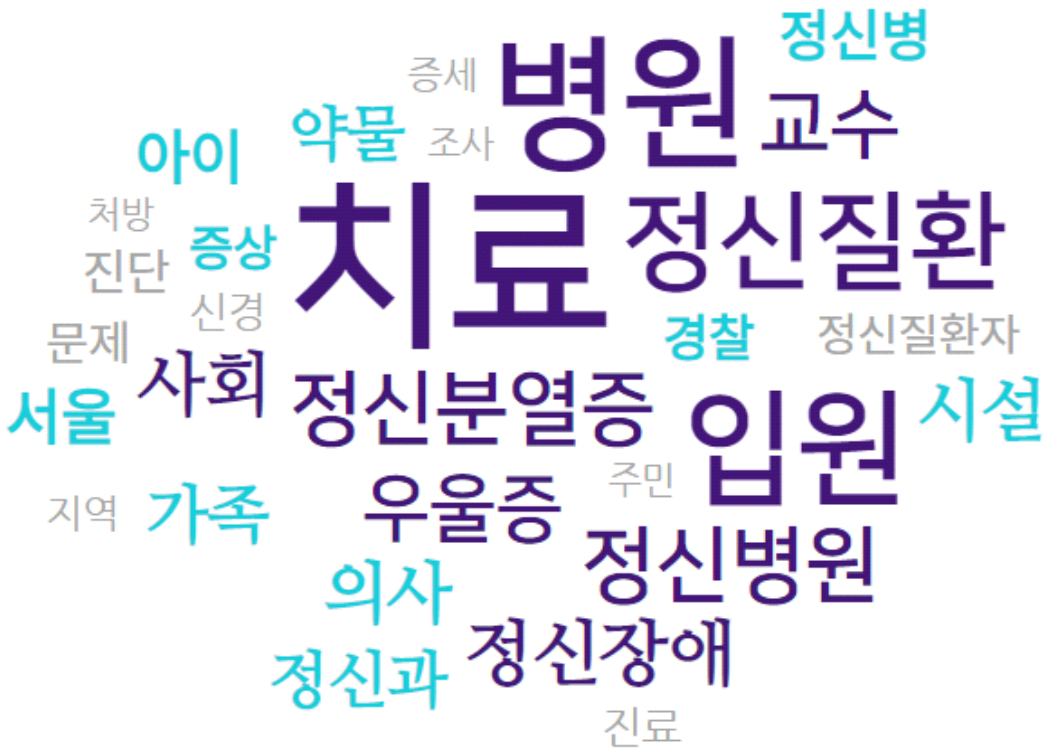
국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 연도별 분석

가. 2009년~2010년

1) 빈도분석

[그림 3-7] 2009년-2010년 워드클라우드



2009년부터 2010년까지는 치료가 가장 높은 빈도로 나타나고, 병원, 입원, 정신질환, 정신병원, 우울증, 정신장애, 약물, 증상 등의 비교적 중립적이거나 치료적 관점의 용어들이 상위를 차지하였다. 한편 부정적 보도와 관련해서는 32위 병역, 42위 혐의, 43위 사건, 46위 군대 등 주로 병역비리와 관련한 보도가 많이 이루어진 것으로 나타난다.

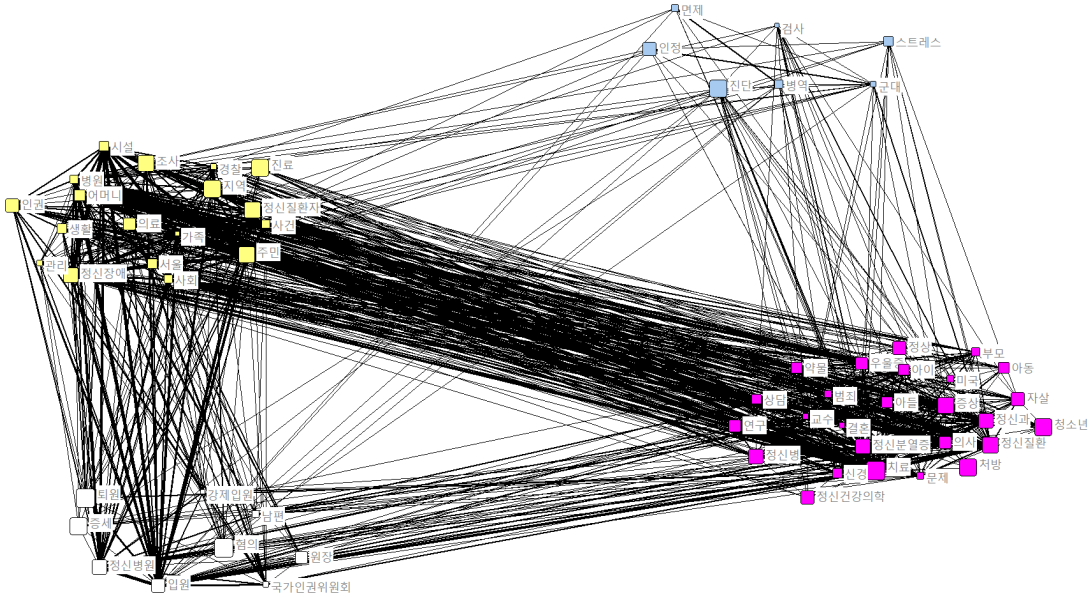
[표 3-4] 2009년-2010년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	321	352.6545	0.057293	31	연구	61	156.4619	0.015905
2	병원	254	352.1188	0.050425	32	병역	61	172.826	0.008856
3	입원	222	397.7706	0.036327	33	부모	60	143.8737	0.015905
4	정신질환	191	264.7822	0.044461	34	인권	60	182.6713	0.011748
5	정신병원	150	329.5837	0.028917	35	강제입원	59	167.1596	0.012471
6	정신분열증	145	282.157	0.035424	36	생활	58	144.1246	0.014278
7	교수	141	274.3733	0.031448	37	청소년	56	147.7872	0.010663
8	우울증	134	240.0958	0.030905	38	국가인권위원회	55	200.0672	0.012651
9	정신장애	130	323.0379	0.032171	39	검사	54	152.9935	0.015182
10	사회	128	229.3452	0.029821	40	어머니	54	169.3167	0.015362
11	시설	124	371.4708	0.024761	41	미국	53	135.9423	0.014278
12	의사	123	220.3864	0.027472	42	혐의	53	135.9423	0.011025
13	가족	116	254.8781	0.02964	43	사건	52	140.8186	0.016266
14	정신과	113	202.4688	0.014639	44	의료	51	152.7823	0.011928
15	약물	111	230.818	0.017893	45	원장	51	144.4939	0.01229
16	서울	110	197.0935	0.023676	46	군대	51	147.409	0.011386
17	아이	107	256.5748	0.028014	47	스트레스	49	129.3138	0.013374
18	정신병	100	207.9442	0.024941	48	인정	48	133.0843	0.011928
19	경찰	92	228.6114	0.022772	49	상담	47	124.0357	0.011928
20	증상	88	182.9909	0.022592	50	결혼	46	167.329	0.012651
21	진단	87	155.8831	0.018435	51	자살	46	153.2814	0.011928
22	문제	84	163.4565	0.025845	52	아동	45	149.9492	0.011567
23	정신질환자	82	216.4027	0.023134	53	정상	44	116.1185	0.013374
24	진료	80	175.778	0.016808	54	관리	44	127.1764	0.013194
25	신경	75	172.6939	0.014459	55	범죄	44	139.8344	0.011748
26	지역	73	168.0887	0.01482	56	면제	43	130.9145	0.007772
27	증세	70	145.5609	0.014278	57	아들	40	145.5034	0.01229
28	조사	67	160.659	0.017893	58	정신건강의학	40	117.7776	0.010483
29	처방	66	151.9706	0.014278	59	퇴원	39	125.5362	0.009037
30	주민	64	232.8055	0.017893	60	남편	39	138.6586	0.011928

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-8] 2009년-2010년 CONCOR 분석 결과

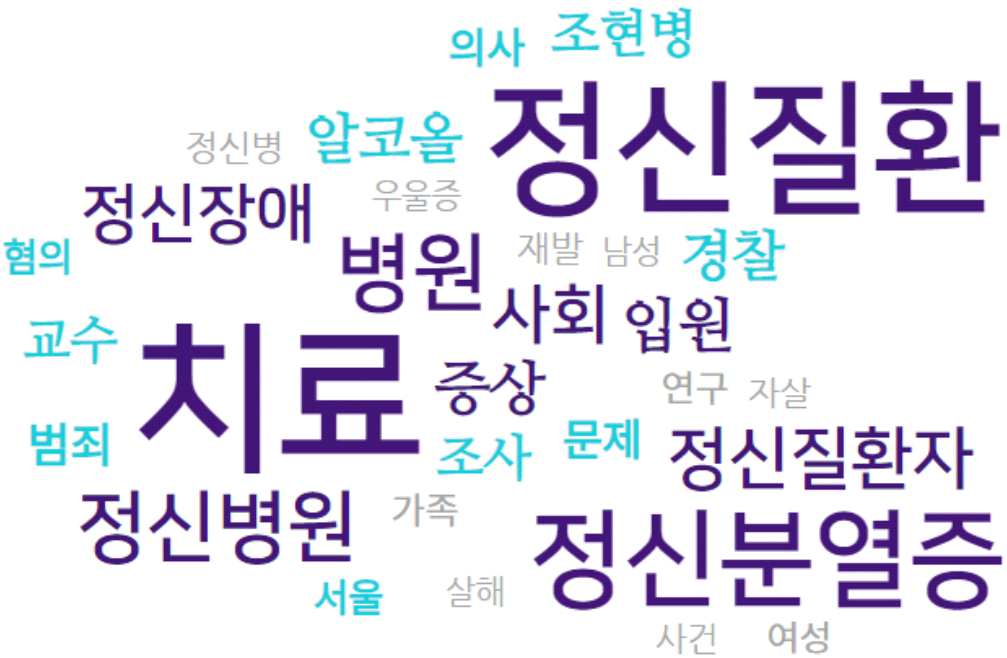


이 시기의 의미연결망을 살펴본 결과 네 가지 군집으로 나뉘어졌으며, 각 군집명과 주요키워드는 다음과 같다. '정신장애인과 생활' 군집인 시설, 조사, 어머니, 인권, 생활, 관리, 사회, 주민, 경찰, 진료 등의 키워드가 포함되었다. 두 번째는 '정신질환 및 치료' 군집으로 치료, 우울증, 약물, 상담, 교수, 신경, 정신질환, 정신과, 청소년, 정상, 문제, 범죄 등의 키워드가 포함되었다. 세 번째는 '인권과 정신병원' 군집으로 정신병원, 입원, 퇴원, 증세, 강제입원, 원장, 혐의, 국가인권위원회 등의 키워드가 포함된다. 마지막은 '병역비리' 군집으로 스트레스, 군대, 검사, 진단, 면제, 인정 등의 키워드가 포함되었다. 이 시기에는 폭력적인 범죄와 관련된 키워드의 빈도가 높지 않았으며, 부정적 키워드인 병역비리는 다른 군집과 분리되는 양상을 보이고, '범죄' 키워드 역시 치료적 관점의 키워드들과 같은 군집 안에 속한 것으로 분석된다.

나. 2011년~2012년

1) 빈도분석

[그림 3-9] 2011년-2012년 워드클라우드



2011년부터 2012년까지는 범죄, 혐의 등의 키워드가 상위 50개 빈도 키워드로 등장하기 시작하였다. 2011년에 조현병으로 병명이 개정된 시기이기 때문에 13위부터 조현병이라는 단어가 등장하기 시작하며, 상위 50~100대 키워드에 건강보험, 복지 등의 단어도 등장하기도 하였다.

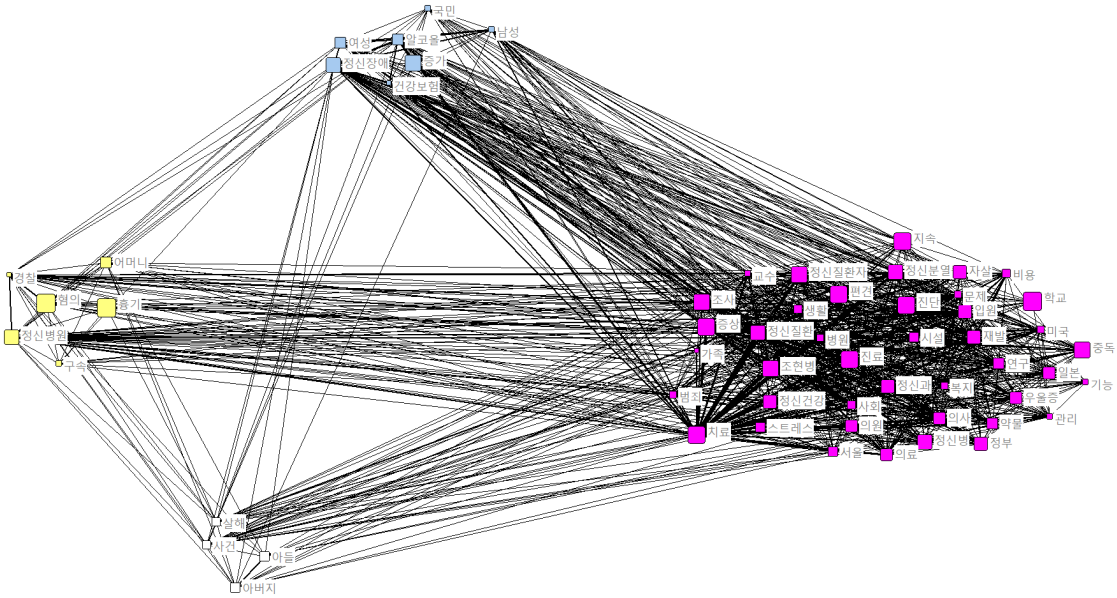
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-5] 2011년-2012년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	338	371.331	0.062396	31	아버지	61	156.4619	0.016197
2	정신질환	299	328.4851	0.063501	32	미국	57	125.2418	0.018038
3	정신분열증	219	303.5985	0.043622	33	약물	57	131.2474	0.011412
4	병원	175	242.6015	0.043254	34	생활	56	108.971	0.014541
5	정신병원	159	255.9006	0.031106	35	일본	56	147.7872	0.015829
6	정신질환자	141	274.3733	0.033131	36	진단	53	116.4529	0.013068
7	정신장애	131	254.9142	0.025032	37	학교	52	114.2557	0.012516
8	사회	131	181.6046	0.028897	38	아들	50	149.7866	0.014357
9	입원	122	196.3514	0.025768	39	정신건강	50	135.4025	0.013068
10	증상	118	211.4276	0.029266	40	의료	49	135.8568	0.010307
11	경찰	113	219.8878	0.024296	41	비용	49	157.7249	0.009571
12	알코올	112	268.5643	0.015461	42	편견	49	125.6825	0.011412
13	조현병	104	281.6372	0.023008	43	관리	48	115.099	0.014725
14	조사	103	165.7721	0.024848	44	흉기	48	133.0843	0.011412
15	교수	100	194.591	0.021351	45	진료	48	123.1176	0.012516
16	범죄	95	218.7456	0.020983	46	지속	48	115.099	0.01086
17	문제	87	155.8831	0.0254	47	중독	45	121.8623	0.008283
18	의사	86	167.3483	0.023008	48	정부	45	115.4227	0.0127
19	서울	77	137.9655	0.020431	49	증가	45	115.4227	0.011228
20	혐의	76	158.0376	0.013989	50	정신과	45	107.9053	0.009571
21	가족	75	164.7918	0.022455	51	의원	44	131.8122	0.011044
22	연구	75	197.9293	0.019694	52	시설	44	136.0059	0.011228
23	재발	71	192.2716	0.013252	53	구속	44	109.3359	0.007178
24	여성	71	170.2506	0.015093	54	어머니	44	112.8578	0.011412
25	정신병	70	161.181	0.018222	55	국민	44	101.3137	0.009387
26	사건	68	141.402	0.018958	56	기능	43	103.1095	0.010491
27	자살	67	160.659	0.01362	57	스트레스	41	101.8812	0.01178
28	살해	65	176.0233	0.012516	58	건강보험	40	117.7776	0.006442
29	남성	64	168.8997	0.012148	59	복지	40	110.9035	0.008099
30	우울증	62	136.2279	0.018222	60	위험	40	102.598	0.01178

2) CONCOR 분석

[그림 3-10] 2011년-2012년 CONCOR 분석 결과



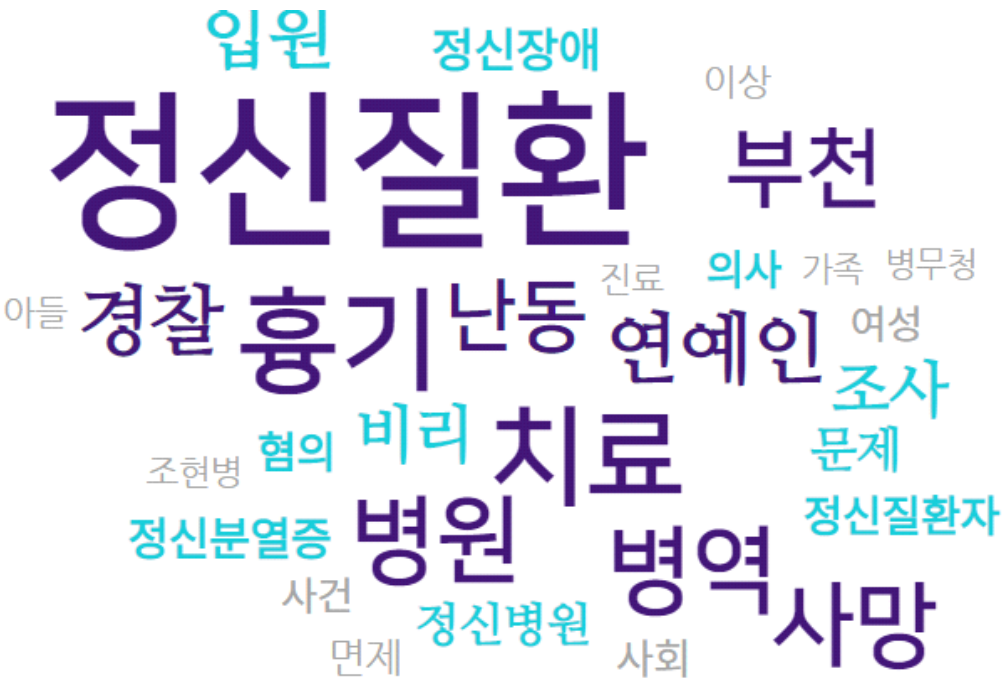
2011-2012년 기사에 대한 CONCOR 분석 결과 먼저 첫 번째 '정신분열 및 조현병 관리' 군집으로 정신분열, 병원, 진료, 사회, 치료, 의원, 의료, 의사, 입원, 시설, 복지, 자살, 약물 등의 키워드와 범죄 키워드 등이 분리되지 않고 하나의 군집에 포함된 것으로 나타났다. 한편 살해, 사건, 아들, 아버지를 포함한 '살해 사건' 군집이 있었으며, 혐의, 경찰, 흉기, 정신병원, 구속, 어머니 등의 키워드를 포함한 '경찰 구속' 군집이 나타났다. 마지막으로 국민, 남성, 여성, 알코올, 정신장애, 건강보험, 증가 등의 키워드는 '건강보험 및 정신장애' 군집으로 명명하였다. 전체적으로 이 시기에는 흉악 범죄와 관련한 키워드의 수가 많지는 않았지만, 관련된 키워드들이 별도의 군집으로 분리되는 양상을 보였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다. 2013년~2014년

1) 빈도분석

[그림 3-11] 2013년-2014년 워드클라우드



2013년-2014년 시기에는 흉악 범죄 관련한 키워드가 상위에 등장하였다. '흉기', '사망'과 같은 키워드가 2위, 6위로 많이 등장하였으며, '경기도', '부천'과 같은 사건과 관련된 직접적인 지역 키워드, 그리고 '난동'과 같은 예측 불가능성을 뜻하는 키워드도 등장하였다. 한편 '병역', '연예인', '면제', '병무청', '위장', '적발' 등의 키워드도 상위에 등장하며 병역 비리와 정신질환의 연관성이 강조되기도 하였다. 이밖에 '주택가'와 같은 단어들을 통해 정신질환자의 위험성을 강조하기도 하였다.

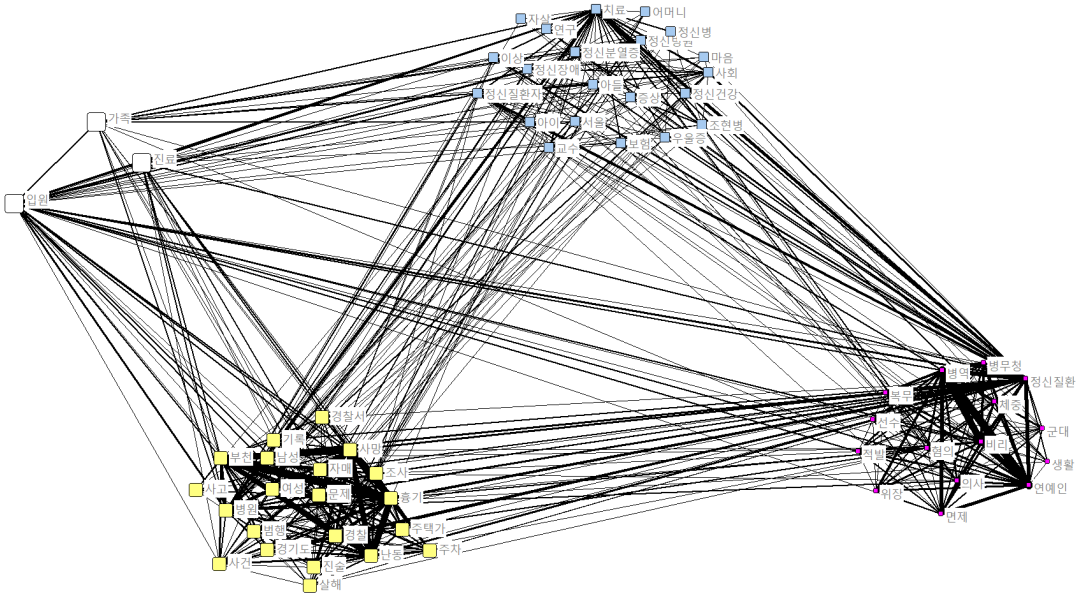
2) CONCOR 분석

[표 3-6] 2013년-2014년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신질환	688	476.8853	0.082784	31	증상	119	247.4535	0.023653
2	흉기	461	897.0646	0.014698	32	교수	117	243.2947	0.025511
3	치료	445	488.8825	0.070451	33	우울증	112	232.8975	0.021794
4	병원	390	270.3274	0.052712	34	자매	105	230.7086	0.007603
5	병역	385	845.9315	0.013854	35	진술	103	200.4287	0.007941
6	사망	372	666.5345	0.020105	36	복무	103	237.1663	0.004899
7	부천	354	815.1151	0.009292	37	남성	102	182.7595	0.015543
8	난동	317	696.5202	0.004393	38	살해	101	196.5369	0.011657
9	연예인	316	757.7349	0.013009	39	서울	100	194.591	0.020443
10	경찰	307	425.5924	0.037844	40	어머니	97	232.5958	0.021794
11	입원	282	309.8087	0.033452	41	경기도	95	184.8615	0.006082
12	비리	252	646.3672	0.005406	42	주차	93	214.1404	0.004562
13	조사	244	268.0614	0.034465	43	생활	93	180.9696	0.015712
14	문제	186	204.3419	0.033114	44	범행	91	209.5352	0.017233
15	정신장애	185	406.4865	0.036324	45	선수	88	232.237	0.007941
16	정신병원	185	359.9934	0.030917	46	군대	87	191.1585	0.008278
17	정신분열증	178	246.7604	0.030917	47	체중	86	226.9589	0.004562
18	정신질환자	168	301.0156	0.030579	48	기록	86	154.0913	0.010644
19	혐의	165	228.7386	0.01605	49	보험	85	276.9382	0.013516
20	의사	162	260.7289	0.023991	50	위장	85	224.3199	0.004393
21	사회	159	255.9006	0.029397	51	적발	81	194.2295	0.007603
22	사건	156	251.0723	0.020443	52	마음	80	191.8316	0.021118
23	여성	154	247.8534	0.024328	53	정신건강	78	211.2279	0.016388
24	면제	151	347.6903	0.007603	54	주택가	76	174.9965	0.002703
25	이상	141	226.9307	0.030748	55	정신병	76	174.9965	0.01605
26	조현병	136	298.8225	0.02568	56	자살	75	186.368	0.014867
27	진료	134	240.0958	0.017064	57	연구	73	187.2413	0.016219
28	아들	131	325.5228	0.024835	58	아이	72	208.1068	0.018077
29	가족	123	239.3469	0.028721	59	사고	72	149.7198	0.011319
30	병무청	122	292.5432	0.009292	60	경찰서	72	129.0067	0.008278

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 3-12] 2013년-2014년 CONCOR 분석 결과

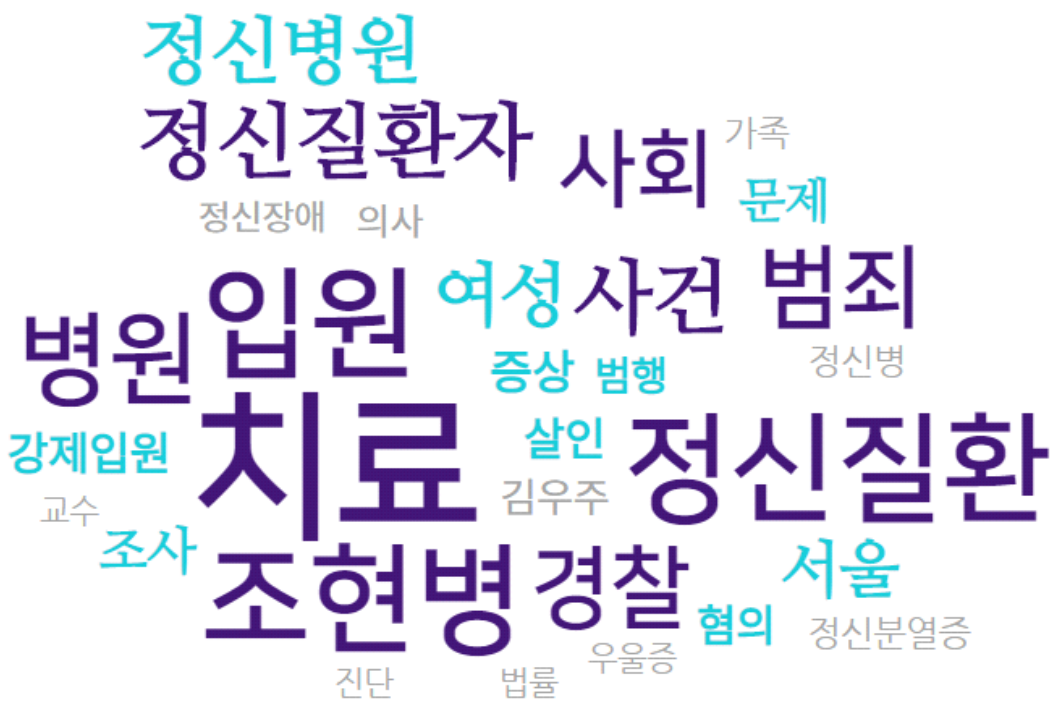


2013년-2014년 시기에는 우선 ‘정신건강과 조현병’ 군집에 정신장애, 정신질환자, 정신건강, 조현병, 정신병, 정신병원, 우울증, 정신분열증, 보험, 증상, 마음, 사회 등의 정신질환자를 지칭하는 용어 및 연관된 비교적 중립적인 용어들이 하나의 군집으로 분류되었다. 두 번째는 가족, 진료, 입원이 포함된 ‘의료’ 군집이 분류되었다. 세 번째 군집은 ‘범죄’ 군집으로 경찰서, 살해, 경찰, 흉기, 주택가, 주차, 난동, 진술, 문제, 자매, 여성, 사건 등으로 범죄 사건과 관련하여 이를 설명하는 키워드들이 포함되었다. 네 번째 군집은 ‘연예인 병역 비리’ 군집으로 적발, 복무, 혐의, 면제, 비리, 병역, 병무청, 군대, 연예인 등이 포함되어 범죄 사건과 분리되어 나타났다.

라. 2015년~2016년

1) 빈도분석

[그림 3-13] 2015년-2016년 워드클라우드



2015년-2016년 시기부터 정신분열증보다 조현병이 더 많이 사용되기 시작하였으며, 또한 정신장애보다 정신질환이 더 많이 사용되었다. 이 시기에는 앞선 시기들보다 범죄, 살인, 혐의 등의 키워드의 순위가 더욱 높게 나타났으며, 강남역 살인 사건이 일어난 시기로 '강남역'이 키워드로 등장했고 '여성'이 14위로 나타났다. 다른 시기에도 전반적으로 여성이 높은 빈도로 나타나고 있긴 하나 이 시기에 특히 높게 나타난다. '위험'이라는 직접적인 키워드 역시 2011-2012년에 60위로 등장하고 2013-2014년에는 등장하지 않았던 것에 비교하여 42위로 나타났다. 또한 김우주라는 키워드는 병역 비리 관련한 사건으로, 병역 역시 35위로 높은 순위로 연관되어 나타나고 있다.

한편 국가인권위원회, 인권, 정신건강복지법 등의 용어들도 등장하며 정신장애인의 인권에 대한 기사들의 빈도도 높아지기 시작하였다.

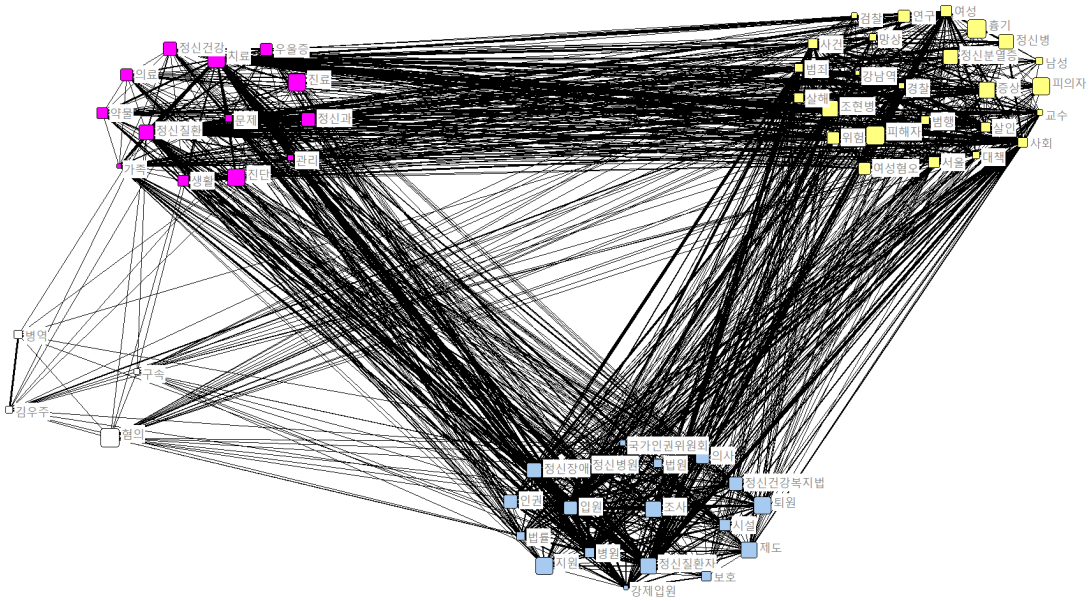
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-7] 2015년-2016년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	954	1048.076	0.078744	31	정신건강	185	500.9893	0.020003
2	입원	714	989.8142	0.054437	32	병역	184	471.9507	0.010254
3	조현병	704	1133.044	0.062919	33	약물	183	421.3731	0.018863
4	정신질환	696	764.6342	0.072921	34	생활	175	384.5143	0.023167
5	병원	592	820.6863	0.059881	35	강남역	174	400.6498	0.014179
6	범죄	538	963.9666	0.04355	36	퇴원	172	427.4039	0.020762
7	경찰	531	736.1223	0.051652	37	망상	172	427.4039	0.018483
8	사회	513	825.6416	0.053678	38	흉기	170	373.5282	0.015192
9	정신질환자	501	897.6715	0.051526	39	연구	166	449.5363	0.024307
10	사건	487	675.1254	0.043676	40	진료	165	379.9265	0.019116
11	정신병원	443	862.0382	0.045069	41	정신과	156	342.767	0.014306
12	여성	427	765.0813	0.046968	42	위험	156	374.0717	0.020889
13	서울	372	515.7015	0.037093	43	국가인권위원회	156	540.6548	0.020256
14	조사	308	495.7069	0.036587	44	관리	150	384.7424	0.021648
15	문제	284	508.8597	0.041018	45	인권	148	427.775	0.015318
16	증상	277	539.0171	0.033295	46	남성	142	326.9671	0.020129
17	강제입원	274	723.1017	0.029371	47	정신건강복지법	141	390.935	0.014559
18	살인	267	519.558	0.015192	48	지원	140	388.1624	0.021395
19	혐의	257	460.4822	0.019243	49	시설	135	397.4993	0.019876
20	범행	238	463.1266	0.028864	50	검찰	134	343.7032	0.014939
21	김우주	237	568.3012	0.011014	51	보호	130	352.0465	0.015951
22	의사	224	435.8839	0.024813	52	피의자	130	323.0379	0.010761
23	정신장애	213	546.3342	0.030637	53	여성혐오	130	368.3177	0.013419
24	정신분열증	212	412.533	0.024054	54	구속	129	283.442	0.009368
25	정신병	212	440.8416	0.023041	55	살해	128	318.0681	0.012533
26	가족	210	436.6827	0.031143	56	대책	125	329.8822	0.0119
27	진단	194	403.4117	0.023547	57	의료	124	335.7982	0.016458
28	우울증	192	492.4703	0.028105	58	제도	121	335.4832	0.015825
29	교수	192	477.1021	0.02494	59	법원	121	335.4832	0.018483
30	법률	188	432.886	0.02494	60	피해자	118	319.5499	0.01899

2) CONCOR 분석

[그림 3-14] 2015년-2016년 CONCOR 분석 결과



CONCOR 분석 결과 '강남역 살인사건 및 범죄' 군집, '정신질환 및 생활' 군집, '강제입원과 인권' 군집, '병역비리' 군집 네 가지로 나뉘었다. 첫 번째 '강남역 살인사건 및 범죄' 군집에는 조현병, 정신분열증, 정신병, 여성, 남성, 피의자, 피해자, 살인, 여성혐오, 사건, 범죄, 살해, 망상, 경찰, 위험, 범행, 흉기 등과 같은 강남역 살인사건의 피의자, 피해자와 범행에 관한 키워드들이 포함되었다. 두 번째 '정신질환 및 생활' 군집에는 우울증, 정신질환, 약물, 생활, 진단, 관리, 정신과, 의료, 치료 등이 포함되면서 의료적·치료적 관점의 키워드들이 포함되었다. 세 번째 '강제입원과 인권' 군집에는 국가인권위원회, 강제입원, 보호, 시설, 제도, 퇴원, 정신건강복지법, 정신질환자, 정신장애, 인권, 입원 등의 용어들이 포함되면서 인권에 대한 용어들이 나타났다. 네 번째 '병역비리' 군집에는 병역, 김우주, 혐의, 구속 키워드 4개가 포함되었다.

이 시기에는 조현병, 정신분열증과 같은 조현병 환자와 정신장애인, 정신질환자에 대한 키워드들이 언론 보도의 경향 및 맥락에 따라서 같은 대상을 지칭하더라도 다른 용어로 사용되고 있음을 관찰할 수 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마. 2017년~2018년

1) 빈도분석

[그림 3-15] 2017년-2018년 워드클라우드

2017년~2018년부터는 조현병이라는 병명이 보편적으로 사용되고 있으며 정신분열증이 상위 60개 키워드에 등장하지 않고 있어, 병명 개정 이후 정신분열증이라는 용어가 더 이상 사용되지 않고 있음을 관찰할 수 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 경찰, 범죄, 문제, 범행, 혐의, 사건, 흉기, 살해 등의 키워드가 높게 나타나 조현병 병명 개정 이후에도 여전히 범행과 살인 등을 기사에서 활용하는 빈도는 높다는 것을 알 수 있다.

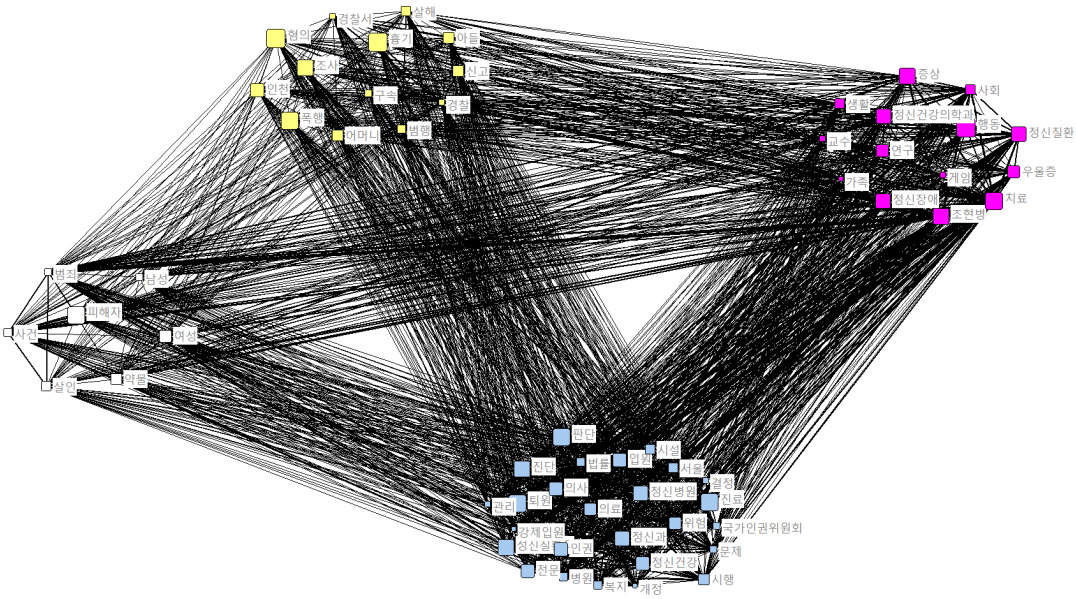
[표 3-8] 2017년-2018년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	조현병	1682	1165.874	0.102947	31	관리	318	698.7174	0.029475
2	치료	1325	918.42	0.076356	32	여성	317	616.8535	0.032144
3	병원	1124	1234.84	0.075075	33	우울증	313	609.0699	0.028086
4	경찰	964	1059.062	0.067172	34	살인	303	542.9031	0.018368
5	입원	913	1003.033	0.055105	35	복지	288	598.8792	0.012067
6	정신질환	874	960.1871	0.070269	36	게임	261	942.4496	0.023921
7	정신병원	650	1046.135	0.050726	37	위험	245	509.4632	0.024669
8	범죄	566	1101.385	0.03962	38	생활	241	468.9643	0.024135
9	사회	548	881.972	0.048056	39	정신과	239	496.9865	0.017834
10	조사	525	576.7715	0.045387	40	구속	234	486.5893	0.016126
11	사건	497	688.9883	0.043464	41	행동	227	472.0332	0.029261
12	정신질환자	474	849.294	0.039727	42	인권	227	582.2435	0.017407
13	증상	458	737.1226	0.038765	43	어머니	222	551.6493	0.025844
14	법률	449	873.7137	0.032892	44	진료	217	499.661	0.018795
15	강제입원	439	964.5816	0.032678	45	약물	217	499.661	0.017087
16	혐의	423	586.4025	0.022853	46	신고	209	434.6033	0.016553
17	퇴원	411	903.0593	0.034173	47	의료	204	448.2338	0.021679
18	교수	389	756.959	0.037164	48	경찰서	202	393.0739	0.015698
19	가족	381	682.6604	0.038979	49	폭행	201	515.5548	0.020077
20	진단	374	727.7704	0.033106	50	개정	200	496.9813	0.016446
21	서울	370	595.492	0.03695	51	전문	200	479.5791	0.016553
22	문제	362	582.6165	0.041969	52	시행	197	472.3854	0.017727
23	범행	361	646.8252	0.031931	53	남성	192	421.8671	0.018689
24	정신건강	352	684.9604	0.027873	54	정신건강의학과	186	428.2808	0.011534
25	시설	346	829.6718	0.027979	55	판단	177	388.9088	0.024028
26	흉기	342	665.5013	0.021679	56	피해자	177	439.8285	0.021999
27	살해	341	663.5554	0.019329	57	결정	171	410.0401	0.020718
28	의사	336	698.6924	0.033319	58	국가인권위원회	170	578.2036	0.018048
29	정신장애	332	796.1012	0.034601	59	아들	162	449.1594	0.01698
30	연구	320	736.8272	0.032144	60	인천	158	392.6153	0.013563

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-16] 2017년-2018년 CONCOR 분석 결과



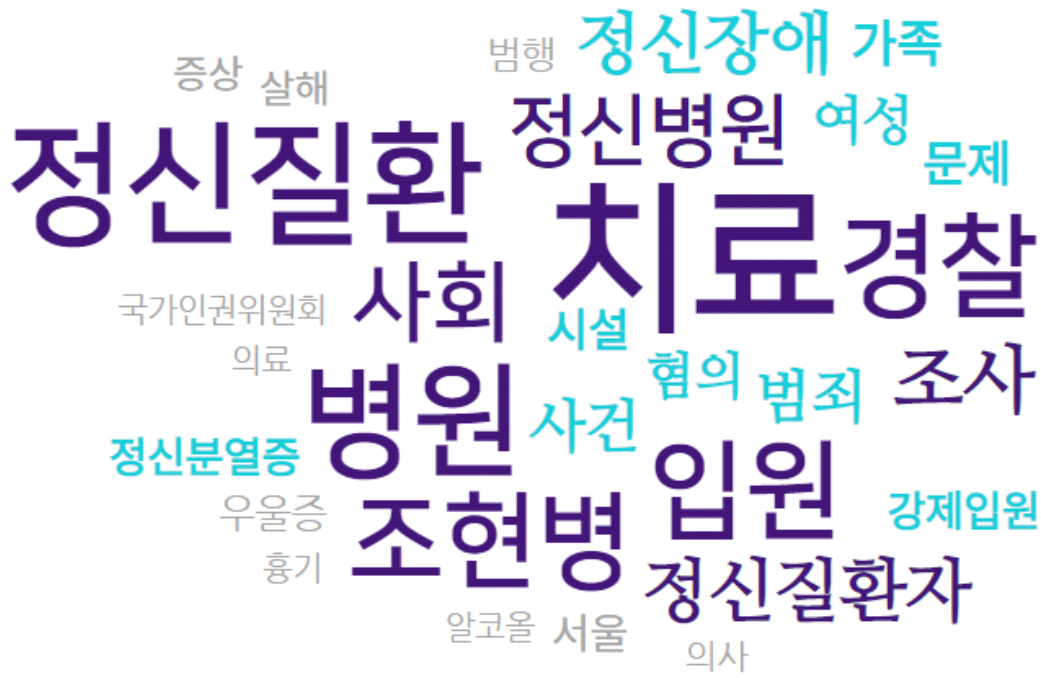
2017년부터 2018년까지는 ‘정신장애인 인권과 복지’ 군집, ‘정신질환과 치료’ 군집, ‘범죄 사건’ 군집, ‘흉기 및 혐의’ 군집 네 가지로 나뉘었다. 첫 번째 ‘정신장애인 인권과 복지’ 군집에서는 법률, 진단, 관리, 퇴원, 강제입원, 정신질환, 인권, 전문, 병원, 복지, 정신건강, 국가인권위원회, 시행, 진료 등이 포함되면서 정신장애인의 인권과 사회복지적 개입에 대한 키워드들이 함께 묶였다. 두 번째 군집은 ‘정신질환과 치료’ 군집으로 이 시기는 다른 시기와 달리 정신질환, 정신장애, 우울증 등과 조현병이 한 군집에 포함되면서 정신건강의학과, 치료, 증상, 생활 등의 의료적·치료적 키워드들이 포함되었다. 세 번째 군집은 ‘범죄사건’ 군집으로 범죄, 피해자, 살인, 사건, 여성, 약물 등으로 범죄 사건에 대한 피의자와 피해자를 묘사하며 정신질환자의 ‘약물’에 대한 키워드가 함께 묶여 나타났다. 마지막은 ‘흉기 및 혐의’ 군집으로 경찰서, 흉기, 조사, 폭행, 어머니, 범행, 경찰, 신고, 아들, 살해 등 범행 사실과 경찰의 조사, 그리고 어머니와 아들 등 가족에 대한 조현병 환자의 범행에 대한 키워드가 포함되었다.

5. 신문사별 분석

가. 경향신문

1) 빈도분석

[그림 3-17] 경향신문 워드클라우드



신문사별 분석 결과, 경향신문에서는 정신장애인을 지칭하는 데에 있어 정신질환자, 정신장애라는 키워드를 다른 신문사들보다 많이 사용하는 경향을 보였다. 여성, 혐의, 범죄, 조사 등과 같은 강력범죄 사건과 관련한 키워드들도 상위 빈도로 나타나는 한편 강제입원, 국가인권위원회, 복지, 인권, 지원 등의 정신장애인 지원과 관련한 키워드들도 비교적 빈도가 높게 나타났다.

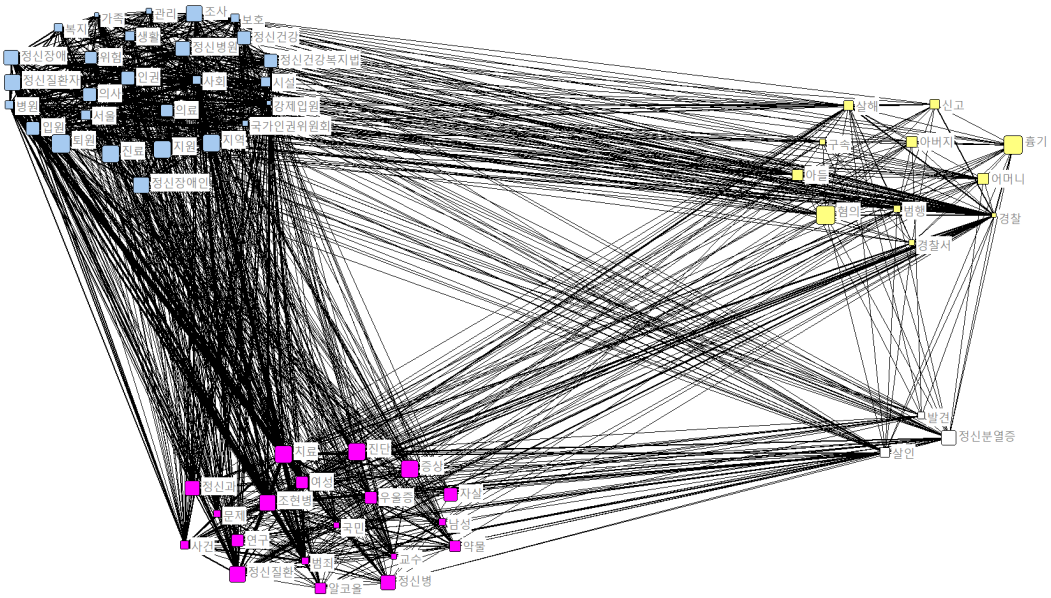
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-9] 경향신문 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	779	0	0.077874	31	교수	155	277.7227	0.022525
2	정신질환	637	441.5348	0.078002	32	정신건강	153	274.1392	0.021882
3	병원	592	0	0.063843	33	연구	148	307.7573	0.023298
4	경찰	533	369.4474	0.061398	34	정신과	148	205.1716	0.016347
5	입원	515	356.9708	0.044665	35	살인	147	263.3886	0.012099
6	조현병	500	693.1472	0.054833	36	정신병	147	263.3886	0.020981
7	사회	427	295.9738	0.047239	37	아들	134	294.4281	0.018535
8	정신병원	376	413.0782	0.042863	38	인권	134	278.6452	0.014159
9	조사	359	248.8398	0.044279	39	지원	133	258.806	0.019694
10	정신질환자	340	471.3401	0.043249	40	복지	132	274.4863	0.012357
11	정신장애	332	534.3334	0.040288	41	지역	131	234.7205	0.019179
12	사건	285	313.1045	0.035397	42	남성	127	227.5535	0.019436
13	범죄	284	508.8597	0.030377	43	생활	126	202.7892	0.018535
14	여성	259	416.8444	0.036684	44	관리	124	241.2929	0.020595
15	혐의	256	281.2447	0.020981	45	약물	124	222.1782	0.015961
16	가족	249	345.1873	0.035783	46	진료	120	215.0111	0.016604
17	문제	238	261.4697	0.037585	47	퇴원	118	259.2725	0.015832
18	시설	219	455.3977	0.023555	48	어머니	115	264.7973	0.01802
19	강제입원	209	434.6033	0.026644	49	진단	114	183.4759	0.017377
20	정신분열증	209	289.7355	0.030892	50	정신장애인	113	289.8393	0.01802
21	서울	204	224.1169	0.028318	51	구속	113	202.4688	0.010297
22	살해	194	312.231	0.017377	52	위험	106	206.2665	0.01506
23	증상	193	267.5548	0.027932	53	발견	105	204.3206	0.015446
24	우울증	190	305.7932	0.027545	54	경찰서	103	165.7721	0.013387
25	범행	186	257.8508	0.027031	55	신고	101	180.9677	0.010555
26	의사	166	267.1667	0.022654	56	정신건강복지법	100	219.7225	0.011971
27	알코올	160	368.4136	0.013901	57	아버지	97	241.0359	0.013129
28	의료	159	309.3997	0.020595	58	자살	97	223.3508	0.01403
29	국가인권위원회	158	416.9711	0.018406	59	국민	96	210.9336	0.015446
30	흉기	156	279.5145	0.016604	60	보호	94	195.4675	0.014802

2) CONCOR 분석

[그림 3-18] 경향신문 CONCOR 분석 결과



경향신문의 키워드들을 CONCOR 분석한 결과 먼저 ‘인권 및 복지’ 군집, ‘범죄사건’ 군집, ‘정신분열증 및 살인’ 군집, ‘정신질환 및 의료’ 군집으로 분류되었다. ‘인권 및 복지’ 군집에는 국가인권위원회, 지원, 진료, 퇴원, 지역, 정신장애, 정신건강, 강제입원, 인권, 관리 등의 키워드가 포함되며 강제입원과 인권문제, 정신장애인의 관리 및 지역사회에 대한 키워드들이 한 군집으로 나타났고 키워드 수가 가장 많이 포함되었다. 두 번째는 살해, 신고, 아버지, 어머니, 아들, 구속, 혐의, 범행 등이 포함되며 범죄사건과 그 가족에 대한 키워드로 구성되었으며, ‘범죄사건’ 군집으로 명명하였다. 세 번째는 ‘정신분열증 및 살인’ 군집으로 정신분열증, 발견, 살인과 같은 사건에 대한 직후 보도와 관련한 키워드들로 구성되었다. ‘문제 및 의료’ 군집으로 여성, 범죄, 자살, 문제 등의 범죄 등에 관한 부정적 키워드들과 약물, 진단, 증상, 치료, 정신과 등과 같은 의료적·치료적 키워드들이 한 그룹으로 나타나며 범죄 보도와 치료의 필요성을 함께 언급하는 경향이 있었음을 확인할 수 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

나. 동아일보

1) 빈도분석

[그림 3-19] 동아일보 워드클라우드

동아일보 기사에 나타난 키워드 빈도분석 결과, 부천, 서울, 경기도와 같은 키워드의 빈도가 높게 나타나며 지역과 사건, 난동, 흉기 등의 예측 불가능한 범죄를 묘사하는 키워드들의 빈도가 높았다. 또한 병역, 연예인, 비리, 김우주 등의 연예인 병역비리에 대한 보도도 있었다. 그밖에 강제입원, 관리, 지역, 퇴원 등과 같은 강제입원 문제와 지역사회 복귀에 대한 키워드들도 있었으나 '인권'을 직접적으로 언급하는 키워드들은 나타나지 않았다.

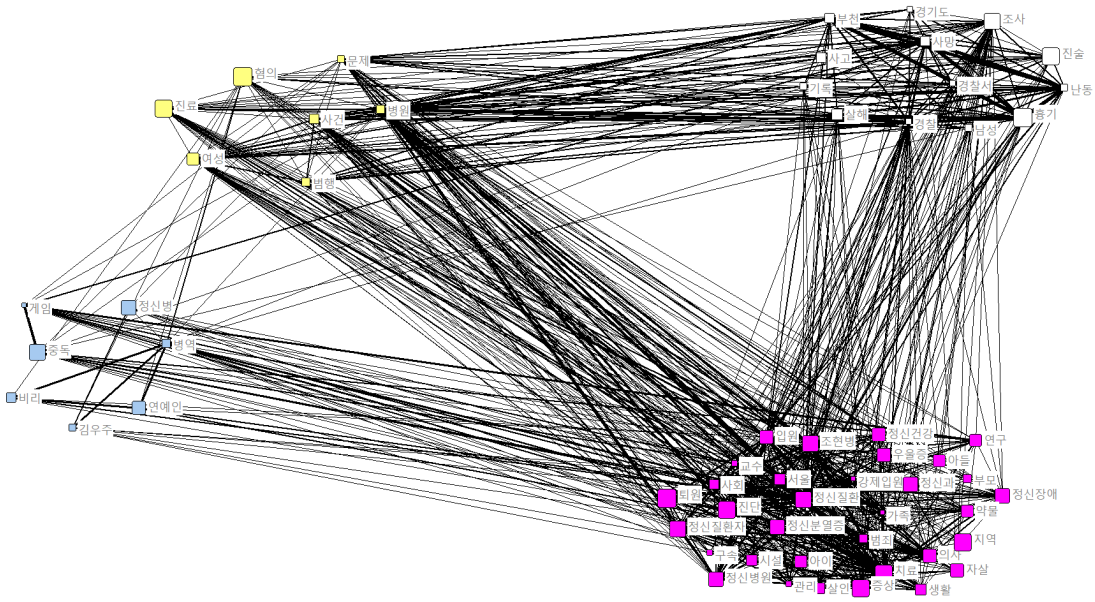
[표 3-10] 동아일보 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	578	400.6391	0.071484	31	범행	135	262.6979	0.023313
2	정신질환	538	372.9132	0.069477	32	약물	131	234.7205	0.017292
3	병원	459	318.1546	0.055118	33	가족	125	223.9699	0.027636
4	경찰	413	453.7269	0.046781	34	정신건강	122	268.0614	0.020534
5	조현병	374	601.9298	0.054964	35	남성	115	185.0854	0.015439
6	흉기	372	598.7109	0.019145	36	진술	114	204.2606	0.012197
7	입원	309	339.4712	0.036282	37	살인	113	219.8878	0.012815
8	사망	291	566.2599	0.013741	38	관리	113	234.9769	0.022078
9	정신병원	270	434.5482	0.038444	39	퇴원	113	260.1921	0.020071
10	사회	265	367.368	0.043847	40	생활	112	200.6771	0.020534
11	부천	263	630.6465	0.005404	41	연예인	108	363.6679	0.007874
12	난동	260	540.6548	0.007874	42	살해	106	189.9265	0.011888
13	조사	248	272.4558	0.032268	43	연구	101	242.1874	0.02285
14	사건	225	247.1878	0.028254	44	자살	100	239.7895	0.018373
15	서울	212	232.9058	0.033812	45	경찰서	99	137.2431	0.01405
16	병역	204	538.3677	0.011734	46	김우주	94	353.5528	0.008492
17	문제	202	221.9197	0.03443	47	비리	92	303.217	0.004632
18	정신질환자	198	354.7684	0.035973	48	정신병	90	197.7502	0.014513
19	의사	193	267.5548	0.031187	49	부모	89	185.0703	0.019608
20	여성	180	249.533	0.028563	50	아이	88	202.6275	0.020997
21	증상	180	289.6988	0.02918	51	게임	88	330.9856	0.016366
22	범죄	175	340.5343	0.025784	52	시설	87	216.1869	0.016366
23	정신분열증	173	278.4328	0.027482	53	구속	87	180.9114	0.010653
24	정신장애	169	371.331	0.033812	54	지역	85	165.4024	0.01405
25	혐의	165	228.7386	0.020689	55	정신과	83	161.5105	0.011116
26	진료	164	227.3523	0.021924	56	기록	83	148.716	0.010499
27	우울증	163	262.3384	0.03057	57	아들	83	230.1249	0.016057
28	강제입원	157	390.1303	0.023931	58	중독	79	228.3394	0.01405
29	진단	150	268.7639	0.023931	59	경기도	78	162.1964	0.004941
30	교수	145	259.8051	0.026247	60	사고	77	169.1863	0.011734

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-20] 동아일보 CONCOR 분석 결과

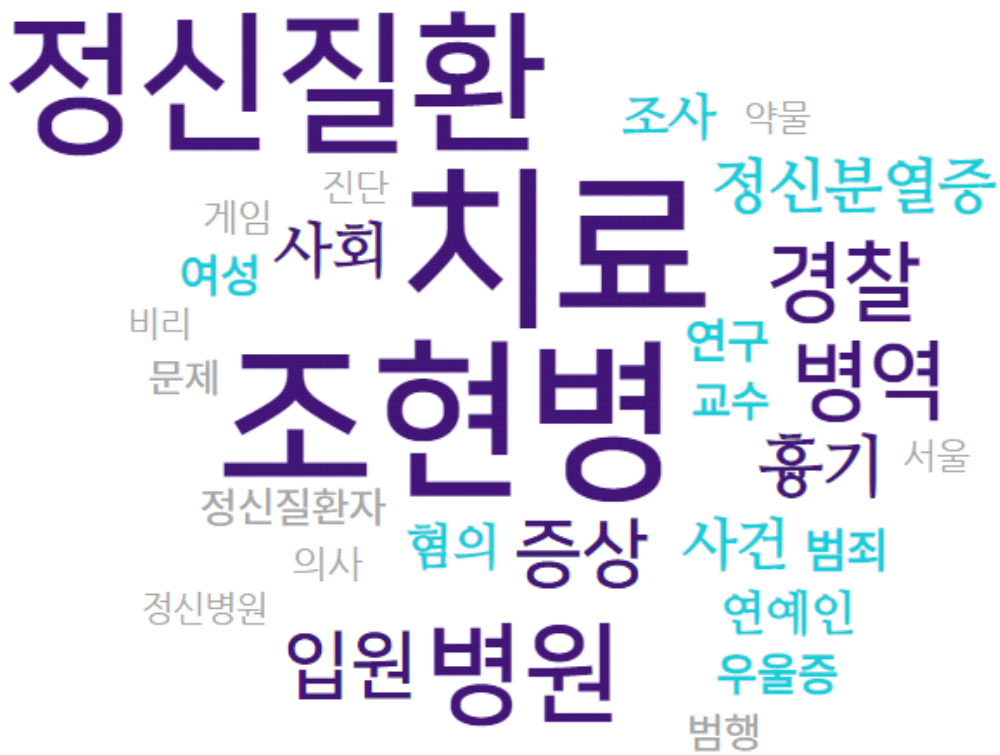


동아일보 기사에 나타난 키워드 CONCOR 분석 결과, ‘범죄 및 병원’ 군집, ‘경찰서 및 살해’ 군집, ‘연예인 병역비리’ 군집, ‘정신질환 및 관리’ 군집으로 분류되었다. ‘범죄 및 병원’ 군집에는 문제, 병원, 진료, 범행, 여성, 사건, 혐의 등의 범죄 관련한 키워드와 병원 관련한 키워드가 함께 포함되어 범죄 및 병원 군집으로 명명하였다. 두 번째는 ‘경찰서 및 사건’ 군집으로 경찰서, 진술, 기록, 조사, 사망, 사고, 난동, 흉기 등의 군집으로 경찰서의 조사 과정과 살인과 같은 강력 사건에 대한 묘사적인 키워드들이 나타나 경찰서 및 사건 군집으로 명명하였다. 세 번째는 ‘연예인 병역비리’ 군집으로 연예인, 비리, 김우주, 병역 등의 키워드들이 포함되었다. 마지막은 ‘정신질환 및 관리’ 군집으로 퇴원, 강제입원, 시설, 관리 등의 시설 관련 키워드와 치료, 의사, 약물 등 치료적 관점의 키워드, 범죄, 구속, 살인과 같은 범죄 관련 키워드들이 한 군집으로 묶이며 군집 안의 연결 빈도가 높게 나타나고 있다. 즉, 범죄 관련한 보도가 시설, 치료 등과 함께 나타나고 있어 ‘정신질환 및 관리’ 군집으로 명명하였다.

다. 조선일보

1) 빈도분석

[그림 3-21] 조선일보 워드클라우드



조선일보 기사에 나타난 키워드 빈도분석 결과, 병역, 연예인, 비리, 김우주, 병무청, 면제와 같은 연예인 병역 비리 관련 키워드들의 순위가 높게 나타났으며, 경찰, 흉기, 혐의, 범죄 등도 상위 30위 키워드 안에 다수 포함되었다. 한편 '정신장애' 키워드가 상위 60개 안에 나타나지 않았다는 점과 인권 관련 키워드가 나타나지 않았다는 점이 특징적이다.

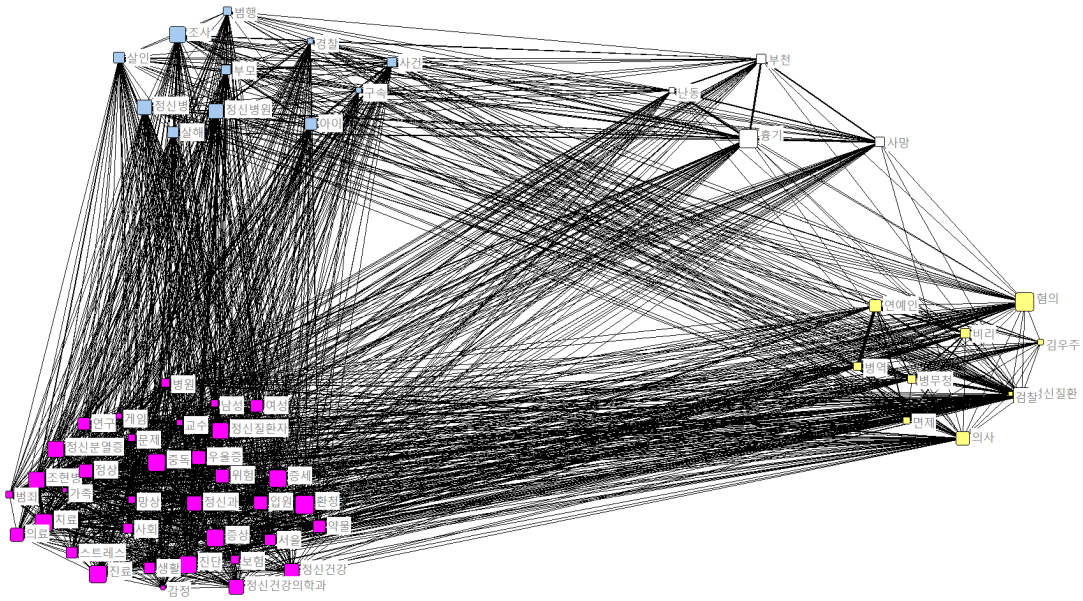
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-11] 조선일보 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	740	1190.984	0.069161	31	정신병	166	460.2497	0.024986
2	조현병	732	1424.406	0.075235	32	살인	157	444.8145	0.01698
3	정신질환	648	1042.916	0.066676	33	살해	147	416.4824	0.016013
4	병원	482	1002.291	0.052733	34	김우주	143	448.3757	0.008697
5	경찰	388	755.0131	0.044865	35	생활	141	407.5424	0.017394
6	병역	388	1099.287	0.016565	36	환청	141	407.5424	0.013666
7	입원	337	740.4647	0.034235	37	진료	138	432.6982	0.016427
8	증상	334	800.897	0.043208	38	면제	134	460.1543	0.007731
9	흉기	307	810.1906	0.019188	39	남성	124	383.2893	0.016013
10	정신분열증	279	642.4212	0.036582	40	병무청	124	399.1406	0.008007
11	사회	279	642.4212	0.038929	41	아이	123	465.4553	0.023882
12	사건	262	628.2486	0.031612	42	가족	123	355.5157	0.020845
13	조사	233	536.5023	0.028299	43	정상	119	362.2982	0.018222
14	혐의	233	536.5023	0.017256	44	사망	115	442.767	0.0127
15	연예인	226	874.8914	0.010215	45	구속	114	341.5135	0.011596
16	연구	220	680.0293	0.035616	46	보험	108	415.8159	0.01201
17	범죄	219	593.063	0.027333	47	정신건강	108	370.8706	0.016289
18	우울증	218	604.4243	0.028437	48	난동	107	456.1067	0.005798
19	여성	212	574.1066	0.032441	49	위험	107	352.6545	0.016703
20	교수	205	555.1503	0.031336	50	감정	106	370.6298	0.01905
21	범행	198	507.86	0.026367	51	의료	106	353.2137	0.016289
22	정신질환자	198	522.5334	0.026919	52	중독	106	396.193	0.013943
23	문제	195	500.1651	0.030922	53	검찰	105	324.5595	0.007869
24	의사	185	488.2256	0.023606	54	정신과	104	334.7631	0.013114
25	게임	185	780.6089	0.022363	55	증세	104	316.6303	0.015047
26	서울	180	475.0303	0.021259	56	부천	100	507.5174	0.005798
27	진단	177	467.1131	0.0254	57	정신건강의학과	99	339.9647	0.011596
28	약물	176	508.7054	0.018912	58	부모	97	339.1612	0.018222
29	정신병원	175	505.8151	0.02333	59	스트레스	95	345.5707	0.016565
30	비리	168	729.7593	0.002485	60	망상	95	335.0042	0.01132

2) CONCOR 분석

[그림 3-22] 조선일보 CONCOR 분석 결과



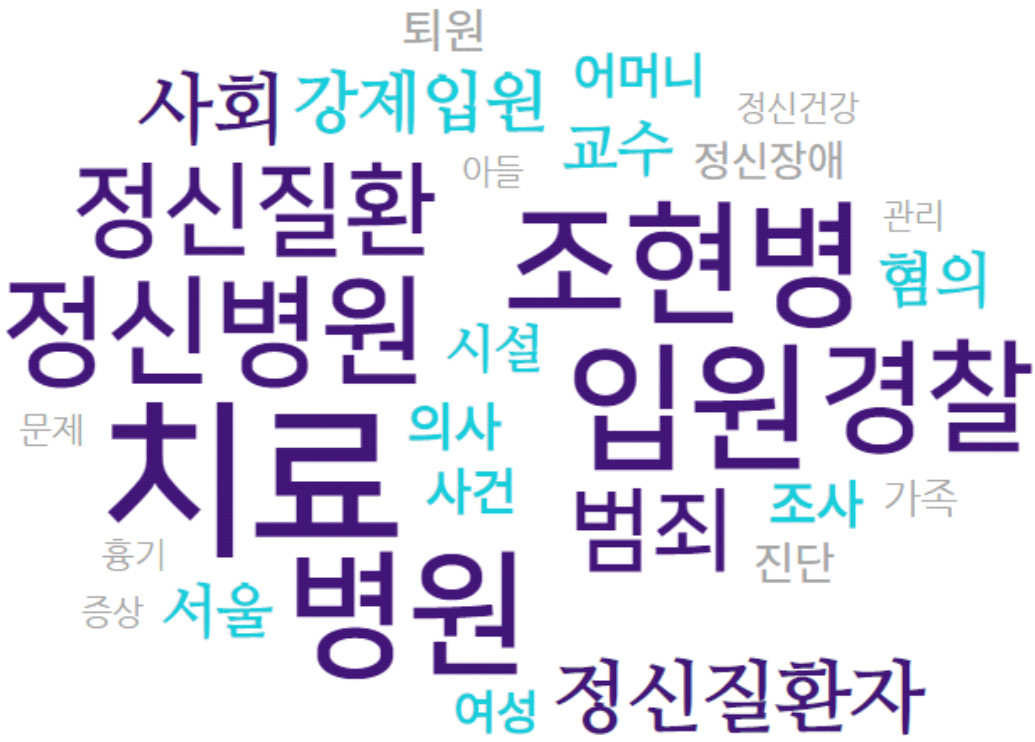
조선일보 기사에 나타난 키워드 CONCOR 분석 결과, ‘연예인 병역비리’ 군집, ‘흉기 및 난동’ 군집, ‘범행 및 조사’ 군집, ‘정신질환자 치료’ 군집으로 분류되었다. ‘연예인 병역비리’ 군집은 혐의, 비리, 연예인, 병역, 면제, 병무청, 검찰, 정신질환, 김우주 등이 포함되었고 다른 신문사에 비하여 병역비리 관련 키워드들의 수가 많이 나타났다. 두 번째 군집은 부천, 난동, 흉기, 사망 등의 키워드가 포함되어 ‘흉기 및 난동’ 군집으로 명명하였다. 세 번째 군집은 범행, 조사, 살인, 정신병, 부모, 정신병, 정신병원, 구속, 사건, 경찰 등이 포함되어 범행 사건 보도와 경찰과 관련된 키워드가 포함되어 ‘범행 및 조사’ 군집으로 명명하였다. 마지막은 가장 많은 키워드가 포함된 군집으로, 정신과, 입원, 환청, 망상, 약물, 증상, 생활, 스트레스, 진료, 감정, 정신분열증, 범죄, 조현병, 정신건강 등의 키워드들이 포함되어 정신질환자의 증상과 이에 대한 치료 및 관리 관련한 키워드가 포함되어 ‘정신질환자 치료’ 군집으로 명명하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라. 중앙일보

1) 빈도분석

[그림 3-23] 중앙일보 워드클라우드



중앙일보 기사에 나타난 키워드 빈도분석 결과, 범죄, 혐의, 흉기 등의 키워드의 순위가 높게 나타나는 한편 강제입원, 시설, 퇴원, 정신장애, 관리 등의 정신장애인의 강제입원 및 인권 문제와 관련한 키워드들의 순위도 높게 나타났다. 다른 신문사에 비해 '정신분열증'의 순위가 낮게 나타났다는 점이 특징적이다.

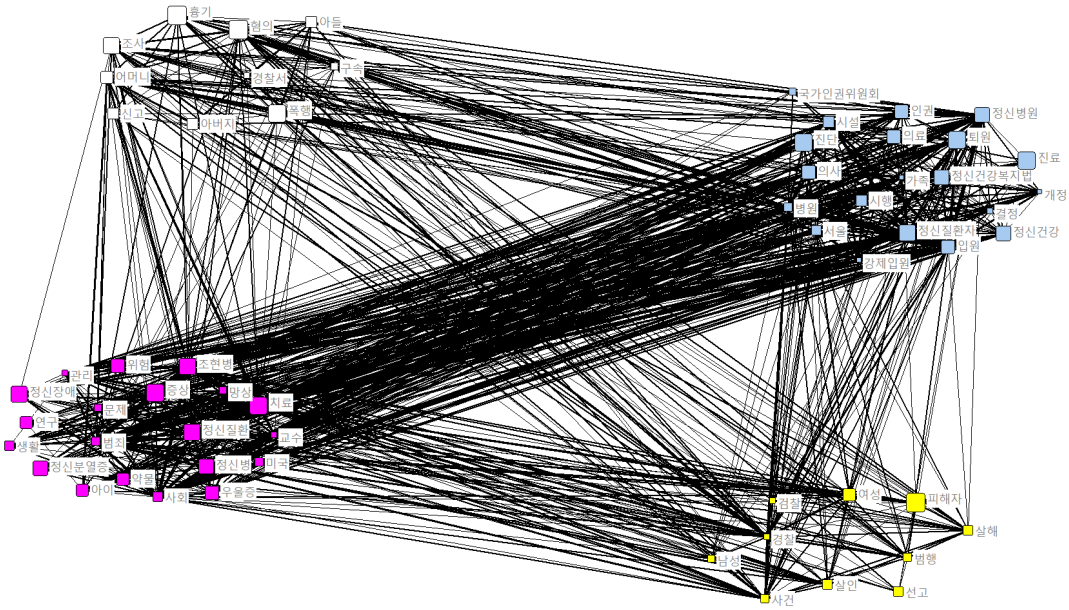
[표 3-12] 중앙일보 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	507	0	0.060189	31	살인	111	178.6476	0.012649
2	입원	417	289.0424	0.04476	32	우울증	106	189.9265	0.021546
3	병원	414	286.9629	0.056297	33	범행	105	168.991	0.019461
4	조현병	408	448.2338	0.052405	34	정신병	105	188.1347	0.021963
5	경찰	369	255.7713	0.048096	35	정신분열증	103	142.7883	0.019044
6	정신병원	364	252.3056	0.04754	36	구속	102	141.402	0.010981
7	정신질환	312	216.2619	0.051154	37	생활	93	149.6777	0.018071
8	범죄	285	395.0939	0.034612	38	살해	91	163.0501	0.011537
9	정신질환자	252	276.8503	0.035446	39	인권	91	189.2292	0.011676
10	사회	244	268.0614	0.034334	40	정신건강복지법	84	150.5078	0.011954
11	강제입원	218	350.8575	0.02794	41	아이	84	215.4557	0.017515
12	혐의	196	135.8568	0.021685	42	폭행	84	163.4565	0.015847
13	서울	191	132.3911	0.031554	43	아버지	84	174.6731	0.016542
14	교수	191	264.7822	0.03211	44	연구	83	172.5936	0.01682
15	시설	174	311.7661	0.024743	45	의료	82	131.9739	0.013761
16	조사	173	119.9145	0.028635	46	진료	80	128.755	0.01251
17	의사	172	238.4426	0.026133	47	약물	80	143.3408	0.011815
18	사건	166	182.3696	0.026967	48	선고	79	141.549	0.010564
19	어머니	162	260.7289	0.029191	49	개정	76	147.8892	0.013344
20	여성	156	216.2619	0.026828	50	위험	75	134.382	0.015152
21	퇴원	156	251.0723	0.021268	51	망상	73	142.0514	0.01112
22	진단	154	169.1863	0.023075	52	국가인권위원회	71	196.8538	0.0139
23	정신장애	142	254.4298	0.026272	53	시행	70	145.5609	0.011259
24	가족	139	152.7071	0.026411	54	미국	70	125.4232	0.014874
25	흉기	125	223.9699	0.017376	55	검찰	69	151.6085	0.012093
26	문제	123	135.1293	0.027106	56	신고	69	111.0512	0.010703
27	관리	119	191.5231	0.021685	57	피해자	69	143.4815	0.014735
28	증상	119	164.969	0.018627	58	결정	68	132.3219	0.012649
29	아들	118	229.6174	0.022241	59	남성	67	120.0479	0.013761
30	정신건강	116	160.8101	0.016542	60	경찰서	66	106.2229	0.011815

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-24] 중앙일보 CONCOR 분석 결과

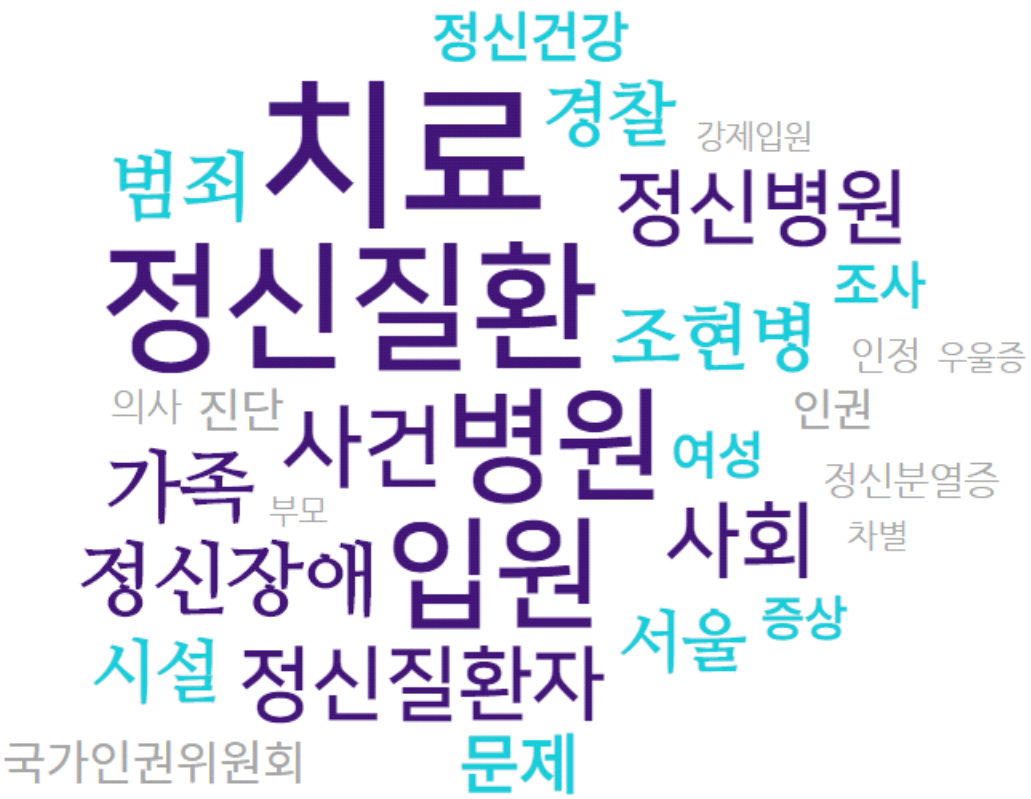


중앙일보 기사에 나타난 키워드 CONCOR 분석 결과, ‘인권 및 병원’ 군집, ‘정신질환과 치료’ 군집, ‘폭행 및 혐의’ 군집, ‘경찰 및 사건’ 군집으로 분류되었다. 첫 번째로 국가인권위원회, 가족, 정신질환자, 입원, 강제입원, 개정, 진료, 퇴원, 의사, 진단, 시설, 의료, 인권, 정신건강, 개정 등의 키워드가 포함되어 ‘인권 및 병원’ 군집으로 명명하였다. 두 번째로 조현병, 관리, 연구, 생활, 약물, 정신질환, 정신병, 우울증, 교수, 망상, 치료, 증상, 위험 등의 키워드가 포함되어 ‘정신질환자 관리’ 군집으로 명명하였다. 세 번째로 아버지, 경찰서, 폭행, 혐의, 아들, 구속, 신고 등의 키워드가 포함되어 ‘폭행 및 혐의’ 군집으로 명명하였다. 네 번째로 살해, 피해자, 여성, 범행, 선고, 살인, 사건, 경찰, 검찰, 남성 등이 포함되어 ‘경찰 및 사건’ 군집으로 명명하였다.

마. 한겨레

1) 빈도분석

[그림 3-25] 한겨레 워드클라우드



한겨레 기사에 나타난 키워드 빈도분석 결과, '범죄' 키워드의 순위도 높게 나타나긴 하였으나 '차별', '인권' 등의 키워드와 '혐오' 등의 키워드가 포함되면서 다른 신문사들과 달리 정신장애인에 대한 차별과 혐오의 문제에 대해서 다뤘다는 점이 특징적이었다. 또한 지칭하는 용어에 있어서도 '정신장애' 용어를 사용하는 순위가 높게 나타났다. 또한 유성기업, 노조, 곤지암 등의 키워드로 2018년 12월의 유성기업 노동자 정신질환 업무상재해 인정 여부 관련 키워드가 다른 신문사와 달리 상위 60개 키워드에 포함되었다.

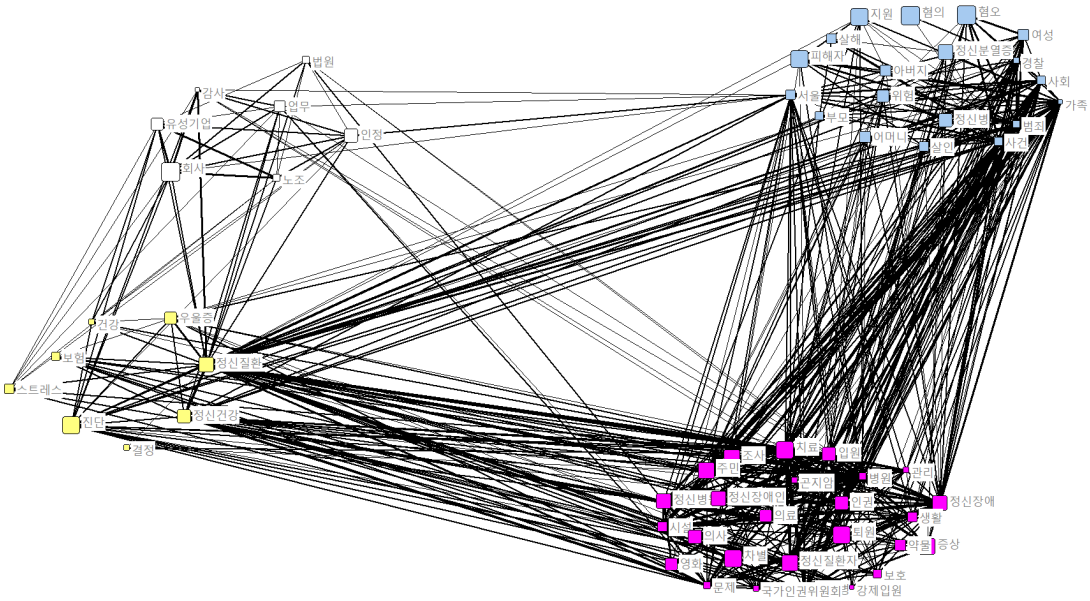
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-13] 한겨레 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	300	0	0.052602	31	생활	60	83.17766	0.01487
2	정신질환	261	180.9114	0.056134	32	살인	60	83.17766	0.009294
3	병원	231	160.117	0.048699	33	회사	59	135.8525	0.014126
4	입원	227	157.3444	0.043123	34	피해자	59	94.95684	0.013755
5	사건	170	117.835	0.037546	35	감사	59	206.2939	0.013941
6	사회	159	110.2104	0.033086	36	건강	58	112.8628	0.013011
7	정신병원	157	108.8241	0.034201	37	주민	57	167.833	0.017658
8	정신질환자	156	171.3835	0.035502	38	위험	57	79.01878	0.01487
9	정신장애	153	212.103	0.03829	39	퇴원	57	102.1303	0.015242
10	가족	150	164.7918	0.035316	40	보호	56	77.63248	0.01171
11	범죄	143	198.2401	0.023234	41	어머니	56	108.971	0.0171
12	조현병	142	196.8538	0.031227	42	의료	54	74.8599	0.013941
13	경찰	135	187.1497	0.030855	43	살해	54	138.5073	0.009851
14	시설	134	240.0958	0.027509	44	스트레스	53	94.96325	0.013755
15	서울	130	90.10913	0.033643	45	정신장애인	53	110.2104	0.014312
16	문제	128	88.72284	0.032714	46	약물	53	85.30021	0.01171
17	정신건강	107	148.3335	0.019888	47	관리	52	83.69077	0.015985
18	조사	99	68.62157	0.024349	48	영화	52	119.7344	0.012454
19	여성	99	137.2431	0.022119	49	아버지	52	108.131	0.014126
20	증상	94	130.3117	0.02119	50	지원	52	83.69077	0.012825
21	진단	94	103.2696	0.021004	51	법원	51	99.24142	0.013011
22	국가인권위원회	93	166.6336	0.019888	52	보험	51	130.8124	0.010781
23	인권	87	120.6076	0.015428	53	업무	50	97.29551	0.011524
24	의사	77	106.7447	0.0171	54	혐의	49	87.79621	0.009851
25	인정	76	105.3584	0.015799	55	결정	49	67.92842	0.012268
26	정신분열증	75	82.39592	0.018401	56	혐오	49	112.8267	0.008736
27	차별	68	94.26802	0.019145	57	정신병	49	78.86246	0.012082
28	우울증	65	104.6135	0.017844	58	노조	49	144.2775	0.008364
29	강제입원	65	116.4644	0.015799	59	유성기업	48	156.3886	0.010223
30	부모	63	112.8808	0.018587	60	곤지암	47	196.9138	0.010595

2) CONCOR 분석

[그림 3-26] 한겨레 CONCOR 분석 결과



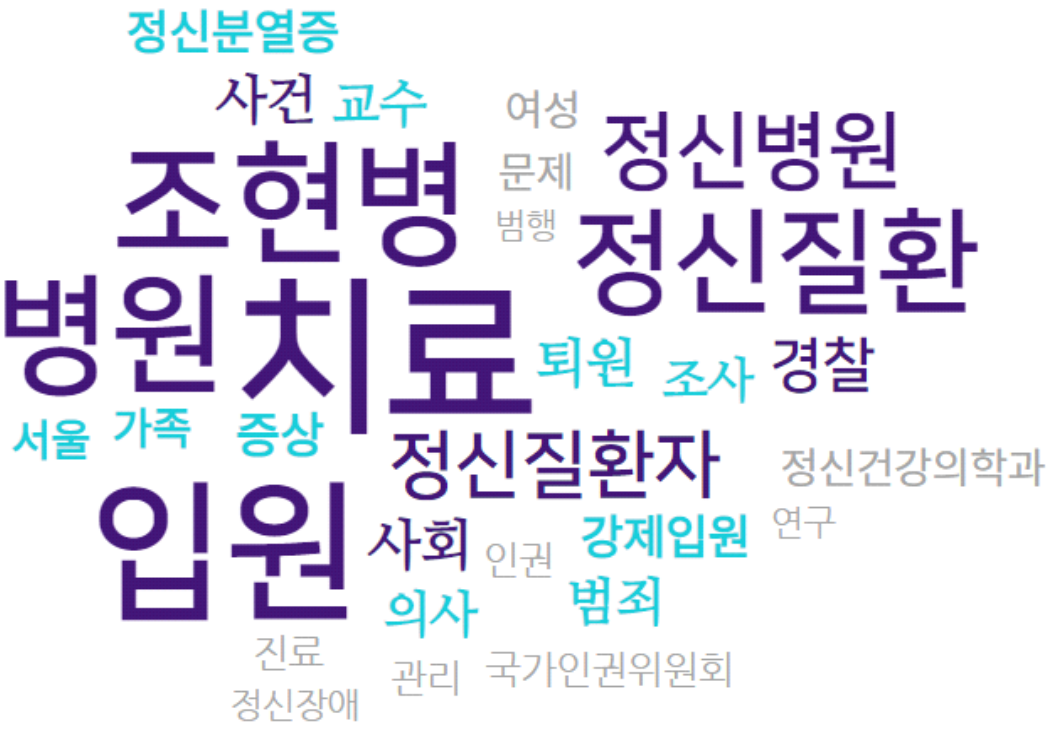
한겨레 기사에 나타난 키워드 CONCOR 분석 결과, ‘정신장애인 인권 및 관리’, ‘유성기업 노동자 정신질환’ 군집, ‘정신건강 및 진단’ 군집, ‘범죄사건’ 군집으로 분류되었다. 첫 번째로 치료, 조사, 정신병원, 정신장애인, 차별, 국가인권위원회, 관리, 강제입원 등의 키워드가 포함되어 ‘정신장애인 인권 및 관리’ 군집으로 명명하였다. 두 번째로 유성기업, 회사, 노조, 인정, 업무, 감사, 법원 등의 키워드가 포함되어 ‘유성기업 노동자 정신질환’ 군집으로 명명하였다. 세 번째로 우울증, 건강, 정신질환, 스트레스, 진단, 결정, 정신건강 등의 키워드가 포함되어 ‘정신건강 및 진단’ 군집으로 명명하였다. 네 번째로 범죄, 사건, 정신병, 살인, 부모, 어머니, 가족, 사회, 혐의, 혐오, 여성, 살해, 피해자 등이 포함되어 ‘범죄사건’ 군집으로 명명하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

바. 한국일보

1) 빈도분석

[그림 3-27] 한국일보 워드클라우드



한국일보 기사에 나타난 키워드 빈도분석 결과, 범죄, 범행 키워드도 높게 나타났고 31-60위 키워드에 살인, 살해, 피해자 등의 키워드가 상당수 포함되었다. 하지만 강제입원, 인권, 국가인권위원회, 퇴원 등의 키워드가 다른 신문사들에 비해 높은 순위로 나타나는 경향이 있었다. 또한 보건복지부, 정신건강복지법, 보호, 시설, 생활 등의 키워드가 나타나며 정신장애인에 대한 보도에서 시설, 정신건강복지법 등을 보도하는 경향도 있었음을 알 수 있었다. 또한 다른 신문사와 달리 '편견'이라는 키워드가 포함되면서 정신장애인에 대한 편견에 관련한 보도도 이루어진 것으로 보인다.

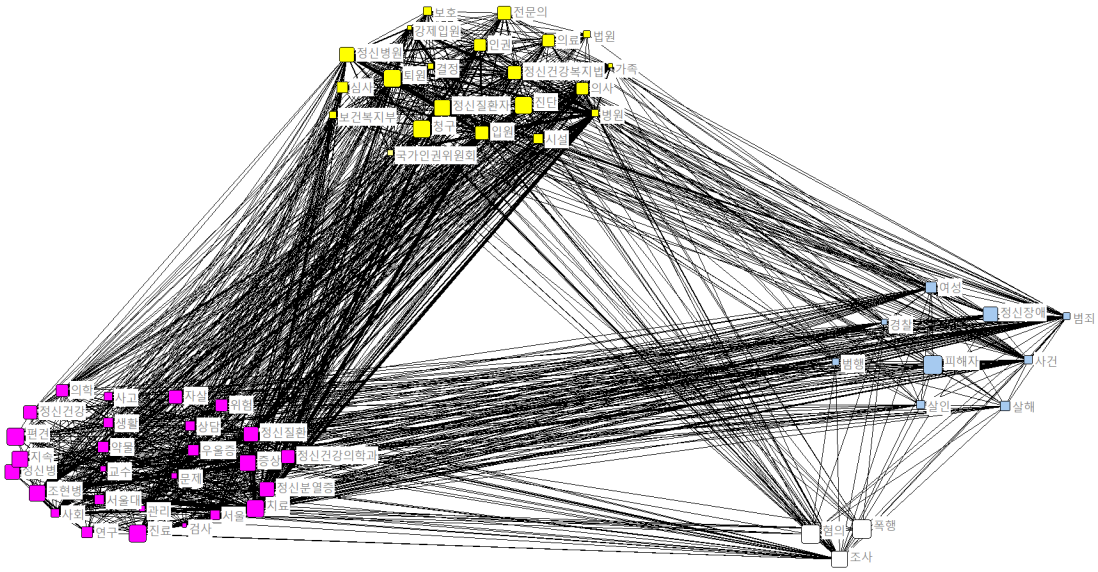
[표 3-14] 한국일보 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	치료	508	0	0.079843	31	진단	81	112.2898	0.01926
2	입원	454	314.6888	0.066754	32	법원	78	151.781	0.01982
3	조현병	394	432.8532	0.072364	33	보호	76	136.1737	0.016455
4	병원	383	0	0.069746	34	전문의	76	105.3584	0.013089
5	정신질환	335	0	0.067128	35	혐의	75	103.9721	0.014772
6	정신병원	244	169.1279	0.046185	36	시설	75	134.382	0.016268
7	정신질환자	215	236.2016	0.042633	37	위험	74	102.5858	0.01982
8	경찰	167	231.5112	0.037397	38	우울증	73	117.489	0.017016
9	사회	155	170.2849	0.034405	39	약물	72	115.8795	0.014585
10	사건	150	103.9721	0.032162	40	보건복지부	71	98.4269	0.018886
11	퇴원	150	207.9442	0.02917	41	폭행	70	145.5609	0.017016
12	범죄	145	233.3685	0.028983	42	자살	69	151.6085	0.01552
13	교수	140	153.8057	0.027861	43	정신건강복지법	67	107.8323	0.014211
14	의사	137	150.5099	0.032162	44	정신건강	67	120.0479	0.016081
15	조사	135	93.57487	0.029544	45	의료	66	106.2229	0.015707
16	증상	133	146.1154	0.030479	46	상담	65	116.4644	0.016455
17	정신분열증	129	141.721	0.029918	47	심사	64	124.5382	0.011406
18	강제입원	128	206.0081	0.023747	48	살인	63	112.8808	0.012528
19	서울	116	80.40507	0.027113	49	결정	63	112.8808	0.013837
20	가족	116	127.439	0.030105	50	검사	62	120.6464	0.014959
21	정신건강의학과	114	125.2418	0.016081	51	편견	61	109.2973	0.014959
22	문제	112	77.63248	0.032349	52	정신병	60	124.7665	0.015894
23	여성	111	153.8787	0.029357	53	서울대	59	105.7138	0.006731
24	인권	105	168.991	0.019073	54	청구	58	120.6076	0.013089
25	진료	102	164.1627	0.023373	55	의학	58	80.40507	0.01365
26	국가인권위원회	102	198.4828	0.023747	56	살해	56	116.4487	0.011967
27	관리	100	138.6294	0.024121	57	생활	56	90.12852	0.014211
28	연구	92	164.8419	0.025243	58	사고	55	98.54677	0.015146
29	정신장애	91	163.0501	0.022812	59	피해자	55	107.0251	0.016829
30	범행	84	163.4565	0.021877	60	지속	55	98.54677	0.010471

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-28] 한국일보 CONCOR 분석 결과



한국일보 기사에 나타난 키워드 CONCOR 분석 결과, 첫 번째로 '범행 및 범죄' 군집으로 범죄, 사건, 살해, 살인, 피해자, 경찰, 범행, 정신장애 등이 포함되었다. 두 번째는'폭행 및 조사' 군집으로 폭행, 혐의, 조사가 포함되었다. 세 번째는 '인권 및 병원' 군집으로 정신병원, 강제입원, 퇴원, 결정, 입원, 시설, 의사, 병원, 가족, 법원, 전문의, 의료 등의 키워드가 포함되었다. 마지막은 '정신질환 및 치료' 군집으로 정신질환, 정신분열증, 치료, 진료, 약물, 생활, 자살, 상담, 위험, 우울증 등이 한 군집에 포함되는 모습을 보였다.

제2장. 정신장애인 관련 소셜빅데이터 분석

1. 연구방법

가. 텍스트 마이닝 분석

기사분석과 동일한 절차로 진행되었다.

나. 수집대상

소셜빅데이터의 수집 기간은 기사 분석 수집 기간과 동일하게 2009년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지로 설정하였다. 수집대상이 되는 SNS 사이트는 네이버 카페, 트위터, 유튜브 댓글이다. 수집을 위해 사용된 키워드는 기사 분석과 동일하게 조현병, 정신분열증, 정신분열병, 정신질환, 정신병, 정신병원, 정신장애, 정신장애인으로 설정하였다.

2018년 기준 SNS 서비스 이용률은 페이스북 65.7%, 카카오스토리 49.6%, 인스타그램 41.0%, 네이버 밴드 33.3%, 네이버 블로그 17.9%, 네이버 카페 10.7%, 트위터 9.7% 순으로 나타났으나(한국인터넷진흥원, 2018), 수집대상 SNS로 네이버 카페, 트위터, 유튜브 댓글을 선정한 이유는 다음과 같다.

페이스북의 경우 해당 기업 정책상 API를 통한 크롤링만이 가능하여 전체 게시글을 모두 긁어오는 크롤링이 불가능하여 수집 대상에서 제외하였으며, 카카오스토리와 네이버 밴드의 경우 공개 게시글 형태가 아닌 폐쇄적으로 게시글을 열람할 수 있는 형태이므로 자료의 수집이 어려웠다. 인스타그램은 이미지 기반 SNS로 자기표현, 새로운 인맥추구의 이용 동기가 높게 나타난다는 점(신현희·김경란, 2017)에서 특정 이슈에 대한 오피니언 마이닝에 적합하지 않다고 판단하여 제외하였다. 네이버 블로그의 경우 수집 결과 단순히 기사를 공유하거나 정신건강의학과의 홍보 관련한 게시글이 다수이며 의견을 교환하는 장이라기보다는 일종의 '개인 홈페이지'로 다른 매체에 비해 커뮤니케이션의 장이라고 보기 어렵다(조화순·김정연, 2012)는 점에서 제외하였다.

따라서 본 연구에서는 커뮤니케이션이 이루어지며, 이용률이 높은 트위터와 네이버 카페를 연구에 포함하였으며, 최근 들어 유튜브의 영향력이 급격히 증가하고 있으며 세계적으로 가장 큰 동영상 공유 플랫폼 이라는 점(Bartl, 2018), 그리고 이용자들이 영상을 시청하면서 댓글

국가인권위원회 humanrights.go.kr

을 통해 소통한다는 점(Smith et al., 2012)으로 인해 단순히 동영상 공유의 플랫폼을 넘어 소셜미디어적 특성을 가지고 있다는 선행연구의 보고(홍주현·이미나, 2014; 김선우 외, 2019)에 따라 유튜브 댓글을 분석 대상으로 추가로 포함하였다.

소셜빅데이터 수집은 트위터와 유튜브 댓글은 본 연구팀에서 파이썬(Python)을 활용하여 자체 개발한 웹 크롤러(Web Crawler)를 활용하였으며, 네이버 카페는 텍스톰을 이용하여 추출하였다. 트위터와 네이버 카페는 본문에 수집 키워드를 포함한 경우, 유튜브는 영상 제목 및 설명에 수집 키워드가 포함된 경우를 포함하였으며 이 기준에 따라서 수집된 게시글 수는 다음과 같으며 총 778,390건을 분석에 활용하였다.

[표 3-15] 소셜빅데이터 분석 대상 게시글 수

	트위터	네이버 카페	유튜브 댓글	총합계
2009년	600	13240	7	13847
2010년	15405	12180	4	27589
2011년	37947	11519	17	49483
2012년	63187	11336	7	74530
2013년	59189	6094	47	65330
2014년	54716	5913	41	60670
2015년	62204	14429	298	76931
2016년	98892	16642	2090	117624
2017년	110512	17818	5416	133746
2018년	118903	22461	17276	158640
총합계	621555	131632	25203	778390

다. 자료분석방법

빈도분석 및 CONCOR 분석은 기사분석과 동일한 방법으로 진행되었다.

추가로 소셜빅데이터분석에서 진해오딘 감성분석은 텍스톰에서 제공하는 베이지안 분류기(Bayesian Classifier)를 통한 기계학습 기법의 문서기반 감성분석 기능을 통해 진행하였다.

베이지안 분류기는 잘 알려진 전통 분류방법 중 하나로, 텍스트 문서 분류에 사용되며 통계적 알고리즘으로 학습문서의 통계정보를 학습하여, 이를 바탕으로 새로운 문서를 분류하는 방법이다(손기준 외, 2002: 490). 본 데이터의 글들에 긍정/부정/중립 문서 각각 200개씩 코딩하여 600건의 훈련 데이터(training set)를 입력하여 연도별 감성분석 결과를 도출하였다.

2. 연도별 문서량 추이

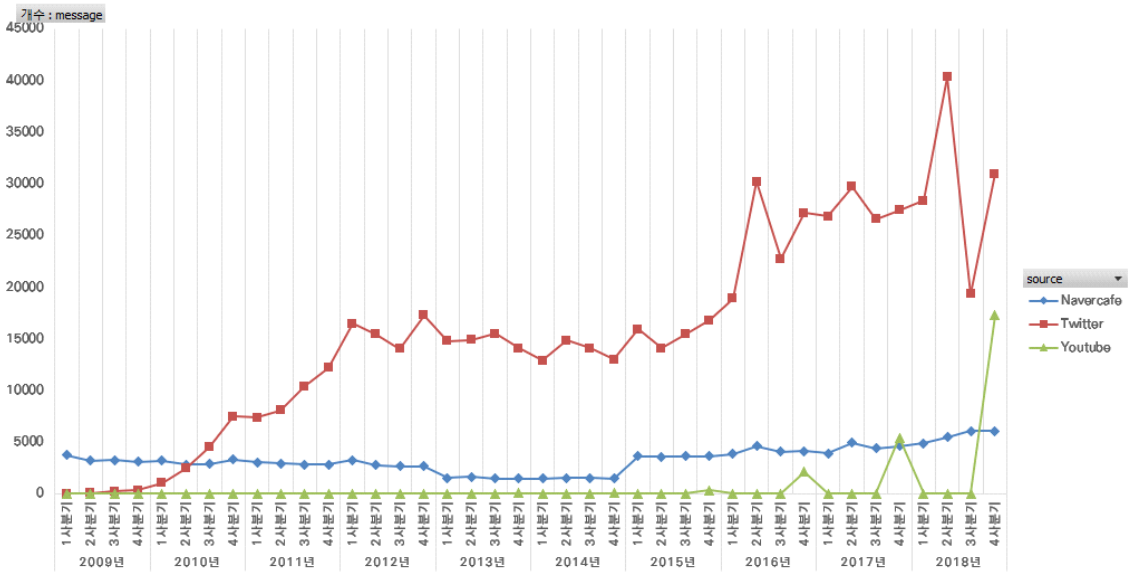
SNS 채널별 게시글 수를 시간 순으로 분석한 결과, 2009년부터 2018년까지 시간이 갈수록 증가하는 경향이 있다는 것을 알 수 있다. 특히 트위터의 게시글 수가 가장 많았으며, 네이버카페는 대체적으로 완만하게 증가하는 양상을 보였다. 유튜브의 경우 2018년에 들어 게시글 수가 급격히 증가하였다[77].

특정 시기에 게시글 수가 특히 높게 나타나는데, 2016년 2분기, 2017년 2분기, 2018년 2분기, 2018년 4분기이다. 이 시기들에는 3개의 SNS 채널 모두에서 증가율의 차이가 있기는 하지만 증가하는 양상을 보였다. 이 시기는 기사 분석 결과를 참고하면, 각 시기에 순서대로 강남역 묻지마 살인사건, 인천 초등생 살인사건, 영양 경찰 피습 사건, 임세원 교수 사건 등이 보도된 시기와 일치하는 것을 확인할 수 있었다.

77) 유튜브의 경우 데이터 수집 과정에 있어 댓글 게시의 정확한 날짜를 알 수가 없다는 한계가 있다. 댓글의 경우 작성일 이후 1년 이상 경과한 경우 '1년 전', '2년 전' 등과 같이 표기하여 수집된 데이터에서 경과한 년도만을 알 수 있다. 따라서 유튜브의 경향성은 연도별 참고자료로 적합하지만, 분기별로 해석하기는 어렵다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 3-29] 연도별 소셜빅데이터 문서량 추이



3. 시기별 감성분석

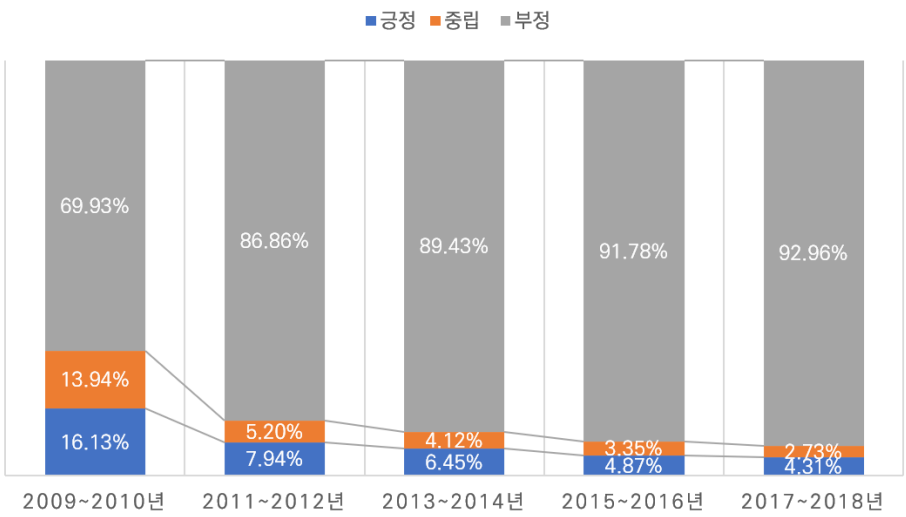
긍정/부정/중립 코딩의 기준은 김성완 외(2000: 840)의 분류방법을 따랐다. 먼저 부정은 정신질환에 대한 “부정적 측면 또는 편견을 담고 있거나, 이러한 의미를 가진 언어를 사용하는 경우”에 해당한다. 본 연구에서는 정신병, 정신분열증 등을 의학적 의미가 아니라 욕설로 사용하는 경우 등도 포함하였다. 다음으로 긍정은 정신질환에 대해 “호의적인 태도로 편견에 상반되는 사실적인 정보를 적극적으로 전달하는 경우”이며, 본 연구에서는 추가로 인권, 복지 등에 대한 적극적인 옹호의 입장을 가진 글들을 긍정으로 코딩하였다. 마지막으로 중립은 “객관적인 입장에서 정신질환을 설명하면서 질병의 유병률, 원인, 치료, 예후 등을 일반적인 다른 질병을 설명하는 태도와 같이 의학적이고 중립적으로 설명하는 경우”이다.

[표 3-16] 시기별 감성분석 결과표

	2009~2010년		2011~2012년		2013~2014년		2015~2016년		2017~2018년	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
긍정	6941	16.13	11195	7.94	10730	6.45	13161	4.87	19026	4.31
중립	6001	13.94	7336	5.2	6858	4.12	9040	3.35	12044	2.73
부정	30092	69.93	122521	86.86	148791	89.43	247831	91.78	410054	92.96

학습데이터를 통해 연도별 문서의 감정을 분류한 결과, 전체적으로 시간이 경과하면서 부정적인 문서가 증가하고, 중립이나 긍정문서의 수가 감소하는 경향을 보였다. 특히 2009~2010년에 중립과 긍정문서가 총 30% 정도를 차지하는 것에 반해 이후 시기에는 긍정문서와 중립 문서의 수가 10% 내외로 나타나는 모습을 보였다.

[그림 3-30] 2009~2018년 감성 추이



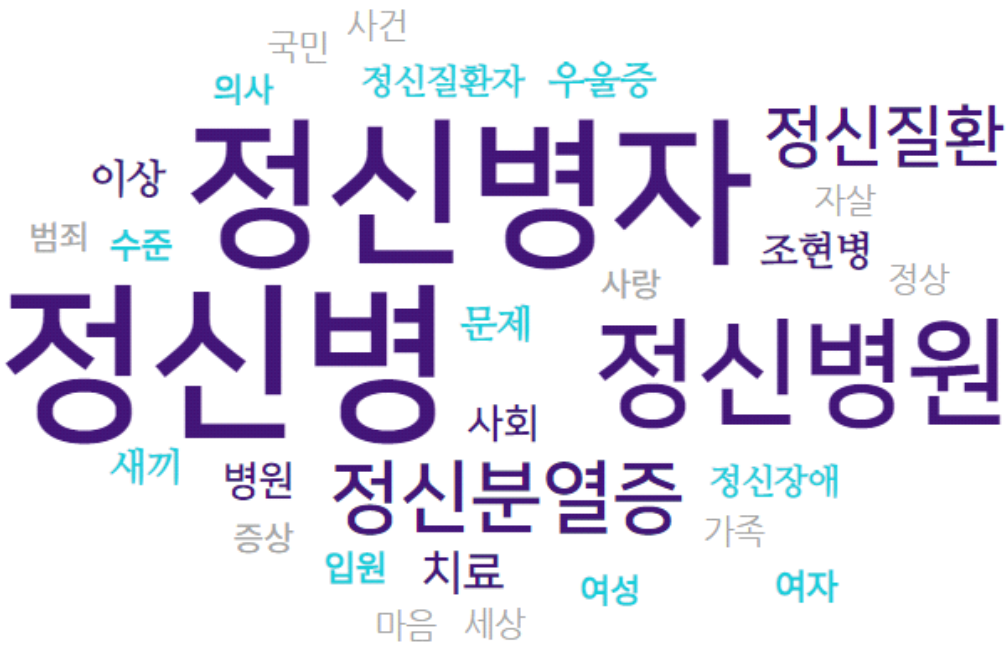
국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 2009년~2018년 전체 분석

가. 빈도 분석

전체 779,340건의 문서에서 추출된 단어들을 빈도분석한 결과에서 상위 100개 키워드를 [표 3]에서 제시하였다[78].

[그림 3-31] 2009~2018년 워드클라우드



전체적으로 정신장애보다는 정신병, 정신병자, 정신병원과 같은 '정신병'과 관련된 단어들의 빈도가 높았으며 정신분열증, 정신질환, 조현병, 우울증 등이 질환 관련하여 빈도가 높게 사용되었다. 다음으로는 치료, 병원, 입원, 의사, 증상과 같은 병원과 치료와 관련한 검색어들의 빈도가 높게 나타났다. 한편, 11위 문제, 13위 새끼, 22위 범죄, 27위 사건, 31위 욕설, 49위 살인, 61위 시발, 69위 병신, 80위 쓰레기 등은 정신장애 및 정신질환 관련 키워

78) 빈도, TF-IDF지수, 연결중심성의 의미는 기사분석의 전체 빈도분석 결과 하단에 제시되어 있음

드들이 범죄나 사건 관련 키워드뿐만 아니라 욕설과 직접적으로 같이 사용되고 있다는 것을 보여준다. 한편, 정치 관련한 키워드도 빈도가 높게 나타났는데, 31위 대통령, 37위 이재명, 50위 박근혜, 65위 정치, 95위 의원 등이다. 한편 34위 취급, 84위 일종 등은 '정신병'이라는 단어와 특히 자주 사용되었는데, 정신질환에 대하여 정신병이라는 단어를 사용하면서 '정신병 취급' 혹은 '일종의 정신병'과 같이 하나의 관용구로 사용하는 경향이 나타났다.

[표 3-17] 전체 SNS 문서 상위 100개 키워드

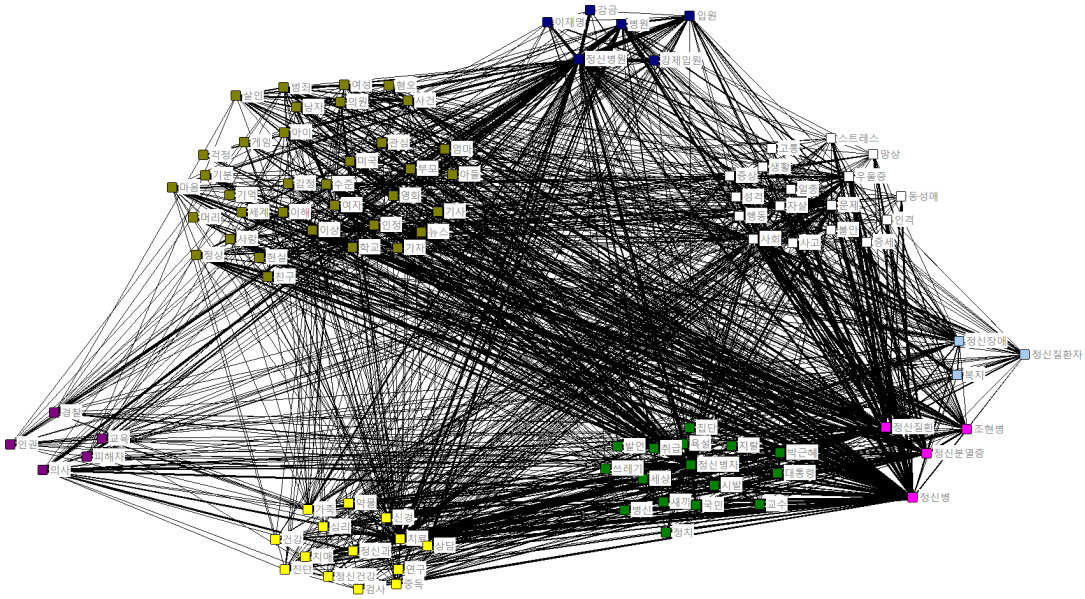
	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병	229622	346015.46	0.26	51	진단	8334	40840.08	0.03
2	정신병자	214283	334407.97	0.25	52	관심	8314	40206.65	0.03
3	정신병원	146821	284355.60	0.19	53	기분	8310	40186.23	0.04
4	정신분열증	85381	216316.85	0.17	54	경찰	8220	40200.49	0.03
5	정신질환	66905	184905.65	0.11	55	중독	8066	39941.90	0.02
6	치료	34340	120973.64	0.07	56	부모	7642	38031.50	0.04
7	병원	25043	95550.54	0.07	57	머리	7513	37003.98	0.04
8	사회	24962	97863.51	0.05	58	감정	7263	36148.59	0.03
9	이상	23817	90322.81	0.08	59	망상	7246	36530.26	0.03
10	조현병	23161	89948.82	0.06	60	학교	7225	36331.24	0.03
11	문제	21523	85423.92	0.07	61	시발	7085	35728.69	0.03
12	우울증	20212	81128.28	0.04	62	현실	7079	35469.93	0.03
13	새끼	20059	80812.88	0.07	63	교수	6857	35987.84	0.03
14	정신장애	17089	71057.12	0.05	64	미국	6776	34514.05	0.03
15	정신질환자	16516	68878.94	0.05	65	정치	6767	34408.68	0.04
16	입원	16471	68542.48	0.04	66	감금	6746	33914.14	0.02
17	수준	16170	66950.66	0.05	67	생활	6675	33678.06	0.03
18	여자	15546	66614.30	0.06	68	세계	6625	33663.69	0.03
19	의사	13648	59852.63	0.05	69	병신	6593	33511.95	0.03
20	여성	13175	59317.93	0.04	70	영화	6542	33954.95	0.03
21	증상	12998	58198.72	0.04	71	교육	6430	33530.23	0.02
22	범죄	12668	57264.16	0.04	72	정신과	6415	32599.78	0.02
23	사랑	12462	56240.77	0.05	73	게임	6406	33357.04	0.03
24	자살	12452	56234.04	0.04	74	성격	6222	32314.66	0.03
25	가족	12386	55855.11	0.04	75	고통	6135	32293.60	0.03
26	국민	12296	55213.74	0.05	76	사고	6098	31626.99	0.03
27	사건	12229	55270.52	0.04	77	피해자	6069	31273.50	0.02
28	정상	12080	54368.96	0.05	78	기억	6066	31519.00	0.03
29	세상	11822	52926.78	0.05	79	인권	5978	31315.50	0.02

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
30	마음	11780	53322.25	0.05	80	쓰레기	5935	30717.87	0.03
31	욕설	11528	52539.17	0.05	81	심리	5935	31090.25	0.02
32	대통령	11346	51917.43	0.04	82	복지	5904	32088.39	0.01
33	친구	11170	51453.48	0.05	83	검사	5882	31383.55	0.03
34	취급	11059	50077.48	0.03	84	일종	5846	30023.88	0.02
35	엄마	10926	51088.30	0.04	85	건강	5826	30536.12	0.03
36	행동	10648	49223.78	0.04	86	인격	5814	30998.55	0.02
37	이재명	10523	49162.42	0.03	87	아들	5787	30513.49	0.03
38	뉴스	10467	48394.68	0.04	88	연구	5780	30504.32	0.02
39	남자	10376	48719.04	0.05	89	인정	5580	29259.71	0.03
40	신경	10308	48026.90	0.04	90	정신건강	5564	29832.91	0.02
41	이해	10244	47427.88	0.04	91	지랄	5549	29056.45	0.03
42	상담	10058	47524.20	0.03	92	기사	5482	29022.44	0.03
43	아이	9885	46965.49	0.05	93	발언	5469	28931.37	0.02
44	집단	9693	45491.52	0.03	94	기자	5401	28434.22	0.03
45	강제입원	9204	43399.25	0.02	95	의원	5289	28273.77	0.03
46	스트레스	9157	43737.16	0.03	96	걱정	5278	27896.39	0.03
47	증세	8961	42502.49	0.03	97	불안	5239	27928.39	0.02
48	혐오	8932	43875.49	0.03	98	치매	5223	27943.41	0.02
49	살인	8448	41153.85	0.03	99	약물	5220	27917.25	0.02
50	박근혜	8447	41019.15	0.04	100	동성애	5149	28174.40	0.02

나. CONCOR 분석

[그림 3-32] 2009~2018년 SNS CONCOR 분석 결과



CONCOR 분석 결과 8개의 군집으로 분류되었다. 각 군집명과 주요키워드는 다음과 같다. 첫 번째 군집은 '기사 및 사건' 군집으로, 기사, 뉴스, 기자, 여성, 혐오, 사건, 살인, 범죄, 친구, 여자, 아들, 엄마 등 정신장애인 및 정신질환 관련 사건·사고에 대한 기사 및 사건의 피해자 및 피의자 등을 지칭하는 키워드들이 포함되었다. 두 번째는, '정신장애 및 복지' 군집으로 정신장애, 정신질환자, 복지 등의 비교적 중립적인 키워드들이 포함되었다. 세 번째는 '조현병' 군집으로 조현병, 정신분열증, 정신병, 정신질환과 같이 다른 일반적인 정신장애를 지칭하는 단어들과 조현병, 정신분열증, 정신병 키워드가 별도의 군집을 형성하였다. 네 번째는 '욕설' 군집으로 욕설, 쓰레기, 병신, 새끼, 박근혜, 대통령, 취급 등 특정 집단에 대한 욕설과 관련한 키워드들이 포함되어 부정적인 양상을 보였다. 다섯 번째는 '정신건강' 군집으로 약물, 심리, 가족, 건강, 정신건강, 검사, 중독, 연구, 치료, 상담, 치료 등 치료·의료 관련 키워드들이 포함되었다. 여섯 번째는 '인권 교육' 군집으로 경찰, 의사, 인권, 교육, 피해자 등의 키워드가 포함되었다. 일곱 번째는 '정신병원 및 강제입원' 군집으로 정신병원, 강제입원, 감금, 이재명 등의 강제입원 관련 키워드가 포함되었다. 마지막은 '우울증 및 행동건강' 군집으로 우울증, 자살, 불안, 인격, 증세, 사회, 행동 등의 정신과 의료 관련 키워드가 포함되었다.

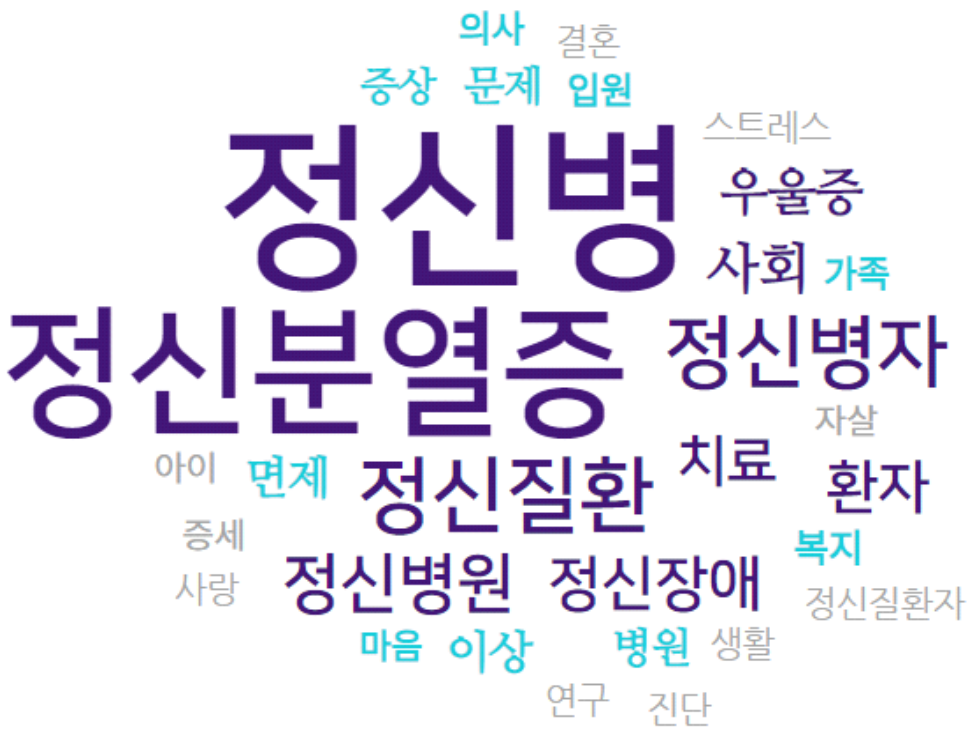
국가인권위원회
humanrights.go.kr

5. 연도별 분석

가. 2009년~2010년

1) 빈도분석

[그림 3-33] 2009~2010년 워드클라우드



2009년부터 2010년까지는 정신분열증이라는 용어가 사용되던 시기이며, 특이한 점은 면제, 병역과 같은 병역 면제 및 기피와 관련한 키워드가 등장하였다는 것이다. 병역 면제 이외에는 전체적으로 범죄와 관련한 키워드가 나타나지 않았으며, 복지라는 키워드가 상위에 제시되었다는 점도 주목할 만하다.

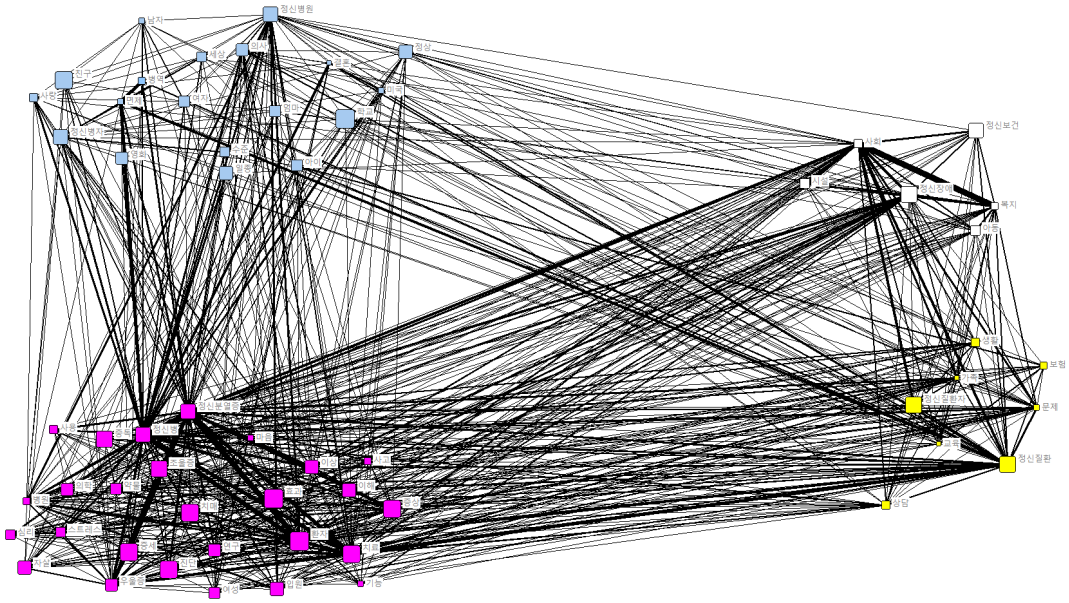
[표 3-18] 2009~2010년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병	15061	17305.74	0.17	31	친구	837	3428.05	0.02
2	정신분열증	11371	17055.38	0.13	32	여성	818	3344.46	0.02
3	정신질환	5799	11924.48	0.08	33	보험	792	3713.78	0.01
4	정신병자	5338	11482.84	0.09	34	여자	771	3239.46	0.02
5	정신병원	4061	9808.94	0.07	35	상담	737	3139.62	0.01
6	정신장애	3445	9077.53	0.05	36	약물	728	3054.22	0.01
7	환자	3359	9219.34	0.05	37	세상	714	2971.31	0.02
8	치료	3171	9016.05	0.05	38	병역	714	3067.12	0.00
9	사회	2883	8640.44	0.04	39	사용	707	2986.32	0.02
10	우울증	2527	7485.56	0.03	40	남자	707	3003.60	0.02
11	면제	2048	7401.16	0.01	41	치매	703	3003.04	0.01
12	이상	2038	6419.22	0.04	42	아동	692	3115.75	0.01
13	병원	1724	5836.84	0.03	43	중독	686	2929.26	0.01
14	문제	1670	5765.84	0.04	44	정상	680	2897.93	0.02
15	증상	1435	5125.63	0.03	45	심리	677	2935.67	0.01
16	복지	1349	5409.71	0.01	46	조울증	663	2811.23	0.01
17	입원	1186	4411.79	0.02	47	미국	662	2790.93	0.02
18	가족	1155	4493.20	0.02	48	기능	637	2772.63	0.01
19	의사	1129	4251.44	0.02	49	일종	625	2643.99	0.01
20	마음	1008	3885.93	0.03	50	교육	614	2742.73	0.01
21	아이	994	3973.26	0.03	51	사고	596	2619.82	0.01
22	자살	974	3894.57	0.02	52	정신보건	591	2676.28	0.01
23	증세	965	3714.80	0.02	53	학교	591	2594.46	0.02
24	결혼	958	4032.74	0.01	54	이해	591	2563.81	0.02
25	정신질환자	950	3893.56	0.02	55	수준	589	2551.96	0.01
26	연구	941	3743.46	0.02	56	엄마	583	2613.91	0.01
27	생활	940	3642.82	0.02	57	영화	577	2619.21	0.02
28	사랑	912	3728.79	0.02	58	의학	576	2599.61	0.01
29	스트레스	911	3633.34	0.02	59	시설	575	2659.13	0.01
30	진단	902	3630.17	0.02	60	효과	570	2554.44	0.01

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-34] 2009~2010년 CONCOR 분석 결과

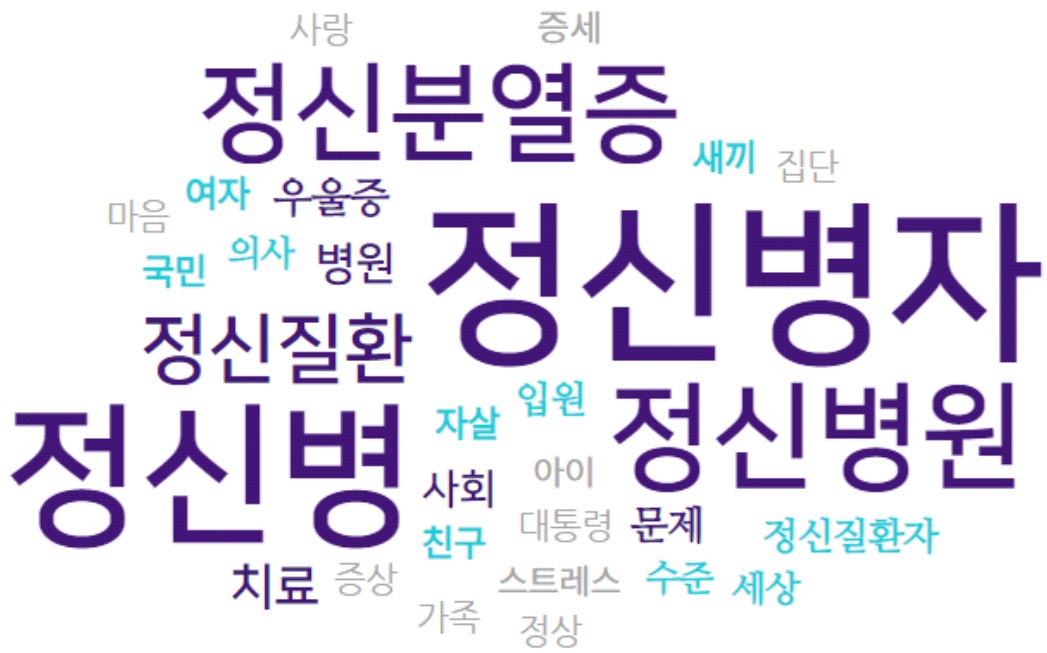


이 시기의 의미연결망을 살펴본 결과 네 가지 군집으로 나뉘어졌으며, 각 군집명과 주요키워드는 다음과 같다. 첫째는 '정신장애인과 복지' 군집으로 정신보건, 정신장애, 복지, 아동, 시설, 사회 키워드가 포함되었다. 두 번째는 '정신질환자와 생활' 군집으로 정신질환, 정신질환자, 문제, 교육, 생활, 상담, 교육, 가족 등이 포함되었다. 세 번째는 '치료 및 증상' 군집으로 주로 병원과 관련된 키워드들인 병원, 의학, 심리, 진단, 입원, 환자, 치료, 기능, 증상, 진단, 증세, 약물, 중독, 사용, 스트레스, 우울증, 자살 등의 키워드가 포함되었다. 마지막은 '정신병자와 정신병원' 군집으로 정신병원, 정신병자, 병역, 면제, 친구, 엄마, 학교, 수준, 일종, 정상, 결혼 등의 키워드가 포함되었다. 이 군집은 정신병이라는 용어가 질병 자체와는 상관없이 상대방을 비난하거나 심각한 현상이나 문제점을 표현할 때 사용됨(김성완, 2000)에 따라 묶인 단어들이라고 할 수 있는데, '수준'과 '일종'이라는 키워드가 이를 반영한다고 할 수 있다.

나. 2011년~2012년

1) 빈도분석

[그림 3-35] 2011~2012년 워드클라우드



2011년~2012년 시기에는 정신병자라는 단어의 빈도가 높게 나타났으며, '새끼', '병신'과 같은 비속어 표현의 빈도가 높게 나타나기 시작한 시기이다. 이 시기 이후에는 모두 이 비속어들의 빈도가 60위권 안으로 나타났다. 한편 대통령, 일본, 세계, 목사 등의 키워드가 포함되었다. 또한 2009년~2010년에 '사고' 키워드가 상위 60개 단어에 포함되었던 반면 2011년~2012년에는 사건, 뉴스, 기사 등의 키워드가 포함되기 시작하였다.

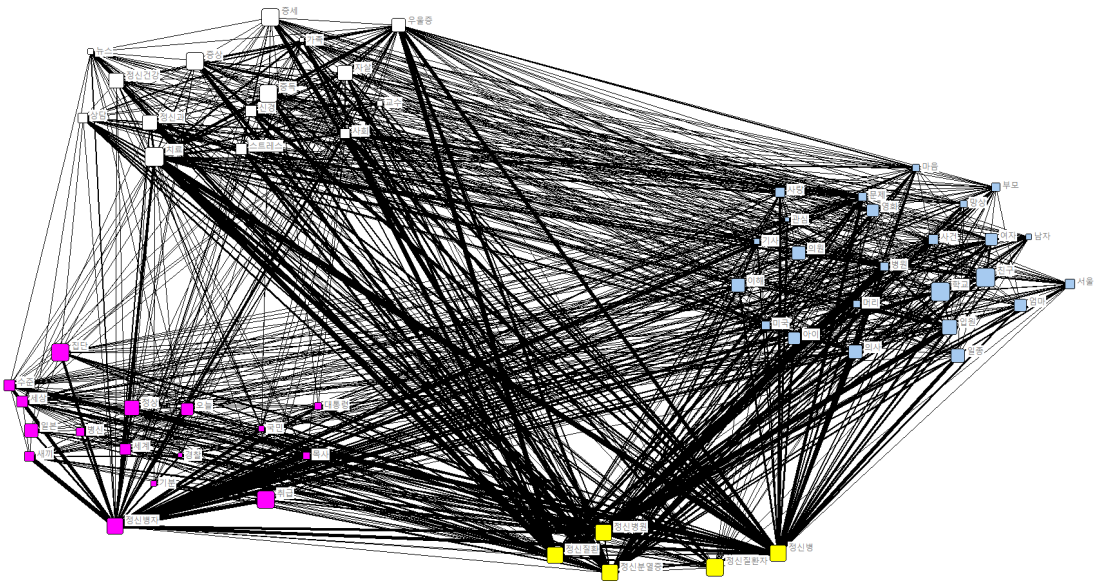
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-19] 2011~2012년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병자	28924	38159.52	0.20	31	남자	1224	5629.92	0.02
2	정신병	24886	37044.72	0.19	32	취급	1193	5360.94	0.02
3	정신병원	17604	31889.35	0.13	33	신경	1183	5384.59	0.02
4	정신분열증	16112	31536.33	0.14	34	엄마	1155	5384.86	0.02
5	정신질환	9625	24129.92	0.08	35	뉴스	1155	5335.02	0.02
6	치료	4372	14544.24	0.04	36	사건	1123	5162.12	0.02
7	병원	3466	12766.37	0.04	37	중독	1113	5248.85	0.01
8	사회	2897	10991.34	0.04	38	관심	1096	5085.34	0.02
9	우울증	2783	10549.25	0.03	39	상담	1094	5165.18	0.01
10	문제	2482	9660.22	0.04	40	목사	1092	5336.22	0.01
11	정신질환자	2051	8284.33	0.03	41	일종	1072	4923.57	0.01
12	입원	2011	8082.24	0.02	42	이해	1050	4898.57	0.02
13	수준	1903	7661.57	0.02	43	학교	1044	4933.66	0.02
14	세상	1804	7426.92	0.03	44	미국	998	4774.67	0.02
15	의사	1783	7469.01	0.02	45	머리	989	4656.61	0.02
16	국민	1758	7405.20	0.03	46	기사	966	4663.91	0.02
17	자살	1725	7408.41	0.02	47	기분	956	4541.07	0.02
18	친구	1682	7156.99	0.03	48	정신건강	956	4704.09	0.01
19	새끼	1676	7164.97	0.03	49	경찰	947	4569.88	0.02
20	여자	1654	7079.00	0.03	50	영화	945	4614.25	0.02
21	증세	1607	6787.11	0.02	51	오늘	944	4461.09	0.02
22	스트레스	1529	6611.83	0.02	52	부모	943	4544.90	0.02
23	아이	1527	6683.45	0.03	53	서울	926	4459.64	0.01
24	사랑	1521	6685.59	0.03	54	망상	924	4518.83	0.01
25	증상	1500	6540.04	0.02	55	병신	914	4439.80	0.02
26	가족	1468	6529.57	0.02	56	일본	903	4430.20	0.02
27	대통령	1445	6433.26	0.02	57	의원	902	4399.69	0.01
28	마음	1360	6057.10	0.03	58	세계	896	4355.72	0.02
29	정상	1353	5998.04	0.02	59	교수	883	4584.56	0.01
30	집단	1246	5583.02	0.02	60	정신과	881	4242.92	0.01

2) CONCOR 분석

[그림 3-36] 2011~2012년 CONCOR 분석



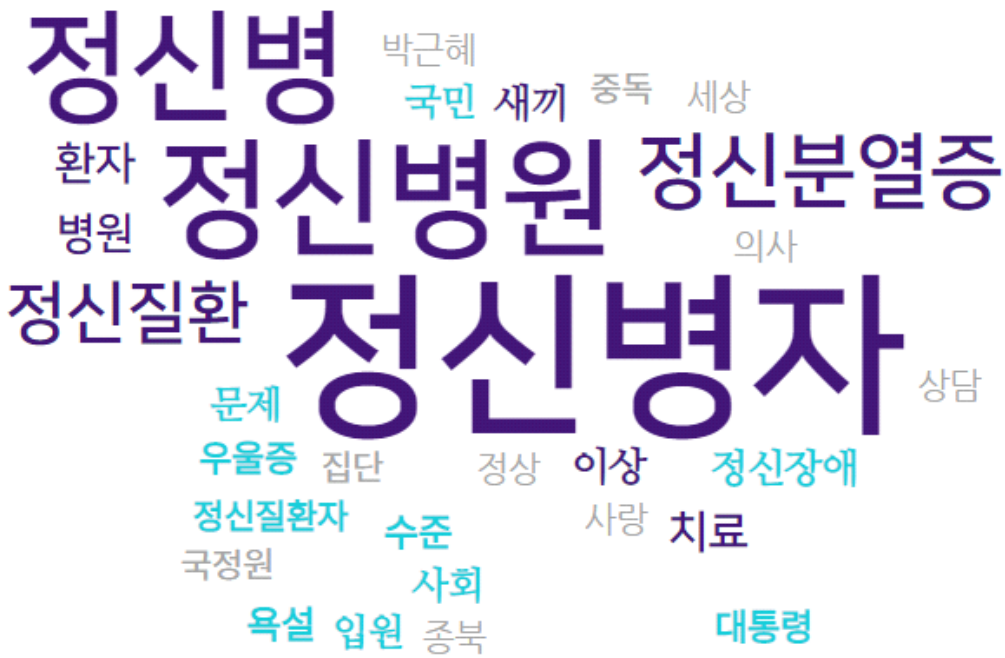
2011년부터 2012년까지 수집된 SNS 게시글들의 의미연결망을 살펴본 결과 네 가지 군집으로 나뉘어졌다. 첫 번째 군집은 '정신건강과 치료' 군집으로 정신건강, 신경, 증세, 중독, 교수, 사회, 우울증, 상담, 치료, 스트레스 등의 키워드가 포함되어 정신건강, 우울증 등의 용어들이 정신병, 정신질환, 정신분열증 등과 달리 치료적 키워드와 함께 묶였음을 알 수 있다. 두 번째는 '정신질환과 정신분열증' 군집으로 정신병, 정신질환자, 정신분열증, 정신질환, 정신병원 등이 포함된다. 세 번째는 '정신병자와 욕설' 군집으로 정신병자 키워드와 취급, 수준, 새끼, 병신, 기분, 대통령, 일본, 목사, 국민 등이 포함된다. 이 군집에는 정신병자 키워드, 그리고 취급, 수준이라는 단어와 함께 욕설, 그리고 비난/비판하고자 하는 대상이 포함되어 있다고 해석될 수 있다. 네 번째는 '정신질환자와 생활' 군집으로 입원, 의사, 사랑, 관심, 의원, 학교 등의 정신질환자의 생활과 관련한 단어와 친구, 여자, 남자, 부모, 사건, 문제 등의 사건에 대한 보도에 포함되는 대상들이 포함된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다. 2013년~2014년

1) 빈도분석

[그림 3-37] 2013~2014년 워드클라우드



이 시기에는 정치와 관련한 키워드의 비율이 더욱 높게 나타나기 시작하였다. 대통령이 19위, 29위를 차지하였고 종북, 북한, 국정원, 변희재 등과 같은 정치적 사건과 관련한 키워드들이 함께 묶였다. 이러한 현상은 정신병이라는 용어가 혐오발언의 수단으로 활용되고 있다고 해석될 수 있을 것이다. 한편, 2011년~2012년에 이어 '뉴스'와 '사건' 키워드가 상위 60개에 포함되는 경향성이 이어지고 있다.

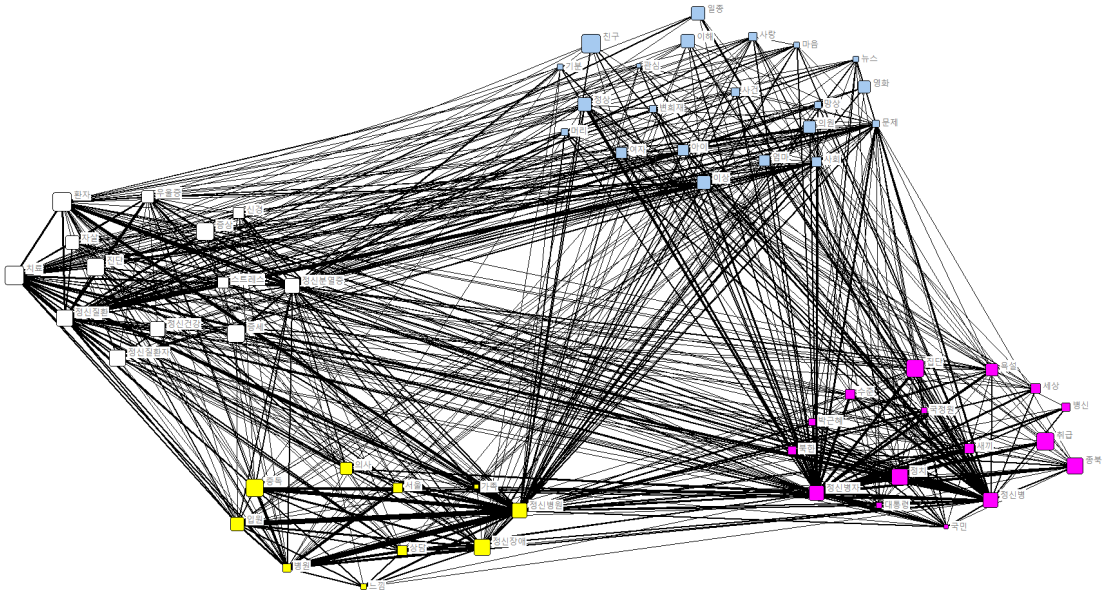
[표 3-20] 2013~2014년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병자	42458	56914.77	0.23	31	여자	1842	8428.68	0.03
2	정신병원	29061	50361.99	0.17	32	가족	1774	8179.46	0.03
3	정신병	26943	48216.42	0.17	33	증상	1703	7902.33	0.02
4	정신분열증	16058	37634.56	0.13	34	취급	1649	7580.89	0.02
5	정신질환	11820	31645.40	0.09	35	자살	1649	7794.94	0.02
6	치료	5248	18663.86	0.05	36	서울	1648	7665.87	0.01
7	환자	4918	17654.58	0.05	37	신경	1626	7612.40	0.02
8	병원	4717	17065.51	0.04	38	아이	1607	7565.22	0.03
9	이상	3688	14054.17	0.05	39	뉴스	1578	7388.78	0.02
10	새끼	3469	13775.39	0.04	40	북한	1548	7394.67	0.02
11	정신장애	3408	13309.59	0.03	41	마음	1483	7059.49	0.03
12	사회	3362	13534.12	0.04	42	엄마	1471	7125.45	0.02
13	입원	3146	12477.79	0.02	43	정치	1443	6910.81	0.03
14	문제	3094	12557.11	0.04	44	변희재	1440	6917.73	0.02
15	국민	3015	12322.93	0.04	45	증세	1440	6833.35	0.02
16	욕설	2971	12051.29	0.05	46	친구	1406	6798.03	0.02
17	수준	2873	11626.19	0.03	47	스트레스	1367	6647.57	0.02
18	우울증	2660	11172.33	0.03	48	사건	1366	6642.70	0.02
19	대통령	2624	11027.88	0.03	49	의원	1358	6636.94	0.02
20	정신질환자	2286	9881.41	0.03	50	이해	1353	6509.36	0.02
21	집단	2251	9741.05	0.03	51	관심	1308	6397.04	0.02
22	국정원	2228	9806.88	0.03	52	병신	1277	6254.19	0.02
23	중독	2228	9741.29	0.01	53	느낌	1262	6127.56	0.01
24	의사	2150	9420.05	0.03	54	진단	1254	6236.80	0.01
25	정상	2111	9370.79	0.03	55	망상	1241	6186.05	0.02
26	종북	2055	9264.54	0.02	56	머리	1234	6022.53	0.02
27	세상	2029	8924.58	0.03	57	일종	1183	5790.77	0.01
28	사랑	1911	8668.45	0.03	58	기분	1181	5837.03	0.02
29	박근혜	1882	8493.41	0.03	59	정신건강	1168	5964.27	0.01
30	상담	1858	8419.15	0.02	60	영화	1151	5867.74	0.02

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-38] 2013~2014년 CONCOR 분석 결과

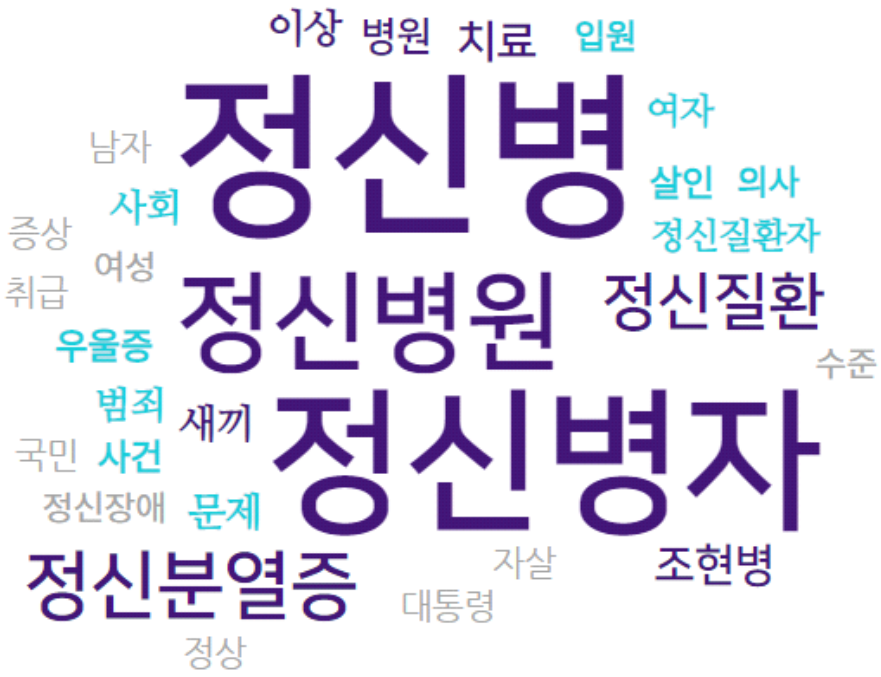


CONCOR 분석 결과, 첫 번째 군집은 '정신병자와 정치적 비난'으로 명명하였으며 국정원, 박근혜, 북한, 정치, 대통령, 국민, 종북, 새끼, 욕설, 병신, 정신병자, 취급, 수준 등의 키워드가 포함되었다. 두 번째 군집은 '정신장애와 입원' 군집으로 중독, 입원, 병원, 상담, 가족, 서울, 의사, 정신장애, 정신병원 등 상대적으로 중립적인 단어들로 구성되었다. 세 번째는 '정신건강과 정신질환' 군집으로 정신건강, 스트레스, 증세, 정신질환, 치료, 진단, 우울증, 환자 등의 키워드가 포함되면서 일반적으로 정신건강에 대해서 인식하는 치료적인 키워드들이 포함되었다. 마지막은 '뉴스와 사건 보도' 군집으로 뉴스, 영화, 문제, 망상, 마음, 여자, 이상, 아이, 엄마, 사건, 사회 등의 키워드가 포함되어 사건과 사건에 관련된 이들, 그리고 망상이나 문제와 같은 키워드들이 연관된 것으로 나타난다.

라. 2015년~2016년

1) 빈도분석

[그림 3-39] 2015~2016년 워드클라우드



2015년에서 2016년은 조현병이라는 병명이 본격적으로 사용되기 시작한 시기이며, 강남역 살인사건이 발생하면서 여성혐오와 혐오발언에 대한 관심이 동시에 높아진 때라고 할 수 있다. 이 시기에 7위로 조현병이 사용되고 있지만 여전히 정신분열증이 더욱 빈번하게 사용되고 있다. 또한 '범죄'라는 단어가 상위 60개 빈도에 속하지 않았던 이전 시기와 달리 13위로 나타났고 살인, 경찰, 불안과 같은 키워드가 동시에 등장하여 정신병, 정신질환, 조현병 등의 용어가 범죄와 연결되어 사용되는 빈도가 높아진 시기이다. 한편 여성혐오, 혐오[79] 등의 혐오 관련한 키워드가 등장하기 시작한다. 또한 감금이라는 키워드가 60위로 등장하였다는 점도 특이한 점이다.

79) 자연어 처리 과정에서 여성혐오는 하나의 단어로 처리하였기 때문에 혐오의 빈도수는 독립적으로 혐오라는 용어가 사용된 횟수이다.

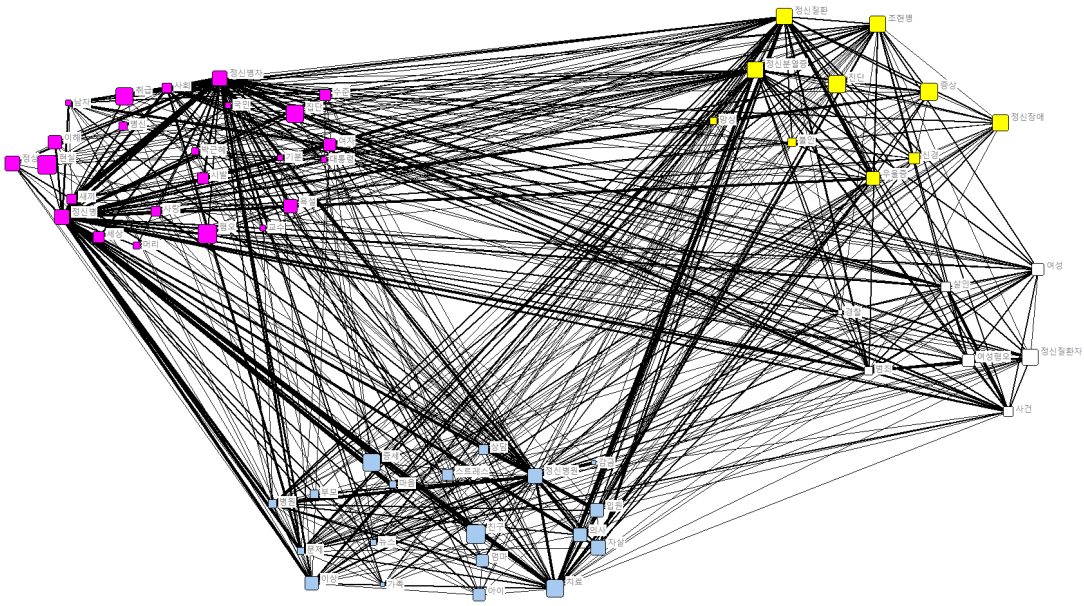
국가인권위원회
humanrights.go.kr

[표 3-21] 2015~2016년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병	62903	89944.89	0.24	31	뉴스	2955	13348.18	0.03
2	정신병자	55408	85587.03	0.22	32	세상	2851	12892.08	0.03
3	정신병원	34985	69816.04	0.16	33	사랑	2827	13082.34	0.03
4	정신분열증	20732	52853.76	0.13	34	박근혜	2684	12420.58	0.03
5	정신질환	14982	43135.77	0.09	35	마음	2659	12378.08	0.03
6	치료	8052	28912.09	0.05	36	친구	2594	12119.74	0.03
7	조현병	7499	27200.42	0.05	37	경찰	2505	11776.05	0.03
8	병원	5888	22709.73	0.05	38	가족	2488	11739.47	0.03
9	이상	5696	21951.88	0.06	39	엄마	2455	11784.14	0.03
10	새끼	5477	21592.19	0.05	40	이해	2386	11254.96	0.03
11	문제	5426	21530.12	0.05	41	신경	2327	11078.29	0.02
12	사회	5150	20762.81	0.04	42	상담	2305	11151.38	0.02
13	범죄	4565	19172.09	0.03	43	욕설	2232	10722.47	0.03
14	정신질환자	4358	17928.90	0.04	44	아이	2196	10713.92	0.03
15	여자	4267	18075.52	0.04	45	혐오	2161	10678.75	0.02
16	우울증	4052	17111.03	0.03	46	시발	2142	10412.30	0.02
17	사건	4000	17055.00	0.03	47	기분	2103	10163.47	0.03
18	살인	3867	16621.77	0.02	48	교수	2087	10636.55	0.02
19	입원	3624	15582.63	0.03	49	증세	2084	10063.25	0.02
20	의사	3568	15476.54	0.04	50	집단	2035	9942.47	0.02
21	여성	3476	15368.57	0.03	51	망상	1942	9614.12	0.02
22	수준	3435	14851.34	0.03	52	머리	1875	9268.63	0.03
23	정신장애	3348	14837.55	0.03	53	현실	1854	9210.34	0.02
24	정상	3154	14104.01	0.03	54	불안	1838	9280.19	0.02
25	남자	3129	14185.29	0.03	55	부모	1832	9218.01	0.02
26	자살	3102	14025.94	0.03	56	진단	1809	9126.97	0.02
27	취급	3074	13672.50	0.03	57	스트레스	1796	9025.84	0.02
28	대통령	3063	13771.28	0.03	58	병신	1776	8932.96	0.02
29	증상	3053	13898.43	0.03	59	여성혐오	1773	9010.76	0.01
30	국민	2972	13451.36	0.03	60	감금	1757	8827.69	0.01

2) CONCOR 분석

[그림 3-39] 2015~2016년 CONCOR 분석 결과



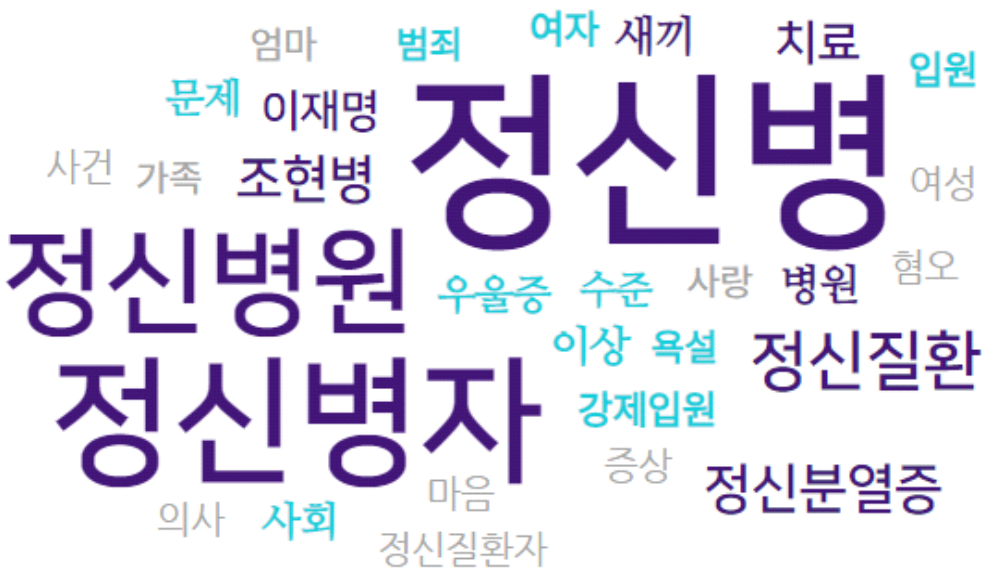
CONCOR 분석 결과 첫 번째 키워드는 '정신병원과 정신질환' 키워드로 정신병원, 감금, 입원, 의사, 자살, 치료, 친구, 뉴스, 가족, 문제, 이상, 병원, 스트레스, 상담 등의 키워드가 포함되었다. 두 번째는 '여성혐오 범죄' 키워드로 여성, 살인, 여성혐오, 범죄, 경찰, 정신질환자, 사건 등의 키워드를 포함하며 조현병뿐만 아니라 정신질환자라는 용어가 여성혐오 범죄와 함께 묶인 것을 보여준다. 세 번째는 '조현병과 정신장애' 키워드로 정신장애가 조현병, 불안, 망상, 우울증, 정신질환 등과 하나의 군집에 포함되며 이전에 정신장애라는 용어는 치료적 용어/중립적 용어와 한 군집으로 분류된 것과 상이한 결과로 나타났다. 마지막은 '정신병자와 비난' 군집으로 정신병자, 취급, 수준, 국민, 세상, 대통령, 시발, 병신, 새끼, 집단 등의 욕설과 비난 관련한 키워드가 포함되었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마. 2017년~2018년

1) 빈도분석

[그림 3-40] 2017~2018년 워드클라우드



마지막으로 2017년에서 2018년의 키워드 빈도를 분석한 결과, 병명 개정에도 불구하고 여전히 정신분열증이 조현병보다 빈번하게 사용되고 있었다. 한편 이재명, 사랑, 강제입원 키워드의 빈도가 높게 나타나며 이재명 김사랑 정신병원 강제입원 사건에 대한 SNS 게시글의 수가 매우 많았음을 보여준다. 특이한 점은 이 시기에 처음으로 '인권'이 상위 60개 키워드에 포함되었다는 점인데, 강제입원, 강제개종, 감금 등의 키워드가 상위로 나타난 것과 연관이 있는 것으로 볼 수 있다.

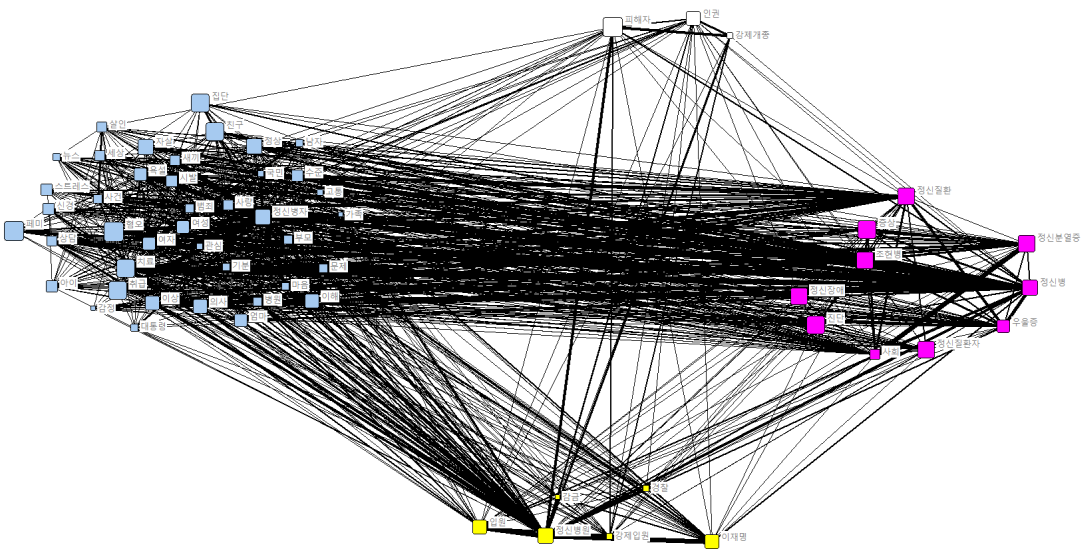
[표 3-22] 2017~2018년 상위 60개 키워드

	단어	빈도	TF-IDF	연결중심성		단어	빈도	TF-IDF	연결중심성
1	정신병	99657	143150.79	0.26	31	이해	4479	20389.42	0.04
2	정신병자	69537	123527.15	0.19	32	취급	4410	20022.80	0.03
3	정신병원	54907	110246.12	0.16	33	자살	4410	20349.94	0.03
4	정신질환	23203	67002.20	0.09	34	정상	4361	20076.28	0.04
5	정신분열증	15319	51008.63	0.09	35	친구	4220	19752.29	0.04
6	조현병	14148	49199.02	0.07	36	뉴스	4080	18976.54	0.03
7	치료	11907	43659.23	0.06	37	세상	3886	18204.87	0.04
8	이재명	9277	36113.72	0.04	38	남자	3864	18456.89	0.04
9	새끼	8637	34211.26	0.06	39	상담	3743	17985.94	0.03
10	병원	8466	33621.97	0.06	40	피해자	3743	17630.34	0.02
11	이상	8325	32740.25	0.06	41	강제개종	3688	18347.69	0.00
12	사회	8051	33658.91	0.04	42	국민	3620	17320.82	0.03
13	문제	7962	32261.24	0.06	43	정신장애	3619	17357.85	0.03
14	우울증	7375	30326.53	0.04	44	신경	3439	16643.90	0.03
15	수준	6695	27501.46	0.03	45	관심	3385	16246.92	0.02
16	여자	6517	27555.54	0.05	46	시발	3331	16317.30	0.03
17	강제입원	6449	26806.64	0.02	47	대통령	3254	15983.38	0.03
18	입원	5888	25237.26	0.03	48	집단	3192	15557.36	0.02
19	욕설	5421	23932.52	0.04	49	고통	3151	16185.18	0.02
20	범죄	5280	23622.28	0.03	50	감금	3145	15307.57	0.02
21	가족	5012	22427.72	0.04	51	아이	3101	15488.06	0.03
22	엄마	4904	22434.62	0.04	52	진단	3100	15388.59	0.02
23	사랑	4884	22098.05	0.03	53	감정	3067	15110.46	0.02
24	마음	4877	21904.30	0.04	54	기분	2936	14599.01	0.03
25	증상	4790	21955.54	0.03	55	부모	2930	14726.10	0.03
26	정신질환자	4768	21385.81	0.04	56	경찰	2928	14674.66	0.03
27	사건	4722	21719.16	0.03	57	인권	2923	14697.68	0.02
28	여성	4666	21660.32	0.04	58	스트레스	2891	14452.17	0.03
29	의사	4575	20970.06	0.04	59	살인	2885	14515.52	0.02
30	혐오	4499	21141.06	0.03	60	페미	2839	14603.40	0.02

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) CONCOR 분석

[그림 3-41] 2017~2018년 CONCOR 분석 결과



CONCOR 분석 결과 먼저 ‘정신병원 강제입원’ 군집으로 이재명, 감금, 입원, 정신병원, 강제입원, 경찰 키워드가 포함되었다. 둘째는 ‘정신질환 및 정신장애’ 군집으로 정신병, 정신분열증, 우울증, 진단, 사회, 조현병, 증상 등이 분리되기보다 하나의 집단으로 묶였다. 세 번째는 ‘강제개종과 인권’ 군집으로 강제개종, 인권, 피해자로 분리되었다. 마지막 군집은 ‘정신병자와 욕설’ 군집으로 정신병자, 욕설, 시발, 새끼, 취급, 수준 등의 욕설 관련 키워드와, 페미, 대통령, 집단과 같은 집단이나 대상, 그리고 범죄, 문제, 자살, 살인, 고통과 같은 부정적인 함의를 가진 단어들이 하나의 군집으로 묶였다. 정신병자라는 단어가 욕설, 그리고 비난의 대상과 함께 사용되는 경향이 있으며, 이것이 특히 부정적인 키워드와 연결되는 특징이 있는 것이다. 이러한 군집의 분류는 이전 시기들과 유사한 경향성을 보여준다.

제3장. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구 결과는 2008년 국가보고서 작성 당시에는 포함되지 않았던 부분이지만, 시간이 지날수록 정신장애인에 대한 편견에 큰 영향을 미치고 있는 기사와 소셜 미디어 상에서 정신장애인에 대한 발화가 어떠한 맥락으로 이루어지는지를 고찰하고자 하였다. 따라서 본 3부에서는 기사의 경우 신문사 및 연도별로, 소셜빅데이터의 경우 연도별로 다른 결과를 보이고 있었음을 나타내고 있고 각 분석 결과를 제시하였다. 연구의 주요 결과를 요약하자면 다음과 같다.

첫째, 기사분석에서 사건사고가 발생할 때 정신질환 관련 기사가 급증하며, 이에 따라 SNS 상에서도 문서량이 증가하는 경향이 확인되었다. 문서량의 추이가 특정 사건 발생 후에 커지는 양상을 보이며, 대체적으로 2009년 이후 2018년까지 시간이 갈수록 증가하는 경향을 보였다. 이는 정신질환 및 정신장애에 대한 사회적인 관심이 증가하였다는 것뿐만 아니라, 특히 범죄 관련한 기사가 집중적으로 보도되면서 나타난 현상이라고도 볼 수 있다. 예를 들어 2009년부터 2010년까지는 기사와 SNS 모두에서 강력 범죄 관련한 키워드 군집이 나타나지 않았으나, 이후로 2011년부터 등장하기 시작하여 특히 최근까지도 범행, 살인 등의 키워드가 사용되는 빈도가 매우 높게 나타났다.

둘째, 기사분석 결과 신문사별로 보도경향에 차이가 있다는 것을 알 수 있었다. 신문사별로 특정 신문사에서는 정신장애인의 인권, 강제입원, 복지 관련한 보도를 많이 하는 경향을 보였으나, 다른 신문사에서는 인권 관련한 키워드 군집이 나타나지 않기도 하였다. 정신질환, 조현병, 정신분열증, 정신장애 등의 용어 사용에 있어서 언론사별로 사용 빈도가 다르게 나타났는데, 예를 들어 '정신장애'라는 용어의 빈도가 특히 낮게 나타나는 신문사도 있었다. 각 언론사별로 보도 경향 및 방향성에 차이가 있는 것은 불가피하지만, 전체적으로 정신질환자에 대하여 편견 없이 과학적·객관적 보도는 합의되어야 할 부분일 것이다.

셋째, 소셜빅데이터에서 부정적인 감정이 증가하고 있을 뿐만 아니라, 특정 대상을 비난하는 혐오표현(hate speech)으로 사용되는 경향이 나타났다. 2009년 이후 최근으로 접어들수록 과학적·객관적 정보를 전달하는 긍정문서 비율보다 편견 혹은 비난을 담고 있는 부정문서의 비율이 증가하는 경향을 보일 뿐만 아니라, CONCOR 분석 결과의 단어 군집에 있어서도

국가인권위원회
humanrights.go.kr

욕설, 정치인 등의 대상 등이 상당수 포함되었다. 이러한 경향은 '정신병자'라는 단어, 혹은 '정신질환자', '정신장애'라는 단어가 SNS상에서 의료적인 의미로 받아들여지기보다 상대를 비난하는 표현으로 둔갑해있음을 시사한다.

2. 제언

첫째, 범죄 관련 부정적 기사, 범죄와 관련된 기사의 빈도를 줄이고, 정신질환에 대한 과학적 정보를 제공하고 낙인을 줄일 수 있는 긍정적 기사의 빈도를 증가시키는 것이 필요하다. 대중의 관심을 끌기 위해 자극적인 내용으로 기사를 작성하는 언론의 속성을 고려할 때 이는 피할 수 없는 문제로 생각된다. 하지만 정신건강보도에 있어 특히 수사 관련 기사에서 사실 확인이 되지 않은 상태에서 '추정' 상태로 보도되는 경우를 최대한 지양하도록 해야 한다(나은영 외, 2017). 부정적 기사에 대한 모니터링뿐만 아니라 정신건강 보도 준칙의 보급 및 기자를 상대로 한 인식 개선 등이 필요하며, 정신건강 전문가 역시 정확하고 객관적인 정보를 전달할 수 있도록 공조할 필요가 있다.

정신분열병이라는 병명 자체가 주는 낙인을 피하기 위해 조현병으로 이름을 바꾸었다. 개명 초기에는 낙인을 감소시키는 역할을 어느 정도 하였다고 생각되나 조현병 환자와 관련된 사건 사고가 보도되면서는 조현병 병명 개정으로 인한 낙인 감소 효과는 줄어들고 있다. 오히려 조현병은 살인이나 부정적 사고와 관련되어 인식되는 경향이 있어서 병명 개정만으로 낙인을 줄이는 데는 한계가 있음을 확인하였다. 정신질환 관련 언론 보도 시 지침에 따라 적절하게 보도될 수 있도록 '정신건강 언론준칙' 제정이 필요하다. 또한 용어 사용에 있어서 신문사별로 다른 경향을 나타냈다는 점을 미루어 보아 정신질환자 및 정신장애인 관련 사건을 보도하는 데에 있어 언론사 내 기자들의 이해도를 높이기 위한 교육 등이 시행될 수 있을 것이다.

과거 신문이나 방송이 대중매체의 전부이던 시절을 지나 대중은 인터넷을 통해 정보를 습득하게 되었다. 특히 최근에는 소셜미디어를 통해 소통하고 정보를 얻는 경향이 크게 증가하였다. 하지만, 소셜미디어에서 정신질환에 대해 언급하는 방식은 매우 부정적이다. 이에 정신질환을 포스팅하는 소셜미디어의 활용 방식에 대한 지침을 개발할 필요가 있다. 대중 전반으로 한 SNS상의 정신질환자 및 정신장애인에 대한 인식 제고 및 인식개선 캠페인이 필요하다. 예를 들어, 국가인권위원회 등에서 페이스북, 트위터 등을 중심으로 정신장애에 대한 인식개선 및 해시태그 캠페인 등을 실시할 수 있을 것이다.

정신질환에 대한 낙인 감소를 위해서는 대중매체의 역할이 매우 중요하다. 이는 10년 전과 이번 조사 모두에서 가장 중요한 요소로 확인되었다. 대중매체의 속성이 저절로 바뀌기를 기대하기 보다는 대중매체와 소셜미디어가 정신질환에 대한 편견을 줄이고 긍정적 정보를 더 많이 제공할 수 있도록 정책 개발과 더 적극적인 재정 투자가 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제4부

환경변화와 법과 정책의 개선

제1장 정신장애 분야의 변화된 환경

제2장 2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고

제3장 새로운 제도와 입법안에 대한 검토

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장. 정신장애 분야의 변화된 환경

2010년 이후 정신장애 분야는 과거로부터의 흐름과는 다른 흐름들이 발견된다. 먼저, 국내의 열악한 정신의료의 현실을 개선하기 위해 비자의입원에 있어 국제적 기준에 따르고자 하는 요구들이 확산되었다는 점이다. 이에 가장 큰 역할을 한 것은 2008년 한국 정부가 비준한 UN 장애인권리협약이라 할 수 있다.

다음으로, 과거에는 법이나 정책의 결정에 있어 관료와 전문가들이 주로 관여하였는데, 2010년 이후 정신장애당사자단체나 권익옹호단체의 설립이 활성화되면서 당사자 주의적 관점에서 법안이나 정책이 마련되는 계기들이 확산되었다.

끝으로, 사회에 대한 정신장애에 대한 이중화된 인식의 심화이다. 2016년 이후 법이나 정책의 흐름과는 또 다르게 언론을 통해 관심이 커진 정신장애 범죄를 경험하면서 사회는 이중적 시각으로 정신장애를 바라보고 있다. 즉, 어느 한 쪽에는 인권과 복지를 요구하고, 어느 한 쪽에서는 사회적 안전을 위한 격리와 배제를 요구하는 것이다. 이하에서는 각 내용을 구체적으로 살펴본다.

1. 국제연합(UN)의 장애인권리협약과 한국의 과제

가. 개관

UN 장애인권리협약(CRPD)은 2006년 제정되었고, 한국 정부는 2008년 이를 비준하여 UN 장애인권리협약은 국내법적 효력을 발생하였다. 2014년 한국 정부는 UN 장애인권리위원회로부터 한국의 장애 관련 국가보고서를 심사받아 정신장애 분야에 대해 여러 지적과 권고를 받았고, 2019년 3월 UN 장애인권리위원회의 지적과 권고에 따른 이행 등을 보고하는 국가보고서를 UN 장애인권리위원회에 제출하였다.

UN 장애인권리위원회는 장애인권리협약을 비준한 각 나라의 국가보고서를 심사하여 지적하는 것 외에도 장애인권리협약 각 조항에 대한 해석지침(일반논평. GENERAL COMMENT)을 제시하고 있는데, 그 중 정신장애와 관련된 해석지침으로는 2014년 채택된 제1호 논평인 '법 앞의 동등한 인정(Article 12: Equal recognition before the law)'과 2017년 채택된 제5호 논평인 '지역사회 연계 자립생활(on living independently and being included in the community)'이 있다. 이하에서는 먼저 위 두 논평의 내용을 검토해 보기로 한다.

나. UN 장애인권리위원회의 일반논평[80)]

1) 법 앞의 동등한 인정(제1호 논평)

제1호 논평인 '법 앞의 동등한 인정'은 전 세계 각 국가들에 정신장애와 관련된 비자의입원, 강제치료, 후견제도에 대해 다음과 같은 내용을 권고하고 있다.

1. 후견제도나 관리인제도와 같은 기존의 대체의사결정제도를 폐지할 것
2. 정신장애인을 대신하여 대체의사결정자가 결정하는 강제치료를 금지할 것
3. 투표·혼인·출산·친권·치료동의와 같은 장애인의 법적 능력을 보장할 것
4. 법적 능력을 행사하기 어려운 장애인의 자율성과 의지, 선호를 존중해 인적·물적 지원 등을 하는 지원(조력)의사결정제도로 전환할 것
5. 정신의료 전문가를 포함한 보건의료인이 장애인을 치료하기에 앞서 다른 사람과 동등한 법적 능력의 보장 하에 설명이 수반된 자유로운 동의를 얻을 것.

위와 같은 제1호 논평의 권고는 장애인의 자기결정권에 기반해 전 세계적으로 후견제도, 비자의입원 및 강제치료에 대해 새로운 법적 시각으로 전환하는 계기를 마련해 주었다. 예컨대, 각 국은 위 권고에 따라 근대 이후 금치산자, 피성년후견인, 피치료감호자 등에 대해 박탈해 온 선거권(투표권)을 입법을 통해 또는 위헌선언을 통해 회복시켜 주고 있고, 대상자의 의사결정을 대체하거나 박탈하는 후견제도는 점차 의사결정지원제도로 방향을 바꾸어 가고 있다.

아울러, 후견인이나 가족이 입원을 결정하는 대체의사결정제도에 따른 비자의입원(강제입소)제도 또한 국가의 심사를 통한 입원제도로 전환되고 있다. 예컨대, 독일의 경우 비자의입원 외에 강제 약물치료나 장시간의 강박조치에 있어서도 후견인의 동의 외에 별도의 법원의 심사와 결정을 받을 것을 요구하고 있다.

위와 같은 UN 장애인권리위원회의 권고는 향후 정신장애와 관련된 법령과 강제적 조치(비자의입원, 강제치료, 격리·강박)에 대한 일정한 제약원리로서 작동하게 되고, 위와 같은 권고에 반하는 제도들은 법적·사회적 정당성을 끊임없이 의심받게 될 것이다. 예컨대, 우리의 성년후견제도는 위 권고에 사실상 반하는 것이어서 여러 학자나 장애단체로부터 이미 비판을 받고

80) UN 장애인권리위원회의 일반논평은 아래 홈페이지에서 확인할 수 있다.
https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/gc.aspx (2019. 11. 1. 최종방문)

있고, 2018년 초에는 민법상 후견유형 중 성년후견 유형에 대해서 장애인 등의 자기결정권을 침해하는 법제도라는 이유로 헌법소원이 제기되기도 하였다.[81]

2) 지역사회 연계 자립생활(제5호 논평)

2017년 UN 장애인권리위원회에서 채택된 '지역사회연계 자립생활'은 장애인의 지역사회에서의 삶의 현실적 측면을 바라본다. 앞서 본 '법 앞의 동등한 인정'에 관한 일반논평은 정신장애인을 둘러싼 법제도적 측면의 문제에 대한 대응이라면, '지역사회연계 자립생활'은 정신장애인을 둘러싼 사회 현실적 측면의 문제에 대한 대응이라 할 수 있다.

UN 장애인권리위원회는 위 일반논평에서 50여 년간 서구사회에서 정신장애인의 탈시설 운동과 정책을 시행하였음에도 불구하고 여전히 장애를 가진 사람들이 지역사회 내에서 자립생활을 할 수 없게 되는 원인을 다음과 같이 분석하고 있다(위 일반논평 제15항).[82]

1. 법적 또는 사실적 대체의사결정자가 결정하면서 장애인의 법적 능력 부인
2. 불충분한 사회적 지원과 지역사회 자립생활 실현계획의 부족
3. 탈시설 전략의 부재와 시설에 대한 지속되는 투자
4. 장애인의 지역사회 포섭에 대한 부정적 태도와 낙인, 고정관념
5. 장애인의 지역사회 자립생활에 대한 오해 등

UN 장애인권리위원회는 자립생활의 권리와 지역사회 삶 보장의 핵심은 어떻게, 어디서, 누구와 함께 살 것인지를 당사자가 선택하고 결정하는 것과 지역사회 서비스는 개별화되고, 완전하고, 자발적으로 선택하고, 당사자에 대한 효과적인 포섭과 참여가 이루어져야 함을 강조하고 있다(위 논평 제24항 및 제31항). 이를 위한 국가의 존중·보호·실현의무의 구체적 내용으로는 다음과 같은 것을 제시하고 있다(제97항).

81) 2018. 2. 23. 접수 2018헌바130 헌법소원 사건과 2018. 3. 28. 접수 2018헌바161호 헌법소원 사건이 현재 헌법재판소에 계류되어 심리 중에 있다.
82) 원문은 아래 UN 장애인권리위원회 홈페이지 참조.
http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsnbHatvuFkZ%2bt93Y3D%2baa2q6qfzOy0vc9Qie3KjjeH3GA0srJgyP8IRbCjW%2fiSqmYQHwGkfikC7stLHM9Yx54L8veT5tSkEU6ZD3ZYxFwEgh (2019. 11. 1. 최종방문)

1. 장애유형을 불문하고 장애인이 누구와 어디서 어떻게 살지를 선택하는 것을 제한하는 모든 법령의 폐지(a)
2. 장애인에게 지역사회 내 자립생활을 위한 실질적, 절차적 권리부여(e)
3. 장애인에게 자립생활과 지역사회 포섭에 관한 그들의 권리를 그들이 이해할 수 있는 방법으로 알리고, 그들의 권리를 행사하는 방법을 지원하기 위해 역량강화훈련을 제공(f)
4. 탈시설 전략의 수립과 탈시설 전략에의 장애인의 절차적 참여(g, i) 등

위와 같은 지역사회 연계 자립생활은 최근 정부가 선도적으로 시행하고 있는 커뮤니티 케어(지역사회 통합돌봄)사업에서 그 기본적 이념들을 엿볼 수 있기도 한데, 그것은 자신의 주거와 지역 사회 내에서의 오래된 관계를 유지하면서 사회적 삶을 향유하는 것을 의미하며, 이는 시설생활과 대립되는 측면이 있다.

다. UN 장애인권리위원회의 한국정부에 대한 권고

UN 장애인권리위원회는 2014년 10월 한국정부의 국가보고서를 심사하여 정신장애인에 대한 비자의입원과 강제치료와 관련해 다음과 같은 내용의 권고를 하였다.[83]

ⅰ) 정신장애나 지적장애 등 장애에 기반한 자유박탈조치를 허용하는 현존 법령조항을 폐지할 것.
ⅱ) 설명을 동반한 당사자의 자유로운 동의에 기반한 정신보건서비스를 포함한 보건서비스의 보장책을 마련할 것.
ⅲ) 정신보건법 개정 이전까지라도 병원이나 시설에 수용된 사람의 자유박탈사례에 대한 심사와 이의제기 기회를 보장할 것.
ⅳ) 장애를 가진 사람을 잔인하고, 비인도적·굴욕적으로 치료하거나 벌하는 강제치료를 폐지할 것.
ⅴ) 시설수용이 계속되는 경우에는 정신병원 내에서의 폭력, 학대, 모든 형태의 불법적 치료를 예방하기 위하여 장애인단체의 대표성을 보장하는 효과적인 외부적이고, 독립적인 모니터링 시스템을 확립할 것.

위와 같은 UN 장애인권리위원회의 권고는 한국 정부의 정신건강복지법으로의 전면개정에 대한 외부적 압박이 되었고, 위 권고에 대응해 2019년 제출된 한국의 국가보고서는 2016년 정신건강복지법으로 전면개정을 하여 비자의입원 비율 감소 및 인권보장 등이 개선되었음을 알리고 있다.[84]

2. 정신장애단체의 성장과 참여

1995년 정신보건법 제정 당시에는 장애운동이 아직 활성화되지 않은 상태였고, 당사자단체나 가족단체의 역할도 거의 없어 입법과정은 행정 관료의 주도 하에 정신과 의사단체를 중심으로 입법의견이 개진되었다. 그 결과 의료적 기능이 없는 정신요양시설을 폐지하고, 가족의 동의와 정신과 의사의 진단을 통한 입·퇴원 시스템이 마련되었다.

2000년대 이후 장애운동의 활성화와 더불어 정신장애 당사자단체들이 생겨나기 시작하고, 그에 변호사 등을 중심으로 한 권익옹호단체들이 지원하면서 제도개선 운동들이 전개되기 시작한다.

2010년 이후 정신장애단체들은 법제도 개선을 위한 운동으로 2013년 12월 국가인권위원회에 200여 명이 집단진정을 제출하고, 2014년 1월 구 정신보건법 제24조 보호입원 조항에 대해 헌법소원을 제기하였다. 위 헌법소원은 2014년 3월 각하되었지만 이후 인신보호재판 중에 위헌법률심판이 법원으로부터 받아들여져[85] 결국 2016년 9월 헌법재판소에 의해 최종적으로 위헌(헌법불합치)결정을 받았다.[86]

위와 같은 공익소송 외에도 정신장애단체들은 2013년 정부의 구 정신보건법 전부개정안에 반대하는 의견을 개별적으로 개진해오다가 2014년부터는 소극적인 정신보건법 폐지가 아니라 '정신장애인복지지원법추진 공동행동'을 구성하여 적극적 입법운동을 벌여 국회의원을 통해 법안이 제출되고, 최종적으로 그 내용 중 일부(기본이념 및 복지서비스의 장)가 2016년 5월 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한 법률'(이하 '정신건강복지법'이라 한다)에 반

83) 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), 26항 및 29항. 원문은 아래 홈페이지 참조 http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/KOR/CO/1&Lang=En (2019. 11. 1. 최종방문)
84) 대한민국정부, 유엔장애인권리협약 제2·3차 병합 국가보고서, 2019, 28면 78항 내지 89항.
85) 서울중앙지방법원 2014. 5. 14. 2014초기408 결정.
86) 헌법재판소 2016. 9. 29. 2014헌가9 결정.

영되었다. 그 후에도 정신장애단체에서 법원이 입원심사를 하는 사법입원으로의 정신건강복지법 개정안이나 쉼터와 동료지원가를 신설하는 정신건강복지법 개정안 등을 주도적으로 준비하였다.

아울러 국제적으로도 2014년 UN의 장애인권리위원회의 한국보고서 심사에서 한국의 실제 장애현실을 담은 NGO보고서를 제출하여 앞서 본 UN 장애인권리위원회의 다양한 권고를 얻어내기도 하였다.

이와 같은 정신장애단체의 성장은 국내의 정신장애 정책결정과정에서의 참여 또한 활성화시키고 있고, 그와 함께 전문성, 경험성, 그리고 자주성과 독립성을 가진 단체로 한걸음씩 나아가고 있다.

3. 정신장애에 대한 사회의 이중적 인식의 심화

사회적으로 보면, 조현병이라는 이름을 사회에 인식시킨 2016년 강남역 사건 이후로 매년 심각한 정신장애 범죄로 인해 사회적 여론이 집중될 때마다 치안적 관점의 목소리가 사회 내에서 높아지기 시작하였다. 이를 무비판적으로 받아들여 여론과 입법자들이 사회적 안전을 무기 삼아 다양한 관리와 통제 제도들을 제안하고 있다. 그와 동시에 정부 또한 치료와 복지를 위한 인적·물적 지원을 통해 사회적 안전을 확보하기 위한 노력도 함께 이루어지고 있다. 올해 보건복지부가 책정한 정신장애 예산중에는 그러한 범죄사건이 없었으면 마련하지 않았을 지역사회 예산과 인력(정신건강복지센터 인력 증원)이 마련된 것이다.

정신장애에 대한 대응은 치료, 복지, 자율과 자립, 사회적 격리와 같이 다양한 시각에 따른 다양한 방식이 존재하는데 최근에는 그 시각의 다양함 때문에 어느 한 쪽의 시각이 다른 한 쪽을 압도하는 것은 쉽지 않아 보인다. 사회적 이슈가 된 여러 정신장애 범죄에도 불구하고 2019년의 한국사회에서도 그렇고, 2016년 중증장애인시설에서 대규모 살상사건을 겪은 일본에서도 그렇고 정신건강복지법을 치안입법화하려는 정부나 입법자의 시도들은 대체로 실패하고 있다.

그 이유는 치안적 목적의 격리와 배제가 별 도움이 되지 않을 것이라는 경험적 요소 외에 당위적으로도 그러한 방식이 사회적 연대와 책임의 방식에 어긋나는 것이라는 관점도 반영되고 있다. 임세원 교수의 사망사건 이후에도 임세원 교수가 바라는 것이 단순히 치료진의 안전만이 아니라 환자들 또한 사회적 낙인 없이 치료와 지원을 받기를 희망했을 것이라는 점에 사회가 함께 공감할 수 있었던 것도 치안적 관점으로의 전환을 막는 힘이 되었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2장. 2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고

1. 2010년 이후 인권위의 정책권고

2009년 국가보고서 이후에도 인권위는 정신장애 분야에 다양한 정책 권고를 매년 제시해 왔다. 2010년 이후 인권위의 정신장애 분야와 관련된 주요 정책권고(의견표명)를 보면 다음과 같다.

[표 4-1] 2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고(의견표명)의 주요 내용[87]

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고(의견표명) 주요내용
2010. 12. 27. 자 결정	장애인권리협약 국가보고서(안)에 대한 의견표명	정부가 UN 장애인권리위원회에 제출하게 될 국가보고서(안)에 대해 수정 및 추가 등을 권고(정신보건법상 정신질환자 개념과 수용현황 제시 요구, 성년후견제도 및 성년후견법안들의 한계에 대한 보완, 인신보호법의 문제점과 개선방안 보완, 치료감호 정신장애인 현황과 내용 보완 요구 등)
2013. 5. 16. 자 결정	자기결정권 존중을 위한 성년후견제 내실화 방안 마련에 대한 권고	1. 대법원장에게, 후견심판절차상 본인의 의견진술기회 부여, 의사소통전문가나 신뢰관계인 참여, 관련인 의견청취를 통해 본인의 생활상 수요가 고려된 후견서비스를 제공토록 할 것, 후견사무 감독에 필요한 인력을 충분히 확보하고, 후견인의 활동보고서 제출을 의무화할 것 등을 권고 2. 법무부장관에게, 의사결정능력에 대한 판단기준과 피성년후견인의 심판절차수행능력 인정 방안 마련, 결격조항 폐지 및 대체입법 마련을 권고 3. 보건복지부장관에게, 취약계층에 대한 공공후견서비스제도 법제화, 공공후견인 양성 및 관리시스템 구축, 의료·요양 서비스 제공 및 비자의입원시 성년후견인의 확인과 동의를 구할 법적 근거 마련 등을 권고

87) 아래 인권위 홈페이지의 2010년 이후의 국가인권위원회 결정례집과 결정례 참조.
https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/list?boardid=607918&boardtypeid=18&currentpage=2&menuid=001003001002002&pagesize=10 (2019. 11. 1. 최종방문)

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고(의견표명) 주요내용
2014. 6. 25.자, 13-진00515 00 결정	가족의 병력을 이유로 대학 항공운항학과 신체검사 불합격	1. 공군00의료원장에게, 공중근무자 신체검사 시 의학적 근거가 부족한 가족 병력(조현병)의 유전 가능성을 이유로 불합격 처리하지 않도록 관련 규정 등을 개정할 것을 권고 2. 00대학총장에게, 항공운항학과 지원자에 대한 신체검사에서 가족의 병력(조현병)을 이유로 한 불합리한 차별이 재발하지 않도록 대책을 마련할 것을 권고
2015. 12.29. 자 결정	장애인 시설 설립 반대에 대한 의견표명	1.'○○중학교내 장애인직업센터 설립 반대 위원회'가 발달장애인 직업능력개발센터의 설립을 반대하는 행위는 「헌법」 제11조의 평등정신에 위배됨. 2.○○시장과 ○○○구청장은 지역사회에서 장애인을 배제·거부하는 사례가 재발하지 않도록 장애인에 대한 이해와 인식개선을 위한 노력을 지속적으로 기울여야 함.
2016. 8. 4.자 결정	정신의료기관의 격리· 강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책 권고	보건복지부장관에게 정신의료기관의 격리·강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책을 아래와 같이 권고함. 1. 정신의료기관에서의 환자의 격리 및 강박 조치에 있어서 아래의 요소를 포함한 법령 강화 가. 격리·강박의 목적과 원칙 나. 정신건강의학과전문의에 의한 지시 다. 격리·강박 명부 작성과 비치 의무화 라. 격리·강박과 관련된 구체적 조건과 절차(해제조건, 시간제한, 연장에 대한 절차, 이유 등의 고지, 관찰 등) 2. 화학적 강박을 포함하여 정신장애인에 대한 약물투여 실태조사 실시 3. 격리실의 구조와 설비, 강박도구의 표준화를 위한 연구와 표준화된 격리실과 강박도구 활용 및 정착을 위한 노력 4. 격리·강박을 대체할 수 있는 대체프로그램 연구 추진 5. 의료진 및 직원 대상으로 격리·강박 관련 교육과 훈련 강화 6. 보호사 역할과 자격을 규정하고 관리할 수 있는 방안 마련

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고(의견표명) 주요내용
2017. 12. 28. 자 결정	정신장애인 복지시설 이용을 제한하는 지방자치단체 조례 개정 권고	정신장애인에게 복지시설 등의 이용을 제한하고 있는 지방자치단체의 조례에 대하여 아래와 같이 권고함. 1. 지방자치단체의 장과 의회의장은, 정신장애인에 대해 복지시설 등의 이용을 제한하고 있는 조례의 관련 조항을 삭제하기 바람. 2. 행정안전부장관은, 지방자치단체가 조례를 통해 정신장애인에 대해 복지시설 등의 이용을 제한하는 것이 시정되도록 노력하기 바람
2018. 4.12.자 결정	정신장애인 자격·면허 취득 제한 제도 개선 권고	정신장애인 자격·면허 취득 제한 제도의 개선을 위하여 아래와 같이 권고함 1. 국무총리에게, 현행 27개 법률에 존재하는 정신장애인 자격· 면허 취득제한관련 결격조항이 폐지 또는 완화될 수 있도록 법령정비를 위한 범정부적 대책을 마련하여 시행하기 바람. 2. 보건복지부장관에게, 2018. 4. 25. 시행되는 「사회복지사업법」에 포함된 정신장애인 사회복지사 자격취득관련 결격조항을 폐지하도록 개정하기 바람.
2018. 12. 20. 자 결정	아동·청소년의 정신건강 및 인권증진을 위한 정책 권고	아동·청소년 정신건강 및 인권 증진을 위하여 보건복지부장관에게 1. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 및 하위 법령에 아동·청소년의 치료 및 보호, 교육에 관한 규정을 신설하고, 정신의료기관의 아동·청소년 환자 인권보호 지침마련, 2. 아동·청소년기 정신질환 유병률 및 치료 연계율 등에 대한 정신질환실태(역학)조사를 주기적 실시 3. 아동·청소년 병동이 설치된 정신의료기관 및 정신재활시설 지역별 확충 4. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 제50조 정신건강증진시설 종사자 인권교육의 내용에 아동·청소년 권리에 관한 사항을 추가할 것을 권고함.
2019. 2.21.자 결정	정신건강복지법 개정안 중 환자 동의 없	국회의장에게, 정신의료기관 퇴원사실을 환자 동의 없이 정신건강복지센터의 장 등에게 통보하는 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안은 헌법 제10조 및 제17조에

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 권고(의견표명) 주요내용
	는 퇴원사실 통보 개정안에 대한 반대의견 표명	따른 개인정보자기결정권 및 사생활의 비밀과 자유를 침해할 소지가 있고, 정신질환을 이유로 한 차별행위에 해당할 수 있을 뿐만 아니라 법률안 개정의 목적 달성을 위한 적합한 수단이라고 보기도 어렵다는 의견을 표명함.
2019.4.15.자 결정	금융거래 시 장애인 한정후견인 대면요구에 대한 반대의견 표명	후견 판결을 받은 장애인의 금융상품 및 서비스 이용 시 과도한 후견인 동행 요구를 개선하고, 일정범위 안에서 금융행위를 자유롭게 수행할 수 있도록 비대면 거래 방안을 모색할 필요가 있다는 의견을 표명함

위와 같은 인권위의 제도개선권고나 의견표명은 일부 정책이나 법률안 개정에서 반영(수용)되기도 하였다. 예컨대, 1) 아동·청소년 병동의 설치를 권고에 대해서는 2019. 5. 28. 국회에서 법안이 제출되었고,[88] ii) 퇴원사실에 대한 환자 동의 없는 통보를 신설하는 정신건강복지법 개정안은 인권위의 반대의견을 고려하여 환자 동의가 없을 경우에는 시·군·구 정신건강심사위원회의 승인(의결)을 받아 통보하도록 수정된 개정안이 통과되었고, iii) 보건복지부에 대해 격리·강박 지침의 개선을 권고한 것은 보건복지부가 2016년 연구용역을 거쳐 2019년 이후 정신건강사업안내를 통하여 전국의 정신의료기관에서 과거보다 시간과 절차가 엄격해진 새로운 격리·강박 지침이 시행되고 있다.

2. 2010년 이후 인권위의 진정 및 방문조사 사건 관련 권고

인권위는 2009년 국가보고서 발간 이후에도 지속적으로 정신장애인 시설(정신의료기관 및 정신요양시설) 내에서의 인권침해나 차별 관련 진정을 받아 사건을 접수해 조사한 후 피진정인 등을 상대로 권고나 고발 등의 조치를 취하고 있다. 인권위 홈페이지에서 검색 가능한 결정례 중 정신장애인 관련 진정(방문조사)사건 결정은 2010년부터 2019년 10월까지 약 500여 건 정도 확인되며 그 대부분은 정신의료기관 내에서 입원환자가 진정을 한 사건으로 그 내용은 다양(보호의무자 자격 결여, 사설응급이송단의 불법호송, 입원 구비서류 미비, 전화사용

88) 2019. 5. 28. 유의동 의원 대표발의(의안번호 20656)(국가 및 각 시·도에 아동·청소년 전문 정신병원 설치·운영의무를 부과하고 있다.

제한, 부당한 격리·강박, 욕설과 폭력, 강제노역, 불법적인 입원전환, 계속입원심사 누락, 퇴원 당일 입원, 사생활 침해 및 서신 검열, 환자 초과 수용 등)하고, 그 조사결과에 따른 인권위의 조치도 다양하다.

위와 같은 정신장애 분야 진정사건이나 방문조사사건 중에서 인권위가 제도적 개선권고를 한 주요 사례를 보면 다음과 같다.[89]

[표 4-2] 2010년 이후 정신장애 분야 진정사건 관련 제도개선 요구내용

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 진정사건 중 주요 제도개선 요구내용
2013.8.21.자 결정	정신의료기관의 부당한 입·퇴원과정에서의 인권침해	보건복지부장관에게 정신보건법 상 격리강박 기준의 법규화, 공적 환자이송체계 강화 등 제도 개선 촉구(2013. 6. 인권위의 정신보건법 전면개정안에 대한 의견표명 수용 촉구)
2013.8.21.자 결정	지적장애를 이유로 한 보험가입 제한	정신과 처방약을 복용 중인 지적장애인의 보험가입을 개별적, 구체적 검토 없이 거절한 보험회사에 대해 장애인차별금지법 위반을 인정하고 청약의 인수여부를 심사할 것을 권고하고, 금융위원회 위원장에게는 위 보험회사의 보험업법위반(장애인차별금지법 위반)에 따른 관련조치와 지도, 감독을 권고함
2015.12.22.자 권고	2015년 국군병원 정신과 병동 방문조사에 따른 권고	국방부장관에게, 1. 국군병원 정신과 병동 환자에 대한 치료 프로그램을 강화할 것, 2. 순환근무 보장 등 국군병원 정신과 병동 종사자의 근무여건을 개선할 것을 권고함 국군의무사령관에게, 1.「정신보건법」규정에 따른 입·퇴원 절차를 준수할 것, 2. 국군병원 정신과 병동 환자들의 권익체계 및 생활규칙에 대한 기준을 마련할 것, 3.「정신보건법」관련 교육대상에 국군병원 정신과 병동 소속 의무병을 포함시킬 것을 권고함.
2016.2.17.자 결정	2015년 정신의료기관 방문조사 후 입원	1. 6개 정신의료기관에 대한 조사결과, 일부 피조사기관에서 노숙인 등을 직접 알선, 유인하여 입원시킨 경우가 발견되었고, 의료기관으로서 이들 환자에 대한 보호 및 관리도 소홀히 함은 물론 입원이 불필

89) 아래 인권위 홈페이지의 2010년 이후의 국가인권위원회 결정례집과 결정례 참조.
https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/list?boardid=607918&boardtypeid=18&currentpage=2&menuid=001003001002002&pagesize=10 (2019. 11. 1. 최종방문)

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 진정사건 중 주요 제도개선 요구내용
	유인관행 등 개선권고	요한 것으로 보이는 사례도 발견되었음. 2. 또한 모든 기관에서 다소의 차이는 있지만, 노숙 등으로 연고가 불명한 환자에게 기관이 의료비를 실질적으로 면제해주며 입원을 유지시키는 경우가 확인되어 이는 간접적으로 환자에 대한 알선이나 유인으로 간주될 우려가 있는 실정인 것으로 확인되었음. 3. 그 외에도 조사결과 확인된 ① 환자들에 대한 치료정보 미제공이나 간과, ② 사전 대면과 진단 없는 입원, ③ 치료수단으로 볼 수 없는 작업에 참여나 환자 개인적인 원외 노동의 방치, ④ 무단 외출 및 외박 허용, ⑤ 원내 및 원외 음주행위 방치 등은 환자 유치 및 기관의 경영상의 이익을 우선한 것으로 환자의 치료라는 기관의 설립목적에 부합하지 아니함 4. 이에 보건복지부장관에게, 정신보건시설이 환자에 대한 치료적 목적보다는 기관의 영리를 위해 노숙인 등 주거가 불안정한 사람들을 유인하여 입원시키고, 부실하게 관리하는 행위가 발생하지 않도록 관련 실태조사를 실시하여, 근절방안을 마련할 것을 권고함.
2016.4.12.자 결정	공주치료감호소(국립법무병원) 방문조사 후 개선권고	1. 법무부장관은 피치료감호자의 격리, 강박 등 보호조치와 관련한 치료감호 등에 관한 법률을 개정하여 피치료감호청구인 처우에 대한 근거를 마련하고, 정신보건법 등을 참고하여 피치료감호자의 격리, 강박 등 보호조치와 관련한 근거를 마련하기 바람. 2. 치료감호심의위원회가 보다 실질적이고 전문적인 심의를 할 수 있도록 운영을 개선하고, 치료감호심의위원회의 심사 기준과 상세한 결정 이유를 당사자에게 통보하고, 일반 정신병원의 평균 재원기간을 크게 초과하여 수용하는 경우에는 가급적 제3의 독립된 심사기관을 통해 피치료감호자의 계속 수용여부를 감정하고, 피치료감호청구인과 피치료감호자에 대하여 환자 권리에 관해 지속적으로 고지하기 바람. 3. ○○치료감호소에 대하여 하나의 병실에 많은 환자들이 집단 수용되어 있는 현재의 상황을 개선하고, 여성 피치료감호청구인에 대하여 즉시 피치료감호자들과 분리수용하기 바람.

결정 일자	제목	2010년 이후 정신장애 분야 인권위 진정사건 중 주요 제도개선 요구내용
		4. 정신보건법에 규정된 정신건강의학과 전문의 인력기준 이상의 전문의를 확보하고, 간호사의 결원을 충원하고, 간호조무사 인력과 감호 인력을 구분하여 간호조무사는 전적으로 치료를 보조하는 인력으로 활용하고, 정신보건 사회복지사와 임상심리사는 각 병동별로 최소한 1인이 배치되도록 충원하기 바람.
2016. 4. 22. 자 결정	정신병원 내 휴대폰 소지 제한 관련 권고	휴대폰 소지를 일률적으로 제한하는 것은 통신의 자유와 일반 행동의 자유를 침해하는 것임을 들어 시정권고 및 관리감독의 철저를 권고
2016.6.8. 자 결정	정신의료기관의 계속입원심사 회피를 위한 부당한 전원에 대한 권고	보건복지부 장관에게 계속입원심사 등을 회피할 목적으로 일반병원 또는 정신의료기관으로 자의입원 시키는 일명 변형된 형태의 회전문 입원 관행을 개선하여 「정신보건법」 제24조 제3항의 규정이 지켜질 수 있도록 구체적이고 효과적인 방안을 시급히 마련할 것을 권고함
2016.11.14.자 결정	입원한 중증 지적장애인 인권침해	보건복지부 장관에게 정신의료기관에 입원 중인 지적장애인 현황에 대한 실태조사를 실시하고, 입·퇴원 과정 등에서의 구체적인 편의제공 방안을 마련할 것을 권고함
2017.1.30.자 결정	2017년 정신의료기관 작업치료 관련 방문조사	보건복지부장관에게 정신의료기관 작업치료가 부적절한 노동을 예방하고 치료, 재활, 사회적응 목적에 부합하여 실시될 수 있도록 권고

2010년 이후 인권위의 제도개선 권고는 민간 정신의료기관 외에 국방부 소속 국군병원 정신과 병동, 법무부 소속 국립법무병원(치료감호소) 내 정신장애인에 대한 인권보호와 절차준수로 확대되었다. 또한 민간 정신의료기관 내 지적 장애인 인권침해 상황을 고려한 개선권고들도 있었다.

2016년 4월 치료감호소에 대한 인권위 권고가 있은 후 치료감호 등에 관한 법률이 개정되어 ⅰ) 피치료감호자에 대한 의료적 처우는 정신병원에 준하여 의사의 조치에 따르도록 하고, ⅱ) 피치료감호자에 대한 격리·강박에 대해 법령에 요건과 절차 규정을 두고, ⅲ) 면회, 전화통화, 편지 수·발신. 텔레비전 시청 등에 관한 규정을 새롭게 신설하였다. 그러나 나머지 개선권고들은 아직 각 행정부처나 정신의료기관에서의 반영 수준이 높지 않다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3장. 새로운 제도와 입법안에 대한 검토

1. 개관

2001년 설립된 인권위는 한국사회에서 가장 취약하다고 볼 수 있는 정신장애인의 인권 문제에 대해 선도적이고, 적극적인 역할을 해 왔다. 특히 정신의료기관 및 정신요양시설 내 진정함 설치를 통해 2010년 1,260건, 2014년 2,604건의 진정이 접수되어 전체 인권위 진정건수 중 약 20%를 넘는 비율을 차지하고 있고, 2010년 이후 현재까지 약 500여 건이 넘는 국가인권위원회 결정이 정신의료기관이나 정신요양시설에서의 인권침해 사건과 관련해 나왔다.

그러나 위와 같이 반복된 지적과 권고에도 불구하고 정신의료기관에서 이루어져 온 관행들(불법적 강제호송, 입원 직후의 격리·강박, 통신 및 면회 제한의 남용, 자격 없는 보호의무자에 의한 입원, 회전문 입원, 의사결정능력이 부족한 정신장애인에 대한 자발적 입원, 경찰과 구급대원의 호송 미비 등)은 현재까지 반복되고 있다. 그래서 현재까지도 정신의료기관 입·퇴원과정에서 다음과 같은 불법적, 소극적 관행들은 지속되고 있다.

1) 정신의료기관 이송과정의 문제
▷ 사설응급이송단의 물리력 행사를 통한 불법적 강제이송
▷ 경찰과 119 구급대원의 환자 이송에 대한 꺼림(경찰은 관할지역을 넘어 이송할 수 없다는 이유로, 119 구급대원은 물리력을 행사할 수 없거나 이송에 위험이 있다는 이유로)
▷ 환자와 무관하게 사설응급이송단에 의한 특정 정신의료기관으로의 입원

2) 응급정신의료의 문제
▷ 정신의료기관의 응급(긴급)상황의 정신장애인 입원에 대한 거부(신체적 질환이나 상해가 있다는 이유, 입원비를 받기 어렵다는 이유, 병실이 부족하다는 이유 등으로 거부)

3) 입원 후 자유 제한
▷ 비자의입원 직후의 저항에 대한 관행적이고, 과도한 격리·강박
▷ 입원 직후의 과도한 면회 및 통신의 자유 제한

4) 퇴원의 문제

▷ 퇴원 후 지역사회 연계에 대한 꺼림(환자가 거부한다는 이유로, 연계해도 지역사회 지원서비스가 없다는 이유로, 정신의료기관 입장에서는 연계를 할 동기가 없다는 이유로)
▷ 퇴원계획과 지역사회 생활지원계획의 부족

위와 같이 오랫동안 반복되어 온 기본적인 인권침해의 문제들에 대해서는 개별적인 진정사건을 통한 개별 정신의료기관에 대한 권고보다는 제도적 관리·감독을 통해 문제를 해결할 필요가 있다. 특히, 사설응급이송단의 불법적 호송과 같은 경우에는 이미 법원과 인권위를 통해 수차례 불법적 행위로 형사처벌과 손해배상책임이 인정되고 있음에도 불구하고 지속하고 있다. 새로운 최초입원심사기관인 입원적합성심사위원회가 입원과정의 불법을 실제 제대로 심사하여 통제하고 있는지와 같이 인권위가 보다 제도적인 방법으로 접근하는 것이 더 효율적일 수 있다. 이하에서는 2010년 이후 정신건강복지법 등을 통해 새롭게 도입된 제도와 관련해 인권위가 향후 어떤 방식으로 접근해 개선권고를 할 수 있을지 검토해 본다.

2. 새로운 제도와 입법안에 대한 검토

가. 입원적합성심사제도

2016년 제정(구 정신보건법의 전면개정)된 정신건강복지법은 입원연장심사기관인 정신건강심사위원회(구 정신보건심판위원회)에 더하여 새로이 최초의 비자의입원에 대한 심사기관으로 전국 5개 국립정신병원 산하에 입원적합성심사위원회를 두었다. 입원적합성심사위원회는 환자를 대면 조사하는 조사원제도를 두고 있으나 현재 약 20% 가량의 조사원대면 조사를 신청한 환자들을 중심으로 대면조사를 하고 있다. 그러나 입원적합성심사 자체는 5-6인의 위원으로 구성된 위원회에서 형식적 서면심사에 의해 입원적합여부를 판정한다.

1) 현황

보건복지부 보도자료에 따르면,[90] 3개월 동안(2018. 5. 30.부터 2018. 8. 31.까지) 1.4%

90) 보건복지부 보도자료(2018. 09. 05.). 입원적합성심사위원회, 비자의입원 환자의 권리를 다시 한 번 살핀다. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345966&p

국가인권위원회
humanrights.go.kr

의 입원부적합 결정(3개월간 8,495건을 심사하여 그 중 115건을 부적합 판정함)비율을 보이고 있다. 인신보호재판에서의 퇴원(수용해제)명령비율 약 7%에 비해 많이 낮을 뿐만 아니라 약 99%(정확히는 98.6%)의 입원승인율은 심사기관 자체로서의 존재의미를 가지고 있는지 의심할 수밖에 없는 수치라 할 수 있다.

2) 제도적 문제점

이러한 결과의 제도적 원인을 들자면 다음과 같은 것들을 들 수 있다.

ⅰ) 제도적 측면: 입원적합성심사위원회는 국립정신병원 산하기관으로서 국제연합의 정신장애인 보호원칙에서 천명하고 있는 입원심사기관이 가져할 할 제도적 독립성과 중립성이 부족하다.

ⅱ) 위원회 구성의 측면: 입원적합성심사를 담당하는 개별 소위원회의 구성이 법령상으로는 다양한 자격(인권전문가, 회복한 정신장애인 등)을 규정하고 있으나 실제 위원으로 활동하는 경우는 극소수이고, 사실상 의료적 합의체로서 기능한다.

ⅲ) 심사 자료의 측면: 심사절차에서 조사원 대면조사가 있는 경우를 제외하고는 환자가 자신의 의견을 피력할 수 있는 서면도 제출할 수 없고, 자신을 옹호하는 사람을 선임할 수도 없어 심사 자료가 환자에게 불리한 것으로 구성되어 있다.

ⅳ) 심사방식의 측면: 국제연합의 정신장애인 보호원칙은 입원심사과정에서 환자의 의견진술권과 변호인 선임권을 보장할 것을 요구하고 있으나 입원적합성심사는 입원연장심사와 동일하게 정신의료기관측이 제출한 서면 위주로 심사되어 대면심사, 방문심사, 화상심사 등을 통한 환자의 의견진술 기회가 없다.

ⅴ) 심사결과의 측면: 입원적합성심사위원회가 퇴원을 고려하는 경우에도 가족의 퇴원부담, 지역사회 내 지원 부족, 환자 치료 중단 등을 감안해 입원적합을 승인하게 되는 경향도 존재한다.

3) 개선방안

입원적합성심사위원회의 긍정적 측면을 보면, ⅰ) 구 정신보건법에는 없었던 비자의입원의 최초입원심사기관이며, ⅱ) 지자체 산하기관이 아니라 국가 산하기관이라는 점에서 입원연장심

사를 하는 정신건강심사위원회와 그 지위를 달리하는 점에서 일견 한 발 나아간 긍정적 측면이 있고, iii) 환자를 대면하는 조사원제도와 iv) 입원의료기관 외 정신과 전문의의 추가진단제도를 함께 가지고 있다는 점에서도 나름 제도적 긍정성을 가지고 있다.

그러나 입원의료기관 외의 정신과 전문의 추가진단(2차진단) 또한 입원의료기관 정신과 전문의 진단(1차진단)소견과 99%의 일치율을 보이고 있다는 점에서 현실적 한계가 있다. 이러한 여러 문제점을 감안해 현행 제도를 유지하는 것으로 한다면 그 개선방안으로는 다음과 같은 것이 필요하다.

ⅰ) 심사자료: 환자의 의견진술권 보장(환자 의견진술서 등 서류 제출권한 고지 및 의견진술서 심사 자료로 활용)

ii) 심사절차: 환자를 지원할 수 있는 동료활동가 등을 통한 절차보조인 자료제출 보장

iii) 위원구성: 공익성과 중립성을 띤 위원과 정신장애인(환자)단체의 추천을 받은 사람을 위원으로 추가하여 구성

iv) 심사방식: 필요한 경우 대면심사, 화상심사, 방문심사 등을 활용할 수 있도록 함

v) 심사불복: 입원적합판정에 대해 입원환자가 법원에 불복할 수 있는 제도를 마련하고, 법원은 그 불복절차에서 대면진술기회(필요적 심문)와 국선대리인 제공 필요

나. 인신보호제도

2008년 시행된 인신보호제도는 수용시설에 수용된 피수용자의 수용해제를 목적으로 만들어진 재판절차로 인신보호청구의 대부분은 강제 입원된 환자들의 퇴원청구사건이다. 인신보호재판을 통해 법원은 비자의입원심사기관으로 개입할 수 있게 되었고, 정신의료기관은 강제 입원하다 환자의 입원의 적법성과 필요성을 증명해야 하는 피청구인이 되었다.

인신보호제도의 장점으로는 국제연합이 요구하는 ⅰ) 심사기관의 중립성과 독립성 보장, ii) 환자의 대면심사에 따른 의견진술권 보장, iii) 국선변호인 선임, iv) 상급기관에 불복 허용 등의 비자의입원심사제도의 전형적 모습을 갖추고 있다는 점이다. 단점으로는 법원에 서면으로 청구하는 것이어서 강제 입원되어 있는 환자가 접근하기 어렵고, 현재의 재판인력과 국선변호인 예산으로는 수만 건에 이르는 다량의 비자의입원사건을 맡기에는 어려움이 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1) 현황

법원통계월보에 따르면,[91] 지난 10년 간 인신보호청구 및 그 처리결과는 다음과 같다.

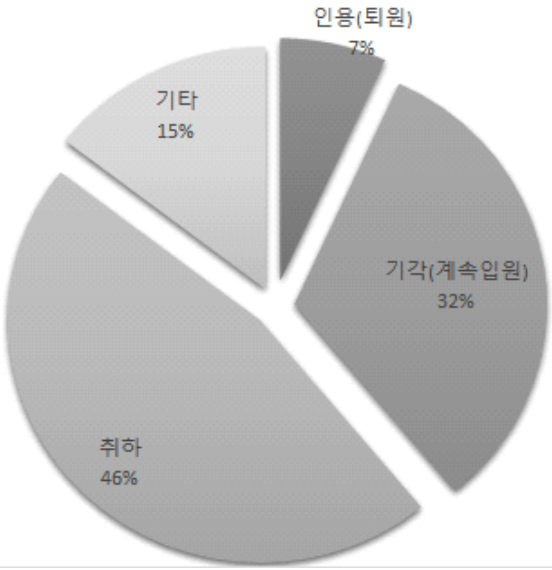
[표 4-3] 인신보호청구 및 처리현황 (2010년 1월 – 2019년 9월)

연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 9월	합계
청구현황	198	246	278	350	440	762	894	856	836	617	5,477
인용(퇴원)	26	20	27	19	30	56	50	48	55	32	363
기각(계속입원)	64	72	101	119	138	201	267	288	297	169	1,716
취하	70	102	99	139	181	351	426	397	401	311	2,477
기타	37	50	42	55	61	115	121	121	96	76	774
처리현황	197	244	269	332	410	723	864	854	849	588	5,330

위 표를 보면 비자의입원환자가 법원에 퇴원청구를 하는 경우 10건 중 5건은 취하(46%)되고, 3건은 기각(32%)되며, 1건은 인용(7%), 나머지 1건(15%)은 각하 등으로 종결되고 있다. 취하가 많은 이유는 인신보호청구를 하는 비자의입원환자가 있는 경우 병원 측에서 환자를 퇴원시키는 경우가 많아 환자가 퇴원 후 인신보호청구를 스스로 취하하는 경우도 상당 수 있다. 정신건강복지법의 입원심사기관인 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회의 입원부적합 결정(퇴원명령)비율에 비해 인신보호재판의 경우 수용해제(인용. 퇴원명령)비율이 높은 편이다. 게다가 인신보호청구를 하면 퇴원시키는 병원의 조치로 인해 취하되거나 각하되는 비율도 상당히 높다. 사실상 인신보호청구를 하기만 하면 2건 중 1건은 사실상 퇴원되고 있는 것이다.

91) 법원통계월보의 인신보호 재판 통계 현황 참조. 통계는 아래 대법원 홈페이지에서 확인할 수 있음 https://www.scourt.go.kr/portal/justicesta/JusticestaViewAction.work?gubunyear=2019 (2019. 11. 1. 최종방문).

[그림 4-1] 인신보호재판 처리현황 (2010.1. - 2019.9.)



2) 인신보호재판 등을 통한 주요 판례

대법원(또는 하급심 법원)이 인신보호재판 등을 통해 결론내린 몇 개의 판결들은 향후 비자의입원심사의 기준이 될 수 있는 것들이 있다. 이를 간단히 소개해 보면 다음과 같다.

가) 입원의 적법성과 필요성의 증명책임

입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회는 입원심사기관으로서 입원의 적법성과 필요성을 심사한다. 이 경우 주로 정신의료기관의 입원신고나 입원연장심사청구에 첨부된 자료(예컨대, 보호의무자 자격을 증명하는 서류, 보호입원신청서, 입원의료기관 정신과 전문의 진단결과서, 지정(2차)진단의 진단결과서, 조사원의 조사보고서 등)로 입원의 적법성과 필요성을 판단하게 되는데, 위 자료만으로 입원의 적법성과 필요성을 인정하기에 부족한 경우 입원적합성을 승인하기 어려워 결국 환자에 대해 입원요건을 갖추지 못한 것이어서 퇴원을 명하게 된다. 이러한 입증책임의 부담은 정신의료기관의 장(인신보호법에서는 수용자로 칭함)에게 있다는 것이 아래 대법원 판결의 취지이다. 아울러 대법원은 입원의 필요성을 심리하기 위해 직권으로 정신감정비용에 대한 소송구조도 법원이 할 수 있음을 지적하고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

수용자[정신의료기관의 장을 말함. 이하 같음]가 이 사건 수용의 적법성 및 수용을 계속할 필요성에 관하여 소명을 다하였다고 보기 어려움에도 불구하고, 원심은 구제청구인이 위법하게 수용되었다거나 수용사유가 소멸하였다는 주장을 인정할 만한 자료가 없다고 판단하고 말았으니, 이러한 원심의 조치에는 인신보호법 제8조 제1항, 인신보호규칙 제12조 제2항 소정의 구제청구 사건의 심리요건 등에 관한 법리를 오해하고 필요한 심리를 다하지 아니한 위법이 있다.

나아가 기록에 의하여 살펴보면, 제1심법원은 전문가 진단 비용으로 400만 원을 예납하도록 한 후 구제청구인이 이를 이행하지 못하자 수용을 계속할 필요성 등에 대해 추가 심리를 하지 않은 채 바로 이 사건 결정을 하였음을 알 수 있는바, 이 사건에서의 구제청구인의 정신·심리상태에 대한 진단의 필요성과 장기간의 정신병원 입원으로 경제적 능력의 대부분을 상실한 구제청구인의 사정 등을 감안하면, 인신보호규칙 제8조 제4항의 규정에 따라 전문가 진단비용에 대한 소송구조 등을 통해 구제청구인에 대한 정신·심리상태에 대한 추가적인 심리를 하여야 함을 아울러 지적해 둔다. (대법원 2009. 6. 11. 자 2009인마2 결정 [인신보호])

나) 비자의입원의 요건

정신장애로 인한 환자는 대체로 병원에 이송되는 과정에서부터 사설환자이송단에 의해 손·발을 강박당하는 등의 폭력을 행사당하여 병원에 입원되는 경우가 많다. 이와 관련해 아직 입원 전의 환자에 대해 언제부터 정신의료기관 내에서 합법적인 물리력의 행사가 가능한지와 관련해 대법원은 다음과 같은 기준을 제시하고 있다.

보호의무자에 의한 입원의 경우 보호의무자의 동의가 있더라도 정신과전문의가 정신질환자를 직접 대면하여 진찰하고 입원이 필요하다고 진단한 다음 이에 기하여 정신의료기관의 장이 입원을 결정하여야 하고, 이러한 요건을 갖춘 입원조치에 대하여 정신질환자가 저항하는 때에 비로소 정신의학적·사회적으로 보아 상당하다고 인정되는 범위 내의 물리력의 행사가 허용된다(대법원 2001. 2. 23. 선고 2000도4415 판결)

위와 같은 기준에 따라 하급심에서도 정신과 전문의 진단과 정신의료기관 장의 입원결정 이전에는 물리력 행사가 허용되지 않음을 이유로 보호자의 요구나 동의에 따라 사설환자이송단

이 환자를 결박하거나 물리력을 행사하는 것은 불법행위나 폭행·감금으로 인정해 민·형사책임을 부과하고 있다.[92]

다) 위법한 입원의 하자 치유 불가

위에서 본 바와 같이 사설환자이송단에 의한 강제력이 수반되는 이송은 보호자의 요구나 동의가 있더라도 위법하고, 그러한 위법한 이송에 따른 비자의입원은 그 위법의 하자가 치유되지 않기 때문에 입원 또한 위법하게 된다. 그래서 그러한 위법한 입원을 끝내기 위해서는 환자를 퇴원시켜야 한다. 대법원도 위법한 입원의 하자는 사후적으로 치유(회복)될 수 없다고 보고 있다. 그 구체적 내용은 아래와 같다.

1. 정신의료기관의 장은 응급입원이 의뢰된 자에 대하여 72시간 내에 계속입원에 필요한 정신보건법 소정의 요건을 갖추지 못한 때에는 입원중인 자를 즉시 퇴원시켜야 하고, 이를 위반하여 72시간이 경과하였음에도 본인의 의사에 반하여 퇴원을 시키지 않는 경우에는 위법한 감금행위로서 불법행위가 성립하며, 이러한 위법한 감금행위가 지속되는 가운데 이루어진 절차는 위법하므로 뒤늦게 계속입원의 요건을 갖출 수도 없다.

2. 또한, 정신보건법 제24조에 따라 정신질환자를 6월을 초과하여 입원시킬 경우에 정신의료기관의 장은 최초 입원일부터 6월이 경과하기 전에 전문의 진단, 보호의무자 동의, 심사청구 등의 절차를 모두 마쳐야 하고, 6월이 경과하였음에도 이러한 절차를 마치지 못한 경우에는 입원중인 자를 즉시 퇴원시켜야 하며, 이를 위반하는 경우에도 위와 같은 법리는 마찬가지로 적용된다.

3. 정신의료기관이 정신질환자를 입원시키거나 입원기간을 연장하면서 지체 없이 정신보건법 소정의 퇴원심사 청구 등의 절차를 서면으로 통지하여 안내하지 아니한 경우, 또는 정신질환자의 퇴원 요구가 있음에도 정신보건법 소정의 절차를 취하지 아니한 채 방치한 경우에는 그 입원기간 전체에 대하여 위법한 감금행위로서 불법행위를 구성한다.(대법원 2009. 1. 15. 선고 2006다19832 판결 [손해배상(기)])

92) 예컨대, 수원지방법원 2015. 5. 13. 선고 2014노6750 판결.

라) 퇴원 시 입원심사재판의 실익 여부

인신보호청구를 한 비자의입원환자가 인신보호재판 진행 중에 퇴원하였을 경우 그 청구에 대해 재판의 실익이 없다는 이유로 각하하여야 하는지, 아니면 퇴원하였더라도 청구에 대해 법원이 입원의 적법성과 필요성을 판단해 주어야 하는지 쟁점이 되었다. 이에 대해 대법원은 아래와 같이 청구한 환자가 퇴원한 경우라도 심리가 상당한 정도 이루어졌다면 환자가 재수용될 우려가 있음을 고려해 퇴원을 하였더라도 입원의 적법성과 필요성에 대해 판단할 필요가 있다고 하였다.

> 1. 구제청구절차의 진행 중 피수용자의 보호자 혹은 수용자 측의 사정으로 피수용자의 퇴원 및 재수용 등이 반복됨으로써 피수용자의 인신의 자유에 대한 신속한 권리구제가 이루어지지 아니할 우려가 적지 아니한 점 등에 비추어 보면, 구제청구에 따라 수용의 적법 여부 및 수용을 계속할 필요성 등 청구의 당부에 관한 심리가 상당한 정도 이루어졌다면, 그 후 수용이 해제되었다고 하더라도, 피수용자 등 구제청구자가 법원에 구제를 청구한 사유와 같은 사유로 다른 수용시설에 다시 수용되었거나 향후 같은 사유로 재수용될 가능성을 배제할 수 없는 한,
> 2. 위와 같은 수용 해제의 사유만으로 그 구제청구의 이익이 없다고 할 수 없다. 따라서 이러한 경우 법원은 구제청구를 각하할 것이 아니라, 위 해제 이전 당초의 수용이 위법하게 개시되었는지 여부 혹은 그 수용을 계속할 필요성이 소멸하였는지 여부 등 수용의 실체적 사유에 관한 판단을 함이 상당하다.(대법원 2012. 1. 27. 자 2011인마2 결정)

현재 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회는 환자가 심사 진행 중에 퇴원하는 경우 각하(정신건강심사위원회는 기퇴원)처리를 하며 심사 자체를 진행하지 않고 있는데, 위 대법원 판결의 취지에 따른다면 무조건 각하(기퇴원)처리할 것이 아니라 실제 퇴원여부와 퇴원사유를 확인하고, 입원 자체가 부적법하였는지 여부를 심사하여 판단할 필요성이 있다. 퇴원되었다는 이유로 입원심사기관이 심사하지 않는다면 정신의료기관은 불법·부당한 입원의 경우 퇴원시키는 방법으로 그 불법·부당함을 판단 받지 않게 되는 문제점이 발생하기 때문이다.

마) 불법이송과 퇴원명령

환자에 대해 사설환자이송단이 물리력을 이용하여 강제이송해서 입원시킨 경우 그 입원은 불법이기 때문에 인신보호청구를 한 환자에 대해 법원이 퇴원을 명한 사례들이 있다. 아래는 그러한 사례 중의 하나이다.

> 피수용자(환자)의 부모가 사설응급업체를 통하여 피수용자의 의사에 반하여 피수용자를 결박하여 병원으로 이송한 것...일부 중략...같은 물리력의 행사는 정신건강의학과전문의의 대면 진찰·진단과 정신의료기관의 장의 입원 결정이 아직 있기 전에 이루어진 것이므로, 이를 정신보건법 제24조에 의하여 허용되는 강제력의 행사라고 볼 수 없다. 이 사건 병원 이송행위가 위법한 이상 사후적으로 정신보건법 제24조에 따른 보호의무자에 의한 입원의 요건을 갖추었다고 하더라도 피수용자에 대한 최초 수용은 위법하다고 보아야 한다. 피수용자의 입장에서는 결박되어 병원으로 이송되는 순간부터 자신의 자유로운 의사에 반하여 신체의 자유가 구속되는 것이므로, 그때부터 수용이 개시된 것으로 보아야 한다.
> (서울중앙지방법원 2016. 3. 30.자 2016인1 결정)

3) 인신보호제도의 개선방안

인신보호제도는 2008년 시행 이후 10여 년간 인권의 최후 보루로서의 법원의 역할을 드러내 주었다. 특히 위에서 본 바와 같이 강제이송, 비자의입원, 입원요건의 증명책임, 입원절차의 하자 치유 불가 등과 같은 비자의입원과 관련된 일정한 판례법리를 형성하고 있는 것도 향후 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회의 심사기준으로 기능할 수 있다. 다만, 현재의 인신보호법이 퇴원(인용. 수용해제)과 입원(기각)이라는 일도양단적 결정만 가능하여 환자의 치료를 위한 다양한 선택지(예컨대, 외래치료명령 조건부 퇴원, 기한부·조건부 퇴원, 이송명령 등)가 마련되지 않고 있고, 인신보호재판 진행 중에 환자의 치료계획과 치료상황을 관리·감독하여 재판절차 자체가 치료적 효과를 발생시킬 수 있도록 하는 것도 필요하다.

다음으로, 인신보호제도에 대한 접근성을 강화하기 위하여 환자에게 인신보호청구권을 고지하고, 환자로부터 고지확인서를 서명 받아 정신의료기관에서 보관하고, 인신보호청구서를 비치

국가인권위원회
humanrights.go.kr

·게시하도록 하고, 이를 점검하고, 감독할 수 있는 실제적 조치가 필요하다.

다. 외래치료명령(지원)제도

1) 외래치료명령(지원)제도의 문제점

2008년 개정 정신보건법에 도입된 외래치료명령제도는 지난 10년 간 거의 활용되지 않았다. 그 이유는 다음과 같은 것을 들 수 있다.

ⅰ) 청구권자: 외래치료명령 청구권자가 입원 정신의료기관의 장이어서 퇴원하는 환자에 대해 외래치료명령을 청구할 동기가 없었다.

ⅱ) 퇴원하는 환자 입장에서도 퇴원 후 강제로 치료받아야 하는 것에 거부감이 있다.

ⅲ) 보호의무자의 동의를 받아야만 외래치료명령을 허용하였다.

ⅳ) 그 치료비용도 환자 측이 부담해야 했다.

ⅴ) 외래치료명령의 감독과 관리시스템, 예산 등이 마련되지 않았다.

이와 같은 이유로 지난 10년 간 외래치료명령제도는 법전 속의 제도로만 남아 있었다. 2016년 정신건강복지법으로 전환되면서 정신건강심사위원회가 입원연장심사나 퇴원청구심사에서 외래치료명령을 내릴 수 있도록 하였으나 앞서 본 바와 같이 감독과 관리시스템이 없고, 새로운 제도 활용에 대한 두려움이 있어 2019년까지도 거의 활용되지 못하였다.

2) 2019년 개정된 외래치료지원제도

2019년 4월 진주 방화사건을 계기로 지역사회 내에서의 환자 치료 및 관리차원에서 퇴원하는 환자 외에 지역사회 내 환자도 외래치료명령(지원)의 대상으로 삼고, 입원 정신의료기관의 장 외에 지역사회 정신건강복지센터의 장이 외래치료명령(지원)을 청구할 수 있도록 하고, 보호의무자 동의도 삭제하여 그 청구권자, 대상, 요건을 모두 확대하는 법 개정이 이루어져 2020년 4월 시행예정이다. 보건복지부는 2020년 예산안 중에 정신장애인 치료지원으로 행정입원비용(6억 3,400만 원. 5,000명), 응급입원 비용(8억 9,600만 원, 5,000명), 외래치료지원 치료비용(13억 5,100만 원, 15,000명)을 책정하였다.[93]

3) 외래치료지원제도의 개선방안

서구의 경우 외래치료명령제도가 활성화된 경우가 적지 않다. 호주 빅토리아 주의 경우 강제 입원하다 환자의 초기심사 후 입원을 결정하는 비율과 퇴원시켜 외래치료를 받도록 결정하는 비율이 서로 엇비슷하다. 한국은 2019년 4월 외래치료명령제도가 외래치료지원제도로 개선되었으나 다음과 같은 추가적 개선이 필요하다.

ⅰ) 외래치료지원비용을 예산으로 충분히 확보하여 환자들이 명령을 받는 것이 아니라 지원을 받는 것으로 인식할 수 있도록 할 것

ⅱ) 실제 약물의 복용 등이 이루어지는지 확인하는 관리체계를 마련할 것

ⅲ) 외래치료지원명령을 내리는 시·군·구 정신건강심사위원회가 실제 구체적 명령을 내릴 수 있도록 홍보하고, 매뉴얼을 마련할 것

라. 정신장애인 공공후견제도

정신장애인에 대한 공공후견제도는 2017년 5월 정신건강복지법 시행과정에서 정신요양시설의 무연고 입소자들을 대상으로 시작되었다. 그 이전의 구 정신보건법 하에서는 가족이 없는 무연고 입소자들은 시·군·구청장이 보충적 보호의무자가 되어 입소(연장) 시에 보호의무자 동의를 해 줌으로서 정신요양시설에 계속 입소를 시켜둘 수 있었으나 정신건강복지법은 시·군·구청장이 보호의무자가 되는 제도를 폐지하였기 때문에 위와 같은 무연고 입소자를 대신해 입소(연장)에 동의할 사람이 없어 법 시행 무렵에 모두 퇴소되어야 하는 상황에 처하게 되었다.

보건복지부는 위와 같은 퇴소를 막기 위해 2017년 5월 법 시행전후에 급하게 정신장애인 공공후견제도를 마련하여 4-5개의 사회복지법인이 총 500여 명 가량의 정신요양시설 입소자에 대해 한정후견인이 되도록 하였다. 사회복지법인이 정신요양시설 입소자의 보호의무자(후견인)가 되도록 하여 입소연장에 동의할 수 있도록 한 것이다. 위와 같은 정신장애 공공후견은 2019년 현재까지 보건복지부의 사업으로 지속되고 있다. 참고로 현재 공공후견사업은 정신장애인 외에도 발달장애인과 치매노인에 대해서도 이루어지고 있다.

---

93) 보건복지부 보도자료(2019. 08. 29.). 2020년도 보건복지부 예산안 82조8203억 원 편성. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350634 별첨 1자료 6면 참조.

정신장애인 공공후견사업의 성과를 보면, 먼저 정신요양시설의 무연고 입소자들을 방문하고, 지원하는 사람들(후견인인 사회복지법인의 직원들)을 만들어 주었다는 점이다. 다만 입소자들의 지역사회 복귀를 목적으로 한 것이 아니라 시설입소의 유지를 목적으로 한 후견이라는 점에서 그 한계가 있다. 향후에는 현재 진행되고 있는 정신장애인 공공후견의 실태와 문제점을 검토해 개선방안을 마련할 필요가 있다.

마. 사법입원안(법원의 비자의입원심사제도)

2017년 5월 새로운 정신건강복지법이 시행되면서 최초 입원심사기관인 입원적합성심사위원회나 입원연장심사기관인 정신건강심사위원회가 가진 심사기관으로서의 한계(독립성과 중립성 없는 서면심사기관)를 지적하며, 국가의 공적 권위와 독립성이 보장되는 법원이 비자의입원심사를 맡을 것을 주장하는 의견이 강해졌다.

2017년 이후 대한신경정신의학회는 공개적으로 법원의 판사가 입원심사기관이 되는 사법입원(司法入院)을 지지해 왔고, 정신장애인 권익옹호단체의 일부 변호사들 또한 사법입원에 찬성하였다. 이러한 여론과 2019년 전후에 일어난 정신장애 범죄와 관련된 사회적 안전에 대한 사회의 욕구를 바탕으로 2018년과 2019년에 걸쳐 3개의 사법입원안(김상희 의원안, 윤일규 의원안, 김재경 의원안)이 의원입법으로 발의되어 현재 국회에 계류중에 있다.

현재 공식적으로 보건복지부는 사법입원안(김상희 의원안)에 대해 입원적합성심사위원회 운영이 얼마 되지 않았으므로 현 제도 운영의 장·단점 검토 후 새로운 제도의 도입여부를 검토하는 것이 바람직하다는 의견을 제시하고 있다.[94] 법원 또한 국회에 제출한 공식적 의견은 입법취지에는 공감하나 신중검토를 요구하는 의견이지만, 국회의원 간담회(윤일규, 김상희 의원실 주최) 토론자로 나온 법원행정처 담당자는 사법입원에 대해 사실상 반대의견을 제시하였다.

사법입원은 앞서 인신보호재판에서 본 바와 같이 국제연합의 정신장애인 보호원칙에서 말하는 입원심사기관으로서의 독립성과 중립성을 보장하고, 환자의 절차적 기본권(의견진술권, 증거제출권, 변호인 선임권, 상급법원에 대한 불복권한)을 실현할 수 있다는 점에서 긍정적으로 검토할 필요가 있다. 다만, 법원이 연간 6-7만 건에 이르는 비자의입원심사를 어떤 방식(대면, 화상, 방문심사 등)으로 진행하고, 국선변호인과 호송인력 등을 고려한 예산은 어떻게 확

94) 박종희(보건복지위원회 수석전문위원), 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안 검토보고, 2018, 107-108면.

보하며, 단순히 입·퇴원 결정을 하는 것 외에 외래치료명령 등 환자에 대한 치료유지를 위한 다양한 선택지들을 마련하는 것까지 포함하여 검토할 필요가 있다.

바. 보호의무자제도 폐지안

2019. 1. 25. 윤일규 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안은 보호의무자제도를 폐지하고, 환자의 퇴원 및 처우개선 심사청구자로서 배우자, 4촌 이내 친족, 동거인, 권한 있는 후견인 또는 환자가 지정한 제3자가 환자의 권익을 보호할 수 있도록 하였다.

보호의무자 제도는 UN 장애인권리위원회에서 폐지를 요구하는 가족과 후견인에 의한 대체의사결정제도이고, 보호의무자 제도를 시행해 온 일본이 2013년 이를 폐지하고, 가족 등에 의한 의료보호입원으로 개정한 점을 고려해 볼 때 다음과 같은 이유로 보호의무자 제도의 폐지가 필요하다.

ⅰ) 보호의무자의 의무는 사실상 민법상 부양의무로서 해결될 수 있는 것이므로 정신건강복지법에 별도의 보호의무를 규정할 필요는 없다.

ⅱ) 입원신청을 할 수 있는 사람을 보호의무자(부양의무자)로 확대할 필요가 없이 부모, 자녀, 배우자로 한정하고, 그러한 최근친 보호자가 없는 경우에는 형제자매도 입원신청을 할 수 있는 권한을 부여하는 방안을 고려할 필요가 있다.

ⅲ) 호주와 같이 입원하는 환자가 스스로 자신의 보호자를 선정할 수 있는 지정보호자제도를 함께 두는 것도 고려할 필요가 있다.

사. 절차보조인(동료활동가지원)제도

1) 절차보조인 개념

2016년 헌법재판소가 구 정신보건법의 비자의입원(보호입원)조항에 대한 위헌(헌법불합치) 결정을 하면서 환자의 비자의입원과정에서 절차보조인과 같은 국가나 공적 기관에 의한 지원제도가 마련되지 않았음을 지적하였다. 독일은 판사가 비자의입원심사를 재판절차에 따라 진행하므로 그 심사절차에서 우리의 인신보호 국선변호인과 유사한 환자의 지원인으로 절차보조인이 선임되어 환자의 입원재판절차를 지원한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 한국의 절차보조인 사업과 법안

위 헌법재판소 결정 이후 보건복지부는 한국의 입원심사제도가 법원의 재판형식이 아닌 위원회에 의한 서면심사만으로 절차가 진행되는 것을 감안하여 환자의 입·퇴원 과정을 지원할 수 있는 절차보조인으로 동료지원가 등을 마련하는 방안을 현재 진행 중에 있다. 이와 관련해 2019. 10. 15. 김상희 의원의 대표발의로 제출된 정신건강복지법안은 정신건강복지센터에서 동료지원가를 채용하여 동료상담 등의 서비스를 제공할 수 있도록 하고, 입원환자에 대한 절차보조서비스 제공자가 입원환자와 통신, 면회, 의견 개진 등의 보조 활동을 할 수 있도록 세부 업무 범위를 특정하고 있다.

3) 개선방안

환자의 비자의입원 과정에서는 환자와 사이에 가족이나 의료진도 대립적 관계가 형성될 수밖에 없다. 환자가 원하지 않는 입원을 가족과 의료진이 강제하고 있기 때문이다. 따라서 환자의 고립을 막고, 외부와의 유대와 관계를 유지하기 위한 방편으로 입원 정신의료기관을 방문해 환자를 면회하고, 연락할 수 있는 동료지원가를 국가가 지원해 주는 것은 재판절차에서 변호인을 지원하는 것만큼 유익한 것이다. 현재의 비자의입원 과정에서는 환자의 목소리를 환자의 입장에서 경청하는 사람이 없는 상황이어서 더욱 그러하다.

따라서 최근 제출된 법안과 같이 절차보조인의 자격과 업무범위를 명확히 하고, 특히 동료지원가들이 방문과 면회, 통신 등을 통해 환자를 지지할 수 있도록 그 권한(출입, 연락, 면회, 의견 개진 등)을 명확히 하고, 그 활동에 대한 비용지급 등의 근거를 마련할 필요가 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제5부

정신장애인 인권증진 및 인권이행을 위한 제언

제1장 법적·정책적 분석에 따른 제언
제2장 조사결과 분석에 따른 제언

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인 인권증진을 위한 국가보고서가 국가인권위원회에 의해 2009년에 최초 발간된 후 10년 만에 2차 국가보고서를 발간하기 위한 연구를 진행하였다. 연구결과 10년의 기간 동안 정신보건법이 정신건강복지법으로 재탄생하고 입퇴원기준을 강화하는 입원적합성심사제도를 도입하는 등 정신장애인의 복지와 인권의 증진을 위한 골격을 갖추는 변화는 이루어낸 것으로 나타났다. 그러나 아무리 입퇴원의 기준을 강화한다고 하여도 지금처럼 시설중심의 패러다임이 일상의 삶에도 적용되는 형태로 남아있다면 정신장애인의 탈원화는 이루어지기 어려우며 이들의 인권은 매우 기초적이고 물리적인 차원에 머물 수밖에 없겠다는 것이 결론으로 도출되었다.

이에 지역사회정신건강(community mental health) 패러다임을 도입하여 일상의 삶이 이루어지는 지역사회에 정신장애인이 선택할 수 있는 주거, 취업, 주간재활, 회복지원 체계를 갖추고 삶의 질 개선을 이루어내야 한다.

국가인권위원회는 “정신장애인 인권보호 및 인권증진 10개년 계획”이라도 선포하여 중앙정부, 지자체, 전문가, 가족, 그리고 가장 중요한 당사자 본인이 다함께 정신장애인 복지와 인권을 달성해낼 수 있도록 해야 한다.

제1장. 법적·정책적 분석에 따른 제언

1. 정신장애인을 위한 기본원칙의 제언

가. 개관

2000년대 이후 변화된 정신장애 환경에 대응하여 국가인권위원회는 새로운 시각으로 정신장애 분야를 바라보아야 할 것이다. 정신장애는 그 개념 자체에서 이제 질환으로서의 성격 외에 장애로서의 성격을 확보하였고, 장애에서 더 나아가 한 개인의 인격적 정체성으로서 보장받아야 할 부분도 생기고 있다. 이러한 변화는 의료와 장애로부터 벗어나 스스로의 자율성을 확보하고, 그에 따른 주체로서의 책임까지도 감수하기 위한 과정이라 할 수 있다.

다만 한국의 상황은 아직 지역사회 내에서의 정신질환에 대한 치료와 정신장애에 대한 복지의 두 갈래 길의 여정을 시작도 하지 못한 채 입원(입소) 중심의 정신보건시스템이 여전히 중

심을 차지하고 있고, 법제도적으로도 이를 유지·강화하려는 사회적 인식이 강하다. 그와 더불어 정신장애를 사회적 위험으로 인식하는 태도도 여전히 강하여 이를 극복해야 하는 과제가 선결적인 문제라 할 수 있다. 또한 2009년 정신장애인 국가보고서가 제시한 정책과 법제도를 추상적 선언과 형식적 절차만을 마련해 두고 있을 뿐 이를 현실(구체)화, 실질화시키지도 못하고 있다.

이러한 상황을 고려하여 2020년 국가보고서는 ⅰ) 정신장애인의 권리 외에도 그 당연한 권리의무의 쌍으로서 이를 실현할 책임이 있는 국가와 지방자치단체, 당사자와 가족, 사회공동체의 구체적 의무를 명확히 하고, ⅱ) 지역사회 내에서의 사회적 삶을 보장하기 위한 전제로서 정신장애인의 탈시설(탈원화)과 주거와 일상생활 지원을 보장하는 커뮤니티 케어를 기본방향으로 하여, ⅲ) 정신장애인의 독립적 자립생활을 지원하는 전문인력과 기관을 확보할 것을 제언할 필요가 있다.

이미 2009년 국가보고서의 정신장애와 관련된 기본원칙은 UN, WHO 등의 여러 기본원칙을 참조하여 ⅰ) 적정절차 보장 및 자기결정권 존중, ⅱ) 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한, ⅲ) 정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장, ⅳ) 지역사회 중심의 치료환경 조성, ⅴ) 정신장애인에 대한 차별 금지 및 동등한 권리 보장을 제시하였다. 위와 같은 기본원칙은 이미 2016년 제정된 정신건강복지법에 기본적 이념으로 명문화되었으나 이것이 현실에서 구체화된 것은 아니다. 따라서 2020년 국가보고서는 각 원칙들을 구체화시킬 수 있는 세부적인 권고를 통해 각 국가기관과 지방자치단체의 정책과 집행의 모델들을 제안해 줄 필요가 있다.

나. 정신장애를 위한 기본원칙

1) 정신건강복지법의 기본원칙

2016년 제정 정신건강복지법은 위와 같은 2009년 국가보고서의 원칙들을 아래와 같이 사실상 대부분 반영하였다.

정신건강복지법 제2조(기본이념)의 정신장애인의 권리

○ 인간의 존엄과 가치보장 및 최적의 치료를 받을 권리

○ 정신장애로 인한 부당한 차별대우의 금지

○ 미성년 정신장애인의 치료·보호 및 교육을 받을 권리
○ 입원(입소)의 최소화 및 지역사회 중심의 치료 원칙
○ 입원(입소)자의 자유로운 환경과 자유로이 의견을 나눌 권리
○ 정신장애인의 신체와 재산 등에 대한 자기결정권
○ 정신장애인의 정책결정과정 참여권 및 의사표현에 도움을 받을 권리

위 원칙은 다른 장애입법(장애인복지법, 발달장애인법 등)을 참조하기도 하였고, 기존의 구 정신보건법에 있던 내용을 이어받은 것이기도 하다.

2) UN 장애인권리협약의 기본원칙과 내용

2008년 국제연합의 장애인권리협약과 그 일반논평(general comment)들은 장애인, 그 중에서도 정신장애인에 대한 새로운 인식을 불어넣을 수 있는 원칙들을 제시하고 있다. 장애인권리협약 제3조의 지도원칙을 보면 다음과 같다.[95]

장애인권리협약 제3조의 지도원칙

ⅰ) 타고난 존엄성, 스스로의 자발적 선택의 자유를 포함하는 개인의 자율성, 인격적 독립성의 존중
ⅱ) 비차별(Non-discrimination)
ⅲ) 완전하고 효과적인 사회적 참여(participation)와 통합(inclusion)
ⅳ) 차이의 존중, 인간적 다양함과 인류의 일부로서 장애의 승인
ⅴ) 기회의 평등
ⅵ) 접근성
ⅶ) 남녀 간의 평등
ⅷ) 잠재능력과 스스로의 정체성을 탐지할 장애아동의 권리에 대한 존중

95) 원문은 아래 UN 홈페이지 참조
https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/guiding-principles-of-the-convention.html (2019. 11. 10. 최종방문)

다. 기본원칙과 한국 현실의 문제

1) 2014년 UN 장애인권리위원회의 권고

위 장애인권리협약에 근거하여 설치된 UN 장애인권리위원회는 2014년 한국정부의 장애보고서에 대한 심사 후 정신장애 분야와 관련하여 다음과 같이 권고하였다.

2014년 한국정부에 대한 UN 장애인권리위원회의 권고 요지

ⅰ) 정신장애나 지적장애 등 장애에 기반한 자유박탈조치를 허용하는 현존 법령조항 폐지
ⅱ) 설명을 동반한 당사자의 자유로운 동의에 기반한 정신보건서비스 마련
ⅲ) 정신보건법 개정 이전까지라도 병원이나 시설에 수용된 사람의 자유박탈사례에 대한 심사와 이의제기 기회 보장
ⅳ) 장애를 가진 사람을 잔인하거나 비인도적, 굴욕적으로 치료하거나 벌하는 강제치료의 폐지
ⅴ) 정신병원 내에서의 폭력, 학대, 모든 형태의 불법적 치료를 예방하기 위한 장애인 단체의 참여를 보장하는 독립적 모니터링 시스템 확립

2) 2019년 한국정부의 장애인권리협약 국가보고서

위와 같은 UN 장애인권리위원회의 권고에 대해 2019년 3월 제출된 한국정부의 국가보고서가 답변한 주요요지를 보면 ⅰ)항에 대해서는 정신질환자 본인의 치료 및 자·타해 위험으로 인한 사회적 안전 측면에서 비자의입원조항의 삭제는 현실적 어려움이 있다고 하였고(단, 자유박탈의 최소화를 위한 비자의입원 요건과 절차를 강화하였다고 보고함),[96] ⅱ)항에 대해서는 정신건강복지법에 정신건강증진시설의 권리고지의무 및 의견존중의무를 명시하였으며,[97] ⅲ)항에 대해서는 인신보호법에 따른 인신보호재판절차와 격리·강박 등 자유박탈조치에 대해 환자 권익지표로서 병원평가에 반영하는 것을 추진 중에 있음을 제안하고 있고,[98] ⅳ)항에 대해서는 정신건강복지법 위반죄를 조사하는 특별사법경찰관을 행정기관이나 국립병원 내에 두어 조사와 적발을 할 예정이고, 격리·강박의 객관적 기준을 마련할 예정이라 답하고,[99] ⅴ)항에

96) 대한민국정부, 유엔장애인권리협약 제2·3차 병합 국가보고서, 보건복지부, 2019, 78항 내지 80항.
97) 대한민국정부, 위 보고서, 81항 내지 86항
98) 대한민국정부, 위 보고서, 87항 내지 89항.

대해서는 입원적합성심사위원회에 정신질환에서 회복한 사람을 위원으로 참여시켜 입원적합성을 판단하게 하고 있다고 답하고 있다.[100]

3) 실제의 현실

정부가 2019년 UN 장애인권리위원회에 제출한 장애인국가보고서는 위와 같이 제도를 개선하였다고 보고하고는 있으나 실제에 있어서는 다음과 같다.

ⅰ)항의 현실은 입원요건과 절차가 강화되었다고 하나 현실은 2차 진단의사의 입원 필요소견이나 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회의 입원(연장)승인의견은 97% 내지 99%여서 실제 입원요건과 절차를 무력하게 만들고 있다.

ⅱ)항의 각종 권리고지의무가 실제 이행되었음을 증명할만한 자료들은 상당부분 작성되지도, 보관되지도, 당사자에 대한 설명이 확인되지도 않고 있다. 특히 1) 비자의입원과정에서 절차보조인의 지원이 원천적으로 차단됨으로서(현재 우리나라의 절차보조는 비자의입원절차가 끝난 뒤, 주치의의 허가가 있어야 가능하므로) 권리고지가 의료기관에 의한 일방적으로 진행되고, 2) 권리고지의 내용이 지나치게 어렵고 법률 조항 중심이어서 '쉬운 말로 설명을 들을 권리'를 침해하고 있는 점, 3) 위기 상황에서 당사자가 선택할 수 있는 대안적 위기쉼터가 전무함으로 인해 오로지 정신병원만 선택할 수 밖에 없다는 점이 더 큰 문제라고 하겠다.

ⅲ)항의 자유박탈사례에 대한 인신보호재판은 연간 800여 건 내외로 연간 입원 및 연장되는 비자의입원 전체 사건의 1%로 내외여서 실제 인신보호청구권에 대한 고지를 하는지 여부는 다수의 기관에서 확인되지 않고 있다.

ⅳ)항과 ⅴ)항은 정신의료기관 내 격리·강박을 질문하는 것인데, 실제 아직 활성화되지 않은 특별사법경찰관을 그 격리·강박 감시기관으로 들거나 실제 격리·강박을 조사하지 않는 입원적합성심사위원회를 모니터링 시스템으로 들고 있다. 아울러 입원적합성심사위원회 위원 중 정신질환에서 회복한 사람으로서 참여하는 위원은 극소수이다.

위와 같이 국제협약과 법령에서의 원칙과 제도들이 실제 한국의 현실에서는 왜곡되는 경우가 많고, 이를 국가의 행정기관이 감독하고, 제재하지는 않은 채 국제적 기구인 UN 장애인권리위원회에 현실과는 다른 원칙적인 내용만 제출하는 것은 비판을 받을 필요가 있다.

---

99) 대한민국정부, 위 보고서, 93항 및 94항.
100) 대한민국정부, 위 보고서, 95항 및 96항.

4) 국가인권위원회의 역할

위에서 본 바와 같이 국가가 법에서 또는 정책으로 어떠한 원칙을 제시하더라도 국가가 자신의 목에 걸어둔 법을 스스로 피하기 위해, 또는 만들어진 법을 대상자들이 위반하는 것을 모른 척하기 위해 애쓰고 있는 경우도 있다. 이러한 회피를 막기 위해서는 국가가 의무로서 해야 할 구체적 과제들을 다른 제3자 기관의 감시를 통하여서라도 이루어야 할 필요가 있다. 예컨대, 국가 행정기관의 업무와 관련해서는 예산의 경우 감사원이나 국회에 의해, 법위반과 관련해서는 경찰과 검찰에 의해 통제되듯이 인권과 관련된 업무는 국가인권위원회가 적절한 통제기관으로 작동할 필요가 있다. 비록 국가인권위원회의 권고가 강제력 없는 수단이라 하더라도 그것이 하나의 계기로, 정책집행기관의 부끄러움으로 작동하게 할 수는 있다.

라. 향후의 정신장애를 위한 기본원칙의 제언

1) 개관

현재로서도 기존의 1991년 UN의 정신장애인 보호원칙(MI)이 포기된 것은 아니고, 2008년 UN 장애인권리협약은 장애 일반에 관한 원칙이어서 정신장애 분야에서 모든 협약내용을 고려할 상황은 아니다. 아울러 2016년 제정된 정신건강복지법이나 같은 해 헌법재판소의 비자의입원 위헌(헌법불합치)결정에서도 의미 있는 내용이 있으므로 이러한 여러 텍스트를 바탕으로 2020년 이후의 정신장애를 위한 기본원칙을 다음과 같이 제안해 본다.

정신장애를 위한 기본원칙

ⅰ) 정신장애를 가진 사람의 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성의 존중
ⅱ) 정신장애인의 자립적·사회적 삶의 보호와 지원
ⅲ) 정신장애인의 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성의 존중

정신장애가 있다고 할 때 사회는 그 사람의 병으로서 그의 인격 전체를 평가해 버린다. 즉, 그는 사회생활에 적응하지 못할만한 상황이며, 무능력과 위험을 가진 사람으로 평가된다. 이러한 인식은 현실적으로는 정신장애의 위험을 제거하기 위한 치료와 시설, 정신장애의 무능력을 대체하거나 지원할 후견과 복지를 요구한다. 그리고 그 치료와 복지의 제공과정에서 그의 존엄, 자율과 독립성은 사라지고, 비인격화된 신체로 다루어진다.

먼저, 인간의 존엄이란 말하지 않아도, 그리고 말하지 못하여도 인간으로서 존재한다는 이유만으로 침범해서는 안 되는 것들의 총체로서 생명, 신체와 인격을 말한다. 인간 존엄의 침해는 주로 수용된 공간에서, 그리고 사람으로 대접받지 못하는 비인격화된 공간에서 발생하는데, 정신장애를 가진 사람은 시설에 수용되면서 그러한 위험에 늘 직면하게 된다. 정신건강복지법이 그 기본이념의 첫 번째로 '인간으로서의 존엄과 가치 보장'을 내세우고, UN 장애인권리협약도 그 지도 원리로서 '타고난 존엄성'을 첫 번째로 제시한 것도 같은 이유에서이다. 이와 같이 법에서의 존엄함의 보장은 그 사람의 취약함에서 비롯되는 것이기도 하다. 현실의 취약함을 극복하기 위해 법은 존엄함을 만들어 낸 것이다. 현재의 한국의 입원과정에서 환자에게는 입원심사기관에 서류 하나도 제대로 써 낼 기회를 제공하지 않고 있으며, 심사기관은 그와의 대면(對面)을 제도적으로 거부한다. 서구의 국가들이 강제 입원되는 환자를 위해 국선변호인을 선임하고, 판사가 병원에 찾아가 심사하고, 긴 이유를 써서 입원을 결정하는 이유는 그를 인격적으로 존엄하게 대하기 위한 제도로서 만들어진 것이다.

다음으로, 자율성이란 정신장애가 있는 개인에게는 자기결정권이라는 권리의 형태로 보장되고, 국가 및 타인에게는 정신장애인의 자기결정권의 존중이라는 방식으로 의무를 부과한다. 개인의 자율성이 발현되는 형식은 선택권을 행사하는 데에서 나타난다. 여태껏 가족과 국가는 정신장애가 있는 당사자에게 선택지를 주지 않았으며, 말할 기회도 부여하지 않았다. 자율성은 또한 누군가 무엇을 하는 것뿐만 아니라 하지 않는 것에 대한 존중도 의미한다. 인간에게 거부할 수 있는 기회를 주지 않는 것은 결국 무능력하게 만드는 것이다. 비자의입원과 강제치료는 그런 의미에서 사람을 인격적으로 무기력하게 만드는 일면이 있다.

끝으로, 인격적 독립성이란 스스로가 법적 힘을 가진 독립적 주체로 대우받아야 함을 의미한다. 정신장애를 가진 당사자의 신체와 재산의 운명이 가족이나 후견인에 의해 결정되어 온 오랜 역사에 대한 반성으로서 UN 장애인권리협약과 그 위원회는 가족과 후견인에 의한 대체의사결정제도의 폐지를 전 세계에 권고하고 있다. 발달장애나 정신장애를 가진 사람에게 우리

가 늘 필요하다고 생각하는 보호자는 당사자의 신체를 돌보는 측면도 있지만 당사자의 인격적 독립성은 그로 인해 제약될 수밖에 없다.

정신장애인은 늘 환자, 클라이언트 또는 소비자라는 이름으로 대상화되어 왔다. 예를 들면, 정신의료기관 인력기준은 정신과 전문의 1명당 입원환자 60명, 간호사 1명당 입원환자 13명이다.[101] 이 숫자는 1998년 시행규칙 별표 개정 이후 20년 넘게 유지되어 왔다. 이 숫자는 지난 20년 동안 무엇을 기준으로 해온 것일까? 외국의 예를 참조한 것은 물론 아닌 것 같다. 정신과 전문의들은 스스로 입원환자 60명을 혼자 보는 것은 치료가 아니라고 말한다. 그럼에도 불구하고 저 숫자가 의미하는 바는 무엇인가? 환자의 치료를 중심에 둔 것이 아닌 경제적 요인(건강보험 수가, 의료급여 수가, 병원의 경제적 지속성 등)이 선순위로 반영된 것이다. 이는 다른 정신건강증진시설(정신요양시설 및 그 밖의 정신장애인 주거시설)에서도 대부분 마찬가지이다.

국가는 정신의료기관이나 정신요양시설을 유지할 수 있을 만큼의 수가나 인건비를 산정하여 제공한다. 사실상 위 숫자를 유지하여 정신의료환경과 시설주거환경을 악화시킨 데에는 국가의 책임이 크다. 정신장애인을 대상화하고, 비인격화하는 이러한 서비스체계는 정신장애인을 주체로서 중심에 둔 서비스체계로 전환되어야 한다. 그것은 정신의료기관을 포함하여 각종 인력과 물적 시설을 재정비하고, 의료와 복지가 통합적으로 제공되는 서비스뿐만 아니라 정신장애 당사자가 선호하고, 의지할 수 있는 서비스체계로 재정립되어야 한다.

3) 정신장애인의 자립적·사회적 삶의 보호와 지원

나. 항 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성은 눈에 보이지 않는 추상적·인격적 측면에서 정신장애인을 포함해 모든 인간이 가져야 할 보편적 성격의 인간적 특성이다. 그러나 이하에 제시될 자립적·사회적 삶의 보호와 지원은 먹고, 자고, 사회적으로 관계 맺고, 생애주기를 가진 보통의 신체를 지닌 인간이 겪어야 하는 눈에 보이는 삶의 모습이 어떠해야 하는지를 제시한다.

정신장애를 가진 경우 입원이나 약물, 정신적 증상으로 인해 사회적 삶이나 자립적 삶을 영위하는 데 어려움이 발생할 수 있다는 점을 감안하여 볼 때 이를 보호하고 지원하는 일은 기본적으로 국가의 책임이라 할 수 있다. 여기서 말하는 '자립적 삶'이란 스스로 선택한 주거·직업·삶의 방식들을 의미하며, '사회적 삶'이란 가족, 직장, 마을과 같은 공동체의 일원으로서 활동하는 것을 말한다. 현재까지는 그 부담의 대부분이 가족에게 전가되어 있기는 하지만 장애

101) 정신건강복지법 시행규칙 별표 4[정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준]

인, 고령노인, 부모 없는 아동에게 하는 것과 같이 장애인복지법 등 사회보장제도를 통하여 자립적·사회적 삶을 보장하고 실현하는 것은 국가의 책임이다.

탈시설(탈원화)은 1950년대 서구에서 하나의 구호로서 시작되었으나 긴 시간이 흐르면서 그것은 운동으로서, 정책으로서, 법제도로서 자리매김해 왔다. 한국사회에서도 2000년대 이후 탈시설(탈원화)이 운동으로 시작되었으나 얼마 전까지는 선거 공약과 국정 과제로서 제시되어 오다가 현재는 커뮤니티 케어라는 이름으로 법제도화 되고 있다. 그러나 현재 정부의 커뮤니티 케어(지역사회 통합돌봄)는 노인 중심의 지역사회 거주 서비스로 기획되어 있어 정신장애인은 여전히 통합돌봄 정책에서도 소외되어 있다.

발달장애인이나 정신장애인과 관련해 '시설(병원을 포함한다)에서 지역사회로'라는 원칙은 서구에서도 여전히 현재진행형인 정책이기도 하다. 앞서 본 2017년 UN 장애인권리위원회의 일반논평(지역사회 연계 자립생활, 제5호 논평)은 탈시설 정책에도 불구하고 여전히 시설이 지속되고 있는 주요한 이유로 법적·사실적 대체의사결정자(가족이나 후견인)가 주거나 시설생활 여부를 결정하면서 장애인의 법적 능력이 부인되고, 시설에 대한 지속적인 투자와 장애인의 지역사회 생활에 대한 부정적 인식 등이 복합적으로 작용되고 있음을 지적하고 있다. 이에 대한 대응으로 장애인의 선택권, 절차적 권리와 참여, 생활지원 등을 통해 지역사회 자립생활을 확보할 것을 권고하고 있다.

위와 같은 병원 및 시설에서 지역사회로의 전환은 정신장애인만의 문제가 아니라 노인, 노숙인, 장애인 등 취약계층을 시설로 보내지 않고, 지역사회 내에서 마지막까지 서로가 연대하여 책임을 지는 모두에게 공통된 국가의 정책방향으로서 이해할 필요가 있다.

4) 정신장애인의 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현

다. 항에서 본 자립적·사회적 삶의 보호와 지원은 신체를 가진 개인으로서의 정신장애인이 가진 취약함을 보완하기 위한 것이라면 라. 항에서 말하는 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현은 사회의 구성원으로서 정신장애인이 배제되거나 소외되지 않도록 사회 내에서 공정한 기회를 가지고, 다른 사람과 어울려 사회적 공동체를 구성하고, 나아가 개인 스스로 또는 정신장애 공동체를 통하여 사회적 활동에 참여하는 것을 제도적으로 보장함을 의미한다.

예컨대, 법제도적 차별을 본다면 정신장애인(정신질환자)에 대한 각종 자격(사회복지사, 의사, 수의사, 간호사 등)취득을 제한하는 법령들이 있는데, 이는 정신장애인에 대한 직업취득의 자유에 대한 국가의 법제도적 차별이 되고, 동시에 정신장애인의 사회적 통합과 참여를 제약

하는 제도이기도 하다. 장애인복지법에 의하여 정신장애인을 장애인복지서비스의 제공대상에서 제외하는 것도 법제도적 차별의 일종이라 할 수 있다.

사회적 차별로서는 보험가입 차별이 있다. 이는 보험회사들이 정신장애가 있는 사람에 대한 보험가입을 기피하는 것으로서 법이 제도적으로 차별하는 것이라기보다는 사회(기업)가 경제적 이해관계를 따져 차별하는 것이다. 이로 인해 정신장애인은 자신의 생명·신체에 대한 위험을 보험을 통해 회피하기 어렵게 되며, 보험공동체에서 배제되는 결과가 발생한다.

한국 사회는 현재 개인들에게 얼마나 많은 정신적 문제(고통)를 만들어내고 있는지 이제 숙고할 필요가 있다. 예컨대, 근로계약의 기간을 1년으로 하고, 임대차기간을 2년으로 하는 것이 사람들에게 얼마나 많은 스트레스와 자극을 주게 되는지, 학생들의 현재의 시험방식과 성적산정은 어떤 방식으로 학생들을 비인간화하는지, 가정에서 가족 간 돌봄이나 출산은 어떤 의미들을 상실해 가고 있는지와 같이 가정, 학교, 일터와 주거에서 늘어나는 정신적 부담과 의미 있는 가치의 상실을 제도적으로는 어떻게 해결할 필요가 있는지도 고민이 필요하다.

한국사회의 고령화와 저출산은 향후 더 많은 경제적, 사회적 인내를 요구하게 될 것이고, 그것은 물질적 부담으로만 다가오는 것이 아니라 사회나 가정 내에서 정신적 부담으로 다가오게 될 것인데, 이러한 정신적 어려움이 질병이나 장애로 더 진전하지 않도록 하는 사회시스템의 개선도 필요하다. 특히, 긴장과 괴롭힘을 사실상 제도화하는 사회적 시스템들에 대해 국가인권위원회는 인권적 측면에서도 사회적으로 환기할 수 있도록 계속 문제제기를 할 필요가 있다.

이하에서는 위의 각 원칙을 바탕으로 구체적 개선방안을 제안해 보기로 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 정신장애인의 존엄성, 자율성 및 인격적 독립성의 존중

가. 존엄성의 존중

1) 정신의료기관 등의 격리·강박의 개선(보고, 감독, 확인, 평가)

인간존엄의 침해는 신체적 침해에서부터 시작된다. 2차 대전 중 나치의 집단학살에서 얻은 교훈은 사람이 사물화되는 방식들, 그 중에서도 시설수용 과정에서 발생하는 일상적 폭력들이 가능했던 이유들이 인간의 모습을 지워나가는 과정(이름과 출신을 지우고, 번호를 붙이고, 결국 동물적 상태로 두어 동물처럼 취급하게 되는 과정) 속에서 이루어진다는 것을 알게 해 주었다.

현재 정신건강복지법은 정신과 전문의 지시에 의해서만 격리·강박을 할 수 있도록 하고 있으나, 실제 그 집행은 정신의료기관의 보호사나 정신요양시설의 직원이 집행하고 있으며, 특별한 교육도 없고, 격리·강박 후 사후평가도 이루어지고 있지 않다. 특히, 강제 입원되는 과정에서 격리·강박이 흔하게 발생하고 있다.

병원과 시설 내 입소자들의 위험행동에 대응하기 위한 조치로서 격리·강박이 이루어지기도 하지만 질서위반에 대한 제재로서 실제 활용되고 있으며, 약물에 의한 통제, 이른바 화학적 강박은 아직 규제대상이 되지도 않고 있다. 이와 관련하여 다음과 같은 모니터링 방식과 제도 개선이 필요하다.

1-1. 정신의료기관 등의 격리·강박의 개선

ⅰ) 격리·강박의 감독기관인 보건소가 월별로 정신의료기관 내 격리·강박 현황을 제출받을 것
ⅱ) 격리·강박은 특별교육과 훈련을 받은 사람만이 그 지시 또는 집행을 할 수 있도록 하고, 현재 실질적으로 격리·강박 업무를 담당하는 보호사의 법령상 자격기준을 마련할 것
ⅲ) 격리·강박 기재사항으로 이를 당한 사람이 격리·강박 후 의견(격리·강박 전 사전설명 여부, 격리·강박 중 확인 여부, 격리·강박 후 보호자 통지 등에 대한 의견)을 기재하도록 할 것
ⅳ) 화학적 강박에 대한 절차와 기준을 마련할 것
ⅴ) 환자이송차량 내에서의 강박에 대한 절차와 기준을 마련할 것
ⅵ) 정신요양시설 내에서 사실상 이루어지는 격리·강박에 대한 대책을 마련할 것
ⅶ) 정신의료기관 내 격리·강박 현황을 정신의료기관 인증 및 평가에 반영할 것

viii) 요양병원 입원환자의 신체를 묶는 등을 허용하는 의료법 시행규칙 [별표 4의2]는 법률상 근거나 위임도 받지 않은 채 요양병원 입원환자의 신체를 결박하는 기본권 제한이므로 법에 의해 위임근거를 마련하고, 구체적 내용을 재정비할 것

2) 비자의입원 시 의견진술기회 부여 및 각종 권리고지의 당사자 확인

인간존엄의 침해는 말하지 못하게 하는 것, 즉 i) 권리를 부여하지 않거나 ii) 부여한 권리를 가르쳐주지 않거나 iii) 권리를 행사하지 못하도록 방해하는 것으로부터도 발생한다. 비자의입원과정은 법령에 의한 권리고지의무에도 불구하고 실제 그 의무가 제대로 수행되지 못 하고 있고, 그렇게 법이 정한 의무를 그 의무의 주체들이 이행하지 않는 것에 대해 국가기관이 오랫동안 감독하지 않고서 방관하고 있다. 비자의입원과정을 인간화하기 위해서는 그러한 말할 기회가 법제도적으로 보장되어야 할 뿐만 아니라 실제적으로도 그것이 이루어지고 있어야 한다.

현재 비자의입원과정에서 입원되는 당사자가 정신의료기관으로부터 조사원 조사신청 여부에 대해서는 당사자의 확인서를 받아야 하기 때문에 조사원 조사신청 여부는 활성화되고 있다. 그러나 인신보호청구에 대한 권리고지는 확인서를 받지 않기 때문에 실제 권리고지 여부를 증명할 길이 없다. 아울러 비자의입원 및 연장심사과정에서 입원당사자가 심사위원회(입원적합성심사위원회, 정신건강심사위원회)에 서면이나 구두로 의견을 진술할 기회가 법제도적으로 마련되어 있지 않다. 이렇게 권리고지도 해 주지 않고, 의견 진술할 기회도 부여하지 않는 것은 사람에 대한 인신구금 절차에서의 기본권 보장의 결여를 보여주는 것이기도 하다. 따라서 다음과 같은 개선이 필요하다.

1-2. 비자의입원 및 연장과정에서 의견진술기회 부여 및 권리고지 당사자 확인

i) 현행 정신건강복지법 및 그 시행령에 따라 강제 입원하다 환자에 대해 a) 인신보호법에 따른 인신보호청구 권리고지, b) 그 권리행사방법 및 서식이 기재된 팸플릿을 제공하고, c) 인신보호법에 따른 권리고지를 구두 및 서면으로 하였음을 당사자로부터 확인하고, d) 그 확인서류를 보관하는 지침을 마련할 것

ii) 입원적합성심사 및 입원연장심사에서 입원적합여부, 입원연장여부에 대한 입원환자의 의견진술을 서면이나 구두로 심사위원회에 제출할 수 있도록 현행 정신건강복지법 시행령 또는 시행규칙을 개정하거나 지침으로 개선할 것

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 사법기관의 재판절차를 통한 비자의입원심사제도 도입

앞서 제4부 제2장에서 ⅰ) 현행 정신건강복지법에 의한 입원적합성심사제도와 입원연장심사제도가 모두 의료적 합의체에 의한 형식적 서면심사이고, ⅱ) 그 합의체 위원회의 인적 구성의 중립성이나 독립성에도 문제가 있고, ⅲ) 실제 비자의입원 및 연장심사 승인율이 98%~99%(입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회의 명령에 의한 퇴원 비율 약 1~2%)인 점을 보면 다른 서구 국가의 비자의입원 심사결과와 비교해 볼 때 현행 비자의입원심사기관은 비자의입원에 대한 통제기관이라 보기는 어려운 상황이다.

또한 현행의 비자의입원절차와 그 심사제도로는 UN의 1991년 정신장애인 보호원칙의 비자의입원심사절차의 규범적 기준(독립성과 중립성, 사법적 절차에 의한 심사, 변호인 및 의견진술 기회 보장 등)과 2016년 헌법재판소가 구 정신보건법의 보호입원조항에 대한 위헌(헌법불합치)결정[102]에서 요구하는 규범적 기준(사전고지, 청문 및 진술 기회 부여, 비자의입원에 대한 불복, 부당한 비자의입원에 대한 사법심사, 국가 또는 공적 기관에서 제공하는 절차보조인의 조력 등)에도 미치지 못하고 있다.

2019년 11월 현재 비자의입원심사를 가정법원에 맡기는 이른바 '사법입원'제도를 입법화하는 3개의 법안이 국회에 제출되어 있고, 정부 또한 2016년 정신건강 종합대책을 제시하면서 2019년 이후 사법기관에서 입원적정성 여부를 판단하는 체계를 구축하기로 하였는데,[103] 보건복지부와 법원은 현재 위 법안이 제시하는 사법입원에 대해 소극적인 입장을 보이고 있다.

인권위는 2009년 국가보고서에서 법원이 입원심사를 하는 사법입원제도에 대해 장기과제로 권고하였다. 그러나 이미 10년이 지났고, 국제기준뿐만 아니라 헌법재판소 또한 가족에 의한 비자의입원제도의 위헌성을 지적한 마당에 실질적인 비자의입원심사기관으로서 법원에 의한 심사제도를 도입할 필요가 있다. 특히 비자의입원심사제도가 가져야 할 몇 가지 전제원칙(사법적 절차, 독립성과 중립성, 절차보조인 또는 변호인의 조력, 당사자의 의견진술 및 증거제출권, 결정에 대한 불복절차 등)을 수행할 수 있는 기관으로는 법원, 그 중에서도 후견적 역할을 할 수 있는 가정법원이 적합하다. 사법입원제도가 가져야 할 방향과 개선과제를 제안해 보면 다음과 같다.

---

102) 헌법재판소 2016. 9. 29.자 2014헌가9 결정.
103) 관계부처 합동, 정신건강 종합대책, 국가정책조정회의 자료집, 2016. 2. 25., 24면.

1-3. 사법기관의 재판절차를 통한 비자의입원심사(사법입원)제도 도입

ⅰ) 정부(보건복지부), 법원(대법원), 국회는 국제기준과 헌법재판소 결정을 반영하여 정신건강복지법을 개정해 가정법원이 중심이 된 비자의입원심사절차를 마련할 것

ⅱ) 비자의입원심사절차에서 당사자 대면, 의견진술 및 증거제출권 보장, 국선변호인을 포함한 절차보조인의 지원, 중립성·독립성·전문성을 확보할 수 있는 비자의입원심사절차를 마련할 것

ⅲ) 비자의입원 및 입원연장사건 전수에 대해 절차조사, 전문가 의견, 심사, 결정, 집행 및 불복의 사법적 절차를 제도화할 것

ⅳ) 비자의입원 결정 외에 또 다른 선택지로서 외래치료, 자발적 입원으로의 전환, 다른 기관으로의 이송, 기한부 및 조건부 퇴원, 처우개선 등 당사자의 치료에 적합한 조치(결정)를 함께 마련할 것

4) 정신건강증진시설 인력 및 시설기준의 개선

사람이 자신의 생존이 아니라 일정한 존중 속에서 적정한 치료적 처우를 받기 위해서는 자신만을 위한 일정한 시간과 공간이 요구된다. 그러나 현재의 정신의료기관 시설과 인력기준은 그러한 시간과 공간을 제공하지 못하고 있다.

먼저 인력기준을 보면, 병원급 의료기관 중 의료기관의 의사인력기준은, 종합병원이나 일반병원은 의사 1명 당 입원환자 20명, 요양병원은 의사 1명 당 40명인 반면에 정신병원은 정신과 전문의 1명 당 입원환자 60명이다. 간호 인력의 경우 종합병원이나 일방병원은 간호사 1명 당 입원환자 2.5명, 요양병원은 간호사 1명 당 입원환자 6명인 반면에 정신병원은 간호사 1명 당 입원환자 13명이다.[104]

위와 같은 정신건강복지법령에 따른 의사 및 간호 인력의 입원환자 비율은 다른 과 환자에 비해 2배 가까이 차이가 나고, 실제 위와 같은 인력기준은 정신병원 내에서 환자가 의사를 대면할 기회 자체를 박탈하게 한다. 진정으로 치료와 간호가 가능한 인력기준을 제시하지 않는다면 그 공간은 단순히 관리와 수용의 공간으로 전락하게 된다.

정신의료기관 시설기준을 보더라도 일반의료기관의 시설기준과 비교하여 차이가 있다. 예컨대, 입원실의 경우 일반의료기관의 입원실 면적은 1인실은 10㎡ 이상, 2인실 이상은 1명 당 6.3㎡인데 반해 정신의료기관은 1인실 6.3㎡이상, 2인실 이상은 1명당 4.3㎡이상이며, 입원실

104) 각 의료법 및 정신건강복지법 시행규칙 별표의 의료기관에 두는 의료인원 정원(의료법 시행규칙 별표 5) 및 정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준(정신건강복지법 시행규칙 별표 4) 참조.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

1개당 입원정원도 일반의료기관은 최대 4개 병상(요양병원은 6개 병상)인데, 정신의료기관은 입원실 정원이 10명 이하이다.[105]

한국은 정신의료기관에서 치료를 받는 입원환자에 대해 왜 더 비좁고, 더 많은 인원이 함께 수용될 수 있는 것을 허용한 것일까? 오히려 일부 국가들에서는 정신장애나 그 범죄로 입원한 환자에 대해 1인실과 같은 더 좋은 환경과 더 많은 의료 인력을 투입하기도 한다. 한국이 정신의료기관을 어떤 방식으로 이해하는지, 그리고 입원환자를 어떻게 다루도록 하는지를 짐작할 수 있는 것이 위의 인력 및 시설기준이다. 위와 같은 인력과 시설기준은 치료의 부실함뿐만 아니라 비인간적 수용환경을 유지시키는 것이어서 아래와 같이 개선을 요한다.

1-4. 정신건강증진시설 인력 및 시설기준의 개선

ⅰ) **정신의료기관:** 외국의 정신의료기관, 국내 일반의료기관 인력 및 시설기준을 참고하여 현행 정신건강복지법 시행규칙 별표 4[정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준]을 개선할 것
ⅱ) **정신요양시설:** 정신요양시설에 관해서도 국내 장애인거주시설 등의 인력 및 시설기준을 참고하여 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 별표 1, 2(특히 1실 당 10명, 1인당 3.3㎡ 시설기준 및 인력기준)을 개선할 것
ⅲ) 주당 최대 52시간의 근로시간제도 변화에 따라 근로기준법을 준수할 수 있도록 인력과 시설기준 개선에 필요한 비용과 인력은 정신의료기관은 수가인상을 통해 반영하고, 정신요양시설은 인건비 및 시설개선 지원예산을 통해 마련할 것

나. 자율성의 존중

1) 입원과 치료에 있어 설명과 동의

정신장애가 있는 사람이 환자로서 정당하게 처우받기 위해서는 보통의 의료에서와 같이 환자가 가지는 권리로서 입원과 치료에 있어 사전에 설명을 받고, 그의 선택에 따라 입원이나 치료 여부를 결정하는 권리가 보장되어야 한다. 물론, 예외적으로 본인의 의사에 반한 입원이나 치료가 가능하도록 정신건강복지법이 허용하고 있지만 이는 말 그대로 예외적 상황일 때

105) 의료법 시행규칙 별표 4의 의료기관의 시설규격 규정과 정신건강복지법 시행규칙 별표 3 정신의료기관의 시설 및 장비기준을 비교한 것이다.

엄격한 요건과 절차를 통해서만 허용되는 것이고, 원칙은 설명과 동의가 전제된 입원과 치료여야 한다.

또한 본인의 의사에 반한 입원과 치료라 하더라도 설명과 동의를 받기 위한 노력이 필요하지 않은 것은 아니며, 격리·강박의 경우라도 필요한 설명을 사전에 해야 하는 것을 면제받지는 않는다. 법원은 환자에 대한 강박을 치료의 하나로 인정하여 강박치료의 경우에도 사전에 설명의무가 있다고 보아 이를 하지 않은 채 강박치료를 하던 중 사망한 경우에 환자와 그 보호자의 강박치료에 대한 결정권을 침해한 것으로 보고 있다.[106)]

정신장애가 있는 경우 입원환자나 외래환자 모두 주로 약물치료를 중심으로 치료가 진행되고, 수술과 같은 침습적 의료행위는 거의 없기 때문에 설명의무나 동의의무 위반을 이유로 한 손해나 신체침해의 문제는 크게 드러나지 않는다. 그러나 약물로 인한 후유증 문제는 환자에게 다른 약물이나 치료방법에 대한 선택권 보장을 위해 설명이 반드시 필요하다. 아울러 환자가 자신이 입원하기를 원하는 입원의료기관을 선택할 수 있는 권한이나 의견을 제시할 수 있는 권한이 필요하며, 이는 특히 강제로 입원을 당할 때 당해 환자가 원하는 입원기관을 제안하거나 이송을 요구하는 것이 가능할 것을 요구한다.

1-5. 입원과 치료에 있어 설명과 동의

ⅰ) **입원:** 입원, 특히 비자의입원에 있어서도 환자에 대해 입원치료의 필요성을 사전에, 또는 급박한 경우에는 입원 후에라도 환자가 이해할 수 있는 방법으로 설명하여 자발적으로 입원에 동의할 수 있도록 설득하여야 하고, 이러한 설명과 설득의 절차를 진행한 후에야 비로소 최후적으로 본인의 의사에 반한 입원이 허용되도록 한다.

ⅱ) **약물치료**: 약물치료의 경우 환자에게 그 복용 전에 복용기간, 복용 후 예상되는 신체적 증상, 후유증, 다른 약물로의 대체가능성, 부작용 시의 조치 등을 설명하고, 그 설명내용을 진료기록에 기재하도록 한다.

ⅲ) **수술과 격리·강박 등**: 약물치료 외의 주사나 수술 등 침습적 치료행위나 격리·강박조치에 있어서도 ⅰ) ⅱ)와 같은 내용을 설명하고, 진료기록 등에 기재하여야 한다.

106) 대법원 2018. 6. 28. 선고 2017다204681 판결.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 정신의료를 포함한 정신건강서비스의 강제금지의 원칙 선언

정신의료를 포함한 정신건강서비스는 국가가 사회적 안전을 목적으로 강제적으로 환자에게 집행하려는 경향이 있다. 그러나 그러한 강제적 서비스는 본인의 의사에 반한 것이기 때문에 서비스라는 이름 자체를 붙일 수 없고, 치안을 위한 강제적인 조치(이른바, 보안처분)일 뿐이다. 따라서 잠재적 위험을 제거하기 위한 치안적 보안처분과 성격을 달리 하기 위해서는 정신건강서비스는 원칙적으로 강제로 제공되어서는 안 되며, 환자 스스로 선택하게끔 다양하게 제시되어야 한다.

강제적 조치 자체를 금지하는 것은 아니지만 강제적 조치가 이루어진다면 그것은 서비스라 말할 수는 없고, 마치 감염병환자에 대한 격리 및 치료와 같이 환자에 대한 행정상 즉시강제(卽時强制)로서의 법적 성격을 가지고 있다.

특히 정신건강서비스 제공을 위한 강제적 개인정보 통보와 관련해서 보면, 2019년 개정된 정신건강복지법은 ⅰ) 정신의료기관을 퇴원하는 환자가 자·타해 위험으로 퇴원 후 증상이 급격히 악화될 우려가 있는데도 본인이 정신건강복지센터에 대한 퇴원통보를 거부할 경우에 ⅱ) 정신의료기관의 장이 관할 시·군·구 정신건강심사위원회에 그 통보여부를 심사 청구하여 ⅲ) 위원회가 심사결과 통보를 승인하면 ⅳ) 정신건강복지센터가 퇴원환자의 정보를 받아 상담하여 재활과 사회적응지원방안을 마련하도록 하고 있다.

위와 같은 통보제도가 가진 문제점은 ⅰ) 퇴원환자 강제통보제도는 퇴원환자에 대한 신상통보를 정신건강복지센터에 하거나 정신건강심사위원회에 청구할 만한 유인책이 정신의료기관의 장에게는 전혀 없어 실제 거의 활용되지 않고 있고, ⅱ) 퇴원환자의 의사에 반하여 최종적으로 퇴원정보가 정신건강복지센터에 넘어간다고 하더라도 퇴원환자는 상담 및 재활서비스를 거부할 수 있고, ⅲ) 상담이나 재활훈련과 같은 사회서비스를 거부한다고 하더라도 이를 제재할 수는 없는 것이어서 제도적으로 거의 활용여지가 없다.

이러한 제도적 문제점이 생긴 이유는 상담과 재활과 같은 동의 없이는 가능하지 않은 사회적 서비스를 본인의 의사에 반하여 강제적으로 하겠다는 모순된 의지의 결과이기도 하다. 이와 같은 문제점을 개선하기 위해서는 다음과 같은 조치들이 필요하다.

1-6. 정신의료를 포함한 정신건강서비스의 강제금지의 원칙 선언

ⅰ) 퇴원하는 환자가 스스로의 자발적 의사로 개인정보를 제공할 수 있도록 상담 외에 다양한 지원서

비스를 실질적으로 마련해 둘 것
ⅱ) 환자에 대한 서비스 제공과 사회의 안전 등을 위한 환자에 대한 관리는 구분하여 치안적 역할은 경찰이나 보호관찰소가 담당하도록 하고, 지역의 정신건강복지센터나 정신의료기관은 원칙적으로 본인의 동의에 의한 복지서비스 및 의료서비스 제공에만 관여하도록 할 것
ⅲ) UN 정신장애인 보호원칙에 따라, 응급입원, 보호입원, 행정입원과 같은 비자의입원은 국가가 지정(특별히 허가)한 정신병원에서만 허용되도록 하고, 민간 정신의료기관은 자의입원과 동의입원과 같은 자발적 입원만 가능하도록 할 것
ⅲ) 환자의 정보제공 또한 자발적 제공을 원칙으로 하고, 필요한 경우에만 예외적으로 법령에 의해 특정한 관여자들(보건소 등)만 정보처리가 가능하도록 함.

3) 자발적 입원환자의 입원결정능력 및 입원의사확인

정신건강복지법이 2016년 제정되면서 보호입원의 비율은 60%에서 2018년 30%대로 감소하였고, 기존에 정신의료기관의 보호입원환자나 정신요양시설의 보호입소환자들이 대거 자의입원(자의입소 포함. 이하 같다)과 동의입원(동의입소 포함. 이하 같다)로 전환되었다. 그러나 자의입원과 동의입원과 같은 자발적 입원(입소)은 입원에 대한 의사결정능력과 판단능력이 있음을 전제로 스스로 입원(입소)에 동의하는 의사를 표시해야 한다.

그러나 현재 정신의료기관과 정신요양시설의 다수의 자발적 환자들은 위와 같은 의사결정능력이나 판단능력이 없음에도 불구하고 형식적 서류를 갖추어 자발적 입원(입소)환자로 전환된 사람이 많다. 또한 정신건강복지법은 2개월마다 자발적 입원(입소)환자에 대해 입원유지(퇴원)의사를 확인하도록 하고 있으나 정신의료기관에서 이를 확인하지 않는 경우도 많다. 이러한 상황이 발생한 이유는 정신건강복지법이 보호입원요건과 절차를 엄격히 하자 이를 피하기 위해 대거 자발적 입원(입소)로 전환하면서 그 입원서류 형식만 갖추어 두면서 생긴 문제이기도 하다.

이러한 의사결정능력과 판단능력이 부족한 환자는 자발적 입원(입소)을 할 수 없다는 미국의 판례[107]뿐만 아니라 이미 인권위에서도 그러한 능력이 부족한 사람으로부터 형식적으로 입원서류만 받아 자의입원의 형태로 둔 경우는 위법한 입원이라고 판단해 왔다.[108] 위와 같은

107) Zinermon v. Burch, 494 U.S. 113 (1990).
108) 국가인권위원회 2016. 11. 14. 결정 16진정0197900 중증 지적장애인 입원과정에서의 인권 침해.

법적 기준을 고려하여 정신요양시설과 정신의료기관의 자발적 입원(입소) 환자에 대해 입원동의능력과 입원유지의사를 구체적으로 확인하는 절차를 두는 아래와 같은 개선책이 필요하다.

1-7. 자발적 입원환자의 입원결정능력 및 입원의사확인

ⅰ) 현재 입원된 자의입원 및 동의입원(입소를 포함한다. 이하 같다) 환자들에 대해 정신의료기관과 정신요양시설 내에서 그 입원결정능력 및 입원유지의사를 법에 따라 확인하고, 그러한 능력과 의사가 없는 경우 퇴원조치하거나 적법한 다른 유형의 입원절차를 거칠 것
ⅱ) 입원되는 환자에 대해 정신의료기관이나 정신요양시설은 입원결정능력이 없다고 판단될 경우는 자의입원이나 동의입원으로 입원을 허용하지 말 것
ⅲ) 입원된 환자에 대해 2개월마다 입원유지의사를 확인하고, 실제 입원결정능력이나 입원유지의사가 없는 경우에는 더 이상 입원을 유지시킬 수 있는 근거가 없게 되므로 퇴원을 시킬 것

다. 인격적 독립성의 존중

1) 보호의무자제도의 폐지와 지정조력인의 신설

보호의무자제도는 일본의 1900년 정신병자감호법에서 유래한 것으로 당시에는 부양의무가 있는 친족인 감호의무자가 행정기관의 허가를 받아 정신병자를 사택 내에 감치할 수 있는 합법적 권한을 부여받았다. 1950년 일본 정신위생법은 사택감치제도를 폐지하고, 보호의무자에 의한 입원제도를 마련하였고, 이후 '보호의무자'라는 명칭을 '보호자'로 바꾸어 일부 의무를 축소하였으나 그래도 정신장애인을 보호해야 하는 보호자의 권한과 의무의 부담이 과도하여 결국 '보호자'제도는 폐지하고, 입원에 있어 가족이나 후견인이 동의할 수 있는 권한을 부여한 의료보호입원제도로 전환하였다.

한국의 보호의무자제도는 UN 장애인권리위원회가 폐지를 권고하고 있는 대체의사결정제도(타인이 본인을 대신해서 입원이나 치료를 결정하는 제도)의 한 유형이라 할 수 있고, 기존의 가족제도로부터 비롯된 징계와 후견의 대용물 역할을 하고 있다.

보호입원의 현실을 보면, 비자의입원 당시에 입원시킬 수 있는 보호의무자가 누구인지 객관적으로 명확해야 하는데, 생계를 같이 하는 친족이나 어디서 사는지 모르는 직계혈족(친가나 외가의 조부모나 증조부모, 손자나 외손자 등)도 보호의무자 자격이 있어 그를 찾아야 하는

등의 여러 가지 실무적인 문제점이 있다. 이러한 실무적 문제점으로 인해 입원시키는 가족, 입원의료기관, 입원심사기관 모두 보호의무자 여부에 대해 의견이 다르고, 그로 인한 입원부적합 판정도 적지 않다. 현재 국회 계류 중인 정신건강복지법 개정안도 이러한 문제점을 인식하여 보호의무자의 의무를 삭제하거나,[109] 보호의무자 제도 자체를 삭제하고, 비자의입원 중에서 보호입원의 신청은 '배우자, 4촌 이내의 친족, 동거인 또는 권한 있는 후견인'으로 한정하는 개정안이 있다.[110]

보호의무자 제도는 위에서 본 여러 이유로 원칙적으로 폐지되어야 하고, 다만, 현행과 같이 동의입원, 보호입원, 퇴원 및 처우개선청구 등을 신청하거나 동의하는 권한, 각종 통지를 수령할 수 있는 권한 있는 자로는 가족과 권한 있는 후견인 등으로 한정할 필요가 있다. 아울러 위와 같은 권한을 가지는 사람으로서 호주(빅토리아 주와 뉴사우스웨일즈 주의 지정보호자 또는 지명인)의 법제도를 참작하여 환자가 자신을 도와줄 사람을 지정하는 지정조력인 제도를 만들 필요가 있다. 지정조력인은 가족이나 후견인과 같이 퇴원 및 처우개선청구, 방문과 면회, 각종 통지 수령 및 의견진술 등의 권한을 부여받아 환자를 돕는다. 이와 같은 개선방안을 구체적으로 제시해 보면 다음과 같다.

1-8. 보호의무자제도의 폐지와 지정조력인의 신설

ⅰ) 보호의무자에게 여러 과중한 의무를 부담시키고 있고, 환자의 자기결정권을 제한하는 현행 보호의무자제도를 폐지할 것
ⅱ) 동의입원, 보호입원, 퇴원 및 처우개선 등에 관여하는 동의자나 청구자 및 각종 통지나 수령을 받을 권한을 가진 보호의무자는 '권한 있는 후견인, 배우자, 직계혈족 및 지정조력인'으로 한정하도록 개정할 것
ⅲ) 가족은 환자와 재산상, 부양상 문제로 이해관계가 대립될 수 있으므로 환자는 가족을 대신하여 자신의 입원과 퇴원 및 각종 통지나 수령을 받을 권한을 가질 수 있는 지정조력인을 지명하고, 그가 환자를 위해 정신건강복지법 내의 행위들을 할 수 있는 절차를 마련할 것

109) 2019. 7. 31. 김재경 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안(의안번호 21735).
110) 2019. 1. 25. 윤일규 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안(의안번호 18323).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 공공후견의 역할 강화

UN 장애인권리위원회가 후견제도와 같은 대체의사결정제도를 폐지할 것을 권고하고 있으나, 전면적·절대적 의사결정대체가 가능한 성년후견과 달리 한정후견이나 특정후견은 피후견인의 신상에 필요한 일부의 의사결정만을 대신할 수 있도록 제도화되어 있고, 법원의 감독을 받을 수 있다.

아울러, 정부가 취약계층에 대한 후견으로서 한정후견이나 특정후견만 허용하고, 취약계층을 위한 후견인에 대해 후견보수와 후견교육을 지원하는 공공후견제도를 마련하는 것은 필요한 일 중의 하나이다. 최근 치매관리법과 발달장애인법을 통해 지방자치단체의 장을 통한 후견청구와 공공후견인의 추천이 가능하도록 하는 공공후견조항이 신설되어 공공후견사업이 진행되고 있다.

정신장애인의 경우에도 이미 정신요양시설 입소자 중 가족의 돌봄을 받기 어려운 약 400여 명의 피후견인을 지원하기 위한 공공후견사업(4개의 사회복지법인이 공공후견법인이 되어 국가의 지원을 받아 법인 직원이 공공후견 직무를 수행하고 있음)을 시행하고 있는데, 그 법적 근거가 별도로 마련되어 있지는 않은데, 이에 대한 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 이를 위해서는 다음과 같은 개선권고가 필요하다.

1-9. 정신장애인을 위한 공공후견제도의 신설

ⅰ) 발달장애인법과 치매관리법을 참조하여 정신장애인을 위한 공공후견제도를 정신건강복지법에 신설할 것
ⅱ) 공공후견제도 운영에 있어서는 후견유형 중 성년후견은 제외하고, 한정후견과 특정후견만 허용하여 피후견인의 자기결정권이 전면적으로 제약되지는 않도록 할 것
ⅲ) 공공후견제도의 운영을 위해 국가와 지방자치단체는 교육과 운영에 필요한 기관이나 비용을 지원하거나 운영기관을 위탁할 수 있도록 할 것
ⅳ) 발달장애인, 치매노인, 정신장애인의 공공후견을 통합적으로 관리하기 위한 제도를 검토할 것

3) 동료지원가(절차보조인)의 역할과 기능 확립과 지원

절차보조인(동료지원가)은 정신장애인이 입원과정이나 입원 중에 또는 지역사회 정착과정에서 같은 장애를 경험한(또는 경험하고 있는) 동료로서 상담과 조력을 하여 치료와 재활을 돕는 사람을 말한다.

한국 사회에서 초기에 소개된 절차보조인(절차조력인)은 독일에서 활약하고 있는 절차지원인이었다. 이는 독일의 비자의입원심사절차가 법원 판사에 의한 재판(심리)절차로 진행되기 때문에 그 당사자인 입원 정신장애인을 조력(지원)할 수 있는 사람은 변호사로서 재판절차를 지원하는 사람이 필요했다. 이와 같이 독일에서 절차지원인은 비자의입원재판(심사)과정에서 환자의 법적 대리인으로서 권리옹호를 하는 사람을 의미하였다.

한국에서는 헌법재판소가 2016년 강제(보호)입원조항의 위헌(헌법불합치)결정을 하면서 그 내용 중 하나로 비자의입원 과정 중의 환자에 대해 '국가 또는 공적 기관에서 제공하는 절차보조인의 조력'이 필요하다는 점을 지적하였다.

이후 보건복지부는 구 정신보건법이나 현행 정신건강복지법의 비자의입원심사절차에서는 비록 변호사와 같은 절차보조인의 조력을 받을 수는 없겠지만 동료지원가에 의한 상담이나 격려, 조언과 지지 등은 필요하고, 가능하다고 보아 2018년 이후 시범사업으로 동료지원가들을 양성하고, 동료지원가가 입원환자를 방문하는 등의 활동을 하는 절차보조사업을 진행하고 있다. 그러나 이에 대한 법적 근거는 확보되지 않아 사업 진행의 지속성에는 어려움이 있는 상태이다.

한편, 2019. 10. 15. 김상희 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안(의안번호 22896)은 ⅰ) 정신건강복지센터가 동료지원가를 채용할 수 있는 근거규정을 두고, ⅱ) 정신질환자의 통신, 면회, 의견 개진 등의 보조활동을 할 수 있는 절차보조서비스 제공자의 세부 업무를 규정하고 있다. 절차보조인을 반드시 동료지원가로 한정해야 할지는 검토가 필요하나 동료지원가가 가진 장점(동일한 경험, 질병과 증상으로 인한 어려움의 깊은 이해, 가족과 병원이 해 줄 수 없는 지지 등)을 고려해 그 양성과 활동에 국가가 적극 개입할 필요가 있다.

한국적 형태의 동료지원가(절차보조인)는 ⅰ) 비자의입원절차, ⅱ) 입원 후 입원생활, ⅲ) 퇴원 및 지역사회복귀과정, ⅳ) 지역사회정착과정에 사실적·정서적 지원을 담당하는 조력인으로 역할 할 필요가 있다. 이를 위해 다음과 같이 제안해 본다.

1-10. 동료지원가(절차보조인)의 역할과 기능 확립과 지원

ⅰ) 교육과 양성, 취업지원, 센터나 시설 내 동료지원가 필수인력 규정 등을 법령에 신설할 것
ⅱ) 동료지원가의 역할과 업무상 권한(비자의입원과정에서의 역할, 입원환자와의 면회 및 통신의 허용, 환자정보에 대한 공유와 전달, 가족 등 관련자에 대한 의견전달 등, 환자가 지정하는 지정조력인 역할)을 규정하여 지역정신건강복지 전달체계에 편입하도록 할 것
ⅲ) 지역사회 정신보건전달체계 내에서 동료지원가 배치를 의무화하고, 동료지원가들이 안정적으로 활동할 수 있는 영역을 보장할 것
ⅳ) 입원(지역사회) 환자에 대해 동료지원가가 권익옹호자가 되도록 독립성·지속성을 보장할 것

3. 정신장애인의 자립적·사회적 삶의 보호와 지원

가. 자립적 삶의 보호와 지원

1) 지역사회 통합돌봄 제도의 방향

지역사회 통합돌봄 제도(이하 '통합돌봄'이라 한다)는 커뮤니티(지역사회) 내에서, 자립적·사회적 삶을 보장할 목적으로 의료와 복지를 통합하여 제공하는 사회보장전달체계 중의 하나라 할 수 있다. 통합돌봄에서는 지역사회를 우선적 전제로 하며, 병원과 시설은 일시적 필요가 있을 때에만 다녀오는 곳이지 주거로서 삶을 단절시키는 공간으로서 활용되지는 않는다.

통합돌봄의 대상은 성년의 도움이 필요한 사람이기 때문에 거동이 불편한 노인 외에, 장애인, 노숙인을 모두 포함하며, 정신장애인도 그 대상이다. 그러나 2018년 이후 보건복지부에 의해 주도되는 통합돌봄 사업은 현재 노인을 중심으로 진행되고 있고, 차후 장애인 등으로 그 대상 영역을 확대해 갈 예정이다.

지역사회 통합돌봄의 원 명칭이었던 커뮤니티 케어(Community Care)는 영국에서 1950년대 시작된 것으로 그 계기는 정신병원에 있는 정신장애인의 열악한 상황과 비참한 처우에 있었고, 그 해결방안은 탈시설(탈원화)을 통한 지역사회 정착에 있었다. 그러나 현재 정부가 진행하는 통합돌봄은 이러한 사회적 지향과 가치의 변화를 반영하기보다 고령화에 직면하여 노인 돌봄에 있어 발생하는 재정적 부담의 증가라는 현실에 대한 대응에 초점이 맞추어져 있다.

통합돌봄의 방향과 계획에 있어 정신장애(노인, 장애인, 노숙인 중 일부는 이 개념범주에 포섭된다)는 모든 시행계획에 어떠한 필수적 전제임을 인식하여야 한다. 돌봄이란 기본적으로 육체적 돌봄이라 할 수 있지만 보다 근본적인 것은 인격들 사이의 돌봄관계 속에서 이루어지는 지배와 권리침해 속에서 드러난다. 특히 정신적 장애가 있는 사람에 대한 돌봄 방식에서는 돌봄이라는 이름으로 격리나 방임으로 스위치를 전환할 위험이 늘 도사리고 있다. 따라서 향후 통합돌봄은 다음과 같은 방향성이 제시되어야 한다.

2-1. 지역사회 통합돌봄 제도의 방향

ⅰ) 지역사회 통합돌봄은 향후 가족과 지역공동체의 관계를 더욱 공고히 하고, 경제적으로 환산될 수 없는 돌봄의 가치와 의미를 향유할 수 있도록 구조화할 것
ⅱ) 돌봄은 생물학적인 것을 넘어, 그리고 개인적인 것을 넘어 사회적인 것으로 공유될 것

ⅲ) 국가와 지방자치단체는 기존의 노인, 장애인, 정신질환자 등으로 분리된 서비스의 제도적 벽을 허물고, 욕구와 필요에 따른 지원제도를 마련할 것
ⅳ) 이를 위하여 지방정부는 조례제정을 하고 중앙정부는 지원을 위한 제도를 마련할 것

2) 주거지원

병원이나 시설에서의 삶은 자립적 삶이 아니다. 자립적 삶을 위해서는 기본적인 물질로서 주거와 직장이 필요하다. 정신장애인은 오랫동안 주거와 직장을 가지지 못한 채 병원과 시설에서 장기간의 삶을 보내는 경우가 많았다.

정신장애인의 시설화된 삶이 주는 특수성을 이제 노인들이 점점 일반적으로 겪고 있다. 시설에서 삶과 죽음을 겪는 사람들이 많아질수록 사회는 피폐해진다. 1980년대부터 2010년 중반까지 30여 년간 정부는 정신장애인에게 주거가 아닌 병원이나 시설을 늘려 그 곳에서 정신장애인이 장기간 거주하는 시스템을 구축해 왔다. 2016년 이후에는 공식적으로 정신의료기관 병상 수를 줄이겠다는 목표를 세웠지만 동시에 부족한 지역사회 정신장애인 거주시설은 늘리려는 계획을 하였다.

구체적으로 보면, 2016년 정부의 정신건강 종합대책은 정신의료기관 병상 수는 83,711병상(2016년)에서 75,340병상(2020년)으로 10% 감소시키고, 사회복귀시설 정원은 6,783명에서 7,461명으로 10% 증가시키겠다는 목표를 가지고 있었다.[111] 그러나 위 정신건강 종합대책에는 별도의 주거지원 대책은 없다.

서구의 정신장애인 탈시설은 지역사회 내 주거를 제공하면서부터 시작하였다. 2016년 제정된 정신건강복지법도 복지서비스 제공의 장(제4장)을 신설하고, 고용 및 직업재활(제34조), 평생교육(제35조), 문화·예술·여가·체육활동 등(제36조), 지역사회 거주·치료·재활 등 통합(제37조)지원을 규정하였다. 그러나 위 규정들에 근거한 예산이나 인력, 집행기관은 마련되지 않았고, 하위법령도 구체적 집행내용은 없어 실제 위의 다양한 서비스들은 위 신설된 법령에 근거해 운영되지는 않고 있다. 따라서 주거지원에 대한 보다 구체적인 개선방안을 아래와 같이 제시해 본다.

2-2. 정신장애인 주거지원

ⅰ) 국토교통부장관은 주거약자법령에 따른 공공매입임대주택과 공공건설임대주택의 순위에 관한 주택공급에 관한 규칙에 장애인복지법에 따른 등록장애인과 동순위로 정신건강복지법에 따른 정신질환자

111) 관계부처 합동, 정신건강 종합대책, 국가정책조정회의 자료집, 2016. 2. 25., 43면.

를 포함시킬 것
ⅱ) 광역 지방자치단체는 정신장애인이 단독으로 또는 공동으로, 그리고 장기간이나 단기간(6개월 이내의 기간) 동안 머무를 수 있는 주택을 우선적으로 매입하여 적정한 비용으로 임대할 것
ⅲ) 국가와 지방자치단체는 지역사회 주거에서 일상생활이 가능하도록 지원인력(이사, 주거유지, 일상생활지원)과 물품(티비, 냉장고, 컴퓨터 등)도 함께 제공(공급)할 수 있도록 할 것
ⅳ) 국가와 지방자치단체는 정신장애인의 자립을 돕는 소규모의 공동생활주거나 원룸 등 다양한 주거형태를 마련하여 정신장애인의 요구와 필요에 따른 선택이 가능하도록 할 것

3) 취업지원

앞서 나.항에서 보았듯이 정신건강복지법은 고용 및 직업재활에 관한 규정(제34조)을 신설하였지만 위 법률조항에 근거한 인력, 예산이나 운영사업은 아직 마련되지 않았다. 위와 같은 고용 및 직업재활 규정을 별도로 정신건강복지법에 둔 이유는 이에 근거해 정신장애인의 특성을 고려한 직업재활훈련과 고용절차를 마련하기 위한 것이다. 그러나 정신건강복지법보다는 장애인고용법(정식명칭은 '장애인고용촉진 및 직업재활법')에 근거해 직업재활과 지원(보호)고용의 구체적 사업들이 진행되고 있다.

정신장애인 취업지원과 관련해 현장에서는 각 복지기관 별로 담당 직원이 취업처를 발굴하여 연계를 하다 보니 직원 개인의 역량에 의존하는 경향이 크고, 기관간 공유가 이루어지지 않다보니 체계적인 취업지원이 어려운 형편이다. 또한 장애인고용법에서는 장애인의무고용제도를 두고 있지만, 민간은 물론 공공기관에서도 적극적으로 정신장애인을 고용하지는 않는 편이다.

서구의 경우 정신장애인의 작업요법이나 직업재활을 전문적으로 지원하는 작업치료사가 의료인과 팀을 이루어 지역사회 재활서비스를 지원하는데 반하여 우리는 아직 작업치료사를 정신건강전문요원으로 편입하는 것에 대해 이해관계에 따라 반대하는 의견도 존재한다. 19대 국회에 더하여 20대 국회에서도 현재 정신건강복지법 개정안 중에는 작업치료사의 정신건강전문요원 편입을 신설하는 규정이 마련되어 있으나 국회를 통과되지 못하고 있다. 정신장애인의 노동과 직업재활의 전문인력으로 작업치료사는 정신건강전문요원으로 편입될 필요가 있다. 구체적인 개선안은 다음과 같다.

2-3. 정신장애인 취업지원

ⅰ) 고용노동부장관과 보건복지부장관은 장애인고용법과 정신건강복지법에 근거해 정신장애인 고용을 위한 직업재활, 지원고용, 보호고용, 취업알선, 근로지원인 서비스 등의 별도의 프로그램을 마련할 것

ⅱ) 보건복지부장관과 각 지방자치단체는 정신장애인 취업지원센터 등 정신장애인 취업지원을 위한 중앙 전달체계를 구축하고, 장애인복지전달체계 내지 공공기관 내 일자리를 확충하고, 정신재활시설 중 직업재활시설을 확충할 것

ⅲ) 작업치료사가 정신장애인의 노동과 직업재활에 관여할 수 있도록 정신건강전문요원의 하나로 정신건강작업치료사를 두도록 법을 개정할 것

4) 일상생활지원

모든 장애인은 장애인복지법 및 장애인활동법에 따라 일상생활지원을 받을 수 있는 권리가 있고, 정부는 이를 구 인정조사표(현 종합조사표)를 통해 활동지원 시간을 부여하고 있다. 이때 정신장애인은 신체장애인처럼 동작의 문제로 지원이 필요하다기 보다는 심리·정서적 문제, 약물의 부작용 등으로 인해 일상생활에 어려움을 겪는 경우가 많고, 그에 대한 사회적 인식도 부족하다.

일상생활지원은 이동, 식사와 설거지, 안부인사, 심부름, 동행 등의 역할을 하는 것을 포함하는데 정신장애인의 경우 신체장애를 바탕으로 한 일상생활 평가기준으로 인해 장애인활동법에 따른 활동지원급여를 받기는 어렵다. 최근 활동지원 시간을 판단하는 척도가 종합조사표로 개정되면서 정신장애인이 점수를 획득할 수 있는 항목이 일부 삽입되었지만 여전히 활동지원 시간을 받을 정도의 점수를 얻기는 어려운 구조이다.

설령 활동지원 시간을 받는다 하더라도 현장에서는 활동지원사들이 정신장애인의 지원을 기피하여 인력수급이 어렵다고 하며, 이러한 문제의 대안으로 정신장애인 동료를 통한 지원을 활성화하려 해도 관련법에서 정신질환자에 대한 활동지원사, 요양보호사, 사회복지사 등의 자격을 제한하고 있다.

한편, 장기간 병원이나 시설에서 거주하면서 잃게 된 생활감각을 회복하기 위하여 일상생활에 대한 훈련이 필요한 경우도 있는데 이에 대해서는 주거지원에 더한 일상생활 인력지원 또는 일상생활지원 프로그램이 필요하다.

2-4. 정신장애인 일상생활지원

ⅰ) 보건복지부 장관은 장애인활동법에 따른 장애인활동지원 급여의 수급기준을 정신장애인의 증상과 특성을 고려해 적절히 반영하고, 현행 활동지원급여의 내용(활동보조, 방문목욕, 방문간호, 야간보호 등) 중 정신장애인의 욕구와 필요에 따른 급여 내용을 추가할 것

ⅱ) 정신장애인 동료에 대한 지원을 가로막고 있는 장애인활동법, 노인복지법, 사회복지사업법 등 정신질환자 자격취득제한 관련 법령을 정비하여 동료에 대한 지원이 가능한 구조를 마련할 것

ⅲ) 장기간의 입원이나 시설생활 등으로 일상생활에 대한 훈련을 필요로 하는 경우 정신건강복지센터를 중심으로 교육프로그램이나 방문프로그램을 만들어 주거나 시설, 병원의 환자를 찾아가 사회복귀를 위한 훈련을 제공할 것

ⅳ) 보건복지부장관과 지방자치단체의 장은 정신건강복지법 제4장 복지서비스 장의 각 조항(고용 및 직업재활, 평생교육, 문화·예술·여가·체육활동 등, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합)의 구체적 인력과 예산, 사업계획, 감독과 평가계획을 세우고, 그 안정과 지속을 위해 하위법령이나 조례에 이를 규정할 것

5) 외래치료지원

외래치료지원은 2019년 임세원 의사 사건을 계기로 법조문의 제목을 변경('외래치료명령'에서 '외래치료지원'으로)하여 새롭게 개정된 제도이다.

2008년 신설된 외래치료명령제도는 지난 10년 간 거의 활용되지 않았다. 정신건강복지법으로 개정된 이후로도 전국적으로 20여 건 내외로 시·군·구 정신건강심사위원회에서 외래치료명령을 발령하였다. 그리고 외래치료명령을 발령하였다고 하여도 이를 집행하고, 치료를 잘 받는지 여부에 대해 감독하는 기관도 없어 실제 제대로 집행되기도 어려운 형편이다.

2019년 4월 외래치료지원으로 법이 개정(2020년 4월 시행 예정)되면서 ⅰ) 외래치료명령에 있어 보호의무자의 동의를 받지 않아도 가능하도록 하고, ⅱ) 입원환자 외에 지역사회 외래치료환자도 적용대상으로 하며, ⅲ) 정신의료기관의 장 외에 추가로 정신건강복지센터의 장도 외래치료지원을 청구할 수 있도록 하였다. 보건복지부는 이에 따라 2020년 예산으로 외래치료지원에 따른 치료비 예산으로 13억 5,100만 원을 마련하였다.

외래치료명령제도는 비자의입원을 피할 수 있는 대안적 수단으로서 호주 빅토리아 주 등에서 활성화되어 있는데, 현행 정신건강복지법이 외래치료지원이라는 명칭을 쓰고 있다고 하더라도 그 법적 성질은 행정기관의 장(시·군·구청장)이 일정기간 동안 강제로 치료를 받게 하는

명령이고, 이러한 의무를 수행해야 하는 피지원자가 이를 위반할 경우 강제로 진단하여 입원시킬 수 있는 제재조치를 두고 있다는 점에서 비자의입원을 제재로 하는 대인적 행정처분이라 할 수 있다.

다만 새로운 외래치료지원제도는 외래치료명령에 따른 의무를 이행하면서 외래치료비를 지원받는 성격으로 변모할 수 있고, 대상자들이 외래치료비를 지원받으면서 자발적으로 치료에 임하는 것도 외래치료지원제도의 또 다른 목적이라 할 수 있으므로 이를 부정적으로 볼 것은 아니다. 적극적으로 지역사회 환자나 퇴원하는 환자들이 위 제도를 활용할 수 있도록 할 필요가 있다. 따라서 다음과 같은 개선이 필요하다.

2-5. 정신장애인 외래치료지원

ⅰ) 외래치료명령이 외래치료지원제도로 바뀌었으므로 더 많은 지역사회 환자와 퇴원하는 환자가 자발적으로도 활용할 수 있도록 널리 알릴 것

ⅱ) 입원연장심사에서도 과거에는 외래치료명령이 거의 활용되지 않고 있으나, 외래치료지원제도로 변경된 이상 반복적인 입원연장보다는 지역사회 내에서 외래치료지원을 받으면서 생활하는 것이 입원환자에게 더 유익해 보인다면 적극적으로 퇴원을 전제로 한 외래치료지원결정을 활용할 것

ⅲ) 기초생활보장 수급 여부, 장애인 등록 여부와 관계없이 외래치료가 필요한 정신질환자에 대해 외래치료지원(명령)을 통해 그 비용을 지원할 것

나. 사회적 삶의 복원과 지원

입원, 특히 비자의입원은 정신장애인의 그 간의 사회적 관계를 단절시킨다. 그것은 가족관계, 직장관계, 교우관계 등 대부분의 관계를 중단시킨다. 한편, 정신병원의 입원이나 시설의 입소는 그 당사자뿐만 아니라 누군가에게는 부모를, 자식을, 또는 배우자를 사실상 당분간 잃게 만들어버리는 사건이기도 하다. 그렇기 때문에 그 남겨진 사람들에 대한 보호도 필요하다. 특히, 입원하는 사람이 누군가를 부양하고 있었다면 그러한 부양관계의 단절은 피부양자의 생계와 생존을 위협할 수 있다. 그러나 비자의입원심사나 입원연장심사과정에서 한 개인의 직업과 직장, 부양가족, 생계활동 등에 대해 일체 묻지 않고 있다. 그렇게 되면서 오로지 치료 필요성만으로 입원을 결정하려는 경향이 강화되었다. 이는 개선될 필요가 있다.

또한 퇴원 후에도 지역사회 내에서 기존에 끊어진 관계를 복원하거나 새로운 관계를 형성할 수 있도록 지원해 줄 필요가 있다. 공공후견을 통해 확인된 사례들을 보면 정신요양시설에 수

십 년간 있게 되면서 자기 자신의 신분뿐만 아니라 가족과의 관계도 잃어버린 일부 환자들이 공공후견 담당직원의 도움으로 고향과 가족을 찾아가거나 잃어버린 자신의 이름과 주민등록번호를 회복하여 가족과 시민으로서의 지위를 회복하는 과정을 마련하고 있다. 이러한 사회적 관계의 복원을 좀 더 확대하고, 제도화해 나갈 필요가 있다

2-6. 정신장애인의 사회적 삶의 복원과 지원

ⅰ) **시민의 복원**: 정신요양시설이나 정신의료기관 장기입원 환자들 중 자기 신분을 확인할 수 없는 사람에 대해서는 전수조사 하여 주민등록번호와 이름 등을 확인하여 복원하거나 새로운 주민등록번호 등을 부여하여 국민과 시민으로서의 자격을 부여할 것

ⅱ) **사회적 관계의 확인**: 입원적합성심사위원회 조사원이나 공공후견인은 입원(입소)환자가 부양하는 가족, 일 해온 직장이나 직업, 거주관계(월세와 차임 등)를 확인하고, 조사보고서에 반영하여 입원심사나 연장심사 시에 필요한 조치 계획 등을 마련하여 입원적합성심사나 입원연장심사에 참조할 수 있도록 할 것

ⅲ) **사례관리**: 정신건강복지법에 따라 정신건강복지센터에 스스로 등록되어 사례관리를 받는 사람에 대해서는 선별하여 법 제37조에 근거해 지역사회 거주, 치료, 재활 등의 통합지원에 대한 계획을 마련하고, 그 실행을 할 것.

ⅳ) **입원 중 통신과 면회**: 입원 중 통신(스마트폰과 인터넷의 사용)과 면회(대상자, 방식, 절차, 시기)의 자유를 일반의료기관 수준으로 원칙적으로 전면 허용하고, 특히 환자의 조력자(변호인, 권익옹호자, 행정담당자, 친인척, 동료지원가 등)에 대해서는 입원기관이 임의로 통신이나 면회를 제약할 수 없도록 할 것.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 정신장애인의 비차별, 사회적 통합과 참여의 실현

가. 비차별

1) 직업자격취득제한 법률들 폐지

정부는 2016년 정신건강 종합대책에서 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선을 위해 관계부처합동 TF를 구성해 2017년 실태조사 및 그 개선방안을 마련하기로 계획하였으나 실제 TF 구성이나 개선방안은 마련되지 않았다. 오히려 2016년 정신건강복지법 제정과정에서 정신질환자 개념 범주가 축소되었다는 우려를 하면서 구 정신보건법 제3조의 정신질환자 개념 정의 조항['정신질환자'라 함은 정신병(器質的 精神病을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다]을 인용하는 25개의 정신질환자 취업자격 제한법률 조항을 정신건강복지법 부칙 제7조의 경과조치 규정을 통하여 현재까지 유지시키고 있다.

뿐만 아니라, 2017년 9월에는 위 25개 법령에 더해 「사회복지사업법」 제11조의2항제5호의 개정으로 정신질환자의 사회복지사 자격취득을 제한하는 규정이 신설되었으며, 「약사법」의 개정으로 약사와 한약사에 대한 자격정지에서 면허취소까지 가능해져 그 제한의 정도가 강화되는 등 오히려 정신질환자의 국가자격취득의 범주를 더욱 제약하는 방향으로 회귀하였다.

이에 대해 인권위는 2018. 4. 12. 정신장애인 자격·면허 취득 제한 제도개선 권고를 하였는데, 국무총리에게는 총 27개의 정신장애인 자격·면허 취득제한 관련 결격조항의 폐지나 완화를 위한 법령정비를, 보건복지부장관에게는 사회복지사업법에 신설된 정신장애인 결격조항의 폐지를 권고하였다. 그러나 인권위의 위 개선권고에도 불구하고 정부는 움직이지 않고 있다.

직업자격취득제한 법령은 ⅰ) 위헌성(정신질환자 여부는 주관적 판단에 따를 수밖에 없고, 금치산자나 파산자와 같이 재판으로 확정되는 것이 아니며, 회복가능하고, 직무상의 위험도와 구체적 관련성이 없으며, 구체적 업무 시작 전의 건강상태 등을 통해 확인할 수 있음)이 있고, ⅱ) 일본에서도 2000년대 자격취득제한 법률의 개혁 작업을 통한 일부 법령의 폐지가 이루어졌으며, ⅲ) 서구의 경우에는 정신질환자라는 이유로 업무수행능력과 무관하게 직업자격 자체를 법률에 근거해 취득하지 못하게 하는 경우는 드물다. 이와 같은 점을 고려해 법령 개정이 필요하므로 다음과 같은 노력이 필요하다.

3-1. 직업자격취득제한 법률들의 폐지를 위한 개선 노력

ⅰ) 국회의장을 상대로 27개 법률의 직업자격취득제한 조항의 위헌성을 이유로 각 법률조항의 일괄폐지를 하는 법률안 마련을 권고

ⅱ) 정신장애인 당사자가 27개 법률 중 하나의 직업자격취득제한 조항의 위헌성을 주장하며 헌법소원을 제기하고, 입법부작위에 대해 정부와 국회를 상대로 불법행위책임을 묻는 방안

ⅲ) 국가인권위원회가 금치산자, 성년후견인, 정신질환자에 대해 시민으로서의 권리(투표권, 선거권 박탈 규정 또는 직업취득자격 제한 규정)를 제한하는 법령 일체에 대한 개선을 권고

2) 장애인복지법 제15조(정신장애인 서비스 제한 규정) 폐지

장애인복지법 제15조와 그 시행령은 정신건강복지법의 적용을 받는 정신질환자(정신장애인)는 장애인복지법에 따른 일정한 서비스를 이용할 수 없도록 하고 있다. 이에 대해 UN 장애인권리위원회는 2014년 한국의 정부보고서에 대한 권고에서 장애인복지법의 서비스가 정신장애를 포함해 모든 장애유형을 포괄하지 못하게 하는 위 조항에 대해 우려를 표하였다.

장애인복지법 제15조에 대해서는 폐지를 통하여 정신장애인도 다른 장애인과 동등하게 장애인복지법의 서비스를 받아야 한다는 견해[112]와 정신건강복지법에 복지서비스 제공의 장이 신설된 이상 장애인복지법에서 제공되는 복지서비스와 동등한 서비스를 정신건강복지법을 통하여 제공받는 경우라면 위 규정은 폐지될 필요가 없다는 견해[113]가 대립된다. 한편 이미 인권위는 2017. 12. 28. 정신장애인의 복지시설 이용 등을 제한하는 지방자치단체의 조례를 모니터링 하여 행정안전부장관과 지방자치단체의 장(지방의회 의장을 포함)에게 관련 조례조항의 삭제와 시정을 권고하기도 하였다.[114]

생각건대, 이는 장애 속에 정신장애를 어떻게 정립할 것인가의 문제이기도 하다. 정신장애의 경우 정신의료의 관여를 무시할 수 없고, 고정된 형태의 장애가 회복 가능한 정신장애를 품을 수 있는지의 문제이기도 하다. 실제 장애는 대부분 등록을 통해 그 복지서비스 수급자격을 얻는 반면 정신장애는 그러한 수급자격을 얻는 등록 장애인이 될지 여부는 스스로의 선택

112) 염형국, “장애인복지법 제15조 개선방안 토론”, 장애 안에 차별: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회 자료집, 2018, 63면.

113) 박인환, “정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향”, 장애 안에 차별: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회 자료집, 2018, 53면.

114) 국가인권위원회 2017. 12. 28. 결정(제목: 정신장애인 복지시설 이용을 제한하는 지방자치단체 조례 개정 권고).

이나 질병의 상황에 달려 있다.

또 다른 측면에서 본다면, 일본이나 서구에서는 정신장애를 당연히 장애범주 속에 넣어 생각하고 있고, UN 장애인권리협약 또한 그러한 관점을 견지하고 있는 상황이다. 반면에 한국은 정신장애와 관련된 독자적인 서비스를 제공해 주지도 못하면서 의도적으로 장애인복지법의 서비스에 정신장애인을 접근하지 못하도록 법이 규정하는 있어 문제가 있다.

이것은 장애 내부에서 또 다른 분리와 차별을 일으키고, 장애 정체성 속에 서로 이질감을 느끼게 하는 요소로 남게 된다. 따라서 장애인복지법 제15조는 폐지되는 것이 맞고, 정신건강복지법의 복지서비스는 발달장애인법의 복지서비스와 같이 정신장애 특유의 것에 맞게 별도로 제공할 수 있도록 하는 것이 타당하다.

3-2. 장애인복지법 제15조(정신장애인 서비스 제한 규정)의 폐지

ⅰ) 장애인복지법 제15조는 정신장애를 일반장애로부터 분리시키는 상징과 제도로서 작용하고, 실제 장기간 동안 그러한 역할을 해온 점을 고려해 볼 때 폐지를 권고함
ⅱ) UN 장애인권리협약이 정신적, 신체적, 감각적 장애를 하나로 통일하여 이해하고, 공통된 원칙과 방향을 제시하고 있는 점, 각 국의 장애인법이 정신장애인을 배제하지 않고 있는 점을 고려할 때 다양한 정신적 장애인의 유형 중 유독 정신건강복지법의 적용을 받는 정신장애인(그 대상을 특정하는 것도 어려움)만을 선별하여 배제하는 것은 정당하지 않고, 법 집행기관의 자의에 따른 배제와 차별이 발생할 수 있음
ⅲ) 장애인복지법 제15조의 폐지에서 더 나아가 장애관계에서 정신장애를 차별하거나 배제하면서 만들어져 온 하위법령이나 조례, 지침 등도 함께 확인하여 개선해 나갈 필요가 있음
iv) 정신장애인복지법의 제정을 통해 정신장애인에 대한 복지서비스가 복지서비스의 전달체계 안에서 이루어질 수 있도록 할 필요가 있음

3) 보험차별의 개선

정신장애인에 대한 민간보험회사의 보험차별(보험가입거절)은 보험회사의 영리성과 보험제도의 경제적 합리성에 근거한다. 즉, 정신장애인과의 보험계약 체결 여부는 그 경제적 이익과 보험사고의 가능성을 따져 판단할 수 있는 계약자유의 문제로 전환되면서 법원은 현재 보험회사에 정신장애인과 보험계약을 체결하라고 강제하지는 않는다. 다만, 정신장애인이 보험가입의 청약을 하면 절차적으로 검토라도 한 후 계약거절의 의사를 밝혀야 하는데, 검토조차 하지 않

고 거절하는 것은 정신장애인에 대한 불법행위로 보아 손해배상책임을 인정하기는 한다.

상법 제732조의 15세미만자, 심신상실자와 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약을 무효로 하는 규정을 핑계로 정신장애인과의 보험계약을 거부하는 것은 심신상실자나 심신박약자 개념을 극도로 확대할 때에만 가능하고, 대부분의 정신장애인은 심신상실자나 심신박약자 범주에 포함되지 않는다. 또한 위의 상법 제732조에도 불구하고 정신장애인들 중 일부는 사망보험에 가입하기도 하였다. 실은 누구도 법원의 최종적 판단 없이는 정신장애인인지, 심신박약자인지 쉽게 판단하기는 어려운 것임에도, 민간 보험회사는 자신들의 편의에 의한 방식으로 보험가입 여부를 결정하는 것이다.

그래서 위 상법 조항 또한 UN 장애인권리위원회가 2014년 한국의 장애보고서에 대한 최종 견해에서 장애인에 대한 차별로서 폐지하고, 장애인권리협약 제25조 (e)에 대한 유보를 철회할 것을 권고하였다. 이미 인권위 또한 2005년 법무부장관, 재정경제부 장관, 금융감독원장에게 위 상법 조항의 삭제, 보험업법에 따른 차별행위 금지와 차별행위의 정당성에 대한 보험자의 입증책임, 장애관련 공통계약심사기준과 보험회사의 보험인수 기준 등의 개선과 관리감독을 권하였고, 2008년 장애인차별금지법 시행 이후에는 위 법에 따라 발달장애인, 정신과 약을 복용하는 지적 장애인 등에 대한 보험가입 거부에 대한 권고를 지속하였다. 법원 또한 2004년에는 뇌성마비 장애인의 종신보험 가입 거절,[115] 2006년에는 발달장애인의 여행자보험 가입 거절,[116] 2013년에는 양극성 장애(3급 정신장애)에 대한 보험가입거절에 대해[117] 각각 보험회사의 위자료 지급을 명하는 판결을 하였다.

보건복지부 또한 2013년 5월 정부의 정신보건법 전부개정안 입법예고에서는 보험상품 제공에 있어 차별금지 규정을 신설하는 입법예고를 하였지만 정작 2014년 1월 국회에 제출한 전부개정안에서는 외부적으로 공개되지 않은 이유에 의해 보험차별 금지 규정이 삭제되었다. 이후 국회의원들이 보험차별 금지를 명문화한 규정을 정신보건법 개정안이나 정신건강복지법 개정안에 신설하여 국회에 법안을 제출하여 2019년 11월 현재도 계류 중에 있다. 위와 같은 정부, 국회, 법원, 인권위 등 국가기관의 지난 10년이 넘는 노력들에도 불구하고 여전히 정신장애인에 대한 보험차별의 현실은 변하지 않고 있다. 이와 같은 실패를 바탕으로 새로운 개선권고를 하면 다음과 같다.

115) 서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단150990 판결.
116) 대전지방법원 천안지원 2006. 7. 20. 선고 2005가단5440 판결.
117) 서울중앙지방법원 2013. 8. 30. 선고 2011가합38092 판결.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3-3. 보험차별의 개선

ⅰ) 상법 제732조의 심신상실자와 심신박약자를 삭제하고, 생명·상해보험의 피보험자가 될 수 없는 대상자는 의사결정능력의 부족으로 동의나 청약 등의 의사표시를 할 수 없는 자로 한정할 것

ⅱ) 각 보험회사의 보험인수기준에서 장애인에 대한 가입거절의 내용과 사유 및 근거를 공개하도록 하고, 그것이 정당한 사유에 근거한 것인지를 금융감독원에서 확인 후 시정여부를 조치할 것

나. 사회적 통합

1) 정신장애 관련 언론보도 권고규정 마련

정신장애에 대한 사회적 인식은 보통 사회적으로 이슈가 된 범죄사건의 당사자가 정신장애인일 때 형성된다. 개인의 개별적 경험도 영향을 미치지만 그 때의 인식도 기존의 사회적 인식에 의해 영향을 받는다. 특히 미디어 언론과 SNS 등을 통해 이루어지는 대화와 단어들이 그 인식의 방향성을 정하는 자료들이 된다. 정신장애인이 사회구성원으로서의 권리를 부여받지 못하고 있는 주요원인에 언론과 미디어의 영향이 큰 것으로 조사되고, 국내외 연구에서도 정신장애는 피후견 대상, 위험한 범죄의 잠재적 주체, 심신미약의 형벌감경 요소 등으로 인식되어 왔다.

일부 민간 차원에서 정신장애인 인식개선 사업 및 모니터링을 하고 있으나, 정신장애인에 대한 편견과 낙인을 은연중에 심어주는 대중매체에 대한 규제방안은 미흡하거나 부재하다. 정신장애인에 대한 왜곡된 보도는 정신장애인 개인뿐 아니라 결과적으로 사회통합에도 부정적인 영향으로 이어진다. 같은 질병을 가졌다는 사정만으로 정신질환이나 정신장애에 대한 사회적 편견에 포섭되는 것을 막기 위해서는 정신장애 관련 언론보도의 권고규정 마련 및 모니터링체계 구축이 필요하다.

3-4. 정신장애 관련 언론보도 권고규정 마련

ⅰ) 2004년 민간과 공공이 함께 만든 자율적인 기준인 자살보도 권고기준 및 그 개정절차와 개선내용을 참조하여 정신질환으로 인한 범죄에 대해서도 일정한 권고기준을 마련할 것

ⅱ) 정신질환으로 인한 범죄 보도에서 보통의 정신장애인에 대해 편견과 낙인을 줄 수 있는 병명과 치료력 등의 공개는 유의할 것

ⅲ) 부정적 여론을 호도하는 언론, 방송에 대한 실효적인 제재수단을 강구할 것

ⅳ) 보건복지부는 독자적인 정신장애인 인식개선 사업과 모니터링 체계를 구축할 것

2) 정신장애 개념 재정립

정신장애와 정신질환 중 언론에 의해 정신질환은 범죄와 연결되어 더 많이 사용되고 있고, 정신장애는 복지와 인권과 연결되어 더 많이 사용되고 있다. 과거 정신분열병이란 병명이 가진 낙인을 없애기 위해 조현병으로 병명을 공식적으로 변경하였으나 2016년 강남역 사건 이후 조현병 또한 이전의 정신분열병이 가진 낙인과 편견을 대신하게 되었다.

생각건대, 정신장애 개념 자체를 사람과 분리하여 개념 정의하고, 정신건강복지법의 정신질환자에서 '정신장애'로 변화시켜 지위가 아닌 유동적인 상태 개념으로 변화시키고, 낙인 없는 내용으로 다소 추상화시켜 정의하는 것도 정신장애인에 대한 편견을 줄여 사회적 통합에 가깝게 다가갈 수 있는 방법이다. 그 개념 정의를 다음과 같이 제안해 본다.

3-5. 정신장애 개념 재정립

ⅰ) 정신건강복지법의 정신질환자 개념을 '정신장애'의 개념으로 재정립하여 인격적 존재로서의 사람과 그가 가진 정신장애를 구분할 것

ⅱ) 개념을 낙인화할 수 없는 내용으로 단순화하고, 기간을 두어 유동적 상태나 회복가능성이 있음을 드러낼 것(예컨대, 정신장애란 정신적 곤란으로 인해 일정기간 정신적 치료나 서비스가 필요한 사회심리적 장애를 말한다)

다. 사회적 참여

정신건강복지법이 정신장애인의 정책결정참여권을 규정하면서 입원적합성심사위원회와 같은 비자의입원의 의결기관이나 중앙정신건강복지사업지원단과 같은 자문기관에 정신장애 당사자 단체의 대표나 회원이 그 구성원으로 참여하게 되었다. 그러나 아직 그러한 참여단체나 당사자로서 위원회의 참여는 미미한 편이다. 정신장애인 당사자단체나 권익옹호단체 또는 그 대표나 구성원의 정책결정이나 관련 위원회 참여는 법에 의한 권리로서 보장되는 것이다. 그렇기 때문에 국가와 지방자치단체는 그 권리보장을 위한 의무로서 각 단체의 대표나 구성원을 추천하거나 위촉하는 것을 노력하여야 한다. 아울러 중앙 단위에서뿐만 아니라 지방 단위에서도 그러한 노력이 필요하고, 평소에도 각 지역별로 당사자 단체와 그 지원을 위한 가족단체, 권익옹호단체 등을 지역 차원에서 지원하여 사회적 참여를 이루도록 할 필요가 있다. 그와 관련된 개선 제안은 다음과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3-6. 사회적 참여의 지원

ⅰ) 정신장애인의 정책결정참여권 확보를 위하여 국가와 지방자치단체는 법령상 규정된 정신장애 관련 정책과 심의 관련 위원회에 정신장애 당사자단체와 권익옹호단체의 대표자나 구성원을 참여시키거나 그 추천을 받는 절차를 마련할 것

ⅱ) 현재 입원적합성심사위원회나 정신건강심사위원회, 각 지역의 정신건강복지사업지원단에 정신장애 당사자나 그 권익을 옹호할 수 있는 단체로서 추천받은 자가 참여하고 있는지 그 현황을 파악할 것

ⅲ) 각 지역별로 가족단체나 권익옹호단체가 당사자단체를 지원하고, 연계할 수 있도록 각 지방자치단체가 이를 지원할 수 있는 조례 등을 제정할 것

위와 같은 정신장애인의 사회적 참여는 어찌 보면 사회적 고통과 위험을 완화시키는 것이기도 하다. 각자에게 스스로의 사회적 역할을 배치하고 부여하는 것은 국가의 중요한 임무이다.

사회보장제도는 사회적 위험과 고통을 완화할 수 있는 국가적 기제이다. 반면에 가정과 기업의 질서나 영리를 위해 그 구성원들을 긴장시키거나 괴롭히는 제도들도 있다. 근로자와 임차인과 같은 취약계층에 단기간의 근로계약기간, 단기간의 임대차기간만을 보장하여 그 기간 내에 높은 노동 강도와 불안을 유지시키는 방식, 가정 및 사업장 내에 법제도적으로 징계권(민법상 친권자의 징계권, 근로기준법의 징계제도)을 두어 감독과 복종을 요구하는 제도 등이 그것이다.

우리가 앞서 본 정신장애 관련 여러 제도들은 사회적 안전이나 가족의 평온을 위해 정신장애를 가진 사람에게 너무나 많은 고통을 부담시키는 제도들이라 할 수 있다. 어느 한 쪽에 과도한 고통을 가하는 법제도들은 균형에 맞게 개선될 필요가 있다.

제2장. 조사결과 분석에 따른 제언[118)]

1. 시설 및 종사자 차원의 인권 증진 개선

가. 패러다임의 전환

시설에 대한 조사 및 종사자에 대한 조사 결과 10년 전에 비해 시설에서의 격리, 강박, 권리침해 등과 같은 기본적인 물리적 환경에서의 인권은 어느 정도 보장되고 있는 것으로 나타났다. 정신장애인에 대한 시설에서의 격리 및 강박에 대한 사회적 관심이 늘어나고 인권에 대한 사회적 인식이 확산되면서 시설 내에서의 물리적 차원의 인권은 어느 정도 보장되고 있는 것으로 나타났다.

그러나 시설에서의 물리적 환경의 개선은 시설 내에서의 생활을 전제로 한 것이기 때문에 자유권의 보장을 담보하지는 못한다. 정신장애인에 대한 병원 입원 및 시설 입소 중심에서 지역사회에서의 생활 중심으로 정신장애 치료 및 재활 패러다임 자체의 변화가 정신장애인의 인권을 담보하는데 필수적인 요소이다. 치료는 병원에서 제대로 이루어질 수 있도록 하되, 재활 및 회복은 지역사회에서 자유권과 사회권이 보장된 상태에서 일상적인 삶이 유지되면서 진행될 수 있도록 해야 한다. 치료를 담당하는 의료기관은 수용시설화 되지 않고 치료다운 치료를 할 수 있도록 보장되어야 하며, 재활과 회복은 지역사회의 생활 현장에서 일상의 삶을 영위할 수 있도록 보장되어야 한다. 이때 지역사회 생활로의 시각의 전환은 지역사회 인프라를 구축하는 것을 전제로 하여야 하며, 인력, 예산, 그리고 다양한 재활 및 회복 서비스 등을 확충하여야 한다. 지역사회에서의 인프라 확충 없는 인권의 강조는 공허한 레토릭에 불과할 뿐이며 부정적인 결과나 부작용을 심화시키게 된다.

나. 세상과 소통하는 열린시설 제도화

시설들의 열린시설화는 정신장애인의 인권증진에 있어 매우 중요한 요소로써 필히 실현되어야 한다. 열린시설이란 다양한 유형의 방문자의 자유로운 방문의 허용, 외출의 허용, 휴대폰을 비롯한 외부와의 소통에 대한 자유 보장, 그리고 각종 안내 및 고지 등 정보접근성 확보 등을

118) 본 장에서는 각 조사결과에서 도출된 제언을 시설 및 종사자, 당사자, 일반인 세 가지 차원으로 취합 및 정리하였다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

통제하지 않고 개인의 자유의지에 따라 경험할 수 있도록 허용하는 시설이다. 이번 조사에서 보면 휴대폰을 전면 불허하는 시설들도 있었으며, 개인병실 방문을 불허하는 시설도 있었다. 각종 안내 및 고지, 시설의 사업 및 행사 등의 최신 정보를 홈페이지 등에 안내하는 것, 서비스 제공에 대한 설명, 접수한 고충을 처리한 결과에 대한 개인 통보 및 공지 등 각종 정보에 대한 접근도 다른 사안에 비해 상대적으로 열악하였다. 병원이나 시설에서 생활을 하다보면 기본적인 환경이 정보접근을 제한하게 된다. 자유자재로 TV 청취나 인터넷을 할 수 없기 때문이다. 그렇기 때문에 시설에서는 더욱 적극적으로 정보접근성을 높이기 위한 노력을 해야 한다.

다. 수용인원 축소

수용인원을 축소할 필요가 있다. 요양시설은 이미 축소하고 있는 것으로 보이지만 아직도 250병상 수준의 큰 요양시설들도 있었으며, 생활시설 역시 100인 수용인원을 유지하고 있는 시설들도 있었다. 의료기관들은 900병상이상의 기관들이 아직도 존재하고 있다. 정신건강복지법에 의하면 300병상 이상은 더 이상 신설하거나 증설할 수 없게 되어 있으나, 기존의 병상 축소까지는 법제화하지 못하고 있다. 따라서 이 기관들이 어떻게 병상을 축소할 수 있는지에 대해 정부는 이 기관들과 협력하여 병상축소방안을 마련하여야한다. 2008년의 조사에서도 적정수용인원에 대하여 연구하고 그 기준을 제시해야한다고 제언하였었지만 아직까지 10년이 지났어도 대형시설은 크게 변동 없이 유지되고 있는 상태이다.

그러나 조사결과에서 보았듯이 대형시설들은 물리적으로 인권친화적 환경을 유지하기 어려운 조건을 갖고 있다. 격리실과 보호실의 운영, 이곳에서의 강박의 진행, 그리고 격리나 강박을 진행하면서도 그 사유나 내용이나 유지시간 등에 대해 설명이 부족한 것; 식사를 집에서 하듯이 자연스런 형태로 하는 것; 속옷을 비롯한 피복교체 및 침구교체 등의 위생상태 유지 등 가장 기본적인 개인위생과 자유까지도 보장되지 못하고 있다. 그러므로 시설의 소규모화는 인권증진을 위해 필수적으로 이루어져야하는 전제조건과도 같은 것이다. 이에 수용인원 축소화의 적극 추진을 제안한다.

라. 국가보고서 정기발간의 제도화

‘정신장애인 인권보호와 증진’을 위한 국가보고서를 5년 간격으로 정기적으로 발간할 것을

제안한다. 현재 정신건강복지법 제7조에 의해 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획를 수립하도록 되어 있다. 이 계획과 연동하여 국가 기본계획안에 인권보호와 증진을 위한 계획이 반영되고 그 결과보고서를 발간하도록 할 필요가 있다. 정신장애인은 국가가 나서서 인권보호를 해야 할 가장 취약한 계층이다. 따라서 국가인권위원회는 5년을 주기로 정기적으로 국가보고서를 발간하여 정신장애인들이 자신들의 인권이 보장되는 환경에서 자유롭고 당당하게 생활할 수 있는 세상을 보장하기 위한 노력을 기울여야 한다.

마. 국가보고서 권고조치 이행여부 관리감독 체계화

국가보고서가 제시하는 인권보호를 위한 권고조치를 각 주체들이 어떻게 이행하고 있는지에 대한 지도감독이 체계화될 필요가 있으며 그에 필요한 재정적 지원이 따라주어야 할 것이다. 권고조치는 법적 제제조치가 아니기 때문에 필수적으로 지킬 필요가 없는 조치들이다. 그러므로 그 조치들이 어떻게 이행되고 있는지, 어떤 것들이 이행하기 어려운지, 이행이 왜 어려우며 이행을 위해서는 어떤 지원이 필요한지 등에 대해 정기적으로 지도감독하는 것은 필요한데, 이는 보건복지부 차원에서 지도감독체계를 갖추고 정기적으로 권고조치 이행여부 점검 및 불이행조치에 대한 시정조치를 내릴 수 있도록 해야 할 것이다. 예를 들면, 2008년 조사에서 전문요원의 다양성을 권고한 바 있다. 전문요원의 수의 확보는 대부분의 시설에서 다 갖추고 있었지만 전문요원이 다양화는 이루지 못하고 있었다. 정신건강전문요원 중 정신간호사, 정신건강사회복지사가 주로 배치되어 있고 임상심리사들이 극소수인 경우가 많다. 혹은 정신간호사가 주를 이루고 다른 정신건강전문요원이 배치되어 있지 않은 경우 등이다. 전문요원이 특정 직종에 편중되어 있다는 것은 그만큼 전문요원의 다양한 기능 중 부분적으로만 활용되고 있다는 의미가 된다. 정신장애인의 인권증진을 위해 다각적인 지원이 이루어지지 않고 있는 상황에서 국가는 어떤 노력을 기울이고 있는지에 대해 점검할 필요가 있으며 불이행한 시설에 대해서는 시정조치를 내리거나 정신건강복지법을 강화 또는 구체화하는 조치를 내릴 수 있을 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

바. 시설 종사자의 인권 민감성 증진

시설의 소재 지역이나 시설의 유형에 따라 정신장애인 인권에 대한 인식의 편차가 존재하고 있었지만, 더욱 두드러진 것은 장애인 인권에 비교해볼 때 다소 민감성이 떨어진다는 점이었다. 의료기관에서 의료모델이나 병리적 관점을 고수하는 것은 당연하다 하더라도, 지역사회생활시설이나 요양시설에서도 병리적 관점을 고수하면서 당사자주의의 도입이나 주민의식에 따른 권리회복에 대한 민감성이 상대적으로 낮은 것으로 나타나고 있다. 이는 정신건강복지법으로의 개정을 비롯하여 인권증진을 위한 다양한 노력의 결과로 시설 내에서의 인권인식이 지난 10년간 발전된 모습을 보여주었음에도 불구하고 장애인을 비롯한 타 영역에서의 인권보장과 비교했을 때는 턱없이 낮은 상태였던 것이다. 이는 기존의 병리적 관점이 아직도 남아있기 때문으로 해석되며, 지역사회에서는 재활과 회복과 삶이라고 하는 인권적 관점의 도입 및 전환이 조속히 이루어져야함을 의미하는 것이다. 다양한 차원의 교육 및 훈련을 통하여 시설 종사자들의 인권민감성을 고양할 수 있도록 인권위원회 차원의 권고가 있어야할 것이다.

사. 후속 연구 제도화

본 연구와 같은 연구의 후속연구가 지속되려면 다음의 세 가지를 염두에 두어야할 것이다.

첫째, 정기적인 간격을 두고 진행되어야 하는데, 3년 또는 5년 단위로 진행되는 것을 제안한다. 이번 현장조사는 10년 만에 실시한 것이었고 10년간의 변화에 초점을 둔 조사였기에 그 사이 변한 것을 다 반영하기는 어려웠으며, 그러다 보니 조사의 내용이 시대에 뒤쳐진 것들도 많이 있었다. 이는 조사에 응한 모든 시설들이 다 잘 하고 있다고 답변한 결과가 말해준다. 따라서 추후로는 조사의 간격을 줄여야할 것이며 시대가 급격히 변하는 것을 반영하여 3년 또는 5년을 주기로 조사하는 것이 바람직하다고 하겠다.

둘째, 가급적 관련 시설들을 전수 조사를 하는 것과 시설별로 운영의 형태를 반영한 내용의 조사를 할 것을 제안한다. 예를 들면 응급환자 후송체계라든지 투약관리 및 작업요법이라든지 등 시설유형에 따라 달리 질문했어야하는 것이 있었음에도 2008년과 비교연구를 중심으로 하는 것이어서 반영하지 못하였다. 면회에 있어서도 의료기관과 그 외 시설들이 큰 편차를 보였는데, 의료기관은 아직도 면회에 대해 통제가 이루어지고 있는 반면 요양시설과 생활시설은 이제 면회라는 단어보다는 방문이라는 단어가 맞을 정도로 자유롭게 방문자와 생활인들의 만남이 이루어지고 있었다. 앞으로 추후연구에서는 이와 같은 변화를 반영하는 더 인권적인 내

용으로 필히 수정되어야할 것이다. 이번 현장조사에서 가장 큰 난제는 현장조사를 할 기관의 규모나 특성이 반영되어 있는 리스트를 확보하고 협조를 구하는 것이었다. 결과적으로 인권보호와 관련한 물리적 환경이나 관련한 서류를 잘 갖추고 있는 곳이 현장조사에 응한 것으로 보인다. 또한 병원평가나 시설평가 등 별도의 평가와 중복되는 것으로 인식하여 기관에 많은 부담을 준 것으로 보인다. 의료기관은 병원급만 500개가 넘으므로 전수조사가 어려울 수 있으므로 국공립과 민간으로 구분하고 소형, 중형, 대형으로 구분하여 조사하는 것도 방법일 수 있다. 요양시설 60개와 생활시설 40개 정도는 전수 조사를 하는 것이 크게 어렵지 않을 것이다. 그 외에 이번에는 포함하지 않은 주거시설 등에 대해서도 조사가 필요하다.

셋째, 양적 조사에 그치지 말고 질적 조사를 병행하는 것을 제안한다. 이번 조사결과에서 볼 수 있듯 어느 정도 서류들은 갖추고 있으며 기본선은 지키고 있다. 그러나 양식을 갖추고 교육을 하고 개수를 맞추고 필요한 것을 설치하고 한다는 것이 진정한 인권을 보장한다고 확신하기에는 다소 부족함이 있다. 실질적으로 어떻게 진행되는지 모르기 때문이다. 운동장이 있고 운동기구가 있었지만 사용하는 사람을 보기가 어려웠고, 식당은 갖춰져 있었지만 어떤 식사가 나오는지는 알 수 없었다. 상담실을 갖고는 있었지만 얼마나 적절하게 상담실을 활용하는지 등에 대해서도 알 수 없었다. 이런 식으로 물리적으로 갖추고 있는 것이 어떻게 인권친화적으로 활용되는지에 대한 조사연구가 앞으로는 필히 병행되어야할 것이다.

아. 정신건강복지법의 세부규정 마련

정신건강복지법의 세부규정들, 특히 복지서비스에 관련된 조항들의 하위법령들이 제정되어야 한다. 자유권이 어느 정도 윤곽을 잡아가고 있는 중이라면, 사회권은 거의 논의의 시작조차 하지 못하고 있다. 사회권의 기초는 사회보장과 복지서비스에 있다. 따라서 구속력 없는 법조문에 대한 하위법령을 구체화하여 중앙정부와 지자체가 공동으로 책임을 갖고 제공하는 복지서비스에 대한 법적 제도적 근거를 마련해야 할 것이다. 그리고 이렇게 정신장애인의 인권향상과 관련한 제도를 도입할 때는 그 제도가 가지고 있는 가치지향이나 철학에 기반을 둔 원칙을 분명하게 제시할 필요가 있다. 그래야 그 제도들이 실효성을 갖고 운영될 것이며, 그래야 정신장애인들이 인권이 보장되는 지역사회에서 생활할 수 있을 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 당사자 차원의 인권 증진

가. 정신건강복지법의 하위법령 제정

정신장애인의 퇴원 시 지역사회 연계율이 여전히 65.3%인 점과 10년 전보다 정신장애인들의 지역사회재활기관 및 정신건강복지센터 등의 이용률이 감소한 점, 서비스 접근에 대한 장애요인이 '서비스에 대한 정보 부족', '기관의 지리적 접근성', '재활서비스에 대한 미비한 홍보' 등과 관련이 있다는 본 조사 결과들은 매우 우려스러운 결과들이다. 정신건강복지법이 시행되고, 커뮤니티케어가 본격적으로 시행되고 있는 등 그 어느 때보다 정신장애인의 지역사회 적응과 삶의 질이 강조되고 있는 현 시점에서 이러한 결과는 시급히 시정되어야하는 정책과제들을 제시하고 있다.

이는 정신건강복지법의 하위법령이 속히 제정되어야 함을 시사한다. 정신건강복지법이 개정된 지 수년이 지난 현 시점에서도 제33조~37조의 하위 법령이 아직도 만들어지지도 않았다. 그럼에도 불구하고 개정된 법안 명칭에는 '복지서비스'를 내세워 마치 지역사회복지서비스가 대폭 강화되고 반영된 것처럼 포장하고 있다. 하위법령이 없기 때문에 중앙정부는 중앙정부대로, 지자체는 지자체대로 책임을 회피하는 현실이다. 지자체가 적극적인 의지를 발휘하여 실행하기 위해서는 법령과 관련된 구체적인 내용이 필요하다. 이에 보건복지부에서는 하위법령을 속히 제정해야 할 것이다.

나. 자의입원율 향상을 위한 노력

현재 시행되고 있는 자의입원율을 향상시키기 위한 노력들이 현실적으로 정신장애인 당사자들에게 도움이 되고 있는지 확인할 필요가 있으며, 일선의 전문가들로부터 제도적 개선이 필요한 부분들에 대한 의견을 반영하여 현실적인 제도로 정착될 수 있도록 하는 노력들이 필요하다. 정신건강복지법이 실행된 이후 정신장애인의 자의입원이 증가하고, 지역사회의 정신건강 전문가들의 입원 권유도 증가하는 등 의료 서비스 결정에 있어서 지역사회의 전문가 및 정신장애인 당사자들의 의견이 이전보다 더 반영되는 변화가 있음을 알 수 있었다. 그럼에도 불구하고 자의입원의 비율은 그리 높지 않은 결과는 앞으로 주목할 부분이다.

재원 당사자 응답자의 약 절반 정도가 비자의(강제)입원을 경험하였지만, 90% 이상의 환자는 입원이 도움이 된다고 응답하였다. 비자의 입원 중인 대상자들의 80%에서도 입원이 도움

이 된다고 답하였으며, 약 77%의 환자들은 강제입원이 필요하다고 답하였다. 이는 입원 시점에서 환자가 거부적이고 부정적이더라도 치료를 받으면서 시간이 지나며 판단과 생각이 변할 수 있음을 시사한다. 반면 다수가 입원치료가 도움이 된다고 답하였지만 동시에 약 1/3에서 입원치료로 인한 불편과 피해를 당했다고 응답한 점을 고려하면 필요한 입원 과정이 고통과 불편함이 최소화될 수 있도록 서비스 제공자 및 정부의 각별한 노력이 필요하다.

다. 입원환경 개선

입원 환경 개선과 격리강박 과정에 대한 개선 필요성이 확인되었다. 약 20%의 환자에서 격리강박이 매우 고통스럽고 불필요하다고 응답하였고, 약 40%의 환자들은 다른 방법을 우선 시도해야한다고 답해 격리 강박이 인권을 보호하면서 치료적으로 시행될 수 있도록 제도적 보완과 기술 개발이 필요하다. 격리강박이 도움이 된다는 취지의 응답이 61%로 많았지만 도움 여부와 상관없이 고통을 호소하는 환자가 65%에 달한다는 점은 격리강박을 최소화하거나 대안적 방법을 모색할 필요가 있음을 시사한다. 아울러 격리강박을 대체할 수 있는 다양한 정신사회적 중재법에 대한 개발과 적용이 필요하다.

라. 중증질환에 대한 국가책임제 도입

핵가족화된 사회에서 본 조사에 참여한 정신장애인 가족의 2/3가 중증정신질환에 대한 '돌봄 책임이 국가에 있음'에 동의하였다. 따라서 국가책임제를 통하여 정신장애인의 자립을 국가와 사회가 지원하는 방향으로 편견을 감소시키고, 제도적 변화를 통해 소수의 지역사회에 방치된 환자에 의한 사고를 미연에 방지하여 편견의 확대를 예방하며, 지역사회에서 근거중심의 서비스 전달체계를 마련하여야 한다. 정신장애인과 가족을 지원할 국가정책의 우선순위의 변화가 절실하다.

지역단위의 지자체 중심으로 정신장애인 복지서비스 지원에 관한 계획과 평가를 수립하여야 한다. 정신장애인의 복지서비스 지원을 위하여 실제로 조례 제정이 되었는지, 지역 계획이 수립되었는지, 예산 투입이 이루어졌는지 등에 대해 광역 단위로 계획 실시하고 평가하는 것이 필요하다. 지도감독체계가 확립되어 평가하고 지원하는 체제를 갖추어야한다.

중증정신질환에 대한 국가책임제 도입을 위해서는 정신건강복지법을 개정하여야 한다. 지역사회 서비스를 지자체를 단위로 수요에 따라 적절하게 배치하고 초기 발견부터 적정한 치료와

국가인권위원회
humanrights.go.kr

재활과 회복으로 이어지는 선순환되는 지자체 정신건강계획을 마련하고 시행할 기반을 검토해야한다.

2008년에 비해 10년 이상 경과함에 따라 사회변화와 함께 정신장애인에 대한 장기적인 계획을 수립한 가족은 다소 증가하였다. 그러나 가족의 심리적 실제적 부담과 함께 정신장애인을 위한 서비스에 대한 욕구는 여전히 높았다. 치료와 재활에 대한 비용지원, 장기계획에 대한 전문가 상담 등이 특히 높았다. 우선, 치료에 대한 비용 지원을 높여야한다. 또한 지자체가 정신재활시설의 설치·운영비를 100% 부담해야하는 현실을 개선하여 정신사회재활기관이 수요에 대비하여 매우 부족한 상황을 개선하여야 한다.

본 조사에서는 정신보건 분야에 정부의 투자가 부족하고 복지 지원 확대가 시급히 필요하다는 재원 및 재가 당사자의 의견이 매우 강하였다. 정신장애인의 인권침해의 주된 요소는 현장의 실무자만의 문제가 아닌 정부의 정책미비와 투자부족이 원인일 수 있다는 당사자의 목소리를 귀담아 들을 필요가 있다.

인권과 자기결정권이 잘 보호되면서 양질의 정신의료 및 보건 서비스가 제공될 수 있도록 국가의 제도적 보완과 투자 확대가 필요하다고 할 수 있다. 아울러 법적인 의무교육으로 매년 실시되고 있는 국가인권위원회의 교육이 인권의 일반적 측면이나 법 준수의 차원을 넘어 안전한 격리강박의 방법, 격리강박을 대체할 수 있는 정신사회적 중재, 환자들이 가장 도움이 된다고 답한 의료진과의 상담이 보다 전문적으로 제공될 수 있도록 돕는 기술적 측면의 교육이 함께 이루어질 때 정신장애인 인권의 다양한 측면이 신장되는데 필요하다. 무엇보다도 정부의 복지재정 마련과 제도 정비 및 지원이 정신장애인 인권보호를 위해 가장 우선적으로 필요하다.

마. 지역사회의 다양한 서비스 확충

정신장애인을 위한 지역사회에 기반한 다양한 서비스와 기관의 확충이 매우 필요하다. 또한 존재하고 있는 지역사회재활기관에 대한 홍보와 정보제공이 더욱 적극적으로 이루어져야 한다. 이는 의료기관 및 지역사회에서 종사하는 정신건강전문가 뿐 아니라 다양한 직역의 전문가들 모두에게 강조되어야 한다. 또한 지역사회재활기관을 이용하고 있지 않은 많은 수의 정신장애인을 위하여 찾아가는 정신건강복지서비스, 사례관리, 가정방문서비스 등 서비스의 제공형태를 수요자인 정신장애인의 다양한 욕구와 상황에 맞추어 다양화하고 증가되어야 한다.

바. 당사자에 대한 교육 및 가족 지원 확대

당사자에 대한 교육과 가족에 대한 지원체계 확대에 대한 욕구가 강하게 나타났는데, 이를 제공할 수 있는 제도 마련과 재정 지원이 필요하다. 양질의 서비스 제공을 하여 당사자와 가족의 만족도가 올라갈 수 있도록 지원을 더욱 증가하고 정비할 필요가 있음을 시사한다.

정신장애인의 삶에 긍정적이든 부정적이든 가장 많은 영향을 미치는 가족은 부담을 덜어줄 뿐 아니라 그들의 역할을 효율적으로 적절한 방향으로 수행할 수 있도록 지역사회에서 생활하는 가족들에 대한 가족교육이 확산되고 세분화되어야 한다. 강의전달 식 교육의 일방적인 방식에서 벗어나 가족들의 눈높이에 맞춘 그리고 직접 시연해볼 수 있는 참여형 교육이 많이 개발되고 보급되어야 한다.

사. 의료기관의 치료집중 노력 강화

의료기관에서 퇴원한 환자들은 갈 곳이 있어야 하고, 지역사회에서 고립되지 않아야 하며, 경제적인 지원을 받거나 취업할 수 있는 기회가 마련되어야 한다. 지역사회 재활 서비스와 관련해서 지역사회에서 선택할 수 있는 자원들과 대안들에 대한 현실적인 논의들이 지속적으로 필요하다. 정신장애인의 복지서비스를 위한 지역사회의 역할과 자원마련, 예산 확충, 인력 마련 등 그 어떠한 부분도 논의가 이루어지지 않고 있으며, 중앙정부나 지방자치단체나 그 어디서도 관심을 받지 못하고 있는 현실은 현 상황을 악화시키고 있다. 활발한 논의와 함께 실질적인 실행방안 마련과 실행이 시급하다.

의사 상담과 약 처방이 우선적으로 확대 필요성이 있다는 응답과 의사, 간호사, 사회복지사와 상담 및 입원을 포함한 정신의료기관 치료가 가장 도움이 된다는 응답은 입원이 인권침해의 관점만이 아닌 회복에 도움이 되는 필요한 과정이라는 관점에서 접근할 필요가 있음을 시사해준다. 즉, 의료기관을 통해 양질의 적절한 서비스가 제공받을 수 있도록 제도를 마련하는 것이 당사자의 욕구와 인권을 존중하는 하나의 방법이 될 것이다.

아. 정신장애인 동료지원 서비스 강화

정신장애인 동료지원서비스에 대한 홍보와 당사자의 참여를 격려하고 각 기관에서는 이를 장려하는 분위기가 활성화되어야 하며, 정신장애인 당사자들의 참여와 그 역할의 범위도 더욱

국가인권위원회
humanrights.go.kr

확장되고 연구되어야 한다. 최근 정신장애인 당사자의 사회참여와 정책 참여가 증가하고 이를 증진시키고자 하는 전반적인 방향에 비해서 본 조사 대상의 정신장애인들의 동료지원서비스 이용률은 28.%로 매우 적은 수준이다.

자. 정신장애인 인권옹호 활동 다변화

정신장애인의 인권옹호를 위한 활동은 세심하게 다면화되어야 한다. 정신장애인이 주변인들로부터 언어폭력을 많이 경험하고 있는 점은 학대의 문제라는 점 이외에도 부정적 언어표현이 정신장애인의 증상 재발에 영향을 미치는 중요한 위험요인이라는 측면에서 고려해야 한다. 가족, 지역사회 주민, 지역사회 유관기관의 다양한 전문가들, 정신건강전문가 등을 대상으로 한 정신장애인 인권교육이 보다 현실적이고 실용적으로 이루어질 수 있도록 인권교육의 내용과 형식, 대상에 따른 차별화된 커리큘럼 등을 고려해야한다.

3. 일반인 차원의 인권 인식 개선

가. ‘정신건강 언론준칙’ 개정 및 실효성 확보

대중매체를 활용한 정신질환자에 대한 편견 감소 노력과 정신질환자들에 대한 부적절하고 부정적인 대중매체 보도를 개선하는 ‘정신건강 언론준칙’ 개정이 필요하며, 실효성 있는 정책으로 시급히 적용되어야 할 것이다.

당사자 조사결과 정신과 치료 또는 심리적 정신재활서비스 이용의 장애요인에서도 정신질환자로 알려지는 부분에 대한 두려움이 가장 큰 장애요인으로 작용하고 있다는 부분은 우리 사회가 여전히 정신질환에 대한 편견과 인식이 많이 개선되지 않고 있음을 알 수 있었다. 앞으로는 보다 다양한 방식으로 정신질환에 대한 편견과 인식개선의 노력이 책임 주체별로 체계적으로 이루어 질 수 있도록 정비할 필요가 있다. 중앙정부의 여러 관련 부처들이 각각 수행해야할 정신질환 편견과 인식개선을 위한 구체적 지침과 법규들이 제정될 필요가 있으며, 지방자치단체가 구체적으로 수행하고 적용할 수 있도록 하는 조례, 예산 배정 등이 실질적으로 이루어질 필요가 있겠다.

과거 정신분열병이라는 병명 자체가 주는 낙인을 피하기 위해 조현병으로 이름을 바꾸었다. 개명 초기에는 낙인을 감소시키는 역할을 어느 정도 하였다고 생각되나 조현병 환자와 관련된 사건사고가 보도되면서는 조현병 병명 개정으로 인한 낙인 감소 효과는 줄어들고 있다. 오히려 조현병은 살인이나 부정적 사고와 관련되어 인식되는 경향이 있어서 병명 개정만으로 낙인을 줄이는 데는 한계가 있음을 확인하였다. 정신질환 관련 언론 보도 시 지침에 따라 적절하게 보도될 수 있도록 ‘정신건강 언론준칙’ 제정이 필요하다. 또한 용어 사용에 있어서 신문사별로 다른 경향을 나타냈다는 점을 미루어 보아 정신질환자 및 정신장애인 관련 사건을 보도하는 데에 있어 언론사 내 기자들의 이해도를 높이기 위한 교육 등이 시행될 수 있을 것이다.

기사분석 및 소셜빅데이터분석 결과를 통해서도 정신질환자 범죄 관련 부정적 기사 및 과학성과 객관성이 결여된 기사가 정신질환자에 대한 낙인을 유발함이 확인되었다. 정신질환에 대한 정확한 지식보다는 흥미 위주로 보도하거나 정신질환자를 보여주는 대중매체, 정신질환자에 대하여 선천적으로 폭력적이고 범죄의 위험성을 가진 사람으로 묘사하는 대중매체 모니터링이 시급하다고 판단된다. 이와 동시에 미디어 업계에서도 정신질환 및 정신질환자 관련 방송을 제작하거나 보도할 때 편견 조장을 지양 할 수 있는 매뉴얼을 개발하고 보급될 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 광고나 인터넷을 통한 유명인의 정신질환 경험 및 회복 사례를 소개

하여 일반인들의 정신질환 인식률을 향상시키고, 정신질환의 치료가능성에 대하여 긍정적인 태도를 갖게 하는 방안도 편견 극복에 효과적일 것이다.

정신질환에 대한 낙인 감소를 위해서는 대중매체의 역할이 매우 중요하다. 이는 10년 전과 이번 조사 모두에서 가장 중요한 요소로 확인되었다. 대중매체의 속성이 저절로 바뀌기를 기대하기 보다는 대중매체와 소셜미디어가 정신질환에 대한 편견을 줄이고 긍정적 정보를 더 많이 제공할 수 있도록 정책 개발과 더 적극적인 재정 투자가 필요하다.

나. 정신질환자와 일반인 간 교류 확대

정신질환자와 일반인들의 만남을 조성하여 편견 감소와 사회적 거리감을 줄여나가는 방안을 활성화해야 할 것이다.

정신장애인 가족 조사결과에서, 2008년 인권위조사와 비교하여 2020년 가족은 오히려 우리사회 정신장애인에 대한 편견과 차별의 해소를 국가의 복지 지원 확대보다 국가의 우선적인 지원과 서비스로 인식하였다. 가족이 느끼는 어려움의 1위도 사회적 편견과 차별이 차지했다. 12년 동안 우리사회의 인식이 높아진 가족의 눈높이를 따라가지 못했을 가능성도 있지만, 2019년 진주방화사건 등 중증정신질환과 관련된 일련의 사고 이후에 사회적으로 확산된 편견과 일부 지역에서 발생한 혐오로 인해 사회적 편견과 차별이 정신장애인 가족의 가장 큰 어려움으로 영향을 주었을 가능성이 높다. 또한 정부의 서비스와 지원에 대한 질문에서도 우리사회의 편견해소가(71.2%)가 복지지원확대(70.7%)과 함께 가장 높은 수준으로 나타나 편견해소가 정신장애인 가족의 매우 중요한 욕구임을 알 수 있다.

편견해소를 위해 가장 효과적인 방법은 교육을 통한 인식전환과 빈번한 긍정적 접촉이다. 시설수용중심의 환경에서 지역사회중심의 환경으로 이동하여 정신장애인이 사회의 구성원으로서 직업, 사회활동의 다양한 영역에서 일반국민과 접촉할 수 있는 환경을 제공하는 것이 가장 의미 있는 편견해소정책이 될 수 있을 것이다. 이를 위해서는 현재 시범사업으로 진행 중인 동료지원가와 가족강사를 전국적으로 지원하여 정신장애인과 가족이 서비스 대상일 뿐 아니라 정신건강 문제해결의 주체로서 사회에 참여할 수 있는 통로를 제공할 필요가 있다. 또한 1980년대 이후 이탈리아 등 유럽과 미국 등에서 시행한 국가주도 캠페인과 같은 인식개선활동을 우리나라에서도 적극적으로 지원할 필요가 있다.

이를 위해 정신질환자와의 직접적 만남을 적용한 선진국의 프로그램 및 캠페인 효과성에 대한 연구를 벤치마킹 하는 전략도 도움이 될 것으로 사료된다. 2007년 영국에서 실시된

'Time to Change' 캠페인(대중매체를 이용하거나 지역사회 내에서 정신질환자와 일반인의 만남을 조성), 2001년 독일에서 실시된 "Crazy? So What!" 프로젝트(학생들을 대상으로 조현병을 앓았던 사람들과의 만남을 조성하는 프로그램) 등이 그 예이다. 한국에서도 1994년부터 "CMHV(Community Mental Health Volunteers; 지역사회정신건강자원봉사단)"가 창설되어 운영되고 있다. 서울·경기, 대구·경북, 광주·전남, 대전·충남 지역을 기반으로 하여, 사회복지학과 학생들을 중심으로 인접학과 학생들이 재가 정신장애인과 "친구되어주기(지역사회 적응을 위한 집중 멘토링)", 정신질환자의 자녀와 "형님되어주기(취약성 감소를 위한 심리·사회·학습 멘토링)"과 같은 활동을 실시하고 있다. 대학생과 정신장애인과의 밀도 높은 상호작용을 통해 심리·사회적 거리감 감소 및 편견 감소의 효과가 있었던 바, 이러한 프로그램을 전국적으로 확대할 필요가 있다.

다. 정신질환 및 정신장애에 대한 교육 확대

정신질환 및 정신장애에 대한 교육과 정신적으로 위기 상황에 처한 사람들을 대했을 때의 대처 방법에 대한 교육이 지속화되어야 할 것이다. 2019년 연구에서 새롭게 추가하여 조사한 '정신질환 관리를 위한 예산 지원 필요성 인식' 문항에서, 일반인 참여자들이 '예방, 치료, 회복에 대한 교육'에 대하여 가장 높게 인식하는 것으로 나타났는데, 이는 정신질환에 대한 지식이 향상되고 정신질환자에 대한 편견적인 태도 감소를 위해 교육 프로그램을 확대하는 것이 중요함을 시사해주는 결과라 할 수 있다. 2001년 호주에서 시작된 Mental Health First Aid 프로그램(정신질환자나 정신적으로 위기상황에 처한 사람들을 발견했을 때 필요한 응급처치 방법에 대한 정보를 알려주기 위한 목적으로 만들어진 프로그램)과 같은 유형의 프로그램을 개발하고 지역사회에 실제적으로 보급될 수 있도록 할 필요가 있다.

또한, 과거 신문이나 방송이 대중매체의 전부이던 시절을 지나 대중은 인터넷을 통해 정보를 습득하게 되었다. 특히 최근에는 소셜미디어를 통해 소통하고 정보를 얻는 경향이 크게 증가하였다. 하지만, 소셜미디어에서 정신질환에 대해 언급하는 방식은 매우 부정적이다. 이에 정신질환을 포스팅하는 소셜미디어의 활용 방식에 대한 지침을 개발할 필요가 있다. 대중 전반으로 한 SNS상의 정신질환자 및 정신장애인에 대한 인식 제고 및 인식개선 캠페인이 필요하다. 예를 들어, 국가인권위원회 등에서 페이스북, 트위터 등을 중심으로 정신장애에 대한 인식개선 및 해시태그 캠페인 등을 실시할 수 있을 것이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

라. 정신질환과 범죄의 위험성에 대한 정확한 통계 및 연구결과 제시

정신질환과 범죄와의 관련성에 대한 왜곡된 인식에 대하여 실증적 조사를 실시하고, 정신질환의 유형별 증상이 직접적인 범죄의 원인이었는지를 심층적으로 분석하는 것이 필요하다.

2019년 조사 결과에서 나타난 것처럼 일반인들이 최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다는 잘못된 인식을 가지고 있으므로, 이러한 잘못된 편견 및 막연한 두려움을 극복하기 위한 적극적인 편견 해소의 노력이 요구된다. 일반인의 경우 정신질환자를 대면할 기회가 자주 없어, 정신질환을 가진 범죄자에 대한 대중매체를 접하면 정신질환자에 대한 충동적이고 폭력적 이미지가 형성되어 정신질환자에 대해 범죄를 일으킬 수 있는 위험한 존재로 인식하기 때문에 지역사회가 아닌 병원에 감금되어야 한다는 편견을 가질 수 있어서 차별행동이 증가될 수 있다고 판단된다. 특히 조현병 환자들의 범죄 위험성에 대한 사람들의 편견이 가장 강한 것으로 보고되고 있으므로, 일반인들에게 조현병 환자 가운데 실제로 범죄를 저지르는 비율에 대한 정확한 통계를 제시하고, 조현병 환자가 저지른 범행의 충동성과 잔혹성 등의 특성에 대한 실증 연구를 통해 막연한 두려움과 오해를 바로잡기 위한 노력이 시급하다.

특히, 범죄 관련 부정적 기사, 범죄와 관련된 기사의 빈도를 줄이고, 정신질환에 대한 과학적 정보를 제공하고 낙인을 줄일 수 있는 긍정적 기사의 빈도를 증가시키는 것이 필요하다. 부정적 기사에 대한 모니터링뿐만 아니라 정신건강 보도 준칙의 보급 및 기자를 상대로 한 인식 개선 등이 필요하며, 정신건강 전문가 역시 정확하고 객관적인 정보를 전달할 수 있도록 공조할 필요가 있다.

참고문헌

관계부처 합동(2016). 정신건강 종합대책, 국가정책조정회의 자료집,

국가인권위원회(2008). 장기입원의 구조적 원인과 지속요인. 서울: 국가인권위원회

국가인권위원회(2008). 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구. 서울: 국가인권위원회

국가인권위원회(2008). 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사. 서울: 국가인권위원회

국가인권위원회(2009). 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사. 서울: 국가인권위원회

국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서, 서울: 국가인권위원회

국가인권위원회(2012). 정신장애인 차별-편견 해소를 위한 실태조사. 서울: 국가인권위원회.

국가인권위원회(2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사. 서울: 국가인권위원회

국립정신건강센터(2015). 2015 국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.

국립정신건강센터(2016). 2016 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.

국립정신건강센터(2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.

국립정신건강센터(2018). 대국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.

국립정신건강센터(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.

권수진·신권철(2015). 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구, 한국형사정책연구원 연구총서.

권오용·오현성·김민·최희승·박인환·김혜성·박동진(2018),「정신장애인의 지역사회 거주·치료실태조사」, 국가인권위원회.

김대명(2017). 장애권익옹호기관의 역할 제고 방안. 이슈와 논점, 1357: 1-4.

김동호·김철권·변원탄(1995). 정신분열병 환자 가족의 객관적·주관적 부담에 관한 연구, 신경정신의학, 34(1): 193-203.

김선우·안희웅·장유나·홍민예·서민지·김성태. (2019). 유튜브 댓글 빅데이터 분석을 통한 제품별 소비자 구매여정 연구: 새로운 방법적 가능성을 제안하며. 영상문화콘텐츠연구, 16, 57-89.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

김성완·윤진상·이무석·이형영(2000). 최근 일간지에 보도된 정신병에 대한 기사 분석. 한국신경정신의학, 39(5).

김여라(2010). 신종플루 뉴스 이용 정도가 감염자에 대한 사회적 거리감에 미치는 영향에 관한 연구: 낙인효과 (stigma effect) 를 중심으로. 한국언론학보, 54(3), 206-227.

김용학·김영진(2003). 사회연결망분석. 서울: 박영사.

김유경(2017). 사회 변화에 따른 가족 부양 환경과 정책과제, 보건복지포럼 10월호, pp.6-28

김정남(2003). 정신장애인에 대한 사회적 낙인 척도개발, 한국심리학회지: 건강, 8(3): 595-617.

나은영·황애리·최미경·임인재(2017). 정신건강. 보도현황 분석 및 개선방안 연구. 국립정신건강센터 위탁연구보고서.

대한민국정부(2019). 유엔장애인권리협약 제2·3차 병합 국가보고서.

대한조현병학회(2011). 정신분열병 병명 개정백서.

문난영·김석선·길민지(2018). 정신질환자에 대한 차별행동에 미치는 영향요인, 보건사회연구. 38(3):161-187.

박인환(2018). 정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향, 장애 안에 차별: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회 자료집,

박재우(2018). 정신장애인 권리옹호를 위한 실천과제. 후견과 신탁, 1(2): 113-134.

박종익·전미나(2016). 정신질환에 대한 사회적 편견. 신경정신의학, 55(4): 299-309.

박종희(국회 수석전문위원)(2019). 국회 보건복지위원회 정신건강복지법 일부개정법률안 검토보고,

박종희(보건복지위원회 수석전문위원)(2018). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안 검토보고.

박지선(2015), 정신질환자들의 범죄위험성에 대한 사람들의 태도, 대한조현병학회지, 18(1):16-20.

박지윤(2017). 국제스포츠이벤트의 논쟁적 이슈에 대한 언론보도와 여론과의 관계: 의제설정과 역의제설정 이론의 경쟁가설 검증. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

백종우·김성남·손지훈·오홍석·이해국·임정숙·조문석(2018). 정신건강복지센터 및 중독관리통합지원센터 업무분석 및 표준화 연구 보고서. 국립정신건강센터 연구보고서.

보건복지부 및 국립정신건강센터(2018). 정신건강심사위원회 표준심사지침.

보건복지부(2016). 2016 정신건강 종합대책, 관계부처 합동 국가정책조정회의 자료집.

보건복지부(2018). 정신건강증진시설 인권교육 안내.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

보건복지부(2019). 2019년 정신건강사업 안내, 세종: 보건복지부.

보건복지부·한국보건사회연구원(2006). 2005년도 장애인실태조사. 서울: 보건복지부.

사회복지법인 다원(2008). 정신장애인 토탈케어서비스 매뉴얼.

서동우·김윤희·배정규·신영전·윤명숙·이광자·이종국·이선영·김동진(2001). 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서.

서동우·이영문·김윤·임정기·김동진(1999). 전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사. 서울: 한국보건사회연구원

서진환·이선혜·신동근·권오용·박김영희(2012), 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 실태조사. 서울: 국가인권위원회.

손기준·노태길·이상조(2002). 베이지안 분류기를 이용한 신문기사 필터링", 2002년도 한국정보과학회 봄 학술발표논문집,

신권철(2018). 정신건강복지법 해설, 경기: 법문사.

신권철·홍진표·박귀천·김지혜(2015). 정신질환자 개인정보 및 비밀보호를 위한 법제도 개선방안, 보건복지부 연구보고서,

신영수·김용익·조맹제·김병후·김창엽·홍진표·김윤·정선욱·정유진(1994). 지역사회정신보건사업 체계 개발, 서울대학교의과대학 의료관리학교실·서울대학교 지역의료체계 시범사업단.

신현희·김경란(2017). SNS 의 형태적 진화에 따른 이용동기 및 사용행태 차이-대학생의 페이스북과 인스타그램 이용을 중심으로. 디지털융복합연구, 15(6), 155-164.

안순태·이선영·정순둘(2017). 매체를 통한 노인접촉경험이 연령주의 행동의도에 미치는 영향: 노인에 대한 태도와 사회적 규범의 매개효과를 중심으로. 한국노년학, 37(3), 763-781.

양옥경(1998). 정신장애인에 대한 사회편견 연구. 한국사회복지학, 35, 231-261.

엄윤경(2005). 가족교육이 정신장애인 가족의 태도에 미치는 영향에 관한 연구, 대구대학교 석사학위논문.

염형국(2016). 정신보건법 전부개정의 의미와 향후 과제. 월간 복지동향, 214: 16-20.

염형국(2018). 장애인복지법 제15조 개선방안 토론", 장애 안에 차별: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회 자료집, 2018

이봉주·강상경·김문근·김용득·김찬우·안상훈·김낭희·정은희(2008). 사회서비스 수요·공급 실태 정밀조사 연구, 기획예산처·서울대학교 산학협력단·서울대학교 사회과학연구원.

이은희·김경자·이신영(2000). 광주지역 일반인들의 정신질환을 앓고 있는 사람에 대한 인식 및 태도. 한국신경정신의학. 39(3).

조화순·김정연(2012). 소셜미디어의 매체 특성과 참여의 커뮤니케이션: 반값등록금 관련 블로

그와 트위터 내용분석. 사이버커뮤니케이션학보, 29(2), 95-130.
중앙정신보건사업지원단·서울의대 의료관리학교실·보건복지부(2010). 중앙정신건강사업지원단 사업보고서, p.107
최행식(2017). 전면개정 정신건강증진법의 주요내용과 향후의 과제. 한국의료법학회지, 25(1): 7-26.
한국건강증진개발원(2011). 정신질환자의 편견해소 및 인식개선을 위한 대상별 인권 교육 프로그램 개발. 서울: 한국건강증진개발원
한국언론진흥재단(2018). 2018년 언론수용자 의식조사 보고서. 서울: 한국언론진흥재단
한국인터넷진흥원(2018). 2018 인터넷이용실태조사 국문 요약보고서. 서울: 한국인터넷진흥원
한덕웅·이민규(2003). 정신질환에 관한 사회적 표상의 변화: 1976년과 1999년간의 비교, 한국심리학회지: 건강, 8(1): 191-206.
홍주현·이미나(2014). 유투브에서 한국 관련 민족주의 이슈의 현저성에 따른 이슈 확산 네트워크 유형 연구: 네트워크에서 노드의 위치와 노드 간 관계를 중심으로. 한국언론학보, 58(3), 173-201.
황태연·박애순·김명식·송진우·여운태(2000). 한국판 정신사회적 기능-증상 평가척도의 신뢰도와 타당도 연구, 용인정신의학보, 7(1): 49-60.

Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Martin, E., & Gauvin, F. P. (2001). Deliberations about deliberation: Issues in the design and evaluation of public consultation processes. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Research Working Paper. June 2001, pp. 1-4
Bärtl, M. (2018). YouTube channels, uploads and views: A statistical analysis of the past 10 years. Convergence, 24(1), 16-32.
Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... &Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophrenia bulletin, 27(2), 187-195.
Patrick W. Corrigan & Nicolas Rüsch(2012) Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. Psychiatric Service 63(10) 963-973
Smith, A. N., Fischer, E., &Yongjian, C. (2012). How does brand-related user-generated content differ across YouTube, Facebook, and Twitter?. Journal of in

teractive marketing, 26(2), 102-113.
UN Human Rights Council(2017). Report of the Special Papporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/35/21)
Vaughn, S., Schumm, J. S., & Sinagub, J. M. (1996). Focus group interviews in education and psychology. Sage.

인터넷 홈페이지

보건복지부(2017). 정신보건법 개정 배경 및 『정신건강복지법』 주요내용 안내. Retrieved from http://www.gwmh.or.kr/news/01_notice_read.asp?uid=200
보건복지부 보도자료(2018. 09. 05.). 입원적합성심사위원회, 비자의입원 환자의 권리를 다시 한 번 살핀다. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345966&p
보건복지부 보도자료(2019. 01. 10.). 지역사회 통합 돌봄 모델, 지역이 만들어간다.「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」발표. Retreived from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=347345
보건복지부 보도자료(2019. 05. 15.). 정신건강복지센터 인력 확충하고, 24시간 출동 응급개입팀 설치한다!. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=349437&page=1
보건복지부 보도자료(2019. 08. 29.). 2020년도 보건복지부 예산안 82조8203억 원 편성. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350634

국민건강보험공단(2019). 2018 의료급여 통계연보. http://khiss.go.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=10&menuId=MENU00309&schType=0&schText=&categoryId=&continent=&country=&boardStyle=&linkId=175424
대법원 홈페이지 법원통계월보 인신보호 부분. Retrieved from https://www.scourt.go.kr/portal/justicesta/JusticestaViewAction.work?gubun_code=G16&tcode=T01&scode=S01&year=2019&gubunyear=2019&month=07
대법원 홈페이지 법원통계월보 인신보호 재판 통계 현황. Retrieved from https://www.sco

국가인권위원회 humanrights.go.kr

urt.go.kr/portal/justicesta/JusticestaViewAction.work?gubunyear=2019
일본 후생노동성 장해보건복지부 정신장해보건조사. Retrieved from http://kurabayashi-akiko.jp/wp-content/uploads/2017/04/20170411siryo_kourou2.pdf
UN 장애인권리위원회 2014년 한국 정부의 1차 보고서에 대한 최종권고. Retrieved from http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/KOR/CO/1&Lang=En
UN 장애인권리위원회 제5호 일반논평 '지역사회 연계 자립생활(on living independently and being included in the community). Retrieved from https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/gc.aspx; http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsnbHatvuFkZ%2bt93Y3D%2baa2q6qfzOy0vc9Qie3KjjeH3GA0srJgyP8IRbCjW%2fiSqmYQHwGkfikC7stLHM9Yx54L8veT5tSkEU6ZD3ZYxFwEgh

판례와 결정례

국가인권위원회 2011. 3. 22. 10진정057900 결정.
국가인권위원회 2012. 3. 5. 11진정0206200 결정
국가인권위원회 2016. 11. 14. 결정 16진정0197900
국가인권위원회 2016. 11. 14. 결정 16진정0197900
국가인권위원회 2017. 12. 28. 결정(제목: 정신장애인 복지시설 이용을 제한하는 지방자치단체 조례 개정 권고).
국가인권위원회 상임위원회 2019. 2. 21. 결정(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안」에 대한 의견표명)
대법원 2001. 2. 23. 선고 2000도4415 판결
대법원 2009. 1. 15. 선고 2006다19832 판결
대법원 2009. 6. 11. 자 2009인마2 결정
대법원 2009. 6. 11. 자 2009인마2 결정
대법원 2012. 1. 27. 자 2011인마2 결정
대법원 2012. 1. 27.자 2011인마2 결정
대전지방법원 천안지원 2006. 7. 20. 선고 2005가단5440 판결
서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단150990 판결
서울중앙지방법원 2013. 8. 30. 선고 2011가합38092 판결

서울중앙지방법원 2014. 5. 14. 2014초기408 결정
서울중앙지방법원 2016. 3. 30.자 2016인1 결정
창원지방법원 2018. 6. 12.자 2018인8 결정
헌법재판소 2011. 11. 24.자 2009헌마415 전원재판부 결정
헌법재판소 2016. 9. 29.자 2014헌가9 결정
헌법재판소 2018. 7. 26.자 2016헌마431 전원재판부 결정

국가인권위원회
humanrights.go.kr

별첨

[별첨 1] FGI 모집공고문

〈 모집 공고문 〉

1. 연구 제목: 국가인권위원회 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

2. 연구의 목적

본 연구는 2009년 국가인권위원회의 정신장애인 국가보고서가 총리실과 보건복지부에 전달된 후 국가보고서에서의 제안사항에 대해 국가차원에서 얼마나 잘 이행하고 있으며 정책 등이 개선되고 있었는지를 점검하는 것이 1차 목적이며, 그에 따른 향후 정책 개선 방안을 제안하는 것을 2차 목적으로 하여 진행하고 있습니다.

3. 연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

4. 모집 대상(24명 모집/1)과 2)는 모두 해당되어야 합니다.)

1) 19세 이상 성인
2) 경력 3년 이상 근무한 자
2) 지역사회 공공 및 민간 사회복지영역에서 근무하는 사례관리 전담 공무원
4) 지역사회 공공 및 민간 사회복지영역에서 근무하는 사례관리 전담 지역사회복지관 종사자
5) 정신건강증진센터 및 정신건강증진시설에서 근무하는 정신건강전문요원
6) 정신건강증진센터 및 정신건강증진시설에서 근무하는 정신건강의학과 의사

5. 설문조사 장소 : ○○○대학교 ○○○관 ○○○호

6. 연구참여 기간 : 2019년 ○월 ○일~2019년 ○월 ○일

7. 연구참여자가 받게 되는 검사 및 소요시간 : 약 2시간 소요 예정

8. FGI 면접 방법

1) 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대해 설명을 들으신 후 연구참여에 동의하시면 FGI 면접이 시작됩니다.
2) FGI 질문에 대한 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다.
(시설 내 인권, 비자의 입원 및 장기 입원, 지역사회에서의 인권, 커뮤니티케어 등 전향적 지역사회돌봄체계에서의 인권민감성 등에 대한 개인의 의견 등을 질문합니다.)
3) FGI면접 시작 후 50분이 경과한 시점에서 5~10분간 휴식시간을 가지게 됩니다.
4) FGI면접 도중에 중단을 원하시면 언제든지 중단 가능합니다.

9. 보상 : FGI 면접 참여에 대한 감사의 뜻으로 사례비 증정합니다.

10. 문의 : 연구책임자 양옥경(02-3277-4519), 연구책임조교 심아람(02-3277-2258)

2019. 7.

이화여자대학교

[별첨 2] 일반인 모집공고문

< 모집 공고문 >

1. 연구 제목: 국가인권위원회 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

2. 연구의 목적

본 연구는 2009년 국가인권위원회의 정신장애인 국가보고서가 총리실과 보건복지부에 전달된 후 국가보고서에서의 제안사항에 대해 국가차원에서 얼마나 잘 이행하고 있으며 정책 등이 개선되고 있었는지를 점검하는 것이 1차 목적이며, 그에 따른 향후 정책 개선 방안을 제안하는 것을 2차 목적으로 하여 진행하고 있습니다.

3. 연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

4. 모집 대상(600명 모집/아래 내용에 모두 해당되어야 합니다.)

1) 19세 이상 성인
2) 정신질환 진단을 받지 않은 자
4) 일상적인 의사소통 및 언어를 통해 의사전달이 가능한 자
5) 자발적으로 연구 참여를 결정한 자

5. 설문조사 장소 : 본 이메일을 받으신 귀하가 인터넷으로 응답하기 편리한 장소

6. 연구참여 기간 : 2019년 ○월 ○일~2019년 ○월 ○일

7. 연구참여 소요시간 : 약 20분 소요 예정

8. 설문조사 방법

1) 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다.
2) 설문지를 읽고 문항별로 본인에 해당되는 번호를 선택합니다.
(정신장애인 편견, 정신장애인에 대한 차별 행동, 정신장애인에 대한 인권침해행위 인식, 정신장애인에 대한 전형적 증상 인식, 정신장애인 편견 극복 방안, 정신장애인 가족에 대한 인식, 정신건강복지서비스 인식에 대한 개인의 의견을 질문합니다.)
3) 설문지에 본인이 직접 작성합니다.
4) 설문조사 도중에 중단을 원하시면 언제든지 중단 가능합니다.

9. 보상 : 설문참여에 대한 감사의 뜻으로 기념품 증정합니다.

10. 문의 : 연구책임자 양옥경(02-3277-4519), 연구책임조교 심아람(02-3277-2258)

2019. 9.

이화여자대학교

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별첨 3] 재가 당사자 모집공고문

< 모집 공고문 >

1. 연구 제목: 국가인권위원회 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

2. 연구의 목적

본 연구는 2009년 국가인권위원회의 정신장애인 국가보고서가 총리실과 보건복지부에 전달된 후 국가보고서에서의 제안사항에 대해 국가차원에서 얼마나 잘 이행하고 있으며 정책 등이 개선되고 있었는지를 점검하는 것이 1차 목적이며, 그에 따른 향후 정책 개선 방안을 제안하는 것을 2차 목적으로 하여 진행하고 있습니다.

3. 연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

4. 모집 대상(1,000명 모집/아래 내용에 모두 해당되어야 합니다.)

1) 19세 이상 성인
2) 인터넷이나 스마트폰을 자유자재로 활용에 어려움이 없는 자
3) 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규등록하여 시설을 이용하는 자
4) 일상적인 의사소통 및 언어를 통해 의사전달이 가능한 자
5) 조현병, 분열형 및 망상 장애, 기분[정동] 장애 진단을 받은 자
6) 지적장애 진단과 알코올 중독 등 중독의 진단을 받지 않은 자
7) 자발적으로 연구 참여를 결정한 자

5. 설문조사 장소 : 본 이메일을 받으신 귀하가 인터넷으로 응답하기 편리한 장소

6. 연구참여 기간 : 2019년 ○월 ○일~2019년 ○월 ○일

7. 연구참여자가 받게 되는 검사 및 소요시간 : 약 30분 소요 예정

8. 설문조사 방법

1) 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다.
2) 설문지를 읽고 문항별로 본인에 해당되는 번호를 선택합니다.
(임상적/기능적 평가, 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 정신건강서비스 이용, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해에 대한 개인의 의견 등을 질문합니다.)
3) 설문지에 본인이 직접 작성합니다.(단, 원하는 경우에는 조사원이 도움을 드림)
4) 설문조사 도중에 중단을 원하시면 언제든지 중단 가능합니다.

9. 보상 : 설문참여에 대한 감사의 뜻으로 기념품 증정합니다.

10. 문의 : 연구책임자 양옥경(02-3277-4519), 연구책임조교 심아람(02-3277-2258)

2019. 9.

이화여자대학교

[별첨 4] 재원 당사자 모집공고문

< 모집 공고문 >

1. 연구 제목: 국가인권위원회 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

2. 연구의 목적

본 연구는 2009년 국가인권위원회의 정신장애인 국가보고서가 총리실과 보건복지부에 전달된 후 국가보고서에서의 제안사항에 대해 국가차원에서 얼마나 잘 이행하고 있으며 정책 등이 개선되고 있었는지를 점검하는 것이 1차 목적이며, 그에 따른 향후 정책 개선 방안을 제안하는 것을 2차 목적으로 하여 진행하고 있습니다.

3. 연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

4. 모집 대상(1,000명 모집/아래 내용에 모두 해당되어야 합니다.)

1) 19세 이상 성인
2) 조현병, 분열형 및 망상 장애, 기분[정동] 장애 진단을 받은 자
3) 지적장애 진단과 알코올 중독 등 중독의 진단을 받지 않은 자
4) 정신의료기관 또는 정신요양시설에 입원 및 입소하고 있는 자
5) 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능한 자
6) 자발적으로 연구 참여를 결정한 자

5. 설문조사 장소 : 입원 중인 병원 또는 정신요양시설 중 귀하께서 편안하게 느끼시는 장소

6. 연구참여 기간 : 2019년 ○월 ○일~2019년 ○월 ○일

7. 연구참여 소요시간 : 약 30분 소요 예정

8. 설문조사 방법

1) 설문조사의 목적과 설문지 작성의 방법에 대해 조사원이 설명함.
2) 설문지를 읽고 문항별로 본인에 해당되는 번호를 선택함.
(임상적/기능적 평가, 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 정신건강 서비스 이용, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해 등에 대한 개인의 의견 등을 질문합니다.)
3) 설문지에 본인이 직접 작성(단, 원하는 경우에는 조사원이 도움을 드림)
4) 중간에 5~10분의 휴식시간을 가짐

9. 보상 : 설문참여에 대한 감사의 뜻으로 기념품 증정합니다.

10. 문의 : 연구책임자 양옥경(02-3277-4519), 연구책임조교 심아람(02-3277-2258)

2019. 9.

이화여자대학교

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별첨 5] 정신장애인 가족 모집공고문

< 모집 공고문 >

1. 연구 제목: 국가인권위원회 정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

2. 연구의 목적

본 연구는 2009년 국가인권위원회의 정신장애인 국가보고서가 총리실과 보건복지부에 전달된 후 국가보고서에서의 제안사항에 대해 국가차원에서 얼마나 잘 이행하고 있으며 정책 등이 개선되고 있었는지를 점검하는 것이 1차 목적이며, 그에 따른 향후 정책 개선 방안을 제안하는 것을 2차 목적으로 하여 진행하고 있습니다.

3. 연구책임자 : 양옥경(이화여자대학교 사회복지학과 교수)

4. 모집 대상(300명 모집/아래 내용에 모두 해당되어야 합니다.)

1) 19세 이상 성인
2) 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규등록하여 시설을 이용하는 자의 가족
4) 지적장애, 알코올 중독 등 중독의 진단을 받지 않은 자의 가족
5) 일상적인 의사소통 및 언어를 통해 의사전달이 가능한 자
6) 자발적으로 연구 참여를 결정한 자

5. 설문조사 장소 : 본 이메일을 받으신 귀하가 인터넷으로 응답하기 편리한 장소

6. 연구참여 기간 및 장소 : 2019년 ○월 ○일~2019년 ○월 ○일

7. 연구참여 소요시간 : 약 30분 소요 예정

8. 설문조사 방법

1) 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다.
2) 설문지를 읽고 문항별로 본인에 해당되는 번호를 선택합니다.
(개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 입퇴원 과정에서의 결정권, 입퇴원 과정에서의 인권 침해 경험, 정신장애인에 대한 편견 등에 대한 개인의 의견 등을 질문합니다.)
3) 설문지에 본인이 직접 작성합니다.
4) 설문조사 도중에 중단을 원하시면 언제든지 중단 가능합니다.

9. 기념품 : 설문참여에 대한 감사의 뜻으로 기념품 증정합니다.

10. 문의 : 연구책임자 양옥경(02-3277-4519), 연구책임조교 심아람(02-3277-2258)

2019. 9.

이화여자대학교

[별첨 6] FGI 연구참여자 설명문 및 동의서

연구 참여 설명문

연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연 락 처	okyang@ewha.ac.kr, 02-3277-2258

1. 개요

본 연구는 "정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사"에 관한 것입니다. 본 연구에서는 정신건강증진센터 및 정신건강증진시설에서 경력 3년 이상 근무한 종사자(정신건강전문요원, 정신건강의학과 의사)와 지역사회 공공 및 민간 사회복지영역에서 경력 3년 이상 근무한 종사자(사례관리 전담 공무원, 지역사회복지관 종사자 등)를 FGI 심층면접의 대상으로 하고 있습니다. 연구 참여는 전적으로 귀하의 자발적 결정에 달려있습니다. 참여 결정 전 충분한 시간을 갖고 아래의 정보들을 읽어보시고, 이해가 안 되는 부분은 질문해 주십시오. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하는 본 연구의 참여를 중단할 수 있습니다.

2. 연구의 설명 및 목적

올해 2019년은 국가인권위원회가 2009년 "정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서" 발간 및 이행을 권고한 후 10년이 경과 되는 시점입니다. 그동안 2017년 정신보건법의 전면 개정 등 정신장애인 인권 개선 수준에 괄목할만한 성과가 이루어지고 있으나 변화하는 환경 안에서 새로운 인권 관련 욕구 및 지역사회 대응이 요구되고 있습니다. 이에 구체적으로 권고사항에 대한 10년 동안의 이행실태를 점검하고자 하며, 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신보건정책 제언 방안을 마련하고자 합니다.

3. 연구 참여 인원

본 연구는 전국의 지역사회 공공 및 민간 사회복지영역에서 경력 3년 이상 사례관리 전담 공무원, 지역사회복지관 종사자 등 6명과 정신건강증진센터 및 정신건강증진시설에서 경력 3

국가인권위원회 humanrights.go.kr

년 이상 근무한 정신건강전문요원, 정신건강의학과 의사 18명 총 24명을 대상으로 하고 있습니다. FGI 심층면접은 지역별로 6명씩 각 1회기씩 총 4회기 진행됩니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구는 심층면접을 통해 이루어집니다. 초점집단 대상의 심층면접은 연구책임자 및 공동연구원에 의해 이루어집니다. 장소는 각 지역의 대학, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 지역사회 공공 및 민간 사회복지기관 등의 정해진 장소에서 실시합니다. 귀하께서 연구에 참여하시기 전에 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대해 설명을 들으신 후 연구참여에 동의하시면 FGI 면접을 시작하게 될 것입니다. FGI 면접에 소요되는 시간은 2시간 정도입니다. FGI 질문에 따라 시설 내 인권, 비자의 입원 및 장기 입원, 지역사회에서의 인권, 커뮤니티케어 등 전향적 지역사회돌봄체계에서의 인권민감성 등에 대하여 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다. FGI면접 시작 후 50분이 경과한 시점에서 5~10분간 휴식시간을 가지며, 그 전이나 후라도 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 FGI 면접의 중단을 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

5. 연구 참여 기간: 각 지역별 심층면접은 각 1회 실시합니다.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

본 연구에 참여하는 데 따르는 위험은 거의 없습니다. 다만 면접에 응하시는 동안 몇몇 질문에 대해 응답하실 때 다소 불편함을 느끼실 수는 있으며, 개인적인 시간을 할애해 주셔야 하는 정도의 불편함이 발생할 수 있습니다. 만약 특정 질문에 대답하기 불편한 점이 있으시다면 답하지 않으셔도 되며 FGI 면접을 중단하셔도 됩니다. 또한 FGI 면접을 마치기 전에 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 중단하기를 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하께서 본 연구에 참여하는데 있어서 받게 되는 직접적인 혜택은 없습니다. 그러나 귀하께서 제공하는 정보는 정신장애인의 인권실태 비교분석을 하고, 그에 따른 사회복지현장에서의 개입과 실천방안을 마련하는데 도움이 될 것입니다. FGI 면접에 참여하는 분께는 감사의 뜻으로 10만원의 사례비를 제공 하고자 합니다. FGI 면접 참여를 중도 취소할 경우에 사

례비가 지급되지 않습니다.

8. 상해에 대한 보상: 본 연구 참여에 따른 상해의 가능성은 없습니다.

9. 동의의 철회에 관한 사항

본 연구의 참여는 전적으로 귀하의 자발적 선택에 의해 이루어집니다. 귀하께서 본 연구에 참여하기로 결정하셨더라도 언제든지 중단하실 수 있으며 그에 따른 불이익은 전혀 없습니다. 따라서 언제, 어떤 이유로든 귀하는 연구 참여에 대한 동의를 철회하고 참여를 중단하실 수 있습니다. 만일 귀하께서 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 면접원에게 즉시 말씀해 주시기 바랍니다. 귀하께서 연구 참여를 중단하시게 될 경우, 담당 면접원은 귀하의 녹취를 즉시 파기할 것이며, 따라서 귀하가 응답하신 정보들은 본 연구의 자료로 사용되지 않을 것입니다. 또한 귀하께서 FGI 면접을 완료하고 면접원과 헤어진 후에 연구 참여에 대한 철회 의사를 밝히실 경우에도 귀하의 녹취 및 연구분석결과를 즉시 파기할 것입니다. 다만 연구종료 후에는 이 같은 조치가 불가함을 양지하여주시기 바랍니다.

10. 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구의 일부 질문에는 귀하의 근무기간, 근무기관종류, 직역, 연령, 학력 등에 관한 정보가 요구될 수 있습니다. 하지만 귀하임을 특정할 만한 개인정보는 요구되지 않습니다. 따라서 FGI 면접을 통하여 귀하의 개인정보가 노출될 위험은 전혀 없습니다. 다만 그럼에도 불구하고 일부 질문에 대한 응답이 꺼려지시는 경우에는 해당 항목에 대하여 답하지 않으셔도 됩니다. 또한 연구참여에 대한 동의서를 작성하시는 경우에 귀하의 성함을 서명해주실 것을 요구하게 됩니다. 하지만 성함 이외의 다른 정보는 요구하지 않을 것이며, 귀하께서 응답해주신 녹취 및 연구분석결과는 별도로 보관되기 때문에 FGI 면접의 내용을 통해 귀하임을 확인할 수 있는 방법은 없습니다. 이 자료들로는 귀하의 신원을 파악할 수 없으므로 논문작성 등 이후 자료의 사용허가를 받기 위해서 귀하께 따로 연락하지는 않을 것입니다. 연구참여에 대한 사례용으로 사례비를 보내드리기 위해 계좌번호를 요청합니다. 이 역시도 사례비를 보내드리기 위한 용도로 사용됩니다. 본 연구를 통해 수집되는 귀하의 기록은 비밀이 보장되며, 귀하께 허가를 받거나 법에서 강제하는 경우가 아니라면 공개되지 않습니다. 본 FGI 면접 종료 후 3년까지 보관하며 3년 후 녹취 및 연구분석결과와 함께 복구 또는 재생되지 않는 방법으로 파기할 예정입니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

11. 연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있을 경우 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구책임자 : 양옥경

☎ 02-3277-2258 / okyang@ewha.ac.kr

연구참여자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 아래 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

이화여자대학교 생명윤리위원회

☎ 02-3277-7154 / Email irb@ewha.ac.kr

※ 생명윤리위원회는 현행 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 근거하여 설치•구성•운영되는 위원회입니다. 그러므로 보건복지부 및 질병관리본부에서 동법에 근거하여 생명윤리위원회를 조사•감독할 수 있으며 위원회가 심의하는 연구와 관련한 자료를 열람할 수 있습니다. 참고하시기 바랍니다.

연구 참여 동의서

연구 기본정보	
연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연락처	02-3277-2258

연구 참여 안내

○ 본인은 본 동의서의 내용에 대해 충분히 설명을 들었고 연구책임자 또는 동의획득담당자와 함께 해당 내용에 대해 상의했습니다.

○ 본인은 동의서 내용을 읽고 이해하였으며 질문할 기회를 가졌고 본인의 모든 질문에 대해 만족스러운 답변을 받았습니다.

○ 본인은 자발적 의사로 본 연구에 참여하는 것에 동의합니다. 본 동의서에 서명하더라도 본인은 그 어떠한 본인의 권리를 포기하지 않습니다.

○ 본인은 언제든지 자유롭게 본 연구참여에 대한 동의를 철회할 수 있으며 또한 이로 인하여 본인에게 어떠한 불이익이 발생하지 않을 것임을 알고 있습니다.

○ 본인은 동의 후에 서명 및 날짜가 기재된 설명문 및 동의서의 사본이나 원본을 제공받을 것임을 알고 있습니다.

연구참여자 : _____ (서명)

년 월 일

동의획득 담당자 : _____(서명)

년 월 일

※ 동의서 원본을 2부 작성하여 연구참여자(동의권자)와 동의획득 담당자가 각각 1부씩 가져야 합니다.

[별첨 7] 일반인 연구참여자 설명문 및 동의서

연구 참여 설명문

연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연 락 처	okyang@ewha.ac.kr, 02-3277-2258

1. 개요

본 연구는 국가인권위원회의 "정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사"에 관한 것입니다. 본 연구에서는 전국의 19세 이상 일반인을 설문조사의 대상으로 하고 있습니다. 연구 참여는 전적으로 귀하의 자발적 결정에 달려있습니다. 참여 결정전에 충분한 시간을 갖고 아래의 정보들을 읽어보시고, 이해가 안 되는 부분이 있을시 연구진에 연락을 주실 수 있습니다. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하는 본 연구의 참여를 중단할 수 있습니다.

2. 연구의 설명 및 목적

올해 2019년은 국가인권위원회가 2009년 "정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서" 발간 및 이행을 권고한 후 10년이 경과 되는 시점입니다. 그동안 2017년 정신보건법의 전면 개정 등 정신장애인 인권 개선 수준에 괄목할만한 성과가 이루어지고 있으나 변화하는 환경 안에서 새로운 인권 관련 욕구 및 지역사회 대응이 요구되고 있습니다. 이에 구체적으로 권고사항에 대한 10년 동안의 이행실태를 점검하고자 하며, 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신보건정책 제언 방안을 마련하고자 합니다.

3. 연구 참여 인원

본 연구는 전국의 19세 이상 일반인으로서 정신질환 진단을 받지 않았고, 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능하여 자발적으로 연구에 참여하기를 원하는 600명을 대상으로 하고 있습니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구는 온라인 설문조사로 이루어집니다. 귀하께서 연구에 참여하시기 전에 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대한 내용을 읽고 연구참여에 동의하시면 설문조사를 시작하게 될 것입니다. 설문조사에 소요되는 시간은 20분 정도입니다. 설문지 문항에 따라 정신장애인 편견, 정신장애인에 대한 차별 행동, 정신장애인에 대한 인권침해행위 인식, 정신장애인에 대한 전형적 증상 인식, 정신장애인 편견 극복 방안, 정신장애인 가족에 대한 인식, 정신건강복지서비스 인식에 대하여 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다. 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 설문조사 중단을 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

5. 연구 참여 기간

설문조사는 1회 실시합니다.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

본 연구에 참여하는 데 따르는 위험은 거의 없습니다. 다만 설문을 작성하시는 동안 몇몇 질문에 대해 응답하실 때 다소 불편함을 느끼실 수는 있으며, 개인적인 시간을 할애해 주셔야 하는 정도의 불편함이 발생할 수 있습니다. 만약 특정 질문에 대답하기 불편한 점이 있으시다면 답하지 않으셔도 되며 설문을 중단하셔도 됩니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하께서 본 연구에 참여하는데 있어서 받게 되는 직접적인 혜택은 없습니다. 그러나 귀하께서 제공하는 정보는 정신장애인의 사회적 편견과 낙인에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 그에 따른 사회복지현장에서의 개입과 실천방안을 마련하는데 도움이 될 것입니다.

설문조사에 참여하는 분께는 감사의 뜻으로 음료한잔에 해당하는 5천원 상당의 상품권을 드리고자 합니다. 설문조사 참여를 중도에 취소할 경우에 상품권이 지급되지 않습니다.

8. 상해에 대한 보상

본 연구 참여에 따른 상해의 가능성은 없습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

9. 동의의 철회에 관한 사항

본 연구의 참여는 전적으로 귀하의 자발적 선택에 의해 이루어집니다. 귀하께서 본 연구에 참여하기로 결정하셨더라도 언제든지 중단하실 수 있으며 그에 따른 불이익은 전혀 없습니다. 따라서 언제, 어떤 이유로든 귀하는 연구 참여에 대한 동의를 철회하고 참여를 중단하실 수 있습니다. 설문 시작 전 설문 참여 동의여부를 확인하며, 설문진행 후에도 설문으로 수집된 정보 제공을 철회할 수 있도록 설문제출/미제출을 연구대상자 스스로 선택할 수 있도록 하겠습니다. 다만 설문 제출 이후 정보 폐기를 요청할 경우, 귀하의 설문지를 특정할 수 있는 정보가 기록되지 않기 때문에 귀하의 응답을 연구자료에서 제외할 수 없게 됩니다. 이 점을 양지해주시기 바랍니다.

10. 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구의 일부 문항에는 귀하의 나이, 성별, 직업, 월 소득, 소비활동 가족 수, 종교, 학력, 거주 지역에 관한 정보가 요구될 수 있습니다. 하지만 귀하임을 특정할 만한 개인정보는 요구되지 않습니다. 따라서 설문을 통하여 귀하의 개인정보가 노출될 위험은 전혀 없습니다. 다만, 그럼에도 불구하고 일부 문항에 대한 응답이 꺼려지시는 경우에는 해당 항목에 대하여 답하지 않으셔도 됩니다. 연구참여에 대한 사례용으로 상품권을 보내드리기 위해 휴대전화번호를 요청합니다. 이 역시도 상품권을 보내드리기 위한 용도로 사용됩니다. 본 연구와 관련하여 수집된 정보(설문지)는 연구 종료 후 3년 간 인간대상연구와 관련된 기록(전자문서를 포함)은 연구책임자만이 접근 가능한 설문지 플랫폼 사이트의 응답페이지와 USB의 보안 코드가 설정된 폴더에 보관되며, 결과 데이터는 연구책임자가 암호를 걸어 보관합니다. 또한 본 연구가 학술지나 학회에 공개될 때 연구대상자의 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 개인정보 보호법에 따라 수집한 개인정보 중 '휴대전화번호'는 연구가 종료되는 2019년 12월에 복구 또는 재생되지 아니하도록 파기할 예정입니다.

11. 연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있을 경우 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구책임자 : 양옥경

☎ 02-3277-2258 / okyang@ewha.ac.kr

연구참여자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 아래 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

이화여자대학교 생명윤리위원회

☎ 02-3277-7154 / Email irb@ewha.ac.kr

※ 생명윤리위원회는 현행「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 근거하여 설치•구성•운영되는 위원회입니다. 그러므로 보건복지부 및 질병관리본부에서 동법에 근거하여 생명윤리위원회를 조사•감독할 수 있으며 위원회가 심의하는 연구와 관련한 자료를 열람할 수 있습니다. 참고하시기 바랍니다.

귀하가 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다. 동의하지 않음을 클릭하거나 연구 대상자에 포함되지 않는 경우에는 설문조사가 자동으로 종료됩니다.

귀하는 이 연구에 참여에 동의하지 않거나 연구도중 참여를 중단하더라도 불이익을 받지 않으며 참여해야 할 의무는 없습니다. 동의한 경우에도 귀하가 원한다면 설문지 조사과정 중 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 혹시 이 설문조사가 끝난 뒤라도 본 연구자를 만나고 싶거나 질문이 있으시면 언제든지 연락을 주시기 바랍니다.

연구참여에 동의함 □ 연구참여에 동의하지 않음 □

(동의하지 않을 경우, 자동적으로 설문조사가 이루어지지 않습니다.)

연구에 참여해 주셔서 감사합니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별첨 8] 재가 당사자 연구참여자 설명문 및 동의서

연구 참여 설명문

연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연 락 처	okyang@ewha.ac.kr, 02-3277-2258

1. 개요

본 연구는 국가인권위원회의 "정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사"에 관한 것입니다. 본 연구에서는 전국의 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규등록하여 시설을 이용하는 19세 이상의 정신장애인을 설문조사의 대상으로 하고 있습니다. 연구참여는 전적으로 귀하의 자발적 결정에 달려있습니다. 참여 결정전에 충분한 시간을 갖고 아래의 정보들을 읽어보시고, 이해가 안 되는 부분이 있을시 연구진에 연락을 주실 수 있습니다. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하는 본 연구의 참여를 중단할 수 있습니다. 필요한 경우, 본 연구 참여에 대하여 가족이나 지인과 상의하셔도 됩니다.

2. 연구의 설명 및 목적

올해 2019년은 국가인권위원회가 2009년 "정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서" 발간 및 이행을 권고한 후 10년이 경과 되는 시점입니다. 그동안 2017년 정신보건법의 전면개정 등 정신장애인 인권 개선 수준에 괄목할만한 성과가 이루어지고 있으나 변화하는 환경 안에서 새로운 인권 관련 욕구 및 지역사회 대응이 요구되고 있습니다. 이에 구체적으로 권고사항에 대한 10년 동안의 이행실태를 점검하고자 하며, 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신보건정책 제언 방안을 마련하고자 합니다.

3. 연구 참여 인원

본 연구는 전국의 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규 등록하여 시설을 이용하고, 지적장애, 알코올 중독 등 중독의 진단을 받지 않았으며, 인터넷과 스마트폰을 자유자

재로 사용할 수 있으며 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능하여 자발적으로 연구에 참여하기를 원하는 19세 이상 정신장애인 1,000명을 대상으로 하고 있습니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구는 온라인 설문조사로 이루어집니다. 설문조사는 집이나 귀하가 속한 기관에 설치된 컴퓨터 등 귀하가 원하는 장소에서 실시할 수 있습니다. 필요한 경우 조사원의 도움을 받을 수 있습니다. 귀하께서 연구에 참여하시기 전에 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대한 내용을 읽고 연구참여에 동의하시면 설문조사를 시작하게 될 것입니다. 설문조사에 소요되는 시간은 30분 정도입니다. 설문지 문항에 따라 임상적/기능적 평가, 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 정신건강서비스 이용, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해, 치료과정에서의 인권침해 및 폭력경험, 지역사회에서의 편견인식, 불이익, 차별, 인권침해 경험, 가족체계 평가 및 폭력경험, 사회적 지지체계 평가 및 폭력 경험, 정신사회적 기능, 수단적 일상생활기능, 지역사회 사례관리 필요도에 대하여 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다. 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 설문조사 중단을 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

5. 연구 참여 기간

설문조사는 1회 실시합니다.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

본 연구에 참여하는 데 따르는 위험은 거의 없습니다. 다만 설문을 작성하시는 동안 몇몇 질문에 대해 응답하실 때 다소 불편함을 느끼실 수는 있으며, 개인적인 시간을 할애해 주셔야 하는 정도의 불편함이 발생할 수 있습니다. 만약 특정 질문에 대답하기 불편한 점이 있으시다면 답하지 않으셔도 되며 설문을 중단하셔도 됩니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하께서 본 연구에 참여하는데 있어서 받게 되는 직접적인 혜택은 없습니다. 그러나 귀하께서 제공하는 정보는 정신장애인의 인권실태에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 그에 따른 사회복지현장에서의 개입과 실천방안을 마련하는데 도움이 될 것입니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

설문조사에 참여하는 분께는 감사의 뜻으로 1만원 상당의 상품권을 드리고자 합니다. 설문조사 참여를 중도 취소할 경우에 상품권이 지급되지 않습니다.

8. 상해에 대한 보상

본 연구 참여에 따른 상해의 가능성은 없습니다.

9. 동의의 철회에 관한 사항

본 연구의 참여는 전적으로 귀하의 자발적 선택에 의해 이루어집니다. 귀하께서 본 연구에 참여하기로 결정하셨더라도 언제든지 중단하실 수 있으며 그에 따른 불이익은 전혀 없습니다. 따라서 언제, 어떤 이유로든 귀하는 연구 참여에 대한 동의를 철회하고 참여를 중단하실 수 있습니다. 설문 시작 전 설문 참여 동의여부를 확인하며, 설문 진행 후에도 설문으로 수집된 정보 제공을 철회할 수 있도록 설문제출/미제출을 연구대상자 스스로 선택할 수 있도록 하겠습니다. 다만 설문 제출 이후 정보 폐기를 요청할 경우, 귀하의 설문지를 특정할 수 있는 정보가 기록되지 않기 때문에 귀하의 응답을 연구자료에서 제외할 수 없게 됩니다. 이 점을 양지해주시기 바랍니다.

10. 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구의 일부 문항에는 귀하의 거주 지역, 성별, 나이, 최종학력, 결혼상태, 가구 수, 보호자, 주거형태, 소득, 일상생활, 직업활동, 이메일 주소에 관한 정보가 요구될 수 있습니다. 하지만 귀하임을 특정할 만한 개인정보는 요구되지 않습니다. 따라서 설문을 통하여 귀하의 개인정보가 노출될 위험은 전혀 없습니다. 다만, 그럼에도 불구하고 일부 문항에 대한 응답이 꺼려지시는 경우에는 해당 항목에 대하여 답하지 않으셔도 됩니다. 연구참여에 대한 사례용으로 상품권을 보내드리기 위해 휴대전화번호를 요청합니다. 이 역시도 상품권을 보내드리기 위한 용도로 사용됩니다. 본 연구와 관련하여 수집된 정보(설문지)는 연구 종료 후 3년 간 인간대상연구와 관련된 기록(전자문서를 포함)은 연구책임자만이 접근 가능한 설문지 플랫폼 사이트의 응답페이지와 USB의 보안 코드가 설정된 폴더에 보관되며, 결과 데이터는 연구책임자가 암호를 걸어 보관합니다. 또한 본 연구가 학술지나 학회에 공개될 때 연구대상자의 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 개인정보 보호법에 따라 수집한 개인정보 중 '휴대전화번호'는 연구가 종료되는 2019년 12월에 복구 또는 재생되지 아니하도록 파기할 예정입니다.

11. 연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있을 경우 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구책임자 : 양옥경

☎ 02-3277-2258 / okyang@ewha.ac.kr

연구참여자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 아래 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

이화여자대학교 생명윤리위원회

☎ 02-3277-7154 / Email irb@ewha.ac.kr

※ 생명윤리위원회는 현행「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 근거하여 설치•구성•운영되는 위원회입니다. 그러므로 보건복지부 및 질병관리본부에서 동법에 근거하여 생명윤리위원회를 조사•감독할 수 있으며 위원회가 심의하는 연구와 관련한 자료를 열람할 수 있습니다. 참고하시기 바랍니다.

귀하가 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다. 동의하지 않음을 클릭하거나 연구 대상자에 포함되지 않는 경우에는 설문조사가 자동으로 종료됩니다.

귀하는 이 연구에 참여에 동의하지 않거나 연구도중 참여를 중단하더라도 불이익을 받지 않으며 참여해야 할 의무는 없습니다. 동의한 경우에도 귀하가 원한다면 설문지 조사과정 중 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 혹시 이 설문조사가 끝난 뒤라도 본 연구자를 만나고 싶거나 질문이 있으시면 언제든지 연락을 주시기 바랍니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

연구참여에 동의함 □ 연구참여에 동의하지 않음 □

(동의하지 않을 경우, 자동적으로 설문조사가 이루어지지 않습니다.)

연구에 참여해 주셔서 감사합니다.

[별첨 9] 재원 당사자 연구참여자 설명문 및 동의서

연구 참여 설명문

연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연 락 처	okyang@ewha.ac.kr, 02-3277-2258

1. 개요

본 연구는 국가인권위원회의 "정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사"에 관한 것입니다. 본 연구에서는 조현병, 양극성정동장애, 우울증을 진단 받았고, 전국의 정신의료기관 또는 정신요양시설에 입원 및 입소하고 있는 19세 이상의 정신장애인을 설문조사의 대상으로 하고 있습니다. 연구 참여는 전적으로 귀하의 자발적 결정에 달려있습니다. 참여 결정전에 충분한 시간을 갖고 아래의 정보들을 읽어보시고, 이해가 안 되는 부분은 질문해 주십시오. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하는 본 연구의 참여를 중단할 수 있습니다. 필요한 경우, 본 연구 참여에 대하여 가족이나 지인과 상의하셔도 됩니다.

2. 연구의 설명 및 목적

올해 2019년은 국가인권위원회가 2009년 "정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서" 발간 및 이행을 권고한 후 10년이 경과 되는 시점입니다. 그동안 2017년 정신보건법의 전면 개정 등 정신장애인 인권 개선 수준에 괄목할만한 성과가 이루어지고 있으나 변화하는 환경 안에서 새로운 인권 관련 욕구 및 지역사회 대응이 요구되고 있습니다. 이에 구체적으로 권고사항에 대한 10년 동안의 이행실태를 점검하고자 하며, 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신보건정책 제언 방안을 마련하고자 합니다.

3. 연구 참여 인원

본 연구는 전국의 정신의료기관 또는 정신요양시설에 입원 및 입소하고 있으며, 조현병, 양극성정동장애, 우울증을 진단 받았고, 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능

국가인권위원회
humanrights.go.kr

하여 자발적으로 연구에 참여하기를 원하는 19세 이상 정신장애인 1,000명을 대상으로 하고 있습니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구는 조사원의 안내에 따라 설문조사를 통해 이루어집니다. 설문조사는 귀하가 현재 입원중인 병원 또는 정신요양시설 중 귀하께서 편안하게 느끼시는 장소에서 실시하실 수 있습니다. 귀하께서 연구에 참여하시기 전에 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대한 내용을 읽고 연구참여에 동의하시면 설문조사를 시작하게 될 것입니다. 설문지는 총 6페이지이며, 설문조사에 소요되는 시간은 30분 정도입니다. 설문지 문항에 따라 임상적/기능적 평가, 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 정신건강서비스 이용, 입/퇴원 과정에서의 결정권, 입/퇴원 과정에서의 인권침해, 치료과정에서의 인권침해 및 폭력경험, 지역사회에서의 편견인식, 불이익, 차별, 인권침해 경험, 가족체계 평가 및 폭력 경험, 사회적 지지체계 평가 및 폭력 경험에 대하여 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다. 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 설문조사 중단을 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

5. 연구 참여 기간

설문조사는 1회 실시합니다.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

본 연구에 참여하는 데 따르는 위험은 거의 없습니다. 다만 설문을 작성하시는 동안 몇몇 질문에 대해 응답하실 때 다소 불편함을 느끼실 수는 있으며, 개인적인 시간을 할애해 주셔야 하는 정도의 불편함이 발생할 수 있습니다. 만약 특정 질문에 대답하기 불편한 점이 있으시다면 답하지 않으셔도 되며 설문을 중단하셔도 됩니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하께서 본 연구에 참여하는데 있어서 받게 되는 직접적인 혜택은 없습니다. 그러나 귀하께서 제공하는 정보는 정신장애인의 인권실태에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 그에 따른 사회복지현장에서의 개입과 실천방안을 마련하는데 도움이 될 것입니다.

설문조사에 참여하는 분께는 감사의 뜻으로 1만원 상당의 문화상품권을 드리고자 합니다. 설문조사 참여를 중도 취소할 경우에는 5천원 상당의 문화상품권이 지급됩니다.

8. 상해에 대한 보상

본 연구 참여에 따른 상해의 가능성은 없습니다.

9. 동의의 철회에 관한 사항

본 연구의 참여는 전적으로 귀하의 자발적 선택에 의해 이루어집니다. 귀하께서 본 연구에 참여하기로 결정하셨더라도 언제든지 중단하실 수 있으며 그에 따른 불이익은 전혀 없습니다. 따라서 언제, 어떤 이유로든 귀하는 연구 참여에 대한 동의를 철회하고 참여를 중단하실 수 있습니다. 설문 시작 전 설문 참여 동의여부를 확인하며, 설문 진행 후에도 설문으로 수집된 정보 제공을 철회할 수 있도록 설문제출/미제출을 연구대상자 스스로 선택할 수 있도록 하겠습니다. 다만 설문 제출 이후 정보 폐기를 요청할 경우, 귀하의 설문지를 특정할 수 있는 정보가 기록되지 않기 때문에 귀하의 응답을 연구자료에서 제외할 수 없게 됩니다. 이 점을 양지해주시기 바랍니다.

10. 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구의 일부 문항에는 귀하의 성별, 나이, 군필여부, 결혼, 학력, 의료보호대상, 종교, 진단명, 발병연도, 입원 횟수, 거주형태, 주소지에 관한 정보가 요구될 수 있습니다. 하지만 귀하임을 특정할 만한 개인정보는 요구되지 않습니다. 따라서 설문을 통하여 귀하의 개인정보가 노출될 위험은 전혀 없습니다. 다만, 그럼에도 불구하고 일부 문항에 대한 응답이 꺼려지시는 경우에는 해당 항목에 대하여 답하지 않으셔도 됩니다. 본 연구를 통해 수집되는 귀하의 정보(설문지)는 비밀이 보장되며, 귀하께 허가를 받거나 법에서 강제하는 경우가 아니라면 공개되지 않습니다. 본 설문조사 종료 후 3년까지 보관하며 3년 후 소각 처리할 예정입니다.

11. 연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있을 경우 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

연구책임자 : 양옥경

☎ 02-3277-2258 / okyang@ewha.ac.kr

연구참여자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 아래 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

이화여자대학교 생명윤리위원회

☎ 02-3277-7154 / Email irb@ewha.ac.kr

※ 생명윤리위원회는 현행 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 근거하여 설치•구성•운영되는 위원회입니다. 그러므로 보건복지부 및 질병관리본부에서 동법에 근거하여 생명윤리위원회를 조사•감독할 수 있으며 위원회가 심의하는 연구와 관련한 자료를 열람할 수 있습니다. 참고하시기 바랍니다.

연구 참여 동의서

연구 기본정보	
연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연락처	02-3277-2258

연구 참여 안내

○ 본인은 본 동의서의 내용에 대해 충분히 설명을 들었고 연구책임자 또는 동의획득담당자와 함께 해당 내용에 대해 상의했습니다.

○ 본인은 동의서 내용을 읽고 이해하였으며 질문할 기회를 가졌고 본인의 모든 질문에 대해 만족스러운 답변을 받았습니다.

○ 본인은 자발적 의사로 본 연구에 참여하는 것에 동의합니다. 본 동의서에 서명하더라도 본인은 그 어떠한 본인의 권리를 포기하지 않습니다.

○ 본인은 언제든지 자유롭게 본 연구참여에 대한 동의를 철회할 수 있으며 또한 이로 인하여 본인에게 어떠한 불이익이 발생하지 않을 것임을 알고 있습니다.

○ 본인은 동의 후에 서명 및 날짜가 기재된 설명문 및 동의서의 사본이나 원본을 제공받을 것임을 알고 있습니다.

연구참여자 서명: _____

년 월 일

동의획득 담당자 : _____(서명)

년 월 일

※ 동의서 원본을 2부 작성하여 연구참여자(동의권자)와 동의획득 담당자가 각각 1부씩 가져야 합니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별첨 10] 정신장애인 가족 연구참여자 설명문 및 동의서

연구 참여 설명문

연구제목	정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사
연구책임자	이화여자대학교 사회복지학과 교수 양옥경
연 락 처	okyang@ewha.ac.kr, 02-3277-2258

1. 개요

본 연구는 국가인권위원회의 "정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사"에 관한 것입니다. 본 연구에서는 전국의 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규 등록하여 시설을 이용하는 정신장애인의 19세 이상 가족을 설문조사의 대상으로 하고 있습니다. 연구 참여는 전적으로 귀하의 자발적 결정에 달려있습니다. 참여 결정전에 충분한 시간을 갖고 아래의 정보들을 읽어보시고, 이해가 안 되는 부분이 있을시 연구진에 연락을 주실 수 있습니다. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하는 본 연구의 참여를 중단할 수 있습니다. 필요한 경우, 본 연구 참여에 대하여 가족이나 지인과 상의하셔도 됩니다.

2. 연구의 설명 및 목적

올해 2019년은 국가인권위원회가 2009년 "정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서" 발간 및 이행을 권고한 후 10년이 경과 되는 시점입니다. 그동안 2017년 정신보건법의 전면 개정 등 정신장애인 인권 개선 수준에 괄목할만한 성과가 이루어지고 있으나 변화하는 환경 안에서 새로운 인권 관련 욕구 및 지역사회 대응이 요구되고 있습니다. 이에 구체적으로 권고사항에 대한 10년 동안의 이행실태를 점검하고자 하며, 최근 이슈가 되고 있는 사법심사제도와 지역사회치료명령제, 커뮤니티케어의 도입 가능성을 검토하여 지역사회 중심, 이용자 중심의 정신보건정책 제언 방안을 마련하고자 합니다.

3. 연구 참여 인원

본 연구는 전국의 정신건강복지센터를 비롯한 정신재활시설에 정규 등록하여 시설을 이용

하고, 지적장애, 알코올 중독 등 중독의 진단을 받지 않는 정신장애인의 가족으로, 일상적인 의사소통 및 언어를 통한 의사전달이 가능하여 자발적으로 연구에 참여하기를 원하는 300명을 대상으로 하고 있습니다.

4. 연구절차 및 방법

본 연구는 온라인 설문조사로 이루어집니다. 귀하께서 연구에 참여하시기 전에 연구의 목적과 연구참여자의 권리 및 유의사항 등에 대한 내용을 읽고 연구참여에 동의하시면 설문조사를 시작하게 될 것입니다. 설문조사에 소요되는 시간은 30분 정도입니다. 설문지 문항에 따라 개정 정신건강복지법 이후 치료과정/지역사회정신건강복지서비스 변화에 대한 인식, 입퇴원 과정에서의 결정권, 입퇴원 과정에서의 인권 침해 경험, 정신장애인에 대한 편견, 차별 행동 인식, 정신장애인 회복 장애 요인, 치료서비스, 지역사회재활서비스, 가족지원서비스 이용, 보호부담 및 서비스 욕구, 정신장애인의 폭력 피해 경험에 대하여 귀하의 생각과 느낌에 따라 응답하시게 됩니다. 피곤하시거나 컨디션이 좋지 않아 설문조사 중단을 원하시면 언제든지 중단할 수 있습니다.

5. 연구 참여 기간

설문조사는 1회 실시합니다.

6. 예측 부작용 및 주의사항과 조치

본 연구에 참여하는 데 따르는 위험은 거의 없습니다. 다만 설문을 작성하시는 동안 몇몇 질문에 대해 응답하실 때 다소 불편함을 느끼실 수는 있으며, 개인적인 시간을 할애해 주셔야 하는 정도의 불편함이 발생할 수 있습니다. 만약 특정 질문에 대답하기 불편한 점이 있으시다면 답하지 않으셔도 되며 설문을 중단하셔도 됩니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상

귀하께서 본 연구에 참여하는데 있어서 받게 되는 직접적인 혜택은 없습니다. 그러나 귀하께서 제공하는 정보는 정신장애인의 인권실태에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 그에 따른 사회복지현장에서의 개입과 실천방안을 마련하는데 도움이 될 것입니다. 설문조사에 참여하는 분께는 감사의 뜻으로 1만원 상당의 상품권을 드리고자 합니다. 설문조사 참여를 중도

국가인권위원회
humanrights.go.kr

취소할 경우에 상품권이 지급되지 않습니다.

8. 상해에 대한 보상

본 연구 참여에 따른 상해의 가능성은 없습니다.

9. 동의의 철회에 관한 사항

본 연구의 참여는 전적으로 귀하의 자발적 선택에 의해 이루어집니다. 귀하께서 본 연구에 참여하기로 결정하셨더라도 언제든지 중단하실 수 있으며 그에 따른 불이익은 전혀 없습니다. 따라서 언제, 어떤 이유로든 귀하는 연구 참여에 대한 동의를 철회하고 참여를 중단하실 수 있습니다. 설문 시작 전 설문 참여 동의여부를 확인하며, 설문 진행 후에도 설문으로 수집된 정보 제공을 철회할 수 있도록 설문제출/미제출을 연구대상자 스스로 선택할 수 있도록 하겠습니다. 다만 설문 제출 이후 정보 폐기를 요청할 경우, 귀하의 설문지를 특정할 수 있는 정보가 기록되지 않기 때문에 귀하의 응답을 연구 자료에서 제외할 수 없게 됩니다. 이 점을 양지해주시기 바랍니다.

10. 개인정보 제공에 관한 사항

본 연구의 일부 문항에는 귀하의 거주 지역, 성별, 연령, 최종학력, 결혼상태, 주거상태, 환자와의 관계, 월 소득, 장애인의 치료 및 보호에 필요한 비용, 의료보장 유형, 이메일 주소에 관한 정보가 요구될 수 있습니다. 하지만 귀하임을 특정할 만한 개인정보는 요구되지 않습니다. 따라서 설문을 통하여 귀하의 개인정보가 노출될 위험은 전혀 없습니다. 다만, 그럼에도 불구하고 일부 문항에 대한 응답이 꺼려지시는 경우에는 해당 항목에 대하여 답하지 않으셔도 됩니다. 연구참여에 대한 사례용으로 상품권을 보내드리기 위해 휴대전화번호를 요청합니다. 이 역시도 상품권을 보내드리기 위한 용도로 사용됩니다. 본 연구와 관련하여 수집된 정보(설문지)는 연구 종료 후 3년 간 인간대상연구와 관련된 기록(전자문서를 포함)은 연구책임자만이 접근 가능한 설문지 플랫폼 사이트의 응답페이지와 USB의 보안 코드가 설정된 폴더에 보관되며, 결과 데이터는 연구책임자가 암호를 걸어 보관합니다. 또한 본 연구가 학술지나 학회에 공개될 때 연구대상자의 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 개인정보 보호법에 따라 수집한 개인정보 중 '휴대전화번호'는 연구가 종료되는 2019년 12월에 복구 또는 재생되지 아니하도록 파기할 예정입니다.

11. 연락처

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있을 경우 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구책임자 : 양옥경

☎ 02-3277-2258 / okyang@ewha.ac.kr

연구참여자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 아래 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

이화여자대학교 생명윤리위원회

☎ 02-3277-7154 / Email irb@ewha.ac.kr

※ 생명윤리위원회는 현행「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 근거하여 설치•구성•운영되는 위원회입니다. 그러므로 보건복지부 및 질병관리본부에서 동법에 근거하여 생명윤리위원회를 조사•감독할 수 있으며 위원회가 심의하는 연구와 관련한 자료를 열람할 수 있습니다. 참고하시기 바랍니다.

귀하가 링크된 URL을 클릭하면 대상자 설명문과 연구 참여 동의서를 읽고, 연구에 동의한 후에 설문조사를 시행할 수 있습니다. 동의하지 않음을 클릭하거나 연구 대상자에 포함되지 않는 경우에는 설문조사가 자동으로 종료됩니다.

귀하는 이 연구에 참여에 동의하지 않거나 연구도중 참여를 중단하더라도 불이익을 받지 않으며 참여해야 할 의무는 없습니다. 동의한 경우에도 귀하가 원한다면 설문지 조사과정 중

국가인권위원회
humanrights.go.kr

언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 혹시 이 설문조사가 끝난 뒤라도 본 연구자를 만나고 싶거나 질문이 있으시면 언제든지 연락을 주시기 바랍니다.

연구참여에 동의함 □ 연구참여에 동의하지 않음 □

(동의하지 않을 경우, 자동적으로 설문조사가 이루어지지 않습니다.)

연구에 참여해 주셔서 감사합니다.

[별첨 11] 표적집단면접(FGI) 질문지

1) 의료 및 정신건강복지영역 종사자

<기본 질문>

- 10년 전과 비교하여, 정신보건영역의 종사자들의 정신장애인의 인권에 대한 인식에 변화가 있다고 생각하는가?

- 정신장애인의 인권의 문제를 서비스 현장에서 실제로 어떻게 반영하고 있는가?

- 정신장애인의 인권침해를 방지하기 위한 전문가들의 노력은 어떠한가?

<시설 내 인권영역>

- 시설 내 정신장애인 인권보호와 관련한 문제점은 무엇인가?

- 개방화 추세를 위한 시설 구조, 법적 절차에 충실한 격리·강박 시행수준은 어떠하면 관련한 어려움은 무엇인가?

- 당사자 참여 및 자기결정권 보장, 이의제기 및 권리구제 절차 등에 대한 개정 정신건강복지법 전/후 차이는 무엇인가?

<비자의 입원 및 장기 입원영역>

- 입원유형의 변화에 따른 문제점과 긍정적인 결과는 무엇인가?

- 비자의 입원의 문제점(요건, 이송수단, 절차상의 권리보장 등), 장기입원의 문제점, 입원적합성심사제도에 대한 의견, 후견인 제도 등에 대한 개정 등 정신건강복지법 시행 전/후에 어떤 변화를 체감하고 있는가?

2) 지역사회 정신건강복지 영역 종사자

<기본 질문>

- 최근 복지서비스 현장에서 중요하게 다루어지는 서비스 대상자들의 인권의 주요 이슈는 무엇이며, 어떤 형태로 반영되고 있는가?

- 10년 전과 비교하여 복지서비스 현장에서 서비스 대상자들의 인권이슈들은 어떻게 달라

국가인권위원회
humanrights.go.kr

지고 있는가?

- 최근 복지서비스 현장에서 정신장애인에 대한 인식은 어떠하며, 이들이 서비스대상자 또는 관련 주변인이 되었을 때 복지서비스 종사자 및 서비스 대상자의 반응은 어떠한가?

<비자의 입원 및 장기 입원영역>

- 지역사회에서 경험하는 입원유형의 변화에 따른 문제점과 긍정적인 결과는 무엇인가?

- 지역사회에서 경험하는 비자의 입원의 문제점(요건, 이송수단, 절차상의 권리보장 등), 장기입원의 문제점, 입원적합성심사제도에 대한 의견, 후견인 제도 등에 대한 개정 등 정신건강복지법 시행 전/후에 어떤 변화를 체감하고 있는가?

<지역사회에서의 인권>

- 정신장애인의 인권 침해 경험, 서비스 제공자로서의 어려움과 한계는 무엇인가?

- 소득보장 및 주거지원의 중요성, 정신장애인 욕구/가족 보호부담 관련 필요한 사회적 지원 및 제도적 개선이 필요한 것은 무엇이라고 생각하는가?

<커뮤니티케어 등 전향적 지역사회돌봄체계에서의 인권민감성영역>

- 동료상담가, 지역사회서비스 청년 사업단 등 다양한 주체의 참여에 따른 인권 이슈는 어떠한 것이 있는가?

-지역에서 통합 서비스 제공을 통한 퇴원예정자 정보 제공 동의. 외래치료명령제 등에 따른 현장의 준비도 및 어려움과 한계는 무엇인가?

-관련하여 제도 개선이 필요한 것은 무엇인가?

[별첨 12] 재원 정신장애인 대상 설문지

정신건강증진시설 입원(소)대상자 설문지

조사년/월/일	/ /	설문지번호					

【입원(소) 대상자 인구학적 특성】

1. 성별	□ ① 남 □ ② 여	2. 나이	_____ 년 _____월 생
3. 혼인상태	□ ① 미혼 □ ② 기혼 □ ③ 동거 □ ④ 이혼 □ ⑤ 별거 □ ⑥ 사별		
4. 교육정도	□ ① 무학 □ ② 초등학교 □ ③ 중학교 □ ④ 고등학교 □ ⑤ 전문대·대학교 □ ⑥ 대학원 이상		
5. 의료보장형태	□ ① 건강보험 □ ② 의료급여 1종 □ ③ 의료급여 2종 □ ④ 차상위 □ ⑤ 없음		
6. 진단명	□ ① 조현병 □ ② 우울증 □ ③ 조울증 □ ④ 조현정동장애 □ ⑤ 기타 _____		
7. 정신질환의 첫 발병연도는?	_____년/ 기억없음( )	8. 처음치료연도는?	_____년/ 기억없음( )
9. 총 입원(소) 횟수는?	_____회	10. 이번 입원(소)일은?	_____ 년 __월 ___일
11. 입원(소) 전 거주지 주소는?	_____ 도(광역시) _____ 시, 군, 구		

【입원(소) 상황에 대한 특성】

1. 현재 입원(소)의 형태는?	□ ① 자의 입원(스스로 입원을 희망) □ ② 동의 입원(나와 가족이 입원 시 서명) □ ③ 보호입원(가족)에 의한 입원 □ ④ 행정입원(시군구청장에 의한 입원) □ ⑤ 잘 모르겠다.
2. 현재 입원(소)의 필요성이 있다고 생각하십니까?	□ ① 필요하다. □ ② 필요하지만 너무 길어 퇴원하고 싶다. □ ③ 필요 없는데 입원 중이다. □ ④ 잘 모르겠다.
3. 입원(소)과정과 입원(소)생활로 인해 원치 않는 피해나 고통을 당하였습니까?	□ ① 큰 고통과 피해를 당하였다. □ ② 고통과 피해를 조금 당하였다. □ ③ 고통과 피해는 거의 없었다. □ ④ 고통과 피해가 전혀 없었다.
4. 현재 입원(소)생활이 건강 회복에 도움이 되었다고 생각하십니까?	□ ① 큰 도움이 되었다. □ ② 조금 도움이 되었다. □ ③ 별로 도움 되지 않았다. □ ④ 전혀 도움 되지 않았다.
5. 과거 비자의(강제) 입원(소)을 경험한 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오

【입원 대상자의 입원적합성심사 관련】

* 입원적합성심사란? 환자의 권리를 보호하기 위해 입원의 적합성, 퇴원의 필요성을 평가하는 심사를 말합니다. 조사원 대면조사를 신청하면 조사원이 직접 나와 환자의 진술을 듣습니다.

1. 입원적합성 심사를 받을 수 있다는 사실에 대해 설명을 들은 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
1-1. 입원적합성심사를 위한 조사원 대면조사를 신청할 의사가 있는지 확인 받은 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
1-2. 실제로 입원적합성 조사원 대면조사를 신청한 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
2. 입원(소) 동안 처우 개선에 대한 요구 및 심사를 신청 할 수 있다는 것을 알고 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
2-1. 실제로 처우 개선에 대한 심사를 신청한 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
3. 본인이 원하면 법원이나 시·군·구에 퇴원을 신청할 권리가 있다는 것을 아십니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
3-1. 실제로 퇴원 심사를 신청한 적이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다

【입원(소) 대상자의 가족체계 특성】

1. 현재 생존한 가족들을 모두 표시하십시오.	□ ① 조부 □ ② 조모 □ ③ 부 □ ④ 모 □ ⑤ 배우자 □ ⑥ 형제/자매 □ ⑦ 자녀 □ ⑧ 손자/손녀
2. 입원(소) 전 또는 퇴원 후 함께 거주하는 가족들을 모두 표시하십시오.	□ ① 조부 □ ② 조모 □ ③ 부 □ ④ 모 □ ⑤ 배우자 □ ⑥ 형제/자매 □ ⑦ 자녀 □ ⑧ 손자/손녀
3. 이중 주된 보호자는 누구입니까?	( )
4. 주된 보호자의 연령은?	_____세
5. 주된 보호자의 직업은? (정년퇴임자의 경우 과거직업)	( )
6. 주된 보호자의 지난 한달 간 면회 횟수는?	( )회
7. 주된 보호자가 입원(소)자의 퇴원에 긍정적입니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 *(문항 7-1로 이동)*
7-1. 만약 퇴원에 부정적이라면 이유는 무엇입니까?	
□ ① 경제적으로 어려운 상황이어서 □ ③ 같이 살 공간이 부족해서 □ ⑤ 평소 사이가 원만하지 못해서 □ ⑦ 모르겠음	□ ② 나의 정신과 증상을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서) □ ④ 돌봐줄 사람이 없어서 □ ⑥ 먼 친척이기 때문에(가족이 없음) □ ⑧ 기타 _____

【치료과정에서의 인권】

사생활 보호와 개인정보의 보호	
1. 화장실을 사용할 때 다른 사람들이 볼 수 없도록 가려져 있거나 문이 있습니까?	□ ① 문을 잠글 수 있고 사생활이 보호되고 있다. □ ② 문을 잠글 수 있지만 가슴이나 허리이하만 가려진 정신의료기관(시설)이다. □ ③ 문을 잠글 수 없고 가슴이나 허리이하만 가려진 정신의료기관(시설)이다. □ ④ 문이 없고 전혀 가려지지 않는다.
2. 샤워실을 사용할 때 다른 사람들이 볼 수 없도록 가려져 있거나 문이 있습니까?	□ ① 문을 잠글 수 있고 사생활이 보호되고 있다. □ ② 문을 잠글 수 있지만 일부만 가려진다. □ ③ 문을 잠글 수 없고 일부만 가려진다. □ ④ 문이 없고 전혀 가려지지 않는다.
3. 입원(소) 동안, 자신의 종교에 대한 자유로운 활동이 가능합니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
4. 자신의 개인 정보 또는 치료 경력 등의 개인정보가 적절히 관리되고 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
신체적 안전에 대한 권리	
1. 신체질환이 있다면, 적절한 치료를 제공받습니까?	□ ① 만족 □ ② 보통 □ ③ 불만족 □ ④ 해당없음
2. 화재 발생 시, 비상벨이나 피할 수 있는 비상구 사용을 할 수 있습니까?	□ ① 위치를 알고 있으며, 사용가능해 보인다. □ ② 위치는 알지만, 이용하기는 힘들 것 같다. □ ③ 얘기는 들었지만, 어디에 있는지는 모른다. □ ④ 그런 정신의료기관(시설)이 없는 것으로 안다.
정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리	
1. 정신의료기관(시설) 내에서 혼자 있고 싶을 때 사생활을 보호 받을 수 있는 개인 공간의 확보가 만족스럽습니까?	□ ① 만족 □ ② 보통 □ ③ 불만족
2. 정신의료기관(시설) 내의 의사/주치의와 면담은 얼마나 자주 이뤄집니까?	□ ① 필요하면 언제나 가능하다. □ ② 매일 □ ③ 주 3~4회 □ ④ 주 1~2회 □ ⑤ 부정기적으로. (월 ___회)
3. 정신의료기관(시설) 내의 의사/주치의와의 면담이 만족스러운가요?	□ ① 매우 만족한다. □ ② 대체로 만족한다. □ ③ 별로 만족스럽지 못하다. □ ④ 매우 만족스럽지 못하다.
4. 정신의료기관(시설) 내의 사회복지사/임상심리사와 면담은 얼마나 자주 이뤄집니까?	□ ① 필요하면 언제나 가능하다. □ ② 매일 □ ③ 주 3~4회 □ ④ 주 1~2회 □ ⑤ 부정기적으로. (월 ___회)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

5. 정신의료기관(시설) 내의 사회복지사/임상심리사와의 면담이 만족스러운가요?	□ ① 매우 만족한다. □ ② 대체로 만족한다. □ ③ 별로 만족스럽지 못하다. □ ④ 매우 만족스럽지 못하다.
인간적 존엄성을 추구할 권리 (격리 및 강박시행과 관련하여)	
1. 입원(소) 기간 동안 보호실에 격리를 경험한 적이 있습니까? 있다면, 총 회수는 몇 회입니까?	□ ① 예 / 총( )회 □ ② 아니오 ***(10번 문항으로 이동)***
2. 있었다면 치료진으로부터 격리를 실시하는 이유 및 과정에 대한 설명을 들었습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
3. 격리와 함께 강박이 시행된 적이 있습니까?	□ ① 예 ***(3-1 문항으로 이동)*** □ ② 아니오 ***(4번 문항으로 이동)***
3-1. 신체 어느 부위를 강박하였습니까?	□ ① 팔 □ ② 사지 □ ③ 몸통
3-2. 강박이 시행된 장소는 어디입니까?	□ ① 보호실 □ ② 임시장소 □ ③ 공개된 장소 □ ④ 기타
3-3. 강박에 사용된 도구는 무엇입니까?	□ ① 헝겊이나 줄 □ ② 탄력붕대(억제대) □ ③ 보호의(옷처럼 입는 억제대) □ ④ 기타
3-4. 강박 도중, 당신의 상태를 의료진이 규칙적으로 확인하였습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
3-5. 강박을 시행하는 이유와 과정에 대한 설명을 들었습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
3-6. 강박 시행 당시 그럴만한 상황에서 불가피한 처치였다고 생각하십니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
4. 격리 또는 강박이 시행되는 동안 음식 제공은 적절하게 이뤄졌습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
5. 격리 및 강박이 시행되는 동안 개인위생 관리는 적절하게 이뤄졌습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
6. 격리 및 강박시행 중 언어적 및 신체적 폭력이 있었습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 기억이 안난다
7. 보호실(격리실, 안정실, 독방)의 청결상태와 안정은 어떻습니까?	□ ① 만족 □ ② 보통 □ ③ 불만족
8. 귀하에게 시행된 격리 및 강박 경험과 관련되어 어떻게 생각하십니까?	□ ① 매우 고통스럽고 불필요한 조치였다. □ ② 고통스럽고 도움이 되지 않았다. □ ③ 불가피한 면이 있지만 고통스러웠다. □ ④ 회복에 도움이 되었다.
9. 보호실(격리실, 안정실, 독방)사용 시, 변화의 필요성에 대해서 가장 우선되어야 하는 사항을 골라 주십시오.	□ ① 격리 및 강박 대신 다른 방법을 우선적으로 적용하려는 노력이 선행되어야 한다. □ ② 보호실의 환경이 개선되고 편안해야 한다. □ ③ 격리 및 강박 시 의료진의 잦은 방문이 있어야 한다. □ ④ 격리 및 강박 자체를 없애야 한다. □ ⑤ 기타 _____

10. 치료진이나 직원으로부터 언어적 인격무시 (반말, 욕)가 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오
11. 치료진이나 직원으로부터 물리적 폭력이나 가혹 행위가 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오
12. 정신의료기관(시설) 내에 실장(방장)이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오
13. 다른 입소자들의 언어적(욕), 물리적 폭력, 가혹 행위, 인격무시, 따돌림, 차별대우 등이 있습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오
14. 직원은 본인 또는 다른 입소자들에게 어떻게 말을 합니까?	□ ① 항상 존댓말로 기분 좋게 얘기한다. □ ② 대체로 존댓말을 한다. □ ③ 가끔 기분 나쁜 반말을 한다. □ ④ 항상 기분 나쁜 반말을 한다.
15. 본인이 아닌 다른 입원(소) 대상자가 직원에게 맞거나 심하게 기합 받는 것을 본 적이 있습니까?	□ ① 한 번도 본 적 없다. □ ② 한번 정도 봤다. □ ③ 몇 번 본 적이 있다. □ ④ 자주 본다.
16. 입원(소)자(실장, 방장 또는 타환자)로부터 당신이 맞거나 다른 입소자가 구타당하는 것을 본 적이 있습니까?	□ ① 한 번도 본 적 없다. □ ② 매우 드물게 있는 일이다. □ ③ 가끔씩 있는 일이다. □ ④ 그런 일이 자주 있다.
의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경	
1. 입원(소) 후 언제부터 전화가 가능합니까?	□ ① 전화 제한은 없다. □ ② 처음 일정기간 이후에는 전화가 가능하다. □ ③ 입원(소) 기간 동안 전화를 거의 하기 어렵다. □ ④ 전화는 불가능하다.
2. 전화를 사용할 때 직원이 옆에서 지키고 있습니까?	□ ① 별도의 공간에서 전화 및 사생활이 보호된다. □ ② 별도의 공간은 없으나, 사생활은 보호된다. □ ③ 가끔 전화사용 시, 직원이 옆에 동석한다. □ ④ 항상 직원이 옆에서 전화 내용을 체크한다.
3. 입원(소) 후 휴대전화를 사용할 수 있습니까?	□ ① 개인이 소지하며 자유롭게 사용한다. □ ② 맡겨 놓고 필요 시 사용할 수 있다. □ ③ 맡겨 놓고 정해진 시간에만 사용할 수 있다. □ ④ 개인 휴대전화를 전혀 사용할 수 없다.
4. 입원(소) 후 언제부터 면회가 가능합니까?	□ ① 면회 제한은 없다. □ ② 처음 일정기간 후에는 가능하다. □ ③ 규칙에 의해 오랫동안 제한된다. □ ④ 면회는 거의 제한된다.
5. 보호자들은 얼마나 자주 면회를 옵니까?	□ ① 일주일에 여러 번 □ ② 일주일에 한 번 □ ③ 한 달에 2~3번

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	□ ④ 몇 달에 한 번 □ ⑤ 면회를 오지 않는다.
6 입원(소) 후, 일정기간 가족 및 외부와의 소통(예 : 편지나 전화 등)이 제한되거나 통제되는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?	□ ① 매우 불편하고 전혀 필요하지 않다. □ ② 불편하여 최소한의 범위에서 제한해야 한다. □ ③ 불편하지만 필요한 면이 있다. □ ④ 필요하다.
7 불편사항이 있을 경우 건의는 어떻게 하십니까?	□ ① 불편사항을 적어 인권함에 넣는다. □ ② 건의할 수 있는 기회가 정기적으로 있다. □ ③ 직원에게 직접 말한다. □ ④ 불편사항을 건의 할 수 없다.
8 건의한 내용들은 적절하게 반영되고 있습니까?	□ ① 적절하게 반영된다. □ ② 대체로 반영되는 편이다. □ ③ 별로 반영되지 않는다. □ ④ 전혀 반영되지 않는다.
프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권	
1 약물치료를 받기 전에 효과와 부작용에 대한 설명을 들었습니까?	□ ① 자세히 설명 들었다. □ ② 약물치료가 필요하다는 말은 들었지만 부작용에 대한 설명은 듣지 못했다. □ ③ 약물치료와 관련한 어떠한 설명도 듣지 못했다. □ ④ 기억나지 않는다.
2 약물치료를 받기 전에 약물 복용에 대한 설명을 누구에게 들었습니까?	□ ① 담당 의사 □ ② 간호사나 다른 치료진 □ ③ 설명 듣지 못했다.
3. 주간프로그램은 계획표에 따라 진행됩니까?	□ ① 매주 계획표에 따라 프로그램이 진행된다. □ ② 가끔 계획표와 다른 프로그램이 진행된다. □ ③ 항상 다른 프로그램이 진행된다. □ ④ 계획되어 있는 프로그램이 없다.
4. 정신의료기관(시설) 내 다양한 치료 프로그램을 포함하여 향후의 치료 과정에 대한 상세한 설명을 들었습니까?	□ ① 상세한 설명을 들었고, 내 의사를 존중하여 프로그램의 선택 할 수 있도록 하였다. □ ② 상세한 설명은 들었지만, 내 의사와 무관하게 무조건 참여하도록 강요받았다. □ ③ 대충 설명하고는 내 의사와 무관하게 무조건 참여하도록 강요받았다. □ ④ 전혀 어떠한 설명도 없이 내 의사와 무관하게 참여여부가 결정되었다.
5. 정신건강복지법으로 개정(2017년 5월)된 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스에 변화가 있다고 생각하십니까?	□ ① 과거보다 상당히 더 나빠졌다 □ ② 과거보다 약간 더 나빠졌다 □ ③ 과거와 비슷하다 □ ④ 과거보다 약간 더 좋아졌다 □ ⑤ 과거보다 상당히 더 좋아졌다

6. 정신건강복지법으로 개정(2017년 5월)된 후 정신장애인의 정신건강치료에 변화가 있다고 생각하십니까?	□ ① 과거보다 상당히 더 나빠졌다 □ ② 과거보다 약간 더 나빠졌다 □ ③ 과거와 비슷하다 □ ④ 과거보다 약간 더 좋아졌다 □ ⑤ 과거보다 상당히 더 좋아졌다
기타	
1. 정신질환으로 나, 가족 또는 이웃의 안전에 심각한 위험을 주는 사람의 경우 본인이 원하지 않더라도 입원(소)가 필요하다고 생각하십니까?	□ ① 예 □ ② 아니오 □ ③ 잘 모르겠다
2. 우리나라의 정신질환자/정신장애인에 대한 지원과 재정 투자는 현재 충분하다고 생각하십니까?	□ ① 매우 부족하다. □ ② 부족한 편이다. □ ③ 충분한 편이다. □ ④ 매우 충분하다.
3. 다음 중 정신질환 치료와 관련해 중요하다고 생각하는 가치는 무엇입니까? 가장 중요하다고 생각하는 **3가지** 가치를 선택해주십시오.	□ ① 자기결정권 □ ② 지역사회에 거주할 권리 □ ③ 개인의 인권 존중 □ ④ 정신건강 회복 □ ⑤ 독립적인 생활 □ ⑥ 나와 주변의 안전 □ ⑦ 행복한 삶 □ ⑧ 신체건강

【 서비스의 도움 정도 】

다음의 서비스들이 본인의 건강 회복에 얼마나 도움이 되었는지 그 정도를 표시 해주세요.
(이용 경험이 없는 서비스의 경우는, 맨 오른쪽 <이용경험없음>에 표시하시기 바랍니다.)

서비스	매우 도움됨	조금 도움됨	보통	별로 도움안됨	전혀 도움안됨	이용 경험없음
1. 정신의료기관 입원 치료						
2. 정신건강의학과 외래 치료						
3. 정신요양시설 입소						
4. 약물복용						
5. 담당의사와 상담						
6. 간호사와 상담						
7. 사회복지사와 상담						
8. 정신의료기관(시설)의 (재활) 치료 프로그램						
9. 정신건강복지센터 이용						
10. 재활센터, 사회복귀시설 등 이용						
11. 동료 환자들의 지지						
12. 가족의 지지						
13. 직업 활동 (취업)						
14. 종교 활동						
15. 국가(주민센터 등)의 복지 지원						

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【 서비스의 필요성 】

다음의 서비스가 본인에게 어느정도 필요한지 그 정도를 관련하여 현재와 비교해 앞으로 개선이나 확대가 필요한 정도에 대해 표시 해주세요.

문항	서비스	매우 필요함	필요함	보통임	필요없음	전혀 필요없음
1	정신의료기관에 입원하여 치료					
2	정신요양시설에 입소하여 장기간 보호					
3	공동생활가정(그룹홈 등)에 입소하여 독립적인 생활을 위한 훈련					
4	정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용					
5	스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육					
6	보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에서 여가활용, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈련					
7	직업을 가지기 위한 교육과 훈련					
8	간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육					
9	일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자					
10	취업알선(일자리를 소개받음)					
11	독립적인 주거인 지원주택을 통한 자립생활					
12	동료활동가를 통한 절차지원 서비스					
13	당사자에 대한 인권교육					
14	가족지원서비스					
15	정부의 복지 지원					

추가로 하고 싶은 말이나 의견이 있으면 쓰십시오.

<수고하셨습니다. 설문에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.>

[별첨 12] 재가 정신장애인 설문지

재가 정신장애인 대상 설문지

조사년/월/일	/ /	설문지번호					

【인구학적 특성】

1. 성별	□ ① 남 □ ② 여	2. 나이	_____ 년 _____월 생
3. 혼인상태	□ ① 미혼 □ ② 기혼 □ ③ 동거 □ ④ 이혼 □ ⑤ 별거 □ ⑥ 사별		
4. 함께 거주하는 사람	□ ① 없음 (혼자 살고있음) □ ② 부모 □ ③ 배우자(남편 또는 아내) □ ④ 조부모 □ ⑤ 형제자매 및 그 배우자 □ ⑥ 자녀 □ ⑦ 친척 □ ⑧ 기타 _____		
5. 교육정도	□ ① 무학 □ ② 초등학교 □ ③ 중학교 □ ④ 고등학교 □ ⑤ 전문대·대학교 □ ⑥ 대학원 이상		
6. 직업 활동 여부 (보호작업장 포함)	□ ① 예 *(6-1번 문항으로 이동)* □ ② 아니오 *(7번 문항으로 이동)*		
6-1. 근무형태	□ ① 정규직 □ ② 계약직 □ ③ 일용직 □ ④ 임시취업(정신재활시설 외부) □ ⑤ 보호작업(정신재활시설 내) □ ⑥ 자영업(가족의 사업장 보조근무 포함) □ ⑦ 기타 _____		
6-2. 근무직종	□ ① 전문직 □ ② 준전문직 □ ③ 사무직 □ ④ 서비스직 □ ⑤ 판매직 □ ⑥ 농/어/임/축산직 □ ⑦ 기능직 □ ⑧ 기계조작 및 운전 □ ⑨ 단순노무직 □ ⑩ 기타 _____		
6-3. 평균 월급 수준	_____ 만원		
6-4. 주 평균 근무시간	_____ 시간		
7. 월 생활비 수준	□ ① 10만원 이하 □ ② 10이상~20만원미만 □ ③ 20이상~30만원미만 □ ④ 30이상~40만원미만 □ ⑤ 40이상~50만원미만 □ ⑥ 40만원 이상		
8. 거주 지역	□ ① 서울 □ ② 부산 □ ③ 대구 □ ④ 인천 □ ⑤ 광주 □ ⑥ 대전 □ ⑦ 울산 □ ⑧ 경기 □ ⑨ 강원 □ ⑩ 충북 □ ⑪ 충남 □ ⑫ 세종 □ ⑬ 전북 □ ⑭ 전남 □ ⑮ 경북 □ ⑯ 경남 □ ⑰ 제주		
8-1 도시 형태	□ ① 대도시 □ ② 중소도시 □ ③ 농어촌 - 대도시 : 특별시, 광역시의 "구"(도농복합군 포함) / 중소도시 : 도의 "시" / 농어촌 : 도의 "군" - 세종특별자치시는 중소도시 기준 적용		
9. 주거 형태	□ ① 자가 □ ② 친척집 □ ③ 거주시설(그룹홈 등)		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

10. 낮에 주로 하는 활동 *(하나만 선택)*	□ ① 집에서 TV, 독서 등 □ ② 컴퓨터 사용, 인터넷 게임 등 □ ③ 빨래, 청소, 주방일 등 가사노동 □ ④ 교회, 성당, 절 등에서 종교활동 □ ⑤ 정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지관 이용 □ ⑥ 직업활동(직장에 나감, 구직활동) □ ⑦ 학습(평생교육원, 사설학원 교육수강 등) □ ⑧ 외부에서 여가활동(문화활동, 공연관람, 스포츠활동 등)

【사회보장제도 이용현황】

1. 국민연금에 가입하고 있습니까?	□ ① 가입하고 있다 □ ② 가입하지 않고 있다 □ ③ 모른다
2. 귀하의 의료보장형태는 어떻습니까?	□ ① 건강보험 □ ② 의료급여 1종 □ ③ 의료급여 2종 □ ④ 차상위
3. 국민기초생활보장수급권자 이십니까?	□ ① 그렇다 □ ② 아니다 □ ③ 모른다
4. 장애인 연금을 받고 계십니까?	□ ① 그렇다 □ ② 아니다 □ ③ 모른다
5. 사회복지서비스에 관한 정보를 제공받거나 교육받은 적이 있습니까?	□ ① 그렇다 □ ② 아니다 □ ③ 모른다

【정신질환이나 장애, 치료 및 재활서비스접근장애요인】

1. 귀하의 진단명은?		
□ ① 조현병 □ ② 우울증 □ ③ 조울증 □ ④ 조현정동장애 □ ⑤ 기타 _____		
	1-1. 정신적인 문제로 처음 정신건강의학과에서 진단을 받은 나이(발병 나이)	만 _____ 세
	1-2. 발병 이후 정신의료기관에 입원한 횟수와 기간	총입원회수 : (총_____회) 총입원기간 : (총_____년_____개월) 첫 번째 : (총_____년_____개월) 두 번째 : (총_____년_____개월) 세 번째 : (총_____년_____개월)
	1-3. 스스로 입원이 필요하여 자의입원한 횟수	_____ 회
	1-4. 가장 최근에 퇴원한 일시	_____년 _____월

	1-5. 주로 입원을 권유한 사람	□ ① 본인 □ ② 부모(주보호자) □ ③ 배우자 □ ④ 형제/자매 □ ⑤ 그밖의 친인척 □ ⑥ 자녀 □ ⑦ 이웃 □ ⑧ 친구 □ ⑨ 동사무소 사회복지담당공무원 □ ⑩ 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 직 □ ⑪ 기타 _____
	1-6. 입원할 경우 본인의 동의 여부	□ ① 항상 동의를 구하였음 □ ② 대부분 동의를 구하였음 □ ③ 반반이었음 □ ④ 거의 동의를 구하지 않았음 □ ⑤ 항상 동의를 구하지 않았음
	1-7. 퇴원은 누구의 결정에 근거해 이루어졌나요?	□ ① 본인 □ ② 부모(주보호자) □ ③ 배우자 □ ④ 형제/자매 □ ⑤ 자녀 □ ⑥ 그 밖의 친인척 □ ⑦ 정신건강의학과 의사 □ ⑧ 심판위원회의 퇴원결정(퇴원명령) □ ⑨ 기타 _____

2. 퇴원 시 지역사회 이용시설, 거주시설, 직업재활 기관 등에 대한 소개나 연계를 받았습니까?

□ ① 예 □ ② 아니오

3. 다음은 **현재** 어떤 치료와 재활서비스를 이용하고 있는지에 대한 질문입니다. 각 문항별로 응답해 주십시오.

	3-1. 정기적으로 정신건강의학과 병·의원을 방문하여 의사와 상담하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	3-2. 의사가 처방한 정신건강의학과 약물을 꾸준히 복용하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	3-3. 정기적으로 보건소 · 정신건강복지센터 · 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	3-4. 보건소 또는 정신건강복지센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	3-5. 복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	3-6. 동료지원서비스를 이용하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오

4. 주치의의 정기적 상담 및 치료를 받고 있습니까?

□ ① 예 ***(4-1번 문항으로 이동)*** □ ② 아니오 ***(4-3번 문항으로 이동)***

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	4-1 주치의와 정기적 상담이 어느 정도의 빈도로 이루어지고 있습니까?	□ ① 1주일에 1회 □ ② 2주일에 1회 □ ③ 3주일에 1회 □ ④ 1개월에 1회 □ ⑤ 2개월에 1회 □ ⑥ 2개월 이상
*4번의 응답이 **①예** 일 때만 답하십시오*	**4-2** 현재 본인이 입원, 주치의와 정기적 상담, 처방된 약물복용 등 정신과 치료를 받는 데 있어 불편한 점이 있거나 있었다면 가장 심각한 것은 다음 중 무엇입니까? 가장 중요하다고 생각했던 것 **3가지**를 표시해 주세요. □ ① 가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하다 □ ② 치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다 □ ③ 정신과 약을 복용하면 나타나는 부작용 때문에 괴롭다 □ ④ 정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫다 □ ⑤ 치료비용이 너무 부담스럽다(외래치료비용, 교통비 등) □ ⑥ 치료진(의사, 간호사 등)이 정신질환에 대해 충분한 정보를 제공해 주지 않는다 □ ⑦ 치료에 대해 스스로 결정할 수 없고 가족이나 의사의 결정에 따라야만 한다 □ ⑧ 가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다 □ ⑨ 치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자를 무시하거나 권리를 침해한다 □ ⑩ 강제적으로 입원당할까 두렵다 □ ⑪ 치료시설의 환경이 너무 불결하거나 비위생적이며, 불편하다 □ ⑫ 기타 :_____	
*4번의 응답이 **②아니오** 일 때만 답하십시오.*	**4-3** 현재 본인이 입원, 주치의와 정기적 상담, 처방된 약물복용 등 정신건강의학과 치료를 받고 있지 않다면 가장 주된 이유는 무엇입니까? 가장 중요하다고 생각했던 것 **3가지**를 표시해 주세요. □ ① 정신의료서비스의 수준과 내용이 불만족스럽기 때문에 □ ② 스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에 □ ③ 정신과치료보다 더 도움이 되는 방법을 이용하고 있기 때문에 (예: 민간요법, 기도 등의 종교적 방법, 취미활동 등) □ ④ 가족이 치료에 대해 반대하거나 무관심하기 때문에 □ ⑤ 정신질환자로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에(차별, 낙인, 편견 등) □ ⑥ 치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에 □ ⑦ 정신과 약을 복용하면 부작용이 나타나기 때문에 □ ⑧ 치료비용이 부담스러워서(외래치료비용, 교통비 등) □ ⑨ 정신질환이 완전히 치료되었기 때문에(증상이 사라졌기 때문에) □ ⑩ 가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵기 때문에 □ ⑪ 치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자를 존중하지 않거나 인권을 침해하기 때문에 □ ⑫ 기타 :_____	
5. 현재 본인은 보건소·정신건강복지센터·정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 정기적으로 서비스를 받고 있습니까? (주 1회 이하의 가정방문 서비스만 제공받고 있다면 ②아니오에 체크하시고 5-7번으로 가세요)		
□ ① 예 ***(5-1번 문항으로 이동)*** □ ② 아니오 ***(5-7번 문항으로 이동)***		

5-1 현재 본인은 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 제공하는 서비스에 얼마나 자주 참여하고 있습니까?

□ ① 주 1회 □ ② 주 2회 □ ③ 주 3회
□ ④ 주 4회 □ ⑤ 주 5회 이상

5-2 현재 본인은 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 제공하는 다음 서비스 중 이용 여부와 만족도는 어떠한가요?

사회기술훈련 : 대인관계교육, 사회현장훈련 등 의미함
정신건강관리 : 상담, 약물, 증상관리교육 등 의미함
여가활용훈련 : 주말활동, 취미활동 등 의미함

*5번의 응답이 **④예** 일 때만 답하십시오.*

서비스 유형	이용여부	만족도
직업재활훈련	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족
사회기술훈련	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족
정신건강관리	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족
여가활용훈련	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족
주거서비스	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족
자조모임활동	□ ① 이용 □ ② 미이용	□ ① 매우만족 □ ② 만족 □ ③ 보통 □ ④ 불만족 □ ⑤ 매우 불만족

5-3 귀하가 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 제공하는 정신재활서비스를 이용하는데 있어 불편한 점이 있다면 가장 심각한 것은 무엇입니까? 가장 중요하다고 생각하는 **3가지**를 표시해 주세요.

□ ① 재활서비스 기관을 이용하는데 대해 보호자가 반대하거나 도와주지 않는다
□ ② 재활서비스를 이용했지만 실질적으로 도움이 안 된다
□ ③ 재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다
□ ④ 재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다
□ ⑤ 재활서비스기관을 이용하는데 있어 비용이 많이 든다
□ ⑥ 재활서비스기관을 이용하다 정신질환자로 알려질까 두렵다
□ ⑦ 재활서비스기관은 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길다
□ ⑧ 직원이 전문적이지 않거나 불친절하다
□ ⑨ 재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않는다
□ ⑩ 재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하다
□ ⑪ 재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않아 불편하다
□ ⑫ 정신과 증상이나 장애 때문에 재활서비스기관에 나오기 어렵다
□ ⑬ 기타 : _____

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	5-4 지금 이용하고 있는 시설 (정신건강복지센터 혹은 정신재활시설)에 입소 혹은 이용한 기간은?	_____년 _____개월
	5-5 시설(정신건강복지센터 혹은 정신재활시설)을 이용하기 전에 정신의료기관에 입원한 회수와 기간은?	_____회, 총_____개월
	5-6 시설(정신건강복지센터 혹은 정신재활시설)을 이용하고 난 후 정신의료기관에 입원한 회수와 기간은?	_____회, 총_____개월

5-7 귀하가 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 정기적으로 정신재활서비스를 이용하고 있지 않는다면 가장 주된 이유는 무엇인가요? 가장 중요하다고 생각했던 것 **3가지**를 표시해 주세요.

□ ① 재활서비스 기관을 이용하려 해도 보호자가 반대하거나 도와주지 않기 때문에
□ ② 재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에
□ ③ 재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에
□ ④ 재활서비스 기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하기 때문에
□ ⑤ 이용하려면 비용이 많이 들기 때문에
□ ⑥ 정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에
□ ⑦ 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길기 때문에
□ ⑧ 직원이 전문적이지 않거나 불친절하기 때문에
□ ⑨ 재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않기 때문에
□ ⑩ 재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하기 때문에
□ ⑪ 스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에(재활에 도움이 되는 더 좋은 방법이 있다)
□ ⑫ 과거에 이용해 보았지만 재활서비스가 그다지 도움이 되지 않았기 때문에
□ ⑬ 재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않기 때문에
□ ⑭ 정신과 증상이나 장애 때문에 이용하기 어렵다
□ ⑮ 기타 : _____

6. 다음은 치료 및 재활서비스에 대한 질문입니다. 다음의 서비스가 자신에게 어느 정도 필요하다고 느끼시는지 응답해 주십시오.

문항	서비스	매우 필요함	필요함	보통임	필요없음	전혀 필요없음
1	정신의료기관에 입원하여 치료					
2	정신요양시설에 입소하여 장기간 보호					
3	공동생활가정(그룹홈 등)에 입소하여 독립적인 생활을 위한 훈련					
4	정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용					

5	스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육					
6	보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에서 여가활용, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈련					
7	직업을 가지기 위한 교육과 훈련					
8	간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육					
9	일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자					
10	취업알선(일자리를 소개받음)					
11	독립적인 주거인 지원주택을 통한 자립생활					
12	동료활동가를 통한 절차지원 서비스					
13	당사자에 대한 인권교육					

【장애인 복지 제도 이용관련】

<table>
<tr><td colspan="3">1. 귀하는 장애등록을 하셨나요?</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ ① 했다 (1-1번 문항으로 이동) ☐ ② 하지 않았다 (1-3번 문항으로 이동)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1번 응답이 ①했다 일 때만 답하십시오.</td><td>1-1 장애등록을 하였다면 어떤 과정을 통해서 하셨습니까?</td><td>☐ ① 가족의 권유로 ☐ ② 본인의 판단으로
☐ ③ 기관(정신의료기관, 정신건강복지센터 등)의 권유로
☐ ④ 기타</td></tr>
<tr><td colspan="2">1-2 귀하가 장애등록을 하였다면 어떤 혜택을 받기 위하여 입니까? 가장 중요하다고 생각했던 것 3가지를 표시해 주세요.</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ ① 장애수당과 같은 금전적인 혜택
☐ ② 장애인 의무 고용의 혜택
☐ ③ 국민기초생활수급권자가 되기 위하여
☐ ④ 의료급여 혜택을 받기 위하여
☐ ⑤ 교통시설 이용시 할인 또는 면제 혜택
☐ ⑥ 공공시설(박물과, 고궁 등) 이용시 면제 혜택
☐ ⑦ 세제혜택
☐ ⑧ 임대주택 입주시 혜택
☐ ⑨ 기타</td></tr>
</table>

*1번 응답이 **②하지 않았다.** 일 때만 답하십시오.*	**1-3** 장애등록을 하지 않았다면 가장 주된 이유는 무엇입니까? □ ① 정신질환이 나을거라고 생각해서 □ ② 주치의가 장애진단을 내려주지 않아서 □ ③ 생활하는데 불편함이 없어서 □ ④ 정신장애인임을 알리기 싫어서 □ ⑤ 장애인이라고 생각하지 않아서 □ ⑥ 등록과정이 번거로워서 □ ⑦ 등록비용 때문에 □ ⑧ 등록해도 소용이 없을 것 같아서 □ ⑨ 등록 절차와 방법을 몰라서 □ ⑩ 가족의 반대로 □ ⑪ 장애등록제도에 대해서 알지 못해서 □ ⑫ 기타

【지역사회의 지지, 증상, 기능, 편견인식, 인권침해경험】

1. 귀하는 일상생활에서 어려움이 생겼을 때 어떻게 하십니까? (하나만 선택)

□ ① 가족들(배우자, 자녀)에게 도움을 구한다
□ ② 친구, 친척, 이웃들과 상의한다
□ ③ 전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 상담가 등)에게 도움을 청한다
□ ④ 성직자(목사, 신부 등)에게 도움을 청한다
□ ⑤ TV, 신문, 인터넷 등 정보망을 이용하여 해결한다
□ ⑥ 혼자서 해결한다
□ ⑦ 기타 _____

2. 다음은 일상생활에서 어려움을 느낄 수 있는 영역이나 문제에 대한 목록입니다. 각 문장을 읽고 자신이 지난 한달 동안 경험했던 어려움의 정도를 표시하세요.

문항	구 분	전혀 어려움 없음	약간 어려움	보통임	매우 어려움	극히 어려움
1	식사 준비 및 설거지					
2	개인 위생관리(세면, 목욕 , 옷 입기 등)					
3	청소 및 정리정돈하기					
4	빨래하기					
5	담배불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리하기					
6	필요한 물건사기					
7	금전관리하기					
8	정신과 약 챙겨먹기					
9	신체건강 관리하기					
10	가족과 좋은 관계 유지하기					
11	가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지하기					
12	다른 사람 돌보기					

문항	구 분	전혀 어려움 없음	약간 어려움	보통임	매우 어려움	극히 어려움
13	여가시간 적절하게 보내기					
14	전화기 사용하기					
15	대중교통수단 이용하여 외출하기					
16	애완동물 돌보기					
17	감정표현하기					
18	다른 사람과 대화하기					
19	주요 일상 스트레스에 적응하기					
20	고립감 또는 외로움					
21	우울 및 무기력감					
22	변덕스러운 기분, 불안정한 기분					
23	화, 분노의 폭발 등을 조절하기					
24	혼동을 일으키거나 비현실적인 사고나 신념					
25	환청이나 환시					
26	들떠 있거나 이상한 행동					

3. 본인이 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도움을 준 사람은 누구라고 생각하십니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

□ ① 어머니 □ ② 아버지 □ ③ 형제/자매
□ ④ 배우자 □ ⑤ 정신건강의학과 의사 □ ⑥ 사회복지사
□ ⑦ 간호사 □ ⑧ 그 외 전문인력 (작업치료사, 임상심리사) □ ⑨ 환우/입원동료
□ ⑩ 종교인 □ ⑪ 없음 □ ⑫ 기타 _____

4. 본인이 정신장애로부터 회복하고 지역사회에서 살아가는데 방해한 사람은 누구라고 생각하십니까? 최대 2명까지 선택해 주시기 바랍니다.

□ ① 어머니 □ ② 아버지 □ ③ 형제/자매
□ ④ 배우자 □ ⑤ 정신건강의학과 의사 □ ⑥ 사회복지사
□ ⑦ 간호사 □ ⑧ 그 외 전문인력 (작업치료사, 임상심리사) □ ⑨ 환우/입원동료
□ ⑩ 종교 □ ⑪ 없음 □ ⑫ 기타 _____

5. 집에 전문가(공무원 또는 정신건강전문가)가 방문한 적이 있습니까?

□ ① 방문한 적이 있다 *(5-1번 문항으로 이동)* □ ② 방문한 적이 없다 *(6번 문항으로 이동)*

*5번의 응답이 **④방문한 적이 있다** 일 때만 답하십시오*	**5-1** 방문한 이유는 무엇입니까?	□ ① 욕구조사, 사례관리 등을 포함하는 복지서비스 제공 □ ② 본인이나 가족의 요청에 의해 □ ③ 정신의료기관이나 시설 입원이나 이동을 위해 □ ④ 지역주민의 항의로 인해 □ ⑤ 기타 _____

국가인권위원회
humanrights.go.kr

6. 집에 경찰이 방문한 적이 있습니까?

□ ① 방문한 적이 있다 *(6-1번 문항으로 이동)* □ ② 방문한 적이 없다 *(7번 문항으로 이동)*

*6번의 응답이 **④방문한 적이 있다** 일 때만 답하십시오*	**6-1** 경찰 방문은 누가 요청하였습니까?	□ ① 본인 □ ② 가족 □ ③ 이웃 □ ④ 기타 (_____)
	6-2 방문한 경찰이 본인에게 어느 정도의 물리적 제압을 하였나요?	□ ① 전혀 물리력을 행사하지 않았다 □ ② 설득하여 정신의료기관으로 이송하였다 □ ③ 강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다 □ ④ 수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다

7. 집에 사설이송단이 방문한 적이 있습니까?

□ ① 방문한 적이 있다 ***(7-1번 문항으로 이동)*** □ ② 방문한 적이 없다 ***(8번 문항으로 이동)***

*7번의 응답이 **④방문한 적이 있다** 일 때만 답하십시오*	**7-1** 사설이송단 방문은 누가 요청하였습니까?	□ ① 본인 □ ② 가족 □ ③ 이웃 □ ④ 기타 (_____)
	7-2 방문한 사설이송단이 당사자에게 어느 정도의 물리적 제압을 하였나요?	□ ① 전혀 물리력을 행사하지 않았다 □ ② 설득하여 정신의료기관으로 이송하였다 □ ③ 강압적으로 정신의료기관으로 이송하였다 □ ④ 수갑을 채워서 정신의료기관으로 이송하였다

8. 지난 6개월간 가족과 함께 생활하는 동안 가족으로부터 괴롭힘이나 폭력을 당한 적이 있습니까?

문항	폭력의 유형	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1~2회)	없었다
1	언어 및 정서적 학대(욕설, 비난, 위협, 무시 등)			
2	신체적 폭력(신체적 힘을 가하는 일체의 행위)			
3	성희롱, 성적 폭력			
4	방임 및 유기			
5	경제적 폭력			
6	종교적 폭력/강요			
7	기타 ( )			

- 언어 및 정서적 학대는 말이나 행동으로 상대방을 무시 및 지속적으로 괴롭히는 것은 물론 감시도 포함됩니다.
- 신체적 폭력은 학대 등 신체적인 상해를 입하는 것을 의미합니다.
- 성희롱, 성적 폭력은 동성/이성 간 성행위를 포함하는 성교의 강요, 성적학대 등을 포함합니다.
- 방임 및 유기는 기본적으로 제공하여야 할 것을 제공하지 않고 방치된 상태, 보호받지 못하고 버림받는 등의 행위 등을 포함합니다.
- 경제적 폭력은 생활비 무제공, 집안의 재산을 동의 없이 사용하는 행위, 논의 없이 보증을 서는 행위 등을 포함합니다.
- 종교적 폭력/강요는 종교를 믿으라고 강요하거나, 자신이 믿지 않는 종교 시설에 본인의 의지에 상관없이 데리고 가는 것을 의미합니다.

	8-1 주로 폭력을 행하는 사람은 누구인가요?	□ ① 부모 □ ② 배우자 □ ③ 형제 및 형제의 배우자 □ ④ 조부모 □ ⑤ 자녀 □ ⑥ 손자녀 □ ⑦ 기타 _____

9. 지난 6개월간 <u>가족 이외의 사람</u>으로부터 폭력을 당한 적이 있습니까?

문항	폭력의 유형	자주 있었다 (월 1회 이상)	가끔 있었다 (6개월간 1~2회)	없었다
1	언어 및 정서적 학대(욕설, 비난, 위협, 무시 등)			
2	신체적 폭력(신체적 힘을 가하는 일체의 행위)			
3	성희롱, 성적 폭력			
4	방임 및 유기			
5	경제적 폭력			
6	종교적 폭력/강요			
7	기타 ( )			

9-1 가족 이외에 누구로부터 폭력을 당하셨습니까?	□ ① 이웃주민 □ ② 공무원 □ ③ 친구 □ ④ 직장동료나 상사 □ ⑤ 정신의료기관의 의료전문가 □ ⑥ 정신건강기관(보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설 등)의 직원 □ ⑦ 정신의료기관이나 정신건강기관을 이용하는 다른 정신장애인 □ ⑧ 기타(_____)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

10. 귀하를 위해 다음 각 영역에 있어 정부의 서비스나 지원이 어느 정도 필요한지 응답해 주십시오.

문항	서비스	매우 필요함	필요함	보통임	필요 없음	전혀 필요없음
1	정신장애인이 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용의 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)					
2	정신장애인이 지역사회에서 생활하고 취업하는데 필요한 행동방법이나 문제해결에 대한 지속적인 지도 및 교육					
3	정신장애인이 지역사회에서 취업할 수 있는 기회의 확대					
4	신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원					
5	정신장애인이 정규교육과정에서 학습하는데 필요한 지원 (입학특별전형, 졸업관련 규정완화, 교육비 지원 등)					
6	정신장애인의 공공임대주택 입주에 대한 기회확대 및 주거비용지원					
7	정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동 (각종 홍보, 정신장애인인권보호에 대한 교육, 차별법률개정 등)					
8	정신장애인과 가족을 위한 법률상담과 옹호서비스					
9	정신장애인의 재산관리나 법률행위에 대한 후견(성년후견)제도					
10	정신장애인을 위한 성상담 및 결혼상담					
11	정신장애인의 출산을 위한 정보제공과 지원서비스					
12	정신장애인이 출산한 자녀에 대한 양육지원서비스					
13	정신장애인 동료지원서비스					
14	정신장애인 및 정신장애인가족을 위한 자조집단 지원확대(정신장애인권익옹호단체, 정신건강가족협회 등에 대한 지원)					
15	정신장애인에게 서비스를 선택할 수 있는 기회 확대(어느 기관에서나 이용할 수 있는 서비스 이용증서 제공)					

11. 귀하는 다음 중 어떤 형태의 생활을 더 선호하십니까?

□ ① 가족과 함께 생활
□ ② 지역의 공동생활가정(그룹홈 등)에서 생활
□ ③ 정신요양시설에서 생활
□ ④ 정신의료기관에서 생활
□ ⑤ 지역사회에서 가족과 떨어져 독립적 생활
□ ⑥ 기타 (_____)

12. 귀하가 실제 정신질환으로 인해 다음과 같은 불이익이나 차별을 경험하였는지 응답해 주십시오.

문항	차별 영역	차별 받았음	차별 없었음
1	의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약품, 시설, 불합리한 입원제도)		
2	사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애영역과 차별)		
3	취업에 있어서 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)		
4	학교, 직장, 단체 등 대인관계에서의 차별		
5	교육에 있어서 차별(진학기회, 학습편의제공 부족 등)		
6	운전면허 취득에서 차별(면허취득제한, 면허취소 등)		
7	각종 자격증 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)		
8	민간보험가입에서의 차별(가입거부나 제한)		
9	각종 서비스 이용에서의 차별(이용거부나 제한)		
10	공공 시설물 이용에서의 차별(이용거부나 제한)		
11	대중교통 이용에서의 차별(승차거부 등)		
12	정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)		
13	문화, 예술, 체육활동의 차별(공연 및 전시, 관람)		
14	공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별		
15	투표권 행사, 피선거권(선출직 공직에 입후보)에서의 차별		
16	연애, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별		

13. 정신건강복지법으로 개정(2017년 5월)된 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

14. 정신건강복지법으로 개정(2017년 5월)된 후 정신장애인의 정신건강치료에 변화가 있다고 생각하십니까?

□ ① 과거보다 상당히 나빠졌다
□ ② 과거보다 약간 나빠졌다
□ ③ 과거와 비슷하다
□ ④ 과거보다 약간 좋아졌다
□ ⑤ 과거보다 상당히 좋아졌다

추가로 하고 싶은 말이나 의견이 있으면 쓰십시오.

설문참여에 대한 감사의 뜻으로 모바일 상품권 증정을 위해 귀하의 핸드폰 번호를 입력해주시기 바랍니다.

[별첨 14] 정신장애인 가족 대상 설문지

정신장애인 가족 설문지

조사년/월/일	/ /	설문지번호					

【인구학적 특성】

1. 성별	□ ① 남 □ ② 여	2. 나이	_____ 년 _____월 생
3. 혼인 상태	□ ① 미혼 □ ② 기혼 □ ③ 동거 □ ④ 이혼 □ ⑤ 별거 □ ⑥ 사별		
4. 교육정도	□ ① 무학 □ ② 초등학교 □ ③ 중학교 □ ④ 고등학교 □ ⑤ 전문대·대학교 □ ⑥ 대학원 이상		
5. 가족 전체 월 소득 수준	□ ① 100만원 이하 □ ② 100이상~200만원미만 □ ③ 200이상~300만원미만 □ ④ 300이상~400만원미만 □ ⑤ 400이상~500만원미만 □ ⑥ 500만원 이상		
6. 거주 지역	□ ① 서울 □ ② 부산 □ ③ 대구 □ ④ 인천 □ ⑤ 광주 □ ⑥ 대전 □ ⑦ 울산 □ ⑧ 경기 □ ⑨ 강원 □ ⑩ 충북 □ ⑪ 충남 □ ⑫ 세종 □ ⑬ 전북 □ ⑭ 전남 □ ⑮ 경북 □ ⑯ 경남 □ ⑰ 제주		
7. 주거 상태	□ ① 자가 □ ② 전세 □ ③ 월세 □ ④ 사글세 □ ⑤ 임대주택 □ ⑥ 친척집 □ ⑦ 기타 _____		
8. 정신장애인과의 관계	□ ① 부모 □ ② 배우자(남편 또는 아내) □ ③ 형제자매 □ ④ 조부모 □ ⑤ 자녀 □ ⑥ 친척 □ ⑦ 기타 _____		
9. 주로 정신장애인을 돌보거나 도와주는 사람	□ ① 부모 □ ② 배우자(남편 또는 아내) □ ③ 형제자매 □ ④ 조부모 □ ⑤ 자녀 □ ⑥ 친척 □ ⑦ 기타 _____		
10. 돌보는 정신장애인의 치료 및 보호에 필요한 비용	치료비용: 월 평균 ( ) 만원 용 돈: 월 평균 ( ) 만원		
10-1. 소득 중 정신장애인의 치료비와 용돈에 들어가는 금액의 부담	□ ① 매우 부담된다 □ ② 다소 부담된다 □ ③ 보통이다 □ ④ 부담되지 않는다 □ ⑤ 전혀 부담되지 않는다		
11. 가구	□ ① 일반 수급가구 □ ② 조건부 수급가구 □ ③ 국가유공자 □ ④ 해당 없음		
12. 의료보장 유형	□ ① 의료급여 1종 □ ② 의료급여 2종 □ ③ 건강보험 □ ④ 없음		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【정신장애인 가족원의 치료, 일상생활, 서비스】

1. 현재 돌보고있는 가족은 어떤 형태의 서비스를 받고 있습니까? 각 문항에 응답해 주십시오.

문항	서비스	예	아니오
1	현재 정기적으로 정신과병의원을 방문하여 의사와 상담하고 있다.		
2	현재 의사가 처방한 정신과 약물을 꾸준히 복용하고 있다.		
3	현재 정기적으로 보건소 . 정신건강복지센터 . 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있다		
4	현재 보건소 또는 정신건강복지센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다.		
5	현재 복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다.		
6	현재 동료지원 서비스를 이용하고 있다.		

2. 지난 1년 동안 돌보고있는 가족의 치료는 어떻게 진행되었나요?

	2-1. 정기적으로 정신건강의학과 병·의원을 방문하여 의사와 상담하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	2-2. 의사가 처방한 정신건강의학과 약물을 꾸준히 복용하고 있다.	□ ①예	□ ② 아니오
	2-3. 정기적으로 보건소 · 정신건강복지센터 · 정신재활시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	2-4. 보건소 또는 정신건강복지센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	2-5. 복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오
	2-6. 동료지원서비스를 이용하고 있다.	□ ① 예	□ ② 아니오

3. 현재 돌보고있는 가족은 주치의와 정기적 상담 및 치료를 받고 있습니까?

□ ① 예 ***(3-1번 문항으로 이동)*** □ ② 아니오 ***(3-2번 문항으로 이동)***

3 번 의 응답이 ***①예*** *일 때만 답하십시오*

3-1. 현재 돌보고있는 가족이 입원, 주치의와 정기적 상담, 처방된 약물복용 등 정신과 치료를 받는데 있어 가장 불편한 점은 무엇인가요? 해당되는 불편한 점 **3가지를** 선택하여 주시기 바랍니다.

□ ① 정신질환이 있는 본인이 치료를 거부하거나 반대한다(입원, 약복용에 환자가 비협조적)
□ ② 치료를 받아도 병이 잘 낫지 않아 치료를 계속해야 할지 의문이다
□ ③ 정신과 약을 복용하면 부작용이 심하다
□ ④ 가족 중에 정신장애인이 있다는 사실이 알려질까 두렵다
□ ⑤ 치료비용이 너무 부담스럽다(외래치료비용, 교통비 등)
□ ⑥ 치료진(의사, 간호사 등)이 가족의 치료경과에 대해 충분히 설명해 주지 않는다
□ ⑦ 가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵다
□ ⑧ 치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자와 가족을 무시하거나 권리를 침해한다
□ ⑨ 치료시설의 환경이 너무 불결하거나 비위생적이며, 불편하다
□ ⑩ 치료 과정이 강압적이고 비인권적이다.
□ ⑪ 기타 : _____

*3번의 응답이 **②아니오** 일 때만 답하십시오.*	**3-2.** 현재 돌보고있는 가족이 입원, 주치의와 정기적 상담, 처방된 약물복용 등 정신과 치료가 필요하지만 받고 있지 않는다면 가장 주된 이유는 무엇입니까? 해당되는 이유 **3가지를** 선택하여 주시기 바랍니다. □ ① 정신질환이 있다고 생각하지 않기 때문에 □ ② 스스로 노력하면 충분히 극복할 수 있다고 믿기 때문에 □ ③ 정신과치료보다 더 도움이 되는 방법을 이용하고 있기 때문에 (예: 민간요법, 기도. 굿 등의 종교적 방법, 취미활동 등) □ ④ 치료를 거부하기 때문에 □ ⑤ 정신장애인으로 인식되거나 알려지는 것이 싫기 때문에 □ ⑥ 치료를 받았지만 병이 잘 낫지 않기 때문에 □ ⑦ 정신과 약을 복용하면 부작용이 나타나기 때문에 □ ⑧ 치료비용이 부담스러워서(외래치료비용, 교통비 등) □ ⑨ 정신질환이 완전히 치료되었기 때문에(증상이 사라졌기 때문에) □ ⑩ 가까운 곳에 치료기관이 없거나 치료기관까지 이동하기가 어렵기 때문에 □ ⑪ 치료진(의사, 간호사, 보호사 등)이 환자를 존중하지 않거나 인권을 침해하기 때문에 □ ⑫ 기타 : _____
4. 현재 돌보고있는 정신장애인은 보건소・정신건강복지센터・정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하며 정기적으로 서비스를 받고 있습니까? (주 1회 이하의 가정방문 서비스만 제공받고 있다면 ②아니오에 체크하시고 4-2번으로 가세요)	
□ ① 예 ***(4-1번 문항으로 이동)***	□ ② 아니오 ***(4-2번 문항으로 이동)***
	4-1. 현재 돌보고있는 가족이 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 정신재활서비스를 이용하는데 있어 불편한 점이 있다면 가장 심각한 것은 무엇인가요? 해당되는 불편한 점 **3가지를** 선택하여 주시기 바랍니다. □ ① 재활서비스 기관을 이용하는데 대해 정신장애인 가족본인이 반대하거나 비협조적이다 □ ② 재활서비스를 이용하고는 있지만 실질적으로 도움이 되지 않는다 □ ③ 재활서비스에 대해 충분한 정보를 얻기 어렵다 □ ④ 재활서비스기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하다 □ ⑤ 재활서비스기관을 이용하는데 있어 너무 많은 비용이 든다 □ ⑥ 재활서비스기관을 이용하는 동안 주위사람들에게 정신장애인임이 알려질까 두렵다 □ ⑦ 재활서비스기관은 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길다 □ ⑧ 직원이 전문적이지 않거나 불친절하다 □ ⑨ 재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않는다 □ ⑩ 재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하다 □ ⑪ 재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않아 불편하다 □ ⑫ 정신과 증상이나 장애 때문에 재활서비스기관을 이용하기 어렵다 □ ⑬ 기타 : _____
	4-2. 보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에 주 1회 이상 출석하여 정기적으로 정신재활서비스를 이용하지 않는다면 가장 주된 이유는 무엇인가요? 해당되는 이유 **3가지를** 선택하여 주시기 바랍니다. □ ① 재활서비스 기관을 이용하려 해도 정신장애인 가족본인이 반대하거나 도와주지 않기 때문에 □ ② 재활서비스의 필요성에 대해 잘 알지 못하기 때문에 □ ③ 재활서비스 기관이 어디 있는지 잘 알지 못하기 때문에 □ ④ 재활서비스 기관이 너무 멀리 있거나 교통이 불편하기 때문에 □ ⑤ 이용하려면 비용이 많이 들기 때문에

국가인권위원회
humanrights.go.kr

□ ⑥ 정신질환자로 알려지는 것이 싫기 때문에
□ ⑦ 이용절차가 복잡하거나 대기시간이 길기 때문에
□ ⑧ 직원이 전문적이지 않거나 불친절하기 때문에
□ ⑨ 재활서비스기관의 직원이 정신장애인의 권리를 존중하지 않기 때문에
□ ⑩ 재활서비스기관의 시설환경이 나쁘거나 불편하기 때문에
□ ⑪ 스스로의 노력으로 재활할 수 있기 때문에(재활에 도움이 되는 더 좋은 방법이 있다)
□ ⑫ 과거에 이용해 보았지만 재활서비스가 그다지 도움이 되지 않았기 때문에
□ ⑬ 재활서비스기관의 재활프로그램이 다양하지 않기 때문에
□ ⑭ 정신과 증상이나 장애 때문에 이용하기 어렵다
□ ⑮ 기타 : _____

5. 현재 돌보고 있는 가족의 건강상태나 기능을 고려할 때 가족 본인에게 다음 서비스가 어느 정도 필요한지 응답해 주세요.

문항	서비스	매우 필요함	필요함	필요없음	전혀 필요없음
1	정신의료기관에 입원하여 치료				
2	정신요양시설에 입소하여 장기간 보호				
3	공동생활가정(그룹홈 등)에 입소하여 독립적인 생활을 위한 훈련				
4	정기적으로 정신의료기관을 찾아 의사와 상담하고 처방된 약을 복용				
5	스스로 정신건강을 관리하기 위한 약물복용, 증상관리 등에 관한 교육				
6	보건소·정신건강복지센터·정신재활시설에서 여가활용, 대인관계, 일상생활 등을 잘하는 방법에 대한 상담·교육·훈련				
7	직업을 가지기 위한 교육과 훈련				
8	간호사, 사회복지사 등 전문인력이 정기적으로 방문하여 취업 및 일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)의 문제에 관한 상담, 지도 및 교육				
9	일상적인 활동(여가활동, 가사, 하루 일과 관리, 외출과 이동 등)을 스스로 할 수 있도록 보조해 줄 수 있는 활동보조인 또는 자원봉사자				
10	취업알선(일자리를 소개받음)				
11	독립적인 주거인 지원주택을 통한 자립생활				
12	동료활동가를 통한 절차지원 서비스				
13	당사자에 대한 인권교육				

6. 지난 1년간의 경험에 비추어 볼 때 정신장애가 있는 사람을 돌보는 귀하로서 자신에게 현재 다음의 서비스가 어느 정도 필요한가요?

문항	서비스	매우 필요함	필요함	필요 없음	전혀 필요없음
1	정신장애인의 증상 악화시 정신건강전화로 상담함				
2	정신장애인의 증상 악화시 정신의료기관이 아니면서 일시적으로(1주일 이내) 보호하면서 회복할 수 있도록 하여 가정으로 돌아갈 수 있도록 하는 보호서비스(응급쉼터 등)				
3	정신장애인의 증상 악화시 응급입원(출동상담 및 입원을 위				

	한 가족호송(이송)				
4	치료기관(정신병의원)에 대한 정보제공 및 연결				
5	보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 그룹홈 등에 대한 정보제공 및 연결				
6	가족이 휴식을 취하거나 중요한 업무(여행, 출장, 결혼.장례.출산 등)를 볼 수 있도록 단기간(30일 이내) 환자를 입소시켜 보호하는 단기보호서비스				
7	가족의 정신건강관리(약물복용 등) 또는 재활에 대한 가족교육				
8	가족을 위한 자조모임(가족회) 참여				
9	간호사 . 사회복지사 . 심리사 등 전문가와 환자의 치료 및 재활에 대해 상담함				
10	장애인 등록, 장애인복지서비스 이용에 대한 상담과 안내				
11	장기적인 보호계획에 대한 전문가의 상담과 조언				
12	치료 및 재활에 대한 정부의 비용의 지원				
13	정신장애인 가족강사 등 가족의 적극적 참여 체계 지원				

7. 다음 서비스를 지난 1년 동안 이용해 보신 적이 있습니까?

문항	서비스	이용경험 있음	이용경험 없음
1	정신건강상담전화(1577-0199)를 이용한 전화상담		
2	가족(환자)의 증상이 악화되었을 때 가정으로 방문하여 상담해 주거나 응급 또는 급성시 입원을 지원하는 위기개입 서비스		
3	가족(환자)의 증상이 악화되어 입원을 하려할 때 정신의료기관으로 환자를 이송하는 서비스		
4	환자응급이송단 129 이용		
5	치료기관(정신병의원)에 대한 정보제공, 안내, 연계		
6	보건소, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 그룹홈 등에 대한 정보제공, 안내, 연계		
7	가족의 정신건강관리 및 재활에 대한 가족교육, 상담		
8	가족을 위한 자조모임(가족회)		
9	장애인 등록, 장애인복지서비스 이용에 대한 상담과 안내		
10	장기적인 보호계획에 대한 전문가의 상담과 조언		

8. 현재 돌보고 있는 가족의 장기적인 삶에 대한 계획을 세우신 적이 있습니까?

□ ① 예 ***(8-1번 문항으로 이동)*** □ ② 아니오 ***(8-2번 문항으로 이동)***

8-1. 장기적인 삶의 계획을 환자(정신장애인) 본인과 협의하신 적이 있습니까?

□ ① 예 □ ② 아니오

8-2. 건강상의 이유나 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 돌볼 수 없을 때 정신장애 가족본인의 장기적인 보호에 대해 가장 염려되는 점은 무엇인가요?

□ ① 주택마련 □ ② 소득(비용)보장 □ ③ 정신건강관리(약복용이나 의료기관 입퇴원)
□ ④ 신체건강관리 (성인병, 당뇨병 등) □ ⑤ 재산관리 □ ⑥ 신변보호(후견)
□ ⑦ 기타 : _____

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	8-3. 건강상의 이유나 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 돌볼 수 없을 때 가족이 생활에 필요한 비용(돈)은 어떻게 마련할 계획입니까? 가장 현실성 있는 계획을 말씀해 주세요.
	□ ① 어떻게 해야할지 잘 모르겠다. □ ② 유산(부동산이나 예금, 연금)을 물려줄 것이다. □ ③ 형제가 부양할 것이다. □ ④ 국가의 기초생활보장급여(생계급여)를 받아 생활할 것이다. □ ⑤ 스스로 취업하여 생활비를 마련할 것이다. □ ⑥ 기타 : _____
	8-4. 건강상의 이유나 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 돌볼 수 없을 때 가족은 어디서 생활할 예정입니까? 가장 현실성 있는 계획을 말씀해 주세요.
	□ ① 어떻게 해야할지 잘 모르겠다. □ ② 부모가 마련 해 준 주택에서 스스로 생활할 계획이다. □ ③ 형제의 집에서 함께 생활할 계획이다. □ ④ 친척의 집에서 함께 생활할 계획이다. □ ⑤ 그룹홈 등 거주시설 사회복지시설에 입소할 계획이다. □ ⑥ 정신요양시설에 입소하여 생활할 계획이다 □ ⑦ 정신의료기관에 입원하여 생활할 계획이다. □ ⑧ 기타 : _____
	8-5. 건강상의 이유, 고령, 사망 등으로 인해 더 이상 가족을 돌볼 수 없을 때 정신질환에 대한 치료에 대한 계획은 무엇인가요? 정신질환 증상이 악화되었을 때를 가정하여 입원, 퇴원, 외래치료 등을 누가 결정하거나 도와줄 것인지 가장 현실성 있는 계획을 말씀해 주세요.
	□ ① 어떻게 해야할지 잘 모르겠다. □ ② 형제가 입원, 퇴원, 외래치료 등을 결정하거나 지원해 줄 것이다. □ ③ 친척이 입원, 퇴원, 외래치료 등을 결정하거나 지원해 줄 것이다. □ ④ 동사무소 사회복지 담당 공무원이 입원, 퇴원, 외래치료 등을 결정 하거나 지원해 줄 것이다. □ ⑤ 보건소나 정신건강복지센터의 간호사, 사회복지사 등이 입원, 퇴원, 외래치료를 결정하거나 지원해 줄 것이다. □ ⑥ 종교기관(교회, 절, 성당 등)에서 입원, 퇴원, 외래치료 등을 결정 하거나 지원해 줄 것이다. □ ⑦ 기타 : _____
	8-6. 현재 정신질환 증상이 악화되었을 때 가족의 결정에 의한 보호의무자입원이 가장 많은 비중을 차지하고 있습니다. 비자의 입퇴원과 외래지원제도(명령)의 결정을 가족은 신청만하고 정신건강심판원 또는 판사의 결정으로 하자는 논의에 대해서는 어떻게 생각하십니까?
	□ ① 현재 입퇴원관련 법시스템에 만족한다 □ ② 행정기관 또는 사법기관에서 비자의 입원과 치료를 결정하는 것이 바람직하다 □ ③ 비자의입원 제도 자체보다 어떻게 운영되고 어떤 서비스가 제공 되는가가 더 중요하다 □ ⑦ 기타 : _____
	8-7. 중증정신질환의 보호 책임은 누구에게 있다고 생각하십니까?
	□ ① 본인 스스로 □ ② 가족

□ ③ 국가와 사회
□ ④ 기타 : _____

9. 현재 돌보고 있는 가족을 보호하는데 있어 경험하는 부담은 어떤 것인가요? 지난 3개월을 기준으로 응답해 주십시오.

	문 항	예	아니오
1	낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 함		
2	밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 함		
3	대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요함		
4	정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려됨		
5	정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려됨		
6	정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려됨		
7	정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려됨.		
8	내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려됨		
9	가족 중에 정신장애인이 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려됨		
10	환자가 병이 난 후 치료비부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험함		
11	환자를 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받음		
12	환자를 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해 받음.		
13	환자의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉음		
14	환자의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠짐		
15	환자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠짐		

10. 다음은 일반적으로 겪을 수 있는 문제들입니다. 다음의 각 항목에 대해 현재 얼마나 심각한 어려움을 경험하고 있는지 아래의 해당란에 V표를 해주십시오.

문항	경험할 수 있는 문제들	전혀 심각하지 않다	심각하지 않다	보통이다	심각하다	매우 심각하
1	소득이 부족하여 경제적으로 어렵거나 가난함					
2	질병이 있거나 장애가 있음					
3	주택의 노후, 공간 부족, 불편 등					
4	일상생활기능(식사, 청소, 외출 등)의 어려움					
5	실업, 저임금, 일자리를 구하기 어려움 등					
6	여가생활(휴식, 여행, 취미활동 등)의 부족					
7	가족 갈등이나 불화가 있음					
8	고독, 우울, 불안, 염려 등 심리적 문제					
9	노후준비를 하지 못함					
10	정신질환에 대한 사회적 편견이나 차별					

국가인권위원회
humanrights.go.kr

11	친구나 이웃과 원만한 관계나 교류					

11. 다음 문항은 가족과 생활하시면서 일어날 수 있는 상황에 관한 내용으로 구성되어 있습니다. 자세히 읽어 보시고 평소 태도를 가장 잘 표현한 것에 V표를 해주십시오.

문항	일어날 수 있는 상황	항상 그렇다	대체로 그렇다	그저그렇다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1	환자를 보고 있으면 화가 치민다					
2	환자를 혼자 두면 안심이 되지 않는다					
3	환자는 우리 집의 골칫거리다					
4	환자로부터 내가 도움을 받을 때가 많다					
5	환자가 가족들에게 피해(사회적 편견, 결혼, 취업시)를 줄까 걱정이 된다					
6	환자가 내 곁에 있다는 것만으로도 참 감사하다					
7	차라리 환자가 태어나지 않았더라면 하는 생각이 든다					
8	환자를 멀리 보내버리고 싶다					
9	환자를 위한 일이라면 어떤 희생이라도 감당할 수 있다					
10	정신병적 증상(망상, 환각, 이상한 행동)을 보이면 화를 내며 자리를 피한다					

12. 최근 3개월 동안 환자로부터 언어적 혹은 신체적 폭행을 당한 경험이 있습니까?

□ ① 예 *(13-1번 문항으로 이동)* □ ② 아니오 *(14번 문항으로 이동)*

	12-1. 언어적 폭력(욕설, 모욕, 비난, 위협)을 경험하셨습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오
	12-2. 신체적 폭력(때리거나 밀치는 행위, 집안물건의 파손)을 경험하셨습니까?	□ ① 예 □ ② 아니오

13. 다음은 일상생활에서 어려움을 느낄 수 있는 영역이나 문제에 대한 목록입니다. 각 문장을 읽고 현재 돌보고 있는 가족이 지난 한달 동안 경험했던 어려움의 정도에 V를 해주십시오.

문항	구 분	전혀 어려움 없음	약간 어려움	중간정도	매우 어려움	극히 어려움
1	식사 준비 및 설거지					
2	개인 위생관리(세면, 목욕 , 옷 입기 등)					
3	청소 및 정리정돈하기					

4	빨래하기					
5	담배불, 가스, 전기 등을 안전하게 관리하기					
6	필요한 물건사기					
7	금전관리하기					
8	정신과 약 챙겨먹기					
9	신체건강 관리하기					
10	가족과 좋은 관계 유지하기					
11	가족 이외 타인들과 좋은 관계 형성 또는 유지하기					
12	다른 사람 돌보기					
13	여가시간 적절하게 보내기					
14	전화기 사용하기					
15	대중교통수단 이용하여 외출하기					
16	애완동물 돌보기					
17	감정표현하기					
18	다른 사람과 대화하기					
19	주요 일상 스트레스에 적응하기					
20	고립감 또는 외로움					
21	우울 및 무기력감					
22	변덕스러운 기분, 불안정한 기분					
23	화, 분노의 폭발 등을 조절하기					
24	혼동을 일으키거나 비현실적인 사고나 신념					
25	환청이나 환시					
26	들떠 있거나 이상한 행동					

14. 현재 정신장애가 있는 가족을 보호하는데 있어 다음 중 어떤 형태의 보호를 가장 선호하십니까?

□ ① 가정에서 함께 생활하며 보호한다.
□ ② 가정과 가까운 주거시설(그룹홈)에서 생활하며 보호한다.
□ ③ 정신요양시설에 입소하여 생활하도록 한다.
□ ④ 정신병의원에 입원하여 치료받으며 생활하도록 한다.
□ ⑤ 공적 지원을 통해 독립주거생활을 하도록 한다.
□ ⑥ 기타: _____

국가인권위원회
humanrights.go.kr

15. 문항 14 에서 응답한 보호 유형을 선호하는 가장 주된 이유 한 가지만 선택해 주세요?

□ ① 정신질환의 증상의 치료, 재활훈련에 도움이 되므로
□ ② 담당해야 할 실제적 보호부담(주거공간, 식사준비, 약관리 등)이 적으므로
□ ③ 정신장애인과 갈등을 피하기 위해
□ ④ 보호비용이 더 저렴하므로
□ ⑤ 정신장애인 본인이 원하기 때문에
□ ⑥ 기타 : _____

【정신보건서비스】

귀하와 귀하가 돌보고 있는 가족을 위해 다음 각 영역에 있어 정부의 서비스나 지원이 어느 정도 필요한지 응답해 주십시오.

서비스	매우 필요함	조금 필요함	보통	별로 필요없음	현상태로 충분함
1. 정신의료기관 입원 환경 개선					
2. 입원치료 중 인권 보호 개선					
3. 자기결정권의 보장과 확대					
4. 장기간 보호를 받을 수 있는 입소 시설					
5. 독립적으로 생활할 수 있도록 훈련을 받을 수 있는 주거 생활시설(그룹 홈)					
6. 독립생활 가능한 주거시설(집)					
7. 위기 상황에서 이용할 수 있는 쉼터					
8. 응급 상황에서 입원할 수 있는 정신의료기관					
9. 신체 건강을 치료할 수 있는 정신의료기관					
10. 지역사회 정신건강복지센터					
11. 지역사회 재활시설 (재활센터)					
12. 직업(취업) 기회의 확대					
13. 국가의 복지 지원 확대					
14. 회복한 환자의 경험 공유와 지지 (동료 지원)					
15. 입원 과정을 설명하고 보조해줄 수 있는 회복한 동료 환자 (절차 보조인)					
16. 가족에 대한 지원 체계					
17. 우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소					

추가로 하고 싶은 말이나 의견이 있으면 쓰십시오.

★ 설문에 참여해 주셔서 대단히 감사합니다.★

설문참여에 대한 감사의 뜻으로 모바일 상품권 증정을 위해 귀하의 핸드폰 번호를 입력해주시기 바랍니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별첨 15] 일반인 대상 설문지

일반인 대상 설문지

조 사 년/월/일	/ /	설문지번호					

【인구학적 특성】

1. 성별	□ ① 남 □ ② 여	2. 나이	_____ 년 _____월 생
3. 혼인상태	□ ① 미혼 □ ② 기혼 □ ③ 동거 □ ④ 이혼 □ ⑤ 별거 □ ⑥ 사별		
4. 교육정도	□ ① 무학 □ ② 초등학교 □ ③ 중학교 □ ④ 고등학교 □ ⑤ 전문대·대학교 □ ⑥ 대학원 이상		
5. 가족 전체 월 소득 수준	□ ① 100만원 이하 □ ② 100이상~200만원미만 □ ③ 200이상~300만원미만 □ ④ 300이상~400만원미만 □ ⑤ 400이상~500만원미만 □ ⑥ 500만원 이상		
6. 종교	□ ① 없음 □ ② 기독교 □ ③ 천주교 □ ④ 불교 □ ⑤ 기타( )		
7. 직업	□ ① 농업.수산업.축산업(가족종사자 포함) □ ② 자영업(종업원 9명 이하의 소규모 업소 주인 및 가족 종사자, 약국, 개인택시운전사 등) □ ③ 판매직.서비스직(상점점원, 세일즈맨, 보험설계사 등) □ ④ 기능공.숙련공(중장비.트럭 운전사, 전자.가전제품 A/S 기술자, 숙련공 등) □ ⑤ 일반작업직(토목 관계의 현장 작업, 청소, 수위, 육체 노동 등) □ ⑥ 사무직.기술직(일반회사사무직, 기술직, 유치원.학교교사, 회사에 소속된 웹디자이너.컴퓨터 프로그래머 등) □ ⑦ 경영관리직(5급 이상의 고급공무원, 교장, 기업체 부장 이상의 직위 등) □ ⑧ 전문직(대학교수, 변호사, 의사, 회계사, 종교인, 언론인, 예술가, 고소득 프리랜서 등) □ ⑨ 학생 □ ⑩가정주부 □ ⑪ 무직 □ ⑫ 은퇴 □ ⑬ 기타(적을 것 : _____)		
8. 거주 지역	□ ① 서울 □ ② 부산 □ ③ 대구 □ ④ 인천 □ ⑤ 광주 □ ⑥ 대전 □ ⑦ 울산 □ ⑧ 경기 □ ⑨ 강원 □ ⑩ 충북 □ ⑪ 충남 □ ⑫ 세종 □ ⑬ 전북 □ ⑭ 전남 □ ⑮ 경북 □ ⑯ 경남 □ ⑰ 제주		

【정신질환자에 대한 편견 】

다음은 정신질환자에 대한 편견에 관한 사항입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해 주십시오.

문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.					
2	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.					
3	정신질환자는 외모가 불결하다.					
4	정신질환자는 폭력적이다.					
5	정신질환자가 이웃에 있으면 위험하다.					
6	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.					
7	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높다.					
8	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 어렵다.					
9	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.					
10	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.					
11	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.					
12	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.					
13	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.					
14	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.					
15	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안된다.					
16	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.					
17	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자살 수 없다.					
18	정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.					
19	정신질환은 재발한다.					
20	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는데 더 많은 시간을 필요로 한다.					
21	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.					
22	정신질환자가 나를 해칠까봐 두렵다.					
23	'정신질환' 이라는 말만 들어도 두렵다.					
24	정신질환자는 스스로직업을 선택할 수 없다.					

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【정신질환자에 대한 차별 행동】

다음은 정신질환자에 대한 차별행동에 관한 사항입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v' 표 해주십시오.

문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.					
2	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.					
3	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.					
4	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.					
5	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼하겠다면 반대한다.					
6	정신질환자는 동일 업무를 수행했다 하더라도 일반인과 동등한 대우를 할 수 없다					
7	정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안된다.					
8	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안된다.					
9	정신질환자를 치료할 때는 환자 본인의 동의가 필요하지 않다.					
10	정신질환자나 정신질환에 대한 질병보험, 실손의료보험 등에서의 차별이 존재해야 한다.					
11	입원된 정신질환자에게는 통신의 자유를 제한해야 한다.					
12	정신질환자는 운전을 해서는 안된다.					
13	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지 않을 것이다.					

【정신질환자에 대한 편견의 원인】

다음은 정신질환자에 대한 편견의 원인에 관한 사항입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해주십시오.

문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	정신질환자에 대한 나의 생각은 대중매체(TV, 신문, 영화, 등)에서 영향을 받았다.					
2	정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 빗대어 사용한 용어(미친놈, 또라이)에서 영향을 받았다.					
3	정신질환자에 대한 나의 생각은 주변사람들(친구, 부모 등)의 태도로부터 영향을 받았다.					
4	정신질환자에 대한 나의 생각은 정신질환자를 직접 만나본 경험을 통해서 영향을 받았다.					
5	정신질환에 대한 나의 생각은 정신질환의 치료방법에 대한 약물부작용, 일시적 강박과 격리, 강제입원 등에 의해 영향을 받았다.					

【정신질환자에 대한 편견 극복 방안】

다음은 정신질환자 및 정신질환에 대한 편견을 극복하는 방안들에 관한 사항입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해주십시오.

문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중을 대상으로 정신질환의 종류와 치료방법 등에 대해 교육하고 홍보하는 것이 효과적이다.					
2	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환에 대한 과학적 연구 결과를 대중에게 알리는 것이 효과적이다.					
3	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 대중매체(TV, 드라마, 영화 등)의 보도가 공정하고 정확해야 한다.					
4	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자의 권리를 보호하고 주장하는 단체의 활동을 활성화 하는 것이 효과적이다.					
5	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 지역사회 내 정신질환자들의 사회복귀 및 사회통합이 중요하다.					
6	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해 정신질환자들의 법적 보호를 증진 시킬 수 있는 정책과 법률 개정이 있어야 한다.					
7	정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위해서는 정신질환자 당사자들의 활동이 효과적이다.					

【정신질환에 대한 편견의 영향】

다음은 일반인들이 정신질환자에 대해 가지는 편견과 차별의 결과로 정신질환자들이 어떤 행동을 보일지를 묻는 문항입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해주십시오.

문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 무기력하게 만든다.					
2	일반인들의 편견과 차별이 정신질환 증상을 악화시킨다.					
3	일반인들의 편견과 차별이 정신질환이 있다는 것을 숨기도록 만든다.					
4	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자를 공격적으로 만든다.					
5	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족의 부담을 증가시킨다.					
6	일반인들의 편견과 차별이 정신질환자의 가족임을 숨기게 만든다.					

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【정신질환자에 대한 경험】

귀하가 정신질환자를 만나거나 경험한 것에 해당하는 항목을 **모두** 골라서 번호 앞에 "v"표 해주십시오.		
v	문항	내 용
	1	내가 정신과 치료를 받은 경험이 있다.
	2	내 가족이 정신과 치료를 받은 경험이 있다.
	3	정신질환자를 대상으로 자원봉사를 한 경험이 있다.
	4	동네에서 정신질환자를 보거나 만난 경험이 있다.
	5	직업상 정신질환자를 만난 경험이 있다.
	6	정신의료기관을 방문 해 본 경험이 있다.
	7	정신질환자에 대한 직접 경험이 없다.

【정신질환자의 범죄위험성에 대한 태도】

다음은 정신질환자의 범죄위험성에 대한 여러분들의 의견을 묻는 질문입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해주십시오.						
문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	정신질환자가 저지른 범죄는 잔혹한 것이 특징이다.					
2	정신질환자는 대부분 충동적으로 범죄를 저지른다.					
3	정신질환자의 대부분은 심각한 폭력성을 보인다.					
4	정신질환자의 범죄 성향은 일반인보다 높다.					
5	정신질환자의 실제 범죄율은 일반인보다 높다.					
6	최근 들어 정신질환자에 의한 범죄가 증가하고 있다.					

【정신질환자와 정신장애인에 대한 태도】

다음은 정신질환자와 정신장애인에 대한 여러분들의 의견을 묻는 질문입니다. '매우 그렇다' 에서부터 '매우 아니다' 중 한 가지에 'v'표 해주십시오.						
문항	내 용	매우 그렇다	약간 그렇다	보통 이다	약간 아니다	매우 아니다
1	정신질환자와 정신장애인은 다른 의미를 가진다.					
2	정신장애인은 정신질환자에 비해 덜 위험하다.					
3	정신장애인의 인권은 보장되어야 하나 정신질환자의 인권은 제약될 수 있다.					
4	정신질환자는 위험해 보이고, 정신장애인은 능력이 제약되어 보인다.					
5	정신질환자는 범죄와 위험에 관련되고, 정신장애인은 복지와 인권에 관련된다.					
6	정신질환자가 정신장애인에 비해 더 낙인적인 표현이다.					

【정신질환 관리에 대한 일반인의 인식 특성】

1. 평소 어떠한 경로를 통해 정신건강 혹은 정신질환에 대한 정보를 접하십니까? 해당되는 경로를 **모두** 선택하여 주시기 바랍니다(중복응답 가능) □ ① 정신의료기관(의사, 간호사, 사회복지사 등) □ ② 보건소/정신건강복지센터(간호사, 사회복지사 등) □ ③ 가족 및 지인 □ ④ TV □ ⑤ 서적 □ ⑥ 라디오 □ ⑦ 인터넷 □ ⑧ 기타 _____		
2. 귀하께서는 정신건강 혹은 정신질환 관리를 위해 정부의 예산이 늘어야 한다고 생각하십니까?		□ ① 예 *(2-1번 문항으로 이동)* □ ② 아니오
	2-1. 예산이 늘어야 한다면, 지원이 필요하다고 생각하시는 분야를 최대 3개까지 선택해주십시오.	□ ① 예방, 치료, 회복에 대한 교육 □ ② 치료기술 개발 등 연구지원 □ ③ 치료 및 재활시설 확충 □ ④ 편견해소, 인식개선을 위한 홍보 □ ⑤ 정기적 정신건강 검진서비스 □ ⑥ 연령별 정신건강서비스(프로그램) 제공 □ ⑦ 상담 및 치료기관 등에 대한 정보제공 □ ⑧ 기타(적을 것 : _____)

【정신보건서비스의 개선 필요성】

다음 중 정신보건서비스와 관련하여 현재와 비교해 앞으로 개선이나 확대가 필요한 정도에 대해 표시 해주세요.

문항	서비스	매우 필요함	필요함	보통	별로 필요없음	현재 충분함
1	정신의료기관 입원 환경 개선					
2	입원(소) 중 인권 보호 개선					
3	독립적으로 생활할 수 있도록 훈련을 받을 수 있는 주거 생활시설(그룹 홈) 확대					
4	응급 및 위기 상황에서 입원할 수 있는 정신의료기관 확대					
5	간호사, 사회복지사 등 전문 인력 확대					
6	가족에 대한 지원체계					
7	지역사회 정신건강복지센터 확대					
8	지역사회 재활시설 (재활센터) 확대					
9	직업(취업) 기회의 확대					
10	국가의 복지 지원 확대					
11	회복한 환자의 경험 공유와 지지 (동료 지원) 확대					
12	입원 과정을 설명하고 보조해줄 수 있는 회복한 동료 환자 (절차 보조인) 확대					
13	직업을 갖을 수 있도록 교육 및 훈련 확대					

국가인권위원회
humanrights.go.kr

14	스스로 질병관리를 잘 할 수 있도록 상담 및 교육 확대					
15	우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소					

추가로 하고 싶은 말이나 의견이 있으면 쓰십시오.

설문참여에 대한 감사의 뜻으로 모바일 상품권 증정을 위해 귀하의 핸드폰 번호를 입력해주시기 바랍니다.

_____

[별첨 16] 시설 및 기관 현장조사지

정신건강증진시설 대상 설문지

조 사 원 _____

조 사 일 _____

【정신의료기관 현황조사표】

명 칭		정신과 진료시작	년 월
구 분 (v표)	① 국립정신병원 ② 공립정신병원 ③ 민간 정신병원 ④ 종합병원 정신과 ⑤ 병원 정신과 ⑥ 정신과 의원	전화/fax	
		E-mail	
주소지			

인력수	총 직원수	정신과 전문의 /전공의	정신건강간호사 /정신병동 간호사	정신건강사 회복지사 /사회복지사	정신건강임상심리사 /임상심리사	정신건강전문요원 수련중인 직원	일반 의사	간호조무사 /보호사
	명	/ 명	/ 명	/ 명	/ 명	명	명	/명

병상 /환자수	전체병상수(정신과/비정신과 포함)	정신과 허가병상수	정신과 개방병상수	낮병동 (서비스 제공가능 최대환자)	일평균 재원환자수 (지난 한달간)	일평균 외래환자수 (지난 한달간)	일평균 낮병동 환자수 (지난 한달간)
		개	개	명	명	명	명

재원 환자 관련 사항 (2019. 9월말 현재)				연령별 분포	10세 미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상
	의료 보장 종류	① 건강보험										
		② 의료급여 1종										
		③ 의료급여 2종										
		④ 기타										
	입원 유형	① 자의		질병별 분포	조현병	조울증	알콜/약물 장애	우울증	정신지체	치매	신경증	기타
		② 동의										
		③ 보호										
		④ 응급										
	보호자 유형	① 무연고		재원기간별 분포	1개월 미만	1-3개월 미만	3-6개월 미만	6개월-1년 미만	1년-3년 미만	3년-5년 미만	5년-10년 미만	10년 이상
		② 연고자 있으나 연락두절										
		③ 연락 유지되는 연고자 있음										

시설의 면적(대지면적/건평) : (/)평 or (/) ㎡

입원 환자 프로그램	일상기술 훈련	사회기술 훈련	집단상담	직업재활 훈련	(집단)산책	증상/약물 관리 교육	가족교육	오락/작업	기타 _____
	회/주	회/주	회/주	회/주	회/주	회/주	회/년	/주	회/주,월

특수프로그램	①알콜/약물의존환자 대상(회/주)	②치매환자 대상(회/주)
	③소아.청소년환자 대상(회/주)	④보호작업장 (명 작업)
	⑤기타( )	

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【정신요양시설 현황조사표】

1. 일반현황

시·도		시·군·구		주소				E-mail	
기관명				전화번호		Fax		홈페이지	

종사자 구성 (상임/ 비상임)	의사	간호사		사회복지사		임상심리사		영양사	간호 조무사	생활 지도원
	정신과 전문의	정신건강 전문요원	비전문 요원	정신건강 전문요원	비전문요원	정신건강 전문요원	비전문 요원			

입소자 현황	입소정원	2019. 9월말 현재 입소중인 입소자				정신의료기관과의 접근성 : 교통소요시간(분)	
		수급자		성별			
	전체	일반	수급자	남	여	촉탁의	정신병의원

2019.9월말 현재 입소중인 재원환자 분류 (폐쇄병상, 개방병상 포함)				연령별 분포	10세 미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세 이상
	정신건강복지법상 입소유형	① 자의 (자의동의서 비치)										
		② 동의(가족/보호의무자)		질병별 분포	조현병	조울증	알코올/약물 장애	우울증	정신지체	치매	신경증	뇌전증	기타
		③보호입소											
	의료보장 종류	① 건강보험		입원기간별 분포	1개월 미만	1~3개월 미만	3~6개월 미만	6개월~1년 미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10년 이상	
		② 의료급여 1종											
		③ 의료급여 2종											
		④ 기타											

2. 숙 소

건물면적 (m^2) (A)	입소인원 (B)	1인당면적 (m^2)(A/B)	방 수 (C)	방별인원 (B/C)	별도보호 안 정 실	온돌,침대	TV수
	명		개	명	개		개

3. 복지시설

구 분	개소(대)	면적(㎡)	활 용 정 도*				비고
			1	2	3	4	
상 담 실	개						
프로그램실	개						재활치료실, 체육실 등 포함
의 무 실	개						
강 당	개						
옥외운동장	개						
목 욕 탕	개						
차 량	대						
영상음향기	개						
기타							

*해설: 활용정도
1. 모든 입소자가 충분히 이용할 수 있는 좋은 시설이 있으며, 이를 누구나 자유롭게 충분히 사용가능하다.
2. 아주 자유롭게 누구나 유용하게 활용하고 있으나 시설이 조금 협소하거나 부실하다.
3. 시설이 있으나 자유롭게 이용하지는 못하고 부분적으로 이용되고 있다.
4. 시설이 있기는 하나 거의 사용되지 못하고 있다.

4. 부대시설

유 형	수 량 · 면 적	과부족, 노후도, 실태			
		1	2	3	4
공 중 전 화	( ) 대				
난 방	유류, 가스, 연탄, 전기				
냉 방	에어콘 : , 선풍기 :				
식 수	수도, 지하수, 우물, 생수				
오 폐 수 처 리	용량 : 톤, 방식 :				
화 장 실	좌식, 재래식, 수세식				
C C T V	화면수 : , 카메라수 :				

국가인권위원회
humanrights.go.kr

5. 안전·보호·인권시설

구 분	시 설 상 태('v' 하세요)			
	양호	보통	불량	비고(구체적 기술)
층 별 철 책				
동 별 철 책				
1층 창철망				
기 타 철 책				
안정격리실				
출 입 정 문				
울 타 리				

6. 재활프로그램 현황

프로그램명	담당직원·강사		참여 인원	교 육 장 소	교육주기 시 간	교육방법
	직위	자격				

7. 작업치료현황

프로그램명	참여인원	작업장소	작업시간	본인동의강제 여부	유급비용 (천원)	통장입금여부
주 방						
세 탁						
청 소						
영 농						
경 비						
매 점						
심 부 름						
기 타						

【정신재활시설(생활시설) 현황조사표】

1. 일반사항

시도		시.군.구		전화번호		e-mail	
기관명				fax		홈페이지	

운영주체				
	①국가·지방자치단체	②의료법인	③학교법인	④사단법인
	⑤사회복지법인	⑥대한정신보건가족협회	⑦정신과전문의	⑧정신건강사회복지사
	⑨정신건강간호사	⑩정신건강임상심리사	⑪기타_____	

전용공간 면적	평(㎡)	'19년 총 결산	원	직원수 (상임/비상임)	정신과 전문의	간호사		사회복지사		임상심리사		기타
						정신건강 전문요원	비전문 요원	정신건강전문 요원	비전문 요원	정신건강 전문요원	비전문 요원	

입소자 현황	입소정원	2019. 9월말 현재 입소중인 입소자				정신의료기관과의 접근성 : 교통소요시간(분)	
		수급자		성별			
	전체	일반	수급자	남	여	촉탁의	장신병의원

재원 환자 관련 사항 (2019. 9월말 현재)			
	의료보장 종류	① 건강보험	
		② 의료급여 1종	
		③ 의료급여 2종	
		④ 기타	
	입원 유형	① 자의	
		② 동의	
		③ 보호	
		④ 응급	
	보호자 유형	① 무연고	
		② 연고자 있으나 연락두절	
		③ 연락 유지되는 연고자 있음	

연령별 분포	10세 미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상

질병별 분포	조현병	조울증	알콜/약물 장애	우울증	정신지체	치매	신경증	기타

재원 기간별 분포	1개월 미만	1-3 개월 미만	3-6 개월 미만	6개월 -1년 미만	1년 -3년 미만	3년 -5년 미만	5년 -10년 미만	10년 이상

집단 프로그램	집단 프로그램 등록자수	집단 프로그램 일평균 참여자수	기관의 공간을 고려할 때 집단 프로그램 제공 가능 최대 인원수

직업재활 프로그램 참여 상태	미참여	취업전 프로그램	보호 작업장	지지취업 (기관에서 취업지원)	독립취업 (스스로 취업)

주 1) 집단프로그램은 일상/사회생활훈련, 취업전 직업재활 및 보호작업장 등 기관에서 집단으로 실시하는 프로그램

국가인권위원회
humanrights.go.kr

【정신장애인 입원/입소/생활 시설 운영실태조사】

조사일 _____ 조사원 _____

* 아래에 각각 나열된 a), b), c), d)등의 항목을 충족할 시에는 ( )안에 O표,
  비충족시에는 X표로 표기한 다음 O표의 개수에 해당하는 번호에 ✔하십시오.
* 해설은 참고로 하십시오.
* B1~B3, C7, C8 문항은 별도로 평가하십시오.

A. 물리적 환경 영역

평가지표	평가내용	평가자료
A1) 시설의 외부환경은 적절한가?	a) 옥외에 나무 또는 그늘이 있는 휴식시설이 있음( ) b) 페인트 등 도색이 잘 되어있음( ) c) 파손된 시설/외벽, 보기 흉한 시설물이 없음( )	현장 확인
	④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개	
해설: 옥외 휴식시설은 전체 입소자의 10% 정도가 함께 쉴 수 있는 공간을 의미한다.		

평가지표	평가내용	평가자료
A2) 안전 목적의 필수 시설을 제외하고 철문, 철창 등 과도한 통제 시설이 있는가?	a) 정문.동별 출입문.응급환자 격리실을 제외한 전체문에 과다한 보호망이 없음( ) b) 위화감을 주는 높은 담, 철망이 없음( ) c) 창문에 안전상 문제가 없는 불필요한 철창, 철망이 없음( )	현장 확인
	④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개	
해설: 안을 들여다 볼 수 있는 울타리와 안전을 위한 정도의 담 높이는 허용함.		

평가지표	평가내용	평가 자료
A3)침실과 복도는 적절한가?	a) 청결하며 불쾌한 냄새가 없고, 채광이 잘 됨 ( ) b) 가정적인 분위기가 느껴지고, 벽지나 장판이 양호함( ) c) 1인당 방면적이 3.3㎡ 미만인 방이 없음( ) d) 복도는 모노륨 등 부드러운 재질의 바닥재를 사용( ) e) 방충망이 잘 설치되어 있음( )	현장 확인
	④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	
해설: a)소독약냄새가 많이 날 경우는 냄새가 있는 것으로 평가/가장 상태가 나쁜 복도나 침실을 기준으로 평가하되, 환우가 침실에 있는 상태에서 평가, c) 가장 비좁을 것으로 보이는 침실 3개를 무작위 추출하여 면적을 측정하여 1인당 방 면적 계산을 계산함(필요시 줄자 이용). 가장 열악한 병실의 경우: 병실당 사용인원 및 면적 ( )		

평가지표	평가내용	평가 자료
A4)사생활보호 및 생활편의 등을 위한 설비를 갖추었는가?	a) 개인사물함이 있고 적절하게 사용되고 있음( ) b) 모든 침실, 휴게실 및 프로그램 공간에 선풍기 설치 또는 충분한 용량의 에어컨( ) c) 조명시설이 적정 수준이상으로 아주 우수함( ) d) 휴게실 또는 응접실에서 공동으로 시청하는 TV의 크기, 보유대수, 시청공간 등이 입소자의 현원을 고려할 때 아주 우수함 또는 화질이 좋은 TV가 침실의 60% 이상에 있음( )	현장 확인 및 입소자 면담
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: a)적절하게 활용되고 있는 사물함이라고 함은 임의로 추출한 10개의 개인사물함 중 적절한 개인사물이 들어있고, 평소에 사물함을 쌓아놓는 등 사용하기에 불편하지 않은 사물함이 8개 이상임, c)아주 우수한 조명시설은 작은 글씨의 책을 읽는데 지장 없는 정도의 조명을 의미		

평가지표	평가내용	평가 자료
A5)상담실과 면회실이 적절하게 설치되어 있는가?	a) 병동에 상담실이 1개 이상 있음( ) b) 상담실에서 편안하고 조용한 상담 가능( ) c) 면회를 위한 전용공간이 있음 ( ) d) 면회시 편안하고 조용하게 면회가 가능( )	현장 확인 및 입소자 면담
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: a)병동문안에 병동별로 설치된 상담실을 의미하며, 다른 층에 상담실이 있더라도 이용이 자유로운(병동문을 거치지 않거나 신발을 갈아 신고 가지 않는 등) 경우에는 인정, b)냉난방 등이 구비되어 있고, 편안한 의자 등 상담에 필요한 가구를 갖추었으며, 상담내용이 외부에 들리지 않도록 배려가 된 상담실, c)면회실을 매점과 공동으로 활용하고 있는 경우 면회공간이 적정할 경우 있는 것으로 간주함		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

평가지표	평가내용	평가 자료
A6)체육/오락을 할 수 있는 적절한 공간이 있는가?	a) 우수한 운동장이 있음 ( ) b) 헬스기구나 탁구대를 이용할 수 있는 쾌적한 실내공간이 있음( ) c) 수시로 활용되고 있는 운동기구가 3종류 이상 있음( ) ④ a) b) c) 중 3개 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개	현장 확인
해설: a)우수한 운동장은 입소자의 50%정도가 동시에 활용할 수 있는 크기로 운동장의 환경이나 바닥상태가 울퉁불퉁하지 않는 등 운동하기에 적합한 경우 또는 아주 가까운 곳에 수시로 사용할 수 있는 운동장이 있어서 실제로 자주 활용되고 있는 경우 또는 충분한 공간의 정원이 있는 경우 인정, b)환기나 냉난방, 휴식시설 등이 갖추어진 실내 공간, c)운동기구는 농구대, 배구대, 탁구대, 족구대, 헬스기구 등을 의미하며 적절한 위치여부나 수시 활용여부 확인		

평가지표	평가내용	평가 자료
A7)식당과 조리실은 적절한가?	a) 위생적으로 음식과 식기가 관리됨( ) b) 채광 및 환기가 우수한 취사조리실( ) c) 냉난방이 우수함( ) d) 식탁과 의자가 편함( ) e) 식당좌석(석)이 전체 입소자 대비 1/2이상 있음( ) ④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	현장 확인
해설: a) 충분한 용량의 냉장고와 냉동고를 구비하고 식기소독기 등을 사용하며, 취사조리실이 청결함, c) 다용도실을 식당으로 활용하는 것 포함, d) 밥상을 이용하는 경우는 식사공간이 비좁지 않고, 밥상 이용 시 불편한 점이 없어야 함, 의자나 식탁의 높이의 적절성, 안정성 등을 종합적으로 고려. 편안한 의자라 함은 개인이 따로 사용할 수 있고 등받이가 있는 의자를 의미, e) 식당을 법인 내 타시설과 공유할 경우 전체 입소자의 수에 타 시설 이용자수 가산해야 함.		

평가지표	평가내용	평가 자료
A8)화장실과 세면/목욕시설은 적절한가?	a) 화장실내 일반 문 및 칸막이 설치( ) b) 적정한 수의 변기 설치함 (변기수 _____개)( ) c) 온수가 나오는 샤워실(또는 욕조) 구비( ) d) 청결하고 편리하게 이용가능( )	현장 확인 및 입소자 면담
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: a) 일반 문 및 칸막이는 높이가 150cm이상이며, 문 하단 공간은 15cm이하, b) 적정한 변기 수 : 수세식 변기의 수가 여자용은 정원 10인당 변기 1개, 남자용은 정원 15인당 대변기 1개, 소변기 1개임. 단, 남자의 경우 정원 15인당 대변기만 2개인 경우, 소변기를 보유한 것으로 보며, 이동식을 제외한 옥외화장실 포함(공동으로 사용하는 소변기는 2개로 계산), c) 온수가 최소한 아침시간과 저녁시간에는 나와야 함(동절기를 기준), d) 청결하고 편리한 이용가능은 불쾌한 냄새가 없고, 화장실용 신발이 별도 구비되고, 화장지는 자유롭게 사용 가능함을 의미		

평가지표	평가내용	평가 자료
A9)화장실과 격리실에 설치된 CCTV로부터 사생활보호 수준은 적절한가?	a) 화장실/용변공간을 비추는 CCTV가 없음( ) b) 화장실에 CCTV가 있으나 복도 공간만 촬영가능( ) c) 화장실에 CCTV가 있으며, 개별 용변공간의 일부는 보이지만 주요신체부위는 촬영되지 않음( ) d) 개별 용변공간 및 주요신체부위가 촬영됨( )	현장 확인
해설: 주요 신체부위는 용변을 위해 옷을 내렸을 때 드러나는 신체부위		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

평가지표	평가내용	평가자료
A10)보호실/격리실의 위생상태는 어떠한가?	a) 보호실/격리실 내에 용변공간을 두지 않고 있음( ) b) 보호실/격리실 내에 용변공간이 벽과 별도의 문으로 분리되어 있음( ) c) 보호실/격리실과 용변공간이 칸막이로 분리되어 있음( ) b) 보호실/격리실에 별도의 용변공간이 없고 이동식 용변기를 사용하고 있으나 용변기가 잘 관리되고 있고 청결하게 유지되고 있음( ) e) 보호실/격리실과 용변공간이 분리되어 있지 않고 용변기 등이 노출되어 있으며 청결하게 관리되지 않고 있음( )	현장확인
해설: 용변공간이라함은 고정식 용변기가 설치되어 있는 공간		

평가지표	평가내용	평가자료
A11)시설을 이용하기에 안전하도록 정기적인 안전점검을 실시하고 있다.	a) 시설 특성에 맞게 안전관리계획서를 마련하고 있다. b) 매년 책임보험(공제)에 가입되어 있다. c) 월 1회 이상 안전 관련 자체점검을 실시하고 사후조치가 이루어지고 있다. d) 안전을 위하여 안전·보건표지를 설치 및 부착하고 있다. e) 시설 안전담당자는 시설안전과 관련된 교육을 연 1회 이상 이수하고 있다.	
	④ a) b) c) d) e) 중 5개	
	③ a) b) c) d) e) 중 4개	
	② a) b) c) d) e) 중 3개	
	① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	

평가지표	평가내용	평가자료
A12)응급상황 및 화재발생 시에 대비한 교육 및 예방체계를 구축하고 있는가?	a) 환자/생활인을 위한응급대처 매뉴얼이 있다 b)직원 및 환자/생활인을 대상으로 예방교육(대처교육)을 연 1회 이상 실시하고 있다 c) 연 2회 이상 화재 등 안전사고에 대비한 자체 모의훈련을 실시하고 있다. d) 시설구조에 맞게 피난대피도를 부착하고 있다. e) 양방향 피난통로가 확보되어 있다. f) 소화기 설치 및 관리상태가 적절하다.	
	④ a) b) c) d) e) f) 중 6개	
	③ a) b) c) d) e) f) 중 5개	
	② a) b) c) d) e) f) 중 4개	
	① a) b) c) d) e) f) 중 3개 이하	

평가지표	평가내용	평가자료
A13)시설은 환자/생활인이 이용하기에 안전하며, 안전한 입소생활을 위한 안전장치를 갖추고 있는가?	a) 실내의 위험요인(가스, 약품 등)이 생활인들에게 노출되지 않도록 배려하고 있다 b)추락, 미끄럼 등을 방지하기 위한 안전장치를 취하고 있다. c) 필요한 곳에 핸드레일(=핸드바)이 설치되어 있다. d) 목욕실과 화장실의 경우 위급 시 필요한 호출장치가 되어있다.	
	④ a) b) c) d) 중 4개	
	③ a) b) c) d) 중 3개	
	② a) b) c) d) 중 2개	
	① a) b) c) d) 중 1개 이하	

B. 조직운영 및 인사관리영역

평가지표	평가내용	평가자료
B1)시설장의 시설운영방향은 적절하고 구체적 계획이 있는가?	1) 회계의 투명성 제고를 위한 시설의 노력 및 계획 2) 시설과 지역사회와의 관계 및 지역사회자원동원 방안에 대한 시설의 노력과 계획 3) 입소자의 인권 보호를 위한 시설의 노력과 계획 4) 입소자의 사회복귀촉진을 위한 시설의 노력과 계획이	시설장 운영 계획서 및 면담
	④ 구체적이며, 일관성 있고, 시설운영에 반영되고 있음 ③ 구체적이나, 시설운영에 반영된 흔적을 발견하기 어려움 ② 불명확하거나 원칙들이 상충되는 경향임	
해설: 회계의 투명성은 상세한 수준까지 예산 및 결산자료를 직원에게 공개하는 것을 의미함		

평가지표	평가내용	평가자료
B2)의사, 간호 사의 배치수준은 적절한가?	④ 50% 이상이 정규간호사이며, 예산지원 인원 외에 시설 자체부담으로 채용한 간호(조무)사가 있음 ③ 50% 미만이 정규간호사이고 예산지원 인원 외에 자체부담으로 채용한 간호(조무)사가 있음 또는 50%이상이 정규간호사이고 예산지원 인원과 배치된 간호(조무)사와 동일한 경우 ② 간호(조무)사가 예산지원 인원과 같고 50%미만이 정규간호사인 경우 ① 간호(조무)사가 예산지원 인원보다 적은 경우(결원이 3개월이상)	자료 확인
해설: 예산지원인원은 평가년도의 간호(조무)사의 예산지원 인원을 의미함 종사자 급여명세서 및 자격증사본 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
B3) 정신건강전문요원의 배치수준은 적절한가?	정신건강전문요원[정신건강전문요원(명) + [정신건강전문요원 수련중인 직원수(명)×1/2]] 1인당 입소자수가 (명) ④ 250명 미만 ③ 250 - 349명 ② 350명 이상 ① 정신건강전문요원 또는 수련중인 직원 없음	관련자료확인
해설: 종사자급여명세서, 정신건강전문요원 자격증사본, 정신건강전문요원 수련증명서 확인함 예) 전체입소자수가 289명, 정신건강전문요원이 1명, 수련중인 직원이 1명이면, 정신건강전문요원은 [1명+0.5명=1.5명], 1인당 입소자수는 289명÷1.5명=193명(④에 해당함)		

C. 인권보호 및 서비스의 질 영역

국가인권위원회
humanrights.go.kr

평가지표	평가내용	평가자료
C1)환자/생활인의 의류와 침구는 청결한가?	a) 속옷을 2일마다 갈아입도록 함( ) b) 양말을 매일 갈아신도록 함(하절기 제외)( ) c) 겉옷을 주 2회이상 갈아입도록 함( ) d) 시트(이불커버)는 평균 월 1회(담요는 3개월에 1회) 세탁/ 2주 1회 이상 일광소독 ( )	입소자 면담
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: 환자/입소자와의 면담을 통해서 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C2)식용수와 간식제공은 적절한가?	a) 거실에 정수기가 설치되어 있거나 끓인 물을 항상 비치( ) b) 위생적인 컵 사용( ) c) 주4회 이상 후식 또는 간식 제공( )	현장 확인 및 입소자 면담
	④ a) b) c) ③ a) c) 또는 b) c) ② a) b) ① a) b) c) 중 1개 이하	
해설: b) 위생적인 컵 사용은 사용전후의 컵이 분리되어 있거나 컵을 입소자가 공유하지 않는 것 c) 간식은 작업수익금이나 보호자가 맡긴 간식비로 개인이 개별적으로 구입한 간식을 제외한 후원물품과 후원금 또는 시설예산에서 집행된 간식을 의미하며, 매일 요구르트를 지급하는 식의 부실한 간식은 제외		

평가지표	평가내용	평가자료
C3)응급환자의 처리는 적절한 절차에 따라 수행되는가?	a) 긴급후송체계 구축( ) b) 격리보호 및 응급조치 사항을 병실일지에 기록( ) c) 가능한 빠른 시간 안에 정신과 의사에게 보고하며 지시사항을 시행 후 사후에 서면확인( )	관련 자료 확인
	④ a) b) c) 또는 a)는 있으나 격리보호사례가 없는 경우 ③ a) b) c) 중 2개 ② a) b) c) 중 1개 ① a) b) c) 중 0개	
해설: 격리보호관련 기록 중 임의로 1개 사례이상을 추출하여 확인/ 격리보호사례가 없다고 한 경우는 입소자 만족도 설문에서 없다고 응답된 경우에만 인정할 예정(시설은 없다고 하였으나 설문조사에서 있었다고 할 경우 1점 처리) 긴급후송 체계관련서류, 병실일지, 격리보호 후 정신과전문의 지시사항, 서면확인기록 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C4)환자/입소자의 건강관리(치아관리포함)는 적절한가?	a) 전염성 있는 환자/입소자 적절관리( ) b) 매년 실시하는 건강검진에 결핵검사, 간염검사가 모두 포함( ) c) 매년실시 건강검진에 간기능검사, 혈액검사(빈혈등)가 모두 포함( ) d) 매년 실시하는 종합검진에 암검사 또는 심전도 검사 포함( ) e) 치아관리를 정기적(3~6개월 단위)으로 시행( ) f) 병동내 금연(금연병동) 유지( ) g) 금연교육을 정기적으로 시행( )	현장확인 및 관련자료 확인
	④ a) b) c) d) e) f) g) ③ a~g) 중 5개 이하 ② a~g) 중 4개 이하 ① a~g) 중 3개 이하	
해설: a) 결핵환자 및 간염항원 보유자 대장구비, 전염성 있는 결핵환자 분리수용, 전염성 있는 결핵 및 간염항원 보유자의 식기, 컵, 면도기 등 분리사용 b) c) d)는 진료기록부(개인chart)에 부착된 건강검진결과 확인(결과를 따로 보관하는 경우 불인정) d) 암검사나 심전도 검사는 특정성이나 연령층만 시행해도 가능(예, 50세 이상 여성에게 자궁암 검사 등) 전염성환자관리대장, 식기 및 컵, 면도기 분리사용 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C5)진료 및 투약은 적절한가?	a) 의사, 간호(조무)사, 사회복지사에 의한 진료 및 상담내용이 월 1회 이상의 빈도로 기록( ) b) 의사, 간호(조무)사, 사회복지사에 의한 진료 및 상담기록의 충실성( ) c) 약물 및 증상관리훈련 프로그램을 주1회 이상 실시( ) d) 약봉지 또는 개인용 약용기가 위생적 ( )	현장확인 및 관련자료 확인
	④ a) b) c) d) 중 4개 이상 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: a) b) 진료기록부 5개 임의로 추출하여 4개 이상에서 확인(전자 차트 포함)충실한 진료 및 상담기록은 적어도 2줄 이상 실질적 내용이 있으며, 환자를 위한 유익한 정보가 포함된 환우 상태 및 상담내용이 기록된 것임(입소자와의 면담 통해 기록의 진실성 확인), 진료기록부/프로그램운영일지/입소자면담/		

국가인권위원회
humanrights.go.kr

평가지표	평가내용	평가자료
C6)원내의 작업요법의 운영은 적절한가?	a) 작업의 자발성(입소자 및 가족의 동의서)( ) b) 정신과 의사의 작업처방 기록( ) c) 작업에 대한 적절한 보상이 있음( ) d) 작업환경이 양호한 재활작업장(보호작업장) 있음( ) e) 단순한 작업이상의 직업관련훈련을 정기적으로 실시함( )	현장확인 및 입소자 면담
	④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 또는 작업요법이 없는 경우 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	
해설: 작업요법은 조립 등 외부작업의 하청, 판매를 위한 자체 생산 및 주방 일을 포함 a) 자발적 참여여부를 입소자 면담하여 확인, 가족의 동의서는 무연고자 제외 c) 적절한 보상여부는 환우 기능과 작업의 특성을 고려하여 상식적인 수준에서 결정하며, 서면화 된 기록(작업일지, 입금통장 확인 등)을 근거로 확인. 작업참여 환우를 임의 추출하여 면담 실시, 작업일지확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C8)시설외부 출입이 자유로운 환우가 얼마나 있는가?	시설출입자유자 ( ) 명 ④ 시설외부출입이 자유로운 입소자가 전체 입소자의 20%이상 ③ 시설외부출입이 자유로운 입소자가 전체 입소자의 10 - 19% ② 시설외부출입이 자유로운 입소자가 전체 입소자의 5 - 9% ① 시설외부출입이 자유로운 입소자가 5% 미만	관련자료 확인
해설: 오전9시~오후 5시 투약/식사시간 제외하고 직원의 사전 동의를 받고 자유롭게 시설외부출입 가능한 자를 의미(시설외부출입이라 함은 시설 내에서의 병동 밖 자유출입과 다름). 시설외부출입이 자유로운 환자명부에서 2명을 임의로 추출하여 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C9) 인권보호를 위해 노력하고 있는가?	a) 국가인권위원회의 규정에 따라 진정함 설치 운영에 대한 규정(지침)이 마련되어 있다. b) 시설 내 적절한 위치에 진정함을 설치하고 있다. c) 환자/생활인을 위한 용지, 필기도구, 봉합용 봉투를 비치하고 있다. d) 직원은 정기적으로 진정함을 확인하고 진정서를 위원회에 송부하고 있다.	현장확인
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
해설: 인권함은 익명성이 보장된 상태에서 입원/입소자가 시설장에게 자유롭게 고발 및 건의사항을 제출할 수 있도록 한 것임, 인권함 접수의견 모음파일 확인		

평가지표	평가내용	평가자료
C10) 환자/생활인의 학대 및 인권침해를 예방하기 위한 규정을 마련하고, 환자/생활인 및 직원에게 학대예방교육 실시 및 관련 정보를 제공하여 학대를 예방하고 있는가? (신규)	a) 인권침해 관련 규정이 마련되어 있다. b) 환자/생활인에게 인권침해 예방과 대응방법에 대한 정보를 제공하고 있다. c) 환자/생활인을 대상으로 인권교육을 계획하고 연 1회 이상 실시하고 있다. d) 모든 직원을 대상으로 인권교육을 계획하고 연 1회 이상(4시간 이상) 실시하고 있다. e) 모든 직원을 대상으로 직장 내 성희롱 예방교육을 실시하고 있다. f) 모든 직원으로부터 환자/생활인 인권보장에 대한 서약서를 받아 보관하고 있다. ④ a) b) c) d) e) f) 중 6개 ③ a) b) c) d) e) f) 중 5개 ② a) b) c) d) e) f) 중 4개 ① a) b) c) d) e) f) 중 3개 이하	현장확인

평가지표	평가내용	평가자료
C11) 환자/생활인의 개인정보에 대한 비밀보장을 위한 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있는가? (신규)	a) 개인정보의 비밀보장 관련규정이나 지침이 명문화되어 있다. b) 환자/생활인의 개인정보 보호를 위해 개인정보 파일을 안전하게 보관·관리하고 있다 c) 환자/생활인의 개인정보 보호를 위한 직원교육을 연 1회 이상 실시하고 있다. d) 환자/생활인 또는 가족에게 개인정보 수집 및 활용에 대해 사전에 동의서를 받고 있다. ④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	현장확인

평가지표	평가내용	평가자료
C12) 고충처리를 위한 체계 및 처리과정을 갖추고 있으며, 처리결과를 안내하고 있는가? (신규)	a) 환자/생활인의 고충을 처리하는 담당직원이 있다. b) 환자/생활인의 고충접수, 처리과정 및 결과를 문서화하고 있다. c) 홈페이지, SNS, 건의함 등 건의(고충)사항을 제기할 수 있는 통로가 마련되어 있다. d) 환자/생활인이 제기한 고충은 15일 이내에 그 진행과정 및 처리결과를 해당자에게 안내하고 공지하고 있다. ④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	현장확인

평가지표	평가내용	평가자료

국가인권위원회
humanrights.go.kr

C13) 환자/생활인의 시설 정보 접근성 확보를 위하여 홈페이지 및 안내서에 시설 및 서비스에 대한 정보를 충분히 제공하고 있는가? (신규)	a) 시설현황, 제공서비스, 환자/생활인 자격요건, 이용방법, 연락처 등이 기재된 안내책자가 비치되어 있다. b) 인터넷 홈페이지 또는 SNS 등을 통해 시설 주요사업과 행사들이 월 1회 이상 업데이트 되어 정보를 얻을 수 있다 c) 환자/생활인의 특성을 고려한 정보제공 표기방법과 내용을 갖추고 있다. d) 서비스제공 내용에 대해 연 2회 이상 환자/생활인 또는 보호자에게 설명하고 있다.	현장 확인
	④ a) b) c) d) 중 4개 ③ a) b) c) d) 중 3개 ② a) b) c) d) 중 2개 ① a) b) c) d) 중 1개 이하	
평가지표	평가내용	평가 자료
C14)입원/입소 시 휴대전화 소지 및 통신의 자유가 보장되고 있는가? (신규개발영역)	a) (입원/입소 안정기간 이후) 모든 사람에게 전면적으로 허용되고 있다 b) 시설내에서도 주치의의 진료소견을 바탕으로 허용되는 사람이 있다 c) 외출이나 외부근로시에만 허용된다. d) 시설내부에서는 치료진의 입회하에서만 허용된다 e) 휴대전화는 전면 불허하고 있다.	현장 확인
	④ a) b) c) d) e) 중 5개 ③ a) b) c) d) e) 중 4개 ② a) b) c) d) e) 중 3개 ① a) b) c) d) e) 중 2개 이하	
C15)면회 공간의 개방성이 담보되고 있는가? (신규개발영역)	a) 면회는 병실 외부공간에서 이루어지며 병실내부 방문은 허용되지 않음. b) 면회는 병실 외부공간에서 이루어지나 병실방문이 허용됨. c) 면회실은 병실내부의 별도 공간에서 이루어지고 개별 병실방문은 허용되지 않음. d) 면회실은 병실내부의 별도공간에서 이루어지나 개별병실방문이 허용됨.	현장 확인
C16)다양한 사회적 관계에 면회가 허용되고 있는가? (신규개발영역)	a) 가족에게만 제한적으로 면회 허용 b) 가족이외의 친인척에게도 면회 허용 c) 가족 및 친인척이외에 지역사회 사례관리기관 등의 서비스제공자 등 공식적인 지지체계에 대해서 면회 허용 c) 가족 및 친인칙이외에 비공식적인 지지체계 혹은 사적 관계(친구나 동료 등)의 지인에게도 면회 허용	현장 확인

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신장애인 국가보고서 이행상황 점검을 위한 실태조사

| 인쇄일 | 2019년 12월
| 발행일 | 2019년 12월
| 발행처 | 국가인권위원회
| 주 소 | 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동1가)
나라키움 저동빌딩 http://www.humanrights.go.kr
| 전 화 | 차별시정국 장애차별조사2과 02)2125-9984
| F A X | 02)2125-0925

ISBN : 978-89-6114-733-0 93330 비매품