국가인권위원회
humanrights.go.kr

발 간 등 록 번 호
11-1620000-000882-01

2021년 정신장애인 인권증진을 위한
실태조사 연구용역 최종보고서

선진사례를 통해 본 정신장애인 지역사회 통합증진을 위한 실태 조사

국가인권위원회
National Human Rights Commission of Korea

국가인권위원회
humanrights.go.kr

선진사례를 통해 본 정신장애인 지역사회 통합증진을 위한 실태 조사

2021년도 국가인권위원회 정신장애인 인권증진을 위한 실태조사 연구용역보고서를 제출합니다.

2021. 12.

연구수행기관 서울대학교 산학협력단
책임연구원 : 강 상 경 (서울대학교 사회복지학과 교수)
공동연구원 : 제 철 웅 (한양대학교 법학전문대학원 교수)
하 경 희 (아주대학교 공공정책대학원 교수)
김 성 수 (새로운경기도립정신병원 병원장)
김 성 용 (선문대학교 사회복지학과 조교수)
박 미 옥 (한국정신재활시설협회 회장)
송 승 연 (한국후견·신탁연구센터 전임연구원)
송 현 섭 (영남정신요양원 원장)
안 병 은 (행복한 우리동네의원 원장)
이 진 순 (한국정신장애인가족지원활동가협회 회장)
전 준 희 (화성시정신건강복지센터 센터장)
지 미 루 (침묵의소리 회장)
Anina Johnson (NSW 정신건강재심위원회 부위원장)
Karen Taylor (Working to Recovery Ltd. 정신건강전문요원)
Tim Heffernan (NSW Mental Health Commission 부위원장)
연구보조원 : 박 종 은 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
김 경 희 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
김 정 현 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
나 수 빈 (서울대학교 사회복지학과 석사과정)
안 재 은 (서울대학교 사회복지학과 석사과정)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

국가인권위원회
humanrights.go.kr

연구요약

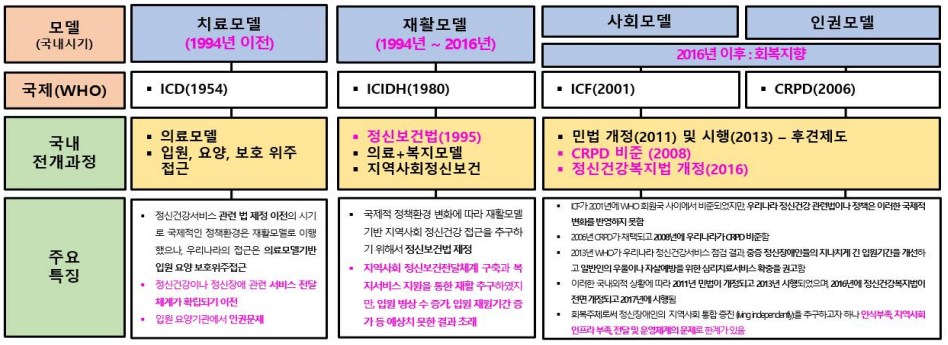
1. 서론

○ 연구배경

- 정신장애는 시대적, 사회적, 문화적 특성에 따라서 구성되는 상대적 개념으로 한 사회의 정치·경제·사회·문화적 상황과 같은 외재적 요인/정신건강 인식, 정신장애 및 정신장애인에 대한 사회적 인식(social perceptions), 정신건강 예산 및 서비스 전달체계와 같은 내재적 요인/국민의 정신건강 욕구나 정신장애인 당사자와 가족의 정신건강서비스 욕구 및 정부에 대한 요구 등과 같은 매개적 요인의 영향을 받음
- 장애의 상대적 개념은 국제연합(United Nation) 세계보건기구(WHO: World Health Organization)를 중심으로 변화해 온 정신장애의 국제적 관점 변화에도 나타남

관점(모델)	치료모델	재활모델	사회모델	인권모델
국제적 기준 (WHO)	▪ International Classification of Diseases **(ICD)** ▪ **WHO(1954)** : WHO 주관 최초 ICD인 ICD-7	▪ International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps **(ICIDH)** ▪ **WHO(1980)**	▪ International Classification of Functioning **(ICF)** ▪ **WHO(2001)**	▪ Convention on the Rights of Persons with Disabilities **(CRPD)** ▪ **WHO(2006)**
주요 특징	▪ 정신장애는 **정신질환** ▪ 따라서 정신장애에 대한 주요 접근은 **정신질환 치료** ▪ 정신장애인을 **'치료'의 대상**이라고 보는 관점	▪ 정신장애는 **정신질환으로 인한 기능저하로 초래되는 손상 및 사회적불리** ▪ 따라서 정신장애에 대한 주요 접근은 **손상에 대한 치료와 사회적 불리에 대한 복지서비스 지원을 통한 재활** ▪ 정신장애인을 **"재활"의 대상**이라고 보는 관점	▪ 정신장애는 **정신질환과 같은 개인체계 요인과 사회안전망 같은 환경체계요인들 간 항상성 저하로 구성되는 상대적 개념** ▪ 따라서 정신장애에 대한 주요 접근은 **치료, 재활 및 사회보장인프라 구축** ▪ 정신장애인을 **"사회통합"의 주체**로 인식	▪ 정신장애의 개념은 사회모델처럼 항상성 저하로 인식함. 단 **항상성 저하 판단의 주체는 정신장애인 당사자**임 ▪ 따라서 정신장애에 대한 접근은 항상성 균형의 주체인 정신장애인의 **회복 지원** ▪ 정신장애인을 **"회복 " 의 주체**로 인식

- 2006년 채택된 'UN 장애인권리협약(CRPD)'은 장애 접근과 관련한 의료모델, 복지모델의 한계를 극복하고 더 적극적인 인권모델 구축의 필요성을 강조하고 있음
- 국제사회에서 ICF(2001)와 CRPD(2006)가 채택되어 대부분의 WHO의 OECD 회원국들이 회복관점의 지역사회 통합을 위한 정신건강서비스를 구현하려고 노력할 때, 우리나라는 국제사회 관점 변화를 충분히 수용하지 못하고 있음
- 우리나라는 2008년 'UN 장애인권리협약(CRPD)'을 비준하였고, CRPD 규정 충족에 미흡한 정신보건법을 전면 개정하여 2017년 5월 30일 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하, 정신건강복지법)'을 시행하였지만, 이상적 지향점은 재활모델, 실질적 현상은 재활모델이라는 한계가 있음



- 정신질환이 있더라도 자신이나 타인에 대한 위험이 존재하지 않는 경우에는 빠른 시일 내에 일상생활과 사회생활을 영위할 수 있게 하는 치료와 재활을 목표로 해야 하지만, 현재 우리나라는 이러한 인식이 거의 없어서 당사자가 지역사회에서 통합적 삶을 영위하지 못하고 있음

○ 연구필요성

- 국제적 정책환경과 OECD 국가들의 현황을 고려할 때, 우리나라도 국제적 기준에 맞게 회복지향의 정신건강서비스를 지향점으로 해서 기존의 정신건강서비스와 복지서비스를 재편할 필요가 있음.

- 우리나라 현안과 과제에 대한 정확한 분석과, 이러한 현안과 과제를 해결하는데 도움을 줄 수 있는 심층해외사례연구를 수행하고, 그 결과를 기반으로 한국적 상황과 여건에 맞는 정신장애인 회복지원과 사회통합을 위한 정책 개발이 요구됨

○ 연구목적

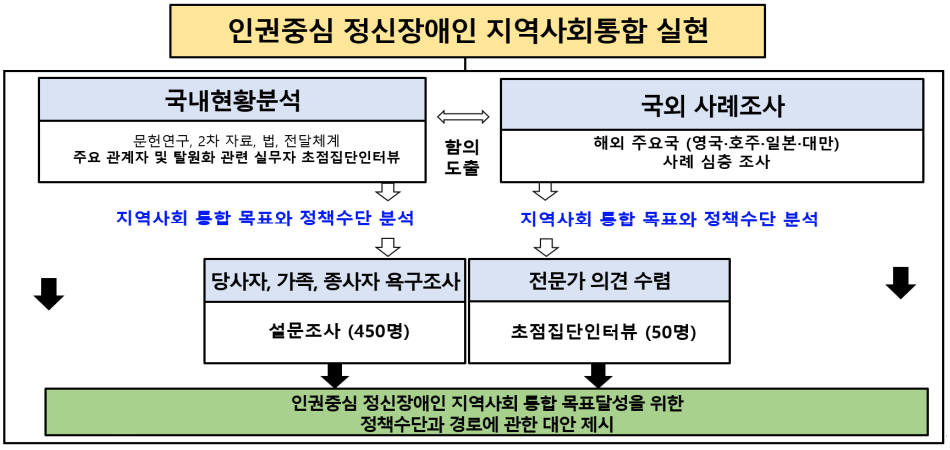
- 본 연구는 ① UN 장애인권리협약 및 다양한 국제조약상 정신장애인의 지역사회 통합과 관련한 국제인권기준의 체계를 검토하고, ② 국제 인권 기준에 근거하여 국내에서 정신장애인의 지역사회 통합증진의 다양한 현황 및 장벽요인을 체계적으로 분석하며, ③ 영국, 호주, 일본, 대만을 중심으로 해외 주요국에서 사례를 통해 국내 적용의 함의를 도출하고자 함. ④ 정신의료기관, 정신재활시설, 정신요양시설을 중심으로 지역사회 통합의 주체인 정신장애인 당사자와 가족, 종사자를 대상으로 지역사회 통합에 대한 인식과 욕구를 파악하고 그 결과를 인권중심적으로 통찰·해석하며, ⑤ 다양한 영역의 전문가를 대상으로 정신장애인 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 제도적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고 그 우선순위를 파악하고자 함

국가인권위원회
humanrights.go.kr

- 2차 자료와 문헌 검토, 정책환경변화, 국내 현황 및 문제점, 해외 선진사례 심층 분석, 당사자와 가족 욕구 조사, 전문가 의견수렴 결과를 종합 분석하여 인권적 관점에서 정신장애인 지역사회 통합 증진을 위한 정부정책의 방향성을 제시하기 위한 국가인권위원회의 역할 수행에 실질적 기여를 하는 것을 주요 목적으로 함

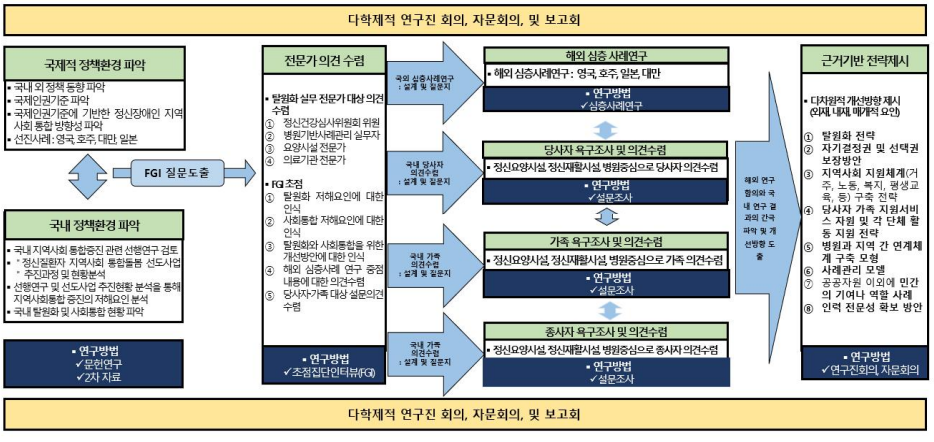
○ 연구내용(범위)

- 본 연구의 내용 및 목표, 범위에 대하여 간략히 그림으로 정리하면 다음과 같음



○ 연구추진 전략 및 방법

- 본 연구의 수행 절차를 개괄적으로 도식화 하면 아래와 같음



2. 연구결과

○ 연구방법 별 정책제언을 위한 시사점 및 도출된 관련 주제는 다음과 같음

○ 정신장애인 지역사회통합 관련 국제인권기준

- 정신장애인 지역사회통합 관련 국제인권기준 파악을 위해 UN 장애인권리협약, WHO QualityRights Tool Kit(2012), WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019), WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021)를 바탕으로 정신장애인의 지역사회 통합과 관련한 국제인권기준의 체계를 분석함
  - WHO QualityRights Tool Kit(2012)는 선언적 의미의 UN 장애인권리협약을 '어떻게' 실현할 것인지에 대해 주요 항목별로 지표를 제시하고 있을 뿐만 아니라, 기관의 이용자·가족·직원의 시각과 평가위원회의 관찰이 고려된 다각적인 평가가 가능하며 이를 통해 각 시설 및 기관 내에서 인권적 차원의 논의를 확산할 수 있다는 특징을 갖고 있음
  - WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서는 구체적으로 어떻게 당사자중심의 인권실현을 할 것인지에 대한 교육 및 지침 내용을 담고 있음. 이에 근거하여 현장 실천가 혹은 정신장애인 당사자들이 비교적 쉽게 인권기반 실천방법을 이해할 수 있도록 교육자료가 구성되어 있으며, 다양한 조직(동료지원, 시민사회조직 등)이 참고할 수 있도록 필요한 역량 및 평가방법에 대한 설명을 제공함
  - WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services(2021)는 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서 제시한 교육 지침들과 유사한 사람중심 인권기반 방향성을 가진 정신건강서비스를 7가지 유형으로 정리하여 제시함

○ 국내 법제도 등 정신건강정책환경 분석

- 국내 법제도 등 정신건강정책 환경을 국제인권기준에 근거하여 살펴봄. 이를 통해 다음과 같은 지역사회통합 장벽요인을 살펴볼 수 있었음.

- 가장 큰 장벽요인은 UN장애인권리협약을 비준했음에도 불구하고 이 내용이 국내 정신건강정책환경에 적용되지 않고 있는 점임
  - 첫째, UN장애인권리협약 '제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참'에서 지향하는 바와는 상이하게 국내 장애인복지법 제15조, 지방자치단체 조례에서는 정신장애인의 장애인복지서비스 혹은 지역사회시설 이용을 배제하고 있음

- 둘째, 사람중심 인권기반 실천에서 지향하고 있는 지역사회중심, 권익옹호 등 당사자 단체에 대한 지원, 실제 제도를 통해 정신장애인 당사자의 권익이 실현되고 있는지 인권의 실질적 보편화에 대한 관심이 부족함. 예를 들어, 입원적합성심사위원회의 경우 입원당사자의 의견을 다학제 위원이 평가하기에는 실질적으로 어려움이 있으며, 당사자의 권익을 옹호할 수 있는 제도 및 단체로 대표되는 절차보조지원사업과 당사자 단체들의 경우 제도적 명분이 법제화되어 있지 않아 지속 가능에 어려움이 있는 실정임
- 셋째, 상기와 같은 인권 중심 정책환경으로 전환되기 위한 전달체계 변화가 미진함. 국내 정신건강정책환경은 여전히 의료 및 재활관점에 머물러 있음. 이에 재원 및 인력 그리고 정신장애인 당사자가 지원받을 수 있는 수당이나 수가체계 또한 의료기관 중심으로 조성되어 있음. 정신장애인이 탈원화를 하지 못하고 낮은 사회경제적 지위에 머물게 하며 결국에 더 나은 환경 혹은 지역사회에서 회복할 수 있는 기회를 박탈시킴

○ 해외주요국의 정신장애인 지역사회서비스에 대한 심층 사례분석

- 영국, 호주. 일본, 대만을 중심으로 해외 주요국에서 선진적으로 시행한 또는 현재 시행하고 있는 정신장애인 지역사회 통합 사례를 심층 분석하고, 국내 적용의 함의를 살펴봄. 이를 통해 아래와 같은 국내 적용 함의를 도출함
  - 첫째, 중앙 및 지방 정부 주도하에 국제인권기준에 근거한 지역사회 중심 회복 및 탈원화 전략 실천이 이루어져야함. 영국의 경우 2007년 정신보건법 개정을 통해 치료 중심의 관점에서 회복 및 인권 중심의 서비스로 대폭 전환을 꾀함. 또한 중앙정부 주도하에 2019년 정신건강 5개년계획을 발표하여 정신건강관련 예산을 한화로 연간 3조원 이상을 추가 조달하기로 발표함
  - 호주의 경우에도 1993년부터 국가정신보건개혁을 추진하여 정신보건재정확충, 지역사회 중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상축소, NGO의 역할 증대 등의 노력을 꾀함. 반면, UN장애인권리협약에 근거하여 국가 주도의 대대적 법 및 제도 개혁이 이루어지지 않을 경우 정신장애인의 지역사회통합을 이루기에는 어려움이 있음을 확인함. 이에 국내 정신건강복지의 패러다임의 전환을 꾀하기 위해서는 중앙정부의 주도와 지방정부의 책임성이 동반되어야함
  - 둘째, 당사자의 자기결정 및 권익옹호 서비스를 제공을 법제화하고 관련 중앙 및 지방정부 혹은 민간 단체에서 이를 제공할 수 있는 토대를 마련해야함. 영국에서는 2007년 정신보건법을 통해 '정신건강대변인(Independent Mental Health Advocate, IMHA)'을 규정하고 국가적 차원에서 대변인을 교육하여 자기결정 및 권익 옹호 서비스 체계를 구축함.
  - 호주의 경우 1986년 정신보건법상에는 대체의사결정이 주였지만, 2014년 지원의사결정으로 전환하여 국제인권 기준에 근거하여 당사자의 의사결정을 존중하는 방향을 취하고

있음. 대만의 장애인권리협약 비준 국가는 아니지만 정신위생법 제13조부터 제15조를 통해 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익 옹호 단체 대표자의 정책 수립과정에 참여할 수 있는 권리를 법률로 규정함. 따라서 우리나라 또한 법령 안에 현재 시행되고 있는 절차보조사업, 동료지원서비스에 대한 법제화와 예산 지원을 해야함

- 셋째, 당사자 및 가족의 거주, 노동, 복지 등의 개별화된 욕구에 근거한 사례관리 서비스 제공이 필요함. 더불어 이 과정에서 입원 직후부터 퇴원계획을 수립하는 등의 지역사회전환지원서비스에 대한 마련이 병원에서부터 이루어져야함. 영국의 정신보건서비스는 NHS와 지방정부에서 1~3차까지의 서비스를 제공함. 질환 발생 시 1차 정신보건서비스에서 제공하는 심리치료 접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) 정신건강 프로그램을 통해 서비스를 제공받음. 그리고 추가적인 서비스가 필요하다고 판단되는 경우에는 NHS의 2차 의료서비스 시스템 하에서 NHS 내의 임상 감독 그룹(Clinical Commissioning Groups, CCGs)을 통해 병원 치료 계획 수립, 재활 보호(rehabilitative care), 응급치료 등 많은 지역사회 의료서비스 및 정신장애를 포함한 장애 관련 서비스를 받을 수 있음. 퇴원 이후에는 NHS는 치료 외에도 '사회적 처방(social prescribing)' 프로그램, Care Programme Approach 등을 통해 당사자가 회복할 수 있도록 다양한 비의료적 형태의 서비스를 제공 받음.
- 호주의 빅토리아주 또한 중증정신질환자들을 대상으로 공공병원에 의해 전문적으로 관리되는 시스템으로 사정·진단·치료·재활·사례관리서비스를 제공함과 동시에, 민간단체를 중심으로 정신사회 회복 주간 프로그램, 찾아가는 정신사회 서비스, 주거 재활시설, 쉼터, 자조모임을 운영하고 있음. 또한 정신장애인이 자신에게 맞는 서비스를 모델링하는데 필요한 서비스 코디네이션과 재정적 자원을 NDIS를 통해 지원함. 따라서 우리나라 또한 당사자 및 가족의 개별적인 상황(질환의 특성, 경제, 주거 등)에 맞추어 입원 시점부터 계획을 수립할 수 있도록 지원이 필요함. 또한 퇴원 이후에 이러한 계획이 실현될 수 있도록 병원과 지역을 넘나드는 코디네이터(사례관리자)를 지원하거나 병원에서 지역사회로의 연계가 원만히 이루어질 수 있도록 제도적 장치들을 마련해야함

○ 당사자, 가족, 종사자의 인식 및 욕구조사

- 정신요양시설, 정신재활시설, 정신의료기관 당사자, 가족, 종사자의 인식 및 욕구를 조사하기 위해 설문조사를 시행함

- 당사자 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 150명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
  - 첫째, 당사자의 64%가 퇴원/퇴소 계획에 대한 상담을 받은 경험이 없다고 응답함. 탈원화 및 지역사회통합을 위해 퇴원계획에 대한 상담을 의무화 해야함

- 둘째, 퇴원계획상담을 받은 36%의 당사자 중 77%가 지역사회 정신재활시설 이용 계획이 없다고 응답하였고, '욕구에 맞지 않아서, 어떻게 이용해야하는지 몰라서, 이용가능 한 시설이 없어서'가 가장 큰 이유를 차지함. 정신장애인의 입원/입소 직후부터 충분한 시간 동안 개별화된 퇴원계획을 수립할 수 있도록 해야함. 더불어 욕구에 맞는 시설을 실제로 이용할 수 있도록 위치, 비용, 등록 방법 등에 대해 서면으로 상세히 안내하고, 당사자가 동의할 시에는 병원에서 시설로 직접 의뢰 및 연계하는 방법을 취해야 함
- 셋째, 당사자가 퇴원계획 상담을 받았음에도 시설을 이용하지 않은 이유에는 당사자들의 개별화 된 욕구에 맞는 시설이 부재한 것이 가장 큰 원인이 될 것으로 생각됨. 따라서 당사자의 욕구에 맞는 지역사회시설을 확충할 필요가 있음. 탈원화 관련하여 부족한 서비스로 나타난 일자리, 낙인과 편견을 극복할 수 있는 권익옹호제도, 가족의 돌봄 및 재정부담에 대한 서비스 확충이 필요함. 국제인권 기준에 근거하였을 때는 정신건강위기상황에서의 환경조성과 지역사회연계서비스 제공에 대한 노력이 이루어져야함

- 가족 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 75명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
  - 첫째, 당사자 욕구 조사와 유사하게 당사자 가족의 경우에도 절반 이상이 퇴원/퇴소 계획 상담을 받지 못한 것으로 나타남. 본 설문 조사의 결과에서 대부분의 주보호자가 부모, 형제자매였던 경우를 고려하여 가족에게 돌봄 부담이 부가되지 않도록 퇴원계획 상담 시 가족도 적극 고려해야함
  - 둘째, 퇴원계획 상담에서 뿐만 아니라 입원/입소 직후 당사자의 가족들이 경험하는 여러 가지 어려움들을 사정하고 개입할 수 있도록 해야함. 당사자들의 돌봄 부담을 경험하는 가족의 긴장 및 갈등 완화를 위한 지지 상담과 가족의 욕구에 맞는 의료비 및 생활비 지원의 서비스들이 연계 되어야 함
  - 셋째, 서비스 연계를 위해 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스 인프라 확충이 필요함. 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스는 국제인권 기준에서 표방하는 서비스와도 일맥상통함. 즉, 본 연구 결과에서 가족이 가장 필요하다고 보고된 '위기상황에서의 정서 및 물리적 환경제공'과 '개인 맞춤형 회복 환경 조성'을 위한 제도 및 서비스 지원이 우선되어야함

- 종사자 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 222명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
  - 첫째, 지역사회정신건강시설의 확충이 필요함. 정신건강 관련 연계 경험을 살펴보면 정신의료기관, 정신건강복지센터, 보건소의 연계경험이 가장 높은 것으로 나타났으나, 정신의료기관과 보건소의 경우 선호도가 낮은 기관 유형으로 나타남. 따라서 선호도가 높았던 종합시설, 주간재활시설, 공동생활가정에 대한 연계 비중을 높일 수 있도록 시설 확충이 필요함.
  - 둘째, 탈원화에 대해서는 설문에 응답한 종사자의 약 절반 수준이 동의하는 견해를 보임. 이에 탈원화에 가장 영향력을 주는 서비스로 나타난 가족의 돌봄 부담 경감을 위한 서비

스, 정신장애인 일자리 및 주거서비스 확충이 이루어져야함. 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도-충분도가 가장 큰 영역으로 직업참여, 사회적 차별금지, 주거보장 서비스가 나타났던 부분을 고려하여, 특히 고용 및 주거 지원에 격차를 줄이기 위한 노력을 기울여야함. 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 관련하여 정신건강 위기 상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경에 대한 요구가 높았던 것을 고려하여 위기 쉼터 등의 물리적 공간을 확충도 동반되어야 함

  - 셋째, 장애인복지사업 및 서비스 관련한 종사자의 인지도는 100점 만점에 51점으로 평균 수준을 보임. 장애인복지법 제15조 폐지 이후 종사자들이 정신장애인의 배제 조항을 인지하고 적극적으로 의견을 개진하며 정신장애인에게 장애인복지서비스를 연계할 수 있도록 교육적 지원이 필요함. 정신재활시설, 정신의료기관, 정신요양시설 종사자 순으로 장애인복지사업에 대한 인지도가 높았으므로, 정신의료기관 및 정신요양시설 종사자에 대한 우선적 교육 지원이 요구됨

- 종합하면, 정신장애인 당사자와 가족의 욕구를 우선적으로 반영한 당사자 주도의 개인맞춤형 지역사회통합환경이 조성되어야함. 정신장애인 자립생활을 위한 지원주거, 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 위기 쉼터 등을 확충하여 상황에 따라 다양한 서비스를 이용가능하도록 해야 함. 현장에서 탈원화 경로가 실질적으로 작동되기 위한 세부계획이 필요함. 정신건강심사위원회의 역할을 강화하고 퇴원계획이 실제 영향력을 발휘할 수 있도록 입원한 상태에서 기관 방문/이용을 시범적으로 하는 등의 실천을 이행 해야함

○ 전문가 의견을 통한 정신장애인 지역사회통합 우선 과제 분석

- 다양한 영역의 전문가(예, 정신건강심사위원회 위원, 병원기반 사례관리 실무자, 요양시설이나 의료기관의 사회복지사 등)를 대상으로 정신장애인 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 제도적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고 그 우선순위를 파악함

- 분석 결과 6개 범주와 27개의 주제가 도출됨. 이에 근거한 시사점은 다음과 같음

  - 첫째, 퇴원/퇴소를 촉진하기 위한 제도 마련이 필요함. 구체적으로 정신건강심사위원회의 역할이 강화될 수 있도록 하고, 위원에 대한 교육, 위원 구성의 다양화, 거주지 기준의 심사 청구 등의 역할 구체화, 퇴원계획 수가체계마련, 퇴원통지서 등의 활용으로 지역사회 연계 효과성을 높여야함
  - 둘째, 자립을 지원하는 지역사회인프라가 구축되어야 함. 최우선의 과제는 주거의 마련이고, 집중적인 사례관리, 맞춤형 서비스의 정신재활시설, 고용지원, 활동지원, 가족지원 등의 대안적 서비스가 마련되어야 함
  - 셋째, 탈원화와 지역사회통합을 위한 국가의 정책적 기반이 조성되어야 함. UN장애인권

국가인권위원회
humanrights.go.kr

리협약과 WHO의 가이드라인 등 국제인권기준에 근거하여 국내 정신건강복지정책을 치료 및 재활 중심에서 인권 중심으로 전환 정책담당자의 인식 개선이 필요함. 뿐만 아니라 실질적인 복지 확대, 탈시설에 대한 로드맵 및 장단기 정책에 이르기까지 정책 전반에 대한 인권 중심 접근이 요구됨. 더불어 지방자치단체의 서비스 제공 책임을 명확히 하여 실제 지역사회통합을 위한 실천을 이행해야함

3. 결론 : 정신장애인 지역사회통합을 위한 우선 과제

○ 정신장애인 지역사회 통합을 위한 우선과제

- 본 연구는 CRPD 제19조의 정신장애인의 지역사회 독립생활과 사회통합의 가치를 실현하기 위한 중요 수단으로서 회복 중심적 정신건강서비스 제공 현황, 문제점, 개선점을 확인함. 따라서 본 연구의 결과는 정신건강서비스 관련 정책만이 아니라, 정신건강정책 일반에 대한 국가인권위원회의 제언에 다음과 같은 기준을 제시하고자 함
  - 정부 주도의 패러다임 변화
  - UN장애인권리협약 이념을 반영한 정신건강정책 및 운영체계 전반적 전환
  - UN장애인권리협약, WHO의 사람중심 인권기반 실천에 기반한 훈련, 운영, 평가

○ 세부 추진 과제

구분	세부 과제
회복지향 정신건강 정책환경 및 제도 개혁을 통한 거버넌스 개선	법과 제도 개혁을 통한 회복지향 사람중심-인권기반 정신건강 서비스 토대 마련
	탈시설과 지역사회 자립을 위한 중앙정부 및 지방정부의 역할 정립
	정신장애인의 정책 결정 참여
입원치료의 단기간화와 지역사회 전환지원을 위한 제도 마련	정신건강심사위원회 역할 강화를 통한 퇴원 통제
	퇴원계획제도 정착
	지역사회 전환지원 서비스 마련
	쉼터 등 위기지원서비스 마련
	동료지원서비스 제도화
자립과 회복을 위한 지역사회기반 지원체계 구축	정신질환자 및 정신장애인 지역사회 통합지원체계 확대 : 돌봄에서 자립지원으로
	지역사회 인프라 및 서비스 확대
	정신장애 당사자 단체 지원

목 차

제1장 서 론 ····· 1

제1절 연구목적 및 필요성 ····· 3

1. 연구배경 ····· 3
2. 연구 필요성 및 목적 ····· 9

제2절 연구범위 및 연구방법 ····· 11

1. 연구범위 ····· 11
2. 연구방법 ····· 12
3. 연구수행체계 ····· 14

제2장 정신장애인 지역사회 통합의 환경 분석 ····· 15

제1절 국제 인권 기준의 흐름 ····· 17

1. UN장애인권리협약 ····· 17
2. WHO QualityRights Tool Kit(2012) ····· 19
3. WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019) ·· 28
4. WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021) ····· 37

제2절 국내 인권 기준의 흐름 ····· 43

1. 인권감수성 맹아기: 시설 수용의 시작 ····· 43
2. 장애인권에 대한 무관심: 정신의료기관의 발족, 사회복지시설에서의 대규모 수용 시작 ·· 44
3. 의료모델 하의 제한된 인권보장: 정신의료기관 및 사회복지시설에서의 수용 증가 ····· 45
4. 장애인권리협약에 근거한 인권기준 준수 필요성 대두: 정신보건법 제정 이후 장기수용구조 형성 ··· 46
5. 국제인권 기준의 반영과 변화: 정신건강복지법 개정과 탈시설화 ····· 47

제3장 국내 현황 분석 ····· 49

제1절 정치·경제·사회문화적 현황 ····· 51

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 법과 조례 ····· 52
1. 헌법 ····· 52
2. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 (약칭: 정신건강복지법) ····· 53
3. 장애인복지법 ····· 64
4. 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 (약칭: 장애인차별금지법) ····· 73
5. 개정 민법 상 성년후견제도 ····· 78
6. 장애인 탈시설 로드맵 ····· 80
7. 조례 ····· 82

제3절 국내 정신건강전달체계 및 운영체계 ····· 86
1. 정신건강전달체계 및 운영체계 ····· 86
2. 재원 및 인력 ····· 88
3. 제공 서비스 ····· 97
4. 예산 및 급여 방식 ····· 104

제4절 회복지원서비스 인프라 현황(보건, 의료, 복지, 재활 등) ····· 114
1. 국내 정신건강증진시설 인프라 및 재원 현황 ····· 114
2. 정신건강복지기본 5개년 계획(2021-2025) (보건복지부, 2021a) ····· 116
3. 정신장애인자립생활센터 등 당사자 단체, 권익옹호 제도 ····· 122
4. 지역사회통합돌봄사업 (보건복지부, 2020b) ····· 127
5. 퇴원지원 ····· 131
6. 정신장애인 탈원화(탈시설화) 관련 연구 ····· 133
7. 정신장애인 사회통합 증진 관련 연구 ····· 135

제5절 지역사회통합의 장벽요인분석 ····· 138
1. 정신장애인의 지역사회통합 배제 및 차별 법 조항 ····· 138
2. 지역사회통합을 위해 필요한 복지서비스 조항 구체화 및 인프라 부족 ····· 139
3. 비자의적 입원 방지를 위한 제도 변화 부족 : 입원적합성심사위원회, 절차보조지원사업 ·· 139
4. 권익옹호 등 당사자 단체에 대한 지원 미비 ····· 140
5. 정신건강 예산 및 인력의 부족 ····· 140
6. 의료기관 중심의 수가체계 시스템 ····· 140

제4장 해외 사례 조사 ····· 143

제1절 주요국 정신장애인 지역사회 통합 사례 조사 ····· 145
1. 영국의 정신장애인 지역사회통합 사례 ····· 145

2. 호주의 정신장애인 지역사회통합 사례 ····· 194
3. 일본의 정신장애인 지역사회통합 사례 ····· 245
4. 대만의 정신장애인 지역사회통합 사례 ····· 285

제2절 지역사회 통합의 증진·저해요인 분석 ····· 325
1. 영국 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석 ····· 325
2. 호주 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인 분석 ····· 331
3. 일본 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석 ····· 333
4. 대만 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석 ····· 340

제3절 해외 사례의 한국적 함의 ····· 352
1. 영국 사례의 한국적 함의 ····· 352
2. 호주 사례의 한국적 함의 ····· 354
3. 일본 사례의 한국적 함의 ····· 358
4. 대만 사례의 한국적 함의 ····· 364

제5장 당사자, 가족, 종사자 의견 및 욕구조사 ····· 371

제1절 연구방법 ····· 373
1. 분석자료 개요 ····· 373
2. 조사 내용 ····· 374

제2절 당사자 의견 및 욕구 조사분석결과 ····· 378
1. 일반적 특성 ····· 378
2. 전반적 인식 ····· 384
3. 탈원화 관련 인식 ····· 391
4. 국제인권기준 관련 인식 ····· 399
5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식 ····· 409
6. 당사자가 이용(입원, 입소)하고 있는 기관 관련 인식 ····· 415

제3절 가족 의견 및 욕구 조사분석결과 ····· 433
1. 일반적 특성 ····· 433
2. 전반적 인식 ····· 436
3. 탈원화 관련 인식 ····· 444
4. 국제인권기준 관련 인식 ····· 451
5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식 ····· 462

국가인권위원회
humanrights.go.kr

6. 가족이 이용(입원, 입소)하고 있는 기관 관련 인식 ····· 468

제4절 종사자 의견 및 욕구 조사분석결과 ····· 480
1. 일반적 특성 ····· 480
2. 전반적 인식 ····· 481
3. 탈원화 관련 인식 ····· 487
4. 국제인권기준 관련 인식 ····· 494
5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식 ····· 500

제5절 소결 및 제언 ····· 509
1. 당사자 욕구 및 의견 ····· 509
2. 가족 욕구 및 의견 ····· 516
3. 종사자 욕구 및 의견 ····· 523
4. 소결 및 제언 ····· 531

제6장 전문가 의견 수렴 : 초점집단인터뷰 ····· 533

제1절 분석개요 ····· 535
1. 조사과정 ····· 535
2. 참여자 특성 ····· 535

제2절 분석 결과 ····· 539
1. 탈원화/탈시설화의 장애 요인 ····· 539
2. 정신건강심사위원회의 기능 강화 ····· 542
3. 퇴원 계획과 지역사회 연계를 위한 제도화 방안 ····· 544
4. 병원/시설과 지역사회 간을 매개하는 서비스 ····· 546
5. 삶을 지원하는 지역사회 기반 인프라 구축 ····· 549
6. 지역사회 통합을 위한 제도적 기반 마련 ····· 553

제3절 소결 및 제언 ····· 556
1. 퇴원/퇴소를 촉진하기 위한 제도 마련 ····· 556
2. 지역사회 인프라 구축 ····· 557
3. 탈원화와 지역사회 통합을 위한 정책적 기반 마련 ····· 557

제7장 인권중심 정신장애인 지역사회 통합 실현을 위한 제언 ····· 559

제1절 연구 목적 및 시사점 ····· 561
1. 정신장애인 지역사회통합 관련 국제인권 기준 ····· 561
2. 국내 법제도 등 정신건강정책 환경 분석 ····· 562
3. 해외 주요국의 정신장애인 지역사회서비스에 대한 심층 사례분석 ····· 563
4. 당사자, 가족, 종사자의 인식 및 욕구조사 ····· 565
5. 전문가 의견을 통한 정신장애인 지역사회통합 우선 과제 분석 ····· 567

제2절 정신장애인 지역사회 통합을 위한 우선과제 ····· 569
1. 정신건강정책의 패러다임 변화 ····· 569
2. UN장애인권리협약 이념을 반영한 정신건강정책 및 운영체계 전반적 전환 ····· 571
3. UN장애인권리협약, WHO의 사람중심 인권기반 실천에 기반한 훈련, 운영, 평가 ····· 573

제3절 세부추진과제 ····· 574
1. 회복지향 정신건강 정책환경 및 제도 개혁을 통한 거버넌스 개선 ····· 575
2. 입원치료의 단기간화와 지역사회 전환지원을 위한 제도 마련 ····· 587
3. 자립과 회복을 위한 지역사회기반 지원체계 구축 ····· 604

참고문헌 ····· 615

부 록 ····· 631

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

표 목차

〈표 2-1〉 UN 장애인권리협약 본문 ····· 18
〈표 2-2〉 WHO QualityRights Tool Kit 구성 ····· 20
〈표 2-3〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 ····· 21
〈표 2-4〉 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation 구성 ··· 29
〈표 2-5〉 QualityRights materials 분류 및 내용 ····· 32
〈표 2-6〉 Guidance and technical packages 개괄 ····· 38
〈표 2-7〉 Guidance and technical packages 세부 내용 및 목차 ····· 40
〈표 2-8〉 1960-70년대 정신병상,신경정신과전문의 변화 추이 : 한국 ····· 44
〈표 2-9〉 1980-90년대 정신병상, 정신과 전문의, 사회복지시설 정신장애인 수용 변화추이 : 한국 ···· 45
〈표 2-10〉 1997년 이후 정신병상, 정신과 전문의, 사회복지시설 정신장애인 수용 변화추이 : 한국 ··· 46
〈표 2-11〉 2015년 정신보건기관 및 시설현황 : 한국 ····· 47

〈표 3-1〉 일반적 상황 : 한국 ····· 51
〈표 3-2〉 헌법상 기본권 : 한국 ····· 52
〈표 3-3〉 정신건강복지법 : 한국 ····· 54
〈표 3-4〉 정신건강복지법 제2조 개정(2016년) : 한국 ····· 55
〈표 3-5〉 정신건강복지법 제4조 개정(2019년) : 한국 ····· 55
〈표 3-6〉 정신건강복지법 제4장 : 한국 ····· 56
〈표 3-7〉 정신건강복지법 보호의무자에 의한 입원 절차 및 입원 심사규정의 변화 : 한국 ····· 57
〈표 3-8〉 정신건강복지법 제6장 제59조, 제62조 : 한국 ····· 58
〈표 3-9〉 정신건강복지법 제42조 동의입원의 신설 : 한국 ····· 59
〈표 3-10〉 정신건강복지법 제59조(퇴원등 명령의 통지 등): 한국 ····· 60
〈표 3-11〉 정신건강심사위원회 기능 및 구성 : 한국 ····· 60
〈표 3-12〉 정신건강복지법 제64조 개정(2019년) : 한국 ····· 62
〈표 3-13〉 정신건강복지법 제52조 개정(2019년) : 한국 ····· 63
〈표 3-14〉 장애인복지법 : 한국 ····· 64
〈표 3-15〉 장애인복지법 제1장 제2조, 제15조 : 한국 ····· 65
〈표 3-16〉 장애인복지법 제3장 제34조 : 한국 ····· 65
〈표 3-17〉 장애인복지법 제4장 신설(2007년) : 한국 ····· 66
〈표 3-18〉 장애인복지법 제10조2 신설(2012년) : 한국 ····· 67

〈표 3-19〉 장애인복지법 장애인복지시설 관련 개정(2011년) : 한국 ····· 68
〈표 3-20〉 장애인복지법 상 학대에 관한 규정 신설(2012년) : 한국 ····· 70
〈표 3-21〉 장애인복지법 상 장애인권익옹호기관 및 사후관리 규정 신설(2015년) : 한국 ····· 70
〈표 3-22〉 장애인복지법 제25조, 제46조의2 개정(2015년) : 한국 ····· 72
〈표 3-23〉 장애인차별금지법 구성 : 한국 ····· 73
〈표 3-24〉 장애인차별금지법 제8조의2 : 한국 ····· 75
〈표 3-25〉 장애인차별금지법 제21조 : 한국 ····· 76
〈표 3-26〉 장애인차별금지법 제15조 : 한국 ····· 77
〈표 3-27〉 장애인차별금지법 제24조2 : 한국 ····· 77
〈표 3-28〉 장애인차별금지법 제26조 및 제43조의2 : 한국 ····· 78
〈표 3-29〉 민법 성년후견제 관련 조항 (2011년) : 한국 ····· 79
〈표 3-30〉 UN장애인권리위원회 최종견해 21, 22 (2014) : 한국 ····· 80
〈표 3-31〉 2021년 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵 ····· 81
〈표 3-32〉 장애인권리보장법 및 장애인복지법 구성안 ····· 82
〈표 3-33〉 공공(복지)시설 이용제한 관련 조례 개정 권고 문구 : 한국 ····· 83
〈표 3-34〉 개정된 조례 예시 : 한국 ····· 83
〈표 3-35〉 복지시설 이용제한 조례 (예) : 한국 ····· 84
〈표 3-36〉 2020년 정신건강증진기관·시설현황 : 한국 ····· 86
〈표 3-37〉 2018~2021 정신의료기관 및 정신재활시설 변화 추이 : 한국 ····· 87
〈표 3-38〉 보건분야 예산 구성 2020년 : 한국 ····· 88
〈표 3-39〉 보건예산 대비 정신건강예산 비율 2020년 : 한국, OECD ····· 89
〈표 3-40〉 시도별 1인당 지역사회 정신건강 예산 : 한국 ····· 90
〈표 3-41〉 시도별 1인당 정신건강복지센터 예산 : 한국 ····· 91
〈표 3-42〉 시도별 1인당 정신재활시설 예산 : 한국 ····· 92
〈표 3-43〉 시도별 1인당 정신요양시설 예산 : 한국 ····· 93
〈표 3-44〉 시도별 1인당 정신재활시설과 정신요양시설 예산 편차(2018년) : 한국 ····· 94
〈표 3-45〉 정신보건전문요원 수 변화 : 한국 ····· 95
〈표 3-46〉 정신보건전문요원 수 2014, 2017년 : 한국, WHO 지역별 비교 ····· 96
〈표 3-47〉 광역·기초정신건강복지센터·중독관리통합지원센터의 가치 및 비전: 한국 ····· 97
〈표 3-48〉 광역 정신건강복지센터 사업 및 서비스 : 한국 ····· 98
〈표 3-49〉 기초 정신건강복지센터 사업 및 서비스 : 한국 ····· 99
〈표 3-50〉 정신재활시설 종류 및 사업 내용 : 한국 ····· 100
〈표 3-51〉 정신요양시설 운영 목표 및 내용 : 한국 ····· 101
〈표 3-52〉 국립정신건강센터 사업 내용 : 한국 ····· 102

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-53〉 중앙 및 지방 정신건강복지사업지원단 사업 내용 : 한국 ····· 103
〈표 3-54〉 국가권역트라우마센터 직무범위 및 서비스 : 한국 ····· 104
〈표 3-55〉 건강보험제도 발전과정 : 한국 ····· 105
〈표 3-56〉 의료급여 수급권 구분 : 한국 ····· 107
〈표 3-57〉 의료급여기관 이용시 본인부담률 : 한국 ····· 107
〈표 3-58〉 정신의료기관(정신병원) 입원환자의 의료보장 현황 (2018-2020년) : 한국 ····· 108
〈표 3-59〉 장애연금법 기반 장애인 연금 지급대상자 : 한국 ····· 108
〈표 3-60〉 장애연금법 기반 장애인연금 부가급여액(2019.4~2021.12기준) : 한국 ····· 109
〈표 3-61〉 국민연금법 기반 장애인연금 지급대상자 : 한국 ····· 110
〈표 3-62〉 장애수당 지급대상자 : 한국 ····· 110
〈표 3-63〉 장애수당 대상자 선정기준 : 한국 ····· 111
〈표 3-64〉 장애수당 지급액 : 한국 ····· 111
〈표 3-65〉 장애유형별 국민기초생활보장 수급 현황 (2019년): 한국 ····· 112
〈표 3-66〉 2021년도 급여종류별 수급자 최저보장수준 및 선정기준 : 한국 ····· 113
〈표 3-67〉 보장시설수급자 월평균 급여액 : 한국 ····· 113
〈표 3-68〉 국내 지역사회 정신건강증진시설 현황 (2019) : 한국 ····· 114
〈표 3-69〉 시도별 정신의료기관 입원환자 재원기간 현황 : 한국 ····· 115
〈표 3-70〉 정신건강복지기본 5개년 계획(2021-2025) 정신장애인 관련 추진 전략 및 주요 성과지표 : 한국 ··· 121
〈표 3-71〉 한국정신장애인자립생활센터 사업 및 내용 : 한국 ····· 123
〈표 3-72〉 송파정신장애동료지원센터 사업 및 내용 : 한국 ····· 124
〈표 3-73〉 파도손 사업 및 내용 : 한국 ····· 125
〈표 3-74〉 절차보조사업의 개요 ····· 126
〈표 3-75〉 지역사회통합돌봄 단계 : 한국 ····· 127
〈표 3-76〉 국립정신건강센터 퇴원계획 서비스 내용 ····· 131
〈표 3-77〉 의료기관 퇴원환자 지원사업 ····· 133

〈표 4-1〉 연간 GDP 성장률 비교 : 영국, 한국, 전세계 ····· 146
〈표 4-2〉 경제지표 전망 : 영국 ····· 147
〈표 4-3〉 예산 전망 : 영국 ····· 147
〈표 4-4〉 GDP 대비 공공사회복지지출 비율 비교 : 영국, 한국, OECD ····· 148
〈표 4-5〉 GDP 대비 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD ····· 149
〈표 4-6〉 1인당 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD ····· 150
〈표 4-7〉 일반적 상황 비교 : 영국, 한국 ····· 152
〈표 4-8〉 인구 10만명당 사망률 : 영국, 한국, OECD ····· 154

〈표 4-9〉 인구 10만명당 정신장애로 인한 사망률 : 영국, 한국, OECD ····· 154
〈표 4-10〉 인구 10만명당 자해로 인한 사망 : 영국, 한국, OECD ····· 155
〈표 4-11〉 일반적인 정신건강 문제 유병률 : 영국 ····· 156
〈표 4-12〉 정신질환 유병율 : 영국 ····· 157
〈표 4-13〉 2007년 법에 의해 개정된 1983 정신보건법 (Mental Health Act, 2007) : 영국 ···· 159
〈표 4-14〉 정신보건법 제1조 목적 조항 개정 (2007) : 영국 ····· 160
〈표 4-15〉 정신보건법 제2조-정신장애의 정의 조항 개정 (2007) : 영국 ····· 161
〈표 4-16〉 정신보건법 제3조 치료를 위한 입원 조항 개정 (2007) : 영국 ····· 162
〈표 4-17〉 비자의 입원 및 치료를 위한 심사를 실행하는 전문가 : 영국 ····· 162
〈표 4-18〉 정신보건법 중 비자의 치료 및 입원을 허용하는 조항 : 영국 ····· 163
〈표 4-19〉 조항 및 성별에 따른 비자의 치료 및 입원을 받는 사람 수 : 영국 ····· 164
〈표 4-20〉 정신보건법 제130A 정신건강옹호제도 도입 : 영국 ····· 165
〈표 4-21〉 정신보건법 제17조 지역사회치료명령제 개정 : 영국 ····· 166
〈표 4-22〉 정신보건법 제58조 전기충격요법 개정 : 영국 ····· 167
〈표 4-23〉 평등법 주요 내용(Equality Act, 2010) : 영국 ····· 169
〈표 4-24〉 평등법 제20조 조정 의무 : 영국 ····· 171
〈표 4-25〉 정신능력법 (Mental Capacity Act, 2005) : 영국 ····· 172
〈표 4-26〉 정신능력법 제28조 정신보건법 문제 : 영국 ····· 172
〈표 4-27〉 보호법 (Care Act, 2014) : 영국 ····· 173
〈표 4-28〉 보호법 75조117A 사후관리 : 영국 ····· 174
〈표 4-29〉 영국의 정신건강 전문 인력 : 영국 ····· 177
〈표 4-30〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD ····· 179
〈표 4-31〉 인구 1,000명당 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD ···· 185
〈표 4-32〉 정신장애인인 평균 입원 기간 : 영국, 한국, OECD ····· 186
〈표 4-33〉 정신과 환자 100명당 퇴원 1년 후 자살률 : 영국, 한국, OECD ····· 186
〈표 4-34〉 지원주택 서비스 유형 및 내용 : 영국 ····· 188
〈표 4-35〉 케어홈의 종류 및 서비스 : 영국 ····· 189
〈표 4-36〉 일반적 상황 비교 : 호주, 한국 ····· 194
〈표 4-37〉 SOCX의 분류항목 및 내용 : 호주 ····· 196
〈표 4-38〉 공공사회복지지출 비율/비중 비교 : 호주, 한국, OECD ····· 197
〈표 4-39〉 연도별 기대수명 추이 : 호주, 한국, OECD ····· 198
〈표 4-40〉 인구 10만 명당 사망률 : 호주, 한국, OECD ····· 199
〈표 4-41〉 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률 : 호주, 한국, OECD ····· 200
〈표 4-42〉 정신장애로 인한 부담 : 호주, 한국, OECD ····· 202

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-43〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 목차 : 호주 ····· 204
〈표 4-44〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 목적, 기능, 원칙 : 호주 ····· 205
〈표 4-45〉 빅토리아주 정신보건법(2014) 사전 진술 및 후견인 관련 조항 : 호주 ····· 206
〈표 4-46〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료(특히 비자발적 환자) 관련 조항 : 호주 ····· 207
〈표 4-47〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료 및 퇴원 관련 조항 : 호주 ····· 207
〈표 4-48〉 빅토리아주 왕립위원회의 제안 : 호주 ····· 208
〈표 4-49〉 빅토리아주 보건부의 정신건강웰빙법 관련 보고서(2021.12) : 호주 ····· 209
〈표 4-50〉 뉴사우스웨일즈 주의 정신보건법 개괄 : 호주 ····· 210
〈표 4-51〉 호주 국가장애보험제도법 개괄 : 호주 ····· 213
〈표 4-52〉 호주 국가장애보험제도법 목적 및 주요 원칙 : 호주 ····· 214
〈표 4-53〉 차수별 국가정신보건계획 정책 우선순위 : 호주 ····· 216
〈표 4-54〉 4차 국가정신보건계획의 정책우선순위와 성과지표 : 호주 ····· 217
〈표 4-55〉 5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표 : 호주 ····· 218
〈표 4-56〉 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD ····· 219
〈표 4-57〉 정신장애인 퇴원환자 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD ····· 220
〈표 4-58〉 정신장애인 평균 입원 일수 : 호주, 한국, OECD ····· 221
〈표 4-59〉 정신과전문의 수 : 호주, 한국, OECD ····· 222
〈표 4-60〉 정신보건전문요원 수 : 호주, 한국 ····· 223
〈표 4-61〉 연령에 따른 정신건강 서비스 이용자 수 : 호주 ····· 224
〈표 4-62〉 연령범주별 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주 ····· 226
〈표 4-63〉 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주 ····· 230
〈표 4-64〉 연도별 정신건강서비스 공급 기관의 수 변화추이 : 호주 ····· 231
〈표 4-65〉 연도별 인구 1만명당 정신장애인 응급 범주 분류 : 호주 ····· 232
〈표 4-66〉 연도별 정신장애인 주거지원 현황 및 평균 거주 기간 : 호주 ····· 233
〈표 4-67〉 연도에 따른 사례별 주거시설 거주 상세기간 추이 : 호주 ····· 235
〈표 4-68〉 정신장애인의 주거지원 입소 상태 현황 : 호주 ····· 236
〈표 4-69〉 주요 정신장애 유형에 따른 주거지원 입소 상태 현황 : 호주 ····· 237
〈표 4-70〉 인구 10만명당 공공 부문 정신병원 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주 ·· 239
〈표 4-71〉 주거시설 운영주체 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주 ····· 240
〈표 4-72〉 호주의 정신건강 전문 인력 : 호주 ····· 241
〈표 4-73〉 전체 공공부문 정신건강서비스 기관 구분에 따른 연도별 상근 직원 수 변화 : 호주 ···· 243
〈표 4-74〉 그로우(GORW)의 가치와 원칙 : 호주 ····· 244
〈표 4-75〉 인구통계 정보 : 일본 ····· 245
〈표 4-76〉 정신건강 관련 지표 비교: 일본, 한국, OECD 평균 ····· 246

〈표 4-77〉 정신건강분야 근무 전문가 현황 (인구 10만 명당): 일본, 한국 OECD 평균 ····· 247
〈표 4-78〉 정신건강 관련 기관 현황 (인구 10만 명당) : 일본, 한국 OECD 평균 ····· 247
〈표 4-79〉 정신장애인 인구 1천명당 평균 정신과 병상 수 변화추이 : 일본, 한국 OECD 평균 ···· 248
〈표 4-80〉 UN CRPD 서명 이후 일본에서 취한 조치 ····· 251
〈표 4-81〉 정신보건복지센터의 주요 운영 특성 : 일본 ····· 274
〈표 4-82〉 일본의 정신건강 전문 인력 : 일본 ····· 275
〈표 4-83〉 정신장애인 주거지원서비스 : 일본 ····· 279
〈표 4-84〉 개호급여 : 일본 ····· 280
〈표 4-85〉 훈련 등 급여 : 일본 ····· 281
〈표 4-86〉 지역생활지원사업 : 일본 ····· 281
〈표 4-87〉 도쿄 정신건강광장의 주요 사업 및 내용 : 일본 ····· 284
〈표 4-88〉 사회문화적 현황 : 대만 ····· 286
〈표 4-89〉 정신건강유병률 : 대만, 한국 ····· 287
〈표 4-90〉 2019년 기준 등록된 정신장애인의 연령 분포 : 대만 ····· 287
〈표 4-91〉 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담 : 대만 ····· 288
〈표 4-92〉 각 단계별 정신장애인 분포 : 대만 ····· 289
〈표 4-93〉 경제적 현황 : 대만 ····· 290
〈표 4-94〉 장애인권리협약 이행법 : 대만 ····· 293
〈표 4-95〉 CW의 주요 활동 : 대만 ····· 295
〈표 4-96〉 2007년 정신위생법 개정의 목적 : 대만 ····· 297
〈표 4-97〉 정신위생법 구조 : 대만 ····· 298
〈표 4-98〉 정신위생법 내용 중 차별 금지 관련 주요 조항 : 대만 ····· 299
〈표 4-99〉 정신위생법 내용 중 환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항 : 대만 ····· 299
〈표 4-100〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만 ····· 301
〈표 4-101〉 정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만 ····· 302
〈표 4-102〉 정신위생법 내용 중 정신건강센터 관련 조항 : 대만 ····· 303
〈표 4-103〉 정신위생법 제4조 : 대만 ····· 303
〈표 4-104〉 2015년 2월 4일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만 ····· 304
〈표 4-105〉 2015년 12월 16일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만 ····· 305
〈표 4-106〉 2021년 1월 20일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만 ····· 308
〈표 4-107〉 병원 및 정신건강서비스 체계 형성 과정 : 대만 ····· 309
〈표 4-108〉 정신건강 및 구강건강부 산하 부서 : 대만 ····· 313
〈표 4-109〉 정신보건 네트워크 프로젝트의 연혁 : 대만 ····· 317
〈표 4-110〉 인구 10,000명당 병상 수 변화 : 대만, 한국, OECD ····· 317

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-111〉 정신건강증진시설 현황 : 대만 ····· 318
〈표 4-112〉 정신건강증진시설 이용 현황 (2019년 기준) : 대만 ····· 319
〈표 4-113〉 대만의 정신건강 전문 인력 : 일본 ····· 320
〈표 4-114〉 정신건강 관련 인력 현황 : 대만 ····· 321
〈표 4-115〉 신베이시 재활친구 협회 주요 사업 및 내용 : 대만 ····· 324
〈표 4-116〉 지역사회 정신보건정책 개혁을 위한 정부의 조치 : 영국 ····· 325
〈표 4-117〉 지역사회 정신보건정책 개혁을 위한 정부의 기준 : 영국 ····· 326
〈표 4-118〉 정신건강5개년계획 목표 : 영국 ····· 328
〈표 4-119〉 정신위생법 내용 중 인권 보장 관련 주요 조항 : 대만 ····· 342
〈표 4-120〉 심신장애인 권익보장법 목차 : 대만 ····· 343
〈표 4-121〉 정신위생법 내용 중 지역사회 강제치료 관련 주요 조항 : 대만 ····· 347
〈표 4-122〉 정신장애인 평균 재원 일수 : 대만, 한국, OECD ····· 350
〈표 4-123〉 정신장애인 병상 점유율 : 대만, 한국, OECD ····· 350
〈표 4-124〉 한국의 입원적합성심사위원회 구성 ····· 367

〈표 5-1〉 표집틀 ····· 373
〈표 5-2〉 설문 조사 내용 : 당사자 ····· 374
〈표 5-3〉 설문 조사 내용 : 가족 ····· 376
〈표 5-4〉 설문 조사 내용 : 종사자 ····· 377
〈표 5-5〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 당사자 ····· 379
〈표 5-6〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기 : 당사자 ····· 380
〈표 5-7〉 정신의료기관 입원경험/입원횟수 : 당사자 ····· 380
〈표 5-8〉 총 입원기간/가장 최근 입원기간 : 당사자 ····· 381
〈표 5-9〉 가장 최근 입원 시 결정주체/퇴원 결정 주체 : 당사자 ····· 382
〈표 5-10〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지 : 당사자 ····· 382
〈표 5-11〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견 : 당사자 ····· 383
〈표 5-12〉 삶의 만족도 : 당사자 ····· 384
〈표 5-13〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 당사자 ····· 385
〈표 5-14〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 당사자 ····· 387
〈표 5-15〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 당사자 ····· 389
〈표 5-16〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 당사자 ····· 391
〈표 5-17〉 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부 : 당사자 ····· 393
〈표 5-18〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도 : 당사자 ····· 394
〈표 5-19〉 탈원화에 대한 생각 : 당사자 ····· 396

〈표 5-20〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 당사자 ····· 397
〈표 5-21〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 : 당사자 ····· 399
〈표 5-22〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 당사자 ····· 401
〈표 5-23〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 미인지 비율 : 당사자 ····· 403
〈표 5-24〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 당사자 ····· 405
〈표 5-25〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 당사자 ····· 407
〈표 5-26〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 당사자 ····· 410
〈표 5-27〉 비용에 대한 인지 : 당사자 ····· 415
〈표 5-28〉 월 평균 부담 비용 : 당사자 ····· 416
〈표 5-29〉 비용의 부담 정도 : 당사자 ····· 417
〈표 5-30〉 입원/입소에 대한 자기결정 : 당사자 ····· 417
〈표 5-31〉 입원/입소 이유 : 당사자 ····· 418
〈표 5-32〉 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우 : 당사자 ····· 419
〈표 5-33〉 퇴원(퇴소)에 대한 자기결정 : 당사자 ····· 419
〈표 5-34〉 퇴원(퇴소)를 결정할 수 없는 이유 : 당사자 ····· 420
〈표 5-35〉 퇴원(퇴소) 이후 희망하는 생활 : 당사자 ····· 421
〈표 5-36〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담 : 당사자 ····· 421
〈표 5-37〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유 : 당사자 ····· 422
〈표 5-38〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 여부 : 당사자 ····· 423
〈표 5-39〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용 : 당사자 ····· 423
〈표 5-40〉 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부 : 당사자 ····· 424
〈표 5-41〉 정신재활시설을 알게 된 경로 : 당사자 ····· 425
〈표 5-42〉 정신재활시설에 등록하게 된 경로 : 당사자 ····· 425
〈표 5-43〉 지역사회정신재활시설 이용(입소)에 대한 계획 : 당사자 ····· 426
〈표 5-44〉 이용(입소)를 계획이 없는 이유 : 당사자 ····· 426
〈표 5-45〉 이용(입소)를 계획 중인 지역사회정신재활시설 : 당사자 ····· 427
〈표 5-46〉 현재 이용하는 시설 지원서비스에 대한 의견 : 당사자 ····· 428
〈표 5-47〉 현재 이용하는 시설에서의 경험 : 당사자 ····· 430
〈표 5-48〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 가족 ····· 434
〈표 5-49〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지 : 가족 ····· 435
〈표 5-50〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견 : 가족 ····· 435
〈표 5-51〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 가족 ····· 436
〈표 5-52〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 가족 ····· 438
〈표 5-53〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 가족 ····· 440

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 5-54〉 가족의 부담 : 가족 ····· 442
〈표 5-55〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 가족 ····· 444
〈표 5-56〉 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부 : 가족 ····· 445
〈표 5-57〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도 : 가족 ····· 447
〈표 5-58〉 탈원화에 대한 생각 : 가족 ····· 448
〈표 5-59〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 가족 ····· 449
〈표 5-60〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 : 가족 ····· 451
〈표 5-61〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 가족 ····· 453
〈표 5-62〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 미인지 비율 : 가족 ····· 456
〈표 5-63〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 가족 ····· 458
〈표 5-64〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 가족 ····· 460
〈표 5-65〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 가족 ····· 462
〈표 5-66〉 비용에 대한 인지 : 가족 ····· 468
〈표 5-67〉 월 평균 부담 비용 : 가족 ····· 468
〈표 5-68〉 비용의 부담 정도 : 가족 ····· 470
〈표 5-69〉 기관 이용/입원에 대한 자기결정 : 가족 ····· 470
〈표 5-70〉 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우 : 가족 ····· 471
〈표 5-71〉 퇴원(퇴소)에 대한 자기결정 : 가족 ····· 471
〈표 5-72〉 퇴원(퇴소)를 결정할 수 없는 이유 : 가족 ····· 472
〈표 5-73〉 퇴원(퇴소) 이후 희망하는 생활 : 가족 ····· 473
〈표 5-74〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담 : 가족 ····· 473
〈표 5-75〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유 : 가족 ····· 474
〈표 5-76〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 여부 : 가족 ····· 475
〈표 5-77〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용 : 가족 ····· 475
〈표 5-78〉 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부 : 가족 ····· 476
〈표 5-79〉 정신재활시설을 알게 된 경로 : 가족 ····· 476
〈표 5-80〉 정신재활시설에 등록하게 된 경로 : 가족 ····· 477
〈표 5-81〉 지역사회정신재활시설 이용에 대한 계획 : 가족 ····· 477
〈표 5-82〉 이용(입소)를 계획이 없는 이유 : 가족 ····· 478
〈표 5-83〉 이용(입소)를 계획 중인 지역사회 정신재활시설 : 가족 ····· 479
〈표 5-84〉 조사대상자의 일반적 특성 : 종사자 ····· 480
〈표 5-85〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 종사자 ····· 481
〈표 5-86〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 종사자 ····· 483
〈표 5-87〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 종사자 ····· 485

〈표 5-88〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 종사자 ····· 487
〈표 5-89〉 정신건강 관련 기관 연계 경험 여부 : 종사자 ····· 488
〈표 5-90〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 선호도 : 종사자 ····· 489
〈표 5-91〉 탈원화에 대한 생각 : 종사자 ····· 491
〈표 5-92〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 종사자 ····· 492
〈표 5-93〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 종사자 ····· 494
〈표 5-94〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 종사자 ····· 496
〈표 5-95〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 종사자 ····· 498
〈표 5-96〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 종사자 ····· 500
〈표 5-97〉 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조에 대한 인지 : 종사자 ····· 505
〈표 5-98〉 정신장애인을 위한 장애인복지서비스 지원 인식 : 종사자 ····· 506
〈표 5-99〉 정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대한 의견 : 종사자 ····· 507
〈표 5-100〉 정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대한 미동의 이유 : 종사자 ···· 507

〈표 6-1〉 초점집단 인터뷰 진행 상황 ····· 535
〈표 6-2〉 정신장애인 당사자 참여자 특성 ····· 536
〈표 6-3〉 정신장애인 가족 참여자 특성 ····· 536
〈표 6-4〉 정신질환자 지역사회 통합돌봄 참여자 특성 ····· 537
〈표 6-5〉 정신요양시설 참여자 특성 ····· 537
〈표 6-6〉 정신의료기관 참여자 특성 ····· 538
〈표 6-7〉 정신건강심사위원회 참여자 특성 Ⅰ ····· 538
〈표 6-8〉 전문가 의견 수렴 분석 결과 ····· 539

〈표 7-1〉 세부 추진 과제 ····· 574
〈표 7-2〉 법체계 및 국제적 기준 반영 과정 : 영국 ····· 578
〈표 7-3〉 법체계 및 국제적 기준 반영 과정 : 일본 ····· 579
〈표 7-4〉 정신건강에 대한 정부 차원의 접근 : 호주 ····· 581
〈표 7-5〉 국가장애보험제도 지원 하에 시행되는 일상활동지원서비스 : 호주 ····· 582
〈표 7-6〉 보건복지 통합적 지역사회 퇴원지원 계획 수립 : 영국 ····· 582
〈표 7-7〉 탈시설 로드맵 사례 : 일본 ····· 583
〈표 7-8〉 지방정부 역할 사례 : 일본 ····· 583
〈표 7-9〉 정신장애인의 정책 결정 참여 : 영국 ····· 585
〈표 7-10〉 정신장애인의 정책 결정 참여 : 대만 ····· 585
〈표 7-11〉 정신장애인 정책 결정 참여 사례 : 일본 ····· 586

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 7-12〉 대만의 입원적합성심사위원회 : 대만 ····· 588
〈표 7-13〉 입원기간 연장에 대한 법적 개입 정신위생법 제42조 : 대만 ····· 588
〈표 7-14〉 퇴원통제 사례 : 영국 ····· 589
〈표 7-15〉 퇴원계획 가이드라인 목적 및 핵심 원칙 : 호주 ····· 591
〈표 7-16〉 퇴원계획 가이드라인 중 퇴원준비 및 계획의 절차 : 호주 ····· 592
〈표 7-17〉 퇴원계획 수립 의무화 정신위생법 제38조: 대만 ····· 592
〈표 7-18〉 퇴원계획 제도 : 영국 ····· 593
〈표 7-19〉 지역사회 전환지원 프로젝트 : 일본 ····· 596
〈표 7-20〉 위기대응서비스 : 미국 ····· 598
〈표 7-21〉 산타클라라 카운티 Momentum for Health의 개요 및 주요 서비스 : 미국 ····· 599
〈표 7-22〉 산타클라라 카운티 Momentum for Health의 위기 주거 치료 프로그램 : 미국 ····· 600
〈표 7-23〉 동료지원서비스 제도화 : 영국 ····· 602
〈표 7-24〉 동료지원서비스 제도화 : 호주 ····· 602
〈표 7-25〉 사회서비스 지원 : 영국 ····· 605
〈표 7-26〉 개인예산제도 : 영국 ····· 606
〈표 7-27〉 주거비용 지원 : 영국 ····· 607
〈표 7-28〉 주거 및 숙박 지원 이니셔티브(HASI) 플러스 프로그램 : 호주 ····· 608
〈표 7-29〉 정신장애인 당사자 단체 지원 : 호주 ····· 614

그림 목차

[그림 1-1] 세계보건기구 기준 장애관점의 변화 및 주요 내용 ····· 4
[그림 1-2] 국제기준 장애관점 변화와 우리나라 전개 과정 및 특징 ····· 5
[그림 1-3] OECD 평균 정신병상수와 우리나라 병상수 변화 추이 ····· 6
[그림 1-4] OECD 평균 재원기간과 우리나라 재원기간 변화 추이 ····· 7
[그림 1-5] 복지서비스 필요도-충분도 IPA (정은희·강상경, 2021) ····· 7
[그림 1-6] 의료기관 수와 정신재활시설 기관수 비교 ····· 8
[그림 1-7] 연구방법 개관 ····· 12
[그림 1-8] 연구수행체계 ····· 14

[그림 3-1] 정신건강서비스 전달체계 : 한국 ····· 86
[그림 3-2] 2018~2021 정신의료기관 및 정신재활시설 변화 추이 : 한국 ····· 87
[그림 3-3] 보건분야 예산 구성 : 한국 ····· 88
[그림 3-4] 보건예산 대비 정신건강예산 : 한국 ····· 89
[그림 3-5] 시도별 1인당 지역사회 정신건강 예산 : 한국 ····· 90
[그림 3-6] 시도별 1인당 정신건강복지센터 예산 : 한국 ····· 91
[그림 3-7] 시도별 1인당 정신재활시설 예산 : 한국 ····· 92
[그림 3-8] 시도별 1인당 정신요양시설 예산 : 한국 ····· 93
[그림 3-9] 정신보건전문요원 수 변화 : 한국 ····· 95
[그림 3-10] 정신보건전문요원 수 2014, 2017년 : 한국, WHO 지역별 비교 ····· 96
[그림 3-11] 지역사회통합돌봄 비전 및 과제 : 한국 ····· 127
[그림 3-12] 지역사회통합돌봄 공통 모형 : 한국 ····· 128
[그림 3-13] 정신질환자 대상 지역사회통합돌봄 모형 : 한국 ····· 128
[그림 3-14] 화성시 지역사회통합돌봄 로드맵 : 한국 ····· 129
[그림 3-15] 국립정신건강센터 퇴원계획 서비스 제공 프로세스 ····· 132

[그림 4-1] 2019/20 공공부문 기능별 지출 비중 : 영국 ····· 148
[그림 4-2] GDP 대비 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD ····· 149
[그림 4-3] 1인당 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD ····· 150
[그림 4-4] NHS 예산 변화 추이 : 영국 ····· 151
[그림 4-5] 2018-2043년도 연령구조 변화 예상 : 영국 ····· 153

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 4-6] 인구 10만명당 사망률 : 영국, 한국, OECD ····· 154
[그림 4-7] 인구 10만명당 정신장애로 인한 사망률 : 영국, 한국, OECD ····· 155
[그림 4-8] 인구 10만명당 자해로 인한 사망 : 영국, 한국, OECD ····· 156
[그림 4-9] 정신장애 유병률 비교 : 영국, 한국, 전세계 ····· 157
[그림 4-10] 2018/19년 연령대별 비자의 입원 : 영국 ····· 164
[그림 4-11] 정신보건법 실천강령 (2007) : 영국 ····· 168
[그림 4-12] 정신건강서비스를 위한 추가 세금 지출 의향 조사 : 영국 ····· 175
[그림 4-13] 정신건강 서비스별 예산 : 영국 ····· 176
[그림 4-14] 정신건강 관련 인력 변화 추이 : 영국 ····· 179
[그림 4-15] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD ····· 180
[그림 4-16] NHS 정신건강서비스 흐름도 : 영국 ····· 180
[그림 4-17] 지방 정부 정신보건서비스 운영 흐름도 : 영국 ····· 182
[그림 4-18] 정신보건서비스 체계 : 영국 ····· 183
[그림 4-19] NHS 정신건강서비스 만족도 조사 : 영국 ····· 184
[그림 4-20] NHS 정신건강서비스 욕구 충족도 조사 : 영국 ····· 184
[그림 4-21] 인구 1,000명당 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD ···· 185
[그림 4-22] 정신장애인인 평균 입원 기간 : 영국, 한국, OECD ····· 186
[그림 4-23] 정신과 환자 100명당 퇴원 1년후 자살률 : 영국, 한국, OECD ····· 187
[그림 4-24] 연령 분포 : 호주, 한국 ····· 195
[그림 4-25] GDP 대비 공공사회복지지출 비율 : 호주, 한국 ····· 197
[그림 4-26] 공공사회복지지출 비중 : 호주, 한국 ····· 198
[그림 4-27] 연도별 기대수명 추이 : 호주, 한국, OECD ····· 199
[그림 4-28] 인구 10만 명당 사망률 : 호주, 한국, OECD ····· 200
[그림 4-29] 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률 : 호주, 한국, OECD ····· 201
[그림 4-30] 정신장애를 가진 인구의 비중 : 호주, 한국, 전세계 ····· 201
[그림 4-31] 정신장애로 인한 부담 : 호주, 한국, OECD ····· 202
[그림 4-32] 비자의 입원 치료 과정 : 호주 ····· 211
[그림 4-33] 지역사회 비자의 치료 과정 : 호주 ····· 212
[그림 4-34] 정신장애인의 평균병상 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD ····· 219
[그림 4-35] 정신장애인 퇴원환자 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD ····· 220
[그림 4-36] 정신장애인 평균 입원 일수 : 호주, 한국, OECD ····· 221
[그림 4-37] 정신과전문의 수 : 호주, 한국, OECD ····· 222
[그림 4-38] 정신보건전문요원 수 : 호주, 한국 ····· 223
[그림 4-39] 연도별 연령에 따른 정신건강서비스 이용자 비율 : 호주 ····· 225

[그림 4-40] 연도별 연령범주에 따른 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주 ····· 226
[그림 4-41] 호주 빅토리아주 정신건강서비스 흐름도 : 호주 ····· 227
[그림 4-42] 연령에 따른 정신건강서비스 제공 체계 : 호주 ····· 228
[그림 4-43] 호주 빅토리아주 정신건강서비스 체계 : 호주 ····· 228
[그림 4-44] 지역사회 정신건강 및 웰빙 서비스 핵심 기능 : 호주 ····· 229
[그림 4-45] 2018-2019년 정신건강 서비스 공급 기관 현황 : 호주 ····· 230
[그림 4-46] 정신건강서비스 전체 지출비용 및 기관별 1인당 정신건강 서비스 지출 비용 : 호주 231
[그림 4-47] 연도별 각 정신건강서비스 공급 기관 증감 추이 : 호주 ····· 232
[그림 4-48] 연도별 정신장애인의 응급 범주 변화 추이 : 호주 ····· 233
[그림 4-49] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거지원 현황 및 평균 거주 기간 : 호주 ····· 234
[그림 4-50] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거시설 거주 상세기간 추이 : 호주 ····· 235
[그림 4-51] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거시설 입소 상태 추이 : 호주 ····· 236
[그림 4-52] 2005-2018년 연도별 정신장애 유형별 주거시설 입소 상태 추이 : 호주 ····· 238
[그림 4-53] 1992-2018년 연도별 공공 부문 정신병원 급성, 비급성 정신장애인 변화추이 : 호주 ···· 239
[그림 4-54] 2005-2018년 운영주체 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주 ····· 240
[그림 4-55] 1994-2018년 공공부문 정신건강서비스 기관 구분에 따른 연도별 상근 직원 수 변화 : 호주 ·· 243
[그림 4-56] 정신과병상수 인구1천명당 병상 수 변화추이 : 일본, 한국 ····· 249
[그림 4-57] 정신의료기관 평균 입원일수 변화추이 : 일본 ····· 249
[그림 4-58] 정신의료기관 입원기간별 입원환자 분포도 : 일본 ····· 250
[그림 4-59] 정신건강 전달체계 : 일본 ····· 271
[그림 4-60] 일본 장애인종합지원법에 의한 서비스체계 ····· 276
[그림 4-61] 대만의 조약심사제도 절차 ····· 296
[그림 4-62] 보건복지부 조직도 : 대만 ····· 312
[그림 4-63] 타이베이 시정부(Taipei Municipal(City) Government) 구성 : 대만 ····· 314
[그림 4-64] 대만의 7개 지역 거점 병원 : 대만 ····· 316
[그림 4-65] 중증 정신질환자 서비스 이용 시스템 : 대만 ····· 322
[그림 4-66] 대만의 가정방문치료(home care) 시스템 절차 ····· 323
[그림 4-67] 강제입원 현황(2006-2016) : 대만 ····· 342
[그림 4-68] 타오위안 병원의 정신건강서비스 모델 : 대만 ····· 344
[그림 4-69] 쯔오툰 정신병원의 퇴원계획 및 절차 : 대만 ····· 346
[그림 4-70] 비자의 입원 절차 : 한국 ····· 366
[그림 4-71] 비자의 입원 절차 : 대만 ····· 366

[그림 5-1] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 당사자 ····· 510

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[그림 5-2] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 당사자 ····· 510
[그림 5-3] 탈원화 동의 수준 : 당사자 ····· 511
[그림 5-4] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 당사자 ····· 512
[그림 5-5] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 당사자 ····· 512
[그림 5-6] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 당사자 ····· 513
[그림 5-7] 지역사회 정신재활시설 이용 계획 : 당사자 ····· 514
[그림 5-8] 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대한 상담 여부 : 당사자 ····· 514
[그림 5-9] 지역사회정신재활시설 이용 계획이 없는 이유 : 당사자 ····· 515
[그림 5-10] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 가족 ····· 517
[그림 5-11] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 가족 ····· 517
[그림 5-12] 탈원화 동의 수준 : 가족 ····· 518
[그림 5-13] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 가족 ····· 519
[그림 5-14] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 가족 ····· 519
[그림 5-15] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 가족 ····· 520
[그림 5-16] 가족의 부담 : 가족 ····· 521
[그림 5-17] 지역사회 정신재활시설 이용 계획 : 가족 ····· 522
[그림 5-18] 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대한 상담 여부 : 가족 ····· 522
[그림 5-19] 지역사회정신재활시설 이용 계획이 없는 이유 : 가족 ····· 522
[그림 5-20] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 종사자 ····· 524
[그림 5-21] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 종사자 ····· 525
[그림 5-22] 탈원화 동의 수준 : 종사자 ····· 526
[그림 5-23] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 종사자 ····· 526
[그림 5-24] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 종사자 ····· 527
[그림 5-25] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 종사자 ····· 527
[그림 5-26] 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인지도 : 종사자 ····· 528
[그림 5-27] 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인지도 : 종사자 ····· 529

[그림 7-1] 장애인권리협약에 따른 정신장애인 정책구성 ····· 570
[그림 7-2] 관점에 따른 핵심 서비스 및 법 개정 방안 ····· 576
[그림 7-3] 지역사회기반 주거돌봄 서비스의 스펙트럼 : 미국 ····· 599
[그림 7-4] 당사자 단체 mind의 2019/20 수입 내역 : 영국 ····· 613

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1장

서 론

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

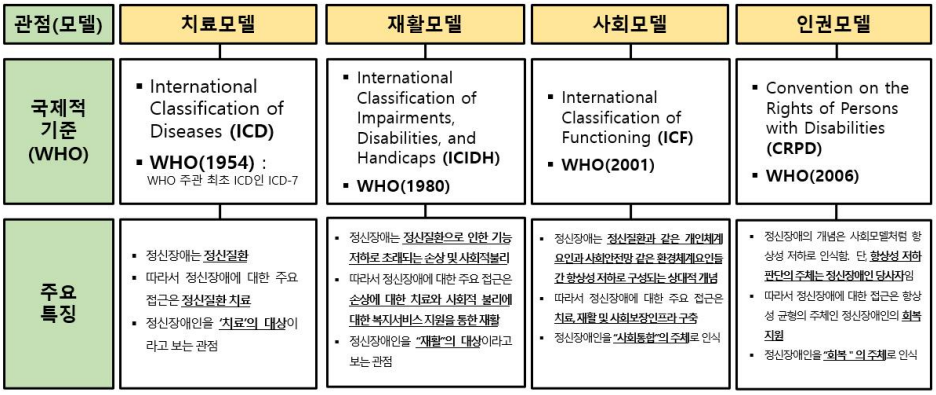
제1절 연구목적 및 필요성

1. 연구배경

정신장애는 절대적 개념이 아니라 시대적, 사회적, 문화적 특성에 따라서 구성되는 상대적 개념으로 다음과 같은 요인들의 영향을 받는다. 한 사회의 정치·경제·사회·문화적 상황과 같은 외재적 요인(예, 생산양식, 산업화, 현대화, 정치적 민주주의 확대, 소득수준, 사회복지 예산 비중, 가치관, 등), 정신건강 인식, 정신장애 및 정신장애인에 대한 사회적 인식(social perceptions), 정신건강 예산 및 서비스 전달체계와 같은 내재적 요인(예, 국민의 정신건강 인지(mental health literacy), 장애 관련 서비스 적용 범위, 급여방식, 정신장애 스티그마, 정신건강 예산, 재원, 인력, 서비스, 등), 국민의 정신건강 욕구나 정신장애인 당사자와 가족의 정신건강서비스 욕구 및 정부에 대한 요구 등과 같은 매개적 요인(예, 당사자 및 가족 단체 활동, 이해관계자의 인식과 요구, 이러한 요구에 대한 정치적 대응의 상호작용, 등)

장애의 상대적 개념은 국제연합(United Nation) 세계보건기구(WHO: World Health Organization)를 중심으로 변화해 온 정신장애의 국제적 관점 변화에도 나타났다. 정신질환이나 정신장애에 대한 분류(예, ICD: International Classification of Diseases, 또는 DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)가 처음으로 나타나기 시작한 1950년대부터 1980년대까지는 치료모델 시대이다. ICD 기준의 치료모델 관점에서 정신장애는 정신질환으로 개념화되었으므로, 정신장애인을 치료의 대상으로 인식하였다. ICD 기준의 질병모델 관점에서 벗어나 ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) 기준의 재활모델 관점에서는 정신장애를 신체적 정신적 기능이나 구조의 손상(impairment), 손상으로 인한 능력 상실(Disabilities)과 사회적 불리(Handicaps)로 개념화하기 때문에, 정신장애인을 손상의 치료와 손상으로 인한 능력상실 및 사회적 불리를 개선할 필요가 있는 재활의 대상으로 인식하였다. 정신장애인을 손상으로 인한 능력 상실이나 사회적 불리로부터의 재활대상으로 인식하는 재활모델 관점에서 벗어나 2001년 발표된 ICF(International Classification of Functioning) 기준의 사회모델은 정신장애를 정신질환과 같은 개인 체계 요인들과 사회안전망과 같은 환경체계 요인들 간 항상성이 파괴된 상태로 인식하였다. 따라서 사회모델 관점에서 정신장애에 대한 주요 접근은 치료, 재활뿐 아니라 사회보장체계 및 사회안전망 구축까지를 포함하고, 정신장애인을 사회통합의 주체로 인식한다. 정신장애의 개념은 사회모델처럼 항상성 저하로

개념화되지만, 항상성 저하 판단의 주체는 정신장애인 당사자이다. 이에 정신장애에 대한 접근은 항상성 균형의 주체인 정신장애인의 회복지원에 있고, 정신장애인을 회복의 주체로 인식한다. 현재 선진사례라고 할 수 있는 대부분의 OECD 국가들이 추구하고 있는 정신장애 접근은 사회모델과 인권모델에 기반한 "회복관점 접근"이고, 회복관점 접근의 최종 목표는 "정신장애인이 지역사회에서 독립생활을 영위하면서(Living Independently) 지역사회 통합을 증진"하는 것이다. 지금까지 살펴본 국제적 기준의 정신장애 관점 변화 및 WHO 국제적 기준의 변화와 각 관점의 주된 내용을 살펴보면 다음과 같다.



[그림 1-1] 세계보건기구 기준 장애관점의 변화 및 주요 내용

국제적 정책환경은 치료모델, 재활모델, 사회모델, 인권모델로 발전해 왔고, 현재는 정신장애인의 회복과 인권을 존중하는 회복관점 접근이 대세를 이루고 있지만 우리나라는 아직 치료나 재활모델에 머무르고 있다. 국제적 정책환경 변화의 영향과 국내의 외재적, 내재적, 매개적 요인들의 변화에 따라 우리나라도 다음과 같은 역사적 전개 과정을 밟아 오고 있지만(강상경, 2013), 국제적 정책환경은 현격히 변화하였는데 우리나라의 관점 및 모델의 변화 속도는 국제기준에서 매우 뒤처져 있다.

1994년 정신보건법이 제정되기 이전의 시기로 정신건강서비스 전달을 위한 법, 정책, 제도, 서비스 전달체계가 형성되기 이전이다. 이 시기의 특징은 이상적 지향점은 치료모델이지만 실질적 현상은 격리모델이었다. 지역사회정신보건서비스 인프라가 거의 없었고 의료모델 중심의 입원, 요양, 보호 위주의 접근이 이루어진 시기로 정신장애인을 사회에서 격리하여 관리하던 시기이다. 복지관이나 요양시설 위주의 인권침해 사례가 다수 있었다.

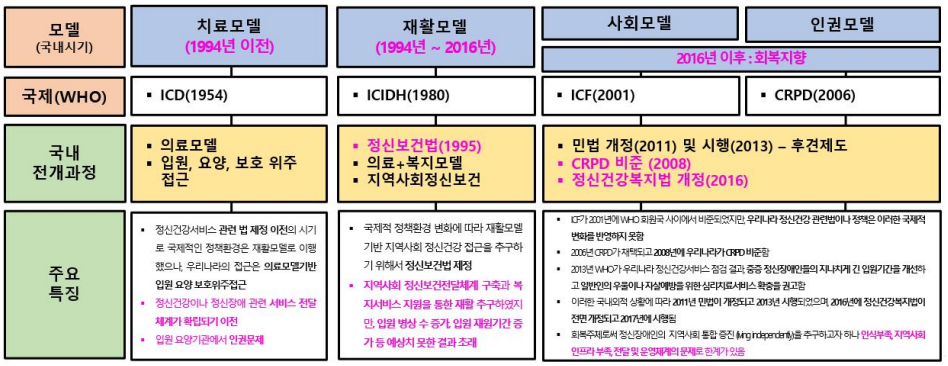
국내 분위기 성숙과 국제적 환경변화의 영향으로 1994년 정신보건법이 제정되고, 정신보

국가인권위원회
humanrights.go.kr

건법 위주의 정신건강서비스 접근이 이루어진 2016년 정신건강복지법 제정 시점까지의 시기. 이 시기의 특징은 이상적 지향점은 재활모델이지만 실질적 현상은 치료모델이었다. 정신보건법 제정으로 정신건강 관련 법, 정책, 제도, 서비스의 법적 기반이 마련된 시기이다. 당시 국제적 기준이었던 ICIDH나 MI 원칙의 영향을 받아서 치료를 위한 의료모델과 재활을 위한 복지모델을 기반으로 지역사회정신보건을 지향한 시기로 정신건강복지센터, 정신재활시설, 등 지역사회기반 서비스 전달체계가 형성된 시기이다. 지역사회기반 서비스가 구축이 부분적으로 시작되었지만, 지역사회서비스가 의료모델에 종속된 역할을 벗어날 수 없었고 이로 인해 강제입원과 강제치료가 만연하던 시기였다.

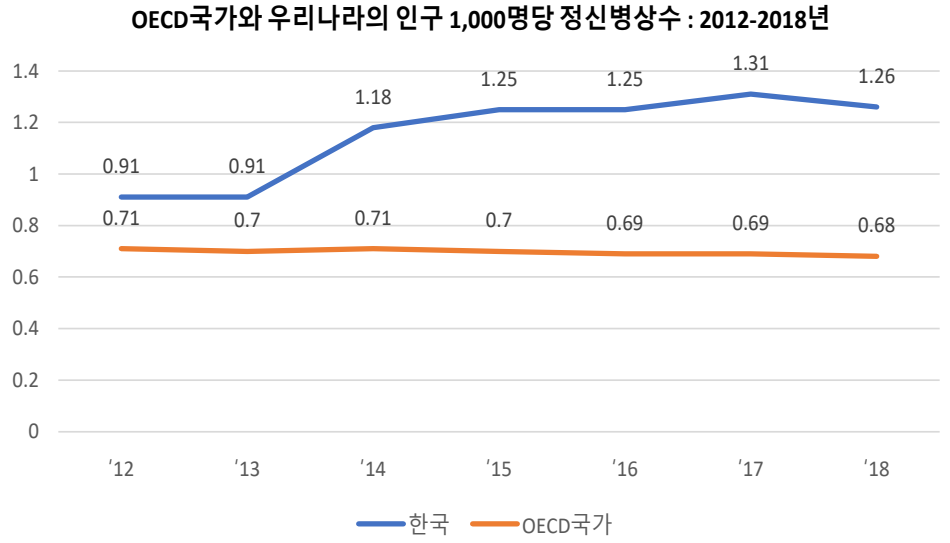
국제사회에서 ICF(2001)와 CRPD(2006)가 채택되어 대부분의 WHO의 OECD 회원국들이 회복관점의 지역사회 통합을 위한 정신건강서비스를 구현하려고 노력할 때, 우리나라는 국제사회 관점 변화를 충분히 수용하지 못하였다. 즉 사회모델과 인권모델에 기반한 복지모델을 추구하고 있지만 아직도 실질적 현상은 재활모델 수준을 벗어나지 못하고 있다. 2008년 CRPD를 비준한 후 다양한 논의가 진행되었고 드디어 2011년 민법개정과 2016년 정신건강복지법 전면 개정을 이루어 냈다. 2017년 개정된 정신건강복지법이 시행되면서 국가정책이 지향하는 정신건강서비스는 사회모델과 인권모델에 기반한 회복관점 접근이 본격적으로 정신건강서비스 영역에 침투하기 시작하였다.

위에서 살펴본 것처럼, 2016년 의료적 접근에 추가로 정신건강의 복지적 접근을 강화한다는 취지로 “정신보건법”을 “정신건강복지법”으로 전면 개정하였다. 개정의 배경에는 국제적 정책환경 변화의 영향도 있었지만, 지역사회 정신보건을 추구하던 정신보건법 시기 동안에도 병상 수나 재원 기간이 줄어들지 않고 오히려 늘어난 정신보건법 하의 정책실패의 원인이 결정적이었다.



[그림 1-2] 국제기준 장애관점 변화와 우리나라 전개 과정 및 특징

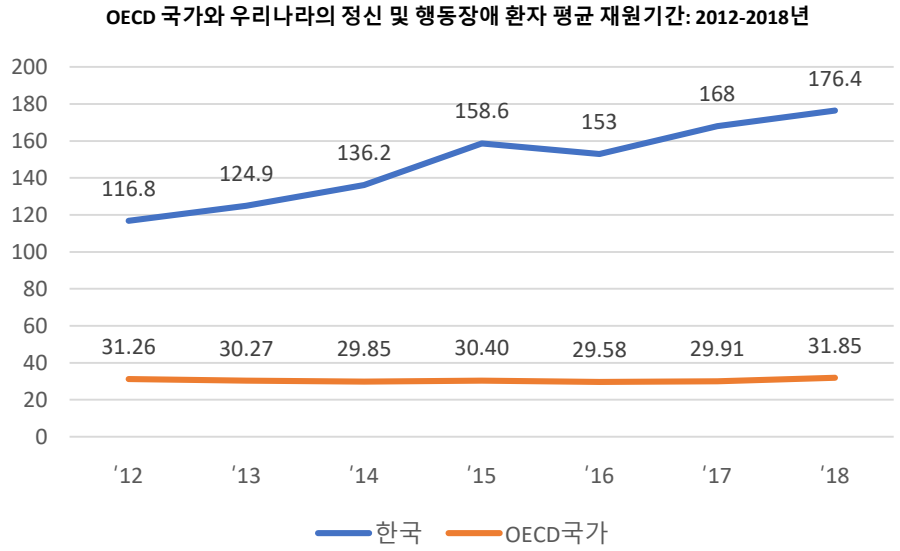
아래 그래프는 OECD 국가 평균 정신 병상 수 추이와 우리나라 병상 수 추이를 비교한 것이다. 아래 그래프에 제시된 것처럼 OECD 국가들의 인구 1000명당 평균 병상 수는 2012년 0.71개에서 점차 감소하는 추세이지만, 우리나라의 경우 2012년 0.91개로 OECD 평균과 크게 차이가 나지 않았지만, 정신건강복지법 시행된 2017년에는 1.31개로 OECD 평균의 2배 이상이다. 시간이 지나면서 오히려 격차가 더 커진 것을 볼 수 있다.



[그림 1-3] OECD 평균 정신병상수와 우리나라 병상수 변화 추이

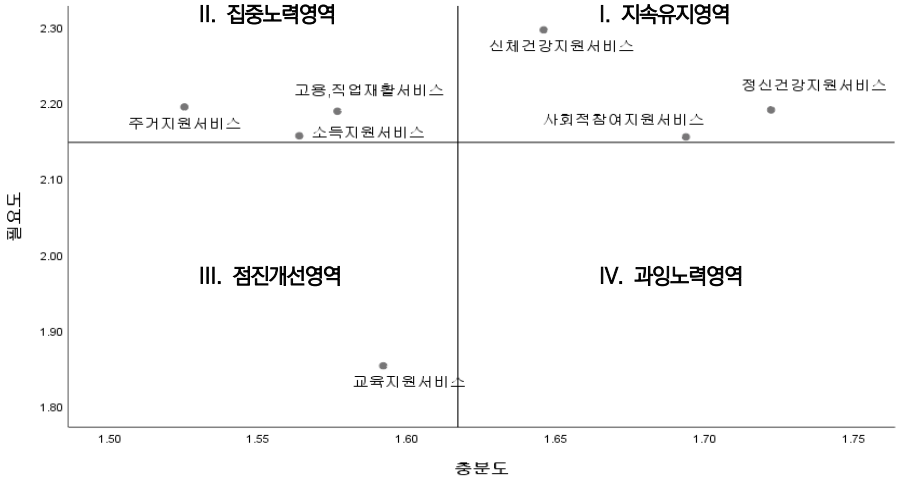
아래 그림은 OECD 국가 평균 병원 재원 기간 변화추이와 우리나라 평균 재원 기간 변화추이를 비교한 것이다. 아래 그래프에 제시된 것처럼 OECD 국가들의 평균 재원 기간은 2012년 31.26일에서 크게 변화없이 유지되고 있지만, 우리나라의 경우 2012년 116.8일로 OECD 평균보다 훨씬 높았고 시간이 지나면서 점차적으로 증가하여 정신건강복지법 시행된 2017년에는 176.4일로 OECD 평균의 약 6배 정도이다. 정신건강복지법 시행 이후에도 시간이 지나면서 오히려 격차가 더 커졌다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



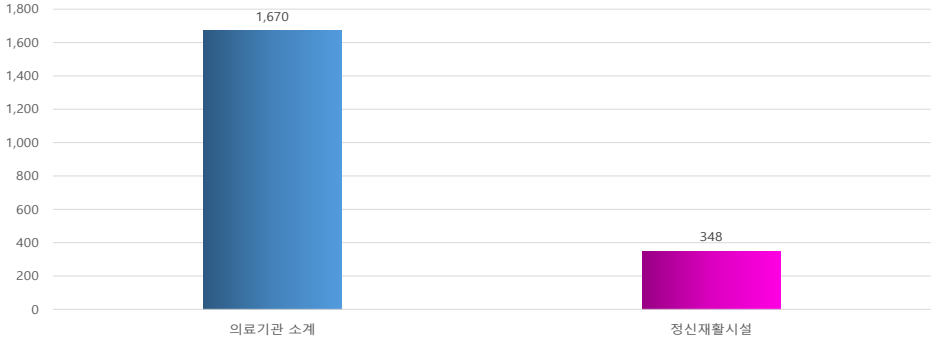
[그림 1-4] OECD 평균 재원기간과 우리나라 재원기간 변화 추이

최근의 연구에 따르면 정신장애인들이 인식하는 서비스의 필요도와 충분도 정도는 다음과 같다(강상경 외, 2020). 필요도가 높지만 충분도도 높아서 지속유지영역에 해당하는 서비스는 신체건강지원서비스, 정신건강지원서비스, 사회참여지원서비스 등이고, 필요도가 높지만 충분도가 낮아서 집중노력영역에 해당하는 서비스는 고용 및 직업재활서비스, 주거지원서비스, 소득지원서비스 등이며, 필요도가 낮고 충분도도 낮은 점진개선영역은 교육지원서비스로 나타났다.



[그림 1-5] 복지서비스 필요도-충분도 IPA (정은희·강상경, 2021)

정신보건법 이후 지역사회 정신보건을 추구하면서 보건의료와 지역복지의 균형을 추구하였지만, 복지과 의료의 불균형은 심화되고 있는 실정이다. 단순 수적인 비교이기는 하지만 아래 그림에서 나타난 것처럼 2018년 현재 우리나라 의료기관과 정신재활시설의 수는 약 5배 차이가 난다. 정신재활시설의 경우 전국 229개 지자체 중 124개 지자체에만 설치되어 있어서 미설치율이 약 46%에 달하여 지역사회복지서비스 인프라는 매우 부족한 상황이다.



[그림 1-6] 의료기관 수와 정신재활시설 기관수 비교

보건의료와 지역복지의 불균형 현상을 극복하기 위해 2016년 전면 개정되고 2017년에 시행된 「정신건강복지법」 제37조에 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원 복지서비스 조항을 신설하였다. 지역사회복지서비스 확충을 통한 정신장애인의 회복지원을 위한 국정과제로 정신장애인 시설수용을 탈수용으로 전환하겠다는 명목하에, 정신장애 접근의 초점을 지역사회 중심의 서비스로 선언하고, 2019년 6월부터 “정신장애인 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진계획’에 의거하여 거주, 보건의료, 생활지원, 돌봄 등 4개 요소를 중심으로 경기도 화성시에서 정신장애인 선도사업을 통해 지역사회 통합돌봄 모형을 개발 중에 있다.

그러나 장애인이나 노인 돌봄과 달리 정신장애인을 위한 지역사회에 인적물적 자원의 절대적 부족하고 사회적 인식도 낮은 상황이다. 자원부족과 인식부족은 정신건강서비스와 복지서비스의 분절현상을 가속화 시키고, 인식과 서비스 부족으로 인한 당사자의 치료기피, 지역사회 정신장애인 돌봄이나 복지서비스 부족으로 인해 가족의 돌봄 부담은 지속적으로 증가하고 있다.

지역사회 인프라 부족과 더불어 보건과 복지의 불균형 현상을 유지 및 강화시키는 핵심적 원인은 정신질환을 치료 및 관리의 대상으로 보고, 정신질환자의 사회생활 수행에 1차적 목표를 두지 않는 것에 기인한다. 정신질환을 영구불치 질환으로 간주하고 장기입원, 반복입원, 격리치료, 격리요양 등을 통해 결과적으로 정신질환자가 영구 장애인으로 전락되도록 사실상 방치하는 것에 문제가 있다. 더불어 정신의료기관에 의존적이게 하는 우리나라의 의료보장 및 기초생활수급체

국가인권위원회 humanrights.go.kr

계 등의 제도적 문제도 있다. 이러한 의료 및 기초생활보장체계의 문제와 더불어, 지역사회 내 치료와 회복을 도모할 수 있는 서비스 인프라의 부재와 정신질환에 대한 심각한 사회적 편견 등은 정신장애인 당사자들이 지역사회에서 통합적 삶을 영위하는데 걸림돌로 작용하고 있다. 즉, 정신질환이 있더라도 자신이나 타인에 대한 위험이 존재하지 않는 경우에는 빠른 시일 내에 일상생활과 사회생활을 영위할 수 있게 하는 치료와 재활을 목표로 해야 하지만, 현재 우리나라는 이러한 인식이 거의 없어서 당사자가 지역사회에서 통합적 삶을 영위하지 못하고 있다.

2. 연구 필요성 및 목적

1) 연구 필요성

국제적 정책환경과 OECD 국가들의 현황을 고려할 때, 우리나라도 국제적 기준에 맞게 회복지향의 정신건강서비스를 지향점으로 해서 기존의 정신건강서비스와 복지서비스를 재편할 필요가 있다. 이를 위해서는 당사자와 가족의 지역사회 거주, 직업, 사회생활에 대한 욕구, 이를 위한 수단으로서의 치료에 대한 욕구 파악이 필요하다. 현재 진행되고 있는 정신장애인 지역사회통합돌봄와 선도사업 등을 회복지향 정신건강서비스라는 관점에서 재평가하고, 그 한계점으로 작용하는 요인들에 대한 분석을 통해 한국의 지역사회 통합의 현주소를 파악하고, 해외 선진국의 지역사회 기반 서비스의 실천현장에 대한 심도 있는 연구와 분석이 요구된다.

구체적으로 해외사례 연구를 통해서는 (1) 회복(즉각적인 학업, 직업, 사회생활 영위)을 1차 목표로 한 치료와 재활전략이라는 관점에서 본 해외 선진국의 정책은 어떠한지, (2) 전통적인 '관리' 중심의 시설화 정책을 탈시설 정책으로 전환하기 위한 전략(탈원화 전략)은 무엇인지, (3) 자기결정권 행사의 지원은 회복지향의 치료와 재활에 필수적인 수단인데, 그 방안은 무엇인지, (4) 당사자와 가족을 위한 다양한 거주·노동·복지·평생교육 등의 서비스 자원은 어떻게 지원하는지, (5) 병원과 지역사회의 유기적 관계 모형은 어떠한지, (6) 공공자원 이외에 민간의 기여나 역할 사례는 어떠한 것이 있는지, (7) 구체적인 사례관리방안 및 인력의 전문성 확보방안은 어떠한지, 등 외국 선진사례에 대한 다양한 측면의 심층 연구가 요구된다.

결론적으로 OECD 국가들의 선진사례와 비교할 때 우리나라의 부족한 점이 무엇인지에 대한 구체적인 파악과 더불어, 해외 선진사례연구를 통해 우리나라 정신장애인의 지역사회 통합을 방해하는 문제점이 무엇이고 그 극복방안은 무엇인지에 대한 심층연구가 필요하다. 즉, 단순한 해외 선진사례연구를 넘어 우리나라가 직면하고 있는 현안과 과제를 해결하는데 구체적이고 실용적인 함의를 도출할 수 있는 심층 해외사례연구가 필요하다. 우리나라 현안

과 과제에 대한 정확한 분석과, 이러한 현안과 과제를 해결하는데 도움을 줄 수 있는 심층 해외사례연구를 수행하고, 그 결과를 기반으로 한국적 상황과 여건에 맞는 정신장애인 회복 지원과 사회통합을 위한 정책 개발이 요구된다.

2) 연구 목적

본 연구는 정부 정책이 인권중심 지역사회 통합증진을 지향할 수 있도록, 인권위 차원의 국가정책 추진 권고 사항을 제시할 수 있는 근거자료를 마련하는데 목적이 있다. 이를 위해 구체적인 연구 목적을 다음과 같이 설정하였다.

첫째, UN 장애인권리협약 및 다양한 국제조약상 정신장애인의 지역사회 통합과 관련한 국제인권기준의 체계를 분석하고 국내 법제도 현황을 살펴봄으로써 거시적인 정책환경 변화의 방향성을 파악하고자 한다. 이를 통해 국가의 장기비전 설정의 근간이 되는 지표를 제시하고자 한다.

둘째, 선행연구와 국내 현황을 분석함으로써 국내에서 정신장애인의 지역사회 통합증진의 다양한 현황 및 장벽요인을 체계적으로 분석하고자 한다.

셋째, 영국, 호주, 일본, 대만을 중심으로 해외 주요국에서 선진적으로 시행한 또는 현재 시행하고 있는 정신장애인 지역사회 통합 사례를 심층 분석하고, 국내 적용의 함의를 도출하고자 한다.

넷째, 정신의료기관, 정신재활시설, 정신요양시설을 중심으로 지역사회 통합의 주체인 정신장애인 당사자와 가족, 종사자를 대상으로 지역사회 통합에 대한 인식과 욕구를 파악하고 그 결과를 인권중심적으로 통찰·해석하고자 한다. 이를 통해 지역사회 통합을 위한 근시안적인 문제해결 대책을 넘어서 궁극적인 지역사회 통합증진을 위한 근본적인 욕구해결이 가능한 대안을 제시하고자 한다.

다섯째, 다양한 영역의 전문가를 대상으로 정신장애인 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 제도적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고 그 우선순위를 파악하고자 한다. 지역사회전문가의 대상은 다양한 직역의 전문가를 포함하여 다양한 스펙트럼의 탈원화 제도 관련 실무자(예, 정신건강심사위원회 위원, 병원기반 사례관리 실무자, 요양시설이나 의료기관의 사회복지사 등)들을 포함한다.

여섯째, 2차 자료와 문헌 검토, 정책환경변화, 국내 현황 및 문제점, 해외 선진사례 심층분석, 당사자와 가족 욕구 조사, 전문가 의견수렴 결과를 종합 분석하여 인권적 관점에서 정신장애인 지역사회 통합 증진을 위한 정부정책의 방향성을 제시하고자 한다. 또한 국가정책의 실질적인 개선을 위해 시급히 해결해야 할 우선과제와 중장기 전략을 단계적으로 제시하여 장기정책 추진의 안정성을 확보하는데 기여하고자 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 연구범위 및 연구방법

1. 연구범위

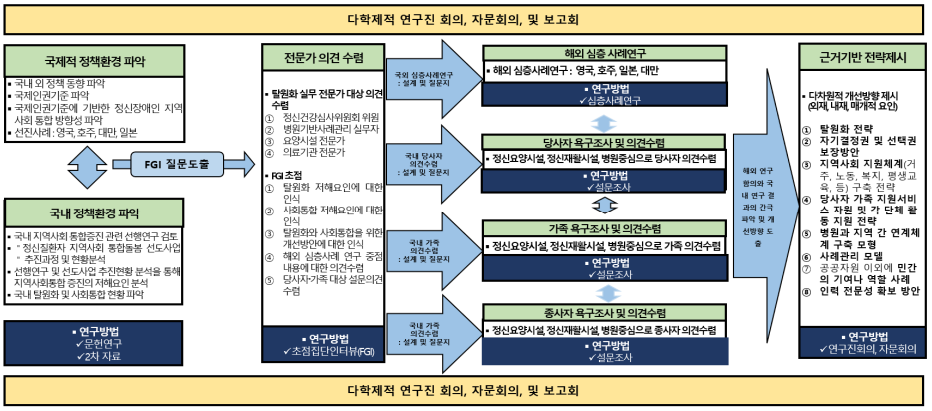
본 연구는 우리나라 정신장애인 지역사회 통합을 위한 정책 수단과 그 실태 및 문제점을 파악하기 위해 문헌, 2차 자료, 당사자·가족·종사자 대상 질적 양적 조사를 실시한다. 또한 우리나라 지역사회 통합실태의 문제점과 같은 상황을 해외에서는 어떻게 극복하였는지 해외 선진사례 심층 연구 수행을 통해서 파악한다. 대상 국가는 영국, 호주, 일본, 대박이다. 우리나라 현황 및 문제점과 해외 선진사례연구 결과를 바탕으로 한국적 상황과 여건에 맞는 정신장애인 지역사회통합과 인권증진을 위한 정책 개발 권고를 위한 근거자료를 마련하였다.

해외 주요국의 탈원화·탈시설 및 정신장애인 지역사회 통합증진 정책 목표 및 수단에 대한 심층 분석 및 구체적 사례 분석 - 해외사례 국가는 영국, 호주, 일본, 대만으로 하고, 구체적인 국가별 사례연구의 내용은 ① 각국의 탈원화 전략 - 기존 시설화 정책에서 탈시설 정책으로 이전하기 위한 전략, ② 각국의 자기결정권 및 선택권 보장방안 - 회복지향의 핵심 수단으로서 자기결정권 및 선택권 보장, ③ 각국의 지역사회 지원체계(거주, 노동, 복지, 평생교육, 등) 구축 전략 – 회복지향 치료와 재활전략, ④ 각국의 당사자 가족 지원서비스 자원 및 각 단체 활동 지원 전략, ⑤ 각국의 병원과 지역 간 연계체계 구축 모형 - 치료, 재활, 고용, 장애정책(영구장애인 경우)과의 유기적 연계, ⑥ 각국의 사례관리 모델, ⑦ 각국의 공공자원 이외에 민간의 기여나 역할 사례, ⑧ 각국의 인력 전문성 확보 방안이다.

연구결과를 기반으로 연구진, 자문단, 이해관계자들의 의견수렴을 통한 정신장애인 지역사회 통합 환경 구축을 위한 정책대안 도출하고자 한다.

2. 연구방법

본 연구의 주요 내용과 연구방법을 개괄적으로 도식화 하면 다음과 같다.



[그림 1-7] 연구방법 개관

1) 국제적 정책환경 파악

문헌연구 및 2차 자료를 이용하여 국제적 정책환경을 파악하였다. 구체적으로 (1) 국제적 정책 동향파악, (2) 국제 인권기준 동향 및 현황 파악(ICF, CRPD, WHO QualityRights Tool Kit, EU Quality Indicator etc), (3) 국제인권기준에 기반한 정신장애인 지역사회 통합 방향성 파악, (4) 선진사례조사 예정 국가인 영국, 호주, 일본, 대만에 대한 기초 조사를 실시하였다.

2) 국내 정책환경 파악

문헌연구, 전문가 자문, 2차 자료 이용하여 국내 정책환경을 파악하였다. 구체적으로 (1) 국내 지역사회 통합증진 관련 선행연구 검토, (2) "정신질환자 지역사회 통합 돌봄 선도 사업" 추진과정 및 현황분석, (3) 선행연구 및 선도 사업 추진현황 분석을 통해 지역사회통합 증진의 저해요인 분석, (4) 국내 탈원화 및 사회통합 현황을 살펴보았다.

3) 전문가 의견 수렴

초점집단인터뷰 방법을 통해 전문가 의견을 수렴하였다. 전문가 의견 수렴 주요대상은 (1) 정신건강심사위원회 위원, (2) 병원기반사례관리 실무자, (3) 요양시설 전문가, (4) 의료기관 전문가, 등 탈원화를 촉진하기 위해 구성된 조직이나 단체 종사자와 요양시설이나 병원

국가인권위원회
humanrights.go.kr

에 근무하는 정신건강 전문가이다. 전문가 의견 수렴의 주요 영역은 (1) 탈원화 저해요인에 대한 인식, (2) 사회통합 저해요인에 대한 인식, (3) 탈원화와 사회통합을 위한 개선방안에 대한 의견수렴, (4) 해외 심층사례 연구의 중점 내용에 대한 의견수렴, (5) 당사자 대상 설문조사 방법이나 내용에 대한 의견수렴, (6) 가족 대상 설문조사 방법이나 내용에 대한 의견수렴, (7) 종사자 대상 설문조사 방법이나 내용에 대한 의견수렴으로 구성되었다.

4) 해외 심층 사례연구

심층사례연구 방법을 통해 영국, 호주, 대만, 일본을 대상으로 사례연구를 진행하였다. 영국, 호주로 결정한 배경은 (1) 두 나라가 성공적으로 국제적 기준에 맞게 정신장애인 탈원화와 사회통합을 이루어나가고 있다고 판단되고, (2) 우리나라 의료보장 및 요양보장체계 특성을 고려할 때 영국과 호주가 향후 발전 방향의 주요 대안이 될 수 있을 것 같다는 판단 때문이다. 영국의 NHS(National Health Service)가 지역사회돌봄까지 의료보장체계에서 커버하고 있다는 측면에서 향후 우리나라가 의료보험에서 지역사회서비스까지 커버하는 발전방안을 고려한다면 영국 사례가 주는 함의가 크다고 할 수 있다. 호주의 경우 NDIS(National Disability Insurance Scheme)를 통해 개인의 욕구 중심, 즉 당사자 중심의 서비스 제공을 하고 있다는 측면에서 인권 기반 지역사회통합의 방향성에 주는 시사점이 많을 것이라 판단된다. 일본은 장애인복지서비스체계 내에서 정신장애인에 대한 서비스를 일원화된 창구에서 받을 수 있도록 제도화하고 있으며, 대만의 경우 병원기반 사례관리 및 재활 등 다양한 사회서비스를 시행하고 있어 우리나라의 발전 방향 제안 시 참고가 될 수 있다.

심층사례연구의 주요 영역은 네 국가의 탈원화와 지역사회 통합에 영향을 준 것으로 판단되는 외재적 요인, 내재적 요인, 매개적 요인이다. (1) 외재적 요인 – 각국의 정치, 경제, 사회, 문화 관련 요인에 대한 분석 (소득수준, 사회복지예산비중, 가치관, 등), (2) 내재적 요인 – 각국의 정신건강인식(mental health literacy), 정신장애 및 정신장애인에 대한 사회적 인식, 정신건강 예산, 재원, 인력, 정신건강서비스 전달체계, 등에 대한 분석, (3) 매개적 요인 – 각국의 정신건강 욕구, 정신장애인 당사자와 가족의 정신건강서비스 욕구, 당사자와 가족의 정부나 사회에 대한 요구, 당사자 및 가족 단체활동, 이해관계자의 인식과 요구, 이러한 요구들에 대한 정치적 대응, 등에 대한 분석이 주된 내용이다.

5) 국내 주요 이해관계자 의견수렴

설문조사를 통해 국내 주요 이해관계자인 당사자, 가족, 종사자를 대상으로 의견수렴을

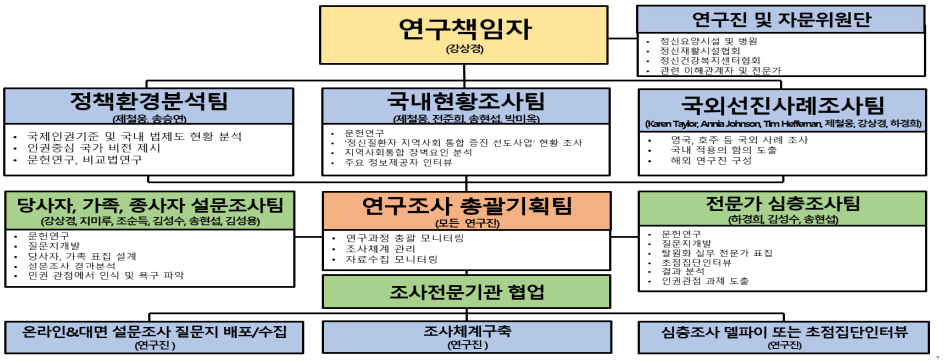
하였다. 특히 정신요양시설과 병원의 당사자, 가족, 종사자를 중심으로 연구대상자를 선정하였다. 국내 주요 이해관계자 의견수렴의 주요 영역은 (1) 탈원화와 지역사회통합에 대한 인식, (2) 탈원화와 지역사회통합 저해 요인에 대한 의견, (3) 탈원화와 지역사회통합 촉진요인(외재적 요인, 내재적 요인, 매개적 요인)에 대한 의견, (4) 거주, 노동, 복지, 평생교육, 등 탈원화 이후 지역사회통합을 촉진할 회복증진복지서비스 욕구에 대한 의견이다.

6) 근거기반 전략제시

연구진 회의, 자문회의, 보고회 등을 통해 근거기반 전략을 제시하였다. 근거기반 전략제시의 대상은 (1) 국가인권위원회와 (2) 정신건강 정책 및 서비스 관련 정부 부처이다. 근거기반 전략제시의 주요 영역은 본 연구의 결과로 도출되는 탈원화와 지역사회 통합에 영향을 주는 것으로 판단되는 외재적 요인, 내재적 요인, 매개적 요인을 중심으로 제시될 예정이다. 연구결과를 통해서 파악되는 탈원화 및 사회통합 증진과 관련된 다양한 요인들에 대한 근거자료를 기반으로 8가지 전략((1) 탈원화 전략 : 법, 재원, 전달체계, 서비스 등, (2) 자기결정권 및 선택권 보장방안, (3) 지역사회 지원체계(거주, 노동, 복지, 평생교육, 등) 구축 전략; (4) 당사자 가족 지원서비스 자원 및 각 단체 활동 지원 전략; (5) 병원과 지역 간 연계체계 구축 모형, (6) 사례관리 모델, (7) 민간의 기여나 역할 사례, (8) 인력 전문성 확보 방안)을 제시하였다.

3. 연구수행체계

본 연구는 총괄기획팀, 정책환경분석팀, 국내현황조사팀, 국외선진사례조사팀, 당사자·가족·종사자 설문조사팀, 전문가 심층조사팀, 자문위원단으로 구성된다. 연구내용 및 범위를 통해 연구목적을 달성하기 위한 본 연구단의 수행체계를 도식화하면 아래 그림과 같다.



[그림 1-8] 연구수행체계

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2장

정신장애인 지역사회 통합의 환경 분석

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 국제 인권 기준의 흐름

1. UN장애인권리협약

1) 개요

국제개발정책에서 장애인 이슈가 간과되었다는 문제 제기에 따라 UN장애인권리협약의 필요성이 증대되었다. 기존의 인권협약들은 장애인의 권리보호를 위한 기제로 작동할 수 있지만 실질적으로 장애인에게 적용되기에는 어려움이 있었고 많은 장애인들이 차별에 직면하였다. 이에 UN 본부에서는 2001년부터 2006년까지 UN장애인권리협약 제정을 위한 8차 특별위원회를 구성하기에 이르렀다. 여러 논의 끝에 2006년 12월 13일 UN장애인권리협약이 제정되었고, 2007년 3월 30일 UN 장애인권리협약 서명이 이루어졌다.

UN장애인권리협약 제1조에 따르면 협약은 '장애인이 모든 인권과 기본적인 자유를 완전하고 동등하게 향유 할 수 있도록 촉진하고, 보호하고, 보장하는 것이며, 또한 장애인의 천부적인 존엄성에 대한 존중을 촉진하기 위함'에 목적을 두고 있다. UN장애인권리협약은 구속력이 있는 국제법이며 헌법 제6조 제1항에 의해 체결 및 공포된 협약으로서 국회의 승인으로 국내법상 효력을 지닌다. 따라서 국가나 지방자치단체는 협약에 대한 이행의 의무가 있다. 협약에 가입한 당사국의 경우 위원회에 협약이행에 대한 정기보고를 협약 비준 2년 이내, 이후 4년마다 해야 한다.

우리나라는 2007년 UN장애인권리협약에 서명을 하였고, 2008년 국회비준을 하였으며, 2009년에 발표를 하였다. 선택의정서는 가입하지 않은 상태이나 가입을 위한 준비를 추진중에 있다. 협약 제36조 제1항 및 제2항에 따라 2014년 9월 17일부터 이틀간 스위스 제나바에서 협약 이행 보고서에 대한 위원회의 심의를 받았고, 2014년 10월 4일 최종 견해를 받았다. 2011년 1월 제1차 국가보고서를 작성하여 장애인권리위원회에 제출하여 심사를 받았으며, 심사결과에 대한 최종견해(권고사항)을 2014년 10월 2일 채택하였다. 2, 3차 병합 국가보고서를 2019년 3월 9일까지 제출하였고 2022년 8월 심의를 앞두고 있다.

2) 내용

UN 장애인권리협약은 전문과 본문 50개 조항 및 선택의정서로 구성되어 있다. 전문은 총 25개로 협약의 목적, 가치, 배경 등의 선언적 문구들은 독자적인 규범적 효력을 지닌다.

본문은 50호로 구성되어 있으며 협약의 목적, 사용된 언어들의 정의, 일반 원칙 및 의무와 같은 개괄적 내용과 평등 및 비차별, 인식제고, 접근성, 생명권 등 구체적인 권리에 대한 내용도 다뤄지고 있다. 뿐만 아니라 본문 내에서는 장애여성이나 장애아동에 대한 내용을 별도로 다루고 있으며, 장애인권리위원회 설치 의무, 당사국 보고서 작성 및 검토 의무, 협력 사항, 협약의 발효·유보·개정·폐기 등에 대한 내용도 포함하고 있다. 선택의정서는 총 18개 조항으로 협약의 절차법적 효력을 확보하기 위해 제정되었다[1].

〈표 2-1〉 UN 장애인권리협약 본문

구분	내용	
본문	[제1조] 목적	[제26조] 가활 및 재활
	[제2조] 정의	[제27조] 근로 및 고용
	[제3조] 일반원칙	[제28조] 적절한 생활수준과 사회적 보호
	[제4조] 일반의무	[제29조] 정치 및 공적 생활에 대한 참여
	[제5조] 평등 및 비차별	[제30조] 문화생활, 레크리에이션, 여가생활 및 체육활동에 대한 참여
	[제6조] 장애여성	
	[제7조[장애아동	[제31조] 통계와 자료수집
	[제8조] 인식제고	[제32조] 국제협력
	[제9조] 접근성	[제33조] 국내적 이행 및 감독
	[제10조] 생명권	[제34조] 장애인권리위원회
	[제11조] 위험상황과 인도적 차원의 긴급사태	[제35조] 당사국 보고서
	[제12조] 법앞의 동등한 인정	[제36조] 보고서 검토
	[제13조] 사법에 대한 접근	[제37조] 당사국과 위원회 간의 협력
	[제14조] 신체의 자유 및 안전	[제38조] 위원회와 기타 기구와의 관계
	[제15조] 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유	[제39조] 위원회 보고서
		[제40조] 당사국회의
	[제16조] 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유	[제41조] 수탁자
	[제17조] 개인의 완전함 보호	[제42조] 서명
	[제18조] 이주 및 국적의 자유	[제43조] 기속적 동의
	[제19조] 자립적 생활 및 지역사회에의 동참	[제44조] 지역통합기구
	[제20조] 개인의 이동성	[제45조] 발효
	[제21조] 의사 및 표현의 자유와 정보 접근권	[제46조] 유보
	[제22조] 사생활의 존중	[제47조] 개정
	[제23조] 가정과 가족에 대한 존중	[제48조] 폐기
	[제24조] 교육	[제49조] 접근가능한 형식
	[제25조] 건강	[제50조] 정본

1) 보건복지부 https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370202&PAGE=2&topTitle=

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

3) 함의 및 시사점

UN장애인권리협약은 장애인의 권리 보호를 위한 기제로 작동할 수 있는 실효성 있는 국제협약으로서의 가치를 지닌다. 인간으로서 누려야 할 권리임에도 불구하고 그동안 실현되기 어려웠던 신체, 법적, 주거, 교육 영역 등에서 장애인이 지역사회에서 살아가는데 있어 필수적인 권리 영역들을 다시금 명문화하였다는데 의의가 있다. 뿐만 아니라 장애인권리협약은 가입 당사국들이 장애인 중심의 인권실현을 위해 최대한의 자원을 투입할 수 있도록 규정하고 있다. 이러한 영향을 받아 우리나라 또한 2008년 12월 11일 UN 장애인권리협약을 비준하였고 장애인 인권 실현을 위한 의무를 갖게 되었다. UN 장애인권리협약은 국내법에 편입되어 국내법과 같은 효력을 갖고 있으며, 정부의 장애인권리보장 이행의무, 협약과 충돌되는 공권력 행사는 위헌 또는 위법에 해당된다 할 수 있다. 이를 통해 국내 정신장애인은 지역사회통합에 있어 필요한 권리들을 주창하기 위한 법적, 제도적 근거를 마련하였다는데 함의가 있다.

UN장애인권리협약의 선택의정서의 경우 협약의 절차법적 효력을 확보하기 위한 조치를 담고 있으며, 이러한 제도적 조치들이 장애인의 권리가 실현되게끔 하는데 큰 역할을 하고 있다. 실제 선택의정서에 따른 개인 진정제도 건수는 2019년 기준 총 55건으로 대부분 호주, 스웨덴, 영국 등의 서구 국가 중심으로 진정건수가 높은 상황이다(이호선, 이동석, 2020). 우리나라 또한 UN 장애인권리협약 비준 이후 이를 근거로 2017년 정신건강복지법을 개정하는 등 권리 실현을 위한 노력을 기울이고 있지만, 선택의정서 유보로 인해 적극적인 권리실현은 답보상태에 놓여있다. 이에 장애 영역 전반에서 선택의정서 비준 필요성에 대한 의견이 모아지고 있는 상황이다.

2. WHO QualityRights Tool Kit(2012)

1) 개요

WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)은 UN 장애인권리협약의 제정이라는 배경하에 정신건강서비스 제공시설의 서비스 품질과 인권수준을 평가하여 궁극적으로는 서비스 이용자의 인권을 향상시키고 인권을 위한 기관의 환경을 조성하기 위한 목적으로 개발되었다. 생활시설, 지역사회전환시설, 정신건강의학과 입원병동, 정신요양시설 입원·거주서비스 제공기관과 정신과외래서비스, 지역사회정신재활시설 등 이용서비스 제공기관 모두에 평가

적용이 가능하다. 또한 평가 시 시설 서비스 이용자, 가족(혹은 친구), 직원을 다면적으로 인터뷰하여 종합적인 결과로 도출된 내용을 최종 평가지표로 활용하며, 인터뷰 진행방식이나 대상자 선정방식에 대해서도 상세하게 규정이 되어있다.

2) 구성

WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)은 총 5가지 테마로 구성되어 있으며 UN 장애인권리 협약에 기초하고 있다. '테마1 적정한 수준의 생활을 유지할 권리'는 CRPD 제28조 '적절한 생활수준과 사회적 보호'에 근거하고 있으며, '테마2 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리'는 CRPD 제25조 '건강'을 반영한다. '테마3은 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리'로 CRPD 제12조와 14조인 '법 앞의 평등'과 '신체의 자유 및 안전'의 내용을 포함하며, '테마4는 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유'로 CRPD 제15조와 제16조, '고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유', '착취, 폭력 및 학대로부터의 자유'에 근거한다. '테마5 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리'는 CRPD 제19조 '자립적 생활 및 지역사회에의 동참'에 대한 내용을 담고 있다. 각 테마는 표준(Standard)과 기준(Criteria)으로 구성되어 있고, 전체적으로는 총 5개의 테마, 25개의 표준, 116개의 기준으로 구성되어 총 146개 항목을 평가하도록 되어있다.

〈표 2-2〉 WHO QualityRights Tool Kit 구성

총 146 항목 : 5 테마, 25 표준, 116 기준					
구분	[테마1] 적정한 수준의 생활을 유지할 권리	[테마2] 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	[테마3] 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	[테마4] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	[테마5] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리
구성	40 항목 - 테마 1 - 표준 7 - 기준 32	32 항목 - 테마 1 - 표준 5 - 기준 26	25 항목 - 테마 1 - 표준 4 - 기준 20	32 항목 - 테마 1 - 표준 5 - 기준 26	17 항목 테마 1 - 표준 4 - 기준 12

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 내용

WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)의 구체적인 내용은 아래 〈표 2-3〉과 같다. '테마1 적정한 수준의 생활을 유지할 권리'에서는 건물의 물리적 상태, 위생 및 청결요건, 사생활보장, 통신의 자유, 지지적 분위기, 이용자가 지역사회에서 의미있는 생활을 영위할 수 있도록 지원하는지에 대한 평가내용을 담고 있다. '테마2 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리'에서는 이용자들의 정신·신체건강 유지를 위한 치료와 서비스지원, 이용자 중심의 계획수급, 적절한 약물 사용에 대한 기준을 검토하고 있다. '테마 3 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리'에서는 치료 및 서비스 제공 장소와 방법에 대한 이용자의 의견 고려, 동의 없이 치료 및 서비스를 막기 위한 절차 마련, 비밀보장의 권리에 대한 지표를 포함한다. '테마4 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유' 에서는 기관에서 이용자가 비인간적 대우를 받거나 착취, 폭력, 학대 등의 잠재적 위기를 예방할 수 있는지, 기관 내외에서 진행되는 의료적 조치가 사전동의하에 시행되는지를 다룬다. 마지막으로 '테마5 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리'에서는 이용자가 지역사회에서 살아가는데 필요한 주거, 직업, 교육 등에 대해 접근할 수 있도록 지원하는지에 대한 내용을 담고 있다.

평가 시에는 다양한 전문가로 구성된 개별·중앙평가위원회를 구성하며, 이용자·가족·직원을 대상으로 인터뷰·관찰·서류검토로 툴킷 항목들을 평가한다. 평가지표는 위원회의 회의를 통하여 '완전실현(A/F, Achieved in Full)', '부분실현(A/P, Achieved Partially)', '실현시작(A/I, Achievement Initiated)', '시도없음(N/I, Not Initiated)'의 4개 평가등급으로 평가하며, 평가항목에 해당하지 않는 경우에는 '해당없음(N/A, Not Applicable)'으로 보고한다.

〈표 2-3〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
1. 적정한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인권리협약 제28조)	1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다.
	1.1.1 건물 보수 상태가 양호하다(예: 깨진 창문이 없고 벽 페인트 칠이 벗겨지지 않음).
	1.1.2 신체장애(지체, 시각, 청각장애 등)가 있는 이용자가 건물을 이용할 수 있다.
	1.1.3 건물의 조명(인공 및 채광)과 난방, 환기 등이 편안한 생활환경을 제공한다.
	1.1.4 화재 위험으로부터 이용자를 보호하는 조치가 마련되어 있다.
	1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다.

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
	1.2.1 수면구역은 이용자 1인당 충분한 생활공간을 제공하며 붐비지 않는다.
	1.2.2 남녀는 물론 어린이와 노인도 분리된 침실공간이 있다.
	1.2.3 이용자는 취침 시간과 기상시간을 자유롭게 선택할 수 있다.
	1.2.4 수면구역은 이용자의 사생활을 보장한다.
	1.2.5 이용자에게 깨끗한 담요와 침구가 충분히 제공된다.
	1.2.6 이용자는 개인물품을 소지할 수 있고, 잠금장치가 있는 보관 장소를 가지고 있다.
	1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다.
	1.3.1 목욕실과 화장실이 깨끗하고 제대로 작동하고 있다.
	1.3.2 목욕실과 화장실은 사생활이 보장되며, 남녀시설이 구분되어 있다
	1.3.3 이용자는 필요할 때 자유롭게 목욕실과 화장실을 이용할 수 있다.
	1.3.4 와상이거나, 이동이 어렵거나, 그 외 신체적 장애가 있는 이용자의 목욕 및 배변 활동을 위한 지원이 마련되어 있다.
	1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다.
	1.4.1 좋은 음식과 안전한 식수가 충분히 제공되며, 이용자의 문화적 선호와 건강 관리에 적합하게 제공되고 있다.
	1.4.2 음식은 적절한 환경에서 조리되어 제공되고, 식사 장소는 문화적으로 적절하며, 음식은 지역사회 식사문화를 고려하여 제공된다.
	1.4.3 이용자는 자신만의 옷과 신발이 있다(평상복, 잠옷).
	1.4.4 본인 옷이 없는 이용자에게는, 자신의 문화적 선호에 부합하고 날씨에 적합한 양질의 의복이 제공된다.
	1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다.
	1.5.1 이용자는 검열 없이 전화, 편지, 이메일, 인터넷을 자유롭게 이용할 수 있다.
	1.5.2 대화와 소통에서 이용자의 사생활을 존중한다.
	1.5.3 이용자는 자신이 선택한 언어로 의사소통할 수 있고, 이용자가 자신의 욕구를 표현할 수 있도록 지원한다(통역 등).
	1.5.4 이용자는 방문객을 만날 수 있고, 자신의 선택에 따라 방문객을 맞이할 수 있으며, 방문은 적절한 시간 내 언제든 가능하다.
	1.5.5 이용자는 기관·시설 주변을 자유롭게 이동할 수 있다.
	1.6. 기관·시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다.
	1.6.1 가구가 넉넉하고, 편안하며 상태가 좋다.
	1.6.2 기관·시설의 배치는 이용자, 직원, 방문객 간 상호작용에 도움이 된다.
	1.6.3 기관·시설은 이용자가 서로 만나고 참여할 수 있는 여가활동을 위해 필요한 자원(장비 포함)을 제공한다.
	1.6.4 기관·시설 내에 이용자의 여가를 위해 지정된 공간이 있다.

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
	1.7. 이용자는 의미있는 개인 및 사회생활을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.
	1.7.1 이용자는 이성 회원을 포함한 다른 이용자와 교류를 할 수 있다.
	1.7.2 결혼식, 장례식 참석과 같은 개인적 요청 사항은 직원과 협의하여 진행한다.
	1.7.3 정기적이고 조직화된 다양한 활동들이 기관·시설 내부와 지역사회에서 이용자에게 의미 있고 연령에 적합한 방식으로 제공된다.
	1.7.4 직원들은 지역사회 활동에 대한 정보를 이용자에게 제공하고 활동 참여가 가능하도록 지원한다.
	1.7.5 직원들은 기관·시설 밖에서 제공되는 다양한 여가활동(영화, 음악감상 등)에 이용자들이 쉽게 참여할 수 있도록, 기관 내로 초청하여 기관 안에서도 참여할 수 있는 기회를 마련하기도 한다.
2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조)	2.1. 치료와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관·시설을 이용할 수 있다.
	2.1.1 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념 또는 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 기관·시설 또는 치료 접근이 거부되지 않는다.
	2.1.2 정신건강치료를 요구하는 모든 사람은 이 기관·시설에서 서비스를 이용하거나 다른 기관·시설로 의뢰될 수 있다.
	2.1.3 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념 또는 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 이 기관·시설에 입소(원), 치료, 거주의 우선권이 주어지진 않는다.
	2.2 기관·시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다.
	2.2.1 직원들은(이용자의) 지역사회에서 독립적인 생활과 사회통합을 위해, 이용자와 이용자 지인 및 가족, 돌봄제공자에게 상담, 심리사회적 재활, 정보, 교육, 지원 등을 제공 할 수 있는 다양한 기술을 충분히 갖추고 있다.
	2.2.2 직원들은 (이용자의) 지역사회에서의 독립생활과 사회통합 증진을 위해 필요한 지역사회서비스와 자원의 역할과 이용가능성에 대해 잘 알고 있다.
	2.2.3 이용자는 그들이 원할 때 정신의학과 전문의나 그 외 정신건강전문가와 상담할 수 있다.
	2.2.4 기관·시설에 정신과약물 처방 및 처방검토가 가능한 전문훈련을 받은(면허소지) 직원이 있다.
	2.2.5 직원들은 정신장애인의 권리에 관한 교육훈련 및 문서화된 자료를 제공받았으며, CRPD를 포함한 국제인권기준에 대해 잘 인지하고 있다.
	2.2.6 이용자는 서비스 제공 및 개선에 관한 자신의 의견을 표현할 수 있는 방법에 대해 안내받고, 필요하면 언제든 그것을 이용할 수 있다.
	2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다.
	2.3.1 개별 이용자는 회복을 위한 사회적, 의료적, 취업 및 학업 목적·목표가 포함된 종합적이고 개별화된 회복계획이 있다.
	2.3.2 회복계획은 이용자가 주도하고, 돌봄에 관한 자신의 선택과 선호를 반영하며, 계획 수립 직후 바로 실행되며, 이용자와 직원이 정기적으로 점검하여 계획을 지속적으로 수정보완한다.
	2.3.3 회복계획의 일환으로 이용자에게 사전의료지시서를 작성할 것을 권장한다. 사전의료지시서에는 미래 어떤 시점에 자신의 선택을 전달할 수 없을 때를 대비하여, 자신이 원하거나 원하지 않는 치료 및 회복 방법을 명시한다.

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
	2.3.4 이용자에게 각각 고용, 교육 기타 분야에 필요한 기술을 계발시킴으로써 자신이 선택한 사회적 역할(직장 기타 사회적 역할)을 수행하는데 필요한 심리사회적 프로그램에 참여할 수 있다. 기술 계발은 개인의 회복 선호(본인의 욕구)에 맞춘 것이고, 삶의 질과 자기 돌봄 기술을 향상시키는 것을 포함할 수 있다.
	2.3.5 (기관·시설은) 이용자들이 지역사회 내 독립생활 영위를 위해 사회적지지망을 만들고 그들과 지속적으로 연락을 유지하는 것을 격려한다. 기관·시설은 이용자들이 원하는 선에서 이용자들이 가족, 친구들과 연락할 수 있도록 지원한다.
	2.3.6 기관·시설은 이용자를 일반의료체계, 2차 진료와 같은 다른 차원의 정신건강서비스, 지원금, 주거, 취업연계서비스, 주간돌봄센터, 지원주거돌봄 등과 같은 지역사회 서비스들과 연계한다.
	2.4. 기관·시설은 이용자에게 적정한 가격의 정신과약물(향정신성 약물)을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다.
	2.4.1 적절한 정신과약물(국가 필수 의약품 목록에 명시된 약물)을 기관·시설에서 제공하거나 처방할 수 있다.
	2.4.2 기관·시설에는 이용자가 필요에 맞는 충분한 양의 필수(주요) 향정신성 약물을 보유하고 있다.
	2.4.3 약물의 종류와 복용량은 항상 이용자의 임상 진단에 적합하게 정해지며, 정기적으로 점검된다.
	2.4.4 이용자는 제공되는 약물의 목적과 잠재적인 부작용에 대한 정보를 제공받고 있다.
	2.4.5 이용자는 심리치료와 같이 약물치료를 대체하거나 보완할 수 있는 치료선택지에 대한 정보를 제공받아 알고 있다.
	2.5. 전반적인 건강과 성·생식건강을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.
	2.5.1 이용자는 기관·시설에 입소(원)할 때와 이후 정기적으로 건강검진 및/또는 특정 질병에 관한 검진을 받을 수 있다.
	2.5.2 백신 접종과 같은 일반적인 건강 관련 문제에 대한 치료가 기관·시설에서, 또는 의뢰를 통해 제공된다.
	2.5.3 기관·시설에서 제공할 수 없는 외과적 또는 의료 시술이 필요한 경우, 이용자가 적시에 해당 건강서비스를 제공받을 수 있도록 의뢰할 수 있는 체계를 갖추고 있다.
	2.5.4 기관·시설에서 정기적인 건강교육과 홍보를 실시한다.
	2.5.5 기관·시설에서는 이용자에게 성·생식건강과 가족계획 관련 정보에 대해 알리며 조언을 주고 있다.
	2.5.6 전반적인 건강 및 성·생식건강 관련 서비스는 이용자들에게 자유의사에 따른 사전 동의와 함께 제공된다.
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(UN 장애인권리협약 제12조, 제14조)	3.1. 치료 장소와 방법에 관한 이용자의 선택(선호)이 언제나 가장 우선이 된다.
	3.1.1 서비스 이용과 관련된 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선호)에 둔다.
	3.1.2 지역사회 내 생활을 할 수 있게끔 이용자의 탈시설(퇴소/퇴원)을 위해 모든 노력을 기울인다.
	3.1.3 치료 및 회복 계획에 관한 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선호)이다.
	3.2 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행하는 구금, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다.
	3.2.1 입소(원) 및 치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 후 진행한다.
	3.2.2 직원들은 치료 제공 시 이용자의 사전의료지시서를 존중한다.
	3.2.3 이용자는 치료를 거부할 권리가 있다.

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
	3.2.4 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행된 기관·시설 내 치료 혹은 강제입원은 모두 기록되며, 관계당국(경찰 등)에 신속히 신고(보고)된다.
	3.2.5 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입원되거나 기관·시설에서 치료 중인 이용자에게는 이에 대한 이의제기(항소) 절차가 안내되고 있다.
	3.2.6 기관·시설은 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입원/치료된 이용자들이 이의제기(항소) 절차를 밟고 법적 대리인을 구할 수 있도록 지원한다.
	3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요할 수 있는 지원을 받을 수 있다.
	3.3.1 직원들은 이용자들이 정보를 이해하고 의사결정과 선택을 할 수 있는 권리와 행위능력이 있음을 항상 인식하면서, 이용자를 존중하는 태도로 상호작용한다.
	3.3.2 이용자의 권리에 대한 명확하고 종합적인 정보가 이용자에게 서면과 구두로 제공된다.
	3.3.3 평가(사정), 진단, 치료 및 회복관련 선택사항에 대한 명확하고 포괄적인 정보는 이용자가 이해할 수 있고 이를 통해 스스로 자유의사에 기반한 고지된 결정을 내릴 수 있는 방법(형태)으로 제공된다.
	3.3.4 이용자는 입소(원), 치료, 그리고 일신상의 문제, 법률문제, 재정문제 기타 사무와 관련된 의사결정과정에서 자신이 선택한 후원자 혹은 인적 네트워크를 지정하고, 이들과 상의할 수 있다. 또한 직원들은 이런 후원자의 역할을 인식하고 이들을 존중한다.
	3.3.5 직원들은 이용자가 지정한 후원자 또는 인적 네트워크가 이용자의 결정을 대신 전달할 수 있는 권한이 있음을 존중한다.
	3.3.6 지원의사결정이 지배적인 모델이며, 대리의사결정은 지양한다.
	3.3.7 이용자에게 의사결정 지원자 또는 네트워크가 없고 이용자가 이를 지정하기를 원하는 경우, 기관·시설은 이용자가 적절한 지원을 받을 수 있도록 돕는다.
	3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인기록을 열람할 권리가 있다.
	3.4.1 이용자별로 비밀유지가 보장되는 개인별 기록이 마련되어 있다.
	3.4.2 이용자는 본인의 문서기록정보를 볼 수 있다.
	3.4.3 이용자에 대한 정보는 기밀로 유지된다.
	3.4.4 이용자는 본인의 문서기록에 서면으로 정보, 자신의 의견을 검열없이 추가할 수 있다.
4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유(UN 장애인권리협약 제15조, 제16조)	4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다.
	4.1.1 직원들은 인간미, 존엄, 존경의 태도로 이용자를 대한다.
	4.1.2 어떠한 이용자도 언어적·신체적·성적·정신적 학대 대상이 되지 않는다.
	4.1.3 어떠한 이용자도 신체적·정서적으로 방임되지 않는다.
	4.1.4. 모든 학대 및 방임 상황을 예방하기 위해 적절한 조치가 마련되어 있다.
	4.1.5 직원들은 학대에 노출되었던 이용자가 자신이 원하는 서비스를 이용할 수 있도록 지원한다.
	4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다.
	4.2.1 이용자는 격리나 강박을 당하지 않는다.
	4.2.2 기관·시설에는 격리와 강박에 대한 대안이 마련되어 있으며, 직원들은 위기개입 및 이용자와 직원에 대한 위해예방을 위한 위기완화기술 훈련을 받고 있다

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
	4.2.3 위기 관련 이용자와 협의하여 위기완화평가를 실시하여, 위기촉발요인 및 위기를 완화하는데 도움이 된다고 이용자가 판단하는 요인을 파악하고, 선호하는 위기개입 방식을 결정하도록 한다.
	4.2.4 이용자가 선호하는 개입 방법은 위기상황에서 실제로 활용될 수 있게 준비되어 있고, 이용자의 개별 회복계획에 포함되어 있다.
	4.2.5 모든 격리, 강박의 사례는 기록되고(예: 유형, 지속시간), 기관·시설장과 관련 외부 기관에 보고한다.
	4.3. 기관·시설 내외 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다.
	4.3.1 전기경련치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의없이는 시행되지 않는다.
	4.3.2 전기경련치료는 언제 어떠한 방법으로 시행할 수 있고, 언제 어떠한 방법은 시행할 수 없는지에 대해 명확하고, 근거기반 임상지침이 있고, 이를 준수하고 있다.
	4.3.3 전기경련치료는 수정되지 않은 고전적 형태로는 절대 사용하지 않는다(예: 마취제, 근육이완제가 없는 상태).
	4.3.4 미성년자에게 전기경련치료를 시행하지 않는다.
	4.3.5 정신외과적 수술을 포함한 비가역적 치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의와 위원회의 독립적인 승인없이 시행되지 않는다.
	4.3.6 이용자의 동의없이 임신중절수술이나 불임수술을 시행하지 않는다.
	4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다.
	4.4.1 의료 또는 연구·조사는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있어야만 수행된다.
	4.4.2 직원들은 이용자가 의료 또는 연구·조사에 참여하도록 권하거나 모집하는 대가로 어떠한 특혜, 보상 또는 보수를 받지 않는다.
	4.4.3 의료 또는 연구·조사가 이용자에게 잠재적으로 유해하거나 위험할 경우 수행하지 않는다.
	4.4.4 모든 의료 또는 연구·조사는 독립된 윤리위원회의 승인을 받는다.
	4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.
	4.5.1 이용자는 방임, 학대, 격리 또는 강박, 사전동의 없이 진행된 입소(원)나 치료, 그 밖의 이와 관련된 사안에 대해 외부의 독립된 법적기관에 비밀보장 하에 이의를 제기하거나 고충처리를 요구하는 절차에 관하여 정보를 제공받아 알고 있고, 그 절차를 밟을 수 있다.
	4.5.2 이용자는 그들의 고충과 불만 문제제기로 인해 부정적인 영향을 받지 않는다.
	4.5.3 이용자는 법률대리인에 대한 접근권이 있고, 비밀보장 하에 만날 수 있다.
	4.5.4 이용자는 자신의 권리를 알려주고, 문제를 논의하고, 자신의 인권 행사, 이의와 고충 제기를 지원할 수 있는 옹호자를 만날 수 있다.
	4.5.5 이용자를 학대하거나 방임한 것으로 확인된 사람에 대해 징계조치 그리고/또는 법적 조치를 취한다.
	4.5.6 이용자에 대한 부당한 대우를 예방하기 위해 독립 기관이 해당 시설을 관리 감독한다.

테마	WHO QualityRights Tool Kit 표준-기준
5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다.
	5.1.1 직원들은 이용자에게 주거 및 재정지원의 선택지에 대한 정보를 제공한다.
	5.1.2 직원들은 이용자가 안전하고, 비용이 적당하며, 적합한 주거지를 구하고 이를 유지할 수 있도록 지원한다.
	5.1.3 직원들은 이용자가 지역사회에서 생활하는 데 필요한 재정지원에 접근할 수 있도록 지원한다.
	5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다.
	5.2.1 직원들은 이용자에게 지역사회에서의 교육 및 고용 기회에 대한 정보를 제공한다.
	5.2.2 직원들은 초·중·고교 및 고등교육을 포함하여 이용자가 교육에 대한 기회를 가질 수 있도록 이용자를 지원한다.
	5.2.3 직원들은 이용자가 경력개발 및 유급 취업 및 기회를 가질 수 있도록 지원한다.
	5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다.
	5.3.1 직원들은 이용자가 정치 및 공공 생활에 온전히 참여하고 결사의 자유로 인한 혜택을 누릴 수 있도록 필요한 정보를 제공한다.
	5.3.2 직원들은 이용자의 투표권 행사를 지원한다.
	5.3.3 직원들은 이용자가 정치단체, 종교단체, 사회단체, 장애 단체 및 정신장애 단체, 여타의 단체에 가입하고 활동에 참여하는 것을 지원한다.
	5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.
	5.4.1 직원들은 이용자에게 이용할 수 있는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동의 선택지에 대한 정보를 제공한다.
	5.4.2 직원들은 이용자가 원하는 사회활동, 여가활동에 참여할 수 있도록 지원한다.

4) 함의와 시사점

WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)은 UN 장애인권리협약에서 주창한 인권의 지향 서비스 및 환경을 평가 가능한 척도로 개발했다는 데 가장 큰 의의가 있다. 선언적 의미의 UN 장애인권리협약을 '어떻게' 실현할 것인지에 대해 주요 항목별로 지표를 제시하고 있을 뿐만 아니라, 기관의 이용자·가족·직원의 시각과 평가위원회의 관찰이 고려된 다각적인 평가가 가능하다. 또한 동일한 지표를 다양한 국가 및 기관에서 활용함으로써 비교분석도 가능하며, 평가과정에서 위원회, 기관, 이용자, 직원이 즉각적으로 인권적 차원에서 부족한 면을 고민하고 해결할 수 있는 방안에 대해서도 논의할 수 있다. 가령, 국가인권위원회(2021)에서 WHO Tool Kit이 활용되었을 때 '테마2 '가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리' 중 이용자주도의 회복 계획 세우기의 일환으로 '사전의료지시서' 작성이 평가기준에 포함되어 있었지만, 국내 정신건강서비스 제공 기관 직원 및 이용자 모두 이에 대해

인지하지 못하고 있는 상황이었다. 그러나 평가 과정을 통해 한국의 정신건강서비스 실천현장에 사전의향지시서 도입의 필요성을 이용자, 직원 차원에서 파악하고 알릴 수 있었다.

WHO에서 제시한 바에 따르면 WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)의 평가결과는 여러 목적으로 활용 가능하다. 첫째, 국가 정책, 계획, 법률 개정에 대한 근간이 될 수 있다. 평가결과를 통해 인권에 기반한 직원교육의 필요성을 제기할 수 있으며, 실제 국가 정신건강정책이나 계획에 이를 포함할 수 있다. 둘째, 이용자의 인권옹호를 위해 평가결과를 활용할 수 있다. 평가를 통해 드러난 문제들을 지역사회 및 국가 차원에 알리고 이를 해결하기 위한 내외적 방안을 모색할 수 있도록 문제를 제기할 수 있다. 셋째, 시설 자체의 서비스 개선을 위해서도 활용할 수 있다. 타 국가 및 기관과의 비교를 통해 기관의 인권기반 실천 상황을 평가하고 앞으로 보완해야 하는 부분에 대한 제시가 가능하다. 넷째, 이용자를 위한 인권 역량을 강화하는데 활용될 수 있다. 직원, 이용자, 가족 등 이해당사자를 대상으로 국제 인권기준에 기반 교육을 시행하는데 근거자료로 활용할 수 있다.

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

1) 개요

WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)는 WHO는 QualityRights 시책의 일환으로 개발된 교육 및 지침 자료 패키지이다. 이는 WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)이 개발된 이후 구체적으로 어떻게 당사자 중심의 인권실현을 할 것인지에 대한 교육 및 지침 내용을 담고 있다. 구체적으로 본 자료는 UN 장애인권리협약 및 기타 국제인권기준, 정신건강 분야에서의 회복에 기초한 인권실현 방법을 제시하고 있다. 정신건강의학자, 정신장애인 당사자 및 서비스 이용자(가족, 돌봄제공자 등), 비정부기구, 장애인 단체 등이 인권을 실현하기 위한 역량을 형성하기 위해 활용할 수 있다. WHO QualityRights는 지속 가능한 방식으로 사고 및 관행을 바꾸고 모든 이해 당사자들의 권리 및 회복을 촉진하여, 어디에서나 심리적·지적·인지적 장애를 경험하는 사람들의 삶이 개선될 수 있도록 하는데 궁극적인 목표를 두고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 구성

WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)은 5가지 대분류와 15가지의 소분류로 구성되어 있으며 구체적인 내용은 〈표 2-4〉와 같다. 먼저 핵심훈련(Core Training)에서는 (1) 인권, (2) 정신건강, 장애와 인권, (3) 법률행위 및 의사결정권, (4) 회복과 건강권, (5) 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유의 내용을 다루고 있으며, 특별훈련(Specialized Training)에서는 (6) 정신건강과 안녕을 위한 회복실천, (7) 격리와 강박 종식 전략, (8) 지원의사결정과 사전계획에 대한 교육내용을 제공하고 있다. 지침(Guidance)에서는 (9) 당사자 동료집단 지원, (10) 경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원, (11) 정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호, (12) 정신건강 및 관계 분야의 인권증진을 위한 시민사회조직에 대한 방법을 제공하고 있으며, 서비스 전환(Service Tansformation)에서는 (13) QualityRights Tool Kit을 통한 인권지향 서비스의 전환방법에 대해 제시하고 있다. 마지막으로 자조(Self-help)에서는 (14) 서비스 전환과 인권증진, (15) 정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심회복계획자가수립 툴을 제공하여 자조를 위한 지침을 제공한다.

〈표 2-4〉 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation 구성

구분	대분류	소분류	대상
1	핵심훈련 (CORE TRAINING)	인권 (Human rights)	모든 서비스 및 사람 (For all services and all people)
2		정신건강, 장애와 인권 (Mental health, disability and human rights)	모든 서비스 및 사람 (For all services and all people)
3		법률행위 및 의사결정권 (Legal capacity and the right to decide)	정신건강 및 사회 서비스 (Mental health and social services)
4		회복과 건강권 (Recovery and the right to health)	정신건강 및 사회 서비스 (Mental health and social services)
5		강제와 폭력 및 학대로부터의 자유 (Freedom from coercion, violence and abuse)	정신건강 및 사회 서비스 (Mental health and social services)
6	특별훈련 (SPECIALIZED TRAINING)	정신건강과 안녕을 위한 회복실천 (Recovery practices for mental health and well-being)	-
7		격리와 강박 종식 전략 (Strategies to end seclusion and restraint)	-
8		지원의사결정과 사전계획 (Supported decision-making and advance planning)	-

구분	대분류	소분류	대상
9	지침 (GUIDANCE)	당사자 동료집단 지원 (Peer support groups by and for people with lived experience)	-
10		경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원(One-to-one peer support by and for people with lived experience)	-
11		정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호(Advocacy for mental health, disability and human rights)	-
12		정신건강 및 관계분야의 인권증진을 위한 시민사회조직 (Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas)	-
13	서비스 전환 (SERVICE TRANSFORMATION)	QR사정 툴킷(QualityRights Assessment toolkit)	-
14	자조 (SELF-HELP)	서비스 전환과 인권증진 (Transforming services and promoting human rights)	정신건강 및 사회 서비스 (Mental health and social services)
15		정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심회복계획자가수립 툴 (Person-centred recovery planning for mental health and well-being self-help tool)	-

3) 교육 및 지침의 내용

WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)의 구체적인 구성내용은 다음 〈표 2-5〉와 같다. 본 교육 및 지침 전반에서는 실제 교육 진행시 활용될 수 있도록 발표자료나 사례들을 통한 연습기회를 제공하고 있다. 핵심훈련(Core Training)에서는 '(1) 인권'에서는 인권과 삶, 인권이란 무엇인지, 권리 간의 관계, 권리침해의 사례 및 결과 등 인권에 대한 기초적인 지식과 옹호방법에 대한 교육을 제공한다. '(2) 정신건강, 장애와 인권 '에서는 차별과 권리 침해에 대한 이해, 인권 관점에서 장애에 대한 이해 등 CRPD에 근거하였을 때 정신건강영역에서 발생되고 있는 인권 침해는 무엇인지, 역량강화실천을 위해서는 서비스 제공자가 해야 할 일을 다루고 있다. '(3) 법률행위 및 의사결정권'에서는 법률행위에서는 권리를 이해하고 지원의사결정이나 사전의향지시서의 적용방법을 연습하며, 정신건강서비스 영역에서 비자발적인 치료를 지양하고 당사자 주도의 치료 및 회복계획 수립방법을 제시한다. '(4) 회복과 건강권'에서는 정신건강과 회복이란 무엇인지, 이들을 촉진하기 위한 정신건강 및 사회서비스, 실천가들의 역할은 무엇인지에 대한 내용을 소개한다. '(5) 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유'는 폭력, 강제, 학대에 대한 기본적 이해와 장애인권리협약

관점에서의 이해, 갈등(conflictual)상황에서의 실천 방법과 지지적인 문화 형성 방법에 대한 교육자료를 제공하며, 갈등상황에 즉시 대응할 수 있는 팀과 서비스 이용자의 갈등상황을 민감하게 다룰 수 있는 계획 수립 방법에 대한 지침을 제공한다.

특별훈련(Specialized Training)의 '(6) 정신건강과 안녕을 위한 회복실천'에서는 회복, 회복지향서비스 및 실천에 대한 이해, 강점 및 자원, 희망고취, 회복계획 수립, 의사소통방법 등 회복지향적인 방향으로 지역사회통합의 방법을 제공한다. '(7)격리와 강박 종식 전략'에서는 회복에 대한 이해와 격리 및 강박의 정의와, 격리 및 강박이 개인에게 미치는 영향을 살펴보고 이와는 다른 방법으로 긴장 상황을 다룰 수 있는 대화법, 탈감법, 긍정적이고 지지적인 분위기 조성에 대한 내용을 교육한다. '(8) 지원의사결정과 사전계획'에서는 정신건강 분야에서 직면하고 있는 법률 행위 실현 문제, 지원의사결정과 의사대리의 비교, 지원의사결정 및 사전의향지시서에 대한 이해와 연습을 하도록 제시하고 있다.

지침(Guidance)의 '(9) 당사자 동료집단 지원'에서는 정신적 장애를 경험하는 사람, 가족, 돌봄제공자들로 구성된 동료집단을 강화하고 형성하기 위한 방법의 일환으로 동료지지 집단의 정의와 장점, 구성 및 운영방법에 대한 지침을 제공한다. '(10) 경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원'에서는 개인별 동료지원의 방법과 가치, 장점, 오해, 윤리부터 일대일 동료지원가로 활동하는 당사자들의 근무환경 조성기준 등을 제공한다. '(11) 정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호'에서는 옹호 캠페인을 운영하여 파트너쉽 및 동맹을 형성하는 법, 자원 및 재정을 탐색하여 활용하는 방법, 실행·평가·모니터링 하는 방법을 제공하고 있으며, '(12) 정신건강 및 관계 분야의 인권증진을 위한 시민사회조직'에서는 시민사회조직의 정의, 구성, 운영, 모니터링, 유지하기 위한 지침을 제시한다.

서비스 전환(Service Tansformation)에서는 '(13) QualityRights Tool Kit'을 통한 인권지향 서비스의 전환방법에 대해 제시하였는데, 이는 본 보고서의 '2. QualityRights Tool Kit(2012)'에서 서술한 것과 동일한 내용으로 구성되어 있다.

자조(Self-help)의 '(14) 서비스 전환과 인권증진'에서는 서비스에 대한 비전 공유를 정의하고 서비스 문화와 변화에 대해 다룬다. QualityRights에 근거하여 서비스 전환 우선순위를 선정 및 전략을 개발하고 활동하며, 영향을 평가 및 추적 관찰하는 방법을 제공한다. '(15) 정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심회복계획자가수립 툴'에서는 정신장애인이 스스로 사람중심회복계획을 수립할 수 있도록 필요한 목표, 웰니스 계획, 어려움을 다루는 법 등을 활동지에 작성해볼 수 있도록 지침을 제공한다.

〈표 2-5〉 QualityRights materials 분류 및 내용

구분	대분류	소분류	내용
1	핵심훈련 (CORE TRAINING)	인권 (Human rights)	①인권과 좋은삶 (Human rights and living a good life)
			②인권이란 무엇인가 (What are human rights?)
			③권리들간의 관계 (The relationship between different rights)
			④인권침해의 예 (Examples of human rights violations)
			⑤인권 침해의 위험에 있는 집단 (Groups/segments of the population at risk of human rights violations)
			⑥인권 침해의 결과 (Consequences of human rights violations)
			⑦존중, 보호, 인권이행 (Respecting, protecting and fulfilling human rights)
			⑧인권 옹호를 할 수 있는 권한부여 (Empowering people to defend human rights)
			⑨인권옹호 (Human rights advocacy)
2		정신건강, 장애와 인권 (Mental health, disability and human rights)	① 차별 및 권리 부정에 대한 이해 (Understanding discrimination and denial of rights)
			②인권적 관점에서의 장애 이해 (Understanding disability from a human rights' perspective)
			③장애인권리협약 (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)
			④CRPD의 실사례 적용 (Applying the CRPD to real-life scenarios)
			⑤제12조-법 앞의 동등한 인정 (Zooming in on article 12 – Equal recognition before the law)
			⑥제16조-착취, 폭력, 학대로부터의 자유 (Zooming in on article 16-Freedom from exploitation, violence and abuse)
			⑦제19조-자립적 생활 및 지역사회에의 동참 (Zooming in on article 19 – Living independently and being included in the community)
			⑧CRPD 권리를 옹호하기 위한 권한부여 (Empowering people to defend CRPD rights)
3		법률행위 및 의사결정권 (Legal capacity and the right to decide)	①법적 역량에 대한 권리 이해 (Understanding the right to legal capacity)
			②지원의사결정-사전계획지원 (Supported decision-making and advance planning)
			③사전 동의 및 사람 중심 치료와 회복계획 (Informed consent and person-led treatment and recovery plans)
			④정신건강 및 사회복지서비스에서 비자발적인 구금 및 치료를 피하기 (Avoiding involuntary detention and treatment in mental health and social services)
4		회복과 건강권 (Recovery and the right to health)	①주제1: 정신건강이란 무엇인가? (Topic 1: What is mental health?)
			②정신건강 및 사회서비스 분야에서의 건강권 증진 (Promoting the right to health in mental health and social services)
			③회복이란 무엇인가? (What is recovery?)

구분	대분류	소분류	내용
			④회복 증진 (Promoting recovery)
			⑤회복을 촉진하기 위한 정신건강 및 사회서비스 분야 실천가의 역할 (The role of practitioners and mental health and social services in promoting recovery)
5		강제와 폭력 및 학대로부터의 자유 (Freedom from coercion, violence and abuse)	①폭력, 강제, 학대란 무엇인가? (What are violence, coercion and abuse?)
			②폭력, 강제, 학대에 대한 CRPD의 설명 (What does the CRPD say about violence, coercion and abuse?)
			③ 폭력, 강제, 학대의 영향은 무엇인가? (What are the impacts of violence, coercion and abuse?)
			④이러한 관행은 왜 발생하는가? (Why are these practices happening?)
			⑤태도 및 권력 관계에 대한 이해 (Understanding attitudes and power relations)
			⑥갈등상황 방지 및 해결을 위한 핵심전략 (Key strategies to avoid and defuse conflictual situations)
			⑦의사소통 기술 (Communication techniques)
			⑧지지적 환경과 안정실 활용 (Supportive environments and the use of comfort rooms)
			⑨“say yes”와 “can do” 문화 만들기 (Creating a “saying yes” and “can do” culture)
			⑩민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립하기 (Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress)
			⑪대응 팀 (Response teams)
			⑫불만사항 및 보고 절차 (Complaints and reporting procedures)
			⑬정신건강 및 사회서비스에서 폭력, 강제, 학대를 멈추기(Stopping violence, coercion and abuse in my mental health or social service)
6	특별훈련 (SPECIALIZED TRAINING)	정신건강과 안녕을 위한 회복실천 (Recovery practices for mental health and well-being)	①회복이란 무엇인가 (What is recovery?)
			②회복지향서비스와 실천 (Recovery-oriented services and practices)
			③자원 및 강점에 초점 (A focus on assets and strengths)
			④희망고취 (Promoting hope)
			⑤회복의 가치 (Values in recovery)
			⑥회복을 위한 작업을 함께하기 (Working alongside people)
			⑦회복에 근거한 실천 맥락의 경계 (Boundaries within the context of recovery practices)
			⑧회복의 긍정적 위험 (Positive risks in recovery)
			⑨당사자들이 지역사회와 연결될 수 있도록 지원하기 (Supporting people to reconnect with their communities)
			⑩의사소통 기술 (Communication skills)
			⑪회복계획 (Recovery plans)
			⑫회복여정을 위한 핸들 (Recovery Wheel)

구분	대분류	소분류	내용
7		격리와 강박 종식 전략 (Strategies to end seclusion and restraint)	①회복이란 무엇인가 (What is recovery?)
			②격리와 강박의 정의 (Defining seclusion and restraint)
			③격리와 강박의 영향과 개인 수기 (The personal experience and impact of seclusion and restraint)
			④격리 및 강박에 대한 도전적 가정 (Challenging assumptions about seclusion and restraint)
			⑤위기상황의 식별과 성공적 대응의 요소 (Identifying tense situations and elements of a successful response)
			⑥민감함과 스트레스의 징후를 탐색 및 대응하기 위한 개별지원계획 수립하기 (Individualized plans to explore and respond to sensitivities and signs of distress)
			⑦"say yes"와 "can do" 문화 만들기 (Creating a "saying yes" and "can do" culture)
			⑧지지적 환경과 안정실 활용 (Supportive environments and the use of comfort rooms)
			⑨긴장 및 갈등 상황의 완화 (De-escalation of tense and conflictual situations)
			⑩대응 팀 (Response teams)
			⑪격리 및 강박을 제거하기 위한 조치 (Action to take to eliminate seclusion and restraint)
8		지원의사결정과 사전계획 (Supported decision-making and advance planning)	①정신건강영역에 있어 법적 역량에 대한 도전적 거부 (Challenging denial of legal capacity in mental health)
			②대리의사결정 vs 지원의사결정 (Substitute versus supported decision-making)
			③지원의사결정의 실제 (Supported decision-making in practice)
			④의지 및 선호를 가장 잘 해석하여 의사소통할 수 있는 사람을 지명 (Nominating a person to communicate best interpretation of will and preferences)
			⑤지원의사결정 접근 방식을 채택하기 위한 단계 (Positive steps to adopt a supported decision-making approach)
			⑥사전의향서란 무엇인가? (What is advance planning?)
			⑦사전의향서작성 (Making advance planning documents)
9	지침 (GUIDANCE)	당사자 동료지지집단 (Peer support groups by and for people with lived experience)	정신사회적, 지적, 인지적 장애를 경험하는 사람들, 가족(혹은 돌봄제공자를 위한 동료지지 그룹(일명 "자조 집단"을 구축 및 강화하는 방법 (how to build and strengthen peer support groups (aka "self-help groups") for and by people with psychosocial, intellectual or cognitive disabilities, and families and/or care partners)
			①도입 (Introduction)
			②동료지지집단이란 무엇인가 (What are peer support group)
			③동료지지집단의 장점 (Bernefits of peer support groups)
			④지지집단의 구성 (Setting up a support group)
			⑤동료지지집단모임의 운영 (Running peer support group meeting)

구분	대분류	소분류	내용
10		경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원 (One-to-one peer support by and for people with lived experience)	정신사회적, 지적, 인지적 장애를 경험하는 사람들에게 개별동료지지르 제공 및 강화하는 방법 (how to provide and strengthen individualized peer support for people with psychosocial, intellectual or cognitive disabilities)
			①도입 (Introduction)
			②개별동료지원이란 무엇인가? (What is individualized peer support?)
			③개별동료지원의 가치 (Individualized peer support values)
			④개별동료지원의 장점 (Benefits of individualized peer support)
			⑤동료지원에 대한 오해 (Misconceptions about peer support)
			⑥윤리에서 실천으로 (From ethics to practice)
			⑦언어 (Language)
			⑧ 동료지원가를 위한 역량 (Competencies for peer supporters)
			⑨직무기술 (Job descriptions)
			⑩ 동료지원가 면접 및 채용 (Interviewing and hiring peer supporters)
			⑪업무 환경 (Conditions of work)
			⑫정신건강 및 사회복지서비스에서의 동료지원가 (Peer supporters in mental health and social services)
11		정신건강, 장애, 인권을 위한 옹호(Advocacy for mental health, disability and human rights)	①권익옹호캠페인 운영 (Running an advocacy campaign)
			②파트너쉽 및 협력 구축 (Forming partnerships and alliances)
			③활동 및 일정 조율 (Determine the activities and time frames)
			④자원 및 자금 확인 (Identify resources and funding)
			⑤행동하기: 실행, 모니터링, 평가 (Take action: Implement, monitor and evaluate)
12		정신건강 및 관계분야의 인권증진을 위한 시민사회조직 (Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas)	①시민사회조직이란 무엇인가 (What is a civil society organization)
			②시민사회조직 설립 (Setting up a civil society organization)
			③조직의 운영 (Day-to-day operation of the organization)
			④모니터링, 평가 및 보고 (Monitoring, evaluation and reporting)
			⑤지속가능성 (Sustainability)
13	서비스 전환 (SERVICE TRANSFORMATION)	QualityRights 평가 툴킷 (QualityRights Assessment toolkit)	①도입 (Introduction)
			②WHO QualityRights 평가 툴킷 (WHO QualityRights tool kit)
			③누가 툴킷을 사용할 수 있는가? (Who can use the tool kit?)
			④프로젝트 관리 팀 및 목표 설정(Establish a project management team and objectives)
			⑤평가 틀 수립 (Establish an assessment framework)
			⑥평가 위원회 및 평가 방법 결정 (Establish the assessment committee(s) and their working method(
			⑦평가 위원회 구성원 교육 (Train the members of the assessment committee(s))

구분	대분류	소분류	내용
			⑧평가 위원회의 권한 수립 (Establish the authority of the committee(s))
			⑨동의서 작성 및 윤리적 승인 요청 (Prepare consent forms and seek ethical approval)
			⑩평가 일정 조율 및 시행 (Schedule and conduct the assessment)
			⑪기관 관찰 (Observe the facilities)
			⑫기관 문서 검토 (Review facility documentation)
			⑬서비스 이용자, 가족구성원(또는 보호자) 및 직원 면접 (Interview service users, family menmbers(or frends or carers) and staff)
			⑭평가결과보고 (Report the results of the assessment)
			⑮평가 결과 활용 (Use the results of the assessment)
14	자조 (SELF-HELP)	서비스 전환과 인권증진 (Transforming services and promoting human rights)	〈1장. 서비스 문화, 비전 및 리더십 (Part 1. Service culture, vision and leadership)〉 ①서비스에 대한 공동의 비전 정의 (Defining a shared vision for the service) ②서비스 문화 및 변화 (Service culture and change)
			〈2장. 서비스 변화를 위한 개선 계획 수립 및 시행 (Part 2. Developing and implementing an improvement plan for service change)〉 ①정신건강 및 사회서비스의 질 및 인권 상황에 대한 이해 (Understanding the quality and human rights conditions of mental health and social services) ②QualityRights 평가결과를 기반으로 한 서비스 변경의 구체적인 우선순위 설정 (Specific priorities for change in the service based on the QualityRights assessment toolkit) ③문제에서 해결으로, 행동에서 영향 까지 (From problems to solutions and from action to impact) ④나아가기 (Moving forward)
15		정신건강복지와 안녕을 위한 사람중심회복계획자가 수립 툴 (Person-centred recovery planning for mental health and well-being self-help tool)	①꿈과 목표 성취를 위한 계획 (Plan for pursuing dreams and goals)
			②개별 웰니스 계획 (My wellness plan)
			③어려운 상황을 다루기 위한 계획 (Plan for managing difficult times)
			④위기에 대응하기 위한 계획 (Plan for responding to a crisis)
			⑤위기 이후의 계획 (Plan for after crisis)

4) 함의 및 시사점

WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)는 QualityRights Tool Kit(2012)에서 제시한 평가 지표에서 나아가, 어떤 방식으로 회복지향, 인권기반 실천방법을 실천해야 하는지에 대한 구체적인 교육 지침을 제공한다는데 의의가 있다. 그를 위한 첫 단계로 핵심훈련에서 UN 장애인권리협약에 대한 숙지 및 인권 전반에

대한 이해와 관련한 교육 가이드 및 자료를 제공하고 있어, 장애인권리협약에 익숙하지 않은 현장 실천가 혹은 정신장애인 당사자들이 비교적 쉽게 이해할 수 있도록 교육 내용이 구성되어 있다는 점에서 의미가 있다.

특히 특별훈련에서는 인권의 의미와 이를 정신장애 영역에 적용하였을 때 중점적으로 살펴봐야하는 '제12조 법 앞의 동등한 인정, 제16조 착취, 폭력, 학대로부터의 자유, 제 19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참'에 대한 설명을 제공하고 있는데, 이를 실사례에 비추어 고민해보거나 관련 권리를 옹호하는 방법에 대한 지침을 알려주는 등 실효성 측면에서도 의미를 갖는다. 예를 들어, 강제와 폭력 및 학대로부터의 자유를 보장하기 위해 필요한 의사소통 기술, 안정실 활용, 개별지원계획 수립 등의 방법 설명과 스크립트를 제공하여 실제 현장 실천가들이 교육 후 즉시 적용할 수 있는 방안을 모색하고 있다는 점에서 유용하게 활용될 수 있다.

지침에서는 동료지원집단이나 시민사회조직의 소개뿐 아니라 집단 및 조직을 운영하는 방법, 필요한 역량 및 평가 방법에 대한 설명을 제공하고 있다. 때문에 국내 동료지원서비스나 시민사회조직 형성 과정에 참고할만한 매뉴얼이 될 것으로 보인다. 마지막으로 자조부분에 있어서는, 기관 차원에서 인권기반 실천에 대한 자가평가를 시행할 수 있는 방법을 제공하고 있으며, 정신장애인 개인 차원에서 활용할 수 있는 회복계획 툴을 제공하고 있다. 이러한 자가 평가 툴은 사람기반 인권중심 실천에 관심을 두고 있는 기관 및 이용자가 자유롭게 관련 사항을 적용하고 개선해나갈 수 있도록 도움을 줄 것이다.

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

1) 개요

Guidance and technical packages on community mental health services(2021)에서는 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서 제시한 서비스의 종류들에 근거하여 모범적으로 서비스를 제공하고 있는 사례들을 소개한다. Guidance and technical packages on community mental health services(2021)는 사람 중심의 권리 기반 접근 방식을 촉진하기 위한 지침

이며, 유엔 장애인권리협약 등 국제 인권 기준에 부합하기 위해 정신보건 시스템과 서비스를 개발 또는 전환하고자 하는 모든 이해당사자에게 정보 및 지원을 제공한다. 또한 이는 정신건강영역에서 전 세계의 모범 사례 및 권리에 대한 권고사항을 자세히 설명하는 사람 중심 및 권리 기반 접근을 담은 자료이다. 이러한 서비스를 국가 보건 및 사회 의료 시스템 및 서비스로 세분화하였다.

본 지침에는 정신건강서비스의 특정 범주와 새로운 서비스 설정을 위한 지침에 초점을 맞춘 7가지 기술 패키지 세트가 첨부되어 있다. 본 지침은 정부, 정책 입안자, 보건 및 사회 의료 전문가, 비정부 조직, 장애인 조직 및 기타 이해관계자가 인권을 보호 및 증진하기 위한 정신건강 서비스를 도입, 확장할 수 있도록 함으로써 궁극적으로는 모든 정신건강 및 정신사회적 장애와 함께 살아가는 사람들의 삶을 향상시키는 것을 목적으로 한다.

2) 구성

Guidance and technical packages on community mental health services(2021)의 전반적인 구성은 〈표 2-6〉과 같다. 핵심 지침(Main guidance)에서는 사람 중심 인권기반 실천을 이행하기 위한 지역사회 정신건강서비스 지침이 담겨 있으며, 핵심 지침(Main guidance)에서 다뤄진 7가지 기술들이 두 번째 패키지로 구성되어 있다. ① 정신건강 위기서비스, ② 병원기반 사례관리 서비스, ③ 지역사회 정신건강센터, ④ 동료지원 정신건강서비스, ⑤ 지역사회 아웃리치 정신건강서비스, ⑥ 정신건강을 위한 지원주거서비스, ⑦ 종합 정신건강서비스 네트워크에 있어서 사람중심 및 인권기반 접근의 실천 우수사례들이 제시되었다.

〈표 2-6〉 Guidance and technical packages 개괄

구분	내용
핵심 지침 (Main guidance)	사람 중심 인권기반 실천을 이행하기 위한 지역사회 정신건강서비스 지침 (Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches)
7가지 기술 패키지 (Seven technical packages)	①정신건강위기서비스 (Mental health crisis services)
	②병원기반 사례관리 서비스 (Hospital-based mental health services)
	③지역사회 정신건강센터 (Community mental health centres)
	④동료지원 정신건강서비스 (Peer support mental health services)
	⑤지역사회아웃리치 정신건강 서비스 (Community outreach mental health services)
	⑥정신건강을 위한 지원주거서비스 (Supported living services for mental health)
	⑦종합 정신건강네트워크 (Comprehensive mental health service networks)

국가인권위원회 humanrights.go.kr

3) 내용

Guidance and technical packages on community mental health services(2021)의 구체적인 내용은 다음과 같다. 먼저 핵심 지침(Main guidance)에서는 정신건강에 있어 사람 중심 및 인권 기반 접근법에 대한 자세한 설명과 모범이 되는 사례를 제공함. 주거, 교육, 고용 및 사회 보호 부문과 필요한 연계를 설명하고 지역사회 기반 정신건강서비스의 통합 지역 및 국가 네트워크의 예, 인권을 존중하고 회복에 초점을 맞춘 지역사회 정신건강서비스 개발을 위한 구체적인 권고사항과 조치 단계를 제시하고 있다. 이는 7가지 기술 패키지 (Seven technical packages) 각각을 종합한 내용이다.

다음으로 7가지 기술 패키지 (Seven technical packages)애서는 각각의 기술에 실천에 대한 우수사례들과 설명을 제공한다. ① 정신건강 위기서비스에서는 심각한 정신적 고통을 겪고 있는 사람들에게 효과적인 치료와 지원을 제공하는 동시에, 그들의 법적 능력과 인권을 존중하고, 힘이나 강요에 의존하지 않는 정신건강위기서비스들을 제시하고 있다. 구체적인 사례로는 미국의 Afiya House, 영국의 Link House, 핀란드의 Open Dialogue Crisis Service, 뉴질랜드의 Tupu Ake를 제시하였다.

② 병원기반 사례관리 서비스, 일반건강시스템 및 지역사회와 통합된 일반병원세팅(general hospital setting)에서의 돌봄(care)을 통해 개인을 자신의 삶과 지역사회로 복귀할 수 있도록 하는 혁신적인 병원 기반 정신건강서비스를 제시한다. 제시된 우수사례로는 노르웨이의 BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust, 독일의 Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, 스위스의 Soteria가 있다.

③ 지역사회 정신건강센터, 사회 참여 및 통합에 대한 중요성을 인식하면서, 의료기관 외부 및 가정과 가까운 곳에서 다양한 돌봄과 지원을 제공하는 커뮤니티 정신건강센터를 제시하였다. 지역사회 정신건강센터의 모범 사례로는 미얀마의 Aung Clinic, 브라질의 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 중국의 Phoenix Clubhouse가 대표적이다.

④ 동료지원 정신건강서비스 희망을 고취, 경험을 공유, 권한을 부여(impowerment)하며 법적 역량을 존중하고, 강압적 관행을 피하기 위해 적극적인 조치를 취하는 동료지원 정신건강서비스를 제시하였다. 구체적인 사례로는 전 세계 30여개 국가에서 시행되고 있는 Hearing voices support groups, 케냐의 Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group, 캐나다의 Peer Support South East Ontario가 있다.

⑤ 지역사회 아웃리치 정신건강서비스에서는 집이나 거리를 포함한 공공장소에서 사람들에게 돌봄 및 지원을 제공함에 있어 인권을 존중하는 지역아웃리치 정신건강서비스

(community outreach mental health services)들을 설명하고 있다. 사례로는 인도의 Atmiyata, 짐바브웨의 Friendship Bench, 아일랜드의 Home Focus, 인도의 Naya Daur(인도), 스웨덴의 Personal Ombudsman가 제시되어있다.

⑥ 정신건강을 위한 지원주거서비스에서는 국민의 법적 역량을 증진 및 존중하면서 거주지를 확보 및 유지하기 위한 지원을 통해 자립생활을 촉진하는 지원주거서비스(supported living services) 제시하였다. 조지아의 Hand in Hand supported living, 인도의 Home Again, 영국의 KeyRing Living Support Networks와 Shared Lives가 대표적 예이다.

⑦ 종합 정신건강서비스 네트워크 건강의 핵심 사회적 결정요인을 해결하고 주거, 교육, 고용 등 다른 분야와 적극적으로 협업하는 종합적인 지역 및 국가 정신건강서비스네트워크를 설명하였다. 일부 잘 구축된 네트워크는 정신건강돌봄(care)전달체계를 크게 변화시켰고, 전환 중인 다른 네트워크는 정신건강돌봄전달체계를 재편하는 중요한 단계에 도달한 상태이다. 브라질의 Community Mental Health Service Network(a Focus on campinas), 프랑스의 East Lille community mental health service network 이탈리아의 Trieste community mental health service network가 그 사례이다.

〈표 2-7〉 Guidance and technical packages 세부 내용 및 목차

구분	내용
핵심 지침 (Main guidance)	1. 개요: 정신건강에서 사람중심, 회복 및 인권 기반 접근법 (Overview: person-centred, recovery and rights-based approaches in mental health) 1.1 국제적 맥락 (The global context) 1.2 주요 국제 인권 기준 및 회복 접근법 (Key international human rights standards and the recovery approach) 1.3 정신건강서비스 및 정신장애인의 권리를 위한 중요한 영역 (Critical areas for mental health services and the rights of people with psychosocial disabilities) 1.4 결론 (Conclusion) 2. 권리 및 회복을 촉진하는 모범 사례 서비스 (Good practice services that promote rights and recovery) 2.1 정신건강위기서비스 (Mental health crisis services): Afiya House(미국), Link House(영국), Open Dialogue Crisis Service(핀란드), Tupu Ake(뉴질랜드) 2.2 병원기반 사례관리 서비스 (Hospital-Based Mental Health Services): BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust(노르웨이), Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH(독일), Soteria(스위스) 2.3 지역사회 정신건강센터 (Community mental health centres): Aung Clinic(미얀마), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) iii(브라질), Phoenix Clubhouse(중국) 2.4 동료지원 정신건강서비스 (Peer support mental health services): Hearing voices support groups, Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group(케냐), Peer Support South East Ontario(캐나다)

구분	내용
핵심 지침 (Main guidance)	2.5 지역사회 아웃리치 정신건강서비스 (Community outreach mental health services): Atmiyata(인도), Friendship Bench(짐바브웨), Home Focus(아일랜드), Naya Daur(인도), Personal Ombudsman(스웨덴) 2.6 정신건강을 위한 지원주거 서비스 (Supported living services for mental health): Hand in Hand supported living(조지아), Home Again(인도), KeyRing Living Support Networks(영국), Shared Lives(영국) 2.7 결론 (Conclusion) 3. 전체적인 서비스 제공: 주거, 교육 및 훈련, 고용 및 소득창출 사회 보호 (Towards holistic service provision: housing, Education and training, Employment and income generation, Social protection) 4. 종합 정신건강네트워크 (Comprehensive mental health service networks) 4.1 모범 정신건강 네트워크 (Well-established mental health networks) - Brazil Community Mental Health Service Network(a Focus on campinas) (브라질) - East Lille community mental health service network (프랑스) - Trieste community mental health service network(이탈리아) 4.2 정신건강네트워크의 전환 (Mental health networks in transition) 5. 지침과 실행 단계 (Guidance and action steps) 5.1 정신건강을 위한 정책 및 전략 (Policy and strategy for mental health) 5.2 법적 개혁 (Law reform) 5.3 서비스 모델 및 지역사회 기반 정신건강서비스 제공 (Service model and the delivery of community-based mental health services) 5.4 재정 (Financing) 5.5 인력 개발 및 교육 (Workforce development and training) 5.6 심리사회적 개입, 심리사회적 개입과 항정신성 의약품 (Psychosocial interventions, psychological interventions and psychotropic drugs) 5.7 정보 시스템 및 데이터 (Information systems and data) 5.8 시민 사회, 사람과 지역사회 (Civil society, people and the community) 5.9 연구 (Research)

4) 함의 및 시사점

Guidance and technical packages on community mental health services(2021)는 사람중심 회복 및 인권기반 접근법을 7가지 서비스로 정리한 것에 큰 함의가 있다. 지금까지 인권 및 회복 기반 서비스로 동료지원서비스, 권익옹호서비스 등 다양한 서비스들이 제시되었지만 국내에서는 산발적으로 제시되거나 일부 서비스에만 편중되어 있어 사람 중심 회복 및 인권기반 접근의 균형 있는 실천에 어려움이 있었다. 그러나 본 가이드를 통해 7가지 영역의 서비스를 고루 접하고, 이를 참고하여 균형 있는 인권기반 접근을 꾀할 수 있을 것으로 보인다.

다음으로 각 서비스에 대해서 본보기가 될 수 있는 모범 사례들이 상세하고 다양하게

안내되어 있어, 관련 국내 정신건강서비스를 구축하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 보인다. 각 사례들을 살펴보면 서비스의 역사, 개괄적 설명, 핵심 가치, 서비스와 연관된 정신장애인의 권리, 직면한 문제 등이 서술되고 있다. 이를 통해 국내적 맥락에서 적용 가능한 지점과 적용 시 문제가 될 수 있는 지점, 고려해야 할 부분 등에 대한 참고자료가 될 수 있을 것이다. 또한 각 서비스에 대한 웹사이트, 비디오 클립, 담당자 연락처 등이 제공되고 있어 필요시 국제적 협력도 가능할 것으로 생각된다.

마지막으로 지침 실행을 위해 필요한 미시적 차원의 노력뿐만 아니라 정책, 법 개정 등의 정책적 차원의 노력이 필요함을 제시한다는 점에서 의의가 있다. Guidance and technical packages on community mental health services(2021)는 실사례들을 참고하여 서비스를 시행하는 것도 중요하지만, 이를 적절히 시행하고 확산할 수 있도록 제도적 장치 마련 또한 동반되어야 한다는 기조를 갖고 있다. 이에 정신건강 정책 및 전략의 변화, 법의 개정, 재정의 확보, 인권에 기반한 인력 개발 및 교육, 연구 등의 다차원적 영역 노력이 필요함을 강조하고 있다. 이는 UN장애인권리협약 비준국으로서 국내 정신건강서비스가 지향해야 할 정책 및 실천적 차원의 기본 방향성을 시사한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 국내 인권 기준의 흐름

1. 인권감수성 맹아기: 시설 수용의 시작

국내 인권 기준의 흐름은 정신장애인의 시설 수용 및 탈시설의 역사와 그 맥을 함께 한다. 농경사회에서 정신질환은 자연 속에서 나타나는 초자연적인 현상으로 간주되거나, 영적 존재가 깃든 것으로 해석되었다(서동우, 2007). 특히 농경사회라는 배경은 정신장애인이 지역사회에서 머무르도록 하는 배경이 되었다. 비록 정신장애인이 비정신장애인보다 노동 효율성이 떨어지는 면이 있었음에도 불구하고 농사라는 노동을 수행하는데 큰 어려움이 없었기 때문에 정신장애인들 또한 지역사회에서 비교적 독립적으로 살아가는 것이 가능하였다(서동우, 2007). 물론 이전 조선시대에서도 맹아원 등과 더불어 정신병원의 도입 필요성에 대한 의견이 제시되기도 하였으나 국가적 차원에서 이를 강제하는 조치는 없었으며 일차적으로 지역사회에서 이들을 '보호'하는데 중점을 두었다(이방현, 2012). 주로 가족이나 주변 사람들이 정신장애인을 보호하는 역할을 하였다(이용표, 강상경, 배진영, 2021).

일제 시대에 제도적 차원에서 정신장애인의 수용이 이루어지지는 않았지만 1910년 일제강점기 이후에는 조선시대에는 마련되지 않았던 수용시설과 같은 공간이 생겨나기 시작했다(신권철, 2018). 정신장애인 중 일부는 부랑인의 집단에 섞여 행려병인구호소나(조선의사회사업, 1933), 1937년 경성불교자제원 같은 곳에 수용되었을 것으로 보인다(곽병은 외, 2004). 보호자가 없는 행려정신장애인을 본인의 의사와 관계없이 의료 및 시설에 강제 수용하는 조치가 시행되었지만(이방현, 2012), 국내 의료체계에서 대규모 정신병원이 존재했다는 기록은 찾아보기 어렵고 약 50병상 내외로 운영이 되었다(이용표, 강상경, 배진영, 2021). 정신병과 환자의 2/3이상이 경찰을 통해 강제 이송된 사람들이었다(이부영, 1994에서 재인용). 이때는 강제 이송에 대한 인권적 차원의 문제의식이나 구제 필요성이 제기되지 않았고, 이에 '인권감수성 맹아기' 시기로 평가된다(강상경 외, 2020).

2. 장애인권에 대한 무관심: 정신의료기관의 발족, 사회복지시설에서의 대규모 수용 시작

1945년 국내에 대한신경정신의학회가 발족 되면서, 청량리뇌병원, 서울여의대 정신과, 경기도도립병원 등이 설립되고, 1946년에는 서울의대 신경정신과 등 정신의료기관이 생겨났다. 6·25전쟁이 발발하면서 외상후스트레스 등 전쟁 후유증으로 인한 정신장애인이 급증함에 따라, 의료기관에서의 정신장애인 치료 및 보호가 매우 제한적이고 인력과 자원 또한 부족하다고 평가되었다(이용표, 강상경, 배진영, 2021). 실제 당시 정신병상이나 정신의료기관의 변화 추이를 살펴보면 1960년에서 1979년에 이르기까지 증가하는 추세이기는 하지만 병상의 절대적인 수가 많지는 않았던 것으로 보인다.

〈표 2-8〉 1960-70년대 정신병상,신경정신과전문의 변화 추이 : 한국

	정신병원병상수				신경정신과전문의 *1983년 신경과와 정신과 전문의가 분리됨	비고
	총수	국립	공립	사립		
1960	583	227	96	260	35	전문의수는 1962년 통계
1970	1,175	446	278	451	102	-
1979	1,928	625	356	947	257	-

*출처: 이용표, 배진영, 강상경(2021). 인권과 대안을 위한 정신건강사회복지론. p46 재인용.

오히려 이 시기에는 정신의료기관이 정신의료서비스의 수요를 뒷받침하지 못하자 사회복지시설에서 정신장애인의 수용이 대규모로 이루어졌다. 1950년 2월 27일 정부는 '후생시설 설치기준'을 공표하고 1952년 10월 '수행시설 운영요령'을 반포하였으며, 이때 정신장애들만 별도로 수용보호하는 자혜정신요양원, 영락정신불구원 등의 사회복지시설이 설치되었다(김응철, 1999).

이에 해방 이후 1970년대까지 정신장애인의 수용은 주로 사회복지시설에서 이루어진 것으로 볼 수 있으며, 의료적 관점이 팽배한 상황에도 불구하고 정신의료인력의 절대적 수가 부족하였기 때문에 오히려 시설로의 강제입소나 처우들이 문제가 되었을 것으로 보인다. 특히 이 시기 정신장애인이 부랑인 시설에서 정신요양원의 시초라 볼 수 있는 성인불구시설로 이동하여 시설수용이 시작된 것이 중요한 변화라 할 수 있다(이용표, 강상경, 배진영, 2021). 다시 말해 국내외적 차원에서 'UN 인권선언', 'UN 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약'(1966)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

등이 제정되며 인권에 대한 관심이 증가하였으나, 장애 인권에 대해서는 무관심한 시기라고 볼 수 있다(강상경 외, 2020).

3. 의료모델 하의 제한된 인권보장: 정신의료기관 및 사회복지시설에서의 수용 증가

1980년대 초까지 국내 정신병상수는 2,360개에 불과하였지만, 1983년 신경과 전문의와 정신과 전문의가 분리되면서, 정신과 전문의 수와 병상수가 급격한 속도로 증가하였다. 비슷한 시기 전두환 정권의 제5공화국이 들어서면서 정신요양시설이 공식적으로 제도화되고 무허가 시설들이 정신요양시설이라는 이름으로 제도권 안에 편입되면서 정신요양시설 내의 수용인원도 늘어나기 시작했다. 초창기 정신요양시설의 수용자수는 5,420명에 불과하였으나 1990년 이후에는 17,000명 이상으로 그 수가 급격하게 증가하게 되었다.

〈표 2-9〉 1980-90년대 정신병상, 정신과 전문의, 사회복지시설 정신장애인 수용 변화추이 : 한국

	정신병상	정신병원 1일평균재원자수	정신과의사	부랑인수용자	부랑인시설 수용자중 정신장애인	정신요양시설수	정신요양시설수용자	전체정신장애인수용자수**
1980	2,238	48	282*	-	-	-	-	-
1982	2,369	-	348*	-	-	26	5,420	-
1983	2,360	-	434	14,131	-	32	6,394	-
1985	4,156	44	514	14,796	3,540	47	10,719	18,415
1987	7,347	74	608	11,614	3,404	65	14,835	24,215
1990	11,557	89	785	13,284	4,556	74	17,432	31,298
1996	21,513	93	1,211	13,013	5,102	78	18,639	38,938

*신경정신과 전문의: 신경과와 정신과 전문의
**일정시점의 전체 수용자수
*출처: 이용표, 배진영, 강상경(2021). 인권과 대안을 위한 정신건강사회복지론. p50 재인용.

정신의료기관, 사회복지시설 등 시설 수용자가 무분별하게 늘어나면서 형제복지원 사건 등과 같이 정신장애인들의 인권문제가 대두되었다. 그리고 체계적 정신보건서비스 구축에 대한 필요성, 요양시설의 서비스 개선, 정신장애인의 인권보호와 정신보건정책의 체계를 마련하기 위해 정신보건법 제정에 착수하게 되었다. 정신보건법 제정의 취지 자체는 정신질환

자의 인권보호에 목적이 있었지만 당시 정부의 목표가 정신질환자 치료를 위한 병상을 대폭 확충하고자 하나는 치료적 관점에 입각하여 수립되었기 때문에, 현대적 의미의 '인권'이 보장될 수 있는 시기로 평가되기는 어렵다. 특히나 이 시기 국제적 차원에서는 장애인 인권에 대한 관심이 증대하고 장애인의 강제입원 및 강제치료에 저항하는 시민권 운동이 일어났던 것에 비하면, 국내의 변화 흐름은 의료적 관점 하에 일부의 인권만을 보장하며, 오히려 법에 근거한 비자발적 장기수용구조가 형성되는 계기가 되었다고 볼 수 있다.

4. 장애인권리협약에 근거한 인권기준 준수 필요성 대두: 정신보건법 제정 이후 장기수용구조 형성

1995년 정신보건법이 제정되고, 1997년 3월부터 정신보건법이 시행되기에 이르렀다. 정신보건법의 목적은 국민의 정신적 안녕과 삶을 개선하고 보호하며, 정신건강을 도모하기 위함에 목표를 두고 있다. 이러한 목표하에 정신보건시설이 정신의료기관, 사회복귀시설, 정신요양시설 등으로 규정되고 정신보건사업 운영이 필요한 인력을 정신보건전문요원으로 구성하여 법적인 제도를 마련되었다(이용표, 강상경, 배진영, 2021). 정신보건법이 형제복지원 등 무허가 시설의 무분별한 운영 및 이용자의 인권침해를 배경으로 제정되었음에도 불구하고, 실제 정신보건법 제정 이후 정신과전문의와 정신병상수는 더 급격하게 증가되었다. 정신보건법 제정 이전인 1990년 정신장애인 수용자수는 3만명대였지만 정신보건법 제정 이후 90년대를 지나면서 2000년대에 이르러서는 그 수가 47,306명에 이르게 되었으며, 4년 후인 2004년에는 76,394명에 육박하게 된다.

〈표 2-10〉 1997년 이후 정신병상, 정신과 전문의, 사회복지시설 정신장애인 수용 변화추이 : 한국

	정신병상	정신병원 1일평균 재원자수	정신과의사	부랑인 수용자	부랑인시설 수용자중정신장애인	정신요양시설수	정신요양시설수용자	전체정신장애인수용자수***
1990	11,557	89	785	13,284	4,556	74	17,432	31,298
1996	21,513	93	1,211	13,013	5,102	78	18,639	38,938
2000	36,387		1,358	13,062	4,212	55	12,676	47,306
2004	62,554					55	13,850	76,394

*출처: 이용표, 배진영, 강상경(2021). 인권과 대안을 위한 정신건강사회복지론. p51 재인용.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

특히 인권적 차원에서 문제가 되는 것은 강제입원이 보편화되고, 입원기간 장기화된 점이다. 또한 증가하는 정신병상수 및 정신장애인 수용자수에 반해 지역 정신건강증진시설의 경우 매우 적은 수로 유지되고 있어 정신병상과 지역사회시설의 불균형이 심각한 것 또한 큰 문제였다. 정신보건법이 정신건강복지법으로 개정되기 직전 해인 2015년을 기준으로 전국 정신보건기관현황을 살펴보면 전체 정신보건기관 및 시설인 1,988개 중 1,200개소 이상이 정신의료기관을 차지할 정도로 지역사회인프라가 부족하였다.

〈표 2-11〉 2015년 정신보건기관 및 시설현황 : 한국

구분	종류	개소
정신의료기관	국공립	187
	민간	1,167
정신요양시설		59
정신건강증진센터		208
사회복귀시설		317
중독관리통합지원센터		50

*출처: 보건복지부. (2015). 정신보건사업안내. p9 재인용.

또한 정신보건법으로 인해 형성된 장기 및 강제입원은 (1) 비자발적 입원에 대한 권익옹호제도가 없고, (2) 비자발적인 입원구조를 고착화시키는 정신보건센터의 업무구조, (3) 지역사회 장애인서비스에 대한 정신장애인의 서비스 이용배제, (4) 의료 및 지역사회서비스 비용 부담의 구조 차이라는 네 가지 방향 속에서 더욱 고착화 되었다(이용표, 배진영, 강상경, 2021).

지금까지 국내 정신건강의 흐름은 국제적 인권기준의 흐름을 반영하지 못하였지만 2008년에 UN 장애인권리협약(CRPD)를 비준하면서, 국제적 인권 기준을 준수해야 할 책무를 지니게 되었다. 또한 비슷한 시기 정신보건법 시기 동안 입원병상 수 및 장기입원 증가 양상의 심화로 정신장애인 인권에 대한 국제적 차원의 지적을 받게 되면서 장애인권리협약에 준하는 정신장애인 인권 기준 마련의 필요성이 대두되었다.

5. 국제인권 기준의 반영과 변화: 정신건강복지법 개정과 탈시설화

국제적 차원의 지적과 UN 장애인권리협약 비준에 따라 정신보건법은 2017년 5월 30일 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하, 정신건강복지법)'이 시행

되었다. 기존의 정신보건법이 치료적 지원에 초점을 두고 지역사회서비스는 사회복귀시설이라는 협소한 개념에서 지원하였지만, 정신건강복지법의 경우 정신장애인이 지역사회에서 살아가면서 필요한 고용, 교육, 문화·예술·체육·, 소득, 거주 등의 다차원적인 복지서비스 지원 규정을 포함하고 있다. 또한 최근에는 UN 장애인권리협약이나, 이를 반영한 WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)을 활용한 연구나 실천적 관심이 시작되면서 정신장애 영역에서의 인권모델 확산 필요성도 증대되고 있다.

그러나 한편으로 여전히 정신보건법 시대에 문제가 되었던 정신장애인 권익옹호제도의 부족, 비자발적 입원 및 의료시설의 증가, 지역사회 장애인서비스에 대한 정신장애인의 서비스 이용배제, 의료 및 지역사회서비스 비용부담 구조 차이 등 근본적인 문제들이 해결되지 않은 채 남아 있는 상황이다. 이에 앞으로 국제 인권기준을 반영하여 국내 정신건강복지체계를 개선하고 탈시설화를 가속화 시킬 수 있는 방향 모색이 필요하다. 특히 UN 장애인권리협약에 근거하여 제작된 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(WHO, 2019)과 Guidance and technical packages on community mental health services(WHO, 2021)에 대한 교육 및 이해의 확산과, 국제인권기준에 근거하여 정신장애인의 탈원화를 이룩하고 있는 선진사례에 대한 분석과 국내 적용이 이행되어야 하는 시점이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3장

국내 현황 분석

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 정치·경제·사회문화적 현황

한국의 면적, 인구 GDP 성장률 등에 대한 일반적 상황은 아래 표와 같다. 2021년을 기준으로 하였을 때 한국의 연간 GDP성장률은 5.9%이며, 재정수입보다는 지출이 많은 편이다. GDP대비 공공사회복지지출규모는 10.8%로 OECD평균인 20.0%와 비교하였을 때 낮은 수치이고, 정신건강복지예산 또한 WHO 권고기준에 못 미치는 수준으로 사회복지 및 정신건강복지 예산 투입량이 부족한 상황이다.

〈표 3-1〉 일반적 상황 : 한국

	한국
면적	100,032km2(110위)
인구	51,821,669명(28위)
GDP 성장률	0.7%
GDP 연간 성장률	5.9%
국내 총생산	1,631USD
1인당 GDP	28,361USD
실업률	3.7%
정부부채	814.9조원
정부 예산	-6.10(GDP비율)
정부예산가치	-20,477억원
재정수입	24조 7,759억원
재정지출	26조 8,236억원
공공사회복지지출규모[2)] (OECD평균 20.0%)	10.8%(GDP대비)
정신건강복지 예산 (WHO 권고 기준 5%)	4065억원 복지부 보건 예산 중2.7%
1인당 정신건강 예산	5,389원

*출처 : tradingeconomics.com
*https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=20986

2) OECD 38개 회원국 비교, 2018년 기준 데이터
OECD Social Expenditure Database 참고

제2절 법과 조례

1. 헌법

헌법은 1948년 제정되어 9차례 개헌되었다. 헌법의 제10조부터 제39조까지는 기본권을 규정하고 있으며, 각 조항들은 크게 자유권적 기본권과 사회권적 기본권으로 분류될 수 있다. 자유권적 기본권은 국가로부터 간섭받지 않고 자유롭게 행동할 수 있는 자유로서 헌법과 법률에 의하여 보장된 국민의 기본권을 의미한다. 현행 헌법 상에 해당 조항으로는 신체의 자유, 양심의 자유, 표현의 자유 등의 내용이 있다. 사회권적 기본권은 인간이 사회적 존재로서 존엄과 가치를 가지고 인간다운 생활을 영위하기 위해 다양한 형태의 사회적 급부와 배려를 제공받을 수 있는 권리로 정의되며(이성환, 2010), 헌법 상에는 교육권, 근로권, 노동권 인간다운 생활을 할 권리들이 그에 해당한다. 이러한 기본권들은 인권과 유사한 개념으로 여겨지기도 하지만, 인권과 다르게 '공동체의 규약'이라는 사회적 합의에 근거하여 제정된 것이기 때문에 권리 실현에 제한을 받기도 한다. 그리고 이러한 권리 실현의 제약을 경험해 온 것이 바로 정신장애인 당사자들이다. 헌법 상 정신장애인 탈원화 관련 조항들은 충분히 찾을 수 있지만, 그동안 치료 및 재활모델 하에서 정신장애인은 실질적으로 헌법에 근거한 권리 주장 및 탈원화를 촉구하기에 어려움이 있었다. 그러나 2001년 WHO의 ICF모델에 근거한 사회적 모델의 확인, UN장애인권리협약(2006)에 근거한 인권모델 확산으로 정신장애인 또한 헌법 상의 자유권, 사회권적 측면을 논할 수 있게 되었다.

〈표 3-2〉 헌법상 기본권 : 한국

법의 구성 및 주요 내용
• 제10조 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다. • 제11조 법앞의 평등 • 제12조 신체의 자유 • 제14조 거주이전의 자유 • 제15조 직업선택의 자유 • 제16조 주거의 자유 • 제17조 사생활의 보호 • 제18조 통신의 비밀...종교, 학문 및 예술, 재산권, 선거권, 청원권 등 (이하 내용 생략)

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 헌법

국가인권위원회 humanrights.go.kr

이를 증명해주는 것이 2016년 있었던 정신질환자 강제입원과 관련 조항의 헌법불합치 판결이다(헌법재판소 2016. 9. 29. 선고 2014헌가9 결정). 당시 문제가 되었던 조항은 정신보건법 제24조에 규정된 보호의무자 2인의 동의 및 정신과 전문의 입원 필요소견에 의한 강제입원 관련 내용이다. 2016년 9월 29일 헌법재판소는 정신보건법 제24조가 헌법에 합치되지 않으며, 구체적으로 헌법 제12조 신체의 자유와 같은 자유권적 기본권을 과도하게 제한할 수 있음을 인정하였다. 특히 강제입원의 경우 대상자의 의사 확인이나 부당한 강제입원에 대한 불복제도를 충분히 갖추지 않고 있어 문제가 되었다. 이러한 국제 및 국내적 흐름에 따라 정신보건법은 정신건강복지법으로 개정되었으며, 정신질환자 혹은 정신장애인의 기본권 보장에 대한 관심도 증대되기 시작하였다.

2. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 (약칭: 정신건강복지법)

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭: 정신건강복지법)은 국내 정신건강서비스의 근간이 될 수 있는 대표적인 법이며, 1995년 제정되고 1997년에 전부 개정된 정신보건법에 그 시초를 둔다. 정신보건법은 치료와 요양, 재활 등 한국사회의 기초적인 정신보건서비스 조성에 기여를 하였으나, 정신질환자에 인권침해 및 사회통합보장 한계 등을 지적받았다(김문근, 2016). 특히 이러한 분위기는 2000년대 중반 무렵 정신장애영역에의 사회모델 확산, 2008년 장애인권리협약 비준 이후 당사자 단체 및 변호사 등의 지원이라는 배경하에 더욱 강화되었다(신권철, 2018). 추동에 힘입어 정신보건법은 총 다섯차례의 개정을 거쳤다. 그리고 2014년 정부개정안을 통해 2016년 정신건강복지법으로 전면 개정되어 아래와 같은 정신건강복지법에 이르게 되었다.

CRPD 비준 이후 한국의 (구)정신보건법은 2016년 5월 29일 정신건강복지법으로 전부 개정되어 2017년 5월 30일부터 시행되었다. 이 법은 정신질환의 예방과 치료, 정신질환자의 재활·복지·권리 보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항들을 규정해 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 것에 목적으로 두며, 제1장(총칙), 제2장(정신건강증진의 정책 추진 등), 제3장(정신건강증진시설의 개설·설치 및 운영 등), 제4장(복지서비스의 제공), 제5장(보호 및 치료), 제6장(퇴원 등의 청구 및 심사 등), 제7장(권익보호 및 지원 등), 제8장(벌칙) 등 제8장 89개 조문으로 구성되어 있다. (구)정신보건법이 정신건강복지법으로 개정되며 인권 관점에서의 이념 틀이 조성되었으며, 정신건강복지법

제정 이후에도 총 4차례의 개정을 통해 CRPD의 이념을 담고자 노력하고 있다. 본 장에서는 CRPD 비준 내용을 반영하여 정신건강복지법이 변화해온 지점들을 살펴보고자 한다.

〈표 3-3〉 정신건강복지법 : 한국

법의 구성
제1장 총칙
제2장 정신건강증진 정책의 추진 등
제3장 정신건강증진시설의 개설·설치 및 운영 등
제4장 복지서비스의 제공
제5장 보호 및 치료
제6장 퇴원등의 청구 및 심사 등
제7장 권익보호 및 지원 등
제8장 벌칙

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

1) 제2조 개정을 통한 인권기반 기본이념의 강화

(구)정신보건법이 정신건강복지법으로 전면개정되면서 가장 크게 변화된 점은 기본 이념상의 조항이다. 기존에는 정신장애인을 치료의 대상으로 보았기 때문에 적정절차, 자기결정권 존중 등 권리적 차원에서의 논의가 부족하였으나, 정신건강복지법에서는 이러한 기본적 권리에 대한 보장 필요성을 담고 있다.

〈표 3-4〉와 같이 정신건강복지법 제2조(기본이념)에서는 인권과 자기결정권 존중, 차별금지 등에 관한 내용을 담고 있어 (구)정신보건법에 비해 정신장애인의 인권적 측면을 강화하였다. 세부 조항을 살펴보면, 제2항의 최적의 치료를 받을 권리와 제6항의 가능한 자유로운 환경을 누릴 권리를 제외한 제2조의 하위 조항들은 (구)정신보건법에서는 포함되지 않았던 조항으로, 대체로 정신건강복지법을 전면 개정하면서 새롭게 규정하였다.

먼저, 제8항과 제9항에서는 법적 절차와 정책 결정 과정에서 적절한 지원을 받거나 참여할 권리를 보장하였으며, 제7항에서는 정신질환자의 자기결정권 존중을 위한 규정을 명시하였다. 다음으로, 제5항에서는 지역사회 중심 치료를 우선시하고 자발적인 입원 및 입소를 권장함으로써 당사자의 기본적 권리 존중과 최소한의 제한 환경을 강조하고 있다. 마지막으로 제3항에서는 정신질환자 차별금지에 대한 내용을 담고 있다(양옥경 외, 2020).

〈표 3-4〉 정신건강복지법 제2조 개정(2016년) : 한국

구분	제2조(기본이념) 내용
제3항	모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.
제5항	정신질환자에 대해서는 입원 또는 입소가 최소화되도록 지역사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 하며, 정신건강증진시설에 자신의 의지에 따른 입원 또는 입소가 권장되어야 한다
제7항	정신질환자는 원칙적으로 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가진다. 특히 주거지, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 복지서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중받는다.
제8항	정신질환자는 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리를 가진다.
제9항	정신질환자는 자신과 관련된 정책의 결정 과정에 참여할 권리를 가진다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

2) 제4조 개정을 통한 국가 등의 책무성 강화

정신건강복지법이 전면 개정된 이후에도 2019년 개정을 통해 제4조(국가 등의 의무)에 '정신질환자뿐만 아니라 가족들에게도 적절한 지원을 해야하는 의무'와 '자립지원'에 대한 문구를 명시하였다.

〈표 3-5〉 정신건강복지법 제4조 개정(2019년) : 한국

[시행 2019. 10. 24] [법률 제16377호, 2019. 4. 23, 일부개정]
제4조(국가등의 의무) ⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자등과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

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

이렇듯 (구)정신보건법의 전면 개정으로 정신장애인의 권리보장 차원에서의 이념적 선언들이 법률에 명시되었지만, 세부적인 법 규정들을 살펴보면 제도 실현이나 서비스 제공과정에서 실질적인 인권이 보장되기에는 어려움이 있는 실정이다. 구체적인 내용에 대해서는 다음에서 살펴보도록 하겠다.

3) 제4장 복지서비스 제공의 장 신설

정신건강복지법 내용 중 정신장애인의 지역사회통합과 관련된 조항 중 첫 번째는 '제4장 복지서비스의 제공'이다. 기존에 정신보건법이 주로 의료적 지원에 중점을 두고 있었던 반

면, 정신건강복지법에서는 고용 및 직업 훈련지원, 평생 교육지원 등의 구체적인 복지지원 내용을 포함하여 정신장애인의 지역사회통합 증진을 위한 기초를 마련하였다. 구체적으로 해당 내용은 '제4장 복지서비스의 제공'에 담겨 있으며 제33조(복지서비스의 개발), 제34조(고용 및 직업재활 지원), 제35조(평생교육 지원), 제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원), 제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원), 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육) 항으로 구성되어 있다. 의료중심의 정신보건법에서 나아가 복지서비스 조항을 추가한 것은 정신장애인의 지역사회통합을 이룩함에 있어 괄목할 만한 성과이다. 하지만 각 조항들을 살펴보면 그 내용이 임의조항으로 강제할 수 있는 규정이 없기 때문에 실제 복지서비스가 시행되기 위한 의무는 부과하기에는 부족한 상황이다.

〈표 3-6〉 정신건강복지법 제4장 : 한국

정신건강복지법 제4장 주요 내용
제4장 복지서비스의 제공
• 제33조(복지서비스의 개발) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다. ② 제1항에 따른 연구지원체계 구축에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
• 제34조(고용 및 직업재활 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 한다. ② 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다. ③ 제1항 및 제2항의 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
• 제35조(평생교육 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 「교육기본법」 제3조 및 제4조에 따른 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장별로 「평생교육법」 제2조제2호의 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따라 지정된 평생교육기관에 대하여 예산의 범위에서 정신질환자를 위한 교육과정 운영에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. ③ 제1항에 따른 평생교육기관의 지정기준과 절차, 정신질환자를 위한 교육과정의 기준, 교육제공인력의 요건 등은 교육부장관이 보건복지부장관과 협의하여 정한다.
• 제36조(문화 · 예술 · 여가 · 체육활동 등 지원) 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화 · 예술 · 여가 · 체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다.
• 제37조(지역사회 거주 · 치료 · 재활 등 통합 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원등이 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다. 〈개정 2019. 4. 23.〉 ③ 제1항 및 제2항에 따른 지역사회 거주 · 치료 · 재활 등 통합 지원을 위하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
• 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는 데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다. ② 제1항에 따라 제공하는 정보와 교육의 내용 · 방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

4) 보호의무자에 의한 입원 절차 및 입원 심사규정의 변화

장애인권리협약과 같은 국제인권기준, UN의 권고사항 등에 따라 개정 정신건강복지법에서는 비자의 입원을 최소화하기 위해 입원요건과 심사절차를 엄격히 하는 조항을 규정하였

다. 전반적으로는 비자의입원 요건을 까다롭게 규정하여 불필요한 강제입원을 막고자 시도하였다. 더불어 입원 시 2주 이내로 진단이 이루어져야 하고, 소속이 다른 정신과 전문의 일치 소견을 빠른 시일 내로 받을 수 있도록 하였다. 가장 큰 변화는 입원적합성 심사위원회의 설립이다. 개정 전에는 비자의 입원을 심사할 수 있는 제도적 시스템이 부재하였으나 개정 후에는 최초 입원 1개월 내 입원 적합 여부를 판단할 수 있도록 명문화되었다. 계속입원 심사의 경우에도 심사 주기가 단축되고 판단해야 하는 전문의 및 보호의무자의 수를 증가시켰다. 보호의무자에 의한 입원 절차 및 입원 심사 관련 조항과 주요개정 내용은 다음의 〈표 3-7〉과 같다.

〈표 3-7〉 정신건강복지법 보호의무자에 의한 입원 절차 및 입원 심사규정의 변화 : 한국

구분	관련 조항	개정 내용
입원요건	제43조(보호의무자에 의한 입원등)	• 다음의 내용에 모두 해당되는 경우 입원요건을 충족함. • 1) 정신질환자가 정신의료기관 등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우 • 2) 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원 등을 할 필요가 있는 경우
진단요건		• 보호의무자 2인의 신청과 정신건강의학과 전문의 권고가 있는 경우 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원 • 소속이 다른 2명이상의 정신건강의학과 전문의 일치된 소견이 있는 경우에 치료를 위한 입원(최초 입원일 기준 3개월 이내)
계속입원 심사		• 소속이 다른 정신건강의학과 전문의 2인 소견과 보호의무자 2명이상 동의가 있어야 함. 심사 주기는 최초 3개월 이후의 1차 입원등 기간 연장은 3개월 이내, 이후 입원 등 기간 연장은 매 시기마다 6개월 이내로 규정함
입원적합성 심사	제45조(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등), 제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등)	• 최초 입원 3일 이내 입원 사실 신고 • 최초 입원 1개월 내 입원 적합 여부 판단

*출처: 홍선미 외(2020). 정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구에서 일부 내용을 발췌하여 재정리함.
*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

이러한 배경에 따라 정신건강복지법 제6장 퇴원 청구 및 심사에서는 입원적합성심사위원회(정신건강심의위원회)의 의견을 반영하여, 즉 공적인 의견과 입원 당사자의 의견을 반영하여 퇴원을 결정하고 있다. 그러나 실제 심사를 담당하는 입원심사소위원회는 위원장이 위원 중에서 임명하도록 되어 있어 다학제적으로 균형적인 접근을 하지 못할 가능성이 있다. 특히

당사자 위원들의 참여가 보장되지 않거나 참여하더라도 의학적인 용어들을 이해하기 어려워 적극적인 의견 개진에 어려움이 있는 실정이다(신소연 외, 2021). 또한 정신질환자가 요청한 경우에만 대면심사가 진행될 수 있는 조건이기 때문에 실질적으로 탈원화를 촉진하기에는 역부족이라는 비판도 있다(윤제식 외, 2017; 신소연 외, 2021).

〈표 3-8〉 정신건강복지법 제6장 제59조, 제62조 : 한국

정신건강복지법 제6장 주요 내용
제6장 퇴원 청구 및 심사
• 제59조(퇴원등 명령의 통지 등) ① 제57조제1항에 따라 정신건강심의위원회로부터 보고를 받은 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 심사 청구를 접수한 날부터 15일 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 명령 또는 결정을 하여야 한다. 이 경우 제4호 또는 제5호의 명령 또는 결정은 심사 대상자인 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의가 있는 경우에 한정하여 할 수 있다. 〈개정 2019. 4. 23.〉
• 제62조(특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장에 의한 입원의 해제) ① 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제44조제7항에 따라 입원한 정신질환자에 대하여 최초로 입원을 한 날부터 3개월 이내에 입원을 해제하여야 하며, 입원의 해제 사실을 그 정신질환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 그 정신의료기관의 장은 지체 없이 그 정신질환자를 퇴원시켜야 한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

5) 제42조 동의입원 유형의 신설

정신건강복지법이 전면개정 되면서, 비자의적 입원을 최소화하고 입원 과정에서 정신장애인의 의사결정권을 존중하기 위해 입원유형을 신설하였다. 제42조의 동의입원은 보호의무자에 의한 입원이나 행정입원과 달리 정신장애인의 의사를 반영하여 입·퇴원을 결정할 수 있다는 측면에서 비자의적 입원을 최소화하고 당사자의 의사결정권을 존중하는 제도적 장치로 볼 수 있다.

그러나 동의입원의 경우에도 정신건강의학과 전문의의 진단으로 치료가 계속 필요하다고 판단되는 경우 72시간 동안 퇴원을 제한할 수 있고, 보호의무자에 의한 입원이나 행정입원으로 전환이 가능하다. 따라서 동의입원 유형의 도입 의도와 달리 실질적으로 비자의적 입원과 크게 다르지 않은 결과를 가져올 가능성이 크다. 즉, 동의입원제도 신설에도 불구하고 세부 규정과 시행 과정에서 여전히 인권침해의 소지가 있다는 우려의 목소리도 제기되었다(김문근, 2016; 김형식 외, 2019). 이는 헌법재판소가 헌법불합치결정을 내린 보호자의 동의에 의한 입원과 같은 인권침해의 소지를 안고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-9〉 정신건강복지법 제42조 동의입원의 신설 : 한국

구분	내용	제42조(동의입원) 내용
입원대상 및 요건	정신질환자	제42조(동의입원등) ① 정신질환자는 보호의무자의 동의를 받아 보건복지부령으로 정하는 입원등 신청서를 정신의료기관등의 장에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 입원등을 할 수 있다. ② 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자가 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다. 다만, 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원등을 신청한 경우에는 정신건강의학과전문의 진단결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관등의 장은 퇴원등의 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원등을 거부할 수 있고, 퇴원등을 거부하는 기간 동안 제43조 또는 제44조에 따른 입원등으로 전환할 수 있다. ③ 정신의료기관등의 장은 제2항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 환자 및 보호의무자에게 그 거부 사유 및 제55조에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있음을 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다. ④ 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자에 대하여 입원등을 한 날부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.
입원 신청	본인의 신청과 보호의무자 동의	
입원 절차	별도 절차 없음	
기간	제한 없음	
입원신고	해당 없음	
입원적합성 심사	해당 없음	
퇴원표시	본인 신청 (2개월마다 퇴원 의사 확인 필요)	
퇴원 제한	정신건강의학과 전문의 진단으로 최대 72시간 제한 가능	
입원연장 요건	해당 없음 (72시간 내 비자발적 입원으로 전환 필요)	

*국가인권위원회(2021). 2021년 정신장애인 인권보고서. p46 표 일부 내용을 발췌하여 재정리함.
*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

6) 제59조에 따른 정신건강심의위원회 결정 유형 다양화

2017년 5월 정신건강복지법의 시행으로 비자의 입원 및 퇴원제도가 강화됨에 따라 입·퇴원 업무를 담당하는 정신건강심사위원회의 역할이 중요해졌다(박선주 외, 2017). 정신건강복지법 제6장(퇴원등의 청구 및 심사 등)은 정신건강심의위원회의 설치, 운영, 결정사항 등에 관한 내용을 담고 있다. 즉, 우리나라에서는 정신건강복지법에 따라 입원연장 및 퇴원청구에 대해서는 시·군·구청장 산하 정신건강심사위원회가 심사하도록 한다(신권철, 2018). 특히 제59조(퇴원등 명령의 통지 등)에 의거하여 정신건강심의위원회의 결정 유형을 다양하게 규정하고 있다(〈표 3-10〉). 정신건강심사위원회의 목적, 기능, 위원 구성은 〈표 3-11〉과 같다.

〈표 3-10〉 정신건강복지법 제59조(퇴원등 명령의 통지 등): 한국

법 조항 내용
제59조(퇴원등 명령의 통지 등) ① 제57조제1항에 따라 정신건강심의위원회로부터 보고를 받은 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 심사 청구를 접수한 날부터 15일 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 명령 또는 결정을 하여야 한다. 이 경우 제4호 또는 제5호의 명령 또는 결정은 심사 대상자인 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의가 있는 경우에 한정하여 할 수 있다. 1. 퇴원등 또는 임시 퇴원등 명령 2. 처우개선을 위하여 필요한 조치 명령 3. 3개월 이내 재심사 4. 다른 정신의료기관등으로의 이송 5. 제41조의 자의입원등 또는 제42조의 동의입원등으로의 전환 6. 제64조에 따른 외래치료 지원 7. 입원등 기간 연장 결정 8. 계속 입원등 결정

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

〈표 3-11〉 정신건강심사위원회 기능 및 구성 : 한국

구 분	세부 내용
목적	• 적법하게 환자의 입원이 유지되고 있는지의 여부를 확인 • 강제입원과 입원연장 등과 관련하여 적법한 형식이 갖추어졌는지 확인 • 환자의 진단과 증상, 일상생활 기능장애의 정도, 사회적 지지체계 등 입원치료의 필요성이 유지되고 있는지 확인 • 정신의료기관에서의 처우가 적정한지 확인
운영 방식	• 모든 환자에게는 퇴원청구, 처우개선 청구를 할 권리가 있음을 고지하고 그 방법을 알려주어야 함. • 환자 또는 보호의무자는 지자체에 심사청구서 1부와 처우개선이 필요함을 입증할 수 있는 서류를 첨부하여 제출함.
구성	• (다음 중 각 1명 이상을 포함) • 5-9명 이내의 위원을 구성 • 정신건강의학과 전문의 • 판사, 검사 또는 변호사 자격을 가진 자 • 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원 • 정신질환자의 보호, 재활을 위해 노력한 정신질환자의 가족 • 다음 중 하나에 해당하는 전문지식, 경험을 가진자(정신건강증진시설 설치 및 운영자, 심리학·간호학·사회복지학을 가르치는 전임강사 이상, 정신질환을 치료하고 회복한 사람, 그밖에 정신건강과 인권에 전문지식, 경험이 있는 사람)

*출처: 장애우권익문제연구소(2021). 인권과 대안 정신장애인의 인권증진과 대안적 지역사회 서비스모형 구축을 위한 국제네트워크 프로젝트 발표자료에서 일부 내용을 요약함.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

7) 지역사회 중심 치료를 위한 근거 마련

정신장애인의 지역사회 중심 치료를 촉진하고 입원 후 지역사회로의 정착을 돕는 법적 장치로 외래치료지원과 퇴원 사실 통보를 꼽을 수 있다. 정신건강복지법 제64조(외래치료지원등)과 제52조(퇴원등 사실 통보)에 그 내용을 담고 있다. 먼저, 외래치료지원 조항에 대한 개정 과정을 살펴보면 다음과 같다. (구)정신보건법 제37조의 2(외래치료명령)[3]에서 정신의료기관의 장이 시장. 군수. 구청장에게 1년 이내에서 외래치료명령을 청구하고 시장. 군수. 구청장이 외래치료를 명할 수 있다는 규정이 있었으나, 거의 활용되지 않았다(김형식 외, 2019).

이에 정신건강복지법에서는 제64조(외래치료명령 등) 제1항에 "정신의료기관의 장은 제43조, 제44조에 따라 입원을 한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있다."고 규정하고 시행령 제32조에 따라 '의료급여수급권자, 타 법령(공무원연금법, 산업재해보상법 등)에 따라 의료비 지원을 받을 수 있는 사람, 정신질환자 보호의무자가 외래치료 비용을 지급하기로 한 정신질환자'로 외래치료명령청구 대상을 한정하였다.

가장 최근 해당 조항의 개정을 통해 외래치료'명령'이라는 용어를 외래치료'지원'으로 수정하여 정신질환자가 외래치료지원을 최대한으로 받을 수 있도록 추가적인 조항들을 규정하였다. 구체적으로 외래치료지원 청구 요건 및 심사절차, 지원 결정 사실 통지, 재평가 및 사후 조치, 지원 기간의 연장, 비용 부담에 대한 내용을 담고 있으며, 〈표 3-12〉에 제시하였다.

---

3) 제37조의2(외래치료명령) ① 정신의료기관의 장은 제24조 및 제25조에 따라 입원등을 한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원등을 하기 전 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 자로서 대통령령으로 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동의를 받아 시장·군수·구청장에게 1년 이내에서 외래치료명령을 청구할 수 있다. ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료명령의 청구를 받은 때에는 기초정신보건심의위원회의 심의를 받아 1년 이내에서 외래치료를 명할 수 있다. ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료명령을 한 때에는 지체 없이 본인 및 그 보호의무자와 외래치료명령을 청구한 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다. ④ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료명령을 받은 자가 그 외래치료명령에 불응하여 치료를 중단할 때에는 그 자가 자신 또는 타인을 해할 위험성의 정도에 대한 평가를 위하여 그 자에게 국·공립의료기관에서 평가를 받도록 명할 수 있다. [본조신설 2008. 3. 21.]

〈표 3-12〉 정신건강복지법 제64조 개정(2019년) : 한국

구분	정신건강복지법 **제64조(외래치료 지원 등)** 세부 내용 [시행 2019. 10. 24] [법률 제16377호, 2019. 4. 23, 일부개정]
외래치료지원 청구 요건	• (제1항) 정신의료기관의 장은 제43조(보호의무자에 의한 입원등)와 제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원)에 따라 입원한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람에 대해서는 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장에게 외래치료 지원을 청구할 수 있음.
	• (제2항) 정신의료기관의 장 또는 정신건강복지센터의 장은 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 하여 정신의료기관에 입원한 사람 또는 외래치료를 받았던 사람으로서 치료를 중단한 사람을 발견한 때에는 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장에게 그 사람에 대한 외래치료의 지원을 청구할 수 있음.
외래치료지원 심사 및 지원 결정 사실 통지	• (제3항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제1항 및 제2항에 따른 외래치료 지원의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심사위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자를 지원할 수 있음.
	• (제4항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제3항에 따라 외래치료 지원 결정을 한 때에는 지체 없이 정신질환자 본인 및 그 보호의무자와 외래치료 지원을 청구한 정신의료기관의 장, 정신건강복지센터의 장 및 외래치료 지원을 하게 될 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 함.
외래치료지원 결정을 받은 사람에 대한 재평가 및 사후 조치	• (제5항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제3항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람이 그 외래치료 지원 결정에 따르지 아니하고 치료를 중단한 때에는 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는지를 평가하기 위하여 그 사람에게 지정 정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있음. 이 경우 해당 명령을 받은 사람은 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정 정신의료기관에서 평가를 받아야 함.
	• (제6항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제5항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람에게 평가를 받도록 명령하는 경우 구급대원에게 그 사람을 정신의료기관까지 호송하도록 요청할 수 있음.
	• (제7항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제5항에 따라 평가한 결과 외래치료 지원 결정을 받은 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 없다고 인정되는 경우에는 외래치료 지원 결정을 철회하고, 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 조치를 하여야 함. 1. 제41조에 따라 자의입원등을 신청하게 하는 것 2. 제42조에 따라 동의입원등을 신청하게 하는 것 3. 보호의무자에게 제43조제1항에 따른 입원등 신청을 요청하는 것 4. 제44조제7항에 따라 입원하게 하는 것(제1호부터 제3호까지의 조치에 따르지 아니하는 경우만 해당한다)
외래치료지원 기간의 연장	• (제8항) 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제3항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람에 대하여 정신건강의학과전문의가 치료 기간의 연장이 필요하다고 진단하는 경우에는 소관 정신건강심사위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료 지원을 연장할 수 있음.
외래치료지원 비용 부담	• (제9항) 국가와 지방자치단체는 외래치료 지원에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있음.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

다음으로, 퇴원 사실 통보 조항에 관한 개정 과정을 살펴보았다. (구)정신보건법에서는 제37조(임시 퇴원 등)[4]에 규정이 있었으며, 정신질환자 당사자의 동의 없이도 필요할 경우 퇴원

국가인권위원회
humanrights.go.kr

통보가 가능하였다. 정신건강복지법에서는 제52조(퇴원등의 사실의 통보)에 관련 조항을 두고 있으며, 당사자의 의사 혹은 보호의무자의 동의 하에 퇴원 통보가 가능하도록 하였다. 그러나, 2019년 개정으로 정신건강심사위원회의 권한으로 정신질환자 혹은 보호의무자가 거부할 경우에도 필요시 퇴원 사실을 통보할 수 있게 되었다. 이와 같은 퇴원 사실 통보의 강화는 정신장애인의 지역사회적응을 돕는 제도로 작동할 수 있지만, 지역사회치료명령과 연관지어서 살펴보면 당사자의 자기결정권을 보장하는 측면에서는 권리 침해적 요소로도 볼 수 있겠다.

〈표 3-13〉 정신건강복지법 제52조 개정(2019년) : 한국

구분	정신건강복지법 **제52조(퇴원등의 사실의 통보)** 세부 내용 [시행 2019. 10. 24] [법률 제16377호, 2019. 4. 23, 일부개정]
퇴원 사실 통보 요건	• (제1항) 정신의료기관등의 장은 제41조부터 제44조까지 또는 제50조에 따라 정신의료기관등에 입원등을 한 사람이 퇴원등을 할 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 본인의 동의를 받아 그 퇴원등의 사실을 관할 정신건강복지센터의 장에게 통보하여야 함. 다만, 정신건강의학과 전문의가 퇴원등을 할 사람 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 동의로 본인의 동의를 갈음할 수 있음.
	• (제2항) 제1항에도 불구하고 정신의료기관등의 장은 정신병적 증상으로 인하여 자신 또는 다른 사람의 생명이나 신체에 해를 끼치는 행동으로 입원등을 한 사람이 퇴원등을 할 때 정신건강의학과전문의가 퇴원등 후 치료가 중단되면 증상이 급격히 악화될 우려가 있다고 진단하는 경우에는 그 퇴원등의 사실을 관할 정신건강복지센터의 장에게 통보하여야 함.
퇴원 사실 통보에 관한 사전 고지 및 예외 규정	• (제3항) 정신의료기관등의 장은 퇴원등의 사실을 관할 정신건강복지센터의 장에게 통보하기 전에 미리 그 사실을 본인 또는 보호의무자(정신건강의학과전문의가 퇴원등을 할 사람 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우만 해당함)에게 알려야 함.
	• (제4항) 정신의료기관등의 장은 본인 또는 보호의무자가 제3항에 따라 고지받은 퇴원등의 사실 통보를 거부하는 경우에는 제2항에 따른 통보를 할 수 없음. 다만, 제54조제2항에 따른 정신건강심사위원회의 심사를 거친 경우에는 그러하지 아니함.
재활 및 사회적응을 위한 지원의 책무	• (제6항) 제1항 · 제2항 또는 제4항에 따라 퇴원등의 사실을 통보받은 정신건강복지센터의 장은 해당 퇴원등을 할 사람 또는 보호의무자와 상담하여 그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련하여야 함.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률

4) 제37조(임시 퇴원등) ① 제24조 및 제25조에 따라 정신질환자를 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 2인 이상의 정신건강의학과전문의의 진단 결과 당해 환자의 증상에 비추어 일시적으로 퇴원등을 시켜 그 회복경과를 관찰하는 것이 필요하다고 인정될 때에는 즉시 퇴원등을 시키고 그 사실을 입원등의 치료를 의뢰한 보호의무자 또는 시장 · 군수 · 구청장에게 통보하여야 한다. 〈개정 2011. 8. 4.〉 ② 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따른 통보를 받은 때 또는 제33조제1항(제35조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따른 임시 퇴원등을 명령한 때에는 당해인의 입원등을 한 날이나 계속 입원등을 한 날부터 제24조에 따라 입원등을 한 경우에는 6개월의 기간에 한하여, 제25조에 따라 입원한 경우에는 3개월의 기간에 한하여 각각 퇴원등을 한 후의 경과를 관찰할 수 있다. ③ 시장 · 군수 · 구청장은 제2항에 따른 관찰결과 증상의 변화등으로 인하여 다시 입원등을 시킬 필요가 있다고 인정될 때에는 2인의 정신건강의학과전문의의 의견을 들어 일시 퇴원등을 한 정신질환자를 다시 입원등을 시킬 수 있다. 이 경우 재입원등의 기간은 재입원등을 한 날부터 3개월을 초과할 수 없다. 〈개정 2011. 8. 4.〉 ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 통보, 관찰의 내용과 절차 및 재입원등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2008. 3. 21.]

3. 장애인복지법

1981년의 「심신장애자복지법」은 지금까지 3차례의 전부개정과 수십 차례의 일부개정을 거쳐 현재의 「장애인복지법」에 이르렀다. 장애인복지법은 국내 장애인복지제도의 근간이 되는 법안으로 기본법적 성격을 띄기 때문에 필요에 따라 개정이 빈번하게 이루어지고 있다(김형익, 2019). 장애인복지법은 궁극적으로 장애인의 인간다운 삶과 권리보장, 완전한 사회통합을 지향하며, 의료, 교육, 직업 재활 등 다양한 삶의 영역의 장애인복지 사업들을 규정하고 있다. 다만, 이제까지는 장애인복지법 제15조에서의 배제조항으로 인해 이 법에 따른 규정이나 제도가 정신장애인에게 적용되기에는 제한적인 면이 있었다.

〈표 3-14〉 장애인복지법 : 한국

법의 구성
제1장 총칙
제2장 기본정책의 강구
제3장 복지 조치
제4장 자립생활의 지원
제5장 복지시설과 단체
제6장 장애인보조기구
제7장 장애인복지 전문인력
제8장 보칙
제9장 벌칙

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법

장애인복지법 제2조 제1항, 제2항 제2호에 근거하면 정신장애인도 정신질환으로 인한 장애인복지법상 장애인에 해당한다. 그러나 그간에는 장애인복지법 제15조에서 정신건강복지법의 적용을 받고 있는 정신장애인에 대해서는 장애인복지법 적용을 배제할 수 있도록 규정하고 있었다. 이에 정신장애인은 장애인복지법에 근거한 복지혜택을 받지 못하여 실질적인 지역사회통합이나 탈원화에 도움을 받기 어려운 구조였다(박인환, 이용표, 2018).

〈표 3-15〉 장애인복지법 제1장 제2조, 제15조 : 한국

법의 구성 및 내용
제1장 총칙
• 제2조(장애인의 정의 등) ①"장애인"이란 신체적 · 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ②이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.
• 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. 〈개정 2016. 5. 29.〉

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 장애인복지법

정신장애인의 지역사회통합에 있어 특히 배제되고 있는 법적 내용은 '제3장 복지조치'에 대한 부분이었다. 즉, 장애인복지법 상 정신장애인은 장애인으로서의 지위를 인정받을 수는 있으나 제15조로 인해 장애인복지법에 근거하여 제공되고 있는 지역사회통합서비스에 대한 접근 기회를 얻지 못하였다.

〈표 3-16〉 장애인복지법 제3장 제34조 : 한국

법의 구성 및 내용
제3장 복지 조치
• 제34조(재활상담 등의 조치) ①보건복지부장관, 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 · 특별자치도지사 또는 시장 · 군수 · 구청장(이하 "장애인복지실시기관"이라 한다)은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2015. 6. 22.〉 1. 국 · 공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)에 의뢰하여 의료와 보건지도를 받게 하는 것 2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의 · 상담 · 치료 · 훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의 · 상담 · 치료 · 훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는 직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업안정업무기관에 소개하는 것. ②장애인복지실시기관은 제1항의 재활 상담을 하는 데에 필요하다고 인정되면 제33조에 따른 장애인복지상담원을 해당 장애인의 가정 또는 장애인이 주거편의 · 상담 · 치료 · 훈련 등의 서비스를 받는 시설이나 의료기관을 방문하여 상담하게 하거나 필요한 지도를 하게 할 수 있다. ③ 장애인복지실시기관은 제58조제1항제1호에 따른 장애인 거주시설 이용자가 사망한 경우 그 자에 대한 장례를 행할 자가 없을 때에는 그 장례를 행하거나 해당 시설의 장으로 하여금 그 장례를 행하게 할 수 있다. 이 경우 장애인복지실시기관 또는 장애인 거주시설의 장은 사망자가 유류한 금전 또는 유가증권을 그 장례에 필요한 비용에 충당할 수 있으며, 부족이 있을 때에는 유류물품을 처분하여 그 대금을 이에 충당할 수 있다. 〈신설 2020. 12. 29.〉 ④ 제3항 후단에 따른 장례비용 충당의 세부절차는 보건복지부령으로 정한다. 〈신설 2020. 12. 29.〉

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법

본래 정신장애인은 1996년 정신보건법 시행 전까지 사회복지사업법에 의거하여 지원을 받았고, 당대 공존하였던 장애인복지법의 전신인 심신장애자복지법에서는 정신장애를 장애의 범주로 포함하지 않았다(박인환, 이용표, 2018). 2000년 장애인복지법의 개정으로 정신장애인이 장애인복지법 상 장애인의 지위를 인정받을 수 있게 되었지만, 제15조의 배제조항

이 규정되어 정신장애인은 장애인복지법에서 다시금 배제되어왔다. 본 장에서는 CRPD 서명 및 비준에 따라 영향을 받은 장애인복지법 내 조항들을 중심으로 살펴보자 한다.

1) 자립생활 지원 및 장애인정책종합계획 규정 마련

장애인복지법 1981년의 「심신장애자복지법」은 지금까지 3차례의 전부개정과 수십 차례의 일부개정을 거쳐 현재의 장애인복지법에 이루게 되었다. 2000년 이후 장애계 내에서 자립생활 및 사회적 모델이 확산되며 이용자의 참여가 요구되었고, 이용자의 참여를 통해 '자기결정권 확보'에 대한 이슈가 크게 대두되었다(김형익, 2019). CRPD 서명 및 비준이라는 국제인권기준의 흐름은 이러한 당사자 운동을 강화시켰다.

이 과정에서 가장 괄목할 만한 변화는 2007년 장애인복지법 전부개정을 통해 '제4장 자립생활의 지원'항목이 신설된 점이다. 제53조(자립생활지원)에서 장애인의 자립생활을 위해 필요한 시책을 적극적으로 마련할 국가의 책무를 강조하였고, 제54조(장애인자립생활지원센터), 제55조(활동지원급여의 지원), 제56조(장애동료간 상담)에서 안정적인 자립생활 실현을 위한 세부적인 지원내용을 규정하였다. 이는 자립생활과 사회적 모델 확산의 흐름에 따라 우리나라에서도 장애인이 지역사회에 참여하며 자기결정에 의해 주체적인 삶을 살아가도록 하는 법적 토대를 구축하고자 한 것이다.

〈표 3-17〉 장애인복지법 제4장 신설(2007년) : 한국

법의 구성
제4장 자립생활의 지원 • 제53조(자립생활지원) • 국가와 지방자치단체는 장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동지원사의 파견 등 활동보조서비스 또는 장애인보조기구의 제공, 그 밖의 각종 편의 및 정보제공 등 필요한 시책을 강구하여야 한다. 〈개정 2017. 12. 19., 2018. 12. 11.〉 • 제54조(장애인자립생활지원센터) • ①국가와 지방자치단체는 장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 장애인자립생활지원센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공한다. 〈개정 2017. 12. 19.〉 ②제1항의 규정에 따른 장애인자립생활지원센터에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.〉 ③ 국가와 지방자치단체는 장애인자립생활지원센터에 예산의 범위에서 운영비 또는 사업비의 일부를 지원할 수 있다. 〈신설 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.〉 [제목개정 2017. 12. 19.] • 제55조(활동지원급여의 지원) • ①국가와 지방자치단체는 장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있다. 〈개정 2011. 1. 4., 2017. 12. 19.〉②국가 및 지방자치단체는 임신 등으로 인하여 이동이 불편한 여성장애인에게 임신 및 출산과 관련한 진료 등을 위하여 경제적 부담능력 등을 감안하여 활동지원사의 파견 등 활동보조서비스를 지원할 수 있다. 〈개정 2018. 12. 11.〉 ③ 삭제 〈2011. 1. 4.〉 [제목개정 2011. 1. 4.] • 제56조(장애동료간 상담) • ①국가와 지방자치단체는 장애인이 장애를 극복하는 데 도움이 되도록 장애동료 간 상호대화나 상담의 기회를 제공하도록 노력하여야 한다. ②제1항에 따른 장애동료 간의 대화나 상담의 기회를 제공하기 위한 구체적인 사업 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.〉

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

다음으로, 2012년에는 제10조의2(장애인정책종합계획)를 신설하여 보건복지부장관이 장애인의 권익과 복지증진을 위한 장애인정책종합계획을 수립하고 시행할 의무를 규정하였다. 이는 앞서 2007년에 장애인의 자립생활에 대한 규정을 신설한 것과 같이, 장애인이 인간다운 삶을 영위하기 위해 복지, 교육문화, 경제활동, 사회참여, 권익보장 등 국가 차원의 다차원적인 지원이 필요함을 인정한 것이다.

〈표 3-18〉 장애인복지법 제10조2 신설(2012년) : 한국

장애인복지법 [시행 2012. 7. 27] [법률 제11240호, 2012. 1. 26, 일부개정]
제10조의2(장애인정책종합계획) ① 보건복지부장관은 장애인의 권익과 복지증진을 위하여 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 5년마다 장애인정책종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 수립·시행하여야 한다. ② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 장애인의 복지에 관한 사항 2. 장애인의 교육문화에 관한 사항 3. 장애인의 경제활동에 관한 사항 4. 장애인의 사회참여에 관한 사항 5. 그 밖에 장애인의 권익과 복지증진을 위하여 필요한 사항 ③ 관계 중앙행정기관의 장은 장애인의 권익과 복지증진을 위하여 관련 업무에 대한 사업계획을 매년 수립·시행하여야 하고, 그 사업계획과 전년도의 사업계획 추진실적을 매년 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 제출된 사업계획과 추진실적을 종합하여 종합계획을 수립하되, 제11조에 따른 장애인정책조정위원회의 심의를 미리 거쳐야 한다. 종합계획을 변경하는 경우에도 또한 같다. ⑤ 보건복지부장관은 종합계획의 추진성과를 매년 평가하고, 그 결과를 종합계획에 반영할 필요가 있는 경우에는 제4항 후단에 따라 종합계획을 변경하거나 다음 종합계획을 수립할 때에 반영하여야 한다. ⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 종합계획의 수립 시기, 절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

2) 장애인의 권리보장을 위한 장애인복지시설 규정 마련

2011년 3월 장애인복지법 개정을 통해 장애인의 권리보장을 위한 장애인복지시설 관련 규정이 개정 및 신설되었다. 먼저, 제59조(장애인복지시설 설치) 제3항에서는 장애인거주시설의 정원을 30명 이하로 규정하였다. 이는 장애인의 탈시설화 지역사회통합 지향의 흐름에 따라 시설의 소규모화를 도모하기 위한 노력으로 평가된다. 다음으로, 제60조(장애인복지시설 운영의 개시 등) 제3항1에 장애인복지시설 운영이 중단되거나 폐지될 때는 시설 이용자의 권익보호를 위해 당사자가 다른 시설을 선택하도록 하는 규정을 포함하였다.

마지막으로, 제60조의2~4의 신설로 장애인 거주시설의 이용절차, 서비스의 최저기준, 거

주시설 운영자의 의무를 강화하였다. 이를 통해 장애인 거주시설 이용 과정에서 이용자나 가족이 불이익나 차별을 받지 않도록 규정하였고, 시설 운영자가 서비스 최저기준 이상의 서비스 수준을 유지할 수 있도록 명문화하였다. 구체적인 내용을 살펴보면, 장애인 거주시설 이용자가 시설을 등록하고 이용하는 과정에서 불이익을 받지 않도록 하며, 시설 운영자에게는 이용자의 인권과 자기결정권을 최대한 보장하고, 이용자에게 필요한 제반 서비스를 충분히 포함하여 운영하도록 의무를 부과하고 있다.

〈표 3-19〉 장애인복지법 장애인복지시설 관련 개정(2011년) : 한국

장애인복지법 [시행 2012. 3. 31] [법률 제10517호, 2011. 3. 30, 일부개정]
제59조(장애인복지시설 설치) ③제58조제1항제1호에 따른 장애인 거주시설의 정원은 30명을 초과할 수 없다. 다만, 특수한 서비스를 위하여 일정 규모 이상이 필요한 시설 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다. ④제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설의 설치는 「의료법」에 따른다. ⑤제2항에 따른 장애인복지시설의 시설기준 · 신고 · 변경신고 및 이용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
제60조(장애인복지시설 운영의 개시 등) ②시설 운영자가 시설 운영을 중단 또는 재개하거나 시설을 폐지하려는 때에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 미리 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. ③시설 운영자가 제2항에 따라 시설 운영을 중단하거나 시설을 폐지할 때에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시설 이용자의 권익을 보호하기 위하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. 1. 시장 · 군수 · 구청장의 협조를 받아 시설 이용자가 다른 시설을 선택할 수 있도록 하고 그 이행을 확인하는 조치 2. 시설 이용자가 이용료 · 사용료 등의 비용을 부담하는 경우 납부한 비용 중 사용하지 아니한 금액을 반환하게 하고 그 이행을 확인하는 조치 3. (현행과 같음) 4. 그 밖에 시설 이용자의 권익 보호를 위하여 필요하다고 인정되는 조치 ④ 시설 운영자가 제2항에 따라 시설운영을 재개하려고 할 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설 이용자의 권익을 보호하기 위하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. 1. 운영 중단 사유의 해소 2. 향후 안정적 운영계획의 수립 3. 그 밖에 시설 이용자의 권익 보호를 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 조치
제60조의2(장애인 거주시설 이용절차) ① 장애인 거주시설을 이용하려는 자와 그 친족, 그 밖의 관계인은 보건복지부령으로 정하는 서류를 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 장애인의 시설 이용을 신청하여야 한다. ② 제1항에 따라 시설 이용을 신청받은 시장 · 군수 · 구청장은 이용 신청자의 시설 이용 적격성 여부를 심사하여, 그 결과에 따라 시설 이용 여부를 결정하여야 한다. ③ 시장 · 군수 · 구청장은 제2항에 따른 이용 신청자의 시설 이용 적격성 및 제79조제2항에 따른 본인부담금을 결정하여 이용 신청자와 시설 운영자에게 통보한다. ④ 시설 이용자가 제1항부터 제3항까지의 절차를 거치지 아니하고 시설을 이용하는 경우, 시설 운영자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 사례를 시장 · 군수 · 구청장에게 보고하여야 하며, 시장 · 군수 · 구청장은 이용 적격성 여부의 확인 등 필요한 조치를 취하여야 한다.

장애인복지법 [시행 2012. 3. 31] [법률 제10517호, 2011. 3. 30, 일부개정]

⑤ 시설 운영자는 이용 신청자와 서비스 이용조건, 본인부담금 등의 사항을 포함하여 계약을 체결하고, 그 결과를 시장·군수·구청장에게 보고하여야 하며, 계약에 관한 세부적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.
⑥ 제5항에 따른 계약은 시설을 이용할 장애인 본인이 체결하는 것을 원칙으로 하되, 지적 능력 등의 이유로 장애인 본인이 계약을 체결하기 어려운 경우에 한하여, 대통령령으로 정하는 자가 계약절차의 전부 또는 일부를 대행할 수 있다.
⑦ 시설 이용자가 시설 이용을 중단하려는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 기간 전에 시설 이용을 중단할 의사를 시설 운영자에게 밝혀야 한다. 이 경우 시설 운영자는 이용 중단과 관련하여 필요한 조치를 하여야 하고, 이용 중단 희망자에 대하여 이용 중단에 따른 어떠한 불이익한 처분이나 차별도 하여서는 아니 된다.

제60조의3(장애인 거주시설의 서비스 최저기준)
① 보건복지부장관은 장애인 거주시설에서 제공하여야 하는 서비스의 최저기준을 마련하여야 하며, 장애인복지실시기관은 그 기준이 충족될 수 있도록 필요한 조치를 취하여야 한다.
② 시설 운영자는 제1항에 따른 서비스의 최저기준 이상으로 서비스의 수준을 유지하여야 한다.
③ 제1항에 따른 서비스 최저기준의 구체적인 내용과 시행에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제60조의4(장애인 거주시설 운영자의 의무)
① 시설 운영자는 시설 이용자의 인권을 보호하고, 인권이 침해된 경우에는 즉각적인 회복조치를 취하여야 한다.
② 시설 운영자는 시설 이용자의 거주, 요양, 생활지원, 지역사회생활 지원 등을 위하여 필요한 서비스를 제공하여야 한다.
③ 시설운영자는 시설 이용자의 사생활 및 자기결정권의 보장을 위하여 노력하여야 한다
4. 그 밖에 시설 이용자의 권익 보호를 위하여 필요하다고 인정되는 조치

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

3) 장애인의 학대·차별 방지를 위한 규정 강화

장애인복지법에서는 장애인 학대와 차별을 방지하고 적절한 조치를 통해 장애인의 기본적 권리보장을 가능하도록 하는 조항들을 지속적으로 개정해왔다. 2012년에 장애인 학대 관련 조항을 신설한 것을 시작으로, 2015년 개정을 통해 장애인권익옹호기관에 관한 세부적인 조항들을 명문화함으로써, 장애인 학대 예방 및 사후 조치에 대한 규정을 강화하였다.

먼저, 2012년 개정된 내용을 살펴보면, 제2조(장애인의 정의) 제3항에서 장애인학대를 정의하고, 제59조의4(장애인학대 신고의무와 절차), 제59조의5(응급조치의무 등), 제 59조의6(보조인의 선임 등), 제59조의7(금지행위)에서 장애인 학대행위 발생에 따른 세부 규정을 명시하였다. 이는 UN 장애인권리협약 제16조에서 강조하는 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유에 관한 내용을 국내법에서도 반영해나가고 있는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-20〉 장애인복지법 상 학대에 관한 규정 신설(2012년) : 한국

장애인복지법 [시행 2013. 4. 23] [법률 제11521호, 2012. 10. 22, 일부개정]
제2조(장애인의 정의 등) ③ "장애인학대"란 장애인에 대하여 신체적 · 정신적 · 정서적 · 언어적 폭력이나 가혹행위, 경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것을 말한다.
제59조의4(장애인학대 신고의무와 절차) ① 누구든지 장애인학대를 알게 된 때에는 수사기관에 신고할 수 있다. ② 장애인복지시설의 운영자와 해당 시설의 종사자는 그 직무상 장애인학대를 알게 된 때에는 즉시 수사기관에 신고하여야 한다. ③ 신고인의 신분은 보호되어야 하며, 그 의사에 반하여 신원이 노출되어서는 아니 된다.
제59조의5(응급조치의무 등) ① 제59조의4에 따라 장애인학대 신고를 접수한 사법경찰관리는 지체 없이 장애인학대현장에 출동하여야 한다. ② 제1항에 따라 장애인학대현장에 출동한 자는 학대받은 장애인을 학대행위자로부터 분리하거나 치료가 필요하다고 인정할 때에는 의료기관에 인도하여야 한다. ③ 장애인학대행위자 등 장애인학대와 관련되어 있는 자는 장애인학대현장에 출동한 자에 대하여 현장조사를 거부하거나 업무를 방해하여서는 아니 된다.
제59조의6(보조인의 선임 등) ① 학대받은 장애인의 법정대리인, 직계친족, 형제자매 또는 변호사는 장애인학대사건의 심리에 있어서 보조인이 될 수 있다. 다만, 변호사가 아닌 경우에는 법원의 허가를 받아야 한다. ② 법원은 학대받은 장애인을 증인으로 신문하는 경우 본인 또는 검사의 신청이 있는 때에는 본인과 신뢰관계에 있는 사람의 동석을 허가할 수 있다. ③ 수사기관이 학대받은 장애인을 조사하는 경우에도 제1항 및 제2항의 절차를 준용한다.
제59조의7(금지행위) 누구든지 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다. 1. 장애인의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위 2. 자신의 보호 · 감독을 받는 장애인을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위 3. 장애인에게 구걸을 하게 하거나 장애인을 이용하여 구걸하는 행위 4. 장애인을 위하여 증여 또는 급여된 금품을 그 목적 외의 용도에 사용하는 행위

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

다음으로, 2015년 개정안에서 장애인권익옹호기관의 설치와 사후관리에 대한 내용을 포함하였다. 장애인학대를 위한 전담기구를 설치하고 운영하는 조항은 실제적인 학대예방 사업을 수행하고 유지되도록 하는 토대가 된다는 점에서 중요한 의미를 지닌다. 세부적인 개정 내용은 다음과 같다.

〈표 3-21〉 장애인복지법 상 장애인권익옹호기관 및 사후관리 규정 신설(2015년) : 한국

장애인복지법 [시행 2015. 12. 23] [법률 제13366호, 2015. 6. 22, 일부개정]
제59조의9(장애인권익옹호기관의 설치 등) ① 국가는 지역 간의 연계체계를 구축하고 장애인학대를 예방하기 위하여 다음 각 호의 업무를 담당하는 중앙장애인권익옹호기관을 설치 · 운영하여야 한다. 1. 제2항에 따른 지역장애인권익옹호기관에 대한 지원 2. 장애인학대 예방 관련 연구 및 실태조사 3. 장애인학대 예방 관련 프로그램의 개발 · 보급 4. 장애인학대 예방 관련 교육 및 홍보 5. 장애인학대 예방 관련 전문인력의 양성 및 능력개발 6. 관계 기관 · 법인 · 단체 · 시설 간 협력체계의 구축 및 교류 7. 장애인학대 신고접수와 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인학대 예방과 관련된 업무

장애인복지법 [시행 2015. 12. 23] [법률 제13366호, 2015. 6. 22, 일부개정]

② 학대받은 장애인을 신속히 발견 · 보호 · 치료하고 장애인학대를 예방하기 위하여 다음 각 호의 업무를 담당하는 지역장애인권익옹호기관을 특별시 · 광역시 · 특별자치시 · 도 · 특별자치도에 둔다.
1. 장애인학대의 신고접수, 현장조사 및 응급보호
2. 피해장애인과 그 가족, 장애인학대행위자에 대한 상담 및 사후관리
3. 장애인학대 예방 관련 교육 및 홍보
4. 장애인학대사례판정위원회 설치 · 운영
5. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인학대 예방과 관련된 업무
③ 보건복지부장관, 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 · 특별자치도지사는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관 또는 장애인 학대의 예방 및 방지를 목적으로 하는 비영리법인을 지정하여 장애인권익옹호기관의 운영을 위탁할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관, 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 특별자치도지사는 그 운영에 드는 비용을 지원할 수 있다.
④ 장애인권익옹호기관의 설치기준 · 운영, 상담원의 자격 · 배치기준, 운영 수탁기관 등의 지정, 위탁 및 비용지원 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제59조의10(사후관리 등) ① 장애인권익옹호기관의 장은 장애인학대가 종료된 후에도 가정방문, 시설방문, 전화상담 등을 통하여 장애인학대의 재발 여부를 확인하여야 한다.
② 장애인권익옹호기관의 장은 장애인학대가 종료된 후에도 피해장애인의 안전 확보, 장애인학대의 재발 방지, 건전한 가정기능의 유지 등을 위하여 피해장애인, 피해장애인의 보호자(친권자, 「민법」에 따른 후견인, 장애인을 보호 · 양육 · 교육하거나 그러한 의무가 있는 사람 또는 업무 · 고용 등의 관계로 사실상 장애인을 보호 · 감독하는 사람을 말한다. 이하 이 조에서 같다) · 가족에게 상담, 교육 및 의료적 · 심리적 치료 등의 지원을 하여야 한다.
③ 장애인권익옹호기관의 장은 제2항에 따른 지원을 하기 위하여 관계 기관 · 법인 · 단체 · 시설에 협조를 요청할 수 있다.
④ 장애인권익옹호기관의 장은 제2항에 따른 지원을 할 때에는 피해장애인의 이익을 최우선으로 고려하여야 한다.
⑤ 피해장애인의 보호자 · 가족은 제2항에 따른 장애인권익옹호기관의 지원에 참여하여야 한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

장애인의 완전한 사회통합을 위해서는 우리 사회가 지닌 차별적 요소들을 없애려는 노력이 수반되어야 한다. 일반 대중들의 인식에서부터 고용, 교육, 일상생활 등에서 빈번하게 일어나는 차별적인 대우를 변화시키기 위한 법·제도가 마련되어야 한다. UN 장애인권리협약의 제5조(평등 및 비차별), 제24조(교육), 제27조(근로 및 고용) 등에서도 장애인이 차별없이 모든 생활영역에서 살아가도록 하는 규정을 제시하고 있다. 이에 따라 장애인복지법에서도 장애인의 사회적 인식개선, 채용 과정에서의 편의 제공 규정 등을 개정하여 차별적 환경요인을 개선하려는 의지를 보였다.

구체적인 내용을 살펴보면, 먼저, 제25조(사회적 인식개선)에서는 교육기관 및 공공단체의 장이 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육을 실시하고 결과를 보고하도록 의무를 부과하고 있다. 다음으로, 제46조의2(장애인 응시자에 대한 편의제공)에서 자격시험 및 채용시험 등에 있어 장애인 응시자가 불이익을 받지 않도록 필요에 부합하는 적절한 편의를 제공할 것을 명시하였다. 2015년 개정안에서 해당 조항의 세부 내용은 다음과 같다.

〈표 3-22〉 장애인복지법 제25조, 제46조의2 개정(2015년) : 한국

장애인복지법 [시행 2016. 6. 30] [법률 제13663호, 2015. 12. 29, 일부개정]
제25조(사회적 인식개선) ② 국가기관 및 지방자치단체의 장, 「영유아보육법」에 따른 어린이집, 「유아교육법」·「초·중등교육법」·「고등교육법」에 따른 각급 학교의 장, 그 밖에 대통령령으로 정하는 교육기관 및 공공단체의 장은 소속 직원·학생을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육을 실시하고, 그 결과를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ③국가는 「초·중등교육법」에 따른 학교에서 사용하는 교과용도서에 장애인에 대한 인식개선을 위한 내용이 포함되도록 하여야 한다. ④제1항 및 제3항의 사업, 제2항에 따른 교육의 내용과 방법, 결과 제출 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제46조의2(장애인 응시자에 대한 편의제공) ① 국가, 지방자치단체 및 대통령령으로 정하는 기관·단체의 장은 해당 기관·단체가 실시하는 자격시험 및 채용시험 등에 있어서 장애인 응시자가 비장애인 응시자와 동등한 조건에서 시험을 치를 수 있도록 편의를 제공하여야 한다. ② 제1항에 따른 편의제공 대상 시험의 범위는 대통령령으로 정하고, 편의제공의 내용·기준·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인복지법.

이제까지 장애인복지법상 UN 장애인권리협약에서 강조하는 가치와 흐름을 같이 하는 개정 내용을 전반적으로 살펴보았다. 장애인 차별금지 및 권익옹호에 초점을 둔 국내법의 변화의 흐름은 다음으로 살펴볼 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률의 전개 과정을 통해 보다 자세히 살펴보겠다.

4. 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 (약칭: 장애인차별금지법)

장애인차별금지법은 2007년 4월 제정 및 공포되어, 2008년 4월부터 시행되었다. 이 법률은 '모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함'을 목적으로 한다. 장애인차별금지법은 당사자를 중심으로 적극적 입법운동을 추진한 결과물로써, UN 장애인권리협약을 비롯하여 국제적 장애 관점의 흐름에 발맞춰 장애인을 정당한 권리주체로서 인식하고 인권 패러다임의 전환을 꾀했다는 점에서 긍정적인 평가를 받았다(김형식 외, 2019). 즉, 장애인차별금지법의 시행은 사회모델 및 인권모델에 기반하여 장애 정책 전반에서 장애인을 시혜와 배려의 대상으로 바라보지 않고, 자기결정권의 주체로 인식하도록 전환하는 초석이 되었다(정정희, 2021).

장애인차별금지법은 총 6개의 장과 50개 조문으로 구성되어 있다(〈표 3-23〉). 이 법의 제2조(장애와 장애인)에 따라 차별행위의 사유가 되는 장애는 신체적·정신적 손상 또는 기능상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태를 말한다. 또한 제8조(국가 및 지방자치단체의 의무)에서 장애인에 대한 모든 차별을 방지하고 차별받은 장애인의 권리를 규제할 책임, 장애인 차별을 실질적으로 해소하기 위한 차별 시정에 대한 조치의 책임을 국가 및 지방자치단체에 부과하고 있다. 장애인의 권리 신장을 주요한 목적으로 두는 장애인차별금지법은 무엇보다 제7조(자기결정권 및 선택권)에 따라 장애인이 생활 전반에 관하여 자신의 의사에 따라 스스로 선택하고 결정할 권리를 가지며, 비장애인과 동등한 선택권을 보장받기 위해 필요한 서비스와 정보를 제공받을 권리를 가질 것을 명시하고 있다.

〈표 3-23〉 장애인차별금지법 구성 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]
제1장 총칙
제2장 차별금지
제3장 장애여성 및 장애아동 등
제4장 장애인차별시정기구 및 권리구제 등
제5장 손해배상, 입증책임 등
제6장 벌칙

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021) 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

장애인차별금지법 내 정신장애인에게 특정하게 적용되는 내용은 제37조(정신적 장애를 가진 사람에 대한 차별금지 등)에 포함된다. 누구든 정신적 장애를 가진 사람의 특정 정서나 인지적 장애 특성을 부당하게 이용하여 불이익을 주어서는 아니되며, 국가 및 지방자치단체는 정신적 장애를 가진 사람의 인권침해를 예방하기 위하여 교육, 홍보 등 필요한 법적·정책적 조치를 강구하여야 한다고 규정하고 있다.

본 장에서는 장애인차별금지법 시행 전후 우리 사회에서 장애인 차별 등에 대한 실제적인 변화가 있었는지 살펴본다. 또한 시행 이후 법 개정의 흐름과 내용을 검토하여, UN 장애인권리협약에서 강조하는 이념들을 반영해왔는지를 고찰하고자 한다.

1) 장애인차별금지법 시행 전후 변화

장애인차별금지법 제정 이전에는 일상생활, 직업, 주거, 교육, 의료, 문화·여가, 정치활동 참여 등 삶의 전반에 걸쳐 장애인에 대한 편견과 차별이 존재하였다. 장애인에 대한 편견은 차이를 넘어 위계질서를 가진 차별로 전환되어 끊임없이 확대 재생산되었다(김형식 외, 2019). 이에 장애인 차별의 특수한 사회적 구조를 반영하면서, 적극적인 법적 제재를 가할 수 있는 장애인 차별 관련 법의 필요성이 대두되었다. 이 법의 핵심은 모든 생활영역에서 장애인 차별을 규율함으로써 권리를 침해당한 장애인을 위한 실정법적 구제절차를 담고 있는 것이다(정정희, 2021). 이는 사회구성원들에게 장애인에 대한 인식변화를 바탕으로 한 배려가 아닌 법 준수를 요구하는 것이며, 장애인 차별행위를 행한 자에게 법에 근거한 처벌을 하고 장애인의 실질적인 권리를 구제하도록 한 것이다(김형식 외, 2019).

장애인차별금지법이 시행된 이후, 2008년부터 보건복지부는 공무원 교육용 장애인차별금지법 자료를 제공하여 인식개선을 위한 노력을 꾀하였으며, 이 법의 모니터링을 위한 정책연구를 실시하였다. 보건복지부를 비롯하여 국가인권위원회에서도 장애인차별금지법 모니터링을 통해 이행사항에 대한 현황과 개선사항을 의무이행기관에 안내하고 시정을 요구하는 역할을 하게 되었다(김형식 외, 2019). 이에 장애인차별금지법의 시행은 당사자와 사회구성원, 관련 기관의 장애인 권리의식을 향상시키고, 법 규정에 근거하여 차별사례를 판단하여 시정하도록 함으로써 장애인의 사회통합을 도모할 수 있다. 그러나 다수의 연구와 이해관계자들은 장애인차별금지법 시행에도 불구하고 장애 차별의 관행이 개선되지 않음을 지적하며, 강제성 있는 법 규정 마련, 법의 적극적 적용, 시대적 상황을 반영한 법 개정, 권리구제의 실효성 확보, 관계 기관들의 인식개선 등을 요구하고 있다(김형식 외, 2019; 서원선, 이수연, 2018; 정정희, 2021).

2) 장애인차별금지법 개정 흐름 및 내용

장애인차별금지법 시행 후 수차례 법 개정이 이루어졌으나, 타법개정에 의한 수동적이고 소극적 개정이 다수였다(정정희, 2021). 그럼에도 불구하고 장애인의 실질적 권리보장을 위해 장애인차별금지법 개정의 노력이 있었으며, UN 장애인권리협약 등 국제변화의 흐름에 부합하면서도, 장애인 차별 해소 실현을 위한 개정의 내용을 살펴보겠다.

먼저, 2019년 12월에는 장애인 차별 해소를 정책 수립에 필요한 기초자료를 확보하기 위한 실태조사에 관한 규정을 신설하였다. 제8조의2(실태조사)에서 3년마다 이 법의 이행에 대한 실태조사를 실시하고 그 결과를 공포하도록 하였다. 이는 장애인차별금지법이 선언적인 법 규정으로 머무르지 않도록, 법의 이행이 사회에서 반영되어 장애인의 삶의 변화로 이어지는지를 점검하도록 한 것이다. 해당 조항의 내용은 다음과 같다.

〈표 3-24〉 장애인차별금지법 제8조의2 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]
제8조의2(실태조사) ① 보건복지부장관은 장애인 차별 해소 정책의 수립·시행에 필요한 기초자료를 확보하기 위하여 3년마다 이 법의 이행에 대한 실태조사를 실시하고 그 결과를 공표하여야 한다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 실태조사를 위하여 필요한 경우 공공기관 및 관련 기관·시설·법인 등에 자료의 제출 또는 의견의 진술을 요청할 수 있다. 이 경우 자료의 제출이나 의견의 진술을 요청받은 공공기관의 장 등은 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다. ③ 제1항에 따른 실태조사의 내용, 방법 및 공표 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2019. 12. 3.]

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

한편, 2010년에 정보통신·의사소통 등에서의 정당한 편의제공 관련 개정이 시작되면서, 이와 관련된 법 개정이 여러 차례 이루어져 개선되어 왔다(김형식 외, 2019). 장애인의 정보통신 이용에 있어 접근성을 높이고 의사소통 능력을 향상시키는 기술 등에 대한 적용을 확대한 것이며, 2021년 현재 기준 제21조(정보통신·의사소통 등에서의 정당한 편의제공 의무)의 내용은 다음과 같다. 이는 UN 장애인권리협약 제9조(접근성)에서 정보통신기술 및 체제를 포함한 서비스에 동등하게 접근하도록 보장하는 조치를 취해야 함을 명시한 것과 부합하는 개정의 흐름으로 보인다.

〈표 3-25〉 장애인차별금지법 제21조 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]

제21조(정보통신 · 의사소통 등에서의 정당한 편의제공의무)

① 제3조제4호 · 제6호 · 제7호 · 제8호가목 후단 및 나목 · 제11호 · 제19호 · 제20호에 규정된 행위자, 제13호 · 제15호부터 제17호까지의 규정에 관련된 행위자, 제10조제1항의 사용자 및 같은 조 제2항의 노동조합 관계자(행위자가 속한 기관을 포함한다. 이하 이 조에서 "행위자 등"이라 한다)는 당해 행위자 등이 생산 · 배포하는 전자정보 및 비전자정보에 대하여 장애인이 장애인 아닌 사람과 동등하게 접근 · 이용할 수 있도록 한국수어, 문자 등 필요한 수단을 제공하여야 한다. 이 경우 제3조제8호가목 후단 및 나목에서 말하는 자연인은 행위자 등에 포함되지 아니한다. 〈개정 2016. 2. 3., 2017. 9. 19.〉

② 공공기관 등은 자신이 주최 또는 주관하는 행사에서 장애인의 참여 및 의사소통을 위하여 필요한 한국수어 통역사 · 문자통역사 · 음성통역자 · 보청기기 등 필요한 지원을 하여야 한다. 〈개정 2016. 2. 3.〉

③ 「방송법」 제2조제3호에 따른 방송사업자와 「인터넷 멀티미디어 방송사업법」 제2조제5호에 따른 인터넷 멀티미디어 방송사업자는 장애인이 장애인 아닌 사람과 동등하게 제작물 또는 서비스를 접근 · 이용할 수 있도록 폐쇄자막, 한국수어 통역, 화면해설 등 장애인 시청 편의 서비스를 제공하여야 한다. 〈개정 2010. 5. 11., 2016. 2. 3.〉

④ 「전기통신사업법」에 따른 기간통신사업자(전화서비스를 제공하는 사업자만 해당한다)는 장애인이 장애인 아닌 사람과 동등하게 서비스를 접근 · 이용할 수 있도록 통신설비를 이용한 중계서비스(영상통화서비스, 문자서비스 또는 그 밖에 과학기술정보통신부장관이 정하여 고시하는 중계서비스를 포함한다)를 확보하여 제공하여야 한다. 〈개정 2010. 5. 11., 2013. 3. 23., 2017. 7. 26.〉

⑤ 다음 각 호의 사업자는 장애인이 장애인 아닌 사람과 동등하게 접근 · 이용할 수 있도록 출판물(전자출판물을 포함한다. 이하 이 항에서 같다) 또는 영상물을 제공하기 위하여 노력하여야 한다. 다만, 「도서관법」 제19조에 따른 국립중앙도서관은 새로이 생산 · 배포하는 도서자료를 점자 및 인쇄물 접근성바코드가 삽입된 자료, 음성 또는 확대문자 등으로 제공하여야 한다. 〈신설 2010. 5. 11., 2014. 1. 28., 2017. 12. 19., 2021. 12. 7.〉

1. 출판물을 정기적으로 발행하는 사업자
2. 영화, 비디오물 등 영상물의 제작업자 및 배급업자

⑥ 제1항에 따른 필요한 수단을 제공하여야 하는 행위자 등의 단계적 범위 및 필요한 수단의 구체적인 내용과 제2항에 따른 필요한 지원의 구체적인 내용 및 범위와 그 이행 등에 필요한 사항, 제3항에 따른 사업자의 단계적 범위와 제공하여야 하는 편의의 구체적 내용 및 그 이행 등에 필요한 사항, 제4항에 따른 사업자의 단계적 범위와 편의의 구체적 내용에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 〈신설 2010. 5. 11., 2013. 8. 13.〉

[제목개정 2010. 5. 11.] [시행일: 2022. 12. 8.] 제21조

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

또한 급변하는 시대적 상황에 맞도록 법 규정을 점검하고 개선하려는 노력이 요구되어왔으며, 앞으로도 요구될 것이다. 이를 반영한 접근성과 정당한 편의제공 관련 개정의 사례로 제15조(재화·용역 등의 제공에 있어서의 차별금지)를 들 수 있다. 2021년 7월 제15조 제3항과 4항이 신설되었으며, 이 조항에서는 무인정보단말기를 운영하는 재화·용역 등의 제공자는 장애인이 비장애인과 동등하게 해당 서비스에 접근·이용할 수 있도록 정당한 편의를 제공해야 함을 규정하였다. 해당 조항은 다음과 같다.

〈표 3-26〉 장애인차별금지법 제15조 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]
제15조(재화 · 용역 등의 제공에 있어서의 차별금지) ③ 재화 · 용역 등의 제공자는 무인정보단말기(터치스크린 등 전자적 방식으로 정보를 화면에 표시하여 제공하거나 서류 발급, 주문 · 결제 등을 처리하는 기기를 말한다)를 설치 · 운영하는 경우 장애인이 장애인 아닌 사람과 동등하게 접근 · 이용할 수 있도록 하는 데 필요한 정당한 편의를 제공하여야 한다. 〈신설 2021. 7. 27.〉 ④ 제3항에 따른 재화 · 용역 등의 제공자의 단계적 범위 및 정당한 편의의 구체적인 내용 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 〈신설 2021. 7. 27.〉 [시행일: 2023. 1. 28.] 제15조

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

사회 전반적으로 인간답게 살아가기 위해 모든 사람이 동등하게 보장받아야 할 권리의 범위가 확대되고 있으며, 보다 넓은 차원의 사회권 보장까지 중요하게 강조되고 있다. UN 장애인권리협약에서도 법 앞의 평등(제12조), 사법접근성(제13조), 자유와 안전(제14조) 등에 대한 권리 실현에서부터 자립적인 생활과 지역사회통합(제10조), 교육(제24조), 근로 및 고용(제27조), 정치와 공적생활 참여(제29조), 문화 및 여가에 대한 참여(제30조)까지 장애인의 권리 신장을 위한 다양한 삶의 영역의 실체적 조항들을 담고 있다.

이와 관련한 국내의 장애인차별금지법의 개정 흐름과 사례를 살펴보면 먼저, 관광활동에서의 차별금지 조항을 들 수 있다. 2017년 9월 제24조의2(관광활동의 차별금지)를 신설하여 국가와 지방자치단체에게 장애인의 적극적 관광활동을 위한 정당한 편의제공의 의무를 부과하였다. 해당 조항의 내용은 다음과 같다.

〈표 3-27〉 장애인차별금지법 제24조2 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]
제24조의2(관광활동의 차별금지) ① 국가와 지방자치단체 및 관광사업자(「관광진흥법」 제2조제2호에 따른 관광사업자를 말한다. 이하 이 조에서 같다)는 장애인이 관광활동에 참여함에 있어서 장애인에게 제4조제1항제1호 · 제2호 및 제4호부터 제6호까지에서 정한 행위를 하여서는 아니 된다. ② 국가와 지방자치단체 및 관광사업자는 장애인이 관광활동에 참여할 수 있도록 정당한 편의를 제공하여야 한다. ③ 국가와 지방자치단체는 장애인이 관광활동에 적극적으로 참여할 수 있도록 필요한 시책을 강구하여야 한다. ④ 제2항을 시행함에 있어서 그 적용대상이 되는 관광사업자의 단계적 범위 및 정당한 편의의 구체적인 내용 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2017. 9. 19.]

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

다음으로, 사법·행정절차와 서비스 제공에 관한 개정도 여러 차례 추진되었다. 2010년과 2012년 두 차례에 걸쳐 개정되었으며, 장애인이 사법절차 과정에서 불이익을 받지 않도록

보다 적극적인 지원과 조치를 하도록 하였다. 장애인차별금지법 제26조에 따라 사법기관은 의사소통이나 의사표현에 어려움을 겪는 장애가 있는 경우, 확인 후 절차상 조력을 받을 수 있다는 사실과 구체적인 조력 내용을 안내해야 한다. 또한 장애인이 조력을 신청할 경우 필요한 조치를 마련하도록 하였다. 2020년에는 제43조의2를 신설하여, 법무부 장관의 시정명령 전 차별행위자, 피해자, 이해관계인의 의견을 진술하고, 필요한 자료를 제출할 수 있도록 명시하였다, 할 수 있도록 명시하였다. 이는 UN 장애인권리협약 제13조(사법접근성)에서 모든 법적 절차에서 적합한 편의를 제공하여 모든 사람이 동등한 기초 위에서 효과적으로 사법절차에 접근하도록 보장하는 내용에 부합하는 개정의 흐름으로 보인다.

〈표 3-28〉 장애인차별금지법 제26조 및 제43조의2 : 한국

장애인차별금지법 [시행 2023. 1. 28.] [법률 제18334호, 2021. 7. 27., 일부개정]
제26조(사법 · 행정절차 및 서비스 제공에 있어서의 차별금지) ⑥ 사법기관은 사건관계인에 대하여 의사소통이나 의사표현에 어려움을 겪는 장애가 있는지 여부를 확인하고, 그 장애인에게 형사사법 절차에서 조력을 받을 수 있음과 그 구체적인 조력의 내용을 알려주어야 한다. 이 경우 사법기관은 해당 장애인이 형사사법 절차에서 조력을 받기를 신청하면 정당한 사유 없이 이를 거부하여서는 아니 되며, 그에 필요한 조치를 마련하여야 한다. 〈개정 2010. 5. 11., 2012. 10. 22.〉
제43조의2(의견진술의 기회 부여) ① 법무부장관은 제43조에 따른 시정명령을 하기 전에 차별행위자에게 의견을 진술할 기회를 주어야 한다. ② 제1항의 경우 피해자, 진정인 또는 이해관계인은 법무부장관에게 의견을 진술하거나 필요한 자료를 제출할 수 있다. [본조신설 2020. 12. 29.]

※ 출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

5. 개정 민법 상 성년후견제도

UN장애인권리협약 서명 및 비준 이후 정신장애인 자기결정과 관련한 가장 큰 법 및 제도적 변화는 민법 개정을 통한 성년후견제도 도입이다. 민법은 2011년 3월 7일 성년후견제도 내용을 포함한 내용으로 일부 개정되었고 2013년 7월 1일부터 시행되었다. 당시 민법 일부 개정의 이유는 “기존의 금치산·한정치산 제도를 현재 정신적 제약이 있는 사람은 물론 미래에 정신적 능력이 약해질 상황에 대비하여 후견제도를 이용하려는 사람이 재산 행위뿐만 아니라 치료, 요양 등 복리에 관한 폭넓은 도움을 받을 수 있는 성년후견제로 확대·개편하고, 금치산·한정치산 선고의 청구권자에 후견감독인과 지방자치단체의 장을 추가하여 후견을 내실화하며, 성년후견 등을 요구하는 노인, 장애인 등에 대한 보호를 강화하고, 피성년 후견인 등과 거래하는 상대방을 보호하기 위하여 성년후견 등에 관하여 등기로 공시하도록 하는 한편, 소년의 조숙화에 따라 성년연령을 낮추는 세계적 추세와 「공직선거법」 등의 법령 및

사회·경제적 현실을 반영하여 성년에 이르는 연령을 만 20세에서 만 19세로 낮추려는 것임."이었다(김형익, 2019). 개정 전 민법에서 정신장애인은 금치산자, 한정치산자 제도하에 행위능력이 부정되었으며, 법정대리인은 가족 및 친족으로 제한적이었다. 그러나 성년후견제도를 통해 가족 및 친족을 포함하여 제3자도 후견인으로 포함될 수 있도록 하였고, 후견인의 권한남용을 방지하고 피후견인(후견을 받는 사람을 말함, 이하 같음) 보호를 위해 가정법원 및 후견감독인은 후견인의 후견사무를 감독할 수 있도록 하였다.

〈표 3-29〉 민법 성년후견제 관련 조항 (2011년) : 한국

민법[시행 2013. 7. 1] [법률 제10429호, 2011. 3. 7, 일부개정]
제4조(성년) 사람은 19세로 성년에 이르게 된다.
제9조(성년후견개시의 심판) ① 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 한다. ② 가정법원은 성년후견개시의 심판을 할 때 본인의 의사를 고려하여야 한다.
제10조(피성년후견인의 행위와 취소) ① 피성년후견인의 법률행위는 취소할 수 있다. ② 제1항에도 불구하고 가정법원은 취소할 수 없는 피성년후견인의 법률행위의 범위를 정할 수 있다. ③ 가정법원은 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 성년후견인, 성년후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 제2항의 범위를 변경할 수 있다. ④ 제1항에도 불구하고 일용품의 구입 등 일상생활에 필요하고 그 대가가 과도하지 아니한 법률행위는 성년후견인이 취소할 없다.
제11조(성년후견종료의 심판) 성년후견개시의 원인이 소멸된 경우에는 가정법원은 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 성년후견인, 성년후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견종료의 심판을 한다.
제12조(한정후견개시의 심판) ① 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 성년후견인, 성년후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 한정후견개시의 심판을 한다. ② 한정후견개시의 경우에 제9조제2항을 준용한다.
제13조(피한정후견인의 행위와 동의) ① 가정법원은 피한정후견인이 한정후견인의 동의를 받아야 하는 행위의 범위를 정할 수 있다. ② 가정법원은 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 한정후견인, 한정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 제1항에 따른 한정후견인의 동의를 받아야만 할 수 있는 행위의 범위를 변경할 수 있다. ③ 한정후견인의 동의를 필요로 하는 행위에 대하여 한정후견인이 피한정후견인의 이익이 침해될 염려가 있음에도 그 동의를 하지 아니하는 때에는 가정법원은 피한정후견인의 청구에 의하여 한정후견인의 동의를 갈음하는 허가를 할 수 있다. ④ 한정후견인의 동의가 필요한 법률행위를 피한정후견인이 한정후견인의 동의 없이 하였을 때에는 그 법률행위를 취소할 수 있다. 다만, 일용품의 구입 등 일상생활에 필요하고 그 대가가 과도하지 아니한 법률행위에 대하여는 그러하지 아니하다.
제14조(한정후견종료의 심판) 한정후견개시의 원인이 소멸된 경우에는 가정법원은 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 한정후견인, 한정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 한정후견종료의 심판을 한다.
제14조의2(특정후견의 심판) ① 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 일시적 후원 또는 특정한 사무에 관한 후원이 필요한 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 특정후견의 심판을 한다. ② 특정후견은 본인의 의사에 반하여 할 수 없다. ③ 특정후견의 심판을 하는 경우에는 특정후견의 기간 또는 사무의 범위를 정하여야 한다.
제14조의3(심판 사이의 관계) ① 가정법원이 피한정후견인 또는 피특정후견인에 대하여 성년후견개시의 심판을 할 때에는 종전의 한정후견 또는 특정후견의 종료 심판을 한다. ② 가정법원이 피성년후견인 또는 피특정후견인에 대하여 한정후견개시의 심판을 할 때에는 종전의 성년후견 또는 특정후견의 종료 심판을 한다.

*출처: 법제처 국가법령정보센터(2021). 민법.

성년후견제도가 이전 민법 상 규정과 비교하였을 때는 정신장애인의 자기결정을 보장할 수 있는 제도로 평가될 수 있지만, UN장애인권리협약 제12조에 위배되는 것으로 비판을 받았다(제철웅, 2011). UN장애인권리위원회는 2014. 9. 30. 최종견해에서 협약 제12조와 관련 성년후견제도에 대하여 UN장애인권리협약 제12조에 반하는 대체의사결정이라고 판단하고 다음과 같은 우려와 권고를 내린 바 있다(UN, 2014).

〈표 3-30〉 UN장애인권리위원회 최종견해 21, 22 (2014) : 한국

UN장애인권리위원회 최종견해 (2014)
21. 위원회는 2013년 7월부터 시행된 새로운 성년후견인제도가 후견인으로 하여금 "질병, 장애 또는 고령으로 인한 심리적 제한으로 인해 지속적으로 사무를 관리할 능력이 없다고 간주되는 자"의 재산 및 개인적 문제에 대하여 의사결정을 하도록 허용하는 것에 대해 우려를 표한다. 위원회는 일반논평 제1호에 상세히 기술된 대로, 동 제도가 협약 제12조에 반하여 지원의사결정이 아닌 대체의사결정을 지속하는 것임에 주목한다.
22. 위원회는 당사국이 대체의사결정에서, 의료적 치료에 대한 고지된 동의의 제시와 철회에 대한 권리, 사법접근권, 투표권, 결혼에 대한 권리, 일할 권리, 거주지를 선택할 권리 등에 관한 것을 포함하여, 개인의 자율성과 의지, 선호를 존중하며 협약 제12조와 일반논평 제1호와 완전히 부합하는 조력의사결정으로 전환할 것을 권고한다. 또한 위원회는 당사국이 장애인과 그들을 대표하는 단체와 협의 및 협력함을 통하여 국가지방지역 차원에서 공무원과 판사, 사회복지사를 포함한 모든 주체들을 대상으로 장애인의 법적 권한과 조력의사결정체계에 관해 교육을 제공할 것을 권고한다.

*출처: UN(2014). 유엔 장애인권리협약 제1차 국가보고서에 대한 장애인권리위원회의 최종견해. 보건복지부.

6. 장애인 탈시설 로드맵

2021년 8월, 정부는 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵(보건복지부, 2021b)을 발표하였다. 장애인 탈시설 및 자립은 장애인 정책의 시대적 패러다임이므로, '장애인 자립생활 정착 생활환경 조성'을 국정과제로 채택함을 밝혔다. '장애인 탈시설 지원'은 장애인이 자신의 주거를 선택할 권리에 따라 집과 같은 환경에서 지역사회와 더불어 자립해서 살아갈 수 있도록 시설장애인의 거주지 이전을 지원하고, 지역사회 자립 촉진을 위해 시설을 변화시키는 일련의 지원정책이라고 하였다. 탄탄한 자립 경로 구축, 독립생활을 위한 사회적 지원을 확대, 민간-공공 간 긴밀한 협력체계 구축을 정책목표로 제시하였다. 세부적인 정책과제는 다음과 같다.

〈표 3-31〉 2021년 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵

구분	내용
주거선택권 보장	• (대상자 발굴) 시설장애인에 대해 매년 의무적 자립지원조사 실시, 발굴 • (장애아동) 집단거주시설이 아닌 가정형 돌봄을 우선지원, 성년이 되는 시설장애아동은 탈시설, 지역사회 자립 운선 지원 • (시설전환) 인권침해 시설은 우선적으로 거주인 지역사회 전환 계획을 수립하도록 하고, 대규모 시설도 단계적 거주전환 추진 지원
탄탄한 자립경로 구축	• (자립의욕·역량 지원) 시설 내 자립지원 전담조직을 운영하고 자립생활지원기관과 연계하여 정보공유, 동료상담 등 교류 확대 • (체험·훈련 기회 제공) 거주전환 이전 일상생활, 사회활동 체험·훈련기회를 제공하고 퇴소 전 서비스 종합조사를 통해 지원서비스 예측 가능성 제고 • (초기 집중지원) 지자체 자립정착금 지급 가이드라인 마련, 탈시설 장애인 자립지원 시범사업을 통해 초기정착지원
독립생활을 위한 사회적 지원 확대	• (주거 지원) 장애인 편의시설 등이 설치된 공공임대주택을 지속공급하고 주거와 복지서비스가 연계된 지역 맞춤형 협력사업 추진 • (일상생활지원) 주거유지서비스 신규 모델 개발, 지역바우처 사업 확대 • (서비스 연계) 무연고·중증발달 장애인을 위한 후견지원 확대, 소득·일자리 등 경제적 자립기반 및 건강관리 등 빈틈없는 재가서비스 연계
거주시설 기능전환	• (시설 이용기준 강화) 사례회의를 통한 종합 판정방식으로 절차를 강화하면서 24시간 전문서비스 필요장애인으로 대상기준 강화 • (당사자 중심 운영) 시설에 지급되는 생계급여를 본인에게 직접지급하는 방안을 검토하고, 독립 생활공간 단위로 인원·설비 등 규정 • (서비스 전문화) 시설유형·이용자 특성을 고려하여 장애인 거주시설 서비스 최저기준 및 인력배치 기준 등 개선 • (인권보호) 장애인 학대 관련 범죄발생 시설을 즉시 폐쇄할 수 있도록 one strike-out 도입 및 운영비 지원 중단 등 단호한 조치
민간-공공 간 긴밀한 협력체계 구축	• (법재 개선) 장애인 권리보장법 제정 및 장애인복지법 전면개정 추진 • (전달체계) 민간전달체계 정비 및 시군구 통합돌봄 전달체계 연계·협력 강화

*출처: 보건복지부(2021). 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵.

보건복지부(2021)는 장애인 관련 법제와 전달체계의 변화도 예고하였는데, 장애인 권리보장법 제정 및 장애인복지법 전면개정을 추진이 그 내용이다. 또한 전달체계의 연계·협력을 강화하고 신규 인프라 모델의 시범적 설치 등을 제시하였다. 특히 법제 개선과 관련하여 UN 장애인권리협약의 내용을 반영하여 권리보장 관련 기본법안을 마련하겠다는 의지를 보였으며, 기존의 장애인복지법은 장애인 대상 서비스·급여를 정하는 복지지원 총괄법으로 개편하겠다고 하였다. 발표 이후 많은 정신장애인 당사자 단체에서 법제 개선과 관련한 두 법안의 구성안은 다음과 같다.

〈표 3-32〉 장애인권리보장법 및 장애인복지법 구성안

장애인권리보장법 제정안	장애인복지법 개정안
제1장 총칙 제2장 장애인의 권리와 권리의 실현 제3장 장애인정책종합계획 및 추진체계 제4장 장애인 권익옹호 제5장 보칙 제6장 벌칙	제1장 총칙 제2장 장애인 복지지원 제1절 적절한 생활 수준의 보장 및 유지 제2절 근로 제3절 건강 및 재활 제4절 기회균등 및 사회참여 제5절 지역사회 자립 지원 제6절 장애인 가족지원 제3장 장애인서비스 제공 절차 제4장 장애인서비스 제공 기관 제5장 장애인서비스 전문 인력 제6장 보칙 제7장 벌칙

*출처: 보건복지부(2021). 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵.

그러나 보건복지부(2021) 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵에는 정신장애인이 입원 및 입소하고 있는 정신병원과 정신요양시설이 포함되지 않았고, 이에 따라 탈시설 로드맵 대상에서 정신장애인을 배제하였다는 당사자 단체의 비판이 일어났다[5]. 정신장애인 또한 장애 영역 내의 확대되는 복지서비스를 동등하게 이용하며 권리보장의 주체로서 존중받을 수 있도록 탈시설 로드맵 안에 정신장애인을 포함하거나 정신장애인에게 특성화된 탈시설 로드맵이 구축될 수 있도록 해야한다.

7. 조례

국내 지방자치단체 조례에는 정신장애인의 사회통합을 저해하는 차별적인 조항들이 존재한다. 해당 내용은 대부분 정당한 사유 없이 공공 및 복지시설(사회복지관, 노인복지관, 문화의 집 등)에 대한 정신질환자의 이용을 제한하는 내용이며, 2018년을 기준으로 하였을 때 11개 광역 지방자치단체 산하에 있는 72개의 지방자치단체의 조례 중 128개가 차별 조항에 해당하는 것으로 나타났다(국가인권위원회, 2018). 이에 국가인권위원회(2018)는 해당 지방자치단체에서 정신질환자에 대한 차별적 조례를 개정할 수 있도록 〈표 3-33〉과 같은 내용으로 권고를 하였다.

5) 이가연, “정신장애인 배제한 탈시설 로드맵, ”전면 수정해야“”, 비마이너, 2021.09.09., https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=21946.

〈표 3-33〉 공공(복지)시설 이용제한 관련 조례 개정 권고 문구 : 한국

개정 전	개정 후
정신질환자 알코올 중독자 정신질환이 있는 사람	이용자 안전에 현저한 위험이 예상되거나 발생한 경우 공공질서를 해칠 우려가 있는 자 물품 소지, 음주, 폭언, 폭행 등으로 다른 사람의 이용을 방해하는 사람

※ 홍선미 외(2020). 정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구: 100p의 내용 중 일부를 발췌함.

이후 2년 뒤인 2020년 8월 조사 결과 100개의 조례가 개정되었고 6개의 조례는 폐지, 조치가 취해지지 않은 조례는 여전히 22개에 있는 것으로 밝혀졌다. 개정된 조례의 예시는 다음 표와 같다. 광주광역시 서구 청소년문화의 집 관리 및 운영 조례, 괴산군 노인복지관 설치 및 운영 조례, 울진군 노인복지관 설치 및 운영 조례 모두 인권위원회의 권고를 반영하여 2020년 '정신질환자'에 대한 이용제한 규정을 '공공질서를 해칠 우려가 있는 자, 현저한 위험이 예상되는 자 등으로 변경하였다.

〈표 3-34〉 개정된 조례 예시 : 한국

구분	변경 전	변경 후
광주광역시 서구 청소년문화의 집 관리 및 운영 조례[6]	**제10조(사용자의 제한)** 관리자는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 시설의 전부 또는 일부에 대하여 사용을 금지하거나 제한할 수 있다. 1. 천재지변, 기타 부득이한 사유로 이용이 불가능할 때 2. 감염성질환자, 정신질환자, 알코올중독자 3. 공공질서의 미풍양속을 해칠 우려가 있는 자 4. 사용 목적을 위반한 자	**제10조(이용자의 제한)** 관리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 시설의 전부 또는 일부에 대하여 이용을 제한하거나 중지할 수 있다. 1. 이용자가 관계 법령, 조례, 관리 · 운영 규정 또는 이용조건 등을 위반한 경우 2. 다른 이용자 또는 청소년시설의 안전에 현저한 위험이 예상되거나 발생한 경우 3. 영리 목적 사용이 예상 될 경우
괴산군 노인복지관 설치 및 운영 조례	**제7조(이용제한)** 군수는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 시설물의 사용 또는 이용을 제한할 수 있다. 1. 감염병환자 2. 정신질환자 3. 타인에게 위험을 미치게 하거나 위해를 끼칠 우려가 있는 자 4. 그 밖에 복지관 관리에 지장을 초래할 우려가 있는 자	**제7조(이용제한)** 군수는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 시설물의 사용 또는 이용을 제한 할 수 있다. 1. 전염성 질환자 2. 공공질서를 해칠 우려가 있는 자 3. 시설관리상 제한할 필요가 있다고 인정되는 자 4. 〈삭제〉
울진군 노인복지관 설치 및 운영 조례	**제5조(이용대상 등)** ① 이용대상은 울진군에 거주하는 60세 이상의 사람으로 한다. 다만, 이용대상자의 배우자는 60세 미만인 때에도 이용대상자와 함께 이용할 수 있다. ② 군수는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 시설이용을 제한하거나 퇴관을 명할 수 있다. 1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병환자 또는 정신질환자	**제5조(이용대상 등)** ① 이용대상은 울진군에 거주하는 60세 이상의 사람으로 한다. 다만, 이용대상자의 배우자는 60세 미만인 때에도 이용대상자와 함께 이용할 수 있다. ② 군수는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 시설이용을 제한하거나 퇴관을 명할 수 있다. 1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병환자 또는 위해 물품 소지, 음주, 폭언, 폭행 등으로 다른 사람의 이용을 방해하는 사람

*출처: 광주광역시 서구 청소년수련시설 설치 및 운영조례. 2020년 10월 12일. 조례 제1534호
괴산군 노인복지관 설치 및 운영 조례. 2020년 6월 5일. 규칙 제1360호
울진군 노인복지관 설치 및 운영 조례. 2020년 6월 1일. 조례 제2464호

2018년과 비교하였을 때 많은 조례가 개정되었지만 여전히 광역지자체 조례, 자격증 배제조항, 고용차별 조항 등 수정되지 않은 차별 조항이 상당하다. 특히 정신장애인이 지역사회통합을 이루는데 있어 필요한 복지시설 이용을 제한하는 조례는 조속히 폐지되어야 하지만 아직 국가인권위원회의 권고 사항이 반영되지 않은 실정이다. 때문에 차별 조항의 개정 및 삭제에 대한 지속적인 관심과 모니터링이 필요하다.

〈표 3-35〉 복지시설 이용제한 조례 (예) : 한국

광역 지자체명	기초 지자체명	조례명	조례 내용	사용 단어
강원도	강릉시	강릉시 관광지 입장료 및 시설사용료 징수 조례	제10조(입장의 거절 및 퇴장) 시장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 입장을 거절하거나 퇴장을 명할 수 있다. 1. 정신질환자 및 「감염병의 예방 및 관리에 관한법률」 제42조에 따라 강제처분의 대상이 되는 사람	정신질환자
강원도	횡성군	횡성군 횡성레포츠공원 관리 및 운영 조례	제9조(사용의 퇴장) 군수는 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여 시설의 사용을 거절하거나 퇴장을 명할 수 있다. 1. 전염병 환자 또는 정신질환자	정신질환자
경기도	성남시	성남시 여성임대아파트 운영 조례 시행규칙	제7조(입주제한) 시장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 입주를 제한할 수 있다. 1. 전염성 질환자 또는 정신질환자	정신질환자
경상남도	밀양시	밀양아리랑 우주천문대 설치 및 운영 조례	제11조(관람 및 이용의 제한) 시장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에게는 천문대 관람 등을 제한하거나 퇴장하게 할 수 있다. 1. 정신질환자, 만취된 사람	정신질환자
경상남도	사천시	사천시 자연휴양림 관리 및 운영에 관한 조례	제9조(이용 제한 등) ② 운영자는 이용자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 자연휴양림의 이용을 중지하거나 취소할 수 있다. 1. 정신질환이나 감염성 질환이 있는 경우 ③ 운영자는 필요한 경우 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 이용자를 자연휴양림에서 퇴소시킬 수 있다. 이 경우 퇴소자가 납부한 이용료는 반환하지 아니한다. ④ 운영자는 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 이용자에 의해 자연휴양림 시설의 피해가 발생하였을 때에는 그 피해에 대하여 원상회복하게 하거나 손해배상을 청구할 수 있다.	정신질환자
경상북도	울진군	울진군 왕피천 케이블카 운영 및 관리에 관한 조례	제16조(이용제한) 군수는 다음 각 호에 해당하는 사람에게 케이블카시설의 이용을 제한할 수 있다. 1. 정신질환이나 감염성질환이 있는 사람	정신질환자

6) 2020년 10월 12일 〈광주광역시 서구 청소년수련시설 설치 및 운영조례〉 로 조례명이 변경됨.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

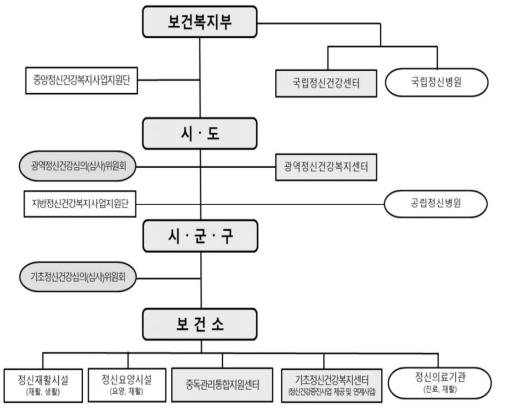
광역 지자체명	기초 지자체명	조례명	조례 내용	사용 단어
전라남도	강진군	강진 화물자동차 공영차고지 관리 운영 조례 시행규칙	제5조(이용의 제한 등) 군수 또는 수탁관리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 공영차고지 이용을 제한 또는 취소할 수 있다. 2. 정신질환 및 알코올 중독자	정신질환자
전라남도	보성군	보성군 벌교꼬막 웰빙센터 운영관리 조례	제9조(관람의 제한) 군수는 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여는 관람을 제한할 수 있다. 3. 보호자를 동반하지 않은 정신질환자이 있는 사람	정신질환자
충청남도	아산시	아산시 평생교육 진흥 조례 시행규칙	제13조(사용허가 취소 등) ② 관장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 입장을 거절하거나 퇴장을 명령할 수 있다. 1. 전염성질환자 또는 정신질환자 ③ 관장은 제1항 및 제2항에 따라 사용허가 등이 취소되거나 입장 제한으로 사용자에게 발생하는 손해에 대하여 배상의 책임을 지지 아니한다.	정신질환자
인천광역시	옹진군	옹진군 공공목욕시설 관리 및 운영에 관한 조례	제10조(이용의 금지) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대하여는 이용을 금지할 수 있다. 2. 정신이상자	정신이상자
전라북도	전주시	전주자연생태관 관리 운영 조례	제9조(입장제한) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 자연생태관에 입장을 제한할 수 있다. 2. 정신이상자	정신이상자
충청북도	진천군	진천군립 생거판화미술관 운영 및 관리 조례	제5조(관람의 금지) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 관람을 금지한다. 1. 정신이상자	정신이상자
경상북도	상주시	상주시 밀리터리테마파크 관리 및 운영 조례	제8조(이용의 제한) 시장은 다음 각 호에 해당하는 경우에는 테마파크의 이용을 제한하거나 퇴장을 명할 수 있다. 1. 전염병 질환자, 정신병자 및 술에 취한 사람	정신병자
강원도	인제시	인제밀리터리 테마파크 관리 및 운영 조례	제12조(이용의 제한) 군수는 다음 각 호에 해당하는 경우에는 테마파크의 이용을 제한하거나 퇴장을 명할 수 있다. 1. 전염병 질환자, 정신병자 및 술에 취한 자	정신병자
강원도	삼척시	삼척시 공공도서관 열람 규칙	제9조(입관의 거절) 관장은 간질, 백치, 발광, 전염성 질환, 기타 관내질서를 문란하게 할 우려가 있다고 인정되는 자에 대하여는 입관을 거절할 수 있다.	백치

※ 출처: 국회의원 이상헌 자료실 제공 자료를 수정 보완함.

제3절 국내 정신건강전달체계 및 운영체계

1. 정신건강전달체계 및 운영체계

국내 정신건강서비스 전달체계는 아래 그림과 같다. 상위체계에는 보건복지부가 있으며 보건복지부에서는 중앙정신건강복지사업지원단, 국립정신건강센터 및 국립정신병원을 관리하고 있다. 시·도 단위 하에서는 광역정신건강심의(심사)위원회와 광역정신건강복지센터, 지방정신건강복지사업지원단, 공립정신병원이 관리되고 있고, 시·군·구 단위 안에서는 기초정신건강심의(심사)위원회서 운영되고 있다. 마지막으로 전국 지자체 보건소에서 실질적인 정신건강서비스 제공기관인 정신재활시설, 정신요양시설, 중독관리통합지원센터, 기초정신건강복지센터, 정신의료기관의 관리·감독을 전담하고 있다.



[그림 3-1] 정신건강서비스 전달체계 : 한국

2020년 기준 국내 정신건강증진기관·시설은 총 2,607개이다. 이중 정신의료기관이 1,892개로 가장 많은 수를 차지하며, 정신재활시설, 정신건강복지센터, 정신요양시설, 중독관리통합지원센터 순으로 그 수가 많다. 절대적인 수치를 기준으로 하였을 때 정신의료기관에 비하여 지역사회 정신건강증진기관인 정신건강복지센터 및 정신재활시설의 수는 현저히 부족한 상황이다.

〈표 3-36〉 2020년 정신건강증진기관·시설현황 : 한국

(단위: 개소)

구분	기관수
계	2,607
정신건강복지센터	260
정신의료기관	1,892
정신요양시설	59
정신재활시설	348
중독관리통합지원센터	50

*출처: 보건복지부. (2021). 2021정신건강사업안내. p11 재인용.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

이는 비단 2020년만의 상황은 아니다. 3년 전인 2018년부터 2020년까지 정신의료기관 및 정신재활시설의 변화추이를 비교하였을 때 정신의료기관은 약 200개소 이상이 증가하였지만, 정신재활시설의 경우 소폭 감소 및 증가하는 등 350개소를 유지하고 있는 수준이다.

〈표 3-37〉 2018~2021 정신의료기관 및 정신재활시설 변화 추이 : 한국

(단위: 개소)

구분	2018	2019	2020
정신의료기관	1554	1828	1892
정신재활시설	349	345	348

*출처: 보건복지부. (2021). 2021, 2020, 2019. 정신건강사업안내를 활용하여 저자 재정리.

[그림 3-2] 2018~2021 정신의료기관 및 정신재활시설 변화 추이 : 한국

2. 재원 및 인력

국내 보건예산대비 정신건강예산은 아래와 같다. 보건예산 중 정신건강관련예산은 자살예방 및 지역정신보건사업, 정신보건시설확충, 정신건강문제해결연구, 정신요양시설 운영지원 등에 쓰이며 그 비율은 전체 보건예산의 1.5%에 불과하다.

〈표 3-38〉 보건분야 예산 구성 2020년 : 한국

(단위: 억원)

구분	보건분야 예산 구성(2020년)
보건 예산	12조 9,650억원
정신건강 예산	3,153억원
보건분야 총예산	12조 9,650억원

*출처 : 예산 및 기금운용계획(보건복지부). 2020년 보건복지부 소관지출예산.

[그림 3-3] 보건분야 예산 구성 : 한국

국가인권위원회
humanrights.go.kr

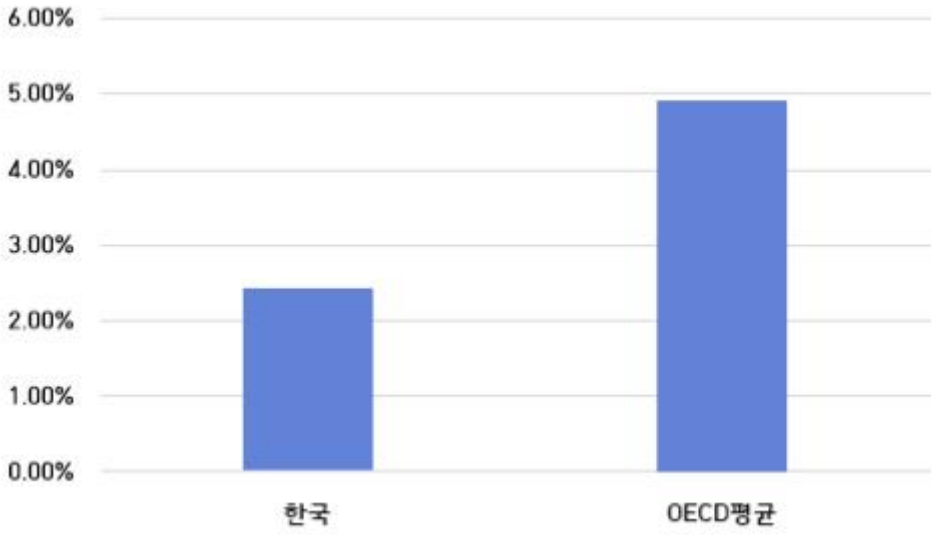
OECD 평균과 비교하였을 때도 국내 정신건강 예산 비율은 부족한 수준이다. OECD국가의 보건예산 대비 정신건강 예산 비율은 2020년 기준 4.9%이지만 한국은 절반 수준인 2.4%이다.

〈표 3-39〉 보건예산 대비 정신건강예산 비율 2020년 : 한국, OECD

(단위: %)

구분	보건예산 대비 정신건강예산 비율(2020년)
한국	2.4
OECD	4.9

*출처 : 예산 및 기금운용계획(보건복지부). 2020년 보건복지부 소관지출예산.



[그림 3-4] 보건예산 대비 정신건강예산 : 한국

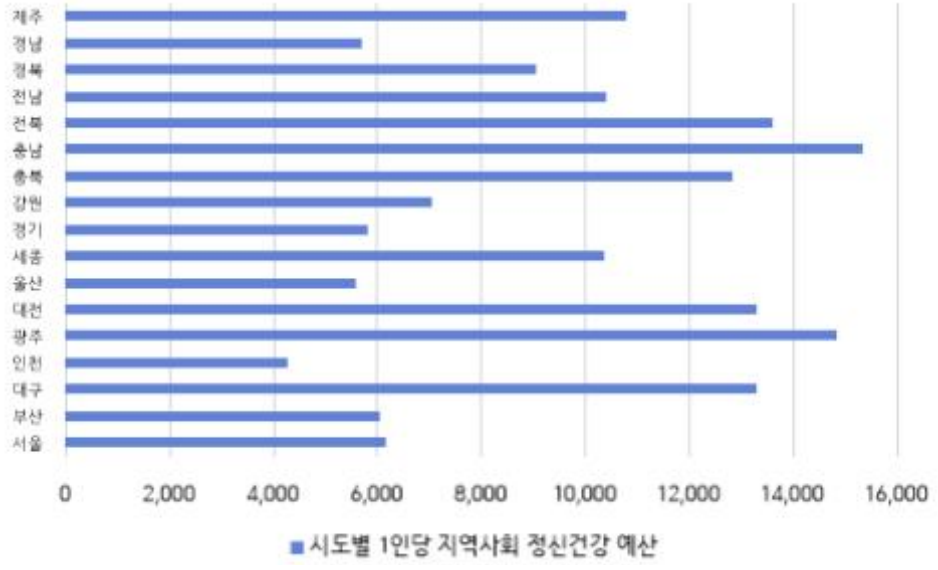
예산의 지역 편차도 크다. 우리나라 시도별 1인당 정신건강예산은 지역별로 최대 3배 차이가 나는 것으로 밝혀졌다. 2018년 기준 전체적인 예산 평균은 9,672원이었으며, 정신건강예산을 가장 많이 집행한 시도는 충청남도(15,343원)였고, 인천(4,279원)의 경우 가장 적은 예산이 투입되는 것으로 나타났다.

〈표 3-40〉 시도별 1인당 지역사회 정신건강 예산 : 한국

(단위: 원)

구분	시도별 1인당 지역사회 정신건강 예산(2018년)
서울	6,170
부산	6,039
대구	13,314
인천	4,279
광주	14,836
대전	13,314
울산	5,576
세종	10,373
경기	5,809
강원	7,044
충북	12,849
충남	15,343
전북	13,586
전남	10,398
경북	9,043
경남	5,693
제주	10,771
전국 평균	9,672.76

*출처 : 중앙정신건강복지사업지원단. vol20. 2018년 시도별 1인당 지역사회 정신건강예산분포도.



[그림 3-5] 시도별 1인당 지역사회 정신건강 예산 : 한국

국가인권위원회 humanrights.go.kr

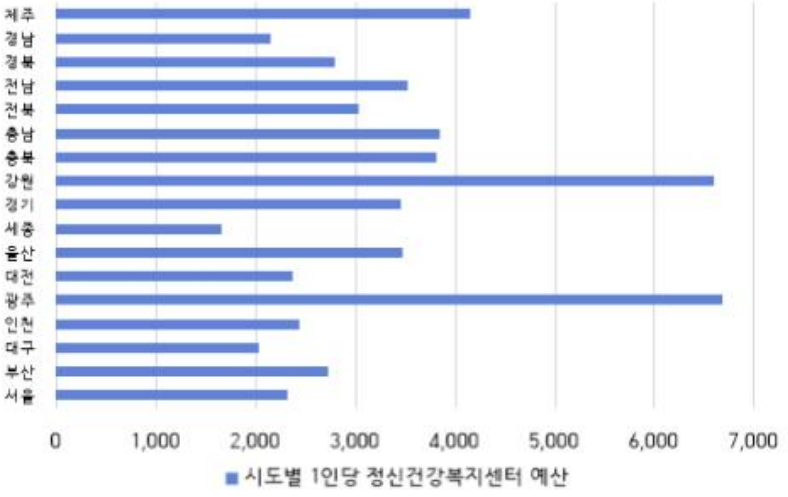
이러한 편차는 정신건강복지센터 예산에서도 이어진다. 기관별 예산 집행을 분석했을 때 전체 평균은 3.355원으로 나타났으며, 정신건강복지센터 예산을 가장 많이 집행한 시·도는 광주(6,674원)였고, 가장 적은 예산을 집행한 곳은 세종(1,653원), 대구(2,034원), 경남(2,154원) 순으로 나타났다.

〈표 3-41〉 시도별 1인당 정신건강복지센터 예산 : 한국

(단위: 원)

구분	시도별 1인당 정신건강복지센터 예산(2018년)
서울	2,324
부산	2,728
대구	2,034
인천	2,429
광주	6,674
대전	2,374
울산	3,471
세종	1,653
경기	3,451
강원	6,604
충북	3,807
충남	3,846
전북	3,030
전남	3,515
경북	2,793
경남	2,154
제주	4,154
전국 평균	3,355.35

*출처 : 중앙정신건강복지사업지원단. vol20. 2018년 시도별 1인당 지역사회 정신건강예산분포도.



[그림 3-6] 시도별 1인당 정신건강복지센터 예산 : 한국

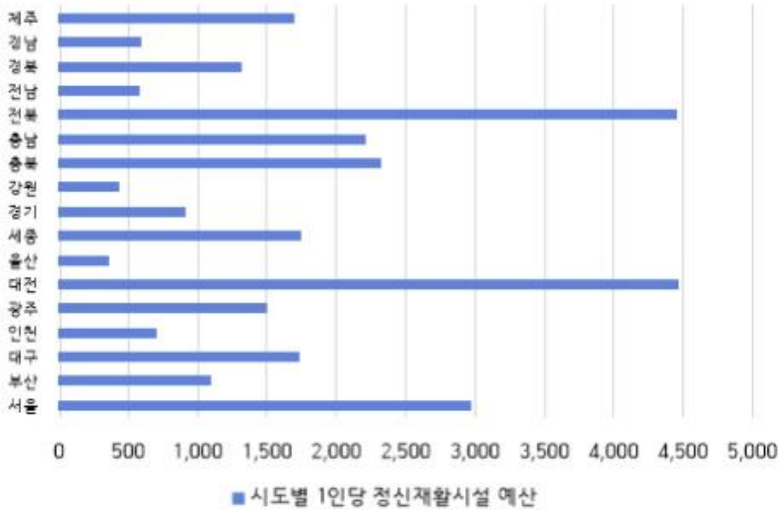
정신재활시설의 경우에도 편차가 심한 것으로 나타났다. 2018년 기준 시도별 1인당 정신재활시설 예산 전국 평균은 1.712원으로 나타났다. 대전(4,468원)이 가장 많은 예산을 투입했으며 가장 낮은 예산을 투입한 시·도는 전남(580원)이었다.

〈표 3-42〉 시도별 1인당 정신재활시설 예산 : 한국

(단위: 원)

구분	시도별 1인당 정신재활시설 예산(2018년)
서울	2,968
부산	1,097
대구	1,736
인천	705
광주	1,508
대전	4,468
울산	362
세종	1,743
경기	910
강원	440
충북	2,319
충남	2,212
전북	4,455
전남	580
경북	1,324
경남	589
제주	1,701
전국 평균	1,712.76

*출처 : 중앙정신건강복지사업지원단. vol20. 2018년 시도별 1인당 지역사회 정신건강예산분포도.



[그림 3-7] 시도별 1인당 정신재활시설 예산 : 한국

국가인권위원회 humanrights.go.kr

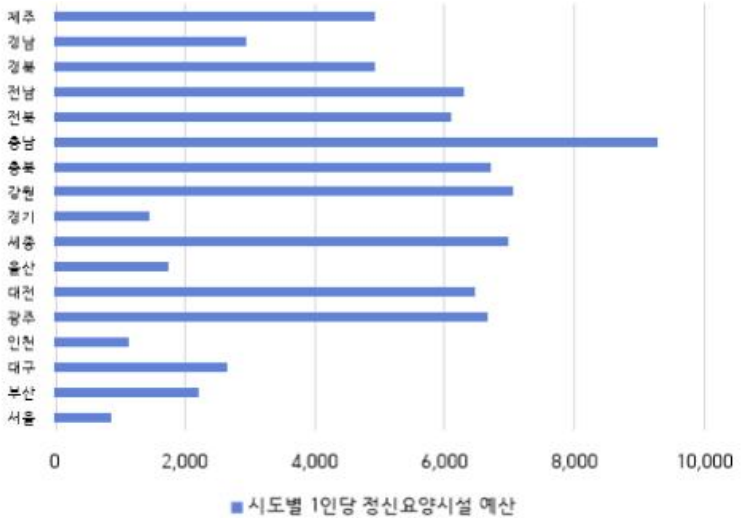
정신요양시설의 경우 전국 평균은 4,511원으로, 충남(9,285원)이 가장 높았고 세종(6,978원), 충북(6,723원) 순으로 나타났으며, 가장 적은 예산을 투입한 시·도는 서울(878원), 인천(1,145원) 순이었다.

〈표 3-43〉 시도별 1인당 정신요양시설 예산 : 한국

(단위: 원)

구분	시도별 1인당 정신요양시설 예산(2018년)
서울	878
부산	2,214
대구	2,650
인천	1,145
광주	6,654
대전	6,472
울산	1,744
세종	6,978
경기	1,448
강원	0
충북	6,723
충남	9,285
전북	6,101
전남	6,304
경북	4,926
경남	2,950
제주	4,916
전국 평균	4,199.29

*출처 : 중앙정신건강복지사업지원단. vol20. 2018년 시도별 1인당 지역사회 정신건강예산분포도.



[그림 3-8] 시도별 1인당 정신요양시설 예산 : 한국

2018년을 기준으로 정신재활시설과 정신요양시설예산의 편차를 살펴보았을 때 서울과 울산을 제외하고는 대부분 정신요양시설에 많은 예산을 투입하고 있는 것으로 나타났다. 특히 충청남도 지역의 경우 그 편차가 가장 큰 것으로 보인다.

〈표 3-44〉 시도별 1인당 정신재활시설과 정신요양시설 예산 편차(2018년) : 한국

(단위: 원)

구분	시도별 1인당 정신재활시설 예산	시도별 1인당 정신요양시설 예산	정신재활시설 예산-정신요양시설 예산
서울	2,968	878	2,090
부산	1,097	2,214	-1,117
대구	1,736	2,650	-914
인천	705	1,145	-440
광주	1,508	6,654	-5,146
대전	4,468	6,472	-2,004
울산	362	1,744	-1,382
세종	1,743	6,978	-5,235
경기	910	1,448	-538
강원	440	0	440
충북	2,319	6,723	-4,404
충남	2,212	9,285	-7,073
전북	4,455	6,101	-1,646
전남	580	6,304	-5,724
경북	1,324	4,926	-3,602
경남	589	2,950	-2,361
제주	1,701	4,916	-3,215

*출처 : 중앙정신건강복지사업지원단. 2018년 시도별 1인당 지역사회 정신건강예산분포도. vol20.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

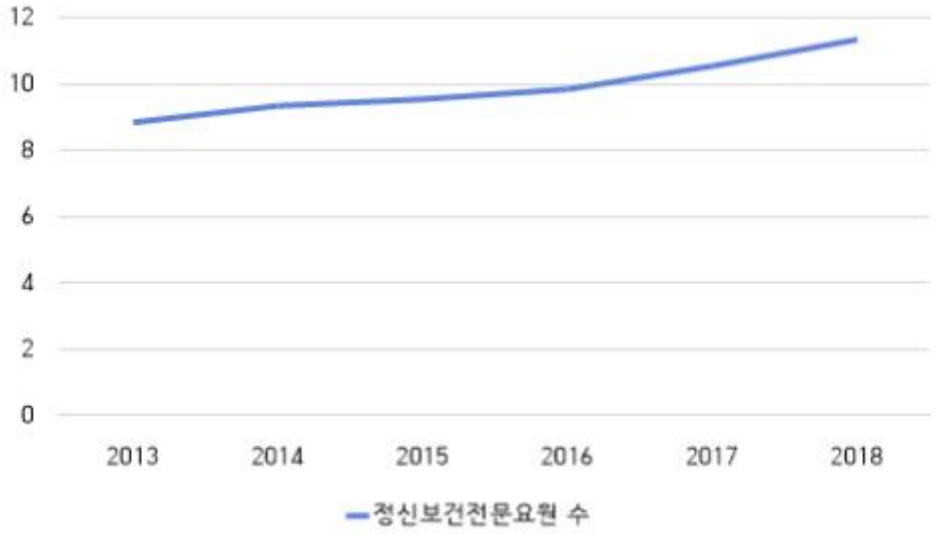
국내 정신보건전문요원수의 경우 2013년 기준 인구 10만명당 8.8명에서 2018년 기준 11.3명까지 꾸준히 소폭 증가해왔다.

〈표 3-45〉 정신보건전문요원 수 변화 : 한국

(단위: 인구 10만명 당 명)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
한국	8.8	9.3	9.5	9.8	10.5	11.3

*출처 : (2019). 국가정신건강현황보고서를 활용하여 저자 정리.



[그림 3-9] 정신보건전문요원 수 변화 : 한국

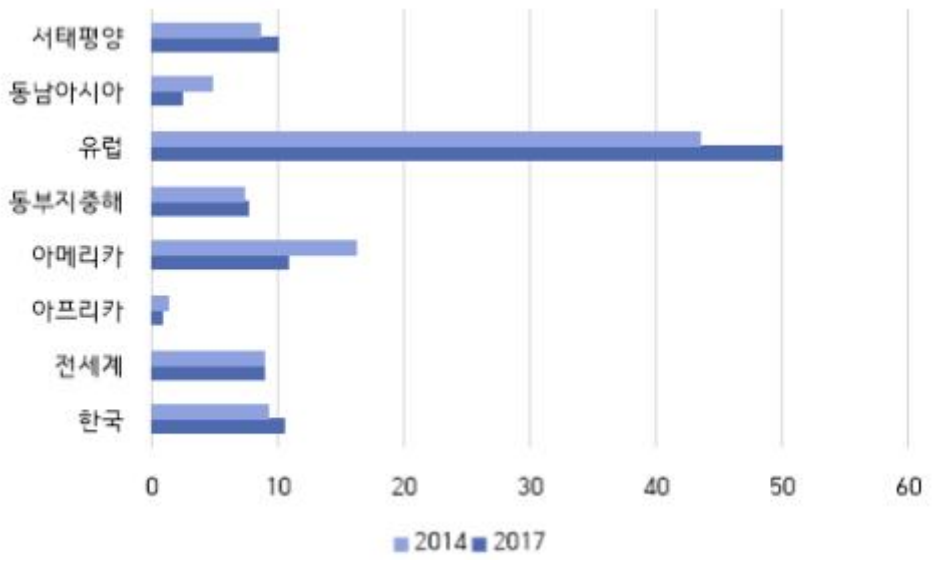
WHO 지역별로 정신보건 전문요원수를 비교하였을 때 국내 정신보건전문요원수의 경우 전세계 평균에 비해서는 높은 편이지만, OECD국가들이 다수 속해 있는 아메리카, 유럽에 비해서는 부족한 수치이다.

〈표 3-46〉 정신보건전문요원 수 2014, 2017년 : 한국, WHO 지역별 비교

(단위: 인구 10만명 당 명)

	2014	2017
한국	9.3	10.5
전세계	9.0	9.0
아프리카(African Region)	1.4	0.9
아메리카(Region of the Americas)	16.2	10.9
동부지중해(Eastern Mediterranean Region)	7.3	7.7
유럽(European Region)	43.5	50.0
동남아시아(South-East Asia Region)	4.8	2.5
서태평양(Western Pacific Region)	8.7	10.0

*출처 : 국가정신건강현황보고서. (2019). 활용하여 저자 정리.



[그림 3-10] 정신보건전문요원 수 2014, 2017년 : 한국, WHO 지역별 비교

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 제공 서비스

정신건강전달체계에 설립되어 있는 각 센터 및 재활시설을 중심으로 제공되고 있는 서비스를 살펴보고자 한다.

1) 광역·기초정신건강복지센터·중독관리통합지원센터

정신건강복지센터·중독관리통합지원센터는 지역사회를 기반으로 주민들의 정신건강문제에 대한 통합적이고 지속적인 서비스 제공을 목적으로 하는 공공 정신건강증진 전문기관이며, 아래와 같은 가치 및 비전에 근거하여 운영되고 있다.

〈표 3-47〉 광역·기초정신건강복지센터·중독관리통합지원센터의 가치 및 비전: 한국

구분	내용
가치	1) 리더십(Leadership) : 공공성에 기초한 책임 있는 전문적 지도력 2) 전문성, 역량(Competence): 지식과 수행능력에서 역량 있는 정신건강전문가 3) 서비스 통합(Integration): 협력과 연계를 통한 서비스 분절 극복 4) 지역사회 기반 (Community-based): 예방 증진 회복을 위한 지역사회 중심 정신건강 서비스 5) 지속성(Continuity): 신뢰와 책임성에 기반한 지속적 사례 관리
비전	1) 우리 지역 누구나 아는 오직 하나의 정신건강증진 전문기관이 된다. 2) 정신건강에 대한 인식과 민감성을 높여 정신건강 상태의 안녕을 돕는 기관이 된다. 3) 정신건강 문제를 조기발견하고 조기 개입하여 전문서비스를 제공하는 기관이 된다. 4) 정신질환을 앓고 있는 사람들의 사회복귀를 촉진시키고 사회통합을 도모하는 기관이 된다.

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내.

지역사회 중심의 통합적인 정신질환의 예방·치료, 중독관리 체계 구축, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성으로 국민의 정신건강 증진 도모에 목적을 두고, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영) 제15조의 3(중독관리통합지원센터 설치 및 운영), 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 및 정신건강사업안내에서 정하지 아니한 사항은 지방자치단체의 자체 조례 및 지침, 「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」 제13조(자살예방센터의 설치)에 근거하여 서비스를 제공하고 있다.

(1) 광역 정신건강복지센터

광역 정신건강복지센터는 ① 지역사회 내 통합적 정신건강서비스 및 자살예방 제공을 위한 기반 구축, ② 지역 특성을 반영한 사업추진체계구축, ③ 지역사회정신건강사업을 위한 자문 및 지원제공이라는 기본 방향을 추구한다. 광역단위에서 지역사회정신건강복지사업 및 자살예방사업을 기획하며, 지역사회진단 및 연구조사 사업, 교육, 네트워크, 인식개선, 지역특성화사업, 정신건강위기상담 운영을 하고 있다. 직접서비스 제공보다는 지자체 단위에서 시행해야 할 사업에 대한 기획 및 조사 연구의 기능 비중이 높은 편이다.

〈표 3-48〉 광역 정신건강복지센터 사업 및 서비스 : 한국

구분	목적 및 내용
지역사회정신건강복지사업 및 자살예방사업 기획 및 수립	- 광역단위 정신건강사업 및 자살예방사업의 기획 및 수립 - 국가정책사업을 반영한 지역사회정신건강사업 및 자살예방사업 기획 및 수립
지역사회진단 및 연구조사 사업	- 목적: 광역역정신건강복지센터는 지역사회정신건강 및 자살예방에 대한 현황을 파악하고 분석함으로서 지역사회 특성에 맞는 정신건강서비스 및 자살예방사업을 개발하고 수행할 수 있는 근거 마련 - 내용: 지역사회정신건강에 대한 진단 및 연구조사
교육사업	- 목적: 광역정신건강복지센터는 지역사회 정신건강전문인력 및 자살예방인력에 대한 역량강화를 통해 전문성 강화 및 유지 - 내용: 지역사회 전문인력 교육 및 관리
네트워크 구축사업	- 목적: 광역정신건강복지센터는 지역사회관련기관의 자원 발굴 및 관리를 통해 지역사회 내 정신건강문제 및 자살예방에 대한 밀접한 대응체계 구축 및 컨트롤 타워로서의 역할 수행 - 내용: 지역사회 네트워크 구축 및 자원관리, 지역사회 재해(재난) 발생에 따른 네트워크 구축
인식개선사업	- 목적 및 내용: 광역정신건강복지센터에서는 지역사회를 대상으로 정신건강에 대한 편견을 해소하고 예방·홍보를 통한 인식 개선 향상
지역특성화사업	- 목적: 광역정신건강복지센터에서는 지역사회 특성을 고려한 정신건강사업 및 자살예방사업을 실시하기 위하여 기획 및 운영 - 내용: 지역특성 현황을 분석한 자료를 근거로 사업계획 수립 및 운영
정신건강위기상담 운영	- 목적: 광역정신건강복지센터는 응급의료기관 실태를 파악하고, 24시간 핫라인 상담을 통한 출동서비스 등 고위험군에 대한 응급위기대응 체계 구축 및 조정 - 내용: 정신건강전문요원 등으로 구성하여 정신응급상황 발생 시 구급대원, 경찰 등과 함께 현장 출동 및 대응/ 자타해 위험환자의 정신질환 의심 여부, 정신적인 위기 평가 등으로 경찰 및 구급대원의 현장 대응 지원/ 정신질환자, 자살시도자 등 진료 이후 지속적인 서비스 지원을 위해 사례관리 연계

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p56-57 재정리.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 기초 정신건강복지센터·자살예방센터

기초정신건강복지센터에서는 지역사회 내에서 직접서비스 제공 및 연계체계 구축 등의 서비스를 제공한다. 추진하고 있는 구체적인 사업 및 서비스는 중증정신질환관리, 자살예방, 정신건강증진, 아동청소년 정신건강증진, 재난 정신건강지원 행복e음보건복지통합전달체계 구축이며, 별도의 자살예방센터가 설치되어 있는 경우 자살예방사업에 근거한 서비스를 제공한다.

〈표 3-49〉 기초 정신건강복지센터 사업 및 서비스 : 한국

구분	목적 및 내용
중증정신질환관리	- 시·군·구 차원의 연계 및 신규발견 체계, 인프라 확산 등의 질적 향상 - 중증정신질환 조기개입체계 구축 - 개별적 서비스 계획의 수립과 제공 - 위기개입 서비스 제공 및 위기대응체계 구축 - 포괄적 서비스 제공과 지역사회 네트워크 구축 - 정신건강심사위원회 업무 지원 - 긴급지원 대상자 발굴
자살예방	- 목적: 지역사회 내 자살문제에 대한 인식개선 노력을 통해 생명존중 문화를 조성하고, 자살 고위험군 조기발견 및 치료를 위한 서비스 전달체계 및 네트워크를 함으로써 지역의 자살률을 낮추고자 함 - 내용: 인식개선사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계, 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련, 자살수단 접근차단
정신건강증진	- 인식개선사업 - 고위험 조기발견 및 치료 연계사업
아동청소년 정신건강증증진	- 목적: 지역사회 내 아동·청소년 정신건강복지서비스 제공체계를 구축함으로써 아동·청소년기 정신건강문제의 예방, 조기발견 및 상담·치료를 통하여 건강한 사회구성원으로의 성장 발달 지원 - 내용: 고위험군발굴·심층사정평가·정신건강서비스 제공, 지역사회 현황 파악 및 연계체계 구축, 교육 및 홍보, 정신건강문제 조기발견 및 사후관리 서비스
재난 정신건강 지원	- 목적: 재난 발생시 지역사회 내 또는 국가적 차원의 체계 마련으로 신속하고 표준화된 재난 정신건강 서비스 지원 - 내용: 재난 발생 시 심리지원 계획 및 심리지원 체계 구축, 교육 지원, 재난 정신건강 현황 등 자료 협조, 재난 현장 위기대응 및 현장 상담소 운영, 고위험군 대상에 대한 정신의료기관 연계 및 관리
행복e음 보건복지통합전달체계구축	- 목적: 지역사회 내 정신건강복지서비스와 복지서비스 간 연계체계를 구축함으로써 정신건강서비스 이용자에 대한 복지서비스 지원강화 및 사회적 취약계층의 정신건강증진 - 내용: 정신보건기관에서 지자체로의 연계, 지자체에서 정신보건기관으로의 연계체계 구축

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p65-81 재정리.

2) 정신재활시설

정신재활시설은 '정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설'을 뜻하며, 정신의료기관에 입원하거나 정신요양시설에 입소하지 아니한 정신질환자등이 지역사회에서 직업 활동과 사회생활을 할 수 있도록 상담·교육·취업·여가·문화·거주·사회참여 등 각종 재활활동 및 복지서비스 제공한다. 전반적 시설 설치의 법적 근거는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제26조(정신재활시설의 설치 ·운영)에 있다.

〈표 3-50〉 정신재활시설 종류 및 사업 내용 : 한국

종류		사업 내용
생활시설		- 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업, 재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설
재활 훈련 시설	주간재활시설	- 정신질환자등에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	공동생활가정	- 완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설
	지역사회전환시설	- 지역 내 정신질환자등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	직업재활시설	- 정신질환자등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	아동청소년정신건강지원시설	- 정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설
중독자재활시설		- 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자등을 치유하거나 재활을 돕는 시설
생산품판매시설		- 정신질환자등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설
종합시설		- 제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설

*출처 : 국가법령센터. 정신건강복지법 시행규칙 별표 10. 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신재활시설 입소 및 이용대상은 만 15세 이상으로 정신의료기관의 정기적인 치료를 받고 있는 조현병, 양극성 장애, 알코올 사용장애 등 정신질환자로서 사회적응훈련이 필요하고 자해 및 타해의 우려가 적은 자이며, 아동청소년정신건강지원시설의 경우 아동 및 청소년 관련법상 연령기준이 적용된다. 기타 정신질환자의 주치의가 기능상의 장애로 인해 사회적 응훈련을 포함한 정신재활시설의 입소 및 이용을 특별히 의뢰하는 경우 입소·이용 가능하고 장애인복지법상 지적장애인이 정신질환을 동반하는 경우에도 입소가 가능하다.

3) 정신요양시설

정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 요양 및 보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회복귀를 도모하는데 운영 목적을 두며, 운영은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제22조(정신요양시설의 설치· 운영),「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」[7]에 근거한다. 이러한 내용에 근거하여 정신건강사업안내에서 언급되는 정신요양시설의 주요 서비스 제공 내용의 경우 입소자의 권리보호, 건강관리, 사회복귀훈련 등이 있다.

〈표 3-51〉 정신요양시설 운영 목표 및 내용 : 한국

목표	주요 내용
정신요양시설 운영의 전문성, 투명성, 개방성 및 효율성을 확보함으로써 정신질환자 요양보호수준의 향상 도모	- 입·퇴소 관리 - 입소자 인권 및 재산상 권리보호 - 입소자 건강관리 - 작업요법 및 사회복귀훈련 - 시설 안전관리 - 종사자 관리 등 기타 행정 관리 등

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p258-269.

4) 정신의료기관

정신의료기관은 급성 정신질환자를 정신의료기관에 입원 또는 외래치료함으로써 재활 및 사회복귀를 도모하는데 사업의 목적을 두고 있다. 그러나 현실적으로는 빈곤계층 정신질환자에 대한 주거제공기능을 하고 있다는 의견도 있다(이용표 외, 2021). 법적인 근거는 의료

7) 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」의 경우 정신요양시설 운영의 근간이 되는 법안임. 하지만, 2017년 정신건강복지법 개정 내용을 반영한 해당 규칙의 개정이 이루어지지 않고 있어 정신요양시설의 구체적인 운영 내용은 여전히 정신보건법 시대에 머물러 있는 실정임.

법 제3조(의료기관), 제3조의2(병원등), 제3조의3(종합병원), 제3조의4(상급종합병원지정), 제3조의5(전문병원 지정), 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제19조(정신의료기관의 개설·운영 등)에 있다.

5) 국립정신건강센터

국립정신건강센터는 국가기관으로서 민간의료기관이 기피하는 필수 정신건강복지서비스의 제공기능을 강화하고, 정신건강 정책과 서비스 질을 향상시키기 위한 체계적 연구 및 지원에 대한 요구에 선제적으로 대응하기 위해 설립되었다. 또한 지역 단위 다양한 정신건강 관련시설 및 서비스 제공기관을 유기적으로 연계하여 정신건강복지서비스의 누수방지 및 시너지 효과를 극대화하기 위함에 목적을 두고 있기도 하다. 법적인 근거는 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행령 제19조에 근거한다. 직무의 범위는 아래 14가지와 같다.

〈표 3-52〉 국립정신건강센터 사업 내용 : 한국

사업 내용
1) 정신질환 예방 및 진료
2) 정신질환 진료 관련 조사 연구, 지표 및 표준 개발·보급
3) 국가 정신건강증진기관 간의 정신건강증진사업 수행 관련 총괄
4) 정신건강 증진 및 지역사회 정신건강사업 기획
5) 중앙정신건강복지사업지원단 업무 지원
6) 정신건강 관련 교육 프로그램 개발·보급
7) 정신건강 관련 전문 인력 양성 및 훈련
8) 정신건강전문요원 자격 관리 및 수련기관 관리
9) 정신건강 연구·개발 기획, 지원 및 관리
10) 정신건강연구 수행 및 성과 확산
11) 국제교류 및 협력
12) 정신건강증진시설 지도·감독 등 보건복지부장관으로부터 위임 받은 업무 수행
13) 국가트라우마센터 설치·운영
14) 기타 센터의 목적 달성을 위하여 필요한 사항

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p15

6) 기타 : 정신건강복지사업지원단, 국가권역트라우마센터

기타 기관으로는 정신건강복지사업지원단, 국가권역트라우마센터가 있다.

정신건강복지사업지원단은 급격한 사회변화에 따라 정신질환자의 사회지지체계가 약화되는 상황에서 보다 전문적이고 효과적인 정신건강증진사업을 자문 및 지원하기 위해 보건

복지부에 설치되어 운영되고 있다. 또한 각 시도에 지방정신건강복지사업지원단을 설치 및 운영하도록 하고 있다. 법적인 근거는「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 등의 추진 등)에 있으며, 주요 사업 내용은 아래 표 내용과 같다.

〈표 3-53〉 중앙 및 지방 정신건강복지사업지원단 사업 내용 : 한국

중앙정신건강복지사업지원단	지방정신건강복지사업지원단
- 국가계획 수립·시행 관련 자문 - 국가계획 및 지역계획 시행 결과에 대한 평가 지원 - 정신건강증진사업의 기획 및 조정에 대한 지원 - 정신건강증진시설, 정신건강복지센터 등 정신질환자등과 관련된 시설, 기관 및 - 단체 사이의 연계체계 구축 지원 - 정신건강 및 정신질환 인식개선 사업 - 정신건강복지사업 및 정신건강증진시설 평가 자문과 지원 - 정신건강복지사업의 현황파악 및 통계 수집·분석 또는 그 지원 - 지방정신건강복지사업지원단 지원 - 그 밖에 정신건강복지사업과 관련하여 보건복지부장관이 요청하는 사항	- 지역계획 수립·시행 관련 자문 - 지역계획의 관할 시·군·구 시행 결과에 대한 평가 또는 평가 지원 - 정신건강증진사업의 기획 및 조정에 대한 지원 - 해당지역 내 정신건강 및 정신질환 인식개선 사업 - 해당지역 내 정신건강복지사업 및 정신건강증진시설 평가 자문과 지원 - 해당지역 내 정신건강증진시설, 정신건강복지센터 등 정신질환자등과 관련된 - 시설, 기관 및 단체 사이의 연계체계 구축 지원 - 해당지역 내 정신건강복지사업의 현황 파악 및 통계 수집·분석 또는 그 지원 - 그 밖에 정신건강복지사업과 관련하여 시·도지사가 요청하는 사항

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p25

국가권역트라우마센터는 재난이나 그 밖의 사고로 정신적 충격을 받은 트라우마 환자의 심리적 안정과 사회 적응을 지원하고, 권역별 트라우마센터(수도권·호남권·영남권·강원권·충청권)는 해당 권역 내 재난 발생시 정신건강복지센터·보건소 등 기관과 상호 협력하여 피해자에 대한 심리지원 제공하는데 목적을 두고 있다. 법적인 근거는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제15조의 2과 3(국가트라우마센터의 설치·운영)에 있으며, 2021년 기준 전국 4개의 권역별 트라우마센터(호남권-국립나주병원, 영남권-국립부곡병원, 강원권-국립춘천병원, 충청권-국립공주병원)를 두고 있다. 직무 범위 및 사업 내용은 아래 표와 같다.

〈표 3-54〉 국가권역트라우마센터 직무범위 및 서비스 : 한국

구분	내용
직무범위	1) 심리지원을 위한 지침의 개발·보급 2) 트라우마 환자에 대한 심리평가, 심리상담, 심리치료 3) 트라우마에 관한 조사·연구 4) 심리지원 관련 기관 간 협력체계의 구축 5) 그 밖에 심리지원을 위하여 보건복지부장관이 정하는 업무
주요 재난정신건강 서비스	1) 재난 정신건강 서비스 직·간접 지원: 대규모 재난: 심리지원 직접 서비스 제공 등, 중·소규모 재난: 광역 및 기초 정신건강복지센터 등 대상으로 심리지원 활동을 위한 교육, 자료, 물품 제공 등 기술 지원 2) 트라우마 치료프로그램 운영 및 보급: 마음프로그램, 마음플러스프로그램, 허그프로그램, 집단프로그램 등 3) 찾아가는 재난 정신건강 서비스 '안심버스'운행 4) 재난 정신건강 전문 인력 교육 및 강사 양성 5) 트라우마 경험자 연구 및 서비스 개선 연구

*출처 : 보건복지부. (2021). 정신건강사업안내. p25.

4. 예산 및 급여 방식

정신장애인의 지역사회통합과 관련된 국내 예산 및 급여는 의료보장제도(건강보험 및 의료급여), 장애보험, 기초생활수급(시설수급)이 있다. 의료보장제도는 정신의료기관에 전달되는 예산이고, 장애보험 및 기초생활수급의 경우 수급자에게 직접 전달되는 방식으로 예산이 전달된다.

1) 의료보장제도 (건강보험심사평가원)

의료보장제도는 국민의 건강권을 보호하기 위하여 요구되는 필요한 보건의료서비스를 국가나 사회가 제도적으로 제공하는 것을 말하며, 건강보험, 의료급여, 산재보험을 포괄한다. 의료수혜 불평등을 해소하기 위한 사회적, 국가적 노력이자, 예측할 수 없는 질병의 발생 등에 대한 개인의 부담능력의 한계를 극복하기 위한 제도라 할 수 있다. 개인의 위험을 사회적 · 국가적 위험으로 인식하여 위험의 분산 및 상호부조인식을 제고 하기 위한 제도입니다. 일명 비스마르크(Bismarck)형 의료제도라고 하는데, 개인의 기여를 기반으로 한 보험료를 주재원으로 하는 제도이다. 사회보험의 낭비를 줄이기 위하여 수진 시에 본인 일부 부담금을 부과하는 것이 특징이라 할 수 있다. 본 장에서는 산재보험을 제외한 건강보험 및 의료급여 제도에 대한 내용을 살펴보고자 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(1) 건강보험제도

국민의 질병 · 부상에 대한 예방 · 진단 · 치료 · 재활과 출산 · 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하고 있다(국민건강보험법 제1조). 이는 1963년 시작되었으며, 1989년 전국민 의료보험 실현 이후 지속 발전하고 있다.

현재 건강보험 가입자의 범위는 ' 국내에 거주하는 국민'이며, 의료급여법에 따른 의료급여 수급권자, 국가유공자의예우및지원에관한법률에 따른 국가유공자 중 의료보호를 받는 자는 제외하고 있다. 건강보험이 있음에도 저소득 가구이거나, 교육수준이 낮거나, 만성질환 등이 있을 경우 의료비 과부담을 경험한다는 연구결과가 있지만(손수인 외, 2010), 그럼에도 지역사회에서 살아가는 정신장애인이 사회통합을 위해 예산 및 급여를 지원받을 수 있는 방법은 없기 때문에 정신의료기관을 통한 입원 및 외래치료가 비교적 쉬운 선택지로 다가오고 있는 실정이다.

〈표 3-55〉 건강보험제도 발전과정 : 한국

구분	년도	내용
임의보험사업기	1963. 12. 16	국가재건최고회의에서 의료보험법 제정
	1970. 08. 07	의료보험법 개정(법률 제2228호)
피용자 의료보험실시	1976~1977	500인 이상 사업장에 대한 의료보험 실시 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 도입
	1979. 04. 17.	의료보험법 개정(법률 제3166호)
	1979. 01. 01	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 업무 개시
	1979. 07. 01.	300인 이상 사업장 의료보험 당연적용 (전국 61개 지구로 구분하여 공동조합설립)
	1981. 01. 01.	100인 이상 사업장 의료보험 당연적용 (16인 이상 사업장 임의가입)
자영자 의료보험실시	1987. 12. 04.	의료보험법 개정(법률 제3986호)
	1988. 01. 01.	농 · 어촌 지역의료보험 전국확대 실시
	1989. 07. 01.	도시지역의료보험 전국적 실시(전국민 의료보장 실현)
	1994. 01. 07.	의료보험 전문개정
	1995. 08. 04.	의료보험법 개정(법률 제4972호)

구분	년도	내용
의료보험 통합기	1995. 08. 04.	의료보험법 개정(법률 제4972호)
	1995. 08. 04.	의료보험법 개정(법률 제4972호)
	1997. 12. 31.	의료보험법 개정(법률 제5489호)
	1998. 06. 03.	의료보험법 개정(법률 제5548호)
	1998. 10. 01.	1차 의료보험 통합(국민의료보험법 시행)
	1999. 02. 08.	의료보험법 개정(법률 제5857호)
	1999. 02. 08.	국민건강보험법 제정(법률 제5854호, 2000. 01. 01. 시행)
	1999. 12. 31.	국민건강보험법 개정(법률 제6093호)
건강보험시대	2000. 07. 01.	제2차 의료보험 통합, 국민건강보험법 시행(법률 제6093호)
	2000. 12. 29.	국민건강보험법 개정(법률 제6320호)
	2001. 01. 19.	국민건강보험법 개정(법률 제6618호)
	2002. 12. 18.	국민건강보험법 개정(법률 제6799호)
	2003. 07. 01.	건강보험재정통합

*출처: 건강보험심사평가원 홈페이지 내용 발췌
(http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020014000000&cmsurl=/cms/policy/02/02/1341866_27036.html&subject=%ec%9a%b0%eb%a6%ac%eb%82%98%eb%9d%bc%eb%b3%b4%ed%97%98%ec%a0%9c%eb%8f%84)

(2) 의료급여 (보건복지부, 건강보험심사평가원, 2017)

의료급여는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제(질병, 부상, 출산 등)를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이다. 이러한 의료급여제도를 수급할 수 있는 수급권자는 '의료급여법에 의해 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람'이며 다음과 같이 두가지 유형으로 구분된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-56〉 의료급여 수급권 구분 : 한국

구분	내용
1종 수급권자	• 국민기초생활보장수급자: 근로무능력가구, 시설수급자 • 타법적용자; 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재보유자, 북한이탈주민, 5·18민주화운동 관련자, 노숙인 • 등록 결핵질환자, 희귀난치성질환자, 중증질환자 • 행려환자
2종 수급권자	• 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

*출처 : 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2017). 알기쉬운 의료급여제도. p4.

수급권자에 해당하는 사람은 의료급여기관이용 시 다음과 같은 본인부담률을 부담하여 정신의료기관을 이용할 수 있다.

〈표 3-57〉 의료급여기관 이용시 본인부담률 : 한국

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국	PET 등
1종 수급권자	입원	없음	없음	없음	-	없음
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종 수급권자	입원	10%	10%	10%	-	10%
	외래	1.000원	15%	15%	500원	15%

*출처 : 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2017). 알기쉬운 의료급여제도. p4.

물론 정신의료기관 입원 시 받는 치료적 처치 중 비급여에 해당하는 항목도 존재하지만, 일차적으로 의료급여 수급권자가 정신의료기관에 입원하였을 때 급여 항목에 해당되는 치료를 받는다면 지역사회에서보다 저렴한 비용으로 서비스를 받을 수 있는 실정이다.

실제 정신의료기관 입원환자 중 정신병원의 경우 입원환자가 지속적으로 경감되고 있기는 하나, 그중에서 의료급여 수급자가 차지하는 비율이 높은 상황이다.

〈표 3-58〉 정신의료기관(정신병원) 입원환자의 의료보장 현황 (2018-2020년) : 한국

구분	2018년	2019년	2020년
건강보험	31,811	14,826	13,074
의료급여1종	34,360	16,237	15,271
의료급여2종	3,320	1,599	1,448
기타	351	222	187
계	67,044	31,519	28,794

*출처 : 보건복지부, 건강보험심사평가원, (2021). 국가정신건강현황.

2) 장애연금 및 장애수당(보건복지부, 2021c)

정신장애인이 등록장애인으로서 받을 수 있는 급여는 장애연금 및 장애수당이 있으며, 일정 수준의 소득요건 등을 갖출 때 지급된다.

(1) 장애연금

장애연금은 장애인연금법에 근거한 연금과, 국민연금법에 따른 연금으로 구분된다.

① 장애연금법에 따른 장애연금

"장애인연금"이란 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득과 장애로 인하여 추가로 드는 비용을 보전하기 위하여 중증장애인에게 매월 일정액의 연금을 지급하는 사회보장제도이며, 지급대상자는 아래와 같다.

〈표 3-59〉 장애연금법 기반 장애인 연금 지급대상자 : 한국

구분	내용
연령	신청월 현재 만 18세 이상인 사람 (다만, 만 18~20세로서 「초·중등교육법」에 따른 학교에 재학 중인 사람은 제외)
등록된 중증장애인	신청일 기준 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애의 정도가 심한 장애인

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 장애인연금(장애수당, 장애아동수당) 사업안내(지침). p201.

지급액의 경우 크게 기초급여와 부가급여로 구분할 수 있다. 기초급여는 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전해 주기 위해 만 18세에서 만 65세가 되는

전달까지 지급하는 급여를 말한다(「장애인연금법」 제5조제1호 및 「2021년 장애인연금 사업안내」 p.17). 2018년의 기초급여액은 25만원이며, 2019년의 「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호에 따른 생계급여 수급자 및 같은 항 제3호에 따른 의료급여 수급자에 대한 기초급여액, 2020년의「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호부터 제4호까지에 따른 생계급여 수급자, 주거급여 수급자, 의료급여 수급자 및 교육급여 수급자와 같은 법 제2조제10호에 따른 차상위계층에 대한 기초급여액, 2021년의 기초급여액은 각 30만원이다(규제「장애인연금법」 제6조제1항). 기초급여액의 적용기간은 해당 조정연도의 1월부터 12월까지를 기준으로 합니다(규제「장애인연금법」 제6조제6항).

부가급여(만 18세 이상)는 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전해 주기 위해 만 18세 이상 장애인연금 수급자 중 국민기초생활보장 수급자와 차상위계층 및 차상위초과자에게 지급하는 급여이다(「장애인연금법」 제5조제2호 및 「2021년 장애인연금 사업안내」 p.22). 구체적인 지급액은 아래와 같다.

〈표 3-60〉 장애연금법 기반 장애인연금 부가급여액(2019.4~2021.12기준) : 한국

구분	65세 미만	65세 이상
기초생활보장수급자 (일반재가/생계, 의료수급)	8만원	38만원
보장시설수급자 (일반/생계, 의료수급)	-	-
보장시설수급자 (급여특례/생계, 의료수급)	-	7만원
차상위계층 (일반/ 주거, 교육수급) ※ 생계·의료급여 수급자 제외	7만원	7만원
차상위계층 (급여특례/ 주거, 교육수급) ※ 생계·의료급여 수급자 제외	-	14만원
차상위초과(일반)	2만원	4만원

*출처 : 찾기쉬운법령정보 홈페이지 발췌
(https://easylaw.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=916&ccfNo=2&cciNo=2&cnpClsNo=1&search_put=)

② 국민연금법에 따른 장애연금

「국민연금법」에 따른 장애연금은 국민연금 가입자가 장애를 경험하는 경우에 받는 사회보

험방식의 공적연금(기여식 연금)이지만, 장애인연금은 본인의 기여 없이 지원받는 일종의 무기여식 연금이다. 국민연금 가입자 또는 가입자였던 사람이 질병이나 부상으로 신체상 또는 정신상의 장애가 있고 다음의 요건을 모두 충족하는 경우에 장애 정도를 결정하는 기준이 되는 날(이하 "장애결정 기준일"이라 함)부터 그 장애가 계속되는 기간 동안 장애정도에 따라 장애연금을 지급받을 수 있다(「국민연금법」 제49조제2호 및 제67조제1항). 장애연금은 수급권자의 청구에 따라 공단에서 지급한다(「국민연금법」 제50조).

〈표 3-61〉 국민연금법 기반 장애인연금 지급대상자 : 한국

구분	내용
연령	■ 해당 질병 또는 부상의 초진일 당시 연령이 18세(다만, 18세 전에 가입한 경우에는 가입자가 된 날을 말함) 이상이고 노령연금의 지급 연령 미만일 것
국민연금 가입기간	■ 다음 중 어느 하나에 해당할 것 1) 해당 질병 또는 부상의 초진일 당시 연금보험료를 낸 기간이 가입대상기간의 3분의 1 이상 2) 해당 질병 또는 부상의 초진일 5년 전부터 초진일까지의 기간 중 연금보험료를 낸 기간이 3년 이상 (다만, 가입대상기간 중 체납기간이 3년 이상인 경우는 제외) 3) 해당 질병 또는 부상의 초진일 당시 가입기간이 10년 이상

*출처 : 찾기쉬운법령정보 홈페이지 발췌
(https://easylaw.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=916&ccfNo=2&cciNo=2&cnpClsNo=2&search_put=)

(2) 장애수당

장애수당은 장애인의 장애정도와 경제적 수준을 고려하여 장애로 인한 추가적 비용을 보전하게 하기 위해 국가와 지방자치단체가 지급하는 것을 말하며, 지급대상자는 다음과 같다.

〈표 3-62〉 장애수당 지급대상자 : 한국

구분	내용	비 고
연령	신청월 현재 만 18세 이상인 사람	만 18~20세로서 규제「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교에 재학(휴학 및 의무교육대상자 중 유예자도 포함)중인 사람은 제외
등록장애인	신청일 현재 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인	재외동포(재외국민 포함) 및 외국인은 제외하나 난민은 지원
장애정도	「장애인연금법」상 중증장애인에 해당하지 않는 자	종전 3~6급 (「장애인연금법」제2조제1호 참고)

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 장애인연금(장애수당, 장애아동수당) 사업안내(지침). p195-207.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

대상자 선정기준은 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층으로서 아래 기준에 해당해야 한다.

〈표 3-63〉 장애수당 대상자 선정기준 : 한국

구분	내용
가구의 범위	■ 국민기초생활보장제도의 가구 범위 동일 적용 ■ 「가정 해체 방지를 위한 별도 가구 특례」 적용 가능
소득인정액	■ 소득인정액 산정방식은 국민기초생활보장제도의 방식 적용 ■ 소득의 범위: 고용노동부 구직촉진수당, 사적이전소득, 보장기관 확인소득 (부양비는 미적용) ■ 「수급자의 재산범위 특례」등도 적용
차상위계층 선정기준	■ 소득인정액≦기준중위소득의 50%

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 장애인연금(장애수당, 장애아동수당) 사업안내(지침). p201.

장애수당은 생계, 의료, 주거, 교육, 차상위, 시설 수당으로 구분되며, 지급액의 경우 월 2~4만원 정도이다.

〈표 3-64〉 장애수당 지급액 : 한국

구분	대상자	지급액
장애수당 (생계, 의료)	국민기초생활보장 생계 또는 의료급여 수급자(재가)	월4만원
장애수당 (주거, 교육, 차상위)	국민기초생활보장 주거 또는 교육급여 수급자(생계, 의료급여 미수급자) 및 차상위계층	월4만원
장애수당 (시설)	보장시설 수급자(생계 또는 의료급여) ※ 보장시설 퇴소시 재가 장애수당 지급	월2만원

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 장애인연금(장애수당, 장애아동수당) 사업안내(지침). p201.

3) 국민기초생활보장사업 (보건복지부, 2021c)

기초생활보장제도는 생활이 어려운 사람에게 필요한 급여를 실시해 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕고자 실시하는 제도로(「국민기초생활 보장법」 제1조 참조). 수급자가 자신의 생활의 유지·향상을 위하여 그의 소득, 재산, 근로능력 등을 활용하여 최대한 노력하는 것을 전제로 이를 보충·발전시키는 것을 기본원칙으로 한다(「국민기초생활 보장법」 제3조제1항). 부양의무자의 부양과 다른 법령에 따른 보호는 「국민기초생활 보장법」에 따른 급여에

우선한다. 다만, 다른 법령에 따른 보호의 수준이 「국민기초생활 보장법」에서 정하는 수준에 이르지 않은 경우에는 나머지 부분에 관하여 「국민기초생활 보장법」에 따른 급여를 받을 권리를 잃지 않는다(「국민기초생활 보장법」 제3조제2항). 기초생활보장 급여는 건강하고 문화적인 최저생활을 유지할 수 있는 것이어야 하며, 「국민기초생활 보장법」에 따른 급여의 기준은 수급자의 연령, 가구 규모, 거주지역, 그 밖의 생활여건 등을 고려하여 급여의 종류별로 보건복지부장관이 정하거나 급여를 지급하는 중앙행정기관의 장이 보건복지부장관과 협의하여 정한다(「국민기초생활 보장법」 제4조제1항 및 제2항).

정신장애인의 경우 절대적인 수는 적지만 타장애에 비하여 상대적으로 많은 수가 수급가구에 해당하는 상황이다. 한국장애인개발원에서 시행한 장애인삶패널조사에 따르면 2019년을 기준 정신장애인의 경우 수급자의 비율이 45%에 해당하는 것을 살펴볼 수 있다. 즉, 정신장애가 장애유형 중 가장 열악한 생활여건을 갖고 있음을 의미한다(중앙정신건강사업지원단, 2017). 지역사회통합에 있어서 필요한 재정적 자원으로 상당수의 정신장애인이 기초생활보장사업에 의존할 수밖에 없음을 시사한다.

〈표 3-65〉 장애유형별 국민기초생활보장 수급 현황 (2019년): 한국

	추정수(명)	비율	
		예(%)	아니오(%)
지체	49,532	13.9	86.1
뇌병변	42,177	18.1	81.9
시각	21,557	17.2	82.8
청각/언어	73,818	12.7	87.3
지적/자폐성	23,852	18.1	81.9
정신	8,894	45.3	54.7
내부/안면	31,447	24.0	76.0
소계	251,277	17.3	82.7

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 국민기초생활보장사업안내.

기초생활보장 급여의 종류는 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여 및 자활급여가 있다(「국민기초생활 보장법」 제7조제1항). 2021년도 기준 급여종류별 최저보장 수준 및 선정기준은 다음과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-66〉 2021년도 급여종류별 수급자 최저보장수준 및 선정기준 : 한국

(단위 : 원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
기준 중위소득	1,826,831	3,088,079	3,983,950	4,876,290	5,757,373	6,628,603
생계급여수급자 (기준중위소득 30%)	548,349	926,424	1,195,185	1,462,887	1,727,212	1,988,581
의료급여수급자 (기준중위소득 40%)	731,132	1,235,2321	1,593,580	1,950,516 2	2,302,949	2,651,441 2
주거급여수급자 (기준중위소득 45%)	731,132	1,389,636	1,792,778	2,194,331	2,590,818	2,982,871
교육급여수급자 (기준중위소득 50%)	913,916	1,544,040	1,991,975	5 2,438,145	2,878,687	3,314,302

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 국민기초생활보장사업안내.

급여를 지급하는 국가 또는 지방자치단체(이하 “보장기관”이라 함)는 급여를 금전으로 지급할 때에는 수급자의 신청에 따라 수급자 명의의 지정된 계좌(이하 “급여수급계좌”라 함)로 입금해야 한다(「국민기초생활 보장법」 제27조의2제1항 본문).

보장시설수급자의 경우 월급여 기준이 다르게 책정되어 있다. 지급기준은 시설 규모에 따라 다르며 대체로 약 20만원 수준이다.

〈표 3-67〉 보장시설수급자 월평균 급여액 : 한국

지급 기준 구분	월평균 급여액
전체평균	256,267원
30인 미만 시설	268,052원
30인 이상 ~ 100인 미만 시설	243,338원
100인 이상 ~ 300인 미만 시설	233,953원
300인 이상 시설	233,935원

*출처 : 보건복지부. (2021). 2021년 국민기초생활보장사업안내.

제4절 회복지원서비스 인프라 현황(보건, 의료, 복지, 재활 등)

1. 국내 정신건강증진시설 인프라 및 재원 현황

2019년 국내 정신건강증진시설은 총 742개소로 정신건강복지센터는 광역 16개소, 기초 241개소, 기본 2개소가 있다. 전국에 중독관리통합지원센터는 49개소, 자살예방센터는 7개소, 정신재활시설은 입소시설 237개소, 이용시설 131개소가 있으며, 정신요양시설은 59개소가 존재한다. 지역별로 살펴보면 전체 정신건강증진시설 수는 서울 146개소, 경기 110개소, 경북 55개소 순으로 많았고, 반면, 세종 4개소, 울산 11개소, 제주 12개소 순으로 시설이 적었다. 이를 통해 국내 정신건강증진시설 인프라의 지역별 편차가 상담함을 확인하였다.

〈표 3-68〉 국내 지역사회 정신건강증진시설 현황 (2019) : 한국

(단위 : 개소)

구분	정신건강복지센터			중독관리 통합지원 센터	자살예 방센터	정신재활시설		정신요양시설	계
	광역	기초	기본			입소시설	이용시설		
전국	16	241	2	49	7	237	131	59	742
서울	1	25	-	3	2	70	42	3	146
부산	1	16	-	3	-	8	12	3	43
대구	1	8	-	2	-	6	9	3	29
인천	1	10	-	5	1	7	5	2	31
광주	1	5	-	5	-	5	7	4	27
대전	1	5	-	3	-	23	7	4	43
울산	1	5	-	2	-	-	2	1	11
경기	1	37	-	7	3	43	13	6	110
강원	1	18	-	3	-	3	1	-	26
충북	1	14	-	1	-	7	4	4	31
충남	1	16	-	2	1	22	2	10	54
전북	1	14	-	2	-	18	11	4	50
전남	1	21	1	2	-	3	1	4	33
경북	1	24	1	2	-	16	6	5	55
경남	1	20	-	5	-	2	4	4	36
제주	1	2	-	2	-	1	5	1	12
세종	-	-	-	-	-	3	-	1	4

출처: 국립정신건강센터(2019). 2019 국가정신건강현황

국가인권위원회
humanrights.go.kr

지역별 편차는 입원환자의 재원기간에서도 이어진다. 정신의료기관 입원환자의 재원기간을 살펴보면 전국적으로 1개월 미만이 51,427명으로 가장 많고, 1~3개월이 30,207명, 3~6개월이 15,111명 순으로 재원기간이 길었다. 지역별로 살펴보았을 때, 세종(165일), 경북(48일), 경남(42일) 순으로 재원기간이 길었다. 세종시의 경우 중앙값인 31일보다 약 5배가량 긴 재원기간을 나타냈는데, 국내 정신건강증진시설 인프라 현황 결과와 종합하여 살펴보았을 때 세종시의 지역사회인프라 부족이 재원기간에 영향을 미쳤을 것으로 보여진다.

〈표 3-69〉 시도별 정신의료기관 입원환자 재원기간 현황 : 한국

(단위: 명,일)

	1개월 미만	1~3개월	3~6개월	6개월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상	전체	중앙값 (일)
전국	51,427	30,207	15,111	9,278	8,369	1,923	911	228	95,944	31
서울	8,654	4,077	1,302	600	366	48	17	0	13,344	23
부산	3,792	1,903	1,030	543	394	218	73	36	6,739	28
대구	4,357	2,182	1,165	663	575	136	64	9	7,366	24
인천	3,579	2,286	1,092	616	451	80	17	-	6,768	31
광주	2,255	1,328	586	341	314	44	9	0	3,966	28
대전	1,270	599	297	162	176	30	4	-	2,205	28
울산	1,263	641	296	199	123	40	42	0	2,207	26
경기	11,699	7,225	3,576	2,077	1,777	346	129	21	22,812	32
강원	1,691	1,150	625	372	325	42	23	4	3,399	36
충북	2,009	1,195	675	459	483	76	34	5	3,981	36
충남	1,863	1,138	546	386	466	89	57	6	3,889	35
전북	1,992	1,242	694	416	338	86	42	5	4,056	36
전남	2,281	1,466	787	561	735	150	28	5	5,012	39
경북	2,536	1,753	1,069	811	865	209	141	31	5,888	48
경남	3,683	2,347	1,320	994	929	318	230	103	8,133	42
제주	562	332	151	69	34	-	-	0	951	29
세종	18	8	13	20	18	9	0	0	69	165

* 출처: 국립정신건강센터. (2019). 2019 국가정신건강현황

2. 정신건강복지기본 5개년 계획(2021-2025) (보건복지부, 2021a)

1) 추진배경 및 경과

보건복지부는 '정신건강문제로 인한 사회경제적 부담 증가', '정신건강 분야 조기 개입의 높은 효과성', '코로나-19 재유행 등 미래사회를 대비한 장기 대응 전략 필요' 등의 이유를 제시하며 정신건강복지기본계획(2021-2025) 수립을 추진하였다. 2020년 10월 14일 '정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 추진단' 첫 기획(kick-off) 회의가 개최되었고(보건복지부, 2020a), 추진단은 보건복지부 제2차관을 단장으로 하여, 정신건강복지기본계획을 총 5개 분과로 구분하였고, 각각의 분과는 ① 서비스 기반 구축, ② 코로나 우울 대비 정신건강 증진, ③ 정신질환자 사회 통합, ④ 중독 예방, ⑤ 자살 예방으로 구성된다.

정신건강복지기본계획 중 정신장애인과 관련된 추진배경을 살펴보면 '정신질환자의 치료와 보호에 대한 국가적 책임 요구 증가'를 언급하고 있다. 정신의료기관 내 코로나19 집단감염 발생을 계기로 그간 정책 사각지대였던 정신질환자의 열악한 치료환경에 대한 문제의식 고조를 배경으로 언급하며, 동시에 최근 정신질환자의 잇따른 강력범죄와 이로 인한 사회불안 고조로 인해 국민 안전과 사회통합 측면에서 정신질환자 보호 필요성이 고조됨을 강조하였다. 이와 동시에 최근 개정된 정신건강복지법에 따라 정신질환자의 치료·재활뿐 아니라 주거·고용 등 지역사회 통합을 위한 각종 정책 개발이 필요함을 언급하였다. 정신건강복지기본계획의 추진전략은 총 6개이며, 이 중 정신장애인과 관련된 추진전략으로는 '정신의료 서비스/인프라 선진화', '정신질환자의 지역사회 통합' 전략이 있다.

2) 정신장애인 관련 추진전략 - 1. 정신의료 서비스/인프라 선진화

① 정신질환 조기인지 및 개입 강화

특정 가능한 고위험군 관리로 조기 인지율 제고하는 것이 세부 추진과제 중에 있으며, 여기에는 조현병 초발 청년층도 포함되어 있다. 보다 구체적으로 초기 정신질환 발견·지원을 위해 정신건강복지센터에 청년특화 마음건강 서비스 도입('21) 및 청년조기중재 서비스 확대(~`22)를 성과지표로 제시하고 있다. 또한 청년층 대상 상담서비스 제공을 위해 지역사회 서비스 투자사업 내 청년 정신건강 바우처 사업 신설('21)을 추진 중이다.

또한 정신질환 의심자에 대한 정신건강의학과 진료로의 적극 연계를 목표로 설정하였으며, 이를 위해 의뢰 이후 실질적인 치료연계를 위한 정신건강의학과 문턱 낮추기 자문단

운영('21)을 명시하였다. 또한 정신질환자 가족과 회복 당사자 네트워크를 구성하고 고위험군, 초발 환자·가족과 소통하는 프로그램 개발 운영('21~), '마음 건강의원 시범사업('21)' 실시 이후 시범사업 확대 방안 마련('23) 등을 구체적인 전략으로 설정하였다.

② 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축

자·타해 위험 등 정신 응급상황에서 외상 등 신체질환이 동반된 경우 적절한 치료병원을 찾지 못해 이송이 지연되는 상황이 발생하기 때문에 지역 기반 응급 대응체계를 구축을 제시하였다.

세부 추진과제로는 (현장대응) 시·군·구 유관 기관 협력을 통한 신속한 대응체계 구축이 있으며, 신속한 현장 대응을 위해 도입한 응급개입팀('20~)의 운영 결과를 평가하고 개선방안 마련('21), 현장 출동시 신속한 조치를 위한 "응급 사례 판단 기준", "정신 응급 가이드라인"을 개발하고('21), 교육·훈련 프로그램 지원('23), 원활한 지역 단위 협력을 위해 응급 정신질환자 발생시 경찰, 소방의 참여와 역할을 명문화하는 정신건강복지법 개정('22) 등을 구체적인 성과지표로 설정하였다.

두 번째 추진과제로는 (이송) 정신의료기관 통합정보시스템 구축으로 응급이송체계 확립이 있으며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 전국 정신의료기관의 정신응급진료 가능 정보, 입원 및 전원 현황, 정신응급 대응정보 등을 파악할 수 있는 정보시스템 구축 추진('22), 민간 이송업체가 정신질환자를 이송할 경우 적법한 이송을 위한 관리체계 마련('22~).

세 번째 추진과제로는 (치료) 정신 응급환자 적시 치료 인프라 구축이 있으며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 정신 응급상황 상시 대응을 위한 권역 정신응급의료센터 지정('21~), 지역 정신응급의료기관 확보를 위해 정신응급의료기관 지정 수가 시범사업 제도화 추진, 권역 정신응급의료센터 및 지역 정신응급의료기관의 기관별 특성에 맞는 정신응급환자 진료지침 제정('22).

③ 치료친화적 환경 조성

정신의료기관의 폐쇄적인 다인실(8-10인실), 공동 화장실 사용, 의료인력 부족 등은 집단 감염에 취약할 뿐 아니라 정신질환 치료에 한계가 있다. 또한 환자의 중증도를 고려한 치료병동보다는 집단 격리 형태로 운영되면서 초발 환자의 회복 가능성을 낮추면서 중증화·만성화를 초래하기 때문에 치료친화적 환경 조성을 주요 목표로 설정하였다.

첫 번째 세부추진과제는 '정신의료기관 감염병 대비 대응 시스템 구축'이며, 주요 성과지표는 다음과 같다: 폐쇄병동 밀집도를 낮추기 위해 입원실 당 병상 수, 병상 간 이격거리 등 정신의료기관 시설기준 강화('21.3.5. 시행), 범유행 감염병 대응을 위하여 6개 권역별로

정신의료기관의 격리병상 확충을 지속 지원(‘21～‘25, 누적 600개 격리병상 확보), 정신질환의 특수성을 고려하여 집단감염 발생시 국립정신병원 중심의 대응체계 확립.

두 번째 세부과제는 ‘치료 친화적 환경요건 수립 및 조성’이며 주요 성과지표는 다음과 같다: 환자의 진단·치료 경과와 통원 가능성, 입원 필요성, 개방/폐쇄병동 입원 요구도 등을 고려하여 정신질환자 중증도 분류기준 마련(’21), 정신병동을 정신질환자 중증도 분류기준에 따라 급성기 병동, 회복기 병동, 만성 재활병동 등으로 구분하여 병동별 운영 지침 마련(‘22), 입원실 시설기준 강화, 정신질환자 중증도 분류기준에 따른 의료자원 배분 등을 고려하여 의료급여 수가 개선 추진(‘23～), 정신의료기관 폐쇄병동 입원실의 정확한 실태 파악 및 환경 개선을 위한 체계적인 전수 실태조사 실시(‘21～’22).

세 번째 세부과제는 ‘환자와 의료진이 안전한 병원’이며 주요 성과지표는 다음과 같다: 모든 정신의료기관에 비상문 또는 비상 대피공간, 비상 경보장치 설치, 병원급 의료기관(100병상 이상)은 보안 전담인력 배치(‘21), ICT 기반 디지털 기술 도입으로 정신의료기관 안전 시스템 구축, 진료 불만, 퇴원 거부 등 악성 민원 환자로 인한 진료 방해 실태를 조사하고 제도적 대응 방안 마련(‘22-‘23).

네 번째 세부과제는 ‘정신의료기관에 대한 선진화된 관리체계 마련’이며 주요 성과지표는 다음과 같음. 정신의료기관 평가를 의료법상 의료기관 인증 수준으로 강화, 의료법 제60조 등을 근거로 지역별 정신질환자 입원 수요에 맞게 적정 병상이 공급될 수 있도록 정신병상 관리체계 마련(’21).

④ 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고

퇴원 이후 치료중단, 사회적 고립 등으로 인한 증상 악화는 자·타해 위험 발생뿐만 아니라 치료 예후에도 악영향을 미치기 때문에 ‘집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고’를 목표로 설정하였다.

세부 추진과제 첫 번째는 ‘초발 및 급성기 환자의 집중 지원으로 완치 회복률 제고’이며 구체적인 성과목표는 다음과 같다: 첫 진단시 환자와 가족 대상으로 질환 정보와 치료 방법에 대한 교육 실시, 지속적 약 복용과 치료 순응도 강조, 정신의료기관 내 급성기 증상 조절에 필요한 집중 치료병상을 지속 확보할 수 있도록 수가 보상체계를 마련, 환자의 지속 치료 동기 부여를 위해 치료비 본인부담 경감(’21～).

두 번째 세부 추진과제는 ‘병원 기반의 사례관리 제도를 통한 지속 지원’이며 구체적인 성과목표는 다음과 같다: 퇴원 전 환자 및 가족 교육을 실시하고 병원 기반 지속적·포괄적 서비스 제공을 위한 사례관리 계획 수립 지원, 퇴원 후에는 전문의 등 다학제 사례관리팀을

통한 방문 관리와 전화상담 등을 지원하여 집중사례관리 제공, 정신의료기관 입원을 하지 않고도 통원 치료와 재활서비스를 받을 수 있는 낮 병원 프로그램 활성화 지원.

세 번째 세부 추진과제는 '지역사회 사례 관리 프로그램과 기능 분담 및 연계 강화'이며 구체적인 성과목표는 다음과 같다: 환자 중증도 분류 등을 바탕으로 지역적 특성에 맞게 병원 기반과 지역사회 기반 사례관리 사업의 대상자와 프로그램을 특화, 지역단위 사례관리 네트워크를 구성하여 적극적 협력체계 구축, 수요자 입장에서 지속적이고 일관성 있는 사회복귀 훈련이 되도록 낮 병원과 정신 재활시설의 재활프로그램을 연계 개발.

3) 정신장애인 관련 추진전략 - 2. 정신질환자의 지역사회 통합

① 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선

사회적응 훈련을 위한 정신 재활시설이 양적으로 부족하고 특정 지역에 편중되어 충분한 서비스 제공에 미흡하다. 반면, 입원실 시설기준 개선 등에 따라 정신의료기관 정원 감축은 향후 지역사회 내 정신 재활시설에 대한 수요를 크게 증가시킬 것으로 전망하며, 이를 위해 '지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선'을 목표로 설정하였다.

첫 번째 세부 추진과제는 '재활 지원을 필요로 하는 미등록자 지원시스템 구축'이며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 재활 지원 필요도를 측정하는 평가 기준을 마련하고, 정신의료기관에서 정신건강복지센터로 평가 결과를 제공하는 방안 검토, 정신건강복지센터 등록을 통해 정신건강 서비스 지원이 필요하나, 본인이 서비스 이용을 거부하는 경우에 대한 제도개선 추진(`23).

두 번째 세부 추진과제는 '재활서비스 전달체계 개선'이며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 정신질환자의 중증도·수요를 기반으로 정신 재활시설의 유형·기준을 표준화하고, 자립체험주택 등 신규 유형도 도입('22), 정신건강복지센터와 정신재활시설간 정책 대상, 서비스 등 역할 분담을 명확히 하고, 지역 내 환자 지원을 위한 정보연계 체계 마련.

세 번째 세부 추진과제는 '지역사회 내 정신재활시설 적극적 확충'이며 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 지역별 정신질환자 분포 등을 고려하여 수요-공급 현황을 분석하고, 정신재활시설 유형별 연차별 확충 계획 수립('21), 정신재활시설의 원활한 확충을 위한 국가·지자체 협력 강화 등 다각적 노력을 병행 추진('22), 충분한 재활시설 확충 전까지 지역사회 공공 인프라/프로그램 및 정신의료기관의 낮병동 등 재활프로그램 활성화('21~).

② 지역사회 내 자립 지원

정신병원 입원환자들이 퇴원하지 않는 가장 큰 이유는 퇴원 후 거주공간이 없고 독립생활이

불가하기 때문이며, 정신질환자는 소득보장, 의료, 돌봄 등 다른 복지서비스에서도 다른 장애인에 비해 배제되는 경우가 다수이기 때문에 '지역사회 내 자립지원'을 목표로 설정하였다.

첫 번째 세부 추진과제는 '지역사회 내 안정적 주거지원'이며 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 독립생활이 곤란한 고령의 만성 정신질환자를 중심으로 정신요양시설 입소를 우선 지원하고('21), 비의료적 장기입원·입소자에 대한 실태조사를 실시하고('22), 지자체와 협력하여 시·도 단위로 연차별 거주공간 확충계획 수립('23), 정신질환자로 등록된 정신 장애인에 대해 장애인복지시설 기반의 주거 편의, 상담 등을 제한하는 장애인복지법 개정 검토('22).

두 번째 세부 추진과제는 '지역사회 내 맞춤형 고용지원'이며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 회복한 정신질환자를 대상으로 정신건강복지센터, 정신재활시설 등을 활용한 일자리 제공('21~), 정신질환자의 고용창출 및 직업재활 지원을 위해 직업재활시설 유형 세분화 등 정신건강복지법 시행규칙 개정 추진('22), 중앙정부와 지자체 재정지원 일자리 사업 중 정신장애인 참여 현황을 정기적 조사('22), 사회적 농업 등 정신질환의 증상 완화 및 치료에 도움이 되는 재활과 고용 결합형 일자리 모델 지속 발굴.

세 번째 세부 추진과제는 '지역사회 정착을 돕는 다양한 복지서비스 개발 및 도입 추진'이며 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 정신질환자와 가족을 대상으로 고용, 주거, 돌봄, 교육 등 다양한 복지 수요에 대한 정례적 실태조사 추진, 정신질환자에 대한 지역사회 통합돌봄 선도사업을 복지 수요 대응에 집중하고, 정신질환자 지원을 단계적으로 확대('21~), 장애인 활동 지원 서비스 등 정신장애인의 돌봄 서비스의 이용이 낮은 원인을 분석하고 활성화 방안 강구('21), 정신장애인에 대한 특화된 복지서비스 제공을 위한 정신장애인복지서비스 모형 개발('22) 및 시범사업 추진('23~'25).

네 번째 세부 추진과제는 '사각지대 정신질환자의 자립 지원'이며 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 자력으로 후견인 선임이 어려운 정신질환자에 대한 공공후견인을 선임할 수 있는 법률상 근거 마련('22), 폐쇄병동과 정신요양시설에 장기입원 중인 무연고 정신질환자의 실태조사를 실시하고('22), 관할 정신건강복지센터 등록지원('23~), 가정 폭력 피해자, 위기가정으로 가족 및 친인척의 도움을 받을 수 없는 정신질환자의 공공 지원 프로그램 개발('22).

③ 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화

정신질환에 대한 국민인식은 정체하거나 오히려 악화되는 상황이며, 최근 언론과 미디어를 통해 보도된 정신질환자 관련 범죄는 정신질환자를 사회로부터 배제하는 차별과 편견을 강화할 우려가 있기 때문에 '정신질환자 권익 신장 및 인권 강화'를 주요 목표로 설정하였다.

첫 번째 세부 추진과제는 '정신질환에 대한 잘못된 인식이나 편견 해소'이며, 구체적인

성과지표는 다음과 같다: '(가칭) 정신질환 인식개선주간'을 활용하여 일반 국민, 환자와 가족, 전문가들이 참여하는 각종 캠페인·행사 집중 운영('21~), 정신질환에 대한 잘못된 인식·편견이 확산되지 않도록 인식개선 홍보, 언론 등에의 협조 요청 근거 등 정신건강복지법 개정('22).

두 번째 세부 추진과제는 '정신질환자에 대한 불합리한 차별제도 단계적 철폐'이며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 정신질환자의 고용, 교육·훈련, 각종 서비스 이용 등에 차별이 없도록 법령·제도 등에 대한 실태조사를 시행하고 개선방안 마련('22), 민간분야에서 정신질환자에 대한 불합리한 차별 현황에 대해서도 모니터링 시스템을 구축하고, 차별 해소를 적극 권고('23).

세 번째 세부 추진과제는 '정신질환자의 권익 보호를 위한 자기결정권 강화 지원'이며, 구체적인 성과지표는 다음과 같다: 정신질환자의 인권을 보호하고 사회적 차별을 해소하기 위한 정신질환자 권익옹호기관 육성 추진, 정신질환자 지원을 위해 회복된 정신질환자·당사자 가족을 동료 ·가족 지원가로 양성하고 정신질환자 권익옹호 활동에의 참여 보장, 당사자 단체가 직접 기획·운영하는 수요자 관점의 경험 공유 플랫폼 프로그램을 적극 발굴·지원 추진('22), 정신질환자 인권보호를 위한 입원적합성심사제도 개선 추진.

〈표 3-70〉 정신건강복지기본 5개년 계획(2021-2025) 정신장애인 관련 추진 전략 및 주요 성과지표 : 한국

추진전략	지표명	성과지표	
		'20년	'25년
정신의료 서비스/ 인프라 선진화	검진기관 우울증 위험자 전문기관 2차검진 수검률	측정체계 개발('21)	전년 대비 10% 개선
	정신응급대응시간	측정체계 개발('21)	전년 대비 10% 개선
	정신의료기관 병실당 최대 병상 수	10개	6개('23)
	중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문율	65.7%('19)	75%
	정신분야 응급의료기관 수	0개(13개)	64개
	정신의료기관 연간 재원기간(중간값)	31일('19)	20일
지역사회 통합	지역사회 정신건강증진사업 등록·이용·입소자수	87,075명	118,800명
	지역사회 통합돌봄 참여 지자체	1개	8개('21)
	비자의 입원율	32.1%('19)	25%
	절차보조 사업 도입 광역 지자체	3개	17개

정신건강복지기본 5개년 계획 중 정신장애인 관련 추진전략은 2개이지만 이 중 '정신의료 서비스/인프라 선진화'는 치료서비스와 관련되어 있기 때문에 지역사회 통합증진과는 다소 거리가 있다. '지역사회통합' 추진 전략은 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선, 지역사회 내 자립 지원, 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화 등과 관련하여 구체적이고 의미 있는 내용들이 포함되어 있다. 하지만 이를 지역사회에서 구현하기 위해서는 보다 해외의 다양한 사례를 살펴보는 것이 필요하며, 단순한 해외사례연구를 넘어 우리나라가 직면하고 있는 현안과 과제 중심으로 해외사례연구가 필요하며, 이를 국내의 상황과 여건에 맞는 한국형 정책 개발이 요구된다.

3. 정신장애인자립생활센터 등 당사자 단체, 권익옹호 제도

1) 당사자 단체 : 한국정신장애인자립생활센터, 송파정신장애동료지원센터, 파도손

2000년대 UN장애인권리협약 비준, 정신건강 영역 내에 회복패러다임의 흐름에 따라 당사자 단체가 조직되기 시작하였다. 초반에 정신재활시설의 지원 하에 혹은 동료지원사업 등의 적은 규모에서 시작하였지만, 2010년 이후 당사자 단체로 발족하여 당사자의 권익옹호 및 사회통합을 위한 다양한 사업들을 진행하고 있다. 다양한 단체 중 본 장에서는 한국정신장애인자립생활센터, 송파정신장애동료지원센터, 파도손을 소개하고자 한다.

① 한국정신장애인자립생활센터

한국정신장애인자립생활센터는 2012년 12월에 설립된 당사자 단체 조직이다. '당사자를 배려하는 따뜻한 사회환경, 지역사회와 정신장애인이 함께하는 삶'을 비전으로 하여 '동료의 의견 존중, 당사자의 역량강화 및 지지도모, 지역사회 내에 정신장애인과 함께하는 공감대 형성'을 미션으로 삼고 있다. 이에 근거하여 권익옹호, 당사자조직, 동료상담, 정보제공, 자립생활기술훈련에 대한 사업을 진행하고 있으며, 구체적인 사업내용은 〈표 3-71〉과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-71〉 한국정신장애인자립생활센터 사업 및 내용 : 한국

사업	내용
권익옹호	사회적 인식개선, 법제도모니터링, 미디어비평, 당사자 권익옹호 토론회, 정신장애인 차별사례 알리기 운동
당사자조직	니나내나밴드, 우당당합창단, 당사자연구, 천둥과 번개 문학회
동료상담	동료상담(동행)
정보제공	센터 홈페이지 및 SNS를 통한 당사자 주도 정보제공
자립생활기술훈련	회복을 포함한 삶의 주체가 자신임을 당사자가 재인식할 수 있는 프로그램, 삶의 재구성 계기를 지원하는 프로그램, 동료들 간 경험과 노하우를 공유할 수 있는 프로그램 지원

*출처 : 한국정신장애인자립생활센터 홈페이지에서 발췌(http://www.kmdpcil.com/)

한국정신장애인자립생활센터에서는 (구)정신보건법 개정안에 대한 의견 제출과 같이 법적인 차원에서 정신장애인이 제대로 된 권익을 보장받을 수 있도록 활동하고 있으며, 정신장애인 고용 활성화를 위한 고용주 간담회 개최, 정신장애인 사회복지사 결격사유 개정을 위한 국회 토론회 등 정신장애인이 지역사회통합 과정에서 발생하는 차별적 지점들을 지적하고 있다.

② 송파정신장애동료지원센터

송파정신장애동료지원센터는 2018년 정신장애동료지원공동체에서 출발하여, 2020년 7월에 공식적인 개소를 하였다. '치료가 아닌 자유'라는 미션 하에 '역량강화를 위한 당사자 중심 지원, 사회참여를 위한 정신장애당사자운동, 자립생활을 위한 자기결정권'이라는 비전을 갖고 있다. '정신장애인 당사자의 자기표현 및 자기결정 독려, 당사자가 편안한 커뮤니티 공간 구성, 자기주도적 역량강화 지원, 개인의 상황과 맥락에 따른 맞춤형지원방안 모색'의 방침으로 운영되고 있다. 구체적으로 개인별 자립지원, 동료지원가 양성 및 동료상담, 권익옹호지원, 지역사회조직화 사업을 시행하고 있다.

〈표 3-72〉 송파정신장애동료지원센터 사업 및 내용 : 한국

사업	내용
개인별자립지원	정신질환 및 정신장애 당사자의 개인별 욕구를 바탕으로 자립생활계획 수립 및 실현을 통해 지역사회 속 당사자의 맞춤형 자립생활 환경을 지원 및 조성 : 개별자립생활지원서비스, 자립생활소모임, 자립생활 기술훈련 프로그램
동료지원가 양성 및 동료상담	동료활동가 양성교육, 동료상담제공, 동료상담 활동 평가회의, 동료상담가 소진예방 자조모임
권익옹호지원	인식개선행사, 찾아가는 인식개선, 인식개선 서포터즈, 권익옹호 평가회
지역사회조직화	사업지역 내(송파구, 서초구, 강남구, 강동구, 중랑구) 정신장애인 유관기관 및 단체와의지속적인 네트워크

*출처 : 송파정신장애동료지원센터 홈페이지에서 발췌(http://peersupported.or.kr/default/)

③ 파도손

파도손은 2009년 온라인 정신장애인당사자카페 모임에서 시작되었다. 소규모의 모임이었지만 당사자 의식화 운동, 당사자 지지치유 프로젝트 개발 운영, 정신보건법 폐지를 위한 헌법호소원 청구 발표회 등 정신장애인의 권익증진을 위한 활동에 참여하였으며, 2013년경에는 문화예술협동조합 파도손(준)의 명칭으로 출범하였다가, 2016년 정신장애와 인권 파도손으로 명칭을 변경, 2018년에는 서울시의 허가를 받아 '(사)정신장애와 인권 파도손'이라는 이름으로 활동을 지속하고 있다.

파도손 운영의 목적과 사명은 정신장애인의 사회적 배제와 차별을 타파하고 당사자의 주권 회복을 위하여 당사자 스스로 권익옹호 및 사회 인식개선 활동을 함으로써 정신장애인의 지역사회 통합을 이루고 당사자 주체의 치유와 재기를 도모함에 있으며, 최종적인 목표는 사회심리적 장애인의 해방에 있다. 주요 사업은 〈표 3-73〉과 같다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 3-73〉 파도손 사업 및 내용 : 한국

사업	내용
당사자역량강화사업	당사자 기능회복 프로그램 진행, 당사자 컴퓨터 활용 능력 교육 학습 및 세미나
출판 및 예술	당사자의 증언문학집 기획출판, 당사자 수공예술 작품 개발 당사자 창작품 개발 및 판매
차별 철폐 활동	정신장애인 차별철폐집회 (광화문, 년간 8회), 사회인식개선 켐페인 언론사의 편견조장 대응팀 운영, 인권강의
정신장애인 정책개발 및 학술활동	당사자 교육, 가족교육, 당사사 중심의 정책 제안, 당사자 직업개발 당사자 중심의 담론 형성, 법/제도개혁 운동
당사자 조력 및 상담	동료 지원활동 및 당사자 위기 대응, 당사자 인권상담 가족상담 상시운영
절차보조사업	각종절차지원, 자원연계서비스 제공, 정서적 지지
동료상담서비스	서울시와 함께 동료상담서비스 제공

*출처 : 파도손 홈페이지에서 발췌(https://padoson.org/pages/page.projects.php)

이밖에도 더 다양한 당사자 단체가 정신장애인 당사자 역량강화, 동료지지, 권익옹호, 자립지원을 위해 활동하고 있으나 그 수가 적고, 현재는 대부분 서울에 밀집되어있는 형태이다. 당사자 단체를 운영하기 위한 공간 대여자금, 활동가의 급여를 지급하는 등 사업을 위한 예산을 확보한 곳이 일부에 불과하기 때문이다(하경희, 2021). 따라서 중앙정부 혹은 지방정부 차원에서 당사자 단체 운영 예산을 확보 및 지급해야 하며, 더불어 이러한 예산 지급 및 당사자 단체 설치를 법제화하여 당사자 권익옹호가 중앙 및 지방정부 책임하에 이뤄질 수 있도록 해야한다.

2) 권익옹호제도 : 절차보조사업

정신장애인을 위한 권익옹호의 경우「정신건강복지법」제7장(권익보호 및 지원 등)에서 권익보호에 관한 규정을 담고 있으나, 실제 권익옹호를 지원할 수 있는 제도 및 절차상에 대한 규정은 부족한 실정이다. 이에 법적으로 근거가 명시되어 있지는 않으나 당사자의 욕구에 근거하여 만들어진 절차보조사업이 정신장애인의 의사결정을 지원하는 역할을 하고 있다. 절차보조사업은 2018년 12월부터 서울, 경기, 부산 지역에서 시범사업으로 시작되었으며, 2021년 본 사업으로 전환되어 유지되고 있다(하경희, 2021). 절차보조사업의 목적은 다음과 같다. ① 정신질환자가 입원 치료과정에서 치료의 필요성 등을 이해하는 데 도움을 주고, 각종 절차를 보조하여 정신질환자가 치료과정에 자기 주도적으로 참여할 수 있도록 한다.

② 정신질환자에 대한 정서적 지지와 공감 등을 통해 힘든 치료과정을 잘 이겨낼 수 있도록 하고, 퇴원 시에도 지역사회의 지속적 치료·재활서비스 등을 연계하여, 정신질환자가 건강한 삶을 누릴 수 있도록 한다. ③ 강제입원 조기 해소 또는 조기 퇴원, 지역사회에서의 안정적 정착을 실현한다(이용표, 2019; 하경희, 2021). 절차보조사업의 대상, 서비스 내용, 수행기관, 수행인력 등은 다음 〈표 3-74〉와 같다.

〈표 3-74〉 절차보조사업의 개요

구 분	내 용	
서비스 대상	• 정신의료기관 및 정신요양시설에 비자의입원·입소 중인 사람 중 서비스 제공에 동의한 사람 • 비자의입원 중 자의입원 등으로 입원유형이 변경된 사람	
서비스 신청	• 당사자, 주치의(정신건강의학과 전문의), 보호자가 할 수 있으며, 정신건강심의위원회에서 심의 의견으로, 주치의에게 절차보조사업 신청을 권고할 수 있음. (서비스 개시는 본인의 동의로 시작됨)	
수행 기관	• 정신질환자 권익보호 관련 업무를 수행하는 비영리법인(사회복지법인 및 당사자가 포함된 법인 등) • 또는 광역정신건강복지센터(당사자가 포함된 비영리법인 등과 컨소시엄 구성)	
수행 인력	• 정신건강전문요원, 동료지원가, 지역사회 정신건강복지사업 또는 정신질환자 권익옹호활동을 경험한 경력 2년 이상의 간호사·임상심리사·사회복지사, 권익옹호활동 경력자, 법조인 등	
서비스 내용	입원생활지원	• 정신질환자의 권리 및 치료 관련 정보의 전달, 이해 도움 • 정신질환자의 치료에 관한 의사, 선호 파악 • 당사자가 치료와 관련된 의사, 선호 등을 보호자와 의료진에게 적절한 형태로 표현하도록 지원 • 동료지원(입원생활 관련)
	당사자 의향을 반영한 각종 절차지원	• 정신건강심의위원회에의 심사 청구 절차지원 • 자의입원, 동의입원 등으로의 전환 도움 • 인신보호법에 따른 구제 신청 안내 및 도움 • 후견인 선임 신청 안내 및 절차 도움
	퇴원 후 계획 수립 지원	• 퇴원 후의 치료 및 지역사회 연계계획 수립 지원 • 당사자 자조모임에 참여할 수 있도록 안내 및 연계 • 동료지원(퇴원계획 관련)

* 출처: 이용표(2019), 하경희(2021)에서 해당 내용을 발췌하여 재정리함.

절차보조사업은 국내의 유일한 정신장애인 의사결정지원제도로서 기능하고 있지만, 절차보조사업의 대상의 협소하고, 절차보조사업에 대해 알고 있는 당사자 및 가족, 전문가가 많지 않으며, 동료지원 이상으로 제대로 된 의사결정지원으로서의 절차지원의 기능을 하기에는 여러가지 한계가 있는 실정이다(이용표, 2019; 하경희, 2021). 이에 현재 진행되고 있는 절차보조사업의 기능 강화를 위해서는 법체계 안에 서비스 대상, 내용, 권한을 당사자 관점 하에 명확히 할 필요가 있다(제철웅, 2018).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 지역사회통합돌봄사업 (보건복지부, 2020b)

1) 추진 개요

① 지역사회통합돌봄이란

커뮤니티케어는 돌봄(케어)이 필요한 주민(어르신, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스정책이다. 추진 비전 및 목표, 과제는 아래와 같다.

[그림 3-11] 지역사회통합돌봄 비전 및 과제 : 한국

〈표 3-75〉 지역사회통합돌봄 단계 : 한국

단계	내용
1단계 (2018~2022) : 선도사업 실시와 핵심 인프라 확충	• 선도사업 실시: 커뮤니티케어 모델 개발 • 생활 SOC 투자: 케어안심주택, '주민건강센터', 커뮤니티케어 도시재생뉴딜 • 법·제도 정비: '(가칭)지역사회 통합 돌봄 기본법' 제정, 개별법 및 복지사업지침 정비
2단계 (2023~2025) : 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 제공기반 구축	• 장기요양 등 재가서비스 대대적 확충 • 인력 양성, 케어매니지먼트 시스템 구축 및 품질관리체계 • 재정 전략 마련
3단계 (2026년 이후) : 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 보편화 단계	• 케어가 필요한 사람 누구나에게 요구에 맞게 보편적 케어 제공 • 지역사회 중심으로 자율적 실행

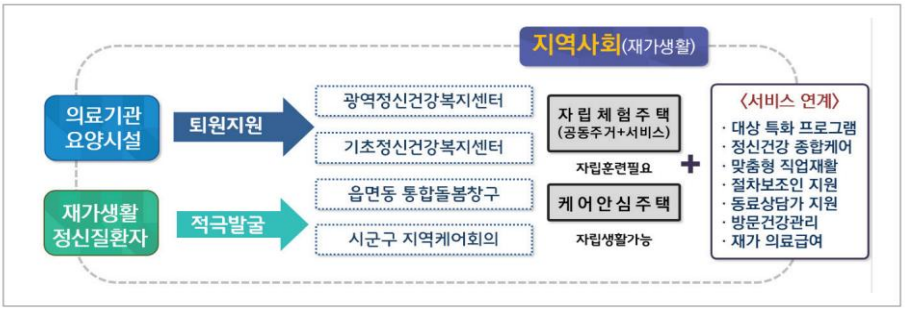
② 통합돌봄 대상

노화, 사고, 질환, 장애 등으로 돌봄이 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람이 대상이며, 전통적인 복지의 대상은 빈곤한 자에게 엄격한 자산조사를 거쳐 선별적으로 선정하지만 지역사회통합돌봄은 자산조사 없이 욕구에 기반하여 필요한 사람이 대상이 될 수 있도록 하는 보편적 제도로 발전시켜나가기 위한 계획을 갖고 있다.

대상자 설정은 노인, 장애인, 정신질환자 등 대상자 구분 없이 통합적으로 서비스를 제공하는 것이 원칙이다. 하지만 통합돌봄사업의 선도사업은 한정된 자원을 고려하여 특정대상자를 선정하여 사업을 추진하였다. 공통적으로는 통합돌봄창구, 지역케어회의, 민관협의체를 중심으로 대상자별 필요서비스(주거, 보건의료, 요양, 복지와 인프라를 구성한다. 그리고 지역의 상황에 따라 운영모형을 개발한다.

[그림 3-12] 지역사회통합돌봄 공통 모형 : 한국

대상자별 모형 중 정신질환자 대상 모형은 아래 그림과 같다. 정신질환자의 지역복귀와 안정적 지역사회정착을 지원하는데 목적을 두고 자립체험주택, 종합케어서비스, 방문 관리 및 동료상담가 지원등의 서비스 지원과, 상시지원체계(외래치료명령제도 개선, 정기적 방문관리 실시, 정신재활시설 확충 등)를 구축한다.

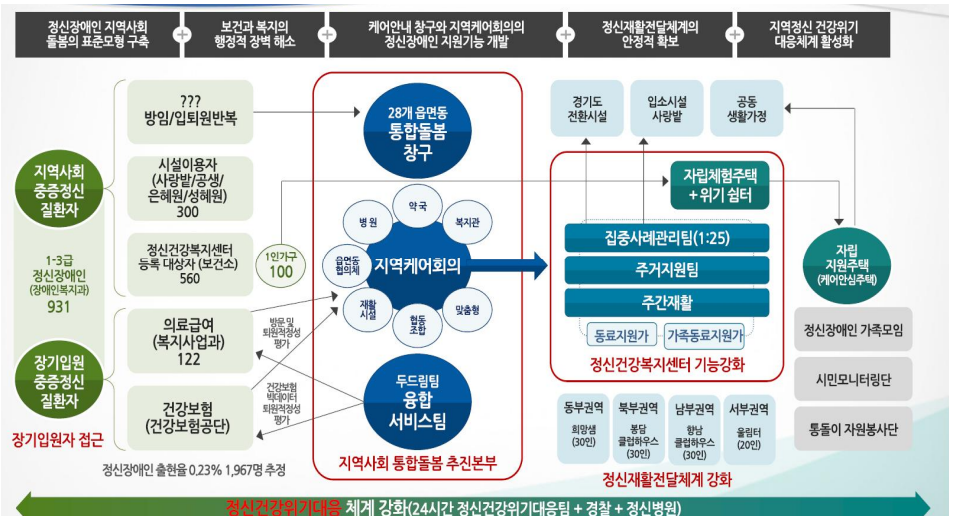


[그림 3-13] 정신질환자 대상 지역사회통합돌봄 모형 : 한국

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 화성시 정신질환자 지역사회통합돌봄 (전준희, 2021)

정신질환자의 지역사회통합돌봄을 맡은 지역은 화성시로, 화성시가 진행하고 있는 지역사회통합돌봄의 로드맵은 아래 그림과 같다.



[그림 3-14] 화성시 지역사회통합돌봄 로드맵 : 한국

① 보건소 중심의 지역케어회의 운영: 지역사회통합돌봄을 위해 병원, 종합사회복지관, 협동조합 등의 주체들이 모여 지역케어회의를 운영한다. 이를 통해 정신질환자 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 제공하기 위한 개별상담과 자원조정이 증가하였다.

② 권역별 주간재활프로그램(클럽하우스 운영): 권역별 주간재활프로그램(클럽하우스)를 운영함으로써 서비스 취약지역인 화성 서부권과 인구밀집지역인 봉담권, 향남권 정신장애인에게 주간재활프로그램을 제공하고 있다.

③ 집중사례관리 및 위기대응팀 운영: 사례지원팀 뿐만 아니라 대상자가 갖고 있는 문제나 욕구에 따라 주거지원팀, 위기팀, 재활지원팀 등의 전문사례관리서비스를 제공한다.

④ 자립체험주택(위기쉼터): 정신장애인 자립체험주택은 병원에서 퇴원/시설에서 퇴소한 정신장애인이 자립을 연습하는 곳(3-6개월 거주)으로 최대 1개월 이내 위기쉼터 기능을 하고 있다. 2019년에는 체험주택 3개소를 운영하여 연인원 2명이 이용(대면서비스 43회 제공)을 하였고, 2020년에는 연인원 7명(체험 3명/ 위기쉼터 4명)(대면서비스 187회 제공/위기쉼터 90일 제공), 2021년에는 연인원 6명(체험 5명, 위기쉼터 1명)이 이를 이용하였다.

⑤ 자립지원주택(케어안심주택): 자립지원주택은 독립에 대한 요구가 있지만 경제적, 사회적 지지체계가 부족한 정신장애인에게 자립지원주택을 제공하여 안정적인 자립생활을 도모하기 위함에 목적을 두고 있다. 2019년에는 경기도 정신건강복지센터 독립주거 4채를 위탁하여 서비스 제공을 시작하였고, 2020년에는 LH 화성권 복지지사와 직접 4채를 계약하여 총 8채를 운영하였다. 2021년에는 추가 2채를 확보하기 위해 LH 화성권 복지지사와의 연계를 시도하였으나 추가 확보하지 못하여 2020년과 동일하게 8채를 운영하고 있는 상황이다.

⑥ 동료지원가/가족동료지원가 활동지원사업: 정신장애인이 정신장애인을 지원하고, 가족이 가족을 지원하는 동료지원가 활동 지원 사업은 2018년에 시작되어 2021년까지 이어지고 있다.

3) 정신질환자 지역사회 통합돌봄의 성과 및 한계 (전준희, 2021)

정신질환자 지역사회통합돌봄의 성과는 다음과 같이 요약될 수 있다. 첫째, 읍면동 주민센터(통합돌봄창구)와 연계가 활성화 되었다. 지역사회통합돌봄이라는 모형체계 하에 지역케어회의 안에서 사례에 대해 논의하는 과정을 통해 협력의 기회가 많아졌다. 둘째, 기존보다 질 높은 사례관리가 가능해졌다. 사례관리자 관리 대상자 수 감소(1:76수준에서 1:17)하여 개별서비스 질 향상되었다. 또한, 정신건강위기대응체계 강화를 통해 야간에도 집중적인 사례관리가 이루어지기 시작하였다. 이를 통해 대상자 입장에서는 구체적인 욕구에 맞는 서비스를 제공받을 수 있는 기회가 생기고, 사례관리자의 업무 부담은 감소되었다. 셋째, 지역사회자원 확충을 통해 정신장애인의 회복을 위한 자원의 접근성이 증대되었다. 정신재활프로그램을 권역별로 설치하여 정신장애인이 주간에 이용할 수 있는 재활시설이 마련되었고, 자립체험주택을 통한 위기 쉼터 이용, 자립지원주택을 통한 주거 접근성이 증대되었다. 넷째, 당사자 활동가의 영역이 확대되었다. 기존에는 시범적으로 동료지원가 사업을 시행하였으나, 지역사회통합돌봄 사업에 동료지원가와 가족동료지원가가 투입되면서, 당사자가 당사자를 옹호할 수 있는 활동 영역이 커졌다.

그럼에도 여전히 정신장애인의 지역사회통합돌봄을 위한 편견과 무관심이 장벽이 되고 있다. 다수의 정책 담당자들이 '정신질환자와 함께 살기 어렵다'는 인식을 갖고 있어 모형을 확산하기에 어려움이 있다. 위기쉼터 및 자립지원주택의 경우 주거공간공급이 우선 되어야 하나 지방정부의 관심 및 인식 부족으로 인해 지원이 부족한 상황이다. 따라서 지방정부의 관심 및 재정지원, 인식개선이 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

5. 퇴원지원

1) 퇴원계획

국립정신건강센터에서는 장기입원 방지 및 퇴원 후 지역사회 정착을 위해 입원환자를 대상으로 퇴원계획을 수립하고, 퇴원 준비 및 지역사회기관 연계를 주요사업으로 추진한 바 있다. 퇴원계획 서비스 제공 과정에서 주체별 역할과 서비스 내용을 살펴보고, 이를 통해 퇴원계획 서비스의 시사점을 도출하고자 한다.

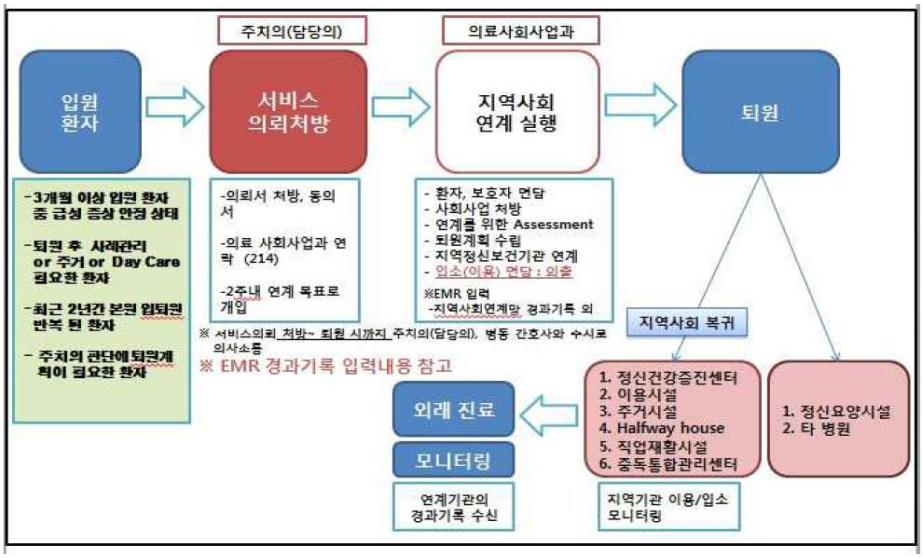
국립정신건강센터에서는 치료가 필요한 환자 중심의 입원을 중시하고, 지역사회 지지와 관리가 필요한 환자는 적극적으로 지역사회로 연계하기 위한 서비스를 제공하였다. 퇴원 후 지속적인 지원이 필요한 환자는 입원 당시부터 퇴원계획을 위한 ISP를 수립하도록 하였다. 장기입원 방지 및 지역사회 연계를 위해 입원환자 중 퇴원계획 의뢰기준에 부합하는 경우 주치의가 의료사회사업과로 퇴원계획을 의뢰하여, 퇴원 전부터 퇴원 후 지역사회 연계가 원활하게 이루어지도록 연속적 서비스를 제공하였다([그림 3-15].

안정적인 퇴원계획 추진을 위해 첫째, 퇴원 한 달 전 퇴원계획을 수립하도록 하고, 둘째, 환자, 가족에게 퇴원 준비 서비스를 제공하고, 셋째, 지역사회 협력 활동과 퇴원사실통지를 체계적으로 수행하는 데 중점을 두었다. 서비스별 세부 내용은 다음과 같다(〈표 3-76〉)..

〈표 3-76〉 국립정신건강센터 퇴원계획 서비스 내용

구분	내용
퇴원계획 개입과정	• (환자) 사회기술훈련, 회복프로그램, 다양한 지역사회 기관 소개 • (가족) 월 1회 가족교육, 회복의 과정, 회복을 위한 지역사회 기관 소개 • (주치의) 퇴원계획(ISP) 처방 환자대상 퇴원 계획 수립, 환자, 가족, 지역사회기관 실무자에 대한 적극적 개입, 지역사회 정신보건 기관 연계 및 연계 후 모니터링
지역사회 협력 활동	• 개별 기관 방문조사(특성 파악, 연계활성화 논의) • 내부 의료진에게 정기적, 지속적 홍보 • 가족에게 믿을만한 정보 제공 • 환자 인식개선을 위한 병동교육, 프로그램 • 병원 진입을 희망하는 지역사회 기관 기회의 장 마련 • 공공정신의료기관-지역사회 win-win 할 수 있는 네트워크, MOU

*출처: 김문근 외. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안. 123-126.



[그림 3-15] 국립정신건강센터 퇴원계획 서비스 제공 프로세스

퇴원계획 사업 추진으로, 국립정신건강센터의 재원환자 수와 재원일 수가 감소하고, 2015년 1월에서 7월까지 기준으로 퇴원환자 대비 26.4%가 지역사회 기관에 연계되는 성과를 보였다. 2014년 기준으로 지역사회기관 연계를 시도한 156명 중 119명이 정신건강증진센터, 주거시설, 주간재활시설 등에 연계되어 75.9%의 연계율을 나타냈다.

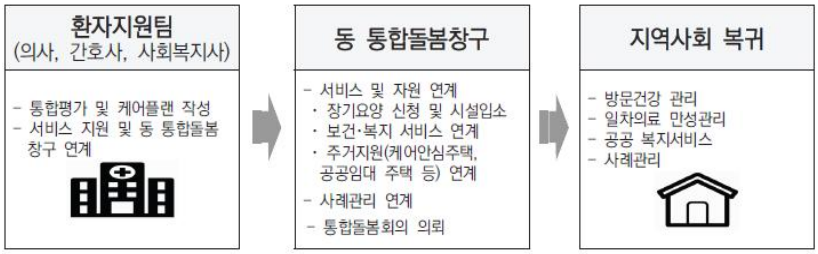
이러한 퇴원계획 사업의 성과를 기반으로, 효과적인 사업수행을 위해 실제적인 재정 및 인력지원이 확대되어야 한다. 또한 지역사회 연계 의무화, 적극적인 정보제공, 지역사회 네트워크 구축이 필요하다. 특히 지역사회에 의뢰할 시설의 확보가 가장 중요하며, 각 지역마다 퇴원 후 연계 가능한 시스템이 구축되어야 함을 시사한다.

2) 의료기관 퇴원환자 지원사업

지역사회 통합돌봄 노인 선도사업을 수행한 지자체에서 의료기관 퇴원환자 지원사업을 추진하였다. 이 사업의 목적은 종합병원 등에서 급성기 질환 치료를 마친 후 퇴원을 희망하지만 서비스 부족, 주거 열악 등의 사유로 퇴원이 지체되는 환자에 대한 체계적 지원이다(보건복지부 커뮤니티케어 추진본부, 2020). 서비스 내용 및 추진절차는 다음과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 3-77〉 의료기관 퇴원환자 지원사업

구분	내용
운영 기관	• 업무 협약된 종합병원
서비스 지원내용	• 급성기 질환 치료 후 병원에서 지역사회 복귀가 지체되는 환자의 퇴원 후 필요한 통합 서비스 파악 : 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 환자지원팀(가칭)이 건강·주거·돌봄 등 항목이 포함된 통합 평가 및 퇴원 지원 • 개인별 케어플랜(퇴원계획) 수립 및 동 통합돌봄창구와 협업을 통한 사례별, 개인별 맞춤형 자원 파악 연계(케어안심주택, 돌봄서비스 등)
사업 추진 절차	• (대상군) 급성기 병원 입원 환자 중 지역사회 복귀를 희망하지만 돌봄·주거·서비스 등 부족으로 통합돌봄 서비스가 필요한 환자 • (퇴원지원) 환자지원팀을 통한 통합평가 및 퇴원계획 수립 후 동 통합 돌봄창구와 협업을 통한 퇴원환자 통합 지원체계 구축 : (병원환자지원팀) 문제 사정과 서비스 개입 계획 수립 • (서비스연계) 동 통합돌봄창구를 통해 공공·민간서비스를 통합적으로 연계 제공 : 복합적 욕구 대상자의 경우 시 통합돌봄회의에서 통합 솔루션 제공 • (사례관리) 구청, 노인복지관, 종합사회복지관 등 통합사례관리사를 통한 지속적 사례관리 및 만성질환자의 경우 일차의료 만성질환 관리 사업으로 연계 
재원 및 재정 규모	• 건강보험 재정 활용

*출처: 보건복지부 커뮤니티케어 추진본부. (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 119-120.

6. 정신장애인 탈원화(탈시설화) 관련 연구

국내에서는 국가인권위원회, 보건복지부, 서울시 등의 주관하에 정신장애인 탈원화(탈시설화)에 대한 연구들이 진행되었다. 선행연구들을 살펴보면 정신장애인의 탈원화 욕구는 높게 나타났고, 지역사회 삶을 원하고 있는 것으로 나타났다.

서울시에서 시립정신병원과 정신요양시설 이용자 292명을 대상으로 실시한 탈원/탈시설 욕구조사(서울시, 2012)에서는 75%인 219명은 현재 재원 중인 기관을 나가고 싶다고 응답하였으며, 시설별로는 정신의료기관 입원자의 경우 87.7%, 정신요양시설 62.3%가 퇴원(퇴

소)를 원하는 것으로 나타났다. 퇴소시기에 관해서는 정신의료기관의 경우 즉시(54.4%), 6개월 이내(20.0%) 등에 응답이 집중되어 탈원화 욕구가 매우 절실한 것으로 나타났다. 나가서 살 수 있는 집이 제공된다면 나가고 싶은지에 대해서는 정신의료기관 응답자 중 108명(85.0%), 정신요양시설 응답자 중 74명(81.3%)가 나가고 싶다고 응답해 퇴원(퇴소)에 대한 욕구가 강함을 알 수 있다. 현재 재원 중인 기관에서 나가고 싶다고 응답한 219명은 독립생활을 위해 가장 필요한 것이 살 집이라고 응답하였으며(51.5%), 그 다음은 생활비 보조, 일자리 등이었다. 전체 응답자를 대상으로 퇴원(퇴소)하지 못하는 이유에 대해 복수응답을 할 수 있도록 조사한 결과, 가족이 원해서라 응답한 비율이 가장 높았으며(35.6%), 그 다음으로 집이 없어서가 높게 나타났다(35.3%).

보건복지부 등(1999)은 정신의료기관 입원환자의 재원적절성평가를 실시하였고, 부적절하다고 판단된 사람이 43.2%에 이르고, 정신장애인의 임상증상을 기준으로 입원 필요성 여부를 판단할 경우 정신요양시설은 59.8%가 부적절한 입원을 하고 있는 것으로 나타났다. 박종익 외(2008)는 장기입원환자를 대상으로 주거공간 제공 시 퇴원의사를 파악하였고, 전체 중 45%가 긍정적인 답을 한 것으로 나타났다.

국가인권위원회(2018)는 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사를 수행하였으며, 입원을 지속하는 이유에 대한 응답을 살펴보면 다음과 같다. 퇴원 후 살 곳이 없거나, 가족과 갈등이 심해서, 혼자서 일상생활하기 힘들기 때문에, 지역사회에서 재활/회복 서비스를 받을 수 없기 때문에, 증상관리가 어렵기 때문에 등 '퇴원 후에 다른 사람이나 가족의 도움 없이 살아가기가 힘들기 때문에'라고 응답한 비율이 85% 정도로 나타나 당사자들이 지역사회에 거주하기 위해 필요한 일상생활 지원 및 재활/회복 서비스가 부족한 실정임을 알 수 있다.

이용표 외(2016)는 서울시 장애인 탈시설프로그램을 분석하고 정신장애인 탈원화를 위한 전달체계의 시사점을 도출하였으며 주요 내용은 다음과 같다. 서울시는 전환지원센터 중심의 탈시설 체계를 수립하였으며, 이용자 발굴 · 의뢰체계와 지역사회 생활지원체계를 이원화하였다. 이를 위해 정신장애인 또한 정신의료기관과 정신요양시설 중심의 발굴체계를 마련해야 하고, 정신장애인 자립생활 촉진을 위한 지역사회 생활지원 대안서비스 마련 등의 시사점을 제안한다.

정신장애인 탈원화, 탈시설화 관련 선행연구를 살펴보면, 공통적으로 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원/입소되어 있는 당사자는 전반적으로 퇴원/퇴소에 대한 욕구를 표명하고 있는 것으로 나타났다. 이처럼 당사자는 탈원화를 희망하지만 이와 모순되게 시설화 구도

가 유지되고 있었으며, 이러한 이유에 대해 대다수는 주거서비스, 고용 및 취업지원 서비스, 경제적 지원 서비스 등의 지역사회 인프라 부재를 언급하였다.

당사자의 욕구를 반영하기 위해 이제는 본격적으로 시설화 구도에서 커뮤니티케어 구도의 패러다임 전환이 필요하다. 이를 위해 선진사례 분석, 정신의료기관 및 정신요양시설 이용 당사자와 가족의 탈원화 인식 및 욕구, 전문가 의견을 통한 정신장애인 지역사회 통합을 위한 우선 과제 도출 등을 시행할 필요성이 제기된다.

7. 정신장애인 사회통합 증진 관련 연구

보건복지부(2017)는 정신질환자 지역사회 지원방안 마련을 위해 정신질환자와 가족을 대상으로 일상생활실태 및 복지서비스 욕구를 조사하고 포커스 집단면접을 실시하였으며, 사회통합의 전제조건으로 정신질환자에 대한 사회적 인식을 조사하였다. 또한 정신질환자 지역사회지원의 국외사례와 국내 유사사례를 검토하고, 지역사회지원정책의 기본원칙을 구축하기 위하여 UN장애인권리협약의 정신질환자 지역사회지원의 원칙과 정신건강복지영역에서의 '회복'개념을 살펴보았다. 마지막으로는 이러한 검토를 바탕으로 설정된 회복지향적 서비스전달체계의 기본적 방향에 따라 정신질환자 지역사회지원의 정책방안과 과제를 제시하였다. 정책과제는 '퇴원 후 사회적응 및 주거지원', '취업지원', '위기관리 및 가족지원', '정신재활시설 확대', '권익옹호서비스 개발', '사회인식 개선', '정신질환 관련 법제 개선'등을 제시하였다.

국가인권위원회(2016)는 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사를 수행함. 이를 위해 정책적 함의와 시사점을 줄 수 있는 대표적인 해외 국가(미국, 영국, 일본, 이탈리아 등)의 정신보건 관련 법체계와 권리옹호제도, 정신보건정책 및 서비스 전달체계 등에 관한 정부보고서 및 기관자료, 연구문헌 등을 토대로 우리나라 정신보건체계 개선을 위한 기준마련과 정책대안을 도출하였다. 이 연구에서 제안하는 정신보건체계 개편을 위한 주요 과제로는 1) 정신건강법제(정신장애인 지역사회통합 지원 규정 강화, 정신장애인 복지서비스 및 가족지원서비스 강화), 2) 정신건강서비스 재정지원체계(정신의료와 지역사회서비스의 재정통합 및 정신건강예산 확충, 개별예산제 및 직접지불제), 3) 정신건강서비스 전달체계(정신건강통합사례관리체계 구축, 지역사회복귀를 위한 정신보건인프라 확충), 4) 정신장애인 권리옹호체계(권리옹호기관의 설치 및 자조단체 지원, 정신장애인 의사결정지원제도 도입)과 같다.

한국장애인개발원(2014)은 정신장애인 지역사회통합의 장벽으로 '지역사회통합을 저해하는 「정신보건법」', '장애인복지정책 및 서비스에 배제된 정신장애인', '수요자 욕구에 반한 공급자 중심의 서비스' 등을 언급하여고, 이를 위해 미국, 영국 등 선진국의 정신장애인 지역사회 통합정책을 고찰하였다. 이를 통해 정신장애인의 지역사회통합을 위한 단기 및 장기 전략을 도출하였다. 먼저 정신장애인 지역사회통합 지원정책의 단기과제로는 '우선적인 주거지원책 마련', '주거·소득·직업·일상생활지원·돌봄·교육 등의 지원책 및 인프라 수립', '정신건강증진센터의 공공성 제고', '정신장애인에 대한 집중적인 위기관리체계 구축', '정신장애인 자조활동 지원책 마련', '정신장애가 있는 청소년에 대한 보호 및 지원책 마련', '정신장애인에 대한 차별 및 권리 옹호 지원책 구축' 등을 제시하였다. 정신장애인 지역사회통합 지원정책의 장기과제로는 '비자의입원절차의 개선 및 강화', '당사자 중심의 정신장애인복지 전달 체계 수립', '의료급여제도의 개선' 등일 제시하였다.

지자체 차원에서 정신장애인 사회통합과 관련된 진행된 연구들은 다음과 같다. 먼저 서울특별시의회(2019)는 서울시 정신질환자 지역사회지원체계 연구를 진행하였고, 미국, 일본, 영국 등 해외 정신보건 정책 및 복지서비스 현황, 거주, 위기지원 등 지원체계 구체적 사례조사 및 분석을 진행하였다. 또한 국내 유사사례조사, 지역사회 정신질환자 실태 및 지원현황 자료분석 등을 통해 정신질환자 지역사회지원을 위한 정책과제를 도출하였다. 이는 '퇴원 후 사회적응 지원체계 마련', '직업 훈련 및 취업 지원체계', '위기관리 및 권익옹호체계', '정신질환자 일상적 권익옹호체계 구축', '거주, 취업, 평생교육 등 공공 지원체계 마련방안', '정신건강복지센터의 기능 개선방안', '정신질환자 평생교육 활성화방안' 등과 같다. 또한 이용표 외(2020)는 서울형 정신장애인 커뮤니티케어모형 개발연구를 통해 정신장애인 커뮤니티케어에 관한 국외 사례 조사, 국내 유사사례 조사, 서울시 정신장애인 서비스조직간 연계실태 조사, 서울시 정신장애인 및 가족의 서비스 이용경험 조사 등을 진행하였다. 이를 통해 '통합적 정신질환자 지역사회돌봄체계 구축', '정신질환자의 퇴원을 지원하는 서비스체계 정비', '지역사회생활지원을 위한 서비스체계 구축', '정신질환자의 선택과 자기결정을 지원하는 권익옹호 강화', '정신질환에 대한 사회적 인식 개선' 등의 서울형 정신장애인 커뮤니티케어모형의 정책추진방향을 제시하였다. 또한 경기복지재단(2017)은 경기도의 정신장애인 지원을 위한 지역사회복지자원 활용방안 연구를 하였으며, 보다 구체적으로 국내외 정신장애인 지원 정책 현황을 분석하고, 정신장애인 관련 복지시설 공급 현황 파악, 정신장애인 관련 전문가 의견 수렴 등을 통해 지역사회복지 자원 활용 방안을 제시하였다. 이는 '정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크 구축', '지역사회 정신재활시설 인프라 확충',

국가인권위원회
humanrights.go.kr

‘집중 사례관리 체계 구축’, ‘정신장애인 주거지원 서비스 제공’, ‘정신장애인 직업재활모델 개발’ 등과 같다.

정신장애인 사회통합 증진 관련 국내 선행연구들을 살펴보면 국외 사례 연구, 국내 유사 사례 연구, 정신장애인 당사자 및 가족 실태조사, 전문가 인터뷰 등을 통해 정신장애인이 지역사회에서 자립하고 삶의 질을 향상시키기 위한 서비스와 그 효과성을 살펴보거나, 사회통합 증진을 위해 필요한 정책 과제를 제시하고 있다. 상기 연구들은 정신장애인 사회통합 증진을 위한 서비스체계를 구축하는데 정책적 근거를 제공한다는 점에 의의가 있다.

그러나 해외선진사례연구를 심층적으로 분석하고 한국 상황에 적용할 수 있는 심도 깊은 함의를 도출하지 못했다는 한계가 있다. 또한 당사자뿐만 아니라 가족, 관련된 다양한 전문가 의견을 분석하여 지역사회 통합을 위한 우선적인 과제를 구체적으로 제시하지 못하였다. 이를 위해 해외의 관련 전문가들을 통해 지역사회기반서비스의 실천 현장에 대한 심도 있는 연구와 분석이 요구되며, 정신장애인 당사자, 가족뿐만 아니라 다양한 영역에서 활동하고 있는 많은 전문가의 의견을 모아서 정신장애인 지역사회 통합증진을 위한 현실적인 과제들을 도출하는 것이 필요하다.

제5절 지역사회통합의 장벽요인분석

제2장에서 살펴본 국제인권기준을 토대로 국내현황을 분석하였을 때, 전반적으로 국제인권기준을 반영한 법 및 제도적 변화의 부족이 가장 큰 장벽요인이다. WHO의 Guidance and technical packages on community mental health services(2021)에서는 정신장애인의 지역사회통합을 위한 실행 단계로서 법적개혁(Law reofrm)과 지역사회기반 정신건강서비스 제공(the delivery of community based mental health services)의 필요성을 제시하고 있다. 그러나 국내 정신건강 관련 법 및 제도의 경우 당사자 중심의 법체계 조항 변화 서비스 제공이 더디게 이루어지고 있는 상황이다. 또한 보건예산대비 정신건강 예산의 부족, 정신장애인이 지역사회에서 사회통합을 이룩할 수 있도록 지역사회 체계 내에 관련 수가 및 재정적 지원체계가 마련되어 있지 않은 점도 장애물로 작용하고 있다.

1. 정신장애인의 지역사회통합 배제 및 차별 법 조항

UN장애인권리협약 '제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참'에서는 장애인의 지역사회에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외되거나 분리되는 것을 방지하기 위하여 필요한 개별 지원을 하도록 명시하고 있다. 또한 장애인은 가정 내 지원서비스, 주거지원서비스 및 그 밖의 지역사회 지원 서비스에 접근할 수 있음을 강조하고 있다. 그러나 국내에서는 여전히 정신장애인이라는 이유로 공공시설을 이용하지 못하게 하는 차별 조례들이 존재한다. 이는 UN장애인권리협약 가입국으로서 장애인권리협약을 위반하는 행위이며, 동시에 정신장애인의 지역사회통합을 저해하는 요인으로도 작용하고 있다. 장애인복지법의 경우 UN장애인권리협약 비준 이후 수차례 개정을 거쳐 장애인의 권리 증진을 위한 조항들을 다수 추가하였다. 그러나 장애인복지법 제15조에서 정신건강복지법 상 법률의 적용을 받는 정신장애인에 대해서는 법 적용을 제한하고 있어, 정신장애인이 장애인복지법 상 규정되어 있는 지역사회통합서비스 혜택을 받기는 어려운 실정이다. 또한 이는 등록 정신장애인이 정신건강증진서비스만을 받도록 규정하고 있기 때문에 의료모델 패러다임을 강화하는 요소로 작용하고 있기도 하다. 정신장애인의 지역사회통합 회복지향의 의료 및 복지정책이 제도화되기 위해서는 정신장애인의 차별 조항들이 삭제 및 개정되어야 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 지역사회통합을 위해 필요한 복지서비스 조항 구체화 및 인프라 부족

마찬가지로 UN장애인권리협약 비준에 따라 구 정신보건법에서 정신건강복지법으로 개정이 되면서 정신장애인에 대한 복지서비스 제공 조항이 추가되었지만 이를 구체적으로 실현하기 위한 조항이 부족한 상황이다. 정신건강복지법 제4장 복지서비스제공에 있어서는 고용 및 직업재활지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 등 지원 등에 대한 필요성을 명시하였지만 '필요한 조치를 강구하여야 한다, 최대한 노력하여야 한다' 등 임의 조항으로 규정되어 있다. 이에 따라 지방자치단체 조례에 복지서비스 구현을 위한 구체적 내용이 반영되지 않고, 정신장애인을 위한 복지서비스 구현이 부재한 상황이다.

3. 비자의적 입원 방지를 위한 제도 변화 부족 : 입원적합성심사위원회, 절차보조 지원사업

UN장애인권리협약 '제14조 신체의 자유 및 안전'에 근거하면 정신장애인 당사자의 의사에 반하는 신체적 구속은 인권침해적인 행위이다. 이에 따라 정신건강복지법에서는 입원적합성심사위원회(정신건강심의위원회)를 설립하고, 동의입원 조항을 추가하여 비자의적 입원을 예방하기 위한 조치를 취했다. 하지만 입원적합성심사위원회의 실제 운영 규정이나 구성원들을 살펴보면 입원 당사자의 의견을 다학제 위원이 함께 평가하기에는 어려움이 있는 구조이다. 또한 동의입원 조항의 경우에도 동의입원으로 입원을 하였더라도 입원한 정신의료기관이 퇴원을 거부할 수 있기 때문에 실제 자발적인 의미의 입원치료는 실현되지 못하고 있는 상황이다.

또 하나의 대안으로 시작된 절차보조지원사업의 경우, 정신건강복지기본 5개년 계획에 20년 3개에서 25년 17개를 목표로 하여 사업 확장이 논의되고 있는 것은 긍정적인 성과이다. 하지만 양적 확대에 더불어 현재 절차보조사업이 직면해 있는 여러 어려움(대상의 협조, 당사자의 인지부족 등)을 해결하기 위해서는 법체계 안에 서비스 대상, 내용, 권한, 예산 조달에 대한 명확한 명시가 필요하다. 국가 및 지방자치단체가 의사결정지원서비스를 제공하도록 정신건강복지법 안에 규정 되어야 한다.

4. 권익옹호 등 당사자 단체에 대한 지원 미비

WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)의 지침(Guidance)에서는 당사자 동료집단 지원, 경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원을 강조하고 있다. 실제 국내 당사자 단체의 경우 정신건강복지법 개정을 위한 운동이나 절차보조지원사업 참여 등 다방면에서 정신장애인 사회통합을 위한 사람중심인권기반 실천을 꾀하고 있다. 그러나 당사자단체의 활동 즉, 동료지원에 대한 국가 및 지방자치단체의 지원이 부재하고 법적으로도 동료지원가에 대한 규정이 되어 있지 않아 대부분의 단체들이 운영에 어려움이 있는 실정이다. 동료지원가나 당사자 단체에 대한 지원을 통해 당사자가 정책 기획, 모니터링, 평가에 보다 적극적으로 개입하여 권익 옹호할 수 있는 토대를 마련할 필요가 있다.

5. 정신건강 예산 및 인력의 부족

예산의 부족은 사회복지 내에서 늘 논의되어 오는 문제이지만, 국내 보건예산대비 정신건강예산비율(2.4%)의 경우 OECD국가 평균비율(4.9%)과 비교하였을 때 절반에 밖에 미치지 못하는 수준이다. 이러한 예산의 부족은 인력의 부족으로도 이어진다. 인구 10만명당 정신보건전문요원 수의 경우 2013년 8.8명에서 2018년 기준 11.3명으로 소폭 증가해왔으나, OECD국가들이 다수 속해 있는 유럽(2017년 기준 인구 10만명당 50명)에 비해서는 턱없이 부족한 수치이다. 물론 아메리카(2017년 기준 인구 10만명당 10.9명)와 유사한 정도로 정신보건전문요원의 수가 증가하고 있기는 하지만, 정신장애인 개인의 욕구에 근거한 사회통합 지원을 위해서는 예산 및 인력의 꾸준한 증대가 필요한 상황이다. 또한 예산 투입에 있어서도 지역 및 기관별 고른 배분이 필요하다.

6. 의료기관 중심의 수가체계 시스템

국내 정신건강전달체계는 건강보험 및 의료급여 하에 정신의료기관 중심으로 수가체계 시스템이 구성되어 있고 지역사회에서 지원받을 수 있는 급여 등 재원시스템은 부족하다. 이에 사회경제적 지위가 낮은 정신장애인의 경우 사회통합에 있어 다양한 선택지를 고려할 수 없는 실정이다. 실제 정신의료기관 입원환자의 의료보장 현황을 살펴보면 의료급여 상대

국가인권위원회
humanrights.go.kr

인 환자들이 상당하다. 사회경제적 지위가 낮은 정신장애인이 지역사회에서 머무르는 방식을 선택했을 때 재정적으로 지원을 받을 수 있는 제도는 장애수당 및 기초생활수급비인데, 장애수당의 경우 유형별로 월2~4만원 밖에 받을 수 없고, 기초생활수급비(생계급여)의 경우 1인가구 기준 약 54만원, 보장시설수급자의 경우 20만원에 해당하는 금액 수준이 지원된다. 즉, 사회통합을 위한 충분한 지원이 불가능하고 사회통합의 과정에서 낮은 사회경제적 지위를 조금이라도 탈피하는 경우에는 기초생활수급자에서 탈락하게 되는 상황들이 발생하게 된다. 따라서 현재의 의료기관 중심의 수가체계 시스템에서 대부분 저소득에 해당하는 정신장애인은 자연스럽게 정신의료기관으로 유입될 수밖에 없고, 퇴원한 이후에도 사회통합을 영위할 수 있는 재정적 자원이 부족하기 때문에 낮은 사회경제적지위를 탈피할 수 없는 실정이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제4장

해외 사례 조사

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 주요국 정신장애인 지역사회 통합 사례 조사

1. 영국의 정신장애인 지역사회통합 사례

1) 정치, 경제, 사회문화적 현황

(1) 정치적 현황

영국의 정식 국가 명칭은 '그레이트 브리튼 북아일랜드 연합 왕국(The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)'으로 약칭으로 '브리튼'이라 불린다. 영국은 단일국가의 형태를 보이지만, 사실은 잉글랜드(England), 웨일즈(Wales), 스코틀랜드(Scotland)와 북아일랜드(Northern Ireland) 네 개의 지역 국가로 구성되어 있다. 연방왕국이긴 하지만 네 개의 지역 국가들은 각기 다른 사회적, 정치적 성격을 갖고 운영되고 있다. 잉글랜드와 웨일즈는 비슷한 지방재정 제도를 두고 있으나 스코틀랜드와 특히 북아일랜드는 다른 제도로 운영되고 있다. 영국의 수도는 영국에서 가장 큰 규모의 재정과 인구를 가지고 있는 잉글랜드의 런던이다. 이 지역에 영국 정부가 구성되어 있어 국가의 핵심적인 역할이 수행된다.

영국의 국가원수는 엘리자베스 2세 여왕이지만 국왕이 하원 다수당 지도자를 총리로 임명한다. 국왕이 상징적인 통솔권을 가지고 있다면 총리는 행정부의 최종적 의사결정권자로서 영국 정부 운영을 총괄하며 책임진다. 총리는 영국의 총 24개 정부 부서의 장관(Minister)을 임명한다. 현 영국의 총리는 보수당의 보리스 존슨이다 (Boris Johnson).

영국의 의회는 양원제로서 상원(House of Lord)과 하원(House of Commons)로 이루어져 있다. 상원은 국왕이 임명하는 위원으로 구성되고 하원은 투표로 선출된다. 법안은 상원과 하원 모두 통과된 후 마지막으로 국왕의 검토를 통해 법으로 제정된다. 상원과 하원 모두 보수당(Conservative Party)과 노동당(Labour Party)이 가장 많은 의석을 차지하고 있다.

"태양이 지지 않는 나라"로 불리던 영국은 역사적으로 정치 및 경제적 측면에서 선진국의 기반이 되어왔다. "의회민주주의"라는 정치적 형태와 17세기 산업혁명을 통해 시장의 개념을 세워 "자본주의 경제체제"이란 체제를 최초로 정착시킨 나라이다.

(2) 경제적 현황

영국은 1992년부터 2008년 세계금융위기 전까지 주요 선진국 중 가장 오랫동안 경제적 성장을 이어온 나라이다. 주요 산업으로는 금융, IT, 건설업, 석유와 가스 등이 있으며 생명과학, 항공우주, IT 등과 같은 첨단 기술 산업도 크게 성장하고 있다. 이러한 산업을 토대로 영국은 크게 발전할 수 있었으며 2020년 기준 총 GDP가 약 $2조 6,380억 불을 기록했다. 2020년에는 코로나 19사태로 인해 300년 만에 가장 낮은 성장률인 -9.9% 역성장을 보였지만, 2021년 이후에는 높은 백신 접종률과 확장적 재정정책을 통해 강한 회복세를 나타낼 것으로 전망된다. 한국과 비교하였을 때, GDP 성장률은 전반적으로 저조한 편이다. 그러나 2021년 실적치나, 2022년 전망치의 경우 한국보다 높은 증가율을 보이고 있다.

〈표 4-1〉 연간 GDP 성장률 비교 : 영국, 한국, 전세계

(전년대비 증가율 %)

	실적치			전망치				
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
영국	1.4	-9.9	5.3	5.1	2	1.8	1.5	1.4
한국	2	-1	3.6	2.8	2.6	2.4	2.3	2.3
전세계	2.8	-3.3	6	4.4	3.5	3,4	3.3	3.3

*출처: IMF, 2021

영국의 재정은 재무부(HM Treasury)에서 운영 및 관리된다. 재정 규모는 국가총지출(Total Managed Expenditure)를 통해 산출되는데, 국가총지출은 중앙정부, 지방정부, 공기업의 재정 활동을 모두 포함한 광범위한 국가재정 규모를 드러내는 경제적 지표이다. 세입예산은 조세수입 및 지방세 등으로 조달된다.

현재 영국의 재정 현황은 코로나 19로 인한 방역 활동과 저소득층 지원 등으로 세출이 많이 증가하였고, 경제활동이 활발히 이루어지지 않아 세입은 많이 감소한 상태이다. 영국의 예산책임청(The Office for Budget Responsibility, OBR) 발표에 따르면 2021-22년도 재정지출예산액은 전년도 보다 약 £1조 원 적게 편성되었으며 추정 세입도 재정지출예산액보다 적게 추산되었다. 하지만, 고용지원 및 자영업자 세금 일부 감면 등과 같은 재정정책들을 시행하며 2021년 재정 상황을 회복하려 노력하고 있다. 이러한 조치를 통해 조세부담률은 19/20년 GDP 대비 33.4%에서 20/22년 32.3%로 전망되어 하락 수준을 보일 것이다. 그뿐만 아니라 세출 예산도 코로나 19 이전보다 21/22년 세출 예산은 19% 증가할 것으로 예상한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-2〉 경제지표 전망 : 영국

(전년대비 증가율 %)

	전망치			
	2022	2023	2024	2025
GDP	7.3	1.7	1.6	1.7
1인당 GDP	6.9	1.4	1.3	1.5
소비자 물가상승률	1.8	1.9	1.9	2.0
실업률	5.9	5.1	4.5	4.4

*출처: Office for Budget Responsibility(2021)

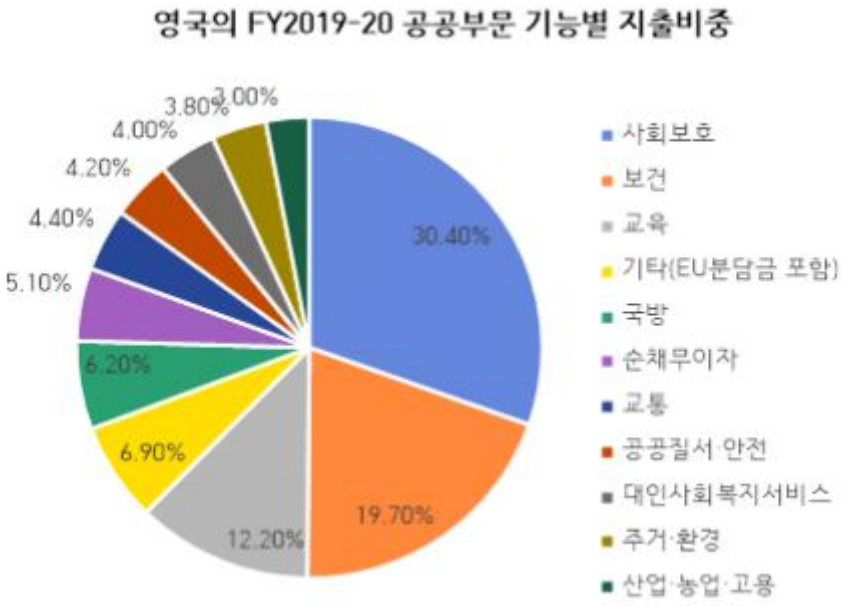
〈표 4-3〉 예산 전망 : 영국

(단위:억£)

	실적치	전망치					
	2019/20	2020/21	2020/22	2020/23	2020/24	2020/25	2020/26
세출	8,852	11,409	10,533	9.923	10.301	10,687	11,115
세입	8,282	7,863	8.193	8,854	9,447	9,942	10,378
공공 순차입 (세출-세입)	571	3,546	2,993	1,069	853	744	737
공공순부채	17,980	21,90	25,030	26,310	27,470	47,610	28,040
정부부채	84.4	107.6	107.2	107.8	109.3	110.0	110.4
조세부담율	33.4	33.6	32.3	33.4	34.4	34.9	35.0

*출처: Office for Budget Responsibility(2021)

영국의 보건의료체계는 국가보건서비스(National Health Service, NHS)를 통해 모든 국민에게 포괄적인 의료서비스를 무료로 제공한다. 이러한 의료서비스를 제공하기 위해 영국은 일반 재정의 많은 부분을 보건 및 의료에 지출하고 있다. 실제로, 영국은 공공부문 항목별 지출 비중을 살펴보면 보건의료체계는 사회보험 다음으로 가장 많이 차지하고 있으며 GDP 대비 보건에 지출되는 비율이 한국은 물론 OECD 평균보다도 높다.



[그림 4-1] 2019/20 공공부문 기능별 지출 비중 : 영국

〈표 4-4〉 GDP 대비 공공사회복지지출 비율 비교 : 영국, 한국, OECD

정책영역	GDP 대비 공공사회복지지출 비율		
	영국	한국	OECD
노인(Old Age)	5.6%	2.8%	7.4%
유족(Survivors)	0.0%	0.3%	0.8%
근로무능력(Incapacity related)	1.9%	0.6%	2.0%
보건(Health)	7.7%	4.4%	5.6%
가족(Family)	3.2%	1.2%	2.1%
노동시장(ALMP)	0.2%	0.3%	0.5%
실업(Unemployment)	0.1%	0.4%	0.6%
주거(Housing)	1.3%	0.1%	0.3%
기타 사회정책(Other)	0.1%	0.7%	0.5%
전체	20.1%	10.8%	19.8%

*출처 : OECD Social Expenditure Database(2019)를 토대로 저자 정리.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

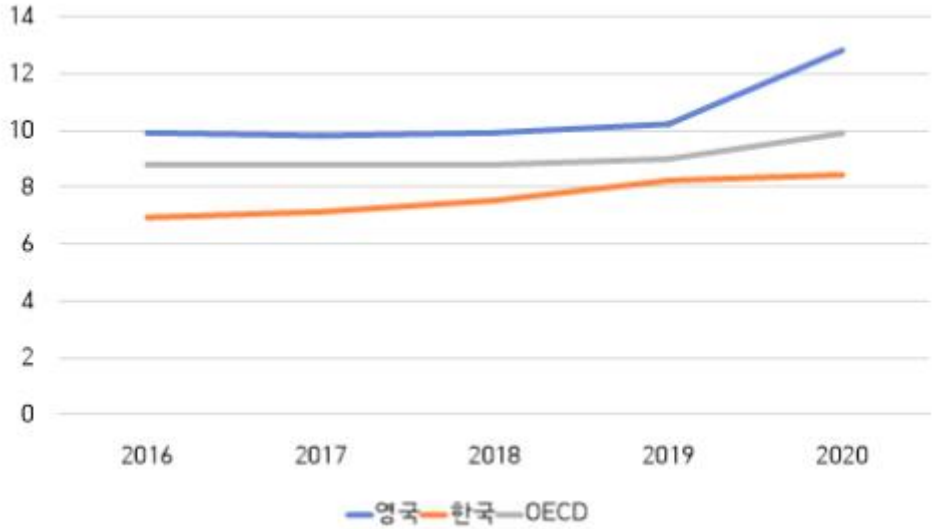
영국 정부가 국가 전체 예산 대비 의료비에 지출하는 비중은 꾸준히 증가하고 있다. 영국은 2019년도에 비해 2020년의 의료비 지출 비중이 2%나 증가했지만 한국은 0.2%로 큰 변화를 보여주지 못하고 있다.

〈표 4-5〉 GDP 대비 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD

(단위: %)

	2016	2017	2018	2019	2020
영국	9.9	9.8	9.9	10,2	12.8
한국	6.9	7.1	7.5	8.2	8.4
OECD	8.8	8.8	8.8	9.0	9.9

*출처 : OECD. (2021)
https://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm



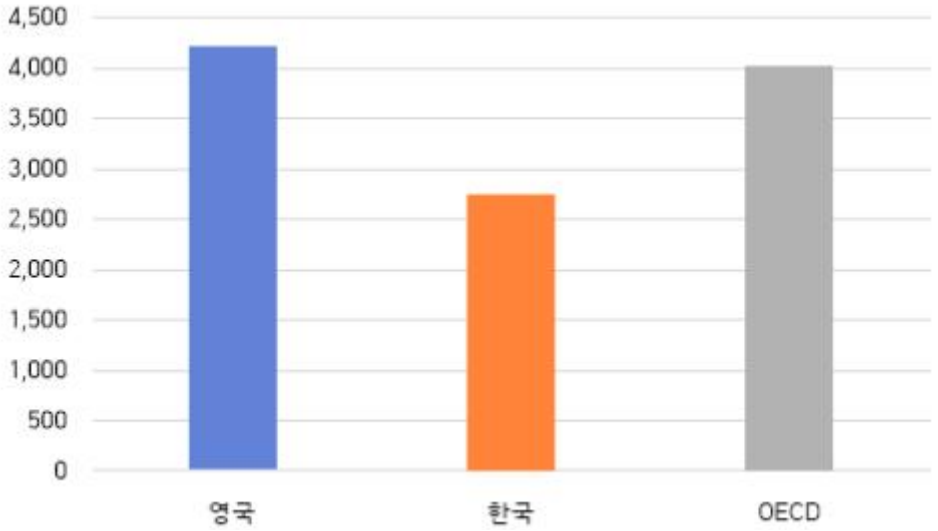
[그림 4-2] GDP 대비 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD

또한, 영국은 1인당 $3,064달러의 의료비를 지출하는 반면 한국은 $1,310달러만 지원된다. 이처럼 영국의 보건의료체계에 지원되는 재정 규모는 한국보다 훨씬 크다.

〈표 4-6〉 1인당 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD

	2016
영국	4,192
한국	2,729
OECD	4,003

*출처 : https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-44-en.pdf?expires=1632636405&id=id&accname=guest&checksum=35ADCA383712A91263B602439CEC38CA



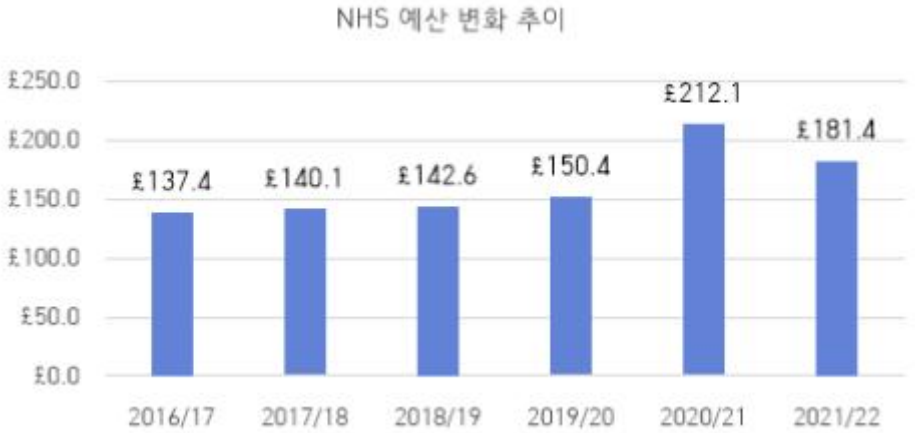
[그림 4-3] 1인당 의료비 지출 : 영국, 한국, OECD

이러한 보건 관련 예산은 대부분 중앙정부에서 보건사회복지부(Department of Health and Social Care)에게 주어진 후, 그중 대부분이 영국의 국가보건의료서비스(National Health Service)로 간다. 영국의 네 개의 지역 국가는 전부 독립적으로 NHS를 운영하지만, 5천만 인구를 대상으로 제공되는 잉글랜드의 NHS 비중이 가장 크다. NHS의 예산 중 많은 부분은 인두제 방식으로 임상감독그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)에 주어진다.

NHS의 예산은 꾸준히 증가하고 있다. NHS의 예산 중 90%는 서비스 이용에 지출되며 나머지 10%는 관리운영에 지출된다. 영국 보리스 존슨 총리는 코로나 19 사태 이후 NHS 지출이 크게 증가할 것으로 생각되어 NHS 재정 규모 확충을 위하여 세금을 인상할 것이라 발표했다. 2022년 4월부터 국민보험 요율이 인상될 것이며 연 소득에 따라 약 100만에서

국가인권위원회 humanrights.go.kr

1억 원까지도 더 내야 할 수 있다고 설명했다. 총리는 세금 인상으로 코로나 19 사태로 인해 과부화된 NHS 서비스를 해소할 계획이다. 그뿐만 아니라 사회복지체계에도 £53억(약 8.5조 원)이 할당될 예정이다. 총리는 NHS 재정 규모 확대를 통해 코로나 19 사태로 악화한 사회복지 문제를 해결하지 않으면 후유증에 극복할 수 없을 것이라 설명하며 2023년부터는 다시 원상 복귀될 것을 약속했다.



[그림 4-4] NHS 예산 변화 추이 : 영국

(3) 사회문화적 현황

영국은 한국에 비해 약 2배 이상의 면접으로 이루어져 있으며 인구는 약 6,500만 명이다. GDP 성장률, 국내 총생산, 1인당 GDP 모두 한국보다 높으며, 실업률은 한국에 비해 약 2% 정도 높은 수치이다. GDP대비 공공사회복지지출규모를 살펴보면 영국은 한국의 약 2배 가량인 20.6%정도를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 정신건강복지예산의 경우 영국은 약 48,000억원을 지출하는 것에 비하여 한국은 약 4,065원을 지출하고 있으며, 1인당 정신건강복지예산의 경우에도 영국은 221달러가 배정된 것에 비해 한국의 경우 44.81달러로 적은 수치에 그쳤다.

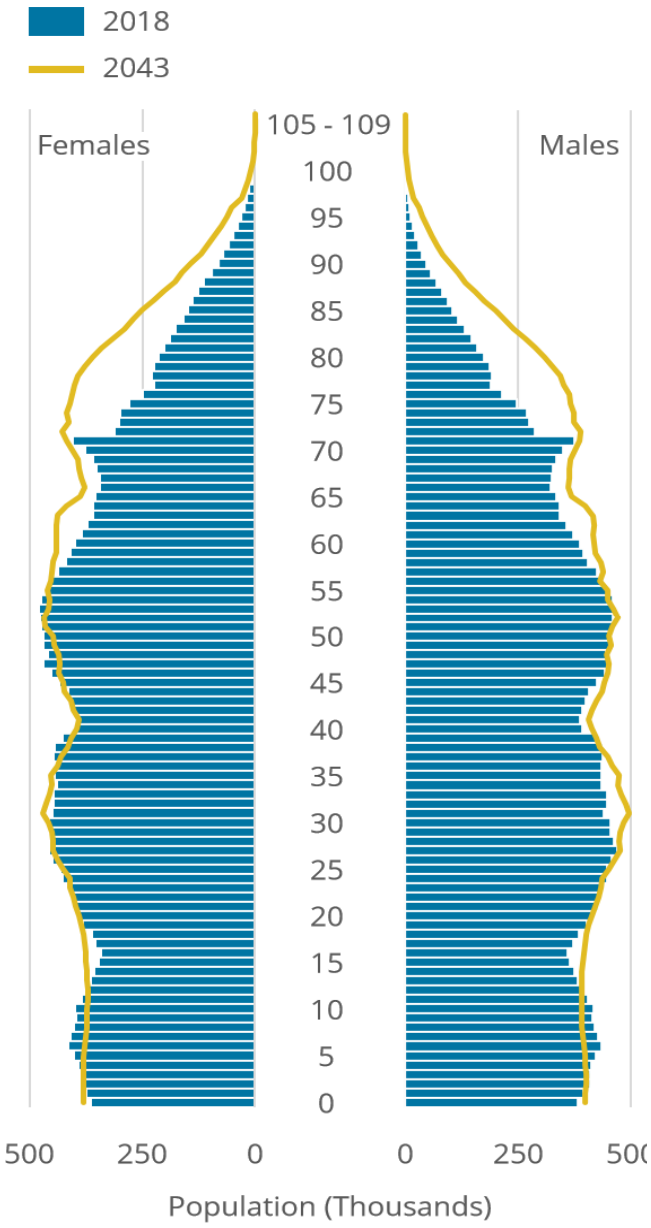
〈표 4-7〉 일반적 상황 비교 : 영국, 한국

	영국	차이	한국
면적	243,610km2	▼	100,032km2
인구	67,025,542명	▲	51,821,669명
GDP 성장률	4.8%	▼	0.7%
GDP 연간 성장률	22.2%	▼	5.9%
국내 총생산	2,707.74USD	▼	1,631USD
1인당 GDP	39,102.90USD	▼	28,361USD
실업률	5.1%	▼	3.7%
정부부채	2,340억 GBP 약 378조 1000억	▲	814.9조원
정부 예산	-14.20%(GDP비율)	▲	-6.10(GDP비율)
재정수입	1조 409억 GBP 약 1,681조 9000억	▲	24조 7,759억원
재정지출	1조 533억 GBP 약 1,701조 9400억원	▲	26조 8,236억원
공공사회복지지출규모 (OECD평균 20.0%)	20.6%(GDP대비)	▼	10.8%(GDP대비)
정신건강복지 예산 (WHO 권고 기준 5%)	340억 GBP 약48,468억원	▼	4,065억원 복지부 보건 예산 중2.7%
1인당 정신건강 예산	221.78$	▼	44.81$

*출처 : tradingeconomics.com
https://seoulmentalhealth.kr/main/sub1/sub1201

연령 구조는 한국과 비슷한 추이를 보인다, 영국의 통계청에 따르면 2018년에는 85세 이상 인구가 1.6만 명이었지만 2043년에는 약 2배 증가한 3만 명으로 추정되어 초고령화 사회로 진입하고 있다. 초고령사회 진입을 앞둔 영국은 NHS의 노인 관련 의료서비스를 강화하려 노력하고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



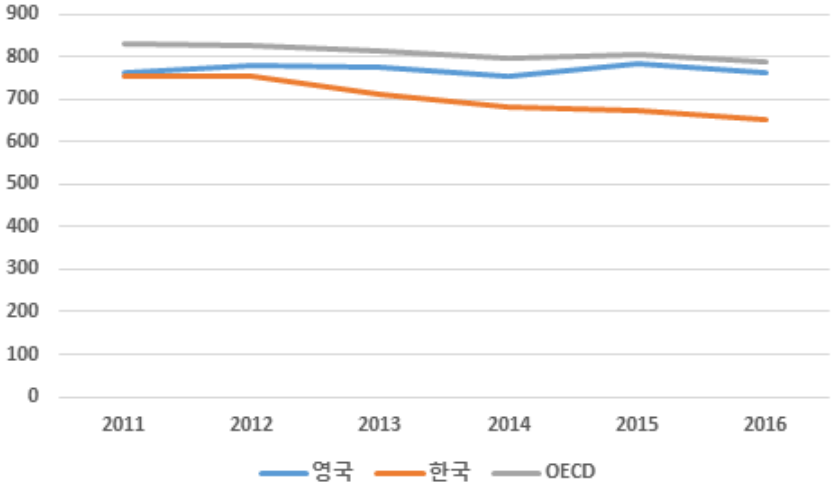
[그림 4-5] 2018-2043년도 연령구조 변화 예상 : 영국

영국과 한국의 인구 10만 명당 사망률 추이를 살펴본 결과는 다음과 같다. 영국의 인구 10 만명당 사망률은 2011년 762.9명에서 2016년 762.6명으로 비슷한 추세이다. 반면, 한국은 2011년 753.9명에서 2016년 654.2명으로 크게 감소하였다.

〈표 4-8〉 인구 10만명당 사망률 : 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영국	762.9	778	776.4	752.3	782.5	762.6
한국	753.9	753.8	712	681.7	672.9	654.2
OECD	832.5	827.9	814.6	796.0	806.6	787.1

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.



[그림 4-6] 인구 10만명당 사망률 : 영국, 한국, OECD

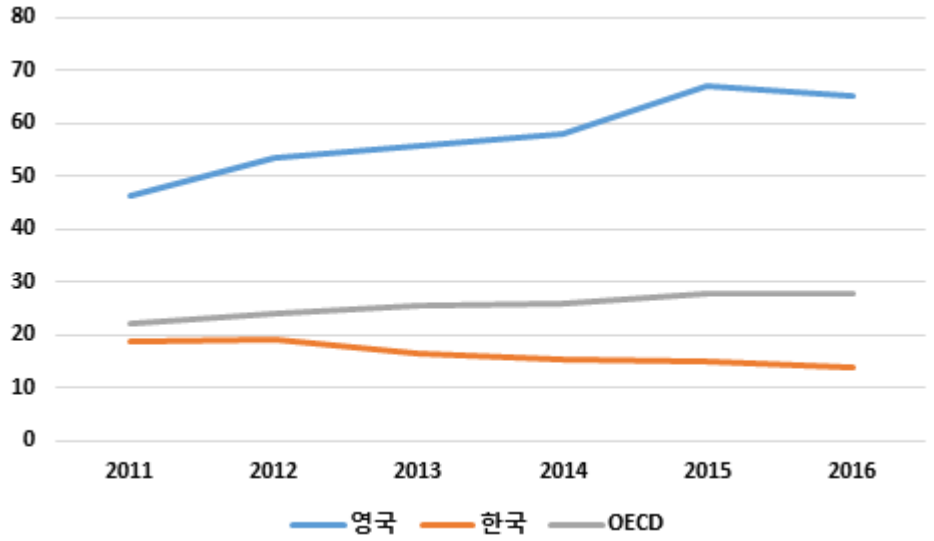
영국과 한국의 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률의 연도별 추이를 정리하면 다음과 같다. 영국의 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률은 2011년에 18.6명에서 2016년 13.9명으로 감소하는 추이를 보이고 있다. 반면 한국은 2011년 32.2명에서 2016년 65.1명으로 대폭 늘어난 것을 살펴볼 수 있다.

〈표 4-9〉 인구 10만명당 정신장애로 인한 사망률 : 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영국	46.3	53.3	55.8	58.1	67	65.1
한국	18.6	19.2	16.6	15.3	15	13.9
OECD	22.2	24.1	25.4	25.7	27.8	27.6

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



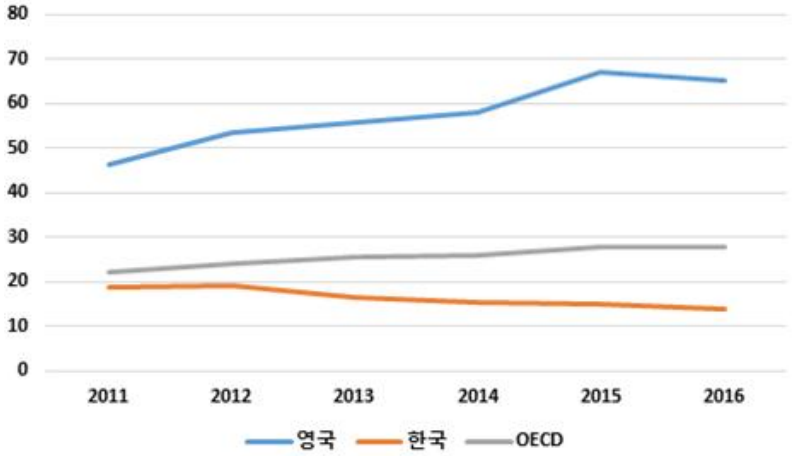
[그림 4-7] 인구 10만명당 정신장애로 인한 사망률 : 영국, 한국, OECD

영국과 한국의 인구 10만 명당 자해로 인한 사망률 추이를 그림으로 나타내면 다음과 같다. 2010년 영국의 자해로 인한 사망률은 10만 명 중 6.7명이었으며 2016년도 7.3명으로 비슷한 추세를 나타낸다. 한국도 2010년에 33.5명에서 2016년에 24.6명으로 감소하였지만, 영국보다 훨씬 많은 사람이 자해로 인하여 사망하고 있다.

〈표 4-10〉 인구 10만명당 자해로 인한 사망 : 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영국	6.9	6.9	7.5	7.4	7.5	7.3
한국	33.3	29.1	28.7	26.7	25.8	24.6
OECD	12.7	12.5	12.4	12.1	11.8	11.3

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.



[그림 4-8] 인구 10만명당 자해로 인한 사망 : 영국, 한국, OECD

영국의 정신건강 유병률에 대해 살펴보면 매년 4명 중 1명의 영국인이 정신건강의 문제를 겪고 있고, 매주 6명 중 1명이 일반적인 정신건강 문제 (불안 및 우울)을 겪고 있다. 아래 표와 같이 일반적인 정신건강 문제 중 범불안장애를 겪을 사람이 100명 5.9명으로 가장 많았으며 외상 후 스트레스 장애를 앓을 사람이 4.4명으로 두 번째로 많았다. 정신질환 유병률을 살펴보면 반사회성 인격장애를 앓은 사람이 100명중 3.3명으로 가장 많았다. 2015년 일반적인 정신건강 문제 (불안, 우울 및 스트레스)가 세 번째로 병가의 이유가 되기도 했었다. 정신건강에 의한 경제적 및 사회적 비용은 약£1,050억 원으로 한화로 168억 원에 달한다. 이러한 비용이 발생하지 않았다면 2015년의 영국 GDP가 무려 £250억 원 높았을 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 일반적인 정신건강 문제 유병률 : 영국

기준: 100명당

정신장애	수
범불안장애	5.9
우을	3.3
공포증	2.4
강박	1.3
공황장애	0.6
외상 후 스트레스장애	4.4

* 출처: Mind(2017)

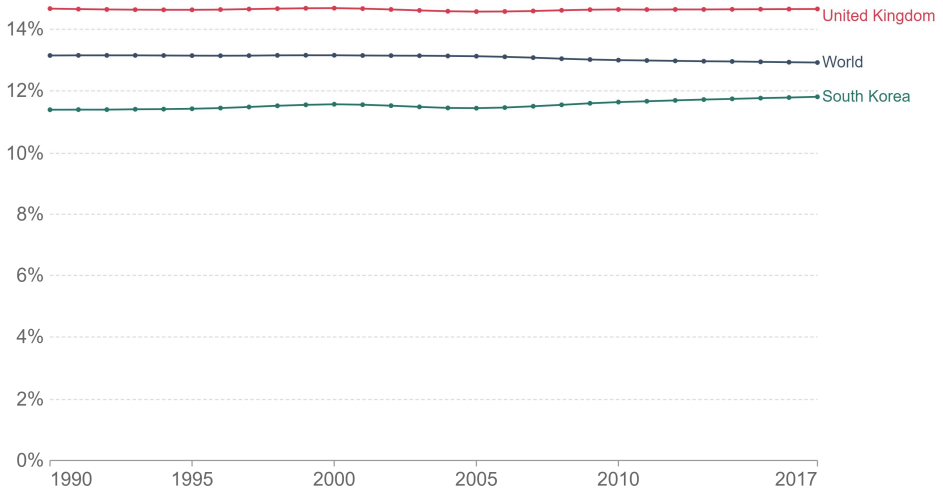
국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-12〉 정신질환 유병율 : 영국

기준: 100명당

정신질환	수
정신병 (psychotic)	0.7
양극성 장애	2.0
반사회성 인격장애	3.3
경계성 인격장애	2.4

*출처: Mind(2017)



[그림 4-9] 정신장애 유병률 비교 : 영국, 한국, 전세계

* 출처: IHME, Global Burden of Disease

영국의 사회문화적 사항 중 중요한 가치 중 하나는 복지국가이다. 영국은 1601년에 빈민법(Poor Law)을 제정하며 정신질환자 등을 비롯한 사회적 약자에 대한 사회정책을 처음으로 도입하였다. 그 후, 1942년에 노동당 정부의 「비버리지 보고서」에 따라 보편적인 복지를 실천하기 시작했다, 「국민보험법(National Insurance Act)」와 「국가건강서비스법(National Health Service Act)」이 1940년대에 제정되며 복지국가의 모습을 완성했다.

2010년 보수당이 집권한 후 사회보장제도가 도입된 후 광범위한 제도 개혁을 추진하였다. NHS의 개혁도 추진되었는데, 행정관료가 아닌 현장 중심의 의료인력으로 개편하였고, 재원 규모 확대를 위해 추가로 예산을 할당하였으며 사립보험환자를 더 많이 수용할 수 있도록 하였다. NHS 개혁을 통해 정신건강 예방과 치료를 위한 인력 및 재원도 확대되었다.

이로써 영국은 보편적인 사회보장제도를 갖추게 되었다. 이러한 사회보장제도를 통해 영국은 모든 국민에게 정신건강을 포함한 포괄적이며 보편적 의료서비스를 제공한다.

2) 법과 조례 (강상경 외, 2021)

(1) 정신보건법 (Mental Health Act, 2007) (제철웅, 2010)

영국의 정신건강 관련 법은 치료와 격리를 시초로 하는 1609년의 부랑자법(the Vagrancy Act)로부터 시작한다. 그러나 불법 감금 문제가 대두되며 1609년 부랑자법을 포함한 다양한 부랑자법들을 통합하여 적법절차를 강조하는 1890년 정신병자법(the Lunacy Act)이 제정되었다. 20세기에 들어서면서는 정신질환과 육체질환을 동일시하여 공동체 내에서의 치료를 확대하는 1913년 정신장애법이 대두되고, 치료와 관련하여 의사의 치료권한 남용을 막기 위한 적법 절차를 강조하는 1930년 정신질환치료법이 별도로 제정되었다. 그리고 자유주의적 관점에서 1959년 정신보건법(the Mental Health Act)이 제정되며 기존의 정신질환자 재산관리 및 치료, 보호와 관련된 법률이 하나로 통합되어 현재의 정신보건법의 틀을 갖추게 되었다. 정신보건법은 기존의 시설보호를 넘어 탈시설화를 강조하며 비자의 및 자의 입원을 최초로 구분하였다는 데 큰 의의가 있었다. 그러나 단순히 입원을 구분하는 것으로 정신장애인의 권리를 보장하기에는 한계가 있다는 점들이 지적되었고, 1983년, 2007년에 정신보건법을 전면 개정하기에 이르렀다. 전면개정된 정신보건법은 2008년 11월 3일부터 시행되었다.

개정된 정신보건법은 유럽인권조약(European Convention on Human Rights)[8]의 이념을 기반으로 제정되었으며, 유럽인권 조약 중 제3조의 고문, 비인간적 혹은 모욕적인 치료 혹은 처벌 금지)[9], 제5조의 개인의 자유와 안정 존중[10], 제8조의 사생활에 대한 존중[11]의 이념이 주로 반영되었다. 주된 변화는 정신장애를 분류하였던 조항을 삭제하는 등 정신장애의 정의를 단순화하여, 정신장애인들의 정신보건법에 의한 적용을 최대한으로 받을 수 있도록 하는데 있다. 또한, 비자의 입원에 대한 규정을 강화하는 등 영국의 정신장애인이 비자발

8) 이 조약은 세계 2차대전 이후 전후(post-war) 흐름에 따라 장애인의 권리 증진을 포함하여 인권조약이으로 영국의 정신보건법을 포함하여 유럽의 많은 법령은 이 조약으로부터 큰 영향을 받았다.

9) European Convention on Human Rights, Article 3: 'No one shall be subjected to torture or to inumane or degrading treatment or punishment'

10) European Convention on Human Rights, Article 5: 'Everyone has the right to liberty and security of person. No one shall be deprived of his liberty save in the following cases and in accordance with a procedure prescribed by law.'

11) European Convention on Human Rights, Article 8: 'Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.'

적인 치료를 최대한 지양하고 지역사회에서 개인의 자유를 보장 받으면서 생활할 수 있도록 하였다. 영국의 정신보건법 개요는 〈표 4-13〉과 같다.

〈표 4-13〉 2007년 법에 의해 개정된 1983 정신보건법 (Mental Health Act, 2007) : 영국

법 조항	주요 내용
제1장 법의 적용 (Application of the Act)	• 'Mental disorder" 정의, 법 적용 범위
제2장 강제입원 및 지역사회기반 정신과치료지원을 위한 후견제도 (Compulsory Admission to Hospital and Guardianship)	• 강제입원을 위한 절차 (사정을 위한 입원, 치료를 위한 입원, 응급상황 시 입원 절차 등) • 지역사회기반 정신과치료지원을 위한 후견제도 (후견제도 신청, 후견인 관련 규정, 후견인 사망 혹은 의사결정능력 부족 시 후견제 양도 등) • 강제입원 혹은 후견인이 필요한 환자 (환자 구분, 퇴원, 지역사회 치료 명령 등) • 사후관리 (사후관리가 필요한 환자 구분, 관리 기간 등) • 환자의 가족 기능 ('친척,' '가장 가까운 친척'의 정의, 치료가 필요한 미성년자, 가족에 의한 퇴원 요청 등)
제3장 형사처리 혹은 형 집행 과정의 환자 (Patients Concerned in Criminal Proceedings or Under Sentence)	• 병원 치료 (피고인의 정신 상태 사정 및 치료 등) • 제한 명령 (퇴원을 거부할 수 있는 법원의 권한 등) • 강제입원 (입원 치료를 지시할 수 있는 법원의 권한 등) • 종신형 중 입원 치료 관련 • 수감자의 병원 이송 관련
제4장 치료에 대한 동의 (Consent to Treatment)	• 조항 적용 범위 (정신보건법에 따라 강제입원/치료를 받는 자) • 동의 및 다른 전문의의 소견이 필요한 치료 • 동의 혹은 다른 전문의의 소견이 필요한 치료 • 전기 충격 치료 • 치료 계획 및 검토 • 긴급 치료 • 동의가 필요하지 않은 치료
제5장 정신건강심판위원회 (Mental Health Review Tribunal)	• 제2조에 따라 입원된 환자 관련 • 제3조에 따라 입원된 환자 관련 • 퇴원 (위원회 권한)
제6장 영국 내 환자들의 이동과 복귀 (Removal and Return of Patients within United Kingdom, etc)	• 스코틀랜드부터/으로 이동 • 북아일랜드부터/으로 이동 • 영국으로부터 외국인 이동
제7장 환자의 재산과 사무 관리 (Management of Property and Affairs of Patients)	• 환자의 재산 및 생활(affairs)에 대한 법정의 권한
제8장 지방 당국과 장관의 역할 (Miscellaneous Functions of Local Authorities and the Secretary of State)	• 검증된 정신건강 전문의(approved mental health professionals) 정의 및 권한 • 사후관리 (주거 및 간호 관리 관련 규정)
제9장 범죄 (Offenses)	• 위조, 허위진술 등 • 환자에 대한 부당한 대우 • 지방정부에 의한 기소
제10장 기타 조항 (Miscellaneous and Supplementary)	-

* 출처 : https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents

본 장에서는 정신보건법 2007년 주요 개정 내용과 UN장애인권리협약 서명 및 비준에 따라 영향을 받게 된 조항들을 살펴보고자 한다(강상경 외, 2021).

① 제1조: 목적

2007년 개정 정신보건법에서 가장 큰 변화는 정신보건법의 목적과 장애의 정의에 변화가 있었던 점이다. 기존 정신보건법에서는 정신보건법의 목적 상에 정신장애인의 '재산관리 및 기타 관련' 사항에 제약을 두는 등, 치료 및 보호 이외에 일상생활에서도 정신장애인의 권리를 제약하고 있었다. 반면, 2007년 개정법 안에서는 법의 효력을 접수 및 치료, 보호에 한하여 적용하도록 하였다.

〈표 4-14〉 정신보건법 제1조 목적 조항 개정 (2007) : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 1983. 12. 30]	**제1조(정신보건법의 목적)** 1. 이 법의 규정은 정신장애인의 접수(reception) 및 치료와 보호, 재산관리 및 기타 관련 사항에 관하여 효력을 가진다.
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	**제1조(정신보건법의 목적 및 정의)** 1. 이 법의 규정은 정신장애인의 접수(reception) 및 치료와 보호에 관하여 효력을 가진다.

* 출처: Mental Health Act (1983, 2007), UK Legislation

② 제2조: 정신장애의 정의

개정 정신보건법에서는 기존에 4가지로 분류(정신질환, 정신장애, 중증정신장애, 정신병)되었던 정신장애를 '마음의 모든 장애'로 단순화하였다. 이를 통해 정신질환자에게 한하여 제공되었던 정신건강서비스를 뇌손상(acquired brain injury)으로 장애를 경험하는 사람들도 이용할 수 있게 되었으며, 학습 장애가 있는 경우에도 유사한 어려움을 경험하면 비자의 치료, 지역사회치료 명령제, 후견제도 서비스를 받을 수 있게 되었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-15〉 정신보건법 제2조-정신장애의 정의 조항 개정 (2007) : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 1983. 12. 30]	**제2조(정신장애의 정의)** 2. 이 법에서 정신장애란 a) "정신장애" (those of "mental disorder"), b) "중증 정신 장애" (those of "severe mental impairment" and "severely mentally impaired"), c) "정신장애" (those of "mental impairment" and "mentally impaired"), d) "병적 장애" (those of "psychopathic disorder")를 의미한다. 3. 알코올 또는 약물에 대한 의존은 상기 (2) 항의 목적을 위해 정신장애로 간주하지 않는다.
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	**제2조(정신장애의 정의)** 2. "정신장애(mental disorder)는 마음의 모든 장애를 의미하며, "정신에 장애(mentally disordered)"란 이에 따라 해석되어야 한다(constructed accordingly). 2A. 그러나 학습장애가 있는 사람은 다음과 같은 이유로 고려되지 않는다 - a) 아래 제2b조에 언급된 조항의 목적으로 정신장애를 겪고 있는 경우, 그리고 b) 장애가 비정상적으로 공격적이거나 심각하게 무책임한 행위와 관련되지 않는 한, 아래의 17E와 50에서 53조의 목적을 위해 병원에서 정신장애 치료를 동일시한다. 3. 알코올 또는 약물에 대한 의존은 상기 (2) 항의 목적을 위해 정신장애로 간주하지 않는다. 4. 위 제2a조의 "학습장애"는 사회적 기능을 포함하여 지능의 현저한 손상과 불완전한 발달상태를 의미한다.

* 출처: Mental Health Act (1983, 2007), UK Legislation

③ 제3조: 비자의 입원 치료

2007년 개정 정신보건법을 통해 기존의 '치료 가능 테스트(treatability test)'가 '적정 의학 치료 테스트(appropriate medical treatment test)'[12]로 변화했다. 변경된 명칭에서도 예측할 수 있듯, 기존 1983년 정신보건법에서는 치료를 통해 환자의 정신질환이 완화될 가능성이 있는가에 초점을 두었다면, 이후 개정 법안에서는 환자의 전반적인 상황을 고려하여 환자의 욕구와 상황에 맞는 적정치료가 있는지를 테스트하는데 중점을 둔다. 단순히 정신과적 질환이 완화되는지의 여부를 넘어서서 환자의 삶 전반에 걸쳐 치료가 긍정적인 영향을 줄 수 있는지 총체적인 평가를 진행한다. 이를 통해 정신장애인 개인의 자유를 존중하고, 비자발적인 치료를 최대한 지양하는 방향을 추구한다.

12) "Appropriate Medical Treatment:" The 2007 Act also clarifies what medical treatment is. It states that it can mean, in addition to medication and other recognized medical treatment, nursing, psychological intervention and specialist mental health habilitation, rehabilitation and care.

〈표 4-16〉 정신보건법 제3조 치료를 위한 입원 조항 개정 (2007) : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 1983. 12. 30]	**제3조(치료를 위한 입원) 1, 3항은 생략, 현행과 같음** 2. 입원을 위한 입원은 다음과 같은 사유로만 이루어져야 한다: a) 병원에서 치료받는 것이 필요한 상태의 정신장애, 중증정신장애, 병적 정신장애를 겪고 있는 경우, b) 병원 치료가 환자의 상태를 완화 혹은 악화를 방지할 가능성이 있는 경우, 그리고 c) 병원 치료가 환자와 환자 주위 사람들을 위해 필수적으로 필요하며 비자의적 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	**제3조(치료를 위한 입원) 1, 3항은 생략, 현행과 같음** 2. 치료를 위한 입원은 다음과 같은 사유로만 이루어져야 한다: a) 병원에서 치료받는 것이 필요한 상태의 정신장애를 겪고 있는 경우, b) 〈삭제〉 c) 병원 치료가 환자와 환자 주위 사람들을 위해 필수적으로 필요하며 비자의적 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우, 그리고 d) 이에 마땅한 치료가 가능한 경우 4. 이 법에서 정신장애를 앓고 있는 사람과 관련하여 적절한 의학적 치료란 정신장애의 성격(nature)과 정도 및 기타 모든 상황을 고려한 적절한 치료이다.

* 출처: Mental Health Act (1983, 2007), UK Legislation

뿐만 아니라 개정 정신보건법은 자의 치료를 주요 원칙으로 하고, 불가피하게 자해 및 타해의 위협이 있는 경우에만 비자의 치료를 고려한다. 비자의 치료를 허용하는 과정에서도 〈표 4-17〉에 정리된 것처럼 당사자의 상태를 잘 인지하고 있는 여러 전문가에 의해서 심사가 이루어진다. 또한 비자의 치료 과정에서 당사자의 자기결정권 행사를 옹호해주는 정신건강옹호제도(Independent Mental Health Advocate, IMHA)로부터 도움을 받을 수 있다. IMHA를 통해 비자의 치료 및 입원 중 본인의 권리, 퇴원 방법과 자의 치료로 전환하는 방법에 대해 알 수 있다.

〈표 4-17〉 비자의 입원 및 치료를 위한 심사를 실행하는 전문가 : 영국

전문의	비고
1) 검증된 정신건강 전문의 (Approved Mental Health Professional, AMHP)	- 정신보건법에 따라 다양한 정신건강 관련 서비스를 제공하는 사회복지사, 간호사, 상담사, 심리사 등
2) 등록된 의료 종사자 (Registered Medical Practitioner)	- 주로 환자를 알고 지낸 NHS의 General Practitioner GP
3) 정신보건법 12조에 의해 인정된(approved) 의사	- 주로 정신과 의사(psychiatrist)

국가인권위원회 humanrights.go.kr

비자의 입원 혹은 치료를 정신보건법의 다음과 같은 조항에 따라 진행될 수 있다. 주로 제 2항, 3항, 5항의 2조, 4조에 따라 비자의 입원과 치료가 이루어진다. 각 조항은 다른 이유로 비자의 입원과 치료를 허용하며 허용된 기간도 전부 다르다. 각 조항의 세부사항은 아래 표에 정리되어 있다. 표에 나타난 것처럼 영국은 비자의 치료 및 입원을 허용하는 기간이 매우 짧으며 관련 전문의의 의견이 꼭 필요하다. 이러한 조항을 통해 영국은 비자의 입원과 치료를 줄이고 당사자가 자의 치료와 입원을 통해 회복할 수 있는 환경을 구축하였다.

〈표 4-18〉 정신보건법 중 비자의 치료 및 입원을 허용하는 조항 : 영국

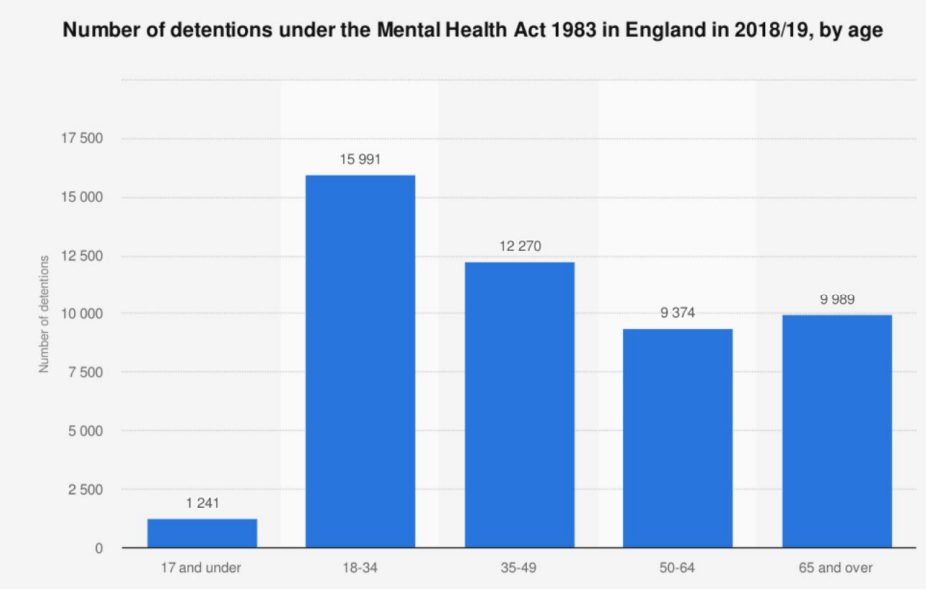
조항	허용 사유	최대 허용 기간
Section 2	- 정신장애를 앓고 있으며 - 사정과 그에 맞는 치료를 위해 단기간 비자의 치료가 필요하며 - 자타의 위험이 있는 경우	28 일
Section 3	- 정신장애를 앓고 있으며, - 자타의 위험이 있으며 - 비자의 입원을 통해서만 치료가 가능한 경우	6개월
Section 5(2)	- 자의 치료를 받는 환자였으며, - 담당 전문의가 비자의 입원이 필요하다고 보고한 경우	72시간
Section 5(4)	- 자타의 위험이 있어 병원으로 급히 이송되어야 하는 경우 - 응급상황으로 전문의 보고를 통한 입원이 불가능한 경우	6시간

정신보건법에 따라 비자의 입원 치료를 받고 있는 사람은 2019/20년 기준 총 64,808명으로 제2항, 사정을 위한 비자의 입원 유형이 가장 많은 것으로 나타났다. 제2항과 제3항에 따른 비자의 입원 경우 여성보다 남성이 더 많았던 반면 응급상황으로 인해 이루어지는 제5항을 통한 비자의 입원 경우는 남성보다 여성이 더 많았다. 또한, 연령대별로 구분하여 보면 18~34세가 가장 많았으며 17세 이하의 청소년의 비자 입원은 거의 이루어지지 않은 것을 확인할 수 있다. 그러나 UN은 영국이 여전히 비자의 입원 규정을 두고 있는 점에 대해 우려를 표하며 장애와 관련된 비자의적 치료 및 입원 허용 관련 규정을 폐지할 것을 권고 하였다.

〈표 4-19〉 조항 및 성별에 따른 비자의 치료 및 입원을 받는 사람 수 : 영국

조항	구분	수
전체	전체	64,808
	남성	33,640
	여성	31,046
Section 2	전체	29,511
	남성	14,747
	여성	14,695
Section 3	전체	27,131
	남성	14,305
	여성	12,789
Section 5(2)	전체	2,923
	남성	1,247
	여성	1,671
Section 5(4)	전체	372
	남성	112
	여성	258

*출처 NHS Statistics (2020)



[그림 4-10] 2018/19년 연령대별 비자의 입원 : 영국

국가인권위원회
humanrights.go.kr

④ 제130조: 독립정신건강 옹호제도(Independent Mental Health Advocate, IMHA)

새롭게 도입된 정신건강옹호제도는 앞서 살펴본 비자의입원 중 불필요한 입원을 예방하는 주요한 역할을 한다. 서비스 이용 대상[13]이 되는 환자들은 원하는 경우 영국의 국가보건서비스(National Health Service; NHS)와 지역사회서비스 제공자를 통해 정신건강옹호제도 서비스 제공자에게 연락할 수 있다. 정신건강옹호인들은 환자들이 자신의 회복에 적합한 결정을 내릴 수 있도록 당사자의 입장에서 결정을 지원하며, 이 과정에서 환자들이 접근하기 어려운 정신보건법 조항 및 치료 과정에 대한 설명을 제공한다. 정신건강옹호제도는 정신과 치료지원을 위한 후견인과 마찬가지로 의사결정을 대신하지는 않지만, 당사자가 원하는 회복 방향을 선택할 수 있도록 의사를 지원하는 차원에서 UN장애인권리협약의 자기결정권 존중과도 맥을 함께 한다. UN은 영국 정부에 이러한 지원의사결정 제도 이외에 후견제도와 같은 대체 결정 관련 규정을 폐지할 것을 요구한바 있다.

〈표 4-20〉 정신보건법 제130A 정신건강옹호제도 도입 : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	**130A 정신건강 옹호제도(Independent Mental Health Advocate, IMHA)** 1. 잉글랜드에 속한 지역 사회서비스 관계자는 해당되는 환자를 도울 수 있는 '정신건강 옹호인'이 가능하도록 합리적인 조치를 취해야 한다. 2. 정신건강 옹호인 관련 규정은 다음과 같다: a) 정신건강 옹호인은 명시된 상황에서 혹은 그러한 조건에 따라 정신건강 옹호를 할 수 있다. b) 규정에 따라 승인을 받아야 하는 정신건강 옹호자는 개인의 임명에 따라 정신건강 옹호를 할 수 있다. **130B. 130A에 따른 규정** 1. 정신건강 옹호자는 환자가 다음과 같은 사항에 대한 정보를 얻고 이해하는 데 도움이 되어야 한다. a) 본 법의 조항 b) 본 법의 조건 또는 제한 c) 어떠한 치료가 환자에게 제공되거나 제안되는지에 관한 것 d) 치료가 주어지거나 제안되거나 논의된 이유 e) 권한이 부여되거나 부여될 권한 f) 치료 제공과 관련하여 적용되거나 적용될 본 법의 내용

* 출처: Mental Health Act (2007), UK Legislation

⑤ 제17조: 지역사회 치료명령제(Community Treatment Order, CTO)

개정 정신보건법에서는 정신보건법 제3조 혹은 제37조에 근거하여 비자의적으로 입원

13) 정신건강옹호제도는 앞서 살펴본 정신보건법 제2조 및 제3조에 따라 비자의적으로 입원한 사람, 지역사회 치료명령을 받은 사람, 후견제도 서비스를 받는 사람들이 이용할 수 있으며, 자신의 의사에 따라 치료를 받는 사람 중에서도 특별히 서비스가 필요한 사람들도 이용할 수 있다.

하게 될 경우 지역사회에서 치료를 받을 수 있도록 하는 '지역사회 치료명령제(Community Treatment Order, CTO: 또는 Supervised Community Treatment, SCT)'조항이 추가되었다. 입원보다 외래치료를 병행하며 지역사회에서 회복하는 것이 더 낫다고 판단되지만, 환자가 지역사회에서 외래치료를 주기적으로 이행하지 않을 가능성이 있을 때 본 법령이 적용된다. 기본 기간은 6개월이며 환자의 회복 정도에 따라 지원 기간은 변경될 수 있다. 지역사회 치료명령제를 도입하여 불필요한 장기적 비자의적 입원을 금지하였다는 의의가 있는 반면, 환자가 치료를 거부할 경우 17B 조항에 근거하여 다시 강제적으로 병원에 입원될 수 있다는 점을 고려하면 온전히 정신장애인의 권리를 온전히 보장하기에는 제한이 있는 것으로도 평가된다. 또한, 최근 10년간 지역사회 치료명령제 이용 회수가 상당수 증가하였는데(2008년 연간 400~600회, 2014년 약 4500회), 이 중 흑인의 비자의 입원비율이이 더 높은 양상을 보이는 등의 문제가 있어 사회적 차별에 대한 이슈가 대두되고 있는 상황이다.

〈표 4-21〉 정신보건법 제17조 지역사회치료명령제 개정 : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	**17A 지역사회 치료명령제** 1. 책임 임상의는 비자의적 입원 환자를 17E에 명시된 조건 아래 지역사회 치료명령을 받게 하여 퇴원시킬 수 있다. 2. 책임 임상의는 다음과 같은 경우에만 지역사회 치료명령을 내릴 수 있다: a) 필요한 기준이 충족된 경우, 그리고 b) 인증된 정신건강전문의 (AMHP)가 아래와 같이 적을 경우: i: 책임 임상의와 동의한다, 그리고 ii: 치료명령제가 적절하다. **17B. 조건** 지역사회 치료명령을 내릴 경우, 환자가 따라야 하는 조건을 명시해야 한다. 조건은 다음과 같은 경우에 대해 명시해야 한다. a) 제20A조에 따라 환자가 검사를 받아야 할 조건, 그리고 b) 제4A조에 따라 인증서(certificate)가 필요한 경우, 인증서를 발급할 수 있도록 하기 위해 검사를 받아야 할 조건 **17E 병원 소환 권환** 책임 임상의는 지역사회 치료명령을 받는 환자를 책임 임상의 기준 다음과 같은 경우에 병원으로 소환할 수 있다. a) 환자의 정신장애 상태가 병원 치료를 필요로 할 때, 그리고 b) 자해와 타해의 위험이 있는 경우 제17B조에 따라 환자가 지역사회 치료명령의 조건을 따르지 않은 경우 소환될 수 있다.

* 출처: Mental Health Act (2007), UK Legislation

국가인권위원회
humanrights.go.kr

⑥ 제58조: 전기충격요법 규정

이전 정신보건법과 달리 개정 정신보건법에서는 환자의 연령, 의사결정 능력에 따라 전기충격요법 치료에 제한을 두는 규정이 추가되었다. 환자가 18세 미만의 미성년자일 경우 위급한 상황을 제외하고는 당사자의 동의 및 자필서명 없이 전기충격요법을 시행할 수 없다. 이는 성인의 경우에도 마찬가지로 적용된다. 환자에게 전기충격요법에 대한 설명을 제공하여도 환자가 이를 인지하기 어려운 경우에는 환자를 직접 치료한 경험이 있는 두 명의 의료인과 상의한 후에 치료를 시행해야 한다.

〈표 4-22〉 정신보건법 제58조 전기충격요법 개정 : 영국

구분	내용
정신보건법 [시행 2008. 11. 03]	이 조항은 다음과 같은 정신장애에 대한 치료법에 적용된다. a) 전기충격요법, 그리고 b) 국가가 제정한 규정에 따라 본 조의 목적에 명시될 수 있는 다른 형태의 치료 2. 제3조, 제4조, 그리고 제5조에 해당하는 자를 제외하고 이 조항에 명시된 그 어떠한 치료는 금지된다. 3. 다음과 같은 경우 환자는 제3조에 해당한다.: a) 아직 18세가 되지 않은 자, b) 명시된 치료에 승인을 한 자, 그리고 c) 환자 담당 인증된 임상의(approved clinican) 혹은 등록된 의료인(registered medical practitioner)가 환자가 치료의 성격, 목적, 그리고 효과에 대해 인지할 능력이 있으며 동의하였다는 것에 대한 자필서명서가 있는 경우 4. 다음과 같은 경우, 환자는 제4조에 해당한다.: a) 아직 18세가 되지 않은 자, b) 명시된 치료에 승인을 한 자, 그리고 c) 환자 담당 인증된 임상의(approved clinician) 혹은 등록된 의료인(registered medical practitioner)이 다음과 같은 내용을 담음 자필서명서를 제출할 경우: i: 환자가 치료의 성격, 목적, 그리고 효과에 대해 인지할 능력이 있으며 동의하였다는 것 ii: 치료가 적절하다는 것 5. 다음과 같은 경우, 환자는 제5조에 해당한다.: a) 환자가 치료의 성격, 목적, 그리고 효과에 대해 인지할 능력이 없을 때, b) 치료를 받는 것이 적절한 경우, 그리고 c) 환자에게 치료를 제공하는 것이 다음과 같은 경우와 충돌되지 않을 때 - i: 보호 법원(Court of Protection)에 의한 결정 ii: 등록된 임상의가 만족하고 유효하며 적용 가능한 사전 결정 6. 제5조에 해당하는 자에게 치료를 제공하기 전에, 등록된 의료인은 그 환자 치료에 개입한 적이 있는 다른 두 의료인과 상의해야 한다.

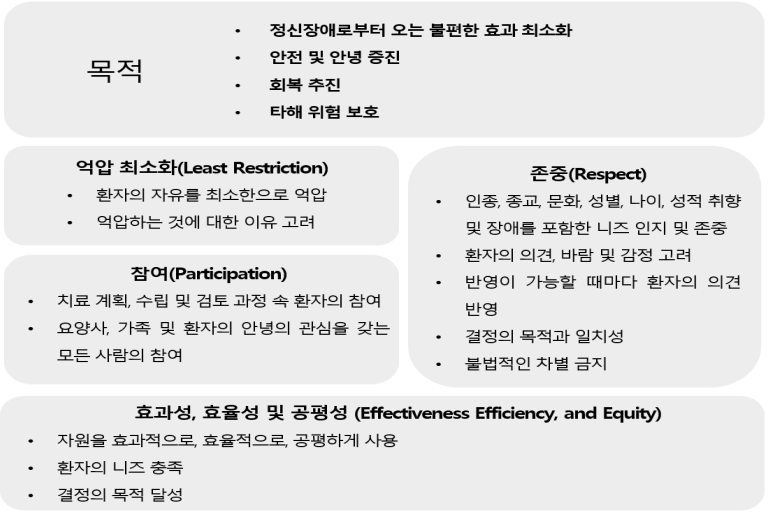
* 출처: Mental Health Act (2007), UK Legislation

⑦ 법 개정과 동반된 변화: 전문직의 역할 강화, 실천 강령의 변화

개정된 법조항에 담긴 것은 아니지만, 정신보건법 전면 개정의 영향으로 정신건강전문가들의 역할 및 입지가 강화되었다. 또한, 정신장애인의 권리를 중심으로 하는 실천강령의 변화가

있었다. 우선, 1983년 정신보건법에서의 사회복지사(Approved Social Workers, ASW)'는 2007년 정신건강전문가(Approved Mental Health Professional, AMPH)'로 명칭이 변경되었다. 뿐만 아니라 이러한 전문건강전문가라는 영역 안에 작업치료사, 간호사, 심리사를 함께 포함하여 정신건강전문 영역에 있어서의 팀접근을 강화하였다. 더불어 정신건강전문가에 해당하는 사회복지사, 간호사, 작업치료사 등이 국가보건서비스(National Health Service; NHS)에서 인증하는 임상의(Approved Clinician, AC)가 될 수 있는 과정을 만들고, 일정 수준의 경력이 쌓이면 책임 의료인(Responsible Medical Officer, RMO)가 될 수 있도록 하였다. 책임임상의는 비자의 입원 환자의 퇴원, 환자의 외출 승인, 정신건강전문의(approved mental health practioner, AMHP)의 승인 하에 비자의 입원환자의 퇴원 이후 지역사회 치료 전환·연장·병원소환 등의 역할을 수행한다(British Journal of Medical Practitioners, 2008).

더불어 정신건강 전문가들이 지켜야할 실천 강령[14]에도 변화가 있었다. 이전 개정 전 실천강령에서는 치료 계획 및 형태에 대한 내용만 실천강령에 규정되어 있지만, 2007년 개정된 실천강령에서는 강령의 목적과 '억압최소화, 존중, 참여, 효과성 등'의 원칙을 제시하고 있다. 2007년 개정을 통해 새롭게 도입된 실천강령은 장애인의 인권 권리 증진을 위한 노력으로 볼 수 있다.



* 출처: Mental Health Act, (2007), UK Legislation

[그림 4-11] 정신보건법 실천강령 (2007) : 영국

14) 실천 강령은 영국의 정신건강 전문가들이 실천 현장에서 정신보건법을 적용할 때 지원받을 수 있는 하나의 지침서(Statement of guiding principle)이다. 정신건강 전문가 실천 강령을 준수 하지 않을 시, 법적인 심판을 받을 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 평등법 (Equality Act, 2010)

영국은 UN장애인권리협약 비준 이후 영국 내에 존재하는 차별금지법들의 대대적인 통합을 시도하였다. 기존 차별금지법들인 성차별금지법(1975년), 인종차별금지법(1976년), 장애인차별금지법(1995년)의 경우 법령이 제정될 시기에는 성별, 인종, 장애인에 대한 차별을 사회적으로 금지한다는 차원에서 의미 있었지만, 장애인권리협약 비준 이후에는 개인의 특정 속성을 근거로 차별법안을 제정하는 것보다 사회 전체의 불평등과 차별을 개선하려는 노력이 필요하다는 사회적 인식이 확산되었기 때문이다. 이에 2010년 기존 세가지 차별금지법을 통합한 평등법이 제정되었다. 평등법은 총 16개의 장과 218개의 조항으로 구성되어 있으며, 주요 내용은 다음 표와 같다.

〈표 4-23〉 평등법 주요 내용(Equality Act, 2010) : 영국

법 조항	주요 내용
제1장 사회경제적 불평등 (Socio-economic inequalities)	• 공공기관은 사회경제적 불이익과 결과의 불평등을 해소하는 방향으로 정책 결정해야 하는 의무 관련
제2장 평등: 주요개념 (Equality: Key Concepts)	• 법이 적용되는 보호 대상의 특성 규정 (나이, 장애, 성전환, 결혼, 인종, 종교, 성, 성적 취향) • 금지된 행위 (직접차별, 간접차별, 장애로 인한 차별 등) • 장애인을 위한 조정 (조정해야 할 의무, 의무 불이행 관련 규정) • 기타 금지된 행위 (괴롭힘, 보복조치)
제3장 서비스 및 공공기능 (Service and Public Functions)	• 서비스 제공 관련
제4장 재산 (Premises)	• 처분과 관리
제5장 직장 (Work)	• 직장인 (직장 내 괴롭힘, 계약직 등) • 직장 내 평등 (성 평등, 출산 및 육아 휴가, 급여에 관한 정보 공개) • 채용 (장애 및 건강 관련 채용 규정)
제6장 교육 (Education)	• 학교 내 평등 (학교 내 괴롭힘, 장애 학생의 접근성 등)
제7장 연합 (Association)	• 연합 내 평등 (괴롭힘, 정당 관련)
제8장 금지된 행위 : 부수적 조항 (Prohibited Conduct:Ancillary)	• 고용주와 교장의 책임 • 직원과 대리인의 책임 • 위반을 지시 혹은 유도하는 행위
제9장 집행 (Enforcement)	• 민사 법원 • 고용 심사 위원회
제10장 계약 (Contracts, etc.)	• 계약 및 기타 동의서 (시행할 수 없는 항목, 항목 제거 및 조정) • 계약 취소 및 위반

법 조항	주요 내용
제11장 평등증진 (Advancement of Equality)	• 공공기관의 의무 • 적극적 행동 (일반, 채용 및 승진 관련)
제12장 장애인: 교통 (Disabled Persons: Transport)	• 택시 • 공공에서 제공하는 교통수단 (버스, 지하철 등)
제13장 장애: 기타 (Disability: Miscellaneous)	• 합리적 조정
제14장 일반적인 예외 (General Exceptions)	• 법적 조항, 국가 안보, 스포츠, 일반
제15장 가족 재산	• 남편, 아내의 유지 의무 폐지, 기혼여성 재산법 개정, 가사수당 등
제16장 일반 및 기타 (General and miscellaneous	-

*출처: Equality Act, (2010), UK Legislation.

영국은 UN장애인권리협약 비준 국가로서 평등 법 안에 고용, 교육 등의 장애인권리협약을 부분적으로 반영하려고 노력하였고, 장애인권리협약을 반영하여 꾸준히 개정을 시도 하고 있다. 평등법 이행을 위해 평등위원회(The Equality and Human Rights Commission, EHRC)가 설립되었다. 평등위원회는 평등법을 관리 및 시행할 뿐만 아니라 UN장애인권리협약 이념을 반영하고 실현하기 위한 노력을 하고 있다.

평등법 안에서 UN장애인권리협약 이념이 반영된 지점들을 살펴보면 다음과 같다. 우선, UN장애인권리협약 내에서 여성, 아동 장애인에 대한 복합차별을 다룬 것과 같이 평등법 제2장(평등의 주요개념)의 제14조에서도 '이중 특성(dual characteristics)에 따른 복합차별'이라 개념을 정의하였다. 구체적으로 연령, 장애, 성별, 인종, 종교, 성적 취향, 성전환 등의 보호요소(protected characteristics) 중 두 가지 이상에 속하는 사람을 차별할 때 복합차별으로 보아 특별히 더 사회적 차별으로부터 보호받을 수 있도록 하였다.

다음으로, 평등법 제2장(평등의 주요개념) 안에 제20조 조정의 의무라는 정의를 규정하였다. 이를 통해 장애인이 비장애인과 비교하여 불이익을 주는 경우 고용주와 서비스 제공자가 이를 '조정해야할 의무'를 부과하였다. 물론 1995년 장애인차별금지법 상에도 제21조 서비스 제공자의 조정의무[15]를 통해 고용주의 차별 조정 의무를 부과한 바 있지만, 평등법에서

15) 장애인 차별금지법[시행 1995.11.08] 제21조 서비스 제공자의 조정 의무(Duty of providers of services to make adjustments): 1. 장애인이 이용하기 불가능하거나 불합리하게 어렵게 하는 서비스 제공자의 관행, 정책 또는 절차는 합당한 조처를 하는 것이 서비스 제공자의 의무이며 이러한 관행, 정책 또는 절차를 변경하여 더는 차별적인 처우를 금지한다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

는 조금 더 상세하게 '기준 관행, 신체적특징, 보조지원이 장애인에게 불이익을 주는 경우'로 규정하여 조정 의무 요건을 세분화하였다. 이러한 조정의 범위 확대는 UN장애인권리협약 제2조에 제시된 합리적 조정의 반영 노력으로 볼 수 있다.

〈표 4-24〉 평등법 제20조 조정 의무 : 영국

법 조항	주요 내용
평등법 [시행 2010.10.01]	**제20조 조정 의무(Reasonable Adjustmnets)** 조정 의무는 다음과 같은 3가지 경우에 해당한다.: 첫 번째 요건은 A의 규정, 기준 또는 관행이 비장애인과 비교했을 때 장애인에게 상당한 불이익을 주는 경우; 두 번째 요건은 신체적 특징이 비장애인과 비교했을 때 장애인에게 상당한 불이익을 주는 경우; 세 번째 요건은 보조 지원(auxiliary aid)가 없는 경우 비장애인과 비교했을 때 장애인에게 상당한 불이익을 주는 경우.

*출처: Equality Act, (2010), UK Legislation.

이렇듯 영국은 평등법 제정을 통해 장애인에 대한 차별금지를 위해 많은 노력을 기울이고 있지만, 평등법의 장애 관련 조항에서 보험 가입 제한에 대한 조항이 포함되지 않았다는 한계가 있다. 따라서 영국의 장애인들이 보험 가입에 있어 차별을 경험하는 등의 사회적 차별들이 여전히 존재한다. 이에 UN은 UN장애인권리협약 비중 이후 이념을 반영하여 평등법을 제정하는 등의 영국의 노력은 높이 평가되지만, 이념을 온전히 반영하여 법을 제정하고 이행하는데는 더욱 발전이 필요하다고 권고하였다(UKIM, 2018).

(3) 정신능력법 (Mental Capacity Act, 2019)

정신능력법(Mental Capacity Act)은 치매, 학습장애, 정신질환, 뇌 질환 등으로 의사결정 능력이 불충분하고 여겨지는 만 16세 이상의 사람들이 후견인을 지정할 수 있도록 규정하는 법안으로 2005년에 제정, 2019년에 개정되었다. 적합한 후견인이 존재하지 않을 시에는 NHS 혹은 지방정부가 의사대변인(Independent Mental Capacity Advocate, IMCA)[16]를 지정한다. 정신능력법은 크게 3장, 69개의 조항으로 구성되어 있으며, '제1장. 능력이 부족한 사람'에서 '능력 부족'에 대해 명확한 정의를 하고 의사결정을 지원하기 위한 모든 조치들이 취해지기 전에 대리 의사결정이 이루어지지 않도록 제한을 두고 있다.

16) IMCA는 의사결정을 대신하지는 않지만, 본인이 독립적으로 결정할 수 있도록 지원하며 환자의 권리를 옹호하는 서비스이다.

〈표 4-25〉 정신능력법 (Mental Capacity Act, 2005) : 영국

법령의 주요 내용	
제1장 능력이 부족한 사람 (Persons who lack capacity)	• 원칙 및 정의 • 전제 (결정을 내리지 못하는 자, 최선의 이익, 제한, 연명의료 또는 생명 유지 관련, 간병 또는 치료 관련) • 임명 지속 기간 • 법정 권한 • 치료 거부 관련 • 제한되는 결정사항 (정신장애 관련, 투표권, 가족 관계 등) • 독립정신능력대변자 (Independent Mental Capacity Advocate, IMCA) 제도
제2장 보호 법원 및 공공 후견인 (The Court of Protection and the Public Guardian)	• 보호 법원 (의사결정권 관련 분쟁 해결) • 공공 후견인 (법원 관련 의사결정에 도움을 주는 기관)
제3장 일반 및 기타 사항 (General and miscellaneous	-

출처: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents

특히 정신보건법과 관련하여 중요하게 살펴 볼만한 지점은 정신장애가 있는 환자에게 비자의치료를 제공하는 것, CTO 명령을 어긴 환자의 병원 소환 등 정신장애인에게 비자발적 의학적 치료를 행하는 것에 대해서는 법원에 의해 선임된 후견인(deputy)의 권한을 인정하지 않고 있다는 점이다.

〈표 4-26〉 정신능력법 제28조 정신보건법 문제 : 영국

법 조항	주요 내용
정신능력법 [시행 2008.11.3]	**제28조 정신보건법 문제** (1)본 법은 아래에 해당하는 사람에게는 본 법을 적용하지 않는다. (a)정신 장애에 대한 환자 치료를 제공하거나 (b)정신 장애에 대한 치료를 받는 환자의 동의에, 위 규정은 정신질환자의 치료에 정신보건법 제4부가 적용되는 경우에 적용된다. (1A)이 적용되는 어떠한 형태의 치료와도 적용되지 않습니다] (1B)제5항은 정신건강법 제64B항이 적용되는 행위에는 적용되지 않습니다(병원에 소환되지 않은 지역 사회 환자의 치료).]

*출처: Equality Act, (2010), UK Legislation.

한편, 2019년에 개정된 정신능력법에서는 '자유 박탈 보호 장치(deprivation of liberty safeguards, DoLS)'를 '자유 보호 장치(liberty protection safeguards, LPS)'로 개선하였다. 자유의 박탈을 승인하는 감독기구(Supervisory Body)도 폐지하고 대신 책임기관(Responsible Body)을 두게 하였다. 이러한 책임기관은 각기 개인이 처한 상황에 맞는 곳으로 설정되는데, 정신장애인의 경우 NHS 혹은 지역의 임상감독그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)과 같은 정신건강관련 위원회가 책임기관에 해당된다. 정신건강 관련 위원회에서

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신장애인의 자유박탈에 대한 승인[17], 사정, 관리 감독을 담당하는 것이다.

정리하면, 개정된 정신능력법의 경우 개인의 구체적인 상황을 고려하여 자유를 '보호'하는 차원으로 변화되었다는데 의의가 있다. 하지만. 기존 정신능력법에서 '자유박탈절차'는 자타해 위험이 없는 중증 정신질환자가 요양원(care homes) 및 병원에 있을 경우에 적용되기 때문에 오히려 개정된 정신능력법이 UN장애인권리협약에서 주창하는 지원의사결정을 역행하는 제도라는 비판이 존재한다.

(4) 보호법 (Care Act, 2014)

보호법(Care Act)은 총 5장, 129조항으로 구성된 법안으로 지방자치단체가 개인의 복지 증진, 돌봄 및 지원, 건강서비스의 통합 등의 의무를 지고 국민의 욕구에 맞는 서비스를 지원하도록 하는 법령이다. 서비스의 기준 및 품질, 건강 관련 교육에 대한 서비스 내용을 규정한 것이 법령의 주요 내용이다.

〈표 4-27〉 보호법 (Care Act, 2014) : 영국

법령의 주요 내용	
제1장 보호 및 지원 (Care and Support)	• 지방정부의 책임 • 욕구 충족 • 욕구 사정 • 사정 후 과정 (개인 예산제) • 직접 지불제 • 보호 및 지원 지속 • 아동에서 성인 전환 시 보호 및 지원 • 개인옹호지원 (independent advocacy support)
제2장 보호 기준 (Care Standards)	• 서비스 품질 • 서비스 질 평가 위원회 (Care Quality Commission) • 허위 정보 (범죄, 처벌)
제3장 건강 (Health)	• 보건교육 • 보건 관련 연구 • 보건 및 사회 보호
제4장 보건 및 사회 보호 (Health and Social Care)	• 의료서비스와 보호 및 지원의 통합: 통합기금
제5장 일반 (General)	-

출처 : https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents

17) 정신능력법 부칙AA1(2019)에 따르면 자유박탈 조건은 다음 세가지와 같다: a) 보호받는 자(cared-for-person)가 약정에 동의할 능력이 부족한 경우, b) 보호받는 자(cared-for-person)가 정신장애가 있는 경우, 그리고 c) 보호받는 자에 대한 위험과 위험을 초래할 가능성과 심각성에 대한 필요한 조치가 필요한 경우.

보호법에서 살펴볼 만한 지점은 제1장 제31조에서 언급되는 '직접 지불제(direct payment)'이다. 직접지불제는 1996년 커뮤니티케어법 제정을 통해 도입된 제도로 지방정부가 서비스 이용자에게 이용 부담금을 현금으로 개별 지원하는 제도이며(박정선, 2018), 보호법에서도 직접지불제를 활용하여 개인이 자신에게 원하는 서비스를 선택하고 예산을 관리할 수 있도록 하고, 독립옹호자(Independent Advocates)제도를 두어 '자기결정권'을 보장하고 있다. 이는 장애인권리협약에서 지향하는 자기결정권 존중과도 일맥상통하는 부분이다.

또한, 보호법 제75조 117A에서는 정신장애인이 퇴원 이후 '사후관리'를 받을 수 있도록 지역사회복지당국에게 '주거'에 대한 선호를 파악하고 제공 및 준비할 것을 명시하고 있다. 더불어 이 과정에서 소요되는 비용과 지불하기 위해 활용할 수 있는 자원 설명이 제공될 수 있도록 의무를 부과하고 있다.

〈표 4-28〉 보호법 75조117A 사후관리 : 영국

법 조항	주요 내용
보호법 [시행 2016.06.04]	**제75조 정신보건법에 따른 사후관리** **117A 사후 관리: 특정 주거 시설에 대한 선호** (1) 국무장관은 규정에 따라 (a) 제117항에 따른 지역 사회복지당국은 해당 조항의 제2항에 따라 의무를 부과하고, 해당 조항을 위한 주거를 제공하거나 준비 한다 (b) 관련인은 특정 주거 시설에 대한 선호를 표현한다. (c) 규정된 조건이 충족되며, 지역 사회 복지 당국은 해당 사람이 선호하는 주거 시설을 제공하거나 준비해야 한다. (2) 추가 비용의 일부 또는 전부를 지불하기 위해 관련 설명이 제공되어야한다.

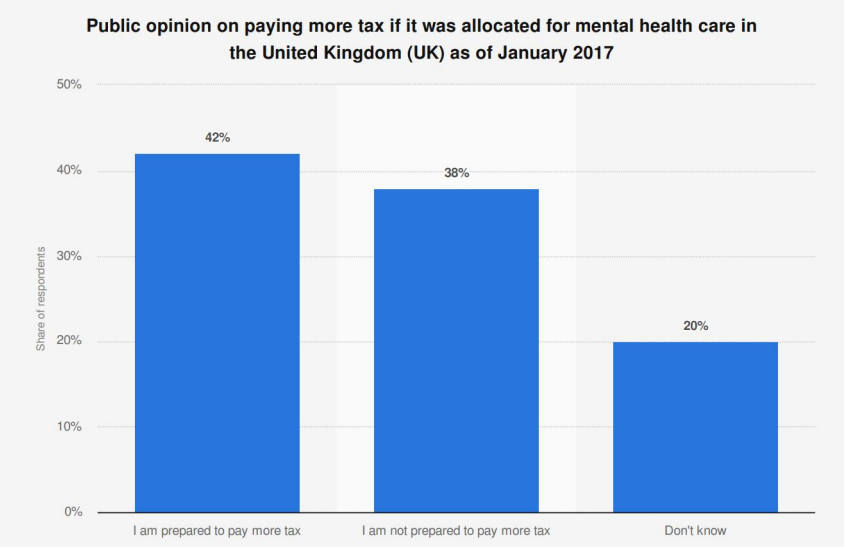
*출처: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents

3) 전달체계 및 운영체계

(1) 국민의 정신건강 인지(mental health literacy)

정신건강 관련 문제가 흔히 발생하는 만큼 영국 국민의 정신건강 인지도 또한 개선되고 있다. 정신건강 관련 문제에 대한 치료를 받는 사람들의 비율이 2000년에는 23.1%이었지만 2014년에는 37.3%로 크게 증가하였다. 증상별로 구분하여 살펴보면, 우울증을 앓고 있는 사람 중 약 60%는 치료를 받으며 강박, 공포증과 범불안장애를 앓고 있는 사람 중 50% 이상은 치료를 받는다. 또한, [그림 4-12]에 따르면 2017년에 이루어진 정신건강서비스 강화를 위한 추가 세금 지출 희망 여부에 대해 조사한 결과, 42%에 응답자가 찬성한 것을 볼 수 있다. 이처럼 영국 국민의 정신건강 인지도는 향상되고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-12] 정신건강서비스를 위한 추가 세금 지출 의향 조사 : 영국

*출처: Comres 2020

(2) 장애 관련 서비스 적용 범위

장애 관련 서비스는 국가건강서비스법(National Health Service Act) 법령에 의해 제공된다. 보편적 의료서비스를 중요한 원칙으로 하는 이 법에 따라 모든 국민은 무상의료서비스를 받을 수 있으며 공공의료서비스 전달체계인 NHS의 정신건강 관련 서비스도 이 법령하에 제공된다. 대부분의 정신보건 서비스를 포함하여 광범위의 의료서비스가 무료로 제공된다. 정신장애에 대한 외래와 입원서비스도 무료로 제공된다.

(3) 급여방식

1996년 보수당 정부에서 지역사회보호직접지불법(Community Care Direct Payment Act)을 도입하며 이용자의 권한을 증진하는 직접 지불제를 시행하기 시작했다. 이는 노동당 정부가 집권한 후 확대되어 지방정부가 직접 이용자에게 현금을 지급하여 이용자가 독자적으로 본인의 보호서비스를 선택하고 이용하도록 했다.

(4) 정신건강 스티그마

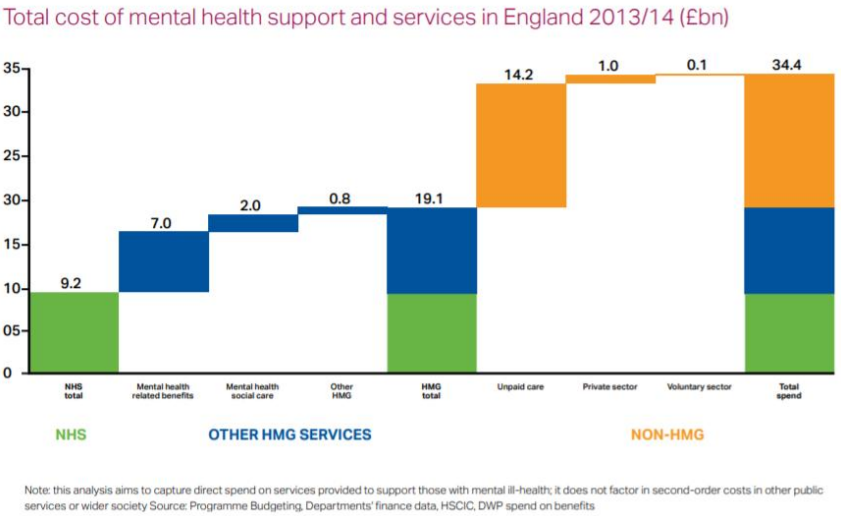
정신장애인에 대한 낙인 해소를 위해 2006년 보건부에서 '낙인에 대한 행동(Action on

Stigma)'라는 캠페인을 시행했다. 정신건강 문제를 겪고 있는 사람이 증가하고 있음에도 불구하고 매우 저조한 정신장애인의 고용률로 인해 고용자들의 정신장애인에 대한 스티그마를 해소하기 위해 추진되었다. 다른 장애인의 근로 의욕은 약 50%지만 정신장애인의 근로 의욕은 90%인 것을 참작하여 고용자들이 정신장애인을 고용하지 않음으로써 발생하는 경제적 및 사회적 비용을 감소하기 위한 국가 차원의 캠페인이었다.

민간부문에서는 비영리 정신장애인 권리옹호단체인 마인드(Mind)의 '변화할 시간(Time to Change)'를 통해 정신장애인에 대한 낙인 해소 캠페인이 이루어졌다. 마인드는 2007년부터 2021년 3월까지 지속해서 다양한 집단과 소통하고 정신장애인에 대해 교육하며 정신장애인에 대한 인식개선 활동을 펼쳐왔다. 마인드는 캠페인을 통해 정신건강 문제를 겪고 있는 자들을 포함하여 총 7,500명의 일반인, 1,500의 직장인, 3,500개의 학교 및 청소년 단체와 일을 하였다. 캠페인을 통해 약 5.4만명의 정신건강 관련 인식이 개선되었다고 발표했다.

(5) 정신건강 예산

영국은 정신건강을 위해 많은 예산을 투입한다. 매년 정신건강을 위해 £340억 원, 한화로 약 54조를 지출한다. 2016/17 예산안에 따르면 중앙정부에서 보건사회복지부에 £122.2억 원을 지급했으며 그 중 £105.9억 원이 NHS에 할당되었다. 이후, 이 예산의 £76.6억 원이 임상관리그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)에게 주어졌다.



[그림 4-13] 정신건강 서비스별 예산 : 영국

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신건강 관련 지출은 NHS 예산 중 총 23%를 차지한다. 2019년에 발표한 '정신건강 5개년계획'(Five Year Forward View for Mental Health)에 따르면 23~24년까지 정신건강 관련 예산을 연간 £20억 원, 한화로 약 3조 원 이상을 추가 지급할 것으로 나타난다. 추가된 예산은 일반조세로 조달될 것이며 이를 통해 정신건강 서비스의 접근성 향상 및 전반적인 정신건강 증진을 위해 투자된다. 특히 모든 응급실에 정신건강센터를 공급, 지역별 어린이 위기지원팀 설립, 정신건강 담당 구급차 확보 및 지역사회 내 서비스 확장 등이 이루어질 예정이다.

(6) 인력 확보방안 및 현황

영국의 정신건강전문요원은 일반 의사, 정신건강간호사, 정신건강약사, 상담가, 건강방문가, 정신과 의사, 심리학자, 사회복지사, 인증된 사회복지사로 구성된다. 다른 국가와 다르게 정신건강약사가 존재하는 점이 특징적이다. 또한 지역사회 사례관리의 중심이 되는 지역사회 정신건강팀이 구성되어 있어 지역사회 정신건강전문가(지역사회 정신건강 간호사, 직업치료사, 정신과, 심리학자, 정신건강 약사, 상담원 등)가 정신장애인의 회복을 다차원적으로 지원한다. 각 전문 인력이 요하는 자격요건 및 양성과정, 역할은 다음 표와 같다.

〈표 4-29〉 영국의 정신건강 전문 인력 : 영국

구분	내용
의사(GP)	- 자격: 의과대학 졸업생의 경우 GMC 승인 프로그램을 통해 최소 3년의 전문 교육을 완료하고 MRCGP(Member of the Royal College of General Practitioners) 평가를 통과한 후 교육 완료증명서(Certificate of Completion of Training; CCT)를 획득해야함. 이후 일반의학위원회(the General Medical Council's)에 GP로 등록할 수 있음. - 역할: 정신건강 문제에 대한 상담, 필요 시 약물 처방, 필요 시 전문 상담사 혹은 정신과 의사에게 의뢰하는 역할을 함. *출처: https://www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice/qualifying-as-a-gp-in-the-nhs.aspx
지역사회정신건강 간호사 (Community mental health nurses)	- 자격: 간호사 자격 취득 이후 1~2년의 실무경험이 필요하며, NMC(Adult Nurse and a Nursing and Midwifery Council) 승인 학위가 필수적임. - 역할: 정신건강문제에 대한 대처, 지역사회에서의 장기적 지원, 소량의 약물 제공함. *출처: https://www.yourworldhealthcare.com/uk/professions/community-nursing

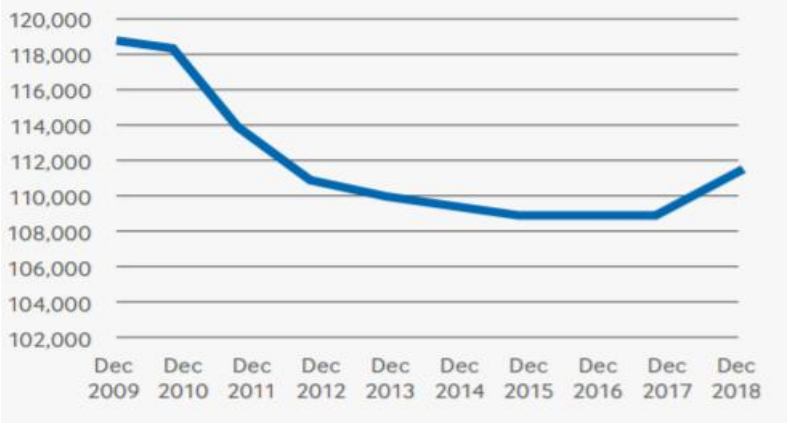
구분	내용
지역사회정신건강 약사 (Community mental health pharmacists)	- 자격: 약사 자격 취득 이후 일반약사위원회(the General Pharmaceutical Council)에 의해 승인된 4년의 석사 학위(Four-year Master of Pharmacy; MPharm), 약국에서의 1년간의 교육과정을 요함. - 역할: 효과적인 약물 복용을 위해 도움을 줌. *출처: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.hee.nhs.uk%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2FPharmacist%2520and%2520pharmacy%2520technician%2520overview.docx&wdOrigin=BROWSELINK
상담가 (Counsellors)	- 자격: 최소 상담 및 심리학과에서의 학사(4년) 혹은 대학원(석사 및 박사) 학위 과정 졸업 학위가 있어야 함. 단 NHS 상담가로 등록되기 위해서는 전문표준기관(PSA)의 공인상담 또는 심리치료사로 등록되어야 함. - 역할: 심리상담서비스 제공함. *출처: https://thinkstudent.co.uk/what-qualifications-do-you-need-to-become-a-counsellor/ https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles/counsello
건강 방문가 (Health visitors)	- 자격: 1년(52주) 풀타임 혹은 2년(104주) 파트타임 프로그램을 이수해야 함. - 역할: 식이요법, 운동, 위생 및 일상생활 등을 건강하게 유지할 수 있도록 지원, 지역사회에서 이용할 수 있는 다른 서비스에 대한 안내를 제공함. *출처: https://ihv.org.uk/for-health-visitors/becoming-a-hv/
정신과의사 (Psychiatrists)	- 자격: 의과대학 졸업 후 일반 교육의 2년 기초프로그램, 정신의학 교육 3년, 전문 분야에서의 교육 모두를 거쳐야함. - 역할: 정신건강과 관련된 약물 치료, 심리학자 및 상담사와 협력하여 대처전략을 세움. *출처: https://nationalcareers.service.gov.uk/job-profiles/psychiatrist
심리학자 (Psychologists)	- 자격: 영국심리학회(BPS)가 인증한 심리학 학위 취득, 공인된 대학원에서 선택한 심리학 전문분야(임상 및 건강 심리학, 상담 심리학, 교육 심리학 등) 학위 과정을 완료해야함. - 역할: 정신건강 문제에 대한 임상평가, 필요한 경우 심리치료 제공함.
사회복지사 (Social workers)	- 자격: 영국에서 승인한 학사 또는 대학원에서 사회복지학 학위를 취득해야 함. - 역할: 주거, 재정적 지원 등 일상생활에서 필요한 실질적 문제에 대한 조언을 제공함. 일부 사회복지사들의 경우 정신건강 교육을 받아 상담 치료를 제공할 수 있음.
인증된 사회복지사 (Approved social workers)	- 자격: The Mental Health (NI) Order 1986에 따라 인증된 특별 교육을 받은 사회복지사임. - 역할: NI에 따른 입원 명령 권고 업무 수행. 정신질환을 경험하는 사람들이 지역사회에 통합될 수 있도록 입원에 대한 대안 자원을 탐색하고 제공함.

*출처: https://www.nidirect.gov.uk/articles/mental-health-care-professionals
https://nationalcareers.service.gov.uk/job-profiles/psychiatrist

NHS를 통해 정신건강서비스를 찾는 사람은 지속해서 증가하는 반면, 아래의 그래프가 나타내듯이 정신건강 관련 인력은 과거와 비교하면 줄고 있다. 이러한 현상으로 인해 작년에 1,038명의 NHS의 정신건강 관련 인력을 대상으로 한 설문 조사에 따르면, 44%의 응답자가 '맡은 업무량이 감당할 수 없는 정도'라 응답했다. 또한, 영국의학협회(British Medical

국가인권위원회 humanrights.go.kr

Association)에 따르면 현재 정신건강서비스 관련 인력 공백은 약 12%이며 600명의 정신과 의사, 8,000명의 심리사, 600명의 사회복지사 및 5,000명의 기타 지원 인력이 부족하다고 밝혔다. 이러한 수치는 '정신건강 5개년계획'을 위한 인력 증가는 이행되지 않고 있다고 지적했다.



[그림 4-14] 정신건강 관련 인력 변화 추이 : 영국

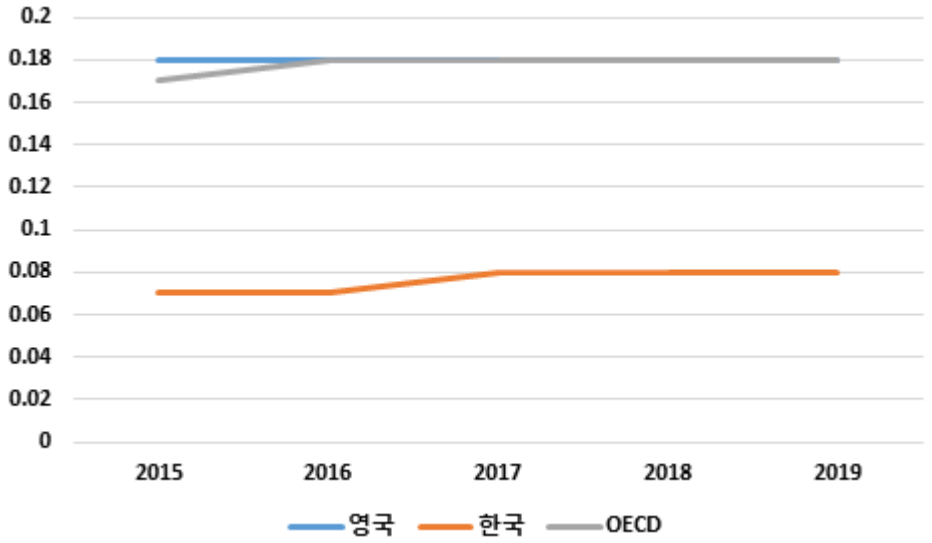
*출처: British Medical Association (2018)

영국의 정신건강서비스 관련 인력 공백은 존재하지만, 그런데도 한국의 인력과 비교하면 상당히 많은 수준이다. [그림 4-15]에 따르면 영국은 인구 1,000명당 정신과 의사 수는 0.18이지만 한국은 0.07로 매우 부족한 상황이다.

〈표 4-30〉 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019
영국	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18
한국	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18

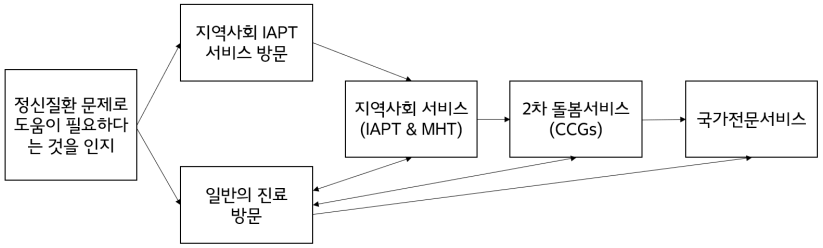
*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



[그림 4-15] 인구 1,000명당 정신과 전문의 수 : 영국, 한국, OECD

(7) 서비스 운영체계

영국의 정신보건서비스는 NHS와 지방 정부에서 제공되는 1차, 2차, 그리고 3차 서비스로 구분할 수 있다. 개괄적인 흐름은 다음 그림과 같다.



[그림 4-16] NHS 정신건강서비스 흐름도 : 영국

*출처: OCD.UK (2021)

NHS에서 제공되는 정신보건서비스를 살펴보면, 정신건강 관련 문제가 생겼을 시, 가장 먼저 NHS에 일차적으로 제공하는 정신보건서비스는 1차 보호 네트워크(Primary Care Network) 내에서 일반의(General Practioner)를 통해 이루어진다. PCN에는 일차 의료 수준에는 일반의(General Practitioner, GP)가 정신건강을 포함한 일차 의료 수준의 진료

국가인권위원회 humanrights.go.kr

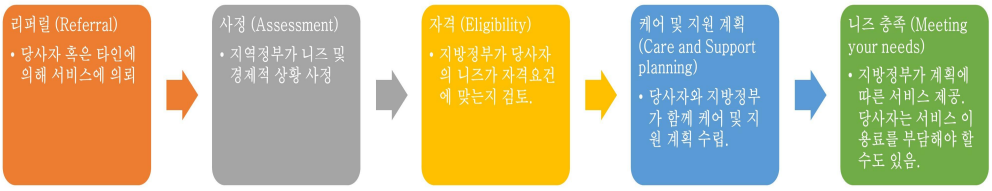
를 제공한다. 영국에서 거주하는 자는 자신의 지역 내의 담당 일반의가 주치의가 되어 의료서비스를 받는다. 일반의에게 진료를 보는 것은 NHS를 통한 의료서비스로 무상으로 공급된다. NHS 잉글랜드에는 1,250개의 PCN이 존재하며 30,000에서 50,000명의 사람에게 의료서비스를 제공한다.

일차 정신보건서비스에는 심리치료 접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT)이란 정신건강 프로그램이 존재한다. 이 프로그램은 경증의 우울 및 불안장애를 겪고 있는 환자에게 환자의 GP에 의해 추천된다. IAPT는 2009년 영국 총리 토니 블레어를 통해 도입되어 잉글랜드에서 제공되는 근거기반 정신건강 프로그램이다. IAPT에 참여한 환자의 회복률은 약 50% 이상이며 정신건강에 대한 낙인 해소에도 효과가 있어 전국적으로 확장되고 있다. 2020년 IAPT의 효과성에 대한 NHS의 보고에 따르면 GP를 통해 IAPT가 추천(referral)된 건은 116,102명이었으며, 이 중 79,281명이 6주 내에 IAPT를 시작했다. 평균적으로 7.6번의 세션이 이루어졌으며 47,375명이 IAPT 프로그램을 완료하였다. 이 중, 51.9%가 증상으로부터 회복세를 보였다.

지역사회에서의 케어는 정신질환자가 입원하지 않고 지역사회 내에서 회복할 수 있도록 한다. 이는 지역사회의 정신건강팀(Mental Health Team, MHT)을 중심으로 하여 이루어지며 정신과 의사, 사회복지사, 심리사, 상담사, 보호 코디네이터(Care Coordinator)가 포함되며지역사회 정신건강팀(Community mental health team), 위기대응팀(Crisis team), 조기개입팀(Early intervention team), 적극적 아웃리치팀(Assertive outreach team)으로 총 네 개의 팀으로 구성되어 있다. 지역사회 정신건강팀은 지역사회 내에서 정신질환의 회복을 위해 다양한 형태의 서비스를 제공하며 주거 및 고용과 같은 사회복지서비스를 받을 수 있도록 지원한다. 위기대응팀은 자살, 자해 및 타살의 위험이 있는 위기상황에 대응하는 팀이다. 조기개입팀은 정신증(psychosis)을 처음 겪는 사람들은 지원하는 팀이다. 적극적 아웃리치팀은 폭력적인 행동, 치료거부, 자해, 약물남용 등과 같은 문제를 겪고 있으며 집중적인 치료가 있어야 하는 사람들을 지원하는 팀이며 주로 3차 의료서비스에 해당한다. 3차 의료서비스는 적극적 아웃리치팀의 지원이 필요한 자로서 정신보건법에 따라 강제입원 치료가 필요한 자에게 제공된다.

이와 더불어 지역사회 내에서 제공되는 정신보건서비스는 지방정부의 사회보호(Social Care)가 있다. 2014 보호법(Care Act)이 제정된 후 만들어진 사회서비스로서 질병 혹은 장애와 같은 이유로 인해 어려움을 겪고 있는 사람들에게 주거, 가사 도움, 간호, 상담, 교통비 지원 등과 같은 다양한 형태의 서비스이다. 잉글랜드 혹은 웨일스 지역의 18세 이상 주민

중 사회서비스 이용 자격요건에 해당하는 사람들은 지원을 받을 수 있다. 본인, 병원 혹은 지인의 의뢰로 지방정부 웹사이트를 통해 지원할 수 있다. 지원하게 되면 지방정부가 클라이언트의 니즈(needs)와 경제적 상황을 사정하는데, 대면 및 비대면 사정 모두 가능하다. 클라이언트가 자격요건을 충족된다고 판단될 경우, 클라이언트와 지방정부가 함께 지원 계획을 수립한다. 그 후, 계획에 따라 클라이언트는 니즈에 대한 여러 가지 서비스를 받는다. 지방정부의 사회서비스 경우, NHS와 달리 이용자가 서비스 이용료를 부담할 수도 있다.



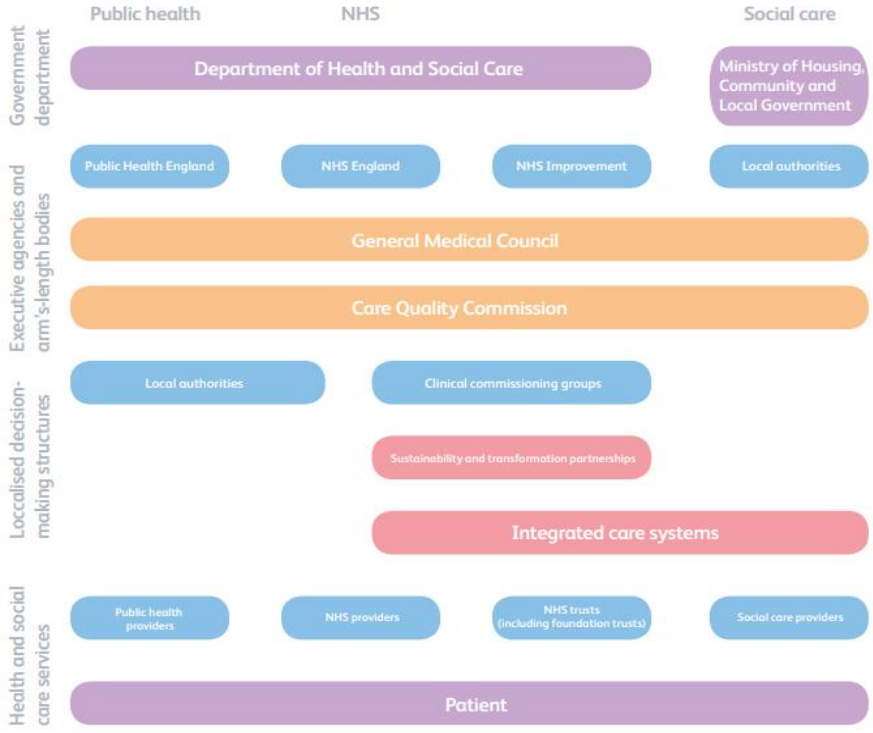
[그림 4-17] 지방 정부 정신보건서비스 운영 흐름도 : 영국

*출처: Mind(2018)

NHS의 2차 돌봄서비스는 NHS 내의 임상 감독 그룹(Clinical Commissioning Groups, CCGs)를 통해 제공된다. CCG는 NHS의 전반적인 병원과 지역사회 내의 의료서비스를 관리한다. 병원 치료 계획 수립, 재활 보호(rehabilitative care), 응급치료, 많은 지역사회 의료서비스 및 정신장애를 포함한 장애 관련 치료를 담당한다. CCG 내의 'Mental Health Trust'는 장기간 치료가 필요한 정신질환자의 입원 치료, 지역사회 내의 의료서비스 및 주거 혜택을 포함한 여러 사회복지서비스를 받을 수 있도록 지원한다. 잉글랜드에는 54개의 Mental Health Trust가 있다.

마지막으로 국가전문서비스는 앞서 서술한 서비스를 받았음에도 불구하고 추가적인 지원이 필요할 경우 의뢰된다. 국가전문서비스는 희귀질환, 다양한 지원이 필요한 18세이상의 성인을 대상으로 제공하는 서비스로 보통 학습장애, 정신건강어려움, 시각 및 신체장애, 뇌질환 및 손상 등으로 어려움을 경험하는 사람들에게 제공된다. 구체적인 서비스는 이용자의 욕구에 근거하며 정신장애인은 주거관리(케어홈 등), 권익옹호서비스 등을 받을 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

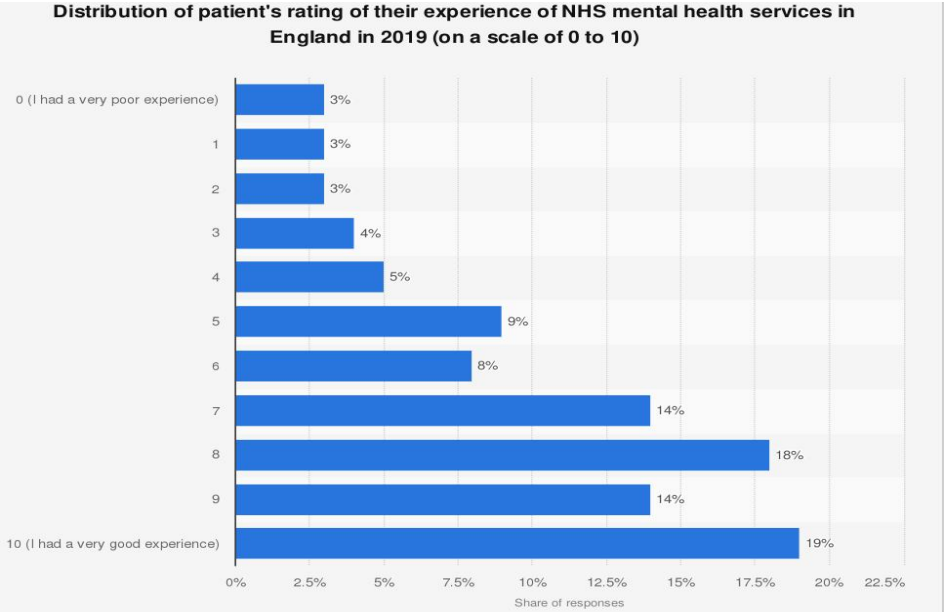


[그림 4-18] 정신보건서비스 체계 : 영국

*출처: Royal College of Physicians (2018)

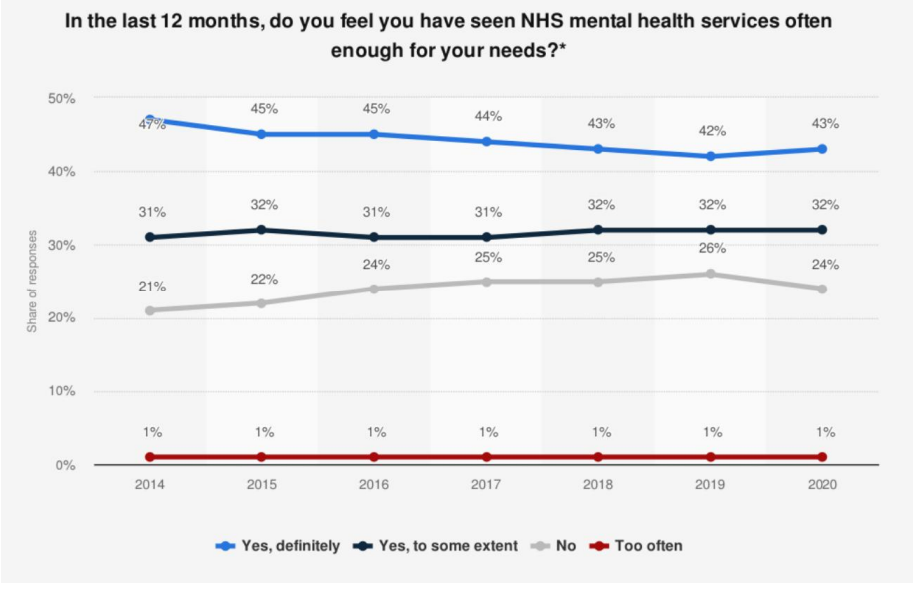
(8) 정신건강서비스 질

영국의 의료체계는 포괄적인 의료서비스 무료 제공을 원칙으로 하기에 많은 국민이 보편적인 의료서비스를 받을 수 있다. 많은 사람이 찾기에 그만큼 서비스의 질이 떨어질 수 있음을 우려하여 NHS는 Care Quality Commission을 통해 제공되는 의료서비스의 질에 대한 조사를 시행한다. [그림 4-19]의 2019년에 실시된 정신건강 관련 서비스 만족도 조사에 따르면 약 80% 이상의 서비스 이용자가 긍정적인 평가를 하였다. 오직 10%의 응답자만이 5이하의 점수를 주어 NHS의 정신보건서비스가 대부분 이용자를 만족시키는 것을 알 수 있다. 또한, 정신건강서비스가 이용자의 욕구를 충분히 충족시켰는지에 대한 조사를 보면, 그렇다('Yes, Definitely)고 응답한 사람이 40% 이상이며 어느 정도 충족감('Yes, to some extent')이라고 응답한 사람도 30% 정도로 NHS의 정신건강서비스를 통해 70% 이상 응답자의 욕구가 충족되었다.



[그림 4-19] NHS 정신건강서비스 만족도 조사 : 영국

*출처: NHS Care Quality Commission (2021)



[그림 4-20] NHS 정신건강서비스 욕구 충족도 조사 : 영국

*출처: NHS Care Quality Commission (2021)

국가인권위원회 humanrights.go.kr

4) 회복지원서비스 인프라 현황

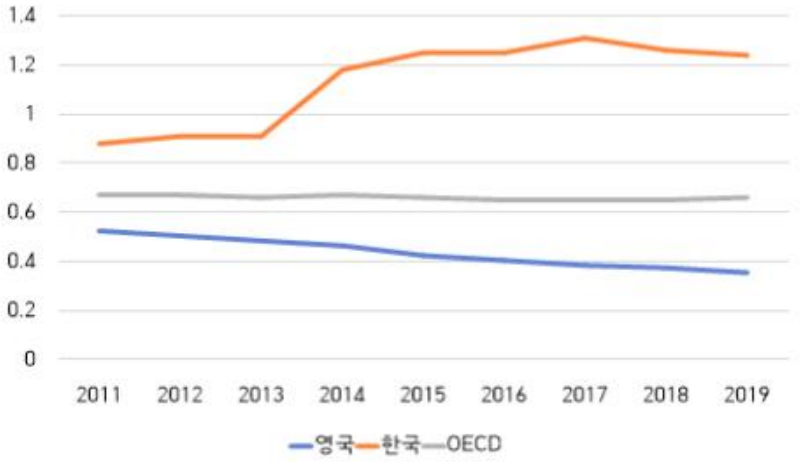
(1) 입·퇴원 현황

영국은 지역사회 내에서의 정신장애인 회복을 이루기 위하여 정신병원의 병상 수와 입원 기간을 감소하는 정책을 펼쳤다. 이에 따라, 2015년 영국의 정신병원 병상 수는 인구 1,000명당 0.52개였으나 2019년에는 0.35개로 감소하였다. 한편, 한국의 병상 수는 2011년 0.88개로 영국보다 많은 수를 보였고 2019년까지 지속증가하여 영국보다 약 3배 많은 실정이며, OECD 평균보다도 높은 상황을 보이고 있다.

〈표 4-31〉 인구 1,000명당 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
영국	0.52	0.5	0.48	0.46	0.42	0.4	0.38	0.37	0.35
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.



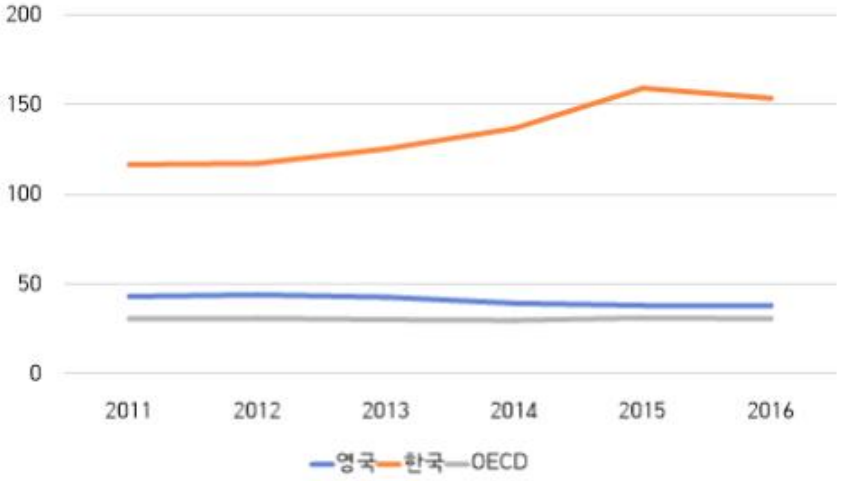
[그림 4-21] 인구 1,000명당 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이: 영국, 한국, OECD

입원 기간의 경우 영국은 2010년 47.9일에서 2016년 37.6일까지 약 10일가량 경감되었으나 여전히 OECD 평균보다는 높은 기간을 기록하고 있다. 반면, 한국의 경우 2010년 111.8일에서 2016년 153.1일로 지속 증가하는 추세를 보이며, 영국과 OECD 평균에 비해서 월등히 높은 기간을 유지하고 있다.

〈표 4-32〉 정신장애인인 평균 입원 기간 : 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영국	42.7	43.6	42.3	38.9	37.7	37.6
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1
OECD	30.2	30.4	29.7	29.3	30.6	30.2

*출처 : OECD Health Statistics Database



[그림 4-22] 정신장애인인 평균 입원 기간 : 영국, 한국, OECD

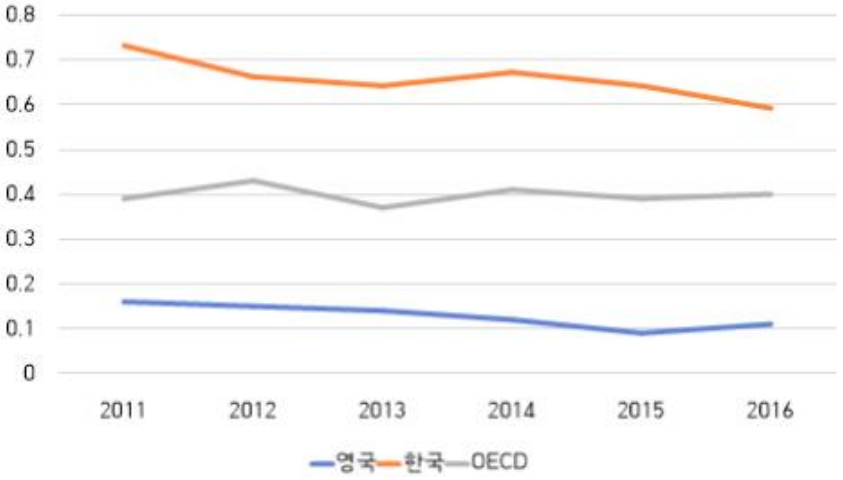
영국은 정신병원의 퇴원률, 입원기간과 병상 수 모두 감소하는 추세를 보이고 있으며 회복률 또한 증가하고 있어 긍정적인 변화가 이어지고 있다. 환자 100명당 퇴원 후 1년 이내 자살률을 살펴보면, 영국은 2011년에 0.16명에서 2017년 0.07명까지 감소하며 거의 모든 퇴원 환자들이 회복할 수 있도록 하였다. 반면, 한국은 병상 수와 입원기간이 모두 증가하였지만 회복율은 미비하다. 퇴원 환자 100명 당 퇴원 후 1년 내 자살률이 2011년에는 0.73명이었지만 2017년에는 0.64명으로 비슷한 회복세를 보인다.

〈표 4-33〉 정신과 환자 100명당 퇴원 1년 후 자살률 : 영국, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
영국	0.16	0.15	0.14	0.12	0.09	0.11
한국	0.73	0.66	0.64	0.67	0.64	0.59
OECD	0.39	0.43	0.37	0.41	0.39	0.4

*출처 : OECD Health Statistics Database

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-23] 정신과 환자 100명당 퇴원 1년후 자살률 : 영국, 한국, OECD

(2) 주거지원제도

정신장애인을 위한 영국의 주거지원제도로는 대표적으로 지원주택과 케어홈 제도를 살펴보고자 한다. 지원주택과 케어홈 제도는 독립생활이 어려운 상황에 놓인 개인에게 주택과 사회서비스를 지원하며, 개인의 욕구나 상황에 따라 지원 방식이 달라진다. 구체적인 내용은 아래와 같다.

① 지원주택(Supported Housing)[18]

영국의 지원주택은 요양원과 같은 시설에 거주하고 싶지는 않지만 집에서 홀로(혹은 가족과 함께) 살기에 어려움이 있는 사람, 주거 위기에 있는 사람들에게 주거 및 주거에 필요한 생활서비스를 제공하는 주거시설의 형태이다. 지원주택은 정신장애인을 한정하여 제공되는 서비스는 아니며, 정신건강문제, 학습 또는 신체장애, 중독 문제 가정폭력 피해자 등의 주거 취약계층의 욕구에 부합하게 설계되어 있다(Mental Health Network NHS Confederation, 2017)[19]. 개인의 욕구에 따라 지원되는 지원주택의 수준도 달라진다. 이용자의 집에서 지원을 받는 방법부터 지원가 및 치료사들과 함께 공동주택에 거주하는 방법, 홀로 거주하며 방문 서비스를 받는 단기 거주지원주택의 유형이 있다(Rethink Mental Illness, 2020).

18) https://www.riverside.org.uk/care-and-support/supported-living/
19) https://www.nhsconfed.org/sites/default/files/media/Innovation-housing-care-and-support_0.PDF

〈표 4-34〉 지원주택 서비스 유형 및 내용 : 영국

서비스 유형		내용
가정에서의 지원 (Support in your own home)	유동 지원 (Floating support)	- 이용자가 거주하고 있는 가정에서 지원 서비스를 제공함. • 예산 책정 • 소작권을 유지하는 것, • 요리를 배우는 것과 같은 삶의 기술들, 또는 • 의료, 지역 활동, 교육, 교육 또는 옹호 접근
	지역사회돌봄 혹은 가사도움 (Community care or home help)	- 집에서 사회서비스를 받는 것을 '지역사회돌봄' 또는 '가사도움'이라고 함. 돌봄 제공자들은 집안일, 식사준비, 약물 복용등을 지원함. - 사회서비스는 이용자에게 어느 정도의 도움이 필요한 것인지 평가할 것임. 또한 이용자의 수입, 자산, 저축액 등에 따라 서비스 비용을 지불할수도 있음. • 사회 돌봄 평가 • 사회 돌봄 - 돌봄 및 지원 계획 • 사회 돌봄 - 비거주 서비스 비용 청구
지원 주택 및 공동 주택 (Supported housing and group homes)	공유주택 (Shared lives schemes)	- 공유 주택은 다른 사람의 집에 거주하면서 그들의 도움을 받는 것임. 공유주택은 일부 지역에서만 시행하고 있음.
	보호 주택 (Sheltered housing)	- 보호 주택에서 한 블록 또는 한 아파트에 자신의 명의로 된 주택에서 유사한 욕구를 가진 사람들과 함께 살게 됨. 주된 관리인이 지원을 제공하며 필요시 추가적인 지원서비스 및 인력을 배치 받을 수 있음.
	공동 주택 (Group homes)	- 공동 주택은 개인이 하나의 주택을 소유할 수도 있고, 침실은 자신의 소유이지만 기타 시설(서실, 부엌, 화장실)을 타인과 공유할 수 있음. - 일부 공동주택에서는 돌봄제공자의 추가 지원을 받을수도 있지만, 대부분 함께 거주하는 사람들이 서로를 지원함.
	치료 공동체 (Therapeutic communities)	- 함께 살며 서로를 지원하는데 초점을 맞춘 공동체임. 치료 공동체 안에서는 개인치료와 집단치료를 받을 수 있음. 개인 소유의 침실이 있지만 다른 기타 시설은 공유하며, 회복을 위한 여러 활동을 하게 됨.
단기 주거 지원 (Short-stay supported housing)	위기 주거 (Crisis houses)	- 위기 주거는 정신건강 위기 상황에 처했을 때 이용할 수 있음. 단기적인 거주를 제공하며 병원에 입원하는 것에 대한 대안적인 방식으로 위기 쉼터를 제공함. - 전국적으로 위기 주거 시스템이 있는 것은 아니므로 필요시 상담 절차가 필요함.
	단기 주거 호스텔 (Short-stay hostels)	- 단기 주거 호스텔은 짧은 기간 동안 주거 공간을 제공함. 보통 주거에 대한 욕구가 있는 노숙자들이 이 서비스를 이용함. - 개인에게 방이 배정될 수도 있지만 필요시 타인과 함께 방을 공유해야할수도 있음. 독립생활에 필요한 기술 개발을 도움.

*출처: Rethink Mental Illness. (2020). Supported Housing.

대부분의 사람들은 지원 주택에 단기적으로 거주하고 있으며, 장기 거주 할 주택으로 이동하는데 필요한 정서 및 기타 생활기술들을 체득하는 것을 목표로 서비스가 제공된다. 주로 제공되는 서비스는 다음과 같다.

- 알코올, 약물 또는 건강 문제 관련 치료서비스

- 생활비 관리, 요리 등과 같은 독립 생활기술 향상
- 위기 대처 능력을 포함한 신체, 정신적 웰빙 증대
- 가족 및 친구와의 관계 재형성, 새로운 사회 네트워크 형성
- 교육, 취업 기회를 위한 지원

지원주택은 이용자가 임대인으로 주택을 계약하여 주택에 대한 임대료와 받는 서비스에 대한 비용을 지불해야한다. 개인의 소득상황에 따라 사회보장제도를 신청하는 경우 주택급여(Housing Benefit)나 유니버셜 크레딧(Universal Credit)으로 임대료를 지원받을 수 있다. 지원에 드는 표준 비용은 산정되어 있지 않지만, 요금이 '합리적'이어야 한다는 지침이 있기 때문에 서비스 비용을 지불하고도 생활할 수 있는 최소한의 자산이 영위될 수 있도록 한다. 1983년 정신보건법 제3조 또는 기타 조항에 따라 정신병원에 구금된 경험이 있는 경우 무료 돌봄 혜택을 받을 수 있다. 그러나 임대료는 부과될 수 있다.

② 케어홈(Care home)[20]

케어홈(Care Home)은 일상생활을 영위하는데 추가 지원이 필요한 사람들에게 주거와 개인 돌봄(personal care)를 제공한다. 개인 돌봄에는 식사, 세탁, 화장실에 가는 것, 약물 복용을 하는데 필요한 도움이 포함된다. 일부 케어홈에서는 여행, 외출 등의 사회활동서비스도 제공한다. 영국에는 약 17,600개의 케어홈이있으며 이 중 70%는 주거지원(Care homes)형태이며, 30%는 인증된 간호사가 상주(Nursing homes)한다. 케어홈에서 대상으로 하는 서비스 대상자의 특성(고령, 치매, 신체장애, 정신건강 문제 등)에 따라 케어홈에서 제공되는 서비스가 달라지지만, 큰 틀에서 케어홈의 종류와 제공되는 서비스는 다음과 같다.

〈표 4-35〉 케어홈의 종류 및 서비스 : 영국

종류	제공서비스
케어홈(Care homes)	세탁, 드레싱, 약물 복용, 화장실 외출 등 개인 관리를 제공함. 당일 여행이나 외출 과 같은 사교 활동을 제공함.
요양원(Nursing homes)	자격을 갖춘 간호사의 도움뿐만 아니라 개인 간호를 제공함.
치매 케어를 하는 케어홈(Care homes with dementia care)	치매 환자가 편안하고 안전하게 느낄 수 있도록 설계함.
이중 등록 케어홈(Dual-registered care homes)	케어(care)와 간호(nursing)가 모두 필요한 사람을 위해 서비스를 제공함.

*출처: https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/arranging-care/care-homes/

20) https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/arranging-care/care-homes/

정신질환이 있는 사람들을 대상으로 서비스를 제공하는 케어홈인 리치몬드 펠로우십(Richmond Fellowship)[21]은 정신장애인에게 특화된 개인돌봄을 제공한다. 리치몬드 펠로우십에서는 보통 케어홈에서 제공하는 24시간 돌봄을 제공하지만, 회복 기반 중재교육을 받은 정신건강전문가가 정신장애인에 특화된 돌봄을 제공한다. 궁극적인 목표는 이용자들이 최소 6개월에서 최대 3년까지의 거주하며 독립적인 생활기술, 자기관리 전략 및 대처기술을 개발하여, 사회에 통합되어 살아갈 수 있도록 지원하는데 있다. 뿐만 아니라 정신질환의 특성상 위기 상황이 발생할 수 있는 점을 고려하여 위기 개입 훈련을 받은 직원들이 정신질환 위기 상황을 지원한다. 이러한 위기 지원은 응급 입원의 대안적인 방식으로 이루어지며, 서비스를 이용하는 사람들이 최소 2일에서 최대 한달 간 거주하며 자신에게 맞는 위기 대처법을 터득할 수 있도록 한다. 서비스 이용에 대한 지불능력이 없는 경우 영국 정신보건법 제117조에 의거하여 지방정부에서 주거비용을 지원하고 있다.

⑶ 민간 단체 : 당사자 및 가족 단체 활동

정신건강 관련 문제로부터 회복을 위해 여러 지원서비스가 지원된다. NHS는 치료 외에도 '사회적 처방(social prescribing)'이란 프로그램을 통해 당사자가 회복할 수 있도록 다양한 비의료적 형태의 서비스를 제공한다. 사회적 처방은 '링크워커(Link worker)'를 통해 이루어지며 정신장애인은 GP를 통해 링크워커와 만날 수 있다. 링크워커는 활동그룹, 지원그룹, 자선단체 및 복지서비스 등 정신장애인이 지역사회 내에서 회복할 수 있는 여러 방안을 제시한다. 다만, 링크워커 서비스가 잉글랜드 모든 지역에서 제공되고 있지 않아 NHS는 2021년 4월까지 1,000명의 링크워커를 각 지역에 추가 배치할 계획이다. 링크워커 이외에도 NHS는 '회복동료(recovery colleges)' 프로그램을 진행한다. 회복동료 프로그램은 정신건강과 관련 증상들의 관리 방법에 대한 수업이다. 정신장애인이 직접 등록하여 수강할 수 있며 무료로 제공된다. 회복동료 프로그램은 전 지역에서 진행되고 있다.

지방 정부에서도 정신장애인의 회복을 위해 사회서비스지원(social care support)를 제공하고 있다. 지방 정부는 당사자가 정신건강 관련 문제로부터 고통받지 않고 편하게 일상생활을 할 수 있도록 지원하여 집에서 나오는 것부터 장 보기, 지인 혹은 가족과 연락, 쇼핑, 경제적 관리 등 모든 방면에서 지원한다. 그뿐만 아니라 Mind, Rethink와 TogetherUK 등 많은 지역의 정신건강 비영리단체가 동료모임을 운영하고 있다.

---

21) https://www.richmondfellowship.org.uk/residential-care-homes/#toggle-id-1

국가인권위원회 humanrights.go.kr

① Mind (https://www.mind.org.uk/)

1946년 영국의 세 주요 정신건강 단체가 통합되어 전국정신건강협회(National Association for Mental Health, NAMH)가 설립되었다. 1972년 NAMH는 창립 25주년을 맞아 영국에서 최초로 정신건강에 대한 정보를 대중에게 알리고 기금을 마련하기 위한 'MIND' 캠페인을 실시하였는데, 이 캠페인이 매우 성공적으로 마무리되어 NAMH는 공식적 협회 명칭을 캠페인 이름인 '마인드(MIND)로 변경하였다. 이후, 1990년대에 소문자를 사용한 '마인드(Mind)'로 변경하며 단체를 새로이 단장하였다. 2016년 창립 70주년을 맞은 마인드는 현재까지도 영국의 최대 규모의 정신건강 자선 단체로서 다양한 정신건강 활동을 하고 동료 모임을 포함하여 여러 서비스를 제공하고 있다.

마인드 단체의 주목적은 정신건강에 대한 정보와 지원 제공을 통해 정신건강 관련 문제를 겪고 있는 자들의 인권을 강화하는 것이다. 이를 이루기 위해 마인드는 정신건강과 관련된 다양한 정보를 제공한다. 정신보건법(Mental Health Act), 정신능력법(Mental Capacity Act) 및 보호법(Care Act) 등과 같이 정신장애인에게 적용되는 법에 대해 쉽게 알 수 있도록 정리하여 제공하고 있다. 특히, 비자의입원과 치료 명령 등과 같이 정신장애인의 인권과 자유가 제한될 수 있는 경우에 대해 자세히 설명하여 이에 대해 취할 행동요령에 대해서도 쉽게 읽을 수 있게 정리하였다. 이와 더불어 NHS와 지방 정부에서 제공되는 주거, 직업 및 상담과 같이 다양한 서비스와 이를 받을 수 있는 경로에 대한 정보 또한 쉽게 알 수 있도록 정리하여 제공하고 있다.

또한, 마인드는 잉글랜드와 웨일스에 설립된 125개의 지역 마인드(Local Minds)를 통해 다양한 서비스를 제공한다. 각 지역 마인드는 각 커뮤니티의 욕구를 이해하고 이에 맞춘 고유한 서비스를 제공하며 상담, 동료지원, 옹호, 위기관리, 직업 및 주거 지원 등이 포함된다. 지역 마인드 내 동료지원이 시행되며 총 7,502명의 봉사자를 통해 이루어졌다. 또한, 지역 마인드는 지역의 정신건강서비스 제공자와 협력하여 서비스 계획에 참여 될 수 있으며 지역 내 정신건강 캠페인을 할 수도 있다. 잉글랜드와 웨일스의 지역 마인드를 통해 총 396,000명이 지원을 받을 수 있었다.

② Rethink Mental Illness (https://www.rethink.org/)

1972년 조현병을 앓고 있는 환자와 가족들이 '조현병 연합(Schizophrenia Federation)'을 설립하여 조현병을 겪고 있는 사람과 그 가족들을 위한 자선 단체로서 다양한 활동을 해왔다. 조현병에 대한 인식을 개선하고 여러 캠페인 활동을 통하여 기금을 마련하고 환자들과 가족들에게 서비스를 제공하며 단체를 키워나갔다. 이후, 2002년 단체 명칭을 '정신질환에 대한 재인식(Rethink Mental Illness)'으로 변경하여 조현병을 비롯한 다양

한 정신건강 관련 문제를 다루도록 하였다. Rethink 단체 또한 마인드와 같이 정신건강에 대한 다양한 정보, 조언, 지원 및 서비스를 제공한다.

Rethink는 정신장애를 가진 사람과 그 가족들의 삶과 더불어 영국이 정신질환에 접근하는 방식 개선을 목표로 삼고 있다. 이를 위해 Rethink가 약 90개의 서비스를 제공하고 140개의 지역 지원그룹이 활동하고 있다. 2020/21년에는 Rethink를 통해 약 3,900명이 정신건강 관련 문제에 대해 조언을 구할 수 있었으며 Rethink의 홈페이지를 통해 5.5만 명이 정신건강 관련 정보를 얻을 수 있었다.

Rethink에서 제공되는 서비스는 요양인 지원(carers support), 옹호, 전화 상담서비스(helplines), 위기 지원, 지역사회 지원, 주거 그리고 직업 훈련 등이 포함된다. 지역 지원그룹은 봉사자들을 통해 잉글랜드 내에서 정신장애를 앓고 있는 자 혹은 가족과 요양자를 위해 동료지원(peer support)을 제공한다. 동료지원은 당사자가 외롭지 않고 동료들의 지원을 통해 자신감을 얻고 본인의 삶을 스스로 통제할 수 있도록 하는 것을 목표로 진행되고 있다.

③ Bipolar UK (https://www.bipolaruk.org/)

Bipolar UK은 1980년 초에 양극성 장애를 앓고 있는 사람을 찾는 기사를 실은 두 여성이 힘을 모아 이들에게 연락해 온 180명의 응답자와 함께 설립된 자선 단체이다. 이들은 1983년 웨스트민스트의 한 성당에서 첫 모임을 한 후, 양극성 장애에 대한 공통된 의견을 나누며 양극성 장애에 대한 낙인, 오해 그리고 무지를 해소하기 위해 노력하고 양극성 장애가 있는 자에게 개방적인 사회를 만들어 이들이 적합한 직업을 구할 수 있도록 노력하기로 다짐하였다. 이러한 목표를 갖고 Bipolar UK은 현재까지도 양극성 장애 환자들과 그 가족들을 위해 힘쓰고 있다.

Bipolar UK의 주 활동은 동료지원이다. 훈련을 받은 봉사자로 진행되는 약 85개의 동료지원 그룹이 양극성 장애 환자들과 그 가족들을 위해 동료지원 활동을 이끌고 이에 더하여 웹사이트, 이메일, 그리고 전화 등 비대면으로 약 9,000명에게 동료지원 활동을 제공하고 있다. 동료지원은 환자와 가족들에게 조언, 증상 관리를 위한 정보, 대처 방안, 그리고 관련된 유용한 서비스로 인계를 제공한다.

④ PeerTalk (https://peertalk.org.uk/)

2016년에 설립된 PeerTalk는 우울 및 불안과 같은 정신건강 문제를 가진 자들에게 매주 동료지원 모임을 제공하는 영국의 자선 단체이다. 2017년에 첫 정식 동료지원 모임을 한 뒤 현재까지 총 191명의 훈련된 봉사자들이 110개의 모임을 진행하고 있다. 동료지원 모임을 통해 참석자들이 서로의 이야기를 공유하고 경청하며 격려와 희망을 제공하는 것을 목표

로 한다. 다른 참가자들이 공유한 우울증을 대처하는 실질적인 제안을 통해 당사자의 안녕과 자존감이 개선되는 효과를 기대할 수 있도록 모임을 설계하였다.

PeerTalk는 동료지원 모임의 효과성을 측정하고 모니터링하기 위해 참가자가 일상생활을 관리할 수 있는 능력(회복력), 전반적인 정신건강 상태, 관계 능력과 직업 수행 능력을 평가하기도 한다. 동료지원 모임을 운영하는 봉사자 대부분은 우울증 혹은 불안장애를 실제로 겪은 자이거나 그들의 가족 혹은 친구이다. 이들은 최소 8개월의 훈련을 받게 되며 분기별로 한 번씩 3주간의 동료지원 모임을 진행한다. 동료지원 모임은 아일랜드의 자선 단체인 'Aware'이 진행하는 동료지원 모임을 모델로 하여 진행된다. PeerTalk는 동료지원 활동과 더불어 우울함에 대한 인식을 개선하고 낙인을 해소하려 노력한다. 이를 위해 여러 지역사회 단체에 우울과 관련된 정보, 우울증을 앓는 자들을 지원하는 방안과 필요한 경우 정신건강 서비스에 연계에 대한 발표를 진행한다.

⑤ Hearing Voices UK (https://www.hearing-voices.org/)[22]

Hearing Voices Movement(HVM)는 1980년대 후반에 네덜란드의 정신과 의사, 연구자, 그리고 환청 경험이 있는 사람들이 협력하여 시작된 운동이다. 환청을 치료할 때. 약물치료를 통해 억누르는 것보다 환청에 대한 태도를 바꾸는 것이 더 효과적인 치료방법이라 믿어 HVM 모임을 통해 사람들이 환청의 의미와 본질에 관해 탐구하였다. HVM는 이제 네덜란드를 비롯하여 약 30개국에서 진행되는 전 세계적인 운동이다. HVM이 진행되는 여러 국가 중 영국에서 가장 활발한 활동이 이루어지고 있다. 영국에서는 약 180개 이상의 모임이 아동, 청소년, 재소자, 그리고 입원 환자 등을 대상으로 광범위한 환경에서 진행되고 있다.

HVM의 동료지원 모임은 각기 다른 형태로 도서관, 정신병원, 교육 센터 등 다른 장소에서 진행될 수 있지만 몇 가지의 핵심 원칙을 통해 동료지원 모임이 이루어진다. 먼저, '정상화'를 첫 번째 원칙으로 두어 환청이 극히 정상적인 경험인 것을 강조한다. 두 번째, 환청에 대한 다양한 설명을 받아들이고 각 참여자가 본인의 환청에 대한 이해를 갖추도록 한다. 이해를 돕기 위해 본인의 인생 경험 혹은 사건을 참고할 수 있도록 돕는다. 또한, 환청을 억제하기보다 받아드릴 수 있도록 격려한다. 이러한 핵심 원칙과 더불어 동료지원 모임의 기본 규칙에는 능력에 대한 존중, 강압적이지 않은 방향, 지역사회 포함 및 참여, 그리고 회복지향 관점이 있다. HMM는 이러한 핵심 원칙을 통해 동료지원 모임의 효과성을 보장한다. 영국의 한 조사에 따르면, HVM 모임에 참석한 자의 입원 기간과 환청 횟수가 모두 줄었다고 밝혔다.

22) World Health Organization. (2021). Peer support mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783.

2. 호주의 정신장애인 지역사회통합 사례

1) 정치, 경제, 사회문화적 현황

호주는 한국에 비해 약 77배의 큰 면적을 가지고 있으나, 인구는 2천5백만으로 절반정도이다. 국내 총생산은 한국이 약 22.5% 더 높지만, 1인당 GDP를 비교하였을 때는 한국에 비해 호주가 약 49.6% 더 높다. GDP 대비 공공사회복지지출을 살펴보면, 한국은 10.8% 차지하는 반면, 호주는 16.7%로 더 많은 비용을 공공사회복지지출에 사용하는 것으로 나타났다. 그 중 정신건강복지 관련 예산을 살펴보면 호주는 한화 약 9조원을 지출하는 반면, 한국은 4,065억 원으로 복지부 보건 예산 중 2.7%에 그쳤다.

〈표 4-36〉 일반적 상황 비교 : 호주, 한국

	호주	차이	한국
면적	7,692,024km2(6위)	▼	100,032km2(110위)
인구	25,371,700명(53위)	▲	51,821,669명(28위)
GDP 성장률	1.8%	▼	0.7%
GDP 연간 성장률	1.1%	▲	5.9%
국내 총생산	1,331USD	▲	1,631USD
1인당 GDP	56,307USD	▼	28,361USD
실업률	4.9%	▼	3.7%
정부부채	583,023백만AUD 약494.4조원	▲	814.9조원
정부 예산	-4.3%(GDP비율)	▼	-6.10(GDP비율)
정부예산가치	6,809백만AUD 약57,745억원	▼	-20,477억원
재정수입	55,260백만AUD 약468,651억원	▲	247,759억원
재정지출	48,451백만AUD 약410,896억원	▲	268,236억원
공공사회복지지출규모[23] (OECD평균 20.0%)	16.7%(GDP대비)	▼	10.8%(GDP대비)
정신건강복지 예산 (WHO 권고 기준 5%)	106억AUD 약89,886억원	▼	4065억원 복지부 보건 예산 중2.7%
1인당 정신건강 예산	420AUD 약356,185원	▼	5,389원

*출처 : tradingeconomics.com
*https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=20986

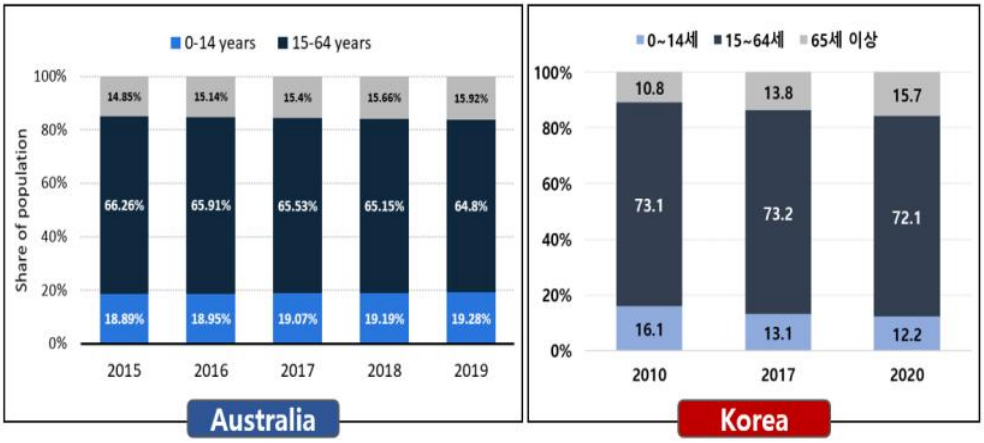
23) OECD 38개 회원국 비교, 호주는 2017년, 한국은 2018년 기준 데이터임. OECD Social Expenditure Database 참고.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(1) 정치 및 경제적 현황

OECD, 호주, 한국의 인구 연령분포, 공공사회복지지출 비율/비중, 기대수명, 사망률, 정신장애 유병률, 정신장애로 인한 장애보정손실수명 비율을 비교 제시하여 호주와 OECD 비교하였을 때 한국의 위치를 알고자 한다.

먼저 호주와 한국의 연령 분포 비교를 살펴보면 다음과 같다. 호주와 한국의 인구 연령분포를 '0-14세', '15-64세', '65세 이상'으로 구분하여 살펴보면, 호주의 경우 '0-14세'는 2015년 18.9%에서 2019년 19.3%로 다소 증가하였고, 65세 이상 노인 비율도 크게 증가하지 않은 반면, 한국은 '0-14세'비율은 2010년 16.1%에서 2020년 12.2%로 급격히 감소하고, 노인비율도 10.8%에서 15.7%로 증가하여 고령화 문제가 심각한 것을 알 수 있다.



[그림 4-24] 연령 분포 : 호주, 한국

OECD는 9대 정책 영역으로 공공사회복지지출(Social Expenditure database: SOCX)[24]을 구분하고 있다. SOCX의 분류항목 및 내용은 〈표 4-37〉과 같다.

〈표 4-37〉 SOCX의 분류항목 및 내용 : 호주

정책영역	주요내용
노인(Old Age)	- 노동시장 은퇴자에 대해 소득을 제공하는 급여(국민연금 등) - 노인을 대상으로 하는 돌봄 및 재활 등의 서비스 관련 지출
유족(Survivors)	- 배우자나 부양자가 사망한 사람들에 대한 유족연금 등 급여
근로무능력(Incapacity related)	- 노동시장에 참여하다가 선천적 또는 질병·사고로 인한 장애로 노동시장에 완전·부분적으로 참여할 수 없는 근로무능력을 가질 때 지급하는 급여
보건(Health)	- 의료 및 예방 등 공공보건(건강보험) 지출
가족(Family)	- 자녀양육 및 기타 부양가족을 지원하기 위한 비용 - 영유아, 아동, 청소년, 여성 및 가족 관련 돌봄 등 서비스 급여
노동시장(ALMP)	- 수급자의 노동시장에서의 기능성을 개선하고 소득능력을 증가시키는 데에 목적이 있는 모든 사회적 지출(교육 제외)
실업(Unemployment)	- 실업자에게 지급되는 소득보상과 해고수당 등 관련 급여
주거(Housing)	- 임대료 및 주거비용 지원을 위한 정부의 직접 보조금 - 사회취약계층(노인·장애인)에 주택공급 등
기타 사회정책(Other)	- 다양한 사유로 과련 프로그램의 영역에서 배제된 사람들(이민자, 탈북자, 토착민 등)을 위한 사회적 지출 - 다른 급여들이 수급자의 욕구를 충족시키지 못할 때 제공하는 기타 지출

* 출처 : OECD SOCX Manual(2019)을 토대로 국회예산정책처 정리

GDP 대비 공공사회복지지출 비용을 살펴보면, OECD 평균이 19.8%인데 비해 호주는 16.7%로 OECD 평균에 비해 다소 낮은 것으로 나타났고, 한국은 10.8%로 OECD 평균의 거의 절반 수준인 것으로 확인되었다. 공공사회복지예산의 지출 비중을 살펴보면, 호주와 한국 모두 보건이 가장 큰 비중을 차지하고, 다음으로 노인, 가족 순으로 나타났다.

24) OECD는 회원 국가별 사회보장 현황을 파악하고, 지출수준을 비교할 수 있도록 사회복지지출(SOCX : Social Expenditure database)통계를 구축하여 정보를 제공하고 있음.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

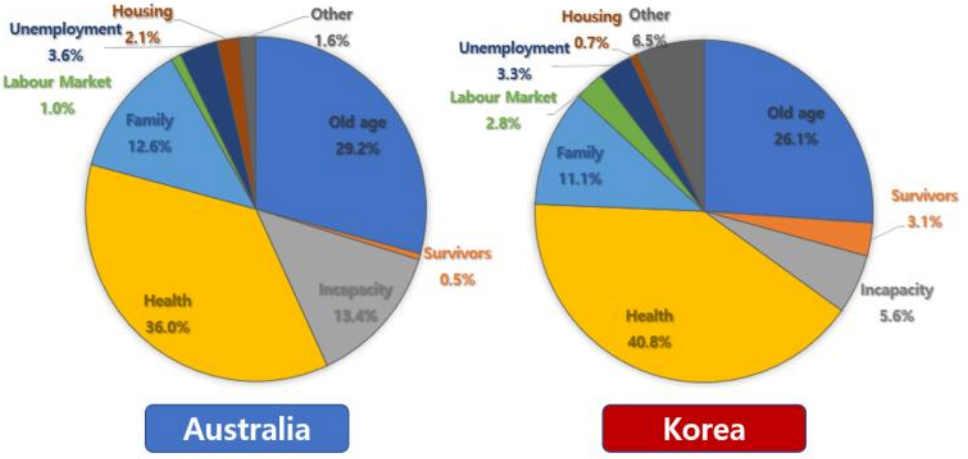
〈표 4-38〉 공공사회복지지출 비율/비중 비교 : 호주, 한국, OECD

정책영역	GDP 대비 공공사회복지지출 비율			공공사회복지지출 비중	
	OECD	호주	한국	호주	한국
노인(Old Age)	7.4%	4.9%	2.8%	29.2%	26.1%
유족(Survivors)	0.8%	0.1%	0.3%	0.5%	3.1%
근로무능력(Incapacity related)	2.0%	2.2%	0.6%	13.4%	5.6%
보건(Health)	5.6%	6.0%	4.4%	36.0%	40.8%
가족(Family)	2.1%	2.1%	1.2%	12.6%	11.1%
노동시장(ALMP)	0.5%	0.2%	0.3%	1.0%	2.8%
실업(Unemployment)	0.6%	0.6%	0.4%	3.6%	3.3%
주거(Housing)	0.3%	0.3%	0.1%	2.1%	0.7%
기타 사회정책(Other)	0.5%	0.3%	0.7%	1.6%	6.5%
전체	19.8%	16.7%	10.8%	100%	100%

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.

한국, OECD, 호주의 공공사회복지지출 비율과 비중을 비교 용이하도록 그림으로 제시하였고, 다음 그림과 같다.

[그림 4-25] GDP 대비 공공사회복지지출 비율 : 호주, 한국



[그림 4-26] 공공사회복지지출 비중 : 호주, 한국

(2) 사회문화적 현황

2011년부터 2017년까지 한국, 호주, OECD의 연도별 기대수명 추이를 비교하여 살펴보았고, 그 결과는 표와 같다. 11년 호주의 남·녀 평균 기대수명은 79.7세였고, 2017년에는 0.8세 증가하여 80.5세로 나타났다. 한국은 2011년에 77.3세였고, 2017년에는 2.4세 증가하여 79.7세로 나타났다. OECD의 기대수명은 2011년 대비 2017년에 1.1세에 그쳐, 한국의 기대수명 증가율이 가파르게 증가한 것을 알 수 있다.

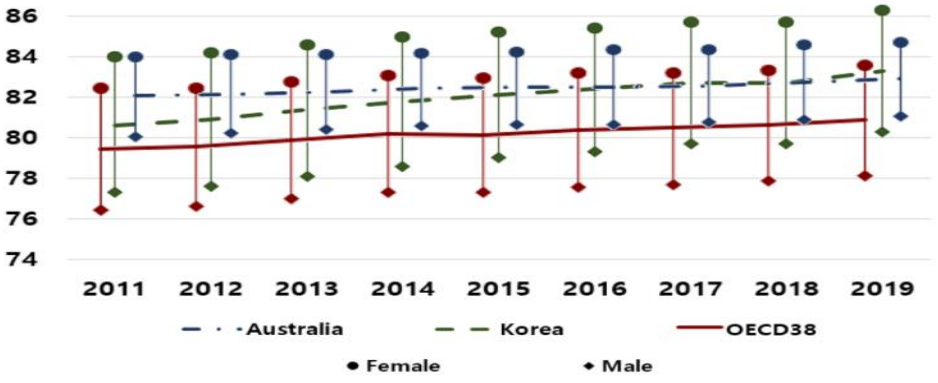
〈표 4-39〉 연도별 기대수명 추이 : 호주, 한국, OECD

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
호주	남	82.0	82.1	82.2	82.4	82.5	82.5	82.6
	여	84.2	84.3	84.3	84.4	84.5	84.6	84.6
	전체	79.7	79.9	80.1	80.3	80.4	80.4	80.5
한국	남	80.6	80.9	81.4	81.8	82.1	82.4	82.7
	여	84.0	84.2	84.6	85.0	85.2	85.4	85.7
	전체	77.3	77.6	78.1	78.6	79.0	79.3	79.7
OECD	남	79.6	79.7	80.0	80.3	80.3	80.5	80.6
	여	82.5	82.5	82.8	83.1	82.9	83.2	83.2
	전체	76.6	76.8	77.2	77.5	77.5	77.7	77.9

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

전체 기대수명과 함께 남녀로 구분하여 기대수명의 추이를 비교할 수 있도록 다음과 같이 그림으로 제시하였다.



[그림 4-27] 연도별 기대수명 추이 : 호주, 한국, OECD

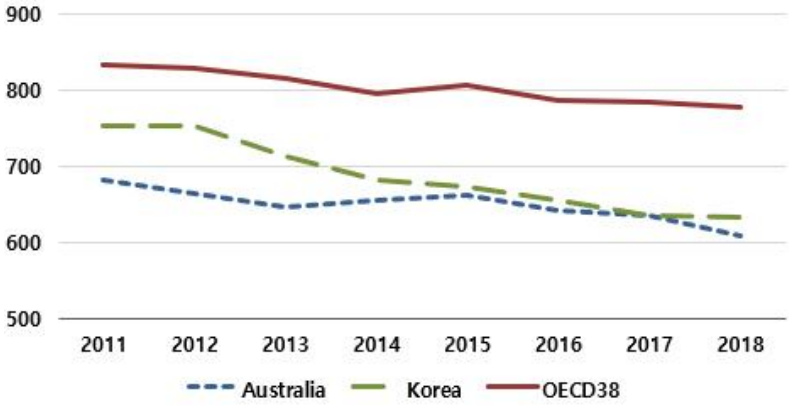
호주, 한국, OECD 인구 10만 명당 사망률 추이를 살펴본 결과는 〈표 4-40〉과 같다. OECD평균 사망률은 2011년 832.5명에서 2017년 784.8명으로 47.7명 감소하였다. 호주의 경우 2011년 682.5명에서 2017년 634.4명으로 48.1명 감소함. 한국은 2011년 753.9명에서 2017년 635.9명으로 118명 감소하여 OECD 평균 대비 사망률이 크게 감소한 것을 알 수 있다.

〈표 4-40〉 인구 10만 명당 사망률 : 호주, 한국, OECD

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
호주	남	569.7	560.3	544.0	555.7	561.0	541.6	539.1
	여	819.5	787.4	770.0	772.0	778.1	760.0	744.3
	전체	682.5	663.5	647.2	655.3	661.3	642.4	634.4
한국	남	574.0	576.0	543.9	519.0	514.0	500.3	486.9
	여	1030.0	1025.4	966.4	924.8	909.1	880.6	851.1
	전체	753.9	753.8	712.0	681.7	672.9	654.2	635.9
OECD	남	675.3	674.2	663.3	648.0	660.0	642.1	642.5
	여	1049.5	1037.9	1020.6	997.0	1004.3	981.8	974.9
	전체	832.5	827.9	814.6	796.0	806.6	787.1	784.8

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.

호주, 한국, OECD 간 사망률 추이를 비교하여 살펴볼 수 있도록 그림에 제시하였다.



[그림 4-28] 인구 10만 명당 사망률 : 호주, 한국, OECD

호주, 한국, OECD 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률의 연도별 추이를 정리하여 그 결과를 아래 표와 그림에 제시하였다. 그 결과 호주와 OECD는 2011년 대비 2017년에 정신장애로 인한 사망률이 다소 증가한 것으로 나타난 반면, 한국은 2011년 18.6%에서 2017년 13.2%로 5.4% 감소한 것으로 나타났다.

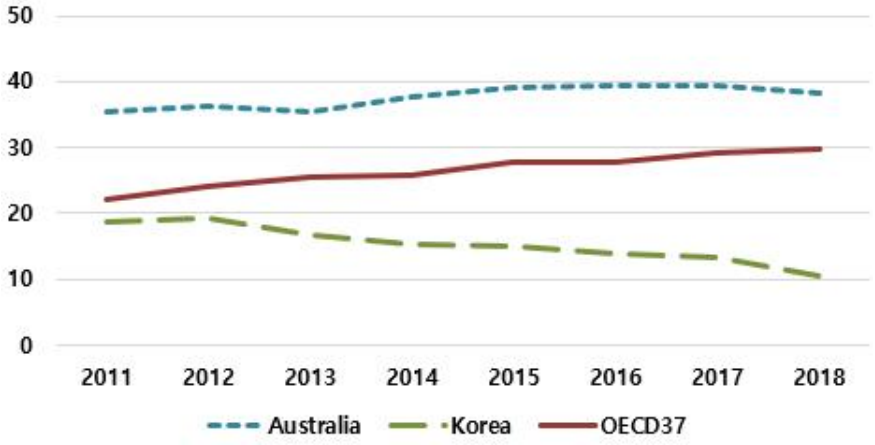
〈표 4-41〉 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률 : 호주, 한국, OECD

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
호주	남	36.1	37.5	36.7	39.2	40.0	40.2	40.7
	여	32.9	33.3	32.6	34.7	36.9	37.5	36.3
	전체	35.3	36.3	35.4	37.8	39.2	39.5	39.3
한국	남	16.9	18.0	15.2	14.1	13.6	12.4	11.9
	여	20.6	19.8	17.6	15.8	16.2	15.6	13.9
	전체	18.6	19.2	16.6	15.3	15.0	13.9	13.2
OECD	남	21.2	23.2	24.6	24.7	26.7	26.5	28.3
	여	22.4	24.1	25.4	26.0	28.2	28.1	29.1
	전체	22.2	24.1	25.4	25.7	27.8	27.6	29.1

*출처 : OECD Social Expenditure Database를 토대로 저자 정리.

호주, 한국, OECD 인구 10만 명당 정신장애로 인한 연도별 사망률을 그래프로 나타내면 [그림 4-29]와 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-29] 인구 10만 명당 정신장애로 인한 사망률 : 호주, 한국, OECD

국가별 정신장애와 물질사용장애를 가지고 있는 인구 비중을 살펴보면, 전세계적으로 약 15%가 해당 장애를 앓고 있는 것으로 나타났다. 호주를 살펴보면, 2011년에는 18.6%에서 2017년에는 18.4%로 약간 감소한 것으로 나타났다. 한국의 경우 2011년에는 11.7%에서 2017년에는 11.8%로 약간 증가한 것으로 나타났다.[25)]

[그림 4-30] 정신장애를 가진 인구의 비중 : 호주, 한국, 전세계

25) *출처 : Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Our world in Data.
* 정신장애는 우울장애, 불안장애, 양극성 장애, 식이장애, 알코올 약물 장애, 조현병을 포함함.
* 통계치는 국가별 의료자료, 역학자료, 설문자료 등을 종합하여 추론한 결과임.

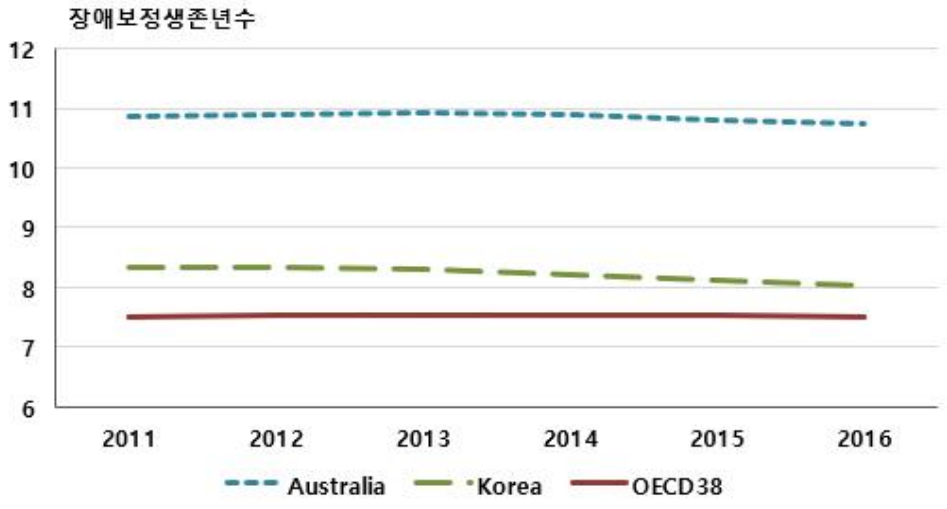
호주, 한국, OECD의 정신장애로 인한 질병부담 비중을 연도별로 살펴보았고, 그 결과는 아래 표와 같다. 정신장애로 인한 부담은 장애보정손실수명(DALYs: Disablility-Adjusted Life Years)으로 측정한 것으로 질병으로 인한 사망률과 함께 생애 동안 질병으로 인한 부담을 포함한다. 그 결과 OECD는 2011년부터 2016년까지 평균 7.5% 수준으로 나타났고, 호주는 10.7~10.9%, 한국은 8.0~8.3% 정도로 나타났다. 정신장애로 인한 장애보정손실수명 비율은 전세계 평균은 약 5%이다.

〈표 4-42〉 정신장애로 인한 부담 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
호주	10.9%	10.9%	10.9%	10.9%	10.8%	10.7%
한국	8.3%	8.3%	8.3%	8.2%	8.1%	8.0%
OECD	7.5%	7.5%	7.5%	7.5%	7.5%	7.5%

*출처 : IHME, Global Burden of Disease, Our world in data를 토대로 저자 정리.

호주, 한국, OECD의 정신장애로 인한 부담을 그래프로 나타내면 [그림 4-31]과 같다.



[그림 4-31] 정신장애로 인한 부담 : 호주, 한국, OECD

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 법과 조례(강상경 외, 2021)

호주는 주별(빅토리아, 뉴사우스웨일스, 사우스오스트레일리아, 웨스턴오스트레일리아, 노던준, 퀸즐랜드)로 각기 다른 정신보건법이 제정되어 있다. 각 주들은 국가가 수립한 국가정신보건계획 정책 우선순위에 근거하여 법령을 개정하거나 정책적 변화를 꾀한다. 호주가 2008년 7월 17일 UN장애인권리 협약을 비준하고, 2009년 8월 21일에 장애인권리협약 선택의정서에도 서명을 하면서, 이러한 패러다임의 전환이 주별 정신보건법에 반영되고 있는 추세이다(McSherry & Wilson, 2015).

특히 빅토리아주의 경우 이러한 흐름을 전면 반영하여 1986년 정신보건법을 제정한 이후, 2014년 대대적인 법의 개정을 이행하고, 2022년에는 기존 정신보건법을 정신건강웰빙법으로 개정하여 시행을 앞두고 있다. 뿐만 아니라 정신보건 관련 사법기관(우리나라의 치료감호소와 유사한 개념)을 제외하고는 모든 독립 정신의료기관을 폐쇄하는 급진적 조치를 취하였다(AIHW, 2017)[26]. 호주 뉴사우스웨일스주의 경우에도 빅토리아주 정신보건법(2014)과 같이 비자의 입원을 최소화하고 정신장애인의 치료받을 권리를 존중하는 방향으로 법이 구성되어 있다. 본 장에서는 우선 빅토리아주의 정신보건법과 정신건강웰빙법으로의 변화 과정을 살펴본 후, 뉴사우스웨일스주의 정신보건법을 간략히 살펴보도록 하겠다.

(1) 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014)과 정신건강웰빙법(2022)

1980년대 호주 빅토리아주는 입원 중심의 치료 위주 서비스에서 지역사회통합으로 나아가는 변화의 과정에 있었다(Rees, 2009). 이러한 배경하에 등장한 1986년 빅토리아주 정신보건법은 정신장애인들의 입원 절차, 환자의 임원에 대한 심의, 지역사회지원서비스에 대한 내용을 포함하고 있다. 1986년 빅토리아주의 정신보건법이 정신장애인의 탈원화를 위한 초석을 마련하였다면, 2014년 개정 정신보건법에서는 정신장애인이 지역사회 구성원으로 살아갈 수 있도록 하는 방향을 취하고 있다. 이러한 방향으로 법이 개정된 배경에는 호주가 2008년 장애인권리협약의 비준 국가가 되었고, 이에 따라 국가정신보건전략에서 정신장애인의 권리 및 지역사회통합을 강조한 것에 있다. 1986년에서 2014년으로 법이 개정되며 법의 내용 7장·143개 조항에서 16장·434개조항으로 세분화 되었고, 정신장애인인의 권리 보장, 치료에 대한 동의, 치료감호환자에 대한 내용들이 대거 보완되었다. 다음 표는 빅토리아주 정신보건법의 목차이다.

26) 빅토리아주 독립정신의료기관 폐쇄 연혁:
http://www.victoriangenealogy.com.au/society/mentalasylums.html

〈표 4-43〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 목차 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)		빅토리아주 정신보건법(2014)	
제1장 서문(Preliminary)	• 법률의 목적, 법률의 효력, 법에서 사용된 용어 정의	**제1장 서문(Preliminary)**	• 법률의 목적, 법률의 효력, 법에서 사용된 용어 정의
제2장 대상, 목적과 기능(Objects, Objectives and Functions)	• 법률의 적용 대상, 기관의 목적 및 기능	**제2장 목적 및 정신보건 원칙(Objectives and mental health principles)**	• 법률의 목적 및 정신보건 원칙
제3장 환자의 입원(Admission of Patients)	• 자발적 환자와 비자발적 환자의 구분 및 비자발적 환자의 입원 및 구금 절차	**제3장 권리보장(Protection of rights)**	• 권리 정의, 권리의 행사 및 제한, 권리의 행사 및 보장 주체의 정의, 책임, 임명, 취소
제4장 환자의 심의, 퇴원, 이송(Review, Discharge, Leave and Transfer of Patients)	• 정신보건심의위원회의 구성 및 역할, 항소, 권한	**제4장 비자의입원환자(Compulsory patients)**	• 입원에 대한 평가 명령, 전문가에 의한 평가 명령, 임시 치료 명령, 치료 명령, 치료 명령의 취소
제5장 환자의 돌봄 및 치료(Care and Treatment of Patients)	• 용어, 사전 동의, 정신외과심의위원회의 구성 및 절차	**제5장 치료(Treatment)**	• 치료에 대한 환자동의, 정신보건 치료 환경, 약물치료, 전기경련치료, 정신질환의 신경외과 치료
제6장 행정(Administration)	• 정신 의료 기관, 정신과 전문의, 정신보건요원, 지역사회 지원 서비스	**제6장 제한된 개입(Restrictive interventions)**	• 감금 및 신체 구속의 사용 조건 및 검토
제7장 총론(General)	• 정신보건위원회 설립, 구성, 행정, 절차, 조직 및 역할, 소송절차 등	**제7장 행정(Administration)**	• 사무총장 지위와 역할, 수석 정신과 의사, 인가된 정신보건 인력, 정신보건 서비스
		제8장 정신보건위원회(Mental Health Tribunal)	• 정신보건위원회 설립, 구성, 행정, 절차, 조직 및 역할, 소송절차 등
		제9장 지역사회 정신보건 인력(Community visitors)	• 정의, 임명, 지위, 권한 등
		제10장 소송(Complaints)	• 정신보건 소송 위원회 구성, 임기, 역할, 권한,
	-	**제11장 치료명령환자(Security patients)**	• 법원의 치료명령, 치료명령 유형, 절차, 심의, 주간 치료감호환자 이송
		제12장 치료감호환자(Forensic patients)	• 치료감호환자의 정의, 치료감호환자의 정신건강서비스 연계 등
		제13장 정신보건 법률조항의 주 간 적용(interstate application of mental health provisions)	• 일반적 증의, 호주 주 간에 정신건강서비스를 의뢰할 때 고려되는 사항 등

국가인권위원회 humanrights.go.kr

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)	
	제14장 빅토리아주의 사법정신건강 시설(Victorian Institute of Forensic Mental Health)	• 서문, 관리감독
	제15장 총론(General)	• 건강정보 공개, 신고 가능한 사망 관련 사항, 이송·체포·진입·수색 관련 사항, 일반규정, 실천 강령, 제한 사항
	제16장 1986 정신보건법의 개정 규정(Repeal of Mental Health Act 1986, savings and transitional provisions)	• 정신보건법 개정 규정에 관한 사항들

*출처 : Victoria state Mental Health Act 1986 – Assented to 3 June 1986

이러한 변화를 가장 크게 보여주는 것이 법의 목적과 정신보건기관의 기능 및 원칙에 대한 변화이다. 1986년 빅토리아주 정신보건법에서는 정신질환자를 임상적 치료의 대상으로 보고 돌봄, 치료, 보호를 제공하는 것에 중점을 두고 있는 반면, 2014년 빅토리아주 정신보건법에서는 정신질환을 경험하는 사람의 치료도 보장하지만 이 과정에서 '인권, 존엄성'을 제한하지 않는 선에서 치료를 제공할 것을 명시하고 있다. 또한 개정된 법령에서는 가능한 '자발적'으로 치료를 제공하고, '최대한 지역사회 삶을 보장'하는 등 UN장애인 권리협약에서 강조하는 장애인의 자기결정권, 지역사회통합권을 반영하고자 노력하고 있다.

〈표 4-44〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 목적, 기능, 원칙 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
제4조 법의 목적 (1) 이 법은 다음의 목적을 지닌다. (a) 정신질환자의 돌봄, 치료, 보호를 제공 (b) MHRB의 구성	**제10조 법의 목적** (a) 정신질환을 가지고 있는 것으로 보이는 사람의 진단 및 정신질환을 가진 사람의 치료 (b) 인권과 존엄성을 최대한 제한하지 않는 선에서의 진단 및 치료 제공
제6조 기관의 기능 (a) 기관은 정신질환을 앓고 있는 환자의 돌봄, 보호, 치료, 회복 제공을 보장	**제11조 정신보건 원칙** (1) 이 법은 다음의 정신보건 원칙을 가진다. (a) 가능한 한 자발적으로 진단 및 치료 제공 (b) 정신보건 서비스를 받는 사람은 최대한의 치료 결과 및 지역사회 삶의 보장 (c) 정신보건 서비스를 받는 사람은 진단, 치료, 회복의 결정 과정에 개입

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

더불어 2014년 정신보건법에서는 입원한 환자의 자기결정권 존중차원에서 환자의 선호도를 파악할 수 있는 사전진술 관련 조항을 신설하였고, 제23조에 환자의 의사를 대변할 수 있느 후견인의 역할에 대한 규정을 추가하였다.

〈표 4-45〉 빅토리아주 정신보건법(2014) 사전 진술 및 후견인 관련 조항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
없음	**제19조 사전진술** 사전서면은 치료와 관련하여 환자의 선호도를 서면화하는 절차 **제20조 사전진술 작성** (a-c) 사전진술은 서면화되어야 하고, 인가된 목격자들의 입회하 날짜 및 서명 날인 **제23조 후견인의 역할** (a) 환자의 이익을 대변하며, 환자를 지원 (b) 법이 보장하는 환자의 권리를 검토

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

자기결정권의 반영은 비자발적 환자에 대한 치료 조항에서도 살펴볼 수 있다. 1986년 정신보건법에서는 비자발적 환자는 입원 즉시 구금 및 치료를 이행해야한다는 자기결정권 위배 조항이 존재하였다. 하지만 2014년 법안에서는 기본 원칙에서 환자의 '선호와 관점'을 중시할 것을 명시하며, 제68조와 제71조에서도 합리적인 단계 없이 당사자의 의사능력이 불충분하다고 판단하지 않고 당사자의 의견 뿐 아니라 보호자의 의견, 당사자의 환경 안에서 최선의 치료를 선택해야 함을 강조한다. 치료 유지 또한 기존 법에서는 최소 4-6주, 최대 12개월 이내에 외부 위원회가 치료 지속 여부를 검토해야 한다고 한 반면, 개정 법안에서는 대폭 축소된 기간인 28일을 기준으로 치료 지속 여부를 검토하게끔 규정하고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-46〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료(특히 비자발적 환자) 관련 조항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
제12조 비자발적 환자의 입원과 구금 (1)(a-b) 비자발적 입원 요청 발생시 정신과 전문의가 있는 병원에 입원되며, 24시간 이내에 입원 여부를 진단한다. (2) 제8조에 환자가 해당하는지 검사한다. (3) 제9조에 따라 입원 권고를 한 의료인은 해당 환자를 검사할 수 없다. (4) 비자발적 환자는 입원 즉시 구금 및 치료를 이행한다. (5)(a-b) 비자발적 환자가 동의를 서면으로 할 수 없는 경우 보호자 또는 정신과 전문의가 제공한다. **제30조 검토** (a-b) MHRB는 4-6주 사이에 비자발적 환자를 검토해야 하고, 최대 12개월을 초과하지 않음	**제11조(정신보건 원칙)**에서 진단, 치료, 회복 과정에서 모든 정보는 환자에게 주어지고, 그들의 선호와 관점이 존중되어야 함을 제시 **제68조 이 법에 따른 사전동의 능력** (d) 당사자가 현명하지 못하다는 이유로 동의 능력이 없다고 판단해선 안됨 (e) 사전동의에 대한 능력은 당사자의 최선의 환경과 시간 때에 합리적인 단계를 거쳐야 함 **제71조 환자가 치료에 동의하지 않을 때** (4) 전문가는 환자의 치료에 덜 제한적인 방법이 없다고 판달될 때 다음을 확인해야 한다. (a-d) 당사자의 의견과 선호, 그 이유, 사전진술에서 표현된 당사자의 의견과 선호, 보호자의 의견 **제51조 임시치료명령(TTO) 기간** (1) 임시치료명령 부과일 경우 강제력은 28일을 초과하지 않음 **제55조 치료명령(TO) 부과** (5) 비자발적 치료명령 부과 후 28일 이내에 MHT는 부과명령에 대한 검토를 실시해야 함

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

비자발적 환자가 퇴원 시에도 의사를 존중받을 수 있는 규정들도 보완하였다. 기존 1986년 정신보건법에서는 제8조에 해당하지 않는 경우, 즉 자타해위협이 있는 경우에는 퇴원을 하기 어려웠던 반면, 2014년 정신보건법에서는 환자의 정신건강악화를 막기 위해대안적인 치료 방법이 없을 때 정신과 입원 치료를 유지하며, 전문의가 치료 기준 부합하지 않는다고 판단되면 퇴원을 할 수 있도록 퇴원의 기준을 유연화 하였다.

〈표 4-47〉 빅토리아주 정신보건법(1986, 2014) 치료 및 퇴원 관련 조항 : 호주

빅토리아주 정신보건법(1986)	빅토리아주 정신보건법(2014)
제8조 비자발적 환자의 입원 및 구금의 기준 (1)(a-e) 정신질환을 앓고 있는 환자가, 자·타해 위협을 가할 때 자발적으로 치료가 불가한 사람은 비자발적 환자(involuntary patient)로 규정한다. **제37조 비자발적 환자의 퇴원** (1) 제8조(비자발적 환자 규정) 혹은 제12조(비자발적 환자의 입소 및 구금)에 적용이 되지 않는 경우 정신과 전문의는 환자를 퇴원시켜야 한다.	**제5조 치료의 기준** 치료의 기준은 당사자가 TTO 혹은 TO의 대상자에 해당하는 것을 의미한다. (a-d) 정신질환을 가지고 있고, 자신과 타인의 정신적·신체적 건강의 악화를 막아야 하며, 즉각적인 치료가 요구되지만, 대안이 없을 때 **제61조** 정신과 전문의가 환자가 치료 기준에 부합하지 않는다고 판단할 경우 즉시 명령을 취하한다.

*출처: Vine(2020)의 MHA 1986 및 MHA 2014의 비교 표 참조(p. 100); Victoria state Mental Health Act 1986; Victoria state Mental Health Act 2014.

1986년 정신보건법과 비교하였을 때 2014년 정신보건법은 정신장애인의 권리를 보장하기 위한 방향성을 추구하고 있지만, 그럼에도 여전히 구체적인 의사결정 지원 과정이 부재하고 실제 현행 정신건강시스템 하에서 여전히 비자발적 치료의 남용이 일어나고 있다는 비판을 받았다. UN장애인권리협약 등의 흐름을 반영하고 있기는 하지만 여전히 의료 중심의 정신건강체계 하에 지원이 이루어지는 것이 문제가 되었다고 할 수 있다.

결국 호주 빅토리아주의 왕립위원회(The Royal Commission)는 현행 정신건강시스템의 전반적 패러다임 전환의 필요성을 체감하기에 이른다. 빅토리아주 왕립위원회는 빅토리아 정부가 정신보건법을 2022년 중반까지 정신건강웰빙법(Mental Health and Wellbeing Act, MHWA)으로 전면 개정할 것을 권장했다. 영국 왕립위원회가 제안하였던 주요 내용은 다음 표와 같다.

〈표 4-48〉 빅토리아주 왕립위원회의 제안 : 호주

구분		내용
목적 및 원칙	**Recommendation 42(2)**	(a) 빅토리아 시민의 정신건강과 웰빙을 최고 수준으로 달성할 것을 주요 목표로 하며, 다음과 같은 새로운 목표와 정신건강 원칙을 포함한다. a. 시민들이 좋은 정신건강과 웰빙을 경험할 수 있는 조건 증진 b. 정신건강 및 웰빙 서비스에 대한 접근 및 제공의 불평등 해소 c. 종합적, 안정적, 고품질의 다양한 정신건강 및 웰빙 서비스 제공 (b) 새로운 mental health and wellbeing 시스템의 역할, 책임, 관리체계를 명확히 한다.
강제적 평가 및 치료 제한	**Recommendation 42(2)(e-f)**	(e) 강제적 평가 및 치료, 격리 및 구속의 비율과 부정적 영향을 줄이기 위한 조치를 명시한다. (f) 강제적 평가 및 치료와 관련된 법적 조항을 더 이상 빅토리아 정신보건법에 규정되지 않도록 단순화하고, 명확히 한다.
	Recommendation 53(2)(b)	정신건강 및 웰빙 위원회가 우선 사항으로서 다음을 모니터링하도록 촉진한다. (a) 격리 및 구속의 사용 (b) 강제적 치료의 사용
	Recommendation 54(1-4)	1. 정신건강 및 웰빙 서비스 제공에 있어서 격리와 구속의 사용을 줄이기 위한 즉시 조치를 취하며, 이러한 관행을 10년 이내에 폐지하는 것을 목표로 한다. 2. MHWA를 통해 화학적 구속의 사용을 규제한다. 3. 정신건강 및 웰빙 위원회 위원장은 격리 및 구속의 사용을 줄이기 위한 전략을 개발하고 주도한다.
	Recommendation 55(1-2)	1. 강제적 치료의 사용은 최후의 수단으로만 사용되도록 한다. 2. 비자의 치료의 사용 및 기간을 연도별로 줄이기 위한 목표를 설정하고, 이에 관한 서비스 수준 및 시스템 차원의 데이터를 수집 및 게시한다.

*출처 : Royal Commission into Victoria's Mental Health System, Recommendations for Mental Health and Wellbeing Act. doi: https://finalreport.rcvmhs.vic.gov.au/recommendations/

이후 빅토리아 정부는 정신건강웰빙법을 설계하기 위해 전문가 자문집단을 꾸렸다. 이러한 전문가 집단은 정신건강서비스, 법률, 인권, 보건 전문가 등으로 구성되어 있다. 또한 빅토리아 정부는 법률 구성 과정에서 정신건강 및 지역사회 단체 전문가들의 의견을 적극 반영하였다. 각 분야 전문가와 단체의 논의를 통해 2021년 12월 대략적인 정신건강웰빙법안이 발표하였다(Victoria Department of Health, 2021)[27]. 이때까지 구성된 정신건강웰빙법은, ① 목표 및 주요 원칙(objectives and principles), ② 비법률 옹호가(non-legal advocacy), ③ 지원의사결정(supported decision making), ④ 정보 수집 및 활용, 공유(information collection, use and sharing), ⑤ 비자발적 사정 및 치료(compulsory assessment and treatment), ⑥ 격리 및 강박(seclusion and restrain), ⑦ 관리 및 감독(Governance and Oversight)를 주된 주제로 하며, 발표된 안에는 2030년까지 정신건강웰빙법을 어떻게 검토하고 발전시켜나갈 것인지에 대한 계획도 담고 있다. 구체적인 법안 내용은 구성되고 있는 과정에 있지만 정신건강웰빙법에 포함되어야하는 주요 개념들에 대한 국민의 이해도, 실제 반영이 가능한 정도 등을 파악하고 있다는 점에서 의미가 있다. 특히 UN장애인권리협약과 빅토리아주 왕립위원회 제안서에서 강조하고 있는 비법률옹호가, 지원의사결정을 법안에 담고 시행하고자 노력하고 있다는 것에 의의가 있다.

〈표 4-49〉 빅토리아주 보건부의 정신건강웰빙법 관련 보고서(2021.12) : 호주

구분	내용
① 목표 및 주요 원칙 (objectives and principles)	• 왕립위원회의 보고서는 정신 질환이나 심리적 고통을 겪는 사람들뿐만 아니라 가족, 보호자, 지지자들의 견해, 선호, 가치를 우선시하는 것을 목표로 함. • 강제적 치료의 사용을 줄이고 제한적 개입의 사용을 제거함. • 특정 기관(새로운 기업과 서비스 제공자 포함)에 대한 새로운 보고 요건과 원칙이 어떻게 설정되고 있는지, 그리고 이러한 목적을 달성하기 위해 어떤 조치를 취하고 있는지에 대한 정보를 포함.
② 비법률 옹호가 (non-legal advocacy)	• 왕립위원회는 비법률 보호 모델을 선택적으로 구축하여 의무적인 치료를 받거나 받을 위험이 있는 모든 사람들이 비법적 지지를 받을 수 있도록 권고하였음. • 비법률적 옹호가들은 사람들에게 정보와 지원을 제공하여 그들이 그 사람의 선택을 대변할 수 있도록 함. 영국 왕립 위원회에서는 사람들이 비법률적 옹호를 높이 평가하지만, 실제 많은 사람들이 이러한 지원 시스템을 인지하지 못하고 있다는 점을 발견함.
③ 지원의사결정(supported decision making)	• 왕립위원회는 정신건강법을 5~7년 내에 다른 의사 결정법과 일치시킬 것을 권고함. • 정신건강웰빙법은 다음과 같은 방식으로 지원의사결정을 촉진할 수 있을 것으로 생각됨: 권리 및 사전 진술, 2차 정신의학적 의견을 포함한 안전장치의 활용/보다 명확하고 투명한 의사 결정/개인의 평가, 치료 및 회복의 모든 단계에 걸쳐 지원의사결정을 지원함.
④ 정보 수집 및 활용, 공유 (information collection, use and sharing)	• 영국 왕립위원회는 2014년 정신보건법에서처럼 정보 수집, 사용 및 공유에 관한 현행 규칙을 기반으로 새로운 법을 만들 것을 권고함. • 신법에서는 정보공유 규칙을 단순화, 명확화하도록 함.

27) https://engage.vic.gov.au/mhwa

구분	내용
⑤ 비자발적 사정 및 치료 (compulsory assessment and treatment)	• 영국 왕립 위원회는 강제적인 치료를 최후의 수단으로만 사용할 것을 권고함. • 법 구성 과정에서 강제적 치료의 폐지가 법 개정을 통해서만 이루어지기 어렵다는 점을 인식함. 이에 재설계된 정신건강 서비스 시스템은 위기 중심 모델에서 커뮤니티 기반 서비스를 중심으로 구축된 시스템으로 전환될 것임. 구체적으로 다음과 같은 사항들을 포함함: 변경된 의무 치료 기준, 강제 치료 사용에 대한 새로운 보고 요구 사항, 강제 치료의 사용 및 기간을 줄이기 위한 목표 설정
⑥ 격리 및 강박 (seclusion and restrain)	• 격리 및 강박은 치료적 개입이 아니며 치료를 받는 개인에게도 심각한 심리적 영향을 줄 수 있다는 것이 왕립위원회의 의견임. • 이에 새로운 법안 구축 시에는 다음과 같은 사항을 고려할 계획임: 격리 및 강박에 대한 보고 방식 변경, 이를 줄이기 위한 목표 설정, 은둔 및 구속에 대한 새로운 보고 요건, 최후의 수단으로만 사용을 제한하는 화학적 구속의 정의 명확화.
⑦ 관리 및 감독 (Governance and Oversight)	• 왕립위원회는 재설계된 시스템을 감독하기 위해 명확한 지침이 필요하다고 권고함. • 재설계된 시스템을 감독하기 위해 다음과 같은 전문가들을 포함하고자 함: 책임 정신과 의사, 정신 건강 및 웰빙 위원회, 정신 건강 및 웰빙 최고 책임자, 지역 정신 건강 및 웰빙 위원회, 주 전체 및 지역 다중 기관 패널에 대해 고려 중임.

*출처 : Victoria Department of Health. (2021). Mental Health and Wellbeing Act: what we heard.

(2) 뉴사우스웨일즈주의 정신보건법

호주 뉴사우스 웨일스 주는 2007년 정신보건법을 제정한 호주의 경우, 2021년 3월 25일까지 법령을 개정하였고 전면 개정된 이력은 없다. 뉴사우스웨일스주의 정신보건법은 총 9장, 203개 조항으로 구성되어 있다. 대체로 빅토리아주의 1987년 정신보건법과 유사한 구조를 따르고 있지만 세부적인 내용들을 살펴보면 비자발적 치료를 지양하기 위한 세부적인 조치들이 취해지고 있다. 다음은 뉴사우스웨일스주의 정신보건법 개괄이다.

〈표 4-50〉 뉴사우스웨일즈 주의 정신보건법 개괄 : 호주

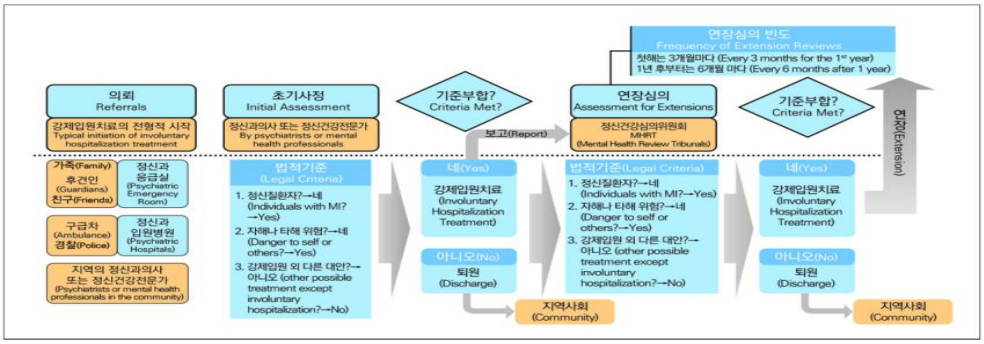
법령의 주요 내용	
제1장 서문 (Preliminary)	• 법률명 • 효력 • 법률의 목적 • 법에서 사용된 용어의 정의
제2장 시설 자의입원 (Voluntary admission to facilities)	• 자의에 의한 입원 정의 • 아동의 자의입원 • 보호자에 의한 자의입원 • 자의입원 환자의 관리 • 구금 및 퇴원
제3장 시설 내외의 비자의입원 및 치료 (Involuntary admission and treatment in and outside facilities)	• 비자의에 의한 입원, 구금, 치료 조건 • 정신건강시설에서의 비자발적 구금 및 치료 • 지역사회에서의 비자발적 치료

국가인권위원회
humanrights.go.kr

법령의 주요 내용	
제4장 돌봄 및 치료 (Care and treatment)	• 환자와 정신건강 의료전문가의 권리 • 정신보건치료의 일반 및 제한 사항 • 티카 의료적 치료
제5장 행정	• 뉴사우스웨일스주 공공보건시스템의 목표 및 기능 • 정신보건시설의 유형 및 정의 • 정신보건기설의 관리·감독
제6장 정신보건심의위원회 (Mental Health Review Tribunal)	• 정신보건심의위원회 구성 및 절차
제7장 대법원의 재판권 (Jurisdiction of Supreme Court)	• 법원의 판결 및 항소 • 항소에 대한 법원의 영향
제8장 주(state)간 정신보건법의 적용 (interstate application of mental health laws)	• 서문 • 환자 이송 • 지역사회치료 명령 • 정신건강시설의 명령 위반 환자에 대한 제재
제9장 기타(Miscellaneous)	-

*출처 : New South Wales Mental Health Act 2007 - As at 25 March 2021 - Act 8 of 2007. doi: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

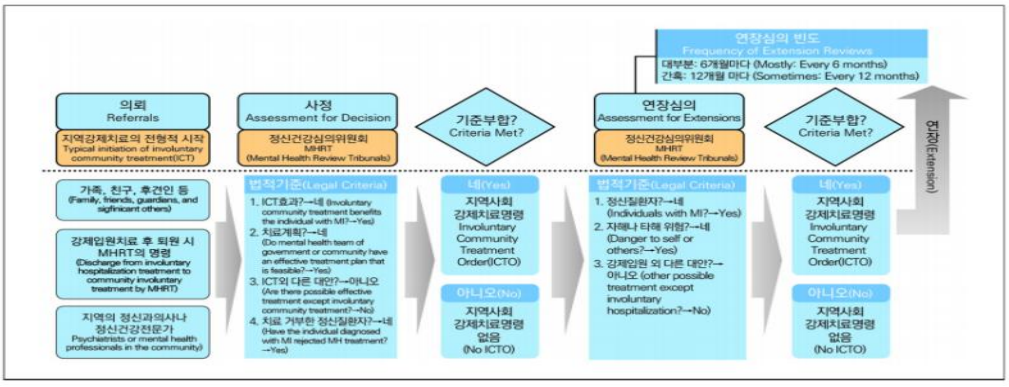
빅토리아주의 2014년 정신보건법과 유사하게, 뉴사우스웨일스주의 정신보건법 또한 정신질환 및 정신장애 치료와 관련하여 자의치료를 기본원칙으로 한다. 당사자 및 주변 사람에게 위협이 가는 경우 불가피하게 비자의 치료를 허용한다. 비자의 치료를 집행하는 과정에서도 한 전문가에 의해서 결정되는 것이 아닌 의뢰, 초기 사정, 입원 기준 적합성 판단, 퇴원 또는 입원 판단, 정신건강 심의위원회 연장 심의, 연장 심의 기준 적합성 판단, 연장 또는 퇴원 등의 순서로 이루어진다. 비자의 입원 치료 과정 절차는 [그림 4-32]와 같다.



[그림 4-32] 비자의 입원 치료 과정 : 호주

*출처 : 강상경 (2019). 호주 뉴사우스웨일주 정신보건영역의 인권보호, 국제사회보장리뷰, 9, 5-20.

또한, 정신장애인이 치료를 거부하거나 여러 가지 이유로 인해 정기적인 치료가 힘들다고 판단될 때는 '지역사회 치료 명령제도(Community Treatment Order)'가 적용된다. 또한, 비자의 입원치료를 받던 정신장애인이 병원을 벗어나 지역사회 내에서 치료를 지속하는 것이 당사자를 위해 최선이라고 판단 될 때, 지역사회 치료 명령을 내릴 수 있다. 비자의 지역사회 치료과정은 [그림 4-33]과 같다.



[그림 4-33] 지역사회 비자의 치료 과정 : 호주

*출처 : 강상경 (2019). 호주 뉴사우스웨일주 정신보건영역의 인권보호, 국제사회보장리뷰, 9, 5-20.

뉴사우스웨일즈 주는 비자의입원을 대신하여 일정한 감독과 지도를 받으며, 지역사회 내에서 자유롭게 생활하면서 준수사항을 지키도록 하는 지역사회 기반 치료명령 제도를 제공한다. 지역사회 치료명령은 정신보건법에 그 근간을 두고 있고, 법률에 따라 집행되도록 규정되어 있다. 지역사회 치료명령은 정신질환자 혹은 정신장애인에게 있어서 강제적인 돌봄 및 치료가 필요하다고 생각되지만, 비자의입원이 최선이 아니라고 판단될 때 덜 제한적인 형태로 지역사회 내에서 상담 및 치료 지원을 받도록 하는 것이다. 다음은 지역사회 치료명령이 부과되는 경우에 관한 규정이다.

(3) 국가장애보험제도법(National Disability Insurance Scheme Act 2013, NDIS)

호주의 정신장애인은 각주의 정신보건법에 의거하여 의학적 치료를 받고, 지역사회통합을 위한 자원을 이용할 때는 국가장애보험제도법(NDIS)의 적용을 받는다. 국가장애보험제도법의 2013년 7월에 시행되었으며, 7장, 210개의 조항으로 구성되어 있다. 국가장애보험제도법 하에서 운영되는 제도들의 핵심은 장애인 개인의 욕구에 근거한 개별지원서비스르 제공

하는데 있다. 예산이 서비스 공급기관에 전달되는 것이 아니라 서비스를 이용하는 장애 당사자에게 전달되도록 하여, 장애 당사자가 자신이 원하는 서비스를 계획하고 비용을 지불할 수 있다. 이러한 제도의 근간이 되는 것이 국가장애보험제도법이며, 법률에 의거하여 서비스 제공기관들은 서비스의 품질 기준 등의 요건을 충족해야 한다.

〈표 4-51〉 호주 국가장애보험제도법 개괄 : 호주

법령의 주요 내용	
제1장 서문(Introduction)	• 서문 • 법률의 목적 및 원칙 • 법에서 사용된 용어의 정의 • 각료협의회
제2장 장애인 등을 위한 지원(Assistance for people with disability and others)	• 기관의 이행해야하는 협력, 전략, 의뢰서비스 • 기관이 개인에게 제공해야하는 자금 • 기관에 제공해야하는 정보 • 기타 본 장과 관련된 사항 • 국가장애보험제도 규칙
제3장 법률적용수혜자 및 계획(Participants and their plans)	• 기본 원칙 • 수혜자가 되기 위한 과정 • 이용자 계획 수립 관련 사항(계획, 준비, 관리, 리뷰)
제4장 행정(Administration)	• 일반적 사항 • 개인정보보호 • 아동 관련 사항 • 후견인 지명
제5장 보상금(Compensation payments)	• 보상금 신청 • 보상금 위반 • 보상금 회수
제6장 국가장애보험제도이행기관 (National Disability Insurance Scheme Launch Transition Agency)	• 국가장애보험제도이행기관 설립 • 국가장애보험제도 이행기관 운영 • 독립자문위원회구성 • 인력 구성 • 예산 • 보고 등
제7장 기타 사항(Other matters)	• 부채관리, 회생 방법, 회생 불가 시 등

*출처 : National Disability Insurance Scheme Act 2013 – Compilation date : 21 Oct 2016.
doi: https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00934/Download

국가장애보험제도의 목적 및 주요 원칙을 통해 제도의 지향점을 더 상세히 살펴볼 수 있다. 제2장의 제3조에 기술된 법률의 목적에서는 장애인들이 지역사회구성원으로 동등한 '권

리'를 가지며 이에 따라 장애인의 자립생활을 지원하기 위한 합리적인 지원계획을 수립하고 질 높은 서비스를 제공해야 할 것을 명시하고 있다. 이러한 장애인 당사자 중심의 계획수립 이념은 제3장의 제31조에서도 드러난다. 제31조 수혜자의 계획과 관련된 원칙에서는 수혜자인 사람들에게 필요한 계획을 수립하는 과정에서 개별화, 수혜자의 의견 반영, 기타 관계자의 의견 고려, 비공식자원의 적극 활용 등의 원칙을 통해 개인의 욕구에 맞는 유연한 계획을 수립할 것을 강조한다.

〈표 4-52〉 호주 국가장애보험제도법 목적 및 주요 원칙 : 호주

법령의 주요 내용	
제3조 법률의 목적	(1) 법률의 목적은 다음과 같다. (a) 주정부와 지역사회는 장애인들이 지역사회 구성원들과 동등한 인권을 가지는 것을 보장, (b) 장애인의 독립성을 강화하기 위한 사회적·경제적 참여 지원, (c) 조기개입지원 등 합리적이고 필요한 지원, (d) 장애인이 목표를 추구하고, 그들의 지원계획을 이행하는데 있어서 통제력과 선택권 부여, (e) 장애인이 최대한 독립적인 삶을 영위하고, 지역사회의 구성원으로 살아갈 수 있도록 혁신적이고, 고품질의 지원 제공.
제31조 수혜자의 계획과 관련된 원칙	수혜자의 계획의, 준비, 검토 및 변경과 지원에 관한 예산 관리는 합리적으로 가능한 범위 내에서 다음을 수행해야 한다. (a) 개별화되어야 한다. (b) 수혜자가 직접 지시한다. (c) 수혜자의 삶에 있어서 중요한 가족, 보호자, 그리고 기타 사람의 역할을 고려하고, 존중한다. (e) 지역사회 내에서 일반적으로 이용할 수 있는 비공식 지원을 고려한다. (f) 공동체가 수혜자의 목표와 욕구에 대응할 수 있도록 지원한다. (g) 수혜자가 자신의 삶에 통제권을 행사할 수 있는 권리를 뒷받침한다. (h) 수혜자의 지역사회 포용 및 참여를 촉진한다. (i) 수혜자의 선택과 독립성을 최대화한다. (j) 수혜자의 개별 목표와 욕구에 맞춰 맞춤형 및 유연한 대응을 촉진한다.

*출처 : National Disability Insurance Scheme Act 2013 - Compilation date : 21 Oct 2016.
doi: https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00934/Download

호주의 국가장애보험제도는 UN장애인권리협약의 이념들을 상당수 포괄하여 서비스를 제공하고 있다. 개별화된 전략을 통해 장애인의 지역사회 자립을 추구한다는 점에서 UN장애인권리협약 '제21조 의사 및 표현의 자유', '제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참'을 반영하고 있다고 평가된다. 계획 수립 과정에서 가족 및 보호자의 의견을 고려하는 것은 '제23조 가정과 가족에 대한 존중'을 일부 반영하고 있다고 볼 수 있다.

3) 전달체계 및 운영체계

(1) 정신건강심의위원회(MHRT: Mental Health Review Tribunal)

정신보건심의위원회는 정신보건 영역의 전문위원들로 주지사에 의해 임명되는 준사법기구이다. 정신질환자 혹은 정신장애인을 대상으로 정신보건시설에서 수행되는 돌봄 및 치료에 관한 절차상의 문제, 이의제기를 검토하고, 환자의 최선의 이익을 보장하는 명령을 내리는 광범위한 권한을 가진다. 정신보건심의위원회의 구성은 제6장 '정신보건심의위원회'에서 규정하고 있고, 주지사에 의해 임명되는 위원장, 1명 이상의 부위원장 또는 위원(상근 또는 비상근)으로 구성되며, 위원회는 주로, 변호사, 정신과의사, 당사자단체에서 추천한 자격을 갖춘 사람을 포함하여 임명된다.

정신보건법에서는 정신질환의 결과로 권리 혹은 자유가 심히 침해받는 사람들을 위해 외부의 전문가 집단에 의해 심사·검토 절차를 마련하고 있고, 정신보건심의위원회가 그 역할을 맡고 있다. 2010년 이전에는 비자의입원 초진 시 정신건강조사 시행과 입원 결정에 관하여 치안판사(justice of the peace)가 판단을 하였지만, 이후 정신보건심의위원회로 그 권한이 옮겨와 비자의입원의 결정, 변경, 철회, 퇴원 등 치료 과정에 있어서 환자의 최선의 이익을 위한 것인지 평가한다(제19조, 제27조). 비자의입원에 관한 사항뿐 아니라 정신보건시설에 자의입원한 환자도 12개월 이상 계속적으로 입원을 하는 경우 그 치료가 환자의 이익에 최우선 하는지 검토한다(제9조).

호주는 각 주마다 조금씩 상이한 정신보건법을 가지고 있어, 그에 따른 정신건강 심의위원회(MHRT)의 역할이 조금씩 다르다.

뉴사우스웨일즈주를 중심으로 살펴보면, 2007년 정신보건법에 의해서 구성되었고, 정신건강 관련 요구사항 처리, 이의제기에 대한 심의, 정신장애인의 돌봄 및 치료에 대한 심의 등 다양한 업무를 수행 중이다. 위원회는 1명의 위원장, 2명의 부위원장, 8명의 시간제 부위원장, 1명의 행정기록관, 그 외 약 100명의 비상근 위원들로 이루어진다. 위원회는 법조인, 정신과전문의, 사회복지사, 심리사 등 다양한 분야의 전문가가 모이고, 대부분 법조인, 정신과 전문의와 적절한 자격이 있는 자로 3인이 심의위원회로 상설기구화 된다.

정신건강 심의위원회(MHRT)는 비자발적 입원치료의 필요성, 비자발적 입원치료 연장에 대한 심의, 입원 치료 중인 환자를 대상으로 입원 연장 및 퇴원 여부 심의, 정신과전문의의 퇴원거부 결정에 대한 적절성 심의, 지역사회 치료명령에 대한 결정/수정/철회 심의, 정신장애인 대상 의료적 수술 실시의 타당성 심의, 형사 관련 정신장애인의 사례에 대한 심의 등

정신장애인의 이익이 최선이 될 수 있도록 당사자 입장에서 역할을 수행한다.

(2) 호주 국가정신보건개혁

호주는 1993년부터 국가정신보건개혁 정책을 추진하였다. 이를 통해 정신보건 재정 확충, 지역사회 중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상의 변화, NGO 역할 증대, 정신질환자와 가족(보호자)의 참여 확대 등과 같은 변화 증대하였고, 정신보건 전문인력 증가, 지역사회 기반의 서비스 제공, 정신보건 서비스 접근성 증대, 지역사회 정신건강 교육의 개선, 통합적 접근과 강력한 파트너십을 구축하였다.

〈표 4-53〉 차수별 국가정신보건계획 정책 우선순위 : 호주

구분	정책우선순위
제1차 국가정신보건전략(1993~1998)	①소비자(정신질환자) 권리, ②정신보건서비스와 일반보건영역과의 관계 설정, ③정신보건서비스와 다른 영역과의 연계, ④적절한 서비스 구성(service mix), ⑤정신건강증진과 정신질환의 예방, ⑥1차 보호 서비스, ⑦보호제공자(가족)와 비정부조직, ⑧정신보건인력, ⑨정신보건법, ⑩연구와 평가, ⑪정신보건서비스 표준, ⑫모니터링과 책무성
제2차 국가정신보건전략(1998~2003)	①정신건강증진과 정신질환자의 예방, ②서비스 개혁에서 파트너십의 개발 ③서비스의 질과 서비스 전달의 효과성
제3차 국가정신보건전략(2003~2008)	①정신건강증진과 정신질환의 예방, ②서비스 대응성 증대, ③서비스의 질 강화, ④연구, 혁신, 지속성의 촉진
제4차 국가정신보건전략(2009~2014)	①사회적 통합과 회복, ②예방과 조기 개입, ③서비스 접근 및 조정과 보호의 지속, ④서비스 질의 개선과 혁신, ⑤책무성·성과에 대한 측정과 보고
제5차 국가정신보건전략(2017-2022)	①중증 및 복합 정신장애인 관리를 위한 통합 계획 강화. ②정신장애인의 신체적 건강 증진. ③정신장애인에 대한 스티그마와 차별 감소

*출처 : Australian Health Ministers(1992, 1998, 2003); Department of Health, National Mental Health Commission. 신창식 (2015). 호주의 정신보건 개혁에 관한 연구, 입법과 정책 7(2), 471-499 재인용.

제4차 국가정신보건전략에서는 〈표 4-54〉와 같이 정부의 협력적인 행동을 위해 '1. 사회적 통합과 회복', '2.예방과 조기개입', '3.서비스 접근 및 조정과 보호의 지속', '4.서비스 질의 개선과 혁신', '5.책무성-성과에 대한 측정과 보고'를 설정하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-54〉 4차 국가정신보건계획의 정책우선순위와 성과지표 : 호주

정책우선순위	성과 계획
사회적 통합과 회복	- 정신장애인의 고용 강화 - 청년 정신장애인의 교육과 경제활동 참여 강화 - 정신장애인에 대한 지역사회 수용 인식 개선 - 정신장애인 주거안정
예방과 조기개입	- 초중등 교과과정 내 정신건강교육 포함 - 아동청소년의 1차 정신보건서비스 이용률 확대 - 청소년의 정신질환에 미칠 수 있는 합법/불법 약물 감소 - 지역사회 내 자살률 감소 - 지역사회 내 정신건강문제와 정신질환에 대한 이해 개선
서비스 접근 및 조정과 보호의 지속	- 정신보건서비스 이용률 향상 - 퇴원 후 28일 이내 재입원률 감소 - 입원 전 / 퇴원 후 지역사회 서비스 이용률 향상 - 노숙인의 정신건강 서비스 연계 증대 - 교정시설 재사자의 정신건강 서비스 연계 증대
서비스 질의 개선과 혁신	- 정신보건전문인력 중 정신장애인 및 그 가족의 채용 향상 - 국가정신보건서비스표준에 의거한 평가인증 서비스 - 정신장애인의 치료효과성 증대
책무성-성과에 대한 측정과 보고	- 정신보건정책 개발 - 국가정신보건 자료 수집/분석

*출처 : Department of Health, the fourth natinoal mental health. 신창식 (2015). 호주의 정신보건 개혁에 관한 연구, 입법과 정책 7(2), 471-499 재인용.

2017년에는 제5차 국가정신건강·자살예방 계획을 발표하였다. 제5차 국가정신건강·자살예방 계획은 정신장애인, 그 보호자와 가족, 지역사회 삶과 서비스를 개선하는 것을 목표로 하여 중앙정부와 지방정부 각각의 역할을 강조하며, 통합적인 정신건강체계를 구축할 것을 강조하고 있다. 제5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표는 〈표 4-55〉와 같다.

〈표 4-55〉 5차 국가정신건강·자살예방 계획의 정책우선순위와 성과지표 : 호주

정책우선순위	성과 계획
통합적 지역서비스 계획 및 제공	- 국가수준, 지역수준, 이용자/제공자 수준의 전략적 정책 마련 및 통합 - 정신건강 수준에 따른 욕구 파악 및 서비스 제공(well population, at risk groups, mild mental illness, moderate mental illness, severe mental illness) - 정부 주도의 지역사회 서비스 전달체계 구축 - PHNs/LHNs과 협력한 통합적 서비스 전달체계 구성
자살예방	- 관리감독체계, 자살수단의 감소, 미디어 가이드라인 강화, 서비스 접근성 증대, 교육강화, 치료방안, 위기개입, 사후관리, 인식개선, 스티그마 해소, 연구역량강화 - Suicide Prevention Subcommitee of MHDAPC 개소 - 국가 자살 예방 증진 전략 수립 - PHNs/LHNs 연계를 통한 자살 예방
중증 정신장애인의 지원 계획 조직화	- - NDIS 산하 미등록 정신장애인의 욕구 파악 및 사각지대 해소 - PHNs/LHNs 연계 강화를 통한 처우개선 및 지원 강화 - Mental Health Expert Adviory Group 창설 및 이를 통한 정신건강정책 이슈 연구 - 정신건강 가이드라인 개선
원주민과 토레스 섬주민의 정신건강 및 자살 예방 강화	- PHNs/LHNs를 통한 원주민 및 토레스 섬주민의 지원확대 - 원주민 및 토레스 섬주민을 위한 정신건강 자살예방 위원회 창설
정신장애인의 조기사망률 감소를 위한 신체건강 회복 증대	- 정신장애인의 경우 심혈관질환(2배), 호흡기 질환(2배), 당뇨병(2배), 대사증후군(2배), 골다공증(2배), 암(1.5배), 흡연(1.65배), 치아건강문제(6배)의 신체적 공병을 겪고 있음 - Equality Well 원칙 수립 - 정신장애인의 신체적 건강 증진을 위한 전문인력 양성 및 지원체계를 위한 가이드라인 개선 - 지역자원 연계 중심의 가이드라인 개선 추진

*Australian Health Ministers(1992, 1998, 2003); Department of Health, National Mental Health Commission.

(3) 호주, 한국, OECD 간 정신병원 입원 관련 현황

호주, 한국, OECD 정신장애인의 연도별 인구 1,000명 당 평균 정신병원 병상 수 추이를 나타낸 결과는 아래 표와 같다. OECD의 정신장애인 연도별 평균 정신병원 병상수는 1,000명 당 0.65~0.67으로 나타났고, 호주는 그보다 낮은 0.39~0.42로 나타났다. 한국의 경우 2011년에는 0.88에서 시간이 지남에 따라 증가해 2017년 1.31로 최고점을 찍고, 2019년에는 다소 감소해 1.24로 나타났다.

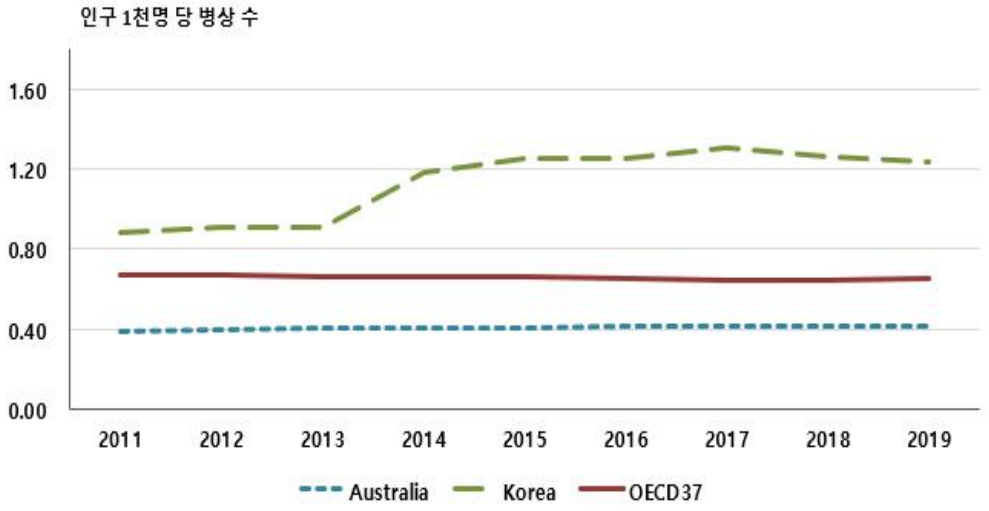
국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 4-56〉 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	0.39	0.40	0.41	0.41	0.41	0.42	0.42	0.42	0.42
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 인구 1,000명 당 정신장애인의 평균 정신병원 병상 수의 변화추이를 아래 그림에 제시하였다.



[그림 4-34] 정신장애인의 평균병상 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD

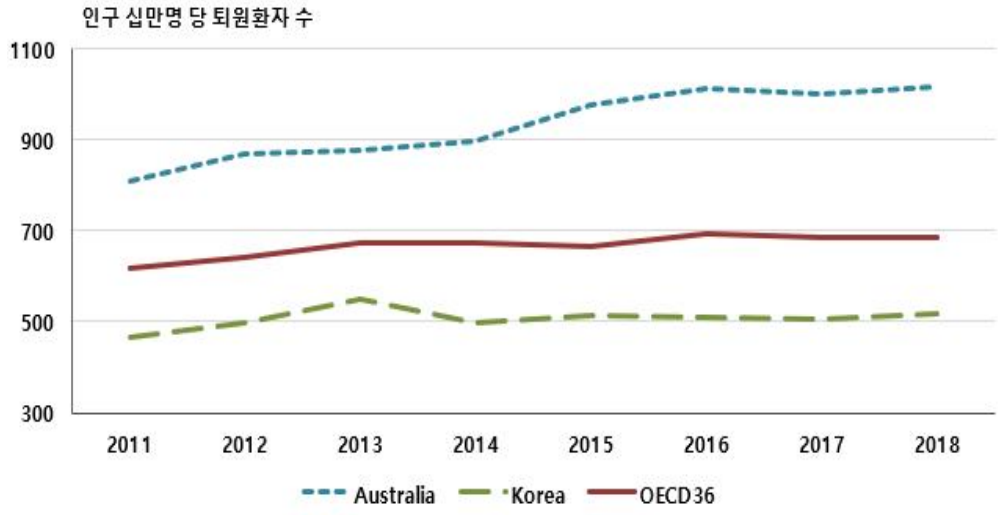
호주, 한국, OECD 인구 100,000명 당 정신병원 퇴원환자 수 변화추이는 〈표 4-57〉과 같다. 호주의 경우 2011년도에는 808.5명으로 나타났고, 이후 그 수가 25.8% 증가해 2018년도에는 1017.3명으로 나타났다. 한국도 퇴원환자 수가 증가하는 추이를 보였고, 2011년도에는 인구 100,000명 당 467명이 퇴원하였고, 그 후 10.6% 증가하여 2018년도에는 516.5명으로 집계되었다.

〈표 4-57〉 정신장애인 퇴원환자 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
호주	808.5	870.1	877.4	894.2	974.4	1012.3	1000.4	1017.3
한국	467	498.9	550.9	497.8	514	509.6	506.7	516.5
OECD	618.8	639.4	671.9	671.1	667.0	691.7	684.0	683.7

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD의 인구 100,000명 당 정신장애인의 퇴원환자 수 변화추이를 아래 그림에 제시하였다.



[그림 4-35] 정신장애인 퇴원환자 수 변화추이 : 호주, 한국, OECD

호주, 한국, OECD 정신장애인의 평균 입원 일수를 비교한 결과는 〈표 4-58〉과 같다. 2011년도부터 2019년까지 연도별로 살펴보면, OECD 평균 29.3~30.6일인 것으로 나타났고, 호주의 경우 이보다 더 낮은 13.6~17.4일인 것으로 나타났다. 반면 한국은 2011년에 116.1일에서 계속 증가하여 2019년도에는 51.9% 증가한 176.3일로 나타났다.

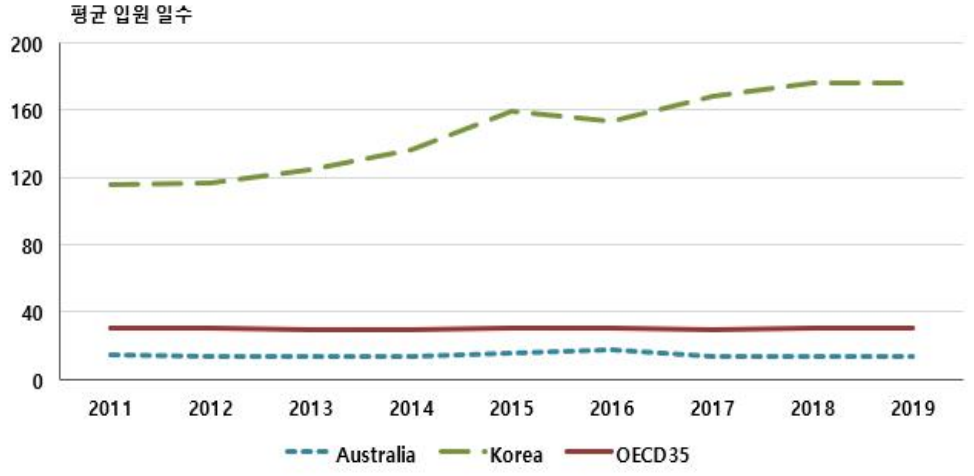
국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-58〉 정신장애인 평균 입원 일수 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	14.6	13.6	13.8	13.7	15.4	17.4	13.7	14.0	14.0
한국	116.1	116.8	124.9	136.3	158.7	153.1	168	176.5	176.3
OECD	30.2	30.4	29.7	29.3	30.6	30.2	29.6	30.4	30.1

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD 정신장애인의 평균 입원 일수 변화추이를 아래 그림에 제시하였다.



[그림 4-36] 정신장애인 평균 입원 일수 : 호주, 한국, OECD

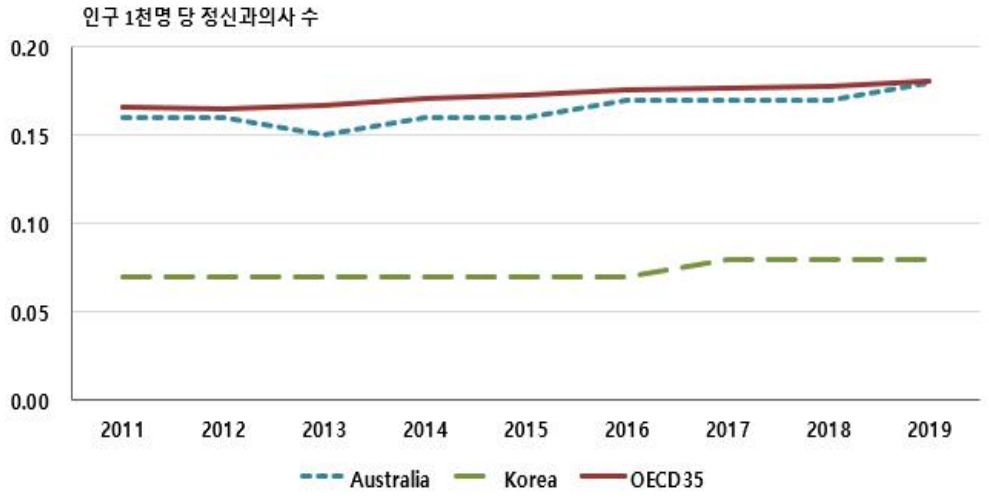
호주, 한국, OECD의 인구 1,000명 당 정신과전문의 수의 연도별 추이는 〈표 4-59〉와 같다. OECD는 평균 인구 1,000명 당 0.17~0.18명으로 나타났고, 호주도 이와 유사한 수준을 보임. 하지만, 한국은 0.07~0.08명 수준을 유지하고 있다.

〈표 4-59〉 정신과전문의 수 : 호주, 한국, OECD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
호주	0.16	0.16	0.15	0.16	0.16	0.17	0.17	0.17	0.18
한국	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08
OECD	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.18	0.18	0.18	0.18

*출처 : OECD Health Statistics database를 활용하여 저자 정리.

호주, 한국 OECD 인구 1,000명 당 정신과전문의 수 변화추이를 아래 그림에 제시하였다.



[그림 4-37] 정신과전문의 수 : 호주, 한국, OECD

호주, 한국, OECD의 인구 100,000명 당 정신보건전문요원 수의 연도별 추이는 〈표 4-60〉과 같다. 호주의 경우 인구 100,000명 당 138.4~149.3명으로 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있다. 한국도 정신보건전문요원 수가 연도별로 증가하는 추세를 보이지만, 절대적 수에 있어서 한참 부족하다.

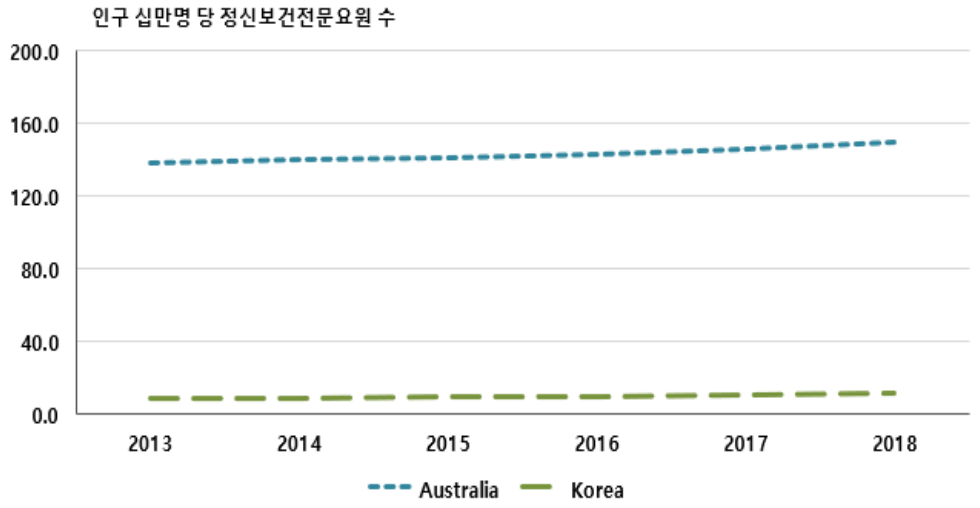
국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-60〉 정신보건전문요원 수 : 호주, 한국

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
한국	8.8	9.3	9.5	9.8	10.5	11.3
호주	138.4	139.8	140.6	143.0	145.5	149.0

*출처 : Mental health services in Australia, AIHW, 연도별 국가정신건강 현황보고서를 활용하여 저자 정리.

호주와 한국의 정신보건 전문요원 수를 연도별로 비교한 그래프는 아래 그림과 같다.



[그림 4-38] 정신보건전문요원 수 : 호주, 한국

(4) 연령별 정신건강서비스 이용자수

호주 인구 1,000명 당 연령별 정신건강서비스 이용자 수를 구분하여 〈표 4-61〉에 제시하였다. 2013년에 비해 2018년에는 전체 이용자 수가 13% 증가한 것을 알 수 있다. 전체적으로 모든 연령에서 2013년도 대비 2018년도에 증가하는 추세를 보인다. 2013년에는 35-44세가 인구 1,000명 당 542.0명으로 가장 높고, 다음으로 25-34세가 497.0, 18-24세가 447.7명의 순으로 나타났다. 하지만, 2018년도는 12-17세가 652.4명으로 가장 많은 것으로 나타났고, 다음으로 35-44세가 534.4명, 18-24세가 522.4명의 순으로 나타나 청소년기의 아이들의 이용자 수가 다른 연령에 비해 급격히 증가한 것을 알 수 있다.

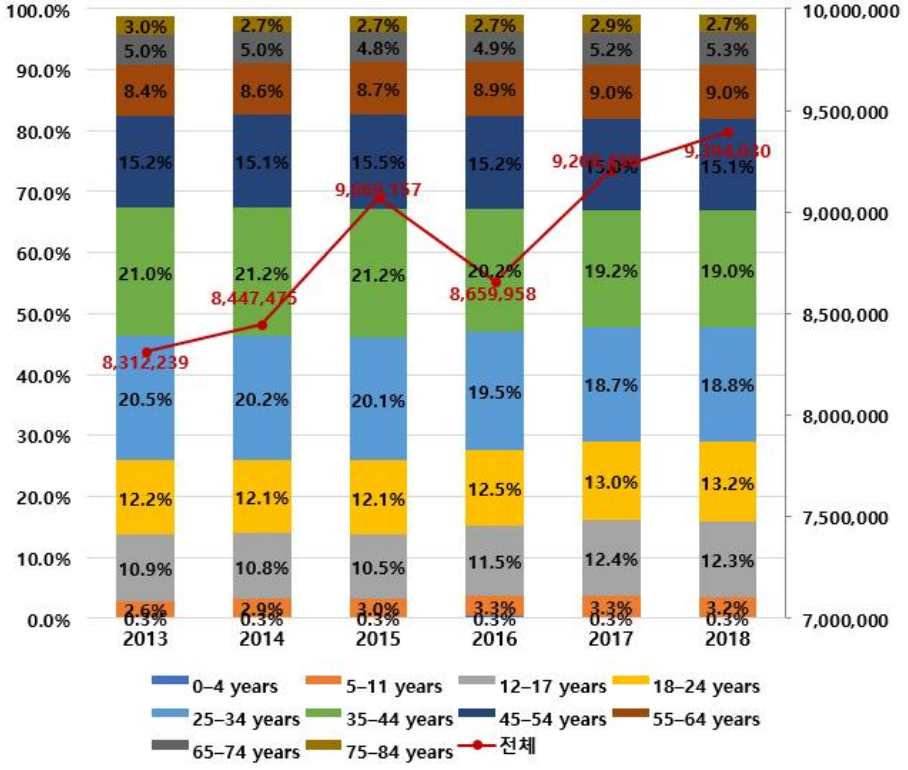
〈표 4-61〉 연령에 따른 정신건강 서비스 이용자 수 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0-4세	14.5	15.3	16.3	17.0	16.9	16.5
5-11세	106.0	117.8	129.1	130.6	137.9	134.4
12-17세	531.6	536.7	556.0	577.5	656.5	652.4
18-24세	447.7	447.6	478.7	467.6	512.3	522.4
25-34세	497.0	487.5	511.6	462.9	464.0	469.8
35-44세	542.0	554.8	594.3	538.5	537.1	534.4
45-54세	407.8	410.7	448.2	415.6	432.9	442.0
55-64세	261.9	267.7	287.7	274.2	288.6	289.8
65-74세	217.2	214.8	213.6	200.2	219.3	222.6
75-84세	237.6	217.6	225.2	209.7	228.1	211.9
85세 이상	221.8	209.8	207.4	185.8	188.8	182.9
전체	8,312,239	8,447,475	9,069,157	8,659,958	9,208,498	9,394,030

*출처 : National Community Mental Health Database. www.alhw.gov.au/mhsa

인구 1,000명 당 이용자 비율과 함께 전체 이용자 수 대비 연령별 정신건강서비스 이용자 비율을 [그림 4-39]에 제시하였다. 2013년에는 35-44세와 25-34세가 합쳐서 41.5%로 가장 높은 비중을 차지하였으나, 2018년에는 37.8%로 그 비중이 다소 줄고, 아동·청소년기의 연령대의 이용 비율이 증가한 것을 알 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-39] 연도별 연령에 따른 정신건강서비스 이용자 비율 : 호주

(5) 연령범주에 따른 1인당 정신건강 서비스 지출 비용

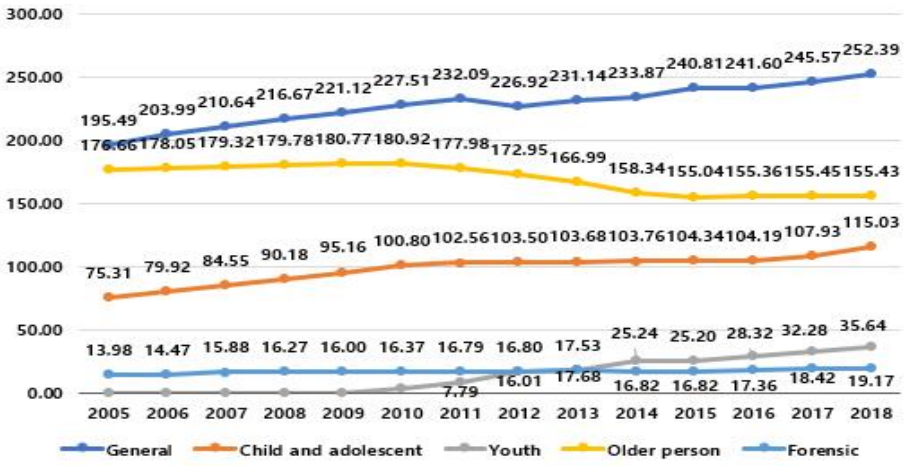
연도별 연령범주에 따른 1인당 정신건강서비스 지출 비용은 〈표 4-62〉와 같다. 위의 이용자 수의 증가와 함께 1인당 정신건강서비스 지출 비용도 증가하는 추세임을 알 수 있다. 2018년 기준 일반이 252.39 AUD로 가장 지출 비용이 높고, 사법이 19.17로 가장 낮은 것을 알 수 있다. 2013년 대비 2018년 정신건강서비스 지출비용의 증가율을 살펴보면 청년의 경우 101.6% 증가해 가장 증가 폭이 컸고, 다음으로 아동·청소년이 11.0%, 사법이 9.4%, 일반이 9.2%의 순으로 나타났다. 노인의 경우 2013년 대비 2018년에 -6.9% 감소한 것으로 나타났다.

〈표 4-62〉 연령범주별 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
일반	231.14	233.87	240.81	241.60	245.57	252.39
아동·청소년	103.68	103.76	104.34	104.19	107.93	115.03
청년	17.68	25.24	25.20	28.32	32.28	35.64
노인	166.99	158.34	155.04	155.36	155.45	155.43
사법	17.53	16.82	16.82	17.36	18.42	19.17

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.alhw.gov.au/mhsa

연도별 연령범주에 따른 1인당 정신건강서비스 지출 비용을 그래프로 나타내면 아래 그림과 같다.



[그림 4-40] 연도별 연령범주에 따른 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주

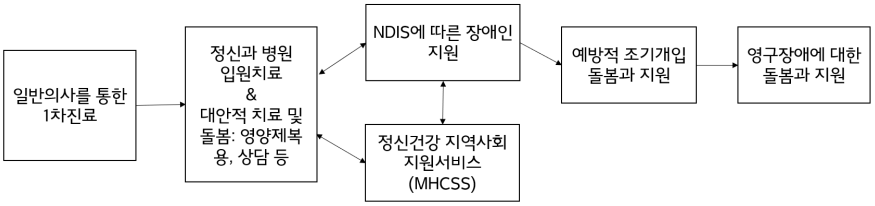
4) 보건, 의료, 복지, 재활 등 회복지원서비스 인프라 현황

(1) 호주 정신건강서비스 흐름 및 제공 기관

호주의 정신보건서비스는 영국의 정신보건서비스 흐름과도 유사하다. 주별로 조금씩 상이하긴 하나, 대체로 정신질환을 경험하는 사람은 1차적으로 일반 의사의 진료를 받고 필요한 경우 정신과 의사에게 의뢰되어 진단 및 치료를 받게 된다. 빅토리아주의 경우 정신장애인

국가인권위원회
humanrights.go.kr

당사자가 원하는 경우 지역사회정신건강지원서비스(Mental Health Community Support Services; MHCSS) 서비스를 받을 수 있는데, MHCSS에서는 전화 기반 스크리닝으로 지원 대상자를 결정하고 지역사회기반 회복 계획(Individualised Client Support Packages: ICSPs)을 수립한다[28]. 회복계획 수립 시에는 지역사회에서 독립생활을 지원하는 APR(Adult residential rehabilitation services)서비스 뿐만 아니라 이동서비스, 언어서비스도 이용할 수 있다. 그럼에도 개인에게 추가적인 지원이 필요하다고 판단되면 NDIS제도 하에 다양한 활동지원을 받을 수 있다[29]. NDIS 지원을 받기 위해서는 연령(7~65세), 영주권 및 시민권자, 영구 중증장애, NDIS실행 지역에 거주해야 한다는 조건이 있으며, 이러한 조건이 충족되면 NDIA 소속의 플래너와 서비스 계획(주거, 일상생활지원, 음식준비, 지역사회참여, 차량서비스 등)을 수립 및 지원받게 된다.



[그림 4-41] 호주 빅토리아주 정신건강서비스 흐름도 : 호주

*출처: 강상경 외(2020) & 빅토리아주 건강부 홈페이지 참고하여 저자 재정리.

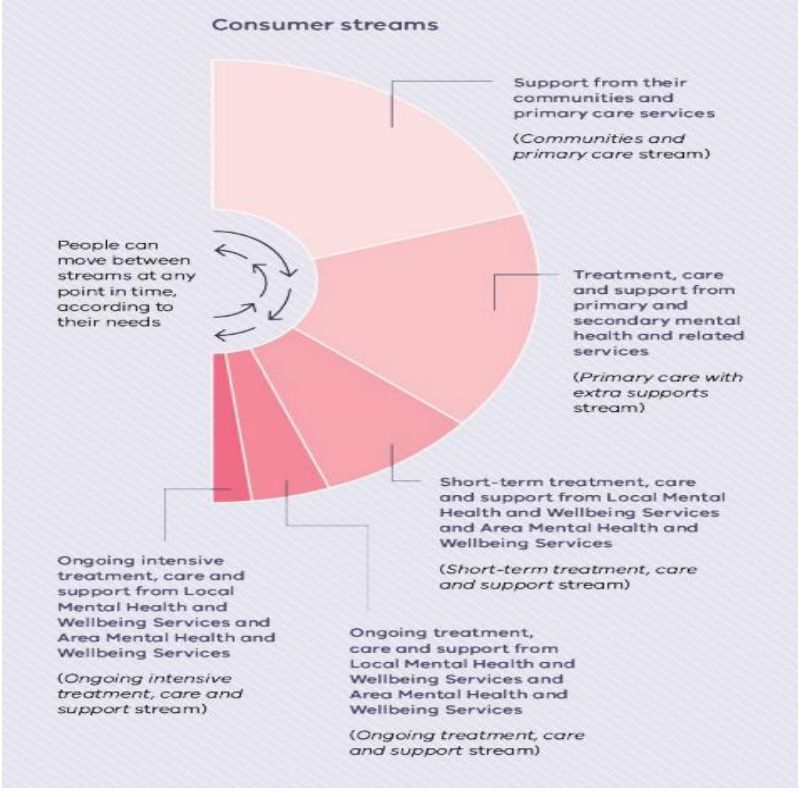
호주의 정신건강서비스는 공공부문에서 85% 이상 관장하고 있고, 민간(비영리 단체)에서는 15% 정도만 담당하고 있다. 공공 부문 정신건강서비스는 주정부의 보건복지부(AIHW:Australian Institute of Health and Welfare)와 정신건강서비스 관리를 위탁받은 협력기관(Specialised mental health care facilities)이 긴밀히 협조하여 지역사회 사례관리부터 정신과 입원까지 일련의 포괄적인 정신건강 서비스를 제공한다. 호주에서는 정신건강 위기가 찾아왔을 때 연령, 증상·상태 맞춤 대응 전략, 지역사회 핵심 기능을 고려하여 위기관리·대응 수행한다. [그림 4-42]는 정신건강 위기발생 시 우선적으로 연령에 따른 차별적 개입을 나타낸다.

28) https://www.health.vic.gov.au/mental-health-services/mental-health-community-support-services
29) http://careandcare.com.au/ko/ndis/

[그림 4-42] 연령에 따른 정신건강서비스 제공 체계 : 호주

*출처 : Am, A. Penny, et al. (2021). Royal Commission into Victorial's Mental Health System, Melbourne Victoria. doi : www.rcvmhs.vic.gov.au.

[그림 4-43]은 정신질환 및 정신장애 증상·상태에 따라 제공 받을 수 있는 맞춤형 서비스 체계를 나타낸다.

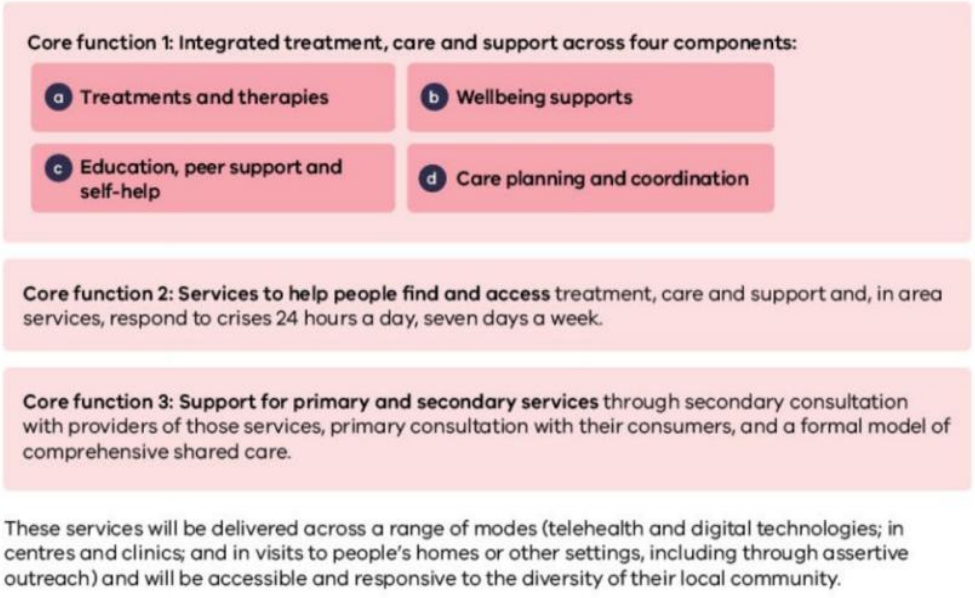


[그림 4-43] 호주 빅토리아주 정신건강서비스 체계 : 호주

*출처 : Am, A. Penny, et al. (2021). Royal Commission into Victorial's Mental Health System, Melbourne Victoria. doi : www.rcvmhs.vic.gov.au.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

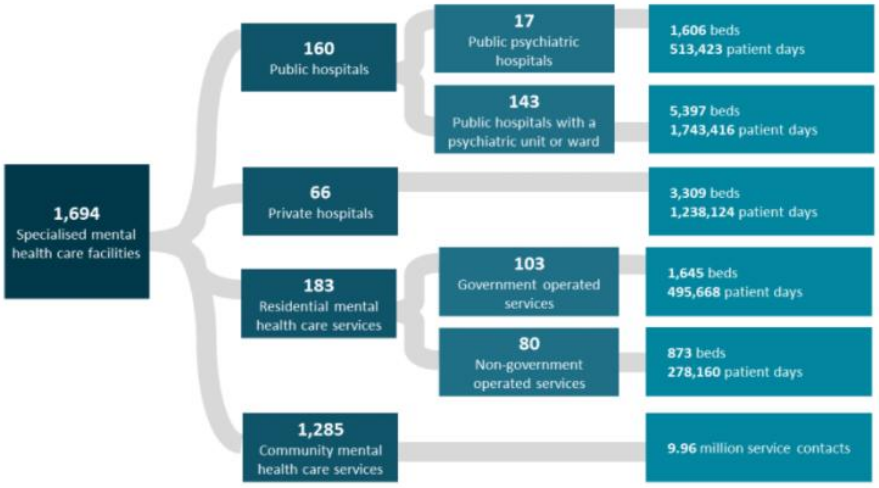
[그림 4-44]는 정신건강서비스를 제공함에 있어서 고려되어야 할 핵심요소 3가지를 나타낸다.



[그림 4-44] 지역사회 정신건강 및 웰빙 서비스 핵심 기능 : 호주

*출처 : Am, A. Penny, et al. (2021). Royal Commission into Victorial's Mental Health System, Melbourne Victoria. doi : www.rcvmhs.vic.gov.au.

호주의 정신건강서비스는 정신보건의료시설과 지역사회 모두에 의해서 제공된다. 정신병원은 전문적인 치료를 제공하고, 지역사회는 평가, 위기대처, 사례관리, 재활 서비스 등을 제공토록 전문화되어 있다. 정신건강서비스를 제공하는 기관으로 구체적으로 '공립정신병원(Public psychiatric hospitals)', '정신질환 급성 공립정신병원(Specialised psychaitric units or wards in public acute hospitals)', '지역사회 정신건강 관리서비스(Community mental health care services)', '주거시설 정신건강 서비스(Residential mental health services)', '비영리기관(Grants to non-government organisations)'으로 구분되어 있다. 민간과 공공의 정신건강서비스 영역을 구분하여 살펴보면, 공립정신병원은 160개로 66개의 민간정신병원 보다 142.4% 많은 것을 알 수 있다. [그림 4-45]는 정신건강서비스 공급 기관 관계도와 이용가능한 병상 수를 나타낸다.



[그림 4-45] 2018-2019년 정신건강 서비스 공급 기관 현황 : 호주

(2) 정신건강서비스 공급 기관별 1인당 정신건강서비스 지출 비용

정신건강서비스 공급 기관별 1인당 정신건강서비스 지출 비용을 연도별로 살펴본 결과를 아래 표에 제시하였다. 2018년 기준 지역사회 정신건강관리서비스가 97.20으로 가장 지출이 컸고, 다음으로 정신질환 급성 공립정신병원 89.37, 공립정신병원 23.05의 순으로 나타났다. 기관별 1인당 정신건강서비스 지출 비용의 2013년 대비 2018년 증감을 살펴보면, 정신질환 급성 공립정신병원이 16.13% 증가로 가장 큰 폭을 보였고, 다음으로 주거시설 정신건강 서비스는 13.10% 증가함. 하지만, 공립정신병원 지출 비용은 -9.86% 감소한 것으로 나타났다.

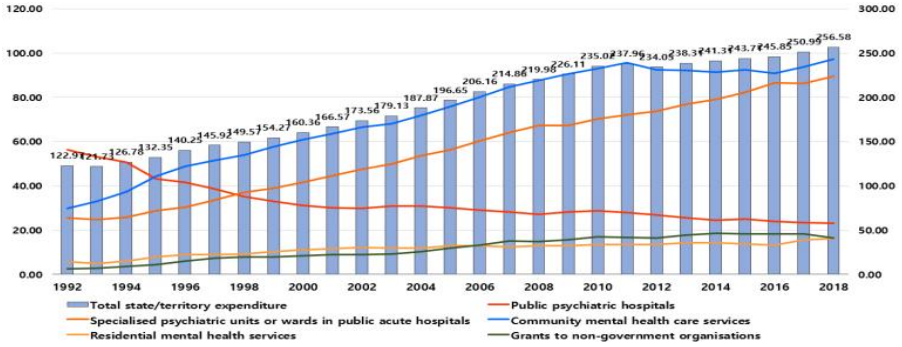
〈표 4-63〉 1인당 정신건강서비스 지출 비용 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
공립정신병원	25.57	24.50	24.95	24.03	23.50	23.05
정신질환 급성 공립정신병원	76.96	79.12	82.21	86.43	86.17	89.37
지역사회 정신건강 관리서비스	91.99	91.41	92.29	90.73	93.71	97.20
주거시설 정신건강 서비스	14.20	14.39	13.79	13.20	15.58	16.06
비영리 기관	17.71	18.67	18.29	18.39	18.21	16.57
총지출	238.31	241.31	243.71	245.85	250.99	256.58

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신건강서비스 전체 지출비용 및 각 기관별 1인당 정신건강서비스 지출 비용의 연도별 추이를 비교 살펴볼 수 있도록 아래 그림에 제시하였다.



[그림 4-46] 정신건강서비스 전체 지출비용 및 기관별 1인당 정신건강 서비스 지출 비용 : 호주

(3) 정신건강 전문 기관 구분 및 수

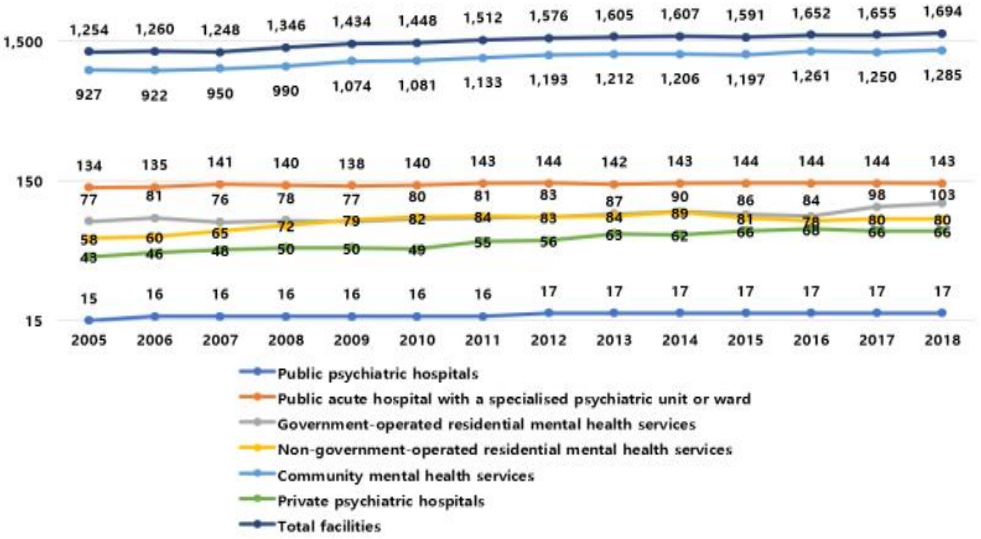
정신건강서비스 공급 기관의 연도별 변화추이는 다음 표와 같다. 그 결과를 보면 공립정신병원과 민간정신병원, 정신질환 급성 공립정신병원의 수는 2013년 대비 2018년에 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 주거시설의 경우 민간 주거시설은 2013년 대비 2018년에 4.8% 정도 기관 수가 감소한 반면, 공립 주거시설은 18.4% 증가한 것으로 나타났다. 지역사회 정신건강 관리서비스는 2013년도 대비 2018년도에 5.9% 기관 수가 증가하였다.

〈표 4-64〉 연도별 정신건강서비스 공급 기관의 수 변화추이 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
공립정신병원	17	17	17	17	17	17
정신질환 급성 공립정신병원	142	143	144	144	144	143
공립 주거시설	87	90	86	84	98	103
민간 주거시설	84	89	81	78	80	80
지역사회 정신건강 관리서비스	1,212	1,206	1,197	1,261	1,250	1,285
민간정신병원	63	62	66	68	66	66
전체	1,605	1,607	1,591	1,652	1,655	1,694

*출처 : National Mental Health Establishments Database, Private Health Establishments Collection. www.aihw.gov.au/mhsa

연도별 각 기관의 증감 추이를 그래프로 제시하였다.



[그림 4-47] 연도별 각 정신건강서비스 공급 기관 증감 추이 : 호주

(4) 연도별 정신장애인의 응급 위험 분류범주

호주의 경우 정신장애인의 응급 범주를 5단계로 구분하여 사례관리를 하고 있고, 연도별 변화추이는 다음 표와 같다. 연도별 인구 10,000명 당 정신장애인의 응급 범주를 살펴보면, Resuscitation, Emergency, Urgent는 시간이 지남에 따라 증가한 반면, Semi-urgent와 Non-urgent는 감소하였다.

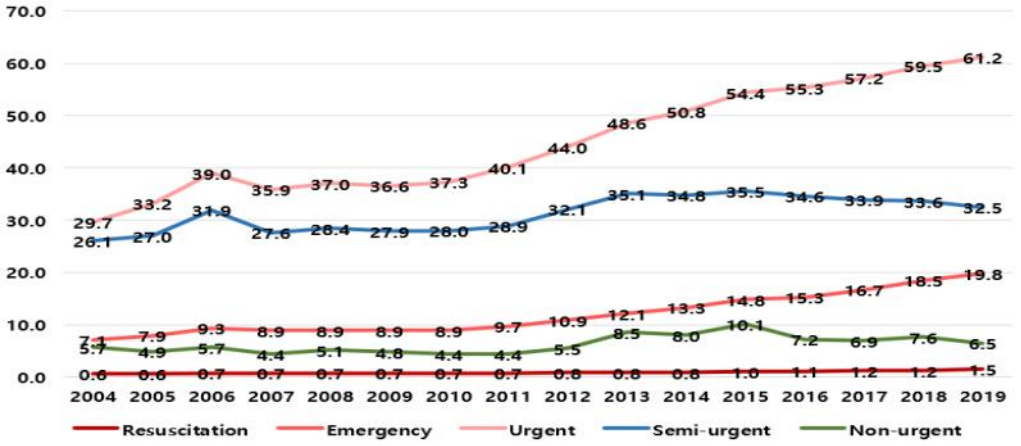
〈표 4-65〉 연도별 인구 1만명당 정신장애인 응급 범주 분류 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Resuscitation	0.8	0.8	1.0	1.1	1.2	1.2
Emergency	12.1	13.3	14.8	15.3	16.7	18.5
Urgent	48.6	50.8	54.4	55.3	57.2	59.5
Semi-urgent	35.1	34.8	35.5	34.6	33.9	33.6
Non-urgent	8.5	8.0	10.1	7.2	6.9	7.6
Total	105.1	107.8	115.8	113.6	115.8	120.5

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신장애인의 응급 범주의 연도별 변화추이를 살펴볼 수 있도록 그래프를 제시하였다.



[그림 4-48] 연도별 정신장애인의 응급 범주 변화 추이 : 호주

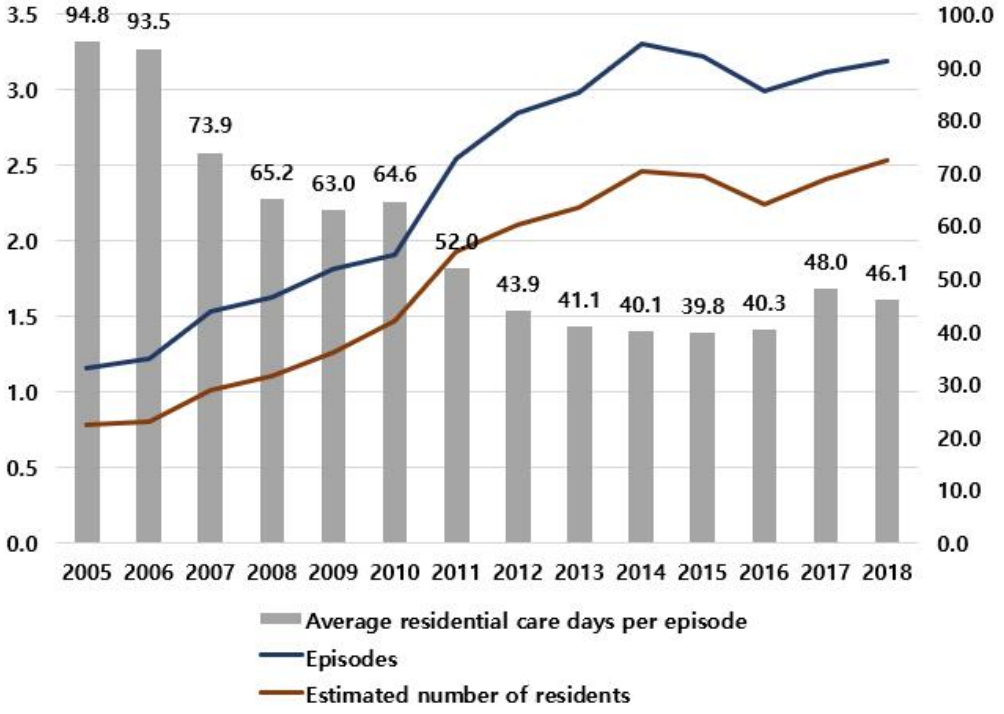
(5) 주거시설 정신건강 보호서비스 현황

인구 10,000명 당 정신장애인의 주거지원 현황 및 평균 거주 기간을 연도별로 살펴보았고, 그 결과는 다음 표와 같다. 인구 10,000명 당 사례 수를 살펴보면, 2013년에서 2018년까지 3.0~3.2건으로 큰 변화가 없는 것을 알 수 있다. 최근 들어서는 사례 수와 평균 거주 기간에는 큰 차이가 없는 것을 알 수 있으나, 통계자료를 2005년부터 살펴보면, 사례 수는 증가한 반면, 평균 거주 기간은 감소한 것을 알 수 있다.

〈표 4-66〉 연도별 정신장애인 주거지원 현황 및 평균 거주 기간 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
사례 수(건)	3.0	3.3	3.2	3.0	3.1	3.2
추정 지원 인원(명)	2.2	2.5	2.4	2.2	2.4	2.5
평균 거주 기간(일)	41.1	40.1	39.8	40.3	48.0	46.1

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.alhw.gov.au/mhsa



[그림 4-49] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거지원 현황 및 평균 거주 기간 : 호주

(6) 호주 사례별 주거시설 거주 기간 분류

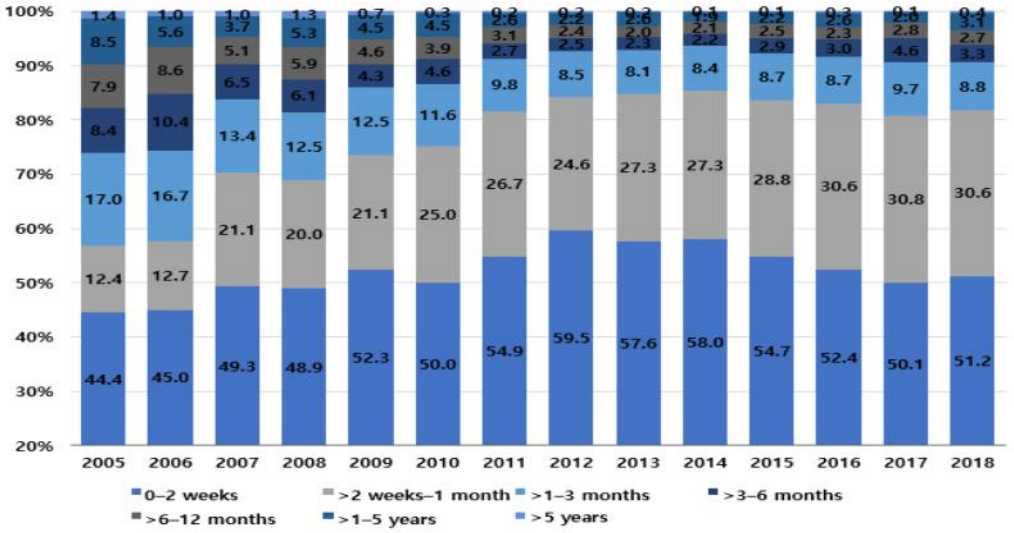
2013년부터 2018년까지 사례별로 주거시설에 거주 기간을 살펴본 결과는 다음 〈표 4-67〉과 같다. 그 결과 0-1개월 이내가 80.9%에서 85.3%를 차지하여, 대부분 1개월 이내에 주거시설에서 퇴소하는 것을 알 수 있다. 그 중에서도 절반 이상은 2주 이내에 주거시설에서 퇴소하는 것으로 나타났다. 하지만, 기간을 2005년도부터 살펴보면, 2005년에는 1개월 이상이 43.2%를 차지하는 것을 알 수 있고, 시간이 지남에 따라 장기 거주 비율이 낮아지는 것으로 나타났다. 그 결과는 다음과 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-67〉 연도에 따른 사례별 주거시설 거주 상세기간 추이 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0-2주	3,517	3,987	3,754	3,387	3,323	3,575
2주-1개월	1,664	1,879	1,973	1,980	2,043	2,132
1-3개월	494	575	599	561	644	612
3-6개월	141	153	197	197	304	227
6개월-1년	121	142	174	149	187	191
1-5년	157	128	153	167	131	214
5년 이상	12	10	8	21	4	26
전체	6,106	6,874	6,858	6,462	6,636	6,977

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa



[그림 4-50] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거시설 거주 상세기간 추이 : 호주

(7) 연도별 정신장애인의 주거지원 입소 상태

연도별 정신장애인에 대한 주거지원 여부를 비자발적과 자발적으로 구분하여 〈표 4-68〉에 제시하였다. 연도별 전체 주거지원 현황을 살펴보면 2013년 대비 2018년에 8,045건으로 15.6% 증가한 것으로 나타났다. 이를 비자발적 입소와 자발적 입소로 구분하여 살펴보

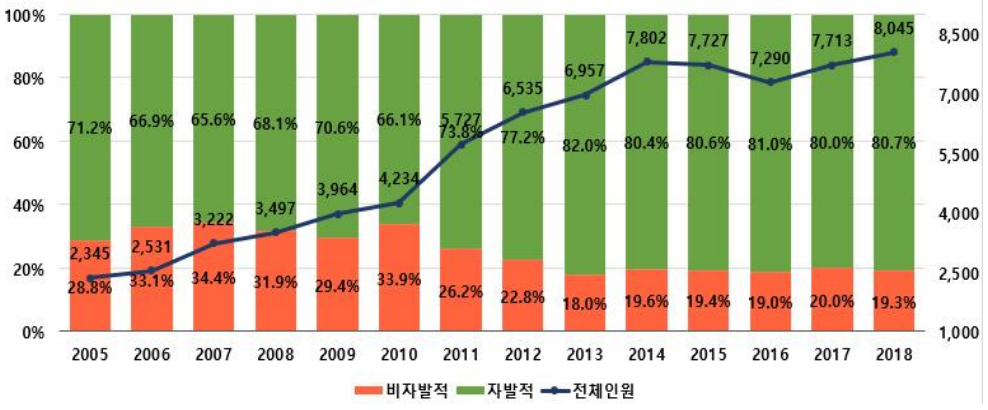
면, 비자발적 입소는 2013년도에 비해 2018년도에 23.0% 증가하였고, 자발적 입소는 12.9% 증가한 것으로 나타났다.

〈표 4-68〉 정신장애인의 주거지원 입소 상태 현황 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
비자발적	1,246	1,486	1,452	1,359	1,518	1,532
자발적	5,670	6,090	6,030	5,803	6,071	6,402
전체	6,957	7,802	7,727	7,290	7,713	8,045

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa
*전체 수치에서 not reported는 제외됨.

[그림 4-51]은 정신장애인 주거지원 입소 상태 현황을 2005년부터 살펴본 그림이다. 전체 주거지원 입소 인원은 수는 더욱 가파르게 증가하는 것을 알 수 있다. 자발적 입소와 비자발적 입소를 살펴보면, 2005년에는 비자발적 입소 비율이 28.8%로 나타났고, 2007년도에는 34.4%로 비자발적 입소가 가장 높았다. 그 후 등락을 반복하다 2010년 이후 꾸준히 감소하여 20% 이하로 유지되는 것을 알 수 있다.



[그림 4-51] 2005-2018년 연도별 정신장애인 주거시설 입소 상태 추이 : 호주

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(8) 정신장애 유형에 따른 주거지원 입소 상태

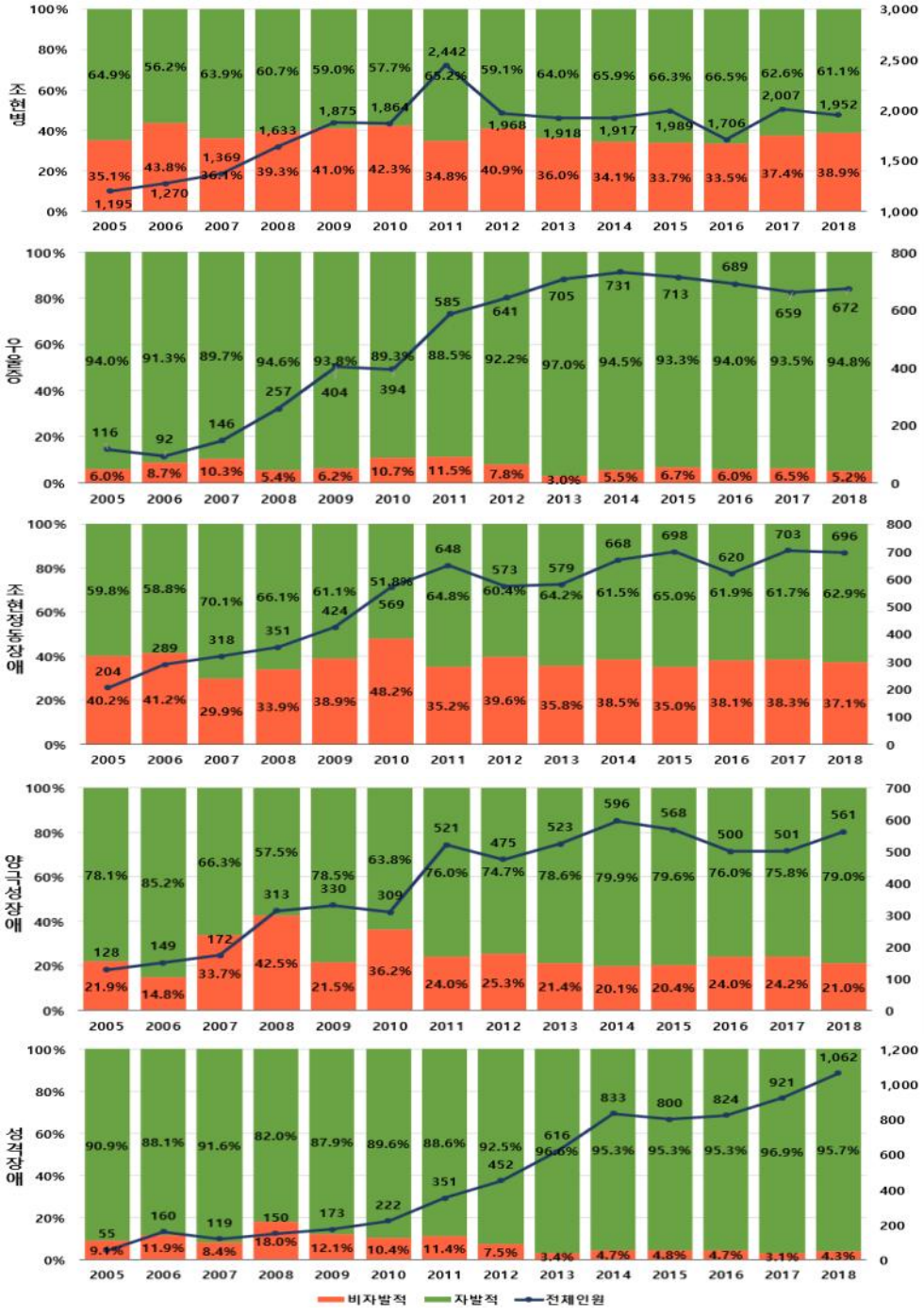
다음 표는 정신장애 유형을 조현병, 우울증, 조현정동장애, 양극성장애, 성격장애로 나누어 비자발적 입소 인원과 자발적 입소인원을 구분하여 제시한 표이다. 다른 정신장애 유형에 비해 조현병과 조현정동장애에서 비자발적 입소 비율이 높은 것을 알 수 있다.

〈표 4-69〉 주요 정신장애 유형에 따른 주거지원 입소 상태 현황 : 호주

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
조현병	비자발적	690	654	670	571	750	760
	자발적	1,228	1,263	1,319	1,135	1,257	1,192
	전체	1,918	1,917	1,989	1,706	2,007	1,952
우울증	비자발적	21	40	48	41	43	35
	자발적	684	691	665	648	616	637
	전체	705	731	713	689	659	672
조현정동장애	비자발적	207	257	244	236	269	258
	자발적	372	411	454	384	434	438
	전체	579	668	698	620	703	696
양극성장애	비자발적	112	120	116	120	121	118
	자발적	411	476	452	380	380	443
	전체	523	596	568	500	501	561
성격장애	비자발적	21	39	38	39	29	46
	자발적	595	794	762	785	892	1,016
	전체	616	833	800	824	921	1,062

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

[그림 4-52]는 2005년부터 2018년까지 정신장애 유형 5가지에 대하여 전체 입소 추이와 비자발적 입소 및 자발적 입소를 구분하여 연도별 추이를 제시한 것이다.



[그림 4-52] 2005-2018년 연도별 정신장애 유형별 주거시설 입소 상태 추이 : 호주

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(9) 연도별 인구 100,000명 당 공공 부문 정신병원 영역 병상 수

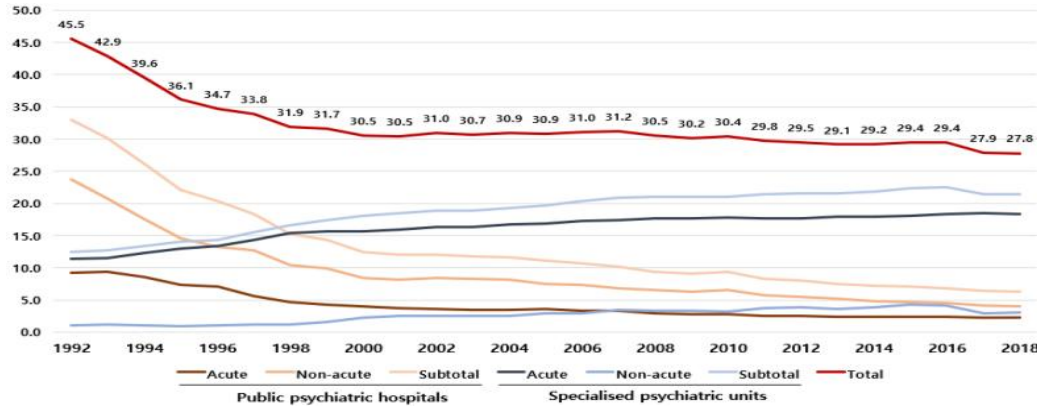
공공 부문 정신병원에서 인구 100,000명 당 급성과 비급성 정신장애인의 연도별 병상 수 변화를 살펴보았고, 그 결과는 아래 표와 같다. 우선 공공 부문 정신병원 병상 수 전체를 보면 2013년 29.5에서 2018년 27.9로 5.7% 감소한 것으로 나타났다. 특히 정신질환 급성 공립정신병원의 급성 환자 비율은 증가하는 반면, 공립정신병원의 급성과 비급성 환자 모두 감소하는 추세를 보였다.

〈표 4-70〉 인구 10만명당 공공 부문 정신병원 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
공립정신병원	급성	2.5	2.4	2.4	2.4	2.4	2.3
	비급성	5.5	5.2	4.9	4.7	4.5	4.2
	소계	8.0	7.6	7.3	7.1	6.9	6.5
정신질환 급성 공립정신병원	급성	17.7	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5
	비급성	3.8	3.7	3.9	4.3	4.2	3.0
	소계	21.5	21.6	21.9	22.3	22.5	21.4
전체		29.5	29.1	29.2	29.4	29.4	27.9

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

아래 그림은 1992년부터 2018년까지 공공 부문 정신병원 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이를 제시한 그래프이다.



[그림 4-53] 1992-2018년 연도별 공공 부문 정신병원 급성, 비급성 정신장애인 변화추이 : 호주

(10) 주거시설 병상 수 연도별 변화 추이

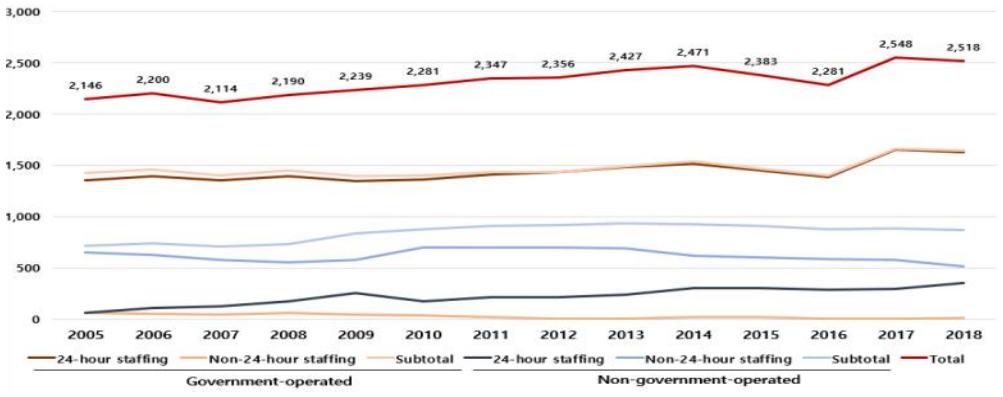
주거시설을 공립 주거시설과 민간 주거시설로 구분하고, 직원의 상주 여부에 따라 병상 수의 변화가 어떻게 발생하는지 살펴보았고, 그 결과는 아래 표와 같다. 공립 주거시설의 병상 수는 2013년 대비 2018년에 10.2% 증가한 반면, 민간 주거시설의 병상 수는 6.5% 감소한 것으로 나타났다. 이를 직원 상주 여부에 따라 구분하여 살펴보면, 공립 주거시설에서는 직원 비상주 병상 수가 2013년 대비 2018년에 11건 증가해 183.3% 증가하였다. 반면, 민간 주거시설의 경우 직원이 상주하는 시설은 2013년 대비 2018년에 113건(46.9%) 증가하였으나, 직원 비상주 시설은 174건(25.1%) 감소한 것으로 나타났다.

〈표 4-71〉 주거시설 운영주체 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
공립 주거시설	24시간직원상주	1,487	1,519	1,450	1,392	1,654	1,628
	24시간직원비상주	6	26	20	10	10	17
	소계	1,493	1,545	1,470	1,402	1,664	1,645
민간 주거시설	24시간직원상주	241	305	307	288	301	354
	24시간직원비상주	693	621	606	592	583	519
	소계	934	926	913	880	884	873
전체		2,427	2,471	2,383	2,281	2,548	2,518

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

아래 그림은 2005년부터 2018년까지 기간을 확장하여 주거시설 운영주체 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이를 제시한 그래프이다.



[그림 4-54] 2005-2018년 운영주체 구분에 따른 연도별 병상 수 변화 추이 : 호주

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(11) 정신건강서비스 기관 구분에 따른 인력 확보 방안 및 현황

호주는 1992년 국가정신보건전략(National Mental Health Strategy)과 함께 병원 중심의 정신보건서비스 전달체계에 대대적 개혁을 꾀하였다. 정신병원에 투입되던 자원을 지역사회와 종합병원서비스 등으로 전환하고 정신보건과 일반보건을 통합하는 등의 노력을 펼쳤다(채은희, 이효영, 2014). 지역사회에서의 다학제 접근을 중시하여 정신과 전문의 외에 정신건강간호사, 사회복지사, 작업치료사 등이 함께 지역사회정신보건서비스를 제공하고 있다(Department of Health and Ageing, 2012). 호주의 주요 정신건강전문인력은 일반의사, 상담원, 정신과 의사, 심리학자, 작업치료사, 정신건강간호사, 지역사회보건요원, 사회복지사 등으로 각각의 자격 양성과정과 역할은 다음 표와 같다.

〈표 4-72〉 호주의 정신건강 전문 인력 : 호주

구분	내용
일반의사 (General Doctot)	- 자격: 일반의는 의학 학위를 받은 후 부여되는 자격이며 보통 1~2년 정도로 근무함. - 역할: 질환이 있는 사람에 대한 1차 진료를 하며, 정신건강 문제로 인한 지속적인 치료가 필요하다고 판단되는 경우 정신과 의사에게 의뢰하는 역할을 함.
상담원 (counsellors)	- 자격: 각 협회에 따라 자격과 훈련과정이 상이하며, 특별한 자격이나 훈련을 요구하지 않는 곳도 있음. 심리치료 및 상담 연맹에서는 상담 및 심리 치료 교육 프로그램인 'PACFA 공인 과정'을 지정하여 대학 및 연구소들에서 정식 상담 교육 과정을 수료할 수 있도록 하고 있음. 학사급으로 상담사 자격을 취득할 수 있는 곳도 있지만, 대부분 석사 이상의 교육과정을 요구함. - 역할: 스트레스, 재정적 스트레스, 가정 폭력, 이혼 또는 관계 이별과 같은 문제에 직면한 사람, 또한 우울증, 불안 또는 외상 후 스트레스 장애와 같은 정신 질환을 가진 사람들을 상담을 통해 지원함. *출처: https://www.pacfa.org.au/
정신과의사 (psychiatrists)	- 자격: 적어도 11년 이상의 훈련을 받은 의사임. 일반적으로 대학에서 의학 학위를 받은 후, 1~2년 정도 일반의사로 훈련을 받음. 또한 정신질환의 진단 및 치료에 대해 약 5년 정도의 수련을 받음. - 역할: 정신과 의사 진료를 받기 위해서는 일반의사의 의뢰가 필요함. 정신질환에 대한 광범위한 치료(약물, 신체건강, 심리, 전기경련 치료와 같은 뇌자극치료)를 제공함. *출처: https://www.yourhealthinmind.org/psychiatry-explained/psychiatrists-and-psychologists
심리학자 (psychologists)	- 자격: 적어도 6년 이상의 교육 및 수련 경험이 있어야함. 대부분이 석사 및 박사학위를 보유하고 있음. 정신질환의 진단 및 치료에 대해 특화된 훈련을 받은 경우에는 임상심리학자가 될 수 있음. - 역할: 심리학자를 만나기 위해서는 특별한 의뢰가 필요하지 않음. 심리적인 치료를 주로 제공함. *출처:https://www.yourhealthinmind.org/psychiatry-explained/psychiatrists-and-psychologists

구분	내용
작업치료사 (occupational therapists)	- 자격: AHPRA(Australian Health Practitioner Regulation Agency) 및 WFOT(World Federation of Occupational Therapists)가 인정하는 학부 또는 석사 입문 수준 작업 치료 교육 프로그램을 이수한 이후에 작업치료사가 될 수 있음. - 역할: 일상적인 업무(장보기, 식사, 씻기 등)에 어려움이 있는 사람을 지원함. 다양한 기술을 사용하고 환경을 조정하여 이용자가 독립적으로 생활할 수 있도록 도움. *출처: https://www.wfot.org/
정신건강간호사 (mental health nurses)	- 자격: 호주 자체에서 정신건강간호 분야를 따로 인정해주지는 않음. 때문에 민간 기관인 ACMHN(Australian College of Mental Health Nurses Inc)에서 정신건강전문간호사 자격 프로그램(ACMHN Credential for Practice Program)을 개발하여 이 프로그램을 이수한 사람에 한하여 정신건강전문간호사 자격을 부여함. 정신건강간호사 자격(ACMHN)을 취득하기 위해서는 간호사 면허 소지, 정신건강 간호사 자격증 보유, 전문의 자격 취득 이후 12개월 이상의 경력이 있거나, 정신건강분야에서 3년 이상의 경력이 있는 간호사 등의 자격 기준에 해당해야함. - 역할: 정신질환이 있는 사람의 회복 계획 수립, 의사와의 상담 지원, 증상 및 약물 관리, 치료와 관련된 정신건강전문가(의사, 정신과의사, 심리학자)와 연계, 가족 지원 등을 제공함. *출처: https://acmhn.org/accredited-postgraduate-courses/
지역사회보건요원 (community health workers)	- 자격: 일하는 장소 및 주체에 따라 다름. 건강코치, 가족옹호가, 건강교육, 봉사자, 동료지원가 등을 지역사회보건요원이라 칭함. - 역할: 1차의료와 건강자원에 대한 접근성을 높이기 위한 서비스를 제공함. 이용자의 문화에 따라 적합한 건강교육 및 정보를 제공함. *출처: https://explorehealthcareers.org/career/allied-health-professions/community-health-worker/
사회복지사 (social workers)	- 자격: AASW는 호주 정부를 대신하여 호주 전역의 사회 복지 과정을 인정함. 학사 및 석사 학위를 통해 사회 복지 서비스를 제공하는 기관 및 조직에서 최소 1,000시간의 현장 실습을 수행함. 사회 복지 교육의 표준은 호주 사회 복지 인증 기준에 의거함. - 역할: 이용자에게 필요한 지역사회 자원을 연계함. 위기 쉼터, 재정지원, 건강 또는 법률 서비스와 같이 필요한 도움을 받을 수 있도록 다른 지원가와 연계하고, 이용자를 옹호함. 사회복지사들은 개인 및 그 가족과 직접 협력하거나, 차별 및 기타 사법을 줄이기 위해 정책, 교육 및 연구조사 업무를 수행함. *출처: https://www.aasw.asn.au/

*출처: https://www.healthdirect.gov.au/mental-health-professionals

정신건강서비스 기관 전체의 상근 직원 수를 살펴보면 2013년에는 30,543.7명이었으나 2018년에는 13.6% 증가하여 34,707.1명인 것으로 나타났다. 기관별로 구분하여 살펴보면 주거지원 정신건강 서비스가 2013년 대비 2018년에 17.8%로 가장 크게 증가하였고, 병원 입원환자 서비스 11.0%, 지역사회 정신건강 서비스 9.6% 순으로 나타났다.

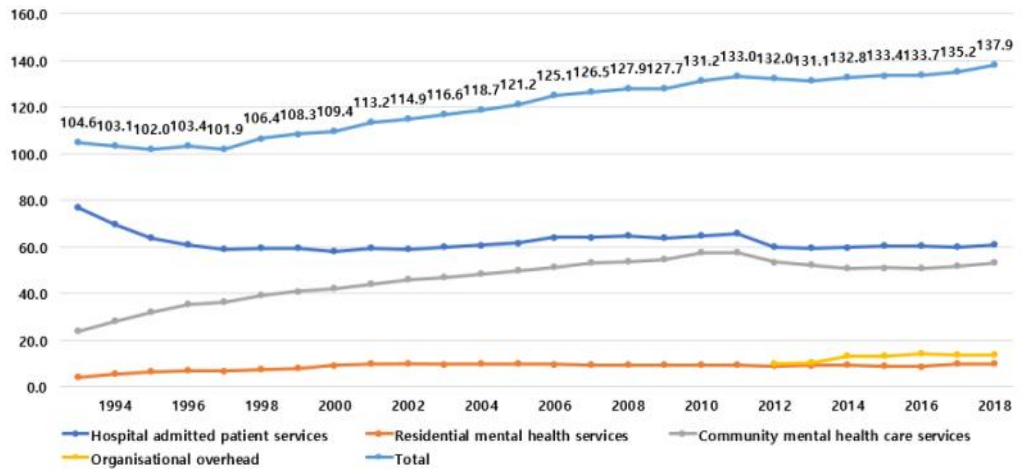
국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 4-73〉 전체 공공부문 정신건강서비스 기관 구분에 따른 연도별 상근 직원 수 변화 : 호주

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
병원 입원환자 서비스	13,824.1	14,107.9	14,457.9	14,691.8	14,881.1	15,342.6
주거지원 정신건강 서비스	2,123.7	2,193.7	2,145.2	2,094.1	2,392.2	2,501.8
지역사회 정신건강 서비스	12,211.8	12,012.7	12,222.3	12,357.5	12,869.7	13,388.8
기타	2,384.2	3,081.8	3,175.0	3,459.0	3,356.3	3,473.9
전체	30,543.7	31,396.1	32,000.4	32,602.4	33,499.2	34,707.1

*출처 : Government Expenditure Mental Health Database. www.aihw.gov.au/mhsa

아래 그림은 1994년부터 2018년까지 정신건강서비스 기관 구분에 따른 연도별 상근 직원 수 변화 추이를 제시한 그래프이다.



[그림 4-55] 1994-2018년 공공부문 정신건강서비스 기관 구분에 따른 연도별 상근 직원 수 변화 : 호주

(12) 민간 단체

① 그로우(GROW)[30]

GROW는 집단으로 운영되는 동료지원단체이다. 회복 경험이 있는 당사자, 인권 변호사,

30) https://grow.org.au/

정신건강전문가, 심리학자, NDIS 경험이 있는 전문가, 재무 전문가 등이 그로우의 이사진을 구성하고 있으며, 집단을 직접 운영하고 참여하는 것은 당사자 자신들이다. 집단에 따라 규모는 다르지만 보통 3~10명의 구성원이 참여하며 매주 대면 혹은 온라인으로 진행된다. 각 집단은 익명으로 운영된다. 그로우는 동료지원 집단 이외에도 주거재활, ACT주거재활프로그램을 통해 당사자들이 주거세팅에서 동료지원을 받으며 자신이 목표하는 회복을 이룩할 수 있도록 도움을 준다. 그로우에서 추구하는 가치와 원칙은 다음과 같다.

〈표 4-74〉 그로우(GORW)의 가치와 원칙 : 호주

구분	내용
책임감 (Personal Responsibility)	우리는 윤리적으로 행동하고 항상 우리의 행동에 대해 책임을 짐.
가치(Personal Value)	우리는 모든 사람이 본질적으로 가치를 갖고 있다고 믿음.
상호 지원(Mutual Help)	우리는 모두의 발전을 위해 지식, 기술 및 전문지식을 공유하고 협력함.
우정(Friendship)	우리는 서로를 지지하며 그로우의 최선의 이익을 위해 용기를 가지고 행동함.
커뮤니티(Community)	우리는 일상생활에 소속감, 사회적 연계 및 목적을 제공하기 위해 배려하고 공유하는 커뮤니티를 만듦.

*출처: https://grow.org.au/our-values/

② 라이프라인(lifeline)[31]

라이프라인은 개인적으로 위기상황에 있는 모든 호주인이 이용할 수 있는 24시간 위기지원 및 자살 예방 서비스 제공 국제자선단체(national charity)이다. 호주 전역에 40개의 라이프 센터가 설치되어 있으며 24시간 전화상담, 문자, 채팅 상담이 가능하다. 상담 시에는 훈련받은 지원가가 상담을 제공한다. 자신이 정신건강 상 위기를 경험할 때 뿐만 아니라, 주변인이 정신건강 상 어려움을 경험하고 있는 것으로 생각될 때도 상담을 받을 수 있다. 라이프 라인 홈페이지에서는 우울, 자살의 징후를 알 수 간략한 질문과 자살 위험이 있는 사람을 도울 수 있는 방법이 적힌 툴킷을 제공하고 있다.

31) https://www.lifeline.org.au/

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 일본의 정신장애인 지역사회통합 사례

1) 정치, 경제, 사회문화적 현황

일본은 동아시아의 섬나라로, 대륙의 약 70%는 산과 숲으로 구성되어 있으며, 대부분의 인구는 해안 지역의 대도시에 살고 있다. 보다 구체적으로 4개의 주요 섬과 6,800개 이상의 작은 섬을 가지고 있으며, 총 면적은 377,947km2이다. 일본은 인구가 감소하고 있지만 세계에서 10번째로 인구가 많은 1억 2천 650만 명이 인구를 가지고 있다. 일본의 기대수명(life expectancy at birth)은 세계에서 가장 길며, 남성의 경우 79.6세, 여성의 경우 86.4세이다. 일본의 출산율은 2009년 1.37로 약간 증가했음에도 불구하고, 꾸준히 감소하고 있다. 그 결과 일본 사회는 급속히 고령화되고 있다. 2009년에는 인구의 13.3%만이 15세 미만이었고, 인구의 22.7%는 65세 이상이었다. 일본은 3단계의 행정부로 구분되며, 중앙정부, 47개 도도부현, 1,700개의 시정촌으로 구성되어 있다. 중앙정부는 법을 만들고 제정하며, 중앙정부 내의 부처는 정책을 만들고 규칙과 정책을 발표한다. 시정촌은 기본 보건 및 복지 서비스를 제공하고 도도부현 정부는 다른 시정촌의 활동을 조정한다. 일본의 의료제도는 크게 3가지고 의료와 복지, 노인 장기요양으로 구분된다(Setoya, 2012).

〈표 4-75〉 인구통계 정보 : 일본

국가	GDP 2017	GDP대비 의료비 지출 2016 Data	소득 수준	1인당 의료비 지출 2016 Data		인구 2019 Data	보건의료 시스템	정신건강케어 예산	대부분의 정신질환자들이 서비스 비용을 지출하는 방법
				공공	민간				
일본	$4.872 trillion	7.15%	High	$3801	$718	126,529,100	보편적 공공보건의료	공공보험 (서비스의 경우 30% 공동보험), 민간보험	정신건강서비스/향정신성 약물 비용의 20%를 개인 부담

출처: Cohen et al.(2020).

〈표 4-76〉 정신건강 관련 지표 비교: 일본, 한국, OECD 평균

국가	1인당 GDP	기대 수명	인지하고 있는 건강상태[32]	자살률	정신질환으로 인한 부담 (Burden of Mental Disorders)						정신과 병상수	평균 입원 기간		초과 사망률 (15-74세)	
					질병부담률			총 질병부담 중 정신질환이 차지하는 비율				조현병 및 망상 장애	기분(정동)장애	조현병	양극성 장애
					YLD[33]	YLL	DALY	YLD	YLL	DALY					
단위	USD	Years	%	10만 명당	10만명당			%			1000 명당	Days		연령성별 표준화 비율	
일본	40,885	84.2	35.5	15.2	1668	2.02	1670	12.0	0.015	6.1	2.62	-	-	-	-
한국	41,001	82.7	29.5	24.6	1693	1.8	1695	13.8	0.017	7.5	1.31	237.8	60.2	4.4	4.2
OECD	45,425	80.7	68.0	11.5	1879	0.9	1883	13.9	0.007	6.9	0.68	48.94	25.09	3.88	2.90

출처: Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data. Available online: https://data.oecd.org/health.htm

일본의 보건의료시스템은 보편적 공공 보건의료로, 건강보험에 가입한 사람들은 보통 30퍼센트의 비용을 지불하지만, 중증정신질환이 있는 사람들은 10퍼센트의 비용만 지불한다. 소득이 낮거나 복지혜택을 받는 사람들은 10% 미만이나 심지어 아무것도 지불하지 않기도 한다. 일본은 전체 의료 예산의 약 6.9%를 정신건강에 지출하는 것으로 나타났다(Setoya, 2012).

2015년 OECD국가 중 자살 사망률이 라투이니아, 한국, 슬로베니아, 헝가리 다음으로 높은 순위로 나타났으며(OECD data, 2016), 아시아 태평양 정신보건 통합 지수는 6위로 나타났다(The Economist Intelligence Unit, 2016). 일본 후생노동성 자살대책 추진실이 작성한 자살통계에 따르면, 일분의 자살자수는 1998년에 32,863명, 2010년 이후에는 9년 연속 감소를 보이며 2018년 2만 840명, 인구 10만 명 당 자살률은 2018년 기준 16.5명으로 확인되었다. 2015년 OECD국가 중 인구 1000명당 치매 유병률 추정치가 2015년은 2번째로 높고 2035년 가장 높은 비율로 추정된다(손지훈 외, 2019).

32) 주관적 건강상태 양호 비율: 15세 이상 인구 중 본인의 건강상태가 양호(좋음, 매우 좋음)하다고 생각하는 비율

33) 질병 때문에 기대수명 이전에 사망한 햇수(YLL)/ 질병으로 인한 장애를 안고 살아가게 될 햇수(YLD) / 장애보정생존년수(DALY)/ 이 수치가 높을수록 특정 질병의 심각성이 크다는 것을 의미

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-77〉 정신건강분야 근무 전문가 현황 (인구 10만 명당): 일본, 한국 OECD 평균

국가	정신과의사	정신건강간호사	심리학자	사회복지사	작업치료사	기타 유급 정신건강 종사자
일본	11.87	83.81	3.04	8.33	7.24	31.63
한국	5.79	13.66	1.59	8.40	-	-
OECD	4.34	12.12	10.42	4.83	-	-

출처: Cohen et al.(2020). & WHO. (2019). Mental health workers Data by country. https://apps.who.int/gho/data/view.main.HWF11v.

2016년 기준 정신건강분야에서 근무하는 전문가 현황을 살펴보면, OECD국가 평균 인구 10만명 당 정신과 의사 4.34명, 정신건강간호사 12.12명, 심리학자 10.42명, 사회복지사 4.83명이 종사하고 있는 것으로 나타났다. 일본과 한국 모두 심리학자를 제외하고는 OECD 평균을 상회하는 수준의 인력이 종사하고 있으며, 특히 일본의 경우 정신건강간호사가 월등히 많은 것이 특징적이다.

일본, 한국, OECD국가 정신건강 관련 기관 현황은 〈표 4-78〉과 같다. 인구 10만명당 OECD 평균 정신병원수는 0.22개, 정신병원병상수는 22.03개, 종합병원 정신병원수는 0.34개, 종합병원정신과병상수는 9.00개, 정신과 외래시설은 2.32개, 낮병원은 3.06개, 지역사회거주시설은 0.96개로 확인되었다. 일본의 경우 정신병원수, 정신병원 병상수, 종합병원 정신과 병상수가 OECD 평균 4배 이상을 웃도는 것으로 나타났으며, 종합병원정신병원수 및 낮병원 수는 OECD 평균과 유사한 것으로 나타났다. 지역사회거주시설의 경우 일본과 한국 모두 OECD 평균 이하에 해당하는 것으로 확인되었다.

〈표 4-78〉 정신건강 관련 기관 현황 (인구 10만 명당) : 일본, 한국 OECD 평균

국가	정신병원 수	정신병원 병상수	종합병원 정신병원수	종합병원 정신과병상수	정신과 외래 시설	낮병원	지역사회거주 시설
일본	8.31	196.63	0.45	66.15	7.22	3.76	0.37
한국	0.36	94.22	0.39	11.16	1.79	0.13	0.43
OECD	0.22	22.03	0.34	9.00	2.43	3.06	0.96

* 출처 : Cohen et al. (2020).
WHO. (2019). Facilities Data by country. https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHFAC?lang=en
WHO. (2019). Beds Data by country. https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en

일본에서는 정신질환자(일본 정신보건복지법 용어는 '精神障害者'임)를 다음과 같이 법률적으로 정의하고 있다. "통합실조증(統合失調症), 정신작용 물질에 의한 급성중독 또는 그 의존증, 지적장애, 인격장애, 기타 정신질환을 가진 사람(일본 정신보건복지법 제5조)"(조근호·장미, 2019). 2019년 일본의 정신질환자는 약 217만명 정도로 나타났으며, 질환별로 조현병이 72만명, 우울증, 양극성 장애 등의 질환자가 34만명으로 밝혀졌다(손지훈 외, 2019).

일본의 정신의료기관 입원환자의 진단명을 살펴보면 전체 중 57.4%가 조현병 진단을 받았고, 22.6%는 기질적 정신장애(organic mental disorders), 8.6%는 기분장애, 4.5%는 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애, 1.7%는 신경질환, 5.2%는 '기타'로 분류된다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012a:8; Kanata, 2016 재인용).

입원환자의 연령대를 살펴보면 대다수가 40세 이상으로 나타났다. 입원환자 중 40.1%가 40세에서 64세 사이이며, 51.5%가 65세 이상으로 분석되었다 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012a:8; Kanata, 2016 재인용). 65세 이상 입원환자의 비율은 1988년 19.6%에서 2010년 49.6%로 상당히 증가했다. 일본의 고령화 증가로 매년 2만명 이상의 환자가 정신병원에서 사망하는 것으로 보고된다(Furuya, 2015b:21; Kanata, 2016 재인용).

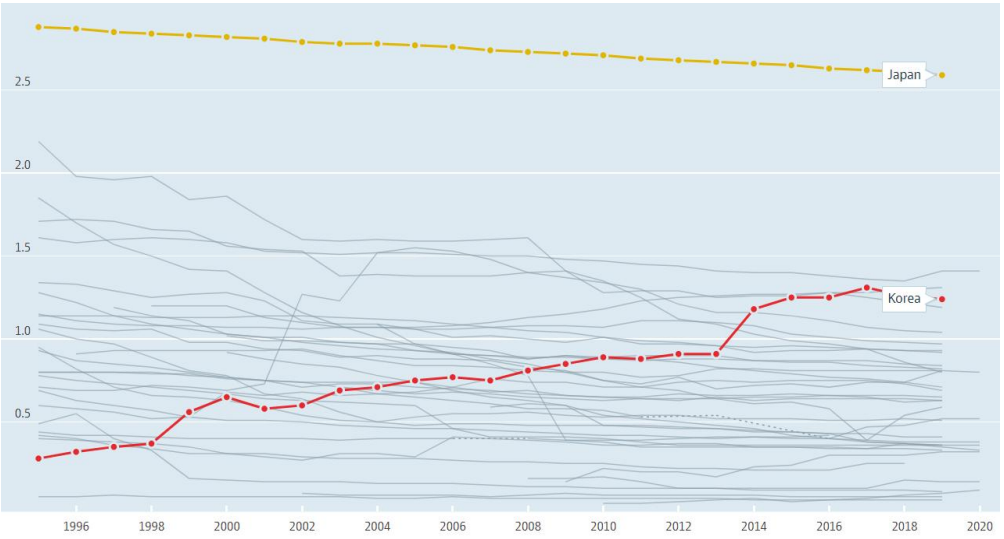
정신장애인 인구 1천명당 평균 정신과병상수 추이는 [그림 4-56]와 같다. 일본의 경우 2019년 1천명당 2.59병상, 한국의 경우 1.24병상으로 조금씩 감소하고 있는 추세이지만, 다른 OECD 국가들과 비교하였을 월등히 높은 정신과병상수를 확인할 수 있다.

〈표 4-79〉 정신장애인 인구 1천명당 평균 정신과 병상 수 변화추이 : 일본, 한국 OECD 평균

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
일본	2.69	2.68	2.67	2.66	2.65	2.63	2.62	2.61	2.59
한국	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25	1.31	1.26	1.24
OECD	0.67	0.67	0.66	0.67	0.66	0.65	0.65	0.65	0.66

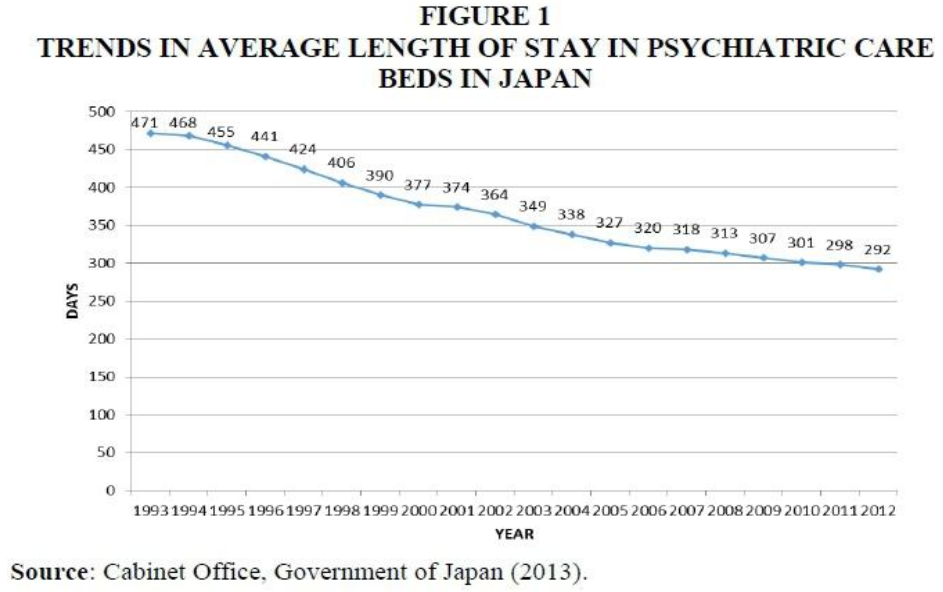
* 출처 : https://data.oecd.org/healthcat/hospital-beds.htm

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-56] 정신과병상수 인구1천명당 병상 수 변화추이 : 일본, 한국

* 출처 : https://data.oecd.org/healthcare/hospital-beds.htm

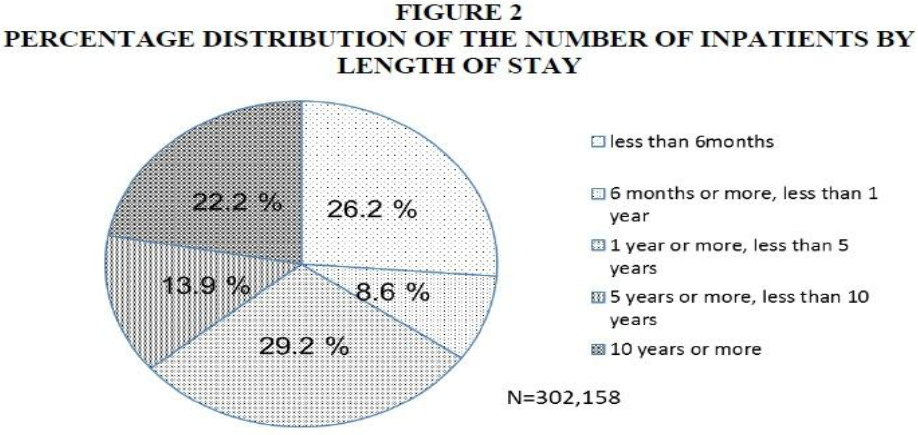


[그림 4-57] 정신의료기관 평균 입원일수 변화추이 : 일본

* 출처 : Kanata. (2016)

일본 정신의료기관 평균 입원일수 변화 추이는 [그림 4-57]과 같다. 1993년 471일에서 2012년 292일로 꾸준히 감소하고 있는 추세이지만, OECD 국가들의 평균 입원기간(조현병 및 망상장애의 경우 48.94일, 기분장애의 경우 25.09일)에 비하면 월등이 높은 수치로 나타난다.

일본 정신의료기관 입원기간별 입원환자 분포도는 아래 그림과 같다.



[그림 4-58] 정신의료기관 입원기간별 입원환자 분포도 : 일본

* 출처 : Kanata. (2016)

[그림 4-58]를 보면, 10년 이상 입원한 환자가 22.2%로 가장 많은 것으로 나타났다. 5년 이상 입원한 환자는 전체 입원자의 36.1%를 차지한다. 5년 이상 입원한 사람들 중 약 절반은 65세 이상으로 분석되었다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012a:8; Kanata, 2016 재인용).

Setoya(2012)에 의하면, 2008년 일본에는 전체 345,696개의 정신과병상이 있는 것으로 나타났으며, 병상 점유율(Bed occupancy)은 90.6%로 하루 313,271명이 머무르고 있는 것으로 분석되었다. 비자의입원 건수의 비율은 최소 32% 이상으로 나타났으며, 개방 병동의 비율은 40%로 나타났다(Oshima et al., 2007).

2) 법과 조례

UN장애인권리협약은 제61차 UN총회에서 2006년 12월 채택에서 2008년 5월 발효된 장애인에 관한 최초의 국제협약이다. 일본은 초안 단계부터 협약체결 과정에 적극적으로 참여하였고, 2007년 9월 28일 협약에 서명하였다. 하지만 일본은 2014년 1월 비준할 때까지 오랜 시간이 걸렸다. 대다수의 국가들이 국제 규약을 먼저 비준하고, 추후 정책과 법률을 바꾸는 관행이 있는 반면, 일본의 관행은 비준 전에 국제 규약과 국내법들의 조화를 먼저 이루는 것이다. 이렇게 서명 이후 비준까지 오랜 시간 지연된 것은, 비준 전에 수행되어야 했던 다양한 법률의 개정과 정책의 개혁 때문이었다. UN장애인권리협약 서명 이후 일본에서 취한 주요 조치들을 다음 표에 정리하였다.

〈표 4-80〉 UN CRPD 서명 이후 일본에서 취한 조치

날짜	내용
2006년 12월	제61차 UN총회에서 CRPD 채택
2007년 9월	일본 CRPD 서명
2008년 5월	UN CRPD 발효
※ 일본은 UN CRPD를 비준하기 전에 장애인 당사자들의 의견에 기반하여 관련 국내법 개정 및 제정을 진행함	
2011년 8월	장애인기본법(Basic Act for Persons with Disabilities) 개정
2012년 6월	장애인종합지원법 제정
2013년 6월	- 장애인차별금지법(Act for Eliminating Discrimination against Persons with Disabilities) 제정 - 장애인을 위한 고용촉진법 개정
2013년 9월	제3차 장애인 기본 계획 수립
2013년 11월	일본 중의원(하원) 만장일치로 UN CRPD 비준 통과
2013년 12월	일본 참의원(상원) 만장일치로 UN CRPD 비준 통과
2014년 1월	일본 CRPD 비준
2014년 2월	일본 CRPD 발효
2015년 2월	장애인차별금지를 위한 기본정책(Basic Policy on Promotion for Eliminating Discrimination against Persons with Disabilities) 수립
2016년 4월	장애인차별금지법 시행
2016년 6월	제1차 정부 보고서 제출
2018년 3월	제4차 장애인기본계획 수립

*출처: 일본 내각부 홈페이지 참고 (2019. 03. 29) https://www8.cao.go.jp/shougai/english/pdf/other-2.pdf

일본이 UN장애인권리협약을 서명한 2007년 그리고 비준한 2014년 사이, UN장애인권리협약에 부합하도록 일본 정부는 관련 법률들을 개정 및 제정했다. 일본 정부는 2009년 3월에 UN장애인권리협약 비준을 준비한 바가 있으나, 장애인 당사자들의 요구에 의해 무마되었다. 당시 장애권리운동에 참여하는 13개 장애인 단체로 구성된 일본장애포럼(Japan Disability Forum)에 의해 저지되었다. 이들은 UN장애인권리협약 이념에 맞는 중요하고 실질적인 정책 변화 없이는 비준하는 것은 '허울뿐인' 비준이며, 그 결과 비준을 하더라도 장애인들의 권리에 큰 영향을 미치지 않을 것이라고 비판했다. 특히 장애에 근거하여 차별이 이루어지는 것을 금지하는 독립법(장애인차별금지법) 제정이 여전히 이루어지지 않았기 때문에 반대했다(Osamu, 2013).

이 과정에서 2009년 일본 민주당이 집권하면서 정부 입장의 변화가 생겼다. 민주당은 비준 전에 UN장애인권리협약과 국내법 및 정책들 간의 조화를 위해 진지하게 노력하겠다고 약속했다. 2010년 총리 주도로 장애정책개혁위원회(Committee for Disability Policy Reform)가 출범하였고, 28차례 회의를 개최하면서 의견을 모색하였다. 이 위원회는 24명의 위원으로 구성되었으며, 대다수가 장애인단체 대표 또는 장애인 가족으로 구성되었으며, 위원 중 거의 절반 가량이 장애인 당사자로 구성되었다. 장애정책개혁위원회 위원장은 일본장애포럼 위원장이었으며, 이는 "우리를 제외하고 우리에 관해 논하는 것은 의미가 없다"는 UN장애인권리협약 철학과 일치한다(Osamu, 2013).

장애정책개혁위원회는 UN장애인권리협약의 비준과 일본 국내법률 및 정책을 조화시키기 위한 계획을 수립하기 위해 정부에 다양한 권고안을 제시했다. 내각은 위원회 권고를 토대로 정책 개혁 로드맵을 수립해 3단계를 거치며 UN장애인권리협약 비준으로 나아가기로 했다.

(1) 장애인기본법 개정

(2) 장애인서비스 법률 개정(이는 장애인종합지원법 제정으로 이어짐)

(3) 장애에 기반하여 이루어지는 차별을 금지하는 독립적인 법률 제정 (이는 장애인차별금지법 제정으로 이어짐)

장애인 관련 정책을 개선하기 위한 이러한 입법들을 바탕으로, 2013년 10월 일본 국회에서 UN장애인권리협약 비준을 향한 논의가 시작되었다. 그리고 2013년 11월 19일과 12월 4일 각각 중의원(하원), 참의원(상원)에서 만장일치로 UN장애인권리협약 비준이 통과되었다. 일본은 2014년 1월 20일 UN 사무총장에서 UN장애인권리협약 비준서를 제출했고, 이에 따라 2014년 2월 19일부터 일본에서 발효되었다.[34] 일본은 전 세계적으로 UN장애인

34) 일본 내각부 홈페이지 참고
https://www8.cao.go.jp/shougai/english/annualreport/2016/pdf/chapter_2.pdf

권리협약을 비준한 140번째 국가가 되었다.

이후 일본은 2016년 6월 UN 장애인권리위원회(Committee on the Rights of Persons with Disabilities)에 보고서를 제출했다. 이 첫 보고서에는 장애정책위원회가 작성한 의견과 장애인기본계획 진행 상황을 문서화 한 내용들이 포함되었다.

(1) 1900년 ~ 1940년대(치안적 모델 적용, 정신질환자 감호 역할)

1900년 '정신병자감호법(Law for the Custody for Insane People)'은 일본의 번주 소마 도모타네를 정신병원에 감금한 사건을 계기로 불법감금을 없애기 위해 제정되었지만, 이 법을 통해 가족이 감호의무자로 정신질환자를 가택에 감금하는 사택감치(domestic custody)가 합법화되었으며, 정신질환자는 사회적으로 격리되었고 배제되었다. 이 시기에는 가족이 정신질환을 발생시키는 원인으로 간주되었고, 가족들에게 정신질환자에 대한 법적 보호의무를 부과하는 사적 감호조치가 공인되었다. 가족들은 관청의 허가가 있으면 정신질환자를 사택에 감금하는 것이 가능했다(이용표 외, 2017). 이 시기는 정신질환자의 치료 및 보호보다는 사회로부터의 격리·수용이 중시되었으며, 지역의 공공안정을 유지하기 위한 사회치안 기능이 강조되었다(손지훈 외, 2019).

그러나 시간이 지나면서 이러한 '사택감치'의 부적절함에 대해 지속적으로 문제가 제기되었다. 이를 위해 사택감치에서 벗어나 정신병원으로 입원해야 한다는 주장이 되었지만 당시 정신과병상의 수는 크게 부족한 상태였다(1900년 약 2,000개의 병상). 이를 위해 일본은 1919년 각 현에 공공정신병원을 건립하기 위한 정신병원법(Mental Hospital Law)이 제정하였다. 그러나 제1차 세계 대전 이후, 그리고 제2차 세계 대전을 겪으면서 발생한 재정적 어려움으로 인해 일본은 이 법을 본격적으로 시행하지는 못했다(Setoya, 2012).

(2) 1949년 ~ 1970년대 초반(의료적 모델 적용, 감호에서 의료로의 발전)

1949년부터 70년대 초반까지 정신장애인(정신질환자)은 사회복지서비스의 대상이 아니라 의료서비스의 대상으로 간주되었다. 1949년 일본 정신병원협회가 설립되었으며, 1950년 '정신위생법(Mental Hygiene Law)'이 제정되었다. 정신위생법을 통해 정신질환에 대한 치료와 보호가 정책의 대원칙이 되고 정신병원 병상수가 확대되었다. 동시에 기존에 있었던 법률들(정신병자감호법, 정신병원법)은 모두 폐지되었다(Kanata, 2016).

정신위생법의 주요 특징은 다음과 같다.

- 정신병원은 도도부현 정부에 의해 설립되어야 한다.
- 1년 이내에 사택감치가 폐지되어야 한다.
- 정신질환자의 강제입원은 법적 책임자의 행정명령 또는 대리 동의에 의해 허용된다.
- 정신질환 외에도, 정신병질과 정신지체(psychopathy and mental retardation)도 법의 대상으로 포함시켰다.

이 법은 치료 및 보호라는 미명 아래 강제입원을 허용했고, 시간이 지나면서 정신의학 분야는 정신병원 주도의 치료가 지배하는 시스템 구축으로 이어졌다. 특히 사택감치 관행이 폐지되면서 기존에 자택에 수용되었던 정신장애인이 대거 나올 수밖에 없는 상황이 발생하였다. 이 시기의 일본 정부는 정신장애인을 지역사회에서 살아가게 하는 대신, 다른 곳에 수용시키는 방안을 강구하였다. 원칙적으로는 도도부현 정부가 정신의료기관을 설립했어야 했지만, 재정적자 때문에 정신장애인을 시설화하기 위한 정신병원 설립을 민간병원에 의존할 수밖에 없었다(Sakuragi, 2015:160; Kanata, 2016 재인용).

정신위생법에 따라, 도도부현 정부는 민간정신병원을 지정병원으로 선정하여 공공정신병원을 대체하고 보조금을 지급하였다. 일본 정신병원협회(JAPH, Japanese Association of Psychiatric Hospitals)는 정신위생법이 제정되기 1년 전인 1949년에 설립되었다. 정신위생법 제정과 JAPH의 설립이 거의 동시에 추진된 것이다. 실제로 정신위생법 초안은 JAPH에 소속되어 있는 몇몇 회원들에 의해 작성되었으며, 정부와 정신병원 산업과의 긍정적인 관계가 부각되는 내용들이 포함되었다(Sakuragi, 2015:160; Kanata, 2016 재인용). 이 외에 정신위생법을 통해 공공상담센터 및 가정방문서비스와 같은 새로운 정책들이 도입되었으며, 정신질환자의 입원 여부 결정에 관여하는 정신위생 감정의사 제도 등이 신설되었다(손지훈 외, 2019).

시간이 지나 1964년 3월 24일 비극적인 사건이 발생하였다. 당시 주일 미국대사였던 에드윈 오 라이샤워(Edwin O. Reischauer)가 과거에 정신과 에피소드를 경험한 19세 남성에게 칼에 찔린 중대한 사건이 발생한 것이다. 이 사건은 사회적으로 큰 파장을 일으켰다. 즉각적으로 일본 정부는 치료를 중단하고 지역사회에 거주하고 있는 정신질환자에 대한 경찰의 통제권을 강화하여, 정신병원에 다시 입원시키는 것을 용이하게 하기 위해 정신위생법을 개정해야 한다고 주장했다. 결국 라이샤워 사건이 발생한지 얼마 되지 않아, 1965년 6월 정신위생법이 개정되었다.

1965년 정신위생법이 개정되면서 정신질환자에 대한 지역사회지원책으로 '정신보건상담, 방문지도'를 주축으로 하는 보건소 정신위생업무가 추진되기 시작하였다(이용표 외,

2017). 하지만 동시에 이 개정안에는 정신질환자에 대한 관리와 통제를 강화하면서, 정신병원 강제입원을 강화하는 내용들이 포함되었다. Kanata(2016)는 이 개정안이 '지역사회중심의 서비스체계'와 '병원중심의 서비스체계' 강화라는 다소 모순된 관점이 동시에 채택된 것처럼 보이지만, 이 개정안의 주된 관심사가 '위험한 정신질환'을 가진 사람들로부터 대중을 보호하는 것이었음이 꽤 명백했다고 지적한다.

개정된 정신위생법은 원래 정신건강서비스에 관한 법이었지만, 이 개정법은 또한 경찰과 협력하여 사회 치안과 질서를 유지하는 데도 중요한 역할을 했다. 일본은 유럽과 미국처럼 탈시설화를 향한 발걸음을 내딛으려 했으나, 라이샤워(Reischauer) 사건에 대응하여 재시설화로 나아가면서, 전세계의 탈시설화 방향과 완전히 반대로 움직였다. 개정 정신위생법이 시행된 이후 일본의 정신의료기관 입원환자수는 증가했으며 병상수 또한 증가했다.

이 당시의 여파는 현재 일본에서 여전히 유지되고 있는 병원중심 구조, 시설화 구조를 굳건하게 만드는데 중요한 영향을 미쳤다. 정신과병상수는 1965년 164,027개에서 1985년 333,570개로 급격하게 증가했다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015; Kanata, 2016 재인용). 일본 정부는 운영비용이 적게 드는 민간 정신병원 건립을 계속 장려했으며, 2012년에는 모든 정신병원의 84%가 민간이었으며, 민간 정신병원은 모든 정신과병상의 92%를 차지하는 것으로 나타났다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012:3; Kanata, 2016 재인용).

정리하자면, 1949년부터 70년대 초반까지의 시기는 정신질환은 병이며, 병원에서 의사에 의해 치료받아야 한다는 인식이 강화되는 시기였다. 이를 토대로 전국적인 규모로 정신병원 정비가 이루어졌으며, 정신질환자에 대한 치료와 보호가 정책의 핵심원칙이었다. 정신질환자 관리에는 전염병 관리모델이 적용되었으며, 이는 의료적 관점으로 지역에서의 질병 발견과 조기 치료를 통해 사회복귀까지의 연속성을 확보하는 것에 초점을 두었다(이용표 외, 2017).

(3) 1970년대 ~ 1990년대 (지역사회통합 모델 적용)

1970년대부터 90년대까지는 지역사회통합 모델이 적용되는 시기라고 할 수 있다. 우선 시기에 일어난 하나의 사건이 일본 정신장애인 관련 법률의 변화에 큰 영향을 미쳤다. 바로 우쓰노미야 병원 스캔들(Utsunomiya hospital scandal)이며 이 사건은 1984년 3월 일본의 주요 신문 중 하나인 아사히신문에 의해 공개되었다.

우쓰노미야 병원 남성 간호직원 중 일부에 의해 두 명의 환자가 쇠파이프로 맞아 숨졌다는 기사가 보도되었다. 조사가 진행되면서 3년 동안 이 병원에서 222명의 환자가 의심스러운

상황에서 사망한 것으로 밝혀졌으며(Kobayashi, 1993:70), 무면허 직원이 임상 절차에 참여하였고, 병원 내 많은 환자들이 정신위생법에 따라 불법적으로 구금된 것으로 밝혀졌다(Nakamura, 2013:59; Kanata, 2016 재인용).

우쓰노미야 병원은 정신병원 설립 붐이 일던 1961년 민간 정신병원으로 문을 열었다. 병원의 소유주이자 원장은 원래 내과의사였지만 나중에 정신병원을 운영하는 것이 다른 병원보다 더 이익이 된다는 것을 발견하고 정신과의사가 되었다(Kobayashi, 1993 : 70; Kanata, 2016 재인용). 이 병원은 다른 병원에서 거부당한 환자를 받아들였고, 원래는 57병상에 불과하였지만 수년에 걸쳐 1983년까지 920개의 병상으로 빠르게 증가하였다(Nakamura, 2013 : 59). 우쓰노미야 병원 스캔들에 관한 기사들은 이전에는 중요하지 않게 인식되었던 정신병원 현실과 입원한 정신질환자가 받은 치료법을 둘러싼 암울한 상황들을 새롭게 조명하였다. 우쓰노미야 병원 사건으로 인한 소동은 일본 시민들뿐만 아니라 국제사회로부터도 많은 관심을 끌었다. 국제법관위원회(ICJ, International Commission of Jurists)와 국제보건전문위원회(ICHP, International Commission of Health Professionals) 소속 회원들이 일본을 방문해 정신병원 진료 현황을 조사했다. 외부 및 내부 압력으로 일본 정부는 정신병원 입원환자의 인권을 보호하기 위해 정신위생법의 과감한 개정을 진행할 수밖에 없었다(Kanata, 2016).

1987년 '정신위생법'이 '정신보건법(Mental Health Law)'으로 개정되고 1988년부터 시행되었다. 정신의료기관 입원환자의 인권보호, 그리고 정신질환자의 사회복귀의 중요성이 법률에 처음으로 규정되었다.

주요 개정사항은 다음과 같다.

① 정신장애인 본인의 동의에 의한 자의입원제도 신설,

② 입원시 서면고지 제도 신설,

③ 정신위생감정의제도를 정신보건지정의제도로 개정,

④ 강제입원 필요성 및 치료의 적절성 심사 역할을 위해 각 도도부현에 정신의료심사회(Psychiatric Review Board) 설립,

⑤ 정신과병원에 대한 보고징수·개선명령에 관한 규정 신설,

⑥ 정신질환자 사회복귀시설에 관한 규정 신설 등임.

정신보건법은 제1조 목적에 정신질환자의 '사회복귀 촉진', '복지 증진'이라는 규정이 명시되어 상징적으로 기존과 다른 맥락을 보여주고 있다. 정신보건법에는 사회복귀시설에 관한 규정이 포함되었고 구체적으로는 원호기숙사(생활훈련시설)와 수산시설 등이 법정시설에

추가되었다(이용표 외, 2017).

정신보건법에서 규정된 것처럼, '생활훈련시설, 직업재활시설' 등 사회복귀시설 설치는 병원에서 지역사회로의 전환의 첫걸음으로 볼 수 있다. 정신보건법의 도입은 환자가 입원하는 방식에 획기적인 변화를 가져왔다. 자의입원은 정신질환자들이 그들 자신의 의지로 병원에 있을 수 있게 해 주었고, 이것은 당사자가 원한다면 퇴원할 수 있다는 것을 의미했다(Kanata, 2016).

1993년 12월 심신장애인대책기본법을 전면개정하여 장애인기본법(Basic Law for Persons with Disabilities)이 제정되었다. 장애인기본법은 이념 법으로서의 위치에 있지만, 제2조 장애인의 정의를 '신체장애, 정신박약(현·지적장애) 또는 정신장애로 인해 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 자'로 하여 처음으로 정신질환자를 장애인으로 규정하였다. 장애인기본법 제정으로 인해 일본 정부는 장애인기본계획을 구축해야 하는 것이 의무화되었으며, 각 지방자치단체에게도 장애인계획 수립이 촉구되었다(이용표 외, 2017). 장애인기본법이 제정되기 전에는 정신장애인에 관한 유일한 입법 조치가 정신보건법에만 규정되어 있었다. 장애인기본법이 제정되면서 정부는 정신장애인 정책에 대해 더 많은 압박을 받게 되었고, 결국 일본 정부는 정신장애인을 위한 복지 프로그램도 수립해야만 했다(Kanata, 2016).

1995년 장애인 액션 플랜(Action Plan for Persons with Disabilities)이 수립되었다. 액션 플랜에 의해 장애인의 정상화(Normalisation)를 달성하기 위한 7개년 전략이 수립되었으며, 액션 플랜 기간 내에 달성해야 하는 목표 수치를 설정함으로써 정신장애인을 위한 복지 프로그램이 확대되었다(Cabinet Office, 1995). 이 액션플랜은 장애인이 사회 구성원으로서 지역사회에서 살아갈 수 있도록 2003년부터 2012년까지 10년 동안 연장되었고, 2012년 6월 현황을 보면, 14,774명의 정신장애인이 그룹홈, 케어홈(care homes) 등 숙박형 재활시설(accommodation-type rehabilitation facilities)에 머무르는 것으로 나타났으며, '지역활동지원센터, 지속적 고용지원, 고용을 위한 전환 지원, 신체적 기능과 사회적 능력 향상을 위한 훈련' 등과 같은 주간서비스를 이용하는 정신장애인은 78,697명으로 나타났다(Mental Health and Welfare White Paper, 2014:231; Kanata, 2016 재인용)

1995년 '정신보건법'이 '정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(Mental Health and Welfare Law, 이하 정신보건복지법)'로 개정되었다. 이로써 일본의 정신장애에 관련된 법제도에 처음으로 '복지'라는 문언이 추가되었으며, 법률의 목적, 그리고 국가 및 지방공공단체의 의무에 '정신장애인의 자립과 사회경제활동의 참여 촉진을 위해 필요한 원조'라는 문구

가 추가되었다. 그리고 다른 장애인(신체장애, 지적장애 등)과 마찬가지도 수첩제도가 추가되었다(정신보건복지법 제45조 정신장애인보건복지수첩). 이 수첩을 취득하면 통원의료비 공비부담제도 신청절차를 간략화 할 수 있으며, 생활보호에서 장애인 가산을 받을 수 있고, 지방자치단체의 공공시설 이용 시 이용료 감면 등의 혜택을 받을 수 있게 되었다(이용표 외, 2017). 또한 사회복귀시설에 생활 훈련 시설(원호 기숙사)과 수산 시설(직업 재활) 뿐만 아니라 복지 홈(원호 기숙사)과 복지 공장(직업 재활)이 추가되었다. 더불어 통원환자 재활사업(사회적응 훈련 사업)도 법정화 되었다. 하지만 이러한 변화에도 불구하고 시설에 있는 정신장애인이 지역사회로 이동하는 것은 미미하게 나타났다(손지훈 외, 2019).

정신장애인의 재활과 사회참여를 촉진하기 위해 1997년 정신건강사회복지사법(Psychiatric Social Workers Act)에 의해 국가 정신건강사회복지사 자격증(National Certification for Psychiatric Social Workers)이 제정되었다. 이 자격 제도가 도입되기 전 대부분의 정신건강사회복지사는 정신병원이나 클리닉 등 의료기관에서 근무했다. 그러나 1995년 정신보건복지법 개정 이후 복지 프로그램이 도입되고 나서, 커뮤니티 케어 서비스가 점차 증가함에 따라 정신건강사회복지사는 지역사회에서도 일하기 시작했다. 등록된 정신건강사회복지사 수는 2016년 3월 말 71,371명이다(Social Welfare Promotion and National Examination Center, 2016). 2012년 조사에 따르면 정신건강사회복지사의 35%가 의료기관에서 근무하고 30.2%가 지역사회에서 근무했으며 13.4%가 정부기관에서 근무하는 것으로 나타났다(Social Welfare Promotion and National Examination Center, 2012; Kanata, 2016 재인용).

1999년 '정신보건복지법'이 또 한 번 개정되었다(Revision of Mental Health and Welfare Law). 1999년 정신보건복지법 주요개정 내용은 입원환자의 인권옹호 확립, 의료보호입원 요건의 명확화, 의료보호입원 등을 위한 이송제도의 창립, 보호자의 자타해 방지 감독의무 삭제, 재가복지서비스에서의 시정촌의 역할강화 등이다. 99년 개정을 통해 새롭게 나타난 지역사회서비스 변화는 다음과 같다. 첫째, 정신장애인 '거택생활지원사업'이 확장되었다. 여기에는 기존의 정신장애인지역생활원조사업(그룹홈)과 더불어 정신장애인 거택개호 등 사업(홈헬퍼), 정신장애인 단기입소사업(쇼트스테이)이 새롭게 추가되었다. 둘째, 사회복귀시설로 상담·지도·조언을 종합적으로 실시하는 '정신장애인지역생활지원센터'가 새롭게 법제화 되었다. 셋째, 복지서비스이용 상담·알선 및 통원의료에 관한 공비부담제도의 신청업무 등의 주관이 기존의 도도부현에서 시정촌으로 이양되었다(이용표 외, 2017).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(4) 2000년대 ~ 현재 (일본 정신건강시스템 개혁의 시기)

일본은 1970년대부터 90년대까지 정신보건법을 정신보건복지법으로 개정하는 등 지역사회통합 모델을 적용하기 위해 노력하였지만, 여전히 장기입원 문제는 나아지지 않았으며, 다른 OECD국가들과 비교하였을 때 정신과병상수는 월등히 높은 것으로 나타났다. 이를 위해 2000년대 이후 일본은 이러한 현상을 해결하기 위한 대책을 모색하기 위해 정신건강시스템 개혁 방안을 지속적으로 마련하였다.

또한 2006년 12월 유엔 총회에 의해 채택되어 2008년 5월에 발효된 CRPD는 장애를 기반으로 모든 형태의 차별을 금지하고 조약 당사자들에게 장애인에게 필요한 편의를 제공할 것을 요구한다. 일본은 2007년 9월 CRPD에 서명했지만 6년 이상을 비준을 위한 법적 토대를 마련했다. 일본은 특히 CRPD의 핵심 주제인 정당한 편의제공(reasonable accommodation) 원칙을 촉진시키기 위한 조치들을 강구했다. CRPD가 일본의 장애인 관련 법률에 미친 영향에는 장애인기본법 개정, 장애인종합지원법 제정 등이 있으며, 가장 중요한 것은 장애인차별금지법을 제정하고, 오랜 시간을 거쳐 시행하게 만든 원동력이 되었다는 것이다.

① 정신건강복지정책의 미래방향(Future Direction on Mental Health and Welfare), 2002

일본의 정신건강시스템 개혁 과정은 사회보장위원회의 정신건강소위원회가 발표한 보고서에서 시작되었다. 정신건강소위원회는 장애인위원회 산하로 당사자단체, 가족단체, 전문가단체, 민간·공공병원협회, 지자체, 변호사, 연구원 등 다양한 이해관계자 대표로 구성돼 있다. 2002년 소위원회는 11차례의 회의를 열어 보고서 '정신건강복지정책의 미래방향'을 만들었다. 이 보고서는 일본의 정신건강복지의 현황을 논의하고 향후의 방향과 실천방안을 개략적으로 제시하였다. 핵심 정책은 '병원기반치료에서 지역사회 중심의 보건의료 및 복지로의 전환'이었다(Yajima, 2005; Setoya, 2012 재인용). 2002년 12월이 보고서 발행 직후, 정부는 정신건강복지 본부(headquarters for Mental Health and Welfare)를 개설했다.

② 정신보건복지서비스 개혁 비전(Reform Vision for Mental Health and Welfare Services), 2004

2004년 후생노동성은 '정신보건복지서비스 개혁 비전'을 제출하였다. 이 비전의 전반적인 목표는 '시설기반 치료(hospital-based care)에서 지역사회기반 돌봄(community-based

care)으로의 전환'을 실현하는 것이었다. 이 목표를 달성하기 위해, 후생노동성은 사회적 입원 관행을 해체할 의사를 선언했다. 사회적 입원은 사회적 이유로 퇴원할 수 없는 장기입원 환자의 지속적인 입원을 말한다. 당시 일본 정부가 추산한 사회적 입원 사례는 약 7만 명으로 나타났다. 일본 정부는 정신과치료 시스템을 개혁하고, 동시에 커뮤니티 케어 체계를 강화하여 사회적 입원 상태에 있는 환자들을 퇴원시킬 계획을 세웠으며, 보다 구체적으로 10년 이내에 정신과병상 수 70,000개를 감소한다는 목표를 설정하였다(Kanata, 2016). '정신보건복지서비스 개혁비전'(2004)의 주요 목표는 다음과 같다(손지훈 외, 2019).

가. 국민의식 변혁

- 정신질환은 누구나 걸릴 수 있는 질병이라는 인식을 90% 수준까지 제고함

나. 정신의료 체계의 재편

- 입원병상 감축(2014년까지 입원병상 7만개 감축, 35만 →28만 5천)
- 도도부현 정신의료기관 정신질환자 잔존율 24% 이하, 퇴원율 29%이상
- 입원환자의 조기퇴원을 촉진하기 위해 정신의료병상을 급성기, 사회복귀, 중증요양, 노인병상 등으로 분화시키고, 환자의 병상유형에 따라 적정한 치료인력 배치, 표준 치료계획에 근거한 서비스 제공

다. 지역사회 기반의 지원체계 재편

- 일상생활에 부합하는 주거, 생활, 활동 등에 대한 지원체계 개편, 상담체계 확충
- 시설단위의 재정지원방식 대신 사회복귀시설마다 성과가 반영되는 개별단위 재정지원방식 검토
- 시정촌이 개별 정신장애인에 대해 케어매니지먼트를 활용하여 종합적 자립지원계획을 수립한 다음 급여를 결정함
- 장애정도에 대한 평가척도를 명확히 하고, 장애인복지수첩의 신뢰성 제고

라. 정신보건복지시책의 기반 강화

- 도도부현 수준의 계획 수립, 병상의 기능분화 추진, 장애평가 척도의 명확화, 서비스메뉴의 정리, 표준 케어모델 개발
- 장애정도별 필요비용 검토, 통원공비부담 이용자실태분석을 통한 대응책 수립
- 지역간 조치입원의 격차와 병원 의료체계를 재검토하여 격차해소방안을 추진
- 사회복귀시설, 주택지원사업 이용실태를 분석하여 입소시설 거주자와 지역 거주자 간의 서비스 균형을 추진

국가인권위원회 humanrights.go.kr

③ 장애인과 지역사회 복지를 위한 미래 정책(Future Policies for People with Disabilities and Community Welfare) (개혁을 위한 광대한 비전), 2004

일본은 2004년에 장애인과 지역사회 복지를 위한 미래 정책을 발표했다. 이른바 '개혁을 위한 광대한 비전'이라 불리는 이 계획은 세 가지 주요 목표를 가지고 있다.

첫째, 이 계획은 세 가지 장애(신체장애, 지적장애, 정신장애)에 걸쳐 있는 보건복지정책과 서비스의 통합을 요구한다. 둘째, 이 계획은 장애인의 자립을 더 잘 지원하기 위한 시스템의 변혁을 요구한다. 셋째, 이 계획은 지속가능한 보건 시스템의 개발을 요구하고 있다(Yajima, 2005; Setoya, 2012 재인용). 이러한 목적을 달성하기 위해 광대한 계획은 다음 논의에서 다루듯이 장애인지원에 관한 법률로 이어지는 새로운 법의 통과를 제안했다.

④ 장애인지원법(Act on Support for Persons with Disabilities), 2005

2004년에 발표된 '장애인과 지역사회 복지를 위한 미래 정책'은 세 가지 장애(신체장애, 지적장애, 정신장애) 관련 정책 및 서비스의 통합을 요구하였고, 이에 영향을 받아 2005년 '장애인지원법'이 제정되었다. 장애인지원법의 핵심내용은 다음과 같다. 첫째, 장애인정책에서 세 가지 장애(신체장애, 지적장애, 정신장애)를 일원화하는 것이다. 둘째, 이용자 중심으로 서비스체계를 구축하는 것이다. 셋째, 장애인의 취업지원을 강화하는 것이며, 넷째, 장애인 지원 결정 과정을 투명하고 명확하게 하는 것, 마지막으로 장애인지원 관련 재원을 안정적으로 확보하기 위한 것이다.

장애인지원법에 따라 장애인 복지 서비스가 일원화되어 신체, 지적, 정신장애 서비스를 통합적으로 제공받게 되었다. 장애인지원법은 장애인의 지역생활 취업을 촉진하고 자립을 지원하는 관점에서 지금까지 장애종별마다 상이한 법률에 기초하여 제공되어왔던 복지서비스, 공비부담의료 등에 대해 공통의 제도 하에 일원적으로 제공하는 구조를 창설하도록 하여 자립지원급여의 대상·내용·절차 등, 지역생활지원법, 장애복지계획의 작성, 비용부담 등을 규정하고 동시에 정신보건복지법 등의 관계 법률 또한 개정되었다. 장애인지원법이 제정되면서 이전에 정신보건복지법에 규정되어 있었던 복지 및 의료에 관한 규정은 장애인지원법으로 통합되었다. 이를 통해 장애인통원의료비 공비부담제도는 자립의료로 규정되었으며, 정신장애인 거택생활지원사업에 관한 사항 및 정신장애인사회복귀시설에 관한 사항은 장애복지서비스 등으로 규정되었다(이용표 외, 2017).

장애인지원법은 기존의 신체적, 지적, 정신적 장애를 가진 사람들에게 중구난방으로 제공되던 서비스를 통합하고 동일한 유형의 서비스로 제공하기 위해 전반적인 서비스를 재편했다. 특히 이전의 장애인서비스 체계는 신체적 및 지적장애에 대한 서비스만 포함했기 때문

에, 이러한 구조의 재편은 정신장애인 관련 서비스에 있어 특히 중요했다. 즉, 장애인지원법이 제정되기 전까지, 정신장애인에 대한 서비스에는 안정적인 예산이 지원되지 못했다. 또한 장애인지원법은 시설 시스템 분류를 재구성하고 단순화함으로써 이용자 중심의 서비스를 강조한다. 더불어 장애인법은 또한 고용지원을 강화하여 일본 사회가 장애인을 더 고용할 수 있도록 노력하는 것에 치중했다. 장애인지원법은 주로 비의료적인 서비스들과 관련되어 있지만, 일부 의료서비스와 관련된 내용도 포함되었다. 가령 의료비를 위한 지불 시스템을 변경하였는데, 보다 구체적으로 정신과환자에 대한 보험 환급을 5%에서 10%로 증가하였으며, 소득에 따라 지급하는 보조금 내용을 추가했다(Setoya, 2012).

장애인지원법이 제정되기 전까지, 사회복귀시설은 정신보건복지법에 따라 규정되었다. 기존의 정신보건복지법은 재활을 다섯 가지 범주로 구분하였다. 일상생활 훈련 시설, 직업재활 시설, 복지홈(welfare homes), 복지 공장(welfare factories), 지역사회생활지원센터 등이다. 장애인지원법 제정 이후 신체적, 지적, 정신적 장애인의 복지 시설이 통합되었다. 정신장애인을 위한 주요 서비스에는 그룹 홈, 지역 활동 지원센터, 재가 지원, 상담 서비스 및 고용 서비스 등이 포함되었다. 사회복귀시설은 대부분 민간 사회복지법인 또는 민간 보건의료 법인에 의해 제공된다. 두 종류의 조직은 모두 비영리 단체로 운영된다. 2008년에는 1,791개의 주거서비스를 제공하는 사회복귀시설이 21,084명의 이용자에게 서비스를 제공한 것으로 나타났다. 한 주거시설의 평균 자리수는 11.7자리수로 확인되었다. 또한 통원재활(ambulatory rehabilitation)을 위해 1,314개의 시설이 27,493명의 이용자에게 서비스를 제공하는 것으로 분석되었다(Setoya, 2012).

⑤ 정신보건복지법 개정, 2005

2005년 장애인지원법이 제정되면서, 같은 해 정신보건복지법 또한 개정되었다. 이 개정은 장애인지원법의 영향을 받았는데, 가령 정신보건복지법의 목적규정에 '장애인지원법과 더불어'라는 문언이 추가되고 장애인지원법에 의해 재편되는 제도와 서비스의 검토가 실시되었다. 이에 따라 정신보건복지법 상의 '장애인복지 및 의료에 관한 사항'은 삭제되었고, 이 내용은 장애인지원법에 규정되었다.

2005년 정신보건복지법 주요 개정내용은 다음과 같다. 첫째, '정신분열증' 명칭을 '통합실조증'으로 변경하였다. 둘째, 정신의료심사회의 합의체 구성을 재검토하여 기존에 3명으로 구성되었던 의료영역 위원을 1명으로 변경하였으며, 셋째, 구급의료체제를 정비하여 정신보건지정의가 부재되어 있는 상황에서 응급이 발생할시 이용할 수 있는 '특정의사에 의한 입원제도'를 창설하였다. 넷째, 정부의 개선명령에 따르지 않는 정신과병원의 명칭, 주소

국가인권위원회 humanrights.go.kr

등을 공표할 수 있도록 하였다. 다섯째, 정시적으로 이루어지는 정신과병상 보고를 재검토하여 개선명령 등을 받은 정신병원에 입원하는 임의입원환자 병상 보고를 요구할 수 있도록 하였다. 그리고 환자들의 처우의 타당성에 대해 정신과의료심사회에 자문을 구할 수 있도록 하였다. 더불어 의료보호입원의 정기 병상보고서 양식에 임의입원으로 이행하지 못하는 이유 등에 대한 내용을 추가하였다(이용표 외, 2017).

⑥ 정신장애인을 위한 퇴원지원사업(Discharge Support Project), 2006

일본 정부는 퇴원하는 정신과 입원환자를 지원하고, 퇴원 이후 지역사회 삶을 유지시키기 위해 수많은 프로젝트를 시행했다. 그 중에 첫 번째는 정신장애인을 위한 퇴원지원사업(Discharge Support Project)으로 2006년 일본 전국에서 시행되었다. 이 사업에 의해, 증상이 안정된 입원환자들은 퇴원 전 6개월부터, 퇴원 후 1개월까지 병원을 방문하는 서포터들과 함께 퇴원 훈련을 받았다. 그러나 일부 지방자치단체는 재정적인 문제를 가지고 있었으며, 일부 정신병원은 협조적이지 않아 이 사업은 만족스러운 성과를 거두지 못했다(Furuya, 2015a:80; Kanata, 2016 재인용).

2006년 시작된 퇴원지원사업은 2008년 정신장애인을 위한 지역사회 전환지원 프로젝트(Community Transition Support Project for people with mental disorders)로 보완되었다. 이 프로젝트에는 지역사회 코디네이터가 추가되었으며, 이들은 정신장애인 지역사회 삶에 필요한 지원과 서비스를 관리하는 새로운 역할을 담당하게 되었다.

2010년에 이 프로젝트는 다시 개정되어 '지역사회 전환 및 지속 가능한 지역사회 생활지원 프로젝트'(Community Transition and Sustainable Community Life Support Project)가 되었다. 개정되면서 지역사회에 거주하고 있는 미치료 환자들을 위한 지원 시스템, 동료지원가 역할, 지역사회 인식개선 등의 내용들이 추가되었다.

그러나 이러한 지속적인 노력에도 불구하고 정신과병상수는 2004년 354,923개에서 2012년 342,709개로 감소가 12,214개에 그쳐 목표치였던 7만개에는 크게 미치지 못했다. 정신과 입원 환자를 퇴원시키고 지역사회 생활을 지원하기 위해 2006년부터 많은 프로젝트가 도입되었지만 일본 정부는 이러한 프로젝트들을 시범사업으로만 한정하였으며, 광범위한 사업으로 확장하지 않았다는 한계점이 있다(Kadoya, 2015; Kanata, 2016 재인용).

⑦ 정신보건 및 복지에 대한 추가적인 개혁(Further Reform of Mental Health and Welfare), 2009

2004년에 후생노동성이 발표한 '정신보건복지서비스 개혁 비전' 이후 2009년 '정신보건

복지에 대한 추가적인 개혁'이라는 중간보고서가 발표되었다. 2009년 중간보고서는 2004년 개혁 비전과 유사하게 '병원에서 지역사회로 전환'을 다시 강조했다. 추가 개혁의 네 가지 방향은 첫째, 정신건강시스템의 재구성, 둘째, 의료서비스의 질 향상, 셋째, 지역사회 지원체계 강화, 넷째, 정신건강에 대한 대중의 인식 제고이다. 이러한 목표의 달성을 위한 지표 중 가장 중요한 것은 5년 안에 정신의료기관에 입원 중인 4만 6천 명의 환자를 퇴원시킨다는 목표였다(Setoya, 2012).

⑧ 정신건강정책 구축 컨퍼런스(The Mental Health Policy Framing Conference), 2010

2010년 4월, 후생노동부 장관과 함께 정신건강정책 구축 컨퍼런스라는 자발적인 협의체가 설립되었다. 이 협의체는 모든 위원 중 30%가 정신장애인 당사자 또는 가족 구성원이라는 점에서 다른 위원회와는 차별성이 있었다. 논의의 상당한 시간이 당사자와 가족의 요구에 귀를 기울이는 데 소요되었고, 치열한 토론 끝에 회의 참가자들은 장관에게 권고서를 제출했다. 그 권고에는 정신건강기본법(basic mental health law) 입법이 제안되었고, 이 법을 통해 정신건강서비스를 일본의 기본 정책에 통합시킬 것을 제안했다. 이 협의체는 또한 다학제 아웃리치팀, 응급정신과, 치료 분야를 세분화하는 것(e.g., 아동청소년, 우울증, 물질남용, 치매 등) 등을 제안했다. 또한 가족들에 대한 돌봄의 확대를 제안했다(Setoya, 2012).

⑨ 각 도도부현에서 구축하는 의료계획에 정신질환 포함, 2011

일본에서는 각 도도부현이 5년마다 의료계획(Medical Plan)을 수립해야 한다. 이 의료계획의 주요 안건에는 이전에 4가지 질병(암, 뇌졸중, 심혈관질환, 당뇨병)과 5가지 영역(응급, 재난, 농촌, 주산기(perinatal), 소아과(child medicine))을 포함했다.

2011년 7월 일본은 정신질환을 의료계획에 포함되어야하는 다섯 번째 질병으로 추가하였다. 각 도도부현은 핵심병원 지정(designation of core hospital), 지역사회지원 개발, 의료네트워크시스템 등 질병과 영역별 계획을 세워야 한다. 의료계획에 정신질환 포함은 2013년부터 시행되었고, 지역사회 보건의료서비스를 계획하고 시행함으로써 정신건강서비스에 대한 관심을 높이는 것에 기여하게 되었다(Setoya, 2012).

⑩ 장애인기본법 개정, 2011

일본은 2007년에 UN장애인권리협약에 서명한 이래 국내법의 정비를 비롯해 관련 대응을 추진해 왔다. 우선 일본 내각은 2011년 장애인기본법(Basic Law for Persons with Disabilities)을 개정하기로 결정했다. 장애인기본법은 1970년 제정되었으며, 2004년 개정되면서 장애인에

대한 차별 금지가 기본적 이념으로 명시된 바 있다. 2011년 주요 개정안에는, 수화를 공용어로 인정하는 것, 장애인 당사자 보호를 위한 새로운 틀을 만드는 것, 투표를 위한 정당한 편의제공 개선, 장애인 대상 범죄를 줄이기 위한 조치 도입 등이 포함되었다. 또한 장애 관련 사항을 변경하기 전에 그 문제가 충분히 논의될 수 있도록, 장애정책위원회(Disability Policy Committee)를 설치하였다(Osamu, 2013). 주요 개정 내용은 다음과 같다.

(1) 사회적 모델(social model)에 기반한 장애(disability)에 대한 새로운 정의 (여기에는 사회적 장벽(barriers in society)이 언급된다)
(2) 세 가지 기본원칙의 확립 (지역사회 삶 증진, 장애에 기반하여 이루어지는 차별 금지, 국제적 파트너십 증진)
(3) 언어로서 수화를 인정하는 것
(4) 범죄 및 재해로부터 장애인을 보호하는 것
(5) 소비자로서의 장애인을 보호하는 것
(6) 선거 및 사법 절차에서 정당한 편의제공
(7) 국제 협력 증진

2011년 8월 장애인기본법이 개정됨에 따라, 사회적 장벽을 제거하기 위해 "필요하고 정당한 편의제공이 마련되어야 한다"는 조항이 추가되었다(제4조, 제2항). 문구의 표현이 다소 모호하지만, UN장애인권리협약의 핵심 개념인 정당한 편의제공을 위한 조항이 처음으로 일본 국내법에 들어갔다는 측면에서 의미가 있다.[35] 또한 UN장애인권리협약의 취지를 근거로, 장애인기본법 제2조 제2항에서 사회적 장벽에 대해서, '장애가 있는 사람에게 일상생활 또는 사회생활을 하는 데 장벽이 되는 사회의 물리적 요인, 제도, 관행, 관념 기타 일체의 것을 말한다.'라고 정의되었다. 또한 기본원칙으로서 같은 법 제4조 제1항에 '누구도 장애자에게 장애를 이유로 하여 차별하는 것 기타 권리 이익을 침해하는 행위를 해서는 안 된다'는 것, 또한 같은 조 제2항에 '사회적 장벽의 제거는 그것을 필요로 하는 장애자가 실제로 존재하고 그 실시에 따른 부담이 과중하지 않을 때에는 그것을 게을리함으로써 전 항의 규정에 위반하게 되지 않도록 그 실시에 대해서 필요하고 합리적인 배려가 이루어져야 한다.'는 것이 규정되었다(서원선, 이수연, 2018).

장애인기본법 개정으로 인해 장애인 대표가 참여하는 장애인정책위원회(The Disability Policy Committee)가 설치되었으며, 이 위원회는 장애문제에 대한 정책적 권고를 한다.

35) Mayumi, Shirasawa (2 October 2014). "The Long Road to Disability Rights in Japan". Nippon.com. https://www.nippon.com/en/currents/d00133/

장애정책개혁위원회에서와 마찬가지로 '우리를 제외하고 우리에 관해 논하는 것은 의미가 없다'는 철학이 이 새로운 위원회의 구성에 반영되었다(Osamu, 2013).

⑪ 장애인의 일생생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률, 2012

일본 정부는 UN장애인권리협약을 비준하기 전에, 2012년 '장애인자립지원법'을 재정비하여 "장애인의 일생생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률"(이하, 장애인종합지원법(Comprehensive Support Act for Persons with Disabilities))로 개정하였다. 2005년 장애인자립지원법 제정이후 서비스에 대한 응익부담(정률부담) 원칙에 대해 많은 장애인 당사자들이 반발하였다. 비용부담을 응능부담이 아니라 응익부담으로 변경한 것은 위헌이라는 주장이 계속해서 제기되었다. 많은 장애인들이 국가를 상대로 소송을 제기하였고, 결국 비용부담의 응능부담 원칙에 대한 합의가 성립되면서 2012년 장애인서비스체계를 종합적으로 정비하여 '장애인종합지원법'이 성립되었다(이용표 외, 2017). 장애인종합지원법이 개정되면서 다음과 같은 내용들이 추가되었다. 장애인서비스의 범위를 희귀질환자까지 확대하였으며, 재가지원서비스 범위가 신체장애인을 넘어 지적장애인, 심리사회적장애인(정신장애인)까지 확대되었으며, 개인별 의사결정 지원을 도입하였다(Osamu, 2013). 이와 더불어 공동생활개호(케어홈)를 공동생활원조(그룹홈)으로 일원화하였다. 또한 지역이행지원의 대상을 정신병원 입원자로 확대하여 정신장애인에 대한 지역이행계획 수립, 방문상담, 지역사회시설 체험, 주거확보와 관계기관 조정 등의 서비스를 제공하였으며, 지역사회생활지원사업으로 시민후견인 육성, 의사소통지원인 양성 등이 추가되었다(이용표 외, 2017). 또한 장애인종합지원법에서는 그간 '장애정도구분'이 지적장애, 발달장애, 장신장애 상태를 적절히 반영하지 못하고 있다는 지적을 바탕으로 장애의 다양한 특성 기타의 심신 상태에 따라서 필요한 표준적인 지원의 정도를 종합적으로 제시하는 '장애지원구분제도'가 도입되었다. 특히 지적장애 및 정신장애에 대해서는 컴퓨터 판정(일차 판정)에서 낮게 판정되는 경향이 있어서 이에 대한 적절한 배려 및 기타 필요한 조치를 강구하였다(권오용 외, 2018).

⑫ 장애인차별금지법 제정 및 시행

UN장애인권리협약 비준을 향한 세 번째이자 마지막 과정은 장애인 차별을 금지하기 위한 독립 법률의 제정이었다. 2012년 9월 장애정책위원회(Disability Policy Committee) 장애차별소위원회는 이 새로운 법의 주요 개요를 제안했다. 여기에는 비장애인과 비교해 장애인이 경험하는 불평한 처우, 그리고 정당한 편의제공 거부를 장애를 이유한 차별로 정의하였다(Osamu, 2013).

민주당 정권이 시작된 2009년에 UN장애인권리협약 비준을 위해 개시된 장애인제도 개혁의 로드맵에서 장애인차별금지법을 2013년에 통상 국회에 제출하게 되었으며, 그 이전인 2011년 9월에 내각부 '장애인제도 개혁추진회의'를 기본으로 새로운 차별금지부회가 설치되었다. 장애인정책위원회 아래의 부회로 4회, 총 25회의 회의를 진행했고, 2012년 9월에 '장애인 정책위원회 차별금지부회의견'(이하, 부회의견)을 정리하였으며, 같은 해인 2012년 12월에 다시 민주당에서 자민당으로 정권이 교체되었다. 정권교체 초기에 차별금지법의 행방이 불투명했지만, 2013년 3월에 자민당과 공명당의 워킹팀이 '장애를 이유로 하는 차별의 금지에 관한 입법 제정'에 관련된 주요 논점과 기본적인 방침에 대해서 야당의 워킹팀의 논점과 방침을, 그 후 민주당과의 협의를 거쳐 4월의 시점에서 다시 법안을 발전시켜 '차별해소법'이라는 명칭의 법안 요강과 골자의 법안이 제시되었다. 그리고 4월 26일에 차별해소법이 각료회의를 거쳐 국회를 통과하였다(정희경, 허숙민, 2014).

장애인차별금지법(The Elimination of Discrimination against Persons with Disabilities Act)은 2013년 6월 UN장애인권리협약 비준에 앞서 제정되었고, 2016년 4월부터 시행되었다. 이 법 제7조 제2항에는 "행정기관 등은 사회적 장벽 제거를 위해 필요하고 정당한 편의제공을 해야 한다"고 규정하고 있다. 한편, 민간기관에 경우 "사회적 장벽 제거를 위해 필요하고 정당한 편의를 제공하기 위해 노력하여야 한다"고 명시되어 있다(제8조 2항)[36]

장애인차별금지법의 대상은 다음과 같다. 장애인기본법 제2조 제1호에서 규정하는 장애인, 즉 '신체장애, 지적장애, 정신장애(발달 장애 포함), 기타 심신의 기능의 장애가 있는 사람으로 장애 및 사회적 장벽에 의해 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 상태에 있는 사람'을 말한다. 이러한 정의는 장애인이 일상생활 또는 사회생활에서 받는 제약은 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애 포함) 기타 심신의 기능의 손상에서만 기인하는 것이 아니라, 사회의 다양한 장벽 때문에 발생한다는 '사회적 모델'의 개념이 반영된 것이라 할 수 있다. 따라서 장애인차별금지법은 장애인수첩 소지자로 대상이 한정되어 있지 않으며, 사회적 장벽으로 장애(사회참여에서의 제약)를 경험하는 사람들을 모두 포함하고 있다(서원선, 이수연, 2018).

일본의 장애인차별금지법에서 제시하는 정당한 편의제공 개념은 다음과 같다. UN장애인권리협약에서 제시하고 있는 정당한 편의 정의를 바탕으로 행정기관 및 사업자에게 그 사무·사업을 함에 있어 개개의 장면에서 장애인으로부터 실제로 사회적 장벽의 제거가 필요하다

36) Mayumi, Shirasawa (2 October 2014). "The Long Road to Disability Rights in Japan". Nippon.com. https://www.nippon.com/en/currents/d00133/

는 취지의 의사 표명이 있었을 경우에, 그 시행에 따른 부담이 과중하지 않을 때에는 장애인의 권리 이익을 침해하지 않도록 사회적 장벽의 제거 실시에 대해서 정당한 편의를 제공할 것을 규정하고 있다. 장애인이 경험하는 제약은 손상에서만 기인하는 것이 아니라 사회의 다양한 장벽과 상호작용하면서 발생한다. 즉 정당한 편의제공은 장애인의 권리·이익이 침해되지 않도록 장애인 개개인이 직면하는 사회적 장벽을 제거하기 위해 필수적이고 합리적인 조치이다. 정당한 편의제공은 행정기관 및 사업자의 사무·사업의 목적·내용·기능에 비추어 필요한 범위에서 본래의 업무에 부수하는 것에 한정되는 것, 장애가 없는 사람(비장애인)과 비교해 동등한 기회의 제공을 받기 위한 것이며, 사무·사업의 목적·내용·기능의 본질적인 변경에는 영향을 미치지 않는다(서원선, 이수연, 2018).

⑬ 정신보건복지법 개정, 2013

2013년 일본 정신보건복지법은 개정되었고 도도부현에 의한 정신과 구급의료체제의 확보가 새롭게 규정되었다. 주요 개정내용은 다음과 같다. 첫째, 정신장애인 의료제공 확보를 위한 지침이 책정되었다. 둘째, 보호자제도가 폐지되었다. 셋째, 의료보호입원이 재검토되었으며, 넷째, 정신의료심사회에 관한 재검토 등이다. 이와 더불어 의료보호입원자의 퇴원에 의한 지역사회에서의 생활 이행을 촉진하기 위하여 '퇴원후 생활환경상담원' 제도가 추가되었다(이용표 외, 2017).

'퇴원 후 생활환경 상담원'은 정신보건복지법 제48조(정신보건복지상담원)에 명시되어 있다. 이 조항에 의하면 "도도부현/시정촌은 정신보건복지센터, 보건소 등에 정신보건 및 정신장애자의 복지에 관한 상담에 응하거나 정신장애인 및 그 가족을 방문하여 지도하는 직원(정신보건복지상담원)"을 둘 수 있다. 정신보건복지상담원은 정신보건복지사 등 법령에서 정하는 자격을 갖춘 자로 도도부현 지사 또는 시정촌장이 임명한다(홍선미 외, 2016). 이처럼 2013년 정신보건복지법 개정을 통해 정신질환자도 장애인복지체계에 통합됨으로 보건이 아닌 복지체계를 기반으로 하는 지역사회정신보건을 확대해나갈 수 있게 되었다(손지훈 외, 2019).

일본 정신보건복지법은 총 9장으로 구성되어 있다.「제1장 총칙, 제2장 정신보건복지센터, 제3장 지방 정신보건복지심의회 및 정신의료심의회, 제4장 정신보건지정의, 등록연수기관, 정신과병원 및 정신과구급의료체제, 제5장 의료 및 보호, 제6장 보건 및 복지, 제7장 정신장애인사회복귀촉진센터, 제8장 잡칙, 제9장 벌칙」

일본 정신보건복지법상 의료서비스 관련 규정들은 다음과 같다.

- 정신보건복지법 제5조(정의) : 정신보건복지법의 대상이 되는 정신장애인은 조현병, 정신작용 물질에 의한 급성중독 또는 그 의존증, 지적 장애, 정신병질 기타 정신질환이

국가인권위원회
humanrights.go.kr

있는 사람을 말한다.

- 정신보건복지법 제12조(정신의료심사회) : 조치입원자 등 정기병상 보고와 입원환자 또는 그 보호자로부터 퇴원 등 청구에 대한 응낙 가부 등 심사 등을 위해 각 도도부현에 정신의료심사회를 설치한다.
- 정신보건복지법 제18조(정신보건지정의) : 후생노동대신(후생노동성의 장)은 신청에 의해 조치입원, 의료급여입원, 행동제한 등 판정을 행하는데 필요한 지식 및 기능을 가졌다고 인정되는 자를 정신보건지정의로 지정한다. 후생노동성령으로 지정의보다 다소 요건을 완화하여, 임의입원의 퇴원제한과 응급입원상 진찰이 필요한 경우 지정의 대신 진찰할 수 있는 특정의를 두기도 한다.
- 정신장애인의 입원절차는 정신보건복지법 제22조의 3(임의입원), 제29조(조치입원), 제29조의 2(긴급조치입원), 제33조(의료급여 입원), 제33조의 4(응급입원)에서 규정되어 있다.
- 정신보건복지법 제38조(정신의료기관의 처우 등) : 입원중인 자 또는 그 보호자는 도도부현 지사에게 당해 입원중인 자를 퇴원시키는 것과, 정신의료기관 관리자에게 퇴원과 처우개선을 명하는 것을 청구할 수 있다. 청구가 있는 경우, 도도부현 지사는 정신의료심사회에 심사를 청구하여야 한다. 후생노동대신 또는 도도부현 지사는 정신의료기관에 입원중인 자가 현저히 적당하지 않다고 인정되는 경우, 당해 정신의료기관 관리자에게 개선계획 제출과 처우개선을 위해 필요한 조치를 명할 수 있다.

일본 정신보건복지법상 지역사회재활 및 복지서비스 관련 규정들은 다음과 같다.

- 정신보건복지법 제6조(정신보건복지센터): 도도부현은 정신보건 향상 및 정신장애인 복지 증진을 위해 정신장애에 관한 상담과 지식 보급 등을 행하는 정신보건복지센터를 설치한다.
- 정신보건복지법 제9조(지방 정신보건복지심의회) : 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 사항을 심사·심의하기 위해 각 도도부현은 조례로 정신보건복지에 관한 심의회 기타 합의체 기관('지방정신보건복지심의회'라고 함)을 설치할 수 있다.
- 정신보건복지법 제45조(정신장애인보건복지수첩): 정신장애인(지적장애인 제외)은 거주지의 도도부현 지사에게 정신장애인보건복지수첩 교부 신청을 할 수 있다. 도도부현 지사는 신청자가 법령에 정해진 정신장애 상태인 것을 인정할 때 신청자에게 정신장애인보건복지수첩을 교부하여야 한다.
- 정신보건복지법 제48조(정신보건복지상담원): 도도부현/시정촌은 정신보건복지센터, 보건소 등에 정신보건 및 정신장애자의 복지에 관한 상담에 응하거나 정신장애인 및 그 가족을 방문하여 지도하는 직원(정신보건복지상담원)을 둘 수 있다. 정신보건복지상

담원은 정신보건복지사 등 법령에서 정하는 자격을 갖춘 자로 도도부현 지사 또는 시정촌장이 임명한다.

- 정신보건복지법 제51조의 2(정신장애인 사회복귀촉진센터) : 후생노동성장관은 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위해 훈련 및 지도에 관한 연구개발을 하는 등의 정신장애인의 사회복귀를 촉진하는 것을 목적으로 하는 일반사단법인 또는 일반재단법인에 있어, 업무를 적정하고 확실하게 할 수 있다고 인정한 기관을 신청을 통해 전국에서 한 개 기관에 한하여 정신장애인사회복귀촉진센터로 지정할 수 있다.[37]

이러한 법률 개정 및 제정 외에도 CRPD 비준은 일본의 다양한 법률과 정책에 영향을 미쳤다. '착취·폭력·학대로부터의 자유'를 다룬 CRPD 제16조와 관련하여 2012년 10월 장애인학대방지 및 장애인 돌봄자 지원에 관한 법률(Law to Prevent Abuse Against Persons with Disabilities and Provide Support to Carers of Persons with Disabilities)이 시행됐다. 이 법은 신체적, 성적, 심리적, 경제적 학대뿐만 아니라 방치도 '학대'로 규정하고 있으며, 학대를 막기 위해 고안되었다(Osamu, 2013).

그리고 장애인의 정치적 참여와 관련하여, 도쿄지방법원은 2013년 3월 14일 판결에서, 성년피후견인 투표권과 선거에 출마할 권리를 박탈하는 선거법 조항을 위헌으로 판결했다. 이 조항은 UN장애인권리협약 제12조(법 앞에서의 평등), 제29조(정치와 공적 생활 참여)의 명백한 위반이다. 이 판결에 대해 정부는 선거법을 검토하고 개정하겠다는 뜻을 내비쳤다(Osamu, 2013).

'장애인고용촉진 등에 관한 법률(Act on Employment Promotion etc. of Persons with Disabilities)'의 일부 규정은 민간사업자가 장애인 노동자에게 정당한 편의를 제공하도록 명시하고 있다. 이 법에 따르면 사업주는 "비장애인 노동자와 동등한 처우를 보장하기 위해 시설을 개선하고, 직무지원인(assistance providers)을 배정해야 하고, 기타 필요한 조치를 취해야 한다"고 명시되어 있다.[38] 이러한 변화들은 일본 장애인들이 원했지만 지속적으로 거부당했던 정당한 편의를 제공받을 수 있게 하는 것이며, 장애인 당사자들의 삶에 큰 변화를 가져올 수 있는 정책적 변화라고 할 수 있다.

---

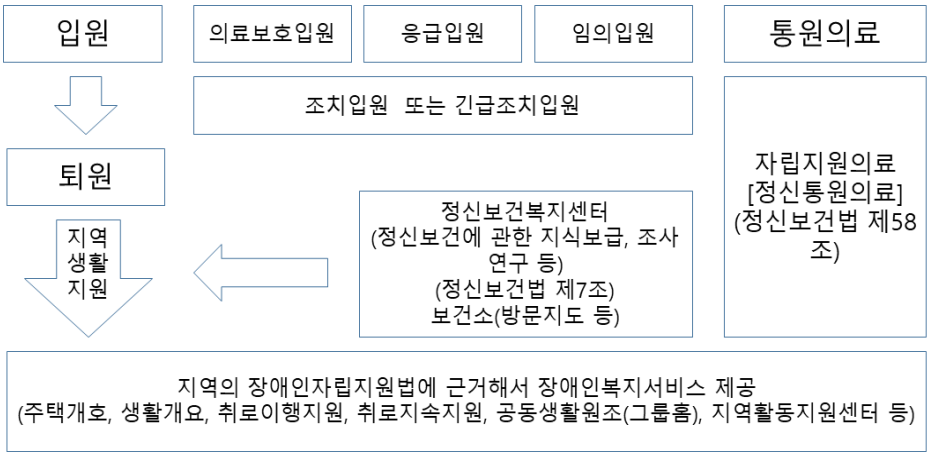
37) 세계법제정보 사이트
정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)
https://world.moleg.go.kr/web/wli/lgslInfoReadPage.do?CTS_SEQ=49146&AST_SEQ=157&nationReadYn=Y&ETC=2&searchNtnl=JP

38) Mayumi, Shirasawa (2 October 2014). "The Long Road to Disability Rights in Japan". Nippon.com. https://www.nippon.com/en/currents/d00133/

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 전달체계 및 운영체계

일본에서 정신보건복지서비스를 계획, 집행, 평가하는 전달체계는 국가, 도도부현(광역수준), 보건소, 시정촌(기초수준), 정신보건복지센터 등이 있다. 일본 정신건강 전달체계의 전반적인 과정은 아래 그림과 같다.



[그림 4-59] 정신건강 전달체계 : 일본

*출처: 임은정·채철균(2014)

일본의 정신병원 입원 유형은 임의입원, 조치입원, 긴급조치입원(72시간 이내), 의료보호입원, 응급입원(72시간 이내)으로 구분된다. 즉, 임의입원은 우리나라의 자의입원과 유사하게 환자 자신의 동의에 의해 입원하게 되는 형태이다. 임의입원 상태에서 퇴원을 신청하였을 때 예외적인 상황에서 72시간 퇴원 제한이 가능하지만, 72시간이 지나면 반드시 퇴원을 시켜야하며 비자의입원으로 전환은 불가하다. 조치입원은 우리나라 정신건강복지법 상의 '특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원(이하 행정입원)'과 유사하며 긴급한 조치가 필요한 경우 72시간의 범위 내에 긴급조치입원을 강제할 수도 있다. 의료보호입원은 우리나라의 '보호의무자에 의한 입원 등(이하 보호입원)'과 유사한데, 시정촌(市町村)장(우리나라의 시군구청장)이 보호의무자가 될 수 있는 조항이 있어, 과거 우리나라의 정신보건법에서의 규정과 유사하다. 이러한 보호입원절차를 진행할 여유가 없는 긴급한 상황일 경우에 72시간 내에 응급입원이 적용된다(조근호·장미, 2019).

(1) 공공 정신건강복지전달체계

① 국가

국가단위의 정신보건복지행정은 장애인기본법에 근거한 장애인기본계획에 입각하여 후생노동성사회·원호국 장애보건복지부 장애복지과 및 정신·장애보건과가 주관한다. 장애인기본계획은 내각부에 설치된 장애인정책위원회의 의견을 듣고 내각 총리대신이 수립한다.

장애인정책위원회는 2004년 6월 장애인기본법 개정에 따라 설치되었으며, 내각총리대신이 장애인기본계획안을 작성 또는 변경할 때 의견을 듣기 위한 기관으로서 30명 이내의 위원으로 구성된다. 또한 부속기관으로서 국립정신·신경의료연구센터 정신보건연구소 및 사회보장심의회가 설치되어 있다. 국립정신·신경의료연구센터 정신보건연구소는 정신질환, 지적장애, 발달장애 및 정신보건에 관한 조사연구를 실시하는 기관으로서 국가 차원의 정신보건에 관한 과학기술의 중추적 역할을 담당한다. 사회보장심의회는 후생노동성 장관의 자문에 응하여 사회보장에 관한 중요사항을 조사·심의하는 자문기관이다(이용표 외, 2017).

② 도도부현

일본의 광역자치단체(도도부현)는 모두 54개이며, 정신보건복지행정은 자체 장애인기본계획에 의거하여 위생주관부국과 장애인보건복지부국 등의 정신보건복지 주관과가 담당한다(이용표 외, 2019). 1995년 정신보건복지법으로 개정됨에 따라 정신장애인 복지정책이 법제화 되었으며, 2006년 장애인지원법이 시행됨에 따라 복지서비스 제공주체는 이전의 도도부현과 시정촌에서 시정촌으로 일원화되었다. 이에 따라 정신보건복지행정에 관한 도도부현의 주된 역할은 광역 정신보건복지센터를 통해 시정촌에 대한 전문적 기술지도 및 기술원조로 축소되었다. 또한 도도부현은 정신보건에 대한 다양한 사업의 전문적 기술지도, 기술원조를 담당하는 기관으로서 정신보건복지센터를 의무적으로 설치해야 한다. 그리고 도도부현은 정신장애인의 인권보호를 위해 정신의료심의회를 구성해야 한다(이용표 외, 2017).

③ 시정촌

정신보건복지행정은 전통적으로 도도부현 및 보건소가 중심이 되어 실시해왔지만, 1994년에 제정된 지역보건법에 의해 정신장애인 사회복귀대책 중 이용 빈도가 높은 복지서비스는 시정촌 보건센터 등에서 보건소의 협력을 얻어 실시하는 것으로 변화하였다. 1999년 정신보건복지법 개정에 의해 정신장애인거택생활지원사업을 시정촌 중심으로 실시하는 것으로 변화하였고, 정신장애인복지서비스 이용에 관한 상담·조정, 정신장애인 보건복지수첩,

국가인권위원회
humanrights.go.kr

통원의료비공비부담 등의 담당이 시정촌이 되는 내용이 추가되었다. 또한 2006년에 시행된 장애인자립지원법에 의해 자립지원을 목적으로 한 복지서비스가 주민에게 가장 가까운 시정촌으로 일원화되었다(이용표 외, 2017).

④ 보건소

정신보건복지행정의 중심적 역할을 맡고 있는 기관은 보건소이다. 일본의 보건소는 2012년 전국에 495개소가 있는 것으로 확인되었으며, 공중위생과 건강에 관한 업무를 처리하는 기관으로 되어있다. 정신보건복지 관련하여서도 보건소는 지역주민의 수요에 맞춰 광범위한 지역정신보건복지서비스사업의 중심이 되는 기관이다. 정신보건복지 관련하여 보건소의 주요 업무들은 다음과 같다. 첫째, 정신보건복지 실태를 파악하는 것이며, 둘째, 정신보건복지 관련 상담 업무를 맡는다. 셋째, 직접 방문하여 서비스를 제공하는 것, 넷째, 당사자의 가족활동을 지원하며, 다섯 번째, 정신건강 교육·홍보활동과 협력조직 육성 업무를 담당한다. 마지막으로 정신장애인 사회복귀 및 자립, 사회참여 지원, 각종 자원의 정비 촉진과 운영지원, 입퇴원 의료사무 등을 담당한다. 하지만 1999년 정신보건복지법 개정 이후 2002년부터 시정촌이 정신장애인복지수첩과 통원의료비부담제도 등의 창구 또는 복지서비스 제공의 실시 주체가 되고, 더불어 상담, 조언 등의 기능을 갖추게 되면서 지역사회에서 행정담당이 보건소에서 시정촌으로 서서히 전환되고 있다(이용표 외, 2017).

⑤ 정신보건복지센터

정신보건복지센터는 정신보건복지법 제6조에 따라 설치되며, 정신보건의 향상 및 정신장애인의 복지 증진을 도모하기 위한 정신보건복지센터를 도도부현 단위에 설치하도록 하고 있다(제6조). 도도부현이 시설을 설치한 경우, 정령에서 정하는 바에 의해, 그 시설에 필요한 경비에 대해서는 2분의 1, 그 운영에 필요한 경비의 3분의 1을 국비 보조를 하고 있다(제7조).

정신보건복지센터는 지식을 보급하고, 조사와 연구를 수행하며, 상담 및 안내 서비스를 제공한다. 2011년에는 전국에 68개의 정신보건복지센터가 존재하는 것으로 확인되었다. 그러나 제한된 수로 인해 센터에서 제공되는 직접 진료는 제한적이다. 대신 센터는 서비스 조정, 정신건강 증진, 정신건강전문가를 위한 교육 및 훈련, 다양한 종류의 응용 프로그램을 처리하는 데 중점을 둔다(Setoya, 2012).

정신보건복지센터는 공공조직으로서 광역자치단체가 운영예산을 전액 부담한다. 주요 업무로는 첫째, 정신보건 및 정신장애인복지에 관한 지식보급 및 조사연구, 둘째, 복잡하고 어려움 정신건강 문제 상담 지도, 셋째, 정신의료심사회 업무, 넷째, 장애인종합지원법이

규정하는 사무 중 전문적인 지식 및 기술을 필요로 하는 업무 담당 등이다(이용표 외, 2019).

정신보건복지센터의 조직은 일반적으로 총무과, 지역정신보건복지과, 교육연수과, 조사·연구과, 정신보건복지상담과, 정신의료심사회 사무 및 정신통원의료 담당과, 정신장애인 보건복지수첩판정 담당과 등으로 구성된다. 센터의 인력은 의사, 정신보건복지사, 임상심리사, 보건사, 간호사, 작업치료사 등으로 구성된다. 또한 정신보건복지센터는 지역주민을 위한 정신건강증진사업, 정신질환 편견해소를 위한 홍보, 인식개선 활동, 정신보건 관련 조사연구, 상담, 외래치료, 데이케어, 단기입원 시설, 14일 이내 머무를 수 있는 단기거주 시설, 3개월 이내 머물 수 있는 호스텔, 직업재활, 가정방문 등의 지역사회 정신보건사업을 수행하며, 현재 약 50%의 정신보건복지센터에서 생활훈련시설이나 직업재활시설과 같은 사회복귀시설을 부설로 운영하고 있다(임은정, 채철균, 2014).

〈표 4-81〉 정신보건복지센터의 주요 운영 특성 : 일본

특 성	내 용
기 능	- 지역주민의 정신건강의 유지와 증진, 정신장애의 예방, 인식개선 - 정신보건복지상담, 외래진료, 단기입원 - 단기거주(14일 이내)시설 운영 - 데이케어 및 사회복귀 촉진, 직업재활 - 가정방문서비스 - 보건소 및 시·정·촌이 수행하는 정신보건복지업무에 대한 기술지도 및 원조 - 정신보건복지 관련 교육 및 인력 육성 - 정신보건복지 관련 연구개발 - 정신보건심판위원회업무 - 자립지원의료 신청 접수와 판정 - 정신장애자보건복지수첩 신청 접수와 판정 - 의료, 복지, 노동, 교육, 산업 등 관련 조직과 연계협력 - 자살예방사업, 발달장애인사업, 히키코모리지원사업 등
운영형태	- 의료시설과 복합형(정신의료시설과 복합) - 복지시설과 혼합형(신체, 정신 관련 복지시설과 복합) - 공공시설 복합형(지방자치단체와 복합) - 기타시설과 복합형
운영특성	- 지방자치단체별로 자율 운영 - 평균 담당 인구는 약 230만 명에 이름 - 종사인력은 20명 ~80명, 의사, 간호사, 심리사, 정신보건복지사, 작업요법사, 소셜워커, 촉탁의, 데이케어 인력 등. 의료복합형은 상근의사가 7명에 이르는 경우도 있을 정도로 의료기능이 강함
이용대상	- 법률이 정한 정신장애인(조현병, 정신작용물질에 의한 급성중독증 또는 그 의존증, 지적장애, 정신병질 그 외 정신질환을 가진 자)

*출처: 김문근 외(2015)

(2) 인력 확보방안

일본의 정신건강전문가는 정신과의사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 관련 상담 전문가로 구성된다. 일본은 정신건강전문요원들에 대해 국가자격시험을 통해 자격을 부여하고 있으며 합격률이 60%, 5년 단위로 자격을 갱신할 수 있도록 철저하게 자격을 관리하고 있다(이상훈, 2019)[39]. 일본의 정신건강전문인력의 구체적인 자격 기준 및 역할을 다음과 같다.

〈표 4-82〉 일본의 정신건강 전문 인력 : 일본

구분	내용
정신과 의사 (精神科医)	- 자격: 의과대학 졸업 및 국가고사 합격을 통해 의사면허를 취득한 뒤, 임상 교육 병원에서 2년간 수련을 받은 후 정신과 의사 자격을 취득할 수 있음. - 역할: 정신과적 치료 및 약물 치료를 제공함.
상담전문가 (カウンセラー)	- 자격: 상담 관련 자격에는 임상 심리상담사와 공인 심리상담사가 있음. 대부분 심리학과 및 상담 관련 학과를 졸업하며, 임상심리사의 경우 대학원 학위를 소지해야함. 공인 심리상담사는 2018년에 국가자격시험으로 만들어진 제도임. - 역할: 정신과 증상을 치료하기 위한 상담을 진행함.
정신건강간호사 (精神科のメンタルヘルス看護師)	- 자격: 간호사로서 5년 이상의 근무 경험을 가지고 있으며, 정신 간호 분야에서 최소 3년의 실무 경험을 가진 사람은 자격을 얻을 수 있음. 이후 정신과 공인 간호사 교육 과정을 취득하고 정신과 공인 간호사 인증 시험을 통과하여 자격을 얻을 수 있음. - 역할: 정신과 환자의 평가, 관리 등을 담당함. *출처: https://www.job-terminal.com/features/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%A7%91%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%B8%AB/
정신(의료)건강사회복지사 (精神医療ソーシャルワーカー)	- 자격: 대학, 대학원, 직업학교 등에서 복지 및 사회복지 학위를 취득하고 국가시험에 합격해야함. - 역할: 보건의료기관 등에서 환자와 그 가족들에게 상담을 제공하고, 사회복지의 관점에서 경제, 심리적, 사회적 문제의 해결, 조정, 재통합을 지원함.

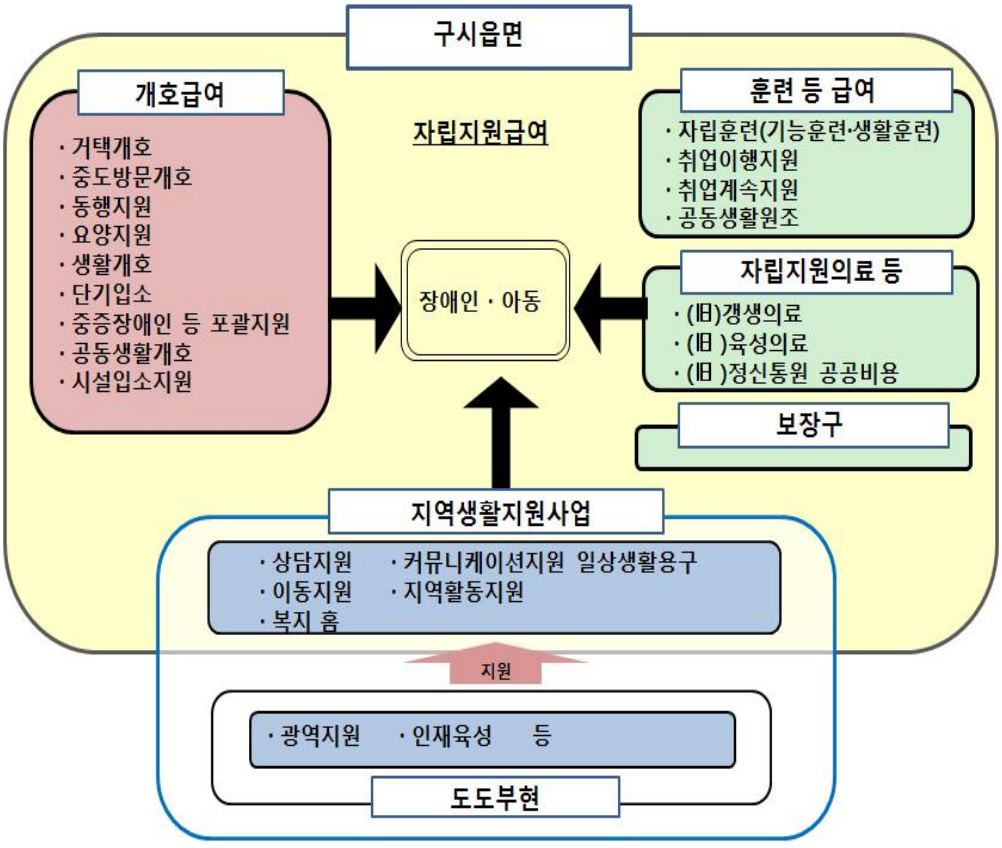
*출처:
https://www.churchofjesuschrist.org/study/liahona/2019/01/finding-a-mental-health-professional-whos-right-for-you?lang=jpn
https://shigoto.mhlw.go.jp/User

39) 이상훈. (2019). 국가정신건강인력대책의 필요성에 대한 고찰. 사회정신의학, 24(1), 1-8.

4) 보건, 의료, 복지, 재활 등 회복지원서비스 인프라 현황

(1) 장애인종합지원법에 따른 정신장애인 관련 지역사회 서비스

위에서 언급한 것처럼 2006년 시행된 장애인지원법에 의해 3대 장애(신체장애, 지적장애, 정신장애)가 공통의 제도 하에 서비스가 일원화되어 제공되는 구조로 변화하였다. 이후 2012년 장애인종합지원법으로 개정되었다. 다음 그림은 장애인종합지원법에 의한 일본의 서비스체계를 보여준다.



[그림 4-60] 일본 장애인종합지원법에 의한 서비스체계

*출처: 이용표 외(2019).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

① 종합적인 지원체계와 자립지원급여 등의 체계

장애인종합지웝법에서는 서비스를 이용하기 위한 구조를 일원화하여, 장애의 종류(신체장애·지적장애·정신장애)에 상관없이 장애인이 공통적으로 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 서비스는 장애인 개인별로 장애정도, 감안사항(사회활동이나 개호인, 주거 등의 상황 등)을 근거로 하여 실행되는 장애인복지서비스와 기초지방자치단체가 주도하고 서비스이용자의 상황에 따라 유연하게 실행되는 지역생활지원사업으로 구분된다(이용표 외, 2019). 장애인복지서비스에는 자립지원급여가 포함되며 이는 '개호급여', '훈련 등 급여' 등으로 구분된다. 이러한 자립지원급여는 장애의 종류나 정도, 개호자, 주거 상황, 서비스 이용에 관한 의향 및 서비스 등 이용 계획을 바탕으로 개개인에게 지급이 결정된다(이용표 외, 2017).

② 일본의 지역상담지원(지역사회 전환 및 지속가능한 지역사회 생활지원 프로젝트)

일본정부는 2004년 '정신보건의료복지 개혁 비전'을 통하여 사회적 입원 문제에 대한 대책을 강구하고자 하였다. 이러한 비전에 따라 2008년 정신장애인을 위한 지역사회 전환지원 프로젝트가 이루어졌으며, 2010년에는 퇴원 전부터 퇴원 후 지역사회 정착까지 지원하는 프로그램이 '지역사회 전환 및 지속 가능한 지역사회 생활지원 프로젝트'라는 이름으로 시행되었다.

이 프로젝트의 목적은 정신병원 관계자와 연계하여 입원 중인 정신질환자를 퇴원할 수 있도록 지원하는 것이며, 퇴원 이후에도 자립하여 지역사회에서 사회생활 및 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 것이다. 광역자치단체가 기획하지만 실무는 권역의 보건소가 주관한다. 보건소는 지역이행추진위원회을 조직하여 사업을 진행하며, 지역체계정비 조정자로서 각 권역에 상담지원사업자 등을 배치하고, 또한 동료지원가를 활용하여 정신병원 방문서비스를 진행한다(이용표 외, 2019).

사업대상은 입원 중인 대상자와 퇴원 후 대상자로 구분된다. 정신병원에 입원 중인 사람을 대상으로는 지역이행지원서비스가 제공되며, 대상자의 기준은 장기입원으로 인해 지원 필요성이 상대적으로 높다고 예상되는 1년 이상의 입원자, 그리고 1년 미만의 입원자 중에서는 지역이행지원을 하지 않으면 입원의 장기화가 예상되는 자, 조치입원이나 의료보호입원에서 퇴원하는 자로서 주거 확보 등의 지원을 필요로 하는 자이다. 지역이행지원서비스의 제공 기간은 기본 6개월이며, 다시 6개월 연장이 가능하다. 지역이행지원서비스의 내용은 크게 두 가지로 구분될 수 있다. 첫 번째는 지역사회 전환을 위한 서비스로, 보다 구체적으로 주거확보, 다양한 사회복귀 관련 활동에 관한 상담, 외출 시 동행, 장애복지서비스 체험 이용 지원, 체험홈 지원 등이다. 두 번째는 정신병원으로 방문하여 당사자와 직접 이루어지는 상담서비스이다.

퇴원 후 대상자에게는 지역정착지원서비스가 제공되며, 대상자의 기준은 홀로 생활하는 정신장애인, 동거 중인 가족 등이 장애, 증상으로 인해 긴급시 지원이 어려운 상황에 있는 장애인 중 긴급 지원체계가 필요하다고 예상되는 정신장애인 등이다. 지역정착지원서비스에서 그룹홈, 숙박형 자립훈련시설에 입주 중인 정신장애인은 제외된다. 지역정착지원서비스 제공 기간은 1년 이며, 1년 이내 연장이 가능하다. 지역정착지원서비스의 내용은 크게 3가지로 구분되는데, 첫 번째는 이용자 사정을 통해 상황과 긴급시 연락체계 등을 기재한 지역정착지원대장을 작성하여 관리하는 것이다. 두 번째는 이용자 주변인의 연락체계 확보, 주거방문 등을 통해 이용자의 상황을 파악하는 것이다. 세 번째는 긴급상황 시 이용자 주거에 방문하거나, 관계기관과 연계하거나, 일시적 체류 서비스 등과 같은 지원을 제공하는 것이며, 일시적으로 머물 곳에 대해서는 지정장애인복지서비스사업자에게 위탁하도록 할 수 있다.

지역사회 전환 및 지속가능한 지역사회 생활지원 프로젝트는 주로 장애인종합법의 서비스 제공자격을 가진 단체(일반적으로 사회복지법인)에 의해 수행된다. 수행인력으로는 정신보건사회복지사가 주로 포함되어 있지만, 동료지원가 또한 핵심적인 역할을 한다. 동료지원가는 살아있는 경험을 가지고 입원 중인 당사자가 퇴원 이후 지역사회 살아가는데 필요한 지원을 제공하는 역할을 한다(이용표 외, 2019).

③ 정신장애인 관련 예산 구조

정신장애인 관련 정책을 추진·실시하기 위한 예산은 국가와 지방자치단체(도도부현, 시정촌), 이용자 부담에 의해 구성된다. 장애인종합지원법 내에 규정되어 있는 복지서비스의 실시 주체가 시정촌으로 규정되어 있는 사업들, 예를 들어 애인종합지원법 제92조에 규정한 개호급부비 등과 지역상담지원급부비, 시정촌이 실시하는 지역생활지원사업 등은 관련 예산을 시정촌이 담당하는 형태가 된다. 하지만 시정촌이 100%를 담당하지는 않고 일부를 중앙정부와 도도부현에서 분담한다. 중앙정부 부담금은 국가의 책임 비중이 높은 사업에 대해 받을 수 있으며, 국가가 정한 기준액의 50%의 비용이 교부된다. 지방자치단체의 주체적 실행이 요구되는 사업은 국가가 정한 기준액의 50% 이내에서 교부된다(이용표 외, 2017).

(2) 정신장애인 주거정책

일본 정신장애인 주거지원정책의 근간을 이루는 법률은 2005년 제정된 '장애인지원법'과 2006년의 '주생활기본법', 2007년의 '주택 요확보 배려자에대한 임대주택의 공급촉진에 관한 법률' 등이라고 할 수 있다. 장애인지원법은 장애인의 지역사회에서의 안정된 생활을

지원하기 위한 공동생활원조(그룹홈) 사업, 공동생활개호(케어홈) 사업 그리고 복지홈 등을 장애인복지정책의 일환으로 규정하고 있다. 주생활기본법은 장애인이 지역사회에서 안심하고 생활할 수 있는 쾌적한 주거생활을 추진할 수 있는 주택의 디자인, 환경 정비 등의 내용을 담고 있다. 주택 요확보 배려자에 대한 임대주택의 공급촉진에 관한 법률은 장애인들에게 공공임대주택의 공급촉진과 민간임대주택으로의 원활한 입주를 도모한다(이용표 외, 2019).

일본의 정신장애인 주거지원서비스는 시설입소지원, 숙박형 자립훈련, 공동생활원조(그룹홈), 복지홈, 거주서포트 사업 등으로 구성된다. 자세한 내용은 〈표 4-8〉에 정리되어 있다. 이 중에 가장 많이 이용되는 서비스는 복지홈이며, 이 서비스는 최근 국내에서도 시범운영되고 있는 지원주택과 유사한 형태로서 이용자가 주택소유자와 직접계약을 통해 저렴한 비용으로 주거를 확보하고 욕구에 따라 필요한 서비스는 외부에서 구매할 수 있다(이용표 외, 2019).

〈표 4-83〉 정신장애인 주거지원서비스 : 일본

	서비스명	급부종류	대상자	서비스내용
주거지원 서비스	시설입소 지원	개호급부	장애지원구분4이상, 50세 이상인 경우 구분 3이상 (기타세부조건)	시설에 입소한 장애인에게 야간과 휴일에 목욕, 배변, 식사 개호 등을 제공
	숙박형 자립훈련	훈련 등 급부	자립훈련(생활훈련) 대상자 중, 낮 동안 일반취업과 외부 장애복지서비스를 이용하는 장애인으로 지역 이행을 목표로 일정기간 거주 공간을 제공하고 거주의 공간에서 생활 능력 등의 유지·향상을 위한 훈련, 기타 지원이 필요한 장애인	거실(방), 기타 시설을 이용하면서 자립적인 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 생활훈련, 목욕, 정용 등의 지원과 생활관련 상담, 조언, 건강관리 지원
	공동생활원조 (그룹홈)	훈련 등 급부	신체, 지적, 정신장애인 및 난치병환자	공동생활주거에서 상담, 목욕, 배변, 식사 개호와 기타 일상생활에서의 원조 제공
	복지홈	지역생활 지원사업 (시정촌)	주거를 구하는 장애인	저가의 요금으로 방과 기타 시설을 이용
	거주서포트 사업	지역생활 지원사업 (시정촌)	장애인	장애인과 임대인과의 상담을 통해 장애인, 임대인이 안심하고 임대주택 등에 입주할 수 있도록 지원

출처: 홍선미 외(2016). 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사. 국가인권위원회. 234-236쪽

일본은 장애인종합지원법으로 개정되면서 이전에 장애 유형별로 구분되어 있던 서비스 이용 구조를 일원화하여, 장애의 종류(신체장애·지적장애·정신장애)에 상관없이 장애가 있는 사람이 필요로 하는 서비스를 이용 수 있도록 하였다. 서비스는 각각의 장애가 있는 사람의

장애정도나 감안사항(사회활동이나 개호인, 주거 등의 상황)을 근거로 하여 개별적으로 지원결정이 실행되는 「장애복지서비스」와 기초지방자치단체가 주도하며 이용자 측의 상황에 따라 유연하게 실시할 수 있는「지역생활지원사업」으로 구분된다. 일본에서는 병원에 입원중인 정신장애인이 퇴원하여 지역사회에서 지원을 받아 생활하려고 할 때, 복지서비스를 받기 위해서는 시정촌의 장애복지과 창구를 거쳐야 한다. 장애인종합지원법의 복지서비스의 종류는 크게 「장애복지서비스(개호급여, 훈련등급여, 지역상담지원급여)」와 「지역생활지원사업」으로 나뉜다. 서비스를 이용하려면 한국의 동주민센터에 해당하는 시정촌에서 신청을 한다. 서비스 이용료의 10%는 본인이 부담해야 하지만, 본인 부담이 과도하게 증가하지 않도록 본인 및 배우자(장애아동에 대해서는 세대)의 소득에 따라 자기부담 상한액이 정해져 있다(홍선미 외, 2016).

개호급여는 보다 세부적으로 거택개호(재가보호), 중증방문개호, 동행지원, 행동지원, 중증장애인 등 포괄지원, 단기입소, 요양개호, 생활개호, 장애인지원시설에서의 야간보호 등(시설입소지원), 공동생활개호(케어홈) 등으로 구성된다. 개호급여 중 공동생활개호(케어홈)는 식사, 목욕 등의 개호나 기타 일상생활과 관련된 지원을 필요로 하는 정신장애인이 이용할 수 있는 지원주택을 의미한다(이용표 외, 2019).

〈표 4-84〉 개호급여 : 일본

개호급여	급여내용
거택개호(재가보호)	자책에서 목욕, 배설, 식사 개호 등을 실시
중증방문개호	중증지체장애아동으로 항상 간병을 필요로 하는 사람에게 자택에서 목욕, 배설, 식사의 돌봄, 외출 시의 이동지원 등을 종합적으로 실시
동행지원	시각장애인이 원활하게 외출할 수 있도록 이동에 필요한 지원
행동지원	자기판단능력이 제한된 사란이 행동할 때, 위험을 회피하기 위한 필요한 지원, 외출지원
중증장애인 등 포괄지원	간병의 필요성이 매우 높은 사람에게 재가보호 등 다양한 서비스를 포괄적으로 실시
단기입소	자택에서 개호하는 사람이 병에 걸린 경우 등, 단기간·야간에도 시설에서 목욕, 배설, 식사 개호를 실시
요양개호	의료와 상시 개호를 필요로 하는 사람에게 의료기관에서 기능훈련, 요양상의 관리, 간호, 개호 및 일상생활의 돌봄을 실시
생활개호	항상 개호를 필요로 하는 사람에게 주간에 목욕, 배설, 식사의 개호 등을 실시하고, 창작활동 또는 생산활동의 기회를 제공
장애인지원시설에서의 야간보호 등(시설입소지원)	시설에 입소하는 사람에게 야간이나 휴일에 목욕, 배설, 식사의 개호 등을 실시
공동생활개호 (케어홈)	야간이나 휴일에 공동생활을 실시하는 주거로 목욕, 배설, 식사의 개호 등을 실시

국가인권위원회 humanrights.go.kr

훈련 등 급여는 보다 세부적으로 자립훈련(기능훈련·생활훈련), 취업이행지원, 취업이행지원(A형·B형), 공동생활원조(그룹홈) 등으로 구성된다. 여기서 공동생활원조(그룹홈)는 특별한 개호가 필요하지 않은 정신장애인이 이용할 수 있는 지원주택을 의미한다.

〈표 4-85〉 훈련 등 급여 : 일본

훈련 등 급여	급여내용
자립훈련 (기능훈련·생활훈련)	자립한 일상생활 또는 사회생활이 가능하도록 일정기간 신체기능 또는 생활능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시
취업이행지원	일반기업 등에 취업을 희망하는 사람에게 일정기간 취업에 필요한 지식 및 능력 향상을 위한 필요한 훈련을 실시
취업이행지원 (A형·B형)	일반기업 등에 취업이 곤란한 사람에게 일자리를 제공하고, 지식 및 능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시
공동생활원조 (그룹홈)	야간·휴일에 공동생활을 실시하는 주거로 상담·일상생활 상의 원조를 실시

지역사회생활지원사업은 보다 세부적으로 이동지원, 지역생활지원센터 운영, 복지홈 등으로 구성된다. 이 중 복지홈은 지역사회에서 주거지가 필요한 정신장애인에게 저렴한 임대료로 생활할 수 있는 주택, 그리고 일상생활에 필요한 지원도 함께 제공하는 지원주택을 의미한다(강지은 외, 2010).

〈표 4-86〉 지역생활지원사업 : 일본

지역생활지원사업	급여내용
이동지원	원활하게 외출할 수 있도록 이동을 지원
지역생활지원센터	창작활동 또는 생산활동 기회의 제공, 사회와의 교류 등을 실시하는 시설
복지홈	주거를 필요로 하는 사람에게 저액의 요금으로 거실 등을 제공하고, 일상생활에 필요한 지원을 실시

이러한 장애인종합지원법에 의거하여 실행되는 지역생활지원사업에는 상담지원제도도 포함된다. 상담지원제도의 대상자에는 케어홈·그룹홈·복지홈의 거주자가 포함되며, 이와 더불어 안심임대주택 입주자에게도 24시간 지원, 지역 지원체계에 관한 정비, 입주지원 등의 서비스를 제공한다. 안심임대지원사업은 민간의 주택을 양질의 임대주택으로 정비하는 것을 지원하여 정신장애인과 같은 주거취약계층에게 주택임대를 보다 수월하게 하는 사업이다.

정리하자면, 일본의 정신장애인 주거서비스는 크게 공동생활원조(그룹홈)와 복지홈으로

구분될 수 있다. 공동생활원조는 한국의 공동생활가정과 유사한 서비스이며, 가장 큰 차이점으로는 1인 1실 원칙으로 각자 방에서 독립적인 생활을 할 수 있다는 것이다. 공동생활원조는 장애인종합지원법에 의해 정신장애인 이용자의 등급에 따라 이용료의 일부 혹은 전액이 지원된다. 복지홈은 한국에서 최근 시범적으로 운영되고 있는 지원주택과 유사한 서비스라고 할 수 있다. 정신장애인이 주택소유자와 직접 계약을 통해 비교적 저렴한 비용으로 주거를 확보할 수 있도록 하고 필요한 서비스는 외부에서 구매하는 방식이다(이용표 외, 2019).

(3) 정신장애인 고용과 취업 정책

① 공공 직업안정소

일본에서는 정신장애인이 공공 직업안정소에 구직등록을 하면, 직업 서포터와 취업 상담을 실시하여 개인의 적성, 희망직종 등에 따라 직업상담 등을 진행한다. 또한 추가적으로 '공공 직업 훈련의 알선', '정신장애인 등 스텝업 고용 장려금', '정신장애인 고용안정 장려금' 제도 등을 통해 정신장애인 안정고용을 지원하고 있다.

이 중에서 정신장애인 고용안정 장려금은 정신장애인을 신규 고용하는 사업주가 다음을 준수하였을 때 장려금이 지급된다. 먼저 '정신장애인 고용관리에 관한 업무를 담당하는 정신보건복지사 등의 정신장애인 지원 전문가를 새롭게 고용 또는 위탁하는 경우', 혹은 '사내 전문인재를 양성하기 위해 종업원에 정신보건복지사 등의 양성과정을 이수ㆍ수료하도록 하는 경우'이다. 고용안정 장려금은 정신장애인을 신규고용 또는 정신장애로 인한 휴직자를 직장복귀 시키는 사업주가 다음을 준수하였을 때에도 지급된다.먼저 '종업원에 정신장애인의 지원에 관한 강습 수강'시키거나 '사내의 정신장애인을 타 정신장애인의 상담 등 담당자로 배치하는 경우'이다(최성구 외, 2016).

② 장애인고용촉진법에 의한 고용의무 지원

일본은 '장애인고용촉진법'을 통해 민간기업과 공적기관 등에게 장애인 고용의무를 규정하였다. 정신장애인은 장애인 고용의무 대상이 아니었지만, 2005년 장애인고용촉진법이 개정되면서 정신장애인 보건복지 수첩 소지자에 대한 고용을 고용률에 인정하도록 하였다. 하지만 법정고용률에 따른 고용의무의 대상은 되지 못했다. 이후 2013년 장애인고용촉진법이 개정되면서 기존의 정신장애인 적용규정이 차별을 양산하고 있는 비판을 받고 완전 철폐되어, '장애인'에 정신장애인도 통합되었다. 이 개정법은 2018년 전면 시행되면서 정신장애인도 장애인고용촉진법에 의한 고용의무 지원의 대상이 되었다(최성구 외, 2016).

국가인권위원회 humanrights.go.kr

③ 장애인고용촉진법에 의한 직업재활서비스

정신장애인은 장애인고용촉진법에 의한 직원재활서비스를 이용할 수 있다. 주요한 내용들은 다음과 같다. 첫 번째는 장애인 직업센터로, 이 센터는 장애인 직업종합센터, 광역 장애인 직업센터, 지역 장애인 직업센터로 규정하고 장애인 직업 카운셀러를 배치하여 장애인에 대한 직업평가와 지도, 노동 습관을 익히기 위한 훈련, 직업에 필요한 지식과 기능을 습득하도록 강습을 실시한다. 두 번째는 장애인 고용지원 센터로, 세부 사업내용으로는 '지원대상 장애인에 대한 장애의 종류 정도에 따라 필요한 직업준비훈련 실시', '훈련 후 취업한 지원대상 장애인에 대해 필요한 조언과 원조 실시', '사업주에게 장애인의 고용관리에 관한 조언과 그 외의 원조 실시', '장애인 고용지원에 관하여 정보를 수집, 정리, 제공', '장애고용지원자에 연수 등을 실시' 등이다. 세 번째는 장애인 취업ㆍ생활 지원센터로 현재 일본에서는 약 320개의 센터가 설치되어 있다. 세부사업으로는 '취업을 희망하는 장애인을 상담하고 필요한 지도 및 조언 제공', '공공직업안정소, 지역 장애인 취업센터, 장애인 고용지원 센터, 사회복지시설, 의료시설, 특별지원학교, 그 외 관계기관과의 연락조정을 종합적으로 실시', '지원대상 장애인이 장애인 직업 종합센터, 장애인 고용지원 센터, 그 외 후생노동성령으로 정한 사업주에 의해 실시하는 직업 준비 훈련을 받도록 알선', '장애인이 직업생활의 자립을 도모하기 위한 필요한 업무 제공' 등이다.

네 번째는 복지적 취업(보호적 취업)으로 기업 등 정규직원으로 고용되는 것이 어려운 장애인에게 장애인종합지원법 취업지원사업에서 시행되는 노동에 참여하는 기회를 제공하는 것이다. 복지적 취업은 고용형과 비고용형으로 구분되며, 비고용형은 작업의 단가가 낮은 작업이 많기 때문에 장애인에게 배분되는 금액은 적으며, 사회참가 의미 정도를 가진다고 할 수 있다(최성구 외, 2016).

(4) 민간 단체

① 베델의 집(사이토 미치오, 2006; 이용표 외, 2021).

베델의 집은 구약성서에 나오는 지명인 '신의 집'을 의미하는 뜻으로 당사자들이 설립한 지역사회 장애인 공동체이다. 베델의 집의 시초는 1979년 정신장애인 당사자 자조집단인 '도토리회' 회원과 지역사회 유지들의 활동에 근거한다. 당시 일본 내에 지역복지가 활성화되며 지역사회에 거주하던 정신장애인들도 영향을 받았고, 우라카와에 부임한 사회복지사 무카이야치 이쿠요시가 도토리회 회원들의 운동에 함께 하면서 1984년 베델의 집이 설립되었다. 현재 베델의 집에는 약 150명 정도의 장애인들이 생활하고 있다. 베델의 집은 다양한

조직으로 구성되어 있는데, 우리카와가 위치한 히다카지방의 특산물인 다시마 사업을 진행하는 사회복지법인 '베델의 집', 개호 용품을 다루는 '복지샵 베델', 당사자 연구의 보급을 담당하는 '셀프서포터센터 우라카와'가 주된 조직 등이 있다.

베델의 집에는 정신장애인 당사자 뿐만 아니라 다른 기타 장애를 경험하는 사람도 함께 거주하고 일한다. 베델의 집이 위치한 우리카와는 2001년까지 일본에서 가장 병상수가 많았던 곳이었고, 반면에 정신장애인들이 지역사회에서 회복할 수 있는 자원은 부족하였다. 하지만 베델의 집을 통해 지역사회 자원을 활성화하고 지역사회 안에서 주민과 함께 하며 '의료중심에서 지역생활지원으로'라는 목표를 꾸준히 고수하고 있다. 기존 의료관점에서 요구되던 관리나 규칙을 배제하고 구성원들의 의견을 존중하여 각자가 맞는 생활방식을 찾고 살아갈 수 있도록 한다.

② 도쿄 정신건강 광장(Tokyo Mental Health Square)[40]

도쿄 정신건강 광장은 정신건강에 어려움을 경험하는 사람들이 온라인, 대면, 전화 등으로 상담을 받을 수 있는 단체이다. 민간 상담 회사인 도쿄 정신건강(주)의 후원으로 교육받은 자원봉사자들과 함께 단체를 운영하고 있다. 타 민간 상담기관에 비하여 저렴하고 신뢰할 수 있는 상담을 제공하는 것을 목표로 하며 짧은 시간 무료로 상담을 받을 수도 있지만, 장기 상담을 위해서는 약 10,000엔(10만원) 정도의 비용이 든다. 주요 사업 및 내용은 다음과 같다.

〈표 4-87〉 도쿄 정신건강광장의 주요 사업 및 내용 : 일본

구분	내용
전화 상담	- 저렴한 비용으로 상담을 받을 수 있도록 회당 3,000엔(약 3만원)으로 상담을 제공함. 이용자의 의사에 따라 온라인 및 전화상담 서비스도 제공함.
무료 핫라인 전화 상담	- 한번에 20분 무료로 전화상담을 받을 수 있음. 홈페이지의 상담원 스케줄표를 확인하여 하루에 최대 2회 무료 전화상담을 받을 수 있으며 전화 요금은 이용자가 부담함.
말을 더듬는 위한 사람을 위한 상담	- 전화상담에 두려움이 있는 사람을 위한 전문 상담원이 상담서비스를 제공함. 하루 최대 2회, 회당 25분 무료 상담을 받을 수 있음.
학교폭력 지원 (왕따, 자살 및 무단결석 타도를 위한 프로젝트)	- 학교 컨시어지 서비스를 제공함. 어플을 통해 학생이 자신의 감정상태를 상시입력할 수 있도록 하고 학생이 신뢰하는 사람(가족, 교사, 상담원 등)에게 감정 상태 변화 보고서가 전송됨. - 교사 및 교육자들에게 학교 컨시어지 서비스 이용방법, 학생 정신건강에 대한 교육 등을 실시함.
코코로 노 핫채팅	- LINE, 트위터, 페이스 북, 웹 채팅을 사용하여 채팅 형식으로 SnS 상담을 받을 수 있음.
기타 사업	- 육아지원, 결혼 생활에 대한 상담 등

*출처: https://www.npo-tms.or.jp/

40) https://www.npo-tms.or.jp/

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 대만의 정신장애인 지역사회통합 사례

1) 정치, 경제, 사회문화적 현황

(1) 사회문화적 현황

대만의 사회문화적 현황을 인구, 연령구조, 평균수명, 출생률, 정신건강 유병률을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 대만(Taiwan)의 전체 면적은 36,192㎢로, 대한민국의 약 1/3배이다. 외교부(2021)[41]에 따르면, 2021년 7월 기준 대만의 인구수는 약 2,300만 명이며, 수도인 타이베이에는 약 266만 명이 거주하고 있다. 한편, 2019년 2,360만 명까지 증가했던 대만 인구는 2020년부터 감소 국면에 접어들었다. 대만 행정원 국가발전위원회(2020)[42]에 따르면, 앞으로 감소세가 이어져 2033년에는 2,300만 선이 무너질 것으로 예측된다. 2020년에는 사망자가 출생아보다 많은 인구 자연감소도 시작되었으며, 저출산, 고령화 문제가 심각해져 가는 상황이다. 또한, 대만은 2017년에 65세 이상 인구수가 14세 이하 아동 인구를 추월하였고, 2018년에는 65세 이상이 전체 인구의 14%에 달하는 고령사회에 진입하였다. 2025년에는 인구의 20%가 65세 이상인 초고령사회에 진입할 것으로 예측된다(대만 행정원 국가발전위원회, 2020). 고령화에 따라 대만 인구의 중위연령도 높아지고 있다. 2020년에 40대 초반 수준이던 중위연령은 2034년에 50세를 넘어서고 같은 해 50세 이상 인구가 전체의 절반을 차지할 것으로 추계된다. 2021년 기준, 대만의 평균수명은 2020년에 비해 0.21% 증가한 80.70세이다. 또한, 대만의 2021년 출생률은 인구 1,000명당 8.402명으로, 2020년에 비해 0.08% 감소하였다(Macrotrends, 2021)[43].

대만의 문화를 언어와 민족의 구성 차원에서 살펴보면 다음과 같다. 대만의 표준어는 중국어이며, 민남 지역의 방언인 민남어도 통용된다. 또한, 대만의 민족은 중국 본토 출신이 97%를 차지하고 있으며, 민남인, 객가인, 다른 성 출신자 순으로 인구가 많다. 또한, 원주민

41) "국가/지역 정보: 대만," 외교부, 2021년 9월 7일 접속, https://www.mofa.go.kr/www/nation/m_3458/view.do?seq=2

42) "대만, 인구구조 변화와 소비트렌드 동향," KOTRA 해외시장 뉴스, 2021년 2월 3일 수정, 2021년 9월 7일 접속, https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/782/globalBbsDataView.do?setIdx=243&dataIdx=186993

43) "Taiwan Life Expectancy 1950-2021," macrotrends, 2021년 9월 7일 접속, https://www.macrotrends.net/countries/TWN/taiwan/life-expectancy

2%, 중국인 또는 외국인 배우자가 1%를 차지하고 있다. 대만은 지리적 위치와 민족의 구성에 따라 중국의 한(漢)문화가 주류 문화로 인정받고 있으며, 한(漢)문화에 타이완 토착민 문화, 일본 문화, 유럽문화가 함께 섞여 있다.

〈표 4-88〉 사회문화적 현황 : 대만

구분	내용
면적	36,192㎢ (대한민국의 약 1/3배)
인구	2300만명 (2021년 7월 기준)
수도	타이베이시(Taipei City)
언어	중국어(표준어) 중심, 민남어(민남 방언)도 통용
화폐	신타이완달러(NT$)
민족	중국 본토 출신 97% 원주민 2% 중국인·외국인 배우자 1%
종교	불교(35%), 도교(33%), 기독교(2.6%), 천주교(1.3%) 등
주요 도시	〈북부〉 타이베이시, 신베이시 〈중부〉 타이중시 〈남부〉 가오슝시, 타이난시
평균수명	80.70세
출생률	0.84명
現 총통	차이잉원 (15~16대 총통)

(2) 정신건강 현황

Saloni et al.(2019)에 따르면, 2017년 기준 대만의 불안장애 유병률은 3.44%, 우울장애는 3.02%, 알코올 사용장애는 2.09%, 약물 중독 장애는 0.93%, 양극성 장애는 0.35%, 조현병은 0.26%, 섭식장애는 0.24%이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-89〉 정신건강유병률 : 대만, 한국

구분	대만	차이	한국
불안장애	3.44%	▲	9.3%
우울장애	3.02%	▲	5.0%
알코올사용장애	2.09%	▲	4.5%
약물사용장애	0.93%	▼	0.2%
양극성 장애	0.35%	▼	0.1%
조현병스펙트럼장애	0.26%	▲	0.5%

출처: Saloni et al.(2019), Our World in Data, Retrieved from https://ourworldindata.org/mental-health, 보건복지부「정신건강실태조사」(2017), Retrieved from http://index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1441&board_cd=INDX_001

대만의 국가 정신질환자 등록 시스템(National Psychotic Patients Registration System)에 등록된 정신장애인 분포를 살펴보면, 조현병 및 양극성 장애가 약 75%로 가장 많으며, 그 다음으로는 약물 및 알코올 중독자의 비율이 높다(Hsu, 2021). 2019년 전국건강보험통계에 따르면, 정신과 환자 외래, 입원치료, 응급환자의 수는 총 2,827,173명이며, 2021년 3월까지의 등록된 신체 및 정신장애인은 1,197,887명이다. 이중 정신장애인은 총 131,894명으로 약 11.0%에 해당한다. 등록 정신질환자의 연령 분포를 살펴보면 아래와 같다.

〈표 4-90〉 2019년 기준 등록된 정신장애인의 연령 분포 : 대만

연령대	등록된 정신장애인 수
30~45세 미만	29,555명
45~50세 미만	16,899명
50~60세 미만	39,410명

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

또한, Hsu(2021)에 따르면, 대만은 정신질환자를 증상의 심각도에 따라 6개의 수준으로 분류하고, 각 수준별로 정신건강 증진을 위한 서비스를 제공하고 있다. 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담은 다음과 같다.

〈표 4-91〉 정신질환자 관리 시스템의 권한과 책임 분담 : 대만

단계	환자 분류	서비스 종류	서비스 항목	서비스 제공 전담 기관	담당 부서
1	응급입원이 필요한 중증의 정신질환자	정신의료서비스	응급입원치료	정신의료기구	보건복지부속
2	정신질환 증상이 심한 정신장애인	정신의료서비스	만성입원치료 주간입원치료 자택치료	정신의료기구	보건복지부속
3	정신질환 증상이 지속적으로 나타나고, 이로 인해 일상생활 기능상의 장애가 나타나고 치료효과가 부진하게 나타나는 장기입원치료 정신장애인	정신의료서비스	장기입원치료	정신의료기구	보건복지부속
4	정신질환 증상이 안정되었으나, 일상생활 기능이 저하되어 기능을 복원하기 위해 적극적인 재활치료가 필요한 정신장애인	정신의료서비스 및 사회재활서비스	외래치료 지역사회재활치료 사회추적관리 재활 훈련	정신의료기구 정신재활서비스 제공기관	보건복지부속 노동부속
5	정신질환 증상이 안정되고, 장애가 만성화되어 입원 불필요한 정신장애인	가정방문서비스	요양서비스 자택서비스 간호돌봄서비스	사회복지기관 간호기구	보건복지부속 관리감독기관
6	만성정신장애를 지닌 노인, 신경인지장애, 입원이 불필요한 정신장애인				

출처: Hsu Shu Ching, 대만 사회심리장애인 의료자원 및 지역사회의 처우와 인권, 장애우권익문제연구소 발표자료, 2021.09.15.

윤석준 외(2019)에 따르면, 4단계에 해당하는 '정신질환 증상이 안정되었으나, 일상생활 기능이 저하되어 기능을 복원하기 위해 적극적인 재활치료가 필요한 정신장애인'이 가장 많은 비율을 차지하고 있었으며, 다음으로 3단계, 1단계, 2단계, 5·6단계 순으로 많은 정신장애인이 등록되어 있었다. 대만의 각 단계별 정신장애인 분포는 아래와 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-92〉 각 단계별 정신장애인 분포 : 대만

연도	1단계	2단계	3단계	4단계	5·6단계	총합
2013	14,678 (10.9%)	5,837 (4.4%)	34,480 (25.7%)	78,104 (58.2%)	1,189 (0.9%)	134,321
2015	13,720 (9.6%)	21,162 (14.9%)	37,506 (26.3%)	69,208 (48.6%)	815 (0.6%)	142,416
2017	17,928 (12.95%)	17,239 (12.4%)	42,812 (30.7%)	60,823 (43.6%)	767 (0.6%)	139,569
2019	21,842 (15.5%)	19,917 (14.2%)	37,596 (26.7%)	60.463 (43.0%)	972 (0.7%)	140,790

출처: 윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희, 김아림, 김지선, 정윤선, 최지희 (2019). 중증 정신장애인 의료체계 실태조사. 국가인권위원회.

(3) 경제적 현황

대만의 경제적 현황은 다음과 같다. 이재수(2020)에 따르면, 대만은 2019년 기준 3.1%의 경제성장률을 기록했다. 전 세계 평균 경제성장률이 -3.3%이고, 한국의 경제성장률이 0.7%라는 점을 고려할 때, 대만은 코로나19로 세계 경제가 위축된 상황 속에서도 상대적으로 호조를 보였다고 이야기할 수 있다. 또한, 대만의 GDP 대비 국가부채 비율은 약 32.7%로, 재정건정성이 높은 편이다. 한편, 대만의 정부 예산은 2019년 기준 1조 9,979억 원으로 한국의 정부예산과 비교할 때 약 1/4 수준에 불과하다. 인구당 보건의료비로는 연간 약 1,430 NT$가 사용되며, GDP 대비 보건의료비율은 약 6.3%이다. OECD 평균 보건의료비율이 20.0%라는 점을 고려할 때, 한국과 대만 양국 모두 GDP 대비 보건의료지출의 비율이 현저히 낮다고 이야기할 수 있다. 마지막으로, 전민건강보험비로 연간 약 260~280억 NT$, 정부예산으로 연간 약 22억 NT$이 합쳐 연간 약 300억 NT$이 정신건강 예산으로 편성되어 있다. 出處(2021)[44]에 따르면, 보건복지부 전체 예산 중 정신건강 증진 분야에 책정되는 예산은 전체의 1%에 불과하다.

44) "支援不足》預算只佔衛福部1%, 心理健康不重要？政府還能做更多？(정신건강에 대한 부족한 지원-보건복지부 예산 중 1%에 불과, 정부는 더 많은 것을 해야 하지 않는가?)", 出處 (2021년 5월 1일). Retrieved from https://www.commonhealth.com.tw/article/84073

〈표 4-93〉 경제적 현황 : 대만

구분	대만	차이	한국
경제성장률(GDP 성장률)	3.1%	▼	0.7%
1인당 GDP	$29,230	▲	$31,846
GDP 대비 국가부채	32.7%	▲	43.8%
정부예산	1조 9,979억 NT$ (한화 약 140조 원)	▲	약 558조 원
공공사회복지지출규모 (OECD 평균 20.0%)	6.3% (GDP 대비)	▲	10.8% (GDP 대비)
정신건강 예산	약 300억 NT$ (한화 약 2,000억 원) 보건복지부 예산 중 1%	▲	4,065억 원 보건복지부 예산 중 2.7%

(4) 정치적 현황

대만의 정치적 현황을 파악하기 위해서는 역사에 대해 살펴볼 필요가 있다. 대만은 내분과 외침 등으로 불안정한 정세가 지속되었고, 국공 내전으로 쫓겨나 현재는 대만섬과 펑후(澎湖), 진먼(金門), 마주(馬祖) 지구 등 몇 개의 도서 지역만을 통치하고 있다. 대만은 오늘날의 모습을 갖추기까지 네덜란드, 청나라, 일본 등 여러 국가의 식민통치를 겪었다. 대만의 정치적 구조에 많은 영향을 미친 일제강점기는 1895년에 시작되었다. 1895년 청일전쟁에서의 패배한 청나라는 4월 17일 일본 제국과 시모노세키 조약을 체결하였다. 이 조약으로 인해 청나라는 자국의 영토 중 일부였던 대만 섬을 일본 제국에 할양하였고, 1895년 4월 17일부터 제2차 세계대전 종전 이후인 1945년 10월 25일까지 약 50년의 대만일치시기(Taiwan under Japanese rule, 臺灣日治時期)를 경험하게 된다. 그리고 제2차 세계대전 종전 이후 대만은 일제로부터 해방되었고, 이후 중국 국민당 정권이 독재 집권을 하게 된다. 대만은 1980년대 중반까지 중국 혹은 싱가포르와 같이 일당독재국가였지만, 1980년대 후반과 90년대에 걸쳐 민주화가 이루어지게 된다. 구체적으로, 1987년에 시작된 민주화 이행은 강력하고 초법적인 권한을 갖는 권위주의 통치구조에서 권력이 제한되고 분산된 준대통령제 통치구조로 변하였다(김형철, 2008). 이러한 과정을 거쳐 대만은 중화권 국가 중 유일하게 민주주의가 정착되었다. 이후 대만은 1996년 첫 직선 총통을 선출하였다. 대만의 총통은 대통령에 해당하는 대만의 국가원수로, 안으로는 정치적 최고 책임을 부담하고 전 군의 통수권자이며, 밖으로는 중화민국을 대표하는 권한과 책임을 가진다. 즉, 현재 대만의 정치적·군사적·외교적 실권을 지닌 지도자이다. 현직 총통은 2016년 5월 20일에 취임한 차이잉원으

국가인권위원회 humanrights.go.kr

로, 차이잉원은 14, 15대 총통이고 대만 최초의 여성 총통이다.

한편, 대만과 중국과의 관계는 다음과 같다. 현재 중화인민공화국은 하나의 중국 원칙을 주장하며, 타이완에 대한 영유권을 주장하고 있으며, 대만 정부를 인정하지 않고 있다. 1983년 6월 26일, 덩샤오핑 이론에 따라 '중화인민공화국 타이완 특별행정구'라는 이름을 제시하였고, 타이완 지구를 홍콩, 마카오와 같은 자국의 특별행정구로 간주한다. 대만의 정식국호는 '중화민국(Republic of China)'이며, 자국 내에서는 타이완 또는 대만이라고 불린다. 그리고 '중화 타이베이(Chinese Taipei)'는 국공 내전에 패하여 망명된 이후의 중화민국이 국제기구에 가입할 때 주로 사용하는 대체명칭이다. 대체명칭을 사용하는 이유는 대만이 국제 사회에서 주권 국가라는 인식을 심어줄 수 있는 국호를 사용하지 못하도록 중국이 압력을 가하고 있기 때문이다.

(5) 대만의 유교적 가족주의 가치관

대만은 오랜 기간 관료적 권위주의 정부의 통제를 경험하였다. 김범석(2002)에 따르면, 1947년부터 1987년까지 계엄령하에서 국민당(國民黨)의 일당 체제가 공고화되었고, 국민당의 총재인 장개석(蔣介石)은 1948년부터 1975년 서거할 때까지 초대부터 5대 총통으로 장기 집권하였다. 국민당은 정치적 야당이 허용된 1986년까지 1당으로서 독점적 지위를 누려왔으며, 2000년 야당인 민진당(民進黨)이 최초로 정권을 잡기 전까지 50여 년에 걸쳐 대만 사회를 지배했다(김범석, 2002). 이처럼 권위주의 정부의 통제 아래 국가 주도로 다양한 정책과 제도를 만들어왔고, 후발산업화전략에서 국가가 중심적 역할을 하였다(Shin et al., 2003; 왕혜숙 외, 2013에서 재인용).

또한, 대만은 중국 본토로부터의 지속적인 영향 아래 놓여있었고, 이러한 영향 가운데 가장 근본적인 것은 '유교 전통'이었다. 개인을 강조하는 서구 철학과 달리 개인들 간의 관계와 공동체를 강조한다는 점이 유교 철학의 가장 큰 특징이다(함재봉, 2000; 장현근, 2000). 따라서 유교 논리는 자유보다는 질서를, 개인보다는 가족이나 공동체의 이익을 강조하였다. 이러한 유교 철학의 영향으로 인해 대만에서 가족은 개별 가족 구성원보다 우선시되었으며, 집합적 또는 공적인 이해가 개인의 사적 이해나 자유, 자율성보다 우선시 되었다. 자연스레, 사회의 가장 근본적이고 기본적인 집단으로서 가족이 모든 영역에서 최고의 가치로 평가받는 '가족주의'가 발달하게 되었다(왕혜숙, 2013).

이러한 가치관 아래, 대만의 의료보험 제도가 가족이라는 사회적 단위에 근거하고 있는 등 전반적으로 대만의 복지체제는 강한 가족주의적 성격을 내포하고 있다(이미숙, 2008).

이러한 가족주의적 가치관으로 인해 전통적인 가족의 복지 역할이 강조되고 있으며, 대만 사회에서 정신장애인에 대한 주 돌봄 제공자는 가족 구성원으로 여겨진다. 한편, Hsu(2021)에 따르면, 대만 사회에서 정신장애인 가족의 가용 자원 및 서비스는 절대적으로 부족하여 가족 외에 실제적 돌봄 책임을 부담할 공적인 사회서비스가 부족하다는 지적이 계속해서 이어지고 있다. 이처럼, 대만 사회에서 정신장애인 당사자 가족의 돌봄 부담은 상당히 높은 편이다.

2) 법과 조례

1945년 유엔 설립 당시 대만은 상임이사국으로서의 지위에 있었으며, 1970년 자유권규약과 사회권규약에 서명하였고, 인종차별철폐조약을 비준하였다. 그러나 중국을 유일한 합법 정부로 인정하는 '하나의 중국 원칙'이 국제사회에서 힘을 얻으며, 대만은 1971년 유엔 탈퇴를 시작으로 많은 국제기구에서 지위를 잃었다.

대만 현지의 인권 활동은 대만 민주화 운동이 있었던 1980년대부터 지속되어 왔고, 시민단체들은 정부가 국제인권 기준을 도입하도록 촉구했다. 이러한 노력이 결실을 맺어 대만 정부도 국제 인권법 규정을 국내법에 적용하도록 노력하고 있다. 그러나 앞서 언급했던 정치적 문제로 인해 대만 정부가 요청한 국제인권 관련 조약에 대한 비준 신청은 유엔에 의해 모조리 기각되고 있다.[45] 이에 대만 정부는 자체적으로 국제인권 기준을 도입하기 위해 국제인권 관련 조약에 관한 시행법을 제정하고 있다. 대만의 사법원은 2009년에 자유권규약 및 사회권규약 시행법을 제정하였고, 이 법률의 발효로 국제조약인 자유권규약과 사회권규약이 대만 국내에서도 법적 효력을 가지게 되었다. 그 후로 현재까지 3개의 핵심적인 국제인권조약(여성차별철폐협약, 아동권리협약, 장애인권리협약)과 그에 따른 시행령을 각각 제정했고, 따라서 이 국제인권조약들은 현재 대만 내에서 법적 구속력을 가지며, 국내법과 동등한 법적 지위를 가진다.

2014년에 장애인권리협약 이행법이 제정된 이후, 대만의 국가보고서는 2016년 12월 2일에 발간되었다. 그리고 4년 뒤인 2020년에는 2차 국가보고서를 발간하였다. 이처럼 대만은 이미 두 번의 국가보고서를 발표하였고, 2017년 말에 첫 국제심사위원회의 회의가 소집되었다. 5명의 국제 전문가들이 국제심의위원회(International Review Committee)에 참여하였고, 장애인 권리에 관한 문제들을 해결하기 위해 정부, 시민단체 대표 등과 심의를 진행하였다.

45) https://en.covenantswatch.org.tw/korean/

(1) 장애인권리협약 이행법

장애인권리협약 이행법(Act to Implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities)은 2014년 8월 20일에 제정되었으며, 내용은 아래와 같다.

〈표 4-94〉 장애인권리협약 이행법 : 대만

장애인권리협약 이행법 내용
제1조 이 법은 모든 장애인의 권리를 보호하고 사회·정치·경제·문화에 대한 완전하고 평등한 참여를 보장하며 개인의 독립과 발전을 도모하기 위하여 2006년 유엔이 채택한 장애인권리협약(이하 협약)을 시행하기 위하여 제정되었다.
제2조 협약의 조항은 국내 법적 지위를 가진다.
제3조 협약의 법적 및 행정적 적용은 유엔 장애인 권리 위원회의 입법 목적과 해석을 참조해야 한다.
제4조 모든 정부 기관은 장애인의 권리에 관한 협약의 조항을 준수해야 하며, 장애인의 권리를 침해하지 않아야 하고, 모든 장애인의 권리를 보호하여야 하고, 장애인의 인권을 적극적으로 실현하여야 한다.
제5조 모든 정부 기관과 기관은 기존 법률과 규정에 의해 통제되는 직무 내에서 협약의 조항을 작성, 홍보 및 이행할 책임이 있다. 정부는 협약에서 장애인의 권리의 증진과 보호를 실현하기 위해 다른 국가 정부 및 국제 비정부 기구 및 인권 기관과 협력해야 한다. 정부는 장애인단체의 의견을 구하고, 협약의 이행과 인권에 미치는 영향을 평가할 수 있는 기준과 지침을 수립하며, 정책과 법률이 미치는 영향을 평가할 수 있는 체계를 마련하여야 한다.
제6조 협약과 관련된 업무를 추진하기 위하여, 행정원은 장애인 단체 및 모든 정부 기관 및 기관의 학술 전문가와 대표를 초청하여 장애인의 권리 증진 위원회를 설치한다. 정기회의, 조정, 연구, 검토 및 자문을 실시하고 다음 각 호의 사항을 수행한다. 1. 협약의 홍보 및 교육, 훈련 2. 각급 정부당국의 협약 이행 감독 3. 중화민국의 장애인 권리 현황 조사 4. 국가보고서 제출 5. 협약 위반에 대한 불만사항의 수용 6. 그 밖에 협약과 관련된 사항 전문가 및 장애인단체 대표자 수는 전체 위원 수의 2분의 1 이상을 대표하여야 한다. 각 성별은 전체 위원 수의 3분의 1 이상으로 대표되어야 한다.
제7조 정부는 장애인의 권리에 관한 신고체계를 구축하여야 한다. 첫 번째 국가보고서는 이 법이 시행된 후 2년 이내에 제출되어야 한다. 그 이후, 국가보고서는 4년마다 제출되어야 한다. 보고서를 검토하기 위하여 관련 학계 전문가 및 민간단체의 대표자를 초빙한다. 전항의 규정에 관한 관련 학술 전문가에는 유엔에서 장애인의 권리 업무에 경험이 있는 사람이 포함되어야 한다. 정부는 후속 시책을 그 의견을 토대로 검토·연구하여야 하며, 정기적으로 보고함으로써 성과를 점검하여야 한다.

장애인권리협약 이행법 내용
제8조 협약 및 관련 규정에 의해 보호되고 있는 장애인의 권리가 침해된 경우, 권리보호를 위하여 항소, 청구 또는 그 밖의 방법을 통해 구제를 요청할 수 있다. 중화민국의 다른 비준되거나 가입된 국제협약과 관련 규정에 의해 보호되는 침해된 권리에도 동일한 관행이 적용된다. 장애인이 전항의 권리를 행사할 변호인을 선임할 때에는 법에 따라 법률지원을 하여야 한다. 법률지원의 처리업무는 법률구조재단 또는 기타 민간단체에 위탁한다. 장애인의 권리를 보호하기 위하여, 정부는 사법기관을 대상으로 교육을 실시하여야 한다.
제9조 협약의 시행에 있어 각급 정부당국의 장애인 권리보호에 필요한 비용은 재정상태를 기준으로 우선하여 예산으로 책정한다. 구현은 점진적으로 이루어져야 한다.
제10조 정부기관은 법률 시행 후 2년 이내에 협약의 규정에 따른 소관 입법 및 행정처분에 대한 우선 검토 목록을 제시하여야 한다. 협약의 규정과 일치하지 않는 사항은 본 법률 시행 후 3년 이내에 관련 법률의 추가, 개정 또는 취소 또는 행정조치 개선을 통해 시정되어야 한다. 나머지 법률의 제정(개정)·개정 및 행정처분의 개선은 이 법률 시행 후 5년 이내에 완료하여야 한다. 입법·개정·취소 및 행정조치 개선 이전에 협약의 규정을 적용한다. 제1항의 입법·개정·취소 및 행정조치 개선은 장애인단체의 의견을 구하여야 한다.
제11조 이 법에 의해 규제되지 않는 사항에 대해서는, 정부는 협약과 문제의 속성에 따라 유엔 장애인 권리 위원회의 해석을 참조해야 한다.
제12조 본 법률은 2014년 12월 3일부터 시행한다.

*출처: 대만 법제처, https://law.moj.gov.tw/Eng/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050194

장애인권리협약 이행법은 장애인권리협약의 법적 효력, 협약 이행을 위한 정부와 정부기관의 구체적인 노력에 대한 내용을 담고 있다. 오늘날 대만은 유엔 회원국이 아니며, 앞서 언급했던 정치적 문제로 인해 대만 정부가 요청한 국제인권 관련 조약에 대한 비준 신청은 유엔에 의해 모조리 기각되고 있음에도 불구하고, CRPD 2014년에 장애인권리협약 이행법을 제정하여 CRPD에 법적 권한을 부여하고 장애인의 권리를 보호하겠다는 대만의 약속을 세계에 알렸다.

(2) 국제인권규약 감독 비정부 기구(Covenants Watch)

국제인권규약 감독 비정부기구(통칭 Covenants Watch, 이하 CW)는 대만 타이베이에 본사를 둔 비정부기구로, 대만의 국내인권 증진을 위한 활동을 진행하고 있다. 앞서 살펴보았듯이, 대만은 1970년부터 유엔을 비롯한 국제기구의 활동에서 제외되었다. 외부 감독이나 국제조약의 관리 부재 하에 대만의 국내인권 실태를 국제인권 수준으로 끌어올리기 위해서 시민사회에서 2009년에 CW라는 비정부기구를 설립하였다. CW의 주요활동은 다음과 같다.

〈표 4-95〉 CW의 주요 활동 : 대만

구분	내용
정책 제언	'국가 인권 기구의 지위에 관한 원칙(파리원칙)'에 준거한 국내인권기관의 설립과 인권 보호·증진을 위해 국내기구를 개선하고 인권상황 감독을 강화하도록 정부를 독려함.
협약 이행 상황 감독	국제 전문가에 의한 국내 조약 정기검토 시, 대만 국내 NGO들의 참여를 독려하고 보조함. 협약과 최종 심사 견해 및 권고문의 국내 이행을 감시, 감독함
인식 제고	인권 운동가와 일반 시민의 국제 인권법에 대한 이해를 높이기 위해 강좌나 토론회 등을 개최함.
연구	국제 인권법에 관해 전문적인 조사 연구를 수행하여 대만 정부에 자료를 제공함.

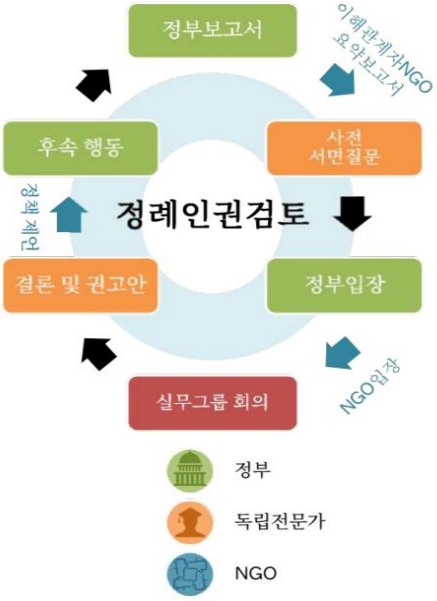
*출처: 대만 국제인권규약 감독 비정부기구 공식 홈페이지, https://en.covenantswatch.org.tw/korean/

대만에서 CW의 역할은 크게 두 가지로 요약된다. 첫째, CW는 "인권활동가들의 연합체"이다. CW는 대만정부의 국제 인권법 이행을 보조·감시하기 위해 설립된 비정부조직이고, 어떠한 정치적·종교적 단체와도 관련이 없는 인권단체와 개인 인권활동가들로 구성된 인권운동가들의 연합체이다. 법 제도 개혁부터 사회정의, 남녀평등, 소수민족·장애인의 권리, 난민과 노동이민자의 권리, 환경보호, 공공위생 등을 보장하기 위해 약 40개 이상의 인권단체와 수많은 인권활동가들로 구성된 단체이다.

둘째, CW는 "시민사회와 NGO 간의 협력을 촉진하는 연결고리"이다. CW에서는 조약 심사과정에 시민사회의 참여를 독려하고, 이들의 의견을 반영하기 위해 노력하고 있다. 구체적으로, CW는 정기적인 국제 인권법과 유엔의 인권보장 시스템에 관한 세미나와 강좌를 개최해 시민사회의 관심과 숙고를 촉구하고 있다. 또한, 오늘날 대만에서 국제적인 인권 기준을 국내에 도입하는 데 있어 CW는 매우 큰 역할을 하고 있다. 2013년에 열린 제1회 국제인권 규약 심사에서 CW가 이끄는 67개의 인권단체가 공동으로 제출한 보충서류가 국제전문가 위원회로부터 좋은 평가를 받았고, 2017년 장애인 권리 협약의 국제 심사에서는 16개의 장애인단체를 심사과정에 성공적으로 참여시켰다.

다음으로, CW는 국제조약심사제도를 대체할 수 있는 대만 고유의 조약심사제도를 도입하는 데 기여하였다. 자유권규약 및 사회권규약 시행령 제6조에서는 "정부는 국제인권 규약에 따라 인권보고 제도를 설립하여야 한다"라고 그 의무를 명시하고 있으나, 제도 설립에 관한 구체적인 규칙은 언급하고 있지 않다. 또한 대만은 유엔 회원국이 아니기 때문에 국가별 인권 상황 정기 검토(Universal Periodic Review)를 받지 못하고 있어 대만 정부의 인권 관련 대응을 고찰하고 개선점을 논의하기 어렵다. 이에 CW와 여러 NGO들의 오랜 노력 끝에 대만 정부는 국제조약 심사 제도를 국내에 맞게 수정하여 도입하기로 결정하였고,

이 조약심사제도는 국내법 또는 정책이 국제인권 관련 조약에 입각하여 규정될 수 있도록 한다. 대만의 조약심사제도는 다음과 같은 절차로 이루어진다.



[그림 4-61] 대만의 조약심사제도 절차

대만의 조약심사제도는 국제전문가, 대만 정부, NGO들의 공동 참여로 이루어진다. 절차 자체는 실제 유엔의 협약 심사와 동일하게 이루어진다. 하지만 유엔 협약심사제도는 검토 대상국이 제출한 국내인권 상황 보고서를 참고하여 협약기관이 심사하는 반면, 대만에서는 4년에 한 번 타이페이에 모여 심사를 진행한다, 민간단체에 의해 선출되고 대만정부에 의해 초청된 국제전문가들로 구성된 국제심의위원회(International Review Committee)는 심사를 진행한 후, 최종적으로 “결론 및 권고안(COR)”이라는 문서를 작성한다. 이 문서에는 현 국내 인권 상황의 문제점과 차후 대만 정부가 개선해야 할 방향에 관한 내용이 담겨있고, 다음 협약 심사 시 이를 바탕으로 하여 국내 인권 상황이 개선되었는지를 재심사한다.

(3) 정신위생법

① 제정 및 개정 역사

대만의 정신건강 관련 법은 “정신위생법(精神衛生法, Mental Health Act)”이다. 대만은

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1970~1980년대까지도 국가의 법령과 정책에 기반한 치료보다는 지역 내에서의 정신질환자 돌봄이 가족이나 종교시설에 의해 이루어졌고, 이러한 상황 속에서 정신질환자에 대한 인권침해나 학대가 만연하였다. 1981년 12월 대만의 위생부는 대만정신건강협회(中華心理衛生協會, Mental Health Association in Taiwan, MHAT)[46]에 법안 초안을 의뢰하였고, 이듬해 7월에 초안이 완성되어 보건부에 보내졌다. 이후 입법의 진행이 지연되다가, 1984년 이후 연이은 정신질환자에 의한 사건·사고가 잇따라 발생하여 정신질환 이슈에 대한 여론의 관심이 증가하게 되었다. 이를 계기로 1987년 9월 보건부가 입법 과정을 재개하고 정신질환 관리체계를 구축하게 되었다. 법령의 검토와 심사를 거쳐 결국 1990년 12월 7일 총통이 공식적으로 총 52개 조항으로 구성된 정신위생법을 공포하고 시행하였다. 정신위생법의 제정은 대만 사회가 마침내 정신건강 문제의 심각성을 인지하고 이에 대응하기 위한 방안을 마련했다는 것을 의미하기 때문에 대만 사회에서 상징적인 의미를 지닌다(Wang, 2009). 한편, 법의 본질은 정신질환 치료에 초점이 맞춰져 있으며(Tang, 1997), 사회적 안전이라는 치안적 목적을 내포하고 있었다(Wei et al., 2017; 조근호 외, 2019). 이에 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 제도와 서비스는 법안에서 언급되지 않았다. 또한, 2000년과 2002년 두 차례에 걸친 법 개정에도 불구하고, 일부 조항만 수정되었을 뿐 법적 틀은 계속해서 유지되었다. 하지만, 2007년에는 정신위생법이 다음의 목적을 위해 대폭 수정되었다(Wei et al., 2017).

〈표 4-96〉 2007년 정신위생법 개정의 목적 : 대만

목적
정신질환자에 대한 차별 금지 및 시정
정신장애인 당사자와 가족, 정신건강서비스 제공자 및 정부에 대한 지원
중증 정신질환자의 비자의 입원 과정에서의 인권 보장
정신장애인의 지역사회 통합
정신건강 증진을 위한 예방 정신의학 강화

출처: Wei-Tse Hsu, Frank Huang-Chih Chou (2017). A History of Mental Health Laws in Taiwan. Taiwanese Journal of Psychiatry. 31(3), pp. 195-203.

개정의 역사를 통해 살펴볼 수 있듯이, 대만의 정신위생법은 사회의 안전과 질서를 위해 제정되었지만 이후 환자와 가족의 인권을 보장하는 내용으로 개정되었다(조근호 외, 2019).

46) 대만정신건강협회(中華心理衛生協會, Mental Health Association in Taiwan, MHAT)는 1955년 조직된 비영리단체로 수십 년 동안 대만의 정신건강 증진 및 정신질환의 예방을 위해 힘쓰고 있는 단체이다. (출처: 대만정신건강협회 홈페이지, https://www.mhat.org.tw/efcont.aspx?id=K3JOsteln/k=)

② 대만 정신위생법의 내용

Ching(2021)에 따르면, 대만의 정신위생법은 국민 정신건강의 증진, 정신질환 예방 및 치료, 정신질환자의 권리와 인권의 보호, 지역사회 통합을 위한 지원방안을 담고 있다. 정신위생법의 구조는 다음과 같다.

〈표 4-97〉 정신위생법 구조 : 대만

대만의 정신위생법의 개요
제1장 일반 원칙(General Principles)
• 법의 제정 목적, 법에서 사용된 용어의 정의, 법에 언급된 책임 주체에 대한 설명
제2장 정신건강체계(Mental Health System)
• 중앙 관할 당국, 지자체, 노동부, 교육부, 사회부 등 각 주체의 책임과 권한
제3장 정신질환자의 권익 보호(Protection of Patients and their Rights and Interests)
• 정신질환자에게 금지되는 행위(학대, 유기, 방치, 강제결혼, 범죄 등)
• 보호자 선정
• 응급입원
• 개인정보 및 사생활 보호
• 재활, 의료, 교육, 고용 서비스
제4장 의료보장서비스, 보고 및 후속 조치를 위한 지원(Assisting Access to Medical Care, Reporting, and Follow-up Protection)
• 입원 등 의료서비스 접근에 관한 규정
제5장 정신과 진료의 과업(Tasks of Psychiatric Medical Care)
• 외래환자 진료서비스, 응급 서비스, 지역사회 정신재활서비스 등 정신과 전문의의 역할
제6장 벌칙 조항(Penalty Provisions)
• 위의 규정을 위반하는 병원, 의료인에 대한 벌칙 사항
제7장 추가 조항(Supplementary Provisions)

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

2007년 개정 정신위생법의 내용을 법의 개정 목적 및 핵심 조항을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 정신질환자에 대한 차별 금지 및 시정

2007년 이전에는 정신장애인이 회복 후 재취업하기 위해서는 '회복 증명서(Certification of Recovery)'를 해당 기관이나 단체에 제출해야만 했다. 그러나 2007년 법 개정 이후 회복 증명서를 제출해야 하는 의무는 없어졌고, 제22조에서는 과거 정신병력이 있다는 이유로 학업, 고용 등 다양한 삶의 영역에서 정신장애인에 대한 차별이 금지됨을 명시하고 있다. 그리고 제23조에서는 정신장애인에 대해 보도를 할 때 언론 매체가 지켜야 할 의무사항도 언급하고 있다.

〈표 4-98〉 정신위생법 내용 중 차별 금지 관련 주요 조항 : 대만

차별 금지 관련 주요 조항
제22조 환자의 인격과 정당한 권리와 이익은 존중되고 보호되어야 하며, 차별을 받아서는 안 된다. 안정된 상태에 있는 환자는 정신질환을 앓은 적이 있다는 이유로 학업, 시험, 취업을 거부당하거나 기타의 부당한 대우를 당해서는 안 된다.
제23조 언론 매체는 정신질환과 관련한 어떠한 차별적 언급이나 설명을 전달해서는 안 된다. 또한 사실과 양립하지 않는 보도를 하거나, 시청자 혹은 독자에게 정신질환자에 대한 차별적 인식을 불러일으키는 오도를 해서는 안 된다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

이처럼 제22조와 제23조를 통해 살펴볼 수 있듯이, 정신위생법은 정신장애인의 인권을 보호하고 차별을 금지해야 한다는 내용을 담고 있으며, 특히 정신장애에 대한 차별적인 인식을 유발할 수 있기에 정신질환과 관련된 언론 매체의 보도는 신중하게 이루어져야 함을 명시하고 있다.

나. 정신장애인 당사자와 가족, 정신건강서비스 제공자 및 정부에 대한 지원

대만의 정신위생법은 제13조부터 제15조를 통해 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익 옹호 단체 대표자의 정책 수립과정에 참여할 수 있는 권리를 법률로 규정하고 있다.

〈표 4-99〉 정신위생법 내용 중 환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항 : 대만

환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항
제13조 중앙 주무관청은 정신보건전문가, 법률전문가, 정신장애인 당사자, 당사의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초빙·소집하여 다음 각 호의 업무를 수행한다. 1. 국민의 정신건강 증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료기관에 관한 상담 3. 정신질환 예방치료 자원계획에 관한 협의 4. 정신질환 예방 및 치료의 연구개발에 관한 자문 5. 정신질환의 특수치료에 관한 상담 6. 치료에 대한 환자의 권리와 이익 보호, 이익 침해에 대한 검토, 계획, 조정, 촉진 7. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담 각 호의 업무를 수행하는 데 있어 안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 참여자의 3분의 1 이상이어야 한다. 그리고 어느 한 성별이 초대된 사람의 3분의 1 미만을 차지해서는 아니된다.
제14조 지방 관할 당국은 정신건강 관련 전문가, 법률전문가, 안정 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초청하여 집합하고 해당 관할 구역에서 다음 업무를 수행한다. 1. 국민의 정신건강증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료 연구과제에 관한 상담

환자 및 이해관계자 지원 관련 주요 조항

3. 정신보건의료기관 설립에 관한 협의
4. 환자의 의료접근권 보호에 관한 진정사건의 조정·심사 및 그 침해에 대한 심사
5. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담

안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 전항에서 언급한 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 초청된 사람의 3분의 1 이상을 구성해야 한다.

제15조 정신질환으로 인한 비자의 입원원 및 지역사회 강제치료에 관한 사항은 중앙 주무관청 정신질환 의무평가 및 지역사회치료심의위원회(이하 심의위원회라 한다)에서 심의한다. 전항의 심사위원회 위원에는 전문의, 간호사, 작업치료사, 심리학자, 사회복지사, 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표, 법률전문가 및 기타 관련 전문가가 포함된다. 심의위원회는 심의회의를 소집하는 동안 심의사건 당사자 또는 피해인에게 소명을 위하여 출석하게 하거나 담당자를 적극 파견하여 당사자 또는 피해인을 조사하도록 할 수 있다. 심의위원회의 구성, 심의절차, 그 밖에 준수하여야 할 사항에 관한 사항은 중앙주관기관이 고시한다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

정신건강서비스 및 정책을 통해 가장 중대한 영향을 받는 주체는 정신장애인 당사자이지만, 오늘날 정신장애인은 정신건강 관련 정책 결정 과정에서 소외되고 있다. 이에 대만의 정신위생법은 2007년 개정을 통해 안정된 상태에 있는 환자와 그 가족, 그리고 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자들이 정책 결정 과정에 1/3 이상이 참여해야 함을 명시하고 있다. 이러한 변화를 통해 당사자 중심의 정신건강체계를 구축하며, 정신장애인 당사자에게 권리를 부여하고, 시민으로서의 참여를 장려하고 있다.

다. 비자의 입원 과정에서의 인권 보장

대만에서 중증 정신질환자에 대한 담론은 사회적 차별과 배제, 격리와 보호로부터 인권 존중의 방향으로 전환되었다. 대만은 정신질환자의 인권과 사회적 안전 사이에서 균형을 맞추기 위해 노력하고 있다. 특히, 2007년 개정과 관련하여 중증 정신질환자의 비자의 입원에 대한 기준이 더 엄격해졌다.

〈표 4-100〉 정신위생법 내용 중 비자의 입원 관련 주요 조항 : 대만

비자의 입원 관련 주요 조항
제41조 자타해의 위험이 있는 중증 정신질환자로서 전문의의 진단을 받아 입원이 필요한 경우, 보호자는 중증환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 지원한다. 입원 치료가 필요한 정신질환자가 입원을 거부하는 경우, 시·군(시) 관할당국은 응급입원을 시행할 정신의료기관을 지정하여 시·군(시)이 지정한 전문의 2인 이상에게 배정할 수 있다. 다만, 도서지역에서는 전문의 1인이 의무 검사를 실시할 수 있다. 심의 결과에 따라 종일 입원이 필요한 경우이나, 중증환자가 여전히 입원을 거부하거나 의사를 표명할 수 없는 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 비자의 입원 기본정보 및 보고서를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 의견 문서 및 기타 관련 진단 증명서를 첨부하고 비자의 입원 허가를 위해 심의위원회에 신청서를 제출한다. 비자의 입원 승인 여부에 대한 결정은 중증 환자 및 보호자에게 제공된다. 응급배치 및 비자의 입원 허가 신청은 시·군(시) 주무관청이 위탁한 지정 정신의료기관에서 수행한다. 절차에 관한 규정, 필요한 서류, 긴급 안치 및 비자의 입원 신청을 위해 준수해야 할 기타 사항은 중앙 관할 기관에서 공포한다.
제42조 긴급 안치 기간은 5일을 초과할 수 없으며, 중증 정신질환자의 인권 보호 및 치료에 주의를 기울여야 한다. 비자의 입원 허가 심의는 긴급 안치 날짜로부터 2일 이내에 완료되어야 한다. 긴급 안치는 검사에서 비자의 입원이 필요하지 않음이 확인되거나, 긴급 안치 날짜로부터 5일 동안 비자의 입원 허가를 받지 못한 경우 종료된다. 또한, 비자의 입원 기간은 60일을 초과할 수 없다. 다만, 시·군(시) 주무관청이 지정하는 전문의 2인 이상의 검사에서 입원의 연장이 필요하다고 인정하는 경우, 심의위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 60일로 제한된다. 입원 기간 중 중증환자의 상태가 호전되어 비자의 입원이 더 이상 필요하지 않은 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 퇴원 수속을 거쳐 관할 시·군(시)에 통보한다. 비자의 입원 만료일 또는 심의위원회가 의무입원을 계속할 필요가 없다고 인정하는 경우에도 동일한 규정을 적용하여 퇴원 수속 이후 통보하여야 한다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

정신위생법 제41조와 제42조에 따르면, 비자의 입원을 위해서는 자·타해 위험이 있어야 하며, 두 명의 지정 정신과 전문의에 의한 평가가 이루어져야 한다. 또한, 환자의 인권을 보호하기 위해 심의가 이루어지는 동안 응급입원을 위한 조처를 해야 한다. 이후 비자의 입원에 대한 심의위원회의 승인을 받아야 하며, 심의위원회에서는 비자의 입원 기준이 충족되는지를 확인한다. 심의위원회는 정신과 의사, 간호사, 작업치료사, 임상심리사, 정신건강사회복지사, 변호사, 보호자 및 환자 권익 옹호자를 포함한 다양한 직역의 전문가로 구성된다. 또한, 비자의 입원이 불필요한 경우에는 즉시 퇴원 절차를 밟고, 퇴원 사실을 지역사회 정신건강센터에 통보하도록 강제하고 있다. 이처럼, 대만의 정신위생법은 중증 정신질환자의 비자의 입원을 최소화하고, 환자의 권익을 고려하는 방향으로 개정되었다.

라. 정신장애인의 지역사회 통합

대만은 WHO의 사람 중심 접근(person-centered approach)에 대응하여 지역사회에서의 자원 가용성과 의료 접근성 향상에 초점을 맞추어 법을 개정하였다. 2007년 정신위생

법 개정을 통해 대만의 정신건강시스템의 주요 패러다임은 의료모델에서 지역사회 기반 서비스 모델로 전환되었다. 대만 정신위생법의 주요 목표는 정신장애인들이 지역사회에서의 일상을 회복하도록 지원하는 것이다.

〈표 4-101〉 정신위생법 내용 중 지역사회 통합 관련 주요 조항 : 대만

비자의 입원 관련 주요 조항
제38조 환자의 상태가 안정되거나 회복되어 더 이상 지속적인 입원 치료가 필요하지 않은 경우, 정신의료기관은 환자 또는 보호자에게 퇴원 절차를 알려야 하며, 환자를 이유 없이 구금해서는 안 된다. 또한, 환자를 퇴원시키기 전에 정신의료기관은 환자와 보호자가 재활, 기관 의뢰, 배치 및 후속 조치를 위한 구체적인 실행 가능한 계획을 수립하도록 지원해야 한다. 지방자치단체 및 시 관할 당국은 관할 구역에서 응급 정신과 관리를 위한 체계를 구축하여 필요한 경우, 치료 및 긴급 안치를 받을 수 있도록 지원해야 한다.
제39조 중앙 관할 기관은 환자의 지역사회 치료, 지원, 재활 등의 서비스에 참여하는 정신건강 관련 기관 및 협회에게 상을 수여한다. 전항에서 언급한 서비스 기관 및 협회에 대한 자격 및 조건, 서비스 내용, 운영방법, 관리 및 포상에 관한 규정은 중앙 주무 부처인 사회·노동·교육청과 협력하여 공포한다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

구체적으로 제38조를 살펴보면, 환자를 퇴원시키기 전에 정신의료기관은 환자와 보호자가 재활 서비스, 지역사회 정신건강증진기관 의뢰 및 배치 등 퇴원 후속 조치를 위한 구체적인 계획을 수립하도록 도와야 한다. 그리고 제39조에서는 중앙 관할 당국이 우수 정신건강 관련 기관 및 협회를 선정하고 상을 수여함으로써, 각 기관이 정신장애인을 위해 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 유인책을 제시하고 있다.

마. 정신건강 증진을 위한 예방 정신의학 강화

2007년 정신위생법 개정 이전에는 시 관할 당국은 지역사회 정신건강센터를 설립할 수 있다는 임의규정으로 명시되어 있었다. 한편, 개정 이후에는 시 관할 당국은 지역사회 정신건강센터를 설치하는 것이 의무화되어 강행규정으로 바뀌었다. 그리고 지역사회의 정신건강센터를 통해 정신건강 증진 및 정신질환 예방을 위한 다양한 사업들을 수행할 의무가 있음을 언급하고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-102〉 정신위생법 내용 중 정신건강센터 관련 조항 : 대만

정신건강센터 관련 조항
제7조 지방 자치 단체 및 시 관할 당국은 지역사회의 정신건강센터를 통해 정신건강 캠페인, 교육 및 훈련, 상담, 의뢰 및 이전 서비스, 자원 연결, 자살 및 약물 남용 예방 및 치료, 기타 심리 관련 문제를 해결해야 한다. 또한, 지역사회 정신건강센터에서는 정신과 전문의가 다양한 예방 서비스를 제공해야 한다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

지역사회의 정신건강센터는 이외에도 자살 예방 및 약물 오남용 관련 교육 등 정신건강 증진과 관련한 다양한 역할을 수행하고 있다.

장애인권리협약 시행법이 제정된 이후 2020년 1년 15일에 개정된 사항은 제4조에 관한 것이며, 구체적인 내용은 아래와 같다.[47]

〈표 4-103〉 정신위생법 제4조 : 대만

수정 사항	개정 후 내용
국가보고서 발행 관련 내용 추가	**제4조** 1. 중앙 주무관청은 다음 사항을 관장한다. ① 일반 대중의 정신건강 증진과 정신질환의 예방 및 치료를 위한 정책 및 프로그램의 계획, 수립 및 홍보 ② 국가 환자 서비스 및 권리 보호 정책, 법률 및 규정의 계획, 형성 및 촉진 ③ 시·군 관할 당국에서 환자 치료 및 권익 보호에 관한 사항을 감독·조정 ④ 지방 자치 단체 및 시·현 관할 당국의 환자 서비스에 대한 보상 및 지원 ⑤ 환자 의료 관련 전문인력 양성을 위한 계획 ⑥ 환자 보호 사업을 위한 계획 ⑦ 국가 환자 데이터의 통계 ⑧ 다양한 정신 요양 기관의 상담, 감독 및 평가 ⑨ 그 밖에 환자 서비스 권익 보호에 관한 기획·감독 ⑩ 국민의 정신건강 및 정신질환에 관한 조사·연구 및 통계 2. 중앙 관할 당국은 4년마다 전항의 항목을 포함하는 국가 정신건강 보고서를 발행해야 한다.

4년마다 국가 정신건강 보고서를 발행해야 한다는 내용의 제4조의 제2항이 추가되었다. 대만 입법원 법령검색시스템에서는 개정의 이유를 "사회 안전망의 효율성을 높이고, 대만인의 정신건강에 대한 연구를 촉진하기 위함. 중앙 관할 기관은 4년마다 국가 정신건강 및

47) https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^1306818981031203068181F2038103669189C903897346898981

정신질환 실태조사, 연구 및 통계가 포함된 국가 정신건강 보고서를 발행해야 함"이라고 명시하고 있다.[48] 장애인권리협약 시행법 제7조에서 협약을 제대로 이행하고 있는지 평가하기 위한 국가보고서를 4년마다 발행할 것을 규정하고 있는데, 정신위생법 제4조의 개정은 이와 관련이 있을 것으로 추론할 수 있다.

(2) 심신장애인권익보장법

심신장애인권익보장법은 2014년 장애인권리협약 시행법 제정 이후 2015년과 2021년 두 차례의 개정이 있었다. 개정된 법 조항과 개정의 이유는 아래와 같다.

① 2015년 개정

2015년에는 두 차례의 개정이 있었다. 먼저, 2015년 2월 4일에는 제60조와 제100조가 개정되었다. 제60조는 시각·청각·신체 장애인의 안내견과 관련된 사항으로, CRPD에서 규정하는 장애인의 자유로운 이동권을 보장하기 위한 수정으로 이해할 수 있다.

〈표 4-104〉 2015년 2월 4일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만

수정 사항	개정 후 내용
장애인의 이동권 보장	**제60조** 시각·청각·신체 장애가 있는 사람은 자격을 갖춘 맹도견, 청각장애인 맹도견 또는 신체 보조견 또는 맹도견·청각도견·신체보조견의 전문 조련사를 동반하고 훈련 시 반려견을 동반한다. 그들은 공공 장소, 공공 건물, 비즈니스 건물, 대중 교통 차량 및 기타 공공 시설에 자유롭게 출입할 수 있다.
제60조 수정 관련 벌칙사항 수정	**제100조** 제16조 제2항 또는 제60조를 위반한 자는 기한 내에 개선을 명하고, 기한 내에 개선하지 않을 경우 NT$10,000~NT$50,000의 벌금과 4시간의 강의를 받도록 명령한다.

출처: 대만 입법원 검색시스템,
https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^1306818981031203068181F2038103669189C9038973468989 81

그리고 2015년 12월 16일에는 제71조의 제1항이 추가되었고, 제2조, 제6조, 제20조, 제30조, 제31조, 제33조, 제36조, 제53조, 제57조, 제61조, 제84조, 제99조, 제107조를 개정하였다.

48) https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^1306818981031203068181F2038103669189C9038 97346898981

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-105〉 2015년 12월 16일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만

수정 사항	개정 후 내용
중앙 관할 당국을 보건복지부로 명시	**제2조** 1. 관할 당국은 중앙 차원의 보건복지부, 시 차원의 자치단체, 현 차원의 자치단체 등을 지칭한다.
장애평가 관련 절차 수정	**제6조** 1. 시·현의 주관기관에서 심신장애인의 감정 신청을 접수할 때에는 반드시 위생 주관기관에 관련 기관 또는 전문 인원을 지정하고, 전문팀을 구성하여 감정 및 심신장애 감정 보고를 마쳐야 한다. 2. 앞의 감정보고서는 늦어도 완성 후 10일 이내에 신청인의 호적소재지의 위생 주관기관에 송달해야 한다. 위생 주관 기관은 늦어도 10일 내에 이 감정 보고를 직할시로 전달해야 한다. 감정 비용은 현(시) 주관 기관에서 처리한다. 3. 제1항에 따른 장애평가기관 또는 전문가의 임명·자격, 장애의 종류 및 등급, 평가항목 및 기준, 평가방법, 도구, 운영 등에 관한 규정은 중앙주관기관이 정한다. 4. 심신장애 감정 서비스에 관한 필요한 진찰, 진단 혹은 검사 등의 항목을 처리하는 데 드는 비용은 반드시 시·현 위생 주관 기관에서 예산을 편성하여 지원해야 하며, 담당 현(시) 위생 관할당국과 조정하여 건강을 담당하는 중앙 위생 주관 기관에서 규제해야 한다. 5. 전항의 심신장애 감정 항목은 전민건강보험법의 규정에 부합하는 수급자는 반드시 보험으로 지원해야 하며, 전항의 비용을 중복 수령해서는 아니된다.
보조기구 연구 관할 기관에 경제주관기관 추가	**제20조** 2. 전항의 보조기구는 자원 통합, 발전 및 서비스 방법을 연구하고 중앙주관기관회와 중앙교육, 노동자, 과학기술연구사무, 경제주관기관에서 정한다.
장애학생의 교육권 보장을 위한 수정	**제30조** 각급 교육 주관기관에서 심신장애인 교육 및 입학시험을 처리할 때에는 그 장애의 종류, 정도, 학습 및 생활 수요에 따라 각종 필수 전문인력, 특수교재 및 각종 교육 보조기자재, 배리어 프리 학교환경, 점자독서 및 관련 교육자원을 제공해야 하며, 공정하고 합리적인 교육을 받을 수 있는 기회와 응시조건을 제공해야 한다.
제2항의 '유치원·어린이집'을 '유치원'으로 개정	**제31조** 2. 공립유치원, 방과후 돌봄 서비스는 심신장애 아동을 우선적으로 위탁받아 심신장애 유아동 선행교육, 위탁서비스 및 관련 돌봄 서비스를 시행하고 민간어린이집, 방과후학교 지원 등 심신장애 아동에 대한 돌봄 서비스를 장려해야 한다.
장애인 고용권 보장을 위한 수정	**제33조** 1. 각급 근로 주관기관은 심신장애인의 취업 의사를 참고하여 직업재활업무관리원이 능력과 욕구를 평가해 적절한 개별화된 직업재활서비스 계획을 수립하고, 관련 자원을 지원하여 직업재활서비스를 제공하며 필요시 민간단체에 위탁해야 한다. 2. 전항에서 정한 직업재활서비스는 직업재활관리서비스, 직업훈련, 취업서비스, 직무재설계, 창업훈련 및 기타 직업재건서비스이다. 3. 전항에서 정한 각 항목의 직업재건서비스는 심신장애인 본인 또는 그 보호자가 각급 노동주관기관에 신청해야 한다.
제한 없는 장애인의 이동권을 보장하기 위해 수정	**제36조** 각급 노동 주무기관은 반드시 각 목적의 사업 주관기관 및 관련 자원을 결합하여 보호작업장의 아래와 같은 지도 항목을 제공해야 한다. ① 경영 및 재무관리 ② 시장정보, 제품 보급 및 생산기술의 개선 및 협의 ③ 직원을 위한 현장 교육 ④ 기타 필요한 지원

수정 사항	개정 후 내용
	제53조 1. 운송 차량 운송업체는 접근이 자유로운 운송 서비스를 위해 적절한 경로, 항공사, 서비스 일정, 자동차/객차/객실/구획(차량, 비행기 및 선박) 등을 계획해야 한다 . 2. 전항에 언급된 노선, 항공사 또는 지역에서 접근이 자유로운 교통 서비스를 제공할 수 없는 경우, 교통을 담당하는 모든 수준의 시·현 관할 당국은 장애인의 실제 욕구에 따라 다음 조치를 취해야 한다. 관련 장애인 협회, 지역 운송 차량 운송업체 및 사회 복지 서비스를 담당하는 관할 당국의 대표를 초대하여 전항의 규정이 적용되지 않는 항목에 대해 논의해야 한다. 3. 장애인의 편의를 위해 대중교통에서 접근이 자유로운 장비 및 시설/설비를 계획하고 수립한다. 지정석이 없는 대중교통시설은 장애인, 노약자, 여성, 어린이를 위한 우선석을 이용 가능한 총 좌석의 15% 이상의 좌석 비율로 따로 마련해 두어야 한다. 이러한 좌석은 자동차나 객실 문 또는 출입구 가까이에 위치해야 한다. 우선석과 위의 출구 사이의 바닥은 평평하고 장애물이 없어야 하며, 필요한 경우 양보석 경고를 표시하거나 방송해야 한다. 4. 국내항공사는 민간항공주관기관이 정하는 보안상의 이유를 제외하고는 장애인에게 특별한 제한을 받도록 요구하거나 운송서비스 제공을 거부하여서는 아니 된다. 5. 철도·고속도로·고속철도·고속철도·항공교통·수상교통, 그 밖에 운수업무를 담당하는 중앙 주관당국이 정하는 바에 따른다. 6. 대중 교통의 접근이 자유로운 장비 및 시설/설비가 전항의 규정에 부합하지 않는 경우, 운송을 담당하는 각급 관할 당국은 운송 차량 운송업체에게 일정 기간 내에 개선 계획을 제출하도록 요청해야 한다. 다만, 공사 또는 대중교통장비의 제약으로 접근이 자유로운 장비 및 시설/설치에 기술적인 어려움이 있는 경우, 운송차량운송업체는 개선시한을 명시한 대체개선 계획을 제출할 수 있다. 7. 전항의 개선계획을 운송주관당국에 제출하여 승인을 받아야 한다.
	제57조 1. 신축 또는 제조되는 공공건물 및 집합장소는 장애인이 이용하기 편리한 시설·설비 및 장비를 포함하여야 한다. 정부는 상기 규정에 적합하지 않은 공공건물 또는 집합장소에 대하여 건축허가를 하거나 이를 일반에 공개하지 아니한다. 2. 공공 건물 및 활동 장소는 실외 통로, 대피 램프 및 난간, 대피구, 실내 출입구, 실내 복도, 계단, 엘리베이터, 모유 수유(수유)실, 화장실(이동식 포함), 욕실, 휠체어 사용자를 위한 공간 및 주차장. 품목 및 사양에 관하여는 법령 또는 관계법령이 정하는 바에 따른다. 3. 특정 사업을 담당하는 개별 수준의 권한 있는 당국은 접근이 자유로운 장비 및 시설/설치가 규정에 부합하지 않는 경우 공공 건물 및 모임 장소의 소유자 또는 관리 담당자에게 개선을 명령해야 한다. 다만, 군사적 통제, 고대유물보호, 자연적 요인, 건축물의 건축, 장비 또는 시설의 제한/설치, 그 밖의 특별한 사유로 인하여 출입이 자유로운 장비 및 시설물의 설치/설치가 매우 곤란한 경우 상황에 따라 소유자 또는 기관/조직/기관의 관리 담당자는 특정 업무를 담당하는 개별 수준의 주무관청에 대체 개선 계획을 제출할 수 있다. 권한 있는 당국은 개선 계획을 실행하기 위한 기한을 지정해야한다.
청각장애인 중 수화를 사용하는 비율이 높지 않은 현실을 반영하여 제2항 수정	**제61조** 1. 시·현 자치단체는 청력·언어 장애가 있는 사람의 실제 필요에 따라 공무 참여에 필요한 서비스를 제공하기 위해 수화통역 서비스 창구를 설치하고, 실제 상황에 따라 듣기와 타이핑을 동시에 제공할 수 있다. 2. 전항의 수화 번역 또는 동시 청취 및 타자를 수락하기 위한 서비스 범위 및 운영 절차에 관한 관련 규정은 시·현 관할 기관에서 결정한다. 3. 제1항의 규정에 의한 수화 번역 서비스의 제공은 이 법 공포 후 5년이 경과한 후 수화 번역 기술자의 기술 인증에 합격한 자에 한한다.

수정 사항	개정 후 내용
개인정보보호에 관한 사생활권 보장을 위해 추가	**제71-1조** 1. 주무관청은 전조의 보조금 사업에 필요한 정보를 처리하기 위하여 관계 기관(기관), 단체, 법인 또는 개인에게 연락하여 제공할 수 있으며, 피요청자는 정보를 제공할 의무가 있다. 2. 주관기관은 전항의 규정에 따라 정보 관리자의 경우 개인정보를 보호하기 위한 의무를 다하여야 하며, 정보의 보유, 처리 및 활용은 개인정보보호법의 규정에 따라야 한다.
소송권 관련 추가	**제84조** 1. 소송 진행 중 장애인이 소송에 관여하거나 증언을 해야 하는 경우에는 검사 또는 판사가 장애의 범주 및 등급의 특수 필요에 따라 필요한 지원을 하여야 한다. 2. 시·현 관할 당국은 피고인 또는 피의자가 정신적 장애 또는 기타 정신적 결함으로 완전한 진술을 할 수 없는 경우에는 형사소송법 제35조에 따라 사회복지사를 적격한 보조원으로 위촉하여야 한다. 3. 형사소송법 제35조 제1항에 따라 선임된 보조자가 그 직책을 맡을 수 없는 경우, 사회복지시설/기관 또는 협회는 상기 각 호에 따라 관할 시·현에 재임용을 신청할 수 있다.
벌칙사항 관련 수정	**제99조** 1. 국내항공사가 제53조제4항을 위반하여 장애인에 대한 운송서비스 제공을 거부하거나, 제58조 제4항을 위반하여 보호자에게 부당한 요금을 부과하거나, 운송사업자가 제53조를 위반한 경우, 제6항의 규정이 개선되지 않거나 미비한 경우 대체 개선 계획을 제출하거나 승인된 개선 계획의 기한 내에 개선을 해야한다. 한편 개선을 완료하지 못한 경우 관할 교통당국은 NT$10,000 ~ NT$50,000의 벌금 및 기한 개선을 부과할 수 있다. 2. 공영 주차장이 제56조 첫 번째 단락에 따라 일정 비율의 주차 공간을 확보하지 않은 경우 해당 기업의 관할 당국은 기한 내에 개선을 명령해야 하며, 기한 내에 개선이 이루어지지 않는 경우, 소유자 또는 관리자는 NT$10,000 이상의 벌금을 내야한다.
	제107조 1. 이 법에서 2007년 6월 5일부터 개정된 제38조의 규정은 공포일로부터 2년, 제5조부터 제7조까지, 제13조부터 제15조까지, 제18조, 제26조, 제50조, 제51조, 제56조, 제58조, 제59조 및 제71조를 시행한다. 2009년 6월 12일에 개정된 조항은 2009년 11월 23일에 발효될 것이다. 2. 중화민국 104 12월 1일에 개정된 규정은 공포 후 2년이 경과하여 시행하는 제61조를 제외하고 공포 당일에 시행한다.

출처: 대만 입법원 법령검색시스템,
https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00095C52BAA1000000000000000003200000000700FFFFFD00^01127109123000^0001F005001

② 2021년 개정

2021년 1월 20일에는 심신장애인 증명서, 장애수첩와 관련된 제14조와 제106조가 수정되었다. 수정 사항과 구체적인 개정 후 내용은 아래와 같다.

〈표 4-106〉 2021년 1월 20일 개정 심신장애인권익보장법 : 대만

수정 사항	개정 후 내용
증명의 유효기간 수정, 장애 증명서 갱신과 관련한 절차 수정	**제14조** 1. 심신장애 증명의 유효기간은 최장 5년이다. 다만, 장애가 경감되거나 회복될 수 없고 재평가가 없는 장애의 기준에 관한 제6조 3항의 규정을 만족하는 경우, 시·현 주무당국은 유효기간이 없는 장애증명서를 발급한다. 5년마다 제7조에 따른 필요성 재평가를 실시한다. 2. 기재 유효기간의 심신장애 증명서를 소지한 자는 반드시 유효기간이 만료되기 90일 전에 호적소재지의 시·현 주관기관에 재감정 및 수요평가를 신청해야 한다. 3. 심신장애인 증명효력기간이 만료 60일 전까지 재감정 및 욕구 평가자의 처리를 신청하지 않을 경우, 시·현 주관기관은 반드시 서면으로 그 처리를 통지해야 한다. 4. 장애인이 정당한 사유로 만료일 이전에 재심사 및 재심사를 신청할 수 없는 경우 만료일 직전에 서류를 제출할 수 있다. 시·현 관할 당국의 승인을 받은 장애인은 만료일로부터 60일 이내에 신청을 재개해야 한다. 5. 심신장애인의 장애상황이 바뀔 때는 반드시 스스로 시·현 주관기관에 재감정 및 수요평가를 신청해야 한다. 6. 시·현 주관기관에서 심신장애인의 장애상황이 바뀐 것을 발견했을 때, 60일 이내에 재감정과 수요평가를 처리할 것을 서면으로 통지할 수 있다. 7. 전항 제2절에 따라 재평가 및 재평가를 신청하고 그 장애가 경감 또는 회복될 수 없고 재평가가 면제되는 장해의 기준에 관한 제6조 제3항의 규정을 만족하는 경우, 시·현 관할 당국은 제1항 규정에 따라 처리한다. 8. 2012년 7월 11일 이전에 유효한 영구 매뉴얼을 보유하고 있는 사람의 경우, 시·현 관할 당국은 반드시 무기한 기간의 심신장애 증명을 시행해야 한다.
	제106조 1. 1996년 7월 11일 개정·공포된 규정의 전면 시행 이전에 장애수첩을 받은 자는 재심사·요구심사를 신청하거나 시정촌이 정한 날짜와 방법에 따라 심신의 재발급을 받아야 하며, 장애 증명서, 신청이 마감일까지 처리되지 않으면 시·현 주무관청이 관련 신청 절차를 처리하는 데 적극적으로 지원해야 한다. 2. 전항의 규정에 의하여 재심사 및 필요평가를 받은 장애인 또는 장애진단서를 갱신한 장애인은 1996년 7월 11일에 시·현 주무관청이 장애증명서를 발급하기 전의 복지 서비스를 계속해서 받을 수 있다. 3. 시·현 주무관청의 지정된 기일에 재심사를 받을 수 없어 심사가 필요한 경우에는 지정된 기일 이전에 연장사유와 함께 시·현 주무관청에 연장신청을 하여야 하고, 최대 60일까지 연장 가능하다. 4. 시·현 주무관청은 1996년 7월 11일 개정 공포한 규정이 전면 시행된 후 7년 이내에 영구유효기간 매뉴얼의 첫 번째 항목에 대한 관련 업무를 완료해야 한다.

출처: 대만 법률 시스템,
https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00095C52BAA1000000000000000032000000000700FFFFFD00^01127109123000^0001F005001

이러한 개정에도 불구하고, CW의 2021년 보고서에서는 심신장애인권익보장법은 여전히 CRPD를 준수하지 않고 있으며, 2017년 국제심의위원회의 최종 견해를 반영하지 않고 있다고 지적하였다(Huang et al., 2021).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 전달체계 및 운영체계

(1) 병원 및 정신건강서비스 체계 형성과정

대만의 병원 및 정신건강서비스 체계의 형성 과정은 아래와 같다.

〈표 4-107〉 병원 및 정신건강서비스 체계 형성 과정 : 대만

표 내용	내용
1899	최초의 의료기관 설립 (Renji Yuan (仁濟院), Cihui Yuan (慈惠院) and Puji Yuan (普濟院))
1900	정신질환자감호법(Law for Mental Patient Custody, 精神病者監護法) 제정
1910	나카무라 요호토 병원(Nakamura Yohoto Hospital, 養浩堂) 설립
1969	국립대만대학교병원(National Taiwan University Hospital) 설립
1986	병원 인증제 실시 Mental Health Network Projects 실시를 통한 정신의료개혁 시작
1989	정신과 전문의 자격 인증 제도
1990	정신위생법 제정
1995	전민건강보험제도 시행 장애인보호법(Disibilities Protection Act) 대상에 정신장애인도 포함
2005	국가자살예방센터 설립 타이베이 시립 연합병원(Taipei city hospital) 설립
2007	정신위생법 개정
2013	보건복지부 내 정신보건부 독립 및 규모 확장
2014	CRPD 채택

Wu et al.(2017)에 따르면, 대만에서의 초기 정신건강서비스 체계 형성과정은 일본으로부터 많은 영향을 받았다. 대만일치시기인 1899년, Renji Yuan (仁濟院), Cihui Yuan (慈惠院) and Puji Yuan (普濟院)이라는 세 곳의 의료기관이 일제 식민정부에 의해 설립되었다. 그 당시 정신장애인들은 '정신질환'에 대한 정의가 명확히 내려지지 않은 시기였기 때문에 다른 질환을 앓고 있는 사람들과 함께 이곳에 입원하게 되었고, 이 기관은 사실상 정신장애인들을 구금하기 위한 장소였다. 그리고 1900년에는 정신질환자감호법(Law for Mental Patient Custody, 精神病者監護法)이 제정되어 가족들의 동의하에 정신질환자를

강제로 입원시키는 것이 가능해졌다. 이 시기에는 정신질환에 대한 과학적인 이해가 없는 상태였고, 정신질환자에 대한 '구금', '감금', 사회로부터 격리하기 위한 법을 제정하고, 이를 위한 기관을 설립하는 시기였다.

이후 일본인 법의학자 나카무라(Nakamura)는 41개의 병상을 지닌 나카무라 요호토 병원(Nakamura Yohoto Hospital, 養浩堂)을 수도인 타이베이에 설립하였고, 이 기관에서 처음으로 정신장애인을 사회로부터 격리하기 위한 구금, 감금이 아닌 제대로 된 치료를 받을 수 있도록 의료서비스를 제공하기 시작하였다. 하지만 기관의 인력 부족, 재정 악화로 인하여 해당 병원에서 제공되는 서비스의 질이 점점 저하되었고, 1930년 3월 20일 23세의 한 여성 환자가 병원 내 5명의 환자를 살해한 사건이 발생하게 되었다. 이로 인해 정신질환자에 대한 국민적 관심이 증대되었고, 정신질환에 대한 이해가 없는 국민의 공적인 의견은 정신질환자에 대한 치료가 아닌 보호·관리주의에 대한 의견으로 수렴되었다. 이에 일제 식민정부는 정신질환자에 대한 제도적 관리에 집중하였다.

대만의 현대 정신의학은 제2차 세계대전 이후부터 발전하기 시작하였다. 기존 식민 사회 아래에서 정립된 이론들을 해체하고, 대만의 새로운 정신의료기관을 재설립하고, 정신의학 심리학 전문가들의 전문성을 함양하였다. 이 시기에 정신 의료서비스와 사회 정신의학에 관한 연구가 계속해서 확장되었다. 그리고 1990년대의 정책들은 정신건강서비스 체계를 더욱더 발전시켰다. Huang et al.(2009)에 따르면, 1986년 대만의 의료법(Medical Care Act)이 처음 제정됨에 따라 의료서비스의 질 향상을 위한 병원 인증제(Hospital Accreditation)가 시작되었다. 병원 인증은 의무사항이었고, 대만의 보건복지부가 자체적으로 인증을 실시하였다. 정신의료기관 또한 병원 인증제의 대상이 되어 매 3-4년마다 인증을 받도록 되어 있으며, 병원 인증제를 실시한 이후 자격을 갖추지 못한 정신의료기관의 수가 점점 줄어들게 되었다. 그리고 동일한 해에 '정신건강 네트워크 프로젝트(Mental Health Network Projects)'를 시행함으로써 정신건강 관련 예산을 확대하고, 정신건강의료서비스의 접근성 및 품질 향상을 위한 '정신건강 개혁'을 실시한다. 이후 1989년에는 정신과 전문의 자격 인증 제도를 시행하여, 공인된 정신과 전문의만이 정신장애인에 대한 진료를 볼 수 있도록 하였다. 그리고 1995년 전민건강보험제도가 시행됨에 따라, 공인을 받은 의료기관이 전민건강보험의 의료서비스 제공자로서의 자격을 가질 수 있게 되어 병원인증에 대한 강력한 인센티브로 작동하게 되었다. 2005년에는 정부가 국가자살예방센터가 설립하였고, 타이베이시 정신의료센터(Taipei City Psychiatric Center, TCPC)을 포함하여 8개의 병원이 연합하여 타이베이 시립 연합병원(Taipei city hospital)을 설립하였다. 2007년에

국가인권위원회 humanrights.go.kr

는 정신장애인의 인권을 강화하는 방향으로 정신위생법이 대폭 개정되었으며, 2013년에는 보건복지부 내 '정신건강 및 구강건강부'를 설립하여, 정신건강부서가 독립되었고, 규모가 확장되었다. 대만은 2014년에 CRPD를 채택하였고, 중국의 정치적 압력으로 인해 비준은 하지 못한 상태이다. 그럼에도 대만 정부는 자국의 협약 이행을 원칙대로 심의하고 실행하고 있어, 정신장애인에 대한 인권기반 접근을 시행하고 있는 국가로 평가받고 있다.

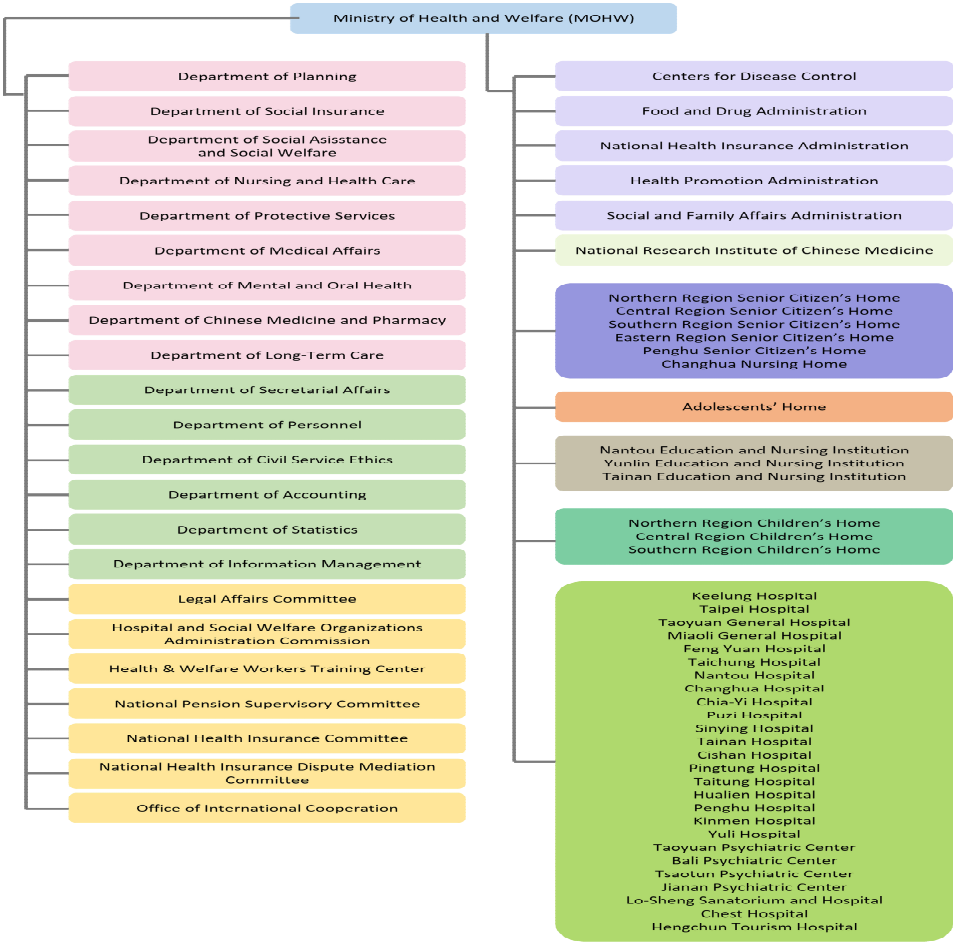
(2) 대만의 정신건강 인식(Mental Health Literacy)

Wu et al.(2014)에 따르면, 20% 이상의 대만 사람들은 정신질환이 고인(故人), 신, 악마, 영혼을 모욕했기 때문에 발생한다고 믿으며, 이러한 믿음을 가진 사람들의 수치는 1990년대와 2000년대를 비교할 때 큰 변화가 없다고 주장하였다. 이처럼, 대만 사회는 정신질환의 발병 원인에 대해 생물학적이고 통합적인 설명을 제공하기보다는, 전통적이고 심리적인 측면에서 설명하는 경향이 강하다(Wong et al., 2012). 또한, Kurumatani 외(2004)에 따르면, 대부분의 대만인들은 조현병의 발병 원인이 스트레스 혹은 개인의 나약한 성격 때문이라고 믿는 경우가 많다. 그리고 이와 같은 정신질환에 대한 인식은 중국인 민족집단 내에 존재하는 정신장애에 대한 스티그마가 만연하기 때문에 발생한다(Wong et al., 2017). 또한, Zhuang 외(2017)에 따르면, 대만의 정신장애인들은 정신질환에 대한 낮은 이해도와 정신질환자에 대한 높은 스티그마로 인해 전문 의료기관에 도움을 요청하는 것이 지연된다고 밝혀졌다. Wong 외(2010, 2012, 2017)은 중국인들이 다른 인종, 문화적 집단에 비해 정신건강 인식 수준이 매우 낮으며, 대만 사람들은 의료 전문가에 의한 치료 선호도가 매우 높음을 주장하였다.

(3) 정신건강 전달체계 및 서비스 흐름

① 대만의 정신건강서비스 체계

먼저, 대만의 보건복지부 체계는 아래와 같다.



[그림 4-62] 보건복지부 조직도 : 대만

*출처: Ministry of Health and Welfare(2021). Retrieved from https://www.mohw.gov.tw/cp-114-246-2.html

이중, 정신건강 관련 정책과 서비스는 보건복지부 산하의 정신건강 및 구강건강부(Department of Mental and Oral Health)에서 담당한다.[49] 2013년에 통합된 '부'로 승격하였고, 정신건강 및 구강건강부는 정신의료서비스와 정신건강서비스 제공기관 간의 원활한 상호작용을 매개하는 중앙행정기관이다. 구체적으로 정신건강 및 구강건강부 산하의 부서는 아래와 같다.

49) "Department of Mental and Oral Health." Ministry of Health and Welfare, 2019년 4월 18일 수정, https://www.mohw.gov.tw/cp-3779-39357-2.html

국가인권위원회
humanrights.go.kr

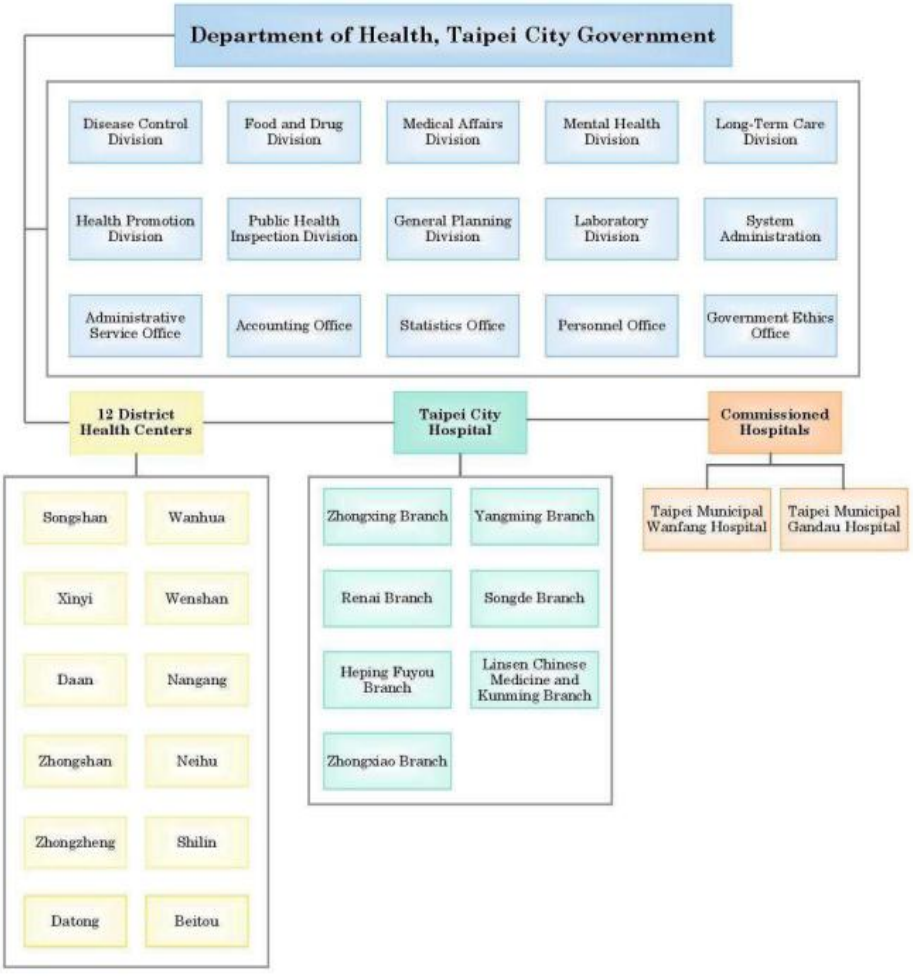
〈표 4-108〉 정신건강 및 구강건강부 산하 부서 : 대만

정신건강 및 구강건강부 산하 부서
정신건강 증진과 자살예방 부서 (Mental Health Promotion and Suicide Prevention)
정신질환 예방 및 관리 부서 (Psychiatric Disorder Prevention and Care)
마약 및 기타 약물 오남용 방지 부서 (Drug and Other Substance Abuse Prevention)
가정폭력·성폭력 가해자 치료정책의 수립과 추진 부서 (Planning and Implementation of Domestic Violence and Sexual Assault Offender Treatment Policy)
구강보건정책 수립 및 추진 부서 (Oral Health Policy Planning and Implementation)
구강보건서비스 체계와 질 증진 부서 (Oral Health Service System and Quality Improvement)
기타 정신건강, 정신의료 및 구강보건 관련 업무 담당 부서 (Other Affairs Related to Mental Health, Psychiatric Medical Care and Oral Health)

출처: "Department of Mental and Oral Health." Ministry of Health and Welfare, https://www.mohw.gov.tw/cp-3779-39357-2.html)

정신건강 및 구강건강부 산하의 7개의 부서 중 정신건강 관련 부서는 '정신건강 증진과 자살예방 부서', '정신질환 예방 및 관리 부서', '마약 및 기타 약물 오남용 방지 부서', '가정폭력·성폭력 가해자 치료정책의 수립과 추진 부서'의 총 4개의 부서이다.

대만은 1999년에 시(市) 및 현(縣) 단위에 보건국을 설치하기 시작하여, 오늘날 2020년 기준 총 22개의 시 및 현 단위 보건부 혹은 보건국이 존재한다(윤석준 외, 2019). 대표적으로 타이베이 보건국은 다음과 같은 구성으로 이루어져 있다.



[그림 4-63] 타이베이 시정부(Taipei Municipal(City) Government) 구성 : 대만

출처: 보건복지부 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원기반 사례관리' 도입 및 추진방향 모색. 국외출장 결과 보고서.

타이베이 시정부 산하에는 지역정신건강센터 12개소, 타이베이 시립병원 7개 연합, 위탁병원 2개가 운영되고 있다. 또한, 대만의 정신건강서비스체계에서는 의료기관의 비중이 크다. 대만의 보건복지부에서 국립병원을 설치·운영하는 한편, 시도의 공공병원 및 지역의료기관도 총괄하고 있다. 대만은 7개의 권역으로 나누어, 대만 보건복지부 직속 병원 4곳, 보훈청 1곳, 타이베이시 1곳, 가오슝시 1곳을 운영하고 있다. 또한, 의료서비스의 질을 유지하기 위해 4년마다 별도의 독립된 기관에서 정신의료기관에 대한 평가 인증을 실시하고 있다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

그리고 핵심병원은 공공병원 중 평가를 통해 높은 점수를 획득한 병원으로 선정하여, 경쟁체제를 통해 각 병원에서 양질의 의료서비스를 제공하도록 유도하고 있다.

② 전민건강보험제도

대만은 1995년 12개의 공적보험을 통합하여 단일보험자에 의한 전국민 의료보장체계를 달성하였다. 전민건강보험제도(National Health Insurance)는 국가사회보험방식으로 중앙건강보험국이 관리운영을 맡고 있다. 그리고 2013년에는 제2세대 전민건강보험이 시작되었다. 전민건강보험제도의 개편을 통해 보험료 부과체계를 개편하고, 정부 재정의 책임을 확대하고, 운영조직을 재정비하여 의료자원을 효율적으로 관리하고, 소외계층에 대한 지원을 강화함과 동시에 의료 전문 인력들의 자격 취득 기준을 강화하였다.

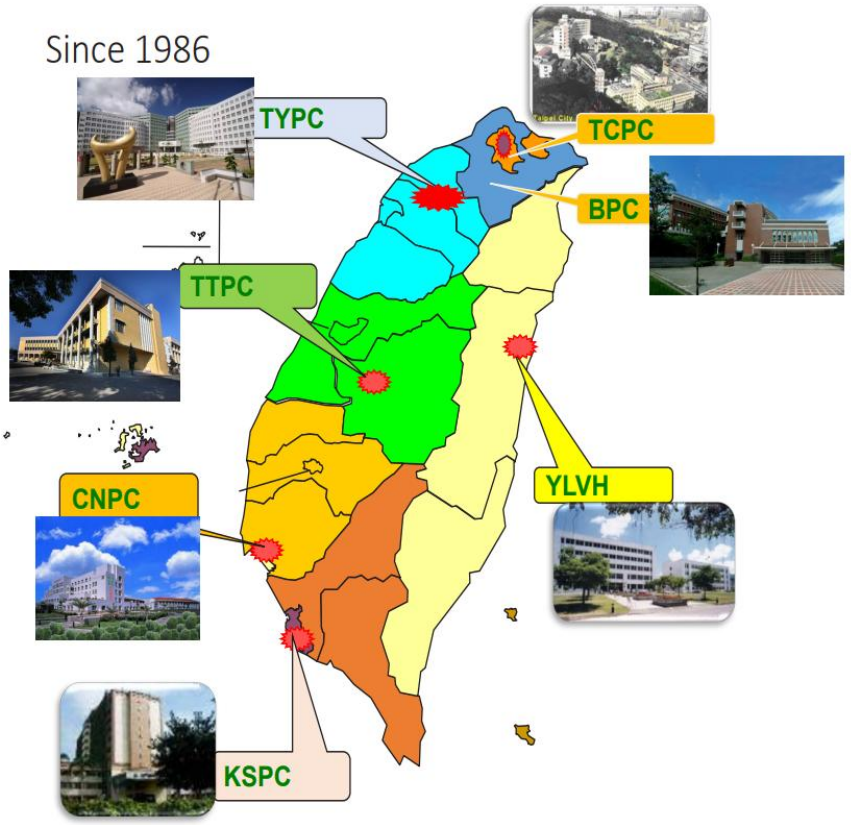
한편, 대만의 정신질환 발병으로 인해 발생하는 급여와 사용하는 서비스는 모두 전민건강보험제도를 통해 포괄적으로 보장된다. 구체적으로 재활서비스와 입원치료, 중간집 주거, 가정방문 등으로 인해 발생하는 비용 등 모두 전민건강보험에서 청구된다. 이처럼, 전민건강보험이라는 국가건강보험제도에 의료영역뿐 아니라 정신보건서비스도 함께 포괄함으로써 정신질환자가 퇴원 후 지역사회에서 정신보건서비스를 이용하더라도 국가건강보험에 의해 비용을 보장받을 수 있도록 보험제도를 설계하였다. 또한, 대만에서의 비자의 입원은 행정기관에서 집행하는 행정입원의 성격에 가까워, 비자의 입원 조치와 관련된 진료비, 행정비 등 전체 지출 비용은 국가에서 부담하고 있다(제철웅, 2018; 조근호 외, 2019).

(4) 정신건강 네트워크 프로젝트

대만의 보건복지부와 정신건강 및 구강건강부에서는 정신건강 네트워크 프로젝트(Mental Health Network Projects, MHNP)를 적극적으로 추진하고 있다. 정신보건 네트워크 프로젝트를 통해 대만은 핵심병원 지정 등 지역사회 정신보건의 체계적 틀을 마련하였다. 대만은 정신건강 네트워크 프로젝트를 통해 전국의 정신건강 시스템을 정비하고, 7개 지역으로 나누어 지역마다 거점병원을 선정하였다.

지역별 거점병원은 대학병원 정신과나 도시 지역의 공립 정신병원을 중심으로 하고 있으며, 공립병원 대 사립병원의 병상 비율은 2.4:1.0이다. 거점병원의 주요 업무는 지역 네트워크 연계, 지역보건·사회·정책부서와의 협업, 정신과 전문의 수련, 지역사회 정신보건의료서비스 제공 시설 자문, 자살예방, 약물 오남용 예방 및 치료, 가정폭력 및 성폭력 피해자 치료

프로그램, 재난 관련 정신건강서비스, 학교 정신건강 관리 등이다. 정신보건 네트워크 프로젝트의 사업 연혁은 〈표 4-109〉와 같다.



[그림 4-64] 대만의 7개 지역 거점 병원 : 대만

출처: 국립정신건강센터 (2019). 국가 재난 정신건강 시스템의 현재와 미래.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-109〉 정신보건 네트워크 프로젝트의 연혁 : 대만

기간	내용
1986-1990 (1st MHNP)	급성입원환자에 대한 재원 확대(보조금 지급), 지역사회기반 정신보건의료서비스 시범사업 실시(재활센터, 중간집 등)
1991-1996 (2nd MHNP)	1994년까지 급성입원환자 보조금 지급, 정신의료기관 및 지역사회 정신보건의료서비스 제공기관 증가, 지역사회 네트워크 확장
1997-2001 (3rd MHNP)	지역사회 중심 서비스 제공, 중간집 프로그램(halfway house program)
2002-2004 (4th MHNP)	환자 안전, 재난 관련 정신건강
2005-2008 (5th MHNP)	자살예방, 약물 오남용, 지역사회 중심 서비스 제공
2009-2012 (6th MHNP)	시스템 통합, 질 평가 지표 개정, 정신건강 증진
2013-2018 (7th MHNP)	자살예방, 정신건강 증진, 재난 관련 정신건강(트라우마), 약물 오남용 예방 및 치료

출처: Happy Kuy-Lok Tan, 대만 정신의료기관 서비스 현황 및 시사점, 환자 중심의 정신보건의료서비스 제공을 위한 정책토론회 발표자료, 2018.03.22.

아래의 표를 통해 확인할 수 있듯이 정신보건 네트워크 프로젝트의 시행으로 인해 정신과 병상 수가 완만하게 감소하고 있으며, 대만의 정신과 병상 수는 OECD 평균보다 훨씬 낮은 수준이다.

〈표 4-110〉 인구 10,000명당 병상 수 변화 : 대만, 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019
대만 급성기 정신과 환자 (Psychiatric Acute Beds)	3.15	3.10	3.14	3.15	3.13
대만 만성 정신과 환자 (Psychiatric Chronic Beds)	5.88	5.81	5.80	5.80	5.74
한국	12.5	12.5	13.1	12.6	12.4
OECD	6.6	6.5	6.5	6.5	6.6

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), OECD Health Statistics database

도시 지역을 중심으로는 입원 치료를 위한 정신의료기관보다는 외래진료를 위한 정신과 의원, 재활을 위한 낮병동, 정신재활시설, 중간집 등의 지역사회 정신건강증진기관이 증가하는 추세이다. 이처럼 국가가 주도하여 전 국민의 정신건강 증진을 위한 대규모 프로젝트로서 정신건강 개혁을 추진하고, 정신장애인이 지역사회에 통합되어 함께 살아갈 수 있는 환경 체계를 적극적으로 구축하고자 했다는 점에서 유의미하다고 평가할 수 있다.

(5) 정신건강 예산, 재원, 인력

이인영 외(2019)에 따르면, 대만의 정신건강서비스 분야의 예산 및 재원은 다음과 같다. 먼저, 전민건강보험을 통해 연간 약 260~280억 NT$ (한화 약 1,150억 원)이 보장된다. 전술하였듯, 전민건강보험을 통해 정신질환자를 위한 응급, 외래, 입원 서비스, 가정방문치료, 데이케어, 재활센터와 중간집에서 제공되는 서비스 모두 포함되어 있다. 다만, 해당 서비스들을 전민건강보험을 통해 지원받기 위해서는 의사의 진단 및 의뢰서를 제출하여야 한다.

또한, 정부 예산 중 연간 약 22억 NT$ (한화 약 930억 원)이 지원된다. 공무예산(Regular budget)과 의료발전기금(Medical care developing funds), 공익채권회귀금(Feedback Fund of Public Welfare Lottery)을 통해 지원된다. 정부 예산은 지방 보건국의 공중보건 관련 계획 집행 및 재정 보조금으로 활용되며, 의료서비스보다는 일상적인 지원 시스템 관련 분야를 포괄하여 지원한다. 단, 정신장애 외 타 장애로 인한 일상적 지원 및 재활 서비스는 복지기금에서 지급된다. 다음으로, 대만의 정신건강증진시설 현황은 다음 표와 같다.

〈표 4-111〉 정신건강증진시설 현황 : 대만

(단위: 개소)

		2016	2017	2018	2019
병원	비수련병원	35	35	35	34
	수련병원	11	11	10	10
종합병원정신과		155	158	201	200
정신과의원		280	291	298	316
정신재활시설	주간재활시설	62	67	68	68
	생활시설	141	144	149	154
정신요양시설		41	42	44	48

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

대만의 경우, 전체 정신건강증진시설 중 정신의료기관이 차지하는 비율은 약 3/5로, 우리나라와 비교할 때 정신의료기관과 지역사회 정신증진기관 사이의 불균형이 심하지 않지만, 여전히 의료기관의 비중은 지역사회 정신건강증진시설보다 높다. 또한, 대만은 국가에서 책임지는 의료의 비중이 대한민국과 매우 다르다. 대만은 전체 국공립 의료기관이 2/3, 민간 의료기관이 1/3으로, 국공립 병상이 민간 병상보다 많다. 또한, 대부분의 국공립 병원은 도심과 지역사회 가까이에 위치하여 1차 치료를 책임지고, 민간 의료기관은 지역사회와 도심에서 거리가 다소 먼 도서산간 지역에 위치해 치료를 수행하고 있다.

한편, 지역사회 정신건강증진시설의 이용 현황을 살펴보면 아래 표와 같다. 2018년도 한 해 동안 발생한 신규 사례 수는 정신재활시설이 정신요양시설보다 약 2배 더 많다. 또한, 전반적으로 정신요양시설의 병상 점유율이 정신재활시설의 이용률보다 약 11% 정도 높다고 이야기할 수 있다.

〈표 4-112〉 정신건강증진시설 이용 현황 (2019년 기준) : 대만

(단위: 개소)

		기관 수	병상 수	총 재원기간	총 이용자 수	신규 발생 사례 수	병상 점유율 및 이용률 (%)
정신요양시설	공공	17	1,936	582,391	-	1,171	86.43
	민간	31	2,168	637,651	-	630	82.43
정신요양시설 합계		48	4,104	1,220,042	-	1,801	84.4
정신재활시설 (주간재활시설)	공공	20	-	-	1,745	519	55.82
	민간	48	-	-	2,420	765	60.57
정신재활시설 (생활시설)	공공	13	-	-	559	161	81.01
	민간	140	-	-	6,410	1,900	79.67
정신재활시설 합계		221	-	-	11,134	3,345	72.76

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

대만에서는 정신과 의사, 간호사, 사회공작사, 임상 혹은 심리상담사, 작업(기능)치료사가 정신장애인에게 서비스를 제공한다.

〈표 4-113〉 대만의 정신건강 전문 인력 : 일본

구분	내용
정신과 의사 (精神医学会)	- 자격: 대학 의학부(7년제) 또는 학사 후 의학 학부(5 년제)에서 일반 의학 교육을 완료하고 의사의 국가 시험을 통과 해야함. 이후 3년 6개월 동안 정신 의학 전문 교육을 받고, 전문 의학 협회의 심사를 통과해야 함. - 역할: 정신질환을 경험하는 환자 진단, 약물 처방, 심리상담을 제공함. *출처: http://www.sop.org.tw/ https://baike.baidu.com/item/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%8C%BB%E5%AD%A6/10507595
간호사 (護士)	- 자격: 전문 간호사 교육을 이수하고 중앙 당국을 통해 자격을 갖춘 후보자를 심사를 받은 후 전문 간호사 인증서를 받아야함. - 역할: 건강문제에 대한 간호평가, 예방 및 건강관리, 긴호지도 및 상담, 의료지원 서비스를 제공함. 정신과에서 일하는 간호사의 경우 단 및 가족치료서비스를 제공함. *출처: https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020166
사회공작사 (社会工作师)	- 자격: 중화인민공화국 법률에 따라 설립된 사립 전문대학 이상 또는 교육부의 인정 요건을 충족하는 외국 전문학교의 사회복지 관련 부서, 부서, 그룹, 기관 및 학위를 졸업해야함. 사회복지(복지) 인턴십 또는 현장 학점을 수강했으며 필수과목을 이수해야함. 이후 문 직업 및 기술 인력에 대한 고등 시험 사회 복지사 시험 규칙에 따른 전문기술인사회공작사 시험에 합격해야함. (푸젠성에서는 대만지역 사회복지사를 직접 인증하기도 함[50]) - 역할: 아동, 노인, 장애인 등 저소득층의 대상자에게 사회적 혜택을 제공하는 것을 목표로 함[51]. 정신과에서 일하는 사회복지사는 법률, 사회복지기관 연계, 집단 및 가족치료서비스를 제공함. *출처: https://www.tasw.org.tw/tw/index
임상심리학자 (临床心理学)	- 자격: 임상심리학 석사 학위 및 관련 전문 대학 학위를 소지해야함. 1년의 풀타임 실습 및 수련을 받아야함. - 역할: 병원에서 근무하는 임상심리학자는 의료평가를 지원하며, 지역사회에서 심리치료서비스를 제공하기도 함. *출처: https://taclip.org.tw/about-us/bylaws/
작업(기능)치료사 (职能治疗师)	- 자격: 기능치료사가 되려면 5개의 전임 치료과 또는 대학 기능치료학과 학위가 필요하며, 일정 기간 인턴십을 거쳐야함. 국가시험을 통과한 후 기능치료사 자격증을 취득해야 함. - 역할: 정신장애인이 퇴원 후 가족, 사회생활, 일 등에 적응할 수 있도록 심리, 행동, 생활능력, 직업적 측면에서 훈련을 지원함. *출처: http://www.ot.org.tw/:http://www.qianmu.org/%E8%81%8C%E4%B8%9A%E6%B2%BB%E7%96%97%E5%B8%88

50) http://www.fj.xinhuanet.com/shidian/2021-09/09/c_1127842573.htm
51) http://theory.swchina.org/global/2007/1107/6021.shtml

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-114〉 정신건강 관련 인력 현황 : 대만

	2018	2019
인증을 받은 정신과 의사 수	161	224
간호사	169,454	172,966
사회복지사	15,643	14,989
작업치료사	197	204
심리상담가	25	28

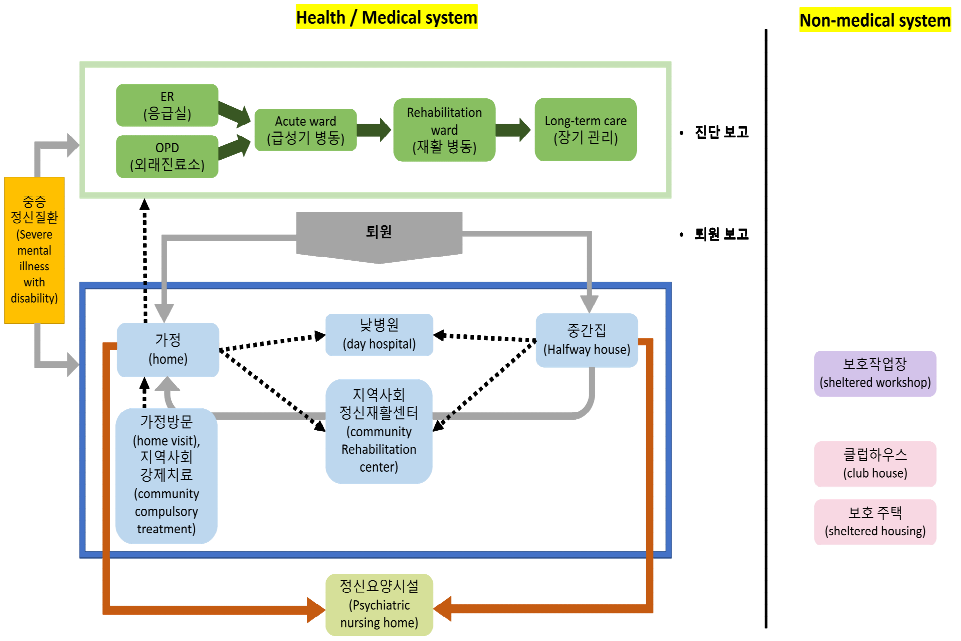
출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan)

대만에서는 정신건강사회복지서비스 제공 주체로서 간호사가 사회복지사보다 더 큰 비중을 차지하고 있다. 위의 인력 현황을 통해 파악할 수 있듯이 간호사의 수가 사회복지사의 수에 비해 절대적으로 많으며, 대만인들의 의료전문가에 대한 선호를 반영하여 병원 부속의 지역사회 정신건강증진시설에서도 간호사의 인력이 사회복지사보다 훨씬 더 많이 배치되어 있다.

4) 보건, 의료, 복지, 재활 등 회복지원서비스 인프라 현황

(1) 중증 정신질환자 서비스 이용 시스템

대만의 중증 정신질환자가 이용할 수 있는 서비스 체계는 아래 그림과 같다. 중증 정신질환자는 입원치료가 필요한 경우 응급실 또는 외래진료소를 통해 급성기 병동으로 의뢰된다. 급성기 병동에서 치료를 시행한 후, 증상이 어느 정도 호전이 되면 재활 병동으로 이동한다. 그리고 재활 병동에서 정신과 의사가 환자의 예후를 보고 계속적인 치료 여부를 결정하며, 예후가 좋으면 퇴원을 하게 되고, 지속적인 입원치료가 필요한 경우 만성기 병동으로 이동하게 된다.



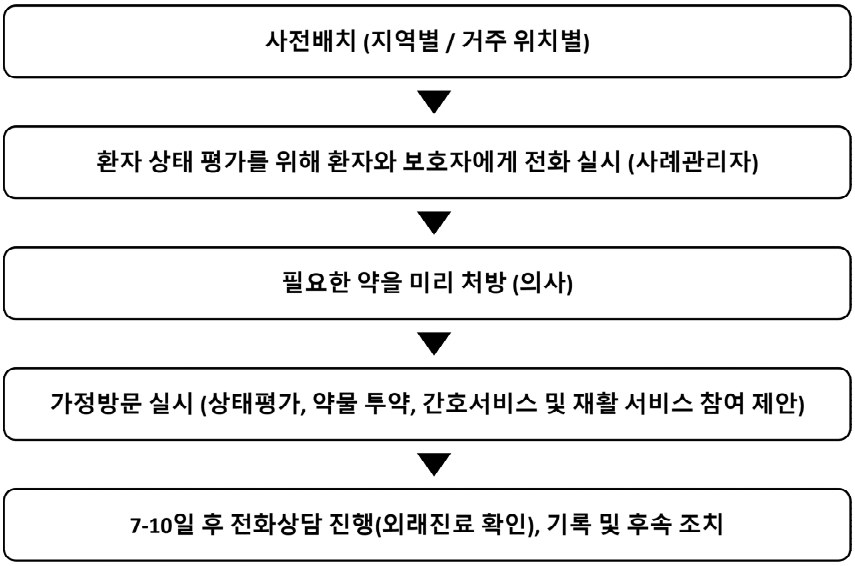
[그림 4-65] 중증 정신질환자 서비스 이용 시스템 : 대만

퇴원한 환자는 가정으로 복귀하여 가정방문치료(home care)를 받거나, 전문의가 지역사회 강제치료가 필요하다고 판단할 경우 지역사회 강제치료를 받게 된다. 가정방문치료 팀은 의사와 간호사, 사례관리자를 중심으로 수행되며, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사가 동행한다. 가정방문치료를 수행함으로써 환자의 상태에 따라 약물 처방 혹은 주사제를 투여한다. 가정방문치료의 구체적인 진행절차는 다음과 같다.

가정방문 이외에도 퇴원한 정신장애인은 중간집, 지역사회 정신재활센터, 낮병원 등을 이용할 수 있다. 중간집(Halfway house)은 안정적인 사회적응을 위해 독립생활 훈련이 가능한 중간시설의 형태이다. 중간집 내에서는 독립생활에 필요한 대인관계기술과 일상생활기술 등의 프로그램을 운영하고 있다. 그리고 스스로 입소를 원하거나 정신과 전문의에 의해 요양 및 보호가 필요하다고 판단되는 환자는 정신요양시설에 입소하게 된다.

이외에도 대만의 정신장애인들은 보호주택(임대주택)에서 거주하거나 클럽하우스, 보호작업장 등을 이용할 수도 있다. 보호작업장에서는 단순부품 조립, 제품 포장 등 비교적 간단하고 쉬운 작업을 통해 기초작업 훈련을 실시한다. 정해진 프로그램에 따라 기초작업훈련과 교육프로그램(일상생활 관리, 사회기술훈련 등)을 병행하고, 이후 증상호전 및 기능회복의 여부에 따라 단계별 작업훈련프로그램을 운영하며, 병원 내 일시취업 및 취업연계를 지원한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



[그림 4-66] 대만의 가정방문치료(home care) 시스템 절차

출처: 보건복지부 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원기반 사례관리' 도입 및 추진방향 모색. 국외출장 결과 보고서.

(2) 민간 단체

① 신베이시 재활 친구 협회(台北縣康復之友協會)[52]

신베이시 재활 친구 협회(台北縣康復之友協會)는 1983년 7월 3일에 정신장애인과 가족이 구성한 자조단체이다. 총 12명의 이사진으로 구성되어 있으며(정신장애인 3명, 가족 9명) 정신장애인의 사회통합 지원을 목표로 단체를 운영하고 있다. 2개의 주간정신재활시설 운영, 지원고용서비스, 장애인을 위한 가족지원센터 운영, 정신재활자조집단 운영, 가족교육 등의 서비스를 제공 한다.

52) http://www.ntcami.org.tw/ap/index.aspx

〈표 4-115〉 신베이시 재활친구 협회 주요 사업 및 내용 : 대만

구분	내용
주간정신재활시설	- 신장 워크숍(動靜自如的新莊工作坊): 안정된 상태의 정신장애인이 무료로 주간 프로그램(야유회, 요리 프로그램, 컴퓨터 프로그램, 고용 상담 등)을 이용할 수 있음. 비용은 건강보험을 통해 충당됨. 서비스 시간은 평일(오전 9시~오후4시), 토요일(오전 8시~낮 12시)임. - 심교 워크숍(心橋工作坊簡介): 증상이 안정되어 있고, 대중교통을 스스로 이용할 수 있으며, 재활을 위한 동기 및 일할 의향이 있는 정신장애인이 정신과 전문의의 평가를 통해 이용할 수 있음. 일상생활, 직업훈련, 여가생활 등의 서비스를 받으며 서비스 시간 및 이용 비용은 신장 워크숍과 동일함.
지원고용서비스	- 신베이시에서 신체적, 정신적 장애를 진단받고 고용 의지를 가진 사람들을 대상으로 서비스가 제공됨. 사례 소유자의 개별 요구에 따라 적절한 자원을 연계함. 지원 고용 카운슬러에 의해, 직업 개발, 장애인 평가, 직업 매체, 고용 상담, 직장 상담, 고용 추적 및 기타 지원 고용 서비스를 제공함. - 1996년부터 현재까지 500명 이상의 신체적, 정신적 장애가 있는 사람들에게 서비스를 제공하고 있음.
르신(le xin) 가족지원센터	- 신베이시에 실 거주하는 정신장애인을 대상으로 함. 사례관리, 생활 및 심리지원서비스, 가정ㅈ방문, 가족 정신건강교육(연 2회), 가족 독서모임, 자립지원집단을 지원함.

*출처: http://www.ntcami.org.tw/ap/index.aspx

② John Tung 재단(John Tung Foundation)[53]

재단법인 Tung재단은 동지잉 박사와 얀다오 박사가 1984년 5월 19일 공동으로 설립하였다. 얀다오 박사는 국민의 신체, 정신적 건강을 증진하고 치료보다는 예방 및 건강관리를 목적으로 관련 원인을 조사 및 지원하기 위하여 재단을 설립하였다. 재단은 흡연 예방센터, 식품 영양센터, 정신건강센터 등을 운영하고 있다. 이중 정신건강센터에서는 우울증 자가진단 척도를 제공하고, 재해지역에 방문하여 구호 및 심리상담 지원을 하며, 대만 전역에 있는 지역사회자원에 대한 정보(이름, 위치, 전화번호, 요금 정보)를 제공한다.

53) https://www.jtf.org.tw/psyche/

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 지역사회 통합의 증진·저해요인 분석

1. 영국 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석

1) 지역사회통합의 증진요인분석

(1) 정신장애인 사회통합을 위한 국가적 차원의 지역사회 정신보건 정책 개혁

영국의 정신장애인들이 지역사회 내에서 배제되지 않고 보호되기 시작한 것은 1997년 노동당이 집권한 후, 토니 블레어 총리가 정신건강정책 개혁을 시작한 후이다. 토니 블레어는 '지역사회 내 보호는 실패'하였다며 반성하고 보다 효과적인 지역사회 정신보건정책을 만들기 위한 방법을 고안하였다. 지역사회 정신보건정책의 개혁을 위해 영국 정부는 1999년부터 2001년까지 £700만 원, 한화로 약 100억 원 정신건강 관련 예산 확충하였다. 그리고 이러한 예산 확충은 국가 서비스 준거 틀을 마련 및 표준화된 지역 정신건강서비스확산의 기틀이 되었다. 구체적인 내용은 아래 표와 같다.

〈표 4-116〉 지역사회 정신보건정책 개혁을 위한 정부의 조치 : 영국

항목	비고
1) The National Service Framework	- 사정, 진료, 치료 및 보호(care)에 대한 표준화된 국가 기준
2) Care Programme Approach (CPA)	- 정신장애인 개개인의 니즈(needs)에 맞춘 정신건강서비스 제공을 위한 계획
3) Mental Health in Older People	- 증가하는 우울 및 치매 노인환자에 대한 대응 방안
4) The Social Exlusion Unit, 2004	- 정신장애인의 노동시장 배제에 대한 조사 프로젝트

영국 정부의 조치 중 가장 먼저 제시된 것은 서비스에 대한 표준화된 국가 기준이다. 보건사회부(Department of Health and Social Care)에서 제시한 장기적 지원이 필요한 자들에 대한 사정, 진단, 치료 및 보호 관련 기준을 제시하였다. 정신건강 국가서비스 준거틀(The national Service Framework for Mental Health)에는 7가지의 기준과 이들의 실행 방안이 규정되어 있다. 이러한 기준들을 통해 표준화된 지역사회 정신건강서비스가 효과적으로 이루어질 수 있도록 하였다. 또한, 영국 정부는 정신장애인 지역사회 통합을 위해 정신장애인의 고용 측면에 대한 세부 대책을 수립하였다. 정신건강 문제를 겪고 있는 사람들

이 고용 시장에서 배제되는 것을 방지하기 위해 사회배제기구(The Social Exclusion Unit, SEU)를 통해 정신장애인의 고용촉진을 위한 조사를 시행하였다. 이러한 조사 및 조치는 정신장애인의 노동여건을 개선하고 궁극적으로 사회통합을 이룩하는데 도움을 주었다.

〈표 4-117〉 지역사회 정신보건정책 개혁을 위한 정부의 기준 : 영국

표준	비고
Standard 1) Mental Health Promotion	- 정신건강증진 - 차별 및 사회적 배제 방지
Standard 2&3) Primary care and access to services	- 효과적인 1차 정신건강서비스 전달 - 정신건강 욕구 충족
Standard 4&5) Effective services for people with severe mental illness	- 위기개입 프로그램 - 안전한 정신건강 치료환경 구축
Standard 6) Caring about carers	- 중증정신질환자의 보호자에게 필요한 사회서비스 제공
Standard 7) Preventing suicide	- 자살률 감소를 위한 노력

출처: Gov.uk (1999)

정신장애인들 지역사회 통합을 위한 노동당 정부의 두 번째 노력은 보호프로그램 접근(Care Programme Approach, CPA)의 도입이다. CPA는 다학제 사정을 통해 정신장애인 개개인의 맞춤형 회복서비스를 제공하기 위한 프로그램이다. 2차 의료수준(secondary care)에서 이루어지며 지방 정부의 정신건강팀, 적극적 아웃리치팀 및 조기개입팀을 통해 진행된다. 중증정신질환자, 자해 및 자살의 위험이 있는 자, 타인에게 위험이 될 수 있는 자, 약물 남용 장애를 앓고 있는 자, 강제입원 경험이 있는 자, 퇴원 환자 등 정신건강 전문가가 CPA를 추천할 경우 이용할 수 있다. CPA를 이용하게 되면 케어 코디네이터(care coordinator)와 함께 보호계획(care plan)을 수립하게 된다. 약물, 상담, 경제적 지원, 사회복지사 연계 등 다양한 형태의 보호계획이 포함될 수 있다. 이러한 노력으로 실제 영국의 경우 퇴원 이후 정신장애인의 자살률이 경감되는 추세이다. 이에 CPA의 도입은 영국 정부가 정신장애인 개개인의 욕구를 정확하게 사정하고 그에 맞는 서비스를 제공하여 지역사회 내에서 회복할 수 있도록 하는 노력으로 이해할 수 있다.

(2) 비자의 입원 및 기간을 최소화하기 위한 정신보건법 개정

영국의 정신보건법은 1983년 제정되었으며, 정신보건정책을 현대화하기 위해 정부는 정

국가인권위원회 humanrights.go.kr

신장애인을 포함하여 국민과 지속해서 소통하며 정신보건법을 개정하였다. 영국 정부는 약 1,500건 이상의 당사자와 일반인으로부터 2000년과 2017년 총 두 번 정신보건법 관련 정책 제안을 받았다. 이를 반영하여 정신보건법 개정 방향을 설명하는 White Paper를 발표하였다. 영국 정부는 오래전에 제정된 정신보건법으로 인한 여러 문제점을 보안하기 위해 법을 꾸준히 개정하며 현대화하려 노력 중이다.

가장 큰 증진 요인으로 발견되는 지점은 비자의입원을 신청할 수 있는 자격 규정이 한국에 비하여 엄격한 것이다. 영국은 정신보건전문가만 비자의입원을 신청할 수 있으며 응급상황에는 72시간, 사정과 치료가 필요하다고 판단되는 경우에도 28일까지만 입원할 수 있다. 비자의입원에 대한 심사는 검증된 정신건강 전문의(Approved Mental Health Professional, AMHP)만 할 수 있다. 또한, 영국은 비자의 입원 이후 심사 절차를 엄격하게 하여 불필요한 비자의 입원이나 인권침해 상황을 예방하고자 노력하고 있다. 영국에서는 비자의입원이 시작되면 독립적인 기구인 의무적으로 매주 1회씩 강제치료가 계속 이어져야 하는지에 대한 대면심사를 영국의 '정신건강재판소(Mental Health Tribunal)'에서 한다. 또한 정신건강재판소는 상설기구로서 상시 심사를 할 수 있는 인력적 여건이 구성되어 있어 다양한 사례에 대한 즉시 심사가 가능하다. 마지막으로 영국의 정신보건법은 알코올 및 약물중독자를 정신장애인으로 보지 않는다. 이러한 규정은 비자의입원에 대한 심사를 할 때 제한사항이 되어 특별한 경우를 제외하고 알코올 및 약물중독자가 불필요한 비자의입원이 되는 것을 방지한다.

(3) 정신의료기관의 병상 수 감소를 포함한 지역사회보호 전략 추진

영국은 이른 시기부터 정신의료기관 역할의 축소 및 지역사회보호의 강화 전략을 강조해 왔다. 탈시설화 전략이 본격화 된 것은 1959년 정신보건법이 개정 이후이다. 당시 법 개정을 통해 지역사회 내에서 정신장애인의 보호 원칙이 강화되었고, 1961년 사회학자 고프만(Goffman)이 정신병원은 감옥과 같은 총체적 기관(total institution)으로서 정신질환자의 자아가 질병이 아닌 통제되는 병원 환경 속에 파괴된다고 지적한 연구결과물들이 발표되며 영국의 탈시설화가 가속화 되었다. 이러한 탈시설화 흐름이 이어지며 1962년 NHS 잉글랜드는 정신병동을 절반 폐쇄하는 파격적인 전략을 추진하였다.

탈시설화 추진은 지속해서 강조되었고 1983년 정부는 '지역사회 내 보호(Care in Community)' 방안을 발표하였다. 당시 영국 정부의 보건부장관은 '시설보호로부터 지역사회보호'라는 모토를 내세웠고, 이후 정신의료기관 병상 수 감소뿐만 아니라 지역사회 내에서의 다양한 정신보건서비스가 생겨나기 시작했다. 더불어, 비자의입원에 대한 규정은 더욱

강화되고 지역사회 치료명령(Community Treatment Order)를 실행하며 불필요한 입원 치료를 줄여나갔다. 정신장애인의 수용시설은 감소하였으며 노인들을 위한 주거보호시설(Residential Care) 등 다양한 지역사회기반 정신건강서비스가 도입되었다. 이러한 노력에 따라 영국의 정신병원 침상 수와 입원기간이 과거에 비해 현저히 줄어드는 추세이며, 정신장애인이 지역사회통합을 위한 필요한 지역사회 기반 정신건강서비스가 강조되고 있다.

(4) 정신건강5개년계획 및 대규모 예산 투입

영국은 현재 역대 최대 규모의 정신건강체계 개혁을 준비하고 있으며, 계획에 걸맞는 대규모 예산 및 인력을 투입하여 정신건강서비스 접근성을 높이고 있다. 구체적으로 영국 정부는 2015년 NHS는 '정신건강5개년계획(Five Year Forward View for Mental Health, FYFVMH)'을 발표하며 2023/24년까지 £23억, 한화로 약 3.7조 원을 투자하여 현재 지원되는 인원보다 2만 명을 추가로 지원할 것이라 약속했다. NHS는 2019년 'Implementation Plan 2019/20 - 2023/24'를 통해 정신건강5개년계획에 대한 구체적인 실행 방안을 보고했다. 계획에는 주산기 여성의 정신건강, 유아 및 청소년의 정신건강, IAPT와 성인의 흔한 정신장애, 성인의 중증정신질환, 위기대응, 자살예방, 디지털 사례관리 등과 같이 정신건강서비스 이용자와 공급자 모두에게 더욱 효율적이며 질 높은 서비스를 제공하기 위한 계획이다. 정신건강5개년계획은 목표는 아래와 같다. 특히, 서비스 접근성 및 질 향상을 위한 100%보험 적용은 정신건강위기상황에 있는 정신장애인 혹은 저소득계층이 정신건강서비스체계로 들어오게 하는데 유의미한 역할을 할 것으로 보인다.

〈표 4-118〉 정신건강5개년계획 목표 : 영국

목표	비고
1) 서비스 접근성 및 질 향상	- 24/7 위기 관리에 대한 100% 보험 적용 - 모든 지역에 자살예방 프로그램 도입
2) 정신건강과 신체건강의 통합	- 주산기 산모 정신건강 - 고용 및 독립생활 접근성 2배 향상
3) 정신건강 예방 및 증진	- 아동 및 청소년 정신건강 - IAPT 확대를 통해 성인의 흔한 정신건강 관련 문제 (우울 및 불안) 감소

출처: NHS (2016)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 지역사회 통합의 저해요인분석

(1) 지역사회통합의 효과에 대한 의문

탈원화 움직임이 활발히 진행되었던 1960년대에 탈원화를 반대하는 견해도 분명히 존재하였다. 이들은 병원에서 퇴원 함으로써 지역사회 내에서 회복하지 못할 환자집단이 분명히 존재한다고 지적하며 탈원화로 인해 입원환자와 병상 수는 줄어도 회복에 대한 효과성은 미미할 것이라 주장했다. 특히, 오랜 기간 병원에서 치료받는 것이 익숙한 장기 환자들과 증상이 자주 발현하여 일상생활이 어려운 중증 질환자들은 지역사회 내에서 회복이 어려울 것이라며 탈원화를 우려하였다(Bennett & Morris, 1983).

또한, 지역사회 내에서의 독립적인 생활에 대한 집중적인 노력은 정신보건법에 따라 비자의 입원치료를 받던 환자 집단에게도 좋은 영향을 주지 못한다는 견해도 존재하였다. 탈원화 움직임을 통해 문을 닫은 영국의 최초 정신병원 'asylum'이 문을 닫기 시작하며 비자의 치료를 받던 환자집단은 민간부문에서 따로 제공하는 병원시설에 들어가 치료를 받아 '새로운 형태의 장기 입원(new long stay)'가 이루어지기도 했다고 한다. 병상 수가 감소하고 퇴원 수가 증가하며 민간 부문의 관련 병원의 병상 수와 입원 수가 급격하게 증가하며 탈원화를 반대하는 전문가들은 이를 '가상의 asylum'이라고 부르기도 하며 이러한 현상을 '재시설화(re-institutionalization)'이라고도 하였다(KIllaspy, 2006). 이러한 지역사회통합, 회복에 대한 의문은 정부의 적극적인 탈원화 정책 추진, 오래된 정신병원들의 폐쇄를 통해 극복해나가는 중인 것으로 보인다.

(2) 정신장애인에 대한 낙인과 우세한 의료관점

탈원화 과정에서 치료, 주거시설, 보호와 통제(control)를 모두 제공하였던 정신병원의 역할이 지역사회 내에서는 충분히 이루어지지 않을 것이라는 반대 의견이 있었다. 지역사회에서 '주거 보호(residential care)'을 통해 주거시설을 제공할 수 있고, 치료도 제공할 수 있지만, 보호와 통제는 충분히 주어지지 않을 것이라 하였다(Bennett & Morris, 1983). 1990년에 정신질환자가 지하철역에서 살인하는 사건이 발생하며, 정신질환자가 지역사회 내에서 생활하는 것에 대한 우려와 스티그마가 심화되었다(권오용 외, 2018). 이러한 우려에 대응하기 위해 영국 정부는 지역사회에서의 중증 정신질환자에 대한 집중적인 치료와 보호를 제공하는 케어프로그램접근법(Care Programme Approach, CPA)를 도입하였다.

(3) 정신장애에 대한 관점 차이로 인한 일차 의료진의 참여 부족

영국의 정신건강을 포함한 모든 의료서비스는 일차 의료서비스인 '일반 의료진(General Practitioner, GP)'에 의해 제공된다. GP가 일차적인 진료를 보며 환자의 전반적인 상황과 증상을 파악한 후 다양한 정신건강 서비스에 의뢰할 수 있다. 현재는 당사자 본인이 직접 특정한 서비스를 선택하여 이용할 수도 있지만 1983년 정신보건법이 제정되기 전에는 GP를 통해서만 정신건강 서비스를 이용할 수 있었다.

하지만 탈원화가 진행되는 과정 속 일차 의료서비스 체계가 적극적으로 포함되지 못해왔다. 이는 GP가 지역사회 내에서 정신장애인을 위한 회복보다 의료적 모델을 이용하여 정신장애인을 치료한다는 믿음으로 볼 수 있다(Mcdaid, 2019). 실제로 영국의 지역사회 내 정신건강 서비스는 주로 사회복지사 및 정신건강전문의에 의해 이루어지고 있기도 하다. NHS의 일차 의료진도 지역사회 서비스에 활발히 참여한다면 정신장애인이 지역사회에서 부족할 수 있는 치료를 일차 의료진에게 잘 받아 회복할 수 있을 것이다. 다만, 현재 NHS의 인력이 매우 부족한 상황이라 당장 일차 의료진의 지역사회 내 정신건강 서비스 참여는 어려울 것이며 이 또한 영국의 탈원화 저해 요인으로 꼽을 수 있다.

(4) 인력 및 재원 부족

국가적 차원의 개혁을 통해 정신건강예산 투입량을 늘렸음에도 불구하고 정신건강문제에 대응하기 위한 영국의 정신건강 인력 및 재원 부족은 현저히 부족한 실정이다. 그리고 이러한 인력 부족은 의료 및 지역사회 전문가 중 어느 영역에 투자를 해야 하는지에 대한 논쟁으로 이어지기도 하였다. 국가 차원에서 정신장애인의 지역사회통합을 추진하며 지역사회 예산 비중을 늘렸지만, 실제 의료 영역인 NHS의 정신건강 관련 인력도 충분치 못한 상황이었다. 때문에 지역사회통합 이전에 병원 치료가 필요한 환자에게 일차적으로 충분치 못한 의료서비스가 제공될 수 있다는 우려가 있었다. 결국 지역사회 정신건강 서비스 확충을 위한 재원은 정신의료기관들이 사라지면서 충원되기는 하였다. 그러나 당시 낡고 보수가 많이 필요한 병원들이 많았고, 5~6년간 팔리지 않아 지역사회 내 정신건강서비스를 제공하기 위해 필요한 재원 충당이 어려웠다고 한다(TheKing'sFund, 2018).

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

2. 호주 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인 분석

1) 지역사회통합의 증진요인 분석

(1) 정신장애인의 의사를 존중하는 법 및 서비스 환경

호주 뉴사우스웨일즈 주의 경우 정신질환을 경험하는 당사자의 의사에 근거하여 회복이 진행될 수 있도록 법을 제정하고 이에 근거한 서비스를 제공하고 있다. 기본적으로 우선되는 것은 자의입원에 기반한 치료이며, 자의로 입원한 사람들에 대한 돌봄 및 치료의 가능성, 지속입원에 대한 동의 등을 정신보건법 제9조에 의거하여 지속심의한다. 비자의치료가 허용될 때도 있지만 이는 당사자 스스로 및 주변 사람에게 위협이 되는 불가피한 경우에 한하며, 비자의치료를 집행하는 과정에서도 최대한 다학제 간 접근을 통해 입원 여부에 대해 결정을 내릴 수 있도록 하고 있다. 만약 자의 및 비자의치료가 불가능하다고 판단되거나, 비자의치료가 당사자를 위해 적절치 않다고 생각되는 경우 지역사회치료명령제도를 통해 정신장애인이 지역사회 내에서 일정한 감독 및 지도를 받으며 회복할 수 있도록 지원한다. 이는 동법 제53조에 근거하여 집행되며, 지역사회 치료명령이 부과되었더라도 정신장애인 당사자 혹은 사례관리자 등이 치료 명령을 변경 및 취소를 요구할 수 있다. 또한 지역사회치료명령의 경우 치료계획의 세부적인 방법, 빈도, 장소, 형태 및 기간 등을 세분화하여 제공하도록 동법 제54조, 제58조에 규정하고 있다.

이러한 환경에서 정신장애인은 입원치료뿐만 아니라 지역사회에서 회복할 수 있는 대안적인 방법을 고려할 수 있다. 또한 입원치료 혹은 지역사회에서의 치료를 택하였더라도 회복방법에 대한 의사가 변하였을 경우 변경 및 취소에 대한 제기를 할 수 있기 때문에 당사자의 의사에 반하여 회복 방법이 결정될 가능성 또한 적다. 뿐만 아니라 정신장애인은 정신건강서비스를 이용하는 과정에서 존중받아야 할 권리들에 대한 고지를 받게끔 동법 제74조에 명시하고 있고, 당사자가 권리를 알고 있더라도 스스로 권리에 대한 청구를 하기 어려운 상황을 대비하여 다학제로 이루어진 정신보건심의위원회(MHRT)가 정신장애인의 입장에서 입퇴원 및 지역사회치료명령 등에 대한 심의를 하는 것 또한 정신장애인의 의사를 존중하는 치료환경 조성의 일부분이다. 즉, 호주 뉴사우스웨일즈 주의 정신건강환경은 정신장애인이 회복을 하고자 할 때 선택할 수 있는 다양한 기회들을 제공하며, 이 과정에서 당사자의 의견을 중심으로 회복을 지원할 수 있도록 하는 법 및 서비스들이 촘촘하게 구성되어 있다고 할 수 있다. 정신장애인의 의사를 존중하는 서비스 환경 조성은 OECD 평균과 비교하였을 때 낮은 입원

일수(14.0일), 많은 퇴원환자 수(1017.3명)를 만들어내는데 일조하고, 주거시설의 높은 자발적 입소 비율과 짧은 평균 거주 기간에도 영향을 미쳤을 것으로 보인다. 궁극적으로 당사자의 의견을 존중하는 법 및 제도환경은 낮은 입원일수, 짧은 기관 이용 기간 등이라는 결과를 만들어내며 지역사회통합의 증진 요인으로 작용하고 있다.

(2) 지역사회 정신건강 서비스 중심의 지출

호주의 전반적인 정신건강서비스 지출 비용은 증가하는 추세이다. 특히 여러 공급 기관(공립정신병원, 정신질환 급성 공립정신병원, 지역사회 정신건강 관리서비스, 주거시설 정신건강서비스) 중 주거시설을 포함한 지역사회정신건강관리서비스에 가장 많은 비용을 투자하고 일반 공립 정신병원에 대한 지출은 줄이며, 급성기 정신질환에 있는 사람들이 치료받는 공립 정신병원에 대한 지출을 늘려 정신질환이 만성 정신장애로 가는 단계를 막기 위한 작업을 꾀하고 있다. 이러한 지출은 상근 직원 수 변화로 이어진다. 1994년부터 2018년까지 정신병원 환자에게 서비스를 제공하는 직원의 수는 경감 및 유지되는 반면, 지역사회기반 서비스를 제공하는 직원의 경우 증가하는 양상을 보이고 있다. 또한 지역사회 주거시설의 경우 24시간 상주하는 직원의 비중이 월등히 높은 공립 주거시설의 확충을 장려하고 있으며, 직원이 24시간 상주하지 않는 민간 주거시설의 경우 경감 하는 전략을 펼치고 있다. 지역사회 중심의 예산 및 인프라 확충은 정신장애인이 개별적으로 원하는 양질의 맞춤형 회복지원서비스를 제공하는데 도움을 준다. 그리고 이러한 지역사회 중심의 회복지원서비스는 정신장애인 당사자가 원하는 방향으로 지역사회 통합을 이룩하는데 큰 외적 자원으로 작용하고 있다.

(3) 국가장애보험제도 체계 하에서의 정신장애인 지역사회통합 지원

호주는 국가장애보험제도(NDIS)를 통해 정신장애인의 지역사회통합에 필요한 예산을 지원하고 있는 점이 특징적이다. 정신건강서비스 체계 안에서 치료를 받는 와중에 만성적인 장애가 발생하는 경우 장애 전달체계 하에 지역사회통합 지원을 받을 수 있는 것이다. 호주 국가장애보험제도는 수요자에게 예산이 직접 전달되도록 설계되어 있어 정신장애인이 개별 욕구에 맞는 서비스를 코디네이터와 함께 설계하고 선택할 수 있도록 기회가 보장된다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

2) 지역사회통합의 저해요인분석

(1) 지역사회중심의 정신건강서비스 전환 과정에서의 장벽

지역사회 정신건강 시스템 인프라가 갖추어지지 않은 상태에서의 예산 투입은 30년간 지속되어 온 정신병원 중심의 정신건강 서비스를 전환시키기에 한계가 있었다. 1993년에는 정신건강 관련 정부 예산 중 29%만 지역사회 기반 정신건강에 쓰이고, 73%는 여전히 정신병원에 사용되었다(Doessel, et al., 2005). 특히, 재정이 뒷받침되지 못하는 주의 경우 정신병원의 축소와 지역사회 인프라의 부재로 정신건강 문제가 더 악화되는 현상이 발생되었다(Rosen, 2006).

(2) 지역사회 정신건강 서비스에 대한 각 주별 격차 발생

국가정신보건전략을 1992년에 도입하며, 지역사회 정신건강 서비스로 전환을 추진하였고, 그 과정에서 재정부담 및 서비스의 각 주별 격차의 문제가 발생하였다. 제1차 국가정신보건전략이 끝날 무렵 정신건강 서비스 관련 정부 지출은 1993년 대비 65% 늘었고, 지방정부의 정신건강 지출 부담 또한 40% 증가하였다(Australian Government Department of Health and Ageing, 2004). 제1차, 제2차 국가정신보건전략에만 예산 증액에 대한 각 주의 '노력 유지 조항(maintenance of effort clause)'이 조건으로 포함되어 있어 시간이 갈수록 연방정부 예산 지원액이 감소되고 있다. 이러한 부담은 주정부의 재정자립도에 따라 다른 양상을 보였고, 서비스의 불균형을 야기하였다.

3. 일본 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석

1) 지역사회통합의 증진요인분석

(1) 정신장애인 탈원화 및 사회복귀를 위한 정책적 노력

2000년대에 들어서면서 일본은 '입원의료 중심으로부터 지역생활 중심으로'라는 슬로건으로 낙후된 정신보건의료 복제체계를 개편하고 향후 10년간 7만명을 퇴원시키는 목표를 세웠다. 의료법 개정으로 각 도도부현이 지역의료 계획을 통해 의료기능을 체계적으로 정비하도록 하고, 공립병원의 병상 규제가 민간병원의 병상규제로까지 확대되어 필요 이상의

병상 수 증가를 막고자 하였다. 병상을 응급, 급성, 만성으로 나누어 급성치료에 좀 더 많은 인적, 재정적 지원하여 장기입원 방지코자 하였다(손지훈 외, 2019).

장기입원문제를 해결하기 위해 일본 정부는 2013년 정신보건복지법을 개정하였고, 2014년에는 정신의료기관의 의료수가를 입원기간에 따라 차등화함으로써 퇴원에 대한 경제적 유인을 도입하였다. 2013년 정신보건복지법 개정을 통해 정신의료기관의 입원병상을 급성병상과 장기병상으로 구분하였고, 지역사회 정신보건복지서비스를 강화하고, 지역사회에서의 다학제적 접근, 비자발적 입원에 대한 규제 등을 강조하고 있다. 2014년 의료수가체계를 개정하면서 60일 이내에 급성기 환자를 퇴원시키는 병원들을 대상으로 재정적 인센티브를 강화하면서 입원 이후 90일 이내 퇴원을 정책목표로 추진하였다. 동시에 급성기전문병원, 장기요양기관, 지역사회 밀착의료기관, 지역사회 재택진료 등을 통해 단기치료 후 가정으로 복귀가 가능한 환자, 장기요양을 필요로 하는 환자, 지역사회 밀착 의료기관에서 재택진료 등을 지원받으며 생활이 가능한 환자 등을 구분하여 각각 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 무엇보다도 급성기병상, 장기요양시설, 지역사회의료기관의 병상, 재택진료를 효율적으로 연계 운영함으로써 불필요한 장기입원을 줄이고, 장기요양을 보장하며, 급성기 환자는 집중적 치료 후 지역사회로 복귀하고, 필요시 지역사회의료기관이 재택진료를 지원하도록 함으로써 지역사회복귀를 지원하였다(김문근 외, 2015).

또한 일본은 지방자치단체에게 정신건강서비스를 포함한 의료서비스계획을 수립하도록 하였고, 의료서비스 제공자들에 대해 적절한 지도와 감독을 실시하도록 규정함으로써 정신건강정책에 대한 통제권을 중앙에서 지방으로 분권화하였다. 즉, 광역지방자치단체가 정신보건복지법의 집행을 책임지며, 강제입원을 관리하고, 기초지방자치단체는 보건소나 정신보건복지센터를 통해 복지서비스나 정신건강서비스를 제공하도록 하였다. 광역지방자치단체는 정신보건관련 성과평가지표에 정신병원 입원환자 퇴원율을 포함시킴으로서 정부의 탈원화 정책과 일관성을 가지려 노력하고 있다. 또한 일본은 2017년에 장기입원 정신장애인의 지역이행에 관하여 '지역생활 중심'이라는 지역의 일원으로서 안심하고 자기다운 생활이 가능하도록 의료, 장애복지, 개호, 사회참가, 주거, 지역의 협조, 교육이 포괄적으로 확보된 '정신장애에도 대응한 지역포괄 케어시스템'의 구축을 지향할 것을 새로운 이념으로서 명확하게 정리하였다. 동시에 2017년도부터 도도부현 등 지자체에 대한 보조사업(구축추진사업)과 도도부현 등 지자체의 적극대응을 지원하는 위탁사업(구축지원사업)의 두 가지 예산사업을 실시함으로써 정신장애인 관련 지역포괄 케어시스템 구축에 적극 대처하고 있다(손지훈 외, 2019). 일본의 정신장애인 탈원화 및 사회복귀를 위한 대표적인 정책들에는 정신장애인

보건복지수첩, 자립지원의료, 고액 요양비 제도, 도도부현의 심신장애인 의료비조성제도 등이 있다.

① 정신장애인 보건복지수첩

정신장애인 보건복지수첩은 일정 정도의 장애상태에 있는 정신장애인의 자립과 사회참여 촉진을 도모하기 위해 마련된 것이다. 일본 정부는 정신장애인 보건복지수첩을 가진 당사자들에게 다양한 지원책을 강구하고 있으며 여러 방면의 협력에 의해 수첩소지자에 대한 지원이 점점 확대되고 있다. 정신장애인 보건복지수첩을 받기 위해서는 정신장애로 인한 진단일로부터 6개월 이상이 경과해야 하며, 수첩의 등급은 1급에서 3급까지로 구분된다. 정신장애인 보건복지수첩을 보유함으로서 가질 수 있는 공통적 혜택에는 공공요금 등의 할인, TV 수신료 감면, 각종 세금의 공제·감면, 생활복지 자금의 대출 등이 있다. 신체장애나 지적장애에서 운영되고 있는 장애인복지수첩제도와 정신장애인 보건복지수첩제도의 가장 큰 차이점은, 타 장애와 달리 정신장애는 장애지원등급판정을 받지 않아도 신청할 수 있다는 것이다. 자립지원의료(정신과통원의료)에 의한 의료비조성과 장애인종합지원법에 의한 장애인복지서비스는 수첩의 유무와 상관없이 중복해서 받을 수 있다. 정신장애인 보건복지수첩의 신청은 시정촌의 담당 창구에서 하며, 각 도도부현의 정신보건복지센터에서 심사 후 수첩이 교부된다. 수첩의 유효기간은 발급일로부터 2년이다(홍선미 외, 2016).

② 자립지원의료 (정신과통원의료비 공비부담)

자립지원의료제도란 정신질환으로 치료를 받는 경우, 발생할 수 있는 외래치료에 대한 건강보험 자기부담금 일부를 공적으로 지원받는 제도이다. 자립지원의료에는 입원치료는 포함되지 않으며, 정신장애로 인해 발생한 병태에 대해 병원 또는 진료소에 입원하지 않고 행해지는 의료(외래진료, 외래 투약, 데이케어, 방문간호 등이 포함)가 대상이 된다. 의료비의 자기 부담액은 소득에 따라 월 상한액이 정해지지만, 이에 못 미치는 경우는 10%만 부담한다. 또한 조현병 등으로 고액의 치료를 장기간 계속해야 하는 경우는 매월 부담 한도액이 낮아진다. 자립지원의료는 시정촌의 담당 창구에서 신청하며, 「수급자증(자립지원의료 수급자증)」을 교부받아야 한다(홍선미 외, 2016).

③ 고액 요양비 제도

고액 요양비 제도는 입원 및 외래치료 등을 위해 고액의 의료비가 발생하는 경우, 자신의

소득 상황에 따라 자기 부담 한도액을 초과한 금액에 대해서 고액 요양비 가입이 되어있는 의료보험으로부터 차후 지급받는 제도이다. 최근 12개월이 기준이며, 신청 후 3개월 정도의 자기부담 상한액을 초과한 금액에 대해 지급된다(홍선미 외, 2016).

④ 도도부현의 심신장애인 의료비조성제도

도도부현의 심신장애인 의료비조성제도는 심신에 심한 장애가 있는 사람에게 의료비 지원을 하는 제도이다. 정신장애인 보건복지수첩 소지자가 대상이 되는지의 여부는 지방자치단체마다 다르다. 해당 도도부현이나 시정촌에 따라 대상 장애의 정도나 지원내용이 다르며, 또한 서비스 이용 자격에 소득 제한이 제시되고 있다(홍선미 외, 2016).

(2) 정신장애인 자기결정권 보장을 위한 권리옹호체계

일본의 정신장애인 지역사회 통합을 위한 증진 요인에는 자기결정권 보장을 위한 권리옹호체계가 있다. 대표적인 권리옹호정책에는 '인신보호법을 통한 구제, 장애인종합지원법상 서비스에 대한 심사청구, 민법 및 사회복지법에 근거한 후견서비스' 등이 있다.

① 인신보호법을 통한 구제

일본은 1948년에 법률상 정당한 절차에 의하지 않고 신체의 자유를 구속하는 것을 배제하여 신속하고도 용이하게 신체의 자유를 회복하고자 '인신보호법'을 제정하였다. 일본의 인신보호법은 형사절차에 의하여 구금된 자에 대하여도 구제청구를 인정하고 있기 때문에, 한국의 인신보호법보다 구제청구범위가 훨씬 넓다. 하지만 결정으로 종결된 각하사건이 전체 사건의 80%를 차지하며, 성공률이 굉장히 낮아서 구제기능의 측면에서 보면 한국보다 실효성이 크다고 보기는 어렵다. 다만 일본의 인신보호법은 구속을 "반드시 신체를 전면적으로 구금한 경우를 의미하는 것이 아니라, 적법하게 구금된 자라도 접견이 제한되는 등 위법하게 신체의 자유가 제한되는 경우"로 언급한 바 있기 때문에, 향후 정신의료기관 강제입원 피해자의 권리옹호 수단으로서 잠재력이 있다고 할 수 있다(홍선미 외, 2016).

② 장애인종합지원법상 서비스에 대한 심사청구

기초지자체의 개호급여 등 또는 지역상담지원 급여 등에 관한 처분에 동의하지 않는 장애인 또는 장애아동의 보호자는 광역지자체의 장(도·도·부·현의 지사)에 대해 심사청구를 할 수 있다(장애인종합지원법 제97조 1항). 심사청구는 처분이 있었음을 안 날의 다음 날부터

국가인권위원회 humanrights.go.kr

기산하여 60일 이내에 문서 또는 구두로 해야 한다. 다만 정당한 이유로 인해 이 기간 내에 심사청구를 할 수 없었음을 소명했을 때는 예외로 할 수 있다. 이 경우 광역지자체의 장은 심사청구를 수리했을 때, 원 처분을 한 기초지자체 및 그 밖의 이해관계인에게 통지해야 한다(홍선미 외, 2016).

③ 의사결정지원제도를 통한 권리보장 : 민법 및 사회복지법에 근거한 후견 서비스

2000년 새로운 성년후견제도를 도입한 일본은 후견서비스가 지속적으로 증가하였다. 일본은 새로운 성년후견제도 도입과 동시에 사회서비스로 후견서비스를 제공하기 위한 계획을 수립하였다. 사회복지법에 근거한 후견서비스 제공을 위해 관련 법률들을 개정하였다. 예를 들어 특히 정신보건복지법은 제51조의 11의 2에서 "시정촌장은 정신장애인에 대해, 그 복지를 도모하기 위해 특히 필요가 있다고 인정될 때에는 민법 제7조, 제11조, 제13조, 제2항, 제15조 제 1항, 제17조 제1항, 제876조의 4 제 1항 또는 제 876조의 9 제 1항에 규정하는 심판청구를 할 수 있다."로 개정되었다. 일본이 사회서비스로 후견서비스를 제공하려고 한 것은, 고령자와 장애인의 복지수급권 보장을 원활하게 실현할 수 있도록 지원하기 위한 것이다. 사회서비스로 후견서비스가 제공되었던 것은 먼저 노인부터 시작되었으며, 장애인의 경우 2005년 '장애인지원법'을 제정하면서 장애인지원사업상의 임의사업으로 도입하였다. 장애인을 지원하는 후견서비스가 예산지원을 받을 수 있는 근거를 갖추게 된 것은 2012년 장애인자립지원법 개정을 통해 장애인의 지역생활지원사업의 일환으로 성년후견제도 이용지원이 추가되었을 때부터이다. 장애인자립지원법 제77조는 장애인복지서비스 이용의 관점에서 성년후견제도를 이용하는 것이 유용하다고 인정되는 장애인에게 성년후견제도의 이용에 요하는 경비를 지원하도록 하고 있다. 지원이 없으면 성년후견제도 이용이 어렵다고 판단되는 장애인에게 지역생활지원사업으로 사업을 수행하도록 규정한 것이다(홍선미 외, 2016).

2) 지역사회 통합의 저해요인분석

(1) 과도한 민간 정신의료기관 비율로 인해 실질적인 지역사회 중심의 개혁 조치를 수행하기 어려운 상황

일본은 정신장애인의 탈원화 및 사회복귀를 위해 정책적 노력을 지속적으로 펼치고 있음에도 불구하고, 앞서 살펴본 것처럼 과도하게 높은 정신과병상수, 그리고 장기입원 문제는 쉽사리 나아지지 않고 있다. 2019년 일본의 인구 1천명당 정신과병상수는 2.59병상으로

OECD 국가 중에서 가장 높으며 OECD 평균인 0.66병상에 비해 월등히 높은 것을 알 수 있고, 한국(1.24병상)과 비교하였을 때로 2배 이상 높은 것을 알 수 있다. 또한 일본의 정신의료기관 평균 입원일수를 보면 1993년 471일에서 2021년 292일로 꾸준히 감소하고 있는 추세이지만, OECD 국가들의 평균입원기간(조현병 및 망상장애 48.94일)에 비해 상당히 높은 수치임을 확인 할 수 있으며, 2019년 한국 평균입원기간(조현병 및 망상당해 216.1일)에 비해서도 높은 것임을 알 수 있다. 한국 또한 지속적으로 OECD에서 지속적으로 과도한 정신의료기관 병상수와 높은 정신의료기관 입원 기간에 대해 지적을 받고 있지만, 현재 현황은 한국보다 일본의 시설화가 더 심각한 상황이라 할 수 있다. 이와 동시에 일본은 한국에 비해 문제의 심각성을 깨닫고, '병원 중심에서 지역사회 중심으로'라는 슬로건 아래 다양한 정책을 시도하였음에도 불구하고 일본의 정신건강서비스는 여전히 다른 OECD 국가들에 비해 '병원 중심' 구조가 유지되고 있다.

이처럼 일본의 지역사회 중심 개혁 조치를 실질적으로 수행하는 것을 저해하는 요인으로는 정신의료기관을 대다수가 민간에서 운영하고 있다는 배경이 있다. 일본은 1950년 정신위생법을 제정하면서 원칙적으로는 도도부현 정부가 정신의료기관을 설립하는 것을 지향하였으나, 당시 재정적자 문제 때문에 정신병원 설립을 민간에 의존할 수밖에 없었다. 이처럼 민간 정신의료기관이 증가하면서 정신과병상수 또한 1965년 164,027개에서 1985년 333,570개로 급격하게 증가했다. 결국 일본이 '지역사회 중심으로의 개혁'을 주장하여도 대다수의 정신의료기관이 민간병원이기 때문에 국가 주도의 개혁이 쉽지 않다고 볼 수 있다. 일본은 외부적으로는 '지역사회 중심의 서비스체계'를 외치지만, 실상은 '병원 중심의 서비스체계 유지'라고 볼 수 있으며, 최근 현황은 2012년 자료를 보면 일본 전체 정신의료기관 중 84%가 민간으로 나타났으며, 이 민간병원들이 전체 정신과병상수 중 92%를 차지하고 있는 것으로 확인되었다(Kanata, 2016).

일본이 진정으로 정신장애인 지역사회 통합을 실현하기 위해서는 과도하게 민간정신의료기관에 의존하고 있는 구조를 바꾸어야 하며, 동시에 공공부문에서 이러한 역할을 대체할 수 있도록 해야 할 것이다.

(2) 지역사회 인프라 및 예산 확충의 실질적인 조치가 부재함으로 인해 여전히 유지되고 있는 장기입원 및 사회적 입원 현상

일본의 정신장애인 지역사회 통합을 저해하는 또 다른 요인 중에 하나는 바로 '사회적 입원'이다. 사회적 입원은 사회적 이유로 인해 퇴원을 할 수 없는 장기입원 환자의 지속적인

입원을 말한다. 일본 정부 또한 이러한 문제를 인지하고 있으며, 이를 위해 대표적인 정책으로 '정신건강복지서비스 개혁비전(2004)'를 구축했다. 이 개혁비전은 사회적 입원을 해결하기 위한 목표를 구체적으로 명시했다. 바로 정신의료기관의 입원 병상 감축이다. 2004년부터 2014년까지 10년간 정신의료기관 입원병상을 35만병상에서 28만 5천병상으로 약 7만병상을 감축하는 것으로 구체적인 목표를 설정하였다. 여기서의 7만병상은 일본 정부가 사전 조사 및 연구를 통해 현재 불필요하게 정신의료기관에 입원하고 있는 사회적 입원 병상을 7만 건으로 추산하여 설정한 것이다. 즉, 커뮤니티케어 구축을 통해 사회적 입원 환자 7만 명을 지역사회로 나오게 한다는 것이었다.

이러한 개혁비전의 목표를 수행하기 위해 몇 가지 사업을 펼쳤다. 대표적인 것은 2006년 전국적으로 시행한 '정신장애인을 위한 퇴원지원사업'이다. 이 사업은 입원환자들의 퇴원을 지원하기 위해 퇴원하기 전 6개월부터 병원을 방문하는 종사자와 같이 계획을 세우고 퇴원 훈련을 하고, 이러한 지원을 퇴원 후 1개월까지 유지하는 사업이다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고 애초 목표로 세웠던 7만병상 감축은 실패하였다. 정신과병상수는 2004년 354,923개에서 2012년 342,709개로 12,214병상만 감축하는 것에 그쳤다. 일본 정부는 지역사회 인프라 및 서비스 부재로 인해 발생하는 '사회적 입원' 현상을 명확하게 포착했음에도 불구하고 이를 실질적으로 수행할 수 있는 조치들이 이루어지지 않아서 여전히 장기입원 및 사회적 입원이 유지되고 있다고 볼 수 있다. 가령 앞서 언급한 '퇴원지원사업'의 경우 지자체에 재정적인 부담을 주었기에 잘 수행되지 않았으며, 동시에 정신의료기관의 협조를 잘 이끌어내지 못한 한계점이 있다(Kanata, 2016).

종합하자면, 일본 정신장애인의 지역사회 통합을 이루기 위해서는 지역사회에서 살아갈 수 있는 인프라를 구축해야 하며, 정신장애인이 살고 싶어하는 장소로 만들어져야 한다. 동시에 퇴원지원사업이 실질적으로 이루어질 수 있도록 중앙정부에서 예산을 마련해야 하며, 정신의료기관이 이러한 사업에 적극적으로 참여할 수 있도록 정책적 보완책을 제시해야 한다. 그리고 정신장애인이 지역사회에서 지속적으로 살아갈 수 있도록 주거서비스, 직업지원서비스, 주간활동서비스 등이 확충되어야 한다.

(3) 병원중심 서비스를 여전히 유지하게 만들고 있는 관련 제도와 정책들

일본의 정신장애인 지역사회 통합 저해 요인으로는 여전히 '병원 중심서비스'를 유지하게 만드는 관련 제도와 정책들이 있다. 앞서 언급한 것처럼 일본 정부는 재정적 어려움으로 인해 1950년 정신위생법 제정 이후 공공 정신의료기관을 구축하지 못하고, 민간 정신의료기

관 확충을 도모하였다. 결국 민간의 적극적인 참여를 이끌어내기 위해 일본 정부는 민간병원들이 수익을 낼 수 있는 구조를 마련했다. 그 중에 대표적인 정책이 1958년 후생노동성이 발표한 '세이신카 토쿠레이(Seishinka Tokurei)' 특별 조치이다. 이 조치는 의료기관 내 채용인력과 관련이 있다. 이 특별 조치는 종합병원에 비해 정신의료기관 '환자 대비 의료진' 비율을 낮게 설정하였다. 즉 종합병원 병동에 배치되어야 하는 의사와 간호사의 수를 기준으로 하였을 때 정신과병동에는 의사는 3분의 1만 배치해도 되었으며, 간호사는 3분의 2만 배치하는 것이 가능하게 되었다. 이러한 조치는 장기입원의 유지로 이어졌다. 오랫 동안 입원을 시키는 것이 지속적인 정신의료기관의 수익으로 이어졌기 때문이다. 또한 이러한 의료진의 적은 비율은 열악한 정신병원 입원환경으로도 이어졌다.

이를 위해 일본이 병원 중심 서비스에서 지역사회 중심 서비스로 나아가기 위해서는 관련 제도 및 정책을 변화시킬 필요성이 있다. 위에서 언급한 '세이신카 토쿠레이', 즉 정신병원에게만 인력 채용 기준에 예외를 부여하는 제도를 폐지할 필요가 있다. 정신의료기관 또한 다른 병원들과 동일하게 '환자 대비 의료진' 비율을 조정해야 한다. 동시에 지역사회 중심 정신건강서비스를 구축하기 위해 '탈원화'를 유도할 수 있는 정책이 마련되어야 한다. 일본 정부가 탈시설화를 이루기 위해서는 정신의료기관에게 환자를 퇴원시킬 경제적 유인이 거의 없는 현재 시스템을 바꾸어야 한다는 지적이 있다(Setoya, 2012). 예를 들어 입원환자들을 조기에 퇴원시켰을 때 의료수가를 부여하는 방법이 있으며, 급성정신과병동을 구축하였을 때 더 많은 예산을 지원해주는 방법 등이 있다.

4. 대만 사례를 통한 지역사회 통합의 증진·저해요인분석

1) 지역사회통합의 증진요인분석

(1) 대만의 인권친화적 법 개정 방향

대만의 정신위생법은 지난 역사 동안 정신장애인의 인권을 강화하는 방향으로 개정되어 정신장애인의 지역사회 통합을 촉진해왔다.

① 비자의 입원 최소화

대만은 1990년 제정 정신위생법에서 가족(보호자)의 협조를 통한 진단 및 입원과 경찰의 조치를 통한 진단 및 입원으로 비자의 입원의 유형을 구분하였다. 대만은 이후 법을 개정하

국가인권위원회 humanrights.go.kr

여 가족에 의한 입원제도를 폐지하고, 하나의 비자의 입원 유형만을 두었다. 대만은 자타해의 위험이 있고, 종일 입원치료의 필요성이 있는 경우에만 비자의 입원을 허용하고 있으므로 '자타해 위험'과 '치료 필요성' 두 가지 기준을 만족해야 한다.[54] 이처럼 대만의 정신위생법의 입원 기준은 다른 국가에 비해 까다롭다(윤제식 외, 2018).

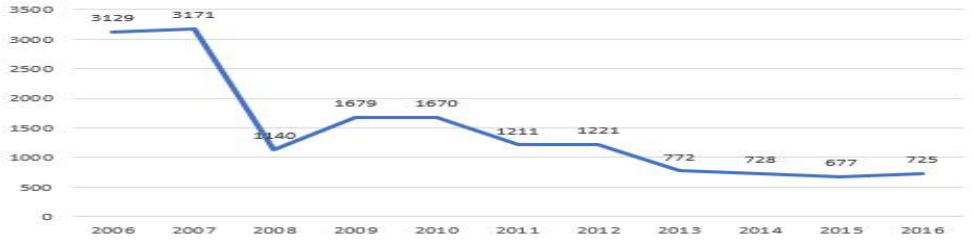
아래 그래프를 보면 알 수 있듯이, 2007년 정신위생법 개정이 비자의 입원 감소에 결정적 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 개정법 시행 직후에는 전년 대비 약 30% 수준으로 비자의 입원 건수가 감소하였고, 2013년 이후에도 더 감소하여 700건 내외의 비자의 입원만이 이루어지고 있다. 대만의 비자의 입원은 전체 입원 유형 중 4~5%를 차지한다(Wang et al., 2015; 이인영 외, 2019).

② 정신장애인의 인권 보장

정신위생법 제22조에서는 정신장애인의 인권과 법적 권리가 존중되고 보호되어야 함을 역설하고 있다. 또한, 제23조에서는 정신질환자에 대한 언론 보도와 관련된 내용을 제안하였다. 해당 조항에서는 언론 보도는 정신질환과 관련된 차별적인 제목이나 설명을 사용해서는 안 되며, 사실과 일치하지 않거나 독자를 오도하고 환자를 차별하는 보도를 해서는 안 된다고 이야기하고 있다. 이를 통해 정신장애인의 인권을 보장하고, 왜곡된 인식을 바탕으로 정신장애인에 대해 차별을 하지 않도록 주의할 것을 당부하고 있다.

또한, 대만 정신위생법 제18조, 제24조, 제25조에서도 "정신장애인의 보호 및 보안"을 주제로 개인의 안전과 자유에 관한 규정을 언급하고 있다. 제18조에서는 정신질환자를 대상으로 한 유기 및 방치, 신체적·정신적 학대, 강제 결혼, 사기 등의 행위를 행해서는 안됨을 이야기하고 있다. 제24조에서는 환자의 신상에 관한 정보를 제공하기 위해서는 환자의 동의가 반드시 필요하다고 이야기하고 있다. 또한, 제25조에서는 입원환자의 사생활을 보호하기 위해 자유로운 의사소통 및 방문자와의 만남의 권리를 보장해야 하며, 이러한 권리는 환자의 상태에 따라 의학적 반드시 필요한 경우를 제외하고 제한되지 않아야 한다고 명시하고 있다. 그리고 제36조에서는 정신장애인이 치료를 받거나 입원을 해야 하는 경우, 정신의료기관 전문가는 입원 사유, 환자의 증상 등에 대해 상세하게 설명할 의무가 있음을 명시하고 있다.

54) Ministry of Health and Welfare. The mental hygiene law in Taiwan, article 41. Taipei: Mistry of Health and Welfare.



[그림 4-67] 강제입원 현황(2006-2016) : 대만

*출처: 윤제식, 김창윤, 안준호. (2018). 정신건강복지법 비판 : 비자의 입원 요건을 중심으로. 대한신경정신의학회, 57(2), 145-156.

〈표 4-119〉 정신위생법 내용 중 인권 보장 관련 주요 조항 : 대만

인권 보장 관련 주요 조항
제18조 환자에 대한 다음 행위는 금지된다. 1. 방치 2. 신체적, 정신적 학대 3. 일상생활을 할 수 없는 환자를 위험하고 유해할 수 있는 환경에 방치하는 행위 4. 환자를 강제로 혼인시키거나 기만하는 행위 5. 기타 환자에 대한 범죄적 또는 부당한 행위 또는 환자를 이용하는 행위
제24조 환자의 동의 없이 환자의 음성녹음, 영상녹화, 사진 촬영을 할 수 없으며, 환자의 동의 없이 성명 또는 주소(거주지)에 대한 정보를 제공할 수 없다. 환자의 안전을 보호하는 데 필요한 범위 내에서 정신의료기관의 모니터링 장치 설치는 전항에서 규정한 제한의 적용을 받지 않지만, 환자에게 모니터링 되고 있다는 상황을 알려야 한다. 또한, 중증 환자의 경우 보호자에게 알려야 한다.
제25조 입원 환자는 개인 사생활 보호에 대한 권리를 가지며, 의사소통의 자유 및 면회의 권리를 향유해야 한다. 환자의 증상에 따라 치료가 필요한 경우를 제외하고는 이에 대한 전술한 자유에 대한 제한이 이루어질 수 없다.
제36조 환자가 치료를 받아야 하는 상황이거나 입원을 해야 하는 경우, 정신의료기관은 환자 및 보호자에게 환자의 상태, 치료제도, 예후, 입원 사유, 환자 및 보호자가 보호받을 수 있는 권리 등과 관련된 사항을 상세하게 설명해야 한다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

이처럼, 정신위생법에서는 정신장애인의 정보의 자유, 사생활의 자유, 신체의 자유, 표현의 자유 등 인권을 보장하기 위한 다양한 조항들을 규정하고 있다. 한편, 대만에는 정신위생법뿐만 아니라 심신장애인 권익보장법을 통해 인권을 보호하기 위해 노력하고 있다. 심신장애인 권익보장법은 사회, 정치, 경제, 문화 등의 영역에 평등하게 참여하기 위한 것이고 자립

국가인권위원회 humanrights.go.kr

을 지원하기 위한 법으로, 1980년에 제정되었으며 다음과 같은 목차로 구성되어 있다(주윤정, 2013).

〈표 4-120〉 심신장애인 권익보장법 목차 : 대만

목차
제1장 총칙
제2장 보건의료권익
제3장 교육권익
제4장 취업권익
제5장 지원서비스
제6장 경제안전
제7장 보호서비스
제8장 벌칙
제9장 부칙

출처: 세계법제정보센터(2020), Retrieved from https://world.moleg.go.kr/web/wli/lgslInfoReadPage.do?1=1&AST_SEQ=297&CTS_SEQ=48379

총 105개 조항으로 구성된 심신장애인 권익보장법은 보건의료권익, 교육권익, 고용권익, 지원서비스, 경제안전, 보호서비스를 보장받을 수 있음을 명시하고 있다. 권익을 보호하기 위해 전담자를 배치하여 권익 보호를 전담하고 관련 주관기구의 역할과 임무를 확실하게 하였다. 이뿐만 아니라 심신장애인 권익보장위원회를 설치하여 인권 침해 사건에 대해 심의를 하고, 인권 침해를 당할 경우 이를 보상받을 수 있도록 지원하고 있다.

(2) 대만의 병원기반 사례관리

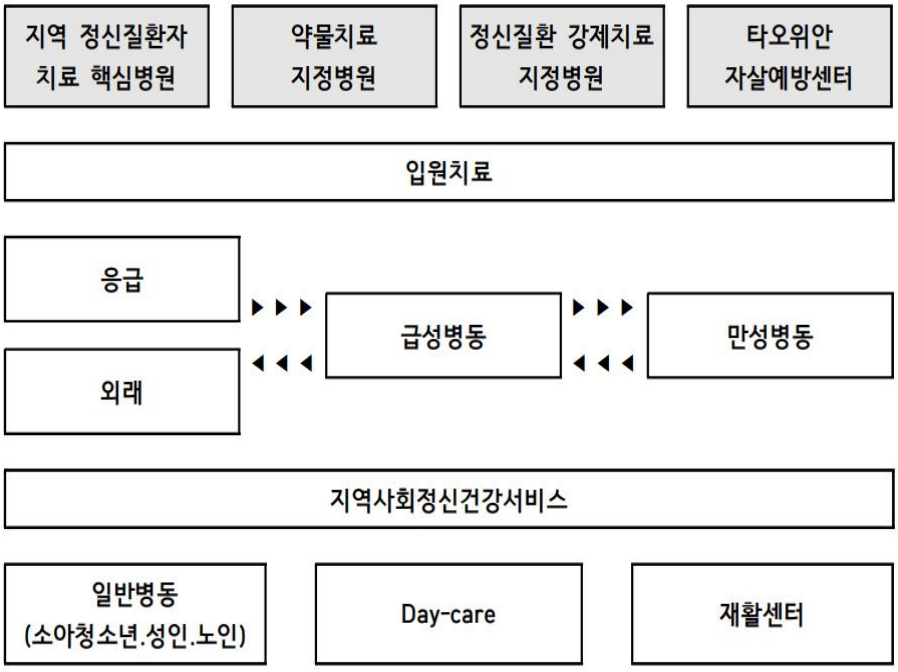
대만에서는 국가 차원에서 일찍부터 정신질환자를 관리하는 시스템이 구축되어 있기 때문에 정신질환자에 대한 사례관리가 비교적 원활하게 추진되고 있고, 특히 병원을 중심으로 한 사례관리가 집중적으로 이루어지고 있다. 대만에서는 정신의료기관장으로 하여금 입원과 동시에 해당 환자에 대한 퇴원계획을 세우도록 의무화하였다. 그리고 그 계획을 지자체 보건복지국에 보고하도록 강제함으로써 법 이행 사항에 대해 적극 모니터링하고 예산 운용과 재원 분배의 효율성을 도모하였다.

대만은 퇴원 예정 환자들을 대상으로 체계적인 퇴원 준비서비스를 제공하고 있으며, 퇴원 후에도 지속적인 외래진료를 제공하고, 지역사회 정신건강증진시설로의 전환 비율을 높여 중증 정신장애인의 치료 연속성이 유지될 수 있도록 하였다. 병원 차원에서는 퇴원환자 및

고위험군으로 분류되는 환자에 대한 사후 관리를 별도의 부서나 팀을 조직하여 사례관리 업무를 효율적으로 수행하고 있었다. 구체적인 병원기반 사례관리의 예시를 살펴보면 아래와 같다.

① 타오위안 정신병원

타오위안 정신병원은 대만 최초의 정신병원이며, 현재는 보건복지부 소속의 정신의료기관이다. 타오위안 정신병원의 서비스 모델은 '환자 중심의 포괄적인 종합정신건강서비스'를 제공하는 것이다. 이에 병원에서 증상의 치료만 담당하는 것이 아니라, 병원 소속의 재활센터, 데이케어센터 등을 운영하여 환자의 일상적 삶을 회복하기 위한 지역사회 정신건강서비스도 제공하고 있다.



[그림 4-68] 타오위안 병원의 정신건강서비스 모델 : 대만

*출처: 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원기반 사례관리' 도입 및 추진 방향 모색. 보건복지부.

타오위안 정신병원의 경우 사례관리국이 별도 설치되어 퇴원환자와의 전화 상담 등의 추후 관리를 담당하는 전문인력이 배치되어 있었다. 타오위안 정신병원에서는 의료진 가정방

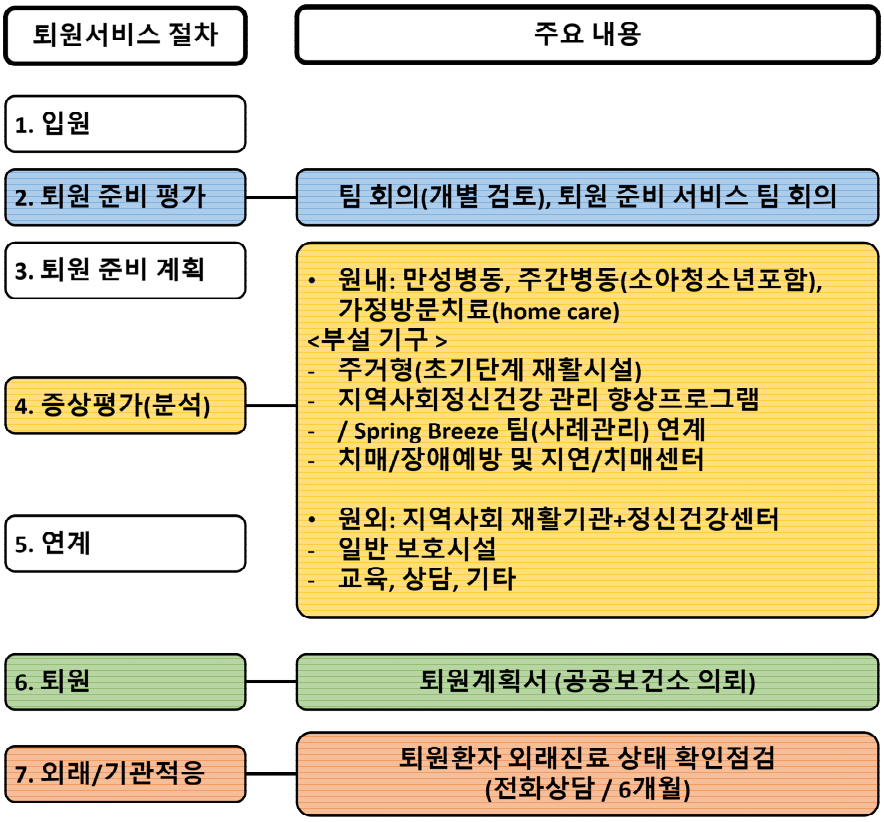
국가인권위원회
humanrights.go.kr

문서비스와 요양원 의료지원 등 지역사회 정신건강의료서비스를 제공하고 있으며, 정신건강 증진 및 정신질환 예방, 관리를 위해 다양한 기관에 직접 방문하여 자살예방 교육을 하고, 학생들의 정신건강 증진을 위해 정신건강증진 교육 및 상담을 진행하고 있다. 또한, 약물중독 예방교육과 사회적 취약계층을 위한 교육 및 상담을 진행하고 있다. 이외에도 타오위안 정신병원에서 운영하는 부설기관으로는 재활센터와 중간집이 있다. 재활센터에서는 타오위안 병원의 주요 작업치료 프로그램을 담당하고 있으며, 증상 호전 및 기능회복의 여부에 따라 단계별 작업훈련프로그램을 운영하여 원내 일시취업 및 취업을 연계하여 지원하고 있다. 타오위안 병원 소속의 중간집은 퇴원한 환자들과 재활센터 훈련자들이 함께 거주하는 공간이며, 정원은 총 45명이다. 중간집에서는 독립생활에 필요한 대인관계기술과 일상생활 기술 등 기본적인 프로그램이 운영되고 있으며 이용료는 대부분 정부 지원으로 충당되며, 본인부담금은 정부 지원에 따라 상이하다.

② 쯔오툰 정신병원

쯔오툰 정신병원에서 제공하는 정신건강서비스의 범위 역시 "병원부터 지역사회까지"이다. 쯔오툰 정신병원은 응급실을 운영하고 있으며, 급성병동과 만성병동을 분리하여 운영하고 있다. 또한, 쯔오툰 정신병원은 성인 데이케어 센터를 운영하고 있는데, 해당 센터에서는 '지역사회 복귀'를 주된 목표로 설정하고, 약물치료부터 재활교육프로그램 및 사례관리와 위기개입을 진행하는 등 전체적으로 관리하고 있다. 또한, 제과제빵 훈련, 식당 및 편의점 판매 도우미 등 병원 내 다양한 재활 프로그램을 운영하고 있다. 이외에도 타이중 시 남부에 설치되어 있는 주간이용시설 Dali 지역사회재활센터를 운영하고 있는데, Dali 지역사회재활센터에서는 정신과 상담, 사회적응훈련, 운동요법, 보호작업, 생활훈련 등의 서비스를 제공하고 있으며 현재 120명이 이용하고 있다. 한편, 쯔오툰 병원의 퇴원계획 및 절차는 그림과 같다.

쯔오툰 정신병원은 입원과 동시에 퇴원에 대한 계획을 세우고 있다. 퇴원환자들의 개별화된 퇴원계획을 수립하고, 평가 결과에 따라 원내·외 지역의 사회재활시설로 연계하고 있다. 또한, 쯔오툰 정신병원의 'Spring Breeze Project'는 지역사회 정신건강서비스(사례관리)의 발전모델로서 사례회의, 강연, 가족 면담, 위기개입, 외래 정신건강 상담 및 치료 서비스를 제공하는 모델이다. 쯔오툰 정신병원은 병원의 지리적 여건상 가장 넓은 지역을 관할해야 함에도 불구하고, 직접 가정방문이 어려운 원거리 혹은 산악지역에는 전화 상담으로 대신하여 사례관리 서비스를 제공하고 있다.



[그림 4-69] 쯔오툰 정신병원의 퇴원계획 및 절차 : 대만

*출처: 국립부곡병원 (2019). 정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원기반 사례관리' 도입 및 추진방향 모색. 보건복지부.

③ 지역사회 강제치료 제도

대만의 정신위생법 제45조를 살펴보면, 지역사회 강제치료를 받아야 한다는 진단을 받은 보호자는 중증환자를 보호해야 한다. 한편, 시·군 관할 당국이 지정한 전문의가 지역사회 치료가 필요하다는 진단을 내렸으나 중증환자가 이를 거부하는 경우, 지정된 정신의료기관은 즉시 지역사회 강제치료 신고서를 작성하여 중증 정신질환자가 지역사회에서 치료를 받을 수 있도록 강제하여야 한다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 4-121〉 정신위생법 내용 중 지역사회 강제치료 관련 주요 조항 : 대만

지역사회 강제치료 관련 주요 조항
제45조 중증환자가 의사의 지시에 따르지 않아 증상이 악화되거나 일상생활 기능이 저하될 우려가 있는 경우, 정신과 전문의가 지역사회 치료가 필요하다고 진단한 경우에는 보호자가 도움을 주어야 하고, 중증환자는 지역사회 치료를 받아야 한다. 전항의 중증 정신질환자가 지역사회 치료를 거부하나, 시·군 관할 당국이 지정한 전문의 정신과가 지역사회 치료가 여전히 필요하다고 진단하고 중증 환자가 지역사회 치료를 거부하거나 의사를 표현할 수 없는 경우 지정 정신의료기관은 즉시 지역사회치료 의무화 신고서 및 기본정보를 작성하고 중증 정신질환자 및 보호자의 소견서 및 기타 관련 진단서를 첨부하여 심의위원회에 사전 신청한다. 지역사회 강제치료의 승인 여부에 대한 결정은 중증 정신질환자와 그 보호자에게 공지되어야 한다. 지역사회 강제치료 기간은 6개월을 초과할 수 없다. 다만, 시·군 관할 당국이 지정한 전문의 1인의 진찰을 통해 연장이 필요하다고 판단되어 심사위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 1년으로 제한된다. 지역사회 강제치료 기간 동안 중증 환자의 증상이 호전되고 지역사회 강제치료의 지속이 더 이상 필요하지 않은 경우 지역사회 강제치료를 수행하는 기관 및 협회는 즉시 지역사회 강제치료를 중단하고 시 관할 당국에 통지해야 한다. 지역사회 강제치료의 만료일 또는 심의위원회가 지역사회 강제치료를 지속할 필요가 없다고 판단하는 경우에도 동일한 규칙이 적용된다. 중앙 관할 기관이 인정한 환자 권리 증진을 위한 공익 단체는 사례 모니터링 및 지역사회 강제치료에 대한 검토를 수행할 수 있다. 만일 부적절하게 승인된 강제치료 사례를 발견한 경우, 3항의 규정을 준용하여 즉시 개선 조치를 취하도록 관할권이 있는 개별 관할 당국에 통지해야 한다. 제2항의 신청은 전자송신, FAX, 기타 장치에 의하여 할 수 있다.
제23조 언론 매체는 정신질환과 관련한 어떠한 차별적 언급이나 설명을 전달해서는 안 된다. 또한 사실과 양립하지 않는 보도를 하거나, 시청자 혹은 독자에게 정신질환자에 대한 차별적 인식을 불러일으키는 오도를 해서는 안 된다.

출처: Laws & Regulations Database of The Republic of China(2020), Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030

위의 조항을 통해 파악할 수 있듯이, 입원치료를 최소화하고, 지역사회에 거주하며 치료를 받을 수 있는 지역사회 강제치료 제도를 마련하였다.

이처럼, 대만은 1995년부터 병원을 기반으로 가정방문, 재활요법, 직업재활 등의 다양한 정신건강서비스를 제공하고 있다. 실제로, 대만의 보건복지부 소속 공공 정신의료기관은 중증 정신질환자에 대한 치료 서비스를 제공할 뿐만 아니라, 원내 위치한 정신재활시설, 중간집, 보호작업장, 정신요양시설 등을 통해 지역사회 정신건강서비스를 제공하고 있다. 특히, 대만은 낮병원을 적극적으로 활성화하고, 병원기반 사례관리의 일환으로 가정방문 프로그램을 시행하고 있다. 앞서 살펴보았듯, 가정방문은 정신과 의사, 간호사, 사회복지사가 하나의 다학제적인 팀을 이루어 진행하며 전문 간호사를 사례관리자로 두고 직접 가정을 방문해 증상 평가, 교육, 장기지속성 주사제 투약, 상담, 재발 예방, 지역사회 적응 지원 등의 역할을 병원이 직접 하고 있다.[55]

구체적으로, 푸종 정신재활시설(Fu-Zhong Occupational Center)은 보건복지부 산하

기구인 타이베이 시립병원 소속으로, 타이베이시의 정신재활시설 중 하나로 지역 거점 재활 센터의 역할을 수행하고 있다. 푸종 정신재활시설은 직업 재활 프로그램을 중점적으로 시행하는 기관으로, 영수증 등 롤 제작 업무, 베어링 작업, 컴퓨터 작업, 꽃꽂이, 제과제빵, 미술 활동 등 다양한 직업 훈련을 실시하고 있으며, 시 정부에서 연 1회, 국가차원에서 4년마다 1회씩 수행하는 국가품질평가(Symbol of National Quality)에서 매년 우수기관으로 평가받고 있다.

한편, 병원 부속의 지역사회 정신건강증진시설들이 정신장애인 당사자의 진정한 회복과 지역사회로의 통합을 추구하는지는 논란의 여지가 있다. 먼저, 기관 이용자는 월요일부터 토요일까지 오전 9시부터 오후 4시까지 등하교의 개념으로 이용해야 하며, 센터 내에서 대상자는 '학생'으로 불린다. 이처럼, 이용자는 여전히 무언가를 배워야 하는 존재로 여겨지고 있으며, 치료진의 권위가 그대로 유지되는 모습을 확인할 수 있다. 또한, 기관 규칙 중 일상생활이 가능하다고 판단되면 언제든지 퇴소할 수 있다는 규정이 있으나, 일상생활이 가능하다고 판단하는 주체는 정신장애인 당사자가 아닌 서비스 제공자라는 점에서 당사자의 자기결정권이 존중되지 못하는 모습도 확인할 수 있었다. 그리고 대상자의 증상이 악화되거나 부적응하는 모습을 보일 시 다시 병원에 의뢰한다는 규정이 있는데 이러한 규정을 볼 때, 병원 부속의 지역사회 정신건강증진시설은 형식적인 지역사회 통합 혹은 입원치료의 연장선일 수 있다는 의문을 제기할 수 있다.

한편, 이는 비단 개별 센터만의 문제가 아니라, 대만의 병원기반 사례관리 시스템 전반에 제기될 수 있는 문제이다. 타오위안 정신병원, 쯔오툰 정신병원, 발리 정신병원, 타이베이 시립정신병원 등 대만의 주요 공공정신의료기관에는 중간집, 정신요양시설 등 중장기적으로 환자를 치료·보호할 수 있는 시설이 잘 갖추어져 있으나, 이러한 병원 부속의 정신건강증진기관에서는 여전히 환자들에 대해 사람 중심의 인권 기반 접근이 아닌 의료적인 접근을 취하고 있다. 하루 일과의 선택, 치료방법에 대한 선택(약물, 주사제 투여) 등 본인의 삶에 대한 자기결정권이 온전히 보장되는 시스템이 아니기 때문이다.

대만의 병원과 시설 중심의 치료 및 서비스는 진정한 탈원화라고 이야기할 수 없다. 그 이유는 정신장애인에 대한 치료와 보호, 지원은 기본적으로 지역사회를 기반으로 해야하기 때문이다. 이처럼, 인간다운 삶이 보장되는 지역사회 중심의 정신건강복지서비스 구축이 우선되지 않고 있다는 점에서 비판을 제기할 수 있다. 대만에서 보편적으로 확대되고 있는

55) 임형빈. (2018년 12월 2일). "한국은 외래치료명령제와 퇴원 후 사례관리 부실... 낮병원 활성화해야". 마인드포스트. (2021년 9월 26일 검색). http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=1195

국가인권위원회
humanrights.go.kr

낮병원과 병원 부속의 여러 정신건강증진시설은 근본적으로 정신장애인의 탈원화와 사회복귀에 대한 지향에 반하는 움직임이다. 대만의 병원기반 사례관리는 정신장애인의 삶이 의료적 지원만으로 충분할 것이라는 가정에 기반하고 있으며, 정신장애인의 지역사회서비스를 지원해야 할 비용이 병원의 의료비로 투입되는 것은 사람 중심의 인권기반 실천을 저해한다. 유엔 장애인권리협약에서의 '효과적인 재활 및 치료'는 "지역사회 또는 자신이 거주하는 공간에서, 개인의 욕구에 기반하여, 가급적 신속하게 진행되는 것"이다. 즉, 정신장애인의 탈원화를 위해서는 자신이 거주하는 지역사회가 중심이 되어 삶을 회복해나가는 과정이 수반되어야 함에도 불구하고, 대만은 의료기관의 입원 위주로 정신장애인을 관리해오고 있다. 따라서 병원에서 지역사회친화적 정신보건서비스를 제공하는 것은 매우 긍정적으로 평가할 수 있으나, 대만의 병원기반 사례관리 시스템으로부터 함의를 이끌어내기 위해서는 조심스러운 접근이 필요하다.

2) 지역사회통합의 저해요인분석

(1) 만성기 병상의 탈원화 문제: 만성 정신과 환자 병동의 유지

대만은 급성기와 만성기 환자가 이용할 수 있는 병동을 구분하여 운영하고 있으며, 실제로 대만은 급성기 병동과 만성기 병동의 수가를 다르게 적용하여 급성기 병동에 인력과 재원을 집중적으로 투입하고 있다. 이러한 병동의 역할 구분은 시설 및 인력을 효율적으로 투입하여 입원 시 집중 서비스 제공과 급성기 정신질환자에 대한 효과적인 치료를 가능하게 한다. 한편, 대만에서는 급성기 병동과 만성기 병동에 대한 지원 불균형의 문제로 인해 탈원화가 저해되고 있다. 대만 정신건강의료체계 내에서 만성기 병상은 우선순위 밖의 문제로 여겨져 왔고, 아래의 표를 통해 확인할 수 있듯이 대만의 만성 정신과 환자의 평균 재원 일수는 2019년 기준 약 275일로 OECD 평균의 약 9배에 달한다.

〈표 4-122〉 정신장애인 평균 재원 일수 : 대만, 한국, OECD

	2015	2016	2017	2018	2019
대만 급성기 정신과 환자 (Psychiatric Acute Beds)	36.15	37.03	36.83	37.90	38.80
대만 만성 정신과 환자 (Psychiatric Chronic Beds)	279.01	284.50	276.85	263.60	275.73
한국	158.7	153.1	168	176.5	176.3
OECD	30.6	30.2	29.6	30.4	30.1

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), OECD Health Statistics database

이처럼 오늘날 대만 사회에서는 만성 정신과 환자의 탈원화와 만성기 병상 축소에 대한 문제가 제기되고 있다. 한편, 대만의 만성기 병상의 병상 점유율을 살펴보면 약 91%를 상회한다.

〈표 4-123〉 정신장애인 병상 점유율 : 대만, 한국, OECD

(단위: %)

	2015	2016	2017	2018	2019
대만 급성기 병상	82.73	83.63	82.37	83.47	85.17
대만 만성기 병상	90.61	91.43	91.58	90.65	91.77
한국	158.7	153.1	168	176.5	176.3
OECD	30.6	30.2	29.6	30.4	30.1

출처: Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), OECD Health Statistics database

만성기 병상의 점유율이 90% 이상을 웃돈다는 것은 만성 정신과 환자들이 퇴원을 하지 않고 오랜기간 병원에 머물고 있거나, 기존 환자가 퇴원한다고 하더라도 곧바로 새로운 환자가 만성기 병상으로 넘어온다는 것을 의미한다. 또한, 병상 점유율이 85% 이상인 병원은 일반적으로 병상 부족으로 간주된다(Madsen et al., 2014). 이처럼 대만의 경우 만성환자 병동을 유지하는, 지역사회통합에 다소 반하는 정책을 펼치고 있는 것으로 볼 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 강압적인 국가 정신질환자 등록 시스템 및 사례관리 시스템

대만에서는 국가 차원에서 1990년부터 정신질환자를 관리하는 시스템인 1990년부터 국가 정신질환자 등록 시스템을 운영하고 있으며, 이러한 관리 시스템을 통해 특히 병원을 중심으로 한 사례관리가 원활하게 이루어지고 있다. 대만에서 정신질환자 등록을 위한 기준은 따로 존재하지 않으며, 대부분 정신의료기관에서 퇴원 시 지역사회 보건국에 퇴원 사실을 통보하고 이를 통해 등록된다. 그리고 대만은 체계적인 퇴원 준비 시스템을 갖추고 있다. 대만의 정신의료기관은 입원과 동시에 퇴원에 대한 계획을 체계적으로 수립하여 퇴원 후 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 지원하고, 퇴원환자에 대한 체계적인 사후 관리를 진행하고 있다. 구체적으로, 타오위안 정신병원의 경우는 사례관리 전담국이 별도로 설치되어 퇴원환자의 사후관리(전화상담)를 담당하는 인력(간호사)이 배치되어 있고, 쯔오툰 정신병원은 'Spring Breeze project'라는 지역사회 사례관리 서비스를 발전시켜 사례관리 서비스를 제공하고 있다.

한편, 대만의 정신질환자 등록 시스템을 통한 효율적인 사후관리가 과연 인권기반 실천인지에 대해서는 의문을 제기할 수 있다. 정신질환에 대한 스티그마가 심각한 우리 사회의 특성을 고려할 때, 정신장애인의 개인정보 보호는 매우 중요하다. 정신건강복지법에서 치료와 서비스제공과정에서 취득한 정보에 대해 '비밀 유지'의 의무는 명시하고 있으나, 이외 전산망 구축 등에 의한 정신장애인 개인정보 보호를 위한 방안에 대한 대책에 대한 고려는 미비하다. 이에 개인의 신상에 관한 정보를 국가 전산망에 강제로 등록하도록 하는 방안이 과연 윤리적·인권적 차원에서 옳은 것인지에 대한 논의가 필요하다. 또한, 대만과 동일한 방식으로 미동의 환자까지 포함하여 정신의료기관에서 치료를 받은 환자들의 정보가 국가 시스템에 등록된다면, 병원에 대한 기피 현상이 더욱더 심해질 것으로 예상된다.

제3절 해외 사례의 한국적 함의

1. 영국 사례의 한국적 함의

1) 비자의 입원 경감을 위한 법 및 제도적 개혁

정신장애인 지역사회 통합을 위해 영국의 정신보건법이 주는 가장 큰 한국적 함의는 비자의입원을 경감하기 위한 법 및 제도적 개혁에 있다. 영국은 정신장애

인 당사자와 국민의 의견을 수용하여 정신보건법을 개정하는 과정에서 정신보건법 적용 대상의 정의를 좁히고 배제 사항을 명시하였다. 먼저, 영국은 알코올 및 약물남용 장애는 정신질환자로 정의하지 않음으로써 알콜 및 약물장애로 인한 불필요한 비자의입원을 방지하였다. 그러나 한국의 정신보건법에는 법의 적용 대상에 대한 배제 사항을 명시하지 않아 비자의입원이 필수로 필요하지 않은 알콜 및 약물장애를 가진 자 또한 비자의입원의 대상이 될 수 있어, 불필요한 비자의입원이 증가할 수 있을 것으로 보인다.

비자의입원 신청 자격 규정을 엄격히 한 것 또한 한국에 함의를 줄 수 있을 것으로 보인다. 한국의 경우, 보호의무자 혹은 시군구청장에 의해 입원 될 수 있으며 의사 혹은 경찰관에 의한 응급입원도 가능하다. 반면 영국은 정신보건전문가만 비자의입원을 신청할 수 있으며 응급상황에도 단기적으로만 입원할 수 있다. 비자의입원의 기간도 한국이 영국과 비교하면 훨씬 장기적이다. 한국의 경우 응급입원 이후, 보호 의무자에 의한 입원으로 전환 되어 6개월까지도 비자의적 입원이 가능하다. 하지만 영국은 최장 72시간만 가능하며 28일간 장기간 입원을 하기 위해선 자타에 위험이 될 수 있는 경우에만 가능하다. 한국은 비자의입원 기간을 최소화하고 응급입원 이후 보호의무자에 의한 입원으로 전환되는 과정을 엄격히 하여 탈원화를 촉진해야 한다.

비자의 입원기간 동안 심사절차를 필수적으로 그리고 엄격히 하는 것이 중요하다. 영국은 독립적 상설기구인 Mental Health Tribunal을 통해 비자의입원에 대한 적합도를 대면 심사를 통해 매주 1회 의무적으로 진행한다. 한편 한국은 입원환자가 신청할 경우 대면으로 심사가 진행되고 그렇지 않을 경우에는 서면 심사가 원칙이다. 정신질환을 경험하는 사람의 회복의 방향을 결정하는데 있어서 대면하여 심사르 하는 것, 그리고 환자의 의사를 듣는 것은 국제인권기준에서 추구하는 사람중심 인권기반 실천의 필수적 요소이다. 따라서 한국의 심사제도 또한 대면심사 혹은 이에 준하여 정신장애인 당사자의 의견을 고려할 수 있는 제도로 개혁되어야 한다.

2) 의료와 지역사회 간 연계 체계 구축을 위한 정부의 노력

영국은 NHS와 지방 정부의 정신건강서비스 전달체계 간 연계가 견고하다. 정신건강 관련 문제가 생길 시 가장 먼저 NHS의 초기 케어가 일반의(General Practitioner, GP)를 통해 이루어진다. 이후 보다 장기적이며 전문적인 서비스 개입이 필요할 시 GP의 의뢰로 2차 혹은 3차 의료서비스를 받게 되는데, 이때 지방 정부가 제공하는 사회보호(social care) 대상자가 되어 NHS에서 제공하는 서비스 이외에도 다양한 서비스를 지역사회 내에서도 받을 수 있다. 물론 저해요인에서 살펴본 바와 같이 의료 및 지역사회전문가의 관점 차이 및 예산 상 문제가 있어 영국 또한 이러한 협업 과정이 쉽지는 않았을 것으로 보인다. 그럼에도 영국은 국제 인권기준의 흐름에 맞추어 정신의료기관 병상 수 및 입원 기간을 대대적으로 경감시켜 의료 영역에 투입되는 불필요한 치료예산을 확보하였으며, 확보된 예산을 지역사회 정신건강 예산으로 전환하는 과정이 있었다. 이 과정에서 정신병상 수를 경감시키고자 하는 정부 차원의 개혁안 발표 및 의지가 큰 역할을 하였다.

한국 또한 보건복지 전달체계 간 소통을 원활히 하고자 하는 노력을 지속하고 있으며, 정신의료기관 퇴원 이후 지역사회연계를 위해 다양한 노력을 펼치고 있다. 그럼에도 여전히 체계 간 소통 및 예산 부족 등의 문제로 인해 영국과 같은 체계를 구축하기에는 한계가 있는 상황이다. 물론 영국의 경우 연계체계를 구축하는데 있어 NHS라는 전달체계가 큰 강점으로 작용하였겠지만, 한국 또한 이와 유사한 건강보험체계를 갖고 있기 때문에 현존하는 전달체계를 확장하여 체계 간 연계를 원활히 하기 위한 개혁을 모색해야 한다. 또한 이 과정에서 중앙 및 지방 정부 차원의 지원과 리더십이 필요하다.

3) 정신장애인의 욕구에 근거한 개별회복지원계획수립

영국에서는 정신질환자가 비자의적으로 입원치료를 받지 않고 지역사회 내에서 치료를 받을 수 있도록 다양한 회복지원서비스를 제공한다. 정신보건법 제 117조에 따르면 비자의적으로 입원한 자 혹은 지역사회 내에서 치료명령을 받은 자는 필수적으로 사후 보호(aftercare)를 무상으로 받을 자격이 있다. 잉글랜드에서는 Care Programme Approach를 통해, 웨일즈에서는 Care Treatment Plan을 통해 사후돌봄을 받을 수 있다. CPA와 CTP 모두 케어 코디네이터와 함께 정신질환자가 필요한 맞춤형 서비스를 공급한다. 이러한 사후돌봄서비스를 실행하여 영국은 지역사회 내에서 정신질환자의 회복을 지원하며 다시 비자의입원이 되는 경우를 방지한다. 반면 한국에서는 정신질환자가 퇴원 후에 지역사회

내의 사회서비스를 이용하기 위해선 본인이 직접 신청해야 한다. 한국에서도 비자의입원 후 퇴원한 정신질환자에게 정신건강전문가가 당사자의 니즈(needs)를 정확하게 사정하여 필요한 회복지원서비스를 공급하는 것이 필요하다.

뿐만 아니라 영국에서는 정신장애인이 입원을 최대한 하지 않고 지역사회 내에서 잘 적응하며 치료받을 수 있도록 지역사회 내 치료명령제(Community Treatment Order)를 진행한다. 치료명령제 시행 시 이용할 수 있는 지역사회 내에서의 사회서비스 또한 다양한 형태로 구축되어있다. 지역사회 내에서의 서비스를 늘리고 비자의입원의 기간이 영국보다 긴 한국에서 이러한 치료명령제를 도입하고 지역사회 내에서의 서비스를 다양하게 제공하여야 한다. 이를 통해 정신장애인이 자신이 원하는 회복방안을 선택할 수 있도록 욕구에 기반한 서비스 제공이 필요하다.

4) 정신장애인 권익 옹호가 동반된 지역사회서비스 확충

영국에서 정신장애인은 비자의입원, 퇴원 및 Mental Health Tribunal 심사과정에서 독립적 정신건강 옹호인(Independent Mental Health Advocate)을 통해 인권과 권리에 대해 알 수 있다. 퇴원 심사가 선별적으로 이루어지는 한국에서도 정신장애인에게 입퇴원 과정에서 본인의 권리에 대해 알려주고 적합한 결정을 할 수 있도록 돕는 인력이 필요하다. 특히나 한국의 비자의입원 환자 수가 증가하고 있는 것을 고려하면, 환자 개인이 심사 제도에 대해 인지하고 신청할 수 있게끔 하는 과정이 필수적으로 도입되어야 할 것으로 보인다.

2. 호주 사례의 한국적 함의

1) 국가통계를 통해 살펴본 한국의 정신건강 서비스 위치

한국의 정신건강 서비스 위치를 가늠할 수 있도록 OECD자료 및 국가통계를 활용하여 호주와 비교하여 살펴보았다. 우선 호주의 국가 개요를 한국과 비교해보면, 면적은 한국보다 약 77배 크나, 인구수는 2천5백만으로 우리나라의 절반에 못 미친다. 공공사회복지지출규모를 살펴보면, 호주는 GDP 대비 16.7%를 지출하고, 한국은 10.8% 지출하는 것으로 집계된다(OECD, 2019). 한국과 호주 모두 보건에 가장 높은 비중으로 지출을 하고, 다음으로 노인으로 나타났다. 다음으로 정신장애인의 비중을 살펴보면, 전세계적으로는 약 15%의 인구가 정신장애와 물질사용장애를 가지고 있는 것으로 추정되고, 그중 호주는 18.6%, 한국

국가인권위원회
humanrights.go.kr

은 11.8%로 나타났다(Our world in Data, 2017). 그리고 정신장애로 인한 사망률의 경우 호주는 2011년 36.1%에서 2017년 40.7%로 증가한 것으로 나타났으나, 한국은 2011년 16.9%에서 2017년 11.9%로 증가하였다. 이러한 결과는 통계로만 보면, 한국이 정신건강 문제에 있어서 호주보다 나은 것처럼 보이지만, 실상은 그렇지 않다. OECD(2015)에 따르면, 한국은 정신건강 문제에 있어서 사회적 부담이 높은 것으로 나타났는데 이는 정신건강 서비스에 대한 심리적·물리적 접근성이 높아 사회경제적 부담이 높은 것이다. 이와 관련하여 전진아 외(2019)는 정신건강 서비스 수요자들이 자신의 정신건강 문제에 대해서 인지하지 못하고 있고, 인지하더라도 정신질환을 공유하는 것에 대한 심리적 부담과 물리적 서비스 인프라 역시 제한적이어서 개인의 정신건강 문제가 사회의 부담으로 작용한다고 하였다. 즉, 정신장애인이 없어서 통계적 수치가 낮은 것이 아닌 정신건강 서비스를 이용하지 않거나, 부재하기 때문인 것이다. 이상영 외(2017)에 따르면, 일반 국민들은 정신질환 및 정신건강 서비스 주체에 대한 인지도가 낮고, 인지하더라도 정신건강 서비스 이용에 대해 부정적으로 인식하는 것으로 나타났다.

이는 정신건강 서비스 운영 실태를 호주와 비교함으로써 더욱 명확해진다. 정신경강증진시설을 살펴보면, 한국은 전체 2,247개소 중 정신병원의 수가 1,839개소로 81.8%를 차지하는 반면, 호주는 전체 1,694개소 중 정신병원의 수가 226개소로 13.3%에 불과하고, 나머지는 지역사회를 중심으로 한 정신건강 서비스(community mental health care services)가 주를 이루고 있다. 즉, 한국은 정신건강 서비스 체계가 주로 정신의료보건 서비스 위주인 반면, 호주는 지역사회 정신건강 서비스임을 추론할 수 있다. 정신의료보건 중심의 정신건강 서비스 체계는 정신병원 병상 수, 퇴원환자 수, 평균 입원 일수에서 큰 차이를 만든다. 정신병원 병상 수를 비교하면, 호주의 경우 2019년 기준 인구 1,000명 당 0.42로 나타났고, 이는 2011년 대비 7.7% 증가한 수치이다. 반면, 한국은 2011년에는 인구 1,000명 당 0.88로 나타났고, 2019년에는 40.9% 증가한 1.24로 나타나 그 증가폭이 훨씬 큰 것을 알 수 있다. 정신병원 퇴원환자 수를 비교하면, 인구 100,000명 당 호주의 경우 2018년에 1017.3명이었으나, 한국은 그 절반인 516.5명으로 집계되었다. 그리고 정신장애인의 평균 입원 일수의 경우 호주는 2019년 14.0일이었으나, 한국은 2019년 176.3일로 두 국가 간 큰 차이가 나는 것을 알 수 있다.

2) 호주의 탈원화 전략이 한국에 주는 함의

(1) 중앙정부-지방정부간 상호 협력기구·체계 구축

정신건강 서비스 체계를 구축하고 도입하는데 있어서 국가 단위에서만 정책을 수립하고 집행하는 것이 아닌 지방자치단체의 실정과 요구를 반영할 필요가 있다. 호주의 경우 20세기에는 시설 위주의 정신보건체계를 구축하고 있었으나, 대부분의 선진국과 같이 1960년대와 1970년대를 거쳐 지역사회 정신건강 서비스 체계로 전환을 추진하였다. 그 과정을 살펴보면, 1988년 국가정신보건서비스정책보고서(A National Mental Health Sevices Policy: Summary of the Report of the Consultnacy)를 발간하며, 정신건강 서비스 전달체계에 있어서 민간부문의 참여를 확대하고 공공부문과의 협력을 강화할 것을 권고하였다(Eisen & Wolfenden, 1988). 이를 통해 정신장애인들이 시설 내에서 치료받도록 하는 것이 아닌 지역사회의 구성원으로써 생산적인 활동에 참여할 수 있도록 하였다. 이 보고서 발간 후 1990년에 호주인권위원회의 버드킨 위원은 '정신장애인 인권에 대한 국가조사(National Inquiry, 1990-1991)'를 실시하였고(Human right and equal opportunity commisson, 1993), 일반 국민의 정신질환 유병률, 정신질환으로 인한 비용, 정신보건 운영실태, 사회적 인식, 인구특성에 따른 취약성, 사회영향, 인권 등 다양한 문제를 지적하며, 사회적 관심을 이끌고자 하였다. 이후 많은 사람들을 대상으로 토론회, 공청회 등을 실시하며, 정신건강 증진 계획, 정신질환 발생 예방, 정신장애로 인한 지역사회 영향 감소, 정신장애인의 권리 확인을 목적으로 1993년 국가정신보건전략(National Mental Health Strategy)을 수립하였다.

국가정신보건전략의 수립은 연방정부가 주정부와 공동으로 정신건강 문제에 대해 운영하고, 그 책임을 공유하는 것에서 중요한 밑거름이 되었다. 즉, 한국도 정신건강 서비스 정책을 수립하는데 있어서 지방자치단체의 요구를 수렴하고, 여러 단계에 걸쳐 정신건강 정책이 안착할 수 있는 체계가 필요하다. 호주의 국가정신보건전략은 5년 마다 한 번씩 수립되는 중장기 계획으로 성과의 평가, 정책 우선순위 설정, 자원 확보 계획, 지역사회 기반 정신건강 서비스를 구축해오고 있다. 1차 정신보건전략(1993-1998)의 경우 정신보건 서비스의 구조적 개혁을 추진을 목표로 하였고, 정신병원 의존율 감소, 지역사회 중심의 대안적 치료와 회복서비스 확대, 종합병원 내 응급입원치료(acute impatient care)를 통한 서비스 전달체계 전환을 실시하였다. 앞서 국가통계에서 살펴보았듯이 한국의 정신건강 전달 체계는 정신병원 중심의 정신의료보건으로 이루어져 있다. 즉, 한국 또한 정신재활시설 등 지역사회 정신건강 시설을 확충하여 정신장애인의 탈원화를 유도할 필요가 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

(2) 지역사회 중심의 탈원화 정책

정신건강증신시설의 수를 살펴보면, 한국은 전체 정신건강증진시설 중 81.8%가 정신병원인 반면, 호주는 13.3%에 불과하고, 나머지는 지역사회 중심 정신건강 서비스인 것으로 나타났다. 즉, 호주에서는 지역사회 중심의 정신건강 서비스 정책을 펼치는 것을 알 수 있다. 이는 앞서 살펴본 바와 같이 국가정신보건전략의 목표에 따라 정신장애인들이 지역사회에서 생활을 영위할 수 있도록 지역사회 기반 치료와 지원 서비스를 확대한 결과이다. 호주는 지역사회 정신건강 서비스 확대를 위해 정신장애인이 입원하지 않고도 충분한 치료를 받으며 생활할 수 있는 증상수준별 시설과 지역사회 치료 프로그램을 확충함으로 탈원화를 유도해 왔다.

대표적으로 빅토리아주의 경우 공공정신보건서비스 시스템을 임상정신보건서비스 시스템과 정신장애 재활 지지서비스 시스템으로 구분하여 구성하였다(Metropolitan Health and Aged Care Division, 2003). 임상정신보건서비스는 중증정신질환자들을 대상으로 공공병원에 의해 전문적으로 관리되는 시스템으로 사정·진단·치료·재활·사례관리서비스를 제공한다. 그리고 정신장애 재활 지지서비스에서는 민간단체를 중심으로 정신사회 회복 주간 프로그램, 찾아가는 정신사회 서비스, 주거 재활시설, 쉼터, 자조모임을 운영하고 있다.

(3) 정신건강 영역의 재정 확충

호주는 국가정신보건전략과 함께 지역사회 중심 정신건강 시스템 개혁을 위해 재정지원조치들을 함께 시행하였다(Department of Health, 2013). 1인당 정신건강 서비스의 재정지출을 살펴보면, 1992-93년은 $122.97에서 2018-19년 $256.58로 108.7% 증가한 것으로 나타났고, 2018-19년 정신건강 서비스 영역 총 지출 비용은 106억 호주 달러에 달한다(AIHW, 2021). 특히, 입원환자[56] 1인당 지출되는 비용은 1992-93년 대비 2018-19년에 37.1%(2018-19년 기준 $112.42) 증가한 반면, 지역사회 정신건강 서비스는 224.8%(2018-19년 기준 $97.2) 증가하여 지역사회를 중심으로 한 정신건강 서비스 영역에 대한 재정 확충이 더 크다.

우리나라의 경우 2020년 기준 보건복지부 소관 보건분야 지출예산 중 정신건강복지예산이 3,191억원으로 비중은 2.4%로 나타났다(중앙정신건강복지사업지원단, 2020). 2019년

56) Public psychiatric hospitals와 Specialised psychiatric units or wards in public acute hospitals의 지출비용 합산

에 비하면 약 12% 증가한 것으로 산출되었지만, 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산이 5,389원임을 고려할 때 지역사회에서 이용자들에게 적절한 서비스를 제공하는데는 큰 한계가 있는 것으로 생각된다(국립정신건강센터, 2020).

지역사회 기반 정신건강 서비스의 재정 확충을 위해 호주는 국가정신보건전략에서 '정신보건의 주류화(Mainstreaming)' 정책을 시행하며, 대단위 주립정신병원을 축소 및 폐쇄하고, 일반보건의료 체계 내에 편입시키는 조치로 종합병원 내 정신병상을 확충하는 조치를 취하였다(Singh, 1992). 이에 따라 정신병원의 축소, 노후화된 정신병원의 폐쇄를 통해 잉여 예산을 지역사회 중심의 정신건강 서비스로의 전환 및 종합병원 서비스 재원으로 활용하였다(Medibank, 2013). 이를 통해 종전의 정신병상 수를 유지하며, 중증정신장애인에 대한 종합적 진료·치료 계획수립이 가능하도록 하고, 함께 지역사회 내 정신건강 서비스를 확장하였다.

3. 일본 사례의 한국적 함의

1) 병원 중심의 치료체계에서 지역사회 중심의 체계로의 전환을 공식적으로 명시하고 지속적인 대응책 마련

일본은 앞서 살펴본 것처럼 다른 OECD 국가들과 비교하였을 때 정신과병상수가 월등이 높으며, 이는 지속적인 논쟁의 주제가 되고 있다. 그럼에도 병원 중심의 치료체계에서 지역사회 중심의 체계로의 전환을 공식적으로 명시하고, 일본은 정신장애인 탈시설화를 위한 지속적인 대응책을 마련하고 있다.

탈시설화를 위한 대표적인 대응책으로는 후생노동성이 주도한 2004년 정신건강복지개혁 비전(Vision for Reform of Mental Health and Welfare)을 꼽을 수 있으며, 이 비전을 통해 장기입원병상을 줄이겠다는 뜻을 밝혔다(Japan Ministry of Health, Labour and Welfare, 2004; Okayama et al., 2020 재인용). 비전을 발표한 이후 후생노동성은 10년 동안 7만 개의 정신과병상을 줄이겠다는 명시적인 목표를 가지고 지역사회 정신건강서비스로 전환하는 데 초점을 맞추었다.

하지만 결과는 예상대로 흘러가지는 않았다. 2004년부터 2018년까지 정신과병상수는 실제로 356,000개에서 33만개로 감소하여, 감소한 것은 약 25,000개의 병상에 불과했다(Japan Ministry of Health, Labour and Welfare, 2018a; Okayama et al., 2020 재인

국가인권위원회 humanrights.go.kr

용). 7만 개의 병상수를 줄이겠다는 명확한 목표를 설정했음에도 불구하고 15년 동안 약 2만 5천 개의 병상수만 감소하였을 뿐이다. 일본 또한 다른 나라들처럼 지역사회 정신건강 서비스로 전환해 왔지만, 이러한 전환은 아직 장기입원 병상의 큰 감소로는 이어지지 않고 있다.

그러나 입원기간에는 긍정적인 변화가 나타나고 있다. 일본의 정신병원 평균입원기간(mean length of stay)(퇴원 환자의 평균 입원 기간)은 1990년에 약 500일이었지만, 2011년에는 300일 미만으로 감소했고, 2018년에는 약 266일로 감소한 것으로 나타났다(Japan Ministry of Health, Labour and Welfare, 2018b; Okayama et al., 2020 재인용). 이 숫자는 다른 OECD 국가들보다 눈에 띄게 높다. 또한 최근 신규 입원환자의 입원 기간이 감소한 것으로 나타났다. 신규 입원환자의 경우 86%가 1년 이내에 퇴원하였다(Okumura et al., 2019). 그러나 여전히 정신병원 전체 입원환자 중 3분의 2 이상이 1년 이상 머무르고 있다(National Institute of Mental Health, 2017; Okumura et al., 2019 재인용). 이 중 매년 5만 명이 퇴원하지만, 동시에 또 다른 5만 명의 입원환자들이 1년 미만의 입원군에서 1년 이상의 입원군으로 이동하고 있다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013). Kanata(2016)는 이러한 현상이 마치 고양이와 쥐 게임과 같다고 묘사하고 있으며, 이는 일본의 장기입원 현상 또한 쉽사리 나아지지 않고 있다고 볼 수 있다.

2) 정신장애인 시설화 구도를 유지하고 있는 일본의 다양한 장벽들

일본 정부는 지난 20년 동안 지역사회 중심의 정신건강서비스 시스템을 목표로 다양한 정신건강정책 및 법률을 제정해왔다. 그러나 그 진행 속도는 매우 느리고 30만 명 이상의 정신과 환자가 여전히 병원에서 치료를 받고 있다. 일본의 정신건강서비스는 여전히 다른 OECD 국가들에 비해 여전히 대부분 병원 기반을 유지하고 있다. 그렇다면 이렇게 탈시설화를 위한 다양한 정책적 대응을 마련했음에도 불구하고 높은 병상수와 장기입원의 문제가 쉽사리 나아지지 않는 이유는 무엇일까? 관련 연구들은 몇 가지 요인들을 제시하고 있다.

첫 번째는 일본의 정신의료기관이 대다수 민간병원이기 때문에 국가 주도의 통제와 개혁이 쉽지 않다는 것이다. 결과적으로 지역사회 내 주거서비스로 분류되었어야 할 장기입원 병상은 여전히 장기입원 병상들로 남아있다. 이것이 일본이 다른 나라에 비해 정신과병상이 더 많은 이유 중 하나이다(Okayama et al., 2020). 일본 정부는 운영비용이 적게 드는 민간 정신병원 건립을 계속 장려했으며, 2012년에는 모든 정신병원의 84%가 민간이었으며, 민간 정신병원은 모든 정신과병상의 92%를 차지했다(Kanata, 2016). Yoshikawa(2003:32) 또한 정신병원의

80% 이상이 민간이기 때문에 일본에서는 정신병원의 축소나 폐쇄로 이끄는 것은 어렵다고 강조한다. 즉, 서구 국가에서 탈시설화 개혁이 가능했던 이유 중 하나는 대부분의 정신병원이 공공부문에 있었기 때문이라고 그는 지적한다.

두 번째는 정신의료기관의 입원을 수월하게 만들어주었던 과거 정책들의 영향이다. Suzuki와 Someya(2001)의 연구에 의하면, 현재 정신병원 장기입원 환자의 대다수는 1945년과 1949년 사이에 태어난 사람이 많다는 것이 드러났다(Okayama et al., 2020 재인용). 그렇다면 왜 그 무렵 1945년에서 1949년 사이에 태어난 병원환자의 수는 왜 그렇게 많았을까? 그 해답은 1958년 당시 후생노동성이 발표한 병원 인력 관련 특별 조치인 세이신카 토쿠레이(Seishinka Tokurei)와 관련이 있을 것으로 본다. 당시 일본 정부는 민간 정신병원 확충을 도모하였으며, 이를 위해 민간 정신병원이 수익을 낼 수 있도록 대책을 마련했다. 세이싱카토쿠레이 특별조치는 정신병원이 종합병원보다 환자 대비 의료진의 비율을 낮게 할 수 있도록 허용했고(이 조치로 정신과 병동에는 종합병원 병동에 비해 의사의 3분의 1과 간호사의 3분의 2만 배치하는 것이 가능하게 되었다), 또한 1960년대 정신병원 설립을 위한 저금리 대출을 가능하게 했다(Kanata, 2016).

이와 더불어 1961년 행정명령(sochi nyuin)에 의한 강제입원의 경우 국가정부의 보조금이 50%에서 80%로 인상되었고, 도도부현 정부가 나머지를 구성하였다. 따라서 소치뉴인 채택에 대한 경제적 인센티브가 도입되었다. 당시 정신과 환자 대부분의 가정은 부유하지 않았고, 그래서 sochi nyuin 또한 재정적 지원을 제공하기 위한 의도였다(Fujino, 2005; Kanata, 2016 재인용). 입원비가 공공예산에서 충당되었기 때문이다. 따라서 그것은 "경제적 조치"로 취급된다. 이런 식으로 정책은 소치뉴인이 널리 보급될 수 있는 눈덩이 효과를 만들어냈다 (Sakuragi, 2015 : 160; Kanata, 2016 재인용). 소치뉴인이 시행되기 전에 입원환자 수는 1957년 8,455명에서, 소치뉴인이 시행된 후 1964년 62,719명으로 증가했는데, 이들은 전체 정신과 입원환자의 37.5%를 차지했다(Sakuragi, 2015:160; Kanata, 2016 재인용). 그 결과 이 정책에 따라 환자를 수용한 민간 병원은 국가 및 현 정부로부터 거액의 보조금을 받았으며 정신과병상수를 확대했다. 정신과병상수도 1957년 64,725개에서 1964년 153,639개로 불과 7년 만에 두 배 이상 증가했다(Kanata, 2016).

의료비는 저렴했지만, 인건비를 낮출 수 있다는 것은, 장기입원을 하는 것만이 안정적인 병원 경영을 위한 지름길이라는 것을 의미했다. 이러한 상황으로 인해 민간병원의 정신과병상이 크게 증가하였고, 1960년대부터 1980년대까지 많은 수의 정신과 환자 입원이 이루어졌다. 이때 입원한 환자들이 현재의 장기입원환자 대부분을 차지하는 것으로 추측된다

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(Okayama et al., 2020).

세 번째는 지역사회 정신건강서비스 부족으로 인한 사회적 입원 현상이 유지되는 것으로 볼 수 있다. 가령 2012년 정신과 환자의 54%가 자발적으로 병원에 머물러 있는 것으로 나타났다(Mental Health and Welfare White Paper Editorial Committee, 2014 : 212; Kanata, 2016 재인용). 이는 지역사회기반 서비스와 프로그램이 부족하기 때문에 장기입원 정신과 환자들은 떠나기를 꺼리는 경향이 나타난다고 볼 수 있다. 즉 탈시설화가 지연되고 있는 것은 많은 정신병원이 민간 소유이기 때문만은 아니다. 예를 들어, 대부분의 나병은 공공에서 운영했었다. 그러나 나병예방법 폐지 이후에도 대부분의 환자들이 계속 머무르기를 원했기 때문에, 나병 환자 시설 중 어떤 것도 폐쇄할 수 없었다(Sato, 2002). 그들이 공동체의 구성원이라고 느껴지는 곳에서 살고 싶은 것은 자연스러운 것이다. 일반적으로, 사람들이 한 장소에 오래 머물수록, 그들은 그것에 더 강하게 애착을 느낀다. Kanata(2016)는 정신병원을 축소하거나 폐쇄하는 것은 해결책의 일부일 뿐이며, 정신장애가 있는 사람들이 살고 싶어 하는 장소도 만들어져야 한다고 강조한다.

일본 통계정보부(Japan's Statistics and Information Department)가 2002년 실시한 조사에 따르면, 적절한 지역사회 지원이 이뤄진다면 7만 명 이상의 정신과 입원환자가 퇴원할 수 있다고 보고했다. 이러한 입원환자를 지역사회로 퇴원시키기 위해서는 지역사회 정신건강시스템이 활성화되어야 한다. 또한, 아웃리치서비스와 직업재활과 같은 서비스 옵션에서 더 다양한 것이 필요하다(Setoya, 2012).

3) 탈시설화를 위한 다양한 재정적 조치 마련, 그리고 이에 대한 한계점

일본은 대다수의 정신의료기관이 민간영역에 있어서 탈시설화를 주도하기에는 어렵지만, 나름대로 다양한 재정적 조치를 강구하였다. 첫 번째는 의료수가 체계 개편에 따른 병상수 감소 유도이다. Setoya(2012)는 일본 정부가 탈시설화를 이루기 위해서는 조기 퇴원을 촉진하는 의료수가 제도를 시행해야 하며, 환자를 퇴원시킬 경제적 유인이 거의 없는 현재 시스템을 바꾸어야 한다고 지적한다. 또한 정신병원이 다른 병원들에 비해 적은 종사자를 보유할 수 있도록 하는 제도인 '정신과 예외(psychiatric exception)'라고 불리는 제도 또한 폐지되어야 한다고 제안한다. 이러한 특권을 중단하면서, 더 효율적인 급성 치료(acute treatment)를 촉진할 수 있는 급성정신과병동(acute psychiatric units)에 대한 더 많은 예산지원이 함께 이루어져야 하며, 이는 다시 입원환자의 조기 퇴원 및 전체 병상수의 감소로 이어질 수 있을 것이라고 전망하였다(Setoya, 2012)

이와 관련하여 후생노동성은 이를 장려하기 위해 매년 장기입원환자의 5%를 퇴원시키면 2008년 4월부터 특별수당을 받을 수 있도록 했다. 이 아이디어는 병원에게 특별수당을 주어 외래환자클리닉 혹은 주거시설로 전환하여 '규모 축소'를 돕기 위한 것에서 비롯된 것이다. 이것은 또한 정신병원들이 탈시설화 과정에서 파산하는 것을 막을 것이다. 왜냐하면 특히 급성 환자들을 치료하기 위해 병원 서비스가 여전히 필요할 것이기 때문이다.[57]

또한 후생노동성은 공공의료보험 프로그램(public healthcare insurance program)에 따라 급성정신과병동(acute psychiatric care unit)과 정신과 입원환자 퇴원계획을 위해 지불한 추가 수당 계획(additional benefit schedule)도 도입하였다. 공공 의료 보험 프로그램에 따른 급성 정신과 진료실(Acute psychiatric care units)은 3개월 이내에 입원 환자를 퇴원시키도록 설계되었다. 정신과 급성치료 병원(Psychiatric acute care hospitals)은 2012년 평균 54.4-79.7일 동안 머물렀다. 퇴원 계획은 '입원치료'와 '지역사회기반 퇴원 후 서비스' 사이의 중요한 연결고리를 제공한다. 퇴원계획의 추가적인 수당 계획(additional benefit schedule)은 정신과 장기입원병동(psychiatric long-term care units)에만 지급하는 것으로, 장기 입원환자의 퇴원을 개선하기 위한 것이다(Nakanishi et al., 2015).

또한 일본 정부는 사회적 입원을 해결하기 위한 대책도 제시했다. 퇴원 후 갈 곳이 없다는 이유만으로, 입원의 필요성이 낮음에도 병원에 장기입원하고 있는 환자들이 많다. 또한 정신질환자들이 장기입원으로 인해 생활능력이 더욱 저하되는 경우 많아, 퇴원하기가 더욱 어려워지는 경우가 많다. 흔히 '사회적 입원(social hospitalization)' 또는 사회적으로 피할 수 없는 입원이라고 불리는 장기입원 환자의 문제를 해결하는 것이 필수적이다. 일본 정부는 2014년 환자 퇴원을 촉진하고 정신과 병상 수를 줄이기 위해 비어지는 정신병동을 실험적으로 주거시설로 전환하는 방안을 발표했다. 퇴원을 꺼리는 입원환자들의 욕구를 고려하면서 병상수를 축소하는 한편, 병원의 수익 감소를 방지할 필요성을 고려하자는 취지다. 그러나 제안된 주거시설로의 전환은 단지 이름만 바뀌는 것(명목상의 변화일 뿐)에 불과하다는 강한 비판을 받아왔다.[58] 장애인 단체, 변호사협회 및 정신건강사회복지사협회와 같은 몇몇 단체는 이 변화에 강력히 반대했다. 이들 단체들은 정부가 하려고 하는 것은 실질적인 재활이

57) Japan's mental health policy: Disaster or reform?. JAPAN TODAY. 2011. 10. 14. https://japantoday.com/category/features/opinions/japan%25e2%2580%2599s-mental-health-policy-disaster-or-reform

58) Mental Health Care Reform Urgently Needed for 'Deinstitutionalization' The Japan News; The Yomiuri Shimbun, 7/13/2014 https://www.nyaprs.org/e-news-bulletins/2014/mh-care-reform-urgently-needed-for-deinstitutionalization

국가인권위원회 humanrights.go.kr

아니라 수치로만 퇴원자 수를 늘리기 위한 작전일 뿐이라고 지적했다(Nakamura, 2014). 정신의료기관에서 이름만 주거시설로 바뀌고 그 안에 있는 것으로 그대로 존재한다는 것에 대한 비판이라 볼 수 있다.

반면 정부의 계획을 지지하는 사람들도 있었다. 이들은 이러한 계획이 정신질환자의 재활을 촉진하기 위한 현실적인 정책이라고 주장했는데, 대부분 민간병원이었기 때문에 정신병원 폐쇄가 불가능했기 때문이다(Furuya, 2015b:21). 강력한 반대 움직임에도 불구하고 정부는 이 조치를 도입하고 2025년 3월 말까지 정신과병동을 임시적인 주거형 시설로 전환하기로 하였다. Kanata(2016)는 이러한 조치에 대해 일본 정부는 문제의 본질을 이해하고 효과적인 재활을 촉진하기 위해 노력하지 않고 퇴원환자 수를 늘리고 정신과병상수를 줄이기 위한 단기적인 해결책에 몰두하고 있다고 지적하며, 임시 해결책으로는 일시적으로만 문제를 해결할 수 있다고 강조했다.

4) 정신장애인 전달체계와 장애인복지 전달체계 통합의 중요성

일본은 정신장애인의 탈시설화를 위해 정신장애인 전달체계와 장애인복지 전달체계 통합을 지속적으로 추진하였다. 가령 1993년 개정된 장애인지원법에서 정신장애인을 공식적으로 인정하였다. 하지만 정신건강서비스에 대한 예산 지원은 신체적, 지적장애인에 대한 예산 지원에 비해 여전히 낮은 것으로 나타난다. 또한 지적 또는 신체적 장애가 있는 사람들에게 서비스를 제공하는 새로운 시스템에 정신장애인은 포함하지 않았다. 따라서 3개 장애의 형평성을 확보하기 위해서는 서비스 제공 및 자금조달 시스템의 통일이 필요하다(Setoya, 2012).

정신장애는 2003년까지 신체장애 및 지적장애에 대한 복지 시스템에 포함되지 않았다. 같은 하나의 시스템에 통합되는 것은 정신장애인과 그 가족들에게 열망이었다. 정신건강복지서비스의 주류화는 새로운 서비스의 구축을 더욱 쉽게 만들었다. 또한 신체적 또는 지적장애가 있는 사람들에게 서비스를 제공했던 일부 시설들은 정신장애인에게도 서비스를 제공하기 시작했다. 2013년부터 각 도도부현에서 매년 수립하는 의료계획(Medical Plan)에 정신질환이 포함될 예정이다. 이러한 개선은 정신장애인에 대한 서비스 제공을 강화하고 도도부현 간의 네트워킹을 개선할 것으로 기대된다(Setoya, 2012).

Setoya(2012)는 이를 위해선 지역사회정신건강을 위한 예산 확충이 필요하다고 지적한다. 자금 부족은 수년간 적절한 정신재활시설의 개발을 막았다. 개혁 노력을 통해 정부는 현재 자금 지원을 늘리고 있으며, 사회복귀시설의 수는 아직 부족하지만 이용가능성이 크게

개선되고 있다. 지역사회정신건강에 대한 의료수가(예: 방문간호)도 증가했고, 서비스 제공도 빠르게 증가하고 있다(Setoya, 2012). 장애인지원법(Act on Support for Persons with Disabilities)은 케어메니지먼트(care management)를 도입했지만 그 수가 적다. 이상적으로 케어메니지먼트는 환자를 잘 아는 1차 의료 제공자가 도움이 필요한 모든 환자에게 제공해야 한다. 일본은 모든 환경에서 케어메니지먼트의 사용을 용이하게 하는 시스템을 구축할 필요가 있다(Setoya, 2012).

4. 대만 사례의 한국적 함의

1) 비자의 입원 심사제도 개편

양국의 법에서 규정된 비자의 입원 절차 및 과정을 비교해보면 아래와 같다. 대만의 경우, 비자의 입원에 대한 심사기구인 '정신질환 강제감정 및 강제지역사회치료심사회(약칭 심의위원회)'를 도입하였다. 대만은 비자의 입원을 일원화하였고 이는 시(市)나 현(縣) 정부가 주관이 되는 '행정처분'의 성격으로, 우리나라 정신건강복지법상에서는 '행정입원'에 가장 가깝다(조근호 외, 2019). 또한, 대만은 비자의 입원의 절차와 요건을 엄격히 하였다. 대만의 정신위생법 제41조에 따르면, 비자의 입원을 위해서는 1) 중증 정신질환자이며, 2) 자·타해의 위험이 있는 자로서, 3) 2명 이상의 지정 정신과 전문의의 입원이 필요하다는 진단결과가 있어야 하고, 4) 심사회의 60일간의 치료허가를 받아야 한다.

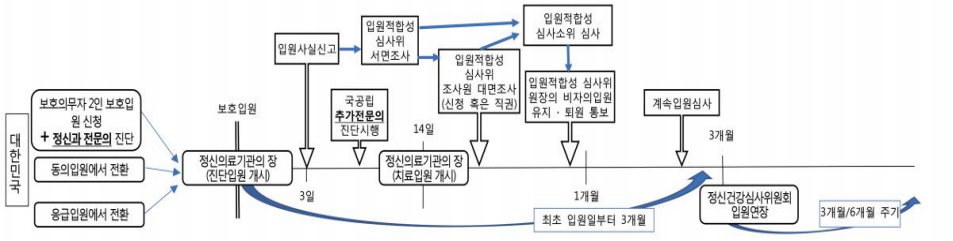
다음으로, 비자의 입원의 절차는 다음과 같다. 비자의 입원 요건에 해당하는 환자는 보호자의 협조하에 입원치료를 진행하게 된다. 한편, 환자가 이를 거부할 경우 시 관할 당국은 지정된 정신의료기관에 5일 이내로 긴급안치한다. 그리고 긴급안치 2일 이내로 지정된 정신과 전문의 2인에게 증상과 기능상의 장애, 자·타해 위험을 포함한 입원 필요성을 평가하여 진단증명서를 작성하게 하고 환자 및 보호자의 의견서 등을 국가공공보건정보시스템(National Public Health Information System)에 신고하도록 한다. 그리고 총 7인으로 구성된 심의위원회는 긴급안치로부터 5일 이내에 서류심사와 화상인터뷰를 통해 입원치료의 필요성을 의결하고 60일간의 입원을 허가한다. 만일 입원기간의 연장이 필요한 경우, 입원 기간이 만료되기 전에 지정 정신과 전문의 2명 이상의 진단결과와 심의위원회의 연장허가를 받은 후 60일의 입원 기간을 연장할 수 있다. 한편, 심의위원회의 결정에 이의가 있는 경우 환자나 보호자는 입원 중단을 위한 이의 신청서를 법원에 제출할 수 있다. 이처럼 대만은 비자의 입원의 유형을 일원화하고, 입원절차와 요건을 엄격히 하였다. 그 결과 낮은

비자의입원율을 달성하였다.

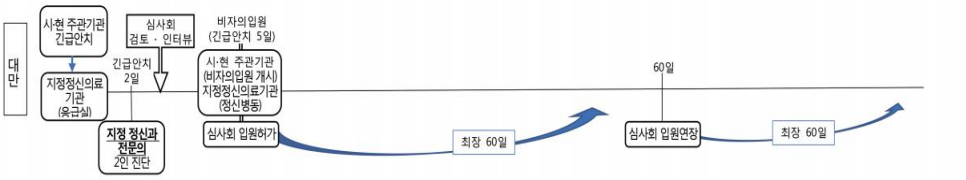
우리나라의 정신건강복지법은 '제5장 보호 및 치료'에서 입원 제도에 관해 기술하고 있다. 현행 정신건강복지법에서는 자의입원, 동의입원, 보호입원, 행정입원, 응급입원 등으로 입원 유형을 분류하고 있다. 입원의 유형에 따라 입원 요건, 입원 신청자, 입원 결정자, 퇴원 절차 혹은 퇴원 의사 확인 절차, 입원 기간 연장 방법 등에 차이가 있다. 우리나라의 정신건강복지법에서 규정하는 비자의 입원의 요건은 1) 입원치료를 받아야 할 정도의 중증 정신질환이 있으며, 2) 자신의 안전, 건강이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있어서 입원의 필요성이 있는 경우 등 두 가지 사항을 모두 충족하는 것을 요구하고 있다. 또한, 행정입원에 있어서도 비자의 입원의 요건과 동일하게 자·타해 위험이 있는 중증의 정신질환자의 경우에 신청할 수 있도록 하여 동일한 기준을 적용하고 있다.

조근호 외(2019)에 따르면, 정신건강복지법 제43조 제1항에서는 보호입원이 시작되는 절차를 다루고 있다. 즉, 법령에 따르면 보호의무자 2명의 신청과 정신건강의학과 전문의의 진단에 근거해서 정신의료기관의 장에 의해 입원 절차가 시작된다. 보호입원 및 행정입원의 경우, 진단을 위한 입원(이하 진단입원)과 치료를 위한 입원(이하 치료입원)으로 구분되어 있다. 진단입원은 2주의 기간 이내 동안 수행할 수 있으며, 진단입원을 거치지 않고서는 치료입원을 진행할 수 없다. 만일 정신의료기관의 장이 정신질환자를 치료입원으로 전환하여 입원을 유지하고자 할 경우에는 입원치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의 2인의 일치된 소견이 있어야 한다. 전문의 2인 중 최소 1명의 정신과 의사는 국립·공립의 정신의료기관 등 또는 지정 진단 정신의료기관의 소속이어야 한다. 즉, 입원을 개시하는 시점에는 입원 필요성에 대한 정신건강의학과 전문의 1인의 진단이 필요하며, 입원을 유지하기 위해서 2주 이내에 추가적인 정신건강의학과 전문의 1인의 진단을 확보하는 기간을 진단 입원이라고 설정하고 있다.

우리나라의 모든 비자의 입원은 입원적합성심사위원회에 신고하도록 되어 있으며(한국 정신건강복지법 제45조), 신고된 입원 사항에 대해 입원적합성심사위원장은 1개월 이내에 적합 혹은 부적합 여부를 정신의료기관의 장에게 통지하도록 되어 있다(한국 정신건강복지법 제47조). 위원장은 조사원으로 하여금 입원신고서류나 진료기록과 같은 기록의 검토, 환자와의 면담 등을 실시할 수 있도록 규정되어 있으며, 소위원회를 개최하여 조사 결과를 토대로 입원의 적합 및 부적합 여부를 심사하도록 하고 있다. 즉, 의사결정은 소위원회에서 하게 되며, 재심이나 불복 혹은 이의제기의 과정 없이 한 번의 심의로 입원적합성의 여부는 마무리되게 된다. 대만과 한국의 비자의 입원 과정을 도식화하면 아래와 같다.



[그림 4-70] 비자의 입원 절차 : 한국



[그림 4-71] 비자의 입원 절차 : 대만

대만의 비자의 입원 심사 제도를 통해 얻을 수 있는 한국적 함의는 입원적합성심사위원회의 구성을 다양화해야 한다는 것이다, 대만의 심사위원회는 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 정신장애인 권익 옹호 단체의 대표자, 법조인(변호사)으로 구성된다. 이처럼 다양한 직역의 전문가와 당사자의 인권을 옹호할 수 있는 보호자 및 권익 옹호 단체의 대표자를 포함하여 비자의 입원을 결정할 때 최대한 당사자의 입장에서 사안을 고려할 수 있도록 심의회를 구성하였다. 한편, 한국의 입원적합성심사위원회는 아래의 정신건강복지법 제46조를 통해 살펴볼 수 있듯이, 대만의 심사위원회처럼 다채롭게 구성되어 있지 않다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 4-124〉 한국의 입원적합성심사위원회 구성

한국의 입원적합성심사위원회 관련 조항
제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등) ① 보건복지부장관은 제43조 및 제44조에 따른 입원등의 적합성을 심사하기 위하여 제21조에 따른 각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관(이하 "국립정신병원등"이라 한다) 안에 입원적합성심사위원회를 설치하며, 각 국립정신병원등의 심사대상 관할 지역은 대통령령으로 정한다. ② 입원적합성심사위원회는 입원심사소위원회를 설치하여 제43조 및 제44조에 따른 입원등에 대한 적합성 여부를 심사하여야 한다. ③ 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다. 1. 정신건강의학과전문의 2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람 3. 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원 4. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족 5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람 가. 정신건강증진시설의 설치·운영자 나. 「고등교육법」제2조에 따른 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람 다. 정신질환을 치료하고 회복한 사람 라. 그 밖에 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람 ④ 입원심사소위원회는 5명 이상 15명 이내의 위원으로 구성하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉한다. ⑤ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회는 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다. ⑥ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 위원의 임기는 2년으로 하되, 연임할 수 있다. ⑦ 입원적합성심사위원회에는 간사 1명을 두되, 간사는 위원장이 해당 국립정신병원등 소속 직원 중에서 지명한다. ⑧ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 구성, 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

출처: 국가법령정보센터(2021), Retrieved from https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/lawod/sjo192.do?contId=2200639&jomunNo=46&jomunGajiNo=0

대체로 입원적합성을 결정하는 개별 소위원회는 5인으로 구성되어 있고 소위원회의 위원장은 정신건강의학과 의사가 맡게 되어있다. 나머지 4인은 법조인, 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원, 회복을 경험한 정신장애인 당사자 및 가족, 심리·간호·사회복지학 교수, 정신건강증진시설운영자, 정신건강전문가 등으로 구성되어 있다. 우리나라에서 정신질환자의 비자의 입원은 입원적합성심사위원회에 신고함으로써 그 절차가 시작되며, 입원적합성심사위원회의 통지를 통해 그 절차가 마무리된다고 이야기할 수 있다. 이처럼, 비자의 입원의 결정에 있어서 입원적합성심사위원회의 중요성이 상당히 큼에도 불구하고 당사자의 권익을 옹호할 수 있는 당사자와 정신장애인 권익 옹호 단체의 대표자는 형식적으로만 위원회 구성

원으로 포함되어 있다. 이에 이들의 참여 비율을 높이고, 간호사, 작업치료사, 임상심리가 등 당사자들 둘러싼 더 다양한 직역의 전문가를 포함할 것을 제안한다.

또한, 입원적합성심사를 진행할 때 당사자에 대한 대면조사를 강화할 필요가 있다. 대만은 심사위원회가 입원의 필요성을 결정할 때 서류심사와 함께 당사자와의 화상 인터뷰를 진행한다. 한국의 경우, 입원적합성심사 과정에서 당사자가 소외되는 경우가 상당히 많다. 대체로 서류 작업을 통해 입원적합성을 판정하고 비자의입원 당사자의 요청 시 대면조사가 이루어지나, 입원적합성심사위원회에 직접 출석하여 의견을 제시할 수 있도록 당사자에게 권리를 부여해야 한다.[59] 대면조사는 인신이 구속당한 당사자에게 청문 및 진술의 기회를 제공하는 절차적 권리이므로 입원적합성심사위원회는 이러한 기회가 보장될 수 있도록 최대한 노력해야 한다.

마지막으로, 심사 기간의 단축을 위한 노력이 필요하다. 대만의 경우 긴급 안치 시점부터 심의회에서 비자의입원 판정이 나기까지 최대 7일의 시간이 소요된다. 한편, 우리나라는 보호입원 이후 입원적합성심사위원장의 심사 통보를 받기까지 최대 1달의 시간이 소요되고 있다. 물론, 행정적인 절차를 고려한다면 필요한 시간일 수도 있으나, 입원적합성심사를 판단하는 기간을 단축하고, 당사자의 비자의적 인신 구속의 시간을 줄이려는 노력이 필요하다.

2) 급성기/만성기 병동 별도 운영 및 단기치료 강화

대만은 급성기 병동과 만성기 병동을 구분하여 운영하고 있으며, 각 병동에 투입되는 인력과 자원이 불균형적으로 분배되고 있다. 구체적으로, 급성기 병상은 전문의 1인당 20명 미만의 환자를 관리하며, 만성병상은 100명에 가깝게 담당하며 주로 재활훈련을 진행한다(백종우, 2019). 이처럼, 급성기 병동에 자원을 집중 효율적인 치료를 시행하여 빠른 퇴원을 촉진하고 있지만, 만성기 정신과 환자들의 탈원화는 저해되고 있다.

우리나라 또한 대만과 마찬가지로 정신의료기관의 병동을 급성기와 만성기로 구분하여 운영하고, 단기입원 혹은 단기집중치료를 개발하여 장기입원을 해소하는 데 앞장서야 한다. 그리고 대만의 사례를 통해 교훈을 얻을 수 있듯이, 급성기 치료와 관련된 시설 인프라와 인력자원이 부족하다는 이유로 급성기 병동에만 인력과 재원을 집중 투입하고 만성기 병동을 도외시해서는 안 된다. 각 병동에 특화된 치료를 제공할 수 있도록 인력과 자원을 고르게 분배하고, 정신질환자들이 증상 회복 후 바로 지역사회로 통합되어 삶을 회복할 수 있도록

59) "인권위, 대면조사 없는 입원적합성심사는 '인권침해'." 2020.07.28. 수정, 2021.09.13. 접속, http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=14926

지원해야 한다. 예를 들어, 급성기 병동의 경우 급성기 증상을 치료하는 것에 초점을 맞추고 입원치료 기한을 제한하며, 만성기 병동에서는 재활 치료서비스를 활성화하고, 자기주도적 건강관리를 위한 동기를 부여하는 방안을 고려해볼 수 있다.

3) 퇴원 후 지역사회 연계 강화

대만이 퇴원환자에 대한 효율적인 사후관리를 실시할 수 있는 이유는 정신질환자의 퇴원 사실이 보건복지부와 시 관할 당국 보건국에 자동 등록 및 통보되고, 퇴원환자 추후관리 전담 부서 및 인력을 갖추고 있기 때문이다. 한편, 우리나라는 2018년부터 국가 입·퇴원 관리시스템[60]을 운영하고 있으나, 보호자에 의한 동의입원이나 행정입원의 경우에만 확인이 가능하며, 자의입원의 경우에는 시스템에 등록되지 않는다. 현 정신건강복지법은 지속적인 치료 혹은 관리가 필요한 환자의 경우, 정신의료기관장이 환자의 동의를 받아 인적사항, 진단명, 치료경과, 퇴원 사실을 관할 정신건강복지센터 또는 보건소에 통보할 수 있다. 반면 환자가 동의하지 않을 경우 퇴원 사실을 통보하는 것이 불가능하다. 이에 본인 미동의에 따른 연계 누락 및 단절이 빈번하게 발생하고 있으며, 실제로 추정 정신장애인 대비 지역사회 정신건강서비스를 이용한 정신장애인은 4.6%에 불과하다(보건복지부·국립정신건강센터, 2018). 이러한 통계치를 볼 때, 국내의 많은 중증 정신질환자는 퇴원 후 사각지대에 놓여있다는 사실을 부정할 수는 없다. 그렇다면, 국가 주도의 강제적 사후관리와 강압적인 등록 시스템이 아닌 정신장애인 당사자의 회복을 지원할 수 있는 현실적인 제도 장치를 마련하기 위해서는 퇴원 이후 지역사회로의 연계를 강화하기 위한 방안에 대한 논의가 선행되어야 한다. 그리고 퇴원 사실 통보에 동의하지 않는 환자들을 어떻게 지역사회 정신건강서비스 영역으로 들어올 수 있게 할 수 있을지에 대한 논의도 함께 이루어져야 한다. 퇴원 후 지역사회 연계를 강화하기 위해서는 절대적으로 부족한 지역사회 정신건강서비스를 질적·양적으로 개편하고, 퇴원과정에서 지역사회서비스 기관의 참여 및 연계를 촉진하고, 의료기관에서 입원과 동시에 퇴원을 준비하는 과정이 마련되어야 하고 이 과정 속에서 퇴원 후 연계 가능한 자원에 대한 구체적이고 실질적인 정보를 제공해야 한다. 또한, 퇴원 준비 시스템과 관련해서는 환자가 입원과 동시에 퇴원에 대한 계획을 세울 수 있도록 하기 위해 퇴원계획 서비스를 수가화하고, 지역사회 정신재활기관의 퇴원계획 수립과정에 참여를 의무화하는 방안을 고려해볼 수 있다.

60) https://www.amis.go.kr/uat/uia/actionMain2.do

결론적으로, 대만의 탈원화 증진 요인으로는 비자의 입원을 최소화하고 정신장애인의 인권을 보장하기 위한 방향으로의 법 개정이 제시될 수 있으며, 저해 요인으로는 병원기반 사례관리 방식과 급성기/만성기 병동 간 지원 불균형으로 인한 만성기 병상의 소외 문제, 강압적인 국가 정신질환자 등록 시스템 및 사례관리 시스템의 문제를 지적할 수 있다. 대만은 혁신적인 법 개정을 통해 병상 수를 대폭 줄이고 정신장애인들이 지역사회로 나갈 수 있도록 조치를 취하였으나, 탈원화를 통한 지역사회 통합과 삶을 회복하기 위한 지원은 이루어지지 않고 있다. 구체적으로 지역사회 강제치료 제도, 병원 산하의 정신건강증진시설 등 병원기반 사례관리를 실시하고 있기 때문에 근본적으로 입원치료의 연장선이라고 판단하였다.

이러한 대만의 사례를 통해 얻을 수 있는 함의는 다음과 같다. 첫째, 대만과 같이 전폭적인 법 개정을 통해 비자의 입원을 최소화해야 하며, 이를 위한 방안으로서 심사제도를 개편하여야 한다. 구체적으로, 비자의 입원 사안을 당사자 입장에서 고려할 수 있도록 입원적합성심사위원회에 다양한 직역과 이해당사자를 포괄하여 구성을 다양화하여야 하며, 심사 과정에서 당사자의 대면심사를 강화하고, 심사 기간을 최대한 줄이기 위한 노력을 해야 한다는 함의를 얻을 수 있다. 둘째, 급성기 병동과 만성기 병동을 구분하여 운영할 것을 제안하며, 대만의 사례처럼 급성기 병동에만 인력과 재원을 집중 투입한 나머지 만성기 병동의 탈원화가 저해되는 일이 나타나지 않도록 주의를 기울여야 한다. 셋째, 퇴원 후 지역사회로의 연계를 강화하기 위해 지역사회 정신건강서비스의 질적·양적 개편, 퇴원 후 연계 가능한 자원에 대한 구체적인 정보 제공 등의 방안을 제시할 수 있다.

대만과 같이 병원기반 사례관리를 중심으로 의료 의존적인 복지체계를 형성하기보다는, 정신장애인이 지역사회에서 삶을 회복할 수 있도록 지원하는 제도와 정책 마련이 시급하다. 이처럼 정신장애인의 지역사회 통합증진과 탈원화를 위해서는 돌봄이 필요한 대상자가 병원 및 병원 인근의 시설에서 살아가는 것이 아닌, 본인이 희망하는 곳에서 가족 및 이웃과 어울려 살아갈 수 있도록 다양한 지역사회 서비스를 지원해야 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제5장

당사자, 가족, 종사자 의견 및 욕구조사

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 연구방법

1. 분석자료 개요

정신장애인 당사자, 당사자의 가족, 종사자의 의견 및 욕구를 파악하기 위해 연구진이 구축한 양적 자료에 대한 분석을 하였다. 본 조사는 정신요양시설, 정신재활시설, 정신의료기관 이용(입소 혹은 입원) 당사자, 가족, 종사자의 의견 수렴을 토대로 욕구에 부합하는 지역사회통합증진의 핵심 수단과 경로에 관한 방안을 고찰하는데 목적을 두고 있다. 대상기관의 특성상 당사자와 가족에 대한 개별적 접촉이 한계가 있어서 분석자료의 수집은 접촉 가능한 정신요양시설, 정신재활시설, 정신의료기관의 협조를 받아 이루어졌다. 조사 대상자는 전국의 정신요양시설, 정신재활시설, 정신의료기관 이용(입소 혹은 입원) 당사자, 당사자의 가족, 종사자이다. 본 연구의 최종 표집틀은 정신병원, 정신요양시설, 정신재활시설을 중심으로 구성하였으며, 구체적인 현황은 다음 표와 같다. 조사는 연구진이 직접 구성한 설문지를 바탕으로 온라인 설문조사 시스템을 활용하여 진행되었다. 총 설문 진행 기간은 2021년 10월 26일부터 2021년 12월 13일까지이다.

〈표 5-1〉 표집틀

(단위: 개소)

구분				2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
정신건강증진시설	정신건강증진시설 소계			**1,717**	**1,769**	**1,841**	**1,910**	**1,962**	**2,077**	**2,247**
	의료기관	병원	국립정신병원	6	6	6	6	6	6	**6**
			공립정신병원	12	12	12	12	12	12	**12**
			사립정신병원	169	174	174	164	136	126	**66**
			종합병원정신과	181	186	185	197	198	202	200
			병원정신과	133	129	134	140	181	176	256
		의원	정신과의원	853	895	938	996	1,021	1,148	1,299
		의료기관 소계		1,354	1,402	1,449	1,515	1,554	1,670	1,839
	정신요양시설			59	59	59	59	59	59	**59**
	정신재활시설			255	317	333	333	341	349	**345**

2. 조사 내용

1) 당사자용

당사자용 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 전반적 인식, 탈원화 관련 인식, 국제인권기준 관련 서비스의 필요도와 충분도, 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인식, 이용 중인 시설에 대한 인식 문항으로 구성되어 있다. 특히 당사자용 문항의 경우 시설별 인식 문항에 시설에서 경험한 인권지원서비스에 대한 문항을 추가적으로 구성하였다.

〈표 5-2〉 설문 조사 내용 : 당사자

구분	대분류	문항
공통	응답자의 일반적 특성	• 거주지역/현 거주지역 • 성별 • 출생/조사시기 • 결혼상태 • 최종학력 • 국민기초생활보장수급상태 및 유형/입원 시 수급비 수령에 방법 변동에 대한 인지/ 입원시 수급비 수령방법 변동에 대한 의견 • 장애등록상태/주된 장애유형, 등급, 등록연도/중복장애 유무, 유형 • 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유, 의료보장 유형, 의료비 주부담자 • 최초 발병일 • 주된 진단명 • 최초치료시기/총 입원경험/최근입원시기/최근입원결정주체/최근퇴원 시 결정주체
공통	전반적인식	• 삶의 만족도(신체, 정신, 주거, 가족, 직업, 소득, 사회적 친분, 여가생활, 전반) • 삶을 위해 필요한 제도(지원)(소득보장, 주거보장, 신체건강, 정신건강, 학대방지, 사회적 차별금지, 사회 참여지원, 직업 참여지원, 교육 참여지원, 자기 의사결정권 행사지원, 개인맞춤형 회복지원, 여가생활지원) • 자기결정(한국형자기결정척도 21문항) • 회복 척도(정신건강회복척도 28문항)
공통	탈원화 관련 인식	• 정신건강복지법상 정신건강증진시설 인지/이용/선호도 • 탈원화에 대한 의견 • 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 동의정도
공통	국제인권기준 관련서비스	• 국제인권기준 관련 서비스 필요, 충분도
공통	장애인복지사업 및 서비스	• 장애인복지사업 관련 인지 정도

구분	대분류	문항
시설별 (정신요양시설)	입소한 정신요양시설 관련 인식	• 입소 비용에 대한 인지/한달 입소비용/입소비용부담정도 • 입소결정주체1/입소이유/입소결정주체2 • 퇴소결정가능여부/퇴소이후생활/퇴소결정주체 • 퇴소계획상담여부/재활시설안내여부/재활시설연계여부/퇴소계획상담을 받지 못한 이유 • 퇴소 이후 지역사회정신재활시설 이용(입소)계획/이용하고자 계획 중인 지역사회시설 유형/이용 계획이 없는 이유 • 본인이 입소한 정신요양시설의 지원 서비스에 대한 13가지 영역에 대한 의견(QuIRC1) • 본인이 입소한 정신요양시설의 지원 서비스에 대한 10가지 영역에 경험(QuIRC2)
시설별 (정신재활시설)	이용중인 정신재활시설 관련 인식	• 이용 비용에 대한 인지/한달 이용비용/이용비용부담정도 • 시설을 알게된 경로 • 시설등록경로 • 본인이 이용중인 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 13가지 영역에 대한 의견(QuIRC1) • 본인이 이용중인 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 10가지 영역에 경험(QuIRC2)
시설별 (정신의료기관)	입원한 병원 관련 인식	• 입원 비용에 대한 인지/한달 입원비용/입원비용부담정도 • 입원결정주체1/입원이유/입원결정주체2 • 퇴원결정가능여부/퇴원이후생활/퇴원결정주체 • 퇴원계획상담여부/재활시설안내여부/재활시설연계여부/퇴원계획상담을 받지 못한 이유 • 퇴원 이후 지역사회정신재활시설 이용(입소)계획/이용하고자 계획 중인 지역사회시설 유형/이용 계획이 없는 이유 • 본인이 입원한 병원의 지원 서비스에 대한 13가지 영역에 대한 의견(QuIRC1) • 본인이 입원한 병원의 지원 서비스에 대한 10가지 영역에 경험(QuIRC2)

2) 가족용

가족용 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 전반적 인식, 탈원화 관련 인식, 국제인권기준 관련 서비스의 필요도와 충분도, 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인식, 이용 중인 시설에 대한 인식 문항으로 구성되어 있다. 가족용 설문에서는 전반적 인식 영역에서 가족의 돌봄 부담 문항을 추가로 조사하였다.

〈표 5-3〉 설문 조사 내용 : 가족

구분	대분류	문항
공통	응답자의 일반적 특성	• 거주지역 • 성별 • 출생 및 조사시기 • 결혼상태 • 최종학력 • 국민기초생활보장수급상태 및 유형/입원 시 수급비 수령에 방법 변동에대한 인지/ 입원시 수급비 수령방법 변동에 대한 의견 • 당사자와의 관계/성별/결혼상태/최종학력/장애등록상태/주된장애유형/장애정도/등록연도/중복장애유무/중복장애유형/장애등록을 원하지 않는 이유/의료보장유형/의료비 주부담자/주돌봄제공자 • 장애등록상태/주된 장애유형, 등급, 등록연도/중복장애 유무, 유형 • 최초 발병일 • 주된 진단명 • 최초치료시기/입원경험/최근입원시기/최근입원결정주체/최근퇴원시 결정주체
공통	전반적인식	• 삶을 위해 필요한 제도(지원)(소득보장, 주거보장, 신체건강, 정신건강, 학대방지, 사회적 차별금지, 사회 참여지원, 직업 참여지원, 교육 참여지원, 자기의사결정권 행사지원, 개인맞춤형 회복지원, 여가생활지원) • 돌봄부담
공통	기타 탈원화 관련	• 정신건강복지법상 정신건강증진시설 인지/이용/선호도 • 탈원화에 대한 의견 • 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 동의정도
공통	국제인권기준 관련서비스	• 국제인권기준 관련 서비스 필요, 충분도
공통	장애인복지사업 및 서비스	• 장애인복지사업 관련 인지 정도
시설별 (정신요양시설)	입소한 정신요양시설 관련 인식	• 입소 비용에 대한 인지/한달 입소비용/입소비용부담정도 • 입소결정주체1/입소결정주체2 • 퇴소결정가능여부/퇴소이후생활/퇴소결정주체 • 퇴소계획상담여부/재활시설안내여부/재활시설연계여부/퇴소계획상담을 받지 못한 이유 • 퇴소 이후 지역사회정신재활시설 이용(입소)계획/이용하고자 계획 중인 지역사회시설 유형/이용 계획이 없는 이유
시설별 (정신재활시설)	이용중인 정신재활시설 관련 인식	• 이용 비용에 대한 인지/한달 이용비용/이용비용부담정도 • 시설을 알게된 경로 • 시설등록경로
시설별 (정신의료기관)	입원한 병원 관련 인식	• 입원 비용에 대한 인지/한달 입원비용/입원비용부담정도 • 입원결정주체1/입원결정주체2 • 퇴원결정가능여부/퇴원이후생활/퇴원결정주체 • 퇴원계획상담여부/재활시설안내여부/재활시설연계여부/퇴원계획상담을 받지 못한 이유 • 퇴원 이후 지역사회정신재활시설 이용(입소)계획/이용하고자 계획 중인 지역사회시설 유형/이용 계획이 없는 이유

국가인권위원회 humanrights.go.kr

3) 종사자용

종사자용 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 전반적 인식, 탈원화 관련 인식, 국제인권기준 관련 서비스의 필요도와 충분도, 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인식, 이용 중인 시설에 대한 인식 문항으로 구성되어 있다. 종사자용 설문에서는 장애인복지사업 및 서비스 영역에 대한 조사 내용 중 장애인복지법상 정신장애인 배제조항 인지 여부와 정신장애인복지지원서비스 및 전달체계에 대한 의견을 추가로 조사하였다.

〈표 5-4〉 설문 조사 내용 : 종사자

구분	대분류	문항
공통	응답자의 일반적 특성	• 거주지 • 성별 • 출생시기, 조사시기 • 총근무경력, 현재기관 근무경력 • 근무기관 • 직책 • 최종학력
공통	전반적인식	• 삶을 위해 필요한 제도(지원)(소득보장, 주거보장, 신체건강, 정신건강, 학대방지, 사회적 차별금지, 사회 참여지원, 직업 참여지원, 교육 참여지원, 자기의사결정권 행사지원, 개인맞춤형 회복지원, 여가생활지원) • 돌봄부담
공통	기타 탈원화 관련	• 정신건강복지법상 정신건강증진시설 인지/이용/선호도 • 탈원화에 대한 의견 • 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 동의정도
공통	국제인권기준 관련서비스	• 국제인권기준 관련 서비스 필요, 충분도
공통	장애인복지사업 및 서비스	• 장애인복지사업 관련 인지 정도 • 장애인복지법 상 정신장애인 배제조항 인지 • 정신장애인 복지서비스 지원에 대한 의견 • 정신장애인복지서비스 계획, 집행, 관리 담당부서에 대한 동의 정도/ 비동의에 대한 이유

제2절 당사자 의견 및 욕구 조사분석결과

1. 일반적 특성

일반적 특성에서는 응답한 당사자의 일반적 특성, 정신건강문제 최초 발현 및 치료시기, 정신의료기관 입원경험 및 입원 횟수, 정신의료기관 총 입원기간 및 가장 최근 입원 기간, 가장 최근 입원 시 결정 주체 및 퇴원 결정 주체, 보장시설 수급에 대한 의견을 조사하였다.

1) 응답한 당사자의 일반적 특성

설문에 응답한 당사자의 일반적 특성은 〈표 5-5〉와 같다. 전체 설문 응답자 중 총 150명의 응답자료가 분석에 활용되었다. 성별의 경우 남성 응답자가 88명(58.7%)으로 여 응답자 62명(41.3%)보다 많았다. 연령별로는 중장년기 응답자가 63명(42.0%)으로 가장 많았고, 다음으로 성인초기 39명(26.0%), 청년기 28명(18.7%), 노년기 20명(13.3%) 순이었다. 학력은 고등학교 졸업자(90명, 60.0%) 이상이 가장 많았고, 대학교 4년제 이상(16명, 10.7%), 중학교(19명, 12.7%) 순으로 응답자 비중이 높았다. 결혼상태는 미혼인 경우가 114명(76.0%)으로 절반 이상을 차지하였다. 국민기초생활보장수급 대상자인 경우가 절반 이상이었고, 그중 일반수급가구(76명, 50.7%)가 많은 편이었다. 의료보장 유형의 경우에도 의료급여인 응답자가 절반 이상이었으며(82명, 54.7%), 이에 의료비 주부담자는 본인(74명, 49.3%)인 경우가 가장 많았고, 그 다음으로는 부모(51명, 34.0%)의 부담 비중이 높았다. 장애를 등록한 사람이 106명(70.7%)으로, 정신장애인으로 등록(104명, 69.3%)한 응답자가 대부분이었다. 주된 진단명은 조현병(107명, 71.3%), 양극성 정동장애(15명, 10.0%), 우울증(10명, 6.7%) 순으로 나타났다. 거주지역은 경기(50명, 33.3%), 부산(22명, 14.7%), 경북(17명, 11.3%), 충북(13명, 8.7%) 순으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 5-5〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 당사자

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
전체		150	100.0	의료 보장 유형	의료급여	82	54.7
성별	남성	88	58.7		건강보험	48	32.0
	여성	62	41.3		모름	20	13.3
연령	청년기(30세 미만)	28	18.7	의료 비 주부 담자	본인	74	49.3
	성인초기 (30세 이상 45세 미만)	39	26.0		부모	51	34.0
	중장년기 (45세 이상 60세 미만)	63	42.0		자녀	1	0.7
					배우자	5	3.3
					형제자매	14	9.3
					그외친인척	2	1.3
	노년기(60세 이상)	20	13.3		기타	3	2.0
학력	무학	2	1.3	거주 지역	서울	3	2.0
	초등학교	10	6.7		부산	22	14.7
					대구	4	2.7
					인천	0	0.0
	중학교	19	12.7		광주	6	4.0
	고등학교	90	60.0		대전	0	0.0
					울산	0	0.0
	대학교(3년제 이하)	10	6.7		세종	1	0.7
	대학교(4년제 이상)	16	10.7		경기	50	33.3
	대학원 이상	3	2.0		강원	0	0.0
					충북	13	8.7
결혼 상태	미혼	114	76.0		충남	2	1.3
	결혼/동거 (함께 사는 배우자 있음)	12	8.0		전북	11	7.3
	별거	1	0.7		전남	4	2.7
	이혼	22	14.7		경북	17	11.3
	사별	0	0.0		경남	9	6.0
	기타	1	0.7		제주	8	5.3
국기 초유 형	수급대상 아님	58	38.7	주된 진단 명	조현병(정신분열증)	107	71.3
	일반수급가구 (의료·교육·자활특례 제외)	76	50.7		알코올/약물장애	2	1.3
					양극성정동장애(조울증)	15	10.0
	조건부수급가구	5	3.3		신경증	1	0.7
	의료·교육·자활특례	11	7.3		우울증(반복성 우울)	10	6.7
장애 등록 유무	등록	106	70.7		ADHD (주의력 결핍 과잉행동장애)	1	0.7
	미등록	44	29.3		분열정동장애	3	2.0
					기타	8	5.3
장애 유형	정신장애	104	69.3		발달장애(지적, 자폐성)	2	1.3
	지적장애	2	1.3		진단받지 않았음	1	0.7

2) 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

〈표 5-6〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신건강문제 최초발현시기							
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	평균(세)
N	46	59	32	8	5	0	150	25.97
비율	30.7	39.3	21.3	5.3	3.3	0.0	100.0	-
구분	정신건강문제 최초치료시기							
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	평균(세)
N	38	64	35	6	6	1	150	26.96
비율	25.3	42.7	23.3	4.0	4.0	0.7	100.0	-

응답자들이 최초로 정신건강 문제가 나타나 일상 생활상에서 어려움을 겪기 시작 시기가 언제인지 질문하였다. 그 결과 '20대(59명, 39.3%)', '20대 미만(46명, 30.7%)', '30대(32명, 21.3%)'의 순으로 응답 비율이 높았고, 정신건강문제가 최초로 발현된 연령은 평균 25.97세였다. 계속해서 정신건강 문제로 처음 치료를 받은 시기 역시 '20대(64명, 42.7%)', '20대 미만(38명, 25.3%)', '30대(35명, 23.3%)' 순으로 응답자 수가 많았고, 최초 치료 시기 평균 연령은 26.96세인 것으로 나타났다.

3) 정신의료기관 입원경험/입원횟수

〈표 5-7〉 정신의료기관 입원경험/입원횟수 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	정신의료기관 입원 경험 유무		
	예	아니오	계
N	134	16	150
비율	89.3	10.7	100.0

구분	정신의료기관 입원 횟수							
	5회 미만	5회이상~10회미만	10회이상~15회미만	15회이상~20회미만	20회이상~25회미만	25회 이상	계	평균
N	98	22	7	3	2	2	134	4.38
비율	65.3	14.7	4.7	2.0	1.3	1.3	89.3	-

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신의료기관 입원경험과 입원횟수를 조사하였다. 분석 결과, 응답자 대부분이 '정신의료기관 입원경험이 있는 것(134명, 89.3%)'으로 나타났다. 입원횟수는 5회 미만(98명, 65.3%)이 가장 많았으며, 평균 입원 횟수는 4.38회였다.

4) 정신의료기관 총 입원기간/가장 최근 입원기간

〈표 5-8〉 총 입원기간/가장 최근 입원기간 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	총 입원기간							
	5년 미만	5년이상~10년미만	10년이상~15년미만	15년이상~20년미만	20년이상~25년미만	25년 이상	계	평균 (년)
사례수	91	17	9	8	6	3	134	5.16
비율	60.7	11.3	6.0	5.3	4.0	2.0	89.3	-
구분	가장 최근 입원기간							
	1개월	2개월	3~6개월 미만	6개월~1년 미만	1년이상~3년미만	3년이상	계	평균 (개월)
사례수	35	11	31	13	15	29	134	33.90
비율	23.3	7.3	20.7	8.7	10.0	19.3	89.3	-

정신의료기관 입원경험이 있다고 응답한 134명을 대상으로 총 입원기간과 가장 최근 입원 기간을 조사하였다. 총 입원 기간은 '5년 미만인 경우(91명, 60.7%)'가 가장 많았으나, '25년 이상'의 장기입원을 경험한 응답자도 있었다. 총 입원 기간의 평균은 5.16년이었다. 가장 최근 입원기간은 '1개월이 35명(23.3%)'으로 가장 많았지만, '3년 이상' 입원한 응답자가 29명(19.3%)을 차지했다. 가장 최근 입원기간의 평균 개월 수는 33.90개월이었다.

5) 가장 최근 입원 시 결정주체/퇴원 결정 주체

〈표 5-9〉 가장 최근 입원 시 결정주체/퇴원 결정 주체 : 당사자

(단위: 명, %)

구분	가장 최근 입원 시 결정 주체				
	자의입원	동의입원	보호입원	행정/응급입원	계
사례수	48	62	11	13	134
비율	32.0	41.3	7.3	8.7	89.3

구분	가장 최근 퇴원시 결정주체						
	스스로결정	가족설득/동의	후견인의 동의	절차보조인의 도움	입원 기간 만료	해당없음 (입원중)	계
사례수	42	71	1	2	4	14	134
비율	28.0	47.3	0.7	1.3	2.7	9.3	89.3

입원경험이 있는 응답자를 대상으로 가장 최근 입원 시 결정 주체를 질문하였다. 그 결과 '동의입원'이 62명(31.3%)으로 가장 많았고, '자의입원' 48명(32.0%), '행정/응급입원 13명(8.7%)', '보호입원 11명(7.3%)' 순으로 나타났다. 가장 최근 퇴원 시 결정 주체는 '가족의 설득이나 동의로 퇴원하였다'는 응답자가 71명(47.3%)으로 가장 많았고, 다음으로는 '스스로 결정해서 퇴원하였다(42명, 28.0%)'는 응답자가 많았다.

6) 보장시설 수급에 대한 의견

(1) 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지

〈표 5-10〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지 : 당사자

구분	전체				시설유형별				
	알고 있음		모름		구분	알고 있음		모름	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신요양시설 /정신재활시설 입소시 수급비 직접 수령이 불가능한 것	53	76	17	24	정신요양시설	35	79.55	9	20.45
					정신재활시설	18	69.23	8	30.77

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신요양시설 혹은 정신재활시설 입소 시 수급비 수령방법에 대해 인지하고 있는지 질문하였다. 그 결과 대부분 '수급비 직접 수령이 불가능한 것'을 알고 있었다(53명, 76.0%).

(2) 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견

〈표 5-11〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견 : 당사자

구분	전체				시설유형별				
	본인이 직접 수령하는 것이 좋다		현재 방식대로 유지(본인 대신 시설에서 수령)		구분	본인이 직접 수령하는 것이 좋다		현재 방식대로 유지(본인 대신 시설에서 수령)	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신요양시설 /정신재활시설 입소시 수급비 수령에 대한 의견	20	37.74	33	62.26	정신요양시설	10	28.57	25	71.43
					정신재활시설	10	55.56	8	44.44

정신요양시설/정신재활시설 입소 시 수급비 수령 방법에 대해 인지하고 있는 응답자를 대상으로 수급비 수령 방법에 대한 의견을 조사하였다. 전체 응답자 중 33명(62.26%)이 '현행방식대로 시설에서 수령하는 것'을 선호하였다.

2. 전반적 인식

1) 삶의 만족도

〈표 5-12〉 삶의 만족도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
신체건강	150	1.81	0.73	60.22	4	정신요양시설	50	1.96	0.73	65.33
						정신재활시설	50	1.70	0.71	56.67
						정신의료기관	50	1.76	0.74	58.67
정신건강	150	1.75	0.72	58.44	7	정신요양시설	50	2.02	0.59	67.33
						정신재활시설	50	1.70	0.71	56.67
						정신의료기관	50	1.54	0.79	51.33
주거환경 (현재 입원, 입소, 거주하고 있는 환경 기준)	**150**	**2.07**	**0.64**	**69.11**	**1**	정신요양시설	50	2.30	0.54	76.67
						정신재활시설	50	2.00	0.61	66.67
						정신의료기관	50	1.92	0.70	64.00
가족관계	**150**	**1.91**	**0.72**	**63.78**	**3**	정신요양시설	50	1.94	0.71	64.67
						정신재활시설	50	1.92	0.75	64.00
						정신의료기관	50	1.88	0.72	62.67
직업(일)	150	1.77	0.78	59.11	6	정신요양시설	50	1.92	0.70	64.00
						정신재활시설	50	1.96	0.67	65.33
						정신의료기관	50	1.44	0.86	48.00
소득	150	1.55	0.79	51.56	8	정신요양시설	50	1.74	0.80	58.00
						정신재활시설	50	1.46	0.81	48.67
						정신의료기관	50	1.44	0.73	48.00
사회적 친분관계	150	1.79	0.79	59.56	5	정신요양시설	50	1.88	0.72	62.67
						정신재활시설	50	1.70	0.79	56.67
						정신의료기관	50	1.78	0.86	59.33
여가생활	**150**	**1.93**	**0.74**	**64.22**	**2**	정신요양시설	50	2.06	0.71	68.67
						정신재활시설	50	1.92	0.67	64.00
						정신의료기관	50	1.80	0.83	60.00
전반적 만족도	150	1.95	0.61	64.89	-	정신요양시설	50	2.16	0.51	72.00
						정신재활시설	50	1.90	0.61	63.33
						정신의료기관	50	1.78	0.65	59.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회
humanrights.go.kr

삶의 다양한 영역에 대한 만족도에 대하여 질문하였다. 우선적으로 모든 영역에 대한 응답자들의 만족도를 종합해 보면 3점 만점 기준으로 1.95점, 100점 만점으로 환산하면 64.89점인 것으로 나타났다. 세부항목별로는 주거환경(현재 거주하고 있는 환경 기준)에 대한 만족도가 100점 만점 기준 69.11점으로 가장 높았고, 그 다음으로는 가족관계(100점 만점 기준 63.78점), 여가생활(100점 만점 기준 64.2점)에 대한 만족 수준이 상대적으로 다른 항목들에 비하여 높은 것으로 나타났다. 시설유형별로는 정신요양시설에서의 삶의 만족도(100점 만점 기준 72.0점)가 가장 높고, 정신재활시설(100점 만점 기준 69.33점), 정신의료기관(100점 만점 기준 59.33점) 순으로 높았다.

2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견

(1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

〈표 5-13〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	150	2.11	0.74	70.22	8	정신요양시설	50	2.16	0.65	72.00
						정신재활시설	50	2.16	0.71	72.00
						정신의료기관	50	2.00	0.86	66.67
주거보장(기본 쉴 곳)	150	2.08	0.77	69.33	10	정신요양시설	50	2.14	0.70	71.33
						정신재활시설	50	2.00	0.78	66.67
						정신의료기관	50	2.10	0.84	70.00
신체 건강	150	2.18	0.69	72.67	4	정신요양시설	50	2.26	0.53	75.33
						정신재활시설	50	2.18	0.69	72.67
						정신의료기관	50	2.10	0.81	70.00
정신 건강	**150**	**2.32**	**0.66**	**77.33**	**1**	정신요양시설	50	2.24	0.59	74.67
						정신재활시설	50	2.42	0.64	80.67
						정신의료기관	50	2.30	0.74	76.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	150	1.94	0.91	64.67	12	정신요양시설	50	2.00	0.81	66.67
						정신재활시설	50	1.98	0.87	66.00
						정신의료기관	50	1.84	1.06	61.33
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	150	2.10	0.84	70.00	9	정신요양시설	50	2.00	0.81	66.67
						정신재활시설	50	2.16	0.79	72.00
						정신의료기관	50	2.14	0.93	71.33
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	150	2.14	0.74	71.33	6	정신요양시설	50	2.04	0.70	68.00
						정신재활시설	50	2.18	0.69	72.67
						정신의료기관	50	2.20	0.83	73.33
직업 참여지원(고용지원)	150	2.13	0.77	71.11	7	정신요양시설	50	1.90	0.74	63.33
						정신재활시설	50	2.32	0.62	77.33
						정신의료기관	50	2.18	0.90	72.67
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	150	2.00	0.78	66.67	11	정신요양시설	50	1.80	0.73	60.00
						정신재활시설	50	2.24	0.66	74.67
						정신의료기관	50	1.96	0.88	65.33
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등)	**150**	**2.21**	**0.66**	**73.56**	**2**	정신요양시설	50	2.18	0.60	72.67
						정신재활시설	50	2.12	0.66	70.67
						정신의료기관	50	2.32	0.71	77.33
개인맞춤형 회복 지원	150	2.16	0.66	72.00	5	정신요양시설	50	2.08	0.60	69.33
						정신재활시설	50	2.14	0.64	71.33
						정신의료기관	50	2.26	0.72	75.33
여가생활 지원	150	2.19	0.65	72.89	3	정신요양시설	50	2.20	0.53	73.33
						정신재활시설	50	2.14	0.61	71.33
						정신의료기관	50	2.22	0.79	74.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 종합	150	2.13	0.56	70.98	-	정신요양시설	50	2.08	0.49	69.44
						정신재활시설	50	2.17	0.55	72.33
						정신의료기관	50	2.14	0.64	71.17

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회 humanrights.go.kr

일상생활에 필요한 지원서비스 필요도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과, 모든 항목에서 100점 만점 기준으로 약 70점 전후로 응답되어 일상생활을 위한 지원이나 서비스에 대한 필요도를 높게 인식하였다. 필요도가 높은 점수별로 순위를 매겨보면, 정신건강, 자기의사결정권 행사 지원, 여가생활 지원 순서가 높은 순위로 나타났다. 즉, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 정신건강지원 필요도 평균이 2.32점(100점 만점 기준 77.33점)으로 1순위로 나타났으며, 자기의사결정권 행사 지원(100점 만점 기준 73.56점)과 여가생활 지원(100점 만점 기준 72.89점)에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다. 전체 서비스의 필요도에 대한 종합 평균은 2.13점으로 100점 만점 기준으로 약 71점에 해당한다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설의 필요도 평균이 가장 높았으며, 정신요양시설의 필요도 평균이 상대적으로 가장 낮았다.

(2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도

〈표 5-14〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	150	1.81	0.75	60.22	6	정신요양시설	50	2.06	0.59	68.67
						정신재활시설	50	1.72	0.78	57.33
						정신의료기관	50	1.64	0.80	54.67
주거보장(기본 쉴 곳)	**150**	**1.87**	**0.77**	**62.22**	**2**	정신요양시설	50	2.12	0.63	70.67
						정신재활시설	50	1.76	0.74	58.67
						정신의료기관	50	1.72	0.86	57.33
신체 건강	150	1.76	0.77	58.67	10	정신요양시설	50	2.10	0.61	70.00
						정신재활시설	50	1.66	0.72	55.33
						정신의료기관	50	1.52	0.84	50.67
정신 건강	150	1.77	0.77	58.89	9	정신요양시설	50	2.18	0.56	72.67
						정신재활시설	50	1.70	0.76	56.67
						정신의료기관	50	1.42	0.78	47.33

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	**150**	**1.85**	**0.81**	**61.78**	**3**	정신요양시설	50	2.16	0.65	72.00
						정신재활시설	50	1.70	0.76	56.67
						정신의료기관	50	1.70	0.91	56.67
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	150	1.81	0.80	60.44	4	정신요양시설	50	2.02	0.68	67.33
						정신재활시설	50	1.78	0.79	59.33
						정신의료기관	50	1.64	0.88	54.67
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	150	1.77	0.74	59.11	8	정신요양시설	50	1.84	0.74	61.33
						정신재활시설	50	1.80	0.70	60.00
						정신의료기관	50	1.68	0.79	56.00
직업 참여지원(고용지원)	150	1.63	0.75	54.44	12	정신요양시설	50	1.62	0.64	54.00
						정신재활시설	50	1.82	0.80	60.67
						정신의료기관	50	1.46	0.79	48.67
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	150	1.68	0.77	56.00	11	정신요양시설	50	1.76	0.72	58.67
						정신재활시설	50	1.80	0.81	60.00
						정신의료기관	50	1.48	0.76	49.33
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	**150**	**1.89**	**0.75**	**63.11**	**1**	정신요양시설	50	2.00	0.67	66.67
						정신재활시설	50	1.88	0.75	62.67
						정신의료기관	50	1.80	0.83	60.00
개인맞춤형 회복 지원	150	1.81	0.73	60.44	5	정신요양시설	50	1.94	0.62	64.67
						정신재활시설	50	1.82	0.66	60.67
						정신의료기관	50	1.68	0.87	56.00
여가생활 지원	150	1.81	0.77	60.22	7	정신요양시설	50	1.92	0.63	64.00
						정신재활시설	50	1.88	0.72	62.67
						정신의료기관	50	1.62	0.90	54.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 종합	150	1.79	0.62	59.63	-	정신요양시설	50	1.98	0.52	65.89
						정신재활시설	50	1.78	0.63	59.22
						정신의료기관	50	1.61	0.67	53.78

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마찬가지로 일상생활에 필요한 지원서비스 충분도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과, 대체로 앞서 동일항목에 대한 필요도에 비해 100점 만점 기준으로 약 60점 전후로 응답되어 일상생활지원서비스가 충분한지에 대한 인식은 낮았다. 충분정도가 높은 점수별로 순위를 매겨보면, 자기의사결정권 행사 지원, 학대방지, 주거보장이 상대적으로 높은 순위로 나타났다. 즉, 일상생활을 위한 지원서비스 중 자기의사결정권 행사 지원의 충분도 평균이 1.89점(100점 만점 기준 62.11점)으로 1순위로 나타났으며, 주거보장(100점 만점 기준 62.22점)과 학대방지(100점 만점 기준 61.78점)에 대한 충분도가 각각 2·3순위로 나타났다. 전체 서비스의 필요도에 대한 종합 평균은 1.79점으로 100점 만점 기준으로 약 60점에 해당하여, 필요도 종합 평균 약 71점에 비해 낮게 나타났다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설의 충분도 평균이 65.89점으로 가장 높았고, 정신의료기관의 충분도 평균이 100점 만점 기준 53.78점으로 상대적으로 가장 낮았다.

3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 영역별 필요정도와 충분정도 차이(gap)

각 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 응답자별로 각 서비스 항목별로 필요도 점수에서 충분도 점수를 차감한 값에 대한 평균값과 표준편차를 아래 표에 제시하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이고, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 뜻한다.

〈표 5-15〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	150	0.30	1.03	10.00	9	정신요양시설	50	0.10	0.86	3.33
						정신재활시설	50	0.44	1.05	14.67
						정신의료기관	50	0.36	1.16	12.00
주거보장(기본 쉴 곳)	150	0.21	1.02	7.11	11	정신요양시설	50	0.02	0.84	0.67
						정신재활시설	50	0.24	0.98	8.00
						정신의료기관	50	0.38	1.19	12.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
신체 건강	**150**	**0.42**	**1.00**	**14.00**	**3**	정신요양시설	50	0.16	0.71	5.33
						정신재활시설	50	0.52	0.95	17.33
						정신의료기관	50	0.58	1.23	19.33
정신 건강	**150**	**0.55**	**0.95**	**18.44**	**1**	정신요양시설	50	0.06	0.68	2.00
						정신재활시설	50	0.72	0.86	24.00
						정신의료기관	50	0.88	1.06	29.33
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	150	0.09	1.16	2.89	12	정신요양시설	50	-0.16	0.87	-5.33
						정신재활시설	50	0.28	1.09	9.33
						정신의료기관	50	0.14	1.43	4.67
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	150	0.29	1.09	9.56	10	정신요양시설	50	-0.02	0.91	-0.67
						정신재활시설	50	0.38	1.09	12.67
						정신의료기관	50	0.50	1.20	16.67
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	150	0.37	0.97	12.22	5	정신요양시설	50	0.20	0.78	6.67
						정신재활시설	50	0.38	0.83	12.67
						정신의료기관	50	0.52	1.23	17.33
직업 참여지원(고용지원)	**150**	**0.50**	**1.03**	**16.67**	**2**	정신요양시설	50	0.28	0.81	9.33
						정신재활시설	50	0.50	0.84	16.67
						정신의료기관	50	0.72	1.33	24.00
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	150	0.32	0.95	10.67	7	정신요양시설	50	0.04	0.70	1.33
						정신재활시설	50	0.44	0.84	14.67
						정신의료기관	50	0.48	1.20	16.00
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	150	0.31	0.88	10.44	8	정신요양시설	50	0.18	0.75	6.00
						정신재활시설	50	0.24	0.87	8.00
						정신의료기관	50	0.52	0.97	17.33
개인맞춤형 회복 지원	150	0.35	0.81	11.56	6	정신요양시설	50	0.14	0.57	4.67
						정신재활시설	50	0.32	0.74	10.67
						정신의료기관	50	0.58	1.01	19.33
여가생활 지원	150	0.38	0.88	12.67	4	정신요양시설	50	0.28	0.67	9.33
						정신재활시설	50	0.26	0.80	8.67
						정신의료기관	50	0.60	1.09	20.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도와 필요정도 차이 종합	150	0.34	0.72	11.35	-	정신요양시설	50	0.11	0.51	3.56
						정신재활시설	50	0.39	0.69	13.11
						정신의료기관	50	0.52	0.88	17.39

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회 humanrights.go.kr

분석 결과, 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.34점(100점 만점 기준 11.35점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 계산되어 응답자들이 해당 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않는다고 인식하고 있었다. 세부영역별로 살펴보면, 100점 만점 기준으로 정신건강 영역이 100점 만점 기준 18.44점으로 가장 갭 차이가 컸고, 직업참여지원(100점 만점 기준 16.67점), 신체건강 지원(100점 만점 기준 14.00점)이 그 다음 순서로 갭 차이가 큰 영역으로 나타났다. 갭 차이의 종합 평균을 기준으로 시설유형별 차이를 살펴보면, 상대적으로 정신의료기관과 정신재활시설의 갭 차이가 정신요양시설에 비해 크게 나타났다.

3. 탈원화 관련 인식

1) 정신건강 관련 기관 인지 여부

〈표 5-16〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 당사자

구분	전체				시설유형별				
	모른다		알고 있다		구분	모른다		알고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**10**	**6.67**	**140**	**93.33**	정신요양시설	2	4.00	48	96.00
					정신재활시설	5	10.00	45	90.00
					정신의료기관	3	6.00	47	94.00
정신요양시설	**41**	**27.33**	**109**	**72.67**	정신요양시설	1	2.00	49	98.00
					정신재활시설	15	30.00	35	70.00
					정신의료기관	25	50.00	25	50.00
보건소	**16**	**10.67**	**134**	**89.33**	정신요양시설	2	4.00	48	96.00
					정신재활시설	4	8.00	46	92.00
					정신의료기관	10	20.00	40	80.00
정신건강복지센터	47	31.33	103	68.67	정신요양시설	24	48.00	26	52.00
					정신재활시설	10	20.00	40	80.00
					정신의료기관	13	26.00	37	74.00
생활시설	60	40.00	90	60.00	정신요양시설	16	32.00	34	68.00
					정신재활시설	14	28.00	36	72.00
					정신의료기관	30	60.00	20	40.00
주간재활시설	83	55.33	67	44.67	정신요양시설	34	68.00	16	32.00
					정신재활시설	18	36.00	32	64.00
					정신의료기관	31	62.00	19	38.00

구분	전체				시설유형별				
	모른다		알고 있다		구분	모른다		알고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
공동생활가정	83	55.33	67	44.67	정신요양시설	34	68.00	16	32.00
					정신재활시설	22	44.00	28	56.00
					정신의료기관	27	54.00	23	46.00
지역사회전환시설	109	72.67	41	27.33	정신요양시설	42	84.00	8	16.00
					정신재활시설	33	66.00	17	34.00
					정신의료기관	34	68.00	16	32.00
직업재활시설	63	42.00	87	58.00	정신요양시설	24	48.00	26	52.00
					정신재활시설	15	30.00	35	70.00
					정신의료기관	24	48.00	26	52.00
아동·청소년 정신건강지원시설	110	73.33	40	26.67	정신요양시설	41	82.00	9	18.00
					정신재활시설	37	74.00	13	26.00
					정신의료기관	32	64.00	18	36.00
중독자재활시설	113	75.33	37	24.67	정신요양시설	44	88.00	6	12.00
					정신재활시설	35	70.00	15	30.00
					정신의료기관	34	68.00	16	32.00
생산품 판매시설	112	74.67	38	25.33	정신요양시설	40	80.00	10	20.00
					정신재활시설	33	66.00	17	34.00
					정신의료기관	39	78.00	11	22.00
종합시설	105	70.00	45	30.00	정신요양시설	40	80.00	10	20.00
					정신재활시설	34	68.00	16	32.00
					정신의료기관	31	62.00	19	38.00

정신건강 관련 기관의 인지 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 정신의료기관(140명, 93.33%), 보건소(134명, 89.33%), 정신요양시설(109명, 72.67%) 순으로 인지도가 높은 것으로 나타났으며, 반면 중독자재활시설(37명, 24.67%), 생산품판매시설(38명, 25.33%), 아동청소년정신건강지원시설(40명, 26.67%)순으로 인지도가 낮은 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부

〈표 5-17〉 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부 : 당사자

구분	전체				시설유형별				
	경험 없음		경험 있음		구분	경험 없음		경험 있음	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**9**	**6.00**	**141**	**94.00**	정신요양시설	5	10.00	45	90.00
					정신재활시설	2	4.00	48	96.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
정신요양시설	81	54.00	69	46.00	정신요양시설	2	4.00	48	96.00
					정신재활시설	35	70.00	15	30.00
					정신의료기관	44	88.00	6	12.00
보건소	**42**	**28.00**	**108**	**72.00**	정신요양시설	12	24.00	38	76.00
					정신재활시설	17	34.00	33	66.00
					정신의료기관	13	26.00	37	74.00
정신건강복지센터	**76**	**50.67**	**74**	**49.33**	정신요양시설	39	78.00	11	22.00
					정신재활시설	16	32.00	34	68.00
					정신의료기관	21	42.00	29	58.00
생활시설	102	68.00	48	32.00	정신요양시설	28	56.00	22	44.00
					정신재활시설	36	72.00	14	28.00
					정신의료기관	38	76.00	12	24.00
주간재활시설	107	71.33	43	28.67	정신요양시설	45	90.00	5	10.00
					정신재활시설	20	40.00	30	60.00
					정신의료기관	42	84.00	8	16.00
공동생활가정	129	86.00	21	14.00	정신요양시설	47	94.00	3	6.00
					정신재활시설	40	80.00	10	20.00
					정신의료기관	42	84.00	8	16.00
지역사회전환시설	134	89.33	16	10.67	정신요양시설	46	92.00	4	8.00
					정신재활시설	44	88.00	6	12.00
					정신의료기관	44	88.00	6	12.00
직업재활시설	116	77.33	34	22.67	정신요양시설	43	86.00	7	14.00
					정신재활시설	33	66.00	17	34.00
					정신의료기관	40	80.00	10	20.00
아동·청소년 정신건강지원시설	138	92.00	12	8.00	정신요양시설	48	96.00	2	4.00
					정신재활시설	47	94.00	3	6.00
					정신의료기관	43	86.00	7	14.00
중독자재활시설	141	94.00	9	6.00	정신요양시설	47	94.00	3	6.00
					정신재활시설	47	94.00	3	6.00
					정신의료기관	47	94.00	3	6.00
생산품 판매시설	134	89.33	16	10.67	정신요양시설	48	96.00	2	4.00
					정신재활시설	42	84.00	8	16.00
					정신의료기관	44	88.00	6	12.00
종합시설	128	85.33	22	14.67	정신요양시설	44	88.00	6	12.00
					정신재활시설	42	84.00	8	16.00
					정신의료기관	42	84.00	8	16.00

정신건강 관련 기관 이용 경험 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 정신의료기관(141명, 94.00%), 보건소(108명, 72.00%), 정신요양시설(74명, 49.33%) 순으로 경험이 많은 것으로 나타났으며, 반면 중독자재활시설(9명, 6.00%), 아동청소년정신건강지원시설(12명, 8.00%), 생산품판매시설(12명, 9.23%), 지역사회전환시설(16명, 10.67%)과 종합시설(16명, 10.67%)순으로 이용경험이 없는 것으로 나타났다.

3) 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도

〈표 5-18〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	150	1.84	0.74	61.47	12	정신요양시설	50	1.64	0.80	54.81
						정신재활시설	50	1.94	0.73	64.58
						정신의료기관	50	1.94	0.67	64.58
정신요양시설	**150**	**2.22**	**0.64**	**73.91**	**3**	정신요양시설	50	2.29	0.54	76.39
						정신재활시설	50	2.20	0.68	73.33
						정신의료기관	50	1.67	1.03	55.56
보건소	150	1.95	0.63	65.12	11	정신요양시설	50	1.97	0.43	65.79
						정신재활시설	50	2.21	0.65	73.74
						정신의료기관	50	1.70	0.70	56.76
정신건강복지센터	150	2.01	0.71	67.12	8	정신요양시설	50	1.73	0.47	57.58
						정신재활시설	50	2.18	0.76	72.55
						정신의료기관	50	1.93	0.70	64.37
생활시설	150	2.15	0.65	71.53	4	정신요양시설	50	2.18	0.66	72.73
						정신재활시설	50	2.29	0.73	76.19
						정신의료기관	50	1.92	0.51	63.89
주간재활시설	**150**	**2.26**	**0.76**	**75.19**	**1**	정신요양시설	50	2.00	1.00	66.67
						정신재활시설	50	2.43	0.63	81.11
						정신의료기관	50	1.75	0.89	58.33
공동생활가정	150	2.14	0.57	71.43	5	정신요양시설	50	1.67	0.58	55.56
						정신재활시설	50	2.20	0.63	73.33
						정신의료기관	50	2.25	0.46	75.00
지역사회전환시설	150	2.06	0.57	68.75	6	정신요양시설	50	2.00	0.82	66.67
						정신재활시설	50	2.33	0.52	77.78
						정신의료기관	50	1.83	0.41	61.11

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
직업재활시설	150	2.00	0.65	66.67	9	정신요양시설	50	1.86	0.69	61.90
						정신재활시설	50	2.24	0.44	74.51
						정신의료기관	50	1.70	0.82	56.67
아동·청소년 정신건강지원시설	150	1.67	0.78	55.56	13	정신요양시설	50	1.00	0.00	33.33
						정신재활시설	50	2.33	0.58	77.78
						정신의료기관	50	1.57	0.79	52.38
중독자재활시설	**150**	**2.22**	**0.67**	**74.07**	**2**	정신요양시설	50	2.00	1.00	66.67
						정신재활시설	50	2.33	0.58	77.78
						정신의료기관	50	2.33	0.58	77.78
생산품 판매시설	150	2.06	0.77	68.75	6	정신요양시설	50	2.00	1.41	66.67
						정신재활시설	50	2.25	0.46	75.00
						정신의료기관	50	1.83	0.98	61.11
종합시설	150	1.95	0.90	65.15	10	정신요양시설	50	1.83	1.17	61.11
						정신재활시설	50	2.13	0.83	70.83
						정신의료기관	50	1.88	0.83	62.50
기관에 대한 만족도 종합	150	2.19	0.38	73.08	-	정신요양시설	50	1.86	-	62.00
						정신재활시설	50	2.26	-	75.21
						정신의료기관	50	2.00	-	66.67

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 만족 않음 ⓪ ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

정신건강 관련 기관 이용 경험이 있는 응답자를 대상으로 이용에 대한 만족도를 조사하였다. 만족도 전체 평균은 2.19점으로 100점 만점 기준 73.08점의 만족 수준을 보였으며, 주간재활시설(100점 만점 기준 75.19점), 중독자재활시설(100점 만점 기준 74.07점), 정신요양시설(100점 만점 기준 73.91점) 순으로 만족도가 높았다. 반면, 아동청소년정신건강지원시설(100점 만점 기준 55.56점), 정신의료기관(100점 만점 기준 61.47점), 종합시설(100점 만점 기준 65.15점) 순으로 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 시설 유형별로 살펴보면 정신재활시설 이용자들이 정신건강 관련 기관에 대해 가장 높은 만족도를 보였고(100점 만점 기준 75.21점), 상대적으로 정신요양시설 이용자들이 정신건강 관련기관에 대한 낮은 만족도(100점만점 기준 62.00점)를 보였다.

4) 탈원화에 대한 생각

〈표 5-19〉 탈원화에 대한 생각 : 당사자

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	매우 동의하지 않음		동의하지 않음		동의함		매우 동의함	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
탈원화에 대한 생각	전체	150	1.88	0.98	62.67	22	14.67	16	10.67	70	46.67	42	28.00
	정신요양시설	50	1.16	1.04	38.67	18	36.00	11	22.00	16	32.00	5	10.00
	정신재활시설	50	2.32	0.74	77.33	2	4.00	2	4.00	**24**	**48.00**	**22**	**44.00**
	정신의료기관	50	2.16	0.71	72.00	2	4.00	3	6.00	**30**	**60.00**	**15**	**30.00**

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 동의 않음 ⓪ ↔ 매우 동의 ③, 무응답자 제외

탈원화에 대한 개념적 정의를 설명하고 이에 대해 얼마나 동의하는지를 질문하였다. 그 결과 탈원화에 동의하는 비율이 전체의 74.67%(매우 동의함 28.0%, 동의함 46.67%)로 나타났다. 시설 유형별로 동의 비율은 차이가 있었는데, 정신재활시설(동의함 48.0%, 매우 동의함 44.0%)과 정신의료기관(동의함 60.0%, 매우 동의함 30.0%)은 탈원화에 동의하는 비율이 각각 92.0%, 90.0%로 아주 높게 나타난 반면, 정신요양시설의 경우 탈원화에 동의하지 않는 비율이 58.0%(매우 동의하지 않음 36.0%, 동의하지 않음 22.0%)로 오히려 높게 나타나 당사자가 머무르는 시설 특성 및 상황에 따라 탈원화에 대한 생각 또한 달라지는 것을 볼 수 있다.

5) 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황

탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 어떤 영역에 대해 부족함을 느끼는지에 대해 현황을 조사하였다. 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스로는 정신장애인을 지원하는 지역사회 프로그램 및 서비스, 지역사회 서비스 정보 제공 및 연계, 주거서비스, 일자리, 가족의 부담을 덜 수 있는 돌봄 서비스 등 총 14가지 문항으로 구성되어 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 5-20〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	150	1.67	0.74	55.56	12	정신요양시설	50	1.84	0.68	61.33
						정신재활시설	50	1.68	0.65	56.00
						정신의료기관	50	1.48	0.84	49.33
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	150	1.69	0.70	56.22	11	정신요양시설	50	1.90	0.65	63.33
						정신재활시설	50	1.64	0.66	54.67
						정신의료기관	50	1.52	0.74	50.67
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	150	1.69	0.74	56.22	10	정신요양시설	50	1.88	0.69	62.67
						정신재활시설	50	1.60	0.73	53.33
						정신의료기관	50	1.58	0.78	52.67
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	150	1.63	0.74	54.44	13	정신요양시설	50	1.78	0.62	59.33
						정신재활시설	50	1.44	0.76	48.00
						정신의료기관	50	1.68	0.79	56.00
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	150	1.83	0.65	60.89	8	정신요양시설	50	1.98	0.43	66.00
						정신재활시설	50	1.90	0.61	63.33
						정신의료기관	50	1.60	0.81	53.33
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	150	1.89	0.72	62.89	6	정신요양시설	50	2.00	0.64	66.67
						정신재활시설	50	1.90	0.74	63.33
						정신의료기관	50	1.76	0.77	58.67
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	**150**	**2.05**	**0.73**	**68.22**	**1**	정신요양시설	50	2.18	0.56	72.67
						정신재활시설	50	2.10	0.76	70.00
						정신의료기관	50	1.86	0.81	62.00
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	150	1.91	0.77	63.56	4	정신요양시설	50	2.08	0.78	69.33
						정신재활시설	50	1.90	0.71	63.33
						정신의료기관	50	1.74	0.80	58.00
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 재정적 부담이 더 크다.	150	1.89	0.80	63.11	5	정신요양시설	50	2.18	0.69	72.67
						정신재활시설	50	1.74	0.78	58.00
						정신의료기관	50	1.76	0.85	58.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 돌봄 부담이 더 크다.	150	1.84	0.82	61.33	7	정신요양시설	50	2.26	0.66	75.33
						정신재활시설	50	1.64	0.78	54.67
						정신의료기관	50	1.62	0.85	54.00
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	150	1.57	0.74	52.44	14	정신요양시설	50	1.86	0.61	62.00
						정신재활시설	50	1.38	0.64	46.00
						정신의료기관	50	1.48	0.89	49.33
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	150	1.74	0.74	58.00	9	정신요양시설	50	1.58	0.70	52.67
						정신재활시설	50	1.94	0.59	64.67
						정신의료기관	50	1.70	0.86	56.67
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	**150**	**1.99**	**0.71**	**66.44**	**2**	정신요양시설	50	2.00	0.61	66.67
						정신재활시설	50	1.98	0.65	66.00
						정신의료기관	50	2.00	0.86	66.67
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	**150**	**1.93**	**0.73**	**64.44**	**3**	정신요양시설	50	1.96	0.53	65.33
						정신재활시설	50	1.96	0.73	65.33
						정신의료기관	50	1.88	0.90	62.67
탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 의견 종합	150	1.81	0.47	60.27	-	정신요양시설	50	1.96	0.41	65.43
						정신재활시설	50	1.77	0.44	59.05
						정신의료기관	50	1.69	0.51	56.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 그렇지 않음 ① ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 전체 평균 1.81점(100점 만점 기준 60.27점)으로 대부분의 응답자가 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스가 부족하다고 느끼는 것으로 나타났다. 가장 부족한 서비스로는 취업 및 일자리 관련 서비스였으며(100점 만점 기준 68.22점), 다음으로는 편견과 낙인(100점 만점 기준 66.44점), 정신장애인을 위한 권익옹호제도(100점 만점 기준 64.44점)가 부족한 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 국제인권기준 관련 인식

1) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도

국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도에 대해 질문하였다. 국제인권기준 관련 제도 및 서비스의 경우 국내에 도입되지 않은 경우가 대부분이기 때문에 모름에 대한 응답 문항을 별도로 두었다.

〈표 5-21〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 : 당사자

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
전반적인 인권 보장에 대한 지원	**150**	**42**	**28.00**	정신요양시설	50	15	30.00
				정신재활시설	50	10	20.00
				정신의료기관	50	17	34.00
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	**150**	**63**	**42.00**	정신요양시설	50	29	58.00
				정신재활시설	50	15	30.00
				정신의료기관	50	19	38.00
의사결정지원	**150**	**43**	**28.67**	정신요양시설	50	15	30.00
				정신재활시설	50	12	24.00
				정신의료기관	50	16	32.00
개인맞춤형 회복 환경 조성	150	35	23.33	정신요양시설	50	11	22.00
				정신재활시설	50	9	18.00
				정신의료기관	50	15	30.00
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	150	31	20.67	정신요양시설	50	11	22.00
				정신재활시설	50	7	14.00
				정신의료기관	50	13	26.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	150	29	19.33	정신요양시설	50	10	20.00
				정신재활시설	50	6	12.00
				정신의료기관	50	13	26.00
강점에 근거한 서비스 지원	150	34	22.67	정신요양시설	50	13	26.00
				정신재활시설	50	8	16.00
				정신의료기관	50	13	26.00
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	150	32	21.33	정신요양시설	50	11	22.00
				정신재활시설	50	6	12.00
				정신의료기관	50	15	30.00

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
집단동료지원	150	26	17.33	정신요양시설	50	9	18.00
				정신재활시설	50	5	10.00
				정신의료기관	50	12	24.00
개인동료지원	150	27	18.00	정신요양시설	50	11	22.00
				정신재활시설	50	5	10.00
				정신의료기관	50	11	22.00
권익옹호와 관련 모니터링	150	35	23.33	정신요양시설	50	17	34.00
				정신재활시설	50	7	14.00
				정신의료기관	50	11	22.00
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	150	39	26.00	정신요양시설	50	18	36.00
				정신재활시설	50	7	14.00
				정신의료기관	50	14	28.00
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	150	33	22.00	정신요양시설	50	13	26.00
				정신재활시설	50	6	12.00
				정신의료기관	50	14	28.00
병원기반 사례관리	150	36	24.00	정신요양시설	50	16	32.00
				정신재활시설	50	9	18.00
				정신의료기관	50	11	22.00
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	150	30	20.00	정신요양시설	50	17	34.00
				정신재활시설	50	4	8.00
				정신의료기관	50	9	18.00
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	150	32	21.33	정신요양시설	50	15	30.00
				정신재활시설	50	6	12.00
				정신의료기관	50	11	22.00
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	150	27	18.00	정신요양시설	50	13	26.00
				정신재활시설	50	4	8.00
				정신의료기관	50	10	20.00
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	150	29	19.33	정신요양시설	50	12	24.00
				정신재활시설	50	5	10.00
				정신의료기관	50	12	24.00
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 종합	150	-	23.07	정신요양시설	50	-	28.44
				정신재활시설	50	-	14.71
				정신의료기관	50	-	26.22

분석 결과, 평균적으로 모름 응답의 비율은 23.07%로 나타났다. 구체적으로 유엔장애인 권리협약에 대한 교육의 모름 응답 비율이 가장 높았으며(63명, 42.00%), 의사결정지원(43

국가인권위원회
humanrights.go.kr

명, 28.67%), 전반적 인권 보장에 대한 지원(42명, 28.00%) 순으로 모름 응답 비율이 높았다. 또한 시설 유형별로는 정신요양시설(28.44%)의 모름 응답 비중이 가장 높고, 정신재활시설(14.71%)의 모름 응답 비중이 가장 낮았다.

〈표 5-22〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	150	2.14	0.60	71.30	6	정신요양시설	50	2.14	0.55	71.43
						정신재활시설	50	2.10	0.50	70.00
						정신의료기관	50	2.18	0.77	72.73
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	150	2.05	0.65	68.20	15	정신요양시설	50	1.95	0.67	65.08
						정신재활시설	50	2.06	0.59	68.57
						정신의료기관	50	2.10	0.70	69.89
의사결정지원	150	2.07	0.54	69.16	11	정신요양시설	50	2.03	0.30	67.62
						정신재활시설	50	2.08	0.63	69.30
						정신의료기관	50	2.12	0.64	70.59
개인맞춤형 회복 환경 조성	150	2.12	0.58	70.72	7	정신요양시설	50	2.03	0.54	67.52
						정신재활시설	50	2.15	0.53	71.54
						정신의료기관	50	2.20	0.68	73.33
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	**150**	**2.18**	**0.67**	**72.55**	**1**	정신요양시설	50	2.03	0.74	67.52
						정신재활시설	50	2.23	0.57	74.42
						정신의료기관	50	2.27	0.69	75.68
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	150	2.11	0.66	70.25	9	정신요양시설	50	1.93	0.73	64.17
						정신재활시설	50	2.18	0.58	72.73
						정신의료기관	50	2.22	0.63	73.87
강점에 근거한 서비스 지원	**150**	**2.15**	**0.56**	**71.55**	**3**	정신요양시설	50	2.03	0.50	67.57
						정신재활시설	50	2.24	0.48	74.60
						정신의료기관	50	2.16	0.69	72.07
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	**150**	**2.17**	**0.62**	**72.32**	**2**	정신요양시설	50	2.05	0.56	68.38
						정신재활시설	50	2.23	0.60	74.24
						정신의료기관	50	2.23	0.69	74.29
집단동료지원	150	2.06	0.71	68.55	14	정신요양시설	50	1.80	0.75	60.16
						정신재활시설	50	2.20	0.63	73.33
						정신의료기관	50	2.16	0.72	71.93
개인동료지원	150	2.09	0.71	69.65	10	정신요양시설	50	1.82	0.76	60.68
						정신재활시설	50	2.27	0.62	75.56
						정신의료기관	50	2.15	0.71	71.79

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
권익옹호와 관련 모니터링	150	2.07	0.70	68.99	12	정신요양시설	50	2.06	0.66	68.69
						정신재활시설	50	2.07	0.70	68.99
						정신의료기관	50	2.08	0.74	69.23
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	150	1.95	0.72	64.86	18	정신요양시설	50	1.72	0.68	57.29
						정신재활시설	50	2.09	0.65	69.77
						정신의료기관	50	1.97	0.81	65.74
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	150	2.12	0.70	70.66	8	정신요양시설	50	1.92	0.64	63.96
						정신재활시설	50	2.25	0.65	75.00
						정신의료기관	50	2.17	0.77	72.22
병원기반 사례관리	150	1.96	0.72	65.20	17	정신요양시설	50	1.76	0.61	58.82
						정신재활시설	50	1.98	0.76	65.85
						정신의료기관	50	2.10	0.75	70.09
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	150	2.07	0.71	68.89	13	정신요양시설	50	1.94	0.56	64.65
						정신재활시설	50	2.15	0.76	71.74
						정신의료기관	50	2.07	0.75	69.11
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	150	1.97	0.77	65.54	16	정신요양시설	50	1.69	0.72	56.19
						정신재활시설	50	2.14	0.77	71.21
						정신의료기관	50	2.03	0.78	67.52
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	150	2.15	0.61	71.54	4	정신요양시설	50	2.00	0.58	66.67
						정신재활시설	50	2.24	0.57	74.64
						정신의료기관	50	2.18	0.68	72.50
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	150	2.14	0.61	71.35	5	정신요양시설	50	2.00	0.52	66.67
						정신재활시설	50	2.22	0.60	74.07
						정신의료기관	50	2.18	0.69	72.81
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 종합	150	2.11	0.54	70.37	-	정신요양시설	50	1.95	0.35	64.92
						정신재활시설	50	2.17	0.51	72.22
						정신의료기관	50	2.16	0.67	71.84

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

국제인권기준 관련 서비스 필요도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문한 결과는 다음과 같다. 전체 평균은 2.11점(100점 만점 기준 70.37점)으로 나타나 국제인권기준 관련 서비스에 대한 필요도를 높게 인식하였다. 필요도가 높은 점수별로 순위를 나열하면, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경제공에 대한 필요도(100점 만점 기준 72.55점)가 1순위

국가인권위원회
humanrights.go.kr

였으며, 2순위로는 지역사회연계를 위한 노력(100점 만점 기준 72.32점), 3순위로는 강점에 근거한 서비스 지원(100점 만점 기준 71.55점)이 필요한 것으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설의 필요도 평균이 가장 높았으며, 상대적으로 정신요양시설의 필요도 평균이 가장 낮았다.

2) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도

국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도에 대해 질문하였다. 마찬가지로, 국제인권기준 관련 제도 및 서비스의 경우 국내에 도입되지 않은 경우가 대부분이기 때문에 모름에 대한 응답 문항을 별도로 두었다.

〈표 5-23〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 미인지 비율 : 당사자

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
전반적인 인권 보장에 대한 지원	150	49	32.67	정신요양시설	50	17	34.00
				정신재활시설	50	12	24.00
				정신의료기관	50	20	40.00
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	**150**	**72**	**48.00**	정신요양시설	50	30	60.00
				정신재활시설	50	17	34.00
				정신의료기관	50	25	50.00
의사결정지원	**150**	**54**	**36.00**	정신요양시설	50	19	38.00
				정신재활시설	50	12	24.00
				정신의료기관	50	23	46.00
개인맞춤형 회복 환경 조성	150	45	30.00	정신요양시설	50	15	30.00
				정신재활시설	50	10	20.00
				정신의료기관	50	20	40.00
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	150	43	28.67	정신요양시설	50	13	26.00
				정신재활시설	50	9	18.00
				정신의료기관	50	21	42.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	150	43	28.67	정신요양시설	50	13	26.00
				정신재활시설	50	9	18.00
				정신의료기관	50	21	42.00
강점에 근거한 서비스 지원	150	52	34.67	정신요양시설	50	19	38.00
				정신재활시설	50	11	22.00
				정신의료기관	50	22	44.00

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	150	41	27.33	정신요양시설	50	12	24.00
				정신재활시설	50	8	16.00
				정신의료기관	50	21	42.00
집단동료지원	150	49	32.67	정신요양시설	50	18	36.00
				정신재활시설	50	11	22.00
				정신의료기관	50	20	40.00
개인동료지원	150	48	32.00	정신요양시설	50	19	38.00
				정신재활시설	50	10	20.00
				정신의료기관	50	19	38.00
권익옹호와 관련 모니터링	150	50	33.33	정신요양시설	50	19	38.00
				정신재활시설	50	11	22.00
				정신의료기관	50	20	40.00
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	150	57	38.00	정신요양시설	50	25	50.00
				정신재활시설	50	10	20.00
				정신의료기관	50	22	44.00
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	150	53	35.33	정신요양시설	50	19	38.00
				정신재활시설	50	12	24.00
				정신의료기관	50	22	44.00
병원기반 사례관리	150	52	34.67	정신요양시설	50	21	42.00
				정신재활시설	50	13	26.00
				정신의료기관	50	18	36.00
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	150	46	30.67	정신요양시설	50	20	40.00
				정신재활시설	50	7	14.00
				정신의료기관	50	19	38.00
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	150	54	36.00	정신요양시설	50	22	44.00
				정신재활시설	50	9	18.00
				정신의료기관	50	23	46.00
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	150	52	34.67	정신요양시설	50	21	42.00
				정신재활시설	50	8	16.00
				정신의료기관	50	23	46.00
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	**150**	**58**	**38.67**	정신요양시설	50	23	46.00
				정신재활시설	50	10	20.00
				정신의료기관	50	25	50.00
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 종합	150	-	34.00	정신요양시설	50	-	38.33
				정신재활시설	50	-	21.00
				정신의료기관	50	-	42.67

국가인권위원회
humanrights.go.kr

분석 결과, 평균적으로 충분도의 모름 응답의 비율은 34.00%로 나타났다. 구체적으로 '유엔 장애인권리협약에 대한 교육(72명, 48.00%)'의 충분도에 대한 '모름' 응답 비중이 가장 높았으며, '주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크(58명, 38.67%)', '의사결정지원(54명, 36.0%)' 순으로 '모름' 응답 비중이 높았다. 시설 유형별로 살펴보았을 때, 정신의료기관(42.67%) 당사자의 모름 응답 비중이 가장 높고, 정신재활시설(21.00%) 당사자의 모름 응답 비중이 가장 낮았다.

〈표 5-24〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	150	1.67	0.74	55.78	4	정신요양시설	50	2.00	0.75	66.67
						정신재활시설	50	1.61	0.68	53.51
						정신의료기관	50	1.40	0.67	46.67
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	150	1.51	0.73	50.43	14	정신요양시설	50	1.70	0.66	56.67
						정신재활시설	50	1.64	0.60	54.55
						정신의료기관	50	1.20	0.87	40.00
의사결정지원	**150**	**1.68**	**0.69**	**55.90**	**3**	정신요양시설	50	1.84	0.69	61.29
						정신재활시설	50	1.68	0.62	56.14
						정신의료기관	50	1.48	0.75	49.38
개인맞춤형 회복 환경 조성	150	1.59	0.66	53.02	9	정신요양시설	50	1.77	0.60	59.05
						정신재활시설	50	1.60	0.63	53.33
						정신의료기관	50	1.37	0.72	45.56
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	150	1.56	0.74	52.02	11	정신요양시설	50	1.78	0.71	59.46
						정신재활시설	50	1.54	0.78	51.22
						정신의료기관	50	1.31	0.66	43.68
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	150	1.48	0.79	49.22	17	정신요양시설	50	1.68	0.78	55.86
						정신재활시설	50	1.44	0.81	47.97
						정신의료기관	50	1.28	0.75	42.53
강점에 근거한 서비스 지원	150	1.55	0.72	51.70	12	정신요양시설	50	1.84	0.58	61.29
						정신재활시설	50	1.44	0.75	47.86
						정신의료기관	50	1.39	0.74	46.43
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	150	1.60	0.77	53.21	8	정신요양시설	50	1.68	0.74	56.14
						정신재활시설	50	1.52	0.83	50.79
						정신의료기관	50	1.59	0.73	52.87

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
집단동료지원	150	1.58	0.74	52.81	10	정신요양시설	50	1.59	0.76	53.13
						정신재활시설	50	1.64	0.74	54.70
						정신의료기관	50	1.50	0.73	50.00
개인동료지원	150	1.62	0.75	53.92	6	정신요양시설	50	1.65	0.75	54.84
						정신재활시설	50	1.70	0.72	56.67
						정신의료기관	50	1.48	0.77	49.46
권익옹호와 관련 모니터링	**150**	**1.69**	**0.68**	**56.33**	**1**	정신요양시설	50	1.87	0.67	62.37
						정신재활시설	50	1.67	0.66	55.56
						정신의료기관	50	1.53	0.68	51.11
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	150	1.52	0.72	50.54	13	정신요양시설	50	1.40	0.65	46.67
						정신재활시설	50	1.60	0.74	53.33
						정신의료기관	50	1.50	0.75	50.00
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	150	1.60	0.80	53.26	7	정신요양시설	50	1.84	0.73	61.29
						정신재활시설	50	1.68	0.74	56.14
						정신의료기관	50	1.21	0.83	40.48
병원기반 사례관리	**150**	**1.68**	**0.74**	**56.12**	**2**	정신요양시설	50	1.72	0.65	57.47
						정신재활시설	50	1.70	0.74	56.76
						정신의료기관	50	1.63	0.83	54.17
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	150	1.67	0.74	55.77	5	정신요양시설	50	1.60	0.67	53.33
						정신재활시설	50	1.67	0.78	55.81
						정신의료기관	50	1.74	0.77	58.06
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	150	1.50	0.77	50.00	16	정신요양시설	50	1.57	0.69	52.38
						정신재활시설	50	1.49	0.78	49.59
						정신의료기관	50	1.44	0.85	48.15
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	150	1.45	0.77	48.30	18	정신요양시설	50	1.38	0.68	45.98
						정신재활시설	50	1.40	0.80	46.83
						정신의료기관	50	1.59	0.84	53.09
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	150	1.50	0.83	50.00	15	정신요양시설	50	1.52	0.70	50.62
						정신재활시설	50	1.50	0.88	50.00
						정신의료기관	50	1.48	0.92	49.33
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분 정도 종합	150	1.61	0.58	53.52	-	정신요양시설	50	1.63	0.52	54.28
						정신재활시설	50	1.69	0.58	56.48
						정신의료기관	50	1.44	0.64	47.93

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회
humanrights.go.kr

국제인권기준 관련 서비스 필요도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문한 결과는 다음과 같다. 전체 평균은 1.61점(100점 만점 기준 53.52점)으로 필요도에 비하여 충분도에 대한 인식이 낮은 것으로 나타났다. 충분정도가 높은 점수별로 순위를 매겨보면, 권익옹호와 관련 모니터링, 병원기반 사례관리, 의사결정지원이 상대적으로 높은 순위로 나타났다. 즉 일상생활에 필요한 지원서비스 중 권익옹호와 관련 모니터링(100점 만점 기준 56.33점)에 대한 충분도가 1순위로 나타났으며, 2순위로는 병원기반 사례관리(100점 만점 기준 56.12점), 3순위로는 의사결정지원(100점 만점 기준 55.90점)에 대한 지원이 충분한 것으로 나타났다. 전체 서비스의 충분도에 대한 종합 평균은 1.61점으로 100점 만점 기준으로 약 53.52점에 해당한다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설의 충분도 평균이 100점 만점 기준 56.48점으로 가장 높았으며, 정신의료기관의 평균이 100점 만점 기준 47.93점으로 상대적으로 가장 낮았다.

3) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

국제인권기준 관련 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이며, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 의미한다. 응답자별로 각 서비스 항목별로 필요도 점수에서 충분도 점수를 차감한 값에 대한 평균값과 표준편차를 아래 표에 제시하였다.

〈표 5-25〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 당사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	150	0.48	0.75	16.12	15	정신요양시설	50	0.23	0.57	7.78
						정신재활시설	50	0.51	0.78	17.14
						정신의료기관	50	0.73	0.83	24.36
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	150	0.57	0.85	18.98	9	정신요양시설	50	0.22	0.65	7.41
						정신재활시설	50	0.52	0.69	17.24
						정신의료기관	50	0.88	1.05	29.33
의사결정지원	150	0.41	0.81	13.70	17	정신요양시설	50	0.20	0.61	6.67
						정신재활시설	50	0.46	0.70	15.24
						정신의료기관	50	0.60	1.08	20.00

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
개인맞춤형 회복 환경 조성	150	0.57	0.83	19.10	8	정신요양시설	50	0.30	0.68	10.10
						정신재활시설	50	0.61	0.77	20.37
						정신의료기관	50	0.85	0.99	28.40
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	150	0.63	0.86	20.88	4	정신요양시설	50	0.24	0.65	7.84
						정신재활시설	50	0.71	0.96	23.68
						정신의료기관	50	1.00	0.78	33.33
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	**150**	**0.67**	**0.99**	**22.33**	**3**	정신요양시설	50	0.24	0.85	7.84
						정신재활시설	50	0.77	1.06	25.64
						정신의료기관	50	1.07	0.83	35.80
강점에 근거한 서비스 지원	150	0.61	0.86	20.43	5	정신요양시설	50	0.21	0.68	6.90
						정신재활시설	50	0.81	0.86	26.85
						정신의료기관	50	0.79	0.92	26.19
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	150	0.60	0.93	20.07	6	정신요양시설	50	0.35	0.81	11.76
						정신재활시설	50	0.74	1.07	24.79
						정신의료기관	50	0.72	0.79	24.00
집단동료지원	150	0.48	0.88	16.16	14	정신요양시설	50	0.23	0.50	7.53
						정신재활시설	50	0.56	0.94	18.80
						정신의료기관	50	0.66	1.08	21.84
개인동료지원	150	0.51	0.91	16.84	11	정신요양시설	50	0.23	0.62	7.53
						정신재활시설	50	0.62	1.04	20.51
						정신의료기관	50	0.66	0.94	21.84
권익옹호와 관련 모니터링	150	0.42	0.87	13.89	16	정신요양시설	50	0.25	0.65	8.33
						정신재활시설	50	0.42	1.00	14.04
						정신의료기관	50	0.57	0.86	18.89
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	150	0.49	0.96	16.30	13	정신요양시설	50	0.46	0.66	15.28
						정신재활시설	50	0.49	1.17	16.24
						정신의료기관	50	0.52	0.89	17.28
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	150	0.58	1.00	19.35	7	정신요양시설	50	0.21	0.73	6.90
						정신재활시설	50	0.59	1.09	19.82
						정신의료기관	50	0.96	1.02	32.10
병원기반 사례관리	150	0.31	0.96	10.39	18	정신요양시설	50	0.15	0.72	4.94
						정신재활시설	50	0.26	1.12	8.57
						정신의료기관	50	0.52	0.93	17.20
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	150	0.50	0.93	16.67	12	정신요양시설	50	0.45	0.78	14.94
						정신재활시설	50	0.52	1.11	17.46
						정신의료기관	50	0.52	0.81	17.20

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	150	0.56	1.05	18.68	10	정신요양시설	50	0.27	0.72	8.97
						정신재활시설	50	0.66	1.21	21.93
						정신의료기관	50	0.70	1.03	23.46
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	**150**	**0.76**	**1.01**	**25.26**	**1**	정신요양시설	50	0.75	0.89	25.00
						정신재활시설	50	0.85	1.10	28.33
						정신의료기관	50	0.63	1.01	20.99
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	**150**	**0.67**	**1.10**	**22.34**	**2**	정신요양시설	50	0.56	0.85	18.52
						정신재활시설	50	0.72	1.23	23.93
						정신의료기관	50	0.72	1.14	24.00
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이종합	150	0.49	0.71	16.29	-	정신요양시설	50	0.38	0.53	12.70
						정신재활시설	50	0.47	0.79	15.70
						정신의료기관	50	0.62	0.73	20.62

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

분석 결과, 국제인권기준 관련 서비스 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.41점(100점 만점 기준 16.29점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 나타나 응답자들이 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않고 있음을 알 수 있다. 세부영역별로 살펴보면 자립생활을 지원하는 지원주거서비스 100점 만점 기준 25.26점으로 갭 차이가 가장 컸고, 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크(100점 만점 기준 22.34점), 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 22.33점)이 그 다음 순서로 갭 차이가 큰 영역으로 나타났다. 갭 차이 종합평균을 기준으로 시설유형별 차이를 살펴보면 정신의료기관의 갭 차이가 가장 크게 나타났고 정신요양시설의 갭 차이가 가장 적었다.

5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

「장애인복지법」에 의한 장애인복지서비스 108개 사업 중 연구진 간 논의를 통해 정신장애인에게 필요하나 이용에 제한이 있을 것으로 예상되는 48개의 사업에 대한 인지도를 조사하였다. 세부 영역별 분석 결과는 다음 표에 제시하였다.

〈표 5-26〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 당사자

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
보육·교육	여성장애인 교육지원	150	0.91	0.79	30.44	정신요양시설	50	0.84	0.68	28.00
						정신재활시설	50	1.16	0.87	38.67
						정신의료기관	50	0.74	0.75	24.67
	장애대학생 교육활동 지원	150	0.94	0.73	31.33	정신요양시설	50	0.80	0.64	26.67
						정신재활시설	50	1.06	0.77	35.33
						정신의료기관	50	0.96	0.78	32.00
	청소년(발달장애학생) 방과후 활동서비스[3]	150	0.97	0.74	32.44	정신요양시설	50	0.80	0.61	26.67
						정신재활시설	50	1.08	0.75	36.00
						정신의료기관	50	1.04	0.83	34.67
	어린이집 우선입소 지원	150	0.83	0.73	27.56	정신요양시설	50	0.72	0.61	24.00
						정신재활시설	50	1.02	0.82	34.00
						정신의료기관	50	0.74	0.72	24.67
	영역 전체 평균	**150**	**0.91**	**0.63**	**30.44**	**정신요양시설**	**50**	**0.79**	**0.52**	**26.33**
						정신재활시설	**50**	**1.08**	**0.70**	**36.00**
						정신의료기관	**50**	**0.87**	**0.62**	**29.00**
의료·재활지원	발달재활서비스	150	1.01	0.77	33.56	정신요양시설	50	0.90	0.74	30.00
						정신재활시설	50	1.22	0.76	40.67
						정신의료기관	50	0.90	0.79	30.00
	여성장애인 출산비용 지원	150	0.99	0.82	33.11	정신요양시설	50	0.92	0.78	30.67
						정신재활시설	50	1.18	0.90	39.33
						정신의료기관	50	0.88	0.77	29.33
	장애친화 건강검진	150	1.09	0.85	36.44	정신요양시설	50	1.10	0.81	36.67
						정신재활시설	50	1.12	0.87	37.33
						정신의료기관	50	1.06	0.87	35.33
	특수교육대상자 치료지원서비스	150	0.94	0.80	31.33	정신요양시설	50	0.82	0.72	27.33
						정신재활시설	50	1.04	0.83	34.67
						정신의료기관	50	0.96	0.86	32.00
	지역장애인보건의료센터	150	1.07	0.78	35.56	정신요양시설	50	1.08	0.72	36.00
						정신재활시설	50	1.12	0.77	37.33
						정신의료기관	50	1.00	0.86	33.33
	영역 전체 평균	**150**	**1.02**	**0.68**	**34.00**	**정신요양시설**	**50**	**0.96**	**0.63**	**32.13**
						정신재활시설	**50**	**1.14**	**0.71**	**37.87**
						정신의료기관	**50**	**0.96**	**0.70**	**32.00**

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
서비스	장애인 활동지원	150	1.39	0.83	46.44	정신요양시설	50	1.40	0.73	46.67
						정신재활시설	50	1.50	0.84	50.00
						정신의료기관	50	1.28	0.90	42.67
	장애아 가족 양육 지원	150	1.07	0.77	35.56	정신요양시설	50	0.94	0.68	31.33
						정신재활시설	50	1.16	0.82	38.67
						정신의료기관	50	1.10	0.81	36.67
	(발달장애인) 공공후견 지원[3]	150	1.03	0.79	34.22	정신요양시설	50	1.02	0.77	34.00
						정신재활시설	50	1.14	0.81	38.00
						정신의료기관	50	0.92	0.80	30.67
	(발달장애인) 부모상담 지원[3]	150	1.04	0.83	34.67	정신요양시설	50	0.96	0.75	32.00
						정신재활시설	50	1.14	0.88	38.00
						정신의료기관	50	1.02	0.84	34.00
	(발달장애인) 가족휴식 지원[3]	150	0.91	0.79	30.44	정신요양시설	50	0.90	0.71	30.00
						정신재활시설	50	1.04	0.86	34.67
						정신의료기관	50	0.80	0.78	26.67
	장애인 거주시설	150	1.23	0.89	41.11	정신요양시설	50	1.26	0.88	42.00
						정신재활시설	50	1.38	0.92	46.00
						정신의료기관	50	1.06	0.87	35.33
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	150	1.02	0.81	34.00	정신요양시설	50	1.02	0.77	34.00
						정신재활시설	50	1.10	0.86	36.67
						정신의료기관	50	0.94	0.79	31.33
	공동주택 특별 분양 알선	150	1.05	0.81	34.89	정신요양시설	50	0.86	0.73	28.67
						정신재활시설	50	1.24	0.85	41.33
						정신의료기관	50	1.04	0.81	34.67
	농어촌 장애인 주택개조 지원	150	0.86	0.74	28.67	정신요양시설	50	0.88	0.69	29.33
						정신재활시설	50	0.92	0.78	30.67
						정신의료기관	50	0.78	0.76	26.00
	무료 법률 구조제도 실시	150	1.01	0.78	33.56	정신요양시설	50	0.94	0.71	31.33
						정신재활시설	50	1.14	0.86	38.00
						정신의료기관	50	0.94	0.77	31.33
	장애인 응급안전 알림서비스	150	0.95	0.77	31.56	정신요양시설	50	0.92	0.75	30.67
						정신재활시설	50	0.98	0.77	32.67
						정신의료기관	50	0.94	0.79	31.33
	영역 전체 평균	**150**	**1.05**	**0.65**	**35.01**	**정신요양시설**	**50**	**1.01**	**0.62**	**33.64**
						정신재활시설	**50**	**1.16**	**0.70**	**38.61**
						정신의료기관	**50**	**0.98**	**0.64**	**32.79**

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	150	1.32	0.85	44.00	정신요양시설	50	1.20	0.86	40.00
						정신재활시설	50	1.46	0.84	48.67
						정신의료기관	50	1.30	0.86	43.33
	장애인 일자리지원	150	1.49	0.82	49.78	정신요양시설	50	1.30	0.84	43.33
						정신재활시설	50	1.76	0.72	58.67
						정신의료기관	50	1.42	0.84	47.33
	장애인 생산품 판매시설	150	1.04	0.84	34.67	정신요양시설	50	0.90	0.71	30.00
						정신재활시설	50	1.26	0.88	42.00
						정신의료기관	50	0.96	0.90	32.00
	장애인기업 종합지원센터	150	0.91	0.80	30.44	정신요양시설	50	0.84	0.74	28.00
						정신재활시설	50	1.12	0.85	37.33
						정신의료기관	50	0.78	0.79	26.00
	장애인 창업점포 지원	150	0.87	0.78	28.89	정신요양시설	50	0.82	0.69	27.33
						정신재활시설	50	1.00	0.81	33.33
						정신의료기관	50	0.78	0.84	26.00
	장애인 창업 육성	150	0.85	0.76	28.44	정신요양시설	50	0.80	0.67	26.67
						정신재활시설	50	0.98	0.84	32.67
						정신의료기관	50	0.78	0.76	26.00
	중증장애인 직업재활 지원	150	1.07	0.82	35.78	정신요양시설	50	0.92	0.75	30.67
						정신재활시설	50	1.30	0.84	43.33
						정신의료기관	50	1.00	0.83	33.33
	장애인 직업재활시설	150	1.13	0.79	37.78	정신요양시설	50	1.04	0.75	34.67
						정신재활시설	50	1.18	0.77	39.33
						정신의료기관	50	1.18	0.85	39.33
	장애인 자립자금 대여	150	0.82	0.70	27.33	정신요양시설	50	0.78	0.65	26.00
						정신재활시설	50	0.90	0.74	30.00
						정신의료기관	50	0.78	0.71	26.00
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	150	0.81	0.71	26.89	정신요양시설	50	0.76	0.66	25.33
						정신재활시설	50	0.96	0.75	32.00
						정신의료기관	50	0.70	0.71	23.33
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의 제공	150	0.85	0.77	28.44	정신요양시설	50	0.82	0.72	27.33
						정신재활시설	50	1.06	0.82	35.33
						정신의료기관	50	0.68	0.74	22.67
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	150	1.10	0.87	36.67	정신요양시설	50	0.92	0.78	30.67
						정신재활시설	50	1.32	0.87	44.00
						정신의료기관	50	1.06	0.91	35.33

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	150	0.87	0.80	28.89	정신요양시설	50	0.76	0.69	25.33
						정신재활시설	50	1.08	0.90	36.00
						정신의료기관	50	0.76	0.77	25.33
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	150	0.83	0.79	27.78	정신요양시설	50	0.72	0.64	24.00
						정신재활시설	50	1.02	0.89	34.00
						정신의료기관	50	0.76	0.80	25.33
	장애인 취업성공 패키지	150	1.11	0.83	37.11	정신요양시설	50	0.96	0.78	32.00
						정신재활시설	50	1.42	0.81	47.33
						정신의료기관	50	0.96	0.83	32.00
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	150	1.09	0.86	36.44	정신요양시설	50	0.96	0.81	32.00
						정신재활시설	50	1.42	0.84	47.33
						정신의료기관	50	0.90	0.86	30.00
	장애인 고용장려금 지원	150	1.19	0.86	39.78	정신요양시설	50	1.06	0.84	35.33
						정신재활시설	50	1.58	0.81	52.67
						정신의료기관	50	0.94	0.82	31.33
	영역 전체 평균	**150**	**1.02**	**0.64**	**34.07**	**정신요양시설**	**50**	**0.92**	**0.61**	**30.51**
						정신재활시설	**50**	**1.22**	**0.66**	**40.82**
						정신의료기관	**50**	**0.93**	**0.61**	**30.86**
공공요금	유선통신 요금 감면	150	1.31	0.92	43.78	정신요양시설	50	1.08	0.85	36.00
						정신재활시설	50	1.74	0.88	58.00
						정신의료기관	50	1.12	0.90	37.33
	이동통신 요금 감면	150	1.40	0.91	46.67	정신요양시설	50	1.20	0.90	40.00
						정신재활시설	50	1.78	0.84	59.33
						정신의료기관	50	1.22	0.89	40.67
	영역 전체 평균	**150**	**1.36**	**0.88**	**45.22**	**정신요양시설**	**50**	**1.14**	**0.85**	**38.00**
						정신재활시설	**50**	**1.76**	**0.84**	**58.67**
						정신의료기관	**50**	**1.17**	**0.84**	**39.00**
지역사회 사업 및 기타	지역사회 중심 재활사업	150	1.07	0.83	35.78	정신요양시설	50	0.90	0.74	30.00
						정신재활시설	50	1.34	0.89	44.67
						정신의료기관	50	0.98	0.80	32.67
	주간보호시설	150	1.20	0.80	40.00	정신요양시설	50	1.04	0.78	34.67
						정신재활시설	50	1.46	0.76	48.67
						정신의료기관	50	1.10	0.81	36.67
	장애인복지관	150	1.53	0.82	50.89	정신요양시설	50	1.48	0.81	49.33
						정신재활시설	50	1.82	0.72	60.67
						정신의료기관	50	1.28	0.86	42.67

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 재가복지 봉사센터	150	1.02	0.82	34.00	정신요양시설	50	0.94	0.71	31.33
						정신재활시설	50	1.22	0.89	40.67
						정신의료기관	50	0.90	0.84	30.00
	장애인체육시설	150	1.18	0.85	39.33	정신요양시설	50	1.12	0.85	37.33
						정신재활시설	50	1.40	0.83	46.67
						정신의료기관	50	1.02	0.84	34.00
	여성장애인 가사도우미 파견	150	0.97	0.82	32.22	정신요양시설	50	0.90	0.79	30.00
						정신재활시설	50	1.14	0.88	38.00
						정신의료기관	50	0.86	0.78	28.67
	가사·간병 방문 지원사업	150	1.13	0.86	37.56	정신요양시설	50	1.10	0.86	36.67
						정신재활시설	50	1.22	0.86	40.67
						정신의료기관	50	1.06	0.87	35.33
	장애인 재활지원센터	150	1.16	0.83	38.67	정신요양시설	50	1.06	0.79	35.33
						정신재활시설	50	1.24	0.82	41.33
						정신의료기관	50	1.18	0.87	39.33
	(지적)장애인 자립지원센터[3]	150	0.95	0.80	31.78	정신요양시설	50	0.90	0.74	30.00
						정신재활시설	50	1.14	0.86	38.00
						정신의료기관	50	0.82	0.77	27.33
	영역 전체 평균	**150**	**1.13**	**0.67**	**37.80**	**정신요양시설**	**50**	**1.05**	**0.66**	**34.96**
						정신재활시설	**50**	**1.33**	**0.69**	**44.37**
						정신의료기관	**50**	**1.02**	**0.64**	**34.07**
전체 평균		**150**	**1.05**	**0.61**	**35.14**	**정신요양시설**	**50**	**0.97**	**0.58**	**32.19**
						정신재활시설	**50**	**1.23**	**0.63**	**41.01**
						정신의료기관	**50**	**0.97**	**0.58**	**32.21**

주 1) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ④, 무응답자 제외
주 2) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 알지 못함 ① ↔ 매우 잘 알고 있음 ④, 무응답자 제외
주 3) 조사항목 중 '청소년 방과후 활동서비스, 공공후견지원, 부모상담지원, 가족휴식지원, 장애인자립지원센터'는 발달장애 및 지적장애인에게 제공되고 있는 서비스로, 필요도 설문 문항에서는 현행 서비스와 달리 '장애인'을 위한 서비스라는 전제하에 조사를 실시함.

전반적으로 인지도 평균은 1.05점(100점 만점 기준 35.14점)으로 낮은 수준을 보였다. 이를 통해 응답자 대부분이 장애인복지법에 의한 장애인복지서비스에 대한 인식이 부족한 것을 알 수 있다. 영역별로 살펴보면, 지역사회(100점 만점 기준 37.80점), 일자리(100점 만점 기준 34.07점), 의료 및 재활(100점 만점 기준 34.00점), 보육 및 교육(100점 만점 기준 30.44점), 공공요금(100점 만점 기준 45.22점) 순으로 나타났다. 시설 유형별로는 정신

국가인권위원회
humanrights.go.kr

재활시설 응답자의 인지도가 가장 높았고(100점만점 기준 41.01점), 정신요양시설(100점 만점 기준 32.19점)과 정신의료기관(100점 만점 기준 32.21점)이 비슷한 수준으로 낮았다.

6. 당사자가 이용(입원, 입소)하고 있는 기관 관련 인식

1) 비용에 대한 인지

〈표 5-27〉 비용에 대한 인지 : 당사자

구분		전체		시설유형별					
				정신요양시설		정신재활시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
비용에 대한 인지	알고 있음	77	51.33	32	64.00	27	54.00	18	36.00
	모름	73	48.67	18	36.00	23	46.00	32	64.00
	전체	150	100.00	50	100.00	50	100.00	50	100.00

이용(입원, 입소)하고 있는 기관의 비용에 대해 질문하였다. 비용에 대해서는 알고 있는 경우(77명, 51.33%)가 모르는 경우(73명, 48.67%)보다 많았다. 하지만 시설 별로 살펴보았을 때, 정신의료기관의 경우 입원비용에 대해 모르고 있는 경우(32명, 64.00%)가 더 많은 것으로 나타났다.

1-1) 월 평균 부담 비용

〈표 5-28〉 월 평균 부담 비용 : 당사자

구분		전체		시설유형별					
				정신요양시설		정신재활시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
월 부담 비용	1만 원 ~ 10만 원	36	46.75	15	46.88	13	48.15	8	44.44
	11만 원 ~ 20만 원	3	3.90	0	0.00	2	7.41	1	5.56
	21만 원 ~ 30만 원	20	25.97	11	34.38	7	25.93	2	11.10
	31만 원 ~ 40만 원	12	15.58	6	18.74	4	14.81	2	11.10
	41만 원 ~ 50만 원	2	2.60	0	0.00	1	3.70	1	5.56
	51만 원 ~ 60만 원	1	1.30	0	0.00	0	0.00	1	5.56
	61만 원 ~ 70만 원	1	1.30	0	0.00	0	0.00	1	5.56
	71만 원 ~ 80만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	81만 원 ~ 90만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	91만 원 ~ 100만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	101만 원 ~ 110만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	111만 원 ~ 120만 원	1	1.30	0	0.00	0	0.00	1	5.56
	121만 원 ~ 130만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	131만 원 ~ 140만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	141만 원 ~ 150만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	151만 원 ~ 160만 원	1	1.30	0	0.00	0	0.00	1	5.56
	161만 원 ~ 170만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	171만 원 ~ 180만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	181만 원 ~ 190만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	191만 원 ~ 200만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	201만 원 이상	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	전체	77	100	32	100.00	27	100.00	18	100.00

이용(입원, 입소)하고 있는 기관의 비용을 알고 있는 응답자에 한하여 월 평균 부담 비용을 질문하였다. 대부분 1~10만원의 비용을 부담하고 있는 것으로 나타났으며, 시설별로 살펴보았을 때도 1~10만원의 비용을 부담하고 있는 비율이 높았다. 본 연구의 응답 대상의 50% 이상이 기초생활수급자에 해당하기 때문에 나타나는 현상일 것으로 보인다. 다만, 정시의료기관의 경우 111~120만원과 151~160만원을 부담하고 있는 당사자가 각각 1명씩 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1-2) 비용의 부담 정도

〈표 5-29〉 비용의 부담 정도 : 당사자

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	전혀부담되지 않음		부담되지않는 편임		보통		부담되는편임		매우부담됨	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
비용 부담 정도	전체	150	2.31	1.29	57.75	28	36.36	19	24.68	13	16.88	12	15.58	5	6.49
	정신요양시설	50	2.06	1.16	51.50	13	40.63	10	31.25	4	12.50	4	12.50	1	3.13
	정신재활시설	50	2.26	1.23	56.50	10	37.04	6	22.22	6	22.22	4	14.81	1	3.70
	입원병원	50	2.83	1.50	70.75	5	27.78	3	16.67	3	16.67	4	22.22	3	16.67

주: 1) 평균치 산출방법: 0~4점 범위, 전혀 부담되지 않음 ① ↔ 매우 부담 ⑤, 무응답자 제외

입원비용을 알고 있는 응답자에 한하여 비용의 부담 정도를 질문하였다. 전체 평균은 2.26점(100점 만점 기준 57.75점)으로 절반 이상의 응답자가 이용(입원, 입소)하고 있는 기관에 대한 비용 부담을 느끼고 있는 것으로 밝혀졌다. 시설유형별로는 정신의료기관(100점 만점 기준 70.75점), 정신재활시설(100점 만점 기준 56.50점), 정신요양시설(100점 만점 기준 51.50점) 순으로 입원비용에 대한 부담을 느끼는 것으로 나타났다.

2) 입원/입소에 대한 자기결정권

〈표 5-30〉 입원/입소에 대한 자기결정 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
기관 이용에 대한 자기결정	예	58	58.00	28	56.00	30	60.00
	아니오	42	42.00	22	44.00	20	40.00
	전체	100	100.00	50	100.00	50	100.00

기관 입원/입소 시 본인의 결정으로 입원/입소하게 되었는지 자기결정 여부를 질문하였다. 그 결과 응답자 중 58명(58.00%)이 자신의 결정으로 기관을 입원/입소하게 되었다고

응답하였다. 시설유형별로 살펴보았을 때도 정신요양시설(28명, 56.00%), 정신의료기관(30명, 60.00%) 이용자 모두 약 절반 이상의 수준이 자신의 의사로 기관을 이용하게 되었다고 응답하였다.

2-1) 입원하게 된 이유

〈표 5-31〉 입원/입소 이유 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우	친구의 권유로	1	1.72	0	0.00	1	3.33
	가족이 원해서	18	31.03	12	42.86	6	20.00
	가족외 타인(의사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 공무원 등)의 권유로	5	8.62	1	3.57	4	13.33
	거주할 곳이 없어서	4	6.90	2	7.14	2	6.67
	증상을 스스로 관리할 자신이 없어서	22	37.94	9	32.14	13	43.34
	가족에게 피해를 주기 싫어서	5	8.62	4	14.29	1	3.33
	기타	3	5.17	0	0.00	3	10.00
	전체	58	100.00	28	100	30	100.00

본인의 결정으로 입원/입소한 응답자들을 대상으로 입원/입소 이유에 대해 질문하였다. 그 결과, '증상을 스스로 관리할 자신이 없어서(22명, 37.94%)'가 가장 많은 비중을 차지하였으며, 그 다음으로는 '가족이 원해서(18명, 31.03%)', '가족에게 피해를 주기 싫어서(5명, 8.62%)' 순으로 높은 비중을 차지하였다. 시설 유형별로 살펴보았을 때, 정신요양시설의 경우 '가족이 원해서(12명, 42.86%)'가 가장 높은 비중을 차지하였으나, 정신의료기관의 경우 '증상을 스스로 관리할 자신이 없어서(13명, 43.34%)가 가장 많은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2-2) 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우

〈표 5-32〉 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우	가족 또는 보호자의 결정	30	71.43	18	81.82	12	60.00
	시·군·구청의 결정	6	14.29	2	9.09	4	20.00
	정신건강복지센터의 결정	1	2.38	0	0.00	1	5.00
	잘 모르겠음	2	4.76	1	4.55	1	5.00
	기타	3	7.14	1	4.55	2	10.00
	전체	35	100.00	19	100.00	16	100.00

기관 이용 시 타인의 결정으로 입소/입원하게 된 경우 결정 주체를 질문하였다. 대부분 '가족 또는 보호자의 결정'으로 입소/입원을 하였으며(30명, 71.43%), '시·군·구청의 결정'(6명, 14.29%). 시설 유형별로 살펴보았을 때도 비중은 유사하였다.

3) 퇴소/퇴원에 대한 자기결정

〈표 5-33〉 퇴원(퇴소)에 대한 자기결정 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원에 대한 자기결정	예	67	67.00	35	70.00	32	64.00
	아니오	33	33.00	15	30.00	18	36.00
	전체	100	100.00	50	100.00	50	100.00

퇴소/퇴원에 대한 자기결정 여부를 질문하였다. 분석 결과, 퇴소/퇴원에 대한 자기결정 주체는 대부분 당사자 본인이었다(67명, 67.00%). 시설 유형별로 살펴보았을 때, 정신요양

시설 응답자 중 70.00%(35명)가 자의로 입소하였다고 응답하였으며, 정신의료기관은 이보다 약간 적은 비율인 64.00%(32명)가 자의로 입원하였다고 답하였다.

3-1) 퇴소/퇴원을 결정할 수 없는 이유

〈표 5-34〉 퇴원(퇴소)를 결정할 수 없는 이유 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원를 결정할 수 없는 이유	스스로 생활하기 어려워서 (증상 관리 등)	11	33.34	4	26.68	7	38.90
	거주할 곳이 없어서	5	15.15	2	13.33	3	16.67
	새로운 환경을 두려워해서	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	가족에게 피해를 주는 것을 싫어해서	5	15.15	3	20.00	2	11.11
	보호자가 거부해서	7	21.21	6	40.00	1	5.56
	요양시설/병원에서 거부해서	3	9.09	0	0.00	0	0.00
	기타	2	6.06	3	16.67	2	11.11
	전체	33	100.00	18	100.00	15	100.00

퇴소/퇴원에 대한 자기결정 여부 문항에 대하여 '아니오'로 응답한 33명을 대상으로 퇴소/퇴원을 결정할 수 없는 이유에 대해 질문하였다. 퇴소/퇴원을 결정할 수 없는 이유는 '스스로 생활하기 어려워서'가 가장 많았고(11명, 33.34%), 다음으로는 '보호자가 거부해서'(7명, 21.21%)가 높은 비율로 나타났다. 시설 유형별로 살펴보았을 때, 정신요양시설의 경우 '보호자가 거부해서' 퇴소하지 못한다는 의견이 많았고(6명, 40%), 정신의료기관의 경우 '스스로 생활하기 어려워서' 퇴원하지 못한다는 의견이 많았다(7명, 38.89%). 기타로는 '가족상담을 통해서 퇴원이 결정되므로', '행정입원을 하여 의사와 보호자가 결정하기 때문'이라는 의견이 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3-2) 퇴소/퇴원 이후 희망하는 생활

〈표 5-35〉 퇴원(퇴소) 이후 희망하는 생활 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원이후 희망하는 생활	가정에서 가족과 함께 생활	28	41.79	13	37.14	15	46.88
	주택을 마련하여 혼자 생활	18	26.87	11	31.43	7	21.88
	마음이 맞는 동료와 생활	4	5.96	1	2.85	3	9.36
	공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활	6	8.96	5	14.29	1	3.13
	기타	11	16.42	5	14.29	6	18.75
	전체	67	100.00	35	100.00	32	100.00

퇴소/퇴원 후 희망하는 생활을 질문하였다. 대부분의 응답자들이 '가정에서 가족과 함께 생활하기'를 원하였고(28명, 41.79%), 다음으로는 '주택을 마련하여 혼자 생활하고 싶다'는 의견이 많았다(18명, 26.87%). 시설 유형별로 살펴보았을 때 대부분의 응답이 전체 응답 비중과 유사하였다.

4) 퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담

〈표 5-36〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담	예	36	36.00	21	42.00	15	30.00
	아니오	64	64.00	29	58.00	35	70.00
	전체	100	100.00	50	100.00	50	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았는지의 여부를 질문하였다. 그 결과, '상담을 받지 못한 응답자(64명, 64.00%)'의 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 시설유형 별로 살펴보았을 때도 유사하였다.

4-1) 퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유

〈표 5-37〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유	스스로 생활하기 어려워서 (증상 관리 등)	18	28.13	10	34.49	8	22.86
	거주할 곳이 없어서	7	10.94	5	17.24	2	5.71
	새로운 환경을 두려워해서	10	15.63	2	6.90	8	22.86
	가족에게 피해를 주는 것을 싫어해서	7	10.94	5	17.24	2	5.71
	보호자가 거부해서	6	9.37	4	13.79	2	5.71
	요양시설/병원에서 거부해서	1	1.55	0	0.00	1	2.86
	기타	15	23.44	3	10.34	12	34.29
	전체	64	100.00	29	100.00	35	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 응답자 64명을 대상으로 상담을 받지 못한 이유에 대해서 조사하였다. 그 결과, '스스로 생활하기 어려워서(18명, 28.13%)'에 응답한 사람이 가장 많았고, '새로운 환경이 두렵거나(10명, 15.64%)', '가족에게 피해를 주는 것이 싫어서(7명, 10.94%)'와 거주할 곳이 없어서(7명, 10.94%) 순으로 응답 비율이 높았다. 기타로는 퇴원계획이 없거나, 상담 받을 기회가 없어서, 병원에서 서비스를 제공하지 않아서, 특별히 이유가 없다는 의견도 있었다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4-2) 지역사회정신재활시설에 대한 안내여부

〈표 5-38〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 여부 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활 시설에 대한 안내여부	예	25	69.44	16	76.19	9	60.00
	아니오	11	30.56	5	23.81	6	40.00
	전체	36	100.00	21	100.00	15	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았다고 응답한 36명의 당사자들을 대상으로 상담 시, 지역사회정신재활시설에 대해 안내를 받았는지의 여부를 질문하였다. 그 결과 '안내를 받았다는 응답자(25명, 69.44%)'의 비율이 높았으며, 시설 유형별로 살펴보았을 때도 결과는 유사하였다.

4-3) 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용

〈표 5-39〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용	지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.	17	68.00	14	87.50	3	33.33
	이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.	7	28.00	2	12.50	5	55.56
	기타	1	4.00	0	0.00	1	11.11
	전체	25	100.00	16	100.00	9	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았다고 응답한 당사자들을 대상으로 지역사회정신재활 시설에 대한 안내 상담 시 구체적으로 상담받았던 내용에 대해 질문하였다. 응답자의 대부분이 '지역사회 정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내' 받았으며(17명, 68.00%), '이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받은(7명, 28.100%)' 경우도 있었다. 시설 유형별로 살펴보았을 때 정신의료기관의 경우 '이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다(5명, 55.56%)'고 응답한 당사자가 상대적으로 많았다.

4-4) 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부

〈표 5-40〉 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부	예	10	40.00	6	37.50	4	44.44
	아니오	15	60.00	10	62.50	5	55.56
	전체	25	100.00	16	100.00	9	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았다고 응답한 당사자들을 대상으로 지역사회정신재활 시설에 대한 안내 상담 시 연계(의뢰)서비스를 받았는지 여부를 질문하였다. 그 결과, 대부분의 응답자들이 '연계서비스를 받지 못한 것(15명, 60.00%)'을 파악할 수 있었다. 시설 유형별로 살펴보았을 때도 전체 결과와 유사한 양상을 살펴볼 수 있었다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

5) 정신재활시설을 알게 된 경로

〈표 5-41〉 정신재활시설을 알게 된 경로 : 당사자

구분		정신재활시설	
		N	비율
정신재활시설을 알게된 경로	병원에서 소개를 받아서	16	32.00
	동주민센터에서 소개를 받아서	5	10.00
	가족 및 친척이 알려줘서	12	24.00
	동료, 친구가 알려줘서	5	10.00
	직접 찾아봐서	3	6.00
	인터넷, 게시판 등의 홍보글을 보고 알게 되어서	3	6.00
	기타	6	12.00
	전체	50	100.00

정신재활시설 이용 당사자에게 정신재활시설을 알게 된 경로를 질문하였다. 그 결과 '병원에서 소개를 받은 경우'가(16명, 32.00%) 가장 많았고 다음으로는 '가족 및 친척이 알려줘서(12명, 24.00%)', '동주민센터에서 소개를 받아서(5명, 10.00%)' 순으로 알게 된 경로의 비중이 높았다.

6) 정신재활시설에 등록하게 된 경로

〈표 5-42〉 정신재활시설에 등록하게 된 경로 : 당사자

구분		정신재활시설	
		N	비율
정신재활시설에 등록하게 된 경로	당사자 본인이 원해서	27	54.00
	가족이 원해서(추천해서)	17	34.00
	담당 의사가 원해서(추천해서)	0	0.00
	담당 사례관리자(전문가)가 원해서 (추천해서)	6	12.00
	기타	0	0.00
	전체	50	100.00

정신재활시설 이용 당사자에게 시설 등록 경로를 조사하였다. 그 결과 '본인이 원해서'가 가장 많았고(27명, 54.00%), 다음으로는 '가족이 원해서(추천해서)(17명, 34.00%)', '담당 사례관리자가 원해서(추천해서)(6명, 12.00%)' 순으로 나타났다.

7) 지역사회정신재활시설 이용(입소)에 대한 계획

〈표 5-43〉 지역사회정신재활시설 이용(입소)에 대한 계획 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활시설 이용(입소)에 대한 계획	예	23	23.00	14	28.00	9	18.00
	아니오	77	77.00	36	72.00	41	82.00
	전체	100	100.00	50	100.00	50	100.00

정신요양시설과 정신의료기관 당사자들을 대상으로 지역사회정신재활시설에 대한 이용(입소) 계획에 대해 질문하였다. 그 결과, 대부분이 계획이 없다고 응답하였으며(77명, 77.00%), 시설 유형별로 살펴보았을 때도 유사한 응답 분포를 보였다.

7-1) 이용 계획이 없는 이유

〈표 5-44〉 이용(입소)를 계획이 없는 이유 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
이용 계획이 없는 이유	이용가능한 시설이 없어서	9	11.70	5	13.88	4	9.75
	욕구와 맞지 않아서	28	36.36	11	30.55	17	41.46
	거리가 멀어서	3	3.90	1	2.78	2	4.88
	서비스 이용 비용이 부담되어서	4	5.19	1	2.78	3	7.32
	사람들의 시선이 신경쓰여서	5	6.49	1	2.78	4	9.76
	어떻게 이용해야하는지 몰라서	15	19.48	11	30.56	4	9.76
	기타	13	16.88	6	16.67	7	17.07
	전체	77	100.00	36	100.00	41	100.00

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신재활시설 이용 계획이 없다고 응답한 정신요양시설/정신의료기관 응답자를 대상으로 지역사회시설 이용(입소) 계획이 없는 이유를 질문하였다. 그 결과 '욕구와 맞지 않아서(28명, 36.36%)'가 가장 많았고, 다음으로는 '어떻게 이용해야 하는지 몰라서(15명, 19.48%)', '이용가능한 시설이 없어서(9명, 11.70%)'가 많은 비율로 응답하였다. 시설 유형별로 살펴보았을 때 정신의료기관의 경우 '욕구와 맞지 않아서(17명, 41.46%)'에 응답한 사람이 많았지만, 정신요양시설의 경우 '욕구와 맞지 않아서(11명, 30.55%)'와 '어떻게 이용해야 하는지 몰라서(11명, 30.56%)'의 응답 비중이 동일하게 높았다.

7-2) 이용(입소)을 계획 중인 지역사회정신재활시설

〈표 5-45〉 이용(입소)를 계획 중인 지역사회정신재활시설 : 당사자

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
이용를 계획 중인 지역사회정신재활시설	정신건강복지센터	4	17.39	2	14.29	2	22.22
	정신요양시설	1	4.35	1	7.13	0	0.00
	정신재활시설 (생활시설)	4	17.39	3	21.43	1	11.11
	정신재활시설 (주간재활시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (공동생활가정)	8	34.79	3	21.43	5	55.56
	정신재활시설 (지역사회전환시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (직업재활시설)	3	13.04	2	14.29	1	11.11
	정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	중독자재활시설	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	생산품판매시설	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	잘 모르겠다	3	13.04	3	21.43	0	0.00
	전체	23	100.00	14	100.00	9	100.00

정신재활시설 이용 계획이 있는 정신요양시설/정신의료기관 23명의 응답자를 대상으로 이용(입소)을 계획 중인 지역사회정신재활시설을 질문하였다. 그 결과, '정신재활시설(공동생활가정)(8명, 34.79%)'이 공동으로 가장 선호되는 기관 유형으로 나타났고, 다음으로는 '정신건강복지센터(4명, 17.39%)'와 '정신재활시설(생활시설)(4명, 17.39%)'이 선호되는 것으로 나타났다. 시설 유형별로 살펴보았을 때도 선호하는 기관 유형에 있어 유사한 경향을 보였다.

8) 시설의 지원서비스에 대한 의견

〈표 5-46〉 현재 이용하는 시설 지원서비스에 대한 의견 : 당사자

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	**150**	**2.13**	**0.63**	**70.89**	**3**	정신요양시설	50	2.20	0.61	73.33
						정신재활시설	50	2.26	0.60	75.33
						정신의료기관	50	1.92	0.63	64.00
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	150	2.09	0.64	69.78	4	정신요양시설	50	2.18	0.56	72.67
						정신재활시설	50	2.20	0.57	73.33
						정신의료기관	50	1.90	0.74	63.33
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	150	1.97	0.70	65.56	8	정신요양시설	50	2.04	0.64	68.00
						정신재활시설	50	2.16	0.62	72.00
						정신의료기관	50	1.70	0.76	56.67
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	150	2.06	0.64	68.67	5	정신요양시설	50	2.12	0.63	70.67
						정신재활시설	50	2.26	0.49	75.33
						정신의료기관	50	1.80	0.70	60.00
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둠으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	150	1.98	0.74	66.00	7	정신요양시설	50	2.12	0.59	70.67
						정신재활시설	50	2.24	0.56	74.67
						정신의료기관	50	1.58	0.86	52.67
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	**150**	**2.19**	**0.63**	**73.11**	**1**	정신요양시설	50	2.34	0.52	78.00
						정신재활시설	50	2.34	0.56	78.00
						정신의료기관	50	1.90	0.71	63.33

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	150	1.89	0.82	62.89	10	정신요양시설	50	1.96	0.73	65.33
						정신재활시설	50	2.14	0.70	71.33
						정신의료기관	50	1.56	0.91	52.00
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	150	1.83	0.81	60.89	11	정신요양시설	50	1.98	0.68	66.00
						정신재활시설	50	2.20	0.57	73.33
						정신의료기관	50	1.30	0.86	43.33
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	150	1.65	0.81	55.11	13	정신요양시설	50	1.62	0.70	54.00
						정신재활시설	50	2.08	0.67	69.33
						정신의료기관	50	1.26	0.85	42.00
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	150	1.82	0.80	60.67	12	정신요양시설	50	1.92	0.70	64.00
						정신재활시설	50	2.18	0.63	72.67
						정신의료기관	50	1.36	0.85	45.33
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	150	1.94	0.79	64.67	9	정신요양시설	50	2.08	0.70	69.33
						정신재활시설	50	2.30	0.58	76.67
						정신의료기관	50	1.44	0.81	48.00
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고신청절차를 지원해준다.	150	2.02	0.80	67.33	6	정신요양시설	50	2.24	0.74	74.67
						정신재활시설	50	2.22	0.58	74.00
						정신의료기관	50	1.60	0.88	53.33
시설은 내가 적절한 의, 식, 주를 유지할 수 있도록 전반적으로 지원해준다.	**150**	**2.15**	**0.76**	**71.78**	**2**	정신요양시설	50	2.46	0.54	82.00
						정신재활시설	50	2.20	0.67	73.33
						정신의료기관	50	1.80	0.88	60.00
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	150	1.98	0.57	65.95	-	정신요양시설	50	2.10	0.49	69.90
						정신재활시설	50	2.21	0.46	73.79
						정신의료기관	50	1.62	0.58	54.15

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ⓪ ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

응답자들이 현재 이용 중인 시설의 지원서비스에 대한 의견을 인권보장 측면에서 살펴보았다. 당사자들의 재활과 회복, 자기결정권, 자립 등을 지원하고 있는지에 대한 인식도 전체 평균은 2.00점(100점 만점 기준 65.95점)으로 응답되었다. 즉, 응답자들이 높은 수준으로 인권보장 서비스를 지원받고 있다고 인식하는 것을 알 수 있다. 구체적으로 가장 높은 인식도를 보인 부분은 '시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다(100점 만점 기준 73.11점)'이고, 그 다음으로는 '시설은 내가 적절한

의, 식, 주를 유지할 수 있도록 전반적으로 지원해준다(100점 만점 기준 71.78점)', '시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다(100점 만점 기준 70.89점)' 순으로 인식도가 높았다. 가장 낮은 인식도를 보인 부분은 '시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다(100점 만점 기준 55.11점)'로 나타났다. 시설 유형에 따라 살펴보면, 정신재활시설(100점 만점 기준 73.79점) 이용자가 경험하는 인권지원서비스 인식 정도가 가장 높았으며, 정신의료기관(100점 만점 기준 54.15점) 환자가 경험하는 인권 지원서비스 인식 정도가 가장 낮았다.

9) 시설에서의 경험

〈표 5-47〉 현재 이용하는 시설에서의 경험 : 당사자

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	150	2.02	0.80	67.33	9	정신요양시설	50	2.26	0.56	75.33
						정신재활시설	50	2.00	0.86	66.67
						정신의료기관	50	1.80	0.88	60.00
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	**150**	**2.25**	**0.64**	**74.89**	**3**	정신요양시설	50	2.38	0.53	79.33
						정신재활시설	50	2.26	0.63	75.33
						정신의료기관	50	2.10	0.74	70.00
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	150	2.20	0.66	73.33	4	정신요양시설	50	2.28	0.54	76.00
						정신재활시설	50	2.30	0.65	76.67
						정신의료기관	50	2.02	0.74	67.33
나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다.	150	2.01	0.71	67.11	10	정신요양시설	50	2.08	0.60	69.33
						정신재활시설	50	2.18	0.66	72.67
						정신의료기관	50	1.78	0.82	59.33
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	150	2.15	0.68	71.78	6	정신요양시설	50	2.30	0.54	76.67
						정신재활시설	50	2.24	0.62	74.67
						정신의료기관	50	1.92	0.80	64.00

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
특정한 종교를 강요받지 않는다.	**150**	**2.28**	**0.65**	**76.00**	**1**	정신요양시설	50	2.42	0.54	80.67
						정신재활시설	50	2.32	0.62	77.33
						정신의료기관	50	2.10	0.74	70.00
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	150	2.19	0.71	72.89	5	정신요양시설	50	2.32	0.59	77.33
						정신재활시설	50	2.24	0.59	74.67
						정신의료기관	50	2.00	0.88	66.67
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	150	2.15	0.71	71.56	7	정신요양시설	50	2.26	0.56	75.33
						정신재활시설	50	2.30	0.58	76.67
						정신의료기관	50	1.88	0.87	62.67
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다.	**150**	**2.27**	**0.66**	**75.56**	**2**	정신요양시설	50	2.36	0.53	78.67
						정신재활시설	50	2.34	0.66	78.00
						정신의료기관	50	2.10	0.76	70.00
시설에서 휴대전화 사용이 자유롭다	150	2.03	0.87	67.56	8	정신요양시설	50	1.72	0.86	57.33
						정신재활시설	50	2.38	0.60	79.33
						정신의료기관	50	1.98	0.98	66.00
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	150	2.15	0.55	71.80	-	정신요양시설	50	2.24	0.42	74.60
						정신재활시설	50	2.26	0.51	75.20
						정신의료기관	50	1.97	0.65	65.60

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ⓪ ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

응답자들이 현재 이용 중인 시설에서의 경험을 질문하여 인권 보장 수준을 살펴보았다. 당사자들의 자율성, 비밀 보장 등에 대한 경험도 전체 평균값은 2.15점(100점 만점 기준 71.80점)으로 높은 수준으로 인권 보장 경험을 하고 있는 것으로 나타났다. 영역별로 살펴보았을 때, 가장 높은 수준으로 경험한 부분은 '특정한 종교를 강요받지 않는다(100점 만점 기준 76.00점)'이고, 그 다음으로는 '시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다(100점 만점 기준 75.56점)', '나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다(100점 만점 기준 74.89점)'순으로 높았다. 즉, 종교의 자유, 시설 이용에 대한 자유, 학대로부터의 자유에 대한 경험 수준

이 높은 것을 알 수 있다. 반면, 가장 낮은 수준으로 경험한 부분은 '나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다(100점 만점 기준 67.11점)', '나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다(100점 만점 기준 67.33점)'로 나타나, 일상에서의 자기결정권에 대한 존중과 의료 및 재활정보에 대한 개인정보보호 존중이 부족한 것으로 나타났다. 시설 유형별로는 정신재활시설(100점 만점 기준 75.20점) 이용자가 가장 높은 수준으로 인권 보장에 대한 경험을 한 반면, 정신의료기관(100점 만점 기준 65.60점)에 입원 중인 환자가 상대적으로 낮은 수준의 인권보장을 경험한 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제3절 가족 의견 및 욕구 조사분석결과

1. 일반적 특성

일반적 특성에서는 응답한 가족의 일반적 특성과 보장시설 수급에 대한 의견을 조사하였다.

1) 응답한 가족의 일반적 특성

설문에 응답한 당사자 가족의 일반적 특성은 〈표 5-48〉과 같다. 전체 설문 응답자 중 총 75명의 응답자료가 분석에 활용되었다. 성별의 경우 여성 응답자가 51명(68.0%)으로 남성 응답자 24명(32.0%)보다 많았다. 연령별로는 중장년기 응답자가 36명(48.0%)으로 가장 많았고, 다음으로 노년기 28명(37.3%), 성인초기 9명(12.0%), 청년기 2명(2.7%) 순이었다. 학력은 고등학교 졸업자(33명, 44.0%), 대학교 4년제 이상(22명, 29.3%), 대학교 3년제 이하(9명, 12.0%), 대학원 이상(6명, 8.0%), 초등학교(4명, 5.3%), 무학(1명, 1.3%) 순이었다. 결혼상태는 결혼/동거(58명, 77.3%)인 경우가 가장 많았고, 이혼(6명, 8.0%), 사별(5명, 6.7%)순으로 응답자가 많았으며, 별거(2명, 2.7%)와 미혼(4명, 5.3%)의 비율은 동일하였다. 국민기초생활보장수급 대상이 아닌 경우가 51명(68.0%)으로 대다수에 해당하였고, 거주지역의 경우 경기(30명, 40.0%), 부산(18명, 24.0%) 순으로 응답 비율이 높았다. 당사자와의 관계는 부모가 36명(48.0%)으로 가장 많았고, 다음으로는 형제자매인 경우가 25명(33.3%)으로 큰 비중을 차지하였다. 주의료비 부담자는 부모가 43명(57.3%)으로 가장 많았고 다음으로는 없는 경우(15명, 20.0%)가 많았다. 주돌봄제공자는 부모가 가장 많았고(42명, 56.0%), 다음으로는 형제자매(16명, 21.3%), 자녀(3명, 4.0%) 순으로 응답 비율이 높았다.

〈표 5-48〉 전체 응답자들의 일반적 특성 : 가족

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
전체		75	10.00	거주 지역	서울	2	2.7
성별	남성	24	32.0		부산	18	24.0
	여성	51	68.0		대구	3	4.0
연령	청년기(30세 미만)	2	2.7		인천	0	0.0
	성인초기 (30세 이상 45세 미만)	9	12.0		광주	3	4.0
					대전	2	2.7
	중장년기 (45세 이상 60세 미만)	36	48.0		울산	0	0.0
					세종	0	0.0
					경기	30	40.0
	노년기(60세 이상)	28	37.3		강원	0	0.0
					충북	0	0.0
학력	무학	1	1.3		충남	1	1.3
	초등학교	4	5.3		전북	5	6.7
					전남	2	2.7
	중학교	0	0.0		경북	6	8.0
	고등학교	33	44.0		경남	2	2.7
					제주	1	1.3
	대학교(3년제 이하)	9	12.0	의료 비주 부담 자	없음(본인)	15	20.0
	대학교(4년제 이상)	22	29.3		부모	43	57.3
	대학원 이상	6	8.0		자녀	2	2.7
결혼 상태	미혼	4	5.3				
	결혼/동거 (함께 사는 배우자 있음)	58	77.3		배우자	1	1.3
	별거	2	2.7		형제자매	11	14.7
	이혼	6	8.0		그외친인척	1	1.3
	사별	5	6.7				
	기타	0	0.0		기타	2	2.7
국기 초유 형	수급대상 아님	51	68.0	주돌 봄제 공자	없음(본인)	11	14.7
	일반수급가구 (의료·교육·자활특례 제외)	8	10.7		부모	42	56.0
	조건부수급가구	9	12.0		자녀	3	4.0
	의료·교육·자활특례	7	9.3				
당사자와의 관계	부모	36	48.0		배우자	1	1.3
	자녀	10	13.3		형제자매	16	21.3
	배우자	1	1.3		그외친인척	1	1.3
	형제자매	25	33.3		기타	1	1.3
	기타	3	4.0				

국가인권위원회 humanrights.go.kr

2) 보장시설 수급에 대한 의견

(1) 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지

〈표 5-49〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 인지 : 가족

구분	전체				시설유형별				
	알고 있음		모름		구분	알고 있음		모름	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 직접 수령이 불가능한 것	27	62.79	16	37.21	정신요양시설	16	80.0	4	20.0
					정신재활시설	11	47.8	12	52.2

정신요양시설 혹은 정신재활시설 입소 시 수급비 수령방법에 대해 인지하고 있는지 질문하였다. 그 결과 당사자의 가족 대부분이 수급비 직접 수령이 불가능한 것을 알고 있었다(27명, 67.79%). 다만, 시설 유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설 가족의 경우 '알고 있음(16명, 80.00%)'에 대다수가 응답한 반면, 정신재활시설 당사자 가족의 경우 '알고 있음'과 '모름'의 응답 비중이 유사하였다.

(2) 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견

〈표 5-50〉 정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령 방법에 대한 의견 : 가족

구분	전체				시설유형별				
	본인이 직접 수령하는 것이 좋다		현재 방식대로 유지(본인 대신 시설에서 수령)		구분	본인이 직접 수령하는 것이 좋다		현재 방식대로 유지(본인 대신 시설에서 수령)	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신요양시설/정신재활시설 입소시 수급비 수령에 대한 의견	5	18.52	22	81.48	정신요양시설	1	6.3	15	93.8
					정신재활시설	4	36.4	7	63.6

정신요양시설/정신재활시설 입소 시 수급비 수령 방법에 대해 인지하고 있는 응답자를 27명을 대상으로 수급비 수령 방법에 대한 의견을 조사하였다. 전체 응답자 중 22명

(81.48%)이 '현행방식대로 시설에서 수령하는 것'을 선호하였다. 시설 유형별로 살펴보았을 때도 유사한 결과가 나타났다.

2. 전반적 인식

1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견

(1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

〈표 5-51〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	**75**	**2.65**	**0.53**	**88.44**	**2**	정신요양시설	20	2.50	0.61	83.33
						정신재활시설	23	2.61	0.58	86.96
						정신의료기관	32	2.78	0.42	92.71
주거보장(기본 쉴 곳)	75	2.60	0.55	86.67	4	정신요양시설	20	2.45	0.60	81.67
						정신재활시설	23	2.65	0.57	88.41
						정신의료기관	32	2.66	0.48	88.54
신체 건강	**75**	**2.63**	**0.54**	**87.56**	**3**	정신요양시설	20	2.45	0.60	81.67
						정신재활시설	23	2.70	0.47	89.86
						정신의료기관	32	2.69	0.54	89.58
정신 건강	**75**	**2.71**	**0.46**	**90.22**	**1**	정신요양시설	20	2.45	0.51	81.67
						정신재활시설	23	2.83	0.39	94.20
						정신의료기관	32	2.78	0.42	92.71
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	75	2.47	0.74	82.22	10	정신요양시설	20	2.30	0.86	76.67
						정신재활시설	23	2.48	0.67	82.61
						정신의료기관	32	2.56	0.72	85.42
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	75	2.57	0.70	85.78	6	정신요양시설	20	2.20	0.89	73.33
						정신재활시설	23	2.78	0.52	92.75
						정신의료기관	32	2.66	0.60	88.54
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	75	2.52	0.66	84.00	7	정신요양시설	20	2.05	0.76	68.33
						정신재활시설	23	2.78	0.42	92.75
						정신의료기관	32	2.63	0.61	87.50

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
직업 참여지원(고용지원)	75	2.47	0.70	82.22	9	정신요양시설	20	1.95	0.76	65.00
						정신재활시설	23	2.74	0.45	91.30
						정신의료기관	32	2.59	0.67	86.46
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	75	2.35	0.76	78.22	11	정신요양시설	20	1.80	0.83	60.00
						정신재활시설	23	2.61	0.50	86.96
						정신의료기관	32	2.50	0.72	83.33
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등)	75	2.33	0.62	77.78	12	정신요양시설	20	2.15	0.67	71.67
						정신재활시설	23	2.26	0.62	75.36
						정신의료기관	32	2.50	0.57	83.33
개인맞춤형 회복 지원	75	2.59	0.52	86.22	5	정신요양시설	20	2.35	0.59	78.33
						정신재활시설	23	2.65	0.49	88.41
						정신의료기관	32	2.69	0.47	89.58
여가생활 지원	75	2.52	0.60	84.00	8	정신요양시설	20	2.25	0.72	75.00
						정신재활시설	23	2.70	0.47	89.86
						정신의료기관	32	2.56	0.56	85.42
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 종합	75	2.53	0.43	84.44	-	정신요양시설	20	2.24	0.47	74.72
						정신재활시설	23	2.65	0.28	88.29
						정신의료기관	32	2.63	0.42	87.76

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

일상생활에 필요한 지원서비스 필요도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과, 모든 항목에서 100점 만점 기준으로 약 82점 전후로 응답되어 일상생활을 위한 지원이나 서비스에 대한 필요도를 높게 인식하였다. 필요도가 높은 점수별로 순위를 매겨보면, 정신건강, 소득과 신체건강에 대한 필요도가 그 다음 높은 순위로 나타났다. 즉, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 정신건강지원 필요도 평균이 2.71점(100점 만점 기준 90.22점)으로 1순위로 나타났으며, 소득 보장(100점 만점 기준 88.44점)과 신체건강보장(100점 만점 기준 87.56점)에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다. 전체 서비스의 필요도에 대한 종합 평균은 2.53점으로 100점 만점 기준으로 84.44점에 해당한다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설(100점 만점 기준 88.29점)의 필요도 평균이 가장 높았으며, 상대적으로 정신요양시설(100점 만점 기준 74.72점)의 필요도 평균이 가장 낮았다.

(2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도

〈표 5-52〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	75	1.21	0.86	40.44	7	정신요양시설	20	1.60	0.75	53.33
						정신재활시설	23	1.17	0.83	39.13
						정신의료기관	32	1.00	0.88	33.33
주거보장(기본 쉴 곳)	75	1.13	0.92	37.78	11	정신요양시설	20	1.50	0.95	50.00
						정신재활시설	23	.96	0.93	31.88
						정신의료기관	32	1.03	0.86	34.38
신체 건강	75	1.25	0.86	41.78	5	정신요양시설	20	1.70	0.73	56.67
						정신재활시설	23	1.22	0.85	40.58
						정신의료기관	32	1.00	0.84	33.33
정신 건강	75	1.27	0.83	42.22	4	정신요양시설	20	1.45	0.76	48.33
						정신재활시설	23	1.35	0.83	44.93
						정신의료기관	32	1.09	0.86	36.46
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	**75**	**1.36**	**0.90**	**45.33**	**2**	정신요양시설	20	1.70	0.66	56.67
						정신재활시설	23	1.22	1.00	40.58
						정신의료기관	32	1.25	0.92	41.67
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	75	1.12	0.90	37.33	12	정신요양시설	20	1.35	0.88	45.00
						정신재활시설	23	1.13	1.06	37.68
						정신의료기관	32	.97	0.78	32.29
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	75	1.17	0.84	39.11	9	정신요양시설	20	1.40	0.82	46.67
						정신재활시설	23	1.17	0.98	39.13
						정신의료기관	32	1.03	0.74	34.38
직업 참여지원(고용지원)	75	1.19	0.82	39.56	8	정신요양시설	20	1.40	0.75	46.67
						정신재활시설	23	1.30	0.93	43.48
						정신의료기관	32	0.97	0.74	32.29
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	75	1.16	0.77	38.67	10	정신요양시설	20	1.35	0.75	45.00
						정신재활시설	23	1.35	0.83	44.93
						정신의료기관	32	0.91	0.69	30.21
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	**75**	**1.45**	**0.81**	**48.44**	**1**	정신요양시설	20	1.60	0.75	53.33
						정신재활시설	23	1.52	0.90	50.72
						정신의료기관	32	1.31	0.78	43.75

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
개인맞춤형 회복 지원	**75**	**1.28**	**0.92**	**42.67**	**3**	정신요양시설	20	1.50	0.76	50.00
						정신재활시설	23	1.39	1.03	46.38
						정신의료기관	32	1.06	0.91	35.42
여가생활 지원	75	1.24	0.85	41.33	6	정신요양시설	20	1.60	0.60	53.33
						정신재활시설	23	1.26	0.96	42.03
						정신의료기관	32	1.00	0.84	33.33
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 종합	75	1.24	0.73	41.22	-	정신요양시설	20	1.51	0.66	50.42
						정신재활시설	23	1.25	0.79	41.79
						정신의료기관	32	1.05	0.69	35.07

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

마찬가지로 일상생활에 필요한 지원서비스 충분도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과는 다음과 같다. 대체로 앞서 동일항목에 대한 필요도에 비해 100점 만점 기준으로 약 41점 전후로 응답되어 일상생활지원서비스에 대한 지원 및 서비스는 대체로 충분하지 않다고 인식하고 있었다. 충분정도가 높은 영역별로 순위를 매겨보면, 자기의사결정권행사, 학대방지, 개인맞춤형 회복지원에 대한 충분정도가 상대적으로 높은 순위로 나타났다. 즉, 일상생활을 위한 지원서비스 중 자기의사결정권 행사 충분도 평균이 1.36점(100점 만점 기준 45.33점)으로 가장 높은 순위로 나타났으며, 학대방지(100점 만점 기준 45.33점), 개인맞춤형 회복지원(100점 만점 기준 42,67점)에 대한 충분도가 각각 2·3순위로 나타났다. 시설유형별로 보면 정신요양시설의 충분도 평균이 100점 만점 기준 50.42점으로 가장 높았고, 상대적으로 정신의료기관의 충분도 평균이 100점 만점 기준 35.07점으로 가장 낮았다.

3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 영역별 필요정도와 충분정도 차이(gap)

각 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이며, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 의미한다. 구체적인 분석 결과는 아래 표와 같다.

〈표 5-53〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	75	1.44	1.11	48.00	4	정신요양시설	20	0.90	1.12	30.00
						정신재활시설	23	1.43	1.08	47.83
						정신의료기관	32	1.78	1.01	59.38
주거보장(기본 쉴 곳)	**75**	**1.47**	**1.15**	**48.89**	**1**	정신요양시설	20	0.95	1.32	31.67
						정신재활시설	23	1.70	1.18	56.52
						정신의료기관	32	1.63	0.94	54.17
신체 건강	75	1.37	1.04	45.78	5	정신요양시설	20	0.75	0.91	25.00
						정신재활시설	23	1.48	0.99	49.28
						정신의료기관	32	1.69	1.00	56.25
정신 건강	**75**	**1.44**	**0.95**	**48.00**	**3**	정신요양시설	20	1.00	0.92	33.33
						정신재활시설	23	1.48	0.85	49.28
						정신의료기관	32	1.69	0.97	56.25
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	75	1.11	1.16	36.89	11	정신요양시설	20	0.60	1.19	20.00
						정신재활시설	23	1.26	1.10	42.03
						정신의료기관	32	1.31	1.12	43.75
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	**75**	**1.45**	**1.03**	**48.44**	**2**	정신요양시설	20	0.85	0.88	28.33
						정신재활시설	23	1.65	1.11	55.07
						정신의료기관	32	1.69	0.93	56.25
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	75	1.35	1.13	44.89	6	정신요양시설	20	0.65	1.04	21.67
						정신재활시설	23	1.61	1.16	53.62
						정신의료기관	32	1.59	1.01	53.13
직업 참여지원(고용지원)	75	1.28	1.09	42.67	8	정신요양시설	20	0.55	0.76	18.33
						정신재활시설	23	1.43	1.16	47.83
						정신의료기관	32	1.63	1.01	54.17

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	75	1.19	1.07	39.56	10	정신요양시설	20	0.45	0.76	15.00
						정신재활시설	23	1.26	1.01	42.03
						정신의료기관	32	1.59	1.07	53.13
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	75	0.88	1.05	29.33	12	정신요양시설	20	0.55	1.10	18.33
						정신재활시설	23	0.74	1.10	24.64
						정신의료기관	32	1.19	0.93	39.58
개인맞춤형 회복 지원	75	1.31	1.15	43.56	7	정신요양시설	20	0.85	1.09	28.33
						정신재활시설	23	1.26	1.21	42.03
						정신의료기관	32	1.63	1.07	54.17
여가생활 지원	75	1.28	1.06	42.67	8	정신요양시설	20	0.65	0.88	21.67
						정신재활시설	23	1.43	1.08	47.83
						정신의료기관	32	1.56	1.01	52.08
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도와 필요정도 차이 종합	75	1.30	0.87	43.22	-	정신요양시설	20	0.73	0.72	24.31
						정신재활시설	23	1.39	0.90	46.50
						정신의료기관	32	1.58	0.79	52.69

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

그 결과, 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 1.302점(100점 만점 기준 43.22점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 계산되었다. 즉, 당사자의 가족들이 해당 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않는다고 인식하고 있었고, 당사자가 응답한 갭 차이 평균이 11.35점인 것에 비해서도 더 크게 나타나 열악한 서비스를 크게 체감하고 있었다. 세부영역별로 살펴보면, 100점 만점 기준으로 주거보장 영역이 1.38점(100점 만점 기준 48.89점)으로 가장 갭 차이가 컸고, 다음으로는 사회적차별금지(100점 만점 기준 48.44점), 정신건강(100점 만점 기준 48.00점) 순으로 차이가 컸다. 갭 차이의 종합 평균을 기준으로 시설유형별 차이를 살펴보면, 상대적으로 정신의료기관의 시설 갭 차이가 크게 나타났고, 정신요양시설의 갭 차이가 가장 적었다.

4) 가족의 부담

〈표 5-54〉 가족의 부담 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 한다	75	1.35	0.97	44.89	11	정신요양시설	20	1.20	1.01	40.00
						정신재활시설	23	1.22	0.74	40.58
						정신의료기관	32	1.53	1.08	51.04
밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 한다	75	1.25	0.96	41.78	13	정신요양시설	20	1.05	0.94	35.00
						정신재활시설	23	1.17	0.89	39.13
						정신의료기관	32	1.44	1.01	47.92
대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요하다	75	1.59	1.03	52.89	5	정신요양시설	20	1.45	1.05	48.33
						정신재활시설	23	1.52	0.90	50.72
						정신의료기관	32	1.72	1.11	57.29
정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려된다	75	1.29	1.02	43.11	12	정신요양시설	20	1.15	1.04	38.33
						정신재활시설	23	0.91	0.73	30.43
						정신의료기관	32	1.66	1.10	55.21
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려된다	75	1.21	0.92	40.44	15	정신요양시설	20	1.10	0.85	36.67
						정신재활시설	23	0.96	0.82	31.88
						정신의료기관	32	1.47	0.98	48.96
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려된다	75	1.25	0.95	41.78	14	정신요양시설	20	1.45	0.94	48.33
						정신재활시설	23	0.78	0.67	26.09
						정신의료기관	32	1.47	1.02	48.96
정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려된다.	75	1.47	0.99	48.89	9	정신요양시설	20	1.50	1.00	50.00
						정신재활시설	23	1.17	0.94	39.13
						정신의료기관	32	1.66	1.00	55.21
내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다	**75**	**2.21**	**0.93**	**73.78**	**1**	정신요양시설	20	2.00	0.97	66.67
						정신재활시설	23	2.39	0.72	79.71
						정신의료기관	32	2.22	1.04	73.96
가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려된다	75	1.55	0.93	51.56	7	정신요양시설	20	1.70	0.92	56.67
						정신재활시설	23	1.74	0.69	57.97
						정신의료기관	32	1.31	1.06	43.75
입원한 가족이 병이 난 후 치료비부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험한다	**75**	**1.75**	**0.86**	**58.22**	**3**	정신요양시설	20	1.85	0.88	61.67
						정신재활시설	23	1.87	0.63	62.32
						정신의료기관	32	1.59	0.98	53.13

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
입원한 가족을 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받았다	75	1.67	0.96	55.56	4	정신요양시설	20	1.40	0.88	46.67
						정신재활시설	23	1.74	0.96	57.97
						정신의료기관	32	1.78	1.01	59.38
입원한 가족을 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해 받았다	75	1.55	0.95	51.56	7	정신요양시설	20	1.25	0.85	41.67
						정신재활시설	23	1.65	0.98	55.07
						정신의료기관	32	1.66	0.97	55.21
입원한 가족의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉았다	**75**	**1.79**	**0.90**	**59.56**	**2**	정신요양시설	20	1.55	1.00	51.67
						정신재활시설	23	1.78	0.74	59.42
						정신의료기관	32	1.94	0.95	64.58
입원한 가족의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠졌다	75	1.40	0.94	46.67	10	정신요양시설	20	1.20	0.89	40.00
						정신재활시설	23	1.57	0.95	52.17
						정신의료기관	32	1.41	0.98	46.88
입원한 가족의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠졌다	75	1.57	0.92	52.44	6	정신요양시설	20	1.20	0.83	40.00
						정신재활시설	23	1.70	0.82	56.52
						정신의료기관	32	1.72	0.99	57.29
가족의 부담 종합	75	1.53	0.68	50.87	-	정신요양시설	20	1.40	0.65	46.78
						정신재활시설	23	1.48	0.55	49.28
						정신의료기관	32	1.64	0.79	54.58

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 그렇지 않음 ⓪ ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

당사자의 돌봄에 대한 가족 부담을 질문하였다. 평균값은 1.53점으로 나타났으며 100점 만점 기준 약 51점에 해당한다. 1순위로는 '내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다(100점 만점 기준 73.78점)'로 돌봄에 대한 부담을 가장 크게 느끼는 것으로 나타났으며, 다음으로는 ' 입원한 가족의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉았다(100점 만점 기준 59.56점)', '입원한 가족이 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험한다'(100점 만점 기준 59.56점)'로 치료비 부담이나 가족 내 갈등이 부담으로 작용하는 것으로 나타났다. 시설유형별로는 정신의료기관의 당사자 가족이 느끼는 부담이 100점 만점 기준 54.58점으로 가장 높았고, 상대적으로 정신요양시설 당사자 가족이 느끼는 부담이 100점 만점 기준 46.78점으로 낮게 나타났다.

3. 탈원화 관련 인식

1) 정신건강 관련 기관 인지 여부

〈표 5-55〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 가족

구분	전체				시설유형별				
	모른다		알고 있다		구분	모른다		알고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**12**	**16.00**	**63**	**84.00**	정신요양시설	5	25.00	15	75.00
					정신재활시설	2	8.70	21	91.30
					정신의료기관	5	15.63	27	84.38
정신요양시설	30	40.00	45	60.00	정신요양시설	1	5.00	19	95.00
					정신재활시설	12	52.17	11	47.83
					정신의료기관	17	53.13	15	46.88
보건소	**12**	**16.00**	**63**	**84.00**	정신요양시설	4	20.00	16	80.00
					정신재활시설	3	13.04	20	86.96
					정신의료기관	5	15.63	27	84.38
정신건강복지센터	**18**	**24.00**	**57**	**76.00**	정신요양시설	9	45.00	11	55.00
					정신재활시설	4	17.39	19	82.61
					정신의료기관	5	15.63	27	84.38
생활시설	39	52.00	36	48.00	정신요양시설	8	40.00	12	60.00
					정신재활시설	11	47.83	12	52.17
					정신의료기관	20	62.50	12	37.50
주간재활시설	44	58.67	31	41.33	정신요양시설	15	75.00	5	25.00
					정신재활시설	10	43.48	13	56.52
					정신의료기관	19	59.38	13	40.63
공동생활가정	49	65.33	26	34.67	정신요양시설	12	60.00	8	40.00
					정신재활시설	15	65.22	8	34.78
					정신의료기관	22	68.75	10	31.25
지역사회전환시설	63	84.00	12	16.00	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	19	82.61	4	17.39
					정신의료기관	26	81.25	6	18.75
직업재활시설	48	64.00	27	36.00	정신요양시설	15	75.00	5	25.00
					정신재활시설	9	39.13	14	60.87
					정신의료기관	24	75.00	8	25.00
아동·청소년 정신건강지원시설	61	81.33	14	18.67	정신요양시설	15	75.00	5	25.00
					정신재활시설	19	82.61	4	17.39
					정신의료기관	27	84.38	5	15.63

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체				시설유형별				
	모른다		알고 있다		구분	모른다		알고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
중독자재활시설	65	86.67	10	13.33	정신요양시설	17	85.00	3	15.00
					정신재활시설	19	82.61	4	17.39
					정신의료기관	29	90.63	3	9.38
생산품 판매시설	68	90.67	7	9.33	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	20	86.96	3	13.04
					정신의료기관	30	93.75	2	6.25
종합시설	65	86.67	10	13.33	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	26	81.25	6	18.75

정신건강 관련 기관의 인지 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 보건소(63명, 84.00%)와 정신의료기관(63명, 84.00%)에 대한 인지도가 가장 높았고, 다음으로는 정신건강복지센터(57명, 76.00%)의 인지도가 높은 것으로 나타났다. 반면, 생산품판매시설(7명, 9.33%), 중독자재활시설(10명, 13.33%)와 종합시설(10명, 13.33%)의 인지도는 낮은 것으로 나타났다.

2) 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부

〈표 5-56〉 정신건강 관련 기관 이용 경험 여부 : 가족

구분	전체				시설유형별				
	경험 없음		경험 있음		구분	경험 없음		경험 있음	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**4**	**5.33**	**71**	**94.67**	정신요양시설	0	0.00	20	100
					정신재활시설	1	4.35	22	95.65
					정신의료기관	3	9.38	29	90.63
정신요양시설	46	61.33	29	38.67	정신요양시설	0	0.00	20	100
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	25	78.13	7	21.88
보건소	**40**	**53.33**	**35**	**46.67**	정신요양시설	10	50.00	10	50.00
					정신재활시설	14	60.87	9	39.13
					정신의료기관	16	50.00	16	50.00
정신건강복지센터	**37**	**49.33**	**38**	**50.67**	정신요양시설	15	75.00	5	25.00
					정신재활시설	8	34.78	15	65.22
					정신의료기관	14	43.75	18	56.25

구분	전체				시설유형별				
	경험 없음		경험 있음		구분	경험 없음		경험 있음	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
생활시설	59	78.67	16	21.33	정신요양시설	10	50.00	10	50.00
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	28	87.50	4	12.50
주간재활시설	56	74.67	19	25.33	정신요양시설	20	100	0	0.00
					정신재활시설	12	52.17	11	47.83
					정신의료기관	24	75.00	8	25.00
공동생활가정	71	94.67	4	5.33	정신요양시설	20	100	0	0.00
					정신재활시설	22	95.65	1	4.35
					정신의료기관	29	90.63	3	9.38
지역사회전환시설	71	94.67	4	5.33	정신요양시설	20	100	0	0.00
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	30	93.75	2	6.25
직업재활시설	63	84.00	12	16.00	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	16	69.57	7	30.43
					정신의료기관	29	90.63	3	9.38
아동·청소년 정신건강지원시설	72	96.00	3	4.00	정신요양시설	19	95.00	1	5.00
					정신재활시설	22	95.65	1	4.35
					정신의료기관	31	96.88	1	3.13
중독자재활시설	75	100.00	0	0.00	정신요양시설	20	100	0	0.00
					정신재활시설	23	100	0	0.00
					정신의료기관	32	100	0	0.00
생산품 판매시설	71	94.67	4	5.33	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	32	100	0	0.00
종합시설	70	93.33	5	6.67	정신요양시설	18	90.00	2	10.00
					정신재활시설	21	91.30	2	8.70
					정신의료기관	31	96.88	1	3.13

정신건강 관련 기관 이용 경험 여부에 대해 질문하였다. 그 결과, 정신의료기관(71명, 94.67%)의 이용경험이 가장 많았고 다음으로는 정신건강복지센터(38명, 50.67%), 보건소(35명, 46.67%) 순으로 이용경험이 많았다. 반면, 중독자재활시설(0명, 0.00%)은 이용경험이 전무 하였으며, 아동청소년정신건강지원시설(3명, 4.00%)의 이용 경험 비율이 다음으로 낮았다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도

〈표 5-57〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 만족도 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	75	1.79	0.81	59.62	8	정신요양시설	20	1.55	0.60	51.67
						정신재활시설	23	1.45	0.86	48.48
						정신의료기관	32	2.21	0.73	73.56
정신요양시설	75	2.00	0.65	66.67	6	정신요양시설	20	2.20	0.62	73.33
						정신재활시설	23	1.50	0.71	50.00
						정신의료기관	32	1.57	0.53	52.38
보건소	**75**	**2.06**	**0.68**	**68.57**	**2**	정신요양시설	20	2.10	0.32	70.00
						정신재활시설	23	2.33	0.71	77.78
						정신의료기관	32	1.88	0.81	62.50
정신건강복지센터	**75**	**2.03**	**0.82**	**67.54**	**3**	정신요양시설	20	1.80	0.45	60.00
						정신재활시설	23	2.13	0.74	71.11
						정신의료기관	32	2.00	0.97	66.67
생활시설	75	1.88	0.62	62.50	7	정신요양시설	20	2.00	0.47	66.67
						정신재활시설	23	1.50	0.71	50.00
						정신의료기관	32	1.75	0.96	58.33
주간재활시설	**75**	**2.11**	**0.66**	**70.18**	**1**	정신요양시설	20	0.00	0.00	0.00
						정신재활시설	23	2.09	0.83	69.70
						정신의료기관	32	2.13	0.35	70.83
공동생활가정	75	1.50	0.58	50.00	11	정신요양시설	20	0.00	0.00	0.00
						정신재활시설	23	1.00	0.00	33.33
						정신의료기관	32	1.67	0.58	55.56
지역사회전환시설	75	2.00	0.82	66.67	4	정신요양시설	20	0.00	0.00	0.00
						정신재활시설	23	1.50	0.71	50.00
						정신의료기관	32	2.50	0.71	83.33
직업재활시설	75	1.75	0.87	58.33	9	정신요양시설	20	1.00	0.00	33.33
						정신재활시설	23	2.00	0.82	66.67
						정신의료기관	32	1.67	1.15	55.56
아동·청소년 정신건강지원시설	75	1.33	1.15	44.44	12	정신요양시설	20	2.00	0.00	66.67
						정신재활시설	23	0.00	0.00	0.00
						정신의료기관	32	2.00	0.00	66.67
중독자재활시설	75	0.0	0.0	0.0	13	정신요양시설	20	0.00	0.00	0.00
						정신재활시설	23	0.00	0.00	0.00
						정신의료기관	32	0.00	0.00	0.00

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
생산품 판매시설	75	1.75	0.50	58.33	9	정신요양시설	20	2.00	0.00	66.67
						정신재활시설	23	1.50	0.71	50.00
						정신의료기관	32	0.00	0.00	0.00
종합시설	75	2.00	0.00	66.67	4	정신요양시설	20	2.00	0.00	66.67
						정신재활시설	23	2.00	0.00	66.67
						정신의료기관	32	2.00	0.00	66.67
기관에 대한 만족도 종합	75	1.71	-	57.00	-	정신요양시설	20	1.39	-	46.33
						정신재활시설	23	1.58	-	52.67
						정신의료기관	32	1.78	-	59.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 만족 않음 ⓪ ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

정신건강 관련 기관 이용 경험이 있는 가족을 대상으로 이용에 대한 만족도를 조사하였다. 만족도 전체 평균은 2.48점으로 100점 만점 기준 57.00점으로 평균을 약간 상회하는 수준의 만족도를 보였다. 만족도가 높았던 순으로 시설 유형을 나열해보면, 주간재활시설(100점 만점 기준 70.18점), 보건소(100점 만점 기준 68.57점), 정신건강복지센터(100점 만점 기준 67.54점) 순으로 만족도가 높았다. 반면, 아동청소년정신건강지원시설(100점 만점 기준 44.44점), 공동생활가정(100점 만점 기준 50.00점) 순으로 만족도가 낮은 것으로 나타났다.

4) 탈원화에 대한 생각

〈표 5-58〉 탈원화에 대한 생각 : 가족

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	매우 동의하지 않음		동의하지 않음		동의함		매우 동의함	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신장애인복지서비스 전달체계부서에 대한 의견	전체	75	1.77	1.17	59.11	18	24.00	7	9.33	24	32.00	26	34.67
	정신요양시설	20	0.60	0.99	20.00	13	65.00	4	20.00	1	5.00	2	10.00
	정신재활시설	23	2.57	0.59	85.51	0	0.00	1	4.35	8	34.78	14	60.87
	입원병원	32	1.94	1.01	64.58	5	15.63	2	6.25	15	46.88	10	31.25

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 동의 않음 ⓪ ↔ 매우 동의 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회 humanrights.go.kr

탈원화에 대한 개념적 정의를 설명하고 이에 대해 얼마나 동의하는지를 질문하였다. 탈원화에 동의하는 비율이 전체의 66.67%(매우 동의함 34.67%, 동의함 32%)를 차지하였으나, 매우 동의하지 않는다는 비율도 24% 나타났다. 시설 유형별로 동의 비율이 상이하였는데, 정신재활시설(매우 동의함 60.87%, 동의함 34.78%)과 정신의료기관(매우 동의함 31.25%, 동의함 46.88%)은 탈원화에 동의하는 비율이 상대적으로 높게 나타났고 당사자의 응답 결과와도 유사하다. 반면, 정신요양시설의 경우 탈원화에 동의하지 않는 비율이 85.0%(매우 동의하지 않음 65.0%, 동의하지 않음 20%)로 오히려 높게 나타났고, 그 정도 또한 당사자의 동의하지 않는 비율 58.0%(매우 동의하지 않음 36.0%, 동의하지 않음 22.0%)에 비해서도 더 높게 나타나 시설 특성 및 가족의 상황에 따라 탈원화에 대해 생각이 달라질 수 있음을 알 수 있다.

5) 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황

탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 어떤 영역에 대해 부족함을 느끼는지에 대해 현황을 조사하였다. 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스로는 정신장애인을 지원하는 지역사회 프로그램 및 서비스, 지역사회 서비스 정보 제공 및 연계, 주거서비스, 일자리, 가족의 부담을 덜 수 있는 돌봄 서비스 등 총 14가지 문항으로 구성되어 있다.

〈표 5-59〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	75	2.19	0.80	72.89	10	정신요양시설	20	2.15	0.88	71.67
						정신재활시설	23	2.35	0.71	78.26
						정신의료기관	32	2.09	0.82	69.79
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	75	2.20	0.75	73.33	8	정신요양시설	20	2.15	0.88	71.67
						정신재활시설	23	2.39	0.50	79.71
						정신의료기관	32	2.09	0.82	69.79
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	75	2.15	0.77	71.56	11	정신요양시설	20	2.20	0.83	73.33
						정신재활시설	23	2.39	0.58	79.71
						정신의료기관	32	1.94	0.80	64.58
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	75	1.76	0.80	58.67	13	정신요양시설	20	1.85	0.88	61.67
						정신재활시설	23	1.70	0.93	56.52
						정신의료기관	32	1.75	0.67	58.33

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	75	2.20	0.64	73.33	8	정신요양시설	20	2.30	0.47	76.67
						정신재활시설	23	2.35	0.78	78.26
						정신의료기관	32	2.03	0.59	67.71
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	75	2.41	0.64	80.44	4	정신요양시설	20	2.40	0.50	80.00
						정신재활시설	23	2.57	0.73	85.51
						정신의료기관	32	2.31	0.64	77.08
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	75	2.41	0.72	80.44	4	정신요양시설	20	2.20	0.70	73.33
						정신재활시설	23	2.61	0.72	86.96
						정신의료기관	32	2.41	0.71	80.21
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	**75**	**2.45**	**0.70**	**81.78**	**3**	정신요양시설	20	2.50	0.61	83.33
						정신재활시설	23	2.43	0.79	81.16
						정신의료기관	32	2.44	0.72	81.25
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 재정적 부담이 더 크다.	75	2.24	0.80	74.67	7	정신요양시설	20	2.50	0.51	83.33
						정신재활시설	23	2.17	0.89	72.46
						정신의료기관	32	2.13	0.87	70.83
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 돌봄 부담이 더 크다.	75	2.32	0.68	77.33	6	정신요양시설	20	2.50	0.51	83.33
						정신재활시설	23	2.09	0.79	69.57
						정신의료기관	32	2.38	0.66	79.17
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	75	1.99	0.83	66.22	12	정신요양시설	20	2.05	0.60	68.33
						정신재활시설	23	1.96	0.88	65.22
						정신의료기관	32	1.97	0.93	65.63
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	75	1.72	0.81	57.33	14	정신요양시설	20	1.65	0.88	55.00
						정신재활시설	23	1.91	0.90	63.77
						정신의료기관	32	1.63	0.71	54.17
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	**75**	**2.53**	**0.60**	**84.44**	**1**	정신요양시설	20	2.40	0.50	80.00
						정신재활시설	23	2.74	0.45	91.30
						정신의료기관	32	2.47	0.72	82.29
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	**75**	**2.48**	**0.66**	**82.67**	**2**	정신요양시설	20	2.30	0.73	76.67
						정신재활시설	23	2.78	0.42	92.75
						정신의료기관	32	2.38	0.71	79.17
탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 의견 종합	75	2.22	0.50	73.94	-	정신요양시설	20	2.23	0.47	74.17
						정신재활시설	23	2.32	0.51	77.23
						정신의료기관	32	2.14	0.51	71.43

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 그렇지 않음 ⓪ ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회 humanrights.go.kr

탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 의견 전반의 평균은 2.22점(100점 만점 기준 73.94점)으로 대다수의 가족이 관련 제도 및 서비스에 대한 부족함을 느끼는 것으로 나타났다. 영역별로 가장 부족한 서비스를 순위로 나열해보면, 가장 부족한 서비스로는 편견과 낙인(100점 만점 기준 84.44점), 다음으로는 권익옹호제도(100점 만점 기준 82.67점), 정신장애인이 지역사회에서 생활할 때 가족의 돌봄부담(100점 만점 기준 81.78점)에 부족함을 느끼는 것으로 나타났다. 시설 유형별로 살펴보았을 때는 정신재활시설 당사자 가족이 100점 만점 기준 77.23점으로 가장 부족함을 느꼈으며, 상대적으로 정신의료기관(100점 만점 기준 71.43점)과 정신요양시설(100점 만점 기준 74.17점) 당사자 가족이 느끼는 부족함의 정도는 낮은 것으로 나타났다.

4. 국제인권기준 관련 인식

1) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도

국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도에 대해 질문하였다. 국제인권기준 관련 제도 및 서비스의 경우 국내에 도입되지 않은 경우가 대부분이기 때문에 모름에 대한 응답 문항을 별도로 두었다.

〈표 5-60〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 : 가족

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
전반적인 인권 보장에 대한 지원	**75**	**5**	**6.67**	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	2	6.25
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	**75**	**10**	**13.33**	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	6	18.75
의사결정지원	**75**	**7**	**9.33**	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	4	12.50
개인맞춤형 회복 환경 조성	75	3	4.00	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	1	3.13

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	75	2	2.67	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	0	0.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	75	2	2.67	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	0	0.00
강점에 근거한 서비스 지원	75	7	9.33	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	3	9.38
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	75	3	4.00	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	1	3.13
집단동료지원	75	4	5.33	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	1	3.13
개인동료지원	75	4	5.33	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	1	3.13
권익옹호와 관련 모니터링	75	5	6.67	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	2	6.25
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	75	5	6.67	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	1	3.13
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	75	2	2.67	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	0	0.00
병원기반 사례관리	75	6	8.00	정신요양시설	20	3	15.00
				정신재활시설	23	3	13.04
				정신의료기관	32	0	0.00
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	75	3	4.00	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	0	0.00
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	75	3	4.00	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	0	0.00

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	75	3	4.00	정신요양시설	20	1	5.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	0	0.00
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	75	3	4.00	정신요양시설	20	2	10.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	0	0.00
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 종합	75	-	5.70	정신요양시설	20	2	7.78
				정신재활시설	23	2	6.52
				정신의료기관	32	1	3.82

필요도 모름 응답 비중에 대한 분석 결과, 평균적으로 5.70%의 가족들이 국제인권기준 관련 제도 및 서비스에 대한 필요도에 '모름'으로 응답한 것으로 나타났다. 구체적으로 유엔 장애인권리협약에 대한 교육의 모름 응답 비율이 가장 높았으며(10명, 13.33%), 의사결정지원(7명, 9.33%), 전반적 인권보장에 대한 지원(5명, 6.67%) 순으로 모름 응답 비율이 높은 것으로 나타났다. 또한 시설 유형별에 따라 살펴보면, 정신요양시설(7.78%), 정신재활시설(6.52%), 정신의료기관(3.82%) 순으로 모름 응답 비율이 높았다.

〈표 5-61〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	75	2.29	0.64	76.19	5	정신요양시설	20	2.11	0.81	70.18
						정신재활시설	23	2.33	0.58	77.78
						정신의료기관	32	2.37	0.56	78.89
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	75	2.15	0.73	71.79	15	정신요양시설	20	1.89	0.76	62.96
						정신재활시설	23	2.38	0.59	79.37
						정신의료기관	32	2.15	0.78	71.79
의사결정지원	75	2.16	0.64	72.06	14	정신요양시설	20	1.89	0.76	62.96
						정신재활시설	23	2.18	0.50	72.73
						정신의료기관	32	2.32	0.61	77.38
개인맞춤형 회복 환경 조성	**75**	**2.36**	**0.54**	**78.70**	**3**	정신요양시설	20	2.26	0.65	75.44
						정신재활시설	23	2.27	0.46	75.76
						정신의료기관	32	2.48	0.51	82.80

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	**75**	**2.41**	**0.57**	**80.37**	**1**	정신요양시설	20	2.37	0.68	78.95
						정신재활시설	23	2.41	0.50	80.30
						정신의료기관	32	2.44	0.56	81.25
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	**75**	**2.40**	**0.59**	**79.91**	**2**	정신요양시설	20	2.32	0.67	77.19
						정신재활시설	23	2.36	0.58	78.79
						정신의료기관	32	2.47	0.57	82.29
강점에 근거한 서비스 지원	75	2.28	0.62	75.98	6	정신요양시설	20	2.11	0.68	70.37
						정신재활시설	23	2.29	0.56	76.19
						정신의료기관	32	2.38	0.62	79.31
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	75	2.31	0.62	76.85	4	정신요양시설	20	2.11	0.66	70.18
						정신재활시설	23	2.41	0.59	80.30
						정신의료기관	32	2.35	0.61	78.49
집단동료지원	75	2.24	0.69	74.65	11	정신요양시설	20	2.06	0.80	68.52
						정신재활시설	23	2.41	0.59	80.30
						정신의료기관	32	2.23	0.67	74.19
개인동료지원	75	2.24	0.64	74.65	10	정신요양시설	20	2.11	0.83	70.37
						정신재활시설	23	2.27	0.55	75.76
						정신의료기관	32	2.29	0.59	76.34
권익옹호와 관련 모니터링	75	2.14	0.67	71.43	16	정신요양시설	20	1.89	0.83	62.96
						정신재활시설	23	2.23	0.43	74.24
						정신의료기관	32	2.23	0.68	74.44
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	75	2.07	0.67	69.05	18	정신요양시설	20	1.89	0.76	62.96
						정신재활시설	23	2.14	0.48	71.43
						정신의료기관	32	2.13	0.72	70.97
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	75	2.22	0.65	73.97	12	정신요양시설	20	2.11	0.81	70.18
						정신재활시설	23	2.18	0.59	72.73
						정신의료기관	32	2.31	0.59	77.08
병원기반 사례관리	75	2.12	0.65	70.53	17	정신요양시설	20	1.82	0.81	60.78
						정신재활시설	23	2.15	0.49	71.67
						정신의료기관	32	2.25	0.62	75.00
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	75	2.28	0.68	75.93	8	정신요양시설	20	2.16	0.69	71.93
						정신재활시설	23	2.24	0.77	74.60
						정신의료기관	32	2.38	0.61	79.17

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	75	2.17	0.67	72.22	13	정신요양시설	20	1.95	0.85	64.91
						정신재활시설	23	2.24	0.62	74.60
						정신의료기관	32	2.25	0.57	75.00
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	75	2.28	0.68	75.93	7	정신요양시설	20	2.05	0.85	68.42
						정신재활시설	23	2.38	0.59	79.37
						정신의료기관	32	2.34	0.60	78.13
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	75	2.25	0.67	75.00	9	정신요양시설	20	1.94	0.80	64.81
						정신재활시설	23	2.36	0.58	78.79
						정신의료기관	32	2.34	0.60	78.13
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 종합	75	2.63	1.24	87.63	-	정신요양시설	20	2.04	0.65	67.94
						정신재활시설	23	2.36	0.46	78.70
						정신의료기관	32	2.35	0.54	78.21

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

국제인권기준 관련 서비스 필요도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문하였다. 분석 결과, 전체 평균은 2.63점(100점 만점 기준 87.63점)으로 나타나 국제 인권 기준 관련 서비스에 대한 필요도를 높은 수준으로 인식하는 것으로 나타났다. 구체적으로 영역별 필요도 1-3순위를 나열하면, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 '정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경제공(100점 만점 기준 80.37점)'에 대한 필요도와 '위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 79.91점)'이 공동 1순위로 나타났으며, 다음으로는 '개인맞춤형회복 환경조성(100점 만점 기준 78.70점)'에 대한 필요 정도가 높았다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신의료기관(100점 만점 기준 78.70점)과 정신재활시설(100점 만점 기준 78.70점) 이용당사자 가족의 필요도 평균이 가장 높았으며, 상대적으로 정신요양시설(100점 만점 기준 67.94점) 순으로 필요도 평균이 낮았다.

2) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도

국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분 정도에 대해 질문하였다. 마찬가지로, 국제인권기준 관련 제도 및 서비스의 경우 국내에 도입되지 않은 경우가 대부분이기 때문에 모름에 대한 응답 문항을 별도로 두었다.

〈표 5-62〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 미인지 비율 : 가족

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
전반적인 인권 보장에 대한 지원	**75**	**24**	**32.00**	정신요양시설	20	8	40.00
				정신재활시설	23	5	21.74
				정신의료기관	32	11	34.38
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	**75**	**32**	**42.67**	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	8	34.78
				정신의료기관	32	15	46.88
의사결정지원	75	23	30.67	정신요양시설	20	7	35.00
				정신재활시설	23	5	21.74
				정신의료기관	32	11	34.38
개인맞춤형 회복 환경 조성	75	18	24.00	정신요양시설	20	7	35.00
				정신재활시설	23	3	13.04
				정신의료기관	32	8	25.00
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	75	17	22.67	정신요양시설	20	7	35.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	8	25.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	75	15	20.00	정신요양시설	20	7	35.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	7	21.88
강점에 근거한 서비스 지원	75	21	28.00	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	11	34.38
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	75	20	26.67	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	10	31.25
집단동료지원	75	20	26.67	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	9	28.13
개인동료지원	75	19	25.33	정신요양시설	20	8	40.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	9	28.13

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체			시설유형별			
	전체 N	모름응답 N	비율	구분	전체 N	모름응답 N	비율
권익옹호와 관련 모니터링	75	23	30.67	정신요양시설	20	10	50.00
				정신재활시설	23	3	13.04
				정신의료기관	32	10	31.25
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	**75**	**24**	**32.00**	정신요양시설	20	10	50.00
				정신재활시설	23	4	17.39
				정신의료기관	32	10	31.25
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	75	20	26.67	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	9	28.13
병원기반 사례관리	**75**	**24**	**32.00**	정신요양시설	20	11	55.00
				정신재활시설	23	3	13.04
				정신의료기관	32	10	31.25
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	75	16	21.33	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	1	4.35
				정신의료기관	32	6	18.75
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	75	21	28.00	정신요양시설	20	10	50.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	9	28.13
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	75	20	26.67	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	3	13.04
				정신의료기관	32	8	25.00
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	75	20	26.67	정신요양시설	20	9	45.00
				정신재활시설	23	2	8.70
				정신의료기관	32	9	28.13
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 미인지 비율 종합	75	21	27.93	정신요양시설	20	9	43.61
				정신재활시설	23	3	12.08
				정신의료기관	32	9	29.23

충분도에 대한 모름 응답 비율 분석 결과, 평균적으로 27.93%의 가족들이 국제인권기준 관련 제도 및 서비스에 대한 충분도에 '모름'으로 응답한 것으로 나타났다. 구체적으로 '유엔 장애인권리협약에 대한 교육'의 모름 응답비율이 가장 높았으며(32명, 42.067%), '전반적 인권보장에 관한 지원(24명, 43.00%)', '정신건강 관련 시민단체를 통한 모니터링(24명, 43.00%)'과 '병원기반 사례관리(24명, 43.00%)'가 동일한 비율로 '모름' 응답 비율이 높은 것으로 나타났다. 또한 시설 유형별로는 정신요양시설(43.61%) 가족의 '모름' 응답 비율이 높았으며, 상대적으로 정신재활시설(12.08%) 가족의 모름 응답 비율이 낮았다.

〈표 5-63〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	**75**	**0.84**	**0.64**	**28.10**	**3**	정신요양시설	20	1.25	0.87	41.67
						정신재활시설	23	0.72	0.57	24.07
						정신의료기관	32	0.71	0.46	23.81
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	75	0.74	0.66	24.81	14	정신요양시설	20	1.09	0.83	36.36
						정신재활시설	23	0.67	0.62	22.22
						정신의료기관	32	0.59	0.51	19.61
의사결정지원	**75**	**0.87**	**0.69**	**28.85**	**1**	정신요양시설	20	1.08	0.76	35.90
						정신재활시설	23	0.83	0.71	27.78
						정신의료기관	32	0.76	0.62	25.40
개인맞춤형 회복 환경 조성	75	0.81	0.67	26.90	7	정신요양시설	20	0.92	0.86	30.77
						정신재활시설	23	0.80	0.70	26.67
						정신의료기관	32	0.75	0.53	25.00
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	75	0.81	0.69	27.01	5	정신요양시설	20	1.15	0.80	38.46
						정신재활시설	23	0.67	0.66	22.22
						정신의료기관	32	0.75	0.61	25.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	75	0.73	0.66	24.44	15	정신요양시설	20	0.92	0.86	30.77
						정신재활시설	23	0.59	0.67	19.70
						정신의료기관	32	0.76	0.52	25.33
강점에 근거한 서비스 지원	75	0.80	0.66	26.54	11	정신요양시설	20	1.27	0.65	42.42
						정신재활시설	23	0.59	0.59	19.70
						정신의료기관	32	0.76	0.62	25.40
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	75	0.80	0.68	26.67	9	정신요양시설	20	1.18	0.75	39.39
						정신재활시설	23	0.64	0.66	21.21
						정신의료기관	32	0.77	0.61	25.76
집단동료지원	75	0.84	0.69	27.88	4	정신요양시설	20	1.00	0.89	33.33
						정신재활시설	23	0.76	0.62	25.40
						정신의료기관	32	0.83	0.65	27.54
개인동료지원	75	0.80	0.59	26.79	8	정신요양시설	20	1.08	0.67	36.11
						정신재활시설	23	0.71	0.56	23.81
						정신의료기관	32	0.74	0.54	24.64
권익옹호와 관련 모니터링	75	0.81	0.63	26.92	6	정신요양시설	20	1.20	0.79	40.00
						정신재활시설	23	0.75	0.55	25.00
						정신의료기관	32	0.68	0.57	22.73

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	**75**	**0.86**	**0.63**	**28.76**	**2**	정신요양시설	20	1.20	0.79	40.00
						정신재활시설	23	0.68	0.48	22.81
						정신의료기관	32	0.86	0.64	28.79
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	75	0.78	0.60	26.06	12	정신요양시설	20	1.09	0.70	36.36
						정신재활시설	23	0.67	0.58	22.22
						정신의료기관	32	0.74	0.54	24.64
병원기반 사례관리	75	0.75	0.69	24.84	13	정신요양시설	20	1.11	0.78	37.04
						정신재활시설	23	0.60	0.60	20.00
						정신의료기관	32	0.73	0.70	24.24
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	75	0.80	0.66	26.55	10	정신요양시설	20	1.00	0.77	33.33
						정신재활시설	23	0.73	0.70	24.24
						정신의료기관	32	0.77	0.59	25.64
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	75	0.70	0.69	23.46	17	정신요양시설	20	1.10	0.74	36.67
						정신재활시설	23	0.67	0.80	22.22
						정신의료기관	32	0.57	0.51	18.84
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	75	0.65	0.73	21.82	18	정신요양시설	20	1.09	0.83	36.36
						정신재활시설	23	0.50	0.83	16.67
						정신의료기관	32	0.58	0.50	19.44
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	75	0.73	0.73	24.24	16	정신요양시설	20	1.18	0.75	39.39
						정신재활시설	23	0.62	0.86	20.63
						정신의료기관	32	0.61	0.50	20.29
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분 정도 종합	75	0.77	0.60	25.58	-	정신요양시설	20	1.09	0.77	36.42
						정신재활시설	23	0.65	0.54	21.51
						정신의료기관	32	0.68	0.52	22.80

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

국제인권기준 관련 서비스 충분도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문한 결과는 다음과 같다. 전체 평균은 0.77점(100점 만점 기준 25.58점)으로 나타나 국제인권 기준 관련 서비스에 대한 필요도에 비하여 충분도에 대한 인식이 낮은 것으로 나타났다. 충분도가 높은 영역별로 순위를 나열하면, '의사결정 지원(100점 만점 기준 30.39점)'에 대한 충분도가 1순위로 나타났으며, 2순위로는 정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링(100점 만점 기준 28.76점)', 3순위로는 '전반적 인권 보장에 관한 지원(100점 만점 기준 28.10점)'이 충분한 것으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설(100점 만점 기준 36.42점)의 충분도 평균이 가장 높았으며, 상대적으로

정신재활시설(100점 만점 기준 21.51점)과 정신의료기관(100점 만점 기준 22.80점)의 충분도 평균이 가장 낮은 것으로 나타났다.

3) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

국제인권기준 관련 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이며, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 의미한다. 응답자별로 각 서비스 항목별로 필요도 점수에서 충분도 점수를 차감한 값에 대한 평균값과 표준편차를 아래 표에 제시하였다.

〈표 5-64〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 가족

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	75	1.56	0.94	52.08	7	정신요양시설	20	1.27	1.10	42.42
						정신재활시설	23	1.65	0.86	54.90
						정신의료기관	32	1.65	0.93	55.00
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	75	1.64	0.96	54.70	4	정신요양시설	20	1.20	0.92	40.00
						정신재활시설	23	1.86	0.95	61.90
						정신의료기관	32	1.73	0.96	57.78
의사결정지원	75	1.34	0.98	44.67	17	정신요양시설	20	.92	0.76	30.77
						정신재활시설	23	1.35	1.06	45.10
						정신의료기관	32	1.60	0.99	53.33
개인맞춤형 회복 환경 조성	75	1.59	0.97	52.98	6	정신요양시설	20	1.54	1.13	51.28
						정신재활시설	23	1.47	1.07	49.12
						정신의료기관	32	1.71	0.81	56.94
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	**75**	**1.65**	**0.97**	**54.97**	**3**	정신요양시설	20	1.46	0.97	48.72
						정신재활시설	23	1.75	1.02	58.33
						정신의료기관	32	1.67	0.96	55.56
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	**75**	**1.69**	**1.00**	**56.50**	**2**	정신요양시설	20	1.62	1.19	53.85
						정신재활시설	23	1.76	1.00	58.73
						정신의료기관	32	1.68	0.95	56.00
강점에 근거한 서비스 지원	75	1.48	0.98	49.36	14	정신요양시설	20	.91	0.83	30.30
						정신재활시설	23	1.70	0.92	56.67
						정신의료기관	32	1.57	1.03	52.38

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	75	1.56	0.98	51.85	9	정신요양시설	20	1.09	1.14	36.36
						정신재활시설	23	1.81	0.87	60.32
						정신의료기관	32	1.55	0.96	51.52
집단동료지원	75	1.53	1.05	50.94	10	정신요양시설	20	1.45	1.21	48.48
						정신재활시설	23	1.70	0.92	56.67
						정신의료기관	32	1.41	1.10	46.97
개인동료지원	75	1.50	0.86	50.00	11	정신요양시설	20	1.42	1.00	47.22
						정신재활시설	23	1.55	0.83	51.67
						정신의료기관	32	1.50	0.86	50.00
권익옹호와 관련 모니터링	75	1.39	0.98	46.41	16	정신요양시설	20	1.00	1.05	33.33
						정신재활시설	23	1.42	0.84	47.37
						정신의료기관	32	1.55	1.06	51.52
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	75	1.29	1.00	42.86	18	정신요양시설	20	1.00	1.05	33.33
						정신재활시설	23	1.35	0.86	45.10
						정신의료기관	32	1.36	1.09	45.45
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	75	1.50	0.93	50.00	11	정신요양시설	20	1.45	0.93	48.48
						정신재활시설	23	1.50	1.00	50.00
						정신의료기관	32	1.52	0.90	50.72
병원기반 사례관리	75	1.48	0.97	49.31	15	정신요양시설	20	1.11	1.17	37.04
						정신재활시설	23	1.59	0.80	52.94
						정신의료기관	32	1.55	1.01	51.52
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	75	1.49	1.15	49.71	13	정신요양시설	20	1.36	1.12	45.45
						정신재활시설	23	1.45	1.39	48.33
						정신의료기관	32	1.58	0.99	52.56
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	75	1.56	0.98	51.92	8	정신요양시설	20	1.20	1.23	40.00
						정신재활시설	23	1.58	1.02	52.63
						정신의료기관	32	1.70	0.82	56.52
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	**75**	**1.74**	**1.01**	**58.02**	**1**	정신요양시설	20	1.36	1.36	45.45
						정신재활시설	23	1.89	0.99	63.16
						정신의료기관	32	1.79	0.83	59.72
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	75	1.61	1.07	53.70	5	정신요양시설	20	1.09	1.14	36.36
						정신재활시설	23	1.75	1.12	58.33
						정신의료기관	32	1.74	0.96	57.97
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이종합	75	1.63	0.94	54.41	-	정신요양시설	20	1.29	0.95	43.00
						정신재활시설	23	1.86	0.90	62.12
						정신의료기관	32	1.67	0.96	55.69

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

분석 결과, 국제인권기준 관련서비스 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 1.58점(100점 만점 기준 52.82점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 나타나 응답자들이 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않고 있음을 알 수 있다. 세부영역별로는 살펴보면 '자립생활을 지원하는 지원주거서비스(100점 만점 기준 58.02점)'의 가장 갭 차이가 큰 것으로 나타났고, 다음으로, '위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 56.50점)', '정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공(100점 만점 기준 54.97점)'이 그 다음 순서로 차이가 높은 영역으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보면, 정신재활시설 이용 당사자 가족(100점 만점 기준 62.12점)이 느끼는 전체 서비스의 필요도와 충분도 차이값 평균이 가장 큰 것으로 나타났고, 상대적으로 정신요양시설(100점 만점 기준 43.00점)의 갭 차이가 가장 적었다.

5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

「장애인복지법」에 의한 장애인복지서비스 108개 사업 중 연구진 간 논의를 통해 정신장애인에게 필요하나 이용에 제한이 있을 것으로 예상되는 48개의 사업에 대한 인지도를 조사하였다.

〈표 5-65〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 가족

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
보육·교육	여성장애인 교육지원	75	0.59	0.64	19.56	정신요양시설	20	0.85	0.75	28.33
						정신재활시설	23	0.61	0.58	20.29
						정신의료기관	32	0.41	0.56	13.54
	장애대학생 교육활동 지원	75	0.60	0.68	20.00	정신요양시설	20	0.85	0.67	28.33
						정신재활시설	23	0.57	0.66	18.84
						정신의료기관	32	0.47	0.67	15.63
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스[3]	75	0.75	0.74	24.89	정신요양시설	20	1.00	0.79	33.33
						정신재활시설	23	0.83	0.78	27.54
						정신의료기관	32	0.53	0.62	17.71
	어린이집 우선입소 지원	75	0.64	0.67	21.33	정신요양시설	20	0.95	0.76	31.67
						정신재활시설	23	0.57	0.66	18.84
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	영역 전체 평균	**75**	**0.64**	**0.59**	**21.44**	**정신요양시설**	**20**	**0.91**	**0.64**	**30.42**
						정신재활시설	**23**	**0.64**	**0.59**	**21.38**
						정신의료기관	**32**	**0.48**	**0.49**	**15.89**
의료·재활지원	발달재활서비스	75	0.67	0.70	22.22	정신요양시설	20	1.05	0.83	35.00
						정신재활시설	23	0.52	0.59	17.39
						정신의료기관	32	0.53	0.62	17.71
	여성장애인 출산비용 지원	75	0.73	0.78	24.44	정신요양시설	20	1.05	0.83	35.00
						정신재활시설	23	0.83	0.83	27.54
						정신의료기관	32	0.47	0.62	15.63
	장애친화 건강검진	75	0.59	0.66	19.56	정신요양시설	20	0.70	0.66	23.33
						정신재활시설	23	0.70	0.76	23.19
						정신의료기관	32	0.44	0.56	14.58
	특수교육대상자 치료지원서비스	75	0.59	0.62	19.56	정신요양시설	20	0.80	0.62	26.67
						정신재활시설	23	0.61	0.58	20.29
						정신의료기관	32	0.44	0.62	14.58
	지역장애인보건 의료센터	75	0.68	0.70	22.67	정신요양시설	20	0.70	0.57	23.33
						정신재활시설	23	1.00	0.85	33.33
						정신의료기관	32	0.44	0.56	14.58
	영역 전체 평균	**75**	**0.65**	**0.58**	**21.69**	**정신요양시설**	**20**	**0.86**	**0.57**	**28.67**
						정신재활시설	**23**	**0.73**	**0.60**	**24.35**
						정신의료기관	**32**	**0.46**	**0.54**	**15.42**
서비스	장애인 활동지원	75	1.09	0.90	36.44	정신요양시설	20	1.30	0.92	43.33
						정신재활시설	23	1.26	0.96	42.03
						정신의료기관	32	0.84	0.81	28.13
	장애아 가족 양육 지원	75	0.71	0.73	23.56	정신요양시설	20	1.10	0.79	36.67
						정신재활시설	23	0.65	0.71	21.74
						정신의료기관	32	0.50	0.62	16.67
	(발달장애인) 공공후견 지원[3]	75	0.60	0.66	20.00	정신요양시설	20	1.00	0.73	33.33
						정신재활시설	23	0.52	0.59	17.39
						정신의료기관	32	0.41	0.56	13.54
	(발달장애인) 부모상담 지원[3]	75	0.69	0.70	23.11	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	0.78	0.74	26.09
						정신의료기관	32	0.56	0.67	18.75
	(발달장애인) 가족휴식 지원[3]	75	0.55	0.62	18.22	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.57	0.66	18.84
						정신의료기관	32	0.41	0.56	13.54

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 거주시설	75	0.88	0.80	29.33	정신요양시설	20	1.10	0.79	36.67
						정신재활시설	23	1.09	0.85	36.23
						정신의료기관	32	0.59	0.71	19.79
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	75	0.64	0.65	21.33	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.78	0.67	26.09
						정신의료기관	32	0.47	0.62	15.63
	공동주택 특별 분양 알선	75	0.75	0.74	24.89	정신요양시설	20	0.85	0.67	28.33
						정신재활시설	23	0.78	0.80	26.09
						정신의료기관	32	0.66	0.75	21.88
	농어촌 장애인 주택개조 지원	75	0.59	0.62	19.56	정신요양시설	20	0.80	0.62	26.67
						정신재활시설	23	0.57	0.66	18.84
						정신의료기관	32	0.47	0.57	15.63
	무료 법률 구조제도 실시	75	0.63	0.69	20.89	정신요양시설	20	0.85	0.67	28.33
						정신재활시설	23	0.65	0.71	21.74
						정신의료기관	32	0.47	0.67	15.63
	장애인 응급안전 알림서비스	75	0.61	0.61	20.44	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.65	0.65	21.74
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67
	영역 전체 평균	**75**	**0.70**	**0.58**	**23.43**	**정신요양시설**	**20**	**0.91**	**0.58**	**30.45**
						정신재활시설	**23**	**0.75**	**0.58**	**25.16**
						정신의료기관	**32**	**0.53**	**0.56**	**17.80**
일자리 · 융자 지원	장애인 고용서비스	75	1.04	0.81	34.67	정신요양시설	20	1.15	0.75	38.33
						정신재활시설	23	1.17	0.83	39.13
						정신의료기관	32	0.88	0.83	29.17
	장애인 일자리지원	75	1.17	0.86	39.11	정신요양시설	20	1.35	0.81	45.00
						정신재활시설	23	1.39	0.84	46.38
						정신의료기관	32	0.91	0.86	30.21
	장애인 생산품 판매시설	75	0.67	0.70	22.22	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.70	0.76	23.19
						정신의료기관	32	0.59	0.71	19.79
	장애인기업 종합지원센터	75	0.67	0.64	22.22	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.70	0.70	23.19
						정신의료기관	32	0.59	0.61	19.79
	장애인 창업점포 지원	75	0.61	0.63	20.44	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.61	0.72	20.29
						정신의료기관	32	0.53	0.57	17.71

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 창업 육성	75	0.65	0.63	21.78	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.65	0.65	21.74
						정신의료기관	32	0.59	0.61	19.79
	중증장애인 직업재활 지원	75	0.72	0.73	24.00	정신요양시설	20	0.80	0.62	26.67
						정신재활시설	23	0.74	0.75	24.64
						정신의료기관	32	0.66	0.79	21.88
	장애인 직업재활시설	75	0.73	0.70	24.44	정신요양시설	20	0.90	0.72	30.00
						정신재활시설	23	0.87	0.76	28.99
						정신의료기관	32	0.53	0.62	17.71
	장애인 자립자금 대여	75	0.59	0.59	19.56	정신요양시설	20	0.75	0.64	25.00
						정신재활시설	23	0.57	0.59	18.84
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	75	0.59	0.59	19.56	정신요양시설	20	0.80	0.62	26.67
						정신재활시설	23	0.61	0.58	20.29
						정신의료기관	32	0.44	0.56	14.58
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의 제공	75	0.60	0.66	20.00	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	0.57	0.73	18.84
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	75	0.69	0.70	23.11	정신요양시설	20	0.90	0.72	30.00
						정신재활시설	23	0.83	0.78	27.54
						정신의료기관	32	0.47	0.57	15.63
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	75	0.65	0.67	21.78	정신요양시설	20	0.90	0.72	30.00
						정신재활시설	23	0.70	0.70	23.19
						정신의료기관	32	0.47	0.57	15.63
	장애인고용 시설 장비 융자· 지원(사업주)	75	0.64	0.61	21.33	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	0.70	0.56	23.19
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67
	장애인 취업성공 패키지	75	0.79	0.76	26.22	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	1.04	0.82	34.78
						정신의료기관	32	0.59	0.71	19.79
	장애인 직업능력개발 (훈련수당)	75	0.80	0.79	26.67	정신요양시설	20	0.90	0.72	30.00
						정신재활시설	23	1.04	0.88	34.78
						정신의료기관	32	0.56	0.72	18.75
	장애인 고용장려금 지원	75	0.83	0.78	27.56	정신요양시설	20	1.00	0.79	33.33
						정신재활시설	23	0.87	0.81	28.99
						정신의료기관	32	0.69	0.74	22.92

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	영역 전체 평균	**75**	**0.73**	**0.57**	**24.39**	**정신요양시설**	**20**	**0.87**	**0.57**	**29.12**
						정신재활시설	**23**	**0.81**	**0.55**	**26.94**
						정신의료기관	**32**	**0.59**	**0.57**	**19.61**
공공요금	유선통신 요금 감면	75	1.11	0.91	36.89	정신요양시설	20	1.05	0.83	35.00
						정신재활시설	23	1.39	0.89	46.38
						정신의료기관	32	0.94	0.95	31.25
	이동통신 요금 감면	75	1.28	0.88	42.67	정신요양시설	20	1.20	0.89	40.00
						정신재활시설	23	1.57	0.73	52.17
						정신의료기관	32	1.13	0.94	37.50
	영역 전체 평균	**75**	**1.19**	**0.84**	**39.78**	**정신요양시설**	**20**	**1.13**	**0.83**	**37.50**
						정신재활시설	**23**	**1.48**	**0.73**	**49.28**
						정신의료기관	**32**	**1.03**	**0.90**	**34.38**
지역사회사업 및 기타	지역사회 중심 재활사업	75	0.79	0.74	26.22	정신요양시설	20	0.95	0.76	31.67
						정신재활시설	23	0.87	0.76	28.99
						정신의료기관	32	0.63	0.71	20.83
	주간보호시설	75	0.97	0.79	32.44	정신요양시설	20	0.95	0.76	31.67
						정신재활시설	23	1.26	0.75	42.03
						정신의료기관	32	0.78	0.79	26.04
	장애인복지관	75	1.31	0.85	43.56	정신요양시설	20	1.50	0.95	50.00
						정신재활시설	23	1.43	0.84	47.83
						정신의료기관	32	1.09	0.78	36.46
	장애인 재가복지 봉사센터	75	0.79	0.70	26.22	정신요양시설	20	0.70	0.66	23.33
						정신재활시설	23	0.83	0.72	27.54
						정신의료기관	32	0.81	0.74	27.08
	장애인체육시설	75	0.76	0.73	25.33	정신요양시설	20	1.05	0.83	35.00
						정신재활시설	23	0.70	0.70	23.19
						정신의료기관	32	0.63	0.66	20.83
	여성장애인 가사도우미 파견	75	0.69	0.68	23.11	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	0.87	0.76	28.99
						정신의료기관	32	0.50	0.57	16.67
	가사·간병 방문 지원사업	75	0.83	0.76	27.56	정신요양시설	20	1.05	0.83	35.00
						정신재활시설	23	1.04	0.82	34.78
						정신의료기관	32	0.53	0.57	17.71
	장애인 재활지원센터	75	0.88	0.82	29.33	정신요양시설	20	1.20	0.83	40.00
						정신재활시설	23	0.96	0.82	31.88
						정신의료기관	32	0.63	0.75	20.83

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	(지적)장애인 자립지원센터[3]	75	0.65	0.71	21.78	정신요양시설	20	0.80	0.70	26.67
						정신재활시설	23	0.65	0.78	21.74
						정신의료기관	32	0.56	0.67	18.75
	영역 전체 평균	**75**	**0.85**	**0.60**	**28.40**	**정신요양시설**	**20**	**1.00**	**0.63**	**33.33**
						정신재활시설	**23**	**0.96**	**0.57**	**31.88**
						정신의료기관	**32**	**0.68**	**0.57**	**22.80**
전체 평균		**75**	**0.75**	**0.55**	**25.04**	**정신요양시설**	**20**	**0.92**	**0.58**	**30.63**
						정신재활시설	**23**	**0.83**	**0.52**	**27.66**
						정신의료기관	**32**	**0.59**	**0.52**	**19.66**

주 1) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ④, 무응답자 제외
주 2) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 알지 못함 ① ↔ 매우 잘 알고 있음 ④, 무응답자 제외
주 3) 조사항목 중 '청소년 방과후 활동서비스, 공공후견지원, 부모상담지원, 가족휴식지원, 장애인자립지원센터'는 발달장애 및 지적장애인에게 제공되고 있는 서비스로, 필요도 설문 문항에서는 현행 서비스와 달리 '장애인'을 위한 서비스라는 전제하에 조사를 실시함.

전반적으로 인지도 평균은 0.85점(100점 만점 기준 25.04점)으로 낮은 수준을 보였다. 이를 통해 응답자 대부분이 장애인복지법에 의한 장애인복지서비스에 대한 인식이 부족한 것을 알 수 있다. 인식이 낮은 순서대로 세부 영역을 살펴보면, 보육 및 교육(100점 만점 기준 21.44점), 의료 및 재활(100점 만점 기준 21.69점), 서비스(100점 만점 기준 23.43점), 일자리(100점 만점 기준 24.39점), 지역사회(100점 만점 기준 28.40점), 공공요금(100점 만점 기준 39.78점) 순으로 나타났다. 시설 유형에 따라서는 정신요양시설 생활인 가족의 인지도가 100점 만점 기준 30.63점으로 가장 높았고, 상대적으로 정신의료기관(100점 만점 기준 19.66점)의 가족은 낮은 수준으로 장애인복지사업에 대해 인지하고 있었다.

6. 가족이 이용(입원, 입소)하고 있는 기관 관련 인식

1) 비용에 대한 인지

〈표 5-66〉 비용에 대한 인지 : 가족

구분		전체		시설유형별					
				정신요양시설		정신재활시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
비용에 대한 인지	알고 있음	49	65.33	11	55.00	16	69.57	22	68.75
	모름	26	34.67	9	45.00	7	30.43	10	31.25
	전체	75	100.00	20	100.00	23	100.00	32	100.00

이용(입원, 입소)하고 있는 기관의 비용에 대해 질문하였다. 비용에 대해서는 알고 있는 경우(49명, 65.33%)가 모르는 경우(26명, 34.67%)보다 많았다. 시설별로 살펴보았을 때도 그 비중은 유사하였다.

1-1) 월 평균 부담 비용

〈표 5-67〉 월 평균 부담 비용 : 가족

구분		전체		시설유형별					
				정신요양시설		정신재활시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
월 부담 비용	1만 원 ~ 10만 원	17	34.70	2	18.19	12	75.00	3	13.64
	11만 원 ~ 20만 원	7	14.29	0	0.00	2	12.50	5	22.73
	21만 원 ~ 30만 원	8	16.33	5	45.45	0	0.00	3	13.64
	31만 원 ~ 40만 원	3	6.12	1	9.09	1	6.25	1	4.55
	41만 원 ~ 50만 원	6	12.24	3	27.27	1	6.25	2	9.08
	51만 원 ~ 60만 원	1	2.04	0	0.00	0	0.00	1	4.55
	61만 원 ~ 70만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	71만 원 ~ 80만 원	1	2.04	0	0.00	0	0.00	1	4.55
	81만 원 ~ 90만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분		전체		시설유형별					
				정신요양시설		정신재활시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
	91만 원 ~ 100만 원	1	2.04	0	0.00	0	0.00	1	4.55
	101만 원 ~ 110만 원	2	4.08	0	0.00	0	0.00	2	9.08
	111만 원 ~ 120만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	121만 원 ~ 130만 원	1	2.04	0	0.00	0	0.00	1	4.55
	131만 원 ~ 140만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	141만 원 ~ 150만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	151만 원 ~ 160만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	161만 원 ~ 170만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	171만 원 ~ 180만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	181만 원 ~ 190만 원	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	9.08
	191만 원 ~ 200만 원	2	4.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	201만 원 이상	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	전체	49	100.00	11	100.00	16	100.00	22	100.00

이용(입원, 입소)하고 있는 기관의 비용을 알고 있는 응답자 49명에 한하여 월 평균 부담 비용을 질문하였다. 전반적으로는 '1~10만원(17명, 34.70%)'이 가장 높은 비중으로 나타났고, 다음으로 '21만원~30만원(8명, 16.33%)', 41만원~50만원(6명, 12.24%)이 높은 비중을 차지하였다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설의 경우 1만원~10만원(12명, 75.00%)의 비중이 높았으나, 정신요양시설의 경우 '21만원~30만원(5명, 45.45%)', 정신의료기관의 경우 '11~20만원(5명, 22.73명)'의 비중이 가장 높았다. 또한, 정신의료기관의 경우 '181~190만원(2명, 9.08%)'의 고액의 치료비를 부담하는 가족도 있는 것으로 나타났다.

1-2) 비용의 부담 정도

〈표 5-68〉 비용의 부담 정도 : 가족

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	전혀부담되지 않음		부담되지않는 편임		보통		부담되는편임		매우부담됨	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
비용 부담 정도	전체	75	3.14	1.35	78.57	9	18.37	5	10.20	14	28.57	12	24.49	9	18.37
	정신요양시설	20	3.18	1.33	79.55	2	18.18	0	0.00	5	45.45	2	18.18	2	18.18
	정신재활시설	23	2.31	1.25	57.81	6	37.50	3	18.75	3	18.75	4	25.00	0	0.00
	정신의료기관	32	3.73	1.16	93.18	1	4.55	2	9.09	6	27.27	6	27.27	7	31.82

주: 1) 평균치 산출방법: 0~4점 범위, 전혀 부담되지 않음 ① ↔ 매우 부담 ⑤, 무응답자 제외

이용(입원, 입소)하고있는 기관의 비용을 알고 있는 응답자에 한하여 비용의 부담 정도를 질문하였다. 전체 평균은 3.14점(100점 만점 기준 75.57점)으로 대부분의 응답자가 '부담을 느끼고 있는 것'으로 나타났다. 시설유형별로는 정신의료기관에 입원중인 당사자의 가족이 100점 만점 기준 93.18점으로 가장 비용에 대한 부담을 느끼고 있었다. 상대적으로 정신재활시설 이용 당사자 가족은 100점 만점 기준 57.81점으로 비용 부담을 덜 느끼고 있었다.

2) 기관 이용에 대한 자기결정권

〈표 5-69〉 기관 이용/입원에 대한 자기결정 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
기관에 대한 자기결정	예	21	40.38	8	40.00	13	40.62
	아니오	31	59.62	12	60.00	19	59.38
	전체	52	100.00	20	100.00	32	100.00

기관 입원/입소 시 본인의 결정으로 입원/입소하게 되었는지 자기결정 여부를 질문하였다. 그 결과, 응답자 중 31명(59.62%)이 '당사자가 아닌 타인이 기관 입원/입소를 결정'했다

국가인권위원회 humanrights.go.kr

고 응답하였다. 시설 유형별로 살펴보았을 때도 유사한 결과를 살펴볼 수 있었다.

2-1) 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우

〈표 5-70〉 기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
기관 이용에 대한 의사결정 주체가 타인인 경우	가족 또는 보호자의 결정	27	87.10	11	91.67	16	84.21
	시·군·구청의 결정	3	9.68	1	8.33	2	10.53
	정신건강복지센터의 결정	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	잘 모르겠음	1	3.23	0	0.00	1	5.26
	기타	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	전체	31	100.01	12	100.00	19	100.00

기관 이용 시 타인의 결정으로 입원하게 된 경우 결정 주체를 질문하였다. 대부분 ‘ 가족 또는 보호자의 결정(27명, 87.10%)’으로 기관 입소/입원을 결정하였으며, ‘시·군·구청의 결정으로 입원(3명, 9.68%)’한 경우도 있었다. 시설 유형에 따라서도 유사한 결과를 살펴볼 수 있었다.

3) 퇴소/퇴원에 대한 자기결정

〈표 5-71〉 퇴원(퇴소)에 대한 자기결정 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원에 대한 자기결정	예	27	51.92	10	50.00	17	53.12
	아니오	25	48.08	10	50.00	15	46.88
	전체	52	100.00	20	100.00	32	100.00

퇴소/퇴원에 대한 자기결정 여부를 질문하였다. 퇴원/퇴소에 대한 자기결정 주체는 '당사자가 결정한 경우'가 27명(51.92%), '타인이 결정한 경우'가 25명(48.08%)으로 유사한 수준이었다. 시설유형별로 살펴보았을 때도 동일한 비중이 나타나는 사실을 확인할 수 있었다.

3-1) 퇴소/퇴원를 결정할 수 없는 이유

〈표 5-72〉 퇴원(퇴소)를 결정할 수 없는 이유 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원을 결정할 수 없는 이유	스스로 생활하기 어려워서 (증상 관리 등)	17	68.00	9	90.00	8	53.33
	거주할 곳이 없어서	1	4.00	1	10.00	0	0.00
	새로운 환경을 두려워해서	1	4.00	0	0.00	1	6.67
	가족에게 피해를 주는 것을 싫어해서	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	보호자가 거부해서	2	8.00	0	0.00	2	13.33
	요양시설/병원에서 거부해서	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	기타	4	16.00	0	0.00	4	26.67
	전체	25	100.00	10	100.00	15	100.00

퇴소/퇴원에 대한 자기결정 여부 문항에 대하여 '아니오'로 응답한 가족들을 대상으로 퇴소/퇴원을 결정할 수 없는 이유에 대해 질문하였다. 퇴원/퇴소를 결정할 수 없는 이유는 '스스로 생활하기 어려워서(17명, 68.00%)'가 가장 많았고, 다음으로는 '보호자가 거부해서(1명, 4%)', '거주할 곳이 없어서(1명, 4%)'가 다음으로 높은 응답 비중을 차지하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3-2) 퇴소/퇴원 이후 희망하는 생활

〈표 5-73〉 퇴원(퇴소) 이후 희망하는 생활 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원 이후 희망하는 생활	가정에서 가족과 함께 생활	14	51.86	2	20.00	12	70.60
	주택을 마련하여 혼자 생활	3	11.11	1	10.00	2	11.76
	마음이 맞는 동료와 생활	1	3.70	1	10.00	0	0.00
	공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활	6	22.22	5	50.00	1	5.88
	기타	3	11.11	1	10.00	2	11.76
	전체	27	100.00	10	100.00	17	100.00

퇴원/퇴소에 대한 결정을 할 수 있다고 응답한 27명의 가족을 대상으로 퇴소 후 당사자가 생활하기를 원하는 방향을 질문하였다. 대부분의 가족들이 '가정에서 가족과 함께 생활하기를 원하였고(14명, 51.86%)', 다음으로는 '공동생활가정에서 생활(6명, 22.22%)'을 희망한다는 의견이 많았다. 다만, 시설 유형별에 따라서 살펴보면 정신요양시설의 경우 '공동생활가정에서 생활(5명, 50.00%)'했으면 좋겠다는 의견이 가장 많았고, 정신의료기관의 경우 '가정에서 가족과 함께 생활(12명, 70.60%)'했으면 좋겠다는 응답 비중이 가장 높았다.

4) 퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담

〈표 5-74〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담	예	19	36.54	2	10.00	17	53.12
	아니오	33	63.46	18	90.00	15	46.88
	전체	52	100.00	20	100.00	32	100.00

퇴원/퇴소 이후의 계획에 대해 상담을 받았는지의 여부를 질문하였다. 그 결과 상담을 받지 못한 응답자(33명, 63.46%)의 비율이 높은 것으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설(18명, 90.00%)의 경우 전체 비율과 동일하게 상담을 받지 못한 응답자가 대부분을 차지하였으나, 상대적으로 정신의료기관(17명, 53.12%)의 경우 상담을 받은 응답자들이 많은 것으로 나타났다.

4-1) 퇴소/퇴원 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유

〈표 5-75〉 퇴원(퇴소) 이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
퇴소/퇴원이후의 계획에 대한 상담을 받지 못한 이유	아직 입소(입원)한 지 얼마 되지 않아서 퇴원이 불확실해서	9	27.27	3	16.67	6	40.00
	퇴소/퇴원 계획 상담을 할 수 있는지 몰라서 (정보 부족 때문)	9	27.27	3	16.67	6	40.00
	퇴소/퇴원 상담을 알고는 있지만 도움이 되지 않는다고 생각해서 (낮은 필요성 때문)	6	18.19	4	22.21	2	13.33
	퇴소/퇴원 상담을 몇 번 경험해보니 효과가 적어서 (낮은 효과성 때문)	1	3.03	0	0.00	1	6.67
	상담 연락은 받았으나 개인사정이 있어서	1	3.03	1	5.56	0	0.00
	요양시설/병원에서 퇴원 상담 기회를 주지 않아서	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	입원한 생활인이/당사자가 상담받기를 거부해서	2	6.06	2	11.11	0	0.00
	기타	5	15.15	5	27.78	0	0.00
	전체	33	100.00	18	100.00	15	100.00

퇴원/퇴소 이후의 계획에 대해 상담을 받지 못한 응답자 가족을 대상으로 상담을 받지 못한 이유에 대해서 조사하였다. 그 결과 '아직 입소(입원)한 지 얼마 되지 않아서 퇴원이 불확실해서(9명, 27.27%)'와 '퇴소/퇴원 계획 상담을 할 수 있는지 몰라서(9명, 27.27%)'의 응답 비율이 동일하게 높았다. 다음으로는 '퇴소/퇴원 상담을 알고는 있지만 도움이 되지 않는다고 생각해서(6명, 18.19%)'의 응답 비율이 높았다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4-2) 지역사회정신재활시설에 대한 안내 여부

〈표 5-76〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 여부 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활 시설에 대한 안내여부	예	14	73.68	2	100.00	12	70.59
	아니오	5	26.32	0	0.00	5	29.41
	전체	19	100.00	2	100.00	17	100.00

퇴원/퇴소 이후의 계획에 대해 상담을 받았다는 응답자들을 대상으로 지역사회정신재활 시설에 대해 안내를 받았는지의 여부를 질문하였다. 그 결과 안내를 받았다는 응답자(14명, 73.68%)의 비율이 높았다.

4-3) 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용

〈표 5-77〉 지역사회정신재활시설에 대한 안내 내용 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활 시설에 대한 안내 내용	지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.	6	42.86	1	50.00	5	41.67
	이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.	2	14.29	0	0.00	2	16.67
	이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.	5	35.71	1	50.00	4	33.33
	기타	1	7.14	0	0.00	1	8.33
	전체	14	100.00	2	100.00	12	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았다고 응답한 당사자들을 대상으로 지역사회정신재활 시설에 대한 안내 상담 시 구체적으로 상담받았던 내용에 대해 질문하였다. 안내 내용으로는 '지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내(6명, 42.86%)'와 '이용가

능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다(5명, 35.71%)'가 유사한 수준으로 나타났다.

4-4) 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부

〈표 5-78〉 정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
정신재활시설 연계(의뢰)서비스 경험 여부	예	6	42.86	1	50.00	5	41.67
	아니오	8	57.14	1	50.00	7	58.33
	전체	14	100.00	2	100.00	12	100.00

퇴소/퇴원 이후의 계획에 대해 상담을 받았다고 응답한 당사자들을 대상으로 지역사회정신재활시설에 대한 안내 상담 시 연계(의뢰)서비스를 받았는지 여부를 질문하였다. 그 결과, 약 절반 이상의 응답자들이 해당 서비스를 받지 못한 것(8명, 57.14%)을 파악할 수 있었다.

5) 정신재활시설을 알게된 경로

〈표 5-79〉 정신재활시설을 알게 된 경로 : 가족

구분		정신재활시설	
		N	비율
정신재활시설을 알게된 경로	병원에서 소개를 받아서	9	39.14
	동주민센터에서 소개를 받아서	0	0.00
	가족 및 친척이 알려줘서	1	4.35
	동료, 친구가 알려줘서	4	17.39
	직접 찾아봐서	3	13.04
	인터넷, 게시판 등의 홍보글을 보고 알게 되어서	3	13.04
	기타	3	13.04
	전체	23	100.00

국가인권위원회
humanrights.go.kr

정신재활시설 이용 당사자 가족에게 정신재활시설을 알게 된 경로를 질문하였다. 그 결과, '병원에서 소개를 받은 경우(9명, 39.14%)'가 가장 많았다. 다음으로는 '동료, 친구가 알려줘서(4명, 17.39%)'의 비중이 높았고, '직접 찾아봐서(3명, 18.75%)'와 '인터넷, 게시판 등의 홍보글을 보고 알게 되어서(3명, 13.04%)가 동일한 비중으로 나타났다. 기타로는 보건소에서 소개해줘서, 이사를 오면서 본래 다니던 시설에서 연계해줬다는 의견이 있었다.

6) 정신재활시설에 등록하게 된 경로

〈표 5-80〉 정신재활시설에 등록하게 된 경로 : 가족

구분		정신재활시설	
		N	비율
정신재활시설에 등록하게 된 경로	당사자 본인이 원해서	9	39.13
	가족이 원해서(추천해서)	10	43.48
	담당 의사가 원해서(추천해서)	1	4.35
	담당 사례관리자(전문가)가 원해서 (추천해서)	3	13.04
	기타	0	0.00
	전체	23	100.0

정신재활시설 이용 당사자 가족에게 시설 등록 경로를 조사하였다. 그 결과, '가족이 원해서(9명, 43.48%)'가 가장 많았고, 다음으로는 '본인이 원해서(9명, 39.13%)', '담당 사례관리자가 원해서(추천해서)(3명, 13.04%)' 순으로 응답 비중이 높은 것으로 나타났다.

7) 지역사회정신재활시설 이용에 대한 계획

〈표 5-81〉 지역사회정신재활시설 이용에 대한 계획 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
지역사회정신재활시설 이용에 대한 계획	예	13	25.00	5	25.00	8	25.00
	아니오	39	75.00	15	75.00	24	75.00
	전체	52	100.00	20	100.00	32	100.00

정신요양시설과 정신의료기관 당사자 가족들을 대상으로 지역사회정신재활시설에 대해 질문하였다. 이용 계획에 대해서는 대부분이 계획이 없다고 응답하였다(39명, 75.00%). 시설 유형별로 살펴보았을 때도 유사한 응답 형태가 나타났다.

7-1) 이용(입소) 계획이 없는 이유

〈표 5-82〉 이용(입소)를 계획이 없는 이유 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
이용(입소)를 계획이 없는 이유	이용가능한 시설이 없어서	12	30.77	4	26.67	8	33.33
	욕구와 맞지 않아서	6	15.39	1	6.67	5	20.84
	거리가 멀어서	1	2.56	1	6.67	0	0.00
	서비스 이용 비용이 부담되어서	1	2.56	0	0.00	1	4.17
	사람들의 시선이 신경쓰여서	2	5.13	0	0.00	2	8.33
	어떻게 이용해야하는지 몰라서	12	30.77	7	46.67	5	20.83
	기타	5	12.82	2	13.32	3	12.50
	전체	39	100.00	15	100.00	24	100.00

정신요양시설과 정신의료기관 당사자 가족 중 지역사회시설 이용(입소) 계획이 없다고 응답한 가족을 대상으로 그 이유를 질문하였다. 그 결과, '이용가능한 시설이 없어서(12명, 30.77%)'와 '어떻게 이용해야 하는지 몰라서(12명, 30.77%)'의 응답 비중이 가장 높았고, 다음으로 '욕구와 맞지 않아서(6명, 15.39%)'가 많은 비율로 응답하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

7-2) 이용(입소)를 계획 중인 지역사회 정신재활시설

〈표 5-83〉 이용(입소)를 계획 중인 지역사회 정신재활시설 : 가족

구분		전체		시설유형별			
				정신요양시설		정신의료기관	
		N	비율	N	비율	N	비율
이용(입소)를 계획 중인 지역사회정신재활시설	정신건강복지센터	5	38.46	5	38.46	3	60.00
	정신요양시설	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (생활시설)	3	23.08	3	23.08	0	0.00
	정신재활시설 (주간재활시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (공동생활가정)	3	23.08	3	23.08	2	40.00
	정신재활시설 (지역사회전환시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (직업재활시설)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)	1	7.69	1	7.69	0	0.00
	중독자재활시설	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	생산품판매시설	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	잘 모르겠다	1	7.69	1	7.69	0	0.00
	전체	13	100.00	13	100.00	5	100.00

정신요양시설과 정신의료기관 당사자 가족 중 지역사회시설 이용(입소) 계획이 있다고 응답한 가족들을 대상으로 이용(입소)을 계획 중인 지역사회정신재활시설을 질문하였다. 그 결과, 정신건강복지센터(5명, 38.46%)이 가장 선호되는 것으로 나타났으며, 다음으로 정신재활시설(생활시설)(3명, 23.08%)과 정신재활시설(공동생활가정)(3명, 23.08%)이 동일한 비율로 선호되었다.

제4절 종사자 의견 및 욕구 조사분석결과

1. 일반적 특성

1) 응답한 종사자의 일반적 특성

〈표 5-84〉 조사대상자의 일반적 특성 : 종사자

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
전체		222	100.0	거주지역	서울	13	5.9
성별	남성	88	39.6		부산	16	7.2
	여성	134	60.4		대구	6	2.7
연령	청년기(30세 미만)	26	11.7		인천	36	16.2
	성인초기 (30세 이상 45세 미만)	124	55.9		광주	6	2.7
					대전	1	0.5
	중장년기 (45세 이상 60세 미만)	70	31.5		울산	1	0.5
					세종	1	0.5
	노년기(60세 이상)	2	0.9		경기	43	19.4
총근무경력	5년 미만	64	28.8		강원	0.0	0.0
	5년 이상 ~ 10년 미만	51	23.0		충북	5	2.3
	10년 이상 ~ 15년 미만	53	23.9		충남	5	2.3
	15년 이상 ~ 20년 미만	31	14.0		전북	0.0	0.0
	20년 이상 ~ 25년 미만	17	7.7		전남	23	10.4
	25년 이상 ~ 30년 미만	4	1.8		경북	25	11.3
	30년 이상 ~ 35년 미만	2	0.9		경남	37	16.7
현기관 근무경력	5년 미만	100	45.0		제주	4	1.8
	5년 이상 ~ 10년 미만	54	24.3	근무기관	생활시설	8	3.6
	10년 이상 ~ 15년 미만	29	13.1		주간재활시설	118	53.2
	15년 이상 ~ 20년 미만	25	11.3		공동생활가정	34	15.3
	20년 이상 ~ 25년 미만	10	4.5		지역사회전환시설	1	0.5
	30년 이상 ~ 35년 미만	3	1.4		아동청소년 정신건강지원시설	1	0.5
학력	무학	1	0.5				
	초등학교	2	0.9				
	중학교	2	0.9				
	고등학교	11	5.0		생산품 판매시설	3	1.4
	대학교(3년제 이하)	50	22.5		종합시설	3	1.4
	대학교(4년제 이상)	109	49.1		정신요양시설	8	3.6
	대학원 이상	48	21.6		국립정신의료기관	1	0.5
직책	정신건강의학과 전문의(촉탁의)	5	2.3		공립정신의료기관	24	10.8
	정신건강사회복지사	70	31.5		민간정신의료기관 (1차-병상수 30개 미만)	2	0.9
	일반의사	0	0.0				
	사회복지사(생활복지사)	71	32.0				
	정신건강간호사	15	6.8		민간정신의료기관 (2차-병상수 30개 이상~500개미만)	4	1.8
	정신건강임상심리사	3	1.4				
	간호사	8	3.6				
	임상심리사	1	.5				
	간호조무사	6	2.7		민간정신의료기관 (3차-병상수 500개 이상)	15	6.8
	기타	43	19.4				

국가인권위원회 humanrights.go.kr

조사에 응답한 종사자들의 일반적 특성은 위 〈표 5-84〉과 같다. 전체 설문 참여자 중 총 222명의 응답자료가 분석에 활용되었다. 세부적으로 살펴보면 여성이 134명(60.4%)으로 남성 88명(39.6%)보다 많았다. 연령별로는 성인초기 응답자가 124명(55.9%)으로 가장 많았고, 다음으로 중장년기 70명(31.5%), 청년기 26명(1.7%), 노년기 2명(0.9%) 순이었다. 응답자의 총 근무 경력은 5년미만인 경우가 64명(28.8%)으로 가장 많았고, 다음으로 10년 이상~15년미만 53명(23.9%), 5년 이상 10년 미만이 51명(23.0%) 순이었다. 현 기관 근무 경력 또한 5년 미만인 경우가 100명(45.0%)으로 가장 많았고 다음으로 5년이상~10년미만이 54명(24.3%), 10년 이상~15년 미만 29명(13.1%) 순이었다. 응답자들의 학력은 대학교(4년제 이상) 109명(49.1%)의 비율이 가장 높았고, 다음으로 대학교(3년제 이하) 50명(49.1%), 대학원 이상 48명(21.6%) 순으로 응답자 비중이 높았다. 직책으로는 사회복지사가 71명(32.0%)으로 가장 많았고, 정신건강사회복지사가 70명(31.5%)으로 유사한 비중을 차지하였다. 거주지역은 경기 43명(19.4%)이 가장 많았고, 다음으로는 경남 37명(16.7%), 인천 36명(16.2%) 순이었다. 근무기관은 주간재활시설이 118명(53.2%)으로 가장 많았으며 다음으로는 공동생활가정(15.3%), 공립정신의료기관 24명(10.8%) 순이었다.

2. 전반적 인식

1) 삶을 위한 지원 제도 및 서비스 필요정도

〈표 5-85〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	222	2.52	0.51	84.08	5	정신요양시설	122	2.43	0.51	81.15
						정신재활시설	50	2.70	0.46	90.00
						정신의료기관	50	2.56	0.50	85.33
주거보장(기본 쉴 곳)	**222**	**2.59**	**0.51**	**86.34**	**2**	정신요양시설	122	2.44	0.53	81.42
						정신재활시설	50	2.82	0.39	94.00
						정신의료기관	50	2.72	0.45	90.67
신체 건강	**222**	**2.56**	**0.50**	**85.44**	**3**	정신요양시설	122	2.52	0.50	84.15
						정신재활시설	50	2.62	0.49	87.33
						정신의료기관	50	2.60	0.49	86.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
정신 건강	**222**	**2.65**	**0.49**	**88.44**	**1**	정신요양시설	122	2.59	0.51	86.34
						정신재활시설	50	2.70	0.46	90.00
						정신의료기관	50	2.76	0.43	92.00
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	222	2.55	0.57	84.98	4	정신요양시설	122	2.48	0.63	82.79
						정신재활시설	50	2.56	0.50	85.33
						정신의료기관	50	2.70	0.46	90.00
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	222	2.51	0.56	83.63	6	정신요양시설	122	2.39	0.60	79.78
						정신재활시설	50	2.62	0.49	87.33
						정신의료기관	50	2.68	0.47	89.33
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	222	2.36	0.52	78.68	10	정신요양시설	122	2.28	0.50	75.96
						정신재활시설	50	2.52	0.54	84.00
						정신의료기관	50	2.40	0.49	80.00
직업 참여지원(고용지원)	222	2.42	0.52	80.78	8	정신요양시설	122	2.29	0.49	76.23
						정신재활시설	50	2.68	0.51	89.33
						정신의료기관	50	2.50	0.51	83.33
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	222	2.30	0.53	76.58	12	정신요양시설	122	2.27	0.51	75.68
						정신재활시설	50	2.36	0.56	78.67
						정신의료기관	50	2.30	0.54	76.67
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등)	222	2.39	0.54	79.58	9	정신요양시설	122	2.30	0.56	76.50
						정신재활시설	50	2.60	0.49	86.67
						정신의료기관	50	2.40	0.49	80.00
개인맞춤형 회복 지원	222	2.43	0.54	80.93	7	정신요양시설	122	2.32	0.52	77.32
						정신재활시설	50	2.66	0.48	88.67
						정신의료기관	50	2.46	0.58	82.00
여가생활 지원	222	2.31	0.53	76.88	11	정신요양시설	122	2.34	0.52	77.87
						정신재활시설	50	2.38	0.49	79.33
						정신의료기관	50	2.16	0.55	72.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 종합	222	2.47	0.36	82.19	-	정신요양시설	122	2.39	0.38	79.60
						정신재활시설	50	2.60	0.32	86.72
						정신의료기관	50	2.52	0.32	84.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

일상생활에 필요한 지원서비스 필요도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과는 다음과 같다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

모든 항목에서 100점 만점 기준으로 약 82점 전후로 응답이 되어 일상생활을 위한 지원이나 서비스에 대한 필요도를 높게 인식하였다. 필요도가 높은 점수별로 순위를 나열하면, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 정신건강지원(100점 만점 기준 88.44점) 필요도가 1순위로 나타났으며, 주거보장(100점 만점 기준 86.34점), 신체보장(100점 만점 기준 85.44점)에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신재활시설의 필요도 평균이 100점 만점 기준 86.72점으로 가장 높았으며, 다음으로는 정신의료기관(100점 만점 기준 84.00점), 정신요양시설(100점 만점 기준 79.60점) 순으로 필요도 평균이 높았다.

2) 삶을 위한 지원 제도 및 서비스 충분정도

〈표 5-86〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	**222**	**1.55**	**0.76**	**51.50**	**3**	정신요양시설	122	1.78	0.79	59.29
						정신재활시설	50	1.36	0.56	45.33
						정신의료기관	50	1.16	0.65	38.67
주거보장(기본 쉴 곳)	222	1.36	0.86	45.20	8	정신요양시설	122	1.71	0.81	57.10
						정신재활시설	50	0.98	0.74	32.67
						정신의료기관	50	0.86	0.67	28.67
신체 건강	**222**	**1.59**	**0.72**	**52.85**	**1**	정신요양시설	122	1.81	0.68	60.38
						정신재활시설	50	1.46	0.61	48.67
						정신의료기관	50	1.16	0.68	38.67
정신 건강	**222**	**1.58**	**0.76**	**52.70**	**2**	정신요양시설	122	1.77	0.75	59.02
						정신재활시설	50	1.58	0.57	52.67
						정신의료기관	50	1.12	0.75	37.33
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	222	1.50	0.79	50.15	6	정신요양시설	122	1.81	0.79	60.38
						정신재활시설	50	1.28	0.57	42.67
						정신의료기관	50	0.98	0.65	32.67
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	222	1.25	0.85	41.74	11	정신요양시설	122	1.52	0.85	50.82
						정신재활시설	50	1.06	0.68	35.33
						정신의료기관	50	0.78	0.74	26.00
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	222	1.25	0.80	41.74	10	정신요양시설	122	1.46	0.80	48.63
						정신재활시설	50	1.14	0.67	38.00
						정신의료기관	50	0.86	0.76	28.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
직업 참여지원(고용지원)	222	1.16	0.84	38.74	12	정신요양시설	122	1.43	0.84	47.81
						정신재활시설	50	0.92	0.72	30.67
						정신의료기관	50	0.74	0.69	24.67
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	222	1.35	0.76	44.89	9	정신요양시설	122	1.54	0.74	51.37
						정신재활시설	50	1.24	0.69	41.33
						정신의료기관	50	0.98	0.71	32.67
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	222	1.50	0.77	50.15	5	정신요양시설	122	1.75	0.73	58.47
						정신재활시설	50	1.36	0.63	45.33
						정신의료기관	50	1.04	0.73	34.67
개인맞춤형 회복 지원	222	1.37	0.78	45.65	7	정신요양시설	122	1.58	0.78	52.73
						정신재활시설	50	1.30	0.74	43.33
						정신의료기관	50	0.92	0.60	30.67
여가생활 지원	222	1.52	0.72	50.60	4	정신요양시설	122	1.67	0.75	55.74
						정신재활시설	50	1.52	0.65	50.67
						정신의료기관	50	1.14	0.57	38.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 종합	222	1.41	0.65	47.16	-	정신요양시설	122	1.65	0.65	55.15
						정신재활시설	50	1.27	0.46	42.22
						정신의료기관	50	0.98	0.53	32.61

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

마찬가지로 일상생활에 필요한 지원서비스 충분도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과, 대체로 100점 만점 기준 47점 전후로 응답되어 필요도에 비하여 충분도의 인식 수준이 낮은 것을 알 수 있다. 충분도가 높은 점수별로 순위를 매겨보면, 일상생활에 필요한 지원서비스 중 신체건강(100점 만점 기준 52.85점) 충분도가 1순위로 나타났으며, 다음으로는 정신건강(100점 만점 기준 52.85점), 소득보장(100점 만점 기준 51.50점)에 대한 충분도가 높은 것으로 나타났다. 전체 서비스의 필요도에 대한 종합 평균은 1.41점으로 100점 만점 기준으로 약 47점에 해당한다. 시설유형에 따라서는 정신의료기관의 충분도 평균이 100점 만점 기준 32.61점으로 상대적으로 가장 낮고, 정신요양시설의 충분도 평균이 100점 만점 기준 55.15점으로 가장 높았다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 삶을 위한 지원 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

각 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 응답자별로 각 서비스 항목별로 필요도 점수에서 충분도 점수를 차감한 값에 대한 평균값과 표준편차를 아래 표에 제시하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이며, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 의미한다.

〈표 5-87〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	222	0.98	0.96	32.58	9	정신요양시설	122	0.66	0.96	21.86
						정신재활시설	50	1.34	0.75	44.67
						정신의료기관	50	1.40	0.86	46.67
주거보장(기본 쉴 곳)	**222**	**1.23**	**1.09**	**41.14**	**3**	정신요양시설	122	0.73	0.96	24.32
						정신재활시설	50	1.84	0.91	61.33
						정신의료기관	50	1.86	0.93	62.00
신체 건강	222	0.98	0.88	32.58	8	정신요양시설	122	0.71	0.80	23.77
						정신재활시설	50	1.16	0.82	38.67
						정신의료기관	50	1.44	0.93	48.00
정신 건강	222	1.07	0.90	35.74	5	정신요양시설	122	0.82	0.87	27.32
						정신재활시설	50	1.12	0.72	37.33
						정신의료기관	50	1.64	0.90	54.67
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	222	1.05	0.99	34.83	7	정신요양시설	122	0.67	1.00	22.40
						정신재활시설	50	1.28	0.70	42.67
						정신의료기관	50	1.72	0.76	57.33
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	**222**	**1.26**	**1.08**	**41.89**	**2**	정신요양시설	122	0.87	1.06	28.96
						정신재활시설	50	1.56	0.84	52.00
						정신의료기관	50	1.90	0.93	63.33
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	222	1.11	0.97	36.94	4	정신요양시설	122	0.82	0.95	27.32
						정신재활시설	50	1.38	0.88	46.00
						정신의료기관	50	1.54	0.89	51.33
직업 참여지원(고용지원)	**222**	**1.26**	**1.04**	**42.04**	**1**	정신요양시설	122	0.85	0.97	28.42
						정신재활시설	50	1.76	0.94	58.67
						정신의료기관	50	1.76	0.85	58.67

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	평균 점수 순위	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	222	0.95	0.94	31.68	10	정신요양시설	122	0.73	0.94	24.32
						정신재활시설	50	1.12	0.87	37.33
						정신의료기관	50	1.32	0.87	44.00
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	222	0.88	0.96	29.43	11	정신요양시설	122	0.54	0.88	18.03
						정신재활시설	50	1.24	0.82	41.33
						정신의료기관	50	1.36	0.94	45.33
개인맞춤형 회복 지원	222	1.06	0.97	35.29	6	정신요양시설	122	0.74	0.93	24.59
						정신재활시설	50	1.36	0.88	45.33
						정신의료기관	50	1.54	0.89	51.33
여가생활 지원	222	0.79	0.87	26.28	12	정신요양시설	122	0.66	0.90	22.13
						정신재활시설	50	0.86	0.81	28.67
						정신의료기관	50	1.02	0.82	34.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도와 필요정도 차이 종합	222	1.05	0.77	35.04	-	정신요양시설	122	0.73	0.75	24.45
						정신재활시설	50	1.34	0.57	44.50
						정신의료기관	50	1.54	0.64	51.39

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

분석 결과, 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 1.05점(100점 만점 기준 35.04점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 계산되어 응답자들이 해당 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않는다고 인식하고 있었다. 세부영역별로는 직업 참여지원 영역(100점 만점 기준 35.04점)에서 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 것으로 나타났고, 사회적 차별 금지(100점 만점 기준 41.89점), 주거보장(100점 만점 기준 41.14점) 순으로 갭이 차이가 큰 영역으로 나타났다. 시설유형별로 차이를 살펴보면, 정신의료기관(100점 만점 기준 51.39점)에서 전체 서비스의 필요도와 충분도 차이값 평균이 가장 큰 것으로 나타났고, 다음으로 정신재활시설(100점 만점 기준 44.50점), 정신요양시설(100점 만점 기준 24.45점) 순으로 차이가 큰 것으로 나타났다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 탈원화 관련 인식

1) 정신건강 관련 기관 인지 여부

〈표 5-88〉 정신건강 관련 기관 인지 여부 : 종사자

구분	전체				시설유형별				
	모른다		알고 있다		구분	모른다		알고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**7**	**3.15**	**215**	**96.85**	정신요양시설	5	4.10	117	95.90
					정신재활시설	1	2.00	49	98.00
					정신의료기관	1	2.00	49	98.00
정신요양시설	**5**	**2.25**	**217**	**97.75**	정신요양시설	1	.82	121	99.18
					정신재활시설	1	2.00	49	98.00
					정신의료기관	3	6.00	47	94.00
보건소	**5**	**2.25**	**217**	**97.75**	정신요양시설	3	2.46	119	97.54
					정신재활시설	0	0.00	50	100.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
정신건강복지센터	13	5.86	209	94.14	정신요양시설	11	9.02	111	90.98
					정신재활시설	0	0.00	50	100.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
생활시설	9	4.05	213	95.95	정신요양시설	7	5.74	115	94.26
					정신재활시설	0	0.00	50	100.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
주간재활시설	20	9.01	202	90.99	정신요양시설	17	13.93	105	86.07
					정신재활시설	1	2.00	49	98.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
공동생활가정	31	13.96	191	86.04	정신요양시설	29	23.77	93	76.23
					정신재활시설	0	0.00	50	100.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
지역사회전환시설	72	32.43	150	67.57	정신요양시설	61	50.00	61	50.00
					정신재활시설	8	16.00	42	84.00
					정신의료기관	3	6.00	47	94.00
직업재활시설	21	9.46	201	90.54	정신요양시설	17	13.93	105	86.07
					정신재활시설	0	0.00	50	100.00
					정신의료기관	4	8.00	46	92.00
아동·청소년 정신건강지원시설	60	27.03	162	72.97	정신요양시설	44	36.07	78	63.93
					정신재활시설	6	12.00	44	88.00
					정신의료기관	10	20.00	40	80.00
중독자재활시설	43	19.37	179	80.63	정신요양시설	37	30.33	85	69.67
					정신재활시설	3	6.00	47	94.00
					정신의료기관	3	6.00	47	94.00
생산품 판매시설	73	32.88	149	67.12	정신요양시설	51	41.80	71	58.20
					정신재활시설	6	12.00	44	88.00
					정신의료기관	16	32.00	34	68.00
종합시설	71	31.98	151	68.02	정신요양시설	50	40.98	72	59.02
					정신재활시설	4	8.00	46	92.00
					정신의료기관	17	34.00	33	66.00

정신건강 관련 기관의 인지 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 정신의료기관(215명, 96.85%)의 인지도가 가장 높았으며, 정신요양시설(217명, 97.75%)과 보건소의 인지도가 높았다. 반면, 생산품판매시설(149명, 67.12%), 지역사회전환시설(150명, 67.57%), 종합시설(151명, 68.02%) 순으로 인지도가 낮은 것으로 나타났다.

2) 정신건강 관련 기관 연계 경험 여부

〈표 5-89〉 정신건강 관련 기관 연계 경험 여부 : 종사자

구분	전체				시설유형별				
	경험 없음		경험 있음		구분	경험 없음		경험 있음	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	**60**	**27.03**	**162**	**72.97**	정신요양시설	47	38.52	75	61.48
					정신재활시설	7	14.00	43	86.00
					정신의료기관	6	12.00	44	88.00
정신요양시설	86	38.74	136	61.26	정신요양시설	42	34.43	80	65.57
					정신재활시설	22	44.00	28	56.00
					정신의료기관	22	44.00	28	56.00
보건소	**82**	**36.94**	**140**	**63.06**	정신요양시설	55	45.08	67	54.92
					정신재활시설	12	24.00	38	76.00
					정신의료기관	15	30.00	35	70.00
정신건강복지센터	**71**	**31.98**	**151**	**68.02**	정신요양시설	62	50.82	60	49.18
					정신재활시설	7	14.00	43	86.00
					정신의료기관	2	4.00	48	96.00
생활시설	85	38.29	137	61.71	정신요양시설	65	53.28	57	46.72
					정신재활시설	11	22.00	39	78.00
					정신의료기관	9	18.00	41	82.00
주간재활시설	120	54.05	102	45.95	정신요양시설	99	81.15	23	18.85
					정신재활시설	10	20.00	40	80.00
					정신의료기관	11	22.00	39	78.00
공동생활가정	140	63.06	82	36.94	정신요양시설	106	86.89	16	13.11
					정신재활시설	21	42.00	29	58.00
					정신의료기관	13	26.00	37	74.00
지역사회전환시설	170	76.58	52	23.42	정신요양시설	109	89.34	13	10.66
					정신재활시설	43	86.00	7	14.00
					정신의료기관	18	36.00	32	64.00
직업재활시설	134	60.36	88	39.64	정신요양시설	89	72.95	33	27.05
					정신재활시설	27	54.00	23	46.00
					정신의료기관	18	36.00	32	64.00

국가인권위원회 humanrights.go.kr

구분	전체				시설유형별				
	경험 없음		경험 있음		구분	경험 없음		경험 있음	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
아동·청소년 정신건강지원시설	189	85.14	33	14.86	정신요양시설	108	88.52	14	11.48
					정신재활시설	47	94.00	3	6.00
					정신의료기관	34	68.00	16	32.00
중독자재활시설	173	77.93	49	22.07	정신요양시설	111	90.98	11	9.02
					정신재활시설	38	76.00	12	24.00
					정신의료기관	24	48.00	26	52.00
생산품 판매시설	196	88.29	26	11.71	정신요양시설	109	89.34	13	10.66
					정신재활시설	44	88.00	6	12.00
					정신의료기관	43	86.00	7	14.00
종합시설	161	72.52	61	27.48	정신요양시설	105	86.07	17	13.93
					정신재활시설	23	46.00	27	54.00
					정신의료기관	33	66.00	17	34.00

정신건강 관련 기관 연계 경험 여부에 대해 질문하였다. 그 결과 정신의료기관(162명, 72.97%)의 연계 경험이 가장 많았고 정신건강복지센터(151명, 68.02%), 보건소(140명, 63.06) 순으로 높은 비율을 보였다. 반면, 생산품판매시설(26명, 11.71%)의 경우에는 연계 경험 비율이 낮았으며, 다음으로는 종합시설(61명, 27.48%), 아동청소년정신건강지원시설(33명, 14.86%) 순으로 연계 경험 비율이 낮았다.

3) 연계한 정신건강 관련 기관에 대한 선호도

〈표 5-90〉 이용한 정신건강 관련 기관에 대한 선호도 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신의료기관 (정신병원, 정신과의원)	222	1.69	0.68	56.38	13	정신요양시설	122	1.75	0.64	58.22
						정신재활시설	50	1.47	0.55	48.84
						정신의료기관	50	1.82	0.81	60.61
정신요양시설	222	1.95	0.61	64.95	7	정신요양시설	122	2.16	0.56	72.08
						정신재활시설	50	1.64	0.49	54.76
						정신의료기관	50	1.64	0.62	54.76
보건소	222	1.80	0.61	60.00	11	정신요양시설	122	1.94	0.52	64.68
						정신재활시설	50	1.89	0.39	63.16
						정신의료기관	50	1.43	0.81	47.62

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수 순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신건강복지센터	222	1.87	0.56	62.47	9	정신요양시설	122	1.93	0.45	64.44
						정신재활시설	50	1.86	0.52	62.02
						정신의료기관	50	1.81	0.70	60.42
생활시설	222	1.96	0.53	65.21	6	정신요양시설	122	2.00	0.57	66.67
						정신재활시설	50	1.95	0.46	64.96
						정신의료기관	50	1.90	0.54	63.41
주간재활시설	**222**	**2.03**	**0.48**	**67.65**	**2**	정신요양시설	122	1.87	0.46	62.32
						정신재활시설	50	2.18	0.45	72.50
						정신의료기관	50	1.97	0.49	65.81
공동생활가정	**222**	**1.99**	**0.56**	**66.26**	**3**	정신요양시설	122	1.81	0.54	60.42
						정신재활시설	50	2.07	0.53	68.97
						정신의료기관	50	2.00	0.58	66.67
지역사회전환시설	222	1.98	0.54	66.03	4	정신요양시설	122	1.77	0.60	58.97
						정신재활시설	50	2.00	0.58	66.67
						정신의료기관	50	2.06	0.50	68.75
직업재활시설	222	1.92	0.59	64.02	8	정신요양시설	122	1.97	0.59	65.66
						정신재활시설	50	2.00	0.60	66.67
						정신의료기관	50	1.81	0.59	60.42
아동·청소년 정신건강지원시설	222	1.79	0.55	59.60	12	정신요양시설	122	1.86	0.36	61.90
						정신재활시설	50	2.00	1.00	66.67
						정신의료기관	50	1.69	0.60	56.25
중독자재활시설	222	1.82	0.57	60.54	10	정신요양시설	122	1.73	0.65	57.58
						정신재활시설	50	2.00	0.60	66.67
						정신의료기관	50	1.77	0.51	58.97
생산품 판매시설	222	1.96	0.60	65.38	5	정신요양시설	122	2.08	0.49	69.23
						정신재활시설	50	2.00	0.63	66.67
						정신의료기관	50	1.71	0.76	57.14
종합시설	**222**	**2.03**	**0.55**	**67.76**	**1**	정신요양시설	122	1.94	0.56	64.71
						정신재활시설	50	2.15	0.53	71.60
						정신의료기관	50	1.94	0.56	64.71
기관에 대한 만족도 종합	222	2.19	0.52	73.08	-	정신요양시설	122	2.17	-	72.44
						정신재활시설	50	1.46	-	48.72
						정신의료기관	50	3.00	-	100.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 만족 않음 ⓪ ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

국가인권위원회 humanrights.go.kr

정신건강관련 기관 연계 경험이 있는 종사자들을 대상으로 기관에 대한 선호도 조사를 하였다. 전체 만족도 평균은 2.19점으로 100점 만점 기준으로는 약 73점을 기록했다. 종합시설(100점 만점 기준 67.76점)에 대한 선호도가 가장 높았으며, 다음으로 주간재활시설(100점 만점 기준 67.65점), 공동생활가정(100점 만점 기준 66.26점) 순으로 선호도가 높았다. 반면, 정신의료기관(100점 만점 기준 56.38점)에 대한 선호도가 가장 낮았으며, 아동청소년정신건강지원시설(100점 만점 기준 59.60점), 보건소(100점 만점 기준 60.00점) 순으로 선호도가 낮았다.

4) 탈원화에 대한 생각

〈표 5-91〉 탈원화에 대한 생각 : 종사자

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	매우 동의하지 않음		동의하지 않음		동의함		매우 동의함	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신장애인복지서비스 전달체계부서에 대한 의견	전체	222	1.73	1.04	57.81	33	14.86	59	26.58	64	28.83	66	29.73
	정신요양시설	122	1.14	0.88	37.98	31	25.41	52	42.62	30	24.59	9	7.38
	정신재활시설	50	2.68	0.59	89.33	1	2.00	0	0.00	13	26.00	36	72.00
	정신의료기관	50	2.24	0.77	74.67	1	2.00	7	14.00	21	42.00	21	42.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 동의 않음 ⓪ ↔ 매우 동의 ③, 무응답자 제외

종사자를 대상으로 탈원화에 대한 개념적 정의를 설명하고 이에 대해 얼마나 동의하는지를 질문하였다. 탈원화에 동의하는 비율이 전체의 58.56%(매우 동의함 29.73%, 동의함 28.83%)로 나타나 대체로 동의하는 비율이 근소하게 우세하였다. 시설 유형별로 동의 비율은 큰 차이를 보였다. 정신재활시설의 응답한 종사자 98.0%가 탈원화에 동의하였고(매우 동의함 60.87%, 동의함 34.78%), 정신의료기관의 응답 종사자 또한 84.0%가 탈원화에 동의하여(매우 동의함 31.25%, 동의함 46.88%) 종사자 대다수가 탈원화에 대한 동의한다고 볼 수 있다. 반면, 정신요양시설 종사자의 경우 탈원화에 동의하지 않는 비율이 68.03%(매우 동의하지 않음 25.41%, 동의하지 않음 26.58%)로 높게 나타났고, 그 정도 또한 당사자의 동의하지 않는 비율 58.0%(매우 동의하지 않음 36.0%, 동의하지 않음 22.0%)와 당사자 가족의 동의하지 않는 비율 85.0%(매우 동의하지 않음 65.0%, 동의하지 않음 20.0%)의 중간 정도로 나타났다. 이는 탈원화에 대한 생각이 시설 특성 즉, 정신요양시설에서 생활하는 당사자의 특성 및 가족의 요구에 따라 영향을 받을 수 있음을 알 수 있다.

5) 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황

탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 어떤 영역에 대해 부족함을 느끼는지에 대해 현황을 조사하였다. 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스로는 정신장애인을 지원하는 지역사회 프로그램 및 서비스, 지역사회 서비스 정보 제공 및 연계, 주거서비스, 일자리, 가족의 부담을 덜 수 있는 돌봄 서비스 등 총 14가지 문항으로 구성되어 있다.

〈표 5-92〉 탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 현황 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	222	2.21	0.63	73.72	7	정신요양시설	122	2.13	0.63	71.04
						정신재활시설	50	2.24	0.56	74.67
						정신의료기관	50	2.38	0.67	79.33
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	222	2.17	0.65	72.37	9	정신요양시설	122	2.14	0.63	71.31
						정신재활시설	50	2.10	0.58	70.00
						정신의료기관	50	2.32	0.74	77.33
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	222	2.17	0.70	72.37	10	정신요양시설	122	2.05	0.71	68.31
						정신재활시설	50	2.34	0.59	78.00
						정신의료기관	50	2.30	0.74	76.67
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	222	1.79	0.83	59.61	12	정신요양시설	122	1.85	0.73	61.75
						정신재활시설	50	1.54	1.01	51.33
						정신의료기관	50	1.88	0.80	62.67
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	222	2.15	0.69	71.77	11	정신요양시설	122	2.04	0.65	68.03
						정신재활시설	50	2.28	0.70	76.00
						정신의료기관	50	2.30	0.74	76.67
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	**222**	**2.36**	**0.67**	**78.83**	**3**	정신요양시설	122	2.19	0.70	72.95
						정신재활시설	50	2.54	0.54	84.67
						정신의료기관	50	2.62	0.60	87.33
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	**222**	**2.45**	**0.60**	**81.83**	**2**	정신요양시설	122	2.31	0.62	77.05
						정신재활시설	50	2.64	0.53	88.00
						정신의료기관	50	2.62	0.53	87.33
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	**222**	**2.47**	**0.59**	**82.43**	**1**	정신요양시설	122	2.41	0.63	80.33
						정신재활시설	50	2.48	0.58	82.67
						정신의료기관	50	2.62	0.49	87.33

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 재정적 부담이 더 크다.	222	2.18	0.77	72.52	8	정신요양시설	122	2.28	0.68	75.96
						정신재활시설	50	1.92	0.94	64.00
						정신의료기관	50	2.18	0.75	72.67
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 돌봄 부담이 더 크다.	222	2.36	0.66	78.53	4	정신요양시설	122	2.36	0.64	78.69
						정신재활시설	50	2.28	0.67	76.00
						정신의료기관	50	2.42	0.67	80.67
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	222	1.66	0.81	55.26	14	정신요양시설	122	1.84	0.70	61.48
						정신재활시설	50	1.12	0.77	37.33
						정신의료기관	50	1.74	0.85	58.00
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	222	1.76	0.71	58.71	13	정신요양시설	122	1.90	0.62	63.39
						정신재활시설	50	1.68	0.71	56.00
						정신의료기관	50	1.50	0.81	50.00
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	222	2.36	0.61	78.53	4	정신요양시설	122	2.27	0.63	75.68
						정신재활시설	50	2.42	0.57	80.67
						정신의료기관	50	2.50	0.58	83.33
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	222	2.25	0.60	75.08	6	정신요양시설	122	2.09	0.62	69.67
						정신재활시설	50	2.42	0.50	80.67
						정신의료기관	50	2.48	0.54	82.67
탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 의견 종합	222	2.17	0.43	72.25	-	정신요양시설	122	2.13	0.47	71.12
						정신재활시설	50	2.14	0.31	71.43
						정신의료기관	50	2.28	0.40	75.86

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 그렇지 않음 ⓪ ↔ 매우 그럼 ③, 무응답자 제외

탈원화에 영향을 줄 수 있는 제도 및 서비스에 대한 전체 평균은 2.17점으로 100점 만점 기준으로 하였을 때 72.25점 정도로 제도 및 서비스가 부족하다고 평가하였다. 가장 영향력을 주는 서비스로는 가족의 돌봄부담(100점 만점 기준 82.43점)으로 나타났으며, 정신장애인의 일자리 부족(100점 만점 기준 81.83점), 주거서비스 부족(100점 만점 기준 78.83점)이 그 다음으로 영향력이 있는 서비스로 밝혀졌다.

4. 국제인권기준 관련 인식

1) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도

〈표 5-93〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	222	2.27	0.49	75.53	6	정신요양시설	122	2.10	0.41	70.13
						정신재활시설	50	2.49	0.51	82.98
						정신의료기관	50	2.40	0.49	80.00
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	222	2.11	0.55	70.18	16	정신요양시설	122	1.98	0.47	65.87
						정신재활시설	50	2.30	0.55	76.52
						정신의료기관	50	2.16	0.65	72.09
의사결정지원	222	2.22	0.55	73.83	8	정신요양시설	122	2.05	0.49	68.27
						정신재활시설	50	2.46	0.62	81.94
						정신의료기관	50	2.33	0.48	77.78
개인맞춤형 회복 환경 조성	222	2.25	0.55	74.96	7	정신요양시설	122	2.08	0.46	69.23
						정신재활시설	50	2.51	0.55	83.69
						정신의료기관	50	2.36	0.60	78.67
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	**222**	**2.32**	**0.51**	**77.18**	**2**	정신요양시설	122	2.17	0.44	72.22
						정신재활시설	50	2.58	0.50	86.11
						정신의료기관	50	2.38	0.53	79.33
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	**222**	**2.33**	**0.56**	**77.56**	**1**	정신요양시설	122	2.14	0.52	71.30
						정신재활시설	50	2.64	0.49	87.94
						정신의료기관	50	2.44	0.54	81.33
강점에 근거한 서비스 지원	222	2.14	0.57	71.31	15	정신요양시설	122	2.03	0.55	67.63
						정신재활시설	50	2.28	0.58	75.89
						정신의료기관	50	2.24	0.56	74.67
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	222	2.28	0.53	76.10	5	정신요양시설	122	2.18	0.51	72.53
						정신재활시설	50	2.45	0.54	81.56
						정신의료기관	50	2.36	0.53	78.67
집단동료지원	222	2.17	0.52	72.44	11	정신요양시설	122	2.06	0.46	68.59
						정신재활시설	50	2.31	0.55	77.08
						정신의료기관	50	2.28	0.57	76.00
개인동료지원	222	2.15	0.55	71.69	14	정신요양시설	122	2.03	0.50	67.65
						정신재활시설	50	2.31	0.55	77.08
						정신의료기관	50	2.24	0.60	74.83

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
권익옹호와 관련 모니터링	222	2.15	0.57	71.77	13	정신요양시설	122	2.06	0.56	68.65
						정신재활시설	50	2.23	0.56	74.47
						정신의료기관	50	2.27	0.57	75.69
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	222	2.04	0.61	68.03	17	정신요양시설	122	1.96	0.59	65.37
						정신재활시설	50	2.04	0.69	68.09
						정신의료기관	50	2.22	0.52	74.07
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	222	2.19	0.56	72.83	10	정신요양시설	122	2.03	0.53	67.64
						정신재활시설	50	2.47	0.55	82.27
						정신의료기관	50	2.24	0.52	74.67
병원기반 사례관리	222	1.79	0.74	59.62	18	정신요양시설	122	1.83	0.57	61.00
						정신재활시설	50	1.40	0.81	46.67
						정신의료기관	50	2.06	0.85	68.71
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	222	2.17	0.57	72.36	12	정신요양시설	122	2.12	0.54	70.68
						정신재활시설	50	2.17	0.60	72.22
						정신의료기관	50	2.29	0.61	76.19
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	222	2.19	0.58	73.09	9	정신요양시설	122	2.10	0.51	70.14
						정신재활시설	50	2.30	0.66	76.81
						정신의료기관	50	2.26	0.60	75.33
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	222	2.29	0.59	76.21	4	정신요양시설	122	2.12	0.54	70.68
						정신재활시설	50	2.50	0.68	83.33
						정신의료기관	50	2.44	0.50	81.33
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	**222**	**2.31**	**0.55**	**76.85**	**3**	정신요양시설	122	2.16	0.52	72.06
						정신재활시설	50	2.50	0.55	83.33
						정신의료기관	50	2.42	0.54	80.67
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도 종합	222	2.23	0.40	74.48	-	정신요양시설	122	2.10	0.38	70.05
						정신재활시설	50	2.36	0.38	78.50
						정신의료기관	50	2.34	0.39	78.11

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ⓪ ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

국제인권기준 관련 서비스 필요도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문한 결과, 모든 항목에서 100점 만점 기준으로 74점 전후로 응답되어 대부분의 종사자들이 국제인권기준 관련 서비스의 필요성을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 나타난 필요도 순위는 다음과 같다. 일상생활에 필요한 지원서비스 중 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 77.56점)이 1순위로 나타났으며, 다음으로는 정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경제공(100점 만

점 기준 77.18점), 세 번째로는 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크(100점 만점 기준 76.85점)가 필요한 것으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설의 필요도 평균이 100점 만점 기준 70.05점으로 상대적으로 낮았으며, 정신재활시설과 정신의료기관의 필요도 평균은 유사한 것으로 나타났다.

2) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도

〈표 5-94〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분정도 : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	**222**	**1.30**	**0.68**	**43.43**	**2**	정신요양시설	122	1.47	0.71	48.87
						정신재활시설	50	1.23	0.48	41.13
						정신의료기관	50	1.02	0.70	34.03
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	222	1.05	0.73	35.05	15	정신요양시설	122	1.31	0.72	43.69
						정신재활시설	50	0.84	0.64	28.03
						정신의료기관	50	0.78	0.67	26.13
의사결정지원	222	1.19	0.70	39.69	7	정신요양시설	122	1.32	0.70	44.11
						정신재활시설	50	1.08	0.65	36.11
						정신의료기관	50	1.02	0.71	34.04
개인맞춤형 회복 환경 조성	222	1.08	0.68	36.07	13	정신요양시설	122	1.23	0.71	41.00
						정신재활시설	50	1.04	0.62	34.75
						정신의료기관	50	0.81	0.61	27.08
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	222	1.13	0.73	37.61	12	정신요양시설	122	1.29	0.71	42.90
						정신재활시설	50	0.98	0.71	32.62
						정신의료기관	50	0.94	0.73	31.21
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	222	1.03	0.78	34.37	17	정신요양시설	122	1.30	0.76	43.33
						정신재활시설	50	0.70	0.66	23.19
						정신의료기관	50	0.79	0.75	26.24
강점에 근거한 서비스 지원	222	1.27	0.67	42.31	4	정신요양시설	122	1.35	0.63	45.02
						정신재활시설	50	1.40	0.64	46.53
						정신의료기관	50	0.98	0.70	32.64
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	**222**	**1.34**	**0.65**	**44.50**	**1**	정신요양시설	122	1.36	0.66	45.42
						정신재활시설	50	1.25	0.64	41.67
						정신의료기관	50	1.36	0.67	45.39
집단동료지원	222	1.14	0.66	38.07	11	정신요양시설	122	1.30	0.65	43.40
						정신재활시설	50	1.06	0.56	35.42
						정신의료기관	50	0.89	0.67	29.71

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
개인동료지원	222	1.18	0.68	39.18	8	정신요양시설	122	1.34	0.65	44.68
						정신재활시설	50	1.04	0.65	34.72
						정신의료기관	50	0.98	0.68	32.61
권익옹호와 관련 모니터링	222	1.19	0.71	39.71	6	정신요양시설	122	1.37	0.71	45.79
						정신재활시설	50	1.07	0.68	35.51
						정신의료기관	50	0.96	0.67	31.88
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	222	1.17	0.73	38.86	9	정신요양시설	122	1.30	0.67	43.26
						정신재활시설	50	1.05	0.81	34.85
						정신의료기관	50	1.00	0.76	33.33
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	222	1.14	0.72	38.07	10	정신요양시설	122	1.29	0.63	42.86
						정신재활시설	50	1.15	0.78	38.30
						정신의료기관	50	0.82	0.75	27.41
병원기반 사례관리	222	1.23	0.73	40.84	5	정신요양시설	122	1.32	0.61	43.97
						정신재활시설	50	1.45	0.74	48.41
						정신의료기관	50	0.83	0.82	27.54
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	**222**	**1.30**	**0.74**	**43.30**	**3**	정신요양시설	122	1.38	0.69	45.87
						정신재활시설	50	1.33	0.87	44.20
						정신의료기관	50	1.11	0.67	36.88
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	222	1.08	0.72	35.84	14	정신요양시설	122	1.22	0.69	40.70
						정신재활시설	50	0.93	0.71	31.16
						정신의료기관	50	0.91	0.73	30.37
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	222	1.02	0.73	34.02	18	정신요양시설	122	1.26	0.69	41.91
						정신재활시설	50	0.73	0.71	24.31
						정신의료기관	50	0.80	0.69	26.67
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	222	1.04	0.72	34.52	16	정신요양시설	122	1.20	0.69	40.13
						정신재활시설	50	0.96	0.68	31.94
						정신의료기관	50	0.74	0.71	24.64
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 충분 정도 종합	222	1.18	0.60	39.40	-	정신요양시설	122	1.32	0.62	44.09
						정신재활시설	50	1.11	0.49	37.15
						정신의료기관	50	0.97	0.59	32.26

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ⓪ ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

국제인권기준 관련 서비스 충분도를 전반적 인권보장, 유엔 장애인권리협약에 대한 교육, 의사결정지원 등으로 질문한 결과는 다음과 같다. 전체적으로 앞서 필요도 항목에 비해 100점 만점 기준 39점 전후로 응답되어 국제인권기준 관련 서비스가 충분한지에 대한 인식은

낮은 것으로 나타났다. 충분도가 높은 영역별로 순위를 매겨보면, 지역사회 연계(통합)를 위한 노력(100점 만점 기준 44.50점) 충분도가 1순위로 나타났으며, 2순위로는 전반적 인권 보장에 관한 지원(100점 만점 기준 43.43점), 3순위로는 다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터(100점 만점 기준 43.30점)가 충분한 것으로 나타났다. 시설유형별로 살펴보면, 정신요양시설의 충분도 평균이 100점 만점 기준 44.09점으로 가장 높았으며, 정신의료기관(100점 만점 기준 32.26점) 순으로 충분도 평균이 상대적으로 가장 낮았다.

3) 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

국제인권기준 관련 서비스 영역별로 필요도에 비해 얼마나 현재 서비스가 충분한지 차이(gap)에 대하여 분석하였다. 점수가 음(-)의 값일 때 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공된다고 인식하고 있다는 의미이며, 반대로 (+)의 값일 경우 서비스가 필요도에 비해 충분히 제공되지 않는다고 인식하는 것을 의미한다. 구체적인 결과는 아래 표와 같다.

〈표 5-95〉 국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap) : 종사자

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
전반적인 인권 보장에 대한 지원	222	0.71	2.15	23.57	8	정신요양시설	122	0.37	2.36	12.30
						정신재활시설	50	1.18	1.69	39.33
						정신의료기관	50	1.06	1.89	35.33
유엔 장애인권리협약에 대한 교육	222	0.24	2.98	7.96	17	정신요양시설	122	-0.17	3.02	-5.74
						정신재활시설	50	1.28	2.47	42.67
						정신의료기관	50	0.20	3.15	6.67
의사결정지원	222	0.71	2.15	23.72	6	정신요양시설	122	0.30	2.45	10.11
						정신재활시설	50	1.32	1.02	44.00
						정신의료기관	50	1.10	2.03	36.67
개인맞춤형 회복 환경 조성	**222**	**0.84**	**2.16**	**28.08**	**2**	정신요양시설	122	0.47	2.51	15.57
						정신재활시설	50	1.38	1.01	46.00
						정신의료기관	50	1.22	1.92	40.67
정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공	222	0.71	2.27	23.72	7	정신요양시설	122	0.34	2.47	11.20
						정신재활시설	50	1.38	1.60	46.00
						정신의료기관	50	0.96	2.20	32.00
위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	**222**	**0.77**	**2.42**	**25.53**	**3**	정신요양시설	122	0.24	2.64	7.92
						정신재활시설	50	1.66	1.59	55.33
						정신의료기관	50	1.16	2.23	38.67

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	전체					시설유형별				
	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균	평균점수순위	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준평균
강점에 근거한 서비스 지원	222	0.51	2.27	16.97	12	정신요양시설	122	0.14	2.67	4.64
						정신재활시설	50	0.98	1.25	32.67
						정신의료기관	50	0.94	1.85	31.33
지역사회 연계(통합)를 위한 노력	222	0.60	1.97	19.97	9	정신요양시설	122	0.34	2.10	11.48
						정신재활시설	50	1.28	1.20	42.67
						정신의료기관	50	0.54	2.14	18.00
집단동료지원	222	0.51	2.25	17.12	11	정신요양시설	122	0.14	2.51	4.64
						정신재활시설	50	1.20	0.78	40.00
						정신의료기관	50	0.74	2.40	24.67
개인동료지원	222	0.49	2.21	16.22	13	정신요양시설	122	0.07	2.33	2.46
						정신재활시설	50	1.22	0.91	40.67
						정신의료기관	50	0.76	2.61	25.33
권익옹호와 관련 모니터링	222	0.39	2.46	13.06	15	정신요양시설	122	-0.06	2.72	-1.91
						정신재활시설	50	0.94	1.49	31.33
						정신의료기관	50	0.94	2.36	31.33
정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	222	0.27	2.64	9.16	16	정신요양시설	122	-0.01	2.70	-0.27
						정신재활시설	50	0.46	2.38	15.33
						정신의료기관	50	0.78	2.71	26.00
스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	222	0.59	2.26	19.52	10	정신요양시설	122	0.31	2.23	10.38
						정신재활시설	50	1.24	1.82	41.33
						정신의료기관	50	0.60	2.60	20.00
병원기반 사례관리	222	0.07	2.88	2.40	18	정신요양시설	122	0.04	2.96	1.37
						정신재활시설	50	-0.50	3.18	-16.67
						정신의료기관	50	0.72	2.24	24.00
다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	222	0.42	2.17	14.11	14	정신요양시설	122	0.22	2.27	7.38
						정신재활시설	50	0.50	1.76	16.67
						정신의료기관	50	0.84	2.24	28.00
집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원	222	0.75	2.50	25.08	4	정신요양시설	122	0.63	2.41	21.04
						정신재활시설	50	1.26	2.46	42.00
						정신의료기관	50	0.54	2.70	18.00
자립생활을 지원하는 지원주거서비스	222	0.74	2.49	24.77	5	정신요양시설	122	0.32	2.69	10.66
						정신재활시설	50	1.70	1.22	56.67
						정신의료기관	50	0.82	2.66	27.33
주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	**222**	**0.95**	**1.96**	**31.53**	**1**	정신요양시설	122	0.70	1.96	23.22
						정신재활시설	50	1.48	1.01	49.33
						정신의료기관	50	1.02	2.51	34.00
국제인권기준 관련 제도 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이종합	222	0.57	1.59	19.03	-	정신요양시설	122	0.24	1.73	8.14
						정신재활시설	50	1.11	0.79	36.96
						정신의료기관	50	0.83	1.65	27.67

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

국제인권기준 관련 서비스 영역 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.57점(100점 만점 기준 19.03점)으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 계산되어 응답자들이 해당 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않는다고 인식하고 있었다. 세부영역별로는 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크 서비스(100점 만점 기준 31.53점)가 가장 큰 것으로 나타났고, 개인맞춤형 회복 환경 조성(100점 만점 기준 28.08점), 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 25.53점)이 그 다음 순서로 차이가 높은 영역으로 나타났다. 시설유형에 따라서는 상대적으로 정신요양시설의 갭 차이가 정신재활시설, 정신의료기관의 갭 차이에 비하여 적게 나타났다.

5. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1) 장애인복지사업 및 관련 서비스에 대한 인지 정도

「장애인복지법」에 의한 장애인복지서비스 108개 사업 중 연구진 간 논의를 통해 정신장애인에게 필요하나 이용에 제한이 있을 것으로 예상되는 48개의 사업에 대한 인지도를 조사하였다.

〈표 5-96〉 장애인복지서비스·기관에 대한 인지도 : 종사자

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
보육·교육	여성장애인 교육지원	222	1.34	0.69	44.74	정신요양시설	122	1.30	0.68	43.17
						정신재활시설	50	1.48	0.68	49.33
						정신의료기관	50	1.32	0.74	44.00
	장애대학생 교육활동 지원	222	1.26	0.73	42.04	정신요양시설	122	1.25	0.73	41.53
						정신재활시설	50	1.34	0.69	44.67
						정신의료기관	50	1.22	0.76	40.67
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스[3]	222	1.59	0.71	53.15	정신요양시설	122	1.61	0.72	53.55
						정신재활시설	50	1.64	0.66	54.67
						정신의료기관	50	1.52	0.74	50.67
	어린이집 우선입소 지원	222	1.35	0.77	45.05	정신요양시설	122	1.39	0.72	46.17
						정신재활시설	50	1.26	0.69	42.00
						정신의료기관	50	1.36	0.94	45.33

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	영역 전체 평균	**222**	**1.39**	**0.57**	**46.25**	**정신요양시설**	**122**	**1.38**	**0.58**	**46.11**
						정신재활시설	**50**	**1.43**	**0.51**	**47.67**
						정신의료기관	**50**	**1.36**	**0.63**	**45.17**
의료·재활지원	발달재활서비스	222	1.51	0.66	50.30	정신요양시설	122	1.52	0.67	50.55
						정신재활시설	50	1.66	0.63	55.33
						정신의료기관	50	1.34	0.66	44.67
	여성장애인 출산비용 지원	222	1.38	0.78	46.10	정신요양시설	122	1.42	0.74	47.27
						정신재활시설	50	1.36	0.80	45.33
						정신의료기관	50	1.32	0.87	44.00
	장애친화 건강검진	222	1.27	0.73	42.19	정신요양시설	122	1.30	0.74	43.17
						정신재활시설	50	1.40	0.67	46.67
						정신의료기관	50	1.06	0.74	35.33
	특수교육대상자 치료지원서비스	222	1.46	0.73	48.80	정신요양시설	122	1.46	0.72	48.63
						정신재활시설	50	1.50	0.65	50.00
						정신의료기관	50	1.44	0.86	48.00
	지역장애인보건의료센터	222	1.35	0.76	45.05	정신요양시설	122	1.39	0.74	46.17
						정신재활시설	50	1.32	0.71	44.00
						정신의료기관	50	1.30	0.84	43.33
	영역 전체 평균	**222**	**1.39**	**0.58**	**46.49**	**정신요양시설**	**122**	**1.41**	**0.60**	**47.16**
						정신재활시설	**50**	**1.45**	**0.47**	**48.27**
						정신의료기관	**50**	**1.29**	**0.64**	**43.07**
서비스	장애인 활동지원	222	2.01	0.69	66.97	정신요양시설	122	1.86	0.70	62.02
						정신재활시설	50	2.32	0.55	77.33
						정신의료기관	50	2.06	0.71	68.67
	장애아 가족 양육 지원	222	1.53	0.72	50.90	정신요양시설	122	1.53	0.71	51.09
						정신재활시설	50	1.62	0.70	54.00
						정신의료기관	50	1.42	0.78	47.33
	(발달장애인) 공공후견 지원[3]	222	1.68	0.74	56.16	정신요양시설	122	1.67	0.70	55.74
						정신재활시설	50	1.84	0.65	61.33
						정신의료기관	50	1.56	0.88	52.00
	(발달장애인) 부모상담 지원[3]	222	1.52	0.74	50.75	정신요양시설	122	1.48	0.75	49.18
						정신재활시설	50	1.76	0.59	58.67
						정신의료기관	50	1.40	0.81	46.67
	(발달장애인) 가족휴식 지원[3]	222	1.29	0.76	42.94	정신요양시설	122	1.28	0.75	42.62
						정신재활시설	50	1.40	0.78	46.67
						정신의료기관	50	1.20	0.76	40.00

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 거주시설	222	1.80	0.73	59.91	정신요양시설	122	1.73	0.76	57.65
						정신재활시설	50	2.02	0.55	67.33
						정신의료기관	50	1.74	0.78	58.00
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	222	1.35	0.76	44.89	정신요양시설	122	1.38	0.74	45.90
						정신재활시설	50	1.26	0.75	42.00
						정신의료기관	50	1.36	0.83	45.33
	공동주택 특별 분양 알선	222	1.45	0.76	48.20	정신요양시설	122	1.34	0.77	44.54
						정신재활시설	50	1.50	0.58	50.00
						정신의료기관	50	1.66	0.87	55.33
	농어촌 장애인 주택개조 지원	222	1.15	0.78	38.29	정신요양시설	122	1.23	0.76	40.98
						정신재활시설	50	1.04	0.86	34.67
						정신의료기관	50	1.06	0.77	35.33
	무료 법률 구조제도 실시	222	1.50	0.79	49.85	정신요양시설	122	1.37	0.76	45.63
						정신재활시설	50	1.78	0.74	59.33
						정신의료기관	50	1.52	0.84	50.67
	장애인 응급안전 알림서비스	222	1.31	0.74	43.69	정신요양시설	122	1.38	0.74	45.90
						정신재활시설	50	1.22	0.68	40.67
						정신의료기관	50	1.24	0.77	41.33
	영역 전체 평균	**222**	**1.51**	**0.53**	**50.35**	**정신요양시설**	**122**	**1.48**	**0.57**	**49.23**
						정신재활시설	**50**	**1.62**	**0.36**	**54.12**
						정신의료기관	**50**	**1.48**	**0.58**	**49.33**
일자리 · 융자 지원	장애인 고용서비스	222	1.89	0.72	63.06	정신요양시설	122	1.71	0.74	57.10
						정신재활시설	50	2.18	0.56	72.67
						정신의료기관	50	2.04	0.70	68.00
	장애인 일자리지원	222	2.00	0.67	66.52	정신요양시설	122	1.81	0.70	60.38
						정신재활시설	50	2.32	0.51	77.33
						정신의료기관	50	2.12	0.59	70.67
	장애인 생산품 판매시설	222	1.79	0.81	59.76	정신요양시설	122	1.64	0.82	54.64
						정신재활시설	50	2.10	0.71	70.00
						정신의료기관	50	1.86	0.78	62.00
	장애인기업 종합지원센터	222	1.44	0.76	47.90	정신요양시설	122	1.38	0.74	45.90
						정신재활시설	50	1.56	0.70	52.00
						정신의료기관	50	1.46	0.84	48.67
	장애인 창업점포 지원	222	1.13	0.77	37.54	정신요양시설	122	1.21	0.77	40.44
						정신재활시설	50	1.14	0.76	38.00
						정신의료기관	50	.90	0.74	30.00

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	장애인 창업 육성	222	1.17	0.79	38.89	정신요양시설	122	1.23	0.78	40.98
						정신재활시설	50	1.24	0.77	41.33
						정신의료기관	50	.94	0.82	31.33
	중증장애인 직업재활 지원	222	1.69	0.77	56.31	정신요양시설	122	1.47	0.73	48.91
						정신재활시설	50	2.18	0.56	72.67
						정신의료기관	50	1.74	0.80	58.00
	장애인 직업재활시설	222	1.72	0.74	57.36	정신요양시설	122	1.61	0.72	53.83
						정신재활시설	50	2.06	0.59	68.67
						정신의료기관	50	1.64	0.83	54.67
	장애인 자립자금 대여	222	1.23	0.73	40.84	정신요양시설	122	1.25	0.71	41.80
						정신재활시설	50	1.32	0.68	44.00
						정신의료기관	50	1.06	0.79	35.33
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	222	1.25	0.77	41.59	정신요양시설	122	1.17	0.74	39.07
						정신재활시설	50	1.30	0.71	43.33
						정신의료기관	50	1.38	0.88	46.00
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의 제공	222	1.37	0.81	45.65	정신요양시설	122	1.37	0.77	45.63
						정신재활시설	50	1.42	0.70	47.33
						정신의료기관	50	1.32	1.00	44.00
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	222	1.65	0.83	54.95	정신요양시설	122	1.43	0.78	47.81
						정신재활시설	50	2.14	0.73	71.33
						정신의료기관	50	1.68	0.82	56.00
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	222	1.42	0.86	47.30	정신요양시설	122	1.31	0.76	43.72
						정신재활시설	50	1.78	0.89	59.33
						정신의료기관	50	1.32	0.98	44.00
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	222	1.38	0.85	46.10	정신요양시설	122	1.27	0.76	42.35
						정신재활시설	50	1.76	0.87	58.67
						정신의료기관	50	1.28	0.95	42.67
	장애인 취업성공 패키지	222	1.63	0.90	54.20	정신요양시설	122	1.29	0.80	42.90
						정신재활시설	50	2.26	0.72	75.33
						정신의료기관	50	1.82	0.90	60.67
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	222	1.69	0.83	56.46	정신요양시설	122	1.42	0.77	47.27
						정신재활시설	50	2.26	0.63	75.33
						정신의료기관	50	1.80	0.83	60.00
	장애인 고용장려금 지원	222	1.78	0.79	59.46	정신요양시설	122	1.55	0.75	51.64
						정신재활시설	50	2.24	0.66	74.67
						정신의료기관	50	1.90	0.81	63.33

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	영역 전체 평균	**222**	**1.62**	**0.59**	**53.97**	**정신요양시설**	**122**	**1.50**	**0.61**	**50.02**
						정신재활시설	**50**	**1.91**	**0.40**	**63.69**
						정신의료기관	**50**	**1.62**	**0.62**	**53.92**
공공요금	유선통신 요금 감면	222	1.94	0.81	64.71	정신요양시설	122	1.74	0.81	57.92
						정신재활시설	50	2.44	0.58	81.33
						정신의료기관	50	1.94	0.82	64.67
	이동통신 요금 감면	222	1.96	0.80	65.47	정신요양시설	122	1.76	0.79	58.74
						정신재활시설	50	2.42	0.64	80.67
						정신의료기관	50	2.00	0.78	66.67
	영역 전체 평균	**222**	**1.95**	**0.79**	**65.09**	**정신요양시설**	**122**	**1.75**	**0.78**	**58.33**
						정신재활시설	**50**	**2.43**	**0.60**	**81.00**
						정신의료기관	**50**	**1.97**	**0.79**	**65.67**
지역사회사업 및 기타	지역사회 중심 재활사업	222	1.65	0.73	54.95	정신요양시설	122	1.46	0.71	48.63
						정신재활시설	50	2.00	0.61	66.67
						정신의료기관	50	1.76	0.74	58.67
	주간보호시설	222	1.88	0.70	62.61	정신요양시설	122	1.79	0.68	59.56
						정신재활시설	50	2.14	0.61	71.33
						정신의료기관	50	1.84	0.79	61.33
	장애인복지관	222	2.13	0.65	70.87	정신요양시설	122	1.93	0.61	64.21
						정신재활시설	50	2.38	0.60	79.33
						정신의료기관	50	2.36	0.63	78.67
	장애인 재가복지 봉사센터	222	1.70	0.75	56.61	정신요양시설	122	1.54	0.71	51.37
						정신재활시설	50	2.02	0.68	67.33
						정신의료기관	50	1.76	0.80	58.67
	장애인체육시설	222	1.70	0.78	56.61	정신요양시설	122	1.55	0.73	51.64
						정신재활시설	50	2.02	0.71	67.33
						정신의료기관	50	1.74	0.88	58.00
	여성장애인 가사도우미 파견	222	1.40	0.80	46.55	정신요양시설	122	1.36	0.77	45.36
						정신재활시설	50	1.56	0.81	52.00
						정신의료기관	50	1.32	0.84	44.00
	가사·간병 방문 지원사업	222	1.71	0.73	57.06	정신요양시설	122	1.59	0.71	53.01
						정신재활시설	50	1.96	0.57	65.33
						정신의료기관	50	1.76	0.85	58.67
	장애인 재활지원센터	222	1.71	0.71	56.91	정신요양시설	122	1.62	0.68	54.10
						정신재활시설	50	1.80	0.67	60.00
						정신의료기관	50	1.82	0.80	60.67

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		전체				시설유형별				
		N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균
	(지적)장애인 자립지원센터[3]	222	1.60	0.76	53.45	정신요양시설	122	1.49	0.73	49.73
						정신재활시설	50	1.90	0.68	63.33
						정신의료기관	50	1.58	0.86	52.67
	영역 전체 평균	**222**	**1.72**	**0.56**	**57.29**	**정신요양시설**	**122**	**1.59**	**0.55**	**53.07**
						정신재활시설	**50**	**1.98**	**0.42**	**65.85**
						정신의료기관	**50**	**1.77**	**0.62**	**59.04**
전체 평균		**222**	**1.56**	**0.50**	**51.87**	**정신요양시설**	**122**	**1.48**	**0.53**	**49.17**
						정신재활시설	**50**	**1.76**	**0.30**	**58.76**
						정신의료기관	**50**	**1.55**	**0.54**	**51.56**

주 1) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ④, 무응답자 제외
주 2) 평균치 산출방법: 1~4점 범위, 전혀 알지 못함 ① ↔ 매우 잘 알고 있음 ④, 무응답자 제외
주 3) 조사항목 중 '청소년 방과후 활동서비스, 공공후견지원, 부모상담지원, 가족휴식지원, 장애인자립지원센터'는 발달장애 및 지적장애인에게 제공되고 있는 서비스로, 필요도 설문 문항에서는 현행 서비스와 달리 '장애인'을 위한 서비스라는 전제하에 조사를 실시함.

전반적으로 인지도 평균은 1.56점으로 100점 만점 기준 51.87점에 해당하여 평균 정도의 인지 수준을 보였다. 세부 영역별로 살펴보았을 때 높은 인식 수준을 나타낸 서비스는 공공요금 서비스(100점 만점 기준 65.09점), 다음으로는 지역사회사업 및 기타(100점 만점 기준 57.29점), 일자리 및 융자지원(100점 만점 기준 53.97점)순으로 인식 수준이 높았다. 시설 유형별로 살펴보면, 정신재활시설의 종사자의 인지도가 100점 만점 기준 58.76점으로 가장 높았고, 상대적으로 정신요양시설 종사자의 인식은 100점 만점 기준 49.17점으로 낮게 나타났다.

2) 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조에 대한 인지

〈표 5-97〉 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조에 대한 인지 : 종사자

구분	전체				시설유형별				
	알고 있다		모르고 있다		구분	알고 있다		모르고 있다	
	N	비율	N	비율		N	비율	N	비율
장애인복지법 제15조 및 시행령 제13조 인지	127	57.21	95	42.79	정신요양시설	58	47.54	64	52.46
					정신재활시설	39	78.00	11	22.00
					정신의료기관	30	60.00	20	40.00

응답자들에게 '장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조가 정신장애인에 대해 장애인 복지법 적용을 배제할 수 있도록 하는 사실을 알고 있는지'를 질문하였다. 조사 결과, 응답자의 127명(57.21%)이 '알고 있다'고 응답하였으며, 95명(42.79%)은 '모르고 있다'고 응답하여 절반 이상 수준의 종사자가 장애인복지법 상 정신장애인 배제조항을 인지하고 있는 것으로 나타났다. 시설 유형별로는 정신요양시설의 종사자의 미인지 비율(64명, 52.46%)이 높은 것으로 밝혀졌다.

3) 정신장애인을 위한 장애인복지서비스 지원 인식

〈표 5-98〉 정신장애인을 위한 장애인복지서비스 지원 인식 : 종사자

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	매우 동의하지 않음		동의하지 않음		동의함		동의함	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신장애인을 위한 장애인 복지서비스 지원 인식	전체	222	3.39	0.69	84.75	3	1.35	17	7.66	93	41.89	109	49.10
	정신요양시설	122	3.18	0.68	79.50	1	0.82	16	13.11	65	53.28	40	32.79
	정신재활시설	50	3.82	0.39	95.50	0	0.00	0	0.00	9	18.00	41	82.00
	정신의료기관	50	3.46	0.73	86.50	2	4.00	1	2.00	19	38.00	28	56.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 동의 않음 ⓪ ↔ 매우 동의 ③, 무응답자 제외

응답자들에게 '정신장애인의 복지서비스(취업, 문화·체육, 주거, 평생교육 등)가 다른 장애인들과 동등하게 지원되어야 한다는 것에 동의하는지'를 질문하였다. 분석 결과, 전체 평균은 100점 만점 기준으로 84.75점으로 나타나, 대체로 응답자들이 정신장애인이 다른 장애인들과 동등한 복지서비스를 지원받는 것에 높은 수준으로 동의하고 있는 것을 확인하였다. 시설 유형별로는 정신재활시설 종사자가 100점 만점 기준 95.50점으로 상당히 높은 수준으로 동의하였으며, 상대적으로 정신요양시설 종사자는 100점 만점 기준 79.50으로 낮은 수준을 보였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4) 정신장애인(정신질환자)의 복지서비스 관리 담당 부서

4-1) 정신장애인(정신질환자) 복지서비스 전달체계 부서에 대한 의견

〈표 5-99〉 정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대한 의견 : 종사자

항목	구분	N	평균	표준편차	100점 만점기준 평균	매우 동의하지 않음		동의하지 않음		동의함		매우 동의함	
						N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신장애인복지서비스 전달체계 부서에 대한 의견	전체	222	2.53	0.82	84.33	27	12.16	64	28.83	117	52.70	14	6.31
	정신요양시설	122	2.68	0.71	89.33	8	6.56	31	25.41	75	61.48	8	6.56
	정신재활시설	50	2.32	0.81	77.33	9	18.00	18	36.00	21	42.00	2	4.00
	정신의료기관	50	2.38	0.93	79.33	10	20.00	15	30.00	21	42.00	4	8.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 동의 않음 ⓪ ↔ 매우 동의 ③, 무응답자 제외

응답자들에게 '정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대해 동의하는지'를 질문하였다. 분석 결과 전체 평균은 100점 만점 기준으로 84.33점으로 나타나, 대부분의 응답자들이 현행 전달체계 유지에 동의하고 있는 것을 확인하였다. 시설 유형별로는 정신요양시설(100점 만점 기준 89.33점) 종사자의 동의 수준이 가장 높았으며, 정신재활시설과 정신의료기관 동의 수준은 유사하였다.

4-2) 정신장애인(정신질환자) 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대하여 동의하지 않는 주된 이유

〈표 5-100〉 정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대한 미동의 이유 : 종사자

항목	구분	N	복지서비스와 보건서비스는 각기 전문성이 확보되어야 하기 때문에		장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에		장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에		기타	
			N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
미동의 이유	전체	222	37	40.66	34	37.36	18	19.78	2	2.20
	정신요양시설	122	20	51.28	14	35.90	5	12.82	0	0.00
	정신재활시설	50	7	25.93	13	48.15	6	22.22	1	3.70
	정신의료기관	50	10	40.00	7	28.00	7	28.00	1	4.00

‘정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대해 미동의’하는 응답자들을 대상으로 미동의 이유를 질문하였다. 그 결과 ‘복지서비스와 보건서비스는 각기 전문성이 확보되어야 하기 때문에(37명, 40.66%)’, ‘장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에(34명, 37.36%)’, ‘장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에(18명, 19.78%)’ 순으로 응답 비중이 높았다. 다만, 시설유형별로 살펴보았을 때 약간의 차이가 있었는데, 정신요양시설(20명, 51.28%)과 정신의료기관(10명, 40.00%)의 경우 ‘복지 및 보건 서비스의 전문성’을 가장 큰 이유로 들었으며, 정신재활시설 종사자의 경우 ‘장애영역 간 형평성 확보(13명, 48.15%)’에 가장 큰 비중으로 응답하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제5절 소결 및 제언

1. 당사자 욕구 및 의견

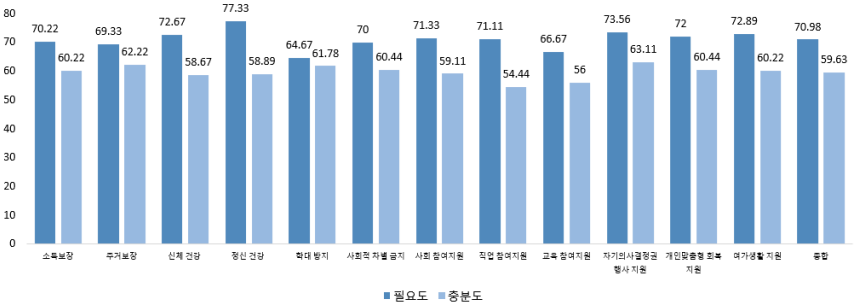
1) 주요 연구결과 분석 요약

(1) 일반적 특성

설문에 응답한 당사자의 일반적 특성을 요약하면 다음과 같다. 전체 설문 응답자 중 총 150명의 응답자료가 분석에 활용되었다. 성별의 경우 남성 응답자가 88명(58.7%)으로 많았고, 연령별로는 중장년기 응답자가 63명(42.0%)으로 가장 많았다. 학력은 고등학교 졸업자(90명, 60.0%) 이상이 가장 많았고, 대학교 4년제 이상(16명, 10.7%), 중학교(19명, 12.7%) 순으로 응답자 비중이 높았으며, 결혼상태는 미혼인 경우가 114명(76.0%)으로 절반 이상을 차지하였다. 국민기초생활보장수급 대상자이고, 의료급여인 응답자가 절반 이상을 차지하였다. 이에 의료비 주부담자는 본인(74명, 49.3%)인 경우가 가장 많았고, 그 다음으로는 부모(51명, 34.0%)의 부담 비중이 높았다. 장애를 등록한 사람이 106명(70.7%)으로, 정신장애인으로 등록(104명, 69.3%)한 응답자가 대부분이었다. 주된 진단명은 조현병(107명, 71.3%), 양극성 정동장애(15명, 10.0%), 우울증(10명, 6.7%) 순으로 나타났다.

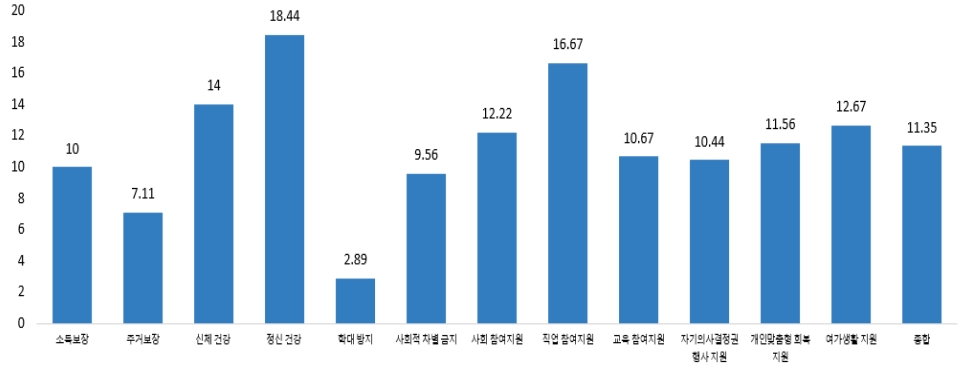
(2) 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 우선 순위

일상생활에 필요한 7가지 서비스영역의 세부 서비스들을 종합적으로 고려하였을 때, 당사자가 가장 필요도가 높다고 인식하는 서비스는 정신건강서비스(100점 만점 기준 77.33점)였으며, 자기의사결정권 행사 지원(100점 만점 기준 73.56점), 여가생활 지원(100점 만점 기준 72.89점)에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다.



[그림 5-1] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 당사자

서비스의 필요도와 충분도 차이는 100점 만점 기준으로 정신건강 영역이 100점 만점 기준 18.44점으로 가장 필요도와 충분도 차이가 컸고, 직업참여지원(100점 만점 기준 16.67점), 신체건강 지원(100점 만점 기준 14.00점)이 그 다음 순서로 필요도와 충분도 차이가 큰 영역으로 나타났다.



[그림 5-2] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 당사자

(3) 정신건강 관련 기관 이용경험

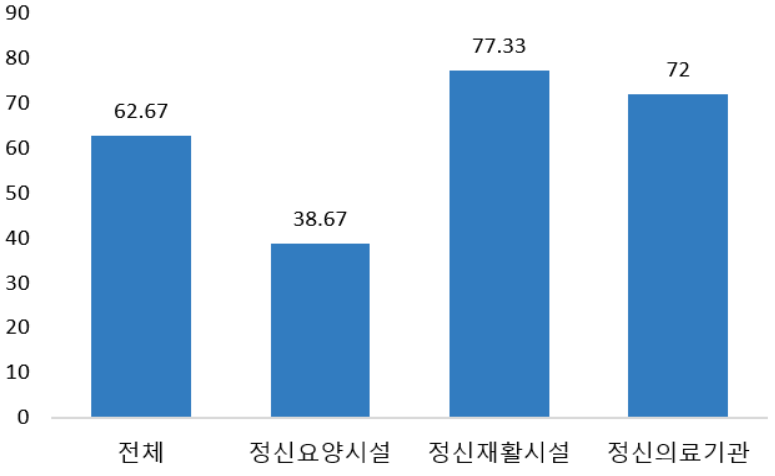
정신건강 관련 기관 이용 경험과 관련하여 정신의료기관(141명, 94.00%), 보건소(108명, 72.00%), 정신요양시설(74명, 49.33%) 순으로 경험이 많은 것으로 나타났다. 반면 중독자 재활시설(9명, 6.00%), 아동청소년정신건강지원시설(12명, 8.00%), 생산품판매시설(12명, 9.23%), 지역사회전환시설(16명, 10.67%)과 종합시설(16명, 10.67%) 순으로 상대적으로

국가인권위원회 humanrights.go.kr

지역사회시설에 대한 경험률이 낮은 것으로 나타났다. 이용 만족도 평균은 만족도 전체 평균은 2.19점으로 100점 만점 기준 73.08점의 만족 수준을 보였으며, 주간재활시설(100점 만점 기준 75.19점), 중독자재활시설(100점 만점 기준 74.07점), 정신요양시설(100점 만점 기준 73.91점) 순으로 만족도가 높았다. 반면, 이용경험이 적었던 아동청소년정신건강지원시설(100점 만점 기준 55.56점)의 만족도가 가장 낮게 나타났으며, 이용경험률이 높은 축에 속하였던 정신의료기관(100점 만점 기준 61.47점)의 만족도도 낮게 나타났다.

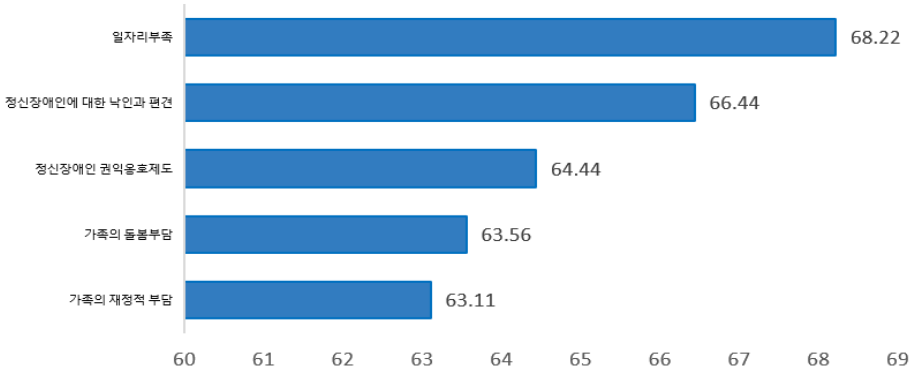
(4) 탈원화 견해

100점 만점 기준 62.67점으로 대부분의 당사자가 탈원화에 동의하는 것으로 밝혀졌다. 다만, 시설유형별 탈원화에 대한 동의비율은 상이하였는데, 정신재활시설(100점 만점 기준 77.33점)과 정신의료기관(100점 만점 기준 72.00점)의 경우 동의비율이 상대적으로 높게 나타난 반면, 정신요양시설(100점 만점 기준 38.67점)의 경우 동의 정도는 낮았다.



[그림 5-3] 탈원화 동의 수준 : 당사자

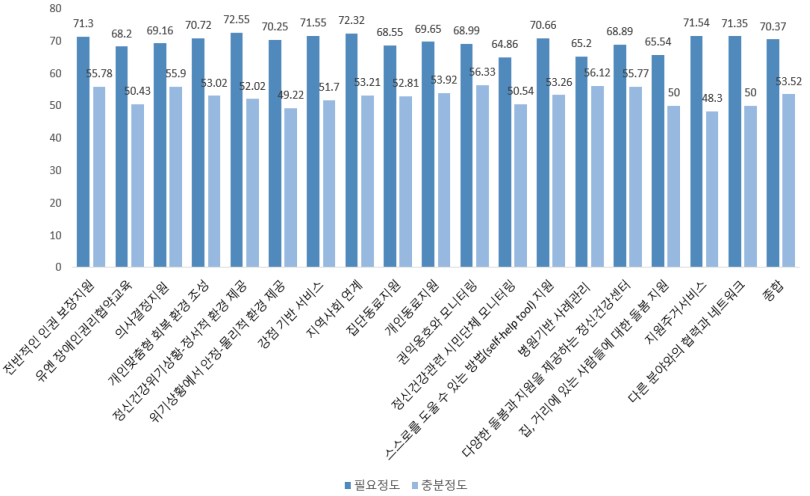
다음은 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 부족하다고 보고된 상위 5가지 서비스를 나열한 것이다. 가장 부족한 서비스로는 일자리 부족(100점 만점 기준 68.22점)이 있었고, 정신장애인에 대한 낙인과 편견(100점 만점 기준 66.44점), 정신장애인 권익옹호제도(100점 만점 기준 64.44점)이 그 다음으로 부족한 영역으로 나타났다.



[그림 5-4] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 당사자

(5) 국제인권기준에 근거한 서비스 제공

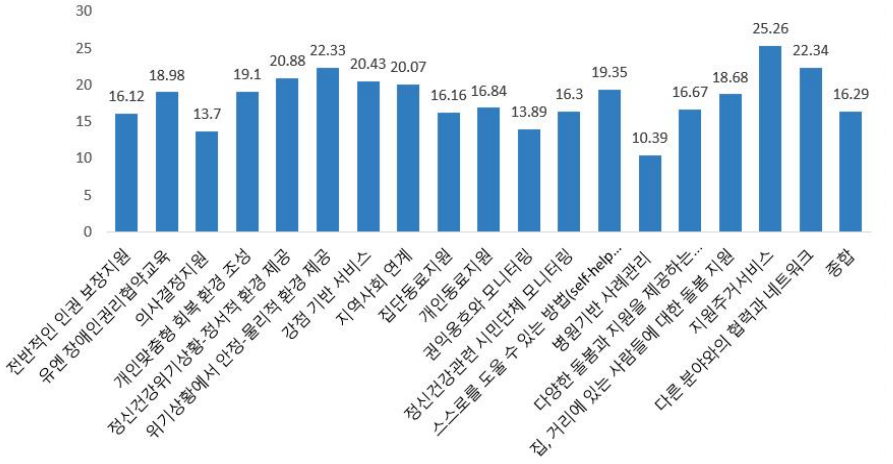
국제인권기준에 근거한 서비스와 관련하여 필요한 서비스로는 정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경제공에 대한 필요도(100점 만점 기준 72.55점)가 1순위였으며, 2순위로는 지역사회연계를 위한 노력(100점 만점 기준 72.32점), 3순위로는 강점에 근거한 서비스 지원(100점 만점 기준 71.55점)이 필요한 것으로 나타났다.



[그림 5-5] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 당사자

국가인권위원회
humanrights.go.kr

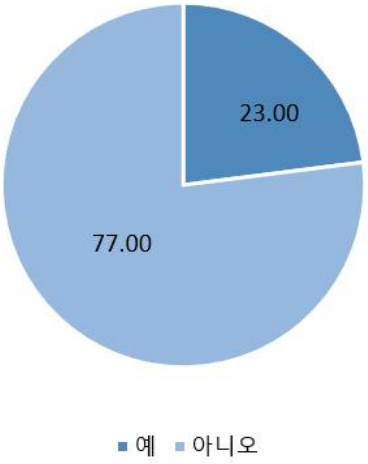
서비스의 필요도와 충분도 차이(gap)는 지원주거서비스가 100점 만점 기준 25.26점으로 갭 차이가 가장 컸고, 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크(100점 만점 기준 22.34점), 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 22.33점)이 그 다음 순서로 갭 차이가 큰 것으로 나타났다. 필요도와 갭 차이 분석을 통해 정신건강 위기 상황에서의 환경 조성과 지역사회연계에 대한 서비스가 중요하지만 필요한 만큼 충분히 제공되지 못하고 있는 것을 확인하였다.



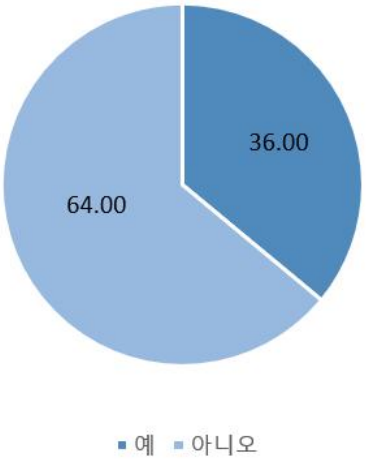
[그림 5-6] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 당사자

(6) 퇴원/퇴소 계획과 지역사회정신재활시설 이용

당사자에게 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대해 상담을 받았는지 여부를 질문하였을 때 절반 이상의 당사자(64%)가 퇴원계획 상담을 받지 못하였다고 보고하였다. 또한, 현재 정신요양시설과 정신의료기관에 입소·입원한 응답자 중에서 대다수(77%)는 지역사회정신재활시설을 이용할 계획이 없다고 밝혔다.



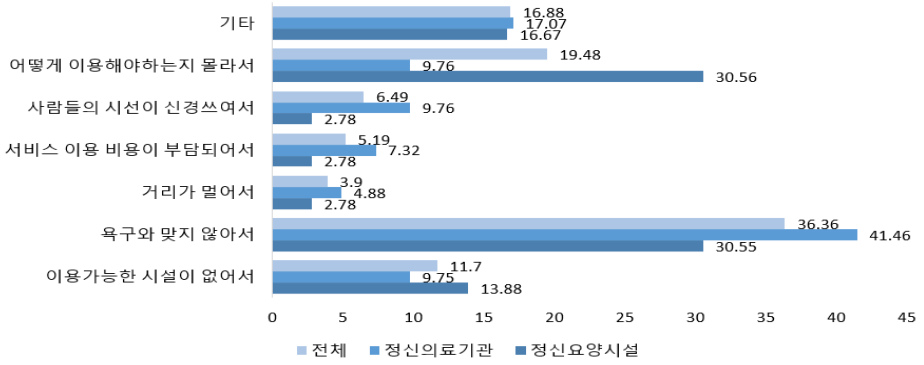
[그림 5-7] 지역사회 정신재활시설 이용 계획 : 당사자



[그림 5-8] 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대한 상담 여부 : 당사자

국가인권위원회
humanrights.go.kr

지역사회정신 재활시설을 이용할 계획이 없는 이유에 대해서는 '욕구와 맞지 않아서'에 대한 응답이 가장 많았고, '구체적으로 어떻게 이용해야하는지 몰라서', '이용가능한 시설이 없어서'의 의견도 있었다.



[그림 5-9] 지역사회정신재활시설 이용 계획이 없는 이유 : 당사자

2) 당사자용 의견 및 욕구 설문 조사에 근거한 제언

당사자용 의견 및 욕구 설문 조사 결과를 바탕으로 다음과 같은 지원방안을 모색하고자 한다. 첫째, 당사자의 64%가 퇴원/퇴소 계획에 대한 상담을 받은 경험이 없다고 응답한 결과와 관련하여, 탈원화 및 지역사회통합을 위해 퇴원계획에 대한 상담을 의무화해야 할 필요가 있다. 퇴원계획은 정신장애인의 지역사회통합에 있어 핵심적인 첫 단계이다. 퇴원 이후 증상관리뿐만 아니라 취업, 주거 등 정신장애인이 지역사회에서 살아감에 있어 지원이 필요한 영역들이 상당하나, 정신장애인 당사자 홀로 관련 자원을 탐색하고 계획하기에는 어려움이 있기 때문이다.

더불어, 퇴원계획 상담이 명목뿐인 상담이 되지 않도록 충분한 시간, 개별화된 상담이 이루어져야 한다. 현재 정신요양시설과 정신의료기관에 입소·입원한 응답자 중 대다수(77%)가 지역사회 정신재활시설 이용 계획이 없다고 응답하였고, 이용 계획이 없는 이유 또한 '욕구에 맞지 않아서'(36.36%), '어떻게 이용해야 하는지 몰라서'(19.48%), '이용가능한 시설이 없어서'(11.7%)라고 응답한 경우가 다수를 차지하였다. 이러한 조사 결과는 퇴원계획 상담이 형식적으로 진행되어, 정신장애인 당사자에게 세부적인 기관 이용방법이 안내되지 않거나 혹은 정신장애인 당사자에게 개별화된 욕구 사정 및 설명이 충분히 되지 않고 있다는 것을 의미한다. 따라서 정신장애인의 입원/입소 직후부터 충분한 시간 동안 개별화

된 퇴원계획을 미리 수립할 수 있도록 해야 한다. 더불어 욕구에 맞는 시설을 실제로 이용할 수 있도록 위치, 비용, 등록 방법 등에 대해 서면으로 상세히 안내하고, 당사자가 동의할 시에는 병원에서 시설로 직접 의뢰 및 연계하는 방법을 취해야 한다.

마지막으로, 당사자가 퇴원계획 상담을 받았음에도 시설을 이용하지 않은 이유에는 당사자들의 개별화 된 욕구에 맞는 시설이 부재한 것이 가장 큰 원인이 될 것으로 생각된다. 따라서 당사자의 욕구에 맞는 지역사회시설에 확충될 필요가 있다. 구체적으로 본 설문조사 결과와 연관 지어 생각해보면, 탈원화와 관련하여 부족한 서비스로는 일자리, 낙인과 편견을 극복할 수 있는 권익옹호제도, 가족의 돌봄 및 재정부담에 대한 내용이 존재하였고, 국제인권기준에 근거하여 필요하거나 필요-충분 차이가 큰 서비스로는 정신건강위기상황에서의 환경 조성과 지역사회연계에 대한 서비스가 있는 것으로 나타났다. 이러한 점을 고려하여 정신장애인을 위한 직업재활시설, 권익옹호서비스, 가족지원서비스, 정신건강위기 상황에서 이용할 수 있는 위기쉼터 등이 충분히 조성되어야 할 필요가 있다.

2. 가족 욕구 및 의견

1) 주요 연구결과 분석 요약

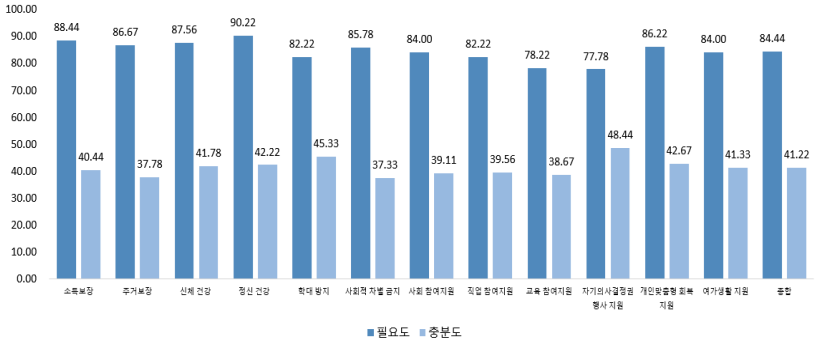
(1) 일반적 특성

전체 설문 응답자 중 총 75명의 응답자료가 분석에 활용되었으며, 분석 대상이 된 가족의 일반적 특성은 다음과 같다. 성별의 경우 여성 응답자가 51명(68.0%)으로 많았고, 연령별로는 중장년기 응답자가 36명(48.0%)으로 가장 많았다. 학력은 고등학교 졸업자(33명, 44.0%), 대학교 4년제 이상(22명, 29.3%), 대학교 3년제 이하(9명, 12.0%), 대학원 이상(6명, 8.0%), 초등학교(4명, 5.3%), 무학(1명, 1.3%) 순이었다. 결혼상태는 결혼/동거(58명, 77.3%)인 경우가 가장 많았고, 국민기초생활보장수급 대상이 아닌 경우가 51명(68.0%)으로 대다수에 해당하였다. 당사자와의 관계는 부모가 36명(48.0%)으로 가장 많았고, 다음으로는 형제자매인 경우가 25명(33.3%)으로 큰 비중을 차지하였다. 유사하게 주의료비 부담자 또한 부모가 43명(57.3%)으로 가장 많았다. 주돌봄제공자로는 부모가 가장 많았고(42명, 56.0%), 다음으로는 형제자매(16명, 21.3%), 자녀(3명, 4.0%) 순으로 응답 비율이 높았다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

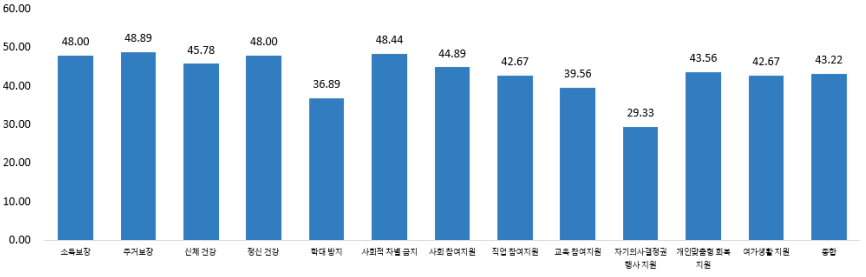
(2) 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 우선 순위

일상생활에 필요한 7가지 서비스영역의 세부 서비스들을 종합적으로 고려하였을 때, 당사자가 가장 필요도가 높다고 인식하는 서비스는 정신건강지원 필요도 평균이 2.71점(100점 만점 기준 90.22점)이었으며, 소득 보장(100점 만점 기준 88.44점)과 신체건강보장(100점 만점 기준 87.56점)에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다.



[그림 5-10] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 가족

서비스의 필요도와 충분도 차이는 주거보장 영역이 1.38점(100점 만점 기준 48.89점)으로 가장 갭차이가 컸고, 다음으로 사회적차별금지(100점 만점 기준 48.44점), 정신건강(100점 만점 기준 48.00점) 순으로 필요도-충분도 간 차이가 컸다.



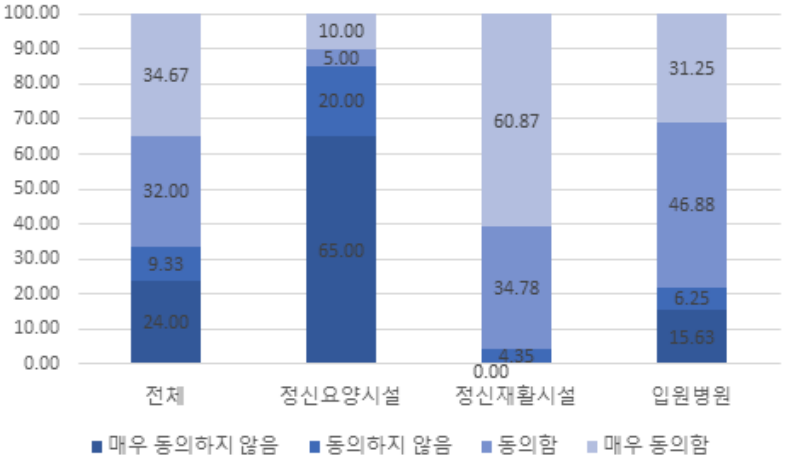
[그림 5-11] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 가족

(3) 정신건강 관련 기관 이용경험

정신건강 관련 기관 이용 경험과 관련하여 정신의료기관(71명, 94.67%), 정신건강복지센터(38명, 50.67%), 보건소(35명, 46.67%)순으로 이용경험이 많았다. 반면 중독자재활시설(0명, 0.00%)은 이용경험이 전무 하였으 며, 아동청소년정신건강지원시설(3명, 4.00%) 등 상대적으로 지역사회시설에 대한 경험률이 낮은 것으로 나타났다. 정신건강 관련 기관 이용 경험이 있는 가족을 대상으로 이용에 대한 만족도를 조사하였다. 만족도 전체 평균은 2.48점으로 100점 만점 기준 57.00점으로 평균을 약간 상회하는 수준의 만족도를 보였다. 만족도가 높았던 순으로 시설 유형을 나열해보면, 주간재활시설(100점 만점 기준 70.18점), 보건소(100점 만점 기준 68.57점), 정신건강복지센터(100점 만점 기준 67.54점) 순으로 만족도가 높았다.

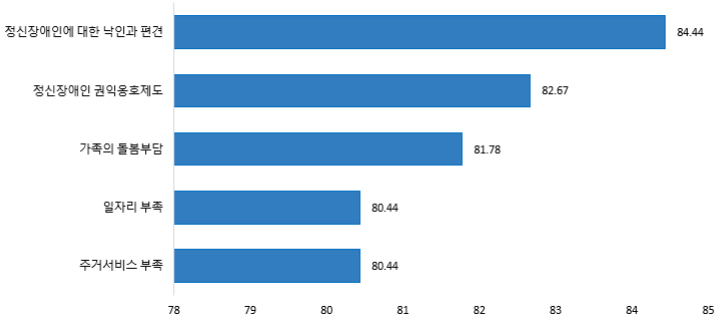
(4) 탈원화 견해

탈원화에 동의하는 비율이 전체의 66.67%(매우 동의함 34.67%, 동의함 32%)를 차지하여 절반 이상의 가족이 탈원화에 동의하는 것으로 나타났다. 다만, 시설 유형별로 동의 비율이 상이하였는데, 정신재활시설(매우 동의함 60.87%, 동의함 34.78%)과 정신의료기관(매우 동의함 31.25%, 동의함 46.88%)은 탈원화에 동의하는 비율이 상대적으로 높게 나타났으나, 정신요양시설의 경우 탈원화에 동의하지 않는 비율이 85.0%(매우 동의하지 않음 65.0%, 동의하지 않음 20%)로 오히려 높게 나타났다.



[그림 5-12] 탈원화 동의 수준 : 가족

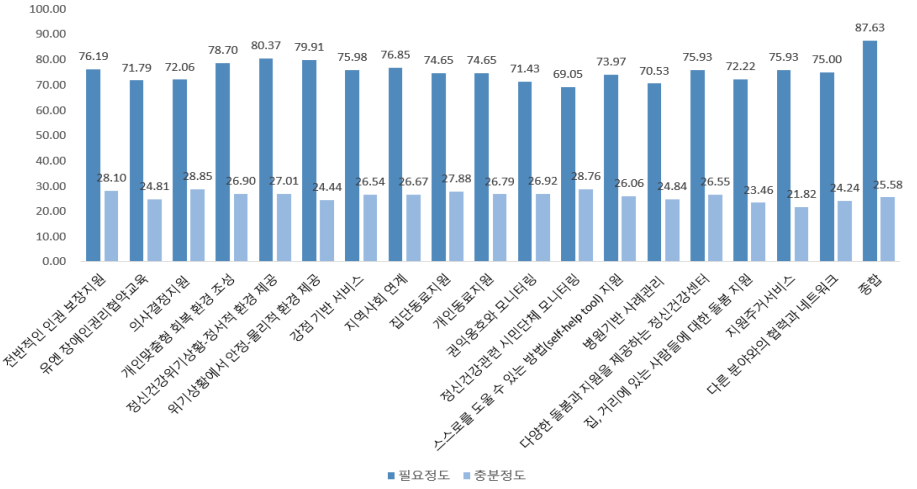
다음은 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 부족하다고 보고된 상위 5가지 서비스를 나열한 것이다. 가장 부족한 서비스로는 편견과 낙인(100점 만점 기준 84.44점)이 있었고, 권익옹호제도(100점 만점 기준 82.67점), 정신장애인이 지역사회에서 생활할 때 가족의 돌봄부담(100점 만점 기준 81.78점)이 그 다음으로 부족한 영역으로 나타났다.



[그림 5-13] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 가족

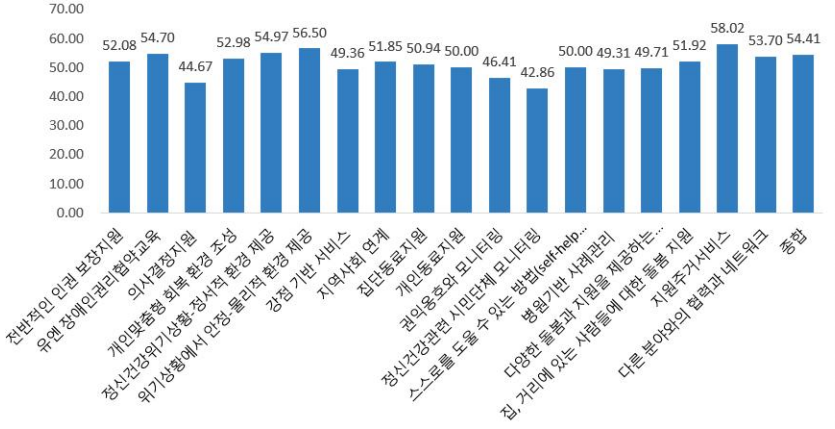
(5) 국제인권기준에 근거한 서비스 제공

국제인권기준에 근거한 서비스와 관련하여 필요한 서비스로는 '위기상황에서의 정서적 환경제공(100점 만점 기준 80.37점)'에 대한 필요도와 '위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 79.91점)'이 공동 1순위였으며, 다음으로는 '개인맞춤형 회복 환경조성(100점 만점 기준 78.70점)'이 필요한 것으로 나타났다.



[그림 5-14] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 가족

국제인권기준 관련 서비스 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 100점 만점 기준 52.82점으로 나타났고, 모든 항목의 갭 차이가 양(+)의 값으로 나타나 응답자들이 서비스에 대해 필요하다고 인식하는 정도에 비해 현재 서비스가 충분히 제공되지 않고 있음을 알 수 있었다. 서비스의 필요도와 충분도 차이는 '자립생활을 지원하는 지원주거서비스(100점 만점 기준 58.02점)'의 차이가 가장 컸고, 갭 차이가 가장 컸고, '위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공(100점 만점 기준 56.50점)', '정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공(100점 만점 기준 54.97점)'이 그 다음 순서로 차이가 높은 영역으로 나타났다.

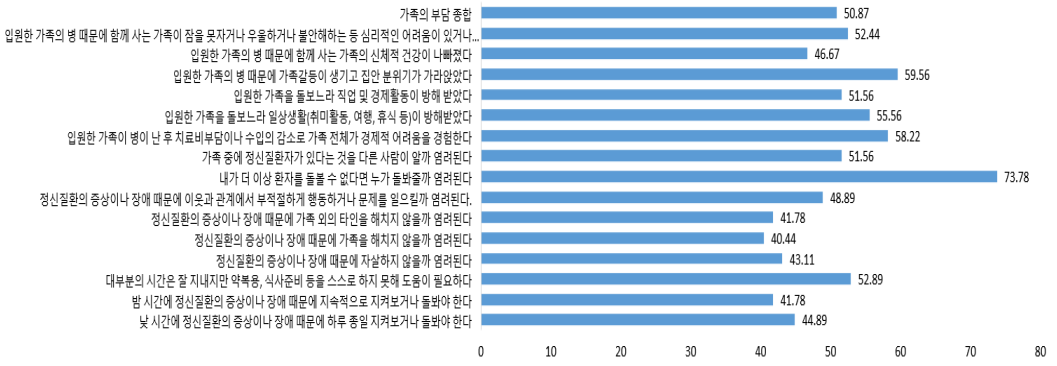


[그림 5-15] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 가족

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(6) 가족의 부담

당사자의 가족이 느끼는 돌봄 부담의 영역에 대해 조사한 결과, 100점 만점 기준 약 51점 수준의 부담을 경험하는 것으로 나타났다. 가장 많이 부담을 느끼는 영역으로는 '내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다(100점 만점 기준 73.78점)'로 돌봄에 대한 부담을 가장 크게 느끼는 것으로 나타났다. 다음으로는 가족 내 갈등(100점 만점 기준 59.56점)과 치료비 마련 등의 경제적 어려움(100점 만점 기준 59.56점)이 부담으로 작용하는 것으로 밝혀졌다.

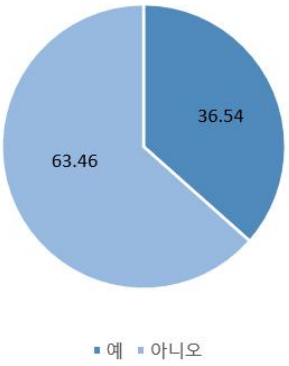


[그림 5-16] 가족의 부담 : 가족

(7) 퇴원/퇴소 계획과 지역사회정신재활시설 이용

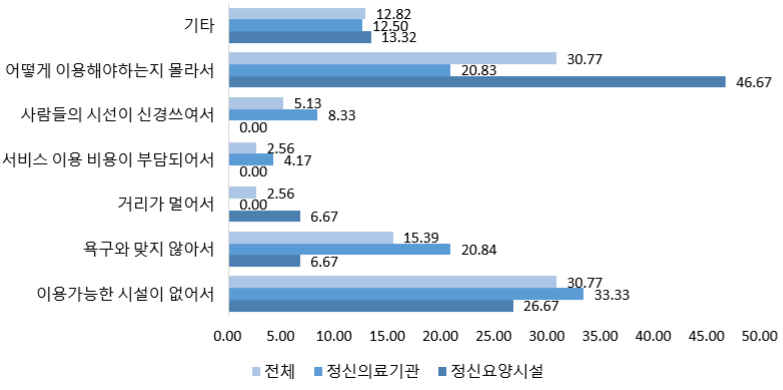
가족에게 당사자의 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대해 상담을 받았는지 여부를 질문하였을 때 상담을 받지 못한 응답자(33명, 63.46%)의 비율이 높은 것으로 나타났다. 또한, 상담을 받은 가족 중 75%가 퇴원계획 상담을 받았음에도 지역사회 정신재활시설 이용계획이 없다고 응답하였다(39명, 75.00%).

[그림 5-17] 지역사회 정신재활시설 이용 계획 : 가족



[그림 5-18] 퇴원/퇴소 이후의 계획에 대한 상담 여부 : 가족

지역사회정신 재활시설을 이용할 계획이 없는 이유에 대해서는 '이용가능한 시설이 없어서(12명, 30.77%)'와 '어떻게 이용해야 하는지 몰라서(12명, 30.77%)'의 응답 비중이 가장 높았고, 다음으로 '욕구와 맞지 않아서(6명, 15.39%)'가 많은 비율로 응답하였다.



[그림 5-19] 지역사회정신재활시설 이용 계획이 없는 이유 : 가족

국가인권위원회 humanrights.go.kr

2) 가족용 의견 및 욕구 설문 조사에 근거한 제언

가족의 의견 및 욕구 설문 결과를 바탕으로 다음과 같은 지원방안을 모색하고자 한다.

첫째, 당사자 욕구 조사와 유사하게 당사자 가족의 경우에도 절반 이상이 퇴원/퇴소 계획 상담을 받지 못한 것으로 나타났다. 본 설문 조사의 결과에서 대부분의 주보호자가 부모, 형제자매였던 경우를 고려하여 가족에게 돌봄 부담이 부가되지 않도록 퇴원계획 상담 시 가족의 적극적인 참여가 이루어질 수 있도록 해야 한다. 물론 퇴원계획 수립을 위한 의사결정의 주체는 당사자여야겠지만, 가족이 경험하는 가족 갈등, 경제적 어려움 등의 부담감이 상당하므로 이를 고려한 퇴원계획 상담이 진행되어야 한다.

또한, 퇴원계획 상담에서뿐만 아니라 입원/입소 직후 당사자의 가족들이 경험하는 여러 가지 어려움들을 사정하고 개입할 수 있도록 해야 한다. 가족용 설문 조사에서 밝혀진 바와 같이 당사자의 실질적 보호자는 많은 경우 당사자의 부모이고, 당사자의 부모들은 대부분 중장년기에서 노년기로 흘러가는 생애주기적 전환 시점에 있어 시간이 흐를수록 돌봄에 대한 정서 및 물질적 부담감이 가중되는 상황이다. 따라서 당사자들의 돌봄 부담을 경험하는 가족의 긴장 및 갈등 완화를 위한 지지 상담과 가족의 욕구에 맞는 의료비 및 생활비 지원의 서비스들이 연계되어야 한다.

서비스 연계를 위해 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스 인프라 확충이 필요하다. 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스는 국제인권 기준에서 표방하는 서비스와도 일맥상통한다. 즉, 본 연구 결과에서 가족이 가장 필요하다고 선별하였던 '위기상황에서의 정서 및 물리적 환경제공'과 '개인 맞춤형 회복 환경 조성'을 위한 제도 및 서비스 지원이 우선되어야 한다. 정신장애인이 퇴원/퇴소 이후 지역사회에서 살아가면서 원하는 방향으로 자립하고 가족의 부담은 덜어질 수 있도록 자립생활을 지원하는 주거서비스에 대한 지원도 이루어져야 한다.

3. 종사자 욕구 및 의견

1) 주요 연구결과 분석 요약

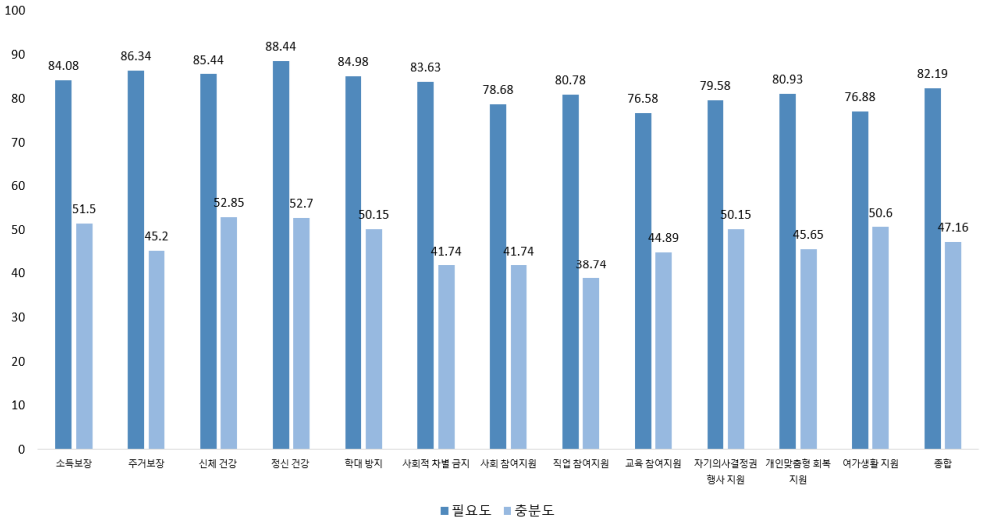
(1) 일반적 특성

설문에 응답한 종사자의 일반적 특성을 요약하면 다음과 같다. 여성이 남성보다 많고, 연령별로는 성인초기 응답자가 124명(55.9%)으로 가장 많은 비중을 차지했다. 총 근무 경력

은 5년 미만인 경우가 64명(28.8%)으로 가장 많았고, 이에 따라 현재 종사 중인 기관의 근무경력 또한 5년 미만인 경우가 100명(45.0%)으로 가장 많았다. 학력은 대학교(3년제 이하) 50명(49.1%), 대학원 이상 48명(21.6%) 순으로 응답자 비중이 높았으며, 응답자의 절반 이상이 사회복지사(71명, 32.0%)와 정신건강사회복지사(70명, 31.5%)였다. 근무기관 또한 주간재활시설(118명, 53.2%)과 공동생활가정(15.3%)이 가장 많았다.

(2) 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 우선 순위

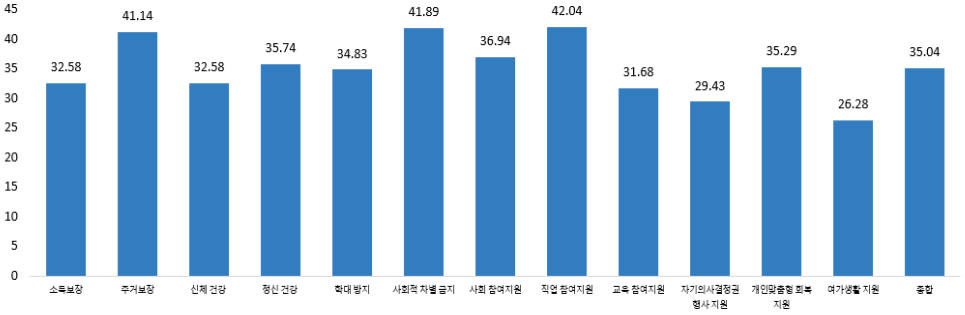
일상생활에 필요한 7가지 서비스영역의 세부 서비스들을 종합적으로 고려하였을 때, 종사자가 가장 필요도가 높다고 인식하는 서비스는 정신건강서비스(100점 만점 기준 88.44점)였으며, 주거보장(100점 만점 기준 86.34점), 소득보장(100점 만점 기준 84.08점) 순으로 나타났다.



[그림 5-20] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 : 종사자

국가인권위원회
humanrights.go.kr

서비스의 필요도와 충분도 차이는 직업 참여 지원(100점 만점 기준 42.04점) 영역에서 가장 크게 나타났으며, 사회적 차별금지(100점 만점 기준 41.089점), 주거 보장(100점 만점 기준 41.14점) 순으로 필요도와 충분도 차이가 컸다.



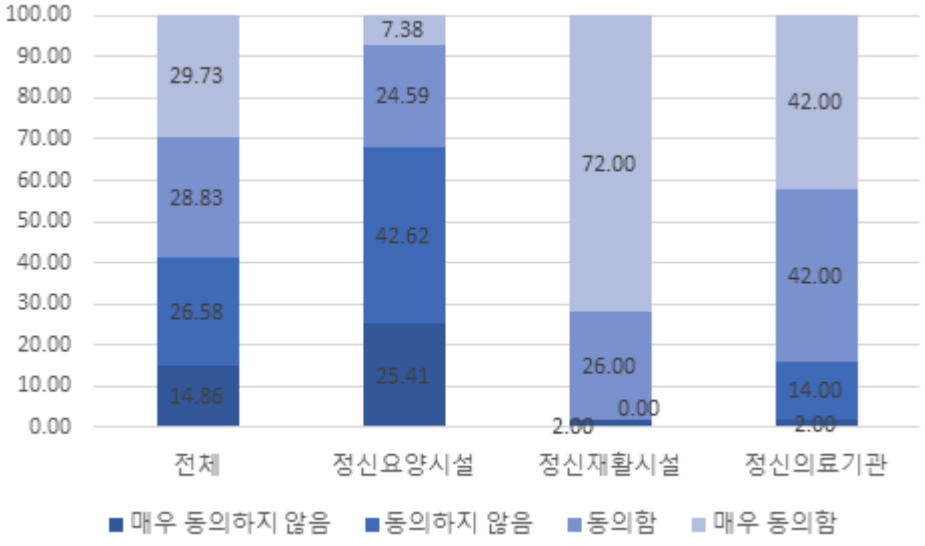
[그림 5-21] 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 : 종사자

(3) 정신건강 관련 기관 연계

정신건강 관련 기관 연계 경험과 관련하여 정신의료기관(162명, 72.97%)의 연계 경험이 가장 많았고 정신건강복지센터(151명, 68.02%), 보건소(140명, 63.06) 순으로 높았다. 반면, 반면, 생산품판매시설(26명, 11.71%)의 경우에는 연계 경험 비율이 낮았으며, 다음으로는 종합시설(61명, 27.48%), 아동청소년정신건강지원시설(33명, 14.86%) 순으로 연계 경험 비율이 낮았다. 연계 선호도 평균은 2.19점으로 100점 만점 기준으로는 약 73점을 기록했다. 종합시설(2.03점)에 대한 선호도가 가장 높았으며, 다음으로 주간재활시설(2.03점), 공동생활가정(1.99점) 순으로 선호도가 높았다. 반면, 정신의료기관(1.69점)에 대한 선호도가 가장 낮았고, 아동청소년정신건강지원시설(1.79점), 보건소(1.80점) 순으로 선호도가 낮았다. 즉, 정신의료기관의 연계 경험이 가장 많지만 선호도는 가장 낮은 것으로 나타났다.

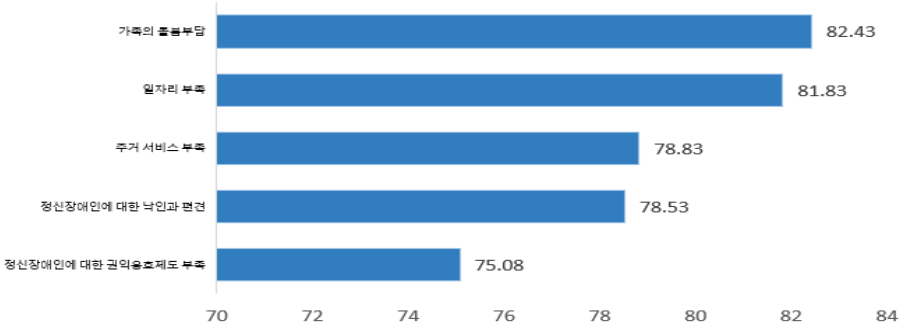
(4) 탈원화 견해

설문에 응답한 종사자 중에서 탈원화에 동의하는 비율이 전체의 58.56%(매우 동의함 29.73%, 동의함 28.83%)로 상대적으로 높게 나타났으나, 정신재활시설과 정신의료기관의 종사자는 각각 98.0%, 84.0%로 탈원화에 대한 동의 정도가 상대적으로 높은 반면, 정신요양시설에서는 31.97%로 낮게 나타났다.



[그림 5-22] 탈원화 동의 수준 : 종사자

탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 중 가장 부족하다고 여겨지는 상위 5가지 서비스를 나열하면 다음과 같다. 가장 영향력을 주는 서비스이지만 부족한 서비스로 가족의 돌봄부담(100점 만점 기준 82.43점)으로 나타났으며, 정신장애인의 일자리 부족(100점 만점 기준 81.83점), 주거서비스 부족(100점 만점 기준 78.83점)이 그 다음으로 영향력이 있는 서비스로 밝혀졌다.

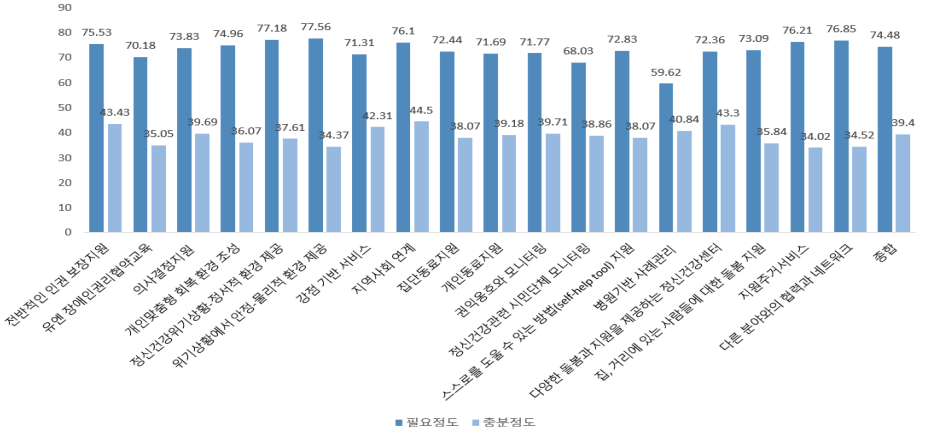


[그림 5-23] 탈원화에 영향을 줄 수 있는 서비스 : 종사자

국가인권위원회
humanrights.go.kr

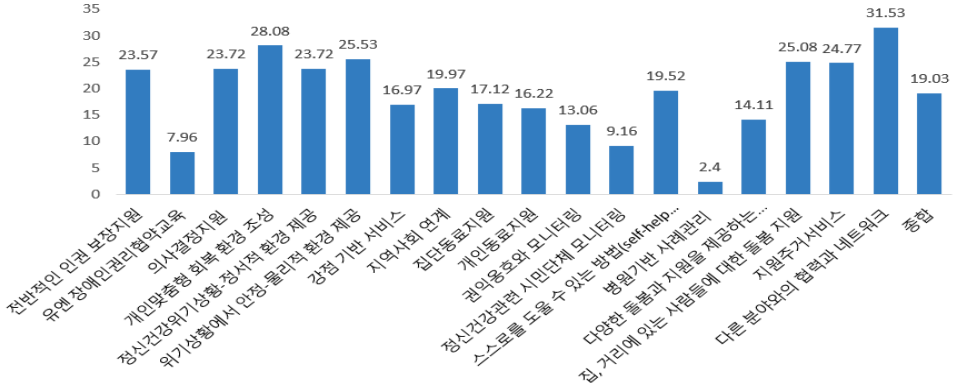
(5) 국제인권기준에 근거한 서비스 제공

국제인권기준에 근거한 서비스와 관련하여 필요한 서비스로는 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공이 1순위로 나타났으며, 다음으로는 정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경제공, 세 번째로는 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크가 필요한 것으로 나타났다.



[그림 5-24] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 : 종사자

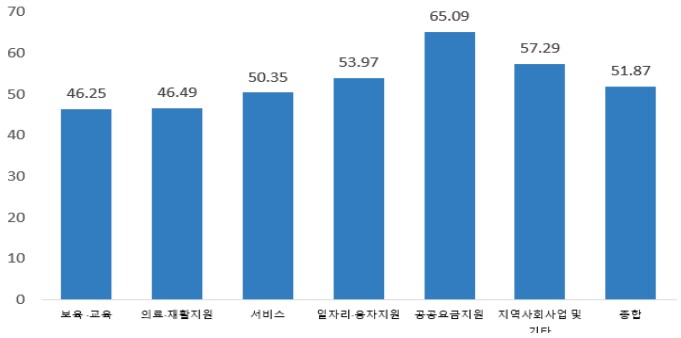
서비스의 필요도와 충분도 차이는 주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크 서비스가 가장 큰 것으로 나타났고, 개인맞춤형 회복 환경 조성, 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공이 그 다음 순서로 차이가 높은 영역으로 나타났다.



[그림 5-25] 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 필요도와 충분도 차이 : 종사자

(6) 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인지도

장애인복지법에 근거한 장애인복지서비스 108개 사업 중 연구진 간 논의를 통해 정신장애인에게 필요하나 이용에 제한이 있을 것으로 예상되는 48개의 사업에 대한 인지도를 조사하였다. 전반적으로 인지도 평균은 100점 만점 기준 51점으로 평균 정도의 수준을 보였다. 높은 인식 수준을 나타낸 서비스는 공공요금 서비스였으며(100점 만점 기준 65.09점), 지역사회사업 및 기타(100점 만점 기준 57.29점), 일자리 및 융자지원(100점 만점 기준 53.97점) 순으로 인식 수준이 높았다.



[그림 5-26] 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인지도 : 종사자

시설 유형별로는 정신재활시설의 종사자의 인지도가 가장 높았고, 다음으로는 정신의료기관, 정신요양시설 종사자의 인지도가 높은 것으로 나타났다.

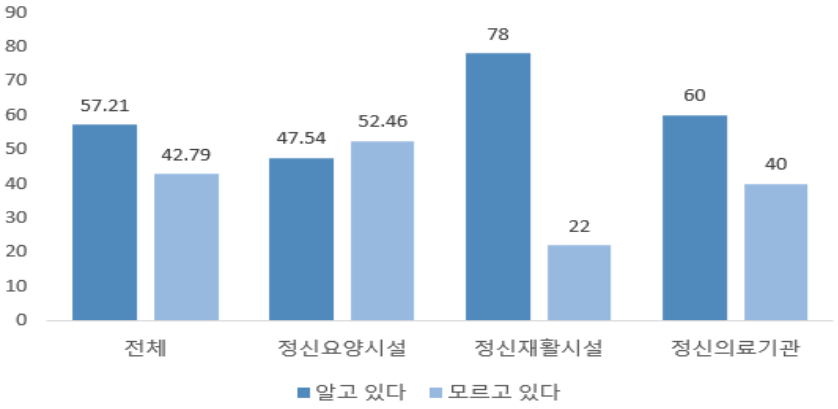
(7) 장애인복지법상 차별 조항 인지

장애인복지법상 차별 조항 응답자의 127명(57.21%)이 '알고 있다'고 응답하여, 절반 이상 수준의 종사자가 장애인복지법 상 정신장애인 배제조항을 인지하고 있는 것으로 나타났다. 시설 유형별로는 정신요양시설의 종사자의 미인지 비율(64명, 52.46%)이 높은 것으로 밝혀졌다(그림 5-17).

이어서 응답자들에게 '정신장애인의 복지서비스(취업, 문화·체육, 주거, 평생교육 등)가 다른 장애인들과 동등하게 지원되어야 한다는 것에 동의하는지'를 질문하였다. 분석 결과, 전체 평균은 100점 만점 기준으로 85점으로 나타나, 대체로 응답자들이 정신장애인이 다른 장애인들과 동등한 복지서비스를 지원받는 것에 높은 수준으로 동의하고 있는 것을 확인하

국가인권위원회 humanrights.go.kr

였다. 시설 유형별로는 정신재활시설 종사자(100점 만점 기준 96점)가 가장 높은 수준으로 동의하였으며, 다음으로는 정신의료기관(100점 만점 기준 87점), 정신요양시설(100점 만점 기준 87점) 순으로 동의 수준이 높았다.



[그림 5-27] 장애인복지사업 및 서비스에 대한 인지도 : 종사자

(8) 정신장애인 복지서비스 전달체계 관련 의견

응답자들에게 '정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대해 동의하는지'를 질문하였다. 분석 결과 전체 평균은 100점 만점 기준으로 84점으로 나타나, 대부분의 응답자들이 현행 전달체계 유지에 동의하고 있는 것을 확인하였다. 시설 유형별로는 정신요양시설(100점 만점 기준 89점)의 동의 수준이 가장 높았으며, 이어서 정신의료기관(100점 만점 기준 79점), 정신재활시설(100점 만점 기준 77점) 순으로 동의 수준이 높았다.

'정신장애인 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대해 미동의'하는 응답자들을 대상으로 미동의 이유를 질문하였다. 그 결과 '복지서비스와 보건 서비스는 각기 전문성이 확보 되어야 하기 때문에(37명, 40.66%)', '장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에(34명, 37.36%)', '장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에(18명, 19.78%)' 순으로 응답 비중이 높았다. 시설유형별로 살펴보았을 때 정신요양시설과 정신의료기관의 경우 복지 및 보건 서비스의 전문성을 가장 큰 이유로 들었으며, 정신재활시설의 장애 영역 간 형평성 확보에 대한 이유가 가장 큰 비중을 차지하였다.

2) 종사자용 의견 및 욕구 설문 조사에 근거한 제언

종사자용 의견 및 욕구 설문 결과를 바탕으로 다음과 같은 지원방안을 모색하고자 한다.

첫째, 지역사회정신건강시설의 확충이 필요하다. 정신건강 관련 연계 경험을 살펴보면 정신의료기관, 정신건강복지센터, 보건소의 연계경험이 가장 높은 것으로 나타났으나, 정신의료기관과 보건소의 경우 선호도가 낮은 기관 유형으로 나타났다. 따라서 선호도가 높았던 종합시설, 주간재활시설, 공동생활가정에 대한 연계 비중을 높일 수 있도록 시설 확충이 필요하다.

둘째, 탈원화에 대해서는 대체로 탈원화에 대해 동의하는 비율이 과반 이상을 차지하였고, 이 중 특히 정신재활시설과 정신의료기관의 동의 정도가 높았다. 이에 탈원화에 가장 영향력을 주는 서비스로 나타난 가족의 돌봄 부담 경감을 위한 서비스, 정신장애인 일자리 및 주거서비스 확충이 이루어져야 한다. 또한 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도-충분도가 가장 큰 영역으로 직업참여, 사회적 차별금지, 주거보장 서비스가 나타났던 부분을 고려하여, 특히 고용 및 주거 지원에 격차를 줄이기 위한 노력을 기울여야겠다.

셋째, 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 관련하여 타 분야와의 협력과 네트워크, 개인맞춤형 회복환경조성, 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공에 대한 필요도-충분도 차이가 큰 것으로 나타났다. 특히 필요도에 있어서 정신건강 위기 상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경에 대한 요구가 높았던 것을 고려하여 위기 쉼터 등의 물리적 공간을 확충해야 한다.

넷째, 장애인복지사업 및 서비스 관련한 종사자의 인지도는 100점 만점에 51점으로 평균 수준을 보였다. 장애인복지법 제15조 폐지 이후 종사자들이 정신장애인의 배제 조항을 인지하고 적극적으로 의견을 개진하며 정신장애인에게 장애인복지서비스를 연계 할 수 있도록 교육적 지원이 필요할 것으로 보인다. 정신재활시설, 정신의료기관, 정신요양시설 종사자 순으로 장애인복지사업에 대한 인지도가 높았으므로, 정신의료기관 및 정신요양시설 종사자에 대한 우선적 교육 지원이 요구된다.

다섯째, 정신장애인 복지서비스 전달체계 관련하여 대부분의 종사자가 정신장애인 복지서비스 체계가 보건부서에 있는 것에 동의하는 것으로 나타났다. 그러나 종사자 약 약 20%의 경우 복지서비스와 보건서비스의 전문성 확보 및 장애 영역 간 형평성 확보를 위해 현 전달체계에 미동의하는 입장을 보였다. 비록 대부분의 종사자가 현행 체계에 동의하였지만 향후 효율적인 혹은 형평성 있는 복지서비스 제공을 위한 방안을 모색해나가는 작업이 필요할 것으로 보인다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

4. 소결 및 제언

정신장애인 당사자와 가족, 종사자의 인식 및 욕구를 파악하기 위해서 연구진이 구성한 설문지를 바탕으로 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설별로 온라인 설문조사를 실시하였다. 조사 결과를 토대로 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 지역사회에서 이용가능한 복지서비스 인프라가 확충되어야 한다. 이미 선행연구 등에서도 반복적으로 제기되었듯이 정신의료기관 및 정신요양시설에서 퇴원·퇴소하여 지역사회에서 주거, 고용, 직업재활, 여가 등 다양한 서비스를 이용하면서 지낼 수 있는 의료서비스 이외의 복지서비스 인프라가 필요하다. 이러한 인프라 구축이 선결되지 않은 채로 탈원화를 촉진하고자 하는 것은 선언적인 구호에만 그칠 뿐이다. 그리고 정신장애인을 위한 지역사회 인프라 구축에는 본 연구에서도 나타났듯이 정신장애인 당사자와 가족의 욕구를 우선적으로 반영할 필요가 있다. 예를 들어 정신장애인 자립생활을 위한 지원주거, 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 위기 쉼터 등을 확충하여 상황에 따라 다양한 서비스를 이용가능하도록 해야 한다.

둘째, 탈원화 경로에 대한 다양한 지원과 특별한 노력이 요구된다. 그간 탈원화를 위해서 정신의료기관 및 정신요양시설에서 퇴원 계획 및 지역사회로의 연계를 강조하였으나 지금처럼 단순한 정보제공, 연계 만으로는 부족하다. 현장에서 탈원화 경로가 실질적으로 작동되기 위한 세부계획이 필요하다. 예컨대 퇴원을 촉진하고 실제 이행되고 있는지 확인할 수 있도록 정신건강심사위원회의 역할을 강화할 필요가 있다. 또한 지역사회 서비스에 대한 정보나 안내를 형식적으로 받는 것에 그치는 것이 아니라, 입원/입소 직후부터 개별화된 퇴원계획이 충분한 시간을 들여 수립되어야 한다. 또한 지역사회 내 이용가능한 기관에 방문하거나 시범적으로 서비스를 이용하여 친숙해 질 수 있는 기회를 퇴원/퇴소 계획의 절차로써 보장해야 한다.

셋째, 당사자 주도의 탈원화를 위해서 세심한 노력이 요구된다. 당사자와 가족들은 사회적 차별과 재발되는 질환의 특성 때문에 지역사회에서의 당사자의 자립과 정착에 쉽게 주저하게된다. 자립과 정착 시도가 좌절되더라도 새로운 도전을 계속 시도할 수 있도록 개인 맞춤형 지원이 이루어질 수 있어야 한다. 이 과정에서는 실제 성공적으로 퇴원/퇴소 경험이 있는 당사자 동료에 의한 경험 공유와 정서적 지지, 권익 옹호가 필요하다. 이를 위해서는 당사자가 중심이 되는 자조모임이나 당사자 단체의 활동을 지원해야 하며, 이들이 정신보건 현장에

서 자유롭게 동료를 만나서 경험을 공유하고 상호원조 할 수 있도록 보장해야 한다. 예컨대 현재 시행되고 있는 절차보조사업 등이 전면적으로 시행될 필요가 있다.

넷째, 원활한 탈원화를 위해 주거서비스를 확충하고 개편할 필요가 있다. 설문조사 결과 시설유형별로 큰 의견차이가 나타났는데, 예를 들어 정신요양시설의 경우 탈원화에 대한 동의정도가 낮게 나타났다. 이는 정신요양시설에 거주하는 당사자의 특성이 고령이거나 중복장애, 혹은 만성화 된 질환을 가지고 있는 비율이 상대적으로 높고, 이들이 퇴소할 경우 지역사회 인프라가 부족한 현실에서 가족의 부담이 증대될 수 밖에 없어 탈원화를 반대하는 가족의 목소리가 크기 때문이다. 따라서 정신요양시설에서 거주하는 당사자와 그 가족의 현실을 감안하여 현재 정신요양시설의 기능을 장기적으로는 당사자의 다양하고 복합적인 욕구를 충족시킬 수 있는 복합 주거지원서비스 등으로 개편할 필요가 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제6장

전문가 의견 수렴 : 초점집단인터뷰

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 분석개요

1. 조사과정

다양한 영역을 대상으로 정신장애인의 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고자 질적 조사를 실시하였다. 조사 방법은 초점집단인터뷰를 통해 이루어졌으며 6개 집단을 대상으로 하였다. 첫째, 정신장애 당사자는 현재 당사자 단체에서 활동하고 있는 정신장애인을 대상으로 하였다. 둘째, 가족은 현재 가족 단체에서 활동하고 있는 정신장애인 가족을 대상으로 하였다. 셋째, 정신장애인 지역사회 통합돌봄 선도사업을 하고 있는 실무팀을 대상으로 하였다. 넷째, 정신요양시설의 실무자, 다섯째, 정시의료기관의 실무자, 마지막으로 정신건강심사위원회에 참여하고 있는 위원을 대상으로 하였다. 인터뷰는 진행은 7월부터 9월까지 진행되었으며 구체적인 일정은 다음 〈표 6-1〉과 같다.

〈표 6-1〉 초점집단 인터뷰 진행 상황

구분	일정	참여 인원
정신장애 당사자 단체	7월 27일	8명
가족 단체	7월 29일	12명
지역사회통합돌봄 사업팀	8월 19일	8명
정신요양시설 실무자	9월 10일	7명
정신의료기관 실무자	9월 15일	8명
정신건강심사위원회 위원	9월 30일	7명

2. 참여자 특성

인터뷰 참여자는 정신장애인 당사자 8명, 가족 12명, 지역사회통합돌봄 사업팀 8명, 정신요양시설 실무자 7명, 정신의료기관 실무자 8명, 정신건강심사위원 7명으로 총 50명이었으며, 다음 〈표 6-2〉에서 〈표 6-7〉까지의 내용과 같다.

〈표 6-2〉 정신장애인 당사자 참여자 특성

ID	성별	연령	진단명	유병기간	지역사회 이용기관	당사자단체 활동 기간
1	남	35세	조현병	8년	정신재활시설	1년 3개월
2	여	34세	우울증 공황발작	4년	정신건강복지센터 지역사회복지관	-
3	여	47세	조현병	20년	정신재활시설	3년
4	남	37세	조현병	19년 10개월	정신재활시설	1년 1개월
5	여	36세	양극성장애	20년	-	1년 2개월
6	여	30세	조현병	10년	정신건강복지센터 정신재활시설	1년
7	남	28세	조현병	11년	정신재활시설	4개월
8	남	39세	알콜성 우울장애	10년	정신재활시설	5년

〈표 6-3〉 정신장애인 가족 참여자 특성

ID	성별	연령	가족 진단명	가족 유병기간	가족 지역사회 이용기관	가족단체 활동기간
9	여	59	조현병	12년	정신재활시설	1년
10	여	65	조현병	7년	-	5년
11	여	62	조현병	8년	정신건강복지센터	3년
12	여	74	조현병 우울장애	9년 7개월	낮병원 정신건강복지센터	9년 7개월
13	여	63	조현병	21년	낮병원 정신건강복지센터	1년
14	여	58	조현병	3년 5개월	정신재활시설	2년 5개월
15	여	57	조현병	12년 5개월	낮병원 정신건강복지센터 정신재활시설	2년 7개월
16	여	60	조현병	14년 3개월	정신건강복지센터	5년 3개월
17	여	63	조현병	15년	낮병원 정신건강복지센터	5년
18	여	76	조현병	20년 1개월	정신재활시설	10년
19	남	78	조현병	25년	낮병원 정신건강복지센터	8년
20	여	60	양극성장애	5년	낮병원	3년

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 6-4〉 정신질환자 지역사회 통합돌봄 참여자 특성

ID	성별	연령	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강분야 총 경력
21	여	30	간호사	공공기관	2년 9개월	2년
22	남	47	사회복지사	공공기관	21년 6개월	1년 6개월
23	여	45	간호사	공공기관	21년	3년
24	여	42	기타	공공기관	15년 9개월	2년 9개월
25	여	48	정신건강 사회복지사 1급	정신건강복지센터	1년	20년
26	여	40	정신건강 사회복지사 1급	정신건강복지센터	15년 5개월	15년 5개월
27	여	37	정신건강 사회복지사 1급	정신건강복지센터	11년 8개월	14년 1개월
28	남	50	정신건강 사회복지사 1급	정신건강복지센터	22년	20년

〈표 6-5〉 정신요양시설 참여자 특성

ID	성별	연령	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강분야 총 경력
29	남	43	사회복지사	정신요양시설	18년 7개월	18년 7개월
30	여	-	사회복지사	정신요양시설	23년 7개월	23년 7개월
31	남	48	정신건강 사회복지사 1급	정신요양시설	22년 4개월	24년 6개월
32	남	56	사회복지사	정신요양시설	35년 10개월	35년 10개월
33	여	47	정신건강 사회복지사 1급	정신요양시설	16년 2개월	16년 2개월
34	남	51	사회복지사	정신요양시설	9년 9개월	17년 10개월
35	남	48	사회복지사	정신요양시설	20년 1개월	20년 1개월

〈표 6-6〉 정신의료기관 참여자 특성

ID	성별	연령	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강분야 총 경력
36	여	50	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	20년	20년
37	여	49	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	2년 3개월	2년 3개월
38	여	38	사회복지사 의료사회복지사	상급종합병원	11년 6개월	11년 6개월
39	남	36	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	6년 6개월	14년 2개월
40	여	51	정신건강 사회복지사 1급	공공기관	7년 2개월	29년 6개월
41	남	34	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	2년 1개월	8년 10개월
42	여	42	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	10년 4개월	7년
43	여	33	정신건강 사회복지사 1급	정신의료기관	1년 9개월	10년 5개월

〈표 6-7〉 정신건강심사위원회 참여자 특성 I

ID	성별	연령	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강분야 총 경력
44	여	48	정신건강 간호사 1급	정신건강복지센터	17년 8개월	21년
45	여	45	정신건강 사회복지사 1급	정신재활시설	22년 5개월	22년 5개월
46	남	53	의사	정신의료기관	23년	23년
47	남	40	변호사	기타	9년 5개월	9년
48	여	43	정신건강 사회복지사 1급	정신건강복지센터	12년	12년
49	여	53	정신건강 사회복지사 1급	대학교	17년	10년 6개월
50	여	62	정신건강간호사	대학교	11년	37년

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2절 분석 결과

〈표 6-8〉 전문가 의견 수렴 분석 결과

범주	주제
탈원화/탈시설화의 장애 요인	• 실질적인 돌봄의 역할을 할 수 있는 가족의 부재 • 부족한 주거 인프라의 문제를 입원/입소로 해결 • 일상을 회복할 수 있는 지속적인 지원 부족 • 오랜 입원/입소 생활로 희망도 자신감도 없음 • 입원에 대한 규정만 있고, 퇴원에 대한 절차는 부재
정신건강심사위원회의 기능 강화	• 퇴원을 위한 심사위원회의 역할 강화 • 거주지 기준 배정을 통한 책임성 강화 • 위원 구성의 다양화와 역량강화
퇴원 계획과 지역사회 연계를 위한 제도화 방안	• 입원 단계에서부터 모든 환자에 대한 퇴원계획 수립 • 퇴원 시 지역사회 서비스 정보 제공 의무화 • 퇴원통지서의 실효성 있는 활용
병원/시설과 지역사회 간을 매개하는 서비스	• 동료지원과 절차보조사업의 확대를 통한 동기 부여 • 지역과 병원 간의 서비스가 중첩될 수 있는 기회 • 요양시설에서의 탈시설 지원 기능 강화 • 병원/시설에서 지역사회로의 전환지원 서비스 마련
삶을 지원하는 지역사회 기반 인프라 구축	• 최우선 과제는 주거의 마련 • 재입원을 막을 수 있는 쉼터의 중요성 • 집중적인 사례관리 강화 • 맞춤형 서비스의 정신재활시설 확대 • 독립 기반을 위한 고용지원 활성화 • 정신장애인에게도 필요한 활동지원 • 보호자로서의 가족 역할을 지원할 수 있는 서비스
지역사회 통합을 위한 제도적 기반 마련	• 정부의 책임성과 정책인식 전환 • 지방자치단체의 관심과 역할 • 더불어 살아갈 수 있는 사회적 인식개선과 차별금지 • 보호자가 아닌 당사자의 의사결정을 지원할 수 있는 제도 도입 • 다양한 대안과 선택권의 보장

1. 탈원화/탈시설화의 장애 요인

1) 실질적인 돌봄의 역할을 할 수 있는 가족의 부재

참여자들은 탈원화가 어려운 가장 중요한 요인이 가족의 부재 혹은 반대라고 하였다. 심각한 증상 혹은 자·타해 위험성 등 법률적인 강제입원의 조건에 해당되지 않음에도 불구하고

가족이 반대할 경우 현실적으로 퇴원할 수 있는 방법은 없다고 보았다. 지역사회 지지체계가 부족한 상황에서 돌봄의 역할이 온전히 가족에게 부여되어 있기 때문에 가족이 반대하는 한, 퇴원에 대한 어떠한 제도적 기제들도 작동하기 어려웠다. 특히 요양시설의 고연령 입소자들은 가족이 아예 없거나, 부모님이 돌아가시고 형제만 남은 경우 현실적으로 퇴원은 불가능하다고 보았다.

여기 계신 분들의 평균 연령대가 60대 초반이에요. 이분들이 퇴소하지 못하는 이유는 대부분 가족이 없죠. 가족이 있어봤자 형제인데.. 형제는 아시겠지만 남과 같잖아요. 그렇기 때문에 퇴소를 못한 이유는 가족의 부재. (참여자 31)

강제입원이 사실상 구금에 가까운 처분이기 때문에 특히 예외적으로 최소 원칙이어야 하는데도 불구하고 다 지금 퇴원할 상황인데 가족이 준비가 안 되어서 퇴원을 못 한다. 그게 법률적으로는 퇴원해야 하는데 이념적으로 퇴원을 못 시키는 것들.. 가족이 조금 더 협조가 되면 퇴원이 잘 되지 않을까 하는 생각들을 가지고 있습니다. 심사위원을 할 때 법률적 요건으로 판단해야 하는데.. 너무 가족들을 고려해서 퇴원을 못 시키는 게 아닌가 하는 자괴감이 드는 부분이 있는 거 같습니다. (참여자 47)

2) 부족한 주거 인프라의 문제를 입원/입소로 해결

참여자들은 퇴원 혹은 퇴소 후 살 집이 없다는 것이 가장 현실적인 문제라고 보았다. 그나마 가족과 함께 살 수 있으면 퇴원하지만, 그렇지 못한 경우 집을 장만해야 하는 것이 가장 큰 어려움이라고 하였다. 주거제공시설이 꾸준히 늘고는 있지만 여전히 수요 대비 부족하고, 지역적 편차도 매우 커서 정신장애인이 살고 있는 지역에는 없는 경우가 많았다. 시설이 아닌 집을 마련하는 것은 경제적인 여건상 더욱 불가능하였다.

입원하고 있다 나오면 집이 없잖아요. 집이 있어야 하는데 쉴 곳이 없는 거예요. 가족들은 병원에 있는 줄 알고 몰래 이사 가거나 그런 사람들이 많다고 하더라고요. 집이 우선적으로, 살 곳이 있어야 들어가지를 않잖아요. 집이 없어서 들어가는 경우가 많다는 생각이 들어요. 왜냐하면 거기서는 밥도 주고 잠도 자고 편하니까 생활하는 게 익숙하니까 자꾸 들어가려고 하는 거 같거든요. 주거가 좀 되었으면 좋겠어요. (참여자 3)

지역적인 자원의 편차가 너무 큰 거... 그래도 서울이나 경기권은 지금 얘기하신 전환시설이나 이런 것들을 이용할 수 있는 자원들이 꽤 있는데, 막상 지역을 뒤져보면 갈만한 곳이 없으세요. 그리고 지금 얘기했던 환자분들이 집이랑 너무 먼 공간에 입소를 원하지 않으시는 부분도 있고. (참여자 37)

3) 일상을 회복할 수 있는 지속적인 지원 부족

참여자들은 퇴원 후 지속적인 약물 증상관리뿐만 아니라 일상생활을 해나갈 수 있는 지속적인 지원이 필요하다고 제안하였다. 퇴원 후 집에만 있는 것이 아니라, 하루하루의 일과를

해내고, 사람들을 만나고, 지역사회에 참여하는 일상이 함께 이루어져야 회복된 삶을 살 수 있다고 보았다. 가족들에게도 돌봄 부담을 나눌 수 있는 지속적인 지원체계가 중요하였으며, 이는 주간재활서비스나 사례관리에 대한 욕구로 드러났다.

퇴원해서 집에서만 있을거야.. 그러면 퇴원 못 하시거든요. 그리고 의료적인 접근까지는 필요 없어. 그런데 일상생활은 못 해. 이런 분들을 케어해줄 수 있는 분들이 사회에 마련되어 있어야지.. 예를 들면 주간재활 있잖아요. 주간재활은 의료적 부분까지 어느 정도 접근을 할 수도 있어요. 와 있는 동안에 체크할 수 있고, 안 오시는 경우에는 왜 안 오시는지 체크할 수 있고.. 그래서 저는 사회 곳곳에 주간재활시설이 아주 많이 생겨야 한다고 생각하고 있어요.(참여자 23)

제가 만났던 환자 중에서 이제 자녀인데 어머님이 두려워하시는 거예요. 아이가 좀 크고 했으니까. 부모님들이 경제활동 해야 해서 자녀가 집에서 혼자 있을 때 머리카락을 자른다고 해놓고 귀까지 다 난도질을 해놓은 거예요. 그래서 본인이 계속 나와있어도 계속 신경이 쓰이고 집에 들어갔더니 그런 상황이고. 낮시간에 혼자 있는 거에 대해서 굉장히 걱정하시더라고요. 어르신들은 그렇게 이용할 곳이 많은데, 정신장애인은 그런 시설이 없다는 생각이 들어서 좀 더 많이 생겼으면 좋겠다라는 생각이 들었고,(참여자 38)

4) 오랜 입원/입소 생활로 희망도 자신감도 없음

참여자들은 경험적으로 봤을 때, 매우 안정적이어서 충분히 퇴원해도 되는 분들이 오히려 오랜 입원생활로 인해 퇴원에 대한 두려움과 거부감이 크다고 하였다. 퇴원 후 어떻게 살아가야할지 겁이 나고, 잘 해낼 수 있을지 자신감도, 희망도 없어진다고 하였다. 오히려 의식주가 모두 해결되는 익숙한 병원생활을 더 편하게 느끼기도 한다고 하였다. 이런 경우 퇴원에 대해 적극 권유하여도 오히려 본인이 거부하는 경우도 많다.

희망이 없어요. 너무 오랜 기간 거기 있다 보니까 희망이라는 게 다 꺾인 상황이죠. 내가 나가서 과연 뭘 할 수 있을 것인가. 자신감도 없는 거예요. 나가서. 희망을 잃어버린 분들이 아마 만약에 다시 조사를 하면 심판위원회 부동의 1, 2, 3위 이유 이외에 4위 정도가 되지 않을까 하는 생각이 들더라고요. (참여자 45)

폐쇄 병동에서 오랫동안 입원을 하셨는데 밖에 어떻게 돌아가는지도 잘 모르고 겁부터 날 거 아니에요. 퇴원하게 되면 겁부터 나니까 지역사회에서 어떻게 살아갈지 그것도 어렵기도 하고 또 집도 필요하긴 필요하죠. 그런데 겁이 나는.. 지역사회에서 살아가는 게 무섭기도 하고 두렵기도 하니까 오히려 병원에 폐쇄병동에 그냥 있는 게 오히려 좋으신 분들이 있더라고요. 그런 거 봤을 때는..(참여자 1)

5) 입원에 대한 규정만 있고, 퇴원에 대한 절차는 부재

참여자들은 우리나라의 정책이 입원에 대해서는 인권보호를 위한 규정이나 절차가 많이 강화되어 왔지만 정작 퇴원에 대해서는 절차가 부재하다는 문제점을 지적하였다. 장기입원

하고 있는 정신장애인에 대해 퇴원에 대한 의사나 적정성을 보다 적극적으로 평가하여 퇴원을 촉진할 수 있는 기제가 작동하고 있지 않다. 또한 퇴원 과정에서 지역사회 정보제공이나 연계를 위한 노력도 시스템화 되어 있지 않으므로 준비 없이 퇴원하게 된다고 하였다. 따라서 정책의 우선순위를 입원만큼이나 퇴원에 좀 더 비중을 두어 퇴원을 촉진하고 준비할 수 있는 지침과 절차, 그리고 재정적 투입이 이루어질 필요가 있다.

입원적합성심사가 있는 것처럼 퇴원적합성심사가 있었으면 좋겠다는 건 아주 동의를 하고 있습니다. 그게 오히려 지역사회 준비를 위한 체크리스트나 필요한 자원을 배분하는 부분들.. 또 우리가 국가적으로 시스템을 체계적으로 만들어주는 더 좋은 방식이 필요하고.. 지금은 어떻게 보면 거꾸로 되고 있다고 볼 수 있거든요. 입원적합성심사에 굉장히 포션을 많이 주고 있는데.. 퇴원계획에 대한 심사라든가 그걸 위한 전달체계를 조금 더 구체적으로 하는 게 오히려 보완할 수 있는 방법이지 않나 하는 생각은 하고 있습니다. (참여자 50)

보호자가 그냥 퇴원을 요청하면 퇴원을 한다든지 그래서 정보를 충분히 제공하는 역할에는 부족함이 있고, 오히려 퇴원에 대해서는 굉장히 노멀하게 가고 입원할 때는 좀 더 적극적으로 유치하는데, 이번에 입원 과정이 까다로워지면서 좀 건강하게 입원하는 과정은 생긴 반면에 건강하게 퇴원하지 못하고. 건강하게 퇴원하지 못한 환자들이 결국에는 재입원을 반복하게 되는 과정이 있다고 생각을 하는데, 그러니까 입원하는 과정만큼 퇴원하는 과정을 조금 더 보완하는 것들이 정책적으로 필요하지 않을까 라는 생각을 하고 있습니다. (참여자 39)

2. 정신건강심사위원회의 기능 강화

1) 퇴원을 위한 심사위원회의 역할 강화

참여자들은 현재 퇴원 심사의 역할을 맡고 있는 정신건강심사위원회의 역할이 보다 강화될 필요가 있다고 강조하였다. 심사에 대한 재량은 있지만, 실제로 정신장애인의 퇴원을 촉진하는 기제로서의 역할은 부족하다고 보았다. 위원의 의지나 역량에 따른 차이가 커서 인권에 대한 관심이나 지역사회 자원에 대한 정보가 많은 위원일수록 퇴원에 적극적인 의지를 가진다고 하였다. 또한 제도적으로 퇴원을 결정하면 72시간내에 바로 퇴원을 해야 하기 때문에 준비 기간이 너무 짧고, 퇴원 계획이나 지역사회 연계 등에 대한 의견 제시 권한 등이 명확하지 않아 단순히 퇴원 결정만을 내리기에는 한계가 있다고 지적하였다.

심사위원회가 독립적인 기관이라서 재량이 굉장히 크거든요. 솔직히 말해서.. 퇴원시킬 수도 있어요. 재량이 넓긴 한데.. 항상 부담이 되죠. 그것 때문에 그런 것이지. 재량은 충분히 큽니다. 아니면 재량을 행사하는 데 많이 안 해보신 분들이 많이 계시기 때문에 그렇게 치면 대법원 양형 기준처럼 아예 우리가 심사하는 데 있어서 기준을 좀 더 세분화해 주시면 편할 수도 있겠죠. 재량을 행사하는 데 있어서.(참여

자 47)

확실히 심사위원이 지역사회 자원에 대해서 알고 있고 대상자를 기본적으로는 온라인이든 아니면 대면을 하든 면담을 하니까.. 면담할 때 심사위원 자체가 이 사람한테 필요한 지역사회 자원이 뭔지를 정확하게 캐치를 하면서 바로 알려주는 것도 대상자 분들한테는 도움이 된다고 저는 많이 느꼈어요. (참여자 48)

2) 거주지 기준 배정을 통한 책임성 강화

참여자들은 정신건강심사위원회에의 심사 청구 기준을 환자의 거주지로 해야 한다고 제안하였다. 현재는 정신의료기관의 관할 지역을 기준으로 하고 있다. 따라서 퇴원 후에 대한 관심과 책임성이 상대적으로 낮을 수밖에 없다고 하였다. 또한 장기 입원하고 있는 주민이 많음에도 불구하고, 관할 지역에 정신의료기관이 없으면 심사위원회가 열리지 않고, 이들에 대한 관심을 정책적으로 가지기 어렵다. 따라서 심사 청구 기준을 거주지로 함으로써 장기입원하고 있는 해당 지역 주민에 대해 좀 더 책임성을 가지고 퇴원을 위한 적극적인 노력을 기울이고 사후 관리도 할 수 있다고 제안하였다.

우리 지역에 거주하는 사람이 아니고.. 이런 경우에는 어디도 개입하기가 어려워져요. 행정입원 했다고 하면 일단 보호자가 충분치 않았을 가능성이 높고 병원에 오랫동안 연장 10회 이렇게 올라오는데도 불구하고.. 올라올 때마다 이 사람이 괜찮아지면 갈 수 있을 거 같아. 그럼 이 사람 어디서 살아? 누가 개입해야 해? 교육은 충분히 되어 있어? 그러면 지역 센터에서 이 사람을 사례관리하는 방법이 있나? 거기서 매칭할 수 있는 센터에서 연락해서 그 지역의 센터를 움직이게 할 수 있나? 퇴원계획을 어떻게 짜지? 거주지가 불분명한데... 이렇게 나오면 답이 전혀 없어지죠. 그러면 포기하고 우리 손을 떠났으니 일단 지금 나가면 어떻게 될지 모르니 입원하시게 하고 그 다음에 내년에 보자. 하고 제안을 하죠.(참여자 46)

*자기 지역 사람은 자기 지역에서 심판을 하게 해야 해요. 그러니까 **구는 입원 병원이 없으니까. 입원한 사람이 엄청 많을텐데 전혀 보건정책의 아젠다에 하나도 안 들어가 있어요... 저희 지역 분이면 심판위원 분들이 저희를 막 째려보시죠.. 센터에서 뭐 하고 있냐 라고 하는 메시지를 주는 거예요. 그러면 저희는 대안을 찾아야 하잖아요. 이런 작업들이 되어야 하는 거죠. 그런데 제도적으로 그게 없어요. 그런 고리가 없으니까.. 다 빠져나가는 거예요. 관심이 없고.. (참여자 28)*

3) 위원 구성의 다양화와 역량강화

참여자들은 심사위원회가 보다 적극적인 역할을 하기 위해서는 위원회의 구성과 역량에 대한 고려가 필요하다고 하였다. 위원회의 구성은 정신건강의학과 전문의, 법조인, 전문요원, 가족, 그 외 전문지식과 경험을 가진 사람을 포함하도록 하고 있다. 참여자들은 대부분의 지역에서 전문의가 위원장을 맡고 있어 정신의학적 판단을 피력할 경우 이를 반대하기가 거의 불가능하다고 하였다. 위원장이 퇴원에 대한 의지나 지역사회 연계에 관심이 있는가에

따라 위원회의 역할이 크게 달라진다고 하였다. 그리고 위원 대상의 교육이 거의 전무하여 심사 활동에 어려움이 크다고 하였다. 심사위원 대상의 사전 의무 교육을 실시함으로써, 위원회의 역할과 심사의 기준 등에 대한 공유가 필요하다고 하였다.

변호사님들이 다 계세요. 그분들이 보면 환자에 대해서.. 중증 조현병이나 이런 거에 대해서 잘 모르시는 경우가 많다는 말이에요. 그분들이 인권적인 부분을 얘기하고 싶고 내지는 알고 싶은데.. 아 저거는 인권에 문제가 있는 거 아니야. 저걸 해결해줘야 하는데.. 저걸 왜 그냥 지나가지 의문을 가지더라도.. 이쪽에 있는 정신과 의사선생님이나 그런 분들이.. 말하자면 그거 환자의 증상 같은 정도를 잘 몰라서 그렇게 생각하는 거다. 라고 말하자면.. 일부러 밀어붙이는 거는 아니어도 그렇게 하다 보면 할 말이 없으시잖아요. 그런 부분에 갭이 좀 있는 거 같아요. (참여자 50)

신규로 심사위원이 되는 경우에는 최소 몇시간 이상의 교육을 필수로 받아야 된다는 그런 게 있으면.. 저도 사실은 시에서 요청하셔서 들어갔는데 아무런 교육도 없이.. 당일날 갑자기 심사하러 오라고 하시더라고요.. 심사위원 분들 거의 70% 이상이 교육을 해줬으면 좋겠다 라는 체크를 굉장히 많이 하세요. 제가 부족하다고 느껴서 그 문항을 해서 설문한 적이 있었는데.. 교육을.. (참여자 48)

3. 퇴원 계획과 지역사회 연계를 위한 제도화 방안

1) 입원 단계에서부터 모든 환자에 대한 퇴원 계획 수립

참여자들은 탈원화와 지역사회 통합을 위해 가장 선결되어야 할 과제가 퇴원계획이라고 하였다. 현재와 같이 아무런 준비나 정보 없이 지역사회로 나올 경우 적절한 회복지원 없이 다시 재입원할 가능성이 높다고 보았다. 하지만 아직까지 퇴원계획에 대한 명확한 지침이나 제도화가 이루어지지 못한 채 의료기관이나 의료진의 의지에 따라 이루어지고 있다. 의사의 오더에 따라 이루어지는 것이 아니라 필요한 모든 환자에 대해 의무적으로 이루어져야 하며, 퇴원이 임박해서가 아닌 입원 시점부터 퇴원에 대한 계획과 준비가 이루어질 수 있도록 해야 한다. 정신의료기관에서 퇴원계획이 체계적으로 이루어지기 위해서 무엇보다 수가체계가 마련되어야 한다고 참여자들은 강조하였다.

퇴원 계획의 시점을 퇴원하기 일주일 전, 한 달 전으로도 부족할 수도 있다라고 생각을 하고요. 왜냐하면 이분들이 병으로 앓고 지냈던 시간들이 너무나 길게 있기 때문에 퇴원 계획의 일주일 한 달 만으로 이게 진행을 해서 한다라는 거는 이분들이 심리적으로나 정신적으로 매우 어려우실 수 있을 것 같다라는 생각이 들어요. 그래서 퇴원계획은 어떻게 보면 입원하고 평가하는 과정 속에서 퇴원계획은 계속 머릿속에서 생각을 하고 그 치료 과정에 반영을 해야 된다(참여자 42)

퇴원계획이라는 게 시행되었을 때 보면 어쨌든 의사의 오더가 있어야 하고 모든 환자에게 똑같이 기회가 주어지는 게 아니기 때문에 일단은 할 수 있다고 한다면, 지향하는 바는 퇴원을 앞두고 있는 모든 환자분들이

어쨌든 그런 선상 안에 좀 들어갈 수 있도록 해주는 것들이 필요하지 않을까 라는 생각이 듭니다.(참여자 37)

병원이 퇴원을 위한 노력을 할 수 있는 수가체계도 필요하다고 생각하거든요. 지금 현재 병원의 수가체계 자체가 입원이나 치료과정에 대한 수가체계가 행위별로 다 조정이 되어 있긴 한데, 실제 퇴원 계획을 하거나 퇴원을 조정하는 데에는 수가체계가 굉장히 미약하거나 뭔가 유명무실한 수가들로 되어 있다 보니까 병원들이 건강하게 퇴원시키는 과정을 가져가지 않는 경우가 되게 많은 것 같아요. (참여자 39)

2) 퇴원 시 지역사회 서비스 정보 제공 의무화

참여자들 중 정신장애인 당사자와 가족들의 가장 큰 호소는 퇴원 시 지역사회 서비스에 대한 정보를 제공해 달라는 것이었다. 적어도 지역사회에 이용할 수 있는 서비스에 대한 구체적인 정보만 제공해도 퇴원 후 집에 고립되어 있지 않고 뭐라도 노력을 해볼 것이라고 하였다. 정신장애를 가지고 살아온 십 여년의 긴 시간 동안 한 번도 정보를 들어본 적이 없다는 가족들도 많았다. 참여자들은 퇴원 시 지역사회 정신건강 및 복지 서비스에 대한 정보를 의무적으로 제공하도록 하고, 이를 위해 정보 키트를 마련하거나, 정보제공에 대한 동의 절차를 마련하는 등 보다 강제적인 방식의 제도화가 필요하다고 강조하였다.

남은 가족들이 지역자원에 대해 아무것도 모르시는 경우들이 있더라고요. 최소한 퇴원하는 환자나 퇴원을 계획하고 있는 가족들한테 무슨 키트 형식이라도 이 사람들이 이 지역에 맞게 이용할 수 있는 기관의 풀을 설명하는 게 꼭 이루어지도록... 그러니까 우리가 어쨌든 그 기회는 다 열어놓고 선택은 하실 수 있되 그런 부분을 각자 일대일 면담은 못 하더라도 그런 부분들을 좀 안내해드리면 좋지 않을까. 대부분의 많은 보호자분들이 일단 그런 서비스를 받아보시고 나서 여태까지 병원 오래 다녔지만 이런 거 처음 들어본다. 이런 게 있었으면 내가 왜 얘를 계속 입원을 시켜놨겠냐. 왜 아무것도 안 해보고 재발하게 뒀겠냐 이런 얘기들을 많이 하셔서,(참여자 37)

전화가 오면 어머님들이 백이면 백, 이런 시설이 있는지도 몰랐대요. 심지어 재활시설도 모르세요. 정신건강복지센터는 일주일에 한 두 번 전화해서 별일 없으시죠? 잘 지내시죠? 묻는 게 이게 끝이에요. 연결해주는 루트가 전혀 없는 게 현실인 거 같고요. 어머니들이 전화를 하시면 좀 이런 것들을 알려줄 수 있는 시스템을 대표님이 만들어주세요. 하는 부탁을 되게 많이 받아요. (참여자 8)

각종 동의서에 요즘 싸인 많이 하잖아요. 이런 것처럼 퇴원을 하기 전에 가족들한테 이후에 치료를 어떻게 받아야 하고 지역에 이용할 데가 어디가 있고, 그런 데 가서 프로그램 받을 수 있고 동사무소 같은 데에도 요즘에는 서비스를 할 수 있는 창구가 많잖아요. 센터도 있고.. 쭉 설명을 듣고, 위의 설명을 다 듣고 이해하였습니까. 체크를 하고... (참여자 45)

3) 퇴원통지서의 실효성 있는 활용

퇴원 절차와 관련하여 참여자들은 현행 퇴원통지서가 보다 실효성 있게 활용되어야 한다고 하였다. 현재 퇴원통지서는 퇴원할 때 처리해야 하는 여러 서류 중에 하나여서, 제대로

된 설명 없이 형식적으로 이루어지는 경우가 많다고 하였다. 또한 보건소로 통지되어 정신건강복지센터로 전달되는 과정이 원활하지 않거나 시간이 많이 소요되어, 퇴원 후 즉각적인 지원이 제때 이루어지기 어렵다. 따라서 퇴원 계획과 함께 충분한 설명과 동의 절차를 거치고 정신건강복지센터에 직접적으로 연계할 수 있는 체계를 만들 필요가 있다고 하였다.

퇴원사실통지서 보내는 것도 법에 있으니까. 환자한테 퇴원할 때 급박하게 물어보고서는 사인받아서 넣거든요. 근데 그 다음에는 연계가 안 되어요. 그거를 좀 보완하기 위해서 입원하고서 퇴원하기 일주일 전에 준비를 해야 하는데, 우리는 정말 퇴원하기 직전에 서류 5~6종류를 보호자한테 받고, 약도 받고 예약도 잡고, 정신 하나도 없는데 쓱 내밀어서 싸인하니까 센터에서 항의 전화 와요. 환자가 동의하지 않았다고 하더라... (참여자 40)

제일 필요한 것 중에 하나가 지금 아까 말씀하신 입퇴원을 자주하는 분을 센터에 연계하는 자체가 얼마나 이후에 관리가 가능할 것이냐?.. 퇴원사실통지서가 와서 다시 연락을 해봤을 때 이미 입원해 있는 경우들도 있고, 그게 보건소에서 얼마나 빠르게 긴급하게 내려오냐 뭐 이런 부분들도 필요해서 저는 여기 와서는 퇴원사실통보서가 가는 그 기관에 빨리 사회사업팀에서 연락을 해주는 거 자체가 굉장히 도움이 되는 부분들이 있더라고요. (참여자 37)

4. 병원/시설과 지역사회 간을 매개하는 서비스

1) 동료지원과 절차보조사업의 확대를 통한 동기부여

참여자들은 장기입원으로 퇴원에 대한 희망이나 자신감이 없는 정신장애인에게는 동료지원이 매우 효과적이라고 하였다. 지역의 동료지원가가 병원이나 시설에 들어가서 당사자들을 만나고, 자신들의 회복경험이나 지역사회에서의 생활 경험을 들려주는 것이 전문가의 교육이나 권유보다 훨씬 효과가 크다고 하였다. 가족들 또한 전문가의 설명보다 같은 가족의 경험이나 이야기가 훨씬 이해도 잘 되고, 실제적으로 도움이 된다고 하였다. 따라서 지역에서 병원이나 시설 안으로 찾아갈 수 있는 동료지원이나 절차보조사업이 확대될 수 있도록 제도화 방안의 마련을 제안하였다.

활동가나 동료지원가나 당사자분들이 자립하고 있는 분들이 직접 시설에 들어가서 자립생활의 노하우나 그런 것들을 실제적으로 이야기를 해주시고 시설 안에서 동료상담이 이루어지고... 나도 이렇게 심한 장애를 가지고 있는데 얼마든지 지역에서 살 수 있어. 이런 것들을 백날 교육을 받는 것보다 실제로 보는 게 효과적이라고 생각을 하거든요. (참여자 8)

지역에 있는 시설에 있는 당사자 회원이 저희 낮병원에서 와서 프로그램을 하게 했어요. 그러면서 이제 그 지역에서 이 사람이 강의 활동을 하면서 이렇게 지내고 있는 그 사람의 사례를 다른 회원들이 보면서 그거에 대한 선망의 마음을 느끼기도 하고, 그곳은 뭐하는 곳이냐고 물어보기도 하고 이러는 모습들이 있었

거든요...지역에 있는 기관들과 협약을 맺는 것이 되게 중요하다고 생각이 들어요. 거기서 와서 자기 얘기를 해주기도 하고 그러한 상호 교류를 하는 것들이 저는 되게 좋은 것이라는 생각이 들고,.. (참여자 43)

의사선생님이 말씀은 하시지만 그 말을 저희가 이해하기까지는 좀 지나야 알 수 있더라고요. 다 경험을 하면서.. 아 그때 그 말이 이 말이었구나. 또 간호사 선생님하고도 말이 잘 안 되고.. 그 답답함을 병원 안에서 가족이나 아니면 요즘 많이 하잖아요. 동료상담이나 이런 식으로. 가족들이 조금 더 눈높이를 낮춰서 저희하고 대화가 될 거 같거든요. 가족분들이 봉사를 해주시든.. 아니면 조금의 보수가 나가든. 그런 기회를 주셔서 저희가 처음 발병했을 때 어떤 식으로 병이 진행되고 어떻게 가야 하는지.. 전체적인 내용에 대한 설명을 좀 해주시면 (참여자 14)

2) 지역과 병원 간의 서비스가 중첩될 수 있는 기회

참여자들은 병원과 지역사회를 연계할 수 있는 가장 좋은 방법은 서로 간의 서비스가 중첩될 수 있게 하는 것이라고 보았다. 지역사회 서비스에 대한 정보를 제공하거나, 기관 간에 의뢰하는 방식으로는 퇴원 후 지역사회 서비스를 실제로 이용할 가능성이 높지 않았다. 이에 참여자들 중에는 정신장애인이 입원해 있는 동안 지역사회 서비스를 미리 경험해 보거나, 지역에서 실무자가 병원에 들어와 당사자와 가족을 먼저 만나 관계를 형성하는 방법 등을 시도하고 있었다. 이렇게 서비스가 중첩되게 함으로써 퇴원 후 자연스럽게 서비스에 참여할 수 있도록 하는 것이 매우 효과적이라고 하였다. 이것이 제도화되기 위해서 일정 기준 하에서, 서비스 중복을 허용하거나 이에 대해 추가 예산 지원이 이루어져야 한다고 제안하였다.

병원에 있으면서 환자분들이 퇴원을 준비를 하는 과정 속에서 퇴원 후 이용할 기관에 대해서 적응을 해야 한다고 생각을 해요. 낮에는 정신재활시설을 일주일에 2번이라도 갔다올 수 있도록 교통 훈련을 시키고, 이제 지역에서도 거기 그 사람이 와서 어떻게 활동했는지에 대해서 들을 수가 있잖아요... 그래서 퇴원하고서부터 지역사회 기관을 이용하는 게 아니라 이미 퇴원 준비 과정 속에서부터 회원분들이 그 기관을 경험하기 위한 길, 루트가 있어야 한다고 생각하거든요... 저는 그전부터 병원에서부터 개방성을 가져야 된다고 생각을 하고 있습니다. 병원이 더 이상 폐쇄되면 안 된다 그런 생각들이 많이 들었어요. (참여자 43)

상당히 적극적인 한 선생님은 본인이 이런 게 필요하다고 하면 저희보고 그분이 외래로 오는 날이면 저희보고 병원에 그분 가족들 만날 때 오라고 얘기해요. 그러면 저희 담당하는 직원이 가서 그 자리에서.. 가족이 고민을 하니까 퇴원하면 이런 게 어떻게 진행되는지를 가족과 환자를 두고 사회사업과 앞에서 설명하는 시간을 가진다는 거죠. 그렇게 되면 퇴원하고 주치의 소견서를 들고 저희 기관으로 찾아오고.. 그렇게 되면 저희 기관에서 재활을 통해서 재발하지 않고 병원 외래 잘 다니면서.. (참여자 45)

3) 요양시설에서의 탈시설 지원 기능 강화

요양시설의 장기입소자의 경우 그만큼 자립을 위해 더 많은 시간과 노력이 필요하다. 이에 참여자들 중에는 기관에서 탈시설과 지역사회 자립을 위한 시도들을 해오고 있고 그 효과성

을 확인한 경우들도 있었다. 예를 들면 기관 내 혹은 지역사회에 주거 공간을 마련하여 체험홈을 운영하면서 이를 통해 정신장애인의 자립을 지원하는 성공적인 사례들이 있었다. 정신요양시설에서 탈시설을 지원할 때 가장 큰 장점은 입소자들에 대해 누구보다 잘 알고 있고, 이미 형성된 신뢰관계를 바탕으로 효과적으로 지원할 수 있다는 것이다. 하지만 이러한 기능들이 아직까지 정신요양시설의 서비스로 인정받지 못하고 있고, 때로는 행정적인 제약으로 인해 지속하지 못하는 경우들이 있었다. 향후에는 요양시설에서의 탈시설 지원 기능을 보다 강화할 수 있는 제도화가 필요하다고 제안하였다.

저희 같은 경우는 저희가 자체적으로 아파트를 얻어서 체험홈을 했었거든요. 7년 동안 했었는데, 아파트를 임대를 해가지고 체험홈을 하고 거기서 생활하셨던 분들이 다 독립을 하셨어요. 그러다보니 이게 효과가 너무 좋아서.. 원내에 체험홈이 있어서 다 훈련이 되면 그곳에 가서 생활을 하시거든요. 직장을 다니시면서. 그리고 우리 직원들이 가서 서비스 지원을 해주고.. 그렇게 해서 효과가 좋아서 자체적으로 하다가 법인에서 아파트 전세를 얻었어요. 이게 정신장애인들에게 정말 좋은 사업이고 좋은 훈련 체계여서 법인에서 아파트를 매입을 해 주기로 했어요. 그래서 그 매입하는 과정에서, 이제 법인 같은 경우는 기본 재산 처분 허가를 시로부터 받아야 돼요. 그러니 이게 아무리 기능이 좋다 하더라도 요양원 밖에서 살면 안 된다, 이분들이 요양원 밖에서 살면 안된다. 철수를 해라. 도리어 그것 때문에 그곳에서 생활하셨던 일곱 분이 다시 울면서... (참여자 33)

저희가 모시고 있던 분들이 밖에 나갔을 때 오히려 가족들보다 저희하고.. 최근에 저희가 체험홈을 내년 5월까지 3차년도 사업을 진행하고 있거든요. 이분들도 저랑 같이 10년 생활한 분들이잖아요. 가서 이야기하다보면 이거 왜 이렇게 하셨어요. 하면 서로 얘기 다 되고.. 담당 직원들도 이걸 어떻게 할까요 여쭤보면 다 솔직하게 답변도 해주시고.. 마무리 단계에서 제일 노력하는 게 자조모임을 어떻게 노력을 해보려고.. 아무래도 자조모임이 유지가 되면 그래도 끝나고 나서, 이 사업이 끝나고 나서. 예산이 3년짜리입니다. 3년 되고 나면 어떻게 밖에서 잘 사시도록 해드릴까 하는데.. (참여자 29)

4) 병원/시설에서 지역사회로의 전환지원 서비스 마련

참여자들은 정신장애인이 병원이나 시설에서 지역사회로 바로 나오는 것이 그 중간 단계에서 준비할 수 있는 전환지원 서비스가 필요하다고 제안하였다. 현재의 전환지원시설의 경우 그러한 기능을 하고 있지만 수도권에만 있고 지역에는 전무한 상황이다. 중간 단계의 지원서비스가 없으면 퇴원 후 적응의 어려움이나 생활 유지가 안 되어 다시 재발하거나 재입원하는 악순환이 일어날 수밖에 없다고 하였다. 특히 장기 입원/입소자의 경우 입원/입소한 기간만큼 지역사회로 나갈 수 있는 준비과정에 더 집중적인 지원이 필요하다고 하였다.

병원이나 공공에서 그런 사람들이 퇴원을 했을 때 그 사람들을 잘 케어해주고 재활할 수 있는 병원과 지역사회의 중간다리 역할을 할 수 있는 그런 시설이 있으면 얼마나 좋을까 생각을 했고, 그런 것들을

*찾아보면 ** 같은 경우에는 전환시설이 있어요. 그게 많지는 않아요. 제가 알기로는 위탁형태로 운영도 하고 직영형태로도 운영이 되고 있는데.. 그러면서 전환시설에서 나가서 사회에 나가는 게 아니라 뭔가 단계별로 공공에서 해줄 수 있는 서비스가 있으면.. 자타해가 심하지 않은 정신질환자들이 탈원화를 해서 입원을 하지 않고 잘 지낼 수 있지 않을까 하는 생각을 많이 했었습니다.(참여자 44)*

사회로 나올 수 있는 준비활동이 되어야지. 그 다음에 데이케어로 나오든지... 중간단계 그룹홈 시설로 나오시든지.. 뭔가 나도 할 수 있는 게 있어야지.. 나는 아무런 기능이 없어요. 건강은 한데. 내가 하다못해 문서 하나 작성을 못 하고.. 요새 키오스크로 다 하셔야 하잖아요. 그거 구경도 못하셨을 거예요. 그런 사회와의 준비단계가 필요하지 않을까... (참여자 22)

5. 삶을 지원하는 지역사회 기반 인프라 구축

1) 최우선 과제는 주거의 마련

참여자들은 탈시설과 지역사회 자립에 가장 우선적인 과제는 살 집을 마련하는 것이라고 보았다. 병원이나 시설에서 주거를 해결하고 있는 많은 정신장애인에게 대안으로서의 집 마련이 중요하다. 이때 참여자들은 주거시설보다는 주택 공급이 더 필요하다고 보았다. 즉, 주거를 기반으로 지원서비스가 결합되는 방식이 가장 좋은 대안이라고 보았다. 주거가 제공될 때 정신장애인의 삶의 만족도가 크게 높아지고, 집을 중심으로 자신의 삶을 안정적으로 꾸려나갈 수 있다고 하였다.

지금 가장 중요한 거는 주거가 거주지가 안정되게 제공하는.. 그분은 영구임대 아파트를 받으셨더라고요. 센터를 통해서 받으셨대요. 그거부터 안정되면서 9번이나 입퇴원 하시고 증세도 오래 되시고 하셨는데,.. (이제는) 능력껏 자기개발도 하시면서 동료지원 활동도 하시면서 주거가 안정이 되니까 굉장히 만족하시면서 봉사도 하시더라고요. (참여자 20)

공동생활이나 주거시설 보다는 저는 자립주택이나 지원주택 물량을 확보를 해서 주거취약자 분들한테 먼저 제공을 해주고 이 사람한테 집만 주는 것이 아니라 거기 안에 반드시 서비스가 동반되어서.. 이 사람이 지역사회에서 어느 정도 안착을 할 수 있을 때까지는 국가가 책임을 지고 지원해 주는 제도들이 급선무로 해결이 되어야지만 장기입원 같은 것도 막을 수 있지 않을까 하는 생각이 듭니다.(참여자 8)

2) 재입원을 막을 수 있는 쉼터의 중요성

참여자들은 탈원화 만큼이나 재입원을 최소화하는 것이 중요하고, 이를 위해 쉼터가 필요하다고 제안하였다. 자·타해의 위험성이 아닌, 생활상의 위기 혹은 증상의 악화 시 단기적으로 안정을 취할 수 있는 쉼터가 필요하다고 하였다. 참여자들 중 쉼터를 운영해본 경험이 있는 경우, 쉼터가 입원을 하지 않고도 위기를 잘 넘길 수 있는 효과적인 대안이라고 하였다.

힘들 때 병원이 아닌 다른 대안이 있다는 것이 당사자나 가족들에게는 안도감을 준다고 하였다.

선진국 사례 같은 거 보면 발병했다고 해서 바로 정신병원에 들어가는 게 아니라 뭐랄까 쉴 수 있는 공간... 치료를 받을 수 있는 공간이 병원이 아닌 다른 공간이 있다고 들었어요. 그런 공간에서 지내면서 증상이 조금씩 가라앉으면 1-2주 정도 머무르다가 나가는 시스템이 있다고 해서. 그런 것도 필요한 거 같아요. 저는(참여자 4)

위기쉼터를 운영하면서 입원할 상황은 아니지만 위기야. 집에 있기는 어려워. 주간재활 가기에도 증상이 불안정해. 그래서 위기쉼터로 데일리로 오게 되는.. 아니면 위기쉼터에서 24시간 직원 상주 하에 관리가 되니까.. 어찌 됐거나 위기가 모면이 되고, 입원하지 않고도 외래를 가면서 증상관리가 되고, 또 가족분들도 낮 시간에 직원이 상주하다 보니까 부담감도 덜고.. 많지는 않아도.. 물론 센터에서도 부담이 많지만 회원한테는 힘들 때 갈 곳이 있구나. 병원이 아닌 곳이 있구나 하는 안도감이 있기 때문에 좋은 거 같아요. (참여자 27)

3) 집중적인 사례관리 강화

참여자들은 정신장애인이 지역사회에서 안정적으로 생활하기 위해서 집중적인 사례관리가 강화되어야 한다고 하였다. 월 1회 혹은 2회의 형식적인 사례관리는 모니터링 이상의 기능을 할 수 없다. 적어도 퇴원 후 안정기까지, 그리고 입·퇴원을 반복하는 정신장애인에 대해서는 최소 주 2~3회 방문을 통해 약물증상관리 및 일상생활 지원이 이루어져야 지역사회에서 안정적으로 생활해 나갈 수 있다고 하였다. 실제로 참여자들 중 ACT 사례관리를 이용한 경우 병원에 입원하지 않고도 전문가의 집중적인 지원을 받을 수 있어 매우 만족도가 매우 높았다.

*우리 아들은 6주를 입원하고 다른 병원에 또 입원하라고 했어요. 집에 가면 싸이클이 다시 돌아간다. 그래서 다른 병원은 죽어도 안 간다고 해서. **센터에서 ACT를 시작했어요. 그게 너무 좋은 거예요. 월요일부터 금요일까지 매일 선생님이 바뀌어서 집에 오셔요.. 약을 잘 안 먹으니까.. 그리고 얘가 말을 잘 안 하니까 선생님들이 말을 시켜요. 우리 아들이 약의 부작용이 굉장히 셌어요. 뭐든지 느리고, 서 있고 선생님이 오셨어도 약을 타 놓고도 못 먹었어요. 그래서 누군가가 말 상대가 없었잖아요. 가족 밖에는.. 그런데 매일 월요일부터 금요일까지 새로운 선생님들이 오셔서 질문도 하고 우리 아들이 점점 좋아지기 시작하더라고요. 지금은 제가 약 먹는 거 신경도 안 쓰고 그래도 낮에 잠은 자요. 많이 좋아졌고.. ACT 같은 거를 실행을 해서... (참여자 16)*

인력에 대한 강화가 대상자분들이 서비스를 받는 질이 높아지지 않을까.. 저희도 선도사업 하면서 사례관리자가 부담하는 수가 확실히 줄다 보니까 외래 갈 때나 약물관리 이런 것에 시간 투자를 많이 하거든요. 사실 그전에는 회원들한테 병원 잘 갔다 왔어요? 라고 하거나 정말 재발할 때까지 보게 되는 경우가 있는 거 같아요. 선도사업 하면서 재발하기 전에 입원하지 않고 증상이 올라오더라도 외래를 집중적으로 지원함으로써 재발하지 않고 지역사회에 정착할 수 있게 도움을 주니까 좋은 거 같고. (참여자 27)

4) 맞춤형 서비스의 정신재활시설 확대

참여자들은 회복과 지역사회 자립을 지원해줄 수 있는 정신재활시설의 확대가 필요하다고 하였다. 정신장애인 당사자 및 가족 중 정신재활시설을 이용한 참여자들은 사람들과 만나고, 새로운 경험을 하고, 고용과 주거에 대한 지원을 받을 수 있어 서비스에 대한 만족이 매우 높았다. 전문가 참여자들도 퇴원 후 이용할 수 있는 정신재활시설의 여부가 지역사회 자립에 중요한 요소가 된다고 하였다. 하지만 정신재활시설이 아예 없는 지역이 많아 양적으로 확대되어야 하며, 개개인에게 맞는 맞춤형 서비스가 좀 더 이루어져야 한다고 제안하였다.

*저 같은 경우는 퇴원하고 나서 **사회복귀시설에서 도움을 많이 받았는데요. 여러 가지 취업기회도 제공받고 프로그램을 통해서 사회적으로 적응을 하는데 훈련을 받아서 좋았고요. 그런데 문제가 뭐냐 하면 이용하고 싶은 분은 많은데 수가 너무 적어요. 시설이. 제가 다닐 때만 해도 대기자명단이 칠판에 쫙 적혀있을 정도로.. 이용하고 싶은 분들은 많으신데 시설의 수가 적은 거 같고.. 어떤 곳은 환경이 열악한 곳도 있고 해서 그런 점이 개선되어야 한다고 생각해요. (참여자 4)*

국가적인 정책으로 정신재활시설을 만들고 확장해야 된다는 그게 끝이 아니라 정신재활시설에 적어도 인구 몇 명당 몇 개는 있어야 된다든지 이런 명확하게 그 인원수에 맞춰서. 이제 사람들마다 필요한 서비스가 달라요. 직업 재활 서비스가 필요한 사람도 있고, 보호받는 서비스가 필요한 사람도 있고 사람마다 다 다른데, 왜 한 군데에서 모든 걸 다 집약을 해가지고 줘야 된다고 생각하는지 잘 모르겠어요. 저는 그냥 지역 속에 스며드는 게 중요하다고 생각이 들어서 그런 거점부분들을 많이 만드는 거가 저도 되게 공감이 많이 됐습니다.(참여자 43)

5) 독립 기반을 위한 고용지원 활성화

참여자들은 독립의 기반으로서 일의 중요성을 강조하였다. 경제적인 생존뿐만 아니라 사회적 관계를 맺고 의미있는 역할 수행으로서 일은 독립을 중요한 기반이나 척도가 된다고 하였다. 정신장애인의 욕구와 기능에 맞는 다양한 일자리 제공과 이를 지원할 수 있는 제도적 기반이 좀 더 활성화되어야 한다고 하였다.

*저는 취업에 대한 게 많이 필요하다고 보거든요. 왜냐 하면 결국 정신장애인분들이 사회에 어울려서 살아가기 위해서는 생계나 생존을 하려면 취업이 필요하다고 생각해요. 그래서 정신장애인을 편견을 가지지 않고 이해해 주면서 일할 수 있는 곳이 많이 있어야 하지 않을까. **센터처럼 이해를 해주면서 일할 수 있는 곳이 많아져야 하지 않을까.. (참여자 6)*

퇴소를 하고 탈시설을 하기 위해서 가장 기본은 직업이라고 생각하거든요. 그래서 저희가 독립시키신 분들은 다 직업이 있으세요. 바리스타 이제 자격증 따가지고 카페에 취업을 한다든지, 본인이 청소를 너무 좋아하면 아파트 같은 데 청소 용역자로 취업을 하시기도 하고. 이런 직업이 없는 분들은 실패를 하더라고요.(참여자 33)

6) 정신장애인에게도 필요한 활동지원

참여자들은 신체장애인뿐만 아니라 정신장애인에게도 활동지원 서비스가 필요하다고 하였다. 독립하여 살고 있는 경우 가사활동, 이동보조 등의 활동보조가 필요하며, 가족과 함께 살고 있는 경우에도 가족돌봄을 지원할 수 있는 활동보조가 더욱 필요하다. 현재 장애인 활동지원서비스의 자격 판정 기준이 신체장애인 중심으로 이루어져 있어 정신장애인은 실제적인 혜택을 받을 수 있는 한계점을 많은 참여자들이 지적하였다.

정신장애인도 활동보조가 필요하다고 봐요. 물론 가족들이랑 같이 살고 있지 않은 분들은 상관이 없을 수도 있지만.. 가족이랑 살고 있으면 가족분들이랑 갈등이 상당히 많거든요. 당사자 분들이랑. 저는 24시간 다 받을 수 있으면 좋지만, 24간이 필요 없는 경우에는 단 몇 시간이라도 활동보조 서비스를 받을 수 있으면 가족분들이 여가생활을 즐기고 활동보조가 정신장애인의 요청에 맞춰서 서비스를 제공해주는 시스템이 마련이 되어야 하고, (참여자 8)

정신장애인들은 활동 보조 서비스를 받을 수가 없어요. 장애임에도 불구하고. 그러면 아까 아까 독립하신 분 청소를 고민하셨는데 활동보조인이 파견이 되면 해드리면 되는데 그거 자체가 안되기 때문에 가장 큰 문제라고 좀 생각이 들고(참여자 33)

7) 보호자로서의 가족 역할을 지원할 수 있는 서비스

참여자들은 현실적으로 돌봄부담을 져야 하는 가족에 대해 보다 적극적인 지원이 필요하다고 하였다. 지금처럼 모든 돌봄의 책임이 가족에게 부과되는 상황에서, 가족은 탈원화에 부정적인 입장을 취할 수밖에 없다. 정신장애인 대상의 서비스뿐만 아니라 가족의 돌봄 부담을 완화할 수 있는 교육, 상담, 휴식, 경제적 지원 등이 함께 이루어져야 한다고 하였다.

당사자뿐만 아니라 가족도 클라이언트로 보고 있는데 실은 그렇게 말하고 있는 가족 자체에 대한 서비스가 뭐가 있을까 하는 생각을 해보면, 그분들이 우리한테 요청을 해야지만 하는 것들이 있거든요. 그래서 이제 그분들께 저희가 아까 당사자분, 클라이언트한테 하는 만큼 고민해서 역량강화도 있고, 쉬게 하는 것도 필요할 거고.. 어쨌든 그런 것들에 대해 다양한 논의도 필요하고.. 그런 서비스가 구조화되는 게 필요하지 않을까라는 생각이 들고, (참여자 37)

제도적으로 필요한 것 중에 하나가 보호자 지원이 필요해요. 저희 독립하려고 하셨던 분 중 한 분은 보호자가 반대해서 못하신 분이 계시거든요. 나가면 보호자들이 성가시니까. 그리고 양성증상이 심해가지고 폭행 이런 게 심하셨던 분은 아직도 보호자 분들이 두려워하시더라고요. 이제는 괜찮아지셨는데. 그래서 이제 나가서 살고 싶은데 보호자가 안 된다고 반대하는 케이스도 있었거든요. 그런데 그런 보호자에게 필요한 지원, 경제적으로든 다른 서비스든 이런 것들이 필요하겠다 하는 게 있고요. (참여자 33)

6. 지역사회 통합을 위한 제도적 기반 마련

1) 정부의 책임성과 정책인식 전환

참여자들은 정신장애인의 지역사회 통합을 위해 무엇보다 정부가 보다 책임성을 가지고 주도적으로 나서야 한다고 주장하였다. 정신장애인은 사회적으로 가장 취약하고 차별과 배제로 고통받는 소수자임에도 불구하고 여타 대상에 비해 국가의 정책적 관심 또한 너무 부족하다고 인식하였다. 정신장애인이 치료뿐만 아니라 지역사회에서 자립적으로 살아갈 수 있는 제도적, 재정적 기반을 마련할 수 있도록 중앙정부가 적극적으로 나서야 한다고 하였다. 또한 정책의 방향과 인식이 과거의 치료와 보호 중심에서 지역사회 자립으로 전환될 필요가 있으며, 특히 공무원들의 인식개선이 중요하다고 강조하였다.

치매도 국가책임제가 도입이 되었듯이 정신장애인도 가끔 캠페인 보면 4명 중에 1명꼴로 정신질환을 가진 사람이 있다고 방송이 나올 때도 있듯이 이게 개인의 문제에서 관점을 사회 문제로 바라볼 때가 되지 않았나 하는 생각이 듭니다. 정신장애인의 국가책임제도 도입을 빨리 해야 하지 않을까 생각하고요. 저는 국가책임제에 있어서 의료적인 관점을 탈피를 해서 정신장애인의 자기결정권이 존중되는 국가책임제가 필요하지 않나.. 물론 병원도 필요하고 약물도 필요하지만 온전히 한 사람으로서 자립생활을 할 수 있도록 국가가 앞장서서 지원을 아끼지 않고 이제는 지원을 해야 할 때가 오지 않았나.. (참여자 8)

저희는 정책 결정 권한이 없어요. 중앙에 있다는 거죠. 행정안전부, 보건복지부, 국토교통부.. 그래야지 거기서 집도 나오고 정책도 나오고 다 하는데.. 그 사람들이 정책 결정해요. 그 사람들이 깨어있고 무지함에서 탈피하고 아 이건 꼭 해야해. 이건 5년, 10년이 되어도 꼭 해야해. 이렇게 생각하는 사람이 있으면 그나마 조금 좋아지는데 그 사람들이 무지한 상태에서는 아무 것도 안 되어요. 그 사람들부터 교육이 되어야 해요. 그 사람들이 아무런 생각이 없어요.. 이거 왜 해야해. 이러고 있는데.. 뭘 해요. (참여자 22)

2) 지방자치단체의 관심과 역할

참여자들은 정신장애인이 탈원화하여 지역사회에서 살아가기 위한 기반 마련에 지자체의 관심과 역할이 좀 더 강화되어야 한다고 하였다. 물론 중앙정부에서의 정책과 예산이 중요하지만, 점차로 지역기반의 복지체계가 강화되고 있는 현실에서 정신장애인에 대한 지방정부의 인식이 너무나 낮다고 평가하였다. 특히, 정신장애인에 대한 사회적 편견이 심각한 상황에서 정신장애인에 대한 정책은 우선순위에서 밀리기 쉽다고 하였다. 지역사회가 정신장애인에 대해 관심과 책임성을 가질 수 있도록 제도를 강화할 필요가 있다고 제안하였다.

다른 장애인이나 노인분들이 입원하셨을 때는 여러 군데에서 연락이 오세요. 지자체, 그 다음에 복지관, 그 다음에 독거노인센터... 그래서 여러 분들이 오셔서 혼자 입원했는데 지금 상태가 어떻고 막 물어보시는

데 근데 정신장애인 때문에 연락이 온 적은... 딱 한 군데만 받아본 거 같아요. .. 지자체에서 모든 사업이나 이런 것들은 지자체에서 다 가지고 있고, 가장 기본적인 국가 기관인데 그분들이 너무 정신장애에 대한 인식이 너무 약하고... 민감도가 너무 없다... 인지도가... 이런 생각이 들어서 그분들을 우리 일을 같이 할 수 있게 개입하고 역할할 수 있는 게...(참여자 38)

*저희가 **시에 신청해서 **사업이라고 7개월만에 승인을 받은 건데.. 너무 공무원들이 너무 절차가 복잡하고 그야말로 열두고개 넘는 것 같은 기분이더라고요. 그래서 7개월.. 5개월만에 다 해야 하는데 공무원들이 이걸 제대로 장애인에 대해서 생각이 바뀌지 않으면 진짜 하다가도 포기하는 사람이 너무 많아요. (참여자 19)*

3) 더불어 살아갈 수 있는 사회적 인식개선과 차별금지

많은 참여자들이 정신장애인이 지역사회에서 더불어 살아가기 위해 사회적 인식개선과 차별금지가 필요하다고 강조하였다. 대중매체를 통한 홍보, 정규 교과과정에의 반영 등 보다 적극적인 정책적 노력이 필요하다고 하였다. 특히 노골적인 혐오나 차별에 대해서는 강력하게 대응할 수 있는 처벌금지제도가 도입되어야 한다고 주장하였다. 이러한 인식변화가 이루어져야 진정한 사회통합의 기반이 마련될 수 있다고 하였다.

지역사회에서 함께 하려면 저희 바로 이웃집 사람도 정신장애를 가지고 있는 사람이 앞집에 산다고 하면 말을 잘 붙이지 않습니다. ..전부 정신장애인들은 갑자기 이런 난폭한 일을 저지르고 심한 일까지 저질러라고 생각하는 상황에서.. 그래서 일단은 저희 증상들을 초중고 학생들한테 1년에 2번 이상이라도 의무교육을 시키고... 그리고 공적인 매스컴에서 이런 것들을 1년에 2번 이상이라도 할 수 있도록 하고,.. 이런 것을 하면서 서로 이해할 수 있는 어울릴 수 있는 걸 했으면 좋겠어요. (참여자 11)

저는 법이에요. 차별금지제도 같은 게 강화되어야 한다. 아까 설치를 안 하는 지자체장도 막 고발하고, 그런 게... 만약에 만들어서 집값 떨어진다고 민원을 내면 거기에 대해서 차별금지법이나.. 그런 걸 해서 그렇게 사회적으로 그런 말을 하면 안 되는 부분을 강하게 해야지. 안 그러면 만들어질 수가 없을 것 같아요. (참여자 28)

시민 모니터링단을 참여하면서 저희 이용 회원분들도 너무 좋은 경험이셨다고.. 사전에 준비하고 연습한 게 아니라 토론하는 거 보여드리고 해서.. 회원분들이 자기의 생각들을 얘기하는 걸 듣고서.. 내가 조현병 환자들은 퇴원하면 안 된다는 것에 대해서 강력한 사람이었는데 오늘 완전히 편견이 깨졌다 하니까 회원분들이 너무 좋아하시는 거예요. 뭔가를 변화시키려면 우리도 나서야 하는구나. 이런 인식들을.. 쌍방의 시너지가 있었던 부분이 있었습니다. (참여자 25)

4) 보호자가 아닌 당사자의 의사결정을 지원할 수 있는 제도 도입

참여자들은 장기입원/입소자 중 무연고자 이거나, 부모님이 돌아가시고 형제가 보호자의 역할을 할 수 없는 경우 현실적으로 퇴원/퇴소는 불가능하다고 하였다. 가족이 입퇴원에 대한 권한을 갖고 있는 현실에서 실제적인 보호자의 역할을 할 수 있는 가족이 없다면 퇴원

은 어렵다고 보았다. 점차적으로 가족의 기능이 약해지고 있는 현실을 고려할 때, 향후에는 가족이 아닌 당사자의 자기결정권을 강화하고, 이를 지원할 수 있는 의사결정지원제도가 도입될 필요가 있다고 하였다.

*저는 그런 가족분들을 최근에 많이 만났는데.. 예를 들면 어머님이 형이 아픈 건데 형이 거의 60대 중반이고 동생은 60이 됐어요. 그런데 어머님이 돌보다가 돌아가시니까 그 형이 기능이 떨어지는 분이어서.. 결국은 **에 있는 요양병원에 입원을 시켜놓고 회전문으로 돌리고 있는 거죠. 거기 계속 입원한 상태인 거죠. 실질적으로. 이 동생도 독신으로 사는 남자분이었는데 결국 본인이 녹내장이 오고 경제적으로 어려우니까 더이상 그 형을 돌볼 수 없는 거예요.. 그런 데서 입원을 만약에 했다고 하면 퇴원을 절대 안 시키려고 하겠죠. 부모가 없고 그러면..(참여자 15)*

이 보호자의 영역에 어쨌든 한 축을 전문가 영역에서 좀 지원해주는 후견인에 대한 부분들이 저희가 이야기하고 있는데... 정확하게 어떤 방법이 있다고 저는 좀 이야기하기 어려운데, 그 보호자가 부모인 경우에도 그렇고, 너무 연로하시던가 그랬을 때 후견인 보호자의 역할을 지원할 수 있는 법제화된 뭔가 좀 필요하지 않을까.. (참여자 37)

5) 다양한 대안과 선택권의 보장

참여자들은 정신장애인에 대한 사회적 지원이 보다 다양해짐으로써, 선택권이 보장되어야 한다고 하였다. 현재는 제도나 서비스가 양적으로 부족할 뿐만 아니라, 획일화되어 있어 정신장애인의 욕구나 상황에 맞게 선택할 수 있는 권리가 없다고 하였다. 정신장애인을 하나의 집단으로 간주하는 것이 아니라, 다양성을 고려하여 세분화되고 단계적인 선택 대안을 많이 마련하여야 한다고 하였다.

저는 저희들이 받을 수 있는 대안이나 서비스가 많았으면 좋겠어요. 자기결정권을 할 수 있는 대안이나 서비스가 많아서 자기가 가고 싶은 거 하고 싶은 것을 선택해서 갈 수 있도록 많은 선택권이 있었으면 좋겠어요. (참여자 3)

획일화된 프로그램을 이제 벗어나야 하지 않나... 그래서 맞춤형 서비스? 어쨌든 정신장애 당사자 분들이 욕구들이 다양하거든요. 그런데 마치 짜여있는 프로그램 안에 당사자를 끼워맞추는 느낌이 많이 들었고, 사실 프로그램이 도움이 되는 사람도 분명히 있다고 보지만 도움이 안 되시는 분들도 있거든요. 지역사회 욕구 조사를 했을 때 그당시 사회복귀시설에 대해서.. 이용하지 않은 첫 번째 이유가 프로그램 참여 부담이었어요. 그래서 이런 획일화된 프로그램 말고 당사자의 욕구에 맞춰서 서비스를 해야 하고 (참여자 8)

제도적 시스템이 증상의 만성화 정도에 따라서 구분될 수는 없을까 그런 생각이 들었어요. 그냥 다 일괄적으로 이 시스템으로 몰아넣는 게 아니라.. 이원화, 삼원화.. 어큐트하게 빨리 처리해야 하는 시스템.. 예를 들어 지금은 한 달에 한번 한다고 하면.. 이 그룹은 1주마다 한다든가.. 연령대 환자 그룹 이런 것들에 대한 구분화가 필요하지 않을까.. 왜냐하면 어떻게 생각하면 그렇게 만성으로 넘어가지 않을 사람이 시스템 때문에 만성으로 넘어간다는 생각도.. 저는 그 생각이 들어서 시스템의 보완이 좀 구분을 더 세밀하게.. (참여자 50)

제3절 소결 및 제언

다양한 영역을 대상으로 정신장애인의 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고자 질적 조사를 실시하였다. 조사 방법은 초점집단인터뷰를 통해 이루어졌으며 6개 집단, 50명이 참여하였다. 분석 결과 6개 범주, 27개 주제가 도출되었다. 분석 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 퇴원/퇴소를 촉진하기 위한 제도 마련

본 연구에서 가장 강조된 것 중 하나는 퇴원을 촉진하기 위한 절차가 부재하다는 것이다. 그동안 법과 제도 개선을 통해 입원절차는 강화되어왔으나 퇴원에 대해서는 여전히 통제장치가 작동하지 못하고 있다는 것이다. 따라서 퇴원 및 퇴소를 강화하기 위하여 다음과 같은 제도가 마련되어야 한다.

첫째, 정신건강심사위원회의 역할이 보다 강화될 수 있도록 해야 한다. 현재 퇴원에 대한 공적 절차는 정신건강심사위원회이다. 하지만 위원회가 퇴원을 촉진하기 위한 역할에는 소극적이라고 평가되고 있다. 위원에 대한 교육, 위원 구성의 다양화, 거주지 기준의 심사청구, 퇴원 준비 및 사후확인의 역할 등을 통해 퇴원에 대한 심사위원회의 역할을 강화할 필요가 있다.

둘째, 퇴원을 위한 계획 수립이 제도화되어야 한다. 아직까지 퇴원계획에 대한 명확한 지침이 없어 의료진의 의지에 따라 제한적으로 이루어지고 있다. 필요한 모든 환자에 대해 의무화, 입원 시점부터 퇴원계획 수립, 수가체계 마련, 지역사회 서비스 이용 기회 제공, 지역사회 서비스 정보 제공 의무화, 퇴원통지서의 효과적 활용 등을 통해 퇴원 후 지역사회로의 연계가 원활하게 이루어질 수 있도록 해야 한다.

셋째, 퇴소를 위한 전환지원 서비스가 마련되어야 한다. 병원이나 시설에서 장기입소한 경우 바로 지역사회로 나오는 데에는 한계가 있다. 따라서 전환지원을 도와줄 수 있는 서비스가 강화되어야 한다. 전환지원시설, 초기적응을 위한 집중 사례관리, 시설의 전환지원 기능 강화 등을 통의 방식을 고려할 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 지역사회 인프라 구축

기존 연구에서 많이 지적되었듯이 본 연구에서도 지역사회에서의 자립을 지원하는 지역사회 인프라 구축이 강조되었다. 최우선 과제는 주거의 마련이었으며, 재입원을 막을 수 있는 쉼터, 집중적인 사례관리, 맞춤형 서비스의 정신재활시설, 고용지원, 활동지원, 가족지원 등이 보다 확대되어야 한다. 지역사회에서 자립할 수 있는 대안적인 서비스가 마련되지 않는 한 여전히 많은 정신장애인이 병원이나 시설에서 살아갈 수밖에 없다.

서비스의 확대에 있어 서비스의 다양성과 자기결정의 원칙이 보다 강조되어야 한다. 획일화된 서비스나 제한된 선택지가 아닌 각자의 욕구와 상황에 맞게 선택할 수 있는 다양성의 확보가 중요하다. 또한 정신장애인 당사자의 자기결정을 존중할 수 있어야 한다. 현재 장기입원/입소자 중 가족이 부재하거나 보호 부담을 질 수 없는 경우 정신장애인의 자기결정 또한 배제되는 경우가 많다. 향후 정신장애인의 의사결정을 지원할 수 있는 제도 또한 마련되어야 한다.

3. 탈원화와 지역사회 통합을 위한 정책적 기반 마련

탈원화와 지역사회 통합을 위해서 국가의 정책적 기반이 마련되어야 한다. 그동안 많은 서비스나 제도에 대한 제안들이 있었지만 국가의 기본적인 정책적인 방향이나 책임성이 명확하지 않으면 제도화의 현실성 또한 부족할 수밖에 없다.

우선 중앙정부는 정신건강복지정책을 CRPD와 QualityRights의 내용을 반영하여, 치료중심에서 인권 중심으로 방향을 전환해야 한다. 올해 발표된 정신건강복지 기본계획에도 지역사회 자립지원에 대한 전략은 여전히 구체성이 부족하고 내용 또한 빈약하다. 정책 담당자들의 인식 개선이 중요하며, 복지 확대에 대한 정책적 의지를 높여야 한다.

중앙정부는 정신장애인의 탈시설에 대한 로드맵을 제시하고, 장단기 정책을 제시해야 한다. 지역사회 인프라 구축을 위한 가이드라인을 명확히 하고, 예산의 확보에 보다 적극적인 노력을 기울여야 한다. 또한 사회복지 부문이 지방정부로 이양되어 있는 상황에서, 지방자치단체의 관심과 역할도 매우 중요하다. 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 서비스 제공의 책임을 지자체에게 명확하게 부여하고, 이를 지속적으로 평가하고 모니터링 해야 한다.

마지막으로 정신장애인이 지역사회에서 더불어 살아가기 위해 인식개선과 차별개선이 뒷받침되어야 한다. 정신장애인에 대한 혐오와 차별에 대해 강력하게 대응할 수 있도록 하며, 대중매체를 통한 홍보 및 정규 교과과정에의 반영 등 인식개선을 위한 국가차원의 전략이 세워져야 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제7장

인권중심 정신장애인 지역사회 통합 실현을 위한 제언

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제1절 연구 목적 및 시사점

본 연구는 정신장애인 관련 정부정책이 인권중심 지역사회 통합증진을 지향할 수 있도록, 국가인권위원회 차원의 국가정책 추진 권고 사항을 제시할 수 있는 근거자료를 마련하는데 목적을 둔다. 연구를 통해 도출한 시사점은 다음과 같다.

1. 정신장애인 지역사회통합 관련 국제인권 기준

정신장애인 지역사회통합 관련 국제인권기준 파악을 위해 UN 장애인권리협약, WHO QualityRights Tool Kit(2012), WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019), WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches(2021)를 바탕으로 정신장애인의 지역사회 통합과 관련한 국제인권기준의 체계를 분석하였다. 이를 통해 다음과 같은 시사점을 살펴볼 수 있다.

첫째, 장애인권리협약 발효 이후 인권 지향 서비스 및 환경을 평가할 수 있는 척도인 WHO QualityRights Tool Kit(2012)가 개발되었으며, 장애인권리협약 비준 국가는 이에 근거한 실천적 평가 및 필요성을 요구받는다. WHO QualityRights Tool Kit(2012)는 법규범인 UN 장애인권리협약을 실천현장에서 어떻게 실현할 것인지에 대해 주요 항목별로 지표를 제시하고 있을 뿐만 아니라, 기관의 이용자·가족·직원의 시각과 평가위원회의 관찰이 고려된 다각적인 평가가 가능하며 이를 통해 각 시설 및 기관 내에서 인권적 차원의 논의를 확산할 수 있다는 특징을 갖고 있다.

둘째, 정신장애인 지역사회통합을 위한 인권기반 실천 교육 및 지침의 구체화가 이루어졌다. WHO QualityRights Tool Kit(2012)에서 인권 기준에 근거하여 실천 및 서비스를 평가하였다면, WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서는 구체적으로 어떻게 장애인권리협약상의 인권을 실천할 것인지에 대한 교육 및 지침 내용을 담고 있다. 이에 근거하여 현장 실천가 혹은 정신장애인 당사자들이 비교적 쉽게 인권기반 실천방법을 이해할 수 있도록 교육자료가 구성되어 있으며, 다양한 조직(동료지원, 시민사회조직 등)이 참고할 수 있도록 필요한 역량 및 평가방법에 대한 설명을 제공한다.

셋째, WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health

Services(2021)는 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)에서 제시한 교육 지침들과 유사한 사람중심 인권기반 방향성을 가진 정신건강서비스를 7가지 유형으로 정리하여 제시하였다. 이를 통해 다양한 서비스가 균형있게 제공될 수 있도록 하고 있으며, 각 서비스에 대한 모범사례들이 상세하게 설명되어 있어 관련 서비스를 모델링하는데 큰 도움이 될 것으로 보인다. 또한 실천적 차원의 노력뿐 아니라 정책, 법 개정 등의 정책적 차원의 노력이 필요함을 제시하고 있다는 점 또한 주의 깊게 살펴볼 만한 부분이다.

2. 국내 법제도 등 정신건강정책 환경 분석

국내 법제도 등 정신건강정책 환경을 국제인권기준에 근거하여 살펴보았다. 선행연구와 국내에서 정신건강 관련 현황을 분석함으로써 국내에서 정신장애인의 지역사회 통합증진의 현황 및 다양한 장벽요인을 체계적으로 분석하였다. 이를 통해 다음과 같은 지점을 살펴볼 수 있었다.

첫째, 가장 큰 장벽요인은 UN장애인권리협약을 비준했음에도 불구하고 이 내용이 국내 정신건강정책 환경에 적용되지 않고 있는 점이다. UN장애인권리협약이 반영되지 않은 것의 대표적인 예로 장애인권리협약 제12조, 제14조 내지 제17조, 제25조 등에서 요청하는 인권친화적 정신질환 치료 환경이 마련되어 있지 않다는 것을 꼽을 수 있다. '제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참'에서 지향하는 바와는 상이하게 국내의 정신건강정책은 정신장애인이 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원하는 지역사회 기반이 아니라 병원기반 정책 중심이고, 정신장애인의 복지정책은 장애인복지법 제15조에서 상징적으로 나타나 있듯이 정신장애인의 장애인복지서비스 이용을 배제하고, 정신장애인 복지를 치료 중심의 재활 및 요양에 국한시키고 있다. 유사하게 정신건강복지법에 복지서비스 제공 조항이 서술되어 있지만, 구체적으로 필요한 서비스를 제공하기 위한 의무조항이 부재하다. 이에 실제 정신장애인을 대상으로 서비스를 제공하는 지방자치단체 조례에는 복지서비스를 제공하기 위한 구체적 조항들이 반영되지 않고 있으며, 오히려 정신장애인이 정신질환을 진단받았다는 이유로 지역사회시설 이용을 배제하는 차별 조항들이 유지되고 있는 실정이다.

둘째, 장애인권리협약 제29조에서 잘 표현되어 있듯이, 정신장애인 인권은 정신장애인 당사자와 당사자단체가 다양한 차원의 정책 및 정책집행과정에 참여함으로써 제대로 실현될 수 있는데, 국내에서는 정신장애인 당사자의 참여에 대한 관심이 부족하다. WHO에서 제시

한 교육 지침, 우수사례에서는 지역사회 중심의 정신건강서비스와 정신장애인 당사자가 운영하는 권익옹호 등의 다양한 서비스가 제시되고 있다. 국내 정책환경의 경우 이를 지향하고자 노력하는 듯 보이지만, 변화 혹은 신설된 제도들이 당사자의 권익을 보호하는 형태로 기능하지 못하고 있어 문제가 된다. 가령, 입원적합성심사위원회의 경우 입원당사자의 의견을 다학제 위원이 평가하기에는 실질적으로 어려움이 있다. 입원 정신질환자의 자기결정권 행사를 지원함으로써 당사자의 권익을 옹호할 수 있는 제도인 절차보조사업이나 지역사회 정신장애인의 자조모임인 정신장애인자립생활센터는 시범적으로만 실시되고 있을 뿐 제도적 명분이 법제화되어 있지 않아 지속 가능에 어려움이 있는 실정이다.

셋째, 상기와 같은 인권 중심 정책환경으로 전환되기 위한 전달체계 변화가 미진하다. 국내 정신건강정책 환경은 여전히 의료 및 재활관점에 머물러 있으며, 정신질환의 선경험 있는 당사자들이 정신건강 서비스 제공과정에 참여할 여지가 없다. 그렇기 때문에 치료와 재활의 과정은 전문가 중심의 수직적 구조이다. 정신건강 서비스 제공 현장에서 당사자의 목소리가 반영되지 않는다는 것은 사회 전반에 걸쳐서도 당사자의 목소리가 반영될 가능성이 없음을 의미한다. 이것은 정신질환자가 비정신장애인 중심의 직장환경에 적응하지 못하고 쉽게 그만두게 되는 것으로 나타난다. 정신질환 및 정신장애의 특성에 맞는 '정당한 편의 제공'에 관한 논의가 발전할 수 없는 환경이 된다는 것이다.

3. 해외 주요국의 정신장애인 지역사회서비스에 대한 심층 사례분석

영국, 호주. 일본, 대만을 중심으로 해외 주요국에서 선진적으로 시행한 또는 현재 시행하고 있는 정신장애인 지역사회 통합 사례를 심층 분석하고, 국내 적용의 함의를 살펴보았다. 이를 통해 아래와 같은 지점들을 살펴볼 수 있었다. 특히 해외 주요국 중 영국, 호주의 경우 UN장애인권리협약 비준 국가로서 이념 실현을 위한 다양한 법 및 제도적 변화를 시도하고 있었다. 해외사례가 줄 수 있는 함의를 종합하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 중앙 및 지방 정부 주도하에 국제인권기준에 근거한 지역사회 중심 회복 및 탈원화 전략 실천이 이루어져야한다. 영국의 경우 2007년 정신보건법 개정을 통해 치료 중심의 관점에서 회복 및 인권 중심의 서비스로 대폭 전환을 꾀하였다. 또한 중앙정부 주도하에 2019년 정신건강 5개년계획을 발표하여 정신건강관련 예산을 한화로 연간 3조원 이상을 추가 조달하기로 발표하였다. 호주의 경우에도 1993년부터 국가정신보건개혁을 추진하여 정신보건재정확충, 지역사회중심의 치료 및 보호시스템 구축, 정신병상축소, NGO의 역할

증대 등의 노력을 꾀하였다. 특히 호주 빅토리아 주는 정신보건 관련 사법기관을 제외하고는 모든 독립 정신의료기관을 폐쇄하고, 정신건강웰빙법 제정을 통해 최후의 수단으로써만 강제치료가 가능하게 하려는 방향성을 추구하고 있다. 영국과 호주 정부의 주도적인 개혁은 정신병상수 및 재원율 감소라는 긍정적 성과를 가져왔다. 반면, UN장애인권리협약에 근거하여 국가 주도의 대대적 법 및 제도 개혁이 이루어지지 않을 경우 정신장애인의 지역사회통합을 이루기에는 어려움이 있음을 확인하였다. 일본의 경우 UN장애인권리협약을 비준한 이후 정신병상수를 줄이기 위한 정책을 추진하였지만 민간병원의 반대에 부딪쳐 실패하였다. 대만의 경우 정치적인 이유로 장애인권리협약 비준에 어려움이 있어 2014년에 장애인권리협약 이행법을 제정하였지만 여전히 병원기반 사례관리를 중심으로 의료 의존적인 복지체계가 형성되고 있는 실정이다. 영국, 호주와 대만, 일본의 차이점은 결국 정신질환 선경험 있는 당사자와 당사자 단체의 목소리를 얼마나 정책에 반영하려고 하였는가와 상관관계가 있다. 당사자의 목소리를 반영하게 되면 정신건강정책은 지역사회 기반 치료, 재활, 회복으로 이어지고, 당사자가 사회적으로 의미 있는 활동(직장과 사회적 활동 등)을 하는 것에 초점을 맞출 수밖에 없다.

둘째, 당사자의 자기결정 및 권익옹호 서비스를 제공을 법제화하고 관련 중앙 및 지방정부 혹은 민간 단체에서 이를 제공할 수 있는 토대를 마련해야한다. 영국에서는 2007년 정신보건법을 통해 '정신건강옹호자(Independent Mental Health Advocacy, IMHA)'를 규정하고 국가적 차원에서 대변인을 교육하여 서비스를 제공받을 수 있는 체계를 구축하였다. 호주의 경우 1986년 정신보건법상에는 대체의사결정이 주였지만, 2014년 지원의사결정으로 전환하여 국제인권 기준에 근거하여 당사자의 의사결정을 존중하는 방향을 취하고 있으며 당사자 권익옹호서비스(non legal advocacy)를 제도화하려 하고 있다. 대만은 장애인권리협약 비준 국가는 아니지만 정신위생법 제13조부터 제15조를 통해 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익 옹호 단체 대표자의 정책 수립과정에 참여할 수 있는 권리를 법률로 규정하고 있다. 따라서 우리나라 또한 법령 안에 당사자의 자기결정 및 권익옹호서비스를 규정하여 당사자들이 의사결정을 위한 지원을 받을 수 있는 조치를 취해야한다. 구체적으로 현재 시행되고 있는 절차보조사업, 동료지원서비스에 대한 법제화와 예산 지원이 이루어져야겠다. 아울러 입원적합성심사위원회 내에서 당사자의 역할 강화 등 당사자 대표가 주요 의사결정자로 참여할 수 있도록 지원해야한다.

셋째, 당사자 및 가족의 거주, 노동, 복지 등의 개별화된 욕구에 근거한 사례관리 서비스를 제공이 필요하다. 더불어 이 과정에서 입원 직후부터 퇴원계획을 수립하는 등의 지역사회전

환지원서비스에 대한 마련이 병원에서부터 이루어져야한다. 영국의 정신보건서비스는 NHS와 지방정부에서 1~3차까지의 서비스를 제공한다. 경미한 정신질환의 경우에는 1차 정신보건서비스에서 제공하는 심리치료 접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT)이란 정신건강 프로그램을 통해 서비스를 제공받는다. 추가적인 서비스가 필요하다고 판단되는 경우에는 NHS의 2차 의료서비스 시스템 하에서 NHS 내의 임상감독 그룹(Clinical Commissioning Groups, CCGs)를 통해 병원 치료 계획 수립, 재활보호(rehabilitative care), 응급치료, 많은 지역사회 의료서비스 및 정신장애를 포함한 장애 관련 치료를 받을 수 있다. 퇴원 이후에는 NHS는 치료 외에도 '사회적 처방(social prescribing)'이란 프로그램을 통해 당사자가 회복할 수 있도록 다양한 비의료적 형태의 서비스를 제공받아 Care Programme Approach를 통해 사후돌봄을 받게 된다. 이러한 돌봄체계는 대부분 예산 지원을 받고 있다. 이를 통해, 경미한 정신질환부터 만성화된 상황에 이르기까지 연속선상에서 개별화된 서비스를 지원하고, 정신장애인이 원하는 방식으로 회복할 수 있도록 돕는다. 호주의 빅토리아주 또한 중증정신질환자들을 대상으로 공공병원에 의해 전문적으로 관리되는 시스템으로 사정·진단·치료·재활·사례관리서비스를 제공함과 동시에, 민간단체를 중심으로 정신사회 회복 주간 프로그램, 찾아가는 정신사회 서비스, 주거 재활시설, 쉼터, 자조모임을 운영하고 있다. 더불어 정신장애인이 자신에게 맞는 서비스를 모델링하는데 필요한 서비스 코디네이션과 재정적 자원을 NDIS를 통해 지원하고 있다. 따라서 우리나라 또한 당사자 및 가족의 개별적인 상황(질환의 특성, 경제, 주거 등)에 맞추어 입원 시점부터 계획을 수립할 수 있도록 지원이 필요하다. 또한 퇴원 이후에 이러한 계획이 실현될 수 있도록 병원과 지역을 넘나드는 코디네이터(사례관리자)를 지원하거나 병원에서 지역사회로의 연계가 원만히 이루어질 수 있도록 제도적 장치들을 마련해야한다.

4. 당사자, 가족, 종사자의 인식 및 욕구조사

정신의료기관, 정신재활시설, 정신요양시설을 중심으로 지역사회 통합의 주체인 정신장애인 당사자와 가족, 종사자를 대상으로 지역사회 통합에 대한 인식과 욕구를 파악하고 그 결과를 인권중심적으로 통찰·해석하였다.

우선, 당사자 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 150명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 당사자의 64%가 퇴원/퇴소 계획에 대한 상담을 받은 경험이 없다고 응답하였다. 탈원화 및 지역사회통합을 위해 퇴원계획에 대한 상담을 의무화 해야한다. 둘째, 퇴원계획상

담을 받은 36%의 당사자 중 77%가 지역사회 정신재활시설 이용 계획이 없다고 응답하였고, '욕구에 맞지 않아서, 어떻게 이용해야하는지 몰라서, 이용가능한 시설이 없어서'가 가장 큰 이유를 차지하였다. 정신장애인의 입원/입소 직후부터 충분한 시간 동안 개별화된 퇴원 계획을 수립할 수 있도록 해야한다. 더불어 욕구에 맞는 시설을 실제로 이용할 수 있도록 위치, 비용, 등록 방법 등에 대해 서면으로 상세히 안내하고, 당사자가 동의할 시에는 병원에서 시설로 직접 의뢰 및 연계하는 방법을 취해야 한다. 셋째, 당사자가 퇴원계획 상담을 받았음에도 시설을 이용하지 않은 이유에는 당사자들의 개별화 된 욕구에 맞는 시설이 부재한 것이 가장 큰 원인이 될 것으로 생각된다. 따라서 당사자의 욕구에 맞는 지역사회시설에 확충될 필요가 있다. 탈원화 관련하여 부족한 서비스로 나타난 일자리, 낙인과 편견을 극복할 수 있는 권익옹호제도, 가족의 돌봄 및 재정부담에 대한 서비스 확충이 필요함을 확인하였다. 국제인권 기준에 근거하였을 때는 정신건강위기상황에서의 환경조성과 지역사회연계 서비스 제공에 대한 노력이 이루어져야한다.

다음으로 가족 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 75명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 당사자 욕구 조사와 유사하게 당사자 가족의 경우에도 절반 이상이 퇴원/퇴소 계획 상담을 받지 못한 것으로 나타났다. 본 설문 조사의 결과에서 대부분의 주보호자가 부모, 형제자매였던 경우를 고려하여 가족에게 돌봄 부담이 부가되지 않도록 퇴원계획 상담 시 가족도 적극 고려해야한다. 둘째, 퇴원계획 상담에서 뿐만 아니라 입원/입소 직후 당사자의 가족들이 경험하는 여러 가지 어려움들을 사정하고 개입할 수 있도록 해야한다. 당사자들의 돌봄 부담을 경험하는 가족의 긴장 및 갈등 완화를 위한 지지 상담과 가족의 욕구에 맞는 의료비 및 생활비 지원의 서비스들이 연계 되어야 한다. 셋째, 서비스 연계를 위해 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스 인프라 확충이 필요하다. 당사자와 가족의 욕구에 맞는 서비스는 국제인권 기준에서 표방하는 서비스와도 일맥상통한다. 즉, 본 연구 결과에서 가족이 가장 필요하다고 선별하였던 '위기상황에서의 정서 및 물리적 환경제공'과 '개인 맞춤형 회복 환경 조성'을 위한 제도 및 서비스 지원이 우선되어야한다.

종사자 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 222명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 지역사회정신건강시설의 확충이 필요하다. 정신건강 관련 연계 경험을 살펴보면 정신의료기관, 정신건강복지센터, 보건소의 연계경험이 가장 높은 것으로 나타났으나, 정신의료기관과 보건소의 경우 선호도가 낮은 기관 유형으로 나타났다. 따라서 선호도가 높았던 종합시설, 주간재활시설, 공동생활가정에 대한 연계 비중을 높일 수 있도록 시설 확충이 필요하다. 둘째, 탈원화에 대해서는 설문에 응답한 종사자의 약 절반 수준이 동의하였다. 이에 탈원

화에 가장 영향력을 주는 서비스로 나타난 가족의 돌봄 부담 경감을 위한 서비스, 정신장애인 일자리 및 주거서비스 확충이 이루어져야한다. 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도-충분도가 가장 큰 영역으로 직업참여, 사회적 차별금지, 주거보장 서비스가 나타났던 부분을 고려하여, 특히 고용 및 주거 지원에 격차를 줄이기 위한 노력을 기울여야한다. 국제인권기준에 근거한 서비스 제공 관련하여 정신건강 위기 상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경에 대한 요구가 높았던 것을 고려하여 위기 쉼터 등의 물리적 공간을 확충도 동반되어야 한다. 셋째, 장애인복지사업 및 서비스 관련한 종사자의 인지도는 100점 만점에 51점으로 평균 수준을 보였다. 장애인복지법 제15조 폐지 이후 종사자들이 정신장애인의 배제 조항을 인지하고 적극적으로 의견을 개진하며 정신장애인에게 장애인복지서비스를 연계할 수 있도록 교육적 지원이 필요하다. 정신재활시설, 정신의료기관, 정신요양시설 종사자 순으로 장애인복지사업에 대한 인지도가 높았으므로, 정신의료기관 및 정신요양시설 종사자에 대한 우선적 교육 지원이 요구된다.

종합하면, 정신장애인 당사자와 가족의 욕구를 우선적으로 반영한 당사자 주도의 지역사회통합 환경 조성이 이루어져야한다. 당사자와 가족들은 사회적 차별과 재발되는 질환의 특성 때문에 지역사회에서의 당사자의 자립과 정착에 쉽게 주저하게 된다. 자립과 정착 시도가 좌절되더라도 새로운 도전을 계속 시도할 수 있도록 개인 맞춤형 지원이 이루어질 수 있어야 한다. 조사결과 필요도가 높은 것으로 나타난, 정신장애인 자립생활을 위한 지원주거, 위기상황에서 안정을 취할 수 있는 위기 쉼터 등을 확충하여 상황에 따라 다양한 서비스를 이용가능하도록 해야 한다. 아울러 현장에서 탈원화 경로가 실질적으로 작동되기 위한 세부계획이 필요하다. 정신건강심사위원회의 역할을 강화하고 퇴원계획이 실제 영향력을 발휘할 수 있도록 입원한 상태에서 기관 방문/이용을 시범적으로 하는 등의 실천을 이행해야 한다.

5. 전문가 의견을 통한 정신장애인 지역사회통합 우선 과제 분석

다양한 영역의 전문가(예, 정신건강심사위원회 위원, 병원기반 사례관리 실무자, 요양시설이나 의료기관의 사회복지사 등)를 대상으로 정신장애인 지역사회 통합증진을 위해 필요한 정책적, 제도적, 실천적 과제에 대한 의견을 수렴하고 그 우선순위를 파악하였다. 분석 결과 '탈원화/탈시설화의 장애요인', '정신건강심사위원회의 기능 강화', '퇴원계획과 지역사회연계를 위한 제도화 방안', '병원/시설과 지역사회 간을 매개하는 서비스', '삶을 지원하는 지역

사회기반 인프라 구축', '지역사회 통합을 위한 제도적 기반 마련'의 6개 범주와 27개의 주제가 도출되었다. 이에 근거하여 정신장애인 지역사회 통합증진을 위해 필요한 과제들을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 퇴원/퇴소를 촉진하기 위한 제도 마련이 필요하다. 그동안 법과 제도 개선을 통해 입원절차는 강화되어 왔으나 퇴원에 대한 제도적 장치들이 부족하고, 존재하는 제도적 장치들은 제대로 작동하지 못하고 있다. 따라서 정신건강심사위원회의 역할이 강화될 수 있도록 하고, 위원에 대한 교육, 위원 구성의 다양화, 거주지 기준의 심사 청구 등의 역할 구체화가 명시되어야한다. 또한 퇴원계획 수립이 제도화되어 필요한 모든 환자에게 의무화, 입원 시점부터 퇴원계획이 수립될 수 있도록 하며 관련 수가 체계 마련, 퇴원통지서 등의 활용을 통해 지역사회 연계가 효과적으로 이루어질 수 있도록 해야한다. 퇴소를 위한 전환지원 서비스도 강화될 필요가 있다.

둘째, 자립을 지원하는 지역사회인프라가 구축되어야한다. 최우선의 과제는 주거의 마련이고, 집중적인 사례관리, 맞춤형 서비스의 정신재활시설, 고용지원, 활동지원, 가족지원 등의 대안적 서비스가 마련되어야 한다. 이를 통해 당사자가 자신의 욕구 및 상황에 맞게 대안적 서비스를 선택할 수 있는 환경을 조성해야한다.

셋째, 탈원화와 지역사회통합을 위한 국가의 정책적 기반이 조성되어야 한다. UN장애인권리협약과 WHO의 가이드라인 등 국제인권기준에 근거하여 국내 정신건강복지정책을 치료 및 재활 중심에서 인권 중심으로 전환해야한다. 정책담당자의 인식 개선뿐만 아니라 실질적인 복지 확대, 탈시설에 대한 로드맵 및 장단기 정책에 이르기까지 정책 전반에 대한 인권중심 접근이 필요하다. 더불어 지방자치단체의 서비스 제공 책임을 명확히 하여 실제 지역사회통합을 위한 실천을 이행할 수 있도록 해야한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

제2절 정신장애인 지역사회 통합을 위한 우선과제

우리나라는 2008년 UN장애인권리협약을 비준한 체약국으로써 장애인권리협약이 지향하는 기본 이념을 수행할 의무가 있다. 그리고 장애인권리협약과 WHO에서 제시한 정신장애인 지역사회통합 이념을 실현하기 위해서는 당사자와 가족에 국한되는 것이 아니라 사람중심 인권기반 의료서비스, 사람중심 인권기반 재활/복지 서비스, 사람중심인권기반 사회보장체계, 사람중심 인권기반 권익옹호서비스, 등에 다차원적인 변화가 꾀해져야한다. 이러한 배경 하에 본 연구는 CRPD 제19조의 정신장애인의 지역사회 독립생활과 사회통합의 가치를 실현하기 위한 중요 수단으로서 회복 중심적 정신건강서비스 제공 현황, 문제점, 개선점을 확인하였다. 따라서 본 연구의 결과는 정신건강서비스 관련 정책만이 아니라, 정신건강정책 일반에 대한 국가인권위원회의 제언에 다음과 같은 기준을 제시하고자 한다.

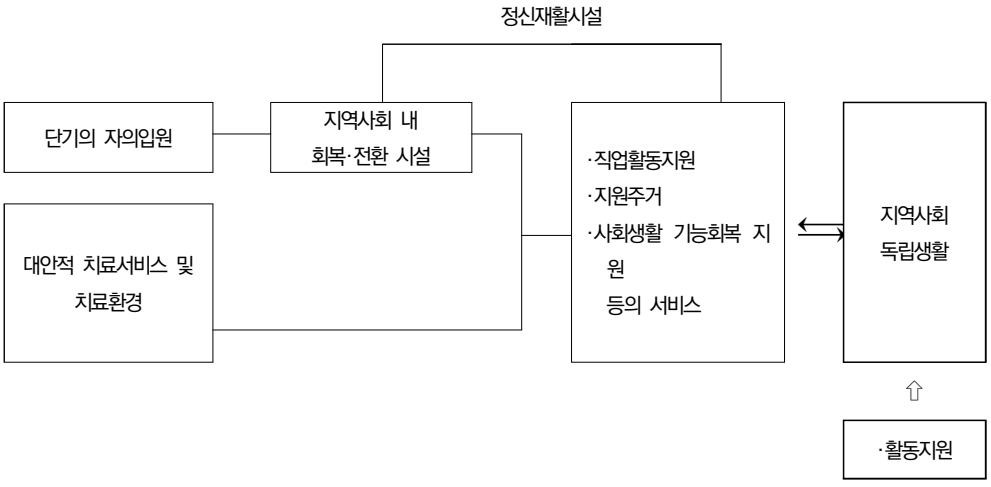
1. 정신건강정책의 패러다임 변화

장애인권리협약의 협약국으로서 우리나라의 정신건강정책은 패러다임의 변화가 필요하다. 비자의입원은 응급상황에서 불가피한 경우가 아니면 실시하지 않고, 단기 자의입원 중심의 병원치료가 전제가 되어야 한다. 정신질환 치료의 목표는 '질환의 완치'가 아니라, 다시 일상생활, 사회생활로 당사자가 복귀하는 것에 1차적 목표를 두어야 한다. 따라서 '정신질환의 관리'가 아닌, 당사자가 경험하는 '생활관계'에서의 장애를 극복할 수 있는 지원체계의 마련이 핵심이 되어야 한다. 이를 위해서는 치료과정에서부터 당사자의 자기결정권과 선택권을 존중하고, 자기결정권 행사를 지원하는 것이 필수적이다. 이를 통해 자신만이 아니라 관련 당사자들과의 관계의 변화가 시작될 수 있는 계기가 되기 때문이다. 이를 위해서는 다양한 대안적 치료서비스와 인권친화적 치료환경의 보장 역시 필수요소이다.

입원치료는 언제나 단기에 그쳐야 하며, 치료는 당사자의 삶의 목표를 지원하는 수단이어야 한다(새로운 정신건강정책목표). 장기간의 강제입원, 강제치료, 자기결정권 행사의 억압을 통해 시설화에 적응된 당사자의 회복을 지원하기 위해서는(구정신건강정책에서 새로운 정신건강정책으로의 이행전략), 지역사회에 기반한 회복시설 또는 전환시설(일종의 halfway house)에서 회복할 수 있도록 지원해야한다. 그 과정은 지역사회 독립생활을 준비하는 과정이자, 독립생활에 필요한 여러 기능과 역량, 자격 등을 얻기 위한 교육과 훈련으로 구성되어야하며, 지역사회 독립생활을 할 수 있지만, 지역사회 독립생활에서는 특별한 시설

에서의 이런 지원 없이도 생활할 수도 있도록 해야한다.

정신건강서비스의 새로운 패러다임이라는 관점에서 볼 때 우리나라는 장애인권리협약 비준국으로서 국가적 의무를 위반하는 것이다. 헌법 및 우리나라가 비준한 국제인권조약 상의 인권의 보호와 향상을 위한 업무를 수행하고 있는 국가인권위원회로서는 정신장애인 정책이 다음 그림과 같이 구성되도록 관련 법령과 정책이 정비 되어야 한다.



[그림 7-1] 장애인권리협약에 따른 정신장애인 정책구성

이와 동시에 일선 현장에서 서비스를 제공하는 실천가, 지방자치단체 관계자들이 장애인권리협약에서 지향하는 사람중심 인권기반의 정신장애인 지역사회통합 실천을 이해할 수 있도록 관련 교육을 이행해야한다. 구체적으로는 중앙정부차원에서 장애인권리협약과 관련된 자료인 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019), WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services(2021) 등을 번역하여 배포하고 교육할 필요가 있다. 특히 WHO(2019)의 가이던스의 경우 장애인권리협약 전반에 대한 이해와 실천 영역별로 정신장애인의 권리를 실현할 수 있는 방법을 구체적인 교육자료, 워크시트와 함께 제공하고 있으므로 이에 대한 번역 및 보급이 시급히 이루어져야겠다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

2. UN장애인권리협약 이념을 반영한 정신건강정책 및 운영체계 전반적 전환

UN장애인권리협약 비준 이후 국내 정신건강정책 및 운영체계 변화에 진전이 없었던 것은 아니다. 그러나 현재까지 변화를 꾀해온 지점들이 실제 정신장애인 당사자의 인권 이행을 담보하지는지에 대해서는 확인할 필요가 있다. 가령 정신의료기관의 환경 개선, 병원기반사례관리 등 입원병원환경 개선의 경우 입원 당사자를 위해서는 필요한 부분이지만, WHO(2021)에서 제시하는 사람기반 인권중심 실천 7가지 영역 중 하나에 불과하다. 즉, 지역사회기반 사람중심 인권기반 실천을 위해서는 한 단계 더 나아가 지역사회 중심의 구조적 변혁을 꾀할 필요가 있다. 즉, 현재의 변화 과정들은 사람중심 인권기반 실천 중 극히 일부만 이행하고 있는 것이라 할 수 있다.

이미 정신의료기관 중심으로 회복지원체계가 형성되어 있는 상황에서 전반적 전환을 꾀하는 것이 쉬운 일은 아닐 것이다. 또한, 이미 형성되어 있는 체계 내에서 인권적 변화를 꾀하는 것이 비교적 이행 편리할 것이다. 그러나 호주나 영국 정부가 행하였던 대대적 주립 정신병원 폐쇄 및 병상 수 축소와 남은 재원을 지역사회 정신건강전달체계로 전환하는 추진 과정을 살펴보면 불가능한 일 또한 아니다. 이에 한 걸음 더 나아가 지역사회를 중심으로 한 정신장애인 당사자가 사회통합을 이룩할 수 있도록 차별 조례의 폐지, 소득 및 서비스 보장 확충, 권익옹호 정책 등이 만들어져야 한다. '정신질환자 관리' 중심의 정책 포기 및 정신건강 문제에 대한 예방적, 회복적 지원을 촉진시키기 위한 다방면의 정책지원을 지향할 것을 제언하고자 한다.

1) 정신질환에 대한 차별적인 법령의 폐지

정신장애인 지역사회통합을 저해하는 차별 조례 및 규칙들의 개정 및 폐지가 이루어져야 한다. 장애인복지법 제15조 폐지를 필두로, 정신건강복지법 및 장애인복지법 상 관련 법령을 개정해야한다. 또한 이와 동시에 정신장애인의 지역사회통합을 저해하는 차별적인 법규정들인 서비스 이용 제한 기초지자체 212개 조례 및 광역 조례 차별조항, 자격증 배제 조항 약 30개, 기초 지자체 행정규칙상의 정신장애인 고용차별 조항 개정 31개 등에 대한 조속한 개정이 필요하다. 이를 통해 정신장애인이 지역사회에서 사회통합을 이룩함에 있어 단순히 정신질환이 있다는 이유로 서비스 및 자격, 고용 등에 있어 배제하는 차별적인 상황을 막아야 한다.

2) 지역사회 중심의 치료 재활, 회복을 위한 의료 및 복지정책으로의 전환

지역사회 중심의 사회보장체계 조성이 필요하다. 현재 국내 정신건강환경은 사회경제적 지위가 낮은 정신장애인 대부분이 병원으로 유입되게 만드는 사회보장체계를 갖고 있다. 정신장애인 당사자가 필요하다고 생각할 때 병원치료를 받을 수 있도록 하는 것이 필요하지만, 지역사회에서 생활할 수 있는 보장체계가 적정수준 이상으로 마련되어 있지 않기 때문에 병원에 입원하게 되는 상황은 지양 해야한다. 따라서 호주의 NDIS나 영국의 The Care Act와 같은 지역사회 중심의 개인별 지원제도를 만들고 정신장애인 당사자들이 개별적으로 원하는 방식으로 회복할 수 있는 방안을 모색해야한다.

또한, 지역사회 중심의 사회보장체계 조성과 동시에 정신장애인이 이용할 수 있는 정신재활시설이 확충되어야한다. UN장애인권리협약의 이념에 따라 정신건강복지법 상 복지서비스 제공 조항을 신설하였지만 이후 정신장애인이 이용할 수 있는 시설의 수나 지역 편차에는 변화가 없는 상황이다. 예산 측면에 있어서도 지역별로 차이가 있기는 하지만 대부분 지역사회보다는 병원 및 요양시설 중심의 예산 투입이 이루어지고 있다.. 따라서 지역사회 정신재활시설 확충을 통해 균형 있는 자원확보를 통해 장애인권리협약 제12조에서 중시하는, 정신질환자의 개인별 의욕과 선호도(will and preference)에 따른 정신건강서비스가 제공될 수 있도록 정신건강서비스의 구조를 개혁해야한다.

3) 정신건강정책 입안·집행·모니터링 체계에서 서비스 제공자와 서비스 이용자의 균형적 관계의 도입

정신건강 정책을 입안, 집행, 모니터링 체계에서 서비스 제공자와 이용자의 균형적인 관계가 조성되어야한다. 현재 서비스 제공자 쪽으로 기울어져 있는 무게를 균형 있게 만들기 위하여, 서비스 이용자에 대한 권익옹호 정책 및 서비스 확충이 진행되어야한다. 가령, WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)의 지침(Guidance)에서는 당사자의 권익옹호를 위한 당사자 동료집단 지원, 경험자에 의한 경험자를 위한 일대일 동료지원을 강조하고 있으며, WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services(2021)의 지역사회정신건강 아웃리치에서는 스웨덴의 개인옴부즈만 제도를 통한 지원의사결정 방식의 권익옹호를 권장하고 있다. 우리나라 또한 국제인권기준에 발맞추어 권익옹호증진을 위한 시스템을 적용할 수 있도록 절차보조지원 사업 등 당사자 권익옹호에 대한 구체적 법조항을 정신건강복지법에

국가인권위원회
humanrights.go.kr

추가해야한다. 이를 통해 소비자의 욕구가 정책 및 의사결정에 반영될 수 있도록 전반적 거버넌스의 변화가 필요하다.

3. UN장애인권리협약, WHO의 사람중심 인권기반 실천에 기반한 훈련, 운영, 평가

마지막으로 UN장애인권리협약의 이념을 반영한 국제적 인권중심 평가체계를 도입하고 이에 기반한 훈련 및 운영이 이루어져야한다. 구체적으로 WHO QualityRights Tool Kit(2012)에서 제시하는 평가 방안을 현행 사회복지시설평가의 인권 영역 평가 지표에 포함하여 활용하여야 한다. 물론 현행 사회복지시설평가 안에도 이용자의 인권보장, 고충처리 차원에서 인권 관련 평가지표가 마련되어 있지만 인권교육을 이수했는지 여부, 정보를 제공하는지의 여부 등 실제 인권적 실천이 이행되고 있는지에 대한 파악은 어렵다. 이에 WHO QualityRights Tool Kit(2012) 내용을 반영한 평가 지표를 도입하고 이에 기반한 인권기반 실천을 할 수 있도록 해야한다.

평가 지표를 도입하기 전, 관련 내용에 대한 교육도 필수적으로 이루어져야한다. 정신건강 전문요원과 관련 직종이 이수해야 하는 인권교육 혹은 보수 교육 내에 WHO QualityRights Materials for Training, Guidance and Transformation(2019)내용과 WHO QualityRights Tool Kit(2012)을 포함하여 종사자가 소속된 기관에 적합한 인권기반실천방법을 이해할 수 있도록 해야한다. 또한, 중앙정부 차원에서 번역 및 보급한 WHO Guidance and Technical Packages on Community Mental Health Services(2021)에 담긴 우수 사례들이 현장에 반영될 수 있도록 적극 지원해야겠다.

제3절 세부추진과제

본 연구를 통해서 확인된 UN을 중심으로 한 국제사회의 패러다임 변화와 이러한 변화에 따라 인권 중심의 회복지향 정신건강 서비스 운영체계 구축을 시도해 오고 있는 해외 선진사례에 근거하여, 우리나라 정신건강 정책 및 서비스 개선을 위한 세부 추진 과제를 제언하고자 한다. 세부 추진 과제는 〈표 7-1〉에 정리된 것처럼 (1) UN 기준에 부합하는 법령 개정을 통한 거버넌스 개혁을 통해 정책환경 및 제도를 개선하고, (2) 이를 토대로 입원 치료 단기화 및 지역사회 전환지원을 활성화할 수 있는 제도를 마련하고, (3) 이러한 변화된 국제기준에 부합하는 법령, 거버넌스, 제도의 기반 위에 실질적인 자립과 회복을 위한 지역사회기반 서비스 지원체계를 구축하는 것으로 요약된다.

〈표 7-1〉 세부 추진 과제

탈원화 전략	세부 과제	
회복지향 정신건강 정책환경 및 제도 개혁을 통한 거버넌스 개선	법과 제도 개혁을 통한 회복지향 사람중심-인권기반 정신건강 서비스 토대 마련	• 정신건강복지법의 전면 개정 혹은 신법 제정을 통한 정신장애인의 지역사회 자립과 권리보장에 대한 법적 근거 마련 • 장애인복지법 개정을 통한 정신장애인에 대한 차별 해소 및 복지지원 체계 강화 • 정신장애인의 취업자격 및 면허취득을 제한하는 법률 조항 폐지 • 정신장애인을 차별하는 지방자치단체 조례 개정
	탈시설과 지역사회 자립을 위한 중앙정부 및 지방정부의 역할 정립	• 정신장애인 탈시설 로드맵 수립 • 광역 및 기초 지자체의 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 계획' 수립 및 평가
	정신장애인의 정책 결정 참여	• 정신건강소비자위원회 설치 • 정신건강복지 기본계획 수립 시 당사자 및 가족 참여 보장
입원치료의 단기간화와 지역사회 전환지원을 위한 제도 마련	정신건강심사위원회 역할 강화를 통한 퇴원 통제	• 입원과 퇴원 심사의 일원화 및 대면심사 원칙 • 정신건강심의위원 대상 교육 및 역량강화 • 퇴원 결정에 대한 준비 및 사후관리 강화 • 정신건강심사 대상자를 거주지 기준으로 배정
	퇴원계획제도 정착	• 입원 단계에서 퇴원계획 수립 의무화 및 적정 수가체계 마련 • 퇴원 시 지역사회 서비스 정보 제공 의무화 • 퇴원사실 통보가 아닌 정신건강복지센터로의 직접 연계
	지역사회 전환지원 서비스 마련	• 입원/입소 기간 중 지역사회 서비스 이용 허용 • 병원 내 동료지원 등 지역사회 프로그램 실시

탈원화 전략	세부 과제	
		• 장기입소자를 위한 정신요양시설의 탈시설 지원 기능 강화
	쉼터 등 위기지원서비스 마련	• 지역사회 전환시설 확대 및 쉼터 기능 강화 • 위기쉼터 법제화 및 설치 확대
	동료지원서비스 제도화	• 동료지원 근거 법률 마련 및 제도화 • 동료지원센터 설치 및 동료지원가 배치
자립과 회복을 위한 지역사회기반 지원체계 구축	정신질환자 및 정신장애인 지역사회 통합지원체계 확대 : 돌봄에서 자립지원으로	• 정신장애인 지역사회 통합돌봄 확대 • 정신장애인 개별 지원체계 구축 • 주택공급 및 지원주거 확대
	지역사회 인프라 및 서비스 확대	• 정신재활시설 설치 확대 및 다양화 • 집중사례관리 체계 강화 • 활동지원서비스 정신장애인 적용 확대
	정신장애 당사자 단체 지원	• 정신장애인 당사자 및 가족 단체 지원

1. 회복지향 정신건강 정책환경 및 제도 개혁을 통한 거버넌스 개선

1) 법과 제도 개혁을 통한 회복지향 사람중심-인권기반 정신건강서비스 토대마련

법은 한 나라의 정책이나 제도의 근간이고 공무원, 국회의원, 전문가는 물론 당사자와 가족의 인식에도 영향을 준다. 법의 특징은 사회문화적 특성이나 가치관에 따라서 다양하게 표현되므로, 정신질환이나 정신장애 관련한 법 기준도 시대적으로 변화를 거듭해 오고 있다. UN도 치료모델에서 출발하여 재활모델과 사회모델을 거쳐 현재는 인권모델에 기반한 법 기준을 제시하고 있다. 우리나라의 경우 UN 가입이 상대적으로 늦어서 정신건강복지법 제정도 늦었지만, 2016년 정신건강복지법 전면 개정을 통해 국제적 기준에 부합하는 거버넌스 형성을 위해 노력해 오고 있다. 하지만 최근 폐지 결정된 장애인복지법 15조에서 상징적으로 알 수 있는 것처럼 우리나라 법 체계 및 정신건강 정책환경은 국제적 기준을 반영하기에 부족한 부분이 많다. 따라서 CRPD 이념을 국가정책에 반영하고 이를 기반으로 운영체계 및 서비스를 구축하기 위해서는 정신질환이나 정신장애 관계되는 법체계 및 거버넌스 개선을 위한 법령 개정이 선행되어야 한다.

정신건강 접근 패러다임 관점에서 살펴보면, 정신질환 및 정신장애 치료와 회복에 필요한 서비스들을 나열해보면 (1) 치료모델 관점에서 필요한 정신질환의 치료 서비스와 예방 서비스, (2) 재활모델 및 사회모델 관점에서 필요한 복지서비스 및 전달체계, (3) 인권모델 관점에서 필요한 권익옹호 및 권리보장 서비스 등이다. 지금까지 15조 영향으로 우리나라 장애

인복지법은 정신장애인을 위한 서비스 규정이 없었다. 반면 정신건강복지법은 일반인을 위한 정신건강 증진 서비스부터 정신질환 치료 서비스, 정신질환으로 인해 저하된 기능 재활을 위한 복지서비스 및 권익옹호 서비스까지 모든 서비스 스펙트럼을 언급하고 있지만, 법의 본질이 보건의료적이기 때문에 복지서비스나 권익옹호 서비스의 경우 내용이 부재한 선언적 수준에 그치고 있다. UN이 제시하는 핵심 서비스들과 이러한 서비스들을 반영한 장애인복지법과 정신건강복지법 개정방안을 정리하면 다음과 같다(강상경, 외, 2021).

관점/모델	국민정신건강	치료모델 (ICD)	재활모델 (ICIDH)	사회모델 (ICF)	인권모델 (CRPD)
핵심서비스	A. 정신건강증진서비스	B. 의료 및 ·입퇴원 서비스	C. 복지서비스 및 전달체계		D. 권익옹호 및 권리보장서비스

개정 안

안	핵심 서비스	법률 명칭 (가)	전달체계	특징
1안	A+B+C+D	정신건강복지법	보건	• 현행법에 일부 추가하는 방식으로 실현가능성 높음 • 정신장애 부분이 상대적으로 약할 가능성 높음 (경험!) • 복지,사회보장, 권익옹호는 우선순위에서 밀려남
2안	A+B+C+D	정신건강복지법 : A+B 중심 (정신질환자 대상)	보건	• 정신건강복지법은 정신질환자 대상 통합서비스 - 정신건강증진, 의료서비스, 입퇴원서비스 중심의 통합서비스 • 장애인복지법은 정신장애인 대상 통합서비스 – 정신장애인 회복지원사회복지보장체계 및 권리보장서비스 중심의 통합서비스
		장애인복지법 : C+D 중심 (정신장애인 대상)	복지	
3안	A+B+C+D	정신건강복지법 : A+B 중심 (정신질환자 대상)	보건	• 대부분 CRPD 이념을 반영한 국가에서 방향 (예, 영국) • 이상적이나 시간 소요 • 장기적 목표이지만 현실적 적용은 한계
		장애인복지법 : C 중심 (정신장애인 대상)	복지	
		평등법(차별금지법) (모든 국민 + 소수자)	범 부처	
		권리보장법 (모든 국민 + 소수자)	범 부처	

[그림 7-2] 관점에 따른 핵심 서비스 및 법 개정 방안

장애인복지법과 정신건강복지법에 대한 개정과 더불어 지금까지 법령상에서 만연되어온 정신질환자 및 정신장애인 차별조항은 즉시 개선되어야 한다. 먼저 연구를 통해서 파악된 30개 법령에 포함된 정신장애인 및 정신질환자 자격 면허취득 제한 조항들은 신속하게 폐지되어야 한다. 즉, 자격 취득에 제한을 두어서는 안 되고 어떤 이유로 자격증 보유자가 수행해야 할 기능을 수행하지 못하거나 자격 제약이 필요한 경우에는 자격증 효력을 정지하는 방향으로 개정이 이루어져야 한다. 자격증 효력 정지와 관련해서 반드시 병행되어야 할 것은 자격회복 규정을 마련하는 것이다. 이러한 과정에서 당사자에 대한 사전통지 및 이의신청 절차 또한 반드시 마련되어야 한다.

지방자치단체 조례에서 파악된 200여 개의 정신질환자 및 정신장애인 복지시설 이용 금지 조항도 신속하게 폐지되어야 한다. 즉 현재의 정신장애인이나 중독자 등처럼 고정관념이나 편견이 반영된 문구를 삭제하고, '이용자의 안전에 현저한 위험이 예상되거나 발생한

국가인권위원회 humanrights.go.kr

경우,' '공공질서를 해칠 우려가 있는 자,' '물품소지, 음주, 폭언, 폭행 등으로 다른 사람의 이용을 방해하는 사람' 등 개별 상황에 따라 판단 및 조치하는 방식으로 개정되어야 한다. 또한 30여 지자체 조례에서 발견된 정신장애인 고용차별 조항도 즉시 폐지되어야 한다. 개정의 기본 방향은 위에서 논의한 것과 유사하게 정신장애인과 같은 고정관념이나 편견이 반영된 문구를 삭제하고 기능수행에 어려움이 있는 개별 상황 기준 및 원칙을 제시하는 방향으로 개정될 필요가 있다.

선진사례를 통해서 파악된 것처럼 조사한 대부분 나라에서는 UN이 제시하는 기준에 맞추어서 법 개정을 하면서 CRPD 이념에 부합하는 법체계를 형성하기 위해서 노력하고 있다. 영국은 2009년 CRPD를 비준 전에 정신보건법을 개정하고, 비준 이후 장애법, 평등법, 권익옹호법 등의 법 제도 개혁을 통해 사람중심-인권기반 서비스 토대를 마련하였다. 1959년 제정되어 1983년 한 차례 개정을 거친 영국의 정신보건법은 CRPD 비준하기 전인 2007년 유럽인권조약(European Convention on Human Rights)의 이념을 기반으로 전면 개정되었다. 특히, 제3조(고문, 비인간적 혹은 모욕적인 치료 혹은 처벌 금지)[61], 제5조(개인의 자유와 안정 존중)[62], 그리고 제8조(사생활에 대한 존중)[63]는 영국 정신보건법 제정의 틀이 되었다. 법이 개정되며 비자의적 입원 규정이 엄격해지고 지역사회 치료명령제(Supervised Community Treatment, SCT)를 도입하며 불필요한 장기 비자의적 입원을 금지할 수 있게 되었다.

유사한 맥락에서 2005년 제정된 정신능력법 또한 2019년에 개정되어 2022년 시행을 앞두고 있다. 새롭게 개정된 정신능력법은 기존에 심하게 비판받던 '자유 박탈 보호 장치(deprivation of liberty safeguards, DoLS)'를 '자유 보호 장치(liberty protection safeguards, LPS)'로 대체하였다. 이러한 자유 박탈 및 보호에 관한 규정은 유럽인권조약(European Convention on Human Rights, ECHR)의 제8조(의사결정 관련 인권 조항)에 명시된 것과 같이, 보호 및 치료 관련 조치에 동의할 능력이 부족한 자들이 자유를 부당하게 박탈당하지 않는 것을 목표로 하는 법적 장치로 기능할 것으로 기대된다.

마지막으로 영국은 개별적으로 존재하던 차별금지법령(성차별금지법, 인종차별금지법,

61) European Convention on Human Rights, Article 3: 'No one shall be subjected to torture or to inumane or degrading treatment or punishment'

62) European Convention on Human Rights, Article 5: 'Everyone has the right to liberty and security of person. No one shall be deprived of his liberty save in the following cases and in accordance with a procedure prescribed by law.'

63) European Convention on Human Rights, Article 8: 'Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.'

장애인차별금지법)을 단일한 평등법으로 통합하였다. 평등법 이전에 존재하였던 차별금지법 또한 소수자 혹은 사회적 취약계층의 권리를 보호하는 차원에서 의의가 있었지만, 개별적인 차별금지법이 지나치게 복잡하고 차별과 불평등이 사회에서 지속적으로 이루어지고 있다는 비판이 존재하였다. 이에 평등법은 사회 전체의 불평등과 차별을 개선하고자 제정되었으며, 고용, 교육, 독립적 생활, 접근성 강화 등 CRPD의 내용 및 이념을 반영하고 있다. 뿐만 아니라 '장애로부터 발생하는 차별(discrimination arising from disability)'에 관한 조항을 규정하여, 장애인을 더욱 적극적으로 보호하고 권리보장 하는 역할을 한다.

〈표 7-2〉 법체계 및 국제적 기준 반영 과정 : 영국

구분	1990년 이전	1990년~2000년	2001년~2005년	2006년~2009년	2010년~2014년	2015년 이후
정신건강 (Mental Health)	정신보건법 제정(1959) 정신보건법 개정(1983)			정신보건법 개정(2007)		정신보건법 Mental Heaith Act 개정(2017) 5개년 정신건강계획 (2019/20 ~ 2023/24)
장애인 (Disability)	국가보건서비스 및 커뮤니티 보호법 제정(1990)				보호법 Care Act (2014)	
차별금지	성차별금지법 제정(1975) 인종차별금지법 제정(1976)	장애인차별 금지법 (1995)			성차별금지법, 인종차별금지법, 장애인차별금지법 의 통합 ➔ 평등법 Equality Act (2010)	
권익옹호[1]			정신능력법 Mental Capacity Act 제정 (2005)		정신능력법 Mental Capacity Act 개정 (2019)	
국제적 기준 반영				CRPD 비준(2009) 선택의정서 가입(2009)		

주1) 영국의 권익 옹호에 관한 제도는 정신능력법의 IMCA 제도, 정신보건법의 IMHA 제도, LPA(lasting power of attorney), Public Guardian Office, Adult Safeguarding Board 등이 있음.

일본의 경우도 UN 기준을 반영하기 위해 다양한 법 개정을 해 오고 있다. 일본은 CRPD 서명(2007년) 및 발효(2008) 후, CRPD 이념을 반영하여 2011년 장애인기본법을 개정하

국가인권위원회
humanrights.go.kr

고, 2012년 장애인종합지원법을 제정, 2013년 장애인차별금지법을 제정하였다. 이러한 일련의 법 개정을 통해 인권기반 실천의 기반이 되는 정책 및 제도를 개선하고 이에 부응하는 운영체계를 통해 국제기준에 부합하는 정신건강서비스 구축 및 전달에 노력하고 있다.

〈표 7-3〉 법체계 및 국제적 기준 반영 과정 : 일본

내용
• **장애인기본법 개정 (2011)** - 2011년 8월 장애인기본법이 개정됨에 따라, 사회적 장벽을 제거하기 위해 "필요하고 정당한 편의제공이 마련되어야 한다"는 조항이 추가됨(제4조, 제2항). CRPD의 핵심 개념인 정당한 편의제공을 위한 조항이 처음으로 국내법에 들어갔다는 측면에서 의미가 있음
• **장애인종합지원법 제정 (2012)** - 장애인서비스의 범위를 희귀질환자까지 확대하였으며, 재가지원서비스(home care services) 범위를 신체장애인을 넘어 지적장애인, 정신장애인으로 확대하였으며, 개인별 의사결정 지원을 도입함
• **장애인차별금지법 제정(2013) 및 시행(2016)** - 장애인차별금지법의 대상: 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달 장애 포함), 기타 심신의 기능의 장애가 있는 사람으로 장애 및 사회적 장벽에 의해 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 상태에 있는 사람 - 이 법 제7조 제2항에는 "행정기관 등은 사회적 장벽 제거를 위해 필요하고 정당한 편의제공을 해야 한다"고 규정하고 있음. 또한 민간기관에 경우 "사회적 장벽 제거를 위해 필요하고 정당한 편의를 제공하기 위해 노력하여야 한다"고 명시되어 있음(제8조 2항)

UN의 기준과 이러한 선진사례를 볼 때 우리나라도 CRPD 이념에 부합하는 법령체계 형성이 필요한 상황이다. 기초연구와 선진사례 조사를 통해서 도출할 수 있는 법과 제도 개혁을 통한 정신건강 서비스 토대를 마련하기 위한 세부 과제는 다음과 같다.

- 정신건강복지법의 전면 개정 혹은 신법 제정을 통한 정신장애인의 지역사회 자립과 권리보장에 대한 법적 근거 마련
- 장애인복지법 개정을 통한 정신장애인에 대한 차별 해소 및 복지지원 체계 강화
- 정신장애인의 취업자격 및 면허취득을 제한하는 법률 조항 폐지
- 정신장애인을 차별하는 지방자치단체 조례 개정

2) 탈시설과 지역사회 자립을 위한 중앙정부 및 지방정부의 역할 정립

법령 개정은 국제적 기준에 부합하는 정책 및 제도 형성을 위한 것이다. 따라서 법 개정 이후 지속 가능한 탈시설화와 정신장애인의 지역사회 자립이 선순환적으로 이루어질 수 있

도록 중앙정부 및 지방정부의 역할 정립이 중요하다. 현재 우리나라에서 정신질환자 대상 탈시설 및 지역사회 자립에 대한 통합적 접근은 화성시 정신질환자 지역사회통합돌봄사업이 유일하다. 시범사업을 통해서 그 효과성이 입증되었지만, 현재까지 화성시 사업과 유사한 사업이 전국적으로 확산이 되지는 못하고 있다. 그 이유는 2021년 8월에 장애인 지역사회자립지원로드맵이 발표가 되었지만 장애인복지법 15조의 영향으로 정신장애인 대상 로드맵이 제외된 사례에서 알 수 있는 것처럼, 그 동안 장애인복지에서 정신장애인이 구조적으로 배제되어 왔기 때문이다. 이제는 15조가 폐지되었기 때문에 이후부터는 장애인지역사회자립지원로드맵에 정신장애인도 반드시 포함될 필요가 있다.

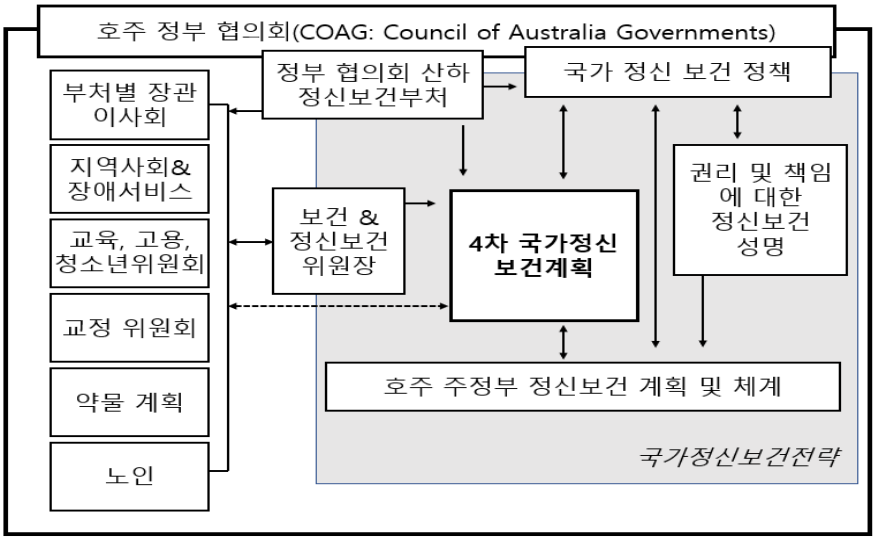
법 개정을 통해 국제적 기준에 부합하는 정책환경과 운영체계를 구축하기 위해서는 지역사회통합돌봄사업과 같은 성공적 사례를 전국적으로 확산할 필요가 있다. 중앙정부 차원에서 법 개정과 탈시설 로드맵이 도출되고 광역지자체 및 기초지자체는 이러한 법과 로드맵에 기반하여 지역사회 특수성을 반영한 계획을 수립할 필요가 있다. 광역 및 기초지자체 단위로 수립된 '정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원계획'은 개정된 법령이 반영하고 있는 국제적 기준에 따라 수행되어야 하고, CRPD 이념을 지향하는 법과 로드맵에 따라 수행되었는지에 대한 평가가 이루어져야 한다.

선진사례를 통해서 파악된 것처럼 조사한 대부분 나라에서 탈시설과 지역사회 자립을 위한 중앙정부 및 지방정부의 역할 정립을 위해서 노력하고 있다. 호주는 생산적이고 포괄적인 사회를 뒷받침하는 것이 '좋은 정신건강(Good mental health)'이라는 기조하에 정신건강에 대한 정책을 우선시하였다. 이러한 배경하에 등장한 제4차 국가 정신건강 계획(제4차 계획)은 향후 5년간 정신건강에 대한 정부 협력 조치에 대한 의제를 설정한다(표 7-4). 조기에 개입할 수 있는 돌봄 시스템을 개발하고 보건·사회 영역에 걸쳐 통합 서비스를 제공할 수 있는 틀을 제공한다. 특히 본 계획에서 강조하는 것은 서로 다른 요구를 가진 여러 집단이 욕구를 충족할 수 있도록 유연한 서비스를 제공하는 것이다. 즉, 정신건강 문제 및 정신질환에 대한 개별적 욕구에 대한 대응이 이루어져야한다는 것을 의미한다. 이에 정신건강시스템을 포함한 관련 전달체계가 지역사회 지원 서비스와 수용, 그리고 전문가와 적절한 임상서비스, 당사자의 자기결정 및 관리의 중요성을 인식할 수 있도록 중앙정부의 차원에서 정책을 추진한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 7-4〉 정신건강에 대한 정부 차원의 접근 : 호주

내용



출처 : The Department of Health (2009). The fourth national mental health plan

- **호주 제4차 국가정신건강계획 (The Fourth National Mental Health Plan, 2009-2014)**

- 호주의 국가정신건강계획은 국가 차원에서 정책의 우선순위를 설정하고, 필요 자원과 인력을 확충하여, 지역사회 기반 정신건강 서비스를 제공하는 중장기 계획임. 제4차 국가정신건강계획에서는 ①사회적 통합과 회복, ②예방과 조기 개입, ③서비스 접근 및 조정과 보호의 지속, ④서비스 질의 개선과 혁신, ⑤책무성·성과에 대한 측정과 보고를 정책 추진 우선순위로 설정하고 추진함
- 제4차 국가정신건강계획에서는 전반적으로 모든 부처가 정책을 수행하는데 있어서 국민들의 정신건강을 고려하도록 권리와 책임을 부여함

*출처: https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-f-plan09-toc~mental-pubs-f-plan09-pla

이 과정에서 호주는 2013년 국가장애보험제도(National Disability Insurance Scheme; NDIS)를 도입하여 개인맞춤형 지역사회 보건복지연계서비스 체계를 확충하였다. 이에 따라 정신질환자는 정신질환을 경험하는 사람이 개인의 욕구 및 필요에 따라 일상활동지원서비스를 받아 지역사회자립을 도모할 수 있으며, 서비스 계획 수립 및 비용 지급은 국가장애보험기관(National Disability Insurance Agency; NDIA)에서 관리 및 지급된다.

〈표 7-5〉 국가장애보험제도 지원 하에 시행되는 일상활동지원서비스 : 호주

내용
• **일상활동 지원 서비스(ADLs, Activities of Daily Living)** - 호주에서는 정신질환을 앓고 있는 환자가 집과 일터 등 일상생활을 영위하는데 있어서 겪을 수 있는 다양한 문제를 지원하는 대책을 가지고 있음. 이들이 독립적으로 살아갈 수 있도록 하는 것에 목적을 두며, 개인의 욕구와 필요에 따라 제한 없이 모든 영역에서 지원을 하며, 예산은 NDIS에서 부담함. 구체적으로 집안에서의 목욕, 옷 입기, 화장실 등 개인위생을 돕고, 집안일, 쇼핑, 재정관리, 지역사회(교회, 학교, 스포츠 등) 활동과 연계하는 일을 지원함

*출처: https://www.talkingmatters.com.au/blog/what-are-adls/
:https://helpingminds.org.au/wp-content/uploads/2019/04/NDIS-Psychosocial-Disability-clinical-handout-2019.pdf
:https://www.yooralla.com.au/news-and-media/news-items/your-ndis-plan-explained-assistance-with-daily-living

영국은 2014년 '국가보건서비스 및 커뮤니티 보호법(National Health Service and Community Care Act)' 제정을 통해 지방정부의 사회서비스 공급에 대한 책임을 명시하였다. 이에 따라 보호 및 지원이 필요한 정신장애인은 지방정부로부터 욕구에 근거한 사회서비스를 제공받을 수 있게 되었다. 뿐만 아니라 영국은 다학제 영역으로 구성된 지역사회정신건강팀을 두어 정신질환자가 지역사회에서 자립 및 회복할 수 있도록 지원하고 있다.

〈표 7-6〉 보건복지 통합적 지역사회 퇴원지원 계획 수립 : 영국

내용
• **보호법(Care Act)(2014)** - 1990년에 제정된 '국가보건서비스 및 커뮤니티 보호법(National Health Service and Community Care Act)'은 지방정부의 사회서비스 공급에 대한 책임을 명시함. 이는 2014년 보호법(Care Act)로 새롭게 재정되었다. 보호법의 제1조에 따라 지방정부가 지역사회 내에서 장애인을 포함하여 보호 및 지원이 필요한 자에 대한 욕구 사정, 보호계획 수립, 그리고 사회서비스 제공 등 체계적인 사회서비스 제공함 • **지역사회 정신건강팀 (Community Mental Health Team)** - 지역사회에서의 케어는 정신질환자가 입원하지 않고 지역사회 내에서 회복할 수 있도록 함. 지역사회의 정신건강팀(Mental Health Team, MHT)을 중심으로 하여 이루어지며 정신과 의사, 사회복지사, 심리사, 상담사, 보호 코디네이터(Care Coordinator)가 포함됨. 지역사회 정신건강팀(Community mental health team), 위기대응팀(Crisis team), 조기개입팀(Early intervention team), 적극적 아웃리치팀(Assertive outreach team)으로 총 네 개의 팀으로 구성됨

일본은 2002년 정신건강복지정책의 미래방향을 "병원기반치료에서 지역사회중심의 보건의료 및 복지로 전환"하고, 2004년, 2009년에 걸쳐 지역사회돌봄체계 강화를 위한 개혁을

시도하였다(표 7-7). 또한 각 도도부현 차원에서 5년 단위로 구축하는 의료계획에 정신질환자에 대한 계획을 수립할 수 있도록 책임을 부과하고 있다(표 7-8).

〈표 7-7〉 탈시설 로드맵 사례 : 일본

내용
• **정신건강복지정책의 미래방향 (2002)** - 핵심 정책 "병원기반치료에서 지역사회 중심의 보건의료 및 복지로의 전환" • **정신건강복지서비스 개혁 비전 (2004)** - 핵심 목표 "정신과 치료시스템을 개혁하고, 커뮤니티 케어 체계 강화를 통화 환자를 퇴원시켜, 10년 이내 정신과병상 수 70,000개 감소" (2014년까지 입원병상 7만개 감축, 35만 → 28만 5천) • **정신건강 및 복지에 대한 추가적인 개혁 (2009)** - '병원에서 지역사회로 전환'을 다시 강조 - 탈시설 관련 목표 중 하나는 5년 안에 4만 6천 명의 정신의료기관 입원환자를 줄이는 것

〈표 7-8〉 지방정부 역할 사례 : 일본

내용
• **각 도도부현에서 구축하는 의료계획에 정신질환 포함 (2011)** - - 일본에서는 각 도도부현이 5년마다 의료계획(Medical Plan)을 수립해야 함 - 2011년 7월 일본은 정신질환을 의료계획에 포함되어야하는 다섯 번째 질병으로 포함시키기로 결정 - 이를 통해 각 도도부현은 정신질환에 관한 의료계획을 의무적으로 구축하게 되었으며, 이는 지역사회 보건의료서비스를 계획하고 시행함으로써 정신건강서비스에 대한 관심을 높이는 것에 기여함

UN의 기준과 이러한 선진사례를 볼 때 우리나라도 CRPD 이념에 부합하는 탈시설 로드맵 수립과 지자체 차원의 지원계획 수립이 필요한 상황이다. 기초연구와 선진사례 조사를 통해서 도출할 수 있는 정부의 역할 정립을 통한 정신건강 서비스 토대를 마련하기 위한 세부 과제는 다음과 같다.

- 정신장애인 탈시설 로드맵 수립
- 광역 및 기초 지자체의 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 계획' 수립 및 평가

3) 정신장애인의 정책 결정 참여

법 개정에 기반한 정책 및 운영체계 마련으로 UN이 제시하는 기준을 충족하기는 한계가

있다. UN은 2006년에 채택한 CRPD 이념을 확산하고 사람중심 인권기반 실천을 구현하기 위해 관련된 지침과 기준을 연속해서 발표하고 있다. 인권모델의 가장 큰 특징은 정책형성 및 실행과정에서 당사자의 참여를 보장하여 당사자 중심의 인권기반 실천을 강조하는 것이다. 치료모델, 재활모델, 사회모델 관점에서는 정책형성 및 운영체계의 중심은 공급자였다. 하지만 공무원이나 전문가 등 공급자들은 당사자의 경험이나 인식을 모두 대변할 수는 없다. 인권모델은 공무원과 전문가 등에 추가하여 정책형성 및 실행과정에 당사자와 가족의 참여를 권고하고 있다. 당사자 관점 반영을 위해 필요한 것은 정신건강복지기본계획 수립시 당사자 및 가족의 참여를 보장하여 정책형성에 당사자 관점을 반영하는 것과, 소비자위원회를 설치하여 실행과정에서 당사자의 의견 반영과 참여을 보장하는 것이다. 정신장애인 당사자의 정책결정 참여는 선진사례에서도 확인된다.

호주의 뉴사우스웨일스주에서는 당사자를 중심으로 BEING(Being Mental Health Consumers; 구 Consumer Advisory Group(CAG)[64])을 조직하여, 지자체와 중앙정부의 정신보건 정책에 정신질환을 앓고 있는 사람들의 관점이 정책에 반영될 수 있도록 노력하고 있다. 이 조직의 주요 원칙을 살펴보면, ①당사자 이익 중심의 권리 강화, ②긍정적 미래 설계를 위한 회복 접근 채택, ③정신질환자에 대한 낙인과 차별 감소 및 긍정적인 이미지 함양, ④당사자 참여가 쉽도록 효과적인 접근법 및 실천법 설계 및 강화, ⑤조직, 당사자, 서비스의 역량 강화, ⑥전문성의 지속적 함양과 같다. 이러한 원칙을 토대로 지역사회의 지지자와 이해관계자와 더불어 주정부 및 연방정부의 정신건강 위원회(Mental Health Commission)와도 밀접한 연계가 되어 있고 정책 설정에 깊은 관여를 하고 있다. BEING은 정신질환을 앓고 있는 사람들이 주축이 되어 운영되고 있기 때문에 누구보다 정신건강 영역의 정책 수행에 있어서 당사자의 관점과 경험을 전달하는데 강점을 가지고 있다. 또한, 정책뿐만 아니라 자원, 정보, 상담, 이벤트, 연구, 평가, 교육, 훈련 등 정신건강과 연관이 있는 다양한 분야에 참여하고 있다.

영국 정부는 정신장애인 당사자 및 국민으로부터 2000년, 2017년 총 두차례 정신보건법 관련 정책제안을 받았고, 이를 반영하여 정신보건법 개정방향을 설명하는 백서(White paper)를 발표하였다.

---

64) Annual report 2012-2013 for"NSW Consumer Advisory Group
https://being.org.au/wp-content/uploads/2020/11/Annual-Report-2012_2013-Final.compressed.pdf
Annual report 2019-2020 for "being mental health consumers"
https://being.org.au/wp-content/uploads/2021/02/BEING-MHC_Annual-Report-2019-20-WEB.pdf

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 7-9〉 정신장애인의 정책 결정 참여 : 영국

내용
• **백서 (White Paper)** - 영국 정부는 약 1,500건 이상의 당사자와 일반인으로부터 2000년과 2017년 총 두 번 정신보건법 관련 정책 제안을 받았음. 이를 반영하여 정신보건법 개정 방향을 설명하는 White Paper를 발표함

대만의 경우, 정신위생법 제13조부터 제15조를 통해 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익옹호 단체 대표자의 정책 수립과정에 참여할 수 있는 권리를 법률로 규정하고 있다. 국민의 정신건강증진을 위한 시책, 정신질환 관련 여러 정책 결정 과정에 안정된 당사자, 혹은 당사자의 가족이 3분의 1이상 참여할 수 있도록 규정한다.

〈표 7-10〉 정신장애인의 정책 결정 참여 : 대만

내용
• **정신장애인의 정책 결정 참여 (정신위생법 제13조~제15조)** - 정신위생법 제13조~15조에 따라 정신장애인 당사자 및 가족, 권익옹호단체가 정신건강 관련 주요 정책 결정과제에 참석할 수 있도록 하고 있음 **제13조** 중앙 주무관청은 정신보건전문가, 법률전문가, 정신장애인 당사자, 당사의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초빙·소집하여 다음 각 호의 업무를 수행한다. 1. 국민의 정신건강 증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료기관에 관한 상담 3. 정신질환 예방치료 자원계획에 관한 협의 4. 정신질환 예방 및 치료의 연구개발에 관한 자문 5. 정신질환의 특수치료에 관한 상담 6. 치료에 대한 환자의 권리와 이익 보호, 이익 침해에 대한 검토, 계획, 조정, 촉진 7. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담 각 호의 업무를 수행하는 데 있어 안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 참여자의 3분의 1 이상이어야 한다. 그리고 어느 한 성별이 초대된 사람의 3분의 1 미만을 차지해서는 아니된다. **제14조** 지방 관할 당국은 정신건강 관련 전문가, 법률전문가, 안정 상태의 환자, 환자의 가족 또는 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자를 초청하여 집합하고 해당 관할 구역에서 다음 업무를 수행한다. 1. 국민의 정신건강증진을 위한 시책에 관한 협의 2. 정신질환 예방 및 치료 연구과제에 관한 상담 3. 정신보건의료기관 설립에 관한 협의 4. 환자의 의료접근권 보호에 관한 진정사건의 조정·심사 및 그 침해에 대한 심사 5. 기타 정신질환 예방 및 치료에 관한 상담 안정된 상태의 환자, 환자의 가족 또는 전항에서 언급한 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표자는 초청된 사람의 3분의 1 이상을 구성해야 한다.

내용
제15조 정신질환으로 인한 비자의 입원원 및 지역사회 강제치료에 관한 사항은 중앙 주무관청 정신질환 의무평가 및 지역사회치료심의위원회(이하 심의위원회라 한다)에서 심의한다. 전항의 심사위원회 위원에는 전문의, 간호사, 작업치료사, 심리학자, 사회복지사, 환자의 권익을 옹호하는 단체의 대표, 법률전문가 및 기타 관련 전문가가 포함된다. 심의위원회는 심의회의를 소집하는 동안 심의사건 당사자 또는 피해인에게 소명을 위하여 출석하게 하거나 담당자를 적극 파견하여 당사자 또는 피해인을 조사하도록 할 수 있다. 심의위원회의 구성, 심의절차, 그 밖에 준수하여야 할 사항에 관한 사항은 중앙주관기관이 고시한다.

일본의 경우 정신장애인의 정책 결정 참여를 위한 별도의 당사자 조직 혹은 법률이 규정되어 있지는 않지만, 정신건강복지정책의 미래방향(2002)이나 정신건강정책 구축 컨퍼런스 등을 시행할 때 정신장애인 당사자와 가족 구성원을 적극적으로 참여시키고 있다. 정신장애에 한정된 위원회는 아니지만, 장애인기본법에 의거하여 장애정책위원회를 구축하여 장애정책에 장애 당사자들의 의견이 반영되도록 하고 있다.

〈표 7-11〉 정신장애인 정책 결정 참여 사례 : 일본

내용
• **정신건강복지정책의 미래방향 (2002)** - 이 비전은 일본의 정신건강소위원회에서 구축함. 이 소위원회는 당사자단체, 가족단체, 전문가단체, 민간·공공병원협회, 지자체, 변호사, 연구원 등 다양한 이해관계자 대표로 구성됨
• **정신건강정책 구축 컨퍼런스 (2010)** - 2010년 4월, 후생노동부 장관과 함께 정신건강정책 구축 컨퍼런스라는 자발적인 협의체가 설립되었으며, 이 협의체는 모든 위원 중 30%가 당사자 또는 가족 구성원이라는 점에서 다른 위원회와는 차별성이 있음
• **장애인기본법에 의한 '장애정책위원회' 구축 (2011)** - 장애인기본법 개정으로 인해 장애인 대표가 참여하는 장애정책위원회가 설치됨, 이 위원회는 장애문제에 대한 정책적 권고를 함. '우리를 제외하고 우리에 관해 논하는 것은 의미가 없다'는 철학이 이 새로운 위원회의 구성에 반영됨

UN의 기준과 이상에서 살펴본 당사자 참여 선진사례를 볼 때 우리나라도 CRPD 이념에 부합하는 정신장애인 당사자 정책 결정 및 실행과정 참여가 이루어져야 한다. 기초연구와 선진사례 조사를 통해서 도출할 수 있는 당사자 참여 확대를 위한 세부 과제는 다음과 같다.

- 정신건강소비자위원회 설치
- 정신건강복지 기본계획 수립 시 당사자 및 가족 참여 보장

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 입원치료의 단기간화와 지역사회 전환지원을 위한 제도 마련

1) 정신건강심사위원회 역할 강화를 통한 퇴원통제

우리나라에서는 정신건강복지법 개정 이전의 정신보건심판위원회와 개정 이후의 정신건강심사위원회가 국가 차원의 정신질환자의 인권증진과 장기입원에 관한 거의 유일한 통제수단이었다(박선주 외, 2017). 이에 향후 정신장애인의 탈원화 촉진을 위한 퇴원통제의 기능을 강화하는 데에도 정신건강심사위원회의 효과적인 역할 정립이 중요하다.

정신건강심사위원회는 1997년부터 현재까지 양적인 확대를 이뤄왔지만, 효과적인 기능을 위한 운영상의 한계는 지속적으로 지적되어 왔다(강상경, 권태연, 2008; 박선주 외, 2017; 신권철, 2018; 제철웅, 2017). 즉, 형식적인 서면심사로 이루어지고, 퇴원명령이 제대로 이행되는지에 대한 사후관리 체계가 부재하며, 심의위원회의 독립성과 전문성 확보에 한계가 있고, 심사과정에서 당사자의 권리를 옹호하고 지원하는 제도가 부재하며, 심의위원회의 운영방식 및 의사결정방식에 일관성이 부족하다는 한계점이 지속적으로 제기되었다.

실제로 정신건강심사위원회의 입원연장심사에서 퇴원결정의 비율을 0.8-0.9%에 불과하다. 그나마 퇴원청구심사의 경우에는 4.2~4.4%로 다소 높게 나타나고 있다. 입원연장심사의 경우에는 약 96~97% 정도가 정신의료기관 측의 입원연장청구가 그대로 받아들여지고 있지만 퇴원청구심사는 입원 환자가 적극적으로 퇴원을 요구하면서 위법함이나 부당함을 주장하는 것이기 때문에 환자의 의견 진술 기회가 전혀 없는 입원연장청구보다는 퇴원을 명령하는 비율이 상대적으로 높다(홍선미 외, 2020)

선진사례를 살펴봤을 때, 대부분의 국가에서는 입원적합성에 대한 심사와 퇴원 청구에 대한 심사를 동일한 체계에서 하고 있다. 대만의 입원적합성심사위원회는 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 정신장애인 권익 옹호 단체의 대표자, 법조인(변호사) 7인으로 구성된 위원회로서, 비자의 입원 치료 허가, 치료기간의 연장, 퇴원 청구 및 심사 과정에서 심의 기능을 수행하고 있다. 대만에서는 60일이 지난 후 입원치료를 지속하기 위해서는 또 다시 입원적합성심사위원회의 입원연장 허가를 받아야 한다. 즉 전문의 2인의 동의뿐만 아니라, 심의위원회의 치료 연장 허가를 받아야만이 입원치료의 연장이 가능하여 입원기간에 대한 법적 개입이 존재함을 확인할 수 있다.

〈표 7-12〉 대만의 입원적합성심사위원회 : 대만

내용
• 대만의 입원적합성심사위원회 : 대만에서 비자의 입원을 위해서는 입원적합성심사위원회의 60일간의 치료허가를 반드시 받아야 하고, 60일이 지난 후 입원치료를 지속하기 위해서는 또 다시 입원적합성심사위원회의 입원연장 허가를 받아야 함. 이처럼 입원적합성심사위원회는 환자의 비자의 입원 입·퇴원과 관련하여 실질적으로 작동하고 있음 또한, 대만의 입원적합성심사위원회의 구성이나 심사 결정 방식 등에 있어서는 주목해야 할 점이 많음 *① 입원적합성심사위원회의 구성원의 다양한 소속: 대만의 심사위원회는 총 7인으로 구성되며, 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 정신장애인 권익 옹호 단체의 대표자, 법조인(변호사)으로 구성됨 다양한 직역의 전문가와 당사자의 인권을 옹호할 수 있는 보호자 및 권익 옹호 단체의 대표자를 포함하여 비자의 입원을 결정할 때 최대한 당사자의 입장에서 사안을 고려할 수 있도록 심의회를 구성하였음* *② 심사 결정 과정에 있어 당사자와의 대면조사 진행: 심사위원회가 입원의 필요성을 결정할 때 서류심사와 함께 당사자와의 화상 인터뷰를 진행함* *③ 신속한 심사 기간: 대만은 긴급 안치 시점부터 심의회에서 비자의입원 판정이 나기까지 최대 7일의 시간이 소요됨. 입원적합성 심사를 판단하는 기간을 단축하여 당사자의 비자의적 인신 구속의 시간을 줄이려는 노력이 반영됨*

〈표 7-13〉 입원기간 연장에 대한 법적 개입 정신위생법 제42조 : 대만

내용
• 정신위생법 제42조 : 1. 긴급 안치 기간은 5일을 초과할 수 없으며, 중증 정신질환자의 인권 보호 및 치료에 주의를 기울여야 한다. 비자의 입원 허가 심의는 긴급 안치 날짜로부터 2일 이내에 완료되어야 한다. 긴급 안치는 검사에서 비자의 입원이 필요하지 않음이 확인되거나, 긴급 안치 날짜로부터 5일 동안 비자의 입원 허가를 받지 못한 경우 종료된다. 또한, **비자의 입원 기간은 60일을 초과할 수 없다.** 2. **시·현 주무관청이 지정하는 전문의 2인 이상의 검사에서 입원의 연장이 필요하다고 인정하고, 심의위원회에 보고하여 허가를 받은 경우에는 연장할 수 있다. 연장 기간은 매번 60일로 제한된다.** 입원 기간 중 중증환자의 상태가 호전되어 비자의 입원이 더 이상 필요하지 않은 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 퇴원 수속을 거쳐 관할 시·현에 통보한다. 비자의 입원 만료일 또는 심의위원회가 의무입원을 계속할 필요가 없다고 인정하는 경우에도 동일한 규정을 적용하여 퇴원 수속 이후 통보하여야 한다.

영국도 정신건강심사위원회를 통해 비자의 입원에 대한 퇴원을 통제하고 있다. 영국 정신보건법 제5조에 의거하여 법조인, 정신과 전문의, 일반인을 포함한 3인으로 구성된 정신건강심사위원회는 비자의 입원 과정에 대한 대면심사를 진행해야한다.

〈표 7-14〉 퇴원통제 사례 : 영국

내용
• **정신건강심사위원회(Mental Health Review Tribunal) (정신보건법 제5조)** - 영국의 정신보건법 제5조에 따르면 환자가 비자의 입원 과정에 대해 이의신청을 할 수 있으며 이에 대해서 전문가를 동원한 대면심사가 이루어져야 함. 법조인, 정신과 전문의, 그리고 일반인을 포함하여 3인으로 구성된 위원회가 환자에 대해 대면 심사를 진행하며 21일 안에 환자의 비자의입원 지속 여부에 관해 결정을 내려야 함

선진사례를 고려했을 때, 우리나라에서도 장기적으로 입원과 퇴원 심사기관을 일원화하고, 위원 구성시 중립성과 독립성을 고려하며, 대면심사를 원칙으로 해야한다. 현재 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회로 이원화 되어 있는 것을 일원화하여 독립된 심판기관을 두도록 한다. 위원회는 현재와 같이 의료적 합의체로 인권침해 문제보다 입원치료 필요성 위주로 심사가 이루어지는 한계점을 보완할 수 있도록 당사자를 포함한 다양한 이해관계자가 참여할 수 있도록 보장한다. 심사 과정에 당사자의 의사가 적극 반영될 수 있도록 입원환자와 그 대리인이 참여할 기회를 제공하고, 서류심사가 아닌 대면심사를 원칙으로 하도록 한다.

단기적으로는 현재의 정신건강심의위원회의 역할을 보다 강화할 필요가 있다. 정신건강심의위원회는 입원기간 연장, 퇴원 등 처우개선, 외래치료에 대한 결정 권한을 가지고 있음에도 실제적으로는 입원연장의 명분만을 제공하고 있다. 본 연구에서도 드러나듯이 정신건강심의위원으로 위촉되더라도 관련 교육은 전혀 이루어지지 않고 있으며, 위원 개개인의 역량이나 경험에 따라 의사결정이 크게 달라질 수 있고, 대부분 위원장을 맡고 있는 정신과 전문의의 의료적 판단에 크게 의존하고 있다. 따라서 심의위원 위촉 시 인권 등 관련 필수 교육을 이수하도록 하고, 퇴원을 촉진하기 위한 지역사회 자원에 대한 이해를 높이는 등의 역량강화가 필요하다.

현재는 서면심사 위주로 이루어짐으로써 심의에 필요한 충분한 정보 및 당사자 의견이 제공되지 못하고 있을 뿐만 아니라 일단 퇴원을 결정하면, 72시간 내에 바로 퇴원을 해야하기 때문에 실제로 퇴원을 준비할 수 있는 기간이 너무 짧다. 퇴원 계획이나 지역사회 연계 등에 대한 의견 제시 권한 등이 명확하지 않아 단순히 퇴원 결정만을 내리기에는 한계가 있다. 퇴원 결정시 퇴원계획 및 지역사회 연계에 대한 준비와 사후관리를 할 수 있는 조치들이 함께 이루어져야 한다.

본 연구에서 정신건강심사위원회에 대해 가장 현실적인 문제제기는 심사청구의 기준을 거주지로 해야 한다는 것이었다. 현재는 정신의료기관의 관할 지역을 기준으로 하고 있기

때문에 퇴원 후에 대한 관심과 책임성이 상대적으로 낮을 수 밖에 없다. 실제로 정신의료기관이 없는 지역, 특히 수도권의 경우 정신건강심사위원회가 1년에 단 1회도 개최되지 않기도 한다. 심사위원회에서의 퇴원 결정의 가장 중요한 요인이 치료의 지속성과 지역사회 자립임을 고려할 때, 정신장애인이 퇴원 후 살아가야 할 지역에서 이를 논의하고 결정하는 것이 타당하다. 따라서 심사청구 기준을 정신장애인의 거주지로 함으로써 장기입원하고 있는 지역 주민에 대해 지자체가 좀 더 책임성을 가지고 퇴원을 위한 적극적인 노력을 기울일 수 있으며, 사후관리도 효과적으로 이루어질 수 있다.

- 입원과 퇴원 심사의 일원화 및 대면심사 원칙
- 정신건강심의위원 대상 교육 및 역량강화
- 퇴원 결정에 대한 준비 및 사후관리 강화
- 정신건강심사 대상자를 거주지 기준으로 배정

2) 퇴원계획제도 정착

퇴원계획은 좁은 의미로는 환자가 병원에서 퇴원해서 이후의 장소로 이동하기까지 서비스의 지속성을 유지하는 것을 목적으로 한다. 하지만 본연의 퇴원계획은 입원한 시점부터 시작되어 병원에 입원해 있는 동안 정기적 평가를 수행하며, 퇴원 후의 사후관리까지 환자가 질병 이후 사회에 잘 복귀할 수 있도록 도와주는 전반적인 과정이라고 할 수 있다(Lin et al., 2012). 구조화된 환자 맞춤형 퇴원계획은 입원기간을 단축시키며 환자의 삶의 질과 만족도를 향상시키는 것으로 나타났다(Sheppered et al., 2009). 정신질환자의 경우 퇴원 후 치료의 지속성에 있어 퇴원계획은 더욱 중요하다고 볼 수 있다.

우리나라는 퇴원계획이 의무화 되어 있지 않고, 수가도 열악하여 실제 현장에서 제대로 이루어지지 않고 있다. 본 연구에서도 대부분의 가족들은 퇴원과정에서 아무런 정보나 연계를 받지 못하였다고 호소하고 있으며, 이는 특히 장기입원의 중요한 명분이 되기도 한다.

선진사례를 살펴보면 많은 국가에서 퇴원계획에 대한 규정과 지침을 제시하고 있다. 호주 빅토리아 주는 지역사회에서 사례관리가 이루어 질 수 있도록 퇴원계획에 관한 실무 지침을 정신건강서비스 기관에게 제공하고 있다. 능동적 퇴원 계획과 적시 퇴원 결정이 퇴원계획 가이드라인의 핵심이며, 수석 정신과의사(The Chief Psychiatrist)는 정신질환 치료를 받는 사람의 의료 및 복지에 대한 법적 책임을 진다. 호주 빅토리아주 퇴원계획 가이드라인의 목적 및 핵심 원칙은 아래와 같다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈표 7-15〉 퇴원계획 가이드라인 목적 및 핵심 원칙 : 호주

내용
• 호주 빅토리아주 퇴원계획 가이드라인 ***목적*** *지역사회 환경에서 사례 관리 및 퇴원 계획에 관한 실무에 관한 지침을 승인받은 정신 건강 서비스 기관에 제공한다. 이 지침은 다음을 목적으로 한다.* *1. 퇴원 계획과 관련된 이슈를 고려하기 위한 틀을 제공한다.* *2. 다양한 서비스 시스템 및 자원 가용성에 적응할 수 있다.* *3. 가용 인력과 자원의 효율적인 사용을 위해 능동적인 사례 계획, 검토 및 사례 부하 모니터링의 전반적인 철학을 홍보한다.* *4. 개별 욕구와 지역정신건강서비스가 가능한 일치하도록 서비스를 제공한다.* *5. 소비자, 보호자 및 관련 서비스 제공업체와의 협업을 통해 퇴원 계획을 촉진한다.* ***핵심원칙*** *1. 퇴원 검토와 퇴원 계획의 준비는 입원 서비스 시작 시점에서 시작해야한다.* *2. 이용자와 보호자는 입원 시점부터 임상 서비스가 제공된다는 것을 알아야 한다.* *3. 사례 관리 및 모니터링에 있어서 정신과 의사와 지역사회 정신건강서비스 관리자와 같이 모든 수준의 인력진의 투입이 필요하다.* *4. 이용자, 의료진, 가족/보호자, 서비스제공자 간 치료에 대한 논의와 소통이 필수적이다.* *5. 정신질환의 재발 및 만성화의 초래라고 하여 반드시 의료·임상 전문가에게 퇴원시켜야하는 것은 아니다.*

* 출처: https://www.health.vic.gov.au/key-staff/discharge-planning-guidelines

호주 빅토리아주의 퇴원계획 가이드라인 중 특히 '퇴원준비 및 계획(Discharge Preparation and Planning)' 파트에서 퇴원계획에 대한 실질적 지침을 안내하고 있다(표 7-16). 구체적인 절차는 아래 표와 같다. 서비스의 시작단계부터 서비스 참여, 사후관리에 이르기까지 정신질환자가 입원한 일차 의료기관에서 책임성을 가지고 당사자의 욕구에 기반한 지역사회정신건강서비스를 연계할 수 있도록 장려하고 있다. 또한 퇴원 이후에도 다학제적 접근을 꾀하여 약 6개월간 사후관리를 하도록 명시하고 있다.

〈표 7-16〉 퇴원계획 가이드라인 중 퇴원준비 및 계획의 절차 : 호주

내용
• **서비스의 시작(Entry into Service)** - 정신병원에 입원한 개인, 관련 기관 종사자의 요청 등에 관계없이 필요한 경우 소비스 및 가족과 협의하여 퇴원에 대한 공식적 계획을 수립해야함. 계획에는 가능한 개입 기간과 능동적 퇴원 전략을 포함하여 다루어야 할 현안을 고려하는 포괄적 필요성 평가에 기초해야 함. 제공받을 서비스에 관한 정보와 상담은 상호 기대와 이해를 보장하기 위해 적절히 소비자, 보호자 및 관련 자원에게 전달되어야 함. 이러한 정보 공유 및 합의 과정은 현실가능한 목표를 수립할 수 있게 도움. • **서비스 참여(Engagement with the Service)** - 지역사회 기반 정신건강서비스와 지속적인 치료에 참여하는 모든 사람은 지정된 사례관리자가 있어야함. 사례 관리의 수준은 임상적 필요에 맞춰져야 하며 명목 사례 관리에서 보다 적극적이고 적극적인 사례 관리에 이르를 수 있음...(중략)... 치료의 핵심 측면에 가족과 보호자가 참여하는 것 또한 치료와 관리가 효율적으로 전달될 수 있도록 하는데 중요한 요소임. 정신장애지원서비스(Psychiatric Disability Support Services; PDSS)이나 지원 주거 서비스 등을 효과적으로 연계해야함. 정신질환자 당사자 개인의 필요 수준에 근거한 원만한 개입을 위해 일차의료기관과 전문 정신건강서비스 기관 간의 연락방식에 대한 명확한 문서화된 전략이 포함되어야 함 • **사후관리 및 모니터링(Clinical Review and Case Load Monitoring)** - 하수관리 및 모니터링은 당사자의 변화하는 요구에 대응하기 위한 필수 과정임. 명시된 목표에 대한 치료 경과와 결과를 평가하기 위한 포괄적인 검토는 각 소비자별로 최소 6개월 동안 이루어져야 함. 검토는 전문인 다학제 집단을 통해 이루어져야하며 임상 관리에 대한 전반을 책임지는 컨설턴드 정신과 의사를 참여시켜야함...(중략)...검토는 또한 일반의, 개인 정신과의사 및 PDSS 종사자와 같은 치료의 효과적인 이전을 보장하기 위한 외부 서비스 제공자를 포함해야 함. 이러한 검토의 결과와 결정은 의료 기록에 기록되어야 함. 지역사회정신건강서비스 기관은 사례 내용을 최신으로 업데이트하여 사후관리에 임할 수 있도록 함. 의료진의 경우 소비자에게 가장 효과적인 치료 및 관리를 보장하기 위해 의학적 지식 및 기술에 대한 관리감독을 받고 있는지의 여부도 고려해야함

*출처: https://www.health.vic.gov.au/key-staff/discharge-planning-guidelines

대만 또한 정신위생법 제38조에서 지속적인 입원 치료가 필요하지 않은 경우 환자를 반드시 퇴원시켜야 함을 명시하고 있고, 환자를 퇴원시키기 전 정신의료기관은 환자와 퇴원 이후 생활과 관련한 구체적인 계획을 수립할 수 있도록 지원해야 한다고 제시하고 있다. 정신위생법 제38조에 따라 대만의 정신의료기관에서는 입원과 동시에 퇴원계획을 수립하고 있다.

〈표 7-17〉 퇴원계획 수립 의무화 정신위생법 제38조: 대만

내용
• **퇴원계획 수립 의무화 (정신위생법 제38조)** 1. 환자의 상태가 안정되거나 회복되어 더 이상 지속적인 입원 치료가 필요하지 않은 경우, 정신의료기관은 환자 또는 보호자에게 퇴원 절차를 알려야 하며, 환자를 이유 없이 구금해서는 안 된다. 2. **환자를 퇴원시키기 전에 정신의료기관은 환자와 보호자가 재활, 기관 의뢰, 배치 및 후속 조치를 위한 구체적인 실행 가능한 계획을 수립하도록 지원해야 한다.** 3. 지방자치단체 및 시 관할 당국은 관할 구역에서 응급 정신과 관리를 위한 체계를 구축하여 필요한 경우, 치료 및 긴급안치를 받을 수 있도록 지원해야 한다.

특히 영국은 돌봄프로그램접근(Care Programme Approach; CPA)을 통해 돌봄치료계획(Care Treatment)을 수립하여 정신질환자의 퇴원을 지원하고 있다. CPA는 정신보건법 제3조, 제37조, 제45조, 제47조, 그리고 제48조에 따라 비자의적 입원을 했던 자와 제117조에 의해 무상 사후보호(aftercare)를 받는 사람을 대상으로 한다. 뿐만 아니라 제117조에 해당하지 않지만 병원에서 퇴원한 자를 비롯하여 중증정신질환자, 자해 및 자살의 위험이 있는 자, 타인에게 위험이 될 수 있는 자, 약물 남용 장애를 앓고 있는 자 등에게 적용될 수 있다. CPA에 해당하는 모든 환자에게는 보호 계획(care plan)이 수립된다. 정신보건법에 따라 강제입원 된 자일 경우 CPA는 무료이지만, 그렇지 않은 경우에는 CPA가 무상으로 이루어지지 않을 수도 있다.

CPA는 NHS의 2차 의료수준에서 정신건강 간호사, 상담사 등과 같은 정신건강전문가와 사회복지사 등 당사자에게 맞는 전문가들이 케어 코디네이터(care coordinator)가 되어 당사자와 함께 보호 계획을 수립한다. 모든 보호 계획은 위기에 대한 계획(crisis plan)도 포함되어야 한다. 보호계획은 당사자의 약물 복용과 이에 따른 부작용, 상담(therapy), 경제적 문제, 제언 및 지원, 일상생활을 돕는 작업치료 (occupational therapy), 직업, 훈련 및 교육에 대한 도움, 주거 지원 등과 같이 다양한 방면에서 포괄적인 보호 계획을 수립한다. 보호 계획은 1년에 한 번씩 검토되지만 당사자가 요청할 경우에 보호 계획이 검토일(review date) 전에 검토될 수 있다.

〈표 7-18〉 퇴원계획 제도 : 영국

내용
• 무상 사후 보호(after care) (정신보건법 제117조) - 비자의적으로 입원한 자 혹은 지역사회 내에서 치료명령을 받은 자는 필수적으로 사후 보호(aftercare)를 무상으로 받을 자격이 있음
• 돌봄 프로그램 접근(Care Programme Approach)과 돌봄치료계획(Care Treatment Plan) - 잉글랜드에서는 Care Programme Approach를 통해, 웨일즈에서는 Care Treatment Plan을 통해 사후돌봄을 받을 수 있다. CPA는 다학제 사정을 통해 정신장애인 개개인의 맞춤형 회복서비스를 제공함. CPA를 이용하게 되면 케어 코디네이터(care coordinator)와 함께 보호계획(care plan)을 수립함

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

선진사례를 고려했을 때, 우리나라에서도 퇴원계획에 대한 규정을 보다 강화할 필요가 있다. 이미 국립건강센터에서는 퇴원계획에 대한 절차와 내용을 마련하여 적용함으로써 재원일 수의 감소와 지역사회 연계율 향상의 성과를 확인하였다. 최근에는 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 퇴원 환자 지원사업으로 개인별 케어플랜, 즉 퇴원계획을 수립하도록 하였으며, 동 통합돌봄창구를 통해 지역사회 자원을 통합적으로 연계하도록 하고 있다.

공식화된 퇴원계획 모델은 1) 환자와 가족이 퇴원계획 과정에 참여하고, 2) 구조화된 퇴원계획 절차와 가이드라인이 있으며, 3) 병원과 지역사회 간 의사소통이 충분히 이루어지고, 4) 퇴원계획과 관련된 구체적인 기록이 존재해야 한다(Mckeehan and Coulton, 1985). 이러한 원칙을 반영하여 정신질환자의 퇴원계획에 대한 지침을 마련할 필요가 있다. 퇴원계획은 입원 단계에서부터 수립할 수 있도록 의무화 해야 한다. 퇴원계획에는 정신질환자와 가족이 함께 참여해야 하고, 퇴원 후 연계할 지역사회 서비스 체계와 함께 수립하도록 해야 한다. 퇴원계획을 활성화하기 위해서는 현재의 의료수가를 보다 적절한 수준으로 높이고, 팀 접근, 지역사회 연계 등에 대해서는 가산제를 적용하도록 한다.

퇴원계획이 수립되지 않은 경우라도 퇴원시 연계할 수 있는 지역사회 정신건강 서비스 및 복지 정보를 의무적으로 제공하도록 해야 한다. 이를 위해 반드시 제공해야할 정보 리스트를 정하고, 정보를 패키지화하는 방법도 고려할 수 있다. 임신 및 특정 연령대가 되면 이용가능한 복지정보를 기본적으로 제공하듯이 퇴원하는 모든 환자에게 반드시 제공해야할 정보 키트를 개발하여 제공할 필요가 있다.

단기적으로는 현재 이루어지고 있는 퇴원사실 통지서의 실효성을 높이는 방안을 고려해야 한다. 현재는 퇴원할 때 급하게 처리해야 하는 여러 서류 중 하나로 제대로 된 설명없이 형식적으로 이루어지거나, 센터로 전달되는데 시간이 소요되어 퇴원 후 즉각적인 지원이 이루어지기 어렵다. 지역사회로의 연계가 필요한 경우 퇴원사실 통지서와 함께 정신건강복지센터에 직접적으로 연계하도록 규정을 강화할 필요가 있다.

- 입원 단계에서 퇴원계획 수립 의무화 및 적정 수가체계 마련
- 퇴원 시 지역사회 서비스 정보 제공 의무화
- 퇴원사실 통보가 아닌 정신건강복지센터로의 직접 연계

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3) 지역사회 전환지원 서비스 마련

우리나라의 경우 병원/시설과 지역사회 간의 서비스 단절이 크다. 재정 및 행정체계가 분리되어 있어 정신장애인 당사자 입장에서는 서비스의 지속성과 연속성을 보장받기 어렵다. 특히 입원 환자가 지역사회 서비스를 이용할 경우 서비스 중복의 문제가 발생하여 한쪽의 서비스가 종결되어야 이용가능하다.

퇴원 후 치료 및 서비스 이용이 연속적으로 이루어지기 위해서는 병원/시설과 지역사회 간의 전환과정에 대한 서비스 제공이 중요하다. 건강재정이 지역사회 서비스까지 포괄하거나 의료와 사회서비스 체계가 통합되어 있는 국가의 경우 큰 문제가 되지 않으나 우리나라와 같이 두 체계가 분리된 경우 탈원화의 큰 장애물이 될 수 있다.

우리나라와 유사한 일본의 경우 지역사회 전환지원을 위해 정부가 주도하여 구체적인 목표를 구축하였다. 대표적으로는 후생노동성이 주도한 2004년 정신건강복지개혁 비전을 꼽을 수 있다. 일본은 이 비전을 통해 장기입원병상을 줄이겠다는 뜻을 밝혔다. 2004년부터 2014년까지 10년간 정신의료기관 입원병상을 35만병상에서 28만 5천병상으로 약 7만병상을 감축하는 것으로 구체적인 목표를 설정하였으며, 여기서 7만 병상은 일본 정부가 사전조사 및 연구를 통해 현재 불필요하게 정신의료기관에 입원하고 있는 사회적 입원 병상을 7만 건으로 추산하여 설정한 것이다. 즉, 커뮤니티케어 구축을 통해 사회적 입원 환자 7만 명을 지역사회로 나오게 한다는 것이었다. 비전을 발표한 이후 후생노동성은 10년 동안 7만 개의 정신과병상을 줄이겠다는 명시적인 목표를 가지고 지역사회 정신건강서비스로 전환하는 데 초점을 맞추었다. 이후 7만 개 병상수 감소라는 목표치에는 달성하지 못했지만 2만 5천개 병상수를 감소하는 결과를 획득하였다. 이외에도 일본은 정신장애인을 위한 지역사회 전환 프로젝트(2008)와 지역사회 전환 및 지속가능한 지역사회 생활프로젝트(2010) 시행하는 등의 노력을 펼쳤다.

지역이행지원사업은 정신과병원에 입원하거나 주거시설에 입소한 정신장애인을 대상으로 지역에서의 생활로 이행할 수 있도록 상담, 외출시 동행, 장애인복지서비스의 체험적인 이용을 지원하게 된다. 가장 큰 특징은 병원에 입원한 혼자의 면담을 위해 정신장애인 동료지원가가 파견되고 병원에 들어갈 수 있는 권한이 부여된 것이다. 예를 들면, 베델의 집의 경우 정신건강사회복지사와 함께 3명의 동료지원가들이 병원을 방문하여 지역사회에서 생활하는 자신의 경험을 나누고 함께 외출하는 시간을 가짐으로써 입원중인 환자의 지역이행을 위한 동기 부여에 도움을 주고 있다.

〈표 7-19〉 지역사회 전환지원 프로젝트 : 일본

내용
• **정신장애인을 위한 지역사회 전환지원 프로젝트 (2008)** - 지역사회 코디네이터가 지역사회 삶에 필요한 지원과 서비스를 관리하는 새로운 역할을 담당
• **지역사회 전환 및 지속 가능한 지역사회 생활지원 프로젝트 (2010)** - 지역사회에 거주하고 있는 미치료 환자들을 위한 지원 시스템, 동료지원가 역할, 지역사회 인식개선 등의 내용들 추가

영국의 NHS는 치료 외에도 '사회적 처방(social prescribing)'이란 프로그램을 통해 당사자가 회복할 수 있도록 다양한 비의료적 형태의 서비스를 제공한다. 구체적으로 사회적 처방은 미술 활동, 단체 활동(group learning), 정원 가꾸기, 사교적 모임, 요리, 스포츠 등과 같은 지역사회 내에서 당사자가 사회적으로 회복할 수 있는 활동 등을 포함한다.[65] 사회적 처방은 '링크워커(Link worker)'를 통해 이루어지며 정신장애인는 GP를 통해 링크워커와 만날 수 있다. 링크워커는 활동그룹, 지원그룹, 자선단체 및 복지서비스 등 정신장애인이 지역사회 내에서 회복할 수 있는 여러 방안을 제시한다. 하지만 링크워커는 잉글랜드 모든 지역에서 제공되고 있지 않아 NHS는 2021년 4월까지 1,000명의 링크워커를 각 지역에 추가 배치할 예정이다. 이에 따라 2024년에는 최소 900,000명이 사회적 처방을 받을 수 있도록 계획 중이다.[66]

우리나라에서도 장애인 영역에서는 2021년 발표된 장애인 탈시설 로드맵을 통해 전환지원을 위한 계획을 구체화하였다. 즉, 거주시설에 자립지원팀을 구성하고, 지역사회 이주 희망 장애인 대상 일상생활 및 사회활동 체험기회를 제공하며, 거주시설이 퇴소 장애인에 대한 주거유지 서비스 제공기관으로 운영 전환하도록 하였다. 서울시의 경우 장애인전환서비스지원센터 운영을 통해 거주시설 이용장애인에게 맞춤형 전환서비스를 제공하고 있다.

우리나라에서도 입원 및 입소 환자를 위해 지역사회 전환지원 서비스가 제공되어야 한다. 특히 병원/시설과 지역사회 간의 중첩되는 서비스를 허용할 필요가 있다. 일본에서 시행하고 있는 지역이행지원과 같이 입원/입소 기간 중 지역사회 서비스를 일정 기간 이용할 수 있도록 지원하는 것이다. 현재와 같이 정보제공에만 그칠 경우 실제적인 서비스 이용으로 연계될 가능성을 매우 낮을 수밖에 없다. 사전에 서비스를 체험해 보고, 자신에게 맞는 서비스를 선택할 수 있도록 기회를 제공하며, 라포가 형성될 수 있는 기간을 가짐으로써 지역사

65) https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/
66) https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing

회로의 전환이 보다 효과적으로 이루어질 수 있다.

지역사회에서 병원이나 시설로 찾아가는 서비스도 필요한데, 특히 동료지원서비스가 중요하다. 본 연구에서도 퇴원/퇴소의 가장 큰 장애물로 정신장애인 가지고 있는 두려움, 자신감 부족, 희망 없음의 심리적 장벽이 강조되었다. 퇴원 후 어떻게 살아갈지 겁이 나고, 잘 해낼 수 있을까에 대한 두려움은 오히려 익숙한 병원/시설 생활에 더 안주하고 싶게 만든다. 초점집단에 참여했던 전문가들은 이때 가장 효과적인 것이 동료지원이라고 강조하였다. 전문가의 교육이나 권유보다 동료지원가들의 회복경험이나 지역사회 생활 경험이 훨씬 실제적인 도움이 된다고 하였다. 따라서 지역에서 병원이나 시설로 찾아가는 동료지원이나 절차보조 사업이 확대될 수 있도록 제도가 마련되어야 한다.

한편, 장기입소한 정신장애인에 대해서는 시설 자체적인 탈시설 지원 기능을 강화하는 것도 고려해볼 필요가 있다. 장기입소자의 경우 그 만큼 자립을 위해 더 많은 시간과 노력이 필요하며, 낯선 지역사회로의 전환을 지원하기에는 이미 오랜 시간 관계 형성이 깊게 이루어져 있는 시설 종사자들이 더 적절할 수 있다. 장애인 탈시설 로드맵에서도 기존의 거주시설을 지역사회 거주 유지 지원 기능으로 전환하듯이, 정신장애인 요양시설이 탈시설 지원 기능을 강화할 필요가 있다. 이미 일부 시설에서는 체험홈 운영과 같은 성공적인 사례가 있기 때문에 이를 토대로 정신요양시설에서의 탈시설 지원 사업을 구체적으로 모델화할 필요가 있다.

- 입원/입소 기간 중 지역사회 서비스 이용 허용
- 병원 내 동료지원 등 지역사회 프로그램 실시
- 장기입소자를 위한 정신요양시설의 탈시설 지원 기능 강화

4) 쉼터 등 위기지원서비스 마련

우리나라는 지역사회 정신건강 인프라가 매우 취약하기 때문에 정신장애인이 위기를 경험할 때 가능한 유일한 대안은 입원치료 밖에 없다. 하지만 입원 과정에서 인권침해가 발생하거나, 한번 입원하면 장기입원으로 이어져 오히려 위기가 부정적인 결과를 가져오는 경우가 많다. 정신건강 정책은 입원을 통제하는 정책으로 바뀌어 가고 있지만, 이에 대한 지역사회의 대안적 서비스는 여전히 부족하다. 특히 입원으로 이어지지 않도록 위기상황에서 신속하고 적절하게 지원받을 수 있는 위기지원 서비스가 매우 절실한 상황이다.

미국의 경우 위기대응서비스체계로 크게 정신과적 응급을 경험하고 있는 개인을 위한 서비스, 23시간 관찰 병상(23-Hour Observation Beds), 위기쉼터서비스, 동료쉼터서비스

로 구성되어있다. 위기쉼터서비스의 경우 급성증상 완화를 일차 목표로 하여 연중무휴로 설계되어 있으며, 일반주택가에 위치하여 안정적인 환경을 제공한다.

〈표 7-20〉 위기대응서비스 : 미국

내용
• **정신과적 응급을 경험하고 있는 개인을 위한 서비스** - 위기안정화서비스와 위기쉼터서비스는 다른 서비스와 함께 운영 가능함(예: 위기상황 핫라인 및 외래위기 서비스).
• **23시간 관찰병상 (23-Hour Observation Beds)** - 병원 응급상황이나 입원상황에 대한 대안으로서 23시간의 위기 안정화 관리와 적절한 단계적 서비스를 제공함. - 심각한 고통을 겪는 개인에게 위기 심각성 또는 긴급 돌봄의 필요성을 완화하기 위해 최대 23시간의 연속적인 관리 감독을 제공하는 직접 서비스임. - 일차 목표는 불필요한 입원을 막는 것으로, 신속한 평가, 안정화 및 적절한 돌봄 수준을 결정함.
• **위기쉼터서비스 (Crisis Respite Services)** - 급성증상을 완화하는 것에 일차 목표를 두는 단기서비스임. - 연중무휴로 설계되었으며 이용자들이 하루 이상 머무름. - 위기 쉼터 서비스는 단기 입원 및 주거를 포함한 다양한 형태를 취할 수 있으며 동료 운영 및 보조가 가능함. - 동료 운영 위기 쉼터는 일반 주택가에 위치함. 사람들이 위기를 극복할 수 있도록 안전하고 가정적인 환경을 제공함.
• **동료쉼터 (Peer Respite Housing)** - 동료쉼터는 정신장애인이 회복을 위한 새로운 이해와 방법을 찾도록 돕는 지역사회기반의 비임상 위기 지원을 제공함. 자발적이고 단기적인 프로그램임. 가정적인 환경에서 연중무휴로 운영됨. - 동료쉼터는 동료단체에 의해 운영되거나 극한 상황을 경험했거나 정신건강서비스 이용 경험이 있는 동료(과반이상)로 구성된 자문 그룹이 있음. - 정신질환이 있는 사람을 고객, 환자기 아닌 “방문객(Visitors)”, “손님(Guests)”으로 호칭함. - 다양한 활동을 위한 여러 선택지를 제공하며 평균 체류 기간은 보통 5일에서 10일 사이임. - 동료는 동료지원, 회복 및 건강, 트라우마 기반 돌봄, 커뮤니케이션 및 안전에 대한 교육을 받음. 구체적인 훈련 내용을 보면, 공인된 동료 전문가 훈련, 의도적 동료지원, 정서적 CPR, 응급처치, CPR과 식품 안전 교육훈련 등으로 구성되어 있음.

구체적으로, 미국 산타클라라 카운티의 비영리 정신건강서비스 기관 “Momentum for Health”에서는 주거돌봄서비스 체계의 일환으로 ‘위기 안정화 및 주거서비스’를 제공하고 있다. 그리고 이러한 서비스 체계는 급성기 단계에서 뿐만 아니라 이후 독립적 생활이 가능한 단계까지 다양한 스펙트럼으로 제공되고 있다(그림 7-3).

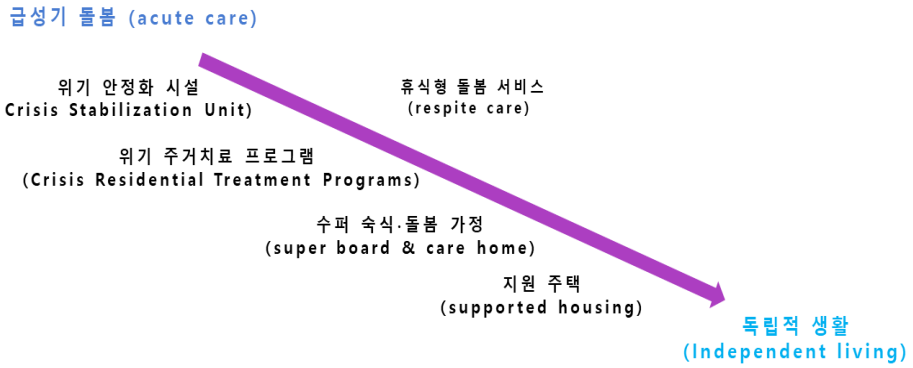
카운티 내의 총 4개의 위기 안정화 시설에서 위기 주거치료프로그램(Crisis residential treatment program)이 제공되고 있다. 이는 급성기 정신질환자가 정신과 입원치료 외의 대안으로 선택할 수 있는 서비스로서, 약물치료 및 처방 등의 정신의학적 평가와 치료, 위기해결기술 향상, 의사결정지원, 생활관리, 사회적응 및 여가 프로그램 등의 다양한 접근을

국가인권위원회
humanrights.go.kr

꾀한다. 이를 통해 이용자가 현재의 위기를 해결하고 후에 발생할 수 있는 위기를 예방할 수 있도록 지원한다.

〈표 7-21〉 산타클라라 카운티 Momentum for Health의 개요 및 주요 서비스 : 미국

내용
• **"Momentum for Health" 개요** - 지역에서 가장 큰 비영리 단체로, 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 제공함. 매년 3,000여 명의 정신질환자가 기관을 이용하고 있으며, 450여 명의 직원이 서비스를 제공하고 있음. - 이용자는 주거프로그램에 자발적으로 참여하며, 입소시 치료계획, 주거인으로써의 책임, 시설 출입, 적절한 행동 등이 포함된 계약서에 서명함. 모든 시설은 개방되어 있음. 출입을 희망할 경우 출입증을 요청해야 함. 경우에 따라 출입 허가가 제한될 수 있음. 위반사항이 많을 경우 퇴소요구가 있을 수 있음. • **주요 서비스** - 외래 정신건강 치료서비스 (Outpatient mental health treatment services) - 약물 중독자 치료서비스 (Substance use treatment services) - **위기 안정화 및 주거 서비스 (Crisis stabilization and crisis residential services)** - 전환 주거 서비스 (Transitional residential services) - 지원 주택 (Supported housing) - 취업 지원 서비스 (Employment services) - 청소년 예방 및 개입 서비스 (Youth Prevention and Intervention services)가 훈련, 의도적 동료지원, 정서적 CPR, 응급처치, CPR과 식품 안전 교육훈련 등으로 구성되어 있음.



[그림 7-3] 지역사회기반 주거돌봄 서비스의 스펙트럼 : 미국

〈표 7-22〉 산타클라라 카운티 Momentum for Health의 위기 주거 치료 프로그램 : 미국

내용
- 산타클라라 카운티에 4개의 시설을 운영하고 있으며, 하루 61명에게 서비스 제공이 가능함. 급성기 정신질환자를 대상으로 정신과 입원치료의 대안으로 고안되었음. - 서비스는 약물치료의 처방, 관리감독 이외에 지속적인 정신의학적 평가와 치료를 포함함. 위기 주거 치료 프로그램은 위기해결과 위기해결 기술향상, 그리고 이용자가 위기 이전으로 회복하는데 필요한 의사결정과 조치를 취할 수 있도록 하는데 초점화함. 생활관리, 교육 및 상담, 사회적응 및 여가 프로그램을 통해 이용자가 현재의 위기를 해결하고, 예방할 수 있도록 지원함. - 위기 주거 치료 프로그램의 주요 목표 중 하나는 정신건강 위기를 안정시키고 기능을 향상시키는 것이지만, 이용자들이 자신의 치료에 책임질 수 있는 기회를 제공하는 것을 포함함. - 위기 주거 치료 프로그램에서 직원들의 주요 역할은 이용자에게 돌봄서비스를 제공하는 것보다는 이용자가 안전한 환경에서 자신을 돌볼 수 있는 기회를 제공하거나 자신을 돌보는 것을 배울 수 있도록 하는 것임. - 공동체 미팅으로 하루를 시작하고 정리함. 미팅 시간에는 치료나 감정처리보다는 그날 하루 실제적인 사안들에 초점을 맞추어 회의함. 시간대별로 사회재활모델(social rehabilitation model) 치료프로그램, 투약과 식사, 공동체 미팅, 교수학적 집단(didactic group), 엑티비티집단 등이 구조화되어 진행됨.

호주 뉴사우스웨일주에서는 일시적으로 위기상황에 놓여 주거 불안정을 경험하는 사람들을 대상으로 위기주거지원서비스(emergency accommodation)를 제공하고 있다.[67] 주된 대상은 저소득층, 원주민과 토레스 해협섬주민, 가정폭력을 경험하는 사람들이지만 서비스를 제공하는 유사 민간단체 중 일부에서는 정신적 어려움을 경험하는 사람들에 대한 주거서비스도 제공하고 있다. 대표적으로 호주 적십자(Australian Red Cross)에서는 정신건강문제에 어려움을 경험하는 이들에 대한 숙식을 제공한다[68].

정신장애인이 경험하는 위기는 수준과 형태가 다양하다. 현재 정신건강의학적 위기는 주로 자타해의 위험을 기준으로 하고 있으며, 이때에는 입원이 가장 안전한 대안일 수 있다. 하지만 지역사회에서 살아가는 정신장애인이 경험하는 위기는 자타해 위험뿐만 아니라 갈등적 상황 혹은 스트레스를 유발하는 상황적 위기, 불안이나 우울증 정서적으로 취약해지는 위기, 일시적으로 주거가 불안정해지는 위기, 증상이 심해지는 위기 등 다양하다. 하지만 모든 위기에 대한 대안이 오직 입원이 되어서는 안되며, 지역사회에서 위기를 견뎌낼 수 있는 다양한 수준과 방식의 대안이 마련되어야 한다. 본 연구에서도 당사자 및 전문가들은 위기 쉼터의 필요성을 제안하였으며, 실제로 지역사회 통합돌봄에서 위기쉼터를 운영했을 때, 입원을 하지 않고도 위기를 잘 넘길 수 있는 효과적인 대안으로 경험되었다.

67) https://www.nsw.gov.au/life-events/living-nsw/if-you-need-emergency-accommodation
68) https://www.redcross.org.au/get-help/community-services/homelessness-services

정신장애인이 위기 시 안전하게 보호받으며 쉴 수 있는 단기보호 서비스가 필요하다. 서구에서와 같이 전문가가 함께 상주하는 위기안정화나 위기치료서비스에서 훈련된 동료가 정서적인 위기를 지원할 수 있는 휴식형 쉼터까지 다양한 형태의 지역사회기반 위기지원서비스가 필요하다. 현재의 지역사회 전환시설을 확대하고 쉼터의 기능을 강화하며, 위기쉼터에 대한 법적 근거를 마련하여 설치해 나가야 한다.

- 지역사회 전환시설 확대 및 쉼터 기능 강화
- 위기쉼터 법제화 및 설치 확대

5) 동료지원서비스 제도화

동료지원은 회복된 정신장애인 당사자가 동일한 어려움을 가진 타인에게 도구적, 정서적 지지를 상호 간에 제공하는 것을 의미한다. 동료가 제공하는 서비스는 소속감과 성장에 대한 긍정적 지지, 경험적 지식을 통한 실제적인 정보와 적극적인 접근, 사회적 학습을 통한 행동변화 및 자기효능감 향상을 가져오며, 치료에 회복에 긍정적인 효과를 가진다. 정신장애인이 지역사회에서 회복된 삶을 살아가기 위해서는 전문가의 개입뿐만 아니라 동료지원을 통한 희망, 자신감, 소속감이 회복의 중요한 토대가 될 것이다.

이미 서구에서는 동료지원이 제도화되어 다양한 영역으로 확대되어 오고 있다. 영국에는 잉글랜드와 웨일스 전역에 설치된 125개의 당사자 단체 마인드(mind)와 당사자 및 가족을 지원하는 140개의 지역지원그룹 Rethink, Bipolar UK, 약 180여개의 모임으로 운영되는 환청경험 당사자 모임 Hearing Voices Movement(HVM)이 존재한다. 또한 영국 NHS에서는 정신건강 실행계획(2023/24)을 안에 동료지원자 수 증가 계획과 의료 및 비의료적 인력에 대한 동료지원 교육의 확대를 포함하였다.

〈표 7-23〉 동료지원서비스 제도화 : 영국

내용
• **당사자 단체** - 잉글랜드와 웨일스 전역에 설치된 125개의 당사자 단체 마인드(mind), 당사자 및 가족을 지원하는 140개의 지역지원그룹 Rethink, Bipolar UK, 약 180여개의 모임으로 운영되는 환청경험 당사자 모임 Hearing Voices Movement(HVM) • **NHS 정신건강 실행 계획(NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24)** - NHS가 발표한 정신건강 실행 계획에 따르면 2023/24년까지 의료 및 비의료적 인력에게 동료지원에 관련된 교육을 확대하고 동료 지원가 수를 증가할 예정이라 발표함

*출처 : https://www.mind.org.uk/, https://www.rethink.org/, https://www.bipolaruk.org/, https://www.hearing-voices.org/
https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf

호주 정부는 정신건강 프로그램 및 서비스에 대한 국가검토(2014), 제5차 국가정신건강 계획에 동료지원서비스를 제도화하였다.

〈표 7-24〉 동료지원서비스 제도화 : 호주

내용
• **정신건강 프로그램 및 서비스에 대한 국가 검토(2014)** - 호주 정부는 본 보고서를 통해 현재 정신건강과 관련하여 운영중인 서비스 및 프로그램의 효율성과 효과성, 그리고 전반적인 예산 투입 및 지출을 검토 제시함 ***Recommendation 21*** *: 정신보건 요원 및 동료지원가 인력의 공급, 생산성, 접근성 향상을 위한 성취 계획* *15. 합의된 정의, 주요 역할 및 기능, 원칙 및 윤리 강령, 동료지원가와 슈퍼바이저에 대한 국가적 역량을 포함하는 정신건강 동료지원가 인력 개발 지침을 수립한다. 여기에는 고용 및 합리적 조정, 교육 및 지원 원칙, 실무 자원, 감독, 멘토링, 지원/이행 접근 방안을 포함한다.* *16. 정신건강 동료 지원가 인력 데이터 수집 방안, 데이터셋 구축, 공공 공표 방식을 개발하여, 인력 개선 사항을 측정하고 평가하도록 한다.* • **제5차 국가정신건강계획** ***제20조*** *: 정부는 동료지원 인력 개발 지침을 개발할 것을 보장한다.* *1. 이용자 및 보호자와 지역사회 기반 동료지원가가 의미있는 연결망을 형성할 수 있도록 역할 규명* *2. 정신보건 의료진과 안티-스티그마적 개입 방안 마련* ***제29조*** *: 정부는 2014년 국가정신위원회의 정신건강 프로그램 및 서비스에 대한 국가 검토 권고와 조치와 위 제20조의 동료지원 인력개발을 수행한다.*

국가인권위원회
humanrights.go.kr

우리나라에서도 정신재활시설을 중심으로 10여년 전부터 동료지원 활동이 이루어져 왔으며, 2013년 서울광역정신건강복지센터, 한국장애인고용공단 고용개발원의 동료지원가 직무개발 프로젝트, 2016년 서울시의 동료지원가 양성사업 지원, 2019년 보건복지부 절차보조시범사업, 2020년 서울시 정신장애인 동료지원센터 설치, 2021년 국립정신건강센터 정신장애인 동료지원 양성과정 개발 등 동료지원의 제도화를 위한 기반 조성이 이루어졌다. 제2차 국가정신건강기본계획에서도 정신질환자 지원을 위해 회복된 정신질환자·당사자 가족을 동료, 가족지원가로 양성하고 정신질환자 권익옹호 활동에의 참여를 보장하겠다고 명시하고 있다.

이제 동료지원이 제도화되어 체계적으로 운영되어야 할 시점이다. 정신건강복지법 상 동료지원에 대한 법적 근거를 마련해야 한다. 동료지원가의 역할과 업무, 양성과정, 고용 조건 등에 대해 구체화하며, 지역 거점의 정신장애인 동료지원센터를 설치함으로써 지속적으로 지원하도록 해야 한다.

- 동료지원 근거 법률 마련 및 제도화
- 동료지원센터 설치 및 동료지원가 배치

3. 자립과 회복을 위한 지역사회기반 지원체계 구축

1) 정신질환자 및 정신장애인 지역사회 통합지원체계 확대 : 돌봄에서 자립지원으로

정신장애인이 지역사회와 통합하여 자립생활을 하기 위해서는 재활, 소득, 고용, 주거, 회복 지원 등 다양한 복지서비스가 필요하다. 그러나 현재 우리나라 정신장애인을 위한 전달체계는 양적으로 부족하고 분절적이다. 그동안 정신장애인에 대해서도 커뮤니티 케어를 표방하고 정신장애인에 대한 돌봄을 확대하는 정책을 추진해왔으나 여전히 미흡한 부분이 많다.

해외 선진사례를 살펴보면 우리나라의 상황에 그대로 적용하기에는 맥락과 조건이 다름에도 불구하고 참고할 점이 많은데, 대체로 수차례의 법 개정을 통하여 통합돌봄지원체계를 가지고 있고, 정신장애인의 개별적 욕구를 충분히 반영하기 위해 개별지원체계를 구축하고 있으며, 자립지원을 위한 주거지원을 확대하여 보장하고 있다.

먼저 호주의 사례를 살펴보면, 호주장애인보험법(NDIS)의 테두리 안에서 정신장애인에 대한 지역사회 자립생활을 지원하고 있다. 주 별로 제정되어 있는 정신보건법의 범위 내에서는 정신질환자에 대한 치료를 주로 담당한다면, NDIS의 체계 내에서 영구장애인이 지역사회에서 자립생활을 영유할 수 있도록 욕구에 따른 개인별 지원계획을 수립하고 가사도우미, 상담, 교육, 취업지원, 공동체 참여 등의 각종 복지서비스를 통합적으로 지원한다(강상경, 2021). 예를 들어, 호주의 빅토리아주에서는 중증정신질환자들을 대상으로 공공병원에 의해 전문적으로 관리되는 시스템으로 사정·진단·치료·재활·사례관리서비스를 제공함과 동시에, 민간단체를 중심으로 정신사회 회복 주간 프로그램, 찾아가는 정신사회 서비스, 주거 재활시설, 쉼터, 자조모임을 운영하고 있다. 정신장애인이 자신에게 맞는 서비스를 모델링하는데 필요한 서비스 코디네이션과 재정적 자원을 NDIS를 통해 통합적으로 지원하고 있다.

영국의 커뮤니티 케어에서도 이와 같은 통합지원체계의 특성이 잘 나타나는데, 당사자 및 가족의 거주, 노동, 복지 등의 개별화된 욕구에 근거한 사례관리 서비스가 개인예산제도(Personal Budget)를 통해 이루어지고 있다. 영국의 정신보건서비스는 NHS와 지방정부에서 1~3차까지의 서비스를 제공하고 있으며, 정신질환의 발생시 1차 정신보건서비스에서 제공하는 심리치료 접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) 프로그램을 통해 서비스를 제공받고, 추가적인 서비스가 필요하다고 판단되는 경우에는 NHS의 2차 의료서비스 시스템 하에서 NHS 내의 임상 감독 그룹(Clinical Commissioning Groups, CCGs)를 통해 병원 치료 계획 수립, 재활 보호(rehabilitative care), 응급치료, 다수의 지역사회 의료서비스 및 정신장애를 포함한 장애 관련 치료를 받을 수 있다. 퇴원 이후에는

NHS 체계 내에서 치료 외에도 '사회적 처방(social prescribing)' 프로그램을 통해 당사자가 회복할 수 있도록 다양한 비의료적 형태의 서비스를 제공받고, Care Programme Approach를 통해 사후돌봄을 받을 수 있도록 커뮤니티 케어가 설계되어 있다.

영국 정부는 1945년부터 2000년대 이후에 총 다섯 차례에 걸쳐 커뮤니티 케어 관련 입법 및 개정을 추진하였다. 본래 영국 커뮤니티 케어의 출발은 시설보호의 과도한 팽창을 견제하기 위해 시작되었고, 이후 이용자 욕구의 다양화 및 팽창과 재정 압박의 이중 제약 속에서 이용자의 주도성과 선택권을 강화하는 방식으로 제도가 변화하였다(김용득, 2019). 특히 2010년대 이후에는 사회서비스의 현대화, 서비스 품질 관리, 개인의 역량강화, 지역사회 강조 정책을 펼치고 있으며(박정선, 2018), 이러한 제도 변화의 과정 속에서도 각종 사회복지서비스의 계획, 전달, 품질관리의 책임은 여전히 지방정부가 맡고 있다.

영국의 지방정부는 사회서비스 지원(social care support)을 통해 정신장애인의 지역사회 통합돌봄을 확대하는데 중심적인 역할을 담당하고 있다. 사회서비스는 주거, 가사도움, 간호 등의 광범위한 영역에서 다양한 형태를 띠고 있으며 통합적으로 복지 및 사회서비스를 이용할 수 있다. 이 때 정해진 서비스를 이용하는 것이 아니라 자격이 될 때 지방정부로부터 개인예산을 산출하여 계획하고 집행하게 되는데 이를 개인예산제도(Personal Budget)라고 부른다. 잉글랜드 혹은 웨일스 지역의 18세 이상 주민 중 사회서비스 이용 자격 요건에 해당하는 사람들은 지원 대상이 되며, 기존의 NHS시스템과 달리 이용자가 서비스 이용료를 부담할 수도 있다.

〈표 7-25〉 사회서비스 지원 : 영국

내용
• **사회서비스지원(social care support)** - 지방정부에서도 정신장애인의 회복을 위해 사회서비스를 제공하고 있음. 지방정부의 사회서비스는 주거, 가사 도움, 간호, 상담, 교통비 지원 등과 같은 다양한 형태의 서비스임. 잉글랜드 혹은 웨일스 지역의 18세 이상 주민 중 사회서비스 이용 자격요건에 해당하는 사람들은 지원을 받을 수 있음. 본인, 병원 혹은 지인의 의뢰로 지역 정부 웹사이트를 통해 지원할 수 있음. 지원하게 되면 지방정부가 클라이언트의 니즈(needs)와 경제적 상황을 사정하는데, 대면 및 비대면 사정 모두 가능함. 클라이언트가 자격요건을 충족된다고 판단될 경우, 클라이언트와 지방정부가 함께 지원계획을 수립함. 그 후, 계획에 따라 클라이언트는 니즈에 대한 여러 가지 서비스를 받음. 지방정부의 사회서비스 경우, NHS와 달리 이용자가 서비스 이용료를 부담할 수도 있음.

*출처 : https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/personal-health-budgets-for-mental-health/

개인예산제도가 도입된 이유는, 1996년 정부가 서비스 이용자에게 직접 현금을 지급하는 직접지불제도(Direct Payment)는 실제 이용률이 저조하였기 때문으로, 서비스 이용자의 부담과 책임이 커서 선호되지 않았기 때문이다. 이에 대한 대안으로 2005년 개인예산제도가 채택되었고, 자격이 있는 이용자에게 자원할당시스템을 통해 욕구사정을 스스로 하도록 하여 개인예산금액을 지급하고, 이용자가 이를 직접 집행하거나 케어매니저나 서비스 공급기관에 위탁하여 서비스를 받도록 하였다(김용득, 2013). 개인예산제도는 서비스 공급자가 아닌 수요자에게 재정을 지원하는 제도이며 수요자의 선택권을 보장하고 공급자의 경쟁을 유도하므로 만족도가 높다. 또한 의사결정에 어려움이 있는 사람들에게는 가족이나 관련 기관과 함께 계획을 수립하고 공동집행 하도록 수정되었다(김용득, 2019).

〈표 7-26〉 개인예산제도 : 영국

내용
• **개인예산제도(Personal Budget) (보호법 제1조, 제31조)** - 이 제도는 보호 및 지원이 필요한 자가 자신에게 필요한 사회서비스를 선택하여 이용할 수 있도록 하여 자기주도지원(self-directed support) 가치를 실현하는 권리보장제도로 이해할 수 있음(Disability Rights UK, 2017). 정해진 서비스를 이용하는 것이 아니라 지방정부가 당사자의 필요한 욕구를 사정한 후 그에 맞춘 개인 예산(personal budget)을 수립함. 이처럼 개인예산제도가 법제화되어 장애인이 자기 주도적으로 서비스를 이용할 수 있도록 하여 장애인의 권리를 보장함. - 영국은 서비스이용자의 선택권을 보장하기 위해 정부가 서비스 대신 현금을 지급하는 직접지불제도(Direct Payment Act, 1996)를 도입하였으나, 실제로는 전체 정부재정지출의 10% 정도만 직접지불제도 이용이 증가하였음. 그 이유는 현금지급을 받는 경우, 이용자 스스로 서비스제공기관 및 인력을 찾아야하고, 고용주로서의 책임을 부담하며, 이용한 비용을 정산하여 정부에 보고하는 부담을 졌기 때문이며, 이를 개선하고자 개인예산제도를 대안으로 채택하여 2003년 시범사업으로 시작하였고, 2006년부터 전체 지방정부에 도입되었음(김용득, 2013, 2019). - 개인예산제도는 서비스 이용자격을 부여받은 이용자는 자신의 상황과 욕구를 전산시스템에 직접 기입하는 방식으로 자기사정(self-assessment)를 실시하고, 시스템의 계산에 따라 개인예산액이 산출되며, 결정된 예산액을 이용자가 ① 직접 현금을 수령하여 이용자의 책임 하에 개인예산을 집행하거나, ② 개인예산을 지방정부 케어매니저에게 위탁하고 지방정부와 계약을 맺은 서비스공급기관으로부터 서비스를 구매하거나, ③ 서비스기관에 개인예산을 직접 위탁하고 서비스를 받는 방식 중에서 선택할 수 있음(김용득, 2013, 2019).

영국의 사회서비스 지원 및 개인예산제도는 그 자체로 통합적인 돌봄지원이자, 정신장애인 스스로가 주도적으로 선택권을 가질 수 있도록 하는 개별지원체계라고 볼 수 있다. 이를 우리나라의 상황에 그대로 적용하기에는 지방정부의 역할, 인력 및 예산, 민관 파트너십 구축 등의 문제로 현실적으로 어려운 점이 많으나, 이용자의 선택권 보장 및 자기주도성을 극대화하고자 하는 점은 우리에게 시사하는 바가 크다. 즉, 우리나라의 정신재활시설의 서비스 또한 개인맞춤형 서비스로 재편하고, 지역사회기반의 다양한 돌봄서비스의 확충이 필요

국가인권위원회 humanrights.go.kr

하다. 특히, 정신장애인의 욕구가 높은데도 부족한 직업재활서비스를 강화할 필요가 하고 일상 쉼터 및 위기 쉼터를 확충할 필요가 있다.

마지막으로 지역사회의 자립에서 가장 중요한 점 중의 하나는 주거 지원이다. 정신장애인 당사자와 가족은 퇴원·퇴소 후에 정신장애인이 지역사회에서 자립하기 위해서는 우선적으로 살 집이 필요하며, 이를 위한 주택 및 주거비용 지원이 선행되어야 함을 강조하였다. 그간 2000년 중반 이후 공동생활가정이 크게 증가하였으나 정원이 소규모이기 때문에 정신장애인의 주거문제를 해소하는 데에는 여전히 부족하다. 그리고 주거공간의 확충뿐 아니라 안정적인 주거를 지속할 수 있는 지원서비스도 부가될 필요가 있다. 예컨대 정신장애인의 자립 및 지역사회 정착을 지원하는 정신장애자립지원센터는 전국에 7개소에 불과하므로, 정신장애인자립지원센터의 의무 설치를 정신건강복지법 및 장애인복지법에 반영하고 필요한 예산을 지원해야 한다.

영국에서는 지방정부 차원에서 Licensed care home이라는 중증정신장애인 주거지원시스템이 존재한다. 영국에는 약 17,600개의 care homes가 있으며 이 중 70%는 주거지원 형태의 care home이며 30%는 인증된 간호사가 상주하는 'nursing home'이다. 지불능력이 없는 경우 정신보건법 제117조에 의거하여 지방정부에서 주거비용을 지원하고 있다.

〈표 7-27〉 주거비용 지원 : 영국

내용
• **Licensed care home을 통한 주거 비용 지원 (정신보건법 제117조)** - 자립지원은 주로 지방 정부차원에서 제공하고 있다. 'Licensed care home'이란 명칭 아래 자립지원을 하고 있으며 중증정신질환을 앓고 있는 자가 살 수 있음. Care home에 살기 위한 거주비용 또한 지방정부에서 결정함. - 지불 능력이 없는 경우 지방정부에서 지원할 수도 있음. 하지만, 정신보건법 제 117조에 의해 care home에 들어가는 경우는 거주비용을 내지 않아도 됨. 현재 영국에는 약 17,600개의 care homes가 있으며 이 중 70%는 주거지원 형태의 care home이며 30%는 인증된 간호사가 상주하는 'nursing home'임.

*출처 : https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/personal-health-budgets-for-mental-health

호주의 뉴사우스웨일스주에서는 지역사회생활지원(Community Living Support)서비스를 주거 및 숙박 지원 이니셔티브(HASI) 플러스 프로그램(Housing and Accommodation Support Initiative(HASI) Plus program)으로 확장하여 시행하고 있다. 여기에는 24시간까지의 지원과 최대 2년 동안 머무를 수 있는 전환쉼터(transitional accommodation) 제공을 포함하고 있다. 서비스 및 지원은 NGO를 통해 제공되며 정신건강케어 욕구는 대부분 지역사회 정신건강팀을 통해 충족되는 형태이다.

〈표 7-28〉 주거 및 숙박 지원 이니셔티브(HASI) 플러스 프로그램 : 호주

내용
• **지원 서비스** - 주거 및 숙박 지원 이니셔티브(HASI) 플러스는 고강도 과도기 프로그램임. 당사자들이 지역사회에서 더 독립적인 삶으로 전환하도록 특별히 고안된 많은 유연한 지원에 접근할 수 있다는 것을 의미함
• **커뮤니티 기반 전용 숙박 시설(Dedicated community-based accommodation)** - 일단 프로그램에 참여하게 되면, 참가자들은 8개의 지역 사회 숙소 중 한 곳으로 이동하게 됨. 이들은 자립형 아파트이거나 공동 취사시설과 생활공간이 있는 개조주택임 - NSW의 누구나 HASI Plus를 신청할 수 있지만 숙박 시설은 총 7곳에만 위치해 있음
• **임대지원** - HASI Plus 프로그램에 참여하는 모든 사람은 임대 계약서에 서명하고 숙소에 대한 책임을 짐. 임대권 및 책임을 이해하고 소작권 관리 능력을 배양하며 발생하는 모든 문제를 해결할 수 있도록 지원받을 것임. 이것들은 프로그램 이후에 당신이 좀 더 독립적인 삶으로 전환하도록 돕는 중요한 기술들이 될 것임
• **유연한 임상 및 일상 생활 기술** - HASI Plus 참가자들은 일상생활에서 자립심을 기르기 위한 다양한 지원을 받으며, 당사자의 목표와 회복을 중심으로 디자인됨. 이것은 쇼핑, 재정 관리, 요리 또는 대중교통 이용과 같은 일상 생활 기술을 포함할 수 있음 - 이 프로그램에는 재활과 회복을 돕고 다른 건강상의 필요를 해결할 수 있는 집중적인 임상 지원도 포함되어 있음
• **HASI Plus를 이용 대상** - NSW의 모든 소비자는 다음과 같은 경우에 HASI Plus를 신청할 수 있음 • 18세 이상 • 회복 및 지역사회 생활 지원을 받는 프로그램에 참여하고자 하는 사람. • 정신 질환 진단을 받은 사람, 정신질환이 일상생활관리에 어려움을 야기하는 사람 • 다른 지원들과 함께 지역사회에서 독립을 시도하였지만 잘 되지 않은 사람
• **우선 이용 대상** - HASI Plus는 이러한 종류의 지원 없이는 병원이나 다른 기관에서 퇴원할 수 없는 사람들을 우선시함

* 출처 : https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/adults/Pages/hasi-plus-program.aspx

이와 같이 선진사례에서는 다양한 형태의 주거공간 및 지원서비스가 결합되어 제공되고 있으며, 퇴원·퇴소한 정신장애인이 지역사회에 정착할 수 있도록 전환쉼터를 제공하는 것을 간과하지 않고 있다. 우리의 경우 절대적으로 부족한 주거공간 및 주거지원 서비스를 확충할 수 있도록 민간운영주체에 대한 설치비용이나 임대료 지원이 필요하고, 전환쉼터 또한 충분히 설치될 수 있도록 지원해야 한다.

- 정신장애인 지역사회 통합돌봄 확대
- 정신장애인 개별지원체계 구축
- 주택공급 및 지원주거 확대

2) 지역사회 인프라 및 서비스 확대

정신장애인이 지역사회 내에서 이용할 수 있는 복지서비스 인프라의 양적 확대가 시급하다. 최근 10여 년 동안 정신재활시설의 수가 증가한 것은 사실이나 정신장애인이 쉽게 접근하기에는 크게 미흡하고, 최근 장애인복지법 15조가 폐지되면서 정신장애인들이 장애인복지서비스 전달체계 내에서 차별 없이 서비스를 이용할 수 있도록 제도개선이 요구된다.

우선 정신장애인이 지역사회 내에서 복지서비스를 이용할 수 있는 인프라의 양적 측면을 살펴보면 절대적으로 부족하다. 정신재활시설의 유형에 관계 없이 지역 내에 1개소도 설치·운영되지 않는 시·군·구는 전체 229개 기초지방자치단체 중 105개 지역(45.9%)으로 약 절반에 가깝고 미설치 지역의 정신장애인들은 정신건강복지법에 규정된 지역사회 내의 복지서비스에 접근할 기회를 원천적으로 배제당하고 있다(강상경 외, 2021). 또한 전체 348개 정신재활시설을 유형별로 살펴보면 공동생활가정(188개소, 54.0%), 주간재활시설(85개소, 24.4%)로 주거 및 이용형 시설에 편중되어 있고, 지역별로도 서울(144개소, 32.8%), 경기(55개소, 15.8%), 인천(11개소, 3.2%) 등 수도권에 전체 정신재활시설의 약 60%인 210개소가 소재하고 있다.

정신재활시설의 확대 과정을 살펴보면 몇 가지 문제점이 드러난다. 최근의 변화에서 가장 두드러진 특징은 2000년 중후반부터 공동생활가정이 수도권을 중심으로 크게 증가한 점이다. 이는 최근 정신장애인의 지역사회 정착 및 주거지원에 대한 사회적 관심이 커진 이유도 있지만, 정부 및 지자체의 지원이 부족한 상황에서 설치비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설에 비해 비용부담이 적은 공동생활가정의 설치·운영이 민간운영주체 입장에서 선호되었기 때문이다. 공동생활가정의 증가는 그간 소홀하였던 주거 인프라의 확충에는 도움이 되었고, 회복 및 독립주거 준비를 위한 징검다리 역할을 하는 장점이 있다. 그러나 공동생활가정의 정원이 3~8명 정도로 소규모인 점을 감안하면 전체 정신재활시설의 이용정원이 크게 증가되지는 못한 한계가 있고, 전체 정원에 있어서도 정신장애인의 주거 문제를 모두 해결하기에는 여전히 역부족이다. 다른 한편으로는 지역사회에서 회복 및 자립생활에 필요한 지역사회전환시설, 직업재활시설 등의 확충은 미흡하여 제자리 수준에 그치고 있다(강상경 외, 2021). 이에 다양한 영역의 욕구를 충족시킬 수 있도록 부족한 정신재활시설 유형이 신규 설치될 수 있도록 지원할 필요성이 제기된다.

일본에서는 몇 차례의 법률 개정을 통해 정신장애인의 탈시설화를 위한 정신장애인 전달체계와 장애인복지 전달체계의 통합이 이루어졌다. 일본의 정신건강서비스에 대한 예산 지원은 신체적, 지적장애인에 대한 예산 지원에 비해 낮았으며, 지적 또는 신체적 장애가 있는

사람들에게 서비스를 제공하는 새로운 시스템에 정신장애인은 배제되어, 모든 장애의 형평성을 확보하기 위해 서비스 제공 및 자금조달 시스템의 통합을 추진하였다. 2005년 '장애인지원법'이 제정되어 장애인 복지 서비스가 일원화되면서 신체-지적-정신장애 유형에 대한 서비스를 통합하여 제공하도록 하였다. 그 전까지 사회복귀시설은 정신건강복지법상 일상생활 훈련 시설(facilities for training in daily life), 직업재활 시설, 복지홈(welfare homes), 복지 공장(welfare factories), 지역사회생활지원센터(community life support centers) 등의 다섯 가지 유형으로 구분되었으나, 장애인지원법 제정 이후 신체적-지적-정신적 장애인의 복지 시설이 통합되었고 정신장애인을 위한 주요 서비스에는 그룹 홈, 지역활동 지원센터(local activity support centers), 재가 지원(home help), 상담 서비스 및 고용 서비스 등이 포함되었다. 사회복귀시설은 대부분 민간 사회복지법인 또는 민간 보건의료 법인에 의해 제공되는데, 모두 비영리 단체로 운영된다. 2008년에는 1,791개의 주택서비스를 제공하는 사회복귀시설이 21,084명의 이용자에게 서비스를 제공하였다. 한 주거시설의 평균 정원은 11.7명으로 나타났다. 또한 통원 재활(ambulatory rehabilitation)을 위해 1,314개의 시설이 27,493명의 이용자에게 서비스를 제공하는 것으로 분석되었다(Setoya, 2012). 이후 2012년 장애인지원법을 개정한 '장애인종합지원법'이 시행되어 장애인서비스의 범위를 희귀질환자까지 확대하고, 재가지원서비스(home care services) 범위를 신체장애인을 넘어 지적장애인, 심리사회적장애인(정신장애인)으로 확대하였으며 개인별 의사결정 지원을 도입하였다. 2013년 정신보건복지법 개정에서 의료보호입원자의 퇴원에 의한 지역사회에서의 생활 이행을 촉진하기 위하여 '퇴원 후 정신보건복지상담원' 제도가 도입되기도 하였다.

정신장애인 전달체계와 장애인복지 전달체계의 통합을 이루는 과정을 살펴보면, 최근 장애인복지법 15조를 폐지한 우리나라의 입장에서 참고할 부분이 몇 가지 있다. 즉, 전달체계의 통합으로 정신장애인에 대한 서비스 제공이 더욱 용이 해진 점이 있는 반면, 지역사회에서 실질적으로 이용가능한 인프라를 추가적으로 확충하지 않은 채 법 체계의 일원화만으로는 탈원화를 달성하는데 한계가 있다. 또한 민간정신의료기관의 병상수가 많은 상황에서 병상 수를 감축하기 위한 인센티브 및 조기 퇴원을 유도하기 위한 의료 수가 조정 등의 재정적 조치 만으로는 입원 환자의 조기 퇴원이나 의료기관 병상 수의 감소에는 한계가 있다. 이는 장애인복지법 15조 폐지 이후에 장애인복지법 상의 시행규칙과 지침을 개선하는 것 이외에도 실질적인 지역사회 복지서비스 인프라를 확충할 수 있도록 예산을 확보하고 다양한 형태로 지원하는 것이 중요한 이유라고 볼 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

따라서 정신재활시설의 양적 확대를 위한 보다 적극적인 지원이 필요하다. 종합사회복지관과 같이 정부 및 지자체에서 시설을 먼저 공공재원으로 건립하고 기관의 운영은 민간에게 위탁하거나, 공간확보가 용이하도록 임대료 장기 지원 등의 제도적 지원을 적극 시행하여야 한다. 더불어 정신장애인의 다양한 욕구를 고루 충족시킬 수 있도록 다양한 형태의 시설 설치가 필요하다. 특히 퇴원·퇴소한 정신장애인이 지역사회에 쉽게 정착할 수 있도록 지역사회전환시설이나, 취업을 통한 경제적·심리적·사회적 이득을 도모할 수 있는 직업재활 및 고용유지 지원을 할 수 있는 직업재활시설을 확충하여야 한다.

다음으로 집중사례관리 체계를 강화할 필요가 있다. 그간 현장에서 사례관리의 필요성은 수 차례 제기되었으나, 부족한 인프라 및 인력 문제로 형식적인 사례관리에 그치고 있다. 정신질환의 특성을 고려하여 퇴원 후 증상이 안정되는 단계의 정신장애인이나 입·퇴원이 반복되고 위기개입이 필요한 정신장애인에 대해서는 전문요원의 최소 주 2~3회 이상의 대면방문을 통해 안정적인 생활을 유지하기 위한 약물증상관리와 일상생활 지원 등의 집중사례관리가 필요하다. 또한 집중사례관리 과정에서 생활상의 위기나 증상의 악화가 나타나더라도 입원 대신 위기를 극복할 수 있는 쉼터와 같은 공간을 마련하는 것도 필요하다.

부족한 서비스를 확대하기 위한 방안으로 장애인 활동지원서비스에서 정신장애인이 체계적으로 배제되는 것을 보완할 필요가 있다. 현재는 신체장애인에게 유리하도록 평가기준이 설정되어 있는데, 정신장애인의 경우 ADL은 양호하지만 IADL 점수가 낮은 장애특성을 가지기 때문에, 이러한 부분이 개선될 필요가 있다. 활동지원서비스를 통해서 정신장애인들이 지역사회에서 부족하지만 복지서비스를 제공받을 기회를 보장해야 한다.

- 정신재활시설 설치 확대 및 다양화
- 집중사례관리 체계 강화
- 활동지원서비스 정신장애인 적용 확대

3) 정신장애인 당사자 단체 지원

우리나라의 정신장애인 당사자 조직 운동의 역사가 비교적 짧기 때문에 당사자 단체에 대한 정부나 지자체의 지원도 상대적으로 적은 편이다. 우리나라의 당사자 단체의 시작은 2000년 초중반 회복패러다임 및 당사자주의의 확산에 따라 기존의 정신재활시설이나 정신건강복지센터 등의 지원을 받아 소규모의 별도의 모임으로 조직화되기 시작하였다. 최근에는 전국에 10여개 정도의 단체가 각자의 방식으로 정신장애인의 권익옹호 및 사회통합을

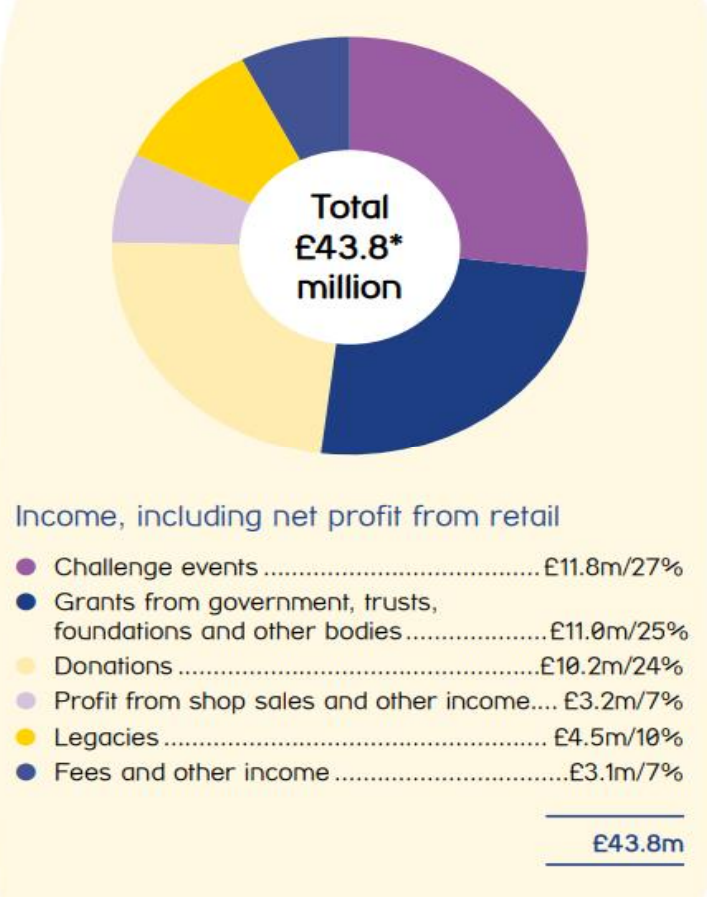
위한 다양한 목소리를 내고 있다. 당사자 단체는 정신장애인 당사자의 역량강화 및 동료지원 활동, 탈원화 및 지역사회 자립 지원, 권익옹호 및 사회 인식 개선 등의 다양한 이슈에 대해 주도적으로 활동을 추진함으로써, 내부적으로는 당사자가 중심이 되는 공동체 문화를 만들어내고 외부적으로는 정신보건 정책 및 사회적 인식을 변화시키는데 공헌해왔다(하경희, 2019, 2021).

당사자 운동의 역사가 상대적으로 짧기 때문에 향후 개선 및 지원이 필요한 부분이 몇 가지 지적되고 있다. 무엇보다 당사자 단체의 숫자가 적을 뿐 아니라 대다수가 서울 지역에 편중되어 있어 정신장애인과 그 가족이 접근하고 참여할 기회가 제한되어 있다. 또한 당사자 활동에 필요한 안정적인 사업 예산을 충분히 확보하지 못하고 있으며, 단체 운영에 있어서는 소수의 리더의 역량에 크게 의존하는 취약점이 있다(하경희, 2021). 이 중 당사자 단체가 많지 않고 편중되어 있으며, 인력 문제 등은 짧은 당사자 운동의 역사를 고려하면 향후 당사자 조직 간의 연대와 구성원의 역량강화 및 리더 양성을 통해 점진적으로 개선할 수 있는 반면, 취약한 재정의 문제에 대해서는 국가 및 지자체에서 적극적으로 지원이 필요한 부분이다.

UN장애인권리협약 및 외국의 선진사례에서도 치료 및 서비스 이용, 정책입안과정에서의 당사자의 주도적인 참여를 강조하고 있는 바, 이러한 당사자 중심의 정책 및 서비스 혁신을 이루기 위해서는 다양하고 많은 수의 당사자 단체의 활동을 충분히 보장할 필요가 있다.

당사자 단체의 활동이 활발한 영국의 사례를 살펴보면, 잉글랜드와 웨일스 전역에 설치된 125개의 당사자 단체 마인드(mind)의 재정구조를 살펴보면, 주로 공모사업(challenge events)이 27%, 정부나 지역의회 및 건강보험으로부터의 보조금(grants) 지원이 25%, 기부금(donation) 수입이 24% 비율을 차기하고 있는데, 이 중 정부 등으로부터의 보조금 규모가 약 1천 2백만 파운드(약 165억 원)로 큰 비중을 차지하고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr



*출처 : https://www.mind.org.uk/about-us/how-we-raise-and-spend-our-money/

[그림 7-4] 당사자 단체 mind의 2019/20 수입 내역 : 영국

호주의 경우도 생산성 위원회의 정신건강보고서에 동료지원가 전문 협회를 만들기 위한 시드펀딩에 대한 권고안을 삽입하였다. 즉, 이미 동료지원이 제도화되어 있을 뿐 아니라, 정신보건현장에서 당사자 중심의 조직을 구성하여 보다 동료지원가 양성이나 교육 등 체계적인 활동이 가능하도록 재정지원을 보장하는 것을 의미한다.

〈표 7-29〉 정신장애인 당사자 단체 지원 : 호주

내용
• 동료지원가를 위한 국가 전문직 협회 설립 및 시드펀딩 제공 권고 (2020) - 2020년 연방정부는 동료지원가 노동력을 위한 국가 전문직 협회 설립 권고안을 포함하여, 생산성 위원회의 정신건강 보고서에 있는 모든 권고안을 삽입하기로 약속함. 그것은 아래와 같은 내용을 권고함 *호주 정부는 동료지원가를 위한 전문 협회를 만들기 위한 일회성 시드 펀딩을 제공하여 동료 노동력을 강화해야 하며, 주 및 준주 정부와 협력하여 보건 전문가에게 결과 개선을 위한 동료지원가의 역할과 가치에 대해 교육하는 프로그램을 개발해야 한다. (액션 16.5)*[69]

이러한 선진사례를 감안하면 우리나라도 정신장애인 당사자 및 가족 단체가 설립되고 활발히 활동할 수 있도록 법적 근거를 마련하여 제도적 지원을 보장하여야 한다. 더욱이 우리나라와 같이 정신장애인이 이용할 수 있는 지역사회 인프라가 부족한 상황에서 당사자 단체의 활동이 인프라 부족을 해결하는 마중물 역할이 될 수 있을 뿐 아니라, 인권 및 회복기반의 지역사회 통합의 중심적 역할을 담당할 수 있으므로 이들에 대한 재정 지원이 요구된다.

- 정신장애인 당사자 및 가족 단체 지원

69) Productivity Commission Inquiry.
https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report/mental-health-volume1.pdf

국가인권위원회
humanrights.go.kr

참고문헌

강대선, 이명현. 2015.영국 권리옹호서비스의 자율적 의사결정 지원에 관한 연구 – 의사대변인(IMCA) 제도의 분석과 전망.《한국장애인복지학》, 30(30), 71-96.

강상경, 2013,《한국정신보건서비스의 전개 과정: 사회 서비스의 관점에서》. 서울: 서울대학교 출판문화원.

강상경, 권태연. 2008. 정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안.《정신건강과 사회복지》, 28, 297-315.

강상경, 김문근, 하경희, 김낭희, 정은희, 박재우, 장창현, 이정하, 김성연, 전해숙. 2020.《정신재활시설 운영 이용실태 및 이용자 인권실태조사》. 서울: 국가인권위원회.

강상경, 제철웅, 이용표, 하경희, 김도희. 2021.《정신질환자 및 정신장애인의 회복과 사회통합을 위한 법 개정 방안 연구》. 세종: 보건복지부.

국립부곡병원. 2019.《정신질환자 치료 관리체계 개선을 위한 '병원기반 사례관리' 도입 및 추진방향 모색》. 세종: 보건복지부.

국립정신건강센터. 2020.《국가 정신건강현황 보고서 2019》. 서울: 국립정신건강센터.

국회사무처. 2021.《영국 2021-22 예산안 및 재정운용계획 발표》. 서울: 국회사무처.

권오용, 오현성, 김민, 최희승, 박인환, 김혜성, 박동진, 이설아, 신수민, 천지향, 김혜영, 신승희. 2018.《정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사》, 서울: 국가인권위원회.

김경호, 소순창. 2009, 지방행정과 정신장애인의 인권보호: 선진국의 정신보건정책에 대한 비교분석을 토대로,《국제지역연구》, 13(1), 35-65.

김기룡, 김예원, 김정하, 김은애, 송효정, 이승홍, 이용표, 조경미. 2017,《중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사》, 서울: 국가인권위원회.

김문근. 2010. 성년후견법률에 나타난 의사결정능력의 개념에 관한 연구: 영국 정신능력법(Mental Capacity Act, 2005)을 중심으로.《사회복지연구》, 41(3), 241-269.

김문근. 2016. 정신보건법 개정 담론에 근거한 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 주요 쟁점 분석. 사회복지연구, 47(3), 85-111.

김문근, 하경희, 최진실. 2015.《정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구》. 세종: 보건복지부.

김범석. 2002. 갈라지는 민주화의 길: 대만과 한국 비교.《국제정치논총. 42(2호)》. 237-262.

김선주. 2016, 장애인거주시설 인권의 중요도와 실행도 차이에 대한 탐색적 연구: 경기도, 경상북도, 전라남도 지역을 중심으로,《한국콘텐츠학회논문지》, 16(11): 271-280.

김의섭, 이상훈. 2013.《영국의 지방세 제도》. 서울: 한국지방세연구원.

김용득. 2013, 영국의 재가돌봄서비스 제도 동향 분석,《사회서비스연구》, 4(2): 61-113.

김용득. 2019, 1990년 이후 영국 커뮤니티 케어 변화의 궤적 읽기: 이용자 선택과 제도 지속가능의 쟁점을 중심으로,《보건사회연구》, 39(3): 114-147.

김진우. 2018. 영국 장애인 탈시설화의 함의.《한국사회복지학》, 70(3), 7-27.

김형식, 유경민, 권순지, 박규영, 우주형, 권오용. 2019.《국제장애인 권리 및 입법의 발달 연구보고서》. 서울: 장애인개발원.

김형철. 2008. 대만 총통제와 민주주의 공고화의 지체: 통치구조와 운영의 비조응성을 중심으로.《비교민주주의연구》, 4(1), 31-66.

나영희. 2008, 정신장애인의 인권침해사례 연구,《정신건강과 사회복지》, 29: 389-419.

남 희, 박연서, 변재연, 신동진, 이강구, 태정림. 2020.《주요국의 재정제도》. 서울: 국회예산정책처 경제분석실 재정정책분석과.

박선주, 남윤영, 황태연, 조근호, 전진용, 김은진, 김철응. 2017. 정신보건심판위원회 계속입원치료 심사제도 운영현황 및 개선방안.《보건행정학회지》, 27(4), 347-358.

박인환. 2016, 정신장애인의 인권과 지역사회통합의 관점에서 본 2016년 정신건강증진법의 평가와 과제,《의료법학》, 17(1), 209-279.

박인환, 이용표. 2018. 정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제 15 조 등 법제 개선방향. 법과 정책연구, 18(2), 111-152.

박정선. (2018). 영국 사회적 돌봄과 커뮤니티 케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제. 사회복지법제연구, 9(3), 181-207.

박종익, 장홍석, 이진석, 이명수. 2008,《장기입원의 구조적 원인과 지속요인》, 서울: 국가인권위원회.

백종우. 2019.《자살고위험군(시도자) 병원기반 사례관리 서비스 개발 보고서》. 서울: 보건복지부.

법제처 국가법령정보센터. 2021, “정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률” Retrieved from https://glaw.scourt.go.kr/wsjo/lawod/sjo192.do?contId=2200639&jomunNo=46&jomunGajiNo

보건복지부. 2017,《지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구》, 세종: 보건복지부.

보건복지부, 건강보험심사평가원. 2017. 알기쉬운 의료급여제도. 세종, 강원: 보건복지부, , 건강보험심사평가원

보건복지부. 2020a,《정신건강복지기본계획(2021～2025) 수립 추진단 첫 기획(kick-off) 회의 개최》, 세종: 보건복지부.

보건복지부 . 2020b.《 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북》, 세종: 보건복지부.

보건복지부. 2021a,《온국민 마음건강 종합대책 : 제2차 정신건강복지기본계획(`21~`25)》, 세종: 보건복지부.

보건복지부. 2021b. 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵(2021.08.02), 세종: 보건복지부.

보건복지부. 2021c. 2021년 장애인연금(장애수당, 장애아동수당) 사업안내(지침). 세종: 보건복지부.

보건복지부, 국립정신건강센터. 2018,《정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서》, 75쪽.

보건복지부, 국립정신건강센터. 2019,《국가정신건강현황보고서 2019》, 서울: 국립정신건강센터.

보건복지부, 한국보건사회연구원. 1999,《전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사》, 세종: 보건복지부.

보건복지부, 한국보건사회연구원. 2020.《OECD Health Statistics 2020》, 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

서미경. 2007, 뉴질랜드 정부의 정신장애인 인권보호 정책에 관한 연구: 강제입원과정에서의 자기결정권 보호와 사회적 차별극복 정책을 중심으로,《정신건강과 사회복지》, 27: 65-91.

서울시. 2012,《장기재원 정신장애인의 당사자 관점에서의 탈원화 실태조사》.

서울특별시의회. 2019,《서울시 정신질환자 지역사회지원체계 연구》, 서울: 서울특별시의회.

서울특별시의회. 2020,《서울형 정신장애인 커뮤니티케어모형 개발연구》, 서울: 서울특별시의회.

서원선, 이수연. 2018.《한국과 일본의 장애인차별금지 법제 비교연구》. 서울: 한국장애인개발원.

손수인, 신영전, 김창엽. 2010. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인.《보건사회연구》, 30(1), 92-110.

손지훈, 김경남, 배지혜, 서화연, 이해우, 조성준, 권도현. 2019.《국가 정신건강증진 마스터플랜 수립 전략 개발 연구》, 서울: 국립정신건강센터.

신권철. 2018. 정신건강복지법의 시행과 입법평가. 입법평가 연구. 13. 15-58.

신소연, 조윤민, 윤난희, 황서은, 황종남, 최정원, 김잔기, 허종호 & 이선구. (2021). 정신건강복지법 개정에 따른 입원적합성심사와 관련된 이해관계자의 경험. 보건사회연구, 41(2), 259-277.

신창식. 2005, 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구: 신노동당 집권이후(1997~)를 중심으로.《사회복지정책》, 23(1), 109-132.

신창식. 2015, 호주의 정신보건 개혁에 관한 연구: 제4차 국가정신건강계획을 중심으로,《입법과 정책》, 7(2), 471-499.

신창식, 김세원. 2015. 호주의 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁과 융복합 정책적 함의,디지털융복합연구, 13(6), 341-350.

심재진. 2017. 일반적 차별금지법으로서의 영국의 2010년 평등법 제정의 의미와 시사점. 강 원 법 학, 50, 43-85.

세계법제정보센터. 2020, Retrieved from https://world.moleg.go.kr/web/wli/lgslInfoReadPage.do?1=1&AST_SEQ=297&CTS_SEQ=4837

오욱찬. 2018. 장애인의 차별 인식 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 2018(9), 47-58.
왕혜숙, 2013. “동아시아 가족의 다양성: 한국과 대만의 가족제도와 규범 비교 연구,”《동양사회사상》. 2(7), 351-398
외교부. 2020.《2020 영국 개황》. 서울: 외교부.
외교부. 2020.《영국 개황》.
윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희, 김아림, 김지선, 정윤선, 최지희. 2019.《중증 · 정신장애인 의료체계 실태조사》. 국가인권위원회.
윤제식, 김창윤, 안준호. 2018. 정신건강복지법 비판 : 비자의 입원 요건을 중심으로.《대한신경정신의학회》, 57(2), 145-156.
윤제식, 안준호, 윤운, 김창윤. 2017. 정신건강복지법의 문제점과 개선방안: 외부 기관 추가 전문의 진단 제도 및입원적합성심사위원회의 역할을 중심으로. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 56(4), 146-153.
이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란. 2017.《자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선방안》. 세종: 한국보건사회연구원.
이용표, 김도희, 김성용, 정유석, 송승연, 배진영, 이승훈. 2019.《서울시 정신질환자 지역사회지원체계 연구》. 서울: 서울특별시의회.
이용표, 강상경, 김용득, 박경수, 박인환, 하경희, 김병수, 김성용, 배진영, 송승연, 이진의, 황해민. 2017,《지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구》. 세종: 보건복지부.
이용표, 강상경, 배진영. 2021.《인권과 대안을 위한 정신건강사회복지론》. 서울: EM실천.
이용표, 염형국, 송승연. 2016,《정신장애인 주거생활지원센터 운영평가 및 제도화방안 연구》, 서울: 한울정신건강복지재단.
이윤정. 2021,09,08. 존슨 英 총리, 공약 깨고 세금 대폭 인상·…코로나·고령화 비용 불가피. 조선비즈. Retrived from https://biz.chosun.com/international/international_economy/2021/09/08/2EBJOIGWYFARNNNR5VRKFBTTA4/?utm_source=naver&utm_medium=original&utm_campaign=biz.
이인영, 권미진. 2019.《차별시정국 장애차별조사2과 공무국외출장 결과보고 2019》. 서울: 국가인권위원회.
이미숙. 2008. “국민건강보험에 함의된 가족 규범과 피부양자제도 변천.”《한국사회학》. 42(6), 38-67.
이재수. 2020.《대만 경제 부활과 한국의 정책과제》. 전국경제인연합회.
이호선, 이동석. 2020.UN 장애인권리협약 선택의정서 비준 필요성 및 과제.《한국장애학회지》, 5(1),

109-131.

임은정, 채철균. 2014. 일본 정신보건복지센터의 운영체계 및 시설유형 분석연구.《의료. 복지 건축》, 20(4), 57-65.

임형빈. 2018, 12, 02. 한국은 외래치료명령제와 퇴원 후 사례관리 부실... 낮병원 활성화해야. 마인드포스트. Retrived from http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=1195.

장애우권익문제연구소. 2021. 인권과 대안 정신장애인의 인권증진과 대안적 지역사회 서비스모형 구축을 위한 국제네트워크 프로젝트 자료집. 서울 : 장애우권익문제연구소.

장현근. 2000. '家' 개념의 유래와 사회화.《전통과 현대》. 14(1). 16-28.

전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호. 2017,《지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제》. 세종: 한국보건사회연구원.

정다연. 2019,08,14. 영국. 미국. 호주의 지역사회 기반 정신건강 서비스 정책 현황과 향후 과제는. 메디게이트뉴스. Retrived from http://www.medigatenews.com/news/2529931234.

정은기, 박수빈, 안주연, 홍진표, 김진학, 김수정, 서동우. 2009, 정신보건법의 주요 쟁점 조항에 대한 선진국과의 사례 비교.《대한신경정신의학회》. 48(2), 92-101.

정은희, 강상경. 2021. 정신재활시설 이용자의 복지서비스 요구도 분석: IPA 활용.《한국장애인복지학》, 52(52), 111-134.

정정희. 2021. 장애인차별금지법의 제정배경과 실효성 확보방안 검토.《법이론실무연구》, 9(2), 253-292.

정희경, 허숙민. 2014. 한·일 장애인차별금지법 비교연구.《일본학보》. 101, 223-238.

제철웅. 2010. 영국법에서 의사결정무능력 성인의 보호제도의 역사적 전개와 2005년의 정신능력법의 특징.《비교사법》, 1(4), 215-278.

제철웅. 2011. 요보호성인의 인권존중의 관점에서 본 새로운 성년후견제도: 그 특징, 문제점 그리고 개선방안.《민사법학》, 56, 277-331.

제철웅. 2017. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 시행과 치료, 입원, 퇴원 절차에서의 정신장애인 지원 방안.《서울법학》, 25(3). 227-267.

조근호, 장미. 2019.《동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교.《Journal of Korean Neuropsychiatric Association》, 58(4), 297-313.

조임영. 2011. 장애차별의 개념과 작동 — 영국의 2010년 평등법(Equality Act 2010)상 장애차별 개념을 중심으로 . 노동법학, 37, 165-205.

주윤정. 2013. 대만 장애인 인권운동(1980년대~2000년대)과 복지권의 형성과정.《기억과 전망》, 29(1), 336-372.

조근호, 장미. 2019,《동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교》, 서울: 국립정신건강센터.
조윤화, 이용표, 권오용, 이선화, 이의정, 강경희, 노수희. 2014,《정신장애인 지역사회통합지원방안 연구》, 서울: 한국장애인개발원.
중앙정신건강복지사업지원단. 2020.《NMHC 정신건강동향》, 15, 국립정신건강센터.
중앙정신건강사업지원단. 2017.《2월 정신건강동향보고서》.
최성구, 황태연, 조근호, 이상욱, 오은혜, 김윤정, 김정우, 손가현. 2016,《정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전방안 연구》, 서울: 국립정신건강센터.
하경희. 한국 후견신탁연구센터. 2021.04.05.《칼럼 오피니언9호》. 권리 주체로서의 정신장애인 당사자 운동을 지지한다!
함재봉. 2000. '家' 의 이념과 체제.《전통과 현대》. 14(1). 73-114.
홍선미, 김도희, 김문근, 염형국, 이용표. 2016,《정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사》, 서울: 국가인권위원회.
홍선미, 김도희, 신권철, 이상민, 전진아. 2020.《정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구》. 서울: 국가인권위원회.
홍선미, 박숙경, 신영전, 염형국, 윤탁, 이영문, 이용표, 홍진표. 2009,《정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축》. 서울: 국가인권위원회.
홍진표, 황순찬, 박수빈, 서동우, 정은기, 김진학, 박종익, 안주연, 김수정, 장홍석. 2009. 정신보건법의 주요 쟁점 조항에 대한 선진국과의 사례 비교. 신경정신의학, 48(2009), 92-101.
田中英樹 저, 김용택 외 역. 2005,《정신장애인의 지역사회생활지원》, 서울: EM커뮤니티. 大谷寛. 2016,《精神保健福祉法講義(第3版)》. 成文堂. 中央法規編集部. 2016,《精神障害者の生活支援システム(第2版)》, 中央法規.
AIHW. 2021. "Mental health services in Australia: Expenditure on mental health-related services". Australian Institute of Health and Welfare. Retrieved from https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/expenditure-on-mental-health-related-services.
Australian Government Department of Health and Ageing. 2004. "National mental health report : summary of changes in Australia's mental health services under the National Mental Health Strategy 1993-2002". Canberra.
Australian Health Ministers' Advisory Council(AHMAC) Working Group on Mental Health, 1988, "A national mental health services policy: Summary of the report of the committee report to commonwealth, state and territory health ministers", Canberra: AGPS.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

Australian Institute of Health and Welfare(AIHW). 2017. Mental Health Services 2016, Canberra, Australia.

Anfang, S. A., & Appelbaum, P. S. 2006. "Civil commitment-the American experience". Israel Journal of Psychiatry, 43(3), 209.

Barcham C. 2008. "Understanding the Mental Health Act changes – challenges and opportunities for doctors:, BJMP 2008:1(2), 13-17.

Bennett, D., & Morris, I. 1982. "Deinstitutionalization in the United Kingdom". International Journal of Mental Health, 11(4), 5-23.

Ben, & Julian. 2008. "Review of the Mental Health Act 1986 : consultation paper", Victoria State Government.

Branton, T., & Brookes, G. (2010). "Definitions and criteria: The 2007 amendments to the Mental Health Act 1983.Advances in Psychiatric Treatment", 16(3), 161-167.

CareAct. 2014. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents

Carney, T. 2008. "The mental health service crisis of neoliberalism—An antipodean perspective". International Journal of Law and Psychiatry, 31(2), 101-115.

Cohen, A. A., Magnezi, R., & Weinstein, O. 2020. "Review and Analysis of mental health reforms in several countries: Implementation, comparison and future challenges". Annals of Psychiatry and Treatment, 4(1), 013-024.

Commonwealth of Australia, 2017, "The fifth national mental health and suicide prevention plan, Department of Health".

Covenants Watch. https://en.covenantswatch.org.tw/korean/.

Declarations and reservation of Australia, doi: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en

Department of Health (Victoria) Mental Health and Wellbeing Act: update and engagement paper (June 2021)

Department of Health and Social Care. 1999, September 10. "National Service Framework: Mental Health".

Department of Health and Social Care. 2001, March 10. "National Service Framework: Older people".

Department of Health. 2013, "National mental health report 2013". Canberra: Commonwealth of Australia.

Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), "OECD Health Statistics database".

Disability Discrimination Act. 1995. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50.

Disability Rights UK.2017. Implementation of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities in England and Wales. Retrieved from https://www.disabilityrightsuk.org/sites/default/files/pdf/CRPD%20shadow%20report%20-%20England%20Wales%2026%20January%202017.pdf.

Doessel, D. P., Scheurer, R. W., Chant, D. C., & Whiteford, H. A. 2005. "Australia's National Mental Health Strategy and deinstitutionalization: some empirical results". Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39(11-12), 989-994.

Eisen, P., & Wolfenden, K. 1988. "A National Mental Health Services Policy: A Summary of the Report of the Consultancy to Advise Commonwealth State and Territory Health Ministers". Department of Community Services and Health.

EqualityAct 2010. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents

Equality and Human Rights Commission. 2017. Disability rights in the UK: UK Independent Mechanism Submission to inform the CRPD List of Issues on the UK. (https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/crpd-shadow-report-august-2017.pdf)

Equality and Human Rights Commission. 2018. How is the UK performing on disability rights? The UN's recommendations for the UK. (https://www.equalityhumanrights.com/en/publication-download/how-well-uk-performing-disability-rights)

EqualityHumanRights.2018.TheRighttoFreedomandSafety:ReformoftheDeprivationofLibertySafeguards.(https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/consultation-response-reform-of-deprivation-of-liberty-safeguards-march-2018.docx)

European Convention on Human Rights, Article 3: 'No one shall be subjected to torture or to inumane or degrading treatment or punishment'

European Convention on Human Rights, Article 5: 'Everyone has the right to liberty and security of person. No one shall be deprived of his liberty save in the following cases and in accordance with a procedure prescribed by law.'

국가인권위원회 humanrights.go.kr

European Convention on Human Rights, Article 8: 'Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.'

Fakhoury, W., & Priebe, S. 2002. "The process of deinstitutionalization: An international overview". Current Opinion in Psychiatry, 15(2), 187-192.

FUJINO, Y. 2005. "The historical changes in the treatment of people with mental disorders in Japan: focusing on the legal system". University of Niigata Seiryo Bulletine, 5:201-215. (in Japanese).

FURUYA, R. 2015. "Deinstitutionalisation of mental hospitals". Tokyo: Hihyousha. (in Japanese)

Gawron, Catherine Ryan. 2019, "Funding Mental Healthcare in the Wake of Deinstitutionalization: How the United States and the United Kingdom Diverged in Mental Health Policy After Deinstitutionalization, and What We Can Learn From Their Differing Approaches to Funding Mental Healthcare," Notre Dame Journal of International & Comparative Law: Vol. 9 : Iss. 2 , Article 6.

Goffman, E. 1961. "Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates". Doubleday (Anchor).

Gov.UK. 2021. Liberty Protection Safeguards : what they are. Retrieved from https://www.gov.uk/government/publications/liberty-protection-safeguards-factsheets/liberty-protection-safeguards-what-they-are.

Hewlett, E., & Moran, V. 2014. "Securing better care for mild-to-moderate disorders". In Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care (p. 85). story, OECD Publishing.

Hsu S. C. 2021, "대만 사회심리장애인 의료자원 및 지역사회의 처우와 인권", 서울: 장애우권익문제연구소 발표자료.

Huang, C., Wung, C., & Yang, C. 2009. "Developing 21st century accreditation standards for teaching hospitals: The Taiwan experience". BMC Health Services Research, 9(1), 1-11.

Human Rights and Equal Opportunity Commission. 1993. "Report of the National Inquiry into the Human Rights of People With Mentall Illness", Australian government publishing service. doi: https://humanrights.gov.au/ our-work/ disability-rights/ publications/report-national-inquiry-human-rights-people-mental- illness.

ICF, 2001, "International Classification of Functioning, Disability and Health", World

Health Organization,
IMF. 2021, “Real GDP Growth”.
Inclusion London. 2018. briefing on the Mental Capacity Amendment Bill for DDPOS. Retrieved from https://www.inclusionlondon.org.uk/wp-content/uploads/2018/09/Briefing-on-the-Mental-Capacity-Amendment-Bill-for-DDPOs.pdf.
Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. 2004. “Vision for reform of mental health and welfare”. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf.
Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. 2018a. “Medical facility survey”. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/dl/09gaikyo30.pdf.
Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. 2018b. “Medical facility survey”. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/dl/09gaikyo30.pdf.
Jütten, Timo & Martin, Wayne & Michalowski, Sabine & Burch, Matthew. 2014. “Achieving CRPD Compliance: Is The Mental Capacity Act Of England And Wales Compatible With The UN Convention On The Rights Of Persons With Disabilities? If Not, What Next?”.
Kanata, T. 2016. “Japanese mental health care in historical context: why did Japan become a country with so many psychiatric care beds?”. Social Work, 52(4), 471-489.
Killaspy, H. 2006. “From the Asylum to Community Care: Learning from experience”. British Medical Bulletin, 79-80(1), 245–258. Retrieved from https://doi.org/10.1093/bmb/ldl017
Kurumatani, T., Ukawa, K., Kawaguchi, Y., Miyata, S., Suzuki, M., Ide, H., Seki, W., Chikamori, E., Hwu, H.G., Liao, S.C., Edwards, G. D., Shinfuku, N & Uemoto, M. (2004). “Teachers’ knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia”. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(5), 402-409.
Lin, C. J., Cheng, S. J., Shih, S. C., Chu, C. S., and Tjung, J. I., 2012. “Discharge planning”, International Journal of Gerontology, 6, 237-240.
Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N.D. and Marks, L. 2021, “Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs?”. Br J Clin Psychol. Retrieved from

국가인권위원회 humanrights.go.kr

https://doi.org/10.1111/bjc.12314.

Mckeehan, K. M., and Coulton, C. J., 1985. "A system approach to program development for continuity of care in hospital", In McClellnd K, Kelly K, Buckwalter K, eds. 1985. Continuity of Care: Advancing the Concept of Discharge Planning Orlando, FL : Grune, Stratton.

McSherry, B., & Wilson, K. 2015. "The concept of capacity in Australian mental health law reform: going in the wrong direction?". International Journal of Law and Psychiatry, 40, 60-69.

Madsen, F., Ladelund, S., & Linneberg, A. (2014). "High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark.Health Affairs", 33(7), 1236-1244.

Medibank. 2013, "The case for mental health reform in Australia: a review of expenditure and system design". Melbourne, VIC, Australia, 122.

Mental Capacity Act 2005. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents.

Mental Capacity(Amendment)Act. 2019. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2019/18/enacted.

Mental Health Branch. 2003. "Community Treatment Orders: Discussion Paper", Melbourne: Department of Human Services.

Mental Health Act. 1983. Retrievedfromhttps://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents.

Mental Health Act 2007. Retrieved from https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20.

Mental Health Act. 2020. Laws & Regulations Database of The Republic of China. Retrieved from https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030 MENTAL HEALTH AND WELFARE WHITE PAPER EDITORIAL COMMITTEE (ed). 2014. Mental Health and Welfare White Paper 2015. Tokyo: Chuouhouki. (in Japanese)

Mental Health Foundation. 2016. "Fundamental Facts About Mental Health 2016". London. : Mental Health Foundation.

Mental Health Wales. Mental Health Act 1983, amended in 2007. Retrieved from http://www.mentalhealthwales.net/the-mental-health-act-1983-amended-in-2007/.

Metropolitan Health and Aged Care Division, 2004. "Psychiatric Disability Rehabilitation

and Support Services Guideline for Service Delivery", Melbourne. Retrieved from http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pdrss/pdrss_standards.pdf

Mind. 2017. "Mental health facts and statistics".

Mind. 2018. "Health and Social Care Rights".

Mind. 2020, January 16. "Fundamental facts about mental HEALTH 2016". Mental Health Foundation.

Mind. 2020. "Leaving hospital".

Mind. 2021. "Time to change".

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE. 2012a. "Mental health and welfare data". Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare. (in Japanese)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE. 2013. "Current status and issues of mental health and welfare policy". Retrieved from http://www.japsw.or.jp/taikai/2013/shiryo/tokubetsu.pdf [Accessed: 21/01/2016]. (in Japanese)

Ministry of Health and Welfare. "The mental hygiene law in Taiwan, article 41". Taipei: Mistry of Health and Welfare.

Nakanishi, M., Niimura, J., Tanoue, M., Yamamura, M., Hirata, T., & Asukai, N. 2015. "Association between length of hospital stay and implementation of discharge planning in acute psychiatric inpatients in Japan." International journal of mental health systems, 9(1), 1-8.

Nash, A. 2019, October 20. "National population projections: 2018-based". National population projections - Office for National Statistics.

National Mental Health Plan Steering Committee, 2003, "Consultation paper on the national mental health plan 2003-2008", Canberra: Commonwealth of Australia.

National Mental Health Strategy Evaluation Steering Committee, 1997, "Evaluation of the national mental health strategy: Final report", Canberra: Commonwealth of Australia.

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Japan. 2017. "Annual data of mental health in Japan". https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/.

NHS. 2016. "Mental Health and Wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014".

국가인권위원회
humanrights.go.kr

NHS. 2016, February. “Mental Health Taskforce”.

NHS. 2017, July. “The mental health workforce plan for England. ”

NHS. 2019, July. “NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24”.

NHS. 2020, November 12. “Psychological Therapies: reports on the use of IAPT services, England August 2020 Final including reports on the IAPT pilots”.

NHS. (n.d.). “Clinical Commissioning Groups (CCGs). NHS choices”.

NHS. (n.d.). “Primary care networks. NHS choices”.

OECD. 2015. "Quality of mental health care in Japan", in OECD Reviews of Health Care Quality : Japan 2015 : Raising Standards, OECD Publishing Paris.

OECD. 2015. “정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대: 정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용”. OECD 대한민국 정책센터(사회정책본부).

OECD. 2020. “Health Statistics. 2020”. https://data.oecd.org/

OECD 대한민국 정책센터(사회정책본부). 2016, “한 눈에 보는 OECD 보건의료 2015 Health at a Glance 2015 OECD Indicator”. 서울: OECD 대한민국 정책센터(사회정책본부).

Office for Budget Responsibility. 2020, August 14. “An OBR guide to welfare spending”.

Okayama, T., Usuda, K., Okazaki, E., & Yamanouchi, Y. 2020. “Number of long-term inpatients in Japanese psychiatric care beds: trend analysis from the patient survey and the 630 survey”. BMC psychiatry, 20(1), 1-8.

Okumura, Y., Sugiyama, N., Noda, T., & Tachimori, H. 2019. “Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan: a retrospective cohort study using a nationwide claims database”. Journal of epidemiology, 29(8), 288-294.

Osamu, N. 2013. “Challenges of the Harmonization and Ratification of Convention on the Rights of P ersons With Disabilities by J apan. Journal of policy and practice in intellectual disabilities”, 10(2), 93-95.

Oshima, I., Mino, Y., & Inomata, Y. 2007. “How many long-stay schizophrenia patients can be discharged in Japan?”. Psychiatry and clinical neurosciences, 61(1), 71-77.

QuIRC, 2020, "About QuIRC", https://quirc.eu.

Rees, N. 2009. “Learning from the past, looking to the future: is Victorian mental health law ripe for reform?. Psychiatry”, Psychology and Law, 16(1), 69-89.

Rethink. 2013. “Care Programme Approach (CPA). What is the Care Programme Approach (CPA)?”.

Rethink. 2014. “NHS Mental Health Teams (MHTS)”.

Rethink. 2014. “Recovery. Recovery and mental illness”.

Royal College of Physicians. 2018. “Health and social care in England: A quick guide - RCP London”. Health and social care in England: a quick guide.

Rosen, A. 2006. “Australia's national mental health strategy in historical perspective: beyond the frontier”. International Psychiatry, 3(4), 19-21.

Royal College of Psychiatrists. 2019, November. “Exploring Mental Health Inpatient Capacity across Sustainability and Transformation Partnerships in England”.

SAKURAGI, S. 2015. “The revision of mental health and welfare law and its background”. In: Takayanagi, I., Yamamoto, K. & Sakuragi, S. The latest knowledge of mental health and welfare law (3rd ed.). Tokyo: Chuouhouki. (in Japanese).

Saloni Dattani, Hannah Ritchie, Max Roser. 2019. Prevalence by mental and substance use disorder of Taiwan, 2017. Our World in Data, https://ourworldindata.org/mental-health.

Setoya, Y. 2012. “Overview of the Japanese mental health system”. International Journal of Mental Health, 41(2), 3-18.

Shepperd, S., McClaran, J., and Phillips, C. O., 2009. “Discharge Planning from Hospital to Home”, The Cochrane Collaboration

Shin, J. S., & Chang, H. J. 2003. “Restructuring'Korea Inc.': Financial Crisis, Corporate Reform, and Institutional Transition”. Routledge.

Singh, S. 1992. “Mainstreaming psychiatric services”. The Medical Journal of Australia, 156(6), 373-374.

STATISTIC BUREAU MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS AND COMMUNICATION JAPAN. 2015. “Statistical handbook of Japan 2015”. Retrived from http://www.stat.go.ip/englis/data/handbook/pdf/2015all.pdf

Suzuki Y, Someya T. 2001. “Annual transition of the number of inpatients and projection in coming twenty years [in Japanese]”. Japan Assoc Psychiatric Hosp. 20(1). 88-91.

Takahiro Kurumatani, Ko Ukawa, Yoshichika Kawaguchi, Saori Miyata, Manami Suzuki, Hiroshi Ide, Wataru Seki, Eiko Chikamori, Hai-Gwo Hwu, Shih-Cheng Liao, Glen D. Edwards, Naotaka Shinfuku, Masaharu Uemoto (2004). Teachers’ knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia: A cross-cultural approach in Japan and Taiwan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, pp. 402-409.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

Tang, W. H. 1997. “The political process of the Mental Health Law in Taiwan The polity-centered perspective”, Chinese Journal of Mental Health, 10(1), 1-27.

The BMA. 2021, April 22. “Mental health workforce report”. The British Medical Association is the trade union and professional body for doctors in the UK.

The King’s Fund. 2015, July 21. “Case Study 1:Deinstitutionalisation in UK mental services”.

The King's Fund. 2021, March 24. “The nhs budget and how it has changed”.

Thornicroft, G., & Tansella, M. 2004. “Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence”. The British journal of psychiatry, 185(4), 283-290.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014, "General Comment on Art", https://www.ohchr.org.

United Kingdom. 1983. “Mental Health Act”.

Vine, R. G. 2020. “Compulsory community treatment in the context of mental health reform in Victoria”, Australia (Doctoral dissertation).

Wang, G. Y. 2009, Who cares for people with long-term mental illness? Mental health services in Taiwan.

Wang, J. P., Chiu, C. C., Yang, T. H., Liu, T. H., Wu, C. Y., & Chou, P. 2015. “The Low Proportion and Associated Factors of Involuntary Admission in the Psychiatric Emergency Service in Taiwan”. PloS one,10(6).

Wei, T. H, & Frank H. C. C. 2017. “A History of Mental Health Laws in Taiwan”. Taiwanese Journal of Psychiatry. 31(3), pp. 195-203.

WHO. 2012, “WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities”, World Health Organization, Retrieved from https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.

WHO. 2018, “Mental health, human rights and standards of care, Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region”, Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf.

WHO. 2021. “Community outreach mental health services: Promoting person-centred and

rights-based approaches". World Health Organization.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240025806.

WHO. "Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile 2018". Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/JPN.pdf?ua=1.

Wong, D. F. K., & Li, J. C. M. 2014. "Cultural influence on Shanghai Chinese people's help-seeking for mental health problems: implications for social work practice". British Journal of Social Work, 44(4), 868-885.

Wu, H., & Cheng, A. 2017. "A History of Mental Healthcare in Taiwan. InMental Health in Asia and the Pacific(International and Cultural Psychology)", 107-121. Boston, MA: Springer US.

Yajima, T. 2005. "The grand design for mental health and welfare policy in Japan". Japanese Journal of Clinical Psychiatry 34(8), 983-991 (in Japanese).

Zhuang, X., Wong, D., Cheng, C., & Pan, S. 2017. "Mental health literacy, stigma and perception of causation of mental illness among Chinese people in Taiwan". International Journal of Social Psychiatry, 63(6), 498-507.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

부 록 1.1 : 입원병원 당사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지	( ) 도, 특별시, 광역시		( ) 시, 군, 구	
1-1. (주소지와 거주지가 다른 경우) 현재 거주지	( ) 도, 특별시, 광역시		( ) 시, 군, 구	
2. 성별	① 남성		② 여성	
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)		조사시기(조사 년 월)	
	□□□□ 년 □□ 월		2021 년 □□ 월	
4. 결혼상태	① 미혼		④ 이혼	
	② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음)		⑤ 사별	
	③ 별거		⑥ 기타 ( )	
5. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학		⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업	
	② 초등학교 졸업		⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업	
	③ 중학교 졸업		⑦ 대학원 졸업	
	④ 고등학교 졸업			
6. 국민기초생활보장수급 상태 및 유형	① 수급대상 아님		③ 조건부수급가구	
	② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)		④ 의료·교육·자활특례	
7. 장애등록 상태	① 등록장애인		② 등록장애인 아님 (☞ 8번으로)	
주된 장애 / 7-1. 장애유형	① 정신장애	⑤ 청각장애	⑨ 신장장애	⑬ 안면장애
	② 지체장애	⑥ 언어장애	⑩ 심장장애	⑭ 장루·요루장애
	③ 뇌병변장애	⑦ 지적장애	⑪ 호흡기장애	⑮ 뇌전증(간질)장애
	④ 시각장애	⑧ 자폐성장애	⑫ 간장애	
주된 장애 / 7-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급)			
	② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)			
주된 장애 / 7-3. 장애등록연도	□□□□ 년			
중복 장애 / 7-4. 중복장애 유무	⓪ 없음	① 있음		
중복 장애 / 7-5. 장애유형	① 정신장애	⑤ 청각장애	⑨ 신장장애	⑬ 안면장애
	② 지체장애	⑥ 언어장애	⑩ 심장장애	⑭ 장루·요루장애
	③ 뇌병변장애	⑦ 지적장애	⑪ 호흡기장애	⑮ 뇌전증(간질)장애
	④ 시각장애	⑧ 자폐성장애	⑫ 간장애	
8. 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유	① 등록절차와 방법을 몰라서		⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서	
	② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함		⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서	
	③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서		⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서	
	④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서		⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서	
	⑤ 등록과정이 번거로워서		⑩ 기타( )	
9. 의료보장 유형	① 의료급여	② 건강보험(의료보험)	③ 모름	
9-1. 의료비 주부담자	① 본인 ② 부모 ③ 자녀 ④ 배우자 ⑤ 형제자매 ⑥ 그 외 친인척 ⑦ 기타 ( )			

10. 최초로 **정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때**는 언제입니까?

□□□□ 년 (만 □□ 세)

11. 귀하의 **주된 진단명**은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타(　　)
⑩ 진단받지 않았음

12. **최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때**는 언제입니까?

[　][　][　][　] 년 (만 [　][　] 세)

12-1. 정신질환(정신장애)으로 **정신의료기관에 입원한 경험**이 있나요?

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로)　① 예 ⇒ 총 입원 횟수 (　)회　총 입원기간 (　) 년 (　)개월

12-2. **가장 최근(현재)에 입원한 것은 언제**이며, 입원 기간은 어느 정도인가요?

[　][　][　][　] 년 [　][　] 월 (입원기간 : [　][　] 개월)

12-3. **가장 최근(현재)에 입원할 때 입원은 누구의 결정**에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

12-4. **가장 최근(지난번)에 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정**에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함
⑥ 해당없음 (**아직 퇴원하지 않았음**)

B. 전반적 인식

1. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 **신체건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **정신건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **주거환경** (현재 입원, 입소, 거주하고 있는 환경 기준)	⓪	①	②	③
귀하의 **가족관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **직업(일)** (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	⓪	①	②	③
귀하의 **소득**	⓪	①	②	③
귀하의 **사회적 친분관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **여가생활**	⓪	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 **전반적으로 생활에 얼마나 만족**하고 계십니까?	⓪	①	②	③

2. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

3. 다음은 귀하의 자기결정과 관련된 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD1	나는 나의 삶의 목적과 의미를 달성하기 위해서 어떻게 계획하고 선택하며 행동해야 하는지 알고 있다	⓪	①	②	③
SD2	나는 나에게 주어진 일은 책임감있게 스스로 잘 해결할 수 있다	⓪	①	②	③
SD3	나는 내 생각과 의견을 자유롭게 표현하고 행동할 수 있다	⓪	①	②	③
SD4	나는 가족의 도움없이도 내 삶과 일상생활의 여러 결정을 할 수 있다	⓪	①	②	③
SD5	나는 비록 정신과 증상을 경험하고 있더라도 더 나은 삶과 회복을 위해서 노력하고 있고 실제로 좋아지고 있다	⓪	①	②	③
SD6	나는 내 삶에서 내 스스로의 의지와 결정에 따라 행동하고 살아가고 있다	⓪	①	②	③
SD7	나는 내 삶의 목적과 의미를 찾기 위해서 실제로 노력하고 있고 성공한 경험도 있다	⓪	①	②	③
SD8	내 일상생활은 내가 주인이 되어 결정해야 한다	⓪	①	②	③

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD9	내 삶에서 스스로 결정할 기회가 많다	⓪	①	②	③
SD10	정신과 병원에 입원할지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD11	아프면 병원에 갈지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD12	어떤 프로그램이나 교육을 받을 것인지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD13	어떤 유형의 직업(일)을 할 것인가는 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD14	나의 취미활동은 무엇을 할지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD15	친구들은 내가 삶의 목적과 계획들을 추진할 수 있도록 격려해준다	⓪	①	②	③
SD16	전문가는 내가 다양한 일상생활에서 스스로 결정하고 행동을 하는 것에 대해서 긍정적인 피드백을 주고 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD17	전문가는 내가 삶의 여러 목표들에 따른 계획과 행동들을 실천하려고 할 때 함께 생각하고 논의하며 지지해준다	⓪	①	②	③
SD18	지역사회는 내가 일상생활에서 스스로 결정할 수 있든 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD19	지역사회는 내가 내 삶의 목적과 계획을 달성하기 위해서 행동하고 노력하도록 도와주고 지지해준다	⓪	①	②	③
SD20	친구들은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 도와주고 기회를 준다	⓪	①	②	③
SD21	가족은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③

4. 다음은 **회복과 관련한 질문**입니다. **가장 동의하는 번호를 선택**하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
MHRM1	나는 나의 정신건강 회복을 위해 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM2	고통스러운 날들이 있더라도, 많은 것들이 나를 좋아지게 할 것이다	⓪	①	②	③
MHRM3	상태가 별로 좋지 않을 때 나는 도움을 요청한다	⓪	①	②	③
MHRM4	나는 나의 회복을 위해 어려움을 감수한다	⓪	①	②	③
MHRM5	나는 나 자신을 믿는다	⓪	①	②	③
MHRM6	나는 나의 정신건강의 어려움을 관리할 수 있다	⓪	①	②	③
MHRM7	나는 내 인생에 대해 책임과 권한을 가지고 있다	⓪	①	②	③
MHRM8	하루하루가 배움을 위한 새로운 기회를 갖는 것이다	⓪	①	②	③
MHRM9	나는 정신건강에 어려움은 있기는 하지만 여전히 긍정적인 성장과 변화를 하고 있다	⓪	①	②	③
MHRM10	내게 여전히 어려움을 있지만, 나는 나 자신을 가치 있는 존재라 생각한다	⓪	①	②	③
MHRM11	나는 나 자신을 이해하며, 현재의 나에 대해서 잘 알고 있다	⓪	①	②	③
MHRM12	나는 매일 영양이 풍부한 음식을 먹고 있다	⓪	①	②	③
MHRM13	나는 매주 밖에 나가서 즐거운 활동들에 참여한다	⓪	①	②	③
MHRM14	나는 다른 사람들을 알고 지내려 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM15	나는 사람들과 어울리고 친구를 사귄다	⓪	①	②	③
MHRM16	나는 나 자신을 좋아한다	⓪	①	②	③
MHRM17	내가 생각하는 방식은 나의 목표달성에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM18	내 인생은 그다지 나쁘지 않다	⓪	①	②	③
MHRM19	나는 나 자신에 대해 편안하게 느낀다	⓪	①	②	③
MHRM20	나는 여러 주 동안 적극적으로 지내고 있다	⓪	①	②	③
MHRM21	미래에 내 삶의 질은 점점 나아질 것이다	⓪	①	②	③
MHRM22	나는 매일 아침 일어나면, 무언가 나를 위한 일을 한다	⓪	①	②	③
MHRM23	나는 내 목표를 향해 나아갈 것이다	⓪	①	②	③
MHRM24	기분이 저조해질 때는, 종교적 신앙이나 영적 믿음이 기분을 나아기게 하는데 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM25	나의 종교적 신앙이나 영적 믿음이 나의 회복에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM26	정신건강에 어려움을 지닌 나 자신과 다른 사람의 권리를 위해 나는 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM27	일을 하는 것이나 기타 활동을 하는 것은 나 자신과 나를 둘러싼 주변을 발전하게 한다	⓪	①	②	③
MHRM28	나는 정신질환에 대한 편견과 좋지 않은 시선에 굴하지 않는다	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호) 정도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	알지 못함	알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	알지 못함	알고 있음	매우 잘 알고 있음
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설) 및 기타	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 귀하가 현재 입원한 병원 관련 인식

1. 현재 입원한 병원의 입원비용은 얼마인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (**질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만** 응답) 귀하가 **실제 부담하는 한 달 입원비용**은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 **병원 입원비용**은 귀하의 가정형편에서 **어느 정도의 부담**이 되십니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 귀하께서 현 병원에 **입원하게 된 것은 자신의 결정**이었습니까?

① 예 ② 아니오

2-1. (**질문2에서 ① 예 선택 경우만** 응답) 자신의 결정이었다면 귀하께서 현재 입원 중인 병원에 **입원하게 된 주된 이유**는 무엇입니까?

① 친구의 권유로
② 가족이 원해서
③ 가족 외 타인(의사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 공무원 등)의 권유로
④ 거주할 곳이 없어서
⑤ 증상을 스스로 관리할 자신이 없어서
⑥ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑦ 기타( )

국가인권위원회 humanrights.go.kr

2-2. (**질문2에서 ② 아니오 선택 경우만** 응답) 자신의 결정이 아니었다면 **누구의 결정**이었습니까?

① 가족 또는 보호자의 결정
② 시·군·구청의 결정
③ 정신건강복지센터의 결정
④ 잘 모르겠음
⑤ 기타(　　)

3. 현재 귀하는 **원하면 퇴원을 결정**할 수 있습니까?

① 예 (☞ 3-1번으로)　　② 아니오 (☞ 3-2번으로)

3-1. (**질문3에서 ① 예 선택 경우만** 응답) **퇴원을 한다면 어떤 생활을 희망**하십니까?

① 가정에서 가족과 함께 생활
② 주택을 마련하여 혼자 생활
③ 마음이 맞는 동료와 생활
④ 공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활
⑤ 기타(　　)

3-2. (**질문3에서 ② 아니오 선택 경우만** 응답) **퇴원을 결정할 수 없는 이유**는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서(증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경이 두려워서
④ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 병원에서 거부해서
⑦ 기타(　　)

4. **퇴원 (이후의) 계획에 대한 상담**을 받은 적이 있습니까?

① 예 (☞ 4-1번으로)　　② 아니오 (☞ 4-4번으로)

4-1. (**질문4에서 ① 예 선택 경우만** 응답) 퇴원 이후의 계획에 대한 상담 시, **지역사회정신재활시설에 대해 안내**받았습니까?

① 예 (☞ 4-2번으로)　　② 아니오 (☞ 5번으로)

4-2. (**질문4-1에서 ① 예 선택 경우만** 응답) **지역사회정신재활시설에 대한 어떤 내용을 안내**받았습니까?

① 지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.
② 이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.
③ 이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.
④ 기타(　　)

4-3. (**질문4-1에서 ① 예 선택 경우만** 응답) 퇴원 이후 이용(입소)하게 될 **정신재활시설 연계(의뢰)서비스**를 받았습니까?

① 예 (☞ 5번으로)　　② 아니오 (☞ 5번으로)

4-4. (**질문4에서 ② 아니오 선택 경우만** 응답) **상담을 받지 못한 이유**는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서(증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경이 두려워서
④ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 병원에서 거부해서
⑦ 기타(　　)

5. **퇴원 이후 지역사회정신재활시설을 이용(입소)**할 구체적인 **계획**이 있습니까?

① 예 (☞ 5-1번으로)　　② 아니오 (☞ 5-2번으로)

5-1. (**질문5에서 ① 예 선택 경우만 응답**) 다음 중 **어떤 유형의 지역사회시설을 이용(입소)**하고자 **계획** 중입니까?

① 정신건강복지센터
② 정신요양시설
③ 정신재활시설 (생활시설)
④ 정신재활시설 (주간재활시설)
⑤ 정신재활시설 (공동생활가정)
⑥ 정신재활시설 (지역사회전환시설)
⑦ 정신재활시설 (직업재활시설)
⑧ 정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)
⑨ 중독자재활시설
⑩ 생산품판매시설
⑪ 잘 모르겠다

5-2. (**질문5에서 ② 아니오 선택 경우만** 응답) **지역사회시설 이용(입소) 계획이 없는 이유**는 무엇입니까?

① 이용 가능한 시설이 없어서
② 나의 욕구와 맞지 않아서
③ 거리가 멀어서
④ 서비스 이용 비용이 부담되어서
⑤ 사람들의 시선이 신경쓰여서
⑥ 어떻게 이용해야하는지 몰라서
⑦ 기타(　　)

6. 다음은 귀하가 입원하고 있는 병원의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 입원한 병원의 지원서비스는 실제 어떠한지 각 문항별로 동의하는 정도를 응답해 주시기 바랍니다.

병원의 지원 서비스	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
병원은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
병원은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	⓪	①	②	③
병원은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
병원은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	⓪	①	②	③
병원은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둠으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	⓪	①	②	③
병원은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	⓪	①	②	③
병원은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	⓪	①	②	③
병원은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	⓪	①	②	③
병원은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	⓪	①	②	③
병원은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	⓪	①	②	③
병원은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	⓪	①	②	③
병원은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	⓪	①	②	③
병원은 내가 적절한 의, 식, 주를 유지할 수 있도록 전반적으로 지원해준다.	⓪	①	②	③

7. 다음은 귀하가 입원한 병원에서 귀하의 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

현재 입원한 병원에서의 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	⓪	①	②	③
나는 병원의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 병원에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 하루 일과(식사시간, 외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	⓪	①	②	③
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
병원에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	⓪	①	②	③
병원에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	⓪	①	②	③
병원은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴원)을 강요하지 않는다.	⓪	①	②	③
병원에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	⓪	①	②	③

부 록 1.2 : 입원병원 가족 설문지

A. 응답자 및 입원한 당사자의 일반적 특성

1. 응답자 주소지		( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 응답자 성별		① 남성	② 여성
3. 응답자 출생시기 및 조사시기		출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
		□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 응답자 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
5. 응답자 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
6. 입원 당사자의 국민기초생활보장수급 상태 및 유형		① 수급대상 아님 ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)	③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
7. 입원한 당사자와의 관계		① 부모 ② 자녀 ③ 배우자 ④ 형제자매 ⑤ 기타 ( )	
8. 입원 당사자의 성별		① 남성	② 여성
9. 입원 당사자의 출생시기		□□□□ 년 □□ 월	
10. 입원 당사자의 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
11. 입원 당사자의 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
12. 입원 당사자의 장애등록 상태		① 등록장애인	② 등록장애인 아님 (☞ 13번으로)
입원 당사자의 주된 장애	12-1. 장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
	12-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급) ② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)	
	12-3. 장애등록연도	□□□□ 년	
입원 당사자의 중복장애	12-4. 중복장애 유무	⓪ 없음 ① 있음	
	12-5. 장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
13. 입원 당사자의 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유		① 등록절차와 방법을 몰라서 ② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함 ③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑤ 등록과정이 번거로워서	⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서 ⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ⑩ 기타( )
14. 입원 당사자의 의료보장 유형		① 의료급여 ② 건강보험(의료보험) ③ 모름	
14-1. 입원 당사자의 의료비 주부담자		① 당사자 본인 ② 당사자의 부모 ③ 당사자의 자녀 ④ 당사자의 배우자 ⑤ 당사자의 형제자매 ⑥ 당사자의 친인척 ⑦ 기타 ( )	
15. 입원 당사자의 주돌봄제공자		① 없음 (당사자 본인) ② 당사자의 부모 ③ 당사자의 자녀 ④ 당사자의 배우자 ⑤ 당사자의 형제자매 ⑥ 당사자의 친인척 ⑦ 기타 ( )	

국가인권위원회 humanrights.go.kr KOR

16. 입원한 당사자가 최초로 정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?

[ ][ ][ ][ ] 년 (만 [ ][ ] 세)

17. 입원한 당사자의 주된 진단명은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타( )
⑩ 진단받지 않았음

18. 입원한 당사자가 최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?

[ ][ ][ ][ ] 년 (만 [ ][ ] 세)

18.1. 입원한 당사자가 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험은 어떠합니까??

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로) ① 예 ⇒ 총 입원 횟수 ( )회 총 입원기간 ( ) 년 ( )개월

18.2. 입원한 당사자가 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

[ ][ ][ ][ ] 년 [ ][ ] 월 (입원기간 : [ ][ ] 개월)

18.3. 입원한 당사자가 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

18.4. 입원한 당사자가 가장 최근에 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함
⑥ 해당없음 (아직 퇴원하지 않았음)

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

2. 입원한 당사자를 지원하는데 가족으로서의 경험(부담)은 어느 정도입니까? 지난 3개월간 일상적 상황을 기준으로 응답해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 한다	⓪	①	②	③
밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 한다	⓪	①	②	③
대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요하다	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려된다	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려된다	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려된다	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려된다.	⓪	①	②	③
내가 더 이상 환자를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다	⓪	①	②	③
가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려된다	⓪	①	②	③
입원한 가족이 병이 난 후 치료비부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험한다	⓪	①	②	③
입원한 가족을 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받았다	⓪	①	②	③
입원한 가족을 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해 받았다	⓪	①	②	③
입원한 가족의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉았다	⓪	①	②	③
입원한 가족의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠졌다	⓪	①	②	③
입원한 가족의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠졌다	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 입원 당사자가 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
(재활시설) 및 기타	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 당사자가 현재 입원한 병원 관련 인식

1. 현재 당사자가 입원한 병원의 입원비용은 얼마인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만 응답) 귀하가 실제 부담하는 월 입원비용은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 병원 입원비용은 귀하의 가정형편에서 어느 정도의 부담이 됩니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 입원한 당사자가 현 병원에 입원하게 된 것은 당사자 본인의 결정이었습니까?

① 예 (당사자 본인의 결정) (☞ 3번으로)
② 아니오 (☞ 2-1번으로)

2-1. (질문2에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 입원한 당사자의 결정이 아니었다면 누구의 결정이었습니까?

① 가족 또는 보호자의 결정
② 시·군·구청의 결정
③ 정신건강복지센터의 결정
④ 잘 모르겠음
⑤ 기타( )

3. 현재 입원한 당사자가 원하면 퇴원을 결정할 수 있습니까?

① 예 (☞ 3-1번으로) ② 아니오 (☞ 3-2번으로)

3-1. (질문3에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴원을 한다면 당사자가 어떤 생활을 하기를 희망하십니까?

① 가정에서 가족과 함께 생활
② 주택을 마련하여 혼자 생활
③ 마음이 맞는 동료와 생활
④ 공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활
⑤ 기타( )

3-2. (질문3에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 입원한 당사자가 퇴원을 결정할 수 없는 이유는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서 (증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경을 두려워해서
④ 가족에게 피해를 주는 것을 싫어해서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 병원에서 거부해서
⑦ 기타( )

4. 입원한 당사자의 퇴원 (이후의) 계획에 대한 상담을 받은 적이 있습니까?

① 예 (☞ 4-1번으로) ② 아니오 (☞ 4-4번으로)

4-1. (질문4에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴원 이후의 계획에 대한 상담 시, 지역사회정신재활시설에 대해 안내받았습니까?

① 예 (☞ 4-2번으로) ② 아니오 (☞ 5번으로)

4-2. (질문4-1에서 ① 예 선택 경우만 응답) 지역사회정신재활시설에 대한 어떤 내용을 안내 받았습니까?

① 지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.
② 이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.
③ 이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.
④ 기타(　　)

4-3. (질문4-1에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴원 이후 이용(입소)하게 될 정신재활시설 연계(의뢰)서비스를 받았습니까?

① 예 (☞ 5번으로)　　② 아니오 (☞ 5번으로)

4-4. (질문4에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 상담을 받지 못한 이유는 무엇입니까?

① 아직 입원한 지 얼마 되지 않아서 퇴원이 불확실해서
② 퇴원 계획 상담을 할 수 있는지 몰라서 (정보 부족 때문)
③ 퇴원 상담을 알고는 있지만 도움이 되지 않는다고 생각해서 (낮은 필요성 때문)
④ 퇴원 상담을 몇 번 경험해보니 효과가 적어서 (낮은 효과성 때문)
⑤ 상담 연락은 받았으나 개인사정이 있어서
⑥ 병원에서 퇴원 상담 기회를 주지 않아서
⑦ 입원한 당사자가 상담받기를 거부해서
⑧ 기타(　　)

5. 입원한 당사자의 퇴원 이후 지역사회정신재활시설을 이용(입소)할 구체적인 계획이 있습니까?

① 예 (☞ 5-1번으로)　　② 아니오 (☞ 5-2번으로)

5-1. (질문5에서 ① 예 선택 경우만 응답) 다음 중 어떤 유형의 지역사회정신재활시설을 이용(입소)하고자 계획 중입니까?

① 정신건강복지센터
② 정신요양시설
③ 정신재활시설 (생활시설)
④ 정신재활시설 (주간재활시설)
⑤ 정신재활시설 (공동생활가정)
⑥ 정신재활시설 (지역사회전환시설)
⑦ 정신재활시설 (직업재활시설)
⑧ 정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)
⑨ 중독자재활시설
⑩ 생산품판매시설
⑪ 잘 모르겠다

국가인권위원회
humanrights.go.kr

5-2. (질문5에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 지역사회정신재활시설을 이용(입소) 계획이 없는 이유는 무엇입니까?

① 이용가능한 시설이 없어서
② 욕구와 맞지 않아서
③ 거리가 멀어서
④ 서비스 이용 비용이 부담되어서
⑤ 사람들의 시선이 신경쓰여서
⑥ 어떻게 이용해야하는지 몰라서
⑦ 기타( )

부 록 1.3 : 입원병원 종사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지	( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 성별	① 남성	② 여성
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
	□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 근무 경력	총근무경력(년 개월)	현재 기관 근무경력(년 개월)
	□□ 년 □□ 개월	□□ 년 □□ 개월
5. 근무기관	① 생활시설 ② 주간재활시설 ③ 공동생활가정 ④ 지역사회전환시설 ⑤ 아동청소년 정신건강지원시설 ⑥ 생산품 판매시설 ⑦ 종합시설	⑧ 정신요양시설 ⑨ 국립정신의료기관 ⑩ 공립정신의료기관 ⑪ 민간정신의료기관(1차-병상수 30개 미만) ⑫ 민간정신의료기관(2차-병상수 30개 이상~500개미만) ⑬ 민간정신의료기관(3차-병상수 500개 이상)
6. 직책	① 정신건강의학과 전문의(촉탁의) ② 일반의사 ③ 정신건강간호사 ④ 간호사 ⑤ 간호조무사	⑥ 정신건강사회복지사 ⑦ 사회복지사(생활복지사) ⑧ 정신건강임상심리사 ⑨ 임상심리사 ⑩ 기타( )
7. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업

국가인권위원회
humanrights.go.kr

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 귀하가 당사자를 각 기관에 연계해 본 경험이 있는지 선택하여 주시고, 연계 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	연계경험 여부		선호도			
모른다	알고 있다		연계경험 없음	연계경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 **탈원화에 대해서 어떻게 생각**하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 **탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명**입니다. 귀하는 **얼마나 동의**하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
(재활시설) 및 기타	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

2. 귀하는 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조가 정신장애인에 대해 장애인복지법 적용을 배제할 수 있도록 하는 사실을 알고 계십니까?

※ **장애인복지법 제15조** 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다
동법 시행령 제13조 ③은 '법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조(재활상담 등의 조치)제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다'고 규정한다.

① 알고 있다 ② 모르고 있다

3. 귀하는 정신장애인의 복지서비스(취업, 문화·체육, 주거, 평생교육 등)가 다른 장애인들과 동등하게 지원되어야 한다는 것에 동의하십니까?

① 매우 동의한다. ② 동의하는 편이다 ③ 동의하지 않는 편이다. ④ 매우 동의하지 않는다.

4. 귀하께서는 정신장애인(정신질환자)의 복지서비스가 지방자치단체 수준에서 보건담당부서와 보건소에서 계획·집행·관리되고 있는 것에 대하여 어느 정도 동의하십니까?

① 매우 동의하지 않음 (☞ 6-1번으로) ② 동의하지 않음. (☞ 6-1번으로) ③ 동의함 ④ 매우 동의함

4-1. 귀하께서 정신장애인(정신질환자) 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대하여 동의하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

① 복지서비스와 보건서비스는 각기 전문성이 확보되어야 하기 때문에
② 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에
③ 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에
④ 기타 ( )

부 록 2.1 : 정신요양시설 당사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지		( )	도, 특별시, 광역시	( )	시, 군, 구	
1-1. (주소지와 거주지가 다른 경우) 현재 거주지		( )	도, 특별시, 광역시	( )	시, 군, 구	
2. 성별		① 남성		② 여성		
3. 출생시기 및 조사시기		출생시기(출생 년 월)		조사시기(조사 년 월)		
		□□□□ 년 □□ 월		2021 년 □□ 월		
4. 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거		④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )		
5. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업		⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업		
6. 국민기초생활보장수급 상태 및 유형		① 수급대상 아님 (☞ 7번으로) ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)		③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례		
6-1. 정신요양시설 입소 시 수급비 직접 수령이 불가능한 것을		① 알고 있음 (☞ 6-2번으로)		② 모름 (☞ 7번으로)		
6-2. 정신요양시설 입소 시 수급비 시설 수령에 대한 의견		① 본인이 직접 수령하는 것이 좋다고 생각함		② 현재 방식대로 유지하는 것이 좋다고 생각함 (본인 대신 시설에서 수령)		
7. 장애등록 상태		① 등록장애인		② 등록장애인 아님 (☞ 8번으로)		
주된 장애	7-1. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애	⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애	⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애	⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애	
	7-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급) ② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)				
	7-3. 장애등록연도	□□□□ 년				
중복 장애	7-4. 중복장애 유무	⓪ 없음	① 있음			
	7-5. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애	⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애	⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애	⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애	
8. 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유		① 등록절차와 방법을 몰라서 ② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함 ③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑤ 등록과정이 번거로워서		⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서 ⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ⑩ 기타( )		
9. 의료보장 유형		① 의료급여	② 건강보험(의료보험)	③ 모름		
9-1. 의료비 주부담자		① 본인 ② 부모 ③ 자녀 ④ 배우자 ⑤ 형제자매 ⑥ 그 외 친인척 ⑦ 기타 ( )				

10. 최초로 정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?

[ ][ ][ ][ ] 년 (만 [ ][ ] 세)

11. 귀하의 주된 진단명은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타( )
⑩ 진단받지 않았음

12. 최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?

[ ][ ][ ][ ] 년 (만 [ ][ ] 세)

12-1. 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험이 있나요?

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로) ① 예 ⇒ 총 입원 횟수 ( )회 총 입원기간 ( ) 년 ( )개월

12-2. 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

[ ][ ][ ][ ] 년 [ ][ ] 월 (입원기간 : [ ][ ] 개월)

12-3. 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

12-4. 가장 최근에 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함
⑥ 해당없음

B. 전반적 인식

1. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 **신체건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **정신건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **주거환경** (현재 입원, 입소, 거주하고 있는 환경 기준)	⓪	①	②	③
귀하의 **가족관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **직업(일)** (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	⓪	①	②	③
귀하의 **소득**	⓪	①	②	③
귀하의 **사회적 친분관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **여가생활**	⓪	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 **전반적으로 생활에 얼마나 만족**하고 계십니까?	⓪	①	②	③

2. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

3. 다음은 귀하의 자기결정과 관련된 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD1	나는 나의 삶의 목적과 의미를 달성하기 위해서 어떻게 계획하고 선택하며 행동해야 하는지 알고 있다	⓪	①	②	③
SD2	나는 나에게 주어진 일은 책임감있게 스스로 잘 해결할 수 있다	⓪	①	②	③
SD3	나는 내 생각과 의견을 자유롭게 표현하고 행동할 수 있다	⓪	①	②	③
SD4	나는 가족의 도움없이도 내 삶과 일상생활의 여러 결정을 할 수 있다	⓪	①	②	③
SD5	나는 비록 정신과 증상을 경험하고 있더라도 더 나은 삶과 회복을 위해서 노력하고 있고 실제로 좋아지고 있다	⓪	①	②	③
SD6	나는 내 삶에서 내 스스로의 의지와 결정에 따라 행동하고 살아가고 있다	⓪	①	②	③

국가인권위원회
humanrights.go.kr

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD7	나는 내 삶의 목적과 의미를 찾기 위해서 실제로 노력하고 있고 성공한 경험도 있다	⓪	①	②	③
SD8	내 일상생활은 내가 주인이 되어 결정해야 한다	⓪	①	②	③
SD9	내 삶에서 스스로 결정할 기회가 많다	⓪	①	②	③
SD10	정신과 병원에 입원할지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD11	아프면 병원에 갈지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD12	어떤 프로그램이나 교육을 받을 것인지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD13	어떤 유형의 직업(일)을 할 것인가는 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD14	나의 취미활동은 무엇을 할지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD15	친구들은 내가 삶의 목적과 계획들을 추진할 수 있도록 격려해준다	⓪	①	②	③
SD16	전문가는 내가 다양한 일상생활에서 스스로 결정하고 행동을 하는 것에 대해서 긍정적인 피드백을 주고 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD17	전문가는 내가 삶의 여러 목표들에 따른 계획과 행동들을 실천하려고 할 때 함께 생각하고 논의하며 지지해준다	⓪	①	②	③
SD18	지역사회는 내가 일상생활에서 스스로 결정할 수 있든 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD19	지역사회는 내가 내 삶의 목적과 계획을 달성하기 위해서 행동하고 노력하도록 도와주고 지지해준다	⓪	①	②	③
SD20	친구들은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 도와주고 기회를 준다	⓪	①	②	③
SD21	가족은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③

4. 다음은 회복과 관련한 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
MHRM1	나는 나의 정신건강 회복을 위해 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM2	고통스러운 날들이 있더라도, 많은 것들이 나를 좋아지게 할 것이다	⓪	①	②	③
MHRM3	상태가 별로 좋지 않을 때 나는 도움을 요청한다	⓪	①	②	③
MHRM4	나는 나의 회복을 위해 어려움을 감수한다	⓪	①	②	③
MHRM5	나는 나 자신을 믿는다	⓪	①	②	③
MHRM6	나는 나의 정신건강의 어려움을 관리할 수 있다	⓪	①	②	③
MHRM7	나는 내 인생에 대해 책임과 권한을 가지고 있다	⓪	①	②	③
MHRM8	하루하루가 배움을 위한 새로운 기회를 갖는 것이다	⓪	①	②	③
MHRM9	나는 정신건강에 어려움은 있기는 하지만 여전히 긍정적인 성장과 변화를 하고 있다	⓪	①	②	③
MHRM10	내게 여전히 어려움을 있지만, 나는 나 자신을 가치 있는 존재라 생각한다	⓪	①	②	③
MHRM11	나는 나 자신을 이해하며, 현재의 나에 대해서 잘 알고 있다	⓪	①	②	③
MHRM12	나는 매일 영양이 풍부한 음식을 먹고 있다	⓪	①	②	③
MHRM13	나는 매주 밖에 나가서 즐거운 활동들에 참여한다	⓪	①	②	③
MHRM14	나는 다른 사람들을 알고 지내려 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM15	나는 사람들과 어울리고 친구를 사귄다	⓪	①	②	③
MHRM16	나는 나 자신을 좋아한다	⓪	①	②	③
MHRM17	내가 생각하는 방식은 나의 목표달성에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM18	내 인생은 그다지 나쁘지 않다	⓪	①	②	③
MHRM19	나는 나 자신에 대해 편안하게 느낀다	⓪	①	②	③
MHRM20	나는 여러 주 동안 적극적으로 지내고 있다	⓪	①	②	③
MHRM21	미래에 내 삶의 질은 점점 나아질 것이다	⓪	①	②	③
MHRM22	나는 매일 아침 일어나면, 무언가 나를 위한 일을 한다	⓪	①	②	③
MHRM23	나는 내 목표를 향해 나아갈 것이다	⓪	①	②	③
MHRM24	기분이 저조해질 때는, 종교적 신앙이나 영적 믿음이 기분을 나아기게 하는데 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM25	나의 종교적 신앙이나 영적 믿음이 나의 회복에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM26	정신건강에 어려움을 지닌 나 자신과 다른 사람의 권리를 위해 나는 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM27	일을 하는 것이나 기타 활동을 하는 것은 나 자신과 나를 둘러싼 주변을 발전하게 한다	⓪	①	②	③
MHRM28	나는 정신질환에 대한 편견과 좋지 않은 시선에 굴하지 않는다	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	알지 못함	알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설)	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	알지 못함	알고 있음	매우 잘 알고 있음
및 기타	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 귀하가 현재 입소한 정신요양시설 관련 인식

1. 현재 입소한 정신요양시설의 입소 비용은 얼마인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만 응답) 귀하가 실제 부담하는 한 달 입소 비용은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 정신요양시설 입소비용은 귀하의 가정형편에서 어느 정도의 부담이 되십니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 현 정신요양시설에 입소하게 된 것은 자신의 결정이었습니까?

① 예
② 아니오

2-2. (질문2에서 ① 예 선택 경우만 응답) 자신 결정이었다면 귀하의 가족이 현재 정신요양시설에 입소하게 된 주된 이유는 무엇입니까?

① 친구의 권유로
② 가족이 원해서
③ 가족 외 타인(의사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 공무원 등)의 권유로
④ 거주할 곳이 없어서
⑤ 증상을 스스로 관리할 자신이 없어서
⑥ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑦ 기타(　　)

2-2. (질문2에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 자신의 결정이 아니었다면 누구의 결정이었습니까?

① 가족 또는 보호자의 결정
② 시·군·구청의 결정
③ 정신건강복지센터의 결정
④ 잘 모르겠음
⑤ 기타(　　)

3. 현재 귀하는 원하면 퇴소를 결정할 수 있습니까?

① 예 (☞ 3-1번으로)　　② 아니오 (☞ 3-2번으로)

3-1. (질문3에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소를 한다면 어떤 생활을 희망하십니까?

① 가정에서 가족과 함께 생활
② 주택을 마련하여 혼자 생활
③ 마음이 맞는 동료와 생활
④ 공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활
⑤ 기타(　　)

3-2. (질문3에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 퇴소를 결정할 수 없는 이유는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서(증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경이 두려워서
④ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 병원에서 거부해서
⑦ 기타(　　)

4. 퇴소 (이후의) 계획에 대한 상담을 받은 적이 있습니까?

① 예 (☞ 4-1번으로)　　② 아니오 (☞ 4-4번으로)

4-1. (질문4에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소 이후의 계획에 대한 상담 시, 지역사회정신재활시설에 대해 안내받았습니까?

① 예 (☞ 4-2번으로) ② 아니오 (☞ 5번으로)

4-2. (질문4-1에서 ① 예 선택 경우만 응답) 지역사회정신재활시설에 대한 어떤 내용을 안내받았습니까?

① 지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.
② 이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.
③ 이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.
④ 기타( )

4-3. (질문4에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소 이후 이용(입소)하게 될 정신재활시설 연계(의뢰)서비스를 받았습니까?

① 예 (☞ 5번으로) ② 아니오 (☞ 5번으로)

4-4. (질문4에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 상담을 받지 못한 이유는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서(증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경이 두려워서
④ 가족에게 피해를 주기 싫어서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 병원에서 거부해서
⑦ 기타( )

5. 퇴소 이후 지역사회정신재활시설을 이용(입소)할 구체적인 계획이 있습니까?

① 예 (☞ 5-1번으로) ② 아니오 (☞ 5-2번으로)

5-1. (질문5에서 ① 예 선택 경우만 응답) 다음 중 어떤 유형의 지역사회시설을 이용(입소)하고자 계획 중입니까?

① 정신건강복지센터
② 정신병원·정신과의원의 낮병원
③ 정신재활시설 (생활시설)
④ 정신재활시설 (주간재활시설)
⑤ 정신재활시설 (공동생활가정)
⑥ 정신재활시설 (지역사회전환시설)
⑦ 정신재활시설 (직업재활시설)
⑧ 정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)
⑨ 중독자재활시설
⑩ 생산품판매시설
⑪ 잘 모르겠다

5-2. (질문5에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 지역사회시설 이용(입소) 계획이 없는 이유는 무엇입니까?

① 이용 가능한 시설이 없어서
② 나의 욕구와 맞지 않아서
③ 거리가 멀어서
④ 서비스 이용 비용이 부담되어서
⑤ 사람들의 시선이 신경쓰여서
⑥ 어떻게 이용해야하는지 몰라서
⑦ 기타(　　)

6. 다음은 귀하가 생활하고 있는 정신요양시설의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 생활하고 있는 정신요양시설의 지원서비스는 실제 어떠한지 각 문항별로 동의하는 정도를 응답해 주시기 바랍니다.

요양시설의 지원 서비스	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	⓪	①	②	③
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둠으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	⓪	①	②	③
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 적절한 의, 식, 주를 유지할 수 있도록 전반적으로 지원해준다.	⓪	①	②	③

7. 다음은 귀하가 생활하고 있는 정신요양시설에서 귀하의 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

현재 입원한 병원에서의 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	⓪	①	②	③
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 하루 일과(식사시간, 외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	⓪	①	②	③
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	⓪	①	②	③
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴소)을 강요하지 않는다.	⓪	①	②	③
시설에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	⓪	①	②	③

부 록 2.2 : 정신요양시설 가족 설문지

A. 응답자 및 입소 생활인의 일반적 특성

1. 응답자 주소지		( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 응답자 성별		① 남성	② 여성
3. 응답자 출생시기 및 조사시기		출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
		□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 응답자 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
5. 응답자 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
6. 입소 생활인의 국민기초생활보장수급 상태 및 유형		① 수급대상 아님 ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)	③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
6-1 정신요양시설 입소 시 입소 생활인이 수급비를 직접 수령하지 못하는 것을		① 알고 있음 (☞ 6-2번으로)	② 모름 (☞ 7번으로)
6-2 정신요양시설 입소 시 수급비 시설 수령에 대한 의견		① 생활인 본인이 직접 수령하는 것이 좋다고 생각함	② 현재 방식대로 유지하는 것이 좋다고 생각함 (생활인 본인 대신 시설에서 수령)
7. 입소 생활인과의 관계		① 생활인의 부모 ② 생활인의 자녀 ③ 생활인의 배우자 ④ 생활인의 형제자매 ⑤ 기타 ( )	
8. 입소 생활인의 성별		① 남성	② 여성
9. 입소 생활인의 출생시기		□□□□ 년 □□ 월	
10. 입소 생활인의 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
11. 입소 생활인의 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
12. 입소 생활인의 장애등록 상태		① 등록장애인	② 등록장애인 아님 (☞ 13번으로)
입소 생활인의 복합 장애	12-1. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애 ⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애 ⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애 ⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애	
	12-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급) ② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)	
	12-3. 장애등록연도	□□□□ 년	
입소 생활인의 중복장애	12-4. 중복장애 유무	⓪ 없음 ① 있음	
	12-5. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애 ⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애 ⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애 ⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애	
13. 입소 생활인의 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유		① 등록절차와 방법을 몰라서 ② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함 ③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑤ 등록과정이 번거로워서	⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서 ⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ⑩ 기타( )
14. 입소 생활인의 의료보장 유형		① 의료급여 ② 건강보험(의료보험) ③ 모름	
14-1. 입소 생활인의 의료비 주부담자		① 생활인 본인 ② 생활인의 부모 ③ 생활인의 자녀 ④ 생활인의 배우자 ⑤ 생활인의 형제자매 ⑥ 생활인의 친인척 ⑦ 기타 ( )	
15. 입소 생활인의 주돌봄제공자 (보호자)		① 없음 (생활인 본인) ② 생활인의 부모 ③ 생활인의 자녀 ④ 생활인의 배우자 ⑤ 생활인의 형제자매 ⑥ 생활인의 친인척 ⑦ 기타 ( )	

국가인권위원회 humanrights.go.kr

16. 입소한 생활인이 최초로 정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?

| | | | | 년 (만 | | | 세)

17. 입소한 생활인의 주된 진단명은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타( )
⑩ 진단받지 않았음

18. 입소한 생활인이 최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?

| | | | | 년 (만 | | | 세)

18.1. 입소한 생활인이 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험은 어떠합니까??

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로) ① 예 ⇒ 총 입원 횟수 ( )회 총 입원기간 ( ) 년 ( )개월

18.2. 입소한 생활인이 가장 최근에 정신의료기관에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

| | | | | 년 | | | 월 (입원기간 : | | 개월)

18.3. 입소한 생활인이 가장 최근에 정신의료기관에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

18.4. 입소한 생활인이 가장 최근에 정신의료기관에서 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

2. 입소한 생활인을 지원하는데 가족으로서의 경험(부담)은 어떠합니까? 지난 3개월간 일상적 상황을 기준으로 응답해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 한다.	⓪	①	②	③
밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 한다.	⓪	①	②	③
대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요하다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려된다.	⓪	①	②	③
내가 더 이상 환자(생활인)를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다.	⓪	①	②	③
가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려된다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인이 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험한다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인을 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받았다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인을 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해 받았다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인의 병 때문에 가족갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉았다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠졌다.	⓪	①	②	③
입소한 생활인의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못 자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠졌다.	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 입소 당사자가 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설) 및 기타	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 당사자가 현재 입소한 정신요양시설 관련 인식

1. 현재 생활인이 입소한 정신요양시설의 입소 비용은 얼마인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만 응답) 귀하가 실제 부담하는 월 입소 비용은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 정신요양시설 입소 비용은 귀하의 가정형편에서 어느 정도의 부담이 됩니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 입소한 생활인이 현 요양시설에 입소하게 된 것은 생활인 본인의 결정이었습니까??

① 예 (생활인 본인의 결정) (☞ 3번으로)　② 아니오 (☞ 2-1번으로)

2-1. (질문2에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 입소한 생활인의 결정이 아니었다면 누구의 결정이었습니까?

① 가족 또는 보호자의 결정
② 시·군·구청의 결정
③ 정신건강복지센터의 결정
④ 잘 모르겠음
⑤ 기타(　　)

3. 현재 입소한 생활인이 원하면 퇴소를 결정할 수 있습니까?

① 예 (☞ 3-1번으로)　② 아니오 (☞ 3-2번으로)

3-1. (질문3에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소를 한다면 생활인이 어떤 생활을 하기를 희망하십니까?

① 가정에서 가족과 함께 생활
② 주택을 마련하여 혼자 생활
③ 마음이 맞는 동료와 생활
④ 공동생활가정(그룹홈, 체험홈, 자립홈 등)에서 생활
⑤ 기타(　　)

3-2. (질문3에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 입소한 생활인이 퇴소를 결정할 수 없는 이유는 무엇입니까?

① 스스로 생활하기 어려워서 (증상 관리 등)
② 거주할 곳이 없어서
③ 새로운 환경을 두려워해서
④ 가족에게 피해를 주는 것을 싫어해서
⑤ 보호자가 거부해서
⑥ 정신요양시설에서 거부해서
⑦ 기타(　　)

4. 입소한 생활인의 퇴소 (이후의) 계획에 대한 상담을 받은 적이 있습니까?

① 예 (☞ 4-1번으로)　　② 아니오 (☞ 4-4번으로)

4-1. (질문4에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소 이후의 계획에 대한 상담 시, 지역사회정신재활시설에 대해 안내받았습니까?

① 예 (☞ 4-2번으로)　　② 아니오 (☞ 5번으로)

4-2. (질문4-1에서 ① 예 선택 경우만 응답) 지역사회정신재활시설에 대한 어떤 내용을 안내받았습니까?

① 지역사회정신재활시설이 있고 이용할 수 있다고 안내받았다.
② 이용가능한 지역사회정신재활시설의 기관 명칭과 연락처 정도만 안내받았다.
③ 이용가능한 지역사회정신재활시설의 명칭, 연락처, 프로그램 내용, 장단점 등을 상세히 안내받았다.
④ 기타(　　)

4-3. (질문4에서 ① 예 선택 경우만 응답) 퇴소 이후 이용(입소)하게 될 정신재활시설 연계(의뢰)서비스를 받았습니까?

① 예 (☞ 5번으로)　　② 아니오 (☞ 5번으로)

4-4. (질문4에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 상담을 받지 못한 이유는 무엇입니까?

① 아직 입소한 지 얼마 되지 않아서 퇴소가 불확실해서
② 퇴소 계획 상담을 할 수 있는지 몰라서 (정보 부족 때문)
③ 퇴소 상담을 알고는 있지만 도움이 되지 않는다고 생각해서 (낮은 필요성 때문)
④ 퇴소 상담을 몇 번 경험해보니 효과가 적어서 (낮은 효과성 때문)
⑤ 상담 연락은 받았으나 개인사정이 있어서
⑥ 정신요양시설에서 퇴소 상담 기회를 주지 않아서
⑦ 입소한 생활인이 상담받기를 거부해서
⑧ 기타(　　)

5. 입소한 생활인의 퇴소 이후 지역사회정신재활시설을 이용(입소)할 구체적인 계획이 있습니까?

① 예 (☞ 5-1번으로)　　② 아니오 (☞ 5-2번으로)

5-1. (질문5에서 ① 예 선택 경우만 응답) 다음 중 어떤 유형의 지역사회정신재활시설을 이용(입소)하고자 계획 중입니까?

① 정신건강복지센터
② 정신병원
③ 정신재활시설 (생활시설)
④ 정신재활시설 (주간재활시설)
⑤ 정신재활시설 (공동생활가정)
⑥ 정신재활시설 (지역사회전환시설)
⑦ 정신재활시설 (직업재활시설)
⑧ 정신재활시설 (아동·청소년 정신건강지원시설)
⑨ 중독자재활시설
⑩ 생산품판매시설
⑪ 잘 모르겠다

5-2. (질문5에서 ② 아니오 선택 경우만 응답) 지역사회정신재활시설을 이용(입소) 계획이 없는 이유는 무엇입니까?

① 이용가능한 시설이 없어서
② 욕구와 맞지 않아서
③ 거리가 멀어서
④ 서비스 이용 비용이 부담되어서
⑤ 사람들의 시선이 신경쓰여서
⑥ 어떻게 이용해야하는지 몰라서
⑦ 기타(　　)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

부 록 2.3 : 정신요양시설 종사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지	( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 성별	① 남성	② 여성
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
	□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 근무 경력	총근무경력(년 개월)	현재 기관 근무경력(년 개월)
	□□ 년 □□ 개월	□□ 년 □□ 개월
5. 근무기관	① 생활시설 ② 주간재활시설 ③ 공동생활가정 ④ 지역사회전환시설 ⑤ 아동청소년 정신건강지원시설 ⑥ 생산품 판매시설 ⑦ 종합시설	⑧ 정신요양시설 ⑨ 국립정신의료기관 ⑩ 공립정신의료기관 ⑪ 민간정신의료기관(1차-병상수 30개 미만) ⑫ 민간정신의료기관(2차-병상수 30개 이상~500개미만) ⑬ 민간정신의료기관(3차-병상수 500개 이상)
6. 직책	① 정신건강의학과 전문의(촉탁의) ② 일반의사 ③ 정신건강간호사 ④ 간호사 ⑤ 간호조무사	⑥ 정신건강사회복지사 ⑦ 사회복지사(생활복지사) ⑧ 정신건강임상심리사 ⑨ 임상심리사 ⑩ 기타( )
7. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 귀하가 당사자를 각 기관에 연계해 본 경험이 있는지 선택하여 주시고, 연계 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	연계경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		연계경험 없음	연계경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 **탈원화에 대해서 어떻게 생각**하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 **탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명**입니다. 귀하는 **얼마나 동의**하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
서비스	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설) 및 기타	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

3. 귀하는 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조가 정신장애인에 대해 장애인복지법 적용을 배제할 수 있도록 하는 사실을 알고 계십니까?

※ **장애인복지법 제15조** 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다
동법 시행령 제13조 ③은 '법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조(재활상담 등의 조치)제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다' 고 규정한다.

① 알고 있다 ② 모르고 있다

4. 귀하는 정신장애인의 복지서비스(취업, 문화·체육, 주거, 평생교육 등)가 다른 장애인들과 동등하게 지원되어야 한다는 것에 동의하십니까?

① 매우 동의한다. ② 동의하는 편이다 ③ 동의하지 않는 편이다. ④ 매우 동의하지 않는다.

5. 귀하께서는 정신장애인(정신질환자)의 복지서비스가 지방자치단체 수준에서 보건담당부서와 보건소에서 계획·집행·관리되고 있는 것에 대하여 어느 정도 동의하십니까?

① 매우 동의하지 않음 (☞ 6-1번으로) ② 동의하지 않음. (☞ 6-1번으로) ③ 동의함 ④ 매우 동의함

5-1. 귀하께서 정신장애인(정신질환자) 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대하여 동의하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

① 복지서비스와 보건서비스는 각기 전문성이 확보되어야 하기 때문에
② 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에
③ 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에
④ 기타 ( )

국가인권위원회
humanrights.go.kr

부 록 3.1 : 정신재활시설 당사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지		( ) 도, 특별시, 광역시	( )	시, 군, 구
1-1. (주소지와 거주지가 다른 경우) 현재 거주지		( ) 도, 특별시, 광역시	( )	시, 군, 구
2. 성별		① 남성	② 여성	
3. 출생시기 및 조사시기		출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)	
		□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월	
4. 결혼상태		① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )	
5. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시		① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업	
6. 국민기초생활보장수급 상태 및 유형		① 수급대상 아님 (☞ 7번으로) ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)	③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례	
6-정신재활시설 중 입소생활시설 입소 시 이용자가 수급비를 직접 수령하지 못하는 것을		① 알고 있음 (☞ 6-2번으로)	② 모름 (☞ 7번으로)	
6-정신재활시설 중 입소생활시설 입소 시 수급비 시설 수령에 대한 의견		① 본인이 직접 수령하는 것이 좋다고 생각함	② 현재 방식대로 유지하는 것이 좋다고 생각함 (본인 대신 시설에서 수령)	
7. 장애등록 상태		① 등록장애인	② 등록장애인 아님 (☞ 8번으로)	
주된 장애	7-1. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애 ⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애 ⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애 ⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애		
	7-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급) ② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)		
	7-3. 장애등록연도	□□□□ 년		
중복 장애	7-4. 중복장애 유무	⓪ 없음 ① 있음		
	7-5. 장애유형	① 정신장애 ② 지체장애 ③ 뇌병변장애 ④ 시각장애 ⑤ 청각장애 ⑥ 언어장애 ⑦ 지적장애 ⑧ 자폐성장애 ⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애 ⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애		
8. 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유		① 등록절차와 방법을 몰라서 ② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함 ③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑤ 등록과정이 번거로워서	⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서 ⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ⑩ 기타( )	
9. 의료보장 유형		① 의료급여	② 건강보험(의료보험)	③ 모름
9-1. 의료비 주부담자		① 본인 ② 부모 ③ 자녀 ④ 배우자 ⑤ 형제자매 ⑥ 그 외 친인척 ⑦ 기타 ( )		

10. 최초로 정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?

□□□□ 년 (만 □□ 세)

11. 귀하의 주된 진단명은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타(　　)
⑩ 진단받지 않았음

12. 최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?

□□□□ 년 (만 □□ 세)

12-1. 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험이 있습니까?

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로)　① 예 ⇒ 총 입원 횟수 (　)회　총 입원기간 (　) 년 (　)개월

12-2. 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였습니까?

□□□□ 년 □□ 월 (입원기간 : □□ 개월)

12-3. 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌습니까?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

12-4. 가장 최근에 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정에 의해 이루어졌습니까?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함
⑥ 해당없음 (아직 퇴원하지 않았음)

B. 전반적 인식

1. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 **신체건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **정신건강**	⓪	①	②	③
귀하의 **주거환경** (현재 입원, 입소, 거주하고 있는 환경 기준)	⓪	①	②	③
귀하의 **가족관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **직업(일)** (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	⓪	①	②	③
귀하의 **소득**	⓪	①	②	③
귀하의 **사회적 친분관계**	⓪	①	②	③
귀하의 **여가생활**	⓪	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 **전반적으로 생활에 얼마나 만족**하고 계십니까?	⓪	①	②	③

2. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

3. 다음은 귀하의 자기결정과 관련된 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD1	나는 나의 삶의 목적과 의미를 달성하기 위해서 어떻게 계획하고 선택하며 행동해야 하는지 알고 있다	⓪	①	②	③
SD2	나는 나에게 주어진 일은 책임감있게 스스로 잘 해결할 수 있다	⓪	①	②	③
SD3	나는 내 생각과 의견을 자유롭게 표현하고 행동할 수 있다	⓪	①	②	③
SD4	나는 가족의 도움없이도 내 삶과 일상생활의 여러 결정을 할 수 있다	⓪	①	②	③
SD5	나는 비록 정신과 증상을 경험하고 있더라도 더 나은 삶과 회복을 위해서 노력하고 있고 실제로 좋아지고 있다	⓪	①	②	③
SD6	나는 내 삶에서 내 스스로의 의지와 결정에 따라 행동하고 살아가고 있다	⓪	①	②	③

구분	문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	상당히 그렇다	항상 그렇다
SD7	나는 내 삶의 목적과 의미를 찾기 위해서 실제로 노력하고 있고 성공한 경험도 있다	⓪	①	②	③
SD8	내 일상생활은 내가 주인이 되어 결정해야 한다	⓪	①	②	③
SD9	내 삶에서 스스로 결정할 기회가 많다	⓪	①	②	③
SD10	정신과 병원에 입원할지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD11	아프면 병원에 갈지 말지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD12	어떤 프로그램이나 교육을 받을 것인지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD13	어떤 유형의 직업(일)을 할 것인가는 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD14	나의 취미활동은 무엇을 할지 내가 결정할 수 있다	⓪	①	②	③
SD15	친구들은 내가 삶의 목적과 계획들을 추진할 수 있도록 격려해준다	⓪	①	②	③
SD16	전문가는 내가 다양한 일상생활에서 스스로 결정하고 행동을 하는 것에 대해서 긍정적인 피드백을 주고 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD17	전문가는 내가 삶의 여러 목표들에 따른 계획과 행동들을 실천하려고 할 때 함께 생각하고 논의하며 지지해준다	⓪	①	②	③
SD18	지역사회는 내가 일상생활에서 스스로 결정할 수 있든 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③
SD19	지역사회는 내가 내 삶의 목적과 계획을 달성하기 위해서 행동하고 노력하도록 도와주고 지지해준다	⓪	①	②	③
SD20	친구들은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 도와주고 기회를 준다	⓪	①	②	③
SD21	가족은 내가 일상생활에서 스스로 결정을 할 수 있도록 기회를 제공해준다	⓪	①	②	③

4. 다음은 회복과 관련한 질문입니다. 가장 동의하는 번호를 선택하여 주십시오.

구분	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
MHRM1	나는 나의 정신건강 회복을 위해 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM2	고통스러운 날들이 있더라도, 많은 것들이 나를 좋아지게 할 것이다	⓪	①	②	③
MHRM3	상태가 별로 좋지 않을 때 나는 도움을 요청한다	⓪	①	②	③
MHRM4	나는 나의 회복을 위해 어려움을 감수한다	⓪	①	②	③
MHRM5	나는 나 자신을 믿는다	⓪	①	②	③
MHRM6	나는 나의 정신건강의 어려움을 관리할 수 있다	⓪	①	②	③
MHRM7	나는 내 인생에 대해 책임과 권한을 가지고 있다	⓪	①	②	③
MHRM8	하루하루가 배움을 위한 새로운 기회를 갖는 것이다	⓪	①	②	③
MHRM9	나는 정신건강에 어려움은 있기는 하지만 여전히 긍정적인 성장과 변화를 하고 있다	⓪	①	②	③
MHRM10	내게 여전히 어려움을 있지만, 나는 나 자신을 가치 있는 존재라 생각한다	⓪	①	②	③
MHRM11	나는 나 자신을 이해하며, 현재의 나에 대해서 잘 알고 있다	⓪	①	②	③
MHRM12	나는 매일 영양이 풍부한 음식을 먹고 있다	⓪	①	②	③
MHRM13	나는 매주 밖에 나가서 즐거운 활동들에 참여한다	⓪	①	②	③
MHRM14	나는 다른 사람들을 알고 지내려 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM15	나는 사람들과 어울리고 친구를 사귄다	⓪	①	②	③
MHRM16	나는 나 자신을 좋아한다	⓪	①	②	③
MHRM17	내가 생각하는 방식은 나의 목표달성에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM18	내 인생은 그다지 나쁘지 않다	⓪	①	②	③
MHRM19	나는 나 자신에 대해 편안하게 느낀다	⓪	①	②	③
MHRM20	나는 여러 주 동안 적극적으로 지내고 있다	⓪	①	②	③
MHRM21	미래에 내 삶의 질은 점점 나아질 것이다	⓪	①	②	③
MHRM22	나는 매일 아침 일어나면, 무언가 나를 위한 일을 한다	⓪	①	②	③
MHRM23	나는 내 목표를 향해 나아갈 것이다	⓪	①	②	③
MHRM24	기분이 저조해질 때는, 종교적 신앙이나 영적 믿음이 기분을 나아기게 하는데 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM25	나의 종교적 신앙이나 영적 믿음이 나의 회복에 도움이 된다	⓪	①	②	③
MHRM26	정신건강에 어려움을 지닌 나 자신과 다른 사람의 권리를 위해 나는 노력한다	⓪	①	②	③
MHRM27	일을 하는 것이나 기타 활동을 하는 것은 나 자신과 나를 둘러싼 주변을 발전하게 한다	⓪	①	②	③
MHRM28	나는 정신질환에 대한 편견과 좋지 않은 시선에 굴하지 않는다	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	알지 못함	알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설) 및 기타	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 귀하가 현재 이용하는 지역사회정신재활시설 관련 인식

1. 현재 이용하는 **지역사회정신재활시설의 이용 비용은 얼마**인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (**질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만** 응답) 귀하가 **실제 부담하는 한 달 이용 비용**은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 **이용 비용**은 귀하의 가정형편에서 **얼마 정도의 부담**이 되십니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 귀하께서는 현재 이용하고 있는 정신재활시설을 **어떻게 알게** 되었습니까?

① 병원에서 소개를 받아서
② 동주민센터에서 소개를 받아서
③ 가족 및 친척이 알려줘서
④ 동료, 친구가 알려줘서
⑤ 직접 찾아봐서
⑥ 인터넷, 게시판 등의 홍보글을 보고 알게 되어서
⑦ 기타( )

3. 귀하께서는 현재 정신재활시설에 **어떻게 등록**하게 되었습니까?

① 내가 원해서
② 가족이 원해서
③ 친구가 원해서
④ 가족 외 타인(의사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 공무원 등)의 권유로
⑤ 기타( )

국가인권위원회
humanrights.go.kr

4. 다음은 귀하가 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 이용하는 정신재활시설의 지원서비스는 실제 어떠한지 각 문항별로 동의하는 정도를 응답해 주시기 바랍니다.

지역사회 정신재활시설의 지원 서비스	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	⓪	①	②	③
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둠으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	⓪	①	②	③
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	⓪	①	②	③
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	⓪	①	②	③
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 적절한 의, 식, 주를 유지할 수 있도록 전반적으로 지원해준다.	⓪	①	②	③

5. 다음은 귀하가 이용하는 정신재활시설에서 귀하의 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

현재 이용하고 있는 재활시설에서의 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	⓪	①	②	③
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	⓪	①	②	③
나는 하루 일과(식사시간, 외출 및 외박 등)를 자유롭게 결정한다.	⓪	①	②	③
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	⓪	①	②	③
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	⓪	①	②	③
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	⓪	①	②	③
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단(퇴소)을 강요하지 않는다.	⓪	①	②	③
시설에서 휴대전화 사용이 자유롭다.	⓪	①	②	③

부 록 3.2 : 정신재활시설 가족 설문지

A. 응답자 및 정신재활시설 이용자의 일반적 특성

1. 응답자 주소지	( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 응답자 성별	① 남성	② 여성
3. 응답자 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
	□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 응답자 결혼상태	① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
5. 응답자 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
6. 이용자의 국민기초생활보장수급 상태 및 유형	① 수급대상 아님 ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)	③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
6-1 정신재활시설 중 입소생활시설 입소 시 이용자가 수급비를 직접 수령하지 못하는 것을	① 알고 있음 (☞ 6-2번으로)	② 모름 (☞ 7번으로)
6-2 정신재활시설 중 입소생활시설 입소 시 수급비 시설 수령에 대한 의견	① 이용자 본인이 직접 수령하는 것이 좋다고 생각함	② 현재 방식대로 유지하는 것이 좋다고 생각함 (이용자 본인 대신 시설에서 수령)
7. 이용자와의 관계	① 이용자의 부모 ② 이용자의 자녀 ③ 이용자의 배우자 ④ 이용자의 형제자매 ⑤ 기타 ( )	
8. 이용자의 성별	① 남성	② 여성
9. 이용자의 출생시기	□□□□ 년 □□ 월	
10. 이용자의 결혼상태	① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거	④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ( )
11. 이용자의 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업
12. 이용자의 장애등록 상태	① 등록장애인	② 등록장애인 아님 (☞ 13번으로)
이용자의 주된 장애 12-1. 장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
12-2. 장애정도	① 장애의 정도가 심한 장애인 (종전 1급 ~ 3급) ② 장애의 정도가 심하지 않은 장애인 (종전 4급 ~ 6급)	
12-3. 장애등록연도	□□□□ 년	
이용자의 중복장애 12-4. 중복장애 유무	⓪ 없음 ① 있음	
12-5. 장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
13. 이용자의 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유	① 등록절차와 방법을 몰라서 ② 등록신청을 하였으나 자격이 안 되어 탈락함 ③ 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ④ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑤ 등록과정이 번거로워서	⑥ 장애인이라고 생각하지 않아서 ⑦ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ⑧ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ⑨ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ⑩ 기타( )
14. 이용자의 의료보장 유형	① 의료급여 ② 건강보험(의료보험) ③ 모름	
14-1. 이용자의 의료비 주부담자	① 이용자 본인 ② 이용자의 부모 ③ 이용자의 자녀 ④ 이용자의 배우자 ⑤ 이용자의 형제 자매 ⑥ 이용자의 친인척 ⑦ 기타 ( )	
15. 이용자의 주돌봄제공자 (보호자)	① 없음 (이용자 본인) ② 이용자의 부모 ③ 이용자의 자녀 ④ 이용자의 배우자 ⑤ 이용자의 형제 자매 ⑥ 이용자의 친인척 ⑦ 기타 ( )	

16. 이용자가 최초로 정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?

□□□□ 년 (만 □□ 세)

17. 이용자의 주된 진단명은 무엇입니까?(1개만 선택 가능, 2개 이상일 경우 주 진단명을 선택)

① 조현병(정신분열증)
② 양극성정동장애(조울증)
③ 우울증(반복성 우울)
④ 분열정동장애
⑤ 발달장애(지적, 자폐성)
⑥ 알코올/약물장애
⑦ 신경증
⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애)
⑨ 기타(　　)
⑩ 진단받지 않았음

18. 이용자가 최초로 정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?

□□□□ 년 (만 □□ 세)

18.1. 이용자가 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험이 있나요?

⓪ 아니오 (☞ B 1번으로)　① 예 ⇒ 총 입원 횟수 (　)회　총 입원기간 (　) 년 (　)개월

18.2. 이용자가 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

□□□□ 년 □□ 월 (입원기간 : □□ 개월)

18.3. 이용자가 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 신청하여 입원함 (자의입원)
② 가족(보호의무자)의 설득에 동의하여 입원함 (동의입원)
③ 입원을 거부했으나 가족(보호의무자) 2명의 신청에 의해 비자발적으로 최초 입원함 (보호입원)
④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 최초 입원함 (행정입원/응급입원)

18.4. 이용자가 가장 최근에 퇴원할 때 퇴원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

① 스스로 결정하여 퇴원함
② 가족(보호의무자)의 동의를 받아서 퇴원함
③ 후견인의 동의를 받아서 퇴원함
④ 절차보조인의 도움을 받아서 퇴원함
⑤ 입원기간이 만료되어 퇴원함
⑥ 해당없음 (아직 퇴원하지 않았음)

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

2. 정신재활시설 이용자를 지원하는데 가족으로서의 경험(부담)은 어떠합니까? 지난 3개월간 일상적 상황을 기준으로 응답해 주십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
낮 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 하루 종일 지켜보거나 돌봐야 한다.	⓪	①	②	③
밤 시간에 정신질환의 증상이나 장애 때문에 지속적으로 지켜보거나 돌봐야 한다.	⓪	①	②	③
대부분의 시간은 잘 지내지만 약복용, 식사준비 등을 스스로 하지 못해 도움이 필요하다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 자살하지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족을 해치지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 가족 외의 타인을 해치지 않을까 염려된다.	⓪	①	②	③
정신질환의 증상이나 장애 때문에 이웃과 관계에서 부적절하게 행동하거나 문제를 일으킬까 염려된다.	⓪	①	②	③
내가 더 이상 환자(이용자)를 돌볼 수 없다면 누가 돌봐줄까 염려된다.	⓪	①	②	③
가족 중에 정신질환자가 있다는 것을 다른 사람이 알까 염려된다.	⓪	①	②	③
이용자가 병이 난 후 치료비 부담이나 수입의 감소로 가족 전체가 경제적 어려움을 경험한다.	⓪	①	②	③
이용자를 돌보느라 일상생활(취미활동, 여행, 휴식 등)이 방해받았다.	⓪	①	②	③
이용자를 돌보느라 직업 및 경제활동이 방해받았다.	⓪	①	②	③
이용자의 병 때문에 가족 갈등이 생기고 집안 분위기가 가라앉았다.	⓪	①	②	③
이용자의 병 때문에 함께 사는 가족의 신체적 건강이 나빠졌다.	⓪	①	②	③
이용자의 병 때문에 함께 사는 가족이 잠을 못 자거나 우울하거나 불안해하는 등 심리적인 어려움이 있거나 정신건강이 나빠졌다.	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 당사자가 각 기관을 이용해본 적이 있는지 선택하여 주시고, 이용 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	이용경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		이용경험 없음	이용경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 ·서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

국가인권위원회
humanrights.go.kr

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업 (재활시설)	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③
	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
및 기타	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

F. 당사자가 현재 이용하는 지역사회정신재활시설 관련 인식

1. 현재 귀하의 가족(정신장애인)이 이용하는 **지역사회정신재활시설의 비용은 얼마**인지 알고 있습니까?

① 알고 있음 (☞ 1-1번으로)
② 모름 (☞ 2번으로)

1-1. (**질문1에서 ① 알고있음 선택 경우만** 응답) 귀하가 **실제 부담하는 월 이용 비용**은 대략 얼마입니까?

① 1만 원 ~ 10만 원
② 11만 원 ~ 20만 원
③ 21만 원 ~ 30만 원
④ 31만 원 ~ 40만 원
⑤ 41만 원 ~ 50만 원
⑥ 51만 원 ~ 60만 원
⑦ 61만 원 ~ 70만 원
⑧ 71만 원 ~ 80만 원
⑨ 81만 원 ~ 90만 원
⑩ 91만 원 ~ 100만 원
⑪ 101만 원 ~ 110만 원
⑫ 111만 원 ~ 120만 원
⑬ 121만 원 ~ 130만 원
⑭ 131만 원 ~ 140만 원
⑮ 141만 원 ~ 150만 원
⑯ 151만 원 ~ 160만 원
⑰ 161만 원 ~ 170만 원
⑱ 171만 원 ~ 180만 원
⑲ 181만 원 ~ 190만 원
⑳ 191만 원 ~ 200만 원
㉑ 201만 원 이상

1-2. 위에서 응답하신 **이용 비용**은 귀하의 가정형편에서 **어느 정도의 부담**이 됩니까?

① 전혀 부담되지 않는다
② 부담이 되지 않는 편이다
③ 보통이다
④ 부담이 되는 편이다
⑤ 매우 부담이 된다

2. 귀하께서는 가족(정신장애인)이 현재 이용하고 있는 **재활시설을 어떻게 알게** 되었습니까?

① 병원에서 소개를 받아서
② 동주민센터에서 소개를 받아서
③ 가족 및 친척이 알려줘서
④ 동료, 친구가 알려줘서
⑤ 직접 찾아봐서
⑥ 인터넷, 게시판 등의 홍보글을 보고 알게 되어서
⑦ 기타(　　)

3. 귀하의 가족(정신장애인)께서는 **현재 재활시설에 어떻게 등록**하게 되었습니까?

① 당사자 본인이 원해서
② 가족이 원해서(추천해서)
③ 담당 의사가 원해서(추천해서)
④ 담당 사례관리자(전문가)가 원해서 (추천해서)
③ 기타(　　)

부 록 3.3 : 정신재활시설 종사자 설문지

A. 응답자의 일반적 특성

1. 주소지	( ) 도, 특별시, 광역시	( ) 시, 군, 구
2. 성별	① 남성	② 여성
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)	조사시기(조사 년 월)
	□□□□ 년 □□ 월	2021 년 □□ 월
4. 근무 경력	총근무경력(년 개월)	현재 기관 근무경력(년 개월)
	□□ 년 □□ 개월	□□ 년 □□ 개월
5. 근무기관	① 생활시설 ② 주간재활시설 ③ 공동생활가정 ④ 지역사회전환시설 ⑤ 아동청소년 정신건강지원시설 ⑥ 생산품 판매시설 ⑦ 종합시설	⑧ 정신요양시설 ⑨ 국립정신의료기관 ⑩ 공립정신의료기관 ⑪ 민간정신의료기관(1차-병상수 30개 미만) ⑫ 민간정신의료기관(2차-병상수 30개 이상~500개미만) ⑬ 민간정신의료기관(3차-병상수 500개 이상)
6. 직책	① 정신건강의학과 전문의(촉탁의) ② 일반의사 ③ 정신건강간호사 ④ 간호사 ⑤ 간호조무사	⑥ 정신건강사회복지사 ⑦ 사회복지사(생활복지사) ⑧ 정신건강임상심리사 ⑨ 임상심리사 ⑩ 기타( )
7. 최종 학력 ※ 재학/휴학인 경우 최종졸업한 항목에 표시	① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업	⑤ 대학교(3년제 이하) 졸업 ⑥ 대학교(4년제 이상) 졸업 ⑦ 대학원 졸업

국가인권위원회
humanrights.go.kr

B. 전반적 인식

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 왼쪽 부분에는 다음 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 각각 선택하여 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⓪	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	신체 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	정신 건강	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	⓪	①	②	③
⓪	①	②	③	여가생활 지원	⓪	①	②	③

C. 탈원화 관련 인식

1. 정신건강복지법에는 다음의 정신건강관련 기관(정신건강증진시설)이 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 귀하가 각 기관을 알고 있는지 선택하여 주십시오. 다음으로 오른쪽 부분에는 귀하가 당사자를 각 기관에 연계해 본 경험이 있는지 선택하여 주시고, 연계 경험이 있는 경우 해당 기관에 대한 귀하의 만족(선호)도를 선택하여 주십시오.

알고 있는지 여부		기관 이름	연계경험 여부		만족(선호)도			
모른다	알고 있다		연계경험 없음	연계경험 있음	전혀 만족 않음	만족 않음	만족함	매우 만족함
⓪	①	정신의료기관(정신병원, 정신과의원)	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신요양시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	보건소	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	정신건강복지센터	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	주간재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	공동생활가정	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	지역사회전환시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	직업재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	아동·청소년 정신건강지원시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	중독자재활시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	생산품 판매시설	⓪	①	⓪	①	②	③
⓪	①	종합시설	⓪	①	⓪	①	②	③

2. 정신장애인이 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 입원·입소하는 것보다 지역사회에 거주하면서 지내는 것을 탈원화라고 합니다. 귀하는 탈원화에 대해서 어떻게 생각하십니까?

⓪ 전혀 동의하지 않는다 (장기간 입원·입소하는 것이 좋다)
① 동의하지 않는다
② 동의한다
③ 매우 동의한다 (지역사회에 거주하면서 지내는 것이 좋다)

3. 다음은 탈원화에 영향을 줄 수도 있는 제도 및 서비스 현황에 대한 설명입니다. 귀하는 얼마나 동의하십니까?

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스가 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)을 지원하는 지역사회 프로그램·서비스 정보가 부족하다.	⓪	①	②	③
병원이나 정신요양시설에서 퇴원(소)할 때 지역사회 프로그램·서비스 연계가 부족하다.	⓪	①	②	③
재정적 부담 상 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스보다 의료서비스 이용이 더 용이하다.	⓪	①	②	③
지역사회에 정신장애인(정신질환자)을 위한 복지서비스 기관보다 의료서비스 기관이 더 많다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 거주할 공간(주거서비스)이 부족하다.	⓪	①	②	③
지역사회에서 정신장애인(정신질환자)이 취업할 수 있는 일자리가 부족하다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 생활할 때는 가족의 돌봄 부담이 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **재정적 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 입원(입소)해 있을 때보다 퇴원(퇴소)해서 지역사회에서 서비스를 이용할 때 가족의 **돌봄 부담**이 더 크다.	⓪	①	②	③
정신장애인(정신질환자)이 지역사회에서 이용 가능한 지역사회 서비스 기관의 전문성이 낮다.	⓪	①	②	③
정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할은 분명하게 구분된다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애(정신질환)에 대한 편견과 낙인은 크다.	⓪	①	②	③
우리 사회에서 정신장애인(정신질환자) 권익을 옹호하는 제도는 부족하다.	⓪	①	②	③

D. 국제인권기준 관련 인식

1. 다음에는 국제인권기준과 관련한 서비스가 나열되어 있습니다. 왼쪽 부분에는 각 제도(지원)나 서비스가 정신장애인의 삶에서 어느 정도 필요한지, 오른쪽 부분에는 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 제도나 서비스를 모르는 경우는 '모름'으로 대답해 주십시오.

필요정도					제도 및 서비스 세부항목	충분정도				
모름	전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		모름	매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
⑨	⓪	①	②	③	전반적인 인권 보장에 대한 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	유엔 장애인권리협약에 대한 교육	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	의사결정지원 (의사결정지원 제도적 장치나 전문가 및 동료의 의사결정지원)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인맞춤형 회복 환경 조성	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강위기상황에서 안정을 취할 수 있는 정서적 환경 제공 (개인 맞춤형 의사소통 지원, 정서적지지)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	위기상황에서 안정을 취할 수 있는 물리적 환경 제공	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	강점에 근거한 서비스 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	지역사회 연계(통합)를 위한 노력	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집단동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	개인동료지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	권익옹호와 관련 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	정신건강관련 시민단체를 통한 모니터링	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	스스로를 도울 수 있는 방법(self-help tool) 지원	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	병원기반 사례관리	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	다양한 돌봄과 지원을 제공하는 정신건강센터	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	집, 거리에 있는 사람들에 대한 돌봄 지원(아웃리치 정신건강서비스)	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	자립생활을 지원하는 지원주거서비스	⑨	⓪	①	②	③
⑨	⓪	①	②	③	주거, 고용, 교육 등 다른 분야와의 협력과 네트워크	⑨	⓪	①	②	③

E. 장애인복지사업 및 관련 서비스 인식

1. 다음은 우리나라의 장애인복지사업 및 장애인복지 사업을 하는 기관을 나열한 것입니다. 각 사업(서비스) 및 기관에 대해 알고 계십니까?

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
보육·교육	여성장애인 교육지원	⓪	①	②	③
	장애대학생 교육활동 지원	⓪	①	②	③
	청소년 (발달장애학생) 방과후 활동서비스	⓪	①	②	③
	어린이집 우선입소 지원	⓪	①	②	③
의료·재활 지원 서비스	발달재활서비스	⓪	①	②	③
	여성장애인 출산비용 지원	⓪	①	②	③
	장애친화 건강검진	⓪	①	②	③
	특수교육대상자 치료지원서비스	⓪	①	②	③
	지역장애인보건의료센터	⓪	①	②	③
서비스	장애인 활동지원	⓪	①	②	③
	장애아 가족 양육 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 공공후견 지원 *심판청구비용, 활동비용 지원 등	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 부모상담 지원	⓪	①	②	③
	(발달장애인) 가족휴식 지원	⓪	①	②	③
	장애인 거주시설 *정신재활시설(주거시설)과 다름	⓪	①	②	③
	실비 장애인 거주시설 입소 이용료 지원	⓪	①	②	③
	공동주택 특별 분양 알선	⓪	①	②	③
	농어촌 장애인 주택개조 지원	⓪	①	②	③
	무료 법률 구조제도 실시	⓪	①	②	③
	장애인 응급안전 알림서비스	⓪	①	②	③
일자리·융자지원	장애인 고용서비스	⓪	①	②	③
	장애인 일자리지원	⓪	①	②	③
	장애인 생산품 판매시설	⓪	①	②	③
	장애인기업 종합지원센터	⓪	①	②	③
	장애인 창업점포 지원	⓪	①	②	③
	장애인 창업 육성	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원	⓪	①	②	③
	장애인 직업재활시설 * 정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인 자립자금 대여	⓪	①	②	③
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	⓪	①	②	③
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	⓪	①	②	③
	중증장애인 직업재활 지원(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 표준사업장 설립 지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인고용 시설 장비 융자·지원(사업주)	⓪	①	②	③
	장애인 취업성공 패키지	⓪	①	②	③
	장애인 직업능력개발(훈련수당)	⓪	①	②	③
	장애인 고용장려금 지원	⓪	①	②	③
공공요금	유선통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
	이동통신 요금 감면(장애인+시설도)	⓪	①	②	③
지역사회 복지사업	지역사회 중심 재활사업	⓪	①	②	③

구 분		인지 정도			
영역	사업명 및 기관	전혀 알지 못함	별로 알지 못함	다소 알고 있음	매우 잘 알고 있음
(재활시설) 및 기타	주간보호시설 *정신재활시설과 다름	⓪	①	②	③
	장애인복지관	⓪	①	②	③
	장애인 재가복지 봉사센터	①	②	③	④
	장애인체육시설	⓪	①	②	③
	여성장애인 가사도우미 파견	⓪	①	②	③
	가사·간병 방문 지원사업	⓪	①	②	③
	장애인 재활지원센터	⓪	①	②	③
	(지적)장애인자립지원센터	⓪	①	②	③

2. 귀하는 장애인복지법 제15조 및 동법 시행령 제13조가 정신장애인에 대해 장애인복지법 적용을 배제할 수 있도록 하는 사실을 알고 계십니까?

※ **장애인복지법 제15조** 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다
동법 시행령 제13조 ③은 '법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조(재활상담 등의 조치)제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다'고 규정한다.

① 알고 있다 ② 모르고 있다

3. 귀하는 정신장애인의 복지서비스(취업, 문화·체육, 주거, 평생교육 등)가 다른 장애인들과 동등하게 지원되어야 한다는 것에 동의하십니까?

① 매우 동의한다. ② 동의하는 편이다 ③ 동의하지 않는 편이다. ④ 매우 동의하지 않는다.

4. 귀하께서는 정신장애인(정신질환자)의 복지서비스가 지방자치단체 수준에서 보건담당부서와 보건소에서 계획·집행·관리되고 있는 것에 대하여 어느 정도 동의하십니까?

① 매우 동의하지 않음 (☞ 6-1번으로) ② 동의하지 않음. (☞ 6-1번으로) ③ 동의함 ④ 매우 동의함

4-1. 귀하께서 정신장애인(정신질환자) 복지서비스 전달체계가 보건부서에 있는 것에 대하여 동의하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

① 복지서비스와 보건서비스는 각기 전문성이 확보되어야 하기 때문에
② 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 장애영역 간 형평성이 확보되기 때문에
③ 장애인복지업무는 통합적으로 이루어져야 효율성이 확보되기 때문에
④ 기타 ( )

부 록 4.1 : 호주 뉴사우스웨일스주의 정신건강과 탈시설화 (Mental Health and Deinstitutionalisation)

1장. 호주 뉴사우스웨일스주의 정신건강과 탈원화

I. 나아가며

뉴사우스웨일스의 정신건강과 탈원화의 현재 상황을 이해하기 위해서는 유럽의 정착이나 침략, 식민지화, 그리고 대륙의 원래 거주자들에 의해 경험된 압류라는 역사적 맥락을 이해하는 것이 필요하다. 그래서 '일반적으로 정신건강에 대한 현재 상황'을 제시하기 전에 NSW의 식민지에서 정신 건강 치료의 초기 역사의 일부뿐만 아니라 그 역사의 일부를 제공하는 것이 필요하다.

2장. 원주민과 토레스 해협 섬 주민의 경험

I. 식민지화와 무주지 (Terra Nullius)의 영향

과거에 어떤 일들이 일어났는지를 인식하는 것이 중요하며, 따라서 호주의 원주민과 토레스 해협 섬 주민들에게 식민지화가 미치는 영향에 대해 살펴보는 것이 중요하다. 이는 확실히 NSW의 정신 건강의 광범위한 역사에서 필수적인 부분이다.

뉴사우스웨일스 식민지는 적어도 6만년 동안 원주민들의 거주지였던 땅에 세워졌다. 첫 번째 정착지 혹은 침범구역 (이후 시드니가 된 지역) 주변에는 Eora Nation의 Gadigal 족이 살고 있다. [70][71] 그 식민지는 원래 호주 본토의 절반 이상을 구성했다. 또한 곧 Van Diemen's Land, Lord Howe 섬, 그리고 Morfolk 섬의 섬 영토를 포함했다. 19세기 동안 그 식민지는 분리된 영국 식민지를 형성하기 위해 분할되었다. [72]

뉴사우스웨일스 주 (그리고 호주)는 '무주지 '를 기반으로 정착되었다. 무주지는 "아무에게도 속하지 않는 땅"을 의미하는 라틴어 용어이다. 영국의 식민지화와 그에 따른 호주 토지법은 호주는 무주지라는 주장에 따라 제정되었으며, 조약이나 어떠한 지불 없이 영국이 영토를 점령하는 것을 정당화하였다. 이는 원주민들이 이미 그 이전에 그 땅을 점령하고 있었고 그 지역에 속해있다는 사실을 부정한 것이나 다름없다. 이 법은 토레스 해협 섬 주민 Eddie Marbo의 10년 동안의 투쟁이 1992년 역사적인 Mabo Decision (마보 사건)으로 귀결될 때까지 뒤집히지 않았다.

마보 사건에서 고등법원의 판결은 호주 법에 원주민 칭호 정책이 도입되었고, 무주지의 신화를 없애고 원주민들이 원주민 칭호를 주장하는 법적 체계를 확립했다. 이 판결은 현행 관습법이 국제 인권을 침해하고 원주민의 유배라는 역사적 현실을 부정하는 판결을 내렸다. 1770년 이후 호주 원주민들은 영국 왕국이 빼앗은 토지에 대한 권리를

---

70) Aboriginal histories https://www.cityofsydney.nsw.gov.au/history/aboriginal-histories#:~:text=The%20original%20Aboriginal%20inhabitants%20of,is%20now%20known%20as%20Petersham.

71) Map of Indigenous Australia https://aiatsis.gov.au/explore/map-indigenous-australia

72) Territorial evolution of Australia https://en.wikipedia.org/wiki/Territorial_evolution_of_Australia

가지고 있다는 것을 인식하고, 호주 내 토지 소유권에 대한 영국인들의 주장의 토대를 형성한 무주지 "법적 의제"을 대체한 원주민 토지 소유 권리가 도입되었다[73].

식민지화 이후 10년 동안 호주 원주민 인구는 90% 감소하였다. 이러한 급격한 인구 감소의 세 가지 주요 원인은 새로운 질병의 유입, 정착민들의 토착지 획득, 식민지 개척자들과의 직접적이고 폭력적인 충돌이었다. 정착 당시 원주민 인구는 75만 명 이상으로 추산되었다. [74]

3장. NSW의 원주민과 토레스 해협 섬 주민의 정신건강 원주민과 토레스 해협 섬 주민들 사회적 정서적 웰빙[75]

영국의 정착(침략)이 원래 영토의 주인인, 원주민과 토레스 해협 섬 주민들에게 미친 영향은 어마어마했다. 1997년 인권과 균등한 기회 위원회 (Human Rights and Equal Opportunity Commission) 보고서인 '귀향'[76]은 다음과 같이 기록했다.

'호주의 식민지화 역사는 원주민과 토레스 해협 섬 주민들에게 깊은 영향을 끼쳤다' 이들은 토지 박탈, 자녀 및 가족 분리, 이주, 문화 상실 등의 형태로 상당한 집단적 트라우마를 경험했다. 오늘날 많은 원주민과 토레스 해협 섬 주민들은 전체 인구에 비해 사회적, 경제적 불이익의 조건에서 계속 살고 있으며 그들은 높은 실업률을 보이고 있고, 적절한 주택 및 기타 기본적인 서비스가 충분히 제공되지 않고 있다.'

우리는 이제 이 트라우마를 세대간 트라우마로 이해한다.

'트라우마는 일반적으로 큰 재앙에 대한 한 사람이 감당할 수 없는 반응으로, 사건 자체가 너무나도 압도적이어서 개인이 그 사건 자체를 받아들이기 어려워하는 것으로 이해된다. 트라우마는 트라우마를 직접 경험하거나 목격한 생존 1세대부터 미래 세대로 전해지는 경우가 있다. 원주민 사회에서 신체 건강 악화와 정신 건강 문제, 중독, 투옥, 가정 폭력, 자해, 자살의 비율이 높은 것은 트라우마 경험과 직결된다. 이러한 문제들은 역사적 트라우마의 결과이며, 함께 원주민 사회에 악순환을 초래할 수 있는 트라우마의 새로운 사례의 원인입니다.' [77]

서양 국가에서 정신 건강에 대한 개념은 질병이나 임상적 관점에서 비롯되며 개인과 그들의 사회에서의 기능 수준에 초점을 맞춘다. 사회적이고 정서적인 웰빙 개념은 정신건강 보다 더 광범위하며 토지, 문화, 영성, 조상, 가족, 공동체와의 연결의 중요성을 의미하고, 이것이 개인에게 어떤 영향을 미치는지 인식한다. 사회적, 정서적 웰빙 문제는 해결되지 않은 슬픔과 상실, 트라우마와 학대, 가정폭력, 가족으로부터의 분리, 약물 오남용, 가족붕괴, 문화적 탈구, 인종차별과 차별, 사회적 불이익에서 발생할 수 있는 광범위한 문제를 다룬다.

뉴사우스웨일주 주 정부는 원주민의 정신 건강과 복지를 개선하기 위한 5개년 계획을 수립했다. [78]브로니 테일러

---

73) Mabo and Native Title
https://australianstogether.org.au/discover/australian-history/mabo-native-title/

74) Colonisation. Dispossession, disease and direct conflict.
https://australianstogether.org.au/discover/australian-history/colonisation/

75) National Strategic Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples' Mental Health and Social and Emotional Wellbeing 2017-2023
https://www.niaa.gov.au/sites/default/files/publications/mhsewb-framework_0.pdf

76) Bringing them Home - Chapter 18
https://humanrights.gov.au/our-work/bringing-them-home-chapter-18

77) Intergenerational trauma
https://australianstogether.org.au/discover/the-wound/intergenerational-trauma/

장관은 NSW 원주민 정신건강 및 웰빙 전략 2020-2025를 통해 NSW 보건부가 원주민, 서비스, 서비스 이용자, 보호자, 가족 및 지역사회와 참여하는 방식에 획기적인 변화를 가져올 수 있는 장을 마련했다고 말했다.

전략은 국가, 문화, 영성, 조상, 가족, 공동체와의 연결의 중요성과 이것이 개인에게 어떻게 영향을 미치는지를 인식하는 사회 정서적 복지의 원주민 개념에 초점을 맞추고 있다. 이 전체론적인 견해는 개인과 공동체의 정신건강과 신체적, 사회적, 정서적, 문화적 안녕이 어떻게 통합되고 그들이 서로 어떻게 얽혀있는지 살펴본다.

I. 2008-2021년 격차 해소 - 원주민 공동체 통제 기구

NSW에서 원주민은 경제적, 사회적 불이익의 모든 지표에서 비 원주민에 비해 현저히 낮은 편이며, 정신건강 문제와 약물 복용에 영향을 미치는 여러 가지 스트레스 요인을 경험한다.

커먼웰스가 발표한 2019년 격차 해소 보고서에 따르면 2031년까지 원주민과 비 원주민의 기대수명 격차를 해소하겠다는 목표가 제 궤도에 오르지 못하고 있는 것으로 나타났다. 원주민과 비 원주민의 기대수명 추정치 사이에는 큰 격차가 남아 있다. [79]

원주민들의 자살과 자해율은 비극적으로 높으며 그 수치는 증가하고 있다. NSW의 원주민 자살률은 2009~2013년 인구 10만명당 11.3명에서 2014~2018년 인구 10만명당 17.7명으로 증가했다. [80]

2018-19년에는 의도적인 자해로 인한 입원비율도 원주민(10만명당 264.6명)이 비 원주민(10만명당 85.6명)보다 높다. [81]
원주민들은 또한 비 원주민들보다 더 높은 수준의 심리적 고통을 받고 있다고 보고한다.

인종 차별을 경험하는 원주민들은 우울증과 불안감에 걸릴 위험이 더 크며, 이는 언제, 왜 의료 서비스를 받아야 하는지에 대한 원주민들의 결정과 치료의 수용 등에 큰 영향을 미치고 있다. [82]

격차 해소에 관한 새로운 국가 협약(2020)은 원주민 및 토레스 해협 도서민 최고 조직과 협력하여 개발되었으며, 지역사회 참여에 의해 알려졌으며, 원주민과 토레스 해협 사람들이 그들의 삶을 개선하기 위해 필요하다고 말해온 것을 기반으로 한다. 이 법안에는 원주민과 토레스 해협 도서민족을 위한 정부의 업무 방식을 바꾸기 위한 네 가지 개혁이 포함되어 있다.

---

78) NSW Aboriginal Mental Health and Wellbeing Strategy 2020-2025
https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/aborig-mh-wellbeing-2020-2025.pdf

79) Closing The Gap Report 2019
https://www.niaa.gov.au/sites/default/files/reports/closing-the-gap-2019/sites/default/files/ctg-report-20193872.pdf

80) Health Statistics NSW
http://www.healthstats.nsw.gov.au/Indicator/men_suidth/men_suidth_Aboriginality

81) Health Statistics NSW
http://www.healthstats.nsw.gov.au/Indicator/men_suihos/men_suihos_Aboriginality

82) National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023
https://www.health.gov.au/resources/publications/national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2013-2023

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1. 원주민과 토레스 해협 섬 주민들에게 힘을 실어주기 위한 공식적인 파트너십과 공유된 의사 결정
2. 원주민 및 토레스 해협 섬 주민 통제 구역을 구축하여 격차 해소를 지원하는 서비스를 제공
3. 원주민과 토레스 해협 섬 주민들의 요구에 대응하기 위한 주류 정부 조직의 체계적이고 구조적인 변화
4. 지역 단위의 데이터 및 정보에 대한 접근성[83]

새로운 격차 해소 합의와 캠페인은 강점을 기반으로 한 접근법과 원주민과 토레스 해협 섬 주민들의 적자 기반 서술에 대한 명백한 거부에 기초하고 있다.

II. 가야 두위(자랑스러운 영혼) 호주; Gayaa Dhuwi (Proud Spirit) Australia

2020년 3월 말 설립된 가야두위(자랑스런 정신) 오스트레일리아는 새로운 국가인 원주민과 토레스 해협 섬 주민들의 사회 및 정서적 안녕, 정신 건강 및 자살 예방 기구이다. 이 지역에서 일하는 원주민 전문가와 그 지역을 통합하는 단체들이 관리하고 통제하며, 정신 건강 관리의 집단적 우수성을 촉진한다. [84]

NSW의 원주민 및 토레스 해협 섬주민의 삶 경험 센터는 퍼스트 네이션 (First Nation)의 목소리를 높이고 그들의 이야기를 공유하여 문화적으로 안전한 정신 건강과 자살 예방 이니셔티브를 공동 설계하고, 알리고, 전달한다. [85]

III. 산불과 COVID-19에 대한 원주민의 반응

2019-20년 여름의 전례 없는 산불과 기후 변화의 증가하는 영향은 특히 신성한 장소, 문화적으로 중요한 서식지를 가지고 있는 원주민과 토레스 해협 섬 주민들에게 고통을 주고 있다. NSW의 원주민 공동체는 문화적, 정서적 웰빙 활동을 수행하고 비 원주민들에게 문화적 소각을 포함한 전통적인 토지 관리 관행을 가르치는 등 다양한 방법으로 화재에 대응하고 있다.

서부 NSW의 두보 마을에 살던 한 남성이 비극적으로 사망하기 전까지 COVID-19에 대한 원주민들의 반응은 놀라웠다. 최근 70세 여성의 사망으로, 서부 NSW의 수천 명 이상의 원주민들이 COVID-19에 양성 반응을 보인 것으로 알려져 있다.
백신 출시 초기에 우선순위 그룹으로 확인되었음에도 불구하고, 원주민과 토레스 해협 섬 주민들은 여전히 NSW 인구보다 백신 접종률이 낮다. 첫 번째 사망 당시, 원주민과 토레스 해협 섬 주민들 중 12%만이 NSW에서 완전한 예방접종을 받았다.[86]

Healing 재단의 보고서는 Marumali프로그램으로 수행된 연구 프로젝트의 결과를 제시했다. 23개의 사회적,

---

83) Close the Gap (2021)
https://humanrights.gov.au/our-work/aboriginal-and-torres-strait-islander-social-justice/publications/close-gap-2021

84) Close the Gap (2021)
https://humanrights.gov.au/our-work/aboriginal-and-torres-strait-islander-social-justice/publications/close-gap-2021

85) Gayaa Dhuwi (Proud Spirit) Australia, https://www.gayaadhuwi.org.au/

86) The first Indigenous COVID death reminds us of the outsized risk NSW communities face
https://theconversation.com/the-first-indigenous-covid-death-reminds-us-of-the-outsized-risk-nsw-communities-face-166888

정서적 웰빙 지표에 대한 연구 결과에서 다음과 같은 사실을 발견했다.

'COVID-19 및 관련 사회적 제한은 전염병이 시작되기 전에 이미 불균형한 사회적, 정서적, 재정적 불이익을 경험한 세대의 생존자들과 그 가족들에게 추가적인 압력을 가할 가능성이 있다는 것은 분명하다. 아이들을 가족에서 강제로 내보내는 것은 원주민과 토레스 해협 섬 주민 공동체에 파괴적인 영향을 미쳤으며, 따라서 COVID-19의 영향은 이미 고립과 외로움, 가족과 친구로부터의 분리, 그리고 의료 서비스 접근의 어려움을 겪고 있는 사람들에게 증폭된 영향을 미칠 것으로 보인다.'[87]

NSW 원주민 정신 건강 근로자가 작성한 논문은 COVID-19에 대한 원주민의 대응에 중요한 세 가지 주요 주제를 식별했다.

- 지역사회를 지원하는 것이 진정한 강점임. 전염병 상황 속말고도 항상 지원해야 함
- 원주민의 건강에 대한 사회적 결정 요인
- COVID-19로 인해 의료 서비스에 접근하기가 더욱 어려워짐

그들은 원주민 공동체 기구가 COVID-19에 대응하는 데 매우 중요하다고 결론지었다: '우리는 원주민 조직들이 그 어느 때보다도 더 많이 모여 원주민 건강 문제를 해결하기 위해 긍정적인 변화를 지속적으로 알릴 운동을 만들고 있다고 본다. "우리 집단들은 서로가 서로를 안전하게 지켜주는 것을 자랑스럽게 생각한다. 그것은 공동체를 강화시킨 우리의 자부심이다. 우리는 노인들을 비롯한 다른 인구집단의 안전에 대해 염려하고 있다."'[88]

4장. NSW 정신건강의 짧은 역사

I. 초기 40년

1788년 750명이 넘는 죄수들과 그들의 자식들, 그리고 560명이 넘는 장교들, 해병대원들 그리고 승무원들이 시드니 코브에 상륙했다. 그들 중 일부는 '정신질환'을 앓고 있었다. NSW 식민지의 첫 20년 동안 정신 장애를 경험한 사람들은 범죄자들과 함께 감옥, Hyde Park Barrakcks, 파라마타 가올 (Parramatta Gaol)에 수감되었다.

19세기 초로 접어들면서 식민지의 인구가 증가함에 따라, 공식적인 정신 건강 관리는 점차 식민지 정부에 더 중요한 우선순위가 되었다. 래클런 맥쿼리는 마침내 1811년 캐슬힐에 있는 사용되지 않는 막사 건물에 호주 최초의 정신병원을 세웠다. 1825년, 캐슬 힐의 작전에 대한 정부의 여러 조사 결과, 목적이 있는 정신병원이 지어져야 한다는 결론이 내려졌다. 이것은 10년 이상이 걸릴 예정이었다. 한편, 주지사는 1826년 9월 캐슬힐을 폐쇄하고 리버풀에 새로운 임시 정신병원을 열기로 결정했다.

최선의 노력에도 불구하고 리버풀 정신병원은 빠르게 초만원이 되어 1828년까지 여성 10명과 남성 26명 등 2층짜리 작은 건물에 총 36명이 살고 있었다. 유럽과 영국에서 사용된 정신 건강 치료의 영향을 받아, 세 가지

87) Impacts of COVID-19 on Stolen Generations survivors April 2021 https://healingfoundation.org.au/app/uploads/2021/04/HF_Impacts_of_COVID-19_on_Stolen_Generations_Survivors_Report_Apr2021_V5.pdf

88) The indirect impacts of COVID-19 on Aboriginal communities across New South Wales (2021), David Follent et.al. https://www.mja.com.au/journal/2021/214/5/indirect-impacts-covid-19-aboriginal-communities-across-new-south-wales

주요 치료 방법인 도덕적 치료, 약물 치료, 마지막으로 기계적 구속이 리버풀에서 사용되었다. 일단 진단을 받고 나면, 환자들은 정원일, 부엌일, 카트를 끄는 것과 같은 일상 활동에 할당된다. '수레 끌기'는 죄수들에게 흔한 활동이었고, 리버풀은 식민지의 남서부 확장을 위해 죄수 갱단을 해산시키는 중심에 있었다.'[89]

II. 정신병원

2012년부터 NSW 정신건강위원회는 뉴사우스웨일스와 오스트레일리아에 최초로 지어진 정신병원 부지에 불편하게 거주하고 있다. 1838년에 개원하여 1993년까지 문을 열었으며, 처음에는 타반 크릭 루나틱 정신병원으로 알려졌고 나중에 글레이즈빌 병원으로 알려진 총 155년의 역사를 가진 병원이다.

NSW의 정신병원 발전에는 법률의 변화가 수반되었다. First Fleet이 도래한 이후, 정신질환자 관리에 대한 최종 권한은 NSW 주지사가 쥐고 있었다. 이것은 1843년 NSW 의회가 정신질환으로 인해 무죄 판결을 받은 사람들을 법적으로 보호하도록 고안된 '위험한 미치광이 법'이라는 제목의 정신건강법안을 통과시키면서 바뀌기 시작했다. 이 법은 또한 정신이 온전하지 못하고 자살이나 범죄를 고려할 우려가 있는 경우 구금할 수 있도록 했다. 위험한 미치광이 법에 따라 들어온 사람이 있으면 치안판사 2명이 사건을 심리하고, 정신이 멀쩡하지 않다고 동의하면 의료인 2명의 평가를 받도록 했다. 만약 의사들이 한 개인의 정신이 불안정하다는 것에 동의한다면, 그 사람은 정신병원으로 이송될 수 있을 때까지 병원이나 감옥에 수용될 수 있다. 이 법은 정신 질환의 개념화, 의학적 치료의 필요성 인식, 정신 질환자에 대한 정부의 책임 수용의 점진적인 전환에 영향을 미치기 시작했다. [90]

1800년대에 뉴사우스웨일스주에는 최대 2000명의 수감자를 수용하는 12개의 수용소가 추가로 설립되었다. 1852년 정부의 조사는 폭력, 부패, 정신 병동의 전반적인 관리 부실에 대한 보고를 조사하였다. 조사 결과 의사들은 병동 관리자를 일반 감독관들로 서서히 교체했다. 의학적 접근은 치료와 재활의 개념을 도입했고 순수하게 관리 체계에서 벗어났다.

이 시대는 낙천주의로 시작되었으나 치료보다는 구치소가 되면서 비관주의로 끝난 공공 수용소의 시대였다. 호주의 기본적인 개혁은 1950년대까지 지연되었고, 이후 정신의학의 중심적인 역할이 대두되었으며, 1960년대 항우울제와 벤조디아제핀, 인지치료, 환자권리의 인식, 그리고 새로운 약물들이 작용하였다. [91] 탈원화를 향한 점진적인 움직임, 정신 질환과 기분 장애의 증상을 안정시키고 관리하는 능력은 정신 질환이 있는 사람들에게 병실에서 퇴원할 수 있는 희망을 주었다. [92]

---

89) Colonial surgeon Patrick Hill (1794–1852): unacknowledged pioneer of Australian mental healthcare. Raeburn. T et al (2018 https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0957154X18809925

90) Raeburn et.al

91) Mental Health in Australia, 1788–2015: A History of Responses to Cultural and Social Challenges. Lewis. M (2017) https://www.researchgate.net/publication/313932749_Mental_Health_in_Australia_1788-2015_A_History_of_Responses_to_Cultural_and_Social_Challenges

92) The Evolution and Devolution of Mental Health Services in Australia, Lila.P (2017) http://www.inquiriesjournal.com/articles/1654/2/the-evolution-and-devolution-of-mental-health-services-in-australia

5장. 탈원화 전략–국가개혁의 주요 특징

탈원화는 1992년 국가 정신 건강 전략이 시작되기 30년 전에 시작되었다. 그 기간 동안 호주의 정신과 병상 수는 30,000개에서 약 8,000개로 감소했고, 지역 사회 서비스의 개발이 제한되었으며, 호주 인구의 두 배가 되었다. 그것은 1950년대 중반 항정신병 약물의 광범위한 사용과 대형 정부 출연기관들의 지출을 줄이려는 열망 때문에 가능해졌다. [93]

정신건강전략에 따라 단독 정신병원 규모와 수는 계속 줄었지만 종합병원의 급성병상, 거주시설 등 지역사회 기반 서비스 범위로 대체하기로 합의했다. [94]
탈원화는 1950년대부터 현재까지 지속된 과정이다. 탈원화는 30년에서 1980년대 초에 가장 빨랐고 그 과정은 1990년대에 계속되었다. 탈원화와 관련된 두 가지 주요 정책, 즉 퇴원 정책('후문 개방')과 입원 정책('정문 폐쇄')은 국가정신건강전략이 등장하기 전에 시행되었지만 그 속도는 훨씬 느렸다. 국가 정신 건강 전략이 개발되고 시행되기 전에 탈원화가 잘 진행되었다는 것을 이해할 필요가 있다. [95] 문제는 사람들을 정신병원에서 벗어나게 해서 모은 돈이 그 후로는 지역사회로 유입되지 않았다는 것이다.

저명한 정신과 의사이자 전 NSW 정신건강위원회 부국장인 앨런 로젠은 중요한 리치먼드 보고서를 소개할 뿐만 아니라 이러한 불균형을 지적했다.

호주: 경고성 이야기

호주는 정신건강 서비스 제공 구조가 병원 치료에서 지역사회 기반 치료로 발전하고 있는 국가의 본보기가 되고 있다. 계획을 서비스로 변환하는 데 어려움을 겪었고, 일관된 리더십, 자금 지원 및 조정 없이는 프로그램이 저하될 수 있다는 것을 보여준다. 1950년대 중반, 호주에서는 정신의료 시설의 직업이 최고조에 달했다. 탈원화는 1960년대와 1970년대에 발생했지만, 중요한 지역사회의 지원이 없었다. 적절한 계획과 자금으로 정신 건강 관리를 제도에서 지역사회로 적절히 전환하기 위한 움직임으로 리치먼드 보고서는 1983년에 연계가 되었고 1984-7년부터 NSW에서 시행되었다. 결과적으로, 주의 통제되지 않는 탈원화에 대해 부당하게 비난받았던 데이비드 리치먼드는 단지 기존의 불균형을 분명하게 지적하고 바로잡으려고 노력했다: 심각한 정신 질환을 가진 사람들의 90%는 이미 그의 보고서 전에 탈원화했고 지역사회에서 살고 있었다. 단지 10%만 정신 건강 공공 서비스를 이용하고 있었다. 한편, 10%는 여전히 전문 인력 90%가 있고, 이 모든 자원을 갖춘 병원에 기반을 두고 있었다.[96]

---

93) When did deinstitutionalization begin in Australia?
https://www.mvorganizing.org/when-did-deinstitutionalization-begin-in-australia/

94) Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting it right? Harvey A Whiteford (2005)
https://www.mja.com.au/journal/2005/182/8/ten-years-mental-health-service-reform-australia-are-we-getting-it-right

95) Australia's National Mental Health Strategy and Deinstitutionalization: Some Empirical Results November 2005,
https://www.researchgate.net/publication/7427357_Australia's_National_Mental_Health_Strategy_and_Deinstitutionalization_Some_Empirical_Results

96) "Must try harder" Alan Rosen
file:///C:/Users/tkhef/Downloads/Sub_15%20Attachment%204%20(1).pdf

I. 리치먼드 보고서

1983년 데이비드 리치먼드는 정신질환자와 발달장애인을 위한 건강서비스 조사(Inquiry in the Health Services for the Psychological Illed and Developmental Disorder)라는 역사적인 조사의 의장을 맡았다. 리치먼드 보고서로 알려진 이 연구결과는 뉴사우스웨일스주의 정신건강과 장애 조항을 근본적으로 변화시켰다.

리치먼드는 정신 건강 서비스, 정신 병원, 정신 장애인을 위한 제도적 치료, 그룹 홈을 평가했다. 그는 정신 장애와 정신 질환을 가진 사람들을 위한 병원인 'fifth schedule'의 폐원을 권고했다. '탈원화'라고 불리는 이 과정은 NSW 정부에 의해 받아들여졌으며, 사람들이 큰 기관에서 커뮤니티 케어, 그룹 홈 및 기타 주거 시설로 이동한다는 것을 의미했다.

그들을 지원하기 위한 지역 사회 서비스는 비례적으로 강화되어야 했다. 이러한 변화가 정신 질환과 지적 장애를 가진 사람들과 그들의 보호자와 가족에게 미치는 영향은 계속해서 논쟁의 대상이 되고 있다.

탈원화는 보고서 이전에 이미 시작되었고, 그 과정은 보고서의 결과에 영향을 미쳤다. 리치먼드는 2014년에 NSW 2014-2024년 정신건강 서비스를 위한 전략 계획과 미완성된 연구를 연계한 글에서 "*보고서가 작성되기 훨씬 전인 1960년대와 1970년대에 이미 의료 기관들에 대해 예산을 감소하며 병상 수 감소하도록 하여 의료 기관으로부터의 탈원화가 일어났다. 몇 가지 주목할 만한 예외를 제외하면, 이러한 서비스 감소로 인한 서비스 이용자의 영향을 상쇄하기 위한 커뮤니티 케어에 금전이나 서비스를 제공하는 경우는 거의 없었다. 보고서에서 제안된 추가 자금 지원은 부분적으로 이러한 밀린 일을 해결하기 위해 고안되었다.*"
이 보고서는 기관들이 문을 닫게 될 것을 의도했지만 성장과 보상적 공동체 서비스가 모두 제공되기 전까지는 그렇지 않았다. 기관들이 폐쇄됨에 따라, 이전에 기관 관리를 지원하던 기금은 지역사회 보호와 지원에 이전될 것이다.

리치먼드는 "권고된 개혁은 지배적인 병원 기반 치료 모델을 변화시킬 뿐만 아니라 고용 방식의 변화를 통해 그러한 치료를 제공하는 사람들의 문화도 변화시키려 했다. 이런 환경에서 그 보고서에 대한 정치적 지지는 종종 얇은 허울이었다. 개혁에 대한 노조의 반대가 있었고 병원에 본거지를 둔 수많은 정신과 의사들과 의료계 전반은 기껏해야 미온적이었다.

돌이켜보면, 지난 30년 동안 보고서에 담긴 제안만큼 많은 논란을 일으킨 다른 사회적 이슈는 거의 없다. 궁극적으로, 1984년 중반에 구현이 시작되었다. 리치먼드 철학의 광범위한 채택과 일부 초기 실행 모멘텀에도 불구하고, 개혁과 진보는 느렸고 본질적으로 매우 "정체/시작" 되었다.

30년 이상이 지난 후에도 정신건강은 여전히 자금이 부족하며 과거보다 규모가 작고 국지적이며 다른 의료서비스와 더욱 밀접하게 연계되어 있지만 여전히 병원 치료가 중점적이다. 서비스 제공이 구조화되는 방식은 고객 및 가족 우선 순위와 비교했을 때 여전히 대체로 제공자가 주도하고 있는 것으로 보인다.

보고서 작성 이후 30년은 특히 의학과 정보통신 분야에서 매우 중요한 사회, 경제, 기술 변화 중 하나였다. 이 중 일부는 개혁을 지원했지만 많은 부분이 단순히 의료 서비스 환경을 더 복잡하고 경쟁적으로 만들었다.

주거, 고용, 사회적 포용, 낙인 회피와 같은 문제들이 여전히 핵심 과제이다. 수요 측면에서는, 예를 들어, 합법적인 약과 불법적인 약의 소비 증가 등, 서비스 또한 더욱 복잡해졌다.

사람들이 그들이 할 수 있는 한 잘 할 수 있도록 하고, 맞춤형 수준의 지원을 통해 잘 지낼 수 있도록 하는 것은 여전히 가장 중요하다. 이를 위해서는 통합되고 지속 가능한 고객 친화적인 시스템과 네트워크를 달성하기

위한 전략적 접근 방식이 필요하다.

전략은 의료 서비스의 지속적인 역할과 개인의 복지에 기여하는 광범위한 사회 경제적 요소의 중요성을 모두 다룰 필요가 있다.

NSW의 정신건강을 위한 전략적 계획은 현재와 미래를 위해 실질적인 진전을 이룰 수 있는 기회를 제공한다.'[97]

II. Burdekin 조사

정신 건강의 개혁과 진보는 실제로 '느리고 매우 많은 '정체/시작'으로 이루어졌다'. 그리고 데이비드 리치먼드의 획기적인 연구 이후 7년이 지난 1990년 6월부터 시작된 '정신질환자 인권 및 평등한 기회 위원회 위원 브라이언 버드킨이 이끄는 정신질환자의 인권에 대한 국가 조사 보고서'가 등장했다. 1993년 10월 20일 공개되었으며, 미국 의회에서 공개되었다.

인콰이어리는 리치먼드 보고서에서 제안된 바와 같이 사람들을 병원에서 벗어나 지역사회로 이주시키는 개혁은 충분한 지원을 받지 못했으며 정신 질환에 의해 영향을 받는 호주인들의 인권에 대한 인식을 높이는데 중요한 역할을 했다는 것을 입증했다. 그것은 지역 사회의 정신 질환의 정도와 이 분야에서 정부의 보다 일관적인 행동이 필요하다는 것을 강조했다.[98]

1992-1993년, 주 정신 건강 자원의 29%만이 지역사회 기반 치료에 할당되었다. 2% 미만의 자원이 지역사회에서 정신 장애를 가진 사람에 대한 지원을 제공하는 것을 목표로 하는 비정부 프로그램에 할당되었다.[99]

호주 인권위원회는 조사 결과를 요약하고 많은 문제가 남아 있음을 시사했다.

- 정신 질환의 영향을 받는 사람들은 우리 커뮤니티에서 가장 취약하고 불리한 사람들이다. 그들은 광범위한 시스템적 차별에 시달리며 그들의 권리와 이용할 수 있는 서비스들은 지속적으로 거부당한다.
- 아동 및 청소년, 노인, 노숙자, 여성, 원주민 및 토레스 해협 섬 주민, 비영어권 출신, 이중 또는 다중 장애를 가진 사람, 시골 및 고립된 지역에 사는 사람, 수감자 등 특별한 요구를 가진 개인은 이중 불이익을 경험하고 불충분한 서비스를 받는다.
- 1990년대 정신 질환 및 정신 장애와 관련된 무지와 차별의 수준은 받아들일 수 없으며 반드시 해결되어야 한다.
- 일반적으로 탈원화에 따른 절감액은 지역사회의 정신 건강 서비스로 전용되지 않는다. 정신질환자와 그들의 보호자를 지원하기 위해 애쓰는 비정부 서비스도 마찬가지로, 이들은 여전히 심각하게 자금이 부족한 상태이다. 주류 정신 건강 서비스를 지향하는 움직임이 정신과 치료와 관련된 오명을 완화시킬 수 있지만, 필요한 자원을

---

97) Brian Burdekin
https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/content/richmond-report

98) Reform - the story so far
https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/content/reform-story-so-far

99) Whiteford. H, Buckingham. B, Mandersheid. R (2002) Australia's National Mental Health Strategy, British Journal of Psychiatry,
https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/australias-national-mental-health-strategy/0F55D845403ABB456FAA249518A6E166

받지 못할 심각한 위기에 처해있다.

• 부실한 부문 간 연계, 민간 부문의 양면적인 입장, 정신 질환자에 대한 서비스 제공에 있어 정부 기관의 협력에 대한 거부감이 이들이 경험하는 인권 침해에 크게 기여했다.
• 이 조사의 권고사항은 입원 및 지역사회 치료와 정신 질환에 영향을 받는 사람들에 대한 돌봄, 보호자의 권리, 특히 소외된 집단의 특별한 요구, 숙박, 고용, 전문 훈련 및 교육, 지역사회 교육, 연구, 예방 및 조기개입, 정신건강 개혁과 관련 입법을 포함한 광범위한 영역을 다루었다.

이 권고안은 정신 질환에 영향을 받는 호주인들의 필요를 충족시키기 위해 법률, 정책, 프로그램, 자금에 있어 주요한 개선을 가져오는데 도움을 주었다. 그러나 많은 정신질환자들과 그들의 보호자들은 아직 이러한 개혁의 혜택을 충분히 느끼지 못하고 있다. 정신병을 앓고 있는 많은 사람들은 여전히 노숙자이고 더 많은 사람들이 여전히 수준 이하의 수용소에서 살고 있다. 많은 사람들은 그들이 받을 자격이 있는 의료 서비스를 받지 못한다. 이번 조사의 권고사항을 충분히 이행하고 정신질환으로 피해를 입은 사람들의 권리를 존중하기 위해서는 아직 해야 할 일이 많이 남아 있다.[100]

6장. 당사자 운동과 탈원화

호주 최초의 당사자 단체인 정신의학 불평등과 강요에 반대하는 캠페인(CAPIC)은 1970년대에 결성되었으며 오늘날에도 계속되고 있는 정신 건강 개혁 운동에 기여하였다.

버데킨 보고서는 NSW와 호주의 증가하는 당사자 운동에 희망과 연료를 제공했다. 글래즈빌 병원의 전 환자이자 전 국가정신보건위원인 자넷 미거는 2019년 빅토리아 정신보건시스템 왕립위원회에 증언하면서 인권과 자신의 활동가로서의 발전, 당사자운동 전반에 대한 보고서의 중요성을 설명했다. 이 보고서가 자신의 작업에 전환점이 되었는지에 대한 질문을 받자 그녀는 다음과 같이 대답했다.

'음, 그 보고서는 분명했습니다. 왜냐하면 우리는 수년 동안 인권에 대한 옹호를 위해 노력해 왔기 때문입니다. 그 즈음에 – 알다시피, 최종 보고서에 이르기까지, 인권위원회의 많은 인터뷰가 있었고, 브라이언 버데킨은 특히 살아있는 경험을 가진 사람들에게 말하는 것에 관심이 많았습니다. 그리고 이것은 서비스를 받은 경험을 최초로 이야기 한 사람들이었습니다. 많은 사람들이 분명히 말했지만, 아무도 이것에 대해 들어 본 적이 없었습니다. 옳지 않은 일들이 일어나고 있다는 것을요.
그래서 그것은 당사자들에게 힘을 실어주었고 호주에서 당사자 운동의 시작이었습니다; 그 보고서가 만들어지고 정신 건강 서비스 개혁이 시작되었습니다. 예를 들어, 우리는 국가 정신 건강 전략을 가지고 있습니다. 그 과정에서 나온 것이죠. 그리고 우리의 살아있는 경험의 목소리는, 가치 있게 여겨질 뿐만 아니라, 이제는 우리가 없이는 아무것도 있을 수 없다는 목소리가 있었습니다.'[101]

---

100) Report of the National Inquiry into the Human Rights of People With Mental Illness, 1993 https://humanrights.gov.au/our-work/publications/report-national-inquiry-human-rights-people-mental-illness

101) ROYAL COMMISSION INTO VICTORIA'S MENTAL HEALTH SYSTEM, http://rcvmhs.archive.royalcommission.vic.gov.au/Transcript_of_Day_2_-_3_July.pdf

NSW의 정신 건강 위원회는 당사자 운동을 정신 건강 개혁의 '심장과 영혼'이라고 불렀다. 비록 이 개혁의 속도는 느렸지만, 그것은 몇 가지 주요한 성과를 낳았다.

여기에는 다음이 포함된다.

- 실제 비슷한 경험을 한 (동료) 인력의 증가
- 제1차 국가 정신 건강 계획에 따른 당사자 권리의 초점
- 제1차 국가 정신 건강 계획의 일환으로 모든 주에서 당사자 자문단 개발
- 국가 권리 및 책임 성명서 개발(1991년 및 2012년 개정)
- NSW의 정신 건강 관리를 위한 헌장의 개발
- 회복에 초점을 맞추고 회복 지향적 정신 건강 서비스를 위한 국가 프레임워크의 개발에 대한 약속
- 트라우마 지식을 갖춘 지원
- 2002년 국가 정신 건강 당사자 및 보호자 포럼 설립
- 국가 당사자 조직의 개발을 위한 지원
- 정신 건강 위원회 설립 지원
- 정신질환 경험이 있는 사람을 위원(국가정신건강위원회) 및 부위원(뉴사우스웨일스 정신보건위원회)으로 임명
- 인권에 대한 초점; 강압적 대우에서 벗어나다
- 정신 건강 정책 및 서비스에서 "우리 (당사자) 없이는 아무것도 없다"라는 공식적인 결정

I. 피크 당사자 조직

1992년 제1차 국가정신건강계획에 따라 설립된 당사자자문단체는 정부 차원에서 정신건강 정책에 영향을 미치는 역할을 담당하게 되었다. NSW Consumer Advisory Group(현재의 BEE – Mental Health Consumer NSW로 알려짐)은 여전히 운영 중인 유일한 단체 중 하나이다. 다른 주에서는 피크 당사자 조직이 독립적으로 개발되었다. 여기에는 빅토리아주의 VMIAC, 웨스턴오스트레일리아주의 COMHWA, 사우스오스트레일리아주의 LELAN이 포함된다.

2012년부터 정신건강 당사자들은 국가 정신건강 당사자 기구를 옹호해 왔다. 이러한 기구에 대한 약속에도 불구하고, 보수 정부의 선거는 2015년에 그 프로젝트가 보류되는 것을 보았다. 2018년과 19년에는 전국 정신건강 당사자 피크 연합이 국가와 준주 정점에 의해 설립되었다.[102)]

다음과 같은 생산성 위원회의 권고에 따라 기금을 지원받는 국가 기구에 대한 희망이 증가했다. 호주 정부는 국가 차원에서 정신질환자, 가족 및 보호자에 대한 견해를 대표하기 위해 별도의 대표 최고 기관을 후원해야 한다. (조치 22.4)[103)] 이 두 봉우리를 확립하기 위한 연구는 현재 국립 정신 건강 위원회에 의해 수행되고 있다.

---

102) The Phoenix Rising – The National Mental Health Consumer Organisation, TheMHS (2018) https://www.themhs.org/resource/featured-symposium-the-phoenix-rising-the-national-mental-health-consumer-organisation/

국가인권위원회
humanrights.go.kr

II. Peer 조직의 경험

지난 30년 동안 당사자 운동은 동료지원가의 노동력을 통해 정신 건강 시스템을 변화시키려 했다. 동료지원가의 노동력은 현재 호주에서 정신 건강 분야에서 가장 빠르게 증가하고 있는 노동력이다. 이러한 수십 년간의 노력은 노동력이 전통적인 정신 건강 노동력에 대한 실용적인 강점이 되고 때로는 대체품이 될 수 있는 구조와 조직의 개발로 절정에 이르렀다. 국가 차원에서 동료지원가 인력 개발 지침은 명확한 변화 과정을 통해 인력을 개발할 수 있도록 서비스를 제공할 것이다. 이 지침은 제5차 국가정신건강계획의 권고사항으로 국가정신건강위원회의 상당한 지원을 받아왔다.[104)]

2020년 연방정부는 동료지원가 노동력을 위한 국가 전문직 협회 설립 권고안을 포함하여, 생산성 위원회의 정신 건강 보고서에 있는 모든 권고안을 삽입하기로 약속했다. 그것은 아래와 같은 내용을 권고했다.

- 호주 정부는 동료지원가를 위한 전문 협회를 만들기 위한 일회성 시드 펀딩을 제공하여 동료 노동력을 강화해야 하며, 주 및 준주 정부와 협력하여 보건 전문가에게 결과 개선을 위한 동료지원가의 역할과 가치에 대해 교육하는 프로그램을 개발해야 한다. (액션 16.5)[105)]

동료지원가 노동력은 노동력을 위한 모범 사례 프레임워크의 개발에 의해 추가로 지원된다. 정신 건강 경험 인력 개발을 위한 퀸즐랜드 프레임워크[106)]는 2019년에 발표되었으며 2017년 경험 리더 회의에서 직접 나왔다. NSW에서는 최근 남동부 NSW[107)]에서 발표된 정신 건강 동료지원가를 위한 프레임워크가 주 지원 LHD와 연방 PHN의 긴밀한 파트너십을 포함하는 지역 계획의 일부로 개발된 첫 번째 프레임워크가 되었다.

기념비적인 책, 2018년에 발표된 호주에서의 동료지원가 – 정신 건강을 위한 새로운 미래 (Peer Work in Australia) [108)]는 수년간 인력 개발을 기록한 것이다. 한 가지 중요한 인력 개혁인 Flush Australia의 Why Not A Peer Worker는 18개월 동안 동료 인력이 600% 증가했습니다.[109)]

---

103) Productivity Commission Inquiry Report
https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report/mental-health-volume1.pdf

104) Lived Experience (Peer) Workforce Development Guidelines,
https://www.mentalhealthcommission.gov.au/Mental-health-Reform/Mental-Health-Peer-Work-Development-and-Promotion/Peer-Workforce-Development-Guidelines

105) Productivity Commission Inquiry.
https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report/mental-health-volume1.pdf

106) Queensland Framework for the Development of the Mental Health Lived Experience Workforce
https://www.qmhc.qld.gov.au/documents/qmhclivedexperienceworkforceframeworkwebpdf

107) Framework for Mental Health Lived Experience (Peer) Work in South Eastern NSW
https://www.coordinare.org.au/assets/South-Eastern-NSW-Lived-Experience-Peer-Work-Framework-2021.pdf

108) Peer Work in Australia – a New Future for Mental Health, Meagher et.al (2018)

한 기고자는 기후 변화의 맥락에서 동료지원가 노동력에 대해 다음과 같이 썼다.

'만약 우리가 노동력을 정신건강 시스템을 먹여 살리는 연료로 생각한다면, 동료지원가의 노동력은 태양이나 풍력과 같은 대체 연료 자원과 매우 유사하다. 동료 노동자들은 정신 건강 시스템의 재생 가능한 자원이다. 전통적인 노동력은 생물 의학 모델을 지탱하는 화석 연료이다. 이 시스템의 상황은 분명히 악화되고 있지만, 기후 변화와 마찬가지로, 발생한 피해와 상관없이 생존이 현상 유지에 달려 있는 중요한 기득권자들이 있다.'[110]

첫 번째 국가 정신 건강 계획 및 전략(1992)은 당사자 권리, 참여 및 노동력 개발이 매우 중요했다. NSW 공공 정신 건강 동료지원가의 노동력은 1992년 말 270병상 규모의 로젤 병원에서 열린 회의에서 발전됐다. 병실에는 병원의 관리자와 다수의 당사자 그리고 당사자들에게 많은 지원을 해주었던 몇몇 사람들이 있었다. 결과로 나온 당사자 컨설턴트 프로젝트는 호주 전역의 동료지원가 노동력에 결정적인 순간이었다.

2021년, NSW 공공 정신건강 동료지원가 노동력은 200명 이상으로 크게 증가했다. 동료 지원가들은 자발적 또는 비자발적 입원을 겪고 있는 사람들을 지원할 뿐만 아니라, 병원에서 가정으로의 전환과 동료 주도의 자살 예방 서비스인 Safe Havens[111] 및 Aftercare[112] 와 같은 지역사회 사람들과 함께 일한다.

2021년, 지역사회관리기구(CMO)의 동료지원가의 노동력은 수와 비율 모두에서 증가했다. 동료지원가는 2019년 11.3%에 비해 현재 전체 노동력의 14%를 차지한다. CMO에는 약 400개의 동료지원가들이 있다.
동료지원가 노동력에 대한 국가 공인 자격은 이러한 신흥 노동력의 요구를 충족시키기 위해 개발되어 2012년에 발표된 정신 건강 동료지원가 노동의 인증서 IV이다.[113]

이 자격증은 매우 인기가 있었는데 당사자 또는 보호자로서 정신 건강 상태를 경험하고 당사자 동료 또는 보호자 동료를 지원하는 역할로 정신 건강 서비스에서 일하는 노동자의 지식을 기반으로 한다. 근로자는 정부, 공공, 민간 또는 지역사회 관리 서비스에서 정신 건강 부문에 고용된다.

또 다른 대중적인 자격은 미국 연방에서 시작되어 빅토리아 주 마약 및 알코올 서비스인 SARC에 의해 호주에서 자격이 부여된 의도적 동료 지원(IPS) [114]이다. 그들은 IPS를 다음과 같이 설명한다.

의도적인 동료 지원은 강력하고 혁신적인 관계를 생각하고 초대하는 흥미로운 방법이다. 동료지원가들은 새로운 각도에서 사물을 보고, 개인적, 관계적 패턴에 대한 인식을 높이고, 새로운 것을 시도하는 데 있어 서로를 지지하고 도전하는 법을 배운다.

---

109) Why not a peer worker, https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHSI-03-2017-0018/full/html
110) Heffernan.T, from Peer Work in Australia – a New Future for Mental Health
111) Safe Havens, https://lifeinmind.org.au/news/calm-before-a-storm
112) Next Steps, Suicide Prevention Aftercare, https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/content/next-steps-suicide-prevention-aftercare-service
113) Certificate IV in Mental Health Peer Work https://www.mhcc.org.au/course/certificate-iv-in-mental-health-peer-work/
114) Intentional Peer Support https://www.intentionalpeersupport.org/?v=6cc98ba2045f

국가인권위원회
humanrights.go.kr

20년 이상 동안 IPS는 전 세계 커뮤니티, 동료 지원 및 인적 서비스 환경에 있는 사람들이 상호 관계를 구축하고 연결하는 방법에 대해 의도적으로 생각하도록 고무하고 교육해 왔습니다. 그것은 전통적인 그리고 대안적인 정신 건강 환경에서 일하는 사람들을 위한 기초 훈련으로 널리 사용되어 왔다.

7장. 호주의 국가 정신 건강 전략[115)]

리치먼드 보고서와 버데킨 조사, 그리고 점점 더 목소리를 높이며 효과적인 당사자 운동에 대응하여 1992년 4월 호주의 모든 주, 준주, 연방 정부에 의해 국가 정신 건강 정책이 채택되었다. 5개년 국가 정신 건강 계획을 통해 시행된 이 정책은 국가 정신 건강 전략으로 알려지게 되었다. 이는 1901년 연방정부 이후 8개 주와 준주 정부가 책임지고 있던 공공 정신 건강 서비스의 개발을 전국적으로 조정하려는 첫 번째 시도였다.

전략의 성공과 단점에는 여러 가지 요인이 있다. 이들 중 몇 가지는 정신 건강 개혁을 수행하는 정부에게 유익하다. 호주에서는 1980년대 후반까지 정신건강에 대한 전반적인 재정지출 규모를 인식하지 못했다. 소득 지원, 장애 서비스, 직업 재활 및 메디케어 급여 일정에 대한 연방 정부의 재정적 기여가 정신 건강 서비스에 대한 모든 주 및 준주 지출보다 크다는 것을 깨달았을 때, 연방 정부가 국가가 운영하는 정신 건강 서비스라는 것에 대한 자금 지원에 관여하기를 꺼렸던 본래의 거부감이 해소되었다. 연방정부는 또한 전략에서 자신과 주 정부 간의 비용 이동을 제한하고 정신 건강 관리의 병원, 지역사회 및 재활 구성요소를 통합하는 전략적 기회를 보았다.[116)]

제1차 국가 정신 건강 계획의 12개 우선 분야는 다음과 같다.

1. 당사자 권리
2. 정신 건강 서비스와 일반 건강 분야 간의 관계
3. 정신 건강 서비스를 다른 분야와 연계
4. 서비스 혼합
5. 홍보 및 예방
6. 1차 진료 서비스
7. 보호자 및 비정부 조직
8. 정신 건강 인력
9. 입법
10. 연구 및 평가
11. 표준
12. 모니터링 및 책임

---

115) National Mental Health Strategy
https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-midrev2-toc~mental-pubs-i-midrev2-2~mental-pubs-i-midrev2-2-nat

116) Whiteford. H, Buckingham. B, Mandersheid. R (2002) Australia's National Mental Health Strategy, British Journal of Psychiatry,
https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/australias-national-mental-health-strategy/0F55D845403ABB456FAA249518A6E166

구조개혁은 지역사회 기반 서비스를 확대하고, '독립형' 정신병원, 주류 급성병상을 종합병원으로의 의존도를 줄이며, 당사자의 진료 품질과 결과를 개선하는 것을 목표로 했다. 구현을 모니터링하기 위해 최소 정신 건강 데이터 세트가 개발되었고 매년 국가 조사가 영연방, 주 및 준주 정부 및 기타 출처로부터 이러한 데이터를 수집했다. 이러한 성과 지표는 1993년부터 매년 국가 보고서에 발표되어 왔다.

옹호 단체들은 정신 건강 전략의 실제 영향에 대해 비판적이었다.

호주 정신건강위원회의 2003년 보고서 'Out of Hospital, Out of Mind'의 서문은 호주가 정신건강 정책 개발에는 항상 매우 뛰어났지만 정책 실행에는 결코 그다지 뛰어나지 않다는 점을 지적한다. MHCA의 회장 키스 윌슨은 다음과 같이 썼다.
'10년 넘게, 우리의 국가 정책과 정부 주도의 개혁 과정은 탈시설적 치료로의 적절한 움직임을 옹호해 왔다. 이번 국가적·종합적 협의에서 나온 결과는 적나라하다. 현재 서비스를 이용하거나 제공하는 사람들의 압도적인 인식은 이제 'Out of Hospital, Out of Mind!'이라는 위치에 도달했다는 것이다. 즉, 이 나라에서 가장 만성적으로 불이익을 받는 그룹 중 하나가 계속 무시되고 있다. 2개의 5개년 국가 정신 건강 계획은 정책의 실패가 아니라 오히려 실행의 실패를 나타낸다. 여기에는 정부의 형편없는 행정과 책임감, 진정한 개혁에 대한 정부의 지속적인 의지 부족, 기관 밖에서 양질의 정신 건강 관리를 달성하는 데 필요한 지역사회 개발의 정도를 지원하지 못하는 것이 포함된다.'[117]

국가 정신 건강 전략은 1993년부터 2022년까지를 포함하는 5개년 국가 정신 건강 계획을 포함하고 있다. 제5차 국가정신건강 및 자살예방계획은 2017년에 시작되었다.

8장. 정신건강 - NSW의 현재 상황

I. NSW 정신건강 개혁

NSW의 정신 건강 위원회의 2014-2024년 정신 건강을 위한 전략 계획(Living Well: A Strategic Plan for Mental Health for NSW) [118]의 시행에 따른 이 개혁은 NSW가 정신 건강 서비스 제공을 재편하고 정부 기관 및 기타 보건 및 인적 서비스 제공업체 간에 보다 협력할 수 있는 기회를 제공한다.

이 개혁은 다음과 같은 돌봄을 요한다.

- 당사자 중심 및 맞춤화

117) Groom G, Hickie I, Davenport T. 'OUT OF HOSPITAL, OUT OF MIND!' A report detailing mental health services in Australia in 2002 and community priorities for national mental health policy for 2003-2008. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2003. https://mhaustralia.org/sites/default/files/imported/component/rsfiles/mental-health-services/Out_of_Hospital_Out_of_Mind.pdf

118) Living Well: A Strategic Plan for Mental Health in NSW 2014-2024 https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/report/living-well-strategic-plan-mental-health-nsw-2014-2024

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

- 가족 및 지역사회에 집중
- 회복 지향
- 트라우마에 대한 지식을 갖춤
- 가장 제한적이지 않은 방법으로 제공
- 실제 경험이 있는 사람, 가족, 보호자, 기타 조직과 파트너십을 통해 제공

NSW 정부는 예방, 조기 개입, 치료 및 회복을 포함한 다양한 서비스와 프로그램을 제공하고 있으며, 정신 건강 문제가 있는 사람들의 커뮤니티, 가족 및 보호자를 위한 지원을 제공하고 있다. 여기에는 다음이 포함된다.

- 대상 정신 건강 서비스 및 프로그램(병원 기반 및 지역사회 정신 건강 서비스, 학교 내 심리 지원 서비스, 자살 예방 이니셔티브, 정신 질환 완화 캠페인, 낮은 수준의 범죄로 기소된 인지 장애를 가진 적절한 피고인의 전환 등)
- 트라우마 피해자를 위한 집중 치료 사례 서비스, 아동 보호 서비스, 형사 사법 체계에 관여할 위험이 있는 청소년을 위한 조기 개입, 노숙자 예방 및 조기 개입 프로그램, 취약한 임산부 선별, 조치, 및 지원 서비스, 가정 외 보육 아동에 대한 아동 발달 검사 등
- 정신 건강 문제가 있는 사람과 함께 일하거나 돌보는 사람에 대한 지원, 훈련 및 옹호
- 사회 주택, 위기 쉼터, 여행 할인 등 여러가지 혜택을 받을 수 있는 자격

- 2007년 정신건강법에 따른 정신질환자의 권리와 법적 보호를 옹호하는 공식 방문자 프로그램인 정신건강 프로그램 설계, 개발 및 개선에 대한 경험을 촉진하는 시스템 활성화 요소

정신건강 문제가 있는 대부분의 사람들에게 치료는 지역사회에서 가장 적절하게 제공된다. 급성 정신건강 문제가 있는 사람에게는 제한된 기간 동안 병원 입원실에서 치료를 받는 것이 적절할 수 있다.

NSW Health는 15개 지역 보건 구역(LHD), 3개 지역 보건 네트워크(SHN) 및 지역사회 관리 부문에 대한 자금 지원을 통해 전문 정신 건강 임상 서비스를 제공한다. 약 60개의 입원 시설이 2,817개의 급성, 비급성 및 아급성 침대를 제공하며, 282개의 지역사회 및 정신 건강 센터가 공공 정신 건강 서비스를 제공한다. 지역사회 관리 조직과 민간 제공자가 운영하는 다양한 보건 및 기타 서비스에 의해 보완된다.

호주의 보건 서비스는 영연방과 주 정부, 비영리 및 민간 부문, 개인에 의해 지원된다. 한편, 이러한 혼합된 자금조달과 책임은 약정은 편익을 가지고 있으며, 이는 제공자들이 환자를 위한 관리를 계획하고, 협력하고, 조정하는 것을 막을 수 있다.

II. 일차 건강 네트워크(PHN) 및 지역 정신 건강 및 자살 예방 계획

정신 건강 문제에는 여러 서비스, 제공자 및 설정에 걸쳐 사람 중심의 통합 관리가 필요하다. 정신 건강 시스템이 통합 치료를 제공하기 위해 항상 조정된 방식으로 작동하는 것은 아니며, 이로 인해 서비스 제공이 단편화되고 당사자에게 더 나쁜 결과가 초래된다. 특히 복잡하고 전문적인 관리가 필요한 당사자에게 나쁜 결과가 초래될 수 있다. 일차적 또는 지역사회 관리 환경에서 효과적으로 다루어지지 않은 건강 문제는 급성 시스템에 대한 압박이

증가한다. 1차, 2차 및 3차 서비스 간의 통합이 환자에게 유익하고 비용 효율적이라는 것은 잘 알려져 있다.

1차 진료(Primary care)는 다양한 수준의 정부 및 개별 기관에서 제공하는 서비스뿐만 아니라, 광범위한 민간 서비스(GP, 치과의사, 심리학자, 약사, 물리치료사 등)를 포함한다. 실제로 1차 진료 시스템의 성격은 급성 시스템과 다르게 관리된다는 것을 의미한다. 1차 진료 시스템 조정은 일반적으로 광범위한 권한을 가지고 있지만 제한된 영연방 후원 1차 건강 네트워크(PHN) 또는 1차 진료 제공자와 가변적인 연계를 가진 공공 제공자(급속성 및 지역사회)와의 파트너십에 속하는 경향이 있다. GP는 개인에 대한 관리를 조정하지만 병원 수요를 줄이기 위한 효과적인 프로그램을 개발할 수 있는 자원을 거의 가지고 있지 않다.

PHN(Primary Health Networks)은 해당 지역의 1차 의료 서비스를 조정하기 위한 자금을 지원하는 독립적인 조직이다. PHN은 지역사회의 요구를 평가하고 보건서비스를 의뢰해 해당 지역 주민들이 언제 어디서나 필요한 건강관리를 받을 수 있도록 한다. [119]

지역 수준에서 PHN의 설립은 조정된 서비스를 지원하지만, PHN과 LHD는 각각 다른 수준의 정부를 책임지는 별도로 구조화된 조직이며 종종 지역 인구에 대한 중복된 책임이 있음에도 불구하고 잘 통합되지 않는다.

2017-2022년 제5차 국가정신건강자살예방계획[120]의 첫 번째 우선순위로 LHD와 PHN이 정신건강서비스를 위한 공동, 통합 지역계획을 수행하고 있다. 첫 번째 공동 정신건강계획은 Illawarra Shoalhaven 과 남부 NSW에서 남동 NSW PHN과 LHD에 의해 작성되었으며, 협력의 모범 사례로서 자리매김하고 있다. [121]

2018년, 보건부는 브리즈번 노스 PHN에 국립 PHN 정신 건강 라이브 경험 참여 네트워크(MHLEEN)의 의장 및 프로젝트를 의뢰했다. 네트워크의 목적은 공동 설계, 생활 경험(LE) 참여 및 동료 인력 개발(당사자 및 보호자 참여 및 동료 인력 개발)에 대한 접근 방식을 공유하는 것이다. [122] PHN은 국가 정신 건강 동료지원가의 노동 지침의 이행을 지원하는 데 적합하다.

III. NSW 정신건강위원회

NSW 정신건강위원회는 2012년 의회법[123]에 의해 설립되었으며, NSW 주민들의 정신건강과 복지의 모니터링, 검토 및 개선을 담당하는 독립적인 법정 기관이다. 제정법에 따라 청장 또는 부청장 1명 이상이 정신질환을 앓았거나 앓은 적이 있는 사람이어야 한다는 데 의의가 있었다.

---

119) What Primary Health Networks are, https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/phn/what-phns-are

120) The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan, https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan

121) NSW Submission to the Productivity Commission Inquiry into Mental Health 2019 https://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0015/244131/sub551-mental-health.pdf

122) Mental Health Lived Experience Engagement Network (MHLEEN) https://mymentalhealth.org.au/consumers-and-carers/mental-health-lived-experience-engagement-network-mhleen

123) Mental Health Commission Act 2012, https://legislation.nsw.gov.au/view/pdf/asmade/act-2012-13

국가인권위원회
humanrights.go.kr

뉴사우스웨일스 정신건강 위원회. 위원회는 정신보건부 장관에게 보고하고, 공공부문 기관이 정신질환자에 대한 서비스와 지원을 제공하는 데 협력하도록 요구하는 법의 지배원칙을 홍보할 책임이 있다.
위원회는 모든 사람에게 더 나은 정신 건강과 복지를 보장하기 위해 정부 및 지역사회와 협력하고, 사람들이 건강하지 않거나 건강하지 않을 위험이 있을 때 가정 내에서 또는 가까운 곳에서 적절한 지원을 받을 수 있도록 한다. 그것은 '정신건강 및 관련 서비스 제공자와 정부기관과 협의하여 뉴사우스웨일스 정신건강시스템 전략계획 초안을 마련한다'와 '전략계획의 이행을 감시하고 보고한다'는 법제 하의 주요 기능을 통해 이를 달성한다.

위원회는 모든 업무에 있어 정신건강 문제와 돌봄에 대한 경험이 있는 사람들, 그들의 가족, 친족 집단의 목소리에 의해 지도된다. 위원회는 개인 및 사회적 요구와 선호를 강조하며, 정신건강 문제를 경험하는 사람들의 자율성을 인정하고 그들의 회복을 지원하는 정책과 실천을 촉진한다. [124)]

2014년 12월, NSW 정부는 2014-2024년 NSW 정신건강을 위한 전략 계획을 채택했다. 이 계획은 정신건강 문제를 겪은 경험이 있는 800명을 포함하여 2,000명 이상의 사람들과 단체와 협의하여 위원회가 개발한 것이다. Living Well은 NSW의 모든 사람들을 위한 정신 건강과 웰빙에 대한 10년 비전을 세웠다. 2020년 위원회의 웰빙에 대한 중간 검토는 동반 계획인 Living Well in Focus 2020-2024를 통해 NSW의 정신 건강 전략에 대한 비전을 강화했다. Living Well in Focus 2020 – 2024는 향후 5년 동안의 정신 건강 개혁 방향을 알려주는 정부 전체의 세 가지 우선순위를 파악한다. 7가지 중점 영역에 의해 뒷받침되는 이러한 전략적 우선 순위는 NSW의 모든 사람들의 좋은 정신 건강과 복지를 위한 최고의 기회를 제공할 것이다. 이

계획에 명시된 전략적 우선 순위는 다음과 같다.

- 지역사회 회복 및 웰빙 강화
- 지역사회 웰빙과 정신 건강에 전략적으로 투자
- 미래에 적합한 인력 확보

Living Well in Focus 2020 – 2024는 NSW Premier의 우선순위 및 NSW 2018-2023 자살 예방 전략 프레임워크의 방향에 부합한다. 또한 NSW가 제5차 국가 정신 건강 및 자살 예방 계획 및 국가 정신 건강 및 웰빙 전염병 대응 계획(팬데믹 대응 계획)에 따른 약속을 이행하도록 지원한다.

IV. 국가 정신건강위원회

국가정신건강위원회는 1999년 1월 1일 공공서비스법에 따라 설립된 행정기관으로, 2013년 공공지배구조, 성과 및 책임법에 따라 영연방 이외의 법인이다. 그들은 Health Portfolio를 통해 호주 의회에 대한 책임이 있다.

위원회는 정신건강 및 자살예방 이니셔티브에 대한 투자를 모니터링 및 보고하고, 정부에 증거 기반의 정책 자문을 제공하며, 호주의 정신건강 및 자살예방 시스템을 지속적으로 개선할 수 있는 방법에 대한 정보를 제공하고, 이러한 개선을 달성하기 위한 변화의 촉매제 역할을 한다. 여기에는 호주 정부와 지역사회에 대한 독립적인 보고서와

124) ibid

조언을 제공함으로써 정신 건강에 대한 책임성과 투명성을 높이는 것이 포함된다.

위원회는 이해관계자, 특히 정신건강에 대한 경험이 있는 사람들, 그 가족 및 기타 지원자들과 협력하여 정신건강 개혁이 집단적으로 소유되고 실행되도록 보장한다. [125] 그것은 정신건강을 증진하고 정신질환과 자살을 예방하는 모든 분야에 걸쳐서 작동한다. 건강뿐만 아니라 교육, 주거, 고용, 인적 서비스 및 사회적 지원을 통해 모든 호주인들이 가능한 최고의 정신건강과 복지를 달성할 수 있도록 한다.

위원회는 정신 건강과 웰빙에 대한 전체 사람, 전체 시스템, 전체 삶의 접근방식인 삶에 기여하는 프레임워크를 업무에 적용한다. 기여하는 삶은 많은 것을 의미할 수 있다. 그것은 가족과 친구와의 긴밀한 연결로 풍요로운 성취감을 주는 삶을 의미할 수 있다; 그러한 연결을 즐길 수 있는 좋은 건강과 행복; 그것이 직업이든, 다른 사람들을 지원하는 것이든, 자원봉사가 되든, 그리고 경제적 스트레스와 불확실성으로부터 벗어나 살 수 있는 집과 같은 의미와 목적을 제공하는 무언가를 매일 갖는 것을 의미한다. 간단히 말해서, 기여하는 삶은 단지 살아남는 것만이 아니라 번창한다는 것을 의미한다.

위원회는 개인이 기여하는 삶을 살고, 공평한 기회를 가지며, 가능한 최고의 정신 건강과 안녕을 누리고, 지역사회, 교육 및 고용에 참여하고, 지식, 확신 및 존중을 갖추고, 사회 및 경제적으로 기여할 수 있도록 지원하기 위해 일한다.[126]

V. 정신건강 데이터

호주 건강 및 웰빙 연구소(AIHW) [127]는 호주의 정신 건강에 대한 주요 통계를 제공한다. 호주의 정신 건강 서비스(Mental Health Services in Australia) [128]는 최근 보고서를 통해 다음과 같이 밝혔다.

- 호주의 정신 건강 서비스 개요
- COVID-19 전염병에 대한 대응
- 국가 정신 건강 정책 및 전략
- 호주의 정신 건강 시스템
- 정신 질환의 유병률, 영향 및 부담

2007년 성인 정신 건강과 웰빙에 대한 전국 조사는 호주 인구의 16~85세 정신 질환의 12개월 및 평생 유병률에 대한 정보를 제공한다. 이 연령대 인구의 거의 절반(45%)이 생애 어느 시점에 정신장애를 경험할 것으로 조사됐다

125) National Mental health Commission https://www.mentalhealthcommission.gov.au/
126) National Mental Health Commission Annual Report 2019-20 https://www.transparency.gov.au/annual-reports/national-mental-health-commission/reporting-year/2019-20-3
127) Australian Institute of Health and Wellbeing https://www.aihw.gov.au/
128) Mental health services in Australia https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/summary-of-mental-health-services-in-australia

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2017년 추정 인구 기준 약 870만명). 또한 인구의 5명 중 1명(20%)이 지난 12개월 동안 공통 정신질환을 경험한 적이 있는 것으로 추정했다. 이중 불안장애(사회공포증 등)가 가장 많이 발생해 전체 인구의 7명 중 1명(14%)을 괴롭혔고 정서장애(우울증 등), 약물사용장애(알코올의존증 등)가 뒤를 이었다.

이러한 조사에서 얻은 데이터는 세대 간 건강과 정신 건강 연구의 일부로 2020-21년에 업데이트될 예정이다. 국립 정신 건강과 웰빙 연구는 2007년부터 정신 질환의 유병률에 대한 데이터를 업데이트할 것이다. [129] 현재 국가 정신건강 정보는 호주 정부의 보건부 웹페이지'우리는 어떤 일을 하고 있는가' [130]와 '정신건강 및 자살예방'[131]에서 확인할 수 있다.

VI. 정신건강 생산성 위원회[132]

생산성 위원회(Productivity Commission)는 호주정부의 독립적인 연구 및 자문 기관으로, 호주인들의 복지에 영향을 미치는 다양한 경제적, 사회적, 환경적 문제에 관한 것이다. 이 생산성 위원회의 역할을 가장 간단하게 표현하면 호주 공동체의 장기적인 이익을 위해 정부가 더 나은 정책을 만들 수 있도록 돕는 것이다.
위원회의 독립성은 의회법에 의해 뒷받침된다. 그 과정과 산출물은 공개적인 정밀조사의 대상이 되며 지역사회 전체의 복지에 대한 우려에 의해 추진된다.
2018년 11월부터 생산성위원회(이하 위원회)는 경제참여를 지원하고 생산성과 경제성장을 높이기 위한 정신건강 개선의 역할에 대한 조사를 시작했다.

VII. 생산성 위원회 리뷰의 범위

위원회는 경제 참여 지원, 생산성 향상 및 경제성장에 있어 정신건강의 역할을 고려했다. 장기간에 걸쳐 경제적, 사회적 참여와 생산성 혜택을 실현하기 위해 인구 정신건강을 개선할 것을 권고했다.
위원회:

- 정신건강 지원이 경제적, 사회적 참여, 생산성 및 호주 경제에 미치는 영향을 조사했다.
- 교육, 고용, 사회 서비스, 주거 및 정의를 포함한 건강 이외의 부문이 정신 건강 및 경제적 참여와 생산성 향상에 어떻게 기여할 수 있는지 검토했다.
- 정부, 고용주 및 전문 단체를 포함하여 정신 건강, 자살 예방 및 참여를 개선하기 위한 현재 프로그램과 이니셔티브의 효과를 모든 관할권에 걸쳐 검토했다.

---

129) Mental Health https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/mental-health
130) What we're doing about mental health https://www.health.gov.au/health-topics/mental-health-and-suicide-prevention/what-were-doing-about-mental-health
131) Mental health and suicide prevention, https://www.health.gov.au/health-topics/mental-health-and-suicide-prevention
132) Productivity Commission, Inquiry into Mental Health https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health#report

• 정신건강에 대한 현재의 투자가 금전적 가치와 개인, 가족, 사회 및 경제에 최선의 결과를 제공하는지 여부를 평가하였다.
• 적절한 경우 국내 및 국제 정책과 경험을 활용한다. 참여, 생산성, 경제 성장에 대한 정신 건강 정책과 투자의 결과를 장기간에 걸쳐 측정하고 보고하기 위한 프레임워크를 개발했다.

VIII. 생산성 위원회 리뷰 결과

조사 최종 보고서는 2020년 6월 30일 호주 정부에 제출되었으며 2020년 11월 16일 공개되었다. 이 보고서는 사람들의 정신 건강에 미치는 주요 영향에 대해 논의하고, 정신 건강이 지역사회와 직장에서 사람들의 참여와 번영 능력에 미치는 영향과 우리 경제와 생산성에 대한 보다 일반적인 의미를 조사한다.

이 단체는 호주와 주 및 준주 정부에 모든 연령과 문화적 배경을 가진 사람들의 정신건강을 향상시키고, 정신질환 경험이 있는 사람들과 함께 일하며, 가족 및 보호자들과 함께 일하도록 권고하고 있다.

권고된 개혁은 직장, 학교 및 대학, 사법 시스템, 지역사회 단체 및 의료 서비스, 심리사회 지원 및 주택에 걸쳐 확장된다.

최종 보고서는 서비스 자금 조달에 대한 기능적 접근법 및 정부 간 역할과 자금 지원에 대한 명확성의 결여를 포함한 시스템의 오랜 문제점들을 문서화하여 "서비스 제공에서 지속적인 낭비, 서비스 이용시 격차"를 결과로 지었다. 호주 내 정신질환과 자살로 인한 금전적 비용이 연간 2,200억 달러에 달하는 것으로 추산됐다. 권고된 변화는 만약 정부가 연간 최대 42억 달러를 투자한다면 연간 200억 달러까지 절약할 수 있다.

보고서는 "호주의 현재 정신건강 시스템은 포괄적이지 않고 이를 필요로 하는 사람들이 정당하게 기대하는 치료와 지원을 제공하지 못한다"고 밝혔다. 이 보고서는 개혁의 일부 부분은 기간이 달라 다른 부분보다 시행하기가 더 어려울 것이라며 "정부들이 권장 조치를 예산에 맞춰 몇 가지 항목을 선택하는 메뉴로 보게 될 위험이 있다"고 경고했다. 지난 20년 동안 호주는 장관들이 선거나 예산이 돌면 좋은 '발표'를 만드는 특정 프로그램에 자금을 지원하는 로비스트 주도의 단편적인 개혁 과정을 거쳤다. 이러한 접근은 호주인들의 정신 건강을 증진시키는데 실패했다. 우리가 필요한 것은 정신건강 분야와 지역사회로부터 전면적인 개혁 방안으로서 위원회의 권고를 통일적으로 지원하는 것이다."[133]

IX. 빅토리아 주 정신건강 시스템 왕립 위원회 [134]

빅토리아 정신건강시스템 왕립위원회는 빅토리아뿐만 아니라 뉴사우스웨일스를 포함한 모든 주에서 정신건강

133) The Conversation, November 18, 2020
https://theconversation.com/the-productivity-commission-says-mental-ill-health-costs-australia-billions-its-time-for-a-proper-investment-in-making-things-better-150184

134) Royal Commission into Victoria's Mental Health System & Summary
http://rcvmhs.archive.royalcommission.vic.gov.au/ &
https://finalreport.rcvmhs.vic.gov.au/wp-content/uploads/2021/02/RCVMHS_FinalReport_Summary_PlainLanguage.pdf

정책과 실천에 큰 의미를 지닐 것이다. 일단 시행되면 다른 모든 주와 영토에 대한 벤치마킹이 될 것이다.

2019년 2월, 빅토리아 주지사는 위원회의 조사를 발표했다. Penny Armytage AM은 알렉스 Alex Cockram 박사, Allan Fels AO 교수, Bernadette McSherry 교수와 함께 왕실 위원회의 의장으로 임명되었다. 정신건강 문제를 살아온 경험이 있는 사람이 위원으로 임명되지 않은 것은 의미심장하고 논란이 많았다. 이러한 상황은 정신과 의사인 Patrick McGorry 교수가 전문가 자문위원회 위원장으로 임명되면서 더욱 악화되었다. 영국 왕립위원회는 2021년 2월 3일 최종 보고서를 제출했고, 빅토리아 정부는 2021년 3월 2일 의회에 상정했다.

보고서는 빅토리아의 정신건강시스템이 위기상태로 작동하며 "기대치에 부응하지 못했다"며 재정비해야 한다는 사실을 밝혀냈다.

매머드형 5권으로 구성된 보고서에 요약된 최종 보고서 65개 권고안[135] 중에는 향후 10년간 단계적으로 격리 및 구속 치료를 중단하는 것과 강제적인 치료를 최후의 수단으로 삼는 것이 포함되어 있다. 병원 응급 부서가 현재 자금이 부족한 지역 사회 기반 서비스의 지원 및 증진을 위한 진입점이 되는 것을 막기 위해 큰 변화가 필요하다. 보고서는 이 시스템이 약물에 "지나치게" 의존했으며, COVID-19 대유행과 지난해 산불이 이 시스템의 실패를 강조했다고 말했다. 2년 동안 개인과 단체로부터 12,500건 이상의 제출이 접수되었다.
빅토리아 정부는 사람들이 집과 지역사회에서 가까운 곳에서 치료를 받을 수 있는

미래의 정신 건강 시스템을 위한 '10년 비전'의 모든 권고안을 이행하기로 약속했다. 그것은 또한 살아있는 정신질환 경험이 있거나 심리적 고통이 새로운 정신건강과 웰빙 시스템의 설계와 전달에 중심이 될 것이라고 약속했다. 권장사항은 미래 정신 건강과 웰빙 시스템의 네 가지 주요 특징을 중심으로 그룹화된다.

- 커뮤니티를 중심으로 대응력이 뛰어난 통합 시스템
- 불평등 해소 관련 시스템
- 우선순위 지정 및 협업을 통해 공신력 회복
- 적응력이 뛰어난 현대적 서비스

빅토리아 정부는 왕립 위원회의 권고에 부응하여 2021-22년 빅토리아 주 예산안에 정신 건강과 복지에 38억 달러를 투자했다고 발표했다. 2026년 말까지 빅토리아 전역에 최대 60개의 새로운 지역 성인 및 노인 정신 건강 및 웰빙 서비스를 설립할 것을 약속하며, 당사자, 가족, 보호자, 후원자, 근로자 및 제공자들과 협력하여 2014년 정신 건강법을 폐지하고 새로운 정신건강 그리고 웰빙법을 제정함에 따라 지침, 규정 및 프로세스를 개발할 것을 약속한다.

빅토리아 정신건강시스템 왕립위원회
이 보고서는 또한 빅토리아의 53억 달러 규모의 공공주택 프로젝트의 일환으로 지어지고 있는 주택 중 2000채는 정신질환을 앓고 있는 빅토리아 주민들을 위한 지원 주택으로 지어질 것을 권고했다. [136]

135) Final recommendations https://finalreport.rcvmhs.vic.gov.au/recommendations/
136) Victorian mental health royal commission final report finds system operates in crisis mode https://www.abc.net.au/news/2021-03-02/victorian-mental-health-royal-commission-final-report/13203938

X. 주거지원과 고용

2003년부터 NSW에서 정신건강 문제를 가진 사람들이 지역사회에서 성공적으로 살 수 있도록 보건부에 의해 지원되었는데 주거 지원 이니셔티브(HASI)와 지역사회 생활 지원(CLS)이 두 가지 주요 프로그램이다. 프로그램에 따라, 전문 지역사회 관리 조직은 지역 보건 구역 임상 정신 건강 팀 및 지역사회 및 법무부와의 긴밀한 파트너십을 통해 모든 범위의 유연한 심리사회 지원을 제공할 수 있도록 자금을 지원받는다.

HASI와 CLS 프로그램은 지역사회 돌봄에 더 중점을 두겠다는 정부의 약속의 중요한 토대이다. 이들은 함께 정신 질환으로 피할 수 있는 입원과 응급실 이용을 방지하기 위해 NSW 전략의 핵심 부분을 구성한다.

2009년, 원주민 HASI는 정신 질환이 있는 원주민들에게 문화적으로 적절한 지원을 제공하기 시작했고, 2016년에는 NSW 정신 건강 개혁 투자로 NSW 전역에서 HASI 유형 지원을 강화하기 위해 지역사회 지원 프로그램이 설립되었다. CLS는 기관에서 장기요양을 받은 사람들을 위해 주거 지원을 제공했다.

2012년 뉴사우스웨일스 대학교 사회정책연구센터(SPRC)가 HASI 프로그램을 종합적으로 평가했다. 이 보고서는 HASI 지원을 받는 당사자들이 다음과 같이 결론을 내렸다.

- 연간 3,000만 달러의 잠재적 비용 절감(2009/10달러) 및/또는 다른 환자에 대한 수용 증가로 정신 건강 병원 입원 기간이 짧아지고 횟수도 감소함
- 거주를 유지하고 관련 정신 및 신체 건강 서비스를 사용할 수 있는 역량이 향상됨
- 정신 건강 결과 개선, 가족 및 친구와의 사회적 접촉 개선, 일부 당사자를 위한 고용, 교육 및 훈련 참여를 포함한 지역사회 활동 참여 증가

SPRC는 2018년부터 HASI 및 CLS 프로그램에 대한 평가를 시작했으며 평가가 끝날 때까지 지속적으로 보고한다. HASI와 CLS 지원은 사람들이 자신만의 독특한 목표를 세우고 일하도록 돕는다. 사람들이 받는 지원의 종류는 개인의 필요와 그들이 이루고자 하는 것에 달려 있다. HASI 지원은 사람들이 그들 자신의 독특한 목표를 성취하도록 돕는다. 사람들이 받는 지원의 종류는 개인의 필요와 그들이 이루고자 하는 것에 달려 있다. 예를 들어 프로그램에 참여하는 사람들은 종종 다음과 같은 도움을 받는다.

- 쇼핑, 재정 관리, 요리 또는 대중교통 이용과 같은 일상 생활 기술
- 정신 및 신체 건강 진료 예약, 약물 및 기타 치료법을 기억해야 함
- 지역 사회의 사람들을 만나고 사회, 여가, 스포츠 활동에 참여
- 새로운 기술 습득
- 교육 또는 취업에 대한 지원
- 병원 또는 교도소에서 집으로 다시 이동
- 약물, 알코올 서비스 및 국가 장애 보험과 같은 기타 지원에 대한 접근

9장. 결론

NSW의 정신 건강은 COVID-19의 진행 중인 대유행으로 다른 나라와 유사한 도전에 직면해 있다. 이를 통해

국가인권위원회
humanrights.go.kr

우리가 훨씬 더 포용적이며 평등한 사회가 되기를 바란다. 우리는 정신건강을 바라보는 새로운 방식에 접근하는 것으로 보이며, 우리 원주민들과 그들의 사회적, 정서적 복지에 대한 개념으로부터 많은 것을 배우고 있다. 경험을 가진 사람들의 역할은 정신 건강에 대한 모든 새로운 이해에 중요하다. 전통적인 의료 모델보다 공평한 사회적 결정요인에 초점을 맞춘 인권이 더 중요해지고 있다. 중요한 동료 지원가가 됨으로써, 살아 있는 경험을 가진 사람들은 단지 그들 자신과 다른 방법들로 사람들을 돌보는 사람들의 가치를 보여준다. 그들은 여러가지를 변화시킨다.

탈원화는 결코 끝나지 않았다. 우리는 여전히 병원 침대의 필요성을 줄일 수 있는 관리 방법을 찾아야 한다. 우리는 사람들이 살기 위해 선택한 삶을 영위하지 못하게 하는 낙인과 차별을 줄일 필요가 있다.

부 록 4.2 : 호주 뉴사우스웨일스주의 퇴원 및 지역사회 거주를 위한 정신건강치료와 지원

1. 서론

정신건강 케어는 NSW 정부, 주정부, NSW의 민간 및 비영리조직에서 제공된다.[137]

2020년 11월 호주생산성위원회(Australian Productivity Commission)은 정신질환의 정도, 서비스 , 격차에 대한 상세한 평가와 개혁에 대한 권고사항을 발표하였다.[138]

최근에 NSW정신건강시스템에 대한 상세한 내용이 많이 보고되고 있다(어떻게 시스템이 작동하고 개선될 수 있는지). 이러한 보고서에 드러난 내용을 반복하기보다, 참고할 수 있도록 각주에 참조를 포함하였다.

2. 지역사회에서의 자의적 정신건강치료

NSW 거주자들은 다양한 방식으로 정신건강에 대한 지원과 도움을 받는다.

I. 의료적 정신건강지원 – 약물, 심리학, 정신의학

NSW에서 정신건강문제를 경험하는 사람은 주로 자신의 일반의(지역 의사)에게 이를 이야기하는 것으로 시작한다.[139] 주정부(Commonwealth government)는 메디케어라는 공공보건제도를 통해 일반의에 대한 비용 일부 또는 전부를 부담한다.

일반의는 약물을 처방해줄 수 있고 그리고/또는 임상심리사나 정신과의사에게로 의뢰할 수 있다.

정신건강문제로 인해 약물복용이 필요한 사람은 주로 스스로 부담하여야 한다. 그러나, 호주에서 처방되는 대부분의 정신건강약물은 주정부의 보조금을 받는다. 사회보장급여를 받는 사람은 약제비로 연방정부의 추가적인 보조금을 받을 수 있다.

일반의로부터 임상심리사에게 의뢰된 사람의 경우, 메디케어가 임상심리사와의 상담비용을 부담한다. 정신과 의사를 만나도록 의뢰하는 것 역시 가능하다. 그러나, 메디케어 보조금은 주로 전체 비용의 50%만 부담하도록 되어있다.[140]

---

137) A summary of expenditure https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/expenditure-on-mental-health-related-services/specialised-mental-health-services-expenditure

138) https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report

139) For a detailed discussion of the role of general practitioners see https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report at 10.2

국가인권위원회
humanrights.go.kr

일부 사람들은 임상심리사 진료비의 일부를 부담할 수 있는 민간건강보험을 가지기도 한다. 일부 임상심리사와 정신과의사는 메디케어 보조금과 동일한 비용을 청구하기 때문에, 치료받는 사람은 비용을 지불하지 않는다. 그러나 이는 드문 경우이다. 특히 저소득층에게는 임상심리사나 정신과의사를 만나는 것이 고액으로 느껴질 수 있다.

NSW의 시골지역에서는 임상심리사나 정신과의사와 면담하는 것이 매우 어려울 수 있다. 시드니에서조차, 집에서 가까운 곳에서 임상심리사나 정신과의사를 찾는 것이 어렵다.[141]

NSW 정부는 지역사회정신건강서비스로 일하는 임상심리사 및 정신과의사를 고용하고 있다. 이는 무료 서비스이다. 그러나, 이들은 대개 조현병, 양극성장애, 재발성우울장애와 같은 심각한 정신건강질환의 진단명을 가진 환자만을 대상으로 한다.

II. 사회적 정신건강지원

사람들이 스스로의 정신건강을 지원할 수 있는 다른 방법들은 많이 존재한다. 사회적 활동, 운동, 의미 있는 일(유급 또는 자원봉사)은 정신건강문제를 가진 사람들을 포함하여 모두에게 중요하다. 정신건강문제와 함께 살아가는 대부분의 사람들은 이러한 활동들을 스스로 조직화하거나 친구 및 가족의 지원을 받아 활동을 구축한다.

비영리조직들 또한 중증정신질환문제를 가진 사람들이 사회적 고립으로부터 벗어날 수 있도록 특별히 고안된 활동들을 운영한다. 이는 사람들이 특정한 활동에 참여하거나 동료들을 찾을 수 있는 사교모임, 단체 외부활동, 드롭인센터를 포함한다.[142] 비영리조직들은 또한 이들이 일자리를 찾고 그들의 조직 내에서 일할 기회를 찾을 수 있도록 돕는다.[143]

생산성위원회보고서는 정신질환을 가진 사람들을 위한 사회통합수당과 잘 운영되고 있는 일반 및 특별 지역사회 활동들에 대해 많은 정보를 제공한다. 이 보고서에는 유용한 사례연구가 포함되어 있다.[144]

심각한 심리사회적 장애를 가지고 있는 경우, 이들은 국가장애보험제도(National Disability Insurance Scheme)를 통하여 연방정부에 비용을 청구할 수 있다. NDIS는 그들의 자립, 사회적 및 경제적 참여를 향상시키기 위해 기금을 제공한다.[145] NDIS에 대한 논의는 아래에서 더욱 자세히 볼 수 있다(below).

호주는 또한 정신적 고통을 경험하고 있고 누군가와 대화를 필요로 하는 사람을 위하여 많은 무료 전화지원을 제공하고 있다. 이는 주로 비영리조직과 자원봉사자들에 의해 운영된다.[146]

---

140) In 2021, Medicare paid $124.50 for a 50 min psychology session. The recommended fee from the Australian Psychology Society was $267. https://www.psychology.org.au/for-the-public/about-psychology/what-it-costs

141) https://www.abc.net.au/news/2020-12-08/covid-mental-health-system-medicare-inequality/12512378

142) See for example https://www.flourishaustralia.org.au/about/our-services

143) See for example https://www.flourishaustralia.org.au/story/dylan-work-experience-ultra-tune-gave-dylan-start-he-needed

144) https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report at Chapter 8.5

145) https://www.ndis.gov.au/understanding/how-ndis-works/mental-health-and-ndis

3. NSW에서의 입원정신건강케어

호주에는 정신건강케어를 제공하는 공공 및 민간 병원들이 있다. 대부분의 경우, 사람들은 자의입원으로 병원에 입원한다. 그러나, 일부 입원은 비자의적으로 이루어지기도 한다. 이러한 모든 입원들은 2007 정신보건법(Mental Health Act 2007)에 규정되어 있다.[147]

생산성위원회보고서에서는 입원케어의 유용성에 대해 잘 설명되어 있다.[148]

2007 정신보건법의 68장(section)은 제공되어야 할 정신건강케어 및 치료의 방법에 대한 몇 가지 원칙을 담고 있다:

> (a) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들은 케어 및 치료를 효과적으로 받을 수 있는 최소한으로 억압된 환경 속에서 최선의 케어와 치료를 받아야 하며,
>
> (b) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들은 전문적으로 인정된 기준에 따라 적절한 시기에 높은 질의 치료 및 케어를 받을 수 있어야 하며,
>
> (c) 케어 및 치료의 제공은 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들이 지역사회 어디서든 일하고 참여하도록 돕기 위해 고안되어야 하며,
>
> (d) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들에 대한 약물처방은 당사자의 건강 욕구를 충족해야 하고, 처벌이나 타인의 편의 용도가 아닌 치료적 또는 진단적 필요에 의해서만 제공되어야 하며,
>
> (e) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들은 치료, 치료의 대안들, 치료의 효과에 대해 적절한 정보를 제공받고 그들 자신의 회복을 위한 지원을 받을 수 있어야 하며,
>
> (f) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들 및 환자들의 자유에 대한 억압과 그들의 권리와 존엄, 자존감에 대한 침해는 그 상황들에서 최소한으로 이루어져야 하며,
>
> (g) 정신질환 또는 정신질환을 가진 사람들의 모든 특수한 욕구(연령, 젠더, 종교, 문화, 언어, 장애, 성적지향 등)를 파악하여야 하며,
>
> (g1) 18세 미만의 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들은 발달적으로 적절한 서비스를 받아야 하며,
>
> (g2) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들 중 호주 원주민이거나 토레스 해협 제도 주민인 경우, 그들의 문화적 및 영적 신념과 실천은 파악되어야 하며,
>
> (h) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람을 치료계획 개발과 회복 계획에 포함하고 그들의 관점과 희망사항을 계획을 통해 고려하기 위하여 합리적으로 실행가능한 모든 노력을 가해야 하며,
>
> (h1) 치료계획 및 회복계획을 수립할 시, 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람으로부터 동의를 얻고 그들의 동의능력을 모니터링하며 치료계획 및 회복계획을 이해할 능력이 부족한 사람을 지원하기 위해 합리적으로 실행가능한 모든 노력을 가해야 하며,
>
> (i) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들은 해당 법률하의 법적 권리와 여타 자격들에 대한 고지를 받아야 하고, 해당 정보는 당사자가 가장 잘 이해할 수 있는 용어나 의사소통 형태, 언어로 제공될 수 있도록 모든 합리적인 노력이 이루어져야 하며,
>
> (j) 정신질환 또는 정신장애를 가진 사람들에 대한 보호자의 역할과 해당 법률 하에 규정된 정보를 제공받을 권리, 참여할 권리, 당사자가 제공한 정보가 고려받을 권리는 효력을 발휘한다.

---

146) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/Pages/support-contact-list.aspx

147) https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-2007-008#statusinformation

148) https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report pp 591 and following

국가인권위원회
humanrights.go.kr

이 원칙들은 정신보건법 하에서 내려지는 모든 결정들에 지침이 되어야 한다. 그러나, 이 원칙들을 어기는 것에 대한 법적 조치는 없다.[149]

4. 병원에서의 자의적 정신건강치료

정신의료기관에서 일하는 의사(공인된 담당 의사)가 자의적인 입원을 통한 케어 또는 치료로도 이익을 얻을 수 있다고 판단하는 경우, 당사자는 공공 또는 민간 정신의료기관에 자의적으로만 입원할 수 있다.[150]

자의입원한 당사자는 스스로 결정을 내릴 능력이 반드시 있어야 한다. 그들에게는 권리장전이 반드시 주어져야 하며, 이 권리장전은 정신보건법 상에 있다.[151]

자의입원한 사람은 정신의료기관에서 제공되는 치료를 거부하거나 병원을 떠나고 싶은 경우에 퇴원할 수 있다.

공공정신의료기관에서는 사용 가능한 침상 수가 제한적인 경우가 종종 발생하는데, 정신의료기관에 자의입원하길 원하는 사람은 침상 수가 부족한 경우 입원할 수 없다.

만약 자의입원한 환자가 병원을 떠나고 싶어하거나 정신의료치료를 거부하는 경우, 의사는 당사자가 비자의입원을 검토하도록 결정내릴 수 있다. 당사자는 그 결정이 완료되는 동안 2시간까지 정신의료기관에서 수용된다.[152]

공공 정신의료기관에서 이것은 비자의입원의 행정상 절차를 완료하는 것을 의미한다.[153]

민간병원들은 자의적인 기반에서만 치료가 제공된다. 민간병원들은 고액이며 당사자가 민간의료보험을 가지고 있는 경우에만 대체로 민간 정신건강치료를 감당할 수 있다. 의료보험 역시 상당히 비쌀 수 있다.

민간 정신의료기관에서는, 당사자가 자신의 선택에 따라 정신과 의사를 만날 수 있다. 병원 입원 기간은 민간 의료보험이 정신과에 얼마나 부담 가능한지에 따라 제한될 수 있다.

민간 정신의료기관에서 당사자가 퇴원하거나 치료를 중단하기를 희망한다면, 민간 병원의 의사는 비자의입원이 필요한지를 고려할 수 있다. 의사는 반드시 당사자의 정신질환이 자신이나 타인에게 심각한 해를 입힐 위험이 있다는 것을 고려하여야 하며, 그리고 그 위험성이 당사자가 병원을 떠난다면 안전하게 관리될 수 없다는 것도 고려되어야 한다. 이후 의사는 정신보건법의 s19에 따라 소견서를 작성하고 당사자가 공공 정신의료기관으로 전원할 수 있도록 앰뷸런스를 마련하여야 한다. 공공 정신의료기관의 의사는 이후 당사자가 해당 기관에 비자의입원되어야 하는지를 결정하게 된다. [154]

정신건강심의위원회(The Mental Health Review Tribunal)는 자의입원한 환자들이 총 12개월 이상 머무른

149) Section 195 of the Mental Health Act 2007 says "The provisions of sections 3, 68 and 105 are intended to give guidance in the administration of this Act and do not create, or confer on any person, any right or entitlement enforceable at law."
150) Section 5 Mental Health Act 2007.
151) https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-2007-008#sch.3A
152) Section 10 of the Mental Health Act 2007
153) Section 27 of the Mental Health Act 2007
154) This involves completing the two certificates required by section 27 of the Mental Health Act 2007

경우 그들의 입원 상태를 점검한다. 12개월은 병원에 총 머무른 시간을 의미한다(자의 및 비자의 모두).[155] 위원회는 자의입원한 당사자가 계속입원을 동의하는 경우, 해당 환자가 자의입원을 통해 받는 이후의 케어 또는 치료가 그에게 이득이 될 것인지를 결정한다.[156] 만약 당사자가 더 이상 머무르는 것에 동의하지 않을 경우, 그들은 반드시 퇴원조치 돼야 한다. 위원회는 퇴원처리가 완료되기까지 최대 14일까지만 퇴원을 미룰 수 있도록 명령한다.

5. 병원에서의 비자의적 정신건강케어

NSW에서, 비자의적인 정신건강케어는 오로지 공공 보건시스템에서만 가능하다.

2007 정신보건법은 비자의적 정신보건케어에 대해 엄격한 규정을 가지고 있다.

- 당사자는 가족 또는 친구와 함께, 병원에 자의적으로 방문할 수 있다.
- 또한 당사자는 앰뷸런스, 경찰, 지역사회정신보건종사자에 의해 병원으로 이송되거나 법원에 의해 병원으로 보내질 수 있다.[157]
- 병원에 도착하면, 당사자는 두 명의 의사가 인정한 경우에만 비자의적으로 입원될 수 있다:[158]
    - 당사자가 정신과적 질환을 가지고 있음(환청, 망상, 심각한 사고장애, 심각한 기분 장애, 또는 지속적이거나 반복적인 행동장애 중 하나 이상의 증상)
    - 정신질환 증상을 가진 당사자가 자신 또는 타인에게 심각한 해를 입힐 위험을 가지고 있음
    - (자의적인 입원이나 지역사회 지원과 함께 가정에 머무는 것 대신) 비자의적으로 입원하는 것이 가능한 최소한의 억압적 선택임
- 첫 진단서는 당사자가 병원에 입원한지 12시간 이내에 완료되어야 한다. 두 번째 진단서는 그 이후 가능한 빨리 완료되어야 한다.[159]
- 최소한 진단한 의사 중 한 명은 반드시 정신과의사여야 한다.
- 당사자가 비자의입원한 경우, 그들에게는 권리장전이 반드시 제공되어야 한다. 이 문서는 정신보건법에 명시되어 있다.[160]
- 당사자가 비자의환자로 병원에 입원한 경우, 의사가 적절하다고 생각하는 약물이나 기타 치료가 당사자에게 제공될 수 있다. 여기에는 주사를 통한 강압적인 약물치료도 포함된다.[161]
- NSW 공공병원에서는 격리 및 강박이 활용되나, 이러한 수단이 얼마나 자주 활용되는지에 대해 보고하도록 하고 그 횟수를 줄이고자 하는 절차가 존재한다.[162]
- 정신보건법은 NSW에서 몇 가지 치료들을 금지한다. 이 치료들은 호주의 다른 지역에서는 허용될 수도

155) Section 9(1) Mental Health Act 2007
156) Section 9 of the Mental Health Act 2007
157) Section 18 of the Mental Health Act 2007
158) See section 12, 14 and 27 of the Mental Health Act 2007
159) There is a legislative mechanism for getting a third doctor's certificate if the first two doctors disagree. - see s 27 of the Mental Health Act 2007
160) https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-2007-008#sch.3
161) Section 84 of the of the Mental Health Act 2007
162) https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2020_004.pdf

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

있다: 숙면치료; 정신외과적수술; 인슐린혼수요법.[163]

- NSW에서 비자의입원 환자에 대한 전기충격치료은 정신건강심의위원회의 동의를 필요로 한다.[164]
- 비자의입원 환자가 입원돼있는 동안, 그를 치료하는 의사들(정신보건법상 인가된 담당의사)는 반드시 항상 다음을 고려하여야 한다[165]
    - 당사자가 정신질환의 증상들을 지속적으로 경험하는지. 만약 당사자가 최근에 정신질환 증상을 경험하고 있지 않는다면, 의사는 비자의입원 상태에서 벗어나는 경우 그의 상태가 더욱 악화될 수도 있는지를 검토하여야 한다. 이를 지속적 상태라 한다.
    - 안전하고 효과적인 케어 중 덜 억압적인 형태가 있는지. 덜 억압적인 선택에는 병원 퇴원과 자의입원으로의 전환 등이 포함된다.
- 당사자가 더 이상 정신질환 증상을 경험하지 않는다면(퇴원 이후 빠르게 재발할 것 같지 않다면), 또는 자타해 위험을 더 이상 갖고 있지 않다면, 또는 덜 억압적인 방법이 가능하다면, 당사자는 반드시 퇴원되어야 한다.

NSW에서 평균 정신병원 입원일수는 2021년 1월-3월 기준 17일인 것으로 나타났다.[166]

가. 보호자의 참여

2007 정신보건법은 당사자가 자의적 또는 비자의적 정신건강케어를 받을 때에 의료진들이 보호자들을 참여시키도록 요구한다. 그러나, 이것이 늘 현장에서 실천되는 것은 아니다.

정신보건법 상의 보호자는 두 가지 유형이 존재한다.

비자의적 정신보건치료를 받는 당사자에 의해 최대 2명까지 보호자로 지정될 수 있다. 이들은 지정된 보호자라고 명명된다.[167]

두 번째 유형의 보호자는 당사자에게 지원 또는 케어를 제공하는데 주요하게 참여하는 사람들이다(단, 무급).이들은 주요 돌봄제공자라고 명명된다.

지정보호자와 주요 돌봄제공자 모두 당사자의 입원, 전원, 퇴원, 약물치료 및 케어 전반에 대한 정보를 얻을 자격을 갖는다.[168] 의료진은 당사자의 입원과 퇴원을 결정할 때에 보호자가 제공하는 정보를 반드시 고려하여야 한다.[169]

정신건강치료를 받는 사람은 자신의 케어 및 치료에 대한 정보가 전달되지 않길 원하는 타인들을 정할 수도

163) Section 83 of the Mental Health Act 2007
164) Section 87- 97 of the Mental Health Act 2007
165) Sections 12, 13 and 14 of the Mental Health Act 2007
166) https://www.bhi.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/654447/BHI_HQ_JAN-Mar_2021_REPORT.pdf at p 6
167) Section 71 of the of the Mental Health Act 2007
168) Ss 78 and 79 of the Mental Health Act 2007
169) Section 72B of the Mental Health Act 2007

있다.[170]

나. 정신건강심의위원회(Mental Health Review Tribunal)의 심의

정신건강심의위원회는 NSW에서의 비자의적인 정신건강케어에 대한 관리를 수행한다.

위원회는 법에 명시된 독립적 주체이다. 이는 보건부(Ministry of Health)와는 분리되어 있으며, 3가지 유형의 구성원들로 이루어진다: 변호사, 정신과의사, 정신건강에 대한 경험을 가진 사람. 위원회 구성원들은 한 번 임명된 후 7년까지 활동할 수 있으나 대부분의 구성원들은 4년 간 임명된다.[171] 위원회 구성원들은 임명을 갱신할 수 있으며 많은 사람들이 최대 20년까지 남아있다. 위원회 임명에는 정치적 개입이 거의 없거나 아예 작동하지 않는다.

위원들은 각 유형마다 1명씩 주로 3명이 하나의 패널로 함께 앉으며 결정을 내린다. 몇몇 심의는 변호사 한 명에 의해서 결정되기도 한다. 위원회는 심의가 어떻게 진행되는지에 대한 비디오를 준비해왔으며 이는 위원회 웹사이트에서 시청할 수 있다.[172]

비자의입원 중인 당사자가 병원에 입원중이라면, 병원은 반드시 가능한 빨리 정신건강심의위원회의 심의를 마련하여야 한다. 실질적으로 위원회는 NSW의 모든 정신의료기관에 대한 직원 명단을 보유하고 있다. 비자의입원 중인 사람들은 입원한지 7-21일 이내에 심의를 받게 된다.

위원회는 NSW의 39개의 서로 다른 정신건강 관련 장소에서 열린다. 약 47%의 심의는 정신건강기관 내에서 대면으로 진행된다. 약 45%의 심의는 영상으로 진행되며, 그 나머지는 전화로 진행되거나 심의가 열리지 않는다. COVID 상황 동안, 모든 심의는 영상 또는 전화로만 진행되었다.

위원회 심의에서 당사자는 변호사에 의해 대리되며, 변호사는 법률원조NSW(Legal Aid NSA)에 의해 선임되고 지불된다. 심의 이전, 변호사는 주치의가 준비한 보고서와 병원 직원들이 작성한 의료 기록등을 읽게 된다. 또한 환자들과도 대화를 나눈다.

당사자는 일상복을 입은 상태로 반드시 심의가 진행되는 장소에 있어야 한다.

위원회 구성원은 그들이 입원할 당시 권리장전을 받았는지를 확인하고, 만약 당사자가 위원회에서 말을 하는데에 영향을 미칠만한 약물을 복용한 바 있는지를 확인한다.

또한 위원회는 당사자의 보호자들이 참여하기를 원하는지, 심의에 대해서 보호자들이 고지받았는지를 확인한다.

위원회는 환자의 변호사, 환자, 그리고 그를 치료하는 의료진들의 의견을 청취한다. 환자의 변호사는 의료진들에게 질문을 던질 수 있다. 위원회는 이후 결정을 내리게 된다. 위원회는 반드시 그 사람이 정신질환을 가졌다고 바라볼 수 있을지(즉, 자타해위험을 내포하는 정신질환의 증상을 경험하는 사람)를 결정내려야 한다. 만약 그렇다면, 위원회는 반드시 비자의적으로 입원하는 것 이외에 덜 억압적이고 보다 효과적인 케어 및 치료는 없는지 고려하여야 한다.

위원회는 다음과 같은 다른 많은 결정들을 내릴 수 있다:[173]

---

170) Sections 75, 76 and 78 of the Mental Health Act 2007
171) https://www.mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/MHRT-AnnualReport-2020.pdf
172) https://ftp.mhrt.nsw.gov.au/the-tribunal/tribunalvideos.html
173) See sections 35 and 38 of the Mental Health Ac 2007

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

- 퇴원 (당사자는 즉각적으로 자의입원으로 재입원할 수 있음)
- 14일의 보류기간 이후 퇴원
- 퇴원 후 보호자가 케어
- 퇴원 후 지역사회 치료 명령
- 비자의입원 유지

위원회는 당사자가 비자의입원한 첫 1년 동안은 매 3개월마다 이를 검토한다. 그 이후로는 매 6개월마다 위원회가 당사자를 만나야 한다.[174] 병원은 덜 억압적이면서 안전하고 효과적인 선택이 가능하다면 가능한 빨리 그 환자를 퇴원시킬 지속적인 의무를 가진다.[175]

그 때의 99.8% 이상은, 위원회에서 병원이 요청한 명령을 내린다.[176]

비자의입원한 사람은 또한 자신을 치료하는 의사에게 퇴원을 요구할 수 있다. 만약 의사가퇴언을 거부할 경우, 당사자는 위원회에 진정을 제출할 수 있다. 진정은 보통 매우 빠르게 접수된다(며칠 이내에)

그러나, 2019/2020 회계연도에, 위원회는 진정의 3%에 해당하는 사람의 퇴원만 허용해주었다.[177]

6. 지역사회에서의 비자의적 정신건강케어

지역사회에서의 비자의적 케어는 지역사회치료명령 하에서 이루어진다. 지역사회치료명령은 정신건강심의위원회에 의해 내려진다.

지역사회치료명령 하의 케어는 공공 지역사회 정신건강팀에 의해서만 제공된다. 지역사회 정신건강팀에서 일하는 치료진들은 임상심리사, 사회복지사, 직업치료사, 최근에는 동료지원가까지 다양한 범위들로 구성된다.

지역사회치료명령을 내리기 위해서, 위원회는 해당 명령을 수행할 지역사회 정신건강팀의 신청을 고려한다. 이 신청에는 치료계획이 포함되며, 치료에 대한 계획과 치료 빈도가 계획상에 나타난다. 지역사회 치료명령에서는 당사자로 하여금 다음 내용을 요구한다:

처방된 약물의 복용

사례관리자와의 면담에 참여

정신과의사와의 면담에 참여

사례관리자와 정신과의사에 의해 변동될 수 있더라도 치료계획에는 면담의 빈도가 반드시 구체적으로 드러나야 한다. 약물 또한 의사에 의해 변경될 수 있다.

위원회 웹사이트에서 지역사회치료명령의 템플릿을 볼 수 있다.[178]

지역사회치료명령을 내리기 위해, 위원회는 반드시 다음에 대한 증거를 충족하여야 한다[179]:

---

174) Section 37(1) of the Mental Health Act 2007
175) Section 12(2) of the Mental Health Act 2007
176) https://www.mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/MHRT-AnnualReport-2020.pdf pp 20 and 21.
177) https://www.mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/MHRT-AnnualReport-2020.pdf p 21
178) https://www.mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/CTO%20Template%20Final%20Update%20july%202018.pdf

지역사회치료명령 이외에 덜 억압적이고 보다 안전하고 효과적인 방식이 존재하지 않아야 하고

지역사회정신건강팀은 당사자에 대한 적절한 치료계획을 가지고 있고 이를 실행할 능력이 있어야 하며,

만약 당사자가 이전에 정신질환을 가졌다고 진단받은 적이 있는 경우 당사자는 적절한 치료를 받을 것을 거부한 이력이 있어야 . 즉 과거에 당사자는 적절한 치료를 받는 것을 중단하여 급성기로 재발한 적이 있음을 의미하며, 이는 당사자가 실제로 입원하지 않았다고 하더라도 정신의료기관에 비자의적으로 입원되는 것을 정당화할 수 있음.

7. 비자의적 정신건강치료를 제공하기 위한 기타 법적 조치

가. 정신장애인의 비자의적 입원

***역자 주: 여기서의 정신장애인(mentally disordered person)은 국내에서 통용되는 정신장애인(people with mental disability)과 다른 의미이며, 일시적으로 정신적인 혼란상태를 경험하는 사람을 말함**

당사자가 정신질환을 가지지 않은 경우에도 MHA는 비자의적 정신건강케어를 허용한다. 이는 당사자의 행동이 매우 비합리적이고 자타해 위험을 가지고 있어 일시적인 케어, 치료 또는 통제가 필요한 경우에만 가능하다.[180] 두 명의 의사가 정신장애가 있다고 생각된다는 소견서에 서명을 해야만 한다.

이러한 유형의 비자의적 치료는 대부분 약물(substance) 금단을 포함하여 약물 오남용으로 인해 영향을 받은 사람들에게 행해진다. 때로는 성격장애의 영향으로 인해 급성 상태에 이른 사람들에게도 이루어진다.

정신장애인(mentally disordered person)은 최대 3 영업일 동안만 병원에 비자의적으로 입원될 수 있으며 한 달에는 3 번까지만 가능하다.

그러나, 3일의 기간이 지난 후에, 당사자는 정신질환자로써 입원될 수 있다. 이는 마약성 약물을 복용하고 있지 않은데도 당사자의 비이성적인 행동이 지속되고 자타해 위험이 유지되는 경우에 발생할 수 있다.

나. 1987 후견인법(Guardianship Act 1987)하의 치료

몇몇 유형의 정신건강치료는 당사자가 치료에 대한 결정을 내리기 어려운 경우에 당사자의 가족이나 보호자에 의해 이루어질 수 있다.

후견인법에 따라, 당사자가 자기 스스로 결정을 내릴 능력이 부족한 경우에는 후견인, 부모, 가까운 친척 또는 친구는 당사자가 지역사회에서 정신건강치료를 받는 것에 동의를 제공할 수 있다.[181] 치료받는 것에 동의하는 사람은 후견인법 상에서 '책임당사자'로 명명된다. 예를 들어, 이러한 방식을 통해 동의할 능력이 없는 사람에게 약물이 처방될 수 있다. 이러한 비공식적 접근은 부모가 자녀를 대신하여 결정을 내리는 것과 같다. 이는 종종 치매 또는 인지 문제를 가진 노인에게도 활용된다.

NSW에서, 능력이 부족한 당사자는 후견인이 입원신청서에 서명함으로써 정신건강시설에 자의입원될 수 있다. 그러나 후견인에 의해 입원된 사람은 그들이 원하는 경우 정신건강시설을 떠날 수 있다.[182]

---

179) Section 53 of the Mental Health Act 2007
180) Section 15 and 31 of the Mental Health Act 2007
181) Section 3D, 3E, 33A, 36 and 40 of the Guardianship Act 1987

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

8. 퇴원 계획 및 지원

좋은 퇴원계획은 병원 바깥에서 잘 지내고 다시 병원으로 돌아오지 않게 하는 데에 중요한 역할을 한다. 그러나, 퇴원이 지연되면, 이는 소비자에게 해로울 수 있으며 병상의 효과적인 활용을 저해할 수 있다. 지연되는 것은 다음과 종종 관련이 있다:

- 부적절한 수용
- 적절한 사후관리 및 지원의 부족
- 삶이 가치 있다고 느낄만한 사회적 참여 및 활동의 부족

가. 퇴원계획 – 개념, 정책, 비판

이상적으로, 퇴원 계획은 대부분 입원 후 가능한 빠른 시기 내에 이루어진다. 이는 당사자, 가족, 기존의 지지서비스들과의 협업으로 이루어져야 한다. 당사자의 입원에 일부 원인이 되는, 서비스나 지원들 간의 간극이 파악되고 이러한 간극을 채우기 위한 단계들이 이루어져야 한다. 당사자의 욕구에 따라, 필요한 서비스 및 지원들은 다음을 포함한다:

- 숙박
- 지역사회 내에서 당사자를 지원할 수 있도록 사례관리자, 정신과의사, 의뢰서비스를 제공하고 다른 지원들과 연계시켜주는 지역사회 정신건강팀이 수용. 이는 지역사회 치료명령 하에서 이루어질 수 있으며, 가장 덜 억압적인 선택이 되는 경우에는 비자의적으로 이루어질 수 있다.
- 당사자를 기존의 NGD나 민간 서비스로 재연계(예: 임상심리사, 정신과의사, GP)
- 사회적 지원(종종 NGO, 가끔은 NDIS에서 제공). 이는 지역사회에서 생활 지원 이후부터 지역사회에서의 자의적 케어oluntary care in the community 전까지에서 보다 자세히 설명함

당사자 및 가족은 성공적인 치료계획에 무엇이 필요한지를 논의하는 과정에서 중심이 되어야 한다.

NSW에서, 당사자는 병원을 떠나기 이전, 잠시 동안 병원을 떠나 지낼 수 있는 시간을 가진다. 이는 몇 시간부터 시작하여 수일동안까지 숙박시설에서 지낼 수 있다.

지역사회에서 당사자에게 서비스를 제공할 모든 치료진들은, 환자가 병원을 떠나는 경우 그 사람의 퇴원 사실에 대해 고지 받아야 한다. 이상적으로는 당사자가 병원을 떠나기 전에 그와의 면담이 약속되어 지원 체계가 유지될 수 있어야 한다.

NSW에서의 퇴원 계획은 재정이 부족하고 다루기 어렵다는 이유로 비판을 받아왔다. [183] NSW에서 퇴원한 당사자는 위의 내용이 지켜지지 않은 상태에서 퇴원하게 되는 경우가 매우 많다.[184] 부적절한 지역사회 지원으로 인해 불필요하게 다시 병원으로 돌아가는 사람들이 존재한다. 수용가능하고 안전한 거주시설이 NSW에서는 부족하

182) https://mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/[2015]%20NSWMHRT%201.pdf
183) Productivity Commission Report p 595
https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report
184) Productivity Commission Report p 114
https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report

며 특히 시드니에서는 공공주거를 이용하기 위해 오랜 시간 대기하여야 한다.

정신건강위원회 및 생산성위원회는 이러한 체계를 개선하기 위해 권고사항을 마련하였다.[185] 해당 보고서에서의 제안사항들은 읽어볼 가치가 있다. 이들은 지역사회 지원을 구축하고 가능한 지원체계들을 통합하여, 퇴원한 사람들이 사각지대로 떨어지지 않도록 할 것을 제안한다.

나. NSW 보건정책

NSW 보건국(NSW Health)은 퇴원에 대한 정책을 보유하고 있으며, 이는 2019년에 작성되었다.[186] 다음과 같은 내용을 명시한다:

- 퇴원 계획시 소비자 및 그의 가족과 함께 협력할 병원의 의무,
- 지역사회 치료 팀에 케어를 인계할 의무,
- 그리고 민간 제공자(private provider)에게 케어를 인계할 지역사회 팀의 의무.

이 정책은 소비자가 병원에서 퇴원한지 7일 이내에 연계될 것을 보장하는 의무들을 포함한다.

다. 정신보건법 요건

2007 정신보건법은 병원으로 하여금 퇴원 이전 환자와 그의 가족을 상담할 모든 합리적인 과정을 거칠 것을 요구한다. 병원의 의사들은 반드시 지역사회에서 케어를 제공하고 있는 주체들과 상담하고 후속 치료에 대한 정보를 당사자에게 반드시 제공하여야 한다.

2019/2020년에 위원회는 정신보건시설에서 퇴원한 사람에 대해 2,229건의 지역사회치료명령을 내렸다.[187] 이는 당사자의 병원 퇴원의 일부가 강제적인 정신건강치료와 관련있다는 것을 의미한다. 이는 당시 전체 정신과 입원 중 매우 적은 비율을 차지한다.

라. 장기입원자에 대한 퇴원계획의 우수 사례 - Pathways to Community Living Initiative

2015년, NSW 정부는 12개월 이상 병원에 입원한 사람들에 대한 보다 나은 퇴원 계획을 마련하고 지원하기 위해 Pathways to Community Living Initiative(PCLI)를 설립하였다. NSW에서의 대부분의 정신건강시설 입원 기간은 짧은 편이다. 그러나 비자의 또는 자의로 입원한 일부 사람들은 매우 긴 시간 동안 머무른다 (최대 30년까지). 그들은 종종 나이와 관련된 문제 및/또는 복합적인 욕구를 가진다.

누군가가 병원에서 오랜 세월을 보냈다면, 소비자와 직원 모두 병원 세팅 바깥에서 잘 살 수 있는 대안을 상상하기는 어렵다. PCLI는 퇴원계획에 대해 다르고 확고한 접근 방식을 취한다. 이는 인권 기반의 회복 중심의 접근으로

185) https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/sites/default/files/old/Living%20Well% 20-%20A%20Strategic%20Plan%20full%20version.pdf at 5.1 and chapter 6 and Productivity Commission report https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report At 530

186) https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2019_045.pdf

187) https://www.mhrt.nsw.gov.au/files/mhrt/pdf/MHRT-AnnualReport-2020.pdf

국가인권위원회
humanrights.go.kr

소비자의 고유한 욕구와 희망을 최전선에 둔다. 가족과 보호자는 가능한 한 퇴원 계획에 포함된다. [188] 또한 회복의 측면에서 무엇이 가능한지에 대해 치료진들의 생각을 변화시킨다.

PCLI는 치료진들이 자신의 클라이언트의 희망과 욕구에 대해 창의적이고 적극적으로 생각할 것을 장려한다. 지역보건구역 내에 전문가의 직위가 개발되었지만 해당 직원들 또한 실행 커뮤니티를 만들기 위해 서로 협력한다. 동료지원가는 이 프로그램에서 핵심 직원이 된다.

PCLI 프로그램은 사람들이 살 집, 자유, 삶의 통제권, 향상된 웰빙을 가져다주는 등 큰 성공을 거두었다. NSW 보건국은 소비자의 이야기를 전하는 훌륭한 짧은 비디오들을 모았다.[189]

PCLI 프로그램은 정기적으로 그리고 긍정적으로 평가된다.[190]

9. 지역사회 생활 지원

NSW의 정신질환을 가진 사람들을 위한 지역사회 지원은 연방정부, NSW 주 정부, 민간 섹터(영리), NGO 또는 비영리 섹터에 의해 재정조달 및 지원을 받는다.

일부는 이미 제목 사회적 정신건강지원 에서 설명되었다. 몇 가지 사례는 다음에서 논의된다.

가. 생산성위원회보고서

2020 생산성위원회보고서의 17장에는 호주에서 심리사회적지원이 전달되는 방식과 어떻게 전달체계가 개선될 수 있을지에 대하여 상세히 논의한다. 한국에서 적용할 수 있는 유용한 사례연구들도 포함되어 있다.[191]

나. 국가장애보험제도(The National Disability Insurance Scheme)

NDIS는 2011년 생산성위원회에 의해 권고된 사항이다.[192] 이 제도는 2013년 1월부터 시작하여 2016년 6월 호주 전역에 도입되기 시작하였다.

NDIS는 정신건강지원이 지역사회에서 제공되는 방식에 대한 주요한 변화를 이루어냈다. 이전에는, 지역사회 거주자들에게 서비스를 제공하기 위해 자금을 제공하는 주 정부나 NGO(비영리 포함)에 의해 지역사회 정신건강지원이 제공되었다. NDIS 따라 자격을 갖춘 개인은 지원 패키지를 제공받게 되며, 이 패키지는 자신의 목표를 달성하고자 하는 방식으로 지출될 수 있다.

---

188) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/Pages/services-pathways-community-living.aspx#communities
189) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/Pages/more-info-for-consumers-carers.aspx
190) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/Pages/services-pathways-community-living.aspx#communities
191) https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/mental-health/report/mental-health-volume3.pdf
192) https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/disability-support/report

정신질환자를 위한 NDIS를 이해하기 위한 유용한 도구는 한국어로도 활용 가능하며 정신보건협의회(Mental Health Coordinating Council)에서 제공한다.[193]

NDIS에 접근하기 위해, 당사자는 반드시 그들이 지속적이고 현저한 장애가 있음을 증명할 수 있어야 한다. 이는 자주 변화한다는 정신질환의 특성상, 정신질환자에게는 어려울 수 있는 일이다. NDIS는 이를 '심리사회적 장애'라고 명명한다. 시간이 지남에 따라 NDIS는 정신질환을 가진 사람들을 더욱 잘 포용할 수 있도록 장애 평가를 유연화 하였다.[194]

NDIS는 다음과 같은 지원에 재정을 지원할 수 있다:

- 일상활동
- 지역사회 참여, 사회적, 경제적, 일상활동을 가능하게 하기 위한 변화
- 개방된 또는 지원이 제공되는 노동시장에서 참여자가 성공적으로 취직 또는 취업 유지를 할 수 있도록 도와주는 근무지
- 행동에 대한 지원을 포함한 치료적 지원
- 가정환경 유지를 위한 가사지원
- 훈련된 직원에 의한 도움이나 보조장비, 설치 및 훈련
- 거주공간 개조 및 건축

NDIS의 주요한 장점은 개인의 전체적인 부분과 그들의 욕구를 고려한다는 것이다. 가장 중요한 요소는 장애의 특징과 정도이며, 그에 비해 진단이나 질환의 원인은 덜 중요하게 여겨진다. NDIS가 생기기 이전에는, 신체건강상태나 인지손상, 정신질환과 같은 조건들을 가진 사람들이 장애의 다양한 측면에 대한 지원을 받기 위하여 서로 다른 재정지원이나 서비스 제공자들을 찾아야 했다. 이는 복합적인 욕구를 가진 사람들이 적절한 지원을 받는 데에 특히나 어려움이 많았음을 의미한다.

NDIS의 지원을 통해 본인 또는 NDIS에서 비용을 제공하는 코디네이터를 통해 지원서비스가 제공된다. 서비스들은 영리 및 비영리 섹터에서 제공된다. 지원에 대한 욕구를 가진 당사자는 지원 제공자를 직접 선택한다. 그러나, 당사자의 소재지나 그들의 지원 욕구에 따라 지원 제공자가 적거나 하나만 있는 경우도 있다. 매우 복합적인 욕구를 가진 사람들에 대해서는, NDIS의 비용 제공으로 그에 맞는 지원을 제공할 지원제공자를 찾는 것이 어렵다. 이러한 특정 NDIS 서비스들은 '한산시장(thin market)'라고 불리운다. [195]

더불어, 정신건강문제를 가진 몇몇의 사람들은 그들의 진단에 동의하지 않고 자신에게 장애가 있거나 해당 장애에 대한 도움이 필요하다고 생각하지 않는다. 이들은 NDIS에 포함되기를 원하지 않을 수 있다.[196] 그러나, 대부분의 NGO 서비스들은 NDIS로부터 비용을 지불받기 때문에, 이는 그들로 하여금 어떠한 서비스 및 지원에 접근하는 것을 어렵게 만든다. 그들이 장애를 가졌다고 생각하지 않는 경우, 후견명령은 이러한 사람을 NDIS에 등록하도록 하는 한 가지 방법이 된다.NDIS 신청을 활성화하는 데에 후견 명령이 기여한 바가 있다.[197]

---

193) https://reimagine.today/
194) https://www.ndis.gov.au/understanding/how-ndis-works/mental-health-and-ndis
195) https://www.sydney.edu.au/news-opinion/news/2020/01/22/the-ndis-and-mental-illness-what-needs-to-change.html
196) https://www.sydney.edu.au/news-opinion/news/2020/01/22/the-ndis-and-mental-illness-what-needs-to-change.html

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

NDIS 홈페이지에서는 NDIS에 대한 평가 보고서를 볼 수 있다.[198]

III. 정신 및 지적장애인 대상 서비스

지적장애를 가진 사람은 정신건강문제를 동시에 안고 있을 가능성이 높다. 그러나, 이러한 사실들은 병원 및 지역사회서비스에서 인식되거나 다루어지지 않는 경향이 있다. 2021년, NSW 정부는 두 개의 허브를 설치하였고, 이들은 지적장애인이 적절한 정신건강케어에 접근할 수 있도록 특수화된 서비스를 제공한다.[199] 또한 지적장애인과 함께 일할 수 있는 정신건강 전문가들에 대한 특수한 훈련자료도 제공한다.[200]

IV. 주거 제공 및 지원 이니셔티브

NSW 프로그램은 NDIS가 생기기 전부터 존재했으며 지금까지 이어지고 있다. 이는 주 전역에서 제공되는 프로그램으로 중증정신질환을 가진 사람들이 지역사회에서 살고 참여할 수 있도록 지원한다. 이는 NSW 보건국과 NGO 서비스 제공자들 사이의 파트너십이다. [201] NSW 보건국은 지역사회정신건강팀을 통해 정신건강케어를 제공하며 한 주에 5-35시간까지 소량 지불한다. 지원제공 실무자와의 시간은 다음과 같은 활동으로 활용될 수 있다:

- 쇼핑, 재정 관리, 요리, 또는 대중교통 이용과 같은 일상생활기술
- 정신 및 신체건강 면담 약속 기억하기, 약물 및 기타 치료 관리
- 지역사회에서 사람들을 만나고, 사교, 여가 또는 스포츠 활동에 참여
- 새로운 기술 배우기
- 교육 참여 및 취업 지원
- 병원 또는 구금시설에서 가정으로 복귀
- 마약 또는 알코올 중독 관련 서비스 및 NDIS와 같은 기타 지원서비스 이용

UNSW에서 프로그램에 대한 일련의 평가를 제공한 바 있다.[202] 이 프로그램은 지역사회 생활지원(Community Living Support)이라는 유사한 서비스의 개발로 확장되었다. [203] HASI Plus라는 고강도 버전도 새롭게 시작하게 되었다. 이는 24시간까지의 지원과 최대 2년 동안 머무를 수 있는 전환쉼터(transitional accommodation)을 제공한다. 서비스 및 지원은 NGO를 통해 제공되며 정신건강케어 욕구는 대부분 지역사회 정신건강팀을 통해 충족된다.[204]

197) https://ncat.nsw.gov.au/documents/reports/ncat-annual-report-2019-2020.pdf p 44
198) https://data.ndis.gov.au/reports-and-analyses
199) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/Pages/intellectual-disability-mental-health-hubs.aspx
200) https://idhealtheducation.edu.au/
201) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/adults/Pages/hasi.aspx
202) https://www.unsw.edu.au/arts-design-architecture/our-research/research-centres-institutes/social-policy-research-centre/our-projects/evaluation-hasi-program
203) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/adults/Pages/community-living-supports.aspx
204) https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/services/adults/Pages/hasi-plus-program.aspx

부 록 5.1 : 영국의 정신보건법

"입원환자가 되는 것에 대한 입원 통제, 일반적으로 비자의입원에 대한 법적 요건과 관련됨"

1774년 정신병원법(Madhouses Act)이 제정되기 이전 영국에는 정신질환자 혹은 정신의료기관(*정신병원)에 수감될 수 있는 사람에 대한 법률이나 규정이 없었다. 정신병원은 비용을 지불하는 모든 사람을 수용하는 민간 기업이었다. 18세기 중반 의회의 선정 위원회는 정신병원을 규제하는 것과 관련하여 결정적으로 왕립 의과 대학의 면허를 취득하도록 요구하고 명령이나 의사에게만 정신이상자를 인정할 수 있다고 규정했던 정신병원법의 창설로 이어졌다. 이 법안은 여러 번 개정되었으며 1828년과 1832년에 제정된 정신병원법(Madhouses Acts)로 대체되었다. 정신병원법(Madhouses Acts)은 결국 1845년의 광인법(Lunatics Act)과 극빈자 광인법(Pauper Lunatics Act)으로 대체되었다(Parry-Jones, 2013)[205]. 후자는 가난한 정신 질환자를 위한 제도를 지역 당국에 의무적으로 제공했고, 이는 국가를 정신질환자로 간주되는 사람들의 궁극적인 관리인으로 만들기 위한 움직임을 나타내었다. 이것은 불필요한 역사로의 여행처럼 보일 수 있지만, 이 나라의 정신 건강 부권주의에서 가장의 전문화가 어떻게 발전했는지 이해하려고 노력하는 것은 중요하다.

광인(미치광이)라는 용어는 1930년에 '정신이 좋지 않은 사람'으로 바뀌었고 1959년에는 '정신질환'으로 바뀌었다. 1959년 정신보건법(MHA)은 당시의 모든 법률을 통합하여 하나의 포괄적인 코드로 업데이트했다. (같은 책.). 그것은 또한 보편적 무료 병원 치료를 의무화한 1946년 국민 보건 서비스(NHS)의 시작에 비추어 새로운 법률을 반영했다. 정신보건법(MHA 1959)은 처음으로 정신 질환을 구성하는 요소를 명확히 정의했다: "정신 질환, 정지되거나 불완전한 정신 발달, 정신병적 장애 및 기타 정신 질환 또는 장애". 정신병적 질환은 "비정상적으로 공격적이거나 심각하게 무책임한 행위"를 초래하는 정신 질환으로 정의되지만(MHA 1959 1.4 iv), 부도덕한 행위만으로는 그들이 그 법에 따라 처리될 수 없다는 것을 분명히 한다(MHA 1959 1.4 v). 정신 질환의 정의는 이제 국제질병분류(ICD-10) 또는 정신질환진단 및 통계편람(DSM-V)에 의해 성문화되었지만, 이는 역경, 특히 어린 시절의 역경과 트라우마에 대한 실제 반응인 것을 의료화하는 경향을 강조하는 비평가들과 함께 여전히 논란이 되고 있다(Harris, 2018)[206].

이 법은 오늘날 합법적으로 제정된 구금 제도의 시작을 예고했으며 이는 제4장 병원 및 후견인 강제입원에서 규정으로 다루어졌다. 이러한 강제에 대한 두 가지 기준은 다음과 같다.

(a) 관찰대상(다른 의학적 치료 유무에 관계없이)의 환자를 병원에 최소한 한시적으로 구금할 수 있는 성격 또는 정도의 정신질환을 앓고 있는 경우

(b) 자신의 건강이나 안전을 위해 또는 다른 사람을 보호하기 위해 구금되어야 하는 경우

1959년 정신보건법(MHA 1959)은 1983년 정신보건법(1983 MHA) 및 2007년 정신보건법(2007 MHA) 개정

205) Parry-Jones, W. L. (2013). The Trade in Lunacy: a study of private madhouses in England in the eighteenth and nineteenth centuries. Routledge.

206) Harris, N. B. (2018). The deepest well: Healing the long-term effects of childhood adversity. Houghton Mifflin Harcourt.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

으로 대체되었지만 이러한 기준은 크게 변경되지 않았다. 1959년 정신보건법(1959 MHA)의 변화에도 불구하고 정신과 의사 패리 존스(Parry-Jones)는 1973년에 현재 치료가 지역사회에서의 치료에 치우쳐 있지만 그 틀은 여전히 19세기 당시 정신병원의 형식이라고 논평했다(Parry-Jones, 1973)[207]. 불행하게도, 병원과 요양원에서의 학대와 추문은 영국에서 여전히 현실이다. 의료 표준의 실패와 정신보건법(MHA) 적용은 의료품질위원회(Care Quality Commission, CQC)에 의해 강조되는데, 불행히도 이 위원회는 여전히 부진한 판독을 하고 있다(Care Quality Commission, 2020)[208].

제도권 종사자들이 기술한 현실은 이 법안의 제정이 비윤리적이며 여러 가지 주요 이유로 인해 회복을 촉진하는 데 비효율적이라는 것이다. 일단 치료를 위해 병원에 구금된 사람은 종종 임상 지침에 명시되어 있는 광범위한 치료를 받지 못한다. 그들은 고통의 원인에 대한 실질적인 법의학적 조사와 의미 있는 심리적 지원 없이 단순히 약물 치료를 받는 것이 대부분이다. 종종 강제 구금의 과정과 구속 사용과 같은 정신과 병동의 열악한 관행은 그 자체로 다시 트라우마가 된다(Cusack et al., 2018)[209].

다른 많은 관할 구역과 마찬가지로 영국에서도 BAME(흑인, 아시아, 소수민족) 커뮤니티에 대한 강제 구금의 불균형적인 사용에 대한 우려가 제기되었다(Barnett et al., 2019)[210]. 그러나 이 제도에 종사하는 사람들은 이것이 특권 박탈과 더 높은 수준의 역경이라는 사회 빈곤층의 광범위한 문제의 한 측면이라고 말한다. Marmot 리뷰에서 강조한 열악한 건강과 웰빙, 빈곤 사이의 연관성은 점점 커지고 있다(Marmot, 2020)[211]. 게다가 영국 전역에 걸쳐 사람들이 병원에 입원하는 위기 상황에 도달하는 것을 방지하는데 도움을 줄 수 있는 지역사회 지원을 위한 자금 수준에도 격차가 있다.

정부는 최근 협의 과정을 완료했으며 정신과 병동의 구금을 규율하는 현행법을 개정하는 것을 목표로 하고 있다. 그 목적은 자율성을 높이고 환자들이 자신의 치료에 대해 더 많은 발언권을 갖도록 하는 것이다(영국 정부, 2021)[212]. 제도권 종사자들은 희망을 가지지만, 여전히 회의적이다. 상담과정에는 왕립 정신의학대학(Royal College of Psychiatrists) 및 기타 전문 기관의 견해를 수렴하는 과정이 포함되어 있었다. 이것은 진정한 자율성을 향한

---

207) Parry-Jones, W. L. (1973). English private madhouses in the eighteenth and nineteenth centuries. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 66*(7), 659.

208) Care Quality Commission [CQC] (2020). *Monitoring the Mental Health Act in 2019/2020*. Available from: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20201127_mhareport1920_report.pdf (accessed 08/10/2021).

209) Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1162-1176.

210) Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., ... & Smith, S. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 305-317.

211) Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *Bmj*, 368.

212) UK Government (2021). Reforming the Mental Health Act. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002920/reforming-mental-health-act-consultation-response-web-accessible.pdf (accessed 08/10/21).

첫 번째 단계가 될 서비스 사용자 경험과 필요에 대한 자신의 인식의 현상학적 조사보다는 가부장적 의료 모델의 영속화를 나타낸다. 또한 내재된 문화와 병동에서 일하는 직원의 고착된 관점- 권한을 박탈하고 회복을 촉진하지 않는-을 어떻게 변화시킬 것인가에 대한 문제가 남아 있다.

정신 건강 심판원의 역할

심판원의 패널은 정신보건법(MHA)의 오용 및 불법 구금으로부터 보호하기로 되어있다. 그러나 시스템이 본질적으로 환자에게 불공평하고 지나치게 신중한 전문가에게 편향되어 있다는 비판을 받아왔다(Shah, 2010)[213]. 세 명으로 구성된 패널에는 비전문가가 포함되어 있지만, 우리의 경험에 따르면 그들은 여전히 의료계에 지나치게 우호적이다. 선의의 전문가들과 비전문가들은 사람들에게 입원치료 명령을 내리는 것이 그들에게 가장 최선의 이익이 된다고 느끼는 경향이 있다. 그러나 '최선의 이익'은 적법한 구금의 기준이 아니다- 그 사람은 자신이나 타인에게 위험을 초래해야 한다. 우리는 조울증(양극성 장애) 진단을 받은 젊은 여성의 성적 행동으로 인해 입원치료 명령이 내려지는 것을 목격했으며, 정신 분열증 진단을 받은 젊은 남성의 대마초 사용을 목격했다. 그들의 선택이 현명하지 못한 것으로 간주될 수 있지만, 직접적이거나 즉각적인 위험을 구성하지는 않으며 또래의 다른 젊은이들에게서 흔히 볼 수 있는 행동이다. 또한 재판소는 구금의 합법성을 결정할 뿐이다. 더 유용한 것은 개인을 위한 돌봄 제공에 대한 독립적인 검토일 것입니다. 의료품질위원회(CQC)가 병동을 모니터링하고 서비스를 폐쇄하며 개선을 요구할 수 있는 권한을 가지고 있지만 이는 일반적으로 예를 들어 자살 위험과 같은 안전 문제가 있는 경우에만 수행된다. 입원 환자들에게 진정으로 필요한 것은 애초에 그들을 위기로 이끈 트라우마나 역경을 해결할 수 있도록 지원하는 온정적인 보살핌이다.

213) Shah, A. (2010). Is the mental health review tribunal inherently unfair to patients?. Psychiatry, Psychology and Law, 17(1), 25-31.

부 록 5.2 : 영국의 정신보건법 117조

정신보건법(Mental Health Act) 117조(s117)는 개인의 정신 건강이 악화되어 병원에 재입원 하는 것을 방지하기 위해 고안되었으며 임상위원회(Clinical Commissioning Group; CCG)가 환자를 잘 유지하고 병원 밖으로 내보낼 필요가 있다고 판단하는 한 그대로 유지된다(Griffith, 2018)[214]. 병원에 구금되어 있는 동안 그 사람의 치료는 임상위원회(CCG)에서 자금을 지원하지만 퇴원 후 치료는 일반적으로 지방 당국(LA)에서 자금을 지원 받는데, 지방 당국(LA)은 성인 사회 복지 예산이 수년간의 과소 투자로 인해 전례 없이 증가하고 있는 압박을 받고 있다(Redding et al., 2021)[215]. 또한 킹스 펀드(Kings Fund, 2015)[216]에서 강조한 바와 같이 정신 건강 문제가 있는 사람들을 위한 적절한 지원 생활의 부족은 종종 적시에 퇴원시키는 것을 방해하여 사람들이 필요한 것보다 훨씬 더 오래 병원에 입원하게 한다. 정신보건법 시행규칙은 임상위원회(Clinical Commissioning Group; CCG)와 LA(지역 당국)가 사후 관리에 대한 광범위한 정의를 채택해야 한다고 규정하고 있다. 이것은 전체론적인 것이어야 하며, 이러한 필요가 개인의 정신 질환으로부터 발생하거나 관련될 경우 개인의 사회적, 문화적, 정신적 필요의 전체 스펙트럼을 충족시키기 위한 의료, 사회 돌봄, 고용 서비스, 지원되는 숙박 및 서비스를 포함해야 한다. 우리의 경험은 지역 사회의 현실이 매우 다르다는 것이다.

지방 당국 예산에서 성인의 사회 복지는 공동 기금에서 나오지만 정신 건강 예산은 울타리가 없다. 우리의 경험에 따르면 LA는 개인의 가장 기본적인 욕구가 충족되기 위해 필요한 절대적인 최소한의 지원 시간을 지원한다. 종종 이것은 단순히 그 사람이 먹고, 청구서를 지불하고, 약을 복용하고, 진료 예약에 참석하도록 보장한다. 우리의 경험에 따르면 개인의 사회적, 문화적, 정신적 필요를 지원하기에 충분한 시간은 거의 자금이 지원되지 않으며 정신보건법(MHA) 시행규칙은 제대로 이행되지 않는다. 정신 건강 문제가 있는 사람들은, 개인적인 보살핌과 침대에서 일어나거나, 씻기, 옷 입기, 음식을 먹이는 등 다른 일상생활의 기초적인 활동을 필요로 하는 치매 또는 복합 장기 질환이 있는 노인보다 긴급하지 않은 필요가 있는 것으로 보여질 가능성이 높다. 및 기타 일상 생활의 기본 활동. 따라서 117조(s117)에 따라 지역사회에서 이들의 광범위하고 총체적인 심리사회적 필요에 자금을 지원하는 것은 우선순위가 낮은 것으로 보일 수 있다.

117조(s117)의 사후 관리를 받는 사람들은 지역사회 정신과 간호사(CPN)와 사회 복지사의 지원도 받아야 하지만 두 직업 모두 만성적인 인력 부족이 있고(Launder, 2020)[217] 직원 부족은 이러한 전문가들이 필요한 것보다

214) Griffith, R. (2018). The right to aftercare: identifying the responsible bodies. *British Journal of Nursing, 27*(21), 1276-1277.

215) Redding, S., Hobbs, R., Nicodemo, C., Siciliani, L. and Wittenberg, R. (2021). Policies and New Reforms to Address the Sustainability of the National Health Service and Adult Social Care in England. In *The Sustainability of Health Care Systems in Europe*. Emerald Publishing Limited.

216) King's Fund (2015). *Mental Health Under Pressure*. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/publications/mental-health-under-pressure (accessed 03/11/2021).

217) Launder, M. (2020). *Staff shortages leaving mental health nurses 'near breaking point', survey finds.* Available from:

훨씬 적은 시간을 사람들과 보내고, 지원의 필요성을 확인하고, 치료적 관계를 구축하는 것을 의미한다. 종종 이것은 헌신적이고 전문적이지만 이전 경험 없이 고용될 수 있으며 돌봄, 법적 의무 및 안전 문제의 매우 기본적인 부분을 다루는 역할에 대한 짧은 필수 교육만 받은 지원 근로자에게 남겨진다.

영국 북부의 지원 근로자가 제공한 두 가지 사례 연구는 몇 가지 문제점을 강조한다.

사례 연구 1

Jill (가명)은 정신분열증 진단을 받은 60대 초반의 여성이다. Jill은 가정 폭력에 시달린 이력이 있다. 3년 전 그녀의 정신 건강이 악화되어 정신보건법(MHA)의 제2조와 제3조에 따라 구금되었다. 그녀는 구금 기간과 기타 재정적 요인으로 인해 임대 숙소를 포기해야 했다. 그녀는 지역 정신 건강 병원의 급성 병동에서 퇴원했으며 117조의 요건에 따라 60세 이상의 성인을 위한 지원 숙박 시설의 사회 복지사에게 배정되었다. 그녀는 또한 제3조에 의해 제공되는 주당35시간의 지원을 할당받았다. Jill은 그녀의 지원 직원들과 좋은 관계를 구축했다. 사회적 불안이 심해 혼자 외출을 할 수 없어 그녀의 지원 시간은 쇼핑을 하고 동네에서 공예 동아리 등 자신이 즐겨하는 활동에 쓰였다. Jill이 자신감을 가질 수 있도록 지원 요원들은 그녀가 혼자 가게에 들어가도록 독려하고 밖에서 기다리지만, 사회 복지사가 Jill의 메모에서 이것을 읽었을 때 그녀에게 많은 지원이 필요하지 않다고 판단하여 그녀의 지원 시간은 주당 20시간으로 단축되었다. Jill은 이제 지역 사회 활동에 참여할 능력이 떨어졌다. 또한 그녀는1년 동안 세 명의 원래 직원이 더 나은 급여를 받기 위해 모두 떠났기 때문에 새로운 직원과의 관계를 구축해야 했다. Jill은 최근 정신 상태가 급격히 악화되어 현재 정신보건법(MHA) 2조에 따라 급성 병동에 다시 구금되었다. 그녀가 현재 구금되어 있기 때문에 그녀의 병상은 임상위원회(CCG)에서 자금 지원을 받고 있으며 LA에서 지불하는 지원은 그녀가 입원하는 동안 중단되었다. 이것은 그녀의 지역사회 지원 직원들이 병동에 있는 그녀를 방문하여 어떤 요인들이 그녀의 재입원에 기여했는지에 대해 논의할 수 없으며 그녀가 다시 퇴원했을 때 지속적인 돌봄을 보장할 수 없음을 의미한다.

https://www.nursinginpractice.com/latest-news/staff-shortages-leaving-mental-health-nurses-near-breaking-point-survey-finds/ (accessed 03/11/2021)

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

사례 연구 2

Danny (가명)는 20대 후반의 신사이다. 그는 아동기에 신체적 학대와 가정 폭력 목격을 포함하여 여러 어려움을 경험했다. 그는 어린 나이에 정규 학교에서 배제되었다. 그는 청소년 범죄자 보호시설에서 일정 기간 복역했으며 성인 교도소에서도 정신분열증 진단을 받은 형을 선고받았다. 그는 정신보건법(MHA)의 37/41조에 따라 감옥에서 정신 병원으로 퇴원했으며, 이는 지역 사회로의 최종 퇴원을 의미하며 법무부의 승인을 받아야 함을 의미한다. 이 일이 일어나자 그는 117조에 따라 지역 사회로 퇴원했다. Danny는 재정 관리에 있어 부적절한 지원을 받았다. 그는 헤비 대마초 사용자였으며 임대료를 지불하지 않아 쫓겨났다. Danny는 몇 달 동안 '소파 서핑'(친구들과 비공식적으로 지냄)을 했다. 그의 정신 건강이 악화되어 다시 정신과 입원치료 명령을 받았지만 이번에는 고향에서 꽤 떨어진 마을에서 친구들과 함께 지내고 있었다. Danny는 재활 병원에서 잘 회복되었다. 그러나 그는 이제 가족과 지원 네트워크가 있는 그의 고향에서 지원되는 숙박 시설을 원한다. 그의 117조 애프터 케어는 그가 친구와 함께 머물고 있던 LA에서 제공되고 구금되었기 때문에, 그들은 그의 고향 도시에 있는 요양보호사 또는 숙박 제공자와 계약을 맺지 않았다. 117조 사후관리의 지역화된 제공으로 인해 Danny는 가장 많은 지원 네트워크가 있는 지역에서 숙소와 보살핌을 구하기 위해 고군분투하고 있다.

요컨대, 117조 사후관리는 원칙적으로 입원 중인 정신질환자가 정신의료기관에서 지역사회로 적시에 퇴원할 수 있도록 지원해야 한다. 그러나 현실은 퇴원한 사람의 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 하지 못하고, 사례 연구 1에서 입증된 것처럼 슬프게도 재입원을 방지하기에 충분하지 않은 경우가 많다. 또한 117조 규정에 대한 지역화된 프레임워크는 서로 다른 LA와 임상위원회(CCG)가 협력하여 회복에 가장 도움이 될 수 있는 지역에서 지원을 제공하는 것이 어려울 수 있음을 의미한다. 정신보건법(MHA) 시행규칙은 117조 사후관리가 포괄적이고 총체적이어야 한다고 명시하고 있지만 현실은 그렇지 않다. 이에 대한 두 가지 주요 이유는 첫번째로 고령화로 인한 압박 증가와 더불어 성인 사회 복지에 대한 만성적 자금 부족, 두 번째로는 인력 부족(사회 복지사, 정신과 간호사 및 지원 근로자) 및 불충분한 정신 건강 교육을 받고 낮은 임금을 받는 간병인 및 지원 근로자의 높은 직원 이직률이다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

선진사례를 통해 본 정신장애인 지역사회 통합증진을 위한 실태 조사

|인쇄일| 2021년 12월
|발행일| 2021년 12월
|발행처| 국가인권위원회
|주 소| 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동1가)
나라키움 저동빌딩
http://www.humanrights.go.kr
|전 화| 장애차별조사2과 02)2125-9985
|F A X| 02)2125-0925
|제 작| (주)두루행복한세상 (사회적 · 장애인기업)
|전 화| (070) 4659-0803

ISBN 978-89-6114-882-5 93330 비매품