

개 요

I. 서론

II. 선행연구 검토

1. 권익옹호
2. 정책모니터링
3. 컴플라이언스(Compliance)
4. 정신장애인 권익옹호 모니터링을 위한 준거

III. 조사연구

1. 설문조사
2. 초점집단 및 심층면접조사

IV. 정신장애인 권익옹호모니터링 지표개발

1. 지표개발의 기본 방향
2. 지표의 구성 틀 개발
3. 지표의 활용방법
4. 지표의 내용

V. 결론 및 정책제언

정신장애인 권익옹호 모니터링 지표개발 연구

이 기 연 (서강대학교 공공정책대학원 교수)

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

중앙정신보건사업지원단(2007)은 우리나라 국민의 정신질환에 대한 편견과 정신질환에 대한 태도를 정기적으로 모니터링 하기위해 2003년부터 실태조사를 실시해오고 있다. 이중 정신질환자에 대한 수용도를 직장동료, 거주시설설치, 정신질환 유경험자의 보육행위, 정신질환유경험자와의 이웃되기 등의 질문항목의 연도별 변화추이는 다음과 같다. 즉, 직장동료나 이웃으로 받아들이겠다는 등 사회적 수용도는 점차 개선되고 있는 것으로 보이나 우리 동네에 정신장애인 거주시설설치나 정신질환유경험자의 보육행위 등, 구체적 생활 속에서의 수용도는 2006년에 비해 오히려 감소하고 있다. 이러한 태도는 정신장애인을 위한 지역사회시설 설치나 정신장애인의 고용 등 정신장애인의 실제적인 사회참여의 수준을 높이기 위해서는 더 높은 수준의 편견이나 차별개선을 위한 전략이 필요함을 시사한다.

한편 정신장애인의 가족의 보호 및 옹호기능의 충분성은 가족의 보호부담에 전적으로 좌우되고 있다. 현재와 같은 가족의 높은 보호부담 하에서는 보호의무자에 의한 89.4%에 이르는 높은 비자의입원율(중앙정신보건사업지원단, 2007)이 나타내는 바와 같이 정신장애인의 자기결정권의 침해 및 각종서비스에서의 인권 침해적 처우라는 악순환의 고리를 끊기 어려운 상태이다. 그러나 재가정신장애인이 가족으로부터 신체적 폭력을 당한 경험은 46%, 정신장애인으로 부터 가족이 신체폭력을 당한 경험은 52%로 보고되고 있다. 반면 언어폭력의 경우는 가족으로부터가 66%, 정신장애인으로 부터가 34%로 정신장애인이 가족으로부터 2배 가까운 언어폭력을 경험하고 있다.

정신장애인의 기능에 대한 평가에 있어서, 일상생활기능 전 영역에서 지역사회재활서비스이용정신장애인보다 가족의 평가가 유의미하게 낮다($t=10.011$, $p<.001$)(국가인권위원회, 2009). 또한 치료 및 재활서비스에 대해 정신장애인과 가족 간 욕구불일치가 있었으며, 특히 지역사회재활서비스를 이용하지 않는 집단의 가족과 정신장애인의 욕구불일치 수준이 높았다. 이는 서비스체계에 노출되지 않는 집단의 경우 정신장애인 당사자에 대한 옹호기능이 더욱 요구됨을 시사한다.

이상의 정신장애인 차별실태를 통해서 살펴본 바와 같이 정신장애인의 차별개선 및 권익옹호의 수준은 지속적인 변화를 보이고 있으나 만족할만한 수준으로 평가하기 어렵다. 특히 정신질환 고위험군의 정신건강문제는 사회적 차별이나 배제의 결과이기도 하고 원인이 되기도 한다. 따라서

이러한 차별이나 배제를 극복하기 위한 노력은 중요한 정신보건정책 목표가 되어야 할 것이다. 이를 위한 노력은 정신장애에 대한 차별적 인식을 평가하고 개선해나기 위한 실태조사 등의 간접적 전략에서부터 적극적인 옹호를 위한 구체적인 action plan(anti-stigma program)의 수립이 필요하다.

옹호는 정신질환을 통제하고 정신건강을 확보하기 위한 수많은 노력 중 가장 중요하고 핵심적인 요소이다(WHO, 2003). 이에 국가차원의 옹호는 차별이나 억압에 대한 법적, 제도적 개선 시스템을 구축하고 있으나 서비스 제공 단위의 구체적인 옹호지침이 마련되어 있지 않아 제도와의 유리도 그 실효성을 발휘하기 어려운 상태이다. 특히 정신장애인의 권익옹호는 사회적 수용도의 개선뿐만 아니라 실질적인 삶의 질적 변화를 통해 달성될 수 있다. 따라서 옹호를 위한 구체적이고 분명한 목표를 제시하고 이러한 목표가 현실적으로 달성 가능하도록 하는 실행체계를 마련해야 한다.

현재 우리나라는 옹호의 수준을 향상시키기 위해 차별이나 억압에 대한 법적, 제도적 개선이라는 또 다른 형태의 통제 시스템을 통해 다루려고 하며, 이 과정에 당사자의 적극적인 자기옹호를 지원하기 위한 체계는 전무하다. 이러한 과정에 소비자가 배제되어 있다는 것은 이러한 시스템이 제대로 작동하기 어려운 구조가 될 가능성이 높음을 시사한다. 따라서 옹호를 위한 구체적이고 분명한 목표를 제시하고 이러한 목표가 현실적으로 달성 가능하도록 하는 실행추진체계를 마련해야 한다. 이를 위한 장기적인 전략은 모니터링 시스템이라 할 수 있으며 모니터링체계의 주체가 서비스제공자나 옴브즈만에서 당사자로의 전환이 요구된다. 이는 당사자에 대한 지속적인 임파워먼트를 지원하기 위한 노력 역시 전제되어야 하며, 현재와 같이 국가인권위원회라고 하는 국가조직이 외에도 좀 더 다양한 민간 혹은 비정부기구의 옹호조직의 탄생을 지원할 필요가 있다.

그러나 현 정신보건법상에는 정신보건기관별 권익보호책임자 지정 및 의무교육실시를 규정하고 있을 뿐이며, 정신장애인 권익을 위한 단체 지원이 가능하지만 정부보조금지원은 '정신장애인가족협회'에 대한 지원만 이루어져왔다. 한편 당사자단체인 '정신장애인협회'는 정신장애인가족협회 안에서 형식적으로 운영되고 있을 뿐 예산 등 실질적 운영을 위한 지원이 거의 이루어지지 않고 있다. 이밖에 정신보건기관에서 정신장애인을 지원하기 위한 자조 그룹들은 재활프로그램의 일환으로 운영되고 있거나, 자조그룹의 성격을 일부 유지하고 있는 조직은 운영의 독립성을 확보하기 위한 자체 운영비를 확보하지 못한 상태에서 온라인 카페 수준을 벗어나지 못하고 있는 실정으로 특히 전문성을 가진 정신장애인 권익옹호단체도 찾아보기 어려운 상황이다(국가인권위원회, 2009).

따라서 정책수립, 시설운영 및 서비스제공과정에 정신장애인 보호자뿐 아니라 당사자의 참여 보장에서부터 자조단체와 전문적인 정신장애인 권익옹호단체 설립과 운영지원에 이르기까지 다양한 형태의 권익옹호방안이 개발되고 활성화 될 수 있도록 지원하기 위한 체계적인 노력이 필요하다.

이에 본 연구에서는 문헌연구 및 정신장애인 권익옹호관련 조직에 대한 질적 조사, 실무자 및 참여자에 대한 심층 면접조사를 통해 정신장애인권익옹호를 위한 주요 성과목표의 개발 및 이를 토대로 권익옹호수분을 모니터링하기 위한 지침개발을 목적으로 한다.

2. 연구 내용 및 방법

가) 개요

본 연구는 연구의 기본 설계를 토대로 하여 관련 전문가로 구성된 자문단과 현 권익옹호관련 사업에 대한 모니터링 및 실무자들의 현장의견을 적극 반영한 추진체계를 강조한다.

특히 아직은 태동기라 할 수 있는 자조모임이나 권익옹호사업에 대한 집중적 탐색을 통한 현장성의 반영, 기존사업을 통한 주요 권익옹호 성과 혹은 그 가능성을 탐색하기 위해 시범사업의 서비스제공자와 이용자 경험에 대한 질적 내용분석을 주요 연구방법론으로 채택하며, 이에 이들의 적극적 참여가 요구된다. 따라서 기존의 유사 권익옹호사업 관련 실무자와 참여자는 연구대상이자 연구 참여자로서 연구수행체계의 중요한 한 부분을 차지했다.

나) 연구내용

본 연구는 정신장애인 권익옹호관련 선행연구 및 기존프로그램에 대한 검토, 이를 통해 서비스 제공기관을 중심으로 활용할 수 있는 정신장애인 권익옹호 모니터링 지표개발, 정신장애인 권익옹호 서비스를 수행하기 위한 지침개발이 주요 연구내용이며, 그 세부내용은 아래와 같다.

(1) 국내 정신장애인권익옹호서비스 현황조사 및 평가

국내의 기존 정신장애인권익옹호서비스 현황조사를 통해 기존사업의 구체적인 운영체계를 비롯하여 사업 수행방식 및 과정에 대한 집중적 모니터링을 통해 어떠한 성과를 거두고 있는지 탐색적 조사를 시행하며 기존사업의 주요 기능을 검토하였다.

(2) 정신장애인 권익옹호지표 및 적용지침 개발

문헌연구 및 기존사업에 대한 분석을 통해 발전 지향적 핵심기능의 수행을 통해 달성할 수 있는 모니터링 성과지표 개발을 통해 권익옹호사업의 성과평가기준 및 성격을 전문가 및 소비자 의 견수렴, 핵심기능수행, 평가 및 지원체계간의 유기적 연결방안을 규명했다.

다) 연구방법

(1) 문헌연구

정신장애인 권익옹호관련 연구, 주요 옹호지침 관련한 기존 연구를 검토하며, 특히 해외의 정신장애인 권익옹호관련 사업의 수행체계 및 주요 서비스, 질 관리 지원방안에 대해 문헌 및 인터넷 검색을 통해 자료수집 및 분석을 수행했다.

(2) 기존 권익옹호사업 현황조사

권익옹호 지표 및 적용지침개발을 위한 기존의 권익옹호사업에 현장모니터링, 관련 실적 및 관련기록에 대한 내용분석을 통해 추후 모니터링체계의 방향설정을 위한 탐색적 연구를 수행했다.

(3) 전문가 및 참여자에 대한 초점집단 및 심층면접조사

정신장애인 권익옹호 사업을 수행해본 경험이 있는 실무자중심의 초점집단을 운영하여 권익옹호사업의 핵심기능 및 이러한 기능 수행상의 장애요인 또는 보호요인을 도출했다. 아울러 참여자에 대한 심층면접을 통해 권익옹호 모니터링 지표개발을 위한 일차자료를 생성했다.

(4) 연구 및 정책 자문회의 운영

연구단계별 연구자문회의를 통한 포괄적이고 종합적인 의견을 수렴하였으며, 이를 통해 정신장애인 권익옹호 모니터링사업의 확산전략개발에 활용하였다.

II. 선행연구 검토

1. 권익옹호

가) 권익옹호의 개념

권익(權益, rights and interests)¹⁾은 권리와 그에 따르는 이익을 의미한다. 권익옹호는 개인의 권리 및 그에 따른 이익을 옹호한다는 사전적 의미를 가진다. 즉, 신체적, 정서적 안녕(well-being)을 포함한 인간과 신체에 영향을 주는 것에 대한 개인적 권리(Tuttle and Silva, 2007) 및 그에 따른 이익을 옹호한다는 의미이다. 특히 옹호는 법률분야에서 도입된 개념으로 클라이언트의 이익을 대변하며, 심지어 클라이언트의 입장에서 기관의 정책에 반하는 행동을 포함하는 개념이다(Mailick, 1979; Kirst Ashman, and Hull, 1999). 그러나 과거 사회복지에서는 서비스이용자를 '권리의 주체' 보다는 '곤란에 빠진 사람'으로 간주하여 사회에 적응시키는 것이 주된 목적이었다. 이에 반해 권익옹호는 사회복지 이용주체의 권익의 회복과 유지를 강조하는 변화라 할 수 있다. 자기결정권의 존중이 더욱 중요시되고 있는 최근 복지 상황 속에서 권익옹호는 인권의식의 향상과 함께 사회복지의 근간을 유지하는 중요한 요소가 되고 있다. 이처럼 권익옹호 개념의 성립에는 인권개념이 기반이 되고 있는데, 이는 1948년의 세계 인권선언을 비롯한, 아동의 권리선언(1959), 정신장애인의 권리선언(1971), 장애인의 권리선언(1975), 아동의 권리에 관한 조약(1989) 등 복지에 관한 선언·조약이 사람들의 인권의식을 향상시켜 온 것도 영향이 크다(이명헌, 2009). 따라서 권익을 확보하기 위해서는 옹호실천이 중요함과 동시에 옹호실천의 초점은 권리 및 권익에 기반해야 한다는 점에서 권리 혹은 권익과 옹호는 불가분의 관계에 있다. 사회복지실천과정에서의 권익옹호란 클라이언트의 사회 심리적 욕구를 확인하고 그것을 해결하기 위해서 사회복지사가 큰소리로 요구하고 행동을 취함으로써 관계자에게 영향력을 행사하는 의도적이며 계획된 활동으로서 이 방법이 아닌 다른 방법으로는 클라이언트의 요구가 해결되지 못하는 시점에서 시작되는 활동이라 할 수 있다.

나) 권익옹호의 유형

Bateman(2000)은 옹호를 자기옹호, 시민권옹호, 법적옹호로 구분하고 있다. 한편 영국의 정신장애인 소비자단체인 MIND는 권익옹호의 유형 및 주요 특성은 다음과 같이 설명하고 있다(MIND, 1992).

첫째, 자기옹호(Self-Advocacy)는 클라이언트가 스스로 자신의 권리를 주장하고 자기의 요구와 관심을 표명하며 스스로의 능력에 맞게 시민으로서의 의무를 다 하려는 것에 초점을 둔다. 따라서 자기옹호를 위해 집단을 활용하거나 사회생활에의 참여를 더욱 심화시키기 위한 훈련 및 기능과

1) 사전적 정의에서와 같이 권익은 권리와 그에 따르는 이익을 포괄함으로써 제도적, 법적인 권리와 함께 실제적인, 생활상의 이익을 포함하는 개념으로 확장되어 있다. 옹호실천과 관련해서는 권리옹호, 권익옹호라는 용어가 혼용되고 있으나 본 연구에서는 정신장애인의 권리에 기반한, 실제적인 삶의 욕구과 이익을 다룬다는 측면에서 권익옹호라는 용어로 통일하여 사용하고자 한다.

경험을 얻을 수 있도록 하는 것이 필요하다.

둘째, 시민옹호(Civil Advocacy)는 훈련된 자원봉사자나 서비스제공자에 의해 행해지는 원조활동과 프로그램, 사회복지 급여나 서비스를 이용할 수 있도록 원조하는 활동을 의미한다. 따라서 시민에 대한 복지정보제공이나 복지교육, 지역사회 시민참여를 촉진하며, 임파워먼트를 강조하는 복지활동이라 할 수 있다. 시민 권리옹호는 일상생활을 둘러싼 사회복지제도나 구조를 시민이 통제할 수 있도록 재구축하는 것을 주된 목표로 한다.

셋째, 법적 권익옹호(Legal Advocacy)란 이상의 두 가지 옹호활동이 성과가 없거나 법적 분쟁의 여지가 있는 경우에 선택할 수 있다. 변호사나 법적 훈련을 받은 자가 클라이언트의 권리행사나 보호를 위하여 행하는 광범위한 수단이나 활동을 의미한다. 현행법 하에서 의뢰자의 이익을 지키기 위한 비공식적 설득활동, 법률 제·개정활동, 교섭, 행정기관에 대한 대리대항, 민·형사법정에서의 대리, 법령에 기반한 감시활동 등을 필요로 한다.

넷째, 공적 권익옹호(Public Advocacy)란 복지서비스의 질을 담보하고 감사 등을 통하여 확실히 통제하는 구조를 확립하는 역할을 의미한다. 즉 행정에 의한 권리옹호시스템의 제도화로서 권리옹호활동의 중심적 역할을 담당하는 기관의 설립이 필수적이다. 특히 이용자의 권리를 옹호하는 관점에서 행정감사를 추진하고 그 결과를 공개하는 것이 주된 역할이다. 복지음부즈맨제도 등을 통하여 이용자와 시민의 고충을 수용하여 그 목소리를 정책에 반영해가는 것을 포함한다.

특히 최근 옹호과정에서도 당사자의 입장 및 주체로서의 자기옹호가 강조되고 있다. 자기옹호는 개인적인 과정으로 정의되나 집단인 경우는 그들의 욕구나 이익을 주장하기 위해 자신들의 신념을 말하고 행동하는 것과 관련되어 있다(Bateman, 2000). 즉, 자기옹호에는 임파워먼트의 의미가 담겨 있으나(최경민, 2007) 힘을 추구하는 것이 반드시 선하다고 할 수는 없다(최명민, 2007). 그러므로 자신을 옹호하기 위해서는 옹호의 목적을 분명히 하며, 자신의 상황에서 해결점을 발견하도록 하여야 한다(Tuttle and Silva, 200). 즉, 계속적인 과정에서 자신을 옹호할 수 있도록 행동화할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 클라이언트가 스스로의 욕구에 기초하여 선택·결정을 하는 힘(power)을 가지는 것이 절대적으로 필요하다. 그리고 무엇보다도 주된 역할을 하는 사람이 본인임을 이해하고, 스스로가 행동하고 실행하는 것이 가장 중요하다(小田兼三, 1999). 즉, 무능력·무기력의 극복은 자신에 대한 신뢰회복과 동시에 자신의 생활개선에 방해가 되고 있는 사회적 상황에 대항해서, 변화를 도모할 수 있는 자신의 힘에 대한 신뢰 즉, 자기 효능감(self-efficacy)을 높이는 것이라 할 수 있다.

다) 정신보건 권익옹호(Mental Health Advocacy)

정신보건영역에서의 권익옹호는 전 세계의 보건당국과 세계보건기구를 통해 그 필요성이 알려진 것으로 정신장애인의 권리를 향상시키고 그들에 대한 사회적 낙인과 차별을 줄이기 위해 개발되었다. 정신보건 권익옹호에는 전 인구대상층을 대상으로 긍정적인 정신보건의 성과를 달성하기 위해 주요한 구조적인 변화를 목적으로 하는 다양한 행동들이 포함된다(WHO, 2003). 이러한 움직임의 결과 많은 나라에서 옹호운동은 정신질환자를 대하는 방법에 변화를 가져왔다. 소비자로서의 정신장애인들은 그들이 원하고 필요로 하는 서비스에 대하여 자신의 기대나 비전을 명확히 표현하기 시작했다. 옹호실천을 통해 우리는 그들의 목소리를 듣게 되었고, 병명과 진단 뒤에 숨겨진 인간으로서의 참 모습을 볼 수 있게 되었다. 이러한 시각에서는 “정신병 진단을 받은 사람은 보통 사람과 다를 바 없으며, 삶에서 원하는 바가 같다. 즉, 적절한 소득, 생활공간, 교육 기회, 실질적인 직업을 얻을 수 있는 직업훈련, 지역사회 삶에 참여, 친구들과 어울리고 사회적 관계 형성, 사랑하는 사람과의 개인적인 관계를 맺는 삶 말이다(Chamberlin, 2001).

한편 옹호단체에 소비자와 가족의 참여로 입원치료기간의 감소, 적절한 보건서비스 증가 등의 긍정적 효과를 이끌어냈으며, 이밖에도 자존감 확립, 안녕감, 대처기술 향상, 사회 지지망 강화, 가족관계 개선 등의 효과가 강조되고 있다. 이러한 결과들을 토대로 2001년 세계보건회의(World Health Assembly)의 집행위원회는 최우선적으로 정신보건 인식 수준을 향상시키는데 동의했다. 또한 집행위원회에서는 정신장애와 관련된 낙인(sigma)이 그동안 도움을 구하고자 하는 사람들을 방해하는 심각한 장애물이었다는 점에 주목하며, 세계 정신보건 전략을 제안했는데 그 전략의 핵심 축 중 하나가 옹호이다. WHO는 정부, 비영리민간단체, 지역사회의 파트너십을 통해 그들의 옹호 영역을 발전시켜 나아갈 수 있도록 지원한다. 그 목표는 공공 의제로서 정신보건의 이슈를 상징하고, 정신장애인에 대한 사회적 수용도 향상, 정신장애인의 인권보호와 낙인을 감소시키는 것 등이다.

이러한 권익옹호는 정신장애를 가진 가족구성원이 속한 가족이 처음으로 그들의 목소리를 내는 것에서부터 시작된다. 여기에 정신장애인 또한 그들 자신의 의견을 추가한다. 점진적으로 이러한 사람들과 그 가족들은 많은 정신보건전문가와 그들이 속한 기관들, 그리고 정부로부터의 도움을 받게 된다. 정신보건 권익옹호의 개념은 최근에 들어 정신장애인의 욕구와 권리를 포함하는 것은 물론, 더 나아가 모든 인구의 정신보건과 관련된 욕구와 권리를 보장하는 것까지로 그 개념의 범위가 넓어졌다. 정신장애인들은 어느 정도의 사회적 거리감, 냉대 등은 숨기려고 하나 비난과 무시로 대체된 것이 동정일 수도 있음을 주목해야 한다. 그러므로 차별과 낙인을 줄이기 위해서는 가족들의 지지도 필요하지만 정신장애인 스스로 사회와 의사소통하는 것이 중요하다(Himshaw, 2005). 그러므로 자기옹호를 위해서는 자신의 질병을 포함한 자기스스로에 대한 인식과 자신에 대한 통제가 필수적이며 지속적인 교육과 행동화를 위한 경험이 필요할 것이다.

2. 정책모니터링

가) 정책모니터링의 개념

모니터링²⁾은 관심의 대상인 현상의 변화를 감시하고, 변화내용을 분석하여 모니터링의 목적을 위해 필요한 정보를 생산하고 이를 관련자에게 제공하는 제반 활동을 의미한다. 이와 관련된 것으로서 현상의 변화를 감시하기 위해서는 비교의 대상이 명확하게 규정 될 수 있어야 한다. 그리고 변화를 감시하기 위해서는 감시하고자 하는 대상으로서의 현상이 구체적이어야 하며 측정할 수 있는 현상이어야 한다. 또한 변화를 검토할 수 있도록 시간적 차원의 비교가 가능하여야 한다.

따라서 정책모니터링은 정책이 집행되고 있는 동안에 정책에 관한 증거를 수집하고 이러한 증거들을 이용하여 향후 행동계획에 영향을 미치는 것을 말한다(CAFOD, 2008). 다시 말해, 정책모니터링은 정책들이 실효성을 거두고 있는지를 점검하고, 그 정보를 정책결정자에게 제공하며, 모니터링의 결과는 정책이 지향하는 목적과 목표를 성공적으로 달성하기 위해 필요한 정책을 조정하는데 이용된다(보건복지가족부, 2009). 따라서 정책모니터링은 정책평가와는 구분된다(CAFOD, 2008). 정책평가가 정책의 결과를 중심으로 평가하는 것이라면 정책모니터링은 정책집행이 이루어지는 지속적인 활동이라 할 수 있다. 즉, 모니터링의 목적은 정책이 전개됨에 따라 이 과정을 추적하고 이를 조정해 나가기 위한 것이다. 반면, 정책평가는 집행기간이 종료된 뒤 이루어지는 활동이며 이의 목적은 특정 정책의 지속성여부에 대해 의사결정자들의 판단을 돕기 위한 활동이라 할 수 있다.

따라서 정책모니터링의 중요성은 책무성 차원, 영향평가 차원, 정보수집 차원 등 세 가지 차원으로 요약된다(보건복지가족부, 2009). 첫째, 책무성(accountability)차원으로 정책 관리자와 지지자는 계속적으로 정책의 수혜자가 누구이고, 이들이 무엇을 어떻게 얻는가에 대해서 답변을 구하려

2) 모니터링과 유사한 개념으로서 감사(auditing)가 있는데, 두 용어의 차이를 구분해보면 모니터링은 자료를 수집하는 활동에 관한 것이고 감사는 그 수집된 자료를 검증하는 것에 초점을 두고 있다.

고 한다는 점에서 중요하다. 둘째, 영향평가(impact assessment)차원으로 정책실패가 정책 비 효과성에서 비롯되는 것이 아니라 정책의 개입 실패나 불완전성에서 비롯된다는 점에서 그 중요성을 설명하는 것이다. 셋째, 정보가 평가의 중요한 기준이 된다는 점에서 정보는 진행 중인 정책을 지속시키거나 확정시키고 또 중단시킬 수 있는 결정을 내리는 수단이 된다고 할 수 있다. 따라서 정보수집의 일환으로 정책모니터링은 그 중요성이 강조되고 있다.

한편 정책모니터링을 할 때에는 시간프레임(time frame), 정책집행의 수준(level of sphere of government), 정책초점(policy focus) 등이 고려되어야 한다(CAFOD, 2008).

첫째, 시간프레임은 정책모니터링을 할 때, 가령 1년에 걸쳐서 지속적으로 할 것이냐, 혹은 매 2년 또는 3년마다 할 것이냐 하는 문제와 관련된다. 예를 들면, 어떤 보건정책감시네트워크 조직은 보건정책을 지속적인 방법으로 계속 모니터링 할 수도 있을 것이며, 반면 다른 조직들은 보다 장기적인 관점에서 2년 또는 3년을 주기로 자료를 수집하여 모니터링을 할 수도 있다.

둘째, 정책집행의 수준이라 함은 정책을 국가나 지방자치단체 수준에서 모니터링 할 것이냐, 혹은 개별기관의 수준에서 할 것인가와 관련한 것이다.

셋째, 정책초점은 정책모니터링이 초점을 두는 정책문제나 영역이 어디냐에 따라 성격이 달라지는데 착안하고 있다. 어떤 조직들은 교육, 보건, 주택, 복지 등과 같은 특정 분야 내용자체를 모니터링할 것이고, 또 다른 조직들은 특정 정책(예들 들어 정신보건정책)이 다른 영역에 어떠한 영향을 미치는지를 모니터링 하는데 집중을 한다는 것이다. 일반적으로 다수의 정책을 한 번에 모니터링 하려고 하는 것 보다는 가능한 소수의 정책영역을 다루면서 특정한 부분에 어떤 영향을 미치는지를 분석하는 지가 바람직하다.

나) 정책모니터링의 성격과 목적

정책모니터링의 성격과 목적(남궁근, 2008)은 다음과 같다.

첫째, 과정 평가적 성격을 가진다. 집행도중에 수행하는 평가이기 때문에 집행과정에서 집행전략이나 집행설계의 수정 및 보완을 위한 평가를 말한다.

둘째, 과정평가로서 정책모니터링은 정책수단과 정책효과간의 인과관계의 경로와 매개변수를 검증하고 확인하기 위한 평가이다. 이러한 성격상 주요 질문은 정책효과는 어떠한 경로를 거쳐 발생하게 되었는가? 정책효과가 발생하지 않을 경우 어떤 경로에 잘못이 있었는가? 보다 강한 영향을 미치는 경로는 없었는가? 등이다.

셋째, 정책모니터링은 정책이 의도했던 대로 집행되었는지를 확인, 점검하는 평가적 성격을 지닌다. 이를 위해서는 원래 집행계획에서 수립한 활동이 제대로 이루어졌는가? 계획된 양과 질의 자원이 계획된 시간에 투입되었는가? 서비스가 원래 의도한 정책대상 집단에게 전달되었는가? 정책집행자가 관련된 법률이나 규정에 순응하였는가?

넷째, 정책모니터링은 사전 정보 제공적 성격을 가진다. 정책모니터링이 단순히 집행과정을 계획에 대비해 평가하는 것이 아니라 집행과정에서 생길 수 있는 예기치 않은 상황을 사전에 인지하고 정책결정자에게 이를 수정, 보완할 수 있는 정보를 제공할 수 있어야 한다는 것이다.

다섯째, 연도별 목표(annual target), 단기적 산출(output)에 초점을 둔다. 장기적인 결과(outcome)가 아니라 운영적 수준에서의 산출에 초점을 둔다는 점이다.

3. 컴플라이언스(Compliance)

권익옹호수준을 모니터링하기 위해 함께 검토되어야할 용어가 컴플라이언스(Compliance)이다. 컴플라이언스는 법령의 취지나 목적을 분명하게 이해하고, 자신의 행위의 규범이 되는 가치기준을

스스로 설정하고, 이를 준수하는 활동이다(이명현, 2009). 컴플라이언스는 ① 법령과 규제 등을 준수하는 행동, ② 기업윤리와 경영이념 등을 준수하는 행동을 의미하며, 금융기관, 병원, 기업 등 영리기업이나 서비스 조직에서 공정성이나 투명성이 요구되는 업무수행을 담보하기 위한 수단으로 주로 활용되어 왔으나, 사회복지와 같은 비영리분야에서도 활용가치가 높아지고 있다. 특히 사회복지 구조가 조직과 이용자 사이의 대등한 서비스 관계로 재편되는 가운데 노인복지와 장애인 복지 분야에서의 권리 옹호의 제도적 관리수단으로 주목받고 있다. 즉, 사회복지서비스 제공에 참여하는 조직들이 질 높고 적절한 생활지원과 서비스를 제공하기 위해서 조직 스스로 법령과 규제, 복지윤리와 이념을 준수하는 경영에 매진함으로써 결과적으로 이용자의 인권이나 권리옹호를 추구하는 관리방식을 도입하게 되는 것이다. 즉, 법령이 중요한 행동기준이기는 하지만, 그것을 준수해야 할 모든 기준을 대표하는 것은 아니며, 조직 구성원은 일상 업무 속에서 법령이상으로 윤리나 이념에 바탕을 둔 행동을 할 스스로 할 필요가 있다는 차원에서 대두되고 있는 개념이다. 즉, 법이나 평가지표와 같이 외부적인 요인에 의해 특정 서비스기준을 이행하는 것이 아니라, 내부적이고 자발적인 동기에 의해 서비스기준을 이행하는 것이 사회적 책무임을 강조하는 개념이라 할 수 있다. 법이나 제도에 의한 규제가 아닌, 컴플라이언스관리 시스템³⁾은 첫째로 가장 심각한 사회적 피해를 막기 위하여 필요한 최저한의 법률이나 규칙준수에 대한 책무이며, 둘째는 정직과 신뢰, 존경과 같은 자발적 기준에 경의를 표하면서 윤리적으로 사업을 수행하기 위한 사전적·자발적 기준에 의해 윤리적으로 사업을 수행하기 위한 사전적·자발적 책무가 되어야 함을 강조하고 있다. 특히 권익옹호와 같이 클라이언트를 서비스의 주체로 인식하고 협력적인 활동을 해야 하는 영역에서는 정책적 감시망을 넘어서는 체계가 필요하며 이를 설명하기 위한 것이 컴플라이언스라 할 수 있다. 따라서 권익옹호를 좀 더 충실히, 체계적으로, 진정성을 가지고 수행할 수 있도록 하는 장치라 할 수 있다. 이러한 권익옹호와 컴플라이언스의 관계를 도식화하면 다음의 <표 1>과 같다.

<표 1> 권리옹호와 컴플라이언스의 관계

복지기관의 권리옹호 시스템	[이용자 보호 프로그램] 정보공개 투명사회협약 윤리경영 사회복지사 윤리강령 감사와 평가 사회복지법상 규제조항	구체적 관리 수단	컴플라이언스 대응관리체제	정보, 감사, 모니터링
	[문제해결 프로그램] 고충해결 복지옴부즈맨 내부고발보호	→	-	보고 상담
	[자기결정 프로그램] 옹호활동 성년후견 서비스 이용지원	→	행위기준 (code of conduct)	서비스 이용자원 활동
권리 옹호의 기반 = 임파워먼트 (리더십, 거버넌스, 성과관리, 보상, 교육훈련)		→		지속적 개선

출처: 이명현·강대선(2009). 사회복지서비스 이용자의 권리옹호를 위한 컴플라이언스 도입방안

3) 컴플라이언스는 기업경영에서 시작된 개념으로, 명확한 컴플라이언스 구조를 구축하는 것은 리스크 관리상 최대의 방어가 될 수 있다는 의미를 가지고 있다. 그러나 사실 기업경영에서보다 사회복지기관에서 공공성이 더욱 강조되고 있으며, 사회적 약자를 이용자로 하고 있으므로 사회적 기대수준이 더욱 높다. 그만큼 사회복지기관이 컴플라이언스를 위반하면, 일반기업 이상으로 사회적 신뢰를 상실하게 되어 리스크가 커진다는 측면에서 특정한 정책목표 및 관련한 이행수준을 준수하기위해 살펴보아야할 중요한 개념이라 할 수 있다.

4. 정신장애인 권익옹호 모니터링을 위한 근거

권익은 권리와 그에 따르는 이익이라는 사전적 정의에 따라 권익옹호를 위한 모니터링 지표개발을 위해서는 권리, 즉 인권을 중심으로 근거를 잡아가는 것이 필요하다. 이에 본 연구에서는 지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사(국가인권위원회, 2006)를 통해 제시되고 있는 정신장애인 인권가이드라인의 수립근거를 중심으로 검토하고자 한다.

가) 인권적 기준

국제적으로 통용되는 일반적인 인권의 기준은 1948년 UN총회에서 채택된 세계인권선언이다. 이 선언은 모든 인간에게 적용될 수 있는 인권에 관한 도덕적 및 정치적 원칙들로 구성되었는데, 전 세계의 정치적 공인을 받는 최초의 선언이라는데 의미가 있다. 따라서 세계 인권선언은 정신장애가 있는 사람도 적용받아야 하는 국제적 인권적 근거라 할 수 있다.

또한 1991년 12월 17일 UN총회 결의문 46/119로서 채택된 “정신장애인 보호 및 정신보건 의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)”도 정신장애인 인권 가이드라인의 국제적 기준을 제공한다. 이 결의문은 정신보건의료서비스를 받는 사람과 정신보건시설에 수용되어 있는 사람을 대상으로 하고 있다는 측면에서 국제인권협약에 비하여 상당히 구체성을 가진 기준이 될 수 있다. 그 외 정신장애인 인권가이드라인 수립의 근거로는, 1975년 12월 9일 UN 총회 결의문 3447에 의해 선언된 장애인 권리 선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)도 정신장애인들도 장애가 있는 사람이라는 보편성에 의해 가이드라인 수립의 기초를 제공한다. 그리고 1990년 11월 14일 정신보건의료서비스를 개선하기 위해 카리카스에서 개최된 라틴 아메리카 지역회의에서 만장일치로 채택된 카리카스 선언(Declaration of Caracas), 1992년 세계의사협회 총회에서 승인된 하와이 선언II(Declaration of Hawaii/II)과 미국의 정신질환자들에게 주어진 환자의 권리선언인 코네티컷 권리선언도 정신장애인의 인권가이드라인의 국제적 기준이 될 수 있는 내용을 내포하고 있다. 이상의 내용을 인권의 영역별 세부적인 보장내용을 중심으로 정리하면 <표 2>와 같다(국가인권위원회, 2006).

<표 2> 정신장애인 인권보장을 위한 가이드라인의 영역분류 및 내용

인권영역	하위영역	영역별 인권보장 내용	출처
1. 평등권	1-1 차별금지	<ul style="list-style-type: none"> 연령, 성, 장애정도, 장애유형, 종교 출신지역, 가족배경 등 어떠한 이유로도 장애인 차별금지 개인적 차원의 보호에 있어 존엄성과 한사람의 개인으로 존중받을 권리 장애아동의 모든 인권과 기본적 자유의 완전한 향유 	세계인권선언 1조 UN MI 원칙1-2,4 CD 3조 A항, 4조 A항 HD 2조 장권선 2,3조
2. 생존권	2-1 의식주 생활	<ul style="list-style-type: none"> 개인적인 옷들을 구입, 소유 또는 선택하고 보관할 수 있는 권리 신발의 구입, 소유 또는 선택하고 보관할 수 있는 권리 영양학적인 적절한 식사의 보장(식단표) 식사 및 간식의 선택과 결정 식사보조 및 쾌적한 식당환경 숙소의 크기와 인권의 적절한 규모 숙소의 적절한 냉난방과 개별 침구정리 숙소를 꾸미고 가구를 배치할 권리, 필요한 가구 요구할 권리 	장권선 제2조 ICCPR 아티클7
	2-2 의료 및 건강	<ul style="list-style-type: none"> 의료인 및 의료장비의 구비 의료서비스에 대한 설명 화장실 등 공중위생 관리 	장권선 2,6,13조 HD 4조

인권영역	하위영역	영역별 인권보장 내용	출처
		<ul style="list-style-type: none"> 필요한 보장구 및 사용의 자유 의료적 욕구의 표현과 자신의 의료적 상태에 대해 설명 받을 권리 	
	2-3 안전의 권리	<ul style="list-style-type: none"> 화재에 대한 대비장치 	세계인권선언3조
	2-4 신체 및 정신적 안전의 권리	<ul style="list-style-type: none"> 신체적 강요, 신체적 체벌 및 구타로부터의 자유 비하적 언어사용 및 정신적 괴롭힘으로부터의 자유 성적 희롱 및 성추행, 성폭행, 성적봉사로부터의 자유 성생활 보장 	장권선 10조 UN MI 원칙1의 3조 UN MI 원칙8
3. 치료 및 보호과정에서의 권리	3-1 입·퇴소(원)의 자유	<ul style="list-style-type: none"> 입·퇴소시 자신의 의지 반영 타 시설로 의뢰될 경우 그 이유 및 이후의 상황에 대한 정보제공 퇴소 후 지역사회에서 치료 및 보호를 받을 권리 입소시 환자의 권리고지 받을 권한 	UN MI 원칙13 1조, 2조, 3조 UN MI 원칙16 1조, 2조 UN MI 원칙3 11, 12조, 16조 코네티컷권리선언 부록 6,7 UN MI 원칙12
	3-2 치료과정에서의 권리	<ul style="list-style-type: none"> 명확한 동의 입각한 치료행위 지역사회 등 자유로운 환경에서 치료 받을 권리 인간고유의 존엄성을 바탕으로 치료 받을 권리 국제적으로 받아들여지는 윤리기준에 입각한 치료행위 	UN MI 원칙11 1조 UN MI 원칙3 UN MI 원칙7 HD II 4조, 5조 UN MI 원칙12조 1항 UN MI 원칙15조 1항 UN MI 원칙91조 UN MI 원칙93조 UN MI 원칙10
	3-3 시설운영 참여	<ul style="list-style-type: none"> 시설서비스에 대한 이의가 있을 시 보복을 우려하지 않고 이를 표현할 권리 시설생활 및 시설에 운영에 있어 생활인의 의견 반영 	UN MI 원칙21
4. 자유권	4-1 자기결정권	<ul style="list-style-type: none"> 원하는 호칭으로 불려질 권리 이·미용, 목욕 등 자신의 선호에 따라 선택 자신의 할 수 있는 한 스스로 돌볼 수 있는 권리 	세계인권선언 제12조
	4-2 종교의 자유	<ul style="list-style-type: none"> 특정종교의 강요 금지 주일에 대한 존중과 종교의식 존중 종교를 바꿀 수 있는 권리 보장 종교생활의 자유(확실적 종교의식을 강요받지 않을 권리) 	세계인권선언18조 UN MI 원칙15조 1항 UN MI 원칙131조6항
	4-3 사생활 보호권	<ul style="list-style-type: none"> 목욕 보조시 프라이버시 보호(성별 고려 등) 개인물품 보관함 제공 개인의 방을 잠글 수 있는 권리 개인의 동의 없이 외부에 노출시키거나 정보제공하지 않음 개인의 신분증 본인이 관리 	세계인권선언 12조 UN MI 원칙131조 3항
	4-4 외부와의 소통	<ul style="list-style-type: none"> 방에 초대하여 사적인 대화를 나눌수 있는 권리 지역사회 다른 사람들과 교제할 수 있는 기회 보장 외출의 자유 	세계인권선언 제12조
	4-5 표현 및 정보의 자유	<ul style="list-style-type: none"> 전화 및 통신기구의 사용보장 인터넷을 통한 정보접근성 제공 수화, 점자 등 모든 장애유형에 적합한 의사소통 수단 제공 장애아동의 나이와 성숙도에 따른 자유로운 의사표현 권리 	UN MI 원칙131조 5항, 7항
	4-6 가족권	<ul style="list-style-type: none"> 가족과의 자유로운 면회 및 교류의 권리 임신, 출산, 양육시, 보호제공을 받을 권리 결혼 및 배우자와 함께 생활할 권리 아동 또는 부모의 장애로 부모로부터 분리 금지 장애아동 은폐, 유기 방지 위해 종합적 정보, 서비스 제공 	세계인권선언16조 장권선 9조 장권선 12조 UN MI 원칙15조 1항

인권영역	하위영역	영역별 인권보장 내용	출처
5. 사회권	5-1 사회보장권	<ul style="list-style-type: none"> · 국가의 생계급여 등 수당의 지급액에 대한 정보와 관리 · 적절한 사회복지서비스를 받을 권리 · 기관이 프로그램에 참여할 권리 	장권선 2, 7조 UN MI 원칙11조 5항 UN MI 원칙38조, 9조
	5-2 교육권	<ul style="list-style-type: none"> · 연령 및 능력에 적합한 교육을 제공 받을 권리 · 교육기관을 이용할 권리 · 낮은 연령대 모든 아동 포함, 모든 교육제도 내에서 장애인 권리 존중 	세계인권선언 제26조 장권선 6조 UN MI 원칙15조 1항 UN MI 원칙132조 3항
	5-3 노동권	<ul style="list-style-type: none"> · 시설내 노동의 권리 보장 및 강제노동으로부터의 자유 · 직업 선택의 자유 · 직업훈련 프로그램, 직업소개 서비스 제공 받을 권리 · 시설이나 병원 밖에서 일할 권리 	장권선 6,7조 UN MI 원칙14조 UN MI 원칙15조 1항 UN MI 원칙132조 5항, 3조, 4조 UN MI 원칙33조
	5-4 경제권	<ul style="list-style-type: none"> · 개인재산 소유 및 관리의 자유 · 노동에 따른 적정보수 지급 및 관리의 자유 	세계인권선언 제17조 장권선 10, 11조 UN MI 원칙14조
6. 정치권 (권리 협약 29조)	6-1 정치적 표현의 자유 권리협약 29조	<ul style="list-style-type: none"> · 자유로운 정치적 의사표현 보장 · 피선거권자(후보자)로 참여할 수 있는 권리 	세계인권선언21조 장권선 4조 UN MI 원칙15조 1항
	6-2 투표권 및 장권선 3조, 권리협약 29조	<ul style="list-style-type: none"> · 투표에의 참여보장, 투표와 관련된 정보의 제공, 비밀투표의 원칙보장 	세계인권선언26조 1,3 장권선 4조 UN MI 5조 1항
7. 문화권	7-2 문화, 예술, 체육 및 여가활동	<ul style="list-style-type: none"> · 자유로운 문화 여가생활의 보장 및 프로그램 제공 · 시설 내 문화매체의 구비 및 자유로운 이용 · 스포츠, 레크리에이션 활동 장소 및 참여보장 	장권선 9조 UN MI 원칙13 2조 2
8. 법 절차적 권리	8-1 법률상의 도움	<ul style="list-style-type: none"> · 인격과 재산보호에 필요한 법률상의 도움을 받을 권리 · 정신장애인 관련 소송에서 정신장애인의 최대 이익 고려 	장권선 11조 UN MI 원칙1 6조

* 출처 : 국가인권위원회(2006)

1. UN MI 원칙 - 1991년 UN 이사회에서 채택된 결의문 46/119 정신장애인 보호 및 정신보건 의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)
2. WHO 정신장애인의 인권향상을 위한 지침(Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorder), 정신보건 및 약물남용방지분과(Division of Mental and Prevention of Substance Abuse), WHO.
3. 장권선 - 장애의 권리 선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975년 12월 9일, UN 총회 결의문 3447에 의해 선언)
4. CD - 카리카스 선언(Declaration of Caracas), 전미 보건조직 / WHO 미국지사의 후원으로 1990년 11월 14일, 정신과 의료를 개선하기 위한 카라카스에서 개최된 라틴 아메리카 지역회의에 만장일치로 채택됨.
5. HD - 하와이 선언II(Declaration of Hawaii/II), 1992년 세계 정신과 협회 총회에서 승인됨
6. 코티티켓 권리 선언 - Your Rights as a Client or Patient, of the Connecticut Department of Mental Health Addiction Services Annex 6,7. 미국 메인주의 모든 정신보건 환자들에게 주어진 환자의 권리선언임.
7. ICCPR - Article 7 of the International Convention on Civil and Political Rights

나) 서울시 정신장애인 권익옹호관련 기준

한편 서울시는 정신장애인의 권익을 옹호하기 위한 자체적인 노력을 기울여오고 있다. 가장 먼저 시도된 영역은 정신병원에 대한 것으로써, 서울시정신보건정책을 수립한 2005년에 위탁시립병원에 대한 평가를 실시하면서 환자의 권리와 편의영역에서 환자권리의 존중 및 보호영역, 불만 및 고충처리체계, 환자만족도조사 및 결과의 활용, 고위험기술에 대한 지침마련, 장애인 편의시설의 확보 등의 기준을 적용한 바 있다(서울시 정신보건사업지원단 내부보고서, 2005). 그 결과는 지도감독의 결과로 적용되어 해당기준을 지키도록 권고한바 있다. 또한 2008년에는 사회복지시설의 질관리 및 서비스기준을 확보하기 위해 서울시 사회복지시설 서비스기준 및 적용지침 개발연구(2008) 시도한바 있다. 이 역시 인권관련조항을 포함하고 있으며, 주요 업무수행과정에서의 권익옹호를 일부 강조하고 있다. 그 주요내용의 지표영역은 비밀보장, 정보제공, 자기결정권의 보장, 불만처리방침, 차별금지, 자치활동지원 등으로 구분해볼 수 있다. 이러한 내용의 실제적용을 위한 사회복지시설 인증지표개발(2010)이 이루어져 서울시 자체 기준에 의한 정신장애인의 서비스 질 향상 및 권익옹호를 위한 선도적 노력이 이어지고 있다. 특히 서울시 정신보건사업 2차 5개년 계획안에 권익옹호 체계강화를 위한 세부사업 및 추진방안을 다음과 같이 제시하고 있다(서울시, 2010).

<표 3> 서울시 정신장애인 권익옹호체계강화 중기계획

추진사업	2009	2010	2011	2012
통합홍보체계구축	●	●		
반차별 반배제 슬로건 개발	●	●		
권익옹호 수준 계량적 모니터링 : 지표생성, Base Line Study(2009), 모니터링(2012)	●			●
정신장애인 자기옹호 역량강화사업	자기옹호프로그램개발 및 확산		자조집단지원 +평가지표 반영	자기옹호조직 구성 (1개조직)
정신장애인 권익옹호지침개발	●	●		
정신장애인 권익옹호를 위한 실무자교육체계개발 및 교육		교육체계개발	교육실시	교육실시
ISP 수립시 동의-계약절차강화	정신보건센터적용		사회복지시설적용	
정신보건시설의 정신장애인 권익옹호컨설팅		모델개발	확산	인센티브제공

다) 일반 장애영역의 기준

보건복지부는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 대한 법률」(이하 장애인차별금지법)이 지향하고 있는 장애인에 대한 차별금지와 장애인의 평등 및 인권실현 도모를 위하여 장애인차별금지법 이행 및 차별개선을 모니터링 하였다(보건복지부, 2009). 이 연구에서 개발된 장애인차별금지법 이행 및 차별개선 모니터링 지표는 <표 4>와 같다. 지표의 대분류는 장애인차별금지법의 하위조항에 기반하고 있으며 정책모니터링 지표의 주요한 차원인 지난 1년간이라는 시간프레임(time frame), 정책집행의 수준(level of sphere of government)을 중앙정부 및 지방정부, 공공 및 민간기관의 수준으로 구분하고 있다. 또한 평가는 정량평가를 기반으로 투입과 과정, 산출과 결과에 이르는 논리적 과정을 채택하고 있으며, 이를 보완하기 위한 정성평가를 병행하고 있다.

<표 4> 장애인 차별금지법 이행 및 차별개선 모니터링지표

지표영역		관련기관																	
대분류	소분류	국가 및 지방자치단체					공공단체				민간								
		정량평가				정성평가	정량평가			정성평가	정량평가			정성평가					
		투입	과정	산출	결과		투입	과정	산출		결과	투입	과정		산출	결과			
고용	- 차별금지 - 정당한 편의제공 의미 - 의학적 검사의 금지																		
교육	- 차별금지 - 정당한 편의 제공 의무																		
재화와 용역의 제공 및 이용	- 재화·용역 등의 제공에 있어서의 차별금지 - 토지 및 건물의 매매·임대 등에 있어서의 차별금지 - 금융상품 및 서비스 제공에 있어서의 차별금지 - 시설물 접근·이용의 차별금지 - 이동 및 교통수단 등에서의 차별금지 - 정보통신·의사소통에서의 정당한 편의 제공 의무 - 개인정보보호 - 정보통신·의사소통에서의 국가 및 지방자치단체의 의무 - 문화·예술 활동의 차별금지 - 체육활동의 차별금지																		
사법· 행정절차 및 서비스와 참정권	- 사법·행정절차 및 서비스 제공에 있어서의 차별금지 - 참정권																		
모· 부성권, 성 등	- 모·부성권의 차별금지 - 성에서의 차별금지																		
가족· 가정· 복지시설, 건강권 등	- 가족·가정·복지시설 등에서 의 차별금지 - 건강권에서의 차별금지 - 괴롭힘 등의 금지																		
장애여성 및 장애아동 등	- 장애여성의 대한 차별금지 - 장애여성에 대한 차별금지를 위한 국가 및 지방자치단체의 의무 - 장애아동에 대한 차별금지 - 장애아동에 대한 차별금지를 위한 국가 및 지방자치단체의 의무 - 정신적 장애를 가진 사람에 대한 차별금지 등																		
장애인 차별시정기 구 및 권리구제 등	- 진정 - 직권조사 - 장애인 차별시정소위원회 - 시정권고 - 시정명령																		
손해배상, 입증책임 등	- 손해배상 - 법원의 구제조치																		

*출처: 보건복지부(2009), 장애인차별개선 모니터링 체계구축을 위한 정책 연구

Ⅲ. 조사연구

전통적으로 정신보건 분야 역시, 정신장애인을 수동적인 서비스 수혜자로 보는 경향이 강했으나 최근 강점관점 접근 및 소비자주의의 대두로 당사자의 자기결정권을 존중하는 경향에 힘입어 정신장애인을 서비스의 선택과 결정과정에서의 주체로 인정하고 구체적인 참여를 강조하는 서비스를 추구하고 있다. 아울러 당사자의 참여는 단순히 클라이언트를 존중한다는 가치지향적인 측면이나 권익보호의 차원만이 아니라 치료와 재활성과에도 영향을 미치며, 서비스에 대한 만족도 향상에도 긍정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(유숙, 2004; 고윤희 2008). 그러나 이러한 연구 결과들이 실제적인 서비스제공 방식에의 변화를 가져오기 위해서는 서비스제공자들이 이를 어떻게 인식하고 있는지도 중요하다. 그러나 이러한 연구결과들은 주로 당사자의 인식을 토대로 하고 있으며, 제공자들은 어떻게 인식하고 있는지, 특히 당사자와 제공자간의 인식의 차이를 비교한 연구는 전무하다. 이에 본 연구에서는 당사자와 제공자간의 주관적 인식차이를 살펴봄으로써 서비스 계획 및 제공시 좀 더 효과적으로 당사자의 의견을 반영하고 서비스만족도를 높이기 위한 시사점을 찾고자하였다.

1. 설문조사

본 설문조사는 서울시 정신보건시설에 등록되어 정신보건서비스를 이용하고 있는 당사자와 제공자를 대상으로 실시되었다. 서울시 정신보건시설에 설문협조를 요청하여, 2010년 3월 31일부터 2010년 4월 30일까지 우편을 통하여 설문을 실시하였다. 기관담당자에게 연구대상자 선정기준, 설문지의 취지에 대한 안내를 하여 설문지의 완성도를 높일 수 있도록 하였다. 회수된 설문 중에서 응답이 불성실한 설문지를 제외하여 최종적으로 당사자 1507부, 제공자 314부를 분석 자료로 활용하였다.

가) 서비스이용자조사

(1) 설문구성

서비스이용자 대상의 설문은 인구학적 특성과 함께 서비스의 질을 평가하기 위해 소비자만족도 및 주요재활성과를 평가하고자하였다. 주요재활성과를 파악하기 위해서는 치료의 과정에서 정신장애인의 치료적 자발성과 삶의 만족도를 평가하였다. 특히 치료적 자발성은 치료과정에서의 적극성과 회복노력에 대한 주관적 평가를 중심으로 살펴보고자한다.

이를 위한 세부 질문내용은 서비스에 대한 만족도는 치료 및 재활계획 수립 시 당사자 의견반영정도, 새 프로그램 계획 시 당사자의견반영정도, 서비스에 대한 불만 및 고충 표현방법 마련정도, 서비스에 대한 불만 및 고충 해결하기 위한 노력정도, 서비스제공방식 및 내용개선 위한 의견표현정도, 치료 및 재활계획 의견이 다를 시 개선노력정도로 구성되었으며, 리커트 5점 척도로 평정하도록 하였다.

(2) 인구사회학적 특성

(가) 성별

응답자 전체의 성별 분포는 남성 725명(54.4%), 여성 607명(45.6%)으로 남성 응답자가 약간 많았다. 이를 기관유형별로 살펴보면 정신보건센터의 경우 남성이 314명(51.7%), 여성이 293명(48.3%)로 남성이 더 많은 것으로 나타났다. 사회복지이용시설 역시 남성 320명(59.4%), 여성 219명(40.6%)으로 남성

이 더 많았다. 주거시설의 경우도 마찬가지로 남성 55명(54.5%), 여성 46명(45.5%)으로 남성이 더 많은 것으로 나타났다. 입소시설의 경우는 반대로 남성이 28명(38.4%), 여성이 45명(61.6%)으로 남성보다 여성이 더 많았으며, 알코올관련시설은 남성이 8명(66.7%), 여성이 4명(33.3%)으로 남성이 더 많은 것으로 나타났다. 응답자의 성별에 대한 내용은 <표 5>와 같다.

<표 5> 기관유형별 성별

(단위: 명(%))

구 분	남	여	합 계
정신보건센터	314(51.7%)	293(48.3%)	607(100%)
이용시설	320(59.4%)	219(40.6%)	539(100%)
주거시설	55(54.5%)	46(45.5%)	101(100%)
입소시설	28(38.4%)	45(61.6%)	73(100%)
알코올관련시설	8(66.7%)	4(33.3%)	12(100%)
합계	725(54.4%)	607(45.6%)	1332(100%)

(나) 연령

총 1,312명 중 20대 이하가 209명(15.9%), 30대가 403명(30.7%), 40대가 454명(34.6%), 50대가 201명(15.3%), 60대 이상이 45명(3.4%)으로, 30-40대 연령이 가장 많은 것으로 나타났다. 시설유형별로는 <표 6>과 같다.

<표 6> 시설유형별 연령대

(단위: 명(%))

구 분	20대이하	30대	40대	50대	60대이상	합 계
정신보건센터	112 (18.8%)	174 (29.1%)	191 (32%)	85 (14.2%)	35 (5.9%)	597 (100%)
이용시설	79 (14.9%)	189 (35.7%)	187 (35.3%)	70 (13.2%)	5 (9%)	530 (100%)
주거시설	5 (5%)	21 (20.8%)	47 (46.5%)	25 (24.8%)	3 (3%)	101 (100%)
입소시설	12 (16.7%)	16 (22.2%)	25 (34.7%)	18 (25%)	1 (1.4%)	72 (100%)
알코올관련시설	1 (8.3%)	3 (2.5%)	4 (33.3%)	3 (25%)	1 (8.3%)	12 (100%)
합계	209 (15.9%)	403 (30.7%)	454 (34.6%)	201 (15.3%)	45 (3.4%)	1312 (100%)

(다) 결혼상태

조사대상자의 결혼 상태에 대한 내용을 시설별로 살펴보면 <표 7>에 제시한 바와 같다. 정신보건센터의 경우 미혼 446명(74.3%), 기혼 81명(13.5%), 이혼 52명(8.7%), 별거 7명(1.2%), 사별 14명(2.3%)으로 미혼자가 압도적으로 많은 수를 차지하고 있는 것을 볼 수 있다. 사회복지이용시설은 미혼 430명(80.7%), 기혼 38명(7.1%), 이혼 52명(9.8%), 별거 5명(0.9%), 사별 8명(1.5%)으로 정신보건센터와 마찬가지로 미혼자가 80% 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 주거시설 입소자의 경우에는 미혼 80명(79.2%), 기혼 4명(4%), 이혼 14명(13.9%), 별거 2명(2%), 사별 1명(1%)이었다. 입소시설은 미혼 47명(65.3%), 기혼 7명(9.7%), 이혼 14명(19.4%), 별거 2명(2.8%), 사별 2명(2.8%)인 것으로

로 나타나 다른 시설과 마찬가지로 미혼자가 상당부분 차지하고 있는 것으로 나타났다. 알코올관련시설은 미혼 6명(50%), 기혼 3명(25%), 이혼 3명(25%)이었으며, 별거 및 사별에 해당하는 응답자는 없었다. 이를 종합해보면 응답자 총 1,318명의 인원 중 미혼 1,009명(76.6%), 기혼 133명(10.1%), 이혼 135명(10.2%), 별거 16명(1.2%), 사별 25명(1.9%)으로, 대다수의 대상자들이 결혼을 하지 않은 것으로 나타났다.

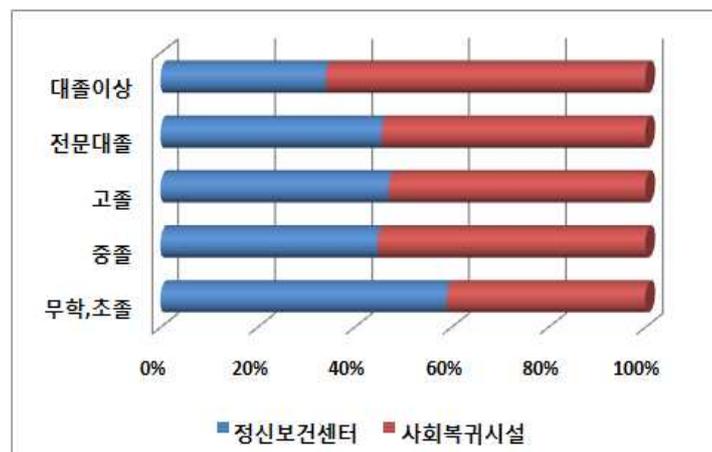
<표 7> 시설유형별 결혼상태

(단위: 명(%))

구 분	미혼	기혼	이혼	별거	사별	합 계
정신보건센터	446 (74.3%)	81 (13.5%)	52 (8.7%)	7 (1.2%)	14 (2.3%)	600 (100%)
이용시설	430 (80.7%)	38 (7.1%)	52 (9.8%)	5 (0.9%)	8 (1.5%)	533 (100%)
주거시설	80 (79.2%)	4 (4%)	14 (13.9%)	2 (2%)	1 (1%)	101 (100%)
입소시설	47 (65.3%)	7 (9.7%)	14 (19.4%)	2 (2.8%)	2 (2.8%)	72 (100%)
알코올관련시설	6 (50%)	3 (25%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (100%)
합계	1,009 (76.6%)	133 (10.1%)	135 (10.2%)	16 (1.2%)	25 (1.9%)	1,318 (100%)

(라) 교육수준

조사대상자의 교육수준을 살펴보면 [그림 1]에 제시한 바와 같다. 전체 1,323명중 초등학교 이하의 학력은 83명(6.3%), 중졸 181명(13.7%), 고졸 727명(55%), 전문대졸 147명(11.1%), 대졸이상 185명(14%)로 나타났으며, 응답자의 80.1%가 고졸학력 이상으로서 대체로 학력이 높다는 것을 알 수 있다. 시설유형별로 볼 때는 전반적으로 사회복지시설이용자보다 정신보건센터이용자의 학력수준이 낮았다.



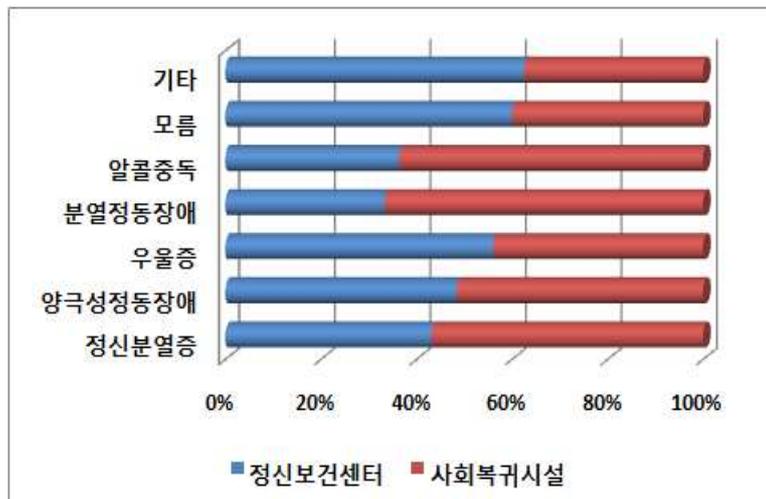
[그림 1] 시설유형별 교육수준

(마) 정신의학적 특성

응답자의 정신의학적 특성을 진단명, 유병기간으로 살펴보았다.

① 진단명

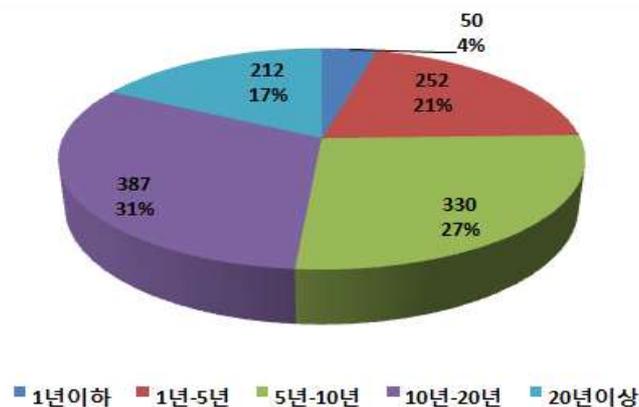
조사대상자의 진단명 분포 현황을 보면, 정신분열병이 939명(71.6%)로 가장 많았으며, 우울증 100명(7.6%), 양극성정동장애 91명(6.9%)이었으며, 자신의 진단명을 모른다고 응답도 55명(4.2%)인 것으로 나타났다.



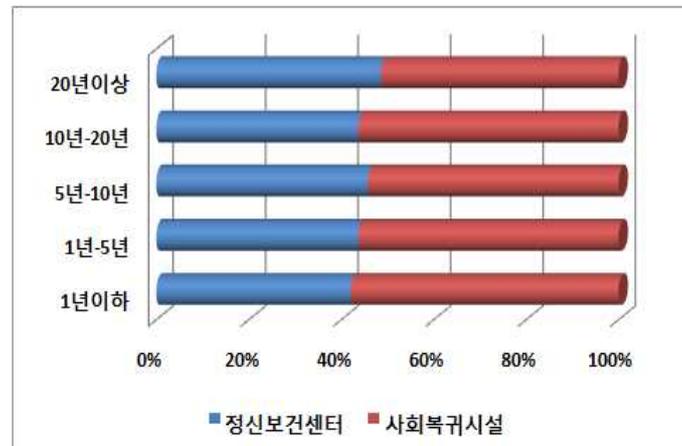
[그림 2] 시설유형별 진단명

② 유병기간

조사대상자의 유병기간을 살펴보면 1년 이하는 50명(4.1%), 1-5년은 252(20.5%), 5~10년 330명(26.8%), 10~20년은 387명(31.4%), 20년 이상은 212명(17.2%)로 나타났는데, 10-20년이 31.4%로 가장 많았으나 유병기간이 5년 이상된 응답자가 75.4%로 전반적으로 만성정신장애상태에 있음을 보여준다. 사회복지이용시설과 정신보건센터 응답자의 유병기간을 보면 전반적으로 [그림 4]에서 제시된 바와 같이 사회복지이용시설과 정신보건센터 응답자의 유병기간은 상호 비슷한 수준임을 알 수 있다.



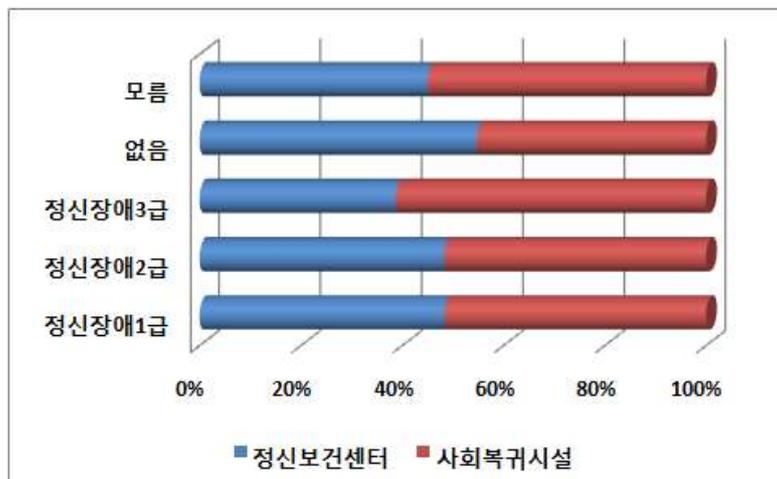
[그림 3] 유병기간



[그림 4] 시설유형별 유병기간

(바) 장애등급

조사대상자의 정신장애등록현황을 보면 응답자 1,305명중 938명(71.9%)가 등록한 것으로 나타났으며 시설이용자의 대다수가 장애등록을 하였다는 것을 알 수 있다. 구체적인 장애등급현황을 보면 1급 60명(4.6%), 2급 367명(28.1%), 3급 511명(39.2%)으로 3급이 가장 많았다. 그러나 장애등록에 대해 모른다는 응답도 111명(8.5%)있었다. 이에 대한 내용은 [그림 5]에 제시한 바와 같다.

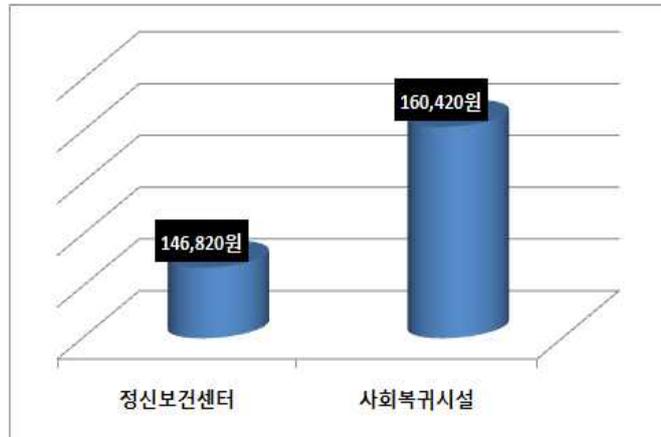


[그림 5] 시설유형별 정신장애등급

(3) 경제적 특성

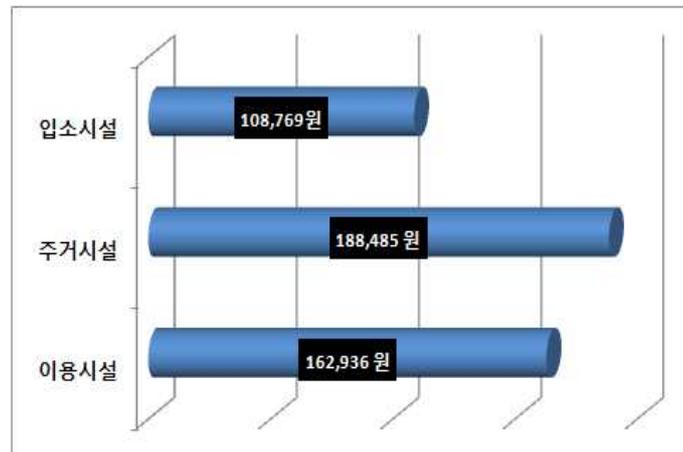
(가) 월평균용돈

조사대상자의 경제적 특성을 알아보기 위한 월평균 용돈에 대한 질문을 하였다. 정신보건센터를 이용하고 있는 응답자의 월평균 용돈은 146,820원이었으며 사회복지시설 이용자는 월평균 160,420원의 용돈을 사용하고 있는 것으로 나타났는데, 사회복지시설 이용자가 월 약 2만 원 정도의 용돈을 더 사용하고 있는 것으로 나타났다. 이에 대한 내용은 [그림 6]에 제시하였다.



[그림 6] 시설별 월평균용돈

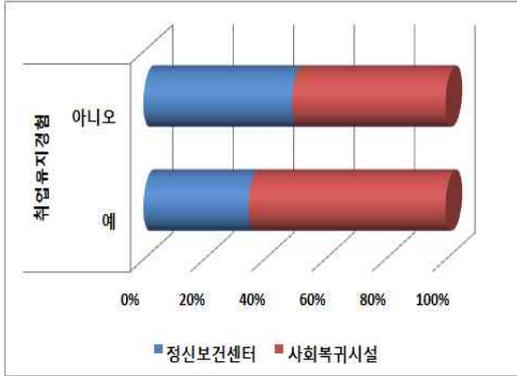
이를 다시 사회복지시설유형별로 월평균 용돈액을 비교하였다. 입소시설은 월 평균 108,769원, 주거시설 188,485원, 이용시설 162,936원으로 주거시설 이용자가 다른 시설유형을 이용하는 응답자보다 사용하는 용돈 액수가 많은 것으로 나타났다. 이에 대한 내용은 [그림 7]에 제시한 바와 같다.



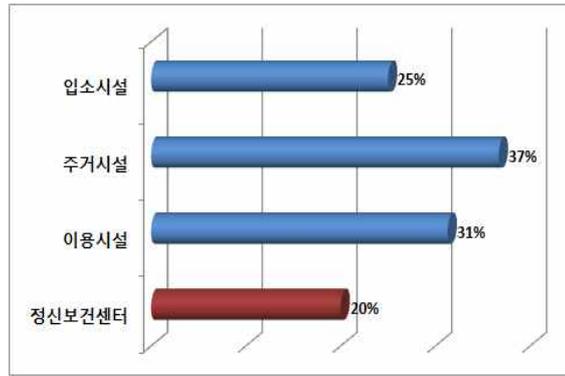
[그림 7] 사회복지시설유형별 월평균용돈

(나) 취업유지경험

조사대상자의 취업유지경험을 정신보건센터와 사회복지시설로 비교하면 사회복지시설 이용자의 취업유지경험이 정신보건센터보다 높다는 것을 알 수 있다 [그림 8]. 이를 다시 사회복지시설 각 유형의 취업유지율과 정신보건센터의 취업유지경험율을 비교하면 정신보건센터의 취업유지율(20%)이 입소, 주거, 이용의 사회복지시설 각각의 취업유지율보다 낮은 수준을 보이고 있다는 것을 알 수 있다 [그림 9].



[그림 8] 취업유지경험

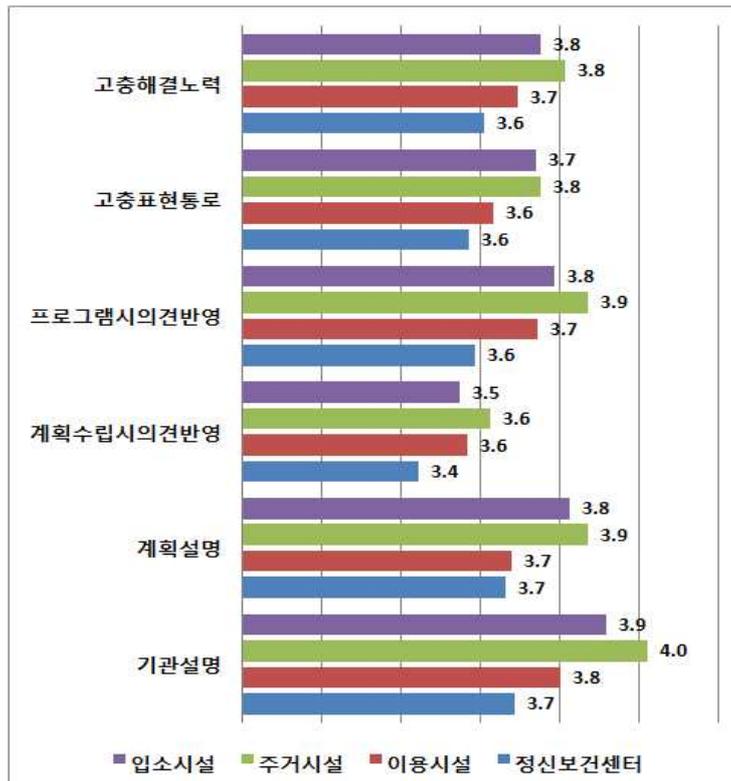


[그림 9] 시설유형별 취업유지율

(4) 서비스만족도

다음은 조사 대상자의 서비스 평가 결과와 관련된 것으로 구체적인 내용은 [그림 10]과 같다. 여덟 개의 질문영역에 대한 응답이 3.4점에서 3.8점 사이의 범주에 있는 것으로 나타나, 시설유형별 서비스에 대한 평가는 보통인 것으로 나타났다. 각각의 항목별로 가장 높은 기관유형과 가장 낮은 기관의 유형을 중심으로 비교분석을 하면 다음과 같다.

전반적으로 입소 및 주거시설에서의 제공자들의 서비스제공방식에 대한 평가가 높았으며, 고충 해결을 위한 노력을 가장 많이 하는 것은 주거시설로 나타났으며, 전 영역에서 정신보건센터에 대한 평가수준이 낮았다. 이는 서비스의 밀도가 높고 서비스제공자와의 접촉빈도가 높은 기관과 가장 낮은 기관이라는 점에서 시사하는 바가 많다.



[그림 10] 조사 대상자의 서비스 평가 결과

한편 전반적인 서비스만족도 <표 8>에 대한 주관적 평가는 10점 만점에서 7.6점 수준이었으며 기관유형별로는 알코올관련시설이 가장 높았으며(8.8점), 주거시설(8.6), 이용시설(7.6), 정신보건센터(7.5)의 순이었으며, 입소시설(7.4)의 서비스만족도 수준이 가장 낮았다.

<표 8> 서비스만족도

유병기간범주	정신보건센터		사회복지이용시설		주거시설		입소시설		알코올관련시설		전체	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
서비스만족도	588	7.5 (2.1)	529	7.6 (2.1)	99	8.0 (1.7)	84	7.4 (2.2)	12	8.8 (1.7)	1300	7.6 (2.1)

(5) 재활성(4)

(가) 치료적 자발성(5)

① 적극성

사회복지서비스를 이용하는 과정에서의 적극성을 평가하기 위해 "귀하는 현재 이용하고 있는 기관의 서비스제공방식이나 내용을 개선하기 위해 적극적으로 의견을 표현하십니까?"와 "귀하는 치료 및 재활계획이 귀하의 의견과 다를 때 이를 개선하기 위해 적극적으로 노력하십니까?"라는 질문을 활용하였다. <표 9>와 같이 각각의 점수는 3.4점으로 서비스제공자들의 노력을 평가하는 서비스만족의 요소들과 비교해볼 때 상대적으로 낮았다. 즉, 서비스제공자들의 노력에 비해 소비자로서의 적극성은 낮은 것으로 평가되었다.

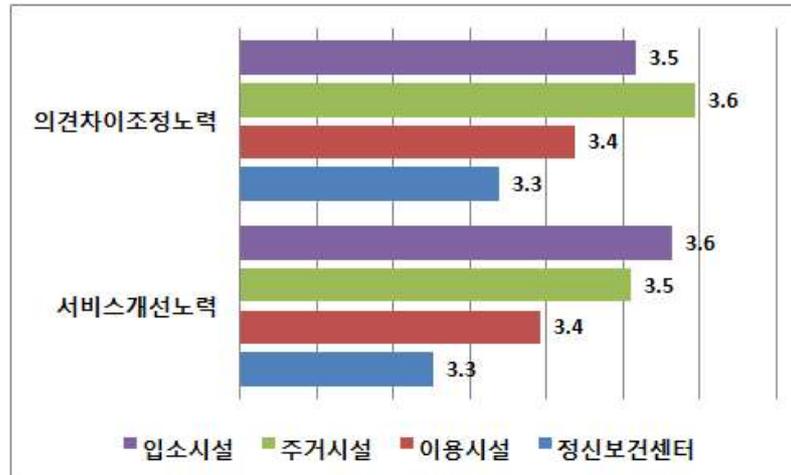
이를 기관유형별로 살펴보면, [그림 11]과 같다. 전반적으로 입소 및 주거시설이용자들의 서비스 방향의 차이를 조정하기 위한 노력이나 개선을 위해 노력한다는 평가점수가 가장 높았으며, 이용시설이 그 중간, 정신보건센터 이용자들의 치료과정에서의 적극성이 가장 낮은 것으로 나타났다.

<표 9> 시설유형별 적극성

	정신보건센터		사회복지이용시설		주거시설		입소시설		알콜관련시설		전체	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
개선의견표현	603	3.3 (1.0)	722	3.4 (1.0)	100	3.5 (0.9)	73	3.4 (1.1)	12	4.3 (0.8)	1325	3.4 (1.0)
개선노력	605	3.3 (1.0)	724	3.4 (1.0)	101	3.6 (0.9)	73	3.4 (1.0)	12	4.3 (0.9)	1329	3.4 (1.0)

4) 일반적으로 재활의 성과를 의료적인 차원에서 평가하는 정보는 많이 있다. 즉, 증상의 완화나 재입원을 등을 통한 재활의 성과를 보는 방식이 그것이다. 그러나 본 연구에서는 사회복지서비스를 통한 재활성(4)을 치료적 자발성이나 삶의 질을 중심으로 살펴보고자 하였다. 물론 성과(outcome)이란 변화량이어야 한다는 점에서 사전사후조사가 필요하나 기존 연구가 전무한 상황에서는 변화량으로서의 성과가 아닌, 현 수준의 기관유형별 차이를 중심으로 분석하고자 한다.

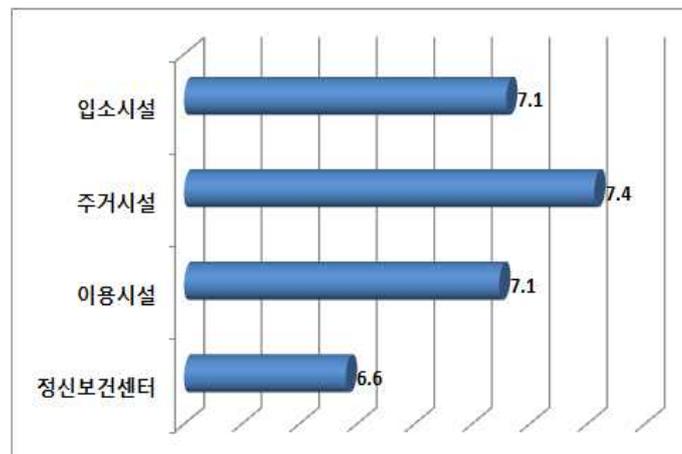
5) 만성질환일수록 치료적 자발성은 중요하다. 특히 서비스제공기관의 일방적인 서비스의 수혜자가 아닌, 소비자로서의 역할을 강화하는 것은 서비스의 질 향상뿐만이 아니라 재활의 성과로서도 중요하다. 따라서 본 연구에서는 치료적 자발성을 평가하기 위해 서비스에 대한 참여수준을 평가하기 위한 적극성과 자신의 문제를 해결하거나 회복을 위한 자발적인 노력의 수준을 평가하기 위해 회복노력에 대한 주관적 평가를 실시하였다.



[그림 11] 기관유형별 서비스이용자의 적극성의 차이

② 회복노력

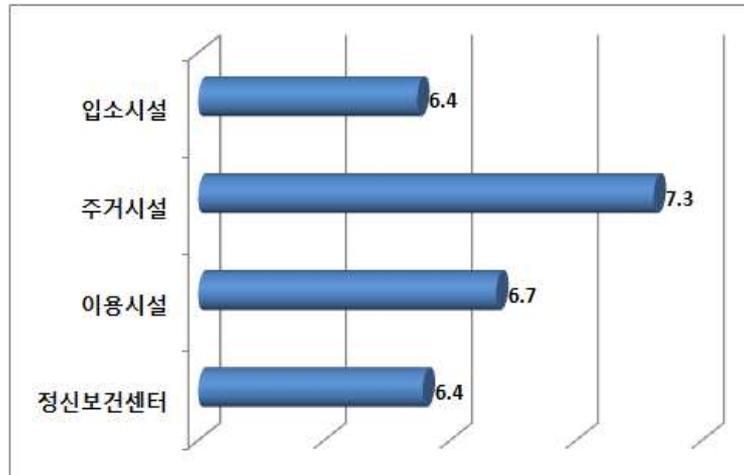
스스로의 회복을 위해 얼마나 노력하는지에 대한 주관적 평가를 10점 만점기준으로 평가하였을 때 전체적으로 회복노력점수의 평균은 6.9점이었다. 기관유형별로 비교해보면 주거시설이 7.4점으로 가장 높았으며, 입소시설과 이용시설이 각각 7.1점 수준이었으며, 정신보건센터가 가장 낮은 6.6점이었다.



[그림 12] 시설유형별 서비스이용자의 회복노력

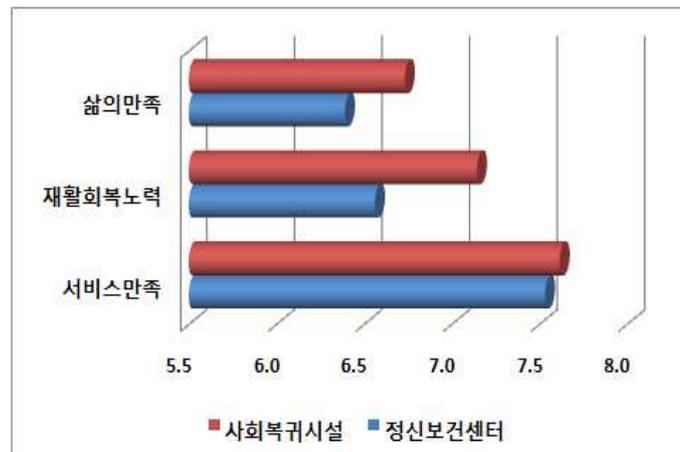
(나) 삶의 만족도

주관적인 삶의 만족도를 10점 기준으로 살펴보았을 때, 전체 평균은 6.6점으로 그리 높지 않았다. 시설유형별로 비교해보면 주거시설의 주관적 삶의 만족도가 가장 높은 7.3점이었다. 반면 가장 낮은 것은 입소시설과 정신보건센터로, 각각 6.4점이었다.



[그림 13] 시설유형별 서비스이용자의 삶의 만족도

재활성과 및 서비스만족도를 사회복지시설과 정신보건센터로만 분류했을 때 전반적으로 서비스 만족도 수준보다 삶의 만족도 수준이 낮았다. 이는 특히 정신보건센터의 경우 사회복지시설과 서비스만족도 점수 차이는 그리 높지 않으나 삶의 만족도 점수 차이는 상대적으로 커서 정신보건센터의 서비스가 삶의 만족도로 이어지지 않고 있을 가능성에 대한 정밀한 탐색이 필요하다. 아울러 회복을 위한 적극성이나 자발성을 향상시키기 위한 접근이 더욱 요청되는 것으로 분석해볼 수 있다.



[그림 14] 서비스만족도와 주요재활성과간 비교

나) 서비스제공자조사

1) 인구사회학적 특성

<표 10>는 인구사회학적 특성을 요약한 것이다. 조사대상자의 전체 성별 분포는 남성 56명(17.8%), 여성 258명(82.2%)으로 여성 응답자가 남성 응답자보다 많았다. 또, 연령대는 20대가 151명(48.1%), 30대가 106명(33.8%), 40대가 41명(13.1%), 50대가 13명(4.1%), 60대 이상이 3명(1.0%)으로 20대가 가장 많은 것으로 나타났다.

서비스제공자들의 학력을 살펴보면 전문대졸 50명(15.9%), 대학교 졸업 212명(67.5%), 대학원 졸업 이상 52명(16.6%)로 응답자의 15%이상이 석사이상의 학력 수준을 갖추고 있었다. 조사대상자의 직종은 정신보건사회복지사가 172명(54.8%)로 가장 많았고, 정신보건간호사 102명(32.5%), 정신보

건임상심리사 6명(1.9%), 사회복지사 28명(8.9%), 간호사 6명(1.9%)로 응답자의 대부분이 정신보건 전문요원임을 알 수 있었다.

다음으로 조사 대상자의 근무기간은 1년이하 59명(18.8%), 1년-3년 81명(25.8%), 3년-5년 63명(20.1%), 5년-10년 74명(23.6%), 10년-20년 21명(6.7%), 20년이상 89명(2.5%)으로 1년-3년 사이에 근무를 한 응답자가 가장 많았다.

마지막으로 조사 대상자의 소속기관은 정신보건센터가 155명(49.4%), 사회복지이용시설 78명(24.8%), 주거시설 30명(9.6%), 입소시설 21명(6.7%), 알코올관련시설 3명(1.0%), 낮병원 26명(8.3%), 요양원 1명(0.3%)으로 정신보건센터 근무자가 가장 많았다.

<표 10> 인구사회학적 특성

특성	구분	빈도(명)	비율(%)
성별 (n=314)	남	56	17.8
	여	258	82.2
연령 (n=314)	20대	151	48.1
	30대	106	33.8
	40대	41	13.1
	50대	13	4.1
	60대이상	3	1.0
학력 (n=314)	전문대졸업	50	15.9
	대학교졸업	212	67.5
	대학원졸업이상	52	16.6
직종 (n=314)	정신보건사회복지사	172	54.8
	정신보건간호사	102	32.5
	정신보건임상심리사	6	1.9
	사회복지사	28	8.9
	간호사	6	1.9
근무기간 (n=306)	1년이하	59	18.8
	1년-3년	81	25.8
	3년-5년	63	20.1
	5년-10년	74	23.6
	10년-20년	21	6.7
	20년이상	8	2.5
소속기관 (n=314)	정신보건센터	155	49.4
	사회복지이용시설	78	24.8
	주거시설	30	9.6
	입소시설	21	6.7
	알코올관련시설	3	1.0
	낮병원	26	8.3
요양원	1	0.3	

2) 인권교육 관련 경험

인권교육을 한번이라도 받아본 경우는 76.8% 였으며, 교육경험이 없는 경우 그 이유중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 인권교육에 대한 정보부족(47.3%)이나 업무과중으로 교육받을 여력이 없어서(37.8%)인 것으로 나타났다. 따라서 인권교육과 관련한 정보제공 및 교육을 위한 여건을 마련하기 위한 노력이 더욱 요구되는 것으로 나타났다.

<표 11> 인권관련 교육경험 여부 및 미이수 이유

	구분	빈도(명)	비율(%)
인권교육 경험유무	예	241	76.8
	아니오	73	23.2
	합계	314	100.0
	내 용	빈도(명)	비율(%)
인권교육 미이수이유	인권교육 필요성을 느끼지 못함	2	2.7
	인권교육에 대한 정보부족	35	47.3
	업무과중으로 여력없음	28	37.8
	기타	9	12.2
	합계	74	100.0

3) 인권침해사례 관련 경험

<표 12>와 같이 조사대상자 중 클라이언트의 인권침해 사례를 경험한 응답자는 173명(55.1%)와 경험을 하지 못한 응답자 141명(44.9%)으로 인권침해 사례 경험을 한 응답자가 더 많았다. 인권침해의 행위자는 가족 68명(20.9%), 동네주민 83명(25.5%), 일반시민 65명(19.9%), 정신보건전문가 20명(6.1%), 공공기관 57명(17.5%), 일반사회복지기관담당자 14명(4.3%), 기타 19명(5.8%)으로 동네주민과 가족의 인권침해위험이 가장 높은 것으로 나타났다. 이러한 사례를 목격했을 때 서비스제공자들의 반응은 기관내 직원에게 도움요청 64명(37.4%), 관련 전문가에게 도움요청 35명(20.5%), 직접이의신청이나 고발 등 공식적 대응 27명(15.8%), 특별히 개입하지 않는다 25명(14.6%)의 순으로 나타났다. 즉, 서비스제공자들은 인권침해사례와 관련하여 기관내외부의 도움을 요청하는 형태로 관여를 하고 있었으며, 이의신청이나 고발 등의 직접적 행위는 16% 정도였다. 특히 인권침해사례를 보고도 아무런 조치도 취하지 않은 경우도 14.6%를 이루고 있었다. 인권침해 대처결과로 “아무런 변화가 없었다.” 32명(19.5%), “개선 노력 있었으나 결과적으로 아무런 변화 없었다.” 61명(37.2%), “실제적인 변화 조금 있었다.” 62명(37.8%), “그 일이 완전히 해결되었다.” 4명(2.4%), 기타 5명(3.0%)으로 실제적인 변화가 조금 있었다는 결과가 가장 높았으나 개선노력 있었으나 결과적으로 아무런 변화가 없었다는 결과가 근소한 차이로 나타났다.

<표 12> 인권침해사례 관련 경험

구분	구분	빈도(명)	비율(%)
인권침해 사례경험	예	173	55.1
	아니오	141	44.9
	합계	314	100.0
대 상		빈도(명)	비율(%)
인권침해 행위자	가족	68	20.9
	동네주민	83	25.5
	일반시민	65	19.9
	정신보건전문가	20	6.1
	공공기관	57	17.5
	일반사회복지기관담당자들	14	4.3
	기타	19	5.8
	합계	326	100.0
내 용		빈도(명)	비율(%)
대응방법	특별히 개입하지 않음	25	14.6
	기관내 직원에게 도움 요청	64	37.4
	관련 전문가에게 도움 요청	35	20.5
	이의신청, 고발 등 공식적 대응	27	15.8
	기타	20	11.7
	합계	171	100.0
내 용		빈도(명)	비율(%)
결과	아무런 변화도 없었다	32	19.5
	개선노력 있었으나 결과적으로 아무런 변화 없었다	61	37.2
	실제적인 변화 조금 있었다	62	37.8
	그 일이 완전히 해결되었다	4	2.4
	기타	5	3.0
	합계	164	100.0

4) 차별개선 활동 참여경험 여부 및 용의

조사대상자 중 정신질환자에 대한 편견이나 차별을 개선하기 위한 활동에 참여해본 경험에 대해 경험이 있는 응답자가 189명(60.2%), 경험해 보지 않은 응답자가 117명(37.3%)로 차별개선활동에 참여한 경험이 있는 응답자가 더 많았다. 그러나 앞으로 참여할 용의가 있다는 응답은 95.6%로 현재 참여하고 있지는 않으나 향후 참여에 대한 적극적인 태도를 가지고 있는 것으로 나타났다.

<표 13> 차별개선활동 참여여부 및 용의

	구분	빈도(명)	비율(%)
참여여부	예	189	60.2
	아니오	117	37.3
	무응답	8	2.5
	합계	314	100.0
	구분	빈도(명)	비율(%)
참여용의	예	303	96.5
	아니오	9	2.9
	무응답	2	0.6
	합계	314	100.0

5) 권익옹호서비스제공 특성

소속기관에서 정신질환자의 권익을 옹호하고 대변하기 위한 사업이나 서비스를 제공하는지 여부에 대한 질문에, 서비스가 제공되고 있다고 응답한 경우가 55.4%다. 기관에서 제공하고 있는 권익옹호서비스의 특성을 살펴보면 권익옹호사업 담당자가 배치되어 있는 경우는 5.1%, 권익옹호를 위한 예산이 배정되어있다는 응답은 5.5%, 권익옹호를 위한 당사자 역량강화사업을 실시하고 있는 경우는 31.1% 였다. 특히 권익옹호를 위한 신문고 등을 설치하고 있는 경우는 13.2%, 권익옹호를 위한 직원교육이나 컨설팅을 실시하고 있는 경우는 35.5%였다.

전반적으로 권익옹호를 위한 직접적인 서비스보다는 직원교육이나 권익옹호를 위한 의견함 등 기존의 제도적 기반하에서의 인권교육이나 건의함 설치로 해석되는 형태의 서비스 수준에서 벗어나지 않는 것으로 보여, 전반적으로 권익옹호서비스의 수준이 낮은 것으로 나타났다. 또한 앞으로 권익옹호서비스를 제공하기 위해 어떤 시도를 할 수 있는지에 대한 질문에서 전반적으로 크게 지금 현 수준에서 변화를 도모할 계획은 아니지만 권익옹호를 위한 예산배정을 확대하겠다는 의견이 3.5%정도 증가하고 있으며, 실제사업실시 3.5% 증가, 권익옹호담당자배치 3.1%가 증가하고 있었다.

<표 14> 권익옹호서비스 제공 특성

	구분	빈도(명)	비율(%)
서비스 제공유무	예	174	55.4
	아니오	135	43.0
	무응답	5	1.6
	합계	314	100.0
	내 용	빈도(명)	비율(%)
현 수준	권익옹호담당자 배치	14	5.1
	권익옹호를 위한 예산배정	15	5.5
	권익옹호를 위한 당사자 역량강화 사업 실시	85	31.1
	권익옹호를 위한 신문고 설치	36	13.2
	권익옹호를 위한 직원교육·컨설팅 실시	97	35.5
	기타	26	9.5
	합계	273	100.0

	내 용	빈도(명)	비율(%)
추후계획	권익옹호담당자 배치	11	8.2
	권익옹호를 위한 예산배정	12	9.0
	권익옹호를 위한 당사자 역량강화 사업 실시	46	34.3
	권익옹호를 위한 신문고 설치	11	8.2
	권익옹호를 위한 직원교육·컨설팅 실시	50	37.3
	기타	4	3.0
	합계	134	100.0

6) 권익옹호전략별 중요도 및 현 수준 평가

다음으로 <표 15>에 정신장애인의 권익옹호전략별로 중요도와 현수준에 대한 평가결과를 제시하였다. 중요도는 5점 기준으로 볼 때 평균 4점대로 전반적으로 다양한 옹호전략이 모두 중요하다고 응답하고 있다. 특히 의식고취나 정보제공, 이를 위한 교육훈련 실시를 중요하다고 생각하고 있으며 방어나 고발과 같은 갈등적 접근에 대한 중요도는 4.04, 4.07 정도로 상대적으로 낮았다. 각각의 전략들이 기관에서 얼마나 활용되고 있는지, 현 수준을 평가하는 항목에서는 교육이나 의식고취 등의 간접적 방식은 평균 3점대, 중재나 방어 등의 갈등상황에 대한 개입방법의 활용도에 대해서는 3점대로 낮게 평가하고 있었다. 특히 관련 사안에 대한 고발이라는 전략활용의 수준은 2.74점으로 가장 낮았다.

<표 15> 권익옹호전략별 중요도 및 현수준평가

내 용	중요도		현수준평가	
	평균	표준편차	평균	표준편차
권익옹호 의식고취	4.35	0.617	3.19	0.814
권익옹호 정보제공	4.35	0.587	3.22	0.851
권익옹호 교육실시	4.33	0.622	3.14	0.909
권익옹호 훈련실시	4.22	0.645	2.92	0.883
권익옹호 상호 원조프로그램 실시	4.17	0.638	2.81	0.866
권익옹호 관련 상담	4.27	0.614	3.27	0.731
권익옹호 관련 중재	4.20	0.629	3.10	0.760
권익옹호 관련 방어	4.07	0.624	3.01	0.803
권익옹호 관련 고발	4.04	0.690	2.74	0.832

7) 권익옹호에 대한 자신감 및 업무 만족도

정신질환자의 권리를 보호하고 대변해 주는 일이 대한 조사 대상자의 자신감은 10점 만점에 평균 6.87이었으며, 현재 자신의 업무수행수준에 대한 만족도는 10점 만점에 평균 7.05로 조사대상자 대부분은 권익옹호에 자신감과 업무수행에 만족하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 업무수행수준에 대한 만족도에 비해 옹호에 대한 자신감은 상대적으로 낮았다.

<표 16> 정신질환자의 권익옹호 자신감 및 업무 만족도

구분	평균	표준편차
옹호 자신감	6.87	14.25
업무수행수준 만족도	7.05	1.476

다) 이용자-제공자 인식 차이분석

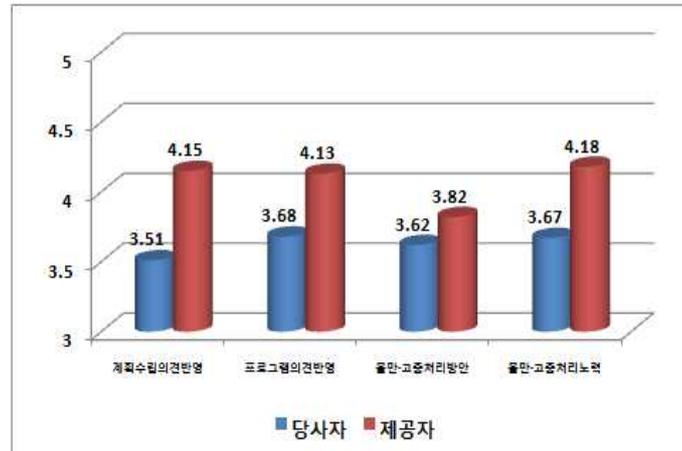
1) 서비스제공과정에 대한 인식차이

서비스 제공과정에서 당사자의 의견을 얼마나 반영하는지 등에 대한 총 6개 문항에 대한 두 집단 간의 차이를 검증한 결과, 각각의 문항에서 당사자와 제공자 두 집단 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 서비스를 제공하는 과정에서 당사자의 의견을 충분히 수용하고 불만이나 고충이 있을 경우 이를 해결하기 위한 노력을 한다는 것에 두 집단 모두 보통 이상으로 평가하였다. 그러나 전반적으로 제공자는 당사자에 비해 당사자 의견반영에 있어 더 긍정적으로 지각하고 있는 것으로 나타났으며, 이는 제공자와 당사자 간의 주관적 인식의 불일치를 반영하는 결과라고 볼 수 있다.

<표 17> 서비스제공과정에 대한 제공자와 이용자 간의 인식차이

문항	집단	N	평균	표준편차	t
치료 및 재활계획 수립 시 당사자 의견반영정도	당사자	1507	3.51	.951	-14.873**
	제공자	314	4.15	.622	
새 프로그램 계획 시 당사자 의견 반영정도	당사자	1507	3.68	.955	-9.700**
	제공자	314	4.13	.702	
서비스에 대한 불만 및 고충표현방법 마련정도	당사자	1507	3.62	.928	-3.888**
	제공자	314	3.82	.816	
서비스에 대한 불만 및 고충 해결하기 위한 노력정도	당사자	1507	3.67	.946	-12.014**
	제공자	314	4.18	.622	
서비스제공방식 및 내용개선 위한 의견표현정도	당사자	1507	3.35	1.018	-14.637**
	제공자	314	4.01	.649	
치료 및 재활계획 의견이 다를 시 개선노력정도	당사자	1507	3.41	1.000	-15.884**
	제공자	314	4.08	.590	

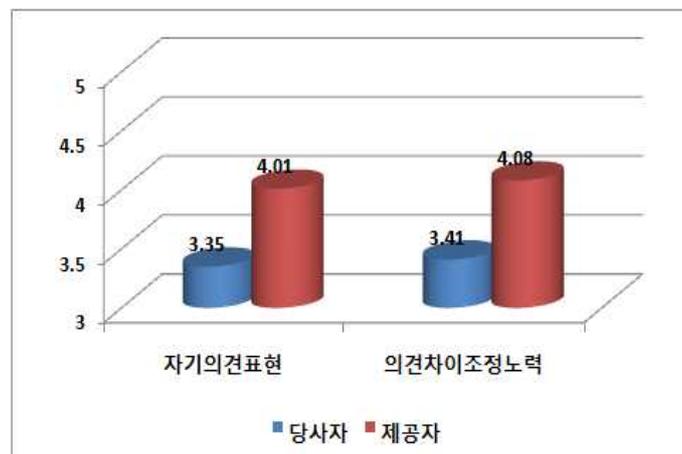
제공자와 당사자의 인식의 불일치가 가장 높은 항목은 치료계획 수립 시 이용자의 의견반영수준의 격차가 가장 큰 반면, 불만이나 고충처리방안이 마련되어있는지에 대한 인식의 불일치수준이 가장 낮았다.



[그림 15] 서비스에 대한 인식차이

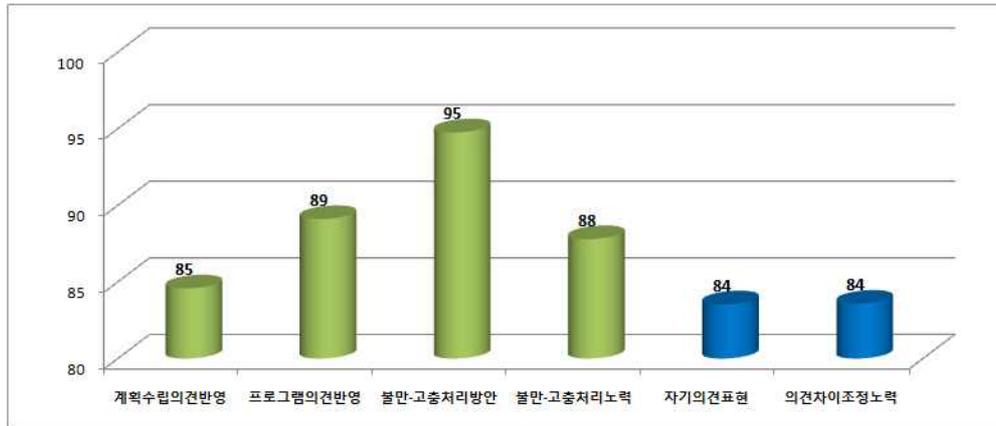
2) 치료적 자발성 및 욕구충족율

한편 이용자의 적극성수준에 대한 당사자와 제공자간의 인식의 불일치 수준이 높았으며, 특히 서비스개선을 위한 적극적 의견표현수준에 대해 당사자보다 제공자가 상대적으로 높게 인식하고 있었다.



[그림 16] 적극성에 대한 인식 차이

서비스에 대한 평가 및 서비스과정에서 이용자들의 적극성을 평가하는 항목을 중심으로 제공자와 이용자의 인식의 차이를 제공자의 인식을 중심으로 재구성하면 다음 <그림 17>과 같다. 즉, 전 영역에서 제공자의 인식수준보다 이용자의 인식수준이 낮았다. 그 비율을 서비스욕구 충족율로 해석해본다면 불만 및 고충처리방안마련수준은 95%수준으로 가장 서비스욕구 충족율이 높았으며, 서비스 계획 수립시 당사자 의견반영에 대한 욕구 충족율(85%)이 가장 낮은 것으로 나타났다. 한편 당사자들의 참여수준 등 적극성에 대한 평가의 격차가 좀 더 큰 것으로 나타나서 당사자의 목소리를 좀 더 낼 수 있도록 하는 당사자 참여 구조를 만들 필요가 있음을 알 수 있다.



[그림 17] 서비스요구 충족율 및 이용자의 적극성 수준평가의 격차

2. 초점집단 및 심층면접조사

가) 조사개요

본 연구는 아직은 태동기라 할 수 있는 자조모임이나 권익옹호사업에 대한 집중적 탐색을 통한 현장성의 반영, 기존사업을 통한 권익옹호의 현황조사 및 그 가능성을 탐색하는 것이다. 따라서 연구 결과의 적합성을 담보하기 위해 현장 실무자와 참여자는 연구대상이자 연구 참여자로서 연구수행체계의 중요한 한 부분을 차지한다. 이를 위해 서비스제공자와 이용자 모두의 경험을 심층적으로 탐색하고 관련한 의견을 집중적으로 논의할 수 있도록 개별심층면접과 포커스그룹 인터뷰 (focus group interview)를 병행하여 실시하였다.

포커스 그룹은 집중적인 토론을 촉진하고 주제를 깊이 있게 탐색하기 위하여, 관련 경험과 지식을 지닌 사람들로 소규모 집단을 구성하여 운영하는 일종의 질적 조사이다. 포커스 그룹인터뷰는 중요한 주제를 명확하게 하기 위해 자료원이 되는 내용 분석을 실시하고 의미를 밝혀내는 연구방법으로 일반적으로 서비스를 기획하거나 명확하게 하기 위한 목적으로 유용하게 활용된다(Sheator & Horejsi, 2005).

구체적인 진행과정은 권익옹호와 관련한 사업이 시행중이거나 조직의 주요운영방식으로 소비자 참여가 강조되는 클럽하우스모델을 채택하고 있는 서울시내의 2개 사회복지시설에서 출발하였다. 각각의 시설 실무자로부터 서비스이용자를 추천받아 인터뷰 대상으로 선정하였으며, 이 과정에 자발적으로 동의하는 참여자를 선정하여 심층면접조사를 실시하였다. 2차로 정신보건영역이 아닌 장애인복지영역에서 정책개발 및 장애인단체를 지원하는 조직의 중간관리자를 대상으로 하는 심층면접조사를 실시하였다. 이외에 정신보건센터 팀장들로 구성된 포커스집단을 1회 실시하였다. 전체 자료수집은 2010년 1월부터 2010년 10월 사이에 이루어졌으며, 각 참여자의 주요구성은 다음과 같다.

<표 18> 심층면접 및 FGI 참여자 현황

	구분	직책(직역)	성별(연령)
제공자	A 사회복지시설	시설장(정신보건사회복지사)	남(40대)
	B 사회복지시설	시설장(정신보건사회복지사)	남(40대)
	C 사회복지시설	실무자(정신보건사회복지사)	남(30대)
	A 사회복지시설	실무자(정신보건사회복지사)	남(40대)
	A 사회복지시설	실무자(정신보건사회복지사)	여(20대)
	가 정신보건센터	팀장(정신보건사회복지사)	여(30대)
	나 정신보건센터	팀장(정신보건사회복지사)	여(40대)
	다 정신보건센터	팀장(정신보건사회복지사)	여(30대)
	라 정신보건센터	팀장(정신보건간호사)	여(40대)
	마 정신보건센터	팀장(정신보건간호사)	여(40대)
	장애인**협회	중간관리자(사회복지사)	여(40대)
	장애인**단체	중간관리자(사회복지사)	여(40대)
이용자	B 사회복지시설	이용자	남(40대)
	B 사회복지시설	이용자	남(40대)
	C 사회복지시설	이용자	남(30대)

나) 분석결과

이상의 심층면접 및 포커스집단면접 결과를 분석한 결과, 권익옹호를 참여자들이 어떻게 인식하고 있는가? 즉, 권익옹호를 무엇이라고 생각하는지, 이러한 인식을 토대로 해서 현재의 각 기관별 혹은 서울시 전반의 권익옹호수준을 어떻게 인식, 평가하고 있는지를 분석하였다. 아울러 이러한 인식 및 권익옹호수준이나 현 상황에 미치는 영향요인을 어떻게 인식하고 있는지를 분석하였다. 마지막으로 현 상황을 개선하기 위한, 권익옹호수준을 향상하기 위한 전략적 아이디어 및 제언을 중심으로 내용분석을 실시하였으며 그 결과는 표 18, 19와 같다.

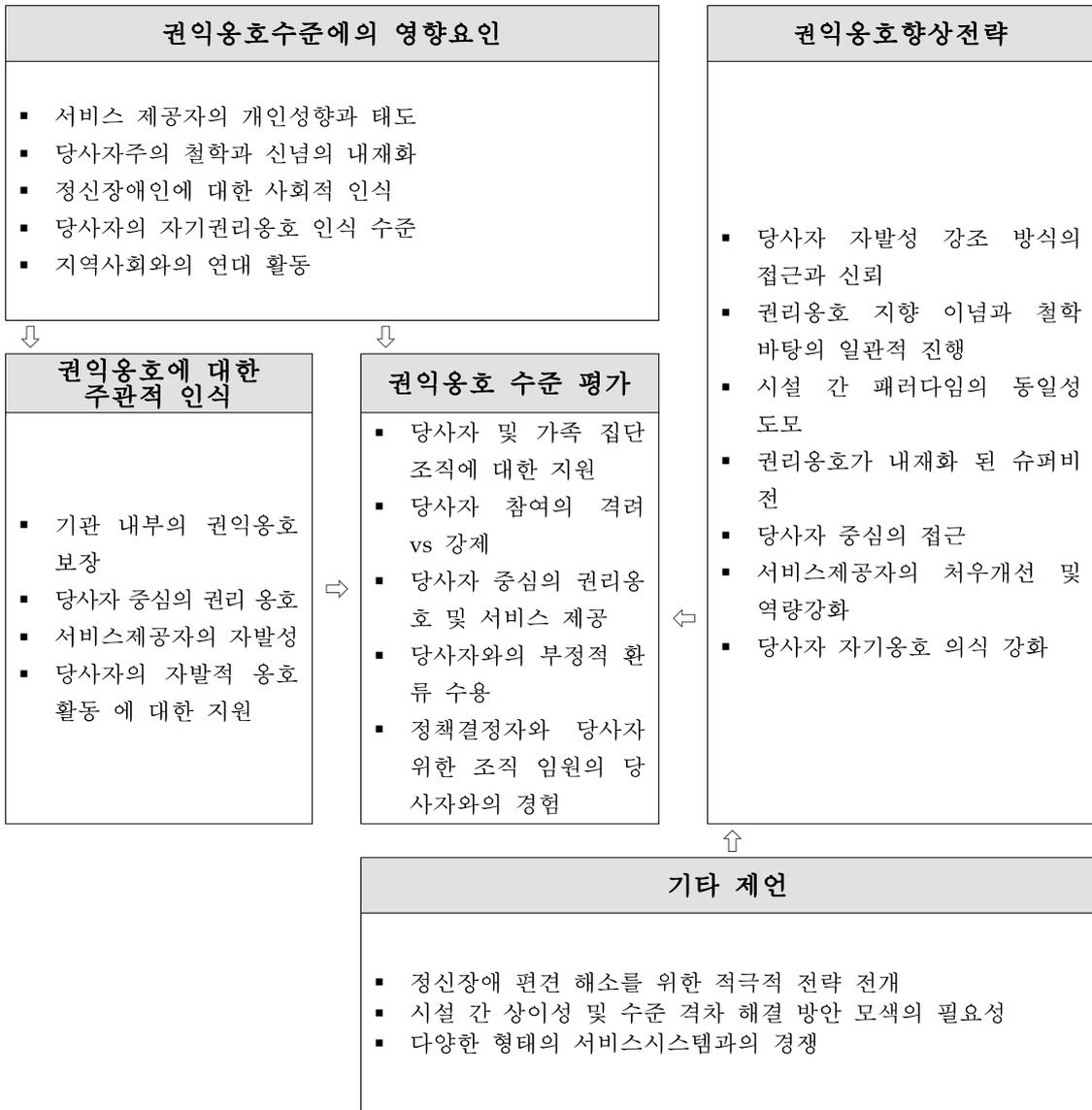
1) 서비스제공자

서비스이용자들은 권익옹호에 대해 사회적인 분위기나 인식뿐만이 아니라 서비스제공자들의 인식변화와 함께 기관내부에서부터 이러한 움직임이 일어나는 것이 필요하다고 인식하고 있었다. 이는 특히 다른 사업영역도 아닌 정신장애인의 권익을 옹호하는 실천과 관련한 영역이므로 일반적인 사업평가와 같은 체계로 운영되는 것에 대한 우려가 높았으며, 가치지향적 실천이 효율적 실천영역과의 충돌에 대한 염려어린 시각이 많았다. 따라서 권익옹호실천 방안으로서 자율성이나 자발성에 대한 강조가 많았으며, 그만큼 상대적으로 이를 구체적으로 추진하기 어려운 현실적 한계를 인식하고 있었다. 또한 현재의 권익옹호실천의 수준을 단순히 자조모임이나 관련 프로그램여부를 통해 평가하는 경향이 있었으며 절차나 가치지향으로서의 실천에 대해서는 미흡한 수준임을 토로하고 있었다. 따라서 현실적인 업무량이나 직원들의 처우, 지속적인 교육 등 인적역량강화를 위한 지원체계 등이 선결과제로 제시되었다.

한편 권익옹호실천의 수준차이는 기관 간 차이가 컸으며, 정신보건센터와 사회복지시설 등 획일적으로 구분하기 어려운, 기관의 문화나 분위기, 조직운영의 핵심인력의 가치관이나 경험적 배경

등에 의해 많은 영향을 받고 있는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 권익옹호실천의 필요성에 대한 공감의 수준은 높았으며, 이의 실천의지 또한 높은 것으로 분석되었다. 특히 기관 간 편차가 큰 부분에 대해서는 실제 서비스수행과정이나 협력에도 많은 영향을 미치고 있어서 지역사회정신보건사업으로서의 통합성을 저해하는 중요한 요인으로 인식하고 있었다. 이는 결과적으로 권익옹호실천은 관점이나 가치지향이 아닌 서비스의 효과성이나 효과성을 담보하는 중요한 전략임을 시사한다.

<표 19> 서비스제공자의 권익옹호관련 인식



이상의 분석영역별로 세부내용을 제시한 표는 다음과 같다.

<표 20> 서비스제공자 권익옹호관련인식의 주제별 세부내용

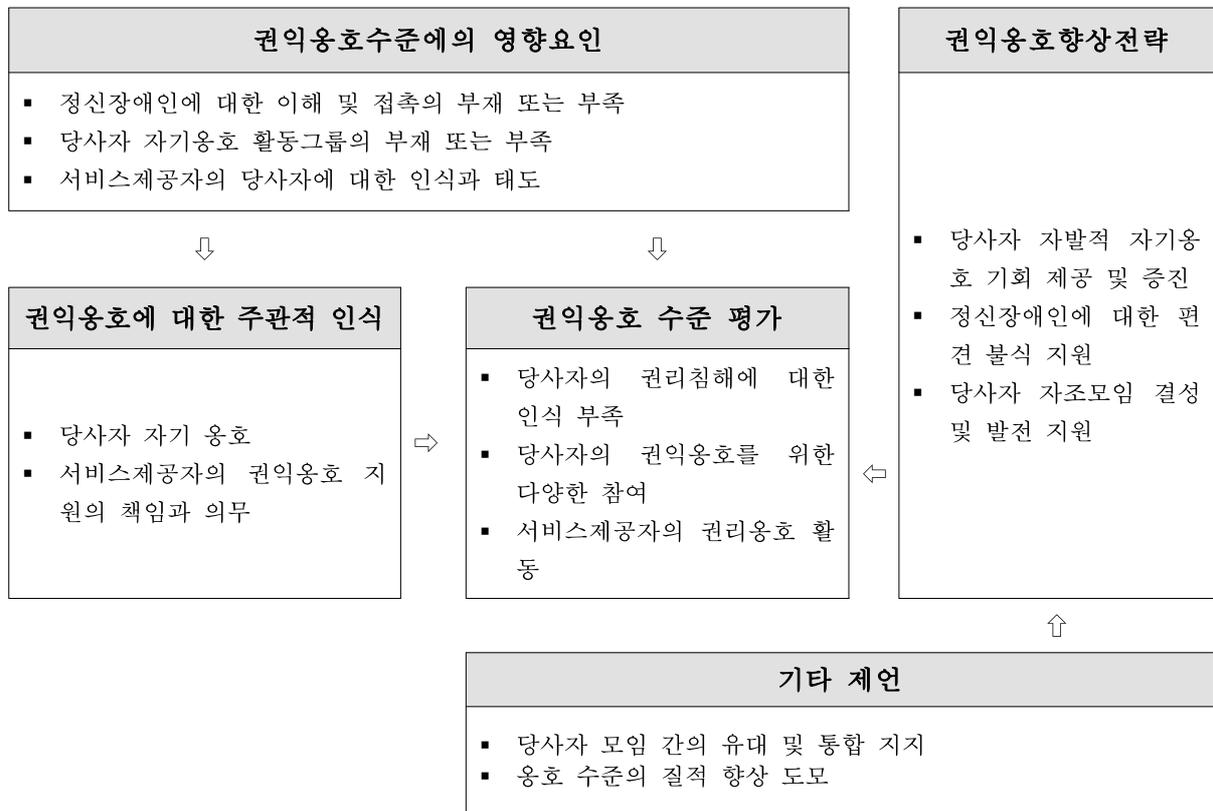
분석 영역	주 제	내 용
권익 옹호에 대한 주관적 인식	기관 내부의 권익옹호 보장	<ul style="list-style-type: none"> 기관내부에서의 권익옹호 보장 일반적인 치료나 프로그램과 다른 전달방식의 접근 회원 욕구에 대한 민감성, 욕구 탐색 및 반영을 위한 상시 구조, 지속적 환류 과정 구축
	당사자 중심의 권리 옹호	<ul style="list-style-type: none"> 당사자 인식 배제한 서비스제공자의 일방적 접근에 대한 우려 당사자의 기능과 사고 수준에 따라 자율성 제한 당사자 스스로 권리 주장 및 옹호
	서비스제공자의 자발성	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 자발성에 기초
	당사자의 자발적 옹호 활동에 대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> 당사자가 주요 의사결정의 주체 당사자 운동 지원
권익옹호 수준 평가	당사자 및 가족 집단 조직에 대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> 당사자 및 가족 협회나 조직 지원 권익옹호 관련 매뉴얼화 및 프로그램 진행 당사자 및 조직의 대표의 정치적 참여 구조화 당사자주의에 대한 전문가 집단의 공론화 부재 당사자와 서비스제공자가 합의한 서비스 계획 기관의 정책 결정에 당사자 의견 수렴 당사자를 위한 세미나에 당사자 참가 및 참여 연구마다 당사자 참여 간담회 포함 당사자의 서비스 거부 운동 장애인 등록제도의 공정성 확보
	당사자 참여의 격려 vs 강제	<ul style="list-style-type: none"> 평가지표에 의한 당사자 참여의 강제성 당사자의 기능, 인식 수준에 따른 자기결정권의 제한 의료모델에 의한 당사자 주장 미약
	당사자 중심의 권리옹호 및 서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> 제공자 중심적 시각 평가지표 단순이행의 진정성 부족 서비스제공자의 이익에 우선한 이용자의 권익 침해 타 장애영역에 비해 후진적인 정신장애인 권익옹호 시스템 정신장애인의 장애인복지 정책에서의 누락 당사자를 위한 지역사회 체계 오픈 당사자를 동원한 예산 확보 주장 서비스제공자와 당사자가 함께 교육 받음 당사자와 항상 옆에서 대화할 수 있는 물리적 구조 확보
	당사자와의 부정적 환류 수용	<ul style="list-style-type: none"> 당사자가 전문가에 대한 부정적 평가를 수용할 수 있는 회의 분위기 조성
	정책결정자와 당사자 위한 조직 임원의 당사자와의 경험	<ul style="list-style-type: none"> 정책결정자나 당사자들을 위한 조직의 임원의 당사자와의 직접 경험을 통한 정책입안, 조직 운영 및 사업지원
권익옹호수준에의 영향요인	서비스 제공자의 개인성향과 태도	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 당사자에 대한 신뢰와 동반자 의식 프로그램 중심의 평가지표의 부담감
	당사자주의 철학과 신념의 내재화	<ul style="list-style-type: none"> 당사자가 목소리를 낼 수 있는 지지 환경 당사자주의 기반 옹호 민감성 부재에 의한 당사자 욕구 통제 기관별 당사자의 자율성 제한의 정도 차이 당사자에 대한 철학과 가치관에 대한 교육 부재 당사자 욕구 조사 부재에 의한 사회복지서비스 시스템 마련 치료 중심의 의료모델과 치료자의 권위적 태도
	정신장애인에 대한 사회적 인식	<ul style="list-style-type: none"> 장애인과 정신장애인의 정부 소관 부처 및 담당과 소속의 상이 정신장애인에 대한 사회적 인식의 한계 당사자의 권리옹호에 대한 의미 및 차별에 대한 인식 부족
	당사자의 자기권리옹호 인식 수준	<ul style="list-style-type: none"> 권리보장의 사회적·전문가의 책임으로 당사자 책임의식 감소

분석 영역	주 제	내 용
권익옹호향상전략	지역사회와의 연대 활동	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회의 연대활동
	당사자 자발성 강조 방식의 접근과 신뢰	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 욕구, 의사소통 상설구조의 활용, 피드백 가능한 시스템 권익옹호 지향 이념과 철학의 토대로 일관성 있는 진행 모두의 동의를 기반으로 한 권익옹호의 프레임, 평가지표, 프로토콜 등의 개발 당사자 자발성 강조 방식의 접근과 신뢰 당사자의 시설 불시 방문평가 조사위원회 구성 및 활동
	권리옹호 지향 이념과 철학 바탕의 일관적 진행	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 인성 당사자 권리 고지 의무 시행 관련 법의 개정 만족도조사 결과 분석에 의한 실제적 개선 권익옹호 모니터링 지표와 실천의 통합 반성적 성찰과 증거 기반의 실천을 위한 피드백 구조 마련과 제도적 뒷받침 Social Action의 사회복지사 필수이수 교과목화 당사자의 재할, 사회복지서비스에 대한 의지 증진 현장과 학계의 공동책임에 의한 연구 사업 진행 학계와의 공조 통해 권익옹호의 철학과 변화의 에너지 지역사회운동 전개 사회복지사협회, 공동모금회, 복지관 협동의 장애인 이해 프로그램 개발 및 시행 국회의원 비례대표에 사회복지사 1순위 등록
	시설 간 패러다임의 동일성 도모	<ul style="list-style-type: none"> 시설 간 패러다임의 동일성 도모 기관들의 성장 도모 지원시스템의 사업화 및 평가 만족 수준의 옹호 행위 위한 기관의 역량 점검 및 확인
	권리옹호가 내재화 된 슈퍼비전	<ul style="list-style-type: none"> 관점이 내재화될 수 있는 슈퍼비전
	당사자 중심의 접근	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 통합에 필요한 지원체계 확보 기관의 만족도 평가 요소에 장기적인 생활 설계 영역 포함 당사자의 상태에 따른 세분화된 접근 현장의 연구 능력 강화 당사자 눈높이에 맞춰 파트너십 형성 인권함 통해 제보된 내용의 기관 정책결정 반영 여부 평가
	서비스제공자의 처우개선 및 역량강화	<ul style="list-style-type: none"> 권리옹호 방식 접근에 대한 직원의 만족도 증진 서비스종사자의 임금 적정화와 안정화-처우개선
	당사자 자기옹호 의식 강화	<ul style="list-style-type: none"> 법적 옹호 지원을 위한 시스템 마련 정치적 파워빌딩 구축 서비스제공자의 당사자들 단체 모임이나 행사 참여 전문가와 파트너십 형성에 의한 정신장애인들의 아이엘 센터 지역 비례대표에 정신장애인의 후보 등록 정신장애인의 소관부처의 담당과를 장애인 담당과로 이전
기타 제언	정신장애 편견 해소를 위한 적극적 전략 전개	<ul style="list-style-type: none"> 초·중·고 교과목에 정신장애에 대한 편견 해소 내용 삽입 주변 서비스 시스템의 변화로 서비스제공자의 역할 및 부담 경감 당사자의 선택권과 행정처리 규정 상충에 따른 갈등 일상적, 일반화되어지는 삶의 환경 요소 제공
	시설 간 상이성 및 수준 격차 해결 방안 모색의 필요성	<ul style="list-style-type: none"> 각 시설의 자기중심적, 주관적 인식의 문제 평가 지표의 개발로 인한 서비스 질이나 내용의 하향표준화 문제 접근방법의 상이성에 의한 서비스의 다양성 확보 권익옹호 유인물 접촉에 의한 반성과 프로그램의 필요성 인식
	다양한 형태의 서비스시스템과의 경쟁	<ul style="list-style-type: none"> 다국적 기업의 활동과 바우처시스템과의 경쟁

2) 서비스이용자

서비스이용자들이 인식하는 권익옹호실천이라는 것은 욕구에 기반한 서비스, 서비스제공자의 태도, 자조모임(의 존재여부나 서비스제공기관이 이러한 조직에 대한 지원여부)과 같은 현상적 조직의 실재여부 등을 통하여 평가되고 있었다. 또한 현재 권익옹호실천이 강조되고 있는 서비스 환경에 대해서도 정신장애인 당사자나 당사자조직의 내부적인 필요나 추동에 의한 것이 아닌 상황이 갖는 한계에 대한 인식을 가지고 있었다. 따라서 권익옹호실천이 당사자운동으로 거듭나지 못하고 제공자들의 미션에 대한 '들러리'가 되는 것에 대한 경계를 하고 있었다. 아울러 '들러리'로서의 부정적인 경험은 대개의 경우 서비스제공자들과의 관계성에 의해 드러나고 있었다. 또한 현재 권익옹호실천과 관련한 사회적 분위기에 따라 당사자조직이 이분오열되는 것에 대한 안타까움이 있었으며, 충분히 성숙되지 못한 분위기에서 당사자조직들의 탄생은 오히려 당사자의 연대를 방해하고 있는 것으로 인식하고 있었다. 이러한 인식은 권익옹호실천의 방향에 많은 시사점을 준다. 즉, 제공자중심의 실천에 대한 대안으로 권익옹호실천을 강조하면서도 결과적으로 제공자중심의 실천으로 수렴될 가능성에 대한 분명한 경계심이 필요함을 의미한다.

<표 21> 서비스이용자의 권익옹호관련 인식



이상의 분석영역별로 세부내용을 제시한 표는 다음과 같다.

<표 22> 서비스이용자의 권익옹호관련 주제별 세부내용

분석영역	주제	내용
권익옹호에 대한 주관적 인식	당사자 자기 옹호	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 자기 옹호 지지 당사자가 주체 일반인과 미구별
	서비스제공자의 권익옹호 지원의 책임과 의무	<ul style="list-style-type: none"> 당사자가 하기 어려운 일에 대한 기회제공 지역사회에서의 독립적 삶 영위지지 서비스제공자의 의무와 책임 완수 서비스의 충분성 개별화된 관심 실용적, 욕구 부합 프로그램 서비스 및 시설 이용의 제한성 파괴 당사자 수준별 프로그램 운영
권익 옹호 수준 평가	당사자의 권리침해에 대한 인식 부족	<ul style="list-style-type: none"> 고용시장에서의 당사자에 대한 제한적 인식 서비스제공자 중심 서비스제공의 권리 침해 불인식 서비스제공의 불충분성
	당사자의 권익옹호를 위한 다양한 참여	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 기본적인 권익옹호 실천 직원 선발 시 당사자의 참여 장기입원이 유지되는 반인권적 현실 당사자의 프로그램 직접 운영 및 진행
	서비스제공자의 권리옹호 활동	<ul style="list-style-type: none"> 상담이나 프로그램 활동 기록에 대한 당사자와의 공유 당사자 모임 결성 지원
권익 옹호 수준에의 영향 요인	정신장애인에 대한 이해 및 접촉의 부재 또는 부족	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인과 더불어 사는 삶에 대한 교육 부재 지역사회의 권익옹호 걸림돌과 장벽 해결 경험의 부재 사회의 편견
	당사자 자기옹호 활동그룹의 부재 또는 부족	<ul style="list-style-type: none"> 일반취업 가능 당사자의 옹호 운동 불참 또는 무관심 당사자의 자기옹호 노력 방해 요인의 작용 커밍아웃에 대한 용기 당사자의 기본적인 마인드 권익옹호 실천을 위한 당사자의 기본적인 의식주 해결이 우선
	서비스제공자의 당사자에 대한 인식과 태도	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 당사자 존중의 인격과 행동 사례관리자의 빈번한 변경
권익 옹호 향상 전략	당사자 자발적 자기옹호 기회 제공 및 증진	<ul style="list-style-type: none"> 당사자 의견 개진 기회 제공 수요를 충족할 만큼의 프로그램 및 이용시설의 공급 당사자들의 자조모임 결성 및 활동 당사자주의가 내재화된 실천 당사자 만족도 반영 프로그램 개발
	정신장애인에 대한 편견 불식 지원	<ul style="list-style-type: none"> 서비스제공자의 정신장애인에 대한 믿음의 사회적 분위기 마련
	당사자 자조모임 결성 및 발전 지원	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 모델링이 가능한 당사자의 발굴과 교류 기회 제공 기관을 이용하는 당사자들의 노동 조합 구성 연륜이 있는 당사자에 대한 이사제도 당사자의 정책 입안 및 복지 실현 직책 수행
기타 제언	당사자 모임 간의 유대 및 통합 지지	<ul style="list-style-type: none"> 당사자 모임 간의 유대감 부재 당사자들 간의 경험과 옹호방식의 차이 인정
	옹호 수준의 질적 향상 도모	<ul style="list-style-type: none"> 당사자와의 상담 횟수 증가 서비스제공자나 기관의 옹호 수준과 기관에 대한 당사자의 우정과 신뢰의 정적 관계

IV. 정신장애인 권익옹호모니터링 지표개발

본 연구는 선행연구를 통해 기존의 정신보건 및 장애인관련 권익옹호관련 지표의 검토, 정신장애인 및 서비스제공자들을 통한 권익옹호의 실태 및 개선방안에 대한 심층면접조사결과를 토대로 정신장애인권익옹호모니터링 지표를 개발하였다.

권익옹호에 대한 합의된 개념이나 분명한 정책방향이 마련되어 있지 않고 본 지표개발을 통해 이러한 과정이 동시적으로 이루어져야하는 연구의 한계에도 불구하고 본 지표개발은 다음과 같은 의미를 가진다.

정신장애인의 권익옹호 및 이를 정책적으로 모니터링을 한다는 것은 정신장애인의 인권을 보장하고 사회통합에 필수적인 과정이라는 것이다. 따라서 정신장애인의 권익을 옹호하고 개선하는 데 있어서 서울시의 정책방향 및 구체적인 개선방안을 모색할 수 있게 한다는 것이다. 이러한 의미를 좀 더 살리고 지표에 대한 활용도를 높이기 위해 지표개발의 방향 및 지표의 틀을 다음과 같이 구성하고자 하였다.

1. 지표개발의 기본 방향

정신장애인 권익옹호모니터링 지표는 일반적인 사회지표의 기능과 마찬가지로 정신장애인 보건복지의 정책적 기능, 정신장애인과 관련한 사회변화 측정 기능, 정신장애인에 대한 사회적 보고 기능이 모두 포함된 형태를 지향하고 있다. 따라서 정신장애인권익옹호 모니터링 지표는 현재 우리나라 정신장애인이 처해있는 상태를 측정하고 정책의 우선순위를 결정하며, 아울러 정책의 효과성을 측정하기 위한 목적을 가지고 있다. 즉 정신장애인권익옹호 모니터링지표도 한국의 사회지표와 마찬가지로 장애인이 처해 있는 상황을 총체적이고도 집약적으로 나타내어 현재 우리나라 정신장애인의 권익옹호의 수준을 파악 가능케 하는 기능을 할 수 있어야 할 것이다.

본 연구에서도 이러한 조건을 충족할 수 있는 지표군의 선정에 초점을 두었다. 정신장애인 권익옹호모니터링지표는 정신장애인의 권익이 어떻게 보장받고 옹호되고 있는지 그 수준의 변화를 정확히 반영할 수 있어야 한다. 또한 권익옹호모니터링지표개발 및 적용을 통해 우리나라 정신장애인의 권익옹호 수준이 어느 정도이며, 정신장애인의 삶의 질 향상 및 권리가 보장되기 위해 필요한 정신보건정책의 방향성을 제시 할 수 있어야한다. 무엇보다도 사후적 결과평가의 성격이 아닌 권익옹호실천을 위한 구체적인 기준으로서의 성격 및 과정평가로서의 기능에 초점을 두고 지표 및 지표에 설명, 평가요소 및 자료원에 대한 구체적인 기술을 포함하고자 하였다.

정신장애인 권익옹호수준을 모니터링하기 위한 지표역시 광의의 범주로는 사회지표(social indicators)이다. 일반적으로 사회지표가 사회정책적 기능(social policy rationale), 사회변동적 기능(social change rationale), 사회보고적 기능(social reporting rationale)을 수행한다고 볼 때, 정신장애인 권익옹호 모니터링지표 역시 사회적 목표를 달성하기 위한 정책적 기능, 사회변동을 측정하는 사회변동적

6) 이러한 기능이 이루어지지 위해서 지표는 다음의 기본 조건을 충족시킬 수 있어야 한다. 먼저, 지표가 측정하고자하는 요소들의 실재를 잘 표현할 수 있는 타당성을 가져야하며, 지표가 측정하고자하는 요소들의 실재를 잘 표현하고 있음을 증명할 수 있는 객관적 증거를 갖추어야한다. 또한 지표와 관련한 현상의 변화를 즉각적으로 반영할 수 있는 민감성이 있어야 하며, 지표가 집단간 비교, 시계열적 비교, 국제적 비교 등이 가능한 비교성이 있어야 한다. 그리고 지표의 정확성과 함께 특성별로 집단의 특성 및 차이가 드러나야 하는 분해성(disaggregation)이 있어야한다(서문희, 2003).

기능, 사회문제와 생활상태를 예측하는 사회보고적 기능을 모두 가지고 있다고 볼 수 있다.

그러나 권익옹호 모니터링의 지표의 개념에서 보다 강조되어야 할 것은 앞서 언급된 사회지표의 성격 중에서 사회보고적 기능이라 할 수 있다. 이는 정신장애인에 대한 권익옹호수준을 파악함과 동시에 궁극적으로 권익옹호수준을 개선하고자하는 의지와 목표가 분명하기 때문이다. 이러한 측면에서 정신장애인 권익옹호모니터링지표는 다음과 같은 기능을 가져야 할 것이다.

첫째, 정신장애인의 권익옹호의 수준을 측정 및 평가가 가능해야 한다. 둘째, 정신장애인의 권익옹호수준을 개선하는데 기여할 수 있어야 한다. 즉, 정신장애인의 권익옹호수준만 측정하고 있는 개선하기 위한 구체적인 노력에 기여하지 못하는 지표는 모니터링지표로서의 의미가 반감되기 때문이다.

둘째, 권익옹호에 대한 선행연구나 본 연구에서 이루어진 조사결과들의 함의를 통해 볼 때 옹호의 기본원칙에 입각한 모니터링 지표가 되어야 한다는 것이다. 옹호의 기본원칙은 옹호라는 실천 전략의 유용성이나 효과성을 보장할 수 있으며, 옹호실천의 주요 목적을 지향하는 기능을 수행하기 때문에 이러한 원칙이 반영된 지표선정에 초점을 두고자 한다. WHO(2007; 2003)에서 제시하고 있는 옹호의 기본원칙들은 다음과 같이 요약될 수 있으며 이러한 원칙에 입각하여 지표를 선정하고자 하였다.

<표 23> 권익옹호원칙(UN)

권익옹호의 원칙

- 서비스제공자(시설이나 기관)로부터의 독립(국가인권위원회, 지자체 등 독립된 공공기구 또는 공적권한을 위임받은 전문 민간단체에 의한 옹호)
- 무료서비스제공(국가와 지자체가 전액예산지원)
- 서비스제공기관은 권익옹호제도를 인지하고 환자 및 거주인에게 입원·입소시 공지하고, 서면으로 이의제기 절차를 알려줄 의무, 신고를 방해할 경우 처벌규정 등을 통해 실제 작동할 수 있는 있는 제도 마련
- 권리구제신청이 없을 경우라도 권리침해 징후가 있을 경우 직권에 의한 조사가 가능해야 하며 이 경우 시설에서 협조해야함 피해자를 피해상황 또는 가해자와 분리하고, 보복 등의 2차 피해를 당하지 않도록 신속한 보호조치
- 법에 의한 조사권을 가지고 있어야함
- 시설에서의 인권침해 피해자의 특성에 대한 전문적 이해를 갖춘 인력 필요
- 정신장애인 당사자의 참여가 보장되어야하며 의사가 존중되어야하며, 충분한 정보가 제공되어야함
- 권익옹호기관이 가해자를 상대로 직접 소송을 제기할 수 있어야함

2. 지표의 구성 틀 개발

정신장애인 권익옹호모니터링지표의 틀은 정신장애인 인권보호를 위한 권리기준을 중심영역으로 하며, 각각의 영역별 세부지표 및 각 지표별로 권익옹호가 이루어지고 있는 지를 확인할 수 있는 구체적인 자료원의 제시, 지표가 갖는 성격을 논리모델에 기초하여 투입요소, 활동 및 산출요소, 결과요소로 구분하여 제시하고자 한다.

아울러 정책모니터링 지표에서 중요한 시간프레임으로서의 모니터링 주기를 지표별로 제시하고

자 한다. 마지막으로 집행의 단위, 즉 주요수행주체를 서울시, 자치구, 서비스기관으로 구분하여 제시하고자 한다. 특히 권익옹호의 기본 정신을 살리는데 가장 중요한 당사자의 참여를 강조하고 자기옹호를 지지하기 위해 이용자를 수행주체로 구분하여 제시하고자 한다. 이를 제시하기 위한 지표의 구성틀은 아래의 표와 같다.

그럼에도 불구하고 이러한 다차원적인 모니터링 지표의 속성상 그 구체성을 담보하기 위해서는 수행주체별로 단계적 개발 및 적용이 필요하다. 본 연구도 일차적으로 다양한 수행주체 중에서 서비스제공기관의 권익옹호모니터링지표에 초점을 두고 제시하고자한다.

<표 24> 정신장애인 권익옹호 모니터링지표 구성 틀

영역	지표	지표설명	자료원	평가요소	모니터링 주기	주요수행주체			
						서울시	자치구	서비스수행기관*	이용자

* 본연구의 초점영역임

세부적으로 본 연구에서는 권익옹호실천을 위하여 모니터링을 위한 지표의 주요영역으로 당사자 권익보호영역, 당사자역량강화영역, 기관책무성제고영역으로 구분하여 제시하고자 한다. 각 영역을 통합하여 총 10개의 지표영역으로 구분하여 제시하였으며, 그 세부내용은 아래의 표와 같다.

<표 25> 권익옹호 모니터링 지표영역

영역	지표영역
당사자권익보호	1. 의사를 존중하는 실천
	2. 참여에 기반한 실천
	3. 사생활을 보장하는 실천
	4. 재산권을 보장하는 실천
	5. 소통을 보장하는 실천
당사자역량강화	6. 평생학습을 보장하는 실천
	7. 사회참여를 보장하는 실천
	8. 독립적 활동을 보장하는 실천
	9. 자기옹호를 보장하는 실천
기관책무성제고	10. 인적역량을 강화하는 실천

3. 지표의 활용방법

개발된 지표는 주요수행주체를 포괄하고 있지만 투입의 수준 등을 고려할 때 단계적 적용이 필요하다. 따라서 본 지표는 일차적으로 서비스기관을 중심으로 적용하고자 하며, 인권보장이나 장애인 차별금지법 등에서 단계적 적용범위가 적용되는 것을 중심으로 점차적 확대방향으로 나아가

야 할 것이다. 그러나 지표적용 대상범위가 이와 같이 광범위할 경우 과연 권익옹호와 관련한 모니터링이 실질적으로 가능할 것인가가 주요한 장애물로 작용할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 지표의 적용대상범위를 순차적으로 확산해가는 방식을 채택하고자 한다. 이를 지표적용의 로드맵의 형태로 제시함으로써 단계적 확산전략을 개발하여 적용함으로써 실현가능성을 높이고자 한다. 특히 이를 민간영역에까지 적용하는 경우 서울시정신보건사업중장기 계획과 연동하여 서비스제공 조직에 대한 평가 및 지원방향과의 연계성 속에서 적용된다면 그 실현가능성을 더욱 높일 수 있게 될 것이다.

그럼에도 불구하고 민간영역에 권익옹호모니터링지표를 적용하여 필요한 자료를 생성하고 자료 제출에 대한 협조를 얻기 위해서는 평가적 성격보다는 컴플라이언스의 성격에 초점을 두고 적용할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 즉 모니터링의 환류방법을 외부적인 확인점검보다는 자체모니터링 결과보고서에 초점을 두고 이를 연1회 공청회 등을 통해 공유, 확산하는 방식 등을 도입할 수 있다. 그럼에도 불구하고 외부모니터링을 포기할 수는 없는 바, 서울시에 대한 종합적인 외부모니터링을 위해서는 장애인영역 및 비영리 민간단체 등이 포함된 정신장애인 권익옹호모니터링위원회(가칭) 등을 활용하여 외부모니터링이 이루어질 수 있도록 한다.

외부모니터링은 연도별 권익옹호관련 정책과제 및 개선사항을 마련한다는 측면에서 민간영역에 대한 것보다는 서울시의 정책목표로서의 점검 및 평가적 성격을 가지므로 현재의 정신보건계획에 대한 중기평가주기인 5년 단위로 이루어지는 것이 바람직 할 것으로 보인다. 이러한 내용이 포함된 구체적인 모니터링체계 구축을 위한 로드맵은 표와 같다. 5년간의 로드맵에 대해서는 연차별 주요과업, 각 과업별 적용주체 및 적용방법, 지표생성 및 모니터링, 관련한 사업을 추진하는데 필요한 제도적 보완작업으로 나누어 제시하면 다음과 같다.

<표 26> 서울시 권익옹호모니터링 추진체계 구축 로드맵

연차	단계	주요과업	모니터링 적용방법 및 내용			지표	제도적 보완
			제공기관	서울시	외부		
2010		- 1차모니터링중기계획수립 - 서비스제공기관용 모니터링 지표개발					
2011	시범사업 단계	- 모니터링추진체계구축 - 시범사업 세부 계획 확정 - 서비스제공기관용 모니터링지표 교육 - 서비스제공기관용 모니터링지표 시범적용	- 모니터링지표에 의한 사업방향 및 내용조정 - 자체모니터링 실시	- 서울시정신보건사업지원단 내 권익옹호 모니터링위원회/TFT 구성		- 주요지표에 대한 기초선 측정	
2012		- 전체 모니터링지표 확정 및 적용 - 모니터링결과 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기관 모니터링 결과발표회주최	- 1차서울시정신장애인권익옹호위원회(가칭)구성	- 연단위모니터링 지표에 대한 자료생성 및 분석	
2013	1차 모니터링사업 수행단계	- 모니터링지표적용 - 모니터링 지표 및 적용상 개선방안 도출 - 모니터링결과 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기관 모니터링 결과발표회주최		- 연단위모니터링 지표에 대한 자료생성 및 분석	
2014		- 모니터링지표적용 - 모니터링지표 및 적용상 개선방안 도출 - 모니터링결과 환류 - 1차외부모니터링실시 - 1차중기모니터링결과분석	- 자체모니터링 실시	- 서울시모니터링결과발표회 실시	- 외부모니터링 실시 및 분석	- 연단위모니터링 지표에 대한 자료생성 및 분석 - 5개년단위모니터링지표에 대한 자료생성	모니터링환류에 필요한 제도마련 및 개선
2015	2차 모니터링사업 수행단계	- 2차중기모니터링계획수립 - 2차모니터링추진체계구축	- 자체모니터링 실시	- 2차모니터링 계획발표	- 2차 서울시정신장애인권익옹호위원회(가칭) 구성	- 연단위모니터링 지표에 대한 자료생성 및 분석 - 5개년단위모니터링	모니터링환류에 필요한 제도마련 및 개선

연차	단계	주요과업	모니터링 적용방법 및 내용			지표	제도적 보완
			제공기관	서울시	외부		
2016	계	- 모니터링지표적용 - 모니터링 지표 및 적용상 개 선방안 도출 - 모니터링결과의 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기 관 모니터 링 결과발표회주 최		링지표에 대한 자 료분석	
		- 모니터링지표적용 - 모니터링 지표 및 적용상 개 선방안 도출 - 모니터링결과의 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기 관 모니터 링 결과발표회주 최		- 연단위모니터링 지표에 대한 자 료생성 및 분석	
		- 모니터링지표적용 - 모니터링 지표 및 적용상 개 선방안 도출 - 모니터링결과의 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기 관 모니터 링 결과발표회주 최		- 연단위모니터링 지표에 대한 자 료생성 및 분석	
		- 모니터링지표적용 - 모니터링 지표 및 적용상 개 선방안 도출 - 모니터링결과의 환류	- 자체모니터링 실시	- 서비스제공기 관 모니터 링 결과발표회주 최		- 연단위모니터링 지표에 대한 자 료생성 및 분석	
2029		- 2차외부모니터링실시 - 2차중기모니터링결과분석	- 자체모니터링 실시	- 서울시모니터 링결과발표회 실시	- 외부모니터링 실시 및 분석	- 연단위모니터링 지표에 대한 자 료생성 및 분석 - 5개년단위모니 터링지표에 대 한 자료생성	모니터링환류에 필 요한 제도마련 및 개선

4. 지표의 내용

정신장애인 권익옹호 및 이를 모니터링하기 위해 1차 개발된 서비스제공기관을 위한 지표의 내용은 다음과 같다.

<표 27> 정신장애인 권익옹호 모니터링지표(서비스제공기관용)

영역	지표영역	세부내용
당사자* 권익보호	11. 의사를 존중 한 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 당사자의 동의 없이 시설 운영과 관련된 일상적 가사노동(청소, 빨래, 식사준비 및 처리)에 강제 동원되지 않습니까? ▪ 당사자의 동의 없이 시설 운영과 관련된 일상적인 시설물 관리에 강제 동원되지 않습니까? ▪ 당사자의 동의 없이 다른 거주인의 신변관리나 활동보조에 강제 동원되지 않습니까? ▪ 근로활동에 참여하는 경우, 시설장과 종사자는 당사자 당사자의 선택과 의견을 충분히 반영하고 있습니까? ▪ 근로활동에 참여하는 경우, 당사자는 정당한 임금과 휴식 등 근로기준법에 준하는 노동환경을 제공받고 있습니까? ▪ 시설장과 종사자는 당사자 당사자의 의사에 반하는, 종교행사와 같은 각종 행사에 참여를 강요하지 않습니까? ▪ 후원을 목적으로 한 사진 촬영, 각종 행사 등에 당사자의 동의 없이 강제로 동원되지 않습니까? ▪ 권익옹호를 위한 매뉴얼이 있으며, 종사자는 이를 준수· 실천하고 있습니까?
	12. 참여에 기반 한 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 법인 정관 또는 조직 운영규정에 당사자 참여를 위한 구체적인 내용을 명시하고 있습니까? ▪ 당사자의 자기결정권 보장을 위해 조직 내부규정에 당사자 참여에 대한 별도의 규정이나 지침을 마련하고 있습니까? ▪ 기관 조직도에 당사자 참여에 대한 조직을 명시하고 있습니까? ▪ 서비스 이용 등에 관한 조직의 제반규정이 당사자에게 공개되어 열람할 수 있도록 하고 있습니까? ▪ 사업계획 수립 및 평가 과정에 당사자가 참여하고 의견을 반영할 수 있도록 하고 있습니까? ▪ 사업예산과 결산내용을 당사자에게 설명하고 의견을 반영하고 있습니까?

영역	지표영역	세부내용
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 서비스 제공과정(사정, 개별화 계획 평가, 사례회의, 종결 및 사후지도 등)에 당사자가 참여하고 있습니까? ▪ 조사연구 과정에 당사자가 참여하고 있습니까? ▪ 당사자가 불리한 처우를 받았을 때 권리를 구제받을 수 있는 절차를 마련하고 있습니까? ▪ 당사자 제안제도 창구가 있으며, 정기적으로 점검하고 있습니까? ▪ 당사자를 위한 인권, 권익옹호, 참여에 관한 교육을 주기적으로 실시하고 있습니까? ▪ 관련용어는 당사자가 쉽게 이해할 수 있도록 편집하여 제공하고 있습니까? ▪ 당사자의 권익옹호와 참여에 관해 전문가의 자문을 정기적으로 받았습니까?
	13. 사생활을 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 당사자의 동의 없이 당사자의 외모·신체와 관련된 자료(사진 등)를 타인(홈페이지, 후원회원 소식지 등)에게 공개하지 않습니까? ▪ 당사자의 동의 없이 당사자의 개인신상 정보를 타인(홈페이지, 후원회원 소식지 등)에게 공개하지 않습니까? ▪ 당사자의 동의 없이 당사자의 개인정보, 기록문서, 생활일지 등을 타인이 열람할 수 없도록 하고 있습니까? ▪ 당사자의 동의 없이 당사자의 거주공간을 불특정 다수에게 공개하거나 출입하게 하지 않습니까? ▪ 당사자가 개인의 소지품을 보관할 수 있도록 개별 공간(옷장, 보관함 등)을 제공하고 있습니까?
	14. 재산권을 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 당사자가 자신의 재산을 스스로 또는 종사자의 도움 하에 관리(통장, 도장, 카드 관리 등)하도록 보장하고 있습니까? ▪ 당사자 스스로 재산관리가 어려울 경우에 이를 지원하는 시설 내 종사자는 당사자와 가족으로부터 위임장을 받아 재산관리를 행하고 있습니까? ▪ 당사자 스스로 재산관리가 어려울 경우에 보호자나 후견인에게 재산변동 상황을 정기적으로 통지하고 있습니까? ▪ 정부로부터 지급되는 장애수당을 포함하여 개인에게 주어지는 사회보장비 등을 당사자가 수령하여 관리·사용하고 있습니까? ▪ 취업 등 근로노동의 대가로 받은 임금을 당사자 당사자가 수령하여 관리·사용하고 있습니까? ▪ 당사자에게 지급되는 결연 후원금을 당사자가 수령하여 관리·사용하고 있습니까? ▪ 당사자가 개인적으로 취득한 현물에 대해서는 당사자의 재산으로 인정하고 있습니까? ▪ (생활시설의 경우) 퇴소 시 당사자와 가족의 의사에 따라 재산을 처분하고 있습니까? ▪ 당사자의 사망 시 당사자와 가족의 의사 또는 민법상의 적법한 절차를 따라 재산을 처분하고 있습니까?
	15. 소통을 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (생활시설의 경우)당사자에게 가족, 지인 등의 자유로운 방문과 면접을 보장하고 있습니까? ▪ (생활시설의 경우)당사자가 원할 경우에 방문객을 독립적인 공간에서 면접할 수 있도록 보장하고 있습니까? ▪ (생활시설의 경우)편지, 유·무선 전화, 이메일 등의 통신에 있어 당사자가 외부와 자유로운 소통을 할 수 있도록 보장하고 있습니까? ▪ (생활시설의 경우)당사자가 외부와 원활한 소통을 하는데 있어 필요한 보조 장비 또는 편의시설을 제공하고 있습니까? ▪ (생활시설의 경우)당사자에게 외출, 외박 등 자유로운 외부 소통권을 보장하고 있습니까?
당사자 역량강화	16. 평생 학습을 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 당사자의 취학이나 진학을 보장하고 있습니까? ▪ 당사자의 교육에 필요한 정당한 편의를 제공 하고 있습니까? ▪ 취학시기를 놓친 성인 당사자의 경우에 당사자의 의사에 따라 교육의 기회를 제공하고 있습니까?

영역	지표영역	세부내용
		<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 내 교육기관을 이용할 수 있도록 적절한 정보를 제공하고 있습니까?
	17. 사회 참여를 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 의사에 따라 각종 사회활동에 참여할 수 있도록 보장하고 있습니까? 당사자에게 사회활동 참여와 관련된 각종 정보를 정기적으로 제공하고 있습니까? 당사자에게 사회활동 참여 및 유지할 수 있는 도움을 제공하고 있습니까?
	18. 독립적 활동을 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 당사자 자조모임을 활성화하기 위하여 당사자 모임을 조직하고 있습니까? 당사자와 보호자의 순수한 자조활동이 될 수 있도록 적극 지원하고 있습니까? 자조모임의 목표와 활동내용, 예산, 장소 등은 당사자들이 스스로 결정하고 있습니까? 당사자 자조모임에서 논의된 내용들을 기관 운영과 서비스과정에 적극 반영하고 있습니까?
	19. 자기 옹호를 보장하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> 권익옹호위원회에 관한 규정이나 지침을 마련하고 있습니까? 기관 조직도에 당사자 권익옹호위원회를 포함하고 있습니까? 권익옹호위원회는 기관 직원, 당사자 및 보호자, 자원봉사자, 지역주민, 법조인 등 다양하게 구성하고 있습니까? 권익옹호위원 구성 시에 공개모집을 통해 자발적으로 참여를 희망하는 당사자 중에 위촉하고 있습니까? 의견수렴통로로 전화, 건의함, 제안제도, 홈페이지, 담당자와의 상담, 기관장과의 대화 시간, 각종 위원회 및 간담회, 소모임 등 다양한 방법을 운영하고 있습니까? 당사자나 가족들이 인권침해 사례나 차별에 대한 구제방법이나 절차를 마련하여 홍보하고 불이익을 당하는 사례가 없도록 하고 있습니까? 권익옹호위원회는 서비스정보 제공, 서비스 조직 내 당사자 권리 구제, 당사자 주도의 평가 실시, 지역사회 생활에서의 권리 구제, 지역사회 인식개선 캠페인 등을 실시하고 있습니까? 권익옹호를 위해 기관 내에 권익옹호서비스팀 또는 담당자를 별도로 두었는가? 권익옹호 위원회의 정기회의를 월 1회 이상 개최하며, 역할과 기능을 수행하고 있습니까? 회의 결과는 제기된 민원, 권리침해 사항을 검토한 후 15일 이내에 권리 구제 신청자 및 당사자 등에게 공개를 하고 있습니까?
기관 책무성제고	20. 인적역량을 강화하는 실천	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 권리와 참여에 관한 전문가 교육과 직원훈련을 사업계획서에 의해 연 1회 이상 실시하고 있습니까? 당사자의 권리와 참여에 관한 당사자 교육을 사업계획서에 의해 연 1회 이상 실시하고 있습니까? 당사자의 권리와 참여에 관한 전문가 교육과 직원훈련 내용에는 당사자의 인권 및 권리, 소비자 주권, 당사자 참여 및 보호자 동의, 친절, 패러다임의 변화, 이용절차 교육 등을 포함하고 있습니까? 당사자가 참여하는 것에 대하여 직원들이 느끼는 문제점이나 활성화 방안을 연 1회 이상 논의 하고 있습니까? 당사자 참여과정에 당사자가 느끼는 문제점이나 개선방안에 관하여 연 1회 이상 의견을 수렴하고 있습니까? 당사자 참여와 권리에 관한 교육 후 만족도나 활용정도를 점검하고 있습니까?

* 본 지표에서 정신장애인에 대한 용어는 권익옹호실천의 주요가치들을 반영하여 당사자로 통일하여 사용함

V. 결론 및 정책제언

1. 결론

본 연구는 정신장애인에 대한 강점관점, 회복중심, 소비자주의 등 주요한 패러다임 변화와 함께 강조되고 있는 인권 및 권리를 옹호하기 위한 구체적인 모니터링 지표개발을 목적으로 하였다. 이를 위해 인권보호 및 옹호실천을 위한 선행연구결과나 관련 지표를 검토하여 정신장애인 권익옹호모니터링 지표개발에의 함의를 찾았다. 또한 특히 서울시 정신장애들과 서비스제공자들이 서비스제공방식이나 권익옹호실천과 관련하여 어떠한 태도와 인식을 가지고 있는지에 대해 조사연구와 질적 연구를 실시하였다. 그 결과에 대한 함의 등을 종합 반영하여 서비스제공기관에서 실시할 수 있는 서울시 정신장애인 권익옹호모니터링지표를 개발하였다. 아울러 전체 권익옹호실천의 한 부분인 본 연구결과가 중장기적으로 서울시정신보건사업과의 연동이 원활히 이루어질 수 있도록 하는 모니터링체계구축의 로드맵을 제시하였다. 이를 토대로 실제 이러한 지표를 구체적으로 어떻게 적용하고 자료를 생성하고 분석할 것인지에 대한 세부 실행매뉴얼⁷⁾ 작업이 이루어졌다. 이러한 작업의 결과물은 결국 현장에서의 적합성, 실제자료수집 및 모니터링 가능성, 편이성 등이 모두 갖춰질 때 실행가능성이 높아지며, 권익옹호라는 가치지향적 실천이 뿌리내리기 위해서는 현장에서 이에 대한 이해 및 민감성에 기반한 컴플라이언스가 무엇보다 중요하다. 따라서 단순히 지표의 개발 및 적용이라는 도식적인 방식이 아니라 이러한 과정에 현장의 지속적인 참여와 논의를 통해 권익옹호실천에 대한 민감성을 키워나가기 위한 노력이 필요하다.

2. 정책제언

이를 위해 권익옹호실천의 확산 및 수용도를 높이기 위한 현장의 여건에 대해 지속적인 관심을 가지고 소통할 수 있는 추진체계구성이 필요하다. 이는 서울시의 평가체계와 같은 외부적인 조직이 아닌 현장실무자들로 구성된 연구모임의 형태로 구성되길 기대하며, 이를 지원하기 위한 방안이 마련되어야 한다.

또한 권익옹호실천은 권익에 대한 민감성을 향상시키는 것이 가장 중요하다. 이를 위해서는 본 매뉴얼과 관련한 교육 및 현장적용을 위한 지원체계가 필요하다. 특히 권익옹호와 관련한 비영리, 비정부 민간기관으로부터의 자문을 받을 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 따라서 관련한 비용을 사업비에서 반영할 수 있도록 하거나 관련한 예산을 확보하는 것이 필요하다.

7) 지면 관계상 세부실행 매뉴얼은 본 보고서에 제시하지 않았음.

[참고문헌]

- 강지영. 2002. “인권에 대한 인지능력과 정서적 공감의 인권옹호행동에 미치는 영향”. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 고윤희. 2008. “정신장애인의 참여와 서비스 만족도 영향요인에 관한 연구 : 대한정신보건가족협회 사회복지시설을 중심으로”. 성균관대학교 국정관리대학원.
- 국가인권위원회. 2009. 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』.
- 김문근·김이영. 2008. 『재가정신장애인 및 가족의 생활실태조사연구』. 국가인권위원회.
- 남궁근. 2008. 『정책학: 이론과 경험적 연구』. 서울:법문사.
- 남기철·변기연·정선욱·조성희·최승희. 2005. 『사회복지실천 기법과 지침』. 경기:나남출판.
- 노난숙. 2003. 『개호보협법과 권리옹호』. 河野正輝. 강원법학. 강원대학교 비교법학연구소.
- 배정규·이용표·강상경·신성만·이종구·곽호순. 2006. 『지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사』. 국가인권위원회.
- 변용찬·김성희·윤상용·강민희·최미영·이병화. 2007. 『복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지 지표 개발연구』. 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부. 2009. 지역사회서비스 수요자 중심 모니터링체계 개발연구.
- 보건복지부. 2009. 장애인차별개선 모니터링 체계구축을 위한 정책연구.
- 서문희 외. 2003. 『아동권리지표개발에 관한 연구』. 보건복지부·한국보건사회연구원
- 서울시 정신보건사업지원단. 2010. 서울시 정신보건사업계획.
- 서진환·이선혜·정수경. 2001. 『현대사회복지실천이론』. 경기도:나남출판.
- 엄명용·노충래·김용석. 2010. 『사회복지실천기술의 이해』. 서울:학지사.
- 유동철. 2009. 『인권 관점에서 보는 장애인 복지』. 서울:집문당.
- 이명현·강대선. 2009. 『사회복지서비스 이용자의 권리옹호를 위한 컴플라이언스 도입방안』. 경기:공동체.
- 이명현. 2008. 『계약형 사회복지와 권리옹호시스템』. 서울:집문당.
- 정종화·이종길·이경준·조석영·김상진. 2009. 『장애인복지서비스이용자참여매뉴얼』. 서울:공동체.
- 중앙정신보건사업지원단. 2007. 『중앙정신보건사업지원단 사업보고서』. 중앙정신보건사업지원단.
- 최말옥·김행미. 2008. “정신장애인의 권익옹호에 영향을 미치는 요인에 관한 분석 : 가족의 적응력·결속력, 낙인지각과 대처방법을 중심으로”. 『한국사회복지학회』
- 한국보건사회연구원. 2005. 『장애인실태조사』. 보건복지가족부.
- 홍선미 외. 2008. 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델구축』. 국가인권위원회.
- Albrecht, G. and Seelman, K., &Bury. M. 『Handbook of Disability Studies』. London: Sage Publications. 2001(Eds).
- CAFOD. 2008. 『Monitoring Government Policies』. London: CAFOD.
- Chamberlin J.. 2001. The role of consumers in mental health care. (USA National Empowerment Center.) In: World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. p.56.
- Citizen Advocacy Information and Training. 2000. An introduction to Citizen Advocacy Information and Training. London Available from: URL: www.citizenadvocacy.org.uk
- KPMG. 2003. 東洋經濟新聞社.

- Lens, v., Gibelman M.. 2000. "Advocacy Be Not Forsaken! Retrospective Lessons from Welfare Reform", *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. Vol.81. No6.
- Lester, L, and Schneider, R. L. 『Social Work Advocacy : A new framework for action』 . Brooks/Cole. 2001.
- Mickelson, James.. 1995. Advocacy IN *Encyclopedia of Social Work*. Vol. 1, 19th ed. , edited by Richard L. Edwards, 95~100. Washington, D.C. : NASW Press the Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness
- Payne, M.. 1997. 『Modern Social Work Theory』 . New York : Macmilan pub.
- Tenety M., and Kiselica M.. 2000. Working with mental health advocacy groups. (American Counseling Association.) Contact information for publications available at URL: www.counseling.org
- Trevithick, P.. 2000. *Social Work Skills : A Practice Handbook*. Philadelphia. PA: Open University Press.
- Tuttle, C. G., and Silra. J. A.. 2007. 『Self-Advocacy』 . The Scarecrow Press, Ins.
- WHO. 2003. *Advocacy for Mental Health*.
- WHO. 2007. *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans*.