

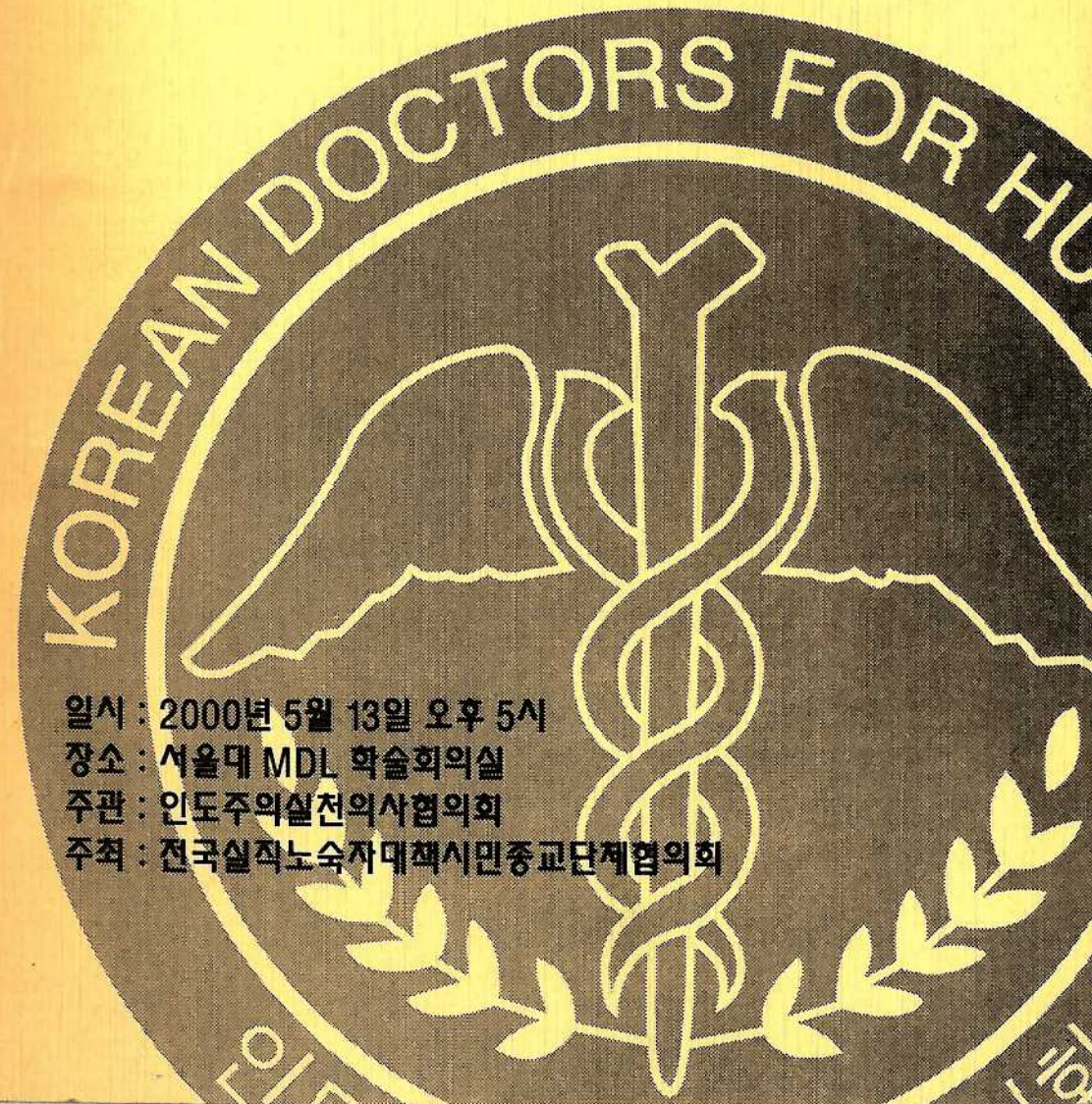
인권정보자료실
ESa1.10

사회적 소수자의 건강과 의료보장

사회적 소수자의 건강과 의료보장

2000

주관 : 인도주의실천의사협의회 주최 : 전국실직노숙자대책시민중교단체협의회



일시 : 2000년 5월 13일 오후 5시
장소 : 서울대 MDL 학술회의실
주관 : 인도주의실천의사협의회
주최 : 전국실직노숙자대책시민중교단체협의회

사회적 소수자의 건강과 의료보장

일시 : 2000년 5월 13일 오후 5시
장소 : 서울대 MDL 학술회의실
주관 : 인도주의실천의사협의회
주최 : 전국실직노숙자대책시민종교단체협의회

5:00 - 6:30

1부 사회적 소수자들의 건강상태와 의료보장

- 성폭력 피해여성들의 건강상태와 의료보장
김현식(여성위원장)
- 장애인 건강과 의료보장
박준명(대공협 의장)
- 보호필요아동 건강상태와 의료보장
김유호(인의협 상임대표)
- 불현 AIDS 감염자의 건강상태와 인권
임태훈(동성애자인권연대)

성폭력 피해여성들의 건강실태와 의료보장

김현식 (인의협 여성위원회)

1. 서론

우리사회는 급격한 도시화, 산업화에 따른 범죄의 증가와 황금만능주의, 개인주의의 심화, 여성의 사회참여 활동의 증가, 성의 상품화 등의 여러 요인으로 성범죄는 날로 증가 추세를 보이며 그 정도가 매우 심각하고 위험수위에 육박하고 있습니다. 나이 어린 소녀 가장에 대한 집단 성폭행, 정신장애인의 임신과 출산, 가정내 성폭행 등 인간성의 추악한 단면을 보여주는 사건이 계속 발생하고 있습니다.

여러 전문가들과 각종 단체에서는 이러한 현상에 대하여 윤리도덕적 타락상을 개탄하며 그 원인과 사회적 문제점 그리고 비판과 대책 등 처방을 나름대로 제시하였고 이를 예방하기 위한 노력도 계속되고 있지만 이러한 노력에도 불구하고 여러 가지 요인에 의해 우리 나라 뿐 만 아니라 전 세계적으로 성폭력 발생건수는 매년 증가하고 있습니다.

개인에 있어서 성의 영역과 성 문제는 일차적으로 일개인의 문제이긴 하지만 상당한 부분에 있어서는 그 사회의 전통 관습 문화 등 여러 요소에 의해서 영향을 받는 탈 개인적이고 사회적인 문제이기도 합니다. 다시 말하면 성 문제는 개인적인 문제이면서 사회성을 띠는 양면성을 지니는 문제이므로 개인 사이에서 발생한 성범죄나 성폭력사건으로 심각한 사회문제가 야기될 수 있고 그 영향력도 매우 크기 때문에 사회의 여러 주체나 당사자가 직, 간접적으로 관여하게 됩니다.

2. 현황

우리나라에서 성범죄의 발생빈도는 법무부의 통계에 의하면 80년대 이후부터는 매년 5,000건 이상이 신고되고 있으며 당시에는 성폭행 발생률이 세계 제 3위라는 보고에서 93년 세계형사연구소는 한국의 성폭력 범죄의 발생율이 세계 제 2위로 발표하였으며 이러한 높은 발생율은 심각한 사회문제로 대두되고 있는 실정이지만 실제의 신고율이 지극히 낮아 전체 성폭행 발생 건수의 2.2%에 서부터 현재는 약 6.1%로 발표되고 있습니다. 연구에 의하면 실제 발생 건수는 인구 10만 명당 455명이 넘을 것이라는 보고도 있어서 이를 우리 나라 인구 4,000만 명으로 환산해보면 우리 나라에서의 연간 성폭력

발생 건수는 20만 건에서 25만 건으로 추산이 됩니다.

보건복지부 소속 전국 47개소의 성폭력 상담기관과 6개소의 성폭력 피해자 보호시설에서의 상담 실적은 96년은 7921건, 97년은 12,358건, 98년은 24788건, 99년은 3만 여 건으로 매년 급격한 증가를 보이고 있습니다. 이는 실제 성폭력이 급증하는 현상과 아울러 여성들의 성폭력 피해에 대한 인식이 높아지고 성폭력 상담소들의 개설 증가와도 관련이 있습니다. 그리고 상담 유형은 성폭행 (=강간)이 8317건(33.5%), 성추행이 5,419건(21.9%), 기타 성희롱, 음란전화 등이 11,052건(44.6%)이었고 전체 피해자의 45%가 19세 이하의 미성년인 청소년 층이었습니다.

최근 국내에서의 성폭행 범죄의 양상은 부녀자 인신매매, 강도강간, 소아 성폭행, 근친상간, 아내에 대한 성적학대로 직결되는 아내구타, 직장에서의 성희롱 성차별, 미성년 매매춘 등의 형태로 다양화되어 가고 있는 실정입니다.

외국의 경우이지만 신경정신과에서 정신치료를 받고 있는 환자 연구보고서에 의하면 치료자 중 47%가 어떠한 형태든 성폭력을 경험한 적이 있다고 밝혔는데 25%는 성폭력을 당할 뻔했으며 13%는 성폭력 피해를 당한 것으로 나타났다. 우리나라의 연구 보고서에 의하면 여성들의 76.4%가 가벼운 추행을 경험하였고, 23.7%가 심한 추행, 48.6%가 성적 희롱, 14.1%가 강간 미수를 겪었고 6.5%가 어린이 성추행을 경험하였다고 합니다.

피해여성들의 의료적 지원과 치료의 당위성은 절대적으로 필요합니다.

이런 이유로 인도주의실천의사협의회 (이하 인의협)의 여성문제 위원회는 실천사업으로 성폭력피해자 지원 의료연계망 (Sexual Assault Support Medical Network; S-S MediNet)을 구성하였습니다. 모든 성폭력 피해자들에게 의료 지원이나 처치는 반드시 필요하므로 성폭력이나 성적 자기결정권리를 침해당했다고 간주하는 모든 피해자나 보호자들은 인의협의 S-S MediNet을 이용할 수 있으며 S-S MediNet은 당분간 서울 경기 지역에서만 시행하며 향후 문제점 등을 보완하여 전국적으로 시행할 예정입니다.

3. 피해자들의 건강실태

성폭행피해여성의 지원기관

- 1) 상담기관 ; 일반, 법률, 심리
- 2) 사법, 법률, 수사기관 ; 경찰, 검찰, 변호사, 법원
- 3) 의료기관 ; 임상 각과, 법의학과

성폭력의 개요

- 1) 전체 상담건수 ; 24788건/ 1998년, 43개 상담기관
- 2) 추정 피해 신고율 ; 약 6.1 %
- 3) 추정 발생건수 ; 약 40만건/ 1년
- 4) 실제 성폭행 건수 ; 8317 건 (33.5%)
- 5) 추정 성폭행 건수 ; 약 13만 여건/ 1년
- 6) 전체 피해자의 16 % ; 경찰에 신고 / " 17 % ; 병원을 찾음
- 7) 전체 피해자의 70 % ; 육체적 손상 없음 / " 25 % ; 보통의 손상 / " 5 % ; 심한 손상 " 1 % ; 사망

8) 연간 추정 성폭행 건수의 30%인 약 4만 여건 : 육체적 손상을 입은 피해자 수
성폭행 피해자의 상처

- 1) 일반 상처 ; 전체 피해자의 20 - 25 %에서 성기 이외의 육체에 상처를 입는다.

; 두부, 경부, 사지의 좌상과 타박상이나 찰과상

; 유방이나 가슴의 bite mark, kissing mark.

- 2) 생식기처 ; 외음부, 회음부, 질구 등지의 발적, 작은 열상,

; 점막 열상, 표피박리, 부종, 혈종, 출혈 등으로 다양함

; 성기와 주위의 bite mark, kissing mark

- 3) 기타 상처 ; 질, 직장, 요도의 이물질; 구강이나 인후부의 상처나 출혈, 이물질

임신

- 1) 병원에 온 피해여성의 37- 63 %에서 질내 정자 발견

2) 1회의 성행위로 임신될 확률 ; 2- 4 %

3) 배란기에 임신될 확률 ; 2- 10 %

4) 가임연령인 피해여성이 임신될 확률 ; 평균 5 %

5) 적응증이 되면 적절한 인공임신중절수술이나 분만 후 양육 혹은 입양을 권한다.

성병

- 1) 피해 후 성병의 이환률은 일반인과 비슷함.
- 2) 피해여성의 43 %가 기왕의 성병(=STD)에 이환되어 있음
- 3) 피해여성의 자궁 경관 내 임균 배양률은 3-5% 임.
- 4) 종류 1) 임질 2) 매독 3) 연성하감 4) 비임균성 요도염
- 5) 전립선 염 6) 성병성 사마귀 7) 사면발이, 음
- 8) 음부포진, 헤르페스 9) 에이즈, 후천성 면역 결핍증, AIDS
- 10) 밀월여행성 방광염 11) 세균성 질증 (= 비특이성질염)
- 12) 염증성 질염 13) 트리코모나스 질염 14) 캔디다성 질염

성기 손상

1) 처녀막 파열; 과거 성행위가 없었던 경우에는 대개 선명한 열상이나 출혈이 동반되거나 있었던 경우에는 대부분 상처가 없거나 비특이적 소견만 관찰될 수 있다; 개인의 육체발달상태나 두께, 크기, 신축성의 차이에 따라 출산 후에도 파열되지 않거나 반대로 성행위 없는 일상생활 중에 파열된 경우도 있다.

; 심리적 안정성이나 자신감이 중요하지만 심리요법이 곤란하거나, 심리요법 전, 혹은 동시에 병행하면 처녀막 재생수술이 매우 효과적일 경우도 있다.

; 심한 신경증이나 정신병의 일부에서는 필수적이다.

2) 질벽이완증; 지속적이거나 장기간의 성적 학대의 인 경우에 처녀막 이완과 수반되거나 단독으로 보이는 소견으로 외부 질구나 지지 근육층의 이완으로 초래되는 질환이다.

; 연령, 결혼 여부에 따라 다르지만 질벽 점막층과 골반 지지근육층을 수축 시켜주는 질벽성형수술 (= 이쁜이 수술) 이 필요하다.

3) 소음순비대증; 선천적으로 소음순이 비대한 경우와 후천적으로는 지속적이고 반복적인 자극 때문에 비대해진 경우가 있다.

; 생리 후 외음부 염증과 통증, 일상생활이나 운동시 장시간 의자에 앉아 생활하는 직장여성이나 학생들에서 재발이 잘되거나 치료가 잘되지 않는 질염이나 외음부염증 경우, 업무나 생활에 많은 지장을 초래하는 경우에는 비대한 소음순제거술 (= 여성포경수술)을 시행한다.

4. 의료보장 대책

의학적 처치의 목적

- 1) 위기상태의 중재 및 치료의 개시
- 2) 신체의 손상이나 상처의 치료
- 3) 법의학적 증거나 검체의 채취
- 4) 성병과 임신의 예방
- 5) 건전한 정신적, 신체적 자아의 회복과 재활
- 6) 정상적 대인관계의 회복과 가족, 사회 구성원으로서의 복귀

진료의사의 책무

- 1) 정확한 부인과적 병력을 취하여 의무기록을 작성 -성폭행 당시의 상황기록을 포함한다.
- 2) 신체의 손상이나 상처를 평가하고, 기록하고, 치료를 한다. 염증 등을 치료한다.
- 3) 법의학적 증거자료를 포함한 적절한 검체를 채취한다.
- 4) 가능한 성병이나 원하지 않는 임신의 예방 조치를 한다
- 5) 환자나 남편 애인 가족들의 신경정신과적 상담이나 치료를 한다.
- 6) 의학적 추적조사로서 향후 치료, 검사, 처치나 상담 등의 계획을 세운다.
- 7) 가능하면 상담기관, 사법기관, 법률가, 검찰, 경찰관서 등에 의뢰조치를 한다.

의무기록의 병력작성에 포함할 내용

- 1) 일반적 병력과 부인과적 병력 : 최종월경일, 과거 임신력, 과거 부인과적 질병력, 피임 사용 여부와 사용 피임법, 최종 성접촉 일시
- 2) 성폭력 피해후의 목욕, 샤워, 양치질, 질세척, 대변 소변 등의 용변 여부, 의복 탈착 여부.
- 3) 피해 당시의 정확한 기록 : 피해 일시, 가해자의 수, 흉기 무기 협박수단 사용 여부, 그로 인한 신체 손상 여부.
- 4) 피해 당시의 성접촉에 대한 정확한 기록 : 폭력이 질 구강 항문 중 어느 곳이며, 실제

로 성기 삽입 여부, 가해자의 콘돔 사용 여부, 손 의복 음모 등 어느 곳이 실제 사정부
위인지.

5) 진료 당시 피해자의 감정 상태도 가능하면 자세히 관찰 기록한다.

피해여성 진료시 필요한 임상병리검사

1) 자궁 경부, 구강, 직장에서의 균 배양검사 : Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Cytomegalovirus, Herpes simplex

2) 매독 검사를 위한 혈청검사 : VDRL, TPHA

3) 트리코모나스 진단을 위한 직접 도말검사 : Wet Smear for Trichomonas

4) 간염 항원, 항체검사 : Hepatitis B surface Ag & Ab

5) 에이즈 검사 : HIV Ab

6) 임신 반응 검사 : urine HCG, serum β HCG

법의학적 증거자료와 검체의 채취

1) Wood's light 검사에서 형광체를 확인하여 정액의 흔적을 알아낼 수 있다. : 형광체 부위를 멸균 생리식염수를 적신 면봉으로 채취하고, 이런 방법으로 질 구강 직장 내에서의 정자나 정액도 검출해 낼 수 있다.

2) 자궁경부의 세포진 검사인 Papanicolaou smear를 하여 정자의 존재 확인 가능.

3) 질액 도말검사를 하여 운동성 있는 정자나 정액 혹은 병원체 등의 확인이 가능하다. 운동성 있는 정자는 질내 사정이 6 시간 이내에 이루어진 것을 의미한다.

4) 질액을 채취하여 정액내 효소인 Acid Phosphatase를 검사하거나, 가해자의 식별에 쓰이는 DNA Fingerprinting (= 유전자 지문) 에 이용으로 할 수 있다.

5) 피해여성의 음모를 넓은 종이 위에서 빗질하여 가해자의 음모를 채취할 수 있다.

6) 피해 여성의 손톱을 채취하여 가해자의 혈흔, 모발, 피부 조각을 얻을 수 있고 이러한 증거물로 유전자 지문검사에 이용할 수 있다.

7) 피해여성의 타액을 채취하여 MAJOR BLOOD GROUP ANTIGEN을 분비하는지를 확인하여야 한다. 만약 비 분비자이면서 질액 내에서 항원이 발견되면 가해자가 분비자라는 사실을 알 수 있다.

치료 일정

1) 모든 피해여성에게는 Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, 잠복매독 등 성병 예방 치료를 시행해야한다.

2) 가해자가 간염보균자의 가능성이 있거나 피해여성이 질이나 항문의 상처에서 출혈이 있다면 반드시 B형 간염 예방 조치를 해야한다.

3) 적응증이 되면 파상풍 예방 접종을 해야한다.

4) 모든 피해여성들은 치료가 끝나고 반드시 4주 후에 병원을 방문하여 매독과 간염 진단을 위한 혈청검사와 성병 균 배양검사를 하도록 단단히 주의를 시킨다.

5) 에이즈 검사는 6개월과 12 개월 후에 받도록 한다.

6) 지속적이고 안정적인 신경정신과적 상담치료를 위해서 피해여성을 반드시 전문의사에게 의뢰하여야한다.

<참고자료>

I. 성폭력 피해자 지원 의료 연계망 안내(S-S MediNet Information)

1. 피해자나 보호자께서 S-S MediNet 이용 시 안내사항입니다

1) 성폭력 피해환자 발생 시 S-S MediNet 내의 가장 가까운 병원에 연락을 하십시오.

2) 병원 선정이나 판단이 어려우면 인의협 본부의 상근의사나 직원에게 도움을 청하십시오.

3) 신속한 진료를 원하거나 환자의 불편, 프라이버시 등을 고려하여 의뢰할 병원에 5W1H 원칙에 의한 상담의뢰서나 사건개요 등을 자세히 알아드립니다.

4) 의료기관에서 의료인에게 말한 내용은 100% 개인의 비밀이 보장되므로 의료인들에게는 사실대로 정확히 얘기하도록 하고 원하는 진료내용을 명확히 요구하고 진료 후에는 충분한 설명을 듣도록 합니다.

5) 의료기간에서의 진찰이나 치료에서 불만스럽거나 불편한 점이 있으면 즉시 인의협 본부나 상근의사 위원들에게 연락하여 시정 조치를 취하도록 합니다.

6) 자세한 소식이나 문의사항이 있으시면 인의협 사무실로 연락을 바랍니다.

II 인의협 S-S Medinet 의 진료의사들은 다음과 같은 자세로 진료해드리겠습니다.

- 1) 성폭력 피해환자(주로 여성) 진료에서 깊은 이해를 바탕으로 따뜻한 가슴과 냉철한 머리 그리고 최고의 의술로서 진료를 시행하겠습니다.
- 2) 진료과목에 관계없이 성폭력 피해환자의 임상진료에 적극 참여하겠습니다.
- 3) 진료에 장시간이 소요될 수 있으므로 충분한 진료시간을 할애하도록 하겠습니다.
- 4) 진료 중에는 환자나 보호자에게 충분한 설명과 주의의무를 다 하겠습니다.
- 5) 진료후 환자의 요구에 가능하면 즉시 진단서나 소견서를 발급해 드리겠습니다.
- 6) 진료한 환자 여러분의 비밀보호에 최선을 다 하겠습니다.
- 7) 전국적으로 활동 중인 40 여개의 성폭력 상담기관들과 사법기관, 검찰, 경찰 등을 통하거나 개인적으로나 우리 인의협의 도움을 청할 경우에는 항상 의사로서의 최선을 다 할 것을 재차 다짐하오며 이 모든 사항을 의사의 양심과 자유의지로 약속을 드립니다.

III 진료과별 참여 병의원 : 참여의료기관 총 계 : 42 개소

내과, 소아과, 가정의학과 : 20 개소

신경정신과 : 9 개소

일반외과, 응급의학과 : 3 개소

산부인과 : 8 개소

기 타 특수직 회원기관 ; 2 개소

IV. 참여병의원 주소 연락처 :

인의협 본부— 서울 종로구 명륜동4가 188-4 동화빌딩 509호 TEL 766-6024

FAX 766-6025

인의협 상근의사 지 철 인도주의실천의사 협의회 TEL 766-6024 FAX 766-6025

국립의료원 황정연 서울 중구 을지로6가 TEL 2260-7412

응급의학과장 FAX 2265-0563

학교건강관리소 강윤주 서울 종로구 신문로2가 TEL 3999-567 E-M

김지영내과 김지영 서울 마포구 대흥동 TEL 717-5665 FAX 701-5882

전준권내과 전준권 서울 송파구 방이동 TEL 421-5553 FAX 3432-9799

원일내과 한상룡 서울 영등포구 영등포동 TEL 678-0105 FAX 2637-7559

최종오내과 최종오 서울 성북구 동소문동 TEL 923-5991 FAX 923-5999

조은내과 조은연 서울 서초구 잠원동 TEL 537-8161 FAX 537-8030

강영석내과 강영석 경기 부천시 원미구 TEL 032-662-6281 FAX-662-6283

안산내과의원 안용태 경기 안산시 원곡동 TEL 0345-492-0777 FAX -494-0956

유소아과의원 김유호 서울 강서구 가양동 TEL 668-0011 FAX 668-0011

성동주민의원 윤여운 서울 광진구 화양동 TEL 498-4353 FAX 469-7825

상계주민의원 박태훈 서울 노원구 상계동 TEL 932-7611 FAX 932-7611

백인미 가정의원 백인미 서울 성동구 행당동 TEL 2291-8885 FAX 2291-8884

사당의원 김종구 서울 동작구 사당동 TEL 599-5212 FAX 537-9815

우리가정의원 임철균 서울 성동구 마장동 TEL 2292-5851

성남의원 신상진 성남 중원구 상대원2동 TEL 0342-733-2422 FAX-733-2423

평화의원 조계상 인천 부평구 부개동 TEL 032-524-6911 FAX -526-7608

성애의원 강옥련 인천 중구 답동 TEL 032-766-7101 FAX -766-8998

인천의원 하성호 인천 남구 주안동 TEL 032-868-1771 FAX -868-1772

김영주가정의원 김영주 인천 남구 용현동 TEL 032-887-1668

한백의원 이재광 경기 안산시 원곡동 TEL 0345-483-7703 FAX -483-7703

안성농민의원 이인동 경기 안성군 안성읍 TEL 0344-675-0227

" 강대곤 " FAX 0344-676-0912

동교신경정신과 배기영 서울 마포구 동교동 TEL 333-3572 FAX 324-3572

전지홍신경정신과 전지홍 서울 도봉구 창동 TEL 999-6644 FAX 999-6996

김종하신경정신과 김종하 서울 강동구 성내동 TEL 488-8855 FAX 488-8820

연세신경정신과 정혜신 서울 송파구 송파동 TEL 415-8468 FAX 2202-7379

강현숙신경정신과 강현숙 서울 관악구 신림동 TEL 871-7121 FAX 871-7122

구의연세정신과 이종호 서울 광진구 자양동 TEL 2201-5757 FAX 457-1204

이종민신경정신과 이종민 서울 서대문구 홍제동 TEL 323-9197 FAX 000-0000

윤신경정신과 윤애리 경기 안산시 고잔동 TEL 0345-402-7575 FAX -402-7575

이도희신경정신과 이도희 경기 안양시 호계동 TEL 0343-451-2732 FAX -451-2732

한솔병원외과 이동근 서울 송파구 석촌동 TEL 413-6283 FAX 413-8186

하루학문외과 서인근 서울 강북구 수유동 TEL 993-8528

김현식산부인과 김현식 서울 강동구 천호동 TEL 488-4011 FAX 488-4012

이명임산부인과 이명임 서울 강동구 명일동 TEL 428-2223

연세산부인과 윤 경 성남 중원구 상대원동 TEL 0342-745-9900 FAX -745-9900

세원산부인과 김종한 수원 권선구 세류동 TEL 0331-225-1020 FAX -225-1023

동암산부인과 이필한 인천 부평구 십정동 TEL 032-421-0958 FAX -421-0959

사랑병원산부인과 맹신숙 인천 남구 주안동 TEL 032-425-3006 FAX -425-2013

염산부인과 염석호 경기 동두천시 생연동 TEL 0351-862-7778 FAX -862-7776

중앙나산부인과 나오순 경기도 김포시 사우동 TEL 0341-982-5700

" 이종찬 " FAX 0341-982-5701

장애우 건강문제와 의료보장

박준명 (인의협 기획국 차장)

사회적 소수자이면서 약자인 장애우의 건강과 의료보장이라는 문제를 다루기 이전에 더욱 근본적인 문제 즉 과연 우리나라에서 장애우는 어떠한 대우를 받고 있는가? 장애우의 인권이 보장되고 있는가를 먼저 고찰해 보아야 한다. 사지 절단 환자에게 필요한 보장구를 선택하는데 있어서 기능적인 효용도 보다는 기능은 없더라도 모양이 정상인의 그것과 가장 비슷한 것을 선택해야 하고, 척수손상 환자에게 있어서도 정해진 거리를 얼마나 빨리 힘 안들이고 가느냐 보다는 얼마나 정상인과 비슷하게 걷느냐가 더 중요하고, 교육에 있어서도 얼마나 일상 및 직장 생활에 더 도움이 되는 일을 배우느냐 보다 학교를 어디까지 마치느냐가 더 중요시되는 풍토는 단순히 외형적으로 비장애인과 같이 될려는 인간의 약한 마음 뿐만 아니라 이 사회에서 장애우가 얼마나 차별을 받고 있는지를 역설적으로 드러내 주는 것이라 할 수 있다.

또한 평택군 진위면의 사회복지법인 에바다 농아복지회 사건을 보면, 어린 농아들을 밤 늦게까지 혹사시키면서 그들의 노동력을 착취하고, 본인의 의사에 상관없이 결혼을 시키고 이에 반발한 10대 농아를 집단 폭행해 숨지게 한 의혹이 일고 있고, 정부와 국민이 낸 보조금을 재단이 유용한 사실이 밝혀졌음에도 아직까지 비리재단이 물러나지 않고 있으며, 농아 및 보육교사들의 1000일이 넘는 농성투쟁이 계속되고 있음에도 불구하고 사태의 해결이 되고 있지 않다는 사실이, 우리나라에서 장애자로 살아가는 것이 얼마나 어려운지를 잘 반증해 주는 것이 아닌가 한다. 또한 얼마전 단지 뇌성마비 장애 1급이란 이유 하나로 가해지는 남편의 극한적인 구타를 견디다 못해, 자기 방어적으로 남편을 살해한 유순자 지체장애우의 사건을 보면, 우리나라에서 장애우가 인간으로서의 기본적인 권리를 인정받고 있는지를 반문하게 하는 사건이라 할 수 있다. 우리는 장애우의 건강과 의료보장을 논하기에 앞서 장애우의 인권이 제대로 보장받는 사회를 만들고, 사회적인 편견과 몰이해를 추방하기 위한 적극적인 노력을 먼저 촉구하고자 한다. 장애우의 건강의 문제는 인권의 문제이며, 장애우의 주체적인 참여를 보장하지 않고는 장애우의 건강과 의료보장도 탁상 공론에 지나지 않음을 분명히 하면서 장애우의 건강 문제와 의료보장 문제는 장애우의 삶의 질을 결정하는데 있어 매우 중요한 문제이며, 장애를 최소화하여 적극적으로 사회에 통합되는데 있어 매우 중요한 문제이기여 여기서는 주로 이 문제에 대하여 다루고자 한다.

장애우의 건강권에 대한 문제는 본질적으로 비장애인과 다를 바가 없다. 인간은 누구

나 행복할 권리가 있고 인간다운 생활을 할 권리가 있으며, 우리나라에서는 이를 헌법에서 보장하고 있다. 건강권은 한 나라의 국민으로서 마땅히 누릴 수 있는 행복하고 인간답게 살 권리의 일부라고 생각한다. 또한 우리가 지향해 나가고 있는 복지 사회의 기본적인 조건이기도 하다. Alma-Ata 선언에 의하면 건강은 단순히 병이 없는 상태가 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕의 상태를 일컫고 있다. 장애의 경우는 의학적으로 규명될 수 있는 하나의 증상이기도 하지만 여기에는 사회적 요소도 함께 포함이 되어 있다. 즉 한 개인의 건강은 심신의 건강뿐만이 아니라 사회적 요소와 밀접한 관계가 있다는 것이다. 여기에는 장애우로써 가족과의 관계, 취업경험, 지역사회와 학업경험 등이 어느 정도 긍정적이냐 부정적이냐에 따라서 그의 건강이 결정될 수 밖에 없다는 것이다. 따라서 장애우의 건강권에 대하여 논할 때 장애우의 인권과 사회의 장애우에 대한 인식, 장애우의 완전한 참여 방안 등이 종합적으로 고려되어야 한다. 따라서, 건강은 육체적, 정신적, 사회적인 면이 종합적으로 고려되어야 하는데, 우리나라의 장애우의 경우 육체적 또는 정신적인 장애를 지고 있을 뿐만 아니라, 사회적으로도 정당한 대우를 받지 못하고 있기에 장애우의 건강을 논하는데 있어 이러한 사회적 차별과 편견의 제거를 함께 고민해야 한다. 하지만 한정된 시간이기여 여기서는 주로 장애우의 의료보장 또는 의료와 관련된 건강문제를 다루고자 한다.

우리나라의 의료는 상당한 상업성을 띄고 있는데, 이것은 공공의료부문이 전체의 약 15% 정도에도 미치지 못하고 있다는 사실에서도 쉽게 짐작을 할 수 있다. 이러한 상업성의 폐해는 의사의 87% 이상이 도시에 집중되어 있고, 예방과 재활보다는 치료가 중심이 되는 풍토를 낳았다. 또한 병원 입원 환자의 경우에도 본인부담금은 50%를 웃돌고 있는데서 보듯이, 정상적인 보험을 납부하는 경우에도 상당한 개인적 재정부담이 따르고 있다. 또한 상업화된 의료는 질적으로도 천차만별이어서 재력과 사회적 위치에 따라서 여러 형태의 의료서비스 접근성이 결정되기 때문에 사회적으로 저소득, 저교육, 장기실업, 빈곤, 보호대상자로의 낙인감을 가지고 있는 장애우들은 아래의 문제들에 봉착하게 된다. 즉 의료서비스에 대한 접근이 어렵고, 접근을 한 경우에도 개별화된 서비스의 혜택을 받기가 어려우며, 질이 낮은 서비스를 받을 수밖에 없다. 또한 수요와 공급의 측면에서 볼 때 장애인들이 필요로 하는 서비스의 특수성 때문에 높은 비용을 들이지 않고는 원하는 서비스를 구할 수 없다(시장이 좁고 구매력이 적다). 또한 정부의 장애우의 건강에 대한 인식부족과 지원의 부족, 지나치게 사적 의료부분에 의존적인 의료정책과 저소득 층에 대한 의료보장의 부족으로 인하여 장애우들은 건강을 유지할 수 있는 구조적인 한계를 가지고 있다.

장애우에 대한 복지 정책의 문제점을 현장 경험을 중심으로 들어보면, 먼저 후천적 장애인 척수손상, 외상성 뇌손상의 경우에는 초기의 재활이 매우 중요하며, 첫 6개월이 장애를 최소화하는데 매우 중요한 시기이다. 따라서, 초기의 의학적 치료 및 집중적인

재활 훈련을 위하여 비용이 가장 많이 들어가게 되는데, 저소득층의 경우는 치료비용을 마련하기가 쉽지가 않으므로 가장 중요한 시기의 치료를 조기에 포기하는 경우가 많다. 이를 막기 위하여 사회복지사와 연계하여 생활보호 대상자로 지정받게 하여 치료비를 감면해주고 싶어도, 장애자에게 보호자가 있으면 생활능력이 구체적으로 확인되지 않아도 생활보호 대상자가 될 수 없게되는데, 생활보호 대상자 선정에 있어서 환자가 필연적으로 장애를 최소화하기 위한 재활치료 비용이 많이 들어가는 것 등에 대한 고려가 거의 이루어지지 않고 있고, 대개의 경우 발병 후 6개월 이후에나 장애 진단이 나오게 되므로 장애자 등록도 별 도움이 되지 못하고 있다.

둘째로는 생활보호 대상자로 지정이 되었다 할지라도 정부의 치료비 지원은 보험이 되는 항목만 가능하고, 그나마도 6개월에서 1년간이나 늦게 지급이 되므로 생활보호대상자로 지정이 되면 종합병원에서 기피하는 경우가 많다. 특히 장애우의 경우가 더 문제가 되는데 장애우의 재활을 담당하는 재활의학과는 대개의 경우 대도시의 대형 병원에만 설치되어 있고, 대다수의 준종합병원에는 설치가 되어있지 않으며, 재활의학과 개인의원도 매우 적을 뿐만 아니라 운동치료, 언어치료, 작업치료실 등이 거의 설치가 되어 있지 않기 때문에 재활치료를 받기 위해서는 대도시의 대형 종합병원 만을 이용할 수 밖에 없기 때문이다.

셋째로는 병원의 투자 순위에서도 재활의학과에 대한 비중은 매우 낮다는 것이다. 99년 병원협회 자료에 의하면 전체 830개 병원 가운데 약 170개 병원에 재활의학과를 두고 있는데 종합병원은 273개 중 109개 병원에 재활의학과가 설치되어 있는 반면 병원급에는 전체 557개 중 61개에만 재활의학과가 설치되어 있어, 재활의학과는 대도시, 대형병원 편중 현상을 잘 나타내주고 있다. 대형 종합병원의 경우에 있어서도 각 과마다의 실적을 매우 중요하게 여기므로 상대적으로 수익성이 떨어지는 장애우 재활 시설과 인력에 대한 투자는 매우 적은 편이며, 재활치료의 경우도 상대적으로 수익성이 떨어지는 운동치료, 작업치료, 언어치료 등에 대한 투자는 등한히 하고 수익성이 좀 나은 통증치료에 더 중점을 두고 있는 현실이다. 따라서 입원한 환자의 경우도 충분한 포괄적 재활서비스를 받기가 어려우며, 외래 환자의 경우는 한 병원에서 장애우가 필요한 만큼 재활서비스를 받을 수 없어서, 조금이라도 더 치료를 받기 위하여 여러 병원을 전전하는 경우가 많다.

넷째로는 이렇게 어렵게 초기의 재활치료를 성공적으로 마친 후에도 제대로 취업이 되지 않는다는 문제와 사회로의 통합이 제대로 이루어지지 않는다는 문제점은 여전히 남는다. 대다수의 장애우들은 취업에 있어서 불이익을 받고 있으며, 공공기관조차도 의무 비율인 2%를 채우지 않고 있으며, 모든 분야에 있어서 비장애우와 경쟁관계로 인식되고 있다. 95년 보건복지부 자료에 따르면 장애우의 실업률이 비장애인의 11배에 달하며, 생산 활동에 종사하는 장애우의 직업도 단순 노무직과 농업 종사자가 대다수라는

결과를 나타내고 있다. 또한, 취업된 장애우 조차도 정상인에 비해 약 70% 정도의 적은 임금만을 받고 있는 것이 현실이며, 취업의 기회도 소수의 경도 장애 환자에 국한되고 있다.

선천적인 장애우의 경우에도 이러한 문제는 예외가 아니다. 오히려 후천적 장애우에 비해 더 오래 걸리는 치료기간과 치료비용이 큰 문제가 되고, 한창 수익활동에 전념해야 할 젊은 부모들이 자녀의 치료에 몰두함으로써 그 어려움이 배가되고 있다.

선천적 장애 중 가장 흔한 뇌성마비아의 경우 전문가에 의한 진단은 1세 이후에나 가능하지만 그 전부터 뇌성마비아가 될 가능성이 보이면 미리부터 치료를 시작하여야 한다. 치료를 일찍 시작할수록 장애를 최소화할 수 있다. 하지만, 부모 중 한명이 아이의 치료에 메달려야 할 뿐만 아니라 아이에 대한 치료비용이 매우 커서 가계에 큰 부담이 된다. 따라서, 가정 전체가 위기를 맞는 경우가 발생한다. 또한 장애가 고정되려면 발병 후 수년이 지나야 하는 경우가 많아서 장애인 등록으로 인한 혜택은 거의 받을 수가 없다. 또한 치료시설의 부족, 취업에 있어서의 불이익 외에 교육 현장에서 받는 차별도 매우 크다. 현재까지의 장애인 교육은 대형 수용시설이나 학교 위주로 이루어지고 있어, 장애아동의 사회 통합을 오히려 저해하는 경우가 많을 뿐만 아니라, 비장애 아동들과 장애 아동들이 자주 만나 같은 친구요 동료로써 함께 살아가야 한다는 공동체 의식을 형성하는데 장애요인으로 작용하고 있다.

즉 후천적 장애의 경우 초기의 집중적 재활치료가 필요한 시기의 정부지원이 전혀 없고, 선천적 장애의 경우에도 소아기의 가정을 지지해줄 수 있는 프로그램이 매우 적어, 장애우 가정은 필연적으로 가난해질 수 밖에 없고, 사회적으로 가난해진 이후에야 정부의 지원을 받을 수 있다는 모순에 빠지고 있으며, 재활치료와 반드시 병행되어야 할 교육과 취업은 장애우의 욕구를 제대로 반영해주지 못하고 있다.

다음으로 장애우의 재활치료가 부적절하게 이루어질 수 밖에 없는 구조적인 문제점을 언급하겠다. 의료의 문제에 있어서는 먼저 재정적 접근성과 자원에 대한 접근성이 확보될 수 있도록 하여야 한다. 장애로 인해 노동력을 상실하거나 사회적 낙인으로 인한 취업 기회의 박탈로 인해 장애인의 경제적 능력은 떨어지게 된다. 또한 장애우들이 사용하는 보장구에 대한 보험 적용은 초보 단계에 머물러 있어 충분한 보장구의 구입이 어려우며, 보호환자의 진료 상의 문제점은 앞서 지적한바와 같다.

자원에 대한 접근성의 문제는 더욱 심각하다. 우리나라의 재활의학과 전문의는 500여명 정도이며 지역 사회에 개원한 재활의학과 의사는 100여명에 지나지 않는다. 대다수의 준종합 병원에서는 수익의 문제로 재활의학과가 설치되어 있지 않아 재활의학과 전문의는 대도시의 대형 병원에만 편중되어 있고, 대형병원의 재활의학과는 경우도 상대적으로 투자 대비 수익률이 낮은 재활치료에 대한 투자를 기피하여 심리치료, 언어치료

실 등이 없는 곳이 많고, 설치되어 있다고 할지라도 충분한 인력의 채용이 안되고 있는 실정이다. 준종합병원이나 개인의원의 재활의학과 전문의도 수익상의 문제 등으로 장애우의 재활에 필요한 운동치료, 작업치료, 언어치료 등을 시행하지 못하고 있는 현실이다. 따라서 장애우가 재활 치료를 받으려면 상대적으로 거리가 멀고 치료비가 비싼 대형병원을 이용하여야만 하며, 중, 소도시의 장애우들은 치료를 위하여 대도시로 나와야만 하는 실정이다. 이 외 작업치료사, 언어치료사, 심리치료사, 재활의료를 전담하는 사회사업가의 수도 심각하게 부족한 상태이다.

또한 재활치료 서비스는 포괄적으로 이루어져야 함에도 불구하고, 전문인력의 부족과 낮은 수익성으로 인한 투자의 저하로 인해, 대다수의 재활치료 기관에서 포괄적인 재활팀을 구성하지도 못하고 있으며, 따라서 포괄적 재활서비스를 제공하기는 역부족인 상태이다. 따라서 의료적 재활이 장애우의 직업을 정한다거나 사회에 능동적으로 통합되는 데까지 영향을 미치기는 매우 어려운 실정이다.

이러한 장애우의 건강문제에 대한 구조적인 문제의 해결책은 포괄적으로 제시되어야 한다.

먼저 재정적 접근성을 확보하는 방안으로는 첫째, 장애가 남을 것이 의심되는 초기 장애우의 경우 의사의 판단에 따라 장애가 남을 것이 확실하면 의사의 진단서가 있는 경우 장애인과 똑 같은 의료의 혜택 및 복지 혜택을 받을 수 있도록 하여야 한다.

둘째로는 생활보호 대상자의 선정이나 최저 생계비 이하의 소득자를 파악하는 데 있어서도 장애우의 경우 장애우가 있는 세대의 소득에서 치료에 들어가는 비용을 감액하여 판단할 수 있는 방안을 모색하여야 하며, 장애 수당 등을 신설하여 이를 보존해줘야 한다. 95년 보건복지부 자료에서도 장애우가 있는 세대는 약 10여 만원의 비용이 장애 치료비로 소요되고 있으며, 이 것 역시 저평가 되어 있다고 보여 진다. 따라서, 의료 수요도 조사를 시행하여 적절한 비용을 산출하여야 한다.

지역적 접근성과 통합성을 확보하는 방안으로는 국가가 재활인력에 대한 전체적인 수요인원을 파악하고, 그에 따라 인력을 양성하여야 하며, 이 인력들이 적절하게 활용될 수 있도록 각급 재활치료 시설에 인건비 등을 보조하여, 수익에만 연연하지 않도록 하여야 한다. 또한 이러한 시설이 농어촌 지역 등에도 공급될 수 있도록 하여야 하며, 지역사회 재활이 활성화될 수 있도록 지원하여야 한다.

아주대학교 재활의학과 교수님의 제안을 여기서 다시 신고자 한다.

○ 장애의 합병증 예방을 위하여 조기 재활 치료를 의무화한다.

- 아급성 치료 unit을 만들어 조기 재활을 실시한다
- 300명상 이상의 병원에 재활의학과 설치를 의무화한다.
- 인구 100만명당 1개 정도의 재활병원을 설립하고 지역 특성에 맞는 특수재활센터를 부설한다.
- 장애인 복지 센터는 인구 10만명당 1개로 장애인들이 접근하기 쉬운 곳에 위치하도록 설립한다.
- 포괄적인 재활팀 구성과 운영을 모든 재활프로그램 구성의 원칙으로 한다.
- 언어 및 심리치료사의 자격제도를 만든다.
- 장애 예방 및 치료에 필수적인 통계자료를 위하여 역학 조사를 실시한다.
- 재활 연구소, 재활 공학 연구소 및 보조기 센터를 설립 운영한다.
- 직업 재활센터를 설립, 활성화하여 장애인의 직업 재활을 촉진한다.
- 지역 사회 재활 프로그램을 구성, 운영한다.
- 장애인 시민단체 운영을 활성화한다.
- 장애인의 국제 연대 및 교류를 활성화한다.

요보호아동 건강실태와 의료보장

김유호 (인의협 상임대표, 유소아과의원장)

1. 요보호아동의 정의

‘아동이 그 보호자로부터 유실/유기 또는 이탈된 경우, 그 보호자가 아동을 양육하기에 부적당하거나 양육할 능력이 없는 경우에 해당하는 18세 미만의 아동’을 뜻하는 법률적 용어이다. 요보호아동의 발생 및 보호현황을 보면 과거에는 부모의 사망에 의한 경우가 많았으나 최근에 심화되고 있는 경제적 위기로 인하여 인위적인 가정 파괴로 인한 경우가 늘고있어 보호자가 있지만 보호할 능력이 없거나 보호를 기피하는 부모의 자녀가 증가하고 있다.

표1. 요보호아동의 발생 및 보호 현황

단위 : 명

구분	계	발생 유형 별				보호 내용 별			
		기아	미혼모아동	미아	가출아	시설보호	위탁보호	입양	기타
1991	5,095	1,610	2,020	188	1,277	3,414	999	682	-
1992	5,020	1,481	1,813	241	1,485	3,122	1,212	686	-
1993	4,451	1,330	1,904	137	1,080	2,940	943	568	-
1994	5,023	1,386	1,781	192	1,664	2,953	927	760	383
1995	4,576	1,227	1,285	149	1,951	2,819	505	472	780
1996	4,951	1,276	1,379	189	2,107	3,161	727	479	584

자료: 보건복지부(각년도). 「보건복지통계연보」
보건복지부 아동복지과.

2. 우리나라의 아동복지체계의 이해

아동의 복지는 아동복지법, 모자복지법과 영유아보육법, 청소년기본법에 근거하여 아동이 건전하게 성장하기 위하여 보호되고 양육됨으로써 사회생활에 적응될 수 있는 시민으로 육성될 권리를 지니고 있으며, 이러한 아동으로 성장하기 위해서는 모든 국민 특

히, 국가와 지방자치단체가 그 책임을 지도록 하고 있다. 아동복지의 목적은 아동이 국민으로서의 권리를 지니고 있음을 뜻하며 이를 위해 만18세 미만의 모든 아동에 대한 책임은 일차적으로 보호자와 국가, 지방자치단체에 있다.

아동의 복지와 관계된 정부기관은 다음과 같다.

보건복지부: 아동복지과, 가정복지과, 부녀복지과, 장애복지과

문화체육부: 청소년정책실, 문화예술국

교육부: 사회국제교육국, 사회교육진흥과, 유아특수교육 담당관실

노동부: 근로기준국, 부녀청소년과

법무부: 보호국 소년과, 보호관찰과

내무부: 지방행정국

치안본부: 방범국

시·도: 보건사회국 사회과, 가정복지국 가정복지과

아동복지를 주관하는 행정기관은 보건복지부의 아동복지과이며 실질적인 서비스의 제공보다는 중앙감독기관으로서 모든 아동에 대한 서비스의 심사와 국가적지원인 예산의 적정분배, 집행상의 지도감독, 각종정책의 건의에 대한 결정이나 실시 등을 다루고 있다.

지방자치단체는 중앙의 기구보다 더욱 복잡하게 구성되어있는데 이는 모든 업무가 하나의 기구 안에서 수행되기 때문이다. 이들 기구들이 모든 아동들의 건전한 육성을 도모하는 것을 목적으로 사업을 전개해 나가지만 아동복지의 일차적인 관심은 요보호아동에 두고 있다.

이들에 대한 대책을 세부 분으로 나누어 첫째는 시설수용 아동에 대한 보호, 둘째는 재가불우아동에 대한 지원, 셋째는 보육사업에 대한 지원을 하고 있다.

시설수용아동에 관하여는 수용보호시설보다는 예방적 차원에서의 아동전용시설이나 이용시설로 전환되고 있으며 재가불우아동에 관하여는 소년소녀가장과 저소득부자 가정, 모자가정의 아동들에 대한 지원이다. 이 부분은 현재 지방자치단체나 보건복지부의 가장 중요한 요보호아동에 대한 사업으로 다루어지고 있다.

표2. 소년소녀가장세대 현황(재학별)

단위 : 명

구분	계	세대주	세대원	계 학 별				
				미취학	초등학교	중학교	고등학교	기 타
1992	14,081	7,089	6,992	136	3,521	4,404	3,374	2,646
1993	14,293	7,322	6,971	119	3,331	4,710	3,622	2,511
1994	14,372	7,540	6,832	124	3,026	4,940	3,892	2,390
1995	15,118	8,107	7,011	124	2,914	5,261	4,392	2,427
1996	16,001	8,849	7,152	149	2,854	5,447	4,833	2,718

자료: 보건복지부(1996) 「보건복지통계연보」
보건복지부 아동복지과.

보육사업에 대한 지원으로는 국가나 지방자치단체가 직접 운영하는 보육시설과 생활보호대상 가정의 자녀에 대한 지원, 직장이나 민간시설설치를 위한 용자를 제공하는 방식이다. 1백만 명이 넘는 보육대상아동에 대한 서비스는 1999년 64만 여명의 어린이들이 18000여개의 보육시설을 통하여 해결하고 있으며 지금까지 저소득층만을 위한 보호시설이라는 개념을 바꾸고 선별주의적 복지에서 보편적 복지정책으로 전환되고 있다.

표3. 연도별 보육아동 현황 (1992- 1996)

단위 : 명

종 별 시도별	계	국·공립	법 인	단 체	민 간 (개인)	직 장	가 정 (놀이방)
1992	123,297	49,529	31,243	785	25,769	768	15,203
1993	153,270	55,133	44,026	854	35,520	725	17,012
1994	219,308	70,937	63,466	759	55,743	976	27,427
1995	293,747	78,831	77,187	591	92,634	2,388	42,116
1996	403,001	85,121	99,119	2,735	153,990	3,596	58,440
1997	520,959	89,002	123,567	6,727	227,951	5,245	68,467
1998	556,957	91,260	141,616	9,290	250,000	5,823	58,968
1999	640,951	99,866	151,652	13,195	301,630	7,278	67,294

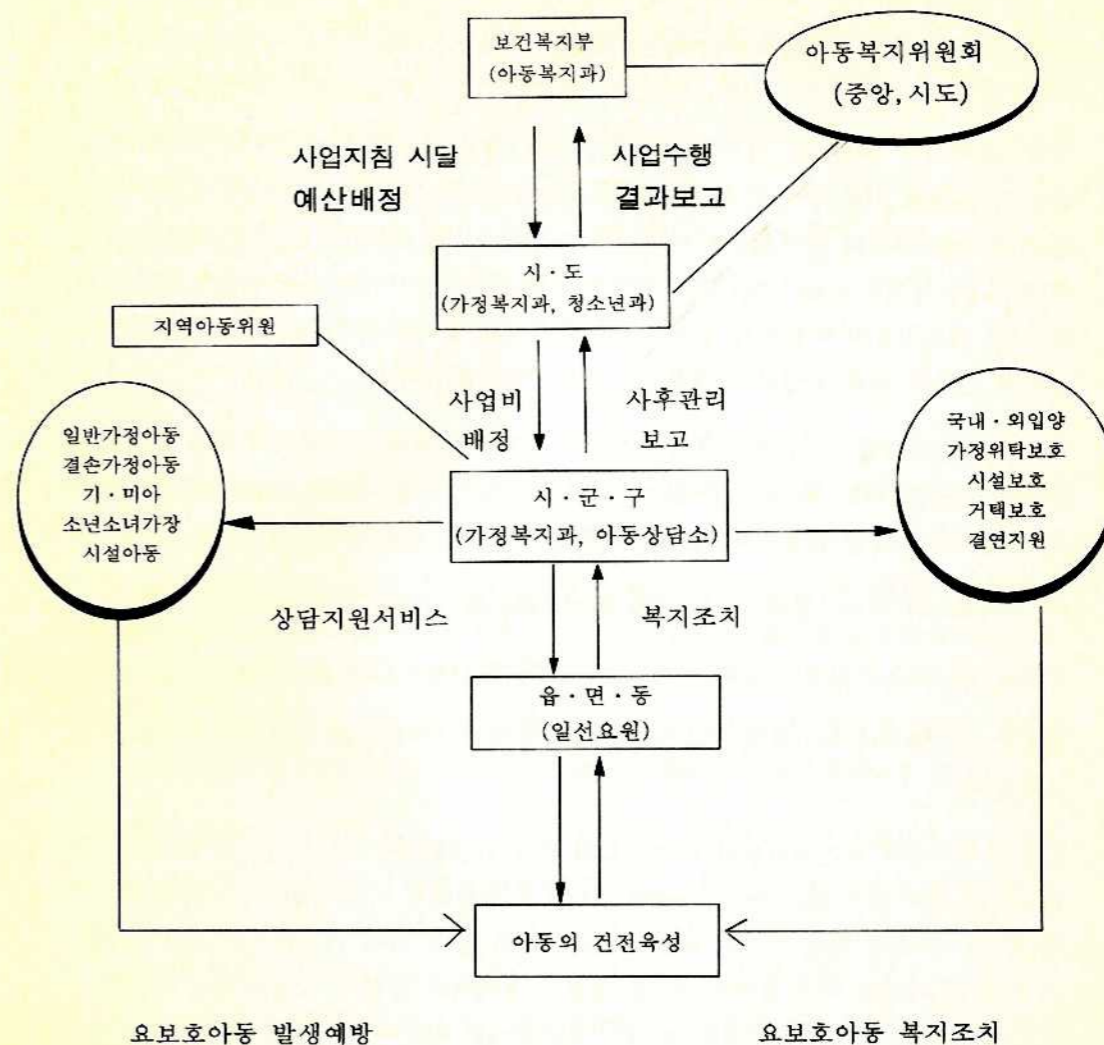
표4. 연도별 보육시설 현황

단위 : 개소

종별 시도별	계	국·공립	법인	단체	민간(개인)	직장	가정 (놀이방)
1992	4,513	720	425	14	1,369	28	1,957
1993	5,490	837	624	19	1,776	29	2,205
1994	6,975	983	807	17	2,267	37	2,864
1995	9,085	1,029	928	22	3,175	87	3,844
1996	12,098	1,079	1,280	69	4,688	117	4,865
1997	15,375	1,158	1,634	150	6,388	158	5,887
1998	17,605	1,258	1,927	227	7,468	184	6,541
1999	18,768	1,300	1,965	266	8,327	207	6,703

아동의 복지증진을 위한 조사, 연구, 심의를 위한 위원회를 아동복지위원회, 영유아보육위원회, 청소년육성위원회를 두고 활동하고 있는데 중앙아동복지위원회에는 학계, 언론계, 의료계, 유관단체, 시설종사자, 공무원, 시·도 지방위원장으로 구성되고 유관단체는 한국아동복지시설연합회, 한국복지재단, 한국어린이육영회, 어린이문화진흥회, 아동학대예방협회, 한국식품위생연구회, 교통안전공단, 한국소비자보호원등이 참여하고있다.

아동복지 실천기관으로는 아동상담소(13개소), 청소년 관련 상담실, 부녀복지상담소, 보건소, 사회(보건)복지사무소, 정신보건시설이 운영되고 있는데 우리나라의 아동복지의 문제는 요보호아동을 중심으로 이루어지고 있다는 한계를 가지고 있다. 아동복지 공공 서비스도 요보호아동만이 그 대상으로 하고있어 부모가 현재 질병, 취업 혹은 여러 가지 사정으로 아동을 가정에서 돌볼 수 없는 경우가 단지 요보호아동의 범주에만 국한시켜 범위를 제한할 것이 아니라 아동의 모든 복지를 고려한 보호와 양육과 교육의 의미가 포함된 아동의 보육이 실시되게 해야한다는 여론이 있다.



자료: 보건복지부(1995), 『아동복지사업지침』

표5. 아동복지업무 체계

3. 요보호아동의 건강관리에 대한 이해

우리나라에서는 1980년대 이후 저소득층 가족에 대한 학문적인 관심이 증가하여 주거 환경, 주택정책, 가족의 생활 실태과약등의 분야와 보육시설에 대한 관심들이 연구되어 왔다. 가족의 경제적 어려움으로 어머니가 우울하게되고 부부간의 갈등을 일으켜 자녀에게 거부·제재적인 행동과 허용·방임적인 행동을 유발시키고 어린이에게 영향을 미치는 등 저소득층의 어린이나 결손가정의 어린이들, 보육환경에서의 어린이들의 정신, 신체적 건강에 대한 관심은 체계적으로 연구되어있지 못하다.

1981년 아동복지법은 아동복지에서 보건소가 중요한 역할을 담당하여야 됨을 규정하여 1)임산부의 건강상담 및 지도 2)아동의 전염병 예방조치 3) 아동의 건강상담, 신체검사와 보건지도에 대한 계몽지도 4) 아동의 영양개선등을 하도록 명시되었다.

1만 8천개소의 보육시설에서 어린이들의 건강관리를 어떻게 하고 있을까?

요보호아동으로 분류된 가정의 어린이들은 어떻게 건강관리를 받고있을까?

거동이 불편하거나 의사표현이 불가능한 시설의 장애어린이들은 어떻게 건강관리를 받고있을까?

실제 보육시설은 보건소로부터 1년에 1-2회 건강 검진을 받는 것이 의무화 되어있고 보육교사의 교과 과정에는 "영, 유아들이 집단으로 생활하는 어린이집에서는 좋은 건강상태 유지하는 보육의 가장 기본이 되는 요소라 할 수 있다. 이때 건강관리란 신체적, 정신적 안녕 뿐 아니라 각종 질병의 예방은 물론 가정에서의 결핍 및 고통까지도 예방할 수 있도록 도와주는 것을 의미한다. 따라서 보육교사는 일반적인 영·유아기의 전염병을 식별할 수 있어야하고 CPR(심폐소생술)과 기본적인 응급처치에 대한 지식과 기술을 갖추어야 하며, 각 종 영·유아 학대 및 무시에 대해 민감한 주의력을 갖고 있어야한다. 가장 기본적으로는 어린이집에서의 청결, 위생관리와 질병예방, 건강검진 등에 관한 역할을 수행해야 한다."고 가르치고 있다.

그러나 보육시설의 건강관리 방식은 체계적이지 못하다. 전문가의 도움을 받고있지 못하여 경험에 의존한 관리방식에 익숙해 있으며, 보육시간내 지역의 의료기관을 원활하게 이용할 수 있는 근무여건도 되어있지 않다. 장애인 시설의 경우 주치의가 선임되어있기도 하지만 1차진료를 위해 장애어린이 서너 명만 의원의 대기실에 앉아있으면 일반 어린이의 부모로부터 소외되는 경우가 있고, 의원의 이미지에도 안 좋은 것이라는 편견이 있기도 하다. 공부방이나 청소년 쉼터를 이용하게 되는 청소년들에게도 정신과적 상담을 의사에게서 받을 수 있는 진료구조가 아니며 건강검진을 해서 질병이 확인되어도 추적관리를 받을 수 있는 여건도 되어있지 않다. 일부 어린이집의 요충 검사에

서 30%의 감염율을 보이게 된 것은 평균 2% 감염율에 비하면 건강관리의 허술함을 단적으로 보여주기도 한다. 집단 발병하는 수족구병, 수두, 유행성 이하선염, 설사병 등에 대한 사전 교육이 부족하고 단체 예방접종이나 검진에 대한 이해도 부족하다.

요보호아동의 건강관리 체계가 실효성이 떨어지는 이유는 지역 의료인의 인식 부족, 어린이를 보호하는 교사와 상담원의 교육 부족, 시설들의 자체 사업에서의 건강관리 사업의 부재등을 들 수 있다.

4. 요보호아동 건강관리 사업의 경험

인의협은 1997년 12월부터 1998년 11월까지 관악구에 위치한 15개 민간복지시설과 건약, 건치와 함께 저소득층 맞벌이 부부의 아동, 편모 편부등 결손가정의 아동, 질병, 이혼, 별거등 가정문제로 부양능력이 없는 가정의 아동, 실업, 실직가정, 결식아동 등으로 유아 59명, 초등학생 212명, 중학생 113명, 고등학생 17명, 가출청소년 60명을 대상으로 건강관리 사업을 시행하였고 (1998년 대한가정의학회 추계학술대회), 보육교사회와 공동으로 서울, 경인지역의 15개 보육시설을 대상으로 건강담당교사교육을 1997년 7월부터 1997년 12월까지 24개 질병과 증상을 주제로 시행하였다(건강교사수첩 출판).

시범사업의 성격을 가지고 있는 두 사업을 통하여 우리사회의 공공의료구조 속에서 지역에 있는 사회복지 전문요원들의 활동과 보건소, 사회복지관등이 이미 지역에서 저소득층의 복지를 위하여 활동하고 있지만 사회복지 전문요원들은 의료지원 보다는 후견인 사업에 비중을 두고있으며 보건소나 공공의료기관은 복지차원의 의료서비스를 주도적으로 대처하기 어려움이 있었고 사회복지관의 사업내용은 지역내 의료 전문가들과 연계하여 일을 진행하기 어렵다는 한계가 있었다. 이 사업의 목적을 "가정 혹은, 지역사회의 보호로부터 방치되어 있는 저소득 의료소의 집단의 어린이들을 직접 돌보고 있는 복지분야 현장 활동가와의 직접적인 연결을 통하여 이들 아동들의 건강관리를 체계적이고 포괄적으로 수행하는 것"으로 결정하였고 장기적으로 "이들에게 지역사회와 사회복지사업관련 자치단체들과 연대하여 건강한 생활을 영위하기 위한 적절한 수준의 보건의료를 제공할 수 있도록 하는 지역사회 보건복지망(welfare network)을 개발"에 두고 있다. 이를 통하여 과거 여러 제한점이 지적되었던 일시적이고 단속적인 "진료사업"의 한계를 극복하는 새로운 모델이 될 수 있을 것으로 기대되었고, 여러 시행착오가 있을 것으로 예상되지만 지역사회에 기반한 주치의 사업의 모델을 개발하는데 좋은 경험이 되었다. 그러나 지역사회와 자원을 유기적으로 연결시키는 일은 각각의 건강관리에 대한 인식이 공유되어야하고 이를 위해 시설의 교사와 관리자, 지역의 1차의료기관의 참여를 이끌어내야 하는 어려운 과제를 가지고 있었다. 함께 참여한 보육시설 교사는 '각 센터의 본 사업 책임자와 운영위와의 원활한 의사소통 구조가 마련되어야 하

고, 부모들과 사업내용이 공유되어야 한다.' '권역별로 주치의를 나누는 것이 현재 현실 가능한 방법인지 모르나 보육시설의 경우에는 반드시 소아과와 연계해야하고 의료상담 일지 자료화의 경우 각 센터에 개별적으로 흩어져있는 일지에 대한 관리가 현실적으로 무리가 있음'을 지적하였고 공부방 실무자는 '중간관리자의 교육은 좋은 평가를 받았지만 공부방 실무자가 공부방 활동 시간에 계속 상주하는 것이 아니기 때문에 아이들의 상황을 상시적으로 체크할 수 없었다. 각 공부방마다 1,2회에 걸쳐 의사 선생님이 센터를 방문하여 교육하는 것이 필요하다. 의료기관이 각 공부방과 거리가 멀어서 사업을 시행하는데 어려움이 있었으며 많은 지역내 의료기관의 섭외가 필요하다.', 청소년 쉼터의 간사는 '중간관리자의 어려움은 보호대상자를 위한 적절한 서비스제공자의 개발이다. 특히 약물과 성 문제. 정서적인 문제를 가지고있는 청소년들이 병원을 찾을 때는 일시적 또는 단기적으로 보호되는 시설의 특성상 의료보험의 혜택등 여러 가지 의료혜택의 제한점이 있었다. 쉼터에 입소하는 청소년들은 약물문제나 성 관계 및 불규칙한 생활로 인해 건강에 대한 진단이 시급히 요구된다. 질병의 종류가 단순한기 보다는 장기적인 치료를 요하거나 특별한 치료를 받아야할 상황이 발생하기도 한다. 이런 경우 자연스럽게 의뢰로 연결될 수 있는 통로를 마련하기 위해 쉼터의 경우 내·외과의원 외에도 산부인과 정신과등 다양한 의료자원의 개발이 요구된다.' 고 말한다. 이 사업은 상징성과 관리체계를 갖추는 초기단계에서 종료되어 대상어린이에게 일상적인 진료지원 체계를 갖추는데 실패한 채로 중단되었다.

5. 요보호아동 건강관리를 위한 제안

보호받아야 할 어린이를 보호받는 어린이로 만들기 위해 사회가 할 수 있는 일은 무엇인가?

이 어린이를 위해 그 동안 사회는 후원자 맺어주기, 경제적 지원, 소외되지 않도록 하려는 이벤트 등을 통해 도움을 주고 있다. 바람직하다면 이 어린이에게 화목한 가정의 울타리를 갖도록 해 주는 것이겠지만 실직자에게 직장을 갖도록 해 주는 일 보다는 어려운 것이 현실이다. 과연 사회의 보호를 받아야할 어린이의 수는 얼마나 될 것이며 이들에게 의료문제가 있기는 있는 것인지, 이들의 건강상태는 우려할 만 한 일 인지 알고 있는 사람들은 별로 없다. 다만 부분적으로 보호받거나 관리받고 있는 국·공립, 민간 시설에서 시설의 프로그램에 따라 아이들의 건강도 관리받고 있다. 현재 60만 명에 이르는 보육아동들의 건강관리를 각 보육시설마다 각각의 방식으로 관리받고 있는 것을 추산한다면 요보호아동의 건강관리는 더욱더 그들만의 방식을 택하고 있으리라 생각된다. 인의협은 시범사업을 통하여 아이들을 관리하고있는 시설의 선생님들에게 의료문제가 우선 순위에서 앞설 수 없는 열악한 환경을 호소하고 있다는 것을 보았다. 또한

실제 의료기관의 도움을 받고자하여도 2차·3차 의료기관의 도움을 받을 경우에 스스로의 방식으로 해결하려고 노력하고 있다는 것을 경험하였다.

지역내 1차 의료기관이 아이들에 대한 관심을 높임과 동시에 아이들을 보호하는 시설의 관리자들과 일상적인 진료망을 구성한다면 의료기관을 이용하기 어려웠던 관행을 허물고 의료분야의 안정적인 지원으로 아이들의 원만한 사회적응에 기여할 것으로 생각한다. 이를 위해 민간 시설과 교사, 의료기관, 재정 후원자가 포함된 가칭)지역진료지원 센터(mother center)를 설치하기를 제안한다.

불현 AIDS 감염자의 건강실태와 인권

발제자: 동성애자인권연대1)
대표 임태훈2)(K1395062@chollian.net)

1. 전세계 HIV/AIDS의 현황3)

AIDS는 81년 미국에서 한 남성동성애자의 사망원인을 조사하던 과정에서 처음으로 발견되었다. AIDS(후천성면역결핍증)이라는 이름이 붙은 것은 1982년의 일. 이 무렵 아이티와 유럽, 중앙아프리카에서도 AIDS가 발견되기 시작했다. 초기 미국에서 AIDS가 동성애자에게서만 발견될 것에 비해, 아프리카에서는 주로 매매춘과 관련해 이성애자들에게서 발견되었다는 것이 다르다. AIDS에 대한 과학적 분석이 이루어지지 못했던 초기, AIDS가 혈우병환자나 정맥주사를 사용하는 마약복용자들에게도 나타나면서, 에

1) 동성애자인권연대는 지난 97년 '대학동성애자인권연합'으로 발족하여 이듬해 지금의 명칭으로 변경한 민간단체입니다. 저희는 레즈비언과 게이, 트랜스젠더 그리고 이성애자까지 성적소수자이거나 또는 성적소수자의 인권을 지지하는 모든 사람들을 회원으로 받아들이고 있습니다.

97년 1월 '노동법안기부법 개악에 반대하는 동성애자연대투쟁위원회'의 발족을 바탕으로 같은 해 9월 '대학동성애자인권연합'을 발족하여 98년 1월 '왜곡된 언론보도와 에이즈정책에 대항하는 범동성애자 비상대책위원회'를 구성 제안하고 결성했으며, 5월에는 한양대에서 '동성애, 비정상인가?'라는 주제로 연대토론회를 개최하였고, 대학과 각종 시민사회단체들과 연대사업을 해왔습니다.

그리고 지금은 'ASEM 2000 한국 민간단체 포럼 준비위원회', '에바다 정상화를 위한 연대회의', '올바른 국가인권기구 실현을 위한 민간단체 공동대책위원회', '버마 인권상황개선 및 대학교육재개 촉구집회', '국가보안법반대 국민연대'에 참여하고 있으며, 4월 7일에는 정부의 영터리 인권법 철폐를 위한 18개단체 인권활동가 단식농성에 4명의 회원이 참가하기도 했습니다. 그리고 지난 달에는 이석태 변호사(덕수합동법률사무소)의 변호사인단에 의뢰하여 현 고등학교 윤리·교련·성과 행복 교과서의 동성애자비하내용에 대한 수정신청서를 교육부에 제출했고 이 사안에 대해서는 추후 교육부의 답변에 따라 타 동성애자단체들과의 협의와 함께 가능하다면 대책위를 제안할 예정이며, [동성애자 억압의 사회사]와 [동성애자해방운동과 마르크스주의] 2권의 책에 대한 이적표현물(국가보안법위반) 판정철폐와 위 두 책을 출판한 책갈피 출판사의 홍교선 씨의 석방과 출판물에 대한 한국 정부의 시민적·정치적 권리 조약 준수를 요구하는 탄원서서 캠페인을 진행중에 있습니다.

직접적으로 동성애자의 인권에 관련된 문제 뿐 아니라 다른 여러 인권관련 사안에 참여하고 연대하는 것은 동성애자 억압은 비단 부분적인 성적억압의 문제가 아닌, 사회적 약자(여성, 장애인, 성적소수자, 아동, 청소년, 소수민족, 빈민, 외국인노동자, 노인)와 그들의 권리에 관련되어 있는 것이라는 인식 때문입니다. 그리고 이러한 연대는 한국에도 동성애자들이 존재하며 동성애자인권단체가 있다는 것을 사회운동내부에 알려나가는 역할도 하고 있습니다. 또한 저희는 사회의 뿌리깊은 가부장제와 여성억압이 진보와 보수를 망라하고 있는 억압의 주요한 기제로 인식하고 있습니다. 저희는 레즈비언의 인권을 존중하고 여성성을 존중하며, 여성억압과 남녀차별에 대항합니다.

2) 임태훈은 경산대학교 동양철학과를 졸업하고, 성공회대학교 시민사회복지대학원 NGO학과 석사과정을 이수중이다. 저서로는 「제주인권학술회의2000-동성애자의 인권」등 다수가 있다. 현재 동성애자인권연대 대표이며, 현 올바른 국가인권기구 실현을 위한 민간단체 공동대책위원회 공동대표, 동성애자전문출판사 '도서출판 이연문화' 편집위원, 前 노동법안기부법 개악에 반대하는 동성애자연대투쟁위원회 위원, 前 왜곡된 언론보도와 에이즈정책에 대항하는 범동성애자 비상대책위원회 위원 등을 역임하고 있다.

3) 배경내 'AIDS와 인권'(인권교육실 대학생월례포럼), 인권운동사랑방, (2000. 1. 8), 1쪽

이즈의 희생자들은 '4H 클럽멤버'라고 불리어지기도 했다. 동성애자(homosexual), 아이티사람(Haitian), 마약복용자(heroine user), 혈우병환자(hemophiliac)가 바로 그것이다.

HIV(Human Immunodeficiency Virus, 인간면역결핍 바이러스)가 에이즈의 병원체임을 밝혀낸 것은 83년에 이르러서였고(물론 HIV가설(!)에 대한 의심이 남아있기는 하지만), 최근에 이르러서야 AZT와 3TC 등의 치료제들이 개발되기 시작했다. 그러나 치료제라고 해도 영구적으로 AIDS로부터의 해방을 가져오는 것이 아니라 면역체계가 약화되는 것을 다소 억제해주는 효과를 가져다주는 것에 불과하다. 최근에는 우리나라에서 AIDS 백신의 개발에 일부 성공하면서 AIDS정복의 꿈이 실현될 가능성이 높아지고 있지만 아직도 완전한 성공을 점치긴 이르다.

99년 11월 세계보건기구(WHO)와 유엔에이즈계획(UNAIDS)의 발표에 따르면, 지난 20년간 HIV감염 인구는 전세계적으로 5천만명에 달하며, 에이즈 발병으로 인해 이미 1600만명이 사망된 것으로 추정되고 있다. 현재 전세계 감염자의 95% 정도가 제3세계 저개발국에서 발견되고 있다.

국내에서는 85년에 첫 감염자가 출현하면서 사회적 경각심이 높아지기 시작했는데, 국립보건원의 발표에 따르면 99년 9월말 현재 공식통계로 HIV감염자는 1014명(여자 132명), 이 가운데 환자로 발전한 사람은 158명에 이른다. 환자 가운데 이미 224명이 사망한 상태. 국내 감염자의 감염경로는 동성애 222명, 국내 이성 367명, 국외 이성 254명 등 성접촉을 통한 감염이 843명으로 절대 다수를 차지하며, 수직감염(모자감염)의 경우는 2명으로 확인되고 있다. 그러나 감염자들이 지하로 잠적하는 현실을 고려하면 공식 통계에 잡히지 않는 감염자는 이보다 훨씬 더 많은 것으로 추산된다.

전세계에서 가장 많은 에이즈 감염자를 보유한 곳은 아프리카이다. 아프리카의 HIV 감염자는 2천2백만명으로 전세계 감염자의 3분의 2 정도를 차지하는 것으로 추정된다. 특히 사하라 이남의 남부아프리카가 가장 심각한 상황에 빠져있는데, 한 통계에 따르면 남부아프리카 전체 인구의 20-25%가 에이즈 바이러스에 감염된 상태라고 밝혀진 바 있다. 그중에서도 남아공이 HIV바이러스에 가장 크게 노출되어 있는데, 남부아프리카 감염자의 절반 이상을 남아공이 차지하고 있을 정도다. 유엔이 작성한 남아공 인간개발보고서에 따르면, 2010년경이면 남아공 인구의 25%가 HIV보균자가 될 것이며 에이즈의 확산에 따라 평균수명이 68.2세에서 48세로 떨어질 정도로 심각한 상황에 빠져있다.

최근에는 아시아가 남부아프리카에 이어 세계 최악의 에이즈 발병지역으로 부상하고 있다. 동남아와 남아시아에서 매년 120만명이 에이즈 바이러스에 새롭게 감염되고 있으며, 이중 70만명은 25세 이하의 젊은이와 청소년인 것으로 드러났다. 99년 4월 현재 아시아에서의 HIV 감염자는 모두 720만명 정도로 추산된다. 이중 인도(5백만, 인도 보건부의 공식통계는 350만)가 절대적인 우위를 차지하고 있으며, 태국(1백만), 버마(44만

명), 중국, 캄보디아 등이 그 뒤를 잇고 있다.

2. HIV/AIDS 관련 유엔의 활동 4)

유엔총회에서 처음으로 HIV/AIDS가 공식의제로 채택된 것은 1987년 10월의 일이다. 당시 대다수의 정부가 자국내 AIDS의 존재를 부정하거나 무지한 상태였다. 87년 10월 26일 유엔총회의 결과로 첫 번째 AIDS에 관한 결의안이 채택되었고, 이 결의안에는 유엔 사무총장이 세계보건기구(WHO)와의 협력을 통해 AIDS에 맞선 전세계적 투쟁을 지원해야 함을 규정했다.

유엔이 HIV/AIDS의 예방과 치료, 감염자 보호, HIV/AIDS가 인간과 경제, 사회에 미치는 파괴적 영향력을 줄이는 역할을 담당하고 있다. 유엔에서 HIV/AIDS문제를 체계적으로 다루기 위해 설립한 연합체는 '유엔에이즈계획'(UNAIDS; Joint UN Programme on HIV/AIDS)이다. 이 연합체는 UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO, WHO, WB 6개 조직이 연합하여 1996년에 설립되었고, 99년에 UNDCP(UN Drug Control Programme)가 새로 결합함으로써 현재는 7개 유엔기구의 연합체로 활동하고 있다. 이 기구는 미국, 영국, 네덜란드, 스웨덴 등 서구 선진국의 기금출연으로 주로 유지되며, 그외에도 HIV/AIDS문제가 심각한 중국이나 남아공, 태국 등이 일부 기금을 충당하고 있다. 주로 제3세계 HIV/AIDS의 퇴치를 위한 다양한 활동을 전개하는데, 최근 선진국들이 기금출연을 중단함으로써 기금 부족에 허덕이고 있는 실정이다.

HIV/AIDS 치료제나 백신 연구 지원 또는 참여, 각국 정책에 대한 기술적·정책적 지원, 교육 및 훈련, 홍보캠페인, 콘돔의 보급, 보건서비스 전달, 상담활동, 관련 유엔기구와 각국 정부, 민간단체들의 네트워크 형성과 정보 공유 등이 주된 활동이다.

그외에도 유엔은 HIV/AIDS와 인권의 상관관계에 대한 연구를 통해 HIV/AIDS 감염자에 대한 인권침해를 줄일 수 있는 국제기준을 마련하는 역할도 수행해 왔다.

1996년 UNAIDS와 UNHCR, WHO는 'HIV/AIDS와 인권에 관한 국제회의'를 개최하였고, 회의결과로 '국제지침서'(Guideline on HIV/AIDS and Human rights)를 채택했다. 지침서의 목표는 국제인권기준을 개별 국가 수준에서 실질적으로 준수할 수 있도록 구체적인 지침을 제시하는 것인데, △다양한 영역에 걸친 협력을 도모해야 할 정부의 책임을 인식하도록 하는 것, △여성·아동·취약집단에 초점을 맞추어 법률 개정하고 법률지원서비스 체계를 구축하는 것, △HIV/AIDS에 대한 대책을 마련하는 과정에 사적 영역과 지역단체들의 참여를 증진시키는 것, 이 세 가지를 구체적인 목표로 삼고 있다.

4) 배경내 'AIDS와 인권'(인권교육실 대학생월례포럼), 인권운동사랑방, (2000. 1. 8), 2-3쪽.

한편 1999년 유엔인권위원회는 'HIV/AIDS에 관한 결의안'을 정부로 하여금 △차별과 낙인의 철폐를 위한 조치를 마련할 것 △각국의 법과 정책, 관행 등이 감염자의 인권을 보장하고 차별을 방지할 수 있도록 정비할 것 △체계적이고 참여적이며 투명하고 책임있는 HIV/AIDS 대책을 마련할 것 △법률구조를 비롯한 다양한 서비스체계를 개발하고 그 개발을 지원할 것 △적절한 교육과 훈련, 미디어 프로그램을 개발할 것 △감염자의 시민·정치적, 경제·사회·문화적 권리의 완전한 향유를 보장할 것 △조약기구들이 보고서를 심의할 때 HIV/AIDS관련 인권문제에 관심을 기울이고 각국 정부보고서도 이 분야의 내용을 담도록 할 것 △특별보고관이나 작업집단의 작업에도 HIV/AIDS와 관련된 인권을 보장할 수 있는 방안을 통합시켜 고민할 것 등을 촉구하고 있다.

HIV/AIDS는 국제인권규범에 의해 보장되고 있는 모든 인권의 목록과 상관관계를 갖는다. 그 가운데 특별히 주목해야 할 인권문제는 다음과 같다.(Guideline on HIV/AIDS and Human Rights, 유엔문서 E/CN.4/1997/37 참고할 것)

3. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제기준

HIV/AIDS와 인권의 상관관계를 간단히 말하면 '인권이 잘 보장되지 못하면 HIV/AIDS에 대한 취약성이 높아지고, HIV/AIDS와 함께 살아가는 사람들의 존엄성을 짓밟고 HIV/AIDS를 좀더 잘 극복할 수 있는 길에 접근할 수 있는 기회를 차단함으로써 파괴적 결과를 초래하게 된다'는 것이다. 때문에 HIV/AIDS는 빈곤과 불평등, 저개발, 무력분쟁 등의 문제와 연계되어 있는 복합적인 문제이며, 특히 여성과 아동, 빈민, 소수자, 선주민, 이주민, 난민, 국내유민, 장애인, 매매춘노동자, 동성애자, 마약복용자 등 이미 인권침해와 차별로 고통받고 있으며 법적 지위에 있어 주변화되어 있는 사회적 약자들에게 더 파괴적인 영향력을 미치고 있다. 또한 국가적으로도 HIV/AIDS는 노동인구의 수명저하, 가족수입의 감소, 에이즈 고아의 증가, 이에 따른 사회적 비용의 증가 등으로 이미 고통받고 있는 제3세계의 경제사회적 개발을 무력화시킴으로써 국가간 빈부격차를 더욱 증대시키기도 한다.

HIV/AIDS는 국제인권규범에 의해 보장되고 있는 모든 인권의 목록과 상관관계를 갖는다. 그 가운데 특별히 주목해야 할 인권문제는 다음과 같다.(Guideline on HIV/AIDS and Human rights; 유엔문서 E/CN.4/1997/37 참고할 것)

- 1) 비차별/ 법앞의 평등
- 2) 여성의 인권
- 3) 아동의 인권
- 4) 결혼 및 가정을 구성할 권리

- 5) 프라이버시에 대한 권리
- 6) 과학의 진보와 활용에 따른 혜택을 향유할 권리.
- 7) 이동의 자유
- 8) 피난처를 구할 권리
- 9) 신체의 자유와 안전
- 10) 교육권
- 11) 정보추구권
- 12) 집회 및 결사의 자유
- 13) 정치적·문화적 생활에 참여할 권리
- 14) 건강권
- 15) 적절한 생활수준과 사회보장에 대한 권리
- 16) 노동할 수 있는 권리
- 17) 잔인하고 비인간적인 처우나 처벌로부터의 자유

4. HIV/AIDS 관련 법률의 문제점

99년 2월 8일 강제격리조항의 삭제, 요양 및 치료시설의 설치, 생활보호조항 신설 등을 포함한 '후천성면역결핍증예방법'(88년 처음 제정)의 개정이 이루어졌지만 15조의 강제 처분 조항(제14조의 규정에 의한 치료지시를 받은 감염자가 이에 응하지 아니할 경우 보건복지부장관 또는 시·도지사는 소속공무원으로 하여금 그 감염자가 있다고 인정되는 거소 기타 장소에 들어가 필요한 조사를 실시하고, 감염자에 대하여 치료를 받게 할 수 있다.)이 가진 위험성과 제7조의 비밀누설금지조항에 불구하고 공공연히 이루어지고 있는 비밀누설, 후천성면역결핍증예방법시행령 제23조의 생활보호 조항(시장·군수 또는 구청장은 법 제20조의 규정에 의하여 감염자의 부양가족을 생활보호법 제3조제1항의 규정에 의한 보호대상자로 보아 생활보호법에 의한 보호를 하여야 한다.)의 신설에도 불구하고 생계지원의 미비 등의 문제점을 갖고 있다. 이에 따라 노출공포에 따른 검진 회피, 검진 및 진료비용 부담, 의료보험 미적용으로 신약에 대한 접근 불가능성, 생계불안 등의 문제를 야기하고 있다. 이상에서 볼 수 있듯이, 국내에는 체계적인 관리 및 지원 시스템이 구축되어 있지 않다고 볼 수 있다.

5. 국내 HIV/AIDS 관련 NGO의 활동

현재 국내 HIV/AIDS 관련 NGO는 한국에이즈퇴치연맹과 대한에이즈예방협회와 같은 조직이 구성되어 있으나, HIV/AIDS 감염인의 인권보장을 목표로 활동을 전개하고 있는 단체는 없으며 특히 감염인 스스로의 조직은 만들어있지 않은 상태이다. 한국에이즈퇴치연맹은 통일교와 밀접한 관계에 있으며, 새순결운동본부와 함께 HIV/AIDS를 동성애자의 질병으로 호도하고 있으며 순결을 통한 HIV/AIDS 교육을 일선 교교와 군장병들

에게 실시하고 있어 80년대 미국 레이건정부의 신보수주의정책의 일환으로 실시된 마녀사냥식 HIV/AIDS 정책을 그대로 답습하고 있어 HIV/AIDS 확산을 부추기는 실정이다. 더욱더 문제가 되는 것은 한국정부 즉 보건복지부의 HIV/AIDS 정책을 한국에이즈퇴치연맹에 의존하고 있다는 것이다.

6. 정민숙 사건을 통해 한국의 HIV/AIDS 문제를 진단한다⁵⁾

정민숙씨의 경우는 국내정책의 체계상의 문제점을 그대로 드러내주고 있다. 정민숙씨는 HIV 양성판정과 음성판정을 번갈아 3번씩 받으면서 국가를 대상으로 손해배상을 청구하여 하위법원에서 승소하였으나, 98년 10월 19일 대법원에서 패소했다. 에이즈 감염인의 쉼터인 '희망나눔터'의 회장 정민숙씨는 현재 HIV 감염인으로서, 87년 4월 국립보건원은 정씨에 대한 에이즈 항체검사서 양성반응자로 의심되는 결과를 후속적인 정밀검사없이 성급하게 에이즈 감염인으로 판정하여 본인에게 통보하였다. 이후 정씨는 여러 곳을 전전하며, 다방 술집에서 생계를 유지하던 중, 91년 전남 '보건환경연구원'과 93년 제주 보건환경연구원에서 실시한 검사에서 HIV 음성판정이 나왔다. 이러한 일관성없는 검사결과 때문에 엄청난 정신적 고통을 받았음은 물론, 최초의 양성 판정마저 의심하게 되어 정씨는 국가를 상대로 손해배상소송을 청구하였다. 이 소송에서 정씨는 1, 2심에서는 승소하였으나 대법원 판결에서는 패소하였다. 1, 2심 판결의 요지는 다음과 같다. 최초의 HIV 항체 검사 이후 원고(정씨)는 총 12번의 보건 검사를 받은 바, 그 중 3번은 음성판정이 나왔다. 그 중 한 건은 담당자가 검사 결과 기록을 잘못 옮겨 적은 것으로 판명되었고, 위에서 언급한 전남과 제주에서의 결과는 음성 판정이었다. 그런데 보건 당국은 이 음성 판정을 원고에게 알려주지 않았고, 원고는 95년 4월 KBS의 추적60분이라는 프로그램을 통해 자신이 비로소 두 번에 걸쳐 음성 판정이 나온 사실을 알게 된 것이다. 양성 판정자가 음성 판정자로 바뀌는 사례는 의학적으로 거의 불가능하므로, 보건당국은 당연히 원고에게 이 사실을 통보하여 정밀한 재검사를 거쳐야 함에도 불구하고 이를 태만히 하여, 원고는 최초의 항체검사 결과마저 의심을 품기 시작하였고, 지금은 비록 완전한 양성 판정을 받았지만, 최초의 불분명한 검사 결과에 자포자기한 원고가 이후 절제되지 못한 생활에서 감염되었을 경우도 충분히 가정할 수 있다. 따라서 1심과 2심의 판결에서 피고는 반복된 판정으로 입었을 원고의 고통을 금전적으로 보상할 의무가 있다고 판결하였다. 그러나 대법원은 그 판결에 적용된 최종 법리심에서 다음과 같이 원심의 판결을 뒤집었다. 대법원의 판결문의 요지는 다음과 같다. 원심에서 피고가 원고에게 피해 보상의 근거로 세운 국가 배상법 제2조 1항은 [공무원이 그 직무를 집행함에 있어 고의 또는 과실로 법령에 위반하여 타인에게 손해를 가한 때]라고 규정하고 있다. 그런데 원고가 음성 판정을 받은 두 번의 검사는 이미 받은 양성 판

5) Dyke 3호, 동성애자인권연대 소식지, (1998. 11. 8), 1-2쪽.

정에 이은 후속면역검사가 아니라, 에이즈관련법 제 18조 등에서 에이즈 양성판정자는 보건당국의 관리범위안에서 보건법이 취업을 금한 업태에서 종사해서는 안됨에도 불구하고 원고가 주소 이전 사실을 통보하지 않은 채, 보건법에 따른 업태종사자들에게 실시하는 통상적 정기검진 대상자로서 받은 판정이었기 때문에 담당공무원은 음성 판정 결과를 검사증 교부행위로 의무를 다했다고 보아진다. 즉 최초 검사에서 음성 판정자는 별 다른 양성 판정이 없을 경우 음성 판정자로 확인하는 통상적 방법을 따른다는 근거이다. 따라서 원고가 양성판정자로 확인할 수 있는 관리시스템이 없는 경우 담당 공무원이 원고를 양성판정자로 확인할 방도가 없는 이상, 불고지에 의한 작위성이 없다고 본다. 이와 같이 대법원의 판결이 에이즈 감염인의 인권과 한국의 에이즈 정책에 대한 실질적인 판단이 아니라 법리적 해석에 치우친 판단이라고 본다. 따라서 정민숙씨 사건을 통해 우리는 정부의 에이즈 정책에 대한 전면적인 재검토와 확실한 관리체계수립을 요구한다. 대법원의 판결문이 스스로 고백하듯 한국에는 에이즈 양성반응자에 대한 체계적이고 명확한 관리시스템이 없다. 정민숙씨 사건은 심지어 에이즈 항체검사조차 제대로 이루어지지 않고 있다는 것을 증명한다.

7. HIV/AIDS 감염인의 인권을 보장받기 위해서는

위에서도 밝힌 바와 같이 에이즈 감염인들 스스로가 만든 조직은 없는 상태이다. 대한 에이즈예방협회와 카톨릭에이즈협회가 운영하는 감염인의 쉼터가 있으나 이 시설 또한 근본적인 대책은 될 수 없는 실정이다. 그 이유로는 첫째 혐오 시설로 낙인찍힐 우려로 인해서 쉼터를 외부에 공개하지 않는 것, 둘째 감염인의 재활의지의 저하시키는 시설의 운영구조, 셋째 시설 내에서의 의타적인 생활습관으로 인한 사회부적응 등을 들 수 있다. 또한 근본적으로 HIV/AIDS는 병이 아닌 '인정할 수 없는 죄의 결과'라는 무지한 편견에서 비롯된 여러 제반문제 역시 산재해 있다. 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 제도의 개선도 중요하지만 HIV/AIDS를 천형으로 생각하는 편견부터 바꾸는 활동이 시급한 실정이다. 우선 우리가 생각하는 '있을 수 있는 반론'이 무엇인지부터 설명해야 하겠다. 그것은 첫째, 정민숙씨 패소 사건은 동성애자의 문제가 아니라는 것이다. 정민숙씨가 동성애자가 아니고 HIV 감염도 동성애에 의한 것이 아닌 이상 동성애자인권연대가 그 사건을 내세워 에이즈 감염인 인권운동을 할 명분이 없다는 주장이 하나의 반론이 될 수 있다. 그리고 둘째, 동성애자인권단체가 에이즈 감염인 인권운동을 하는 것은 에이즈를 동성애자의 질병으로 보는 편견을 부추기는 결과를 가져온다는 우려에서 나온 반론이 있을 수 있다. 그런 주장을 하는 사람은 우리는 에이즈가 결코 동성애행위로만 감염되는 질병이 아니며, 성적체성과 관련 없이 바이러스의 침투에 의해 발생하는 질병이라는 것을 일반에게 계속 알리고 설득하여 에이즈와 동성애가 동일시되는 편견을 깨는 것을 그 목적으로 삼아야 한다고 생각한다. 따라서 동성애자인권단체가 그 이름을 걸고 에이즈 감염인 인권운동을 하는 것은 운동의 방향에 초를 치

는 결과를 낳는다고 생각하는 것이다. 동성애자단체가 에이즈 감염인 인권운동을 할 이유가 없는데, 왜냐하면 동성애와 에이즈는 직접적인 관련이 없기 때문이라는 것이 그들의 논지이다. 에이즈 감염인에 대한 편견은 동성애자에 대한 편견보다 그 폭이 더 넓다. 에이즈는 이성애주의에 편승하여 동성애자 억압의 도구로 이용되기도 하고, 순결 이데올로기를 업고 성관련직업종사자의 질병이 되기도 하며, 기독교 세력에 의해 종교적 단죄의 색깔을 띄고 나타나기도 한다. 에이즈는 정치적, 사회적, 종교적 보수세력이 사회질서유지에 반하는 계층을 소외시키는 도구로 널리 이용된 것이다.

따라서 에이즈가 동성애자의 질병이라는 '누명'을 벗기 위해서는 에이즈와 동성애의 무관성만을 주장해서는 안 된다. 에이즈가 윤리적, 종교적 의미를 띄고 출현한 과정에 대한 체계적인 설명과 설득이 있어야 하고, 에이즈 문제 자체를 해결하기 위한 노력이 있어야 한다. 에이즈 감염인 전체의 인권이 보장되고 편견을 종식시켜야 한다는 것에 동참하지 않는 동성애자인권단체가 어디 있으랴, 그러나 편견을 깨기 위해 과연 무엇을 해야 하는가에 대한 보다 현실적 고찰이 지금 우리에게 필요하다. 에이즈 환자에 대한 멸시와 혐오가 결국 동성애공포증과 억압의 근원을 같이 하고 있다는 사실, 그리고 동성애 성행위가 아무래도 높은 에이즈 감염 확률을 가지고 있다는 사실을 인정해야 한다.

편견에 의해 억압당하는 에이즈 감염인이 명백히 존재하는데, 그리고 그들 중 상당수가 동성애자인 것도 사실인데, 동성애와 에이즈의 무관성만을 주장하며 그들의 문제를 모른 척 한다면 그것은 명분과 체면을 위한 운동이 돼 버리고 마는 것이다. 동성애와 에이즈 감염인 전체의 인권을 생각해야 한다.

6:30- 8:00

2부 노숙자 건강문제와 의료보장체계 중합보고 및 토론회

■ **노숙자건강실태 및 의료보장 조사보고**

- 노숙자의 건강권과 의료보장, 어떻게 할 것인가
정은일 목사(전노실협 사무총장)

- 자유의집 노숙자 건강실태조사 보고
이상운(의료사업국차장)

- 전국 노숙자쉼터 조사 보고
주영수(의료사업국차장)

■ **노숙자의 건강권과 의료보장 토론**

- 토론 : 신영전(한양대학교 의과대학, 인의협 정책위원)

희망의 집(쉼터) 거주자들의 건강상태 및 의료이용실태

인도주의실천의사협의회 및
전국실직노숙자대책종교시민단체협의회

전국실직노숙자대책종교시민단체협의회는 2000년 3월 중순부터 4월 중순까지 1개월 동안 전국의 노숙자 쉼터(희망의 집)를 대상으로 '거주자 건강상태 및 의료이용 실태조사'를 실시하였다. 우리 나라에는 2000년 3월 현재 총 162개 쉼터가 있으며, 총 5573명의 노숙자가 거주하고 있는 것으로 파악되었는데, 다음의 결과는 그 중에서 본 '조사'에 참여한 '107개 쉼터(66.0%, 거주자수는 4374명으로 78.5%에 해당)로부터 회송되어온 기록지를 분석하여 산출한 것이다. 본 조사의 경우는, 그 조사의 정확도와 완전성을 제고하고자 회송된 기록지를 연구원들이 다시 평가하여 전화를 통해 '쉼터 실무자'에게 한번 더 확인하는 과정을 거쳤다.

1. 전체 거주자의 연령분포 - 2000년 3월 현재, 전국 107개 쉼터 현황 (명, %)

연령대	20세미만	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세이상	합계
남성	49(1.2)	224(5.3)	1148(27.2)	1535(36.4)	885(21.0)	373(8.9)	4214(100.0)
여성	53(33.1)	14(8.7)	30(18.8)	43(26.9)	12(7.5)	8(5.0)	160(100.0)
전체	102(2.3)	238(5.5)	1178(26.9)	1578(36.1)	897(20.5)	381(8.7)	4374(100.0)

2. 응답한 쉼터의 규모별 분포

쉼터규모(인)	<10	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500≤	총계	사람수
남성쉼터(개)	9	37	20	7	4	3	1	3	3	-	4 [†]	1 [†]	-	-	1 [†]	93	3998
여성쉼터(개)*	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	66
혼성쉼터(개)*	-	4	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	310
전체(개)	10	41	24	8	8	3	1	3	3	-	4	1	-	-	1	107	4374

† 가나안 교회 희망의 집(116명), 구세군 충청로 사랑방(130명), 삼복의 집(140명), 노숙자 지원센터 소망관(145명)

‡ 영동포 근로자 합숙소(256명)

¶ 서울 자유의 집(1021명)

● 잠실 종합사회복지관 희망의 집(6명), 내일의 집(29명), 화엄동산 여성 희망의 집(31명) - 총 66명

◆ 위기가정 자활지원센터 야꿈의 집(10명), 강릉 희망의 집(15명), 여자씨 선교회 사랑의 집(16명), 예덴교회(17명), 낙원제일교회 낙원의집 쉼터(20명), 춘천 나눔의 집(23명), 원주 밤상공동체(29명), 성남 하사함의 집(42명), 선한 사마리아인의 집(43명), 인천 내일을 여는 집(46명), 대한성공회 살림터(49명)

3. 컴퓨터 거주자들의 '질환별 유병율'

1) 전체 컴퓨터 거주자들의 '질환별 유병율' - 전체 조사대상자수 : 전국 107개 컴퓨터, 4374명

질병명	세부 구분 (% , 전체 거주자의 유병율)				계	유병율
고혈압	227명 (5.19%)				227명	5.19 %
심장질환	협심증 11명 (0.25%)	심근경색 7명 (0.16%)	심부전 12명 (0.27%)	기타 15명 (0.34%)	45명	1.03 %
폐결핵	129명 (2.95%)				129명	2.95 %
만성호흡기질환	55명 (1.26%)				55명	1.26 %
간염	B형간염 49명 (1.22%)	C형간염 4명 (0.09%)	알콜성간염 26명 (0.64%)	기타 8명 (0.18%)	89명	2.03 %
간경화	38명 (0.87%)				38명	0.87 %
위 장관질환	위·십이지장 궤양 98명 (2.24%)	위·십이지장염 100명 (2.29%)	기타 27명 (0.62%)		225명	5.14 %
당뇨병	140명 (3.20%)				140명	3.20 %
정신질환	정신분열증 56명 (1.28%)	우울증 86명 (1.97%)	약물남용 8명 (0.18%)	기타 14명 (0.32%)	164명	3.75 %
알콜중독	314명 (7.18%)				314명	7.18 %
간질	34명 (0.78%)				34명	0.78 %
장애인	신체장애자 259명 (5.92%)	정신장애자 35명 (0.80%)	선천성기형 9명 (0.21%)		303명	6.93 %
근육·관절질환	276명 (6.31%)				276명	6.31 %
요통	디스크 42명 (0.96%)	척추분리증 1명 (0.02%)	척추추만증 4명 (0.09%)	기타 31명 (0.71%)	78명	1.78 %
외상	골절 28명 (0.64%)	햇어짐 35명 (0.80%)	기타 18명 (0.41%)		81명	1.85 %
신장질환	신부전 10명 (0.23%)	신결석 1명 (0.02%)	기타 12명 (0.27%)		23명	0.53 %
암	위암 5명 (0.11%)	간암 2명 (0.05%)	폐암 2명 (0.05%)	대장암 1명 (0.02%)	10명	0.23 %
전염병	윤 1명 (0.02%)	사면발이 1명 (0.02%)	성병 21명 (0.48%)	기타 2명 (0.05%)	25명	0.57 %
피부병	80명 (1.83%)				80명	1.83 %
기 타	63명 (1.44%)				63명	1.44 %
현재 입원치료가 필요하다고 판단되는 사람	111명 (%)				111명	2.54 %

질환별 유병율을 조사한 결과, 알콜중독이 7.18%로 가장 높은 것으로 확인되었으며, 다음으로 근육·관절 질환 6.31%, 신체장애 5.92%, 고혈압 5.19%, 그리고 정신질환 3.75%의 순서인 것으로 조사되었다. 노숙자들의 건강 상태와 관련하여 그 동안 많은 관심이 기울여져 온 폐결핵은 2.95%, 간장질환은 간염과 간경화를 포함하여 2.90%, 당뇨병은 3.20%, 암은 10명(0.23%) 인 것으로 확인되었다. 또한, 입원치료가 필요하다고 인정되는 대상자수는 모두 111명으로 전체의 2.54%에 해당되는 것으로 파악되었다.

본 조사결과를 보면 알콜중독과 정신질환자와 같이 '특수한' 의료서비스가 제공되어야 할 대상자수가 모두 478명(10.93%), 일부는 겹치는 사람이 있을 것이므로 정확한 사람수는 이보다 적을 수 있을 듯)으로 특성화된 '시설'이 몇 개쯤 있어야 문제에 대처할 수 있는 수준이라는 사실을 알 수 있으며, 현재 입원치료가 필요하다고 판단되는 사람이 111명으로, 전체 대상자의 2.54%에 해당하는데도 아직 '컴퓨터'에 머물고 있다는 문제점이 뚜렷이 드러나고 있다. 또한 의료적·경제적으로 '컴퓨터'가 감당하기 어려운 암환자들이 10명이나 '컴퓨터'에 거거하고 있으며, 정신장애자가 35명이나 '컴퓨터'에서 생활하고 있음이 파악되었다.

본 조사가 '컴퓨터 실무자'를 대상으로 한 조사이니 만큼 다소간의 오류는 있을 것으로 보이는데, 그 방향이 실제의 유병 규모보다 대상자중에서 '질병 이환자'를 '놓쳤을 가능성이 큰' 방향으로 발생했을 것으로 보인다. 즉, 유병율이 저평가 되었을 것으로 추정된다. 또한, 질환명을 이해하지 못해서 잘못 기재한 결과들이 수집되었을 수도 있는데, 이는 설문문항 자체가 '확진'된 결과를 기재토록 유도하였기 때문에 그리 크지 않았을 것으로 생각된다. 또한, 전체 컴퓨터의 2/3, 거주자수로는 거의 80%정도가 조사되었기 때문에 '현재 우리나라 컴퓨터 노숙자'들의 건강상태를 충분히 대표한다고 볼 수 있을 것이다. 조만간, 이 '질환별 유병상황'을 토대로 '의료 자원의 배분(총 예산액 결정과 집행원칙의 수립)'을 위한 전문적인 논의가 시작되어야 할 것이다.

2) 남성 컴퓨터 거주자의 '질환별 유병율' - 100인 미만 규모의 87개 컴퓨터, 2190명 대상

질병명	세부 구분 (% , 전체 거주자의 유병율)				계	유병율
고혈압	120명 (5.48%)				120명	5.48 %
심장질환	협심증 7명 (0.32%)	심근경색 6명 (0.27%)	심부전 8명 (0.37%)	기타 3명 (0.14%)	24명	1.10 %
폐결핵	28명 (1.28%)				28명	1.28 %
만성호흡기질환	18명 (0.82%)				18명	0.82 %
간염	B형간염 19명 (0.87%)	C형간염 3명 (0.14%)	알콜성간염 14명 (0.64%)	기타 6명 (0.27%)	42명	1.92 %
간경화	17명 (0.78%)				17명	0.78 %
위 장관질환	위·십이지장 궤양 47명 (2.15%)	위·십이지장염 19명 (0.87%)	기타 22명 (1.00%)		88명	4.02 %
당뇨병	69명 (3.15%)				69명	3.15 %
정신질환	정신분열증 21명 (0.96%)	우울증 60명 (2.74%)	약물남용 1명 (0.05%)	기타 12명 (0.55%)	94명	4.29 %
알콜중독	161명 (7.35%)				161명	7.35 %
간질	15명 (0.68%)				15명	0.68 %
장애인	신체장애자 151명 (6.89%)	정신장애자 20명 (0.91%)	선천성기형 7명 (0.32%)		178명	8.13 %
근육·관절질환	35명 (1.60%)				35명	1.60 %
요통	디스크 28명 (1.28%)	척추분리증 1명 (0.04%)	척추추만증 4명 (0.18%)	기타 12명 (0.55%)	45명	2.05 %
외상	골절 14명 (0.64%)	햇어짐 11명 (0.50%)	기타 13명 (0.59%)		38명	1.74 %
신장질환	신부전 6명 (0.27%)	신결석 1명 (0.04%)	기타 5명 (0.23%)		12명	0.55 %
암	위암 4명 (0.18%)	간암 1명 (0.04%)	폐암 1명 (0.04%)	대장암 0명 (0.0%)	6명	0.27 %
전염병	윤 0명 (0.0%)	사면발이 0명 (0.0%)	성병 4명 (0.18%)	기타 2명 (0.09%)	6명	0.27 %
피부병	21명 (0.96%)				21명	0.96 %
기 타	49명 (2.24%)				49명	2.24 %
현재 입원치료가 필요하다고 판단되는 사람	49명 (2.24%)				49명	2.24 %

3) 남성 컴퓨터 거주자의 '질환별 유병율' - 100인~299인 규모의 5개 컴퓨터, 787명 대상

질병명	세부 구분 (% , 전체 거주자의 유병율)				계	유병율
고혈압	30명 (3.81%)				30명	3.81 %
심장질환	협심증 3명 (0.38%)	심근경색 1명 (0.13%)	심부전 0명 (0.0%)	기타 1명 (0.13%)	5명	0.64 %
폐결핵	20명 (2.54%)				20명	2.54 %
만성호흡기질환	1명 (0.13%)				1명	0.13 %
간염	B형간염 18명 (2.29%)	C형간염 0명 (0.0%)	알콜성간염 0명 (0.0%)	기타 2명 (0.25%)	20명	2.54 %
간경화	0명 (0.0%)				0명	0 %
위장관질환	위·십이지장 궤양 12명 (1.52%)	위·십이지장염 8명 (1.02%)	기타 0명 (0.0%)		20명	2.54 %
당뇨병	20명 (2.54%)				20명	2.54 %
정신질환	정신분열증 10명 (1.27%)	우울증 8명 (1.02%)	약물남용 1명 (0.13%)	기타 0명 (0.0%)	19명	2.41 %
알콜중독	81명 (10.29%)				81명	10.29 %
간질	6명 (0.76%)				6명	0.76 %
장애인	신경장애자 42명 (5.34%)	정신장애자 3명 (0.38%)	선천성기형 0명 (0.0%)		45명	5.72 %
근육·관절질환	3명 (0.38%)				3명	0.38 %
요통	디스크 3명 (0.38%)	척추분리증 0명 (0.0%)	척추측만증 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)	3명	0.38 %
의상	골절 4명 (0.51%)	찢어짐 1명 (0.13%)	기타 4명 (0.51%)		9명	1.14 %
신장질환	신부전 1명 (0.13%)	신결석 0명 (0.0%)	기타 6명 (0.76%)		7명	0.89 %
암	위암 0명 (0.0%)	간암 0명 (0.0%)	폐암 0명 (0.0%)	대장암 0명 (0.0%)	0명	0 %
전염병	음 0명 (0.0%)	사면발이 1명 (0.13%)	상병 11명 (1.40%)	기타 0명 (0.0%)	12명	1.52 %
피부병	5명 (0.64%)				5명	0.64 %
기 타	1명 (0.13%)				1명	0.13 %
현재 입원치료가 필요하다고 판단되는 사람	7명 (0.89%)				7명	0.89 %

4) 여성 컴퓨터 거주자의 '질환별 유병율' - 3개 컴퓨터, 66명 대상

질병명	세부 구분 (% , 전체 거주자의 유병율)				계	유병율
고혈압	0명 (0.0%)				0명	0 %
심장질환	협심증 0명 (0.0%)	심근경색 0명 (0.0%)	심부전 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)	0명	0 %
폐결핵	0명 (0.0%)				0명	0 %
만성호흡기질환	0명 (0.0%)				0명	0 %
간염	B형간염 1명 (1.52%)	C형간염 0명 (0.0%)	알콜성간염 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)	1명	1.52 %
간경화	0명 (0.0%)				0명	0 %
위장관질환	위·십이지장 궤양 0명 (0.0%)	위·십이지장염 2명 (3.03%)	기타 0명 (0.0%)		2명	3.03 %
당뇨병	0명 (0.0%)				0명	0 %
정신질환	정신분열증 5명 (7.58%)	우울증 9명 (13.64%)	약물남용 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)	14명	21.21 %
알콜중독	1명 (1.52%)				1명	1.52 %
간질	0명 (0.0%)				0명	0 %
장애인	신경장애자 1명 (1.52%)	정신장애자 3명 (4.55%)	선천성기형 1명 (1.52%)		5명	7.58 %
근육·관절질환	1명 (1.52%)				1명	1.52 %
요통	디스크 0명 (0.0%)	척추분리증 0명 (0.0%)	척추측만증 0명 (0.0%)	기타 3명 (4.55%)	3명	4.55 %
의상	골절 1명 (1.52%)	찢어짐 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)		1명	1.52 %
신장질환	신부전 0명 (0.0%)	신결석 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)		0명	0 %
암	위암 0명 (0.0%)	간암 0명 (0.0%)	폐암 0명 (0.0%)	대장암 0명 (0.0%)	0명	0 %
전염병	음 0명 (0.0%)	사면발이 0명 (0.0%)	성병 0명 (0.0%)	기타 0명 (0.0%)	0명	0 %
피부병	1명 (1.52%)				1명	1.52 %
기 타	2명 (3.03%)				2명	3.03 %
현재 입원치료가 필요하다고 판단되는 사람	0명 (0.0%)				0명	0 %

4. 컴퓨터 거주자들의 현재 '의료기관 이용' 현황 및 실무자의 의료관심도 파악

1) 환자 발생시 보통 제일 먼저 의뢰하는 의료기관과 이용 만족도

의료기관 종류	응답자수 (n=105)	만족도			
		매우 만족	대체로 만족	그저 그렇다	불만족
민간(병)의원	15 (14.3%)	3 (20.0%)	4 (26.7%)	7 (46.7%)	1 (6.7%)
보건소	37 (35.2%)	1 (2.7%)	10 (27.0%)	16 (43.2%)	10 (27.0%)
시립(국공립)병원	41 (39.0%)	2 (5.0%)	16 (40.0%)	14 (35.0%)	8 (20.0%)
한의원	2 (1.9%)	-	-	-	-
약국	6 (5.7%)	-	-	-	-
마땅치 않다	4 (3.8%)	-	-	-	-

2) 최근 한달 사이에 이용한 의료기관별 총 이용 건수 : ()안은 [건수/인원수]×100(%)

컴퓨터 구분	전체 인원수 (명)	민간(병)의원		보건소	시립(국공립)병원		한의원	약국	치과의원*
		외래	입원		외래	입원			
전체 (107개)	4374	476 (10.9%)	36 (0.8%)	920 (21.0%)	491 (11.2%)	61 (1.4%)	74 (1.7%)	394 (9.0%)	75 (1.7%)
100인 미만 (87개)	2190	348 (15.9%)	32 (1.5%)	571 (26.1%)	311 (14.2%)	53 (2.4%)	60 (2.7%)	325 (14.8%)	70 (3.2%)
100인~299인 (5개)	787	27 (3.4%)	-	138 (17.5%)	25 (3.2%)	3 (0.4%)	-	-	-
서울 자유의 집	1021	-	-	151 (14.8%)	101 (9.9%)	-	-	-	-
여성 컴퓨터 (3개)	66	-	-	25 (37.9%)	9 (13.6%)	-	2 (3.0%)	17 (25.8%)	3 (4.5%)

* 치과 진료시 가장 필요한 의료 서비스의 내용 (총 86개 컴퓨터실무자가 복수로 응답함)
: 충치치료(61.6%), 잇몸치료(43.0%), 보철(26.7%), 치석제거(15.1%), 건강상담(4.7%), 수술(1.2%) 등

3) 컴퓨터 실무자의 '의료'에 대한 관심도 파악

환자들의 치료관련 자료보관 여부		
치료자료를 가지고 있음		치료자료가 없음
57 (57.6%)		42 (42.4%)
전산입력함	수작업함	정리하지 않음
11(19.3%)	41(71.9%)	5(8.8%)

5. 의료요구도 조사 결과

1) 컴퓨터 실무자에게 질문한 '의료요구' 조사결과 - 107개 컴퓨터에서 응답

	매우필요하다	필요하다	그저그렇다	불필요하다	모르겠다
1 거주자들 대상의 주기적인 건강검진	54명(51.4%)	42명(40.0%)	7명(6.7%)	2명(1.9%)	0명
2 야간 및 휴일 의료(치료) 서비스 제공	35명(33.0%)	53명(50.0%)	15명(14.2%)	3명(2.8%)	0명
3 직접 방문을 통한 의료(치료) 서비스 제공	22명(21.2%)	50명(48.1%)	23명(22.1%)	8명(7.7%)	1명(1.0%)
4 알코올 중독 환자의 치료	54명(52.4%)	30명(29.1%)	14명(13.6%)	4명(3.9%)	1명(1.0%)
5 정신 질환자의 치료	41명(40.2%)	32명(31.4%)	16명(15.7%)	11명(10.8%)	2명(2.0%)
6 낮 병원(낮에는 입원, 밤에는 집에 가는 병원)	8명(8.2%)	28명(28.6%)	39명(39.8%)	19명(19.4%)	4명(4.1%)
7 환자와 의료인과의 주기적인 건강상담	20명(19.0%)	71명(67.6%)	13명(12.4%)	1명(1.0%)	0명
8 건강에 관련된 자료 배포	14명(13.5%)	63명(60.6%)	21명(20.2%)	6명(5.8%)	0명
9 컴퓨터(생활지도) 실무자에 대한 보건 교육	23명(21.7%)	64명(60.4%)	17명(16.0%)	2명(1.9%)	0명
10 성인병 환자 교육(예: 당뇨·고혈압 교실)	24명(23.1%)	61명(58.7%)	17명(16.3%)	2명(1.9%)	0명
11 거주자들 전체에 대한 보건·위생 교육	28명(26.7%)	62명(59.0%)	13명(12.4%)	2명(1.9%)	0명
12 성접촉(성병, 피임방법 등)에 관한 보건교육	19명(18.3%)	51명(49.0%)	27명(26.0%)	7명(6.7%)	0명
13 직접적인 의료비 지원	31명(33.7%)	38명(41.3%)	10명(10.9%)	5명(5.4%)	8명(8.7%)
14 보건소 등 공공의료기관의 서비스 개선	37명(35.2%)	52명(49.5%)	14명(13.3%)	1명(1.0%)	1명(1.0%)

컴퓨터의 실무자들이 요구하고 있는 의료서비스의 내용은 다음과 같다. 먼저 '거주자들 대상의 주기적인 건강검진'이 91.4%, '환자와 의료인과의 주기적인 건강상담'이 86.6%, '거주자들 전체에 대한 보건·위생 교육'이 85.7%, '보건소 등 공공의료기관의 서비스 개선'이 84.7%, '야간 및 휴일 의료서비스 제공'이 83.0%에서 '필요한 것(매우 필요하다 + 필요하다)'으로 확인되었다. 반면에, '매우 필요하다'고 응답한 결과만을 순서대로 살펴보면 이와는 그 항목과 수준이 많이 다른데, '알코올 중독 환자의 치료'가 52.4%로 1위이며, '거주자들 대상의 주기적인 건강검진'이 51.4%, '정신 질환자의 치료'가 40.2%, '보건소 등 공공의료기관의 서비스 개선'이 35.2%, '직접적인 의료비 지원'이 33.7%로서 그 '매우 필요한' 순위가 확인되고 있다. 이 항목들은 그 동안 노숙자들의 의료문제에 대한 개별 컴퓨터 실무자 및 의료전문가들의 의견에 따라서 결정된 것으로서, '노숙자 의료정책의 방향'과 구체적인 '정책안'에 대하여 중요한 '시사점'들을 제시하고 있다.

6. 지역별 노숙자 의료서비스 이용체계 실태보고

● 인천

- : 환자발생→시청 사회복지과 공문→ 인천의료원 공문→ 입원치료
- : 입소자의 건강진단 및 감기나 위장장애 등 경미한 질병일 경우 동구 보건소에 협조공문을 지참하고 보건소 방문 이용. 실무자 동행
- : 보건소 치료가 불가능한 질병이나 상해일 경우, 특히 긴급을 요하는 환자 발생시 인천 시청에 협조공문 발송 후 인천시립의료원을 이용

● 대구

- : 기숙확인 및 진료의뢰서 발급(보건소, 국공립의료원 구분)
- : 보건소
 - 연계기관 - 일차적으로 중구보건소와 연계하여 모든 입소자는 건강검진을 받도록 규정.
 - 건강검진 내용 - 혈액검사, 결핵검사, X-ray 촬영, 뇨검사
 - 주 이용 대상자 - 경한 질병환자
 - 컴퓨터관장 직인의 확인증 발부
- : 대구시립병원 입원시, 대구시청 노숙자 의료서비스담당자에게 인적사항 및 내담사항을 보고 → 대구시립 희망원에 인적사항 보냄(희망원에서 대구 정신병원으로 진료의뢰서를 보냄) → 대구정신병원(대구의료원)에 환자 이송

● 부산

- : 입소자들이 입원할 때 전문기관인 부산의료원과 부산시의 연계가 잘 되지 않아 입원 및 치료가 어려움.
- : 보건소 - 컴퓨터에서 증명서를 발급하여 보건소에 제출
- : 보험환자 - 노숙자 진료 의뢰서 → 관할구청 의료계 → 시립의료원으로 서류 송치 → 컴퓨터 통보 → 환자 진료
- : 무보험환자, 경환자 - 봉사하는 병원에 먼저 전화로 양해를 구한 후, 무료진료 의뢰서(자체양식)를 지참해 해서 진료를 받도록 의뢰
- : 중환자 - 119 구조대와 인근 파출소에 연락, 협조를 받아서 시립의료원에 보내 행려환자로 입원치료를 받게 하고 있음.

● 서울

- : 진료 의뢰서(지원센터에 팩스로 보냄)→ 의뢰서와 다시서기수첩을 원무과에 제시 → 수납창구(예약) → 예약 날짜에 진료 받음
- : 의료보호 책정을 받을 수 있는 사람은 동사무소에 서류 제출 후 거택보호자 책정. 서류가 없는 이들은 주민등록 말소를 재등록 하여 지역의료보호 신청
- : 환자 발생시 성가수녀회에서 운영하는 자선병원인 성가복지병원에 진료 및 진찰을 의뢰한다. 진찰 전에 사회사업가에서 상담을 거치고 필요한 부분을 진찰 및 진료를 통해서 입원이 필요하다면 입원 치료를 한다
- : 환자발생시 먼저 간단한 치료가 가능한 경우에는 진료의뢰서를 작성하여 입소자를 보건소에서 진료토록 한다. 그러나 보건소 진료가 가능하지 않는 과목인 경우에는 진료의뢰서를 작성하여 연희의원(무료진료)에서 진료한다.
- : 의료서비스 의뢰서를 작성하고 기관의 직인을 받고 1부는 노숙자 다시서기 지원센터에 보내고 1부는 이용 의료기관으로 보내며 1부는 보관
- : 응급환자 발생시 : 119소방서 연락 → 서울시 노숙자 지정병원 이송 → 지정병원에 본 복지관 시설장 발행 의료서비스 의뢰서 제출 → 의료비 정산 → 퇴원 → 다시서기 지원센터에 의료서비스 의뢰서 송부.

- : 일반환자 발생시 - 본 복지관 진료실 진료 의뢰 → 환자 건강상태 체크 → 약조제 및 진료(병원이송이 필요한 경우 서울시 노숙자 지정병원 이송)
- : 입원시 구청에 의뢰, 한시적 생활보호자 선정
- : 1차 보건소 진료 → 2차 보라매병원 혹은 동부시립병원 → 3차 국립의료원 의뢰 → 동사무소에서 한시적 생보자 지정 → 국립의료원에 의료서비스 의뢰서, 다시서기수첩, 기관장 의뢰서, 한시적 생보자 선정서 제출 → 수술 → 입원 → 퇴원

● 수원

- : 한시생활보호 대상자로 만든다
- : 장기 입원대상자는 부랑아로 처리(파출소로 가서 무연고 확인서를 받고, 구청에 전화로 연락하여 의료원에 제출한다)
- : 일반적으로 수술 및 입원을 요하는 환자가 발생할 경우, 구청 사회복지과에 의뢰해서 행려카드를 부여 받은 다음, 수원 의료원에서 진료. 그러나 수원의료원의 경우, 개설되어 있지 않는 진료과목이 있기 때문에 (안과, 비뇨기과, 피부과 등) 개설되지 않는 진료과목은 일반병원을 이용하고 진료비는 컴퓨터에서 자부담을 한다.
- : 행려카드를 부여 받는 경우도 긴급한 사항이 아니면 힘든 실정이다. 행려카드 부여를 의뢰하면 행정당국에서는 우선 그 사람의 인적사항을 파악한다고 하면서 신원조회(호적조회)를 주민등록상 거주지에 의뢰하는데, 주민등록의 말소, 호적상의 부양의무 가족이 있다는 이유로 행려카드 부여를 거부하는 경우도 있다. 신원조회가 2-3일씩 걸리는 수도 있다.
- : 정신과 입원에 대해서는 컴퓨터에서는 아무런 대책이 없다. 명백한 알콜 중독 및 기타 정신과 질환이 있는 식구가 있다고 해도 이 사람을 병원에 입원시키려면 보호자의 동의(컴퓨터 관계자는 보호자가 될 수 없음)없이 절대 불가, 행려카드를 부여 받아서 입원 시키려 해도 병원에 입원 시킬 경우 행정 당국 관계자(사회과 직원, 경찰)이 반드시 동행해야 한다. 정신 병원에 입원한다고 해도 행려 및 의료 보호환자는 정신병원에서 행하는 재활 프로그램등의 혜택을 받을 수가 없다. 예를 들면 알콜 중독으로 입원한 행려 및 의료보호 환자는 병원에 입원되어 있을 뿐이지, 알콜 문제를 해결할 수 이씨는 프로그램이 없는 실정이다(병원관계자의 발은 보험수가와 관계가 있다고 함. 즉 정부에서 입원비는 보조해 주지만 프로그램에 대한 보조는 없는 실정).
- : 입원치료 시 경찰서 행려병자 확인서 → 구청의 사회복지과 통보 → 의료기관 입원신청 외래 치료 시 - 각종 의료보험(1종, 2종) 처리

● 안산

- : 한시생활보호 대상자로 책정해서 의료보호 1종 증명서로 발급받아 치료 및 진료

● 청주

- : 해당구청 협조의뢰 → 구청 담당자와 의료기관 방문 → 구청 담당자 입원수속 → 시설직원보호자 서명 → 의료 혜택

● 춘천

- : 주민등록 말소자 - 도립병원(춘천의료원)에 의뢰후 시청에 연락하여 행려자로 처리
- 일반인 - 한시 생활보호대상이 될 수 있도록 동사무소, 시청과 업무 협조하여 의료 보장을 받도록 함.

● 대전

- : 동사무소에서 생활보호 대상자로 책정, 의료 보호 (2종)증을 발급 받아 의료 서비스를 받음.
- : 의료보험증 소지자 및 생활보호대상자 본인 카드로 치료, 카드 미 소지자 보건소 무료이용, 일반병의원 이용시 타인 의료보험 대체

: 긴급 요입원환자 발생 -> 파출소에서 부랑아 확인증명 -> 119연락 -> 국공립병원 입원
 : 경상 및 경증환자 발생 -> 1차 민간의료기관 연락 -> 승인사* 무료진료요청서 발송 후 진료 -> 민간의료기
 관의 승인이 없을 경우, 무료진료요청서 작성하여 보건소에서 진료.

- 아산
: 시청 담당 사회복지 공무원에게 연락을 한 다음에 입원 및 치료를 한다.
- 울산
: 구청 사회복지과에 문의, 의료보호 지원요청
- 원주
: 공문작성 -> 해당부서(병원, 보건소)에 발송 -> 잘 이루어지지 않으면 원무과장과 통화 -> 그래도 서비스를 받지 못할 경우 병원장님께 의뢰
- 강릉
: 응급환자 발생시 119구급차로 응급후송 -> 검진후 치료 혹은 입원결정
- 전주
: 노숙자 의료보호지침이 전달되었으나, 현실적으로 보건소의 이용이 어려운 편임.
 : 국공립의료기관인 전북대병원의 경우, 3차 진료기관이라 노숙자들이 의료보호를 받기 힘들며, 생활보호 또
 는 한시적인 생활보호자로 되지 않은 사람은 자원봉사 의료기관이 필요하나, 현실적으로 불가능.
 : 보건소(진료의뢰 건강진단의뢰, 폐결핵 진단 및 치료 -> 주민등록 말소 재등록 -> 건강진단서 첨부 -> 한시
 적 생활보호신청 -> 의료보호

자유의집 노숙자들의 건강 실태

- 99.11.15~00.4.21까지의 건강 검사 결과 -

이상윤 (인의협 의료사업국 차장)

분석 대상 및 방법

1. 분석 대상

99년 11월 15일부터 2000년 4월 21일까지 자유의집에 신규 입소하여 혈액, 소변검사를 시행한 사람(총2,652명) 및 간이정신심리검사(SCL-90R)를 시행한 사람(총1973명) 모두

2. 분석 방법

가. 혈액 및 소변 검사 항목

표 1. 혈액 및 소변 검사 항목

구분	구체적 검사항목
일반 혈액검사	RBC, WBC, hemoglobin, hematocrit, platelet
일반 화학검사	total protein, albumin, cholesterol, glucose, sGOT, sGPT, γ -GTP, BUN, creatinine
혈청검사	HBsAg, HBsAb, VDRL
소변검사	요잠혈, 요단백, 요당, 요 pH, 요 RBC, 요 WBC, 요 EP

나. 혈액 및 소변 검사 소견 이상자 선별 기준

다음 표2와 같은 검사 소견 이상자 선별 기준을 마련하였다. 검사소견 이상자 선별 기준은 보통 혈액검사나 소변검사의 이상을 판정하는 기준인 정상 범위의 참고치를 참고로 하여 검사결과 이상자 중에서도 시급한 의학적 판단을 필요로 하리라 여겨지는 사람들을 우선적으로 선별하기 위한 목적으로 만들어졌으므로 일반적인 의학적 진단 기준과는 차이가 있다.

표 2. 검사 소견 이상자 선별 기준

구분	선별기준
빈혈	Hemoglobin이 11.0 mg/dl 이하인 자
백혈구 감소증	WBC 가 3,000/ μ l 이하인 자
혈소판 감소증	Platelet이 100,000/ μ l 이하인 자
간효소 이상	1) sGOT, sGPT 중 하나라도 50 IU/l 을 초과하는 자 2) γ -GTP가 100 IU/l 을 초과하는 자
저알부민혈증	혈중 Albumin이 3.5 mg/dl 미만인 자
고콜레스테롤 혈증	혈중 cholesterol 값이 260 mg/dl을 초과하는 자
당뇨	1) 혈중 glucose 농도가 200 mg/dl 이상인 자 2) 요당이 2+ 이상인 자
신기능 이상	혈중 creatinine이 1.5 mg/dl 보다 큰 자
B형 간염	HBsAg이 양성인 자
매독 의증	VDRL이 양성인 자
요잠혈	요 RBC 가 many로 나오는 자

다. 간이정신심리검사(SCL-90R) 분석 방법

결과해석에 있어 비정상자는 90문항의 점수를 T-score로 전환하여 70점 이상인 경우로 정의하였다.

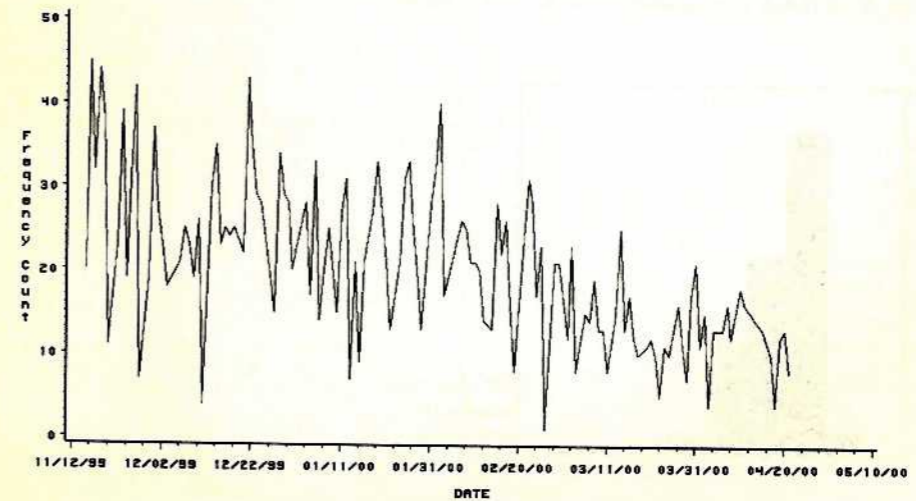
분석 결과

1. 분석 대상 집단의 특성

표 3. 연령 분포

연령 그룹	수(명)	비율(%)
- 19	21	0.8
20 - 29	222	8.4
30 - 39	870	32.8
40 - 49	1053	39.7
50 - 59	381	14.4
60 - 69	96	3.6
70 -	8	0.3

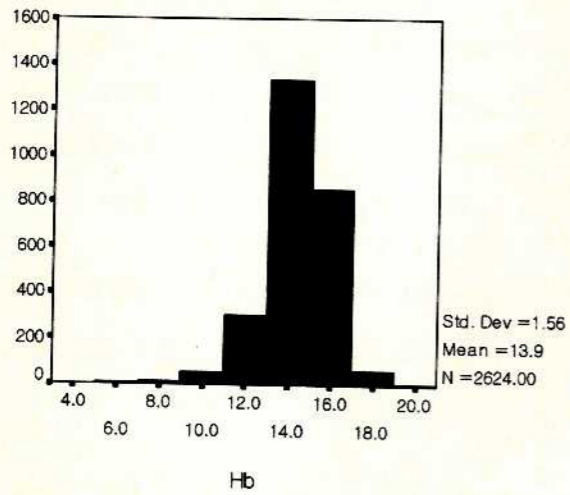
연령 미상자 : 1명



검사일 미상자 : 13명 평균 일별 검사자 수 : 24.4 ± 9.4 명

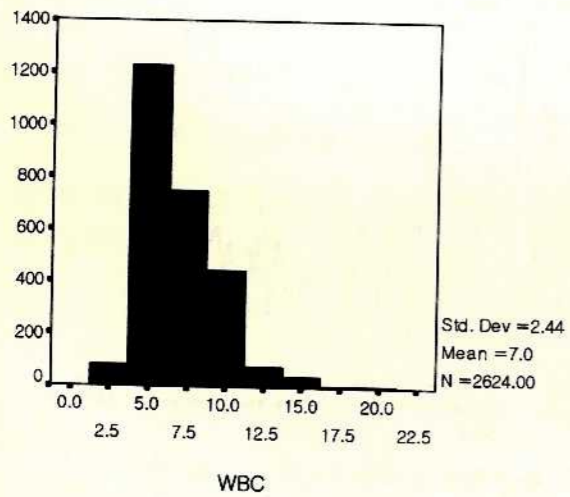
그림 1. 일별 검사자 수

2. 각 혈액검사 및 소변검사 별 전체 분포 및 이상자 분포



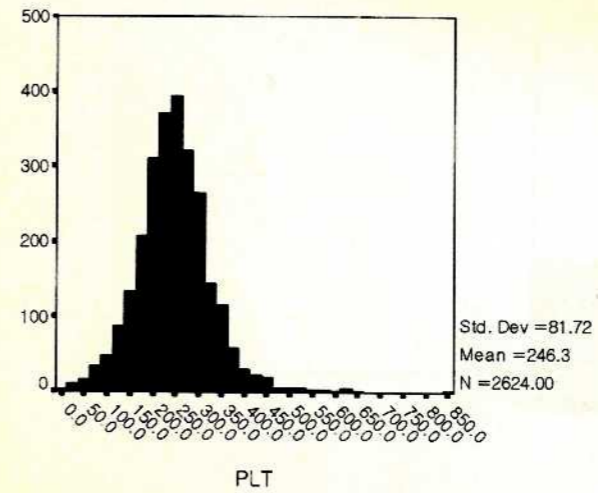
빈혈 소견자(Hb<11) : 156명(5.9%)

그림 2. 혈색소값(hemoglobin)의 분포 (단위: mg/dl)



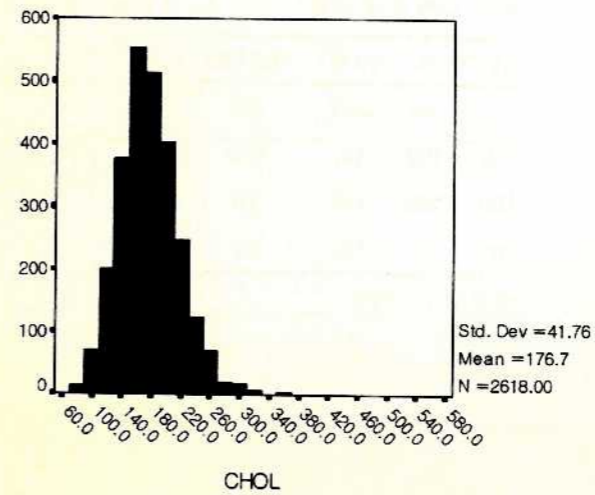
백혈구 감소증 소견자(WBC≤3000) : 82명(3.1%)

그림 3. 백혈구수 분포



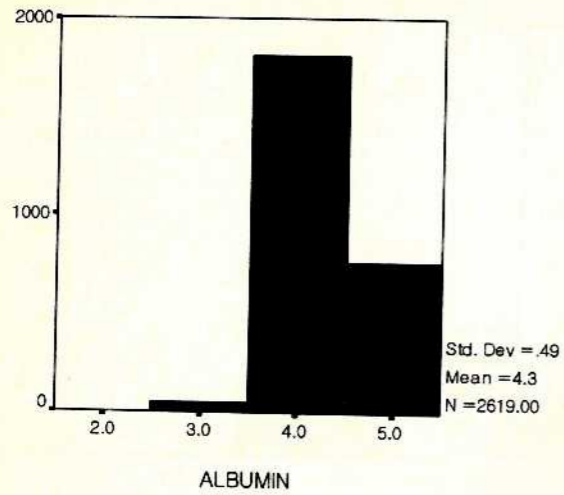
혈소판 감소증 소견자(PLT≤100K) : 85명(3.2%)

그림 4. 혈소판 값의 분포



고콜레스테롤 혈증 소견자(chol>260) : 71명(2.7%)

그림 5. 혈중 콜레스테롤값의 분포



저알부민혈증 소견자(alb<3.5) : 47명(1.8%)

그림 6. 혈중 알부민값의 분포

표 4. GOT값의 분포

GOT수치	수(명)	비율(%)
- 50	1859	71.1
50 - 100	446	17.1
100 - 200	197	7.5
200 -	113	4.3

미검사자 : 37명

표 6. GOT값의 분포

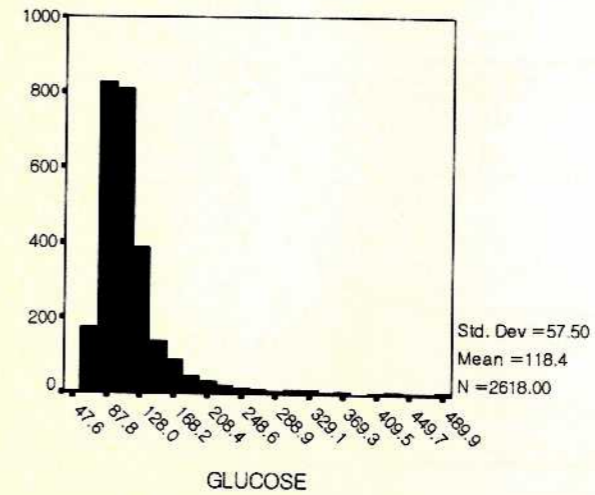
rGT수치	수(명)	비율(%)
- 100	2121	81.0
100 - 200	242	9.2
200 -	255	9.7

미검사자 : 34명

표 5. GPT값의 분포

GPT수치	수(명)	비율(%)
- 50	2077	79.4
50 - 100	341	13.0
100 - 200	146	5.6
200 -	53	2.0

미검사자 : 35명



당뇨 소견자(glu≥200) : 146명(5.6%)

그림 7. 혈당값의 분포

표 7. 요중 glucose치의 분포(urine stick이용)

요중 glucose	수(명)	비율(%)
-	2229	86.2
1+	112	4.3
2+	108	4.2
3+	107	4.1
4+	31	1.2

미검사자 : 65명

표 8. 혈중 creatinine값의 분포

혈중 creatinine	수(명)	비율(%)
≤1.5	2602	99.4
>1.5	15	0.6

미검사자 : 35명

표 9. 혈청 B형 간염 항원 검사 결과

혈청 B형 간염 항원	수(명)	비율(%)
-	2464	94.0
+	156	6.0

미검사자 : 32명

표 10. 혈청 VDRL 검사결과

혈청 VDRL	수(명)	비율(%)
nonreactive	2515	96.1
weakly reactive	15	0.6
reactive	87	3.3

미검사자 : 35명

표 11. 요중 blood값의 분포(urine stick이용)

요중 blood	수(명)	비율(%)
-	2408	93.2
1+	134	5.2
2+	26	1.0
3+	16	0.6

미검사자 : 68명

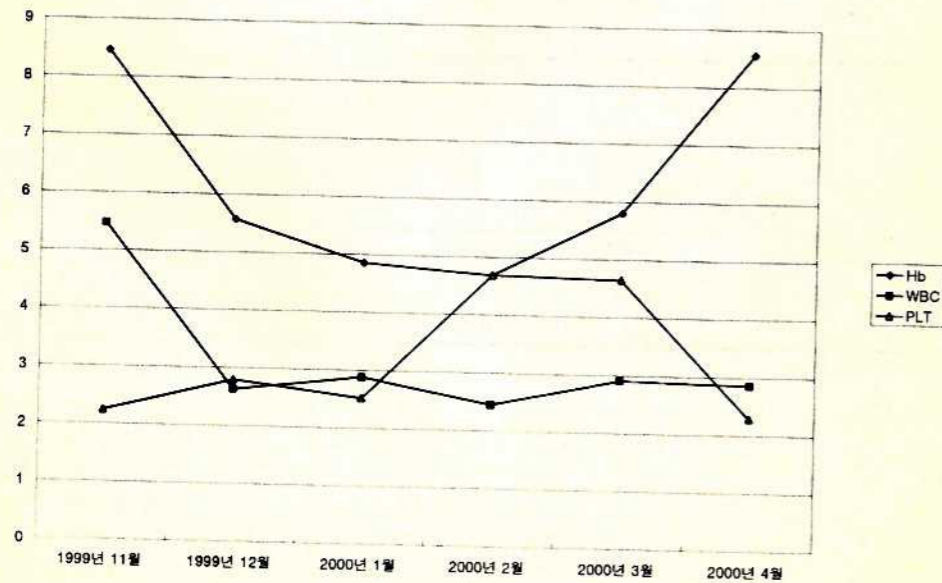


그림 8. 월별 검사이상 소견을 추이(1)

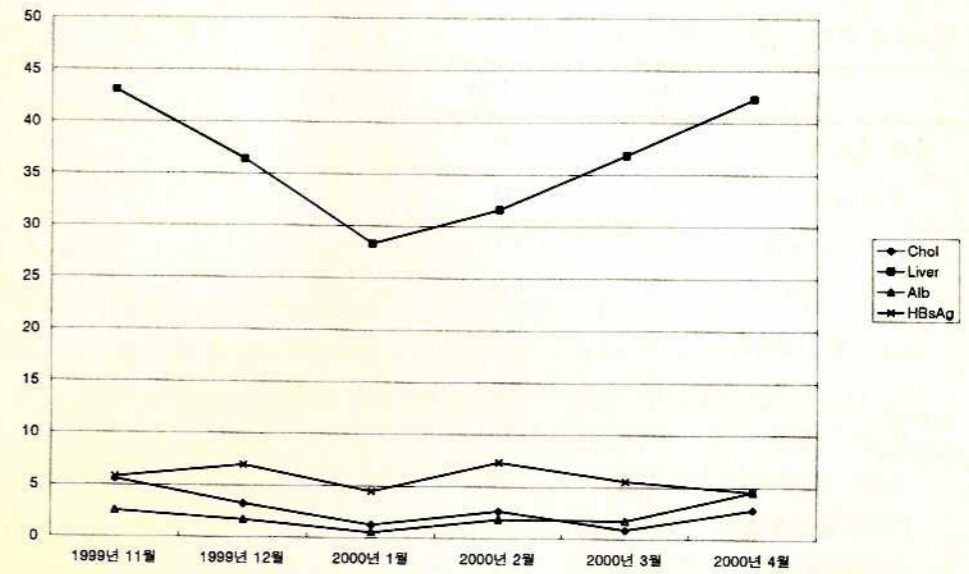


그림 9. 월별 검사이상 소견을 추이(2)

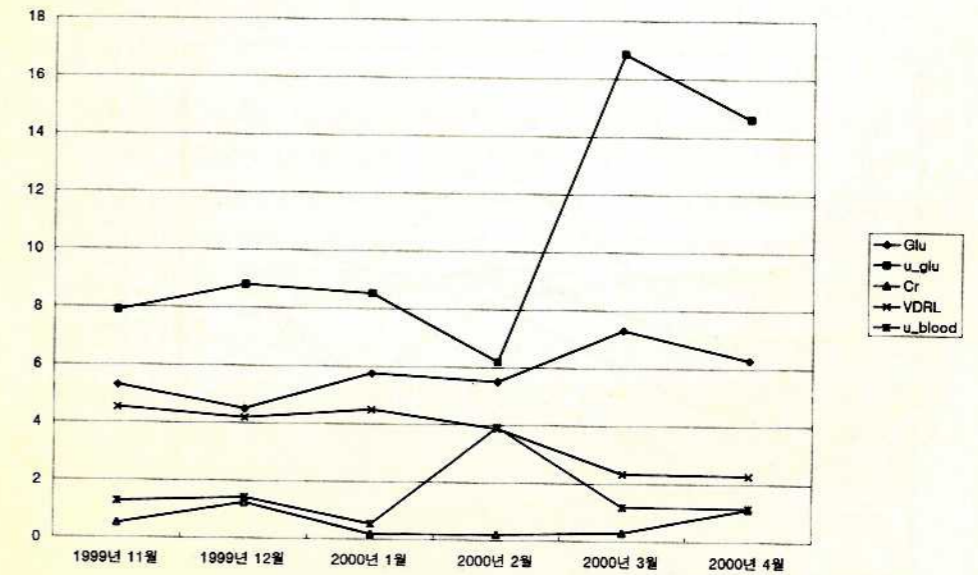


그림 10. 월별 검사이상 소견을 추이(3)

3. 간이정신진단검사 (SCL-90-R) 결과

표 12. 전체 대상 중 SCL-90R 이상자 분포

	수(명)	비율(%)
전체 분석자수	1973	100
이상자수	195	10.1
신체화	72	3.7
강박증	38	2.0
대인예민성	47	2.4
우울	75	3.9
불안	69	3.6
적대감	24	1.2
공포불안	85	4.4
편집증	61	3.2
정신증	81	4.2

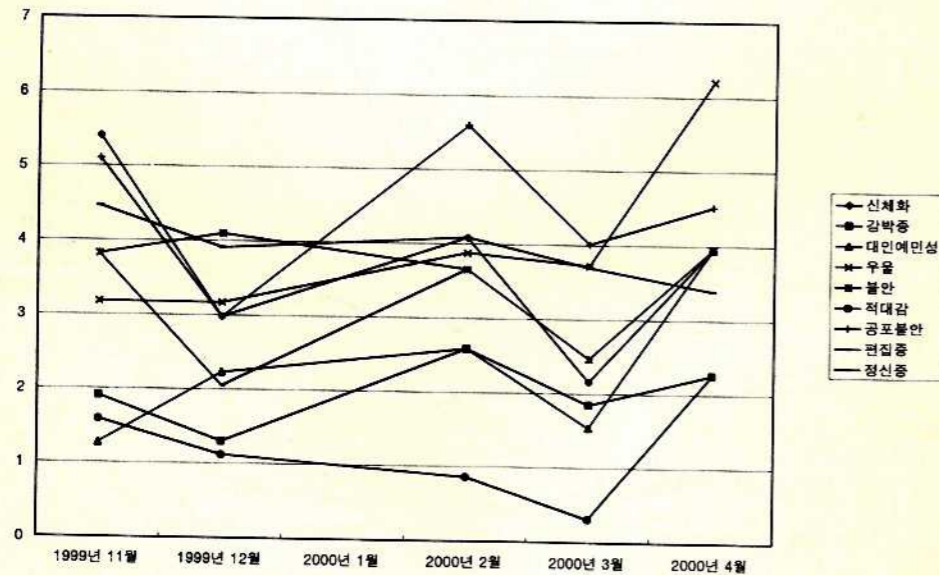


그림 11. 월별 SCL-90R 이상자 추이

노숙자의 건강권과 의료보장

정은일 (전실노협 사무국장, 목사)

1. 서론

우리 나라에서 노숙자 문제가 심각하게 대두된 것은 그래 오래지 않은 일이다. IMF 구제금융 상황 하에서 갑자기 늘어난 노숙자를 우리 사회에서는 심각한 사회 현상, 그리고 일시적인 현상으로 이해하고 접근하였다. 따라서 경제 위기 상황이 지나면 자연적으로 해소될 것으로 기대한 것도 사실이다. 하지만 우리 사회에서 누울 수 있는 방 한 칸이 없어 이리저리 떠돌아다니는 사람들의 역사는 오래 전부터 있어왔고 정부도 이들을 위한 수용시설을 운영해 왔다. 소위 부랑인이라는 이름으로 사회적 격리의 대상이 되어 왔다. 이들에게는 건강권은 물론 최소한의 인간적인 생활을 영위할 수 있는 어떠한 조건도 주어지지 않은 것이 사실이다. 다행히 사회 복지의 차원에서 최근에 들어와서야 관심의 대상이 되었고 격리 수용보다는 관심을 가지고 치유와 보호정책이 추진되고 있지만 아직도 이들이 권리로써 자신의 인간으로서의 신성함을 누릴 수 있는 여건은 마련되지 않고 있다.

헌법 34조 2항은 '국가는 사회보장, 사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다' 라고 명시하고 있으며, 헌법 35조 1항은 '모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며...'라고, 36조 3항은 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다' 라고 규정하고 있다. 이처럼 국가는 사회보장의 일환으로 국민의 건강 실현을 위해 노력할 의무를 가지고 있지만 사회적 소수자인 노숙자에 대해서는 근본적인 정책의 수립에 미진한 것 또한 사실이다.

노숙자의 건강에 관심을 가지고 있는 단체들의 조사 결과 보통 사람들보다 훨씬 심각한 것으로 보고되고 있다. 하지만 이들이 자신의 건강(사실은 이들에게 건강이라는 말보다는 육체의 고통이라는 표현이 더 적당할 것으로 보인다)을 돌볼 수 있는 기회나 여유는 없다. 하루하루를 살아가기에도 벅찬 것이 이들의 삶이기 때문이다. 이들에게 구걸이라도 할 수 있는 자본은 자신의 몸이다. 자각 증상(이들에게는 육체적인 고통이다)이 나타나서 구걸마저도 할 수 없는 상황이 되어야 자신의 생명을 살리기 위해 찾아가기 어려운 병원을 찾아간다. 온갖 수모를 감수하면서 그 수모를 자신의 탓이나 운명으로 돌리는 것이 이들의 현실이다.

2. 노숙자 의료현황과 그 심각성

1) 노숙자의 의료 실태

현재 우리 나라의 노숙자(협의의 노숙자)는 두 가지 형태로 존재한다. 거리에서 생활하는 사람들과 일시보호소(쉼터)에서 생활하는 이들도 있다. 초기에 노숙자 문제를 바라볼 때 문제의 원인을 실적으로 국한시켰고 따라서 이들이 자본주의 형성과정의 사회구조적인 희생자들임을 자각하지 못한 것이 일반적인 현상이었다. 하지만 이들을 상담한 결과에 따르면 구조적으로 노숙자가 될 수밖에 없는 환경을 가지고 태어났거나 경제적인 소외 또는 의료의 사각지대에 있어왔던 결과로 노숙자가 될 수밖에 없었던 것으로 분석한다.

노숙자 정책이 수립되고 응급구호의 형식으로 이들에게 진료를 하고 약을 투여했지만 만성적인 질환에 시달리는 이들에게 생명의 소중함으로 접근하기에는 사회적, 구조적인 한계가 존재했고, 또 비판적인 자신의 삶에 대해 부끄러움을 가지고 있는 이들이 적극적으로 자신의 건강권을 주장하기에는 많은 제약이 따르고 있는 안타까운 현실인 것이다.

일반적인 현상의 하나로, 쉼터에 거주하는 노숙자들이 응급상황에 이르면 쉼터에서 거리에 눕혀 놓고 행려자로 신고하여 응급구호를 받게 하지만 이들이 혜택을 받을 수 있는 기간은 자신의 육체적 상태에 비교하면 극히 짧다. 또한 이들이 각종 진료소에서 받는 약으로 연명하는 것은 또 다른 위험의 소지를 안고 있다. 가난한 사람들을 위한 보건소나 국공립 병원에서 치료를 받을 수 있다고 하지만 이들이 가장 꺼려하는 문제, 즉 자신의 삶이 손가락질 당하는 또 다른 아픔을 겪기에 좀처럼 접근하려 하지 않고 한 번 그런 일을 당하면 죽어도 찾아가고 싶어하지 않는 것이 일반적인 현상이다.

2) 의료기관 이용 실태

노숙자 의료를 위한 예산은 2000년 기준으로 10억 원 정도가 책정되어 있다. 그나마 보건 의료 예산이 아니라 임시적인 노숙자 예산으로 충당되어 있다. 지방비를 포함하여 집행하는 노숙자 의료지원이 적절하게 효율적으로 집행되고 있는 곳은 거의 없다. 지방정부의 의지에 따라 다르며 국공립 병원을 이용할 경우 후 정산 방식의 의료비 지불 때문에 진료를 꺼려하며 한 사람에 대한 의료비가 과다하게 나올 경우(치명적인 질환일 경우 많은 의료비가 나오는 것은 노숙자의 경우에는 당연함) 적은 의료비의 책정으로 인해 다른 사람이 진료를 결과적으로 거부하게 하는 결과로 나타난다. 국공립병원이나 보건소를 이용하는 비율이 떨어지는 것은 신자유주의 정책에 의해 성과 위주의 병원만이 살아남게 되는 정부의 정책에 의해 돈이 되지 않는 노숙자들을 받아들이기에는 어렵다는 것과, 보건소의 경우 지역주민들의 진료에 우선순위를 두고 성과로 내세워야 하는 평가

방식 때문이기도 하다. 우리나라 의료기관의 90% 이상이 민간이 운영하는 '사업'인데, 정부가 운영하는 의료기관마저도 같은 방식을 따른다면 약자들이 헌법에 명시된 건강권을 권리로서 인정받을 수 있는 방법은 없으며 따라서 이들은 대한민국의 국민이 될 수 없는 것이다.

국가에서 운영하는 의료기관을 이용할 경우 의료보호 카드가 필요한데 신분증이 없는 많은 노숙자들이 의료보호 카드를 이용한다는 것은 제약이 따른다. 결과적으로 국공립 병원이나 보건소는 노숙자들을 홀대할 수밖에 없으며 노숙자들이 모멸감을 느낄 수밖에 없는 것이다. 이런 이유로 많은 지역에서 보건소나 국공립병원을 이용하기보다는 지역운동에 관심을 가지고 동참하는 개인 병원이나 의료단체 등을 이용하는 것이 훨씬 인간적이기 때문에 선호하고 있는 것이다.

3) 질환에 따른 시설의 부족

현재의 노숙자 정책은 거리 노숙자를 일시 보호소에서 보호하며 자립을 위해 노력할 수 있도록 지원하는 것이다. 이들은 쉼터에서 숙식을 해결하고(거리 노숙자는 급식소와 역 주변 등에서 생활) 일을 찾아 자신들만의 내일을 위해 살아가고 있다. 하지만 가장 기본적인 의료 서비스의 제공을 위한 시설의 준비가 되어 있지 않다. 거리 노숙자는 물론이고 쉼터의 노숙자들도 전염성 질환을 앓고 있는 환자, 정신 치료를 요하는 환자, 알콜 중독으로 고통받는 환자 등이 혼재되어 생활하고 있다. 쉼터의 입장에서는 이들이 외부적인 별 문제를 일으키지 않으면 보호하지만 문제를 일으킬 경우 대처할 뾰족한 방법이 없어 다른 시설로 보내거나 퇴소시키고 있다. 가장 보호받아야 할 사람들이 가장 어려운 극한 상황으로 내 몰리고 있는 것이다.

4) 알콜 중독의 문제

노숙자들에게 있어 가장 혼하고 심각한 것이 알콜 중독이다. 외롭고 힘든 자신의 처지를 생각하면 술은 이들에게 친구의 역할을 한다. 육체적, 정신적 고통을 감내할 수 없기에 그 고통을 술로 잊으려 할 수밖에 없다. 이들이 술을 마시는 것을 탓 할 수는 없다. 술은 이들에게 홀로 남겨진 자신만의 세계를 살아가는 가장 접근하기 쉬운 방법이다. 사람들은 이들을 술 마시고 행패 부리는 사람으로 이해한다. 열심히 일을 해서 남들과(자신들과) 같은 모습으로 살아가라고 한다. 그들의 모습을 보고 돕지 않는 것을 정당화하는 말일 수도 있고, 거리에서 보이는 그들의 모습이 불쾌해서 일수도 있다. 자신들과 같은 사람으로 살아가기를 원하는 것보다는 자신의 경우에 비추어서 하는 말일 수도 있다. 우리사회는 이해가 부족한 사회이다. 경쟁 위주의 신자유주의 경제 구조 속에 모든 사람들이 희생되어 가고 있다. 그들은 관심과 이해가 필요한 사람들이다. 그들의 과

거와 현재를 이해해야만 알콜 중독의 문제를 해결하는 첫 단추를 끼울 수 있다.

하지만 알콜 중독자를 치료할 수 있는 병원은 거의 없는 실정이다. 소그룹으로 이루어져 있는 금주 모임 등에 이들이 접근하기는 용이하지 않다. 집단적인 알콜 중독을 앓고 있는 이들에게 접근할 수 있는 방안이 현재로서는 요원하다. 자활사업의 일환으로 알콜 중독자를 위한 프로그램을 진행하고 있으나, 열악하고 복합적인 삶의 행태에서 비롯된 문제를 단기간의 프로그램으로 해결할 수 있을지는 의문이다. 또한 이들이 알콜을 접할 수 있는 구조는 사회적으로 개인적으로 변화되지 않았다. 가정이 파괴되는 경우 거의 대부분이 알콜의 문제가 작용하지만 이를 치료하는 것은 쉽지 않으며 결과적으로 노숙자로 전락하는 것이다.

5) 가족, 여성의 문제

현재 가족과 여성을 위한 쉼터는 많지 않으며 가족과 여성들이 노숙자로 전락하는 사례가 많이 발견되고 있다. 정부에서 운영하는 모자원 등의 기관을 이용하기에는 절대시설의 부족과 규정의 까다로움으로 어려운 것이 현실이며 따라서 거의 이용할 수 없다. 전국에 노숙자 임시 보호시설의 형태로 10여 개의 가족, 여성 노숙자 쉼터가 운영되고 있다. 가족 쉼터의 경우 이들을 위한 가족치료 시스템이 없기 때문에 이들이 주위의 도움을 받아 스스로 일어서기 전까지는(경제적인 독립을 말한다) 아무런 방법이 없는 실정이다. 여성 노숙자의 경우 가출 임신부나 아동이 함께 있기에 문제는 더욱 심각하다. 대부분의 경우 성폭행 당한 경험이 있으며 이로 인한 임신과 출산의 의료지원이 전무한 실정이다. 남편의 폭력을 피해 가출한 모자 노숙자 아동의 경우 의료보호 카드를 만들 수가 없기 때문에 의료보호의 완전한 사가지대로 남고 있으며, 단독 노숙 여성의 경우도 의료보호 카드를 만들기에는 일반적인 노숙자들과 마찬가지로 어려운 현실이다. 더욱이 심각한 것은 이런 여성이 출산했을 경우에는 사후 조리할 수 있는 방법이 전무하다. 생명이 경시되고 있는 것이다. 여성이 보호되지 않는 야만의 사회가 되어가고 있는 것이다.

3. 노숙자 의료보호를 위한 제언

1) 의료보호의 확대

정부가 운영하는 국공립병원과 보건소의 구조 개선을 통해 노숙자 등 사회적 약자들이 환자로서 대우받고 이용할 수 있도록 해야 한다. 또한 의료 구호비를 증액하여 아무런 방법이 없는 이들에게 적절한 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 형평성의 논리에 따라

이들이 헌법에 명시된 건강권의 소외자로 남아서는 안 된다.

2) 상설진료소의 설치

현재 정부가 운영하고 있는 보건소가 공식적으로 노숙자들이 의료서비스를 받을 수 있는 유일한 기관이지만 여러 가지 이유로 제대로 이용할 수 없는 현실이다. 또한 일반인들의 따가운 시선과 지역주민 위주의 진료방식 때문에 보건소도 한계를 가지는 것이 현실이다. 따라서 노숙자들이 마음놓고 이용할 수 있는 상설 진료소의 설치가 바람직할 것이다. 특히 거리 노숙자를 위해서는 더욱 그렇다. 민간은 의료자원들을 모아 주요 지역에 노숙자를 위한 상설 진료소를 세우고 정부가 지원을 하는 것이 현실적일 것이다.

3) 노숙자를 위한 간병인 지원

5월 4일 현재 서대문 시립병원에 100여 명의 노숙자가 입원하고 있다. 그러나 열악한 환경에서 이들이 간병인의 도움을 받을 수 있는 길은 막막하다. 거리나 쉼터에서 입원할 수 있을 정도의 서비스를 받은 것만으로도 만족할 수밖에 없는 실정이다. 하지만 이들에 대한 입원 이후의 관심이 없을 경우 대부분의 경우 다시 이전의 노숙자로 돌아갈 수밖에 없다. 전문적인 간병인의 도움을 받을 수 없다면 자원봉사 지원이라도 받을 수 있도록 재정적인 뒷받침이 있어야 한다.

4) 여성노숙자를 위한 산후 조리원

가정 폭력에 의해 가출한 여성 노숙자나 노숙 중 성폭행으로 인한 임신 여성을 위한 산후 조리원의 설치에 매우 중요하고 시급하다. 성에 대한 지식도 없는 경우가 많으며 산후 조리원을 통한 성교육으로 임신 예방 등의 교육이 시행될 수 있도록 해야 할 것이다.

5) 가족, 아동을 위한 지원 확대

이를 위해서는 가족 치료센터, 아동 치료 시설의 확대가 필요할 것이다. 특히 여아의 경우 성폭력에서 보호받을 수 있는 시스템이 중요하게 요구되고 있다. IMF 구제금융 상황 이후 아동의 성폭행이 증가하고 이는 특히 저소득층 아동의 경우 더 심각한 문제가 되고 있으나 보호 대책이 없다.

6) 알콜 치료센터의 확충

알콜 중독의 경우 전문 인력과 지속적인 관리와 지원이 필요하나 접근이 어려운 상황이다. 이들의 생활을 이해하고 지지하며, 삶의 희망을 모여줄 수 있도록 다각적인 방안이 연구되고 실시되어야 한다.

7) 노숙자 의료정보 구축

건강권의 소외자로서의 노숙자 의료정보의 구축은 매우 필요하고 향후 노숙자 정책의 기초자료로서 활용할 수 있는 귀중한 자료가 될 것이다.

8) 노숙자 지원기관 실무자 의료교육의 실시

4. 결론

노숙자들이 자신의 건강을 해치는 것은 자신의 문제가 아니라 사회구조적인 문제이다. 인간으로서 건강한 삶을 누리는 것은 누구도 막을 수 없는 권리이다. 가난한 사람들(가난한 사람들이라 표현하기에도 사치스러운 노숙자들)이 자신의 처지와 관계없이 건강을 지킬 수 있도록 의료의 공공성은 오히려 강화되어야 한다. 의료는 상품이 될 수 없다. 인간으로서 건강하게 사는 것은 누구에게나 보장되어 있는 생명의 소중함이다.

사회적으로 소외받고 육체적으로 고통을 감내하며 살아가는 집 없는 노숙자들에 대한 관심이 일고 있는 것은 우리 사회가 가지고 있는 나눔의 정신이다. 점점 파괴되어 가는 공동체 문화를 보면 한편으로 비판적이기는 하나 한 쪽에서 가난한 사람들에 대한 도움의 손길들이 많아지는 희망의 싹을 보게 된다. 가난한 사람들이 웃으며 살 수 있는 그 날을 위해 관심을 가지고 있는 모든 자원들을 모아 희망이 넘치는 21세기를 기대해 본다.

[토론자료]

시혜에서 기초건강보장으로

신 영 전

(한양의대 교수, 인의협, 건강연대 정책위원, 참여연대 사회복지위원회위원)

I. 노숙자들의 건강보장을 위한 기존 접근방법의 비판적 검토

1. 노숙자들의 건강문제를 바라보는 시각의 문제

- 시혜적 정책, 잔여적 복지
- 일반국민, 행정가, 정책결정자, 의료공급자

==> 적극적인 정책의지의 결여

==> 따라서 이 문제에 대한 적극적인 대결이 있어야 함

2. 노숙자 건강보장을 위한 기본적인 인프라의 부재

- 자원의 부족
- 체계적인 조직화와 전달체계의 부재
- 재원의 부족
- 효율적인 관리체계의 부재

==> 인프라 구축을 위한 장단기 전략수립이 제되어야 함

II. 노숙자 건강보장을 위한 정책방향

1. 정책의 기본방향

- 1) 시혜에서 수급권으로
- 2) 질병치료에서 건강보장으로
- 3) 차별을 해소하는 방향으로

- 4) '격리'와 '분리'에서 '개방'과 '통합'으로
- 5) 예방, 치료, 재활을 포함하는 포괄적 서비스로
- 6) 기초생활보장을 전제로
- 7) 기초생활 및 건강보장체계의 구축을 통한 노숙자화 예방정책을 강화하는 방향으로
- 8) 국가사회보장체계로의 통합으로

2. 정책과제

- 1) 시, 군, 구에 노숙자 건강지원금 지급과 이를 위한 예산의 확보
 - 지역특성에 맞는 건강지원사업의 시행
 - 지역 공공보건의료기관의 역할강화에 기여

- 2) 가난한 이들의 건강문제를 전담하는 정부조직의 설치

- 3) 노숙자의 특성에 맞는 의료서비스체계의 구축
 - 통합적 응급의료제공체계의 확보
 - 간병인활동지원
 - 알코올 및 정신질환 케어프로그램의 상시운영 등

- 4) 의료구호에서 기초건강보장제도로 편입
 - 의료구호금을 이용한 지원이 아니라 노숙자들을 의료보호체계(향후 기초건강보장제도로 편입하고 체계적인 의료서비스를 제공함)

- 5) 의료보호 본인부담금의 철폐
 - 여전히 20-40%의 본인부담금이 의료이용의 장벽이 되고 있음

- 6) 의료부조의 실시
- 7) 공공보건의료기관이 가난한 이들의 건강을 책임지는 조직으로
- 8) 가난한 이들에게 주치의를
- 9) 다양한 사회복지프로그램의 지속개발
- 10) 가난한 이들의 건강한 삶을 지지하는 사회체계의 구축
 - 가난한 이들의 권리찾기운동의 전개
 - 가난한 이들의 건강권확보를 위한 범국민연대활동의 전개
 - 자원봉사제도의 활성화
 - 후견인제도의 활성화

III. 맺는말

최근 국민의 정부의 유일한 생존 개혁법안임을 자칭하던 국민기초생활보장법이

- o 선정기준의 개악, 행정능력부족과 대국민홍보의 기피 ==> 대상자의 급감
- o 비합리적 생계비 지급금액산정 ==> 생계비축소
- o 예산의 미확보로 인한 ==> 정책의 파산으로 이어지는 '시대의 사기극'이 될 가능성이 높음

따라서 '수급원찾기운동', 국민기초생활보장법 및 의료보호법의 '개악저지운동', '예산 확보운동'이 시급한 상황임

후반기에는 기존의 낡은 '의료보호법'을 폐기하고 '기초건강보장법'제정운동을 전개해 나가야 함

궁극적으로는 국민적 연대를 지향하는 시대정신의 확산과 정착에 모든 이들이 힘을 모아야 함.