

2010년 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 토론회

- 일 시 : 2010. 12. 7.(화) 10:00~12:00
- 장 소 : 국가인권위원회 10층 인권교육센터 별관
- 주 최 : 국가인권위원회

개 회 사

안녕하십니까?

국가인권위원회 조사국장 심상돈입니다.

오늘은 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 여러 가지 방안을 논의하고 모색하는 자리입니다.

토론에 앞서 바쁘신 가운데에도 오늘 발제와 토론을 맡아 주신 분들께 감사의 말씀을 드리고자 합니다.

먼저, 이번 **토론회 좌장**을 맡아주신

아주대학교 이영문 교수님

발제를 맡아주신 한신대학교 홍선미 교수님, 배대섭 과장님

그리고 **토론자**로 참석해 주신

△한국정신장애연대 김선희 사무국장님,

△한국사회복귀시설협회 문용훈 부회장님,

△대한정신보건가족협회 김현태 자문위원님,

△한국정신장애연대 이재남 회원님께 감사드립니다.

여러분도 잘 아시겠지만, 이미 국가인권위원회는 우리 사회에서 정신장애인의 인권침해가 다른 어떤 분야보다도 심각하다고 생각하고 3년여의 연구 및 실태조사를 거쳐 2009. 10. 26. “정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서”를 마련하였고, 국무총리 및 보건복지부장관에게 국가보고서의 핵심과제를 이행하도록 권고한 바가 있습니다.

또한 금년에는 이 국가보고서의 효과적인 이행을 위하여 “정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사”를 과제로 선정하여 연구함으로써 정신장애인의 최저 생계 및 주거 관련 대안을 마련하고자 노력하였습니다.

이에 따라, “정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서” 핵심과제에 대한 이행 상황과 우리 위원회가 그 동안 추진해 온 내용, 그리고 금년도 실천적 과제로 추진한 “정신장애인의 지역사회 적응 실태조사”에 대하여 진행경과 및 현장실태 등을 살펴봄으로써 정신장애인의 인권증진과 기본적 사회권 보장을 위한 실효적 방안에 대하여 논의해 보고자 합니다.

저는 개인적으로 이 토론회의 발제자 및 토론자 구성이 매우 짜임새 있게 설정되었다고 생각합니다. 무엇보다도 정신장애인 당사자가 참여하여 당사자의 의견을 개진할 수 있어 더욱 실질적인 대안을 모색할 수 있는 자리가 아닌가 생각합니다.

이 자리에서 정신장애인들의 인권 보호와 증진을 위한 좋은 의견이나 내용들은 앞으로 우리 위원회의 업무에 반영하거나 참고하여 더욱 실효성 있는 업무추진을 위해 노력할 것입니다.

끝으로, 여러분과 함께 “정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서”의 핵심과제 진행상황을 함께 논의하고 살펴볼 수 있는 기회를 갖게 되어 매우 기쁘게 생각합니다.

오늘 토론회에 참석해 주신 모든 분들께 진심으로 감사드리면서 늘 건강과 행운이 함께 하길 기원합니다.

감사합니다.

2010년 12월 7일

국가인권위원회 조사국장 심 상 돈

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 토론회 일정

- 일 시 : 2010. 12. 7.(화) 10:00~12:00
- 장 소 : 국가인권위원회 10층 인권교육센터 별관
- 주 최 : 국가인권위원회
- 토론회 세부 일정

▮ 좌장 : 이영문(아주대학교 의과대학 교수) ▮

구 분	시 간	내 용
장내정리	10:00-10:10(10')	장내 정리 및 토론회 참석자 확인
개회사	10:10-10:20(10')	개회사 및 인사말 · 심 상 돈 (국가인권위원회 조사국장)
<1부> 정신장애인 국가보고서 이행 상황 및 정신장애인 실태조사 결과 발표		
발 표	10:20-10:35(15')	『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』 이행 상황 발표 · 배 대 섭 (국가인권위원회 장애차별조사과장)
	10:35-11:05(30')	정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 결과 발표 · 홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과 교수)
휴 식	11:05-11:20(15')	휴 식
<2부> 토론 및 질의 응답		
토 론	11:20-11:40(20')	정신장애인 국가보고서 실효적 이행 방안 및 정신장애인의 사회권 보장 방안 · 김 선 희 (한국정신장애연대 사무국장) · 문 용 훈 (한국사회복귀시설협회 부회장) · 김 현 태 (대한정신보건가족협회 자문위원) · 김 성 주 (한국정신장애연대(KAMI) 공동대표)
질 의 응 답	11:40-11:50(10')	청중 질의 및 패널 응답
폐 회 (11:50~12:00)		

▮ 사회 : 이진백(국가인권위원회 장애차별조사과) ▮

목 차

Ⅰ 제1부 발제

- 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 이행 상황 3
배 대 섭 (국가인권위원회 장애차별조사과장)
- 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 결과 53
홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

Ⅱ 제2부 토론

- 왜 여전히 정신질환자 및 정신장애인의 삶은 비참하고 어두운가? 119
김 선 희 (한국정신장애연대 사무국장)
- 정신장애인 국가보고서 실효적 이행 방안에 대한 토론 124
문 용 훈 (한국사회복지시설협회 부회장)
- 정신보건가족의 입장과 제언 128
김 현 태 (대한정신보건가족협회 자문위원)
- 김 성 주 (한국정신장애연대(KAMI) 공동대표) 136

제1부 발 제

- 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 이행 상황
배 대 섭 (국가인권위원회 장애차별조사과장)
- 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 결과
홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

발 제 1

배 대 섭 | 국가인권위원회 장애차별조사과장

「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」 이행 상황

「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」 이행 상황

배 대 섭

(국가인권위원회 장애차별조사과장)

I. 보고 배경

- 2009. 10. 26. 국가인권위원회는 제19차 전원위원회의 의결에 따라 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서(이하 ‘「정신장애인 국가보고서」’라 함)」를 발간하고 해당 내용을 국무총리와 보건복지부장관에게 권고

II. 경과 및 현황

- 2007. 12월 정신장애인 국가보고서추진위원회 및 연구위원회 발족
(총 20차례 회의 개최)
- 2008. 5월부터 12월까지 6개 주제에 대한 실태조사 실시
- 2008.~2009. 7월까지 20여회 토론회, 간담회 개최
- 사진전 문화행사, 블로그 및 뉴스레터 운영 등 홍보
- 2009. 10. 26. 국무총리 및 보건복지부장관에게 권고
- 2009. 11. 24. 정신장애인 국가보고서 대통령실 송부
- 2010. 8. 11. 정신장애인 국가보고서 정책권고 이행 상황 회신 요청
- 2010. 8. 31. 보건복지부 정신장애인 국가보고서 이행 상황 회신
- 2010. 9. 2. 국무총리실 정신장애인 국가보고서 이행 상황 회신

Ⅲ. 국가보고서 주요 권고 내용

1. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련

- 비자의 입원을 최소화하고 정신장애인의 자기결정권을 존중하기 위해 「정신보건법」에 **‘자의입원 원칙’ 명문화**
- **‘진단입원’과 ‘치료입원’을 구분**하고 보호의무자에 의한 입원 시 입원요건 강화
- **계속입원심사기간을 3개월로 단축**하고, 심사기준 개정
- 시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우 환자가 입원 후 방치되어 입원이 장기화되는 경우가 많으므로, 시장·군수·구청장이 보호의무자인 환자에 대해서는 보호계획 수립을 의무화
- 비자발적으로 환자가 입원하는 경우 경찰공무원과 소방공무원의 도움을 받아 안전하게 이송될 수 있도록 **공공이송체계 및 위기개입서비스 구축**
- 정신장애인의 이익을 대변하고 인권을 보호해 줄 공공후견인 제도 마련

2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

- 정신장애인의 알권리 등을 보장하기 위해 「정신보건법」 내에 정보제공에 관한 조항 신설
- 정신장애인의 사생활 보호와 자유, 통신의 자유, 신체의 자유 보장을 위해 「정신보건법」 상 개인정보 보호에 관한 기준 강화, **면회·통신·방문 등 외부 소통권 제한에 대한 규정 개정, 격리·강박 기준 엄격화**
- 정신장애인의 치료환경 및 질 개선을 위해 정신의료기관의 인력기준을 선진국에 상응하는 수준으로 상향조정하고 **의료급여 수가 실질화**
- 차등수가제 평가항목에 시설기준 및 지역사회 연계율 등을 포함하여 지역사회 보호 중심의 치료환경을 조성
- 정신의료기관과 정신요양시설의 역할구분이 불명확하여 치료가 필요한 정신장애인이 요양시설에 입소해 있거나, 치료가 완료된 정신장애인이 의료기관에 장기간 입원하는 현상이 발생하므로, 이를 개선하기 위해 **정신요양시설의 기능을 ‘지역사회 생활시설과 재활시설’로 재정립**하여 그 기능과 역할에 따라 단계적으로 전환

3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

- 정신장애인의 재입원 방지와 지역사회 적응을 위해 지역사회 연계체계의 강화, 정신장애인 사회복귀시설의 확충, 정신보건 복지예산의 확대 및 효율적 운영, 가족 및 자조모임 지원 등 필요
- 구체적으로 각 시·군·구에 정신보건센터의 설치를 의무화 및 법인화하고, 정신보건센터가 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가·상담·치료연계 및 지역사회와의 연계 등을 담당
- 주거시설과 사회복귀시설 및 관련 프로그램 확대 및 다양화, 사회복귀시설 이용료 부담 경감
- 이를 위해 정신보건복지 예산 및 중앙정부의 지원 확대 필요, 지역예산기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통하여 지역별 정신보건서비스의 편차를 줄이는 방안 강구

4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

- ‘정신분열증’과 같은 부정적인 의미의 병명 개명
- ‘정신병자’, ‘정신이상자’, ‘정신미약자’와 같이 편견을 조장하는 용어 정비
- 정신장애인을 차별하는 각종 법령 개정
- 대중매체에 대한 지속적인 권고와 홍보를 통해 정신장애인에 대한 대중의 차별과 편견 해소
- 「정신보건법」 상 인권교육 전문교육기관으로 지정된 기관 중에는 우리 위원회에 진정이 제기되어 시정조치를 권고 받았던 피진정기관이나 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관이 포함되어 있는 문제점이 있으므로, 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한해서만 전문교육기관으로 지정될 수 있도록 개정
- 경찰공무원과 소방공무원 중 일부를 정신장애인 관련 사건의 담당자로 지정하여 정신장애인 인권과 관련된 교육을 이수

IV. 국가보고서 이행 사항 회신 내용

□ 국무총리실 회신 내용(9. 2.)

국가인권위 정신장애인 국가보고서에서 권고한 ‘입·퇴원 과정에서의 걱정절차 마련’ 등의 사항에 대하여 주무부처인 보건복지부에서 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 구체적인 정책 수립·추진 및 관계 법령 등의 정비를 추진하고 있으며, 향후, 권고사항의 이행과정에서 정책조정이 필요한 경우 적극 검토·조정해 나갈 것임을 알려드립니다(국무총리실 복지여성정책관)

제 목	위원회 권고사항	추진실적
입·퇴원 과정의 걱정절차 마련	• 입원적정절차 강화 • 계속입원적정성 평가 강화 등 • 적정한 퇴원절차 마련 • 공적 개입서비스 체계 구축 • 공공후견인제도 도입	• 자의입원을 우선적으로 고려하도록 정신보건법 개정 추진 중 • 입·퇴원 과정에서의 걱정절차 마련과 정신보건법의 효율적인 운영 및 입원환자 인권보호를 위한 선진적 정신의료서비스 제공 토대를 마련하기 위해 4대 지침 안 연구용역 발주 - 기 간 : '10. 5. 12~11. 11 - 연구자 : 울산대학교 교수 홍진표 - 금 액 : 50백만원 - 내 용 : 정신보건심판위의 효율적 운영방안 및 계속입원치료 심사지침, 외래치료명령 제도 운영 지침, 격리·강박 지침과 작업치료 지침 • 응급입원 시 경찰관, 구급대원 협조의무 신설 추진 (정신보건법 개정안) • 시장·군수·구청장이 보호의무자로서 정신질환자를 입원시킨 경우 퇴원 등을 한 후에 재활 및 사회복귀를 할 수 있도록 생활계획 수립을 의무화하는 정신보건법 개정 추진 중
정신보건 시설 내 권리보장 및 치료환경 개선	• 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련 • 치료환경 및 질 개선 • 정신보건시설 모니터링 시스템 강화 • 미신고시설 조사 및 정비	• 정신질환자가 입원을 할 경우 정신보건법에 의한 권리의 내용과 그 행사 방법을 고지하도록 의무화하는 정신보건법 개정 추진 중 • 정신질환자의 치료환경 및 질 개선을 위해 격리·강박 및 작업치료지침, 외래명령치료지침을 개발하기 위한 연구용역 추진 중 • 원칙적으로 정신질환자 본인의 동의 없이는 보호의무자가 진료기록 등을 열람할 수 없도록 정신보건법 개정 추진 중 • 정신요양시설에 대한 반기별 지도점검을 통해 입·퇴소 관리, 환자관리, 회계물 및 장부관리, 개방공개 등에 대한 지도점검 후 문제점은 조치처리

제 목	위원회 권고사항	추진실적
		• '06년까지 추진한 미신고시설 양성화 정책 결과 남은 미신고시설의 신고전환 또는 폐쇄업무 및 향후 발생하는 미신고 시설에 대한 감시 및 조치 • 지자체에서는 기초생활수급자 DB 검색을 통해 미신고시설 조사를 관련 부서와 공조 협조하고 있음. • 민간정신의료기관에 대한 지도점검을 통하여 시설·장비 기준, 의료인력 기준, 환자 인권보호기준 준수여부 등 확인 예정 - 기 간 : '10. 9. ~11 - 대상기관수 : 60개 정신의료기관 • 의료급여 수가 현실화(입원 19.5%, 외래 10% 인상) • 단계적으로 서비스의 질을 높일 수 있는 방향으로 제도적 장치를 마련하기 위해 의료급여 정신과 적정성 평가를 정례적으로 실시할 예정 • 입원일수에 따른 수가체감폭을 확대조정하여 적용(180일 기준 5%, 360일 기준 10%) • 30일 이내 재입원에 대한 입원일수 체감제 적용은 동일의료기관의 경우와 폐업 등으로 다른 의료급여기관에 진료기록 일체를 인수하여 입원한 경우 적용하여 시행 중
지역사회 중심의 정신장애인 치료	• 정신보건센터의 기능 강화 • 정신장애인 주택 및 주거시설 확충 • 사회복귀시설과 프로그램 확대 • 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영 • 가족에 대한 지원확대 및 자조모임 활성화	• 정신보건센터를 '09년 158개소에서 '10년 5개소 확충(광역형 2개소, 표준형 3개소)하였으며, 향후 전국 시·군·구 당 1개소씩 설치하여 지역사회 중심의 정신보건사업을 지속적으로 확대할 계획 • 정신보건센터 기능을 강화하고 서비스 질 향상을 위한 평가지표 개발 및 평가실시('10.3~6) • 사회복귀시설이 '09년 211개소에서 '10년 상반기 말 225개소로 확대 - 입소시설은 125개('09년말)로 1,811명(정원)의 입소가 가능하며, 입소인원은 1,503명(현원)임. • 정신보건복지 예산의 단계적인 확대와 효율적인 운영을 위해 장기적으로 연구용역 시행 및 예산부서와 긴밀한 협의예정
정신장애인에 대한 차별과 편견해소	• 정신장애인 관련 차별적 법령 정비 • 보험가입 차별금지 • 병명 개정	• 정신질환자 권리보호를 위해 '기능저하 정신질환자'의 개념을 도입하여 면허자격취득 등에 대하여 증상이 심한 질환으로 상당기간 동안 특정업무 및 활동을 수행할 수 없다고 인정되는 경우에만 제한하고, 경증 질환자에 대해서는 법적 차별을 완화하는 내용의 정신보건법 개정 추진 중

제 목	위원회 권고사항	추진실적
	• 인권교육 및 의무 강화 • 대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보	• '09년부터 정신보건시설 설치·운영자 및 종사자의 인권교육 4시간 이수 의무화 • 사단법인 대한정신보건가족협회를 통하여 지하철 PDP 및 TV를 통한 대중매체 홍보 및 모니터링을 하고 있으며, 대국민 인식개선 관련 전용 홈페이지 운영 등 온라인 홍보를 실시하고 있음.

□ 보건복지부 회신 내용(8. 31.) - 보건복지부 정신건강정책과

V. 검토 및 평가

1. 이행여부 판단 기준

- 이행 : 핵심추진과제가 이행되었거나 이행될 것이 어느 정도 확실한 경우
- 부분이행 : 일부 또는 포괄적으로 이행되었으나 미흡한 점이 있는 경우
- 미이행 : 주로 법령 개선 사항으로 보건복지부가 발의한 「정신보건법 전부개정 법률안」에 반영되지 않은 경우
- 검토중 : 보건복지부 및 다른 국가기관이나 단체 등에 의해 추진 중에 있거나 장기적 관점에서 법령 및 제도 검토, 예산 확보 등이 필요한 경우

2. 이행 여부 현황

구 분	입·퇴원 과정의 적정절차 마련	정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선	지역사회 중심의 정신장애인 치료	정신장애인에 대한 차별과 편견 해소	계	비율
이행	5	9	4	2	20	29.9%
부분이행	3	2	1	-	6	9%
미이행	12	4	4	1	21	31.3%
검토중	1	7	9	3	20	29.8%
계	21	22	18	6	67	100%

※세부과제별 이행 여부는 붙임자료 2 참조

3. 총평

- 국가인권위원회가 정신장애인 국가보고서를 통해 권고한 핵심추진과제의 이행 여부에 대해 살펴보면 이행 29.9%, 부분이행 9%, 미이행 31.3%, 검토중 29.8%이며, 보건복지부는 국가보고서의 핵심추진과제를 상당 부분 반영한 「정신보건법 전부개정 법률(안)」을 마련하여 국회에 제출할 예정임
- 「정신보건법 전부개정 법률(안)」의 개정 사항 중 특히 ▲자의입원 원칙 명문화, ▲경찰관과 구급대의 대원의 환자 호송 의무 강화, ▲정신질환자의 권리와 권리 행사에 관한 사항 고지 의무 강화, ▲입원환자의 자유권 제한 엄격화, ▲면회·통신의 자유 제한 요건 및 목적 명시, ▲격리·강박의 목적 명시 및 기준 강화, ▲정신보건센터 기능 재정립, ▲정신보건심판위원회의 정신장애인 업무적격성 심사 규정 신설 등은 정신장애인 국가보고서의 핵심추진과제를 충실히 반영하였다고 사료됨
- 그러나 정신장애인 국가보고서의 권고 사항 중 △보호의무자에 의한 입원의 경우 ‘진단입원’과 ‘치료입원’의 구분, △정신요양시설 기능 확립 및 입소 요건 강화, △보호의무자에 의한 입원의 경우 계속입원심사 기간 단축(현행 6개월→3개월), △보호의무자에 의한 입원의 경우에도 공공이송체계 도입 등 주요 권고 사항을 이행하지 않은 점은 다소 미흡한 부분임
- 한편 미이행되거나 검토 중인 과제의 대부분은 그 이행에 있어 장기적 정책검토가 필요하고, 많은 예산이 소요되는 사항이므로 현 시점에서 실제로 얼마만큼 이행되었는지 평가하는 것은 다소 무리가 있음
- 아울러 이와 같은 정부 차원의 활동 외에도 그동안 국가인권위원회는 자체적으로 정신보건시설 내에서의 인권침해 사건의 적극적 조사, 정신장애인에 대한 인식 개선, 교육·홍보 등을 통하여 정신장애인 국가보고서의 권고사항을 이행하기 위해 노력하고 있음(붙임자료 1 참조)

- 이외에도 국회 등 관련 기관 및 단체 등에서 「정신보건법 일부개정안」을 다수 발의하거나 토론회 등을 개최할 때 정신장애인 국가보고서를 활용하는 점은 정책권고의 실효적 측면에서 매우 긍정적임

VI. 향후 계획

- 정신장애인 국가보고서 핵심추진과제에 대한 이행 여부를 점검한 결과 이행 29.9%, 부분이행 9%, 미이행 31.3%, 검토중 29.8%로서 부분이행 이상이 38.9%이므로, 정신장애인 국가보고서 정책권고에 대해 국무총리는 수용, 보건복지부장관은 부분수용으로 처리하되, 핵심추진과제 중 보건복지부가 장기적으로 추진해야 할 정책 사안이나 예산수반, 법령개정 사안 등의 이유로 검토 중이거나 수용하지 못한 과제에 대해서는 업무협약 등을 통해 그 이행 여부를 지속적으로 점검하여 나갈 계획

- 붙임 : 1. 정신장애인 국가보고서 이행을 위한 국가인권위원회 활동
 2. 정신장애인 국가보고서 세부과제별 이행 여부 검토
 3. 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」 정책권고 결정문
 4. 「정신보건법 전부개정 법률(안)」에 대한 의견표명 결정문

[붙임 1]

국가보고서 이행을 위한 국가인권위원회 활동

I. 입·퇴원 과정의 적정절차 마련

□ 2010년 정신장애 관련 진정사건 처리 현황(11. 16. 기준)

진정 접수	처리 중	종결 소계	인용				미인용				
			소계	권고	징계 권고	합의 종결	소계	각하	이송	기각	조사 중지
638	162	673	67	31	1	35	606	459	9	136	2

II. 입·퇴원 과정의 적정절차 마련 및 정신보건시설 내 권리 보장

□ 「정신보건법 전부개정 법률(안)」에 대한 의견 표명(상임위)

※ 세부 내용은 붙임2 참조

○ 개정안 추진 경과

- 2009. 12. 21. 보건복지부 「정신보건법 전부개정 법률안」 의견조회 요청
- 2010. 1. 14. 「정신보건법 전부개정 법률안」에 대한 의견 표명(상임위)
- 2010. 2. 4. 보건복지부 「정신보건법 전부개정 법률안」 입법예고
- 2010. 2. 5. 보건복지부 의견 검토 결과 통보
- 2010. 2. 18. 「정신보건법 전부개정 법률안」에 대한 의견 표명 부분수용 보고(상임위)
- 국회 제출 예정임

○ 주요 권고 사항 및 수용사항

관련 조항	위원회 의견 표명	보건복지부 검토의견
제3조 제2호	○정신보건심판위가 정신질환자의 직업적격성에 대한 판단을 하여 정신질환자의 직업선택권을 보장하도록 기능저하 정신질환자 개념 삭제	• 불수용 - 기능저하 정신질환자 개념을 통해 일반적 인 허용을 하고, 특별한 경우 정신보건심판위가 심의하는 체제가 효율적 - 심판위 기능상 모든 정신질환자 자격취득 여부 심의 불가
제3조 제6호	○정신보건심판위가 정신질환자의 정신요양시설 입소를 심사하도록 정신요양시설 정의규정 수정	• 불수용 - 올해 정신요양시설 방향에 대한 연구 후 입소절차 등 검토예정
제8조	○권리와 권리의 행사에 관한 사항과 고지의 방법을 시행3령에서 정하고, 관련된 벌칙 또는 과태료 규정 마련	• 수용 - 권리의 내용과 고지 절차, 방법 등에 대해서는 시행령에서 정하고, 권리 고지하지 아니할 경우 과태료 처분
제9조	○국가인권위원회 인권교육을 이수한 기관에 한해 인권교육기관을 복지부장관이 지정	• 불수용 - 인권교육기관 지정은 복지부 장관의 권한 사항
제35조 제3항	○계속입원치료 심사청구시 보호의무자의 동의요건을 “보호의무자 2인이 입원동의 동의서를 제출한 때”로 변경	• 수용
제36조 제4항	○시장·군수·구청장에 의한 입원시 “자신 또는 타인을 해할 위험의 기준”을 보건복지가족부장관이 정하는 것보다 시행령이나 시행규칙에서 정하도록 함	• 수용 - 시행규칙에서 정함
제37조 제3항	○응급입원을 현행 규정대로 ‘72시간 이내’로 수정	• 불수용 - 응급입원 기한을 시간단위로 정할 경우 공휴일로 인한 보호의무자 여부 확인 등 업무진행상 곤란한 점 등을 감안한 것임
제40조 제421조	○정신보건심의위원회와 정신보건심판위원회에 “인권단체 활동가 혹은 공익단체에서 추천한 자”를 필수적으로 포함	• 불수용 - 현행 심의위 위원에는 인권에 기반한 심의가 이루어지도록 위원 구성을 고려하고 있으며(판사, 검사, 변호사, 정신질환자 가족 등), 지역실정에 따라 인권전문가 등을 위촉하는 방식이 적절

Ⅲ. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

□ 2010년 정신장애인 인권 캠페인 자전거 여행 후원(경기도 광역정신보건사업 지원단 주관)

- 행사일시 : 2010. 6. 7.(월) ~ 6. 11.(금), 4박 5일
- 위원회 참가자 : 4명(직원 가족 1명 포함)
- 행사일정

날짜	시간	장소	날짜	시간	장소
6. 7.(월)	07:00	경기도청(수원)	6. 9.(수)	11:00	정읍
	09:00	오산		14:00	장성
	11:00	평택		17:00	광주
	13:00	천안(점심)	6. 10.(목)	11:00	나주
	17:00	조치원		13:00	영암
6. 8.(화)	11:00	대전(을지병원)		15:00	해남
	15:00	논산	6. 11.(금)	17:00	땅끝 전망대
	18:00	전주		11:00	출발
				17:00	수원

□ 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사(기초생활보장과 주거권을 중심으로)

- 실태조사 개요
 - 연구기간 : 2010. 6. 25. ~ 11. 24.(6개월)
 - 연구수행자 : 한신대학교 산학협력단(책임연구원 : 홍선미)
- 연구의 필요성 및 목적
 - 정신장애인의 사회권적 기본권 보장 방안에 대한 연구 필요
 - 정신장애인의 지역 사회 정착과 안정된 생활을 보장하기 위한 방안 마련
 - 현재 정신장애인의 기초생활보장 및 주거권과 관련된 법령 및 제도 분석
 - 정신장애인과 가족의 욕구를 분석하여 가장 합리적인 정책 대안 제시
 - 정신장애인 국가보고서에서 정책방향으로 제시한 지역사회 연계체계 구축의 내용을 더욱 구체적으로 보강

○ 주요 연구내용

- 정신장애인의 사회권 보장을 위한 정신장애인에 대한 기초생활 보장체계, 주거에 있어서의 실태 파악
- 정신장애인의 기초생활보장 및 주거권 보장의 제약 요소가 되고 있는 법·제도 연구 및 이에 대한 대안 제시
- 정신장애인의 기초생활보장 및 주거 영역별 침해 상황에 대한 실태조사
- 초점면접집단을 활용한 정신장애인 및 가족의 기초생활보장 및 주거권의 영역별 감수성 수준에 대한 질적 조사
- 정신장애인의 사회적 권리영역에 대한 국내외 문헌연구

○ 활용방안

- 정신장애인 국가보고서의 지역사회 연계 부분 내용 강화
- 2011년 정책과제 검토

IV. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

□ 2009년 ‘장애인권 친화적 자치법규 만들기’ 사업(대구인권사무소)

- 대구광역시 자치법규 중 정신장애인 차별 조항에 관한 모니터링 실시
- 모니터링 결과를 대구광역시 정순천 시의원에게 전달
- 2010. 2. 25. “장애인권 친화적 자치법규 만들기” 토론회 개최
 - ⇒ 올해 장애인차별금지법 모니터링 사업의 일환으로 지방자치단체 자치법규를 모니터링하고 있는바, 2010년 모니터링 결과와 2009년에 실시한 “장애인권 친화적 자치법규 만들기” 사업의 결과를 취합하여 해당 지방자치단체에 공문으로 통보할 예정

○ 대구광역시 자치법규 검토의견(정신장애 관련) 요약

구분	자치법규명	검 토 조 항	검 토 의 건
고용	대구광역시 지방별정직 공무원의 임용 등에 관한 조례	제10조(직권면직) 임용권자는 별정직공무원이 다음 각호의 1에 해당할 때에는 직권에 의하여 면직시킬 수 있다. 1. 신체, 정신상의 장애 로 대구광역시지방공무원복무조례 제17조 내지 제24조의 규정에 의한 휴가기간이상 직무를 감당하지 못할만한 지장이 있을 때	장애발생 시 직무를 감당하지 못할 개연성이 높을 것이라는 편견에 따른 것 - ‘신체, 정신상의 장애로’ 조문 삭제
	대구광역시 환경자원사업소 환경미화원 복무규칙	제21조(인사조치) ①미화원이 다음 각호의 1에 해당되는 행위를 하였을 때에는 해고 조치하여야 한다. 4. 신체 또는 정신장애로 업무수행이 곤란한 때	청각장애인, 정신장애인의 경우 노동이 가능한 경우 있음 - ‘신체 또는 정신장애로’ 조문 삭제
시설물 접근 및 이용	대구광역시 노동복지회관 설치 및 운영조례	제7조(사용제한) ② 시장은 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여 입장거부 또는 퇴장을 명할 수 있다. 1. 전염성 질환자 2. 정신이상자 또는 술 취한 자	격리수용조치 환자이외의 전염성 질환자 및 정신장애인에 대해 일상생활을 과도하게 제한함. - 1호 삭제, 2호에서 ‘정신장애인’ 조문 삭제
	대구광역시 근로자종합복지관 설치 및 운영에 관한 조례	제10조(사용제한 및 허가취소 등) ② 시장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대하여 입장거부 또는 퇴장을 명할 수 있다. 1. 전염병환자 또는 정신질환자	1호 삭제
	대구광역시 종합복지회관 운영 조례	제5조(사용제한 등) 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여는 사용제한 또는 사용허가를 취소할 수 있다. 1. 전염병환자 2. 정신질환자	1호, 2호 삭제
	대구광역시 노인복지회관 설치 및 운영 조례	제6조(이용제한) ②시장은 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여 시설을 이용하지 못하게 할 수 있다. 1. 전염성 환자 2. 정신이상자	1호, 2호 조문 삭제
	대구광역시여성회관 운영 및 사용 조례	제6조(사용제한 및 허가취소등) 관장은 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여는 이용제한 또는 사용허가를 취소할 수 있다. 1. 전염병 및 정신질환자	1호 삭제

구분	자치법규명	검 토 조 항	검 토 의 건
	대구광역시 동부여성문화회관 운영 및 사용조례	제6조(사용제한 및 허가취소등) 관장은 다음 각호의 1에 해당하는 자에 대하여는 이용제한 또는 사용 허가를 취소할 수 있다. 1. 전염병감염자 및 정신질환자	1호 삭제
방청권	대구광역시의회 방청규정	제9조(방청할 수 없는 자) ①총기 또는 위험한 물건을 휴대한 자, 주기가 있는 자, 정신에 이상이 있는 자 및 질서유지에 방해가 될 우려가 있는 자, 기타행동이 수상하다고 인정되는 자는 방청을 할 수 없다.	정신장애인의 의정 참여와 알 권리 침해 - '정신에 이상이 있는 자' 삭제
	대구광역시의회 회의규칙		3호 삭제

□ **정신장애인 차별인식 개선을 위한 걷기대회 및 캠페인 공동 개최(부산인권사무소)**

○ 추진 배경

- 정신장애인 차별인식 개선을 위해 부산시 정신요양·사회복귀시설협의회와 부산인권사무소가 캠페인 공동주최
- 정신장애인에 대한 차별적 인식을 개선하고, 정신장애인 국가보고서의 내용을 당사자 및 관련자에게 홍보함으로써 실효적 이행을 도모

○ 걷기대회

- 일시 및 장소 : 2010. 6. 8.(화) 13:30-18:00 송도 해수욕장 및 불레길
- 참석자 : 정신장애인 당사자 및 가족, 정신요양 및 사회복귀시설 종사자, 관련 단체 및 기관 종사자 등 800여명

○ 차별인식 개선 캠페인

- 일시 및 장소 : 2010. 6. 9.(수) 09:00-19:00: 서면 롯데백화점 부근
- 대상: 정신요양 및 사회복귀시설 종사자 및 관련 단체 및 기관 종사자

□ 정신장애인 차별과 편견 해소 캠페인 ‘편견이 장애다’ 진행(광주인권사무소)

○ 추진 배경

- 국가보고서 발간('09.08.)을 계기로, 시설 내 정신장애인에 대한 관심 증가 및 관찰지역의 시설 내 정신장애인에 대한 인권보호 노력 필요
- 국가보고서의 핵심추진과제 중 ‘정신장애인에 대한 차별과 편견해소’의 일환으로 ‘대중매체 등을 통한 지속적 인식개선 및 홍보’ 필요성 강조

○ 추진 방식

- 전북 지역으로 특화하여 추진 : 전북 지역 내 인권위 기반 강화의 일환
- 지역 내 관련 기관과 ‘공동 주최’ 형식으로 진행, 협력관계 구축 : 전북도(캠페인 참여자 모집 및 간접 예산 지원), 전북일보(캠페인 글 연재(20회 예정))
- 정신보건시설 종사자들이 캠페인 주최로 참여

○ 추진 경과

- 연재기간 : 8월 13일~ 12월 24일(매주 금요일자, 총 20회)
- 지면구성 : 오피니언 면(지면의 1/3분량, 삽화 포함), 연재 1회 때 전북일보 ‘社告’ 게재, 필자 소개, 공동주최 명기
- 필자 참여 : 전북 소재 정신병원, 정신요양원 사회복지시설에 근무하는 사회복지사, 정신보건사회복지사, 간호사 등 20명 참여.
- 주요 내용 : 정신장애인의 시설생활, 직업재활, 사회복지 활동 등
- 기타 사항 : 12월 경 캠페인 평가 관련 전북일보 좌담 예정

□ 2010년 정신보건 분야 종사자 인권교육 현황(10. 31. 기준)

○ 서울 : 총 13회, 483명 교육

회차	날짜	시간	장소	인원
1	5. 4.	14:00~18:00(4시간)	인권교육센터 별관	25
2	5. 18.	14:00~18:00(4시간)	의정부시 정보도서관	58
3	6. 1.	14:00~18:00(4시간)	인권교육센터 별관	42
4	7. 6.	13:30~17:30(4시간)	인권교육센터 별관	39
5	7. 22.	14:00~18:00(4시간)	가톨릭대학교 서울성모병원	24
6	8. 20.	13:30~17:30(4시간)	가톨릭대학교 서울성모병원	31
7	8. 12.	14:00~18:00(4시간)	가평꽃동네 정신요양원	26
8	8. 25.	13:00~17:00(4시간)	해암병원	15
9	9. 7.	14:00~18:00(4시간)	인권교육센터 별관	35
10	10. 3.	09:30~13:30(4시간)	김포예사랑병원	45
11	10. 5.	14:00~18:00(4시간)	인권교육센터 별관	35
12	10. 12.	13:30~17:30(4시간)	계요병원	83
13	10. 27.	14:00~18:00(4시간)	보람병원	25

○ 광주 : 총 10회, 450명 교육

회차	날짜	시간	장소	인원
1	5. 11.	14:00~18:00(4시간)	광주고용센터	36
2	6. 8.	14:00~18:00(4시간)	순천대70주년기념관	38
3	6. 11.	13:30~17:30(4시간)	담양참사랑병원	40
4	6. 22.	14:00~18:00(4시간)	목포전남여성플라자	16
5	7. 13.	14:00~18:00(4시간)	광주역 대강의실	56
6	7. 16.	09:00~14:00(4시간)	전북도청	27
7	7. 27.	14:00~18:00(4시간)	전주자원봉사센터	32
8	9. 14.	14:00~18:00(4시간)	광주역 대강의실	54
9	9. 28.	10:30~16:00(4시간)	제주한라병원	48
10	10. 12.	14:00~18:00(4시간)	광주고용센터	58
11	10. 26.	14:00~18:00(4시간)	목포 시티병원	45

○ 대구 : 총 10회, 379명 교육

회차	날짜	시간	장소	인원
1	5. 25.	14:00~18:00(4시간)	서구보건소	35
2	6. 8.	14:00~18:00(4시간)	서구보건소	31
3	6. 22.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	41
4	7. 1.	10:00~18:00(4시간)	동대구역	13
5	7. 13.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	38
6	7. 27.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	42
7	9. 14.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	44
8	9. 28.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	47
9	10. 12.	14:00~18:00(4시간)	동대구역	44
10	10. 26.	14:00~18:00(4시간)	용상안동병원	44

○ 부산 : 총 16회, 797명 교육

회차	날짜	시간	장소	인원
1	5. 4.	14:00~18:00(4시간)	부산장애인종합복지관 사례관리지원센터	18명
2	5. 18.	14:00~18:00(4시간)	부산장애인종합복지관 사례관리지원센터	21명
3	6. 1.	14:00~18:00(4시간)	경상대학교 사회관	57명
4	6. 15.	14:00~18:00(4시간)	경상대학교 사회관	76명
5	7. 6.	14:00~18:00(4시간)	울산대학교 사회과학관	53명
6	7. 20.	14:00~18:00(4시간)	울산대학교 사회과학관	58명
7	8. 3.	14:00~18:00(4시간)	부산상공회의소	29명
8	8. 17.	14:00~18:00(4시간)	부산상공회의소	55명
9	9. 7.	14:00~18:00(4시간)	태화관광호텔	55명
10	10. 5.	14:00~18:00(4시간)	진주산업대학교	46명
11	10. 6.	14:00~18:00(4시간)	양산병원	75명
12	10. 7.	14:00~18:00(4시간)	양산병원	83명
13	10. 19.	14:00~18:00(4시간)	진주산업대학교	48명
14	10. 25.	14:00~18:00(4시간)	한사랑병원	51명
15	10. 26.	14:00~18:00(4시간)	한사랑병원	32명
16	10. 28.	14:00~18:00(4시간)	가나병원	40명

[붙임 2]

정신장애인 국가보고서 세부과제별 이행 여부 검토

I. 이행여부 판단 기준

- 이행 : 핵심추진과제가 이행되었거나 이행될 것이 어느 정도 확실한 경우
- 부분이행 : 일부 또는 포괄적으로 이행되었으나 미흡한 점이 있는 경우
- 미이행 : 주로 법령 개선 사항으로 보건복지부가 발의한 「정신보건법 전부개정 법률안」에 반영되지 않은 경우
- 검토중 : 보건복지부 및 다른 국가기관이나 단체 등에 의해 추진 중에 있거나 장기적 관점에서 법령 및 제도 검토, 예산 확보 등이 필요한 경우

II. 세부과제별 이행 여부 현황

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
1	자의입원 원칙의 정신보건법 명문화(p.79)	○ 「정신보건법」(이하 ‘법’이라 함) 제2조 제5항 규정을 ‘... 항상 자발적 입원을 우선적으로 고려하여야 한다.’로 개정	이행	정신보건법 전부개정안(이하 ‘전부개정안’이라 함) 제2조 제5항 → 자의입원 우선적 고려
		○ 법 제6조에 ‘정신보건시설의 설치·운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다.’로 별도의 항 신설	이행	
2	정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’ 구분(p.80,81)	○ 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 시장·군수·구청장에 의한 입원과 같이 ‘진단을 위한 입원’과 ‘치료를 위한 입원’으로 나누어 규정	미이행	보건복지부, 전문가 및 관련 단체와 지속적 논의 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		○ 환자가 입원에 동의하지 않는 경우 정신보건심판위원회에서 적정성 심사		
3	보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건 강화(p.81,82)	○ 법 제24조 제2항 제1호 개정 “환자가 정신의료기관 등에서 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우”에서 “입원치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려가 큰 경우”로 변경 ○ 제2호 개정 “환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요가 있는 경우”에서 “자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 경우”로 변경	미이행	보건복지부, 전문가 및 관련 단체와 지속적 논의 필요
4	정신요양시설 입소절차 강화 (p.83)	○ 현행 법은 정신의료기관 입원 절차와 정신요양시설 입소 절차를 동일하게 규정하고 있어 입원치료가 필요한 환자도 요양시설에 입소하는 경우가 빈번하게 발생 - 그러므로 요양시설 입소심사를 정신의료기관이 정신보건심판위원회에 의뢰하여 정신보건심판위에서 대상 환자들의 치료 필요성 여부 및 상태를 판단하여 입소 및 계속입원 여부 결정하도록 별도의 규정 신설	미이행	보건복지부에 따르면 정신요양시설 운영 방향에 대한 연구 후 입소절차 등 검토 예정이므로 추후 이행 상황 모니터링
5	계속입원심사 기준 개정 (p.84,85)	○ 계속입원심사 청구서에 적시되어 있는 심사 기준 항목 중 ‘정신의학적 상태’를 제외한 나머지 항목 삭제	미이행	해당 내용은 심사청구서에 기재되는 것으로 추후 정신보건법 시행규칙 개정 시 반영 여부 검토
6	계속입원심사 기간 단축 (p.85,86)	○ 계속입원심사 기간을 3개월 단위로 변경	미이행	입원기간이 장기화되는 근본 원인이므로 개정 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
7	정신보건심판위원회 의 역할 강화 (p.86,87)	○ 계속입원심사 시 2회 이상 연속 해서 서류심사만으로 대체할 수 없도록 명시	미이행	현재 보건복지부에서 ‘정신보 건심판위의 효율적 운영방안 및 계속입원치료 심사 지침’ 에 대한 정책 연구를 진행하 고 있는바, 추후 동 연구결과 에 대한 검토 필요
		○ 중앙정신보건심의위원회가 계속 입원심사와 관련한 모니터링 및 실질적인 지도 · 감독을 수행	미이행	전부개정안에 따르면 중앙정 신보건심의위원회 자체가 폐 지되고 국민건강증진정책심 의위원회로 그 업무가 이관 되는바, 당 업무는 광역정신 보건심의위원회에서 수행하 는 것이 바람직함
		○ 정신보건심판위원회 위원에 ‘인 권단체 활동가 혹은 시민참여단 등 공익단체에서 추천한 자’ 1인 을 포함되도록 개정	부분 이행	전부개정안 제40조 제6항 → 정신보건심의위원 자격에 ‘정신질환을 치료하고 회복 한 자’, ‘인권전문가’ 등을 추가하였으나 정신보건심 판위원으로 필수적으로 선 정해야 하는 대상은 아님
8	인신보호법 개정 및 고지 의무화 (p.87,88)	○ 법에 정신의료기관 등의 장은 「인 신보호법」의 내용 및 법원의 구 제청구에 대한 권리가 있음을 입 원 및 입소 당사자에게 사전 고지 하도록 규정	부분 이행	전부개정안 제8조에 정신보 건법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알리고 필요 서류를 비치하도록 되 어 있는바, 시행규칙 개정 시 고지 내용에 인신보호청구에 관한 내용이 포함되는지 확 인 필요
9	시장·군수·구청 장이 보호의무자 인 경우 퇴원 후 보호체계 의무화 (p.89)	○ 법 제24조에 다음과 같은 별도의 조항 삽입 “시장 · 군수 · 구청 장은 정신보건심판위원회의 의견 을 들어 퇴원 후 거주할 주거시 설 및 제공되어야 할 정신보건 서비스의 유형 및 방법과 이를 제공할 기관 또는 단체를 명시한 퇴원계획을 세워야 한다.”	이행	전부개정안 제35조 제8항 → 시장·군수·구청장이 보호 의무자인 경우 정신질환자 의 퇴원 후 재활과 사회복 귀를 할 수 있도록 거주시 설 확보를 위한 계획 수립 의무 부과

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
10	지역사회 연계 절차 강화 (p.89~90)	○ 법 제26조의 3에 제2항 신설하 여 환자 또는 보호의무자에게 퇴 원 후 지역사회에서 정신보건 서 비스를 받을 수 있음을 설명하 고, 동의한 환자에 대해서는 정 신과전문의와 정신보건센터 정신 보건전문요원이 함께 퇴원계획을 수립할 수 있도록 명문화	이행	전부개정안 제39조 → 해당 정신보건센터 및 보 건소는 퇴소한 정신질환자 및 그 보호의무자와 상담 하여 정신질환자의 사회적 응 및 복귀를 지원방안을 강구
		○ 법 제37조의 2 외래치료명령제 도에 “정신의료기관의 장으로 하 여금 외래치료명령을 받은 환자 가 정신보건센터에 연계될 수 있 도록 적극적으로 노력하여 한 다.”라는 내용 삽입 ○ 법 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치 해제)와 제37조 (임시퇴원 등)를 위 내용에 상응 하는 수준으로 개정	미이행	현재 보건복지부에서 ‘외래치 료 명령제도 운영 지침’에 대 한 정책 연구를 진행하고 있 는바, 추후 동 연구결과에 대 한 검토 필요
11	공공이송체계 확립 (p.91,92)	○ 정신장애인의 이송과 관련하여 「 소방기본법」 제35조의 규정에 따 른 구급대나 「정신보건법」 제26 조(응급입원) 규정과 같이 경찰 과 소방공무원 등 공공이송체계 를 통해서만 이송될 수 있도록 개정	부분 이행	- 전부개정안 제36조 제8항 및 제37조 제2항 - 전부개정안 제36조(시장·군 수·구청장에 의한 입원)와 제37조(응급입원)의 경우 환자 호송이 공무적 성격을 띠는 점에서 제35조 보호의 무자에 의한 입원의 경우와 차이가 있음. - 인권 보호 측면에서 보호의 무자에 의한 입원의 경우에 도 공공이송체계를 도입할 필요가 있음
12	공공위기 개입 서비스 구축 (p.93,94)	○ 공공위기개입 서비스 구축을 위 해 보건복지부 콜센터, 국공립정 신병원과 정신보건센터의 24시 간 전화상담 서비스를 개설하고 경찰 및 구급대와 연계	검토중	구체적인 정책 검토 및 예산 확보가 수반되어야 함

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		○ 법 제26조 제2항의 ‘이에 동의한’을 ‘정신보건전문요원이 이에 동의한 경우’로, 같은 법 시행령 제8조 제1항 ‘호송할 수 있다.’와 제2항 ‘동송할 수 있다.’를 ‘하야 한다.’로 개정	이행	전부개정안 제37조 제2항 → 응급입원 시 경찰관 또는 구급대원에게 호송 도움 요청 가능. 요청을 받은 경찰관 또는 구급대원은 타당한 사유가 없는 한 이에 응해야 함
13	공공후견인 제도 도입 (p.94,95)	○ 법에 ‘보호의무자가 없거나, 보호의무자가 정신장애인의 이익을 대변하기 어렵다고 보이는 경우’ 환자의 주거·직업·교육·치료에 관한 결정을 대변할 후견인을 선정할 수 있는 조항 신설	미이행	동 권고사항은 민법과도 관련되어 있고, 현재 성년후견제와 관련하여 민법 일부개정안이 국회 계류중이므로 입법상황에 따라 추후 법 체계적 검토 필요
14	치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시 (p.138~140)	○ 법 제6조의 ‘권리와 권리의 행사에 관한 사항’을 문서로 제공하도록 개정하고, 문서에는 1) 동법에서 보장하고 있는 권리의 내용에 대한 구체적 적시 2) 입·퇴원 절차와 방법 3) 환자 및 보호자가 정신보건심판위원회와 법원, 국가인권위원회 등에 처우개선, 퇴원 및 권리구제를 요청할 수 있다는 사실 등을 반드시 포함하도록 하고, 이와 관련한 벌칙규정을 별도로 마련	이행	전부개정안 제8조 제1항 및 제76조 제1항 → 정신보건시설의 설치·운영자는 입원한 정신질환자에게 동 법에 의한 권리와 권리 행사 방법 고지 및 필요서류 비치. 이를 위반하면 100만원 이하 과태료 부과
		○ 법 제5장에 ‘정보 제공’에 관한 조항을 신설하여 다음과 같은 내용 명시 1) 입·퇴원 관련 절차 및 외부교통권을 포함한 구체적 권리구제 절차	이행	전부개정안 제8조 → 정신보건시설의 설치·운영자는 입원한 정신질환자에게 동 법에 의한 권리와 권리 행사 방법 고지 및 필요서류 비치
		2) 입원상태 및 치료 상황에 대한 설명과 치료방향에 대하여 정보를 제공받을 권리	이행	전부개정안 제8조 제2항 및 제29조 → 정신질환자와 그의 동의를 얻은 보호의무자는 환자의 의료기록 열람 가능
		3) 자신의 정보를 원칙적으로 자유롭게 열람할 수 있는 권리	이행	

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
15	개인정보 보호에 관한 기준 강화 (p.140,141)	○ 정신질환자에 관련된 기록열람에 대해 자격요건에 제한을 두고, 이용범위에 대한 일정한 지침을 제시하도록 「의료법」 개정 ○ 개인정보의 이용 범위를 생명을 위협하는 위기상황, 공공의 안전, 심각한 병적 상태에 대한 예방 등으로 제한하고, 정보공개가 이루어진 경우 그 내용 및 목적, 근거 등을 통지	이행	전부개정안 제29조 → 정신질환자와 그의 동의를 얻은 보호의무자의 경우에 한하여 환자의 의료기록 열람을 가능토록 함
16	통신의 자유 및 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 규정 개정 (p.141,142)	○ 법 상 통신 및 면회의 자유를 제한할 경우 구체적인 절차에 따라 의료적 목적 달성 여부를 판단하여 시행 ○ ‘행동제한’의 범위를 규정하고 있는 「정신보건법 시행령」제20조를 다음과 같이 개정하고, 이와 관련된 벌칙조항 마련 - 서신 및 사전검열 무조건 금지 - 소포 및 물품은 필요한 경우 제한적으로 당사자의 앞에서 개봉 - 구체적인 사정에 따르지 않은 일률적인 제한 금지	이행	전부개정안 제61조 → 전문의 지시에 의한 의료적 목적이 아닌 경우 통신·면회의 자유 제한 금지
17	격리·강박 기준 강화(p.144)	○ 격리 및 강박에 관한 사항을 지침이 아닌 시행령에 규정. 신설된 시행령에 격리·강박의 구체적인 적용 범위, 즉시설명 의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자의 상태 확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등 포함	이행	- 전부개정안 제61조 제1항 및 제4항 → 전문의 지시에 의해 의료적 목적에 한해서 격리·강박 시행. 세부기준은 보건복지부령으로 정함 - 현재 보건복지부에서 ‘격리 및 강박 지침’에 대한 정책 연구를 진행하고 있는바, 추후 동 연구결과에 대한 검토 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
18	작업치료 규정 강화 (p.144,145)	○ 「정신보건법 시행규칙」에 치료 목적, 대상자의 기능 평가, 치료 전 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램 등을 진료기록부나 작업일지에 기재할 사항으로 규정하고, 작업장 명, 대상자의 적합성 및 자업내용, 작업조건, 기대효과, 대상자 평가표 등을 포함한 작업치려 관련 별지서식 도입 ○ 작업치료를 행할 수 있는 대상기관을 재활훈련실이 설치된 의료기관으로 한정 ○ 치료 목적으로 볼 수 없는 작업치료를 대해서는 노동을 강요한 것과 동일하게 벌칙 규정	검토중	전부개정안 제63조에 따르면 정신질환자의 작업활동과 관련하여 작업의 시간, 위험성 여부와 작업의 장소 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정하게 되어 있고, 현재 보건복지부에서 ‘작업치료 지침’에 대한 정책 연구를 진행해하고 있는바, 추후 보건복지부령 개정 사항과 동 연구결과에 대한 검토 필요
19	정신의료기관 인력 기준 강화 (p.145,146)	○ 현재의 의료인력 기준을 선진국 수준으로 강화	검토중	정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
20	의료급여 수가의 실질화 (p.146~148)	○ 의료급여 수가를 건강보험 수가와 동일한 수준으로 현실화	부분 이행	- 의료급여 수가 입원 19.5%, 외래 10% 인상 - 보건복지부에 따르면 건강보험 수가와 비교하여 외래의 경우 종별 68%(의원급 91%) 정도임 - 입원의 경우 정확한 통계는 없다고 함 - 외래치료의 경우를 보았을 때 아직 의료수가가 건강보험수가와 동일한 수준으로 현실화되었다고 보기는 어려움
21	차등수가제 평가항목 개선 (p.149,150)	○ 평가항목에 시설 및 장비 기준, 서비스 제공 내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원을 포함	검토중	정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		○ 환자의 재원일수와 관련하여 180일 이후의 5%와 360일 이후의 10%를 적정입원일수 이후 크게 차감하도록 조정하고, 30일 이내의 재입원은 계속입원기간으로 간주	미이행	보건복지부는 이 부분이 개선되었다고 회신하였으나 국가 보고서를 확인한 결과 예전과 동일함
22	정신요양시설의 기능 정립 (p.150,151)	○ 정신요양시설을 단계적으로 입소 생활시설과 주거제공 시설의 형태로 전환. 외래진료 가능토록 기능 재정립	검토중	정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
23	정신요양시설의 환경 개선 (p.151)	○ 인력 및 예산 지원 강화, 현행 정원에 따른 보조금 지원 방식과 함께 별도로 프로그램별 운영비 지원	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
24	만성 및 난치성 환자 진료 및 연구를 위한 전문 기관 설립 운영 (p.152)	○ 법 제14조를 다음과 같이 개정 “국가는 정신보건의 향상을 도모하기 위하여 정신보건연구를 위한 기관을 국립정신병원 내에 설치하여야 한다.”	부분 이행	전부개정안 제14조 및 제25조 → 전부개정안 제14조는 보건복지부장관 및 시·도지사로 하여금 국·공립정신병원의 설치 의무를 부과하고 있으나 구체적으로 국립병원 내에 정신보건연구를 위한 기관을 설치할 것을 강제하지는 않고 있음. 다만 제25조에서 국·공립정신의료기관이 지역사회정신보건사업의 활성화를 담당하도록 규정되어 있으므로, 동 규정을 근거로 추후에 이행 여부 점검 필요
25	정신보건시설 모니터링 시스템 강화(p.153)	○ 법 제39조의 내용 중 ‘정신보건시설에 대한 설치 및 운영에 대한 지도·감독’을 ‘현지조사를 통한 지도·감독’으로 개정. 관계기관과의 연계 강화 명문화	미이행	정신보건시설에 대한 조사의 실효성을 담보하기 위해서라도 현지조사를 명문화할 필요가 있음
		○ 건강보험심사평가원의 정신의료기관 적정성 평가 정기화	미이행	보건복지부, 건강보험심사평가원과 지속적인 논의 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
26	미신고 시설에 대한 조사 및 정비(p.154)	○ 「사회복지사업법」의 시설의 평가 대상에 미신고 시설을 포함하여 미신고 시설에 대한 조사를 정기적으로 하고 지속적으로 관리·감독하도록 개정	이행	- '06년까지 보건복지부 미신고시설 양성화사업 진행 - 현재 이정선 국회의원실(한나라당)과 탈시설정책위원회에서 미신고시설 실태조사를 진행 중이므로, 동 조사를 완료 후 보고서 검토 필요
27	정신보건센터의 기능 재정립 (p.185)	○ 법 제3조 제2항의 정신보건시설의 정의에 정신보건센터 포함. 다음과 같은 조문으로 제6항 신설 “정신보건센터라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 퇴원 환자 및 정신질환자에 대한 평가, 상담 및 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회의 지원, 지역사회와의 연계 등의 업무를 수행하는 시설을 말한다.”	이행	전부개정안 제3조 → 추후 정신보건법 시행령 개정 시 정신보건센터의 업무로 정신보건심판위원회 지원이 포함되는지 점검 필요
		○ 사회복지시설과 정신보건센터의 역할 구분. 사회복지시설은 사회복지 훈련 및 주거·입소 서비스를 제공하고 그 외 정신질환자 평가, 상담, 사회복지시설 연계, 사례 관리 등의 업무는 정신보건센터가 수행하도록 개정	이행	전부개정안 제3조·제22조 및 제26조 → 정신질환자 사회복지시설과 정신보건센터의 정의 및 역할 명시
28	정신보건센터의 설치 의무화 (p.186)	○ 법 제13조의2의 규정을 개정하여 시·군·구 정신보건센터 설치 의무화 및 시·도별 광역정신보건센터 설치 강화. 광역정신보건센터가 시·군·구의 지역정신보건사업 총괄·조정하는 방안 강구	부분 이행	- 애초 2. 4. 입법예고한 전부개정안 제26조에 따르면 ‘광역정신보건센터와 기초정신보건센터’를 설치한다. ‘고 되어 있었으나, 이후 법제처 자구심사에서 바로 설치 의무를 부과하게 되면 현실과 부합하지 않아 위법상황이 지속될 수 있고, 현재 정신보건센터 설치를 확대하고 있으므로 일단 임의 규정으로 두기로 함

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
				- 보건복지부에 따르면 정신 보건센터를 '09년 158개소에서 '10년 5개소를 확충하였고, 앞으로도 지속적으로 확충할 예정임
29	정신보건센터의 법인화(p.187)	○ 센터의 독립성을 확보하고 업무를 객관화·표준화·공공화할 수 있도록 정신보건센터를 법인화하는 방안 필요	미이행	법인화의 이득에 대한 지속적인 홍보 및 공론화 필요
30	정신보건센터 인력기준 강화 (p.188)	○ 지역인구와 정신질환 유병률을 감안하여 정신보건센터의 시설 인력 기준을 마련하고 이를 「정신보건법 시행규칙」내에 명시	미이행	추후 정신보건법 시행규칙 개정 시 해당 사항 반영 여부 점검
31	정신장애인 주택 및 주거시설 확충(p.189,190)	○ 주거가 취약한 정신장애인의 경제적 상황 및 기능적 수준, 연령 등을 고려한 단계적 주거시설의 설치 필요. 공공주택 임대사업 활용	검토중	2010년 국가인권위원회 실태조사 과제로 '정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 - 기초생활보장·주거권을 중심으로'를 선정하여 과제 연구 수행
32	이용시설 및 프로그램 다양화 (p.190,191)	○ 정신장애인의 기능회복과 치료를 위한 다양한 프로그램의 개발	검토중	구체적인 프로그램 개발에 시간이 필요하므로 지속적인 점검 필요
		○ 국가 및 지자체가 일정 비율만큼 사회복귀시설을 신고 · 설치하도록 적극적인 조치 필요	이행	- 사회복귀시설 '09년 211개소에서 '10년 상반기 말 225개소로 확대 - 전부개정안 제21조는 현행대로 사회복귀시설의 설치를 재량사항으로 두고 있는 점은 문제점
33	시설이용료 부과방식 변경 및 면제 (p.192,193)	○ 프로그램별로 이용료 지불, 불필요한 프로그램 이용료 경감, 퇴원 후 1년 이내 시설이용료 면제 방안 고려	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
34	평가 강화 및 인센티브제 운영 (p.193,194)	○ 시설 평가항목에 시설 및 프로그램 확충, 정신의료기관과의 연계 구축 상황 등을 평가할 수 있는 항목 포함하고, 평가점수에 따라 인센티브 제공 ○ 법 18조의2를 개정하여 평가 기간을 3년에서 2년 이내로 단축	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
35	정신보건예산 확대 및 효율적 운영 (p.194~196)	○ 세계적 수준으로 정신보건예산 확대 ○ 외래치료를 권장하고 외래치료 전환으로 발생하는 차액을 의료 급여 환자에 대한 신약 사용, 재활서비스 등에 투입	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
36	지역 예산 기준 고지 및 균형발전예산 지원 (p.196)	○ 중앙정부 차원에서 지자체의 정신보건예산 투입비, 사회복귀시설 및 서비스의 확충률 등을 감안하여 최소 정신보건예산 확보 기준 고시하여 이행 강제 ○ 지역균형발전예산을 활용하여 지역별 편차 해소	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
37	가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화 (p.197)	○ 장애연금의 도입, 장애수당 제도의 수급대상 확대 및 급여의 증액, 재가정신장애인보호수당 제도 도입	미이행	- 현행 「장애연금법」에 따르면 수급권자는 ‘18세 이상의 중증장애인’으로 규정되어 있음 - 장애연금 수급권자 확대, 장애수당의 운용 방식 등 관련 제도에 대한 심층적 검토 필요
		○ 전문가 자문 그룹 운영, 낙인·편견 해소 운동 및 관련 취업 프로그램의 운영, 인권상황 점검을 위한 모니터링 활동	이행	- 전문가 자문그룹으로 중앙정신보건사업지원단이 설치되어 있음 - 당사자 및 관련 단체 등과의 지속적인 협의를 통해 점진적으로 진행해야 될 과제임

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		○ 정신보건기관 운영위원회에 당사자 및 가족의 참여를 시설운영규칙에 포함	미이행	추후 정신보건법 시행령 및 시행규칙 개정 사항 점검
38	정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지 (p.215,216)	○ 정신과 전문의가 특정 업무를 수행할 수 없다고 진단한 경우에만 직업선택의 자유를 제한할 수 있도록 개정	이행	전부개정안 제3조 제1호 및 제42조 → ‘기능저하 정신질환자’와 ‘일반정신질환자’를 구분하여 직업선택의 자유의 제한을 완화하였고, ‘기능저하 정신질환자’도 정신보건심판위원회에서 ‘면허·자격 취득 및 특정업무나 활동을 수행할 수 있는지에 대하여 적격성 심사’를 받을 수 있도록 함
39	정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적 용어의 정비 (p.217)	○ 각 법령에서 사용되고 있는 정신병자 등과 같은 추상적 용어를 정비하여 자의적 해석의 여지 축소	이행	장애인차별금지법과 관련하여 상충법령 정비중
40	보험가입 차별 금지(p.217,218)	○ 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험률 판단에 따라 보험가입을 승낙·거절하거나, 계약 이후 보험금을 차등 지급·제한하는 방안 모색	검토중	- 장애인차별금지법 제17조와 관련된 내용으로 현재 진정 사건조사를 통해 개별적 해결 방안을 모색하고 있음 - 추후 장애인의 보험가입 등에 관한 가이드라인 연구 필요
41	병명개정 (p.219)	○ 의학적 타당성, 치료적 효용성, 사회적 합의수준과 효과 등을 고려한 병명 개정. 민관합동으로 ‘정신분열병 명칭변경위원회’를 한시적으로 설치하여 이를 추진	검토중	- 지난 5. 4. 대한정신분열병학회와 대한신경정신의학회가 ‘정신분열병의 병명개정과 편견해소를 위한 공청회’를 통해 ‘조현긴완증’, ‘사고긴완증’, ‘통합이완증’ 등 대체 병명 제안 - 후속 과정 모니터링 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
42	인권교육 및 의무 강화 (p.219,220)	○ 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정. 경찰과 소방공무원 중 정신장애인 관련 담당자를 지정하여 인권교육을 이수하도록 개정	미이행	- 전부개정안에 대한 의견표명에서 해당 사항을 권고하였으나 보건복지부는 인권교육기관 지정은 보건복지부장관의 권한사항이라며 불수용 통보 - 추후 보건복지부의 정신보건 종사자 등에 대한 인권교육 실태 모니터링 필요
43	대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보(p.220,221)	○ 국가정신보건사업계획 중 정신질환에 대한 인식개선사업의 일환으로 다큐멘터리, 광고 등을 활용	검토중	지속적인 관심과 노력 필요

[붙임 3]

「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」 정책권고(2009. 10. 26.)

주 문

국가인권위원회는 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위하여 아래와 같이 권고한다.

1. 국무총리에게

별첨 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」에 기초하여 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 범정부적인 정책이 수립·이행되고 관계 법령이 개정될 수 있도록 관련 부처들을 유기적으로 조정하고 통할할 것을 권고 한다.

2. 보건복지가족부장관에게

별첨 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」에 기초하여 관계 법령을 정비하고 정신장애인 인권 보호 및 증진을 위한 구체적인 정책을 수립하여 단계적으로 추진할 것을 권고한다.

이 유

I. 권고의 배경

정신장애인들은 우리 사회의 뿌리 깊은 편견과 차별로 인하여 취업이나 보험가입 등 일상적인 생활에서 많은 어려움을 겪고 있다. 뿐만 아니라 스스로 자신의 권리를 주장하기가 어려운 정신장애의 특성상 자신의 의사와 상관없이 입원되거나 필요 이상으로 장기 입원되는 경우가 많다. 이는 정신장애인을 위한 치료와 보호 정책이 당사자의 재

활 및 사회복귀에 중점을 두기보다는 병원이나 시설을 통한 격리에 치중되어 왔기 때문이다.

우리나라 정신장애인들의 비자의 입원률은 전체 입원환자의 86%에 달하고, 6개월 이상 장기 입원률이 53%를 상회하는 등 선진국에 비해 높은 비자의 입원율과 장기 입원률을 보이고 있다. 또한 퇴원 후 즉시 재입원되는 관행이 반복되고 있는데, 이 과정에서 환자들의 알권리와 사생활 보호, 신체의 자유 등 기본적 인권 및 최소한의 자기결정권 조차도 무시되고 있는 실정이다. 우리 위원회에 정신보건시설과 관련하여 진정을 제기하는 건수는 해마다 증가하고 있는데 주요 진정내용은 비자의입원, 퇴원불허, 부당한 격리·강박, 가혹행위, 외부와의 소통권제한 등이다.

대부분의 선진국들은 1991년 유엔 총회에서 결의된 ‘정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙’(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)이 공포된 이후, 격리와 시설보호 위주의 정신보건 정책에서 탈피하여 이용자와 가족중심의 치료, 예방과 재활, 지역사회에 기반을 둔 회복과 사회복귀 중심의 정신보건 의료서비스를 제공하도록 자국의 정신보건법과 제도를 적극적으로 개선하였다. 우리나라의 경우에도 국민들의 인권의식 향상과 주무부처인 보건복지가족부의 노력으로 정신장애인의 인권상황이 조금씩 개선되고는 있으나 아직 정신장애인에 대한 인권 보장 수준이 국제적 기준에 훨씬 못 미치고 있는 것이 사실이다.

이에 우리 위원회는 우리나라 정신장애인의 인권상황 및 정신보건 서비스 전달체계, 관계법령, 정신장애인 가족의 생활 실태 등에 관하여 종합적이고 체계적으로 실태조사를 실시하였고, 각국의 사례를 연구하였다. 이를 토대로 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위해 정부가 수립하고 이행해야 할 정신보건정책의 방향을 제시하고 현행 법령과 제도의 문제점 및 개선방안 등을 종합적으로 마련하여 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」(이하 ‘국가보고서’라 한다)를 작성하였다.

위 국가보고서의 내용을 충실히 이행하여 정신장애인에 대한 인권보장 수준을 제고

하기 위해서는 정신장애인 인권 보호를 위한 정책수립과 시행에 있어 범정부적인 협력과 연계가 필요하다. 따라서 행정각부를 통할하는 국무총리는 위 국가보고서에 근거한 정신장애인 인권 보호 및 증진 정책이 수립·이행되고 관계 법령이 개정될 수 있도록 관련 부처들을 유기적으로 조정하고 통할할 필요가 있고 주무부처의 장인 보건복지가족부장관은 위 국가보고서의 내용에 기초하여 관계 법령을 정비하고 정신장애인 인권 보호 및 증진을 위한 구체적인 정책을 수립하여 단계적으로 추진하여야 하기에 주문과 같이 권고하기로 하였다.

II. 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」작성의 주요 추진경과

1. 국가보고서 발간 결의 및 준비

우리 위원회에 진정사건으로 접수되는 정신장애인에 대한 인권침해 사례가 급증하는 추세이고 그 인권침해 내용도 심각하다고 판단하여 종합적이고 체계적인 예방책을 마련하기 위해 2007년 2월 정신장애인 전문위원회를 결성하였다. 이후 『정신장애인 인권 침해 현황·보호원칙·기본적 권고사항 등에 대한 보고서』를 작성하기로 결의하였고 이 보고서의 공식명칭을 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』로 정하고 보고서의 형태, 추진방안, 소요예산 등을 논의하여 확정하였다.

2. 국가보고서 추진위원회 결성

국가보고서 작성의 본격적인 추진을 위하여 2007년 12월 위원회 내·외부 인사 8인으로 구성된 “추진위원회”를 발족하였으며, 2009년 8월까지 총 7차례의 회의를 통해 국가보고서의 방향 및 원칙 등을 논의하였다.

3. 국가보고서 연구위원회 결성

국가보고서의 초안 작성 및 해외사례 연구, 그리고 실태조사 용역 과제 선정을 위하

여 관련분야 전문가 8명으로 구성된 “연구위원회”를 결성하였다. 연구위원회는 2008년 2월 첫 회의를 시작으로 2009년 7월까지 총 13차례의 연구모임과 1차례의 워크숍을 개최하였다.

4. 정신장애인 인권 실태조사 실시

국가보고서 작성을 위해서는 무엇보다 국내 정신장애인의 인권실태를 파악하는 일이 중요하였다. 이에 2008년 5월부터 2009년 2월까지 6개 주제에 대한 실태조사를 통해 국가보고서의 기초 자료를 확보하였다. 실태조사 주제는 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사», 「정신장애인에 대한 차별과 편견 실태조사», 「장기입원의 구조적 원인과 지속요인», 「특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태», 「재가 정신장애인 및 가족의 생활실태», 「정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축」 등이었으며, 정신보건전문가 총 200여명이 참석한 가운데 2008년 12월 17일 “결과발표 및 토론회”를 개최하였다.

5. 토론회 개최

정신장애인 국가보고서와 관련한 토론회는 총 4차례에 걸쳐 진행되었는데 토론회에는 전(前) 호주 인권위원회 위원장인 Brian Burdekin박사와 전 WHO 보건국장인 Norman Sartorius 박사를 비롯하여 국내 정신보건 관계자 1,600여 명이 참석하였다. 토론회 주제는 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 패러다임의 변화», 「정신장애인 인권실태와 개선방안», 「정신장애인 국가보고서 중간발표회 및 공청회」 등이었고, 서울·대구·광주·부산을 순회하며 개최하여 지역사회의 참여와 관심을 이끌었다.

6. 각종 간담회 개최

국가보고서에서 제시하고 있는 정책방향이 실현 가능한지 여부를 검토하기 위해 정신보건 분야, 법률 분야, 의학 분야 전문가를 초청하여 총 10차례에 걸쳐 ‘전문가간담회’를 개최하였으며, 정신병원·정신요양시설·사회복지시설·정신보건센터 관계자 및 법원행정처와 보건복지가족부를 방문 혹은 관계자를 초청하여 총 11차례에 걸쳐 위원회가 수립한 단기추진계획에 대한 ‘분야별’ 의견을 수렴하였고 국가보고서에서 제시한 추

진계획의 실효성 여부 및 향후 협조방안 등에 대해 논의하였다.

7. 문화행사 및 홍보

정신장애인에 대한 차별과 편견 해소 및 국가보고서 내용을 홍보하기 위해 홍보책자 및 포스터를 발간하였고 중앙일간지 및 라디오방송 등 각종 매체에서 정신장애인 인권 실태 및 국가보고서의 필요성에 관한 기획 기사를 다루도록 홍보하였다. 또한 ‘문을 열자’라는 블로그를 개설하여 국가보고서와 관련된 기본적인 내용을 홍보하는 공간으로 활용하였으며, 3주 간격으로 정신보건 관련 종사자 및 관계인 700여명에게 국가보고서 추진상황을 안내하였다. 기타 문화행사로는 “정신장애인과 함께하는 자전거 여행”, “정신장애인 미술제 - 마음을 그리다”, “세계보건기구 정신건강과 인권 시리즈 번역”, “홍보대사 위촉” 등을 시행하였다.

III. 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」의 주요내용

국가보고서는 총 5부로 구성되어 있다. 제1부는 국가보고서 개요로서 정신장애인 국가보고서의 작성목적, 기대효과, 추진과정에 대하여 설명하였다. 제2부는 정신장애인 인권관련 국제동향 및 해외사례로 구성하여 정신장애인의 인권과 관련된 국제규약 및 원칙을 살펴보고, 정신보건과 관련된 국제동향과 해외 정신장애인 인권보고서를 소개하였다. 제3부는 정신장애인의 인권 보호를 위한 기본원칙으로 구성하였는데 정신장애인의 자기결정권 존중 및 입·퇴원 과정의 적정절차 준수, 기본권 보장 및 최소제한 원칙, 정신보건서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장, 지역사회 중심의 치료환경 조성, 정신장애인에 대한 차별금지 등 5가지 주요 원칙을 제시하였다. 제4부는 국가보고서의 가장 핵심적인 내용을 담고 있는데, 여기에서는 국내 정신장애인의 인권실태와 문제점을 알아보고 이를 개선하기 위한 정책방향 및 핵심 추진과제를 제시하였다. 끝으로 제5부는 앞에서 제시된 내용을 바탕으로 정신장애인 인권 보호와 증진을 위하여 국민들의 이해와 입법부, 사법부, 행정부의 적극적 참여와 협력을 당부하였다.

국가보고서 제4부에서 다른 정책방향 및 핵심추진과제의 주요내용은 다음과 같다.

1. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련

우리나라 정신장애인의 자의 입원률은 13.8%에 그치고 있으며 대부분 보호의무자에 의해 입원되고 있는 실정이므로 관행화되어 있는 비자의 입원을 최소화하고 정신장애인의 자기결정권을 존중하기 위해 ‘자의입원이 원칙’이라는 내용을 「정신보건법」에 명문화할 필요가 있다. 또한 우리나라의 높은 비자의 입원률은 선진국에 비해 완화된 입원기준과 절차를 적용함으로써 발생하므로, ‘진단입원’과 ‘치료입원’을 구분하고 보호의무자에 의한 입원 시 대상 환자에 대한 입원요건을 강화하며 계속입원심사기준을 개정·단축하는 등 입원과정에서의 적정절차를 강화할 필요가 있다.

시장·군수·구청장이 보호의무자가 되어 입원한 환자 중에는 입원 후 방치되어 입원이 장기화되는 경우가 많으므로, 시장·군수·구청장이 보호의무자인 환자에 대해서는 보호계획 수립을 의무화하도록 관련 조항을 개정할 필요가 있으며, 비자발적으로 환자가 입원하는 경우 경찰공무원과 소방공무원의 도움을 받아 안전하게 이송될 수 있도록 공공이송체계 및 위기개입서비스를 구축할 필요가 있다. 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사정으로 인해 그 역할을 수행할 수 없는 정신장애인의 경우 사회로부터 방치되어 민형사상 불이익을 받게 되거나 질환이 만성화될 수 있으므로, 이러한 정신장애인에 대해서는 정신장애인의 이익을 대변하고 인권을 보호해 줄 공공후견인 제도를 마련할 필요가 있다.

2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

「헌법」이 보장하고 있는 알권리는 자기결정권 및 표현의 자유 등 여러 기본권과 밀접하게 연관되어 있어 가장 중요한 기본권 중의 하나이다. 그럼에도 불구하고 현재 대부분의 정신장애인은 자신의 치료과정 등에 대해 충분한 설명을 듣지 못하고 있다. 따라서 「정신보건법」내에 “정보제공”에 관한 조항을 신설하여 정신보건시설에 입원한 환자가 치료과정 및 환경, 권리 등에 대해 고지 받을 수 있도록 하여야 한다. 더불어 「헌법」이 보장하고 있는 사생활 보호와 자유, 통신의 자유, 신체의 자유는 당연히 정신장애인

에게도 보장되는 권리이므로 이를 실현하기 위해서 「정신보건법」상 개인정보 보호에 관한 기준 강화, 면회·통신·방문 등 외부 소통권 제한에 대한 규정 개정, 격리·강박 기준 엄격화 등을 통하여 정신장애인이 치료에 필요한 최소한의 자유제한만을 받는 상태에서 적절한 치료와 보호를 받을 수 있도록 하여야 한다.

최적의 치료는 적절한 의료 인력과 시설이 마련되어야 가능하므로 정신의료기관의 인력기준을 선진국에 상응하는 수준으로 상향조정하고 의료급여 수가를 실질화하여 치료환경 및 질을 개선할 필요가 있으며, 차등수가제 평가항목에 시설기준 및 지역사회 연계율 등을 포함하여 지역사회 보호 중심의 치료환경을 조성해 나갈 필요가 있다. 또한 정신의료기관과 정신요양시설의 역할구분이 불명확하여 치료가 필요한 정신장애인이 요양시설에 입소해 있거나, 치료가 완료된 정신장애인이 의료기관에 장기간 입원하는 현상이 발생하고 있다. 이를 개선하기 위해서는 정신요양시설의 기능을 ‘지역사회 생활시설과 재활시설’로 재정립하여 그 기능과 역할에 따라 단계적으로 전환하도록 하여야 한다. 정신보건시설의 경우 폐쇄적 시설 구조로 인해 정신장애인의 인권이 쉽게 침해되며 침해 후에도 드러나지 않는 것이 특징이므로, 건강보험심사평가원 및 보건복지가족부, 관할 보건소 등이 연계하여 부당한 입·퇴원 반복 및 횡수용화를 방지하여야 한다. 미인가시설에 대한 정기적인 조사와 정비를 통해 모든 정신장애인이 법이 허용한 시설 내에서 최적의 치료를 제공받을 수 있도록 하여야 한다.

3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

정신장애인의 경우 퇴원 후 지역사회에 적절히 연계되지 못하면 사회에 방치되거나 재입원될 가능성이 높으나 현재 우리나라에는 퇴원환자와 지역사회에 거주 중인 환자들이 이용할 수 있는 시설이 매우 부족한 실정이다. 이를 개선하기 위해서는 지역사회 연계체계의 강화, 정신장애인 사회복지시설의 확충, 정신보건 복지에 예산의 확대 및 효율적 운영, 가족 및 자조모임 지원 등을 통해 지역사회를 기반으로 한 정신보건서비스를 정착시킬 필요가 있다. 이를 위해서는 먼저 정신의료기관과 정신보건센터 간 연계강화를 통해 퇴원환자가 필요한 서비스를 즉시 제공받을 수 있도록 하여야 하며, 구체적으로는 각 시·군·구에 정신보건센터의 설치를 의무화 및 법인화하고 그에 준하여 인력기

준을 강화하여 이들로 하여금 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가·상담·치료연계 및 지역사회와의 연계 등을 담당하도록 하여야 한다.

현재 국내에는 정신장애인이 이용할 수 있는 주거시설과 사회복귀시설이 매우 부족한 실정이므로 주거시설과 사회복귀시설 및 관련 프로그램을 확대하고 다양화 하여야 하며, 사회복귀시설 이용료의 부담을 줄여 불필요한 장기입원을 막고 정신장애인의 사회복귀를 촉진하여야 한다. 이를 위해서는 사회복귀시설 지원을 위한 정신보건복지 예산 및 중앙정부의 지원 확대가 필요하며, 지역예산기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통하여 지역별 정신보건서비스의 편차를 줄이는 방안이 강구되어야 한다. 또한 정신장애인 가족의 경우 주위의 차별과 편견 및 경제적인 부담 등 여러 가지 어려움에 처해 있는바, 정신장애인 가족에 대한 지원확대와 자조모임을 적극 지원하여야 한다.

4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

정신장애인에 대한 편견은 차별로 이어지고, 이러한 차별은 다시 편견을 강화할 수 있으므로 ‘정신분열증’과 같은 부정적인 의미의 병명은 이해관계자들의 의견수렴을 거쳐 개명하고, ‘정신병자’, ‘정신이상자’, ‘정신미약자’와 같이 편견을 조장하는 용어들을 정비하여야 한다. 또한 정신장애인들은 각종 차별적 법령으로 인해 「헌법」이 보장한 권리를 향유하지 못하고 있는바, 이에 대한 개정이 필요하다. 한편, 정신장애인에 대한 편견은 대중매체의 영향이 큰 것으로 밝혀졌으며, 이는 오히려 편견을 극복하는데 효과적인 도구가 될 수 있음을 의미하므로 대중매체에 대한 지속적인 권고와 홍보를 통해 정신장애인에 대한 대중의 차별과 편견을 해소할 필요가 있다.

「정신보건법」에 따르면 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 매년 정기적으로 인권교육을 받아야 한다. 그러나 지정된 전문교육기관 중에는 우리 위원회에 진정이 제기되어 시정조치를 권고 받았던 피진정기관이나 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관이 포함되어 있는 문제점이 있다. 따라서 우리 위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한해서만 전문교육기관으로 지정될 수 있도록 관련법을 개정할 필요가 있다. 아울러 경찰 공무원과 소방공무원 중 일부를 정신장애인 관련 사건의 담당자로 지정하여 정신장애인 인권과 관련된 교육을 이수하도록 하여야 한다.

IV. 결 론

우리 위원회는 정부가 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」를 토대로 관련 기관 및 당사자들과의 진지한 토론 등의 의견수렴과정을 거쳐 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 정책을 수립하고 관계법령 및 제도를 정비해 줄 것을 기대한다.

그러므로 국무총리에게는 국가보고서에 근거한 정신장애인 인권 보호 및 증진 정책이 수립·이행되고 관계 법령이 개정될 수 있도록 관련 부처들을 유기적으로 조정하고 통할 할 것을, 보건복지가족부장관에게는 국가보고서의 내용에 기초하여 관계 법령을 정비하고 정신장애인 인권 보호 및 증진을 위하여 구체적인 정책을 수립하여 단계적으로 추진 할 것을 「국가인권위원회법」제19조 제1호에 따라 주문과 같이 권고하기로 결정한다.

2009. 10. 26.

국가인권위원회 전원위원회

[붙임 4]

「정신보건법 전부개정 법률안」에 대한 의견 표명 (2010. 1. 14.)

주 문

보건복지가족부장관에게, 「정신보건법 전부개정 법률안」에 대하여 다음과 같은 의견을 표명한다.

1. 「정신보건법 전부개정 법률안」 제3조 제2호와 관련하여, “기능저하 정신질환자”의 개념도입 없이 개정안 제42조에 따라 정신보건심판위원회가 신청한 모든 정신질환자의 직업적격성에 대한 판단을 하여 정신장애인의 직업선택권을 보장하도록 “기능저하 정신질환자”의 정의를 삭제하는 것이 바람직하다.
2. 「정신보건법 전부개정 법률안」 제3조 제6호와 관련하여, 정신의료기관이 정신요양시설의 입소 대상 환자의 입소 여부에 대한 판단을 정신보건심판위원회에 의뢰하여 정신보건심판위원회에서 대상 환자들의 치료 필요성 및 상태를 판단하여 요양시설의 입소를 심사하도록 정신요양시설의 정의를 수정하여야 한다.
3. 「정신보건법 전부개정 법률안」 제8조와 관련하여, 정신보건시설 설치·운영자가 정신질환자와 그 보호의무자에게 고지하여야 하는 “권리와 권리의 행사에 관한 사항”과 고지의 방법을 시행령에서 구체적으로 규정하도록 단서조항을 신설하고, 이와 관련한 벌칙 또는 과태료 규정을 별도로 마련하는 것이 바람직하다.
4. 「정신보건법 전부개정 법률안」 제9조와 관련하여, 인권교육의 전문성을 고려하여 “국가인권위원회 인권교육을 이수한 기관에 한하여 보건복지가족부장관이 지정한 다.”로 수정하여야 한다.

5. 「정신보건법 전부개정 법률안」제35조 제3항과 관련하여, 계속입원치료심사 청구 시 보호의무자의 동의 요건을 제1항과 같이 “보호의무자 2인이 입원 동의 동의서를 제출한 때”로 수정하여야 한다.
6. 「정신보건법 전부개정 법률안」제36조 제4항과 관련하여, “자신 또는 타인을 해할 위험의 기준”을 시행령이나 시행규칙에서 정하도록 수정하여야 한다.
7. 「정신보건법 전부개정 법률안」제37조 제3항과 관련하여, 응급입원 기간을 현행 규정대로 “72시간 이내”로 수정하여야 한다.
8. 「정신보건법 전부개정 법률안」제40조 및 제41조와 관련하여, “인권단체 활동가 혹은 공익단체에서 추천한 자 1인”을 정신보건심의위원과 정신보건심판위원에 필수적으로 포함하도록 관련 조항을 수정하여야 한다.

이 유

I. 의견표명의 배경

2009. 12. 21. 보건복지가족부는 「정신보건법 전부개정 법률안」(이하 ‘개정안’이라 한다)을 마련하여 우리 위원회에 의견을 제시하여 줄 것을 요청하였다. 이에 우리 위원회는 「국가인권위원회법」제19조 제1호에 따라 개정안을 검토한 후 주문과 같은 의견을 표명하기로 결정하였다.

II. 판단기준 및 참고기준

1. 판단기준

헌법 제10조, 제12조 제1항, 제37조 제2항

2. 참고기준

가. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 1991. 12. 17. UN총회 결의문 46/119에 의해 채택)

나. 정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서(WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation)

Ⅲ. 판 단

1. 전체적 평가

국가인권위원회는 정신의료기관 등에 대한 개별 전정사건의 구체조치와 「정신장애인 국가보고서」를 통하여 정책 개선 등을 권고하였는바, 동 개정안에는 정신장애인의 인권 보호를 위한 제도적 조치와 위원회의 권고를 반영한 개선사항이 담겨 있어 정신장애인의 인권 보호라는 사회적 요구를 담아내기 위해 노력했다는 점에서 매우 긍정적이다.

개정안 중 정신보건시설 설치·운영자의 의무 구체화, 정신보건센터 설치의 의무화 및 기능 재정립, 보호의무자의 범위 축소, 치료 및 재활과정에서 정신질환자의 의견 존중 의무 부여, 중앙 및 지방 정신보건사업지원단 설치, 정신보건심의위원회의 특정업무 수행관련 적격성 검토 및 심의위원회 위원으로 인권전문가 추가, 의료적 목적이 아닌 경우에는 정신질환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가할 수 없다고 규정한 것 등은 바람직한 변화라 할 수 있다. 특히, 시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우 시장·군수·구청장에게 정신질환자의 퇴원 시 재활 및 사회복귀를 위한 생활계획 수립 의무를 부여한 점은 정신장애인의 인권 보호와 증진의 측면에서 매우 바람직한 개정이다.

그러나 일부 규정 중에는 정신장애인 인권 보호 및 증진 측면에서 현행보다 개선된 점이 없거나 후퇴한 조항들이 있으며, 정신장애인의 인권침해를 예방할 수 있는 장치가

충분히 고려되지 못한 규정들이 있어 그 보완이 필요하다. 이하에서는 이를 중심으로 검토하기로 한다.

2. 주요 사항별 검토

가. 기능저하 정신질환자 정의규정(개정안 제3조 제2호, 제42조)

개정안 제3조 제2호는 정신질환자 이외에 대통령령이 정하는 증상이 심한 정신질환으로 상당기간 동안 특정업무나 활동을 수행할 수 없다고 정신과전문의가 인정한 사람을 “기능저하 정신질환자”라고 정의하여 정신질환자를 두 부류로 나누고 있다. “기능저하 정신질환자”의 개념을 도입하고자 하는 취지는 기존의 정신질환자의 면허 및 자격취득 제한 등 법적 차별을 개선하기 위한 것이나 이러한 취지에도 불구하고 “기능저하 정신질환자”에 대한 인식 및 낙인을 공고히 하고 체계화하는 부작용이 있을 것으로 판단된다. 동 개정안 제42조에 따르면 정신보건심판위원회가 면허·자격취득 및 특정업무나 활동을 수행할 수 있는지에 대한 적격성 심사를 할 수 있으므로, 별도의 “기능저하 정신질환자”라는 개념 도입 없이 정신보건심판위원회가 신청 받은 정신질환자에 대해 제42조에 따른 판단을 하도록 하여 정신장애인의 직업선택권을 보장하는 것이 타당하다.

나. 정신요양시설 정의규정(개정안 제3조 제6호)

개정안 제3조 제6호는 정신요양시설의 정의를 수정하여 그 입소대상자를 현행 “정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자”에서 “정신질환이 만성화된 정신질환자”로 변경하였다. 그러나 동 개정안에서 정의하고 있는 “정신질환이 만성화된 정신질환자”의 판단 주체가 명확하지 않아 현실적으로는 구분이 어려우므로, 정신의료기관이 정신요양시설의 입소 대상 환자의 입소 여부에 대한 판단을 정신보건심판위원회에 의뢰하여 정신보건심판위원회에서 대상 환자들의 치료 필요성 및 상태를 판단하여 요양시설의 입소를 심사하도록 하여야 한다.

다. 정신보건시설 설치·운영자의 의무규정(개정안 제8조 제1항)

환자는 기본적으로 자신의 정신과 신체에 발생한 사실과 앞으로의 치료과정에 대해

여 알권리가 있으며 이는 「헌법」이 보장하는 기본권 중의 하나이다. 이러한 알권리는 자기결정권에 선행하는 기본권으로서 이로 인해 의사는 환자에게 설명할 의무를 갖게 된다.

개정안은 정신질환자가 입원 등을 할 때 정신보건시설 설치·운영자로 하여금 지체 없이 정신질환자와 그 보호의무자에게 “이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항”을 알리고, 정신질환자가 “이 법에 의한 권리를 행사하는 데” 필요한 각종 서류를 비치하도록 의무를 부여함으로써 정신질환자와 보호의무자의 권리와 권리 행사에 대한 고지 의무를 강화하고 있다.

그러나 고지의 방법 및 절차 그리고 “권리와 권리의 행사에 관한 사항”이 무엇인지 명확하지 않을 뿐더러 벌칙규정이 마련되어 있지 않아 법의 실효성이 의문시된다. 따라서 정신장애인의 알권리와 자기결정권 보장을 위하여 “권리와 권리의 행사에 관한 사항”과 고지의 방법을 시행령에서 구체적으로 규정할 수 있도록 단서조항을 신설할 필요성이 있으며, 이와 관련한 벌칙규정을 별도로 마련하여야 한다.

라. 인권교육기관의 지정(개정안 제9조)

개정안 제9조 제4항은 “인권교육의 시간·주기·대상·내용·방법, 교육기관의 지정에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로” 정하도록 규정하고 있다. 개정안의 규정을 현행법 제6조의2 제4항과 비교해 보면, 인권교육과 관련하여 보건복지가족부령으로 정해야 할 사항을 더욱 구체화한 점은 달라진 점이나, 교육기관의 지정에 관한 사항은 현행과 같이 시행규칙에 위임하고 있다.

정신보건시설 등에 대한 인권교육은 「헌법」상의 기본권과 「정신보건법」 그리고 관련 국제기준에 대한 기본 지식을 토대로 삼아 인권적 관점에서 정신장애인의 권리 및 정신의료기관의 의무에 대하여 교육을 하는 것으로서 전문적인 지식과 인권에 대한 뚜렷한 가치관이 필요하다. 그러나 현재 전문교육기관으로 지정된 기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이 포함되어 있을 뿐만 아니라 인권 및 기본권 그리고 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관도 포함되어 있어 인권교육이 적절하게 이루어지고 있는지 의문

스럽다. 이와 같은 견지에서 인권에 대해 전문성을 지닌 기관인 국가인권위원회의 인권 교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정하도록 동 개정안에 명시할 필요가 있다.

마. 계속입원치료심사 청구 시 보호의무자 요건(개정안 제35조 제3항)

개정안 제35조 제3항은 계속입원치료심사 청구 시 보호의무자 동의 요건을 “동의서를 제출한 보호의무자가 동의한 때”라고 개정하여 최초 입원 당시 동의한 보호의무자가 1명인 경우 제1항의 규정에도 불구하고 그 1명의 동의만으로 계속입원치료심사 청구가 가능하도록 되어 있다. 현행법에서는 동의 요건으로 “보호의무자가 제1항에 따른 입원 등의 동의서를 제출한 때”라고 규정하고 있는바, 법제처는 동 규정에 대하여 계속입원 치료심사 청구 시 제1항과 마찬가지로 2인의 동의가 필요한 것으로 해석하였다. 이에 따라 보건복지가족부는 2010. 1. 1.부터는 최초 입원과 동일하게 계속입원심사 청구 시 마다 보호의무자 수를 확인하여 확인된 보호의무자가 1인인 경우에만 1인의 동의를 받아 청구하고, 2인 이상인 경우 2인의 동의를 받아 청구하도록 하였다.(보건복지가족부 정신건강정책과-4994 (2009.10.20))

계속입원은 ‘보호의무자에 의한 입원’의 한 유형으로 계속하여 6개월마다 입원을 시키는 것과 동일하므로 제1항에서 정신의료기관 등에 입원할 경우 2인의 동의가 필요한 것과 차이를 둘 이유가 없으며, 더 나아가 정신질환자의 인권보호 측면에서 동 개정안은 현행법보다 후퇴한 것으로 판단되므로 동 조 제3항의 규정을 제1항과 같이 “보호의무자 2인이 입원 등의 동의서를 제출한 때”로 수정하여야 한다.

바. 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준(개정안 제36조 제4항)

개정안 제36조 제4항은 “시장·군수·구청장에 의한 입원”의 요건인 “자신 또는 타인을 해할 위험”의 기준을 정함에 있어 중앙정신보건심의위원회의 심의 절차를 삭제하고 보건복지가족부장관이 정하도록 하였다. 그러나 해당 기준은 정신질환자의 인신의 자유를 제한하는 정신의료기관 입원의 판단기준이 되며, 이는 헌법상 보장하고 있는 신체의 자유를 제한하는 기준인바, 이에 대한 구체적인 요건은 시행령이나 시행규칙에서 규정

하는 것이 타당하다.

사. 응급입원 기간 규정(개정안 제37조 제3항)

개정안 제37조 제3항은 “정신질환자로 추정되는 자로 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자”를 응급입원 시키는 경우 입원기간을 현행 “72시간 이내”에서 “3일 이내(공휴일 제외)”로 변경하고 보호의무자가 없는 경우 2일의 입원기간을 연장하도록 규정하고 있다. 응급입원의 경우 자신의 의사에 반한 입원이라는 점에서 이러한 인신구속이 정당화되기 위해서는 이를 통해 보호하려는 이익과 침해되는 사익이 비례적이고 균형적이어야 한다. 그러나 3일이라는 기간 내에 공휴일을 제외할 경우, 경우에 따라 불필요한 입원이 상당 기간 지속될 수 있으므로 이는 그 목적에 비하여 균형성을 상실할 우려가 크다고 할 수 있다.

응급입원을 3일로 두고 그 기간에 공휴일을 제외하는 것, 그리고 보호의무자가 없는 경우 2일을 연장하도록 하는 개정조항은 현행규정과 같이 “72시간 이내”로 수정하는 것이 바람직하다.

아. 정신보건심의위원회 및 정신보건심판위원회 위원 자격요건(개정안 제40조 및 제41조)

개정안 제40조 제6항 제5호에 정신보건심의위원회 위원 자격으로 “정신질환을 치료하고 회복한 자”, “인권전문가” 등을 추가한 것은 정신장애인 인권 보호 측면에서 진일보한 것이나, 제6항 단서에 의하면 정신보건심의위원회 심의위원으로 제5호 각 목 중 2명 이상을 포함하도록 되어 있어 “인권전문가”가 위원으로 선정되지 않을 가능성이 있으며, 개정안 제41조 역시 정신보건심판위원회의 위원으로 “인권전문가”를 필수적으로 포함하지는 않는다.

정신장애의 특성상 스스로 자신의 입장을 대변하기 어렵다는 점을 감안하였을 때, 인권의 관점에서 정신장애인의 이익과 지역사회의 입장을 대표할 수 있도록 “인권단체 활동가 혹은 공익단체에서 추천한 자 1인”을 정신보건심의위원과 정신보건심판위원에 필

수적으로 포함되도록 관련 조항을 수정할 필요가 있다.

IV. 결 론

위와 같은 이유로 「국가인권위원회법」 제19조 제1호에 따라 주문과 같이 결정한다.

2010. 1. 14.

국가인권위원회 상임위원회

발 제 2

홍 선 미 | 한신대학교 사회복지학과 교수

정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 결과

정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사

- 기초생활보장·주거권을 중심으로 -

홍 선 미

(한신대학교 사회복지학과 교수)

I. 연구개요

1. 연구목적 및 필요성

모든 장애인은 세계인권선언을 비롯한 경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제 협약, 시민권 및 정치적 권리에 관한 국제협약, 장애인 권리선언 등에서 정한 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 동등하게 행사할 수 있으며 정신장애를 근거로 한 차별을 받지 않도록 되어 있다. 그러나 법적으로 타인과 동일한 권리를 갖는다는 선언적 사실과는 달리, 정신장애인 대상의 정책과 서비스가 형성·전달되는 과정에서 이 점은 쉽게 간과되고 있다. 정신장애인은 사회적 환경과 조건을 고려하지 않은 진단적 범주에 따라 치료되며 자신이 속한 지역사회와 사회의 구성원으로서의 권리가 제한되며 심지어는 사회의 위험요소로서 다른 욕구들에 우선하여 격리되는 상황에 놓이기도 한다.

정신장애인 인권과 관련된 논의는 주로 자유권적 기본권과 사회권적 기본권의 내용을 포함한다. 자유권은 인간의 자유에 대한 권리로서 인간은 신체와 정신이 구속되지 않고 자유로워야 한다는 것을 의미한다. 이에 비해 사회권은 쾌적한 환경에서 치료를 받을 권리, 양질의 치료서비스를 받을 권리, 직업을 얻을 권리 등 지역사회의 정상화된 삶에 필요한 적절한 서비스와 치료를 제공받지 못함으로써 발생한다. 정신장애인이 정상화된 환경에서 적절한 삶의 질을 유지하는 데 필요한 사회권적 기본권에 관한 논의가 이루어지지 않는다면 장기수용이나 격리된 공간 내에서 발생하고 있는 다양한 형태의

비인권적 현상들에 관한 해결책은 한계에 부딪히기 때문에 상호연관성을 갖고 논의될 필요가 있다.

그간 사회권에 관한 논의나 연구는 사회경제적 약자의 기본적 생존을 보장하기 위한 보편적인 인권의 개념으로서 정신장애인보다는 일반인의 권리 차원에서 주로 이루어져 왔다. 따라서 사회권의 내용 분석이나 세부 기준설정에 관한 연구(박찬운, 2007; 안치민, 2003; 문진영외, 2008) 등에서 정신장애인의 권리가 구체적으로 논의되는 데는 한계가 있다. 한편, 정신장애인의 권리에 초점을 둔 연구는 대부분 비자의 입원과 장기입원 등의 이슈를 중심으로 한 자유권이나 정신장애인의 권리를 포괄적으로 제시함으로써 구체적인 사회권 논의로 이어지지 못하였다(서동우, 2006; 현명호, 2006; 서미경 2003).

이러한 맥락에서 본 연구의 목적은 첫째 자유권에 비해 상대적으로 많은 논의가 이루어지지 못했던 정신장애인의 사회권에 초점을 두고 그 의미와 관련한 이슈를 살펴보고, 둘째 일상에서의 정상화된 삶을 보장받기 위한 사회적 권리 증진의 방향을 모색하는 것을 목적으로 한다. 특히, 정신장애인의 시설화에 대한 근본적인 해결책으로서 지역사회에서의 정상화된 삶을 보장하기 위한 지역사회에서 누려야 할 기본적인 삶의 보장과 관련된 기초생활보장과 주거서비스의 주요내용 등을 검토하고 이를 구조적으로 보장할 법적·제도적 개선 방향에 관해 다루고자 한다.

2. 연구의 내용 및 구성

본 연구는 정신장애인의 시설화에 대한 근본적인 해결책으로서 지역사회에서의 정상화된 삶을 보장하기 위한 기본적인 사회적 권리 보장에 초점을 두고 있다. 정신장애인의 사회적 권리에 관한 이론적 검토를 기초로, 정신장애인의 기초생활보장 및 주거권과 관련한 법적·제도적 대안과 지원방안에 대해 살펴보고자 한다. 이를 위해 정신장애인의 기초생활보장 및 주거보장과 관련한 사회권의 세부 영역에 초점을 두고 정신장애인과 가족, 정신보건 실무자가 인식하는 권리에 대한 감수성과 인식수준을 실태조사와 질적 자료분석을 통해 파악하고자 한다. 정신장애인의 사회적 권리에 관한 이론적, 실증적 자료가 매우 부족한 상황에서 본 연구는 탈시설화의 대안으로서 제안되는 지역사회에서의 삶이 정상화되기 위해 고려되어야 하는 구체적인 사회적 권리영역에 대한 기초연구로서의 의미를 갖는다. 세부 연구의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

- 정신장애인 사회권 연구의 배경 및 필요성
- 정신장애인의 사회적 권리 영역에 대한 국내외 문헌연구
- 정신장애인 사회적 권리 영역별 기초생활보장 및 주거권 수준 및 욕구에 관한 실태조사
- 정신장애인 및 가족의 사회적 권리 영역별 감수성 수준에 대한 질적 조사
- 정신장애인 사회권 증진을 위한 법적·제도적 대안 제시

3. 연구결과의 활용방안

정신장애인을 지역사회에서 보호하고 지역사회에서의 최소한의 생활을 보장하기 위해서는 정신장애인의 소득, 고용, 주거 등 기초적인 사회권적 권리의 보장에 대한 관심이 요구된다. 본 연구를 통해 사회권의 의미와 인권보장의 근거, 기초생활보장 및 주거와 관련한 정신장애인의 사회권의 보장 실태 등을 살펴보는 것은 그간 추상적으로 인지되었던 정신장애인의 사회적 권리와 관련한 세부 논의를 확장시키는 데 기여할 것이다.

정신장애인의 분야별 사회권보장에 관한 실증자료와 이론적 논의는 정신장애인의 사회복귀에 주요한 장애요인이 되는 소득과 주거에 관한 세부정책개발의 자료로 활용될 수 있다. 향후 국가 차원의 권리보장 의무 강화와 지역사회 기반의 사회권 실현을 위한 기반적 여건 개선 등 제도적 개선의 중요성을 제안함으로써 우리나라의 정신장애인 인권 보장의 수준을 높이는 데 기여할 수 있다.

Ⅱ. 정신장애인 사회권에 관한 이론적 논의

1. 정신장애인의 사회권

1) 사회권의 개념

시민권의 사회적 요소로서 고려되는 사회권은 “적정수준(modicum)의 경제적 복지와 보장에 대한 권리로부터 사회적 유산을 충분히 공유하고 사회의 보편적인 기준에 따라 문화적인 생활을 영위하는 권리에 이르기까지 전 범위의 권리”(Marshall and Bottomore, 1992)를 의미한다. 실질적으로 복지권을 의미하는 사회권은 다양한 형태의 사회적 급여

와 서비스 등을 받을 권리로서 생활여건과 관련된 소득, 건강, 노동, 주거, 교육 등과 관련된 권리와 사회적 발전을 저해하는 차별금지에 대한 권리를 모두 포함한다. 국가와 사회는 모든 사회의 구성원의 권리실현을 위한 생활여건과 자원을 제공할 의무를 갖고 있으며, 우리나라도 헌법에 사회권 보장을 명문화하고 있다.

사회권은 20세기 이후 점차 발전되고 가시화된 권리로서 적절한 경제적 보상에 대한 권리뿐만 아니라 더 나아가 사회적 유산을 공유하고, 그 사회의 보편적 기준에 따라 문화적인 존재로서 생활을 영유하는 권리를 말한다(Marshall and Bottomore, 1992; Fraser and Gordon, 1996). 모든 사람이 이상적인 삶을 영위하기 위해서는 시민적·정치적 권리와 자유뿐 아니라 경제적·문화적·사회적 권리와 자유를 기본적인 권리로서 실현하기 위하여 사회권협약이라고 불리는 ‘경제·사회·문화적 권리에 관한 국제협약(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)’이 1966년 유엔총회에서 결의되었다. 1986년 유엔 경제·사회·문화적 권리위원회가 구성되고 1990년대부터 ‘사회권규약 선택의정서초안’에 대한 작업이 진행되면서 사회권규약이 국제인권법으로서 자리를 잡아나가고 있다. 1976년 효력이 발생한 이 국제규약에 대해 우리나라는 1990년 4월에 가입하여 동년 7월부터 국내 효력이 발생하기 시작하였다. 사회권협약을 비준한 당사국은 5년마다 ‘협약이행조치에 관한 보고서(state party report)’를 제출하도록 되어있어 우리나라도 가입 후 세 차례의 정부보고서¹⁾를 제출하였다. 사회권협약상의 권리들 중에 정신질환자와 특히 관련이 있는 권리 항목은 노동권, 사회보장권, 건강권, 교육권, 문화권 등이 있다.

최근 “장애인권리협약”이 UN총회를 통과하면서 장애인의 자유권과 사회권을 비롯한 인권의 보편적 타당성이 국제적으로 확인되었다. 구체적으로 장애인 권리협약의 제28조는 “당사국은 장애인이 장애로 인한 차별 없이 적절한 식량, 의복 및 주택을 포함하여 자기 자신과 가정을 위한 적절한 생활수준을 누릴 권리와 생활조건을 지속적으로 개선할 권리를 가지는 것을 인정하며, 장애로 인한 차별 없이 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진하기 위한 적절한 조치를 취한다.”고 언급하고 있다. 또한 국가는 장애로 인한 차별 없이 사회적 보호와 이러한 권리를 향유하고 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진

1) UN 사회권위원회가 대한민국정부보고서를 심의한 뒤 권고한 내용에는 비정규직 노동자들의 권리 보장, 공무원의 노동3권 보장, 아동 성매매와 아동노동 금지, 강제 철거민에 대한 보상 및 임시주거시설 제공, 공교육 강화 계획 수립 등이 포함되어 있다.

하기 위한 적절한 조치를 취하도록 되어 있다. 이외에도 장애인권리협약에서는 지역사회에서의 자립생활과 관련하여, 모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 권리(제 19조), 차별 없이 교육을 받을 권리(제 24조), 통합적이며 장애인이 접근 가능한 노동 환경에서 자유롭게 선택한 노동을 통해 삶을 일구어나가는 기회에 대한 권리(제 27조), 비장애인과 동등하게 문화생활에 참가할 권리(제 30조)를 인정받고 지역사회 내에서의 생활이 가능하도록 지원을 받도록 명시하고 있다. 최근 ‘UN 장애인 권리협약’이 발효되고 「장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률(이하 ‘장애인차별금지법’이라 한다.)」이 시행되면서 장애인 분야에서도 사회권으로서의 소득보장, 고용, 주거, 교육 등 다양한 분야에 대한 논의가 확대되고 있다. 특히 장애인권리협약이 장애인의 제반 권리를 보장할 수 있는 장치로서 실효성을 갖기 위해 모니터링의 중요성과 더불어 구체적인 과제로서 추구되어야 한다. 김형식(2008)은 이에 대해 최저생활수준에 대한 보장, 기회에 대한 접근성 보장, 당사자의 적극적인 참여, 개인의 존엄성에 대한 기본적인 원칙 보장 등을 주요 과제로 제시하고 있다.

국내에서는 「장애인차별금지법」이 2007년 제정되면서 장애인에 대한 처우가 개선될 것이라 기대하고 있으나, 정신장애인의 탈시설화와 사회복귀를 위한 여건이 조성되지 못하면서 정신장애인의 사회적 권리에 대한 인식이나 옹호는 큰 변화를 보이지 않고 있다. 우리나라 「정신보건법」에서는 정신장애인의 기본 권리와 관련한 내용으로서, 인간으로서의 존엄과 가치, 최적의 치료를 받을 권리, 차별대우를 받지 않을 권리, 미성년 정신장애인의 치료, 보호 및 교육을 받을 권리, 자발적으로 입원할 수 있는 권리, 자유로운 환경 및 통신의 권리를 제시하고 있다. 그러나 「정신보건법」의 경우는 정신질환자가 최적의 치료를 받을 권리는 명시되어 있으나 사회권에서 제시하는 삶의 보장과 관련한 다양한 권리는 충분히 반영되어 있지 않은 것으로 평가된다. 또한, 「정신보건법」은 「사회복지사업법」 제2조의 해석상 사회복지사업을 위한 특별법의 성격을 가지고 있음에도 불구하고, 정신장애인의 사회복귀를 돕는 사회복지시설을 규정하고 있는 것 이외에 사회복지 과정에서 고려되어야 하는 여러 조건과 사회권을 보장하는 내용을 포함하고 있지 않다. 따라서 정신장애인의 지역사회보호에 필요한 지지적 서비스나 생활상의 다양한 문제를 도와 궁극적으로 지역사회 복귀와 정상화를 돕는 원칙과 내용이 권리 차원에서 반영될 필요가 있다.

2) 사회권에 관한 선행연구

사회권에 관한 논의나 연구가 사회경제적 약자의 기본적 생존을 보장하기 위한 보편적인 인권의 개념으로서 일반인의 권리 차원에서 주로 다루어짐에 따라, 사회권의 내용 분석이나 세부 기준 설정에 관한 연구(박찬운, 2007; 안치민, 2003; 문진영외, 2008) 등에서 정신장애인의 권리가 구체적으로 논의되는 데는 한계가 있다. 우리나라에서는 1995년 「정신보건법」의 제정과 더불어 정신장애인의 치료와 재활에 대한 국가적 책임과 관심이 시작되었으나 정신장애인의 인권에 대한 논의는 2009년 국가인권위원회에서 ‘정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서’를 내면서 비로소 본격화 되었다. 특히 시설에서의 인권침해에 대한 실태연구를 통해 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련, 시설 내 권리보장 및 치료환경 개선에 대한 정책적인 제언들을 제시하고 있다(국가인권위원회, 2009). 이외에도 정신장애인의 권리에 초점을 둔 연구들이 진행되고 있으나 대부분 비자의 입원과 장기입원 등의 이슈를 중심으로 자유권이나 정신장애인의 권리를 포괄적으로 제시함에 따라 지역사회에서의 인권보장을 위한 조사 및 연구가 부족하며 결과적으로 구체적인 사회권 논의로 이어지지 못하는 실정이다(서동우, 2006; 현명호, 2006; 서미경 2003).

우리사회에서의 사회권 분야의 인권은 우리의 경제 규모에 비추어 국제인권기준과 상당한 격차가 있는 것으로 평가된다(국가인권위, 2008a). 인권실태조사에 따르면, 신체적 장애에 의한 장애인의 경우 노동권, 정보접근권과 같은 사회권의 침해가 70% 이상으로 매우 높게 나타나고 있다. 반면, 정신장애인의 경우는 자유권 침해가 60%로 사회권 침해에 비해 높게 나타나고 있다(국가인권위, 2005). 이는 비자의 입원과 시설입소, 장기입원 등의 과정에서 자기결정권 침해나 신체상의 폭력 등이 빈번하게 발생하기 때문이며, 타 장애인에 비해 정신장애인의 지역사회 활동이 제한되면서 사회적 권리로서 인식되지 못한 측면이 있다.

재가정신장애인에 대한 생활실태조사결과(김문근·김이영, 2008)에 따르면, 정신장애인이 차별을 경험한 빈도가 가장 높은 영역으로는 ‘취업에 있어서의 차별(취업, 해고, 승진의 불이익 등)’로 정신장애인의 71.5%가 차별 경험이 있다고 응답하였다. 다음으로 ‘운전면허 취득에서의 차별(자격취득 금지나 제한)’ 55.7%, ‘이성교제, 결혼, 자녀 출산 등에 대한 차별’ 54.9%, ‘사회보장과 복지서비스 차별(일반인 또는 다른 장애영역과 차별)’ 54.5%, ‘민간보험 가입 차별’ 54.2%, ‘의료서비스 이용의 차별(질 낮은 서비스, 약

품, 시설, 불합리한 입원제도)’ 51.0%, ‘교육에 있어서 차별(진학기회, 학습편의제공 부족 등)’ 50.6%로 차별 경험이 차별 경험을 하지 않은 비율보다 높은 것으로 나타났다. 이외에도 ‘각종 자격취득에서의 차별(자격취득 제한이나 금지)’, ‘각종 서비스 이용에서의 차별(이용거부나 제한)’, ‘공공 시설물 이용에서의 차별(이용 거부나 제한)’, ‘대중교통 이용에서의 차별(승차거부 등)’, ‘정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)’, ‘문화, 예술, 체육 활동의 차별(공연 및 전시, 관람)’, ‘공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별’과 같은 사회적 차별을 경험한 것으로 나타났다.

2. 정신장애인의 사회보장권

1) 정신장애인의 빈곤

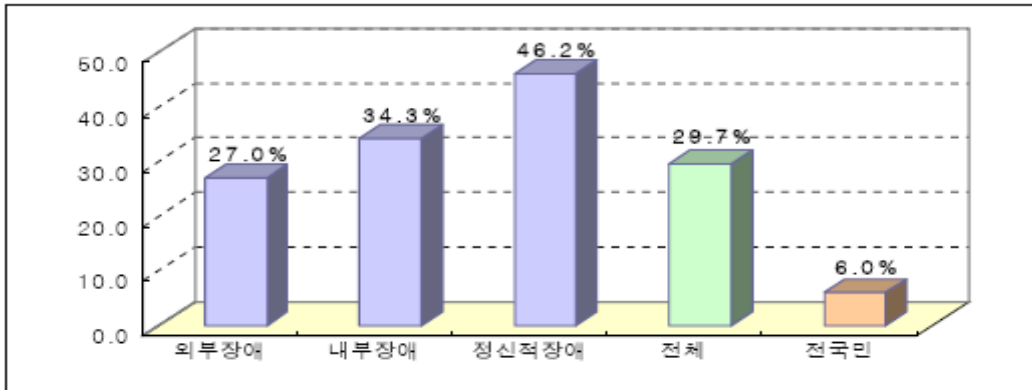
(1) 소득 실태

장애인실태조사에 따르면 장애인들은 여전히 거의 모든 영역에서 차별을 느끼고 있으며, 복지서비스 욕구에 있어서는 의료보장 다음으로 소득보장과 주거보장의 욕구가 큰 것으로 나타났다(변용찬 외, 2009)²⁾. 현행 장애인 소득보장제도로서는 크게 사회보험, 공공부조, 수당제도 및 기타 경제적 부담경감제도 등이 있다. 하지만 장애인의 소득보장에 정부가 실질적으로 지원하는 역할은 미흡하다고 할 수 있다. 즉 장애인 소득보장제도가 재가 장애인보다는 시설 중심의 지원에 비중이 컸고 소득보장의 수준이 여전히 추가비용의 충당에 못 미치고 있으며 그 대상이 한정되어 사각지대가 존재한다(우주형, 2007). 특히 올해 7월부터 장애연금제도가 새롭게 시행되지만 이와 함께 기존의 장애수당 추가지원이 폐지될 경우 실제적인 소득보장 효과를 기대하기는 어렵다.

우리나라의 장애인은 실업률이 높고 소득활동의 기회가 상대적으로 적어 비장애인에 비해 빈곤가능성이 높다. 구체적으로 비장애인가구소득 대비 장애인가구의 소득비중은 OECD 평균의 86%에 그치는 낮은 수준으로 나타나고 있다. 더욱이 정신적 장애인의 소득수준은 타 장애인에 비해 더욱 낮기 때문에, 그림 2-1과 같이 최저생계비 이하에 있는 절대빈곤층 비율(46.2%)이 가장 높게 나타나면서 장애인 전체평균율인 29.7%를 훨씬 상회하고 있다(남찬섭, 2006).

2) 변용찬, 김성희, 윤상용 외(2009). 2008년 장애인실태조사, 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.

〈그림 2-1〉 절대빈곤층 비율



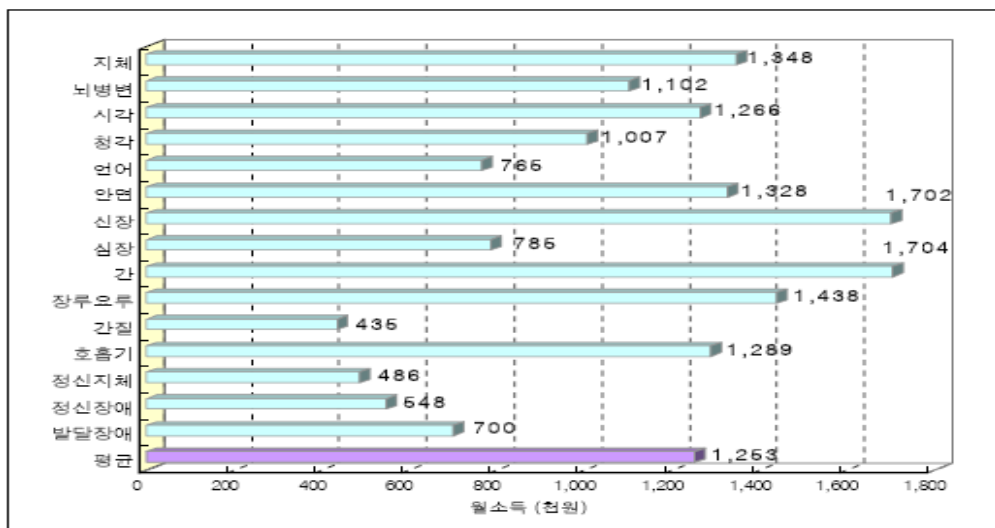
출처: 남찬섭(2006). 장애인 고용·복지체계의 개선방안. 국가인권위원회.

장애인들의 인식수준을 파악하기 위해 2008년 실시된 장애인실태조사 결과를 살펴보면, 정신장애인의 경우 주관적 소속 계층에 있어서 하층에 속한다고 응답한 경우가 86.5%이다. 월 평균 총 가구 소득이 100만원 미만인 경우가 59.7%이며 연금 종류를 살펴보는 문항에서 미가입인 경우가 92.4%로 나타나 세 항목에 있어서 모두 다른 장애 분류보다 가장 높은 응답률을 나타냈다. 특히 국민연금 가입률은 장애인 전체 평균 34.4%에 크게 미달하는 7.5%로서, 정신장애인의 92.4%가 연금 미가입 상태임을 알 수 있다(변용찬 외, 2009).

(2) 취업실태

2000년부터 2005년, 2008년에 실시된 전국 장애인실태조사 결과에 의하면 정신장애인의 장애인구 대비 취업률은 각각 10.0%, 15.94%, 9.89%로 나타나 매우 낮은 수준이다. 이는 자폐성장애인을 제외하고는 가장 낮은 수준이며, 장애인 전체평균 37.65%에 비해 크게 낮은 것으로 나타났다(강동욱, 2009; 변용찬 외, 2009). 정신장애인이 취업하지 않는 이유는 심한 장애 때문에 일하기 어렵거나(50.5%) 적합한 직종이 없기 때문(23.4%)인 것으로 나타났다(변용찬 외, 2009). 취업한 정신장애인의 평균 월급여도 23.7만원으로 장애인 전체 평균 115.6만원에 비해 턱 없이 저조한 수준이다. 뿐만 아니라 정신장애인이 취업하고 있는 직장유형을 살펴보면 아래 표와 같이 보호작업장이 52.6%로 반수가 넘고 일반사업장(20%)이나 자영업(14.5%)은 상대적으로 비율이 낮았다(변용찬 외, 2009).

〈그림 2-2〉 취업 장애인의 월평균소득



출처: 남찬섭(2006). 장애인 고용·복지체계의 개선방안. 국가인권위원회.

(3) 정신장애인의 빈곤에 영향을 미치는 요인

국내에서 실시된 다수의 연구들에 의하면 정신장애는 여타의 장애유형에 비해 더욱 빈곤할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 2000년 전국 장애인실태조사 결과 자료를 분석한 결과에 의하면 정신장애인과 정신지체인 가구는 지체장애인가구나 비장애가구에 비해 더욱 빈곤 상태에 있을 가능성이 높은 것으로 나타났다(조한진, 2003)³⁾. 이는 정신장애가 지니는 독특한 측면이 정신장애인가구의 빈곤을 유발할 개연성이 높은 것으로 추정된다. 강동욱(2009)의 연구에 의하면 지체장애와 비교했을 때 정신적 장애가 있는 경우 빈곤할 가능성(승산비)은 2.369배에 달하는 것으로 나타났다. 내부 장애가 지체장애와 빈곤할 가능성에 있어 유의한 차이가 없었다는 점을 고려한다면 정신적 장애는 지체장애나 내부 장애에 비해 특히 빈곤에 취약한 장애 군이라 할 수 있다. 중증장애의 경우에는 지체장애, 정신적 장애, 내부 장애가 빈곤에 있어 유의한 차이가 없으나, 장애가 경미한 경우에는 특히 정신적 장애가 빈곤에 미치는 영향이 높은 것으로 볼 수 있다. 이는 정신적 장애인이 취업을 시도할 때나 취업 후에 차별을 당한 경험이 빈곤에 유의한 영향을 미치는 것과도 관련지어 해석할 수 있다. 즉, 정신적 장애인은 장애가 경미하더라도 취업이 어렵거나 취업을 하더라도 차별을 경험하기 쉽기 때문이다.

3) 조한진(2003). 한국과 미국의 장애인 가구의 소득, 특수교육학 연구, 38(3) 151-172.

정신장애인의 지역사회에서의 권리와 관련한 연구인 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사결과에 따르면(김문근·김이영, 2008) 국민연금에 가입한 경우가 15.3% 밖에 되지 않으며, 국민기초생활보장 수급자가 45.5%를 차지하는 것으로 나타났다. 정부의 서비스와 지원이 필요한 영역에 대한 욕구에서는 지역사회에서 생활하는데 필요한 최소한의 경제적 비용 지원(장애연금, 장애수당, 기초생활보장급여 등)과 임대주택에 대한 기회확대 및 주거비용 지원과 같은 주거에 대한 욕구가 가장 높은 것으로 나타났다. 또한 보호자가 건강상의 이유 등으로 더 이상 정신장애인을 돌볼 수 없을 상황에 대하여 가장 염려가 되는 것으로는 소득보장이 가장 높은 응답률을 나타냈다. 소득보장에 대한 계획으로는 ‘국가의 기초생활보장급여를 받아 생활할 것이다’가 37.3%, ‘어떻게 해야 할지 잘 모르겠다’가 32.7%로 나타났다. 또한 정신장애인 자녀가 어디서 생활할 예정인지에 대하여 ‘어떻게 해야 할지 잘 모르겠다’가 36.6%로 가장 높게 나타났다. 지역사회에서 정신보건센터나 사회복지시설 등 재활기관을 이용하는 정신장애인들을 보호하는 가족들은 장기적으로 정신장애인의 재정 문제에 대해 기초생활보장제도에 의존하거나(38.3%) 별다른 대안을 가지고 있지 못한 경우(31.9%)가 대부분을 차지하여 정신장애인의 지역사회생활을 위해서는 소득보장이 중요한 정책적 지원이 절실함을 시사한다(김문근 외, 2008)⁴⁾. 이러한 결과를 볼 때 정신장애인의 자립을 위한 사회적 지원이 매우 시급하고 중요하다고 할 수 있다.

(4) 정신장애인의 소득보장

정신장애인이 지역사회의 구성원으로서 인간다운 생활을 할 권리를 결정하는 가장 기본적 요건의 하나는 생활에 필요한 최저한의 소득보장이다. 빈곤의 개념이 통상 소득이 사회적으로 합의된 최저생계비수준에 미달하는 것으로 정의할 때 국가는 가구별로 소득인정액을 산정하여 가구원 규모에 따라 표준화해 둔 최저생계비수준과 비교하여 부족한 금액을 보충 급여로 제공함으로써 최저생계비 수준의 소득을 보장하게 된다. 이동영(2008)⁵⁾의 연구에 의하면 공적소득보장프로그램은 비장애인가구에 비해 장애인 가구에 대해 유의한 빈곤감소효과를 지니는 것으로 나타났다. 장애인 가구의 경우 특히

4) 김문근·김이영(2008). 재가정신장애인 및 가족의 생활실태조사, 국가인권위원회.

5) 이동영(2008). 공적소득보장프로그램의 빈곤감소효과에 대한 장애인·비장애인가구 간 비교연구, 연세대학교 박사학위 논문.

유의수준 0.5를 기준으로 할 때 공공부조제도는 빈곤완화에 유의미한 효과가 있었으나 사회보험이나 사회수당은 유의한 효과가 없는 것으로 나타났다.

공공부조제도의 경우 장애유형에 따라 빈곤완화효과가 차이가 있었는데 지체장애에 비해 장애로 인한 추가비용 발생가능성이 높은 내부 장애와 정신적 장애에 있어서 빈곤완화효과가 상대적으로 높았다. 사회보험제도의 경우에도 정신적 장애와 중복장애에 있어 빈곤완화효과가 높았다. 사회수당의 경우 전반적으로 빈곤완화효과가 거의 없었으나 다수장애인가구와 정신적 장애인 가구에 빈곤완화효과가 높았다. 이런 연구결과는 공적소득보장프로그램은 장애인가구의 빈곤완화에 유의미한 효과가 있으며, 특히 공공부조프로그램이 빈곤완화에 기여하는 것으로 나타났다. 장애유형별로 살펴볼 때 정신적 장애인 가구는 공공부조, 사회수당, 사회보험으로 인해 빈곤이 완화되는 효과가 상대적으로 지체장애인가구에 비해 큰 것으로 나타났다. 따라서 정신장애인 가구의 공공부조제도 이용이 확대될 수 있도록 정책적 지원과 배려가 이루어진다면 공적소득보장제도는 정신장애인가구의 빈곤 완화에 더 큰 도움이 될 수 있음을 시사한다.

3. 정신장애인의 주거권

1) 정신장애인의 주거권

정신장애인의 탈시설화와 정상화, 지역사회 통합과 자립에 있어서 주거보장은 가장 기본적이고 필수적인 권리라고 할 수 있다. 특히 장기입원 및 시설화로 인한 인권침해를 고려할 때 지역사회에서 살 권리와 주거보장의 필요성은 더욱 커진다(홍선미 외, 2009). 실제로 정신장애인의 장기입원의 주요요인이 임상적인 증상보다는 가족 및 사회의 지지체계가 가장 중요한 요인인 것으로 나타나고 있으며 특히 장기입원 정신질환자의 가장 큰 욕구가 주거시설인 것을 고려할 때(박종익 외, 2008), 주거권은 정신장애인의 지역사회 통합의 핵심요소라고 할 수 있다. 주거권은 인간의 거처로서 ‘주택’, 즉 물리적 시설물로서 최소한 인간다운 생활이 가능한 시설과 서비스를 의미할 뿐만 아니라 사회관계와 자아정체성으로서의 ‘주거’의 의미를 가진다. 보다 구체적으로 주거권 확보의 구성요소 및 주거권이 보장될 수 있는 실질적인 원칙으로는 임차가구 보호(점유안정성)원칙, 차별성 배제원칙, 접근-이용가능성 원칙, 홈리스 우선 원칙, 공공서비스 및 지역사회 편의시설 확보원칙, 최저기준 확보원칙, 문화적 특성 보호원칙 등이 있다(UN

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1966; 김형국·하성규, 1999)

주거권에 대한 국제법적인 근거는 여러 곳에서 찾아볼 수 있다. 세계인권선언 제25조는 다른 여타 권리와 함께 “모든 사람은 자신과 그 가족의 건강과 행복을 위해 적절한 생활수준에 대한 권리를 가지고 있다.”고 명시하면서 주거에 대한 권리를 포괄적으로 언급하고 있다. 여기에는 의·식·주와 의료, 필수적인 사회서비스가 포함된다.“고 정의하고 있다. 또한 ‘인간 정주에 대한 밴쿠버 선언(1976)’, ‘하비타트 의제(1996)’에서는 적절한 주거에 대한 권리가 보편적인 인권의 실현임을 선언하고 있다. 주거권과 관련된 보다 직접적인 권리규정으로는 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(1976)’ 제11조의 “본 규약에 가입한 국가는 모든 사람이 적당한 식량, 의복 및 주택을 포함하여 자기 자신과 가정을 위한 적당한 생활수준을 누릴 권리와 생활조건을 지속적으로 개선할 권리를 가지는 것을 인정한다. 가입국은 자유로운 동의에 입각한 국제적 협력의 본질적인 중요성을 인정하고, 그 권리의 실현을 확보하기 위한 적당한 조치를 취한다.”라고 규정함으로써 주거권을 모든 사람들의 권리로 인정하고 있으며 국가가 이를 위해서 조치를 취할 것을 명시하고 있다.

UN ‘장애인 권리선언(1975)’에서는 신체적·정신적 장애를 예방하고 장애인들이 능력을 최대한 개발할 수 있도록 원조하고, 가능한 일반적인 생활에 통합될 수 있도록 촉진할 것을 명시하고 있다. 또한 ‘장애인 권리협약(2006)’ 제19조에는 장애인이 다른 사람들과 동등하게 거주, 거주지 및 동거인에 대한 선택의 자유를 가지며 특정한 주거형태에서 살도록 강요받지 않는다고 명시되어 있다. 장애인이 ‘특별한 주거시설’에 살지 않아도 된다는 표현을 통해 장애인은 여러 가지 시설입소에 대한 거부권 행사가 가능하며 자신이 원하는 주거형태에서 원하는 사람과 살 권리가 있다는 것과 국가가 이를 보장할 의무가 있다는 것을 제시하는 것이다. 1991년 UN총회에서 채택된 ‘정신질환자의 보호와 정신보건의 향상을 위한 UN 원칙(The United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)’에서도 정신질환자도 인간으로서의 존엄성을 가지며 가능한 한 지역에서 거주하고 근로할 수 있는 권리를 가진다는 원칙을 제시하였다.

국내에서는 주거권에 관하여 명문으로 규정하고 있지는 않지만, 「헌법」 제 10조에 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.”라고 규

정하여 인간의 존엄성 및 행복추구권과 이에 대한 국가의 의무를 규정하고 있다. 즉, 인간의 존엄성 및 행복추구권은 인격적 생존에 불가결한 모든 것을 포함하는 포괄적 권리를 정의하고 있는바, 경제적·문화적 생활을 할 권리, 즉 적절한 주거에 관한 권리가 이에 포함된다고 할 수 있다.

또한 「헌법」 제10조, 제35조 제3항에서는 “국가는 주택개발정책 등을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다.”라고 규정하고 있다. 주거권 보장을 위한 국가의 존중 및 보호의 의무와 관련한 세부 내용으로는 ①강제퇴거와 주거파괴를 방지하기 위해 법원의 보전처분을 구하는 것, ②위법한 강제퇴거에 대한 배상을 구하는 것, ③임대조건과 인종차별 등의 차별이 임대인에 의하여 행해진 경우의 소의 제기, ④주거에 대한 접근과 이용가능성에 관한 소, ⑤비위생 또는 부적절한 거주 조건을 이유로 한 임대인에 대한 소 등이 포함된다.

이외에도 「주택법」, 「임대주택법」, 「주택임대차보호법」, 「도시및주거환경정비법」 등의 입법목적과 규정내용은 이미 주거권이 독자적인 권리로 인정받을 만큼 법적 권리로서의 성숙도를 갖추었다고 볼 수 있다(국가인권위원회, 2004). 그러나 사회권규약상의 ‘적절한 삶의 기준으로서의 거주권 실현’을 비롯하여 국제인권법상의 주거접근권, 거주 의 계속성 보장, 거주 의 질적 보장과 헌법 제35조 제3항의 내용은 일반시민의 주거의 권리차원에서 제시되면서 정신장애인의 주거권보장과는 구체적인 논의의 연결성을 갖지 못하였다. 정신장애인의 주거는 기본적으로 시설보호나 가족의 책임 하에 결정되면서, 주거복지의 주대상자는 저소득빈곤계층이나 노숙인 중심으로 고려되었기 때문이다. 최근, 미국의 경우에는 장애인주택지원정책을 주택도시개발국에서 저소득층의 주거보급의 활성화를 위한 주택구입 및 주거지역개발, 차별 없는 주거생활 지원정책 내에서 함께 진행하고 있다. 또한 정상화의 관점에서 독립적인 생활을 유지하면서 거주자에게 의료서비스, 정신건강서비스, 알코올 및 약물남용 예방과 치료서비스, 가족지지 및 부모교육, 직업교육 및 취업훈련, 상담, 사례관리, 주거비용지원 등의 지지적 주거지원서비스를 함께 제공하는 지지주거(supportive housing)등을 널리 보급하면서 정신장애인의 지역사회주거가 일반주거지역에 널리 보급되고 있다.

정신장애인의 주거시설 확충의 단계를 개방적 중간시설⁶⁾과 소규모 가정의 형태로 단

6) 장기간의 시설보호 정신장애인의 지역사회적응의 문제와 고령의 만성 정신장애인들이 누적되는 우리나라의 현실에 비추어볼 때 개방적 중간시설의 대폭 확충이 필요하다는 입장이 있다.

계획할 것인가에 대해서는 이론이 있으나, 현재의 대규모 시설 형태를 지양하고 가능한 일반 주거형태로 가는 방향이 일반적이다. 현재는 영구임대주택, 국민임대주택, 재개발임대주택, 매입임대주택, 장애인전세임대사업 등의 대상 순위가 낮아 주거시설 확보가 어렵거나 홍보가 부족하여 정신장애인이 적극적으로 이용하지 못하는 한계가 있다. 따라서 정신장애인 주거 확충을 위해서는 정부의 적극적인 주택정책이 수립되어야 하며, 이러한 시설들을 지속적으로 운영할 수 있는 적절한 재원과 지불보상 방식이 개발될 필요가 있다. 예를 들어 정신장애인의 주거지 확보를 위해서는 관련 규정의 개정을 통해 정신장애인의 청약 순위를 높이거나, 정신장애인을 위한 특별물량을 확보할 수 있으며, 청약 등의 복잡한 절차를 이해하고 진행하기 힘든 정신장애인을 위해서는 관계 기관이나 서비스기관이 지원 절차에 대한 홍보를 강화하거나 필요시 대행해주는 방안이 고려될 수 있다. 또한, 저소득 정신장애인의 주거비부담을 줄이고 거주안정성을 높이는 방안으로서 주거바우처와 같은 임대료 보조, 소득 수준에 따른 임대료 차등부과제, 장애인 보증금융자 등 다양한 제도의 활용가능성을 검토하는 것이 필요하다. 무엇보다 주거시설의 실무자는 관리의 측면보다는 사회적응을 위한 환경치료적 측면에서 일반인들의 주택과 동일한 개념으로 주거서비스를 운영하는 인식의 전환이 필요하다. 즉, 자유로운 주거공간으로서 각자에게 적합한 일상적인 삶의 습관이나 생활방식을 갖추는 것이 중요하다.

2) 정신장애인의 주거권관련 선행연구

주거보장과 관련하여, 김용득(2007)은 장애인 거주시설의 목적과 기능이 명확하게 규정되지 못했고 시설 구분 방식이 장애인 거주시설과 지역사회를 분리시키는데 일조하고 있으며 거주를 위한 시설을 이용시설로 분류하고 있고 위탁가정보호나 장애인 주택임대 등은 포괄하지 못한 점 등의 문제점을 지적하고 있다. 이에 거주배치 서비스를 욕구에 대한 사정에 근거해야 하며 지역사회서비스의 연속선상에 위치시키도록 하고, 주거와 서비스 욕구를 분리해서 접근하며 전문적 관리방식으로 전환해야함을 지적하고 있다.

우리나라에서 장애인에게 활용 가능한 주거복지 프로그램은 크게 공공임대주택, 주거비 지원, 주택개량 지원으로 나뉠 수 있다(서종균, 2009). 그러나 활용가능성을 살펴볼 때, 공공임대주택의 경우 부담능력을 고려하기보다는 주택공급가격을 기준으로 임대료가 결정되기 때문에 입주를 포기하는 경우가 많고 장애인의 경우 획일적인 공간구조 및 시설로 다양한 주거소요를 고려하지 않아 거주가 어려운 경우가 많다. 주거비 지원은

절차상의 문제로 이용이 어려운 경우도 있고 이자부담 능력이 낮거나 신용불량으로 인해 용자를 받기가 어려운 가구가 이용할 수 없다는 한계점이 있다. 현재 시범적으로 운영되고 있는 임대료 차등화나 주택 바우처의 경우 최저생계 충족 수단 보다는 실제 적정한 수준의 주거생활을 보장하기 위한 수단으로 정착될 필요가 있다.

장기간 정신의료기관이나 정신요양시설에 입소해 있는 정신장애인들에게 지역사회에서의 주거의 보장은 정신장애인의 퇴원이나 지역사회복귀를 위해 필수 불가결한 요소이다. 뿐만 아니라 지역사회에서 생활하는 정신장애인에게 있어 주거보장은 안정적인 치료 및 재활을 위해 기본 전제조건이다(SPRC, 2009). 더구나 가족이 더 이상 보호를 제공할 수 없을 경우 주거의 보장은 정신장애인의 장기적인 지역사회보호정책을 위해서도 중요하다.

2009년도 장애인 주거 실태에 따르면(김근용 외, 2010), 정신장애인은 주거 점유형태에 있어서 타 장애인에 비하여 자가의 비율이 가장 낮았으며, 전반적인 주택만족도에 있어서 간질장애 다음으로 가장 낮았다. 가장 필요한 주거지원으로는 주거비 보조가 가장 높은 것으로 나타났으며, 자립생활을 위한 재가서비스도 전체 장애인 중 두 번째로 높게 나타났다. 주택에 대한 만족도가 전체 장애인 평균보다 낮게 나타났으며 전반적인 삶의 질은 가장 낮은 것으로 나타났다. 희망 주거유형은 일반주택이 가장 높은 비율을 나타냈지만 타 장애유형에 비하여 장애인 생활시설에 대한 희망도 높게 나타났다. 희망 동거인은 가족이, 희망 주택유형은 아파트, 점유 형태는 전세가, 임대주택유형은 일반셋집이 가장 높게 나타났다.

현재 지역사회에서 생활하는 정신장애인은 장기적인 주거계획에 대해 특별한 대안을 마련하지 못한 경우가 36.6%로 가장 많았고, 부모가 마련해 준 주택에서 생활하거나(22.2%) 정신요양시설 입소를 고려하는 경우(21.2%) 등이 대부분이어서 정신장애인의 주거보장이 정신장애인의 지역사회 통합을 위해 매우 중요한 요소임을 알 수 있다(김문근·김이영, 2008). 장애등록을 한 정신장애인에 대한 전국적인 확률표집을 활용한 연구조사에 의하면 가족들의 시설보호에 대한 욕구는 정신요양시설입소 16.5%, 소규모(정원 10인 이하) 그룹홈 입소 8.5%, 지역사회 내 중간규모(정원 50인 이내)의 주거시설 입소 8.5% 정도로 나타나 다른 연구와 비교할 때 시설보호에 대한 욕구는 다소 낮았다. 그러므로 가족은 정신장애인을 가정에서 보호하는 것을 가장 선호하지만 시설에서 보호하는 방안에 대한 선호도가 16.5~35%에 이르는 것으로 나타났다(이봉주 외, 2008). 한편

정신장애인들은 대개 가족과 함께 생활하는 것을 가장 선호하나(69.9%) 지역사회에서 가족과 독립하여 스스로 생활하거나(17.2%) 지역사회의 주거시설에서 생활하기를 희망하는 경우(7.0%)도 적지 않았다(김문근·김이영, 2008).

장애등록을 한 정신장애인에 대한 전국적인 확률표집을 활용한 연구조사에 의하면 가족들의 시설보호에 대한 욕구는 정신요양시설입소 16.5%, 소규모(정원 10인 이하) 그룹홈 입소 8.5%, 지역사회 내 중간규모(정원 50인 이내)의 주거시설 입소 8.5% 정도로 나타나 다른 연구와 비교할 때 시설보호에 대한 욕구는 다소 낮았다. 그러므로 가족은 정신장애인을 가정에서 보호하는 것을 가장 선호하지만 시설에서 보호하는 방안에 대한 선호도가 16.5~35%에 이르는 것으로 나타났다(이봉주 외, 2008). 특히 현재 정신장애인을 보호하고 있는 가족들은 정신장애 정도가 증가함에 따라 가족부담이 상승하고, 가족의 정신장애인에 대한 정서적 태도가 악화되므로 정신요양시설이나 주거시설 등에서 정신장애인을 보호하고자 하는 욕구가 증가하는 것으로 나타났다(김문근·김이영, 2008). 이는 정신장애인의 장애가 만성화될수록 가족의 보호역량은 감소하여 가족이 정신장애인을 시설보호나 지역사회의 주거시설에 의한 보호로 전환시키고자 하는 동기도 증가함을 시사한다. 현재 대부분의 정신장애인들이 가족에 의해 보호를 제공받지만 점차 가족에 의한 보호가 중단될 개연성이 높으며 이 경우 정신장애인의 시설보호를 예방하려면 지역사회에서 정신장애인을 위한 다양한 주거 대안을 확보하는 것이 시급한 것으로 보인다.

지역사회에 거주하는 정신장애인들을 대상으로 주거관련 요인 및 주거서비스 욕구를 조사한 결과(변은경·윤숙자, 2010), 향후 주거시설 이용시 그 이유는 ‘독립생활과 재활 교육’목적이 가장 높은 것으로 나타났다. 주거시설 이용시 고려해야할 사항으로는 ‘월 생활비’가, 주거에 대한 계획은 ‘주거시설에서의 주거훈련 후 가정으로 돌아가는 것’으로 나타났다. 주거시설 적절한 월 이용료는 5~10만원이, 생활비 마련방법에 대해서는 ‘부모의 도움’으로, 주거시설 입주 결정은 ‘본인 스스로’가 가장 높게 나타났다. 주거시설 운영형태는 ‘정부 혹은 지방자치단체에서 운영’으로, 주거시설에서 얻을 수 있는 도움은 ‘심리적인 안정감’, ‘가족들과의 관계유지’순으로 나타났고 프로그램은 ‘취업 및 직업생활의 유지’로, 낮의 활동으로는 ‘직장’이 가장 많았으며, 주거시설의 관리는 ‘정해진 일과에 따라 직원의 정기적인 방문’, ‘직원이 상주’ 순으로 나타났다.

홍선미 외(2009)는 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구를 통하여 우리나라에

서도 합리적인 지역사회지지체계 구축을 위해 재가 정신장애인에 대한 생활지원서비스의 스펙트럼을 확대하고 주거 및 지역사회서비스를 확충해야함을 강조하고 있다. 정신장애인 주거시설 확대방안으로 홍선미 외(2009)는 다음을 제시하고 있다. 첫째, 정신장애인 주거시설을 양적으로 확충해야한다. 입원 및 입소 중인 주요 정신질환자의 약 23%가 지역사회 인프라 구축 여부에 따라 지역사회로 복귀가 가능하다는 것을 고려할 때(서동우 등, 1999), 시설이 좀 더 확충되어야한다. 특히 시설화로 인한 인권침해를 해소하고 지역사회에서 자립하기 위해서는 무엇보다 주거의 중요성을 강조하면서 주거보호가 대규모 거주시설보다는 소규모 시설을 지향하며 다양화와 전문화로 나아가야 함을 제언하고 있다. 둘째, 정신장애인의 특성과 사회적응 단계를 반영하도록 주거유형을 다양화하고 의료, 일상생활능력, 사회적응능력, 취업 및 교육 등 다양한 욕구를 지원할 수 있는 전문적인 서비스가 제공되어야 한다. 셋째, 정신장애인 주거의 개념이 보호 중심의 입소시설에서 자립을 위한 생활공간인 주택의 개념으로 변화되어야 한다. 넷째, 기존의 서비스 기관에 대한 개별보조방식을 지양하고 바우처 방식의 서비스 공급전략을 구축함으로써 서비스 공급자가 적극적으로 시설인프라를 구축할 수 있도록 유도하며 서비스기관 간 경쟁을 통해 서비스 질을 향상시킬 수 있다. 또한 장애인장기요양제도 및 공적 사례관리체계의 도입 등과 적극적으로 연계해야 한다. 다섯째, 저소득 정신장애인의 주거비부담을 줄이고 거주안정성을 높이기 위한 정부의 정책적 지원으로서 주거바우처와 같은 임대료 보조, 소득수준에 따른 임대료 차등부과제, 장애인 보증금융자 등 다양한 제도가 활성화 되도록 하며 지역사회의 최소한의 주거보장에 필요한 경제적 지원이 가능하도록 장애인연금, 장애수당, 기초생활보장급여의 기준을 현실화하는 것이 필요하다.

3) 정신장애인의 주거지원정책과 서비스

장애인의 주거보호의 일반적인 변화추세는 다음과 같다. 첫째, 대규모 거주시설보다는 소규모 시설을 선호하며 둘째, 거주보호 제공방법이 점차 다양해지고 있으며 셋째, 거주자의 복합적인 욕구에 대한 전문적인 이해와 대처의 필요성이 높아졌다(Colton, 1994). 또한 주거서비스에 있어서 회복과 임파워먼트⁷⁾ 접근, 자기결정, 다양성 존중, 개

7) 임파워먼트란 사회의 제도적, 문화적, 역사적 제 조건들에 의해 무력화된 소외집단 속의 개인들이 자신의 삶에 대한 내부적 통제를 가질 뿐 아니라 외부적 환경에 대해 능동적으로 대처할 수 있도록 돕는 과정이다(Hasenfeld, 1987).

인의 성장, 지지적 접근, 협력적 관계 등의 원칙 등이 강조되고 있다(Sylvestre 외, 2007)

우리나라에서 정신장애인을 위한 주거시설로는 「정신보건법」상에 규정된 정신질환자 사회복귀시설이 있다. 사회복귀시설은 훈련시설로서 ‘정신질환으로 가정에서 생활하기 어려운 자에 대하여 저렴한 비용으로 주거를 제공하는 것을 목적으로 하는 시설’로 규정되어 있다. 입주계약기간은 1년이며 3회에 한해 연장가능하고 낮 시간에는 재활프로그램, 보호작업장, 직장 및 학교 등에 다니는 것을 원칙으로 한다.

우리나라의 장애인 주거지원 정책으로는 영구임대주택, 공공분양 및 공공임대주택, 국민임대주택 등의 공공주택 공급사업과 다가구매입 임대사업, 장애인 그룹홈, 공동생활가정사업 등의 매입공급사업, 전세임대사업이 있다. 또한 주거비 지원으로서 임대보증금 지원, 전세자금대출사업, 주거급여 등이 실시되고 있고, 주택바우처와 국민임대주택의 임대료 차등화 등이 논의되고 시범적으로 운영되고 있다. 장애인의 적절한 주거제공을 위해서는 장애인을 위한 주택배분이 실질적으로 확대되어야 하고, 자립생활을 시도하는 경우 주거정책차원의 특별한 고려가 이루어져야 한다. 실질적인 주거비 지원정책이 마련되어야 하며 물리적인 주거뿐만 아니라 독립적인 생활을 위한 주거지원서비스가 함께 제공되어야한다(남상오, 2007; 서종균, 2009). 최근에는 「장애인 주거지원법안」이 발의된 상태이며 이 법에서는 장애인에 대한 주택정책 수립·시행시의 준수사항, 장애인주택공급계획, 최저주거기준, 실태조사 등에 대하여 제시하고 있다(곽정숙 국회의원실, 2009)

서울시의 경우 탈원화 대상자들에 대한 추계치를 통해 주거시설로의 연계가 필요한 대상자들이 이용할 수 있는 기관이 35~129개가 있어야 된다고 추산한다(서울 정신건강 2020). 이에 서울시에서는 2005년 주택공사의 장애인임대주택 일부를 확보하였고 탈원화를 위한 공공성을 목적으로 운영하도록 지정하여 7개의 주거시설을 시범적으로 운영하기 시작하였다. 또한 2006년에는 추가로 20~25인의 병원지원형 입소시설을 3개소 설치하여 정신의료기관과 지역사회의 중간단계로 질환에 대한 인식변화와 기초적인 일상생활훈련을 익히는 종합훈련시설로 중간집(halfway house)의 기능을 수행하고 있다.

경기도는 2010년부터 3년간 ‘경기도 정신건강 주거복지 네트워크’ 사업을 실시하고 있다. 이는 주거취약계층의 정신장애인으로 현재 병원, 요양원, 주거시설을 이용 중이며 주거지원 서비스를 필요로 하고, 지역사회 자원연계 및 지원을 통해서 독립생활 및 공동생활이 가능한자를 대상으로 한다. 제공 서비스로는 임대료, 보증금 지원, 입주 지원 및 주거지원 상담, 주거안정을 위한 적극적 사례관리 및 통합 서비스 등이다.

Ⅲ. 정신장애인 사회권 실태조사 결과 분석

1. 조사의 개요

1) 조사의 목적

본 실태조사는 정신장애인들과 정신장애인을 보호하고 있는 가족들로부터 정신장애인이 지역사회에서 살아가는 데 있어 가장 기초적인 사회적 권리라 할 수 있는 기초생활보장과 주거보장과 관련하여 어떠한 상황에 처해 있는지, 어떠한 욕구를 지니고 있는지 규명하는 데 목적이 있다. 이를 통해 지역사회에서 정신장애인들이 살아가는데 기초생활보장과 주거보장을 위해 어떤 정책적 개입과 서비스가 지원되어야 하는지 경험적 근거를 제공하고자 한다.

본 실태조사는 위의 조사 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 연구 문제를 갖는다.

첫째, 지역사회에 거주하는 정신장애인들의 기초생활보장과 관련한 실태, 기초생활보장 정책 및 서비스에 대한 인식과 욕구는 어떠한가?

둘째, 소규모 주거시설에 거주하는 정신장애인들의 기초생활보장과 관련한 실태, 기초생활보장 정책 및 서비스에 대한 인식과 욕구는 어떠한가?

셋째, 정신장애인을 보호하는 가족들의 기초생활보장과 관련한 실태, 기초생활보장 정책 및 서비스에 대한 인식과 욕구는 어떠한가?

넷째, 정신장애인들에게 지역사회에서 살아갈 수 있는 권리를 보장하려면 소득보장 및 주거보장과 관련하여 어떠한 정책적 지원이나 서비스가 요구되는가?

2) 설문지의 구성

본 실태조사를 위한 설문지는 크게 재가정신장애인용 설문지, 주거시설 거주 정신장애인용 설문지, 가족용 설문지 등 세 가지로 구성되었다. 세 가지 설문지는 정신장애인의 기초생활보장 및 주거보장과 관련하여 현 실태, 기초생활보장제도나 주거보장 관련 제도 및 서비스에 관련한 인식과 욕구 등을 조사할 수 있는 문항들로 구성되었다. 재가정신장애인과 주거시설 정신장애인을 위한 설문지는 기본 구성은 동일하다. 하지만 주거시설 정신장애인에 대해서는 그들이 현재 거주하는 주거시설의 조건과 환경, 주거시설에서의 경험을 조사하였다. 각 유형별 설문지의 구성은 다음 표 3-1과 같다.

〈표3-1〉 설문지의 유형별 조사 내용

	재가 정신장애인	주거시설 장애인	가족
응답자 기본 정보	성별, 연령, 학력, 결혼상태, 주보호자, 주간활동상태	재가 정신장애인과 동일	성별, 연령, 학력, 결혼상태, 정신장애인과 관계, 정신장애인 현 거주지
가구특성	가구원 수	함께 거주하는 직원 수 함께 거주하는 장애인 수	가구원 수
사회보장 특성	사대보험 가입상태 기초생활보장수급 의료보장유형	사대보험 가입상태 기초생활보장수급 의료보장유형	응답 가족의 사회보장 특성을 조사
건강상태	진단명, 증상	진단명, 증상	
기능상태	수단적 일상생활기능(IADLs)	수단적 일상생활기능(IADLs)	정신장애인의 수단적 일상생활기능(IADLs)
생활보장상태	가구의 소득 정신장애인의 소득 정신장애인 보호비용 소득부족 관련 경험 소득보장제도 만족도 정신장애인을 위한 소득 보장 지원정책 욕구	설문의 구조와 내용은 재가 정신장애이용 설문지와 동일	설문의 구조와 내용은 재가 정신장애이용 설문지와 동일
주거권실태	주택 유형, 위치, 소유 주택 노후도, 거주기간 주택의 공간 주택의 편의설비 주택의 물리적 환경 주택의 거주 환경 주거관련 어려움 주거 지원서비스 욕구 주거 차별 경험 주거 안정성 정책 욕구 주거 편의성 정책 욕구	설문의 구조와 내용은 재가 정신장애이용 설문지와 동일 주택 실태는 주거시설 주택 을 기준으로 조사	설문의 구조와 내용은 재가 정신장애이용 설문지와 동일 주택은 가족이 거주하는 주택 을 기준으로 조사
주거시설 경험		주거시설 입소전 주거형태 주거시설 입소이유 주거시설 만족도	
소득 및 주거 계획	장기 주거계획 장기 소득계획	퇴소 후 주거계획 장기적인 소득계획	장기 주거계획 장기 소득계획 주택마련 계획

정신장애인의 기초생활보장과 관련하여서는 장애로 인한 추가 지출, 기초생활보장 관련 제도와 서비스에 대한 만족도와 기초생활보장 정책 및 서비스에 대한 욕구 등에 초점을 맞추어 설문지를 구성하였다. 주거보장과 관련하여서는 주택환경의 실태와 주거와

관련한 어려움, 지역사회 독립생활을 위한 주거 정책 및 서비스 욕구, 주거 차별 경험, 주거 안정성에 관한 정책 및 지원욕구, 주거 편의성에 관련된 정책 및 지원 욕구를 중심으로 설문지를 구성하였다. 가족에 대해서는 그들이 보호하는 정신장애인이 지역사회에서 생활하기 위해 요구되는 최저한의 소득보장과 주거보장에 관련된 정책과 서비스에 대한 욕구들을 중심으로 설문지를 구성하였다. 기초생활보장 실태와 주거 실태에 관한 조사문항들은 2007년 한국복지패널 조사 설문지(한국보건사회연구원, 서울대학교사회복지연구소, 2007)의 조사문항을 준용하였고, 정신장애인의 특수성을 고려한 소득보장 관련 정책 및 지원 욕구에 관한 문항들은 문헌 연구(이선우, 2008)를 통해 장애로 인한 추가 비용을 고려하는 지원방안을 다양한 형태로 제시하여 질문하였다. 또한 주거보장과 관련하여서는 문헌 연구(Edwards et al. 2009; Peace and Ballantyne, 2002)를 통해 정신장애인의 주거와 관련한 차별 경험, 주거 안정성 및 편의성과 관련된 정책적 지원이나 서비스 관련 문항을 개발하였다⁸⁾. 장기적인 소득보장계획과 주거보장계획은 2008년 국가인권위원회 정신장애인 및 가족 생활 실태 조사 설문지(김문근·김이영, 2008)를 참조하였다.

3) 표집 방법 및 표집 현황

본 실태조사는 실태조사를 위한 충분한 지원이 이루어지지 않는 한계 속에서 실시되었다. 이로 인해 전국적인 확률표집에 의한 조사가 아니라 서울과 경기지역에 한정하여 9개 정신보건센터와 20개 주거시설을 임의 표집하여 이들 기관으로부터 정신장애인과 가족을 표집하였다. 재가 정신장애인 표집을 위해 서울과 경기지역에 소재한 9개 정신보건센터를 통해 정신장애인 152명을 표집하여 조사를 실시하였다. 한편 주거시설에 거주하고 있는 정신장애인들은 실제 지역사회에서의 자립생활과 관련하여 소득보장과 주거보장에 대한 어려움과 지원욕구를 가장 절실하게 체감하고 있는 집단으로 판단되어 이들 집단을 표집하여 조사를 실시하였다. 주거시설은 서울과 경기지역에서 총 20개 기

8) 여기서 주거 안정성이란 최소한의 주거를 확보하고, 지속적으로 유지할 수 있는 상태를 뜻한다. 본 연구에서 주거안정성을 확보하기 위한 정책으로서 주택 전·월세 보증금대출, 주택 구입자금 대출, 공공주택입주권보장, 소규모 주거시설 이용기회 보장, 주거비 지원, 지역주민과 갈등 시 중재 및 옹호, 주거정책 옹호 등을 포함한다. 한편 주거 편의성이란 정신장애인이 지역사회에서 살아가는 데 있어 주거와 관련하여 제공되어야 할 편의지원을 뜻하는데 주택이나 방에 대한 정보제공, 이사지원, 가구 및 생활용품 지원, 주택의 수리나 보수 지원, 일상생활기술 지원이나 훈련, 청소나 세탁의 대행, 시설안전관리 지원, 정신보건서비스 연계지원 등을 포괄한다.

관으로부터 기관별로 최소 3명에서 22명까지 표집하여 총 139명에 대해 설문조사를 실시하였다. 또한 지역사회에서 정신장애인을 보호하고 있는 가족들의 경험을 조사하기 위해 8개 정신보건센터로부터 총 95명의 가족을 표집하여 설문조사를 실시하였다. 수집된 자료는 엄밀한 검토를 거쳐 신뢰성이 떨어지는 일부 설문지와 누락된 응답이 반을 상회하는 설문지는 분석에서 제외하였다. 본 실태조사의 표집과 분석에 활용된 자료의 상황은 다음 표 <3-2>와 같다.

〈표3-2〉 실태조사를 위한 표집 및 실제 분석 자료 현황

	표집기관수	표집 수	분석에 활용된 설문
재가 장애인	9	152	136
주거시설 장애인	20	139	130
가족	8	95	89
합계	37	386	355

2. 정신장애인 기초생활보장 및 주거 실태조사 결과

1) 조사대상자의 일반적 특성

〈표 3-3〉 조사대상자의 일반적 특성

특성	응답범주	전체(%)	재가장애인(%)	주거시설장애인(%)
성별	남성	48.1	49.3	47.7
	여성	51.9	50.7	52.3
	합계	100.0(유효응답=266)	100.0(유효응답=136)	100.0(유효응답=130)
연령	연령 하한	19	19	21
	연령 상한	74	74	59
	평균 연령	41.64(표준편차=9.21)	40.6(표준편차=9.84)	42.75(표준편차=8.41)
학력	무학	1.5	2.2	0.8
	초졸	9.0	6.6	11.5
	중졸	11.3	11.8	10.8
	고졸	55.6	62.5	48.5
	전문대졸	8.6	7.4	10.0
	대졸	12.8	8.1	17.7
	대학원이상	1.1	1.5	0.8
	합계	100(유효응답=266)	100.0(유효응답=136)	100.0(유효응답=130)

특성	응답범주	전체(%)	재가장애인(%)	주거시설장애인(%)
결혼상태	미혼	72.6	73.5	71.5
	결혼	4.9	8.1	1.5
	이혼	16.2	14.0	18.5
	별거	2.6	1.5	3.8
	동거	1.1	0.7	1.5
	사별	1.9	1.5	2.3
	기타	0.8	0.7	0.8
	합계	100.0(유효응답=266)	100.0(136)	100.0(유효응답=130)
주보호자	부모	50.8	69.1	31.5
	배우자	3.8	6.6	0.8
	형제자매(배우자)	34.6	14.0	56.2
	자녀	2.6	2.2	3.1
	친척	1.9	0.7	3.1
	기타	6.4	7.4	5.4
	합계	100.0(유효응답=266)	11.2.0(유효응답=136)	100.0(유효응답=130)
주간 활동상태	정신보건센터/ 사회복지시설 이용	60.2	63.9	56.3
	취업활동	18.8	7.5	30.5
	병원치료	2.3	3.8	0.8
	가사활동	5.7	8.3	3.1
	간병,수발	1.1	1.5	0.8
	정규학습활동	0.8	0.8	0.8
	비정규학습활동	4.2	3.0	5.5
	기타	6.9	11.2	2.2
	합계	100.0(유효응답=261)	0.0(유효응답=136)	0(유효응답=130)

2) 조사대상자의 장애 특성

조사대상 정신장애인의 장애특성을 살펴보면 진단은 정신분열증 72.6%, 조울증 10.5%로 대부분을 차지하였다. 하지만 재가 장애인의 경우 정신분열증이 65.4%였으나 주거시설 장애인은 정신분열증 비율이 80.6%로 더 높았다. 정신질환의 증상수준은 5점 척도에서 평균 2.16으로 나타났고, 재가 장애인의 증상수준이 2.31로 주거시설 장애인 2.0보다 높았다.

〈표 3-4〉 정신장애인의 장애특성

특성	응답범주	전체장애인(%)	재가장애인(%)	주거시설장애인(%)
진단명	정신분열증	72.6	65.4	80.6
	조울증	10.5	13.2	7.8
	우울증	9.0	12.5	5.4
	알코올중독	1.5	1.5	1.6
	기타	6.4	7.4	4.6
	합계	100.0(유효응답=266)	100.0(유효응답=136)	100.0(유효응답=130)
증상수준	증상하한	1.0	1.0	1.0
	증상상한	5.0	4.43	5.0
	증상평균	2.16(표준편차=.85)	2.31(표준편차=.84)	2.0(표준편차=.81)
수단적 일상생활기능 (IADLs)수준	IADL하한	1.0	1.0	1.0
	IADL상한	3.0	2.70	3.0
	IADL평균	1.30(표준편차=.37)	1.36(표준편차=.37)	1.25(표준편차=.36)

수단적 일상생활기능과 관련한 도움 필요 정도는 평균 1.30이었으나 재가 장애인이 1.36으로 주거시설 장애인 1.25보다 더 높았다. 즉, 가족과 함께 생활하는 정신장애인들이 주거시설에서 생활하는 장애인보다 일상생활기능과 관련하여 주위의 도움이 더 필요하다고 응답한 것으로 나타났다. 정신장애인들의 일상생활기능을 항목별로 살펴보면 식사 준비 1.54, 금전 관리 1.41, 빨래 1.38 순으로 도움필요 정도가 높았다. 재가 장애인과 주거 장애인의 수단적 일상생활기능을 항목별로 비교해 보면 식사준비, 빨래, 금전관리 등에서 재가 장애인이 주거시설 장애인보다 주위의 도움이 필요한 정도가 더 높은 것으로 나타났다.

3) 정신장애인의 기초생활보장 현황

(1) 사회보장제도 가입현황

〈표 3-5〉 정신장애인의 사회보장 관련 특성

특성	응답범주	전체(%)	재가장애인(%)	주거시설 장애인(%)
기초생활보장 수급	수급	49.2	50.4	48.0
	미수급	50.8	49.6	52.0
	합계	100.0(유효응답=258)	100.0(유효응답=131)	100.0(유효응답=127)
기초생활보장 수급 유형	일반	87.9	85.1	90.8
	조건부	8.3	10.4	6.2
	특례	3.0	3.0	3.0
	긴급수급	0.8	1.5	0.0
	합계	100.0(유효응답=132)	100.0(유효응답=67)	100.0(유효응답=65)
국민연금 가입	가입	24.6	21.8	27.6
	미가입	75.4	78.2	72.4
	합계	100.0(유효응답=260)	100.0(유효응답=133)	100.0(유효응답=127)
의료보장 상태	건강보험	48.1	47.3	48.8
	의료급여1종	41.5	39.7	43.4
	의료급여2종	8.1	9.9	6.2
	기타	2.3	3.1	1.6
	합계	100.0(유효응답=260)	100.0(유효응답=131)	100.0(유효응답=129)
산재/ 고용보험	가입	15.9	8.7	23.2
	미가입	84.1	91.3	76.8
	합계	100.0(유효응답=251)	100.0(유효응답=126)	100.0(유효응답=125)
민간연금/ 보험	가입	13.7	14.2	13.3
	미가입	86.3	85.8	86.7
	합계	100.0(유효응답=255)	100.0(유효응답=127)	100.0(유효응답=128)
정신장애 등록	등록	73.6	71.0	76.2
	미등록	26.4	29.0	23.8
	합계	100.0(유효응답=261)	100.0(유효응답=131)	100.0(유효응답=130)
장애등급	정신장애 1급	6.0	8.2	3.9
	정신장애 2급	37.5	31.6	43.1
	정신장애 3급	56.5	60.2	52.9
	합계	100.0(유효응답=200)	100.0(유효응답=98)	100.0(유효응답=102)

(2) 소득과 지출 현황

재가 정신장애인은 조사에 응한 136명 중 58명(42.6%)이 미응답하였을 정도로 가구 월 소득에 대해 정확하게 인지하지 못하고 있었다. 응답자들의 자료를 분석해 보면 가구 월 소득은 월평균이 약 171만원(표준편차=170)이었다. 재가 정신장애인 가구의 월 소득 중위값은 111만원이었다. 재가 정신장애인 본인의 월 소득은 평균 30.3만원이었다. 항목별로 살펴보면 기초생활보장급여가 26.6만원으로 가장 큰 비중을 차지하고, 다음으로 비공식적 이전소득이 12.6만원, 취업을 통한 임금이 12.3만원, 장애연금이나 수당 약 7만원, 고용보험 6만원 수준이었다. 재가 정신장애인의 외래치료비용은 월평균 9.2만원, 정신보건센터 및 사회복지시설 이용료는 월평균 1만원, 용돈 11.5만원 정도 지출된 것으로 나타났다. 정신보건센터에 등록된 정신장애인을 표집함으로써 인해 재가 정신장애인 응답자 중 주거시설에 거주하는 장애인도 일부 표집이 된 것으로 나타났는데 이들은 18명이었고 이들의 주거시설 이용료 월평균 20.83만원이었다.

본 표본에서 주거시설 거주 정신장애인의 보호자 가구의 월 소득은 평균값이 365만원이었으나 중위값과 최빈치는 모두 200만원으로 나타났다. 따라서 정신장애인 가구의 월 소득은 200만원을 중심으로 분포되어 있는 것으로 볼 수 있다. 주거시설 거주 정신장애인 본인의 월 평균소득은 36.7만원 정도였고, 취업을 통한 월급여 37.8만원, 비공식적인 이전 소득 15만원, 기초생활보장 급여 19.4만원, 장애연금과 수당 7.3만원 등으로 나타났다. 주거시설 정신장애인들의 월지출비용은 매월 외래치료비용 약 3.3만원, 정신보건센터나 사회복지시설 이용료 5.1만원, 주거시설 이용료 14.8만원, 용돈 14.5만원이 지출되는 것으로 나타났다.

(3) 주거상태에 따른 기초생활보장 욕구 분석

본 연구에서는 재가 정신장애인과 주거시설 거주 정신장애인의 기초생활보장과 관련하여 욕구차이가 있는지 비교 분석함으로써 향후 정책적인 함의를 찾고자 하였다. 분석결과 재가 정신장애인과 주거시설 거주 정신장애인 사이에는 기초생활보장 정책 및 지원에 관한 욕구에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 전체적으로 볼 때 등록한 정신장애인에 대한 공공요금 감면, 등록한 정신장애인에 대한 장애연금(수당)지급, 취업한 정신장애인에 대한 4대 보험(국민연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험)가입 지원 등에 대한 욕구가 높았다.

〈표 3-6〉 주거상태에 따른 기초생활보장 정책 및 지원에 관한 욕구 비교

문항	주거	유효응답	평균	표준편차
정신장애인을 위한 기초생활보장제도에 대한 안내와 정보제공	가정	131	3.08	.765
	주거시설	124	3.01	.781
기초생활보장제도 신청을 희망하는 정신장애인(가구)을 위해 사회복지전담 공무원/정신보건전문가가 상담/신청절차를 지원	가정	132	2.97	.751
	주거시설	128	3.05	.697
기초생활보장신청시 입원 및 투약비, 재활시설이용비용으로 지출한 금액은 소득으로 인정하지 않음	가정	128	2.93	.786
	주거시설	127	2.98	.787
기초생활보장 수급자인 정신장애인에게는 생계급여 외에 장애로 인한 의료비, 재활시설 이용비용 등을 더 지원	가정	131	3.11	.771
	주거시설	126	3.06	.793
기초생활보장 신청시 취업한 정신장애인의 임금 중 일부를 소득으로 인정하지 않음	가정	128	3.00	.804
	주거시설	123	3.00	.800
기초생활보장 수급자인 정신장애인에 대해서는 취업 후 일정기간 동안 의료급여혜택을 보장	가정	129	3.05	.803
	주거시설	125	3.13	.772
등록한 정신장애인에 대해 장애연금(수당)의 지급	가정	132	3.12	.721
	주거시설	127	3.20	.713
취업한 정신장애인에 대한 4대 보험(국민연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험)가입 지원	가정	125	3.11	.825
	주거시설	127	3.13	.735
등록한 정신장애인에 대한 각종 공공요금 감면 혜택	가정	128	3.25	.710
	주거시설	129	3.16	.748
장애인의무고용제도에서 정신장애인 의무고용비율을 별도로 규정	가정	131	3.07	.756
	주거시설	126	3.10	.788
장애인 등록 기준을 완화해 가벼운 정신장애도 등록을 허용	가정	130	3.02	.757
	주거시설	129	2.86	.855
정신장애인을 수혜자로 하는 민간 보험 및 연금 가입에 대한 차별 금지 및 적절한 보험료를 유도	가정	129	3.02	.843
	주거시설	122	2.93	.762

* 1전혀 필요없다 ~ 4 매우 필요하다

주거상태에 따른 기초생활보장 정책 및 지원에 관한 욕구를 비교분석한 결과는 표 3-22와 같고 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다($X^2=10.222$, $df=9$, $p=.33$). 가장 욕구가 높았던 것은 ‘기초생활보장제도에 대한 안내 및 신청지원서비스’였고 다음으로 ‘치료비나 재활비용에 해당하는 충분한 장애연금(수당) 지급’, ‘기초생활보장 자격 심사(소득평가)/생계급여 지급시 장애로 인한 추가비용 인정’ 등의 순으로 나타났다.

〈표 3-7〉 주거상태에 따른 기초생활보장 정책 및 지원에 관한 욕구 비교

	재가 장애인	주거시설
기초생활보장제도에 대한 안내 및 신청 지원서비스	35.0	25.4
기초생활보장 자격심사(소득평가)/생계급여지급시 장애로 인한 추가비용 인정	17.5	16.9
기초생활보장수급자 선정을 위한 소득평가시 취업정신장애인의 소득 일부 공제	9.2	11.0
의료급여수급 정신장애인에 대해 취업 후 일정기간 동안 의료급여 혜택유지	7.5	10.2
치료비, 재활비용에 해당하는 충분한 장애연금(수당) 지급	19.2	18.6
취업한 정신장애인에 대한 4대 보험 가입 지원	3.3	5.9
등록한 정신장애인에 대한 각종 공공요금 감면	2.5	0.8
장애인 의무고용비율 중 정신장애인 비율 명시	1.7	0.8
정신장애인 등록기준의 완화	3.3	3.4
민간보험 및 연금가입 차별금지	.8	6.8
합 계	120	118

4) 정신장애인의 주거보장 현황

(1) 재가 정신장애인의 주거실태

재가 정신장애인 가구의 주택유형은 아파트 31.3%, 일반 단독주택 17.6%, 다가구 단독주택 17.6%, 다세대주택 15.3% 등으로 나타났다. 재가 정신장애인이 거주하는 주택의 위치는 지상이 78.8%, 반지하가 16.7%, 옥상이 3.8% 등으로 나타나 대부분 지상에 거주하고 있었다. 하지만 반지에 거주하는 정신장애인들도 22가구나 있는 것으로 나타나 이들의 주거 환경은 다소 열악할 것으로 추정된다.

재가 정신장애인들이 거주하는 가구의 주택소유 형태는 자가 47.4%, 전세 21.1%, 보증금 있는 월세 15.8% 등으로 나타났다. 재가 정신장애인들이 거주하는 주택의 노후정도는 건축 후 5년 이하 20%, 6~10년 이하 18.5%, 21년 이상 17.8% 등으로 빈도가 높았다. 재가 정신장애인들의 현 주택 거주기간은 5년 미만 47.8%, 5년 이상~ 10년 미만 19.6% 등으로 나타나 현 주택에 거주한 기간이 5년 미만인 경우가 가장 많았다. 현 주택 거주기간은 5년 미만인 경우가 47.8%로 가장 빈도가 높고 다음이 5~10년 미만으로 19.6%였고, 거주기간의 중위값은 60개월이었다. 따라서 정신장애인들은 현 주택에서 약 60개월 정도 거주하고 있는 것으로 판단할 수 있다.

재가 정신장애인이 거주하는 주택의 공간 유형은 침실이 평균 1.88개(표준편차=1.03),

침실을 제외한 방 1.76개(표준편차=1.22), 거실 0.97개(표준편차=0.32), 주방 1.02개(표준편차=0.34), 화장실 1.26개(표준편차=0.47) 등이었다.

재가 정신장애인이 거주하는 주택의 편의시설을 살펴보면 냉방시설이 갖추어지지 않은 경우가 54.7%로 높았다. 냉방시설을 제외한 대부분의 편의시설은 잘 갖추어져 있는 것으로 볼 수 있다. 하지만 수세식 화장실이 미설치 16.8%, 가구원 전용 현관이 미설치 12.3%, 목욕시설이 미설치 11.5% 등으로 나타나 이들 가구의 경우에는 주거환경이 다소 열악한 것으로 나타났다.

재가 정신장애인이 거주하는 주택의 물리적 환경과 관련해서는 햇볕이 잘 들지 않음 37.6%, 방음이 잘 안됨 33.4%, 단열이 잘 안됨 33.3%, 방수가 잘 안됨 25%, 건물기둥, 대들보나 벽의 파손 18.2%, 화재나 수재에 취약 18.2% 등으로 나타났다. 이러한 물리적 조건들은 정신장애인들이 거주하는 주택의 물리적 환경이 쾌적한 생활을 보장하기에는 열악할 수 있음을 시사하는 것으로 보인다.

재가 정신장애인이 거주하는 주택에 대한 주변환경 만족도는 전반적으로 만족한다는 응답이 63.4%로 높았다. 하지만 자동차 경적, 이웃 간 등 집주변의 소음으로 인한 불만족 50.4%, 지역사회복지관 등 복지시설에 대한 접근성 불만족 45.2%, 시장·대형마트·백화점 등 쇼핑시설과의 접근성에 대한 불만족 38.9%, 대중교통에 대한 접근성 불만족 33.3% 등으로 나타나 주위 소음으로 인한 불편과 편의시설과의 접근성이 좋지 않아 어려움을 경험하는 가구도 30~50%에 달하는 것으로 나타났다.

주거와 관련한 차별경험과 관련하여서는 '정신질환이 있다는 이유로 본인이 원하지 않았으나 가족들에 의해 요양시설이나 주거시설에 입소한 경험'이 약 30%(40명)로 가장 높은 응답을 보였다. 다음으로 살 곳이 없어 정신의료기관이나 정신요양시설에서 퇴원이 연기된 경험을 한 정신장애인이 12.1%(16명)에 달하는 것으로 나타났다. 일부 정신장애인들은 정신과 증상이나 일상생활기능을 이유로 주거시설 입소를 거부당하거나(9.7%, 13명), 주거시설의 정책이나 규정 때문에 본인의 의사와 무관하게 퇴소한 경험(8.2%, 11명)이 있었다.

(2) 주거시설 정신장애인의 주거실태

정신장애인이 거주하는 주거시설의 주택유형은 다가구 단독주택 35.7%, 다세대 주택 28.7%, 일반 단독주택 18.6% 순으로 빈도가 높았다. 주택의 위치는 지상이 94.6%로 대

부분을 차지했다. 정신장애인이 거주하는 주거시설의 소유형태는 보증금 있는 월세가 36.4%, 공공임대주택 28.7%, 법인명의로의 전세 18.6%, 법인 소유 16.3% 등의 순으로 나타났다.

정신장애인이 현재의 주거시설에 거주한 기간은 평균 24.91개월(표준편차=33.88)이었으며, 중위값은 15개월이었다. 주거시설 거주기간은 1년 단위의 계약갱신과 최장 3년이라는 거주기간의 제한으로 인해 좌측으로 편향된 분포를 보이고 있다. 거주기간이 1년 미만인 경우가 36.3%, 3년 미만인 경우가 전체 응답자의 78.2%에 달한다.

정신장애인이 주거시설에서 함께 거주하는 동거자는 직원이 평균 2.0명, 정신장애인이 7.13명으로 나타났다. 주거시설의 공간별 수량을 중위값을 기준으로 살펴보면 침실 3, 방 1, 거실 1, 주방 1, 화장실 1 등으로 나타났다.

주거시설의 물리적 환경에 대해 정신장애인들은 90%이상이 대체로 만족하는 것으로 나타났다. 하지만 정신장애인의 16.3%는 방음이 잘 안되는 문제를 지적하였고, 응답자의 14%는 건물이 방수가 잘 되지 않는다고 응답하였다. 햇볕이 잘 들지 않는다는 응답도 12.8%에 달했다. 이는 일부 주거시설이 쾌적한 주거공간을 제공하기에는 물리적 환경에 다소 문제가 있음을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

주거시설 거주환경에 대해 정신장애인의 전반적인 만족도는 84.5%가 만족하는 것으로 나타나 대체로 높았다. 하지만 소음과 관련하여서는 28.2%가 불만족하였고, 시장 등 쇼핑과 관련 시설접근성에 대해 25.6%가 불만족하는 것으로 나타났다. 지역사회복지관 등 복지시설에 대한 접근성에 대해 24.2% 정도의 응답자는 불만족 하는 것으로 나타났다.

주거시설에 거주하는 정신장애인의 주거 관련 차별경험은 본인의 의사와 무관하게 정신질환을 이유로 가족들에 의해 정신요양시설이나 주거시설에 입소함 49.2%, 마땅히 살 곳이 없어 정신의료기관이나 정신요양시설에서 퇴원이 연기됨 36.9%, 정신질환이 있다는 이유로 집주인의 요구 때문에 불가피하게 이사함 13.1%, 주거시설의 정책 및 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소함 13.1%, 정신질환이 알려져 편견으로 인해 주택이나 방을 구하는 과정에서 거절당함 12.3% 등으로 나타났다.

조사에 응답한 주거시설 정신장애인의 현재 주거시설에 입소하기 이전에는 정신병원 입원 38.5%, 가족과 함께 생활 30.8%, 사회복지입소시설 16.9%, 다른 주거시설 8.5% 등으로 나타났다. 따라서 지역사회에 가족과 거주하다 주거시설에 입소한 경우보다는 정신병원이나 입소시설, 다른 주거시설에 거주하던 정신장애인이 63.9%로 월등히 많다.

특히 정신병원입원과 사회복지 입소시설로부터 소규모 주거시설로 이동한 경우가 55.4%로 나타났다.

〈표 3-8〉 주거시설 입소 이전의 주거 상태

주거상태	빈도	%
가족(부모 및 형제)과 함께 생활	40	30.8
다른 주거시설(10인 이하의 규모)에서 생활	11	8.5
정신병원에 입원하고 있었음	50	38.5
정신요양시설에서 생활	1	0.8
사회복지시설 입소시설(30인 이상 규모)에서 생활	22	16.9
지역사회에서 혼자 생활(자취나 하숙 등)	3	2.3
기타	3	2.4
합계	130	100.0

또한 정신장애인이 주거시설에 입소하게 된 이유는 스스로 살아가기 위한 훈련이나 준비를 위해 33.1%, 정신병원이나 정신요양시설 퇴원 후 생활할 곳이 없어 30%, 가족과 갈등으로 인해 13.1%로 나타났다. 이는 소규모 주거시설이 정신장애인의 탈원화를 위한 주거대안으로 활용되거나 지역사회에서의 독립적인 생활을 위한 전단계 훈련목적으로 활용되고 있음을 시사한다.

〈표 3-9〉 주거시설 입소 이유

주거시설 입소 이유	빈도	%
정신병원 또는 정신요양시설 퇴원 후 생활할 곳이 없었기 때문	39	30.0
가족과 갈등이 심하여 가족이 나와 같이 살기를 원하지 않았기 때문	17	13.1
가족과 갈등으로 내가 가족을 떠나 살고 싶었기 때문	10	7.7
스스로 살아가기 위해 훈련을 받거나 준비를 하기 위해	43	33.1
정신보건기관 및 정신보건전문요원의 안내나 권유 때문	15	11.5
기타	6	4.6
합계	130	100.0

주거시설에 대한 만족도는 대체로 70% 이상으로 높았다. 하지만 불만족 정도가 높은 문항들도 있었는데 퇴소 후 자립을 위한 계획수립 및 준비 지원 32%, 비밀과 사생활

보장 28.3%, 이용비용 27.8%, 직업재활서비스 연계 26%, 이웃과 교류 및 지역사회 참여 25%, 자기결정 24.0% 등은 다른 문항에 비해 불만족 정도가 높았다.

(3) 주거상태에 따른 주거관련 욕구 비교

주거상태에 따라 주거 관련 어려움 경험정도가 다른지 비교 분석한 결과 몇 가지 항목에서 유의미한 차이가 있었다. 첫째, 주거시설에 거주하는 정신장애인이 가정에서 거주하는 장애인에 비해 전·월세 보증금 마련이 더 어렵다고 인식하고 있었다. 둘째, 주거시설에 거주하는 정신장애인이 가정에서 거주하는 장애인에 비해 정신질환이 알려지면 주택을 구하기 어렵다고 인식하고 있었다. 셋째, 주거시설에 거주하는 정신장애인이 가정에서 거주하는 정신장애인에 비해 정신질환이 알려지면 불가피하게 이사하여야 할 것이라는 인식이 더 높았다. 넷째, 주거시설에 거주하는 정신장애인이 가정에서 거주하는 장애인에 비해 증상이 악화되어 입원한다면 현재의 주거를 상실할 가능성이 더 높다고 인식하고 있었다. 다섯째, 주거시설에서 거주하는 정신장애인이 가정에서 거주하는 장애인에 비해 사회복귀시설 이용이 더 편리하다고 인식하고 있었다.

〈표 3-10〉 주거상태에 따른 주거 관련 어려움 비교 분석

	주거	응답자수	평균	표준편차	표준오차	t	p
월세나 관리비를 지불할 돈이 부족하다	가정	135	2.84	.979	.084	1.602	.110
	주거시설	128	2.64	1.010	.089		
전·월세 보증금을 마련하기 어렵다	가정	133	2.72	1.003	.087	2.170	.031
	주거시설	128	2.45	1.056	.093		
주택구입 비용을 마련하기 어렵다	가정	131	2.42	1.074	.094	1.568	.118
	주거시설	128	2.22	.988	.087		
정신질환이 있다는 사실이 알려지면 입주할 주택이나 방을 구할 때 집주인이나 부동산 중개인으로부터 거절을 당하기 쉽다	가정	135	2.71	.913	.079	3.414	.001
	주거시설	128	2.33	.906	.080		
이웃에게 내가 정신질환이 있다는 사실이 알려지면 불가피하게 이사를 해야 할 것이다	가정	135	2.89	.826	.071	3.369	.001
	주거시설	128	2.53	.896	.079		

	주거	응답자수	평균	표준편차	표준오차	t	p
주택이나 방을 구할 때 나에게 현실적으로 가능한 다양한 대안이 있다	가정	135	2.89	.852	.073	.744	.458
	주거시설	128	2.81	.811	.072		
나(우리 가구)의 소득이나 자산으로 감당할 수 있는 수준의 주택이나 방을 쉽게 구할 수 있다	가정	134	2.87	.879	.076	-.103	.918
	주거시설	129	2.88	.787	.069		
내가 원하지 않더라도 자주 이사를 해야 한다	가정	135	2.88	.923	.079	1.908	.057
	주거시설	129	2.68	.770	.068		
증상이 악화되어 정신병원에 입원한다면 퇴원 후 내가 마땅히 살 곳이 없을 것 같다	가정	134	2.88	.823	.071	5.356	.000
	주거시설	130	2.31	.914	.080		
정신장애인을 위한 주택이나 주거서비스와 관련해 불편이 있을 때 시청이나 구청, 보건소, 정신보건센터를 통해 민원을 제기하기가 쉽다	가정	134	2.69	.869	.075	.170	.865
	주거시설	130	2.68	.760	.067		
내가 사는 곳은 정신보건센터를 이용하기가 쉽다	가정	136	2.11	.786	.067	-1.390	.166
	주거시설	129	2.24	.737	.065		
내가 사는 곳은 사회복지시설을 이용하기가 쉽다	가정	132	2.42	.838	.073	2.761	.006
	주거시설	128	2.15	.722	.064		
내가 사는 곳은 정신병원이나 정신과 의원을 이용하기가 쉽다	가정	134	2.27	.777	.067	.395	.693
	주거시설	130	2.23	.783	.069		
내가 사는 곳은 이웃주민들과 교류하기가 쉽다	가정	136	2.48	.877	.075	-.293	.770
	주거시설	128	2.51	.774	.068		

* 1 매우 그렇다 ~ 4 전혀 아니다.

주거상태에 따라 주거 관련 정책 지원 욕구가 상이한지 비교 분석한 결과 위의 표 3-53과 같이 몇 가지 항목에서 유의미한 차이가 있었고, 모두 재가 정신장애인에 비해 주거시설 정신장애인의 서비스 욕구가 높았다. 주거시설 정신장애인은 전월세 보증금 대출, 가구 및 생활용품지원, 주택 수리 및 보수 지원, 시설 안전 관리, 소규모 주거시설 입주기회 보장, 정신장애인을 위한 주거정책 및 서비스 옹호 항목에서 유의하게 서비스 욕구가 더 높았다.

〈표 3-11〉 주거상태에 따른 주거 관련 정책 지원 욕구 비교 분석

	주거	응답자수	평균	표준편차	표준오차	t	p
전세 또는 월세 보증금 대출	가정	132	2.62	.937	.082	-2.056	.041
	주거시설	130	2.86	.954	.084		
주택구입 자금 대출	가정	129	2.71	.922	.081	-1.456	.147
	주거시설	130	2.88	.973	.085		
주거 유지 및 관리비 지원	가정	134	2.93	.890	.077	-1.707	.089
	주거시설	130	3.10	.766	.067		
생활할 수 있는 주택(방)에 대한 정보제공 및 알선	가정	132	2.88	.925	.081	-1.935	.054
	주거시설	128	3.09	.794	.070		
이사 지원	가정	132	2.93	.910	.079	-.623	.534
	주거시설	129	3.00	.857	.075		
가구 및 생활용품 지원	가정	131	2.87	.906	.079	-1.996	.047
	주거시설	130	3.08	.826	.072		
주택의 수리나 보수 (도배, 장판 등) 지원	가정	131	2.89	.900	.079	-2.027	.044
	주거시설	127	3.10	.815	.072		
청소나 세탁에 대한 지원	가정	133	2.65	.913	.079	-1.146	.253
	주거시설	128	2.78	.878	.078		
일상생활기술(세탁, 요리, 청소, 재정관리 등)에 대한 지원이나 훈련	가정	132	2.73	.907	.079	-1.526	.128
	주거시설	130	2.90	.843	.074		
시설안전관리(전기, 소방, 가스, 방범) 지원	가정	133	2.86	.928	.080	-2.270	.024
	주거시설	130	3.10	.746	.065		
정부의 생활보장급여나 장애수당 신청지원	가정	134	3.01	.934	.081	-1.891	.060
	주거시설	129	3.21	.715	.063		
정신보건서비스(정신보건센터, 사회복귀시설, 정신병원 등) 이용 안내	가정	135	3.06	.780	.067	-1.757	.080
	주거시설	129	3.22	.673	.059		
지역사회의 소규모 주거시설 (그룹홈) 이용 기회 보장	가정	130	2.82	.840	.074	-3.580	.000
	주거시설	130	3.18	.752	.066		
지역주민과 갈등이 있을 때 정신장애인의 입장을 지지하고, 갈등해결을 지원함	가정	133	3.02	.793	.069	-1.859	.064
	주거시설	130	3.19	.683	.060		
정신장애인을 위한 주거정책이나 서비스에 대한 옹호 및 지원	가정	134	3.07	.797	.069	-2.245	.026
	주거시설	129	3.27	.670	.059		

* 1 전혀 필요없다 ~ 4 매우 필요하다.

재가 정신장애인들은 장기적으로 자신의 주거계획에 대해 가족과 함께 생활 69.2%, 지역사회에서 혼자 생활 12.3%, 다른 주거시설에서 생활 6.9%로 나타났다. 이는 재가 정신장애인들이 주거계획으로 가족들과 함께 생활하는 것을 가장 유력한 대안으로 고려하고 있음을 뜻한다.

한편 재가 정신장애인들의 장래 소득에 대한 계획은 취업해서 스스로 돈을 번다 33.8%, 기초생활보장급여 29.2%, 가족의 유산 12.3%, 기타 10.1% 등으로 나타났다. 이는 정신장애인들이 취업을 통한 자립과 기초생활보장급여를 수급하는 것을 가장 현실적 대안으로 고려하고 있음을 시사한다.

주거시설에 거주하는 정신장애인들의 장기적인 주거계획은 지역사회에서 혼자 생활(자취나 하숙 등) 44.6%, 가족(부모 및 형제)과 함께 생활 30.8%, 다른 주거시설(10인 이하의 규모)에서 생활 12.3% 등으로 나타났다. 따라서 주거시설에 거주하는 정신장애인들은 자립적인 생활을 꿈꾸는 경우가 가장 많고, 다른 주거시설로 옮겨 생활하기를 계획하는 경우도 12.3%에 달했다. 즉, 가족의 보호가 아니라 지역사회에서 자립적으로 살아가거나 주거시설에서 자립적인 생활을 위해 준비하기를 계획하고 있는 정신장애인의 비율이 56.9%에 달한다고 할 수 있다.

주거시설에서 거주하는 정신장애인들의 생활에 필요한 최저한의 소득 마련에 대한 계획은 ‘취업을 통해 스스로 돈을 번다’ 56.9%, 기초생활보장급여 23.8% 등이 대부분을 차지하였다.

IV. 정신장애인 주거권 초점집단면접(Focus Group Interview)조사 결과분석

1. 조사의 목적 및 방법

질적방법론을 활용하여 지역사회에서 거주하는 정신장애인과 가족, 실무자, 공무원이 인식하고 있는 사회권 영역별 감수성 수준에 대해 파악하고 인권침해의 경험들은 어떠한 것들이 있는가를 조사하였다. 이를 통해 정신장애인과 가족이 실제로 체감하고 있는 사회권의 보장 및 침해 수준은 어떠한지, 앞으로의 보장 확대를 위한 욕구는 어떠한 것이 있는지에 대하여 파악한다.

조사방법으로는 정신장애인과 가족, 정신보건 기관 실무자와 담당공무원의 인식을 조사하기 위하여 초점집단면접을 실시한다. 이는 그룹 상호작용을 통하여 연구자가 정한 주제에 대한 자료를 수집하는 연구방법으로서(Morgan, 1997), 새로운 연구 분야를 탐색하거나 잘 알려진 연구 질문을 연구 참여자들의 관점에서 조사하는 데 사용되는 질적 조사방법이다. 특히, 초점집단면접은 단기간에 참여자들로부터 주제에 초점을 맞추어 많은 양의 집중적인 대화를 유도해 내며 참여자들의 견해, 경험, 관점 등을 이끌어내는 데 유용한 방법이다.

본 조사에서는 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인과 가족, 정신보건기관실무자 집단을 대상으로 초점집단면접을 실시하였다. 조사 지역은 서울과 경기도이며 각각 세 집단씩 총 6개의 초점집단면접을 실시하였으며 각 집단은 5명의 참여자로 구성하였다. 집단의 선정은 지역적인 특성 즉 도시와 농촌을 고려하였으며 기관 선정 시에는 대표성이 있는 기관으로 선정하였다. 정신보건 담당 공무원의 경우에는 개별 업무 과정에서의 경험과 인식을 좀 더 깊이 있게 논의하기 위하여 개별 인터뷰를 실시한다.

2. 조사내용

1) Group 1 : 정신장애인

정신장애인이 지역사회에 거주하면서 경험하게 되는 소득과 주거에 있어서의 인권침해 및 정책적·서비스적 욕구

- 정신장애인의 소득과 주거에 대한 인식

- 정신장애인의 인권침해 경험
- 제도 및 서비스 이용 경험, 인권침해 요소, 한계점
- 소득 및 주거에 대한 향후 계획 및 대비
- 서비스 욕구

2) Group 2 : 가족

정신장애인의 소득보장 및 주거와 관련하여 가족들이 인식하는 인권침해 및 욕구

- 가족들이 경험하는 어려움 및 인권침해 경험
- 제도 및 서비스 이용 경험, 인권침해 요소, 한계점
- 정신장애인 가족원을 위한 향후 계획 및 대비
- 가족의 서비스 욕구 및 필요한 사회적 지원

3) Group 3 : 정신보건기관 종사자

서비스 제공과정에서 경험하게 되는 정신장애인의 소득보장 및 주거와 관련한 인권 침해 및 제도적 개선 사항

- 소득보장 및 주거의 중요성
- 정신장애인의 인권침해 경험, 서비스 제공자로서의 어려움과 한계
- 제도 및 서비스 이용 경험, 인권침해 요소, 한계점
- 필요한 사회적 지원 및 제도적 개선, 정신장애인에 대한 고려사항
- 주거시설의 경우, 퇴소자들의 경로, 자립을 위한 욕구, 제도적 개선

4) 정신보건 담당 공무원 개별 인터뷰

정신보건 정책 및 행정 과정에서 경험하게 되는 정신장애인의 소득보장 및 주거와 관련한 인권침해 및 제도적 개선 사항

- 정신장애인의 소득 및 주거의 실태
- 제도 및 서비스 실태 및 한계점
- 정신보건 행정 과정에서의 어려움
- 정신보건 정책 및 제도적 개선방안이나 대안

3. 조사 실시과정

집단	지역	일시	장소	참여자	참여인원
Group 1 (주거시설 정신장애인)	서울	9월 15일 19:00~20:30	K 주거시설	주거시설 입소 정신장애인	5명
	경기도	9월 8일 19:30~21:30	E 주거시설	주거시설 입소 정신장애인	5명
Group 2 (가족)	서울	10월 1일 16:00~17:30	S 사회복귀시설	사회복귀시설 이용 정신장애 인 가족	5명
	경기도	9월 28일 13:00~14:30	A 정신과의원	주거시설 입소 정신장애인 가족	5명
Group 3 (종사자)	서울	10월 8일 14:00~15:30	S 사회복귀시설	주거 및 이용시설 종사자	5명
	경기도	9월 10일 12:00~13:30	서울유스호스텔	정신보건센터 팀장	5명
서면질의 (재가정신장애인)	서울/ 경기도	11월 13~15일	-	재가정신장애인	3명
개별인터뷰 (공무원)	경기도	11월 11일 13:00~15:00	도청 식당	정신보건 관련 공무원	2명

4. 주제별 범주에 따른 분석 결과

전체 인터뷰를 통해 수집된 자료를 주제별로 범주화하는 분석과정을 통하여 다음과 같이 7개의 대주제와 21개의 소주제 도출되었다.

정신장애와 빈곤 “맨날 그 자리 아니면 더 밑으로 내려 가야함”	비장애인, 타 장애인보다 더 못한 삶
	빈곤은 시설화를 지속시키는 요인이 됨
	빈곤은 정신건강에도 부정적인 영향을 미침
	빈곤은 회복에 장애가 됨
유일한 대안인 가족의 한계 “가족들이 하도 지쳐서 더 이상은 못 해주겠다함”	가족의 지지 여부가 결정적임
	가족에게 더 이상 의지할 수 없음
	가족이 오히려 부정적인 영향을 미침

인프라의 부족 “그 어떤 것도 대안이 없음”	인프라의 절대 부족
현행 제도의 한계점 “제로로부터 벗어나고 밀려나서 이용할 수가 없음”	기준의 엄격성
	지원수준이 현실적으로 낮음
	정신장애인의 특성이 고려되지 못함
	보건과 복지가 분리됨
소득과 주거의 욕구 “일과 집이 곧 인권이다”	시설 수급의 문제점
	취업을 통한 자립이 중요함
	독립적으로 자유롭게 살 수 있는 집이 필요함
	자립을 위한 지속적인 지지 서비스가 필요함
사회적 차별 “정신장애인이라서, 정신장애인이라서”	정신장애인내의 다양한 욕구를 반영해야함
	취업에 있어서의 차별
	주거에 있어서의 차별
사회적 인식 개선의 중요성 “모든 것과 맞물릴 수밖에 없음”	보험 가입의 제한
	사회적 인식 개선이 우선적으로 이루어져야함

1) 정신장애와 빈곤

: “만날 그 자리 아니면 더 밑으로 내려가야 함”

(1) 비장애인, 타 장애인보다 더 못한 삶

정신장애인, 가족, 실무자는 모두 지역사회에서의 정신장애인의 삶이 매우 열악함을 강조하였다. 많은 정신장애인이 청소년기에 처음 발병을 하게 되며 이로 인해 교육과 사회화의 기회를 상실함으로써 직업과 같은 경제적인 능력을 갖기 어렵게 된다. 또한 잦은 입원과 장기간의 치료과정에서 소요되는 의료비용은 경제적 수준에 부정적인 영향을 미치며 특히 입원이 장기화될수록 주거 및 직업능력과 같은 지역사회 자립기반들이 더욱 취약해질 수밖에 없다.

실무자들은 지역사회에서 만나는 정신장애인의 삶이 실제로 매우 심각하다는 것을 지적하였다. 특히 빈곤한 정신장애인의 경우 안정적인 주거를 확보하지 못한 채 월세, 고시원을 전전하거나 비닐하우스나 가건물과 같이 지도상에도 없는 곳에서 생활하고 있는 경우도 비일비재하다고 하였다. 또한 아직까지 화장실이나 샤워시설조차 없는 곳

에서 위생과 안전이 보장되지 못하는 환경에서 생활하고 있다.

(2) 빈곤은 시설화를 지속시키는 요인이 됨

빈곤으로 인하여 지역사회에서 생활하기 위한 경제적인 기반이나 주거가 확보되지 못했을 때 정신장애인과 그 가족이 선택할 수 있는 마지막 대안은 결국 시설이나 입원 밖에 없었다. 특히 부모님이 돌아가신 후에는 가족이 더 이상 정신장애인을 돌볼 수 있는 여력이 되지 못할 때 대부분 시설을 선택할 수밖에 없다고 했다. 입원해 있는 정신장애인의 경우에도 입원 지속의 이유가 치료나 재활의 목적이 아닌 지역사회에서의 자립 기반이 없다는 사실 자체가 주요한 이유인 경우가 많았다. 가족은 퇴원 후 고스란히 져야 하는 보호부담으로 인해 퇴원을 꺼려하거나 반대하는 경우도 많았다.

(3) 빈곤은 정신건강에 부정적인 영향을 미침

빈곤한 정신장애인에 있어서 열악하고 비위생적인 주거환경, 고립된 생활, 불안정한 미래는 정신건강에도 부정적인 영향을 미치는 것으로 지적되었다. 햇빛이 거의 들지 않는 반지하, 옆방의 소음이 그대로 다 들리는 고시원, 화장실조차 없는 단칸방과 같은 열악한 주거환경 속에서는 비장애인조차도 정신건강이 위협받을 수밖에 없다. 또한 빈곤으로 인하여 하루 종일 집안에서만 지내거나 사회활동 참여가 극히 제한되는 경우 사회적 기능 또한 자연히 낮아질 수밖에 없다고 하였다.

(4) 빈곤은 회복에 장애가 됨

빈곤은 정신건강에 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 정신장애인의 회복에도 중요한 장애요인이 된다. 우선 빈곤은 정신과적 증상으로 인하여 치료를 필요로 함에도 불구하고 비용을 지불할 능력이 되지 않을 경우 적절한 치료를 받을 수 없게 된다. 또한 재활과정에서의 서비스에 일정한 비용이 부과되는 경우 서비스를 선택하고 이용하는 데에는 많은 어려움이 따른다. 경제적인 부담은 항상 서비스 선택의 범위를 제한하게 된다. 특히 이용료를 받는 사회복지시설의 경우 빈곤한 정신장애인들이 무료인 정신보건센터에서 사회복지시설로 가는 것을 주저하게 만드는 요인 중 하나가 되고 있다.

소득이나 주거에 대한 기반이 취약한 정신장애인의 경우 재활이나 취업에 대한 동기가 현저히 떨어질 수밖에 없다. 특히 정신장애인의 경우 안정적인 취업을 기대하기 어

려울 경우에는 오히려 수급권 안에 머무르는 것이 가장 현실적인 선택이 될 수밖에 없다. 실무자의 입장에서라도 한번 탈락된 수급권을 다시 회복하기 어려운 현실에서 정식 고용을 권하기는 쉽지 않다.

2) 유일한 대안인 가족의 한계

: “가족들이 하도 지쳐서 더 이상은 못 해주겠다고 함”

(1) 가족의 지지 여부가 결정적임

지역사회에서 거주하는 정신장애인에게 가장 중요한 지지체계는 역시 가족이었다. 지역사회 지지체계가 매우 부족한 현실에서 정신장애인에 대한 보호의 책임은 고스란히 가족이 지고 있었다. 가족이 어느 정도 경제적 능력이 되고 지원해주느냐에 따라서 생활여건은 결정되었다. 가족은 치료와 부양으로 인해 경제적인 고통을 함께 겪고 있었으며 일상적으로 돌보아야 하는 부담으로 사회적 활동이 제한되어 있었다.

(2) 가족에게 더 이상 의지할 수 없음

정신장애인에게 가족은 가장 중요한 지지체계이지만 대부분의 참여자들은 더 이상 가족에게 의지하는 것에는 분명한 한계가 있음을 지적하였다. 특히 빈곤한 정신장애인 일수록 대부분 그 가족 또한 빈곤한 경우가 많아 가족의 경제적, 정서적 지원을 현실적으로 기대하기가 어렵다. 또한 장애가 지속될수록 가족의 부담도 커져가고, 부모님이 연로하시거나 돌아가신 후에는 형제와의 유대가 매우 취약해질 수밖에 없어 지원을 기대하기는 현실적으로 더욱 어렵다.

(3) 가족이 오히려 부정적인 영향을 미침

가족이 정신장애인을 지원하는 데에 있어서 어려움을 가지고 있을 뿐만 아니라 때로는 오히려 부정적인 영향을 미치는 경우도 많음을 지적하였다. 가족이 정신장애를 제대로 이해하지 못함으로 인해서 비난하거나 강요하거나 심지어는 폭력이 행사되기도 한다. 혹은 가족이 어느 정도 지원이 가능하더라도 항상 경제적으로 의존해야하는 관계는 경제적인 문제가 다툼의 원인이 됨으로서 관계에 부정적인 영향을 미치게 된다. 실무자들은 오히려 가족이 있어서 개입에 더욱 어려울 때가 많음을 지적하였다. 가족이 없을

경우에는 전문가들이 보다 적극적으로 개입해서 필요한 자원과 서비스를 제공할 수가 있다. 하지만 가족이 있는 경우에는 수급권이나 기타 제도적 혜택에서 배제될 가능성이 높다. 더욱이 가족이 치료나 재활에 비협조적이거나 이해가 낮은 경우에는 오히려 가족을 설득하는 과정이 더 어렵다.

3) 인프라의 부족

: “그 어떤 것도 대안이 없음”

(1) 인프라의 절대 부족

정신장애인, 가족, 실무자 모두 공통적으로 지적하는 가장 큰 어려움은 현재 지역사회에서 소득이나 주거와 관련한 인프라 자체가 절대적으로 부족하다는 것이었다. 소득을 위한 수급권이나 취업기회가 매우 제한되고, 주거시설 외에 주거를 위한 지원이 전혀 없으며, 영구임대아파트는 가능성이 너무 낮다. 심지어는 지역에 따라서 사회복지시설이 아예 한 군데도 없는 곳도 있었다. 참여자들은 지역사회에서의 자립을 논의하기에는 가능한 대안 자체가 너무 없음을 강조하였다.

특히 정신장애인 집단 면접 시에는 앞으로의 대안이나 욕구에 대한 질문에 있어서 무엇이 가능한지에 대한 기대조차도 매우 낮음을 확인할 수 있었다. 참여자들이 생각하는 대안은 어떻게든 독립적으로 취업하여 스스로 자립하던지 혹은 수급권자로 안전하게 살아가는 것 외에는 대안을 생각하지 못하고 있었다.

4) 현행 제도의 한계점

: “제도로부터 벗어나고 밀려나서 이용할 수가 없음”

(1) 기준의 엄격성

현행 제도의 한계점에 대해 참여자들은 우선적으로 기준이 까다로워서 혜택을 받기가 어려움을 호소하였다. 실질적으로는 가족의 지원을 전혀 받을 수 없음에도 불구하고 가족이 있다는 이유로, 혹은 본인은 알지 못했거나 도움이 안 되는 재산 등으로 수급대상에서 제외되는 경우가 많았다. 그리고 취업을 통해 일단 수급권에서 탈락이 되고 나면 실직을 해도 다시 수급권을 회복하기가 매우 어렵다고 하였다. 또한 주거시설이 연령에 따른 제한이 있거나 공공임대의 조건도 까다로워서 실제적으로 기대하기가 어려

왔다. 현재 저소득이나 장애인을 위한 제도가 있음에도 불구하고 기준이 엄격하여 실제적인 접근성은 매우 제한되는 것으로 나타났다.

(2) 지원수준이 현실적으로 낮음

참여자들은 저소득이나 장애로 인해 제도의 혜택을 받게 되더라도 지원수준이 현실적으로 매우 낮음을 지적하였다. 일반적으로 기초생활수급권자이면서 장애연금을 받더라도 그 중 한 달 최소생계비를 제하고 나면 스스로 가용할 수 있는 금액은 채 10만원이 되지 않았다. 장애등급이 낮은 경우 상황은 더욱 좋지 않을 뿐더러 정신장애인은 사회적 낙인으로 인해 장애등급을 받기를 원하지 않았지만 장애연금이라도 받아 살아갈 수 있기를 기대하며 장애등급을 신청하는 경우 신청한다 하더라도 등급이 낮을 경우 혜택은 너무 적어 실망하게 된다. 더군다나 치과치료나 다른 신체질환으로 인해 치료를 받을 경우 의료보호 적용이 안 되면 정신장애인 개인이 부담해야 하는 비용이 발생하여 가용금액은 더욱더 적어지거나 마이너스가 되게 된다.

(3) 정신장애인의 특성이 고려되지 못함

참여자들은 저소득이나 장애인 관련 제도와 정책에서 정신장애인의 특성이 고려되고 있지 못함을 지적하였다. 임대아파트 신청기준도 노인이나 다가족, 그리고 자활경력 등에 우선순위를 두어 현실적으로 지속적인 근로가 어려운 정신장애인이 접근하기 어렵다고 주장한다. 장애인 관련 제도의 경우 정신장애인은 일반적으로 잘 받아주지 않으려 하거나 해당되지 않는 경우도 많다고 지적하였다. 더욱이 정신장애인의 등급 설정이 타 장애에 비해 미약해서 실제적인 기능수준보다 낮게 등급이 정해진다고 느끼고 있었다. 또한 영구 임대아파트의 경우에도 지역 거주자 우선에 있어서 입원이나 시설에 있는 경우에는 우선순위에서 밀릴 수밖에 없음을 지적하였다.

(4) 시설 수급의 문제점

당사자와 실무자들은 정신장애인 주거시설과 이용시설을 이용하는 정신장애인의 시설수급과 관련하여 최소한의 소득보장과 주거권의 침해를 걱정하고 있었다. 정신장애인들은 정신과병의원과 요양원에서 퇴원 후 독립주거 확보나 보호자에게 돌아가기 어려운 경우, 오랜 병원 생활로 사회적응훈련이 필요한 경우 주거시설을 이용하게 된다. 그

런데 시설수급으로 인해 기초생활수급대상자들은 수급비가 자신의 통장으로 들어와서 이용료를 지급하는 것이 아니라 이용하고 있는 시설에 직접 수급비가 지급되기 때문에 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 대중교통비와 생활물품 등을 소비할 돈이 없다.

시설수급으로 인해 주거시설에 있는 참여자들은 교통비, 생리대, 음료수 등의 기본적인 소비조차도 어려워졌음을 호소하였으며 시설수급 이후 실제로 주거시설을 나간 정신장애인도 많다고 하였다. 또한 주거시설을 이용하는 3년 동안 그나마 수급비를 저축하여 이후 자립을 위한 주거마련의 목돈으로 활용하였던 것마저 없어지면서 주거시설 이후를 준비할 수 있는 기반이 전혀 없음을 호소하였다. 따라서 참여자들은 시설수급이 정신장애인 당사자의 자기결정권을 무시하는 제도이며 주거시설 이용을 실제로 제한함으로써 오히려 정신장애인이 지역사회에서 방치되는 결과를 가져올 것이라고 우려를 표하였다.

(5) 보건과 복지의 분리

공무원 참여자들은 정신장애인을 대상으로 하는 정책 시행의 가장 큰 어려움이 보건과 복지의 분리에 있다고 지적하였다. 장애인 15개 장애유형 중 정신장애인은 보건복지부 내 담당부서가 건강정책국으로 장애인 복지 업무와 이원화되어 있다. 또한 다른 장애유형보다 질환, 질병에 초점을 맞추어 정책을 하다 보니 복지차원에서는 다소 소외되어 정책이 이루어지게 된다고 지적하였다. 정신장애인은 평생 정신질환을 안고 살아야하기 때문에 의료적인 측면 또한 중요하지만 병원에 입원한 정신장애인이 아닌 지역사회에서 살아나가는 정신장애인들에게는 소득과 주거보장과 같은 복지적인 접근 또한 중요하다. 하지만 정신보건담당 공무원들도 이것이 정책적으로 분리가 되어 있어 장애인복지과에서 하고 있는 복지업무에 정신장애인들을 연계, 통합하는 것이 어렵다고 지적하였다. 앞으로 정신장애인이 복지부분에서 혜택이 향상되도록 정부 차원에서의 정책적 혹은 제도적 연계와 같은 변화가 필요함을 강조하였다.

5) 소득과 주거의 욕구

: “일과 집이 곧 인권이다”

(1) 일을 통한 자립이 중요함

정신장애인, 가족, 실무자 모두 소득보장을 위해 가장 중요한 대안은 일을 통한 자립임을 강조하였다. 할 수만 있다면 일을 통해 스스로 자립을 위한 경제적 능력을 가지고자 하였다. 한 실무자는 인권교육 과정에서 정신장애인들이 가장 많이 하는 이야기가 일이 가장 중요한 인권보장이라는 것을 강조하였다. 정신장애인이 타장애인 보다 경제적 수준이 더욱 열악한 것 또한 낮은 취업률과 그로 인한 소득이 없다는 것이 가장 중요한 요인임을 강조하였다. 하지만 장애로 인해 일할 수 있는 환경이 제한되고 지속적인 직업 유지가 쉽지 않음을 이미 많이 경험하고 있었다. 따라서 정신장애인의 특성이 고려되는 다양한 직종이나 안정적인 취업장을 개발하는 것이 무엇보다 중요하다고 지적하였다. 특히 정부나 공공기관에서의 고용창출을 좀 더 의무화하고 실효성 있게 적용하는 것이 중요하다. 또한 사회적 기업을 활성화 시키고 장애인 작업장도 확대하는 등 정신장애인의 고용을 위한 사회적 지원이 좀 더 확대되어야 한다.

(2) 독립적으로 자유롭게 살 수 있는 집이 필요함

정신장애인 당사자들이 주거에 대해 가지고 있는 일차적인 욕구는 독립적인 주거였다. 현재 있는 입소시설이나 주거시설과 같이 훈련의 개념이 아닌 자신의 독립적인 생활공간으로서의 집을 필요로 하였다. 현재 지역사회에서의 유일한 대안인 주거시설의 경우 입소기간이 3년으로 제한되어 있을 뿐만 아니라 사회복귀훈련이 일차적인 목표이기 때문에 쉴 수 있는 집의 개념보다는 여전히 퇴근 후에도 다시 프로그램과 훈련에 참여해야 한다.

병원이나 시설에서 나와서 자립하기 위해서는 무엇보다 살 집이 일차적으로 있어야 한다. 대부분의 참여자들은 주거마련을 위해 일차적으로 국가의 지원이 있어야 된다고 하였다. 우리나라의 경우 주택가격이 지나치게 높기 때문에 주거를 마련한다는 것이 현실적으로 매우 어렵다. 주거시설을 운영하고자 하는 실무자들조차도 집마련이 가장 큰 어려움이라고 하였다. 따라서 현재의 공공임대 등을 보다 적극적으로 확대해 나감으로써 우선적으로 주거를 확보할 수 있도록 해야 된다고 하였다.

(3) 자립을 위한 지속적인 지지 서비스가 필요함

정신장애인의 경우 독립적인 주거와 더불어 지속적인 지지 서비스가 함께 제공될 필요가 있다. 단순히 집만 제공된다고 해결되는 것이 아니라 집을 함께 알아보고 생활할 수 있는 주거환경을 조성하고, 이웃들과의 관계를 유지하는 등 지역사회에서 자립적으로 살아가기 위한 지원이 함께 제공되어야 한다. 또한 지속적인 약물증상의 관리, 위기 시의 효과적인 개입, 일상생활 및 취업유지를 위한 지속적인 지원이 필요하다. 타장애인의 경우 활동보조사업이나 자립생활지원과 같은 서비스가 활성화되어 있으나 정신장애인의 경우에는 사례관리 조차 적극적으로 제공해줄 수 있는 기반이 취약하다.

(4) 정신장애인내의 다양한 욕구를 반영해야함

소득과 주거의 보장에 있어서 정신장애인 안에서도 대상자의 기능수준이나 욕구에 따라 다양한 지원이 필요함을 확인할 수 있었다. 주거의 경우에도 독립 주거, 공동주거, 그룹홈, 주거훈련, 단기입소 등 정신장애인의 욕구와 상황에 맞는 다양한 주거가 필요함을 강조하였다. 또한 인터뷰 과정에서 연령이나 지역에 따른 차이도 확인할 수 있었다. 특히 50대 이상의 연령층의 경우에는 사회복지시설이나 여타 이용할 수 있는 서비스가 거의 없을 뿐만 아니라 노인복지의 혜택도 아직 받을 수 없는 사각지대에 놓여있어서 주로 병원이나 시설에 방치될 수밖에 없는 심각한 상황이었다. 지역적 측면에 있어서도 도시와 농촌은 대상자 분포나 특성, 지역적 특성이나 문화적 차이, 자원의 정도가 매우 다른 것을 확인할 수 있었다.

6) 사회적 차별

: “정신장애인이라서, 정신장애인이라서”

(1) 취업에 있어서의 차별

정신장애인은 무엇보다 취업에서의 사회적 차별을 심각하게 경험하고 있었다. 정신장애인이라는 것 자체가 취업의 진입자체를 방해하는 주요한 요인이었다. 취업장 또한 열악한 환경인 경우가 많았고 정신장애인이기 때문에 최저임금으로 고정되는 경우도 많았다. 때로는 임금을 제때 지불하지 않거나, 부당하게 연장근무를 해야 할 때, 혹은 직장 내에서의 차별이 있을 때조차도 제대로 의견표현을 하기 어려운 경우가 많았다. 특

히 정신장애인이라는 이유로 따돌리거나, 무시하거나, 함부로 대하는 등의 태도는 무엇보다 견디기 어려운 차별이었다고 하였다.

(2) 주거에 있어서의 차별

지역사회에서 주거하면서 정신장애인으로 경험하는 차별 또한 다양하였다. 우선 집을 구하는 과정에서도 정신장애인이라는 것을 알고는 계약자체를 하지 않으려고 한다거나 이웃 사람들이 정신장애인이라는 것을 알게 될 경우 일방적으로 이사가기를 요구한다거나 사소한 행동 하나하나에도 문제시 삼거나 이상하게 바라보는 시선을 던지게 된다. 간혹 이웃과 문제나 다툼이 생길 경우에는 정신장애인을 일방적으로 비난하거나 탓으로 돌리면서 이사를 중요하게 된다.

(3) 보험가입의 제한

정신장애인은 보험가입에 있어서 여전히 배제되거나 제한받고 있었다. 정신장애인이라는 것을 밝히거나 알게 될 경우 일방적으로 가입을 거부하거나 해지 통보를 하기도 하였다. 대부분의 가족들은 보험 가입 시에 이러한 차별을 경험해본 적이 있었다고 하였다.

7) 사회적 인식개선의 중요성

: “모든 것과 맞물릴 수밖에 없음”

대부분의 참여자들은 지역사회에서 정신장애인이 통합적으로 생활해 나가기 위해서는 소득 및 주거의 보장과 더불어 사회적 인식개선이 가장 중요함을 지적하였다. 아무리 제도적인 지원이 있더라도 결국 부딪히게 되는 가장 큰 장벽은 정신장애인에 대하여 사람들이 가지고 있는 편견의 벽이었다. 취업의 과정에서도, 지역사회 주거에 있어서도 때로는 가족조차도 정신장애인에 대한 두려움과 편견은 이들이 더불어 살아가도록 하는 데 가장 큰 장애로 작용하였다. 특히 공무원과 같이 정신장애인에 대한 정책과 행정을 담당하는 인력들조차도 정신장애인을 예비 범죄자 혹은 무능력자로 취급해서 제도로부터 배제시키거나 자립에 제한을 가하기도 한다. 따라서 참여자들은 무엇보다 사회적 편견을 해소하기 위한 정부 차원의 사회적 노력이 우선되어야함을 강조하였다.

V. 연구의 함의와 정책과제

1. 연구결과의 요약

1) 정신장애인의 기초생활보장 실태

본 연구에 참여한 정신장애인의 대부분은 정신분열증 진단을 받았고, 일부 수단적 일상생활 기능에 문제가 있어 주위의 도움을 필요로 하는 상태에 있었다. 정신장애인들은 이러한 기능장애에도 불구하고 지역사회에서 자립적인 생활에 대한 욕구는 높은 것으로 나타났다. 지역사회에서 살아가기 위해 최소한의 소득이 보장되어야 한다는 것은 정신장애인에게도 변함없는 전제조건일 것이다. 가족의 보호를 받으며 생활하는 정신장애인이나 주거시설에서 생활하는 정신장애인들 모두 기초생활보장 수급자 비율이 50%에 달하고, 장애등록 비율은 70%를 상회한다. 특히 주거시설에 거주하는 정신장애인의 경우 후보호자가 형제인 경우가 56.2%에 달할 정도로 가족지지체계는 취약한 상태에 있는 것으로 나타났다. 재가 정신장애인 본인의 소득은 47만원 정도에 불과하고 이도 대부분 기초생활보장급여로부터 충당되는 것으로 나타났다. 이들을 보호하는 가족들이 부담하는 추가비용은 입원치료비를 제외하더라도 월 22만원이 치료비나 주간활동에 소요되는 용돈 등으로 지출되고 있었다. 만일 주거시설을 이용하거나 입원치료를 받아야 하는 경우라면 장애로 인한 추가지출은 급격히 증가할 우려가 있는 것으로 나타났다.

이러한 현실에서 지역사회에서 생활하는 정신장애인들은 공공소득보장제도에 대해 잘 인식하지 못하는 경우가 많고, 공공소득보장제도를 경험한 경우에는 장애연금이나 수당의 수준, 기초생활보장급여의 수준, 장애연금 수급자 기준, 기초생활보장 대상자 선정기준 등에 대해 불만족도가 가장 높았다. 반면 공공요금 감면이나 의료급여제도에 대해서는 상대적으로 만족도가 높았다. 공공소득보장제도에 관한 욕구는 공공요금감면, 장애연금의 지급, 기초생활보장제도에 대한 안내와 정보제공, 장애인의 의무고용률 중 정신장애의무고용률 명시, 취업정신장애인 등에 대한 4대보험 가입지원, 기초생활보장 대상선정을 위한 소득자산조사에서 취업정신장애인의 임금 일부를 공제하는 방안 등에 대한 욕구가 매우 높은 것으로 나타났다. 정책적 지원에 대한 우선적 욕구는 기초생활보장제도에 대한 안내와 신청 지원서비스, 장애로 인한 추가비용을 고려한 충분한 장애연금의 지급, 기초생활보장제도의 자격심사나 급여결정시 장애추가비용의 고려, 등록된 정신장애인에 대한 각종 공공요금감면 등이 가장 우선순위가 높았다.

재가 정신장애인과 주거시설 정신장애인 사이에 공적 소득보장제도에 관한 욕구에는 유의미한 차이는 없었고, 이들 모두 국민기초생활보장제도에 대한 안내 및 신청지원서비스, 치료비 및 재활비용 등 장애추가비용을 고려한 충분한 장애연금의 제공, 기초생활보장 자격심사나 생계급여 결정시 장애추가비용 고려 등에 대한 욕구가 공통적으로 가장 높게 나타났다. 한편 주거시설에 거주하는 정신장애인은 이에 더해 취업한 정신장애인에 대해서는 기존의 의료급여 수급자격을 일정기간 유지시켜 주는 정책방안에 대해 욕구가 높았다. 이는 취업으로 인한 의료급여 상실에 대한 우려가 직업을 통한 경제적 자립에도 걸림돌이 될 수 있음을 시사하는 것으로 보인다. 특히 주거시설 정신장애인이 장기적인 소득마련 계획을 취업(56.9%)으로 생각하고 있다는 점은 취업한 정신장애인에 대한 정책적 지원에 대한 신중한 고려가 필요함을 시사한다.

2) 정신장애인의 주거보장 실태

본 실태조사에 의하면 가정에서 생활하는 정신장애인들 중 채광, 방음, 단열, 방수, 건물의 구조적 안전, 화재나 수재에 대한 위험성 등을 우려하는 응답자가 18%~37% 정도로 나타나 저소득 가구의 경우 주택의 물리적 환경이 열악한 경우도 상당한 비율로 존재함을 시사한다. 뿐만 아니라 주택에 수세식 화장실이 설치되어 있지 않거나(16.8%), 목욕시설이 없는 경우(11.5%)도 적지 않아 주거환경의 개선이 요구되는 상태에 있었다. 이에 비해 주거시설에 거주하는 정신장애인들은 주택의 물리적 환경이 보다 양호한 것으로 나타났다. 주거환경에 대해 만족 비율이 63% 수준으로 높았으나 주변소음(50.4%), 복지시설 접근성 불편(45.2%), 쇼핑시설 접근성 불편(38.9%) 등은 불만족도가 상대적으로 더 높았다. 주거 관련 어려움에 대해서는 가구의 소득이나 자산에 적합한 주택이나 방을 구하기 어려움(73.8%), 현실적으로 가능한 다양한 주거 대안이 부족함(69.6%), 주택이나 주거와 관련한 민원제기가 어려움(59%) 등과 관련하여서는 많은 재가 정신장애인들이 어려움을 경험하고 있는 것으로 나타났다.

가정에서 생활하는 정신장애인들은 주거정책 및 서비스와 관련하여 정신보건서비스 이용안내(84.4%), 지역주민과 갈등중재 및 옹호(83.5%), 주거정책에 대한 옹호(82.1%), 주택에 대한 정보제공(76.5%), 주거유지관리비 지원(76.1%), 이사지원(73.1%) 등에 대해 높은 욕구를 나타냈다. 이들은 주거 안정성과 관련한 우선적 지원 욕구는 공공주택 입주권보장, 전·월세 보증금이나 주택구입자금 대출, 주거비 지원, 생활보장급여나 장애수

당 신청지원 등에 대한 욕구가 높았다. 주거편의 지원서비스와 관련된 우선적 욕구는 생활할 수 있는 주택(방)에 대한 정보제공과 알선, 정신보건서비스 연계, 이사지원, 주택의 수리 및 보수, 일상생활기술 지원 및 훈련 등이 높은 빈도를 보였다.

주거시설에 거주하는 정신장애인들의 경우 주거시설의 물리적 환경과 관련해 대체로 문제가 없었으나 방음불량(16.3%), 방수불량(14%), 채광불량(12.8%) 등에 대해 불편을 경험하는 것으로 나타났다. 주거시설의 거주환경에 대한 전반적 만족도는 84.5%로 높았으나 소음으로 인한 불만족(28.2%), 쇼핑시설 접근 불편(25.6%), 복지시설 접근불편(24.2%) 등을 호소하는 경우도 적지 않았다. 주거와 관련한 어려움에 대해서는 소득 및 자산 수준에 맞는 주택을 구하기 어려움(75.2%), 주택이나 방을 구할 다양한 현실적 대안이 없음(65.6%), 주택구입비용 마련이 어려움(63.3%), 정신질환에 대한 편견으로 주택을 구하기 어려움(57.8%), 정신질환이 알려지면 불가피하게 이사하여야 함(39.8%) 등이 문제시 되는 것으로 나타났다. 특히 주거시설에 거주하는 정신장애인이 증상이 악화되어 입원하게 된다면 현재의 주거시설에서 다시 생활할 수 없을지도 모른다는 우려는 60%정도로 높아 주거시설이 정신장애인들에게 안정성 높은 주거대안이 되지 못하고 있음을 시사한다. 주거시설 장애인들은 주거정책과 관련하여 주거정책이나 서비스에 대한 옹호(90.7%), 정신보건서비스 이용안내(89.1%), 지역주민과 갈등 중재 및 해결 지원(87.7%), 소규모 주거시설 이용기회보장(85.4%) 등에 대한 욕구가 높았다. 뿐만 아니라 주거유지비 지원(83.1%), 주택에 대한 정보제공(82%), 시설안전관리지원(81.5%), 주택수리 및 도배지원(79.5%) 등 지역사회에서 자립적으로 살아가는데 필요한 주거관련 지원서비스에 대한 요구도 높았다.

주거시설 정신장애인들은 주거 안정성과 관련하여서는 전월세 보증금이나 주택구입 자금대출, 공공임대주택 입주권보장, 주거비 지원, 기초생활보장급여 및 장애수당 신청 지원 등에 대해 높은 욕구를 보였다. 주거편의와 관련하여서는 주택이나 방에 대한 정보제공, 정신보건서비스 안내 및 이용지원, 가구 및 생활용품지원, 이사지원 등에 대한 욕구가 높았다.

장기적인 주거계획과 관련하여서는 가정에서 생활하는 정신장애인들이 가족과 생활(69.2%)을 가장 선호하는 데 비해 주거시설 정신장애인들은 지역사회에서 혼자 생활(44.6%)하는 것을 가족과 생활(30.8%)하는 것보다 선호하는 것으로 나타나 차이가 있었다. 소득마련계획은 가정에서 생활하는 장애인들이 취업 33.8%, 기초생활보장급여

29.2%, 가족의 유산 12.3% 등으로 나타났으나 주거시설 장애인은 취업 56.9%, 기초생활보장급여 23.8%, 가족의 유산 6.2%로 나타나 차이가 있었다. 이는 주거시설에 거주하는 장애인이 더욱 자립적인 생활을 계획하고 있음을 시사한다.

3) 주거시설 경험

주거시설에 거주하는 정신장애인들은 주거시설 입소 전 정신병원에서 생활하였거나(38.5%) 가족과 함께 생활(30.8%)한 경우가 가장 많았다. 그 외에 사회복지입소시설에서 생활한 경우도 16.9%로 적지 않았다. 주거시설에 입소한 주된 이유는 스스로 살아갈 훈련을 위해(33.1%), 정신병원 및 정신요양시설 퇴원 후 생활할 곳이 없어서(30.0%), 가족과 갈등이 심하여 가족이 함께 살기를 원하지 않았기 때문(13.1%) 등으로 나타났다. 이는 주거시설이 주로 정신병원이나 입소시설로부터 지역사회로 돌아가기 위한 중간단계의 주거대안으로 활용되고 있음을 시사한다. 그러나 일부 정신장애인들은 가족과 갈등이 심하여 주거시설에 입소하거나(13.1%) 스스로 살아가기 위한 훈련을 위해 주거시설에 입소(33.1%)한 것으로 나타나 지역사회에서 가족과 함께 생활하던 정신장애인들이 가족의 보호부담을 덜거나 자립적인 생활을 훈련하기 위한 목적에서 주거시설에 입소하게 된 경우도 적지 않은 것으로 추정된다.

주거시설에 거주하는 정신장애인들은 주거시설에서의 생활에 대해 대체로 70% 이상이 만족하는 것으로 나타났다. 하지만 퇴소 후 자립을 위한 계획수립과 준비지원(32%), 비밀과 사생활보장(28.3%), 이용비용(27.8%), 직업재활서비스 연계(26%) 등에 대해서는 불만족스럽다는 의견도 적지 않았다.

4) 주거차별 경험

정신장애인들의 주거 관련 차별경험을 살펴보면 가정에서 생활하는 장애인의 경우 정신질환으로 인해 본인의 의사와 무관하게 정신요양시설이나 주거시설에 입소한 경험이 29.9%, 살 곳이 없어 퇴원이 연기된 경험 12.1%, 정신질환에 대한 편견으로 불가피하게 이사한 경험 10.5% 등이었다. 하지만 주거시설 정신장애인은 정신질환을 이유로 본인의 의사와 무관한 정신요양시설 입소 49.2%, 살 곳이 없어 퇴원이 연기된 경험 36.9%, 정신질환에 대한 편견으로 인해 불가피한 이사 13.1%, 주거시설의 정책이나 규정으로 인해 원하지 않았으나 퇴소한 경험 13.1%로 나타났다. 이는 이 두 집단 사이에

주거와 관련한 차별경험에 다소 차이가 있음을 시사한다. 즉, 주거시설에 거주하는 정신장애인들이 재가 장애인에 비해 가족들에 의한 비자발적인 시설입소, 살 곳이 없어 퇴원이 어려웠던 경험 등, 주거시설의 정책이나 규정에 의한 불가피한 퇴소 경험 등을 더 많이 한 것으로 보인다.

5) 가족들의 기초생활보장 및 주거보장 욕구

정신장애인을 보호하는 가족들은 소득부족으로 공과금을 미납부하거나(19.7%) 추운 겨울에 난방을 하지 못하는 경우(15.4%), 치료를 받지 못하는 경우(15.4%)도 있었다. 빈곤한 가족들은 정신장애인들의 삶도 최저수준으로 떨어뜨리는 결과를 가져올 수 있으므로 정신장애인들의 가족이 경험하는 이 같은 빈곤문제는 그 비율이 높지는 않더라도 세밀한 관심이 요구된다 하겠다.

가족들도 공적 소득보장제도에 대해 잘 인식하지 못하는 경우가 40~60%에 이를 정도로 높았다. 하지만 상대적으로 만족도가 높았던 제도는 의료급여(24.7%), 공공요금 감면(19%) 등이었고, 반면 만족도가 낮았던 제도는 장애연금 대상자 기준(53.4%), 장애연금 급여수준(53.3%), 기초생활보장 대상자 선정기준(42.3%), 기초생활보장 급여수준(37.4%) 등이었다. 가족들이 보호하는 정신장애인의 61%가 장애등록을 하였으나 국민 기초생활보장 수급자가 아니면 장애연금을 받지 못하는 경우가 있으므로 장애연금 대상자 기준에 대해 불만이 높은 것으로 추정된다.

기초생활보장 제도에 대한 욕구는 공공요금 감면 49.3%, 등록장애인에 대한 장애연금 지급 45.5%, 기초생활보장급여 지급 시 장애추가비용 지급 44.2%, 취업 장애인에 대한 4대보험 가입 지원 44.2% 등이 욕구가 높았다. 기초생활보장과 관련한 정책에 대해 우선적 욕구는 장애추가 비용에 해당하는 충분한 장애연금 지급, 기초생활보장 자격심사나 급여지급 시 장애 추가비용 고려, 민간보험 및 연금가입 차별금지 등이 높은 빈도를 보였다.

주거와 관련하여서는 주택구입자금 마련(48.8%), 편견으로 인한 주택 구하기 어려움(48.1%), 편견으로 인한 불가피한 이사(39.5%), 전월세 보증금 마련(39.%) 등과 관련한 어려움이 많은 것으로 나타났다. 따라서 가족들은 주택을 마련하기 위한 비용과 정신질환에 대한 지역사회와의 편견을 가장 큰 어려움으로 경험하고 있는 것으로 보인다. 주거 정책이나 서비스에 대해서는 정신장애인 관련 주거정책 및 서비스 옹호(86.4%), 정신보

건서비스 이용안내(86.2%), 지역주민과 갈등 시 옹호 및 갈등중재(85%), 소규모 주거시설 이용기회 보장(77.2%) 등에 대한 욕구가 높았다.

가족들은 주거 안정성과 관련해서는 공공임대주택 입주기회 보장, 전월세보증금이나 주택구입자금 대출, 주거비 지원 등의 순으로 욕구가 높았다. 주거 편의와 관련하여서는 생활할 수 있는 주택(방)에 대한 정보제공과 알선, 일상생활기술 훈련 및 지원, 정신보건서비스 안내 및 이용 지원 순으로 욕구가 높았다.

가족들은 정신장애인의 소득계획과 관련하여 취업 34.6%, 기초생활보장급여 26.9%, 가족의 유산 24.4% 순으로 빈도가 높았다. 주거계획에 대해서는 지역사회에서 혼자 생활 34.6%, 형제와 생활 25.9%, 소규모 주거시설 22.2%, 정신요양시설 및 입소시설 13.6% 순으로 나타났다. 주택마련 방안은 공공임대주택 43.8%, 상속 20.0%, 소규모 주택이나 방을 전월세로 마련 17.5% 등으로 나타났다.

6) 초점집단면접에서 나타난 기초생활보장 및 주거보장 실태 및 욕구

초점집단면접 참여자들은 공통적으로 정신장애인의 생활실태가 매우 열악하며 비장애인뿐만 아니라 여타 장애인보다도 더욱 열악함을 강조하였다. 정신장애인은 대부분 청소년기에 첫발병을 함으로써 교육과 사회화의 기회를 상실하게 되고 이는 취업의 어려움과 빈곤으로 연결되었다. 소득과 주거에서의 불안정은 정신장애인들이 지역사회에서 거주할 수 있는 기반을 취약하게 만들고 이는 곧바로 시설화로 연결되었다. 그리고 빈곤은 정신건강을 더욱 악화시키거나 서비스 이용에서의 제한, 고립과 무력감으로 인해 회복에 장애가 되었다. 지역사회에 거주하는 정신장애인의 생활수준은 가족의 경제적 수준이나 지원정도에 따라 결정되었다. 하지만 가족의 지원에는 한계가 있으며 특히 가족이 함께 빈곤하거나 부모님이 돌아가신 후에는 실제적인 지원을 거의 기대할 수 없을 뿐만 아니라 오히려 부정적인 영향을 미치기도 하였다.

현재 지역사회의 정신장애인이 의지할 수 있는 사회적 제도로는 수급권, 영구임대주택, 장애인 관련 제도가 유일하지만 기준이 까다롭고, 지원 수준이 매우 낮거나 정신장애인의 특성이 고려되지 않음으로써 실제적인 접근성에는 한계가 있었다. 주거에 있어서도 정신장애인, 가족, 그리고 종사자들은 공통적으로 지역사회의 인프라가 매우 열악함을 지적하였으며 독립을 위한 기능수준, 욕구, 연령 등에 따른 다양한 주거지원이 필요함을 강조하였다. 특히 정신장애에 대한 정책에 있어서 보건과 복지가 분리되어 있고

질병과 치료 중심의 보건정책이 보다 우선시됨으로써 소득과 주거와 같은 사회권 보장은 취약해질 수밖에 없고 장애인 복지 영역에서도 소외되고 있음을 강조하였다.

지역사회에서 정신장애인들은 여전히 취업 및 주거, 그리고 보험가입 등에서 정신장애인이라는 이유만으로 차별당하거나 배제되고 있음을 경험하였다. 특히 주거에 있어서 일방적으로 계약을 거부하거나 사소한 문제나 갈등만으로도 이사를 강요하는 등의 문제를 경험하고 있었다. 이러한 정신장애인에 대한 편견이나 차별은 이들로 하여금 지역사회에서 통합적으로 생활해 나가는데 가장 큰 장애요인이 되고 있다. 따라서 정신장애인에 대한 사회적 인식 개선이 중요하며 이를 위한 다양한 홍보 및 교육 또한 확대되어야 한다.

2. 연구결과의 정책적 함의

(1) 기초생활보장과 관련한 함의

이러한 본 실태조사의 결과는 지역사회에서 생활하는 정신장애인의 최저한의 소득보장과 관련하여 다음과 같은 함의를 제공한다.

첫째, 정신장애인들에게 다양한 공적 소득보장제도에 대한 안내와 정보제공, 신청절차에 대한 지원이 필요하다. 일반 국민들도 공적 소득보장제도를 완전히 이해한다는 것은 쉽지 않으나 정신질환으로 인해 장기간 사회참여 경험이 부족하고, 사회의 소득보장제도에 대해 정보를 제공받을 기회가 부족하였던 정신장애인으로서 소득보장제도를 충분히 활용한다는 것이 쉽지 않을 것이다.

둘째, 다양한 연구들에서 제시되는 바와 같이 장애인들은 장애로 인한 추가 비용이 발생하므로 정신장애인들에게 기초생활보장급여 대상자 선정기준이나 급여액 결정기준을 적용할 때 장애로 인한 추가비용을 소득에서 공제하거나 생계급여에서 추가적인 급여를 실시하는 방안을 고려할 필요가 있다. 동일한 생계급여가 지급된다면 정신장애로 인해 취업은 쉽지 않고 치료 및 재활에 상당한 비용이 드는 정신장애인으로서 상대적 으로 더 낮은 소득으로 살아가야 할 것이다.

끝으로, 주거시설에 거주하는 정신장애인들은 가족지지체계가 더욱 취약하며, 장애에도 불구하고 취업을 통해 자립적인 생활을 위해 노력하고 있으므로 이들의 자립을 촉진할 수 있는 소득보장정책이 요구된다. 이와 관련해 두 가지 실제적인 정책적 방안을 제

안하고자 한다.

첫째, 취업한 정신장애인들의 의료급여자격 유지를 일정기간 보장함으로써 정신장애인들의 취업을 통한 자립을 촉진해야 한다. 정신장애인들은 취업을 하게 되면 기존의 의료급여 상실을 우려한다. 의료급여는 만성 정신질환을 경험하는 정신장애인들에게는 치료로 인한 비용을 보장받는 공적 제도로써 절대적 가치를 갖는다. 이러한 의료급여를 상실하면서까지 취업을 시도하는 것은 정신장애인에게 큰 부담으로 다가올 개연성이 있다. 그렇다면 취업을 일정기간 동안 안정적으로 유지할 수 있을 때까지 기존의 의료급여자격을 보장하는 방안을 고려할 필요가 있을 것이다.

둘째, 최근 소규모 주거시설에서 생활하는 국민기초생활보장 수급 정신장애인들에 대해서도 시설수급을 적용하고 있는데 이는 정신장애인의 자립지원에 반하는 정책적 오류이므로 시급한 개선이 요구된다.

(2) 주거보장에 관한 정책적 합의

본 실태조사는 정신장애인의 주거보장과 관련하여 다음과 같은 몇 가지 합의를 제공한다.

첫째, 가정에서 생활하는 정신장애인을 위한 주거보장을 지원하기 위한 정책적 지원은 이들을 보호하는 가족을 지원하는 방향으로 추진되어야 할 것이다. 정신장애인들의 69.2%가 가족과 생활하고자 하지만 가족들은 정신장애인이 지역사회에서 혼자 생활하거나(34.6%), 형제들의 집에서 생활하는 것(25.9%)을 희망하고 있었다. 형제들이 부모에 비해 정신장애인 보호에 대한 책임성이 더 낮다고 가정한다면 약 60%에 달하는 정신장애인들의 주거대안은 지역사회에서 자립적인 생활이 가능하지 않을 경우 그룹홈, 요양시설, 입소시설 등에 의존할 수밖에 없기 때문이다. 따라서 가족의 보호부담을 경감시키면서 정신장애인의 자립적인 생활능력을 향상시킬 수 있는 지원이 요구된다. 소규모 주거시설을 확충하고, 재정적 여력이 있는 가족들을 위해 정신장애인에게 주택이나 자산을 증여, 상속할 때 특별한 세제혜택이나 자산관리에 대한 지원책을 마련할 필요가 있을 것이다.

둘째, 주거시설에서 생활하는 가족지지체계가 취약한 정신장애인의 독립적인 주거생활을 위한 특별한 지원이 요구된다. 이들은 장애에도 불구하고 취업을 통한 자립과 독립적인 주거를 희망하고 있으므로 공공임대주택 우선 입주기회의 보장, 주거 관리비 지

원, 입주할 수 있는 저렴한 소규모 주택이나 방을 충분히 공급하는 정책적 지원 등이 요구된다. 특히 독립적으로 주거할 경우 정신보건서비스 연계, 지역주민과 갈등을 예방하고 갈등 발생시 중재, 옹호할 수 있는 정책도 마련할 필요가 있을 것이다.

셋째, 소규모 주거시설을 다양화 하여 정신장애인의 지역사회 자립생활을 촉진해야 할 것이다. 현재 정신보건법과 규정은 소규모 주거시설이 단기간의 독립적인 생활훈련을 제공하거나 정신의료기관 및 요양시설에서 퇴원하는 정신장애인이 가정이나 지역사회 독립생활로 옮겨가기 전에 거치는 중간집(halfway house)기능을 하도록 규정하고 있다. 하지만 주거시설에 생활하고 있는 정신장애인들의 가족 지지체계가 취약하여 가족에 의한 보호가 어려울 것으로 보인다. 그렇다면 이들이 취업과 독립적인 생활훈련을 통해 충분한 자립생활이 가능할 때까지 주거시설에서 거주할 수 있는 기회를 보장해야 한다. 그렇지 않으면 불가피하게 정신장애인들이 주거시설을 옮겨 다녀야 하는 현상을 초래할 것이다. 이는 정신장애인들에게 주거시설이 안정적인 주거대안이 되지 못해 충분한 자립생활을 위한 준비를 추진하는데 어려움이 발생할 수 있음을 뜻한다.

넷째, 소규모 주거시설의 규정을 개정, 보완하여 증상 악화로 인해 입원하더라도 다시 해당 주거시설로 퇴원할 수 있도록 주거 안정성을 보장하는 방안을 마련해야 한다. 공공재라 할 수 있는 주거시설을 장기간 비워놓을 수는 없겠으나 규정을 마련하여 단기 입원의 경우 증상이 호전되어 퇴원하면 입원 전에 거주하던 주거시설로 퇴원할 수 있도록 보장하는 것이 바람직할 것이다.

(3) 가족 지원에 대한 합의

가족들은 정신장애인의 소득보장과 주거보장을 위해 많은 현실적 고민을 안고 있는 것으로 나타났다. 이들을 지원하기 위해 다음과 같은 정책적 방안이 고려되어야 한다.

첫째, 정신장애인들이 지역사회에서 생활하는데 필요한 최저한의 소득보장을 위해 기존의 장애연금제도와 기초생활보장제도의 개선이 요구된다. 장애연금수급 대상자 기준은 중증장애인으로서는 기초생활보장수급자이거나 일정한 소득인정액 이하인 경우만 수급이 가능하다. 하지만 이런 소득인정액 평가과정에서 장애로 인한 추가비용을 소득에서 공제하지 않는다면 정신장애인들은 치료 및 재활비용으로 인해 장애연금수당의 사각지대에 놓일 가능성이 높다. 따라서 장애연금수당제도, 기초생활보장제도에서 장애로 인한 추가비용을 고려한 소득인정액평가체계와 급여수준결정체계를 개발하여 적용할

필요가 있을 것이다.

둘째, 아직 가족이 정신장애인을 보호할 수 있는 상황에서 정신장애인의 취업이나 자립생활능력을 향상시키기 위한 재활 및 지원서비스가 강화되어야 한다. 무엇보다도 소규모 주거시설에 대한 입주기회를 확대할 필요가 있다. 단기적으로 가족의 보호부담을 줄일 뿐만 아니라 장기적으로 지역사회에서 자립적인 독립생활을 위해 일상생활기술을 훈련할 수 있는 공식적인 서비스는 소규모 주거시설뿐이기 때문이다. 한편 많은 가족들은 여전히 정신보건서비스 이용에 어려움이 있음을 호소한다. 가족들은 정신장애인 사회복귀시설 이용이 어렵다고 응답한 경우가 많았는데 이는 정신보건센터에서 가족들이 표집 되었음을 고려할 때 정신보건센터와 사회복귀시설 서비스 간의 연계에 개선이 필요함을 시사한다. 또한 정신장애인 직업재활서비스에 대한 안내와 연계, 기회확대도 가족들의 부담을 경감시키는데 필수적일 것이다.

셋째, 정신장애인을 보호하는 가족들은 장애 자녀의 주택마련을 위한 재원마련에 부담을 경험하고 있으며 공공임대주택에 대한 욕구가 높으므로 정신장애인의 공공임대주택입주기회 확대를 위한 정책노력이 요구된다. 공공임대주택이 비용이 저렴하고 안정적 주거를 제공하는 현실적인 대안일 수 있기 때문이다. 하지만 현재로서는 정신장애인들에게 공공임대주택 입주를 위한 특별한 배려가 제공되는 것은 없기에 정책적 대안 모색이 요구된다.

끝으로 정신장애인들을 보호하는 가족들은 지역사회의 편견으로 인해 심리적 부담뿐만 아니라 집을 구하거나 불가피하게 이사를 해야 하는 불편을 경험하고 있는 경우가 적지 않았다. 이는 지역사회의 인식개선을 위한 정부와 사회의 노력이 효과적이었는지에 대한 성찰을 요구할 뿐만 아니라 실질적으로 정신장애인이 지역사회 주민의 일원으로 통합될 수 있도록 지원하는 정책마련이 요구된다.

3. 정책과제

1) 정신장애인 기초생활보장을 위한 과제

국가는 장애인의 소득보장과 관련하여 증진 혹은 충족의 의무로서 빈곤을 해결해야 하는 의무를 갖는다. UN의 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙에서는 정신장애인의 원만한 재활과 정상화를 위해서 국가적 차원의 정신장애인 사회보장제도

를 검토하고 이를 통해 정신장애인의 사회 통합을 이루도록 하고 있다. 여기에는 사회 보험, 고용, 직업재활 정책 등을 통해 소득보장을 실현하고 근로활동이 불가능한 장애인에 대해 국민기초생활보장제도와 각종 수당 제도를 통해서 보충적인 지원을 하는 것이 포함된다. 국가는 최소핵심사항에 대해서는 우선적인 의무이행(즉시 이행)이 필요하며, 점진적 의무로서 이들 의무를 수행하기 위해 일정한 목표를 설정한 행동계획을 수립해야 하며(행위의 의무) 그 계획에 따라 일정한 결과를 내야 한다(결과의 의무).

이러한 맥락에서 장애인연금은 근로능력이 부족하고 장애로 인하여 발생하는 추가 지출비용으로 인해 생계가 어려운 장애인가구의 소득보장을 지원하며 장애인의 삶의 질 향상과 자립생활을 지원하는데 기여할 수 있다. 국가의 최소의무이행의 측면에서 장애인 소득보장의 사각지대를 해소하기 위해서는 보편적 수당제도인 장애연금으로 장애수당을 확대하고 장애급여의 적정 수준을 유지하기 하는 것이 필요하며, 장애인 실태조사나 장애인근로자 실태조사 등의 자료를 기초로 장애인의 소득수준과 생활보장에 대한 전반적인 검토와 계획이 추진되어야 하겠다.

의료급여 수급자의 입장에서 정신의료기관에의 입원은 의료서비스 자체보다는 의식주의 문제를 한꺼번에 해결할 수 있는 방안이 된다. 이는 의료급여가 사회보장급여로써 제공되기 때문에 급여자격이 인정되면 거의 무제한 비용 없이 제공되기 때문이다. 반면에 지역사회생활지원에 관한 사회복지서비스는 지방자치단체의 일반재정에서 제공되기 때문에 매우 제한적이다. 이와 같은 입원의료서비스와 지역사회생활지원서비스의 불균형은 장기입원을 초래하는 중요한 원인이 되고 있다. 지방자치단체의 경우에도 지역사회생활지원서비스는 자체 재원으로 충당하여야 하는 반면 의료급여는 중앙정부가 대부분 부담하기 때문에 자발적으로 지역사회생활지원 서비스를 확충하여야 할 재정적 유인이 없다. 따라서 지역사회생활지원을 위한 서비스 공급량을 확대하기 위해서는 의료급여수급자들에게 의료급여재정으로 바우처를 제공하여 지역사회생활지원 서비스의 공급량을 확충하는 것이 필요하다. 지역사회생활지원을 위한 서비스를 의료급여 및 장애인 장기요양보장제도를 통하여 제공하는 경우 정신장애인을 지역사회에 머무르게 하는 제도적 기제가 형성됨으로써 입원비용의 증가를 명확하게 억제하는 효과를 가질 것이다.

2) 정신장애인 주거보장을 위한 과제

정신장애인의 정상화에 기반을 둔 지역사회에서의 삶을 위해서는, 현재의 대규모 사

회복귀시설 중심의 거주시설로부터 보다 독자적인 생활이 가능한 대안적인 거주지로의 전환이 필요하다. 정신장애인의 지역사회주거를 확대하기 위해서는 지역사회의 소규모 정신장애인의 주거공급을 확대하고 주거의 이전과정이나 유지에 따르는 주거지원 서비스를 확충해야 한다. 또한 시설의 개념으로부터 독립적인 생활을 영위하는 주거공간으로서의 주택의 개념으로의 전환이 필요하다.

이를 위해서는 첫째, 정신장애인을 위한 주거지의 확충이 시급하다. 정신장애인 거주지의 적정 공급량과 공급방식에 대한 검토를 통해 필요한 주거지를 확충해나가야 한다. 현재 10인 이하의 지역사회 주거시설은 72곳(사회복지시설 협회 2009.1 현황)으로서, 이는 거주서비스 수요로 추산되는 약5,000명에게 필요한 시설의 10% 공급수준⁹⁾에 그치고 있어 정신장애인 소규모 거주지 확보가 절실하다. 장애인 주택공급이나 주거시설의 입소 자격이 보호 욕구에 대한 사정에 근거해서 이루어질 수 있도록 정신장애인 주택 우선공급을 위한 관련부처와의 협약이나 정신장애인의 주거권을 보장하려는 제도적 노력이 필요하다. 장애인 주거시설확보를 위해서는 주택공급관련 규정의 개정이 또한 필요하다. 등록 정신장애인은 우선공급규정 가운데 기타우선공급대상자로서 실제 공급되는 물량이 제한되어있기 때문에 실질적인 혜택을 보지 못하고 있다. 매입임대주택도 2순위자로서 수급권자, 차상위계층인증자 등의 1순위자로 모집인원이 차면 2순위공급물량은 없게 된다. 정신장애인에 대한 주택공급량을 확보하기 위해서는 장애인 등 사회적 약자를 위한 10% 임대주택 쿼터제 등을 도입하여 일정공급을 장애인에게 특별 공급하도록 하는 주택공급관련 규정을 개정하는 노력이 필요하다. 또한, 자치구별로 기존주택을 매입하여 공공임대주택으로 전환하여 배정물량의 공급을 증가시키도록 관심을 촉구하도록 한다. 또한 정신장애인이 기존의 공공주택을 분양 또는 임대받을 수 있도록 주택신청과 관련한 절차를 지원하며 다양한 주택마련을 위한 방법을 홍보를 강화하는 것이 필요하다. 국민주택규모 이하의 공공임대주택과 공공분양주택은 주택건설지역의 무주택세대주인 청약가입자에게 우선분양하고 있다. 청약제도에 대한 이해도를 높이고 다양한 공급주택의 신청을 적극적으로 활용하여 공공주택의 입주기회를 확보하도록 가구별로 적합한 임대주택에 대한 안내 및 입주공고와 관련한 정보 등을 제공한다. 또한 긴급주거비 지원 등 주거복지지원사업을 통해 지원받을 수 있는 다양한 혜택에 대해 안내

9) 현재 주거시설을 포함한 사회복지입소시설의 거주자가 914명인 것과는 큰 차이를 보이고 있다(보건복지부, 2007).

하도록 한다. 보다 체계적인 지원을 위해서는 정신장애인 주거지원센터를 설치하여 적절한 주택의 선택과 관리, 각종 지원서비스 등 주거와 관련한 제반 서비스를 지원하는 업무를 담당하도록 할 필요가 있다. 주택공사 등에서 게시하는 공급주택에 관한 정보를 제공하며 주택신청과 관련한 관계절차에 대한 대행 지원을 함으로써, 청약과정이나 보증금융자신청 등에 필요한 제반 업무를 원활하게 진행하며 입주에 필요한 보증금이나 임대료 마련 등 사전준비를 돕도록 한다.

둘째, 정신장애인의 지역사회에서의 자립생활과 보다 독립적인 주거를 위해서는 정신장애인 주거서비스의 전문화를 통해 사회복귀를 지원하는 다양한 서비스와 자원의 결합을 체계적으로 지원하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 주거지원 사례관리를 통해 입퇴원 과정에서 정신장애인의 특성이나 욕구에 적합한 주거지를 발굴하여 연결하고 지역사회에서 생활하는데 필요한 의료 및 재활, 생활지원 서비스 등을 체계적으로 연계함으로써 정신장애인의 일상생활에서의 자립능력을 증진시키며 주거안정을 도모하도록 한다. 주거서비스체계의 원활한 흐름을 위해서는 지역 내 주거관련 프로그램의 수요 및 대상자를 파악하여 지역 내 주거지원계획을 세워 모니터링 하도록 한다. 시·군·구 단위로 공적 서비스전달체계를 기반으로 지역사회관리체계를 구성하도록 하며 사례관리팀에서 주거지원센터와의 서비스연계를 통해 거주시설 입소에 필요한 법적·행정적 지원을 하도록 한다. 다양한 주거생활유형을 파악하여 이용자에게 가장 적합한 시설 배치가 이루어지도록 한다. 퇴원하거나 가족으로부터 독립을 희망하는 입소대상자로부터 신청을 받은 후 상담을 통해 거주자의 욕구에 부합하는 주거지 선정과 배치가 이루어질 수 있도록 하며 입소와 관련한 법적, 행정적인 문제를 지원하고 관리하는 역할을 담당한다. 입소 후에는 입주자의 주거상황을 모니터링하며 주거임대만료나 거주지이전이 필요한 경우 지원하도록 한다. 중장기적으로는 사례관리를 통해 독립주거생활 지원계획을 수립하는 것이 필요하다. 주거시설의 실무자와 지역사례관리팀에서는 입소자별로 독립주거생활을 위한 개별지원계획을 수립하고 주거의 적절성과 독립주거생활의 만족도를 정기적으로 평가하여 주거서비스의 질 향상에 기여하도록 한다. 주거시설 거주자에게 사회적응지원을 위한 서비스 지원을 통해 지역사회적응을 돕는다. 주거시설에서는 거주기능만 담당하고 의료나 재활프로그램, 기타 사회복귀 프로그램은 지역사회 내 서비스와 자원을 이용하도록 지역사회 내 프로그램에 대해 접근성을 높이는 방향으로 추진하도록 한다. 구체적으로 독립생활과 지역사회생활에 필요한 사회기술훈련과 직업재활 등

의 훈련프로그램을 정신보건센터나 사회복지시설, 직업재활시설 등 외부로부터 지원받을 수 있도록 연계하므로써 주거와 프로그램 기능이 분리되도록 하되 필요로 하는 서비스나 자원으로부터 소외당하지 않도록 한다. 또한, 지역사회 내에서 정신장애인에게 서비스를 제공하는 관계기관의 종사자에게 정신장애인 주거지원 사례관리의 중요성을 알리도록 한다. 지역사회정신보건센터를 통해 사례관리가 이루어지는 경우 주거서비스연계와 관련한 지역 내 서비스 제공 주체들 간의 지원과 협조를 얻도록 한다. 정신장애인 주거시설은 지역사회서비스 체계와 통합하여 운영하는 것이 필요하기 때문에 지역사회정신보건시설 종사자와 사회복지서비스 종사자에게 정신장애인 주거서비스 연계지원사업에 대한 세부내용을 홍보하고 교육하여 주거서비스욕구를 가진 대상자에게 적절한 지원이나 연계가 이루어지도록 한다.

셋째, 궁극적으로는 시설개념의 정신장애인의 주거에 대한 주택으로의 인식전환이 필요하다. 소규모 공동생활가정형태의 주거시설도 주거공간과 주간활동 공간이 적절히 분리되지 않은 단순 보호기능으로 오히려 장애인의 사회통합을 저해한다는 비판을 받고 있다. 생활시설, 그룹홈, 자립홈에 거주하는 지적장애인의 자립생활경험과 3개 시설 유형별로 비용(서비스 원가)을 비교한 결과, 투입비용은 생활시설 약 1500만원~2000만원, 공동생활가정 약 1,000만원~1,100만원, 자립홈¹⁰⁾ 약 4,025천원으로 나타나고 있다(박숙경, 2009¹¹⁾; 강희설, 2007¹²⁾). 현 사회복지시설의 기타 훈련시설로 분류되어있는 주거시설은 10인 이하의 시설로 운영되며 시설장 1인과 정신보건전문요원 1인 이상을 두도록 되어있다. 주거시설에 거주하는 정신장애인의 경우 통원치료를 받으며 직업재활수행능력이 있고 자기관리에 문제가 없는 자로서 상시적인 직원의 감독이 필요하지 않은 정도의 사회적응능력과 생활기술능력을 가진 경우가 대부분이다. 그럼에도 불구하고, 주거

10) 그룹홈은 장애인이 지역사회 안에서 가정과 같은 주거환경에 거주하면서 독립적인 생활에 필요한 각종 서비스와 지원을 받는 소규모의 지역사회중심주거시설이다. 그룹홈은 직원이 상주하여 거주인을 지도, 감독하는 사회재활시설로서 어느 정도의 타율성을 전제로 하고 있어 자립생활운동 관점에서 재활모델이라는 비판을 받고 있다. 자립홈은 직원이 상주하지 않고 순회하는 형태로 거주인의 더 높은 자립을 보장하는 주거형태로 외국에서는 아파트, 외부그룹홈, 외래홈 등으로 다양하게 불리고 있다. 자립홈은 일부 선진적인 기관에서 운영되고 있으며 2006년 9월 서울시그룹홈지원센터에서 서울시의 지원을 받아 시범사업으로 운영되고 있다.

11) 박숙경, (2009). 인권은 시설보호주의를 넘는다” -장애인 시설 생활인의 지역사회에서의 보편적 삶을 위한 현황과 과제, 탈시설워크 자료집.

12) 강희설, 장애인거주시설 서비스의 체계구축 및 시범사업 방안, 장애인 거주시설서비스 기능과 구조의 혁신 방안 공청회자료집, (2007)

시설에는 7-10인의 경우 상주직원 2인(보조원 포함), 6인 이하의 경우는 상주인력 1인이 시설장과 함께 근무하도록 되어 있어 시설운영비에서 인건비가 차지하는 비중이 과다할 뿐 아니라 지역사회의 독립적인 주거지로서 기능하는데 혼란이 있다. 향후 소규모 주거지는 생활시설이 아니라 주택으로서 거주중심의 기능을 확립하고 거주인의 지위와 권리보장방안에 대한 구체적인 논의와 대안을 마련하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 적정의 주거수준을 유지하기 위한 기준안을 마련하는 것이 시급하다. 최근 장애인거주시설조사결과, 장애인거주시설의 기본적인 서비스 질을 확보하기 위해 국가적인 최소기준(minimum standards)이 필요하며 서비스 과정과 비용의 표준화 및 서비스의 질 관리 시스템을 구축하는 것이 시급하다는 인식이 높게 나타났다(장기성, 2007)¹³⁾ 또한 장애인거주시설 내에서 이루어지는 개별서비스의 결정과정에 이용자가 참여하도록 규정과 절차를 마련하며 이용자의 사생활을 보장하기 위해 시설직원이나 방문자에게 적용하는 수칙 제정이 필요하다. 또한 주택으로서의 개념을 정착시키기 위해서는 관리차원의 규칙을 최소화하는 자유로운 주거환경의 조성이 필요하다. 지역사회의 거주형태는 완전한 독립주거보다는 공동생활가정과 같은 소규모 거주시설이 대부분이나 입소시설이 아닌 주택의 개념을 강조하는 것이 중요하다. 따라서 많은 프로그램을 구조화하기보다는 거주자들의 자율적인 주거공간으로서 각자에게 적합한 일상적인 생활방식을 갖추도록 돕는 수준에서 규칙을 최소화하도록 하며 가능하면 입주자들 스스로 정하여 지키도록 한다. 지역주민과의 교류를 확대함으로써 지역주민들과의 긍정적 관계를 형성하고 낙인을 최소화하며 주민지원체계를 확보하는 것이 중요하다. 주거시설은 지역사회내의 일반단독 및 공동주택을 활용하여 설치되고 있음에도 불구하고 입소자들의 지역주민과의 교류는 충분히 이루어지지 못하고 있다. 지역사회의 접근이 용이하고 대중교통 이용이 편리한 곳에 설치함으로써 지역주민들과의 일상적인 접촉을 늘리도록 하며, 지역주민에게 제공되는 주민지원서비스를 충분히 활용함으로써 지역사회 적응력을 높이고 지역주민으로서의 소속감을 키우도록 한다. 또한, 자원봉사나 지역주민행사의 참여 등을 통해 지역주민들과의 긍정적인 관계를 형성하고 정신장애인에 대한 지역사회의 인식을 개선해 나가도록 한다.

13) 장기성(2007). 장애인거주시설 서비스의 현재와 진단, 장애인 거주시설서비스 기능과 구조의 혁신 방안 공청회자료집.

제2부 토 론

- 왜 여전히 정신질환자 및 정신장애인의 삶은 비참하고 어두운가?
김 선 희 (한국정신장애연대 사무국장)
- 정신장애인 국가보고서 실효적 이행 방안에 대한 토론
문 용 훈 (한국사회복귀시설협회 부회장)
- 정신보건가족의 입장과 제언
김 현 태 (대한정신보건가족협회 자문위원)
- 김 성 주 (한국정신장애연대(KAMI) 공동대표)

왜 여전히 정신질환자 및 정신장애인의 삶은 비참하고 어두운가?

김 선 희

(한국정신장애연대 사무국장)

1. 들어가며

정신질환자 및 정신장애인에 대한 화두는...정신병원, 요양원, 기도원, 극단적인 사건 사고의 주인공 그리고 연예인들의 우울과 자살 등으로 시작된다. 지난 10여 년 동안 병원의 시설은 좋아지고, 약물의 질과 효과도 개선되어왔는데도 불구하고 왜 크게 달라진 것이 없다고 느껴지는 것인가? 이는 당사자의 소리나 의견을 담아내지 못하는 인권, 치료체계 그리고 지역사회서비스 즉 소비자 중심이 아닌 제공자 중심의 체계와 시스템이 주된 요인이라고 본다.

이에 대하여 우리는 국가적 및 사회적으로 당연히 되어있는 것들에 대해 의문을 갖음으로서 알아차리 용이하지 않은 고정관념을 타파하고, 편견과 잘못된 정보 및 지식체계를 개선할 수 있으며, 인위적으로 의도된 즉 자연스럽지 못한 모든 것들을 개선하기 위해서는 하나 하나 구체적인 의문을 던짐으로서 분명해질 수있다고 본다.

멀쩡한 부인이 종교적 이유로 강제입원 당하여 가족과 병원에 의해 감금 및 정신과약물 복용을 당해오다 탈출한 후 고소하였으나 법원의 묵과로 일인시위를 통해 사회적 관심과 이슈를 이끌어 내고서야 그 실태를 알리게 된 사건

경기도 화성에서의 지역주민과 정신장애인과 사소한 다툼이 결국에는 정신장애인과 그 가족에 대한 강제 전출 및 강제입원 강요사건으로 발전하고, 이는 공공의 이익이 정신장애인의 삶의 권리보다는 우선한다는 법적해석을 내린 사건

강원도 원주시 지역주민과 공무원에 의해 정신요보호대상자의 효율적 관리를 위한 방안이 제시되어 지역사회속에서 정신장애인의 삶을 제한하려했던 사건 등은

이 사회의 정신장애인에 대한 인권의 실태를 잘 드러낸 주요 사건이다.

2. 강제입원으로 시작하는 합법적 인권침해

사건사고의 주인공으로 사회적인 보호와 치료를 받아야하는 약자가 아닌 범죄자로서의 낙인이 더욱 강한 우리나라의 현실은 정신장애인의 강제입원을 합리화시키고, 지역사회로부터의 격리는 당연한 조치로서 받아들여지는 이유로 입퇴원에 대한 당사자의 동의나 의견의 존중은 처음부터 고려되지 않고, 속전속결로 이루어지고 있다. 이에 대하여 입원치료에 대한 효과성이나 명분에 대하여 의심의 여지를 갖는다.

의문:

- 왜? 아직도 지역사회보다는 정신병원과 요양원에 더 많은 정신질환자 및 정신장애인이 수용되어 있는 것인가?
- 약을 먹으면 낫는다는 정신병이 왜 만성화 되어가고 정신장애인은 늘어만 가고 있는 것인가?
- 정신보건사업은 발전에 발전을 거듭해왔고 많은 것이 달라졌는데도 정신질환자 및 정신장애인 당사자는 물론 가족은 빈곤과 소진으로 지쳐가는가?

3. 정신과적 진단과 정신장애에 대한 잘못된 흐름은 의료적 해석에 의한 규정으로 시작

정신질환에 대한 절대적 주체는 의사가 되어 정신질환에 대한 일반적 접근을 불가능하게 하는 현재의 정신의료체계는 정신질환에 대한 극단적이고 잘못된 관리체계를 만들어내는 것에 대한 우려가 적지 않다.

의문:

- 정신질환은 뇌의 병인가?
- 정신병은 약을 먹으면 치료가 되는가?
- 정신질환자의 행동은 위험하고 예측 불가능한가?
- 정신질환은 병원에서만 치료되는 것인가?
- 정신질환의 인격과 삶의 문제는 치료와 회복에 무관한 것인가?
- 당사자와 가족은 치료와 회복의 객체인가?

4. 치료와 회복의 과정에서 묵살되는 당사자의 권리와 인격

일반적으로 의료기관을 통한 치료 행위와 지역사회재활 시스템에 있어서 소비자로서 알 권리나 선택권 등이 합법적으로 무시되는 체계는 국가적 사회적으로 무디어진 인권 감수성의 부재를 시사한다.

의문:

- 당사자의 목소리도 없는 인권도 인권인가?
- 정신보건법은 정신질환자 및 정신장애인을 위한 법률인가?
- 관련기관 종사자들의 인권감수성은 살아있는가?
- 현재의 인권교육은 살아있는 교육인가?
- 정신질환자의 인권보호와 증진을 위한 체계적 이론과 실천강령은 있는가?
- 정신질환자 및 정신장애인의 인권문제의 개선을 위해 인권위원회의 역할과 역량은 충분한가?

5. 현재의 정신질환의 치료체계와 결과로서 유추해보는 효과성

의료기관 및 의료진의 계속되는 증가는 의료적 발달을 보여주는 것이 아니라 치료적 실패의 한 측면이라는 관점도 분분하다.

의문:

- 현재의 의료적 치료중심의 체계가 정신질환자의 치료와 회복에 도움이 되는가 ?
- 정신질환자가 정신장애자가 되어가는 현실은 무엇을 말하는가?
- 현재의 시스템에서 이익을 보는 집단이나 개인은 누구인가?

6. 우리는 주시해야할 문제

반복되는 입원, 정신질환에서 정신장애자로 전락하는 결과물, 정신질환은 약을 복용하면 치료된다는 전제가 무색해질만큼 삶의 질적 저하가 일반화되어가는 현실은 왜 반복되고 있는것인가? 이는 현재적 관점과 치료 및 회복을 위한 체계적 시스템에 있어서 재검토를 요한다.

의문:

- 지금까지의 정신질환 및 정신장애에 대한 관점과 해석은 타당한것인가?
- 지금까지의 정신질환 및 정신장애에 대한 전문가적 판단은 문제가 없는가?
- 정신질환의 치료와 회복에 있어서 당사자와 가족의 생각과 의견 등이 배제되어온 것이 합당한 것인가?
- 정신질환 및 정신장애에 관련하여 국가, 의료기관과 관련전문가, 지역사회서비스체계 등을 주도하는 주체들은 누구인가?
- 현재의 모든 치료체계 및 시스템 나아가 정책에 관여하는 주체들이 선택하고 결정하는 것들에 대한 적절성 및 효과성에 대한 검증시스템이 있는가 그리고 검증은 가능한 것인가?

7. 맺는 말

이제, 우리는 시대를 역행하면서 끊임없이 반복해오는 입원과 퇴원, 늘어가는 병상수, 정신장애자의 어둡고 침울해가는 삶의 과정과 결과들에 대해 원인과 과정을 되짚어 보아야 하고, 의심의 여지를 두지 않고서는 변화를 가져올 수 없다는 사실에 대하여 직면

하고 있다고 본다. 당연한 것들에 대하여, 금기시 되어온 것들에 대하여 그리고 변하지 않고 유지하려는 기존의 것들에 대하여 좀 더 다양한 관점들과 가능성들에 대하여 개방되어져야 한다.

또한 변화를 이끌어내기에 너무 굳어져버리고 정형화되어버린 것들에 대하여 개선의 여지는 늘 열려있어야 하며, 혹 잘못된 것이나 오류가 있었다면 이는 작은 것 하나 하나를 사소히 여기며 관심갖지 않았던 작은 실수 작은 무관심으로부터 빚어진 결과이다.

그러므로 잘못된 것, 효과적이지 못한 것, 자연스럽지 못한 모든 것들에 대해 관심을 갖고 의문을 던지는 우리 모두의 관심과 노력이 집중되어질 때 비로서 변화는 시작되리라 믿는다.

당사자 혹은 소비자의 생각과 권리 나아가 한 인간이 인간다운 삶을 영위하도록 하는 권리에 대한 존중과 배려가 없는 모든 것(개념, 지식, 이론, 행위, 체계 및 시스템, 정책 등)들에 대하여 NO라고 말하는 소리에 귀 기울여야 하고, 당사자 및 소비자에 의해 선택받지 못할 때 그 존재 가치와 의미를 상실한다는 교훈이 일반적 상식이 되었을 때 건강하고 희망적인 치료와 회복체계가 자리잡을 것으로 믿는다.

정신장애인 국가보고서 실효적 이행 방안에 대한 토론

문 용 훈

(한국사회복귀시설협회 부회장)

일상적인 삶에서 우리들은 사회에서 생활하게 됩니다. 우리가 만나는 정신장애인들 역시 우리가 살아가는 사회의 한 구성원으로 일상을 살아가야 합니다. 그러므로 정신보건영역에서 사회적 약자인 정신장애인들과 그들을 둘러싸고 있는 지역사회를 우리의 핵심적인 자원으로 보고 접근해야 합니다. 이는 정신장애인들을 떠나서는 정신보건시설의 직원이 존재할 명분이 없고 지역사회가 아니면 그들을 온전히 돕기 어려울 뿐 아니라 우리들의 서비스를 지속할 수도 없기 때문입니다.

하지만 한 사람의 인격적인 가치를 하나의 정신보건시설에서 다 담당할 수 없고 하나의 정신보건시설이 정신장애인이 살 만한 모든 가치를 가지고 있을 수도 없습니다. 그러므로 사회적인 약자에게 주어지는 권리를 보호하는 것에서 벗어나 지역사회의 공동체적 가치가 ‘함께 살아간다’는 것으로 바뀌어야 하고 이를 제도나 문화가 뒷받침 해야 할 것입니다.

국가인권위원회에서 2년 가까이 준비 끝에 정신장애인 인권보호 증진을 위한 국가보고서가 만들어진 이후 정신장애인에 대한 인권논의가 정신보건영역에서 본격적으로 논의되기 시작하게 된 점에 국가인권위원회에 감사드립니다.

국가보고서 이행방안에 대하여 전반적인 토론을 짧은 시간에 하기에는 어려워 정신장애인에 대한 차별과 편견해소, 지역사회중심의 정신장애인 치료에 관하여 토론하도록 하겠습니다.

우리나라에서는 지난 1995년 정신보건법이 제정된 이후 15년간 지역사회정신보건사업

이 진행되고 있습니다. 정신보건관련기관이나 단체에서는 여러 가지 형태로 정신장애인에 대한 인식개선사업을 진행하고 있으나 아직까지 비장애인에게 까지 인식개선이 되지는 못하고 있습니다. 이는 정신장애인에 대한 오래된 편견과 타인에 대한 관심이 적어지는 현대사회의 문제가 복합적으로 일어난 상황이라 생각됩니다. 정신보건법을 지역사회 중심으로 개정하고 정신장애인과 관련한 차별적인 각종 법령을 개정하는 작업이 장애인 영역에서도 함께 하는 연대가 이루어지도록 방안이 마련되어야 할 것입니다.

이를 위하여 첫째, 정신장애인과 비장애인이 만날 수 있는 접촉의 빈도를 실질적으로 높이는 것이 필요합니다. 정신보건과 관련한 세미나와 행사에서 우리는 주로 정신보건 시설의 종사자와 당사자들이 참석하고 그들의 이야기를 듣습니다. 비장애인중 우리와 접촉빈도가 높은 대상을 정해서 전략적으로 행사가 진행되었으면 합니다. 둘째, 정신장애인에 대한 교육을 좀 더 세밀하게 준비되었으면 합니다. 얼마전 태화샘솟는집에서 진행한 ‘사람만이 희망’이라는 세미나에서 고용주분이 제안한 내용으로 실제 교육적인 면에서 시도하였으면 합니다. 고용환경에서 우리 주변에서는 장애에 대한 잘못된 편견과 고정관념에 의해 장애인에 대한 차별을 당연히 하는 비장애인의 문화와 풍토가 굳게 자리잡고 있고 정신장애인은 더욱 심각한 상황입니다. 보건복지부에서 조사한 장애인실태조사(2005)에 의하면 정신장애인의 취업률이 15.94%(34.1%), 월평균수입 54만원(114만원), 일제대환 불만족도 58.6%(48.8%)인데 이는 타 장애영역에 비하여 더욱 열악한 상황을 보여주고 있습니다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 먼저 정신장애인을 포함한 장애인과 함께하는 직장 생활에 대하여 별도의 교육프로그램을 지정 운영하던지, 그것이 어렵다면 매년 반기별 의무교육으로 진행되고 있는 성희롱 예방교육 시 장애인 차별금지 교육을 함께 하도록 제도화 한다면 인식전환에 큰 전환점이 될 것으로 생각합니다. 셋째, 잘못된 제도나 사회적편견에 대응하여 이를 바꾸어가는 경험입니다. 이를 위하여 현재 진행되고 있는 정신장애인 당사자모임의 건강한 성장과 함께 당사자모임에서는 사회운동기회의 확대를 기획하고 타 단체나 모임과의 연대가 진행되어야 할 것입니다.

지역사회중심의 정신건강은 정신장애인을 위한 서비스의 나침반과 같은 방향성입니다. 중앙정부와 지방자치단체마다 직간접적으로 이를 언급하고 있으나 원칙적으로 이를 공식화하는 과정이 진행되었으면 합니다. 뉴욕의 경우 정신보건의 중요가치가 재확인이라고 공식화한 상태에서 서비스를 구성하고 기존서비스를 재조직화 하였다고 합니다. 우

리의 경우도 이러한 과정이 진행되기를 기대해 봅니다. 지역사회중심의 서비스의 경우 기본적으로 예산의 확대가 있어야 하고 이에 대한 정부의 강력한 의지자 중요합니다. 작년에 얼마의 시설이 있는데 올해 몇 개의 시설이 늘었다 정도의 실적은 실제 큰 의미가 없을 지도 모릅니다. 기존서비스를 정신보건의 가치에 맞추어 공급과 연계체계를 강화하는 별도의 계획이 필요합니다. 이를 위하여 기존서비스나 신규서비스에 대한 활성화작업과 중복되거나 과다한 목표에 대한 합리화작업이 동시에 진행되어야 합니다.

정신보건센터의 경우 적은 직원으로 많은 업무에 다양한 대상의 사업이 진행되고 있습니다. 자치단체마다 차이는 있을 수 있지만 실제 풀타임 직원이 담당하는 사례가 300case 이상인 곳도 있습니다. 아직 등록률이 20%가 목표인 것을 본다면 이는 우리나라 사회복지의 문제인 서비스를 얇고 넓게 펼쳐 실제 서비스 접촉빈도가 낮은 상황을 계속 지속될 가능성이 높은 상황입니다. 실제로 자치단체에서 진행되고 있는 통합사례 회의에서 정신장애인과 관련된 지원회의가 많이 진행되고 있다는 점이 이러한 문제를 제기하고 있다고 생각합니다. 사회복지시설의 경우 정원으로 이용 및 입소인원이 제한되어 실제 서비스를 제공할 수 있는 인원이 한정되어 있습니다. 이러한 문제를 극복하기 위해서는 정신보건시설에 대한 실질적인 예산확대가 계획을 가지고 진행되어야 할 것입니다.

예를 들어 일부자치단체에서 진행하는 주택개발공사와 협력하여 일정부분의 주택을 정신보건시설로 운영하는 것을 제도화하는 방안이 필요합니다. 또한 주거시설에서 퇴원한 이후 공동생활가정이나 독립거주에 대한 지원을 노숙인시설에서 독립거주시 지원되었던 매입임대주택사업을 적용하는 것 등 실질적인 인프라확충에 대한 기획이 되어야 할 것입니다. 일부자치단체에서 조사한 바에 의하면 주거시설에서 지난 5년간 퇴소한 대상자중 25%가 다른 주거시설로 연계된 것은 거주와 관련된 서비스가 다양화되지 못한 상황을 보이고 있습니다.

이와 함께 정신보건법시행령 시행규칙 별지6 내용을 현실에 맞게 개정하여 다양한 정신보건사업이 반영되도록 할 필요가 있습니다. 아동·청소년사회복지시설, Halfway house, 노년기 정신장애인을 위한 시설, 특수대상이나 외래치료명령제로 인한 퇴원하는 정신장애인을 위한 거주시설 등 다양화와 프로그램확대를 위한 근거를 만들어 줄 필요가 있습니다. 특히 거주시설에 기초생활수급자인 정신장애인이 주거시설에 갈 경우 직권주의에 의한 시설수급자가되어 사회보장권에 대한 심각한 문제점을 보이고 있어 수

요자 중심주의로 전환하는 것을 고려하여야 할 것입니다.

입원체계에서 지역사회서비스로의 이동시 이를 지원하는 체계를 좀더 세심하게 제공하여 유입체계를 활성화하여야 합니다. 미국의 경우, 주(State)마다 다르긴 하나 퇴원하는 정신질환자를 지역사회 치료서비스(outpatient + community services)로 연계하는 것이 필수로 되어 있으며, 뉴욕 주립병원의 경우 이런 연계과정을 활성화하기 위하여 병원의 사례관리자가 퇴원 후 3개월까지 지역사회 기관과 함께 사례를 관리하는 Bridge 프로그램 등도 운영하고 있습니다. 이와함께 실제 지역사회연계 서비스팀(ACT, ICM, SCM등)이 운영되어 퇴원한 정신장애인에 대한 정기적인 방문, 상담, 치료 및 지역사회 서비스 연계를 진행하고 있습니다. 호주(빅토리아 주)의 경우, 통합된 공공정신보건서비스 시스템을 통해 정신의료기관에서의 퇴원계획 수립 시 지역서비스 사례관리자가 참여하는 것이 공식화 되어 있습니다.

이밖에 정신장애인에 대한 장애인장기요양보험제도, 사회서비스에 대하여 부처간의 합의를 통한 모형개발과 실행이 진행되어 정신보건사업의 실질적인 확대가 이루어졌으면 합니다.

정신보건가족의 입장과 제언

김 헌 태

(대한정신보건가족협회 자문위원)

정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서가 채택되어 정신장애인에 대한 국가적 관심과 국민적 관심을 한층 높여주는 데 기여한 국가인권위원회의 그동안의 활동에 대해 진심으로 감사하고 싶다. 인권은 정신장애인뿐만 아니라 장애인 비장애인 할 것 없이 모든 사람이 다 인권을 보호받아야 하며 이는 인간의 기본적인 권리이다.

하지만 유독 우리나라는 그동안 정신장애인에 대한 사회적 편견과 인권침해는 매우 심각한 수준으로 국내외적으로 곱지 않은 시선을 받아왔던 것도 숨길 수 없는 사실이라고 본다.

다행히 국가인권위원회가 이런 구조적인 문제점을 개선하기 위하여 지난해 정신장애인 국가보고서를 채택하여 입·퇴원 과정에서의 적정절차를 마련하고 정신보건시설 내 권리보장과 치료환경 개선에 나서고 지역사회 중심의 정신장애인 치료 여건과 지원 확대의 필요성에 나선 것은 뒤늦었지만 매우 고무적인 활동이라 평가하지 않을 수 없다.

특히 정신장애인에 대한 차별과 편견을 해소하기 위하여 각종 법령의 개정을 촉구하고 용어를 개정해 나가고 인권교육 전문교육기관의 정비 필요성을 제기한 것은 작금에 도출된 문제점을 감안할 때 시의적절한 판단이라고 본다.

국가인권위원회가 2007년 12월 정신장애인 국가보고서 추진위원회와 연구위원회를 발족하여 실태조사를 벌이고 토론회, 간담회를 갖고 국가보고서를 채택하여 국무총리와 보건복지부장관에게 이행을 권고하고 대통령실에 국가보고서를 송부하여 정신장애인에 대한 국가와 사회적 관심을 드높인 3년에 걸친 활동은 정신보건가족과 정신장애인 리

더들의 입장에서 볼 때 만시지탄의 감은 있으나 매우 높이 살 활동으로 평가하고 싶다. 특히 주요 내용에 대한 실천을 위해 국무총리실과 보건복지부의 이행상황 요청과 회신도 받아 그 결과는 앞으로 기대하는 바가 매우 크다.

우리나라 정신장애인은 줄잡아 200만 명이 넘어서는 것으로 추정되고 있고 그 가족만도 750만 명 수준인 것으로 우리 정신보건가족들은 보고 있고 매년 교통장애인과 함께 가장 많은 증가세를 보이고 있다는 사실은 이미 주지하는 바이다. 이 점은 정신장애인 발생에서부터 치료 재활과 사회복귀는 물론 사회적 편견해소와 인권보호의 중요성을 함축적으로 보여준다고 할 것이다.

사실 과거 20여 년 전만 해도 요양시설과 병원을 중심으로 이뤄진 정신장애인에 대한 인권유린은 상상을 초월할 정도로 심해 사회적 물의와 질타를 받아온 경험을 우리는 너무나 많은 사례에서 목도해 왔다. 창살로 막아 감옥과 같은 수용환경에서 심지어 쇠사슬로 묶어놓고 구타와 과다약물로 비인간적인 무자비한 처우를 받으며 알게 모르게 죽어나가다가 하면 탈주극을 벌이고 심지어 멀쩡한 행여자들을 요양시설에 가둬놓고 약물로 정신질환자를 만들어 고통을 주던 일 등을 우리는 결코 잊어서는 안 된다고 생각한다. 20여 년 전 인권유린 실태를 파악하기 위해 국회의원들이 국정감사를 실시하려 해도 맹렬한 저항을 받고 실패하던 현장을 함께 하던 사람으로 오늘날의 변화의 모습을 보면 참으로 안도감마저 든다. 하지만 그런 토대위에서 문제를 야기했던 수용시설들이 아직도 남아 복지 재벌화 되고 있는 현실을 보면 참으로 아이러니가 아닐 수 없다.

그럼에도 불구하고 국가인권위원회의 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서를 보면 그 시사하는 바가 매우 크다.

그 첫째는 1997년 정신보건법이 얼마나 허술했는지는 모든 주요 내용을 통해 볼때 정신장애인에 대한 그동안의 법적 장치에 모순이 많았는지를 극명하게 보여주고 있다는 것이다. 아직도 많은 부분의 손질이 필요하다는 것이 우리 정신보건가족들의 주장이기도 하다.

두 번째는 이런 모순 덩어리의 정신보건법으로 인해 정신장애인과 정신보건가족들이 그동안 얼마나 고통을 받고 몸부림쳐야 했는지를 역시 단적으로 보여주고 있다는 사실이며 아직도 진행형이라는 사실을 우리 모두는 잊지 말아야 한다는 점이다.

셋째는 정부의 지원예산도 주로 요양시설 중심으로 이뤄지고 있어 정신장애인의 재활과 사회복귀는 원시적인 수준에 머물고 있다는 점이다. 각종 재활과 사회복귀시스템

이 체계적이지 못하고 형식적인 수준에 그쳐 수많은 정신장애인들의 재활인권을 지켜 주지 못하는 것도 숨길 수 없는 안타까운 현실이다. 이같은 내용들은 기회가 있을 때마다 다시 말해 각종 토론회와 발표회 논문 등을 통해 학계나 관련 종사자들로부터 약방의 감초처럼 등장하고 잘 인식하고 있지만 그 실천은 구두언에 그쳐왔다는 사실도 알아야 한다.

넷째는 정신장애인들을 수용하는 요양시설이나 치료하는 병원들이 정신장애인들을 돈벌이 수단으로만 생각하려는 의식은 없는지 살펴보아야 할 시점이라는 것이다. 이는 10년 20년 장기적으로 수용되어 있는 정신장애인들의 모습을 보면 금방 알 수 있다. 감금율이 세계 최고수준이라는 부끄러운 현실을 다시금 돌아볼아야 한다. 여기에서 정신보건법 시행이후 요양시설에 정신병원까지 얹혀줘 일부 시설만 배불리는(?) 묘한 양상마저 보이고 있다는 점도 결코 간과해서는 안된다.

다섯째는 요양시설이나 정신병원이 이른바 ‘정신질환이란 병’을 악용하는 사례가 적지 않았다는 점도 엿볼 수 있다. 이는 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련이라는 국가보고서의 주요 권고내용에서 가장 비중 있게 다루고 있는 데서도 엿볼 수 있으며 과거 그릇된 관행과 편법, 불법 사례가 아직도 잔존하고 있음을 단적으로 웅변하고 있다고 생각한다. 과거는 물론 지금도 이를 악용하여 사회악으로 지목받는 요양시설이나 병의원들이 있다면 단호하게 법적인 처벌로 응징해야 한다는 점을 분명히 밝혀둔다. 이는 관용의 대상이 아니라 척결의 대상임을 우리 정신보건가족들은 천명하고자 한다. 만일 이번 국가보고서 마련을 위한 실태 조사 시에 이런 시설과 병의원들 적발되었다면 진정내용의 구체적인 내용뿐만 아니라 자체에서 파악한 불법 부당행위 대상 시설과 병의원들의 명단을 공개하고 이에 대한 부당사례모음발표와 처리결과도 당연히 제시해줘야 마땅하다고 생각한다.

여섯째 정신장애인들에게 가장 중요한 것은 바로 ‘치료약’인데 이에 대한 의료급여수가의 실질적인 이행권고와 개선방향이 미흡하다는 점이다. 다소 수가가 조정이 되었다고는 하지만 아직도 양질의 약은 쓰질 못하고 있고 병의원들도 수가가 적용되지 않는 약은 처방자체를 하지 않고 있다는 사실을 너무 소홀히 다루지 않았느냐 하는 점이다. 작금에도 경제력이 있는 당사자들의 경우에만 수가가 적용되지 않는 양질의 치료약을 쓰고 있다는 사실은 이미 주지하는 바이다. 좋은 치료약이 나왔는데도 이를 쓰지 못하고 치료하는 현실 속에서 정신장애인들의 치료재활 문제가 공감을 얻을 수 있는 지 의

문이다. 아직도 선진국 수준의 여건이 제공되지 못하고 있다는 점은 안타까운 일이 아닐 수 없다. 국가인권위원회가 정신보건시설내의 치료환경 개선으로 ‘정신장애인 치료환경 개선 및 질 개선을 위해 정신의료기관의 인력기준을 선진국에 상응하는 수준으로 상향조정하고 의료급여수가를 실질화하도록 한데서도 엿볼 수 있다고 본다. 언론에서도 자주 이 문제가 거론되고 정신보건가족들도 제기하고 있는 주요 쟁점이기도 하다. 이미 KBS에서도 특집스페셜을 통해 정신장애인들이 양질의 약으로 치료하면 80~90% 완치시킬 수 있다는 사실을 방송한 바 있고, 이는 우리 정신보건 가족들에게 상당한 반향을 일으킨 적이 있다. 정신질환의 치료효과가 높은 약의 처방이야말로 정신장애인의 치료와 재활, 사회복귀의 모든 라인선상에서 볼 때 가장 기본적인 인권이며 무엇보다 선행되어야 할 책무라는 사실을 결코 간과해서는 안 된다고 본다.

치료와 재활의 기초적인 목표는 바로 시설에 장기적으로 머무는 치료가능한 정신장애인들을 사회로 복귀시켜 당당한 사회의 일원이 될 수 있도록 하는 것이며 우리는 지금도 요양시설을 나와 과거이야기를 하면서 당사자 상담자로서 또 비장애인 못지않은 올바른 의식으로 정상적인 삶을 살아가는 많은 정신장애인 당사자들을 매일 접하고 있다는 사실을 상기시키고 싶다. 이런 사례를 보고 싶으면 대한정신보건가족협회를 방문해보길 권한다.

일곱째 장기요양과 장기치료는 행여 약물과다복용이나 약물남용 또는 약물중독에 따른 현상이 아닌지도 짚어보아야 한다. 정신장애인들이 복용하고 있는 약봉지를 보면 너무나 황당한 경우가 많고 심지어 약을 기피하는 정신장애인들이 많다는 사실을 간과하지 말아야 한다. 한마디로 질려버렸다는 것이다. 이는 정신질환의 분야별 특성에 따라 다를지는 모르지만 부작용을 최소화하며 치료효과를 높일 수 있는 좀 더 진취적으로 의학적 관점을 다시 검토해야 할 필요성이 증대되고 있다는 점을 말하고 있으며 선진국의 처방과 새로운 치료방법의 발굴을 통해 그 개선점을 찾아야 한다고 본다.

여덟째 지역사회 중심의 정신장애인 치료의 중요성은 모두가 공감하는 바이다. 하지만 정신보건서비스 확대에는 정부예산 확대가 필수적이라는 사실을 알아야 한다. 지역사회가 연계체계를 가져야 한다는 원론적인 차원을 떠나 정신장애인들이 사회적응 훈련과 재활 등 사회복귀를 위한 광장과 시설들이 확대되어야 한다. 이런 차원에서 정신보건센터개념을 넘어 정신장애인 사회복지관을 전국에 신설하여 이를 통한 컨설팅과 사회복귀는 물론 직업재활센터나 사회적 기업의 육성으로 이 사회에 당당히 설 수 있도록

해야 한다. 장애인복지관은 있으나 정신장애인복지관은 없다는 사실은 바로 여기에서도 정신장애인의 역차별 현상을 보게 되고 인권증진의 나아갈 바를 제시해 주고 있다고 본다. 정신장애인들을 위한 사회적 구심점이 중요하며 이를 통해 각종 재활 정보와 사회 복귀의 출구를 만들어 주어야 한다고 본다. 또한 말로만이 아니라 작은 것에서부터 실천적 모델을 제시하고 실행하는 구체적인 활동이 수반되어야 한다. 모범적이며 감동적인 사례의 하나로 대한정신보건가족협회가 정신장애인들을 중심이 되서 사회적 기업으로 육성하고 있는 동대문의 ‘하나로 택배’와 ‘사랑의 꽃배달’은 중요한 사회복귀와 재활의 모델이 되고 있다는 점을 밝히고자 한다. 바로 사회적 편견을 불식시키고 정신장애인들도 사회일원이 되어 당당히 살아갈 수 있다는 것을 실질적이고 교훈적으로 보여주고 있는 사실로 그 시사하는 바가 매우 크다고 본다.

아홉째 정신보건법으로 정신장애인들을 인권과 평등권을 보장하는듯하면서도 장애인 복지법을 통하여 오히려 장애인 중에서도 역차별을 받는 경우가 많아 상대적 차별을 받고 있다는 점이다. 교육이나 활동보조 서비스, 문화 체육 등 각종 분야에서 부당한 차별이 심해온 것은 숨길 수 없는 사실이다. 이에 대한 개선노력의 하나로 이미 대한정신보건가족협회는 지난해와 올해 교육정책 세미나와 정신장애인 활동보조 서비스 확대에 따른 토론회를 개최해 문제점과 대안을 제시한 바 있다. 이는 아직도 장애인역차별의 각종 법령 등이 정신장애인의 평등권을 저해하고 인권을 무시하고 있다는 반론으로 정신장애인을 차별하는 각종 법령이 구체적으로 무엇인지를 조속히 파악하여 하루속히 개정하려는 노력을 기울여야 할 것이다. 이런 과정에서도 정신장애인을 위해 정신보건법을 개정한다며 정신보건가족이나 양식이 있는 병의원들마저 매도하는 우를 범하지 말아야 한다는 점도 분명히 밝힌다. 그 일례로 2010. 11.1일자 주승용의원의 대표발의로 11명의 의원이 발의한 의안번호 9741호 정신보건법 일부 개정 법률안 내용을 보면 참으로 현실인식이 미흡한 피상적인 논리가 아닐 수 없다 라는 정신보건가족이나 병의원 관계자들의 주장이 대두되고 있다는 사실이다. 무엇보다도 경악케 하는 점은 제안이유로 밝힌 다음과 같은 대목이다. 중략---- “보호의무자와 의사와의 담합을 통해 가족 간 갈등 해결이나 재산 취득을 위해 상대방을 감금하는 수단으로 악용되는 사례도 적지 않음.” 이는 그 제안취지의 오호를 떠나 부분적인 논리로 우리 정신보건가족들이나 양식이 있는 대부분의 병의원들을 매도하는 듯한 비약적인 논리가 되고 있으며 모든 정신보건가족과 병의원에게 이를 적용시키려는 제안이유에 대해 참으로 비감을 금치 못해 분

노하고 있다는 사실을 상기시키고 싶다. 범법과 불법행위는 이 사실 자체만으로도 처벌을 할 수 있으며 이런 논리를 확대 해석하여 모든 정신보건가족이나 병의원에 적용하려는 그 의도는 무엇인지 도무지 납득할 수 없다는 것이 관련 당사자들의 주장이기도 하다. 이는 자칫 도매금으로 우리 정신장애인과 정신보건가족들의 인권을 유린하는 발상이 될 수 있다는 사실을 직시해야 한다.

열 번째 정신장애인 뿐만 아니라 장애인에 대한 우리나라의 용어 정비가 시급히 이루어져야 한다는 사실에 적극 공감한다. ‘장애인’, ‘장애우’, ‘장애자’, ‘정신질환자’, ‘정신장애인’, ‘정신병자’, ‘정신이상자’, ‘정신미약자’ 등 등 참으로 혼돈스런 용어들이 난무하고 있는 실정이다. 정신장애인 뿐만 아니라 전체 장애인들을 위한 용어를 정리하여 사회적 혼돈을 줄여나가야 하며 이는 국가인권위원회가 정립해줌이 타당하다.

마지막으로 열 한 번째 정신장애인의 치료를 위한 고통과 몸부림을 늘 기억해야 하며 한평생 한으로 살아가는 우리 정신보건가족들의 안타까운 심경을 늘 헤아리는 따뜻한 사회적 풍토조성이 무엇보다 아쉽다는 점이다. 그동안 다른 장애인들에 비해 열악한 처우에 허덕이면서도 가슴속으로 삭이면서 무수한 세월을 견뎌내며 처절한 삶을 살아온 우리 정신보건가족들의 아픔을 우리는 잊지 말아야 한다. 정신장애라는 이유로 사회적 편견과 인권유린에 시달리며 살아온 당사자들을 이제라도 사랑과 관심 따뜻한 배려로 감싸안아주는 것이야말로 우리 사회 모두의 책임입니다. 이런 차원에서 당사자이며 의료소비자인 정신보건가족들이말로 정신장애인과 관련된 모든 법적 제도적 장치 마련과 추진과정에 있어 결코 배제되어서는 안 된다는 사실을 주장하고 싶다. 만일 의도적으로 정신보건가족들을 배제하고 모든 일을 추진한다면 이는 바로 당사자이며 의료 소비자인 정신장애인과 정신보건가족의 인권보호와 증진에 역행하며 오히려 편견을 갖고 소외하는 차별행위로 아무리 좋은 주장과 논리를 내세운다 해도 설득력을 잃게 된다는 점을 분명히 밝힌다. 우리 대한민국에는 지난 1995년에 가족들의 절절한 마음을 담아 설립된 대한정신보건가족협회가 열악한 여건 속에서도 당사자들을 위하여 15년 동안 고군분투하며 오늘에 이르렀다는 사실을 우리는 다시금 환기시키고 싶다. 진정 정신장애인을 위한 국가보고서와 이행 개선에 나선다면 사단법인 대한정신보건가족협회의 목소리를 경청하고 이를 수용해야 한다고 본다. 이는 함께하는 사회의 근본이라고 생각하며 이것이야말로 모두가 함께 지혜를 모우는 길이라고 본다. 하지만 아직도 이를 외면하는 경우도 왕왕 있다는 사실에 안타까움을 금할 수 없다. 최근에 건강보험심사평가원

이 전국의 정신과 병의원 등 470 개 정신분야관련 의료기관에 대한 심사평가결과를 내놓자 당사자이며 소비자인 전국의 정신보건가족과 정신장애인들은 경악을 금치 못하였다. 1년여 걸친 활동과정에서 소비자이며 당사자인 정신보건가족을 배제한 채 엉터리 결과를 내놓자 정신장애인들이 1등급을 받은 병원을 직접 찾아 찍은 사진까지 제시하며 “답장 같은 병원이 어떻게 1등급을 받았으며 우리가 이를 믿고 병원치료를 받으라는 것이냐”며 고소를 금치 못했으며 급기야 성명서까지 발표하기에 이르렀다. 나아가 이런 내용을 인터넷에 버젓이 공개하자 이의 즉각적인 삭제와 원천무효까지 선언하고 나섰다는 사실은 정신분야의 각종 추진 과제의 객관성과 공감대 형성에 큰 교훈을 던져주고 있다. 이는 정신장애인과 정신보건가족들을 우롱하는 처사로 보고 전국의 정신보건가족들은 현재 이 사태를 예의주시하고 있으며 신뢰성 없는 결과 공개를 전면 백지화할 것을 요구하고 있다. 해당기관이 소비자단체를 참여시켰다고 하면서도 일반 소비자 단체를 집어넣고 정작 당사자이자 의료소비자인 정신보건가족의 참여를 배제하고 소비자단체를 참여시켰다는 주장에서는 참으로 가관이어서 정신장애인과 정신보건가족들을 아연실색하게 했다. 의도적인 냄새가 나는 대목이다. 이는 눈 가리고 아웅 하는 식으로 정신병의원이 무슨 물품을 사고파는 마켓정도로 착각하는 우를 범했다는 사실이며 마치 정신장애인들에게 양질의 치료환경과 시설을 알려준다고 정작 당사자이자 의료소비자를 배제한 채 인정할 수도 신뢰할 수도 없는 정보를 공개하는 저의가 도대체 무엇인지 빈축을 사고 분노를 사고 있음은 그 시사하는 바가 매우 크다고 본다. 한마디로 정신장애인과 정신보건가족들에 대한 편견과 장애인차별법 위반, 그리고 인권을 무시한 처사로 평가받고 있다. 향후 이런 우를 범하지 않기 위해서는 당사자이며 의료소비자인 대한정신보건가족협회의 참여를 활성화하고 공동의 노력을 함께 경주하려는 기본적인 의식의 전환이 절실하다 아니할 수 없다. 정신장애인의 인권보호와 증진은 여기에서부터 출발한다고 본다.

결론적으로 정신장애인에 대한 인권보호와 증진 노력은 법적 제도적인 장치도 매우 중요하지만 아픈 과거를 거울삼아 진정한 실천적 자세가 수반되어야 한다는 점이다. 사회적 편견과 인식개선으로 우리 모두가 함께 지켜야할 소중한 우리의 가족이라는 사실을 잊지 말아야 한다. 이를 위해 열악한 수준에 머물고 있는 정부의 예산도 적극 뒷받침되어야 하며 정신장애인들을 위하여 봉사하는 요양시설과 병원, 기관단체 종사자와 당사자 가족 등 우리 사회 모두가 사명감을 갖고 올바른 정신장애복지실현을 위해 노력

하려는 의식이 선행되어야 한다는 점을 강조하고 싶다. 정신장애인이거나 정신보건가족들에게 슬픔과 고통을 주는 그런 사회적 행태는 하루속히 근절되어야 한다. 행여 정신장애인들의 질환을 돈벌이 수단으로 전락시키거나 정신장애인들을 위한다며 오히려 정신장애인들을 얹잡아보며 무시하는 인권유린 행위가 우리 사회 어느 곳에서든 자행되어서는 안 되며 정부과 기관 단체들도 각종 과정과 절차에서 당사자인 정신보건가족을 배제하는 일이 재현되어서는 안 된다는 점을 분명히 밝힌다. 작금의 일련의 사태를 우리는 반면교사로 삼아야 한다.

이번 국가인권위원회의 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서는 오늘 이 순간 정신장애인의 희망의 메시지이지만 그동안 우리가 얼마나 문제점이 많았는지를 단적으로 보여주는 보고서이자 부끄러운 자화상임을 직시하고 앞으로 철저한 이행과정과 진정한 개선노력을 통하여 내일의 희망과 비전을 위한 초석으로 삼아야 할 것이다. 이는 정신장애인은 물론 장애인과 비장애인 구별이 없이 국민 개개인 모두가 가슴과 가슴으로 모두의 소중한 인권을 함께 지켜나가며 아름다운 나라 건강한 대한민국 건설을 향해 나아가는 값진 노력으로 승화될 것을 확신하며 국가인권위원회의 그동안의 노고에 깊은 감사를 보낸다.

토론

김 성 주

(한국정신장애연대(KAMI) 공동대표)