

한국장애인개발원 2013 상반기 정책토론회 개요

- 주 제 : 정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의
- 일 시 : 2013년 6월 21일(금) 14:00~16:30
- 장 소 : 이룸센터 B1층 누리홀
- 주 최 : 한국장애인개발원

진행순서

좌장 : 이용표 교수(가톨릭대 사회복지학과)

시 간	내 용
13:30 ~ 14:00	○ 참석자 접수 및 안내
14:00 ~ 14:05	○ 개회사 및 내빈소개
14:05 ~ 14:25	○ 주제 발표 1-정신장애인의 실태와 정책과제 최성일 선임연구원(한국장애인개발원)
14:25 ~ 14:45	○ 주제 발표 2 - 이중장애 (COPSD, Co-Occurring Psychiatric and Substance Abuse Disorders) 관련 SAMHSA (미국 약물중독 및 정신보건청) COSIG와 Block Grant 제도에 대한 고찰 손선주 교수(청주대학교 사회복지학과)
휴 식	
15:00 ~ 15:50	○ 토 론 1 • 성준모 교수(나사렛대학교 사회복지학과) ○ 토 론 2 • 권오용 변호사(한국정신장애연대 사무총장) ○ 토 론 3 • 김명식(한국임상심리학회 정신건강정책이사) ○ 토 론 4 • 박헌수(마음건강복지재단 이사장) ○ 토 론 5 • 유동욱(보건복지부 정신건강정책과 사무관)
15:50 ~ 16:10	종합토론 및 질의응답
16:10 ~ 16:45	폐 회

2013 상반기 장애인정책토론회 자료집 〈정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의〉

C · O · N · T · E · N · T · S

〈주제 발표〉

1. 주제발표 I - 최성일 선임연구원(한국장애인개발원 정책개발연구부)
2. 주제발표 II - 손선주 교수(청주대학교 사회복지학과)

〈토 론〉

- 토론 I - 성준모 교수(나사렛대학교 사회복지학과)
- 토론 II - 권오용 변호사(한국정신장애연대 사무총장)
- 토론 III - 김명식(한국임상심리학회 정신건강정책이사)
- 토론 IV - 박헌수(마음건강복지재단 이사장)
- 토론 V - 유동욱(보건복지부 정신건강정책과 사무관)

주제 발표 I



정신장애인의 실태와 정책과제

정신장애인의 실태와 정책과제

최성일
한국장애인개발원 선임연구원

I. 서론

1989년 장애인복지법이 제정되어 기본적인 제도 틀이 만들어지는 등 장애인복지정책이 점차 다양해지고 세분화되어짐과 함께 장애인등록인구도 매년 5% 가량 지속적으로 증가하는 추세에 있다. 이는 과거와 달리 사회적으로 장애등록하는 것이 낙인을 제공하여 사회적 차별의 단초를 제공한다고 하는 인식보다 권리로서 국가의 복지서비스를 받는 기준 행위로 인식되고 있는 것과 밀접한 관련이 있다. 과거에 비해 장애인 복지정책과 환경이 변화하고 있음에도 불구하고 정신장애는 다른 장애인과 달리 여전히 장애등록을 하는 것이 사회적 낙인을 얻는 것으로 여겨지고 있으며, 오히려 일상생활을 영위함에 있어서 더 심각한 문제를 발생시키는 것으로 인식되고 있다(김정수, 2012).

2011년에 발표된 정신질환 실태조사에 따르면 25개 정신질환의 평생 유병률은 27.6%로 나타났으며, 이는 일반인구의 27.6%가 평생 중 한번 이상 정신질환을 경험한다는 것을 의미한다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하더라도 정신질환의 평생 유병률은 14.4%로 상당한 비율을 보이고 있다. 정신질환의 일년 유병률은 16.0%였으며, 니코틴 사용장애를 제외하면 일년 유병률은 13.5%로 일반인 열명 중 한명 이상이 지난 일년간 정신질환을 앓은 적이 있는 것으로 나타났다. 그러나 정신질환을 경험하는 경우에도 전문가의 상담이나 치료를 받은 비율은 15.3%에 불과하며, 이런 사유로 인해 결과적으로 중증의 정신장애인으로 발전하거나 자살과 같은 사회문제의 증가를 일으키게 된다(조맹제, 박종익, 배안, 배재남, 손정우, 안준호, 이동우, 이영문, 이준영, 장성만, 정인원, 조성진, 홍진표, 2011).

정신장애인의 경우 사회적 배제를 경험할 뿐 아니라 경제적으로도 어려움을 겪게 되는데, 국내 현실 여건상 정신장애인은 의료나 수용 개념의 정신보건환경 테두리안에 놓여 있기 때문에 다양한 장애인복지 서비스를 받는 여타 장애인들과 달리 장애인 복

지 사각지대에 있다고 말할 수 있다. 우리나라 정신장애인의 개인적 및 사회적 처우를 살펴보면 미국을 비롯한 선발 국가들의 1950년대 이전의 상황을 연상시킬 정도로. 아직까지 우리나라의 정신장애인 정책의 주류는 정신병원이나 요양시설을 중심으로 한 사회적 배제의 연장선상에 머물러 있다. 2011년 장애인실태조사에 따르면 정신장애인을 약 11만여 명으로 추산하고 있는데 정신의료기관의 의료병상수는 80,245개이고 7만여 명이 입원상태에 있는 것으로 추정되고 있으며, 입원환자의 약 80% 정도가 비자발적인 형태로 입원하고 있어 이들에 대한 인권문제가 제기되고 있는 실정이다. 입원 규모로는 모든 장애인거주시설 이용자의 3배가 넘는 수준의 수용보호이며, 이들 대부분이 입원의료비에 대한 자기부담이 없는 의료급여수급자라는 측면에서 엄청난 공공재원이 정신장애인의 입원비용으로 소모되고 있다. 이는 우리나라의 정신장애인에 대한 정책이 장애인복지 영역에 속하는 것이 아니라 정신보건영역에서 의료정책의 일환으로 이루어지고 있음을 의미한다. 정신장애인의 복지문제를 장애인복지법이 아닌 의료법의 관점에서만 다루고 있는 현실여건상 정신장애인에 대한 복지서비스는 발전하기보다 후퇴할 수밖에 없다.

모든 장애인은 세계인권선언을 비롯하여 경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제협약, 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 되어있다. 그러나 이러한 선언과 달리 실제 정신장애인 대상의 정책과 서비스가 제공되는 과정에서 정신장애인의 권리에 대한 부분은 간과되어왔으며, 단지 진단적 범주에 따라 치료되고 자신의 사회 구성원으로서의 권리를 제한당한 채, 심지어는 사회와 격리되는 상황에 놓여 있다(홍선미, 2010). 장애인복지의 최대 목표가 모든 장애인이 사회의 평등한 인간으로서 완전한 참여를 이루는 사회통합이라고 본다면, 지금 정신장애인이 처한 상황을 객관적으로 점검하고 개선해나가기 위한 노력을 기울여야할 시점이라 생각된다.

Susan O'Connor(2013)는 2012년 7월 보건복지부와 중앙정신보건사업지원단과 공동으로 OECD 한국 실태조사를 실시하여, 다음과 같이 우리나라 정신장애 정책의 문제점에 대해서 지적한 바 있다. 우리나라 정신건강보호는 입원치료만으로 독점되어 있으며, 정신과 입원병상의 증가는 다른 대부분의 OECD 국가의 경향과 정반대로 보였다. 또한 정신질환 전반에 걸쳐 포괄적으로 행해져야하는 치료가 정신분열증 등 중증 정신질환에 대한 입원치료에 편중되어 있음을 지적하였으며, 입원치료를 대체할 서비스의 공급이

매우 부족하다고 주장하였다. 더불어 정신장애인에 대한 장기입원은 다른 OECD 국가와 비교할 때 현저히 길다고 보았으며, 비자의 입원율이 매우 높다고 보았다. 이외에도 다양한 정신보건 관련 기관 간에 공조나 협조가 부족하고 연계체계가 구축되어 있지 않은 점을 문제점으로 지적하였다. 이와같은 국내 정신장애 정책의 문제 현황은 정신장애인의 복지를 향상시키기 위해서 반드시 해결해 나가야할 정책과제를 제시해준 것이며, 다수의 국내 연구자들과 유관기관 실무자 그리고 정부관계자들 또한 공감하고 있다. 따라서 조속한 시일 내에 정신장애인 정책에 대한 새로운 패러다임을 수립함으로써 정신장애인의 인권 및 복지증진을 위한 전기를 마련하여야 할 것이다.

본 연구에서는 우선 정신장애인의 현황과 정신보건사업 내용에 대해 살펴보고, 더불어 정신장애인의 실태분석을 통해 정신장애인의 경제상태 일상생활 지원 및 건강·의료, 교육, 사회 및 여가활동, 복지서비스에 대한 실태와 욕구를 검토하고자 한다. 이를 토대로 정신장애인 정책의 구조적 문제점을 분석하고 정책과제를 제언하려고 한다. 분류상 정신적 장애는 정신장애와 지적장애, 발달장애를 지칭하지만, 지적장애와 발달장애는 분류상 정신적 장애에 포함되기는 하나 정신장애와 같이 정신보건법의 적용을 많이 받지 않는다는 점에서 장애인복지서비스 제공 범주에 포함되는 반면에 정신장애는 장애인복지법에 의해 구분되어 적용되는 관계로 장애인복지서비스 수혜에 있어서 여타 장애와 차이를 보여왔다. 이에 본 연구에서는 정신장애인에 대한 논의를 함에 있어서 특히 그동안 논의의 중심에서 소외되어왔던 정신장애를 중심으로 실태를 점검하고 정책과제를 제언해보고자 한다.

II. 정신장애인 현황 및 정신건강사업내용

1. 정신적 장애의 개념 및 정의

정신적 장애에 대한 정의와 용어들은 장애인복지법, 정신보건법, 장애인활동지원법 그리고 국민연금 등에서 다소 차이를 보이고 있다. 정신보건법에서는 정신장애인이라는 용어보다 '정신질환자'라는 용어를 사용하고 있다. 정신보건법에서 정신질환자란 정신병(기질적 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독·기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 의미한다(정신보건법 제3조 제1항). 이러한 분류기준을 WHO의 ICD-10에 근거한다. 장애인복지법의 정의에 의하면 정신장애인은 '정신적 장애'를 가진 사람으로 정신

질환 또는 발달장애로 인하여 발생하는 장애를 지칭한다(장애인 복지법 제2조). 장애인 복지법에 따르면 정신적 장애는 다시 지적 장애, 자폐성 장애, 그리고 정신장애로 구분된다. 이들에 대해 살펴보면 다음과 같다.

지적장애는 일반적으로 지적능력이 떨어지거나 적응행동 수준이 낮은 상태를 말하며, 지적장애의 판별기준은 지적기능과 환경에 대한 적응행동의 두 가지 요소로 보고, 이 두 가지 요소에서 일정기준 미달의 지적 지체와 적응행동 면에서 평균이하인 상태가 만 18세 미만에서 나타날 때를 지적장애라고 한다. 장애인복지법에 따르면 지적장애란 정신발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에의 적응이 현저히 곤란한 자로서 지능지수가 70 이하인 경우에 해당된다고 규정하고 있다. 미국정신의학회에서는 정신지체를 지적수준에 따라 경도, 중등도, 최종등도로 분류하며, 우리나라의 법정장애등급표에서는 1급, 2급, 3급으로 구분하고 있다. 자폐성장애는 사회적 상호작용과 의사소통의 질적 결함, 제한적이고 반복적인 상동 행동적인 유형의 제한된 행동, 그리고 사회적 상호작용이나 사회적 의사소통을 위해서 사용되는 언어, 상징놀이나 상상놀이에서 한 가지 이상의 발달지체나 비정상적인 기능이 3세 이전에 나타나는 경우를 말한다. 자폐성장애의 판정은 자폐증이 확실한 시점에서 장애를 진단하며, 연령증가에 따라 장애정도에 많은 변화가 예상되는 경우에만 재판정을 받도록 하고 있다(유태완, 김성철, 김용환, 최금주, 허영숙, 2010).

정신장애는 생물학적·심리적 병변으로 인하여 정신기능의 제 영역인 지능, 지각, 사고, 기억, 의식, 정동, 성격 등에서 병리학적 현상이 진행되는 것을 말한다(손광훈, 2007). 장애인복지법에 따르면 정신장애는 만성정신분열증, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 의한 기능수행에 현저한 제한을 받아 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받고 있는 자를 의미한다.

정신장애의 장애등급 판정은 현재 치료 중인 상태 확인, 정신질환의 진단명 및 최초 진단 시기에 대한 확인, 정신질환의 상태(impairment) 확인, 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태 확인, 정신장애 등급의 종합적인 판정의 순서에 따라 이루어진다. 이 과정에서 세부판정은 진단, 능력장애 판정기준 그리고 GAF 척도의 점수를 종합한 정신장애 등급기준에 따라 결정한다. 정신장애로 인정되는 진단범주는 국제질병분류표 ICD-10에 의한 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 그리고 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 규정한다. 그리고 능력장애의 상태는 정신질환에 의한 일상생활 혹은 사회생활의 제약 정도 및 주위의 도움 정도에 따라 판단하는 것으로

로 ①적절한 음식섭취, ②대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결유지, ③적절한 대화기술 및 협조적 대인관계, ④규칙적인 통원, 약물복용, ⑤소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ⑥대중교통이나 일반공공시설의 이용 등의 범주로 판단한다. 정신질환의 종합판정은 정신질환의 상태 그리고 능력장애의 상태에 관한 판정을 종합하여 최종적으로 내려진다. 정신질환의 특성과 더불어 능력장애를 동시에 고려해야한다는 점에서 증상의 심각성과 반복주기, 그리고 증상에 따른 일상생활의 어려움을 함께 고려한다는 점이 다른 장애판정과 차이를 보인다.

장애인활동지원법은 장애인복지법에 의한 장애인 중 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 중증장애인으로 대통령령에서 정하는 장애정도 이상인 사람에게 ‘활동지원급여’를 제공하도록 하고 있다(제5조 제1항). 활동지원급여의 내용은 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등이며(제16조 제1항), 활동지원급여에 관한 업무는 국민연금관리공단이 담당한다. 국민연금관리공단은 신청서 접수 지원, 방문조사 및 수급자력 심의, 모니터링 등 수급자 관리를 담당하며, 의학적 장애 확인은 공단의 장애심사센터에서 맡는다. 정신장애인이 활동지원급여를 수급하기 위해서는 신체장애인과 동일한 활동지원 인정조사표에 의한 방문조사에서 220점 이상의 점수를 받아야 한다. 인정조사표는 일상생활동작영역(260점), 수단적 일상생활 수행능력(125점), 장애특성 고려영역(60점)으로 구성되어 있는 바, 일상생활동작영역의 비중이 높은 조사내용 특성상 중증의 정신장애만으로는 활동지원급여 대상이 되는 것이 불가능한 실정이다. 이는 활동지원급여 평가가 신체적 장애를 주로 고려하고 있음을 반영하는 것으로 정신적 장애를 공정하게 평가할 수 있도록 하는 평정체계 구성이 시급하다고 하겠다(이용표, 최영광, 김현민, 노수희, 이유경, 2012).

2. 정신장애인의 현황

1) 정신장애인의 등록 현황

2011년 12월 말 현재 전체 등록장애인 수는 2,519,241명으로 1999년 이후 꾸준히 증가해 오고 있기는 하나, 2005년 이후로는 증가율이 감소추세를 보이고 있다. 정신장애인 수는 2011년 12월말 현재 94,739명으로 2000년 23,559에 비해 4배 가량 증가하고 있다는 점에서 전체 장애인의 감소추세와 차이를 보이고 있다. 지적장애인과 자폐성장애

인 수의 경우에도 2011년 12월 말 현재 각 167,479명, 15,857명으로 2000년에 비해 2~5배 증가하는 추세를 보이고 있다.

정신장애인의 등록장애인 비율을 살펴보면 지적장애인이 6.6%로 가장 많은 것으로 나타났고 정신장애인 3.8%, 자폐성 장애인 0.6% 순으로 나타났다. 세 가지 장애를 통합하여 고려할 경우 정신적 장애인 비율은 11%로 전체 장애인 중에서 지체장애인 다음으로 많은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 성별로 살펴보면 정신장애인의 경우 남성 52.9%, 여성 47.1%로 남성 비중이 다소 높은 것으로 나타난 반면 지적장애인과 자폐성장애인의 경우 남성의 비율이 각 60.6%, 84.9%로 성차가 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-1〉 연도별 등록 정신장애인 수

(단위 : 명, 천명, %)

구분	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
장애인구 (증가율)	697,513	958,196 (37.4)	1,134,177 (18.4)	1,294,254 (14.1)	1,454,215 (12.4)	1,610,994 (10.8)	1,789,443 (11.1)
등록인구 (비율)	47,336 (1.5)	47,733 (2.0)	48,022 (2.4)	48,230 (2.7)	48,387 (3.0)	48,584 (3.3)	48,782 (3.7)
정신	-	23,559	32,581	39,494	46,883	54,333	63,642
지적	80,019	86,793	94,951	103,640	112,043	119,207	127,881
자폐성	-	1,514	2,516	4,014	5,717	7,740	9,518

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
장애인구 (증가율)	1,967,326 (9.9)	2,104,889 (7.0)	2,246,965 (6.7)	2,429,547 (8.1)	2,517,312 (3.6)	2,519,241 (0.008)
등록인구 (비율)	48,992 (4.0)	49,269 (4.3)	49,540 (4.5)	49,773 (4.9)	50,516 (5.0)	50,734 (5.0)
정신	75,058	81,961	86,624	94,776	95,821	94,739
지적	137,596	142,589	146,898	154,953	161,249	167,479
자폐성	10,926	11,874	12,954	13,933	14,888	15,857

출처: 보건복지부a(2012), 등록장애인현황

〈표 2-2〉 성별, 장애유형별 등록장애인 수

(단위 : 명, %)

구분	전체		남성		여성	
	인원	비율	인원	비율	인원	비율
전체	2,519,241	100.0	1,466,460	58.2	1,052,781	41.8
정신	94,739	3.8	50,160	52.9	44,579	47.1
지적	167,479	6.6	101,431	60.6	66,048	39.4
자폐성	15,857	0.6	13,466	84.9	2,391	15.1

출처: 보건복지부a(2012), 등록장애인현황

연령별 등록장애인 현황을 살펴보면 정신장애인의 경우 40~49세가 35.3%로 가장 많은 것으로 나타났으며 50~59세 29.9%, 30~39세 16.4% 순이었다. 지적장애인의 경우에는 20대와 10대의 비중이 높은 것으로 나타났으며, 자폐성장장애인의 경우에는 10대가 57.1%로 과반수 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다. 전반적으로 전체 장애인의 고령화가 진행되는 추세와 달리 정신적 장애인의 경우에는 비교적 중년과 아동·청소년의 비중이 높다는 점에서 차이점을 발견할 수 있다.

장애등급별 등록장애인 현황을 살펴보면 1급의 경우 자폐성장장애인이 50.9%로 가장 많은 것으로 나타났으며 지적장애인 28.9%, 정신장애인 5.0% 순으로 나타났다. 2급의 경우 정신장애인 40.6%, 지적장애인 34.7, 자폐성장장애인 33.1% 순으로 나타났다. 3급의 경우에는 정신장애인이 54.4%로 가장 높게 나타났으며 지적장애인 36.4%, 자폐성장장애인 16.0% 순으로 나타났다. 자폐성장장애인은 1급 비중이 높은 반면에 정신장애인은 1급 비중이 낮고 2급과 3급의 비중이 높은 것이 특징적으로 나타났다. 정신장애인의 1급 비중이 낮은 이유는 일상생활기능을 높게 평가하는 현행 장애판정체계하에서는 다른 장애에 비해 평정기준 상에서 불이익을 받을 가능성이 높은 것과 관련이 있는 것으로 여겨진다.

〈표 2-3〉 연령별 등록장애인

(단위 : 명, %)

구분	전체	~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70~79세	80세~
전체	2,519,241 (100.0)	24,114 (1.0)	70,278 (2.8)	95,156 (3.8)	196,676 (7.8)	367,756 (14.6)	545,558 (21.6)	540,841 (21.5)	503,412 (19.9)	176,450 (7.0)
정신	94,739 (100.0)	20 (0.0)	306 (0.3)	3,378 (3.6)	15,475 (16.4)	33,475 (35.3)	28,287 (29.9)	10,298 (10.9)	3,079 (3.2)	399 (0.4)
지적	167,479 (100.0)	8,596 (5.1)	36,346 (21.7)	36,663 (21.9)	31,599 (18.9)	26,264 (15.7)	18,098 (10.8)	6,849 (4.1)	2,688 (1.6)	376 (0.2)
자폐	15,857 (100.0)	3,081 (19.4)	9,060 (57.1)	3,325 (21.1)	303 (1.9)	66 (0.4)	17 (0.1)	4 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)

출처: 보건복지부a(2012), 등록장애인현황

〈표 2-4〉 장애등급별 등록장애인 수

(단위 : 명, %)

구분	전체	1급	2급	3급	4급	5급	6급
전체	2,519,241 (100.0)	208,123 (8.3)	351,176 (13.9)	433,044 (17.2)	389,490 (15.5)	530,710 (21.0)	606,698 (24.1)
정신	94,739 (100.0)	4,757 (5.0)	38,410 (40.6)	51,559 (54.4)	4 (0.0)	4 (0.0)	5 (0.0)
지적	167,479 (100.0)	48,371 (28.9)	58,085 (34.7)	61,019 (36.4)	4 (0.0)	-	-
자폐성	15,857 (100.0)	8,072 (50.9)	5,241 (33.1)	2,544 (16.0)	-	-	-

출처: 보건복지부a(2012), 등록장애인현황

2) 정신장애인의 장애 특성

장애발생 원인을 살펴보면, 지적장애인과 자폐성장애인 모두 원인불명과 선천적 원인이 높은 비중을 차지하고 있는 것과 달리 정신장애인의 경우에는 질환 및 사고로 인한 후천적 원인이 97.9%로 매우 높게 나타났다. 좀더 구체적으로 후천적 장애발생 원인에 대해 살펴보면 다음과 같다. 정신장애의 경우 질환에 의한 비율이 대부분으로 정신질환이 83.2%로 가장 높게 나타났으며, 폭력에 의한 사고 7.1% 기타 사고 및 외상 2.8%, 교통사고(보행자) 2.6% 순으로 나타났다. 지적장애의 경우 질환에 의한 비율이 55.9%로 사고에 의한 비율보다 많았으며, 심혈관 질환 12.9%, 신경계질환 11.7%, 정신질환 11.1% 순으로 나타났다. 사고에서는 교통사고(탑승자+보행자)가 22.2%로 가장 많았고



기타 사고 및 외상 5.8%, 가정 내 사고 5.6% 순으로 나타났다. 자폐성장애의 경우 정신 질환이 100.0%로 대부분을 차지하였으며, 신경계질환이나 사고로 인한 원인은 나타나지 않았다.

〈표 2-5〉 장애발생 원인

(단위 : 명, %)

구분	전국추정수	전체	선천적 원인	출산시 원인	후천적원인			원인불명
					소계	질환	사고	
전체	2,609,372	100.0	4.6	0.9	90.5	55.1	35.4	4.0
정신	103,893	100.0	1.1	-	97.9	83.0	14.9	1.0
지적	152,457	100.0	35.9	5.3	21	11.2	9.8	37.8
자폐	16,237	100.0	22.6	-	12.7	12.7	-	64.8

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 2-6〉 후천적 장애발생 원인

(단위 : 명, %)

구분	정신	지적	자폐	
질환	신경계질환	1.5	11.7	-
	정신질환	83.2	11.1	100.0
	심혈관질환	-	12.9	-
	신생물(종양)질환	-	2.5	-
	중독성질환	0.5	1.5	-
	감염성질환	-	8.4	-
	미상	-	7.8	-
사고	폭력에 의한 사고	7.1	5.3	-
	가정내 사고	1.4	5.6	-
	교통사고(탑승자)	-	10.6	-
	교통사고(보행자)	2.6	11.6	-
	운동(스포츠) 및 놀이 중 사고	0.6	3.9	-
	화상	0.2	-	-
	약물 사고	-	1.3	-
	기타 사고 및 외상	2.8	5.8	-
계	100.0	100.0	100.0	
전국추정수	107,621	44,736	2,061	

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

정신장애의 주된 질환명을 살펴보면, 정신분열증이 72.6%로 가장 발생비율이 높게 나타났다. 그 외 반복성 우울장애 13.8%, 양극성 정동장애(조울증) 8.6% 순으로 나타났다. 성별로는 여성이 남성보다 대부분의 질환에서 약간 더 높은 비율을 나타내주고 있다.

〈표 2-7〉 후천적 장애발생 원인

(단위 : 명, %)

구분	남성	여성	전체
정신분열증	71.7	73.7	72.6
양극성 정동장애(조울증)	8.3	8.9	8.6
반복성 우울장애	13.5	14.2	13.8
분열정동장애	0.5	2.8	1.5
미상	1.2	0.4	0.8
기타	4.8	0.0	2.6
계	100.0	100.0	100.0
전국추정수	60,138	49,701	109,839

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

3. 정신건강사업 현황

1) 정신건강사업 추진 역사

1985년과 1992년 정신보건법안이 국회에 제출된 바 있으며, 1995년 정신보건법에 제정되면서 본격적으로 수용되어 있는 정신장애자의 재활과 사회복귀를 위한 지역사회정신보건사업을 국가 정신보건사업의 기본 방향으로 설정하고 인프라 확대를 위해 노력하였다. 1995년 서울시 지역사회정신보건사업이 시범 실시되고 1996년 경기도 지역사회정신보건사업이 시범 실시되었고, 1997년에 본격적으로 정신보건법이 시행되었다. 1998년에는 정신보건발전 5개년 계획을 수립하였으며, 모델형 정신건강증진센터 운영사업을 시작하였다. 1999년부터 정신건강증진센터 운영사업이 확대되어나갔으며, 지역사회정신보건사업 기술지원단이 운영되기 시작하였다. 정신보건센터에서는 중증정신장애인의 사례관리 뿐 아니라 2005년부터 자살 등 위기 개입이 가능하도록 상담전화를 설치 운영하였으며 2002년부터 아동청소년에 대한 정신건강 문제가 사회적 이슈가 되면서 아동청소년기에 발생가능한 문제의 조기발견과 치료가 가능하도록 아동청소년정신보건사업을 운



영하고 있다.

2000년 정신보건법 2차 개정을 통해 행정규제를 정비하였으며, 2004년 정신보건법 시행령 및 시행규칙을 개정하였다. 2008년 기본형과 모델형 정신건강증진센터를 표준형으로 통합하고 광역형을 신설하였으며, 정신장애자 인식개선 및 권익 증진 강화들을 위해 정신보건법 개정을 실시하였다. 2009년에는 정신보건법 시행령 및 부령의 개정을 완료하였으며, 2010년에는 정신질환자의 면허·자격취득 기회를 확대하기 위하여 ‘기능저하 정신질환자’개념을 도입하고, 정신의료기관 및 정신요양시설 입퇴원 기간 및 절차를 합리적으로 개선하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선 보완하기 위해 정신보건법 개정이 이뤄졌다. 2011년에는 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 제정하여 자살예방정책 강화를 위한 법적 기반을 마련하였다. 특히 2009년에는 정신장애자의 권익 증진을 위한 정책을 수립하여 정신보건시설 설치·운영자, 종사자를 대상으로 인권교육 실시를 법적으로 의무화하였다(보건복지부, 2013). 2012년에는 지역사회정신보건 시범 사업이 실시되었고 정신건강증진 종합대책이 발표되었다. 2013년 6월 현재 정신보건법을 정신건강증진법으로 개명하는 전부개정안이 입법 예고된 상태이다.

〈표 2-8〉 입법예고 정신보건법 개정 내용(2013. 5. 23)

정신보건법 개정 조항	개정 내용
① 정신질환자 범위 축소 (안 제3조)	- 정신질환자는 입원치료 등이 요구되는 중증환자로 범위가 대폭 축소되며, 외래치료로 일상생활이 가능한 경증 정신질환자는 그 범주에서 제외
② 보험가입 관련 정신질환 이력 차별 금지 명문화 (안 제57조)	- 보험업법상 보험상품의 가입·갱신·해지와 관련하여 정당한 사유 없이 정신질환을 사유로 피보험자를 차별(제한·배제·분리·거부)할 수 없도록 명문화
③ 생애주기별 정신질환 조기발견체계 구축 (안 제13조)	- 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위한 국가와 지방자치단체의 정신질환 조기발견 체계 구축 의무를 규정
④ 비자발적 입·퇴원 관련 제도 개선 (안 제36조)	- 보호의무자에 의한 정신의료기관의 비자발적 입원 요건을 강화 - 퇴원 심사 주기를 현행 입원 후 6개월에서 2개월로 단축하고, 심사기구인 정신건강증진심의위원회의 인적 구성을 다양화하여 심사의 객관성을 제고
⑤ 정신건강증진의 장(章) 신설 (안 제10조~제18조)	- 「정신건강증진기본계획」(10년 단위)과 그 시행계획(2년 단위) 수립을 의무화 - 매년 10월 10일과 그 날이 포함된 주간을 각각 「정신건강의 날」, 「정신건강 주간」으로 지정 - 사후적 입원치료 중심에서 탈피하여, 사전예방적 개입과 정신건강 친화적 환경 조성을 위한 「정신건강증진사업」 규정을 신설

정신보건법 개정 조항	개정 내용
⑥ 정신건강증진 인프라 강화 (안 제17조, 제18조)	- 정신보건센터를 「정신건강증진센터」로 명칭을 변경하고 「국립정신건강연구기관」 설립 근거 마련

출처 : 보건복지부 보도자료(2013). 정신보건법 전부개정안 홍보자료.

2) 정신건강사업 추진현황

2011년 현재 급성 정신장애인을 대상으로 의료서비스를 제공하는 정신의료기관은 1,273개이며, 이중 국공립이 18개이고 민간이 1,255개로 늘어났다. 정신보건센터는 164개로 늘어났으며, 알코올상담센터도 43개가 운영 중이다. 만성 정신장애인에게 요양서비스를 제공하는 정신요양시설은 59개에 달하고 있으며, 사회복지시설도 256개가 운영 중이다.

〈표 2-9〉 정신보건관련 시설 현황

(2011.12.31 기준. 단위:개소, 병상, 명)

구분	기관수	입원수 (병상수)	주요기능	
정신 의료 기관	소계	1,273	80,184	
	국·공립	18	7,199	정신질환자 진료 및 지역정신보건사업 지원
	민간	1,255	72,985	정신질환자 진료
정신보건센터	164	47,124(등록)	지역사회내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 * 표준형 158개소, 광역형 6개소	
알코올상담센터	43	5,476(등록)	알코올중독자 관리·상담사업, 음주폐해예방 및 교육사업 등	
정신요양시설	59	11,414(입소)	만성정신질환자 요양보호 및 작업치료, 사회복지훈련 등의 서비스 제공	
사회복지시설	256	4,304(이용) 1,670(입소)	정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 사회적응훈련·작업훈련 등 제공	

출처 : 보건복지부(2012) 2011 보건복지백서

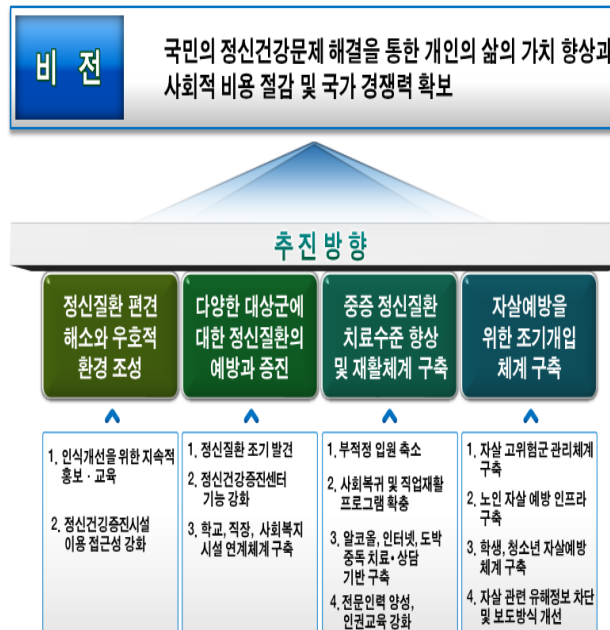
〈표2-10〉 정신보건시설 입원(입소)환자 현황

(단위:개소, 병상, 명, %)

구분	기관수	병상(정원)수	입원·입소 정신질환자수	구성비	
2011년 총계	1,962	93,932	85,893	100.0	
정신 의료 기관	소계	1,273	80,012	78.3	
	국립정신병원	6	3,699	2,698	3.1
	공립정신병원	12	4,116	3,432	4.0
	사립정신병원	185	46,820	39,361	45.8
	종합병원 정신과	166	5,518,13,961	4,202	4.9
	병원 정신과	97	5,898	12,243	14.3
	정신과 의원	807	13,920	5,287	6.2
정신요양시설	59	-	11,414	13.3	
사회복지시설	275	-	-	-	
표준형정신보건센터	160	-	-	-	
알코올상담센터	43	-	-	-	
부랑인시설	37	-	6,160	7.2	
노숙자쉼터	101	-	449	0.5	
미인가시설	14	-	647	0.8	

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012) 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

〈그림 2-1〉 2013 정신건강사업 비전 및 추진방향



출처 : 보건복지부(2013) 2013년 정신건강사업 안내

2011년 현재 정신보건시설 입원(입소)환자 현황을 살펴보면 정신의료기관이 78.3%로 가장 높게 나타났다. 이 중에서 민간의료기관이 71.2%로 매우 높은 비율을 차지하고 있다. 그 외 정신요양시설에 입소한 경우가 13.3%로 나타났으며, 부랑인시설의 경우에도 7.2%로 상대적으로 높게 나타났다.

2013년 현재 보건복지부의 정신건강사업 추진방향은 크게 다섯 가지로 다음과 같다. 먼저 정신질환에 대한 인식개선 및 정신질환자 권익증진을 목표로 하고 있으며, 이를 위해 정신보건심위위원회의 기능을 활성화하고 계속 입원 치료 심사지침 준수와 보호의 무자에 의한 입원 기준 강화, 정신질환 인권 침해 방지 및 권익보호를 위한 인권교육 실시, 정신질환 인식개선 및 홍보를 위한 지원을 하기로 하고 있다. 두 번째는 지역사회 중심의 통합적인 정신보건서비스 제공으로 지역사회 내에서 정신질환자 예방 및 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 촉진할 수 있는 정신질환자 통합지원 관리체계를 구축하고 정신건강증진센터 확대 및 역량강화를 할 것이다. 또한 통합정신건강증진사업을 실시하여 지역사회 중심의 정신보건모델을 수립하고, 사회복귀시설 확충 및 운영 지원을 통해 정신장애인의 사회복귀 활성화를 해나갈 것이다. 세 번째는 아동청소년 정신건강 조기검진 및 조기중재를 하는 것으로 아동청소년들의 주요 정신건강문제를 조기에 발견하여 사례별로 맞춤형 사후관리서비스를 제공함으로써 청소년 정신건강증진 및 건강한 성장을 도모할 계획이다. 네 번째는 정신보건시설의 요양 및 치료환경을 대폭 개선하는 것으로 정신질환자의 요양·보호수준 및 질 향상을 위해 각종 정신보건서비스 제공을 내실화하고 정신요양시설의 서비스 평가 및 환류를 할 계획이다. 마지막은 정신보건사업 기반을 구축하는 것으로 정신건강증진센터, 사회복귀시설, 알코올상담센터, 정신의료기관, 정신요양시설 상호간에 전달 및 연계체계를 구축하고 정신보건전문요원 중장기 인력수급 계획을 마련하고 중앙 및 지방 정신보건사업지원단의 기능을 활성화해 나갈 계획이다.

보다 구체적으로 정신장애인과 관련한 정신건강사업을 살펴보면 크게 세가지로 분류할 수 있다(보건복지부b, 2011). 첫 번째는 지역사회 정신보건사업 강화 사업이다. 보건복지부에서는 지역사회 내에서 정신장애인의 조기발견, 상담, 치료, 재활서비스 제공 및 사회복귀 촉진을 위해 정신보건센터를 지역사회 정신보건사업의 거점기관으로 활동할 수 있도록 지원을 확대해왔으며, 2012년 12월말 현재 전국에 164개소가 설치되어 운영 중이다. 그리고 정신보건센터의 내실 있는 운영을 위해 1999년부터 지역정신보건사업기술지원단을 설치하여 운영하고 있다. 또한 정신장애자의 지역사회에서의 재활 및 사회

복귀를 돕는 다양한 프로그램을 제공하기 위하여 정신장애인 사회복지시설을 설치 운영하고 있으며, 2011년 12월말 현재 256개소에서 4,304명의 이용자와 1,670명의 입소자가 다양한 재활훈련 프로그램을 제공받고 있다. 이외에도 정부에서는 기존의 성인 만성중증정신질환 위주의 정책에서 벗어나 아동청소년 정신보건사업을 추진해오고 있으며, 정신건강 조기검진사업을 단계적으로 확대해나갈 계획이다. 두 번째는 정신질환자 치료·요양 등 서비스 개선 사업이다. 보건복지부에서는 가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 입소시켜 요양·보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회복지복귀를 도모할 목적으로 2011년 12월말 현재 전국 59개 정신요양시설을 설치·운영 중이며 11,414명의 정신질환자가 입소해있다. 정신요양시설은 입소자의 진료, 투약, 건강관리 및 요양보호 등 건강관리 서비스 뿐 아니라 작업치료 및 사회복지훈련을 통한 지역사회 복귀지원 서비스도 제공하고 있다. 그리고 정신의료기관 치료환경 개선을 위해 정신과 전문의 인력기준을 입원환자 70인당 1인에서 60인당 1인으로 강화하였으며 장기입원을 지양하고 지역사회중심의 정신장애자 치료·재활체계를 지원하기 위해 낮 병동 수가를 신설하였으며 의료급여 정신과 수가를 인력기준 확보 수준에 따라 차등화하여 입원기간을 감소하기 위해 노력하고 있다. 정신보건의 패러다임이 지역사회중심으로 전환되면서 지역사회 내 정신보건 전문요원의 체계적인 양성과 확보가 필요해졌으며, 이러한 요구에 따라 2011년 12월말 현재 13,054명의 정신보건전문요원이 배출되어 지역사회 정신보건센터, 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등에서 업무를 수행하고 있다. 향후 정신보건전문요원제도의 질적 성장을 위해 전문요원수련기관 평가인증 체계와 보수교육 지침을 개발하여 수련기관의 질적 향상을 추진할 계획이다. 이외에도 마약류중독자 치료보호 활성화 및 사회복지 지원 내실화를 도모하고 있다. 마지막은 정신질환 인식개선 및 권익증진 사업이다. 보건복지부에서는 정신장애에 대한 국민의 편견이 해소되어 정신장애자와 그 가족이 사회적 관심과 지원 속에 마음 놓고 치료 및 재활서비스를 이용할 수 있도록 정신장애에 대한 국민의 인식을 개선하고 관심을 불러일으키기 위하여 다양한 홍보활동을 전개하고 있다. 1999년부터 정신건강의 날 행사, 정신장애 극복 수기·작품 공모, 정신장애인 극복 재활대회 개최, 정신요양시설 등의 권역별 체육·문화행사, 정신보건단체의 각종 세미나·학술대회 개최, 정신건강축제 등을 지원하여 왔다. 또한 정신장애인의 인권보호를 위해 지속적으로 정신보건법을 개정해왔으며, 특히 2008년 3월 21일 정신보건법이 개정('09. 3. 22)되어 정신장애인의 인권보호를 위한 다양한 제도가 도입되었다. 우선적으로 정신보건시설 설치·운영자, 종사자들은 매년 4시간 이상 인권교

육을 받도록 함으로써 정신장애자 인권존중의식을 함양할 수 있도록 하였으며, 자의입원환자에 대해서도 1년에 1회 이상 퇴원의사를 확인하도록 하여 사회복귀에 대한 의지를 확인하게 하였고, 보호의무자 동의요건을 1인에서 2인으로 강화하는 등 입퇴원 요건과 절차를 개선하여 인권침해사례가 발생하지 않도록 하였다. 아울러 무연고 정신장애자에 대해서는 신상정보를 확인하도록 하여 적절한 보호지원이 이루어지도록 하였고, 정신요양시설 및 정신의료기관이 퇴원명령에 불응하거나, 정신과전문의 진단 없는 입원 조치 등 입·퇴소 의무를 위반할 시 행정처분을 하도록 하였다. 그리고 심사청구절차 등을 개선하여 정신장애자의 권익이 증진될 수 있도록 하였다. 계속입원 심사 판단사항을 현행 5개 항목에서 8개 항목으로 확대하며, 정신보건심판위원회의 퇴원 및 계속입원 여부 심사를 시도 및 시군구에서도 하도록 확대하여 내실 있는 심사가 가능하게 되었고 이에 따라 정신질환자의 퇴원율을 높일 수 있게 되었다. 최근 1~2년 사이에 입원 판정과 관련한 요건을 강화하기 위한 다양한 법안에 제출되었으며, <표2-8>에 제시된 바처럼 정부에서는 정신장애자의 범위를 축소하고 보험가입 차별을 금지하는 등의 개정안을 통해 정신장애자의 인권보호 및 권익증진을 위해 노력하고 있다. 이외에도 정부에서는 국민건강 증진을 위한 정신건강사업으로 다양한 생명사랑 및 자살예방 사업을 실시하고 있으며, 음주폐해 예방 및 치료재활 지원 사업을 실시하고 있다.

Ⅲ. 국내 정신장애인 실태 분석

본 연구에서는 국내 정신장애인의 실태를 파악하기 위하여 2011년도 장애인실태조사 자료를 재분석하여, 정신장애인의 경제상태, 정신장애인의 일상생활 지원 및 건강·의료, 정신장애인의 교육·사회 및 여가활동, 정신장애인의 복지서비스에 대한 실태를 점검해보았다.

1. 정신장애인의 경제상태

2011년 장애인실태조사에 의하면, 정신적 장애인의 경제활동참가율은 20.5%로 전체 장애인의 경제활동참가율 38.6%에 비해 18.1% 낮은 것을 알 수 있으며, 장애유형 중에서도 가장 낮은 것으로 나타났다. 실업률의 경우에도 10.5%로 전체장애인의 실업률



6.6%에 비해 높은 것으로 나타났으며, 고용률의 경우에도 18.4%로 전체장애인의 고용률 36.0%에 비해 상당히 낮은 것으로 나타났다. 전반적으로 정신적 장애인의 경제상태가 매우 열악하며, 여타 장애인에 비해 현저한 차이를 보이고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다.

장애인의 경제상태 중에서 주관적 소속계층에 대해 살펴보면, 자신을 상층이라고 생각하는 정신장애인은 1.7%에 불과하였으며 하층으로 인식하고 있는 장애인은 81.0%로 매우 높은 것으로 나타났다. 지적장애인의 경우에도 자신을 하층으로 생각하는 장애인 70.6%로 높게 나타난 반면에 자폐성장애인의 경우에는 자신을 하층으로 생각하는 비율이 51.7%로 상대적으로 낮게 나타났으며 중층으로 생각하는 비율이 48.3%로 비교적 높게 나타났다.

〈표 3-1〉 경제활동상태

(단위: 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동인구	경제활동참가율	실업률	고용률	
		계	취업자	실업자					
전체	2,376,431	915,217	855,158	60,059	1,461,214	38.6	6.6	36.0	
신체장애	지체장애	1,289,269	619,256	585,099	34,157	670,013	48.0	5.5	45.4
	지체 외	243,031	29,005	25,064	3,941	214,026	11.9	13.6	10.3
감각장애	시각장애	238,997	100,647	94,564	6,083	138,350	42.1	6.0	39.6
	시각 외	257,094	87,746	81,287	6,459	169,348	34.1	7.4	31.6
정신적장애	234,575	48,188	43,114	5,074	186,387	20.5	10.5	18.4	
내부장애	113,465	30,376	26,031	4,345	83,089	26.8	14.3	22.9	

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-2〉 주관적 소속계층

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	하층	중층	상층
전체	2,611,126	100.0	68.5	30.6	0.9
정신	103,894	100.0	81.0	17.2	1.7
지적	153,332	100.0	70.6	29.3	0.1
자폐성	16,238	100.0	51.7	48.3	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

정신장애인가구의 총소득은 평균 148.2만원으로 전체 장애인의 총소득 198.0만원에

비해 낮은 것으로 나타났으나, 반면에 지적장애인과 자폐성장장애인가구의 경우 전체 장애인가구의 총소득에 비해 높은 것으로 나타났다. 근로소득의 경우 정신장애인가구는 69.4만원으로 전체 장애인가구의 근로소득에 비해서 현저히 낮은 것으로 나타났으며, 이외 소득의 경우에도 공적이전소득을 제외하고는 대부분 전체 장애인가구에 비해 낮은 것을 알 수 있다. 전반적으로 자폐성장장애인가구의 소득수준이 높은 것이 특징적으로 나타났다.

정신장애인의 개인 총소득을 살펴보면 평균 37.5만원으로 전체장애인의 개인 총소득 평균 81.2만원에 비해 매우 낮은 수준임을 알 수 있으며, 기타 소득의 경우에도 공적이전소득을 제외하고는 대부분 전체장애인에 비해 현저히 낮은 것을 알 수 있다. 지적장애인과 자폐성장장애인의 경우에는 정신장애인에 비해서도 낮은 수준을 보이고 있다. 종합해보면 정신장애인의 열악한 경제상태 및 소득수준을 감안할 때 일상생활을 함에 있어서 이들의 빈곤문제가 매우 심각하게 부정적 영향을 미치고 있음을 알 수 있으며, 장기적으로는 취업을 비롯한 다양한 자립지원방안을 고려해야 할 것으로 판단된다.

〈표 3-3〉 장애인가구의 소득 수입원별 평균 금액

(단위: 만원)

구분	평균금액	근로소득	사업·부업 소득	개인재산· 금융· 연금소득	공적 이전소득	사적 이전소득	기타
전체	198.0	115.9	32.4	8.6	27.4	13.3	0.3
정신	148.2	69.4	20.9	3.9	44.9	9.0	0.0
지적	203.8	125.1	30.0	8.2	34.2	5.9	0.1
자폐성	309.8	265.2	29.0	0.1	14.3	1.3	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-4〉 개인 소득의 수입원별 평균 금액

(단위: 만원)

구분	평균금액	근로소득	사업·부업 소득	개인재산· 금융· 연금소득	공적 이전소득	사적 이전소득	기타
전체	81.2	34.8	14.2	5.2	18.8	8.0	0.1
정신	37.5	5.0	1.2	0.7	26.5	4.2	0.0
지적	26.1	8.1	0.5	0.2	15.3	1.8	0.1
자폐성	6.4	0.3	0.0	0.0	5.9	0.1	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

2. 정신장애인의 일상생활 지원 및 건강·의료

2011년 장애인실태조사에서 장애인의 일상생활 도움 필요정도를 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘대부분 필요’가 58.1%로 가장 높게 나타났으며 ‘거의 남의 도움 필요’ 24.0%, ‘일부도움 필요’ 17.4% 순으로 나타났다. 이는 정신장애인이 일상생활을 함에 있어서 혼자서 하는 경우보다 대부분 도움을 필요로 하고 있음을 의미한다. 자폐성장장애인의 경우 도움을 필요로 한다는 응답이 대부분으로 나타난 반면, 지적장애인의 경우 ‘혼자서 스스로’ 8.6%, ‘대부분 혼자서’ 13.0%로 일상생활을 혼자서 할수 있다고 하는 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

일상생활에서 도움을 줄 외부인을 활용한 의사가 있는지에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘무료라면 이용하겠다’는 응답이 46.4%이고 ‘필요없다’는 응답이 42.5% 높게 나타났다. 이는 정신장애인이 일상생활을 할 때 외부인의 도움을 받고는 싶으나 경제적 문제가 크게 작용하고 있음을 보여주는 것이며, 또 한 가지는 일상생활을 함에 있어서 외부인보다는 가족친지의 도움에 전적으로 의존하는 실태가 반영된 것을 알 수 있다. 이와 같은 경향은 지적장애인과 자폐성장장애인에게서도 유사하게 나타났다.

〈표 3-5〉 일상생활 도움 필요정도

(단위: 명, %)

구분	전국 추정수	전체	혼자서 스스로	대부분 혼자서	일부도움 필요	대부분 필요	거의 남의 도움 필요
전체	2,611,126	100.0	56.9	15.6	13.6	7.5	6.4
정신	103,894	100.0	0.0	0.4	17.4	58.1	24.0
지적	153,332	100.0	8.6	13.0	32.3	33.0	13.1
자폐성	16,238	100.0	0.0	0.4	17.4	58.1	24.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-6〉 도움을 줄 외부인 활용 의사

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	무료라면 이용하겠다	유료라도 이용하겠다	필요없다
전체	1,124,420	100.0	43.7	8.4	47.9
정신	67,763	100.0	46.4	11.1	42.5
지적	140,155	100.0	45.8	8.7	45.5
자폐성	16,237	100.0	62.4	18.0	19.5

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

평소 건강상태에 대해 살펴보면 정신장애인의 경우 ‘나쁘다’(나쁘다 + 매우 나쁘다)는 응답이 61.3%로 높게 나타났으며, 지적장애인의 ‘나쁘다’는 응답은 36.7% 자폐성장애인의 ‘나쁘다’는 응답은 13.8%로 정신적 장애인 간에도 상당한 차이를 보이고 있음을 알 수 있다.

3개월 이상 만성질환 여부를 살펴본 결과 정신장애인의 경우 ‘예’라는 응답이 83.2%로 매우 높게 나타났으며 지적장애인과 자폐성장애인의 경우 ‘예’라는 응답이 각 36.1%, 20.8%로 낮게 나타났다. 이는 정신장애인의 경우 진단기준 상 만성질환자를 대상으로 하고 있는 것과 밀접한 상관이 있다.

〈표 3-7〉 평소 건강상태

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	매우 좋음	좋다	보통이다	나쁘다	매우 나쁘다
전체	2,611,126	100.0	2.3	35.5	-	49.9	12.3
정신	103,893	100.0	4.1	34.6	-	52.2	9.1
지적	153,333	100.0	7.3	56.0	-	32.3	4.4
자폐성	16,237	100.0	18.5	67.8	-	13.8	-

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-8〉 3개월 이상 만성질환 여부

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	예	아니오
전체	2,611,126	100.0	70.0	30.0
정신	103,894	100.0	83.2	16.8
지적	153,332	100.0	36.1	63.9
자폐성	16,238	100.0	20.8	79.2

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

재활치료서비스 형태에 대해 살펴보면, 정신장애인은 심리행동치료가 8.8%로 가장 높은 것으로 나타났으며, 지적장애인은 언어치료가 12.5%로 가장 높은 것으로 나타났다. 자폐성장애인의 경우에는 다양한 재활치료서비스를 받고 있다는 점에서 차이를 보이고 있으며, 특히 언어치료와 미술치료, 음악치료를 가장 많이 받고 있는 것으로 나타났다.

정기적, 지속적으로 진료를 받고 있는지 여부에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘예’라는 응답이 96.1%로 매우 높은 것을 알 수 있는데 이는 정신장애인의 경우 대부분



만성질환을 겪고 있으며, 약물투여 등의 이유로 정기적으로 진료를 받고 있기 때문인 것으로 파악된다. 지적장애인과 자폐성장애인의 경우 ‘예’라는 응답이 각 49.7%, 71.9%로 나타났다.

〈표 3-9〉 재활치료서비스 형태

(단위: 명, %)

구분	음악 치료	미술 치료	언어 치료	물리 치료	작업 치료	놀이 치료	심리행동 치료	기타 치료
전체	0.9	1.1	1.5	20.3	1.0	0.5	1.0	1.2
정신	6.4	4.6	0.3	7.6	3.1	-	8.8	2.3
지적	5.5	7.9	12.5	5.6	2.4	3.9	5.8	6.4
자폐성	22.1	23.6	45.3	-	12.1	11.9	8.8	23.1

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-10〉 정기적, 지속적으로 진료를 받고 있는지 여부

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	예	아니오
전체	2,611,126	100.0	72.4	27.6
정신	103,894	100.0	96.1	3.9
지적	153,332	100.0	49.7	50.3
자폐성	16,238	100.0	71.9	28.1

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-11〉 병의원에 가지 못한 이유

(단위: %)

구분	계	경제적인 이유	예약이 힘들어서	교통편이 불편해서	희망하는 시간에 병원이 문을 열지않음	병원에서 오래 기다리기가 싫어서	증상이 가벼워서	기타
전체	100.0	58.7	1.9	18.7	8.8	4.1	4.4	3.4
정신	100.0	66.5	-	-	11.6	7.8	-	14.1
지적	100.0	67.3	2.3	5.4	3.4	6.2	10.0	5.4
자폐성	100.0	83.7	-	2.3	4.9	9.0	-	-

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-12〉 향후 건강 및 재활을 위해 필요한 의료기관 또는 서비스(1순위)

(단위: %)

구분	전체	정신	지적	자폐성
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
종합병원 재활의학과	29.7	25.5	21.8	10.4
재활전문병원	27.3	14.8	19.8	13.8
요양병원	7.8	20.0	6.2	-
낮병원 또는 외래에서의 재활치료	3.3	1.7	3.4	3.7
방문재활치료 장애인	13.4	12.0	12.8	11.6
특화서비스(여성전문, 치과, 소아등)	11.9	18.4	28.0	54.7
주치의(단골의사)	6.5	7.4	7.9	5.8
기타	0.2	0.3	0.2	-

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

진료를 받아야하나 병의원에 가지 못한 이유를 살펴보면, 정신장애인과 지적장애인 그리고 자폐성장아인 공히 ‘경제적인 이유’가 주된 사유로 나타났다. 전체 장애인의 경우에도 ‘경제적인 이유’가 병의원에 가지 못한 주된 사유이기는 하나 정신적 장애인에 비해 비율이 상대적으로 낮게 나타났다. 정신장애인의 경우 ‘경제적인 이유’ 이외에도 ‘희망하는 시간에 병원이 문을 열지않음’이라는 응답이 11.6%로 높게 나타났다는 점에서 장애의 특성상 응급의료서비스의 필요성을 시사해주는 것으로 판단된다.

향후 건강 및 재활을 위해 필요한 의료기관 또는 서비스에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 종합병원 재활의학과가 25.5%로 가장 높게 나타났으며 요양병원 20.0%, 특화 서비스 18.4% 순으로 나타났다. 지적장애자와 자폐성장아인의 경우 공히 특화서비스가 각 28.0%, 54.7%로 가장 많이 필요로 한다는 점에서 정신장애인과 차이를 보이고 있다.

3. 정신장애인의 교육, 사회 및 여가활동

2011년 장애인실태조사결과 따르면 정신장애인의 교육수준은 고등학교가 46.2%로 가장 높게 나타났으며 중학교와 초등학교가 공히 18.5% 순으로 나타났다. 대학이상 학력의 경우도 13.5%로 전체 정신장애인의 교육수준에 비해서도 다소 높은 것을 알 수 있다. 지적장애인의 경우 고등학교, 초등학교, 중학교 순으로 높게 나타났으며, 자폐성 장

애인의 경우 초등학교, 고등학교, 무학 순으로 높게 나타났다. 이는 각 장애의 발병연령과도 상관이 있을 것으로 생각된다.

문화 및 여가활동 참여여부에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 'TV 시청'이 90.6%로 가장 높게 나타났으며, '가사잡일' 44.8%, '사교일' 33.0% 순으로 나타났다. 지적장애인의 경우 'TV 시청' 94.3%로 가장 높게 나타났으며, '가족관련 일' 40.9% '컴퓨터 또는 인터넷 활용' 40.0% 순으로 나타났다. 'TV 시청' 87.6%로 가장 높게 나타났으며, '컴퓨터 또는 인터넷 활용' 57.5% '가족관련 일' 53.5% 순으로 나타났다. 대부분의 문화활동이 장애 종류와 상관없이 TV시청에 치중되어 있다는 점에서 재가 정신장애인을 대상으로 한 다양한 여가프로그램의 운영이 필요함을 시사한다.

〈표 3-13〉 교육수준

(단위: 명, %)

구분	전체	무학	초등학교	중학교	고등학교	대학이상
전체	100.0	11.8	32.9	18.3	25.0	12.0
정신	100.0	3.4	18.5	18.5	46.2	13.5
지적	100.0	12.4	27.8	18.4	38.1	3.3
자폐성	100.0	10.3	49.0	8.2	27.5	4.9

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-14〉 문화 및 여가활동 참여여부

(단위: 명, %)

구분	전체	정신	지적	자폐성
감상·관람(연극, 영화 등)	6.0	7.8	10.2	14.3
TV시청(유선방송, 비디오 포함)	96.0	90.6	94.3	85.6
컴퓨터 또는 인터넷 활용	27.3	15.4	40.0	57.5
승부놀이(바둑, 당구, 경마 등)	7.0	1.4	2.9	11.3
창작적 취미(미술, 서예 등)	4.5	7.8	11.0	24.6
독서, 신문이나 잡지읽기	30.4	26.8	11.4	26.4
스포츠(축구, 테니스, 수영 등)	8.0	4.6	14.0	38.9
학습활동(영어, 한문 등)	4.3	2.7	7.7	18.2
사회(자원) 봉사 활동	5.3	2.0	4.2	0.0
여행(관광, 등산, 낚시 등)	9.2	4.1	6.5	17.6
사교일(친구모임 등)	57.5	33.0	37.6	27.1

구분	전체	정신	지적	자폐성
해외여행(지난 1년동안)	4.1	0.9	1.1	3.7
가족 관련일(외식, 쇼핑 등)	37.4	23.8	40.9	53.5
가사잡일(장보기 포함)	57.8	44.8	33.3	20.6
휴식(사우나 등)	35.4	24.1	26.9	33.2
기타	0.8	1.3	1.0	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

현재 장애란 이유로 장애인 본인이 차별받고 있다고 느끼는지 정도에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘느낀다’(‘항상느낀다’+‘가끔느낀다’)가 57.3%로 나타났으며, 지적장애인의 경우 ‘느낀다’가 58.6%로 나타났다. 자폐성장장애인의 경우에도 ‘느낀다’가 61.1% 나타났다.

장애로 인해 사회적 차별이 심하다고 느끼는 분야에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘또래학생으로부터의 차별’이 76.1%로 가장 높은 것으로 나타났으며, ‘보험제도 계약시 차별’ 60.3%, ‘취업시 차별’ 59.5% 순으로 나타났다. 지적장애인의 경우 ‘보험제도 계약시 차별’이 78.5%로 가장 높게 나타났으며, ‘운전면허 취득시 차별’ 76.0%, ‘결혼시 차별’ 69.4% 순으로 나타났다. 자폐성장장애인의 경우 ‘결혼시 차별’이 100.0%로 가장 높게 나타났으며 ‘보험제도 계약시 차별’ 74.1%, ‘또래학생으로부터 차별’ 66.5% 순으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 정신적 장애인의 경우 결혼이나 보험계약시에 사회적 차별을 많이 경험하고, 또래학생으로부터의 따돌림과 같은 사회적 차별로 어려움을 겪는 것이 특징적인 점이다. 이와 관련한 제도적 개선책을 마련해나가야 할 것으로 생각된다.

〈표 3-15〉 장애 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는지 정도

(단위: 명, %)

구분	전국 추정수	전체	항상 느낀다	가끔 느낀다	별로 느끼지 않는다	전혀 느끼지 않는다
전체	2,611,126	100.0	8.7	31.2	36.4	23.7
정신	103,894	100.0	18.7	38.6	28.5	14.2
지적	153,332	100.0	18.1	40.5	24.5	16.9
자폐성	16,238	100.0	29.5	31.6	17.0	21.9

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-17〉 사회적 차별경험 여부

(단위: %)

구분		전체	정신	지적	자폐성
입학· 전학· 학교생활	유치원(보육시설)	30.5	49.5	40.4	40.3
	초등학교	34.2	33.5	40.5	45.2
	중학교	29.8	46.8	35.9	47.8
	고등학교	29.3	57.6	39.7	27.5
	대학교	16.3	57.0	30.7	0.0
	교사로부터	21.4	42.4	40.2	42.1
	또래학생으로부터	49.2	76.1	69.0	66.5
	학부모로부터	15.1	23.4	31.1	28.5
결혼		26.5	50.9	69.4	100.0
취업		34.0	59.5	62.8	5.5
직장생활	소득	20.7	35.8	54.6	10.9
	동료와의 관계	16.9	44.8	43.4	10.9
	승진	14.2	25.2	36.8	10.9
운전면허 제도상(취득시)		14.3	31.1	76.0	-
보험제도(계약시)		53.7	60.3	78.5	74.1
의료기관 이용시		3.7	5.2	7.2	19.4
정보통신 이용시(방송포함)		2.0	1.1	2.0	11.3
지역사회활동		7.8	10.0	22.6	43.1

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

4. 정신장애인의 복지서비스

2011년 장애인 실태조사결과에 나타난 국민기초생활보장 수급여부를 살펴본 결과, 정신장애인의 경우 일반 수급자 비율이 54.3%로 전체 장애인과 비교하여 상당히 높은 수준임을 알 수 있으며 지적장애인의 경우에도 일반 수급자 비율이 31.3%로 높은 수준에 속하는 것으로 나타났다. 자폐성장장애인의 경우 수급자 비율은 10.6%로 비대상가구가 더 많은 것으로 나타났다.

건강보험 가입 여부를 살펴보면, 정신장애인의 경우 의료급여가 57.0%로 여타 장애인에 비해 기초생활수급대상자로 지원받는 비중이 매우 높은 것을 알 수 있다. 지적장애인의 경우 직장건강보험과 지역건강보험, 의료급여 가입율이 평균 30% 수준으로 큰 차

이를 보이고 있지 많은 반면에 자폐성장장애인의 경우는 직장보험 가입율이 64.6%로 매우 높고 의료급여는 10.6%를 보이고 있어 격차가 많은 것을 알 수 있다. 이는 앞에서 언급한 바대로 정신장애인에게 있어 경제적 빈곤 문제가 매우 심각함을 나타내주는 것으로 소득보장을 위한 실효성있는 대책 마련이 필요하다고 하겠다.

〈표 3-18〉 국민기초생활보장 수급여부

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	비대상가구	일반 수급가구	조건부 수급가구	의료·교육·자활특례
전체	2,611,126	100.0	83.0	16.2	0.7	0.0
정신	103,894	100.0	43.0	54.4	2.6	0.0
지적	153,332	100.0	67.0	31.3	1.7	0.0
자폐성	16,238	100.0	89.4	10.6	0.0	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-19〉 건강보험 가입 여부

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	직장건강 보험	지역건강 보험	의료급여		기타
					1종	2종	
전체	2,611,126	100.0	53.1	29.4	14.4	2.7	0.4
정신	103,894	100.0	22.1	20.4	49.1	7.9	0.5
지적	153,332	100.0	35.8	30.2	27.9	6.1	-
자폐성	16,238	100.0	64.6	24.8	6.6	4.0	-

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

장애등록 이후의 복지서비스 혜택 정도를 살펴보면, 정신장애인의 경우 복지서비스 혜택을 ‘받고 있다’(매우 많이 받고 있다+약간 받고 있다)가 59.3%, ‘받지 못하고 있다’가 40.7%로 등록 이후의 혜택에 만족하는 비율이 높은 것으로 나타났으며, 지적장애인의 경우 58.2%, 자폐성장장애인의 경우 48.2%가 만족하는 것으로 나타났다. 반면에 전체 장애인의 장애등록 이후의 복지서비스 혜택을 ‘받고 있다’고 하는 비율은 37.6%, ‘받지 못하고 있다’가 62.3%로 불만족하는 비율이 더 많다는 점에서 차이를 보이고 있다.

사회 및 국가에 대한 복지서비스 요구사항에 대해 살펴보면, 정신장애인의 경우 ‘소득보장’이 45.3%로 가장 높게 나타났으며 ‘의료보장’ 24.4%, ‘주거보장’ 11.9% 순으로 나타났다. 지적장애인의 경우에도 ‘소득보장’이 43.4%로 가장 높게 나타났으며, ‘의료보장’



17.4%, '고용보장' 10.5% 순으로 나타났다. 자폐성장애인의 경우 다른 정신장애와 달리 '보육·교육보장'에 대한 욕구가 29.7%로 가장 높게 나타났으며 '장애인 인권보장' 16.4%, '소득보장' 12.5% 순으로 나타났다. 전체적으로 소득보장에 대한 요구는 공통적으로 높은 순위를 차지하고 있는 것으로 나타난 반면에 정신장애인은 주거보장에 대한 욕구가 높게 나타나고 지적장애인은 고용보장에 대한 욕구가 높다는 점이 특징적인 사실이다. 자폐성장애인의 경우 대상자 연령 비중을 감안하여 보육이나 교육에 대한 욕구가 높은 것이 확인되었다. 특히 정신장애인에게서 주거보장에 대한 욕구가 높다는 점에서 현재 정신의료기관 및 보호시설을 통한 주거기능을 대체할 수 탈시설화 대책이 마련되어야 할 것으로 생각된다.

〈표 3-20〉 장애등록 이후의 복지서비스 혜택 정도

(단위: 명, %)

구분	전국추정수	전체	매우 많이 받고 있다	약간 받고 있다	보통이다	별로 받지 못하고 있다	전혀 받지 못하고 있다
전체	2,517,314	100.0	2.7	34.9	-	44.5	17.8
정신	99,803	100.0	5.8	53.5	-	30.9	9.8
지적	152,134	100.0	6.2	52.0	-	33.4	8.4
자폐성	15,793	100.0	5.3	42.9	-	40.4	11.3

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 3-21〉 사회 및 국가에 대한 복지서비스 요구사항(1순위)

(단위: 명, %)

구분	전체	정신	지적	자폐성
전국추정수	2,610,251	103,894	153,331	16,237
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
소득보장	38.2	45.3	43.4	12.5
의료보장	31.5	24.4	17.4	11.7
고용보장	8.6	7.6	10.5	8.2
주거보장	8.0	11.9	7.4	5.2
이동권보장	2.0	1.3	2.0	5.0
보육·교육보장	2.4	0.4	9.5	29.7
문화여가생활 및 체육활동보장	1.6	0.9	1.4	2.8
장애인 인권보장	3.3	3.2	5.7	16.4

구분	전체	정신	지적	자폐성
장애인 인식개선	1.8	2.5	2.1	7.8
장애예방	1.0	1.7	0.1	0.6
기타	0.4	0.0	0.5	0.0
없음	1.2	0.9	0.0	0.0

출처: 보건복지부(2011), 장애인 실태조사

〈표 4-1〉 정신질환자 입원형태

(단위: 명, %)

구분	총입원 환자수	자의 입원	보호의무자에 의한 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원
			가족	시장·군수·구청장	기타 입소 ¹⁾		
2008	100.0 (72,325)	13.0	69.7	16.0	1.1	0.2	0.1
2009	100.0 (74,919)	16.1	67.5	14.9	1.1	0.2	0.1
2010 ²⁾	100.0 (75,282)	20.3	68.7	9.3	1.2	0.3	0.1
2011 ³⁾	100.0 (78,637)	21.4	68.1	(8.7	1.3	0.4	0.1

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

〈표 4-2〉 한국과 일본의 입원형태별 입원환자 분포 비교

(단위: %)

구분	한국		일본	
	1999	2002	1999	2002
자의입원	9.5	8.1	68.6	64.2
보호의무자에 의한 입원(가족)	72.2	75.9	28.2	34.1
보호의무자에 의한 입원(시·군·구청장)	16.2	14.0	1.6	0.8
기타입원	2.1	1.9	1.8	0.8
시장·군수·구청장에 의한 입원	-	-	-	-
응급입원	-	-	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 1) 2008년부터 시장·군수·구청장에 의한 입원, 응급입원을 포함함.
- 2) 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등
- 3) 부랑인 시설 입소자 제외

IV. 정신장애인 정책 현황 및 점검

1. 높은 강제 입원을

2011년 현재 우리나라 정신장애인 입원형태를 보면 21.4%만이 자의입원을 하고 있고, 이를 제외한 상당 부분 즉 78.6%가 강제입원이며, 그중 가족에 의한 입원이 68.1%에 달하고 있다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 이러한 우리나라 자의입원률은 일본의 자의입원률 64.2%(2002)에 비해 매우 낮은 수치이다. 선발국가를 비롯하여 우리나라와 유사한 입원형태를 채택하고 있는 일본의 경우에도 비자의입원률이 낮다는 점은 우리나라 정신장애인에 대한 입원치료가 얼마나 장애인 당사자의 자유를 침해하고 있는지를 상징적으로 보여주는 예라고 생각된다.

이와같은 강제입원은 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인)가 있고 정신건강의학과전문의가 입원이 필요하다고 판단한 경우 입원시킬 수 있도록 함으로써 입원과정에서 공적 판단이 배제되는 결과를 낳게 된다(이용표 등, 2012) 정신장애인에 대한 반인권적 강제 입원 형태가 관행화되어 있다는 것은 매우 심각한 문제라 할 수 있다. 특히 UN 장애인권리협약 제14조 1항 “장애인의 자유는 불법 또는 임의적으로 침해되지 않고, 자유침해는 어떤 법에도 근거하지 않으며 장애유무로 인한 자유침해는 그 어떠한 경우에도 정당화될 수 없다”는 규정을 정면으로 위반하고 있다. 이와같이 인권적 고려가 부족한 입원관리체계는 경제적으로 빈곤한 정신장애인의 장기 입원을 양산하는 결과를 낳는다는 점에서 시급한 개선을 요한다.

〈표 4-3〉 2000-2011년 정신의료기관 병상 수 추이

(단위: 병상, 천명)

		1984	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
정 신 병 원	국공립	1,930	7,570	7,551	7,805	7,829	7,956	7,781	7,833	7,940	8,043	7,363	7,978	7,815
	사립	1,022	20,667	20,640	21,880	21,866	33,395	22,463	23,856	24,618	28,384	37,922	34,525	46,820
	소계	2,952	28,237	27,831	29,685	30,277	30,240	30,244	31,689	32,558	36,427	45,285	42,503	54,635

		1984	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
병·의·원	종합병원 정신과	2,064	13,393	15,020	16,188	18,170	18,841	21,736	26,773	29,335	25,667	20,004	26,342	19,479
	정신과 의원	1,091	2,245	3,621	3,995	3,696	4,310	6,170	5,298	6,360	7,608	7,089	6,569	5,898
	소계	3,155	15,648	18,587	20,183	21,866	23,151	27,906	32,071	35,695	33,275	27,093	32,911	25,377
소계		6,107	43,885	46,472	49,868	52,143	53,391	58,150	63,760	68,253	69,702	72,378	75,414	80,012
정신요양시설		8,349	14,135	13,960	13,840	13,886	13,850	14,049	14,296	14,609	14,235	14,325	14,145	13,920
총계		14,456	58,020	60,432	63,708	66,029	67,241	72,199	78,056	82,862	83,937	86,703	89,559	93,932

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

〈표 4-4〉 OECD국가의 정신병상수 변화추이

(단위: 천명당 병상, %)

		1980	1985	1990	2000 ¹⁾	1980~2000년의 10년 병상증가율
한국	정신요양시설 제외	0.11	0.19	0.33	0.93 (1.39) ²⁾	+0.41
	정신요양시설포함	0.25	0.47	0.74	1.23 (1.68) ²⁾	+0.49
터키		0.11	0.08	0.11	0.12	+0.01
이태리		1.39	0.99	0.84	0.16 (’99)	-0.65
오스트레일리아		1.40	0.91	0.58	0.31	-0.55
미국		0.91	0.69	0.62	0.31	-0.3
스페인		1.15	0.92	0.71	0.57 (’97)	-0.34
오스트리아		1.29	1.09	0.85	0.61	-0.34
스웨덴		3.24	2.50	1.70	0.63	-1.30
노르웨이		1.85	1.21	0.84	0.69	-0.58
포르투갈		1.04	0.89	0.90	0.70 (’98)	-0.19

	1980	1985	1990	2000 ¹⁾	1980~2000년의 10년 병상증가율
덴마크	1.82	1.49	0.71	0.78 (’98)	-0.58
그리스	1.35	1.20	1.04	1.00 (’99)	-0.18
영국	2.30	1.92	1.84	1.00 (’98)	-0.72
아일랜드	3.95	3.42	2.28	1.10	-1.43
프랑스	2.42	2.07	1.76	1.11	-0.66
스위스	2.22	2.01	1.75	1.20	-0.51
독일	1.97	2.50	1.70	1.28	-0.35
네덜란드	1.74	1.80	1.64	1.44	-0.15
벨기에	2.46	2.15	1.95	1.64	-0.41
일본	2.64	2.77	2.91	2.80 (’03)	+0.09

1) 괄호 안은 각 연도의 통계

2) 2007년도인 인구(추계인구) 천 명당 정신병상수 통계

출처: OECD(2003). OECD Health System: Fact and Trend, 2003, 중앙정신보건사업지원단(2012).
중앙정신보건사업지원단 결과보고서

2. 입원치료 중심의 정신보건사업

2000년대 우리나라 정신의료기관 병상수 추이를 보면, 1984년을 기준으로 할 때 정신과병원 병상수는 약 13배 증가하였으며 정신요양시설 병상수는 약 1.6배 증가한 것으로 나타났다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 좀더 구체적으로 살펴보면, 소규모의 병의원 입원병상은 감소하고 있는 반면, 대규모 정신병원의 병상이 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이와 관련하여 Susan O' Conner(2012)는 우리나라의 정신보건사업이 입원치료만으로 독점되어 있으며, 정신과 입원병상의 증가 추세는 대부분의 OECD 국가들에서 보이는 감소 추세와 정반대 양상을 보이고 있음을 지적하였다. OECD 국가의 정신병상수 변화추이를 살펴보면 1980년에서 2000년 사이 정신병상이 지속적으로 증가하고 있는

국가는 우리나라와 일본 그리고 터키 뿐이며, 터키의 경우에는 거의 정체상태라고 볼 수 있을 정도로 증가율이 미미한 수준이다.

선발국가들에서 1950년대 이후로 정신장애인에 대한 인식의 변화와 함께 탈원화가 진행되면서부터 입원 중심의 정신보건사업이 지역사회 중심으로 변모하였다. 그러나 우리나라는 1995년 정신보건사업을 제정하면서 지역사회 중심의 정신보건사업을 선언하고 있음에도 불구하고 입원병상수를 증가시킴으로써 입원치료 중심의 정신보건사업을 강화하는 결과를 초래하고 있다. 즉, 우리나라의 정신보건사업은 1950년대 이전의 서구사회로의 회귀라고 칭할 수 있을 것이다. 정신보건시설 설치를 통해 지역사회 중심의 정신보건사업을 주장하였음에도 불구하고 실질적인 정책방향은 입원치료를 맞춰져왔다는 점에서 정신장애인의 탈원화는 현실적으로 달성하기 어려운 것으로 보인다. 이는 정신장애인의 관점에서보다 정신질환에 대한 치료적 관점에서 정신보건사업이 시행되어왔음을 의미한다.

3. 장기입원 증가 및 자의 퇴원의 어려움

정신보건시설에 입원한 정신장애인의 재원기간 변화추이를 보면 2000년대와 비교하여 커다란 차이를 보이지 않고 있으며 국립정신병원과 공립정신병원의 경우 평균 약 8~9개월간 입원하는 것으로 나타났다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 또한 신영전(2008)에 따르면 3년 이상의 장기입원환자가 71.8%(3~5년 14%, 5~10년 20.7%, 10년 이상 37.1%)나 되고 정신보건심판위원회의 6개월 이상 계속 입원여부에 대한 심사 중 거의 98%가 계속 입원판정을 받고 있는 것으로 나타났다.

정신보건법의 제정으로 정신적으로 계속 입원의 적정성 여부를 점검하는 제도적 장치가 마련되었음에도 불구하고 장기입원의 문제는 개선되지 않고 있는 상황이다. 현재 장기재원을 막기 위한 시스템은 6개월 이상의 입원의 경우 시도 정신보건심의위원회의 정신보건심판위원회에 계속 입원심사청구를 통해 퇴원명령 판정을 받는 제도를 운영하고 있으나 계속입원심사 청구를 통해 퇴원 명령을 받는 비율은 매우 낮은 수준이다. 2011년 현재 전국 정신보건시설의 평균 재원기간은 251일로 8개월이 넘고 있으며 정신요양시설의 경우는 평균 재원기간이 9년이 넘는 것으로 나타났으며 정신의료기관의 경우도 병원유형별로 재원기간은 현저한 차이를 보이고 있다.

평균재원기간이 가장 긴 것으로 나타난 유형은 공립정신병원으로 267일에 달하며 평균 재원기간이 매년 증가하는 추세이다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 이는 정신보건법 제정전과 입원기간에 있어서 별다른 차이가 없음을 보여주는 것으로 입원심사를 통한 정신장애인의 탈원화를 촉진하는데 있어 여건이 개선되지 못하고 있음을 보여준다.

결과적으로 현재의 국내 정신의료기관은 대부분 수용 위주의 장기입원형태를 취하고 있으며 정신요양시설의 경우에도 기능전환을 통해 부절적인 장기입소를 개선해나가지 못하고 있다는 점에서 입원 및 입소에 대한 적절성을 평가하고 현재 입원중인 정신장애자를 재분류해내는 제도적 장치의 마련이 중요하다고 할 수 있다.

4. 장기입원에 따른 공공재원 부담 가중

정신장애인의 장기입원은 장애인 당사자에게 자의퇴원의 어려움이라고 하는 문제를 가져오는 것과 더불어 국가적으로는 공공재원 부담이 가중되는 문제를 야기시키게 된다. 최근 5년간 정신의료기관의 평균 입원일수의 변화를 보면 대부분 점진적인 증가 추세를 보여주고 있다. 그리고 정신요양시설의 경우에는 2011년 현재 입소일수가 3,539일로 약 10년간 장기 입소가 고착화되어 있음을 알 수 있다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 이는 요양시설의 경우 종종 정신장애인에게 거주서비스를 주목적으로 한다는 점에서 정신의료기관과 차이를 보이고 있는 것으로 여겨진다.

〈표 4-5〉 정신의료기관 입원일수 변화추이

(단위: 일)

		2007	2008	2009	2010	2011
정신 의료 기관	소 계	155	158	161	166	170
	국립정신병원	117	128	152	153	256
	공립정신병원	235	254	272	248	267
	사립정신병원	252	186	217	252	208
	종합병원정신과	61	61	50	71	66
	병원정신과	163	150	164	150	157
	정신과의원	75	88	93	99	103
정신요양시설		2,914	2,831	3,231	3,364	3,539

출처: 중앙정신보건사업지원단. 2007~2012 정신보건사업지원단 사업보고서

그러나 <표 4-6>에서 제시된 바처럼, 정신의료기관에서 5년 이상 장기입원자가 지속적으로 증가하고 있는 것은 치료적 목적보다는 요양시설과 같이 거주목적의 기능이 주된 것으로 보아도 무방할 것이다. 실제 정신의료기관 입원 정신장애자의 의료보장 형태를 살펴보면, 의료비에 대한 개인부담이 전혀 없는 극빈계층인 의료급여 1종인 입원자가 2011년 현재 61.5%로 과반수 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다. 결과적으로 현재의 정신의료기관의 기능 일부는 일정부분 정신장애인의 빈곤문제 해결을 위한 거주 기능의 역할을 담당하는 것으로 추정해볼 수 있다.

<표 4-6> 정신의료기관 5년 이상 재원자의 변화 추이

(단위: 명, %)

		2007	2011
정신 의료 기관	소 계	3,983 (7.32)	5,186 (7.71)
	국립정신병원	105 (3.88)	201 (7.45)
	공립정신병원	278 (8.09)	271 (7.90)
	사립정신병원	2,399 (11.48)	3,794 (9.64)
	종합병원정신과	102 (2.29)	187 (4.45)
	병원정신과	1,070 (6.11)	677 (5.53)
	정신과의원	24 (0.44)	56 (1.06)
정신요양시설		7,469 (62.39)	7,642 (66.95)

주 1) 해당연도 재원자 중 5년 이상 재원자의 비율

출처 : 중앙정신보건사업지원단. 2008~2011 사업결과보고서 재구성

<표 4-7> 정신의료기관입원환자의 의료보장 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	기타
2011 ¹⁾ 년	78,637(100.0)	25,784(32.8)	48,323(61.5)	2,627(3.3)	1,903(2.4)

주 1) 부랑인시설 제외

출처 : 중앙정신보건사업지원단. 2007~2012 정신보건사업지원단 사업보고서

장기입원의 증가는 정신장애인의 빈곤문제와 밀접한 관련이 있으며, 궁극적으로 공공재원의 부담을 가중시키는 결과를 초래하게 된다. 2011년 기준 의료급여에 의한 정신질환 진료비는 7천 7백억으로 의료급여 전체 진료비(5조)의 14.9%를 차지하고 있다. 특히 의료급여 정신질환자의 입원진료비는 전체 진료비의 24.4%로 의료급여 전체 진료비의 1/4이 정신질환 진료비로 지출되고 있음과 아울러 정신질환 진료비는 해마다 지속적으로 증가하고 있다(맹호영, 2012). 이와같이 장기입원의 증가는 정신장애인의 실질적인 복지개선을 위한 재원이라기보다 거주기능을 위한 의료비 지출을 의미하므로 국가와 정신장애인 개인에게 있어 상호 실익이 거의 없다고 할 수 있다.

〈표 4-8〉 연도별 의료급여 정신질환 진료비 현황

(단위: 억원, %)

구분	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
총 진료비	42,228	44,735	47,549	49,572	51,431
정신질환 진료비	5,210(12.3)	5,526(12.5)	6,875(14.5)	7,218(14.6)	7,669(14.9)

구분	의료급여 입원 총진료비	정신질환 입원진료비	비율
2011년	26,411	6,433	24.4

출처 : 맹호영(2012) 정신장애인 기초생활수급권자 차별개선 및 직업재활을 통한 사회복지방안 심포지엄 자료집.

5. 정신보건법과 장애인복지법 적용상의 차이

정신장애인이 받고 있는 차별과 배제의 문제는 정신보건법과 장애인복지법 적용상의 차이에 기인하는 것으로 볼 수 있을 것이다. 1995년 정신보건법이 제정되기 이전에는 정신장애자의 사회복지에 관한 사업은 사회복지사업법에 근거하여 수행되어왔다. 그러나 1995년 정신보건법이 제정되고 2000년 개정된 장애인 복지법 시행령 의 개정으로 인해 정신질환으로 인한 정신적 장애를 가진 사람들은 장애인 범주에서 제외되는 변화가 발생하였다. 즉 장애인복지법 제15조는 정신보건법의 적용대상이 되는 정신장애인에 대한 장애인복지법 적용을 배제할 수 있도록 함으로서 정신장애인의 누려야할 인권과 복지 사각지대에 놓이게 되고 말았다. 예를 들면 현재 정부에서 실시하고 있는 중증장애인직업재활지원사업 수행기관 선정시 장애인복지법 상의 장애인복지관, 장애인복지단체, 장애인직업재활시설로만 제한을 둬 따라 정신보건법에 있는 사회복지시설 중 직

업재활시설과 지역사회재활시설에서 직업재활훈련을 받고 있는 정신장애인은 제외되는 결과를 초래하고 있다. 또한 중증장애인 생산품 우선구매 특별법 상에서도 정신장애인 직업재활시설을 제외하고 있어 일반 장애인들과 차별을 받고 있는 실정이다(조형석, 2012).

정신보건법은 의료와 보건에 관한 법이고, 장애인복지법은 장애인의 권리와 복지에 관한 법률임에도 불구하고 정신질환이 있는 정신장애인은 장애인복지법 적용 대상에서 제한할 수 있도록 함으로써 의료와 보건에 관한 법률로 정신장애인의 인권과 복지 문제를 판단해야하는 상황이 전개되었다. 장애인복지법과 정신보건법은 법률의 목적에서부터 커다란 차이를 보이고 있는데, 장애인복지법은 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 위한 국가와 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 장애발생 예방과 장애인의 의료·교육·직업재활·생활환경개선 등에 관한 사업을 정하여 장애인복지대책을 종합적으로 추진하며, 장애인의 자립생활·보호 및 수당지급 등에 관하여 필요한 사항을 정하여 장애인의 생활안정에 기여하는 등 장애인의 삶에 필요한 다양한 영역에 관한 지원조치에 대하여 전반적으로 규정하고 있다. 반면 정신보건법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 정신장애인의 복지와 관련된 내용은 사회복귀에 관한 사항만 지엽적으로 규정하고 있다.

정신보건법의 경우 치료와 보호를 받을 권리, 자발적 입원의 권장 등을 규정하고 있는 하나 보호의 내용이나 자발적 입원의 원칙을 명시하지 않고 있어 인권 보장이 매우 미흡하다고 할 수 있으며, 장애인 관련 정책과정에서 당사자 참여에 관한 규정이 결여되어 있다. 또한 정신보건법은 장애인복지법과 달리 당사자 지원에 대한 내용이 구체화되어 있지 못하며, 활동지원급여의 대상으로 정신장애인이 포함될 수 있도록 하고 있는 하나 제도상 중복장애가 아닌 경우 급여대상이 불가능하다. 그리고 장애인복지시설의 설치에 대한 장애인복지법의 기준과 달리 정신보건법에서는 정신요양시설의 시설 규모에 관한 기준과 이용절차에 관한 규정이 결여되어 있고 서비스 최저기준도 마련되어 있지 않다.

따라서 정신장애인은 정신보건법이라는 보건의료법률에 의해 규율되고 있는 관계로 장애인복지법이 정한 장애인복지시설에 관한 규정, 당사자 지원, 지역사회생활 지원 등에서 배제되는 문제를 해결하는데 제도적 한계를 지닐 수 밖에 없다.

V. 결론

이상 정신장애인 관련 정책 현황 및 실태 분석을 통해 정신장애인 정책의 문제점을 점검해보았다. 이를 토대로 본 연구에서는 정신장애인 정책의 발전적 개선을 위해 다음과 같이 정책과제를 제언하고자 한다.

1. 정신장애인 입·퇴원 절차 강화

우리나라 정신장애인의 입원률이 매우 낮고 대부분 보호의무자에 의해 입원되고 있는 실정이므로 현재로서는 비자의 입원을 최소화하고 정신장애인의 자기결정권을 존중해준다는 차원에서 “정신보건법”에 ‘자의입원을 기본으로 삼는다’는 규정을 포함시킬 필요가 있다. 그렇지 않을 경우 지금과 같이 가족과 정신건강의학과 전문의의 판단에만 기준하여 입원하는 관행이 줄어들기 어려우며, 당사자의 소명절차를 통한 제3의 심사제도가 개입할 여지도 없이 강제 입원이 이뤄질 수 밖에 없는 것이다.

정신장애인의 입원과 관련하여 인권보호체계를 강화한다는 차원에서 기초지자체 차원의 공공 일시보호시설이나 쉼터 설치를 통해 공적 인권보호장치를 마련할 필요가 있다. 이를 통해 정신장애인의 입원절차상의 공정성을 담보하게 되며, 불가피하게 응급입원이 필요한 정신장애인에게 적절한 정신의료서비스가 전달되는 구조가 이뤄질 수 있을 것이다. 이용표 등(2012)은 지자체에서 운영하는 공공정신병원을 활용하여 일시보호센터를 운영하고, ‘입원 및 재원적절성사정센터’를 선치함으로써 입원을 최소화하고 기입원자에 대해서도 단기퇴원을 조장하는 체계를 만들 것을 주장한 바 있다. 궁극적으로 이러한 공적 인권보호장치의 마련은 정신장애인의 자기결정권을 최대한 존중해줄 수 있다는 점에서 정신장애인의 지역사회적응에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

정신장애인의 퇴원문제도 고려해볼 문제로 시장·군수·구청장이 보호의무자로 되어 입원한 경우에는 방치되어 장기입원하는 경우가 많으므로 시장·군수·구청장이 보호의무자인 정신장애인에 대해서는 개별적인 보호계획을 수립하도록 의무화하여야 할 것이다. 또한 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사정으로 그 역할을 수행할 수 없는 정신장애인의 경우 사회로부터 방치되어 민형사상 불이익을 받게 되거나 장애가 만성화될 수 있으므로 이러한 정신장애인에 대해서는 정신장애인의 이익을 대변하고 인권을 보호해줄 수 있는 공공후견인 제도를 마련하여 운영하는 것이 바람직하다고 판단

된다(국가인권위원회, 2009).

2. 지역사회 중심의 정신장애인 보호기반 구축

선행연구에 따르면, 정신장애인이 선호하는 생활유형은 ‘가족과 생활’(73.4%)하는 것을 가장 선호하는 것으로 나타났으며, ‘지역사회 독립생활’을 원하는 비율이 13.9% 순으로 높게 나타났다. 반면에 ‘입원 및 요양시설 입소’는 2.9%만이 선호하는 것으로 나타났다(김문근, 김이영, 2008). 이러한 결과는 정신장애인의 성별이나 연령, 소득이나 기능 정도에 상관없이 유사한 양상을 보이고 있어 지역사회 중심의 정신장애인 보호기반 구축이 주요함을 말해준다.

정신장애인의 지역사회생활을 보장하기 위해서는 기본적으로 사회의 정신장애인에 대한 편견과 차별 개선이 전제되어야 할 것이다. 우선적으로 필요한 사항은 지역사회로 돌아오는 정신장애인을 위한 유입체계의 마련이라고 생각된다. 현재 정신의료기관에서 퇴원 시 지역사회 정착을 촉진하기 위한 전략이나 프로그램이 매우 부족한 실정이며, 정신의료기관의 지역사회 정신보건 관련기관과의 연계도 미흡하다. 정신의료기관에 6개월 이상 장기재원하고 있는 환자의 보호자 중 약 50%가 주거시설이 제안되었을 때 퇴원을 고려하겠다는 의사를 보이고 있다는 점에서 주거시설의 확충이 필요하며, 주거시설의 형태 또한 정신장애인의 개인적인 특성이나 재활 정도에 따라 다양한 형태의 주거 프로그램을 개발하여 운영할 필요가 있다고 생각된다(김윤, 등, 2012). 특히 정신장애인과 가족들이 소규모 주거시설에 대한 욕구가 높다는 점에서 정신장애인의 자립생활 능력을 향상시키고 지역사회보호를 위한 방안으로 소규모 주거시설 확충을 적극적으로 고려해야 할 것이다. 주거시설의 확대는 현재 지역사회에서 거주하는 정신장애인의 독립생활능력을 향상시켜 장기적으로 정신장애인의 지역사회보호에 기여할 수 있을 뿐만 아니라 현재 장기입원하고 있는 정신장애인이 지역사회로 복귀하였을 경우에도 임시 또는 장기 보호 대안으로 기능할 수 있으므로 확충이 필요하다(김문근, 김이영, 2008).

주거시설 확대와 더불어 중요한 사항은 정신장애인을 위한 지역사회재활서비스의 확대라 할 수 있다. 정신장애인의 개별 욕구에 맞는 사회재활, 직업재활, 독립생활훈련 등의 서비스를 확대함과 동시에 서비스에 대한 홍보 강화를 통해 정신장애인이 적극적으로 서비스를 이용하도록 지원하며 치료·재활·사회복지 서비스에 대한 정보제공 및 사례관리를 실시하여야 할 것이다. 이외에 고기능 정신장애인에 대해서는 직업재활훈련과

취업기회의 제공을 통해 스스로 자립할 수 있도록 지원함으로써 정신장애인의 빈곤문제 예방에도 기여할 필요가 있다. 궁극적으로 지역사회 중심의 정신장애인 보호기반 구축을 위해서는 사회복지시설 지원을 위한 정정보건복지 예산 및 중앙정부의 지원 확대가 이뤄져야하며, 지역예산 기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통해 지역별 정신보건서비스의 편차를 줄이는 방안을 마련하여야할 것이다(배대섭, 2010).

3. 정신장애인에 대한 편견 해소와 인권 보호

국가의 장애인복지정책이 확대됨에 따라 장애인등록인구도 증가하는 추세이나, 정신장애인의 경우에는 여전히 심각한 사회적 낙인을 얻게 되는 것으로 여기고 있는 바, 정상적인 사회생활에 어려움을 겪고 있는게 현실이다. 2011년에 실시한 대국민 정신질환 태도 조사에 따르면, 많은 국민이 정신질환이 5명 중 1명꼴로 발병한다고 하는 사실을 전체 응답자 중 9.7%만이 알고 있는 것으로 나타났다. 그리고 정신질환에 대한 수용정도를 파악한 결과, 한번 정신질환에 걸리면 항상 문제가 있다고 인식하는 비율이 60.9%로 높게 나타났으며, 정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이라고 인식하는 비율도 81.0%로 높게 나타났다(보건복지부, 2012). 정신장애인은 직업, 운전면허취득, 민간보험가입과 관련된 차별경험이 높은 것으로 나타나 지역사회에서 정신장애인의 삶의 질을 보장하기 위해서는 다양한 영역에서 부당한 차별 사례에 대한 개선이 요구된다.

과거에 비해 정신장애인에 대한 부정적인 인식과 편견이 개선되어지고 있기는 하나 사회적으로 여전히 정신장애인에 대한 편견이 존재하고 있으며 차별로 이어지는 악순환이 존재하고 있다. 민법 제9조에 의하면 정신장애인은 심신이 박약하거나 재산의 낭비로 자기나 가족의 생활을 궁박하게 할 염려가 있는 한정치산자나 심신이 상실된 한정치산자로 명시하고 있어 이로 인해 정신장애인의 자기결정권은 중요하지 않은 것으로 치부되고 있다. 장애인정책의 패러다임이 보호가 아니라 자립생활을 지원하는 방향으로 전환되고 있다는 점에서 정신장애인에 대한 자기결정권 또한 충분히 존중해주어야 한다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 우선 국가 차원에서 정신장애인에 부여되는 사회적 낙인을 해소하고 자기결정권을 존중해주는 방향으로 정책방향을 수립해나가야 할 것이다. 우선 정신장애인을 대상으로 하는 관련 정책의 수립이나 운영에 있어 당사자의 의견이 충분히 반영될 수 있도록 하고 장애인 입장 정책을 개발하여야 할 것이다. 더불

어 '정신병자', 정신이상자', '정신미약자'와 같이 편견을 조장하는 용어들을 정비하고 인식개선을 위한 지속적인 홍보를 통해 국민들의 차별과 편견을 해소시켜나갈 필요가 있을 것이다(김종인, 2012).

4. 정신장애인 보건복지서비스 전달체계의 연계와 조정

정신장애인 보건복지서비스 전달체계의 연계와 조정이 매우 필요한 사항임에도 불구하고 Susan O'Connor(2012)의 주장에서처럼 우리나라의 전달체계는 분절적이며 독립적이어서 유기적 협력관계가 이루어지지 못하고 있는 문제가 존재한다. 여러 가지 원인이 있겠지만, 우선 지역별로 정신보건센터나 사회복지시설 등의 편재가 심해 통합적인 네트워크를 구축하기 힘들고 따라서 통합적 사례관리 시스템을 운영하는 것이 불가능한 것이 주된 요인으로 작용한다. 이 문제를 해결하기 위해서는 보건소 및 지역정신보건센터는 치료·재활·복지를 위해 요구되는 다양한 서비스에 대한 통합적인 접근 통로로 기능해야 하며, 허브기관으로서 기획 및 조정기능을 효과적으로 수행할 수 있어야 한다. 정신의료기관에서 퇴원하여 지역사회로 복귀하는 정신장애인은 보건소 및 지역정신보건센터를 통해 지역사회 사회복지시설이나 복지서비스에 대한 정보 제공 및 사례관리를 받아야 하며, 추가적인 치료를 요하는 경우에는 입원이나 외래 치료에 대한 연계서비스를 제공할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 미국의 PACT(Programs of Assertive Community Treatment)와 같은 전문적인 적극적 사례관리 시스템을 마련하여야 하며, 다양한 영역의 정신보건전문가를 통해 지역사회에 기반한 통합 서비스를 제공할 수 있도록 하여야 한다.

궁극적으로 정신보건센터의 양적, 질적 확대가 이뤄져야 하며, 공적 기능 강화를 위해서는 예산지원을 통한 지역정신보건센터의 지방정부의 책임성을 강화해야하며, 지역 맞춤형 정신보건센터를 운영해나가야 할 것이다. 더불어 지역사회재활서비스를 제공하는 사회복지시설의 설치 확대를 통해 지역사회 중심 정신보건서비스 인프라를 마련하여야 하며, 정신의료기관을 비롯하여 사회복지시설 등 다양한 지역사회 정신보건기관을 연결하는 통합적 전산관리 시스템을 구축하는 방안도 마련되어야 할 것이다.

5. 정신장애인 관련 법률체계의 개선

현재 정신장애인은 장애인복지법에 우선하여 정신보건법의 적용을 받는 관계로 장애인의 권리와 복지를 누리지 못하는 사각지대에 놓여져 있다. 이와같은 법률체계의 한계로 인해 문제해결을 위한 방안 마련이 쉽지 않은 상태이다.

기존 정신보건법은 정신의료기관 및 사회복지시설 관련 규정, 전문인력관련 규정, 국민정신건강관련 정부시책의 근거규정, 비자의입원 등 입퇴원 절차에 관한 규정, 사회복지에 관한 사항으로 구성되어 있다. 이 중에서 의료기관과 인력에 관한 내용은 의료관련 법에 따르는 내용이고 비자의 입원절차 및 사회복지 관련사항은 장애인의 권리와 복지에 관한 사항이기 때문에 장애인 복지법의 테두리안에서 다루어질 필요가 있다. 따라서 정신보건법에 포함시킬 영역은 국민정신건강관련 법적 근거를 제공하기 위한 것으로 간주할 수 있다.

최근 1~2년 사이에 국회의원 발의로 정신보건법과 관련한 다양한 개정안이 제시되었으며, 주로 정신장애인의 자발적 입원 및 장기입원과 관련한 인권 문제를 다루고 있다. 또한 보건복지부에서는 2013년 5월 23일 현재 입법예고를 통해 정신보건법을 정신건강증진법으로 개명하는 전부개정안 입법을 예고 중에 있다(보건복지부 보도자료, 2013). 주된 내용을 살펴보면, 정신보건법상 정신질환자의 범위를 중증 장애자로 축소하고 경증 질환자의 경우는 제외하는 내용을 담고 있으며 정신질환을 사유로 한 보험가입 차별을 금지하고 생애주기별 조기발견체계를 구축하고 보호의무자에 의한 비자발적 입원 요건을 강화하도록 하고 있다. 또한 중증정신질환자의 입원·치료 및 인권보호 위주로 제정된 기존 정신보건법의 명칭을 정신건강증진법으로 변경하여 모든 국민의 정신건강증진 및 정신질환 조기발견·예방분야를 대폭 확대하기로 방향을 잡고 있다. 정부에서 제시하고 있는 개정안이 모든 국민의 정신건강 증진을 목표로 한다는 점에서 정신장애인의 인권과 관련된 입퇴원 절차와 사회복지와 관련된 사항은 독립적으로 규정함으로써 장애인권리 협약에 준한 법률체계를 마련하는 것이 바람직하며, 이를 통해 정신장애인이 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있는 권리를 제공하고 통합적 서비스 체계를 운영할 수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 국가인권위원회(2009) 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 김문근, 김이영(2008) 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구. 국가인권위원회.
- 김윤, 이명수, 이선영, 강강경, 광영숙, 김경희, 김명식, 남윤영, 문용훈, 박종익, 백종우, 서규동, 이영문, 이직석, 조근호, 이계성(2010) 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015) 수립 연구. 보건복지부
- 김종인(2012) 정신장애인 기초생활수급권자 차별개선 및 직업재활을 통한 사회복귀 방안. 정신장애인 기초생활수급권자 차별개선 및 직업재활을 통한 사회복귀방안 심포지엄. 국회
- 맹호영(2012) 의료급여 정신질환 진료수가 관리. 정신장애인 기초생활수급권자 차별개선 및 직업재활을 통한 사회복귀방안 심포지엄. 국회
- 배대섭(2010) 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 이행상황 발표. 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 토론회 자료집. 국가인권위원회.
- 보건복지부(2011) 장애인실태조사.
- 보건복지부a(2012) 등록장애인현황
- 보건복지부b(2012) 2011 보건복지백서
- 보건복지부(2013) 정신보건사업안내
- 보건복지부 보도자료(2013). 정신보건법 전부개정안 요약발표(2013. 5. 21)
- 신영전(2008) 인권측면에서 본 한국의 정신보건정책변화. 정신장애인 보호와 인권증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화 토론회. 국가인권위원회
- 유태완, 김성철, 김용환, 최금주, 허영숙(2010) 장애인복지론. 창지사
- 이용표, 최영광, 김현민, 노수희, 이유경(2012) 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설과 고용을 위한 장애인 정책 연구. 서울특별시의회.
- 조맹제, 박종익, 배안, 배재남, 손정우, 안준호, 이동우, 이영문, 이준영, 장성만, 정인원, 조성진, 홍진표(2011) 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부
- 조형석(2012) 정신장애인 차별개선 및 직업재활 방안 토론. 정신장애인 기초생활수급권자 차별개선 및 직업재활을 통한 사회복귀방안 심포지엄. 국회
- 중앙정신보건사업지원단(2012). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서
- 홍선미, 김문근, 하경희(2010) 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사. 국가인권위원회
- Susan O'Connor(2013) 한국의 정신건강 : OECD 분석 및 권고. OECD가 본 한국의 정신건강정책 과제 국제세미나 자료집. 보건복지부

주제 발표 II



이중장애 관련 SAMHSA COSIG와 Block Grant 제도에 대한 고찰

이중장애 (COPSD, Co-Occurring Psychiatric and Substance Abuse Disorders) 관련 SAMHSA (미국 약물중독 및 정신보건청) COSIG와 Block Grant 제도에 대한 고찰

손선주
청주대학교 사회복지학과 교수

[유병률]

보건복지부의 2011 통계에 따르면 우리나라 성인인구의 16% 정도가 정신장애를 경험하고 있는 것으로 추정되는데, 이는 5년사이 1.8%p 증가된 수치이다. 미국의 경우 2009년 National Survey on Drug Use and Health 자료에 의하면 약 20%의 성인인구가 정신질환 (알코올·약물남용 제외)을 경험하고, 이러한 정신질환 발병률은 여성이 남성에 비해 높은 것으로 보고된다 (23.8% vs. 15.6%) (SAMHSA, 2010). 특히 주목할 점은 Medicaid나 CHIP (Children's Health Insurance Program) 수혜자(33.4%) 또는 어떤 보험도 적용 받지 못하고 있는 케이스들 (24.9%)이 사보험이나 (17.3%)을 가진 수에 비해 월등히 많았다는 점, 특히 심각한 수준의 정신질환 (Severe Mental Illness, SMI)은 전체의 4.8%로 이는 매년 110억 명에 달하는 수준으로 추정되며, 심각한 수준의 정신질환을 경험하는 사람들은 그렇지 않은 전체인구에 비해 약 25년 정도 수명이 짧다는 것이다 (National Association on Mental Illness, 2007). 더욱 심각한 것은 정신질환을 경험하는 인구 (Any Mental Illness, AMI) 다섯 중 한명은 (19.7%) 알코올·약물의존문제를 함께 가지고 있는 것으로 파악되고, 특히 SMI는 25.7%, 그리고 MDE (Major Depressive Episode)는 22.4% 동반이환율을 보인다. 이는 어떠한 정신질환도 가지지 않는 성인에 비해서 약 4배에 달하는 유병률로 해석된다. 청소년들에게서도 MDE와 알코올·약물문제를 동반한 이중장애 유병률은 18.9%에 육박한 것으로 파악된다고 한다.

[이중장애(COPSD), 무엇이 문제인가?]

왜 이중장애에 심각하게 고민해야 하는지에 대해서 짧게나마 설명하고자 한다. 이중장애는 dual-diagnosis, comorbidity, 또는 co-occurring disorders로도 알려져 있지만, 두 가지 이상의 병리적 문제를 가질 경우에 의학적으로 dual-diagnosis로 구분되기 때문에 최근에는 정신질환과 약물문제를 동시에 보이는 경우에 한정해서 co-occurring disorders 또는 COPSD로 정의하는 추세이다. 이중장애를 가진 환자들을 꺼리거나 수용하지 못하는 이유는 두 가지 문제를 한꺼번에 접근할 수 있는 서비스전달체계가 확립되어있지 않다는 문제와 이중장애를 동시에 다룰 수 있도록 훈련되고 자격이 부여된 전문가나 전문가양성과정이 부족한 점을 지적할 수 있겠다. 아울러 질환의 특성 상 이중장애를 경험하는 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 예후가 좋지 않다고 알려져 있고 (Najt, Fusar-Poli, & Brambilla, 2011), 더군다나 약물문제와 정신질환간의 상호작용으로 인한 영향을 구분하기 위해 시간과 노력이 많이 든다고도 알려져 있다. 정신질환 또는 약물중독 한 가지 만을 경험하는 경우보다는 이중장애가 재발할 확률이 더 높고 입원으로 이어지는 경우도 상대적으로 많다는 점, 아울러 이중장애를 가진 경우 흔히 가정폭력이나 자살위험(시도)도 같이 동반되기 때문에 기관의 입장에서 보면 시간과 자원활용에 대한 cost-effectiveness 차원에서도 환자의 입소를 거부하게 되는 경우를 이해할 수 밖에 없는 상황이다. 무엇보다 이 두 가지 문제를 동시에 다룰 수 있는 전문가의 부재로 센터 첫 내원 시 정확한 진단이 어려울 수 있고, 예산부족문제로 인해 알콜·약물치료기관에서 psychiatrist 또는 psychologist를 고용할 수 있는 여건이 되지 않는 경우도 많다. 혹 이중장애환자들을 수용한다 하더라도 이들을 치료에 적극 참여하게 하는 것이 힘들다는 점 때문에 센터와 워커들은 정신질환이나 약물문제 어느 한 쪽만 가진 경우보다 이중장애 환자 치료가 더 어려운 것으로 지각한다. 따라서 정부와 기관의 cost-effectiveness 입장에서 이중장애가 워낙 까다로운 조건이고, 훈련된 전문가들이 필요하기 때문에 시간과 비용 및 자원 활용의 측면에서 볼 때 추진하기에 준비가 더 필요할 수도 있을 것이다.

그러나, 문제는 정작 이중장애를 가진 환자들이 중독재활 또는 정신건강센터에서 모두 서비스를 거부 받음으로 인해 사회에 부적응을 초래하게 되고, 미국의 경우를 예를 들자면 이전의 효율/효과적이지 못한 대처로 많은 COPSD 환자들이 노숙자로 전락하는 경우도 빈번하게 보고되었다. 국내에서도 이번에 정신보건법이 개정되면서 서비스전달

수준도 이전보다 높아질 것으로 기대해 볼 수 있겠으나, 여태까지 우리나라 및 해외 학회지에서도 COPSD에 대한 정책과 서비스전달체계의 필요성 많이 언급되었음에도 불구하고 국내에서 아직은 눈에 띄는 변화가 없다는 점은 곧 정신장애인들, 특히 COPSD 대상자들에게 적절하고 퀄리티 높은 서비스를 제공하지 못하고 있다는 현실을 반영하는 것으로도 해석할 수 있겠다. 따라서, 이 COPSD에 대한 접근이 이미 이루어지고 있는 미국의 경우를 예를 들어 앞으로 국내 정신건강증진법이 직면한 과제를 논할 수 있는 기반을 마련하고자 한다. 구체적으로, 본 발표에서는 미국이 정신질환, 약물중독 및 이중장애를 가진 대상자들에 대한 개입에 있어 우리나라 보다는 월등히 앞서가며, SAMHSA, 특히 Federal Block Grant (연방정부보조금) 정책을 고찰해보고자 한다.

["No Wrong Door" 패러다임]

이중장애를 다룰 수 있는 전문적 환경을 갖추지 못한 기관이라 할지라도 클라이언트는 서비스를 거절당할 수 없어야 한다는 "No Wrong Door" policy (CSAT, 2000, cited from TIPS-Treatment Improvement Protocols- 42)는 당시 새로운 패러다임에 따라 서비스제공자들에게 알코올·약물 남용과 정신질환의 동반현상에 대한 인식도를 높이는 결과를 가져오게도 되었다. 심각한 정신질환과 중독문제를 함께 다루어야 한다는 주장은 Mindoff (1989) 가 입원치료세팅에서 두 문제를 동시다발적으로 다루어야 한다는 모델을 제시했고, 이후 그 모델에서부터 다양하게 진화된 모델들도 나오게 되었다. 새 패러다임을 주장한 SAMHSA은 다양한 주정부보조금 형태의 지원을 통해 이중장애에 대한 접근하고 있다.

[SAMHSA의 주지방정부의 infrastructure를 강화하도록 돕는 COSIG정책]

SAMHSA(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)는 미국의 연방 보건복지부(U.S. Dept. of Health and Human Services, DHHS) 산하의 독립된 기구로서 정신질환과 약물남용·중독관련 예방, 치료 및 재활서비스, 효율적이고 질 높은 서비스 관련 전문가 훈련양성과 연구보조를 담당하도록 1992년에 설립된 정신건강 관련 정책업무를 담당해온 공공부문의 핵심주체이다. COPSD의 문제가 심각한 것은 이미 다양한 연구를 통해 증거가 제시되었고, 따라서 SAMHSA는 COSIG (The Co-Occurring

Disorders State Incentive Grants)와 Block Grants를 통해 다양한 수준에서 COPSD 대상자들을 간접적으로 도울 수 있도록 하고 있다.

COSIG는 주정부에 적정 자금을 제공하여 COPSD 대상자들을 케어할 수 있는 그 주만의 인프라를 구축하고 향상시켜 이용가능하고 효과적이며, 통합적이고 증거기반실천이 가능하도록 역량을 키워주는 사업이라고 할 수 있다. 이 사업의 가장 큰 초점은 심각한 중독문제를 가지면서 상대적으로 덜 심각한 정신질환을 동반하는 경우와 심각한 정신질환이슈를 보이면서 상대적으로 덜 심각한 정신약물문제를 동반하는 경우라고 할 수 있는데, 이미 2003년에 pilot식으로 시작된 COSIG를 통해 많은 주정부와 지역사회가 시스템 레벨에서의 변화와 아울러 COPSD를 가진 모든 연령대의 대상자들에게 서비스 제공에 있어 장애물이 되어 왔던 문제점들을 파악하고 보다 나은 프로그램을 개발하기에 이르렀다. 자세한 내용은 www.samhsa.org에서 찾아볼 수 있고, COSIG의 성공사례는 Maine을 들 수 있다(<http://homeless.samhsa.gov/resource/the-impact-of-samhsa%E2%80%99s-cosig-funding-systems-integration-in-maine-49009.aspx>). 초창기에는 pilot로 몇 주에 한정해서 실시하기 시작했는데, 지금은 다양한 주정부가 지원을 하고 있고 따라서 여러 주/지역사회에서 운영되는 State Hospital들이나 계약을 맺은 기관들을 통해 의무적으로 COPSD (Co-Occurring Psychiatric and Substance Abuse Disorders) services를 제공하도록 하고도 있다.

SAMHSA의 이중장애에 대한 또 다른 간접적 형태의 지원은 Block Grant를 통해 이루어지는데, 주정부들은 block grant와 아울러 다양한 자금조달방식도 활용해서(예, 주정부 자금, Medicaid funds) 이미 2002년부터 이중장애에 구체적으로 적용시키기 시작했다. SAMHSA Federal Block Grant는 SAMHSA에게 이 보조금을 신청한 주정부들로 하여금 주어진 예산을 자유재량으로 정신질환, 약물중독 및 이중장애에 대해 다양한 방법과 수준에서 개입할 수 있도록 하는데 목적이 있으며, 이는 궁극적으로 미국 전체의 정신건강을 증진시키는 효과를 가져오고 있다. Block Grant가 수여되는 방법은, 우선은 주별로 큰 덩어리 형태의 자금을 전달받고, 각 주정부는 수여된 자금을 다시 작은 보조금으로 나누게 되는데, 자금수여는 엄격하고 공정한 심사를 통해 이루어진다. 각 주의 정신건강관련 센터/기관/학교/연구기관 단위로 지원금 신청이 가능한데, 주정부 관계자는 정신건강 관련 대상자들의 예방, 치료, 재활의 욕구에 응하는 구체적 목표와 목적과 아울러 기대효과를 구체적이고 현실적으로 제시한 프로포절을 선정, 지원단체별로 작은 보조금을 전달, 모니터링, 그리고 결과를 평가하는 역할을 한다. 즉, Block funding 전

체 예산 내에서 여러 주의 정신건강을 증진시키는 개입방법과 퀄리티를 강화하는 프로그램을 제시한 단체들이 프로포절 대로 계획을 이행할 것을 전제로 연방정부의 자금으로 제시한 프로그램을 운영하게 되는 것이다. SAMHSA 웹페이지에 가면 회계연도별로 각 주의 “자유재량자금 (Discretionary Funds)”를 지원받는 수여자(기관), 정신건강 관련 프로그램 명칭과 간략한 설명 (프로그램목적과 지원금활용방안, 대상자, 기대효과 등), 그리고 프로젝트운영기간에 대한 정보가 제시되어 있다. 텍사스의 FY2012 한 해를 예를 들자면, 예방부터 중증정신장애인 치료까지 총 100개의 정도의 기관에 적게는 \$50,000(Texas Standing Tall 2009/9/30-2013/9/29: Education for and data collection on underage drinking) 에서 많게는 \$1,000,000 (County of Hale 9/30/2008-9/29/2014: Child Mental Health Initiative- cafe for families with children and young people ages 5-21 impacted by serious emotional and behavior disorders in high poverty region), \$1,724,220 (Mental Health and Mental Retardation Tarrant County 9/30/2008-9/29/2014: Child mental health initiative: targeting children ages 0-6 with serious emotional disturbances in five North Texas counties- assistance including financial needs of low-income families, focus on prevention/early intervention)이 수여되었고, 수여기관들의 많은 경우가 COD/COPSD 대상자들의 wellness 증진을 타겟으로 하는 것을 알 수 있다.

텍사스를 계속 예를 들어 설명하자면, Commission on Alcohol and Drug Abuse는 이중장애를 가진 대상자들과 가족들의 복잡하고 다양한 욕구에 부응하도록 하기 위해 주 전체에 적용되는 규정을 정비하여 기존 정신건강관련 센터/기관에 반드시 정신보건 전문가가 투입되도록 하고, 필요시 다른 서비스기관과 MOU체결을 통해 협력하도록 하고 있다. 협력의 범위는 screening과 admission, assessment, 그리고 treatment 전반에 걸쳐 적용된다. 텍사스 State-sponsored COPSD treatment centers로는 주정부가 관리하는 state hospital들이 포함되는데, 여기에서는 이중장애를 다루는 팀 (COPSD Unit Dual Diagnosis Program)으로 운영되고 있고, 주정부와의 계약을 통해 COPSD에 대한 서비스를 제공하는 비영리기관들을 통해서도 COPSD에 대해 적극 지원하는 경향이다. 주정부의 재정적 지원을 받기 위해서는 클라이언트가 첫 내원 시 DHHS(Department of Health and Human Services) 의 centralized data entry system에 initial intake을 저장하게 되어 있고, 주정부의 승인 후 개입으로 이리지게 되어있어 unduplicated client management system을 구축했다. 이 밖에 약물치료/재활센터들에서는 psychiatrist 또는

psychologist를 파트타임으로 계약해서 지정시간에 이중장애환자들을 진단, 개입하는 방법도 활용하고 있다(예, Austin Recovery). Texas Department of State Health Services (TX DSHS) 웹사이트를 방문하면(<http://www.dshs.state.tx.us/mhsa/copspd/>) 이러한 COPSD를 제공하는 Provider의 명칭과 주소 및 연락처 (이메일, 수신자전화번호)를 검색할 수 있도록 되어있다. 2011년 9월자 마지막 업데이트 된 결과에 의하면 텍사스주 내에 정신질환과 약물문제를 동시에 케어하는 기관은 총 11개로 파악된다. 미국의 이러한 모습은 이중장애를 가진 환자들을 제도적으로 보호, 개입하는 방안이 명확하게 제시되어 있지 않은 우리나라에 시사하는 바는 클 것으로 본다.

[이대로 완벽한가?]

앞서 SAMHSA 의 COSIG와 Block Grant의 성공사례를 통해 COPSD에 대한 연방정부의 간접적인 영향력을 살펴 볼 수 있었다. 미국은 SAMHSA 외에도 굉장히 큰 단위의 NIMH와 연구펀드와 VA, DOD, HRSA, CMS의 운영보조금을 통해 보다 나은 퀄리티서비스를 제공하도록 노력하고 있는데, 아직까지도 이중장애를 전문적이고 통합적으로 다룰 수 있는 기관/인력이 부족한 실정이라고 지적되고는 있다. 그래도 전반적으로 볼 때 미국의 다양한 정신보건정책으로 약물남용/정신건강 관련 health system에 들어가 있다면 SES 상관없이 주정부의 지원을 받아 정신건강, 약물문제 및 이중장애에 대한 개입이 어느 정도 이루어지고 있다는 것을 알 수 있다. 그런데, 정신과적 기록과 낙인에 대한 우려, 아울러 전문가 고용에 다는 막대한 비용 때문에 상당히 많은 미국인들은 본인의 정신질환을 정신건강전문가 보다는 대개 본인의 주치의 (Primary Care Physician, PCP)에 의뢰하는 경우를 많이 볼 수 있다. 비용적 측면에서도 보면 미국에서 사보험이 가지는 파워가 막대하고, 정신질환을 가진 사람들이 다른 신체적 질병을 가진 것과 같은 동등한 처우를 받는 것은 아니라고 한다. 실제로, 사적보험의 reimbursement규정을 보더라도 정신보건서비스에 대한 비용은 의료영역에서 다소 차별대우를 받는 경우를 볼 수 있는데, 신체적 질병에 대한 보조비와 정신질환에 대한 보조비가 차이가 있는 부분은 the Commission on Mental Health가 지적해 왔듯이 정신질환에 대한 coverage는 없거나, 있다고 하더라도 신체적 질병에 비해 더 높은 co-pay (자가부담금)를 지불해야 하고 서비스(치료)를 최소한으로 한정한다는 문제점이 있다. 이 문제를 해결하기 위해 2008년에 The mental health parity law (P.L.110-343, CRS Report RS22958 참고)가 제

정되었는데, 어쨌건 아직도 정책적으로 연방정부차원에서 건강불평등을 해소하고 예방 및 조기치료를 확산하게 하기 위한 개선의 여지 또한 있는 것으로 파악된다.

Medicare (1965년 이후 시행된 미국의 Medicare 프로그램은 65세 이상의 미국시민, 젊지만 장애를 가지고 있거나 신장병이나 루게릭병을 앓고 있는 경우 적용되는 사회보험 제도, Part A는 병원치료, Part B는 외래치료, Part D는 외래 처방된 약물치료를 커버한다) 같은 경우도 보면 Medicare plan에 따라 조금씩 차이가 있기는 하나 정신질환에 대한 전반적인 비용과 기간에 대한 허용수준이 일반 신체적 질병보다 기준보다 더 까다롭거나 낮다. 구체적인 예를 들어 보면 Part B와 C (managed care)의 경우 정신질환 (예, 우울증)으로 심리상담을 받기를 원한 경우 비용을 지원하는데, 단 Medicare coverage는 신체적 고통에 따른 정서적 고통으로 의사가 판단했을 때에만 Medicare로부터 인증 받은 임상심리학자로부터 상담을 받을 경우 제한적으로 적용되며, Medicare Part A, B, C 모두 정신질환에 대해 적용은 되나 질환이 심각해서 홈케어가 필요할 경우 (의사권고/처방에 따른) 정신질환에 관련된 케어만이 적용되고 (즉, 목욕, 걷기, 식사 등은 케어에 불포함) 기간도 짧다. 경우에 따라 처방된 항정신성약물을 복용하는 경우 병원이나 요양원 세팅에서 약을 투입하게 되면 Part A로, 외래진료나 의사진료실에서 투여할 경우 Part B에 적용될 수는 있으나, 홈케어를 할 경우 Part D에 의해 커버는 되나 설사 처방을 받은 약물이 아니라 하더라도 실제로 적용 받을 수 있는 약물은 지극히 제한된다. 제한되는 약물의 예로 진정제와 벤조다이아제핀이 있는데, benzo 의 경우 불안장애나 우울장애에 단·장기적 효과가 검증된 약물들이다.

아울러 성인 정신장애인의 많은 케이스가 실업/노숙인구인데, 실제로 대다수의 정신질환자가 일을 하고 싶어도 할 수 없는 제약조건을 가지고 있고, 아울러 직장을 갖게 되어 고정된 수입이 생길 경우 당장 의료 및 장애관련 혜택(Medicaid, disability benefits)을 잃는다는 제한점도 있어왔기 때문에 자연스럽게 정부의 보조금에 장기적으로 의존하는 집단으로 “낙인”되기도 한다. 그러나, 미국의 이러한 몸살은 정신보건정책에서 정신보건서비스가 의료영역으로 간주되고 있으며 정신장애가 장애의 영역으로 인정되고 있다는 점을 반증하는 결과이기도 하다. 아울러 지원수준에서 차이는 있겠으나 미국의 정신보건서비스가 의료영역 내에서 차별대우를 받고 있다는 정신보건위원회의 지적에 근거해 보면 정신장애가 장애영역 안에서 소외되고 있지 않다는 인상을 준다. 반면 우리나라는 장애복지 영역에서 정신장애가 다소 소외되고 차별대우 받고 있다는 인상이 드는데, 그 예로 장애인의 대학 정원 외 특례입학제도와 대학평가에 정신장애인에 대한 특혜 및 서

비스제공지침이 제공되지 않는 부분이 있겠다. 미국의 경우 따로 정신장애인을 구분하거나 입학에서 제외시키는 규정을 있지 않으나 (있을 수 없다- discrimination issue!), 혹 정신장애를 이미 가지고 입학을 하거나 학교생활을 하면서 정신질환/알코올·약물 문제를 경험할 경우 교내 Counseling Center에서 적극 지원(직접서비스, 타기관과 연계 등)을 받을 수 있도록 조치하고 있다.

[맺음말]

한국장애인개발원 정책개발연구부가 국내정신보건정책과 서비스제도와 개선방안을 고찰하는 오늘과 같은 회의는 현재 우리나라의 정신장애인들이 직면한 사회적, 물리적 장애와 차별을 해소하기 위해 꼭 필요한 활동으로 생각된다. 예산부족으로 정신질환, 알코올·약물문제 및 이중장애를 경험하는 모든 연령의 대상자들에게 퀄리티 높은 서비스를 제공하지 못한다는 제약조건이 큰 장애물이 될 수는 있겠으나, 제한된 지원금 내에서 가장 효율적이고 효과적인 서비스가 제공될 수 있도록 우리나라의 현실에 맞는 정신보건정책을 제안하고 실행하는 과정이 불가피 할 것이다.

토론문 I



[정신장애인 지원방안을 위한
다각적 논의] 토론문

[정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의]토론문

성준모
나사렛대학교

1995년 정신보건법 제정 이후 지역사회정신보건 영역이 확장되었다. 그러나 여전히 입원과 수용중심의 의료 패러다임을 벗어나지 못하는 한계를 보이고 있다. 사회문제가 다양해지고 복잡해짐에 따라 정신보건 정책과 서비스 분야도 다양해지고 전문화되는 추세이다. 정신질환, 인격장애, 알코올 및 약물중독, 기타 비정신병적 정신장애 뿐만 아니라, 최근 자살, 아동기 정신건강, 중독 관련 문제, 폭력(학교폭력, 가족폭력, 성폭력 등), 다문화가족 정신건강, 학대(아동학대, 노인학대 등) 등 다양한 삶의 영역과 사회문제 영역으로 정신보건 서비스가 확대되고 있다. 최근, 정신보건법 전부개정법률안의 내용을 보면 정신건강증진을 중요한 방향으로 제시하여 법 내용을 수정·보완하고자 하지만, 정신장애인의 권리와 인권, 복지권의 확보면에서는 기존 법률과 별 차이가 없어 보인다. 이와 같은 환경적 변화와 변모를 꾀하고 있는 정신보건의 큰 맥락에서 '정신장애인의 지원방안을 위한 다각적 논의'라는 주제로 정책토론회를 가지는 것은 시의적절하고 의미 있는 일이다. 이 일을 기획한 한국장애인개발원과 발표자, 토론자에게 감사드리며, 몇 가지 정신장애인 지원방안과 관련한 소견을 제시하고자 한다.

1. 지역사회 중심의 회복 패러다임

1995년 정신보건법이 제정되고 지역사회중심의 정신보건관련 기관들이 확장되고 확대되어 왔다. 최근까지도 정신보건(건강증진)센터, 자살예방센터, 치매센터, 알코올상담센터, 다양한 사회복지시설 등의 수가 계속 늘고 있다. 그렇다면 지역사회 중심의 정신보건 패러다임이 안착하고 있는가? 정신보건법 시행 이후 오히려 정신과 병상은 계속 증가하여 격리와 병원(시설) 입원 또는 수용 위주로 퇴보하고 있다(정신과 병상수. 2000년 5만 8,263개, 2011년 8만 184개). 최근에도 정신의료기관은 계속 증가세에 있는데, 2009년 1,199개 기관에서 2011년 12월 현재 1,273개 기관으로 3년 동안 74개 기관이 증

가하였다. 국·공립 정신병원의 수는 18개로 이전보다 오히려 1개 기관이 감소하였고, 주로 정신과 의원 등 민간부분에서 증가세가 뚜렷하다. 지역중심의 종합적인 정신보건서비스를 제공하는 것이 국가의 정신보건 주요전략인 점을 감안하면, 정신의료기관과 병상의 증가는 이와 배치된다고 할 수 있다. 따라서 보다 실효성 있는 정책을 통해 정신의료기관의 병상수를 줄이거나 제한할 필요가 있다.

또한, 정신보건의 양적 확대보다는 질적 향상, 구호가 아닌 실제적인 정신보건 이념과 패러다임의 지향이 필요하다고 할 수 있다. 그런 의미에서 지역사회를 중심으로 한 회복(recovery) 패러다임은 최근 정신보건 분야의 중요한 흐름이라고 할 수 있다. 과거 정신보건서비스가 질병 치료에 보다 초점을 두었고 전문가의 권위가 강조되는 개념이었다면, 지금은 이용자의 관점으로 클라이언트를 바라보고, 긍정과 희망의 의미가 담긴 회복의 관점으로 바뀌어 가고 있다고 할 수 있다(권진숙 등, 2013). Anthony(1993)는 ‘전문가의 객관적인 판단보다는 클라이언트가 자신의 병과 삶을 어떻게 받아들이고 느끼는가?’ 즉, 증상이 있더라도 클라이언트가 주관적으로 회복에 대한 믿음을 가지는 것이 중요하다고 강조하였다. 그의 회복모델을 적용함에 있어서는 첫째, 기관의 전반적인 디자인을 할 때, 회복이라는 용어를 반드시 포함해야 하고, 둘째, 프로그램 평가과정에서 서비스 이용자가 성취된 결과를 확인(기능수준, 만족도, 삶의 질 수준 등)하도록 해야 한다. 또한, 셋째, 회복 원칙에 따른 효과적인 훈련을 하기 위해서는 기관의 리더십이 뒤따라야 하며, 넷째, 회복 관점에 기초하여 설계된 재활 프로그램 프로토콜이 있어야 한다(Anthony, 2000). 위의 내용과 같이 회복 관점은 정신보건 실천에서 중요한 패러다임이다. 이는 개인적인 차원에서 클라이언트의 회복에 대한 긍정과 희망적인 인식을 가지는 것뿐만 아니라, 회복 관점에 입각한 기관차원의 철학과 구체화된 프로그램을 마련해야 한다는 점에서 서비스 이용자와 제공자의 인식변화, 그리고 협력이 중요하다고 할 수 있다. 미국에서는 가족 옹호집단과 전문가 단체(기관)들의 수 십년에 걸친 운동과 연구로 심각한 정신질환(SPMI; severe and persistent mental illness)을 가진 사람을 포함한 정신장애인들에 대한 회복 개념을 강조하여 실천하고 있다. 정신과 증상의 차도나 완치에 초점을 두지 않는 ‘증세안에서의 회복(recovery in)’ 과정이 중요하다고 할 수 있다. 회복 과정은 증상을 가지고 더불어 생활할 수 있는 ‘증세안에서의 회복’을 중시하며, 평범한 삶(ordinary life)속에서 일상적인 의사결정과 자기결정을 하고 환자라는 낙인으로부터 자유로울 수 있는 개념까지 포함한다. 이를 위해 포괄적 지역사회 프로그램으로는, 적극적 지역사회기반 치료(ACT; assertive community treatment), 클럽하우스모델,

통합이중진단치료(IDDT; integrated dual diagnosis treatment), 임계시간개입(CTI; critical time intervention), 지원고용(supported employment) 등이 있으며, 구성모델로 질병과 회복관리(illness and recovery management), 동기강화상담(motivational interviewing), 지지모델(supported models) 등의 고려가 가능하다(Lukens, 2013).

이러한 회복의 실현을 위해서는 정신장애인의 경제활동을 적극 장려하고 도와야 한다. 정신장애, 타 장애, 전체장애, 전체인구로 구분하여 2010년 경제활동참가율을 살펴 보면 전체 인구가 경제활동률이 61.9%인데 반해 전체 장애는 38.5%로 전체인구의 절반 보다 조금 높은 것으로 나타났다. 또한 타 장애는 39.6%인데 반해 정신장애는 12.1%로 매우 낮게 나타났다. 실업률 또한 전체 인구 중 3.2%, 전체 장애 중 6.6%, 타 장애 중 6.5%인데 반해 정신장애는 10.4%로 매우 높다. 고용률은 전체 인구 중 60.6%, 전체 장애 중 36.6%, 타 장애 중 36.0%, 정신장애 중 11.1%로 나타나 전체적인 경제활동상태에서 정신장애인이 매우 열악함을 보여주고 있다. 따라서, 정신장애인의 직업재활을 위한 보다 적극적인 정책적 지원이 이루어져야 하며, 무엇보다 정신보건기관과 장애인 직업재활기관 간의 연계가 활성화되어야 한다. 더불어 사업주에 대한 적극적인 교육과 홍보, 정신장애인에게 적합한 업종개발 등을 위한 별도의 지원이 확대되어야 할 것이다. 서비스 측면에 있어서는 직업훈련과 취업장 개발이 보다 강화되어야 한다. 취업중인 정신장애인의 경우에 대부분 낮은 임금, 단순노무직, 비정규직의 불안정한 고용상태임을 확인할 수 있다. 정신장애인의 경우 청소년시기의 발병으로 인하여 교육과 직업훈련의 기회들이 단절되고 사회적 역할수행의 경험이 부재한 경우가 많다. 따라서, 이들이 진입할 수 있는 취업장 자체가 열악한 근무조건인 곳으로 제한될 수 밖에 없다. 정신장애인을 대상으로 한 교육 및 직업훈련을 보다 확대하고 장애인복지기관에서 실시하고 있는 다양한 교육훈련 서비스들과 적극적으로 연계해야 할 것이다. 마지막으로, 정신장애인이 여전히 다양한 장애인복지 영역에서 배제되거나 제 목소리를 드러내지 못하고 있는 이중차별의 현실에 대해 보다 다각적인 접근이 필요하다. 특히, 보건중심의 정책과 서비스, 장애등급제의 한계점, 자격취득에 있어서의 제한, 당사자 운동의 취약으로 인해 정신장애인의 권리가 충분히 보장받지 못하고 있는 현실에 대하여 보다 활발한 논의가 이루어져야 한다. 더불어 장애인복지 실무자들이 정신장애에 대한 교육 및 경험이 부족하여 정신장애인을 서비스 대상자에서 제외하거나 서비스 제공을 꺼려하는 경우가 있다. 따라서, 이에 대한 보다 적극적인 교육과 실무지원 등이 이루어져야 한다(하경희·성준

모, 2012).

또한, 지지체계가 약한 만성 정신장애인의 노화와 관련하여 정신장애인을 돌보는 보호자의 보호 단절 사유가 발생하더라도 계속적이며 전문적인 보호와 개입이 이루어질 수 있도록 하는 평생계획(permanency planning)에 관심을 둘 필요가 있다. 정신장애인에 대한 평생계획의 적용은 재정, 법률, 교육, 직업 등의 다양한 측면을 고려한 포괄적인 계획이 필요하다. 주거계획(residential planning)은 정신장애인의 안정적인 삶을 위해 필수적이다. 활용가능한 주거형태로는 형제 또는 친구들과 함께 거주하는 가족형태의 주거, 지역사회내 제3의 인물이 돌보는 형태인 성인위탁보호, 정신장애인이 혼자서 거주하면서 전문가의 정기적인 방문으로 도움을 받는 독립주거, 공동생활가정의 형태에서 거주하면서 전문가의 보호와 관리를 직접 받는 그룹홈 등으로 나누어 볼 수 있다(이동귀, 2002). 주거계획이 성공적으로 수립되기 위해서는, 정신장애인, 가족, 정신보건전문가 등이 협력하여 장기적인 차원에서 계획을 하는 것이 중요하다. 또한 주거계획은 재정계획과 재활(직업)계획과 밀접한 관련이 있기 때문에 다양한 고려를 필요로 한다. 왜냐하면, 장기적인 재정계획이 수립되어야만 정신장애인의 안정적인 주거공간 확보가 가능하기 때문이다. 또한, 정신장애인이 지역사회내에서 재활 서비스를 성공적으로 수행해 나가면서, 치료적인 차원에서 점차적인 독립생활이 요구되는데, 독립생활 공간으로 주거공간이 필수적이라고 할 수 있다. 재정계획(financial planning)은 일차적인 보호의 무자가 재정적인 지원을 해줄 수 없을 때, 정신장애를 가진 당사자가 재정문제로 곤란을 겪지 않도록 자산관리와 소득보장 그리고 직업재활을 통한 안정적 수입의 확보 등을 충분히 계획하여 제공하는 것이다. 정신장애인이 소유한 재산이나 부모로부터 물려받은 재산을 효율적으로 관리할 수 있도록 하는 것이 자산관리이다. 소득보장은 정신장애인의 일정 소득분을 제도적으로 보장해 주는 것이다. 예를 들어, 저소득 정신장애인에게는 최소한의 생계비용을 지원하고, 등록된 정신장애인에게는 직·간접적인 경제적 지원을 해야 한다. 직업재활은 정신장애인이 일을 통하여 사회적 역할을 수행함은 물론, 근로소득을 통하여 재정적인 안정을 이루도록 하기 위한 것이다. 그러나 이러한 재정계획을 통하여 얻어지는 재정의 규모는 정신장애인이 안정적인 삶을 영위하는데 매우 부족할 수 있다. 대부분의 만성 정신장애인들은 보유한 자산이 적고 물려받은 유산도 없는 열악한 재정상태에 놓인 경우가 많다. 아직까지는 정신장애인에게 주어지는 소득보장만으로 기본적인 생활을 하는 것이 어려우며, 대부분 단순한 작업을 통하여 직업재활 프로그램에

참여하는 정신장애인의 소득 또한 매우 열악한 상황이다. 또한, 만성 정신장애로 인해 재정관리 능력이 부족한 정신장애인의 경우는, 재정계획뿐만 아니라 재정관리 차원의 도움이 필요하다고 할 수 있다. 이러한 여러 가지 재정계획과 관리의 어려움에도 불구하고, 정신장애인의 지역사회적응과 안정적인 정착을 위해서는, 제도적인 차원의 보완이 필요하다고 하겠다. 법적계획(legal planning)은 정신장애인의 평생계획을 법적, 제도적으로 뒷받침하는 법 규정을 토대로 이루어진다. 따라서 법적계획은 정신장애인에 대한 인적, 물적, 재정적, 직업적, 주거적 차원의 포괄적인 보호, 그리고 지원과 관련되어 있다고 할 수 있다. 따라서, 정신장애인에 대한 성인후견인 제도를 보다 활성화할 필요가 있다. 성인후견인 제도는 민법에서 규정하고 있는 금치산자나 한정치산자와 같이 대상자의 권리를 제한하고자 하는 목적이 아니라, 피후견인의 남아있는 능력을 활용하고 개발하고자 하는 제도이다. 이 제도가 잘 운영되기 위해서는, 정신장애인 당사자의 인권과 자기결정권 보호가 담보되고, 후견인의 후견활동을 관리하고 감독하는 시스템이 확보되어야 할 것이다. 또한, 정신장애인의 대부분이 경제적으로 자립이 어려운 경우가 많으므로 후견인 또는 후견감독인에 대한 보수를 국가가 제공하는 제도적인 장치도 필요하다. 서미경¹⁾은 뉴질랜드의 정신보건전달체계와 정신장애인에 대한 평생계획 제도를 바탕으로 같이 성인정신장애인의 평생계획 모형을 제시한 바 있다. 이 내용에 따르면, 우리나라의 지역사회정신보건기관의 두 축인 정신보건센터와 사회복지시설이 분명하게 기능과 역할구분을 할 필요가 있음을 강조한다. 예를 들어, 정신보건센터가 의료기관과 연계되어 임상적이고 치료적인 서비스를 제공한다면, 사회복지시설은 사회적 서비스를 제공하거나 재활 측면을 강조하는 개입을 해야 한다는 것이다. 정신장애인에 대한 기본적인 생계비용과 장애수당을 현실화하고, 소득보장정책도 강화해야 할 것이다. 안정적인 주거를 위해서는 정신장애인과 그 가족에 대한 저가의 주택분양과 임대정책이 필요하다.

2. 인권 중심 실천

정신장애인들은 인간으로서 영위해야 하는 인간의 존엄성과 가치 및 기본적 행복추구권, 자유권, 사회권 등을 보다 잘 보장받지 못하고 있다. 인권의 주체인 정신장애인은 자신의 권리를 인식하거나 인권이 침해된 사실을 인식하지 못하는 경우 또한 많다. 질병의 특성상 권리주체로 인정받기 어려워 입퇴원 및 수용 과정에서 자신의 의사표명이

무시될 수밖에 없으며, 또 사회적으로 위험한 존재라는 인식이 강하여 인권침해의 가능성도 매우 큰 것이 사실이다(정신보건시설 관련 국가인권위 진정접수- 2001년 1월 8건, 2002년 20건, 2003년 45건, 2004년 112건, 2005년 176건, 2006년 228건, 2007년 548건, 2008년 591건으로 매년 증가, 진정사유는 가족에 의한 강제입원 115건, 퇴원불허 379건, 작업치료 124건, 약물과다와 치료미흡 198건, 격리강박관련 261건, 언어·육체적 폭력 241건, 시설환경위생인력부족 215건, 성희롱 및 성폭력 22건 등임). 실제 우리나라 정신과 입원에서 자의입원 비중은 10% 미만이다. 또한, 일반인들의 편견과 선입견으로 인해 사회로 복귀하는 데에 어려움을 겪기도 한다. 정신장애인에 대한 광범위한 차별이 존재하며, 당사자 스스로 목소리를 내기 어려울 뿐 아니라, 자신의 의사와는 관계없이 강제 입원되거나 필요 이상으로 장기간 입원되는 사례 등 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높은 상황이다(권진숙 등, 2013). 구체적으로 2006년 정신의료기관 평균 재원기간은 160일 이었고, 정신요양시설은 7년이 넘었다. 정신보건심판위원회의 퇴원명령률은 2005년 2.7%로 매우 낮은 실정이다. 장기재원자 퇴원 심사청구 대상중 90%이상이 입원 연장 승인을 받고 계속 장기입원을 하고 있는 것이다(윤명숙, 2008).

정신질환을 가진 사람에 대한 법적 차별도 개선되어야 한다. 취업이나 민간보험 가입, 자격증 취득 등에서 정신보건법 제 3조 1항(정신질환자에 대한 정의)을 근거로 제한 대상이 되고 있다. 최근 정신보건법 전부개정법률안에서 보험가입의 차별을 금지하는 조항이 삽입된 것은 고무적이라고 할 수 있다. 2008년 4월부터 장애인차별금지법이 시행되기 시작한 것은 정신장애인에게도 그 의미가 크다(법 제37조는 정신적 장애를 가진 사람의 차별금지에 관한 제목으로 1항에서는 정신적, 인지적 장애를 가진 사람을 부당하게 이용하는 것 금지, 2항에서는 국가나 지방자치 단체의 정신장애인의 인권에 관한 교육, 홍보 및 필요한 조치를 강구하도록 그 의무를 명기). 이러한 장애인차별금지법은 정신보건법의 입원에 관한 조항과 함께 정신장애인의 인지적 장애를 이러한 부당한 입원이나 부당한 재원조치에 대한 제제를 줄 수 있게 하고 있다. 그러므로 법에서 보장하는 정신장애인의 권리를 옹호하기 위하여 집단 및 환자 대표자, 전문가 집단의 결성과 활동을 돕는 것이 정신보건영역의 주요 과제가 될 것으로 생각된다.

Link의 이론(Modified Labeling Theory)에 의하면, 사람들은 사회화과정에서 자연스럽게 정신장애에 대한 부정적인 개념을 내면화하게 된다. 정신장애인도 발병과 치료경험을 하면서 이렇게 내면화된 부정적인 개념을 스스로에게 적용하여 이에 따라 대처하게

된다고 설명하고 있다(Link et al, 1989). 낙인과 부정적인 인식은 사회적, 환경적 요인이 많이 작용하여 형성되는 것으로 이해할 수 있다. 따라서 정신장애인 당사자나 가족뿐만 아니라, 일반 대중들에 대한 개입이 모두 필요하다고 할 수 있다. 조은영 은 낙인의 형성과정에 따른 대처전략과 문제점이 무엇인지를 몇 가지 언급하고 있다. 낙인에 대처하는 유용한 대처전략은 다음과 같다. 첫째, 자기효율성을 증대하는 정보를 제공한다. 둘째, 정신장애와 관련된 정보제공에 있어서, 정보는 사실적이고 과학적인 것으로 표준화되어야 한다. 셋째, 비정신장애인들이 정신장애인과 관련 기관에 대해 실제 긍정적인 경험을 하도록 한다. 낙인의 극복을 어렵게 하는 요인으로는, 첫째, 낙인극복 사업에 대한 체계적인 기획과 평가 부족, 둘째, 홍보 전략에 대한 연구와 실행의 부족, 셋째, 기존의 질병관리 중심의 교육과정, 넷째, 정신장애인과 가족의 능동적 참여 부족 등을 들 수 있다. 정신장애인에 대한 낙인과 부정적인 인식은 사회환경과의 상호작용으로 인해 형성되므로 아래의 내용과 같이 정신장애인에 대한 개입과 가족에 대한 개입, 그리고 지역사회에 대한 개입 등의 다차원적인 개입이 필요하다

1991년 12월 17일 UN총회에서 결의한 “정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(MI Principal)”은 가장 대표적인 정신장애인 인권에 관한 국제적 기준이다. 이 원칙은 25개의 원칙을 제시하고 있다. 이 원칙의 내용은 근본적 자유와 기본권 명시, 미성년자에 대한 보호, 지역사회에서의 삶 보호와 지원, 정신장애의 판정, 의학 검사, 비밀보장, 지역사회와 문화의 역할, 돌봄의 기준, 치료, 약물 치료, 치료에 대한 동의, 권리에 대한 고지, 정신보건시설에서의 권리와 조건, 정신보건시설의 자원, 입원 원칙, 비자발적 입원 제한, 심사기관, 절차상의 보호조치, 정보 열람, 범죄피의자, 이의제기, 감시와 구제, 실행 정신보건시설에 대한 원칙의 적용 범위, 기존 권리의 구제 등으로 구성되어 있다. 이러한 정신장애인 인권현황을 고려할 때 정신장애인을 위한 정책방향은 정신장애인의 치료에 대한 자기결정권 보장, 정신보건시설 내 인권의 개선, 장기입원의 감소, 지역사회 중심의 정신장애인 치료, 정신장애인의 평등과 사회참여 보장과 같은 구체적, 실천적 인권중심 정책실천이 이루어지는 방향으로 설정되어야 한다. UN은 2008년 장애인권리협약(CRPD: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)을 제정하였고, 우리나라도 2009년 이에 비준하였다. 장애인권리협약에는 정신장애인의 권리도 포함하고 있어 이제는 국가적으로 정신장애인의 인권에 대한 정책적 고려가 필요하고, 정신보건전문가들의 실천에서도 이에 대한 깊은 이해와 성찰적 실천이 요구된다. 그러므로 우리나라 정신장애인의 인권보호를 위해서는 정신장애인 인권의 중요성 천명,

정신장애인에 대한 편견과 낙인 해소, 지역사회 내 다양한 서비스 및 프로그램 확충, 정신보건정책에 정신장애인과 가족의 참여 보장, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가정책, 사업, 법률 확립, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 재원 마련 및 인적자원 개발, 영역 간 연계강화를 통한 포괄적인 정신장애인 인권정책 수립, 정신장애인 인권 실태에 대한 모니터링 기능 강화와 같은 정책적 노력과 함께 당사자의 자조활동 지원이 필요하다.

3. 정신장애인에 대한 법 지원의 강화

최근 입법예고된 정신보건법 전부개정법률안은 정신건강증진에 초점을 맞추어 입·퇴원 관련 내용을 강화하고 보험가입 관련 정신질환 이력 차별 금지를 명문화 하는 등 개선된 측면이 없지 않으나, 여전히 복지법적 내용이 전무하며 의료법적 성격이 강하다고 할 수 있다. 또한, 정신보건법에서 정신건강증진법으로 제목이 변경되었으나 내용은 이전 법 내용에서 크게 벗어나지 않으며, 일부 불필요하게 증진에 초점을 두므로써 관련 기관과 전문가의 역할을 오해하도록 하는 소지가 많다. 따라서 우리나라 정신보건정책의 근간이 되는 정신보건법의 개선 방향을 모색하고자 한다.

정신보건법은 의료입법적 성격을 가지기 때문에 정신질환자의 치료 및 재활을 우선한다. 따라서, 강제치료는 법적으로 위법이지만 의학적으로는 강제입원(자의입원이 아닌 경우)이 가능하다. 정신질환자에 대한 치료방법과 관련하여 병원 중심의 치료를 중시하는 주장과 사회복귀 및 재활을 위한 지역사회 정신보건을 중시하는 주장이 대립되기도 하지만, 의료입법적인 성격을 지닌 정신보건법에서는 '치료'라는 측면에서 의료적 행위를 명시하고 있다(신권철, 2009). 또한, 정신보건법은 그 목적과 이념에서 '사회복지법'은 아니지만, 정신장애가 있는 사람들에게 '복지혜택을 주기 위한 기반을 마련하는 복지보장법적 성격을 가지고 있기 때문에 이들에 대한 사회경제적 지원에 대한 내용을 명문화하여 다룰 필요가 있다(권진숙 등, 2013).

정신보건정책 수립에 있어서 치료, 재활 뿐만 아니라, 정신장애의 예방(prevention)과 정신건강증진(promotion)에 초점을 두는 것은 바람직한 방향이다. 정신장애의 발병률이 계속 높아지고, 한 번 발병하면 만성화의 가능성이 매우 높은 정신장애에 대한 고비용의 의료지출은 국가적인 차원에서도 심각한 위협이라고 할 수 있다. 그러나 예방, 치료,

재활, 증진의 각 영역에 대한 구체적인 실천방향, 전문기관과 전문가 등에 대한 계획이 필요하다. 현재의 정신건강증진법(정신보건법 전부개정법률안)은 기존의 입·퇴원 관리를 위한 법적 성격에서 크게 벗어나지 못하고 있다. 또한, 정신건강 ‘증진’, ‘예방’, ‘치료’, ‘재활 및 사회복귀’ 등의 다양한 스펙트럼선상에서 유독 증진만을 강조하여 법명을 ‘정신건강증진법’으로 하고 있으며, 치료기관과 재활기관조차 ‘정신건강증진시설’로 한다거나, 치료와 재활, 사회복귀를 우선으로 실천하고 있는 전문가를 모두 ‘정신건강증진전문요원’으로 명명하는 오류를 범하고 있다. 예방과 증진을 위해서는 국가적인 차원에서 생애주기 및 사회경제적 지위를 고려한 실질적인 예방계획을 수립할 필요가 있다. 이를 위해서는 생물심리사회적 모델(bio-psycho-social model)에 따라 정신장애의 발생과 회복의 과정에 영향을 줄 수 있는 생물학적 측면(신경전달물질, 유전 등)과 심리적 측면(자존감, 불안 등), 그리고 사회적 측면(가족, 직업 등)을 포괄적으로 고려한 체계적인 연구가 필요하다고 할 수 있다. 생애주기 관점(life-span perspective)에 따라, 정신건강 문제나 이슈가 다르다는 인식에서 출발한다(예를 들어, 유아기에는 정신건강에 있어 어머니의 역할이 절대적이며, 충분한 정서적 유대관계를 형성하는 것이 매우 중요하다. 모성박탈과 같은 문제가 발생하면 영아는 애착과 관련한 정서적인 문제를 나타낼 수 있다. 최근 정부의 주요 정신보건정책 방향 중 하나가 소아·청소년의 정신건강문제를 조기 검진하여 조기에 개입하는 것이다. 이와 같은 접근은 전 생애를 고려하지는 못하고 있지만, 특정 생애주기의 중요한 정신건강 이슈에 대한 개입의지를 나타낸 것이라고 할 수 있다. 노년기에는 사회로부터 은퇴를 하고 자신의 삶을 정리하면서 통합하는 것이 심리사회적으로 중요한 이슈이다. 따라서 이 시기에는 정신적인 문제로 노인 우울증과 같은 문제가 많이 발생한다). 따라서, 인간의 전 생애를 고려한 정신건강계획을 마련하여 정책적 접근을 하는 것이 필요하다. 또한, 개개인이 놓인 생애주기를 고려하여 필요한 개별적인 정신보건서비스를 제공하는 접근이 필요하다. 전자는 국가가 정신장애의 예방을 위하여 적극적인 정책적 노력을 해야 하는 부분이다. 연령에 따른 생애주기별 정신건강 이슈를 검토하고, 우리나라의 사회문화적 요소들을 고려하여 생애주기에 따른 예방대책과 지원책을 마련해야 하는 것이다. 후자는 지역사회정신보건기관, 병원, 보건소 등에서 개별 지역주민을 대상으로 대상자가 어느 생애주기에 있는지를 살펴보고, 대상자의 심리사회적 배경과 상태를 점검하여 정신건강에 위협이 되는 조건들을 개선함으로써 정신장애를 개별적 차원에서 예방하기 위해 노력하는 것을 말한다. 사회경제적 지위(Socio-economic status)와 사회경제적 지위를 고려한 접근에서는 정신건강의 차이를 보일 수 있는 사회

경제적 지위와 조건들을 탐색하고 표적인구를 정하여, 이들의 정신건강문제에 대한 직접적인 치료적 개입뿐만 아니라, 이들의 사회경제적 지위와 조건들을 개선하고자 하는 사회적, 제도적 노력들을 함께 수행해야 할 것이다.

정신건강증진과 예방사업이 성공적으로 수행되기 위해서는, 이를 전담하는 정신보건 전문가로 구성된 기관이 설립되어야 한다. 이 기관에서는 국가의 정신건강증진과 정신질환의 예방을 위한 정책방향을 마련하고, 이에 따라 중장기적인 계획을 수립해야 한다. 이러한 계획 수립에는 생애주기와 사회경제적 지위를 고려한 관점이 반영되어야 하며, 국민들의 정신건강욕구와 정신건강상태의 평가 내용이 반영되어야 할 것이다. 구체적인 실천 전략으로는 매스미디어를 통한 정신건강 홍보, 표적인구를 대상으로 한 정신건강 관련 교육, 예방 프로그램, 정신건강증진 프로그램 등이 기획되어야 한다. 이를 수행하는 인력으로 정신보건사회복지사는 의료사회학, 보건학, 건강심리학 등과 관련한 과목을 학습하여 예방과 정신건강증진 분야의 전문가로서 활동할 수 있는 준비를 할 필요가 있다.

참고문헌

- 권진숙·김정진·전석균·성준모(2013). 정신보건사회복지론(2nd eds.). 도서출판 공동체.
- 보건복지부(2012). 보건복지백서.
- 보건복지부(2012). 2011년 정신질환실태 역학조사.
- 보건복지부(2013). 2013년 정신건강사업 안내
- 서미경(2006). “성인 정신장애인의 평생계획 모형 : 뉴질랜드 정신보건서비스를 중심으로”. 한국 사회복지학 제58집 제2호 : 33-56.
- 신권철(2009). “정신질환자의 강제입원과 퇴원”, 저스티스 113.
- 윤명숙(2008). “앞으로 10년! 정신보건사회복지서비스와 방향”. 한국정신보건사회복지학회 추계 학술대회 자료집.
- 이동귀(2002). 부모 사후를 대비한 장애자녀의 평생계획. 도서출판 특수교육.
- 조은영(2000). “정신장애인의 복지를 위한 사회운동 : 정신장애인 편견극복 운동—정신질환을 가진 사람들에 대한 스티그마 줄이기”. 한국정신보건사회사업학회 춘계 학술대회 자료집.
- 하경희·성준모(2012). “정신장애인 경제활동 실태에 관한 탐색적 연구: 장애유형간 비교를 중심으로”. 재활복지.

- Anthony, W. A.(1993). Recovery from Mental Illness : The Guiding Vision of the Mental Health Services System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(4) : 11-23.
- Anthony, W. A.(2000). A Recovery-oriented Service System : Setting some System Level Standards. Psychosocial Rehabilitation Journal 24 : 159-173.
- Kaplan, S.(1967). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., & Shrout, P. E.(1989). “A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders : An Emperical Assessment”. American Sociological Review Vol. 54 : 401-404.
- Lukens, E.(2013). “Reflections on the Recovery Paradigm in the United States: Implication for Mental Health Practice and Policy” In International Spring Conference of The Korean Academy of Mental Health Social Work

토론문 Ⅱ



정신장애인에 대한 장애인으로서의 인권과 복지의 제자리를 찾음

정신장애인에 대한 장애인으로서의 인권과 복지의 제자리를 찾음

권오용 변호사/MSW
한국정신장애연대 사무총장

토론을 시작하며, 먼저 한국장애인개발원에서 그동안 장애정책과 서비스에서 소외되어 왔던 정신장애인/정신질환자에 대하여 장애관점에서 심도 깊은 토론회를 마련해 주신 한국장애인개발원과 관계하신 분들, 이번 토론회의 좌장을 맡으셨지만 실질적으로 이러한 작업을 추진해 주신 이용표 교수님께 감사드립니다.

우리나라는 1995년 정신보건법 제정 이전까지는 정신질환자에 대한 보호서비스는 사회복지사업법의 규정에 의한 사회복지기관과 서비스의 범주에 있었습니다. 그런데 지역 사회정신보건사업을 표방하였지만 사실상은 정신의료기관과 정신요양시설의 설치와 지역에 거주하는 정신질환자들을 정신의료기관과 요양원에 수용하는 절차를 규정한 1995년도의 정신보건법은 결국 정신의료기관의 정신질환자에 대한 비자의 입원과 강제치료를 정당화하고 정신의료인들과 정부 관료가 타 영역이나 국민의 견제를 받지 않게 되는 배타적인 독점영역을 보장해 주는 역할을 제대로 수행해 왔습니다.

한편 정신보건법의 제정과 동시에 사회복지사업법에서 정신질환자에 대한 서비스가 사회복지사업의 범주에서 제외되었고 장애인복지법에서 주요한 서비스와 기관의 이용은 정신장애인에 대하여는 배제되고 정신장애인은 정신보건법의 서비스만 받도록 사회적 배제가 이루어졌습니다.

오늘 최승일 박사님의 발표에서 나온 현재의 정신장애인에 대한 서비스인프라의 현황과 정신과전문의의 의료직으로서 최정상의 인기는 정의에 반하는 역할을 제대로 수행한 정신보건법의 제정과 그 법을 이용하여 독점적인 영역을 고수하며 “탈원화와 지역사회 중심의 정신. 사회서비스”라는 1950년대 중반 이후 전 세계적으로 일관되게 실행되어온 정신장애인에 대한 비차별과 지역사회통합이라는 인권보장적인 흐름에 역행하는 정책에 편승 또는 방관한 전문가들, 정책담당자들, 문제의 핵심을 알지 못하고 알아도 그 해결을 위한 노력에 게을리 한 우리 모두의 책임이라고 생각합니다.

최승일 박사님이 분석한 정신장애인의 실태와 정신장애인에 대한 정신보건법과 장애인복지법 체계의 문제점과 정책과제 대한 제언에 대하여는 전적으로 공감합니다. 또 많은 정신장애인/정신질환자가 겪는 이중장애의 문제를 제기하고 미국의 처방을 소개해 주신 손선주 교수님의 발표에 감사하면서 정신장애인/정신질환자 개개인이 겪고 있는 문제는 여러 가지 도움과 배려가 치밀하고 사려 깊게 다루어져야 한다는 점을 다시 한번 생각하게 되었습니다.

그런데 정신장애인에 대한 정책을 논의할 때 우리나라가 이미 비준하여 2009년 초부터 적용을 받게 된 유엔장애인권리협약의 제 규정들에 대하여 우리나라의 정신보건법 등 정신장애인에 관련된 법률과 정책에 대한 깊이 있는 검토와 적용이 필요하다고 생각되므로 아래를 덧붙입니다.

최근 유엔장애인위원회에서는 각국의 장애인권리협약에 대한 이행상황에 대한 최종 의견에서 예외 없이 정신질환을 가진 정신장애인에 대하여 의료기관의 “자발적 동의 없는 비자의 입원”과 장기입원, 성년후견제 등 자유의 박탈과 의사결정을 타인이 대체하게 하는 성년후견제에 대하여 폐지하고 자유로운 동의에 의한 의료제공과 의사결정능력을 조력하는 제도를 마련할 것을 권고하고 있습니다.

아래는 IDA의 전문가가 보내준 위원회의 최종권고안 중 장애인권리협약 14조-17조에 관한 내용을 발췌한 것입니다.

1. Article 14 - Liberty and security of person

Article 14 - Liberty and security of person

1. States Parties shall ensure that persons with disabilities, on an equal basis with others:

a) Enjoy the right to liberty and security of person;

b) Are not deprived of their liberty unlawfully or arbitrarily, and that any deprivation of liberty is in conformity with the law, and that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.

2. States Parties shall ensure that if persons with disabilities are deprived of their liberty through any process, they are, on an equal basis with others, entitled to guarantees in accordance with international human rights law and shall be treated in compliance with the objectives and principles of the present Convention, including by provision of reasonable accommodation.

I. Concluding observations

Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

II. List of issues

El Salvador, Australia, Austria, Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

I. Concluding Observations

2. Paraguay (CRPD/C/PRY/CO/1)

33. El Comité lamenta la ausencia de información sobre personas con discapacidad internadas involuntariamente, así como los procesos que permiten dicho internamiento.

34. El Comité insta al Estado Parte a que un mecanismo independiente de protección de derechos humanos recolecte información sobre las personas con discapacidad en instituciones, supervise y monitoree la situación de las personas con discapacidad internadas en las instituciones, e inicie un proceso para la reinserción social y comunitaria de éstas.

35. El Comité observa con preocupación que el Estado Parte adopte medidas de privación de la libertad por motivo de discapacidad como el internamiento de niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad en hogares de albergue y en hospitales psiquiátricos sin su consentimiento expresado de manera libre e informada y por periodos prolongados. Específicamente, el Comité se encuentra preocupado por las medidas que el Estado parte esta adoptando para fortalecer el modelo de la privación de libertad con motivo de discapacidad tal y como sucede en los hogares Albino Luis y Pequeño Cotelengo.

36. El Comité insta al Estado Parte a revisar los procedimientos de internamiento por motivo de discapacidad, asegurando que las personas con discapacidad que son sujetas de dichos procedimientos puedan ejercer plenamente su capacidad jurídica tal y como lo estatuye la Convención. Así mismo, exhorta al Estado Parte a la creación de una estrategia amplia para la inclusión comunitaria de las personas con discapacidad sin hogar, en particular, aquéllas con discapacidad intelectual o psicosocial, que incluya un programa de apoyo destinado a la asistencia en la toma de decisiones

3. Argentina (CRPD/C/ARG/CO/1)

23. The Committee notes with concern that involuntary long-term committal is still common in the State party, despite the fact that deinstitutionalization strategies have been adopted and the National Mental Health Act (Act No. 26.657) is based on the human rights model of disability.

24. The Committee urges the State party to implement the deinstitutionalization strategies that it has adopted in an effective manner and to develop and implement mental health plans based on the human rights model of disability, along with effective measures to promote the deinstitutionalization of persons with disabilities.

25. The Committee is concerned that, when a person with a psychosocial or intellectual disability is declared to be exempt from criminal responsibility in criminal proceedings, due process guarantees are not upheld and the person is immediately deprived of his or her liberty without even having been shown to be linked to the event in question.

26. The Committee requests the State party to modify its federal and provincial criminal laws so that decisions regarding the application of security measures to persons found to be exempt from criminal responsibility are taken only after due process guarantees concerning the right to a defence and the right to the assistance of a lawyer, including any adjustments in the proceedings that may be necessary in order to guarantee the exercise of such rights, have been upheld.

4. China (CRPD/C/CHN/CO/1)

China:

25. The Committee is concerned that the deprivation of liberty on the grounds of disability is allowed in the state party, and that involuntary civil commitment is perceived as a tool to maintain the public order. In this context, the Committee finds it disturbing that many persons with actual or perceived impairments are involuntarily committed to psychiatric institutions for various reasons, such as being petitioners. In addition, the Committee is concerned that many persons who indeed live with intellectual and psychosocial impairments and require a high level of support lack the adequate resources for their medical and social care and are thus permanently confined at home.

26. The Committee recommends the abolishment of the practice of involuntary civil commitment based on actual or perceived impairment. In addition, the Committee asks the state party to allocate more financial resources to persons with intellectual and psychosocial disabilities who require a high level of support, in order to ensure social support and medical treatment outside their own home when necessary.

5. Hungary (CRPD/C/HUN/CO/1)

27. The Committee notes with appreciation that the State party is dedicated to undertaking measures to provide reasonable accommodation to persons with disabilities that are deprived of their liberty. It also notes with appreciation that “personal liberty is assured by making use of the services voluntarily” (paragraph 87 of the State party’s report: CRPD/C/HUN/1). However, the Committee is concerned about the situation faced by persons under guardianship, where the decision of institutional care is made by the guardian instead of the person him/herself, and guardians are authorised to give consent to mental health care services on behalf of their ward. The Committee further regrets that disability, in some cases, can be the ground for detention.

28. The Committee recommends that the State party review provisions in legislation that allow for the deprivation of liberty on the basis of disability, including mental, psychosocial or intellectual disabilities, and adopt measures to ensure that health care services, including all mental health care services, are based on the free and informed consent of the person concerned.

6. Peru (CRPD/C/PER/CO/1)

28. The Committee notes with concern that article 11 of the General Health Law No. 26842 permits involuntary detention for people with “mental health problems”, defined to include people with psychosocial disabilities as well as persons with a “perceived disability” (persons with a drug or alcohol dependence).

29. The Committee calls upon the State party to eliminate Law 29737 which modifies article 11 of the General Health Law, in order to prohibit the deprivation of liberty on the basis of disability, including psychosocial, intellectual or perceived disability.

7. Spain (CRPD/C/ESP/CO/1)

35. The Committee notes that Act 26/2011 allows a period of one year following its entry into force for the presentation of a bill to govern the scope and interpretation of article 12 of the Convention. The Committee is further concerned that no measures have been taken to replace substitute decision-making by supported decision-making in the exercise of legal capacity.

36. The Committee recommends that the State party review the laws allowing for guardianship and trusteeship, and take action to develop laws and policies to replace regimes of substitute decision-making by supported decision-making, which respects the person’s autonomy, will and preferences. It further recommends that training be provided on this issue for all relevant public officials and other stakeholders.

35. The Committee takes note of the legal regime allowing the institutionalization of persons with disabilities, including persons with intellectual and psychosocial disabilities ("mental illness"). It is concerned at the reported trend of resorting to urgent measures of institutionalization which contain only post-facto safeguards for the affected individuals. It is equally concerned at the reported abuse of persons with disabilities who are institutionalised in residential centres or psychiatric hospitals.

36. The Committee recommends that the State party: review its laws that allow for the deprivation of liberty on the basis of disability, including mental, psychosocial or intellectual disabilities; repeal provisions which authorise involuntary internment linked to an apparent or diagnosed disability; and adopt measures to ensure that health care services including all mental health care services are based on informed consent of the person concerned.

8. Tunisia (CRPD/C/TUN/CO/1)

There is no recommendation.

II. List of Issues

9. El Salvador (CRPD/C/SLV/Q/1)

15. Sírvase informar si existen recursos legales para que las personas con discapacidad puedan impugnar o recurrir contra una medida de institucionalización involuntaria.

10. Australia (CRPD/C/AUS/Q/1)

17. In light of the Disability Policy and Research Working Group, please provide information on its suggested best practice framework in relation to restrictive practices. (para.73)

18. Please explain the criteria and the process for placing a person with disabilities, in particular intellectual, mental or psychosocial disabilities, into forced confinement, how many they are so far and how placement decisions can be challenged. Please indicate how involuntary confinement on the grounds of mental illness is being implemented and in what types of mental illnesses it applies. (para. 76)

19. Provide more information on the number of people with disabilities who have benefited from the Australian Government's initiative of a "Respectful Relationship program that focuses on building protective behaviours and relationships skills for young persons with intellectual disabilities" (para 87 (a))

20. What steps are being taken to end the unwarranted use of prisons for the management of unconvict people with disability, particularly indigenous people with disabilities. What alternative support and accommodation options have been developed?

21. How does the government propose to manage the high level of involuntary hospitalizations of people with mental disabilities? What steps are being taken to replace involuntary hospitalization with community-based care that treats people with psychosocial disabilities on a voluntary basis?

11. Austria (CRPD/C/AUT/Q/1)

19. In the Initial Report of Austria para. 162, the Hospitalisation Act and the Nursing Home Residence Act are noted and are described as "exemplary". Yet, in the Report to the Austrian Government on the visit to Austria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 25 February 2009 CPT/Inf (2010), visits were made to the Sigmund Freud Regional Psychiatric Hospital (Landesnervenklinik) in Graz and the Johannes von Gott Nursing Centre (Pflegezentrum) in Kainbach. In paras. 118-158, strong criticisms were made of some practices, especially practices of restraint on persons with disabilities.

Please furnish information on if and how these criticisms have been dealt with by the authorities.

12. Paraguay (CRPD/C/PRY/Q/1)

14. Please provide information on the existence of closed institutions, public and/or private, for persons with disabilities — such as psychiatric hospitals, shelters and asylums — and the number of persons with disabilities housed in them. Please indicate whether there are criteria and protocols for authorizing institutionalization, especially of persons with intellectual and/or psychosocial disabilities. Please also indicate whether these processes and institutions are subject to periodic review by a competent authority.

15. Please indicate what measures have been adopted to implement the recommendations issued by the Subcommittee on Prevention of Torture, especially the adoption of legislation for the protection of patients of the health-care system and improvements in the infrastructure of those patients' residential centres, including the pavilion used for this purpose in Tacumbú prison; with regard in particular to patients held in Tacumbú prison, please indicate what measures have been introduced to have such persons transferred to specific rehabilitation centres. Please indicate whether there is any independent mechanism for the prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment.

13. Argentina (CRPD/C/ARG/Q/1)

11. Please explain what criteria are used when deciding whether to commit a person with an intellectual or psychosocial disability to a specialized institution; please also describe the procedure for challenging a decision to send a person to such an institution. Please furnish statistics on the number of people who have been confined or deprived of their liberty because they have an intellectual or psychosocial disability.

12. Please indicate how the State party guarantees recognition of the legal personality of persons with disabilities in cases of involuntary confinement or legal interdiction and what regulations govern such cases.

14. China (CRPD/C/CHN/Q/1)

China :

13. Please provide data on the number of persons with disabilities in Chinese prisons. How many persons with disabilities are detained in civil and administrative institutions (ibid., para. 60)?

14. Please provide additional information on psychological programmes and psychological guidance aimed at “correcting” and “curing” prisoners with disabilities (ibid.).

15. What steps are being taken to repeal legislation allowing for detention based on disability (whether actual or perceived), including psychosocial and intellectual disabilities, and to develop community-based services and support for persons with disabilities?

Hong-Kong

37. Please provide information on the criteria and the process for placing a person with disabilities, in particular intellectual or psychosocial disabilities, into involuntary confinement and on how placement decisions can be challenged (ibid., paras. 14.1-14.7)

15. Hungary (CRPD/C/HUN/Q/1)

11. Please provide information on the number and situation of persons with disabilities who are being detained. Please explain whether reasonable accommodation is provided to detainees with disabilities.

16. Peru (CRPD/C/PER/Q/1)

9. Please provide information on the grounds for involuntary internment, especially Act 29737, adopted in 2011, which authorizes involuntary internment for persons with mental

disabilities. Please explain the compatibility of this law with article 14 of the Convention. Please provide data on the number of persons who are deprived of their liberty under this Act or analogous laws.

17. Spain (CRPD/C/ESP/Q/1)

13. Please indicate how article 763 of the Civil Procedure Code (Act No. 1 of 2000), which allows involuntary confinement on the grounds of mental illness, is being implemented and in what types of mental illnesses it applies. Please explain the criteria and the process for placing a person with disabilities, in particular intellectual, mental or psychosocial disabilities, into forced confinement and how placement decisions can be challenged.

14. Please provide information on the review of Spanish legislation concerning hospitalization and treatment of persons with mental health problems.

15. Please provide information on the general directives and norms ensuring that persons with disabilities who are deprived of their liberty following a judicial process are treated in compliance with international human rights law on an equal basis with others and are provided with reasonable accommodation if necessary.

18. Tunisia (CRPD/C/TUN/Q/1)

15. Please indicate whether having disabilities, including intellectual, mental and psychosocial disabilities, constitute a basis for the deprivation of liberty under current legislation, either alone or in combination with other grounds. If so, please explain: whether steps are being taken to repeal or amend this legislation; the criteria for placing a person with disabilities in a specialized institution; and the details of the process for challenging placement decisions.

16. To what extent are persons with disabilities represented in the criminal justice system? What special measures are provided for in the law for persons with disabilities? Please outline the training programmes established for judicial officials and for prison officials on the rights of persons with disabilities, and to what extent they are mandatory.

19. Article 15 - Freedom of torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

Article 15 - Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

1. No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his or her free consent to medical or scientific experimentation.

2. States Parties shall take all effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent persons with disabilities, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

I. Concluding observations

Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

II. List of issues

El Salvador, Australia, Austria, Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

I. Concluding Observations

20. Paraguay (CRPD/C/PRY/CO/1)

37. El Comité toma nota con satisfacción de la creación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en el Estado Parte; no obstante, le preocupan los escasos avances en el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por el Sub Comité para la Prevención de la Tortura, en particular, lo referente a personas con discapacidad psicosocial que se encuentran internadas en el penal de Tacumbú.

38. El Comité recomienda al Estado Parte que el Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura incluya dentro de su mandato la supervisión de hospitales psiquiátricos y hogares de albergue de las condiciones de personas con discapacidad psicosocial internas en dichos establecimientos, prestando especial atención al penal de Tacumbú. Además, pide al Estado Parte que promueva el traslado de las personas con discapacidad psicosocial a centros de rehabilitación social así como su inserción en la vida comunitaria.

21. Argentina (CRPD/C/ARG/CO/1)

27. The Committee notes with concern that Senate approval of the bill that would create a national mechanism for the prevention of torture has been delayed.

28. The Committee urges the State party to immediately approve the bill on the creation of a national mechanism for the prevention of torture so that institutionalized persons with disabilities can be monitored and protected from actions that may constitute acts of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

22. China (CRPD/C/CHN/CO/1)

China:

27. For those involuntarily committed persons with actual or perceived intellectual and psychosocial impairments, the Committee is concerned that the “correctional therapy” offered at psychiatric institutions represents an inhuman and degrading treatment. Further, the Committee is concerned that not all medical experimentation without free and informed consent is prohibited by Chinese law.

28. The Committee urges that the state party cease its policy of subjecting persons with actual or perceived impairments to such therapies and abstains from involuntarily committing them to institutions. Further it urges the state party to abolish laws which allow for medical experimentation on persons with disabilities without their free and informed consent.

23. Hungary (CRPD/C/HUN/CO/1)

29. The Committee is concerned that Act CLIV of 1997 on Healthcare provides for a legal framework for subjecting persons with disabilities whose legal capacity is restricted to medical experimentation without their free and informed consent, as consent may be given by their legal guardians. The Committee is also notes with concern that there is no independent medical examination body mandated to examine alleged victims of torture and guarantee respect for human dignity during the conduct of medical examinations, as stated by the Human Rights Committee (CCPR/C/HUN/CO/5).

30. The Committee urges the State party to amend Act CLIV on Healthcare and abolish its provisions that provide a legal framework for subjecting persons with disabilities with restricted legal capacity to medical experimentation without their free and informed consent. The Committee recommends the State party to implement the recommendation made by the Human Rights Committee in 2010 (CCPR/C/HUN/CO/5) to “establish an independent medical examination body mandated to examine alleged victims of torture and guarantee respect for human dignity during the conduct of medical examinations.”

24. Peru (CRPD/C/PER/CO/1)

30. The Committee is concerned at consistent reports of the use of continuous forcible medication, including neuroleptics, and poor material conditions in psychiatric institutions, such as the hospital Larco Herrera, where some persons have been institutionalized for more than ten years without appropriate rehabilitation services.

31. The Committee urges the State party to promptly investigate the allegations of cruel, inhuman or degrading treatment, or punishment in psychiatric institutions, to thoroughly review the legality of the placement of patients in these institutions, as well as to establish voluntary mental health treatment services, in order to allow the persons with disabilities to be included in the community and release them from the institutions.

25. Spain (CRPD/C/ESP/CO/1)

There is no recommendation.

26. Tunisia (CRPD/C/TUN/CO/1)

There is no recommendation.

II. List of Issues

27. El Salvador (CRPD/C/SLV/Q/1)

16. Sírvase especificar si existe algún mecanismo de protección para casos de tratos crueles, inhumanos y degradantes.

28. Australia (CRPD/C/AUS/Q/1)

There is no question.

29. Austria (CRPD/C/AUT/Q/1)

There is no question.

30. Paraguay (CRPD/C/PRY/Q/1)

There is no question.

31. Argentina (CRPD/C/ARG/Q/1)

13. Please furnish information on any specific legislation that protects persons with disabilities from undergoing experiments or medical treatment without their free and informed consent and any measures designed to avoid substitute decision-making with respect to experiments or medical treatment. Please also furnish information on the regulations that govern the use of equipment for the immobilization or the physical or pharmacological restraint of persons in psychiatric care as well as the forcible treatment of such persons.

32. China (CRPD/C/CHN/Q/1)

China :

16. Please provide additional information on the reform of the Mental Health Law regarding medical experimentation. Please provide information on the legal grounds and practice for forced correctional medical treatment (ibid., para. 64).

33. Hungary (CRPD/C/HUN/Q/1)

12. Please provide additional information on the legal guarantees given to “persons with limited ability to act or incompetent persons”, in order to protect them from any medical or scientific experiments carried out without their consent (CRPD/C/HUN/1, para. 91).

34. Peru (CRPD/C/PER/Q/1)

There is no question.

35. Spain (CRPD/C/ESP/Q/1)

There is no question.

36. Tunisia (CRPD/C/TUN/Q/1)

There is no question.

37. Article 16 - Freedom from exploitation, violence and abuse

Article 16 - Freedom from exploitation, violence and abuse

1. States Parties shall take all appropriate legislative, administrative, social, educational and other measures to protect persons with disabilities, both within and outside the home, from all forms of exploitation, violence and abuse, including their gender-based aspects.

2. States Parties shall also take all appropriate measures to prevent all forms of exploitation, violence and abuse by ensuring, inter alia, appropriate forms of gender- and age-sensitive assistance and support for persons with disabilities and their families and caregivers, including through the provision of information and education on how to avoid, recognize and report instances of exploitation, violence and abuse. States Parties shall ensure that protection services are age-, gender- and disability-sensitive.

3. In order to prevent the occurrence of all forms of exploitation, violence and abuse, States Parties shall ensure that all facilities and programmes designed to serve persons with disabilities are effectively monitored by independent authorities.

4. States Parties shall take all appropriate measures to promote the physical, cognitive and psychological recovery, rehabilitation and social reintegration of persons with disabilities who become victims of any form of exploitation, violence or abuse, including through the provision of protection services. Such recovery and reintegration shall take place in an environment that fosters the health, welfare, self-respect, dignity and autonomy of the person and takes into account gender- and age-specific needs.

5. States Parties shall put in place effective legislation and policies, including women- and child-focused legislation and policies, to ensure that instances of exploitation, violence and abuse against persons with disabilities are identified, investigated and, where appropriate, prosecuted.

I. Concluding observations

Paraguay, Argentina, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

II. List of issues

El Salvador, Australia, Austria, Paraguay, Argentina, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

I. Concluding Observations

38. Paraguay (CRPD/C/PRY/CO/1)

39. El Comité lamenta que los delitos de explotación, violencia y abuso contra las personas con discapacidad, estén actualmente invisibilizados debido a que las entidades operadoras de justicia no cuentan con registros sistematizados de los casos.

40. El Comité insta al Estado Parte para que implemente una estrategia amplia y con perspectiva de género, en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad para la prevención y sanción de la explotación, la violencia y el abuso contra las personas con discapacidad y programas para su recuperación y reinserción social, dirigidas al pleno goce y ejercicio de sus derechos humanos; asimismo, urge a las instituciones operadoras de justicia que participen de dicha estrategia. El Comité solicita al Estado Parte que incluya en su próximo informe periódico datos sobre denuncias y resoluciones a favor de personas con discapacidad víctimas de estos delitos.

41. Al Comité le preocupa que el Estado Parte no haya proporcionado datos en relación con el número de personas con discapacidad que viven en situaciones de abandono y establecer si aquéllas son víctimas de explotación, trata de personas o abusos.

42. El Comité recomienda al Estado Parte que investigue a profundidad la situación de las personas con discapacidad que viven en condiciones de abandono o son víctimas de trata que adopte las medidas necesarias para su protección, incluyendo el fomento de alternativas de hogares para las personas que se encuentran en estado de abandono o viven en situación de mendicidad. Así mismo, urge a la creación de centros de acogida, donde se brinde atención psicosocial y asistencia legal a víctimas de trata de personas.

43. Preocupa al Comité la información recibida por distintas fuentes, y reconocida por las autoridades del estado parte que participaron en el diálogo interactivo, en el sentido de que existen organizaciones delincuenciales dentro del Paraguay que explotan a las personas con discapacidad para colocarlas en situación de mendicidad.

44. El Comité recomienda al Estado parte:

Conformar un grupo especial de investigación, dentro de los órganos encargados de hacer cumplir la ley que sean competentes en el estado parte, para esclarecer la manera de operación de estas redes;

Establecer medidas de protección a favor de las víctimas afectadas e insertarlas en programas de rehabilitación, con los apoyos y ajustes razonables necesarios, para que puedan ejercer sus derechos laborales,

Abrir causas penales en contra de los responsables de la explotación y aplicar las sanciones correspondientes.

39. Argentina (CRPD/C/ARG/CO/1)

29. The Committee notes with concern that neither Act No. 26.485 on comprehensive protection and the prevention, punishment and elimination of violence against women nor Act No. 26.061 on the comprehensive protection of the rights of children and adolescents takes account of the specific situation of women with disabilities and children with disabilities, respectively. The Committee is also concerned about the lack of protection against violence and abuse for institutionalized persons with disabilities.

30. The Committee urges the State party to guarantee protection for women with disabilities and children with disabilities in, respectively, the revised versions of Act No. 26.485 and Act. No. 26.061 and their implementing regulations. It also urges the State party to incorporate a disability perspective into policies and programmes developed on the basis of these acts. In addition, it recommends that the State party draw up appropriate guidelines for the prevention of violence against persons with disabilities who are institutionalized. The Committee also recommends that the State party collect data and information on violence and abuse against persons with disabilities, paying particular attention to women, children and persons who are institutionalized. To that end, the State party should, inter alia, establish institutional mechanisms for the early detection of situations in which violence may occur, diligently investigate allegations of violent acts and make any adjustments in procedures that may be needed so that victims can testify and those responsible can be prosecuted.

40. China (CRPD/C/CHN/CO/1)

China:

29. The Committee is deeply troubled by the reported incidents of abduction and forced labour of thousands of persons with intellectual disabilities, especially children, such as the occurrence of slave labour in Shanxi and Henan.

30. The Committee strongly urges the state party to continue investigating these incidents and prosecute the perpetrators. It also asks the state party to implement comprehensive measures to prevent further abductions of persons with intellectual disabilities and provide remedies to the victims, by including data collection on the prevalence of exploitation, abuse and violence against persons with disabilities.

Hong-Kong

65. The Committee is concerned about the incidents of women and girls with intellectual disabilities being subjected to sexual violence.

66. The Committee suggests that the HKSAR continue investigating these incidents and prosecute the perpetrators and all those responsible. It also recommends that sex education be taught to children and adolescents with intellectual disabilities and that the law enforcement personnel be trained on handling violence against women and girls with disabilities.

67. In addition, while the Committee does not consider shelter workshops as a good way to implement the CRPD, it also finds the daily allowance for persons with disabilities in Shelter Workshops to be too low and bordering exploitation.

68. The Committee recommends that the HKSAR enact legislation to raise the daily allowance for persons with disabilities in shelter workshops, so as to prevent their exploitation.

Macao:

90. The Committee is concerned about the heightened risk of violence against women and girls with disabilities in becoming victims of domestic violence and abuse.

91. The Committee recommends that services as well as information are made accessible to these victims. It specifically encourages the state party to set up a complaint mechanism and conduct mandatory training for the police force regarding this issue.

41. Hungary (CRPD/C/HUN/CO/1)

31. The Committee appreciates that the State party has taken measures to provide some specific disability-related provisions in its legislation and policies for prevention of exploitation, violence and abuse. It, however, is concerned that women, men, girls and boys with disabilities continue to face violence, abuse and exploitation.

32. The Committee recommends the State party to take effective measures to ensure protection of women, men, girls and boys with disabilities from exploitation, violence and

abuse, in accordance with the Convention, amongst others, the establishment of protocols for the early detection of violence, above all in institutional settings, procedural accommodation to gather testimonies of victims, and prosecution of those persons responsible, as well as redress for victims. It also recommends the State party to ensure that protection services are age-, gender- and disability-sensitive and accessible.

42. Peru (CRPD/C/PER/CO/1)

There is no recommendation.

43. Spain (CRPD/C/ESP/CO/1)

There is no recommendation.

44. Tunisia (CRPD/C/TUN/CO/1)

26. The Committee expresses concern at the situation of violence that women and children with disabilities might face.

27. The Committee encourages the State party to include women and girls with disabilities in the National Strategy for the prevention of violence in the family and society, and to adopt comprehensive measures for them to have access to immediate protection, shelter and legal aid. It requests the State party to conduct awareness campaigns and develop educational programmes on the greater vulnerability of women and girls with disabilities with respect to violence and abuse.

II. List of Issues

45. El Salvador (CRPD/C/SLV/Q/1)

17. Sírvase especificar cuáles son los indicadores utilizados para demostrar la prevención, reducción y/o erradicación del abuso hacia la niñez con discapacidad; cuáles son los mecanismos de coordinación y vigilancia que el ISNA y el ISDEMU llevan a cabo en cumplimiento del artículo 16 de la Convención y si estas instituciones cuentan con intérpretes en LESSA para una adecuada atención a las personas sordas.

18. Sírvase indicar si existen programas y/o políticas de prevención y protección de las personas con discapacidad contra la violencia sexual, la trata y la explotación sexual, y cómo se ha medido la calidad, eficacia, eficiencia y cobertura de los programas de atención en esta área.

46. Australia (Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.)

22. What measures are being taken to prevent the use of restraints, shackles and seclusion on people with psychosocial disabilities in hospitals?

47.

48. Austria (CRPD/C/AUT/Q/1)

20. It does appear that there has been an increase in physical and emotional violence and sexual abuse on persons with disabilities, Ibid. para. 172 and see also Summary prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights in accordance with paragraph 15 (c) of the annex to Human Rights Council resolution 5/1, Austria A/HRC/WG.6/10/AUT/3, 8 November 2010 para. 22. Please explain what measures are being put in place, especially in large institutions, to prevent physical, emotional and sexual violence.

21. In the Initial Report of Austria paras. 173-174, it does appear that persons with disabilities may receive medical intervention without their consent, provided it is approved

by a guardian. Please provide further information on the circumstances where guardians may authorise medical intervention without the consent of the person.

22. It appears that the sterilisation of women and girls with disabilities is prohibited without their consent, and there appears to be a total ban on the sterilisation of minors, *ibid.* para. 229. Yet, sterilisations appear to be high, *ibid.* paras. 175-176. Please give the numbers of persons with disabilities who have been forcibly sterilised in Austria over the past three years. Please explain whether any of these sterilisation operations and obligatory abortions have been undertaken without the consent of the patient.

49. Paraguay (CRPD/C/PRY/Q/1)

16. Please indicate the number of complaints that have been received and relevant decisions adopted by the Ombudsman's Office and other authorities — such as the Public Prosecution Service (Ministerio Público) or the judiciary — concerning violence against, and exploitation or abuse of, persons with disabilities, disaggregated by age and gender (CRPD/C/PRY/1, paras. 124–128).

17. Please provide information on the steps being taken by the Government of Paraguay to ensure and protect the physical integrity of persons with disabilities. Please also indicate whether there are any programmes or policies that ensure the protection of persons with disabilities against sexual violence, trafficking and sexual exploitation.

18. Please indicate the number of persons practising mendicity in the urban and rural areas of Paraguay and what investigations have been undertaken to verify whether any organized crime networks are exploiting their situation.

19. In 2011, the Committee against Torture expressed concern that corporal punishment in the home was not prohibited in Paraguay and recommended that it be explicitly prohibited in all settings, including the home (CAT/C/PRY/CO/4-6, para. 26). Please indicate what steps have been taken to act on this recommendation and to protect boys and girls with disabilities from this form of violence and abuse.

50. Argentina (CRPD/C/ARG/Q/1)

14. Please indicate what policies are being implemented to promote, defend and restore the rights of victims of sex crimes when those victims are persons with disabilities, particularly in the case of women and children with disabilities. Please specify which targeted measures for boys and girls with disabilities have been introduced in the Special Unit to Promote the Eradication of Sexual Exploitation of Children (UEESI).

15. Please indicate what targeted measures for women with disabilities are provided for in Act No. 26485 on comprehensive protection and the prevention, punishment and elimination of violence against women (*ibid.*, para. 218 (b)).

51. China (CRPD/C/CHN/Q/1)

China :

17. Please provide additional information on how the Law on the protection of persons with disabilities, the Marriage Law and the Law on the protection of minors are implemented with regard to persons with disabilities and their protection against violence. Is data available that shows the prevalence of exploitation, abuse and violence against persons with disabilities disaggregated by sex? How does the work of Shenyang city's 110 Domestic Violence Report Centre reflect upon the incidences of violence against persons with disabilities (*ibid.*, paras. 65-66)?

52. Hungary (CRPD/C/HUN/Q/1)

13. Please provide information on which measures are being taken regarding the prevention, detection and treatment of abuse of children with disabilities as regulated by the Child Protection Act.

53. Peru (CRPD/C/PER/Q/1)

10. Please provide information on the percentage of persons with disabilities forced to live in institutions, and on measures taken to prevent abuses. Please indicate how persons with disabilities are protected from forced sterilization and forced abortion, and if these conducts are defined as a crime in the criminal code in the State party's legal framework. Please outline the measures in place to protect women and children with disabilities from sexual abuse.

54. Spain (CRPD/C/ESP/Q/1)

There is no question.

55. Tunisia (CRPD/C/TUN/Q/1)

There is no question.

56. Article 17 - Protecting the integrity of the person***Article 17 - Protecting the integrity of the person***

Every person with disabilities has a right to respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others.

I. Concluding observations

Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

II. List of issues

El Salvador, Australia, Austria, Paraguay, Argentine, China, Hungary, Peru, Spain, Tunisia

I. Concluding Observations**57. Paraguay (CRPD/C/PRY/CO/1)**

There is no recommendation.

58. Argentina (CRPD/C/ARG/CO/1)

31. The Committee regrets that, in cases where a woman with disabilities is under guardianship, her legal representative may give consent for a legal abortion on her behalf. It is likewise concerned that persons with disabilities are being sterilized without their free and informed consent.

32. The Committee recommends that the State party amend article 86 of its Criminal Code and article 3 of Contraceptive Surgery Act No. 26.130 so that they will be in accordance with the Convention and take steps to provide the necessary support to women under guardianship or trusteeship to ensure that the women themselves are the ones who give their informed consent for a legal abortion or for sterilization.

59. China (CRPD/C/CHN/CO/1)

There is no recommendation.

60. Hungary (CRPD/C/HUN/CO/1)

There is no recommendation.

61. Peru (CRPD/C/PER/CO/1)

There is no recommendation.

62. Spain (CRPD/C/ESP/CO/1)

37. The Committee is concerned that persons with disabilities whose legal capacity is not recognized may be subjected to sterilization without their free and informed consent.

38. The Committee urges the State party to abolish the administration of medical treatment, in particular sterilization, without the full and informed consent of the patient; and ensure that national law especially respects women's rights under articles 23 and 25 of the Convention.

63. Tunisia (CRPD/C/TUN/CO/1)

28. The Committee is concerned about the lack of clarity concerning the scope of legislation to protect persons with disabilities from being subjected to treatment without their free and informed consent, including forced treatment in mental health services.

29. The Committee recommends that the State party incorporate into the law the abolition of surgery and treatment without the full and informed consent of the patient, and ensure that national law especially respects women's rights under article 23 and 25 of the Convention.

II. List of Issues

64. El Salvador (CRPD/C/SLV/Q/1)

19. Sírvase ofrecer información sobre el marco normativo específico para proteger a las personas con discapacidad frente a experimentos o tratamientos médicos sin su consentimiento libre e informado así como sobre las medidas adoptadas para evitar la sustitución en la toma de decisiones respecto de ambas situaciones. Especifique también si existen sistemas accesibles de denuncia para casos de experimentos o tratamientos médicos no consentidos. Igualmente, sírvase ofrecer información sobre el marco regulador para el uso de equipos de inmovilización y contención física y farmacológica, así como de tratamientos forzosos en los servicios de atención psiquiátrica.

20. Sírvase detallar qué acciones ha realizado el Estado parte para tipificar, prohibir y castigar la esterilización forzada a efectos de proteger y asegurar que ninguna niña o mujer con discapacidad, sea esterilizada sin su consentimiento libre e informado. ¿Cómo se protege a las mujeres con discapacidad contra el aborto forzado? ¿Está esta conducta tipificada como delito en el Código Penal del Estado parte?

65. Australia (CRPD/C/AUS/Q/1)

23. Please provide statistics on the number of persons with disabilities that have been subjected to compulsory treatment, since the Convention entered into force on 16 August 2008. (paras. 9, 96, 97, 100).

24. Please inform the Committee on measures taken to discuss the declaration of Australia regarding Art.17 with DPOs and on plans to repeal it.

66. Austria (CRPD/C/AUT/Q/1)

There is no question.

67. Paraguay (CRPD/C/PRY/Q/1)

There is no question.

68. Argentina (CRPD/C/ARG/Q/1)

There is no question.

69. China (CRPD/C/CHN/Q/1)

China :

18. Please provide data on forced sterilization used as a method of family planning. Please explain how the right to an informed choice of methods of contraception is implemented with regard to persons with disabilities (ibid., para. 71).

Hong-Kong:

38. Please provide information on the existing safeguards assuring that medical treatment, including psychiatric treatment, abortion and sterilization, is undertaken only with the full and informed consent of the person with a disability (ibid., para. 17.5).

Macao:

54. Please explain the “strict objective conditions” for placing a person with “severe mental illness” in compulsory hospitalization, in particular the persons involved in the assessment of these conditions and the types of mental illnesses covered. Please provide information on the periodic review of the internment, in particular whether it is a judicial or administrative review (ibid., para. 47).

70. Hungary (CRPD/C/HUN/Q/1)

14. Please specify who is entitled to enter an application to the courts to sterilize an “incompetent” person. (para. 101)

71. Peru (CRPD/C/PER/Q/1)

10. Please provide information on the percentage of persons with disabilities forced to live in institutions, and on measures taken to prevent abuses. Please indicate how persons with disabilities are protected from forced sterilization and forced abortion, and if these conducts are defined as a crime in the criminal code in the State party’s legal framework. Please outline the measures in place to protect women and children with disabilities from sexual abuse.

72. Spain (CRPD/C/ESP/Q/1)

16. Please indicate the criteria for allowing the sterilization of persons with disabilities whose legal capacity is not recognized without their informed consent on the basis of article 156 of the Penal Code, in particular on the evaluation that it is in “the interest of the person with a disability” to proceed to such an action.

73. Tunisia (CRPD/C/TUN/Q/1)

17. Please indicate whether specific legislation exists to protect persons with disabilities from being subjected to medical experiments or treatment without their free and informed consent, including forced abortion or sterilization on women with disabilities. Please provide information about the legal and regulatory framework concerning the use of restraining equipment and forced treatment in mental health services. Please outline the protocols and training programmes in place, if any, that ensure that persons are not subjected to restraints and forced treatment.

이상의 내용 중 거의 대부분의 내용이 정신의료서비스와 관련한 강제치료와 구금의 상황에 대하여 정신장애인의 자발적 동의의 권리와 의사결정의 자유를 보장하는 내용으로 제도와 정책을 바꿀 것을 권고한 내용입니다.

우리나라에서 장애인권리협약의 당사국이면서 협약에서 규정한 장애인의 인권의 내용에 대하여 가장 많은 박탈을 겪고 있는 정신장애인/정신질환자에 대하여 지금이라도 좀 더 인권상황과 함께 현 제도와 관행의 장애인권리협약 위반의 상황에 대한 심각한 인식을 갖고 협약에 따라 개선해나가는 노력을 기울여 갔으면 좋겠습니다.

감사합니다.

토론문 Ⅲ



[정신장애인 지원방안을 위한
다각적 논의] 토론문

[정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의] 토론문

김명식

한국임상심리학회 정신건강정책이사

이번에 정부에서 정신보건법 개정안을 통해 '정신건강증진법'으로 명칭을 변경하고, 모든 국민의 정신건강 증진 및 정신질환 조기발견·예방분야를 대폭 확대하는 방향으로 추진하는 그 기본취지나 입장에 대해 당연히 동의하고 지지하는 바입니다.

1. 임상심리학회 입장에서는

첫째, 정신질환 조기발견·예방·심리상담 관련 정신보건사업이 그 사업규모가 워낙 크고 많은 전문인력이 소요되는 만큼, 보건복지부, 정신보건센터 등과 연계해 임상심리학회 산하의 전국 수련기관(전국 약 100여개 기관)과 개업한 임상심리사(전국 약 50여개 기관)가 함께 연계해서 정신건강 관련 주요 문제(자살과 우울증, 정신분열병, 조울병 등)의 조기발견 및 평가, 심리상담을 제공할 수 있는 구체적인 방안이 법안에서 구체적으로 명시되거나 마련되지 않은 것 같습니다. 향후 시행령 차원에서라도 이런 방안이 보완되거나 규정이 마련되기를 희망합니다. 둘째, 국가 정신보건 정책에 따라 다양한 정신건강 수요에 신속적으로 대응하기 위해서는 지금과 같이 일방적으로 관주도로 이루어져온 정신보건전문요원 Tio와 수련의 관리감독권을 정신보건전문요원협회(정신보건 사회복지사, 간호사, 임상심리사로 구성된 3개 직역 협의체)에 위임하고, 정부에서는 최소한의 감독과 지도를 하면 좋겠습니다. 이렇게 될 때 민관의 원활한 연계가 가능해지고 정부정책에 따른 전문인력의 수급도 탄력적으로 운영할 수 있어, 이 개정안의 취지를 충분히 담아낼 수 있을 것으로 생각합니다. 향후 시행령에서 이런 방안이 잘 마련되거나 보완되기를 희망합니다.

위와 같은 두가지 사항이 잘 운영될 때, 우리나라에서도 작년 7월에 OECD의 수잔 오코너 박사가 언급한 영국의 'IAPT(Increasing Access to Psychological Therapies)'라고 불리는 '심리치료 접근성 개선' 프로그램과 같은 효과적인 서비스 체계를 효과적으로 운

영할 수 있는 기초가 마련될 것 같습니다. 수잔 오코너 박사에 의하면 영국에서는 IAPT를 통해 우울증, 불안 등 경증 및 중증 정신질환에 6,000명에 달하는 인지행동치료 인력을 투입하고 연간 70억 파운드를 지원하고 있다고 합니다. 또한 환자의 자발적인 참여에 의해 진행되는 IAPT 프로그램을 통해 경증 우울증 환자의 40% 이상이 증상이 호전됐고 17%는 완치돼 근무에 복귀한 것으로 나타났다고 합니다.

셋째, 정신장애인의 개념과 범위를 대폭 축소하는 것은 편견 및 낙인 해소라는 의미에서 이해될 수 있으나, 경증 정신장애인의 복지와 재활과 문제는 어떻게 되는 것인지 정신보건법은 중증 정신장애인만을 대상으로 이루어지는 것은 아닌지 매우 오해의 가능성이 크다고 생각합니다. 이보다는 정신장애인의 개념을 임상적 수준에서 상식적, 포괄적으로 규정하되 엄밀한 증상평가와 심리사회적 기능 평가를 통해 등급을 부여하고 그에 따른 복지혜택과 재활지원을 차별화하는 것이 더 효율적이지 않나 생각합니다. 만일 정신장애인이 재발하지 않고 증상관리와 사회적응을 잘 하는 경우 경증으로 등급을 조정하는 등 보다 현실적이고 실제적인 법적 규정과 근거의 마련이 필요한 것 같습니다.

2. 정신보건 공통사항으로는

첫째, 현재 입법예고된 정신건강증진법에 있어 OECD에서 지적한 높은 강제입원율과 관련해 보호의무자 2명과 정신과 의사에 의해 강제입원이 가능하다는 법규정은 기존의 정신보건법과 달라진 것이 없습니다. 이미 2009년에 국가인권위에서 정신장애인과 가족이 충돌하거나 갈등할 때에 국가에서 지원하는 공적, 사적 후견인 제도를 활용하라고 권고한 적이 있습니다. 향후 이에 대한 보완과 연구가 많이 필요한 것 같습니다.

둘째, 현재 정신장애인들이 지역사회에 보다 잘 적응할 수 있도록 사회복지시설과 직업재활시설에 보다 높은 보조금 비율과 투자가 있어야 할 것으로 생각되는데, 이번 개정안에는 이에 대한 획기적 방안이나 법적 근거를 제시한 것 같지 않습니다.

셋째, 미국의 half-way house 같은 임시 주거시설을 활성화해서 정신장애인의 지역사회에서의 적응을 촉진시키면 좋겠는데, 이번 개정안에는 이에 대한 내용이 없습니다. 이미 서울시의 노숙인, 청소년 쉼터 등 다양한 임시주거 서비스가 실시된지 오래입니다. 정신장애인이 2-4주간 단기간이라도 임시 주거시설에 머물면서, 육체적, 정신적 휴식을 취하고 연속적으로 정신사회재활 서비스를 받을 수 있는 방안들이 법안에 마련되면 좋겠습니다.

넷째, 기타 개정된 정신보건법안에 의하면 중증 정신장애인 이외에 경증장애인에 대한 복지와 혜택은 어떤 것이 가능한지, 정신보건센터의 요원들의 전반적 처우와 예산 문제 즉 아직도 정신보건센터의 치료진의 인건비가 특별회계에 묶여 있어 인건비 상승으로 인해 관련 사업을 하기 어려워 장기간 근무하지 못하고 그만둘 수 밖에 없는 현실에 대처할 수 있는 법적 기초나 기반이 이번 개정안에 포함되어 있지 않은 것 같습니다. 또한 정신보건 사례관리를 위해 ACT와 같은 효과적인 프로그램을 도입해서 운영하기 위한 예산확보와 지원에 대해 특별히 명시되어 있지 않은 것 같습니다. 그리고 다양한 기관과의 연계 및 참여에 대해 정신보건법 개정안에서 많이 언급했으나, 그 구체적인 방법이나 법적 근거에 대해서는 명확하게 상술되어 있지 않은 것 같습니다. 향후 정신보건체제가 정비되면서 그 지배구조와 운영의 문제, 정신건강연구원의 설립 및 운영, 그리고 관련된 민간 전문학술단체와의 연계와 참여 등에 대해 보다 심도있는 연구와 법적 근거의 마련이 있어야 할 것으로 생각합니다.

토론문 IV



정신장애인정책 총괄
『국민정신건강위원회』대통령 직속
상설위원회 설립운영해야...



정신장애인정책 총괄 『국민정신건강위원회』 대통령 직속 상설위원회 설립운영해야...

박헌수
마음건강복지재단 이사장

1. 들어가며

- 현재 우리나라는 모든 국민의 정신건강 증진과 장애인과 비장애인의 사회적 통합을 추구하고 있는 바, 정부에서 다양하고 통합적인 정책적 변화를 추구하고 있음에도 정작, 정신장애는 다른 장애인과 달리 체감되는 정책적 변화의 혜택을 누리지 못하고 있다.
- 또한 세계적 흐름과 우리나라 국가정책의 기본방향은 정신장애인의 탈원화와 더불어 지역사회중심으로 변화되었지만, 우리나라 의료기관의 병상수의 지속적인 증가(참조. <표> 정신의료기관수와 입원진료비 현황), 연간 정신질환 진료비 증가(07년 5,210억원→11년 7,669억원), 지속적인 장기입원(07년 155일→11년 170일), 정신질환 관리 및 지역사회재활서비스로의 예산 편성 삭감 등 의료중심의 치료체계는 정신장애인의 지역사회 정착을 더욱 어렵게 하고 있어 실제로는 점차 국가정책의 기본방향에서 벗어나고 있다고 할 수 있다.

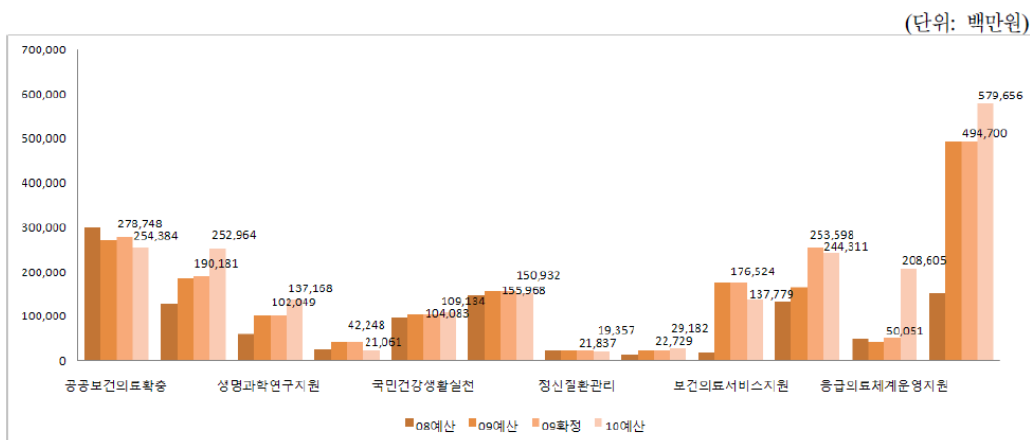
<표> 정신의료기관수와 입원진료비 비율 현황

※ 의료급여 정신과 진료현황

	'07년			'11년		
	기관수	비율	변화	기관수	비율	변화
- 정신의료기관수	1,233	(100)	→	1,408	(114.2)	
- 병원급정신의료기관수	235	(100)	→	316	(134.5)	
- 총입원진료비	4,357	(100)	→	6,055	(139.0)	

- 아래 <그림> 보건의료부문 사업별 예산 추이에서 보는 바와 같이, 다른 영역은 예산이 충분히 확보 또는 확연히 증액되어 왔으나, 유독 정신질환관리 예산은 정체

내지는 삭감되어 왔음이 뚜렷이 밝혀지고 있다. 구체적으로 보면, 보건산업육성(08년 127,188백만원→10년 252,964백만원), 응급의료체계운영지원(08년 49,340백만원→10년 208,605백만원), 생명과학연구지원(08년 60,695백만원→10년 137,168백만원), 질병관리본부지원(08년 133,247백만원→10년 244,311백만원), 국민건강생활실천(08년 98,828백만원→10년 109,134백만원), 구강보건사업지원(08년 13,171백만원→10년 29,182백만원)예산은 증액된 데 반해, 정신질환관리(08년 21,686백만원→10년 19,357백만원)예산은 오히려 삭감되었다.



주: 일반회계와 특별회계, 기금을 모두 포함한 금액임.
 자료: 보건복지부, 2010년도 보건복지부 소관 예산안 및 기금운용계획 개요

〈그림〉 보건의료부문 사업별 예산 추이

- 앞서, 최성일 한국장애인개발원 선임연구원의 ‘정신장애인의 실태와 정책과제’ 자료에서도 언급되었듯이, 현행의 정신보건법은 의료중심의 정책으로써 장애인복지법상 정신장애인이 등록 장애인임에도 장애인복지법 적용 제한을 받도록 함으로써 인권과 복지적 차별의 주요 원인이 되고 있다.
- 특히, 최성일 연구원의 다섯가지 정책과제 제언 중 마지막에 언급한 정신장애인 관련 법률체계의 개선에 대해서는 그 내용에 대한 제안에는 적극 동의를 하지만, 그 방법에 있어서는 기존의 법 테두리가 아닌 획기적인 변화가 있었으면 하는 아쉬움이 있다. 구체적으로 본 토론자는 대통령 직속 「국민정신건강위원회」 설치를 주장하고자 한다.

2. 선진국의 대통령 직속 상설위원회 설립운영 현황

- 2002년 미국은 대통령 직속의 정신보건위원회를 설립, 2002년 6월부터 2003년 4월 까지 총 11회의 공식회의를 통해 당시의 정신보건서비스제도의 다양한 문제점들을 파악·분석하여 개선방안을 마련하였다. 대통령 직속 위원회를 통해 기존의 정신보건제도가 가지고 있던 심각한 구조적 문제(예, 각 서비스 기관과의 연계 부족, 서비스간의 괴리, 재정의 비효율적 집행 등)를 파악하였고, 이러한 구조적 문제가 정신장애인을 의존상태로 방치, 조장하게 하는 원인임을 확인하였다. 또한 이들이 일을 시작하면 장애관련 정부의 지원 혜택을 잃게 되고, 대부분의 직장에서는 민간의료보험이 혜택을 적용받을 수 없는 장애복지시스템으로 인하여 이들이 자연히 정부의 지원에만 의존하도록 하는 악순환을 파악하였다. 정신보건위원회의 이러한 활동을 통해 미국 내 정신보건제도의 구조적 문제는 기존 방식의 단편적인 개선책으로는 충분치 않음을 진단하고, 근본적 개혁이 필요함을 주장, 세부적인 개혁 방안을 제시하였다. 이러한 미국의 사례는 우리나라의 현행 정신보건정책에 많은 시사점을 남긴다고 할 수 있다.

3. 우리나라 대통령 직속 상설위원회 설립운영 현황

대통령 직속 상설위원회 설립운영 현황	
● 경제사회발전노사정위	● 규제개혁위
● 국가우주위	● 국가생명윤리심의위
● 개인정보보호위	● 국가지식재산위
● 국민원로회의	● 도서관정보정책위
● 문화중심도시조성위	● 지역발전위
● 국가건축정책위	● 저출산고령사회위
● 국민대통합위	● 청년위
● 지방분권촉진위	● 지방행정체제개편추진위

- 국가차원에서 장애인 지원책을 추진하는 주요선진국들과는 달리 우리나라는 민간 정신의료기관을 중심으로 시행하고 있어 통합적이고 능동적인 대처가 어려우며, 이로 인해 세계적인 흐름과는 동떨어진 양상을 보이고 있다.

4. 『국민정신건강위원회』의 대통령 직속 상설위원회 설립운영 필요성

- 정신장애인을 대상으로 하는 다각적인 차원의 지원을 위해서는 현재의 산발적이고 개별적인 체계에서 벗어나 국가차원에서 정신장애인정책을 종합적으로 수립할 수 있는 국민정신건강위원회를 대통령 직속 상설기구로 설치하는 것이 필요할 것으로 보인다. 개별정책이 아닌 연계되고 통합적인 정책을 추진할 수 있는 보다 격상된 상설 조직의 설립이 절실한 형편이다.
- 우리나라에서 장애인 정책 업무는 교육과학기술부, 기획재정부, 문화체육관광부, 지식경제부, 고용노동부, 보건복지부 등 여러 부처로 분산되어 있고, 각 부처 상위에 실질적인 총괄기구가 없어 매우 산발적이며 효율성과 집중성이 떨어져 이로 인하여 발생하는 비효율을 최소화하기 위한 대통령 직속의 자문기구가 있어야 한다고 본다. 이를 통해 관련 부처와 지방자치단체, 민간기구의 역량을 유기적으로 한 조직으로 모아야 한다.
- 한국장애인인권포럼에서 2012년 정부지출 장애인예산을 분석하였다. 그 결과, 중앙정부가 지출하는 장애인예산 총량은 10.6% 증가했지만, 전체 복지재정의 1.5%에 불과한 수준이다. 2012년 예산을 기준으로 장애인예산이 가장 많이 편성된 부서는 보건복지부(69.2%)이며 뒤를 이어 고용노동부(13.2%), 국토해양부(7.1%), 교육과학기술부(3.9%), 문화체육관광부(3.1%)가 있다. 이와 같이 장애인예산은 각 부처로 흩어져 있으며, 이 가운데 정신장애인의 예산은 그 수치도 명확하지 않은 것으로 보이기까지 한다. 정신장애인의 예산은 현재 그 비중이 작아 예산 확충이 절대적으로 필요하며, 일률적인 서비스가 아닌 장애인 당사자의 욕구에 따라 보다 전문적이고 효율적으로 사용되어야 할 것이다. 이에 따라 더 많은 정신장애인에게 복지서비스의 혜택이 갈 수 있도록 전달체계의 개선 및 조직 개편과 인원 확충이 필요하다.

5. 『국민정신건강위원회』를 대통령 직속 상설위원회로 설립운영 시 기대되는 효과

- 국민정신건강위원회가 신설될 경우, 중앙과 지방 간, 각 부처 간 그리고 각 연관기관들 간의 협의소통이 더욱 강화될 것으로 기대되고, 결정된 사항에 대해서도 상

설위원회를 주체로 한다면 신속한 추진이 예상되어 현안 해소에 도움이 될 것이다. 가장 기본적으로 추진되어야 할 현안들은 정신장애인의 치료와 재활에 있어 연계적인 시스템 구축을 비롯하여 복지적 차별 해소, 인권 문제에 이르기까지 시급히 해결되어야 할 문제들이 다양하다.

- 대통령 직속 상설위원회의 신설을 통해 지속적으로 정신장애인의 실태와 구체적 실천방안을 마련, 사회복지 정책에서 남은 최종적 과제라고 할 수 있는 정신장애인의 문제를 개선하여 복지 선진국으로의 자리매김을 창조적으로 확고히 하여야 할 때이다.

제 조(국민정신건강위원회의 설치) ① 대통령은 국민의 정신건강을 위하여 대통령 직속 국민정신건강위원회를 설치하여야 한다.

제41조(정신건강증진심의위원회의 설치) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사항에 관하여 국민정신건강위원회의 심의를 받아야 한다.

1. 제10조에 따른 정신건강증진기본계획의 수립 및 평가에 관한 사항
2. 정신건강증진 체계 및 제도의 발전에 관한 사항
3. 정신질환 관련 입원 및 진료에 관한 각종 기준
4. 정신건강증진사업의 예산에 관한 중요 사항

6. 나가며

- 2013년 4월 8일 국회 헌정기념관에서 보건복지부와 OECD와 함께 [OECD가 본 한국의 정신건강정책 과제] 국제 세미나가 개최된 바 있다. 이날 OECD 자문관 Susan O'Connor은 높은 자살률과 정신적 스트레스 징후에도 치료 격차가 상당하고, 정신과 치료의 장기간의 재원일수, 입원치료 외 대안 부족 등의 문제점을 지적하였다. 또한 이러한 문제점들을 개선하기 위해서는 정신건강에 대한 정부 예산 투입을 확대하고 각 부처 간의 정책적 연계를 강화해야 하며, 전체를 포괄하는 상위부처의 활발한 역할을 기대한다는 의견을 개진한 바 있기도 하다.
- 다행스럽게도 최근 인식 개선 등 장애인정책의 개선을 요구하면서 정신보건법 개정에도 많은 언론이 주무관청인 보건복지부에서는 다양한 노력을 하고 있다고 밝히

고 있으며, 매 선거공약에는 장애인 복지 정책 공약을 앞세우고 있지만, 실제 추진에서는 정책내용이 축소되거나 삭제되는 일이 상당수였다. 정부의 무관심으로 체감할만한 변화를 느끼지 못하고 있다고 할 수 있다. 이를 통해 볼 때 선언적 명문화로는 이제 해결될 수 없으며, 권고나 계획이 아닌 예산확보를 통한 실질적인 개선이 필요하다. 또한 각 부처들의 실제 현장과 현실의 문제를 고려하지 않은 채 선언되는 독소규정들 대신에 단일 상설위원회를 통해 논의되는 현실적이고 실현가능한 문제의 해결책을 제시해주길 기대하며 토론을 마친다.

참고문헌 :

민정혜 (2013, 4, 8). OECD가 본 한국의 정신건강정책'과제'. <http://dailymedi.com/news/>
최성은, 강지원 (2010). 2010 사회예산분석. 한국보건사회연구원.

토론문 V



[정신장애인 지원방안을 위한
다각적 논의] 토론문



[정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의] 토론문

유동욱
보건복지부 정신건강정책과 사무관

MEMO

정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의

발행월 2013년 6월

발행처 (재)한국장애인개발원

150-917 서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층

Tel. 02-3433-0600

Fax. 02-412-0463

<http://www.koddi.or.kr>

편집·인쇄 리드릭
