

---

# 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 II: 포괄적 정신장애를 중심으로

---

2020. 10



본 보고서의 연구내용은 연구진의 의견으로 한국장애인개발원의 공식적인 의견과는 다를 수 있습니다.



## 연구진

- 연구책임 : 조윤화(본원 정책연구부 자립지원연구팀장)
- 공동연구원 : 송승연(가톨릭대학교 외래교수)
- 이수연(본원 정책연구부 자립지원연구팀 연구원)
- 연구보조원 : 배진영(가톨릭대학교 사회복지학과 박사과정)

## 해외 전문가

- 한미경(San Jose State University 교수) : 미국
- 이미정(어깨동무 연구소장) : 일본

## 현장 전문가

- 강상근(유쾌한집 시설장)
- 김새롬(화성시정신건강복지센터 팀장)
- 문경진(서초열린세상 팀장)
- 이윤주(중구정신건강복지센터 정신건강관리팀 사원)
- 최남정(한울지역정신건강센터 팀장)
- 최성영(한울정신장애인권익옹호사업단 부장)



## ▶ 목 차

I. 서론 .....	1
1. 연구 필요성 및 목적 .....	1
2. 연구내용 및 절차 .....	6
1) 연구내용 .....	6
2) 연구 절차 .....	8
II. 포괄적 정신장애 개념 및 이론적 논의 .....	9
1. 개요 .....	9
2. 포괄적 정신장애 개념 도출을 위한 기본이론 .....	10
1) ICF 장애개념 .....	10
2) 사회적 모델 .....	15
3) 선별적 보편주의 .....	21
4) 소수자 개념 .....	22
3. 현행 「장애인복지법」 법정 정신장애 정의 및 범주 문제점 .....	62
1) 'ICF' 장애개념이 배제된 법정 정신장애인 개념 .....	62
2) 경직된 장애등록체계 .....	9
3) 장애인복지정책에서의 배제 .....	23
4. 국내외 정신장애범주 비교 및 분석 .....	34
1) 개요 .....	43
2) 분석기준 .....	44
3) 국내외 정신장애 범주 비교 .....	44
4) 분석결과 .....	53

5. 포괄적 정신장애 개념 및 조작적 정의 .....	75
1) 이론적 틀 적용 .....	7
2) 포괄적 및 제한적 정신장애 개념 및 조작화 .....	95
3) 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 개념 및 조작화 .....	95
<b>III. 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황 .....</b>	<b>66</b>
1. 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황 .....	66
1) 주요 정신장애(질환) 현황 .....	6
2) 유병율 .....	81
3) 의료 현황 .....	83
2. 정신장애인 현황 및 특징 .....	9
1) 정신장애인 가구 특성 .....	9
2) 빈곤층 여부 .....	92
3) 근로상태 .....	94
4) 서비스 이용 유무 및 복지욕구 .....	9
3. 정신질환자의 복지욕구 선행연구 .....	89
1) 소득보장 .....	98
2) 치료·재활 및 사회적응 .....	9
3) 주거 .....	101
4) 취업 및 직업재활 .....	103
5) 선행연구의 시사점 .....	104
<b>IV. 국내외 장애인복지정책의 정신장애인 위치 .....</b>	<b>106</b>
1. 한국 .....	106
1) 개관 .....	106
2) 법정 정신장애개념 및 범주 .....	18
3) 소득보장정책 .....	114
4) 의료정책 .....	120
5) 고용정책 .....	124
6) 사회서비스 .....	129
7) 소결 .....	133





2. 미국 .....	135
1) 개요: 미국 정신건강 정책과 서비스 .....	135
2) 법정 정신장애, 정신질환 개념 및 범주 .....	147
3) 소득보장정책 .....	154
4) 의료서비스: 메디케이드(Medicaid) 중심으로 .....	157
5) 고용보장제도 .....	164
6) 사회서비스 .....	168
7) 소결 .....	179
3. 일본 .....	183
1) 개관 .....	183
2) 법정 정신장애, 정신질환 개념 및 범주 .....	185
3) 소득보장정책 .....	188
4) 의료정책 .....	193
5) 고용정책 .....	196
6) 사회서비스 정책 .....	198
7) 소결 .....	204
<b>V. 질적연구 .....</b>	<b>206</b>
1. 연구방법 .....	206
1) 일반적 질적연구방법 .....	206
2) 자료수집 및 분석방법 .....	206
2. 장애인 당사자 집단 FGI 결과 .....	213
1) 주요 결과 .....	213
2) 개별 인터뷰 결과 .....	229
3. 전문가 집단 FGI 결과 .....	232
4. 합의 .....	265
1) 거시적 측면 .....	265
2) 미시적 측면 .....	268



VI. 결론 .....	275
1. 연구결과 .....	275
1) 해외사례 비교분석 결과 .....	275
2) 질적연구 분석 결과 .....	278
2. 정책 제언 .....	279
1) 정신장애인 소득보장 확대 방안 .....	279
2) 본인일부부담금 산정특례 정신질환 범주 확대 방안 .....	280
3) 타 법률과의 형평성을 고려한 정신건강복지법 개정 및 실효성 확보 방안 .....	282
4) 의무고용확대 및 일자리 확대 방안 .....	283
5) 이원화된 정신건강 및 복지제도의 개편 방안 .....	291
참고문헌 .....	293
[부록] .....	305





## ▶ 표목차

<표 II-1> 국제질병분류에 따른 정신질환(정신장애) .....	16
<표 II-2> 장애유형의 변화 .....	18
<표 II-3> 장애범주 확대 과정 .....	20
<표 II-4> 장애범주 확대 과정 주요 연구 .....	21
<표 II-5> 「장애인복지법」의 협의 및 광의의 소수자 개념 .....	25
<표 II-6> 「장애인복지법」의 제도권 밖 소수자의 개념 및 조작적 정의 .....	26
<표 II-7> 현행 「장애인복지법」 내 정신장애인 정의 및 범주 .....	27
<표 II-8> 연도별 장애유형별 장애등급심사 현황 .....	32
<표 II-9> 자격별 장애인급여 현황 .....	34
<표 II-10> 장애인연금 수급권자 현황 .....	36
<표 II-11> 장애인연금 수급률 현황 .....	37
<표 II-12> 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황 .....	38
<표 II-13> 근로능력평가 기준 .....	39
<표 II-14> 연도별 장애유형별 고용률 .....	41
<표 II-15> 장애인복지법 제15조 .....	43
<표 II-16> OECD 국가 장애인복지정책 유형화 결과 .....	45
<표 II-17> 분석자료 .....	45
<표 II-18> 국제질병분류에 따른 정신질환(정신장애) .....	46
<표 II-19> 미국의 정신장애 범주(BLUE BOOK 기준) .....	49
<표 II-20> 호주의 정신장애영역 .....	50
<표 II-21> 독일의 정신장애영역 .....	51
<표 II-22> 일본의 정신장애 범주 .....	52
<표 II-23> 국내외 정신장애 범주 .....	54
<표 II-24> 국내외 정신장애 범주1) .....	56

<표 II-25> 국내외 정신장애 범주 (계속) .....	57
<표 II-26> 이론적 관점에 의한 정신장애개념 도출 .....	59
<표 II-27> 포괄적 및 제한적 정신장애, 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’개념 및 조작적 정의 .....	62
<표 II-28> 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 관련 정신질환 범주 .....	64
<표 III-1> 분석 대상 질환 및 분석 영역 .....	67
<표 III-2> 조현병 현황(2015년~2019년) .....	68
<표 III-3> 조현정동장애 현황(2015년~2019년) .....	69
<표 III-4> 조증에피소드 현황(2015년~2019년) .....	70
<표 III-5> 양극성 정동장애 현황(2015년~2019년) .....	71
<표 III-6> 우울에피소드 현황(2015년~2019년) .....	72
<표 III-7> 재발성 우울장애 현황(2015년~2019년) .....	73
<표 III-8> 지속성 기분(정동)장애 현황(2015년~2019년) .....	74
<표 III-9> 기타 기분(정동) 장애 현황(2015년~2019년) .....	75
<표 III-10> 상세불명의 기분(정동)장애 현황(2015년~2019년) .....	76
<표 III-11> 공포성 불안장애 현황(2015년~2019년) .....	77
<표 III-12> 기타 불안장애 현황(2015년~2019년) .....	78
<표 III-13> 강박장애 현황(2015년~2019년) .....	79
<표 III-14> 외상후 스트레스 장애 현황(2015년~2019년) .....	80
<표 III-15> 복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[데라투렛 증후군] 현황 (2015년~2019년) .....	81
<표 III-16> 정신질환 유병률 추이(2001~2016) .....	82
<표 III-17> 주요 정신질환의 평생유병율(2016년) .....	83
<표 III-18> 진료실인원 현황(2015~2018) .....	84
<표 III-19> 내원일수 현황(2015~2018) .....	85
<표 III-20> 급여일수 현황(2015~2018) .....	86
<표 III-21> 진료비 현황(2015~2018) .....	87
<표 III-22> 급여비 현황(2015~2018) .....	88
<표 III-23> 급여비/진료실인원 현황(2015~2018) .....	89
<표 III-24> 급여일수/진료실인원 현황(2015~2018) .....	90





<표 III-25> 진료비/진료실인원 현황(2015~2018) .....	91
<표 III-26> 정신장애인 가구 특성 .....	92
<표 III-27> 빈곤층 여부 .....	93
<표 III-28> 근로 상태 .....	96
<표 III-29> 장애인복지사업 이용 경험 .....	97
<표 III-30> 지난 1년 동안 주거복지사업 이용 경험 .....	98
<표 III-31> 사회 및 국가에 대한 요구사항(1순위) .....	98
<표 IV-1> 법정 정신장애개념 및 범주 .....	113
<표 IV-2> 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙에 따른 중증 정신 장애인 기준 .....	117
<표 IV-3> 장애인연금 수급을 위한 중증 정신장애인 기준 .....	119
<표 IV-4> 국민기초생활보장제도 소득공제 대상 .....	121
<표 IV-5> 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙에 따른 (중증)정신 장애인 기준 .....	126
<표 IV-6> 장애인고용촉진 및 직업재활법 시행규칙에 따른 (중증)정신장 애인 기준 .....	127
<표 IV-7> 응급안전알림서비스 대상 .....	130
<표 IV-8> 정신질환자 대상 사회서비스 .....	132
<표 IV-9> 연방정부-주정부-카운티의 주요 정부기관 .....	146
<표 IV-10> SSA의 기능과 손상에 관한 평가 양식과 주요 내용 .....	152
<표 IV-11> SSDI 혜택 자격조건을 위한 테스트 .....	156
<표 IV-12> SSI와 SSDI의 차이점 .....	156
<표 IV-13> 캘리포니아주와 산타클라라 카운티의 주요 소득 지원 프로그 램들 .....	157
<표 IV-14> 캘리포니아 SMHS 서비스 대상 및 제공 서비스 .....	162
<표 IV-15> N-MHS에 사용된 정신건강 시설들 .....	173
<표 IV-16> 정신장애인 등급 .....	186
<표 IV-17> 생활에 필요한 비용 .....	189
<표 IV-18> 생활부조기준액 예시(2019년 10월 1일 현재) .....	189
<표 IV-19> 특별장애자 수당 .....	189

<표 IV-20> 장애연금(2020년 현재) .....	190
<표 IV-21> 장애인공제 등 .....	193
<표 IV-22> 의료비 .....	195
<표 IV-23> 70세 이하의 경우 (70세 이상의 경우는 별도 산정방식으로 진행) .....	196
<표 IV-24> 정신 장애인이 이용할 수 있는 서비스 .....	204
<표 V-1> 당사자 인터뷰 대상자 .....	209
<표 V-2> 전문가 인터뷰 대상자 .....	210
<표 V-3> 연구참여자의 인구학적 특징 .....	214
<표 V-4> 연구참여자의 인구학적 특징 .....	230
<표 V-5> 연구참여자의 인구학적 특징 .....	239
<표 V-6> 연구참여자의 인구학적 특징 .....	244
<표 V-7> 전문가집단 참여자 인구학적 특징 .....	253
<표 IV-1> 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황 .....	280
<표 IV-2> 장애유형별 빈곤수준 .....	281
<표 VI-3> 장애인복지법 개편 방안 .....	283
<표 VI-4> SMHS 제공 서비스 .....	287
<표 VI-5> 직업재활법 개편(안) .....	291





## ▶ 그림목차

[그림 I-1] 연구수행 체계 .....	8
[그림 II-1] 제도권 밖 정신장애인 개념 및 조작적 정의 도출 과정 .....	9
[그림 II-2] ICIDH 개념 .....	11
[그림 II-3] ICF 요소들 간의 상호작용 .....	12
[그림 II-4] 기능수행과 장애 .....	12
[그림 II-5] 본 연구 대상의 소수자 정의 .....	26
[그림 II-6] 정신질환 평생유병률 비교(만 18세~만 64세 연령)보정값 · 31	
[그림 II-7] 연도별 장애유형별 고용률 .....	41
[그림 II-8] SSA 정신장애평가 기준 개편 내용 .....	48
[그림 II-9] 포괄적 및 제한적 정신장애인, 소수자 개념 .....	61
[그림 II-10] 포괄적 및 제한적 정신장애인, 소수자 개념 .....	64
[그림 II-11] 포괄적 정신장애 내 소수자(장애인복지법에서 제외되어 사각 지대에 놓인 자) .....	65
[그림 IV-1] 정신장애인 복지정책의 이원화 구조 .....	108
[그림 IV-2] 생계급여제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치 .....	118
[그림 IV-3] 소득보장제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치 .....	120
[그림 IV-4] 의료급여제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치 .....	123
[그림 IV-5] 의료정책 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치 .....	124
[그림 IV-6] 고용서비스 정신질환자 및 정신장애인의 위치 .....	129
[그림 IV-7] 사회서비스 정신질환자 및 정신장애인의 위치 .....	132
[그림 IV-8] 연방-캘리포니아 주- 산타클라라 카운티의 정신건강 재정 연결체제 .....	146
[그림 IV-9] 정신질환을 가진 65세 이하 성인인구의 의료보험 .....	159
[그림 IV-10] 정신질환을 앓고 있는 자들의 의료보험 가입 유형에 따른 정	

신건강서비스 .....	160
[그림 IV-11] Continuum of Care와 지역사회기반 주거 돌봄 .....	171

## 1. 연구 필요성 및 목적

최근 「장애인복지법」에서 제외된 ‘장애인과 비장애인 사이에 놓인 자’들이 장애등록을 시도하고 있다. 2019년 10월 대법원의 “틱 장애로 인한 일상생활 제약, 뚜렛증후군”에 대한 장애 인정 판결(2016두50907), 복합부위통증증후군의 ‘상지기능장애’로 인정한 서울 고등법원 판결(2018누38354), ‘백반증도 안면장애에 해당한다’는 서울고등법원 판결(2016누1108)등이 일례이다.

이들은 왜 장애등록을 그토록 원하는 것일까? ‘장애인’에 대한 사회적 편견과 낙인에도 불구하고 장애인복지법의 장애인이 되기 위해 행정소송 및 헌법소원까지 하는 이유는 무엇일까? 이들은 공통적으로 법정 장애인이 아닐 뿐 신체 및 정신적 손상과 더불어 일상생활 및 사회참여에 제약이 심각한 자들이다. 특히 「장애인복지법」의 장애인에 규정되어 있지 않아 실업, 질병, 빈곤 등의 사회적 위험에 놓여 있다. 이에 그들은 제도권 내 보호 및 지원을 받기 위해 긴 시간동안 소송을 진행하여 법정 등록장애인이 되기를 원하는 것이다.

우리나라의 장애인등록제도는 약 32년 동안 장애인복지정책의 대상자 기준으로 1차 관문의 역할을 해 왔다.<sup>1)</sup> 즉 장애인복지정책을 지원받기 위해서는 ‘장애등록’이 필수 조건이다. 「장애인복지법」에 규정된 15개 장애유형이 아닌 경우에는 장애등록 자체가 되지 않으며, 장애인복지서비스의 기회조차 없다고 할 수 있다. 이러한 우리나라의 ‘장애등록’의 결정 기준은 「장애인복지법」의 법정장애유형 여부와 장애정도(손상의 심각성)이다. 따라서 법정장애유형의 확대는 결국 장애등록대상자의 확대이자 장애인복지수요를 의미한다. 현행 15개 장애유형이 되기까지 우리나라는 2000년, 2003년 두 차례 확대시기를 거쳤다. 즉 2000년 장애범주 1차 확대(뇌병변장애인, 발달장애인, 정신장애인, 신장장애인, 심

1) 장애등록제도는 복지서비스 욕구 증가에 대한 효율적인 관리체계를 구축하기 위해 1989년에 도입된 것으로, 장애등록제도는 1987년 10월부터 1988년 9월까지 서울시 관악구와 충북 청원군을 선정하여 장애인등록제도를 시범으로 실시하였으며, 1988년 11월 1일 부터는 전국적으로 확대 시행하였으며, 1989년 「장애인복지법」을 전면 개정하는 내용으로 이 제도가 자리매김 하게 되었음(변경희 외, 2012, pp.12)





장장애인), 2003년 내부장애인(호흡기, 간, 안면, 장루요루, 간질)등의 5가지 추가 확대가 이루어졌다. 이로 인해 '89년 말 약 17만명에서 2000년 약 95만명, 2003년 145만명(전체 인구대비 3.0%)에서 2019년 약 260만명으로 전체 인구의 약 5.0% 수준에 달하고 있다. 즉 장애시책 및 장애범주 확대 기간인 1990년대부터 2000년대 중반까지는 장애등록인구가 가파르게 증가하다가 2009년부터 4.9~5.0%를 유지하고 있다. 그 이유는 2007년 이전에는 의료진의 결정에 의해 장애판정이 확정되었다면, 2007년 4월부터는 국민연금공단에서 의료진의 진단을 기반으로 장애정도를 판정하는 '장애심사위탁업무'가 본격적으로 시작되었기 때문이다. 즉 2007년에는 중증장애수당 신규신청자(1~2급)부터 실시하여, 2010년에는 1~3급 신규등록장애인 및 장애재판정자까지 그리고 2011년부터는 전체 신규등록장애인으로 장애등록심사 대상을 확대하였다. 따라서 동 시기는 고령화와 사망률의 자연적 증감 이외에도 제도적 요인 즉 장애심사업무가 장애인구에 영향을 주고 있다고 주장하고 있다(조운화 외, 2020).

결과적으로 보면, 2003년 이후로 우리나라의 법정 장애인구의 장애유형은 단 한번 도 변화하지 않았다. 제1차 장애인정책종합계획('98~'02)의 1~3단계 확대계획 중 3단계인 안면기형, 치매, 비뇨기계 및 피부질환 등의 확대, 제4차 장애인정책종합계획('13~'17)에서 제시된바 있는 약물 및 알코올 중독, 소화기장애, 기질성뇌질환 등 확대, 제5차 장애인정 범위가 협소한 정신장애의 인정질환 확대 등에 대한 논의만 무성하다.

장애범주의 확대는 장애등록대상자의 확대를 의미하기 때문에, 이는 장애 유형 및 장애정도로 판단되는 감면·할인 영역, 장애인연금, 복지서비스 등의 예산 증가가 불가피하다. 감면·할인영역은 세제혜택(승용차에 대한 개별 소비세 면제, 장애인용 차량에 대한취득세 면제, 소득세 공제, 장애인 의료비 공제, 장애인 보험료 공제 등), 공공요금감면(유선·이동통신감면, 고속도로 통행료 감면, 철도 및 도시철도, 전기, 도시가스, 항공, 연안여객선 등) 등으로 보건복지부 이외의 민간 및 정부가 얹혀 있어, 등록장애인의 확대는 쉽지는 않을 것이다. 장애인연금 등의 소득 및 사회서비스 등에 대한 예산 역시도 증가되어야 하기 때문에, 행정부 측면에서는 대상자 확대가 매우 부담스러울 수 있다.

그러나 UN CRPD의 서문에도 제시되어 있는 것과 같이, 장애는 발전하는 개념이다. 즉 장애는 손상과 일상생활 및 사회참여의 제약이 있는 자들로 환경적

맥락에 의해 장애인의 삶은 달라질 수 있다. 환경적 맥락은 가장 대표적으로 사회복지제도를 들 수 있다. 따라서 UN CRPD와 ICF 장애개념은 장애개념의 변화에 대한 장애인복지제도의 대응과 적극적 변화를 요구하고 있다.

지금까지 우리나라는 장애범주 확대에 대해 ‘선진국은 모든 장애범주를 포괄하고 있다’는 규정적 논리로만 접근할 뿐, 그들의 삶이 어떠한지, 일상생활과 사회적 제약은 어떠한지 등 이들의 일상의 어려움의 본질을 파악하는 노력조차 없었다. 최근에 들어와 장애인이 되기 위한소송들에 대한 기사화, 소수자들에 대한 연구(임재영, 2020; 조윤화 외, 2019)들을 통해 그들의 일상의 어려움이 수면 위로 드러난 것이다.<sup>2)</sup> 특히 2020년 보건복지부의 정신장애인 내 ‘뚜렛증후군에 대한 예외인정판정’ 등은 가장 괄목할 만한 성장이라고 할 수 있다.

우리나라의 장애등록제도의 특수한 시스템은 장애인의 복지서비스 욕구 증가에 대한 효율적인 관리체계 구축이외에도 장애인실태조사를 통한 복지수요에 대응하는 목적도 가지고 있다. 그러나 현재 장애등록제도는 ‘관리’의 목적이 강할 뿐 장애환경 변화에 따른 ‘욕구’에는 민감하지 않다고 할 수 있다.

장애인복지법의 등록장애인 여부는 장애인의무고용제도, 소득지원제도 등과 같이 장애인의 삶의 기초가 되는 소득 및 고용에 직접적인 영향을 준다. 즉 장애인복지법의 등록장애인이 되어야지만 장애인고용촉진 및 직업재활법 상의 의무 고용대상자로 자격을 얻게 된다. 따라서 장애인의무고용제도에 해당되는 기업(50인 이상 국가, 지자체)들은 등록장애인들을 주로 뽑기 때문에, 장애인복지법의 장애범주에 포괄되어야만 소득과 고용에서의 기회를 얻게 되는 체계이다. 결국 등록장애인이 되지 않는다면, 장애인복지법에 제외된 소수자들은 비장애인영역에서도 배제되고 장애인영역에서 배제되어 일상의 삶의 영위가 어려울 가능성이 높다.

장애인복지법에 제외된 소수자들은 조윤화 외(2019)에 따르면, 우리나라는 ICF 신체기능 및 구조영역에서 통증영역, 성기능 및 피부영역의 장애범주가 배제되어 있는 것으로 나타났다. 각 영역에서 포함되어 있는 질환들은 당연히 배제될 수밖에 없으며, 한국이 포함하고 있는 영역들도 그 안에서의 포함 질환은 매우 협소한 것으로 분석되었다. 대표적인 질환으로 기면증, 뚜렛증후군, 복합부위통

2) 조윤화 외(2019)에 의하면, 장애인복지법에 제외된 수요자는 기면증, 복합부위통증증후군과 같이 다양한 질환들이 배제되어 있다고 제시하고 있음.



중증후군, 백반증, 만성피부질환 등이다. 동 연구는 전반적인 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 개념을 정의하기 위해 총체적인 시각으로 접근하여 가장 대표적인 질환을 중심으로 이들의 어려움을 드러냄으로써 경직된 장애인복지법의 문제점을 제기하였다는데 의미가 있으나, 각 영역별로 심도있게 구체화하지 못한 한계가 있다.

특히 정신장애영역은 장애인복지법의 법정 15개 장애유형 중 사회적 편견에 의해 어려움을 겪고 있는 집단이다. 이는 고용영역에서 가장 두드러지게 나타난다. 2017년 장애인실태조사에 따르면, 정신장애인은 15개 장애유형 중 2번째로 가장 교육수준이 높다. 즉 고등학교 이상 졸업이 100명 중 72명 수준이다(약 71.7%). 그러나 취업수준은 19.7%로 세 번째로 낮아, 물리적 장벽이 큰 뇌병변(12.0%), 호흡기 장애인(14.1%) 다음 순이다. 이러한 높은 교육수준에도 불구하고 취업률이 낮은 이유는 결국 정신질환에 대한 우리나라의 사회적 편견 및 낙인에 따른 결과라고 단언 할 수 있다. 특히 1년 전 ‘진주방화사건’, ‘강남역 문지마 살인사건’ 등에 대한 기사들은 중증정신질환자들에 대해 시민들의 사회적 불안과 공포를 더욱 크게 만들고 있으며, 이는 정신장애인을 고용하고, 함께 일하는 직원들에게도 적용될 것이다. 실제로는 정신장애인 범죄율은 0.136%이며, 전체범죄율 3.93%에 비해 낮은 수준이며, 강력범죄율(0.014%) 역시 전체 강력범죄율(0.065%)에 비해 낮으나, 정신질환에 대한 기사화는 제도적인 장애인 의무고용제도가 있다고 하더라도 타 장애유형에 비해 고용을 꺼리게 만들고 있다(윤석준 외, 2019: 8).

뿐만 아니라 우리나라의 정신장애인 범주는 타 국가들에 비해 매우 협소한 질환들을 대상으로 하고 있다. 장애인등록제도가 있는 국가들인 독일과 일본은 IC D-10의 정신장애인 범주를 모두 포괄하고 있는 반면에, 한국은 4개 범주(조현병, 조현정동장애, 지속적 우울증, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애)만 포함하고 있는 현실이다. 따라서 한국의 정신질환을 가진 사람들은 4개 정신질환범주에 포함되지 않으면, 등록장애인도 되지 못할 뿐만 아니라, 의무고용대상, 장애인일자리 등에서도 탈락하게 된다. 앞서 설명한 바와 같이 우리나라의 등록장애 기준은 장애인의 소득, 고용, 서비스 등에 직접적인 영향을 끼치고 있기 때문에 많은 정신질환자들 예를 들면, 뚜렛, 성격장애, 강박장애 등도 일을 하고 싶어도, 등록장애인만 뽑기 때문에 사각지대에 놓이고 있으며, 점점 빈곤으로 빠지게 될 수 밖에 없다. 이러한 사각지대에 놓인 정신질환자들의 직업재활 및 사회서비스

를 제공하기 위해 2017년 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률이 제정되었음에도 불구하고, 강제입원과 자격제한의 기준으로 작동할 뿐 복지서비스 및 재활 등의 서비스는 아직 미흡한 단계이다.

따라서 본 연구는 장애인복지법에서 포괄하고 있지 않는 정신장애인의 일상생활 및 사회참여의 제약 제도적 측면과 질적연구 등을 통해 분석하였다. 먼저 「장애인복지법」의 제도권 밖에 놓여 있는 정신장애인'을 조작화하기 위하여 본 연구에서는 포괄적 정신장애 개념과 조작화를 하였다. 첫째, 포괄적 정신장애 개념을 도출하기 위한 장애개념에 관한 기본 관점으로서 ICF 장애개념, 사회적 모델, 선별적 보편주의, 소수자 개념, 국제질병분류에 따른 정신장애를 고찰하였다. 둘째, 이론적 개념을 기반으로 장애인복지법의 정신장애인 정의 및 범주 한계를 살펴보았다. 셋째, 국내외 정신장애인 범주를 비교 및 분석하여 한국의 「장애인복지법」에서 미포함된 정신장애범주를 도출하였다. 넷째, 이를 통해 포괄적 정신장애 개념을 도출하고, 제한적 정신장애 및 포괄적 정신장애 내 '소수자' 개념 및 조작적 정의를 실시하였다.

특히 본 연구는 포괄적 정신장애 내 '소수자'를 중심으로 이들이 장애인복지법 제도권 밖에 있음으로 인해 겪고 있는 일상생활 및 사회참여의 제약 경험들을 심도있게 바라보기 위해 질적연구를 하였다. 질적연구 방법을 활용한 이유는 아직까지 장애인복지법 제도권 밖에 놓여있는 정신질환자들 예를 들면, 불안장애, 강박장애, 성격장애 등을 가지고 있는 자들의 증상과 이에 따른 차별의 경험 등의 연구가 적으며, 다양한 제도와 이들의 경험들 간의 공통적 속성과 차이점 등을 면밀히 제시하고자 했기 때문이다.

마지막으로 한국의 정신장애인복지정책에 영향을 줄 수 있는 미국과 일본을 선정하여 정신장애관련 정책들을 소득, 고용, 의료, 사회서비스 측면에서 살펴보았다. 한국의 경우, 정신장애인과 정신질환을 가지고 있는 사람들 간에 나타나는 제도적 차별들을 드러내도록 하였다.

본 연구는 정신질환이라는 진단과 일상생활 및 사회참여 제약이라는 두 공통분모에 불구하고, 분리되고 경직되어 있는 제도들로 인해 겪을 수밖에 없는 비법정 정신장애인의 삶의 경험들을 제도적 측면(소득정책, 고용정책, 의료정책, 사회서비스 정책)에서 비판적으로 살펴보았는데 큰 의미가 있다.



## 2. 연구내용 및 절차

### 1) 연구내용

연구내용은 크게 4개 영역으로 대별된다. 첫째, 포괄적 정신장애 개념 및 이론적 논의이다. 둘째, 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황 및 선행연구이며, 셋째, 국내외 정신장애인 관련 정책 현황 고찰, 넷째, 질적연구이다. 이를 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 포괄적 정신장애 개념 및 이론적 논의는 본 연구의 2장에 제시되어 있다. 본 연구에서는 장애인복지법 제도권 밖 정신장애인을 구체화 하기 위해 포괄적 정신장애와 이에 상반된 제한적 정신장애 개념을 도출할 필요성이 제기되었다. 따라서 2장에서는 포괄적 정신장애 개념의 이론적 토대인 ICF 장애개념, 사회적 모델 선별적 보편주의, 소수자 개념 등을 토대로 서론에서 제시한 바와 같이 4단계를 거쳐 포괄적 정신장애 개념, 제한적 정신장애 개념, 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’를 개념화 하였다.

- 1 단계: ICF 장애개념, 사회적 모델, 선별적 보편주의, 소수자 개념을 살펴본다. 동 이론은 포괄적 정신장애를 개념화하기 위한 기초 이론으로 장애인복지정책대상자로서 정신장애인의 개념 및 범주를 도출하기 위한 논리가 담겨 있다.
- 2 단계: 「장애인복지법」의 법정 정신장애인 개념 및 범주 한계를 통해 현행 「장애인복지법」의 문제점을 진단하였다.
- 3단계: 한국, 독일, 미국, 일본, 호주의 장애범주를 살펴 본 후, 한국이 제외하고 있는 「장애인복지법」 제도권 밖 정신장애범주를 도출하였다. 본 연구에서는 장애인복지정책의 관대성 정도와 장애등록체계 유무에 따라 정신장애범주에 차이를 보일 것으로 판단하여 OECD국가 중 4국가를 선정하였다. OECD(2010)의 장애인복지정책 관대성 분석결과에 따라 자유주의 국가로는 일본, 미국, 호주를 사민주의 국가로는 독일을 선정하였다. 일본과 독일의 경우 장애등록체계가 있는 국가로서, 특히 한국과 정신장애판정기준이 가장 유사한 일본의 경우, 동

국가가 포함하고 있는 정신장애범주는 한국에 주요한 시사점을 제공할 것으로 판단되어 선정하였다. 뿐만 아니라 자유주의와 시민주의 두 국가유형을 비교함으로써 한국의 정신장애범주 확대에 대한 제도적 개편에 긍정적 영향을 줄 것으로 판단된다(조운화 외, 2018; 윤상용, 2020).<sup>3)</sup>

- 4단계: 포괄적 정신장애, 제한적 정신장애, 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 개념 및 조작적 정의를 하였다.

둘째, 본 연구의 3장은 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황 및 선행연구를 정리하였다. 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황은 본 연구에서 도출한 소수자 범주를 포괄하여 통계자료를 수집하였다.

셋째, 본 연구의 4장은 국내외 정신장애인 관련 정책 현황을 살펴보았다. 본 장에서는 한국과 가장 유사한 집단인 자유주의 국가의 유형 중 등록장애시스템이 있는 국가인 일본과 등록장애시스템이 없는 미국을 토대로 정신장애인에게 지원하는 소득, 고용, 의료, 사회서비스 체계를 분석하였다. 소득, 고용, 의료, 사회서비스 체계는 모든 장애인에게 포괄하는 공통이 될 수도 있을 것이며, 또는 정신장애인에게만 특별히 추가되거나 차별적으로 제공하고 있는 서비스 등을 알아보기 위해 본 장을 구성하였다.

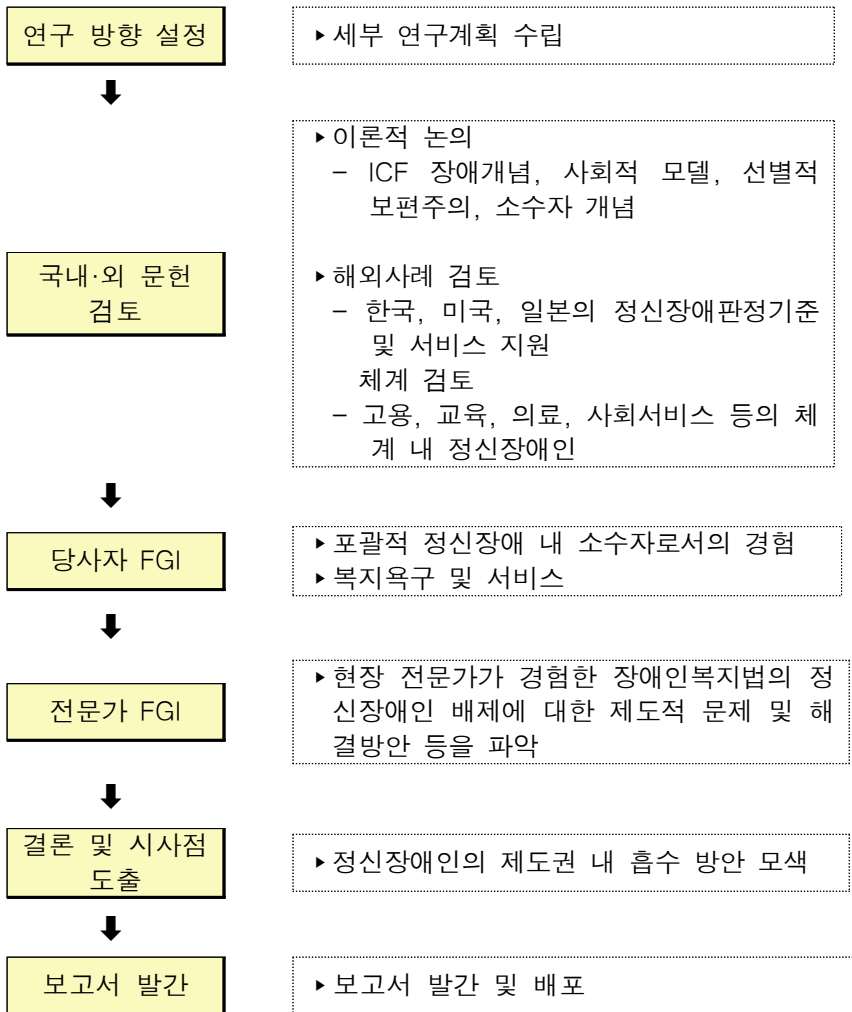
넷째, 본 연구의 5장은 질적연구를 담았다. 질적연구 대상자는 「장애인복지법」의 정신장애 범주에서 제외됨으로써 겪은 경험과 정책적으로 요구되는 복지 서비스 등을 넓은 범위에서 충분하게 파악하기 위해 당사자 집단과 현장전문가 집단을 구분하여 실시하였다. 즉 당사자의 복지정책에서의 배제 경험과 이들을 취업 및 복지서비스 등을 지원하고 있는 지역사회 현장전문가 집단의 경험으로 구분하여 FGI를 실시하였다.

다섯째, 마지막으로 6장은 연구결과를 토대로 정신장애관련 제도적 개편방안을 구체적으로 제시하였다.

3) 본 연구에서는 양극단에 있는 시민주의와 자유주의 국가를 비교함으로써 한국에



## 2) 연구 절차



[그림 I-1] 연구수행 체계

## Ⅱ 포괄적 정신장애 개념 및 이론적 논의

### 1. 개요

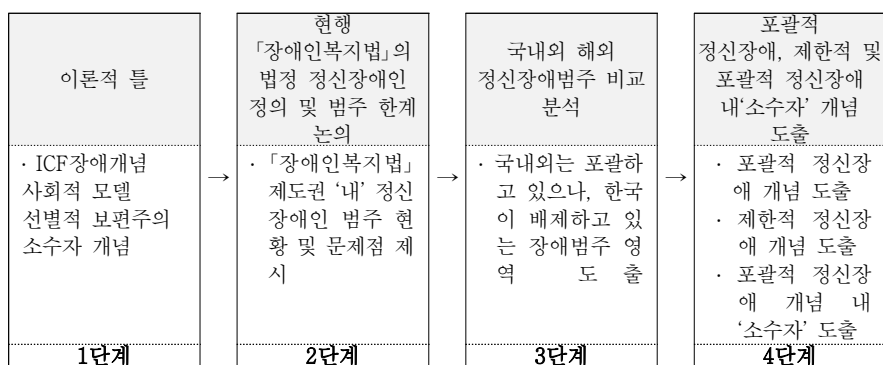
본 절은 포괄적 정신장애 개념 및 조작적 정의를 내리기 위한 단계로서, 총 3단계를 통해 도출하였다.

첫째, 포괄적 정신장애 개념을 도출하기 위한 기본 이론으로 ICF 장애개념, 사회적 모델, 선별적 보편주의, 소수자 개념을 고찰하였다.

둘째, 동 이론을 기반으로 현행 「장애인복지법」의 법정 정신장애인 정의 및 범주 한계를 살펴보았다.

셋째, 국내외의 정신장애범주 현황을 분석하여, 한국의 「장애인복지법」에서 미포함 된 정신장애범주를 도출하였다,

넷째, 이를 통해 포괄적 정신장애 개념을 도출하고, 제한적 정신장애 및 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 개념 및 조작적 정의를 실시하였다.



[그림 II-1] 제도권 밖 정신장애인 개념 및 조작적 정의 도출 과정





## 2. 포괄적 정신장애 개념 도출을 위한 기본이론

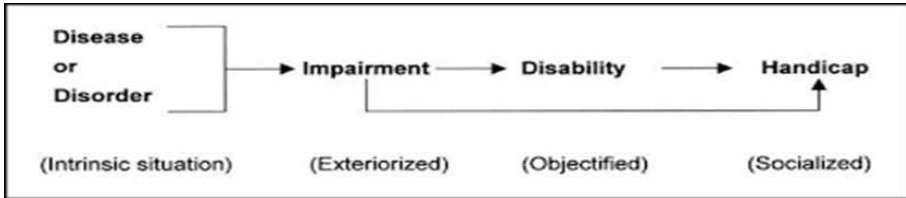
### 1) ICF 장애개념

#### (1) ICF 장애개념 : 정책대상의 포괄성 및 사회보장 권리

WHO(2001)의 ICF는 인간의 건강에 대한 모든 측면과 웰빙에 대한 건강관련 요소들을 포함한다. 일반적으로 ICF는 장애가 있는 사람들을 위한 것으로 알려져 있으나, 모든 건강조건과 관련된 건강과 건강관련 상태의 설명이 가능한 ‘보편적인 적용성’을 가지고 있다(WHO·보건복지부·사회보장정보원, 2016, pp.6). 즉 ICF는 장애는 일부 특정한 사람의 독특한 문제 해결을 위한 개념이 아닌, 모든 사람이 누려야 할 ‘건강할 권리’를 의미한다.

ICD-10은 건강상태(질병, 이상, 손상 등)는 병인학적 체계를 제공하고 있다. 그러나 ICF는 건강상태에 관련된 기능수행 및 장애를 분류하고 있어, 동일한 질병을 가지고 있더라도 다른 수준의 기능수행이 있거나, 동일한 기능수행 수준을 가지더라도 건강상태의 차이 등을 파악한다. 이에 WHO에서는 질병, 이상 또는 건강상태 진단을 제공하는 ICD-10에 기능수행과 관련된 ICF정보를 추가하여, 사람들의 건강에 대한 폭넓은 상황을 파악할 수 있도록 두 분류를 함께 사용할 것을 권장하고 있다(WHO·보건복지부·사회보장정보원, 2016, pp. 4).

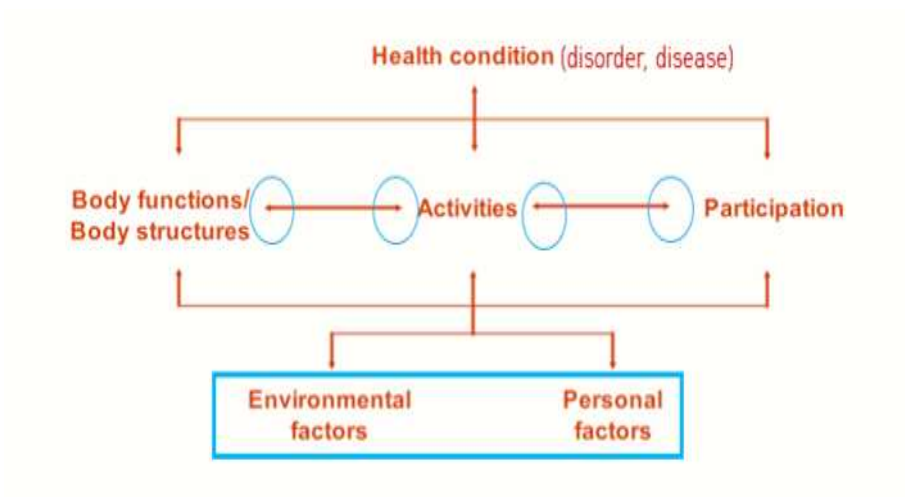
ICF는 ICIDH(1994)의 “손상(impairment)”, “장애(disability)”, “사회적 불리(handicap)”의 일방향 흐름에 대한 비판에 대해 ‘사회 환경적 요인’의 역할을 강조한 모델이다. 즉 ICIDH(1994)의 건강이상은 손상을 발생시키며, 이는 활동수행능력 제한하며, 이는 사회적 불리를 낳는 구조로서, 복지제도 및 보조기기, 사회적 편견, 지원체계 등의 상황적 맥락의 중요성이 배제되어 있다.



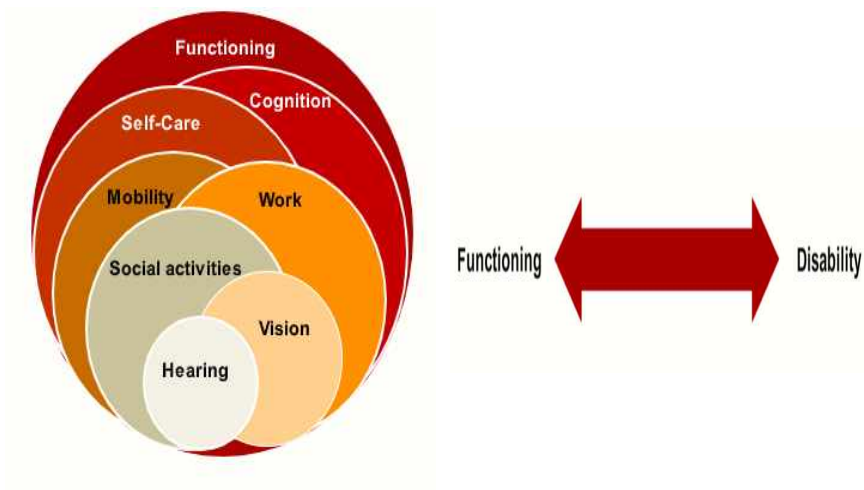
[그림 II-2] ICIDH 개념

출처: WHO(1994). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, Switzerland: Author. pp. 35

그러나 ICF의 기능수행(functioning)과 장애(disability)는 생물학적(biological) 관점과 개인(individual) 및 사회적(social) 관점의 긍정적 및 부정적 측면을 반영하는 포괄적 용어로서, 건강이상(health condition)과 환경 및 개인적 맥락 간 상호작용을 반영한다. 따라서 ICF의 장애는 “건강이상(health condition)을 가진 개인과 상황적 요인(환경 및 개인요인) 간 부정적 측면”으로 정의내림으로서 기능수행 뿐만 아니라 상황적 맥락을 강조하고 있다. 예를 들면, 류마티스 관절염의 진단은 관절의 변형과 손관절 통증을 낳으며, 세밀한 손사용과 타인을 돌보는 일상활동 및 사회참여 제약이 존재한다. 특히 이 모든 기능수행의 제약들은 습할 경우, 더 심각해진다는 것이다(WHO, 2018).



[그림 II-3] ICF 요소들 간의 상호작용



[그림 II-4] 기능수행과 장애

출처: WHO(2018). ICF e-Learning Tool.

이렇듯 ICF의 장애(disability)개념은 생물 심리사회적(biopsychosocial)관점을 기반으로 ‘손상(impairment), 활동제한(activity limitation) 및 참여제한(participation restriction)을 포괄하는 용어’로서, 건강에 관한 덜 이분법 적이고, 일반적인 개념을 형성하고 있다(조한진 외, 2017, pp.51). 이는 같은 진단을 받은 사람들이라 하더라도 손상, 일상생활 제약 및 사회참여 제한 등의 기능수행 내용이 다르며, 욕구들도 차이가 있을 수 있음을 내포하고 있다. 예를 들면, 조현병 진단을 받았다고 하더라도, 어떤 사람은 망상이 있으나, 계속 약 먹는 것을 잊고, 자기관리(몸단장 등), 돈관리, 청소 등에 어려움을 겪고 있어, 일상생활지원에 대한 욕구가 있을 수 있다. 반면에 어떤 사람은 환각과 망상이 있으나 약물치료로 통제가 되고 있으며, 독립적인 생활이 가능하나 사회복지사로부터 규칙적인 생활을 지원받아야 하며, 아르바이트 등으로 직업코칭의 욕구를 보일 수 있다. 또한 정신질환이 회복된 경우에도 일상생활의 제약과 사회참여의 제한이 있을 수 있다. 이러한 사회적 불리함으로서의 장애개념으로 본다면 정신질환의 범주를 구분 짓기 보다는 일상생활 및 사회참여 제약자에게 복지지원이 필요함을 보여준다.

특히 ICD-10의 조현병 진단만으로는 기능수행 즉, 신체 기능 및 구조의 기능, 일상생활 제약 및 사회참여 제약 등의 문제와 차이를 알 수 없으며, 충분한 정보를 접하기는 어렵다. 즉 질병의 진단은 기능수행의 정보뿐만 아니라 포괄적인 개인의 건강 돌봄, 사회복지 및 개인의 욕구 등은 배제되어 있다. 따라서 ICF는 개인의 특별한 욕구들을 더 이해하는데 도움이 되는 개인의 기능수행 내용(프로필)들을 포괄적으로 설명하는데 틀을 제공한다.

정리하면 ICF 장애개념은 첫째, 모든 건강조건과 관련된 건강과 건강관련 상태의 설명이 가능한 적용가능한 보편적이고 포괄적인 특징에 따라 「장애인복지법」의 장애범주는 보편적인 측면에서 ICD-10의 정신장애 관련 범주를 포괄할 필요가 있다.<sup>4)</sup>

둘째, ICF 장애개념은 건강진단(질병, 질환)에 따른 기능수행의 차이로 인한 욕구의 차별성을 담고 있기 때문에, 정신질환의 범주를 구분 짓기 보다는 일상

4) 실제로 EU국가의 장애출현율 은 ICF 장애개념에 기반하여 “귀하는 적어도 과거 6개월 동안, 건강 문제 때문에 일상생활이 제한되어왔습니까?”의 질문으로 출현율을 측정함. 동 문항은 모든 상황을 고려하여 건강문제로 인한 일상생활 및 사회참여 제약을 측정한 것으로 여기에는 특정 질환이나 장애유형 만을 제한하지 않는 특징이 있음(조원화·서옥영, 2018, pp.118)



생활 및 사회참여 제약자에게 복지지원이 필요함을 보여준다. 이는 전술한 바 있지만 ICF 장애개념은 「장애인복지법」의 정신장애범주(4개 질환)가 아니더라도 ICD-10의 정신질환 진단 내 ‘손상과 더불어 일상생활 및 사회참여 제한이 있는 정신질환자’에 대한 제도적 안전망의 필요성을 강조하고 있다. 즉 「장애인복지법」내 포함되어 있는 조현병이더라도 회복되어 일상생활 및 사회참여가 힘들지 않을 수 있으며, 반대로 「장애인복지법」에서 제외되어 있는 성격장애, 뚜렛증후군, 외상 후 스트레스 장애 등은 일상생활 및 사회참여가 어려울 수 있다. 이는 손상의 정도 보다는 일상생활 및 사회참여 제약에 방점이 있다고 볼 수 있다. 따라서 법정 정신장애 대상을 포괄적으로 확대하여, 진단 및 신체기준의 기능에 강조하기 보다는 사회적 불리함으로써 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 자들을 장애인복지법의 제도권 내에서 적절한 서비스를 제공할 근거를 제공한다.

## (2) 국제질병분류에 따른 정신질환(정신장애)

정신질환의 의학적 분류는 WHO의 ICD-10과 APA(American Psychiatric Association: 이하 APA)의 정신장애 진단 및 통계 편람(Diagnostic And Statistical Resource Book On Mental Disorders:DSM-V)이 주로 활용된다(신권철, 2010, pp.39). ICD-10상 F코드 정신 및 행동장애(Mental And Behavioural Disorders)의 분류는 다음과 같다.

<표 II-1> 국제질병분류에 따른 정신질환(정신장애)

구분	주요 개념	주요 대표 질환
F00-F09	• 기질성 또는 증상성 정신장애	• 치매, 뇌손상후 기억상실증, 섬망
F10-F19	• 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애	• 알콜, 아편, 포파인, 환각제, 담배 등으로 인한 장애
F20-F29	• 조현병, 분열 및 망상장애	• 조현병(F20), 지속성 망상 장애, 조현 정동장애(F25), 비기질성 정신병
F30-F38	• 기분(정동)장애	• 양극성 정동장애(F31), 경조증, 우울증 삽화, 재발성 우울성 장애(F33), 지속성 기분(정동)장애
F40-F48	• 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애	• 공포성 불안장애, 기타 불안장애(공황장애, 범불안 장애) 강박장애, 외상후 스트레스 장애, 해리성 장애 등
F50-F59	• 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군	• 섭식장애, 수면장애(불면증), 질병에 의하지 않는 성기능 장애(성 혐오 및 성적 쾌감 결핍 등), 산후우울증
F60-F69	• 성인 인격 및 행동장애	• 인격장애(편집성, 분열성, 반사회성, 경계성, 회피성 등), 충동장애(병적 도박, 갈헐적 폭발성 장애), 성격정성 장애(성전환증, 이중역할 의상도착증, 성도착증)
F70-F79	• 지적장애	• 경증, 중증도, 심한, 극심한 기타 정신지체 등
F80-F89	• 심리적 발달장애	• 언어, 학습능력(난독증), 운동기능(발달성 협응장애), 전반적 발달장애(F84, 소아기 자폐증, 레트증후군, 아스퍼거 증후군 등) 등
F90-F98	• 아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애	• 과운동성장애(ADHD), 품행장애, 사회기능장애(아동 반응성 애착 상태), 틱장애(뚜렛증후군), 행동 및 감정장애(야뇨증, 말더듬증)
F99	• 명시되지 않은 정신장애	• 분류되지 않는 정신질환

주: ( )의 값은 2018년 전체 등록장애인 중 장애유형이 차지하는 비율임

출처: 조운화 외(2019), 「장애인복지법」 제도권 ‘밖’ 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로(p. 125)

## 2) 사회적 모델: 정책대상의 욕구에 대한 (제도적) 대응성<sup>5)</sup>

사회적 모델은 손상을 가진 사람에게 영향을 주는 ‘주변화·억압·차별·배제의 과정’ 등 장애화의 과정에 초점을 둔다. 사회적 모델에 따른 장애는 신체적 및 정신적 손상을 가진 장애인에게 초점을 두는 것이 아니라 그 시대의 사회조직에 의한 활동의 불이익과 제약, 그리고 그로 인해 사회활동의 주류에 참여하지

5) 사회적 모델은 ICF의 환경적 맥락을 의미하는 것으로, 본 연구에서는 ICF 장애개념을 정책적 대상 포괄성 측면에서 의미를 도출하였으며, ICF의 환경적 맥락은 사회적 모델에서의 복지욕구 증가에 대한 제도적 대응성을 의미함.



못하게 하는 구조에 관심이 있다(김용득 외, 2007, pp.72). Oliver(1938)는 사회적 모델을 가장 잘 설명하고 있는데, 장애인이 어떤 과업을 더 이상 수행할 수 없을 때, ‘장애인 개인의 부족함에서가 아니라 건물의 부적절한 설계시공, 비현실적인 기대, 생산조직 또는 부적합한 주택환경’에서 찾아야 한다(Oliver, 1938; 김용득 외, 2007, pp.73)고 설명하고 있다.

개인의 기능 손상 혹은 결함 문제로 보는 의료적 모델에서 기능 손상을 더욱 장애로 만드는 사회적 장애를 해결해야 한다는 사회적 모델은 2017년 「장애인차별금지법 및 권리구제 등에 관한 법률: 이하 장애인차별금지법」 제정이 대표적이며, 장애인주 등의 확대를 일례로 들 수 있다. 전자인 장애인차별금지법은 장애를 이유로 차별에 대한 권익을 구제하는 목적으로 제정되어, 다양한 차별과 불이익에 대하여 장애인의 권리를 법률로서 보장하고 있다. 후자의 경우는 장애환경 변화에 따른 장애인복지서비스를 받을 권리로서 장애인복지서비스 욕구가 있는 자들에게 서비스를 제공하여 사회적 위험을 감소시키기 위한 목적으로 장애인주를 확대한 제도적 변화를 예로 들 수 있다.

<표 II-2> 장애유형의 변화

1990년 용어 변경 (국민의 정부:1982~1999년) 「심신장애자복지법시행령」 제2조 [시행 1982.2.17.] [대통령령 제10730호, 1982.2.17., 제정]	2000년 1단계 확대 (국민의 정부:2000~2002년) 「장애인복지법시행령」 제2조 [시행 2000.1.1.] [대통령령 제16682호, 1999.12.31., 전부개정]	2003년 2단계 확대 (참여정부: 2003년~현재) 「장애인복지법시행령」 제2조 [시행 2003.7.1.] [대통령령 제17976호, 2003.5.1., 일부개정]
<p>&lt;장애유형&gt; (5가지유형)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 지체부자유자 → 지체장애인</li> <li>· 시각장애자 → 시각장애인</li> <li>· 청각장애자 → 청각장애인</li> <li>· 음성·언어기능장애자 → 언어장애인</li> <li>· 정신박약자 → 정신지체인</li> </ul> <p>※ 용어변경 근거 「장애인복지법시행령」 [시행 1990.12.1.] [대통령령 제13173호, 1990.12.1., 전부개정]</p>	<p>&lt;장애유형&gt; (10가지유형)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 지체장애인</li> <li>· 시각장애인</li> <li>· 청각장애인</li> <li>· 언어장애인</li> <li>· 정신지체인</li> <li>· 뇌병변장애인</li> <li>· 발달장애인</li> <li>· 정신장애인</li> <li>· 신장장애인</li> <li>· 심장장애인</li> </ul>	<p>&lt;장애유형&gt; (15가지유형)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 지체장애인</li> <li>· 시각장애인</li> <li>· 청각장애인</li> <li>· 언어장애인</li> <li>· 정신지체인</li> <li>→ 지적장애인</li> <li>· 뇌병변장애인</li> <li>· 발달장애인</li> <li>→ 자폐성장애인</li> <li>· 정신장애인</li> <li>· 신장장애인</li> <li>· 심장장애인</li> <li>· 호흡기장애인</li> <li>· 간장애인</li> <li>· 안면장애인</li> <li>· 장루·요루장애인</li> <li>· 간질장애인</li> <li>→ 뇌전증장애인</li> </ul> <p>※ 용어변경 근거 · 지적·자폐성장애인 변경 근거 「장애인복지법시행령」 [시행 2007.10.15.] [대통령령 제20823호, 2007.10.15., 전부개정] · 뇌전증장애인 변경 근거 「장애인복지법시행령」 [시행 2014.6.30.] [대통령령 제25435호, 2014.6.30., 타법개정]</p>

출처: 조윤화 외, 2015. 장애인구 추이 분석 및 장기 추계 전망을 위한 기초연구. 한국장애인개발원(p.81)

즉 후자의 사회적 모델로의 장애개념의 확장은 장애범주의 확대를 낳았다. 즉 1981년 「심신장애자복지법」의 지체부자유자, 시각장애자, 청각장애자, 음성·언어기능장애자, 정신박약자 5가지 장애유형에서 2000년에 들어와 뇌병변, 정신, 신장 및 심장장애인, 발달장애인 등의 5개 장애유형 등이 1차 장애범주로 확대되었다. 그리고 2003년 7월 「장애인복지법시행령」(대통령령 제17976호) 개정에 따른 장애범주 2단계 확대가 이루어졌으며, 기존 10가지 장애유형에서 15





가지(호흡기장애인, 간장애인, 안면장애인, 장루·요루장애인, 간질장애인)로 확대되었다(조윤화 외, 2020, pp.304).<sup>6)</sup> 1~2단계 장애범주 확대는 기존에 의료적 장애로 한정되어 있던 장애 개념을 사회적·기능적 장애로 확대하였다는데 의미가 있다.

특히 1~2차 장애범주의 확대는 범정부 차원의 '장애인정책종합계획'을 통해 단계적으로 이루어졌다. 제1차 5개년 계획('98~'02)에서는 1~3단계 확대를 계획하였는데, 1단계는 진료일수가 길고 의료요구가 큰 만성 신장·심장질환과 장기간 치료가 필요한 정신분열증(현 조현병) 등 만성 중증 정신질환 및 발달장애 중 자폐장애를, 2단계는 완치가 어려운 간질환 및 만성 알콜·약물중독, 기질성 뇌증후군 및 발달 장애를, 3단계에서는 안면기형, 치매, 비뇨기계 및 피부질환 등을 계획하였다. 동 시기에 1차 장애범주가 확대되었으며, 2003년 7월 '제 2차 장애인복지발전 5개년계획'에 따라 2단계 장애범주로 호흡기 장애, 간질환, 장루, 중증 간질, 안면기형 등이 확대 되었으며, 3단계 확대 대상으로는 소화기 장애, 중증 피부질환, 기질성 뇌증후군, 발달장애, 기타 신체적·정신적 장애 중 중증 장애가 논의되었다.

그러나 2003년 '제2차 장애인정책종합계획'의 3단계 확대 대상에 대한 계획 이후로 2020년 현재까지 장애범주의 확대 논의가 적극적으로 이루어지고 있지 않고 있다. 즉 학계와 장애계는 범 정부차원의 5개년 계획을 세우기전에 과거의 계획을 진단하고, 계획해 왔으나, 이들이 제시한 장애범주는 범정부 차원에서 논의되지 않고 있다. 예를 들면, '제4차 장애인정책종합계획'에서는 알콜·약물중독, 소화기장애, 기질성뇌질환 등의 범주 확대 필요영역을 설정하고 단계적 도입방안을 계획하였으며, '제5차 장애인정책종합계획'에서는 장애인정 범위가 협소한 정신장애의 인정질환을 확대하고, 판정기준을 완화하는 계획을 제시하였다. 특히 장애계와 학계의 경우, 장애범주 3단계 확대로 치매, 에이즈 및 암을 새로운 장애유형에 포함시킬 것을 제안하였다.

6) 1981년 「심신장애자복지법」(법률 제3425호)의 장애정의는 '이 법에서 "심신장애자"라 함은 지체불자유, 시각장애, 청각장애, 음성·언어기능장애 또는 정신박약등 정신적 결함(이하 "心身障礙"라 한다)으로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자'를 말한다. 1989년에 들어와 기존의 심신장애자와 지체불자유, 정신박약 등의 용어를 사회적 언어로 개정하였으며, 1999년(법률 제5960호)에는 신체적 장애인과 정신장애로 구분하여 '장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자'로 명시함.

<표 II-3> 장애범주 확대 과정

	1차 (‘98~’02)	2차 (‘03~’07)	3차 (‘08~’12)	4차 (‘13~’17)	5차 (‘18~’22)
구분	1차 확대시기 (2000년) : 10가지 유형	2차 확대시기 (2003년) : 15가지 유형	-	-	-
범정부 계획	장애범주 확대	WHO 장애분류 기준(ICF)에 의거 장애범주 확대	장애인 등록관정 체계 및 전달체 계 선진화	장애범주 확대의 필요영역 설정 및 단계적 도입 방안 마련	이의신청, 민원제기 가 많은 장애유형의 인정질환 확대 및 판정기준 완화
세부 내용	[1 단계] · 진료일수가 길고 의료비가 큰 만성 신장질환 · 장기간 치료가 필요한 정신분열 증(현 조현병) 등 만성 중증 정신 질환 및 발달장 애 중 자폐장애  [2 단계] · 완치가 어려운 간 질환 및 만성 알 콜약물중독, 기 질성 뇌증후군 및 발달 장애  [3 단계] · <u>안면형 차폐 마스크</u> 계 및 <u>귀마개</u> 등	[2단계 확대] · 법정 장애에 내 부 장애를 포함 하여 10종에서 15종(확대 5종: 호흡기, 간, 간 질, 장루요루, 안면장애)으로 확대 실시(‘03.7 월)  [3단계 장애범주 확대 추진] · 소화기 장애, 중 증 피부질환, 기 질성 뇌증후군, 발달장애, 기타 신체적 정신적 장 애 중 중증 장애 를 중심으로 대 상 장애 선정	-	장애인복지인프라 연구(‘09년)에서 약물 및 알코올 중독, 소화기장애, 기질성뇌질환 등 3차 확대 제안	· (장애등록 인정 질환 확대) 장 애인정 범위가 협소한 정신장 애의 인정질환 확대 * 및 안면 장애에 인정질 환 (백반증) 추 가 검토 * 기질성 정신 및 행동장애, 뚜렛장 애 등 추가 · (판정기준 완화) 타 장애에 비해 장애등록 신청 시 탈락율이 높 거나 기준이 엄 격한 장애 (예: 안면, 시각, 자 폐 장애 등) 인 정기준 완화 추 진

출처: 각년도 ‘1~5차 장애인정책종합계획’, 정부부처 합동



<표 II-4> 장애범주 확대 과정 주요 연구

	1차 (‘98~’02)	2차 (‘03~’07)	3차 (‘08~’12)	4차 (‘13~’17)	5차 (‘18~’22)
구분	-	장애인실태조사 (변용찬 외, 2006)	- 장애인복지인 프라연구(변용 찬 외, 2009)	- 제4차 장애인 정책종합계획 수립방안 연구 (김성희 외, 2013)	- 제5차 장애인 정책종합계획 수립방안 연구 (김성희 외, 2018)
장애 범주 확대 연구	-	· 치매, 만성알코 올중독, 기타 발달장애, 암, 소화기 장애, 비뇨기 장애, 만성통증	· (계통)피부질 환장애, 소화 기장애, 비뇨 기장애, 안면 장애, 연하저 작장애. · (특정상병)암, 만성알코올·약 물중독, 기질 성 뇌증후군, 치매, 회귀난 치성질환 · (기타) 만성통 증, 기타 신 체장애, 기타 정신장애, 기 타 발달장애.	· 회귀난치성, 만 성통증, 학습장 애 등 장애인 범주의 확대에 대한 지속적 연구를 통하여 범주를 현실화 하고, 판정기준 에 있어 생활 중심과 사회적 제약을 중심으 로 판정하도록 함.	· 장애범주 3단 계 확대에 치 매, 에이즈 및 암을 새로운 장애 유형에 포함 <sup>7)</sup>

출처: 변용찬 외(2006), 장애인실태조사, 변용찬 외(2010) 장애인복지인프라연구, 김성희 외  
(2012)제4차 장애인정책종합계획 수립방안 연구,

사회적 모델은 환경적 맥락을 강조하고 있는 ICF 장애개념과 맥락은 비슷하다. 그러나 ICF 장애개념이 손상, 일상생활 제약 및 사회참여 제한 등을 모두 포괄하고 있다면, 사회적 모델은 손상 보다는 사회적 장벽에 더욱 초점을 두고 있다. 즉 ICF 장애개념에서의 장애는 손상, 일상생활 제약 및 사회참여 제한을 포괄하는 용어로서, 손상도 장애의 중요한 요인으로 간주하는 ‘생심리사회모델(biopsychosocial)’접근에 기반한다. 사회적 모델은 손상의 중요성을 배제하기 때문에, 장애를 손상에서 찾는 것이 아니라 그 시대의 사회활동의 주류에 참여하지 못하게 만드는 것에 관심을 둔다. 최근 「장애인복지법」의 장애인은 아니지만, 장애인이 겪고 있는 손상과 일상생활의 어려움이 있음에도 불구하고, 「장애인복지법」에 규정하고 있는 장애인이 아니라는 이유로 복지서비스에 배제되는 차별에 대해 ‘등록장애 범주 확대 관련 행정소송 및 헌법소원’ 등을 통해

7) 장애유형 세분화로 기존 지체장애 안에 포함되어져 있던 척수장애, 근육장애, 저신장 장애를 지체장애에서 분리하여 별도의 장애유형으로 인정을 계획(김성희 외, 2018, pp.301)

제도적 변화를 요구하고 있다. 이러한 결과는 ‘15개 장애유형만 가능한 장애등록=서비스 대상자’라는 경직된 「장애인복지법」의 등록제도의 문제점이 드러난 것이다. UN CRPD(2006)의 서문에서 제시한 바와 같이 ‘장애는 발전(evolution concept)’하는 개념’으로, 시간이 지남에 따라 그리고 사회적 변화에 따라 고정적이지 않기에 제도는 변화에 유연하게 운영될 수 있도록 준비되어 있어야 한다. 따라서 급변하는 시대의 흐름 따라 증가되는 스트레스의 증가, 정신적 고통 등의 정신적 어려움을 가진 자들의 일상생활 및 사회참여 제한에 대비하여 보건의 복지지원체계가 유기적으로 이루어지도록 체계화할 필요성이 제기된다.

### 3) 선별적 보편주의(selective universalism) : 정책대상의 적절성

선별적 보편주의는 보편주의를 기반으로 선별주의가 결합된 것이다. 보편주의는 사회복지 급여의 할당원리로서 ‘복지급여는 하나의 사회적 권리로서 국민이라면 누구나 받아야 하는 원리’에 의한다. 즉 필요를 가진 모든 사람들이 동등한 사회급여와 복지서비스를 갖는 ‘동등성(sameness)’을 기반으로 한다(남재욱, 2017. 2. 2). 그러나 선별주의는 자산 및 소득조사를 통해 빈곤층에게 지원하는 잔여주의를 포괄하는 이상의 의미로 ‘서로 다른 처지에 있는 이들을 서로 다른 제도로 보장’하는 것을 뜻한다(2017. 2. 2). 예를 들면, 장애인연금을 들 수 있다. 중증장애인은 비장애인 및 경증장애인에 비해 중증 장애로 인한 근로능력이 감소하여 경제활동의 어려움이 존재한다. 이에 이들의 빈곤을 막기 위하여 소득보전의 의미로 기초연금과 장애로 인한 추가비용으로 부가급여를 지원하고 있다. 즉 장애의 특수성으로 인한 경제활동감소에 대한 소득보전을 선별적으로 지원하고 있으며, 국민기초생활보장수급자 보다 대상자를 확대하여 차상위계층까지 포괄하여 장애인구의 70%에게 지원하고 있다.

장애의 경험은 보편적인 인간의 경험으로 누구나 어느 순간 신체적 또는 정신적 기능에 어느 정도의 한계를 경험하게 될 것이므로 인생 주기에 있어서의 보편적 경험이다(WHO, 2019), 전술한 ICF 장애개념도 보편주의 원칙에 따라 진단 또는 질환을 구분하기 보다는 건강적 맥락에서 모든 질환을 포괄하면서, 그 안에서 손상과 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 경우를 장애로 보고 있다. 따라서 장애인만을 중심으로 보면, 장애등록체계를 통해 ‘특정 장애영역 및 유



형'만을 대상으로 판정하는 것은 보편적 논리에서 떨어진다. '필요에 따른 보편성'에 입각하여 정신장애의 경우, 전체 정신장애범주를 포괄하면서 필요를 고려한 '일상생활 및 사회참여 제약'이 있는 자를 선별하여 정책대상자로 선정하는 것이 선별적 보편주의 원리라 할 것이다. 이외에도 손상의 심각성 외에도 사회적 낙인으로 차별을 겪을 가능성이 높은 장애범주를 우선적으로 선정하는 것도 선별적이라고 할 수 있다.

#### 4) 소수자 개념 : 사회복지대상자 욕구 측면

「장애인복지법」 제도권에서의 소수자는 누구인가? 「장애인복지법」에서의 소수자 개념을 살펴보기 전에, 소수자 개념을 살펴볼 필요가 있다, 박경태(2008)에 의하면, 소수자는 사회적 권리를 표출하고 요구하는데 소외되거나, 정책적 대상임에도 불구하고 사회적으로 차별 받은 집단을 의미한다고 제시하고 있다. 이러한 소수자에는 사회적 소수자(Social minority)로 불리는 장애인, 이주노동자 등과 같은 사회적 약자도 존재하지만, 경기 침체 및 가족해체 등으로 생겨난 소숙자, 자신의 사회적 권리를 쟁취하고자 하는 동성애자 등도 존재한다(전영평, 2007). 또한 정체성을 가지고 집단적 활동을 하고 있는 소수자가 있는 반면, 정체성과 연대성이 부족하여 소수자 운동권의 지원이 없으면 혜택 받기 힘든 소수자도 있다(전영평, 2007).

이렇듯 소수자는 사회적 약자와의 개념이 중첩되고 있다. 그러나 사회적 약자는 사회적으로 불리한 위치에 있는 사람들을 모두 일컬으며, 이들은 불리한 위치에 있을 뿐 그 집단에 소속되어 있다는 이유로 차별받지는 않는다. 이 두 개념을 구분하기 위해 인구규모와 권력의 크기, 그로 인한 차별의 정도의 관점으로 두 개념을 구분한 윤인진·송영호(2018)에 따르면, 인구규모가 클수록 권력과 영향력이 강하고, 차별정도가 낮으며, 인구규모가 적을수록 다수로부터의 방어할 힘도 적고, 차별의 정도가 높아질 수 있기 때문에, 후자의 경우를 소수자로 의미하고 있다. 즉 전자는 인구규모가 큰 노인, 여성, 장애인일 수 있으며, 후자의 범주에는 이주노동자, 결혼이주여성, 장애인 중에서도 소수 장애인, 정신장애인, 정신질환자 등이 될 수 있다.

또한 소수자 그룹 내에서도 정체성과 연대성이 부족하여 차별 및 소외를 받거나, 집단 내 주류 구성원에 의하여 암묵적으로 사회적 차별을 받는 '소수자

속의 소수자'도 존재한다(조윤화 외, 2019). 예를 들면, 「장애인복지법」의 청각장애유형 중 난청집단과 전농집단을 들 수 있다. 즉 청각장애 유형 중에서도 기득권 세력인 전농집단에 비교하면 난청집단은 소수자로 분류될 수 있다(이준우 외, 2013). 그리고 정신질환자는 정신적 장애를 가지고 있는 장애인임에도 불구하고 장애인복지법의 4개 정신장애유형에 비해 사회적으로 서비스 및 고용제도 등에서 배제됨으로써 더욱 소외받고 있는 집단이라고 할 수 있다.

특히 최근 조현병 등의 중증 정신질환자의 강력범죄가 기사화됨에 따라 모든 정신질환자들은 자타해 위험이 있는 존재로 낙인되고 있으며, 정신질환자 중에서도 조현병 스펙트럼이 그러하다. 뿐만 아니라 「장애인복지법」의 15개 장애유형 내에서도 '정신장애'는 '발달장애'와 다른 차별을 받고 있다. 그 이유는 전술한 자타해 위험에 대한 강제입원, 사회적 낙인 때문 등으로 볼 수 있다.

한편 조윤화 외(2019)는 「장애인복지법」 제도권에서의 '소수자' 개념을 협의의 소수자와 광의의 소수자로 구분하였다.

#### (1) 협의의 소수자

협의의 소수자는 「장애인복지법」 제도권 내에서 장애인복지법의 장애인임에도 불구하고 서비스와 제도 등에서 불이익을 받거나, 소외되는 계층을 의미한다. 즉 「장애인복지법」 내 장애인임에도 불구하고, 장애인의 주류 구성원보다 장애인복지서비스에서 배제되거나, 소외됨으로서 명시적 혹은 암묵적으로 사회적 차별을 받고 있는 경우이다. 구체적으로는 첫째, 15개 장애유형 중에서도 장애유형의 절대적 수가 적어 권리를 표출하기 어려운 집단이다. 예를 들면, 자폐성장애, 내부장애인을 들 수 있다. 둘째, 같은 장애유형 내에서도 다른 의학적 특징을 가지고 있어 주류에서 차별받는 집단으로 청각장애 내 난청집단, 시청각 중복장애 등을 일례로 들 수 있다, 셋째, 15개 장애유형 중에서도 사회적인 문제와 차별 등에 의해 그들 내에서도 소외되는 그룹이다. 여기에는 정신장애인이 대표적이다.



## (2) 광의의 소수자

광의의 소수자는 장애인과 비장애인 사이의 경계에 놓인 자로서 (건강이상 이 있는)개인과 그 개인의 정황적 요소(환경적 요인 등)의 부정적 상호작용으 로 기능수행에 어려움이 있는 자로서, 「장애인복지법」 상에서 규정하고 있는 장애유형의 장애정도에 버금가는 장애를 가지고 있음에도 불구하고, 「장애인 복지법」의 ‘장애정의’에 포함되지 않아 장애인복지서비스 및 장애정책에서 소 외 및 차별을 겪고 있는 자들을 의미한다.

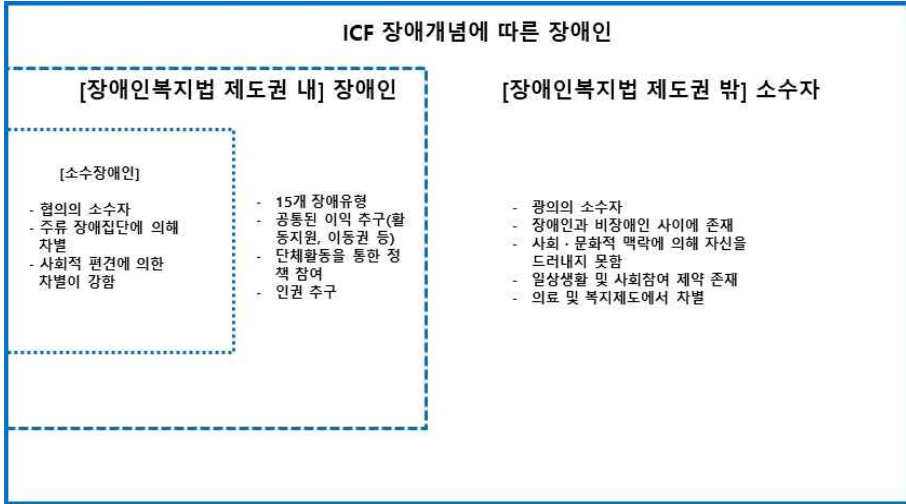
<표 II-5> 「장애인복지법」의 협의 및 광의의 소수자 개념

구분	주요 개념	주요 영역 및 질환
협의의 소수자	<ul style="list-style-type: none"> <li>15개 장애유형 중에서도 장애유형의 수(약 1% 이하)가 적어 권리를 표출하는데 한계 있는 집단</li> </ul>	자폐성(1.0%) 장루·요루(0.6%) 호흡기 및 간(0.5%) 뇌전증(0.3%) 안면(0.1%)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>같은 장애유형 내에서도 다른 의학적 특징을 가지고 있어 또는 주류 권력 세력에 의해 차별받아 연대하기 힘든 그룹</li> </ul>	청각장애 내 난청집단
	<ul style="list-style-type: none"> <li>15개 장애유형 중에서도 사회적인 문제와 차별 등에 의해 그들 내에서도 소외되는 그룹</li> </ul>	정신장애(3.9%) 발달장애(9.0%)
광의의 소수자	<ul style="list-style-type: none"> <li>장애인과 비장애인 사이의 경계에 놓인 자로서 「장애인복지법」의 ‘장애정의’에 포함되지 않고, 일상생활 및 사회참여의 제약이 있는자</li> <li>「장애인복지법」의 ‘장애정의’에 포함되지 않아 장애인복지서비스 및 정책영역에서 배제된 자</li> </ul>	정신질환, CRPS, 뚜렛 <sup>8)</sup> , AIDS, 성기능 장애, 암 등

주: ( )의 값은 2018년 전체 등록장애인 중 장애유형이 차지하는 비율임

출처: 조윤화 외(2019). 「장애인복지법」 제도권 ‘밖’ 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로(p. 125)

8) 최근 중증 뚜렛증후군의 경우, 장애인복지법에서 제외됨에도 불구하고 국민연금공단의 판정에 의해 장애등록을 인정함(2020.5.14., ‘뚜렛증후군’, 장애등록인정... 국내 첫사례”



[그림 II-5] 본 연구 대상의 소수자 정의

출처: 조윤화 외(2019). 「장애인복지법」 제도권 ‘밖’ 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로(p. 125)

<표 II-6> 「장애인복지법」의 제도권 밖 소수자의 개념 및 조작적 정의

정의	개념	조작적 정의
장애인복지법 제도권 밖 소수자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 장애인과 비장애인 사이의 경계에 놓인 자로서 「장애인복지법」의 ‘장애정의’에 포함되지 않고, 일상생활 및 사회참여의 제약이 있는자</li> <li>- 「장애인복지법」의 ‘장애정의’에 포함되지 않아 장애인복지서비스 및 정책영역에서 배제된 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 「장애인복지법」 제2조(장애인 정의), 제32조(장애인등록)에 의거하여 지방자치단체에 등록을 신청한 ‘등록장애인’이 아니면서 일상생활 및 사회참여에 현저한 제약이 있는 자로서,</li> <li>- 주요 국가(독일, 일본)들은 장애범주에 포괄하고 있으나 한국에서는 제외된 장애범주(질환 등)로, 동 건강질환을 가지고 있으면서 일상생활 및 사회참여에 현저한 제약이 있는 자</li> </ul>





### 3. 현행 「장애인복지법」 법정 정신장애 정의 및 범주 문제점

#### 1) 'ICF' 장애개념이 배제된 법정 정신장애인 개념

##### (1) ICF 개념의 포괄성 측면

「장애인복지법」의 법정 정신장애인은 '정신질환 진단 이후 1년 이상 지속적인 치료 후에도 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장애가 고착화 및 만성화 된 상태'로서, 정신질환의 치료 후에도 회복에 한계가 있는 경우로 개념화 할 수 있다(장애판정기준 보건복지부 고시 제2019-117호, pp.36). 동 개념에 따라 현행 「장애인복지법」의 정신장애인은 정신질환 중 완치되기 힘들고 정신기능이 일부 손상된 채로 장기적 치료를 요하는 중증질환만을 포괄하고 있으며, 여기에는 정신질환 코드(ICD-10<sup>9)</sup>) F20(조현병), F25(조현정동장애), F31(양극성정동장애), F33(재발성 우울장애)이 대상이다(장애판정기준 보건복지부 고시 제2019-117호, pp.36).

<표 II-7> 현행 「장애인복지법」 내 정신장애인 정의 및 범주

정의	세부 내용
「장애인복지법」 장애개념	제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회 생활에서 상당한 제약을 받는 자를 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.
「장애인복지법」 장애판정기준 보건복지부 고시	▶ 장애진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강 의학과 전문의(지속적으로 진료 받았다 함은 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미)가 진단서, 소견서, 진료기록 등을 확인하여, 적절한 치료 중임에도 불구하고 장애가 고착된 경우를 진단 ▶ 정신장애의 장애정도 판정은 (1) 현재 치료중인 상태를 확인, (2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인, (3) 정신질환

9) ICD-10은 세계 보건 기구(WHO)에서 질병과 증상 등을 분류해놓은 것으로, '질병 및 관련 건강 문제의 국제 통계 분류(International Classification of Diseases: ICD)' 10차 개정판임. 우리나라는 ICD-10을 기반으로 한 '한국표준질병·사인분류(KCD) 제7차 개정판'을 사용하고 있음(윤서준 외, 2019, pp.16).

정의	세부 내용
	의 상태(impairment)의 확인, (4) 정신질환으로 인한 정신적 능력 장애(disability) 상태의 확인, (5) 정신장애 정도의 종합적인 판정의 순서를 따라 함. <sup>10)</sup>
정신질환 범주	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 장애정도가 심한 장애인으로만 구성됨</li> <li>▶ 우리나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 제10차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단지침에 따름</li> <li>▶ ICD 10의 F20 조현병, F25 조현정동장애(調絃情動障礙), F31 양극성 정동장애 및 F33 재발성 우울장애</li> </ul>

출처: 척수장애인협회 사이트

ICF는 모든 사람들의 건강할 권리를 보장하는 포괄성을 지향하고 있다. 따라서 현행 4개로만 포함하고 있는 현행 정신장애인복지법은 ICF 보편성 특징을 내포하지 못하고 있다. 즉 건강이상진단이 동일할 지라도 기능수행(손상, 일상생활 및 사회참여)은 상이할 수 있으며, 특히 「장애인복지법」에 포괄되지 않는 정신질환의 자도 손상 및 일상생활 및 사회참여 수준은 심각할 수 있으며, 이는 약물, 제도적 지원 등의 환경적 맥락 등에 의해서도 차이를 보일 수 있다.

따라서 현행 「장애인복지법」에서 규정하고 있는 정신장애인의 기준을 ‘고착화 되고 만성화 될 가능성이 높은 중증정신질환’으로 국한하고 있는 지점과 중증질환이 아니더라도 손상 및 일상생활의 힘들을 고려하지 못하고 있는 점에서 ICF 보편성 특징 및 장애개념을 배제하고 있다고 할 수 있다.

10) (1) 현재 치료중인 상태는 현재 약물 복용 등 치료중인 상태에서 장애판정을 해야 함을 의미. (2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단 시기에 대한 확인은 ICD 10의 F20 조현병, F25 조현정동장애(調絃情動障礙), F31 양극성 정동장애 및 F33 재발성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정하는 것을 의미. (3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인은 정신질환 상태를 정신장애 정에판정기준(장애의 정도가 심한 장애인에 대한 장애상태, 예) 조현병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성 증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있는지 등) 임상적 진단평가과정을 통해 판단 (4) 정신질환에 의한 일상생활 혹은 사회생활의 지장의 정도 및 주위의 도움(간호, 지도) 정도(‘전적인, 많은, 간헐적’ 등의 도움이 필요한 정도)에 대해 판단하는 것으로, ① 적절한 음식섭취, ② 대소변관리 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ③ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ④ 규칙적인 통원 약물 복용, ⑤ 소지품 및 금전 관리나 적절 한 구매 행위, ⑥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용으로 6항목에 대한 정신장애인에 대한 임상적 진단평가와 보호자 등에 의해 주치의가 판단함. (5) 정신장애 정도를 종합적으로 판정



## (2) 사회복지적 관점 측면

ICF 장애개념은 손상, 활동 및 참여제약을 포함해 개인과 환경 사이의 상호 작용에서의 부정적 측면을 의미한다(신권철, 2010, pp.54). 특히 ICF 장애개념은 정신질환 진단 명 보다는 정신질환자의 기능수행에 영향을 주는 환경적 맥락을 중시하고 있다. 정신질환은 회복된 경우라도 그로 인한 장애가 남을 수 있으며, 「장애인복지법」에 따른 중증정신질환인 조현병 이외에도 타 정신질환의 경우, 그 손상의 정도와 다르게 일상생활 및 사회참여의 제약은 심각할 수 있다. 특히 한국은 특정 정신질환에 대한 편견 보다는 정신질환 자체에 대한 편견과 낙인 등으로 고용, 경제, 교육 등에서 차별과 배제의 경험은 비슷할 수 있다. 뿐만 아니라 동일 질환이라고 하더라도 기능수행(손상, 일상생활 및 사회참여 제약 정도)정도는 다르기 때문에 욕구가 상이할 수 있다. 따라서 이들은 불이익에 놓인 취약계층 그리고 소수자로서 다양한 욕구에 맞도록 사회보장법상의 복지 지원을 지원 받을 필요성이 있다.

사회보장은 국민들의 사회적 위험(실업, 질병, 빈곤, 출산, 양육 등)으로 보호하기 위한 소득 및 서비스를 보장하는 것이다. 즉 장애인의 출산, 양육, 질병, 빈곤 등에 대한 위험으로부터 보호하고, 이들의 다양한 욕구를 해결하는 것이 바로 「장애인복지법」의 규정 목적이라고 할 수 있다.

그러나 「장애인복지법」에서 제외된 정신질환자는 「장애인복지법」과 「정신건강복지법」사이에서 이중적 차별을 겪고 있다. 「장애인복지법」은 장애인에게 복지서비스를 제공하는 법률이지만, 만성정신질환자만을 국한하여 대상으로 선정하고 있어, 그 외의 기능수행이 어려운 정신질환자의 다양한 욕구들을 간과하고 있다. 또한 「장애인복지법」 제15조에 의해 장애인복지법의 정신장애인이라고 하더라도 「정신건강복지법」의 직업재활 상담, 훈련 등을 받도록 규정되어 있어, 「장애인복지법」 내 15개 유형에서도 복지서비스 측면에서 배제되고 있다. 특히 「정신건강복지법」은 정신장애인에 대한 서비스의 부족 그리고 정신질환의 예방과 치료 등의 목적으로 2017년 「정신보건법」을 개정하였음에도 불구하고 정신질환자의 강제입소, 자격제한 등에 대한 기준으로 「정신건강복지법」이 활용되고 있어, 개정 취지를 무색하게 하고 있다.

사회복지대상자는 누구일까? 건강할 권리로부터 차별받은 자로, 복지욕구가 있음에도 불구하고 ICF의 환경적 맥락 즉 다양한 서비스와 정책들의 지원을

받지 못하는 자들이다. 따라서 정신질환자의 사회적 위험에 대응할 수 있는 다양한 서비스들을 지원하기 위해서는 장애인복지법의 등록제도에서 정신질환자 중 일상생활 및 사회참여가 어려운 자들을 선정하여 이들의 다양한 욕구들에 대해 복지 서비스를 제공할 필요가 있다.

## 2) 경직된 장애등록체계

2016년 정신질환 실태조사에 따르면, 정신질환 평생 유병률은 2016년 26.6%로 2011년 27.4%에 비해 다소 감소한 것으로 나타났다(국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2018, pp.35). 그러나 지역사회 조사를 통한 실태조사 결과는 사회적 편견과 낙인이 심한 한국 사회의 문화와 시설에 입소되어 지내는 정신질환자들의 경우 등을 고려한다면, 실제보다 과소 추정되었을 가능성이 높다(윤석준 외, 2019, pp.15). 즉 윤석준 외(2019)의 연구의 따르면, 중증 정신질환자(F20-F29, F31, F33)의 유병률은 2008년 0.67% 수준이었으나, 2017년 0.82%까지 지속적으로 증가하고 있으며, 「장애인복지법」의 (등록)정신장애인 수도 2017년 101,175명에서 2018년 102,140명으로 증가한 것으로 나타났다(한국장애인개발원, 2019, pp.25).<sup>11)</sup>

11) 윤석준 외(2019)의 연구의 중증 정신질환자는 ICD-10의 F20~F29(조형병·분열형 및 망상장애), F21(양극성 정동장애), F33(재발성 우울장애)을 대상으로 하며, 중증 정신질환 유병자는 해당 질환코드를 주상병(진료기간 중 최종적으로 진단받은 병태로서 치료나 검사에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 병태)으로 1회 이상 의료이용(입원 또는 외래)을 한 사람으로 정의함(2017년 의료보장인구 52,426,625명)(윤석준 외, 2019, pp.16).



\* 지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률, 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음  
 † SE(Standard Error): 표준 오차  
 ‡ 조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함  
 ※ 무응답, 조사상향, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임  
 ※ 2016년 약물 사용장애(0.2%) 제외함

[그림 II-6] 정신질환 평생유병률 비교(만 18세~만 64세 연령)보정값

출처: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태 조사.

이러한 정신질환자의 수의 꾸준한 증가는 복지 제도권에서 지원해야 하는 서비스의 양적 확대와 당사자 욕구에 적합한 질적 대응 등을 요구하고 있다. 특히 세계적 추세인 입원 중심 치료에서 지역사회기반 치료로의 전환을 고려한다면, 지역사회 내 지원체계 마련을 위한 관련 정책 등에 대한 법적 기반이 탄탄히 이루어지고, 변화하는 수요자 현황 및 욕구를 예측하여 이들의 사회적 위험에 대응할 필요가 있다.

특히 장애등급심사의 현황을 보면, 정신장애인은 뇌병변, 지체장애 다음의 순으로 장애등급심사에 대한 요청이 증가하고 있다. 즉 장애인복지법의 ‘등록 장애인’이 되기 위해 장애등급심사를 시도하고 있다. 또한 장애등급판정에 대한 이의신청 등은 행정소송과 헌법소원 등을 통해 장애로 인한 일상생활 및 참여의 어려움에 대한 서비스 제공받을 권리를 제기하고 있다.<sup>12)</sup>

12) 대법원의 “틱 장애로 인한 일상생활 제약, 뚜렛증후군”에 대한 장애 인정 판결(2016두50907) - ‘시행

<표 II-8> 연도별 장애유형별 장애등급심사 현황

(단위: 명, %)

연도	구분	총계	등급결정						등급 외	확인 불가	결정 보류	
			소계	1급	2급	3급	4급	5급				6급
2018	전체	2,118,244 (100.0)	1,783,457 (84.2)	194,730 (9.2)	470,201 (22.2)	406,541 (19.2)	205,320 (9.7)	250,725 (11.8)	255,880 (12.1)	299,107 (14.1)	5,566 (0.3)	30,114 (1.4)
	뇌병변 (89.8)	382,449 (100.0)	352,556 (89.8)	89,033 (22.7)	49,631 (12.6)	62,094 (15.8)	52,187 (13.3)	52,196 (13.3)	47,415 (12.1)	33,504 (8.5)	1,283 (0.3)	5,096 (1.3)
	자폐 (61.9)	432,636 (100.0)	267,677 (61.9)	13,920 (3.2)	17,085 (3.9)	20,324 (4.7)	46,120 (10.7)	53,963 (12.5)	116,265 (26.9)	160,382 (37.1)	621 (0.1)	3,936 (0.9)
	정신 (87.8)	282,209 (100.0)	247,900 (87.8)	2,818 (1.0)	73,923 (26.2)	171,159 (60.6)	-	-	-	28,073 (9.9)	271 (0.1)	5,965 (2.1)
	기타 (47.7)	1,010,960 (100.0)	915,324 (90.5)	89,019 (8.8)	329,582 (32.6)	152,964 (15.1)	107,013 (10.6)	144,566 (14.3)	92,200 (9.1)	77,138 (7.6)	3,381 (0.3)	15,117 (1.5)
	2017	전체	1,867,168 (100.0)	1,567,227 (84.0)	180,276 (9.7)	418,539 (22.4)	377,323 (20.2)	175,149 (9.4)	195,153 (10.5)	220,787 (11.8)	265,090 (14.2)	5,248 (0.3)
뇌병변 (19.0)		354,312 (100.0)	319,336 (90.1)	80,646 (22.8)	45,572 (12.9)	53,720 (16.0)	47,066 (13.3)	46,473 (13.1)	42,859 (12.1)	29,050 (8.2)	1,289 (0.4)	4,367 (1.2)
자폐 (20.5)		381,832 (100.0)	234,578 (61.4)	12,688 (3.3)	15,689 (4.1)	17,811 (4.7)	40,457 (10.6)	46,481 (12.2)	101,447 (26.6)	143,024 (37.5)	606 (0.2)	3,624 (0.9)
정신 (14.6)		273,131 (100.0)	241,806 (88.5)	2,808 (1.0)	73,480 (26.9)	165,518 (60.6)	-	-	-	25,298 (9.3)	259 (0.1)	5,768 (2.1)
기타 (45.9)		855,883 (100.0)	771,507 (90.1)	84,129 (9.8)	283,798 (33.2)	137,274 (16.0)	87,626 (10.2)	102,199 (11.9)	76,481 (8.9)	67,718 (7.9)	3,094 (0.4)	13,574 (1.6)
2016		전체	1,627,838 (100.0)	1,363,384 (83.8)	163,034 (10.0)	389,558 (22.7)	347,188 (21.3)	145,711 (9.0)	151,275 (9.3)	186,618 (11.5)	234,068 (14.4)	5,021 (0.3)
	뇌병변 (19.4)	315,432 (100.0)	284,488 (90.2)	71,110 (22.5)	41,055 (13.0)	51,082 (16.2)	41,772 (13.2)	40,931 (13.0)	38,538 (12.2)	25,528 (8.1)	1,288 (0.4)	4,128 (1.3)
	자폐 (20.3)	330,759 (100.0)	200,248 (60.5)	11,300 (3.4)	14,051 (4.2)	15,223 (4.6)	34,681 (10.5)	38,839 (11.7)	86,154 (26.0)	126,539 (38.3)	588 (0.2)	3,374 (1.0)
	정신 (16.2)	284,247 (100.0)	235,628 (83.2)	2,735 (1.1)	72,953 (27.6)	159,880 (60.5)	-	-	-	22,779 (8.6)	239 (0.1)	5,601 (2.1)
	기타 (44.1)	717,400 (100.0)	643,020 (89.6)	77,829 (10.8)	241,499 (33.7)	121,003 (16.9)	69,258 (9.7)	71,505 (10.0)	61,986 (8.6)	59,222 (8.3)	2,896 (0.4)	12,282 (1.7)
	2015	전체	1,391,419 (100.0)	1,162,769 (83.6)	144,925 (10.4)	318,557 (22.9)	313,298 (22.5)	117,131 (8.4)	115,036 (8.3)	153,821 (11.1)	200,859 (14.4)	4,891 (0.4)
뇌병변 (19.8)		274,967 (100.0)	248,581 (90.4)	61,769 (22.5)	36,672 (13.3)	45,194 (16.4)	36,649 (13.3)	35,006 (12.7)	33,291 (12.1)	21,524 (7.8)	1,286 (0.5)	3,576 (1.3)
자폐 (20.1)		279,967 (100.0)	167,049 (59.7)	9,777 (3.5)	12,274 (4.4)	12,773 (4.6)	28,923 (10.3)	31,794 (11.4)	71,508 (25.5)	109,197 (39.0)	586 (0.2)	3,135 (1.1)
정신 (18.1)		251,361 (100.0)	225,353 (89.7)	2,768 (1.1)	71,107 (28.3)	151,478 (60.3)	-	-	-	20,425 (8.1)	232 (0.1)	5,351 (2.1)
기타 (31.1)		433,163 (100.0)	402,068 (92.8)	46,892 (10.8)	172,938 (39.9)	72,060 (16.6)	24,025 (5.5)	37,136 (8.6)	49,017 (11.3)	24,674 (5.7)	1,821 (0.4)	4,600 (1.1)

출처: 한국장애인개발원, 장애통계연보(2016~2019)

령 조항에 규정되어 있지 않다는 이유만으로 행정청이 장애등록신청을 거부할 수 없으며, '행정청은 시행령 조항 중 원고가 가진 장애와 가장 유사한 종류의 장애 유형에 관한 규정을 유추 적용해 원고의 장애등급을 판정함으로써 원고에게 장애등급을 부여하는 등의 조치를 취해야 한다'고 판단.



이러한 결과는 잠재적 장애인복지수요자의 욕구 증가 대한 한국의 경직된 「장애인복지법」의 정신장애인의 문제점을 여실히 드러낸다. 조운화 외(2019)의 연구에 따르면, 장애인복지법에 제외된 소수자들은 등록장애인과 별반 다르지 않는 일상생활 및 사회참여의 제약 등을 겪고 있었으며, 제도의 바깥에 있다는 이유로 다양한 서비스들의 사각지대에 놓여 생활이 더 황폐해지고 있다고 설명하고 있다. 주민센터에서 서비스 지원을 위해 연락을 하지만, 이들은 장애인복지법의 제도권 내에 포함되지 않아 행정당국의 미안하다는 말만 되돌아 온다는 연구참여자의 경험 속에는 경직된 장애인복지법의 단면을 보여준다.

장애인권립협약(국가인권위원회, 2007)의 서문에는 장애를 점진적으로 발전하는 개념으로 제시하였다. 이는 앞으로 장애개념이 확대될 수 있음을 보여준다. 최근 2020년 뚜렛증후군을 정신장애로 판단한 사례는 행정당국의 장애로 인한 개별적 사례에 대한 보호의 당위성을 인정한 것이다. 그러나 개별사례에 대한 대응보다는 ICF의 장애개념에 기반하여 「장애인복지법」의 정신장애 범주를 건강적 맥락에서 전반적으로 포괄할 필요성이 있다.

### 3) 장애인복지정책에서의 배제

#### (1) 장애인연금에서의 배제

「장애인복지법」의 정신장애인은 법정 정신장애인으로 등록되는 동시에 감면·할인서비스, 장애인연금 및 의무고용, 활동지원 등 장애인복지법에 규정된 서비스들에 대한 기회가 생긴다. 당연히 동 서비스들을 받기 위해서는 장애인연금 및 의무고용제도의 세부선정 기준인 소득기준, 장애정도 등에 부합되어야 하지만, 우선적으로 ‘장애등록’이 되어야만 소득 및 고용, 사회서비스 등을 지원 받을 수 있는 기회가 주어지는 구조이다. 따라서 등록장애인이 되지 못하면 이러한 서비스들에서 배제되게 된다. 또한 등록장애인이 되더라도 장애인복지법의 규정(제15조)으로 정신장애인은 장애인복지시설의 이용이 배제된다. 이에 대한 내용을 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

먼저 소득보장 측면에서 보면, 장애인연금제도는 경제활동을 하는 자들과 국민기초생활보장수급으로 소득을 보전하는 자들 사이에 놓인 사각지대를 매우 기 위해 2010년에 도입된 것으로, 만 18세 이상의 등록장애인인면서 1~2급,

3급(주장애 3급 + 기타 장애)이 있을 경우에만 대상자로 선정된다. 장애인연금대상자는 기초 및 부가급여를 지원받는데, 기초급여는 장애로 인한 근로능력 상실에 따른 소득상실을 보전하는 것으로, 급여액은 국민기초생활보장수급 여부에 따라 다르지 않다.<sup>13)</sup> 그러나 추가급여는 기초생활보장수급자(일반/생계 및 의료급여의 경우), 차상위계층(일반/주거, 교육수급), 차상위 초과자 등에 따라 차등적으로 지급되고 있다.

<표 II-9> 자격별 장애인급여 현황

자 격		급여 (기초급여+부가급여)				
장애인 연금 대상자 (기초급여)	부가급여 대상자	연령	기초급여			부가급여
			단 독	부부인 경우		
1인 수급	2인 모두 수급 시					
장애인 연금	기초 (일반재가)	18~64	300,000원	240,000원	X	8만원
		65이상	-	-	-	380,000원 <sup>1)</sup>
	기초 (보장시설수급자)	18~64	300,000원	240,000원	X	-
	기초 (보장시설수급자 급여특례자)	65이상	-	-	-	일반 : 미지급 특례 : 7만원
	차상위 (일반)	18~64	최고 300,000원	최고 240,000원	O	7만원
	차상위 (차상위계층 급여특례자)	65이상	-	-	-	일반 : 7만원 특례 : 14만원
	차상위 초과	18~64	최고 254,760원	최고 203,800원	O	2만원
		65이상	-	-	-	4만원

주: 65세 이상 국민기초생활보장 수급자(일반재가 / 생계 · 의료수급)의 경우, 기초연금 수령액이 생계급여에서 차감됨에 따른 전체수금액 감소분을 장애인연금 부가급여에서 보전하여 지급  
출처:보건복지부(2020). 장애인연금사업안내(p.27)

13) 국민기초생활보장수급자는 부부감액(부부 모두가 기초급여를 받을 경우, 각각의 기초급여액에서 20%를 감액)만 적용하고, 초과분감액은 미적용, 차상위계층 및 차상위초과자는 초과분감액 적용 (보건복지부, 2020)





따라서 저소득 정신질환자 중 「장애인복지법」의 중증 정신장애인(1~3급)이면서, 다른 중복장애를 받을 경우, 국민기초생활보장수급액에 더하여 장애인연금이 추가되어진다. 그러나 정신장애인의 경우 주 장애가 3급이면서 타 장애가 있을 비율이 상대적으로 낮아 장애인연금 대상자로 될 확률이 떨어진다. 아래의 표를 보면, 2018년 12월 기준 1~2급 정신장애인의 대부분이 장애인연금 수급 대상자인 반면에, 3급의 경우에는 3급 중복장애인이 2.9%로 타 장애유형에 비해 중복장애 비율이 낮은 것으로 나타났다. 즉 주 장애 3급과 중복 타 장애를 가진 장애유형을 살펴보면, 신장애인이 32.1%로 가장 높았으며, 언어장애 18.1%, 언어장애 18.1% 등의 순으로 나타났다. 단일 3급 기준으로 보면, 정신장애인의 경우 총 70,136명으로 전체 단일 3급 전체 장애인 399,830명 중 17.5%로 지체장애인 35.5% 다음으로 높은 비중을 차지하고 있다. 특히 정신장애인은 1~3등급 중 3급이 비중(18세 이상)이 70.7%로 타 장애유형에 비해 매우 높다.

따라서 대상자 선정기준을 장애등급으로 선정할 경우, 장애유형 간 장애판정 기준 및 장애등급 내 수준의 형평성 문제가 있을 수 밖에 없다. 1급~3급의 장애정도는 장애유형별로 차이가 있을 뿐만 아니라 그 비율 자체도 차이를 보이고 있어, 현행 장애인연금 대상자 선정기준(1,2급, 3급 중복)에서는 정신장애인이 구조적으로 배제될 수 밖에 없다.

<표 II-10> 장애인연금 수급권자 현황

(단위: 명)

구분	수급권자 수				3급 중복수급권 자수/3급 수급권자수
	1급 수급권자 수	2급 수급권자수	3급 수급권자수	3급 중복수급권 자수	
전체	180,094	318,956	422,084	22,254	5.3
지체	32,706	61,926	149,195	7,240	4.9
시각	31,060	6,347	11,144	812	7.3
청각	6,273	43,243	43,294	2,529	5.8
언어	94	2,012	7,617	1,375	18.1
지적	43,911	60,784	67,665	3,836	5.7
뇌병변	49,833	46,991	54,741	3,213	5.9
자폐성	6,657	4,220	2,495	9	0.4
정신	2,097	27,812	72,207	2,071	2.9
신장	5,318	60,490	53	17	32.1
심장	111	590	3,431	273	8
호흡기	1,639	3,435	6,436	603	9.4
간	207	244	467	36	7.7
안면	98	414	887	110	12.4
장루요 루	8	101	1,216	57	4.7
뇌전증	82	347	1,236	73	5.9

주: 1) 수급권자 수는 만8세 이상의 1~3급(중복)을 의미함

2) 연구자가 재 수정함.

3) 2018년 12월 기준

출처: 한국장애인개발원(2019). 장애통계연보.



<표 II-11> 장애인연금 수급률 현황

(단위: 명, %)

구분	수급권자 수			수급률			3급 수급자수 - 3급 중복자수
	1급수급 자수	2급 수급자수	3급 수급자수	1급 수급률	2급 수급률	3급 수급률	
전체	131,706	218,178	14,742	73.1	68.4	66.2	399830
지체	20,284	34,030	4,097	62	55	56.6	141955
시각	22,577	4,385	559	72.7	69.1	68.8	10332
청각	4,566	28,250	1,692	72.8	65.3	66.9	40765
언어	71	1,403	939	75.5	69.7	68.3	6242
지적	38,730	48,380	2,838	88.2	79.6	74	63829
뇌병변	33,441	30,787	2,140	67.1	65.5	66.6	51528
자폐성	4,903	2,797	6	73.7	66.3	66.7	2486
정신	1,901	26,224	1,795	90.7	94.3	86.7	70136
신장	3,929	38,817	8	73.9	64.2	47.1	36
심장	56	311	158	50.5	52.7	57.9	3158
호흡기	1,029	2,173	363	62.8	63.3	60.2	5833
간	84	111	18	40.6	45.5	50	431
안면	56	177	45	57.1	42.8	40.9	777
장루요 루	4	50	28	50	49.5	49.1	1159
뇌전증	75	283	56	91.5	81.6	76.7	1163

주: 1) 수급자 수는 만8세 이상의 1~3급(중복)을 의미함

2) 연구자가 재 수정함.

3) 2018년 12월 기준

출처: 한국장애인개발원(2019). 장애통계연보.

## (2) 국민기초생활보장제도에서의 배제

국민기초생활보장의 경우, 정신질환자와 등록장애인이 같은 근로 및 사업소득을 얻었다 하더라도, 소득인정액 인정 시, 등록장애인은 20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30%를 추가 공제하지만, 정신질환자는 공제를 받지 못한다. 만약 장애인 직업재활사업·정신질환자 직업재활사업의 참여한 경우, 등록장애인만 20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50%를 추가공제하고 있다. 정신질환자는 정신질환자 직업재활사업에 참여하고 있다고 하더라도 근로사업에 대한 소득공제를 받지 못해 소득인정액이 높게 산출될 가능성이 높다.

<표 II-12> 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황

공제 대상 수급(권)자	공제대상 소득	공제율
· 등록장애인	장애인 직업재활사업·정신질환자 직업재활사업 참여 소득)	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50% 추가공제
· 75세 이상 노인(1945.12.31. 이전출생자) · 등록장애인 · 북한이탈주민	근로·사업소득	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
· 24세 이하에 해당하는 수급(권)자 (1995년 1월 1일 이후 출생자) · 대학생	근로·사업소득	40만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
· 24세 이하의 아동시설퇴소 및 가정위탁보호 종료아동 (1995년 1월 1일 이후 출생자)	근로·사업소득	50만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
· 25세 이상 초·중·고등학교 (1994년 12월 31일 이전 출생자가 초·중·고등 학생인 경우)	근로·사업소득	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
· 65세 이상~74세이하노인 · 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여성 · 사회복지요원, 상근예비역	근로·사업소득	30%
· 행정기관 및 공공기관의 행정인턴 참여자	행정인턴 참여소득	30%

출처: 보건복지부(2029). 국민기초생활보장사업안내(p.102)



결론적으로 보면, 소득보장체계에서 등록장애인 이어야지만, 근로 및 사업소득에 대한 공제율이 더 높아, 등록장애인일수록 국민기초생활보장에 수급자가 될 확률이 높아진다고 할 수 있다. 그리고 생계급여 수급에 있어 등록장애인의 경우, 근로능력평가(의학적 평가 + 활동능력평가)를 받지 않게 되지만, 정신질환자의 경우에는 근로능력평가를 받고 조건부 수급 여부가 결정되는 차이점이 존재한다. 근로능력평가 시 정신장애 판정의 의학적 기준은 장애인복지법 판정기준에 비해 장애범주 등이 포괄적이지만, 장애인복지법 장애등급 1~3급이 근로무능력으로 판단되는 반면에 아래의 근로능력평가기준의 1~2단계에 해당될 경우, 활동능력평가를 실시하여 조건부 수급이 될 수 있다는 여지로 인해 장애등록자가 상대적으로 제도적 편입이 쉽다고 할 수 있다.

<표 II-13> 근로능력평가 기준

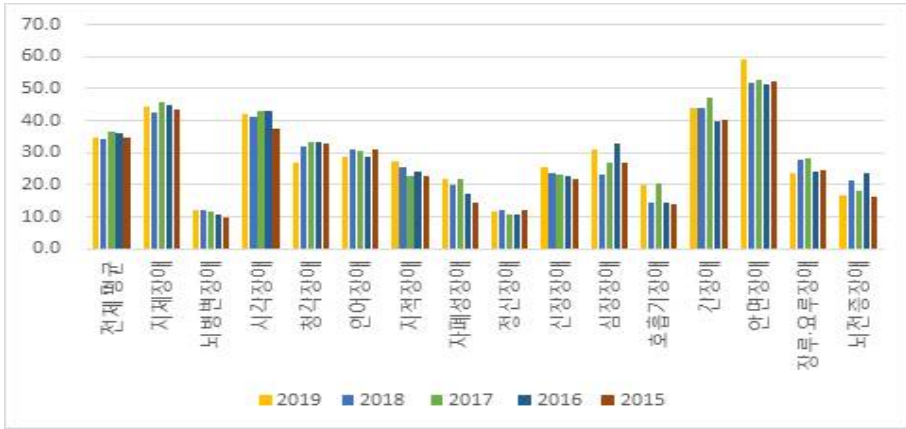
단계	상태 기준
1단계	- 정신질환으로 인한 사회적, 직업적 어려움은 없으나 증상의 재발을 막기 위해 유지 치료와 안정가료가 필요한 경우
2단계	- 정신질환으로 인해 사회적, 직업적 어려움이 간헐적으로 나타나고 유지 치료와 안정가료가 필요한 경우
3단계	- 조현병 및 망상성장애(F20~F29), 뇌손상 후유장애(F00~03, F06~09)로 인해 사회적, 직업적 어려움이 지속적으로 나타나고 유지 치료와 안정가료가 필요한 경우 - 양극성장애(F31), 우울장애 중 중증삽화(F32.2~32.3, F33.2~33.3), 강박장애(F42), 외상 후 스트레스 장애(F43.1)로 인해 최근 6개월 이내에 사회적, 직업적, 일상생활의 어려움이 지속적으로 나타나 입원이나 타인의 도움이 필요한 정도의 심한 증상이 진료기록 상 객관적으로 확인되며, 평가 당시 일상생활을 저해하는 중등도 이상의 증상이 유지되는 경우에 한함
4단계	- 조현병 및 망상성장애(F20~F29), 뇌손상 후유장애(F00~03, F06~09)로 인해 사회적, 직업적 어려움이 지속적으로 나타나고 일상생활에 상당한 어려움이 객관적으로 확인되며 유지치료와 안정가료가 필요한 경우 - 양극성장애(F31), 우울장애 중 중증삽화(F32.2~32.3, F33.2~33.3), 강박장애(F42), 외상 후 스트레스 장애(F43.1)로 인해 최근 6개월 이내에 자해(자살) 및 타해 등의 심한 증상이 명백히 관찰되거나, 평가 당시 일상생활을 저해하는 심각한 증상이 유지되어 타인의 도움이 필요한 경우 * 일상생활의 수행: 청결 유지, 가족관계 유지, 약물 복용, 간단한 물건 사기, 대중교통 이용하기 등 생명 유지를 위한 기본적인 능력

주: 배제질환은 성인의 인격 및 행동장애(F60~F69)임. 3~4단계는 근로능력표여가를 받지 않으며, 1~2단계는 활동능력평가를 받음. 의학적 평가결과가 1단계의 경우 활동능력평가결과가 55점 이하인 경우, 의학적 평가결과가 2단계의 경우 활동능력평가가 63점 이하의 경우 근로능력없음으로 판정됨

### (3) 의무고용대상에서의 배제

「장애인고용촉진 및 직업재활법」의 의무고용대상 기준은 「장애인복지법」에 근거한 장애인에 기반하고 있기 때문에 장애인복지법의 장애인이 필수조건이다. 이러한 제도적 현실 때문에 30대 이상의 경제활동을 해야 할 시기의 정신질환자들은 고용이나 취업, 경제적 안정 등 때문에 ‘장애인등록’을 원하고 있는 것으로 나타났다(조운화 외, 2019). 즉 장애 관련 일반 노동시장 일자리는 90% 이상이 의무고용대상 사업체들로서 ‘등록된 장애인’만을 뽑고 있으며, 그렇지 않은 일자리는 매우 드문 현실이다. 특히 정신질환자들은 사회적 편견으로 인해 일반노동시장 일자리의 고용이 매우 어렵기 때문에, 지원고용 내에서 일자리를 접할 수 있어야 하지만, 일반 노동시장일자리, 장애인일자리 등도 등록 장애가 기준이 되어, 취업에 대한 제도적 차별을 겪고 있다.

장애인실태조사(2017)에 따르면, 정신장애인의 고등학교 이상의 교육수준을 가진 경우가 71.7%로 15개 장애유형 중 간장애 82.8% 다음으로 높은 수준이다. 그러나 높은 교육수준에 비해 정신장애인(15세 이상)의 경제활동수준은 2019년 기준 11.6%로 15개 유형 중 가장 낮은 취업률을 보이고 있다(한국장애인고용공단, 2019, p11). 전술한 바와 같이 등록된 정신장애인 수 뿐만 아니라 중증정신질환 유병률도 증가하고 있으나, 취업률이 증가하지 않는 가장 큰 이유는 정신장애에 대한 고용주의 사회적 편견을 주요한 요인으로 꼽을 수 있다. 특히 조현병 등의 중증 정신질환자의 강력범죄가 일어나고 ‘잠재적 범죄자’라고 기사화됨에 따라 중증 정신질환자에 대한 편견과 낙인은 오히려 더 커져만 가고 있어, 근로 할 수 있는 능력을 가진 정신장애인의 수가 증가한다 할지라도, 사회적 불안과 공포에 의해 이들의 취업은 더욱 힘들어지고 있다.



[그림 II-7] 연도별 장애유형별 고용률

<표 II-14> 연도별 장애유형별 고용률

(단위: 명, %)

장애유형	15세 이상 전체 인구	취업자	비경제 활동인구	고용률				
				2019	2018	2017	2016	2015
전체 평균	2,526,202	881,890	1,585,065	34.9	34.5	36.5	36.1	34.8
지체	1,233,940	547,040	655,743	44.3	42.5	45.9	45.0	43.7
뇌병변	242,990	29,147	211,780	12.0	12.3	11.6	10.5	10.0
시각	250,780	105,173	136,482	41.9	41.4	43.1	42.9	37.6
청각	338,178	91,683	238,649	27.1	31.9	33.4	33.3	32.9
언어	17,590	5,069	12,242	28.8	30.9	30.7	28.6	30.9
지적	184,089	50,476	129,029	27.4	25.4	22.9	24.0	22.6
자폐성장애	16,400	3,569	12,522	21.8	19.8	22.0	17.4	14.5
정신	101,902	11,855	88,586	11.6	12.3	10.8	10.8	11.9
신장	87,101	22,355	63,579	25.7	23.5	23.4	22.9	21.9
심장	5,079	1,581	3,375	31.1	23.1	27.0	32.7	26.9
호흡기	11,571	2,329	9,165	20.1	14.4	20.3	14.5	14.1
간	12,176	5,359	6,696	44.0	43.8	47.2	39.6	40.4
안면	2,666	1,574	953	59.0	51.6	52.8	51.2	52.5
장루·요루	14,856	3,541	11,065	23.8	28.0	28.3	24.2	24.4
뇌전증	6,884	1,139	5,199	16.5	21.2	17.9	23.7	16.3

출처: 한국장애인고용공단 장애인경제활동실태조사(2015-2019)

여기에 더해 「장애인고용촉진 및 직업재활법」의 고용제도를 이용하기 위해서 필수조건인 「장애인복지법」의 정신장애인의 기준 조차도 정신장애인 중 4개의 중증의 정신질환 중 장애정도가 심각한 장애인만을 포함하고 있기에 대인 관계를 맺고, 협업하는 등의 일자리에 취약할 가능성이 높아 취업에 어려움이 있을 수 있다.

특히 「장애인복지법」의 직업재활 서비스 등을 통해 직업적 능력을 키우고, 보호작업장 등을 통한 보호고용을 이용할 수 있으나, 장애인복지법의 제15조(다른법률과의 관계)에 의해 장애인복지시설을 이용하는 것이 불가능하다. 따라서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하: 정신건강복지법)」의 직업 및 훈련 등의 서비스를 활용해야 하지만, 현재 장애인복지법에 따른 직업재활서비스 기관은 2018년 기준 651개소인 반면에 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 직업재활시설은 약 14개로(한국정신재활시설협회 홈페이지), 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 직업 및 훈련 등의 서비스가 미미하여, 재활서비스 및 훈련 등 조차도 어려운 현실이다.<sup>14)</sup>

#### (4) 타 법률과의 형평성 문제

「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률(이하: 발달장애인법)」은 발달장애인의 예방 및 치료, 서비스 등의 보장을 위한 법률이다. 동 법률은 정신장애인과 유사한 목적을 가지고 있음에도 불구하고 장애인복지법 제15조(다른법률과의 관계)에서는 제시되어 있지 않고 있다. 즉 장애인복지법 제2조에 따른 장애인인면서 타 법률로서는 정신건강복지법과 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 보호보상대상자 지원에 관한 법률에 해당되는 자의 경우에는 장애인복지법을 따르지 않는다.

반면에 발달장애인의 경우에는 발달장애인법은 타 법률과의 관계에서 포함

14) 「장애인복지법」 제15조에 따르면, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다고 규정하고 있음. 이 규정은 법제34조(재활상담 등의 조치) 1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니하는데, 국가 또는 지자체가 설립한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것, 제59조(장애인복지시설 설치)에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 등임.





되어 있지 않아, 장애인복지법의 직업재활서비스, 장애인복지관 등을 유용하게 이용하고 있으나, 정신장애인은 장애인복지법에서도 배제되고 있으며, 타 법률 간의 형평성에서도 어긋난다 하겠다. 또한 발달장애인법은 재활 및 발달지원, 고용 및 훈련 지원, 평생교육 지원, 여가활동 지원, 발달장애인지원센터 등 복지서비스 및 전달체계가 구체적으로 규정되어 있는 반면에 정신건강복지법은 구체화되어 있지 않은 한계가 또한 존재한다.

<표 II-15> 장애인복지법 제15조

법률	대통령령
장애인복지법 법률 제15조(다른 법률과의 관계)	제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. <개정 2016. 5. 29.>
장애인복지법 시행령 제13조(다른 법률과의 관계)	제13조(다른 법률과의 관계) ① 법 제2조에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조의4에 따른 상이등급을 관정받은 사람에 대해서는 법 제15조에 따라 법 제27조, 제30조, 제34조제1항제1호 및 제4호, 제38조, 제39조, 제41조, 제42조, 제46조, 제49조 및 제55조를 적용하지 아니한다. <개정 2014. 11. 4., 2018. 6. 19.>  (중략)  ③ <b>법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조제1항제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다.</b>
장애인복지법 법률 (재활상담 등의 조치)	제34조(재활상담 등의 조치) ① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "장애인복지시설시기관"이라 한다)은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18., 2015.6.22>  1. 국·공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)에 의뢰하여 의료와 보건지도를 받게 하는 것 2. <b>국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것</b> 3. <b>제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것</b> 4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는

법률	대통령령
	<p>직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업 안정업무기관에 소개하는 것</p> <p>②장애인복지시설기관은 제1항의 재할 상담을 하는 데에 필요하다고 인정되면 제33조에 따른 장애인복지상담원을 해당 장애인의 가정 또는 장애인이 주거편의·상담·치료·훈련 등의 서비스를 받는 시설이나 의료기관을 방문하여 상담하게 하거나 필요한 지도를 하게 할 수 있다.</p>

#### (5) 활동지원제도에서의 배제

2019년 7월 장애등급제 폐지 이후, 장애인의 일상생활을 지원하는 ‘활동지원제도’는 장애등급이 아닌 종합서비스 점수를 통해 서비스 시간이 제공된다. 그러나 종합판정도구는 정신장애인 보다는 신체장애인에게 적합한 판정제도라는 문제점이 지적되고 있다. 2018년 12월 기준 활동지원수급자 94,496명 중 지적장애인이 39.2%, 지체 14.4%, 뇌병변 14.3%, 자폐성 14.3%였으나, 정신장애인은 2.0%가 이용하고 있는 것으로 나타났다.

## 4. 국내외 정신장애법주 비교 및 분석

### 1) 개요

본 절에서는 국내외 정신장애법주를 비교하기 위해 OECD국가의 장애인복지정책의 관대성 정도와 장애등록체계 유무를 기반으로 국가들을 선정하였다(조윤화 외, 2018; 윤상용, 2020). 장애인복지정책의 관대성은 “급여대상 범위, 급여수준, 지급 시기 및 지급 기관과 같은 제도적 내용이 얼마나 관대한지를 보기 위한 개념(채구목, 2011)”으로 정책 대상자의 포괄성과 연관된다. 그리고 정책 대상자가 장애등록체계에 의하거나 또는 정책 목적에 따른 사정체계 의해 선정되는 경우, 장애법주에 차이를 보인다(조윤화 외, 2019). 따라서 장애인복지정책이 관대한 사민주의 국가로서 독일을 선정하였으며, 자유주의 국가로서 미국, 일본, 호주를 살펴보았다. 특히 한국과 정신장애판정기준이 가장 유사한 일본의 경우, 동 국가가 포함하고 있는 정신장애법주는 한국에 주요한 시사점을 제공할 것으로 판단된다.



<표 II-16> OECD 국가 장애인복지정책 유형화 결과

구 분	사민주의 (북유럽 국가)	자유주의 (태평양 및 영미국가)	
	장애등록제도 유	장애등록제도 유	장애등록제도 무
국 가	- 독일	- 일본, 한국	- 호주, 미국

출처: OECD(2010). Sickness, Disability and work.

특히 미국, 호주는 장애등록체계가 없는 국가이다. 따라서 서비스 목적에 따라 장애선정 기준이 다를 수 밖에 없으며, 장애여부 판정도 상이할 수 있다. 이에 장애인에게 가장 영향력이 높은 소득보장체계의 선정기준을 살펴보았으며, 그 외 국가인 일본, 한국, 독일 등은 장애등록체계가 있는 국가로서 동 국가들의 경우, 장애판정기준 내 장애영역을 기준으로 살펴보았다.

<표 II-17> 분석자료

구분	등록체계가 있는 국가 (일본, 한국, 독일, 프랑스)	등록체계가 없는 국가 (미국, 호주)
분석 자료	장애판정도구 내 정신장애판정 기준	소득보장제도의 근로능력판정도구의 의료적 기준

## 2) 분석기준

정신질환의 의학적 분류는 WHO의 ICD-10과 APA(American Psychiatric Association: 이하 APA)의 정신장애 진단 및 통계 편람(Diagnostic And Statistical Resource Book On Mental Disorders:DSM-V)이 주로 활용된다(신권철, 2010, pp.39). 본 절에서는 국내외 정신장애범주를 비교하기 위해 ICD-10상 F코드 정신 및 행동장애(Mental And Behavioural Disorders)의 분류를 기반으로 국가별 정신장애범주를 살펴보았다.

<표 II-18> 국제질병분류에 따른 정신질환(정신장애)

구분	주요 개념	주요 대표 질환
F00-F09	• 기질성 또는 증상성 정신장애	• 치매, 뇌손상후 기억상실증, 섬망
F10-F19	• 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애	• 알콜, 아편, 코카인, 환각제, 담배 등으로 인한 장애
F20-F29	• 조현병, 분열 및 망상장애	• 조현병(F20), 지속성 망상 장애, 조현 정동장애(F25), 비기질성 정신병
F30-F38	• 기분(정동)장애	• 양극성 정동장애(F31), 경조증, 우울증 삽화, 재발성 우울성 장애(F33), 지속성 기분(정동)장애
F40-F48	• 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애	• 공포성 불안장애, 기타 불안장애(공황장애, 범불안 장애) 강박장애, 외상후 스트레스 장애, 해리성 장애 등
F50-F59	• 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군	• 섭식장애, 수면장애(불면증), 질병에 의하지 않는 성기능 장애(성 혐오 및 성적 쾌감 결핍 등), 산후우울증
F60-F69	• 성인 인격 및 행동장애	• 인격장애(편집성, 분열성, 반사회성, 경계성, 회피성 등), 충동장애(병적 도박, 갈헐적 폭발성 장애), 성정체성 장애(성전환증, 이중역할 의상도착증, 성도착증)
F70-F79	• 지적장애	• 경증, 중증도, 심한, 극심한 기타 정신지체 등
F80-F89	• 심리적 발달장애	• 언어, 학습능력(난독증), 운동기능(발달성 협응장애), 전반적 발달장애(F84, 소아기 자폐증, 레트증후군, 아스퍼거 증후군 등) 등
F90-F98	• 아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애	• 과운동성장애(ADHD), 품행장애, 사회기능장애(아동 반응성 애착 상태), 틱장애(투렛증후군), 행동 및 감정장애(야뇨증, 말더듬증)
F99	• 명시되지 않은 정신장애	• 분류되지 않는 정신질환

주: ( )의 값은 2018년 전체 등록장애인 중 장애유형이 차지하는 비율임

출처: 조윤희 외(2019), 「장애인복지법」 제도권 ‘밖’ 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로(p. 125)



### 3) 국내외 정신장애 범주 비교

#### (1) 미국

미국의 대표적인 저소득 장애인소득보장제도는 SSI(Social Security Income)이다. SSI의 대상자는 65세 이상의 노인과 시각 및 장애인(아동 및 성인 포함)이 저소득일 경우 즉 소득 및 자산 기준에 부합해야하는 기초보장제도이자 범주형 소득보장체계이다. SSI는 소득 및 연령, 그리고 장애여부가 주요 기준이 되는데, 장애여부를 판정하는 대표적 의료적 기준은 BLUE BOOK이다. 즉 의료에 기반한 장애여부를 평가하는 기준틀이라고 할 수 있다.

특히 BLUE BOOK의 정신장애판정은 2017년 1월에 새롭게 변경된 것으로, SSA 사회보장국은 30년만에 질환의 분류 기준인 정신 질환 진단 및 통계 설명서 제5판("DSM -5")의 정보를 반영한 새로운 규칙을 변경하였으며, 가장 포괄적인 개정으로 평가된다(Kantor & Kantor, 2017년 4월 29일)<sup>15)</sup>. 즉 신경 발달 장애, 섭식 장애, 외상 및 스트레스 관련 장애 등 세 가지 새로운 목록이 추가되었다.

BLUE BOOK의 정신장애범주를 살펴보면, 신경인지 장애, 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애, 우울, 양극성 및 관련 장애, 지적 장애, 불안과 강박 장애, 신체 증상 및 관련 장애, 성격과 충동 통제 장애, 자폐 스펙트럼 장애, 신경 발달 장애, 섭식 장애, 외상 및 스트레스 관련 장애를 주요 범주로 규정하고 있다. 이와 더불어 정신장애판정 시 각 정신질환별 증상과 일상생활 및 사회 참여 제약을 함께 파악하고 있다([www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)). 한편 미국은 ICD-10에서 정신질환 영역 중 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애는 제외된 특징이 있다.

15) <https://www.californiansurancelawyerblog.com/social-security-administration-adopts-new-criteria-evaluating-mental-disorders/>

개정 전	개정 후
12.02 기질적 정신장애 (Organic mental disorders) 12.03 조현병, 강박 및 기타 정신장애 (Schizophrenic, paranoid and other psychotic disorders) 12.04 기분장애 (Affective disorders) 12.05 지적장애 (Intellectual disability) 12.06 불안-관련 장애 (Anxiety-related disorders) 12.07 신체 증상 장애 (Somatoform disorders) 12.08 성격장애 (Personality disorders) 12.09 물질 중독 장애 (Substance addiction disorders) 12.10 자폐성 장애 및 기타 전반성 발달 장애 (Autistic disorder and other pervasive developmental disorders)	12.02 신경인지 장애 (Neurocognitive disorders) 12.03 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애 (Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) 12.04 우울, 양극성 및 관련 장애 (Depressive, bipolar and related disorders) 12.05 지적장애 (Intellectual disability) 12.06 불안과 강박 장애 (Anxiety and obsessive-compulsive disorders) 12.07 신체 증상 및 관련 장애 (Somatic symptom and related disorders) → 12.08 성격과 충동 통제 장애 (Personality and impulse-control disorders) 12.09 (Reserved) 12.10 자폐 스펙트럼 장애 (Autism spectrum disorder)  12.11 신경 발달 장애 (Neurodevelopmental disorders) 12.12 (Reserved) 12.13 섭식장애 (Eating disorders) 12.15 외상 및 스트레스 관련 장애 (Trauma- and stressor-related disorders)

[그림 II-8] SSA 정신장애평가 기준 개편 내용



<표 II-19> 미국의 정신장애 범주(BLUE BOOK 기준)

- 
- 신경인지 장애
  - 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애
  - 우울, 양극성 및 관련 장애
  - 지적 장애
  - 불안과 강박 장애
  - 신체 증상 및 관련 장애
  - 성격과 충동 통제 장애
  - 자폐 스펙트럼 장애
  - 신경 발달 장애
  - 섭식 장애
  - 외상 및 스트레스 관련 장애
- 

## (2) 호주

호주는 장애인소득보장정책인 장애지원연금(disability support pension: 이하 DSP)을 기준으로 살펴보았다. DSP는 노령연금 수령 전의 16세 이상 영구시각장애인 또는 신체, 지적, 정신적 손상이 있는 장애인을 대상으로 지급된다. 장애 때문에 앞으로 2년간 최저임금 이상의 급여를 받으며 주당 15시간 이상 일하거나 훈련받을 수 없으며, 중증 손상이 있거나 지원프로그램(program of support)에 적극 참여한다는 평가를 받아야 수급자격을 받으며, 특히 소득과 재산조사 기준이 충족되어야 한다.

손상 정도는 근로관련 장애평가표(Work-related impairment for disability support pension)에 의한다. 근로능력평가도구는 진단기반이 아닌 기능기반임을 강조하고 있다. 호주의 근로능력평가도구는 15개 장애유형으로 구분하고 있으며, 이중 정신장애영역은 5개 유형과 연관된다. 즉 정신건강기능, 알코올, 약물과 기타 물질 사용과 관련된 기능, 뇌기능, 지적기능, 뇌전정 등이다. 이중 가장 정신장애영역과 관련된 영역으로 ‘정신건강기능영역(mental health function)’은 정신질환으로 인한 기능 장애를 유발하는 영구적 질환을 가지고 있는 경우로 기능중심으로 평가를 실시하고 있다. 즉 자기관리 및 독립생활, 사회적 및 여가활동 여행, 대인관계, 집중력과 과제완수, 행동·계획 및 의사결정, 근로 및 교육 역량 등의 총 6개 활동을 하는데 기능적 영향 정도를 ‘없음’, ‘경도’, ‘중등도’, ‘고도’, ‘극도’로 평가하고 있다. 특히 알코올, 약물과 기타 물질 사용, 뇌기능(자폐 스펙트럼 장애)과 관련된 기능은 정신장애와 별도로 구분하여 근로능력을 평가한다(Social Security Determination, 2011. pp. 22- 35).

<표 II-20> 호주의 정신장애영역

전체	정신장애영역
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 신체활동과 체력을 요구하는 기능</li> <li>· 상지기능</li> <li>· 하지기능</li> <li>· 척추기능</li> <li>· 정신건강 기능</li> <li>· 알코올, 약물과 기타 물질과 관련된 기능</li> <li>· 뇌기능</li> <li>· 의사소통 기능</li> <li>· 지적 기능</li> <li>· 소화 및 생식 기능</li> <li>· 귀의 청력 및 기타 기능</li> <li>· 시각 기능</li> <li>· 장루 요루 기능</li> <li>· 피부기능</li> <li>· 뇌전증(의식기능)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신건강 기능</li> <li>· 알코올, 약물과 기타 물질과 관련된 기능</li> <li>· 뇌기능</li> <li>· 지적기능</li> <li>· 뇌전증</li> </ul>

### (3) 독일<sup>16)</sup>

독일의 장애정도(GdB)는 18개의 계통적 기준에 따라 매겨진다.<sup>17)</sup>이 중 ‘신경계와 정신의 영역’이 정신장애와 관련된 영역이다. 신경계와 정신 영역에는 뇌손상(기질적 정신장애, 뇌손상으로 인한 마비, 정신적 장애를 동반하는 뇌손상, 뇌전증, 기면증, 뇌종양 등)과 정신장애영역, 척수장애가 포함되어 있는데, 이 중 정신장애영역과 관련된 범주를 고려하면, 기질적 정신장애, 기면증, 아동 및 청소년의 정신능력 저해, 소아 연령의 발달장애(운동 기능, 언어 또는 인지력, 주의력 범위의 발달장애/과잉행동장애, 공격성 등), 학령기 및 청소년기의 정신능력 제한(난독증, 간헐적 계산 장애 등), 아동 연령에 시작되는 특별한 정신장애(자폐 증후군, 아스퍼거, 정시적, 심리사회적 장애(행동장애)), 정신분열증(현조현병) 및 조울증, 신경증, 인격장애, 정신적 충격 후유증 등<sup>18)</sup>이 있으며, 알코올 남용, 의존증, 약물 중독 등이 포함된다.

즉 ICD-10의 전반적인 영역들을 포괄하고 있다. 특히 한국의 정신장애에 포함되는 질환들은 정신적 변화와 직업적, 사회적 적응(집중력 장애, 관계 장

16) NPS(2015) 독일·일본 장애진단기준을 요약함

17) 독일의 중증장애인은 GdB50부터 임.

18) 강박장애, 공포성 장애, 신체형 장애 등





에, 활력 결여, 정서적 단순화)등이 불가능하고, 양성 단계에서 오래 지속되는 경우를 기준으로 판단한다(국민연금공단 장애인지원실, 2015).

<표 II-21> 독일의 정신장애영역

전체	정신장애영역
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 머리와 얼굴</li> <li>· <b>신경계와 정신</b></li> <li>· 시각기</li> <li>· 청각 및 균형기관</li> <li>· 코</li> <li>· 구강, 목구멍, 상기도</li> <li>· 흉부, 하기도, 폐</li> <li>· 심장 및 혈액순환</li> <li>· 소화기관</li> <li>· 탈장</li> <li>· 비뇨기관</li> <li>· 남성생식기</li> <li>· 여성생식기</li> <li>· 신진대사, 내분비</li> <li>· 혈액, 혈액 형성기관, 면역계</li> <li>· 피부</li> <li>· 근골격 및 운동기관, 류마티스성 질환 일반사항</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 신경계와 정신               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 뇌손상</li> <li>- 기면증</li> <li>- 뇌종양</li> </ul> </li> <li>- 소아 연령의 발달 장애</li> <li>- 학령기 및 청소년기의 정신능력 제한</li> <li>- 아동 연령에 시작되는 특별한 정신장애</li> <li>- 조현병 및 조울병</li> <li>- 신경증, 성격장애, 트라우마</li> <li>- 알코올 남용, 의존증</li> <li>- 약물중독</li> <li>- 척수 손상</li> <li>- 다발성 경화증</li> <li>- 다발성신경장애</li> <li>- 척추뼈 갈림증</li> </ul>

#### (4) 일본

일본의 ‘정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률(이하: 정신보건복지법)’은 정신장애인에게 의료와 보호를 지원을 통해 정신장애인의 사회복귀와 자립을 촉진하고, 사회경제활동 참여를 목적으로 하고 있다. 동 법률의 5조에 따르면, 정신장애인은 ‘조현병, 정신작용 물질에 의한 급성 중독 또는 그 의존증, 지적 장애, 정신병질 기타 정신질환’을 가진 자로 규정해 놓고 있다. 동 규정에는 지적장애가 포함되어 있으나, 지적장애인에 대한 서비스는 ‘지적장애자복지법’에 근거하는 특징이 있다. 동 법률에 따라 일본의 정신장애인의 범주는 ICD-10의 전체를 포괄함을 알 수 있다.

그러나 이들 모두가 복지서비스의 대상으로 선정되는 것은 아니다. 즉 복지 서비스를 받기 위해서는 ‘정신장애인 수첩’을 발급받아야 하는데, 이를 위해서는 ‘정신장애인 복지수첩 판정’이 이루어져야 한다. 정신장애인 복지수첩 판정에는 정신질환의 유무, 정신질환의 상태, 능력평가(활동제한) 상태 확인, 정신장애정도를 종합적으로 판정하도록 하고 있다. 결론적으로 일본의 전체 정신장애인 범주는 포괄하되 이 대상자 중 일상생활 능력 및 정도가 상대적으로 어려운 자들이 서비스 우선순위에 놓인다(조윤화 외, 2019).

#### <표 II-22> 일본의 정신장애 범주

- 
- F00-F09 증상성을 포함하는 기질성 정신장애
  - F10-F19 정신작용 물질 사용에 의한 정신 및 행동장애
  - F20-F29 정신분열증, 정신분열증형 장애 및 망상성 장애
  - F30-F39 기분(감정) 장애
  - F40-F48 신경증성 장애, 스트레스 관련 장애 및 신체표현성 장애
  - F50-F59 생리적 장애 및 신체적 요인에 관련한 행동증후군
  - F60-F69 성인의 인격 및 행동 장애
  - F70-F79 지적장애
  - F80-F89 심리적발달의 장애
  - F90-F98 소아기 및 청년기에 통상 발병하는 행동 및 정신의 장애
-



## (5) 한국

한국은 정신장애(정신질환)와 관련하여 2개 법률이 존재한다. 하나는 「장애인복지법」으로 장애인복지서비스를 지원하는 법률이며, 두 번째는 과거 「정신보건법」을 개정한 「정신건강증진법」으로 정신질환자들의 치료 및 예방, 재활·복지·권리보장 등을 목적으로 한다.<sup>19)</sup> 한국의 정신건강증진법의 장애범주의 이해를 돕기 위해서는 과거 「정신보건법」에서 「정신건강증진법」으로의 개정까지의 역사를 살펴볼 필요가 있다. 정신보건법(제3조 정의)의 정신질환자는 “정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자”를 의미한다. 동 기준은 강제입원과 (자격 취득)자격제한 등을 규정 짓는데 적용되어, 정신질환자들은 동 규정에 의해 취업에 대한 자격박탈과 강제입원 등으로 헌법상 기본권이 제한되었다(신권철, 2010, pp. 45). 이로 인해 2017년 10월 「정신건강증진법」으로 개정하게 된다. 개정 목적은 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소 정의하고, 전 국민 대상의 정신건강증진의 장을 신설하며, 비자의 입원·퇴원 제도를 개선하고, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하는 등 현행 법률상 미흡한 점을 개선·보완하려는 것 이었다([www.law.go.kr](http://www.law.go.kr)). 따라서 과거 정신보건법의 정신질환범주를 좁혀 현행 제3조(정의) "정신질환자"란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'으로 정신질환 중에서도 중증의 손상을 가진 자로 한정하였다.

또한 동 법률에는 ‘정신재환시설의 이용 대상자’로서 제3조에 정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람으로 규정하고 있다. 즉 「정신건강증진법」 시행령 제2조에 따르면, “① 기질성 정신장애, ② 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애, ③ 조현병 또는 망상장애, ④ 기분장애, ⑤ 정서장애, 불안장애 또는 강박장애, ⑥ 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애 등”을 규정함으로써, 정신질환자 정의 보다 넓게 대상자를 규정함으로써 자격제한의 문제를 해결하고, 서비스 측면에서는 배제되지 않도록 설계되었다.

19) 2016년 5월 정신보건법을 정신건강증진법으로 개정하여 2017년 5월 시행함([www.law.go.kr](http://www.law.go.kr)).

<표 II-23> 국내외 정신장애 범주

장애인복지법	정신건강증진법
·F20 조현병 ·F25 조현정동장애 ·F31 양극성정동장애 ·F33 재발성우울장애	(정의) ·망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람  시행령 제2조(정신재활시설 이용자 범위)(대통령령 제30142호) 1. 기질성 정신장애 2. 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애 3. 조현병 또는 망상장애 4. 기분장애 5. 정서장애, 불안장애 또는 강박장애 6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애

출처: 저자가 관련 각국의 홈페이지를 참조하여 정리함.

한편 「장애인복지법」(법률 제16733호) 제2조(장애인의 정의 등)에 따르면, 장애인은 “신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자”를 말한다. 정신적 장애는 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애로 구분되는데, 후자의 경우가 정신장애를 의미한다. 우리나라의 정신장애는 총 4개 정신질환을 포함하고 있다. 조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애이다. 정신질환 중 치료를 해도 가장 회복되기 힘든 중증 장애인만을 대상으로 하고 있다.

#### 4) 분석결과

한국을 제외한 미국, 호주, 독일, 일본의 정신장애 범주는 앞서 전술한 ICD-10의 정신장애범주를 전반적으로 포함하고 있는 것으로 나타났다.

정리하면 첫째, 한국의 「장애인복지법」의 장애범주가 국내외 국가들 중에 가장 협소한 범주를 포함하고 있는 것으로 나타났다. 한국과 비교를 시도한 미국과 호주, 독일, 일본 등은 ICF 장애개념에 따라 손상과 더불어 일상생활 제한 및 사회참여 제약의 측면에서 장애를 측정하고 있었다(조윤화 외, 2019). 한국의 정신장애는 ‘질환으로 인한 일상생활 및 사회참여의 제약’이 있는 자로 정의



내리고 있음에도 불구하고 손상을 인해 치료가 힘든 조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애만을 포함하고 있는 것으로 나타났다. 이는 IC F 장애개념에서 제시한 바 있는 같은 진단이라고 하더라도 손상과 일상생활 제약 및 사회참여 제한이 다를 수 있으며, 손상이 적다고 하더라도 또는 회복이 되었다고 하더라도 일상생활 기능에는 차이를 보일 수 있다는 부분을 간과하고 있다고 할 수 있다.

둘째, 국가별로 ICD-10의 정신장애영역을 장애범주에 총체적으로 포함하고 있으나, 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(알코올, 담배 등), 지적장애, 발달장애 등은 국가별로 정신질환과 구분하여 유형화하거나, 또는 서비스체계를 이원화 하고 있었다. 즉 미국과 일본, 독일, 호주 등은 ICD-10의 정신장애영역을 정신장애 영역에 세부 영역들을 포괄하고 있었다. 그러나 미국은 약물은 제외된 특징을 보였으며, 이는 2017년에 BLUE BOOK에서 동 영역을 제외한 것으로 나타났다(www.ssa.gov). 반면, 호주의 경우, 15개 기능손상 영역 중 정신건강기능, 알코올, 약물과 기타 물질 사용과 관련된 기능, 지적기능, 뇌기능 유형에서 정신장애영역을 평가하고 있다. 이 중 정신건강기능영역이 정신질환으로 인한 기능제약을 평가하는 것으로 나타났다. 한국은 조현병, 재발성 우울장애, 조현 정동장애, 양극성 정동장애만 포함하고 있다. 일본의 경우, 정신장애인복지법에 ICD-10의 정신장애영역이 포함되나, 발달장애의 경우 발달장애인복지법에 의해 서비스가 제공되고 있다.

셋째, 국외 정신장애범주를 한국의 「장애인복지법」 정신장애유형과 비교한 결과, 한국이 포함하고 있지 않는 정신질환영역은 다음과 같다. 즉 ① 기질성 또는 증상성 정신장애, ② 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애, ③ 조현병 스펙트럼(조현병 제외), ④ 기분 정동장애(양극성 정동장애, 재발성 우울성 장애 제외), ⑤ 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애(불안장애, 공황장애), ⑥ 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군(섭식장애 등), ⑦ 성인 인격 및 행동장애(인격장애), ⑧ 아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애(투렛증후군) 등이다.

<표 II-24> 국내외 정신장애 범주<sup>1)</sup>

기준		미국	호주	독일	일본	한국	
구 분	판정기준	BLUE BOOK (의학적 기준)	DSP근로능력평가도구	GdB (장애등급표)	정신장애인복지법	장애인복지법	정신건강증진법 시행령
	장애등록체계 여부	장애등록체계 x	장애등록 체계 x	장애등록체계 0	장애등록체계 0	장애등록체계 0	장애등록체계 0
	의학적 기준 포괄 범위	DSM-5 기준	DSM-5 기준	ICD-10의 정신장애 전체 범주 포괄	ICD-10의 정신장애 전체 범주 포괄	ICD-10의 4개 질환	정신재활시설 이용자 의 범위 기준 <sup>2)</sup>
F00- F09	• 기질성 또는 증상성 정신장애	신경인지 장애	뇌기능	기질적 정신장애(치매) 정신적 장애를 동반하는 뇌손상 ·인지능력장애를 동반하는 뇌손상 ·뇌로 인해 발생한 부분 마비 ·파킨슨 증후군 ·간질성 발작 기타 기면증	기질성 또는 증상성 정신 장애	-	기질성 정신장애
F10- F19	• 항정신성의약품 사용 으로 인한 정신 및 행동장애	-	알코올, 약물과 기타 물질 사용과 관련 된 기능	알코올 남용, 의존증 약물 중독	항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애	-	알코올 또는 약물중 독에 따른 정신장애
F20- F29	• 조현병, 분열 및 망 상장애	조현병 스펙트럼 및 기타 정신 병적 장애	정신건강기능	조현병	조현병, 분열 및 망상장 애	F20 조현병, F25 조현정동장애	망상, 환각, 사고 장 애 조현병 또는 망상장 애
F30- F38	• 기분(정동)장애	우울, 양극성 및 관련 장애	정신건강기능	조울병	기분(정동)장애	F31 양극성정동장애 F33 재발성우울장애	기분장애
F40- F48	• 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애	불안과 강박 장애, 외상 및 스 트레스 관련 장애, 신체 증상 및 관련 장애	정신건강기능	신경증(강박장애), 정성격장애, 신적 충격의 후유증	신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애	-	정서장애, 불안장애 또는 강박장애
F50- F59	• 생리적 교란 및 물리 적 요인과 관련된 행 동 증후군	섭식 장애	정신건강기능		생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후 군	-	-
F60- F69	• 성인 인격 및 행동장 애	성격과 증동 통제 장애	정신건강기능		성인 인격 및 행동장애	-	-

주: 1) 발달, 지적장애 등은 제외함.

2) 정신건강증진법 제3조(정의)의 정신질환자는 망상, 환각, 사고나 기분장애 영역 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람으로, 정신건강증진법 시행령 제2조(정신재활시설 이용자의 범위)에 비해 좁음



<표 II-25> 국내외 정신장애 범주 (계속)

미국		미국	호주	독일	일본	한국	
		BLUE BOOK (의학적 기준)	DSP근로능력평 가도구	GdB (장애등급표)	정신장애인복지 법	장애인복지법	정신건강증진법
F70-F79	• 지적장애	지적 장애	지적기능	학령기 및 청소년기의 정신능력 제 한	지적장애	*장애유형 지적장애	
F80-F89	• 심리적 발달장애	자폐 스펙트럼 장 애	뇌기능	소아 연령의 발달장애	심리적 발달장애	*장애유형: 자폐성 장애	
F90-F98	• 아동기 및 청소년기에 주로 발병 하는 기타 행동 및 정서장애	신경 발달 장애	뇌기능	아동 연령에 시작되는 특별한 정신 장애-자폐, 심리 행동장애	아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애		
F99	• 명시되지 않은 정신 장애						

주: 한국의 경우, 기율임체는 정신건강복지법의 시행령 제2조(정신재활시설 이용자 범위)이며, 추가적으로 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애를 의미하나, 현재 구체적인 시행령은 규정되지 않음  
출처: 저자가 관련 각국의 홈페이지를 참조하여 정리함.

## 5. 포괄적 정신장애 개념 및 조작적 정의

### 1) 이론적 틀 적용

지금까지 포괄적 정신장애 개념 및 조작적 정의를 내리기 위해, 3단계를 진행하였다.([그림 II-1] 참조). 즉 첫째, 포괄적 정신장애 개념을 도출하기 위해 ICF 장애 개념, 사회적 모델, 선별적 보편저위, 소수자 개념 등의 장애개념의 이론적 논의를 고찰하였다. 둘째, 동 이론을 기반으로 한국 정신장애인 정의 및 범주의 한계를 살펴보았다. 셋째, 국내외 정신장애범주 현황을 비교 분석하여, 한국의 장애인복지법에서 제외된 정신장애범주를 도출하였다. 이를 토대로 본 절에서는 포괄적 정신장애 개념 및 조작적 정의를 시도하였다.

특히 본 연구에서는 정책대상자 선정을 위한 이론적 틀과 「장애인복지법」 정책대상자(정신장애인을 중심으로) 선정 원리 간 관계를 적용하여 포괄적 정신장애를 개념화하고 조작화하였다. ICF 장애개념, 사회적 모델, 선별적 보편주의, 소수자 개념 등의 이론적 틀은 정책대상자 선정에 대한 보편성과 포괄성 그리고 적절성 등의 정책대상자 선정 원리와 연결된다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, ICF 장애개념은 모든 사람들의 건강할 권리를 기반으로 ‘증상’ 및 ‘진단’ 중심이 아닌 일상생활 및 사회참여의 제약이 있는 자들까지 포함하여 사회보장을 실시해야 함을 강조한다. 즉 정책대상자는 ICF 장애개념에 따라 포괄성과 보편성 원리에 기반하고 있다. 따라서 후술할 사회적 모델의 환경적 맥락과 함께 진단 및 증상 중심이 아닌 ‘일상생활 및 사회참여 제약’이 있는 자들까지 정책대상자로서 포괄할 필요가 있다. 동 개념에 따르면, 「장애인복지법」의 4개 정신질환 외의 불안장애, 강박장애 등의 정신질환으로 인해 일상생활 및 사회참여의 어려움이 있다면, 사회보장적 지원의 필요함을 뜻한다.

둘째, 사회적 모델은 ICF 장애개념의 환경적 맥락을 강조하는 것이다. 즉 「장애인복지법」의 정신장애인이 아니더라도 장애인복지정책 및 서비스에서 차별받지 않을 권리를 보장하는 것으로 정책대상의 복지욕구에 대한 제도적 대응성을 강조한다. 따라서 정부는 정책대상자를 선정하는데 있어서 정책대상자를 포괄할 뿐만 아니라 정책적 유연성을 통한 정책대상자의 욕구를 반영할 필요가 있다.





셋째, 선별적 보편주의는 ICF 장애개념에 따른 모든 대상자의 건강할 권리를 지향하지만, 이 중 “손상 + 일상생활 및 사회참여의 제한”자를 선별적으로 선정할 필요가 있음을 뜻한다. 즉 모든 정신장애인을 대상으로 하되 서비스 측면에서는 우선적으로 정신장애로 인한 “손상과 일상생활 및 사회참여의 제약이 정도가 현저한 경우”, 서비스 대상자로 선정해야 함을 의미한다.

넷째, 소수자 개념은 장애인복지법의 장애범주에서 제외되어 다양한 서비스에서 배제되고 있는 ‘복지 사각지대’에 초점을 둔다. 즉 「장애인복지법」의 정신장애영역에서의 소수자는 「장애인복지법」의 장애범주에 해당되지 않으나 정신적 어려움으로 인해 일상생활 및 사회참여에 제약이 있는 자를 의미한다.

위의 포괄적 정신장애개념은 ICF장애개념, 사회적 모델, 선별적 보편주의에 기반하여 개념화 하였으며, 이에 대한 상반된 개념으로 현행 장애인복지법의 장애개념을 제한적 장애개념으로 조작화하였다. 소수자 개념은 제한적 장애개념에 의해 다양한 서비스에서 배제되고 차별받고 있는 집단이 바로 내 ‘소수자’로서 이들이 바로 포괄적 정신장애인 내 ‘소수자’를 의미한다.

<표 II-26> 이론적 관점에 의한 정신장애개념 도출

이론	주요 관점	정책 대상자 선정 원리	정신장애 영역
ICF장애 개념	모든 사람들의 건강할 권리 보장 사회보장적 측면	정책대상의 포괄성 및 보편성	ICD-10의 정신건강영역 포괄
사회적 모델	장애인복지정책 및 서비스에서 차별받지 않을 권리 보장	정책대상의 복지욕구에 대한 제도적 대응성	정책대상자 포괄 및 정책적 유연성을 통한 정책대상자 욕구 반영
선별적 보편주의	“손상+일상생활 및 사회참여의 제한”자 우선순위 보장	정책대상의 적절성	정신적 장애로 인한 손상 및 일상생활 및 사회참여의 제약으로 어려움이 있는자에 대한 서비스 우선제공
소수자 개념	장애인복지법 제도권에서의 사각지대 구체화	정책대상자 사각지대 강조	「장애인복지법」의 장애범주에 해당되지 않는 자로서, 일상생활 및 사회참여에 제약이 있는 자

## 2) 포괄적 및 제한적 정신장애 개념 및 조작화

앞선 이론적 관점에 의해 포괄적 및 제한적 정신장애를 개념화 하면 다음과 같다. 포괄적 정신장애 개념은 ICF 장애관점, 사회적 모델에 근거한다. 즉 포괄적 정신장애 개념은 제한적인 증상과 진단 유무로 ‘정신 장애’를 국한하지 않고, 일상생활 및 사회참여 제약이 심각하면서 그 원인이 정신적 질환인 경우를 의미한다. 이는 ‘정신적 질환으로 인하여 일상생활 및 사회참여에 어려움이 있는 자’로서 제한적인 정신질환 범주 중심이 아닌 ICD-10의 전반적 정신장애 영역을 모두 포함한다고 할 수 있다.

제한적 정신장애는 포괄적 정신장애 개념의 상반된 개념으로서 ‘증상’ 및 ‘진단’에 의한 정신적 어려움을 가진 자로서 포괄적 정신장애개념에 반해 제한적 정신장애범주 및 진단과 증상이 중심이 되는 개념이다. 따라서 현행 장애인복지법의 정신장애개념을 제한적 정신장애 개념으로 조작화 할 수 있다.

## 3) 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’개념 및 조작화

지금까지 정의내린 포괄적 및 제한적 정신장애 개념을 토대로 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’를 개념화 하고자 한다. 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’는 제한적 정신장애 개념에 의해 복지서비스를 제공받지 못하는 자들을 라 할 수 있다. 즉 포괄적 정신장애 내 소수자는 정신적 어려움으로 인해 일상생활 및 사회참여가 힘들어도 불구하고 제한적 정신장애 개념으로 인하여 복지서비스에서 차별을 겪고 있는 집단이라 할 수 있다.



[그림 II-9] 포괄적 및 제한적 정신장애인, 소수자 개념

<표 II-27> 포괄적 및 제한적 정신장애, 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 개념 및 조작적 정의

정의	개념	조작적 정의
포괄적 정신장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신적 어려움으로 인하여 일상생활 및 사회참여에 어려움이 있는 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICF 장애개념에 따라 제한적인 증상과 진단 유무로 ‘정신 장애’를 국한하지 않고, 일상생활 및 사회참여 제약이 심각하면서 그 원인이 정신적 질환 및 증상과 관련된 자</li> <li>국내외 정신장애개념에 포함하고 있는 전반적 영역</li> </ul>
제한적 정신장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>제한된 진단범주에 따른 정신적 어려움으로 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>현행 장애인복지법의 정신장애범주(4개 범주)</li> </ul>
포괄적 정신장애 내 ‘소수자’	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신적 어려움으로 인해 일상생활 및 사회참여가 힘들에도 불구하고 제한적 정신장애 개념으로 인하여 복지서비스에서 차별을 겪고 있는 집단</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>포괄적 정신장애 영역에서 제한적 정신장애 개념에 의해 서비스에서 제외된 영역</li> <li>ICD-10의 정신장애영역에서 「장애인복지법」 시행령 제2조(장애의 종류 및 기준)에 따른 정신장애에 해당되는 정신질환범주(조현병(F20), 조현 정동장애(F25), 양극성 정동장애(F31), 재발성 우울성 장애(F33))이 아니어서 다양한 서비스에서 배제된 자</li> <li>①~⑩ 중 장애인복지법의 4개 범주영역을 제외한 범주를 모두 포괄되나, 본 연구에서는 국내외 정신장애범주 비교 결과, 공통적으로 포함되지 않거나, 또는 유형별 장애진단(자폐, 지적 등)이 있을 경우에는 제외함</li> </ul>

포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 는 그림과 같이 포괄적 정신장애 개념에 따라 제한된 정신장애(장애인복지법 정신장애인) 영역을 제외한 영역(점선)이 포함된다. 앞서 국내외 정신장애범주를 비교분석한 결과에 따르면 ICF 장애개념에 근거하여 장애판정을 하고 있는 국가들은 포괄적 정신장애인의 범주와 매우 유사한 것으로 나타났다. 즉 ICD-10의 정신장애영역을 전반적으로 포괄하고 있



으며, 질환유무가 핵심이 아니라 정신적 어려움으로 인한 일상생활 및 사회참여의 기능의 어려움을 판단하고 있다.

따라서 본 연구의 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’는 ICF 장애개념에 근거한 포괄적 정신장애범주를 가진 국가들의 장애범주영역을 기준으로 제한적 정신장애범주인 장애인복지법의 4개 범주에 의해 장애인복지체계에서 배제된 자를 의미한다. 즉 사민주의 국가인 독일, 자유주의 국가인 미국, 호주, 일본의 국가들의 정신장애 범주인 ICD-10의 영역에서 ICD-10에서 4개 범주를 제외한 정신영역에 해당되고 일상생활 및 사회참여에 제약이 있는 자로서 조작화 할 수 있다.<sup>20)</sup> 따라서 포괄적 정신장애 범주 내 소수자는 다음 표의 ①~ ⑩ 중 국가별 정신장애범주에서 차이를 다소 보였던 ICD-10 영역 중 ‘향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 영역’과 한국 「장애인복지법」의 장애유형 중 ‘지적장애’, ‘발달장애’를 제외한 정신질환을 의미한다.

- ① 기질성 또는 증상성 정신장애
- ② 조현병 분열 및 망상장애(조현병 제외)
- ③ 기분 정동장애(양극성 정동장애, 재발성 우울성 장애 제외)
- ④ 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애(불안장애, 공황장애)
- ⑤ 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군
- ⑥ 성인 인격 및 행동장애(인격장애)
- ⑦ 이동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애(투렛증후군 등)<sup>21)</sup>

20) 4개 범주임에 불구하고 의학적 정신장애판단기준에 의하여 제외된 대상자도 포함될 수 있음.

21) 동 영역의 경우, SMI에서는 제외하고 있으나 본 영역에서는 투렛증후군으로 인해 포함하였음.

<표 II-28> 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 관련 정신질환 범주

구분	주요 개념	제한적 정신장애 범주 (「장애인복지법」 정신질환 범주)	포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 관련 정신질환 범주
① F00-F09	• 기질성 또는 증상성 정신 장애	—	• 치매, 뇌손상 후 기억상실증, 섬 망
② F10-F19	• 향정신성의약 품 사용으로 인한 정신 및 행동장애	—	• 알콜, 아편, 코카인, 환각제, 담배 등으로 인한 장애
③ F20-F29	• 조현병, 분열 및 망상장애	• 조현병(F20) • 조현 정동장애(F25)	• 지속성 망상 장애, 비기질성 정 신병
④ F30-F38	• 기분(정동)장 애	• 양극성 정동장애(F31) • 재발성 우울성 장애 (F33)	• 경조증, 우울증 삽화, 지속성 기 분(정동)장애
⑤ F40-F48	• 신경증적, 스 트레스 관련 및 신체형 장 애	—	• 공포성 불안장애, 기타 불안장애 (공황장애, 범불안 장애) 강박장 애, 외상후 스트레스 장애, 해리 성 장애 등
⑥ F50-F59	• 생리적 교란 및 물리적 요 인과 관련된 행동 증후군	—	• 섭식장애, 수면장애(불면증), 질 병에 의하지 않는 성기능 장애 (성 혐오 및 성적 쾌감 결핍 등), 산후우울증
⑦ F60-F69	• 성인 인격 및 행동장애	—	• 인격장애(편집성, 분열성, 반사회 성, 경계성, 회피성 등), 충동장 애(병적 도박, 갈헐적 폭발성 장 애), 성적체성 장애(성전환증, 이중역할 의상도착증), 성도착증
⑧ F70-F79	• 지적장애	• 지적장애	• 경증, 중증도, 심한 극심한 기타 정신지체 등
⑨ F80-F89	• 심리적 발달장 애	• 자폐성장애	• 언어, 학습능력(난독증), 운동기능 (발달성 협응장애), 전반적 발달 장애(F84, 소아기 자폐증, 레트증 후군, 이스퍼거 증후군 등) 등
⑩ F90-F98	• 아동기 및 청 소년기에 주 로 발병하는 기타 행동 및 정서장애	—	• 과잉동성장애(ADHD), 품행장애, 사회기능장애(아동 반응성 애착 상태), 틱장애(투렛증후군), 행동 및 감정장애(야뇨증, 말더듬증)

주: 본 연구에서의 소수자는 음영을 의미함



	개념	조작화
포괄적 정신장애 개념 및 조작화	제한적인 증상과 진단 유무로 '정신 장애'를 국한하지 않고, 일상생활 및 사회참여 제약이 심각하면서 그 원인이 정신적 질환인 경우	제한적인 정신질환 범주 중심이 아닌 ICD-10의 전반적 정신장애영역을 모두 포함(국내외 정신장애개념에 포함하고 있는 전반적 영역)
제한적 정신장애 개념 및 조작화	'증상' 및 '진단'에 의한 정신적 어려움을 가진 자로서 포괄적 정신장애개념에 반해 제한적 정신장애범주 및 진단과 증상이 중심이 되는 개념	현행 장애인복지법 정신장애 영역 (증상 기준, 4개 범주: 조현병, 조현정 동장애, 양극성 정동장애, 재발성우 울장애)
포괄적 정신장애 내 '소수자'	제한적 정신장애 개념에 의해 복지서비스에서 배제된 자	국내외 정신장애범주들은 포함하고 있 으나(포괄적 정신장애) 제한적 정신장 애개념에 의해 서비스에서 제외된 영역  ① 기질성 또는 증상성 정신장애 ② 조현병 분열 및 망상장애(조현병 제외) ③ 기분 정동장애 (양극성 정동장애, 재발성 우울성 장애 제외) ④ 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애(불안장애, 공황장애) ⑤ 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군 ⑥ 성인 인격 및 행동장애(인격장애) ⑦ 아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애(투렛증후군 등)

[그림 II-10] 포괄적 및 제한적 정신장애인, 소수자 개념

구분	장애인복지법	직업재활법	국민연금법	산재보험	정신건강증진법	국민기초생활보장법
F00 ~ F09	<b>포괄적 정신장애: ICD-10의 전반적 정신장애영역</b>  <b>포괄적 정신장애 내 소수자</b>  정신적 어려움으로 인해 일상생활 및 사회참여가 힘들어도 불구하고 <b>제한적 정신장애 개념</b> 으로 인하여 복지서비스에서 차별을 겪고 있는 집단		장애연금	장애연금	정신건강복지센터/정신재활시설 이용 등	저소득층 소득보장
F10 ~ F19			0	-	기질성 정신장애	뇌손상 후유장애 (F00-03, F06-09)
F20 ~ F29			알코올중독장애	-	알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애	0
F30 ~ F39			조현병 등	적응장애 우울에피소드	조현병 또는 망상장애 기원장애 정신장애	조현병 및 망상성 장애 (F20-F29)
F40 ~ F48			양극성정동장애	-		양극성장애 (F31) 우울장애 중 중등증상 (F32.2-32.3/F33.2-33.3)
F50 ~ F59			0 - 위의 질환 등	외상후스트레스 장애	불안장애 강박장애	강박장애 (F42) 외상후스트레스 장애 (F43.1)
					0 기타 질환은 보건복지부령에 의함	0

주: 국민연금 장애심사 구비서류(정신 또는 신경계통의 장애)에 따르면, 치매, 알츠하이머병, 기질성 정신장애 등, 조현병, 양극성정동장애, 우울증, 공황장애, 알코올의존증, 외상후 스트레스 장애 등

[그림 II-11] 포괄적 정신장애 내 소수자(장애인복지법에서 제외되어 사각지대에 놓인 자)





### Ⅲ 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황

#### 1. 포괄적 정신장애 내 ‘소수자’ 현황

##### 1) 주요 정신장애(질환) 현황

정신장애의 질환 유형은 F00~F99로 다양하며, 본 장에서는 F코드의 질환 중 아래의 표에 제시된 질환을 중점적으로 살펴보고자 한다. 아래의 질환을 선정한 근거는 세 가지인데, 첫 번째로는 2016년 정신질환실태역학조사 결과, 유병률이 높은 질환, 둘째, 장애인복지법상 정신질환 유형 중 2016년 정신질환 실태역학조사에서 포괄하지 않는 질환(조현정동장애), 셋째, 고영진 외(2014)에서 ‘치료 불응성 외상 후 스트레스장애, 강박장애, 투렛장애 및 기면증’도 포괄하여 진단을 해야한다는 제언을 받들어 강박장애, 외상 후 스트레스 장애, 복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[테라투렛 증후군]<sup>22)</sup>를 위주로 환자수, 내원일수, 청구건수, 요양급여 비용 총액, 보험자 부담금을 살펴보고자 한다. 단, 내원일수 및 청구건수를 포함한 표에 대해서는 별첨을 참고 바란다.

<표 III-1> 분석 대상 질환 및 분석 영역

영역		분석 내용
정신분열병, 분열형 및 망상성 장애	F20 조현병	환자수, 내원일수, 청구건수, 요양급여 비용 총액, 보험자부담금
	F25 조현정동장애	
기분(정동) 장애	F30 조증에피소드	
	F31 양극성 정동장애	
	F32 우울에피소드	
	F33 재발성 우울장애	
	F34 지속성 기분(정동)장애	
	F38 기타 기분(정동) 장애	
	F39 상세불명의 기분(정동)장애	
	F40 공포성 불안장애	
신경증성, 스트레스-연관 및 신체형장애	F41 기타 불안장애	
	F42 강박장애	
	F431 외상 후 스트레스 장애	
소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애	F952 복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애 [테라투렛 증후군]	

22) 기면증에 대한 설명은 조윤화 외(2019)를 참조할 것.

먼저, 조현병(F20) 환자수를 살펴보면, 2019년 기준 109,121명으로 2015년부터 꾸준히 증가하였고 그밖에 요양급여비용 총액과 보험자부담금도 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-2> 조현병 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	106,187	50,157	56,030
	요양급여비용총액	325,123,484	172,844,033	152,279,451
	보험자부담금	266,677,591	141,726,073	124,951,518
2016년	환자수	107,114	50,505	56,609
	요양급여비용총액	338,666,025	178,649,449	160,016,576
	보험자부담금	277,108,369	146,071,796	131,036,574
2017년	환자수	107,713	50,205	57,508
	요양급여비용총액	341,317,876	178,009,000	163,308,876
	보험자부담금	279,743,036	145,848,655	133,894,381
2018년	환자수	109,035	50,200	58,835
	요양급여비용총액	351,507,233	181,018,347	170,488,886
	보험자부담금	288,585,420	148,536,131	140,049,289
2019년	환자수	109,121	49,836	59,285
	요양급여비용총액	367,976,606	187,003,727	180,972,879
	보험자부담금	302,603,205	153,755,090	148,848,115

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성



다음은 조현정동장애(F25) 환자수를 살펴본 결과, 2015년부터 꾸준히 증가하다 2019년에 12,260명으로 전년 대비 소폭 줄어들었고, 보험 자부담금과 요양급여비용 총액의 경우, 2015년부터 꾸준히 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-3> 조현정동장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	11,190	4,330	6,860
	요양급여비용총액	21,954,664	9,455,928	12,498,736
	보험자부담금	18,037,707	7,776,684	10,261,023
2016년	환자수	11,735	4,547	7,188
	요양급여비용총액	23,957,019	10,152,282	13,804,737
	보험자부담금	19,626,469	8,309,635	11,316,834
2017년	환자수	12,009	4,657	7,352
	요양급여비용총액	25,340,765	10,500,184	14,840,581
	보험자부담금	20,755,125	8,598,124	12,157,001
2018년	환자수	12,398	4,810	7,588
	요양급여비용총액	26,825,411	11,174,068	15,651,343
	보험자부담금	21,978,440	9,159,403	12,819,037
2019년	환자수	12,260	4,762	7,498
	요양급여비용총액	29,639,386	12,201,297	17,438,089
	보험자부담금	24,285,503	10,011,572	14,273,931

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

조증에피소드(F30) 환자수를 살펴본 결과, 2016년까지 증가하다 2017년에 감소하였고 이후부터 2019년까지 꾸준히 증가하고 있었다. 요양급여비용총액과 보험자부담금은 2018년까지 꾸준히 감소하다 2019년에 증가하였다.

<표 III-4> 조증에피소드 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	2,609	1,186	1,423
	요양급여비용총액	2,064,894	1,135,943	928,951
	보험자부담금	1,490,181	826,438	663,743
2016년	환자수	2,663	1,167	1,496
	요양급여비용총액	1,834,177	873,886	960,291
	보험자부담금	1,302,847	624,031	678,816
2017년	환자수	2,408	1,057	1,351
	요양급여비용총액	1,767,083	876,509	890,573
	보험자부담금	1,255,612	625,359	630,253
2018년	환자수	2,443	1,092	1,351
	요양급여비용총액	1,601,654	794,703	806,952
	보험자부담금	1,151,853	572,746	579,107
2019년	환자수	2,554	1,138	1,416
	요양급여비용총액	1,679,458	734,463	944,995
	보험자부담금	1,201,110	520,844	680,266

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성



양극성 정동장애(F31) 환자수를 살펴본 결과, 꾸준히 증가하고 있고 2019년은 전년 대비 11,393명 증가하여 105,522명으로 나타났다. 요양급여비용총액과 보험자부담금도 2019년까지 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다.

<표 III-5> 양극성 정동장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	78,459	32,716	45,743
	요양급여비용총액	85,302,634	39,388,037	45,914,597
	보험자부담금	60,855,326	28,317,300	32,538,026
2016년	환자수	82,497	34,321	48,176
	요양급여비용총액	90,011,287	42,181,465	47,829,822
	보험자부담금	63,929,609	30,210,453	33,719,156
2017년	환자수	86,362	35,868	50,494
	요양급여비용총액	91,949,898	43,200,529	48,749,369
	보험자부담금	65,095,979	30,874,227	34,221,752
2018년	환자수	94,129	38,605	55,524
	요양급여비용총액	102,080,338	46,394,476	55,685,862
	보험자부담금	73,434,978	33,582,430	39,852,548
2019년	환자수	105,522	42,877	62,645
	요양급여비용총액	114,208,790	51,061,932	63,146,858
	보험자부담금	83,380,288	37,475,726	45,904,562

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

우울에피소드(F32) 환자수를 살펴보면, 꾸준히 증가한 것으로 나타났고 2019년엔 전년대비 43,939명 증가하여 728,629명으로 나타났다. 요양급여비용총액과 보험자부담금도 2019년까지 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다.

<표 III-6> 우울에피소드 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	537,261	176,185	361,076
	요양급여비용총액	197,734,953	68,392,367	129,342,586
	보험자부담금	134,029,283	46,587,131	87,442,152
2016년	환자수	578,161	192,623	385,538
	요양급여비용총액	221,699,526	77,808,451	143,891,074
	보험자부담금	149,781,675	52,837,257	96,944,418
2017년	환자수	614,379	206,188	408,191
	요양급여비용총액	238,501,665	84,038,268	154,463,397
	보험자부담금	160,824,496	56,901,285	103,923,211
2018년	환자수	684,690	231,642	453,048
	요양급여비용총액	290,181,436	99,019,300	191,162,135
	보험자부담금	204,573,553	69,531,198	135,042,356
2019년	환자수	728,629	246,546	482,083
	요양급여비용총액	333,283,787	113,259,131	220,024,656
	보험자부담금	250,059,334	84,361,233	165,698,101

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성



재발성 우울장애(F33) 환자수를 살펴본 결과, 2015년부터 꾸준히 증가하여 2019년엔 전년대비 606명 증가하여 총 82,875명인 것으로 나타났다. 또한 요양급여비용총액과 보험자부담금도 2019년까지 꾸준히 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-7> 재발성 우울장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	77,451	22,355	55,096
	요양급여비용총액	34,241,805	11,283,377	22,958,429
	보험자부담금	23,923,824	8,010,288	15,913,536
2016년	환자수	78,823	23,123	55,700
	요양급여비용총액	36,667,688	12,300,020	24,367,668
	보험자부담금	25,586,300	8,714,643	16,871,657
2017년	환자수	79,555	23,122	56,433
	요양급여비용총액	38,492,268	12,683,339	25,808,929
	보험자부담금	26,808,134	8,953,730	17,854,404
2018년	환자수	82,269	24,325	57,944
	요양급여비용총액	41,759,956	13,622,333	28,137,624
	보험자부담금	29,911,576	9,795,942	20,115,634
2019년	환자수	82,875	24,671	58,204
	요양급여비용총액	44,415,277	14,305,604	30,109,673
	보험자부담금	33,212,524	10,680,900	22,531,624

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

지속성 기분(정동)장애(F34) 환자수를 살펴본 결과, 2016년까지 증가하다 2017년에 감소하였고 2018년부터 다시 증가하여 2019년엔 총 67,855명으로 나타났다. 또한 요양급여비용총액과 보험자부담금도 2019년까지 꾸준히 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-8> 지속성 기분(정동)장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	51,414	16,710	34,704
	요양급여비용총액	14,780,117	5,054,329	9,725,788
	보험자부담금	10,164,762	3,462,596	6,702,167
2016년	환자수	49,984	16,605	33,379
	요양급여비용총액	14,881,096	5,305,377	9,575,719
	보험자부담금	10,210,036	3,624,677	6,585,360
2017년	환자수	49,270	16,555	32,715
	요양급여비용총액	15,033,391	5,276,918	9,756,473
	보험자부담금	10,318,356	3,594,096	6,724,260
2018년	환자수	49,959	17,042	32,917
	요양급여비용총액	16,075,404	5,679,018	10,396,386
	보험자부담금	11,538,098	4,038,684	7,499,414
2019년	환자수	67,855	23,267	44,588
	요양급여비용총액	24,194,376	8,600,302	15,594,075
	보험자부담금	17,192,819	6,047,159	11,145,660

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성





기타 기분(정동) 장애(F38) 환자수를 살펴본 결과, 2018년까지 꾸준히 감소하다가 2019년에 증가하여 14,902명인 것으로 나타났다. 반면, 요양급여비용 총액은 증가 및 감소의 변동이 매년 있었고 보험자부담금의 경우, 2017년까지 증가하다가 2018년에 감소하였고 2019년에 다시 증가하였다.

<표 III-9> 기타 기분(정동) 장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	16,556	5,812	10,744
	요양급여비용총액	2,181,647	863,479	1,318,169
	보험자부담금	1,553,274	615,963	937,311
2016년	환자수	16,207	5,759	10,448
	요양급여비용총액	2,157,649	839,247	1,318,402
	보험자부담금	1,535,629	596,879	938,751
2017년	환자수	14,112	5,024	9,088
	요양급여비용총액	2,252,143	858,568	1,393,575
	보험자부담금	1,589,368	602,790	986,577
2018년	환자수	12,771	4,579	8,192
	요양급여비용총액	2,161,697	820,204	1,341,493
	보험자부담금	1,571,703	594,532	977,171
2019년	환자수	14,902	5,560	9,342
	요양급여비용총액	3,076,575	1,165,587	1,910,988
	보험자부담금	2,219,578	847,157	1,372,421

출처: 보건 의료빅데이터 개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

상세불명의 기본(정동)장애 환자수를 살펴본 결과, 2016년까지 증가하다 2017년에 감소하였고 다시 2019년까지 증가하여 15,621명인 것으로 나타났다. 반면, 요양급여비용 총액은 계속 증가하였고, 보험자부담금은 2016년에 감소하였다가 계속 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-10> 상세불명의 기본(정동)장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	10,473	3,778	6,695
	요양급여비용총액	2,606,977	1,070,249	1,536,728
	보험자부담금	1,767,987	730,213	1,037,775
2016년	환자수	10,686	3,899	6,787
	요양급여비용총액	2,623,726	1,103,049	1,520,678
	보험자부담금	1,744,570	738,765	1,005,805
2017년	환자수	10,301	3,865	6,436
	요양급여비용총액	2,669,662	1,146,623	1,523,039
	보험자부담금	1,786,382	773,523	1,012,859
2018년	환자수	11,132	4,148	6,984
	요양급여비용총액	3,174,165	1,331,932	1,842,233
	보험자부담금	2,195,476	931,425	1,264,051
2019년	환자수	15,621	5,784	9,837
	요양급여비용총액	5,617,859	2,085,368	3,532,490
	보험자부담금	3,680,205	1,376,178	2,304,027

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성



공포성 불안장애(F40) 환자수를 살펴본 결과, 매년 꾸준히 증가하여 2019년에는 50,145명인 것으로 나타났고, 요양급여비용 총액과 보험자부담금 역시 매년 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-11> 공포성 불안장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	36,057	19,140	16,917
	요양급여비용총액	7,584,414	4,401,378	3,183,036
	보험자부담금	4,941,980	2,865,644	2,076,336
2016년	환자수	38,183	20,240	17,943
	요양급여비용총액	8,516,815	4,903,770	3,613,045
	보험자부담금	5,538,153	3,187,832	2,350,321
2017년	환자수	41,067	21,876	19,191
	요양급여비용총액	9,546,159	5,409,553	4,136,606
	보험자부담금	6,186,274	3,496,543	2,689,730
2018년	환자수	43,863	23,151	20,712
	요양급여비용총액	11,013,481	6,079,374	4,934,107
	보험자부담금	7,523,837	4,127,320	3,396,517
2019년	환자수	50,145	25,958	24,187
	요양급여비용총액	13,607,666	7,399,011	6,208,655
	보험자부담금	9,731,423	5,282,015	4,449,409

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

기타 불안장애(F41) 환자수를 살펴본 결과, 매년 증가하였고 2019년에는 676, 823명인 것으로 나타났다. 또한 요양급여비용총액과 보험자부담금도 매년 꾸준히 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-12> 기타 불안장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	522,365	193,398	328,967
	요양급여비용총액	94,790,952	38,320,235	56,470,717
	보험자부담금	63,294,709	25,431,147	37,863,562
2016년	환자수	565,099	211,667	353,432
	요양급여비용총액	110,233,198	44,652,078	65,581,119
	보험자부담금	73,506,822	29,565,006	43,941,816
2017년	환자수	598,872	226,782	372,090
	요양급여비용총액	126,012,718	51,092,244	74,920,474
	보험자부담금	84,078,262	33,847,329	50,230,933
2018년	환자수	653,880	250,220	403,660
	요양급여비용총액	152,586,537	61,830,953	90,755,584
	보험자부담금	106,711,434	42,935,393	63,776,041
2019년	환자수	676,823	260,497	416,326
	요양급여비용총액	174,850,219	70,636,406	104,213,813
	보험자부담금	131,172,488	52,681,412	78,491,076

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성



강박장애(F42) 환자수를 살펴본 결과, 매년 꾸준히 증가하여 2019년에는 29,867명인 것으로 나타났다. 또한 요양급여비용총액과 보험자부담금도 매년 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-13> 강박장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	24,133	14,069	10,064
	요양급여비용총액	10,888,215	6,641,978	4,246,238
	보험자부담금	7,291,554	4,431,526	2,860,029
2016년	환자수	25,472	14,921	10,551
	요양급여비용총액	11,951,715	7,490,796	4,460,919
	보험자부담금	7,951,989	4,981,054	2,970,935
2017년	환자수	26,670	15,617	11,053
	요양급여비용총액	12,889,372	7,905,640	4,983,732
	보험자부담금	8,609,883	5,274,771	3,335,112
2018년	환자수	28,193	16,453	11,740
	요양급여비용총액	14,397,808	8,715,839	5,681,969
	보험자부담금	10,029,392	6,041,769	3,987,624
2019년	환자수	29,867	17,258	12,609
	요양급여비용총액	16,418,941	9,806,880	6,612,061
	보험자부담금	12,183,666	7,231,227	4,952,439

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(3단 상병) 통계자료 재구성

외상후 스트레스 장애(F431) 환자수를 살펴본 결과, 매년 증가하여 2019년에는 10,554명인 것으로 나타났다. 또한 요양급여비용총액도 매년 증가하였고, 보험자부담금의 경우, 증가하다 2017년에 소폭 감소하다 2018년부터 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-14> 외상후 스트레스 장애 현황(2015년~2019년)

단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	7,240	2,957	4,283
	요양급여비용총액	2,873,067	1,253,119	1,619,948
	보험자부담금	1,900,303	824,133	1,076,170
2016년	환자수	7,896	3,179	4,717
	요양급여비용총액	3,327,227	1,394,994	1,932,233
	보험자부담금	2,205,628	912,660	1,292,969
2017년	환자수	8,209	3,313	4,896
	요양급여비용총액	3,382,786	1,362,269	2,020,517
	보험자부담금	2,201,368	875,865	1,325,504
2018년	환자수	9,637	3,744	5,893
	요양급여비용총액	4,433,816	1,647,211	2,786,606
	보험자부담금	3,009,752	1,098,755	1,910,997
2019년	환자수	10,554	4,159	6,395
	요양급여비용총액	5,022,495	1,896,155	3,126,340
	보험자부담금	3,538,608	1,308,848	2,229,760

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(4단 상병) 통계자료 재구성



복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[테라투렛 증후군](F952) 환자수를 살펴본 결과, 매년 꾸준히 증가하여 2019년에는 9,689명인 것으로 나타났다. 요양급여비용총액도 마찬가지로 매년 증가하였고 보험자부담금의 경우, 증가추세였다가 2017년에 소폭 감소하다 2018년부터 다시 증가추세인 것으로 나타났다.

<표 III-15> 복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[테라투렛 증후군] 현황(2015년~2019년)  
단위: 명, 천원

심사년도	구분	계	남	여
2015년	환자수	7,152	5,913	1,239
	요양급여비용총액	3,079,763	2,549,358	530,405
	보험자부담금	1,987,603	1,640,645	346,957
2016년	환자수	8,033	6,646	1,387
	요양급여비용총액	3,530,114	2,929,736	600,378
	보험자부담금	2,258,772	1,873,192	385,581
2017년	환자수	8,563	7,039	1,524
	요양급여비용총액	3,951,961	3,220,317	731,644
	보험자부담금	2,553,510	2,070,051	483,458
2018년	환자수	9,026	7,371	1,655
	요양급여비용총액	4,188,999	3,406,369	782,630
	보험자부담금	2,793,456	2,267,353	526,103
2019년	환자수	9,689	7,928	1,761
	요양급여비용총액	4,944,579	4,042,259	902,320
	보험자부담금	3,498,630	2,854,752	643,878

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트 의료통계정보(4단 상병) 통계자료 재구성

## 2) 유병율

정신질환실태역학조사<sup>23)</sup>를 통해 정신질환 유병률 추이를 살펴보면, 2001년부터 2016년 까지 가장 높은 유병률의 질환은 알코올 사용장애, 알코올 남용, 니코틴 사용장애로 나타났다.

<표 III-16> 정신질환 유병률 추이(2001~2016)

단위: %

진단	2001		2006		2011		2016	
	유병률	SE	유병률	SE	유병률	SE	유병률	SE
알코올 사용장애	15.9	0.5	16.2	1.2	14.0	1.0	12.2	0.6
알코올 의존	8.1	0.4	7.0	0.9	5.6	0.6	4.5	0.4
알코올 남용	7.8	0.4	9.2	0.5	8.5	0.8	7.7	0.5
니코틴 사용장애	10.3	0.4	9.0	0.7	7.3	0.7	6.0	0.4
니코틴 의존	9.4	0.4	7.7	0.7	5.5	0.6	4.7	0.4
니코틴 금단	2.4	0.2	2.9	0.3	3.1	0.5	2.5	0.3
약물 사용 장애	—	—	—	—	—	—	0.2	0.1
조현병 스펙트럼장애	1.1	0.1	0.5	0.1	0.6	0.2	0.5	0.1
조현병 및 관련 장애	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
단기정신병적장애	0.8	0.1	0.3	0.1	0.4	0.2	0.3	0.1
기분장애	4.6	0.3	6.2	0.6	7.5	0.7	5.3	0.4
주요우울장애	4.0	0.3	5.6	0.5	6.7	0.7	5.0	0.4
기분부전장애	0.5	0.1	0.5	0.1	0.7	0.2	1.3	0.2
양극성 장애	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1

출처: 보건복지부 정신질환실태 역학조사(2016) pp. 113

한편, 2016년 정신질환의 평생유병율을 살펴본 결과, 알코올사용장애가 12.2%로 가장 높았고, 다음으로 불안장애 9.3%, 니코틴 사용장애 6.0%, 기분장애 5.3% 등의 순서로 나타났다. 성별로 살펴보면, 남성은 알코올 사용장애, 여성은 불안장애가 가장 높은 것으로 나타나 성별에 따른 정신질환평생유병율의 차이가 있는 것으로 나타났다.

23) 5년마다 복지부에서 실태조사를 수행하며, 최초는 2001년임.





<표 III-17> 주요 정신질환의 평생유병율(2016년)

단위: %

진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	SE <sup>24)</sup> (%)	유병률(%)	SE(%)	유병률(%)	SE(%)
알코올사용장애	18.1	1.1	6.4	0.6	12.2	0.6
알코올 의존	6.4	0.7	2.7	0.4	4.5	0.4
알코올 남용	11.8	0.9	3.6	0.4	7.7	0.5
약물사용장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
니코틴 사용장애	10.6	0.8	1.4	0.2	6.0	0.4
니코틴 의존	8.3	0.7	1.0	0.2	4.7	0.4
니코틴 금단	4.4	0.6	0.6	0.2	2.5	0.3
조현병 스펙트럼장애	0.5	0.2	0.4	0.1	0.5	0.1
조현병 및 관련 장애 <sup>25)</sup>	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
단기정신병적장애	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1
기분장애	3.3	0.5	7.2	0.6	5.3	0.4
주요우울장애	3.0	0.5	6.9	0.6	5.0	0.4
기분부전장애	0.8	0.2	1.8	0.3	1.3	0.2
양극성장애	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1
불안장애	6.7	0.7	11.7	0.7	9.3	0.5
강박장애	0.1	0.1	1.0	0.3	0.6	0.1
외상후스트레스 장애	1.3	0.3	1.8	0.3	1.5	0.2
공황장애	0.4	0.1	0.6	0.2	0.5	0.1
광장공포증	0.8	0.3	0.6	0.2	0.7	0.2
사회공포증	1.2	0.3	2.0	0.3	1.6	0.2
범불안장애	1.9	0.4	2.8	0.3	2.4	0.3
특정공포증	3.6	0.5	7.5	0.6	5.6	0.4
모든 정신장애*	28.8	1.2	21.9	0.9	25.4	0.8
모든 정신장애 니코틴사용장애 제외*	24.7	1.2	21.5	0.9	23.1	0.7
모든 정신장애 니코틴/알코올사 용장애 제외*	9.1	0.8	17.2	0.8	13.2	0.6

주: \* 지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률. 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음.

출처: 홍진표 외(2016) 정신질환실태역학조사 pp.14

24) 표준오차

25) 조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함

### 3) 의료 현황

진료실인원은 건강보험 가입자 중 실제 진료 받은 환자수를 의미한다. 2015년부터 2018년까지 진료실인원의 현황을 살펴보면, 아래의 표에 제시된 질환 중 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애가 가장 많이 진료를 받은 것으로 나타났고, 그 다음으로 기분장애, 기타 정신 및 행동장애, 치매 순으로 나타났다. 한편, 진료 받은 환자들 중 가장 증가율이 높은 질환은 치매, 기타 정신 및 행동장애, 기분장애 순으로 높았으며, 치매의 경우, 2016년 8.57%에서 2018년 9.61%로 증가하였고, 기타 및 정신 및 행동장애는 2016년 7.15%에서 2018년 9.43%로 증가하였으며, 기분장애는 2016년 5.30%에서 2018년 8.64%로 증가하였다.

<표 III-18> 진료실인원 현황(2015~2018)

단위: 명

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	389,442	425,928	464,382	513,746
	입원	103,149	114,673	123,965	133,308
	외래	310,938	338,398	369,871	414,288
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	76,895	75,356	74,625	74,856
	입원	30,512	29,248	26,756	24,676
	외래	57,832	57,046	58,099	60,027
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	10,491	10,283	10,215	9,591
	입원	2,404	3,845	3,676	3,669
	외래	8,467	6,865	6,919	6,287
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	141,976	143,626	145,203	146,901
	입원	29,885	29,134	28,752	27,537
	외래	129,679	131,611	133,444	135,501
기분장애	계	735,059	776,203	815,309	892,436
	입원	26,927	26,870	25,905	27,328
	외래	727,423	768,638	808,184	885,404
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	878,072	927,361	964,409	1,028,196
	입원	10,788	14,683	14,275	13,496
	외래	873,757	920,775	957,943	1,022,074
정신 지연	계	22,110	23,139	22,516	22,762
	입원	1,878	1,846	1,887	1,846
	외래	20,895	21,955	21,321	21,608
기타 정신 및 행동장애	계	605,136	651,762	688,628	760,333
	입원	11,734	13,084	12,499	12,717
	외래	597,526	643,101	680,344	752,133

주: 1) 수진기준(한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

2) 진료실인원 계는 중복제거 값임.

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용



내원일수는 진료비청구명세서상에 기재된 건강보험 환자가 실제로 요양기관에 방문한 일수를 의미하는 것으로, 2015년부터 2018년까지의 현황을 살펴보면, 치매를 앓고 있는 환자가 가장 많이 방문한 것으로 나타났고, 다음으로 기분장애, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애 순으로 많았다. 또한 내원 증가율이 높은 질환은 치매, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애, 기분장애 순으로 많았으며, 치매의 경우 2016년 11.44%, 2017년 9.67, 2018년 7.07%로 증가하였고, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애의 경우, 2016년 7.15%, 2017년 6.62%, 2018년 8.75%로 증가하였으며, 기분 장애의 경우, 2016년 4.50%, 2017년 3.86%, 2018년 8.23%로 증가하였다.

<표 III-19> 내원일수 현황(2015~2018)

단위: 일

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	19,249,574	21,736,795	24,063,130	25,894,054
	입원	17,535,981	19,841,647	21,951,299	23,498,192
	외래	1,713,593	1,895,148	2,111,831	2,395,862
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	3,221,937	2,947,193	2,623,487	2,428,585
	입원	3,006,306	2,727,196	2,392,745	2,185,173
	외래	215,631	219,997	230,742	243,412
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	40,522	41,866	40,028	38,293
	입원	22,861	24,861	22,668	22,638
	외래	17,661	17,005	17,360	15,655
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	5,547,127	5,479,238	5,355,654	5,232,105
	입원	4,197,490	4,102,085	3,962,706	3,826,497
	외래	1,349,637	1,377,153	1,392,948	1,405,608
기분장애	계	6,693,777	7,009,376	7,291,044	7,944,999
	입원	1,354,822	1,331,494	1,240,181	1,227,109
	외래	5,338,955	5,677,882	6,050,863	6,717,890
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	4,220,267	4,545,460	4,867,565	5,334,101
	입원	210,879	207,547	199,949	177,000
	외래	4,009,388	4,337,913	4,667,616	5,157,101
정신 지연	계	410,851	410,734	422,421	413,502
	입원	298,259	293,839	303,565	291,876
	외래	112,592	116,895	118,856	121,626
기타 정신 및 행동장애	계	3,536,669	3,720,945	3,883,318	4,216,079
	입원	849,935	831,774	794,032	782,277
	외래	2,686,734	2,889,171	3,089,286	3,433,802

주: 수진기준 (한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용

급여일수는 내원일수에 원내 투약일수를 포함한 일수로 단, 내원과 투약이 중복된 날은 1일로 산정하였다. 2015년부터 2018년까지의 현황을 살펴보면, 기분장애가 가장 급여일수가 높았고, 다음으로 치매, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애 순으로 높았다. 한편, 급여일수 증가율을 살펴본 결과, 기타 정신 및 행동장애, 치매, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애 순으로 높았으며, 기타 정신 및 행동장애는 2016년 10.35%, 2017년 8.00%, 2018년 13.52%, 치매는 2016년 11.77%, 2017년 9.19%, 2018년 10.74%, 신경증적, 스트레스와 관련한 신체형 장애는 2016년 9.00%, 2017년 7.41%, 2018년 10.44%로 증가하였다.

<표 III-20> 급여일수 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	73,076,199	82,829,312	91,215,401	102,186,245
	입원	17,846,368	20,178,902	22,338,609	23,925,751
	외래	55,229,831	62,650,410	68,876,792	78,260,494
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	7,320,911	7,215,552	6,975,363	7,012,394
	입원	3,335,379	3,052,939	2,682,763	2,454,533
	외래	3,985,532	4,162,613	4,292,600	4,557,861
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	306,583	367,671	380,701	393,087
	입원	32,076	34,695	31,670	32,104
	외래	274,507	332,976	349,031	360,983
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	36,594,528	37,580,191	37,885,743	38,171,234
	입원	4,592,744	4,515,642	4,386,368	4,233,779
	외래	32,001,784	33,064,549	33,499,375	33,937,455
기분장애	계	105,917,618	113,787,368	120,159,238	131,733,158
	입원	1,668,532	1,646,649	1,538,521	1,547,968
	외래	104,249,086	112,140,719	118,620,717	130,185,190
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	69,348,071	76,204,861	82,299,794	91,894,933
	입원	311,544	313,675	300,714	274,658
	외래	69,036,527	75,891,186	81,999,080	91,620,275
정신 지연	계	2,252,700	2,380,298	2,502,682	2,632,513
	입원	317,204	313,651	326,141	312,488
	외래	1,935,496	2,066,647	2,176,541	2,320,025
기타 정신 및 행동장애	계	55,252,387	61,630,669	66,989,956	77,460,618
	입원	939,780	928,347	893,403	885,811
	외래	54,312,607	60,702,322	66,096,553	76,574,807

주: 수진기준(한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용



진료비는 공단부담금(기관부담금)과 본인부담금을 더한 금액(요양급여(의료급여)비용 총액)으로 2015년부터 2018년 진료비를 살펴본 결과, 치매가 진료비로 사용된 금액이 가장 높았고, 다음으로 기분장애, 정신분열증, 분열형 및 망상형 장애 순으로 나타났다. 한편, 진료비 증가율을 살펴본 결과, 기타 정신 및 행동장애, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애, 기분장애가 높았고, 기타 및 행동장애 2016년 8.76, 2017년 7.25%, 2018년 14.64%, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애의 경우, 2016년 10.67%, 2017년 9.90%, 2018년 14.30%였으며, 기분장애의 경우, 2016년 7.77%, 2017년 6.26%, 2018년 14.25%로 나타났다. 또한 이 세 질환들은 2018년에 전년대비 다소 큰 폭으로 진료비가 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-21> 진료비 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	1,448,395,179	1,680,430,202	1,896,409,429	2,105,802,538
	입원	1,236,686,161	1,438,794,683	1,622,669,809	1,774,985,335
	외래	211,709,017	241,635,519	273,739,619	330,817,203
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	224,809,810	215,364,610	200,423,308	196,434,208
	입원	209,880,133	199,983,743	183,681,741	178,188,913
	외래	14,929,677	15,380,867	16,741,565	18,245,295
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	5,017,830	6,183,412	6,004,226	5,960,004
	입원	3,561,219	4,881,445	4,594,163	4,538,176
	외래	1,456,611	1,301,968	1,410,063	1,421,828
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	418,210,105	431,216,461	438,917,041	452,495,939
	입원	297,729,592	307,024,542	309,429,166	319,347,034
	외래	120,480,513	124,191,919	129,487,874	133,148,905
기분장애	계	395,558,383	428,869,265	457,507,299	533,539,484
	입원	110,320,453	117,333,261	115,045,382	129,141,823
	외래	285,237,930	311,536,004	342,461,917	404,397,661
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	202,147,806	226,291,926	251,165,662	293,066,546
	입원	19,452,485	21,621,759	22,232,411	21,869,719
	외래	182,695,321	204,670,166	228,933,250	271,196,827
정신 지연	계	26,089,274	27,247,974	29,280,353	30,181,681
	입원	19,599,444	20,193,379	21,756,193	21,968,754
	외래	6,489,830	7,054,595	7,524,160	8,212,927
기타 정신 및 행동장애	계	212,408,980	232,795,933	250,984,245	294,020,689
	입원	61,800,200	64,752,268	64,370,912	67,806,465
	외래	150,608,780	168,043,665	186,613,332	226,214,223

주: 수진기준 (한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용

급여비는 요양급여비용 총액에서 보험자인 공단이 부담한 금액으로, 2015년부터 2018년 급여비를 살펴본 결과, 가장 높은 급여비는 치매로 나타났고, 다음으로 기분장애, 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애 순으로 나타났다. 한편, 높은 급여비를 가진 질환은 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애, 기분장애, 기타 정신 및 행동장애 순으로 나타났으며, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애의 경우, 2016년 10.57%, 2017년 9.85%, 2018년 18.04%, 기분장애의 경우, 2016년 7.47%, 2017년 6.10%, 2018년 17.28%, 기타 정신 및 행동장애의 경우, 2016년 8.46%, 2017년 7.16%, 2018년 15.70%로 나타났다. 또한 이 세 질환은 2018년에 전년대비 다소 큰 폭으로 급여비가 증가한 것으로 나타났다.

<표 III-22> 급여비 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	1,055,777,648	1,225,225,900	1,384,539,017	1,543,857,442
	입원	913,219,330	1,062,228,192	1,198,679,136	1,313,870,728
	외래	142,558,318	162,997,708	185,859,880	229,986,714
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	168,247,644	160,227,839	148,894,758	146,602,927
	입원	158,777,468	150,476,087	138,319,325	134,649,258
	외래	9,470,176	9,751,752	10,575,432	11,953,670
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	3,569,625	4,567,465	4,427,628	4,403,208
	입원	2,748,433	3,784,774	3,566,370	3,517,009
	외래	821,193	782,692	861,257	886,198
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	341,169,221	351,045,626	357,762,429	369,587,556
	입원	242,148,881	249,412,482	252,005,144	260,286,394
	외래	99,020,340	101,633,144	105,757,285	109,301,163
기분장애	계	273,583,954	295,656,631	314,854,628	380,629,037
	입원	84,012,303	89,185,800	87,672,946	98,768,766
	외래	189,571,651	206,470,831	227,181,681	281,860,272
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	136,077,352	152,160,049	168,783,893	205,938,984
	입원	14,797,967	16,468,043	16,966,404	16,694,674
	외래	121,279,384	135,692,006	151,817,488	189,244,310
정신 지연	계	19,569,287	20,339,527	21,884,911	22,657,544
	입원	15,232,100	15,620,964	16,826,338	17,014,443
	외래	4,337,187	4,718,563	5,058,572	5,643,101
기타 정신 및 행동장애	계	148,535,286	162,266,606	174,773,857	207,333,327
	입원	46,617,274	48,717,955	48,701,389	51,591,725
	외래	101,918,012	113,548,651	126,072,466	155,741,601

주: 수진기준 (한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용



위에서 살펴본 급여비와 진료실인원을 이용하여, 인당 진료급여비를 살펴보았다. 인당 급여비가 높은 질환을 살펴본 결과, 치매가 2018년 기준 3,005천원으로 가장 높았고, 다음으로 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애, 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애 순으로 높았다. 한편, 인당 급여비율을 살펴본 결과, 가장 높은 비율을 차지하는 질환은 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애, 기분장애, 기타 정신 및 행동장애 순으로 나타났으며, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애의 경우 2016년 5.49%, 6.29%, 12.50%, 기분장애의 경우, 2016년 2.36%, 1.30%, 9.60%, 기타 정신 및 행동장애의 경우, 2016년 1.61%에서 2018년 6.96%로 나타났다. 반면, 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애의 경우, 2016년 -2.92%, 2017년 -6.57%, 2018년 -1.89%로 꾸준히 급여비가 줄어들고 있는 것으로 나타났다.

<표 III-23> 급여비/진료실인원 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	2,711	2,877	2,981	3,005
	입원	8,853	9,263	9,669	9,856
	외래	458	482	502	555
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	2,188	2,126	1,995	1,958
	입원	5,204	5,145	5,170	5,457
	외래	164	171	182	199
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	340	444	433	459
	입원	1,143	984	970	959
	외래	97	114	124	141
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	2,403	2,444	2,464	2,516
	입원	8,103	8,561	8,765	9,452
	외래	764	772	793	807
기분장애	계	372	381	386	427
	입원	3,120	3,319	3,384	3,614
	외래	261	269	281	318
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	155	164	175	200
	입원	1,372	1,122	1,189	1,237
	외래	139	147	158	185
정신 지연	계	885	879	972	995
	입원	8,111	8,462	8,917	9,217
	외래	208	215	237	261
기타 정신 및 행동장애	계	245	249	254	273
	입원	3,973	3,723	3,896	4,057
	외래	171	177	185	207

주: 1) 수진기준(한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

2) 진료실인원 계는 중복제거 값임.

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용

1인당 진료 급여일수를 살펴본 결과, 인당 급여일수가 높은 질환은 정신분열증, 분열형 및 망상형 장애, 치매, 기분장애, 정신 지연 순으로 나타났다. 한편, 증가율을 살펴본 결과, 기타 정신 및 행동장애가 2016년 4.21%, 2017년 2.06%, 2018년 4.90%, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애가 2016년 3.66%, 3.53%, 4.49%, 정신 지연이 2016년 0.97%, 2017년 7.21%, 2018년 4.31%의 순으로 높게 나타났다.

<표 III-24> 급여일수/진료실인원 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	188	194	196	199
	입원	173	176	180	179
	외래	178	185	186	189
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	95	96	93	94
	입원	109	104	100	99
	외래	69	73	74	76
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	29	36	37	41
	입원	13	9	9	9
	외래	32	49	50	57
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	258	262	261	260
	입원	154	155	153	154
	외래	247	251	251	250
기분장애	계	144	147	147	148
	입원	62	61	59	57
	외래	143	146	147	147
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	79	82	85	89
	입원	29	21	21	20
	외래	79	82	86	90
정신 지연	계	102	103	111	116
	입원	169	170	173	169
	외래	93	94	102	107
기타 정신 및 행동장애	계	91	95	97	102
	입원	80	71	71	70
	외래	91	94	97	102

주: 1) 수진기준(한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

2) 진료실인원 계는 중복제거 값임.

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용





인당 진료비에 대해 살펴본 결과, 2018년 기준 가장 비용이 높은 질환은 치매, 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애, 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애, 정신 지연 순으로 나타났다. 한편, 진료비 증가율에 대해 살펴본 결과, 2018년 기준 가장 높은 질환은 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애가 나타났고, 다음으로 기분장애, 기타 정신 및 행동장애 순으로 나타났다. 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애의 경우, 2016년 5.74%, 2017년 6.15%, 2018년 8.77%, 기분장애의 경우, 2016년 2.71%, 2017년 1.43%, 2018년 6.19%, 기타 정신 및 행동장애의 경우, 2016년 1.68%, 2017년 1.92%, 2018년 5.94%로 나타났다.

<표 III-25> 진료비/진료실인원 현황(2015~2018)

단위: 천원

구분		2015	2016	2017	2018
치매	계	3,719	3,945	4,084	4,099
	입원	11,989	12,547	13,090	13,315
	외래	681	714	740	799
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	2,924	2,858	2,686	2,624
	입원	6,879	6,838	6,865	7,221
	외래	258	270	288	304
기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	계	478	601	588	621
	입원	1,481	1,270	1,250	1,237
	외래	172	190	204	226
정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	계	2,946	3,002	3,023	3,080
	입원	9,963	10,538	10,762	11,597
	외래	929	944	970	983
기분장애	계	538	553	561	598
	입원	4,097	4,367	4,441	4,726
	외래	392	405	424	457
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	계	230	244	260	285
	입원	1,803	1,473	1,557	1,620
	외래	209	222	239	265
정신 지연	계	1,180	1,178	1,300	1,326
	입원	10,436	10,939	11,530	11,901
	외래	311	321	353	380
기타 정신 및 행동장애	계	351	357	364	387
	입원	5,267	4,949	5,150	5,332
	외래	252	261	274	301

주: 1) 수진기준(한의분류 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)

2) 진료실인원 계는 중복제거 값임.

출처: 건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018) 질병통계 Raw Data 활용

## 2. 정신장애인 현황 및 특징

### 1) 정신장애인 가구 특성

2017년 장애인실태조사 결과에 의하면, 정신장애인의 학력은 고졸이 42.1%로 가장 많았고 대졸 이상 29.6%, 초졸 15.1%순으로 나타났고 주거형태의 경우, 단독주택(다가구용, 영업점용) 48.5%, 아파트(오피스텔) 38.9%, 다세대 주택 11.6%순으로 나타났다. 현재 장애로 인한 추가 소요비용에 대해 조사한 결과 월평균 총 추가 비용은 85.9천원인 것으로 나타났고, 이 중 가장 소비 항목이 큰 것은 의료비 47.5천원, 부모 사후 및 노후 대비비 11.4천원, 교통비 12.2천원 순으로 나타났다.

<표 III-26> 정신장애인 가구 특성

구분		비율(%)
학력	무학	1.3
	초등학교	15.1
	중학교	11.9
	고등학교	42.1
	대학이상 <sup>26)</sup>	29.6
	계	100.0
학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유	심한 장애로 인해서	29.9
	집에서 다니지 못하게 해서	5.6
	다니기 싫어서	24.0
	경제적으로 어려워서	37.7
	근처에 학교가 없어서	1.3
	주위의 시선 및 편견 때문에	1.3
	계	100.0
자녀 유무	예	85.4
	아니오	14.6
	계	100.0
주거형태	단독주택(다가구용, 영업점용)	48.5
	아파트(오피스텔)	38.9
	연립주택	0.2
	다세대 주택	11.6
	비거주용 건물내 주택(상가, 공장, 점포, 여관 등)	0.8
	기타(비닐하우스, 움막 등)	-
	계	100.0



구분		비율(%)
현재 장애로 인한 추가 소요비용	교통비	12.2천원
	의료비	47.5천원
	교육·의료비	-
	보호·간병비	0.2천원
	재활기관이용료	8.3천원
	통신비	2.4천원
	장애인보조기기 구입·유지비	-
	부모사후 및 노후 대비비	11.4천원
	기타	3.9천원
	월평균 총 추가비용	85.9천원

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사, pp. 312, 315, 373, 418, 461~468, 476

## 2) 빈곤층 여부

정신장애인의 국민기초생활보장 수급여부에 대해 조사한 결과, 생계수급의 경우 54.7%가 수급하고 있었고, 의료수급의 경우 57.7%, 주거수급 53.8%, 교육수급 1.9%가 수급하는 것으로 나타났다. 지난1개월 평균 총 가구 수입액의 경우, 50~99만원 24.2%, 100~149만원 19.7%, 200~249만원 14.7%, 150~199만원 12.1%순으로 나타났고 지난 1개월 평균 장애인 개인 수입액의 경우, 50만원 47.5%, 50~99만원 41.9%, 100~149만원 6.1%순으로 나타났다. 지난 1개월 가구 수입의 소득원별 평균 금액의 경우, 전체 평균은 197.5만원으로 나타났고, 이 중 근로소득 89.4만원, 공적이전 소득 70.1만원, 사업소득 18.1만원으로 나타났고 지난 1개월 장애인 개인 수입의 소득원별 평균 금액의 경우, 전체 53.9만원으로 나타났고 이 중 공적이전소득 36.4만원, 근로소득 13.4만원, 사적이전소득 2.2만원으로 나타났다. 가입 및 수급중인 연금 종류는 국민연금 16.5%로 가장 많았고, 보훈연금 0.8%, 사립학교 교원연금 0.7%, 개인연금(사적) 0.7%로 나타났다.

최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는지에 질의한 결과, 7.6%가 그렇다고 응답하였으며, 가지 못한 이유에 대해 추가 질의한 결과, 경제적 이유 51.1%, 의료기관까지 이동의 불편함 13.5%, 동행할 사람이 없어서 13.2%순으로 나타났다.

26) 대학(3년제 이하)에서 대학원까지 모두 포함

<표 III-27> 빈곤층 여부

구분			비율(%)
국민기초생활보장 수급 여부	생계	수급	54.7
		비수급	45.3
		계	100.0
	의료	수급	57.7
		비수급	42.3
		계	100.0
	주거	수급	53.8
		비수급	46.2
		계	100.0
	교육	수급	1.9
		비수급	98.1
		계	100.0
지난 1개월 평균 총 가구 수입액	50만원 미만		2.8
	50~99만원		24.2
	100~149만원		19.7
	150~199만원		12.1
	200~249만원		14.7
	250~299만원		4.9
	300~349만원		3.4
	350~399만원		8.7
	400~499만원		7.9
	500만원 이상		1.4
	계		100.0
지난 1개월 평균 장애인 개인 수입액	50만원 미만		47.5
	50~99만원		41.9
	100~149만원		6.1
	150~199만원		3.3
	200~249만원		1.2
	계		100.0
지난 1개월 가구 수입의 소득원별 평균 금액	근로소득		89.4만원
	사업소득		18.1만원
	재산금융·개인연금소득		13.6만원
	공적이전소득		70.1만원
	사적이전소득		6.3만원
	기타		0.0만원
	전체		197.5만원
지난 1개월 장애인 개인 수입의 소득원별 평균 금액	근로소득		13.4만원
	사업소득		0.1만원
	재산금융·개인연금소득		1.8만원
	공적이전소득		36.4만원
	사적이전소득		2.2만원
	전체		53.9만원
가입 및 수급종인 연금 종류	국민연금		16.5



구분		비율(%)
	공무원연금	0.5
	사립학교교원연금	0.7
	군인연금	—
	별정우체국연금	—
	보훈연금	0.8
	개인연금(사적)	0.7
	기타	—
최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적 유무	예	7.6
	아니오	92.4
	계	100.0
본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유(1순위)	경제적 이유	51.5
	의료기관까지 이동의 불편함	13.5
	의료진의 장애에 대한 이해 부족	0.0
	의사소통의 어려움	9.5
	시간이 없어서	0.0
	의료기관의 장애고려 의료시설 및 장비 불편	0.0
	동행할 사람이 없어서	13.2
	어떤 의료기관에 가야할지 몰라서	0.0
	의료기관에 예약하기 힘들어서	0.0
	증상이 가벼워서	1.0
	의료기관에서 오래 기다리기 싫어서	9.4
	기타	1.9
	계	100.0

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사, pp. 239~240, 461~468

### 3) 근로상태

근로상태를 살펴본 결과, 직장건강보험에 가입한 정신질환자는 25.0%이고 지역 건강보험은 19.4% 나타났다. 그밖에 의료급여 1종 48.5%, 의료급여 2종 7.1%로 나타나 근로를 하는 정신질환자보다 근로를 하지 않은 경우가 많고 또한 의료급여 수급률이 높은 것으로 보아 취약계층임이 많은 것을 알 수 있었다.

취업 인구 및 취업률을 살펴보면, 경제활동 인구 중에서 취업중인 경우가 81.7%인 것으로 나타났고, 15세 이상 인구 대비 취업자 비율은 15.7%인 것으로 나타났다. 현재 일하고 있는 곳은 일반사업체가 51.8%, 기타 11.2%, 장애인표준사업장 8.7%, 장애인 근로사업장 7.9% 순으로 나타났다.

&lt;표 III-28&gt; 근로 상태

단위: 명, %

구분		비율(%)
건강보험 가입 여부 및 형태	직장건강보험	25.0
	지역건강보험	19.4
	의료급여1종	48.5
	의료급여2종	7.1
	계	100.0
취업 인구 및 취업률	15세 이상 인구	103,628
	경제활동인구	취업 16,246(81.7%)
		실업 3,643(18.3%)
		계 19,889(100.0%)
	비경제활동인구	83,739
	경제활동참가율	19.2
	인구자 대비 취업자 비율	15.7
현재 일하고 있는 곳	계	100.0
	자영업	6.0
	일반사업체	51.8
	정부 및 정부관련 기관	5.0
	장애인 보호작업장	3.8
	장애인 근로사업장	7.9
	장애인 표준사업장	8.7
	장애인 관련 기관(자립생활센터포함)	5.5
	기타	11.2
	계	100.0
전국 추정수		16,244

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사 pp.224, 330, 332

#### 4) 서비스 이용 유무 및 복지욕구

정신 장애인의 장애인복지사업 이용 경험에 대해 조사한 결과, 공공요금관련 사업 이용률이 가장 높았고, 연금수당, 세제혜택 순으로 이용률이 높은 것으로 나타났다. 구체적으로 연금·수당의 경우, 경증장애 수당 45.1%, 장애인연금 26.0%, 장애아동수당 0.5%로 나타났고, 보육·교육 분야에서 장애인 자녀 교육비 지원 사업에 1.4%가 이용한 적이 있으며, 의료 및 재활지원 분야에서는 장애인의료비지원 15.9%, 장애검사비 지원 14.4%, 장애인 등록 진단비 지급 11.8%순으로 나타났다. 돌봄지원 서비스의 경우, 장애인 활동 지원 서비스 1.7%, 장애인 생활 도우미 0.6%로 나타나 돌봄지원 분야에서 서비스 이용률이 가장 낮은 것으로 나타났다.



세제 혜택분야에서는 세금 공제 및 면제 37.6%, 승용자동차 관련 세금면제 24.6%로 나타났고 공공요금관련 해서 통신관련 요금 감면 및 할인 83.2%, 교통관련 요금 감면 및 할인 73.8%, 공공시설 이용시 요금감면 및 할인 68.6%로 나타났다. 일자리/용자 사업에서는 장애인일자리 지원 8.1%가 서비스를 이용한 경험이 있었으며, 기타로는 장애인자동차 표지발급 18.3%, 주택관련 분양알선 및 가산점 부여 11.0%, 노인장기요양보험 2.0%로 나타났다.

<표 III-29> 장애인복지사업 이용 경험

구분	세부 사업	비율(%)
연금·수당	장애인연금	26.0
	경증장애수당	45.1
	장애아동수당	0.5
보육·교육	장애인 자녀 교육비 지원	1.4
	장애아보육료지원	0.0
	아동양육수당	0.0
의료 및 재활 지원	장애인의료비지원	15.9
	장애인 등록 진단비 지급	11.8
	장애검사비 지원	14.4
	발달재활 서비스	0.4
	언어발달지원	0.0
	장애인 보조 기기 무료교부	0.0
	장애인 보조 기기 건강보험(급여)	0.3
	여성장애인 출산비 지원	0.5
돌봄지원	장애인 활동 지원서비스	1.7
	장애인 생활 도우미	0.6
	장애아가족 양육지원	0.0
	가족휴식지원	0.0
	발달장애인 부모상담 지원	0.0
	발달장애인 공공후견인/심판청구/활동비용 지원	0.0
세제 혜택	승용자동차 관련 세금면제	24.6
	세금 공제 및 면제	37.6
공공요금관련	교통관련 요금 감면 및 할인	73.8
	통신관련 요금 감면 및 할인	83.2
	공공시설 이용시 요금감면 및 할인	68.6
일자리/용자	장애인일자리 지원	8.1
	장애인 자립자금 대여	0.0
	장애인근로자 자동차 구입자금 대여	0.0
기타	장애인자동차 표지발급	18.3
	주택관련 분양알선 및 가산점 부여	11.0
	여성장애인 교육지원	0.0
	노인장기요양보험	2.0

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사, pp.445~446

한편, 최근 1년간 주거복지사업 이용경험에 대해 조사한 결과, 영구임대주택 8.8%, 저소득층 월세지원(지자체의 월세지원 포함) 7.8%, 전세자금(융자) 지원(저소득·근로자·서민) 3.2%, 국민임대주택 3.2%순으로 나타났다.

<표 III-30> 지난 1년 동안 주거복지사업 이용 경험

구분	비율(%)
영구임대주택	8.8
국민임대주택	3.2
기존주택 매입·전세임대 사업	1.6
공공임대주택	1.1
장기전세주택	0.0
단기공공임대주택(분납형, 분양 전환임대 등)	0.0
전세자금(융자) 지원(저소득·근로자·서민)	3.2
주택구입자금(융자)지원(근로자·서민)	0.0
저소득층 월세지원(지자체의 월세지원 포함)	7.8
주택개조사업(현금, 현물)	0.0
기타	0.0

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사. pp.427

복지욕구에 대해 조사한 결과, 정신장애인들이 원하는 복지 욕구는 소득보장 48.0%, 의료보장 21.5%, 고용보장 8.7%, 주거보장 6.9%순으로 나타났다.

<표 III-31> 사회 및 국가에 대한 요구사항(1순위)

구분	비율(%)
소득보장	48.0
의료보장	21.5
고용보장	8.7
주거보장	6.9
이동권 보장	1.4
보육·교육 보장	0.0
문화여가생활 및 체육활동보장	0.8
장애인 인권보장	3.7
장애인 인식개선	3.4
장애인 건강관리(장애예방포함)	4.5
의사소통과 정보근 참여 보장	1.2
재난 안전관리	0.0
기타	0.0
없음	0.0
계	100.0

출처: 보건복지부(2017) 장애인실태조사, pp.460





### 3. 정신질환자의 복지욕구 선행연구

#### 1) 소득보장<sup>27)</sup>

홍선미 등(2010)은 기초생활보장 및 주거권을 중심으로 한 정신장애인(정신질환자 및 정신장애인)의 지역사회 적응을 위한 실태조사에서 소득보장에 대한 정신질환자 및 정신장애인의 욕구에 대해 조사한 바 있다. 해당 연구의 조사 대상자는 정신질환 진단을 받은 지역사회에 거주 중인 정신질환자이며 이 중 장애 등록한 정신장애인의 비율은 73.6%, 장애 등록하지 않은 정신질환자의 비율은 26.4%로 나타난다.<sup>28)</sup> 지역사회에 거주 중인 정신장애인들의 공공소득보장제도에 관한 욕구는 공공요금감면, 장애연금의 지급, 기초생활보장제도에 대한 안내와 정보제공, 장애인의 의무고용률 중 정신장애의무고용률 명시, 취업정신장애인 등에 대한 4대보험 가입지원, 기초생활보장 대산선정을 위한 소득자산조사에서 취업정신장애인의 임금 일부 공제 등에 대해 매우 높은 것으로 나타났다. 정책적 지원에 대한 우선적 욕구는 기초생활보장제도에 대한 안내와 신청 지원, 장애로 인한 추가비용을 고려한 충분한 장애연금 지급, 기초생활보장제도의 자격심사나 급여결정시 장애추가비용의 고려, 등록 정신장애인에 대한 각종 공공요금감면 등이 가장 우선순위가 높았다. 이에 대해 장애인연금을 통해 생계가 어려운 장애인가구의 소득보장 지원과 자립생활 지원에 기여할 수 있다는 점, 공적소득보장제도에 대한 정보제공 및 신청 지원 필요성, 가족지지체계가 취약하고 취업을 노력하는 주거시설 거주 정신장애인들에 대한 소득보장정책의 필요성을 함의로 제시하였다.

김문근 등(2009)에서는 재가 정신장애인(정신질환자 및 정신장애인)을 대상으로 정부의 서비스와 지원이 필요한 영역에 대한 욕구 조사를 실시한 바 있다. 해당 연구의 조사 대상자는 정신질환 진단을 받은 지역사회에 거주 중인 정신장애인(정신질환자 및 정신장애인)이며 이 중 장애 등록한 정신장애인의 비율은 77.0%, 장애 등록하지 않은 정신질환자의 비율은 23.0%로 나타난다. 정신질환자 및 정신장애인의 소득보장에 대한 욕구를 조사한 결과, '지역사회생활을 위한 최소한의 경제

27) 홍선미 등(2010)과 김문근 등(2009)을 포함한 일부 욕구조사 연구에서는 분석 결과를 장애 등록 여부에 따라 구분하여 제시하지 않고 있으며, 장애등록 여부와 상관없이 조사 대상자 모두를 정신장애인 또는 정신질환자로 통칭하여 언급하고 있다. 본 연구에서는 이러한 경우 해당 연구의 조사 대상자를 정신질환자 및 정신장애인으로 구분하여 언급한다.

적 비용지원(매우 필요 59.4%, 필요 33.3%)’이 가장 높게 나타나, 지역사회에서 살아가는데 있어 재정적 지원과 같은 물적 지원에 대한 욕구가 상당히 높음을 보여 주었다. 또한 ‘신체질환, 치과질환 등의 치료를 위한 치료비 지원(매우 필요 46.6%, 필요 41.5%)’에 대한 필요도도 높은 것으로 나타났다. 동 연구에서는 소득보장에 대한 정책적 제언의 일환으로 가족의 경제적 부담을 완화할 수 있는 정책적 지원, 당사자의 장기보호를 위한 소득보장의 다각적 지원을 요구하고 있으며 그 예로는 무기여 장애연금의 도입, 장애수당제도의 수급대상 확대 및 급여의 증액, 보호 가족을 위한 재가정신장애인보호수당제도의 도입 등의 검토 필요성을 제시하였다.

## 2) 치료·재활 및 사회적응

이용표 등(2017)은 전국 지역사회 거주 정신질환자 및 정신장애인을 대상으로 한 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구에서 정신질환자 및 정신장애인의 복지서비스별 필요도를 세부적으로 조사한 바 있다. 해당 연구의 조사 대상자 중 장애 등록한 정신장애인의 비율은 74.2%, 장애 등록하지 않은 정신질환자의 비율은 25.8%로 나타난다. 이 중 정신질환자 및 정신장애인의 치료·재활 및 사회적응과 관련된 서비스로는 상담·훈련 영역의 서비스가 가장 높은 점수(5점 척도 중 3.40점)를 보였으며, 이를 세부적으로 살펴보면 증상 및 약물관리(3.41점), 상담(3.40점), 사회적응훈련(3.38점) 순으로 비슷한 수준의 필요도를 보였다. 이외의 관련 서비스로는 가사활동지원(가사·활동지원(가사 도우미, 활동보조, 주거관리 및 독립생활지원)이 2.73점, 자조·가족지원(자조모임, 당사자에 의한 지지, 가족지원)이 3.10점으로 집계되었다. 동 연구에서는 개정된 정신건강복지법이 퇴원후 사회적응에 대한 구체적 정책방안 마련을 요구함에 따라, 장기입원자의 퇴원을 미리 준비하고 지역사회 정착을 지원하기 위한 체계 구축의 방안으로 지역사회생활지원센터의 설치 및 운영을 제안하였다. 해당 센터에서 퇴원을 지원하기 위한 지역사회 전환서비스(주거확보, 상담, 외출시 동행, 통합적 정신건강복지서비스 이용 지원 등)와 지역사회정착지원서비스(긴급 시 일시쉼터 제공, 사전의향서 작성 지원, 긴급 시 연락망 구축, 긴급 시 가정 방문 등)를 제공함과 동시에 기존의 전문인력 뿐 아니라 동료상담가의 양성을 통해 함께 서비스 제공에 참여할 것을 제시하였다.

권오용 등(2018)<sup>29)</sup>은 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사에서 정신장



애인의 거주 및 치료 실태 및 욕구를 탐색하였다. 그 중에서 지역사회정신건강 및 사회서비스 영역에서는 약 90%의 정신장애 당사자가 병원퇴원계획이 필요하다고 응답하였으며, 증상관리 및 일상생활을 위해 필요한 서비스로는 집중사례관리(16.2%), 긴급 상황 발생 시 가정방문(15.1%), 24시간 전화 핫라인(14.1%), 병원-지역사회 간 정보공유 및 연계(11.9%) 등의 필요성이 도출되었다. 또한 급성 증상 시 필요한 서비스로는 즉각 입원 서비스(29.5%), 전문인력 가정방문(27.6%), 일시 쉼터(19.6%) 등으로 나타났다. 이에 케어의 연속성을 담보하기 위해 핫라인 설치, 낮병원 모델 혹은 중간집 모델 서비스의 확대, 정신병원의 위기관리센터로의 전환을 통한 서비스 제공, 급성증상 안정화를 위한 단기거주모델 도입 등을 포함하는 위기개입 서비스시스템의 마련을 권고하였다. 또한 정신건강복지서비스를 제공하는 전문가들의 협력을 강화하기 위해 지역사회집중치료사례관리(Assertive Community Treatment)의 실행을 제안하였다.

김문근 등(2009)에 따르면, 치료 및 지역사회재활서비스에 대한 정신질환자 및 정신장애인의 욕구를 조사한 결과 외래치료(90.9%)와 정신건강관리교육(90.2%)에 대한 필요도가 가장 높았으며, 대인관계훈련 등 사회재활서비스가 필요하다는 응답도 80% 이상으로 높게 나타났다. 한편 입원치료, 요양, 시설보호에 대한 필요도는 필요 없다는 응답이 전체적으로 더욱 높았다. 대신에 재활센터(보건소·정신보건센터·정신재활시설)를 활용한 여가활동, 대인관계, 일상생활 등에 대한 훈련과 상담, 교육의 제공에 대한 필요도(50.1%)와 전문인력의 재가 서비스(70%)의 필요도가 높게 나타났다. 이에 동 연구에서는 치료 서비스에 관련한 효과적인 치료방법의 개발 및 적용, 치료 및 재활과정에 관한 충실하고 충분한 정보 제공, 치료 및 사회재활서비스 기관 사이의 완전한 연계체계 구축, 치료 및 재활서비스에 대한 적극적인 홍보와 교육 제공, 사회적 편견 해소와 사회일반의 인식 개선, 재활서비스 기관의 충분한 확충 및 지리적 접근성 개선 등을 해결방안으로 제안하였다.

윤석준 등(2019)은 정신장애인 의료체계 실태조사에서 초발 중증 정신질환자 및 정신장애인 당사자를 대상으로 의료 및 정신보건 서비스에 대한 욕구를 FGI 방법으로 파악하였다. FGI 참여자들은 지역사회에 거주하고 있는 5명의 초발 중증 정신질환자들로 구성되었다. 의료서비스 이용에 대한 당사자 진술을 범주화한 결과, ① 환자에게 필요한 정보에 대한 욕구(진단명·증상·부작용·퇴원 후 이용기관 등

29) 권오용 등(2018)에서는 장애 등록한 정신장애인만을 조사하였다.

에 대한 정보; 병원에서 상담을 받고자 하는 기대), ② 환자 이전에 한 인간으로 대우받고 싶은 욕구(경직된 의사-환자 관계 개선, 잘 설명해주지 않는 의료진에 대한 불만, 정확한 설명에 대한 욕구, 친절하지 않은 의료진, 삶에 관심가져주는 의료진에 대한 욕구)가 도출되었다. 정신보건서비스 이용에 대한 당사자 진술문을 범주화한 결과, ① 지역센터와 사회재활시설의 중복 이용 가능 희망(1개 이상의 기관에 등록할 수 없는 서울시 제도), ② 행정구역으로 제한하는 서비스 규제의 완화(자치구 주민으로 제한하라는 압박), ③ 다양한 서비스에 대한 필요(서로 다른 욕구들을 충족할 수 있는 서비스 필요; 초발 환자들을 대상으로 하는 서비스; 가족교육 등), ④ 전문성 강화의 필요(정신건강서비스 아닌 일반 지역사회서비스 이용에 대한 차별; 아쉬운 서비스의 질; 심도있는 개인상담에 대한 욕구; 센터의 주2회 제한적 서비스 확대)로 도출되었다.

### 3) 주거

이용표 등(2017)의 복지서비스 필요도 조사 항목 중 주거서비스의 필요도는 5점 척도에서 평균 2.78점으로 나타났다. 그 중에서 쉼터 등 단기보호시설 서비스(2.89점)에 대한 필요도가 가장 높았고, 다음으로는 공동생활가정(2.81점), 사회복귀입소시설(2.80점), 중간집(2.78점), 정신요양시설(2.63점) 순으로 나타났다. 동 연구에서는 정신질환자의 다양한 욕구에 부합하지 못하고 이용기간이 전체적으로 제한되며 지원체계가 부재한 것을 주거지원서비스의 문제점으로 지적하고 있었다. 이에 대한 해결방안으로는 소규모의 주거지원서비스 및 지원체계의 확대, 주거지원서비스 제공시설의 훈련시설과 거주시설로의 분리, 과도적 주거지원서비스의 확충, 최소한의 지원서비스가 결합된 지원주택 또는 공공임대주택의 확충을 제안하였다.

권오용 등(2018)은 지역사회 거주영역에서 정신장애 당사자의 주거관련 욕구를 조사한 바 있다. 그 중 주거 안정에 필요한 것으로는 전세 및 구입자금 대출(22.2%), 정부의 기초생활보장급여나 장애수당 신청 지원(11.6%), 주거비 지원(9.8%), 그룹홈(주거시설) 확대(8.1%) 등으로 나타났다. 정신장애인의 독립생활 유지를 위한 경제적 지원의 필요성이 부각되고 있음을 알 수 있다. 또한 동 연구에서는 퇴원하는 정신장애인을 위해 지역사회 자립생활 및 서비스 지원을 연계하는 주거 프로그램을 개발하여 정신장애인의 지역사회 거주 선택권을 보장할 것을 제



안하였다.

홍선미 등(2010)에 따르면, 주거시설에 거주하는 정신질환자 및 정신장애인들의 안정성과 관련한 우선적 지원 욕구를 조사한 결과 공공주택 입주권보장, 전·월세 보증금이나 주택구입자금 대출, 주거비 지원, 생활보장급여나 장애수당 신청지원 등에 대한 욕구가 높았다. 또한 주거와 관련하여 당사자, 가족, 종사자들이 공통적으로 지역사회의 인프라가 매우 열악함을 지적하며 독립을 위한 기능수준, 욕구, 연령 등에 따른 다양한 주거지원의 필요성을 강조하고 있음이 드러났다. 이에 동 연구에서는 소규모 주거시설의 다양화 및 입주기회의 확대와 동시에 시설개념의 주거로부터 주택으로의 전환, 주거시설 거주기간 제한과 관련하여 충분한 자립생활이 가능할 때까지의 주거시설 거주 기회 보장, 독립주거의 확충 혹은 공공임대주택 우선 입주기회의 보장, 다양한 서비스와 자원을 결합한 주거서비스 연계지원사업을 방안으로 제시하였다.

변은경·윤숙자(2010)는 부산, 경남지역에 거주하면서 현재 주거서비스를 이용하지 않는 정신질환자 및 정신장애인을 대상으로 주거서비스에 대한 욕구를 조사하였다. 해당 연구 참여자 중 장애 등록된 정신장애인의 비율은 68.8%, 등록하지 않은 정신장애인의 비율은 30.9%이다. 욕구 조사 결과, 선호하는 주거시설 유형은 ‘아파트’와 ‘주거시설’ 순으로 나타났고, 향후 주거계획은 ‘주거훈련 후 가정 복귀’, ‘독립적인 형태의 주거로 이동’, ‘완전히 독립된 형태의 주거로 이동’ 순으로 나타났다. 주거시설 운영주체에서는 ‘국가 혹은 지방자치단체에서 운영’에 대한 욕구가 가장 높았고, 주거시설의 적응적 생활을 위해 필요한 지원으로는 ‘취업 및 직업생활 유지’에 대한 욕구가 가장 높았다. 주거시설에서의 직원의 관리형태는 ‘정해진 일과에 따라 직원의 정기 방문’, ‘직원 상주’ 순으로 높게 나타났다.

오유라 등(2018)은 서울시 정신건강 관련 시설을 이용하는 정신질환자를 대상으로 주거서비스에 대한 욕구를 조사하였다. 해당 연구에서는 연구 참여자의 장애 등록 여부에 대해서는 제시하지 않고 있다. 조사 결과, 이용해보고 싶은 주거서비스로는 자립생활지원주택(44.66%), 공동생활가정(21.37%), 독립주거형 공동생활가정(17.81%)로 높은 비중을 차지하였고, 자립생활에 대한 욕구는 75.34%의 응답자들이 욕구가 있는 것으로 나타났다. 자립생활지원에 필요한 서비스로는 일상생활지원(21.37%), 건강관리(19.45%), 주택지원 및 가사관리(18.08%), 금전관리(14.79%), 구직생활(12.05%) 등의 순으로 나타났다.

#### 4) 취업 및 직업재활

이용표 등(2017)에서 지역사회 정신질환자 및 정신장애인의 취업서비스의 욕구를 조사한 결과, 취업 서비스 전체에 대한 필요도는 5점 척도에서 평균 3.16점으로 나타나 전체 서비스 욕구에 대한 평균(3.07점)보다 다소 높은 수준으로 드러났다. 취업서비스 중에서는 ‘취업 전 훈련 및 직업기술훈련(3.21점)’과 ‘직장 정보제공 및 연결서비스(3.21점)’, ‘보호작업장 서비스(3.06점)’ 순으로 나타났다. 동 연구에서는 정신질환자의 경제활동 상태의 취약성의 배경으로 정신질환 자체로 인한 개인적 영향, 노동시장 진입 준비와 근로동기를 부여하지 못하는 제도상의 한계, 턱없이 부족한 취업지원 인프라, 양질의 일자리 부족, 정신장애 특성을 반영하지 못하는 서비스, 경제활동 전반에 걸친 차별을 꼽았다. 이에 대한 정책적 방안으로는 취업지원 인프라의 대폭 확충, 직업재활서비스 기능의 강화, 정신장애 특성을 반영한 서비스 제공, 신직종 개발을 통한 직업영역 확대, 고용 및 직업재활시설 간 연계체계 구축 및 맞춤형 통합 서비스 제공, 취업 및 고용안정을 위한 제도적 지원 방안 마련을 제시하였다.

하경화·성준모(2012)에서는 정신장애인의 경제활동 실태를 파악하기 위해 타 장애영역과의 비교를 실시하였다. 해당 연구에서는 만 15세 이상의 등록장애인만을 대상으로 하여 연구하였다. 취업하지 않은 정신장애인의 취업욕구를 조사해본 결과, 희망고용형태로는 90.1%의 정신장애인이 임금근로 형태를 원하고 있었고, 필요한 지원이나 배려로는 장애인 취업알선이나 창업지원 정책(53.5%)이 필요하다는 응답이 가장 많았다. 그 다음으로는 장애인의 구분모집, 특별채용, 직업훈련, 별도 작업장 근로, 취업후 직무적응 훈련, 근무일수나 근무시간 조정의 필요도가 높았다. 동 연구에서는 경제활동에 참여하고 있는 정신장애인의 고용환경이 다른 장애유형과 비교했을 때 시간제 및 비정규직의 비율이 높고 임금수준과 사회보험 가입율이 낮은 것을 보여주었으며, 정신보건기관과 장애인 직업재활기관 간의 연계, 사업주에 대한 적극적인 교육과 홍보, 정신장애인에게 적합한 업종개발, 직업훈련과 취업장 개발의 강화를 강조한다.

최희철(2015)에서는 2010년 서울시 정신장애인 사회복귀서비스 정책 개선방안 보고서를 근거로 정신장애인 직업재활의 현황과 문제점을 분석하였다. 해당 연구의 1차 자료 조사대상자 중 장애등록한 정신장애인은 71.9%, 등록하지 않은 정신질환자는 19.6%로 나타났다. 그 중 직업재활서비스에 대한 정신장애인의 이해



결 욕구로는 ① 현실과 유리된 직업재활서비스, ② 기존에 개발된 직종 및 훈련프로그램을 중심으로 제공되는 직업훈련, 직업알선 및 배치, ③ 국민기초생활수급권으로 인한 취업기회의 원천적 차단, ④ 장애인 미등록으로 인한 직업재활서비스 이용의 한계로 드러났다. 이에 대해 동 연구에서는 고용공단과 연계하여 고용주 및 직원에 대한 정신장애 교육, 정신장애 특성 및 기능에 적합한 직무 개발, 장애미등록으로 인한 직업재활서비스 이용에서의 불이익을 예방하는 대안 마련 등 장애인 고용 촉진을 위한 다양한 방안 마련을 제안하였다. 또한 뉴 프런티어 모델과 같은 다양한 형태의 직업재활 프로그램 제공, 직업재활 관련법규의 정비<sup>30)</sup>, 거주 및 의료서비스 제공, 직업재활전문가 양성을 정책적 방안으로 제시하였다.

## 5) 선행연구의 시사점

치료·재활 및 사회적응 서비스 측면에서 ‘증상 관리’에 대한 욕구가 상당히 높게 나타났고 이에 대한 방법으로는 외래치료, 정신건강관리교육, 약물관리에 대한 욕구가 높게 나타났다(이용표 등, 2017; 권오용 등, 2018; 김문근 등, 2009). 한편 정신질환자 및 정신장애인은 증상 관리를 위해 입원이나 시설 입소와 같은 보호 방식은 원치 않는 것으로 드러났다(김문근 등, 2009). 또한 최근 정신질환자에 대한 위기지원에 대한 논의가 활발히 이루어지면서 그에 대한 대책으로는 전문인력의 가정방문, 일시쉼터의 제공, 핫라인 또는 연락망 구축 등을 포괄하는 연속적인 위기지원 시스템의 도입이 강조되었다(이용표 등, 2017; 권오용 등, 2018).

주거 서비스 측면에서는 공동생활가정, 자립생활지원주택에 대한 정신질환자 및 정신장애인의 욕구가 높게 나타났고(이용표 등, 2017; 오유라 등, 2018), 이로 미루어보아 대규모의 주거시설보다는 비교적 개인의 자유가 보장되는 소규모의 주거시설을 더욱 선호하는 것으로 보인다. 또한 독립생활 유지 및 주거마련에 대한 경제적 지원 서비스의 욕구 또한 매우 높게 나타났고 그 중에서도 주거안정을 위해 전세 및 구입자금의 대출, 주거비 지원, 기초생활보장급여나 장애수당의 신청지원에 대한 욕구가 높았다(권오용 등, 2018; 홍선미 등, 2010). 이에 주거서비스의 방안으로는 크게 주거안정을 위한 경제적 지원, 소규모 주거시설의 다양화, 지원서

30) 최희철(2015)은 기초생활수급권으로 인해 취업활동이 위축되지 않도록 하는 문제에 대한 해결, 정신장애인에게도 신체장애인에게 제공되는 보장구에 상응하는 여러 가지 재활치료 제공, 정신장애인이 직업을 가지기 위해 필요한 운전면허를 규제하는 도로교통안전법안의 정비 등을 관련법규 정비의 대안으로 제시하고 있다.

비스를 결합한 주거 프로그램(지원주택)의 확충이 공통적으로 드러나고 있었다.

소득보장 서비스 측면에서는 경제적 비용지원에 대한 욕구가 상당히 높은 것으로 드러났다. 이에 장애연금, 장애수당의 확대가 공통적인 정책 방안으로 나타나고 있으며 당사자의 경제적 부담을 완화하기 위한 소득보장정책의 확충이 요구되고 있다.

취업 및 직업재활 서비스 측면에서는 직업기술훈련과 취업알선에 대한 욕구가 공통적으로 높게 나타났다(이용표 등, 2017; 하경화·성준모, 2012). 이에 대한 정책방안으로는 정신장애의 특성에 맞는 직종 및 직장의 개발, 직업훈련 및 취업장의 확대, 기관 간 연계 등이 제시되고 있다.

한편 상기 선행연구들에서는 정신장애인과 정신질환자의 욕구를 구분하여 제시하지 않고 있기 때문에 본 연구에서 다루고자 하는 장애 등록하지 않은 정신질환자의 욕구만을 순수하게 파악하기는 어렵다. 이는 현재 많은 연구들이 장애 등록하지 않은 정신질환자에 대해 크게 주목하지 않고 정신장애와 관련한 연구를 하고 있기 때문이라고도 볼 수 있겠다. 또한 상기 연구 참여자들의 과반수 이상은 장애 등록한 정신장애인 때문에 대부분의 연구들에서 정신장애인에 대한 정책적 개선 방안을 제시하고 있다. 때문에 장애 등록하지 않은 정신질환자들은 해당 연구들에서도 소외되고 있다. 특히 증상관리와 관련된 일부 서비스를 제외하고는 장애인복지법에서 배제되는 정신질환자에 대한 복지욕구 및 정책적 대안에 대한 논의는 여전히 부족하다. 일부 치료 서비스를 제외한 대부분의 복지 서비스는 장애 등록한 정신장애인에게만 해당되는 것으로, 그마저도 제공받지 못하는 정신질환자에 대한 복지욕구와 그에 대한 대책이 마련되어야 할 것이다.





## IV 국내외 장애인복지정책의 정신장애인 위치

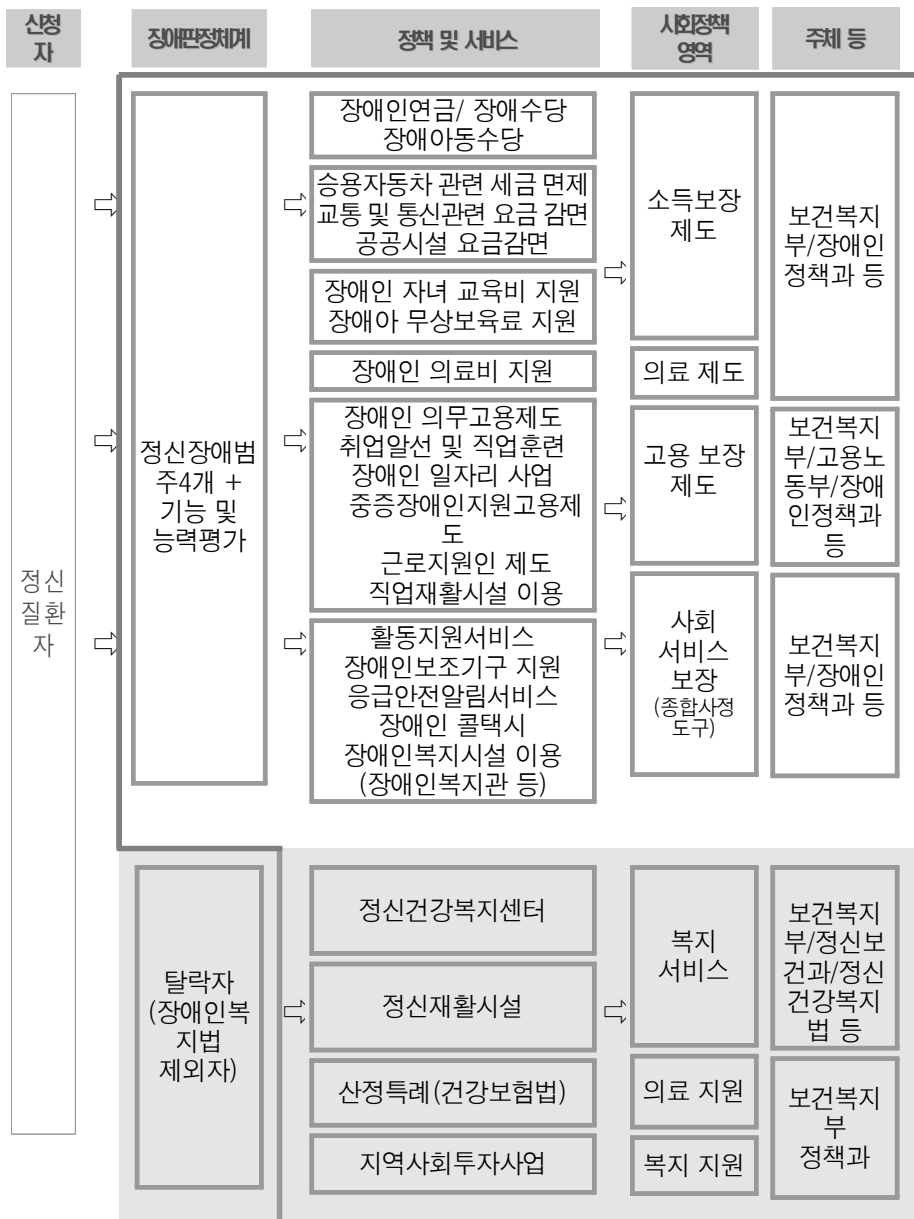
### 1. 한국

#### 1) 개관

한국의 장애인복지정책에서의 정신장애인 복지는 크게 두 법률에 기반하고 있다고 할 수 있다. 첫째, 장애인복지법이다. 장애인복지법은 사회복지서비스 대상으로서 장애인을 바라본다. 따라서 장애인복지법 하에서의 정신장애인은 의료, 교육, 직업재활, 생활환경개선 등의 서비스를 제공받고, 장애인의 자립생활 보호 및 수당 지급 등을 받을 권리가 제시되어 있다고 할 수 있다. 장애인복지사업으로는 장애인 연금, 장애인복지관 및 재활시설 이용, 활동지원제도, 감면할인서비스 등이 대표적이다. 장애인복지법의 장애인의 정의는 장애인 고용에 관한 사업과 제도들을 규정하고 있는 장애인고용촉진법에 그대로 적용되고 있다. 따라서 장애인복지법은 장애인고용촉진법의 상위법이라 할 수 있다.

둘째, 정신건강복지법이다. 정신건강복지법은 2017년 자격제한으로 적용되어온 정신질환의 개념의 범주를 좁히며, 정신질환자의 복지 및 재활, 권리보장 등의 역할이 요구되어 정신보건법을 전면 개편한 법률이다. 정신건강복지법의 목적은 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정하고 있다. 정신건강복지법의 복지 사업으로는 복지서비스 제공, 정신건강증진시설 운영(정신재활시설 활용 등)이 규정되어 있으나, 주로 입·퇴원, 보호 및 치료 등이 우선시 되고 있다. 최근 들어, 정신재활시설에서의 고용 및 직업재활 등의 서비스를 제공하고 있으나, 일반노동시장에서의 고용은 의무고용 및 고용장려금 등을 고려한 탓에 '등록장애인' 중심의 고용구조로 이루어져, 정신건강복지법에서의 등록장애인이 아닌 정신질환자의 고용은 쉽지 않은 현실이다.

이렇듯 두 법률에 따른 법정 정신장애 및 정신질환자의 정책적 배제현황은 아래의 그림으로 표현되어 진다. 이에 대한 구체적인 정책적 배제 사항들은 법정 정신장애 개념 및 범주를 일차적으로 살펴보고, 소득, 의료, 고용, 사회서비스 보장 순으로 구체적으로 후술하였다.



[그림 IV-1] 정신장애인 복지정책의 이원화 구조



## 2) 법정 정신장애개념 및 범주

본 절에서는 우리나라 여러 현행법에서 정의되어 지고 있는 정신장애의 개념 및 범주에 대해 살펴보았다. 대표적으로 장애인복지법, 국민연금법, 산업재해보상보험법, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 장애인 등에 대한 특수교육법에서 제시하는 정신장애의 개념과 범주이다. 즉 사회서비스 영역에서는 장애인복지법과 정신건강복지법, 보훈법을 사회보험 영역에서는 국민연금법과 산재보험법을 교육영역에서는 특수교육법을 고용 영역에서는 장애인고용촉진법을 기준으로 살펴보았다.

### (1) 장애인복지법

장애인복지법은 우리나라에서 장애에 대한 기본적인 법률로, 법 제2조 1항에 의하면 장애인을 “신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있으며, 정신적 장애란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애로 정의하고 있다.

같은 법 시행령 별표 1에서는 장애유형을 15유형으로 구분하여 정의하고 있다. 이 중 정신장애인은 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람으로 정의하고 있다.

### (2) 국민연금법

국민연금법 제3절 제67조 1항에서 제시되어 있는 장애연금 대상자는 가입자 또는 가입자였던 자가 질병이나 부상으로 신체상 또는 정신상의 장애가 있는 경우 대상이 되며, 구체적으로 제시되어 있진 않다.

국민연금 장애심사규정 별표에서는 정신장애를 조현병, 양극성정동장애, 비정형정신병, 알콜중독장애, 일산화탄소중독, 두부외상 후유증, 뇌혈관계질병 등으로 보고 있다.<sup>31)</sup> 국민연금법에서 포괄하고 있는 정신질환 영역은 위에 제시한 바와 같

이 ‘ ~ 등’ 으로 제시하여, 전반적인 질환을 포괄하고 있다고 할 수 있다.

장애연금은 공단에서 장애정도를 심사 한 후, 연금이 지급되며 장애등급은 국민연금법 시행령 별표 2에서 1급에서 4급으로 제시하고 있다. 4급의 경우, 정신 또는 신경계통이 노동에 제한을 가할 필요가 있는 정도로 장애가 남은 자, 부상이나 질병이 치유되지 아니하여 노동에 제한을 받거나 노동에 제한을 가할 필요가 있는 정도로 장애가 있는 자로서 보건복지부장관이 따로 정하는 자고 3급의 경우, 정신 또는 신경계통이 노동에 있어서 심한 제한을 받거나 또는 노동에 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도의 장애가 남은 자, 부상이나 질병이 치유되지 아니하여 신체의 기능과 정신 또는 신경계통이 노동에 심한 제한을 받거나 노동에 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도로 장애가 있는 자로서 보건복지부장관이 따로 정하는 자이다. 2급의 경우, 정신이나 신경계통에 노동 불능상태의 장애가 남은 자, 부상이나 질병이 치유되지 아니하여 신체의 기능과 정신이나 신경계통이 노동에 극히 심한 제한을 받거나 노동에 극히 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도로 장애가 있는 자로서 보건복지부장관이 따로 정하는 자이고 1급의 경우, 정신이나 신경계통이 노동 불능상태로서 상시 보호나 감시가 필요한 정도의 장애가 남은 자, 부상이나 질병이 치유되지 아니하여 신체의 기능과 정신이나 신경계통이 노동 불능상태로서 장기간의 안정과 상시 보호 또는 감시가 필요한 정도의 장애가 있는 자로서 보건복지부장관이 따로 정하는 자이며 1급으로 갈수록 장애정도가 심함을 알 수 있다.

### (3) 산업재해보상보험법

산업재해보상보험법 제1장 제5조 5항에서는 "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로 정의하고 있다.

산업재해보상보험법 시행령 별표 3에서 제시된 정신장애 관련 범주를 살펴보면, 업무와 관련하여 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건에 의해 발생한 외상후스트레스장애, 업무와 관련하여 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인하여 발생한 적응장애 또는

31) 국민연금공단 사이트에서 게시한 장애연금 대상자 중 정신신경계통 장애인의 장애심사 구비서류에 제시된 해당되는 정신장애인은 조현병, 양극성정동장애, 우울증 공황장애, 알코올의존증, 외상 후 스트레스 장애 등으로 제시되어 있다.



우울병 에피소드로 정하고 있다. 산업재해보상보험법은 산업재해로 인해 중도장애가 된 경우만을 적용하는 것으로 정신지체, 정서장애, 알코올중독 등 일부 유형은 제외되어 있다(안태희, 2001 pp.16<sup>32</sup>), 근로복지공단, 2019 pp.93<sup>33</sup>)).

시행령 별표 6에서는 장애 등급을 1~14등급까지 구분하고 있으며, 정신장애는 1급~3급, 5급, 7급, 9급으로 구분하였다. 1급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람, 2급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람, 3급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 평생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람, 5급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 쉬운 일 외에는 할 수 없는 사람, 7급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 쉬운 일 외에는 하지 못하는 사람, 9급의 경우, 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람으로 정하고 있다.

#### (4) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제1장 제3조 1항에서 정신질환자는 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람으로 정하고 있다. 또한 같은 법 시행령 제2조에서는 정신장애의 범주를 기질성 정신장애, 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애, 조현병 또는 망상장애, 기분장애, 정서장애, 불안장애 또는 강박장애, 그 밖에 위에 제시된 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애로 정하고 있다.

#### (5) 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에서 정신장애인 혹은 정신질환에 대한 정의는 없으며, 같은 법 제6조에서 신체검사 대상자의 상이등급은 그 상이정도에 따라 1급·2급·3급·4급·5급·6급 및 7급으로 구분하여 판정하며, 이 경우 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다는 내용만 제시되어 있다. 한편, 같은 법

32) 안태희(2001). 장애관련 제기준의 비교·분석. 한국장애인고용촉진공단.

33) 근로복지공단(2019). 정신질환 업무관련 성 조사 지침.

시행령 별표 2에서는 정신이상으로 정상적인 취업이 불가능한 자가 제시되어있고, 별표 3에서는 급수에 따른 구체적 장애유형을 명시하였는데, 이 중에 ‘정신장애’로 표현되어 있으며, 1~7급까지 장애 정도에 따라 구분되어 있다.

#### (6) 장애인고용촉진 및 직업재활법

장애인고용촉진 및 직업재활법 제1장 제2조 제1항에서 장애인은 신체 또는 정신상의 장애로 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자로 정의하고 있다. 제2항에서는 중증장애인에 대한 정의가 있으며, 이는 장애인 중 근로 능력이 현저하게 상실된 사람을 의미하고 있다. 또한 장애범주는 같은법 시행령 제3조에서 제시하였듯, 장애인복지법과 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법에 준한다고 명시되어 있어, 이 법은 정의와 범주가 장애인복지법 및 국가유공자법과 동일하다.

#### (7) 장애인 등에 대한 특수교육법

장애인 등에 대한 특수교육법 제2조에서는 특수교육대상자를 특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람을 말하며, 같은법 제15조에서 정서·행동장애를 포함시킨다고 제시되어 있다. 같은법 시행령 별표에서는 정신·행동장애에 대해 제시하였는데, 특별한 교육적 조치가 필요한 사람, 지적·감각적·건강상의 이유로 설명할 수 없는 학습상의 어려움을 지닌 사람, 또래나 교사와의 대인관계에 어려움이 있어 학습에 어려움을 겪는 사람, 일반적인 상황에서 부적절한 행동이나 감정을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람, 전반적인 불행감이나 우울증을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람, 학교나 개인 문제에 관련된 신체적인 통증이나 공포를 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람을 말한다.

#### (8) 법정 정신장애개념 및 범주 정리

지금까지 살펴본 관련 현행법들인 장애인복지법, 국민연금법, 산업재해보상보험법, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 장애인 등에 대한 특수교육법의 개념 및 범주를 정리해 보자면 다음과 같다.



<표 IV-1> 법정 정신장애개념 및 범주

법 명	개념	범주
장애인복지법	"장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현 정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람	F20 조현병 F25 조현정동장애 F31 양극성정동장애 F33 재발성우울장애
국민연금법	가입자 또는 가입자였던 자가 질병이나 부상으로 신체상 또는 정신상의 장애가 있고 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에는 장애 정도를 결정하는 기준이 되는 날(이하 "장애결정 기준일"이라 한다)부터 그 장애가 계속되는 기간 동안 장애 정도에 따라 장애연금을 지급한다.	조현병, 양극성정동장애, 비정형정신병, 알콜중독장애
산업재해보상보험법	"장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.	업무와 관련하여 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건에 의해 발생한 외상후스트레스장애, 업무와 관련하여 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인하여 발생한 적응장애 또는 우울병 에피소드
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	"정신질환자"란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람	1. 기질성 정신장애 2. 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애 3. 조현병 또는 망상장애 4. 기분장애 5. 정서장애, 불안장애 또는 강박장애 6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애 <sup>34)</sup>

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	신체검사 대상자의 상이등급은 그 상이정도에 따라 1급·2급·3급·4급·5급·6급 및 7급으로 구분하여 판정한다. 이 경우 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.	정신이상으로 정상적인 취업이 불가능한 자
장애인고용 촉진 및 직업재활법	"장애인"이란 신체 또는 정신상의 장애로 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자를 말한다. "중증장애인"이란 장애인 중 근로 능력이 현저하게 상실된 사람으로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 사람을 말한다.	제4조(장애인의 기준) ①법 제2조제1호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. 1. 「장애인복지법 시행령」 제2조에 따른 장애인 기준에 해당하는 자 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항(「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따른 상이등급 기준에 해당하는 자
장애인 등에 대한 특수교육법	"특수교육대상자"란 특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람을 말한다.	장기간에 걸쳐 다음 각 목의 어느 하나에 해당하여, 특별한 교육적 조치가 필요한 사람 가. 지적·감각적·건강상의 이유로 설명할 수 없는 학습상의 어려움을 지닌 사람 나. 또래나 교사와의 대인관계에 어려움이 있어 학습에 어려움을 겪는 사람 다. 일반적인 상황에서 부적절한 행동이나 감정을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람 라. 전반적인 불행감이나 우울증을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람 마. 학교나 개인 문제에 관련된 신체적인 통증이나 공포를 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람 5. 정서·행동장애

각 법률은 정신장애의 개념에 대해 통일성 있게 적용되지 않고 있었다. 장애인복지법, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률은 정신장애에 대한 정의가 다소 구체적으로 제시되어 있다. 반면, 국민연금법, 산업재해보상보험법,

34) 고시되어 있지 않음.





국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 장애인 등에 대한 특수교육법은 정신장애에 대해 단순 정신적 “훼손”, “제약을 받는자” 등으로 광범위하게 정의를 내리고 있다.

범주는 장애인복지법, 국민연금법, 산업재해보상보험법, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률처럼 구체적으로 정신장애 혹은 정신질환 범주를 구체적으로 제시하는 법령이 있는 반면, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 장애인 등에 대한 특수교육법처럼 ‘정신이상’ 혹은 ‘어려움’ 등의 광범위하게 제시하는 법령도 있었다.

다음으로는 위의 법들 중에서 가장 대표적인 장애인복지법과 본문에 제시된 타법들과의 차이점을 살펴보고자 한다. 위에서 살펴본 바와 같이, 장애인복지법의 정신장애 정의와 범주를 동일하게 사용하는 법률은 장애인고용촉진 및 직업재활법이 있으며, 그 외의 법령은 조금씩 법령 특성에 맞는 장애개념과 범주로 제시하였다.

장애인복지법은 타법들에 비해 배제되어있는 정신장애인 범주가 있는 것으로 나타났다. 먼저, 국민연금법을 살펴보면 조현병, 양극성정동장애, 비정형정신병, 알콜중독장애, 비정형정신병, 알콜중독장애 등을 포함시켰고<sup>35)</sup>, 산업재해보상보험법에서는 외상후스트레스장애, 적응장애, 우울증 에피소드를, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에서는 기질성 정신장애, 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애, 기분장애, 정서장애, 불안장애 또는 강박장애를, 장애인 등에 대한 특수교육법 우울증만 제시한 것으로 나타나 우울증에서는 장애인복지법보다 포괄적인 것으로 나타났다. 한편, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에서는 구체적인 명칭이 없어 더 정신질환 및 정신장애 범주가 포괄적인 것으로 나타났다.

### 3) 소득보장정책

국민기초생활보장은 생활이 어려운 사람에게 필요한 급여를 실시하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕는 것을 목적으로 하는 제도이다. 현재 국민기초생활보장은 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여로 나뉘어 ‘맞춤형 보장’의 형태로 지급되며, 그 중 생계급여는 대표적인 소득정책에 해당된다.

2017년 장애인실태조사(김성희 외, 2017, pp461)에 따르면, 전체 장애인가구

35) 국민연금법에서 포괄하고 있는 정신질환 영역은 ‘~ 등’으로 제시하여, 전반적인 질환을 포괄하고 있는 것으로 판단됨.

의 15.0%가 국민기초생활보장 생계급여의 수급자인 것에 반해 정신장애인의 생계급여 수급가구 비율은 54.7%에 달하여 장애유형 중 가장 높은 것으로 나타났다. 두 번째로 수급 비율이 높은 뇌전증장애인의 34.6%와 비교하였을 때도 상당한 차이를 보이고 있어, 정신장애인에 대한 생계급여의 중요도는 매우 큰 것으로 보인다. 다만 본 통계는 정신질환자가 아닌, 중증에 해당하는 장애등록한 정신장애인을 대상으로 했다는 점을 감안할 필요가 있다.

생계급여 지급 결정 과정에는 근로능력평가 절차가 포함되며, 근로능력이 없다고 판정된 수급자는 별다른 조건 없이 생계급여 수급이 가능하다. 반면 근로능력이 있는 수급자는 조건부 수급자로 분류되어 자활 사업 참여를 조건으로 생계급여가 지급된다(문준혁, 2019, pp 127·133). 이 때 근로능력 없는 수급자는 다음과 같은 기준에 따라 분류된다(보건복지부, 2020a pp94-95).

- ① 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호의 규정에 따른 중증장애인
  - ② 질병부상 또는 그 후유증으로 치료 또는 요양이 필요한 사람 중에서 근로능력평가를 통해 시장·군수·구청장이 근로능력이 없다고 판정한 사람
  - ③ 그 밖의 근로가 곤란하다고 보건복지부장관이 정하는 사람
- (가) 20세 미만의 중·고교 재학생
- (나) 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제4조의 규정에 따른 중증장애인에 해당하지 않는 장애인복지법상 ‘장애의 정도가 심한 장애인’
- (다) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항에 따른 상이등급에 해당하는 자 중 3급 이상의 상이등급 해당 자
- (라) 「노인장기요양보험법 시행령」 제7조에 따른 장기요양 1~5등급 판정자
- (마) 보건복지부 고시 의료급여수가의 기준 및 일반기준(제2019-227호) 별표2의 회귀·중증난치질환 해당자 및 건강보험의 본인일부부담 산정특례에 관한 기준(제2019-29호) 별표3의 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자

이 중에서 장애등록한 정신장애인 중 위의 ‘① 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호의 규정에 따른 중증장애인’ 기준에 의해 중증 정신장애인(<표 IV-2>)으로 판정된 사람은 근로무능력자로 분류되어 생계급여를 받을 수 있다. 정신장애인의 경우에는 중증장애에만 해당되기 때문에 장애 등록 자체만으로 근로무능력자로 간주된다.



<표 IV-2> 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙에 따른 중증 정신장애인 기준

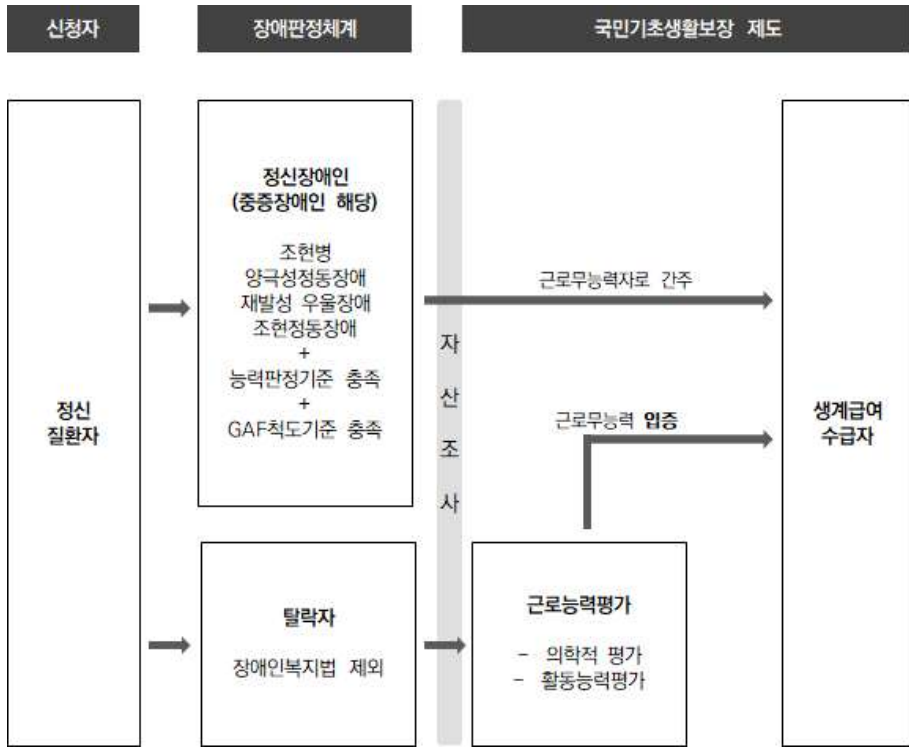
- |  |
|--|
| 가. 조현병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 <b>6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움</b> 이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 <b>60점 이하인</b> 사람     |
| 나. 양극성 정동장애로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 않지만 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 <b>6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움</b> 이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 <b>60점 이하인</b> 사람 |
| 다. 재발성 우울장애로 기분, 의욕 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 <b>6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움</b> 이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 <b>60점 이하인</b> 사람        |
| 라. 조현정동장애로 가목부터 다목까지의 규정에 준하는 증상이 있는 사람  |

출처: 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙 [별표1] 중증장애인의 기준

또한 위 ③의 나)에 따라 ‘장애의 정도가 심한 장애인’의 경우에도 근로능력이 없는 수급자로 분류될 수 있는데, 장애등록제의 개편으로 인해 「장애인복지법」 상의 장애 등급이 ‘장애 정도’로 변경됨에 따라, 그에 대한 경과조치로 종전의 규정에서 장애등급이 제1급부터 제3급까지에 해당되었던 사람은 ‘장애의 정도가 심한 장애인’으로 간주된다(「장애인복지법」 시행규칙 제2조). 따라서 해당 조항에 의해서도 이전에 장애등록을 하여 1급에서 3급까지의 등급을 받은 모든 정신장애인은 별도의 근로능력평가 없이 생계급여 지급이 가능하다.

한편 장애 등록하지 않은 정신질환자는 위의 ②에 의해 별도의 근로능력평가를 받은 뒤 근로능력이 없다는 판정을 받아야 생계급여를 수급할 수 있다(「국민기초생활 보장법」 시행령, 근로능력평가의 기준 등에 관한 고시). 근로능력평가는 ‘의학 적 평가’와 ‘활동능력 평가’로 이루어진다. 의학 적 평가는 평가대상자가 제출한 근로능력평가용 진단서, 진료기록부 사본 등의 서류를 검토하여 의학 적 평가기준에 따라 평가대상 질환별로 단계를 결정한다. 이 때 정신질환자는 3개월 이상 충분한 치료를 시행하였음에도 증상이 지속되는 경우에 해당 진단서를 발급할 수 있으며<sup>36)</sup> 최근 2개월간의 진료기록을 첨부하여야 한다. 생계급여제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치는 다음 그림과 같다.

36) 자해 및 타해 등의 위협으로 시급한 입원치료가 필요한 경우 또는 선천적 지적능력 저하 등 질병이 고착되어 상태의 호전 및 악화의 변화 가능성이 없는 경우는 예외임.



[그림 IV-2] 생계급여제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치



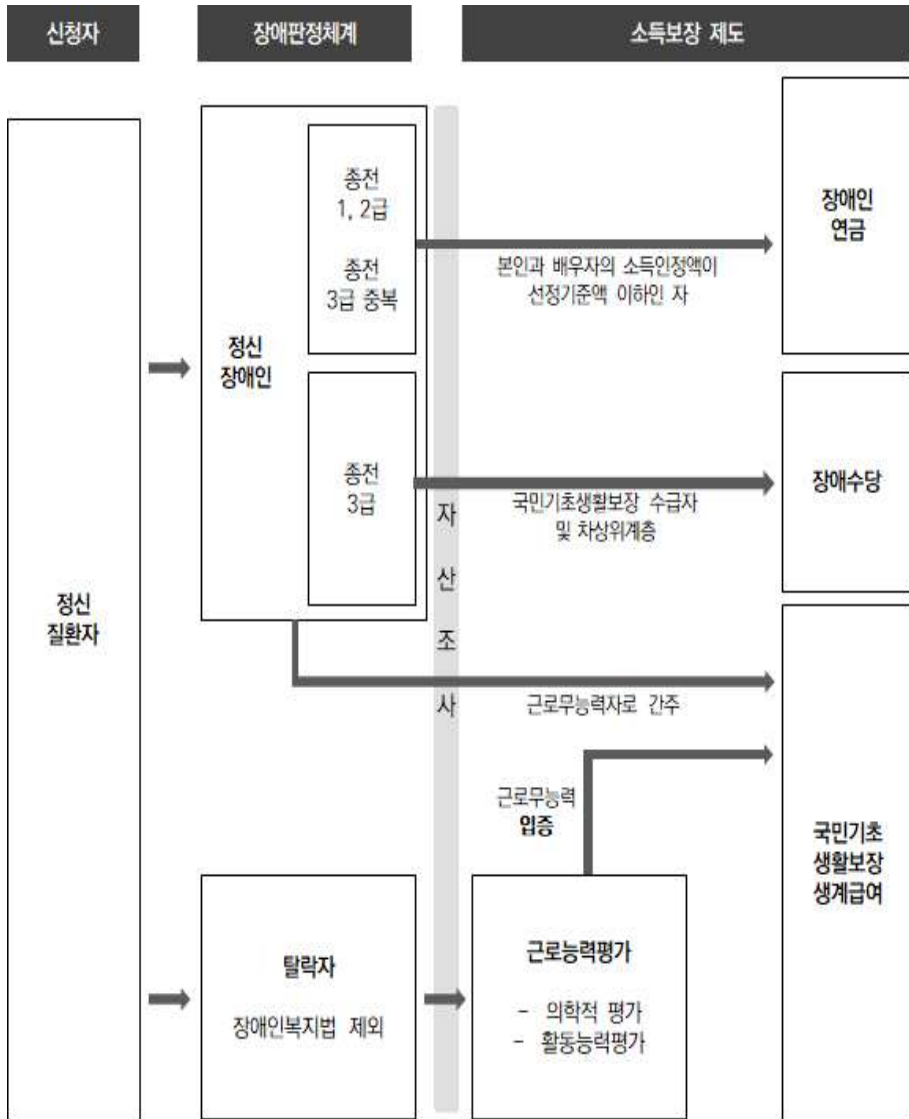
장애인연금제도는 중증장애인에게 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득과 장애로 인하여 추가로 드는 비용을 보전하기 위하여 매월 일정액의 연금을 지급하는 사회보장제도를 말한다(보건복지부, 2020b). 동 제도에서는 ‘만18세 이상의 등록된 중증장애인 중 본인과 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자’를 지급대상으로 하며, 장애인연금 수급을 위한 중증장애인 기준은 <장애 정도 판정기준(보건복지부 고시 제2019-117호)>에서 별도의 장으로 규정되고 있다. 장애인등록제가 개편됨에 따라 장애인연금의 수급을 위한 중증장애인은 장애 유형별 의학적 판정기준에 부합(중전 1, 2급)하거나 「장애인복지법」 시행령 제2조 제2항에 따른 장애 정도를 2개 이상 받은 장애인으로서 그 장애 정도 중 하나가 심한 경우(중전 3급 중복)로 규정되고 있다(보건복지부, 2019a). 이에 대한 의학적 판정기준은 <표 IV-3>과 같다.

<표 IV-3> 장애인연금 수급을 위한 중증 정신장애인 기준

1. 조현병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움**이 필요하며 GAF 척도 점수가 **50점 이하**인 사람
2. 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움**이 필요하며, GAF척도 점수가 **50점 이하**인 사람
3. 재발성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움**이 필요하며, GAF척도 점수가 **50점 이하**인 사람
4. 조현정동장애로 ① 내지 ③에 준하는 증상이 있는 사람

출처: 2020년 장애인연금 사업안내, 국가법령정보센터

한편 장애인연금법 상의 중증장애인 기준에 부합하지 못하여 장애인연금을 지급받지 못하는 정신장애인(중전 경증장애 3-6급에 해당되었던 자) 중 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층에 해당하는 자는 장애수당을 지급받을 수 있다. 이를 생계급여 수급제도와 통합하여 파악하면 다음의 그림과 같다.



[그림 IV-3] 소득보장제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치



마지막으로 국민기초생활보장제도의 근로유인을 위해 소득을 공제하는 체계가 존재한다. 그러나 동 체계에 의하면 아래와 같이 공제대상 소득대상과 비율이 정신 질환자와 장애인의 경우 상이한 것을 알 수 있다. 즉 등록장애인의 경우에는 직업 재활사업, 근로 및 사업소득에서 소득을 공제하는 시스템을 가지고 있으나, 정신장애인의 근로 및 사업소득은 그렇지 않은 차이를 보이고 있다.

<표 IV-4> 국민기초생활보장제도 소득공제 대상

구분	현행	
공제 대상 수급(권)자	등록장애인	
공제대상 소득	장애인 직업재활사업· 정신질환자 직업재활사업 참여 소득)	근로·사업소득
공제율	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50% 추가공제	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제

#### 4) 의료정책

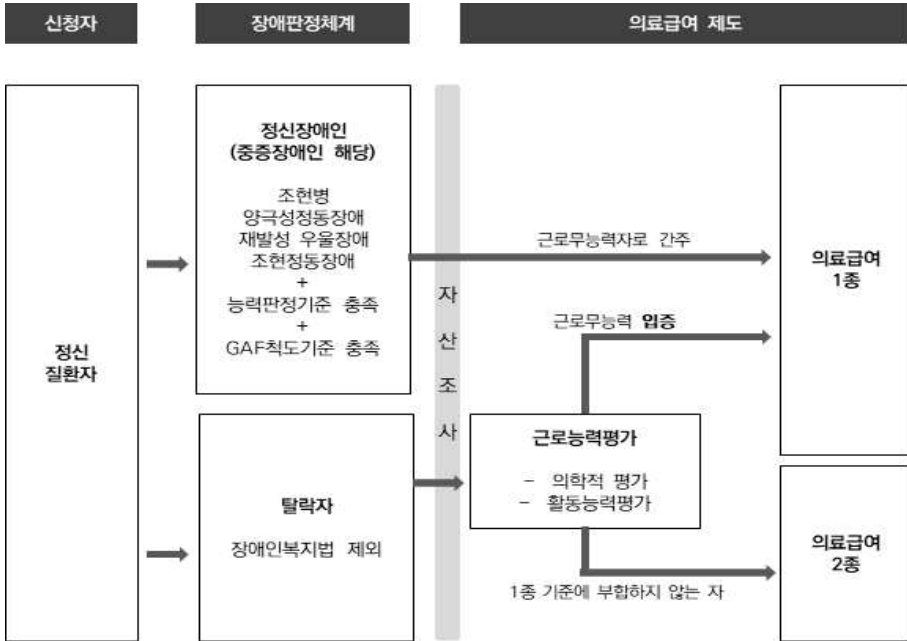
2017년 장애인실태조사(김성희 외, 2017, pp462)에 따르면, 의료급여의 수급 비율 역시 정신장애인(53.8%)이 가장 높은 것으로 나타났으며, 이는 다음으로 높은 비율을 차지하는 뇌전증장애(34.5%)의 수급률 및 전체 장애인의 수급률(14.4%)과 비교했을 때에도 월등하게 높다. 동 연구에서는 장애로 인한 추가 소요비용 또한 함께 제시하고 있는데(김성희 외, 2017, pp476), 정신장애인의 월평균 총 추가비용은 8만5천900원으로, 그 중에서 의료비(4만7천5백원)가 가장 높은 비중을 차지하고 있었다. 따라서 정신장애인에게 의료비 지원은 매우 중요한 의미를 가지고 있으며 그들의 생계와도 직결된다고 볼 수 있다.

의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로, 이러한 국민들에게 발생하는 의료문제 즉, 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스를 제공한다(보건복지부, 2020c, pp 3). 의료급여의 지원대상은 ① 국민기초생활보장법에 의한 수급권자로 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로

서 소득인정액이 선정기준 이하인 사람, ② 의료급여법에 의한 수급권자(행려환자), ③ 타법에 의한 수급권자(재해구호법, 의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 입양특례법 등)이다(보건복지부, 2020c, pp4).

이 중에서 정신질환자가 해당되는 조건은 주로 ①의 경우이며, 해당 조항에 의해 의료급여는 1종과 2종으로 구분되어 제공된다. 장애정도가 심한 장애인으로 구분되는 정신장애인과 장애등록은 하지 않았으나 근로능력평가를 통해 근로능력이 없다고 판정된 정신질환자는 의료급여 1종을 제공받을 수 있고, 이에 해당되지 않는 정신질환자는 의료급여 2종 수급권자로 분류된다. 이 때, 1종 수급권자는 입원 시 본인부담금이 없고, 외래 진료 시 1,000원~2,000원의 본인부담금이 발생하지만, 2종 수급권자는 입원 시 10%의 본인부담금, 외래 진료시 최대 15%(2차/3차병원)의 본인부담금이 발생한다는 측면에서 혜택의 차이가 발생한다(문준혁, 2019, pp133). 의료급여 수급과 관련한 정신질환자 및 정신장애인의 위치와 흐름을 정리하면 다음의 그림과 같다.

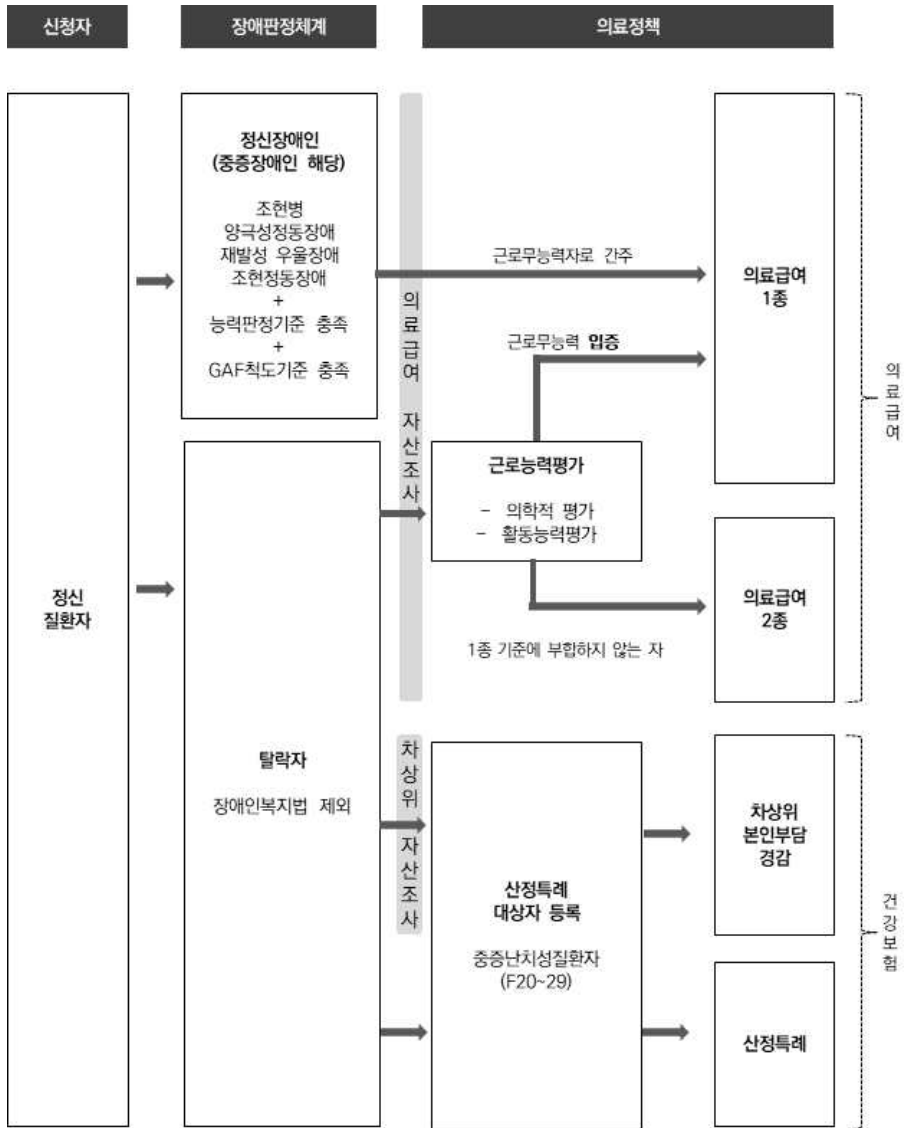




[그림 IV-4] 의료급여제도 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치

의료급여제도를 통해 의료비와 관련한 지원을 제공받지 못하는 건강보험대상자들에 대해서는 본인일부부담금 산정특례와 차상위 본인부담경감제도가 있다.

본인일부부담금 산정특례제도는 고액의 치료비가 예상되는 상병과 장기간 치료를 요하는 상병에 대해 건강보험 본인부담액의 일부를 경감하는 제도를 말한다(최정규&정형선, 2012, pp1). 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자, 결핵질환자가 산정특례 대상에 해당되며, 정신질환자는 <본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부고시 제2020-111호)>에 따라 중증난치질환자로 분류되어 해당 제도를 이용할 수 있다. 중증난치질환자 산정특례 대상[별표 4의2]에서는 정신질환 중 F20~F29에 해당되는 조현병, 분열형 및 망상 장애만을 사업 대상으로 지정하고 있다. 이에 해당되는 정신질환자는 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담하게 된다.



[그림 IV-5] 의료정책 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치



차상위 본인부담경감제도는 희귀난치성·중증질환자, 6개월 이상 치료를 받고 있거나 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동 중 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하이고, 부양요건을 충족하는 자에 대해 요양급여비용 중 본인부담금을 경감하여 주는 제도를 말한다(보건복지부, 2020d, pp3). 이 때 소득인정액 기준과 부양의무자 기준을 모두 갖춘 정신질환자 중 산정특례대상으로 등록된 정신질환자는 해당 제도를 이용할 수 있다. 해당 제도의 지원대상이 되는 정신질환자는 입원 및 외래 시 요양급여비용이 면제되며 기본식대의 20%를 본인일부부담하게 된다(보건복지부, 2020d, pp5). 이에 따라 의료정책 내 정신장애인 및 정신질환자의 위치를 정리하면 [그림 IV-5]와 같다.

## 5) 고용정책

2017년 장애인실태조사를 살펴보면 전체 장애인의 평균적인 고용 상태에 비해 정신장애인의 고용 현황이 현저히 열악함을 알 수 있다. 전체 장애인의 평균적인 경제활동참가율은 38.9%인데 반해 정신장애인은 19.2%에 불과하여 전체 평균의 거의 절반 수준만이 경제활동에 참가하고 있었다. 또한 인구대비 취업자 비율도 15.7%를 차지하여 전체 장애유형 중 네 번째로 낮은 비율을 보이고 있었으며 전체 평균인 36.9%의 절반에도 못 미치는 수준이다. 이처럼 정신장애인에 대한 고용정책의 필요성은 다른 장애유형에 비해 매우 높다.

현재 「장애인고용촉진 및 직업재활법」(이하 장애인고용법)에서는 등록된 장애인에 대한 고용서비스를 별개로 규정하고 있다. 해당 법상에는 대표적으로 직업재활, 중증장애인지원고용, 장애인 고용 의무 및 부담금 등이 있으며, 이러한 서비스들을 제공 받기 위해서는 동일법상에서 규정하는 장애인 또는 중증장애인의 요건을 충족하여야 한다. 정신장애인의 경우에는 중증장애만 존재하므로 해당 법상에서 규정하는 정신장애인 및 중증 정신장애인은 다음의 표와 같다.

<표 IV-5> 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙에 따른 (중증)정신장애인 기준

가. 조현병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움**이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 **60점 이하**인 사람

나. 양극성 정동장애로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 않지만 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움**이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 **60점 이하**인 사람

다. 재발성 우울장애로 기분, 의욕 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력 장애로 인하여 능력장애 판정기준의 **6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움**이 필요하며, 전반적기능수준(GAF) 척도 점수가 **60점 이하**인 사람

라. 조현정동장애로 가목부터 다목까지의 규정에 준하는 증상이 있는 사람

출처: 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행규칙 [별표1] 중증장애인의 기준

즉, 장애 등록한 정신장애인은 장애인고용법에 명시된 고용서비스들을 함께 이용할 수 있으나 장애 등록하지 않은 정신질환자는 「정신건강복지법」에서 규정한 서비스들만을 이용할 수 있다. 단, 「장애인복지법」 제15조에 의해 「장애인복지법」 상 서비스 중에서도 정신장애인의 이용이 제한적인 서비스가 일부 존재한다.

「장애인고용법」과 「장애인복지법」에서는 직업재활에 대한 법령을 명시하고 있다. 두 법령에서는 장애인 직업재활 실시 기관으로 「장애인복지법」에 따른 장애인직업재활시설, 장애인지역사회재활시설, 장애인복지단체 등으로 규정하고 있으며, 이 중 장애인 직업재활시설과 장애인 지역사회재활시설은 장애인복지시설에 해당된다.

장애 등록한 정신장애인만이 「장애인고용법」 및 「장애인복지법」상의 서비스를 이용할 수 있지만 그 중 장애인 직업재활시설이나 장애인 지역사회재활시설의 이용에서는 정신장애인도 배제된다. 「장애인복지법」 제15조에 의해, 「정신건강복지법」에 적용되는 정신장애인은 「장애인복지법」에 따라 설치된 지역사회의 장애인복지시설의 이용이 금지되어 있기 때문이다. 정신장애인도 「장애인복지법」상의 장애인에는 틀림없지만, 「장애인복지법」 제15조와 동법 시행령 제13조에 의거하여 장애인복지시설 및 그곳에서 제공하는 서비스를 이용하지 못하게 되는 것이다(박인환·이용표, 2018).



<표 IV-6> 장애인고용촉진 및 직업재활법 시행규칙에 따른 (중증)정신장애인 기준

#### 「장애인복지법」 법률

**제15조(다른 법률과의 관계)** 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. <개정 2016.5.29.>

**제34조(재활상담 등의 조치)** ① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "장애인복지시설기관"이라 한다)은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18., 2015.6.22.>

1. 국·공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다)에 의뢰하여 의료와 보건지도를 받게 하는 것
2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것
3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것
4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는 직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업안정업무기관에 소개하는 것

#### 「장애인복지법」 시행령

**제13조(다른 법률과의 관계)** ③ 법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다. <개정 2014.11.4., 2017.5.29.>

출처: 「장애인고용촉진 및 직업재활법」, 「장애인복지법」

따라서 정신질환자와 정신장애인이 공식적으로 이용할 수 있는 직업재활시설은 「정신건강복지법」 상의 직업재활시설이다. 한편, 「정신건강복지법」 상의 직업재활시설은 2018년 기준 전국 총 12개소(국립정신건강센터, 2018)에 불과하며, 이에 반해 장애인복지법 상의 직업재활시설은 2018년 651개소에서 2019년 683개소로 증가하였다(보건복지부, 2019b). 즉, 정신질환자와 정신장애인은 보편적 장애인복지전달체계에서 배제되고 있을 뿐만 아니라, 「정신건강복지법」에 의거한 직업재활시설이 미비하여 직업재활 서비스 영역에서 대부분 배제되고 있음을 알 수 있다. 반면, 발달장애인의 경우에는 「장애인복지법」과 「정신건강복지

법」의 중복 적용이 금지되는 정신장애인과는 달리, 중복 수혜에 대한 금지 조항이 없어 「장애인복지법」 뿐만 아니라 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」을 동시에 지원받을 수 있다.

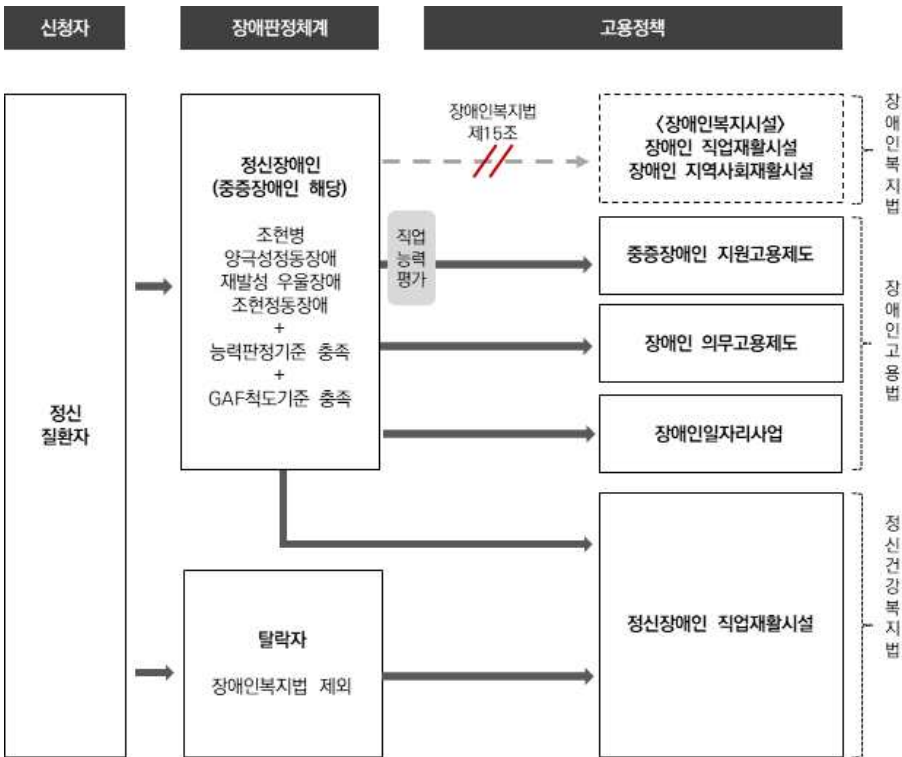
단, 장애인일자리사업을 통해 정신장애인이 직무 배치되는 경우에는 공공기관뿐만 아니라 장애인복지시설을 포함한 민간위탁사업수행기관에서 근로할 수 있게 된다. 장애인일자리사업이란 취업 취약계층인 장애인에게 일자리를 제공하고 장애유형별 맞춤형 신규 일자리를 발굴 및 보급하는 제도를 말한다. 이는 일반형(전일제/시간제), 복지일자리(참여형/특수교육-복지연계형), 특화형(시각장애인안마사, 발달장애인 요양보호사 보조)으로 구분된다. 해당 사업의 대상은 만 18세 이상 장애인복지법상 등록장애인(특수교육-복지연계형, 특화형 제외)이므로 등록한 정신장애인은 장애인일자리사업에 신청할 수 있다. 사업수행기관은 시·군·구청, 읍·면·동 주민센터, 보건소, 공공기관 등이 포함되며 민간위탁수행기관으로는 장애인복지관, 사회복지시설, 특수교육기관 등이 포함된다. 따라서 이 경우에는 「장애인복지법」 제15조로 인해서 이용이 제한되었던 장애인복지시설을 정신장애인이 이용할 수 있게 된다. 반면, 장애 등록하지 않은 정신질환자는 장애인일자리사업 자체에서 완전히 배제된다.

중증장애인지원고용제도의 경우, 정신장애인은 이용할 수 있으나 등록하지 않은 정신질환자는 이용하지 못한다. 중증장애인지원고용이란 구인사업체 현장에 직무 지도원과 함께 3~7주간(필요시 최대 6개월) 사업체 현장훈련을 거쳐 작업내용과 기술, 직장적응력을 제고하여 성공적인 취업으로 유도하는 제도를 말한다. 「장애인고용법」 제13조, 제43조에 따라 15세 이상 중증장애인 중 상담 및 직업능력평가를 통해 대상자가 결정된다. 따라서 장애인으로 등록되지 않은 정신질환자는 지원고용제도를 이용하지 못할 뿐만 아니라 직업재활시설의 이용 기회 역시 현저히 적기 때문에 공적인 전달체계를 통해 직업기술을 배우거나 취업으로 연계될 가능성이 매우 적어 독립적으로 취업을 시도해야 하는 실정이다.

장애인 의무고용제도에서도 등록된 정신장애인만이 그에 따른 혜택을 얻을 수 있다. 의무고용제도란 사업주로 하여금 대통령령으로 정한 비율 이상에 해당하는 장애인 근로자를 의무적으로 고용하게 하고 이를 미준수시에는 부담금을, 의무고용률 이상 고용한 사업주에게는 초과인원에 대한 장려금을 지급하는 제도를 말한다. 특히 소정근로시간이 60시간 이상인 중증장애인을 고용한 경우에는 그 인원의 2배



에 해당하는 장애인을 고용한 것으로 간주하기 때문에, 중증장애만 존재하는 정신장애의 경우 모든 정신장애인이 '2배수고용제도'에 해당될 수 있다. 따라서 대부분의 사업주들은 장애를 등록하지 않은 정신질환자보다 정신장애인을 고용하고자 하며, 정신질환자들은 이러한 제도들로 인해 고용시장에서 더욱 배제되고 있다. 이를 모두 그림으로 나타내면 <그림 IV-6>와 같다.



[그림 IV-6] 고용서비스 정신질환자 및 정신장애인의 위치

## 6) 사회서비스

2017년 장애인 실태조사에 따르면 장애인 활동지원서비스를 이용한 경험이 많은 장애유형은 자폐성장애(22.9%)와 지적장애(15.4%)이며, 정신장애인은 1.6%만이 이용한 경험이 있어 전체 장애인의 이용경험률(3.2%)에 못 미치는 것으로 나타났다. 이는 활동지원서비스 대상자 선정을 위한 장애인 서비스지원종합조사의 기준이 정신장애인에게는 부적합하게 구성되었기 때문이라고도 볼 수 있다. 실제로 정신장애인의 경우, 신체적인 어려움이 없다 하더라도 약물 부작용으로 인한 신체적 증상의 발현, 정신적인 증상으로 인한 일상생활 어려움 등이 현저히 존재하고 있기 때문에 심각한 수준의 당사자에게는 일상생활 전반에 대한 활동지원의 필요성이 매우 크다.

활동지원서비스는 신체적·정신적 사유로 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 지원하는 서비스로, 신체활동지원(목욕도움, 세면도움, 식사 도움, 실내 이동 도움 등), 가사활동지원(청소 및 주변정돈, 세탁, 취사 등), 사회활동지원(등 학교 및 출퇴근 보조지원, 외출 동행 등), 방문목욕(가정방문 목욕제공), 방문간호(간호, 진료, 영양상담 등)의 서비스를 지원한다. 활동지원서비스의 대상은 만 6세 이상 만 65세 미만의 장애인복지법 상 등록장애인이며, 서비스 지원 종합조사 결과에 따라 산출된 종합점수가 42점 이상을 충족하여야 한다. 해당 점수에 따라 활동지원등급이 1구간 ~ 15구간까지 책정되며 각 구간마다 활동지원급여가 차등적으로 지급된다. 따라서 장애등록한 정신장애인은 활동지원서비스의 수혜를 위해 서비스 지원 종합조사를 신청할 자격이 주어지며, 서비스 지원 종합조사의 결과가 최소 42점 이상인 자는 활동지원서비스의 대상이 된다. 반면, 장애등록하지 않은 정신질환자는 활동지원 서비스에서 완전히 배제된다.

장애등록한 정신장애인 중에서 일정 요건을 충족하는 자들은 응급안전알림서비스 또한 지원받을 수 있다. 응급안전알림서비스란 장애인의 가정에 화재·가스 감지 센서 및 응급호출기 등을 설치하여 응급상황에 상시 대응하고 안전 확인을 비주거적으로 실시하도록 하는 서비스로, 응급상황 모니터링이나 안전확인 이외에도 장애인 당사자에 대한 생활교육, 서비스 연계 등의 서비스도 함께 제공한다. 해당 서비스에 대한 지원대상은 다음의 표와 같다.





<표 IV-7> 응급안전알림서비스 대상

순위	내용
1순위	<ul style="list-style-type: none"> <li>서비스지원 종합 조사 결과 산정된 활동지원등급이 13구간 이상이고 독거 및 취약가구에 해당하는 자</li> <li>- 독거가구: 세대별 주민등록표에 수급자 외 가구구성원이 없으며 실제 홀로 거주하는 경우</li> <li>- 취약가구: 세대별 주민등록표에 등재된 수급자 외 가구 구성원 모두가 장애인이거나 만18세 이하 또는 만 65세 이상인 경우</li> </ul>
2순위	<ul style="list-style-type: none"> <li>장애인활동지원 수급자 중 활동지원등급이 13구간 이상이고 독거 및 취약가구에 해당하지 않는 자</li> <li>장애인활동지원 수급자 중 활동지원등급이 14구간 이하이고 독거 및 취약가구에 해당하거나 가족의 직장 및 학교생활 등으로 생활여건 상 상시 보호가 필요한 사람</li> </ul>
3순위	<ul style="list-style-type: none"> <li>장애인활동지원 수급자 중 1·2순위 대상자 외 지방자치단체의 장이 생활여건을 고려하여 상시 보호가 필요하다고 인정한 사람</li> </ul>
4순위	<ul style="list-style-type: none"> <li>장애인활동지원 비수급자이나, 장애의 정도가 심한 장애인으로 지자체의 장이 생활여건을 고려하여 상시 보호가 필요하다고 인정한 사람</li> </ul>

출처: 복지로 - 독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스

<http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveGvmtWelInfo.do?welInfSno=242>

이에 따르면 응급안전알림서비스의 지원대상의 1순위부터 4순위까지는 장애인에 해당되어야 하며 따라서 장애등록한 정신장애인만이 해당 서비스에 대한 최소 3순위 또는 4순위의 지원자격을 얻게 된다. 1순위 또는 2순위의 자격을 얻기 위해서는 장애 등록과 동시에 서비스지원 종합조사 결과에 따라 일정 수준의 활동지원 등급을 취득하여야 한다. 장애 등록하지 않은 정신질환자의 경우에는 완전히 해당 서비스에서 배제되는 것이다.

장애인복지시설의 이용 또한 마찬가지이다. 장애 등록한 정신장애인은 「장애인복지법」에서의 장애인복지시설(장애인 거주시설, 장애인 지역사회재활시설, 장애인 직업재활시설, 장애인 의료재활시설 등)을 이용할 수 있는 자격을 가지지만, 장애 등록하지 않은 정신질환자는 이러한 시설의 이용에 제한된다. 장애 등록한 정신장애인 중에서도 「정신건강복지법」에 적용되는 자들은 「장애인복지법」 제15조에 의하여 장애인복지시설의 이용이 제한된다.

장애 등록하지 않은 정신질환자가 이용할 수 있는 사회서비스로는 「정신건강복지법」에 의한 정신건강복지센터, 정신재활시설 등이며 그밖에도 정신건강토달케어를 바우처 방식으로 이용할 수 있다. 정신질환자가 이용할 수 있는 서비스의 구체적인 내용은 다음 <표 IV-8>과 같으며, 이를 모두 그림으로 나타내면 [그림 IV-7]과 같다.

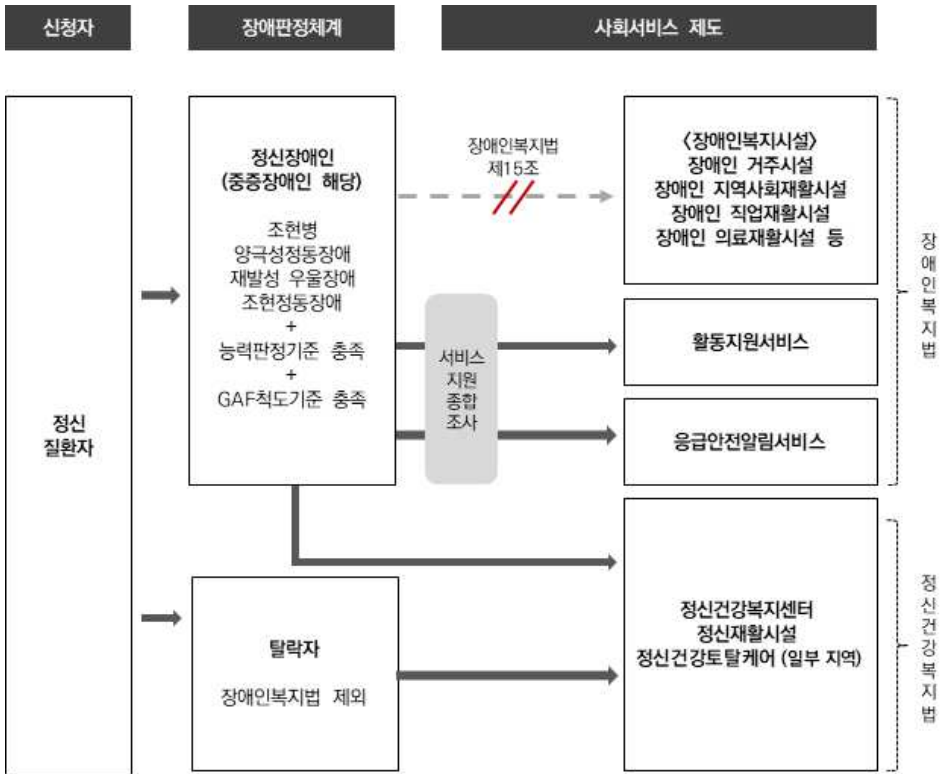
<표 IV-8> 정신질환자 대상 사회서비스

구분		종류	운영방식
정신건강복지센터		기초	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 질병관리에 중점을 둔 사례관리</li> <li>- 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건사업 기획·조정기능 수행 미흡</li> </ul>
		광역	
정신재활시설	생활시설	입소생활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스 제공</li> <li>- 이용기간이 제한되며 훈련기능에 초점</li> </ul>
		주거제공시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10인 이하 소규모로서 주거, 생활지도 등의 기능수행, 야간관리인력 상주</li> <li>- 신설 불가, 이용기간이 제한됨</li> </ul>
	재활훈련시설	주간재활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신질환자에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스 제공</li> </ul>
		공동생활가정	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4-6인 소규모 가정형태, 독립생활을 위한 자립역량을 함양, 이용기간 제한</li> </ul>
		지역사회 전환시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 지역 내 정신질환자에게 일시보호 기능을 위한 전달체계 미구축</li> <li>- 훈련기능과 관련하여 입소생활시설이나 공동생활가정과 차별성이 명확치 않음</li> </ul>
		직업재활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원</li> </ul>
	중독자재활시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 도움</li> </ul>
	종합시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공</li> </ul>
바우처	정신건강토달케어		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신장애인 또는 정신과 치료가 필요하다는 정</li> </ul>



구분	종류	운영방식
	서비스 (지역사회서비스투자 사업으로 지자체에서 제공)	<p>신과 의사의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자에 대하여 정신질환 증상, 기능수준, 욕구에 따라 필요한 프로그램을 선별 또는 혼합하여 월 4회 이상 제공</p> <p>– 정신질환자와 가족에게 일상생활 지원, 증산관리, 사회 적응 및 취업지원 프로그램을 지원</p>

출처: 이용표 외(2017, pp542-543)



[그림 IV-7] 사회서비스 정신질환자 및 정신장애인의 위치

## 7) 소결

지금까지 한국 장애인복지정책 내에서의 정신장애인의 위치를 분석하였다. 먼저 한국은 제도의 목적에 따라 정신장애범주가 매우 상이하여, 제도상에서 포괄하고 있는 정신장애범주에 차이가 있는 것으로 나타났다. 장애로 인한 근로능력감소에 따른 소득보장체계의 경우에서도 장애인복지법의 장애인연금은 조현병, 조현정동장애, 양극성정동장애, 재발성 우울장애 등의 4개 정신질환범주로 국한되어 있는 반면에, 국민연금에서는 조현병, 양극성정동장애, 비정형정신병, 알콜중독장애 등을 포괄하고 있다. 이 외에도 국민기초생활보장법의 근로능력평가기준의 정신분열 및 망상성장애(F20~F29), 뇌손상 후유장애(F00~03, F06~09), 양극성장애(F31), 우울장애 중 중증삽화(F32.2~32.3, F33.2~33.3), 강박장애(F42), 외상 후 스트레스 장애(F43.1)등이 포괄되어 있으며, 실질적으로는 동 질환 이외에도 정신적 질환을 가지고 있을 경우에도 동 영역으로 간주하여 판단할 수 있도록 하고 있다. 이렇듯 장애인의 1차 소득보장 안전망인 국민연금제도, 2차 안전망인 국민기초생활보장수급, 3차 안전망인 장애인 연금 등을 보면, 조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애 등을 제외하고는 다양한 정신질환 범주를 포괄하고 있다.

뿐만 아니라 산재보험에서는 2016년 3월에 ‘업무와 관련하여 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인하여 발생한 적응장애 또는 우울병 에피소드’ 즉, ‘적응장애’ 또는 ‘우울병 에피소드’가 ‘업무상 질병에 대한 구체적인 인정 기준’에 추가 되는 등 정신적 어려움에 따른 사회적 위험에 대응하여 추가적으로 정신질환 범주들이 확대되거나 혹은 모든 정신질환을 포함하고 있다.

세부적으로 소득, 고용, 의료, 사회서비스 측면에서 정신장애인의 배제 및 차별 지점을 분석한 결과, 한국의 정신적 질환을 가지고 있는 사람들은 장애인복지법과 정신건강복지법의 이원화된 법률체계로 인하여 각 영역에서 정책적인 대상자임에도 불구하고 배제와 차별을 겪고 있는 것으로 분석되었다. 2차 안전망인 국민기초생활보장제도의 경우, 대상자 선정의 일차적 기준이 소득기준이지만, 근로무능력을 판단하는데 있어 장애인복지법의 중증 등록장애인은 근로무능력자로 판단되기 때문에, 정신질환자는 장애인복지법의 협소한 범주로 인하여 같은 소득인정액 이하라 할 지라도 근로능력평가를 받아야 하는 차이가 있다. 또한 소득인정액을 산정하는데 있어, 소득공제수준은 등록장애인의 경우 직업재활시설 뿐만 아니라 근로 및 사



업소득을 공제율을 적용하고 있으나, 정신질환자의 경우에는 정신질환자 직업재활 사업 참여 소득에만 적용되고 있는 차이가 있다. 고용정책의 경우에도 장애인복지법의 등록장애인이 그대로 의무고용대상자에 적용되기 때문에 정신질환이라는 사회적 편견 속에서 장애인복지법의 제도권 내에 들어가지 않으면 고용 조차 힘든 현실이다. 마지막으로 사회서비스는 장애인복지법과 정신건강복지법에서 제공되고 있으나, 장애인복지법 제 15조에 의하여 직업재활, 상담, 관련 시설 이용 등이 불가할 뿐만 아니라 정신건강복지법은 2017년 이후 정신장애인의 복지향상을 위해 개정되었음에도 불구하고 아직까지 복지영역의 확대가 크지 않다고 할 수 있다.

## 2. 미국<sup>37)</sup>

### 1) 개요: 미국 정신건강 정책과 서비스

미국은 정신장애라는 개념이나 이에 따른 정책이 별도로 마련되어 있는 것이 아니라 정신건강의 문제로 기능의 제한과 손상(level of impairment와 functioning)이 발생한 경우 그에 적절한 치료와 서비스들이 이루어지고 있다고 보는 것이 적절하다고 하겠다. 미국 연방정부는 정신 건강 (mental health)을 “개인의 복지, 가족 및 대인 관계 그리고 지역사회 또는 사회에 기여할 수 있는 능력에 필수적인 요소로, 정신 기능을 성공적으로 수행하여 생산적인 활동, 다른 사람과의 관계 이행, 변화에 적응하고 도전에 대처할 수 있는 상태라고 정의하고 있다. 정신 질환은 진단 가능한 모든 정신장애 (mental disorders)를 총칭하는 용어로, 기분이나 행동의 변화를 일으키고 기능장애 (impaired functioning)를 초래할 수 있는 상태”로 정의하고 있다 (U.S. Department of Health and Human Services, 2020. 직역). 이 장에서는 중증정신질환을 중심으로 살펴볼것이다. 정신질환이라 했을 때 보편적으로 대부분 생각, 기분, 지각(perception), 지남력(orientation) 또는 기억에 손상이 일어나 판단, 행동, 현실을 인지할 수 있는 능력을 손상(impair)시키는 질환이라고 정의할 수 있겠다. 정신질환으로 인한 장애란 기능에 ‘중대한(significant), 심각한(severe), 상당한(substantial), 심한(gross) 손상과 제한이 초래되는’ (Winick, 2005, p. 48) 경우를 뜻한다고 볼 수 있다.

미국의 정신장애인들에 대한 이해를 위해 먼저 현재 미국의 정신질환 실태에 대해 살펴보겠다. ‘약물 및 정신건강과(Substance Abuse and Mental Health Servi

---

37) \* 본 장은 저자가 핵심적인 정책과 서비스에 관해 미국의 공공기관 연구보고서 및 학술자료 등을 인용하여 작성한 것이다. 원고를 작성하며 번역으로 인해 발생할 수 있는 의미전달의 오류를 최소화하기 위해 노력했으며 의미전달에 어려움이 있는 고유명사 등의 경우는 원어 그대로 표기하였다. 원문이나 보다 구체적인 내용을 필요로 하는 경우는 본문에 표기한 출처 및 참고문헌을 참고를 당부하는 바이다. 또한 이 장에서 소개된 내용 외에 다양한 정책 및 서비스가 있다는 점도 명시한다.

\*본 원고에서는 정신질환이 개인의 정체성에 포함되는 느낌이 있는 ‘정신질환자’라는 용어 대신, 정신질환이 하나의 질병으로 느껴지는 ‘정신질환을 앓고 있는 자 (a person with a mental illness)’라는 명칭을 사용하였다. 이 ‘정신질환을 앓고 있는 자’는 상황에 따라 때론 정신장애인 또는 당사자라는 용어로 사용되기도 하였다.

\*본 장에서 표현된 정신건강(mental health), 정신질환(mental illness), 그리고 정신장애(mental disability) 등의 용어는 원문에서는 의미가 조금씩 다르지만 이 장에서는 ‘정신질환(mental health disorder)’를 통칭하는 의미로 보면 된다.



ces Administrations [SAMHSA]<sup>38)</sup> (2019a)에서 발표한 2018 ‘약물 및 건강에 관한 전국조사(National Survey on Drug Use and Health, NSDUH)’ 결과에 따르면, 2018년 미국 18세 이상 성인의 19.1%(47.6백만명; 성인 5명 중 1명)가 AMI (any mental illness)를 경험했고, 1,140만명(약 4.6%; 성인 25명중 1명)이 ‘심각한 중증 정신질환인 SMI(serious mental illness)<sup>39)</sup>를 경험한 것으로 나타났다. 여기서 SMI란 DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)에 기반한 진단기준에 해당하는 정신적(mental), 행동적(behavioral), 또는 정서적(emotional) 문제(disorder)를 가지고 있으며, 이로 인해 일상에서 주요 생활활동을 하는데 방해가 되거나 제한을 받는 경우라고 정의한다 (SAMHSA, 2019a, p.2).

미국의 정신질환 및 장애에 관한 정책과 서비스에 대해 설명하기 전 두가지를 명시하고자 한다. 첫째는 이 장에서 다루는 대상에 관한 것이다. 본 원고에서는 정신질환을 가진 18세 이상 65세 미만 성인을 대상으로 하는 전반적인 정책과 서비스에 대해 설명한다. 보고서의 목적과 범위에 따라 정신질환을 앓고 있는 자를 다음에 해당되는 그룹은 따로 분리하여 다루지 않았다: 첫째, 미국에서 정신질환과 여러 종류의 약물(substance)사용의 상관관계가 있다는 사실은 익히 잘 알려져 있다. 예를 들어 정신질환이 없는 사람들에 비해(15.7%), 정신질환이 있는 사람들 중 상당수가, 전년도인 2018년에 약물(illicit drugs)(AMI중 36.6%; SMI중 49.4%)을 사용하였다고 보고되었다(SAMHSA, 2019a, p.51).여기서는 약물중독과 관련된 내용은 다루지 않는다; 둘째, 정신질환을 앓고 있는 자 중 범죄와 관련된 사람들 (예로, 정신질환으로 인해 유죄가 아님 [Not Guilty by Reason of Insanity], 재판을 받을 수 있는 역량이 없다고 판단됨 [Incompetent to Stand Trial], 정신질환을 가진 가해자 [Mentally Disordered Offenders])도 포함시키지 않았다. 이외에도 보훈유공자, 유색인종, 이민자, 아동 및 청소년, 노인, 성소수자등과 같이 세분화된 그룹에 대해서는 따로 분리하지 않았다.

둘째는 이 보고서에 소개된 내용들에 관한 것이다. 미국은 연방정부의 특성상 연

38) 1992년 설립된 보건복지부 (Department of Health and Human Services)산하의 SAMHSA는 약물 남용과 정신질환이 미국 지역 사회에 미치는 영향을 줄이기 위한 정책과 서비스의 지침을 제공하고, 정신건강과 관련된 미국 공중 보건 노력을 이끌고 있다 (SAMHSA, 2020a, <https://www.samhsa.gov/about-us>). 이 장에서 소개하는 상당부분의 정신건강 정책과 서비스는 SAMHSA의 보고서를 기반으로 하고있다.

39) 17 세 이하의 어린이와 청소년의 경우 SMI라는 용어보다는 심각한 정서질환 (SED, Serious Emotional Disorder)이라는 용어를 사용하는 편이다.

방정부의 기본 정책 기준 아래 주(State)정부가 각 주에 적합한 정책을 설립하고, 지방정부(County)와 민간단체가 주정부의 틀에서 협력체계를 형성하여 정책실행과 서비스를 제공하고 있어 그 내용이 광범위하다. 이에 여기에서는 특정한 한 주 캘리포니아를 예로 하여 공공 정신건강(public mental health) 전달체계를 소개할 것이다. 따라서 미국의 일반적인 정신정책과 정신질환을 앓고 있는 자들의 권리옹호나 인권, 적절한 서비스에 대한 내용은 법적 근거에 따르는 것을 원칙으로 하지만, 모든 정부정책이나 서비스를 소개하는데 한계가 있기에 본 보고서에서는 주(State) 정책에 초점을 맞추었으며, 저자가 주요내용이라 판단한 부분을 중심으로 안내하고자 한다. 또한 정책이나 서비스의 원칙들은 원문이 전달하고자 하는 내용을 최대한 훼손하지 않는 범위에서 전달하고자 직역하였음을 명시하는 바이다.

#### (1) 간략한 미국 정신건강 정책 역사 소개

모든 나라의 정책들이 그렇듯이 미국의 정신건강 정책도 시민권과 인권에 대한 민감성, 정신의학에 대한 국민의 인식, 정책결정권을 가진 지도자들의 의식과 의지, 자원의 확보 및 경제적 상황 등 다양한 요인에 의해 발전하여 왔다고 하겠다. 현재 실행되고 있는 미국 정신건강법과 주요 정책을 이해하기 위해 우선 미국 정신건강 정책과 법들의 변화 과정을 간략하게 소개하고자 한다<sup>40)</sup>.

콜로니얼 미국(Colonial America) & 20세기 초: 정신건강 개혁의 환경 조성(setting up the stage)이 된 시기로 정신질환을 앓고 있는 자들에 대해 보다 더 인간적인 대우와 ‘도덕적 치료’를 요구했고, 이때부터 개입과 치료에 대한 긍정적인 태도와 돌봄에 대한 관심(concern for the care of the individual)이 국가 정책의 지침이 되기 시작했다. Dorothea Dix(1837년)와 같은 개혁운동가들은 1840~1850년대 수용소에 감금된 정신질환을 앓고 있는 자의 열악한 상황을 문서화하고 이들을 치료하기 위한 병원 설립을 주장하였다. 이것은 정신질환을 앓고 있는 자를 치료하는 계기가 되었으며, 국영병원의 설립과 운영에 관한 규제들의 필요성이 대두되었다(Grob, 1991, p.302). 2 차 세계대전 후 ‘전쟁 후유증’을 겪는 참전 용사

40) 참고로 미국 정신건강 정책에 관한 내용들은 다음의 자료들을 바탕으로 저자가 재구성한 것이다: D.J., Jaffe (2017), Steverson, (2018), Fuller Torrey (2014). 이 문헌 외에서 발췌하여 소개한 내용들에 대해서는 별도로 참고문헌을 표시하였다. 학자에 따라 시대구분의 방법이 다양하며, 여기에서는 그 중 한가지의 시대구분 방법을 선택하였음을 밝히는 바이다.





가 많아지면서 정신건강 정책에 대한 연방 정부의 우려가 커졌다. 이에, 1946 년에 국가 정신건강법(National Mental Health Act) 제공을 1949 년에는 정신건강 연구소(National Institute for Mental Health [NIMH]) 설립을 승인했다(Appelbaum, 1994, pp.4-7).

1950년대- 항정신성 약물의 출현과 정신의학에 대한 인식의 변화: 새로운 치료 방법들이 개발되었으며 주정부의 병원 서비스 이용자에게 항정신성(anti-psychotic) 약물이 (예: Chlorpromazine, 판매 약품명이 Thorazine인 조현병 치료제) 제공되기 시작하였다. 약물치료 효과로 그동안 정신질환을 앓고 있는 자들이 병원과 시설보호에서 수감상태로 지내야 한다는 생각에 전환을 가져왔으며, 중증 정신질환을 앓고 있는 사람들을 지역사회 내에서 치료할 수 있는 가능성이 높아졌다. 이러한 약물치료의 진전과 더불어 정신질환에 대한 인식이 발달하며, 정신건강 개혁의 초석이 마련되기 시작하였다(Appelbaum, 1994, pp.9; Isaac & Brakel, 1992, pp.97-99).

1960년대~ 1970년대- 탈시설화와 지역사회기반 정신건강: 정신질환에 대한 새로운 인식, 의학의 발전, 그리고 새로운 약물치료를 기반으로 병원이 아닌 지역사회에서 정신질환을 앓고 있는 자의 치료를 요구하였으며 이러한 탈시설화 인식과 정책방향의 변화로 인해 지역사회 정신건강 치료(community mental health care)로의 전환이 가속화되었다. 특히 1963년 케네디 대통령(President Kennedy)의 ‘지역사회 정신건강법(Community Mental Health Act[ CMHA])’을 입법화하며 미국 정신건강 역사에 큰 변화를 일으켰다 (Appelbaum, 1994, p.9; Grob, 1991, p.250).

1980년대 이후- 정신건강 서비스 재원 마련과 자기옹호 서비스의 시작: 또다른 정신 건강의 중요한 발전은 1980년대와 1990년대 활성화된 당사자들의 자기옹호 서비스 운동(self-advocacy service recipient movement)이라 하겠다. 이 움직임은 당사자들이 자조 그룹(self-help groups)을 설립하면서 시작되었고, ‘당사자(consumer)’가 치료의 전반적인 과정에서 단순히 서비스를 받는 수혜자의 역할이 아닌 적극적으로 본인의 회복을 위한 주체가 되어 서비스 계획과정에 참여해야 할 필요성과 중요성이 강조되면서, 조직적인 옹호, 동료 서비스 및 서비스로 확대되었다.

지역사회기반의 서비스와 당사자들의 목소리를 담은 미국 정신건강 정책은 200

8년 ‘Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)’을 통해 강화 되었는데, MHPAEA는 정신질환을 앓고 있는 자에 대한 차별을 감소시키기 위하여 정신질환 및 약물 사용 질환에 대한 재정 및 치료에 드는 비용이 다른 의료적 혜택과 동일해야 한다는 기준을 마련하였다. 또한 2010년 오바마 정부의 ‘건강보험개혁법-적정가보장법(Affordable Care Act, ACA)’(Obama Care라고도 불림) 통과로 인해 의료보험 가입이 증가하고, 정신건강 서비스 이용이 확대되는 계기가 마련되었다.

특히 가장 최근의 연방 개혁법인 2016년 ‘21세기 치료법(21st Century Cures Act)’은 지역사회에서 법원의 명령으로 치료를 받게 하는 외래치료명령(Assisted outpatient treatment, AOT) 제도를 확대하고, ‘적극적 지역사회 치료(Assertive Community Treatment, ACT)’팀을 위한 새로운 보조금 프로그램에 지원하도록 하였다. 또한 지역사회 대응체계를 강화하는데 초점을 두었으며, Medicaid 비용 지출 기준을 완화함으로써 주정부들이 지역사회기반 서비스에 더 적극적으로 지원할 수 있는 틀을 마련하였다(U.S. Congress Report, 2017).

주요 정신건강 법안들: 다음은 중요한 미국 정신건강과 직·간접적으로 연관된 법안들을 시대적으로 간략하게 정리한 것이다. 이외에도 미국 정신건강 정책들에 영향을 끼친 다른 법안들과 주요 정책들이 있다는 점을 명시하는 바이다.

1946: National Mental Health Act of 1946  
 1963: John F. Kennedy’s Community Mental Health Centers (CMHCS) Act  
 1972: Supplemental Security Income (SSI)  
 1986: Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act of 1986  
 1990: Americans with Disabilities Act  
 1992: Creation of SAMHSA within the Department of Health and Human Services  
 1993: President Clinton’s Task Force on National Health Care Reform  
 1996: Mental Health Parity Act & Health Insurance Portability and Accountability  
 2003: New Freedom Commission on Mental Health and Its Final Report  
 2008: Mental Health Parity and Addition Equity Act  
 2010: Affordable Care Act  
 2016: The 21st Century Cures Act



## (2) 현 정신건강 영역에서의 과제들(challenges)

모든 나라가 그렇듯이, 미국 또한 다양한 정신건강 정책과 서비스를 발전시켜왔음에도 불구하고, 여전히 해결해야 할 과제들을 가지고 있다. 특히 중증정신질환을 앓고 있는 자들이 지역 사회에서 적절한 치료를 받을 수 있는 자원 및 자원의 부족, 주정신병원의 침상부족, 자발적 치료를 거부하는 정신질환을 앓고 있는 자와 관련된 문제들이 과제로 제시되고 있다. 이렇게 자발적·비자발적인 요인으로 치료를 받지 못하는 경우, 지역사회에 적응하지 못하여, ‘회전문 환자(revolving door patient)’로 불리는 입원-퇴원-재발 (relapse)-재입원을 하는 경우가 발생하고, 거리에서 노숙생활을 하게 되거나 (becoming homeless), 경·중범죄에 연루되어 수감 되거나 또는 범죄의 피해자가 되기도 하는 상황들이 관찰되었다 (아래 SAMHSA 2018a 참조). 현재 미국의 정신건강 정책과 서비스들은 인권 중심, 당사자 옹호, 지역사회기반 치료 등을 중심으로 하고 있으며, 치료를 받지 못하거나/안하는 경우 정신질환의 부정적인 결과를 최소화하고, 정신질환을 가진 당사자들의 회복을 도모하는 정책에 초점을 두고 있다 (Torrey, 2014, pp. 115-138).

### 치료받지 못한 중증정신질환의 문제점들

140,000명의 중증정신질환인들이 노숙자의 삶을 살고 있다.  
392,000명의 중증정신질환인들이 감옥이나 구치소에 수감되어 있다.  
755,360명의 중증정신질환인들이 집행유예 또는 가석방에 상태에 있다.  
중증 정신질환인들의 25% (약 300 만명)가 지난해 (2017년) 폭력 범죄의 희생자였으며 이는 일반 인구가 희생되는 수보다 11배가 더 높은 수치이다.  
정신분열증(현 조현병) 환자의 5 %와 양극성 질환의 10-15 %가 자살위험군에 있다.

자료: SAMHSA (2018a). Changing focus: The right to treatment for serious mentally ill (p.4, 직역).

## (3) 현 연방정부의 정신건강 정책: 회복중심의 총체적인 접근

정신건강 정책을 개선하고자 하는 연방정부의 노력은 최근 발표된 SAMHSA의 전략적 계획 FY2019-FY2023 (2020b)에서 살펴볼 수 있다. 이 전략계획서(Strategic Plan)는 SAMHSA의 비전과 사명을 수행하기 위한 지침(roadmap)을 제공하기 위해 목표(goals)와 효과성을 평가할 수 있는 목적(measurable objectives)을 포함하는 우선순위 5개 영역을 다음과 같이 설명하고 있다. (p.1, 직역):

- ① 예방, 치료 및 회복지원 서비스 확대를 통한 오피오이드 진통제(opioid) 위기 퇴치;
- ② 심각한 정신장애와 심각한 정서적 문제(emotional disturbances) 해결;
- ③ 약물 사용을 위한 사전 예방·치료 및 회복 지원 서비스;
- ④ 데이터 수집·분석·보급 및 프로그램 및 정책 평가 개선;
- ⑤ 건강 영역의 실무자 훈련 및 교육 강화;

위 5개 영역 중 여기에서는 두번째인 ‘심각한 정신 질환(serious mental illness [SMI]) 및 심각한 정서적 장애 (serious emotional disturbance [SED])에 대한 치료 및 회복 지원 서비스를 향상시키는 것’에 초점을 맞춰 정책과 서비스들을 소개할 것이다. 연방 정부의 다양한 (중증) 정신질환을 앓고 있는 자의 예방과 조기 및 효과적인 치료, 회복을 위한 정책들은 개개인의 회복 중심(recovery-focused)에 근거를 두고 있으며, “회복”은 현재 미국 정신건강 정책과 서비스의 기본 원칙이자 궁극적인 목적이라고 할 수 있겠다. 이러한 회복의 개념은 독립적으로 존재하는 것이 아니라 강점중심(strengths-based), 증거기반중심(evidence-based), 다학제적(multi-disciplinary), 전인중심(whole-person), 트라우마 중심(trauma-informed)등 다양한 실행 원칙들과 함께 서비스 전달체계와 실천에 반드시 수반되어야 할 정책으로 자리하고 있다. 이러한 서비스 원칙들은 총체적, 연계적으로 실행되고 있으며, 여기서는 그 중 사람중심 (person-centered)의 ‘회복중심 (recovery-focused)’과 ‘트라우마 기반 (trauma-informed)’에 기초하여 살펴보고자 한다. 뒤에서 소개하는 “사회서비스” 들은 이러한 원칙들을 기본으로 정책과 서비스의 개발부터 실행, 평가에까지 관여하고 있다.

#### ① 회복 중심(Recovery-focused) 모델을 중심으로

정신건강에서 ‘회복’은 여러 의미를 가지고 있는데 ‘정신질환적 증상 (psychiatric symptoms)’이 사라졌다는 의미보다는 지속적인 과정이며 총체적인 wellness를 통해 이루어진다고 할 수 있다 (Ralph & Corrigan, 2005, pp.85-86). SAMHSA는 회복에 대해 다음과 같이 설명하고 있고, 실무자들에게 서비스 전달의 기본 원칙으로 삼을 것을 강조한다(SAMHSA, 2012, pp.4-7, 직역).



- 회복은 희망에서 나온다.
- 회복은 사람 중심으로 (person-centered), 자기결정권과 자기주도를 강조한다.
- 회복은 여러 경로를 통해 발생한다: 역량, 강점, 재능, 대처 능력, 자원 및 각 개인의 가치를 기초로 하고, 개별화되어 있다.
- 회복은 총체적이다: 회복은 마음, 몸, 정신 및 공동체를 포함하여 개인의 전체 생활을 포함한다.
- 동료지원을 받는다: 동료들의 경험적 지식, 기술의 공유와 사회 학습을 포함한 상호 지원 및 상호 원조 단체는 회복에 중요한 역할을 한다.
- 관계 및 소셜-사회적 네트워크를 통해 지원된다: 가족, 동료, 서비스 제공자, 종교단체, 지역사회 구성원들은 당사자를 위한 중요한 지원 네트워크를 형성한다.
- 회복은 당사자의 문화적 배경에 영향을 받는다: 당사자 개인의 고유한 욕구를 충족시키기 위해 문화적 배경을 고려하여 맞춤화 되어야 한다.
- 회복은 트라우마 치료에 기반한다: 정신건강치료 서비스와 지원은 당사자의 육체적·정서적 안전과 신뢰를 증진하고, 선택권을 주면서, 권한 부여 및 협업을 촉진하면서 트라우마를 치료하는데 초점을 맞춰야 한다.
- 회복에는 개인, 가족 및 지역사회의 강점과 책임이 포함된다: 정신장애를 가진 사람들에 대한 차별을 금하고, 사회는 이들을 포용(social inclusion) 하며 회복을 도모할 수 있는 기회와 자원을 제공해야 할 책임이 있다.
- 회복은 존중을 기반으로 한다(Recovery is based on respect): 정신 건강 및 약물 사용 문제의 영향을 받는 사람들 (즉, 권리 보호 및 차별 철폐 포함)에 대한 지역사회, 시스템 및 사회적 수용과 인식은 회복을 달성하는 데 중요하다.

## ② 트라우마에 기반한 케어(Trauma-Informed Care)

사람을 중심으로 하는 회복중심접근과 더불어 여기서 소개하고자 하는 실천 원칙들 중 하나는 트라우마-기반 접근이다. SAMHSA는 정신질환을 가진 많은 사람들이 트라우마를 경험했다는 점과, 이러한 트라우마를 개입과정에서 치료하고, (새로운) 트라우마와 재-트라우마(re-traumatization) 경험을 최소화하는 것이 회

복에 중대한 영향을 미치는 것을 인지하였다 (SAMHSA, 2014a, p.7). 이에 정신 건강 서비스를 제공하는 기관 및 종사자들은 치료 개입의 바탕이 되는 원칙 중 하나로 트라우마-기반 접근법을 실천하고 있다. 트라우마-기반 접근법이 반드시 명심해야 하는 기본원칙은 다음의 6가지로 설명될 수 있다 (SAMHSA, 2014a, p.11, 직역):

- 원칙 1. 안전(Safety): 서비스를 제공받는 당사자들이 정서적 · 육체적으로 안전함을 느낄 수 있도록 기관의 물리적 환경 및 대인 관계 등 모든 분야에서 안전감 증진을 지원한다.
- 원칙 2. 신뢰성 및 투명성(Trustworthiness and Transparency): 조직 운영 및 결정은 당사자들과 가족 구성원, 그리고 조직에 관련된 직원과의 신뢰 구축 및 유지라는 목표로 항상 투명하게 수행된다.
- 원칙 3. 동료 지지서비스(Peer Support Services): 동료 지지 서비스와 상호원조 (mutual self-help)는 본인들 스스로의 이야기와 경험을 활용함으로써 안전성과 신뢰를 구축하고, 협업을 강화하며, 회복과 치유를 촉진한다.
- 원칙 4. 협업 및 상호성(Collaboration and mutuality): 당사자와 서비스를 제공하는 전문가 사이의 파트너십 관계 (권력과 의사결정의 공유)의 중요성을 강조한다.
- 원칙 5. 임파워먼트, ‘목소리’ 와 선택(Empowerment, Voice, and Choice): 역사적으로 정신질환은 사회적 편견과 낙인으로 인해 차별 받아왔으며, 본인들의 ‘목소리’ 를 내지 못한 상황은 당사자들에게 또 다른 트라우마를 경험하게끔 하였다. 이에 트라우마기반 접근법은 당사자들에게 자신들의 ‘목소리’ 를 낼 수 있도록 하는 것으로, 당사자들이 자기옹호(self-advocacy) 기술을 연마하는데 도움을 주며, 본인들의 치유와 회복을 위한 치료 과정에서 의사결정에 참여한다.
- 원칙 6. 문화, 역사 및 성적 지향에 관한 문제(Cultural, Historical, and Gender Issues): 개개인의 인종적, 민족적 및 문화적 욕구에 부응하는 서비스를 제공한다.



위에 소개한 트라우마 기반 원칙들은 앞서 소개한 사람중심의 회복 중심과 기본 가치를 공유한다. 즉 트라우마 기반의 치료양식은, 사람중심 회복 기반의 원칙과 같이, 따로 독립적으로 존재하는 것이 아니라, 서비스를 제공하는 기관의 리더십부터 기관의 정책(policies), 인력개발 및 훈련, 서비스 진행 모니터링, 재정(financing), 그리고 평가에 이르기까지, 서비스를 제공하는 모든 실체와 과정에서 함께 진행되며, 당사자가 안전하게 본인의 목소리를 찾고 임파워먼트(empowered)가 되도록 도와주는 모든 일련의 활동을 지칭한다. 다음으로 이러한 원칙하에 실행되는 서비스 전달체계와 재정체계에 대해 간략하게 설명하고자 한다.

#### (4) 서비스전달체계: 연방-주-지방-민간 협력체계

캘리포니아 주정부를 예로 미국의 공공 정신건강 정책과 서비스는 연방정부-주정부-지방정부(카운티)-지역사회 기반 민간기관의 협력관계를 간단하게 살펴보고자 한다.

캘리포니아 주의 정신질환 분포는 앞서 소개한 미 전역의 통계 결과(성인 5명 중 1명 AMI; 성인 25명중 1명 SMI)와 유사한데, 2015년 기준으로 성인 6명 중 1명(약 16.7%)에서 AMI를, 25명 중 1명(약 4%)이SMI를 앓고 있는 것으로 나타났다(California Budget & Policy Center, 2019, p.14). 이 정신질환을 앓고 있는 자를 위해 캘리포니아 주정부는 연방정부 및 58개 카운티와 협력하여 공공 정신건강 정책과 서비스의 관리 및 감독 역할을 한다.

다음 표에서 보듯이 연방정부는 큰 틀에서 주정부가 따라야 할 최소한의 지침을 세우고, 주정부가 그 지침 안에서 주 특성에 맞는 정책과 서비스를 구축한다. 그리고 카운티는 주 및 연방정부의 정책방향에 따라 예산 및 우선 순위 결정을 포함하여 서비스 대상자에 대한 서비스 제공 및 예산을 지원하는 방법에 대한 '재량'을 가지고 있다. 또한 주정부는 각 카운티(County)가 연방정부와 주정부의 관리·감독 하에 독자적인 정신질환 정책과 서비스를 운영할 수 있도록 하고 있다.

<표 IV-9> 연방정부-주정부-카운티의 주요 정부기관

단계	기관	주요 역할
연방 (Federal)	Centers for Medicare and Medicaid Services	연방 규정을 준수하도록 Medicaid와 Medicare프로그램을 감독한다.
	SAMHSA	정신 건강 정책과 서비스에 대한 원칙을 제시하고, 서비스에 대한 주정부의 보조금(block grant) 관리를 모니터링하고 기술 지원을 제공한다
주 (State)	California Behavioral Health Planning Council	심각한 정서 장애 (SED)가있는 어린이/청소년과 심각한 정신 질환 (SMI)이 있는 성인을 옹호하며, 공공 행동 건강 시스템을 평가하고, 주 전체 계획에 참여하며, 의회에 우선 순위 문제를 조언한다.
	Department of Health Care Services	Medi-Cal, 정신건강 서비스법(Mental Health Services Act) 및 지역사회 정신건강 Block Grant를 관리하며, Medi-Cal 수급자들에게 주어지는 Specialty Mental Health Services (SMHS) 제공하기 위해 지역 정신건강계획(local mental health plans)의 계약체결을 담당한다.
	Department of Managed Health Care	건강 관리법 및 규정을 관리하고 평가하며, 관리형 치료계획(managed care plan)을 감독한다.
	Mental Health Services Oversight and Accountability Commission	정신건강 서비스법(Mental Health Services Act) 프로그램을 감독하고 낙인을 줄이기 위한 전략을 개발하며, 정신 건강 정책에 대해 주지사 및 의회에 조언할 수 있다.
카운티 (County)	Behavioral Health Advisory Boards	지역 사회 정신 건강 요구, 서비스 및 시설을 검토하고 평가한다.
	Behavioral Health Departments	Medi-Cal 수혜자에게 중 심각한 정신 질환과 약물 사용 장애인들에게 행동 건강(behavioral health) 서비스를 마련하고 제공한다.
	Boards of Supervisors	카운티 부서와 프로그램을 감독한다.

자료: California Budget & Policy Center (2020). pp.44-45. 지역

재정체계도 앞서 설명된 서비스 행정 체계와 같은 연방정부-주-카운티의 맥락에서 운영된다. 대부분의 연방자금은 Medicaid프로그램 (캘리포니아의 Medi-Cal)을 통해 제공되며, 정신건강법 (Mental Health Services Act, MHSA<sup>41)</sup>)과 “1991년

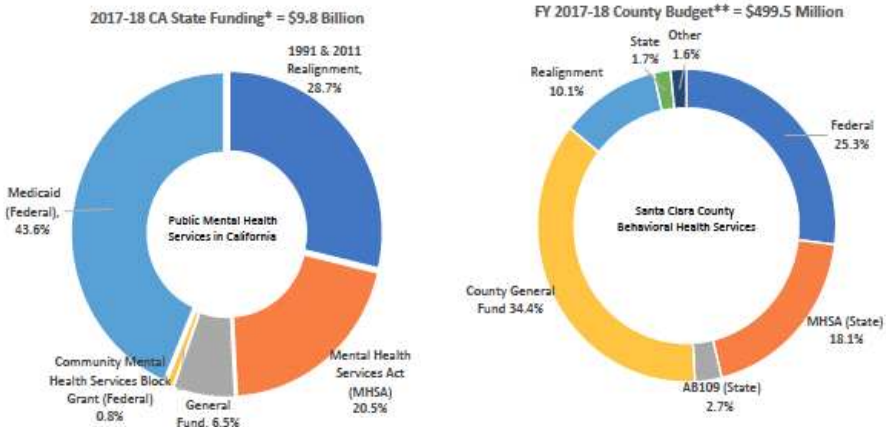
41) 2004 년 캘리포니아 유권자들은 발의안 (Proposition) 63호를 승인했다. 이 법안은 \$1 million 이상의 개인 소득에 대해 1 %의 부가가치를 창출하여 정신건강기금으로 사용되며, 지역사회서비스를 기반으로 한 혁신적인 방법을 중용하고 예방과 조기개입에 중점을 두고 있다(Mental Health Services Oversight and Accountability





과 2011년의 Realignment<sup>42)</sup>”에서 나온다. 아래 [그림 IV-8]에서 보듯이 2017-2018년 캘리포니아 주정부의 정신건강 예산 출처를 보면 연방정부로부터 Medicaid로 43.6%를 받고 있다(California Budget & Policy Center, 2020, p.69).

주정부는 연방정부로부터 받은 재정(funding)중 일부를 카운티 지원으로 사용한다. 예를 들어 산타클라라 카운티(Santa Clara County<sup>43)</sup>)의 경우, 2017-2018년에 주정부에서 오는 MHSA가 18.1%를 차지하고 있다 (County of Santa Clara, 2017, p.1). 참고로 정신건강 서비스에서 중요한 역할을 하는 Medicaid에 관련한 자세한 내용은 “의료정책”파트에서 다루도록 하겠다. 또한 이러한 제정은 지역사회기반 정신건강 기관들에 전달되며 실질적인 서비스 운영은 이 기관들을 통해서 이루어진다.



출처: 1) California Budget & Policy Center (2020). Understanding prevalence, system connections, service delivery and funding. p.69 직접인용; ()는 저자의 설명과 그림은 재구성  
 2) County of Santa Clara (2017.). FY 17-18 Behavioral Health Services Recommended Budget. p.1 직접인용; ()는 저자의 설명과 그림은 재구성  
 [그림 IV-8] 연방-캘리포니아 주- 산타클라라 카운티의 정신건강 재정 연결체제

Commission, 2020).

42) 정신 건강 서비스뿐만 아니라 1991 년과 2011 년에 주에서 카운티로 이전된 (또는 “재조정 된”) 프로그램과 새로운 프로그램에 대한 주정부 지원을 제공한다 (Legislative Analyst’s Office, 2018, pp.3-4).  
 43) 산타클라라 카운티는 실리콘밸리로 잘 알려져 있는 산호세시 (City of San Jose)를 포함해 15개 시가 포함되어 있는 카운티로, 2019년 자료에 의하면 1.8 million이 넘는 다인종이 거주하고 있고 \$8.1 billion의 예산을 가진 카운티다(Santa Clara County, 2019).

## 2) 법정 정신장애, 정신질환 개념 및 범주

서론에서 명시했듯이 미국에서는 정신장애인(a person with psychiatric disabilities)을 따로 분리하지는 않고 있으며, 그로 인해 미국의 정신장애 개념은 매우 광범위하고 다양할 수 있다. 이 절에서는 저자의 소견으로 크게 다음의 세가지 영역을 소개한다: 1) 미국장애인보호법(Americans with Disabilities, ADA)에 근거한 (정신장애인 포함) 장애인 권리와 인권보호의 대상이 되는 경우, 2) 장애를 인정받아 사회보장제도의 수혜자가 되는 경우, 그리고 3) 극심한 손상으로 비자발적 입원/치료의 대상이 되는 경우가 그것이다. 다만 모든 제도를 여기에서 하나하나 자세히 언급할 수 없어 각각의 분야를 간단히 포괄적으로만 설명하였다.

### (1) 미국장애인보호법(Americans with Disabilities, ADA)

1990 년에 입법화된ADA는 직업, 학교, 교통 수단, 개방된 공공 및 사적 장소를 포함한 모든 공공 생활 영역에서 장애인에 대한 차별을 금지하는 법이다. 이 법의 목적은 장애인이 다른 사람과 동일한 권리와 기회를 갖도록 하는 것으로, ADA는 다양한 공공 생활 영역을 다섯개(직업, 공공서비스, 민간단체가 운영하는 공공편의시설, 통신, 그리고 기타조항)의 영역으로 나눈다. 주로 ADA는 다음과 같은 장애 정의를 충족시키는 개인에게 적용되지만, 예외가 허용된다: ① 주요 일상생활 중 하나 이상을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 장애가 있는 경우; ② 그와 같은 장애에 대한 기록이 있는 경우 또는 ③ 그러한 장애가 있는 것으로 간주되는 경우이다 (U.S. Department of Labor, n.d. <https://www.dol.gov/odep/resources/>).

여기에서 정신장애는 미국의 평등고용기회 위원회(Equal Employment Opportunity Commissions (EEOC)에서 정의하는 정신장애를 의미하며 "모든 정신적 또는 정신적 질환 (any mental or psychological disorder)"을 포함한다 (Williams, 2020, p.219). 또한 '정신과 시행 지침 (Psychiatric enforcement guidance)'은 DSM이 이러한 질환(disorders)을 식별하는 데 적합하다고 설명하고 있다. 이에 근거하면 일반적으로 현재 DSM에 개제된 정신질환을 앓고 있는 사람들 중 일상생활 기능에 문제가 있는 사람들은 ADA의 정신장애의 대상이 된다고 볼 수 있다 (Mechanic, 2008, p.210).



## (2) 사회 보장: SSI 와 SSDI 가 정의하는 (정신)장애

미국 사회보장국(Social Security Administration [SSA])에서 지원하는 ‘보충적 보안 소득 (Supplemental Security Income , SSI)’ 및 ‘사회 보장 장애 보험 (Social Security Disability Insurance, SSDI)’ 프로그램은 장애판정을 받은 자들에게 제공되는 연방정부의 소득지원이다. 따라서, 정신질환으로 인해 SSI와 SSDI의 수혜자가 된 사람들은 ‘정신장애인’이 된다고 할 수 있다. 이에, SSA의 장애판정을 이해하는 것은 중요하며, 여기서 소개되는 내용들은 연방정부기관인 사회보장국 (SSA)에서 제공되는 내용들을 발췌한 것이다 (SSA,2020)

### ① SSI와 SSDI에 대한 기본 개요

1956 년에 설립된 SSDI는 SSDI는 장애보험 신탁기금(Disability Insurance Trust Fund)을 통해 근로경력을 통해 자격을 갖춘 성인 장애인을 대상으로 한다. 반면, 1972 년에 제정된 SSI는 소득 및 금융 자산을 기반 (means-tested)으로 65세 이상의 노인, 시각장애인 및 장애인 에게 제공되는 소득 지원 프로그램이다. 저소득 장애를 가진 성인 및 아동에게 제공되는 소득지원 프로그램이다. 정신질환을 가진 성인들이 장애인 자격으로 SSDI나 SSI 수혜자가 되기 위해서는, 다음의 정의를 충족해야 한다: “의학적으로 결정 가능한 신체적 또는 정신적 장애로, 이 장애 상태가 12개월 이상 지속되었거나, 지속될 수 있거나 또는 사망으로 이어질 수 있으며, 이것으로 인해 실질적으로 경제적 활동 [substantial gainful activity, SGA]에 참여할 수 없는 상황”이다. 여기서 SGA는 “중요하고 생산적인 신체적/정신적 의무를 수행하는” 또는 “지급 또는 이익을 위해 수행/의도된” 모든 경제적 활동을 의미한다. 정신질환을 가진 성인이, 질환으로 인해 기능의 손상이 생겨 더 이상 SGA에 참여할 수 없게 된 경우, SSA에 SSI나 SSDI를 신청할 수 있고, SSA 장애판정을 위해 5단계의 과정을 통해 수혜 판단여부를 결정하게 된다. 정신장애로 인해 사회보장 소득지원 혜택을 받는 수치는 정확하지 않지만 3명당 1명 정도의 비율이라고 볼 수 있다.

## ② SSA 장애 판정 단계 (process)

여기서 소개하는 장애 판정 5단계는 SSI와 SSDI 모두에 적용되며, 지역 SSA 필드오피스나 주정부기관인 장애판단 서비스국(Disability Determination Services, DDS)에서 진행된다.

- 1 단계 - 재정적 조건 평가: 첫번째 단계는 경제적 수준 충족 (financial eligibility)으로, 신청자는 2020년 기준 월 근로소득이 \$1260 미만이어야 한다.
- 2 단계 - 손상 (impairment) 평가: 1단계를 충족한 신청자들은 기능 손상의 심각성 (severity of impairment)에 대해 평가받는다. SSA는 신청자가 의학적으로 신체적 · 정신적 손상(physical or mental impairment), 또는 장애에 대한 심각성 및 지속 기간 요건을 충족하는지 판단한다. SSA의 프로그램 운영 매뉴얼에 따르면, 손상(impairment)이 심각하지 않고 12 개월 이상으로 지속될 것으로 기대되지 않는 경우 이 단계에서 거부된다.
- 3 단계 - 부합성 (eligibility) 평가: 2단계를 충족한 신청자들의 의학적 상태와 기준의 부합성(meeting or equaling medical Listings)을 평가하는 단계로, SSA는 장애 결정을 돕기 위해 SSA에서 작성한 의학적 상태 및 기준에 대한 규제 목록인 장애 목록(Listing of Impairments)을 사용하여 신청자의 장애를 평가한다.<sup>44)</sup> “스크린 인 (screen-in)” 역할을 하는 이 3단계를 충족시키면, SSA는 신청자의 장애를 인정하고 SSA의 수혜자로 결정하게 된다. 이 3단계에서 탈락한 신청자는 다음단계로 넘어가서 다시한번 수혜여부를 결정하는 기회를 갖게 된다.
- 4 단계- 과거 직업 수행 능력 (capacity for past work) 평가: 이 단계에서 SSA는 신청자의 신체적 또는 정신적 ‘Residual Functional Capacity (RFC)’ 이 장애를 갖기 전 가지고 있던 작업을 수행할 수 있는지 여부를 평가한다. 즉 신청자가 현 장애와 장애로 인한 제한과 손상에도 (impairment-related limitations) 불구하고 장애 이전의 업무 수행

44) 정신장애의 목록은 제2장 그림 II-SSA 정신장애평가 기준 개편 내용, p.47를 참조 바란다



이 가능한지를 판단하는데, 업무수행이 불가능한 경우에만 다음단계로 진행된다.

5 단계 - 다른 작업 수행 능력 평가: 마지막 5단계는 신청인이 다른 작업을 수행할 수 있는지 여부를 판단한다. 즉 RFC 평가에 의해 장애 전 업무수행이 불가능 할지는 모르나, 전업과 비슷하거나 다른 경제활동을 할 수 있는지를 평가하여 할 수 없다고 판단되면 “장애”로 판단되어 수혜자가 되고, 타 업무가 가능하다고 판단되면 신청은 거부된다.

여기서 중요한 점은 SSA는 5 단계 평가 과정에서 각 단계마다 기능(function)의 손상 (impairment), 손상의 심각성과 그에 따른 경제활동 업무의 유무가 고려된다는 점이다. SSA는 신청자의 손상과 RFC를 평가할 때 다양한 정보를 여러 출처를 통해 수집한다. 다음 표는 SSA의 5단계를 통해 사용되는 기능과 손상, 그리고 RFC에 관한 양식과 각 양식의 주요 내용을 설명한 것이다.

<표 IV-10> SSA의 기능과 손상에 관한 평가 양식과 주요 내용

SSA 양식	주요 내용
기능과 손상에 관한 정보	
장애 리포트 양식 [Disability Report; SSA-3368-BK]	이 양식은 신청자의 신체·정신 커디션 (medical conditions), 직업 활동 (job activity), 직업경력 (job history), 복용하는 약 (medications)과 의료적 개입 (medical treatments)등을 작성하여야 하고, 직업경력 섹션에는 일하는 동안 매일 다양한 신체활동 (예로 걷기, 서기, 앉기, 등산하기 (climbing), 몸 구부리기, 무릎 꿇기, 웅크리기, 기어가기, 큰 물품 취급 등)을 몇 시간씩 했는지를 작성한다.
기능 보고 양식 [Function Report; SSA-3373-BK]	신청자의 질병과 부상, 손상에 대한 정보, 그리고 이러한 손상이 직업활동과 일상생활(예를들어 개인관리, 집안일, 쇼핑, 식사, 사회생활, 취미생활 등)에 어떤 영향을 주는지에 대한 정보를 수집한다. 지원자는 양식에 포함되지 않는 본인의 기능에 관한 상황을 부수적으로 설명할 수 있다.
정신과 검토 기법 양식 [Psychiatric Review Technique Form; SSA-2506-BK]	장애 심사관, 의료 컨설턴트 (Medical consultant, MC) 또는 심리 컨설턴트 (Psychological consultant, PC)에 의해 작성되는데, MC 또는 PC는 ‘손상의 심각도’ 평가내용에 대한 전반적인 책임이 있다. 이 양식은 크게 의료요약 (medical summary)과 기능제한평가 섹션이 있다. 먼저, 의료요약 섹션에는 다음의 옵션이 있다: (1) 의학적으로 결정 가능한 장애 없음, (2) 심각하지 않음, (3) 심각하지만 12개월 지속될 것으로 예상되지 않음, (4) 목록을 충족함 (신청 허락됨), (5) 목록과 같음 (신청 허락

SSA 양식	주요 내용
] ]	됨), (6) RFC 평가가 필요함, (7) 다른 전문의뢰인의 의견 필요함, (8) 증거들이 불충분함. 기능제한등급 (rating of functional limitation) 섹션에는 다음의 4가지 옵션이 있다: (정신질환으로 인한 손상정도가) (1)경함(mild), (2) 보통 (moderate), (3) 심각 (marked), (4) 극심하게 심각 (extreme).
RFC (residual functional capacity) 평가	
신체적 RFC 평가 [ S S A 4734-BK]	신체적 역량을 평가하는 양식으로, exertional, 자세 (postural), 조작 능력 (manipulative), 시력 (visual), 의사소통 (communicative)과 환경적 (environmental) 제한을 평가한다.
정신적 RFC 평가 [SSA-4734-F 4-SUP]	PC가 지원자의 (1) 이해 및 기억 (understanding and memory), (2) 지속적인 집중력 및 지속성 (sustained concentration and persistence), (3) 사회적 상호작용 (social interaction) 및 (4) 적응 (adaptation)으로 구분되는 4가지 정신역량에 부합되는 20가지 정신활동을 평가한다. 각 정신활동은 “제한의 증거가 없음 (no evidence of limitation)”, “중요한 제한 없음(not significantly limited)”, “보통 제한 (moderately limited)”, “심각한 제한 (markedly limited)” 또는 “비준할 수 없음 (not ratable on available evidence)”으로 평가된다. 또한 이 양식에는 PC가 본인의 평가를 설명할 섹션이 포함되어 있다.

Volberding 외, 2019, pp.25-28를 바탕으로 저자가 각 양식을 살펴보고 정리함.

### (3) Civil Commitment의 대상이 되는 경우

앞서 설명한 장애 개념 외에, 정신질환으로 인한 극심한 정신적 인지적 손상과 장애 (disabled)로 인해 자·타에게 위험한 경우 실행되는 비자발적 입원과 치료에 관련된 “civil commitment”가 있다. 후견인제 (conservatorship)도 civil commitment에 속하는데, civil commitment은 ‘parens patriae’과 ‘police power’을 토대로 한다 (Menninger, 2017, p. 1). ‘Parens patriae’은 정신장애로 인해 스스로를 돌보지 못하는 경우나 (예로 심각한 무능력 상태(gravely disabled)’의), 자신을 위해 합리적인 결정을 내릴 수 없는 것으로 판단되는 경우에 개인의 삶에 국가가 개입한다는 뜻이다. 반면에 ‘police power’는 국가가 사회와 시민의 복지를 보호하는 권한으로써, 이러한 권한 하에, 사회와 시민에 위험요소라 고려되는 상황과 사람들(전염병, 범죄, 타인에게 위협이 되는 정신장애)을 구금할 수 있음을 의미한다(Gordon, 2016, p.664; Testa & West, 2010, p.10). 이 civil commitment은 (1)비자발적 입원치료와 (2) 외래치료명령으로 나뉘는데 각 개념과 관련된 정



책과 법적 근거 및 절차 등 그 범위가 확대하지만, 현 보고서의 범위와 목적에 비추어 이 절에서는 “장애”의 개념과 부합되는 부분만 간단하게 다루고자 한다.

### ① 비자발 입원치료 (involuntary hospitalization)

Civil commitment 법령에 관해서는 주마다 다양한 법규정을 가지고 있지만, (Hedman 외, 2016, pp. 530–531), 기본적으로 다음 두 가지 기준을 준수해야 한다: (1)당사자가 극심한 정신장질환을 앓고 있어야 하며 (2)정신질환으로 나타나는 증상이 자신이나 타인에게 위험을 가할 수 있는 상황이어야 한다(Appelbaum, 1994, pp.18–26). 이러한 비자발적 입원치료(involuntary hospitalization)는 주로 다음의 3 가지 유형이 있다(Burley & Morris, 2015, pp. 5–6).

응급/긴급 구금 (emergency detention): 현재의 위협이나 위험한 상황을 방지하기 위해 개인을 임시로 구금할 수 있는 조치로, 단기간 입원치료로 보통 3–5 일 동안 감호된다고 볼 수 있다. 캘리포니아의 경우 최대 72시간이다.

비자발적 입원(involuntary treatment commitment): 당사자가 비자발적 입원 기준에 부합하는지 여부는 의료 전문가의 평가와 법원 청문회를 통해 결정된다. 주마다 기간이 다르며 (예를 들어, 캘리포니아는 2주지만 웨스트 버지니아에서는 6개월까지 가능함) 긴급 입원치료(emergency detention)에 대한 기준이 같거나 약간의 차이를 보인다.

비자발적 장기 입원치료(involuntary extended commitment): 각 주가 정해놓은 기준에 근거하여 환자가 초기 입원치료 명령을 받은 후 추가적 치료를 받아야 하는 경우에 발생하는데 법원 청문회의 심의를 거치게 된다.

대부분의 주에서는 정신장애인 스스로가 강제적인 조건을 최소화하는 (least restrictive) 환경에서 욕구를 충족될 수 있는 경우 비자발적 입원치료(involuntary hospitalization)를 강행하지 못하도록 하고 있고, 비자발적 입원치료(involuntary hospitalization)에 직면한 당사자들에게 절차상에서 보호(procedural protections; “due process”)를 받을 수 있도록 규정하고 있다(Jeffe, 2017, pp. 210–212). 또한 대부분의 주에서는 환자가 치료/약물을 거부할 권리가 있는데 강제로 약물을 투여하고자 할 경우 법원 심리(court hearing)를 통해 판결을 받아야 시행할 수 있도록 하고 있다(Stone, 2012, pp. 331–337).

## ② 외래치료명령

Civil commitment의 두번째 유형은 외래치료명령제도로, 보조외래치료 (Assisted Outpatient Treatment, [AOT])라고 불리는데, 이 AOT는 Involuntary Outpatient Commitment (IOC), 또는 Mandatory Outpatient Treatment라고도 불린다. 참고로 이장에서는 외래치료명령제도를 AOT로 칭할 것이다. AOT는 법원(court)이 치료를 통해 더이상의 악화를 예방하고자 하는 목적으로, (급성 정신질환을 앓고 있지만 치료받지 않고 있는) 중증정신질환을 앓고 있는 자에게 의무적으로 치료를 받도록 명령하는 것으로, civil commitment 권한을 지역사회로 확대함은 의미한다. 즉 제한이 적은 치료 환경(예를 들면, 병원보다 제한이 적은 곳)에서 자율성(autonomy)을 증진하는 동시에, 서비스 제공자(the provider)가 당사자의 서비스 준수와 호전되는 상황을 모니터링하고 개입할 수 있도록 도와준다.

2016년 자료에 의하면 47개 주에서 AOT에 해당하는 법을 갖추고 있다.(SAMHSA, 2019b, p.20). 주들은 저마다의 법령과 절차를 가지고 있지만, 대체로 1) 지역사회에 거주하면서 치료를 받지 않는 ‘위험군’에 속한 정신질환을 앓고 있는 자에게 치료를 받도록 하는 경우와 2) (비자발)입원환자 중 퇴원 후 지역사회에서 지속적인 치료를 받도록 하는 경우로 불필요한 비자발적 입원치료를 줄이고 지역사회에서 회복할 수 있도록 고안된 제도라 하겠다. AOT는 치료계획에 포함되는 대표적인 서비스로 적극적인 지역사회 치료 [Assertive Community Treatment (ACT)], 집중적인 사례관리(intensive case management), 주택 지원, 약물치료 및 여러 회기에 걸친 개인 상담치료 등이 포함되며 효과성면에서도 긍정적인 평가를 받고 있다 (SAMHSA, 2019b, pp.13-22).

지금까지 정신장애에 대한 다른 정의와 경우가 있을 수 있지만, (장애로 인한) 차별로부터 ADA의 보호를 받게 되는 상황, 장애를 인정받아 SSA의 수혜를 받거나, 손상이 극심한 경우 civil commitment의 대상이 되는 경우를 중심으로 소개하였다. 모든 경우에 정신건강 정책과 서비스라는 큰 틀에서 이루어지고 있으며, 이런 정책과 서비스들은 (정신질환의 종류와 심각성에 따라) 일시적 또는 영구적 기능제한과 손상이 발생할 시 평가를 통해 당사자에게 필요한 서비스를 총체적으로 제공하여 당사자들의 웰빙(wellbeing), 회복(recovery), 임파워먼트(empowerment)와 자립적/독립적 (self-sufficiency/independency) 삶을 추구하는데 있다





고 하겠다. 그리고 이를 위해 다양한 분야의 정책들이(예를 들어 소득, 의료, 고용, 사회서비스는 정책과 서비스들) 서로 긴밀하게 연결되어 실행되고 있다. 다음은 이러한 다양한 상호 연계되어 있는 주요 정책과 서비스에 대한 설명들이다.

### 3) 소득보장정책

정신 건강 문제는 인종, 종교, 사회적 위치 또는 소득에 관계없이 사람들에게 영향을 줄 수 있다. 정신 질환을 앓게 되면 생산성이 저하되며, 전반적인 건강 상태가 나빠질 수 있고, 건강 관리 비용이 증가하며, 결국 경제적 부담과 빈곤을 초래하는 결과를 가져올 수 있다. 그리고 저소득층일 수록 정신질환으로 인한 문제들이 더 큰 악영향을 미치는 것이 현실이다 (SAMHSA, 2016, p.1). 이에 정신질환으로, 특히 중증정신질환으로 기능손상·장애를 갖게 된 당사자들에게 제공되는 정부의 소득보장 정책들과 서비스들에 대해 연방-주-카운티의 순서로 살펴보겠다.

#### (1) 연방정부 보조: SSI와 SSDI

이미 SSI와 SSDI의 개념에서 설명했듯이, 정신질환을 앓고 있는 사람 중 SSI나 SSDI 수혜자가 된다는 것은 정신질환으로 인한 기능손상으로 정부보조가 필요함을 인정받은 경우라 하겠다. 먼저 SSI 수혜 자격을 유지하기 위해서는 월 소득과 자산에 제한이 있다: 월소득이 연방수당 (Federal Benefit Rate, FBR - 개인은 \$783; 커플은 \$1175)을 넘지 말아야 하며, 개인 자산으로 \$ 2000을 (부부의 경우 \$3000) 미만이어야 한다. 또한 대부분의 주에서는 연방정부의 소득지원 외에 주정부의 추가지원도 받을 수 있다. 예로, 캘리포니아주에서는 연방수당 (FBR) 거주하는 경우 2020년 현재 매월 연방정부의 수당인 \$ 783에 주정부 보조금(\$16 0.72)이 추가된 총 \$943.72를 받는다.

근로기간과 무관한 SSI와 달리 SSDI는 “보험”형식으로 그 재원이 마련되기 때문에 신청자는 반드시 직업경력(자영업 포함)과 함께, 직업을 통해 사회보장세를 (FICA-Federal Insurance Contribution Act) 납부한 기록이 있어야 한다. SSDI 혜택은 사회 보장 세금을 납부한 소득 금액을 기준으로, SSA는 평균 수입인 AIME(Average Indexed Monthly Earnings)를 사용하여 보험 금액(Primary Insurance Amount, PIA)을 산정한다 (Benefits.gov.2019). 이때 SSDI를 통한 장

에수당을 받기위해서는 “최근 근로 테스트 (Recent Work test)”와 “근로기간 시험 (Duration of Work test)”을 충족해야 하는데, 다음 표는 신청자가 SSDI혜택을 받을 만큼 충분히 일했는지를 결정하는 두가지 기준이다.

<표 IV-11> SSDI 혜택 자격조건을 위한 테스트

최근 근로 (Recent Work) 테스트		근로기간 (Duration of Work) 테스트	
장애발생 연령	일반적으로 요구되는 최근 근로 기간 (근로 크레딧 [work credits]*)	장애발생 연령	장애발생 연령 전 일한 기간
24세 이전	지난 3년간 1.5년 (또는 6크레딧)	28세 이전	1.5 년간의 근로
24-30세	21세가 된 이후에 절반**	30세	2 년
31세 이후	지난 10년간 20 크레딧 ***	34세	3 년
*크레딧을 계산하는 임금은 매년 책정되는 데, 2020년 경우, 1분기 (3개월)동안 \$1,410.00을 벌고 FICA 세금을 내면 SSDI 근로 크레딧 1를 받는다. 12개월동안 4크레딧을 받을 수 있다. **예로 27 세에 장애가 생기면 지난 6년 (21세부터 27세 사이인 지난 6년 중 3년을 일을 했어야 함. ***예로 지난 10년간 5년간 일을 했고 매년 4크레딧 축적한 경우 등		38세	4 년
		42세	5년
		44세	5.5년
		46세	6년
		48세	6.5년
		50세	7년
		52세	7.5년
		54세	8년
		56세	8.5년
		58세	9 년
		60세	9.5년
		62세 이상	10년

출처: SSA, 2020, <https://www.ssa.gov/benefits/retirement/planner/credits.html>. 직접 인용. 표는 저자의 재구성

정신장애인은 주요한 소득보조 수단인 SSI와 SSDI 둘 다 받을 수도 있고, 한가지만 받을 수도 있다. 다음의 표는 SSI와 SSDI의 차이점을 설명한 것이다.

<표 IV-12> SSI와 SSDI의 차이점

구분	SSI	SSDI
자격조건	연령, 장애여부, 소득/자원	장애 여부와 근로 크레딧
근로경력 여부 (work history)	필요없음	반드시 필요 & FICA 세금납부



구분	SSI	SSDI
자산 한도	개인 \$2000 (커플 \$3000)	없음
의료보험 혜택	자동적으로 즉시 Medicaid 자격이 주어짐	2년 후 Medicare 자격이 나옴; Medicaid를 따로 신청할 수 있음
지급 시기	승인 후 그 다음달부터	장애판정 후 6개월후
자격유지	지속적인 장애와 재정 리뷰	지속적인 장애리뷰

## (2) 주 (State)정부 보조: 캘리포니아주를 예로

정신장애자들에게 제공되는 소득 보조에는, 사회보장처럼 연방정부 보조 이외에 주에서 운영하는 정부보조 프로그램들과 카운티에서 운영하는 재정보조 프로그램들이 있다. 캘리포니아주를 예로 보면, CalWORKs(California Work Opportunity and Responsibility to Kids Program)와 CalFresh (Food stamp), 그리고 주장애보험(State Disability Insurance)이 있다. 아래 표는 주요 캘리포니아주 (California Department of Social Services, 2020)–산타클라라 카운티 (County of Santa Clara Social Services Agency, 2020)에서 제공하는 소득/재정 보조프로그램을 정리한 것이다. 앞에서 보여준 것처럼, 주정부의 재원(funding)은 카운티로 전달되어 운영되는 특성상 주와 카운티를 구분하지 않았다. 또한, 정부보조 프로그램들은 주마다 그리고 카운티마다 다르며, 여기서 소개된 프로그램들 이외에 추가적인 프로그램들이 있을 수 있음을 재강조 한다.

<표 IV-13> 캘리포니아주와 산타클라라 카운티의 주요 소득 지원 프로그램들

주요 프로그램명	간략한 프로그램 개요
CalWORKS	18세 미만 자녀 (또는 19세로 고등학교 재학인 자녀)를 가진 저소득 가정에게 지급되는 현금 보조금 및 지원서비스를 제공한다. 연방 TANF (Temporary Assistance for Needy Families) 프로그램의 캘리포니아 이름이다.
State Disability Insurance (캘리포니아 주 장애 보험, SDI)	대부분의 직장인은 payroll taxes를 통해 SDI 보험료를 지불하는데, (직업과는 직접 관련이 없는) 장애로* 인해 단기간 일할 수 없는 경우로, 최대 52주까지 SDI를 받을 수 있고, 대부분의 경우 장애를 갖기 전 임금의 60-70%가 지급된다. SDI에는 돌봄이 필요한 환자를 돌볼 수 있도록 가족에게 지급되는 유급가족휴가 (paid family leave)도 있다. [*직업과 직접 관련이

주요 프로그램명	간략한 프로그램 개요
	있는 경우는 ‘근로자보상 (Worker’s Compensation)이 적용됨]
Santa Clara County General Assistance (GA)	캘리포니아주의 주법에 따라, 카운티 내 거주자 중 연방정부나 주정부에서 제공하는 소득 지원을 받지 못하는 저소득층에게 경제적 보조금이 지원된다.
CalFresh	캘리포니아의 food stamps (SNAP - supplemental nutrition assistance program)로 저소득층 개인이나 가족들의 식품공급을 위한 프로그램으로 debit카드처럼 사용되는Electronic Benefit Transfer (EBT) 카드가 지급된다. 2019년 6월부터 SSI 수혜자는 신청 대상이 되기 시작되었다.

앞서 살펴본 것과 같이 정신질환을 가진 사람들 중 빈곤 및 경제활동의 어려움으로 국가의 소득지원을 받는 경우도 있지만, 그 외의 경우도 있다. 즉 정신질환을 가지고 있는 성인들 중 직장을 비롯해 평상시에는 일상 생활에 지장이 없더라도, 질환의 성격상 에피소드를 (episodes) 겪는 동안 일시적으로 상태가 악화되어 일상 생활 유지에 손상이 온 경우, 장애의 심각성에 따라 그리고 고용된 직장의 플랜에 따라 단기 (보통 6개월-1년) 또는 장기(1년 이상) 장애보험의 혜택을 받을 수도 있다. 이 외에도 “Pell Grants”라고 (고등교육기관) 학비, 수업료 또는 기타 교육 비용을 지불하는 데 도움이 되는 재정 지원하는 프로그램 등이 있다(California Department of Social Services, 2020, <https://www.cdss.ca.gov/benefits-services>).

#### 4) 의료서비스: 메디케이드(Medicaid) 중심으로

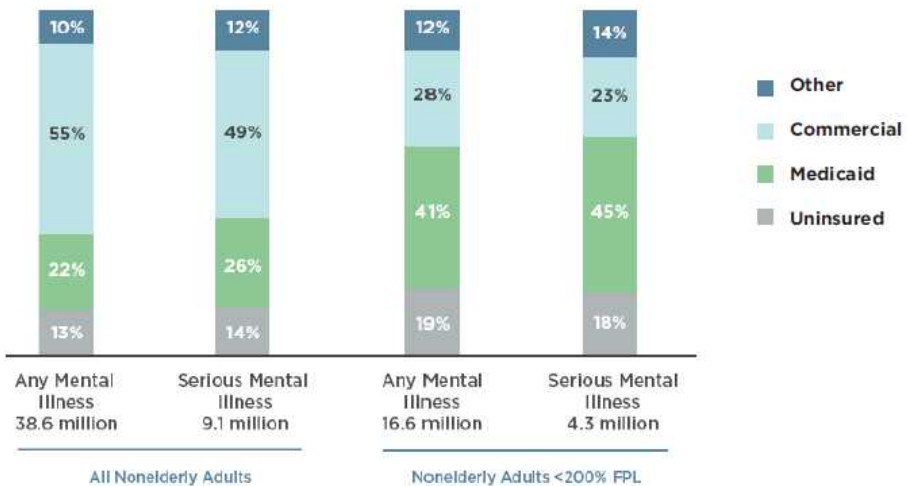
정신질환을 가진 저소득층에게 가장 필요한 정부 보조 중 하나는 의료보험이라 할 수 있다. 앞서 설명했듯이 SSI를 받는 사람들은 자동으로 메디케이드 (캘리포니아에선 Medi-Cal)의 수혜자가 되고 SSDI를 받는 사람들은 신청과 평가를 통해 수혜자가 된다. 이 절에서는 미국 의료서비스의 큰 축인 메디케이드(Medicaid)와 메디케어(Medicare) 살펴볼 것이다. 특히 메디케이드는 연방정부 차원에서의 내용을 먼저 설명한 뒤, 캘리포니아의 메디케이드(메디칼, Medi-Cal)의 구체적인 서비스에 대해 살펴보고자 한다.

##### (1) 메디케이드(Medicaid): 연방차원



메디케이드는 정신건강 상태에 문제가 있는 사람, 특히 저소득층에게 중요한 역할을 한다. 아래 <그림 IV-2> 에서 보듯이 2015 년 메디케이드는 AMI (all mental illness)’의 22%와 중증정신질환(SMI)을 가진 자들의 26%를 커버한다. 저소득층 정신질환을 겪고있는 65세 미만의 성인 인구 중 45%가 메디케이드를 통한 의료혜택을 제공받았다. 메디케이드 프로그램은 정신과 치료, 상담 및 처방약 등과 같이 입원환자 및 외래환자의 정신건강 서비스를 광범위하게 보장함으로써 개인보험(private insurance)보다 더 포괄적이라는 평가를 받는다.

많은 주들이 메디케이드의 중요성을 인식하고 연방빈곤수준(Federal Poverty Level [FPL])의 최대 138%<sup>45)</sup>까지 성인을 지원하도록 연방 자금 지원을 강화하여 메디케이드를 확대하였다. 이러한 메디케이드의 확장으로 정신질환이 있는 많은 저소득층 개인이 보험 적용 및 접근 치료를 받을 수 있게 되었다 (Kaiser Family Foundation, 2017, p.1).

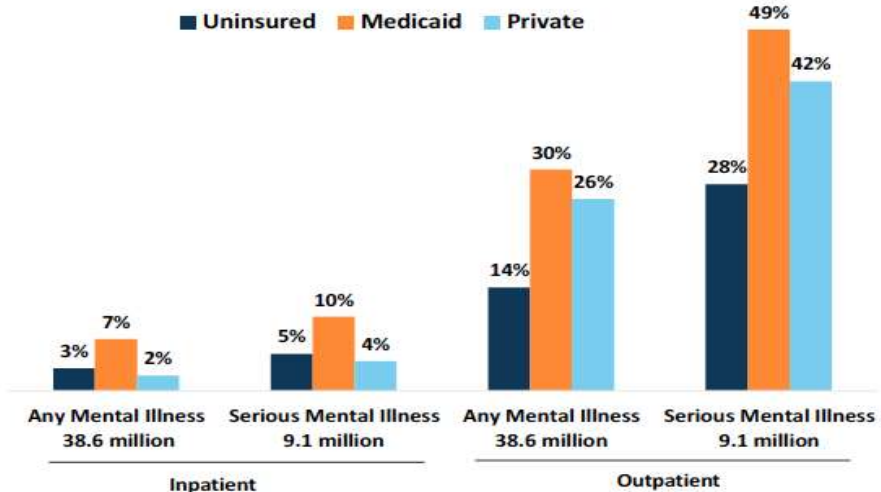


[그림 IV-9] 정신질환을 가진 65세 이하 성인인구의 의료보험

출처: Tuck & Smith (2019). 2015 정신질환을 가진 65세 미만의 성인들의 의료보험 가입 실태. 그림 1. (p.2) (직접인용); ‘Commercial’은 개인(private)보험을 뜻함.

45) 2020년 1인의 경우 <100% FPL은 연소득이 \$12,490.00이하인 경우; <138% FPL은 연소득이 \$17,609.00 이하인 경우, <200% FPL은 \$24,980.00이다 (<https://www.coveredca.com/PDFs/FPL-chart.pdf>)

미국의 의료정책/구조상 정신질환이 있는 65세 미만 성인들 중 의료보험이 없는 경우와(13% for AMI; 14% for SMI) 사보험 (private insurance/commercial)을 가진 경우(55% for AMI; 49% for SMI)가 있다(Tuck & Smith, 2019, p. 2). 다음 그림에서 보듯이 정신질환이 있는 사람들 중 메디케이드를 가지고 있는 사람들은 개인보험이나 무보험 성인들에 비해 정신질환/건강 관련 서비스를 훨씬 많이 이용하고 있다. 미국의 의료보험체계에 관한 것은 이 보고서의 목적이나 범위에서 설명할 수 있는 부분은 아니지만, 의료보험여부의 중요성을 확연히 보여주고 있다.



[그림 IV-10] 정신질환을 앓고 있는 자들의 의료보험 가입 유형에 따른 정신건강서비스  
출처: Kaiser Family Foundation (2017). Fact sheet - Facilitating access to mental health services: A look at Medicaid, private insurance and the uninsured. 그림 5 (p.4) (직접 인용)

정신질환과 관련된 메디케이드의 역할을 좀 더 구체적으로 알아보기 지금부터 캘리포니아에서 메디케이드 수혜자들에게 제공되는 서비스들을 중심으로 설명하고자 한다.



## (2) 캘리포니아의 메디케이드: 메디칼 (Medi-Cal)

메디칼(Medi-Cal)은 캘리포니아에서 메디케이드를 부르는 명칭으로 약 1300만 명의 캘리포니아내 저소득층을 대상으로 다음의 세가지 경로를 통해 정신건강 서비스를 제공한다: (a) 관리 의료 계획 (managed care plans, MCP), (b) 서비스 요금 (fee-for-services FFS) 시스템; 그리고 (c) 전문 정신건강 서비스 (specialty mental health services, SMHS)를 제공하는 카운티 정신건강 계획(mental health plans, MHP)이 그것이다. 이 절에서 소개하는 내용들은 캘리포니아 건강관리 서비스국에서 소개하는 내용들을 정리한 것이다.

여기서 MCP (관리 의료 계획; Managed Care Plan)란 Medi-Cal의 "주요 서비스 제공 방식(dominant mode of service delivery)"으로, 주정부는 다양한 의료서비스를 전달하는 보험회사들과 계약을 맺어 각 Medi-Cal 수혜자에 대한 월 보험료 또는 "자본금 (capitation)" 대가로 서비스를 제공한다. 이런 MCP는 주로 경증 또는 중등도의 장애 (mild or moderate impairment)" 수준의 정신질환을 가진 성인에게 "medically necessary"한 치료를 제공하는데, 적어도 (a) 개인 및 그룹 정신건강 평가 및 치료(심리 치료), (b) 정신건강 상태를 평가하기 위한 임상 심리검사, (c) 약물 치료 모니터링을 위한 외래 환자 서비스, (d) 외래 환자 실험실,약품, (e)용품 및 보충제(특정 약품 제외) 및 (f) 정신과 상담같은 정신 건강 서비스를 제공한다 (California Department of Health Care Services, 2017, p.p.9-10). 서비스 요금 (Fee For Service, [FFS])은 개별 서비스 또는 방문마다 상환(reimbursement)을 받는 형식을 취한다. MCP를 통해 이용 가능한 정신 건강 서비스는 대체로 FFS 시스템을 통해서도 이용 가능하다.

다음으로 Medi-Cal의 대상 중 중증정신질환으로 인해 기능 손상(impairment)과 장애를 앓고 있는 사람을 대상으로 한 전문 정신건강서비스 (specialty mental health services, [SMHS])가 있다. 주정부는 SMHS를 제공하기 위해 카운티 정신건강 계획(mental health plans, MHP, [MHP])과 계약을 맺고 다양한 전문적 서비스를 제공한다. SMHS의 대상이 되는 경우는 다음 세가지를 충족하는 경우이다: 1) SMHS가 선정한 진단 중 하나를 충족시켜야 하고, 2) 주요한 생활 기능 영역에서 극심한 손상 또는 심각한 악화 가능성이 있어야 하며, 3) 치료 (intervention)를 받음으로써 손상을 크게 줄이거나 현저한 악화를 방지할 것으로 기대되는 경우다. SMHS는 캘리포니아에서 저소득 중증정신질환을 앓고 있는 자 대상으로

회복을 추구하는 중요한 역할을 하고 있다. 다음은 SMHS 서비스를 받는 조건을 충족하는 정신질환과 SMHS가 제공되는 서비스들이다.

<표 IV-14> 캘리포니아 SMHS 서비스 대상 및 제공 서비스

SMHS서비스를 받는 정신 질환	SMHS가 제공하는 서비스
<p>자폐 장애를 제외한 광범위한 발달 장애 (Pervasive Developmental Disorders, except Autistic Disorder) 파괴적인 행동과 주의력 결핍 장애 (Disruptive Behavior and Attention Deficit Disorders) 유아기 및 유아의 수유 및 섭식 장애(Feeding and Eating Disorders of Infancy and Early Childhood) 배설장애 (Elimination disorders) 유아기, 아동기 또는 청소년기의 기타 장애 (Other Disorders of Infancy, Childhood, or Adolescence) 조현병 및 기타 정신병적 (psychotic) 장애 (Schizophrenia and other Psychotic Disorders, except Psychotic Disorders due to a General Medical Condition) (일반적인 의학적 상태로 인한 기분 장애를 제외한) 기분 장애 (Mood Disorders, except Mood Disorders due to a General Medical Condition) (일반적인 의학적 상태로 인한 불안 장애를 제외한) 불안 장애 (Anxiety Disorders, except Anxiety Disorders due to a General Medical Condition) 신체형 장애 (Somatoform Disorders) 허위성 장애 (Factitious Disorders) 해리장애 (Dissociative Disorders) 성도착증 (Paraphilias) 성 정체성 장애 (Gender Identity Disorder) 섭식 장애 (Eating Disorders) 달리 분류되지 않은 충동 조절 장애 (Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified) 적응장애 (Adjustment Disorders) 반사회적 성격 장애를 제외한 성격 장애</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성인 위기 주거 서비스 (adult crisis residential services) *</li> <li>• 성인 거주 치료 서비스(adult residential treatment services) *</li> <li>• 위기 개입 (crisis intervention)</li> <li>• 위기 안정화 (crisis stabilization)</li> <li>• 주간 재활 (day rehabilitation+)</li> <li>• 주간 집중 치료 (day treatment intensive)</li> <li>• 집중 치료 조정 (intensive care coordination) **</li> <li>• 집중적인 가정방문/기반 서비스 (intensive home-based services) **</li> <li>• 약물 지원 (medication support)</li> <li>• 정신 건강 시설 서비스 (입원 환자) (psychiatric health facility services – inpatient)</li> <li>• 정신과 입원 환자 병원 서비스 (psychiatric inpatient hospital services)</li> <li>• 정신과 의사 서비스 (psychiatrist services)</li> <li>• 상담전문가 서비스 (psychologist services)</li> <li>• 타겟 사례 관리 (targeted case management++)</li> <li>• 치료 행동 서비스 (therapeutic behavioral services)**</li> <li>• 치료 위탁 관리 (therapeutic foster care)**</li> <li>• 치료 및 기타 서비스 활동 (therapy and other service activities)</li> </ul> <p>*18 세 이상 성인 대상. ** 21 세 미만의 어린이와 청소년 대상. + "재활"은 광범위하며 기능, 일상 생활, 사회 및 레저, 손질 및 개인 위생 기술, 식사 준비, 지원 리소스 및 약물 교육</p>





SMHS서비스를 받는 정신 질환	SMHS가 제공하는 서비스
(Personality Disorders, excluding Antisocial Personality Disorder) 이외 다른 진단과 관련된 약물유발 운동 장애 (Medication-Induced Movement Disorders related to other included diagnoses)	개선, 유지 또는 복원에 도움이 되는 서비스를 의미함. ++ “Targeted Case Management”는 필요한 의료, 교육, 사회, 전직, 직업, 재활 또는 기타 지역 사회 서비스 (주택 포함)에 액세스 (access) 할 수 있도록 도와주는 서비스로, 의사소통, 조정, 의뢰, 배치, 계획 개발, 진행 상황 및 서비스 모니터링을 포함함.

출처: California Budget & Policy Center (2020, pp. 49-52) 와 California Department of Health Care Services (2019)의 SMHS 내용을 직역하고 재구성

MCP 및 MHP의 서비스는 주정부의 규정에 따라 조정되며, 각 카운티는 정신건강 서비스법 (Mental Health Services Act) 및 지역 “안전망” 프로그램을 통해 추가 정신건강 서비스를 제공한다. 다른 주(states) 들 또한 캘리포니아의 SMHS 와 같은 서비스들이 있다.

### (3) 메디케어(Medicare)

연방정부의 또다른 건강보험은 메디케어(Medicare)이다. 이 보험은 65세 이상 및 24 개월 이상 SSDI를 받은 장애가 있는 성인 또는 말기의 신장 질환자가 그 대상이 된다. 메디케어가 커버하는 서비스는 입원, 부분입원, 정신 건강 전문가와 외래 환자 서비스, 응급 치료(메디케어 파트 D에 따른) 처방약 등이다(U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d., [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). 메디케어는 개인 건강 보험과 유사한 혜택을 제공하는데, 사보험보다는 13%-14% 정도 더 많은 서비스를 제공하는 것으로 나타났다 (2019, National Public Report, website).

2018년 메디케어는 5,990 만 명 이상의 개인(65 세 이상, 5,800 만 명, 약 8 백만 명)을 대상으로 건강 보험을 제공했다. 2015년 메디케어 수혜자(4, 358, 97 5명)를 대상으로 한 연구 결과에 따르면, 22.7%가 SMI를, 7.5%가 다른 종류의 정신질환을 가지고 있었으며, 심각한 정신질환을 앓고 있는 자는 다른 일반적인 정신건강 문제나 정신질환이 없는 사람보다 의료 서비스에 더 많은 비용을 쓴 것으로 나타났다. 총 메디케어 지출의12.7%(4.2% 가 직접적인 정신건강 관련이었고, 8.

5%가 정신질환과 관련된 추가의료)가 정신건강/질환과 관련된 지출이었다(Figeroa 외, 2020, pp.5-7).

메디케어는 80%의 정부지원과 20%의 자기부담으로 이루어지며, 자기부담이 어려운 저소득층은 메디케어를 신청해 이를 지원받을 수 있다. 2018년 보고서에 따르면 1220만명이 메디케어와 메디케이드에 동시에 등록되어 있으며 이들은 만성적이고 심각한 건강문제를 가지고 있는 것으로 나타났는데, 이렇게 메디케어와 메디케이드의 이중자격이 있는 사람들 중 41%가 정신질환을 가지고 있는 것으로 보고되었다. (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020., p.1).

#### (4) Medical necessity

앞서 설명한 의료서비스에서 중요한 개념이 바로 medical necessity이다. 이 "medical necessity"란 메디케이드, 메디케어, 및 사보험(예를 들어 Aetna, Humana, UnitedHealthcare and Kaiser Permanente 등)이 어떤 의료서비스를 결정하는데 중요한 역할을 한다. 즉 정신건강관련 서비스가 필요한 경우 각 보험이 규정하는 "medical necessity"를 충족시켜야 의료보험 혜택을 받을 수 있다.

각각 의료보험 형태에 대한 medical necessity에 대해 설명할 수는 없지만, 전반적으로 진단(diagnosis), 손상(impairment), 그리고 개입(intervention)을 기본 요소로 하고 있다. 예를 들어 메디케이드를 가지고 있는 산타클라라 카운티 거주자가 지역사회기관에서 서비스를 받을 경우, 이 당사자는 DSM5/ICD-10에 해당되는 정신질환을 가지고 있어야 하며(diagnosis), 이 정신질환으로 인해 일상생활, 사회적 관계, 직장, 거주 등의 활동과 기능에 손상과 제한이 있으며(impairment), 개입(intervention)을 통해 효과를 볼 수 있는 경우, medical necessity에 의해 서비스가 제공되며, 이 경우 메디케이드로 서비스 비용이 지원된다(Santa Clara County Behavioral Health Services, 2018, pp.9-10).

여기서 진단과 손상에 대한 판단은 다양한 평가서(assessment forms)를 통해 이루어진다. 초기 (initial)에 시행된 진단과 손상 정도는 일정한 기간에 (3개월이나 6개월 등) 재평가되며, 결과에 따른 적절한 서비스와 개입을 재계획·재실행하게 된다.



## 5) 고용보장제도

개인적인 상황과 이유로 자발적으로 직업을 가지지 않는 경우를 제외하면, 직업은 인간의 자아실현과 경제적, 사회적 욕구를 충족하는 중요한 수단으로 정신질환으로 기능이 상실되거나 자아존중감이 저하된 이들에게는 그 의미가 더운 특별할 수 있다. 실제로SMI를 가진 당사자의 3분의 2 이상이 일하기를 원한다는 연구보고는 직업이 회복의 큰 요소임을 시사한다(Williams, 2020, p.139). 문제는 현실적으로 정신질환을 앓고 있는 자 중 고용의 기회를 가지는 사람들이 정신질환을 갖지 않는 성인들에 비해 현저히 적다는 것이다. Harris & Gould(2019)의 연구에서도 정신질환이 없는 사람들은 67.1%가 직업을 가지고 있는 반면, SMI를 앓고 있는 사람들의 38%만이 직업을 가지고 있는 것으로 조사되었다(p.2). 이에 회복의 중요한 요소인 직업/고용을 촉진하기 위한 다방면의 정책과 서비스가 고용주와 당사자를 대상으로 실행되고 있다. 여기서는 연방정부의 지침과 지역사회에서 실행되는 핵심 정책과 서비스들을 간략하게 설명하고자 한다.

### (1) 고용주들을 위한 정책과 서비스

정신질환을 가진 사람들을 위한 고용정책은 1973년 재활법(Rehabilitation Law)과 앞서 소개한 미국장애인법(ADA)과 긴밀한 관계가 있다. ADA는 고용 관련 차별을 금지하고 직장에서 "합리적인 편의(reasonable accommodations)"를 장려함으로써 노동력이 있는 정신질환을 가진(장애를 가진) 사람들을 보호하는 역할을 한다. 여기서 "합리적인 편의"란 (과도한 어려움이나 비용을 초래하지 않는 한) 고용주들은 장애가 있는 직원이 직무를 완료 할 수 있도록 작업 신청 프로세스 또는 작업 환경을 조정하거나 지원하는 것을 말한다(Harris & Gould, 2019, p.6). 물론 모든 정신장애자가 "합리적인 편의"를 요구하지는 않지만, 다음은 미국 노동부의 장애인고용국(Office of Disability Employment Policy, ODEP)에서 정신장애가 있는 직원이 보다 효율적으로 업무를 수행할 수 있도록 지원하는 "합리적인 편의"의 원칙들이다(Williams, 2020, p.230, 직역):

- 유연한 근무지(flexible workplace)- 재택근무 등 근무지의 유연성
- 스케줄(scheduling)- 파트 타임 근무 시간, 작업 공유, 근무 시간 시작 또는

- 종료 시간 조정, 보상 시간 및 누락된 시간의 “메이크업(make-up)”
- 휴가(leaves)- 정신 건강, 휴가 시간의 융통성 있는 사용, 치료 또는 회복을 위한 추가 휴가 제공 등
- 휴식(breaks)- 휴식에 관련해서 큰 유연성을 제공. 즉, 정해진 일정이 아니라 개별 요구에 따라 휴식을 취하거나, (회사에서 정해진 횟수보다) 빈번한 휴식을 가능하게 하고, 업무 시간 동안 (사회 서비스) 전문가 및 회복에 필요한 기타 지원을 제공하는 사람과의 컨설팅 가능 등
- 기타 정책(other policies)- 약물 부작용 등을 완화시킬 수 있는 음료 및 음식 허용 등

이런 “합리적 편의”를 적절히 제공하거나, 고용주가 친환경적인 업무 환경을 조성하도록 하기 위해서는 지원 및 정부 보조와 지원이 필요하다. 이를 위해 미국 노동부의 장애인고용국(Office of Disability Employment Policy [ODEP], 2020, <https://www.dol.gov/odep/>)은 고용주들을 위한 여러 정책과 자원들을 개발 및 제공하고 있으며, 여기서는 그 중 대표적인 내용들을 소개하고자 한다.

장애인 고용 및 경제 발전을 위한 국가 리더십 센터(Leadership for the Employment and Economic Advancement of People with Disabilities, 이하 LEAD Center): LEAD Center는 지역사회 기반 통합 고용을 중심으로 장애가 있는 모든 사람들의 고용 및 경제활동 기회의 증가 및, 시스템 개선을 목표로 한다. LEAD 센터의 중점 분야는 차별 금지 및 평등 기회, 재정 능력, 건강 관리 및 견습과정으로 이와 관련한 다양한 정보와 정책들을 살펴볼 수 있는 곳이다(ODEP, 2020).

고용 및 접근성 기술 파트너십(Partnership on Employment & Accessible Technology [PEAT]): PEAT는 접근 가능한 기술 정책의 개발, 채택 및 홍보를 통해 장애인의 고용을 장려하는 정책이다. PEAT는 고용주, 기술 개발자, 정부 정책 결정자 및 정신건강 문제를 가진 당사자를 한자리에 모으고, 새로운 기술 습득의 기회를 제공한다(<https://peatworks.org/>).

이외에 장애를 가진 사람들의 고용을 위해 ODEP가 제공하는 정책 개발 및 기술 지원 리소스인 JAN(직업적응네트워크 Job Accommodation Network)과 EARN(Employer Assistance and Resource Network on Disability Inclusion)이란



프로그램들이 있다. JAN은 고용주, 장애인, 가족 및 기타 이해 당사자에게 직업 조정, 기업이 정신 및 관련 주제에 대한 정보를 제공한다. 이를 통해 장애 근로자의 고용 및 유지를 용이하게 하고, 자영업 및 소기업 소유권을 포함한 장애인의 고용을 지원한다. 또 다른 고용주들을 위한 리소스인 EARN 프로그램은 고용주가 장애인을 모집, 고용, 유지 및 발전시키는 데 도움을 주고, 웹 세미나 및 기타 행사를 주최하는 것 외에도 AskEARN.org 웹 사이트를 유지, 관리하는 기능을 한다(Office of Disability Employment Policy, n.d.).

위에 소개된 고용주들을 위한 지원들 외에, 고용촉진을 제공하는 여러 정책들이 있다. 이중 ‘취업 기회 세금 공제(Work Opportunity Tax Credit)’는 고용에 상당한 장벽을 겪고 있는 정신질환을 앓고 있는 자를 포함해 특정 대상 그룹의 개인을 고용하기 위해 고용주가 이용할 수 있는 연방 세금 공제이다. 또한 전년도에 백만 달러 이하의 수입을 가졌거나 전임 직원이 30명을 넘지 않은 소기업에 제공되는 ‘장애인 이용 크레딧(Disabled Access Credit)’가 있는데 이는 장애가 있는 사람들에게 액세스를 제공하기 위해 지출이 발생하는 소기업에 대해 최대 \$5,000의 환불 불가 크레딧을 제공하는 정책이다(ODEP, 2020).

지금까지 설명한 고용주에게 적용되는 정책과 다양한 지원 외에 정신장애인이 지역사회내 통합을 원칙으로 구직활동과 취업을 할 수 있도록 지원하는 다음의 몇몇 주요한 정책과 서비스들이 있다.

## (2) 당사자들을 위한 정책/서비스: 지원고용 (Supported Employment)을 중심으로

직업재활을 통해 회복을 희망하는 자들에게 제공되는 고용정책 중 하나는 지원고용(Supported Employment)으로 ‘개인배치 및 지원(Individual Placement and Support, IPS)’이라고도 불린다. 이 지원고용은 그 효과성이 입증된 증거기반(evidence-based) 개입프로그램 중 하나로, SMI를 가진 사람들이 일자리를 찾고 유지하게 하는데 중요한 역할을 하고 있다 (SAMHSA, 2020c). 지원 고용은 당사자의 강점, 리소스들, 관심사 및 역량을 최대한 발휘할 수 있는 방안을 모색하며, 구직에 필요한 기술, 훈련 및 구직 시장 탐색 지원을 제공하는 등 강점중심, 사람중심 그리고 역량중심으로 고용을 통한 회복을 추구한다. 지원고용의 8가지 원리는 다음과 같다 (Sherman 외 2017, p.2, 직역).

- 일하고 싶은 사람은 누구나 자격이 있다.
- 경쟁력 있는(competitive) 직업이 목표다.
- 지원되는 고용 서비스는 정신 건강 서비스와 통합되어 있다.  
(근로 임금으로 인한 장애 수당의 잠재적 손실과 이에 따른 의료혜택에 대한 우려를 해결하기 위해) 개인별 혜택 상담이 제공된다.
- 구직에 대한 관심을 표명 한 직후 서비스 지원과 구직활동이 시작된다.
- 고용 전문가(employment specialist)는 고용주와 관계를 구축한다.
- 개인의 직업지원은 시간의 제한없이 이루어진다.
- 개인의 선호도를 존중, 장점과 기술을 사용하여 직무에 맞는 직책에 효과적으로 초점을 맞춘다.

고용지원 정책과 그에 따른 서비스 외 클럽 하우스(Clubhouse)와 인턴십(Internship) 같은 프로그램도 정신장애인 고용촉진에 긍정적 영향을 주고 있다. 우선 클럽 하우스(Clubhouse)는 정신질환을 앓고 있는 개인에게 개방된 커뮤니티 기반 센터로, 클럽 회원과 직원이 협력하는 프로그램으로 정신질환을 앓고 있는 자를 위한 서비스 범위가 다양하며, 효과성과 효율성 면에서 높이 평가받고 있다. 많은 클럽 하우스는 고용 지원(supported employment) 프로그램, Transitional Employment 프로그램, 그리고 Independent Employment 프로그램들을 제공한다. 클럽 하우스 모델 운영의 핵심은 작업일(work-ordered day)의 개념으로 월요일부터 금요일까지 8시간씩 일반 근무환경과 유사한 환경 속에서 직원과 함께 클럽 하우스를 관리하고 운영하는 개념이다 (National Alliance on Mental Illness [NAMI], 2014, p.9). 고용 지원은 앞서 설명을 하였기에, 여기서는 Transitional Employment과 Independent Employment 프로그램과 독립 고용에 대해 간략히 설명하겠다.

Transitional Employment 프로그램은 회원(클럽 하우스에 속한 정신질환을 앓고 있는 자를 칭하는 용어)이 지역사회에서 단기적으로 일하는 팀의 일원이 되도록 고안된 매우 체계적인 프로그램으로 보통 시간제로 (주 15-20시간) 6-9개월 간 지역사회 내 사업장의 직접 재할 프로그램에 참여하는 것이다. 이때 회원은 클럽 하우스의 직원과 다른 회원들의 도움을 받으며 필요한 기술과 자신감을 얻어 (또는



다시 얻거나) 지역사회내 고용을 추구하게 된다. Transitional Employment프로그램을 끝낸 회원은 다른 사업장으로 전환하여 다시 Transitional Employment프로그램에 참여할 수도 있고, Independent Employment프로그램으로 이동할 수도 있다.

클럽하우스 내Independent Employment프로그램은 클럽 하우스 직원의 도움을 받지만, 독립적으로 이력서나 인터뷰 등 구직 준비를 통해 경쟁적인 일자리를 찾도록 도와주는 프로그램이다. 프로그램을 통해 구직이 된 경우, 클럽 하우스 회원들은 사업장에서 독립적으로 활동하는데 별도의 도움이 필요한 경우 클럽 하우스내에서 또는 다른 지역사회 리소스와 연결을 해주는 역할을 한다 (Clubhouse International, 2020).

클럽하우스와 더불어 인턴십(Internship) 프로그램은 본격적인 구직활동을 시작하기 전, 직업과 작업환경 등이 당사자와 부합되는지를 가늠해 볼 기회를 제공하는 프로그램이다. 당사자들에게 장래 직업에 기반해 직업 경험과 기술, 현장에서 다른 사람들과 연결하고 장기적인 고용으로의 전환될 수 있으며, 회복 단계의 당사자들에게 본인과 직장 간의 적합성을 탐구해 구직 및 직장생활의 성공을 높이는 기회를 제공한다 (NAMI, 2014, p. 10]

지금까지 살펴본 소득보장, 의료 및 고용 정책 외에 주거(housing)나 다른 사회 정책과 지원제도는 지역사회 기반의 사회서비스를 통해서 당사자들에게 직·간접적으로 전달되고 있다. 예를들어, 앞서 설명된 고용 관련 서비스들은 통합적 사회서비스의 일환으로 적극적인 지역사회 치료(Assertive Community Treatment, ACT)를 포함해서 사례관리의 한 부분으로, 다양한 지역사회 기반 회복 중심 개입의 중요한 요소라고 하겠다. 이들 사회서비스는 주(state) 및 카운티에 따라 광범위한 분야에서 다양하게 제공되고 있다. 여기서는 SAMHSA가 소개하는 서비스들 중 핵심이 되는 몇 가지를 살펴보고자 한다.

## 6) 사회서비스

사회서비스는 앞서 설명한 SAMHSA의 원칙 및 다양한 실천 원칙들을 기반으로 한 정신질환의 심각성, 위급성, 그리고 그 수준에 따라 ‘Continuum of Care’에 근거하여 예방부터 입원치료에 이르는 스펙트럼으로 존재한다고 볼 수 있다. 여기서는 (1) ‘Continuum of Care’의 기본 개념과 (2) 미국의 정신 질환 관련 기관 및

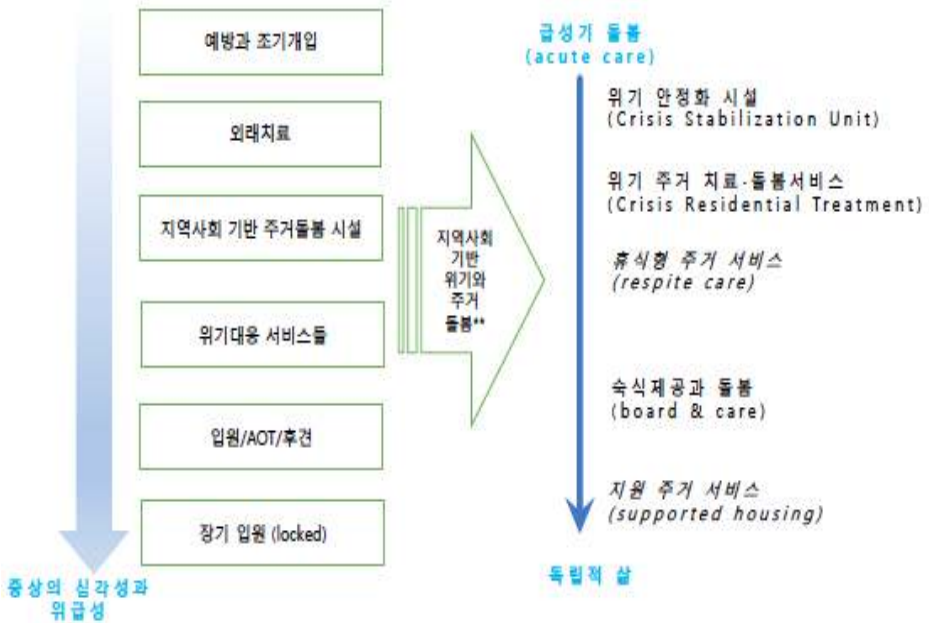
시설과 이러한 기관·시설에서 제공되는 서비스들을 소개한다. 이와 함께 “21세기 Cures Act”에서 강조하는 집중적인 사례관리와 SAMHSA에서 중요하게 인지하는 동료지원에 대한 설명한다. 마지막으로 현재 SAMHSA의 원칙과 방향성에 기반하여 실행되는 사회서비스 중 ① 조기 개입과 치료를 위한 Coordinated Specialty Care, ②가족심리교육 서비스, 그리고 ③ 정신치료 사전 의료의향서에 대해 안내하고자 한다.

#### (1) Continuum of Care<sup>46)</sup>

행동·정신 건강 Continuum of Care 모델(Behavioral Health Continuum of Care Model)은 1994년 의학 연구소(Institute of Medicine)보고서에 처음 소개된 정신건강 중재 스펙트럼(Mental Health Intervention Spectrum)을 기반으로 한다 (SAMHSA, 2007, p.20). 연방국가인 미국의 특성상 각 주마다 정신보건법이나, 정책 그리고 서비스 전달체계가 다르지만, 모든 주(state)는 Continuum of Care를 기반으로 예방에서 조기치료, 개입 및 관리, 입원에 이르기까지 정신질환에 대한 모든 개입이 이루어지는 정책을 가지고 있다 (SAMHSA, 2007, p.10). 예로, 캘리포니아 주 샌프란시스코 카운티/시의 경우 ([그림 IV-11] 오른쪽 그림), 정신질환 심각성 수준에 따라 강제입원 (involuntary hospitalization), 고립된 치료 (locked facilities), 병원치료, 위기 프로그램(Crisis Programs)이나 보호시설(Residential Services) 입소, 외래치료 그리고 예방 중점의 프로그램들이 있다. 전문기관에서 주거 돌봄을 받는 경우에도, 그 심각성에 따라 위기안정화부터, 위기 치료 돌봄, 주거 및 케어 (board and care)와 주거지원서비스 등 다양한 종류가 있다. 주거시설에 관한 자세한 내용은 바로 다음 절에서 소개한다.

46) Continuity of Care라고도 불리는 경우도 있는데, 저자의 이해로는 Continuum of Cares는 환자 치료와 관련된 모든 건강 의료 서비스의 연속성을 일컫는다면, Continuity of Care는 개별환자에 대한 시간 경과에 따른 치료의 지속성과 더 관련이 있다고 생각한다. 이 보고서에서는 이 두 용어를 구분하지 않고, 정신질환을 앓고 있는 자의 회복에 필요한 서비스와 치료의 연속성이란 개념으로 이해하길 바란다.





[그림 IV-11] Continuum of Care와 지역사회기반 주거 돌봄

출처: San Francisco Department of Public Health (2016). p.3. (직역); \*\* 이외에 다양한 주거돌봄시설이 있으며 명칭과 종류도 주(state)에 따라 다를 수 있다. 또한 지원주거서비스는 주거돌봄 시설에 포함되지 않는다.

위 그림에서 설명된 위기상황별 서비스들 또한 주와 카운티마다 다양하지만 보통, 위기상황을 겪게 될 때, 입원치료를 최소화하면서 위기상태를 감소시키기 위한 서비스들을 청한다. 여기에는 위기안정화 시설부터 동료들이 전화상담을 하는 워라인(warm line), 휴식지원(Respite Care)과, 부분입원(Partial Hospitalization or Day Hospitalization)등과 같은 서비스들이 있다 (SAMHSA, 2014b, pp.8-14).

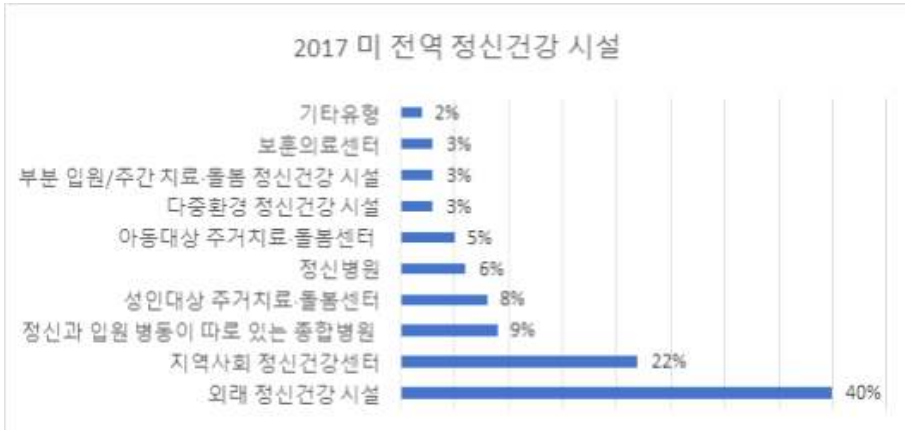
이 중 '위기 안정화 시설'은 '23시 위기 안정/관찰 침상(23-hour crisis stabilization/observation beds)'이라고도 불리는데, 말 그대로 짧은 시간 내 (보통 24시간 내)에 집중적인 치료로 위기상황이 안정될 수 있다는 판단이 서는 경우에 사용하는 서비스다. 23시간 동안 병원과 같은 시설 내에서 위기대응 서비스를 제공한다. 또 다른 위기상황 관련 주거시설인 '단기 위기 거주 서비스와 위기 안정 (Short term crisis residential services and crisis stabilization)'은 병원 입원은 아니

지만 24시간 동안 보호(observation and supervision) 서비스를 제공하는 주거형태의 위기대응 서비스다. 한 번에 16명의 환자를 수용할 수 있으며, 급성 증상(acute symptoms)을 치료함으로써 더 위험한 상황으로의 진행을 방지하는 것이 목표이다. 그리고 ACT의 한 부분인 ‘모바일 위기서비스(Mobile crisis intervention/services)’는 위기상황을 신고 받으면 이동 차량/모바일을 이용하여 최대한 빠른 시간내 상태를 확인하고, 개입하여 위기를 해결하는 서비스다.

또한 전문가와 24/7 상담이 가능한 핫라인과, 이 핫라인과 비슷한 역할을 하는 일정 교육을 이수한 ‘정신건강 동료 전문가(peer specialists)’가 제공하는 워마인(warm line)이 있다. 이 외에 워마인처럼 정신장애로부터 회복을 경험한 동료 전문가들이 제공하는 동료 위기거주 서비스도 있다. 동료 지원 서비스는 뒤에서 자세히 다룰 것이며, “위기대응(crisis intervention programs)에 관한 자세한 내용은 <박인환과 한미경(2018)>의 논문을 참조바란다.

## (2) 정신건강/질환 시설의 유형 및 서비스

Continuum of Care와 앞서 설명한 다양한 정책들(경제적 지원, 의료보험, 고용 정책)은 당사자의 회복을 목표로, 주정신병원(state psychiatric hospital)서부터 지역사회에 기반한 외래치료 센터들(outpatient centers)을 포함한 다양한 종류의 시설들(facilities)을 통해 제공된다. 미국의 정신건강 관련 시설에 대한 이해를 돕기 위해 2017년 실시된 ‘전국 정신건강 서비스 설문조사 (National Mental Health Services Survey [N-MHS])’에 대해 소개하고자 한다. 이 조사는 SAMHSA가 미 전역 정부기관에 등록된 14,646시설에 설문지를 배포, 이 중 적격한 기관으로 확인된 13,618개 기관 가운데 87%에 해당하는 총 11,582개의 시설들에 관한 설문 조사를 바탕으로 한 것이다. SAMHSA는 전국 정신 건강 서비스 설문조사(N-MHS)에서 미 전역의 정신건강 관련 시설들을 10가지로 구분하였다. [그림 IV-12]는 설문에 참여한 시설 유형을, 그리고 <표 IV-15>는 시설에 대한 정의를 간단히 설명한 것이다.



출처: SAMHSA, 2018b, Figure 1. p.9, 직접인용으로 저자가 재구성함

[그림 IV-12] 2017 미 전역의 정신건강 관련 시설들 (N-MHS 결과)

<표 IV-15> N-MHS에 사용된 정신건강 시설들

정신건강 시설	간단한 정의
외래 정신건강 시설(outpatient mental health facility)	거동 가능한 고객에게 외래 정신건강 서비스만 제공하며, 서비스 이용 시간은 보통, 1회 방문당 3시간 미만이다. 정신과 의사는 일반적으로 정신질환을 가진 사람들의 정신건강 치료·돌봄 방항에 대한 책임을 진다.
지역사회 정신건강센터 (Community mental health centers, CMHCs)	CMHC로 분류되기 위해서는 시설이 위치한 주(State)의 CMHC에 대한 해당 면허 또는 인증 요건을 충족해야 하는데, 주로 다음의 서비스를 제공한다: (1) 아동, 노인, 만성 정신질환을 앓고 있는 자, 정신건강 시설에서 입원 치료·돌봄을 받고 퇴원한 지역 주민을 위한 전문 외래진료 서비스를 포함한 외래 서비스; (2) 24시간 응급 돌봄 서비스; (3) 주간 치료·돌봄, 기타 부분 입원 서비스 또는 정신사회 재활 서비스; (4) 주립 정신건강 시설 입원을 고려 중인 환자에 대한 선별 검사를 실시하여 입원의 적절성을 판단한다.
정신과 입원 병동이 따로 있는 종합병원 (general hospital):	별도의 정신과 병동에서 입원환자 정신건강 서비스를 제공하는 허가 받은 (공공 또는 민간) 종합병원이다. 정신과 병동은 정신질환을 앓고 있는 자의 치료·돌봄을 위해 별도로 배정된 스태프와 공간이 있어야 한다. 병원 자체에 있을 수도 있고 병원이 소유한 별도의 건물에 위치할 수도 있다.
성인대상 주거치료·돌봄센터 (RTC for adult)	주로 성인을 위한 주거 돌봄 환경에서 개별 정신건강 치료·돌봄 프로그램을 주로 제공하는 곳을 의미한다.

정신건강 시설	간단한 정의
아동대상 주거치료·돌봄센터 (RTC for children)	정신병원은 아니지만 18세 미만 아동을 위한 주거 돌봄 환경에서 개별 정신건강치료·돌봄 프로그램을 주로 제공하는 곳이다. 아동 대상 RTC는 반드시 임상 (clinical) 프로그램을 가지고 있어야 한다.
정신병원 (psychiatric hospital)	주/공립 정신병원 또는 주 인가를 받은 민간 정신병원으로 허가받은 시설로, 주로 24시간 입원 돌봄을 제공한다. 상황에 따라 24시간 미만 돌봄(예: 외래, 부분 입원)을 제공할 수 있다.
복합정신건강 시설(multi-setting mental health facility)	2개 이상의 서비스 환경(비병원 주거, 그리고 외래 또는 주간 치료·봄/부분 입원)에서 정신건강 서비스를 제공하며, 정신병원, 종합병원, 의료센터나 주거치료·돌봄 센터로 분류되지 않는다. (예로 기관은 Continuum of Care에서 설립된 예방, 조기개입, 외래 치료, 위기 안정화, 주거 돌봄 시설들을 제공할수 있다)
부분 입원/주간 치료·돌봄 정신건강 시설 (partial hospitalization/ day treatment facility)	거동 가능한 정신질환을 앓고 있는 자에게 주간 (partial day) (외래) 정신건강 서비스가 제공하며, 일반적으로 정규 일정에 따라 3시간 또는 그 이상의 세션 (session)에서 이루어진다.
보훈의료센터(Veterans Administration [VA] medical center):	미국 보훈처가 운영하는 시설로, 정신과 입원 병동이 따로 있는 종합병원, 주거치료·돌봄 프로그램 및 정신과 외래 진료소 등이 있다.
기타유형 (other type):	주거 돌봄 환경에서 개별 정신건강치료·돌봄 서비스 프로그램을 제공을 목적으로 하지만, 정신병원으로 허가 받지 않은 시설을 말하며, 아동이나 성인으로 제한을 두지 않는다.

출처: SAMHSA, 2018b, pp. 4-5. 정의들은 직역 (저자가 재구성함).

위 [그림 IV-12]에서 보듯이 전체 11,582개 시설 중 약 15%만이 (9% 종합병원과 6% 정신병원) 입원환자를 수용하는 시설이었다. 나머지는 지역사회에 기반한 시설들로 외래정신건강 시설로 분류되는 기관이 40%로 가장 많았으며, 14%가 지역사회기반한 주거 돌봄시설(residential facilities)이었고, 3%는 다양한 서비스를 제공하는(외래치료와 주거시설, 또는 외래치료와 지역사회센터 등) 복합정신건강 시설이었다. 이를 통해 미국의 정신건강서비스는 입원치료보다는 지역사회를 기반으로 한 정신건강 서비스가 훨씬 큰 비중(85%)을 차지함을 알 수 있다.

시설들은 사례관리(case management), 집중사례관리(intensive case management), 가족심리교육, 자살예방서비스, 적극적인 지역사회치료(Assertive Community Treatment, ACT), 강제외래치료(AOT), 동료지원(peer-support),



증상관리(illness management), 정신응급서비스 (psychiatric emergency service), 신체건강 통합 서비스 (integrated primary care services), 교육(education services), 주거(housing services), 주거지원(supported housing), 식품과 운동(diet and exercise counseling), 만성질병 관리(chronic disease/illness management), 심리사회재활 서비스 (psycho-social rehabilitation services), 직업 재활서비스 (vocational rehabilitation services), 직업지원(supported employment), 옹호서비스 (legal advocacy), 금연관련 서비스 등 매우 다양한 서비스들을 제공하고 있다 (SAMHSA, 2018b, pp. 43-44). 여기서 유의할 점은 각 서비스들이 시설마다 독립적으로 제공되는 것이 아니라, 복합적으로 제공되며, 상호연계성을 가지고 진행된다는 것이다. 예를 들어 AOT에는 ACT나 집중적인 사례관리(intensive case management), 동료지원, 증상관리(illness management) 등 포괄적이고 종합적인 서비스가 제공된다. 이때 서비스는 정신질환을 가지고 있는 당사자의 의료보험에 따라 혜택의 폭이 달라질 수 있는데, 대부분의 서비스는 당사자의 케이스(case)를 담당하는 primary worker가 다양한 전문가와 협업하는 사례관리를 통해 이루어진다.

정신질환으로 인해 장애를 가진 대부분의 사람들은 삶의 질 향상과 함께 최적의 지역사회 기능을 위해 그리고 개인적인 목표달성과 회복을 위해 소득보장, 의료, 고용, 사회서비스 등 포괄적인 서비스를 필요로 한다. 지역사회에서 이러한 서비스들은 종종 각기 다른 기관, 다양한 전문가들, 자금 (sources of funding), 절차에 의해 운영된다 (Lieberman, 2008, pp.408-410). 이러한 서비스와 자원들을 코디네이션하고, 당사자의 회복을 돕는 역할이 바로 사례관리라 할 수 있다. 그 중, ① 집중적 사례관리를 통해 당사자가 불필요한 입원치료를 하지 않도록, 회복을 증진시키는 치료모델인 적극적인 지역사회치료 (Assertive Community Treatment, ACT)와 ②사람중심 회복모델과 트라우마기반에서 중요한 역할을 하는 동료지원과 동료가 운영하는 임시 위기위탁시설에 대해 좀 더 설명하고자 한다.

#### ① 적극적인 지역사회치료(Assertive Community Treatment [ACT])

외래 진료를 받는 당사자들 중 증상이 심하거나 집중 치료가 필요한 사람들은 집중적인 사례관리(intensive case management) 또는 적극적인 지역사회 치료인 ACT(Assertive Community Treatment, ACT)를 받게 된다. ACT는 기본적인

인 서비스 접근방식으로는 충족되지 않는 욕구(needs)를 가진 당사자에게 포괄적이고 효과적인 서비스를 제공하는 방법이다. 대부분의 경우 서비스의 통합성을 높이기 위해 팀 구성원은 서로의 전문 분야에서 교차 교육(cross-trained)을 받는다. ACT 팀원은 평가, 치료 계획 및 일상적인 개입을 위해 협력하는데, 실무자가 개별적으로 사건을 처리하는 대신, 팀원은 정신건강 회복에 필요한 서비스를 공동으로 협력하여 책임진다. 지역사회 치료 및 재활을 통한 회복을 목적으로 하는 ACT는 단순히 사례 관리 프로그램이 아닌 서비스제공 모델 (service-delivery model)으로써 그 효과성을 입증하고 있다.

이러한 ACT는 팀(team)접근 방식으로 운영되며 다양한 전문 교육과 기술을 갖춘 실무자들이 당사자 회복을 위해 사례관리를 공유하며, 총체적이고 상호 연계된 서비스 제공을 위해 협력한다. 핵심 ACT 서비스 - 위기 평가 및 개입; 종합 평가; 질병 관리 및 회복 기술 (illness management and recovery skills); 개별 지지 요법(individual supportive therapy); 약물 남용 치료; 고용지원 서비스; 일상생활 지원; 지원 네트워크 (가족, 친구, 집주인, 이웃 사람 등)와의 개입; 의료, 주거, 복리 후생(benefits), 교통지원 서비스; 일반 사례관리; 약물 처방, 관리 및 모니터링 등을 제공한다. 이 때 제공되는 서비스들은 각 당사자의 상황과 욕구(needs) 변화에 신속하게 대응하여 서비스가 조정되며, 최대한 ACT 팀 안에서 당사자가 필요로 하는 서비스를 제공하고, 위기 상황에 대비해 하루 24 시간 연중 무휴로 서비스를 제공한다 (SAMHSA, 2008, p.5).



## ② 동료 지원 (peer support)과 동료위기 위탁시설(Peer-run crisis respites)

정신건강 분야의 동료 지원에서 동료(peer)란 정신건강 서비스를 받았거나 현재 받고 있는 당사자들로 스스로를 동료라고 인지하는 사람을 의미한다. 이것은 사회적·개인적 변화를 목적으로 당사자들이 당사자들에게 제공하는 서비스로 단순히 경험을 공유하는(shared experience)차원을 넘어선다(Mead, 2003, p.1). 이 동료 지원은 강제 입원치료와 관련하여 부정적이고 비인권적 경험을 (예를 들어 강요, 고립, 제지, 권리 위반, 과다 의약 투과 등) 가지고 있는 자조적 인권옹호운동(civil and human rights movement)에서 비롯되었다.

동료 지원은 자조 그룹(self-help groups), 동료 주도 서비스(peer-delivered services), 워라인(warm lines - 동료들이 제공하는 핫라인), 동료 프로그램 (peer programs), 옹호 프로그램(advocacy programs), 봉사 활동, 모바일 위기팀(mobile crisis teams) 및 임시 위탁(respite)등으로 현재 미국 정신건강 필드에서 점차 확대되고 있다. 이러한 움직임과 맞물려 SAMHSA는 정신 건강 또는 약물 사용 상태로 회복 중인 자들에게 동료 지원 서비스를 제공하는 '동료'에게 필요한 핵심 지식, 기술 및 능력 (핵심 역량으로 이끄는 기술)을 파악하고자 하였다. 이러한 노력 중 하나는 동료 지원 서비스의 프레임(framework)을 제시한 것으로, 이 프레임은 다른 실천원칙들과 일맥상통한다. 즉, 동료지원은 사람중심의 회복 지향적이며, 트라우마 중심이며, 동료들은 항상 당사자들과 파트너이면서 컨설턴트의 관계로 상호간 존중과 신뢰를 바탕으로 협업을 이루며, 서비스 제공과정에서 당사자들의 선택을 항상 최우선시하고, 당사자가 통제와 역량강화의 의미를 재건할 수 있는 기회를 제공한다 (SAMHSA, 2015, p.4).

주로 주와 카운티의 공공기관이나, 카운티와 계약을 맺고 있는 민간기관들에서 제공하는 서비스의 기본이 되고 있으며, 현재 미국 정신건강 사회서비스의 주축을 이루는 요소이다. 동료지원이 독립적으로 제공되는 경우도 있는데, 바로 동료가 운영하는 임시 위탁 간호(Peer-run crisis respites [PRCR])가 그것이다. PRCR은 고비용 및 종종 트라우마를 동반하는 응급 및 입원치료 서비스에 대한 대안으로, 위기에 처한 당사자들이 훈련된 정신건강 동료가 운영하는PRCR에서 위기를 극복하게끔 고안된 (임시)주거용 위기 서비스이다. 이 PRCR에서 당사자들은 자신들과 동일하거나 유사한 위기를 겪었지만 현재는 회복과정을 경험을 가지고 있는 자 중, 전문적으로 교육 및 훈련을 받은 동료로부터 도움을 받게 된다. 기본적으로 당사자들

이 가정과 같은 안전한 장소에서, 동료 전문가 (peer specialist)로부터 위기에 대처하는 기술을 배우고 위기대응을 하여 회복의 길로 들어설 수 있도록 하는 것에 목적이 있다(Ostrow, 2014, pp.8-11).

### (3) 이 외 핵심 서비스들

SAMHSA에서 제시한 “2019-2023년 전략적 계획 (strategic plan)”을 중심으로 현 미국의 정신건강 방향성과 정신건강 필드에서 주목받고 널리 실천되고 있는 다양한 서비스들 중 ① 조기 개입과 치료를 위한 조정된 전문 케어, ②가족심리 교육 서비스, 그리고 ③ 정신치료 사전 의료의향서가 있다.

#### ① 조기 개입과 치료: Coordinated Specialty Care [CSC]

Coordinated Specialty Care는 ‘first episode psychosis [FES]’을 경험한 당사자를 위한 회복 중심 치료 프로그램을 의미하는 용어로 조율화된 (coordinated) 조기 개입과 총체적 서비스를 제공함으로써 회복을 촉진한다. CSC는 가족 교육 및 지원, 고용지원 (supported employment) 서비스, 교육, 약물 치료를 포함하여 심각한 정신장애의 초기 사건을 경험한 당사자를 돌보는 포괄적 접근 방식으로 통합·조정된 특별한 치료와 개입을 제공한다 (Heissen외, 2014, pp.2-3).

CSC 내에도 여러 가지 프로그램이 있는데 그 중 대표적으로 NAVIGATE, Connection Program, OnTrackNY, 정신질환 초기 대응 전문 치료 프로그램(the Specialized Treatment Early in Psychosis (STEP) program STEP), 초기 사정 및 지원 연합(the Early Assessment and Support Alliance, EASA) 등이 있다. 이처럼 CSC의 프로그램이 다양할지라도 궁극적 목표는 정신장애 증상이 시작된 후 최대한 빨리 CSC 팀과 FEP 당사자가 함께 빠른 회복을 구축하는 것이다. 이를 위해 (다양한 분야의) 전문가들로 구성된 팀을 꾸리고, 당사자와 파트너 관계를 형성하여 개별화된 치료/서비스 계획과 실행을 추진하며, 팀원들의 “공동 의사 결정 (shared decision)”을 촉진한다. CSC 참여 전문가들은 개인의 필요와 선호에 따라, 각종 심리치료, FEP당사자를 위한 약물 관리, 가족 교육 및 지원, 사례관리, 직장 또는 교육 지원 등을 제공한다. 이때 가능한 치료 결정 및 서비스 제공과정에 당사자의 가족이 함께 참여할 수 있도록 노력한다. 이러한 CSC의 효과성은 2008년부터 National Institute of Mental Health (NIMH)연구 결과로 입증되어 왔





다. 특히 2008년에 시작한 NIMH의 'Recovery After an Initial Schizophrenia Episode, (RAISE)'이라는 연구프로젝트는 FEP를 대상으로 하는 CSC의 (예로 N AVIGATE와 Connection Program) 효과성을 입증하였다 (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/index.shtml>)

## ② 가족심리교육 서비스(Family Psychoeducation Services)

가족심리교육(Family Psychoeducation [FPE])은 서비스를 제공하는 전문가가 당사자와 그들의 가족과 함께 동맹관계(working alliance)를 형성하고 협력하는 가족 중심 치료 접근방식이다. FPE는 당사자 참여 및 가족의 형태에 따라 다양하게 운영된다. FPE가 효과적으로 진행되기 위해서 당사자 스스로가 FPE에 함께 할 (단순한 생리학적 개념을 넘어서) 가족을 정의한다. 그리고 서비스 제공자는 당사자와 그들 가족의 강점, 경험 및 전문성을 인정하며, 가족구성원들에게 다양한 교육 (증상과 관련된 지식, 대처기술, 의사소통 기술, 문제해결 접근 기술 등)과 자원을 제공함으로써 가족이 당사자가 회복을 할 수 있도록 지원하고 지지하는데 도움을 주도록 한다 (SAMHSA, 2009, p.4). 심리교육(psychoeducation)이라는 용어 때문에 FPE를 가족치료(family therapy)로 오해하는 경우가 있지만, 가족 자체가 치료의 대상이 되는 전통적인 가족치료와는 달리, FPE 접근법에서는 가족과 당사자와 서비스 제공자가 협력하여 문제해결 능력과 증상 관리, 가족관계 개선 등을 통해 당사자의 회복을 지원하는 것이 목적이라 하겠다.

## ③ 정신치료 사전 의료의향서(Psychiatric Advance Directives)

중증정신질환의 특성 상, 급성으로 그 증상이 발현(acute episodes)될 수 있다. 이런 경우 때로는 치료과정 중 필요한 정보에 동의(informed consent)를 받기 어려운 상황이 발생하기도 한다. 이를 대비하기 위해 마련된 것이 정신치료 사전 의료의향서(Psychiatric Advance Directives [PAD])이다. 이것은 재발 등 정신건강의 위기로 인지 능력이 상실되고 결정을 내리기 힘든 상황이 발생할 것을 대비해 당사자가 판단 능력이 있을 때 본인 스스로에게 필요한 치료와 서비스를 사전에 지정(arrangement) 해 놓는 법률문서이다 (Olsen, 2017, p.265).

PAD의 사용은 강압적인 치료의 필요성을 낮추고 환자 선호도와 일치하는 치료 결과를 가져온다. PAD는 정신장애 상태에 있는 사람이 의사결정을 내릴 수 없는

경우 치료 방법의 기본적인 설정을 기술하거나 치료 결정을 내리는 사람의 이름을 지정할 수 있다. 현재 몇몇 주에서 PAD를 허용하는 법을 제정했고, 이러한 법 조항을 제정하지 않은 주에서도 당사자들은 건강관리지침(health care directives)이나 정리의향서(Living Wills)에 PAD를 작성할 수 있다(SAMHSA, 2019c, p.7).

지금까지 살펴본 주요 사회서비스 이외에도 정신질환을 앓고 있는 당사자 및 사회적 인식 개선, 그리고 서비스 종사자들의 역량을 향상하기 위한 다양한 노력들이 진행되고 있다. 증거기반(evidence-based)과 다학제적 접근 방식을 통해 효과적인 서비스를 조율하여 제공하고, 정신질환에 대한 낙인을 줄이기 위해 일반 대중을 위한 정신건강 교육을 적극적으로 시행하고 있다. 또한, 정신건강 인력 확대 및 강화에 힘쓰며, 리서치와 실무의 갭을 줄이고, 정신질환의 비범죄화를 위해 행동/정신보건법정(Behavioral/Mental Health Courts) 운영을 확대하고, 행동/정신 건강을 1차 진료에 통합하는 등 다양한 노력들이 그 것이다.

## 7) 소결

한나라의 정책이나 서비스들은 그 나라의 제도, 역사, 문화, 사회문제에 대한 국민들의 인식, 교육, 자원과 재정 등등 다양한 요소들의 영향을 받는다. 따라서 한나라의 성공적인 정책이 다른 나라에서 반드시 성공을 보장한다고는 할 수 없다. 또한 정신장애인을 따로 구분하지 않는 미국은 정신질환으로 인해 기능의 손상이 있는 경우를 '장애'가 있다고 간주하는 반면, 한국은 정신장애인을 별도로 구분하고 있어 이것또한 큰 차이점이라고 하겠다. 이처럼 한국과 미국 이 두나라가 정신장애에 대한 제도적 접근을 비롯하여 많은 요소들이 다르지만, 1963년 '지역사회 정신건강법(Community Mental Health Act)' 이후 여러 차례에 걸친 정책 개정과 수정을 거치며 (때로는 진보적이고 발전적이라는 평가를, 또 때로는 부정적인 평가를 받으며) 지역사회기반 정신건강 서비스가 자리 잡은 미국의 정신건강 역사와 현 정책과 서비스들, 그리고 미정부가 추구하는 방향성들 중 상당부분들은 한국에 주는 시사점이 있다.

첫째, 미국의 정신건강은 예방, 조기치료, 외래치료, 주거 돌봄 치료, 위기상황 서비스, 입원치료 등 서비스가 연속적이고 연계적이며 총체적으로 당사자의 회복을 위한 정책과 서비스들이 제공된다. 앞서 소개한 것처럼 다양한 소득지원, 의료,



고용, 사회서비스 등이 연방-주-카운티-지역사회기반 민간기관·시설들의 연계 하에 제공되고 있다. 물론 이러한 정책과 서비스들도 분명 개선해야 할 부분이 있지만, 정신질환을 앓고 있는 자가 정책이나 제도로 인해 필요한 서비스와 지원을 받지 못하는 경우를 줄이고자 노력하고 있고, 정신질환의 개입 시 증상의 정도에 따라 최소한의 제한 (least restrictive)을 기준으로 서비스가 제공된다는 점은 정신장애와 비정신장애로 구분되어 있는 한국에 주는 시사점이 있다고 판단된다.

둘째, 현 미국 정신건강 정책은 예방과 조기개입에도 초점을 두고 있다. 즉 증상이 악화되기 전 조기 개입과 함께 예방 프로그램의 제공에 힘을 기울이고 있으며, 이는 위기관리 관련 정책 및 서비스와도 일맥상통한다. 앞서 소개된 다양한 위기관리 정책과 서비스들도 시사점이 있다. 그 중 외래치료명령제도는, 비록 강제성이 있고 그에 따른 우려도 있지만, 지역사회 내에서 개인의 자율성을 최소한으로 제한한다는 원칙하에 증상이 더 악화되어 입원을 해야하는 상황으로 갈 수 있는 것을 예방한다는 점에서 주목할만한 프로그램이라 할 수 있다. 다른 다양한 위기서비스들, 특히 동료지원의 워라인 (warm line)과 적극적인 지역사회치료인 ACT의 한 분야인 모바일위기개입 (mobile crisis intervention) 프로그램, 그리고 ‘23시 위기 안정/관찰 침상’과 ‘단기 위기 거주 서비스와 위기 안정’등은 증상의 악화를 경험하는 당사자들에게 최대한 지역사회에서 서비스를 제공하여 위기상황을 완화시키고 회복을 돕는 것에 초점을 두고 있다. 이러한 위기개입 서비스와 위기 안정 주거 돌봄 서비스 또한 지역사회 기반 정책과 서비스를 좀 더 적극적으로 모색하는 한국 사회에 주는 시사점이 있다고 하겠다.

셋째, 미국의 정신건강 정책과 서비스는 친인권적이고 효과적인 치료를 제공하는 위해 회복지향적(recovery-oriented)이고, 트라우마 중심(truma-informed)이고, 문화적으로나 언어적으로 (culturally and linguistically competent) 당사자의 욕구에 부합하고, 투명하고(transparent), 희망적이며(hopeful), 존중하고(respectful), 총체주의적 (holistic)이며, 동료 지원 서비스(peer support services)를 포함하는 실무원칙을 실천하고 있다. 이 원칙들은 지역사회기반 외래치료서비스 뿐만 아니라 정신병원에 이르기까지 정신건강 전반에 적용되고 있다. 특히 정신병원같이 증상의 악화로 입원치료가 불가피한 상황에 있는 정신질환을 앓고 있는 자들 대한 인간적인 치료(humane treatment)의 필요성은 미국의 정신건강 정책의 개혁을 이끄는 근본적인 주제였다. 위의 실무원칙들은 정신과 침상의 증가와

함께 정신병원 환경 개선의 원동력이 되고 있다 (Parks & Radke, 2014, pp.26-36). 미국에서 회복중심의 패러다임은 갑자기 이루어진 성과가 아닌 꾸준한 사회 운동과 정신질환에 대한 인식전환 그리고 회복중심과 연계하여 다양한 서비스를 제공할 수 있는 전문가 양성 등과 공존하며 이루어진 성과다. 사실 미국에서도 회복에 대한 중요성은 1970년대부터 이야기가 되었지만 이 회복중심 접근이 정책의 핵심이 된 것은 2000년대 초반 회복 기반의 중요성과 효과성이 강조되면서부터 본격적으로 관심을 갖기 시작했다(Hogan, 2003, p.1). 이러한 움직임에 힘입어, 2010년 초기에 SAMHSA의 지원으로 정신건강관련 서비스를 제공하는 학술 전문가들이 함께 회복에 대한 내용을 교육과정에 포함시키는 커리큘럼을 만들게 되었고 현재는 정신질환을 가진 사람들과 접촉하는 모든 서비스제공자들이 숙지해야하는 서비스의 근본이 되었다 (American Psychology Association, 2020). 이러한 의미에서 회복중심의 정신건강이 자리를 잡아가기 시작하는 현 한국 상황에, 미국의 회복중심 원칙들과 그와 연결된 사회서비스들을 좀 더 깊이 이해하는 것은 중요하다고 본다.

넷째, 통합적이고 연계적인 정신건강의 흐름과 더불어 최근에는 행동(behavioral) 및 정신(mental) 건강 서비스를 전체 “건강/의료 (healthcare)” 시스템에 통합하려는 노력이 진행되고 있으며Centers for Disease Control and Prevention, 2017), 이에 통합적 건강 (integrated health)라는 용어가 점차 널리 사용되기 시작했다. 또한 앞서 주와 카운티의 부서명과 자료에서 보듯이 behavioral health라는 정신건강뿐만 아니라 행동과 관련된 건강(예로 식단, 운동 및 알코올과 substance와 관련된)을 통합하는 행동건강 (behavioral health)이란 용어가 점차 보편화되어가고 있다고 본다. 이로인해 정신건강 관리(behavioral healthcare)를 차별화하는 재정적/제도적 요소를 제거하고, 정신건강 치료와 관련된 외부 접근 치료(outreach) 서비스에 대한 보상 (reimbursement)을 제공하며, 이와 관련된 동등한 법률 (existing parity laws)을 강화하고자 노력하고 있다. 또한 통합적이고 포괄적이고 조율화된 서비스의 중요성이 강조되면서 전국으로 ‘공인된 지역사회 행동 건강 치료(Certified Community Behavioral Health Clinic[CCBHC]) 모델을 확대하는 것 또한 최근 정책목표 중 하나로 제시하고 있다 (Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee, 2017). 이러한 정신건강의 일반의료와의 통합 그리고 행동건강의 통합은 정신질환에 대한 편견, 낙인과 차별을 희석할



수 있고, “whole person”을 위한 한걸음 더 나가는 움직임이라 생각한다.

마지막으로 저자는 Beauchamp (2009)가 소개한 건강정책을 마련할 때 고려해야 할 네가지 주요 윤리 원칙 (Principles of Biomedical Ethics)을 소개하고자 한다. 이 네가지 원칙은 (1) 자치권 존중 (respect for autonomy; 자치권자의 의사 결정 능력 존중); (2) 무해성의 원칙 (non-maleficence - ‘do no harm’; 해로움을 피함); (3) 이익 (beneficence; 환자의 이익을 최우선시 하며 )과 (4) 정의 (justice; 이익 분배, 부담 및 위험에 대한 공정성)이다 (pp.33-38). 이 외 다른 원칙들이 있을 수 있고 이 원칙들은 정신건강에만 해당되는 것은 아니지만, 저자의 소견으로는 정신건강법 개정 후 많은 변화를 겪으며 변화하고 있는 한국 정신건강 정책이 앞으로 개선과 발전을 도모하며 반드시 명심해야 할 점들이란 생각을 한다. 특히 정신장애인들을 위한 정책과 서비스를 고민하며, 정부는 사회적으로 약자로 소외되고 차별받는 정신장애인을 위해 이 네가지 원칙을 반드시 적용하길 바라는 바이다. 정신장애인 카테고리가 따로 없는 미국의 정책과 서비스를 소개하며 부득이하게 전반적인 개요를 설명하게 되었는데, 현 보고서에서 소개된 내용들이 한국 정신건강에, 특히 정신장애인을 위해, 도움이 되길 바라는 바이다.

### 3. 일본

#### 1) 개관

일본의 정신장애에 대한 개념과 지원체계는 우리나라와 유사한 것처럼 보이지만 세부 내용에 있어서 많은 차이가 있다. 우리나라는 장애인복지법에서 정신장애의 개념을 정리하고 있으나 일본은 장애 유형별로 신체장애자복지법, 지적장애자복지법, 발달장애지원법 등 유형별로 법률이 따로 존재하고 있으며 정신장애에 대한 개념은 ‘정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률’에 따라 규정에 근거하고 있다.

장애인에게 지원되는 서비스와 지원체계도 차이가 존재한다. 우리나라의 경우 장애인복지법에 따라 장애개념과 유형, 장애 정도 및 서비스가 명시되어 있으나 일본은 정신장애인 개념과 장애정도는 ‘정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률’에 근거하지만 정신 장애인에게 제공되는 서비스는 ‘장애인 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률(일명, 장애인종합지원법)’에 근거하고 있다.

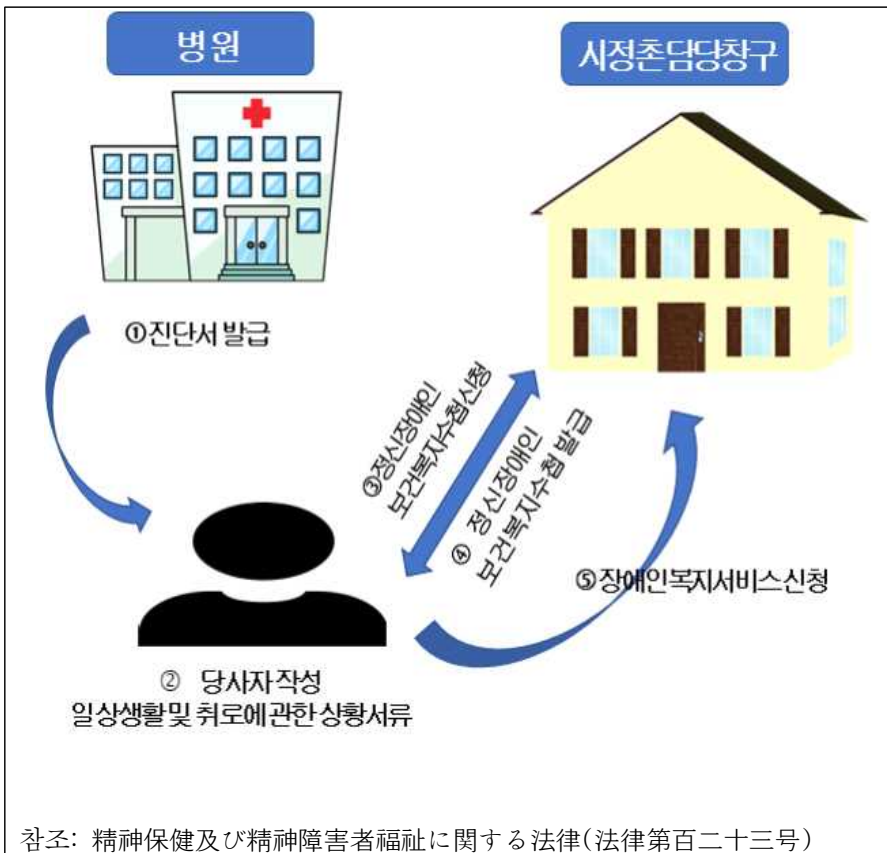
[그림 IV-13]에서와 같이 정신장애인보건의복지법에서는 병원에서 정신장애인용 진단서를 발급받고 당사자가 작성한 일상생활 및 취로에 관한 상황 서류를 작성해 시·정·촌 담당창구에 정신장애인 보건복지수첩 신청을 하면 심사 결과를 토대로 장애인보건복지수첩이 발급된다.

정신장애인보건의복지수첩을 발급받게 되면 장애등급에 따라 장애연금과 같은 소득보장과 의료보장 및 일부 고용보장과 관련된 지원을 받을 수 있게 된다. 또 정신장애인보건의복지수첩을 발급받은 사람 중에 사회서비스와 장애인고용과 관련된 서비스를 받고 싶을 경우 [그림 IV-13]에서와 같이 장애인종합지원법에 따른 장애 지원구분 인정조사를 통해 지원구분 등급을 받고 그에 해당되는 서비스를 지원받으면 된다.

정신장애가 심하지 않아 정신장애인보건의복지수첩을 발급받지 못했으나 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있는 경우는 장애지원구분인정조사를 통해 서비스 등급을 받고 그에 해당되는 서비스를 이용할 수 있다. 즉, 정신장애로 인정받지 못한 정신질환자라도 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있어 지원이 필요할 경우 장애 인지지원구분 인정조사를 통해 사회서비스와 일부 고용관련 서비스를 이용할 수 있다.



일본의 장애인종합지원법은 장애인관련법에서 명시한 장애인의 복지증진을 도모하는 동시에 장애유무와 관계없이 국민 서로 인격과 개성을 존중하며 안심하고 살 수 있는 지역사회 실현에 기여하는 것(법률 제 1조)을 목적으로 하고 있으며 대상은 장애인 관련법에 명시된 18세 이상의 장애인 및 치료방법이 확립되지 않은 질병이나 기타 특수한 질병으로 후생노동성이 정하는 경우도 포함되도록 하고 있다(법률 제 4조).



[그림 IV-14] 정신장애인 보건 및 복지 법률에 따른 정신장애등급

## 2) 법정 정신장애, 정신질환 개념 및 범주

‘정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률(이하, 정신보건복지법)’은 장애인의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률로 정신장애인에게 의료와 보호를 지원해 사회 복귀와 자립 촉진 및 사회경제활동에 참가할 수 있도록 하는 것을 목적으로 하고 있다.

정신보건복지법 제 5조에서는 정신장애의 개념을 ‘조현병, 정신작용 물질에 의한 급성 중독 또는 그 의존증, 지적장애, 정신병질 기타 정신질환’을 가진 자로 규정해 놓고 있다. 비록 정신보건복지법에서는 지적장애를 정신장애의 하나로 분류해 놓고 있으나 지적장애인에 대한 구체적인 서비스나 지원체계는 ‘지적장애자복지법’에 근거해 지원이 이루어지고 있다. 따라서 일본에서 상시 제시되고 있는 정신장애인에 대한 지원이나 통계는 지적장애인에 대한 내용을 제외한 상태이다.

정신보건복지법에 따라 정신장애로 판정받은 경우 본인의 의사에 따라 우리나라의 장애인복지카드와 같은 ‘정신장애자 보건복지 수첩’을 신청할 수 있다. 정신장애자 보건복지수첩은 장애정도에 따라 <표 IV-16>과 같이 구분되며 심사결과에 따라 발급 여부가 결정된다.

<표 IV-16> 정신장애인 등급

장애등급	정신장애 상태
1급	일상생활의 용무를 처리하는 것이 불가능할 정도
2급	일상생활에 현저한 제한을 받거나 일상생활에 현저한 제한을 가하는 것을 필요로 할 정도
3급	일상생활이나 사회생활이 제한을 받거나 일상생활이나 사회생활에 제한을 가하는 것을 필요로 하는 정도

출처 : 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률 시행령(平成 30년 정령 제 291호)

일본은 정신장애 범주를 기능장애인 정신질환을 중심으로 조현병, 기분장애, 비정형정신병, 뇌전증, 중독정신병, 기질 정신병, 발달장애, 기타 정신질환으로 구분하고 있다. 47)

47)厚生労働省(2005) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について, (健医精発第四六号)





### (1) 조현병

정신질환 중 빈도가 높으며, 대부분 사춘기 전후에 발병되는 질환으로 환각과 같은 지각장애, 망상 및 사고(思考) 장애, 감정 장애, 무관심 등 의지장애, 흥분이나 혼미 등의 정신 운동성 장애 등이 나타난다. 평소에는 의식장애나 지능장애가 나타나지 않지만 완만하게 발병하기도 해 발병 시기가 불명확하다.

### (2) 기분 장애

기분이나 감정 변화에 의해 특정 지어진 질환으로 조울증, 우울증이 대표적이다. 병이 나타나기까지 수개월이 걸리며 그러한 현상이 반복되는 빈도는 사람에 따라 다양하다. 기분장애로 나타나는 질환상태로는 ㉠기분의 장애(병적인 쾌감이나 우울감), ㉡의욕·행동 장애(조울상태에서 자아감정의 향진으로 행동을 억제하지 못하고 우울 상태일 때에는 귀찮아서 아무것도 손에 잡히지 않고 아무것도 할 수 없는 상태), ㉢사고 장애 등이 나타난다.

### (3) 비정형 정신병

비정형 정신병은 발병이 급격하고, 다수는 주기적인 경과를 나타내며 예후가 좋다. 주로 나타나는 병상은 의식장애(착란상태, 몽환상태), 정동장애, 정신운동성장애가 나타난다.

### (4) 뇌전증

반복되는 발작을 주로 하는 만성 대뇌질환으로, 특발성 및 증후성 뇌전증으로 구분된다. 증후성 간질의 발작 및 정신신경학적 예후는 특발성 뇌전증에 비해 좋지 않은 경우가 많다. 대부분의 뇌전증은 소아기에 연령 의존성에 의해 발병한다. 주로 나타나는 병상으로는 발작, 지능장애, 기타 정신신경 병태 등이다.

### (5) 중독 정신병

정신에 영향을 미치는 물질을 섭취해 일어나는 정신 및 행동 장애를 가리킨다. 유기용제 등 산업 화합물, 알코올 등 기호품, 마약, 각성제, 코카인, 향정신성의약품 등 의약품이 포함된 것을 섭취하며 의존을 일으키게 된다. 주로 나타나는 병상은

인격장애, 치매, 기질 정신병 치매, flashback 현상 등이다.

#### (6) 기질 정신병

선천적 이상, 두부외상, 변성질환, 신생물, 중독(일산화탄소 중독, 유기수은 중독), 중추신경 감염증, 교원병이나 내분비 질환을 포함하는 전신질환에 의한 중추신경 장애 등이 원인되어 발생하는 정신질환이다. 뇌에 급성기질성 이상이 생기면 병에 관계없이 급성 기질성 증상군(AOS)이라 불리는 한 무리의 신경증상이 나타난다. AOS의 기질 이상이 생기면 만성 기질성 증상군(COS)이 나타난다. 대표적으로는 알츠하이머성 치매와 혈관성 치매 또는 ICD-10 코드로 F04, F06, F07에 해당되는 고차 뇌기능장애 등이 해당된다.

#### (7) 발달장애(심리적 발달 장애, 소아아동기 및 청소년기에 발생하는 행동 및 정서장애)

자폐증, 아스퍼거 증후군 및 그 밖의 광범위성 발달장애, 학습장애, 주의결핍 과다행동장애 및 그 밖에 이와 유사한 뇌기능장애로서, 그 증상이 통상 저연령에서 발현된다. ICD-10에서는 F80에서 F89, F90에서 F98에 해당한다. 질환의 상태는 지능·기억·학습·주의력 장애, 광범위성 발달장애관련병태(사회 관계의 질적 장애, 커뮤니케이션 패턴의 질적 장애, 한정한 상동적 반복적 관심과 활동), 기타 정신질환(지각과민이나 지각평판화, 중증의 다발성 틱이 동반되는 경우)

#### (8) 기타 정신 질환

기타 정신질환에는 ICD-10에 따르면 신경증성 장애, 스트레스 관련 장애 및 신체표현성 장애, 성인의 성격 및 행동 장애, 생리적 장애 및 신체적 요인과 관련된 행동증후군 등을 포함하고 있다.



### 3) 소득보장정책<sup>48)</sup>

#### (1) 생활보호

생활보호는 우리나라의 기초수급제도와 유사한 제도로 질병이나 부상 등으로 일을 할 수 없게 되거나 고령이나 장애로 인해 경제적으로 곤란한 경우 최저한도의 생활을 보장하여 자립을 지원하는 제도다. 생활보호제도는 정신장애인은 물론 모든 국민을 대상으로 지원되고 있다.

구체적인 대상은 본인의 자산규모와 동거가족 전원의 소득 및 자산 등을 합산한 금액이 국가가 지정하는 기준 이하인 경우 지급된다. 지원금액은 국가가 산정한 최저생활비와 수입을 비교하여 수입이 최저생활비보다 적은 경우 최저생활비에서 수입을 제한 차액을 보호비로 지급한다.

생활에 필요한 최저생활 비용은 <표 IV-17>의 내용으로 구성되며 주택부조, 출산부조, 생업부조, 장례부조 등은 지역별 차이가 존재한다.

<표 IV-17> 생활에 필요한 비용

생활에 필요한 비용	종류	지급내용
일상생활에 필요한 비용 (식비, 피복비, 광열비 등)	생활부조	기준액은 ①식비 등 개인적 비용(연령별 산정), ②광열수도비 등 세대공통적용(세대인원별산정)을 합산하여 산출. 특정세대에는 가산 존재(모자, 장애인 등)
아파트 등 임대료	주택부조	정해진 범위내에서 실비를 지급
의무교육을 위해 필요한 학용품비	교육부조	정해진 기준금액을 지급
의료서비스 비용	의료부조	비용은 직접 의료기관에 지급(본인부담 없음)
돌봄서비스 비용	돌봄부조	비용은 직접 돌봄사업소에 지급(본인부담 없음)
출산비용	출산부조	정해진 범위내에서 실비를 지급
취로에 필요한 기능 습득비용	생업부조	정해진 범위내에서 실비를 지급
장례비용	장례부조	정해진 범위내에서 실비를 지급

출처 : 厚生労働省

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/seikatu\\_hogo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatu_hogo/index.html)

48) 厚生労働省 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス

[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion\\_4.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion_4.html)

또 생활부조에 대해서도 동경도와 같은 대도시와 지방에 따라 필요한 비용에 차이가 존재하는 점을 감안, 지역별 차이를 두고 있다.

<표 IV-18> 생활부조기준액 예시(2019년 10월 1일 현재)

구분	동경도구 등	지방군 등
3세대(33세, 29세, 4세)	158,210엔	135,830엔
고령자 단독세대(68세)	78,230엔	65,270엔
고령자 부부세대(68세, 65세)	120,240엔	102,430엔
모자세대(30세, 4세, 2세)	189,580엔	164,670엔

## (2) 특별장애자 수당

특별장애자 수당은 정신 또는 신체에 심각한 중증의 장애가 있어 일상생활에 상시 특별한 돌봄이 필요한 사람의 부담을 줄여주기 위해 지급하는 수당이다. 대상은 정신 또는 신체에 상당한 중증 장애가 있는 20세 이상의 재가 장애인에게 지급되며 지급금액은 2020년 현재 월 27,350엔이다. 단, 특별장애자 수당을 지급받기 위해서는 소득제한이 존재한다. 특별장애자 수당은 전년도 소득이 일정금액 이상을 경우, 그 배우자 및 수급자격자 본인의 생계를 유지시켜주고 있는 부양의무자의 전년도 소득이 일정 금액 이상인 경우는 수당이 지급되지 않는다. 또 사회복지시설에 입소하는 경우 병원이나 진료소, 개호노인보건시설에 계속해서 3개월 이상 입원, 입소한 경우나 일정 소득이 있는 경우는 수급 대상자에서 제외된다. 단, 장애연금을 받는 경우는 중복 지급 가능하다.

<표 IV-19> 특별장애자 수당

부양 친족수	수급자격자 본인		수급자격자의 배우자 및 부양의무자	
	소득액 (※1)	참고: 수입금액 기준(※2)	소득액 (※1)	참고: 수입금액 기준(※2)
0	3,604,000	5,180,000	6,287,000	8,319,000
1	3,984,000	5,656,000	6,536,000	8,596,000
2	4,364,000	6,132,000	6,749,000	8,832,000
3	4,744,000	6,604,000	6,962,000	9,069,000
4	5,124,000	7,027,000	7,175,000	9,306,000
5	5,504,000	7,449,000	7,388,000	9,542,000

주: 1) 소득금액은 지방세법의 도도부현 주민세에 대한 비과제소득이외의 소득에서부터 의료비공제, 장애자공제 및 미망인공제등의 금액을 제한 금액을 의미한다.

2) 수입액은 급여소득자를 예로 들면 급여소득공제액을 포함해 표시한 금액이다.

출처: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jidou/tokubetsu.html>



### (3) 장애연금

질병이나 상해 등으로 일정 정도의 장애가 계속되는 경우 생활을 보장하기 위해 만들어진 제도이다. 내용은 국민연금법에 따른 장애기초연금과 후생(공제)연금법에 따른 장애후생연금으로 구분된다. 장애기초연금은 국민연금 가입시 20세 미만 이거나 60세 이상 65세 미만으로 의료기관에서 질병이나 상해로 장애등급을 받은 경우 제공되며 장애후생연금은 후생연금에 가입기간 중 장애기초연금 1급 또는 2급에 해당하는 장애상태가 된 경우 장애기초연금에 추가해 장애후생연금이 지급된다. 지급액은 아래 표와 같다.

<표 IV-20> 장애연금(2020년 현재)

대상			장애기초연금	장애후생연금
			국민연금가입자	후생연금 가입자
지 급 액	1급	무자녀	977,125엔	(보수 비례 연금액) × 1.25 + [배우자 추가로 연금을 만든 연금액 (224,900원)]
		1자녀	1,202,025엔	
		2자녀	1,426,925엔	
		3자녀	1,501,925엔	
	2급	무자녀	781,700엔	(보수 비례 연금액) + [배우자 추가로 연금을 만든 연금액 (224,900원)]
		1자녀	1,006,600엔	
		2자녀	1,231,500엔	
		3자녀	1,306,500엔	
	3급	—	—	(보수 비례 연금액) 최저 보상 금액 586,300원

주: 자녀의 기준은 18 세 미만 또는 20세 미만이거나 장애등급 1급 또는2급의 아이가 있는 경우  
출처: 日本年金機構(2020), 障害基礎年金の受給要件・支給開始時期・計算方法

#### (4) 특별장애급부금 제도

국민 연금에 임의 가입 하지 못해 장애 기초 연금 등을 지급받지 못하는 장애인에게 일정한 요건을 갖추면 지급하는 제도이다. 대상은 1991년 3월 이전에 국민연금 임의 가입 대상인 학생, 1986년 3월 이전에 국민연금 임의 가입대상 이었던 피용자(후생 연금, 공제 조합 등의 가입자)의 배우자로 국민 연금에 임의 가입 하지 않은 기간 중에 초 진 일이 있고, 현재 장애 기초 연금 1, 2 급 상당의 장애에 해당하는 사람이 대상이다. 지급액은 장애 기초 연금 1 급 정도에 해당하는 경우는 월 52,450엔, 장애 기초 연금 2 급 정도에 해당하는 경우는 월 41,960엔이 지원된다.

#### (5) 특별아동부양 수당

아동 복지 증진을 도모하기 위해 정신 또는 신체에 일정 정도의 장애가 있고 가정에서 생활하는 아동을 양육하는 사람에게 수당을 지급하는 시책이다. 대상은 가정에서 생활하고 있는 장애아동(20세 미만)으로 기본적으로 장애 기초연금(1 급 · 2 급)과 동일한 정도의 장애가 있는 아동의 아버지나 어머니 또는 양육자에게 지급된다. 사회복지 시설 등에 입소된 경우나 일정한 소득이 있는 경우, 기타 장애로 인해 장애 연금을 받을 수 있는 경우는 지급되지 않는다. 지급액은 1급은 월 52,500엔, 2급은 월 34,970엔이 지급된다.

#### (6) 장애아복지수당

일상생활에 상시 돌봄이 필요한 정신 또는 신체에 심한 장애가 있는 아동 (20세 미만)의 부담을 경감하기 위해 수당을 지급한다. 대상은 정신 또는 신체에 심각한 장애를 가진 아동(20세 미만)으로 집에서 생활하는 사람이 대상이 된다. 단, 장애아복지수당을 지급받기 위해서는 소득제한이 존재한다. 소득제한은 특별장애자수당과 동일하다. 전년도 소득이 일정금액 이상을 경우, 그 배우자 및 수급자격자 본인의 생계를 유지시켜주고 있는 부양의무자의 전년도 소득이 일정 금액 이상인 경우는 수당이 지급되지 않는다. 또 사회복지시설에 입소하는 경우 병원이나 진료소, 개호노인보건의료시설에 계속해서 3개월 이상 입원, 입소한 경우나 일정 소득이 있는 경우는 수급 대상자에서 제외된다. ※ 특별아동부양수당을 받고 있어도 장애가 심한경우는 중복수령이 가능하다. 지급액은 월 14,790엔이다.



#### (7) 부양공제제도

장애인을 부양하는 보호자가 매월 일정을 금액을 적립, 만일 보호자가 사망하거나 중증장애상태가 된 경우에 공적연금과 별도로 장애가 있는 사람에게 평생 일정 금액의 연금을 지급하는 제도이다. 가입조건은 가입자인 장애인의 보호자가 65세 미만으로 특별한 질병이나 장애가 없으면 가능하다. 가입자인 보호자가 사망하거나 중증 장애상태가 된 경우 장애인에 대해 매월 2만엔(1구좌 가입의 경우)이 지급된다.

#### (8) 생활복지자금(저금리 용자)

다양한 사정으로 소득이 적은 사람이나 고령자, 장애인을 경제적으로 지원하는 동시에 기타 복지나 사회 참가를 응원하기 위해 만들어진 대출제도이다. 금리는 은행 등에 비해 낮다. 대상은 장애인수첩(우리나라의 장애인복지카드)을 교부받은 사람이나 그와 동일한 정도라고 인정되는 자가 있는 세대면 가능하다.

#### (9) 공공요금 할인 및 감면

정신장애인 수첩을 교부받은 받은 사람은 NHK수신료 감면, 도로·버스·택시 등 요금할인, 휴대전화요금 할인, 상하수도요금 할인, 공공시설 입장료 등 할인 받을 수 있다.

#### (10) 장애인 공제와 특별장애인 공제(소득세, 주민세 공제)

소득세나 주민세는 본인의 소득에 따라 과세되지만 장애인이거나 장애가 있는 사람을 부양하는 경우는 소득세나 주민세가 경감된다. 장애인소득공제 대상은 정신보건보건의수첩 2급~3급인 자, 지적장애를 가진 자, 신체장애인 수첩 2급~6급인 자가 해당된다. 특별 장애인소득공제 대상은 정신장애보건의수첩 1급, 중증 지적장애인, 신체 장애자 수첩 1급~2급 인 사람이 해당된다.

<표 IV-21> 장애인공제 등

대상	공제액
장애인	27만엔
특별장애인	40만엔
동거특별 장애인 (※)	75만엔

주: 동거특별장애인이란 특별장애인과 동일 생계를 하는 배우자 또는 부양친족으로 납세자 자신, 배우자, 생계를 같이하는 친족 중에 해당하는 자로 동거를 하고 있는 경우  
출처 : 国税庁

[https://www.nta.go.jp/publication/pamph/koho/kurashi/html/03\\_2.htm](https://www.nta.go.jp/publication/pamph/koho/kurashi/html/03_2.htm)

#### (11) 자동차세, 경자동차세 및 자동차 취득세 공제

장애가 있는 사람이 소지하고 있거나 장애인을 위해 대부분 사용하고 있는 자동차에 대해 일정 기준에 해당하는 경우 자동차세, 경자동차세, 자동차 취득세가 경감된다. 대상은 정신장애, 지적장애, 신체장애로 인정된 자로 정신장애인의 경우 정신장애자 보건복지수첩 1급 소지자로 병원을 다니고 있는 사람에 한정된다.

#### (12) 상속세 공제

상속인이 장애인일 경우 장애인 85세에 도달할 때까지 특별장애인의 경우 1년에 20만엔씩, 장애인의 경우 1년에 10만엔씩을 공제해 주는 제도이다.

### 4) 의료정책

정신질환 치료를 받는 사람을 위한 의료비 지원제도로 자립지원의료, 고액요양비제도, 도·도·부·현 신체장애자 의료비 조성제도(중증신체장애인의료비조성제도), 고용보상제도 등이 마련되어 있다.

#### (1) 자립지원의료(정신장애인 통원의료비 공적비용부담)

정신과병원에서 치료를 받는 경우, 외래 통원, 투약 방문간호 등의 지원에 대해 건강보험의 자기부담금 일부를 지원하는 제도로 입원치료에는 해당되지 않는다. 대상은 조현병, 조·우울증, 불안장애, 약물 등 정신작용물질에 의한 급성 중독 또는 기타 의존증, 지적장애, 강압성 인격장애, 뇌전증 등이 해당된다. 지원받을 수 있





는 의료범위는 정신질환, 정신장애 또는 정신장애로 생긴 병 리에 대하여 병원 또는 진료소에 입원하지 않고 이루어지는 의료 (외래, 외래 투약, 데이 케어, 방문 간호 등이 포함 됨)가 포함된다. 단, 입원 의료비용, 공공의료보험이 적용되지 않는 치료나 투약(예, 병원이나 진료소가 아닌 상담), 정신질환, 정신질환과 관련이 없는 질병 의료비 등은 지원되지 않는다.

의료비 자기부담은 월 부담 상한액이 정해져 있으며 그 외에는 10% 자기 부담을 한다. 상한액은 세대 소득에 따라 이루어진다. 이때 세대 기준은 건강보험 등 공적 의료보험에 가입한 사람은 동일 세대로 판단한다.

<표 IV-22> 의료비

가구 소득 현황	자기 부담
	상한월액
기초생활 수급 세대	0 원
주민세 비과세 세대로 수급자 소득이 80만 원 이하인 경우	2,500 엔
주민세 비과세 세대로 수급자 소득이 80만엔 보다 높은 경우	5,000 엔
주민세가 235,000 원 미만	의료보험 자기 부담 한도액으로 제한
주민세가 235,000 원 이상	의료보험의 부담비율 적용(대상외)

주: 1) 조현병 등으로 고액의 의료비가 치료를 위해 장기간 계속 진행되지 않으면 안되는 사람(중증이며 계속 대상자)에 대해서는 1개월당 부담상한액이 낮아진다.

2) 중증이며 계속 대상자 기준

- 의료보험의 다수해당자 (직전 1년간 고액 치료를 계속해서 실시하고 국민건강보험등의 공적의료보험의 고액요양비 지급을 4회 이상 받은 자)
- 1~5의 정신질환자(ICD-10의 F0,F1,F3,F3,G40)
- 3년 이상 정신의료를 경험하고 있는 의사로부터 감정 및 행동 장애 또는 불안 및 불안 상태가 나타나 입원까지는 아니지만 계획적이고 집중적인 정신요양(상태유지, 악화예방을 위한 의료 포함)이 계속적으로 필요하다고 판단된자

출처: みんなのメンタルヘルス総合サイト

[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3\\_05\\_01med.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_05_01med.html)

## (2) 고액요양비제도

입원이나 외래 치료 등을 위해 들어간 의료비가 고액인 경우 본인의 소득 상태에 따라 자기부담 한도액을 초과하는 금액에 대해서는 고액요양비에 해당, 가입한 의료보험으로부터 사후 정산을 받는다. 지원비는 아래와 같다.

<표 IV-23> 70세 이하의 경우 (70세 이상의 경우는 별도 산정방식으로 진행)

구분	자기부담한도액	4회째 이후※2
1. 상위 소득자※1	150,000엔+( 실제 사용된 의료비 총액 -500,000엔)×1%	83,400엔
2.중간 소득자 (1,3이외의 자)	80,100엔+(실제 사용된 의료비 총액-267,000엔)×1%	44,400엔
3. 주민세비과세자	35,400엔	26,600엔

주: 1) 국민건강보험가입자는 총소득금액이 600만엔, 건강보험가입자는표준보수월액이 53만엔을 초과하는 자

2) 직전 12개월간의 고액요양비 지급을 3회 이상 받은 자는 4회째부터 자기부담금 상한액이 낮아진다.

출처: みんなのメンタルヘルス総合サイト

[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3\\_05\\_01aid.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_05_01aid.html)

## (3) 도·도·부·현 신체 장애자 의료비 조성 제도(중증신체장애자 의료비조성제도)

중증의 신체장애가 사람에게 의료비를 지원하는 제도이다. 도·도·부·현이나 시·정·촌이 실시하고 있으며 자치단체에 따라 정신장애인 보건복지수첩 소지자에게도 지원되고 있다. 내용은 신체장애인이 보험증을 사용해 병원에서 진료를 받는 경우 지불해야 하는 자기부담금에 대해 조정되며 대상자, 대상자의 장애정도, 조성 내용은 자치단체에 따라 차이가 존재한다.



#### (4) 의료비 공제제도

의료비가 1월부터 12월까지 1년간 10만엔을 초과하는 경우 확정신고를 실시, 소득세 공제를 받을 수 있다.

### 5) 고용정책

#### (1) 장애인 의무고용율 제도

일본은 「장애인고용촉진법」 42조에 근거하여 상시근로자의 일정 비율 이상을 장애인으로 고용하도록 의무화한 법정 고용률 제도를 운영하고 있다. 장애인 의무고용율 대상에는 정신장애인들도 포함된다. 정신장애인의 경우 정신보건복지법에 의해 규정된 정신장애인보건복지수첩을 소지한 경우나 정신장애인보건복지수첩을 소지하지 않아도 조현병, 조울증이나 우울증 또는 뇌전증이 있는 사람도 해당된다.

법정 고용율은 상시근로자 45.5인 이상의 민간기업에 대해서는 2.2%, 국가와 지방자치단체의 경우는 2.5%, 도·도·부·현(우리나라의 시·도) 등의 교육위원회는 2.4%의 고용을 의무화해 놓고 있다.

또 고용률 산정에 있어서는 장애정도 및 근로시간에 따라 계산에 차이가 존재한다. 이는 중증장애인의 고용기회를 확대하고 1일 8시간의 근무가 어려운 장애인들이 존재하는 점을 감안, 계산에 차등화하고 있다. 중증신체장애인과 중증지적장애인을 1인 고용한 경우 2인을 고용한 것으로 계산하는 2배수 고용으로 산정하고, 중증신체장애인과 중증지적장애인 중에서 단시간 고용인 경우는 1인 고용으로 계산하도록 하고 있다. 또 중증이외의 장애인의 경우 1인 고용시 1명, 이들이 단시간 근무하는 경우 1인당 0.5인으로 계산하고 있다. 특히, 단시간 근무의 기준에 있어서는 주당 30시간 이상 근무를 장시간으로, 주당 20시간 이상 30시간 미만의 경우를 단시간 근무로 계산하고 있다.

반면 정신장애인에 대해서는 직장정착지원을 위해 단기간 근무하는 경우라도 고용되어 3년 이내인 경우 또는 정신장애인보건복지수첩 취득후 3년 이내인 경우에 대해서는 1인을 고용한 것으로 산정하여 정신장애인 고용을 촉진하고 있다.

## (2) 산재 보상

정신장애인 노동자가 업무 중이거나 출퇴근 도중에 사고나 질병으로 인해 치료가 필요한 경우 치료비 등을 지급해 준다. 대상은 업무상의 이유나 출퇴근 중 질병이나 사고를 당한 노동자로 근로한 기간이나 직업, 파트타임, 아르바이트 등의 고용형태와 관계없이 지급된다. 휴업으로 급여를 받지 못하는 때에는 평균급여의 80%가 보상되고 신체장애가 발생한 경우, 업무상 사망한 경우에는 유족에 대해 연금 또는 일시금이 지급된다.

## (3) 상병수당

일을 하는 사람이 질병이나 상해로 인해 일을 쉬지 않으면 안되거나 급여를 받지 못하는 경우 안심하고 요양할 수 있도록 건강보험에서 최장 1년 6개월까지 급여 일부를 지급한다. 대상은 건강보험에 가입한 자로 현재 질병이나 상해로 일을 쉬고 있어 급여를 받지 못하거나 의사로부터 일을 하는 것이 불가능하다고 진단을 받을 사람, 또는 연속해서 3일 이상 일을 쉬는 사람이 해당된다. 지급되는 금액은 표준 보수월액의 2/3의 금액이 최장 1년 6개월간의 범위 내에서 지급된다. 단, 연속해서 3일이상 일을 쉬는 경우는 4일째 되는 날부터 상병수당이 지급되며 사업주로부터 급여를 지급받고 있는 경우나 장애연금을 받는 경우는 지급액이 조정된다.

## (4) 취로이행지원사업

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인이 일반기업 취직을 목표로 하는 경우 지원되는 서비스로 취직을 위해 지식이나 기능 훈련이 실시되고 사업소 담당자와 공동의 목적을 확인하거나 계획을 함께 수립하게 된다. 또 일을 위해 기초체력이나 집중력 등의 향상, 취직에 필요한 기능훈련은 물론 현장실습 기회 등을 제공한다. 취직한 후에도 정착할 때까지 일정기간 필요에 따라 상담서비스를 지원한다. 이용기한은 2년간이다.

## (5) 취로계속지원 A형

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인 중 일반기업에서 일하는 것이 어렵지만 고용계약을 체결하며 일하고 싶고 장기적으로 일반취업을 위해 준비하고 싶은



경우 제공된다. 지원내용은 서비스 이용자와 사업소가 고용계약을 체결하고 생산활동을 실시한다. 노동기준법 등 법률에 기초해 최저임금을 지급하고 이용에 따라 일반취로 준비가 가능한 사람은 취직지원을 받을 수 있다.

#### (6) 취로계획지원 B형

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인 중 일반기업에 일하는 것이 어렵고 취로이행지원이나 취로계속지원 A형 등에서 시범적으로 일을 해보았으나 좀처럼 안정적으로 일하기 힘든 경우 제공한다. 안심할 수 있는 환경에서 생산활동에 참여할 기회를 제공하는 복지적 취로를 하고 싶어하는 사람에게 제공된다. 지원내용은 사업소에 다니면서 다양한 작업이나 생산활동에 참여한다. 단 고용계획은 체결하지 않지만 월 3,000엔 이상의 임금은 지급된다. 이용에 따라서 일반취로 준비가 된 경우 취직할 수 있도록 지원한다. 이용기한은 별도로 정해져 있지 않다.

### 6) 사회서비스 정책

#### (1) 지역활동지원센터

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인 중 낮시간에 보낼 수 있는 곳이 필요하거나 지역내 친구를 만들기를 희망하는 경우 등 지역에서 낮시간 활동하는 공간을 제공한다. 지원내용은 낮시간 창작적 활동이나 생산적 활동(임금을 지급하는 작업장도 가능)을 실시하는 장소를 제공해준다. 예를 들어 사무실 공간, 그룹활동, 학습회나 모임, 지역교류 등을 제공한다. 또 생활하는 가운데 생기는 일반적인 상담도 제공한다.이용기간 및 이용료는 각각 지역활동지원센터에서 결정하며 무료 또는 이용료가 필요한 경우도 있다.

## (2) 자립훈련(기능훈련)

### ① 기능훈련

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인 중 지역에서 생활하는데 생활능력을 유지 또는 향상을 위해 일정 기간 훈련이 필요한 경우 제공되는 서비스이다. 장애 인지원시설 또는 장애복지서비스 사업소를 통해 해당 장애인의 집을 방문해 물리 치료, 작업치료 기타 필요한 재활, 생활 등에 관한 상담 및 조언 기타 필요한 지원을 제공해 준다. 구체적인 대상은 거주시설이나 병원을 퇴소 또는 퇴원한 사람으로 지역생활 전환을 위해 계속적인 신체적 재활이나 신체기능 유지 및 회복 등이 필요한 사람, 특수학교를 졸업한 사람으로 지역에서 생활하는데 신체기능 유지, 회복 등의 지원이 필요한 사람 등이 해당된다.

### ② 생활훈련

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인에게 장애인지원시설 또는 장애복지서비스 사업소를 통해 입욕, 배변 및 식사활동 등 일상생활을 영유하는데 필요한 훈련, 생활 등에 관한 상담 및 조언 기타 필요한 지원을 방문서비스를 통해 지원한다. 대상은 지역생활을 영위하는 가운데 생활능력을 유지 또는 향상을 위해 일정 기간 훈련이 필요한 사람이 해당된다. 구체적인 대상은 거주시설이나 병원을 퇴소 또는 퇴원한 사람으로 지역생활로의 전환을 위해 생활능력 유지 및 향상 등의 지원이 필요한 사람, 특수학교를 졸업한 사람, 계속해서 병원을 다니며 병태가 안정된 사람으로 지역생활을 영위하는 가운데 생활능력 유지, 향상 등의 지원이 필요한 사람이 해당된다.

### ③ 숙박형 자립훈련

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인에게 주거 등의 설비를 이용할 수 있도록 하는 동시에 가사 등 일상생활능력을 향상시키기 위한 지원은 물론 상담 및 조언 기타 필요한 지원을 한다. 대상은 자립훈련(생활훈련) 대상자 중 낮시간, 일 반취로나 장애복지서비스를 이용하는 사람 중 지역전환을 위해 일정기간, 생활능력 유지 및 향상을 위한 훈련, 기타 지원을 필요로 하는 사람이 해당된다.



### (3) 생활개호

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애인에게 적절한 생활 편익을 제공할 수 있는 시설에서 입욕, 배변 및 식사 등의 돌봄, 창작적 활동 또는 생산활동 기회를 제공한다. 또 상시 돌봄을 필요로 하는 경우 낮시간에 입욕, 배변 및 식사 등의 돌봄, 조리, 세탁 및 청소 등의 가사 및 생활 등에 관한 상담 및 조언 기타 필요로 하는 일상생활상의 지원, 창작적 활동 및 생산활동 기회제공, 기타 신체기능 또는 생산능력 행상을 위해 필요한 것을 지원한다. 대상은 지역이나 입소시설에서 안정적인 생활을 영위하기 위해 상시 돌봄 등 지원이 필요한 자가 해당된다.

구체적으로는 장애지원구분 3이상인 자이거나 장애지원시설 등에 입소한 경우는 구분 4, 연령이 50세 이상인 경우는 장애지원구분 2(입소시설의 경우 구분 3) 이상인 자, 생활개호와 시설입소지원을 조합해 이용을 희망하는 경우는 장애정도 구분 4(50세 이상인 경우는 구분 3)보다 낮은 자로 지정특정상담지원사업자에 의한 서비스 등 이용계획안을 작성한 후 시·정·촌에 의해 그 필요성을 인정받은 자가 해당된다.

### (4) 거택개호

장애지원구분 인정조사를 받은 정신장애 중 장애정도 구분 1이상인 자에게 제공되는 서비스로 거택에서 입욕, 배변 및 식사 등의 돌봄, 조리, 세탁 및 청소 등의 가사 및 생활 등에 관한 상담 및 조언 기타 생활 전반에 걸친 서비스를 지원한다.

### (5) 행동지원

정신장애나 지적장애로 인해 행동에 심각한 곤란이 있는 장애인으로, 상시 돌봄이 필요한 사람에 대해 해당 장애인이 행동하는 사이에서 발생할 수 있는 위험을 회피하기 위해 필요한 지원, 외출시 이동 중의 돌봄, 배변 및 식사 등의 돌봄, 기타 해당 장애인이 행동하는 사이에 필요한 지원을 실시한다. 주요 대상은 장애지원구분 인정조사를 받은 장애인 중 장애지원구분 3이상으로 장애지원구분의 인정조사 항목 중 행동관련항목(12개 항목) 합계 점수가 10점 이상인 경우가 해당된다.

#### (6) 중증방문개호

중증의 지체장애인, 중증의 정신장애, 지적장애로 인해 행동상 심각하게 곤란을 가진 장애인으로 상시 돌봄을 필요로 하고 거택에서 입욕, 배변 및 식사 등의 돌봄, 조리, 세탁 및 청소 등의 가사 및 생활에 관한 상담 및 조언 기타 생활전반에 걸친 지원, 외출시 이동 중의 돌봄 등을 종합적으로 지원해야 하는 경우 제공된다. 또 병원 등의 입원 또는 입소한 장애인에 대해서는 의사소통 등을 지원하기 위해서도 활용된다. 대상은 장애지원구분 인정조사를 받은 장애인 중 장애지원구분이 4이상으로 조사 항목 중 행동관련 항목(12항목) 합계 점수가 10이상인 자가 대상이다.

#### (7) 자립생활원조

장애지원구분 인정조사를 받은 장애인 중 거택에 혼자서 생활하고 있는 경우 정기적으로 순회방문하거나 수시통보를 받고 실시하는 서비스로 주로 방문하여 상담에 대응하고 있다. 또 자립해 일상생활을 하면서 나타나는 문제를 파악하고 필요한 정보 제공과 조언, 상담, 관계기관과의 연락조정 등을 통해 안정적으로 자립해 일상생활을 유지할 수 있도록 필요한 지원한다. 대상은 장애인지원시설 또는 공동생활원조를 실시하는 주거 등을 이용하는 장애인 또는 거택에서 혼자서 생활하는 장애인이 대상이다. 구체적으로는 장애인지원시설이나 그룹홈, 정신과병원에서 지역사회로, 그리고 혼자서 살기 위해 전환하는 장애인 등으로 이해력이나 생활력 등에 불안이 있는 사람, 현재 혼자서 생활하고 있으며 자립생활원조에 의한 지원이 필요한 사람, 장애, 난병 등의 가족과 동거하고 있고 가족에 의한 지원이 어려워 실질적으로 혼자서 사는 것과 같은 상황에 놓인자가 해당된다.

#### (8) 단기입소

장애지원구분 인정조사를 받은 장애인 중 거택에서 장애인을 돌봐주던 사람이 질병이나 기타 이유로 돌봄이 어려운 상황에 처한 경우 제공된다. 장애인지원시설, 이동복지시설 등에 장애인을 단기간 입소 시켜 입욕, 배변 및 식사 돌봄 기타 필요한 지원을 제공한다. 대상은 장애지원구분 1이상인 장애인이 해당된다.





#### (9) 공동생활원조

야간에 공동생활을 하면서 상담, 입욕, 배변 또는 식사 등을 돌봄, 기타 일상생활상의 서비스를 지원한다. 대상은 장애지원구분 인정조사를 받은 장애인이면 누구나 가능하다.

#### (10) 시설입소지원

야간에 시설에 입소하여 입욕, 배변 및 식사 돌봄, 생활 등에 관한 상담 및 조연 기타 필요한 일상생활 상의 지원을 실시한다. 구체적인 대상은 장애지원구분 인정조사를 받은 장애인 중 생활개호를 받고 있는 장애지원구분 4이상인 사람, 자립지원이나 취로계속지원 B형 이용자 중 입소시켜서 훈련 등을 실시하는 것이 필요하거나 그것이 효과적이라고 인정되는 자 또는 출퇴근하면서 훈련을 받는 것이 어려운 사람, 특정지정시설에 입소한 장애인 또는 지역에서 장애인복지서비스 제공체제 상황 기타 어쩔 수 없는 사정에 의해 출퇴근에 의한 돌봄을 받는 것이 곤란한 사람 중 위에 해당되지 않는 취로계속지원 A형 이용하는 사람, 2012년 4월 개정된 아동복지법 시행전에 장애아동시설에 입소해 있던 사람으로 계속해서 입소가 필요한 사람 등이 해당된다.

#### (11) 주택입소 지원사업(거주서포트사업) 과 고용지원센터 주거·생활지원상담

임대아파트 등에서 생활하고 싶으나 보증인이 없이 입주가 불가능한 경우 필요한 조정이나 임대주에 조연을 실시해 주는 등 거주 서포트를 지원한다. 또 주택입소 등 지원사업(거주 서포트 사업)은 입거지원으로 임대 물건 알선의뢰, 입거계약 절차 지원, 지역지원체계에 관한 조정, 관계기관 등과의 연락, 조정을 지원한다. 고용지원센터 주거, 생활지원창구는 구직을 희망하는 사람으로 거주지나 생활이 어려운 사람에 대해 고용지원센터가 상담창구를 설치, 종합적인 상담은 물론 관계기관에 대한 안내를 지원한다.

#### (12) 지역이행지원

입소시설이나 정신과 병원에서 퇴소 또는 퇴원하는 사람이 지역사회 전환을 위해 지원이 필요한 경우 입소시설이나 정신과병원 등에서 지역의 전환 체계와 연계

하며 지원한다. 대상은 장애인지원시설 등에 입소한 장애인이나 정신과병원에 입원한 장애인으로 1년 이상 입원자로 시·정·촌이 필요하다고 인정하는 사람이 해당된다. 지원내용은 주거확보, 기타 지역생활을 위한 활동에 관한 상담, 지역전환을 위한 장애복지서비스 사업소 등에 대한 동행지원 등을 실시하는 경우 실비를 지급한다. 이용기한은 6개월 이내로 필요한 경우 6개월이내 갱신도 가능하다.

### (13) 지역정착지원

입소시설이나 정신과 병원에서 퇴소나 퇴원하는 사람, 가족과 함께 살다 혼자 살려고 하는 사람, 지역생활이 불안한 사람들에 대해 지역생활을 안정적으로 계속해 살 수 있도록 지원한다. 대상은 아래와 같은 장애인 중 지역 생활을 계속해 나가기 위해 상시 연락체계를 확보해 긴급시 등 지원체계가 필요하다고 예상되는 사람으로 자택에서 혼자서 생활하는 장애인, 자택에서 동거하고 있는 가족 등이 장애, 질병으로 인해 긴급시 지원이 어렵다고 생각되어지는 상태에 있는 장애인이 해당된다.

지원내용은 자택에서 혼자서 생활하는 장애인에게 긴급시 지원체계가 필요하다고 생각되는 장애인에게 상시 연락체계를 확보해 장애특성에 기인해 생긴 긴급상황 등에 긴급방문이나 긴급대응 등 각종 지원을 실시하는 경우 지역정착지원서비스 비용을 지급한다. 지원기한은 1년 이내로 필요시 1년 이내로 갱신 및 재갱신이 가능하다.

<표 IV-24> 정신 장애인이 이용할 수 있는 서비스

목적	서비스명	내용
낮시간 활동을 위한 서비스	자립훈련사업(생활훈련)	안정적으로 생활을 유지할 수 있도록 생활력(力)을 만드는 내용
	취로이행지원사업	일반기업에서 일을 하기 위해 준비하는 내용
	취로계속지원사업A형 취로계속지원사업B형	일반기업에서 일하는 것은 어렵지만 취로 기회를 얻고 싶거나 일반취업은 아직 불안한 경우 등
	지역포괄지원센터 사업	친구나 낮시간 활동 장소가 필요한 경우 등



목적	서비스명	내용
재택서비스	홈헬퍼, 행동지원, 생활개호	신변에 관한 것을 지원해 주기를 희망하는 경우 등
지원이 있는 주거	그룹홈	퇴원 직후 혼자서 생활이 불안한 경우
단기거주	단기거주, 지역이행지원	짧은 기간 지원이 있는 주거에서 생활하고 싶은 경우
주거임대를 위한 서비스	주거지원 사업 지역이행지원	보증인이 없는 업무를 지원해 주길 희망하는 경우
퇴원 후 지역에서 살기 시작할 때의 지원	지역이행지원, 지역정착지원 정신장애인 지역이행, 지역정착지원사업	퇴원을 하고 싶고 지역에서 단독으로 생활하기 위한 준비를 하고 싶은 경우

## 7) 소결

일본의 정신장애인에 대한 지원은 표면상으로는 우리나라와 유사한 것처럼 보이지만 지원내용이나 폭에서는 우리나라와 상당한 차이를 보이고 있다.

우리나라는 장애인 복지카드를 발급받은 정신장애인만 장애연금은 물론 각종 장애인복지서비스를 이용할 수 있어 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있는 정신질환자는 지원에서 제외되고 있는 현실이다 .

그러나 일본의 경우 정신장애인 보건복지수첩을 소지한 사람 이외에도 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있는 정신질환자도 장애지원구분 인정조사를 통해 등급을 받으면 각종 장애인복지서비스를 제공 받을 수 있다. 즉 장애인복지서비스 지원대상을 포괄적으로 규정함으로써 복지 사각지대를 해소하고 있다.

또 정신장애인이나 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있는 정신질환자에 대한 지원도 소득보장이나 의료 등 특정 분야에 한정하지 않고 주거, 의료, 소득, 고용 등 정신장애인의 욕구를 중심으로 한 다양한 분야에 대한 지원을 통해 정신장애인의 안정적인 삶을 지원하고 있다.

특히 장애인과 비장애인이 함께 사는 환경을 마련하기 위해 정신장애인이나 정신질환자의 지역사회 전환을 위한 지원체계를 마련하고 있다. 지역사회이행지원과 지역사회안정지원 사업을 마련하여 정신장애인이나 정신질환자들이 시설이나 병원 퇴소나 퇴원을 결정한 단계에서부터 지역사회에 안정적으로 자립할 수 있는 체계

를 구축하고 있다. 이러한 지원체제로 인해 정신장애인이거나 정신질환자의 지역사회 적응에 대한 불안과 걱정을 해소하고 지역사회 주민들의 불안을 해소해주고 있어 우리나라도 사회통합을 위한 방안을 고려할 필요가 있다.

이외에도 생산능력을 중심으로 취로계속지원 A형, 취로계속지원 B형, 취로이행 지원과 같은 직업재활시설을 마련하여 일을 통해 자립을 희망하는 정신장애인과 의욕이 결여되어 생산에 낮은 정신장애인 등 다양한 직업활동에 참여할 수 있는 기회를 제공해 주고 있다.

또 이용할 수 있는 서비스에 대한 이용 시간을 낮시간과 밤시간으로 구분하여 제공하고 있어 장애인들이 하루 종일 한곳에서 머물면서 생기는 생활의 무기력을 해소하는 동시에 다양한 사람들과 만날 수 있는 기회를 통해 삶의 활기를 찾을 기회를 제공하고 있다.

이러한 일본의 정신장애인 및 정신질환자에 대한 지원은 정신장애의 욕구나 능력의 다양성을 인정하고 그에 기반한 다채로운 서비스와 지원체계를 마련하는 동시에 안정적인 지역사회 자립과 정착을 위한 체계를 구축함으로써 지역사회 주민들과의 통합을 모색한다는 점에서 우리나라에 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.



## V 질적연구

### 1. 연구방법

#### 1) 일반적 질적연구방법

일반적 질적 연구(generic qualitative research)는 현상학, 문화기술지 등과 다르게 연구자의 신념(존재론적, 인식론적 입장)을 명확히 언급하지 않는 연구이다(김인숙, 2016). 본 연구에서는 「장애인복지법」의 정신장애 범주에서 제외됨으로써 겪은 경험과 정책적으로 요구되는 복지 서비스 등을 넓은 범위에서 충분하게 파악하는 것으로 어떠한 인식론적 입장을 취하기 보다는 당사자 및 전문가 측면에서의 경험을 충분하게 판단하기 위하여 동 연구방법을 활용하였다.

#### 2) 자료수집 및 분석방법

##### (1) 자료수집방법

자료수집방법은 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview: 이하 FGI) 방식을 활용하였다. FGI는 공유하고 있는 경험이나 정보를 기초로 유사한 그룹 내에서 의견교류 및 논의를 통해 대안이나 결론을 도출하기 위한 것으로(Creswell, 2003), FGI의 핵심은 개별 인터뷰처럼 연구자와 연구참여자 개인 간의 상호작용에 있지 않고, 연구참여자들 사이에 상호작용이 있게 하는 것이다(김인숙, 2016).

본 연구의 FGI의 주된 관심은 「장애인복지법」의 정신장애 범주에서 제외됨으로써 겪은 경험과 정책적으로 요구되는 복지 서비스 등을 넓은 범위에서 충분하게 파악하는 것이다.

이를 위해 장애인 당사자의 복지정책에서의 배제 경험과 이들을 취업 및 복지서비스 등을 지원하고 있는 지역사회 현장전문가 집단의 경험으로 구분하여 FGI를 실시하였다.

## ① 당사자 집단

당사자 집단 FGI 목적은 국내외 정신장애인으로서는 포함되나, 「장애인복지법」의 정신장애인 범주에 배제됨으로써 겪은 복지 서비스 및 취업 등에서의 배제 경험, 복지욕구 등을 파악하는 것이다.

본 연구의 모집단을 살펴보기 위해, 국내외 정신장애인으로서는 포함되나, 「장애인복지법」의 정신장애인 범주에 배제되는 집단, 즉 본 연구의 모집단을 파악하기 위해, 국내외 「장애인복지법」 등의 정신장애인 범주를 고찰한다.

그 결과 미국, 일본, 독일의 정신장애 범주를 살펴보면, 전반적으로 F00~F99 진단의 대부분이 장애인복지정책대상자로 편입되어 있다.

국내 「장애인복지법」과 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에서 규정하고 있는 정신장애인 범주는 다소 상이하다. 즉 정신건강증진법의 정신질환자는 ‘망상, 환각, 기분의 장애 등으로 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람.’을 의미하여, 대부분의 정신질환을 포괄하고 있는 반면에, 「장애인복지법」의 정신장애인은 치료를 해도 회복의 한계가 있는 경우로 「장애인복지법」의 F20 조현병, F25 조현정동장애, F31 양극성정동장애, F33 재발성 우울장애 만을 포함하고 있다.

이러한 선행연구를 기반하여 본 연구의 대상자를 조작적으로 정의하면, ‘한국표준질병·사인분류의 정신 및 행동장애(F00~F99)에서 치매, 발달장애 및 정서장애 등을 제외한 정신적 질환을 가진 자’로서, 조현병 스펙트럼, 기분장애, 불안장애(공황장애, 강박장애, 정신적 충격의 후유증), 약물중독에 따른 정신장애 등을 가진 자’를 의미한다.

따라서 조현병 스펙트럼, 기분장애, 강박 및 불안장애 등의 진단명을 가진 집단으로 그룹별 최소 3~4인 이상을 할당하는 할당사례선택을 활용하여 FGI를 총 7인으로 구성하였다. 특히 질환 및 장애 등으로 인한 일상생활 및 사회참여 등의 어려움, 복지 욕구 등에 대해 편안하게 말할 수 있도록 동질적 집단으로 구성한다. 또한 현재 정신장애등록 범주에서 배제되어 있는 해리성정체감장애, 뚜렛증후군, PTSD(외상후스트레스장애) 진단명을 가진 당사자에 대해 개별 심층면담을 진행한다.



<표 V-1> 당사자 인터뷰 대상자

대상자		연구참여자 수
전체		10
FGI	조현병 스펙트럼	1
	기분장애(양극성정동장애, 우울증 등)	4
	강박 및 불안장애	2
개별 심층면담	해리성정체감장애	1
	뚜렛증후군	1
	PTSD(외상후스트레스장애)	1

반구조화된 질문지
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 정신장애 등록 과정<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신적 어려움이 일어난 시기</li><li>- 정신적 어려움에 의한 일상생활 및 사회참여 제약 정도</li><li>- 장애등록 결정 계기 및 이유</li><li>- 장애등록 탈락 경험 등</li><li>- 장애등록 신청과정에서의 겪은 어려움</li><li>- 장애인복지법 정신질환 인정범주에 대한 의견</li></ul></li><li>○ 정신장애 등록과 삶<ul style="list-style-type: none"><li>- 현재 일상 생활의 정도</li><li>- 등록 장애인이 아니어서 겪었던 어려움 등</li><li>- 등록 장애인이 아니어서 이용하지 못한 서비스(지원받고 싶은 서비스는?)</li><li>- 일상생활을 하는데 있어 정신건강의 어려움으로 인한 문제(직장생활, 대인관계, 주거생활 등)</li></ul></li><li>○ 정신장애 등록과 관련된 정책적, 제도적 변화<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신장애인 장애등록 절차를 개선을 위한 것</li><li>- 정신장애판정기준<sup>49)</sup>과 관련하여 개편되어야 할 것</li><li>- 기존의 이용했던 서비스 중 불필요했던 것 또는 필요서비스 등</li></ul></li></ul>

49) 현 정신장애판정 기준

- (1) 현재 치료중인 상태를 확인, (2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인, (3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인, (4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태의 확인, (5) 정신장애 정도의 종합적인 판정의 순서

## ② 전문가 집단

현장전문가 집단에 대한 FGI의 목적은 정신장애인의 취업 또는 복지지원 등의 역할을 하고 있는 현장 전문가가 경험한 「장애인복지법」의 정신장애인 배제에 대한 제도적 문제 및 해결방안 등을 파악하고자 한다.

「장애인복지법」의 정신장애인 범주에서 제외된 정신장애인들은 「정신건강복지법」에 따라 지역사회 내 정신재활시설 및 건강증진복지센터 등에서 취업 및 관련 서비스를 지원받고 있다.

본 연구에서는 세평적 표집방법을 활용하여 지역사회에서 정신장애인의 취업 및 복지지원 등의 역할을 하고 있는 현장 전문가로서, 정신재활시설 및 건강증진복지센터, 정신건강복지의 전문가로서 취업 지원 영역 2인, 주거 및 생활지원 영역 2인, 복지제도 영역 2인으로 총 6인을 표집하고, 총 1회 실시하였다.

<표 V-2> 전문가 인터뷰 대상자

세부대상자	연구참여자 수
전체	6
정신장애인 취업지원 영역 전문가	2
정신장애인 주거지원 영역 전문가	2
정신장애인 복지서비스 영역 전문가	2

반구조화된 질문지
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 정신장애 등록 과정에서의 문제 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애등록 신청과정에서의 문제</li> <li>- 장애인복지법 정신질환 인정범주에 대한 의견</li> </ul> </li> <li>○ 정신장애 등록과 복지제도와의 관계 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애등록과 정신질환자의 삶의 관계</li> <li>- 등록장애인과 정신질환자간의 제도적 차원에서의 배제 경험 (고용, 소득, 사회서비스 등의 영역)</li> </ul> </li> <li>○ 정신장애인의 삶 개선을 위한 제도적 개편방안 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강복지법과 장애인복지법의 개편 방안</li> <li>- 고용제도 측면에서의 개편방안</li> <li>- 소득제도 측면에서의 개편방안 등</li> </ul> </li> </ul>





## (2) 표집방법

당사자 집단 및 전문가 집단의 선정은 세평적 사례선택(reputational case selection)을 통해 이루어졌다. 질적 연구에서의 표집은 정보의 풍부함과 이론적 포화상태를 이루는데 목적을 두고 있기 때문에(장혜경, 2006), 본 연구에서는 위의 기준에 부합되는 동질적 집단을 대상으로 각각 최소 3~4인에서 최대 12인을 모집과 분석을 동시에 시행하면서(김인숙, 2016), 풍부한 정보와 이론적 포화상태에 이른 것으로 판단되지 않을 경우, 추가 1~2인을 선정하여 면접을 실시하였다.

본 연구의 FGI는 본 연구의 목적에 따라 풍부한 정보와 이론적 포화상태에 이르지 않았을 경우, 세평적 표집 방법을 통해 연구목적 및 참여대상기준에 적합한 대상으로 선정하고자 하였다. 추가정보가 필요한 연구참여자의 장애유형 또는 대상자가 결정된 경우, 정신건강증진센터에서 5년 이상 근무한 관계자에게 연구의 목적과 대상자 선정 기준을 충분히 설명한 다음, 본 연구의 기준에 적합한 추가 1~2인을 추천받았다.

4개 영역 별 최소 3~4인의 참여자를 선정하는 이유는 다음과 같다; 각 동질적 집단 즉 같은 질환을 경험한 연구참여자들 사이의 경험이나 감정, 신념에 대한 반응과 상호작용 등을 파악하고, 복지욕구에 대해 서로 논의와 토론 등을 통해 도출하기 위함이다.

FGI의 경우 다수가 참여할 때 인터뷰의 진행 및 운영이 어려울 수 있어 1회에 5~7인으로 그룹을 구성하는 것이 바람직하다(Creswell, 2003).

FGI를 통한 주된 관심사는 관심 명제의 통계적 일반화(statistical generalization)가 아닌 질적 사례에 대한 깊이 있는 이해를 통하여 이론적 명제에 대한 분석적 일반화(analytical generalization)또는 관심주제와 관련한 새로운 가설이나 변수의 발견에 있기 때문에(Yin, 2014), 질적 연구자는 표본의 크기를 극대화하는 문제로 고민하기 보다는 특정 주제에 정보를 극대화하는 문제에 주력해야 한다(김영란, 2002).

### ① 당사자 집단

연구참여자 선정은 2단계에 걸쳐 진행하였다. 먼저 정신건강영역(정신건강복지센터, 정신재활시설 등)에서 5년 이상 근무한 전문가에게 연구목적을 충분히 설명한 다음, 본 연구에 적절한 연구참여자료를 소개 받았다. 이후 소개 받은 연구참여자

에게 의뢰경로 및 연구목적을 충분히 설명한 다음 당사자 동의하에 인터뷰를 진행하였다.

구체적인 대상자 모집 방법은 다음과 같다.

첫째, 정신건강복지센터 및 정신재활시설에서 5년 이상 근무한 전문가에게 연구의 목적과 연구참여자 기준, 연구 참여 방법 등에 대해 유선으로 설명하여 협조를 요청하였다.

둘째, 유선으로 협조를 동의할 경우, 본 연구 담당자는 연구목적과 참여대상자 기준, 모집 방법 등이 적시되어 있는 참여공문을 송부하였다.

셋째, 연구참여자의 추천을 의뢰받은 전문가는 협조 공문을 보고 본 연구의 목적과 선정기준에 적합한 자들을 유선 또는 메일로 추천하였다.

넷째, 본 연구 담당자는 추천받은 자들을 대상으로 본 연구의 목적을 설명하고, 이에 자발적으로 관심이 있을 경우, 연구대상자 기준을 명확히 설명하고, 개인에 대한 비밀과 개인정보보호 등의 내용(연구동의서의 내용)을 간략히 설명하였다.

다섯째, 연구동의서 내용에 대해 동의 할 경우, 담당자는 인터뷰 시간을 조율하여, 인터뷰 시간에 연구동의서를 작성할 것을 공지하였다.

## ② 전문가 집단

전문가 집단의 연구참여자 선정 또한 세평적 사례 선정을 통해 진행하였다.

연구참여자 선정은 2단계에 걸쳐 진행하였다. 먼저 10년 이상의 정신장애인의 직업재활 및 취업, 주거서비스 등 현장 경험이 현장전문가, 그리고 본 연구와 비슷한 연구에 참여한 경험이 있는 학계 연구자에게 연구목적을 충분히 설명한 다음, 본 연구에 적절한 연구참여자들을 소개 받았다. 이후 소개 받은 전문가에게 의뢰경로 및 연구목적을 충분히 설명한 다음 당사자 동의하에 인터뷰를 진행하였다.

구체적인 대상자 모집 방법은 다음과 같다.

첫째, 10년 이상의 정신장애인의 직업재활 및 취업, 주거서비스 등 현장 경험과 본 연구와 비슷한 연구를 참여한 경험이 있는 학계 및 현장전문가에게 연구의 목적과 연구참여자 기준, 연구 참여 방법 등에 대해 유선으로 설명하여 협조를 요청하였다.

둘째, 유선으로 협조를 동의할 경우, 본 연구 담당자는 연구목적과 참여대상자 기준 등이 적시되어 있는 참여공문을 송부하였다.



셋째, 연구참여자의 추천을 의뢰받은 전문가는 협조 공문을 보고 본 연구의 목적과 선정기준에 적합한 자들을 추천 하여, 유선 또는 메일로 추천하였다.

넷째, 본 연구 담당자는 추천받은 자들을 대상으로 본 연구의 목적을 설명하고, 이에 자발적으로 관심이 있을 경우, 연구대상자 기준을 명확히 설명하고, 개인에 대한 비밀과 개인정보보호 등의 내용(연구동의서의 내용)을 간략히 설명하였다.

다섯째, 연구동의서 내용에 대해 동의 할 경우, 담당자는 인터뷰 시간을 조율하여, 인터뷰 시간에 연구동의서를 작성할 것을 공지하였다.

### (3) 자료분석

자료의 분석방법은 일반적 질적연구에서 가장 많이 활용되는 주제분석 방법을 활용하였다. 대부분의 질적연구는 분석을 통해 주제를 이끌어내는 주제분석을 사용하는데(Kelly, 2010), 본 연구에서는 김인숙(2016)이 “주제분석”을 재명명한 “귀납적 주제분석”과정을 기반으로 분석하였다. 동 분석방법은 질적 분석에서 가장 많이 활용되는 방법으로 포괄분석, 의미단위분석, 패턴분석, 범주분석 등을 통해 주제를 도출하는 방식이다.

## 2. 장애인 당사자 집단 FGI 결과

### 1) 주요 결과

<표 V-3> 연구참여자의 인구학적 특징

구분	소속	성별	연령	진단명	장애등록 유무	유병 기간
참여자1	H정신재 활시설	남	32	양극성정동장애	무	10년
참여자2		남	39	우울증, PTSD	무	19년
참여자3		여	43	강박장애	무	18년
참여자4		여	42	불안장애, 경계선 지적장애	무	10년
참여자5	T정신재 활시설	남	25	양극성정동장애	무	5년
참여자6		남	35	조현병	무	8년
참여자7		남	39	반복성우울장애, 양극성정동장애	무	3년

#### (1) 정신적 어려움으로 인한 비가시적 사회적 장벽 형성

UN CRPD는 제1조 목적에서 장애인을 ‘다양한 장벽과의 상호작용으로 다른 사람들과 동등한 조건으로 완전하고 실질적인 사회참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적인 손상을 가진 사람’이라고 정의하고 있다. 여기에는 신체적·감각적 손상뿐만 아니라 정신적 손상(어려움)이 포함되어 있다. 즉 정신적 어려움으로 인해 사회참여에 어려움을 겪는다면 ‘장애’로 정의가 될 수 있는 것이다.

사회참여를 저해하는 장벽의 경우 일반적으로 물리적, 가시적인 것으로 인식될 수 있다. 예를 들어 휠체어의 접근을 방해하는 계단이나 문턱 등으로 묘사될 수 있다. 하지만 인터뷰에 참여한 정신적 어려움을 겪는 당사자의 경우 비가시적인 장벽이 존재함이 나타났다. 참여자 1과 참여자 2, 참여자 6의 경우 사회참여에서 중요한 ‘관계’를 형성하는데 있어 정신적 어려움이 영향을 미친다고 언급하고 있다.



제 증상이 조울증이다보니깐요, 감정기복이 그냥 주체가 안 될 때가 있어요. 그 래가지고 다른 사람들이랑 조금 신경을 좀 많이 쓰는 편이죠. (중략) 익숙한 사 람들 앞에서는 괜찮은데 반면에 처음 본 사람들 앞에서는 조금 힘들어요. (중략) 갑자기 기분이... 울적해진다든가 아니면은 뭐 이렇게 갑자기, 기분이 고조된다 거나 뭐 그런 경우가 있고요, 조그만 자극에도 굉장히 크게 반응을 할 때도 있어 요. (참여자 1)

저는 아무래도 조울증이나 이런 병은 아니지만 그래도 마음의 병이 이게 좀 있 다보니까 아무래도 또 사람, 낯선 사람, 그러니까 새로운 사람 만나서 얘기하는 게 약간 좀 어쩔 줄 몰라하고 그 상황이 좀 막 식은땀 나고 막 어떻게 이게 안 되더라고요, 이게. 그러면서도 하고 싶은 얘기 그냥 안 되는 거 저도 아는데 일 단은 이게 안 되니까 저도 지금 어떻게서든 시도를 해보려고 해도 이게 안 되가 지고. (참여자 2)

나는 뭐 사람, 인간관계가 제일 어려웠던 거 같아요. (중략) 새로운 사람이나 낯 선 사람 만나면 말을 걸어야 되긴 걸어야 되는데 무슨 말을 할지 모르겠고 말을 할 때도 눈치를 보게 되는 경향이 있어 갖고. (참여자 2)

사람들 많은 곳에 가면 막 땀이 막 겨울인데도 비오듯이 땀나고 불안하고 막 수군거리는 게 막 들리는 거 같기도하고 그랬거든요, 저랑 상관 없는 사람인데 다른 사람들이 얘기하면서 지나가면 그게 막 나 욕하는 소리처럼 들리고 그랬거 든요. (중략) 유독 사람 많은 곳에 가면 좀 그렇게 심하게 나타나더라고요. 그런 느낌과 생각들이 계속 가득 차더라고요. (참여자 6)

이러한 현상은 정신장애인이 가지고 있는 차별성이라고 할 수 있다. 일상생활의 핵심일 수 있는 관계 형성에 정신적 어려움을 계속해서 보이지 않는 방해로 작용하 고 있기 때문이다. 그리고 일상생활을 영위하는 것에서 ‘일’은 중요한 역할을 담당 한다. 하지만 이러한 관계 형성의 어려움은 결국 직업을 모색하고 직장생활을 지속 하는 것에도 영향을 미치고 있다.

제가 다른 사람들을 만나기가 힘들어가지고, 그냥 처음 보는 사람들을 대하는 게 힘들어요, 그냥. 그러다보니까 일을 찾으려고 해도 이왕이면은 그냥 사람 안 만날 수 있는 그런 거만 찾아봐요, 아니면은 아예 그냥 사람들이랑 얘기를 별로 안 할 수 있는 그런 거. (참여자 1)

참여자 6은 정신적 어려움으로 인해 관계와 직업생활에서의 단절을 경험하였고, 그것이 오랜 기간의 사회적 고립으로 이어졌다고 이야기하였다.

갑자기 어느 순간부터 사람들이 소곤거리는 것만 보면은 약간 ‘저 사람들이 무슨 말을 하는 걸까, 나를 욕하는 게 아닐까?’ 이런 생각이 막 조금씩 들기 시작했어요. 그러다가 도저히, 계속 어느 순간부터 그게 조금씩 들던 생각이 하루 종일 계속 나고 그래서 좀 컨디션이 안 좋은가보다 하고 일을 쉬었고. (중략) 계속 밖에도 못 나오고 거의 1년 가까이 집에만 있었어요. 계속 사람들이 수군거리는 것만 보면 저 사람들이 해하려하지 않을까, 나를 욕할려는 게 아닐까, 이런 생각들이 계속 사로잡혀서. (참여자 6)

또한 정신장애인의 사회참여를 방해하는 어려움은 관계뿐만 아니라 감정적인 부분과도 연결된다. 참여자 6은 불안한 감정으로 인해 직장생활과 정신재활시설 이용에 있어서 어려움을 겪었던 것을 이야기하였다.

저 같은 경우는 (중략) 약간 지적을 받으면 불안증세가 있어서 그거에 대한 질문을 한, 거의 한 번에만 끝내는 게 아니라 똑같은 질문을 한 5, 6번씩 하는 성향이 있어요. 쉬지 않고. (중략) 저에 대해 지적을 하게 되면은 불안 증세가, ‘아 이러면 어떡하지, 내가 잘못했나?’ 그런 생각이 들면서 똑같은 질문을 계속 한 6, 7번씩 반복하는. (중략) 물어보고 ‘제가 뭐 땀에 잘못했습니까?’ 반복하기도 하고. (중략) 다른 사람들도 맨 처음 왔을 때는 이렇게 이해를 못했는데 (중략) 똑같은 질문만 한다고 그렇게 말씀하시는 회원 분들도 있었어요. (참여자 6)

정신적 어려움을 해결하기 위한 방안으로 ‘의료적 개입’이 이루어질 때 역설적인 상황이 발생하기도 하였다. 현재 정신장애인에게 제공되는 주류적 해결책인 정신과 약물치료는 또 다른 ‘어려움(손상)’을 유발하기도 한다.

초반에 20알 먹었을 때. 진짜. 진짜. 진짜 완전히 등치가 이렇게 큰데 맥아리 없이 지냈어요. 누워있고 막 몸을 움직일 수가. 몸을, 몸을 진짜. 약을 먹고 나면 정확히 30분 이내에 막 침도 막 줄줄 나오고. (중략) 열 몇 알 먹을 때는 진짜 침도 막 나오고 침이 막 고이고요, 계속 그랬거든요. (참여자 6)



## (2) 정신장애인이 겪는 직업의 지속성 어려움

장애인뿐만 아니라 비장애인 또한 직장 생활 등의 일상생활을 영위하다가 위기가 찾아올 수 있다. 하지만 정신장애인의 경우 위기가 발생하면 ‘참여자 1’처럼 정신의료기관으로 입원 되는 경우가 빈번하다. 그리고 이는 오랜 기간 사회와의 단절을 초래하여 다시 직장으로 복귀하는 것을 방해하기도 한다.

피씨방 아르바이트를 조금, 아주 조금 했었는데. 조금 하고 나서 그냥 감정 상태가 안 좋아져가지고 입원, 했었어요. (중략) 그 때 여러 가지 안 좋은 일이 조금 있어가지고 스트레스가... (중략) (입원을 어느 정도 하셨던 것인가요?) 한 2년 정도였던 걸로 기억해요. (참여자 1)

또한 정신장애인이 겪는 정신적 어려움의 특성으로 인해 작업 능력을 저하시키고 이는 직업을 지속하는 것에 어려움을 초래한다. 참여자3의 경우 강박적인 행동으로 인해 직무 수행에서 어려움을 겪고 있음을 언급하였다.

일을, 바리스타, 저 바리스타 훈련을 좀 했었는데 (중략) 취업 못 해가지고 그냥 센터 다니고 있어요. 근데 그 강박이 너무 심하다보니까 저는 이제 약간 특이한 게 행동이 느려지는 걸로 되가지고 그게 좀 어려웠어요. 대인관계도 그렇지만, 개인적으로는. (중략) 기본적인 건 손을 좀 많이 씻고요. 일할 때 다른 사람들은 이제 한 두 번, 많이 해봤자 두 세번이면 끝나는데 저는 세번, 네번, 다섯번씩 하는 경향이 있어가지고 속도가 느려지는... (중략) 속도가 좀 다른 사람보다 2배 정도 느려요. 제가. 그런 거에 있어서 조금 그런 어려움이 많은 거 같아요. (참여자 3)

참여자 3의 강박적 어려움은 동료들과의 대인관계에도 부정적 영향을 초래하기도 하였다.

매번 그 점심시간만 되면은 ‘참여자 3’이 일찍 오면은 일찍 와도 문제고 늦게 오면 늦게 오는 것도 문제거든요. 그렇다고 중간에 끼면은 중간에 끼는대로 또 문제니까. (중략) ‘참여자 3’이 먼저 오셔서 수저를 이렇게 딱 집고 놓고 집고 놓고하는 이 순간에 뒤에 그 성질이 조금 있으신 분들 같은 경우에는 소리, 조금씩 언성이 높아지는 거죠. (참여자 1)

또한 참여자4의 경우 불안한 감정으로 인해 직무를 익히는데 시간이 오래 걸리고, 안정화되는데 기다림이 필요하지만 이러한 부분을 지원해주는 측면이 부족함으로 인해 직장을 유지하지 못하고 있다고 이야기하였다.

제가 고등학교 졸업하고 곧 바로 들어가서 취업을 했었던 때도 제가 불안이 너무 심하다보니까 그 불안 때문에 제 생각엔 잘린 거 같아요. 한 1개월만에, 1개월도 아니야. (중략) 보통 사람들같은 경우에는 가르쳐주면 한 3주나 4주 되면 다 익히는데 저는 가기 전부터 벌써부터 불안이 심해지는 거예요. (중략) 불안감 또 엄습하니까 ‘빨리 못 익히면 어떡하지?’ 근데 그게 자꾸 현실이 되고 같이 일하는 사람들이 같이 일을 못하겠다고 하니까 자꾸 잘리게 되고 그런 일이 자꾸 반복이 되다 보니까. (참여자 4)

### (3) 사회적 낙인 및 편견으로 인한 어려움

UN CRPD에 의하면 신체적 혹은 정신적 손상으로 인해 차별을 경험하면 장애라고 정의된다. 이처럼 모든 장애인은 차별의 어려움에 놓여 있다고 할 수 있다. 그러나 정신장애인의 경우 더 많은 낙인과 편견에 놓여 있고 그것은 삶의 다양한 측면에서 영향을 미치고 있다. 참여자 6과 참여자 7은 정신장애인의 부정적 편견이 작용하는 사회적 낙인으로 인해 ‘취업’에서 차별을 겪고 있음을 이야기하였다.

독립취업이라고 하거든요, 스스로 취업을 하는 거를. 그래서 이력서 써주는 거 보고, 써서 했는데 편의점이나 몇 군데 마트 같은 데 알아봐서 했는데 5군데 정도 했는데 3군데는 연락이 안 오고 한 두군데는 갔는데 갑자기 그 공백기를 물어보더라고요. 왜 사회생활이, 하시긴 하셨는데 공백기가 기냐고 물어보니까 뭐라고 말을 못했어요. 근데 두 군데 다 그랬는데 두 군데 다 최후에 연락이 없고 (중략) 그 공백기를 물어보니까 순간적으로 할 말이 없더라고요. (참여자 6)

요양보호사나 간호조무사 그런 쪽으로 좀 많이 알아봤는데. 거기서도 말 그대로 좀, 아까 말 했지만 말 해도 되는 게 있고 안 해도 되는 게 있는데 저 같은 경우는 솔직히 그런 거 싫어해서 저는 자발적으로 그냥 얘기하거든요. 내가 여태까지 어땠고 어땠고 그런 거를 솔직하게 얘기를 했는데 그러고 한 4번인가 썼는데, 안 되더라고요. 보니까. (중략) 그래서 지금 만약에 무슨 취업이나 그런 걸 한다면 속이고 싶지 않은데 어쩔 수 없이 (자신의 상태를 숨겨야)해야 되는 거? 사회에 포괄적으로 들어가기 위해서는? 그게 조금 싫기는 한데 어떻게 해야 될지 모르겠어요. 솔직히. (참여자 7)





이러한 낙인은 정신적 어려움을 겪고 있는 당사자뿐만 아니라 가족에게도 영향을 미치고 있음이 드러난다.

저 같은 경우는 정신장애 보다는 일단은 지적장애를 받고 싶은데 (중략) 정신장애는 솔직히 말해서 사람들이 보는... (중략) 여기 분들이 기분 나쁠 수 있는데 죄송해요. 솔직히 말씀 드리면 저희 집 가족이 제가 정신병이 있다는 거를 좀 다른 분한테 얘기할 때 좀 부끄럽고 수치스러워 해요. 그러기 때문에 지금 먹고 있는 약도 숨기고 있거든요? 그러기 때문에 차라리. 심지어 교회에서 약 먹을 때 이게 뭐 약이냐고 그러면 솔직하게 얘기하고 싶은데 그럼 안 된다고 그러니까. 나는 다른 사람은 몰라도 내 가족만큼은 이해해주길 원했는데 내 가족도 이해를 못하니까. (중략) 어머니는 저한테 너를 보호해주기 위해서 그런 거니까 그렇다고 말씀을 하시는데 제가 봤을 때는 그것도 있는데 웬지 어머니가 조금 그거는 조금 남들한테 발설되면 좋지 않지 않냐. 집에 정신질환 있는 사람이 있다고 하면 누가 좋아라 하겠니. (중략) 뭐라고 표현은 못 하겠는데 기분이 나쁘죠, 저는. 나는 아파서 약을. 난 엄마한테 항의를 해본 적도 있어요. 나는 엄마처럼 몸이 아픈 게 아니지 않냐. 근데 너무 이해가 안 되는 게, 차별이라고나 할까? 아니면 언니가 머리가 아파서 약을 먹는 건 뭐라 안 그러면서, 나는 정신이 아픈 거지 않냐. 근데 왜 거기에 대해서는 이해가 없냐. (참여자 4)

정신과 진단명을 받고 정신질환자가 된 후, 지역사회에서 지속적으로 삶을 살아가기 위해서는 장애등록이 필요할 수 있다. 하지만 참여자7은 사회적 낙인으로 인해 정신장애등록 신청도 망설여진 적이 있었다고 언급하였다.

근데 그 (장애등록 신청을) 안 했던 이유가 저는 멀쩡하다고 생각을 하거든요, 항상. 그런, 저도 약간 그런 선입견이 있는 거예요. 정신질환자, 환자들은 낙인이 되면 안 되겠구나, 라는 거를 그런 걸. (참여자 7)

정신장애인에 대한 사회적 낙인은 자기 낙인(Self Stigma)으로 이어질 수 있는데, 이는 정신장애인 당사자가 정신질환 및 정신장애에 대한 부정적인 사회적 태도와 사회적 신념을 받아들일 때 일어난다. 가령 참여자2는 낙인으로 인해 자기 스스로 위축감을 느낀다고 이야기한다.

불이익... 그렇게 불이익을 끼친 적은 없고요. 제가 그냥 제 자신이 약간 좀, 뭐 라해야 될까? 부끄럽다 해야 되나? 그런 게 좀 있는 거 같아요. (참여자 2)

#### (4) 장애인 범주에서 배제됨으로 인한 다양한 어려움

인터뷰에 참여한 대다수 참여자들은 정신장애로 등록을 신청하였으나 탈락을 경험하였다. 그리고 이처럼 장애인 범주에서 배제되었을 때 삶에서 다양한 어려움에 직면하였다. 이 중에 많은 참여자가 언급한 것은 ‘일’에서의 배제였다. 공식적으로 장애인이 되지 않는 한 취업 시도의 기회조차 주어지지 않는 것에 대해 언급하였다.

직업재활. 그거를 할려고 해도 거의 대부분 조건이 장애등록이더라고요. 그래가지고 저 같은 경우는 장애등록이 없으니까 그 시도를 할 수가 없었어요. 거의 대부분이 기본적으로 있는 그 조건이다 보니까. 그렇다고 그 장애등록 없는 사람들까지 모집하는 거는 그거는 거의 손에 꼽을 정도로 보기가 힘들어요. (참여자 1)

저는 이제 T에서 취업부로 들어가면서 일을 하겠다고 생각을 하고 취업부로 들어간 거거든요. 근데 이게 장애등록이 없는 그건 취업장은 몇 개가 없어요. 그리고 다 파트타임, 시간이 짧거나 아니면 그런 데... 그래서 뭐 편의점 같은 데는 몇 군데 해보긴 했지만 그 이상 다른 데, 제가 원하는 데는 결국 못 들어가게 되니까 그게 ‘아... 필요하구나’ 라는 걸 더 느꼈고 (참여자 4)

T에서 복지카드가 없어서 대체근무만 한 5번 정도 나가고 복지카드가 없어서 (중략) T에서 소개해준 직업장은 거의 다 복지카드가 있어야 되는데 저 같은 경우는 지금 복지카드 6번이나 떨어져가지고, 그래가지고. (참여자 6)

여기(T정신재활시설)에 있는 직장의 8-90%가 장애인 등록을 해야만 갈 수 있는 직장이어서 그래서 대체근무만 몇 번 하다가 운 좋게 이번에 취업을 하게 됐어요. (참여자 6)

앞에서 언급한 것처럼 정신적 어려움을 겪는 사람들은 부정적인 사회적 낙인에 직면하게 된다. 그럼에도 장애등록이 되면 제도적으로 취업에 있어 지원을 받게 된다. 참여자6은 그 이유가 장애인의무고용제도에 있다고 언급하고 있다.

거기서 회사에서 그거를 찾아요. (중략) (장애인)의무고용. 그래서 특히 여기 같은 경우는 그래도 병원 종류가 좀 많거든요. 병원 뭐 (중략) 많은데. 그런 면에서 조금, 그런 거에서 조금 아쉬운 게 많아요. 일하는 데에서. (중략) 다른 기관은 어떤지 모르겠는데 T같은 경우는 거의 8-90%가 다 장애인의무고용 땀에



오는 직장이어갖고. (참여자 6)

여기에 더하여 장애인 범주에서 벗어남으로 겪는 어려움은 경제적인 부분이었다. 실제 2014년 장애인실태조사(보건복지부)를 살펴보면 15개 장애유형 중 정신장애인의 국민기초생활보장 수급 비율은 58.4%로 두 번째로 높았으며, 이는 장애인 평균인 16.9%를 훨씬 웃도는 수치로 빈곤상태 또한 최악의 상황에 놓여 있음을 알 수 있다. 이러한 상황 속에서 참여자1은 장애인등록에서 배제됨으로 인해 취업으로 인한 경제적 소득을 취득하는 것에 어려움을 겪고 있다고 언급하였다.

저같은 경우는 지금 현재 기초수급권이거든요. 그래 가지고... 근데 기초수급이 저희 아버지랑 저랑 해서 나오는데 비용이 한정되어 있다 보니까 다른 일자리를 얻으려고 해도 기초수급 특장상 제가 일을 하면, 해가지고 수익을 벌어들이면은 그 지원금액에서 전부가, 그 전부에서 그 수익만큼의 금액이 깎여나간다고 들었어요. 그래가지고 그거를 장애등록을 3번 정도인가? 3번 정도가 시도를 했는데 전부 안 됐어요. (중략) 거기다가 센터에서 설거지 그거를 하면은 대략 3만원이던가요? 대략 3만원 정도 나와요. 근데 그것도 영향을 받으니까 영향을 받으니까 그거를 하지를, 그 하는 데에 지장이 있죠. 제가 필요한 거는 돈인데 돈을 받으면은 수급비에서 깎여 나가니까. (중략) 그게 지금 상태에서 제가 일을 해서 수익을 낸다면은 그 수익부분 만큼의 금액이 깎여나가는데 장애등록을 받으면은 그 일부는 그냥 제외가 돼가지고, 조금. 그니까 예를 들면은 10만원을 받았다 치면은 거기서 한 3% 정도인가? 그 정도는 제외하고서 깎여나간다고 들었어요. (참여자 1)

즉 수급자인 정신질환자의 경우 등록장애인이 아니라면 취업으로 인한 소득으로 인해 수급비가 삭감될 가능성이 더 높아지는 것이다. 실제 국기법 시행령을 보면 장애인의 경우 직업재활사업에 참가하여 받은 소득의 50%, 그 외 모든 소득의 경우 30%가 소득 평가액에서 비인정되어, 수급비 삭감의 위험은 낮아지고, 직업생활로 인한 소득을 추가적으로 보장받아서 경제적인 어려움에서 벗어나는데 도움이 될 수 있다.

국민기초생활 보장법 시행령

제5조의2(소득평가액의 범위 및 산정기준) 법 제6조의3제1항에 따른 소득평가액은 제5조에 따른 실제소득에서 제1호부터 제12호까지에 해당하는 금액을 뺀 금액으로 한다.

1. 「장애인연금법」 제6조에 따른 기초급여액 및 같은 법 제7조에 따른 부가급여액
2. 「장애인복지법」 제49조에 따른 장애수당, 같은 법 제50조에 따른 장애아동수당과 보호수당
8. 장애인이 다음 각 목의 시설에서 실시하는 직업재활사업에 참가하여 받은 소득의 100분의 50에 해당하는 금액
  - 가. 「장애인복지법」 제58조에 따른 장애인복지시설 중 장애인 지역사회재활시설(장애인복지관만 해당한다) 및 장애인 직업재활시설
  - 나. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제27조제1항2호에 따른 재활훈련시설(주간재활시설만 해당한다)
10. 학생·장애인·노인 및 18세 이상 24세 이하인 사람이 얻은 제5조제1항제1호 및 제2호에 따른 소득의 100분의 30에 해당하는 금액

또한 취업을 위해서는 직무능력 향상을 위한 교육을 받는 것이 용이할 수 있다. 하지만 대다수 교육지원서비스의 경우 등록장애인으로 한정되어 있어 장애인 범주에서 벗어나는 경우 서비스를 이용하지 못하는 것으로 나타났다.

저도 센터를 18년이나 다녔거든요. (중략) 98년도부터 다닌 게, 처음에는 회복이 안 돼서 그런 거였지만 나중에는 이제 특별히 뭐 취업하기도 어렵고 그러다 보니까 그냥 어떻게 다니게 됐는데. (중략) 근데 취업은 뭐 교육도 받기가 어려우니까, 등록장애인이 아닌 사람들은 그것 때문에 어려운 게 있고요. (중략) 일단 교육을 뭐 그 기회를 줘야지 취업 생각을 해볼텐데 그런 것도 없는 거 같아요. 등록장애인이 아닌 사람들은... (참여자 3)

심지어 저는 요번에 코로나 바이러스 때문에 잠시 쉴 때 장애인 쪽 교육을 좀 알아봤었는데 다 안 된대요. (중략) 미등록장애인이니까. 등록장애인만 된다 그래서 (중략) 컴퓨터 교육이라든지 바리스타 교육은 조금... 할라고 했었는데 그 기준이 다 등록장애인. (중략) 장애인교육 관련된 거도 알아봤는데 다 등록된 장애인만 된다고 하니까 저는 조금 답답했던 거죠. 그래서 이걸 어떻게 해야 하나. (참여자 4)

교육을 통해 숙련기술이 있어도 결국 장애인등록이 되지 않으면 취업에서 또 다시 어려움을 겪는 것이 발생한다.

저는 제가 컴퓨터 쪽으로 다룰 줄 알고 하다 보니까. 그 쪽이나 앉아서 하는 그런 일들을 하면 좋을 거 같아요. (중략) 취업 담당자한테 말씀을 드렸는데... (중략) (정신장애)등록이 안 되다보니까. 애매하죠. (참여자 2)



#### (5) 기존 장애의 개념에서 벗어남으로 인한 어려움

정신적 어려움을 경험하고 있는 참여자들은 장애인등록을 통해 복지서비스에 대한 욕구를 가지고 있다. 하지만 기존의 장애 개념은 ‘영속적인 손상’의 존재를 전제로 구성되어 있다. 정신장애의 경우 신체적·감각적 손상과 다른 부분이 존재한다. 참여자4는 기존의 영구적 손상을 중심으로 형성된 장애 개념의 틀에 정신장애에 적용할 때 발생하는 어려움에 대해 언급하였다.

솔직히 좀 불안장애 약을 먹어요, 팬찮을 때도 있는데 문제는 너무 불안이 심하면 그 불안 약도 소용이 없어요. 지금 현재는요. 제 담당 교수님은, 뭐지, 범 불안장애는 현대인이 많이 걸리는 병이고 그러기 때문에 완치가 되는 경우여서 장애가 아니다, 장애라는 건 영구 손상을 말하는 건데 영구 손상도 아니지 않냐. (참여자 4)

참여자7은 정신장애의 또 다른 특징은 불안정한 손상에 대해 언급한다. 즉 기존의 신체적·감각적장애의 안정적인 손상과 달리 정신적 어려움은 정도와 존재의 상태가 일관적이지 않은 것으로 나타나는 특징을 가진다.

저는 조울하고 감정변화가 심해지고 폭력성이 갑자기 되다 보니까. 지금 같은 경우는 멀쩡하거든요. 근데 어느 순간 갑자기 우울해지든가. 갑자기 뭐 비가 갑자기 오면 막 심하게 막 눈물이 난다든가, 아니면 막 자해를 한다든가. 그런 증상이 나가거든요. 근데 그거는 저 혼자 있을 때만 나는 표현이잖아요. 근데 그런 거를 의사 선생님한테 얘기를 하면 그냥 약 먹어. 그 때 막 그런 증상이 나면 약만 먹으면 된다는 식으로 얘기를 해요. (참여자 7)

그리고 이러한 불안정한 손상의 특성을 가지고 있는 정신적 어려움을 장애로 규정하기 위해 새로운 평가 절차 및 기준이 필요하다고 언급한다.

아까도 설문지에 보면은 거의 자기 스스로 할 수 있는 능력을 평가하는 거잖아요. 근데 그런 걸 다 할 수 있는데도, 약이나 그런 걸 다 복용하는 데도 증상이 나타나는 사람이 있잖아요. 근데 그거를 직접적으로 한 번 이렇게 만나가고는 그 사람이 어떤 지 모르잖아요. (중략) 근데 몇 번 이렇게 해가지고 자주 반복적으로 그런 거를 해서 이 사람이 진짜로 불편한지 그런 거를 여러 가지를 해봐야 된다고 저는 느끼거든요? 한 번 딱 만나서 이 사람이 어떻게 평가하는 거는 저는 아니라고 생각을 해요. (중략) 사람 감정이 오늘 다르고 그 다음 날

다르고 그 때 다르고 다 틀리기 때문에. (참여자 7)

#### (6) 장애요건 미충족으로 인한 배제

참여자들은 지역사회에서 살아가는데 필요한 지원을 받기 위해 자발적으로 장애 등록을 신청하였지만, 장애요건 미충족으로 탈락하는 경험을 하였다.

네. 근데 그거를 받아가지고 제출을 하면은 그게 공통적으로 안 되는 이유가 조건 미달. (중략) 구체적으로 써 있지는 않았어요. (중략) 그 세 번 다 담당 (주치의)선생님한테 그 얘기를 말씀 드려서 서류를 받은 다음에 동사무소에 가져다 줬는데. (중략) 근데 조건미달이라고... (참여자 1)

장애요건 미충족에서는 현재 장애인복지법에서 정신장애의 신청요건이 4개의 진단명(ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애)으로 제한되어 있는 것이 중요하게 작용하였다.

(장애) 신청 등록을 하면 뭔가 혜택같은 거 받을 수 있을 거 같아서 아무래도. (중략) 장애인에 대한 뭔가 혜택. 복지 혜택이라든가 뭐 그런 거요. 받을 수 있지 않나 싶어서 해봤는데 안 됐습니다. (중략) 네. (PTSD로는 신청이) 안 돼서 어머니하고 병원에 가서 같이, 우울증 장애로 바뀌달라고 해서 바꿨어요. (참여자 2)

저도 2014년도에 (장애등록 신청하기 위해) 심리검사 같은 거 비슷한 그런 거 해봤는데요. (중략) 저는 강박증이랑 그렇게 해가지고 떨어졌거든요. (중략) 제가 우울이 좀 있긴 하지만 심한 우울이 아니라서 그것도 애매해가지고 안 된 거 같아요. (중략) 처음에는 강박으로는 안 된다고 그래 가지고 그 다음에 뭐 그런 쪽으로 바꾼 거 같은데 어쨌든 안 됐어요. (중략) 다른 장애도 좀 심하다고 하면 인정될 수 있으면 좋겠어요. (참여자 3)

(저는) 불안이잖아요. (중략) 범불안장애는 아예 등록이 안 돼요. (중략) 저는 지금 정신장애 등록을 받아야 되는데 담당 교수님은 안 된다는 거예요. (참여자 4)

참여자7은 자신보다 더 심한 어려움을 가지고 있는 당사자 또한 정신장애 등록신청에서 탈락한 적이 있다고 언급하면서, 등록 기준의 모호성을 지적하기도 하였다.

저가 생각했을 때는 몸도 안 좋고 환경적으로 안 되는 사람인데도 이게 그게



등록이 안 되는 사람이 몇 명 있어요. 저가 아는 사람들 중에서. 그래서 조금 그런 게 조금 안타까운 게 있죠. (중략) 그니까 사회생활을 못 해요. 다른 사람한테 말을 뭐 하는 뿐더러, 그니까 다른 사람의 말을 듣지도 못하고 자기가 내세우지도 못해요. 그런 사람들을 사회에서는 안 써주잖아요, 일단은. 그런 상황에서 해줄 수 있는 거는 일단 약간의 뭐 지원이라도 좀 그런 걸 받을 수는 있잖아요. (중략) 그 분도 그 양면성. 양극성장애랑. 예. 그리고 환각이나 뭐 그런 것들이... 그런 걸로 알고 있거든요. (중략) 갑자기 이렇게 얘기를 하잖아요. 하다가도 다른 사람하고 얘기하듯이 막 막 계속 이렇게 두리번 거리고 다른 사람 찾고 막 이래요. 그러니까는 그런 사람들을... (중략) (장애등록 심사에서) 4번 떨어졌어요. 그 분은. (중략) 저희 주치의는 저 같은 경우 불안장애가 심해서 백 퍼센트 나온다고 그리고 계속 해주셨는데도 거기 건강보험공단에서 안 되니까 그게 참 이해가 안 되더라고요. 그게 뭐 차인지 모르겠어요. (참여자 7)

참여자6은 진단명이 조현병으로 요건을 충족하고 있음에도 여러 번 심사 과정에서 탈락하였음을 이야기하였다.

첫 번째부터 다섯 번째까지 시도가 다 이유가 똑같아요. 그 장애인고용공단에서 심사 날아온 게 ‘타인 및 자해에 대한 위험이 없고 정신과 약물로 인한 일상생활의 어려움이 없다고 판단 된다’는 거예요. (중략) 한 번 더 시도했는데 6번째도 시도했는데 6번째도 비슷하게 이유가. ‘조현병 진단을 받았으나 조현병 증상이 뚜렷하지가 않다.’ 그리고 6번째는 거기 건강보험공단을 갔는데 남자분이 한 네 분이 앉아계시는 거예요. (중략) (장애등록 탈락 결정에) 이의신청해서 갔는데 물어봤는데, 총 다섯 번 입원했거든요. 한 번은 동의입원이고 네 번은 제가 자의 입원해서 간 거예요. 근데 거기 있는 선생님들이 한 10 분도 안 돼서 갑자기 어떤 분이, ‘자의입원 할 정도면은 스스로, 스스로 관리가 가능하고 그렇게 그렇게 관리가 가능하네’ (중략) 이렇게 얘기하시는 거예요. (중략) 그래도 제가 힘들어서 갔다고 얘기하니까 그래도 증상이 관리가 안 돼서 경찰이나 공권력에 의해서 강제입원 되는 사람들이 더 많다면서 그런 얘기 하시는데 그런 얘기 끝나고 일단 ‘알겠습니다’ 이리시고 그냥 내보내시더라고요. (중략) 공권력이나 증상이 관리 안 돼서 가족이나 공권력에 의한 입원. 가족이나 공권력에 의해서, 가족 또는 공권력에 의해서 강제입원 되는 사람들이 많다. 증상이 스스로가 관리가 안 돼서. 근데 ‘참여자 6’은 증상이 관리가 된다. 그렇게 딱 한 마디 하시더라고요. (참여자 6)

자타해위험성이 없고, 정신과약물복용으로 인한 일상생활의 어려움이 없으며, 강제입원(보호입원) 경험이 없다는 이유로 탈락되었다고 언급하였다. 이는 반대로 말하면, 정신과약물 부작용으로 일상생활의 어려움이 있어야하며, 자타해위험성이

있어야하고, 강제입원을 경험했어야만 장애등록이 될 수 있다는 것을 의미하는 가능성을 내포하고 있다. 이는 정신적 어려움으로 인해 직장, 학교, 대인관계 등의 일상 및 사회참여의 저해를 경험하고 있는 측면이 중시되지 않는 것으로 나타난다.

참여자5는 장애등록을 신청하기 위한 서류(최근 1년간의 진단서, 진료기록지)를 주치의에게 요청하였지만 증상(정신적 어려움)이 약하다는 이유로 요청이 받아들여지지 않았던 사례를 이야기하였다.

(저는 장애등록신청을) 두 번 했는데. (둘 다 탈락 되었어요.) (중략) 그 장애등록 신청하자고 했는데 주치의가 안 된다고. (중략) (이유는) 증상이 약하다고. (참여자 5)

참여자6은 정신장애판정기준에서 능력장애 측정기준의 부조리함에 대해 지적하였다.

그리고 거기 장애진단서에 써있는 내용도 이질감이 드는 게 뭐냐면 ‘혼자 배변 관리 한다’ ‘혼자 대중교통 탄다’ 이런 식으로. 제가 그렇게 질문 받았거든요 주치의한테. (중략) ‘혼자 용돈 관리 하십니까?’ 이렇게. 이렇게 몇 개 주치의가 그렇게 물어보는데, ‘참여자 6씨는 그래도 어느 정도 관리 되니까 보통이네요. 보통이네요.’ 그렇게 해주시는데... (중략) 처음에는 몰랐거든요. 근데 나오면서 생각해보니... (중략) 웬지 동떨어진 질문 같다는 게 좀 느껴졌거든요. 약간 정신과 질환적으로 질문을 해야 되는데 근데 그런 걸 질문을 하니까 약간... (참여자 6)

실제 현행 능력장애 측정기준을 살펴보면 기존의 신체적·감각적 장애의 능력장애 측정기준과 유사하게 설정되어, 정신장애의 다른 특성을 반영하지 못하고 있음이 나타난다.

현행 정신장애판정기준

장애정도판정기준

[시행 2020. 3. 18.] [보건복지부고시 제2020-59호, 2020. 3. 18., 일부개정]

능력장애 측정기준

1) 적절한 음식섭취

- 영양의 균형을 생각하고, 스스로 준비해서 먹는 음식섭취의 판단 등에 관한 능





력 장애의 유무를 판단한다.

2) 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지

- 세면, 세족, 배설후의 위생, 목욕 등 신체위생의 유지, 청소 등의 청결의 유지에 관한 판단 등에 관한 능력 장애의 유무를 판단한다. 이들에 대해, 의지의 발동성이라는 관점으로부터, 자발적으로 적절하게 행하는 것이 가능한지 여부, 도움이 필요한지 여부를 판단한다.

3) 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계

- 타인의 말을 알아듣고, 자신의 의사를 상대방에게 전하는 의사소통의 능력, 타인과 적절하게 사귀는 능력에 주목한다.

4) 규칙적인 통원·약물 복용

- 자발적·규칙적으로 통원 및 복약을 하고, 병상이나 부작용 등에 관하여 주치의에게 잘 이야기하는 것이 가능한가, 도움이 필요한가 여부를 판단한다.

5) 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위

- 금전을 독립적으로 적절하게 관리하고, 자발적으로 적절하게 물건을 사는 것이 가능한가, 도움이 필요한가 여부를 판단한다(금전의 인지, 물건사기의 의욕, 물건 사기에 동반되는 대인관계 처리능력에 주목한다).

6) 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 각종의 신청 등 사회적 수속을 행하거나, 은행이나 보건소 등의 공공시설을 적절하게 이용하는 것이 가능한지 여부를 판단한다.

## (7) 정신장애인의 지역사회 자립을 위해 필요한 서비스

인터뷰 참여자들은 정신장애인 지역사회 자립을 위해 필요한 서비스로 다음과 같은 것들을 언급하였다. 먼저 정신장애인의 어려움을 지원해줄 수 있는 정서적 지원, 동료지원, 활동지원 등의 서비스이다.

처음에 저한테 말 걸어주고, 제가 직접 적극적으로 이렇게 말하는 스타일이 아니다보니까, 누가 먼저 말을 걸어주면 말을 하기는 하는데 그래도 저도 되게 위안이 좀 되는 거 같고 그렇게 해서 조금씩 그런 저의 어려웠던 거, 그 중에 제 얘기가, 제가 하는 얘길 잘 들어주는 그런 것도 꽤 있죠. 그래서 좀 마음적으로도 심리적으로도 약간 좀 편하게 지냈었던 거 같아요. (참여자 2)

제일 힘든 게 물질적인 그런 거 보다는 옆에서 있어주는 대화할 사람이나 그런 소통해줄 수 있는 사람이 제일 필요로 하는 거 같아요. (중략) 자기 표현을 하고 싶은데 못 하시는 분들이 되게 많아요. 그래서 저도 표현을 잘 못했기 때문에 글로 써가지고 그렇게 한 거고, 그런 사람들을 위해서 옆에서 돌봐줄 수 있는? 시간 뭐 한 시간이나 두 시간이나 케어해줄 수 있는. 말벗 도우미나. (중략) 정서적으로 그렇게 하고 또 어떤 시대에 살고 있는지, 지금 너무 빠르게 지나가고 있잖아요. (참여자 7)

또한 작업장에서 정신적 어려움을 지원해주는 서비스체계 구축에 대해서도 언급되었다. 이는 정신장애인이 직장 내에서 지속적인 일을 이어나갈 수 있는 서비스라고 할 수 있다.

음... 저 같은 경우엔 그냥 다른 건 다 필요 없고요, 그냥 일을 하면서 중간 중간에 쉬는 타임이 좀, 좀 많았으면 좋겠어요. 제가 그 뭘 하면 집중을 잘 못해요. 집중을 잘 못하다보니까. (중략) 그 처음에 할 때는 뭐 굉장히 열정적으로 하는데 시간이 가면 갈수록 조금 힘들어요. (중략) 이게 조금 저 같은 경우는 복잡한데 어떤 때는 그냥 어떤 때는 계속 그 일을 시작을 하면은 계속 그것만 해요. 하긴 하는데 문제는 이게 처음, 첫날이든지 뭐 시작한지 얼마 안 된 시간 같은 경우에는 굉장히 그냥 계속 그것만 해요. 그것만 하고서 그것만 하고 이렇게 하는데. 뭐 그 다음날이든지 그 다음 시간이라든지 조금씩 이게 조금 느려지고서, 느려지고 그러죠. 점점 이렇게. (중략) 업무 하는 게 조금 이렇게 느려진대든지. (참여자 1)

이를 위해 참여자4는 정신장애인의 어려움을 이해하고 정당한 편의를 제공해주는 안정적인 일자리가 필요함을 언급하였다.

저 같은 경우는 지금 제일 필요한 게 안정적인 일자리예요. 왜냐면 제일 희망하는 게 바리스타 훈련을 제가 2015년도에 시작했어요. (중략) 저를 담당하신 사회복지사 선생님이 김○○ 선생님이셨는데, 그 분이 제가 경계성 지능장애인지는 아셨지만 제가 어떤 장애인지를 모르셔가지고 그 분이 저한테 약간 많이 조금 기회를 많이, 익숙할 수 있도록 시간을 주셨던 거 같아요. 그래서 제가 빨리 익혔고 그래서 저의 모든 걸 다 이해해주시니까 너무 편했고 저의 불안함이라든지. 물론 아까 선생님이 말씀하신, 지능이 떨어지는 거 때문에 불안이 심해지다보니까 그것도 다 이해해주셔가지고 그걸 다 감안해서. 전 여태까지 이런 직장을 만나본 적이 없었거든요. 그 전에 다 잘렸었어요. 진짜. 왜 잘린지는 잘 몰랐었어요. 그 때는. 지금은 알지만. (중략) 그러면서 약간 일반 사람들도 만나게 되고 저희 동료 선생님도 만나게 되고 그러다 보니까 (중략) 예전에는 토요일, 일요일 날 쉬는 게 너무 지겨웠는데 이제는 계속 일하다보니까 토요일, 일요일 날이 너무 소중한고. (중략) 돈을 많이 주든, 적게 주든지 그건 상관 없어요. 중요한 건, 나한테는 안정적인 일자리가 필요한데 그러기 위해서 저는 불안함을 조금, 조금 낮춰주는 게 중요하잖아요. (참여자 4)

저 같은 경우는 좀 지능도 느리기 때문에 그것 땀에 불안하니까 조금 제일 중요



한 게 이 사람은 익히는 데 시간이 조금 걸리니까 (중략) 빠리가 아니고 좀 느리더라도 이 사람이 익힐 수 있으니까 조금 시간을 주시는 게... (중략) 저는. 그러면 아마 그 사람은 아마 많이 불안을 덜 느낄 거 같아요, 제가 봤을 때는. (참여자 4)

또한 지역사회에서 정신적 어려움이 악화되는 위기상황이 발생할 때 지원해줄 수 있는 위기지원서비스가 필요하다는 의견도 제시되었다.

저같은 경우는, 저희 센터에 중증의 조현병인 분이 계시는데 남자분이고... 근데 그 분이 약간, 조현병인데 너무 증상이 심해지면 그 분이 불안이 오셔가지고 그 불안을 통제를 못하면 저한테 와가지고 전화를 해서 저한테 이렇게 해서 얘기를 하면, 불안이 조금 없어진다고 하는 거예요, 그리고 또 뭐 증상이 심해지면 결국은 병원을 가야 될 수도 있는데, 특히 명절이라든지 그럴 때는 다른 분들은 그분의 그 전화를 못 받는단 말이에요, 그러니까 제가 봤을 때는 그런 분들이 아마 그 분만 있을 거 같지는 않아요, 제가. 그 분하고 똑같은 어려움을 겪는 정신장애인들이 있을 거 같아요 그래서 그 분들을 위한... 조금 복지 서비스가 필요할 거 같아요, 제가 봐도, 그 분은 혼자 사시는 분이거든요? (중략) 제가 봤을 때는 그럴 때는 그런 비상일 때는 제가 봤을 때는 좀 필요할 거 같아요. 계속 저랑 해도, 해줄 수 있는 게 한계가 있다보니까, 제가 봤을 때는 좀... 필요할 거 같아요. (중략) 항상 그 분은 항상 자기가 증상이 심할 때 전화해요, 저한테만 전화한 것도 아니에요, 다른 분한테도 전화했대요, 담당 사회복지사한테도 전화를 했는데 안 되다 보니까, 그 때마다, 지금은 그 때는 그냥 넘겼는데, 지금 생각을 해보니까 이런 분들을 위해서는 진짜 이 분만 이런 증상이... 원래 몸이라는 것도 우리 응급실도 솔직히 말해서 갑작스럽게 일어났을 때 몸을 빨리 처치하는 거죠, 제가 봤을 때는 정신적인 부분도 응급실이라든지 그런 쪽으로 조금 복지 혜택이 있으면... (참여자 4)

마지막으로 참여자들은 지역사회 자립을 위해 필요한 주거지원서비스, 자립지원 서비스들에 대해 필요성을 언급하였다.

저 같은 경우는 약간, 원래는 ○○○라는 주거시설에 있었거든요. (중략) 저도 독립을 하고 싶어갔고 제 의사를 존중해서 가게 됐는데, 일상관리 있잖아요, 뭐, 쓰레기 같은 것도 분리수거 하는 거나 요리, 그 다음에 용돈 관리같은 것도 하고 그러면서 물론 거기 있으면서 다양한, 저랑 같은 사람들도 있으니까 그 사람들이 이랑 같이 어울리면서 뭔가 그 안에서 사회생활도 배운 거 같고 좋았던 거 같아요. (중략) 거기서 1년 있다가 나오고 다음에 T에서 운영하는 (중략) ○○라는

자립생활주택 1년 있다가 지금 독립하게 됐어요. (참여자 6)

혼자 또 독립을 해야 되고 그런 일도 있을 수가 있으니까. (중략) 만약에 어머니가 돌아가시면 저 혼자 살아야 되고 그런 생활을 해야 되니까, 그런 생각하면서 약간 걱정도 하고 그러기도 하는데. 그래서 그런... 혼자 사는 거에 대한 독립, 그런 거, 되고 싶고 앞으로 저도 직장을 좀 얻고 그렇게 해야 되겠다는. (참여자 2)

## 2) 개별 인터뷰 결과

### ① 해리성정체감장애 당사자

<표 V-4> 연구참여자의 인구학적 특징

구분	소속	성별	연령	진단명	장애등록 유무	유병기간
참여자A	A정신장애인 당사자 단체, 유튜버 활동	여	23	해리성정체감장애, 우울증, 외상후스트레스장애	무	6년

#### ※ 참여자A history

- 참여자A는 해리성정체감장애, 우울증, 외상후스트레스장애 등의 진단명을 가지고 있는 당사자임
- 해리성정체감장애로 인해 17개의 인격을 가지고 있음.
- 해리성정체감장애의 더 정확한 정보 전달 및 인식개선을 위해 개인 유튜브 채널을 운영하고 있음
- 어린 시절 할머니와의 갈등관계(학대)에서 비롯되었으며, 부모님에게는 자신의 어려움을 공개한 이후 지지적인 관계를 구축하고 있음.
- 공공기관에서 근무하다가 정신적 어려움 및 직장관계에서 어려움 등으로 인해 퇴사함.
- A당사자단체에서 이루어지고 있는 예술활동에 참여하고 있음.

### (1) 정신적 어려움이 직장생활에 미치는 부정적 영향

해리성정체감장애<sup>50)</sup> 진단을 받은 참여자A에 의하면 17개의 인격이 존재한다고

50) 2개 이상의 분리된 성격이 각각의 정체성, 특성 및 기억을 지니는 정신의학적 장애. (출처: Naver 지식백과, <https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=5676030&cid=62841&categoryId=62841>)



한다. 참여자A는 이러한 다양한 인격이 ‘전환’<sup>51)</sup>되는 과정에서 경험하는 어려움이 직장생활에 부정적인 영향을 미친다고 언급하였다. 인격의 ‘전환’은 예상이 가능할 때도 있지만, 예상하지 못할 때 급작스럽게 일어날 수도 있는데 그 상황을 인지하지 못하는 경우 어려움이 발생한다고 한다. 먼저 참여자A는 직장에서의 대인관계에서 어려움을 겪었다고 이야기 하였다.

직장을 다닐 때에 과도한 스트레스로 인해 모르던 증상들이 심해졌고 다른 인격들이, 그러니까 레미가 호스트여서 제일 많이 나오는 인격이어서, (중략) 모르는 사람이 다른 인격이나 본명의 이름을 언급하며 제 이름을 모르면서 저에게 다가오는 등 스트레스 상황에 놓이기도 하였습니다. 그러한 누구인지 물어볼 경우에 이상한 취급을 받게 되기도 합니다. (중략) (내) 안의 (다른) 인격들과 대화를 하는 거지만 이상하게 보기도 하고 다른 사람들이 (나를) 다른 이름으로 부른다는 게 그게 좀 불편한 감은 있었고 (중략) 예를들면 (중략) 제가 이제 레미라고 불리면 ‘나는 레미가 아닌데’하고 그런 부분도 있었고. (참여자A)

참여자A의 정신적 어려움 중 ‘전환’은 스트레스의 많은 영향을 받는다고 한다. 대부분의 사람들에게 직장생활은 어느 정도의 스트레스를 부여한다. 결국 이는 직장생활을 유지하는데 장벽으로 작용한다.

일을 하고 싶지만, 두 인격이 자리를 바꾸는 전환이라는 증상이 저희를 도와주지 않더군요. (중략) 또한 스트레스 상황에 놓이면 전환이라는 증상이 굉장히 많이 일어나게 됩니다. 그리하여 직장은 꿈도 꾸지 못하는 상황에 놓여버렸습니다. (참여자 A)

또한 참여자A는 직장을 다니던 중 자신의 정신질환 진단명이 공개되었고, 이로 인해 차별을 겪었으며, 그것이 결국 직장을 그만두게 되는 부정적인 방향으로 이어졌음을 이야기하였다.

직장상사에게 우울증이라는 것만을 공개한 이후로 차별을 수시로 당한 적이 있기는 했습니다. 그 때는 참아 넘겼지만 이제는 해리성정체감장애의 주요 증상들을 치료하기 위해 고통뿐이었던 직장을 그만두었습니다. (참여자A)

51) 참여자A에 의하면 해리성정체감장애를 가지고 있는 당사자의 다양한 인격이 바뀌는 것을 ‘전환’, 혹은 ‘프론팅’이라 지칭한다고 함.

정신과 진단명 노출로 인한 직장 내 상사의 차별은 폭언, 폭행과 같은 ‘직장갑질’로 이어지기도 하였다. 업무 처리 과정에서 발생하는 일들은 업무 능력으로 평가되는 것이 아닌, ‘정신질환’을 가지고 있는 그 ‘개인’의 문제로 귀결되는 것으로 나타났다.

상사분들이 저희한테 강압적으로 ‘너 뭐 문제있냐’고 자꾸 물어보시더라고요. (중략) 왜냐면은 저희가 정신과를 다닌다는 소문이 돌았었어요. (중략) 이러니까 레미가 이제 거기서 공개를 한 거죠, 그냥. ‘우울증입니다. 조금 예민할 뿐입니다. 괜찮습니다.’ 이렇게 했는데 이제 뭐만 일어나면 ‘너가 우울증이라서 이렇게 됐다’ 이렇게 하시기 시작하다가 나중에는 저희를 무시하기 시작하시고 이제 직속 상사였음에도 불구하고 저희를 괴롭히기 시작하고 어느 때는 막 출장을 갔었는데 그 분이 술을 먹으면은 좀 때리는 성향이 있는데 저희를 폭행을 하시고 막 그러셨던 적도 있어요. (참여자A)

참여자A는 정서적 어려움 때문에 정신과약을 복용하였다. 약물의 부작용으로 인해 과도한 수면, 피곤함 등이 발생하였지만 그것을 이해하지 못하고, 개인의 책임으로 돌리는 현상으로 인해 직장 내 관계는 더욱 더 악화되는 것으로 나타났다.

네가 못 참는 거다, 네가 예민한 거다. 다른 사람들 다 참는데 너는 왜 못 참냐. 약간 그런 쪽이었어요. (중략) 예를 들면 저녁에 먹어야 되는 약을 실수로 못 먹어서 아침에 먹게 되는 경우는 약을 먹으면 약간 졸리거나 비틀비틀 거러거나 그런 게 있는데 그럴 때 마다 놀리는 분들도 계셨어요. 저거 하는 거 보라면서, 막 약간 욕도 하시고 그러시는 분들도 계셨어요. (참여자A)

실제 참여자A는 정신적 어려움이 있었음에도 업무를 잘 수행하기 위해 지속적으로 노력하였다. 하지만 직장에서 발생하는 어려움의 원인이 업무능력에서의 부족함보다는 진단명을 가지고 있는 환자라는 이유에서 더 심하게 이루어짐이 나타났다.

왜냐면 저희는 약을 꾸준히 먹고 있었고 그 약 때문에 일이나 이거는 잘 수행을 하고 있었어요. 근데 이제 무슨 사건이 터지거나 하면은 이제... 뭐 ‘우울증 때문이다. 네 우울증 때문이다’라고 말을 하니까. (중략) 일을 제가 배운 일이 아니어서 못하는 경우도 있긴 하니까. (중략) 그런 경우에도 ‘너 우울증이라서 그렇다. 예민하게 반응하지 마라.’라고 하셔서... (참여자A)



## (2) 정신적 어려움이 대인관계에 미치는 부정적 영향

참여자A가 가지고 있는 해리성정체감장애는 다양한 인격이 존재하며, 인격별로 성향이 다르기 때문에 대인관계를 구축하고, 지속하는데 있어 어려움을 겪고 있다고 언급하였다.

또 다른 어려움을 말하자면 각 인격별로 성격, 사고방식, 정치적 성향 등 모든 것이 다르다보니 대인관계가 많이 어렵습니다. 특히 저희를 이해해주는 사람이 있더라도 각각의 인격들을 어떻게 대해야 하는지 몰라서 더 힘든 순간들이 찾아 오기 마련입니다. 이러한 증상들을 이해하지 못하는 사람과의 대인관계를 말할 것도 없습니다. 당사자에게 날아오는 것은 욕설과 비난, 혐오뿐입니다. 저의 증상에 대한 편견과 잘못된 정보 때문에 친구들을 만들지도 직장 상사등의 다른 사람과의 관계는 더욱 어려운 임무나 다름 없습니다. 이러한 증상들을 가지고 있는 분들은 스트레스에 취약하다보니 더 그런 성향이 나타나는 것 같습니다. (참여자A)

참여자A의 정신적 어려움은 친구들과 같은 대인관계를 형성하는데 있어서도 어려움을 미치는 것으로 나타났다. 어떤 정체성이냐에 따라서 친구와 같은 대인관계가 달라지고 거기서 오는 혼선들이 발생하는 것이다.

대인관계에서는... (중략) 지금은 제(일칠)가 호스트지만 원래 레미가 호스트였을 때에는 레미의 친구들을 어떻게 대해야 될지를 몰랐어요, 저는. 저는 항상 연기를 해야 돼요. 왜냐면은 저는 제가 일칠이라는 걸 숨겨야 되기 때문에, (중략) 근데 막상 제가 일칠이라는 걸 아는 사람들 앞에서는 저로서 행동하면은 이제 다른 사람들은 이상하게 보는 거죠. 제가 일칠이라는 걸 모르는 사람 앞에서는 그렇게 행동을 해버리면. 그러니까 저희는 대인관계에서 항상, 저는 항상 친구를 만들지 못했어요. (중략) 혹시나 우리가 전환이 되는 거를 어떤 사람이, 예민한 사람들은 눈치를 채니까 그럴까봐 대인관계는 거의 못했어요. (참여자A)

## (3) 정신적 어려움이 일상생활활동에 미치는 부정적 영향

참여자A의 독특한 정신적 어려움을 일상생활의 다양한 영역에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 예를 들어 집에서 요리를 할 때 인격의 '전환'을 경험하면서 처하게 되는 위험에 대해 언급하였다.

만약에 요리를 하고 있었는데 어린 나이 인격으로 전환이 되어버리면은 이제 요리하는 거를 까먹는다든지. (중략) 사례를 들자면은, 레미가 이제 스파게티를 해 먹으려고 그 국수를 끓이고 있었어요. 불이 켜져 있는 상황에서 이제 계빈이라는 사람으로 이제 전환이 되고 계빈은 이제 매니큐어를 칠하겠다고 매니큐어를 칠하고 있다가 파스타가 다 타는 상황이 됐었어요. 더 이제 시간이 지났으면 이제 불이 났었겠죠. 그런 상황이 있을 경우도 있고. (참여자A)

또한 인격의 ‘전환’으로 인해 신체적인 위험을 경험하기도 하였다.

저 같은 경우는 여기에 상처도 있는데, 이게 뭐냐면은, 무한이라는 인격이 산에 올라갔었어요. 어린아이 인격 하나가 산에 가고 싶다는 말을 듣고 산을 올랐어요. 그랬는데 자칼이라는 인격이 이제 거기서 산에서 뛰어내린 거예요. 그 때 안 좋은 상황이였었기 때문에 진짜 뛰어내렸어요. 양심을 품고 뛰어내렸는데 이제 상처를 입고 레미가 깨어나서 그 구급요청을 했는데 문제는 이 산이 어딘지도 모르고 내가 이 산 중턱에 빠져가지고 절벽 그런 데에서 떨어져가지고 뭘 하는지도 모르기도 하는데 구급대원들을 장난치지 말고 빨리 대라는 식으로 얘기를 하나까 위협감을 느낀 거죠. 그리고 끓고 아버지한테 전화를 해서 아버지가 구출을 해주셨어요. 아버지가 자주 다니는 산이어서 다행이죠. (참여자A)

참여자A는 이러한 ‘전환’의 어려움으로 인해 일상생활에서 활동하고, 이동하는 것에 있어 지원의 필요성을 언급하기도 하였다.

(스스로를) 컨트롤 한다고 해도 스트레스 상황에 놓이면은 그게 컨트롤이 다 무너지기 마련이에요. 그래서 항상 그 위험성은 갖고 살고 있죠. (중략) 멀리 가는 거. 혼자 그러니까 처음 가는 곳에는... 자주 가는 곳에는 괜찮은데 처음 가는 곳에는 이제 지원이 필요하죠. (참여자A)

이처럼 참여자A는 자신의 정신적 어려움으로 인해 일상생활활동에 제약이 존재하고, 이는 결국 거의 집에서 지내는 고립으로 이어지는 것으로 나타났다.

집에서 활동을 하죠. 밖을 잘 못나가요. 왜냐면은 누가 언제 나올지 몰라가지고. (중략) 가끔 혼자... 그러니까 안전하다고 생각하면 혼자 가고. 전환기가 없으면 혼자 가고 전환기가 있으면 그냥 안 나가요. (참여자A)





#### (4) 상담치료 등의 비용부담으로 인한 경제적 어려움 발생

현재 참여자A의 경우 해리성정체감장애로 인해 상담치료(최면상담)를 이용하고 있으며, 우울증에 대해선 정신과약을 복용하고 있다고 한다. 자신에게는 상담치료가 가장 많은 도움이 되지만 회기 당 약 9만원으로 비용에 대한 부담이 발생함을 언급하였다.

치료비가 많이 들기는 하죠. (중략) 치료비에서 상당부분 나가는 거 같아요. 제 생각에. 제 약 값하고 치료비용하고 상담사 알아보는 비용하고 그게 많이 나가서 제가 보태지를 못 해가지고 많이 힘들어하고 있죠. 저로서는 보태야하는데 보태지를 못 하고 있다는 생각이 많이 죄책감이 많이 들어요. (참여자A)

그리고 이러한 경제적 부담으로 인해 독립하지 못하고 부모님께 의존할 수 밖에 없는 상황에 대해 호소하였다.

현재는 부모님의 지원 없이는 제 상담비와 치료비를, 그리고 검사비를 감당할 수가 없어서 경제적으로 독립할 수도 없는 상황입니다. (참여자A)

참여자A는 이와 같은 경제적 어려움에서 벗어나기 위해 취업을 지속적으로 시도하지만 여전히 정신적 어려움과 사회적 낙인의 상호작용 속에서 어려움을 겪는 것으로 나타났으며, 심지어 부조리한 해고를 경험했다고 이야기하였다.

(일자리) 지원은 계속 하고 있는데 뽑아주지는 않더라고요. 그리고 뽑혀서 갔다 해도 결국은 제가 해고를 당하든가 아니면 저희 행동 때문에 해고를 당하든가 아니면 저희가 결국은 나오고 그러고 있어요. (중략) 디자인하고 영상제작 그거 때문에 취업을 했는데 거기서 이제 소리 지르시는 상사 분이 한 분 계셔서 지고 그냥 소리 지르시는 분이셨어요. 그게 이제 스트레스가 되고 그 때 증상이 심해져서 어린 아이 인격들이 많이 나왔었어요. 그러니까 이제 그 행동들을 보고 ‘너 문제 있다 나가라’해서 해고를 당했었어요. (참여자A)

(5) 해리성정체감장애와 같은 어려움을 경험하는 당사자를 위해 필요한 지원

참여자A는 해리성정체감장애와 같이 흔하지 않은 정신적 어려움을 겪는 당사자를 위해 다양한 지원이 필요함을 언급하였다. 먼저 이러한 당사자도 취업을 할 수 있는 일자리 및 교육서비스가 필요하다고 이야기하였다.

직업적으로 지원이 된다면 경제적 지원도 해결되는 것이라 생각합니다. 일을 하면 아주 천천히 진행될 것이지만 조금씩이라도 스트레스에 대한 자신의 취약점을 해결하며 살아갈 수 있을 것이라 생각합니다. (참여자A)

교육과 더불어 당사자에게 적합한 일자리에 접근할 수 있는 정보제공도 필요함이 언급되었다.

교육 목적으로 이제 지원이 있었으면 하기도 하고, (중략) 취직 이런 거 같은 경우는 이제 그쪽 뽑는 이제 정신장애인들은 잘 안 뽑지만 원래도 장애인 쪽으로 뽑는 쪽을 알려준다고 아니면 좀 더 생활하기가 편한 이런 정신장애인들로서 스트레스가 적은 일자리를 좀 알려준다고 이런 지원이 있었으면 좋겠어요. (참여자A)

참여자A는 취업을 위한 교육을 제공하는데 있어, 자신과 같은 정신적 어려움의 특성을 고려할 필요가 있다고 언급하였다.

만약에 저는 좀 다르지만, 저의 일침이는 좀 다르지만 저는 해리환청은 안 들리거든요. 근데 해리환청이 들리는 경우에는 말을 막 걸고 그러는. 말을 건다기 보다는 안에서 대화를 나누는 게 들려요. 그러면은 이제 집중하기가 어려워지니까. 만약에 그게 들리는 분들이라면은 이제 힘들겠죠. 이런 강의식으로 하는 거를 따라잡기가 힘들겠죠. (중략) 인격별로 다 달라요. 저는 해리 환청이 없고 레미같은 경우는 해리 환청이 심했고. (참여자A)

참여자A의 경우 직장 내 대인관계에서 발생하는 어려움이 주요함을 강조하였다. 이러한 특성들을 고려하여 작업장 환경을 구축하는 것이 주요한 과제라고 할 수 있다.



그냥 간단하게는 소리를 지른다는가 욕설을 한다는가 그런 거만 없어도.. (중략) 일부러 더 가족 같다고 하면서 더 친하게 구는 거는 저희한테 좋은 영향을 끼치지 못하거든요. 왜냐면은 결국에는 모르는 사람이 저희한테 접근하는 거나 다름이 없으니까. (중략) 저는 사람들에게 피해를 안 주려고 하는데 오히려 그 사람들이 저한테 와서 다가오는 거는 막을 수가 없다보니까 그거 때문에 제가 스트레스를 받으면 또 피해를 주는 거 같아가지고 제가 거기에 미안할 때도 있고 그러는데 결국에는 뭐 서로 감정만 안 좋아지는 약간 그런 게 되어버려서. (참여자A)

예를 들어 참여자A가 참여하고 있는 A당사자단체의 동료들의 반응은 기존 다른 곳에서 경험했던 것과 달랐다고 언급한다. 이른바 자신의 정신적 어려움도 아무렇지 않게 생각하는 자연스러운 분위기가 형성되어 있는 것이다. 그리고 이것이 자신의 마음 상태를 편하게 하는 것에도 영향을 미침을 이야기하였다.

(동료들의) 반응이 다를 건 없어요. 그냥 평범하게 대해주세요. 저도 뭐 다를 거 없다, 그냥, 그 때 나올 때마다 그냥 그 인격이, 그 인격 이름을 불러주고, 제가 일칠이니까 제가 '일칠이에요'하면 일칠이라고 불러주시고 (중략) 그냥 다른 사람이 와도 그냥 다른 사람이 문 열고 들어온 것처럼 '안녕하세요, 누구님' 이렇게 얘기해주시고. 네. 편하게 지낼 수 있어요. (참여자A)

참여자A는 해리성정체감장애의 경우 일반적으로 어린 시절 경험한 트라우마들에서 비롯되는 경우가 많으므로 필요한 복지서비스로 상담치료 비용에 대한 지원을 언급하였다.

레미가 쓴 거는 적합한 상담사를 찾을 때까지 라도 의료적인 지원이 필수라고 생각하며 치료비용에 대한 지원이 필요하다고 생각합니다. 해리성정체감장애는 유아기 학대에 의해 발생하는 경우가 많습니다. 그만큼 고통을 받는 사람들이기에 이는 치료를 받을 때까지라도 지원을 받는 것이 적합하다고 생각합니다. (참여자A)

참여자A 또한 정신과진단명을 부여 받고, 정신질환자로 살아가면서 경험한 스티그마와 부정적인 편견에 대해 문제를 제기하였고, 이를 위해 정신장애인에 대한 인식개선이 필요함을 이야기하였다.

정부와 미디어는 등록이 되었든 안 되었든 정신장애인들을 범죄자로 인식하고 있고, 국민들이 범죄자로 인식하도록 만들고 있습니다. 심지어 일부 국민들과 정부는 우리를 예비범죄자로 취급하고 있습니다. 가장 먼저 해야 할 것은 인식 개선이라고 생각합니다. (참여자A)

또한 참여자A는 해리성정체감장애를 가지고 있는 대다수의 당사자는 ‘학대피해’와 같은 트라우마를 경험하였다고 이야기한다. 이러한 학대의 상황에서 당사자가 보호받을 수 있는 권익옹호서비스도 필요함을 언급했다.

그게 문제인 거 같아요. 그 가해자랑 자꾸 살게 되잖아요. 일단. 해리가 있다는 거 자체가 사람들이 이제 부모의, 뭐 부모나 할머니나 같이 살던 사람한테 학대를 받다가 이렇게 해리가 생기는데 근데 해리가 생기는 순간 이게 기억을 못 하니까 이게 가해자인 걸 모르거든요. 근데 계속 그 학대는 계속 받고 있고 그러니까 그 인격이 계속 많아지고 그러는데. 그거 땀에 같이 그렇게 좀 그런 학대가 있으면 좀 분리돼서 살 수 있으면 좋기는 한데 그게 좀 어려우니까. 지금 독립도 못하는 상황에서 아이들이 뭐 검사도 못 받고 지원도 못 받고 치료도 못 받고 그런 상황이니깐 그게 좀 불편한 거죠. (참여자A)

이처럼 일상생활에서 많은 어려움에 직면하고 있는 참여자A에게 장애인등록은 하나의 대안이 될 수도 있다. 하지만 참여자A는 자신의 진단명이 정신장애등록 범주에 해당되지 않기 때문에 자포자기한 상태로 나타났다.

어차피 저희는 법에 해당이 안 되니까... (중략) 왜냐면은 등록장애인을 한 번 찾아봤었는데 거기에 어차피 해당이 안 된다고 나오더라고요. 그래서 어차피 해당 안 되는 거 찾아볼 필요 없다, 그러고는 치료나 집중하자 그렇게 해서 한 번 본 적은 있어요. (참여자A)

그럼에도 만약에 자신의 정신적 어려움이 정신장애등록 신청 자격을 가지게 된다면 시도를 하겠다는 욕구를 내비쳤다.

저는 (장애등록) 할 거 같아요. (중략) 일단 저는 확실하니까. 제가 무슨 상황인지 확실하고 그리고 뭘 해야 되는지도 아니까. 저는 할 거 같아요. (참여자A)



## ② 뚜렛증후군 당사자

<표 V-5> 연구참여자의 인구학적 특징

구분	소속	성별	연령	진단명	장애등록 유무	유병기간
참여자B	일용직	남	50	뚜렛증후군	무	39년

### ※ 참여자B history

- 참여자B는 현재 일용직 건축업에 종사하면서, 부모님 농업을 돕고 있음.
- 초등학교 시절 집이 이사를 가면서 낯선 생활에서 오는 스트레스, 그리고 학교에서 따돌림을 경험하면서, 뚜렛 증상이 시작되었다고 함.
- 이후 치료라는 명목 하에 굶도 하고, 안수기도 등을 경험하였지만, 나아지지 않았고, 정신병원의 약물치료를 약 20년간 이용하였다고 함. 그러나 약물복용 이후 과도한 수면, 무기력, 몸무게 증가, 입 마름 등의 어려움이 발생하여 약 10년 전 정신과약물 복용은 중단하였다고 함.

### (1) 뚜렛증후군으로 인한 일상생활 어려움 발생

참여자B는 뚜렛증후군으로 일상생활의 다양한 영역에서 어려움을 겪고 있다고 토로하였다. 먼저 이동하는데 필요한 자동차, 바이크 등 교통수단을 직접 이용하는데 어려움을 겪는다고 언급하였다.

아예 운전을 못하고 오토바이, 자전거도 아예 못하고 (중략) 다른 생활은 가능하네 뭐 예전에 덜 심할 때는 뭐 스포츠도 많이 하고 했거든요. (중략) 오토바이도 타고 다 했긴 했는데 지금은 전혀. (참여자B)

이를 위해 참여자B는 어쩔 수 없이 대중교통을 이용해야하지만, 그 과정에서도 어려움이 발생하였다. 바로 뚜렛증후군을 바라보는 일반 대중의 편견어린 시선이었던다.

돌아다닐 때 어차피 대중교통밖에 안 되니까는 버스 같은 거 타고 이동할 때 눈초리 계속 의식이 되고 남들이 의식을 안 하는데 저는 그게 있잖아요. 자격지심 이런 게. 저를 안 보는데도 보는 거 같은 그런 느낌. (참여자B)

참여자B는 이런 부정적인 시선에서 벗어나기 위해, 임시방편으로 비용을 더 투자하여 교통편을 이용하기도 하였다.

정 심할 때는 이제 아예 고속버스 같은 거 탈때는 앞뒤를 다 끊어버리지, 제가 좌석을. 탄 사람 못 앉게. 그런 적도 있었고, 일단 제 바로 둘레에 없으니까, 사람이. 그런 적도 있고요. (참여자B)

이처럼 뚜렛증후군에 대한 타인의 부정적인 시선은 대중교통 이용뿐만 아니라, 은행, 극장, 백화점 등과 같이 지역사회 내 다양한 편의시설을 이용할 때 어려움을 야기하였다. 심지어 백화점을 이용하다가 다른 고객의 신고로 강제로 쫓겨난 적이 있다고 언급하였다.

주변에 조용하면 자기가 더 눈에 띄니깐요. 소음이나 뭐 소리가 그래서. (중략) 조용한 데는 더 안 가져요. 오히려. 은행 같은 데 붙일 있으면 바로 갔다가 나오고 요새는 거진 폰으로 다 처리가 되니까는 완전히 특별한 일 아니면은 안 가지니까. 극장은 아예 꿈도 못 꾸고 몇 년 전에. 대중 백화점도 아예 꺼리고 있고요. 예전에 백화점에서 쫓겨난 적이 한 번 있어갖고. 그 경비한테, 보안요원한테. (중략) 그 행동 때문에 사람들이 싫어한다고, 고객이 싫어한다고. 한 10년 된 거 같아요. 그게. (참여자B)

참여자B는 일상생활활동에서 오는 스트레스가 뚜렛증후군에 많은 영향을 미침을 이야기하였다. 이 과정에서 자기관리의 어려움을 발생하고, 그것이 가끔 자해로 이어지기도 함을 언급하였다.

그냥 스트레스 받으면 (틱 증상이) 심해져요. 긴장할 때. 기분 좋은 쪽으로 긴장을 하면은 그건 별로 지장이 없는데 기분 나쁜 쪽으로 긴장을 하거나 스트레스를 받으면 확 심해져요. 막 머리가 터져나가는 정도 그러니깐 고통이라고 그래야 되나? 순간적으로 확 오를 때가 있어요. 가끔. 그거 때문에 막말로 손 다친 적도 몇 번 있었고요. 집에서. 제 방이 창문에 유리창이 없어요. 제 방 창문은 유리창이 아예 없어요. (중략) 예전에 다 박살 내가지고 탄 걸로 막아 뒀어요. (중략) 원래 틱이 자기 모르게 자기 모르게 나오잖아요. (중략) 하도 오래하다 보니까는 나오는 거 인지를 해요. 자기가 하고 있구나, 인지가 돼요. 근데 참을 수가 없어, 일단은 그 행동은. (참여자B)

또한 뚜렛증후군의 경우 통제하지 못하는 행동이 나올 수 있는데, 이는 군복무



시 위험을 초래할 수도 있다. 그러나 뚜렛증후군을 겪고 있는 당사자는 제외병명에 포함되지 않으므로 군복무를 해야 하기 때문에 발생하는 애로사항에 대해서도 언급하였다.

틱은, 틱 갖다가 진단서 뜯어가도 안 돼요,, 소용이 없어요 법이 그런데, 가라는 데 뭐. (중략) 차라리 아킬레스건이 끊어지면 안 가도, 틱이면 가야 된다고. (중략) 요새도 거의 가는 걸로 알고 있어요, 아예. 제외 대상 분명히 들어있지 않아 갖고 뭐 가서 막말로 의가사로 빠지든 사고를 치든. 뭐 저 세상 가는 사람도 있고 그런 소리 듣긴 들었어요. (중략) 충기난사 같은, 그러니까 오발 그런 것도 있는데 어차피 가야 돼요. 지금 현재로까지는. 그 병명에 안 들어있으니까,, 제외 병명에. (참여자B)

## (2) 뚜렛증후군으로 인한 직장생활의 어려움 발생

참여자B는 뚜렛증후군으로 인해 직업을 선택하는데 많은 제약을 경험하였다. 결국에는 현장 일용직으로 근무를 하였지만, 이곳에서도 장애에 대한 시선과 편견에서 비롯된 차별을 경험하기도 하였다.

현장가면 특히 위험한 공구를 많이 다루니까는 잘못해서, 잘하는 사람도 절단 사고 날 수도 있고 그런데 (중략) 저도 어지간한 거는 다 하나까... 근데 주변에서 이제 거기 탐장이나 소장, 관장들이 보면은 '저 사람 가라고 이제 안 되는 거잖아요. 그래갖고 못 가는 현장도 많고. (중략) '다들부터 오지 말라'고 딱 그 소리 들어봤는데, 저희 인력사무소 사장님한테. 위에 사람들이 바로 사고 날 거 같고 위험하니까. (참여자B)

참여자B는 뚜렛증후군으로 인해 직장생활에서 신체적인 위험성도 있었음을 언급하였다.

정신적으로는 (뚜렛증후군에 대한) 시선이고 육체적으로는 그거 일 때문에 제가 잘못하면 죽을 수도 있는 그런 거. 하얀 반반인 거 같아요. 막말로 옆에 바로 380볼트, 480, 그게 그냥 둘이서는 지나가는데 잘못해서 손을 이렇게 벌리면은 제가 그냥 그 자리에서 아웃인데. (참여자B)

이처럼 뚜렛증후군으로 인해 직장생활을 지속하지 못하고, 이는 일정 수준의 소득을 지속적으로 유지하는데 어려움을 야기하였다.

예전에 직장도 다녔는데, 덜 심할 때는. 지금은 아예 직장, 고정이 없고 여기 갔다 이 현장 갔다 저기 갔다 그런 식으로 하니까 조금... 이게 소득의 불규칙이 심하죠. 벌 때는 조금 벌었다가 아예 못 벌 때 장마 때는 아예 일이 없으니까. 비 오고 하면 바깥에 현장은 일을 못 하잖아요. 그게 조금 불편하죠. (참여자B)

결국 참여자B는 뚜렛증후군으로 인해 직장에서 해고되는 경험을 하기도 하였다.

그 때도 이게(뚜렛증후군) 좀 심해져서 그만두긴 했죠. (중략) 그런 거 있잖아요. 일을 조금 하기 위함스러워지고 이 사람이 만들면 자꾸 불량이 나오고 하니까는 그 행동 때문에, 이제 그런 식으로 되게 된 거죠. (참여자B)

참여자B는 뚜렛증후군으로 인해 일자리 지원에서도 제약에 직면하기도 하였다. 행동틱으로 인해 손가락을 자주 사용해야 하는 사무직 등에는 지원하는데 어려움을 겪은 것이다.

아, 사무직 아예 안 돼요. 타이핑 조차도 힘들니까, 타이핑이. 현장이나 그러니까는 사무직이 아닌 바깥에서 일단은. 현장, 공장이나 뭐 그런쪽. 좋게 말하면 오피스 아닌 엔지니어쪽. (중략) (타이핑이 어려운 이유는) 행동틱 때문이라고 볼 수 있죠. (참여자B)

또한 참여자B는 지속적으로 일자를 모색하였지만, 면접과정에서 뚜렛증후군으로 인한 부정적인 시선 때문에 탈락하거나, 혹은 자차를 이용하지 못한다는 이유로 면접에서 탈락하는 경험을 가졌다고 이야기하였다.

4-5년 전 까지만 해도 시청에서 해주는 뭐지? 고용안정센터인가? 거기가서 배운 게 전기쪽이니까는 관리직 기사로 계속 알아봤는데 아예 연락이 없어요. 그리고 면접 보러 두어번 갔다가 안 된 적도 있고 (중략) 그거 때문에. 틱 때문에 안 된다. 실무보다도 그 행동이나 그런 거 때문에 안 된다. 출퇴근하기 불편하니까 차없어서 안 된다. 그런 식으로, 거진 통근버스 없는 공장들이 많거든요, 영세한 데는. 그래서 그거 정도... (참여자B)





### (3) 뚜렛증후군을 이해하지 못하는 타인과의 관계에서 발생하는 어려움

참여자B는 자신의 뚜렛증후군을 이해하지 못하는 타인과의 관계에서 어려움을 겪었다고 토로함. 심지어 자신의 부모님들조차 아직까지 완전한 이해가 없음을 언급하였다.

부모님들이 이해를 잘 아직까지도 안 해주시는 거 같아요. 그게 조금... (중략) 공부를 아예 안 하나봐요. 공부를 아예 안 하시나봐, 그쪽으로. 신경도 안 쓰시고 그런 식. (중략) 왜 맨날 지나고 아버지 지론이 그래요. 다리뼈 부러지면 가만히 있으면 붙어서 낫고 암 걸리면 산에 가서 요양하면 낫는데 너는 왜 그 모양이냐. (참여자B)

결국 뚜렛증후군에 대한 정보의 부재가 이러한 관계에서 발생하는 어려움의 원인일 수 있다는 의견이 제시되었다.

(뚜렛증후군에 대해) 아예 지식도 없으셨고 인터넷은 아예 없었고 텔레비전에서 그런 거 나오는 곳도 없고. (참여자B)

### (4) 뚜렛증후군을 경험하는 당사자에게 필요한 지원

참여자B의 경우 지속적인 삶을 위해선 일정 소득이 필요하다고 언급하였다. 그러나 장애등록은 소득보전에서 특별한 혜택이 부족하므로 큰 매력을 느끼지 못하는 것으로 나타났다.

장애판정을 받을 수 있다고 돼도 받기는 싫어요. 아예. 지원쪽으로 나오는 것도 없고. 혹시 그거 당연히 아시겠지만은 만약에 척추가 날라가서 휠체어 타면은 장애연금이 나오죠. 한달에 만약에 100이 나온다고 보잖아요. 일을 해서 세무서에 소득이 100이 잡히면 안 나와요. 아예. 50만원이 잡히면 50만원. 그래서 아예 받고 싶은 생각도 없어요. 그거가 된다고 그래도. (참여자B)

또한 참여자B는 자신의 경우 장애등록 이후 이용할 수 있는 간접적인 혜택에 대해서도 뚜렛증후군으로 인해 실질적인 혜택이 부족함을 드러내기도 하였다.

그걸(장애등록) 신청을 해서 굳이 꼬리표 달 필요는 없는 거 같아요. (중략) 저한테는 피부에 와 닿지가 않아요. 운전 안 하죠? 틀게이트 할 필요 없죠. (중략)

극장 아예 못 가죠. 가서 난리친 적이 한 번 있어갔고, 주변에서 그거 때문에.  
(참여자B)

참여자B는 뚜렛증후군에 대한 사회의 인식개선과 편견해소가 가장 중요하고 필요함을 강조하였다.

사회적으로 그냥 눈초리만 바뀌었으면 좋겠어요. 예전에 ○○ 그 친구 때문에 많이 바뀌긴 했는데. 옛날에 인간극장인가? ○○라고 가족 다 오픈하고 얼굴 다 오픈하고 입에 테이프 막고 다닌 친구 있었죠. 텔레비전 나왔어요. 몇 번, 몇 회 나왔어요, 예전에. (중략) 가족들 다 오픈하고 지는 이렇다 하고 2,, 3회분 출연한 적 있었어요. 자기가 틱이라고 뚜렛이라고 그거 때문에 사회에 좀 많이 알려지긴 했죠, 그 친구 때문에. (참여자B)

이처럼 뚜렛증후군의 사회적 인식이 개선되면 생활하는데 도움이 될 것이라고 언급하였다.

제가 다니기 편해지는 것 뿐인 거 같아요. 바깥에 일상생활도 돌아다닐 때 남의 눈초리 안 받고 좀 편히 다니고 있을, 그 정도 바라는 거 같아요, 지금 저는.  
(참여자B)

### ③ PTSD(외상후스트레스장애) 당사자

<표 V-6> 연구참여자의 인구학적 특징

구분	소속	성별	연령	진단명	장애등록 유무	유병 기간
참여자C	P 당사자단체	남	46	PSTS, 반복성우울장애, 감정조절장애, 공황장애	무	3년



※ 참여자C history

- 참여자C는 고교 졸업 후 전기설비 영역에서 일을 함.
- 30대에 납치를 경험하여 10년 간 폭행을 당하면서 원양어선에서 강제노역을 당함.
- 금어기 시기에 염전에서 강제노역을 경험하던 중 스스로 탈출을 시도함.
- 탈출 이후 환청과 망상 등을 경험하였고 서울역에서 노숙인으로 생활하게 됨.
- 몇 차례의 자살시도 이후 정신의료기관에 행정입원되었고, 2년 정도 입원치료를 받음.
- 참여자C는 20대에 결혼하여 자녀도 두었으나, 10년 간의 감금생활로 인해 가족과 단절된 상처를 가지고 있음.
- P당사자단체 권익옹호서비스를 통해 병원 밖으로 나오게 되었고, 현재 P단체 동료지원가로 활동하고 있음.

(1) 또 다시 반복된 수용생활로 인한 트라우마의 반복

참여자C는 30대에 ‘납치’와 ‘강제수용’이라는 큰 트라우마를 경험하였다. 강제노역 중 힘겹게 탈출하였지만, 지역사회에서 또 다시 많은 어려움과 부딪치게 되었다. 불안정한 주거와 빈곤의 상황에서 노숙인으로 생활하던 중 정신적 어려움(환청, 망상 등)을 겪게 되었으며, 이후 몇 차례 자살 시도를 하고 정신의료기관에 강제입원되었다. 이러한 상황에 대해 참여자C는 또 다시 수용된 것 같았다고 표현하였다.

제 기분은 어떤 기분이었냐면, 겨우 도망 나왔더니 나라에서 다시 가둔다는 생각을 해서 되게 제가 거부를 했던 기억이 있어요. (참여자C)

참여자C는 이후 약 2년간 폐쇄병동에서 입원치료를 받았으며, 이 시기의 경험들에 대해 힘들었음을 이야기하였다. 또 다른 추가적인 트라우마가 발생한 것이다. 먼저 강제입원 이후 강제적인 약물투여 및 격리·강박에 대한 경험을 언급하였다.

의사랑 한 5분 정도 얘기를 했는데 약물을 주면서 올라가라고 하더라고요. 그래서 받아들이기가 힘들었어요. 이렇게 거부를 했더니 저도 결박하더라고요. 결박하고 그 다음에 주사제를 놓고 그렇게 해서 지냈다가 나중에 이제 제가 약물도 거부하니까 계속 치료를 거부하면 계속 강제가 되니 그러지 말고 좀 받아들이라는 식으로 한 분이 와서 설득을 해주시더라고요. (참여자C)

참여자C는 정신의료기관에 입원되어 있는 과정에서 자신이 강제로 복용하는 약물에 대한 정보를 요구했지만, 받아들여지지 않았고 오히려 격리를 경험했다고 이

야기하였다. 이후 그는 스스로 자료를 구해서 학습한 후 자신의 권리를 요구하고 새로운 방향을 모색하게 되었다고 언급하였다.

또 요 때에 무슨 일이 제가 있었냐면, 제가 먹는 약이 무슨 약인지 궁금하니까 알려달라고 했더니 그냥 주는대로 먹으라는 식으로 얘기를 하더라고요, 간호사가. 그래서 처음에는 그거를 받아들이고 이렇게 거기 병원에 안내책자들 보면은 그런 것들에 대해서 알려주게 돼있는 권리들이 있는데 아니 이게 있는데 왜 안 알려주냐, 알려달라, 그랬더니 '자꾸 이러시면 보호사들을 부르겠다'하더라고요. (중략) 그분들을 부른다는 얘기는 다시 그 CR실에 가둔다는 얘기거든요. 독방 같은 데. (중략) 그래서 그거에 대해서 항의하다가 안 돼가지고 한 번 갇히고 다시 나와서 보건복지부에 이제 사회복지사 분께 부탁을 해서 책자를 구해다가 공부를 했죠. 그래서 법령도 있고 이런 거 이제 들이밀고서 따지니까 나중에 원 무과에서 부장님이 부르셔서 전체적인 얘기를 다시 해봐라 해서 쪽 말씀을 드렸고 내가 이러이러한 취급을 당했으니 나는 사과를 받고 싶다, (중략) 어쨌든 그렇게 해서 해결은 좀 봤고 그 때부터 좀 복지에 대해서 관심을 가졌죠. (참여자 C)

또한 입원치료 과정에서 참여자C는 자신의 외상을 설명하는데 있어 어려움을 겪었다. 실제 납치와 강제수용되어 강제로 노역을 했다는 경험은 충격적이다. 그러나 이런 이야기를 꺼냈을 때 정신과적 증상(망상)으로 인식되어서 힘들었다고 이야기하였다.

저는 이런 경험을 해가지고 뭔가 의사분들한테 이야기할 때 이걸 망상으로 생각하시는 의사 분도 계셔가지고 (중략) 그래서 설명하는데 한참이 걸렸어요. (참여자C)

참여자C가 정신의료기관 폐쇄병동에서 퇴원하는데 있어서 당사자단체의 권익옹호서비스 역할이 작용했음을 언급하였다. 지역사회로 나온 이후 자신에게 도움을 준 당사자단체의 동료지원가로 근무하면서 자립에도 주요하게 작용하였음을 이야기하였다.

나올 결심을 할 수 있었던 거는 ○○○이었거든요. 동료지원가로 일할 수 있어서... 제가 사회복지사 선생님을 통해서 이런 일이 있다고 얘기를 들었고 제가 관심을 갖고 있던 일이어서 이렇게 자꾸 공부를 하다보니까 공부만 하지 말고



직접 이렇게 받아보라고 추천을 해주셔서 ○○○에 다른 동료상담가 분께 이제 동료지원을 받게 됐죠. 받으면서... (중략) 그렇게 인연이 됐었고 제가 조금 괜찮아져서 ○○○에서 운영하고 있는 자조모임 참석하다가 이제 거기서 동료지원 활동할 수 있게 문을 열어주셔가지고 그래서 참여하게 됐어요. (참여자C)

## (2) 일상생활에 어려움을 미치는 PTSD와 과도한 정신과약물치료

참여자C의 PTSD는 일상생활의 다양한 영역에 부정적인 영향을 끼치고 있었다. 우선 사람들이 많은 곳에 가는 것을 방해하였으며, 이는 대중교통을 이용하는데도 어려움으로 작용하였다. 또한 사람들이 많은 곳에서는 호흡이 힘들어지고, 환청이 들리면서 어려움이 발생하였음을 이야기하였다.

저 같은 경우는 낯선 사람들이 제일 힘들었고요, 그러니까 회사를 가기 위해서 움직이는 거리라든가 대중교통을 이용한다든가 할 때 힘들었고요. (중략) 처음에 숨쉬기가 힘들어지더라고요, 그리고 소리가 들리고 환청같은 게 들리는 거죠. 저 사람들이 쭉덕 거리는 게 다시 저를 데려가기 위한 그런 이야기를 한다든가. 그러면서 뭐 도망을 가라는 소리가 들리기도 하고, 멍청 멍청 하게 되는 거죠. 길을 가다 보면, 특히 남자분들이 한 서너분만 모여있으면 아예 움직일 수 없을 정도가 됐었는데 지금은 이제 좀 제 스스로가 좀 많이 컨트롤 하고 있어가지고 좀 괜찮아요. (참여자C)

납치와 강제수용 과정에서 오랫동안 남성들과 경험하며 발생한 참여자C의 PTSD는 대인관계, 특히 남성들과의 대인관계를 형성하는데 어려움을 끼치는 것으로 나타났다.

일단 사람하고 관계 맺는 게 조금 힘들구요, 새로운 사람 만나는 것도 힘들고... 그 분들이 당사자면 그래도 괜찮은데 그렇지 않은 분들 같은 경우... 특히 남자들은 같은 경우는 저같은 경우 힘들었고 너무 힘들면 뭔가 공격적으로 제가 나오더라고요, 그래서 그런 부분을 조금 생활하는 거에 되게 불편했었고 (참여자C)

참여자C의 PTSD는 일을 구하고, 일을 지속하는데 있어서도 어려움을 미치는 것으로 나타났다.

주말마다 알바를 해봤거든요. (중략) 일단 생각처럼 안 되더라고요, 능력이 많이

떨어지고 더군다나 제가 힘든 부분은 몸을 굉장히 많이 떨고 있는데 이게 뭔가 일을 할 때 지장이 많이 되니까 안 되겠더라고요. 그래서 일을 작업을 이렇게 해서 제시를 할 수는 있겠지만 제가 직접 하는 건 한계가 있더라고요, 나와서 해보니까. (참여자C)

참여자C가 일을 하는데 있어, PTSD뿐만 아니라 과도한 정신과약물복용이 미치는 부정적인 영향도 존재했다. 약물로 인해 과도한 졸음, 집중력 저하, 몸 떨림, 건망증 증가 등의 현상이 나타났고 이는 생활을 유지하는데 어려움으로 작용했다.

많이 있죠. 어쨌든 낮에 너무 많이 졸리고. 이야기를, 대화하다가도 집중력이 자꾸 떨어지니까 뭐 얘기했는지 잘 모르고 힘들죠. (중략) 저 많이 떨어요. 몸 자체가 많이 떨어요. (중략) 이거를 정확히 얘기해주시는 선생님이 아직까지 없었어요. 이거 떠는 이유도. (중략) 부작용 중의 하나죠. 집중력 떨어지는 거, 손 떨림, 그 다음에 깜박이는 거. 깜박깜박 잊는 거. 잘 잊어요. (참여자C)

이처럼 과도한 약물치료가 일상생활의 장벽으로 작용하였고, 참여자C의 경우 외래치료 기관을 옮기면서 약물을 감소하면서 일상생활을 하는데 오히려 긍정적으로 작용하였다고 언급하였다.

제가 최근에 병원을 바꿨거든요. 병원을, (중략) 제가 먹었던 약 34알을 보여드렸더니 이거 먹고 안 죽냐고 물어보시던데요, 의사선생님이. 그러면서 지금 12알로 줄여주셨어요. 그리고 용량들도 여기서 100mg 짜리가 들어간 게 있으면 25mg로 다 줄였고요. (중략) 근데 이렇게 먹고, 이렇게 먹고 차이가 없어요. 오히려 이게 더 편해요. 일상생활 하는 데는. (참여자C)

### (3) 주변 환경의 열악함으로 인한 PTSD의 발현

참여자C의 PTSD는 주변 환경의 열악함과 상호작용함으로 더 강화되기도 하였다. 먼저 열악한 주거환경이 PTSD의 발현에 영향을 미친다고 이야기하였다.

지금은 제가 고시원에 살고 있는데 위낙에 좁으니까... (중략) 바다, 배에서 잤던 그 환경하고 그 좁은 환경이 비슷하다보니까 뭔가 이렇게 망상들이 계속 돌아가더라고요. 집에... 차라리 나와있는 게 더 편하지. 집에 있으면, 집이라고 할 수 있는 데가 거기밖에 없으니까 거기 있으면 더 힘들어지는 거죠. 잠을 잘 못 자게 되고... (참여자C)



참여자C는 이를 위해 다른 주거(임대주택 등)를 모색하였지만, 경제적 어려움으로 인해 주거이전이 쉽지 않았음을 이야기하였다.

지금 전세임대 얻으라고 이야기는 들었는데 이걸 또 제가 찾다보니까... 대부분 LH는 안 해주려고 하고 집주인들이. 아니면 받아준다고 하더라도 월세를 내라고, 반전세처럼 만들어서. (중략) 그러면 한 30만원, 40만원 부담하게 되더라고 요. 그것도 뭔가 안 맞는 거 같고. (참여자C)

또한 참여자C는 주거복지서비스 관련 정보 자체에 접근하는 것이 쉽지 않았다고 언급하였다.

대부분 ○○○ 뿐만 아니라 ○○도 마찬가지고. (중략) 저희들을 연결해줄 수 있는 곳은 없어요. 그리고 저희한테 먼저 정보가 오는 것도 아니고 이런 걸 알아보려면 저희가 개인적으로 다 알아봐야 돼서. 대부분 정신장애인들이 다 그래요. (참여자C)

현재 국내에서 가장 보편적으로 구축된 정신건강전달체계는 정신건강복지센터라고 할 수 있다. 하지만 참여자C는 자신과 같이 정신적 어려움을 경험하고 있는 사람들이 필요한 복지서비스를 이용하는데 있어 기존 정신건강복지센터의 한계에 대해서도 언급하였다. 연계체계에 대한 부족, 그리고 서비스 자체에 대한 부족에 대해 이야기하였다.

등록을 해야 되고요. 병원에서 처음에 퇴원하고 정신건강복지센터에 등록하라고 해주긴 하는데 하는 사람이 거의 없죠. 드러내기 싫으니까. (중략) 저희가 직접 찾아가야 돼요. 저도 지금 ○○ 정신건강복지센터 퇴원하자마자 궁금해서 이용을 해봤었는데요. 한 번 상담하고 나서 거기서 이런 얘기 해드리고 그 이후로는 전화 한 통 없던데요. (중략) 상담도 이어가고 그 다음에 이제 자립을 하기 위해서 이런 상담들 그런 얘기들을 많이 안내를 해주는데. (중략) 저는 한 번 가봤죠. 궁금하기도 해서. (중략) 제가 알기론 (당사자 중) 열에 아홉은 안 가는 걸로 알고 있어요. (참여자C)

#### (4) 정신장애인 동료지원가 활동이 PTSD 회복에 미치는 긍정적 영향

참여자C는 현재 정신장애인 동료지원가로 활동하고 있다고 한다. 동료지원(peer support)은 정신적 어려움의 경험이 있는 당사자가 당사자에게 다양한 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 참여자C는 자신의 회복 경험을 공유하는 것에 초점을 맞추고 있다고 언급한다.

저는 회복하고 자립하는 거에 대해서 많이 이야기를 나누거든요. 그리고 이제 병식이 없는 분들 같은 경우도 그런 걸 좀 가지는 순간이 돼야 어쨌든 회복이 되는 거니까 그런 얘기도 많이 하고 있고. (참여자C)

참여자C는 동료지원가로 활동하면서 기존의 의료적 관점이 아닌 당사자의 새로운 관점으로 접근하는 것이 중요하다고 강조하였다.

예를 들면, 어떤 망상이 있는 분에게 저는 그게 망상이라고 얘기하지 않고 그런 나쁜 생각이 들면 힘들지 않냐, 그러면 그런 생각이 힘들다고 얘기해요. 그러면 그걸 안 힘들게 하기 위해서 지금 병원에 있는 거니까 뭔가 노력을 해야 하지 않겠냐고 그런 거에 공감을 서로 하는 거죠. 이게 뭐 망상이니까 약을 먹어야겠네요, 뭐 그래서 치료를 받아야 되는 거니까 병원에 있어야 된단, 이렇게 얘기하지는 않아요. (참여자C)

이처럼 동료지원 접근의 새로운 관점은 PTSD로 인한 증상(환청, 망상 등)이 여전히 존재함에도 불구하고, 자신의 회복에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 이야기하였다.

지금도 여전히 환청이나 망상이 있고요. (중략) 계속 대화나누고 있고요. 조금... 일반 의사분들이나 사회복지사 분들이나 가족들이 생각하는 회복이나 저희가 생각하는 회복은 좀 다르거든요. 저희는 증상이 사라지거나 약을 안 먹거나 이걸 회복이라고 생각하지는 않고, 그거를 잘... 일상생활하는 데 지장없이 잘 컨트롤 할 수 있으면 그게 회복이라고 생각해요. (참여자C)

일에 대한 욕구가 있는 참여자C는 동료지원가의 업무가 자신과 가장 적합하며, 활동을 하면서 점점 더 많은 의욕도 가지게 되었음을 이야기하였다.

그래서... 지금 이 일이 제일 맞고 또 동료지원도 제대로 해보고 싶고 더 나아가서는... (중략) 싸우고 싶은 마음이 많이 있어서, 이런 부분에 대해서 많이... (참여자C)





#### (5) 장애등록 범주에서 배제된 PTSD로 인한 어려움

참여자C는 주요 어려움이 외상으로 인한 PTSD임에도 불구하고, 장애등록신청 자격이 주어지는 4개의 진단명(F20 조현병, F25 조현정동장애, F31 양극성 정동장애, F33 재발성 우울장애)에 포함되지 않았기 때문에, PTSD 진단명으로는 장애등록을 신청조차 할 수 없었다.

신청을 했다가 떨어졌죠. (중략) 이걸(PTSD)로는 진단 자체를 받을 수가 없어 가지고 반복성 우울이라는 거를 만들어주셨어요. (참여자C)

참여자C는 취업 시 조금 더 혜택이 있고, 일자리를 유지하기 위해 장애등록을 희망하였다.

취업 안정적인 일자리 유지하고 취업문이 좀 다른... 그쪽과 좀 거기서 경쟁하는 게 좀 더 낮고 좀 더 이해의 폭이 넓기 때문에 그래서 등록을 하려고 했던 건데. (참여자C)

또한 현재 근무 중인 동료지원가 직종의 불안정성으로 인해 장애등록을 받고 싶었다고 말하였다.

제가 어쨌든 장애인 등록을 하려고 했던 이유는... 이것도 제가 동료지원을 하고 있는 거도 계약직이잖아요. 내년에 될지 안될지 모르거든요. 뭔가 불안하고 (참여자C)

이처럼 장애인이 되면 고용에서 많은 장점이 발생한다. 참여자C는 특히 정신질환자의 어려움들(정기적인 외래치료, 직장동료 및 상사의 이해 등)을 고려했을 때 장애등록이 취업에 있어 중요할 수 있다고 강조하였다.

그 다음에 일반적인, 저는 알바를 해보면서 제가 가졌던 기술을 다시 활용을 해 보려고 했었는데 그것도 되게 힘이 들고, 일반 직장을 갔을 때는 저의 약점은 어쨌든 한 달에 두 번 정도는 병원을 가는 게 약점이라. (중략) 뭐 직장 상사가 이해해주더라도 동료들은 이해해주기 힘들죠. 그러니까 그런 것도 뭔가 불합리하고 하니까... 장애등록을 받아서 장애인들이 들어가는 직장을 들어가면 그래도 뭔가 이해를 받을 수 있지 않을까 하는 생각에 대부분 이거를 신청하거든요. 교 통비 면제받고 그런 거 보다는 그런 이유가 더 많을 거라고 생각해요. (참여자C)

하지만 정신장애등록을 신청할 때 자신이 경험하고 있는 실질적인 어려움이 반영되지 않는 절차에 있어 아쉬움을 표현하였다.

되게 번거로웠어요. 주민센터에 와서 서류를 다시 받아서 그걸 가지고 병원에 가서 (중략) 다시 이걸 가지고 신청을 하러 가서 한 두 달 정도 기다려야 되거든요. 근데 떨어지고 나서도 뭔가 제대로된 이유도 없고, 그리고 뭔가 좀 이렇게 믿음이 안 가는 거죠. 이게 정신장애인법이 신체장애인 기준으로 만든 거잖아요. 그러다보니까 맞지 않은 항목들이 되게 많거든요. (참여자C)

#### (6) 정신장애등록제도가 가지고 있는 이중모순

정신장애등록이 취업에 많은 도움이 될 수 있음에도, 참여자C는 또 다른 고민이 있음을 이야기하였다. 자신이 ‘정신장애인’이라는 것을 공식적으로 인정하게 되는 것이고, 공개하게 되는 것인데, 그랬을 때 정신장애인에 대해 사회가 가지고 있는 부정적인 편견으로 인해 봉착할 수 있는 이중모순에 대해 언급하였다.

등록장애인이 되면 어쨌든 인정을 받는 거잖아요. 어디 회사에서든 사회에서든 장애인이라고 인정을 받는 거니까 그게 조금 더 나아질까, 그 외에는 뭐 달라지는 거 없거든요. 그거 달라지는 거 조금 얻기 위해서는 사실 나는 정신장애인이 라고 오픈을 해야 되잖아요. 그런 걸 생각했을 때는 안 하시는 분들이 많은 거 같아요. (중략) 일단은 인식 자체가 많이 안 좋잖아요. 그러니까 우울이, 우울이 심해서 정신장애인 될 수 도 있는 거 같은데 모든 걸 다 저 사람은 예비범죄자라고 생각을 하니까... (참여자C)

이러한 정신장애인에 대한 부정적 편견은 언론과 미디어를 통해 확대재생산되기도 한다. 이러한 이중구속에서 정신장애등록의 딜레마가 발생하기도 한다.

최근에 춘천에서 어떤 사람이 죽었는데 그 죽인 사람이 뉴스를 어떻게 썼다면, 어느 누가 이 사람을 죽였는데 정신장애인은 아니다, 이렇게 썼거든요. 기사를 쓴 게. 모든 살인사건은 다 예비, 정신장애인인 것처럼 해버리면... 우리가 오픈을 하기가 힘들잖아요. 사실 오픈을 해야 치료받기도 더 편하고 혜택을 뭐라도 더 받을 수 있는데 그것들도 다 포기하는 거죠, 인식이 너무 안좋으니까. (참여자C)



### 3. 전문가 집단 FGI 결과

#### 1) 주요 결과

전문가집단의 인구학적 특징은 다음과 같다.

<표 V-7> 전문가집단 참여자 인구학적 특징

구분	소속	성별	연령	관련 경력
전문가1	S 정신재활시설	여	50	22년
전문가2	H 정신재활시설	남	39	12년
전문가3	Y 공동생활가정	남	52	10년
전문가4	H 자립생활주택	남	47	15년
전문가5	J 정신건강복지센터	여	36	10년
전문가6	H 정신건강복지센터	여	38	14년

#### (1) 취업영역에서 겪는 정신장애인의 어려움

정신장애인 관련 전문가집단은 먼저 취업영역에서 정신장애인이 겪는 어려움에 대해 이야기하였다. 먼저 전문가1은 취업의 전반적인 과정(구인정보획득, 취업지원, 근무지숙, 직장 내 대인관계 등)에서 정신장애인 겪는 어려움에 대해 언급하였다.

이제 사회생활을 시작하는 단계에서 이제 발병하시는 분들이 많기 때문에 구인 정보에 대한 기본적인 이해가 부족하시구요, 직업경험이 없기 때문에 어떤 일을 할 수 있는가에 대한 자기이해가 부족하신 편이고요, 일단 취업을 하더라도 직장 내에서 대인관계, 직장예절, 업무를 습득하는 방법이라든가, 환경변화에 따른 스트레스 관리, 이런 것들에 전반적으로 어려움을 호소하고 계시고요, 그래서 일단 독립취업을 하시게 되면 취업 유지가 잘 되지 않고 이제 계속해서 퇴사를 하시거나 해고를 당하시는 어려움을 겪고 계시죠. (전문가1)

전문가5는 정신장애인의 정신적 어려움이 직장생활과 관련하여 끼치는 어려움에 대해 언급하였다. 업무에 대한 스트레스가 당사자의 정신적 증상을 발현시키고,

그것이 관계에서의 어려움을 야기하는 과정으로 이어졌던 것을 이야기하였다.

지지 취업장에서 처음 이제 직장생활 하신 저희 정신장애인 회원 분이신데 상사, 동료하고 관계 맺는 의사소통에 대해서 굉장히 어려움을 하시고 내가 한 행동에 대해서 저 사람이 어떻게 생각하지? 라고 하는 조금 더 피해적인 사고들도, 관계사고들도 같이 있다보니까 굉장히 위축되고 스트레스가 많아져서 평소 되게 스테이블하셨던 분이 환청도 늘어나고 굉장히 힘들어서 이제 그런 상황이었어요. (전문가5)

정신장애등록 여부가 취업에 미치는 영향에 대해서도 언급되었다. 가령 정신장애 등급이 있는 당사자는 장애인의무고용제도 등으로 보다 유리하게 직장생활을 영위할 수 있다는 것이다.

우리나라는 이제 장애인의무고용제도가 있기 때문에 장애인등록을 하신 분들은 사회복지사의 지원을 받아서 의무고용제도 안으로 들어가셔서 일단은 장애가 있다는 걸 감안하고 업체에서도 채용을 하는 거기 때문에 일정부분 배려를 받거나 또는 직무가 좀 쉬운 직무로 가거나 이렇게 배려할 수 있는 부분이 있는데. (전문가1)

미등록 정신장애인(정신질환자)의 경우 결국 독립취업을 하게 되지만, 모든 것을 개인이 혼자서 진행해야 하기 때문에 발생하는 어려움에 대해 이야기가 되었다. 전문가1은 독립취업을 했던 한 당사자가 정신과약을 복용하고 있다는 것이 직장에서 공개된 후 급작스럽게 해고되었던 경험을 언급하였다. 여기에는 정신장애인에 대한 사회의 부정적인 편견이 작용하였다고 볼 수 있다.

장애등록을 하지 않으실 경우에는 이제 장애를 공개하고 취업하시기는 굉장히 거의 불가능하신 상황이고 그래서 독립취업을 하시게 되는데 이제 사회복지사의 지원이 없고 스스로 업무를 하시고 그에 따라서 적응을 하시다 보니까 어려움이 많으셔서 직업 유지가 어려우신 상황이에요. 저희 회원 분 중에 한 분은 간호조무사 자격증을 따셨는데 한의원에 이제 채용이 되었어요. 일반 병원에는 좀 어려워서. 근데 거기서도 약물 복용이나 이런 점을 어떻게 얘기를 하시다가 그 부분이 발견이 되어서 바로 해고당하는 그런 일들도 굉장히 많았고요. 일단은 독립취업을 하시면서부터 이제 혼자서 모든 걸 다 해내야 하는 어려움? 그런 어려움이 가장 크다고 말씀하시고 계십니다. (전문가1)



이러한 정신장애인의 사회적 낙인은 미디어와 언론을 통해 확대재생산되며, 결국 정신장애인 취업에 있어 큰 장벽으로 작용하는 것으로 나타났다.

저희가 정신장애인입니다, 정신건강복지센터에서 나왔습니다, 하면, 정신 자가 붙으면 ‘아 미친사람 아니야? 위험한 사람 아니야? 아니 요새 뉴스에 칼 들고 다니는 사람이라는데.’ 하면서 ‘그런 사람들이 어떻게 일을 해요?’ 라면서 너무 거부하는 경우가 많으세요, 사업자 분들이. (전문가6)

전문가2는 미등록 정신장애인의 경우 사회적 낙인을 감수하고 취업을 진행하는 데서 오는 어려움을 이야기하였다. 독립취업을 진행하는 경우 정신재활시설과 같은 조직에서 모든 것을 다 책임져야 하는 부담감이 발생하는 것으로 나타났다.

정신질환자라고 하는 그 네임 자체가 그 자체가 갖고 오는 사회적으로 갖는 인식들이 굉장히 그렇기 때문에 미등록일 경우에는 뽑긴 뽑더라도 너희 기관에서 책임질 수 있냐라는. 그 책임이라고 함은 내가 고용을 하고 연계를 하고 유지를 하고 흔히 말하면 퇴사 할 때 까지 일어나는 모든 일에 대해서 너희 기관에서 책임질 수 있냐는 메시지가 굉장히 강한 거 같아요, 미등록일 경우에는. (전문가2)

이처럼 장애등록을 하지 않은 미등록 정신장애인에 대해선 현재 지원체계가 거의 부재되어 있다. 전문가2는 결국 이런 상황에서 당사자 개인에게 모든 책임이 주어지고, 개인이 노력해야한다는 과도한 부담감이 발생하는 등의 어려움을 언급하였다.

흔히 말하면 미등록 장애인을 고용하게 됐을 경우는 흔히 말하면 비장애인하고 동등한 업무량과 동등한 그런 임금을 받을 수 있을 거를 감당할 수 있는 힘을 길러라, 라는 메시지가 가장 강했던 거 같아요, 그런 측면에서 봤을 때는 등록 안 하신 분도 취업은 할 수 있는데 그만큼 스스로에 대해서 기술적인, 기능적인 현상을 기본적으로 전제를 하지 않는다면 기업에서는 이 사람을 뽑아야 하는 매력, 그러니까 메리트가 아무 것도 없게 되는 게 지금 현실적인 상황이긴 합니다. (전문가2)

전문가2는 미등록 정신장애인, 즉 정신질환자를 위한 취업지원제도는 거의 부재된 상황이라고 강조하였다. 정신질환자의 경우 장애인복지영역의 서비스를 이용할

수 없으며, 비장애인(일반 대중)이 이용할 수 있는 취업지원제도를 그저 동일하게 이용할 수 있는 것으로 나타났다.

그러니까 우리나라 장애인복지법상 고용법을 제외된 미등록 인원, 그러니까 비 장애인과 동등한 부분이거든요. 그런 부분에서 접근할 수 있는 부분은 실은 내 일배움카드 같은 경우. 훈련을 받고 거기에서 교육 과정을 거치고 나서 취업을 하는 경우인데 내일배움카드에서 나오는 그런 교육, 고용 훈련에 교육 내용 자체가 저희 당사자 분이 쫓아갈 수 있는 내용이 아니에요. (중략) 그러다보니까 내일배움교육과정들을 다 쫓아가지는 못하고요. 중간에 포기하는 경우들이 조금 많았던 거 같습니다. (전문가2)

전문가2에 의하면 과거에는 미등록 정신장애인(정신질환자)이 그나마 이용할 수 있는 제도로 사회적기업진흥법에 의한 ‘취약계층’지원이 있었다고 한다. 그러나 법에 ‘취약계층’이 누구를 지칭하는지에 대한 명확한 정의가 없으며, 취약계층에 대한 지원이 점점 감소하고 있는 추세이기 때문에 정신질환자에 대한 지원은 거의 전무한 상황이라고 하였다. 더군다나 시간이 흐를수록 취약계층도 가급적 장애등급이 있는 자들만 채용되는 추세로 나아가면서 정신질환자에 대한 취업지원은 더욱 어려워지고 있다고 강조하였다.

사회적기업진흥법 상에서 보면 그 부분에서 취약계층이라는 부분들이 있어요. 그러니까 우리가 말하면 그 (정신장애) 등록하지 않으신 분들은 취약계층으로 분리될 수 있는데 우리나라 법상에서 취약계층에 대한 정의가 내려진 곳이 없어요. (중략) 이게 일반 고용시장으로라는 또 다른 성격으로 진입할 수 있는 부분이죠. 근데 (중략) 이제 사회적기업진흥법상에 나오는 흔히 말하는 취약계층의 지원들이 점점 줄어들고 있는 상황이거든요. 그런 부분에서 가장 확실한 거는 거기서 원하는 거는 장애를 가지신 분이다, 라고 얘기를 하고 있고요. 그러니까 저희 정신질환자의 경우는 일반 고용시장과 장애인 고용시장의 중간 틈에 있는 상황에서 이것도 아니고 저것도 아닌 상황의 중간에 끼여서 뭔가 마땅히 혜택을 받지 못하는 존재로. (전문가2)

미등록 정신장애인에 비해, 등록 정신장애인의 경우 장애인의무고용제도를 통해 취업에 있어서 조금 더 유리한 측면이 존재한다. 그럼에도 여전히 정신장애인은 타 장애인에 비해 취업에 있어 어려움이 있음이 언급되기도 하였다.



이게 등록하고 등록 안 하고의 문제를 떠나서, 실은 등록하신 분도 초기 진입이 굉장히 어렵거든요. 왜냐면 뽑는 자체가 흔히 말하면 경증, 그러니까 정신적 장애 가지신 분들은 제일 많이 배제한 상황에서 모집을 제일 많이 하고 있는 상황 때문이에요. (전문가2)

또한 장애인의무고용제도를 이용하더라도, 보호작업장과 같은 곳에 채용되면 낮은 급여수준으로 인해 당사자의 만족도가 떨어지는 딜레마에 대한 언급도 있었다.

장애인의무고용제도를 이용, 보호작업장을 보내는데 또 보내면 실질적으로 임금이 낮아지니까 우리 회원들이 만족감이 좀 떨어지시는 분들이 계세요. 나는 기능이 좋고 나는 조금 더 많은 일을 할 수 있는데 이런 보호된 곳에서는 일은 쉽지만 급여가 너무 작다, 그런데 일반 기업에서는 내가 장애인을 표현하지 않고 일을 했을 때는 근무 자체가 힘들니까 재발한다, 그런 경우가 많으니까 조금 보호자들도 대상자들도 조금 취업을 유지할 때 딜레마가 있는 거 같아요. (전문가6)

이러한 딜레마의 상황에서 미등록정신장애인(정신질환자)의 경우 결국 고용을 위해 정규직이 아닌 파트타임으로 채용을 시도하기도 한다. 사업주가 가질 수 있는 4대보험에 대한 세금 부담, 그리고 정규직 채용의 부담을 덜어주기 위한 하나의 방편으로 작용하는 것이다.

미등록 하신 분들에 대해서 어떻게 접근할까를 고민한 적이 있어요. 그렇다면 가장 좋은 게 뭐냐면 4대보험을 적용하지 않는 범위선, 예를 들어 저희가 주 16시간 미만일 경우에 단기근로라고 해가지고 4대보험이 적용이 안 되잖아요. (중략) 그렇게 해서 저희 회원 분 같은 경우는 2시간, 3시간 하시다가 회사측에서 ‘에이, 장애등록 여부 상관 없다, 이 분 잘 하고 계시네요,’ 그러면서 4시간, 5시간 늘려가지고 그렇게 전략적으로 해왔던 경험은 있어요. (중략) 그렇게 했던 첫 번째 이유가 뭐냐면 기본적으로 장애인 고용을 하게 된다면 4대보험을 적용해야 된다면 의무고용률을 적용받을 수 있어야 기업입장에서는 혜택을 볼 수 있는데 그렇지 않았을 경우에 접근을 생각하다보면, 예를 들어 프랜차이즈 레스토랑 같은 경우는 실질적으로 풀타임근무, 한 4-5시간의 근무보다는 아침에 잠깐 잠깐 세팅하고 빠지는 인력들이 오히려 더 유용하게 적용되는 부분들이, 저희가 분석하고 적용할 때 고민했을 때 그런 부분들이 오히려 필요한 부분들이었던 거 같아요. (전문가2)

## (2) 주거복지의 취약성으로 인해 정신장애인이 경험하는 어려움

FGI에 참여한 전문가들은 정신장애인의 주거가 중요하다는 것을 언급하면서, 동시에 주거복지의 취약성으로 정신장애인이 경험하는 어려움도 토로하였다. 전문가 3은 주거지원서비스가 제공되는 시설은 한정된 기간이 존재하므로, 독립생활에 대한 불안감을 가지고 있는 정신장애인의 경우 어려움을 겪는다고 언급하였다.

그 등록, 비등록을 떠나서 일단은 제일 어려움을 느끼는 게 불안감을 많이 느끼고 있거든요, 불안감. 그래서 그 분들이 혼자 살 수 있냐 없냐를 되게 고민을 많이 하세요. 그래서 저희가 5년을 거주하게 되는데 들어와서 1년은 어떻게 적응할까 불안해하고 1년이 지나고 나면 4년 동안 어떻게 살까 불안해하다 나가게 되는데. 실질적으로 지금 저희 같은 경우는 처음에 첫 입주자가 나가서 SH에서 임대주택을 했는데 조금 어렵게 사세요, 지금도. 병원에 계속 입원하시고 어렵게 사시는 모습을 또 저희 입주자들이 직접 봐가지고 그런 불안함이 좀 커서 지금은 서울시에서 하고 있는 자립생활센터랑 지원주택으로 이렇게 많이 가는 방향으로 원하고 있습니다. (전문가3)

전문가6은 지역사회에 존재하는 주거시설의 수가 부족함을 이야기하였다. 특히 지방의 경우 서울에 비해 더욱 주거 인프라가 부족하기 때문에 어려움이 존재함을 언급하였다.

저희 센터같은 경우는 장기입원자 중심으로 하는 것들이 많아요. (중략) 그러면 장기입원자들이 실질적으로 밖에 나와야 되는데 밖에 나와야 되는 주거공간이 없어요. 그래서 서울시는 지금 아까 얘기한대로 자립생활주택과 지원주택을 마련해서 조금 더 장기입원자를 끌어낼 수 있는 이런 루트를 만들지만 지방에서는 아예 (중략) 이런 것들이 없기 때문에 주거에 대한 공적서비스가 조금 다른 곳에도 지원을 해주면 그게 정신재활시설이든 아니면 정신건강복지센터든 그걸 위탁받아서 사업을 진행을 할 수 있지 않을까라는 생각이 들었고요. (전문가6)

정신장애인의 지역사회자립을 위해선 안정된 주거생활이 뒷받침되어야 한다. 이를 위해선 주거지원서비스가 필요하지만, 주거시설이 아닌 곳에 거주하는 경우 이런 서비스를 이용하기 어려운 상황에 놓여있다는 것이 언급되었다.

이제 정신질환을 앓고 계신 분들이 가장 어려운 게 뭐냐면 혼자 살기에 대한 자신감이 굉장히 결여돼있고 혹은 증상이 나타나거나 여러 가지 상황이 발생했을 때 혼자서 옆에서 이제, 시설같은 경우에는 사회복지사라든가 도와줄 사람이 꽤나있는데 혼자서 살게 될 경우에는 그런 불안이 큰 겁니다. 여러 가지 살 때





보면 지역주민과의 갈등이 생길 수도 있고 뭐가 하나 고장 나도 이런 것들을 도와줄 사람을 찾는 데도 어려움이 있는 거고 예를 들면 시설에 계시면 식사를 같이 준비하는 분들도 있는 반면에 이 분들은 혼자 드시고 다 감당을 해야 되는 데 그런 부담감이 굉장히 크죠. (전문가4)

전문가3은 현재 정신장애인이 이용할 수 있는 것은 2가지로 구분되어 있다고 한다. 하나는 주거시설에 거주하는 것이고, 하나는 독립생활을 하는 것이다. 이를 위해 이 외 다양한 주거형태가 마련될 필요가 있다고 이야기하였다.

등록장애인, 비등록장애인을 떠나서 재산에 의해서 혼자 살고 있지만 갈 데가 없는 그런 모습들. 그래서 아까 말씀드렸지만 혼자 살기는 불안하고 두렵고 하니깐 또 다른 뭐 제3의 시설을 또 찾아야 되는 그런 모습들도 나타나고 있습니다. 주거 형태에서. (전문가3)

주거형태 뿐만 아니라, 주거복지서비스 또한 선택지가 다양해질 필요성이 있다는 의견이 제시되었다.

저는 서비스가 주거서비스같은 경우에 보면 대부분 장소도 뭐 비슷하지만 거의 패키지성인 거 같아요. 내가 선택을 하거나 뭐 이것을 안 받을 수 없는. (중략) 서비스가 주거뿐만이 아니라 (중략) 조금 더 선택할 수 있는 다양한 것들이 있으면 좋겠다라는 생각이 좀 들었고요. (전문가4)

이러한 다양한 선택지에 대해서는 다양한 의견이 제시되었다. 전문가2는 현재 존재하는 주거시설의 편중된 위치에 대한 문제제기를 하였다. 이러한 것들을 종합하여보았을 때 현재 정신장애인 주거서비스는 여전히 제공자, 공급자 중심으로 형성되어 있으며, 이것이 이용자, 당사자 중심으로 전환되는 것이 필요하는 것을 보여주고 있다.

주거에 있어서의 우리 이용자분들이 선택함에 있어서의 가장 어려운 게 뭐냐면, 주거의 위치의 편중된 부분이 되게 어려운 거 같아요. (중략) 그래서 좀 저는 (중략) 당사자 분들이 많이 이용하면 좋겠다는 생각을 하면서도 제일 많이 걱정되고 제일 많이 잘 안 되는 부분이 각 시설에 있는 위치에서의 주거시설의 거리라든가 그런 것들을 좀 고려하게 되거든요. (전문가2)

전문가들에 의하면 주거서비스를 이용하는데 있어 정신장애 등록과 미등록의 차이는 크지 않다고 한다. 다만 지역사회 주거시설 이용자격에 일을 해야 한다는 조건이 붙어 있다면, 그런 경우 등록정신장애인과 미등록정신장애인의 차이가 발생할 수 있다. 앞서 언급된 것처럼 등록정신장애인 일자리를 확보하는데 있어 더 유리하게 작용하기 때문이다.

아까도 말씀드렸듯이 저희가 비등록장애인같은 경우에는 직업을 구할 때 조금 어렵습니다. 저희가 기본이 ○○○○에서 지내려면 직업을 갖고 있어야 되거든요. 직업유지를 해야 되기 때문에, 하게 돼서 저희가 센터하고 연계해서 직업 재활탐하고 연계해서 등록장애인은 (중략) 그나마 안정적으로 구직활동을 하는데 비등록장애인들은 조금 그런 것보다는 자신들이 자신의 그거를 찾아서 여러 가지 뭐 예를 들어 주차관련이라든지 조금 낮은, 아니면 단순노무직, 단순 공장 에 일을 한다든지 그런 식으로 하는 그런 부분이 조금 있습니다. (전문가3)

또한 안정된 주거생활을 유지하기 위해 가사지원서비스도 하나의 방편이 될 수 있다. 이 서비스의 경우 수급자에게 이용 자격이 부여된다. 그랬을 때 장애등록 유무는 수급자 지위를 획득하는데 영향을 미친다. 즉 정신장애등록은 가사지원서비스 이용에 직접적인 영향은 아니지만 간접적으로 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

가사지원서비스는 수급이나 차상위만 해당이 되는 걸로 알고 있는데. (중략) 일단은 장애등록 하신 분들이 기초수급권을 획득하는 데 훨씬 더 유리하신 상황이 고요. 그리고 수급권을 획득하시면 그 외 가사지원서비스라든가 활동보조서비스들이 훨씬 더 연계하기가 유리한 상황인 거죠. (중략) 사시면서 이렇게 받으시는 (중략) 서비스들이 수급일 때 훨씬 유리하고 차상위일 때도 훨씬 유리하신 상황입니다. (전문가1)

### (3) 의료서비스 지원 영역에서 정신장애인이 경험하는 어려움

전문가6은 의료서비스 영역에서도 정신장애인 경험하는 어려움도 있다고 제시하였다. 예를 들어 의료비 혜택을 받을 수 있는 건강보험 산정특례의 경우 조현병 진단명을 가진 자만이 해당된다. 즉 그 외의 정신과진단명을 가지고 있는 정신장애인은 의료서비스에서 지원을 받을 수 없는 것이다.

의료적인 거에 대해서 (중략) 이제 정신질환자는 산정특례 혜택을 볼 수 있습니다



다. 근데 그 산정특례에서는 그 질환 자체가 (중략) 조현병 밖에 안 돼서 실질적으로 만성적으로 조울증이신 분들도 근로능력이 안 되고 장기간 제한을 받고 있고 장애등록을 받을 수도 있는 부분이기도 한데도 의료적으로 산정특례가 조현병에만 있다보니까 (중략) 실질적으로는 이 사람이 조울증이라고 해더라도, 그래서 실질적으로 산정특례에서 조현병만 혜택을 보니까 다른 정신질환을 갖고 있는 분들이 이런 의료적인 혜택을 받지 못한다고 볼 수 있는 거죠. (전문가 6)

#### (4) 장애인복지서비스 체계에서 배제됨으로 인해 겪는 어려움

기존 지역사회에 구축된 장애인복지서비스들은 존재하고 있다. 하지만 전반적으로 정신장애인 장애인복지서비스 전달체계에서 배제되어 있다. 전문가5에 의하면 반찬 및 도시락지원과 같은 미시적인 지원서비스에서도 정신장애인(정신질환자)은 배제되어 있다고 한다. 장애인복지관의 경우 원칙적으로는 모든 장애유형을 지원해야 하지만, 정신장애인이거나 정신질환자의 경우 의료적 측면이 강하기 때문에 정신 건강영역으로 넘어오는 현상이 일어난다고 지적하고 있다.

일단은 그 장애인복지관이 정신장애에 대해서는 아예 (정신건강복지)센터에 맡겨놓는 부분이 있어요. 그래서 장애인복지관이 저희 구에도 있는데 하다못해 반찬서비스라든지 도시락서비스라든지 이러한 부분들도 저희가 해당이 안 되는 부분이 있고요, 그래서 지원을 못 받는 것도 있고, 그래서 이제 저희가 정신건강복지센터가 복지서비스를 많이 개발을 하고 해야 되는데 사실 굉장히 많은 한계들을 겪고 있고 좀 뭐 연계 하나 하는 것도 사실은 쉽지 않은 상황이에요. (전문가 5)

정신건강복지센터의 경우 정신장애등록 유무와 상관없이 서비스를 지원해야 하는 역할을 맡고 있다. 이런 상황에서 정신장애등록을 하더라도 기존 장애인복지영역의 서비스를 이용하지 못하는 한계 때문에 어려움을 겪고 있음을 언급하였다.

그쪽에서 이제 저희는 장애등록이 있던 없든지간에 서비스를 다 지원을 해야 되는 부분인데 (중략) 장애등록이 되어 있다 하더라도 정신장애라고 하면은 사실은 아까 말씀하셨던 것처럼 일상적인 어떤 그런 게 가사지원이라든지 뭐 도시락 서비스라든지 이런 것들이 배제되는 경우들이 있고 저희가 이제 1대1로 컨택을 사레관리사마다 해볼 때 많이 실패하는 경험들이 많이 있어요. (전문가5)

또한 정신장애인의 경우라 하더라도, 장애인영역의 직업재활서비스에서 배제되는 현상이 언급되기도 하였다.

장애인고용공단에 서비스 연계를 하시면 거기에서는 정신재활시설로 다시 토스를 해서 이렇게 다시 돌아오시는 경우들이 굉장히 많아요. (전문가1)

이런 일련의 상황들에는 장애인복지법 15조<sup>52)</sup>에 의해 정신장애인이 장애인복지영역의 서비스를 이용하지 못하는 장벽으로 존재함이 드러났다.

장애인복지법 15조에 의해서 실은 장애인복지시설을 이용하지 못하게 되어있는. 타법과의 적용 부분이거든요. 그 부분에서 흔히 말하는 장애인복지관은 장애인복지시설이기 때문에 그 법에 저촉이 되어서 실은 안 하는 부분이긴 합니다. 법상으로 이야기하면요. (중략) 장애인복지법 59조에 보면 사회복지시설들, 장애인복지시설들이 있거든요. 그 나열된 거 보면 장애인복지관이 포함되어 있긴 합니다. (전문가2)

전문가 1은 정신적 어려움을 경험하는 자의 경우, 장애등록을 기피하는 이유 중에 스티그마에 대한 것도 있지만, 동시에 정신장애등록을 하더라도 크게 얻을 수 있는 이익이 부재되어 있다는 측면 또한 존재하고 있다고 언급하였다. 즉 정신장애인으로서 등록하였을 때 이용할 수 있는 장애인복지서비스가 더 개방된다면 등록에 대한 적극성이 더 활성화될 수 있다고 이야기하였다.

저희 회원들이 물론 스티그마 때문에 장애등록을 안하시는 경우도 많지만 특별히 받을 혜택이 없다, 이렇기 때문에 장애등록을 굳이 할 필요가 있느냐라는 말씀을 굉장히 많이 하세요. (중략) 예를 들면 이제 취업 관련해서 취업 교육이 그 이제 취업성공패키지 외에 그 다음 복지관에서 하는 그런 취업프로그램이나 직업재활 프로그램을 이용하고 싶어도 이거 때문에 막혀서 하지 못하는 경우가 굉장히 많아요. 복지관에서는 굉장히 다양한 직업재활프로그램을 하고 있거든요. 그래서 이러한 프로그램을 이용하시거나 또 직업재활서비스를 좀 더 다양하게 이용하고 싶으시다거나 (중략) 만약에 15조가 풀리면 (중략) 장애등록을 해서 좀 더 다양한 서비스를 이용할 수 있다고 하면 지금보다 이제 우리가 모르는 분들보다는 등록을 해서 좀 더 국가의 제도권 안에서 좀 더 많은 걸 이용하

52) 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다.



실 수 있는, 장애등록을 하실 수 있는 분들이 늘어날 거라고 저는 생각이 들어요. (전문가1)

전문가4 또한 등록정신장애인이 이용할 수 있는 서비스가 제한적이기 때문에 장애인복지법 15조의 개정이 필요하다는 것을 언급하였다.

법상에서 사실 이제 등록장애인에게 줄 수 있는 서비스, 혜택 혹은 그 분들에게 도움이 될 만한 것들이 그런 서비스가 사실은 너무나 제한적이다보니 그러한 등록자체가 이 분들이 꼭 해야만 되는가, 오히려 이런 문제가 있어놓으니 등록에 대한 절차나 이런 게 별 문제가 저는 없는 거 같아요. (중략) (장애인복지법) 15조가 좀 폐지가 되고 좀 다양한 서비스를 차별되지 않고 이렇게 받을 수 있는 서비스라든지 이런 부분들이 좀 더 열려야 오히려 더 그게 맞는 거 아닌가 라는 생각이 들었습니다. (전문가4)

하지만 만약 장애인복지법 15조가 개정되고, 정신장애인 기존 장애인복지전달체계에 통합되는 과정에서 직면할 수 있는 한계점들에 대해서도 의견이 제시되었다.

문제는 그 기관 종사자가 정신질환자에 대한 기본적인 이해도가 사실 낮으니까 보통 일반적인 신체장애인에 포커싱이 돼서 교육을 받고 사례관리를 하고 업무를 하다보니까 (중략) 이게 법이 풀려도 사실상 실무진들이 정신질환자에 대한 이해도가 사실은 되어야지 실무자들이 정신질환자들을 받아들이고 프로그램을 진행할 수 있는 여건이 될 거 같아요. 법이 풀린다고 하더라도 내가 알지 못하는 장애인을 받는 것에 대한 두려움은 실무진은 좀 클 거 같아요. (전문가6)

#### (5) 정신장애인 복지서비스 개선 방향

FGI에 참여한 전문가들 정신장애인의 복지서비스에 대한 부채를 지적하였고, 이와 관련하여 지역사회에서 정신장애인 복지서비스를 담당하는 기관(e.g., 정신장애인복지관, 정신장애인 취업지원센터 등)이 필요하다고 이야기하였다.

정신장애인 복지서비스에 대한 실은 컨트롤타워가 저희는 없거든요. (중략) 복지서비스에 대한 부분에 대한 전형적으로 인식자체가 없다라고 저는 생각을 해요. 예를 들어 지금 저희가 장애인쪽만 봐도 장애인 복지팀이든 장애인복지정책과들이 있는 건데 저희는 정신건강정책과라고 해서 정신장애 당사자의 복지를 위한 전형적인 서비스에 대한 얘기들은 없는 거 같아요. (중략) 저희는 전형적으

로 복지, 정신장애 당사자의 복지를 컨트롤 할 수 있는 타위가 있어야 되지 않나. 그 역할을 이제 통합적으로 취업지원센터라고 해서 취업을 하는 구조도 필요하겠고 주거도 할 수 있는 구조도 필요하고 그 두 개를 다 할 수 있는 흔히 말하면 저희도 정신장애인복지관같은 형태? 그런 것도 필요하지 않냐는 생각을 항상 갖고 있습니다. (전문가2)

또한 전문가2는 현재 정신장애인 등록의 가장 큰 메리트로 존재하는 ‘취업의 용이함’ 측면을 고려하였을 때, 정신장애 등록 유무를 벗어나 고용 측면에 보다 중점을 두는 것이 필요하다고 언급하였다. 즉 장애인고용촉진법의 의무고용 대상이 되는 조건을 변경한다면 실질적으로 많은 정신장애인에게 도움이 될 수 있다는 것이다.

기본적으로 직업에 대한 법은 장애인복지법이 아니라 장애인고용촉진법입니다. 그러면 장애인고용촉진법에 의한 대상자가 되는 경우에는, (중략) 제도권 안에 (중략) 미등록이라도 들어올 수 있는 전제조건이거든요. (중략) 거기서 해당되는 대상자를 조금 열면 되거든요. (중략) 진단서만이라도 이게 의무고용에 적용을 받을 수 있다라고 전제만 깔면 되는 문제거든요. (중략) 그거의 의지는 전형적으로 노동부, 그러니까 장애인고용공단에 있는 거거든요. 그거를 할지 말 지는 그 의지만을 조금만 열어준다고 한다면 (중략) 그런 부분만 된다고 하면 흔히 말하면 등록하지 않더라도 진단서 상에서라고 등록한 장애에 유한다. 아니면 그것도 필요없고 진단서 만이라도 이 분은 정신질환이 있기 때문에 제도권 상에 있는 취업 부분에 대해서만 적용할 수 있다라고만 공단에서 노동부에서만 허락을 해 준다면 분명히 정신장애인 고용률은 늘 수 있거든요. (전문가2)

또한 전문가들은 정신장애인 일과 관련된 활동의 대안으로 동료지원가를 언급하기도 하였다. 새로운 직종과 직무로서 동료지원가는 정신장애인에게 도움이 될 수 있다는 것이다.

동료지원가들이 같이 활동을 하면서 사실 동료지원가 활동제도가 어떻게 보면 당사자들에게만 할 수 있는 유일한 활동이긴 한데 이 부분들이 좀 더 많은 분들이 양성이 되어지고 많은 분들이 활동을 할 수 있도록 좀 더 확대되면 좋겠다. 이게 서울뿐만 아니라 전국적으로 되어지 좋겠다라는 생각을 좀 했고요. (전문가4)

우리나라에서 되게 좋은 제도로 계속 하고 있던 게 뭐냐면 장애인복지일자리사업이라고 있어요. (중략) 시각장애인 같은 경우는 안마사에 특화해서 예산을 매년 이렇게 드리고 있고요. 발달장애인도 그거에 맞게끔 예산이 들어가고 있어요. 동료지원은? 이 생각이 들거든요. (중략) 장애인복지일자리사업에 특화사업



으로 해서, 그러니까 지금 시각장애인의 안마처럼 정신장애인의 경우에는 동료지원활동가로 못박고 못박아버린다면 훨씬 더 좋지 않을까, 이 생각을 하거든요. (전문가2)

또한 전문가들은 정신장애인에 대한 복지서비스가 대다수 성인에 초점이 맞추어져 있는 것에 대한 한계점도 지적하였다. 특히 청소년 시기에 정신적 어려움을 경험하는 당사자에 대한 지원체계가 많이 부족함이 언급되었다. 이를 위해 전문가들은 정신적 어려움이 있는 청소년들을 위해 교육서비스, 직업훈련서비스, 여가서비스 등을 지원할 수 있는 기관과 인프라가 구축되어야 함을 이야기하였다.

복지서비스 부분 조금 더 얘기하면 (중략) 전환기에 있는 청소년에서 성인들이 가는 부분들에 대한 실은 서비스가 어떻게 보면 굉장히 없어요. 그런 부분에 대해서 실은 정신장애인 복지관이 조금 많이 필요한 거 같고요. 왜냐하면 청소년기에서 성인이 될 때 발달장애인이거나 지적장애인은 학교에서 주로 그런 것들에서 직업활동이라든가 체험활동 이런 것들이 있는데 저희 영역에서는 그게 병원에서 허송세월 보내는 학생들이 대다수고 거기에 따른 교육들이라든가 외부에서 할 수 있는 것들이 없어요. (중략) 그러면서 여가나 취미 평생교육 이런 부분들까지 실은 다 필요한 거죠. 저희 당사자 분들에게는. (전문가2)

그러니까 우리가 이제 20대, 18세, 15세 발병을 하는데 아이들이 일반 발달장애인이나 일반 장애인은 어렸을 때부터 장애등록을 해서 관련된 학습을 하거나 서비스를 받는데 정신질환을 가지고 있는 아이들이 (중략) 어렸을 때부터 병원에 가면 학습이라든가 직업이라든가 훈련을 할 수 있는 공간이 없어요. (전문가6)

전문가4는 정신장애인 복지서비스에 있어서 주거지원은 중요하지만, 여기에 더하여위기지원서비스도 필요함을 제시하였다. 위기지원서비스가 없다면 지역사회에서 살아가던 중 어려움에 처했을 때 일상과 단절될 우려에 놓이기 때문이다.

또 하나 이제 주거지에 있어서 사는 곳 뿐만이 아니라 실은 이제 힘들면 이 분들이 좀 더 쉴 수 있는 위기쉼터라든지 이런 형태도 조금 필요하지 않을까. (중략) 병원에서 입원했을 때 트라우마라든지 이런 부분들이 상당히 심한 부분이거든요. 그런 것이 아니라 내가 좀 더 심하지 않을 때 좀 더 쉴 수 있는 혹은 지낼 수 있는 이런 곳들도 좀 더 마련이 된다면 당사자들이 그 곳에서 좀 더 이제 알아가고 쉬고 여유를 갖고 다시 일상으로 돌아올 수 있는 이런 곳들이 좀 더 만들어지면 좋겠다 라는 생각이 들었고. (전문가4)

### 3. 합의

#### 1) 거시적 측면

##### (1) 정신장애인을 위한 합리적 편의제공 필요

합리적 편의제공의무는 장애인차별금지법에만 존재하는 독특한 차별금지유형으로 장애인차별금지법이 장애인의 사회참여와 통합에 실효적으로 기여하도록 하기 위한 핵심적인 제도이다.<sup>53)</sup> 현실에서도 인권위원회의 장애인차별과 관련된 사건의 다수는 정당한 편의제공의무와 관련되어 있다(심재진, 2013).

실제 영국에서도 정신장애인을 위한 사업장 내 합리적 편의제공에 대한 권고안을 발표했다. 이것의 기반은 신체적 장애와 대조적으로 정신적 어려움은 덜 눈에 띄고, 구축 환경보다는 사회에 더 큰 영향을 받으므로, 사회적 상호작용 및 관계에 초점을 둔 조정(adjustments)이 필요할 것이라는 이해이다(Department for Work and Pensions, 2009). 권고사항 중 일부 내용은 다음과 같다.

－ 불안하거나 편집증적인 느낌이 들면 휴식을 취할 수 있는 것. 유연한 노동시간, 작업량 감소, 더 조용한 작업공간, 오픈플랜식의 배치보다는 개인적인 작업 공간 제공, 누군가 갑자기 편집증적 생각이 드는 경우(느끼는 경우) 서포트 워커(support worker) 혹은 친구와 연락할 수 있음, 많은 사람들과의 접촉과 관련하여 그 사람의 포용성을 인정하는 근무조건, 직장동료들 사이에서 낙인을 피하는 것(스티 그마 방지) 등이다.

53) 국내에서는 장애인차별금지법 제11조(정당한 편의제공 의무)에 제시되어 있다.

제11조(정당한 편의제공 의무) ①사용자는 장애인이 해당 직무를 수행함에 있어서 장애인 아닌 사람과 동등한 근로조건에서 일할 수 있도록 다음 각 호의 정당한 편의를 제공하여야 한다. <개정 2016. 2. 3.>

1. 시설·장비의 설치 또는 개조
2. 재활, 기능평가, 치료 등을 위한 근무시간의 변경 또는 조정
3. 훈련 제공 또는 훈련에 있어 편의 제공
4. 지도 매뉴얼 또는 참고자료의 변경
5. 시험 또는 평가과정의 개선
6. 화면낭독·확대 프로그램, 무지점자단말기, 확대 독서기, 인쇄물음성변환출력기 등 장애인보조기구의 설치·운영과 낭독자, 한국수어 통역자 등의 보조인 배치

②사용자는 정당한 사유 없이 장애를 이유로 장애인의 의사에 반하여 다른 직무에 배치하여서는 아니 된다.

③사용자가 제1항에 따라 제공하여야 할 정당한 편의의 구체적 내용 및 적용대상 사업장의 단계적 범위 등에 관하여는 대통령령으로 정한다.





## (2) 정신장애인의 특성을 반영한 장애판정기준 변화 필요

기존의 영구적 손상을 중심으로 형성된 장애 개념의 틀에 정신장애를 억지로 끼워 맞추는 것이 아닌 새로운 틀이 요구된다. 이를 위해 UN CRPD, 장애의 사회적 모델에 기반하여 정신장애판정기준을 새롭게 구축할 필요가 있다. UN CRPD는 사회적 모델 관점에서 구성되었으며 1조 목적을 보면 “장애인은 다양한 장벽과의 상호작용으로 다른 사람들과 동등한 조건으로 완전하고 실질적인 사회 참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적인 손상을 가진 사람을 포함한다.”라고 명시되어 있다.<sup>54)</sup> 즉, 장애(disability)가 정신장애인 개인에게 내재되어 있는 ‘손상’에서 비롯된다기 보다는, ‘완전하고 실질적인 사회 참여’가 어려워질 때 발생하는 것으로 설명될 수 있다. 이와 관련하여 WHO의 새로운 장애판정도구인 WHODAS 2.0(World Health Organization Disability Assessment Schedule)의 경우 의료모델을 탈피하여, 장애의 사회적 모델에 대한 내용이 포함되어 있다. WHODAS에는 사고활동(getting along), 일상생활(life activities), 사회참여(participation) 등이 포함되는데(박경우 외, 2019), 이는 ‘장애’의 사회적 모델 관점이 반영된 것으로, 이를 적극적으로 차용할 필요성이 제기된다.

## (3) 정신장애인의 사회적 참여를 보장할 수 있는 서비스 체계 구축 필요

정신장애인의 경우 사회적 참여에서 어려움을 겪고 있는데 여기에는 시설화(Institutionalization)와 같은 의료모델에서의 정책들이 원인이 될 수 있다. 가령 여전히 지금도 강제적 치료(강제입원 등)와 장기입원 등의 문제는 지속적으로 제기되고 있다. 그리고 이는 지역사회와 정신장애인을 단절하는 물리적 요인으로 작용하고 있다. 예를 들어 2016년 헌법재판소의 정신보건법 제24조 제1항(보호의무자에 의한 입원) 등 위헌제청(헌법불합치 판결)<sup>55)</sup> 판결에서도 입원기간과 지속입원의 문제를 지적하였다. 개정되기 전 정신보건법의 강제입원의 경우 최초부터 6개월이라는 장기로 정해져 있어, 보호입원이 치료의 목적보다는 격리의 목적으로 이용될 우려가 크다는 것이다. 또한, 정신의료기관장은 6개월이 지난 후에도 피보호입원자

54) UN 홈페이지 참고.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>

55) 헌법재판소 홈페이지. 정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청.

<http://www.ccourt.go.kr/cckhome/kor/info/precedent/selectRealmPrecedentInfo.do>

에 대하여 계속하여 입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단 및 보호의무자 2인의 동의가 있는 때에는 6개월마다 시장·군수·구청장 소속 기초정신보건심의위원회의 계속입원 심사를 통해 얼마든지 피보호입원자의 입원을 연장할 수 있다고 언급한다. 결과적으로 이로 인하여 보호의무자와 의료기관 사이의 이해만 맞으면 얼마든지 정신질환자의 의사나 이익에 반하는 장기입원이 가능하다는 것이다. 이를 뒷받침하기 위해 헌법재판소는 2013년 통계를 인용하며 당시 평균입원기간은 정신의료기관의 경우 176일, 정신요양시설의 경우 3,655일에 이른다고 강조하고 있다.

이를 위해 정신장애인의 사회적 참여를 보장하는 것(혹은 사회적 참여를 가로막는 장벽을 해체하는 것)이 요구되며, 이에 기반한 서비스 체계 구축이 필요하다고 할 수 있다. 여기에는 위기상황에 이용할 수 있는 대안적 시설(위기쉼터 등), 커뮤니티케어와 같은 지역사회중심의 돌봄서비스시스템, 주거서비스, 취업지원서비스, 동료지원서비스 등이 포함될 수 있다.

#### (4) 정신장애등록제도의 개편 및 정신장애인 복지서비스 확충 필요

참여자들은 정신장애등록에 대해 딜레마를 경험하고 있었다. 취업 측면에서 정신장애등록은 주요하게 작용할 수 있지만, 동시에 그 외에 특별한 이득이 없으므로 정신장애등록에 한계점을 가지고 있었으며, 여전히 존재하는 정신장애인의 부정적인 낙인 속에서 공식적으로 ‘정신장애인’을 인정하는 것에 대한 부담감을 가지고 있었다. 또한 이러한 딜레마 속에서 정신장애등록에 신청을 하고 싶어도, 참여자들은 현 정신장애등록신청 요건을 충족하지 못하고 있기 때문에 애초에 시도조차하지 못하는 어려움에 직면하였다.

이를 위해 정신장애등록제도 개편이 필요하며, 동시에 많은 부분 부재되어 있는 정신장애인 복지서비스를 확충하는 것이 같이 진행되어야 할 것으로 사료된다. 먼저 한정되어 있는 정신과 진단명을 보다 확장하여 신청요건을 부여하는 것이 필요하며, 그들의 실질적인 어려움을 파악할 수 있는 심사체계를 마련해야 할 것이다. 또한 복지서비스의 경우 참여자들은 다양한 부분이 이야기하였다. 먼저 상담치료가 필요한 경우 이를 지원해줄 수 있는 서비스를 언급하였으며, 일상생활지원을 위한 활동지원서비스, 그리고 주거서비스, 취업지원서비스 등이 언급되었다.



#### (5) 정신장애인의 차별금지 및 권리보장에 초점을 둔 지원체계 필요

연구참여자 인터뷰에 의하면 정신장애인의 낙인, 편견, 차별 등으로 인해 일상생활의 전반적인 영역에서 어려움을 겪고 있음이 드러났다. 실제 정신장애인은 지역 사회에서 사회적 배제를 경험하고 있는 것으로 나타나는데, 가령 정신장애인 중 69.4%가 지각된 차별을 경험하였고(Brohan et al., 2010), 특히 구직과 관련하여 실제 차별경험이 없더라도 차별이 예상되는 것으로 나타났으며, 이러한 관념적 배제에 대한 두려움 때문에 대부분의 정신장애인은 자신의 진단을 감출 필요성을 가지는 것으로 보고되었다(Thornicroft et al., 2009). 이를 위해 장애등록, 복지서비스 뿐만 아니라 차별금지와 권리보장에 초점을 둔 지원체계가 구축될 필요성이 제기된다.

예를 들어 기존의 신체 및 발달장애인에서 운영 중인 장애인권익옹호센터를 참고하여 정신장애인권익옹호센터를 확충하는 것도 하나의 방법이며, 장애인차별금지법에 포함되기 위해 정신장애인의 범주를 확장하고 통합적인 서비스체계를 구축하는 것도 하나의 방법이라 할 수 있다. 또한 당사자가 중심이 되는 풀뿌리 단체의 경우 주도적으로 차별과 낙인에 저항하는 운동을 진행하기 때문에 이를 위해 정신장애인 당사자단체가 활성화될 수 있는 지원체계 마련도 고려해야 할 것이다.

## 2) 미시적 측면

### (1) 정신장애인이 지속적으로 일을 수행할 수 있는 적절한 일자리 제공 및 작업장 환경 조성 필요

개별인터뷰에 참여한 참여자 3명 모두 각각의 정신적 어려움(해리성정체감장애, 뚜렛증후군, PTSD)이 ‘일’과 관련되어 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 실제 15개 장애유형 중 정신장애는 취업자 비율이 9.70%로 최하위권(13번째 순위)인 것으로 확인된다(보건복지부, 2014). 이를 위해 정신장애인이 지속적으로 일을 수행할 수 있는 적절한 일자리가 제공되어야 하는 것의 중요성이 도출되었다. 이와 관련하여 정신장애인의 일자리와 관련된 정보를 제공하는 서비스가 필요하며, 업무수행능력을 증진시킬 수 있는 교육서비스가 필요하다. 하지만 현재 정신장애인의 경우 ‘일’과 관련된 특화된 전달체계가 구축되어 있지 않다. 지역사회 내 정신건강

복지센터, 정신재활시설, 당사자단체 등에서 개별적으로 일부 직업과 관련된 서비스를 제공하고 있지만 부족한 상황이며, 장애인고용공단의 경우 등록 정신장애인이 아니면 현실적으로 이용이 불가능하고, 등록장애인이어도 장애인의무고용제도를 통한 혜택밖에는 주어지지 않고 있다. 이를 위해 가칭 ‘정신장애인 직업재활센터’가 구축되어 정신장애인에게 적절한 일자리를 제공하는 것이 필요할 것이다.

동시에 정신장애인이 안정적으로 근무할 수 있는 작업장 환경을 조성할 필요성이 제기된다. 대다수 참여자들은 공통적으로 직장 내 상사 및 동료들과의 대인관계에서 비롯되는 스트레스가 자신들의 정신적 어려움을 강화시키는 장벽으로 작용한다고 진술했다. 이를 위해 정신장애인의 스트레스를 최소화시켜줄 수 있는 구체적인 방안들이 필요하다고 할 수 있다. 예를 들어 최대한 타인과의 불필요한 접촉을 최소화시킬 수 있는 비대면 일자리가 하나의 방안이 될 수 있다. 이는 특히 최근 코로나 사태로 인해 업무 형태가 변하고 있는 측면과 방향성이 일치하며, 4차산업혁명으로 인해 비대면 일자리가 창출될 수 있는 측면과도 유사성을 지니고 있다고 할 수 있다. 혹은 대면 일자리인 경우라 하더라도, 개인의 프라이버시를 보장할 수 있는 사적인 공간 제공 및 배치, 정신적 어려움이 발현되는 시기에 휴식을 취할 수 있는 공간 제공 등도 하나의 방안이 될 수 있다. 이와 더불어 작업장 환경을 구축할 때 고려해야 할 점으로는 이동수단 제공과 같은 이동지원서비스이다. 모든 참여자들은 이동에 있어서 정서적 불안, 부정적인 사회적 시선, 신체적인 위험 등을 언급하였다. 이를 위해 이동지원 체계를 구축하는 것도 지속적인 근무를 위한 필요하다고 사료된다. 마지막으로 고려되어야 할 점은 정신과약물 복용과 관련된 측면이다. 정신장애인마다 복용하고 있는 약물의 종류와 복용량은 다양하지만 이와 관련되어 나타나는 현상(과도한 수면, 피곤함, 무기력감, 손떨림 등)은 업무수행에 있어 장벽으로 존재한다. 또한 일주일에 1회, 한 달에 1회 등 정기적인 시기에 맞추어 외래진료를 받아야하는 부분도 존재한다. 이처럼 정신과약물복용에 대한 것들을 고려하여 적절하게 휴가를 제공하거나, 부작용이 나타날 때 지원해주는 정당한 편의제공이 이루어져야 할 것이다.

## (2) 정신장애인에 대한 스티그마와 차별 감소를 위한 대안 마련

앞서 언급한 직장을 유지하는 것과 관련하여, 대다수의 참여자들은 근무 과정에서 정신장애인에 대한 부정적인 편견으로 인해 어려움을 겪었다고 토로하였다. 이는 사업주 및 직장 내 동료들의 인식개선, 차별방지를 위한 체계 구축이 필요함을



알려준다. 장애인차별금지법 제37조(정신적 장애를 가진 사람에 대한 차별금지 등)에 의해 정신장애인의 차별을 예방하고, 권리를 보장하고 있다. 그럼에도 참여자들은 직장뿐만 아니라, 지역사회 내 편의시설, 주변 대인관계, 그리고 미디어 및 언론 등을 통해서도 지속적으로 차별을 경험하고 있음을 강조하였다.

이를 위해 몇 가지 대안이 마련될 필요가 있다. 첫 번째는 정신장애인의 인식개선을 위한 국가 및 지방자치단체의 인프라 구축이다. 참여자A와 C의 경우 당사자단체를 이용하면서 이러한 사회적 낙인과 차별에서 벗어나는 경험을 했다고 언급하고 있다. 즉 자신들의 정신적 어려움이 ‘비정상’이거나 ‘질환’이 아닌 자연스러운 반응으로, 하나의 다양한 정체성 중에 하나로 인식되는 것이다. 이를 위해 국가 및 지자체는 당사자단체를 육성하고 지원하는데 필요한 법적, 정책적 조치를 강구할 필요가 있다. 두 번째는 정신적 어려움과 관련된 정보제공이다. 뚜렛증후군을 가지고 있는 참여자B의 경우 이에 대한 정확한 정보제공이 필요함이 이야기하였다. 이를 통해 뚜렛증후군에 대한 대중의 이해도를 향상시킨다면 스티그마와 차별이 감소되는데 긍정적으로 작용할 수 있을 것이라 사료된다.

### (3) 학대와 차별 등과 관련하여 정신장애인의 권리를 보장할 수 있는 권익옹호 서비스 마련

참여자들은 직장생활, 가족관계 등 일상생활의 다양한 영역에 걸쳐 학대와 차별 등을 경험하였다고 언급하고 있다. 또한 참여자C의 경우 입퇴원 과정에서 자기결정권을 보장받지 못하는 강제적 치료의 경험들로 인해 또 다른 트라우마로 연결될 수 있음을 이야기하였다. 실제 지역사회 정신장애인은 ‘치료영역, 가족관계, 연애 및 결혼, 사회 생활, 언론 및 미디어 영역’등 다양한 일상생활 영역에서 차별을 경험하고 있는 것으로 나타난다(송승연 외, 2018). 또한 정신건강복지법 제2조(기본 이념) 8항에는 ‘정신질환자는 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리를 가진다.’고 명시되어 있다. 또한 제78조(단체·시설의 보호·육성 등)에는 “국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회적응 촉진과 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하고, 이에 필요한 비용을 보조할 수 있다.”고 제시된다. 이는 일상생활과 입퇴원 과정에서 발생할 수 있는 학대 및 차별 등에 대해 정신장애인의 권리를 보장할 수 있는 권익옹호서비스가 필요함을 알려준다.

이를 위해 몇 가지 대안이 마련될 필요가 있다. 첫 번째는 가칭 ‘정신장애인 권익옹호기관’의 설립이다. 정신장애인의 경우 무능력, 비이성, 비합리성에 대한 고정관념으로 인해 권리가 침해되는 경우가 빈번하게 발생한다. 하지만 정신장애인의 권리를 보호해줄 수 있는 기관과 서비스는 현재 거의 마련되어 있지 않다. 이와 대조적으로 발달장애인의 경우 장애인권익옹호기관을 통해 학대, 차별, 낙인 등에서 침해당할 수 있는 권리를 보장받고 있다. 정신장애인은 여전히 ‘장애인’으로 인식되기보다는, ‘정신질환자’로 인식되면서 장애인권익옹호기관에서 많은 부분 배제되어 있다. 이를 위해 정신장애인에게 특화된 권익옹호서비스를 제공할 수 있는 인프라가 구축될 필요가 있다. 두 번째는 입·퇴원 과정에서 정신장애인의 권리를 보장할 수 있는 권익옹호서비스 제공이다. 참여자C는 입·퇴원 과정에서 고지된 동의를 받지 못했으며, 약물치료 등과 관련된 정보를 제공받지 못했고, 치료과정에 자기결정권을 보장받지 못했던 경험들을 언급하였다. 이를 위해 국내의 경우 현재 시범사업으로 서울, 경기, 부산 3지역에서 절차보조사업이 진행되고 있으며, 이를 통해 치료과정에서 정신장애인의 자기결정권을 보장할 필요가 있을 것이다. 세 번째는 언론과 미디어의 개선을 위한 정신장애인 언론모니터링체계 구축이다. 2011년 대검찰청의 범죄분석 보고서에 의하면 2010년을 기준으로 정신장애인의 범죄율은 비장애인 범죄율의 10분의 1로, 비장애인의 범죄율이 약 1.2퍼센트인데 반해 정신장애인의 범죄율은 0.08퍼센트였다. 즉 비장애인의 범죄율이 정신장애인에 비해 15배 가까이 더 높다고 할 수 있다. 따라서 왜곡되어 있는 정신장애인에 대한 인식을 지속적인 모니터링을 통해 바로잡는 것이 필요하다.

#### (4) 정신장애인의 일상생활활동을 위한 공동체, 주거서비스 및 동료지원가 확충 필요

참여자들은 일상생활활동의 다양한 영역에 있어 어려움을 토로하였다. 이를 위해 몇 가지 대안이 제시될 수 있다. 첫 번째는 정신장애인 동료지원가의 역할이다. 이는 특히 공감의 힘이 있으므로 대인관계에서 어려움을 겪는 당사자들에게 도움이 될 수 있다. 실제 동료지원서비스의 효과성에 대한 연구를 살펴보면, 위기상황 발생 후 급성입원을 한 환자의 퇴원 이후 재입원률 및 재발률을 감소시키는데 동료지원서비스가 효과가 있었음이 나타났다(Johnson et al., 2018). 회복에 도움이 되며, 동시에 동료지원가로 활동하게 되면 새로운 일자리 창출에도 긍정적으로 작용할 가능성을 내포하고 있다. 두 번째는 정신장애인이 자신의 정서적 어려움을 편



하게 공유하고, 임파워먼트를 받을 수 있는 지역사회 내 공동체, 자조모임의 필요성이다. 세 번째는 지속적인 삶의 영위에 필요한 적절한 주거서비스의 제공이다. 참여자C의 사례는 PTSD의 안정을 위해 적절한 환경이 구축되어야 하는 중요성을 알려주고 있다.

#### (5) 정신장애인 취업지원센터 구축

전문가 FGI를 통해 도출된 것은 정신장애인에게 ‘일’은 굉장히 중요한 의미를 가지고 있지만, 이와 대조적으로 현재 전반적인 취업지원 서비스가 부족하다는 것이었다. 이를 위해 취업과 관련되어 다양한 서비스를 제공할 수 있는 ‘정신장애인 취업지원센터’가 구축되는 것이 필요하다. FGI 분석에 의하면 취업지원센터에서는 다음과 같은 서비스들이 제공되어야 한다. 첫째, 정신장애인에게 적절한 일자리를 창출해야 한다. 정신장애인 당사자의 욕구를 반영하여 다양한 직종과 직무에 대한 선택지가 제시되어야 하고, 급여 수준 및 계약조건에 대해서도 당사자가 결정할 수 있는 일자리 제공이 필요하다. 둘째, 직장 내 낙인과 차별에 대응할 수 있는 서비스가 필요하다. 특히 상사 및 동료들과의 관계에서 정신장애인 당사자가 어려움에 놓일 수 있기 때문에 이러한 관계에 개입하여 스티그마를 감소할 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다. 셋째, 취업 현장에 있는 당사자를 위한 정서적 지원이 제공되어야 한다. 업무 및 관계에서 오는 스트레스는 당사자의 정신적 어려움을 극화시키는 부정적인 상호작용으로 나타날 수 있다. 이를 위해 동료지원서비스 등을 활용하여 정서적 지지가 이루어지는 방안도 포함되어야 할 것이다. 넷째, 직무능력향상을 위한 취업교육 및 잡코치 제공도 취업지원센터에서 다루어야 할 것이다. 정신장애인 당사자가 희망하는 일자리에 가기 위해서는 적절한 교육이 필요할 수 있다. 또한 채용 후 근무 과정에서 발생하는 업무처리능력의 어려움을 지원할 수 있는 서비스도 마련되어야 할 것이다.

#### (6) 정신장애인 고용촉진을 위한 ‘장애인직업재활법’ 개정 필요

정신장애인 취업지원센터와 더불어 고민해야 할 부분은 ‘장애인직업재활법’ 개정이다. FGI에 참여한 전문가들은 현재 ‘정신장애등록’이 주는 가장 큰 강점은 ‘장애인의무고용제도’를 통한 취업의 용이성이라고 언급하였다. 즉 장애인의무고용제도의 혜택을 받을 수 있다면 정신장애인의 자립과 삶의 질은 보다 향상될 가능성이

존재하는 것이다. 이를 위해 정신장애등록 제도의 개편이 필요할 수 있지만, 동시에 장애인직업재활법에 명시되어 있는 의무고용대상자의 ‘장애개념’ 중 정신장애 개념을 보다 확대한다면, 현재 미등록 상태에 있는 정신장애인(정신질환자)의 취업 증진에 큰 도움이 될 수 있다.

#### (7) 정신장애인 주거서비스 관련하여 당사자중심으로의 정책 전환 필요

전문가 FGI를 분석한 결과 먼저 정신장애인 주거서비스의 전체적인 공급량이 부족함이 드러났다. 실제 2016년 전체 정신장애인 중 주거서비스를 이용하는 비율은 2.1%에 불과한 것으로 나타났다(국립정신건강센터, 2017). 이처럼 부족한 주거서비스는 지역사회로 나오지 못하고 정신의료기관에 지속적으로 머무르게 된다는 기존의 당사자 실태조사 결과와 연결된다(국가인권위원회, 2018). 이를 위해 우선 전체적으로 지역사회 정신장애인 주거서비스를 확충하는 것이 필요하다고 사료된다. 여기에 더불어 전문가들은 당사자의 ‘선택권’과 관련된 다양성이 형성되는 것도 중요하다고 강조한다. 이는 결국 현재 ‘공급자 중심’의 주거서비스 정책이 ‘당사자 중심’의 관점에 기반한 정책으로 전환될 필요성을 제기한다. 이와 관련하여 이탈리아 트리에스테 지역의 정책인 ‘개인보건예산제’를 참고할 수 있다. 트리에스테에서는 2005년부터 개인보건예산제를 도입하였는데, 그 당시 주거서비스 예산은 95%가 거주시설에 사용되었지만, 10년이 지난 2015년 거주시설비용 34%, 지원주택 비용 32%, 재가지원비용 34%로 당사자의 욕구가 반영되어 다양하게 분배되었음이 나타났다. 개인보건예산은 정신장애인 당사자 동의가 필수적으로 이행되는데, 이는 당사자가 목소리를 외칠 수 있는 주요 도구로 활용된다. 이탈리아 개인보건예산은 주로 주거, 고용, 사회적 관계를 확장할 수 있는 서비스 이용에 활용되는데, 이는 정신장애인 당사자가 원하는 삶이 어떤 것인지, 필요한 서비스가 무엇인지를 구체적으로 드러내주며, 중증장애인이라도 시설화가 아닌 지역사회자립을 지원할 수 있다(Ridente & Mezzina, 2016).

#### (8) 정신장애인 커뮤니티센터 구축 필요

전문가들은 정신장애인의 복지서비스가 현재 거의 존재하지 않고 있음을 언급하였다. 이를 위해 정신장애인의 다양한 복지서비스를 제공할 수 있는 인프라, 즉 정신장애인 지역사회커뮤니티센터(정신장애인복지관, 정신장애인가정케어센터 등)





구축을 강구할 필요성이 제기된다. 현재 정신건강복지법 제4장(복지서비스의 제공)에는 다양한 복지서비스가 지원되어야 함이 명시되어 있다. 이러한 법령에 기반하여 정신장애인 지역사회커뮤니티센터는 고용 및 직업재활 지원(제34조), 평생교육 지원(제35조), 문화·예술·여가·체육활동 등 지원(제36조), 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원(제37조), 가족에 대한 정보제공과 교육(제38조) 등이 포함되어야 할 것이다.

여기에 더불어서 고민해야 할 부분은 장애인복지법 15조의 개정 필요하다. 15조로 인해 ‘정신건강복지법’에 적용을 받는 정신장애인은 장애인복지법에 적용되지 않는 제한이 있다. 그 결과 정신장애인은 정부가 설립한 복지기관에서 제공하는 주거 등의 서비스로부터 배제되면서 지역사회 복지서비스의 사각지대에 있다(박인환·이용표, 2018). 즉 정신장애인의 지역사회자립을 위해서는 장애인복지영역에 있는 서비스(주거, 취업, 일상생활지원 등)를 이용하는 방안과 같이 통합되어야 할 것으로 사료된다.

#### (9) 정신장애인의 일상생활지원 및 적절한 직무와 관련하여 ‘동료지원가’ 확충 필요

전문가들은 정신장애인 동료지원가가 확충되는 것이 필요하다고 이야기하였다. 첫째 동료지원가는 지역사회 정신장애인의 일상생활지원에서 효과성이 있기 때문이다. 실제 동료지원가는 개인적 경험에 뿌리를 두고 있기 때문에 따뜻하고 공감적인 지원과 격려를 제공할 수 있으며, 정신장애인들에게 회복을 위한 롤 모델을 제공할 수 있다(Johnson et al., 2018). 이는 동료지원가를 지역사회 내 정신장애인의 일상생활지원에 있어 적절한 제공자로 간주할 수 있다. 둘째, 동료지원가는 정신장애인의 ‘일’과 관련하여 적절한 직무를 제공할 수 있는 가능성을 내포하고 있다. 즉 동료지원가를 확충하는 것은 적절한 일자리를 형성하는 것이며, 이는 당사자의 소득 증진에도 효과가 있을 것이라 사료된다.

## VI 결론

### 1. 연구결과

본 연구는 「장애인복지법」에서 제외되어 장애인복지서비스에서 배제되고 있는 정신장애인들이 겪고 있는 일상생활 및 사회참여의 어려움 정도와 제도적 차별 등을 세세히 드러냄으로써, 경직된 장애등록제도와 장애판정제도를 개편하는 목적을 갖는다. 궁극적으로 정신적 어려움으로 인해 일상생활 및 사회참여에 제약이 있음에도 불구하고 제도적 차별적 영역들을 개편하여 질병, 빈곤, 실업, 돌봄 등의 사회적 위험에 대한 사회적 안전망을 마련하고자 하였다.

#### 1) 해외사례 비교 분석결과

첫째, 국내외 정신장애분석결과 국가별로 ICD-10의 정신장애영역을 장애범주에 총체적으로 포함하고 있으나, 기질성 또는 증상성 정신장애(치매), 항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(알코올, 담배 등), 지적장애, 발달장애 등은 국가별로 정신질환과 구분하여 유형화하거나, 또는 서비스체계를 이원화 하고 있었다. 한국은 국외 정신장애범주를 기준으로 비교한 결과 ① 기질성 또는 증상성 정신장애, ② 항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애, ③ 조현병 스펙트럼(조현병 제외), ④ 기분 정동장애(양극성 정동장애, 재발성 우울성 장애 제외), ⑤ 신경증적, 스트레스 관련 및 신체형 장애(불안장애, 공황장애), ⑥ 생리적 교란 및 물리적 요인과 관련된 행동 증후군(섭식장애 등), ⑦ 성인 인격 및 행동장애(인격장애), ⑧ 아동기 및 청소년기에 주로 발병하는 기타 행동 및 정서장애(투렛증후군) 등을 포함하고 있지 않고 있었다.

둘째, 정신장애인이 각 정책영역들에서 어떠한 위치에 있는지를 미국, 일본, 한국을 기준으로 살펴보았다. 한국의 경우, 이론적 배경에서 간략하게 살펴본 바와 같이 주거를 제외한 소득, 고용, 의료, 사회서비스 영역에서 배제되고 있었다. 예를 들면, 국민기초생활보장수급대상자 선정시 요구되는 소득인정액을 산정하는데 근로소득공제율은 등록장애인만 해당하여 30만원을 공제하고 나머지 금액에 대해 5



0%만 추가공제가 되고 있으며, 정신질환자가 정신재활시설 관련 경우에는 상대적으로 등록장애인에 비해 없었으며, 정신질환자 직업재활사업에 참여하는 등록장애인만이 20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대한 50%를 추가공제되고 있었다. 따라서 정신질환자는 소득인정액 산정시 등록장애인과 같은 일상생활의 어려움이 있음에도 불구하고 대상자 선정기준에서 불리한 위치에 놓여 있다. 뿐만 아니라 소득기준에 맞는 중증 등록장애인은 근로능력평가 없이 생계급여가 지급되지만, 정신질환자는 근로능력평가를 통해 근로능력의 무능력을 입증해야지만 생계급여가 지급이 되고, 그렇지 않을 경우에는 자활사업의 조건부 수급이 이루어진다. 따라서 등록장애인이면서 소득인정액 기준에만 해당되면 생계급여 및 의료급여 1종 수급자가 되지만, 정신질환자는 근로능력평가를 받아야 하기 때문에 등록장애인이 좀 더 급여자격을 얻기 쉽다고 할 수 있다. 특히 보건복지부 고시 「의료급여수가의 기준 및 일반기준(제2019-307호)」 별표2의 ‘의료급여 회귀·중증난치질환자 산정특례 대상’ 및 건강보험의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 별표 3의 ‘중증질환 산정특례 대상(암환자, 중증화상환자만 해당)’ 등록자는 근로능력이 없다고 판단되고 있으나, ‘의료급여 회귀·중증난치질환자 산정특례 대상’ 중 중증난치질환자 산정특례대상에서도 정신질환영역을 포함되고 있지 않다.<sup>56)</sup>

특히 생계급여 기준은 의료급여 1종과 2종의 기준으로 연결되기 때문에 정신질환자에게는 비슷한 장애를 가지고 있으나 등록장애가 되지 않음으로써 겪게 되는 절차와 기준들이 상대적으로 많다고 할 수 있다.

한편 일본은 우리나라와 유사한 장애등록제도가 있음에도 불구하고, 장애등록 이후의 서비스 지원은 우리나라와 상이하다. 즉 정신보건 및 전신장애자복지에 관한 법률에 의해 장애판정을 받고, 정신장애인보건복지수첩을 발급받게 되면 장애등급에 따라 소득보장, 의료보장 및 일부 고용보장과 관련된 지원을 받을 수 있다. 또한 이들은 사회서비스와 장애인고용과 관련된 서비스를 받고 싶다면, 장애인종합지원법에 따른 장애지원구분 인정조사를 통해 지원구분 등급을 받고 서비스를 제공받게 된다. 특히 정신장애가 심하지 않아 정신장애보건복지수첩을 발급받지 못했다고 하더라도 일상생활이나 사회생활에 어려움이 있는 경우 장애지원구분인정조

56) 중증난치질환자 산정특례대상에는 1. 만성신부전증환자, 2. 혈우병 환자가 항응고인자동결침전제 등의 약제 및 기타 형루병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료관련 입원 진료, 3. 장기이식 환자의 경우, 4. 정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래 진료 또는 입원진료(F20~F29), 5. 아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료의 경우임. 동 대상자들은 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담함.

사를 통해 서비스 등급을 받고 그에 해당되는 사회서비스나 일부 고용관련 서비스를 이용할 수 있다. 이 지점이 한국과 매우 다른 상황이라 할 것이다. 즉 우리나라는 등록장애인으로 등록되는 것은 결국 소득, 고용, 사회서비스 등의 대상으로서 기회가 주어지는 것을 뜻하며, 등록장애인이 되지 않으면 모든 서비스 기회조차 얻지 못하게 된다. 이러한 한국의 장애등록체계는 경직된 체계로서 일본은 상대적으로 유연한 등록체계를 통해 장애개념의 변화와 장애욕구의 대응에 매우 민첩하게 변화되는 강점을 가지고 있다고 하겠다.

상대적으로 미국의 경우, 등록체계를 가지고 있지 않는 국가이며, 특히 정신장애 영역은 회복지향적 관점에 기반하여 정신장애 정책이 구현되고 있다. 미국의 정신건강은 예방, 조기치료, 외래치료, 주거 돌봄 치료, 위기상황 서비스, 입원치료 등 서비스가 연속적이고 연계적임, 총체적으로 당사자의 회복을 돕고 있다. 이때 다양한 소득지원과 의료, 고용, 사회서비스 등이 연방-주-카운티-지역사회기반 민간 기관-시설들의 연계하에 제공되고 있다. 정신질환을 앓고 있는자가 정책이나 제도로 인해 필요한 서비스와 지원에서 배제되는 경우를 줄이고자 노력하고 있다. 특히 여기에는 medical necessity의 개념이 중요한데, 저소득층에 지원되는 메디케이드, 노인 층인 메디케어, 사보험 등의 의료서비스 결정에는 동 개념을 충족시켜야만 제공된다. 각각 의료보험 형태에 따라 medical necessity에 대한 규정과 해당 서비스는 다르지만, 전반적으로 다양한 평가서를 이용한 진단, 손상정도에 대한 판단, 그에 따른 필요한 개입 결정이 기본요소라 하겠다. 예를들어 캘리포니아주 산타클라라의 경우 DSM5/ICD-10의 정신장애를 가지고 있어야 하며, 일상생활, 사회적 관계, 직장, 거주 등의 활동과 기능에 손상과 제한이 있어야 하며, 개입을 통해 효과를 볼 수 있는 경우, 이 개입/서비스를 의료보험이 커버하는 것이다. 이는 제한된 진단만을 기준으로 서비스가 배제되고 개입조차 하지 않는 한국의 정신장애정책에 주는 시사점이라 할 수 있다.

이러한 해외 사례는 건강과 복지가 이원화 되고 있으며, 복지제도 내에서도 분리된 한국의 정신장애정책이 체계화 되어야 함을 제안해주고 있다.



## 2) 질적연구 분석결과

본 질적연구에서는 장애등록제도는 정신질환자와 등록장애인의 삶을 변화시키는데 매우 중요한 기준점으로 나타났다. 본 연구 참여자들은 강박장애, 해리성 정체감 장애 등 장애인복지법의 4개 범주에 해당되지는 않으나, 이들의 일상은 폐쇄적이고, 일상생활의 활동에서도 동반자가 함께 있어야만 생활이 가능하는 등의 모습을 보여주었다. 이들은 특히 장애등록제도의 고용제도에서의 의미와 욕구가 상당하였다. 즉 취업에 대한 욕구가 있으나 결국 일반노동시장에서 가능할 수 있는 의무고용제도의 이용이 가장 등록장애의 매력으로 꼽고 있었다. 의무고용제도는 정신장애인과 정신질환자의 근로와 소득에 영향을 미치게 하고, 이들의 빈곤은 등록제도가 하나의 요인으로 작용하고 있다고 예측되는 지점이다.

또한 등록제도는 정신장애정책의 기본 관점인 회복패러다임과는 매우 모순된 제도로 분석되었다. 등록장애제도는 장애가 만성화되고 고착화된 경우에 소득과 고용서비스 사회서비스를 제공하여 자립과 사회통합을 목적으로 한다. 그러나 정신장애는 회복패러다임의 이념에 의해 이들은 치료 뿐만 아니라 서비스 등을 토대로 회복되는 목적을 갖는다. 이렇게 되면 이들은 회복이 되는 순간 장애등록에서 탈락되고, 이로 인해 소득보장, 고용서비스, 사회서비스가 모조리 사라지게 되기 때문에, 이들은 현 생활을 유지하기 위해서는 회복되어서는 안되는 제도적 모순이 존재한다. 한 사례에서 재판정 시기가 돌아오면, 약을 조절하여 증상을 발현하게 하는 등 등록제도를 유지하기 위해 회복의 반대의 길로 들어가기도 한다고 얘기하고 있다. 이외에도 이들은 노부모를 모시고 있는 경우가 많아 노인 돌봄에 대한 지원을 필요로 하였으며, 취업에 대한 욕구가 매우 큰 것으로 나타났다.

사실 한국도 장애인복지법의 장애범주에 미포함된 미등록장애인들의 장애등록에 대한 도전을 받고 있다. 대법원의 “틱 장애로 인한 일상생활 제약, 뚜렛증후군”에 대한 장애 인정 판결(2016두50907), 복합부위통증증후군의 ‘상지기능장애’로 인정한 서울 고등법원 판결(2018누38354), ‘백반증도 안면장애에 해당한다’는 서울고등법원 판결(2016누1108)등이 일례이다. 이에 대해 보건복지부의 ‘뚜렛증후군 정신장애 예외적 인정 조치(2020년5월19일 보도자료)’로 인해 경직된 장애등록체계의 개편이 필요함을 인정한 사례라 할 수 있다. 따라서 한국의 경우, 장애등록체계를 유연하게 할 수 있는 방안을 과감하게 고려해야 할 시기이다. 이에 대한 내용은 정책방안에서 제시하고자 한다.

## 2. 정책 제언

### 1) 정신장애인 소득보장 확대 방안

#### (1) 국민기초생활보장제도의 근로소득공제 영역 확대

미등록된 정신질환자의 경우, 일반노동시장에서 적정 급여를 받고 괜찮은 일자리를 지속적으로 유지하는 것은 상대적으로 어려울 수 있다. 이들의 대부분은 주 20시간 이하의 일자리를 가지고 있거나, 불안정한 일자리 등에 고용되어 있을 가능성이 높다. 그럼에도 불구하고 본 질적연구에서도 나타난바와 같이 ‘일’에 대한 욕구가 매우 컸으며, 이는 회복의 주요한 개입요인이다. 따라서 이들이 일을 지속하면서 갑작스런 실업이나 또는 빈곤 등을 방지하기 위해 이들의 근로소득 공제를 등록장애인과 비슷한 수준으로 하게 한다면, 일을 하면서 생계급여 등을 받다가 탈수급이 가능할 것으로 판단된다. 현재는 등록장애인의 경우 정액 공제 후 정률 공제 기준을 정신질환자에게도 그대로 적용할 필요가 있다.

<표 IV-1> 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황

구분	현행		개편(안)	
공제 대상 수급(권) 자	등록장애인		정신질환자	
공제대상 소득	장애인 직업재활사업· 정신질환자 직업재활사업 참여 소득)	근로·사업소득	장애인 직업재활사업· 정신질환자 직업재활사업 참여 소득)	근로·사업소득
공제율	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50% 추가공제	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50% 추가공제	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제



## (2) 장애인연금 3급으로의 확대

장애인실태조사(2017)를 재분석한 결과에 의하면, 정신장애인의 빈곤율(중위 소득 50%이하)은 정신장애인의 빈곤율이 56.2%로 가장 높았으며, 다음은 장루·요루장애인 50.4%, 청각장애 49.4% 등의 순으로 분석되었다. 특히 장애인연금 대상자는 소득인정액 기준과 더불어 1~2급, 3급 및 중복장애를 대상으로 하고 있다. 동 기준에 의하면 정신장애인은 3급이 비율이 정신장애인의 70%를 차지하고 있으며, 이 수준은 타 유형에 비해 상대적으로 높은 수준이기 때문에, 단일 3급까지 장애인연금을 확대하여 정신장애인의 빈곤율을 낮출 필요가 있다 하겠다.

<표 IV-2> 장애유형별 빈곤수준

(단위: %)

구분	2017
	빈곤율
지체장애	40.5
뇌병변장애	45.7
시각장애	41.8
청각장애	49.4
언어장애	48.1
지적장애	38.2
자폐성장애	12.1
정신장애	56.2
신장장애	33.0
심장장애	30.5
호흡기장애	47.5
간장애	26.5
안면장애	21.9
장루요루장애	50.4
뇌전증장애	26.0

주: 1) 가중치를 적용한 값임

2) 장애인실태조사 원자료 재분석함

3) 장애인실태조사의 소득은 경상소득으로 가처분소득에 가장 가깝게 소득을 구성하기 위해 근로소득과 사업소득에 한계세율을 적용 한 후, 이를 기준으로 상대적 빈곤율을 기준으로 산출함

## 2) 본인일부부담금 산정특례 정신질환 범주 확대 방안

본인일부부담금 산정특례제도는 고액의 치료비가 예상되는 상병과 장기간 치료를 요하는 상병에 대해 건강보험 본인부담액의 일부를 경감하는 제도를 말한다(최정규&정형선, 2012, pp1). 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자, 결핵질환자가 산정특례 대상에 해당되며, 정신질환자는 <본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부고시 제2020-111호)>에 따라 중증난치질환자로 분류되어 있다. 중증난치질환자 산정특례 대상[별표 4의2]에서는 정신질환 중 F20~F29에 해당되는 조현병, 분열형 및 망상 장애만을 사업 대상으로 지정하고 있다. 이에 해당되는 정신질환자는 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함) 시 요양급여비용총액의 100분의 10을 본인일부부담하게 된다. 최근 들어 조현병 스펙트럼 외에도 강박장애, 불안장애 등 유병률이 높아지고 있는 상황에서 산정특례의 범주를 확대하여 건강보험대상자들의 경우에도 초발정신장애인들이 산정특례 대상자의 혜택을 받으면서 조기치료를 받는 체계가 구축될 필요가 있다. 전문가의 FGI에 의하면 중산층의 가족이 정신과질환을 앓게 되면, 초기에 등록장애에 보다는 산정특례를 주로 이용하여 의료비 절감을 할 수 있으나, 그 범주가 매우 적어 점차 가격이 기우는 경우를 자주 목격한다고 한다. 뿐만 아니라 만성적 조울증의 경우, 근로능력이 없을 뿐만 아니라 장기간 제한을 받고 있음에도 불구하고 산정특례에 조현병만 규정되어 있기 때문에, 조현병과 조울증 두 코드를 적용하여 의료비를 절감해 주기도 한다고 제시하고 있다. 따라서 조현병 범주 뿐만 아니라 유병률이 높고 진료비가 높은 정신질환 군에 대한 산정특례가 확대되어야 할 것이다.

## 3) 타 법률과의 형평성을 고려한 정신건강복지법 개정 및 실효성 확보 방안

### (1) 장애인복지법 제15조 개정 필요

장애인복지법 제15조를 개정하여, 장애인복지법의 직업재활서비스 및 복지시설의 이용에 있어서 차별을 없애야 할 것이다. 현행 장애인복지법 제15조에 의하여, 정신질환자들은 장애인복지시설에서의 주거편의·상담·치료·훈련 등의 서비스, 장애인복지시설에서 위탁하여 그 시설에서의 주거편의·상담·치료·훈련 등의 서비스 등에서 배제된다. 특히 동 영역은 등록된 정신장애인임에도 불구하고 타 법률 우선원칙에 의하여 배제되는 경우가 많다. 현재 장애인직업재활시설은 2018년 기준 651개





소인 반면에 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 직업재활시설은 약 14개로(한국정신재활시설협회 홈페이지), 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 직업 및 훈련 등의 서비스가 미미하여, 재활서비스 및 훈련 등 조차도 어려운 현실이다.

<표 VI-3> 장애인복지법 개편 방안

현행	개정(안)
장애인복지법 법률 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. <개정 2016. 5. 29.>	제2조에 따른 장애인 중 (삭제) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다. <개정 2016. 5. 29.>
장애인복지법 시행령 13조(다른 법률과의 관계) 제13조(다른 법률과의 관계) ① 법 제2조에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조의4에 따른 상이등급을 판정받은 사람에 대해서는 법 제15조에 따라 법 제27조, 제30조, 제34조제1항제1호 및 제4호, 제38조, 제39조, 제41조, 제42조, 제46조, 제49조 및 제55조를 적용하지 아니한다. <개정 2014. 11. 4., 2018. 6. 19.> (중략)	
③ 법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조제1항제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다.	
제34조(재활상담 등의 조치) (중략) 2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 (중략)	

따라서 장애인복지법 제15조에 규정된 정신건강복지법을 삭제하여, 정신장애인의 경우는 장애인복지시설에서 직업재활서비스를 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

또한 정신장애에 대한 이해를 돕기 위하여 관련 기관종사자들은 정신질환에 대한 교육과 약물 등에 대한 정신건강복지센터 등을 통해 교육 등을 받을 필요가 있다.

## (2) 정신건강복지법 개정 및 실효성 확보

앞서 장애인복지법 제15조에 따라 정신건강복지법에 포함된 정신장애인과 정신질환자의 경우에는 장애인복지법의 직업재활서비스 등의 상담, 훈련 등의 제도에서 배제되지만, 정신건강복지법과 유사한 발달장애인법은 제15조에서 타법률 원칙이 적용되고 있지 않고 있다. 발달장애인과 정신장애인은 15개 장애유형임에도 불구하고 정신장애영역은 제15조에 의해 서비스 차별 뿐만 아니라 관련 복지서비스 등의 확장도 이루어지고 있지 않다. 따라서 장애인복지법의 제15조의 정신건강복지법의 삭제와 더불어 정신건강복지법의 복지영역 중 직업재활시설의 확충, 관련 시설 확충 등에 있어 실질적인 효력이 발생할 수 있도록 해야 할 것이다.

### ① 정신장애인 커뮤니티 센터(가칭) 구축 필요

발달장애인법에는 다양한 서비스 지원체계 구축에 대한 규정들이 명시되어 있다. 직업, 고용, 사회서비스 등의 영역이다. 특히 정신장애인은 장애인복지법 제15조에 의해 지역사회내에서 이용할 수 있는 이용시설이 현저히 부족하다. 특히 장애인복지관은 장애인복지서비스의 중심 거점 서비스 기관이라고 할 수 있다면, 정신질환 또는 정신장애인에게는 유사한 컨트롤 타워 역할을 하는 기관이 전무하다. 정신건강복지센터가 각 시군구에 설치되어 있지만, 이들은 서비스를 제공하기 보다는 사례관리와 자살예방 등에 초점화 되어 있어 지역사회서비스 제공을 위해서는 지역사회의 삶을 유지할 수 있는 서비스제공체계가 필요한 현실이다.

특히 장애인복지관은 발달장애인 중심의 복지관이 주를 이루고 있는 현실이며, 등록된 정신장애인이라고 하더라도 ‘정신적’영역은 정신건강복지센터 등으로 일(도시락서비스 등)을 떠넘기는 등의 상황이다. 뿐만 아니라 장애인복지법 제15조에 의해 장애인복지관에서 하는 사업들은 지적장애나 발달장애가 있거나, 지적장애 이면서 정신질환을 중복으로 가지는 경우 등이 아니라면 정신장애인은 단편적으로 도시락 서비스 등에서는 제외될 수 있다. 한편, 중복장애가 정신질환일 경우에는 장애인복지관 등의 종사자들은 정신질환에 대한 기본적인 이해도가 낮기 때문에 이들에 대한 지원이 어려운 것이 사실이다.



따라서 정신장애인이 지역사회에서 평생교육서비스, 정보지원, 사회서비스, 주거지원서비스 등을 지원할 수 있는 복지전달체계의 구심 기관이 필요하다. 따라서 시군구에 정신장애인 지역사회커뮤니티 센터를 구축하여 정신질환자 뿐만 아니라 장애인복지법에서도 배제되고 있는 정신장애인들이 지역사회에서 교육, 훈련, 주거상담 등을 지원받을 수 있도록 동 시설의 구축이 요구된다 하겠다.

## ② 정신건강복지법의 복지서비스 규정의 실효성 제고

발달장애인법의 경우, 다양한 서비스체계에 대한 규정이 이루어져 있으며, 이에 대한 서비스와 정책들이 체계적으로 구현되고 있다. 조기진단 및 개입, 재활 및 발달지원, 고용 및 직업훈련 지원, 평생교육 지원, 문화예술여가체육 활동 등 지원, 소득보장, 거주시설·주간활동·돌봄지원 등이다. 뿐만 아니라 보조자에 대한 지원서비스까지 규정되어 있다. 재활 및 발달지원을 위해 거점병원, 행동발달증진센터 설치 등 지원체계들이 동 법률에 의해 발전되어 가고 있다.

이에 반해 정신건강복지법은 제33조~제38조까지 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화예술여가체육 활동 등 지원, 지역사회 거주치료·재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등으로 발달장애인복지법과 유사한 규정을 가지고 있음에도 불구하고 정신건강복지법 관련 복지서비스는 매우 미미하다. 따라서 정신건강정책과와 장애인정책과와 협의를 통해 정신건강정책 하에서도 복지관련 정책들을 구현하도록 체계화 해야 할 것이며, 장애인정책과에서도 등록정신장애인이 장애유형 내에서도 차별받지 않도록 해야 할 것이다.

## ③ 취업지원센터(가칭) 구축 필요

많은 연구에서 제시된 바와 같이 정신장애인에게 취업 및 직업은 회복을 이끄는 중요한 요인이다(이용표 외, 2019). 앞서 제시한 바와 같이 장애인복지법 제15조에 의해 정신장애인 및 정신질환자는 적절한 취업 지원이 이루어지고 있지 않다. 일반적으로 취업이 되기까지 다양한 측면의 지원이 요구된다. 예를 들면, 취업에 대한 정보, 일자리 탐색, 취업 알선, 취업적응, 취업 시 요구되는 스트레스 대처 등이다. 현재 정신질환자들은 취업 및 고용 등의 지원에 대한 정보와 서비스는 정신재활시설 내 직업재활시설 또는 정신건강복지센터에서 지원하고 있으나, 2018년 기준 14개소로 장애인복지법의 장애인직업재활시설은 651개로 인프라 자체가 적은 현실이

다. 정신건강복지센터의 경우에도 조기개입 및 위기개입, 자살 등이 주요 사업일 뿐만 아니라 모든 국민을 대상으로 하는 등 지역별로 집중해야 할 사업이 상이하기 때문에, 직업과 취업 지원까지 정신건강복지센터가 운영하기 힘든 상황이다.

뿐만 아니라 정신질환자는 등록장애인 중심의 장애인고용공단의 고용 및 취업사업에서도 배제되고 있으며, 일반 고용노동부의 취업지원 사업 영역에서도 차별을 겪고 있다. 즉 장애인의 고용과 취업을 지원하는 장애인고용공단의 경우, 맞춤형훈련, 인턴제도, 중증장애인지원고용 등은 등록장애인을 대상으로 하고 있기 때문에, 정신질환자들은 장애인고용공단에서도 다양한 사업에서 배제되는 구조이다. 이외에도 장애인고용공단의 장애인 취업성공패키지가 있으나, 동 사업도 등록장애인 중심으로 이루어져 있다. 이렇기 때문에 정신질환자는 모든 국민을 대상으로 하는 고용노동부의 취업성공패키지를 이용할 수 밖에 없으며, 국민내일배움카드와 같이 전 국민을 대상으로 하는 교육프로그램을 이용해야 한다. 장애인고용공단의 사업들은 등록장애인에 맞도록 1:1 지원, 특별반 클래스 등을 만들어 하는 등 장애유형 및 특성 등에 적합하도록 사업을 구성하고 있는 반면에, 모든 국민을 대상으로 하는 교육 및 취업 지원 등은 정신질환자가 교육받고, 지원받는데 한계가 있을 수 밖에 없다<sup>57)</sup>

이에 정신장애인의 취업에 관련된 전반적 사항 및 교육 등을 적절히 이루어질 수 있는 체계가 필요하다. 이는 미국의 클럽하우스의 역할이라 할 것이다. 취업지원센터는 전반적인 취업에 대한 정보, 개입, 지원, 지역사회 내 고용주 지원, 교육 등을 중심으로 사업화 하며, 시군구에 1개 이상 구축할 필요가 있다. 현재 등록 정신장애인의 경우에도 현재 취업 등 지원에서 장애인복지법의 직업재활시설을 적극적으로 이용하지 못하고 있으며, 장애인복지관에서도 정신건강복지센터 등으로 이들에 대한 지원을 의뢰하고 있는 현실이다. 또한 복지인프라간 연계체계가 미흡하여 직업을 지원하는 취업지원센터의 인프라의 구축이 매우 시급하다 할 것이다.

#### ④ 정신질환자의 회복지원 및 사회서비스 확대 필요

정신질환자에 대한 사회서비스가 확대될 필요가 있다. 정신건강복지법 내 치료

57) 급격한 기술발전에 적응하고 노동시장 변화에 대응하는 사회안전망 차원에서 생애에 걸친 역량개발 향상 등을 위해 국민 스스로 직업능력개발훈련을 실시할 수 있도록 훈련비 등 지원(고용노동부 홈페이지, <http://www.moel.go.kr/policy/policyinfo/reclamarion/list2.do>)



및 복지서비스를 확대하여 중증저신질환자들이 전문적 서비스를 받도록 사업들이 확대되어야 한다.

아래의 표는 본 연구에서 제시된 바 있는 캘리포니아의 “전문 정신건강서비스 [Specialty Mental Health Services, SMHS]”이다. 이와 유사한 서비스들이 다른 주에서도 있는데, 캘리포니아의 경우에는 메드케이드 대상중 SMHS가 선정한 진단중 하나를 충족시키고 (아래 그림 왼쪽), 주요한 생활기능 영역에 심각한 손상이 있는 대상들중 치료를 통해 완화가 기대된다고 판단되는 경우 카운티를 통해 다양한 서비스들을 카운티를 통해 제공하는 서비스다.

우리나라의 의료급여와 유사한 제도인 메디케이드는 의료 및 치료중심의 의료급여와 달리 다양한 건강지원서비스와 개입서비스 등이 포함되어 있다. 위기개입이나 위기주거서비스, 집중가정지원, 정신건강시설지원, 상담서비스, 기타 서비스 등이다. 우리나라의 의료급여 체계에서는 동 시스템은 구현되기 힘들기 때문에, 정신건강복지법에서 이와 관련된 서비스들을 체계를 확대할 필요가 있다. 치료중심 외에도 지역사회 정신장애인들이 지역사회 내에서 생활할 수 있도록 활동지원, 가사지원서비스, 이동지원 등이 등록장애인에게만 이루어지기 보다는 이들과 포함하는 체계가 구체적으로 구현되어야 할 것이다. 이는 각 지자체에서 조례를 통해 대상자를 확대하거나, 지원책을 마련할 수 있을 것으로 판단된다.

<표 VI-4> SMHS 제공 서비스

SMHS서비스를 받는 정신 질환	SMHS가 제공하는 서비스
자폐 장애를 제외한 광범위한 발달 장애 (Pervasive Developmental Disorders, except Autistic Disorder)	• 성인 위기 주거 서비스 (adult crisis residential services) *
파괴적인 행동과 주의력 결핍 장애 (Disruptive Behavior and Attention Deficit Disorders)	• 성인 거주 치료 서비스(adult residential treatment services) *
유아기 및 유아의 수유 및 섭식 장애(Feeding and Eating Disorders of Infancy and Early Childhood)	• 위기 개입 (crisis intervention)
배설장애 (Elimination disorders)	• 위기 안정화 (crisis stabilization)
유아기, 아동기 또는 청소년기의 기타 장애 (Other Disorders of Infancy, Childhood, or Adolescence)	• 주간 재활 (day rehabilitation+)
조현병 및 기타 정신병적 (psychotic) 장애 (Schizophrenia and other Psychotic Disorders, except Psychotic Disorders due to a General	• 주간 집중 치료 (day treatment intensive)
	• 집중 치료 조정 (intensive care coordination) **
	• 집중적인 가정방문/기반 서비스 (intensive home-based services) **
	• 약물 지원 (medication support)
	• 정신 건강 시설 서비스 (입원 환자) (psychiatric health facility services -

<p>Medical Condition)  (일반적인 의학적 상태로 인한 기분 장애를 제외한) 기분 장애 (Mood Disorders, except Mood Disorders due to a General Medical Condition)  (일반적인 의학적 상태로 인한 불안 장애를 제외한) 불안 장애 (Anxiety Disorders, except Anxiety Disorders due to a General Medical Condition)  신체형 장애 (Somatoform Disorders)  허위성 장애 (Factitious Disorders)  해리장애 (Dissociative Disorders)  성도착증 (Paraphilias)  성 정체성 장애 (Gender Identity Disorder)  섭식 장애 (Eating Disorders)  달리 분류되지 않은 충동 조절 장애 (Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)  적응장애 (Adjustment Disorders)  반사회적 성격 장애를 제외한 성격 장애 (Personality Disorders, excluding Antisocial Personality Disorder)  이외 다른 진단과 관련된 약물유발 운동 장애 (Medication-Induced Movement Disorders related to other included diagnoses)</p>	<p>inpatient)  • 정신과 입원 환자 병원 서비스 (psychiatric inpatient hospital services)  • 정신과 의사 서비스 (psychiatrist services)  • 상담전문가 서비스 (psychologist services)  • 타겟 사례 관리 (targeted case management++)  • 치료 행동 서비스 (therapeutic behavioral services)**  • 치료 위탁 관리 (therapeutic foster care)**  • 치료 및 기타 서비스 활동 (therapy and other service activities)</p> <p>*18 세 이상 성인 대상.  ** 21 세 미만의 어린이와 청소년 대상.  + "재활"은 광범위하며 기능, 일상 생활, 사회 및 레저, 손질 및 개인 위생 기술, 식사 준비, 지원 리소스 및 약물 교육 개선, 유지 또는 복원에 도움이 되는 서비스를 의미함.  ++ "Targeted Case Management"는 필요한 의료, 교육, 사회, 전직, 직업, 재활 또는 기타 지역 사회 서비스 (주택 포함)에 액세스 (access) 할 수 있도록 도와주는 서비스로, 의사소통, 조정, 의뢰, 배치, 계획 개발, 진행 상황 및 서비스 모니터링을 포함함.</p>
--	---



#### 4) 의무고용확대 및 일자리 확대 방안

##### (1) 장애인직업재활법 장애개념 확대 및 고용적격성 평가를 통한 의무고용대상자 개정 필요

「장애인고용촉진 및 직업재활법」의 의무고용대상 기준은 「장애인복지법」에 근거한 장애인에 기반하고 있기 때문에 장애인복지법의 장애인이 필수조건이다. 이로 인해 등록장애인이 아닌 정신질환자는 의무고용이라는 제도를 활용하지 못하여 노동시장에서 배제되고 있는 상황이다. 본 연구의 현장전문가 FGI 의견에 따르면, 의무고용제도를 통해 이들을 고용한 기관의 경우에는 이들의 장애를 이해하고, 관련 직무 조정 등이 가능하지만, 장애등록을 하지 않을 경우에는 장애를 공개하고 취업하기에는 현실적으로는 어려울 뿐만 아니라, 독립적으로 취업을 하더라도 약물 복용을 알게 되어 일을 그만두게 되거나, 사회복지사의 지원이 없을 경우, 스스로 업무를 하며 적응하는데 어려움 등을 겪게 되어 비장애인에 비해 직업유지가 힘들다고 얘기하고 있다. 뿐만 아니라 국가·지방자치단체와 50명 이상 공공기관·민간기업 사업주에게 장애인을 일정비율 고용하지 않을 경우, 장애인 고용부담금이 발생하기 때문에 이러한 의무고용대상기관은 등록장애인을 우선적으로 고용할 수 밖에 없다. 이러한 제도의 구조적 문제로 인하여 등록장애인과 비슷한 장애정도와 일상생활의 어려움이 있음에도 불구하고, 장애인복지법의 등록장애인이 아니기 때문에 파생되는 영역들이 이들이 삶을 유지하기 위한 기초적인 부분들이라는 것이 가장 문제이다. 즉 등록장애인이 아니면 노동 및 직업, 소득, 사회서비스에서 모두 기회가 없기 때문이다.

따라서 이제는 등록장애인의 장애개념이 노동시장의 요구에 적절한 개념인지 논의할 필요가 있다. 다시 말하면, 등록장애의 개념 외에도 사회와 노동시장의 변화에 따라 직업적 장애개념에 기반한 고용정책의 대상자 선정기준으로서 새롭게 변화될 필요가 있다.

구체적으로 살펴보면, 직업재활법의 제2조의 장애개념을 확장시킬 필요가 있다. 직업재활법 시행령 3조(장애인의 기준)에 현행을 그대로 적용하되, 다음을 추가할 필요가 있다. 첫째, 정신건강복지법 하의 정신질환자 중 일상생활 및 사회참여에 제약이 있는자로 명시하도록 한다. 또한 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 정신질환자 또는 정신질환자임을 확인하는 서류가 있을

경우, 그 외 직업을 갖는데 일상생활 및 사회참여의 어려움이 있는 경우도 포함토록 한다. 둘째, 고용적격성 평가와 같은 직업적 평가를 통해 고용영역의 장애로 판정하여 의무고용을 확대할 필요가 있다.

## (2) 정신장애인 ‘절차 보조인 및 동료지원가’ 장애인일자리 마련 필요

장애인복지법 제13조의 2(장애인일자리사업 실시)에 따르면, 보건복지부 장관은 장애인의 사회참여 기회를 확대하고 적성과 능력에 맞는 일자리를 발굴하여 소득보장을 지원하는 일자리사업을 실시하고 있다. 장애인일자리 사업 중 특화형일자리가 존재한다. 즉 시각장애인의 경우 시각장애인안마사 파견사업, 발달장애인은 요양보호사 보조일자리 사업이다. 정신장애인의 경우, 절차보조인 또는 동료상담가 일자리를 마련할 필요가 있다. 미국의 경우 SAMHSA가 장려하는 프로그램 중 하나로, 정신장애인의 회복과 퇴원 전 및 후 지역사회의 활동을 유지하고 생활하는데 가장 필요한 사람이 바로 동료이다. 퇴원 전 및 후에도 정신질환자가 지역사회에 나와 재입원하기까지 이들과의 관계는 매우 중요한 부분이다. 성년후견인제도와 연계, 관련 거주서비스 지원, 거주지 마련, 사회서비스 정보 지원, 위기시 개입 등의 역할을 할 수 있다. 따라서 정신장애인에게 특화된 사업으로 절차보조인 및 동료지원가 일자리를 제안하고자 한다.





### (3) 재판정 탈락 이후 취업 자격유지 기간 필요

정신장애인은 장애정도에 따라 차이를 보이지만 보통 2년 이상의 장애판정을 받게 된다. 이때 재판정 시기는 2년 정도 이후로서, 재판정 결과는 취업과 직접 연결되게 된다. 즉 의무고용제도 등의 취업서비스를 받고 있는 정신질환자의 경우에는 재판정 탈락 이후 서비스 자격이 모두 취소된다. 특히 2년 정도의 장애등록기간 동안 취업시장에서는 다소 안정된 위치에 놓여 있을 수 있으나, 3급의 경우, 재판정에서 탈락될 경우 취업에서 제외되게 되며, 또한 다양한 서비스에서도 제외되게 된다. 정신장애는 타 장애유형과 달리 장애정도가 심각하지 않는 영역이 제외되어 있기 때문에 3급에서 탈락되게 되면 모든 영역에서 탈락이 된다. 따라서 3급에서 탈락되었을 경우, 1년 동안 취업의 자격을 유지할 수 있는 제도적 개편방안이 필요하다.

### 5) 이원화된 정신건강 및 복지제도의 개편 방안

우리나라의 정신질환자는 정신보건법과 장애인복지법에 따른 이중적 차별을 겪고 있다. 앞서 장애인복지법 제15조의 문제점과 더불어 정신장애인의 소득과 고용 등은 장애인복지법에서 그리고 정신장애인의 커뮤니티케어, 의료 등의 지원은 정신건강정책과 등에서 분리되어 이루어지다 보니, 장애인 커뮤니티케어 내에서도 정신장애인은 이중적 차별을 겪고 있다. 정신질환자 커뮤니티 케어 측면에서는 장애인복지법의 서비스와의 연계가 이루어지지 못하고 있으며, 장애인복지영역에서는 정신장애인을 커뮤니티 케어 내에서 어떻게 구현해 나가야 하는지에 대한 어려움이 공존하고 있다. 따라서 두 부처들간의 사업들의 연계 뿐만 아니라 정신건강정책과에서는 복지의 영역을 더욱 확장시켜야 할 것이며, 정신질환자와 정신장애인이 두 제도적 문제로 인한 차별을 겪지 않도록 연계 및 세부 지원 체계가 요구된다.

특히 장애인복지법에서 정신장애인은 사회서비스를 적극적으로 활용하지 못하기 때문에, 장애인복지법 15조의 개편과 더불어 정신건강복지법 내에서 사회서비스 정책들도 체계화 되어야 할 것이다. 현 정신건강복지법에서 복지서비스 영역을 확대시켜야 할 것이다. 동료상담, 복지관련 기관, 재향서비스 등이 우선되어야 할 것이다.

마지막으로 장애인복지법의 등록정신장애이지만, 다양한 정책들로부터 배제되는 것은 차별로 간주해야 할 것이다. 따라서 인권위는 이러한 사례를 발굴하여 시정



및 권고조치를 통해 장애유형 간 서비스 차별적 영역을 감소시켜야 할 것이다.

고용정책측면에서는 장애인복지법의 장애개념이 아닌 직업적 장애 개념을 기반으로 등록 정신장애인 외의 정신질환자들을 포괄해야 할 것이다. 이는 직업적 장애 개념을 통해 해결될 수 있을 것으로 판단된다.

그리고 커뮤니티케어 체계내에서도 정신질환이 중복으로 나타나는 경우가 많기 때문에, 장애인 내 정신장애인에 대한 이해와 지원 등이 적극적으로 이루어질 필요가 있다.

## 참고문헌

- 권오용, 김민, 오현성, 김혜성, 박인환, 최희승, 김혜영(2018), 정신장애인의 지역 사회 거주·치료 실태조사, 국가인권위원회.
- 국가인권위원회(2007). 장애인권리협약 해설집.
- 김문근, 김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구, 국가인권위원회.
- 김용득, 김진우, 유동철(2007). 한국 장애인복지의 이해. 인간과 복지.
- 김성희, 이연희, 오옥찬, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 오다은, 강동욱, 권선진, 오혜경, 윤상용, 이선우(2017), 2017년 장애인 실태조사, 보건복지부.
- 김성희, 김성희 이송희 김완호 민홍기 박경수 박은혜 변경희 서인환 양숙미 윤상용 이승기 이영자 전병태 한민규(2012).
- 남재욱(2017. 2. 2.) 보편복지, 인식의 확장이 필요하다. 프레시안.
- 문준혁(2019), 「국민기초생활 보장법」 상 조건부 수급 제도와 근로능력평가에 대한 비판적 검토. 사회보장법연구, 8(2), 125-169.
- 박인환 & 한미경 (2018). 미국의 외래치료명령제도 및 위기대응과 국내적 시사점. 의료법학, 19(1), 23-80. 대한의료법학회.
- 변은경, 윤숙자(2010), 정신장애인의 주거 관련 요인과 주거서비스에 대한 욕구. 정신간호학회지, 19(1), 85-95.
- 변용찬, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진, 이선우(2006). 2005 장애인실태조사. 한국보건사회연구원.
- 변용찬, 윤상용, 김성희, 강민희, 이민경, 권선진, 박종현, 변경희, 석재은, 이경석, 이선우, 이승기, 이지수, 정한영(2010). 2009 장애인복지인프라 개선연구(Ⅱ) 보건복지부(2017). 장애인실태조사.
- 보건복지부(2019), '장애 정도'를 기준으로 장애인연금 수급기준 새로 규정한다! - 장애인연금법 시행령 일부개정령안 국무회의 의결 (6.18) -, 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태조사.
- 보건복지부(2020a), 2020년 국민기초생활보장사업안내, 보건복지부.
- 보건복지부(2020b), 2020년 장애인연금 사업안내, 보건복지부.



- 보건복지부(2020c), 2020년 의료급여 사업안내, 보건복지부.
- 보건복지부(2020d), 2020년 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내 보건복지부.
- 안태희(2001). 장애관련 제기준의 비교·분석. 한국장애인고용촉진공단.
- 오유라, 이승연, 박슬기, 김소연, 조성준(2018), 정신장애인 주거서비스 욕구조사. 정신보건-서울시정신건강증진센터, 8(1), 62-69.
- 윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희, ... 최지희(2019), 중증·정신장애인 의료체계 실태조사, 국가인권위원회.
- 윤인진, 송영호(2018). 사회적 약자와 소수자의 사회정의와 인권에 대한 한국인의 인식. 한국사회 19(1): 95-131.
- 이준우, 서문진희, 김영신, 이미혜, 박종미, 송누리, 조정환(2013). 청각언어장애인(농아인)의 의사소통 접근성 강화방안 연구. 보건복지부·강남대학교.
- 전영평(2007). 소수자의 정체성, 유형, 그리고 소수자 정책 연구 관점. 정부학연구. 13(2): 107-131.
- 정부부처 합동(각년도). 1~5차 장애인정책종합계획.
- 조윤화, 김용진, 이윤희, 이혜수(2019). 「장애인복지법」 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로.
- 조윤화, 이소원, 왕영민(2019). 장애인 사회적 배제의 지수화 및 작동기제 연구. 한국장애인개발원.
- 조윤화, 서옥영(2018). OECD 국가 장애출현율 산출기준과 장애개념 관계성 연구: 한국, 호주, 독일, 프랑스를 중심으로. 한국장애인개발원.
- 조윤화(2020). 이행확률을 활용한 장애인구 추계에 관한 연구. 한국사회복지학 72(2): 289-321.
- 조한진, 강민희, 정은, 조원일, 곽정란, 전지혜, 정희경(2017). 한국에서 장애학 하기, 학지사.
- 최정규, 정형선(2012), 이중차이분석 통해 본 산정특례제도의 의료비부담 완화효과. 보건경제와 정책연구(구 보건경제연구), 18(4), 1-19.
- 최희철(2015), 한국 정신장애인 직업재활의 현황과 발전방안. 임상사회사업연구, 12, 39-54.
- 하경희, 성준모(2012), 정신장애인 경제활동 실태에 관한 탐색적 연구. 재활복지,

16, 131-158.

변경희, 권선진, 우주형, 이은미, 이미정, 유병주, 권재숙 (2012). 장애인 등록 및  
관정제도 발전방안. 한신대학교 산학협력단.

한국장애인고용공단 고용개발원(2015~2019). 장애인경제활동실태조사.

홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수(2010). 정신장애인의 지역사회 적응을 위  
한 실태조사: 기초생활보장, 주거권을 중심으로. 국가인권위원회.

홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁, 하태현, 손상준, 손정우, 유제춘, 김  
정란, 박종익, 김성환, 조성진, 정영철, 김문두, 장성만, 김병수, 안준호, 김봉  
조, 윤진상, 신일선, 전홍진, 김선웅(2016). 정신질환실태역학조사. 보건복  
지부·삼성서울병원.

内閣府(2019).障害者白書

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構(2017).地域障害者職業センター  
の精神障害者総合雇用支援のご案内

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構(2017).職場復帰支援(リワーク支  
援)

北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課(2018).支給決定の流れと市町村審査  
会の概要

日本年金機構(2018).障 害 基 礎 年 金 お 手 続 き ガ イ ド

日本能率協会総合研究所(2020).精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構  
築支援事業のための手引き

厚生労働省(2005).障害年金の診断(精神の障害用)記載要領

厚生労働省(2008).精神障害者の地域生活支援体制充実のための施策について

厚生労働省(2013).障害保健福祉施策の動向

厚生労働省(2015).日常生活及び就労に関する状況について (照会)

厚生労働省(2016).国 民 年 金 ・ 厚 生 年 金 保 険精神の障害に係る等級判定ガ  
イドライン

厚生労働省(2016).日常生活及び就労に関する状況について

厚生労働省(2017).障害年金の診断書(精神の障害用)記載要領～記載にあたっ



て留意していただきたいポイント～

厚生労働省(2018).精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

厚生労働省(2019).令和元年 7 月 1 日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧  
(361 疾病)

厚生労働省(2020).精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成三十年法律  
第四十四号)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(令和元年法律第三十七号)

American Psychology Association (2020). Recovery to practice curriculum.

<https://www.apa.org/pi/mfp/psychology/recovery-to-practice/trainin>  
g

Appelbaum, Paul. (1994). Almost a revolution: Mental health law and the  
limits of change. New York: Oxford University Press, Inc.

Benefits.gov (2019). Resources for people with disabilities. Retrieved from  
<https://www.benefits.gov/news/article/238>

Burley, M., & Morris, M. (2015). Involuntary civil commitments: Common  
questions and a review of state practices. (Document Number 15-07  
- 3401). Washington State Institute for Public Policy. [https://www.  
wsipp.wa.gov/ReportFile/1613/Wsipp\\_Involuntary-Civil-Commitmen  
ts-Common-Questions-and-a-Review-of-State-Practices\\_Repo  
rt.pdf](https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1613/Wsipp_Involuntary-Civil-Commitments-Common-Questions-and-a-Review-of-State-Practices_Report.pdf)

California Budget & Policy Center (2020). Understanding prevalence, syst  
em connections, service delivery and funding. Retrieved from [https://  
calbudgetcenter.org/resources/mental-health-in-california/](https://calbudgetcenter.org/resources/mental-health-in-california/)

California Department of Health Care Services (2019). The Medi-Cal Spe  
cialty Mental Health Services (SMHS). Retrieved from [https://www.  
dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-cal\\_SMHS.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-cal_SMHS.aspx)

California Department of Social Services (CDSS) (2020). Benefits and Ser  
vices. Retrieved from <https://www.cdss.ca.gov/benefits-services>.

- Mental Health Services Oversight and Accountability Commission (2020). The Act. State of California. Retrieved from <http://mhsoac.ca.gov/about-us/prop63mhsa/act>
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). Behavioral and Mental health. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/program/resources/behavioral.html>
- County of Santa Clara (2017.). FY 17–18 Behavioral Health Services Recommended Budget. Retrieved from <https://www.sccgov.org/sites/bhd/info/MentalHealthBoard/Documents/2017/FY2017–2018-recommended-budget-presentation-to-bhb-6-12-17.pdf>.
- County of Santa Clara Department of Social Services (2020). Financial Assistance. Retrieved from <https://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx>.
- Figueroa, Jose., Jessica Phelan, , E. John Orav, Vikram Patel, Ashish K. Jha (2020). Association of Mental Health Disorders With Health Care Spending in the Medicare Population. *JAMA Network Open*. 3(3):e201210.
- Gordon, Sara. (2016). The danger zone: How the dangerousness standard in civil commitment proceedings harms people with serious mental illness. *Scholarly Works*, Paper 911. 657–700.
- Grob, Gerald. (1991). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. New Jersey: Princeton University Press.
- Harris, Sarah Parker., & Gould, Rob. (2019). Mental health, employment, and the ADA: An ADA knowledge translation center research brief. ADA National Network. [www.adata.org](http://www.adata.org).
- Heissen, Robert., Goldstein, Amy., Azrin, Susan .(2014). Evidence–Based Treatments for First Episode Psychosis: Components of Coordinated Specialty Care. NIMH Report. [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-csc-for-fep\\_147096.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/nimh-white-paper-csc-for-fep_147096.pdf)
- Hedman, Leslie., Petrilla, John., Fisher, William., Swanson, Jeffrey., Dingm





- an, Deirdre., & Burris, Scott. (2016). State laws on emergency holds for mental health stabilization. *Psychiatric Services*, 67(5), 529–535.
- Hogan Michael (2003). The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. *Psychiatry Services*. 54(11),1467–1474. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.54.11.1467>
- Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee (ISMIC C) (2017). The way forward: Federal action for a system that works for all people living with SMI and SED and their families and caregivers. SAMHSA. <https://store.samhsa.gov/product/The-Way-Forward-Federal-Action-for-a-System-That-Works-for-All-People-Living-With-SMI-and-SED-and-Their-Families-and-Caregivers-Full-Report/PEP17-ISMICC-RTC>
- Isaac, Rael., & Brakel, Samuel. (1992). Subverting good intentions: A brief history of mental health law reform. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 2(1), 88–119.
- Jaffe, DJ. (2017). *Insane consequences: How the mental health industry fails the mentally ill*. New York: Prometheus Books.
- Legislative Analyst's Office (2018). Rethinking the 1991 Realignment. The California Legislature's Nonpartisan Fiscal and Policy Advisor. Retrieved from <https://lao.ca.gov/reports/2018/3886/1991-realignment-101518.pdf>
- Liberman, Robert (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Mead, Shery. (2003). Defining peer support. Available at: [http://164.156.7.185/parecovery/documents/DefiningPeerSupport\\_Mead.pdf](http://164.156.7.185/parecovery/documents/DefiningPeerSupport_Mead.pdf)
- Mechanic, David. (2008). *Mental health and social policy: Beyond managed care* (5th edition). Boston: Person Education, Inc.
- Menninger, John (2017). *Involuntary treatment: Hospitalization and medica*

- tions. Available from: [http://www.brown.edu/Courses/BI\\_278/Other/Clerkship/Didactics/Readings/INVOLUNTARY%20TREATMENT.pdf](http://www.brown.edu/Courses/BI_278/Other/Clerkship/Didactics/Readings/INVOLUNTARY%20TREATMENT.pdf)
- Mental Health Services Oversight and Accountability Commission (2020). Mental Health Services Act/Prop63, <http://mhsoac.ca.gov/about-us/prop63mhsa/act>
- National Alliance on Mental Illness (NAMI) (2014). Road to Recovery: Employment and Mental Illness. Allington, VA. <https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Public-Policy-Reports/RoadtoRecovery>
- Olsen, Douglas P. (2017). Increasing the use of psychiatric advance directives. *Nursing Ethics* 24(3), 265–267.
- Ostrow, Laysha (2014). Peer Respite Crisis Respites: Research & Practice Initiatives in the United States. Presented at Center for Innovation in Mental Health. [https://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/thurs\\_215\\_edgeab\\_ostrow.pdf](https://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/thurs_215_edgeab_ostrow.pdf)
- Parks, Joe, Radke, Alan Q., & Haupt, Meighan B. (2014). The vital role of state psychiatric hospitals. National Association of State Mental Health Program Directors. [https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/The%20Vital%20Role%20of%20State%20Psychiatric%20HospitalsTechnical%20Report\\_July\\_2014%282%29.pdf](https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/The%20Vital%20Role%20of%20State%20Psychiatric%20HospitalsTechnical%20Report_July_2014%282%29.pdf)
- Ralph, Ruth., & Corrigan, Patrick. (2005). Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness. Washington DC: American Psychological Association.
- San Francisco Department of Public Health (2016). San Francisco's Assisted Outpatient Treatment Program 2016 Annual Report. (page 3). From <https://www.sfdph.org/dph/files/AOT/SanFranciscoAOT-AnnualReport-2015-2016.pdf>
- Santa Clara County Mental Health Board (2017). FYLT/L8 Behavioral Health Services Current Level Budget. Retrieved from <https://www.sccgo.v.org/sites/bhd/info/MentalHealthBoard/Documents/2017/FY2017-20>



- 18-recommended-budget-presentation-to-bhb-6-12-17.pdf).
- Sherman, Laura , Sean E. Lynch, Judith Teich, and William J. Hudock (2017). Availability of supported employment in specialty mental health treatment facilities and facility characteristics. The CBHSQ Report. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Prepared for Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report\\_3071/ShortReport-3071.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_3071/ShortReport-3071.pdf).
- Social Security Administration (n.d.). Red Book: A Summary Guide to Employment Supports For People With Disabilities Under The Social Security Disability Insurance (SSDI) And Supplemental Security Income (SSI) Programs.
- Social Security Administration (n.d.). SSI Federal Payment Amounts for 2020. Retrieved from <https://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>
- State of California Official California Legislative Information (2016). Senate Bill No. 364 CHAPTER 567. Retrieved from [http://www.leginfo.ca.gov/pub/13-14/bill/sen/sb\\_0351-0400/sb\\_364\\_bill\\_20131004\\_chaptered.pdf](http://www.leginfo.ca.gov/pub/13-14/bill/sen/sb_0351-0400/sb_364_bill_20131004_chaptered.pdf)
- Steverson, Leonard. (2018). Madness Reimagined: Envisioning a Better System of Mental Health in America. Wilmington, DE: Vernon Press.
- Stone, Donald. (2012). Confine is fine: have the non-dangerous mentally ill lost their right to liberty: an empirical study to unravel the psychiatrist's crystal ball. Social Policy & Law, 20 (2), 323 –363.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007). Promotion and Prevention In Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience. U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/svp07-0186.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2008). Assertive community treatment: The evidence. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from

[https://www.samhsa.gov/sites/default/files/ccbh\\_clinicdemonstrationprogram\\_081018.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/ccbh_clinicdemonstrationprogram_081018.pdf).

\_\_\_\_\_ (2009). Family Psychoeducation: Building Your Program. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/buildingyourprogram-fp\\_0.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/buildingyourprogram-fp_0.pdf).

\_\_\_\_\_ (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF>

\_\_\_\_\_ (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>.

\_\_\_\_\_ (2015). Core Competencies for Peer Workers in Behavioral Health Services. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs\\_campaigns/brss\\_tac/core-competencies.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/core-competencies.pdf)

\_\_\_\_\_ (2016). Serious mental illness among adults below the poverty line. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report\\_2720/Spotlight-2720.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2720/Spotlight-2720.pdf)

\_\_\_\_\_ (2017). Certified Community Behavioral Health Clinics Demonstration Program: Report to Congress. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/ccbh\\_clinicdemonstrationprogram\\_081018.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/ccbh_clinicdemonstrationprogram_081018.pdf)

\_\_\_\_\_ (2018a). Changing focus: The right to treatment of serious mental illness. Presented by Elinore F. McCance-Katz. U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/the\\_right\\_to\\_treatment.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/the_right_to_treatment.pdf)

\_\_\_\_\_ (2018b). National Mental Health Services Survey



- (N-MHSS): 2017. Data on Mental Health Treatment Facilities. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/2017\\_National\\_Mental\\_Health\\_Services\\_Survey.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/2017_National_Mental_Health_Services_Survey.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2019a). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health. U.S. Department of Health and Human Services..
- \_\_\_\_\_ (2019b). Civil Commitment and the Mental Health Care Continuum: Historical Trends and Principles for Law and Practice. U.S. Department of Health and Human Services.
- \_\_\_\_\_ (2019c). A Practical Guide to Psychiatric Advance Directives. U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/a\\_practical\\_guide\\_to\\_psychiatric\\_advance\\_directives.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/a_practical_guide_to_psychiatric_advance_directives.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2020a). About us. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/about-us>
- \_\_\_\_\_ (2020b). Strategic plan FY 2019–2023. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/samhsa\\_strategic\\_plan\\_fy19-fy23\\_final.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/samhsa_strategic_plan_fy19-fy23_final.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2020c). Supported Employment Evidence–Based Practices (EBP) KIT. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center/supported-employment-evidence-based-practices-ebp-kit>
- Testa, Megan., & West, Sara. (2010). Civil commitment in the United States. *Psychiatry*, 7(10), 30–40.
- Torrey, E. Fuller. (2014). *American psychosis: How the federal government destroyed the mental illness treatment system*. New York: Oxford

- University Press, Inc.
- Tuck, Kim., & Smith, Erin. (2019). Behavioral health coverage in Medicaid managed care. Institute for Medicaid Innovation. Retrieved from [https://www.medicaidinnovation.org/\\_images/content/2019-IMI\\_Behavioral\\_Health\\_in\\_Medicaid-Report.pdf](https://www.medicaidinnovation.org/_images/content/2019-IMI_Behavioral_Health_in_Medicaid-Report.pdf)
- WHO(1994). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, Switzerland: Author. pp. 35.
- WHO, 보건복지부, 사회보장정보원(2016). ICF 국제 기능·장애·건강분류.
- Williams, Angela (2020). Mental disability and rehabilitation sourcebook (1st edition). Disability series. Detroit, MI: Omnigraphics.
- Winick, Bruce. (2005). Civil commitment: A therapeutic jurisprudence model. Carolina Academic Press.
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). What Medicare covers?. Retrieved from <https://www.medicare.gov/>
- U.S. Congress Report (2017). H.R.6 – 21st Century Cures Act. Retrieved from <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/6>
- U.S. Department of Health and Human Services (2020). Mental health and mental disorders. Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/mental-health-and-mental-disorders>
- U.S. Department of Labor (n.d.). ODEP Policy Development and Technical Assistance Resources. Office of Disability Employment Policy <https://www.dol.gov/odep/resources/>

厚生労働省 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス  
[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion\\_4.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/promotion_4.html)  
厚生労働省の障害福祉サービスの利用手続き  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/riyou.html>



보건의료빅데이터개방시스템 사이트. <https://opendata.hira.or.kr>  
건강보험심사평가원 건강보험통계연보(2015~2018). 질병통계 Raw Data.  
WHO(2018). ICF e-Learning Tool.

[부록]

<부록 6> 조현병 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별	연령	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
남	계	109,035	4,334,345	1,212,798	351,507,233	288,585,420	109,121	4,270,448	1,207,931	367,976,606	302,603,205
	소계	50,200	2,247,456	566,822	181,018,347	148,536,131	49,836	2,186,760	556,447	187,003,727	153,755,090
	0_9세	20	57	57	3,265	2,129	17	151	151	10,115	7,827
	10_19세	1,190	27,801	10,923	2,600,009	2,061,733	1,143	25,921	10,227	2,726,169	2,182,203
	20_29세	7,715	253,168	88,011	22,254,505	17,944,641	7,827	248,685	88,036	23,803,062	19,275,552
	30_39세	11,179	364,439	122,777	30,938,568	25,432,672	10,944	349,432	118,156	31,392,509	25,830,270
	40_49세	15,338	586,232	166,381	47,142,221	39,171,731	14,473	523,456	155,144	44,544,159	37,085,886
	50_59세	10,579	525,515	109,206	40,645,097	33,579,665	10,931	526,160	111,612	43,103,490	35,652,829
	60_69세	4,980	347,495	49,102	26,714,214	21,722,266	5,209	358,230	51,082	29,176,839	23,840,439
	70_79세	2,068	123,847	16,613	9,367,460	7,547,444	2,126	134,915	17,967	10,713,227	8,666,165
여	80세이상	721	18,902	3,752	1,353,009	1,073,849	736	19,810	4,072	1,534,157	1,213,919
	소계	58,835	2,086,889	645,976	170,488,886	140,049,289	59,285	2,083,688	651,484	180,972,879	148,848,115
	0_9세	9	14	14	1,181	822	3	23	23	1,151	882
	10_19세	1,118	24,412	10,567	2,396,679	1,890,903	1,070	23,419	10,641	2,427,120	1,927,473
	20_29세	6,823	190,122	77,113	17,537,064	14,087,133	6,849	187,181	78,720	18,951,821	15,222,884
	30_39세	11,126	310,719	120,198	26,742,728	21,876,124	11,079	291,324	119,035	26,724,526	21,829,770
	40_49세	14,614	445,175	158,196	36,262,516	30,059,295	14,237	417,494	150,745	36,511,428	30,295,081
	50_59세	14,652	523,540	152,086	41,529,907	34,346,166	14,916	527,735	155,687	43,965,528	36,458,369
	60_69세	8,880	396,322	87,663	31,153,498	25,630,632	9,599	424,774	93,855	35,293,211	29,131,763
	70_79세	3,705	163,957	30,186	12,706,137	10,415,786	3,918	175,795	32,179	14,519,824	11,909,066
	80세이상	1,926	32,628	9,953	2,159,177	1,742,428	1,923	35,943	10,599	2,578,270	2,072,828

출처: 보건 의료 빅데이터 개방 시스템 사이트





<부록 7> 조현정동장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	12,398	317,416	132,959	26,825,411	21,978,440	12,260	327,414	130,985	29,639,386	24,285,503
	소계	4,810	134,119	50,345	11,174,068	9,159,403	4,762	137,349	50,371	12,201,297	10,011,572
남	0_9세	3	23	23	672	492	1	14	14	375	303
	10_19세	143	2,239	1,181	236,456	183,823	129	2,078	1,078	238,398	189,114
	20_29세	916	18,299	8,296	1,695,051	1,356,922	877	20,614	8,714	2,130,290	1,716,815
	30_39세	1,141	26,806	11,791	2,373,309	1,952,778	1,134	26,590	11,730	2,476,790	2,031,885
	40_49세	1,266	29,565	13,381	2,422,078	2,007,509	1,221	28,998	12,477	2,452,843	2,040,384
	50_59세	896	26,258	9,041	2,070,862	1,719,965	922	27,146	9,561	2,271,394	1,889,455
	60_69세	481	20,661	4,632	1,608,632	1,310,355	503	23,437	4,766	1,967,783	1,592,800
	70_79세	199	8,969	1,526	681,205	560,248	188	7,391	1,554	582,596	485,345
	80세이상	87	1,299	474	85,804	67,309	80	1,081	477	80,828	65,472
	소계	7,588	183,297	82,614	15,651,343	12,819,037	7,498	190,065	80,614	17,438,089	14,273,931
여	0_9세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20_29세	151	3,217	1,288	307,542	242,575	133	1,941	1,139	248,825	190,693
	30_39세	1,020	23,635	10,559	2,211,614	1,762,924	997	26,817	10,561	2,721,116	2,163,844
	40_49세	1,662	37,668	18,457	3,394,364	2,764,147	1,585	37,367	17,237	3,650,522	2,984,525
	50_59세	2,016	43,844	21,862	3,667,330	3,040,069	1,924	42,517	19,657	3,884,365	3,196,346
	60_69세	1,724	38,206	17,048	3,162,550	2,616,885	1,778	41,834	17,779	3,617,087	2,991,914
	70_79세	386	9,744	3,200	733,708	602,242	361	9,022	3,115	744,792	615,978
	80세이상	177	1,595	970	83,504	63,152	169	1,667	1,074	91,257	73,916

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트

<부록 8> 조증에피소드 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
남	계	2,443	23,620	14,810	1,601,654	1,151,853	2,554	23,554	15,526	1,679,458	1,201,110
	소계	1,092	11,317	6,470	794,703	572,746	1,138	10,632	6,672	734,463	520,844
	0_9세	9	24	24	964	734	10	79	79	3,255	2,465
	10_19세	76	910	485	80,101	59,827	71	608	513	43,534	31,199
	20_29세	179	1,236	929	98,857	69,370	200	1,442	1,069	119,057	83,038
	30_39세	155	1,239	900	90,376	64,059	156	1,239	913	90,724	63,081
	40_49세	200	2,669	1,281	186,499	139,043	196	1,939	1,166	132,967	96,432
	50_59세	164	2,030	1,022	131,683	94,583	165	2,125	1,047	135,634	98,855
	60_69세	147	1,847	927	115,158	81,448	169	1,797	1,021	117,186	82,136
	70_79세	114	715	585	45,531	30,836	146	1,174	635	78,694	54,726
여	80세이상	84	647	317	45,534	32,847	63	229	229	13,412	8,913
	소계	1,351	12,303	8,340	806,952	579,107	1,416	12,922	8,854	944,995	680,266
	0_9세	3	45	45	2,387	1,722	4	45	45	2,891	2,246
	10_19세	66	443	412	27,975	20,101	73	733	554	61,966	42,995
	20_29세	220	1,837	1,278	137,511	99,692	205	1,980	1,308	147,157	109,890
	30_39세	223	1,733	1,194	120,993	84,110	223	1,876	1,255	171,493	121,800
	40_49세	228	2,080	1,338	149,315	108,362	237	2,314	1,399	177,355	132,205
	50_59세	192	2,023	1,355	128,847	92,587	227	1,820	1,337	122,756	87,756
	60_69세	171	2,444	1,108	181,254	132,853	197	1,994	1,321	138,131	97,421
	70_79세	135	752	671	38,636	25,877	164	1,317	883	86,730	58,834
	80세이상	167	946	939	20,033	13,802	140	843	752	36,515	27,118

출처: 보건 의료빅데이터 개방시스템 사이트



# <부록 9> 양극성 정동장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	94,129	1,375,129	838,284	102,080,338	73,434,978	105,522	1,449,768	921,121	114,208,790	83,380,288
	소계	38,605	615,534	331,543	46,394,476	33,582,430	42,877	647,857	361,177	51,061,932	37,475,726
남	0_9세	99	613	593	40,804	27,738	155	746	710	59,348	43,604
	10_19세	2,270	27,907	17,094	2,526,314	1,865,137	2,612	29,758	20,282	2,966,740	2,209,601
	20_29세	7,770	105,767	67,888	8,591,406	6,045,729	9,294	113,230	78,062	9,466,053	6,733,762
	30_39세	6,336	90,766	53,900	7,135,756	5,124,821	6,874	94,819	57,639	7,714,658	5,629,764
	40_49세	6,963	101,295	60,440	7,423,407	5,371,269	7,291	104,993	62,473	8,210,549	6,068,656
	50_59세	6,423	111,550	54,703	8,043,654	5,921,180	6,905	112,772	57,428	8,602,613	6,431,880
	60_69세	5,019	101,783	42,445	7,338,940	5,360,512	5,621	107,303	46,729	7,988,167	5,896,006
	70_79세	3,681	58,699	24,799	4,285,148	3,137,219	4,000	62,903	26,587	4,750,232	3,509,537
	80세이상	2,004	17,154	9,681	1,009,048	728,824	2,382	21,333	11,267	1,303,572	952,915
	소계	55,524	759,595	506,741	55,685,862	39,852,548	62,645	801,911	559,944	63,146,858	45,904,562
여	0_9세	19	92	92	4,622	2,869	44	279	208	35,260	24,401
	10_19세	2,673	36,053	21,728	3,548,477	2,627,095	3,292	41,621	26,573	4,685,629	3,427,853
	20_29세	9,688	128,064	88,000	10,363,327	7,318,294	11,523	141,779	106,248	12,394,434	8,911,356
	30_39세	10,052	137,933	95,870	10,489,639	7,465,631	11,134	144,382	104,438	11,788,879	8,571,268
	40_49세	10,151	143,689	100,326	10,210,900	7,295,845	11,103	146,932	105,717	11,130,161	8,124,703
	50_59세	9,292	125,704	86,542	8,763,855	6,273,345	10,194	131,853	91,596	9,753,964	7,109,772
	60_69세	6,776	93,897	58,743	6,839,912	4,936,084	7,657	103,402	64,503	7,736,556	5,659,312
	70_79세	4,746	54,788	33,050	3,645,443	2,609,431	5,288	54,115	35,208	3,801,857	2,746,606
	80세이상	4,881	39,375	22,390	1,819,687	1,323,955	5,452	37,548	25,453	1,820,117	1,329,291

출처: 보건 의료 빅 데이터 개방 시스템 사이트

<부록 10>우울에피소드 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
남	계	684,690	5,294,596	4,806,419	290,181,436	204,573,553	728,629	5,715,695	5,257,419	333,283,787	250,059,334
	소계	231,642	1,770,481	1,543,190	99,019,300	69,531,198	246,546	1,911,536	1,696,225	113,259,131	84,361,233
	0_9세	754	4,387	4,344	257,593	183,523	914	4,572	4,554	313,845	238,644
	10_19세	15,525	118,148	106,353	7,852,762	5,518,312	17,337	134,612	122,748	9,588,234	7,189,408
	20_29세	37,445	274,887	252,637	16,824,853	11,464,951	43,546	326,573	305,138	21,276,960	15,655,588
	30_39세	30,537	203,234	185,258	11,633,770	8,330,163	33,976	229,865	216,598	14,303,369	10,903,757
	40_49세	34,425	246,821	221,251	13,680,208	9,778,960	36,425	263,706	241,722	15,608,245	11,845,509
	50_59세	36,907	278,830	234,325	14,976,094	10,680,454	37,989	290,053	246,550	16,476,013	12,384,916
	60_69세	36,457	291,243	237,203	15,660,116	11,062,120	37,004	298,642	246,982	16,442,029	12,191,342
	70_79세	33,395	248,514	213,687	12,816,205	8,848,824	33,151	252,064	217,811	13,488,685	9,777,166
여	80세이상	14,934	104,417	88,132	5,317,699	3,663,891	15,594	111,449	94,122	5,761,751	4,174,902
	소계	453,048	3,524,115	3,263,229	191,162,135	135,042,356	482,083	3,804,159	3,561,194	220,024,656	165,698,101
	0_9세	429	2,061	2,030	136,824	96,701	499	2,666	2,625	175,310	134,282
	10_19세	25,489	226,957	188,769	16,595,428	12,326,073	28,828	257,727	219,249	20,248,233	15,599,715
	20_29세	55,458	423,290	400,978	24,839,796	17,852,408	68,497	536,638	513,789	35,203,357	27,149,739
	30_39세	56,643	433,015	414,927	23,683,611	17,015,323	64,144	497,978	482,529	30,259,936	23,335,329
	40_49세	62,698	490,279	467,531	25,828,495	18,387,561	66,556	524,660	503,042	29,713,575	22,652,565
	50_59세	79,042	580,865	545,474	29,802,574	20,846,946	79,010	584,272	556,152	31,063,359	23,214,942
	60_69세	81,946	599,664	561,863	30,367,986	20,999,721	82,999	616,049	580,789	32,157,638	23,692,878
	70_79세	73,728	526,686	476,971	27,380,360	18,885,710	73,441	527,228	484,486	27,622,258	20,144,326
남	80세이상	35,224	241,298	204,686	12,527,061	8,631,911	36,772	256,941	218,533	13,580,991	9,774,325

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트



<부록 11> 재발성 우울장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	82,269	753,774	643,213	41,759,956	29,911,576	82,875	758,084	653,155	44,415,277	33,212,524
	소계	24,325	236,584	181,912	13,622,333	9,795,942	24,671	238,160	187,053	14,305,604	10,680,900
남	0_9세	12	44	44	1,742	1,280	14	65	65	3,137	2,562
	10_19세	824	6,687	5,205	450,470	322,932	935	7,542	6,168	540,561	406,866
	20_29세	3,231	25,496	21,508	1,603,537	1,110,697	3,506	27,150	23,785	1,814,896	1,323,899
	30_39세	2,640	22,056	18,082	1,329,421	959,705	2,752	23,642	19,951	1,487,379	1,124,134
	40_49세	3,541	33,152	25,245	1,929,961	1,404,837	3,541	32,558	25,218	2,000,001	1,512,568
	50_59세	4,516	46,464	33,274	2,679,358	1,957,326	4,432	46,294	33,012	2,776,435	2,089,167
	60_69세	4,606	48,564	34,615	2,815,856	2,038,390	4,731	48,686	35,517	2,918,892	2,176,789
	70_79세	4,138	38,562	30,980	2,071,467	1,474,621	3,967	35,909	30,071	1,924,699	1,429,353
	80세이상	1,798	15,559	12,959	740,521	526,154	1,872	16,314	13,266	839,603	615,561
	소계	57,944	517,190	461,301	28,137,624	20,115,634	58,204	519,924	466,102	30,109,673	22,531,624
여	0_9세	10	53	53	2,328	1,748	9	41	41	2,827	1,888
	10_19세	1,473	13,101	9,205	1,012,243	758,071	1,631	14,534	10,272	1,322,739	1,013,111
	20_29세	4,583	35,215	31,385	2,184,356	1,583,493	5,267	42,347	38,458	2,854,848	2,172,368
	30_39세	5,310	43,096	40,650	2,398,399	1,724,638	5,594	47,416	44,333	2,870,061	2,179,797
	40_49세	7,073	61,535	57,394	3,220,981	2,322,432	7,110	62,295	58,391	3,506,007	2,662,921
	50_59세	11,170	95,943	89,118	4,850,838	3,460,344	10,631	90,544	84,059	4,866,954	3,661,000
	60_69세	13,328	116,798	105,492	6,262,932	4,436,308	13,233	114,056	103,711	6,363,059	4,726,605
	70_79세	12,330	106,252	91,680	5,843,128	4,150,538	11,956	101,140	88,883	5,729,529	4,223,958
	80세이상	5,334	45,197	36,324	2,362,419	1,678,062	5,410	47,551	37,954	2,593,650	1,889,977

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트

<부록 12> 지속성 기분(정동)장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	49,959	370,521	357,014	16,075,404	11,538,098	67,855	452,483	430,711	24,194,376	17,192,819
남	소계	17,042	125,963	119,100	5,679,018	4,038,684	23,267	157,134	146,480	8,600,302	6,047,159
	0_9세	26	91	91	4,518	3,034	176	342	342	20,341	11,988
	10_19세	916	5,373	5,099	326,834	219,222	1,396	7,799	7,290	596,621	393,648
	20_29세	2,786	17,713	16,707	999,931	655,411	4,283	27,526	25,666	1,914,400	1,246,584
	30_39세	1,734	9,816	9,669	463,327	332,364	2,207	11,925	11,703	699,913	500,211
	40_49세	2,219	15,600	15,086	693,673	503,999	2,918	17,921	17,166	940,682	684,372
	50_59세	3,029	23,166	21,336	1,021,913	753,160	3,872	26,595	24,159	1,341,969	992,138
	60_69세	3,226	24,822	23,950	995,659	723,379	4,222	29,022	27,334	1,371,620	990,536
	70_79세	2,751	20,879	19,916	817,055	589,268	3,564	24,796	23,464	1,139,955	814,713
여	80세이상	1,099	8,503	7,246	356,109	258,848	1,588	11,208	9,356	574,802	412,970
	소계	32,917	244,558	237,914	10,396,386	7,499,414	44,588	295,349	284,231	15,594,075	11,145,660
	0_9세	16	84	55	10,806	8,653	75	179	167	17,630	11,327
	10_19세	952	5,661	4,972	382,578	279,909	1,515	9,692	7,758	855,800	613,203
	20_29세	3,049	18,314	17,459	962,654	688,975	4,140	25,588	23,830	1,737,708	1,254,163
	30_39세	2,938	20,219	19,654	986,185	720,364	3,905	24,873	24,157	1,488,067	1,084,835
	40_49세	3,919	28,490	28,256	1,220,779	881,884	5,044	32,518	31,836	1,731,496	1,253,546
	50_59세	6,313	45,972	45,534	1,850,837	1,336,328	8,187	52,645	51,326	2,593,573	1,869,696
	60_69세	7,418	54,531	54,072	2,139,616	1,537,303	10,127	65,295	63,852	3,119,449	2,209,188
	70_79세	6,674	49,759	48,051	1,971,313	1,413,348	8,999	57,695	56,054	2,771,149	1,951,617
	80세이상	2,937	21,528	19,861	871,619	632,651	4,315	26,864	25,251	1,279,204	898,087

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트



<부록 13> 기타 기본(정동) 장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	12,771	58,784	56,345	2,161,697	1,571,703	14,902	66,683	63,445	3,076,575	2,219,578
	소계	4,579	21,799	20,667	820,204	594,532	5,560	25,332	23,741	1,165,587	847,157
남	0_9세	16	76	76	3,963	2,982	18	91	91	4,879	3,780
	10_19세	188	898	836	42,405	30,046	255	1,000	935	69,380	48,755
	20_29세	405	1,723	1,621	88,085	58,621	566	2,225	2,138	138,900	90,827
	30_39세	425	1,732	1,705	74,802	52,718	597	2,193	2,188	104,304	75,578
	40_49세	574	2,575	2,516	102,990	75,242	774	3,045	3,041	141,646	104,885
	50_59세	848	3,729	3,726	130,772	95,411	975	3,923	3,924	155,349	113,461
	60_69세	921	4,851	4,472	185,638	135,846	1,123	5,884	5,145	263,778	194,965
	70_79세	910	4,438	4,086	134,591	100,982	955	4,695	4,333	170,556	128,930
	80세이상	395	1,777	1,629	56,959	42,683	421	2,276	1,946	116,794	85,975
	소계	8,192	36,985	35,678	1,341,493	977,171	9,342	41,351	39,704	1,910,988	1,372,421
여	0_9세	10	65	65	3,378	2,327	21	79	79	3,846	3,214
	10_19세	175	889	783	42,560	30,984	288	1,357	1,070	105,098	71,711
	20_29세	521	1,838	1,802	95,469	63,372	648	2,566	2,383	181,146	121,885
	30_39세	645	3,324	2,797	161,270	115,432	928	3,974	3,449	198,453	140,838
	40_49세	1,073	4,733	4,687	180,844	130,086	1,285	5,443	5,364	247,775	179,703
	50_59세	1,673	7,430	7,295	274,632	200,000	1,822	7,557	7,513	328,955	239,966
	60_69세	1,752	7,618	7,265	260,044	191,210	1,962	8,994	8,536	402,048	290,610
	70_79세	1,676	7,322	7,314	211,586	159,954	1,727	7,534	7,476	302,678	221,488
	80세이상	819	3,766	3,670	111,710	83,807	874	3,847	3,834	140,990	103,005

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트

<부록 14> 상세불명의 기분(정동)장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	11,132	56,096	47,795	3,174,165	2,195,476	15,621	78,870	66,667	5,617,859	3,680,205
남	소계	4,148	22,751	18,977	1,331,932	931,425	5,784	30,465	25,379	2,085,368	1,376,178
	0_9세	17	147	84	21,642	18,261	24	100	100	6,495	4,044
	10_19세	325	2,377	1,759	248,423	185,388	545	2,971	2,503	309,628	198,306
	20_29세	617	3,961	3,049	264,517	171,341	1,022	6,026	5,068	485,321	305,950
	30_39세	436	1,936	1,823	102,813	66,617	615	2,943	2,480	200,373	131,528
	40_49세	641	2,856	2,687	153,141	105,859	735	3,199	2,988	192,498	129,380
	50_59세	671	2,997	2,691	137,301	96,626	904	4,361	3,514	243,814	166,094
	60_69세	653	3,733	2,690	191,290	138,557	895	4,599	3,541	278,659	190,792
	70_79세	602	2,863	2,848	116,114	80,890	786	4,072	3,372	247,894	168,657
여	80세이상	300	1,881	1,346	96,690	67,885	421	2,194	1,813	120,685	81,429
	소계	6,984	33,345	28,818	1,842,233	1,264,051	9,837	48,405	41,288	3,532,490	2,304,027
	0_9세	6	11	11	968	681	17	140	56	32,461	27,343
	10_19세	398	2,681	1,986	281,480	196,490	666	4,837	3,290	654,938	442,276
	20_29세	696	3,940	2,974	285,934	192,116	1,034	6,741	5,229	582,459	385,245
	30_39세	705	3,844	3,242	235,363	154,058	995	5,096	4,145	375,655	245,686
	40_49세	948	4,622	4,016	235,858	165,330	1,247	5,830	5,074	345,870	233,046
	50_59세	1,290	5,516	4,726	264,102	182,161	1,730	7,464	6,436	475,995	302,060
	60_69세	1,282	5,245	4,960	232,973	158,476	1,866	7,800	7,227	494,379	304,755
	70_79세	1,230	5,002	4,855	196,911	137,087	1,731	6,829	6,538	377,457	236,946
	80세이상	573	2,484	2,048	108,643	77,652	829	3,668	3,293	193,276	126,671

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트





<부록 15> 공포성 불안장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	43,863	231,895	227,874	11,013,481	7,523,837	50,145	260,508	257,262	13,607,666	9,731,423
남	소계	23,151	126,468	124,338	6,079,374	4,127,320	25,958	140,472	138,240	7,399,011	5,282,015
	0_9세	56	173	174	9,986	6,999	61	201	201	12,684	8,915
	10_19세	1,210	7,321	7,069	435,750	292,322	1,294	7,879	7,408	524,094	371,070
	20_29세	4,365	28,480	27,422	1,564,858	1,036,732	4,914	32,511	31,535	1,970,151	1,389,981
	30_39세	4,165	22,284	22,053	1,100,347	762,673	4,560	23,607	23,455	1,247,413	908,774
	40_49세	5,883	30,940	30,613	1,419,181	977,867	6,336	33,014	32,803	1,652,255	1,197,474
	50_59세	5,026	23,317	23,104	1,004,047	684,621	5,737	26,088	25,729	1,246,639	887,011
	60_69세	2,076	9,120	9,075	382,864	256,281	2,589	11,251	11,196	513,534	357,744
	70_79세	898	3,563	3,558	124,389	82,513	1,089	4,322	4,313	177,304	121,057
여	80세이상	337	1,270	1,270	37,952	27,314	427	1,599	1,600	54,938	39,989
	소계	20,712	105,427	103,536	4,934,107	3,396,517	24,187	120,036	119,022	6,208,655	4,449,409
	0_9세	53	150	150	9,710	6,817	59	166	166	10,848	7,760
	10_19세	1,057	5,434	5,347	295,626	205,109	1,185	5,924	5,739	369,105	274,404
	20_29세	4,031	21,609	21,358	1,108,674	783,444	4,422	23,766	23,567	1,368,616	1,018,617
	30_39세	4,158	22,735	22,557	1,101,241	764,076	4,614	24,395	24,340	1,300,650	945,096
	40_49세	4,631	24,551	24,231	1,148,564	783,707	5,343	27,155	27,076	1,377,270	980,446
	50_59세	3,658	16,292	15,975	715,565	473,975	4,524	20,027	19,894	973,284	668,771
	60_69세	1,996	8,149	7,942	341,677	226,701	2,594	10,591	10,423	500,848	335,203
	70_79세	1,186	4,122	4,065	131,975	92,976	1,479	5,333	5,315	211,984	147,652
	80세이상	569	2,385	1,911	81,076	59,711	733	2,679	2,502	96,049	71,459

출처: 보건 의료 빅데이터 개방 시스템 사이트

<부록 16> 기타 불안장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
남	계	653,880	3,559,078	3,474,554	152,586,537	106,711,434	676,823	3,797,671	3,715,616	174,850,219	131,172,488
	소계	250,220	1,407,338	1,371,433	61,830,953	42,935,393	260,497	1,506,112	1,470,038	70,636,406	52,681,412
	0_9세	1,225	4,311	4,209	293,526	201,713	1,303	4,661	4,659	329,294	236,107
	10_19세	8,535	42,691	41,509	2,468,589	1,675,461	9,274	47,177	46,188	2,947,462	2,180,864
	20_29세	26,516	149,446	145,404	7,892,818	5,350,731	30,023	174,951	170,566	9,844,943	7,281,427
	30_39세	35,014	205,772	201,920	9,952,987	6,987,878	37,290	222,616	219,141	11,700,816	8,832,973
	40_49세	47,103	280,859	277,405	12,719,372	8,851,569	48,729	297,625	294,144	14,421,801	10,802,898
	50_59세	49,095	264,903	258,115	11,219,171	7,781,153	49,571	275,799	269,626	12,334,870	9,176,951
	60_69세	42,043	217,927	209,636	8,687,789	6,062,557	42,963	231,089	222,342	9,648,078	7,196,829
	70_79세	34,508	171,763	167,101	6,249,751	4,365,010	34,584	175,659	170,819	6,706,328	4,961,501
여	80세이상	14,422	69,666	66,134	2,346,950	1,659,322	15,545	76,535	72,553	2,702,813	2,011,862
	소계	403,660	2,151,740	2,103,121	90,755,584	63,776,041	416,326	2,291,559	2,245,578	104,213,813	78,491,076
	0_9세	865	2,772	2,761	174,019	116,860	879	2,962	2,962	191,874	138,653
	10_19세	10,600	51,283	49,785	2,863,538	2,046,452	11,880	61,121	59,270	3,731,062	2,840,018
	20_29세	35,182	189,308	187,672	9,520,480	6,781,762	40,749	229,647	227,736	12,862,566	9,881,720
	30_39세	45,618	273,315	270,901	13,004,851	9,210,527	49,644	305,585	302,779	16,004,960	12,208,190
	40_49세	62,924	361,937	358,244	15,940,245	11,160,740	64,445	380,359	377,791	18,017,503	13,597,313
	50_59세	83,008	417,341	411,229	17,041,144	11,789,168	82,114	426,070	420,199	18,443,002	13,724,382
	60_69세	80,294	390,206	382,288	15,176,621	10,549,621	81,490	408,222	401,282	16,633,188	12,364,625
	70_79세	65,851	314,138	303,095	11,581,550	8,217,407	65,286	315,767	307,923	12,077,212	9,078,953
여	80세이상	31,058	151,440	137,146	5,453,135	3,903,503	32,576	161,826	145,636	6,252,447	4,657,220

출처: 보건 의료 빅데이터 개방 시스템 사이트



<부록 17> 강박장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	28,193	255,562	240,549	14,397,808	10,029,392	29,867	268,918	253,790	16,418,941	12,183,666
남	소계	16,453	152,428	141,897	8,715,839	6,041,769	17,258	159,088	148,936	9,806,880	7,231,227
	0_9세	169	1,167	1,168	59,101	42,189	180	1,409	1,394	77,797	59,010
	10_19세	2,454	21,720	20,825	1,309,451	890,532	2,618	22,807	21,707	1,564,366	1,138,914
	20_29세	4,977	43,689	40,481	2,617,808	1,772,556	5,304	46,300	43,378	2,995,218	2,166,684
	30_39세	3,586	33,553	31,373	1,963,134	1,368,205	3,709	34,498	32,455	2,140,817	1,580,574
	40_49세	2,642	24,340	22,514	1,347,587	958,304	2,746	24,447	23,151	1,447,843	1,087,507
	50_59세	1,659	14,527	12,771	753,364	542,054	1,790	16,205	14,078	886,676	681,529
	60_69세	1,054	8,087	7,694	421,855	295,436	1,071	8,131	7,762	441,925	328,120
	70_79세	572	4,294	4,038	195,862	138,370	586	4,037	3,928	192,633	144,084
여	80세이상	156	1,051	1,033	47,675	34,121	179	1,254	1,083	59,606	44,804
	소계	11,740	103,134	98,652	5,681,969	3,987,624	12,609	109,830	104,854	6,612,061	4,952,439
	0_9세	125	828	834	45,127	31,217	117	791	792	48,790	38,002
	10_19세	1,458	11,735	11,151	726,403	516,474	1,519	12,655	11,972	861,028	647,749
	20_29세	2,986	25,241	24,537	1,407,592	979,578	3,385	27,625	27,166	1,711,867	1,278,321
	30_39세	2,560	22,981	21,992	1,304,981	915,019	2,733	23,661	23,024	1,445,874	1,078,123
	40_49세	2,133	18,913	18,165	1,020,031	719,370	2,249	20,439	19,061	1,178,853	889,019
	50_59세	1,479	11,987	11,284	638,142	446,009	1,560	12,599	11,953	713,667	529,762
	60_69세	941	7,441	6,754	368,275	259,305	986	7,974	7,040	437,559	330,237
	70_79세	446	2,975	2,902	136,382	95,856	480	2,953	2,820	160,564	120,636
	80세이상	163	1,033	1,033	35,036	24,795	174	1,133	1,026	53,859	40,591

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트

<부록 18> 외상후 스트레스 장애 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
남	계	9,637	62,108	52,804	4,433,816	3,009,752	10,554	68,634	60,054	5,022,495	3,538,608
	소계	3,744	23,091	19,230	1,647,211	1,098,755	4,159	25,975	22,151	1,896,155	1,308,848
	0_9세	136	515	473	38,289	26,416	132	478	472	38,191	24,751
	10_19세	501	3,093	2,397	235,455	163,556	558	3,422	2,927	284,399	203,792
	20_29세	785	5,461	4,366	384,232	253,231	864	5,754	4,972	415,630	284,649
	30_39세	517	2,956	2,509	224,518	150,749	581	3,026	2,900	209,626	142,314
	40_49세	573	3,028	2,728	191,310	122,369	655	4,072	3,250	302,536	211,154
	50_59세	645	3,578	3,079	267,574	178,587	745	4,286	3,538	320,094	218,479
	60_69세	439	2,448	2,224	163,969	107,853	493	2,945	2,571	185,570	126,664
	70_79세	233	1,881	1,323	134,873	91,680	234	1,779	1,308	130,442	90,627
여	80세이상	25	131	131	6,990	4,315	42	213	213	9,666	6,418
	소계	5,893	39,017	33,574	2,786,606	1,910,997	6,395	42,659	37,903	3,126,340	2,229,760
	0_9세	138	501	507	27,638	17,301	133	511	504	35,403	24,678
	10_19세	806	6,713	4,843	617,889	445,255	846	6,462	4,965	588,033	431,838
	20_29세	1,359	9,615	8,230	713,450	486,524	1,491	10,986	9,551	869,368	623,984
	30_39세	1,035	6,766	6,230	474,033	322,307	1,139	7,631	7,130	558,167	396,758
	40_49세	887	5,701	5,155	360,281	245,677	1,000	6,155	5,712	409,608	294,071
	50_59세	1,005	5,524	4,986	363,155	242,448	1,031	6,080	5,623	384,803	266,466
	60_69세	499	2,430	2,293	130,899	84,632	598	3,097	2,927	176,363	120,318
	70_79세	238	1,422	1,045	77,614	52,230	267	1,358	1,160	82,403	57,009
	80세이상	59	345	285	21,647	14,623	79	379	331	22,194	14,638

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 사이트



<부록 19> 복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[데라투렛 증후군] 현황(2018~2019년)

단위: 명, 일, 건, 천원

심사년도		2018년					2019년				
성별 구분	연령구분 10세	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금	환자수	내원일수	청구건수	요양급여비용 총액	보험자부담금
계	계	9,026	71,671	70,605	4,188,999	2,793,456	9,689	76,547	75,208	4,944,579	3,498,630
남	소계	7,371	58,330	57,344	3,406,369	2,267,353	7,928	63,089	61,950	4,042,259	2,854,752
	0_9세	1,982	13,522	13,478	747,666	502,679	2,121	14,195	14,188	847,079	600,528
	10_19세	4,206	33,771	33,423	1,944,492	1,288,949	4,423	36,251	35,782	2,340,625	1,660,148
	20_29세	1,132	7,974	7,401	536,240	355,973	1,282	9,079	8,423	636,810	441,888
	30_39세	309	2,039	2,037	121,313	81,074	361	2,237	2,230	141,365	97,478
	40_49세	134	799	781	38,875	27,050	150	961	961	51,461	37,300
	50_59세	40	179	178	15,781	10,312	57	261	261	19,505	13,482
	60_69세	8	43	43	1,893	1,248	19	102	102	5,303	3,842
	70_79세	2	3	3	109	68	1	2	2	77	59
여	80세이상	—	—	—	—	—	1	1	1	34	27
	소계	1,655	13,341	13,261	782,630	526,103	1,761	13,458	13,258	902,320	643,878
	0_9세	533	3,713	3,725	204,082	138,493	555	3,503	3,504	218,041	155,030
	10_19세	846	7,091	7,046	401,148	265,503	859	7,383	7,194	479,667	342,494
	20_29세	242	1,572	1,558	126,393	86,445	271	1,611	1,610	116,900	81,629
	30_39세	61	466	451	27,712	18,556	84	505	494	64,248	47,188
	40_49세	42	317	298	15,337	11,563	48	237	237	13,147	9,573
	50_59세	18	108	109	5,076	3,478	20	150	150	7,906	6,103
	60_69세	6	17	17	800	547	8	26	26	1,227	897
	70_79세	9	47	47	1,455	1,096	5	43	43	1,184	966
	80세이상	3	10	10	627	422	—	—	—	—	—

출처: 보건 의료 빅 데이터 개방 시스템 사이트

## 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 II: 포괄적 정신장애를 중심으로

---

발 행 일 : 2020년 10월

발 행 인 : 최경숙

발 행 처 : 한국장애인개발원

서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층

Tel. 02-3433-0600

Fax. 02-416-9567

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

편집·인쇄 : 사단법인 한국장애인상생복지회

---

ISBN 978-89-6921-372-3 93330

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.