

2021 상반기

# KoDDISSUE

국내외 장애인정책 동향  
Policy Trends of People with Disabilities

정신장애인 인권 증진 및  
사회참여 확대 방안

사회참여, 생각을 달리하면 방법이 보인다

정신장애인의 자립생활 실현을 위한 과제와 지원 방안

정신장애인의 자립생활의 의미와 지원 방안

정신장애인의 복지서비스 차별은 어떻게 그리고 왜 발생하고 있는가?

인적자본 관점에서 바라본 정신장애인의 소득 및 고용 실태

정신장애인의 인권증진 및 사회참여 확대를 위한 해외의 사례

정신장애인에 대한 인식개선 방안

정신장애인 현황 및 사회적 위치: 정신장애인 고립의 고착화



# CONTENTS

2021 상반기



## 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안

- 04 사회참여, 생각을 달리하면 방법이 보인다  
| 손선주(청주대학교 사회복지학과 부교수)
- 11 정신장애인의 자립생활 실현을 위한 과제와 지원 방안  
| 홍선미(한신대학교 사회복지학과 교수)
- 17 정신장애인의 자립생활의 의미와 지원 방안  
| 김한나(경기과학기술대학교 사회복지과 부교수)
- 24 정신장애인의 복지서비스 차별은 어떻게 그리고 왜 발생하고 있는가?  
| 이용표(가톨릭대학교 사회복지학과 교수)
- 31 인적자본 관점에서 바라본 정신장애인의 소득 및 고용 실태  
| 조운화(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원팀장)
- 39 정신장애인의 인권증진 및 사회참여 확대를 위한 해외의 사례  
| 권오용 변호사(KAMI 사무총장)
- 46 정신장애인에 대한 인식개선 방안  
| 이정하((사)정신장애와 인권 파도손 대표)
- 53 정신장애인 현황 및 사회적 위치: 정신장애인 고립의 고착화  
| 유시완((사)정신장애와 인권 파도손 활동가)

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 사회참여, 생각을 달리하면 방법이 보인다

손선주 (청주대학교 사회복지학과 부교수)

### 들어가며

필자가 장애인정책 동향 <KoDDISSUE>에 “정신장애인 인권증진 및 사회참여 확대 방안” 주제로 해외사례 소개에 대한 집필을 요청받았을 때 어떤 내용으로 무엇을 소개하면 참신할까 고민을 많이 하던 중 고(故) 스티브잡스의 명언 “Think different”가 문득 생각났다. 정신장애인이기 때문에 또는 남들과 다르기 때문에 제한된 선택지를 가져야 한다는 것이 편견임을 알면서 정작 정신건강관련 전문가들이 창의적이지 못하다면 안되지 않겠는가? 안 될 것 같은 것을 당사자들에게 “가능한” 형태로 잘 만들어내는 기획능력, 그리고 의지와 노력이 있다면 얼마든지 창의적인 아이디어를 현실화하여 정신장애인의 삶의 질을 향상시킬 수 있음을 해외사례를 통해 확신을 가져보고자 한다.

사회참여가 정신장애인이 경험할 수 있는 고립감을 줄이고, 정신건강 관련 증상 관리와 회복을 촉진시키며(Webber, 2005; Webber, Huxley, & Harris, 2011), 나아가 더 나은 삶을 영위할 수 있도록 하여 진정한 자립을 돕는다는 것은 다 아는 사실이다(Davidson, Harding, & Spaniol, 2005). 특히 중요한 요소는 ‘연결감(relatedness)’, ‘자율성(autonomy)’, 그리고 ‘자신감(competence)’이다. 다른 사람들과 심리·정서적 연결을 가능하게 하여 고립감을 완화하고 소속감을 경험하게 한 결과가 “연결감” 증대이고, 타인의 도움을 최소화하면서 할당된 활동을 해나감으로써 얻게 되는 것이 “자율성”과 “독립심”이며, 나아가 개인 스스로는 물론 그룹이 지향하는 공동의 가치와 목

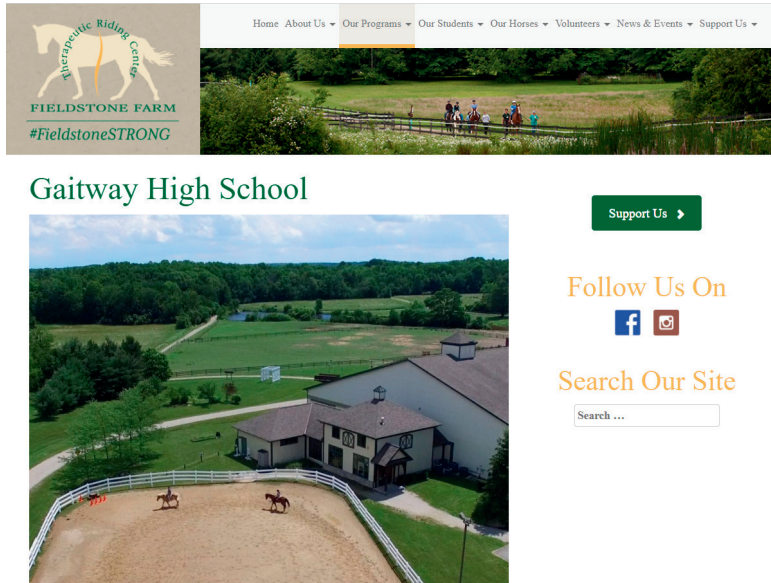
적을 달성함으로써 사회적 낙인을 극복하고 또 활동에 전념함으로써 정신질환 증상을 조절 및 극복을 통해 “자신감”을 향상시킬 수 있게 된다(Millner et al., 2019). 따라서, 사회참여를 단순히 사회관계망 내에서 타인과의 접촉횟수를 증가시키고 관계를 구축하게 하는 “투입”의 관점만이 아닌 활동에 참여한 개인과 조직이 사회적 상호작용을 통해 가시적 “긍정적 결과”를 경험할 수 있어야 한다. 또한, 과정에 있어 참여자들은 자신의 노력과 기여도를 확인하고 스스로에 대한 가치를 확인할 수 있어야 하며, 결과를 도출하고 평가할 수 있는 ‘과정적’ 요소들이 반드시 포함되어야 한다(Snethen, McCormick, & Van Puymbroeck, 2012).

이 밖에도 정신질환 관련 증상을 꾸준히 잘 관리하기 위해서는 신체건강을 포함한 지속적인 자기관리가 필요하다. 신체적인 움직임은 가벼운 정도의 우울증이나 불안 증상 완화에 도움이 되고, 아동·청소년의 경우에는 자존감 향상과 인지능력 증진, 노인의 경우엔 성공적인 노화와 우울증 예방에 도움이 되며, 전 연령대 모두 심리적인 안정감을 취하는데 상당한 도움이 되는 것으로 알려져 있다. 따라서 연결감, 자율성, 자신감과 신체적 움직임 요소를 포함한 활동이라면 더욱 의미가 있을 것이다. 또한 정신건강서비스 영역을 넘어 신체·심리·사회적 욕구를 모두 충족시켜 줄 수 있는 지역사회에 기반한 다양한 자원을 탐색하고 연계하는 노력이 필요하다(Anderson, Laxhman, & Priebe, 2015; Newlin, Morris, Howarth, & Webber, 2015).

여기에 미국 오하이오 주에 위치한 필드스톤팜(Fieldstone Farm)을 성공적인 해외 사례로 소개하고자 한다([www.fieldstonefarm.org](http://www.fieldstonefarm.org)). 필드스톤팜은 신체·심리·정서적·사회적 어려움을 경험하는 다양한 연령대 이용자들의 치료와 재활 및 사회복귀를 돕는 치료재활승마센터로, 총 60개가 넘는 지역사회의 다양한 학교 및 기관들과의 파트너십을 형성하고 있다. 초기설립 시에는 신체장애에만 국한된 프로그램을 운영했으나, 점차 재활승마가 정신건강증진에 미치는 긍정적인 영향이 보고되면서 사업영역을 확장한 케이스이다. 이 센터는 주로 말의 치료(동물매개)능력을 이용하는 것에 기반하여 말과의 다양한 기승 및 비기승 활동을 통해 이용자들에게 독립성, 균형, 사회화, 연결감, 자존감, 성취감 등을 목표로 하는 맞춤형 프로그램을 제공한다. 프로그램 이용자들의 구성비를 살펴보면 62%가 청소년들로 구성되어 있는데, 이들이 가진 심리·정서적 어려움 중 33%가 외상후스트레스장애, 우울증, 강박증, 트라우마, 폭력 희생자로 가장 많고, 그 다음으로 발달장애 24%, 자폐성스펙트럼장애 21%, 주의력결핍과잉행동장애 8%, 그 외 뇌성마비, 다발성경화증, 시각/청각장애 등 다양하다.

진단장애가 아니더라도 학교부적응을 경험하는 청소년들에게 유용한 프로그램 또한 제공하는데, 예컨대 동기부족, 무기력감, 감정조절 어려움, 감각지각력 문제, 기억력이나 응용력 문제에 대해 동물매개적 접근을 접목시킨 프로그램을 제공하고 있다. 다양한 이유로 학교 중도탈락 가능성이 큰 청소년들을 위해서는 대안학교인 게이트웨이 고등학교(Gaitway Highschool)를 센터(팜) 내에 운영하여 정규교육 및 재활승마, 자원봉사활동을 진행하고 있다. 이 밖에도 외상후스트레스장애를 경험하는 재향군인, 현역군인 및 가족을 위해 정신건강전문가 협업시스템에 기반한 심리치료와 치유적 차원의 재활승마를 제공하여 외상후스트레스장애로 인한 어려움을 극복하고 일상생활로의 복귀를 돕는 통합적 개입모델을 운영한다.

이러한 다양한 프로그램 중 특히, 2006년에 필드스톤팜 내에 설립하여 운영되고 있는 게이트웨이 고등학교는 굉장히 창의적인 시도라고 생각되고 주목할 필요가 있다. 심리·정서적인 어려움을 겪는 학생들은 일반적으로 학업성취도 저하는 물론 학교 부적응으로 인해 중도탈락이나 왕따를 경험할 확률이 높아질 수 있는데, 게이트웨이 고등학교는 소규모학습과 개별화된 수업방식으로 학생들에게 전통적인 방식의 고등학교에서는 성취하기 어려운 사회성 및 정서적 기술을 가르치고, 이를 기반으로 표준 학습수준에 부합하는 교육을 제공하고 있다. 주로 우울장애나 기타 기분장애를 갖고 있거나, 긍정적인 대인관계 형성 또는 유지의 어려움, 홈스쿨에서 오는 불안장애, 학습장애가 있는 경우, 그리고 낮은 사회기술과 자존감 및 성취감이 이 학교에 입학하는 학생들의 특징이다. 학교의 조직을 구성하는 교장과 교사들은 재활승마분야에 특별히 훈련되어 자격을 취득한 전문가들로, 이 외에도 직업 코치 및 사회복지사들로 구성된 팀워크를 기반으로 학생들에게 경험적 학습과 사회기술훈련, 직업훈련, 자원봉사, 그리고 말과의 교감활동을 제공하여 개인적인 성장과 학업 향상을 도모한다. 말과 또래 학우, 그리고 선생님들과의 관계를 통해 안정감, 연결감, 자율성, 그리고 자신감을 배워나갈 수 있도록 다양한 프로그램에 참여시킨다. 특이한 점은 게이트웨이 학생들 또한 팜 내에서 진행되는 다른 장애인들을 위한 재활승마 수업에 꾸준히 자원하는 기회를 갖고, 도움을 주는 과정에서 책임감과 연대감, 자기효능감을 경험하게 하는 프로그램이 운영되고 있어 팜의 다양한 프로그램들이 서로 상호보완적으로 연계되고 있음을 알 수 있다. 현재까지 79명의 학생들이 게이트웨이 고등학교를 졸업했는데, 졸업 후 대학에 진학을 하거나, 취업에 성공하여 말 관련 훈련을 더 받거나, 군입대(용병)를 하는 등 성공적인 진로연계가 이루어지고 있다.



[그림1] 필드스톤팜 내 설립된 게이트웨이 고등학교 홈페이지

출처 [www.fieldstonefarm.org/about-us/gaitway-high-school/](http://www.fieldstonefarm.org/about-us/gaitway-high-school/)

아래는 게이트웨이 고등학교를 졸업한 Nick의 사진으로, 심각한 학습장애와 정서 장애가 있는 그가 말을 통해 자신감과 인내심, 그리고 감정을 조절하는 법을 배웠다. 또한, 학교수업에서 선생님들의 1:1 지도를 통해 중도탈락이 확실했던 그가 졸업 후 현재는 음식산업에 종사하면서 경제적 활동을 하고 있다고 한다. 이러한 성공사례는 필드스톤팜과 오하이오 주 교육서비스센터(ESCWR)간의 연계시스템 구축, 후원자 결연, 그리고 매주 250명이 넘는 자원봉사자들의 노력이 함께 이루어낸 성과라고 할 수 있다. 필드스톤팜의 대표자와 운영자들은 이러한 “의미있는” 협력관계는 경제적으로 어려운 대상이라고 하여 프로그램 이용이 제한되거나 입학이 거부되는 일이 없도록 하는데 큰 도움이 된다고 한다. 실제로 살아있는 개체(말)의 사양관리 및 훈련, 인력, 시설 유지 및 전반적 관리에 소요되는 비용을 고려할 때 총사업비가 상당할 것임에도 불구하고, 한 해 1,000명이 넘는 아동·청소년들에게 정신건강증진 프로그램을 제공할 수 있는 점은 매우 놀라운 사실이다.





[그림 2] 게이트웨이 고등학교 졸업생 Nick

출처 [www.fieldstonefarm.org/ourstudents/gaitway-makes-a-difference/](http://www.fieldstonefarm.org/ourstudents/gaitway-makes-a-difference/)

필드스톤팜에서 사회참여는 장애를 가진 대상자들 뿐 아니라 수백 명에 이르는 자원봉사자들에게도 제공되는 기회이다. 이들은 각자의 역량에 맞추어 재활승마에 활용되는 말 관리, 말 준비(장안)하는 업무에서부터 말을 끌거나 옆에서 보조하는 사이드워커 역할, 은퇴한 교사들의 학습보조, 사회복지사 등 다양한 연령대와 배경을 가진 누구든지 프로그램에 기여할 수 있도록 하여 자발적 참여의 기쁨과 삶의 의미, 연대, 만족감을 제공하고 있다. 필드스톤팜은 미국에서 대안고등학교를 현장에 건립한 최초의 치료재활승마센터로서 현재 게이트웨이 중학교를 건립 중이며, 이러한 성공적인 케이스가 많이 보고되면서 유사한 학교를 설립하기 위해 미국 내 다른 센터들과 협력하고 있다고 한다.



## 마치며

정신장애를 경험하는 당사자들에게 소속감과 연결감, 자율성과 자신감을 제공하고 증진시켜 줄 수 있는 방법은 의외로 매우 다양할 수 있다. 예컨대, 요즘같이 코로나로 인한 언택트 시대에 정신장애인 당사자가 가지고 있는 능력이나 기술을 재능기부 하는 비대면 플랫폼을 제작하여 수강생들에게 수준별 교육을 실시하는 등 지역사회에 기여할 수 있는 활동을 기획해 볼 수 있지 않겠는가? 현시대의 무한함과 다양함 속에 정신장애인이기 때문에 제한된 선택지를 가지기보다는 오히려 가능하지 않은 플랫폼을 정신장애인들에게 “가능한” 형태로 변형, 활용할 수 있도록 참신한 아이디어 기획 및 현실화가 필요한 시대라고 생각한다. 필드스톤팜의 사례를 통해 창의적인 발상과 이에 동참한 여러 사람의 기여와 헌신으로 정신장애를 경험하는 한 사람 한 사람의 삶이 개선될 수 있음을 함께 확인할 수 있었고, 이는 장애인과 비장애인의 사회통합이라는 가치가 만들어낸 멋진 결과물이라고 사료된다. 사회참여, 우리의 생각을 바꾸면 방법이 보인다.

## 참고문헌

Anderson, K., Laxhman, N., & Priebe, S. (2015). Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 297.

Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (2005). Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and Implications for practice. Center for psychiatric rehabilitation, Boston: Boston University.

Millner, U.C., Woods, T., Furlong-Norman, K., Rogers, E.S., Rice, D., & Russinova, Z. (2019). Socially valued roles, self-determination, and community participation among individuals living with serious mental illnesses. *American Journal of Community Psychology*, 63 (1-2), 32-45.

Newlin, M., Morris, D., Howarth, S., & Webber, M. (2015). Social participation interventions for adults with mental health problems: A review and narrative synthesis. *Social Work Research*, 39(3), 167-180.

Snethen, G., McCormick, B. P., & Van Puymbroeck, M. (2012). Community involvement, planning and coping skills: Pilot outcomes of a recreational-therapy intervention for adults with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(18), 1575-1584.

Webber, M. (2005). Social capital and mental health. In: Tew J, editor. *Social perspectives in mental health. Developing social models to understand and work with mental distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Webber, M., Huxley, P., & Harris, T. (2011). Social capital and the course of depression: Six-month prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 149-157.

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인의 자립생활 실현을 위한 과제와 지원 방안

홍선미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

### 정신장애인의 자립생활 보장의 법적 근거와 사회적 책임

UN ‘장애인 권리선언(1975)’에서는 신체적·정신적 장애를 예방하고 장애인이 능력을 최대한 개발할 수 있도록 원조하고, 가능한 일반적인 생활에 통합될 수 있도록 촉진할 것을 명시하고 있다. 관련하여, 유엔장애인권리협약 제19조는 지역사회에서의 자립적인 생활과 통합(Living independently and being included in the community)을 위한 선택과 참여의 권리를 규정하고 있으며, 시설 및 서비스에 대한 접근 보장(제9조), 통합적이고 접근 가능한 노동의 권리(제27조), 문화생활에 참가할 권리(제30조), 교육의 권리(제24조) 등을 명시하고 있다. 정신건강 분야에서도 사회통합적 관점에서 정신질환자 지원의 법적근거를 마련하기 위해, ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’(이하 「정신건강복지법」)을 2016년도에 전면 개정한 바 있다. 「정신건강복지법」 제2조에는 모든 정신질환자가 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며, 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 않아야 함을 적시하고 있다. 동 법률의 제4장에는 실제 정신장애인의 지역사회 삶을 지원하는데 필요한 생활지원의 근거조항(복지서비스의 개발(제33조), 고용 및 직업재활 지원(제34조), 평생교육 지원(제35조), 문화·예술·여가·체육활동 등 지원(제36조), 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원(제37조), 가족에 대한 정보제공과 교육(제38조) 등)이 포함되어 있다.

## 「정신건강복지법」 개정 이후 정신장애인의 지역사회 삶이 달라지고 있는가?

정신장애인이 지역에서 함께 살며 사회복귀와 자립생활에 필요한 지원을 받도록 법적 근거를 갖춰 가고 있음에도 불구하고, 정신장애인은 우리 사회의 심한 편견과 차별에 여전히 노출되어 있으며, 일상생활을 살아가는데 필요한 도움을 적절히 받기 어려운 것이 현실이다. 정신장애인은 '정신질환'을 결격사유로 여러 법령(「약사법」, 「공중위생관리법」, 「국민영양관리법」, 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」, 「모자보건법」, 「의료법」, 「장애인복지법」 등)에서 차별적 대우를 받고 있으며, 「장애인복지법」이나 「장애인차별금지법」 내에서도 차별의 대상이 되고 있다. 예를 들어, 정신장애인이 2000년부터 법정 장애로 등록과 지원의 대상이 되고 있음에도 불구하고 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계)에 의해 「장애인복지법」에 따른 재활서비스전달체계로부터 배제되거나 장애인복지 및 재활 관련 서비스시설의 이용이 제한되고 있다(이용표, 2021; 홍선미, 2018). 2020년 13개 시민단체는 국가인권위에 “정신장애 당사자가 차별받지 않고 다른 사람과 같이 존엄한 인간으로 권리를 보장받는 주체로 인정될 때까지 투쟁하겠다”며, 차별적 법령과 제도에 대한 정부의 조속한 개선을 촉구했다(마인드포스트, 2020). 또한 정신질환자의 사회적 권리를 보장하는 취지에서 「정신건강복지법」이 개정되었으나, 정신장애인의 지역기반 생활보장을 위한 소득보장이나 주거, 고용, 건강, 복지 지원의 세부 내용이나 절차, 실질적인 인력과 예산이 뒷받침되지 못하면서 기대했던 변화에 미치지 못하고 있다. 「정신건강복지법」 제4장의 복지서비스 제공과 관련한 조항들을 보면, 국가나 지방자치단체에게 부과하는 의무의 형식이 ‘노력하여야 한다’, ‘조치를 강구하여야 한다’, ‘실시할 수 있다’로 되어 있다. 국가나 지방자치단체에게 선언적·추상적 노력 의무만을 부과하면서 서비스 실시의 법적 근거 규정만을 두는데 그치고 있다. 2017년 9월 유엔 사회권위원회는 ‘정신건강 돌봄서비스 접근성을 높이는 것’과 ‘예산을 확대하고 지역사회기반 서비스 증진을 통해 정신건강서비스 이용가능성과 접근성을 강화’할 것을 권고한 바 있다. 유엔장애인 권리협약의 당사국으로서 정부는 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애인의 지역사회통합과 자립생활을 법적으로 보장하며 합리적인 편의제공을 위한 노력을 기울일 의무가 있다. 구체적으로는 정신장애인의 사회권을 보장하기 위한 입법, 행정, 예산, 사법 등의 적극적 조치를 취해야 하는 ‘충족의 의무’와 이를 실현하는데 필요한 인적 물적 조건을 갖추어야 하는 ‘증진의 의무’를 갖는다. 「정신건강복지법」 제7조 제3

항에 따른 국가계획이나 지역계획 수립 시 정신장애인의 복지서비스 지원내용뿐만 아니라 실질적인 계획의 목표와 성과, 시행주체와 추진체계를 명시하고 정부의 기본 시책을 통해 부처업무로 이를 이행할 책임이 있다.

## 정신장애인의 자립생활을 보장하기 위해서는 무엇이 필요한가?

현 정부의 100대 국정과제에는 “장애인과 비장애인이 함께 살아갈 수 있는 자립생활 환경 조성”이 포함되어 있다. 장애인 대상의 탈시설 및 자립생활 지원을 위한 정책 추진과 장애인권리보장법 논의가 활발한 데 비해, 정신장애인의 자립지원과 관련한 정책은 뚜렷하게 제시된 바가 없다. 올해 초 국가 정신건강증진을 위한 기본 계획차원에서 온국민마음건강종합대책(관계부처합동, 2021)을 발표하고 ‘정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원’하는 것을 정책목표로 제시한 것은 중요한 의미를 갖는다. 그러나 정신장애인의 자립생활을 지원하며 사회적 권리를 보장하고자 하는 목표를 기존의 정신보건 패러다임 내에서 지역사회 정신보건 및 정신재활 인프라를 통해 추진하는 데에는 한계가 있다. 정신질환은 다른 건강 및 사회적 문제들과 복잡한 상호관련성을 갖고 있기 때문에, 주거-고용-건강-복지 등 다양한 분야의 역량을 활용하고 정신건강전문가 외에 여러 주체들의 참여가 필요하다. 정신장애인이 필요로 하는 도움에 비해 충분성이 가장 떨어지는 분야는 소득보장을 위한 지원 및 서비스로 나타났다(강상경 외, 2020). 경제활동 참여율과 공적이전소득이 낮은 데 비해 정신장애인의 소득보장을 위한 보완적 기제는 부족하며 고용취약계층을 위한 일자리 지원 대책에서도 정신장애인이 배제되는 경우가 많다. 최근 동료지원가 양성을 통해 정신장애인의 일자리 참여가 늘고 직업재활시설을 확충하는 것도 필요하지만 정신장애인의 양질의 일자리 확대와 격차 해소를 위해서는 장애인 고용대책(제5차 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획(2018~ 2022)) 차원에서 정신장애인의 고용개선을 위한 집중적인 지원 방안과 전략을 마련하는 것이 중요하다. 「정신건강복지법」 제37조에 따르면, 정신장애인의 주거 및 재활, 치료 등을 국가와 지방자치단체가 제공해야 한다고 명시되어 있어 정신장애인의 지역사회 정착 및 자립을 위한 주거정책도 공적 책임을 갖고 추진해야 한다. 정신장애인의 주거와 관련해서는 소규모 시설로부터 보다 독립적인 주거형태인 공공임대주택이나 지원주택 입주를 위한 주택공급이 원활하게 이루어져야 하며 동시에 주택관리, 주택수리 및 개조, 주거지원 서

비스, 주거지원 사례관리가 확대될 필요가 있다.

## 정신장애인의 삶을 지원하기 위한 지방정부와 지역사회의 역할은?

정신질환자의 자립 지원 모형을 개발하고 고용지원이나 주거지원 과제들을 범정부 차원에서 추진하는 것과 함께, 지방자치단체가 책임성을 갖고 정신장애인에게 접근 가능한 지역중심의 정신건강 지원서비스를 확충하는 노력이 필요하다. 이런 맥락에서, 광역 및 기초자치단체가 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률에 따라 4년마다 수립하는 지역사회보장계획이나 장애인정책종합계획 등에도 정신장애인의 자립 관련 정책과 사업이 반영될 필요가 있다. 현재 시행 중인 지방정부의 4기(2019~2022년) 지역사회보장계획을 살펴본 결과, 광역 및 기초자치단체의 지역사회보장 시행사업 중 정신장애인 또는 정신질환자를 세부사업에 포함한 시·도는 17개 중 7개, 228개 시·군·구중에는 56개 지역으로 24.6%에 불과한 것으로 나타났다(홍선미 외, 2020). 지역사회 내 다양한 자원들에 대한 이용성과 접근성을 높이는 차원에서, 지역사회보장계획 내 정신장애인의 필요와 욕구를 수렴하는 사회보장서비스의 구성과 전달이 필요하다. 최근에는 지역사회를 기반으로 보건·복지·주거 연계를 강화한 통합지원모형들이 제안되고 있다. 그동안 장기입원이나 수용의 대상이었던 정신장애인을 커뮤니티케어의 정책대상에 포함하여 지역사회 통합돌봄 선도사업을 시범적으로 추진하고 있다. 커뮤니티케어란, 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책이다. 노인, 장애인, 정신질환자로 대상을 구분하지 않고 일상생활지원, 건강관리, 주거지원 등 종합적 돌봄 수요에 대응하는 지역중심의 통합돌봄체계를 구축 중이며, 이를 통해 정신장애인이 지역사회에서 차별받지 않고 동등한 주민으로서 필요한 도움을 받으며 함께 살아갈 수 있는 변화를 모색하고 있다. 지역중심의 돌봄체계를 발전시켜온 일본에서는 노인에 국한하지 않고 장애인, 정신질환자 등을 포괄하는 '토탈케어시스템'으로 전환 중에 있으며, 그에 앞서 2005년에 「장애인자립지원법」에 따라 신체장애와 지적장애, 정신장애를 통합하여 시정촌을 중심으로 지역사회서비스를 제공하는 근거를 마련하였고, 2012년에는 「장애인종합지원법」에 따라 공생사회 실현을 위한 일상생활 및 사회생활을 포

괄적으로 지원하는 근거를 마련하였다. 영국에서도 「지역사회돌봄법(National Health Service and Community Care Act)」에 따라 지방정부가 정신장애인을 포함하여 아동과 성인의 사회적 돌봄에 대한 일차적인 책임을 갖고 ‘공평한 돌봄서비스 접근(Fair Access to Care Services, FACS)’에 따라 지역사회 삶을 보장하기 위한 서비스를 개인의 상황과 욕구에 따라 제공하고 있다(홍선미 외, 2016). 포괄적 생활지원서비스의 접근성 강화를 위해서는 정신건강서비스 뿐 아니라 주거-건강-고용-교육-복지 및 생활지원 등을 포함하는 지역사회통합지원시스템을 구축하고 공공전달체계를 통해 다양한 서비스 제공기관 및 정신건강 전문 인프라와의 연계가 이루어져야 한다. 정신장애인의 회복과 삶을 지원해야 하는 국가적 책임과 지방정부의 역할과 함께, 정신장애인의 지역사회 삶에 필요한 것은 차별과 편견이 없는 사회의 인식 변화와 정신장애인의 자율과 권리가 지켜지는 서비스 환경이 마련되는 것이다. 병원이 아닌 지역사회에서도 치료의 대상으로서 정신질환의 문제에 대응해왔던 방식으로부터 정신질환을 극복하며 살아가는 정신장애인의 삶에 관심을 갖고 다분야 협력과 사회적 연대를 통한 변화가 모색될 시점이다.



## 참고문헌

강상경 외(2020). 정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사. 국가인권위원회.

관계부처합동(2021). 온국민 마음건강 종합대책.

이용표(2021). 장애인복지법 제15조 폐지와 정신장애인 서비스 차별해소를 위한 토론회 자료집. 8-25.

홍선미 외(2016). 정신장애인 지역사회통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사. 국가인권위원회.

홍선미(2018). 장애인의 지역사회 시설 및 서비스 이용제한, 한국사회복지학회 2018년도 춘계학술대회자료집. 46 - 56.

홍선미 외(2020). 정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구. 국가인권위원회.

마인드포스트(2020. 6. 10.). “우리는 충분히 고통받고 있다”...정신장애인 취업·고용 차별 ‘규탄’. <http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=3866>

## | 정신장애인의 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인의 자립생활의 의미와 지원 방안

김한나 (경기과학기술대학교 사회복지과 부교수)

우리나라의 정신질환 평생 유병률은 25.4%(홍진표 외, 2016)로 나타났다. 이는 우리나라 18세 이상 성인 4명 중 1명이 평생 살아가면서 적어도 한 번 이상의 정신질환에 노출될 가능성이 있음을 의미한다. 또한, 2019년을 기준으로 최근 5년간 정신질환자 수가 약 22% 증가한 것(관계부처 합동, 2021)으로 나타나 우리나라 정신질환자의 수가 지속적으로 증가 추세를 짐작할 수 있다.

정신장애 발병은 비교적 생애 초기에 이루어지고 잦은 재발로 완치가 어렵고 만성적으로 진행되어 장기적인 치료가 요구되는 경우가 많아 이에 대한 사회적 비용도 큰 것이 특징인데, 우리나라 정신질환자 수가 증가하고 있다는 것은 그만큼 사회경제적 비용도 매년 증가하고 있다는 것을 시사한다. 건강보험정책연구원(2017)의 보고서에 따르면 정신질환자 수의 증가로 인해 사회경제적 비용도 매년 증가하고 있는 것으로 나타나 우리나라 정신장애 문제가 매우 심각한 수준임을 알 수가 있다.

## 정신장애 문제 해결을 위한 노력

우리나라는 정신장애의 문제를 해결하기 위해 법을 제정하고 정책을 수립하여 다양한 서비스를 제공해 왔다. 1995년 「정신보건법」 제정으로 그동안 정신의료기관과 정신요양시설 중심으로 제공되었던 치료중심의 서비스가 정신장애인의 인권을 보호하고 지역사회를 기반으로 한 재활서비스를 제공할 수 있는 법적 기반을 마련하였고, 2016년 「정신보건법」이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법

를」(이하 정신건강복지법)로 전면 개정됨에 따라 정신장애인이 지역사회 내에서 보다 잘 적응하고 자기 결정권을 보장받으며 인간답게 살 수 있는 지역사회 통합의 기반을 마련하였다(염형국, 2017). 전면 개정된 「정신건강복지법」은 "정신질환의 예방과 치료, 정신질환자의 재활·복지·권리 보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항들을 규정해 국민의 정신건강 증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 것"을 목적으로 정신질환자들에 대한 사회복지서비스 지원을 강화하여 지역사회 거주와 치료를 위한 시책을 강구하고, 고용 및 직업재활을 위한 지원, 평생교육을 위한 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원 등에 관한 내용을 구체적으로 명시하였다(이은환, 김욱, 2017). 따라서 정신장애인들이 지역사회에서 보다 자립적이고 독립적인 삶을 사는데 필요한 다양한 복지서비스를 제공받을 수 있는 법적 근거가 마련된 것이다.

또한, 우리나라는 「정신건강복지법」에 의해 5년마다 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가 기본 계획을 수립하고 있다. 정부는 올해 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)을 새롭게 수립하여 발표하였는데, 제1차 정신건강복지기본계획이 정신질환자와 고위험군의 증상관리에 초점을 두고 이루어졌다면, 이번에 발표된 제2차 정신건강복지기본계획에서는 정책의 대상을 전 국민으로 확대하고, 전 국민의 삶의 질과 인권증진을 위한 목표를 수립하였다. 이 중에서 정신질환자의 지역사회 내 자립지원을 위한 재활프로그램 및 인프라를 개선하고 자립지원 서비스를 제공하며, 정신질환자들의 권익 신장 및 인권 강화를 위한 서비스를 제공할 것을 구체화하고 있다. 예컨대, 정신장애인의 자립생활 지원을 위해 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인에게 안정적인 주거지원을 하고자 먼저 독립생활이 곤란한 고령의 만성 정신질환자를 중심으로 정신요양시설 입소를 우선 지원하고, 2023년까지 시·도 단위로 연차별 거주공간 확충계획을 수립하고 거주공간 확보를 위한 정신재활시설 확충과 필요시 부처 간 협의를 통해 공공임대주택 등 주거지원 방안을 모색하겠다는 계획안을 제시하였다(관계부처 등, 2021).

이렇듯 정신장애인의 문제 해결을 위한 법과 정책의 방향은 증상관리와 시설보호에 초점을 두었던 과거와는 다르게 지역사회를 중심으로 한 정신장애인의 재활과 자립에 초점을 둔 방향의 전환이 이루어지고 있고, 이를 위한 정책 내용도 보다 구체화되고 있다. 이처럼 우리나라는 법과 국가기본계획에서 정신장애인의 자립지원을 위한 다양한 서비스를 마련하여 보다 효과적인 자립생활을 지원하기 위한 노력이 구체

적으로 이루어지고 있음을 확인할 수 있다.

## 정신장애인에게 자립생활이란 어떤 의미인가?

인간에게 자립은 매우 중요한 이슈로써 모든 인간은 자신의 삶을 자신이 거주하고 있는 지역사회를 기반으로 자주적이고 독립적으로 살아갈 권리를 가지고 있다(국가인권위원회, 2021). 자립에 대한 사전적 의미를 살펴보면, “남에게 예속되거나 의지하지 아니하고 스스로 섬”이라고 정의(네이버 표준국어대사전)하고 있는데, 이러한 맥락에서 인간이 자립생활을 한다는 것은 남에게 예속되거나 의지하지 않고 스스로 독립적인 생활을 하는 것이라 정의 내릴 수 있다. 자립에 대한 이슈는 정신장애인이라고 해서 예외는 아니다. 지금까지 정신장애인들은 정신질환으로 인해 야기되는 정신과적 증상으로 인하여 결혼을 하여 가정을 이루고 직장을 구하고 경제생활을 하는 것에 상당한 제약이 있었고, 치료기관이나 시설에 수용되어 다른 사람과 동등한 생활을 영위하고 자주적이고 독립적으로 살아갈 권리를 박탈당해왔다. 그러나 정신장애인들도 자신의 삶의 터전에서 다른 사람과 동등한 수준의 생활을 영위하며 자주적이고 독립적으로 살아갈 권리를 가지고 있다. 이는 정신장애인들이 자신이 거주하는 지역사회 안에서 교육을 받고 정신질환 증상을 잘 관리하면서 결혼을 하여 건강한 가정을 이루고 직장생활을 통한 경제적 활동도 하며 이웃과 함께 더불어 사는 그런 삶을 의미(국가인권위원회, 2021)한다. 이를 위해서는 기본적으로 정신장애인에 대한 치료와 재활 및 자립생활에 관한 서비스가 지역사회를 기반으로 제공될 필요가 있다.

## 정신장애인들은 자립생활을 원하는가?

조사결과에 따르면 정신장애인들은 자립에 대한 욕구가 높은 것으로 보고되고 있다. 오유라 등(2018)의 연구결과에서는 자립생활에 대한 욕구가 있는 정신장애인이 75.34%인 것으로 나타났다. 한국장애인개발원(2019)에서는 현재 자립생활 지원 서비스를 이용하고 있는 정신장애인을 대상으로 가장 선호하는 삶의 형태, 자립생활을 위해 필요한 지원서비스와 고려해야 할 이슈 등에 대해 조사를 하였다. 먼저 가장 선호하는 삶의 형태는 ‘가족과 함께 생활’이 37.98%로 가장 높게 나타났고, ‘사례관리를 포함한 지역사회에서의 독립생활’이 24.52%, ‘사례관리 지원이 없는 완전한 독립생활’

이 15.38%, ‘지역의 주거시설(그룹홈)에서의 생활’이 13.46%로 나타나 지역사회 내의 거주시설보다는 독립생활을 더 선호하는 것으로 나타났다. 자립생활 지원 서비스에 대한 욕구 조사를 실시한 결과 ‘장애인 연금, 수당과 같은 경제적 지원’이 50.96%, ‘일자리 지원’이 12.50%, ‘재활 및 치료서비스’가 7.69%로 나타났다. 또한 정신질환자가 자립을 위해 고려해야 할 이슈로는 ‘정신질환자에 대한 인식개선’이 37.98%, ‘고용지원(직무훈련, 취업알선 등)’ 16.35%, ‘여가선용 기회 제공’이 8.65%의 순으로 나타났으며, 지역생활 만족도를 저해하는 요인으로 ‘경제적 어려움’ 15.87%, ‘주거환경의 열악함’ 9.13%, ‘심리적 어려움’ 4.81%의 순으로 나타났다. 이와 함께 정신과 병원 입원자가 퇴원하지 않고 병원에 남아 있는 이유에 대한 의견을 조사한 결과 ‘퇴원 후 살 곳이 없기 때문에’라는 응답이 40.38%로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로는 ‘가족과의 갈등으로 가족이 퇴원을 원하지 않기 때문에’라는 응답이 22.60%로 나타났다. 권오용 외(2018)의 연구에서도 지역사회 거주 영역에서 정신장애인들의 50%는 ‘가족과 함께 생활해야 한다’고 응답하였지만 나머지 50%는 ‘독립주거에서 생활해야 한다’고 응답하였고, 주거안정을 위해 필요한 것으로 약 60%에 해당하는 정신장애인이 ‘주택임대/구입을 위한 자금지원/대출’, ‘공공임대주택 입주 우선권 보장’, ‘그룹홈 확대’ 등을 언급하였다.

이상의 연구 결과를 종합해 보면, 정신장애인들은 독립적인 자립생활에 대한 욕구는 높지만, 거주할 곳이 없다는 현실적인 문제와 당사자의 욕구와는 상관없이 가족이 퇴원을 원하지 않는다는 이유로 정신장애인들의 자립생활에 제약이 있음을 알 수가 있다. 그리고 정신장애인이 자립생활을 할 때 무엇보다 필요한 서비스가 경제적 지원과 일자리 지원이라는 점을 알 수가 있으며, 정신장애인들이 자립생활을 할 때 지역사회 내의 그룹홈과 같은 정신재활시설보다는 독립적인 생활공간을 더 선호한다는 것을 알 수가 있다.

## 정신장애인의 자립생활 지원을 위해 무엇이 필요한가?

먼저, 앞에서 제시한 조사결과를 고려할 때, 정신장애인이 퇴원 후 거주할 수 있는 주거 공간을 확보하고 원활한 자립생활을 위한 일자리 제공 그리고 경제적 지원 서비스를 강화할 필요가 있다. 예컨대, 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)에서는 정신장애인의 거주공간 확충계획을 수립하였고 거주공간 확보를 위한 정신재활시설

확충과 필요시 부처 간 협의를 통해 공공임대주택 등 주거지원 방안을 모색하겠다는 계획을 제시(관계부처, 2021)하였다. 그러나 추진전략별 성과지표를 살펴보면, 거주공간 확보를 위한 구체적인 목표가 제시되어 있지 않아 실효성 있는 서비스 제공이 이루어지지 않을 가능성이 크다. 또한, 무엇보다 고려해야 할 사항은 정신장애인이 선호하는 주거 형태가 그룹홈과 같은 정신재활시설보다는 독립적 생활이 가능한 공공임대주택이라는 점이다. 따라서 정신장애인의 욕구를 반영한, 그리고 좀 더 적극적이고 실효성 있는 주거 공간 확보를 위한 구체적인 정책을 마련할 필요가 있다. 또한 보건복지부(2017)의 연구 결과에 따르면 정신장애인의 고용률은 15.7%이고 취업자 중 90% 이상은 임시직이나 일용직에 종사하고 있어 고용환경이 매우 열악한 것으로 나타났다. 안정적 고용환경을 기반으로 한 일자리 제공은 정신장애인의 안정적인 경제생활을 기반으로 한 자립생활과 직결되는 중요한 문제이다. 따라서 정신장애인의 자립생활을 위한 일자리 제공 서비스를 더욱 활성화 할 필요가 있는데 이때 보다 양질의 일자리 제공을 위한 구체적인 방안을 모색하는 것이 필요하다.

두 번째는 「정신건강복지법」상에 정신장애인의 복지서비스에 대한 규정이 보다 구체적으로 명시될 필요가 있다. 전면 개정된 「정신건강복지법」 제4장 복지서비스의 제공에서 복지서비스의 개발, 고용 및 직업재활 지원과 평생교육, 문화·예술·여가·체육활동 등에 대한 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원 등에 관한 규정, 가족에 대한 정보제공과 교육 등에 관한 내용을 명시하고 있다. 그리고 구체적인 세부 사항에 대해서는 보건복지부령으로 정한다고 규정하고 있는데, 하위법령을 확인해 보면 법에서 규정한 복지서비스에 대한 구체적인 서비스 내용이나 실행 방법에 대해 제시하고 있지 못하다. 예컨대, 「정신건강복지법」 제37조 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원에 필요한 사항을 규정한 동법 시행규칙을 살펴보면, "필요한 사항에 대해 보건복지부 장관이 정하는 바에 따라 그 현황에 대한 실태조사를 할 수 있다"라는 규정만 제시되어 있을 뿐 통합지원을 위한 서비스 내용이 구체적으로 명시되어 있지 않다. 따라서 실천 현장에서의 실효성 있는 서비스 제공을 위해서는 보다 구체적인 법의 규정이 명시될 필요가 있다.

세 번째, 정신장애인의 치료와 재활, 자립이 연속선상에서 이루어질 수 있는 단계적이고 체계적인 서비스 과정을 구축할 필요가 있다. 정신장애인을 대상으로 한 서비스는 정신건강 분야의 다양한 기관과 전문가를 통해 제공되고 있는데, 각 기관과 전문가 간의 협력체계 구축이 부족하여 분절적 서비스가 제공되고 있고, 자립을 위한

서비스의 연속성이 보장되어 있지 못한 것이 현실이다. 예컨대 정신의료기관에서 증상치료가 이루어진 정신장애인이 지역사회로 복귀할 때, 정신장애인의 회복 수준에 맞는 다음 단계의 서비스로 연계되는 것이 매우 중요하다. 증상 관리가 이루어졌다고 해서 같은 수준의 일상생활 및 사회생활이 가능한 것도 아니고 퇴원한 정신장애인 모두가 자립생활이 가능한 것도 아니다. 퇴원 시점에서 정확한 평가를 토대로 다음 단계의 서비스로 이어질 수 있도록 회복의 연속성이 보장될 수 있는 서비스 과정을 보다 구체적으로 설정할 필요가 있다.

마지막으로 현장의 전문가들도 정신장애인의 자립생활에 필요한 전문적인 지식과 개입 기술을 습득하고 이에 대한 전문성을 갖추기 위한 노력과 함께 정신장애인의 자립생활에 도움이 될 수 있는 보다 구체적인 실천 방안을 모색할 필요가 있다. 권오용 등(2018)에 의하면, 「정신건강복지법」이 개정된 후 정신장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스와 보건/복지서비스의 변화를 묻는 조사연구에서 ‘과거와 비슷하다’라고 한 응답을 포함하여 ‘과거보다 나빠졌다’라고 응답한 정신장애인이 각각 73.7%와 71.5%로 나타나 대부분의 정신장애인이 법 개정 이후 체감할 수 있는 서비스 변화가 없다고 느끼는 것으로 나타났다. 이러한 조사 결과는 정신장애인의 재활과 자립생활을 위한 법적 근거는 마련하였지만, 이에 대한 실효성 있는 서비스가 제공되고 있지 못하다는 방증이다. 따라서 현장의 전문가들도 정신장애인의 자립생활을 도모하기 위한 전문성을 향상할 필요가 있으며, 이를 위해 필요한 서비스를 개발하고 증거기반의 개입실천이 활발하게 제공될 수 있도록 노력하는 것이 필요하다.



## 참고문헌

건강보험정책연구원(2017). 건강보장정책 수립을 위한 주요 질병의 사회경제적 비용분석. 국민건강보험공단.

관계부처 합동(2021). 제2차 정신건강복지기본계획(2021-2025).

국가인권위원회(2021). 정신장애인 인권보고서(2021).

권오용 외(2018). 정신장애인의 지역사회 거주치료 실태조사. 국가인권위원회.

김정희, 김한나, 손선주, 이윤희, 공예지(2019). 정신질환자 자립생활지원 모형 개발. 서울특별시·한국장애인개발원.

보건복지부(2017). 2017년 장애인 실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

염형국(2017). 정신건강복지법 평가와 과제 토론문. 한국장애학회 학술대회 자료집. 69-73.

오유라, 이승연, 박슬기, 김소연, 조성준(2018). 정신장애인 주거서비스 욕구조사. 정신보건, 8(1), 62-69.

이은환, 김욱(2017). 정신보건법 개정으로 인한 정신질환자 탈원화, 지역사회 유입에 대한 대책. 이슈&진단, 279(5), 1-20.

홍진표 외(2017). 2016년도 정신질환실태 조사. 보건복지부·삼성서울병원.

네이버 표준국어대사전.

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인의 복지서비스 차별은 어떻게 그리고 왜 발생하고 있는가?

이용표 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수)

최근 장애인복지 영역의 큰 이슈 중 하나는 정신장애인 복지서비스 차별에 관한 문제이다. 이 문제에 대한 당사자 단체나 현장의 입장은 복지서비스 차별을 야기시키는 구조적 원인이 「장애인복지법」 제15조에 있는 것으로 인식하고 있다. 즉, 「장애인복지법」 제15조는 ‘제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 「정신건강복지법」)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’고 규정하고 있는 것이 정신장애인의 복지서비스 차별구조를 형성하고 있다는 것이다.

이와 관련하여 「장애인복지법 시행령」 제13조제3항은 ‘법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조(재활상담 등의 조치) 제1항제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다’고 규정한다. 그리고 「장애인복지법」 제34조 제1항제2호 및 제3호는 ‘국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것’과 ‘제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것’임을 명시하고 있다. 결국, 이러한 「장애인복지법」의 구조는 정신질환자이면서 정신장애인인 사람에 대해서는 「장애인복지법」상의 주거편의·상담·치료·훈련 등 핵심적인 서비스를 제공하지 아니하도록 하고 있다.

「장애인복지법」 제15조가 구체적으로 정신장애인의 서비스차별에 어떤 영향을 미

쳤는가를 살펴보기 위해 서울시의 정신질환자와 발달장애인의 지역사회서비스 영역 별로 이용 현황과 정부 보조금을 2020년 6월말 기준으로 비교 분석한 것이 <표 1>이다.

<표 1> 서울시 정신질환자 및 발달장애인 서비스 비교표

단위: 명, 천원

	정신질환자		발달장애인		비교		비교 (가중치 적용)	
	이용 현원	보조금	이용 현원	보조금	발달장애인 대비 정신질환자 현원	발달장애인 대비 정신질환자 보조금	발달장애인 대비 정신질환자 현원	발달장애인 대비 정신질환자 보조금
주거	309	4,283,095	607	6,003,247	0.509	0.713	0.736	1.031
위기 지원	107	1,502,938	397	5,877,521	0.270	0.256	0.390	0.370
주간 보호	1,113	6,687,353	1,324	8,317,684	0.841	0.804	1.216	1.163
활동 지원	576	4,107,907	10,579	77,137,367	0.054	0.053	0.079	0.077
장애인 복지관	4,487	1,521,268	66,236	22,746,589	0.068	0.067	0.098	0.097
동료 상담	41	17,371	1,409	147,354	0.029	0.118	0.042	0.171
공공 후견	-	-	143	96,600	-	-	-	-
직업 재활	405	1,436,730	3,296	11,379,630	0.123	0.126	0.178	0.183
평생 교육	1	45,395	500	22,697,875	0.002	0.002	0.003	0.003
전체	8,034	19,964,264	84,491	154,403,867	0.095	0.138	0.129	0.187

\* 서울시 20세 이상 등록정신장애인 16,424명, 등록발달장애인 23,780명

\* 가중치 등록정신장애인(16,424명) / 등록발달장애인(23,780명) = 1/0.691

\* 정신질환자: 누적이용자(8,034명)

주거: 공동생활가정(301명), 지원주택(8명)

위기: 지역사회전환시설(107명)

주간: 주간보호시설(18명, 1.1%), 주간재활시설(1,095명, 2.7%), 장애인복지관(4,487명, 2.1%)

권익: 동료상담(41명, 2.9%), 공공후견(-)

개발: 보호작업장(216명, 0.09%), 근로작업장(27명, 3.94%), 직업적응훈련시설(-), 직업재활시설(162명), 평생 교육센터(1명, 0.1%)

\* 발달장애인: 누적이용자(84,491명)

주거: 공동생활가정(593명), 지원주택(14명)

위기: 장애인단거주시설(397명)

주간: 주간보호시설(1,324명, 83.6%), 활동지원(10,579명, 50.7%), 장애인복지관(66,236명, 31.4%)

권익: 동료상담(1,409명, 24.6%), 공공후견(143명)

개발: 보호작업장(2,753명, 55.4%), 근로작업장(359명, 52.4%), 직업적응훈련시설(184명, 84.0%), 평생교육센터(500명, 98.8%)

\* 2020년 6월말 기준(서울시의회 요청자료, 2020).

※출처: 이윤표 등(2020). 서울형 정신장애인 커뮤니티케어모형 개발연구. 서울특별시의회.

서울시의 정신질환자와 발달장애인 서비스 전체를 비교한 결과, 정신질환자 누적 이용 현원은 8,034명이고 발달장애인은 84,491명이다. 발달장애인 대비 정신질환자 이용 현원은 0.095이고 성인 등록장애인수를 통해 가중치를 적용하였을 때 0.129이다. 즉 지역사회에서 복지서비스를 제공받고 있는 성인 정신장애인은 성인 발달장애인의 12.9%에 지나지 않는다는 것이다. 그리고 정부 보조금으로 비교할 경우 정신질환자 서비스는 19,964백만 원인데 비하여, 발달장애인 서비스의 보조금은 154,403백만 원이다. 즉, 발달장애인 대비 정신질환자 서비스보조금은 0.138이고 성인 등록장애인수를 기준으로 한 가중치를 적용하였을 때는 0.187이다.

구체적으로 비교해보면, 정신질환자 서비스와 발달장애인 서비스가 크게 차이가 없는 영역은 공동생활가정, 지원주택 등 주거서비스(1.031)와 시설을 통한 주간보호 서비스(1.163) 두 개의 영역이다. 그러나 우리나라의 전국 장애인거주시설 입소자 수는 2021년 5월 현재 26,738명<sup>1</sup>인데 반해, 정신요양시설 및 정신의료기관에 입원 및 입소한 정신질환자 수는 약 7-8만 명에 달한다는 사실을 감안한다면<sup>2</sup> 오히려 지역사회 주거서비스나 주간보호서비스 등의 경우 정신장애인 대상 서비스 공급이 매우 부족하다고 보아야할 것이다. 실제 두 영역 간 서비스의 차이가 큰 영역은 공공후견, 평생교육, 활동지원 그리고 복지관 서비스영역이다. 이 분야는 정신질환자 서비스가 발달장애인의 10%에도 미치지 못한다. 그리고 동료상담과 직업재활도 20%에 미치지 못하는 것으로 나타난다. 특히 정신질환자들의 지역사회 정착의 핵심 서비스라고 할 수 있는 위기지원서비스 이용자도 발달장애인의 37%에 불과하다.

1 보건복지부 사회복지시설정보시스템. 시설 입소자 현황(<https://www.w4c.go.kr/intro/introFcItInmtSitus.do>)

2 국립정신건강센터의 국가 정신건강현황보고서 2019에 따르면, 2019년 말을 기준으로 정신의료기관의 병상수는 78,739 병상이며 입원환자수는 65,436명이다. 정신요양시설의 경우 정원수 13,145명이지만 입소자 현황은 수록되지 않았으며 약 1만 명으로 추산됨

정신질환자 서비스의 특징을 보면, 정신재활시설 중 주간재활시설과 공동생활가정만이 발달장애인 서비스공급량과 유사한 수준이며, 다른 생활상의 지원 욕구에 대해서는 공급량이 발달장애인에 비하여 매우 부족하다. 발달장애인들을 위한 장애인복지관, 활동지원, 공공후견, 평생교육, 취업지원 등이 발전하는 과정에서 정신장애인들은 지속적으로 배제되어온 결과라고 볼 수 있다. 정신장애인의 기초생활수급자 비율(생계급여 수급자 54.7%)이 발달장애인(지적장애 30.4%, 자폐성장애 6.5%)에 비하여 현저하게 높을 뿐만 아니라, 정신장애인의 인구대비 취업자 비율(15.7%)도 발달장애인(지적장애 34.2%, 자폐성장애 23.0%) 보다 낮다는 실태조사<sup>3</sup> 결과를 고려하여, 정신장애인의 지역사회서비스는 적어도 발달장애인과 동등한 수준의 이용량 및 예산으로 확보되어야 할 것이다.

많은 전문가들은 「장애인복지법」 제15조의 문제는 사실상 전달체계에서의 정신장애인에 대한 이중적 배제의 문제로 인식한다. 즉, 장애인복지전달체계는 제15조를 이유로 정신장애인을 장애인대상 복지서비스에서 배제하고, 정신건강복지전달체계에서는 복지서비스 규정을 명목화하는 방식으로 복지서비스로의 접근을 차단한다는 것이다. 예를 들어, 장애인권익옹호기관은 「장애인복지법」 제15조를 이유로 정신장애인 권익옹호에 소극적이며 「정신건강복지법」에는 권익옹호기관 설치조항을 두지 않음으로써 서비스를 받을 수 없게 되는 것이다.

그렇다면 「정신건강복지법」의 체계에서는 왜 복지서비스 확대가 이루어지지 않는가 하는 문제가 분석될 필요가 있다. 장애인복지전달체계의 구조는 사회복지법인을 중심으로 하는 서비스제공자 집단과 이용자 집단의 단순구조로 이루어진 반면, 정신건강복지체계는 정신장애인, 입원 및 입소에 관한 사실상 대리권을 가진 가족, 사회복지서비스 제공자 그리고 의료서비스 제공자 간의 좀 더 복잡한 이해관계에 놓여있다. 그리고 의료서비스 제공자 집단의 정치적, 사회적 영향력은 다른 이해관계집단의 힘을 압도하는 위치에 있다. 사실상 정신건강복지체계는 의료서비스 제공자 집단의 정신장애에 대한 패러다임이 지배하고 있다. 그렇기 때문에 추상적인 의료패러다임의 내용은 무엇인지, 의료패러다임이 구체적으로 정신건강복지체계 내에서 어떻게 서비스 제공인력을 의식화하고 서비스를 구조화하는가가 문제의 본질적 부분이 될 수 있다.

3 김성희 외(2017). 2017년 장애인실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

정신장애에 대한 의료패러다임이 무엇인지는 미국에서 ‘회복(recovery)’ 패러다임을 주창하면서 정신보건 영역의 15가지 잘못된 인식을 실증적으로 정리한 앤소니 등<sup>4</sup>의 저술을 통하여 유추할 수 있다. 그 중 대표적인 정신보건 영역의 오해를 소개하면 다음과 같다.

- 정신과적 증상은 장애의 재활성과 높은 상관성이 있다.
- 약물치료를 잘 따르기만 하면 그것만으로 재활의 성과에 영향을 미칠 수 있다.
- 정신치료, 집단치료, 약물치료와 같은 전통적인 입원환자 치료들은 재활성과에 긍정적인 영향을 미친다.

이러한 내용은 의료패러다임이 무엇인지 잘 드러낸다. 즉, 개입의 초점은 증상이며 주요 개입방법은 약물과 입원이다. 의료패러다임을 형성하는 낙관적인 전망은 증상 완화를 위한 정신병원에서의 약물치료를 잘 따르기만 하면 재활은 자연스럽게 이루어진다는 희망을 담고 있다. 그러나 현실은 이와 다르다. 실증적 연구들은 증상이 직업성과와 관련되지 않으며, 약물치로나 입원치로도 재활성과와 무관함을 보여주었다(Anthony et al., 1998). 또한 이용표 외(2017)의 실태조사에 따르면 우리나라 정신장애인의 정신약물 복용률은 97.7%로 조사되었다. 그러나 이러한 높은 약물 복용률에도 불구하고 재입원율(30일 이내 29.3%, 90일 이내 38.7%)은 높으며, 경제활동참가율(19.2%)은 매우 낮다. 정신약물과 입원치료에 의존하는 의료패러다임의 한계가 우리나라에서 그대로 나타난다.

정신장애는 ‘질병이기 때문에 치료만 잘 받으면 재활이 저절로 이루어질 것이다’라는 의료패러다임이 정신건강복지체계에서 현실화되는 모습은 다양하다. 약물을 복용하면 취업은 저절로 될 것이기 때문에 보호작업장의 공급량은 발달장애인에 20%에도 미치지 못한다. 장애인 공동생활가정은 거주기간 제한이 없지만 정신질환자 공동생활가정은 2년만 거주할 수 있다. 장애인활동보조서비스는 아예 대상이 되지 않는다. 즉, 치료받으면 되기 때문에 ‘장애(disability)’의 개념은 성립되지 않는 것이다. 그러나 현대 사회에서 장애의 가장 명확한 지표는 ‘취업률’과 ‘빈곤율’이다. 우리 사회

4 Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (1998). Psychiatric Rehabilitation. Boston University. 정신재활. 손명자 옮김. 성원사.

에서 정신장애인은 장애의 증거를 가장 명확하게 보여주는 사람들이다. 정신장애인의 복지 증진을 위해서는 이러한 의료패러다임을 극복하는 것이 우선적인 과제가 될 것이다.



## 참고문헌

국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2020). 국가 정신건강현황보고서 2019.

김성희 외(2017). 2017년 장애인실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

이용표 외(2020). 서울형 정신장애인 커뮤니티케어모형 개발연구. 서울특별시의회.

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (1998). 정신재활. 손명자 옮김. 성원사.

보건복지부 사회복지시설정보시스템. <https://www.w4c.go.kr/intro/introFcltInmtSttus.do>

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 인적자본 관점에서 바라본 정신장애인의 소득 및 고용 실태

조윤희 (한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀장)

## 1. 인적자본 이론

인적자본이란 교육훈련을 통해 축적시킨 지식, 기술력, 창의력 등이 인간의 몸속에 갖추어진 생산력이다. 인적자본의 대표주자인 Becker(1964)는 교육수준이 높을수록 직접적으로 생산성을 높여서 높은 임금으로 반영되며, 인적자본을 많이 축적한 사람은 같은 시간 같은 일을 하더라도 더 많고 질 높은 생산을 할 수 있다고 주장하였다(Becker, 1964; 김태성·손병돈, 2007). 대표적인 인적자본은 직업교육, 건강, 교육수준 등이다. 장애인은 비장애인에 비해 손상이라는 건강적 제약으로 낮은 인적자본을 가지고 있으며, 여기에 고용주의 장애에 대한 편견과 생산성 중심의 노동시장 구조로 인하여 2차 노동시장에 놓일 가능성이 높다. 고용개발원의 2020 장애인경제활동실태조사에 따르면, 15세 이상 장애인구의 고용률은 34.9%로 전체인구의 고용률 60.2%의 절반수준이다. 비경제활동인구를 비교하더라도 장애인구는 63.0%인 반면, 전체인구는 37.0%로 장애인구가 전체인구에 비해 2배가량 비경제활동인구도 높은 편이다. 그렇다면 정신장애인의 인적자본은 어떠한가?

## 2. 정신장애인의 인적자본

인적자본이론에 따르면, 고용과 임금 등에 영향을 주는 주요 요소로 교육수준과 건강 등을 들 수 있다. 이에 동 요인들을 기준으로 정신장애인의 인적자본 수준을 살펴보고자 한다.

## 1) 교육 요인

장애인실태조사에 따르면(2017), 장애인의 고등교육수준(고등학교+대학이상)은 45.5%로 전체인구 72.5%의 62.8% 수준이다. 즉 장애인의 교육수준은 전체인구에 비해 낮은 편이다. 그러나 정신장애인의 교육수준은 71.7%로 전체인구와 비교하여 큰 차이를 보이지 않으며, 장애유형 중에서도 간장애 82.8%, 뇌전증 72.1% 다음 세 번째로 높은 수준이다.

〈표1〉 교육수준

(단위: %)

구분	전체인구	장애인구	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성
무학	3.5	10.4	11.2	9.3	8.9	18.6	18.6	7.4	3.1
초등학교	13.6	27.3	28.9	26.3	26.9	32.7	25.4	23.3	31.1
중학교	10.5	16.7	18.8	15.6	15.8	14.2	18.6	12.2	7.6
고등학교	30.8	30.4	27.6	29.6	29.4	22.3	25.1	48.5	51.5
대학이상	41.7	15.1	13.5	19.1	19.0	12.2	12.3	8.6	6.7

구분	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증 (간질)
무학	1.3	2.8	0.0	8.1	2.7	1.7	9.4	0.0
초등학교	15.1	22.6	23.5	14.4	1.9	14.1	24.8	14.1
중학교	11.9	17.8	9.8	28.0	12.6	15.0	11.5	13.8
고등학교	42.1	35.2	42.8	38.3	48.2	46.8	37.4	66.1
대학이상	29.6	21.6	23.8	11.2	34.6	22.6	16.8	6.0

주: 1) 대학이상-대학(3년제 이하)에서 대학원까지 모두 포함

2) 무응답 제외

3) 전체인구는 6세 이상이 대상이며, 통계청 인구주택조사 2015년을 기준으로 함

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원(2017). 2017 장애인 실태조사.

통계청(2015). 인구주택총조사

## 2) 건강 요인: 일상생활 수준

일상생활 수준을 살펴보자. 활동지원을 받는 정신장애인은 2019년 기준 2,607명으로 전체 활동지원수급자 105,569명 중 2.5%를 차지한다. 즉 지적 39.9%, 지체 14.1%, 자폐성 14.4% 등이 일상생활 제약에 대한 활동지원서비스를 받고 있다. 활동지원제도가 신체적 일상생활 지원정도에 가깝게 이루어져 있는 한계점은 있으나, 활동지원제도의 지원이 적다는 것은 정신장애인은 타 장애유형에 비해 신체적 어려움은 상대적으로 적다고 볼 수도 있다.

한편 정신장애인은 신체적 어려움 보다는 대인관계의 어려움과 사회참여에 제약이 높은 것으로 나타났다. 조윤화 외(2020a)의 연구에 따르면, 정신장애인은 WHODAS 2.0의 이동, 인지, 자기관리, 사람들과 어울리기, 일상생활 활동, 사회참여 등의 영역 중 인지영역인 집중하기, 기억하기, 문제분석 및 해결하기, 새로운 과제 배우기, 다른 사람들의 말을 전반적으로 이해하고 대화하기 등에서 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다.

## 3) 정신장애인의 소득 및 고용 실태

정신장애인은 타 장애유형에 비해 높은 교육수준을 가지고 있으며, 신체적인 면 보다는 대인관계와 업무 수행 과정에서 이루어지는 인지능력의 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 사실 이러한 인지능력은 지적 및 자폐성 장애인에게도 많은 어려움으로 나타난다. 이들은 정신장애인과 유사하게 대인관계와 집중 및 기억하는데 어려움을 보이지만, 고용률을 살펴보면 정신장애인이 지적 및 자폐성 장애인에 비해 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 즉 정신장애인 고용률은 9.9%로 장애유형 중 가장 낮은 고용률을 보이고 있다.

〈표2〉 고용률(2020년 기준, 15세 이상)

구분	전체인구	장애인구	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적
고용률	34.9	60.2	44.4	12.7	42.3	30.6	23.6	23.3

구분	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증 (간질)
고용률	21.3	9.9	24.1	27.5	16.1	48.6	61.4	26.8	11.2

출처: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 2020년 장애인경제활동실태조사

특히 정신장애인은 장애정도가 심한 장애인(2020년 기준)으로 구분되어져 있어,<sup>1</sup> 장애인의무고용제도의 중증장애인 2배수제도 적용이 가능하다. 그럼에도 불구하고, 정신장애인의 일반노동시장 참여율은 낮은 편이다. 뿐만 아니라, 직업재활 및 교육 등을 지원하는 기관 역시 부족하여, 노동시장으로의 전이가 타 장애유형에 비해 상대적으로 어렵다.<sup>2</sup>

이러한 정신장애인의 낮은 노동시장 참여율은 낮은 근로소득으로 귀결되어, 가장 높은 빈곤율을 보이고 있다. 즉 정신장애인은 56.2%로 2명 중 1명이 빈곤한 것으로 분석되었으며(조운화 외, 2020b), 2017년 기준 생계급여 수급률(중위소득 30%) 54.7%로 전체 장애인에 비해 가장 높은 것으로 분석되었다.

〈표3〉 장애유형별 빈곤수준

(단위: %)

구분	2011		2014		2017	
	빈곤율	빈곤갭 비율	빈곤율	빈곤갭 비율	빈곤율	빈곤갭 비율
전체	42.7	15.4	43.7	14.9	42.1	14.3
지체장애	40.2	14.8	42.1	14.9	40.5	14.0
뇌병변장애	48.9	18.5	46.4	15.2	45.7	15.4
시각장애	42.1	15.2	42.9	14.7	41.8	14.4
청각장애	43.7	15.3	46.6	15.3	49.4	18.0
언어장애	52.0	12.3	33.9	13.5	48.1	15.5
지적장애	46.3	14.4	39.4	11.4	38.2	10.9
자폐성장애	16.2	5.7	24.3	3.9	12.1	4.0
정신장애	54.6	19.2	64.1	22.7	56.2	19.2
신장장애	33.9	10.1	43.9	13.5	33.0	10.0
심장장애	49.2	15.5	39.3	11.7	30.5	7.5
호흡기장애	45.1	14.7	38.4	13.4	47.5	14.2

1 2021년 이후부터 경증이 새로 신설됨

2 「정신건강복지법」상의 직업재활시설은 2018년 기준 전국 총 12개소(국립정신건강센터, 2018)에 불과하며, 이에 반해 장애인복지법, 상의 직업재활시설은 2018년 651개소에서 2019년 683개소로 증가함(보건복지부, 2019). 보호작업장과 근로사업장 등 장애인직업재활시설을 이용하는 장애인은 전체 19,056명으로 지적장애인이 75.2%(14,328명), 자폐 6.9%, 지체 5.5%, 정신 5.0%를 차지하고 있으며, 직업재활시설은 주로 발달장애인이 이용하고 있음

〈표 4〉 생계급여 수급률(2017년 기준)

구분	장애인구	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성
수급률	15.0	9.6	20.4	11.6	9.2	26.9	30.4	6.5

구분	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증 (간질)
수급률	54.7	19.3	17.6	16.9	15.1	14.9	12.4	34.5

출처: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 2020년 장애인경제활동실태조사

#### 4) 정신장애인의 소득 및 고용지원 개편 방안

인적자본 외에도 고용주의 편견과 사회적 낙인 등 환경적 요인이 크게 작용하는 부분이 바로 정신장애 영역이다. 조현병 등의 정신질환자의 강력범죄가 잇달아 일어나고 기사화됨에 따라 중증 정신질환자에 대한 사회적 편견과 낙인은 커져, 사회적 인식이 오히려 후퇴하고 있다(국가인권위원회, 2019). 이는 높은 인적자본을 가진 정신장애인의 고용 차별에 대한 일례이다. 물론 정신장애인의 스트레스와 약물 부작용 등은 지속적인 직업유지에 영향을 주지만, 고용에 대한 욕구와 직업은 정신장애인 회복의 동력이라 할 수 있다.

이에 소득 및 고용지원 측면에서 몇 가지 개편방안을 제안하고자 한다. 앞서 다양한 통계를 통해 확인한 바와 같이, 정신장애인은 고용률이 매우 낮아 사회보험 보장 가능성이 타 장애유형에 비해 매우 낮으며, 장애로 인한 추가비용 등이 비장애인에 비해 높다. 또한 국민기초생활보장에서 제외되어 사각지대에 놓인 대상자들 역시도 저소득층에 놓여 있어, 이들에 대한 지원이 확대될 필요가 있다.

따라서 중증장애인의 경제적 어려움에 대한 소득을 보전하기 위해 2010년에 도입된 장애인연금의 개편이 요구된다. 장애등급제 폐지 3단계 이행에 따라 2022년까지 장애등급이 아닌 새로운 기준이 필요한 상황으로, 지난 2020년 8월 최혜영 의원에 의해 장애인연금 대상자를 중증장애인으로 확대하는 「장애인연금법」 개정안이 발의된 바 있다. 현행 장애인연금은 1~2급, 3급 중복으로 정신장애인의 경우, 만18세 이상 3급 정신장애인 72,207명 중 2,071명(3급 중복)인 2.8%만이 정책대상자로 포함되어 있다(2019년 기준). 향후 3급으로의 확대(소득 70% 수준 적용)가 실현된다면 지체장애

인 9만 명, 정신장애인 5만 명, 지적장애인 4.5만 명 등이 유입되어, 정신장애인의 경제적 안정에 많은 영향을 줄 것으로 보인다.

〈표 5〉 18세 이상 장애인연금 수급률(2018년 기준)

2018	전체 3급	3급 중복 수급권자수	단일 3급 (3급-3급중복)	70% 적용	비율
전체	422,084	22,254	399,830	279,881	100.0
지체	149,195	7,240	141,955	99,369	35.5
시각	11,144	812	10,332	7,232	2.6
청각	43,294	2,529	40,765	28,536	10.2
언어	7,617	1,375	6,242	4,369	1.6
지적	67,665	3,836	63,829	44,680	16.0
뇌병변	54,741	3,213	51,528	36,070	12.9
자폐성	2,495	9	2,486	1,740	0.6
정신	72,207	2,071	70,136	49,095	17.5
신장	53	17	36	25	0.0
심장	3,431	273	3,158	2,211	0.8
호흡기	6,436	603	5,833	4,083	1.5
간	467	36	431	302	0.1
안면	887	57	830	581	0.2
장루요루	1,216	110	1,106	774	0.3
뇌전증	1,236	73	1,163	814	0.3

주: 1) 수급권자 수는 각 등급에 해당되는 18세 이상의 자를 의미함

출처: 한국장애인개발원(2019)의 장애통계연보를 재수정함

뿐만 아니라 정신장애인의 직업재활은 회복을 위한 핵심 요인이다. 따라서 「장애인 복지법」내 정신장애인의 직업재활을 확대하고, 「정신건강복지법」에서도 정신장애인을 위한 직업재활서비스 등의 인프라 부터 우선 확충되어야 할 것이다. 현재 정신장애인은 「장애인복지법」과 「정신건강복지법」의 복지 및 의료 등의 이원화 된 체계로 인하여 당사자는 직업재활 지원을 적절히 받지 못하고 있다. 2017년 「정신보건법」에서 「정신건강복지법」으로의 전면 개정으로 「정신보건법」내에서 정신적 어려움을 겪고 있는 자들에 대한 보호와 복지 지원이 확충 될 것으로 예견했으나, 현재 「정신건강복지법」은 복지는 뒷전에 있으며, 입·퇴원 중심의 정신장애 정책들이 마련되고 있다.

「정신건강복지법」에 근거한 정책도 UNCRPD 제19조(자립적인 생활과 지역사회 통합)에 따라 정신장애인이 지역사회에 통합되고 생활할 수 있도록 개인적 지원과 다양한 형태의 가정 내, 거주지, 지역사회 서비스에 접근할 수 있는 제도들이 구체화 되어



야 한다. 이원화 분리체계에 의해 가장 어려움을 겪고 있는 자들은 바로 당사자들로  
서, 당사자를 중심으로 둔 건강정책국과 장애인정책국의 정책들의 연계가 절실히 필  
요하다. 통합바우처 등을 통해 두 부처의 서비스를 상호 이용할 수 있도록 해야 할 것  
이다. 정신장애인의 자립적인 삶에는 편견과 낙인이 감소하고, 소득과 고용 그리고  
제반 사회서비스들이 유기적으로 이루어져야 진정한 지역사회에서의 함께 사는 삶  
이 될 것으로 보인다.

## 참고문헌

국가인권위원회(2019). 중증·정신장애인 의료체계 실태조사.

김태성, 손병돈(2007). 빈곤과 사회복지정책. 청목출판사.

조윤희 외(2020a). 잠재적 장애인정책 수요자 분석 및 장애정도 판정기준 마련 연구: 정신장애 영역을 중심으로. 한국장애인개발원.

조윤희 외(2020b). 장애인가구 빈곤수준 및 장애인연금 빈곤완화 효과에 관한 연구. 한국장애인개발원.

한국보건사회연구원(2017). 장애인실태조사.

한국보건사회연구원(2021). 2021 장애인실태조사 결과 보도자료.

한국장애인개발원(2019). 장애통계연보.

한국장애인고용공단 고용개발원(2020). 2020년 장애인경제활동실태조사.

## I | 정신장애인의 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인의 인권증진 및 사회참여 확대를 위한 해외의 사례

권오용 (Korean Alliance for Mobilizing Inclusion 사무총장)

유엔장애인권리협약에서 장애인의 사회통합(Inclusion)의 개념은 완전/포괄적 통합이다. 기존의 통합개념인 사회통합(Integration)은 장애인을 치료를 받아야 할 문제의 대상, 의존적이며 수동적인 시혜나 복지의 대상으로서 교육, 의료 및 사회재활, 직업훈련을 거쳐 가능한 자립능력을 갖춘 비장애인과 유사해져야 한다는 의미로 사용된 경향이 강하다.

그러나 유엔장애인권리협약은 제1조에서는 의료모델의 기존 장애개념을 탈피하여 인권적·사회적 모델로 전환해야한다는 원칙을 제시한다(김형식 외, 2019). 사회적 모델에 기초한 정신장애의 개념은 심리사회적장애(psychosocial disability)로서 긴장과 스트레스, 고통의 연장에서 정신건강의 다양한 컨디션과 연관되어 있는 생리·의학적 이해, 즉 정신분열, 양극성장애, 우울증과 약물중독을 포함, 정신건강문제의 여러 가지 개념으로 정의되어 온 기존의 의료모델에서 탈피하여 심리학적, 사회문화적 장애요소 간의 상호작용에 의하여 의미 있는 사회참여를 저해하는 경험 또는 인식되거나 부여된 장애인 것이다(김형식 외, 2019).

유엔장애인권리협약의 원칙과 권리를 실현하고 정신장애인의 통합과 사회참여 확대를 위하여 유엔과 각국은 협약에 맞추어 각종 정책과 제도적인 변혁을 시도하고 있다. 2016년 4월 19일, 유엔장애인권리위원회는 장애인의 통합과 지역사회 자립생활의 권리(협약 제19조)에 대한 공개토론의 장을 열고 각국과 장애단체, 인권옹호단체들로부터 관련 문서들을 제출받았다.

정신장애관련 단체들이 정신장애인의 통합을 위하여 주장하는 핵심은 1) 지원과 서비스는 장애의 의료모델에서 탈피하여 사회적 모델에 기초하여 디자인되어야 한다, 2) 위기상황의 정신장애인에 대하여 예를 들면 장애인의 자기결정권을 존중하며 위기쉼터를 제공하는 등 강제적인 정신건강개입을 대체하는 방안을 마련, 3) 활동보조, 4) 정신의료나 정신건강서비스의 대체적인 서비스, 5) 정신장애인의 욕구에 대한 실제적 지원, 6) 약물제정도 질병모델에 기초하지 아니하고 자유롭고 자발적인 동의 하의 약물의 효과에 기반 제공, 7) 정신장애인에 대한 자격과 직업을 획득하는데 차별적인 제도 철폐, 8) 정신장애인도 타인과 동등하게 직장과 직업을 획득할 수 있도록 보장 등이다(Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry).

세계보건기구(이하, WHO)는 유엔장애인권리협약을 따라 세계 각국에서 정신장애인의 인권이 보장되고 정신건강서비스의 질이 향상되도록 지도하기 위하여 Quality Rights Toolkit을 개발하여 세계 각국에 보급하는 활동을 해 오고 있다. WHO가 개발한 QR(Quality Rights) 교재는 인권에 대한 이해, 정신건강에서 인권의 증진, 정신건강 환경과 지역사회 통합을 위한 개선, 리커버리와 정신건강서비스의 인권의 이해, 정신건강서비스에서 legal capacity(법적능력 또는 법 앞의 평등)의 권리 보호, 정신건강서비스에서 강제와 폭력, 학대의 근절 등의 내용으로 이루어져 있고 시민사회, 동료지원가용, 온라인교재 등 다양한 형식과 대상별로 개발되어 있다.

위 WHO의 QR에도 중요하게 다루고 있는 Legal Capacity 즉, 법적능력은 종전 정신장애인에 대한 의료적 모델에서 정신장애인의 의사결정의 자율을 박탈하는 개념인 Mental Capacity에 대응하는 개념으로서 유엔장애인권리협약 제12조 법 앞에서의 평등 조항에 기술된 권리이다. 장애인의 법적능력은 장애가 정신적인 장애로서 종전에 정신능력이 결여되었다는 이유로 성년후견인에 의한 대리 의사결정 또는 정신건강시설에 비자의 입원과 치료 제공을 허용하였던 제도와 관행을 폐지하여야 하는 근거가 되는 권리이다. 이것은 정신적인 장애가 심하여 합리적인 의사결정이 어렵다 할지라도 법적으로 차별하면 안 되고 의사결정을 지원하기 위하여 제도를 마련하여 시행하라는 내용이다.

유엔장애인권리위원회는 2014년 9월 대한민국 제1차 국가보고서에 대한 최종견해에서 협약 제12조에 관하여 대한민국에 다음과 같이 권고하였다.

정신장애인에 관하여 법적능력의 평등과 함께 인권증진을 위한 중요한 개념은 탈원화(deinstitutionalization) 또는 탈시설이다. 정신장애인은 위와 같이 의사결정의 자율에 관하여 차별을 받으면서 그로 인하여 비자발적 입원과 수용의 대상으로서 정신의료기관과 정신요양원 등에 장기간 입원 또는 구금, 수용되는 각국의 관행과 제도는 정신장애인에 대한 사회참여를 가로막는 가장 큰 장벽이 되고 있다.

#### 법 앞에 평등 인식(제12조)

21. 본 위원회는 2013년 7월에 시행된 성년후견제도에서 후견인들이 “질병, 장애 또는 노령에 의한 심리적 제약 때문에 업무를 지속적으로 관리할 수 없는” 사람들의 재산 및 신상에 대한 의사결정을 하도록 허용한 데 대해 우려하고 있다. 본 위원회는 이러한 제도가 본 협약의 제12조와 이를 보충하는 일반논평 제1호의 조항에 반하여 이런 사람들의 의사결정을 지원하는 대신, 의사결정을 대체하는 방향으로 나아가고 있는 사실에 대해 주목하고 있다.

22. 본 위원회는 개인의 자율성을 존중하여 이러한 사람들의 의사결정을 대체하는 대신 의사결정을 조력하는 방향으로 나아가는 것이 바람직하며, 스스로 의학적 치료에 대해 정보를 받고 그에 대한 결정을 내리거나 취소할 수 있고, 사법에 접근할 수 있으며, 투표를 하거나 결혼을 하거나 직업을 갖거나 거주지를 선택할 수 있는 권리를 포함시키도록 하여 본 협약의 제12조 및 일반논평 제1호와도 상충이 되지 않도록 할 것을 권고한다. 본 위원회는 이 밖에도 대한민국 정부가 장애당사자 및 장애인단체와 협력 하여, 국가, 지방, 지역차원에서 공무원, 판사, 사회복지사를 포함한 모든 행위자들을 대상으로 장애인의 법적능력 및 조력의사결정 절차에 관한 교육을 제공할 것을 권고한다.

이에 대하여 유럽 각국에서는 EU를 중심으로 탈시설을 정책으로 하여 시설에 수용된 정신장애인을 지역사회에 퇴원 또는 퇴소시키고 자립생활을 위한 지원과 사회참여를 위한 전략을 실행하고 있다. 이에 반하여 우리나라는 최근 장애계 여당 비례대표 최혜영 의원이 대표 발의한 장애인 탈시설 지원 등에 관한 법률안에서 그 대상을 정신장애인을 제외한 장애인 거주시설 입소 중인 장애인 30,693명으로 하고 있다. 이것은 정신의료기관과 요양원에 수년 또는 수십 년간 장기 입원 또는 입소하여 있는 정신장애인은 탈시설 지원 법률안의 대상에서 일단 제외한 것으로 볼 수 있다. 이러한 장애인 탈시설 지원에서도 정신장애인을 배제하는 우리나라의 현실은 매우 안타깝고 슬픈 상황이다.

「장애인복지법」 제15조는 정신장애인에 대하여 「장애인복지법」에 의한 다양한 서비스의 대상에서 제외하는 규정을 여전히 두고 있다. 같은 법 제15조(다른 법률과의 관계)는 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 있음을 명시하고 있다. 정신장애인은 그 숫자도 많고 차별적인 제도와 사회의 편견으로 인하여 사회참여에서 배제되고 있을 뿐만 아니라, 「장애인복지법」에 서조차 차별되고 있는 것이다.

정신장애인의 탈원화를 위하여 가장 시급하게 개혁이 필요한 분야는 정신의료기관과 시설에 비자의 수용과 치료를 허용하는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 폐지와 지역사회 자립생활과 치료를 지원하는 정신장애인의 권리실현을 위한 법률 제정과 정책 실행이다.

정신장애인에 대한 우리나라의 차별적인 상황에 반하여 남미 국가인 페루 등 여러 국가에서 정신장애에 대한 민법의 성년후견제도를 완전히 폐지하고 의사결정을 지원하는 제도를 시행하는 진취적인 국가가 있으며, 아일랜드 등 유럽의 각국에서도 나름대로 정신장애인에 대한 법적차별을 없애는 제도와 정책의 변화를 시도하고 있다. 그 외에도 이스라엘은 정신의료기관에서 강박을 줄이기 위한 노력을 하여 수년간 강박을 획기적으로 줄이는 성과를 가져왔는데, 이러한 노력의 배경에는 국가에서 정신병원의 인권침해 피해자들에 대한 법률구조(legal aid) 예산을 마련하여 지원한 것이 큰 도움이 되었다.

일본에서는 정신병원에 입원되었다가 10일간이나 강박되어 사망한 뉴질랜드인 영어교사 켈리의 사망사건을 계기로 법조계와 국회에서 강박제도의 개혁을 위한 노력이 진행되고 있고, 정신장애인에 대한 법적차별은 이미 오래전 대부분 폐지된 실정이다. 미국에서는 정신의료기관에서 장기입원의 피해를 줄이기 위하여 급성기의 발현으로 입원한 환자들에 대하여 48시간 이내에 완화하는 치료를 제공하고 퇴원시켜 지역사회에서 돌보는 서비스의 원칙이 자리 잡아가고 있다.

또한, 우리나라에서도 국립정신건강센터가 중심이 되어 개발 중에 있는 동료지원가 서비스(Peer Support Service)는 미국을 비롯하여 전 세계적으로 자리 잡은 서비스로서 WHO의 QR에도 소개되어 있다. 또한, 핀란드에서는 비자의, 강제가 아닌 정신장애인에 대한 지원의사결정의 서비스로서 오픈다이얼로그(Open Dialogue) 등 이미

그 효과가 입증된 치료서비스와, 노르웨이의 약물이 없는 병동 등 개혁적인 방식의 서비스도 실행되고 있다.

최근 국가인권위원회는 정신장애인인권보고서(2021)를 발행하였다. 그런데 그 보고서 제2부에서 소개한 국제규약과 원칙, 해외사례는 이미 오래된 내용으로서 유엔 장애인권리협약의 제정 후 국제기구와 세계 각국의 제도와 정책, 서비스의 변화를 반영하지 못하고 있다.

한편, 이탈리아의 트리에스테는 정신의료기관의 탈원화와 정신의료의 개혁의 산실로서 매년 트리에스테 컨퍼런스를 열어 선진적인 정신건강 서비스와 제도를 소개하고 있다(<http://www.triestementalhealth.org/>). 국제법률과정신건강학회(International Academy of Law and Mental Health)는 2년마다 학회를 개최하여 세계 각국의 학자들이 자국에서 변화되는 내용을 담은 논문을 소개하고 있다(<http://ialmh.org/congress/past-congresses/>). 태국에서는 2017년에 제1회 국제리커버리 컨퍼런스를 개최하고 유엔, WHO, 미국의 NAMI와 리커버리 관점의 정신건강서비스 전문가들을 초청하여 국제적인 인권과 서비스에 관한 선진적인 발표와 강의를 듣는 대규모 회의가 있었다.

이처럼 세계기구와 각국의 선진적인 활동의 근처에는 정신장애인 당사자와 그 옹호단체들에 대한 세계적, 국가적인 지원과 함께 선진적인 제도와 서비스를 소개하는 이벤트를 당사자 단체들이 개최하도록 지원하는 것이 큰 역할을 하고 있다.

우리나라에서는 한국정신장애연대(KAMI)가 국가인권위원회와 장애인재단, 함께하는 사랑밭 등의 지원을 받아 2015년도에 제3회 TCI Asia 컨퍼런스 및 이후 매년 정신장애인의 통합을 위한 법률가회의를 개최하여 선진적인 제도와 정책, 서비스를 소개해 오고 있다. 하지만, 장애계의 주류에서 밀려있는 정신장애단체로서는 정신건강 서비스와 제도를 관장하는 기득권 전문가와 관료집단의 예산과 정책에 대한 의사결정구조의 장악으로 우리가 배울 수 있는 세계 각국의 선진적인 제도와 정책을 의사결정권자들과 시민대중에게 전달하기에는 역부족이다.

2013년 영국의 정신건강단체인 MIND의 사무총장이 방한했을 때 KAMI를 방문하여 대화를 나눈 적이 있는데, 당시 영국정부에서 MIND의 “Change”라는 정신질환에 대한 인식개선 프로그램을 위하여 연간 560억 원 이상의 재정지원을 해 오고 있다고 하였다. 이에 반하여 우리나라 보건복지부에는 장애인권익지원과와 정신건강정책과가 있음에도 불구하고, 소관 부서의 무관심 속에 정신장애인의 권리는 보장받지 못하고 있다. 정신장애인은 「장애인복지법」 제15조와 「정신건강복지법」에 의하여 행정체계



에서 장애인권익지원과의 관리 대상에서는 제외되어 있으며, 정신건강정책과의 소관으로 되어 있다. 이에, 장애인권익지원과는 정신장애인에 관한 행정을 담당하지 않고 있고, 정신건강정책과는 정신장애인을 정신건강서비스의 대상으로만 여길 뿐 장애인으로서 사회적 지원에 대한 관심은 현저히 부족하다. 뿐만 아니라, 정신건강정책과는 정신장애인이나 관련 단체를 대응하는 전담 공무원을 전혀 배정하고 있지 않은 실정이다.

우리나라 정신장애인의 인권과 사회참여 확대를 위하여 필요한 개선을 하려면 먼저 정신장애인을 담당하는 국가기관과 공무원이 배정되고 선진적인 문물과 제도를 배우려는 노력이 선행되어야 할 것이다.

## 참고문헌

김형식, 우주형, 권오용, 유경민, 권순지, 박규영(2019). 유엔장애인권리협약해설: 복지에서 인권으로. 경기도: 어가.

유엔장애인권리협약 제1차 국가보고서에 대한 유엔장애인권리위원회 최종견해.

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인에 대한 인식개선 방안

이정하 ((사)정신장애와 인권 파도손 대표)

### 1. 현황 및 실태

2019년 국립정신건강센터에서 실시한 국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과에 따르면, '정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다'라고 응답한 비율이 64.5%, '내가 정신질환에 걸리면 몇몇 친구들은 나에게 등을 돌릴 것이다'가 39.2%, '정신질환에 걸린 사람과 대화하면 불편함을 느낄 것이다'가 30.6%, '한 번이라도 정신질환에 걸리면 평생 문제가 있을 것이다'가 24.0%, '정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다'가 22.6%로 나타났다. 그리고 이들의 60.1%는 정신질환에 대한 정보를 TV를 통해, 52.6%는 인터넷을 통해, 22.9%는 가족 및 지인을 통해, 22.8%는 병원을 통해, 12.2%는 보건소 및 정신건강복지센터를 통해 입수한 것으로 나타났다(국립정신건강센터 · 현대리서치컨설팅, 2019).

2019년 국가인권위원회 실태조사 결과에 따르면, 정신장애인 가족들은 10년 전보다 정신장애인에 대한 사회적 차별과 편견이 더 심해졌다고 느끼고 있었고, '복지지원 확대(70.7%)'보다 '편견 해소(71.2%)'에 대한 국가 지원이 절실하다고 응답했다(국가인권위원회 · 이화여자대학교 산학협력단, 2019).

보건복지부는 중앙정신건강사업지원단, 국립정신건강센터, 정신건강복지센터, 국공립병원 등을 통해 매년 언론 모니터링, 정신장애인 가족 및 청소년 대상 교육, 인식개선캠페인 및 관련 홍보물의 제작 등 정신장애인 편견 해소 사업을 진행하고 있다. 그러나 2020년 정신건강복지 예산 중 인식 개선 및 교육에 배정된 예산은 4억 원에 불

과해 큰 효과를 거두기에는 턱없이 부족한 실정이다(중양정신건강복지사업지원단, 2020).

이와 같은 광범위한 편견과 정신적장애인에 대한 차별은 정신장애인들이 지역사회에서 퇴출되어 병원이나 시설에 머무를 수밖에 없게 된 일차적인 원인이자 필연적 결과이다. 정신의료기관 및 정신요양시설이 아닌 지역사회에서 살아가는 정신장애인들은 사회서비스기관을 이용하거나 집안에서 보내는 시간이 대부분인 것으로 나타났다(권오용 등, 2018).

결론적으로 정신장애인에 대한 부정적 편견을 확대하고 혐오대상으로까지 전락시키는 것에는 언론의 영향이 매우 클 수밖에 없다. 나아가서 실제로 정신장애인 당사자를 일반대중이 알 수 없게 만들면서, 숨어 지내거나 질환이나 장애를 감추고 살아야 하는 자기낙인과 스티그마 효과로 이어져 정신장애인의 삶의 질을 심각하게 떨어뜨리거나, 높은 자살률로 이어지고 있다(중양정신건강복지사업지원단, 2019).<sup>1</sup>

## 2. 정신장애인에 대한 인식개선 방안

### 1) 20년 전의 기사이지만 여전히 유효한 내용이 하나있다.<sup>2</sup>

소위 '정상'이라는 기준에 부합하지 못한다는 이유만으로 다른 사람으로부터 무시되거나 심지어 모욕을 당하기도 하고 공식 또는 비공식적 불이익을 당하는 사람들이 있다.

이들은 대체로 사회에서 부정적으로 평가하는 속성을 가진 사람들이며 이 속성을 사회적 오점(social stigma, 汚點)이라고 한다(Goffman, 1963). 사회적 오점에는 신체적 기형이나 장애로 인한 경우(작은 키 · 비만 · 지체장애 등), 성격적 결함에 기인하는 경우(정신병 · 약물중독 · 범죄 등) 그리고 가계에 의해 낙인된 경우(인종 · 종교 등)가 있다. 이러한 오점자 또는 그 집단에 대한 일반인들의 부정적 감정과 차별의 원인은 오점보유자들에게 있는 것이 아니라 일반인들이 가지고 있는 편견에 있다.

1 '2016년도 장애와 건강통계'와 '2017년 기준 보건의로 질 통계'를 토대로 정신장애인의 사망원인과 고의적 자해(자살)로 인한 사망률을 분석한 결과 인구 10만 명당 전체인구의 사망률은 549명인데 비해 정신장애인은 2.9배 높은 1,613명이 사망했고, 평균 사망나이는 59.3세로 전체 장애인 평균 사망나이 74.2세보다 14.9세 적은 것으로 나타났다

2 중앙일보(2001.4.9.). 정신장애인에 대한 편견과 대처방안(1). <https://news.joins.com/article/2383509>

시대가 변하고, 민주주의가 발전했다 하더라도 여전히 정신장애인에 대한 사회적 편견과 혐오는 깊어져 가고 있는 현실이다.

일반적으로 한번 형성된 태도나 가치관 등은 쉽게 변하지 않는 것으로 알려져 있다. 왜냐하면 많은 편견들이 나름대로 대상 집단 사람에 대한 정보를 지니고 있으며, 사람들이 보이는 행위는 매우 다양하기 때문에 편견에 걸맞는 행위를 보기가 어렵지 않고 따라서 편견이 맞다는 증거를 얻기 쉽기 때문이다(한규석, 1995).

사회심리학자들은 편견을 감소시키는 효과적인 방법은 두 집단 구성원들 간의 직접적인 접촉을 강화시키는 것이라고 한다(Brewer & Miller, 1984; Cook, 1978). 효과적인 직접접촉이 되기 위해서는 다음 4가지 조건이 구비되어야 한다.

첫째, 장기적이고 긴밀한 접촉이어야 한다.

일시적인 접촉은 때로는 기존의 부정적 편견을 확인하는 기회만 줄 수 있기 때문이다. 기존의 편견을 바꿀 수 있는 정도의 새로운 정보를 얻거나 체험하기 위해서는 장기적 접촉이 필요한 것이다. 독일의 사업가 윈들러가 유태인의 값싼 노동력을 이용하기 위하여 유태인을 고용하였지만 이들과 밀접하게 장시간 생활하면서 인간적인 연민을 느끼게 되어 1,161명을 처형에서 구출하게 되었다(Lifton, 1994).

두 번째 조건은 두 집단 구성원간의 관계가 협조적이고 의존적 관계가 되어야 한다.

공동목표를 가지고 이를 달성하기 위하여 협조할 때 적개심이 사라지고 편견이 감소한다(Sherif et al., 1961). 최광선과 안상수(1991)는 두 집단이 협동하는 상황에서 집단 간 편파가 덜 일어나는 것은 두 집단 간의 구분이 불분명해진 까닭에 나타남을 실험적으로 보여주었다. 또한 협동적 과제의 수행결과가 성공적이었을 때 실패하였을 때보다 집단 간의 차별의식이 적게 나타난다고 하였다.

세 번째, 접촉이 동등한 지위에서 이루어져야 한다.

기존의 우열이나 상하관계를 유지하면서 이루어진 접촉은 편견을 없애는데 별로 도움을 주지 못한다.

네 번째, 편견이 잘못된 것이며, 집단구성원 간의 평등성을 당연시하는 사회적 규범이 존재하고 분쟁의 조정, 감독역할을 하는 사람들 간에 합의가 있어야 한다. 이러한 다양한 조건을 갖춘 상태에서의 집단구성원들 간의 접촉은 편견을 해소하고 다른 집단의 구성원에 대하여 친밀감을 증가시키는 효과가 크다(Clore et al., 1978).

정신장애인을 보통 사람들이 직접 접하게 하는 것과 정신장애인에 대한 올바른 정보를 제공하는 것이 별개의 것이 아니라 이 두 가지 작업을 함께 병행하여 서로 보완하거나 피드백 하게 하여 그 효과를 상승시키도록 하면 좋을 것이다.

## 2) 정신질환자 관련 언론 보도준칙 마련

- 정신질환에 대한 객관적이고 과학적인 근거 제시
- 수사 관련 기사는 사실 확인 후 보도
- 자극적인 표현이나 용어 사용 지양
- 당사자 및 전문가 자문을 통한 정확성 확보
- 예방·치료·회복이 가능한 질환임을 이해하고 보도
- 정신질환자도 누군가의 소중한 가족임을 이해하고 보도할 필요가 있음

## 3. 정신장애인 동료지원가 제도와 편견해소의 효과

정신건강의 어려움을 가진 당사자를 고용하여 이들의 경험을 공유하는 접근은 정신건강 분야에서 오랜 역사를 가진다(Chinman et al., 2006). 정신질환을 회복한 사람들이 다른 사람들의 정신건강 문제를 도와줄 수 있다는 전략은 일찍이 1920년대 미국이나 프랑스 등에서 이용되었다고 보고된다(Davidson et al., 2012). 이후 1991년 정신건강 서비스 전달체계의 한 형태로 동료지원(peer support)이 처음 나타났으며(Sherman & Porter, 1991), 1970년대에 정신건강 서비스의 당사자 운동의 흐름과 함께 널리 확산되었다(Davidson et al., 2012). 이미 미국에서는 정신장애인 당사자나 그 가족들이 서비스를 운영하는 모델이 정신건강전문가나 기관이 운영하는 전통적 모델을 수적으로 앞서고 있는 것을 확인할 수 있을 정도로(Goldstrom et al., 2006) 동료지지 모델은 매우 활발하게 이루어지고 있다.

한국에서는 아직 낯설지만 실제로 정신장애인들이 동료지원가로 일하며 당사자 수

십 명이 도심 한복판에서 지역사회의 주민들과 생활을 하는 파도손이 위치한 곳은 서울시내 중구의 복잡한 인쇄거리이다. 중구의 주민들과 파도손의 당사자들이 자연스럽게 불편함 없이 지내는 것을 확인할 수 있다. 지역의 주민들은 파도손이 어떤 단체라는 것을 알지만 오히려 편견이 사라지는 결과로 나타났고, 이는 당사자들과 긴밀하고 빈번하게 접촉하는 것은 실제로 사람들의 편견을 해소하는데 가장 강력하게 작용한다는 이야기다.

그렇기에 동료지원가는 직업으로써의 일자리 기회를 제공함과 더불어, 지역사회에 거주하는 당사자의 삶의 질 향상과 전국민의 인식개선에 크게 기여할 수 있다는 합의가 있다. 지역사회에서 당사자들이 함께 일하며 생활하는 터전의 주민들의 인터뷰 등을 홍보하고 활용하는 것도 필요하다. 정신장애인 당사자를 아는 것, 그것이 실질적인 편견해소의 해답이라고 할 수 있다.



## 참고문헌

국가인권위원회 · 이화여자대학교 산학협력단(2019). 정신장애인 국가보고서 이행 상황 점검을 위한 실태조사.

국립정신건강센터 · 현대리서치컨설팅(2019). 2019년 국민 정신건강지식 및 태도 조사 결과보고서.

권오용 외(2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사. 국가인권위원회.

중앙정신건강복지사업지원단(2019). 정신장애인의 자살. *정신건강동향*, vol.9.

중앙정신건강복지사업지원단(2020). 2020년 정신건강복지 관련 예산. *정신건강동향*, vol.15.

최광선, 안상수(1991). 협동과제 수행에서 범주화와 성과정보가 내집단 편파감소에 미치는 영향. *한국심리학회지*, 10(1), 122-131.

한규석(1995). 사회심리학의 이해. 학지사.

Brewer, M. B., & Miller, N. (1984). Beyond the contact hypothesis: Theoretical. *Groups in contact: The psychology of desegregation*, 281.

Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the Implementation of Mental Health Consumer Provider Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 176-195.

Clore, G. L., Bray, R. M., Itkin, S. M., & Murphy, P. (1978). Interracial attitudes and behavior at a summer camp. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(2), 107-116.

Cook, S. W. (1984). The 1954 Social Science Statement and school desegregation: A reply to Gerard. *American Psychologist*, 39(8), 819-832.

Davidson, L., & Guy, K. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128.

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of a spoiled identity. New

York, NY: Simon & Schuster.

Goldstrom, I. D., Campbell, J., Rogers, J. A., Lambert, D. B., Blacklow, B., Henderson, M. J., & Manderscheid, R. W. (2006). National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(1), 92-103.

Katz, P. A., & Taylor, D. A. (Eds.). (1988). *Perspectives in social psychology. Eliminating racism: Profiles in controversy*. Plenum Press.

Lifton, R. J. (1986). *The Nazi doctors: Medical killing and the psychology of genocide* (Vol. 64). New York: Basic Books.

Sherman, P. S., & Porter, R. (1991). Mental health consumers as case management aides. *Psychiatric Services*, 42(5), 494-498.

Sherif, M., & Hovland, C. I. (1961). Social judgment: Assimilation and contrast effects in communication and attitude change.

## | 정신장애인 인권 증진 및 사회참여 확대 방안 |

# 정신장애인 현황 및 사회적 위치: 정신장애인 고립의 고착화

유시완 ((사)정신장애와 인권 파도손 활동가)

### 1. 정신장애인 현황: 회복에 대한 편견

회복에 대한 보다 광범위한 프레임을 만들려면, 우리는 정신건강 문제에 대한 좁은 의학적 정의를 넘어서야 한다. 수년 동안 전문가와 연구자들은 정신건강 문제를 영구적인 생물학적 결함과 화학적 불균형으로 성격 규정된 질병으로 묘사했다. 회복하는 경우는 드물다고 했다. 이런 그룹의 눈에는 그 결함의 치료법이 발견되었을 때만 회복이 일어날 수 있다. 정신건강 문제의 생물학적 기초를 정의하기 위해 수많은 연구가 수행되었다. 일관된 결함은 발견되지 않았다. 기껏해야 그 질환은 완화될 수 있고, 그 기간 동안 증상이 관리될 수 있다고 믿었다. 이것이 관리모델이다(대니엘 피셔, 2020).

위 글은 정신과 의사인 대니엘 피셔 박사의 ‘희망의 심장박동’이란 인문 서적의 일부이다. 본 글이 정신장애를 겪는 여러 문제를 관통한다고 생각한다. 현재 한국의 정신장애 이슈는 의료적인 시각에 편중되어 있다. 본 글에 나온 내용을 한국 사회문제에 비추어 보면, 정신질환 등으로 생기는 정신장애는 이전의 정신적 상태로 되돌아갈 수 없고, 한 개인으로써 회복이라는 것을 경험하는 것은 불가능하다는 의미를 부여한다. 그러므로 언제나 좋지 않은 결론으로 이어질 수 있으며, 정신장애인은 어떤 일이든 지속하기 어렵고 심하면 증상이 발현될 수 있기에 위험한 사람이라는 생각까지 이르게 된다.

## 2. 미숙한 인권 실태

이러한 사회 분위기 속에서 한국은 정신건강과 장애인에 대한 고민을 다각도로 하고 있다. 이는 한국이 OECD 회원국이며 G20이라는 국제사회에서의 경제적 위치를 고려하고, 유엔장애인권리협약(UNCPRD) 가입국으로서 본 협약을 준수해야 할 의무가 있기 때문이다.

2014년 유엔장애인권리협약 대한민국 정부 심의를 통해, 유엔장애인권리위원회는 △정신병원의 비인권적인 강제입원 제도 △의료적 기준으로 서비스를 차등제공 하는 장애인등급제 △성년후견제도에 따른 장애인의 자기결정권 침해 문제 △장애인의 소득보장 문제, △염전노예사건을 비롯한 심각한 장애인 착취 및 학대 △ 장애여성 성폭력 가정폭력 대책 △수화의 공식 언어로의 인정 △장애인의 정보접근권 문제 △시설에 수용된 장애인의 탈시설과 자립생활 문제 △장애인 차별에 대한 사법구제 절차의 실효성 문제 △장애학생의 실질적 통합교육의 보장 등의 이슈에 대해 입장을 전달하며 한국 정부에 개선해 줄 것을 권고했다(유엔인권정책센터 보도자료, 2014).

이에 한국은 제1차에 이어, 제2차 정신건강복지기본계획(2021-2025)을 수립하여 실행 중에 있다. 앞으로 5년 동안 총 2조 58억원(국비 기준)을 투입할 예정이다. 정신병원의 비인권적인 강제입원 제도 등과 관련한 부분에는 많은 투자를 하는 과정이지만, 지역사회에서의 정신장애인 문제는 주로 지자체의 역량으로 버텨야 하는 상황이다.

## 3. 극한의 고용제약

한국의 등록장애인 총 2,585,876명 중, 정신장애인은 102,140명이다. 이는 전체 장애인 중 약 3.9%에 해당된다(통계청, 2019). 그러나 통계청의 자료에 따르면(〈표1〉 참조), 실제 정신건강의학과에서 소위 ‘F코드’<sup>1</sup>인 중한 증세로 진단명을 받는 사람은 최소 198만 명이나 된다. 문제는 F코드를 진단 받은 사람은 보험가입이 가능한 하나 주요 가입 요건 항목인 암, 상해 등에서는 제약비 및 보험금 수령에 큰 제약이 있다. 또한 공기업 취직 및 조리사, 잠수부 등 기술직종이거나 날카로운 물건을 다루는 직종

1 F코드: 질병코드는 여러질병과 사인을 체계별로 분류하여 그 기호를 달아놓은 것이다. 의료기록을 정리하거나 통계를 산출 하는데 이용되고 보통의 정신질환은 F로 시작한다. 주요 질병 코드로 F20은 조현병이고, F32는 우울증, F30은 조울증이다. 상세한 내용은 <http://www.koicd.kr>에서 확인할 수 있음

은 자격면허 발급 자체가 불가하다. 결국 약 200만 명의 사람들은 자신의 직업과 특정한 인재 상황과 관련하여 경제적 안정을 보장받기가 어렵다는 것이다.

〈표 1〉 F코드 기관 진단 인원

진료구분(진단기관)	2019년(명)
전체	2,045,653
입원	138,882
외래	1,983,741
낮병동	4,425

출처: 통계청

〈표 2〉 정신질환자 자격제한 관련 법령 현황<sup>2</sup>

구분	결격조항	소관부처
절대적 결격조항	모자보건법 제15조의2 제2호[산후조리원의 설치와 운영]	보건복지부
	수상에서의 수색·구조 등에 관한 법률 제30조의3 제2호[수상구조사]	해양경찰청
	야생생물 보호 및 관리에 관한 법률 제46조 제3호[수렵면허]	환경부
	영유아보육법 제16조 제2호[어린이집 설치 운영]	보건복지부
	아이돌봄지원법 제6조 [아이돌보미]	여성가족부
	주세법 제19조 제4항[주류제조관리사]	기획재정부
상대적·소극적 결격조항	건설기계관리법 제27조[건설기계조종사면허]	국토교통부
	도로교통법 제82조 및 동시행령 제42조 제1항[운전면허]	경찰청
	수상레저안전법 제5조 제1항 제2호[수상레저조종면허]	해양경찰청
	철도안전법 제11조[철도차량운전면허]	국토교통부

2 2020년 3월 기준 정신질환자 자격제한 관련 법령 현황(총28개). 정신질환자·심신상실자·심신박약자 같은 정신장애를 결격사유로 규정하는 법률은 28개에 이른다. 관련해서 「모자보건법」 등 6개 법률은 정신장애인의 자격이나 면허 취득을 무조건 제한하고, 나머지 22개는 예외를 둔다고 명시하고 있다. 예외적으로 취득을 허용한다 하더라도 정신질환에 대한 편견이 강한 사회적 분위기를 고려했을 때 구직 기회를 얻기 어렵다는 점에서 정신장애인에 대한 차별은 여전히

구분	결격조항	소관부처
상대적 · 적극적 결격조항	공중위생관리법 제6조 제2항 제2호 및 제6조의2 제7항 제1호 [이용사 및 미용사, 위생사]	보건복지부
	국민영양관리법 제16조 제1항[영양사]	보건복지부
	노인복지법 제39조의13 제1호[요양보호사]	보건복지부
	말산업육성법 제13조 제1항 제2호[말조련사, 장제사, 재활승마지도사]	농림축산식품부
	수산생물질병관리법 제37조의3 제1호[수산질병관리사]	해양수산부
	수의사법 제5조 제1호[수의사]	농림축산식품부
	식품위생법 제54조 제1호[조리사]	식품의약품 안전처
	실험동물에 관한 법률 제25조 제1호[동물실험시설 운영, 관리, 실험동물공급]	식품의약품 안전처
	약사법 제5조 제1항[약사]	보건복지부
	응급의료에 관한 법률 제37조 제1호[응급구조사]	보건복지부
	의료법 제8조 제1호[의료인]	보건복지부
	장사등에 관한 법률 제29조의4 제2호[장례지도사]	보건복지부
	장애인복지법 제74조 제1항 제1호[의지 · 보조기기사, 언어재활사 및 장애 인재활상담사 국가시험의 응시]	보건복지부
	장애인활동지원에 관한 법률 제29조 제1호[활동지원인력]	보건복지부
	축산법 제12조 제2항 제2호[가축수정사]	농림축산식품부
	화장품법 제3조 제2항 제1호[화장품제조판매업]	식품의약품 안전처
	의료기사 등에 관한 법률 제5조[의료기사]	보건복지부
	사회복지사업법 제11조의2[사회복지사]	보건복지부

#### 4. 사각지대로 번지다

그렇다면 과연 정신장애인은 복지혜택을 보장받을 수 있을 것인가? 직업에 제한을 두었다면 그에 상응하는 지원책이 있어야 한다. 하지만 실상은 그렇지 못하다. 보통의 정신질환자들은 자신의 장애를 밝히기가 어렵기 때문에 항상 재발 이후의 후폭풍을 혼자 온전히 견뎌내어야 한다. 재발되어 병원 외래 진료를 급히 잡았다 하면, 직장 내에서는 무단결근한 사원으로 되고, 때마다 어디를 그렇게 가냐고 캐묻는 사람들도 많다고 한다.

장애 등록 범주를 넓히려는 논의가 이어진 후, 결국 정신장애도 경증의 장애로 인정받을 수 있는 지점까지 오게 되었다. 2021년 4월 13일 보건복지부는 정신장애에 대해 경증신설을 공포·시행한다고 밝혔다. 이는 좀 더 많은 정신장애인이 복지혜택을 받을 수 있는 기점이 되었다고 생각한다. 그럼에도 불구하고, 경증과 중증으로 나눈 현재의 시스템에서는 그나마 적은 복지도 등록장애인만 혜택을 받는다는 비판은 피하지 못했다.

지역사회에 살고 있는 정신장애인을 위해 사용되는 자원은 여전히 부족한 것이 현실이다. 개인이 취업을 하고 경제적으로 자립하는 등 장애인 자립이념을 바탕으로, 정신장애인은 정신의료서비스 이후가 더 중요하다고 생각한다. 장애인 자신이 활동하고 취업하고 사회에서 자신의 몫을 한다고 생각하고 느껴질 때가 와야 한다는 것이다. 이는 즉, 질병이 재발하지 않거나 재발 빈도가 줄어들며, 사회적 비용을 감소시키는 것을 의미하기도 한다.

하지만 이러한 것을 방해하는 것이 현 시점의 수급 시스템이다. 중앙정신건강복지사업지원단에서 2021년 2월에 발간한 정신건강동향에 따르면, 정신장애인의 국민기초생활보장 수급률은 전체인구의 약 23배이다. 이는 정신질환자 및 정신장애인이 탈수급 이후 사회생활에 중대한 제약을 겪게 하는 구조이다. 그 이유는 수급 중 비싼 입원비용, 정기적 외래비용, 정신과약물 처방비용 등에 대한 의료급여 혜택이 정신장애인에게 매우 큰 비중을 차지하는데, 수급권에서 탈피하게 된다면 이는 모두 정신장애인 본인이 비용을 지불해야 하고, 바로 취업이 된다고 해도 이처럼 막대한 의료비용이 쉽게 해결될 수는 없기 때문이다.

## 5. 결론 및 제언

이처럼 정신장애인의 사회적 활동을 저해하는 요소는 크게 F코드 진단에 대한 낙인화(생명 보험 등 제한, 취업 시험의 제한)와 수급권의 둘레라고 할 수 있다. 정신장애인에 대한 지속적인 낙인화는 정신장애인이 무능력하다는 인식을 가속화 시킬 뿐이다. 정신장애인 및 정신질환자가 우리 사회 속에서 당당히 역할을 할 수 있도록 하려면 다음과 같은 사항이 고려되어야 할 것이다. 먼저, 당사자의 취업 기회 확대와 이를 통해 자립을 이루어야 한다. 취업이 된 후에도 지속적인 취업유지를 위한 상담지원 등이 병행 되어야 할 것이다. 또한 의료급여에 대해 최소 기간 지원(1년)이 필요하다.



정신장애인이 지역사회에서 안정적인 정착, 그리고 근로보조인 및 동료지원활동가로서의 활발한 활동 등과 같은 사회참여가 확대된다면, 이는 결국 정신장애인에 대한 인식개선으로 이어질 수 있을 것이다. 뿐만 아니라, 정신장애인의 사회참여 확대는 특정 강력 범죄 발생 등에 따른 정신장애인에 대한 왜곡된 시선을 감쇄시킬 수 있을 것이라 생각한다.

정신장애인의 자립과 사회참여 확대를 위해 이제는 정신장애인 당사자 및 보건복지 전문가만이 아닌, 범국민적 공감대가 필요한 때이다.

## 참고 문헌

보건복지부(2020. 4. 6.). 장애인복지법 시행령 일부개정령안 국무회의 의결: 시각 장애(복시) 및 정신장애(투렛 등) 인정기준 완화 [보도자료].

대니얼 피셔(2020). 희망의 심장박동. 장창현 옮김. 경기: 한울아카데미.

통계청(2019). KOSIS통계표[국가통계포털].

[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11761\\_N001&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11761_N001&conn_path=I2)

