장애 안에 차별

장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회

◯ 일　시 : 2018년 3월 30일(금) 13시 30분 ~ 17시
◯ 장　소 : 이룸센터 이룸홀
◯ 주　관 : 한국후견신탁연구센터(SSK), 한울사회서비스사업단, 한국정신건강전문요원협회
◯ 주　최 : 한국정신장애인자립생활센터, 정신장애인복지지원법추진공동행동, 정춘숙 국회의원실
◯ 후　원 : 아산사회복지재단, 한국연구재단

❍ 장애 안에 차별(장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회) 일정

사회: 김효정(한국후견신탁연구센터 전임연구원)

시 간	프로그램		
13:30 ~ 14:00	등 록		
14:00 ~ 14:10	개회사	제철웅 교수(한양대학교 법학전문대학원)	
Session Ⅰ 좌 장: 제철웅 교수(한양대학교 법학전문대학원)			
14:10 ~ 14:50	주제 발표	정신장애인 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향 발표자: 박인환 교수(인하대학교 법학전문대학원)	
14:50 ~ 15:00	휴 식(Coffee Break)		
Session Ⅱ 좌 장: 제철웅 교수(한양대학교 법학전문대학원)			
15:00 ~ 15:10	토론	【지정토론1】	염형국 변호사(공익인권법재단 공감)
15:10 ~ 15:20		【지정토론2】	유동현 소장(한국정신장애인자립생활센터)
15:20 ~ 15:30		【지정토론3】	박재우 정책기획위원장(한국정신보건사회복지학회)
15:30 ~ 15:40		【지정토론4】	이문희 사무차장(한국장애인단체총연맹)
15:40 ~ 15:50		【지정토론5】	보건복지부 장애인권익지원과
16:00 ~ 16:40		【종 합 토 론】	
16:40 ~ 17:00	폐 회		

목 차

[개회사]

정춘숙 국회의원 (더불어민주당) …… 8

[주제발표]

▣ 정신장애인 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향

□ 박인환 교수 (인하대학교 법학전문대학원) …… 12

[토론]

□ 지정토론1 염형국 변호사(공익인권법재단 공감) …… 60

□ 지정토론2 유동현 소장(한국정신장애인자립생활센터) …… 67

□ 지정토론3 박재우 정책기획위원장(한국정신보건사회복지학회) …… 74

□ 지정토론4 이문희 사무차장(한국장애인단체총연맹) …… 80

□ 지정토론5 보건복지부 장애인권익지원과 …… 84

개 회 사



더불어민주당 국회의원 정춘숙

(국회 보건복지위원회)

안녕하십니까?

국회 보건복지위원회 소속 더불어민주당 정춘숙 의원입니다.

오늘 많은 분들을 모시고 <장애인복지법 제15조에 관한 검토와 개정방안 모색> 토론회를 개최하게 되어 매우 기쁘게 생각합니다. 또한 이번 토론회를 함께 개최하기 위해 힘써주신 한국정신장애인자립생활센터, 정신장애인복지지원법추진공동행동, 한국후견신탁연구센터, 한울사회서비스사업단, 한국정신건강전문요원협회 관계자 여러분께 감사의 말씀을 전합니다.

그간 대한민국의 장애인복지정책에서 정신장애인은 차별받고 소외되어 왔습니다. 사회적 약자인 장애인, 그 약자 중에서도 더욱 약자의 위치에 놓인 정신장애인은 목소리를 내도 들어주는 사람이 없고 도움을 구해도 손 내미는 사람이 없어 더욱 상처받고 고통 받아야 했습니다.

약자가 외면 받는 이러한 부당한 사회구조를 개선하기 위해, 저는 지난 국정감사에서 정신장애인 차별의 상징과도 같은 장애인복지법제15조의 문제점을 지적하고 장애인활동지원서비스 인정조사표 개선을 촉구하는 등 정신장애인에 대한 복지 차별 철폐를 주장했습니다. 또한 장애인등급제 폐지 협의 과정에서 정신장애인이 소외되어 불이익을

받는 일을 막기 위해 보건복지부에 정신장애인단체들과의 소통을 요청했습니다. 그러나 여전히 우리 사회에 오랜 시간 고착된 정신장애인에 대한 차별구조는 쉽게 고쳐지지 않고 있습니다. 앞으로도 우리는 제도 개선과 인식 변화 등 우리 앞에 놓인 수많은 문제들과 맞서야 할 것입니다.

오늘 열리는 이 토론회는 이러한 문제점들에 대한 개선책과 발전방안에 대해 논의해 보는 아주 뜻 깊은 자리가 될 것이라고 생각합니다. 좌장을 맡아주신 제철웅 한양대학교 법학전문대학원 교수님과 발제를 맡아주신 박인환 인하대학교 법학전문대학원 교수님을 비롯하여 토론자로 나서주신 여러 패널 여러분들께 감사드리며, 오늘 토론회를 통해 좋은 의견을 주시길 기대하겠습니다. 또한 이 자리를 찾아주신 많은 분들께도 감사의 말씀을 전하며, 모두 함께 다양한 의견을 나누고 열린 토론을 진행할 수 있기를 바랍니다.

감사합니다.

장애 안에 차별

: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회

<주제 발표>

『정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향』

발표: 박인환 (인하대학교 법학전문대학원 교수)

좌장: 제철웅 (한양대학교 법학전문대학원 교수)

정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향

박인환(인하대 법전원)

Ⅰ. 들어가는 말

스스로 자신이 살아 갈 곳을 정하고 그 장소가 속한 지역의 일원으로 이웃과 더불어서 자립적으로 생활하는 것은 인간의 삶에 있어서 본연의 모습이며, 사회적 존재로서 인간이 누려야 할 가장 기본적 권리의 하나이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 정신질환자들은 자신의 삶에 대한 주도권을 빼앗기고 자신의 가족으로부터 그리고 그들이 나고, 자라고, 생활하던 삶의 터전으로부터 뿌리 뽑힌 채 퇴원의 희망도 기약도 없이 정신병원이나 열악한 환경의 정신요양시설에 감금 고립된 채 연명(延命)하고 있는 경우가 허다하다.

1996년 시행된 우리나라의 정신보건법은 제1조(목적)에서 정신질환의 예방, 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 필요한 사항을 정함으로서 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다는 점을 명시하였다. 여기서 정신질환자의 사회복귀는 단순한 수용시설에서의 해방이라는 의미가 아니라 제한된 정신능력을 가지고서도 정신질환자가 교육이나 일자리 등에서 사회로부터 배제되지 않고, 국가의 적절한 사회보장혜택을 받으며 사회적 통합을 이룰 수 있는 사회적 시스템을 마련하는 국가적 의무를 의미하는 것으로 이해될 수 있다[1]. 그러나 정신보건법에 있어서 정신질환자의 회복과 사회 복귀의 목적은 명목적인 장식에 지나지 않았고 실제의 정신보건법은 정신질환자를 사회로부터 분리 배제하는 데에 있어서만 완벽한 성공을 이루었다. 강제입원의 문턱은 이따금 정신질환과 무관한 사람까지 정신질환자로 둔갑시켜 사회적 물의를 빚을 만큼 문턱이 낮았던 데 비하여, 장기간의 입원 끝에 퇴원한 정신질환자들은 반겨 줄 가족도, 돌아 갈 거처도, 지역에서 그들을 살펴 주고 도와 줄 기관도 서비스도 찾을 수 없었기 때문이다. 지역사회에서 정신질환자는 장애인이면서도 장애인으로서 대접받지 못하고, 정신보건법상 입원치료만을 강요당해 왔다고 하여도 과언이 아니다. 정신보건법상 지역사회 정신질환자를 위한 복지와 지원 프로그램은 빈약하였고, 장애인복지법은 정신질환자를 정신장애인으로 규정하면서도 같은 법 제15조에서 이들을 보편적 장애인 복지전달체계에서 배제하였다. 지역사회

1) 신권철, 정신질환자의 강제입원과 퇴원 – 인신보호법상 구제요건을 중심으로 – , 저스티스 통권 제113호 (2009. 10), 221면.

의 장애인복지서비스 전달의 거점인 장애인복지관은 정신장애인은 이용할 수 없는 그림 속의 시설일 뿐이었다. 결과적으로 정신장애인을 차별하는 장애인복지법과 정신질환자를 사실상 입원치료의 대상으로만 파악하는 정신보건법의 틈바구니에서 방치된 정신질환자들은 지역사회로 돌아 올 엄두를 내지 못하고 정신병원의 높은 담장과 정신요양시설의 두꺼운 철문 안에서 소중한 인생을 허비할 수밖에 없었다. 그렇게 제도적으로 구조화된 정신질환자의 사회적 입원은 정신질환자라는 혐오와 공포의 대상을 사회로부터 격리하고, 그들의 가족을 정신질환자에 대한 돌봄과 부양의무로부터 해방시키며, 대형 정신병원과 정신요양시설의 몸집을 불리는 데 기여하고, 국가나 지역사회에서 정신질환자를 안녕과 복지를 위하여 지원하여야 할 책무를 경감시키는 데에 기여하였다. 그 대신에 정신질환자 한 개인의 삶과 인생은 완벽하게 파괴되었다.

정신질환자의 인권이라는 관점에서 우리나라에 있어서의 정신질환자에 관한 법과 정책도 사회 방위를 암묵적 전제로 하는 강제입원과 치료가 아니라 정신질환자의 삶에 주목하여 그들의 회복과 사회 통합(Inclusion)을 목표로 지역사회에서의 복지와 지원에 중점을 두어야 한다는 사회적 요구가 높아졌다. 이러한 요구가 정신장애인을 위한 복지지원법 제정의 목소리로 높아지자, 입원 치료를 중심으로 하는 정신보건법은 정신질환자를 위한 복지지원법을 자임하며, 2016년 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률로 면모를 일신하였다.

새로운 법률은 먼저 법의 기본이념에 있어서 “입원 또는 입소의 최소화와 지역사회 중심의 치료의 우선적으로 고려, 자의에 의한 입원의 권장(제2조 제5항), 자신의 신체와 재산에 관한 자기결정권, 특히 주거지, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 복지서비스 종류의 선택 등에 관한 자기결정권의 존중(제7항), 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리(제8항), 정책결정과정에 참여할 권리(제9항) 등을 추가로 제시하였다. 이어서 이를 뒷받침하기 위하여 강제입원의 허들을 크게 높여서 강제입원의 주된 유형인 보호의무자의 동의입원에 있어서 ‘입원 치료의 필요성’ 외에 ‘자신과 타인의 안전’이라는 실질적 요건을 강화하고 2주 내에 추가적으로 다른 기관 소속 제2의 정신과전문의 진단을 요구하는 한편, 1개월 내에 국립정신병원 등에 설치되는 입원적합성심사위원회의 심사를 받도록 하고 계속 입원의 심사주기를 3개월 단축하였다. 그리고 무엇보다도 정신질환자에 대한 복지서비스에 관하여 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공

근거를 열거하여 그 법적 근거를 마련하였다(제33조 내지 제38조). 이로써 적어도 제도적으로는 입원치료를 중심으로 하는 우리나라의 정신질환자 정책이 지역사회에 있어서 복지와 지원으로 전환되었다고 말할 수 있게 되었다.

그럼에도 불구하고 동법 시행 1년이 가까워 오는 현재까지 과거와는 비교할 수 없게 번거로워진 비자의입원절차에 대한 정신의료계의 불만의 게이지가 높아지는 것 외에는 정신질환자들이 지역사회에 쏟아져 돌아 올 것이라는 일각의 우려는 결코 현실화되지 않았다. 이것을 다행으로 생각해야 할지 한탄해야 할지 모르겠지만, 강제입원의 허들을 높이는 것이 정신질환자의 사회복귀와 실질적으로는 별관계가 없다는 것이 분명해 지고 있다. 아무리 법률로 강제입원의 문턱을 높인다 한들 정신질환자들을 사회로부터 분리 배제하고 치료의 편의를 도모하며 가족의 부담을 덜기 위하여 입원을 유지하려는 강력한 사회적 수요는 사리지지 않았고, 그러한 사회적 요구는 무연고 장기입원(소) 환자들에게 그들의 의사를 대신할 후견인을 선임하여 계속 입원을 유지시키거나, 오랜 입원으로 무력해진 장기입원환자를 설득하여 자의입원으로 전환시키거나, '입원 필요성'과 '자기와 타인의 안전'이라는 개정 법률의 취지를 무력화하는 실무해석지침을 내려 보내는 등의 방법으로 계속 입원의 관행을 유지시키고 있기 때문이다.

무엇보다도 정신질환자에 대한 법제와 정책 방향의 전환에도 불구하고 지역사회에서 정신질환자의 안정적 치료와 사회복귀를 지원할 복지서비스가 확보되고 이를 제공할 서비스전달체계가 구축되기 전까지는 정신질환자는 돌아오고 싶어도 돌아올 수 없다는 사실이다. 지역사회 정신질환자의 지원을 위한 개정법의 화려하고 장황한 복지서비스 리스트는 어느 것 하나 지역사회의 실질적 변화를 가져온 바가 없으며, 정신질환자들은 여전히 보편적 장애인복지전달체계에서 소외되어 있는 것이 현실이다. 장애 안의 차별과 배제라고 불러야 마땅할 정신질환자를 보편적 장애인복지서비스 전달체계에서 배제하고 있는 제도적 문제를 극복하지 않은 한 지역사회 정신질환자의 사회통합은 결코 실현될 수 없다. 본고는 이러한 문제의식으로부터 지역사회에서 정신질환자의 복지서비스의 확보와 그 전달체계의 구축의 필요성과 그 대선 방안을 모색하기 위한 것이다.

이를 위하여 본고는 먼저 정신질환자 또는 장신장애인에 대한 정책이 입원치료에서 지역사회 통합으로 전환되어야 할 당위적 요청을 국제적 장애인권 내지 국제지구 또는 국내 인권기관의 견해를 통하여 확인하고, 우리나라에 있어서 지역사회 정신장애인의 복지서비스 빈곤의 구조를 법제적 측면에서 분석하는(Ⅲ) 한편, 우리와 유사한 법제 발전 과정을 보여주고 있는 일본의 사례를 참고로 하여 우리나라에 있

어서 정신질환자의 지역사회 통합을 위한 복지서비스 전달체계에 관한 개선 방안을 제시해 보고자 한다(Ⅳ).

Ⅱ. 정신장애인 복지서비스 정책의 전환
- 입원치료에서 지역사회 통합으로 -

1. 유엔장애인권리협약과 정신장애인의 지역사회통합 요청

유엔 장애인권리협약(이하 협약이라고도 칭한다) 전문(前文)에 따르면, 협약의 당사자국은, (h) 장애로 인한 사람에 대한 차별은 인간의 천부적 존엄성 및 가치에 대한 침해라는 것을 또한 인정하며, (i) 장애인의 다양성을 더욱 인정하며, (j) 보다 집중적인 지원이 필요한 장애인을 비롯하여 모든 장애인의 인권을 촉진하고 보호할 필요성이 있음을 인정하며, (k) 이러한 다양한 기제와 조치에도 불구하고, 장애인은 동등한 사회의 구성원으로서 참여에 대한 장벽에 지속적으로 직면해 있고 세계도처에서 장애인의 인권이 계속해서 침해되고 있음을 우려하며, (l) 모든 국가, 특히 개발도상국에서의 장애인의 생활환경 개선을 위한 국제 협력의 중요성을 인정하며, 특히, (m) 지역사회의 전반적인 안녕과 다양성에 대한 장애인들의 가치 있는 현재의 기여 및 잠재적 기여를 인식하고, 장애인의 인권과 기본적 자유의 완전한 향유와 장애인의 완전한 참여의 증진이 장애인의 소속감을 강화시키고 사회의 인적, 사회적, 경제적 발전과 빈곤퇴치에서 상당한 진보를 가져올 것임을 인정하며, (n) 장애인이 스스로 선택할 자유를 포함하여 장애인 개인의 자율 및 자립의 중요성을 인정하고 있다.

나아가 보다 구체적으로 협약 제19조에서는 장애인의 자립적인 생활과 지역사회 통합(Living independently and being included in the community)에 관하여 다음과 같이 규정한다[2].

2) 국가인권위원회, 장애인권리협약해설집 97면.

제19조 협약의 당사국은 다음에 대한 보장을 포함하여 모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 인정하고, 장애인의 이러한 권리와 지역사회의 완전한 통합 및 참여의 완전한 향유를 촉진하기 위한 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다.
(a) 장애인은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 거주, 거주지 및 동거인에 대한 선택의 자유를 가지며 특정한 주거형태에서 살도록 강요받지 않는다.
(b) 장애인은 지역사회 내에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외 또는 격리되는 것을 예방하기 위한 개인적인 지원을 포함하여, 다양한 형태의 가정 내, 거주지, 그리고 기타 지역사회 지원서비스에 접근할 수 있다.
(c) 대중을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등한 기초 위에서 이용 가능해야 하며 장애인의 욕구에 부합해야 한다.

협약 제19조의 취지는 다음과 같이 설명할 수 있다[3].

장애인은 자신이 속한 사회에서 다른 사람들과 동등하게 삶의 조건과 생활양식을 자유롭게 선택하고 향유할 권리가 있다. 자율성과 자기결정을 통해 궁극적으로 장애인의 사회참여와 통합을 이루고자 하는 것이 동 조항의 목적이다. 이를 위하여 장애인은 여러 가지 시설입소에 대한 거부권 행사가 가능하며, 자신이 원하는 주거형태에서 원하는 사람과 살 권리가 있고, 국가는 이를 보장할 의무가 있다. 이는 협약의 당사국에 대하여 장애인의 시설입소를 중심으로 하는 장애인 정책으로부터 장애인 개개인의 선택에 따라 자립적인 생활이 가능하도록 각종 지원서비스를 제공하여 지역사회 내에 통합되도록 하는 것을 목적으로 하는 장애인 정책의 변화를 요구하는 것이다.

장애인의 사회통합과 자립적인 삶은 탈시설화, 정상화 등과 함께 장애인복지 패러다임의 변화를 주도하는 장애인 복지 모형의 하나이며, 장애인 인권회복의 중요한 이념이다. 이와 같은 자립생활은 장애인들이 자신의 모든 삶을 스스로 선택하고 통제하는 것으로 장애인 스스로의 선택과 판단에 의해 의사결정과정에 참여하는 활동을 포함한 모든 생활이 가능한 경우 진정한 자립생활이라고 할 수 있다. 그러나 중증 정신장애인이나 시·청각장애인이 활동보조서비스 등 전혀 다른 사람의 도움 없이 혼자서 자립적으로 생활을 한다는 것은 현실적으로 불가능하다. 따라서 협약 제19조에서는 '자립생활(independent living)' 대신 '자립적인 생활(living independently)'이라는 용어로 동 조항의 명칭이 수정되었다. 자립적 생활이라는 개념은 장애인이 정부와 지역사회로부터 지역사회통합과 자립생활에 대한 지원을 받아서 독립적으로 생활해 간다는 라는 개념이다.

3) 이하의 기술은 국가인권위원회, 장애인권리협약해설집 97-100면에 의거함.

다른 한편으로 협약 제5조는 평등과 차별금지에 대하여 장애인의 밥 앞의 평등, 차별에 대한 동등하고 효과적인 법적 보호, 차별을 철폐하고 평등을 촉진하기 위한 합리적 편의의 제공 등을 규정하고 있다. 그런데 장애인이 비장애인과 동등한 조건에서 지역사회에서 살아가지 못하는 사회적 장벽이 있다면 이는 차별의 존재를 의미하는 것이므로 협약의 당사국은 장애인의 지역사회통합과 자립생활을 위한 지원은 차별을 철폐하고 평등을 증진하기 위한 합리적 편의의 제공으로서 모든 적절한 조치를 취할 의무가 있다(협약 제5조 제3항). 한편 협약 제12조는 모든 장애인이 비장애인과 동등한 조건에서 법적능력을 향유하고 그 행사를 위한 적절한 지원을 받아야 한다는 원칙을 천명하고 있다. 제9조 지역사회에서 생활할 권리는 제12조 장애인의 동등한 법적능력의 향유를 촉진하며 상호작용하는 중요한 권리이다. 즉, 지역사회에서의 생활할 권리(제19조)을 바탕으로 제12조 제3항을 해석하면, 법적능력의 행사에서의 지원은 지역에 기인한 접근을 통해서 제공되어야 한다. 당사국은 다양한 지원의 선택에 관한 인식의 향상 등 어떤 종류의 지원이 법적 능력의 행사에 필요한 지를 배우는 프로세스에서 지역 사회가 유용한 자원이며 동반자이다. 당사국은 장애가 있는 사람의 사회적 네트워크와 지역 사회의 자연 발생적인 지원(친구, 가족 및 학교 등)을 의사결정지원에 중요한 열쇠라는 점을 인정하여야 하며, 이는 지역 사회의 장애가 있는 사람의 완전한 통합과 참여를 협약이 중시하는 태도와 일치하는 것이다. 특히 장애인의 시설의 격리는 협약에서 보장하는 여러 권리들을 계속해서 침해하고 장애인의 법적능력 부정을 확산, 악화시킨다. 따라서 협약을 준수하고 장애가 있는 사람의 인권을 존중하기 위해서는 탈시설화를 달성해야 하며, 모든 장애인이 법적능력을 회복하여 그들이 어디서 누구와 생활할지를 선택할 수 있도록 해야 하고, 개인이 어디서 누구와 생활하느냐는 선택이 법적능력의 행사에서의 지원에 대한 접근에 관한 권리에 영향을 주어서는 안 된다[4].

유엔 장애인권리위원회(Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 '위원회')는 2014년 9월 17~18일간 개최된 제147차·148차 회의에서 우리나라의 유엔장애인권리협약(CRPD) 제1차 정부보고서(이하 '정부보고서')'를 심사하고, 2014년 9월 30일에 개최된 제165차 회의에서 최종견해(concluding observations)를 채택하였다. 위원회는 최종견해에서 먼저 A. 일반원칙 및 의무(1~4조)와 관련하여 장애인등급제의 문제점과 함께 장애인복지법 제15조의 문제점을 다음과 같이 지적하고 그 시정을 권고하였다.

---

4) Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1(2014), para. 45-46.[http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en]

6. 위원회는 '장애인복지법'이 의료적 장애모델(medical model of disability)을 언급하고 있다는 사실에 우려를 표한다.

7. 위원회는 대한민국 정부가 '장애인복지법'을 검토하고, 동 법을 협약에서 주장하고 있는 '인권기반 접근법(human rights-based approach to disability)'과 조화를 이루도록 할 것을 권고한다.

8. 위원회는 '장애인복지법'에 나와 있는 새로운 장애등급판정제도가 서비스 제공에 있어서 의료적 평가에만 의존하고 있으며, 장애인들의 다양한 욕구를 고려하거나 정신장애인을 포함한 모든 유형의 장애인들을 포함하지 못하고 있다는 사실에 우려를 표한다. 따라서, 위원회는 본 장애등급판정제도가 장애등급에 따라 장애인들의 복지서비스 및 활동서비스 수급권을 제한하고 있다는 것에 우려를 표한다.

9. 위원회는 대한민국 정부가 '장애인복지법'에 따라 시행되고 있는 현행 장애등급판정제도를 검토하여 장애인들의 특성·정황·욕구에 부합하도록 수정하고, 정신장애인을 포함한 모든 유형의 장애인들에게 그들의 요구에 따라 복지서비스 및 활동서비스를 확대 적용할 것을 권고한다.

이와 같은 권고의 배경은 장애인복지법 제 15조[5]가 정신보건법의 적용을 받는 장애인에게 적용되지 않는다는 제한을 두고 있다는 점에 있다. 결과적으로 사회심리적 장애인(persons with psychosocial disabilities, 정신장애인)은 주거, 상담, 치료, 훈련 등 중앙 또는 지방정부가 설립한 복지기관에서 제공하는 서비스를 제공받지 못하도록 배제되고 있다. 또한, 사회심리적 장애인은 정신병원과 요양원 등과 같은 시설에 집중하고 있는 정신보건법에 제한됨으로써 차별받고 있다는 것이다. 따라서 "사회심리적 장애인 역시 다른 장애인과 동등하게 장애인복지법에 따른 정책의 수혜자가 될 수 있도록 모든 차별적인 법적 조항을 폐지할 것. 특히, 사회심리적 장애인이 장애인복지서비스를 제공받지 못하도록 배제하는 제 15조를 검토할 것과 사회심리장애인의 특성을 고려한 정책을 적극적으로 개발 및 제공할 것" 그리고 "더욱 중요하게는 장애에 관한 의료적인 모델에 기반한 장애인등급제 및 등록제를 폐지하고 장애의 법적 개념이 장애에 관한 사회적 모델에 부합하도록 변화시키기 위한 조치를 취할 것"이 요구되었다[6].

---

5) 장애인복지법 제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신보건법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다.

6) 몬티안 분탄(CRPD 위원), 유엔 장애인권리협약과 위원회 최종견해에 따른 당사국의 의무와 한국 내 사회심리적 장애인에게 있어서 새로운 기회들(2015. 12), 2면.

나아가 위원회는 제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 참여와 관련하여 다음과 같이 권고하였다[7].

> **37. 위원회는 장애인 거주시설의 증가에서 알 수 있듯이, 장애인을 지역사회에 통합시키기 위한 충분한 조치가 부족하고 탈시설화를 위한 전략의 효율성이 낮으며, 활동보조 서비스를 포함한 모든 필요한 지원서비스를 지역사회에 통합시키기 위한 정책이 부족한 점에 있어서 우려를 표한다.**
>
> **38. 위원회는 대한민국 정부가 장애에 대한 인권적 모델을 바탕으로 효과적인 탈시설화 전략을 개발하고, 활동보조 서비스를 포함한 지원서비스를 지역사회 내에서 대폭 확대할 것을 촉구하는 바이다.**
>
> **39. 위원회는 활동보조 서비스 급여액이 장애인의 특성·정황·욕구가 아닌 '장애 정도'이며, 장애당사자의 소득수준이 아닌 그 가족의 소득 수준이기 때문에, 일부 장애인의 경우에는 활동보조 서비스를 받지 못하는 결과를 초래하는 것에 우려를 표한다.**
>
> **40. 위원회는 대한민국 정부가 사회부조 프로그램을 통해 장애인들에게 충분하고 공정하게 재정을 지원하여 장애인들로 하여금 지역사회에서 자립 생활이 가능하도록 보장해 줄 것을 촉구한다. 특히 위원회는 대한민국 정부가 '장애 정도'가 아닌 장애당사자의 특성·정황·욕구에 따라서, 가족의 소득 수준이 아닌 장애당사자의 소득수준에 따라서 활동보조 서비스 이용 금액을 산정할 것을 권고한다.**

이와 같이 유엔장애인권리협약을 비롯한 국제적 장애인권규범들은 한결 같이 모든 장애인에 대하여 지역사회통합과 자립적 생활을 보장하기 위한 국가의 지원의무를 부과하고 있으며 그 주된 내용은 장애의 유형과 특성 그리고 무엇보다도 장애인 개인이 처한 조건과 환경에 적합한 지역사회 통합과 자립적 생활 지원서비스를 제공하여야 한다는 것이다. 특히 유엔장애인권리위원회는 우리나라의 협약 이행에 관한 최초의 정부보고서에 대하여 장애등급제를 비롯하여 정신질환자의 지역사회 서비스 이용을 제한하는 장애인복지법 제15조의 수정을 염두에 둔 입법 개선을 권고하는 한편, 보다 효율적 탈시설화 전략의 수립과 이를 뒷받침하기 위하여 활동보조 서비스를 비롯한 지역사회 통합을 위한 서비스의 강화를 촉구하였다.

---

7) Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea(Adopted by the Committee at its twelfth session (15 September-3 October 2014)<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsoxt94eoN8sNkD3vNzr%2BPXZtiTUZC2xkNs96PtQyIfVry6P%2B8CiWN9mJ%2FPvpi4kybwosx%2FNqU54wUxrhhxCOpHFVwrOhGdEHkhCupIi%2BMaE8>

2. 한국의 정신보건에 관한 OECD 권고(2013)

- 정신건강 모델의 변화 : 입원중심에서 지역사회 기반으로 - [8)]

2013년 OECD는 한국 정신보건 실태에 대한 조사를 기초로 하여 한국의 정신건강 서비스 모델을 병원 및 기타 장기 시설의 입원치료라고 규정하면서, 다른 OECD 회원국들과 마찬가지로 한국은 지역사회의 비중과 일차 의료의 역할을 확대해야 한다고 권고한 바 있다. 무엇보다도 한국의 정신건강 서비스는 병원에 의한 서비스가 두드러진 반면에 지역사회서비스는 부족하다는 점을 지적하면서, 한국 중증정신질환자에게는 입원치료 하는 것이 유일한 치료방법인 경우가 많고 비자의 입원 비율도 높은 데 반하여, 장기 재원은 정신건강의 회복을 강화하는 치료 모델이 아니기 때문에 치료적 효과가 낮을 수 있으며, 장기 입원치료가 반드시 비용 대비 효과적인 것이 아니므로, 장기 입원 중심 치료와 보다 덜 제한적인 대안의 비용 대비 효과를 비교 검토할 필요가 있다고 제안하였다. 특히, 국제적인 경험을 볼 때, 조기중재, 재택치료, 적극적 홍보 등 지역사회 기반 치료 범위의 확대는 장기적인 치료결과가 개선되며, 사용자들에게도 선호될 뿐 아니라 장기간에 걸친 간접비용을 포함한 전체 비용을 고려한다면 지역사회 서비스의 비용 효과가 더 높을 수 있다고 하였다.

나아가 입원중심 치료에서 지역사회기반 치료로 이행하기 위해서, 이러한 전환의 핵심은 지역사회 모델을 지원하는 사회보장제도의 개혁이라고 지적하였다. 그 구체적인 방안으로 직원 교육과 전문가 양성을 통해 지역사회서비스로의 이행을 촉진할 수 있으며, 주제별 연구, 특히 비용 대비 효과 분석을 통해 한국에 적합한 지역사회 모델을 도출할 수 있을 것이라는 점, 시설 의존도를 실질적으로 줄이기 위해서는 우선 지역사회 서비스의 확대가 필요하고, 모든 연령층을 대상으로 하는 다양한 지역사회 서비스에 상당한 투자가 이루어져야 한다는 점, 효과적인 지역사회 서비스로는 조기 중재, 심리치료 확대 등의 근거기반 치료, 그리고 회복 중심의 치료모델이 가능하다는 점, 병원치료를 축소하고 지역사회 서비스를 확대하는 방안이 장기적으로는 비용 효과적일 수 있지만 이를 위해서는 지역사회 서비스와 지원체계에 대해 상당한 초기투자가 선행되어야 한다는 점, 정신건강 부문에서의 공공 재원조달의 목적은 국공립 정신병원의 입원시설 확충이 아닌 지역사회 치료 확대가 되어야 한다는 점, 그룹홈, 독립주거, 기타 거주유형 및 다양한 지역사회 서비스 모델에

8) 「Mental Health in Korea:OECD Review and Recommendations」 요약, 「OECD가 본 한국의 정신건강정책 과제」 국제 세미나 자료집(2013년 4월 8일, 국회 헌정기념관 대강당), 83면 이하 참조.

대한 초기 투자 지원도 하나의 방법이라는 점 등을 지적하였다.

3. 2009년 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서

2009년 국가인권위원회는 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서에서 지역사회 및 이용자 중심의 정신보건 서비스 전달체계로의 패러다임 전환과 입원과 격리치료 중심의 정책을 지역사회 보호 중심의 정책으로 전환하여, 정신장애인이 사회의 일원으로서 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있도록 하기 위한 정책적 대안의 제시를 목표로 제시한 바 있다[9].

동 국가보고서는 그 목표 실현을 위한 기본원칙으로 입원 치료 등에 있어서 적정절차보장 및 자기결정권 존중, 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한, 정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장, 지역사회 중심의 치료환경 조성, 정신장애인에 대한 차별 금지 및 동등한 권리 보장을 제시하였다[10].

그리고 이를 실현하기 위한 구체적인 정책과제의 하나로 입퇴원과정에서의 적정절차 마련, 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선, 정신장애인의 차별과 편견 해소와 지역사회 중심의 정신장애인 치료를 제시하였다.

먼저 MI의 제7원칙에 따라 모든 정신장애인은 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받을 권리가 있으며, 정신보건시설에서의 입원치료가 종료된 환자는 즉시 지역사회에 복귀하여야 하고, 지역사회에 거주하는 정신장애인은 가능한 범위 내에서 주거와 노동의 권리를 가지며, 국가는 이를 위해 노력할 의무가 있다는 것을 확인하면서, 지역사회 중심의 정신장애인 치료과제를 해결하기 방안으로서, 정신의료기관 등으로의 강제입원 및 장기입원을 막기 위하여 지역사회시설을 확대하는 것, 사후관리와 재활 서비스가 정신건강 관리 및 치료의 필수적인 부분임을 인식하고 법에 이와 관련된 조항을 명시하는 것, 정신보건예산은 안정적으로 확보하는 것, 지역사회 정신건강관리 및 예방·증진 프로그램을 충분히 고려하여 분배되어야 한다는 점을 밝히고 있다.[11]

동 국가보고서에 따르면, 정신장애인의 지역사회 자립생활을 저해하는 환경을 다음과 같이 진단하였다. 즉, 모든 정신장애인은 가급적 자신이 거주하는 지역사회에

9) 국가인권위원회, 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 7면.
10) 국가인권위원회, 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 45-50면.
11) 국가인권위원회, 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 47-49면.

서 보호받아야 하며, 정신보건시설에서 입원치료를 받아야 하는 경우, 치료가 완료되는 즉시 지역사회로 복귀하여야 하지만, 국내 정신장애인의 상당수는 지역사회보다 시설에 입원되어 있는 실정이며, 퇴원 후에도 적절한 지역사회 서비스를 제공받지 못한 채 재입원되는 경우가 많다. 이는 우리나라의 경우, 정신보건과 관련한 대부분의 예산을 재활과 사회복귀가 아닌 입원치료에 투입함으로써 정신장애인을 지역사회에서 효과적으로 보호하기 위한 전문인력이 부족하고 시설이 매우 취약하기 때문이다. 이와 같이 퇴원환자가 지역사회에서 회복되지 못하고 다시 재입원하게 되는 악순환 구조는 정신장애인의 삶을 피폐하게 할 뿐만 아니라 국가로 하여금 더 큰 재정적 부담을 안겨주게 된다. 잦은 입·퇴원과 입원의 장기화는 개인의 경제상황을 악화시키고 보편적인 삶의 향유를 저해하며, 국가의 의료부담을 가중시키기 때문이다. 따라서 국가는 정신장애인이 가장 덜 제한적인 공간인 지역사회에서 치료받고 보호받음으로써 환자의 인신구속이 최소화되고, 국가의 부담이 경감될 수 있도록 지역사회 보호체계를 강화할 필요가 있다는 것이다[12].

이러한 상황인식을 바탕으로 동 국가보고서는 이를 실현하기 위한 구체적인 정책과제로서, 정신보건센타의 기능 강화, 정신보건센타의 인력기준의 강화, 정신장애인의 주택 및 주거시설 확충, 사회복귀시설 및 프로그램의 강화, 중앙정부 차원에서 최소 정신보건예산 확보기준의 고시와 지역균형 발전 예산의 지원, 기족 보호자와 지조모임의 지원 등을 제시하였다.

Ⅲ. 지역사회 정신장애인의 복지지원서비스 빈곤의 구조

1. 정신장애인의 지역사회 보편적 복지서비스전달체계로부터의 배제

우리나라의 정신장애인은 정신질환자를 대상으로 하는 「정신보건법」 및 이를 개정한 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 서비스만을 제공받고, 「장애인복지법」에 따라 설치된 지역사회의 장애인복지시설을 거점으로 하는 보편적 장애인복지전달체계에서는 배제되어 있다. 「장애인복지법」 제2조 제1항, 제2항 제2호 및 동법시행령 제2조 별표 1 장애인의 종류 및 기준 제8호

12) 국가인권위원회, 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 155면.

에 따르면, 정신질환으로 인한 정신장애인도 「장애인복지법」상의 장애인에는 틀림없지만, 「장애인복지법」 제15조는 「정신보건법」의 적용을 받고 있는 정신장애인에 대하여 동법의 적용을 배제할 수 있도록 규정하고 있고, 실제 동법시행령 제13조에 의하여 「장애인복지법」 제34조 제1항 제2호와 3호의 적용을 배제하고 있기 때문이다.

< 장애인복지법 >

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 "장애인복지실시기관"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

< 장애인복지법시행령 >

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.>

이러한 법상태에 이르게 된 연혁을 고찰하면 다음과 같다.

1996년 「정신보건법」이 시행되기 이전까지 정신장애인에 관한 정책과 사업은 「사회복지사업법」에 근거를 두고 수행되었다. 당시 「사회복지사업법」 제2조 제1항에서 “사회복지사업이라 함은 다음의 법률에 의한 보호ㆍ선도 또는 복지에 관한 사업과 정신질환자 및 나완치환자(한센병력자) 사회복귀에 관한 사업 등 각종 복지사업

과 복지시설의 운영 및 지원을 목적으로 하는 사업을 말한다” 라고 규정하고 이를 근거로 정신요양시설이 설치·운영되고 있었다. 적어도 이 시기까지는 정신질환과 연관된 정신장애가 있는 사람들도 보편적 사회복지전달체계에 위치해 있었다고 할 수 있다[13]. 그러나 다른 한편으로 「장애인복지법」의 전신(前身)으로 1981년에 제정된 「심신장애자복지법」에서는 정신장애를 장애의 범주에 포함시키지 않았다[14]. 굳이 말하자면 이 시기에 있어서 정신장애인은 사회복지정책의 대상이기는 하지만, 장애인복지정책의 대상은 아닌, 다소 모호한 상태에 있게 되었다. 그 후 1989년 「심신장애인복지법」이 「장애인복지법」으로 전부 개정된 이후에도 장애인에 대한 정의에는 변화가 없었으므로 위와 같은 법상태가 지속되었다. 그 후 2000년 「장애인복지법」의 개정으로 비로소 정신질환으로 인한 장애가 정신적 장애의 하나로 규정되었고[15], 이에 따라 동법시행령에 정신장애인이 장애인의 한 유형으로 포섭되었다[16].

이러한 상황에서 1995년 12월 30일 「정신보건법」이 제정되어 1997년 3월 1일부터 시행되었다. 같은 법의 제정목적은 ‘정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관한 사항 규정’과 ‘국민 정신건강증진(제1조)이며, 정신장애인이 아니라 정신질환자를 대상으로 하여(동법 제3조 제1항), 정신보건시설, 비자의입원 절차와 치료에 관한 사항들을 중심으로 구성되었다. 「정신보건법」의 제정 · 시행은 정신장애인의 복지서비스 전달체계에 중대한 영향을 미쳤다. 먼저 「정신보건법」은 사회복지사업으로서 정신질환자 요양시설을 운영하던 것을 「정신보건법」에 의한 병원이나 「정신보건법」에 의한 정신요양병원 또는 사회복귀시설로 전환하도록 하였다[17].

---

13) 이하의 기술에 대해서는 조윤화 외, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 지원방안 연구(장애인개발원, 2014), 147면 이하 참조.

14) 심신장애인복지법(1981. 6. 5. 법률 제3452호로 제정되어 1981. 6. 5. 시행된 것) 제2조 이 법에서 ‘심신장애자’라 함은 지체부자유, 시각장애, 청각장애, 음성·언어기능장애 또는 정신박약 등 정신적 결함(이하 "심신장애"라 한다)으로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자를 말한다.

15) 장애인복지법(1999. 2. 8. 법률 제5931호로 전부 개정되어 2000. 1. 1. 시행된 것) 제2조 (장애인의 정의) ① 장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법의 적용을 받는 장애인은 제1항의 규정에 의한 장애인 중 다음 각 호의 1에 해당하는 장애를 가진 자로서 대통령령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. 신체적 장애라 함은 주요 외부신체기능의 장애, 내부기관의 장애등을 말한다. 2. 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

16) 장애인복지법시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준) ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다. ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.3.15.>
[별표 1] 장애인의 종류 및 기준(제2조 관련) 8. 정신장애인(精神障碍人) 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

17) 정신보건법(법률 제5133호, 1995.12.30.) 부칙 제3조 (정신질환자요양시설에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 당시 사회복지사업법에 의한 정신질환자요양시설을 설치한 사회복지법인은 이 법 시행 후 7년 이내에 제10조 제1항의 규정에 불구하고 이 법에 의한 시설기준을 갖추어 정신요양병원 또는 사회복귀시설의 허가를 받아야

그리고 「사회복지사업법」상 사회복지사업에서 '정신질환자 사회복귀를 위한 각종 복지사업과 복지시설의 운영 및 지원'을 제외하였다[18]. 그 후 2007년 「장애인복지법」을 전부 개정하여 동 제15조는 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」과 함께 「정신보건법」의 적용을 받는 정신장애인에 대하여 같은 법에 의한 적용을 배제할 수 있다고 규정하였다. 이에 근거하여 동법시행령 제13조에서 정신보건법의 적용을 받는 장애인에 대하여 같은 법 제34조 제1항 제2호, 제3호에 의하여 제공되는 "국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것"과 "장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것"의 적용을 배제하였다.

지방자치단체가 설치한 장애인복지관 등 장애인 복지시설은 지역사회 장애인에 대한 주요한 복지서비스 전달체계의 거점임에도 정신장애를 가진 정신질환자들이 지역사회 보편적 장애인복지시설과 거기서 제공하는 서비스를 이용할 수 없게 되자, 정신장애인에 대한 지역사회 복지서비스는 지역사회 장애인복지서비스 전달체계에서 배제되는 결과를 초래하였다. 그로 인하여 법체계상으로 정신장애인에 대한 주된 서비스의 전달은 정신보건법에 근거하여 정신보건센타 등 주로 보건·의료전달체계 내에서 다루어지게 되었다[19].

그런데, 「정신보건법」은 '정신장애인'의 문제를 '정신질환자'라는 의료적 관점에서 포착하고, 그나마 정신질환자에 대한 의료서비스도 지역사회의 정신질환자를 중심에 두지 않고 입원치료를 중심으로 한 규율 체계를 구축하면서 정신장애인의 복지서비스의 제공은 입원 치료 후 지역사회에 돌아 와 정상 생활로 복귀할 때까지 사회복귀에 필요한 일시적 서비스 수요만을 염두에 두었다. 의료적으로는 완치되지 않았더라도 정신질환이라는 장애를 안고서 지역 사회에서 자립해서 살아가고자 하는 정신장애인을 위한, 본격적인 지역사회 복지서비스는 거의 고려되지 않았다. 결

한다. 다만, 사회복지사업법에 의한 다른 사회복지시설로 전환하는 경우에는 그러하지 아니하다.

18) 사회복지사업법(1992. 12. 8. 법률 제4531호로 전부 개정되어 1993. 6. 9. 시행된 것)」 제2조 제1항은 '사회복지사업'을 다음의 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인보호·직업보도·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관운영·정신질환자 사회복귀에 관한 사업 등 각종 복지사업과 복지시설의 운영 및 지원을 목적으로 하는 사업으로 정의하여, 정신질환자에 대한 복지사업과 복지시설 운영을 규정하고 있었다. 그러나 「정신보건법」을 제정한 직후 1995년에 「사회복지사업법」제2조 (정의)를 ① 이 법에서 '사회복지사업'이라 함은 다음의 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인보호·직업보도·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관운영·사회복귀에 관한 사업 등 각종 복지사업과 복지시설의 운영 및 지원을 목적으로 하는 사업이라고 개정하여, 사회복지사업의 대상에서 '정신질환자 사회복귀를 위한 각종 복지사업과 복지시설의 운영 및 지원'을 제외하였다. 그러나 1997. 사회복지사업법은 재 개정되어 정신질환자 사회복귀를 위한 각종 복지사업과 복지시설의 운영 및 지원'을 다시 포함하게 되었다(법률 제5358호, 1997.8.22., 사회복지사업법 전부개정). 그러나 이러한 재개정에도 불구하고 정신보건법에 의한 정신장애 서비스의 독점 현상이 달라진 것은 아니다.

19) 조윤화 외(2014), 73면.

과적으로 지역사회에서 정신장애인이 이용할만한 보건복지 인프라나 서비스의 제공은 매우 빈약하고 그나마 제대로 시행되지도 않다. 가령, 지역사회에서 정신의료·보건서비스전달체계[20]의 중심 역할을 해야 할 정신보건센타(정신건강증진센터)조차 자살방지, 청소년 정신건강 등을 중심으로 운영되었고, 정신장애인의 사례관리 및 지역사회통합을 위한 복지서비스 지원은 매우 빈약하여, 결과적으로 지역사회에 돌아 온 정신질환자의 상태가 악화되었을 때 다시 정신병원에 입원을 유도하는 것 이상의 기능을 하지 못하고 있다는 혹독한 비판을 받았다[21].

1981년 「심신장애자복지법」의 시행 이래 다른 유형의 장애인들에 대해서는 탈시설화, 정상화의 선진적 장애인정책 이념을 적극적으로 수용하여 지역사회 복지서비스 제공기관인 장애인복지관을 중심으로 장애인의 니즈에 맞추어 다양하고 세분화된 장애인복지서비스전달체계가 발전하였다. 그러나 보편적 장애인복지서비스 전달체계에서 제외된 정신장애인들은 그러한 발전의 수혜로부터 소외되었다. 반면에 정신장애인들은 「정신보건법」상 지역사회 복지서비스의 빈곤(사회복귀시설의 절대적 부족, 정신보건센타의 복지서비스 기능 부전 등)과 정신의료기관의 확대(정신과전문의의 급증, 정신요양시설의 대형화, 정신병상의 지속적 증가 등)와 같은 현실적 조건과 손쉬운 강제입원절차 등의 지역사회 통합에 역행하는 법제도적 환경 속에서 본인의 의사에 반하는 장기입원의 질곡(桎梏)에 빠지게 되었다.

2. 「정신보건법」상 지역사회 복지서비스의 빈곤

「정신보건법」은 의료적 관점에서 정신질환자를 대상으로 하여 정신병원이나 정신요양시설에의 수용과 치료를 중심으로 입원절차 등을 주로 규정하고, 지역사회

---

20) 「정신보건법」상 정신정신자애인 관련 서비스 전달체계에 관해서는 조윤화 외, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 지원방안 연구(장애인개발원, 2014), 76면 이하.

21) 지역사회 통합을 위한 복지서비스 인프라로서 정신보건센타의 문제점과 한계에 대해서는 이용표 외, “마포구 정신장애인 사망사건을 통해 본 정신보건법제의 개선방안”, 『법과정책연구』 제16집 제1호, 2016. 3., 419면 이하. 정신보건센터 대부분은 입원을 주요 수익으로 하는 정신의료기관에 위탁 운영되고 있다는 점이 지적되기도 한다. 에이블뉴스 2013. 7. 5. 정신장애인 지역사회 생존권을 위한 연대 정신보건법 전면개정안 반대성명서<http://www.ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0011&NewsCode=001120130705092920694255>, 박인환, 정신장애인의 인권과 지역사회통합의 관점에서 본 2016년 정신건강증진법의 평가와 과제, 의료법학 제17권 제1호(2016. 6), 213면 이하. 이에 대해서는 유엔 장애인권리위원회는 협약(CRPD) 제19조 자립생활 및 지역사회로의 참여와 관련하여 한국에서 “장애인을 위한 수용시설과 입소자 수의 증가와 활동보조서비스를 포함하는 지역사회 통합 정책의 결여에서 알 수 있는 것과 같이 장애인의 지역사회통합을 위한 충분한 수단과 탈원화 전략의 효율성이 결여되었다”는 점에 대하여 우려를 표시하며, “장애인의 인권모델에 기초한 효과적인 탈원화 전략을 수립하고 활동보조서비스를 포함하는 지역사회에서의 지원서비스의 확충”을 촉구하였다. <Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea, para. 37-38.>

정신장애인에 대한 복지서비스에 대해서는 입원 치료 후 사회복귀시설에 관한 규정을 두고 있을 뿐이었다. 따라서 「정신보건법」의 제정으로 인하여 「사회복지사업법」에 의한 정신질환자 요양시설을 정신요양병원이나 정신질환자 사회복귀시설로 전환하는 등 「정신보건법」이 사회복지시설까지 관장하게 되었으나, 「정신보건법」은 본질적으로 정신질환에 관한 의료 특별법으로의 성격이 강하고 사회복지적인 성격은 매우 희박하였다[22].

먼저 「정신보건법」은 입원치료 후 지역사회 복귀를 돕기 위하여 사회복귀시설을 규정하기는 하였으나[23], 사회복귀시설에 대한 재정적 지원의 규모가 작았기 때문에 사회복귀시설에 의한 서비스의 제공은 제한적이었다. 그나마 2005년 '정신요양시설, 사회복귀시설'의 지방 이양에 따라 지방정부의 부담이 증가하자, 사회복귀시설 운영 및 기능이 오히려 축소되었다[24]. 정신장애인의 사회통합을 위한 기본 전제인 지역사회 중심의 다양한 거주공간의 확보와는 거리가 먼 것이었다.

다른 한편으로 「정신보건법」 시행 후 1997년에는 지역사회 정신질환자의 보호를 목적으로 전국에 정신보건센터가 설치되기 시작하였으나[25], '정신보건센타(이후 정신건강증진센터)'의 역할이나 기능이 자살방지, 청소년 건강증진 등을 중심으로 운영되면서 '정신장애인 사례관리 및 지역사회통합 지원'은 상대적으로 소홀하였다. 그 결과, 지역사회 정신질환자의 보호를 목적으로 하는 정신보건센타의 확대에도 불구하고 같은 기간 중 정신과 입원병상은 오히려 폭발적으로 증가하였다[26].

---

22) 조윤화 외(2014), 73면.

23) 정신보건법 제정 당시 사회복귀시설로서 1. 정신질환자생활시설 : 정신질환자가 필요한 기간 동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·훈련 등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장애로 인하여 장기간 생활하는 시설, 2. 정신질환자지역사회재활시설 : 정신질환자복지관, 의료재활시설, 체육시설, 수련시설, 공동생활가정 등 정신질환자에게 전문적인 상담·훈련 등을 제공하거나 여가활동 및 사회참여활동 등에 필요한 편의를 제공하는 시설, 3. 정신질환자직업재활시설 : 일반 고용이 어려운 정신질환자가 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 영위할 수 있도록 하는 시설, 4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설을 규정하였다(동법 제16조 제1항). 그 이후 2009년 시행령을 개정하여 동조 제4호의 대통령령으로 정한 시설로서 1. 중독자재활시설: 알코올, 약물 등 유해약물이나 도박, 인터넷 게임 등 유해행위에 의존하거나 그 유해약물이나 유해행위를 남용하여 중독된 정신질환자를 치유하거나 재활을 돕는 시설, 2. 정신질환자생산품판매시설: 정신질환자가 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자가 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설, 3. 정신질환자종합시설: 법 제16조 제1항 제1호부터 제3호까지의 시설과 이 조 제1호·제2호에 해당하는 시설이 2개 이상 결합되어 정신질환자에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련, 심신수련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설을 추가하였다.

24) 사회복귀시설 현황에 대해서는 조윤화 외(2014), 131면 이하.

25) 정신보건센타는 지역사회에 거주하는 정신질환자를 사례관리라는 방식으로 등록하여 직업, 일상생활, 여가활동을 영위할 수 있는 자원을 연계하고 위기상황을 관리함으로써 삶의 질을 향상시키려는 사업목표를 가지고 2010년 말 기준 전국 163개소로 확대되었고, 2016년 현재 전국 기초정신건강복지센타는 209개소이고 등록된 정신질환자는 72,491명에 이른다. 2017년 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고서 8면{원자료 : 2016년 국가정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서(보건복지부·국립정신건강센터) }

26) 1997년 21,513병상에서 2010년 말 76,018병상으로 폭발적으로 증가하였고 2011년 기준 평균재원기간도 OECD국가의 평균의 5배가 넘는 166일로 나타났다. 정신보건센타가 지역사회 정신장애인에 대한 복지서비스 전달에 실패한 원인으로 정신보건센타에 적용된 특유의 '재정관리방식'에서 찾는 견해도 있다. 중앙정신보건사업지원단, 2011. 조윤화 외(2014), 161면.

그 밖에 정신장애인의 지역사회통합을 위해 기본적으로 전제되어야 할 기초생활보장(소득, 의료, 주거 등) 체계 및 활동지원서비스는 장애인의 기초생활보장체계 및 활동지원 체계에 통합되어 지원되고 있다.

첫째, 소득보장체계를 보면[27], 제1차 안전망이라고 할 수 있는 국민연금 등 공적연금 가입을 기초로 하는 장애연금을 받는 정신장애인은 매우 드물다. 정신장애인의 경제활동참여율이 매우 낮기 때문이다. 제2차 안전망이라고 할 수 있는 것이 중증장애인의 소득보장을 위하여 2010년 제정된 「장애인연금법」에 따라 지급되는 '기초연금'과 '부가급여'이다. '기초연금'은 중증장애인의 근로능력의 상실이나 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득에 대하여 지급되며 '부가급여'는 장애로 인한 추가비용에 대하여 지급된다(같은 법 제5조). 이와 같은 장애연금은 소득수준과 장애등급에 따라 장애등급 1, 2급의 장애인 및 3급의 중복장애인(주 장애 3급 및 기타 장애)에게만 지급된다. 따라서 장애의 정도가 비교적 경하다고 보는 장애 3급 이하의 장애인은 장애연금의 대상이 아니다. 그러나 같은 장애 3급이라고 하더라도 3급의 정신장애인은 다른 유형의 3급 장애인에 비하여 사회활동과 관련한 기능이 현저히 약화되어 있다. 더구나 사회적 편견 때문에 노동시장에의 참여가 크게 제약되고 있다. 다른 3급 장애인에 비하여 소득보장의 필요성이 특별히 크다고 할 수 있다. 그러나 이러한 취업등 소득활동과 관련된 정신장애인의 특유한 사정은 장애인의 소득보장체계에 있어서 고려되어 있지 않다. 3차 안전망에 해당하는 것으로 「국민기초생활보장법」에 따라 최소생계 이상의 생활을 유지할 생활능력이 부족한 국민에게 국가가 생활 보장을 위하여 지급하는 '생계급여' '주거급여', '의료급여' 등이 있고(주거급여나 의료급여에 대하여는 별도의 법률도 정함), 그밖에 「국민기초생활보장법」상 생계급여 이외에 장애로 인한 추가지출에 따른 가구 부담의 완화를 위하여 「장애인복지법」에 근거하여 장애가구의 특성 및 소득정도에 따라 경증장애수당 및 장애아동수당, 보호수당 등을 지급하고 있다(같은 법 제49조, 제50조 등).

둘째, 정신장애인의 의료보장체계는 일반국민과 마찬가지로 국민건강보험제도와 저소득층을 대상으로 하는 의료급여제도에 의하여 보장된다. 정신질환자의 경우 장기 입원에 따른 진료비 부담이 크다(정신질환자가 희귀난치성질환자로 등록하는 경우에는 국민건강보험제도에서 본인일부부담금 산정특례가 적용되어 진료비 부담을 경감 받을 수 있다). 만성 정신질환자의 경우 경제활동의 곤란으로 생활능력을 상실하거나 저소득 상태에 있게 되는 경우가 많은데, 정신질환자가 국민기초생활보장 수급권자이거나 근로능력이 없는 경우에는 의료급여법 제3조에 따라 입원 및 외래

27) 조윤화 외(2014), 88면.

진료비용을 지원받을 수 있다. 의료급여법상 제1종 수급자(국민기초생활보장법상 1종 수급대상)의 경우 입원진료비 전액을 지원받으며, 제2종수급자(국민기초생활보장법상 1종 수급대상이 아닌 경우)는 입원진료비의 10%만을 본인이 부담한다. 실제 정신의료기관에 입원한 정신장애인 중 개인부담이 없는 의료급여 1종 입원자는 2011년 통계로 61.5%에 달한다[28]. 하지만 의료급여법에 따른 입원의료비의 전액 지원은 특히 정신장애인의 장기간의 강제입원을 공공재원으로 보장하고, 동 수급자격의 획득을 위하여 가족의 정신질환자에 대한 부양의 포기를 촉진하는 역기능을 초래하였다. 이를 통해서 정신질환자 돌봄에 지친 가족들로서는 정신장애인에 대한 지원을 방기함으로써 정신장애인을 가족관계에서 소외시켜서 사회로부터 격리 수용할 유인이 생기고, 정신의료기관으로서는 시설의 대형화를 통하여 낮은 의료급여 수가로 정신질환자를 수용함으로써, 시설 운영의 이익을 취하는 이익을 갖게 되었다. 공공의료재원의 효율적 활용이라는 관점에서 정신장애인에 대한 의료보장체계를 개선할 필요성이 크다. 가령, 공적 사회보장 재원을 보다 적극적으로 정신질환자의 지역사회 복귀와 회복에 투입함으로써 정신장애인의 사회복귀를 촉진하여 정신질환자의 장기입원을 차단하고 그에 투여되는 공공의료재원을 감축하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

셋째, 정신장애인에 있어서 주거보장은 지역사회 정신장애인의 통합에 있어서 매우 특별한 의의를 갖는다. 지역사회 주거 공간의 확보는 탈원화와 지역사회 통합에 있어서 가장 중요한 요소이기 때문이다. 특히 정신질환자는 장기입원의 과정에서 입원 전 가족의 주거공간에서 자신의 거주공간을 상실하였을 가능성이 크고, 핵가족 시대 가족 간 유대의 약화와 도시 주택의 구조적 한계 때문에 원래 가족의 주거공간으로 되돌아 갈 수 없는 경우가 많다. 따라서 정신장애인의 경우에는 다른 장애 유형에 비하여 주거보장 서비스에 있어서 특별한 배려가 필요하다[29]. 그러나 우리나라에서는 정신장애인은 물론 다른 장애인에 대하여도 고유한 장애인 주거보장체계를 가지고 있지 않다. 일반국민과 마찬가지로 저소득 장애인의 경우 국민기초생활보장법 제11조에 의하여 '주거급여'를 지급받을 수 있을 뿐이다. 다만, 「장애인복지법」 제27조는 국가와 지방자치단체로 하여금 공공주택 등 주택을 건설할 경우에는 장애인에게 장애 정도를 고려하여 우선 분양 또는 임대할 수 있도록 노력할 의무(동 제1항)와 주택의 구입자금・임차자금 또는 개・보수비용의 지원 등 장애인의 일상생활에 적합한 주택의 보급・개선에 필요한 시책을 강구할 의무를 부과하고 있다. 그리하여 공공주택의 분양이나 공공임대주택의 공급에 있어서 장애인에 대한

28) 조윤화 외(2014), 97면.
29) 정신장애인이 주거 선택과 주거 서비스 지원에 관한 욕구에 대하여는 조윤하, 외(2014), 249면 이하 참조.

우선공급이나 특별공급을 받을 수 있다[30].

독립적 주거 공간의 공급 외에 정신장애인의 거주시설로는 장애인복지법 제15조에 따라 일반 장애인 거주시설의 이용은 제한되고, 오직 「정신보건법」상의 사회복귀시설만을 이용할 수 있다. 정신질환자 사회복귀시설 중 정신질환자 생활시설(입소생활시설, 주거제공시설), 정신질환자 지역사회 재활시설(공동생활가정), 정신질환자 종합시설 등을 이용할 수 있다. 이 중 입소생활시설은 50인 이하, 주거제공시설은 10인 이하, 중독자 재활시설은 50인 이하로 생활 인원이 제한되었다[31]. 그러나 '사회복귀시설의 이용 및 운영에 관한 기준[32]에 따르면 해당 시설 입소 및 이용자는 1년마다 정신과 전문의의 진단을 받아야 하고 그 거주기간도 원칙적으로 1년으로 제한되어 있으며 예외적으로 부득이한 사정으로 퇴소가 어렵다고 인정되는 경우 3회까지 연장 가능), 그 총량도 매우 부족한 형편이다[33].

넷째, 활동지원서비스를 살펴보면, 정신장애인은 신체장애인과는 다른 측면에서 활동지원서비스의 수요를 갖게 된다. 즉, 정신장애인은 오랜 입원생활로 인하여 일상생활 수행에 필요한 기능(가령, 신변관리, 청소, 세탁, 식사 준비)이 현저히 손상되어 독립적 생활이 곤란한 경우가 적지 않고, 나아가 사회적 활동과 관련하여 다른 사람과의 의사나 감정의 소통능력이나 교통인프라의 사용 등에 있어서도 어려움을 겪는다. 사회활동의 참여를 통한 회복은 고사하고 혼자서는 집 밖으로의 외출조차 곤란하여 가족의 돌봄하에 있는 경우조차 사실상 집안에 칩거 상태에 있는 정신장애인이 적지 않다. 이와 같은 현저한 활동보조 서비스의 수요와 관련하여 "신체적·정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 제공하는 활동지원급여 등에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이"기 위하여 「장애인 활동 지원에 관한 법률」이 되고 있다. 그러나 동법에 따른 서비스 수급을 위하여 필요한, '활동지원 인정조사표 조사항목 및 인정점수 산정방법'은 일상생활동작영역에 큰 비중을 두는 반면에 수단적 일상생활영역이나 장애특성 고려영역이나 사회환경 고려영역의 비중은 비교적 적은 배점으로 구성하고 있다. 결과적으로 중복장애가 아닌 한 정신장애인의 활동지원서비스의 이용은 극도로 제한되어 있다[34].

다섯째, 정신장애인의 고용 및 직업재활체계는 「장애인 고용촉진 및 직업재활

30) 조윤화 외(2014), 81면 표 참조.
31) 정신보건법 시행규칙 별표 4. 사회복귀시설의 시설 기준 및 수용인원(제10조 관련)
32) 정신보건법 시행규칙 별표 6. 사회복귀시설의 이용 및 운영에 관한 기준(제109조 관련)
33) 조윤화 외(2014), 85면 <표 2-34> 참조.
34) 지적장애 32.5%, 지체장애 19.3% 등에 비해, 정신장애인은 1.1%만이 지원되고 있다고 한다. 조윤화 외(2014)

법」에 의한 장애인 의무고용제도, 「장애인 고용촉진 및 직업재활법」,「장애인복지법」, 「정신보건법」에 의한 직업재활서비스로 나누어 볼 수 있다. 먼저 「장애인 고용촉진 및 직업재활법」에 따른 의무고용제도는 고용취약계층인 장애인의 고용기회 확대를 위하여 일정 수 이상의 근로자를 고용하는 사업주에게 의무적으로 장애인을 고용하도록 하는 제도이다. 현행 「장애인 고용촉진 및 직업재활법」제28조 제1항에 따르면, 상시 50명 이상의 근로자를 고용하는 사업주는 그 근로자의 총수의 100분의 5의 범위에서 대통령령으로 정하는 비율 이상에 해당하는 장애인을 고용하여야 한다. 2016년 기준 국가, 지방자치단체, 공공기관의 의무고용률은 3%이고 민간기업은 2.7%이다(2017년 기준 각 3.2%, 2.9%). 이러한 의무고용률에 미치지 못하는 기업은 장애인고용률에 따라 가산한 부담금을 납입하여야 한다. 그러나 2016년 기준 통계에 따르면[35], 실제 정부 부문 의무고용률은 2.81%, 민간부문 의무고용률은 2.56%에 지나지 않았다. 법정 의무고용률에 미치지 못하고 있는 것이다. 특히 2013년 통계에 따르면 고용의무 사업체에 고용되어 있는 등록장애인 중 지체장애인이 64.0%, 시각 및 청각 장애인인 9.1%, 지적장애인 4.9%, 신장장애인 1.5%, 정신장애인 1.1%이다. 정신장애인의 의무고용비율은 극히 낮아서 정신장애인의 경우 의무고용제에 의한 혜택이 거의 없음을 알 수 있다.

뿐만 아니라 장애인의 고용촉진을 위하여 의무고용제도를 실시하고 있는 가운데 정신질환자의 직업 및 사회활동을 광범위하게 제한하고 있는 결격조항이 존재하는 사실은 우리 사회에서 정신질환자에 대한 편견과 차별이 얼마나 심한 것인지를 보여주고 있다. 정신질환자에 대한 적업활동을 광범위하게 제한하는 범률을 남겨 둔 채 정신장애인의 고용보장을 운위하는 것은 이율배반이 아닐 수 없다[36]. 정신장애인의 고용을 촉진하고 사회적 편견과 차별을 제거하기 위한 제도 정비로서 정신질환자에 대한 결격조항에 대한 발본적 개혁이 시급히 추진될 필요가 있다. 다른 한편으로 「장애인 고용촉진 및 직업재활법」에 따른 직업재활서비스는 고용노동부가 관할하는 데 반하여 「장애인복지법」과 「정신보건법」에 따른 직업재활서비스는 보건복지부에서 관할하고 있다. 다만 「장애인복지법」 제15조에 의하여 정신질환자는 동법에 의한 장애인직업재활시설의 이용이 제한되는 데 반하여 「정신보건법」상의 정신질환자의 직업재활시설은 터무니없이 부족하다[37].

이상 살펴 본 바를 종합하면, 「정신보건법」 제정을 계기로 정신장애인에 대한 복지서비스를 일반 사회복지사업이나 장애인에 대한 보편적 복지서비스에서 배제된

35) 장애인 의무고용 현황 (e 나라지표) <http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1498>
36) 박인환 외, 정신장애인의 차별경험과 지역사회 통합을 위한 연구(2016), 15면 이하.
37) 2013년 기준 전국 6개소에 불과하다. 조윤화 외(2014), 102면.

반면에, 정신보건법에 의한 지역사회 복지서비스는 매우 빈약하여 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지지원 서비스에 중대한 공백이 지속되었다. 무엇보다도 「정신보건법」은 기본적으로 정신장애를 가진 사람을 환자라는 시각에서 바라보며, 환자의 치료 및 사회복귀에 관련된 사항을 규정하는 의료 특별법의 성격이 강하여, 정신질환이 발생한 사람이 의료기관에서의 입원 치료 후 사회복귀시설을 거쳐 가정에 복귀하거나 독립적으로 생활한다는 가정 하에 형성되었으나 현실은 장기입원 후에 복귀할 물리적 주거공간이 없거나 오랜 격리입원과정을 통하여 가족과 단절된 상태에 놓은 사람이 다수이다. 결국 지역사회통합을 위해서는 독립생활이나 가족과의 생활 속에서도 지속적으로 생활지원이 이루어져야 하지만, 의료특별법으로서의 정신보건법의 사회복귀시설에 관한 빈약한 복지서비스 규정만으로는 역부족이었다고 하지 않을 수 없다.

3. 장애인복지법 제15조의 입법목적과 평가

1996년 제정된 「정신보건법」은 정신장애인의 문제를 치료의 관점에서 파악하여 정신장애인에 대한 복지서비스를 보편적 장애인 복지서비스 전달체계에서 분리 배제하여 의료보건 특별법인 정신보건법에 의한 서비스 전달체계로 제한하고, 그들에 대한 지역사회 복지서비스를 퇴원 후 정상적인 사회생활로 복귀할 때까지의 제한된 서비스 수요의 충족에 한정하게 하는 중요한 법제도적 계기를 제공하였다. 그러나 이와 같은 정신정장애인에 대한 복지정책의 중대한 전환이 분명한 정책목표를 가지고 계획적으로 수행된 것인지는 분명하지 않다. 반면에 현재의 각 법률에 관한 체계적 해석에 따르면, 지금과 같은 상황이 필연적으로 도출된다고는 볼 수 없다. 즉, 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계)는 장애인 중 「정신보건법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등의 법률의 적용을 받는 장애인에 대하여 동법의 적용을 배제할 수 있다고 되어 있기는 하다. 그러나 그 취지가 정신장애인에 대하여 일반적으로 동법에 따른 복지서비스를 제공해서는 안 된다는 취지라고 볼 근거는 분명하지 않다. 정신장애인을 보편적 장애인 복지서비스에서 일반적으로 제외하여야 할 어떤 정당한 입법목적도 상정하기 어렵기 때문이다. 정당한 근거가 없이 장애인을 불리하게 대하는 행위는 장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률이 금지하는 장애인 차별행위이다(동법 제4조 제1항 제1호). 다만, 다른 법률에 의하여 같은 내용의 복지서비스를 이미 제공받고 있는 경우에는 중복수혜의 문제가 발생하므로 동법에 의한 서비스를 제한할 현실적 필요가 발생할 수 있다. 따라서

「장애인복지법」 제15조에 의한 정신장애인의 배제는 동법에 의한 복지서비스가 「정신보건법」에 의한 복지서비스와 실질적으로 중복되는 범위 내에서만 정당화될 수 있다. 이러한 전제가 없는 한 「장애인복지법」 제15조에 근거하여 장신장애인에 대한 복지서비스의 제공을 제한하는 하위법령, 즉 장애인복지법시행령 제13조 제2항의 규정은 동법 위임의 한계를 벗어난 위법 부당한 법령이라는 혐의를 벗기 어렵다. 요컨대 장애인복지법시행령 제13조는 행정부의 정책 판단만으로 장애인에 대한 보편적 복지서비스의 제공이라는 장애인복지법의 입법적 결단을 훼손하였다고 볼 수 있다.

그리고 이러한 사태는 장애와 의료 서비스에 대한 주무부서인 보건복지부 내의 경직된 조직체계와 기능분담에서 비롯된 바가 큰 것으로 보인다. 즉, 지역사회 장애인을 위한 보편적 복지서비스를 담당하는 부서는 장애인정책국이다. 이에 반하여 정신장애인(정신질환자)에 대한 서비스를 담당하는 부서는 건강정책국(정신건강정책과)이다. 각 부서는 고유한 담당사무와 그에 관한 입법의 소관부서이다. 국민 건강과 의료를 담당하는 건강정책국 산하의 정신건강정책과는 정신장애인의 문제를 건강정책국의 고유한 사무분장에 따라 주로 의료적 관점에서 파악하고 이를 입법적으로 뒷받침하기 위하여 「정신보건법」을 제정하여 시행한 것이다. 국민건강과 의료정책을 담당하는 건강정책국에서 정신장애인의 복지라는 관점은 애당초 나오기 어려운 것이었을 수 있다. 요컨대 정신장애인에 대한 서비스는 의료와 복지 양 측면이 균형 있게 제공되어야 하고, 그러한 한에서는 장애인정책국과 건강정책국의 기능적 역할 분담이 요청되었음에도 불구하고, 정신질환자의 의료서비스 제공을 주된 목적으로 하는 정신보건법을 계기로 정신장애인의 복지서비스 문제를 의료보건전달체계로 미루고 보편적 장애인 복지서비스 전달체계에서 배제해 버린 것이다. 이것이 결국 지역사회 정신장애인에 대한 복지서비스의 공백을 초래하는 주된 원인이 되었다고 본다. 보건복지부 내 기능적 역할 분담의 실패는 장애인복지법시행령 제13조에서 제한하는 장애인복지법 제34조 제1항 제2호, 제3호와 무관한 그 밖에 장애인 복지서비스에 있어서도 정신장애인의 특성을 고려하지 않는 것으로 나타났다. 앞서 살펴 본 바대로 정신장애인은 그 장애 특성에 따라 다른 장애인의 경우와는 차별화된 고유한 복지서비스의 니즈를 가지고 있다. 같은 3급 장애라 하더라도 정신장애인에게 있어서 취업 등 경제활동의 기회가 제한되어 소극보장의 필요성이 크고, 정신장애인의 고용보장을 위해서는 일반적인 의무고용제도나 직업재활보다 강화된 취업지원체계가 필요하며, 장기 입원 후 지역사회에 복귀하는 정신장애인에게 있어서 주거서비스의 지원이 매우 긴요하다. 장애인 활동지원서비스의 인정기준에 있어서도 정신장애인의 특성에 맞는 판단 기준의 수정이 필요하다. 「장애인복지

법」제15조에 의한 제한을 받지 않는 영역에 있어서도 장애인복지서비스체계에서는 정신장애인의 특성에 대한 이해와 고려가 매우 부족하다.

정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지서비스의 공백을 해결하기 위하여 선택할 수 있는 정책 방향으로서 다음 두 가지 방향이 고려될 수 있었다.

첫 번째는 「정신보건법」을 계속해서 정신질환에 대한 의료특별법으로 남겨 둔 상태에서 지역사회 정신장애인에 대한 복지서비스는 「장애인복지법」을 중심으로 하는 보편적 장애인복지체계에서 관장하도록 하는 방안이다[38]. 동 방안을 추진하는 데에 있어서 「장애인복지법」제15조의 개정이 필요하다는 주장이 있지만 앞서 살펴 본 바대로 체계적 법해석에 따르면, 동법시행령 제13조 제3항의 개정으로 충분하다. 이러한 방안은 기존의 보편적 장애인복지서비스 인프라를 활용할 수 있으므로 빠른 시간 내에 정신장애인에 대한 복지서비스의 내용과 수준을 다른 장애인의 수준으로 맞추어 가는 데에 유리할 수 있다. 문제는 보편적 장애인복지전달체계와 어느 면에서는 주로 신체장애를 염두에 둔 장애인복지서비스의 구조에서 정신장애인의 고유한 복지서비스 니즈를 충분히 수용 충족시킬 수 있는가 하는 문제이다. 현행 장애인복지전달체계에 있어서의 경직성과 정신장애에 대한 전문성의 부족이 우려된다. 이를 위해서는 정신보건전문요원을 지역 사회복지관에 배치하는 등의 조치가 필요하다. 그러나 현재로서는 정신보건전문요원의 근무경력의 인정 문제, 정신보건 사회복지사의 경우 자신의 업무에 대한 전문적 슈퍼비전의 부재 등 정신보건전문요원의 지역 사회복지관 근무의 여건이 마련되어 있지 않다[39]. 이러한 문제를 해결하기 위하여 보편적 장애인복지전달체계를 활용함은 물론 정신장애인에 고유한 복지 수요를 반영한 보완적 복지서비스체계를 병행하여 구축하는 방법도 고려할 수 있다. 정신장애인에 보다 전문화되고 특화된 서비스는 정신장애인에 특화된 복지서비스전달체계를 구축하고 일반 장애인들과 공유될 수 있는 서비스에 대해서는 기존의 장애인복지 전달체계를 이용함으로써 정신장애인에 대한 복지 니즈에 유연하게 대처할 수 있다는 점이 장점이다. 가령 「발달장애인 권리 보장 및 지원에 관한 법률」도 그러한 사례의 하나로 평가될 수 있을 것이다.

두 번째는 보편적 장애인복지서비스 공급체계를 정신장애인의 니즈를 고려하여 개편하는 것의 어려움을 고려하면 정신장애인의 고유한 복지서비스 공급 체계를 구축하는 것을 고려할 수 있다. 실제로 정신의료기관을 통한 정신장애인 격리·수용과 지역사회에서의 독립생활 지원인프라 미발달 문제를 해결하기 위해서는 정신장애인

38) 이러한 주장으로 이미 조윤화 외(2014), 358면.
39) 정병오, 정신건강 복지전달체계에 대한 지역사회의 요구와 도전, 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집 (2017. 5), 94면.

의 권리와 지원에 관한 법률의 제정을 통해 정신질환의 관리와 정신장애인 복지문제를 독립적인 문제로 해결책을 모색해야 한다는 주장이 제기되었다[40]. 「정신보건법」은 사회통합 서비스의제도적 근거를 제공하였지만 서비스가 상정한 기능이 질병의 회복을 위한 적응 기간이라는 측면에서 전반적인 삶의 문제에 접근하려는 사회복지서비스와 기능상 상이하다는 것이다. 실제 2014년에는 정신장애단체들은 '정신보건법 바로잡기 공동대책위원회'를 구성하여 정신장애인의 지역사회 통합을 위하여 필요한 사회복지서비스를 중심으로 '정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안(이하 정신장애인 복지지원법 이라고 칭한다)'을 마련하여 의원발의 법률안(김춘진 의원 대표발의)으로 국회에 제출하였다[41]. (그러나 동 법률안은 독립 법률로 성립을 보지 못하고 그 취지의 일부가 일부 반영되어 정신보건법을 전부 개정한 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」이 성립되었다.) 이러한 방향은 정신장애인의 고유한 서비스 니즈에 보다 적합한 서비스공급체계를 구축할 수 있다는 점에서 유리하다. 그러나 기존의 보편적 장애인 복지서비스공급 체계와 별도로 새롭게 독자적인 서비스 전달체계와 인프라를 구축하여야 한다는 점에서 앞서의 방법보다 더 많은 조직과 비용, 시간이 필요할 것이다.

어찌되었든 최종적으로 국회는 후자의 방향으로 입법적 결단을 하여 「정신보건법」을 전부 개정하여 정신질환자에 대한 의료서비스 외에 지역사회 정신질환자의 복지서비스를 지원하기 위하여 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」을 제정 시행하게 되었다. 개정법이 앞서 제기된 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지서비스의 공백이라는 정책과제를 해결할 수 있을지 살펴 볼 필

40) 조윤화 외, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 지원방안 연구(장애인개발원, 2014), 152면, 359면.

41) 동 법률안의 주요 내용은 다음과 같다. 가. 이 법은 정신장애인의 의사를 최대한 존중하여 정신장애인의 특성 및 복지 욕구에 적합한 체계적인 지원과 효과적인 권리보장에 필요한 사항을 규정함으로써 정신장애인의 사회참여를 촉진하고 정신장애인이 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 함(안 제1조). 나. 보건복지부장관은 정신장애인의 자립과 사회참여를 촉진하기 위하여 정신장애인지원종합계획을 5년마다 수립하도록 함(안 제7조). 다. 정신장애인에 대한 계획수립 및 정책의 수립 등에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 중앙정신장애인복지위원회를, 시·도지사 소속으로 지역정신장애인복지위원회를 설치·운영하도록 함(안 제8조 및 제9조). 라. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 복지서비스의 신청을 받은 즉시 관할 지역의 지역정신장애인복지지원센터에 복지서비스 대상자 여부 등에 관한 심사를 의뢰하고 그 심사결과를 고려하여 복지서비스 대상자로의 선정 여부 및 복지서비스 내용 등을 결정하도록 함(안 제12조). 마. 국가와 지방자치단체는 정신장애인을 위하여 복지서비스 개발, 고용 및 직업훈련 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 소득보장, 지역사회 거주·복귀 지원, 심리·사회적 재활지원 등을 실시하도록 함(안 제15조부터 제22조까지). 바. 국가와 지방자치단체는 정신장애인의 가족을 위하여 정보제공과 교육, 상담지원, 휴식지원 등을 실시하도록 함(안 제23조부터 제25조까지). 사. 보건복지부장관은 정신장애인에 대한 통합적인 지원체계를 마련하기 위하여 중앙정신장애인복지지원센터를 설치하도록 하고, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 복지서비스 대상자의 심사, 정신장애인의 권리보호 활동, 정신장애인과 그 가족에 대한 상담 등을 담당하는 지역정신장애인복지지원센터를 설치하도록 함(안 제26조 및 제27조).
아. 정신장애인생활시설·정신장애인지역사회재활시설 등 이 법에 의한 정신장애인복지시설을 설치·운영할 수 있도록 함(안 제28조 및 제29조). 자. 국가와 지방자치단체는 정신장애인의 자립과 사회참여를 제고하기 위하여 정신장애인자립생활센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공할 수 있도록 함(안 제35조).

요가 있다.

4.「정신건강복지지원법」의 한계와 과제

(1) 개정법의 개요

「정신보건법」의 한계로서 정신질환자에 대한 서비스와 보호에 있어서 정신병원 및 정신요양시설에서의 입원 치료나 요양을 중심으로 시설 보호를 중심으로 하고 정신질환자의 지역 복귀와 회복에 대한 지원과 서비스에는 매우 취약하다는 점이 지적되어 왔다. 이러한 비판을 수용하여 「정신보건법」을 전부 개정한「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」은 정신장애인 복지지원에 관한 내용을 수용하여 정신장애인의 지역사회로의 복귀와 통합을 위하여 각종 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 위한 근거 규정을 신설하였다(동법 제33조 내지 제38조). 의료법으로서의 성격이 강한「정신보건법」에 복지지원법으로서의 내용이 통합됨에 따라 법명도「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법이라고 약칭함)로 변경되었다.

정신건강복지법의 신설 규정에 따르면, 정신질환자의 지역사회 복귀와 회복을 위하여 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다(동법 제33조). 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 하며(제34조 제1항), 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다(제2항). 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 지역별로 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 하고 그 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(제35조 제1항, 제2항). 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다(제36조). 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며(제37조 제1항), 이를 위하여 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합

지원을 위하여 노력하여야 한다(제2항). 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는 데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다(제38조).

정신장애인의 복지니즈를 수용하였음에도 불구하고 개정 당시부터 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의한 정신질환자에 대한 지역사회 복지서비스의 가능성에 대하여 회의적인 시각이 적지 않았다. 지역사회 복지서비스에 관한 규정이 추상적이고 그나마 강행 규정이 아니라 국가나 지방자치단체의 노력의무로 약화된 것이 적지 않기 때문이다. 이러한 규정들은 국가나 지방자치단체의 시혜적 조치를 기다릴 수밖에 없고 이는 전적으로 필요한 예산의 확보에 좌우될 수밖에 없다. 그러나 정신장애인의 지역사회 통합을 위하여 당장 제공되지 않으면 안 되는 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책의 강구(제37조 제1항)나 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 조치(제34조 제1항, 제2항) 등에 있어서는 이를 단순한 프로그램 규정으로 볼 수 없으며, 국가나 지방자치단체에 그에 필요한 조치를 취하여야 할 책무를 부과하고 있는 것으로 보아야 할 것이다.

정신건강복지법의 전부 개정 취지에 비추어 적어도 장애 유형에 따른 차별이 발생하지 않도록 보편적 장애복지서비스에 준하는 복지서비스를 정신장애인에게 제공하여야 하고, 나아가서는 정신장애인의 지역사회 통합을 위하여 정신장애인에게 특유한 복지서비스를 제공하지 않으면 안 된다. 이와 같은 관점에서 개정 정신건강복지법을 평가하기 위하여 지역사회 복지서비스에 관한 장애인복지법과 개정 정신건강복지법 및 정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안(정신장애인복지지원법안 으로 약칭함)을 비교 검토하는 것이 필요하다.

(2) 입법목적

입법목적에 있어서 세 법률(안)은 모두 장애인의 인간다운 삶을 궁극의 입법목적으로 제시하고 있지만, 「장애인복지법」이 국가와 지방자치단체의 책임을 강조하고 “장애발생 예방과 장애인의 의료·교육·직업재활·생활환경개선 등에 관한 사업을 정하여 장애인복지대책을 종합적으로 추진하며, 장애인의 자립생활·보호 및 수당지급 등에 관하여 필요한 사항”등 포괄적이면서도 구체적인 사항을 열거하고 있는 데 반하여, 정신건강복지법은 의료법적 측면과 사회복지적 측면을 아울러서 “정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항”이라고 다소 일반적 추상적인 규정을 하고 있어서 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지 지원이라는 의의는 강조되어 있지 않다. 이에 반하여 정신

장애인 복지지원 등에 관한 법률안에서는 “정신장애인의 의사를 최대한 존중하여 정신장애인의 특성 및 복지 욕구에 적합한 체계적인 지원과 효과적인 권리보장에 필요한 사항”을 규정하여 정신장애인의 자기결정과 권리보장의 측면이 강조되어 있어 입법목적이 보다 명확히 제시되어 있었다.

(3) 기본이념 및 정신장애인의 권리

정신장애인복지법에서는 그 기본이념에서 완전한 사회 참여와 평등을 통하여 사회통합을 강조하고 인간의 존엄과 가치, 경제 사회활동에 참여할 권리, 장애인 관련 정책결정에 참여할 권리 및 정책결정과 시행에 있어서 당사자의 참여권이 열거되어 있다. 이에 대하여 정신건강복지법은 정신질환으로부터 보호 및 치료받을 권리, 정신질환자의 차별금지, 미성년 정신질환자의 교육 등 특별한 배려, 입원의 최소화와 지역사회 치료 와 자의 입원의 우선, 입원 정신질환자의 자유로운 환경과 의견 교환, 주거, 의료, 복지 서비스에 있어서 자기결정권 존중, 자기에게 법률적 사실적 영향이 있는 사안에 대한 자기결정, 정책결정에 대한 참여권 등을 규정하고 있다. 기본이념과 장애인의 권리라는 면에서는 정신건강복지법은 정신질환자 차별금지, 지역사회 중심의 치료, 자의입원의 권장 등을 열거하는 한편, 정신장애인 복지지원법안의 내용을 반영하여 신체나 재산에 대한 자기결정권, 정책결정에 대한 참여권 등이 추가되어 전반적으로 정신장애인에게 보다 적합하고 구체적인 사항 등을 규정하고 있다. 특히, 정신건강복지법 제2조 제7항 자기결정권의 존중 및 제8항 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리는 정신장애인의 장애 특성에 적합한 내용의 것으로서, 정신장애인의 권익옹호 내지 의사결정지원을 위한 구체적인 시책을 수립하여 시행할 필요가 있다. 이는 유엔장애인권리협약의 국내적 이행과 관련하여 협약 제12조 법적능력의 향유와 그 행사를 지원하기 위한 법제도적 조치로서도 긴요한 과제이다. 이와 관련해서는 특히 정신장애인의 입원 치료에 대한 동의, 주거의 결정 등과 관련한 의사결정지원 서비스를 제공하는 것이 긴요한 과제이다.

(4) 국가, 지방자치단체의 책임

국가와 지방자치단체의 책임의 면에서도 정신건강복지법은 정신장애인 복지지원법의 내용을 수용하여 정신건강서비스 전달체계를 확립, 정신질환자 등에 대한 권

익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책의 수립과 추진, 차별과 편견 해소를 위한 적극적인 조치 등을 열거함으로써 장애인복지법과 비교하여 보다 적합하고 구체적으로 국가나 지방자치단체의 책임을 규정하였다.

(5) 장애인정책의 수립과 조사 등

장애인복지법에서는 보건복지부장관이 5년마다 장애인정책종합계획을 수립하는 것에 대응하여 정신건강복지법에서 보건복지부장관은 각 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획을 수립하여야 하고(제7조 제1항), 정신질환자의 인권과 복지증진 추진사항에 관한 백서를 발간하여 공표하여야 하며(제7조 제6항), 정신질환에 관한 실태 조사를 하여야 한다.(제9조) 나아가 광역지방자치단체장은 국가계획에 따라 광역 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획을 수립하여야 한다(제7조 제2항). 아울러 보건복지부장관과 시·도지사는 각각 국가계획과 지역계획에 따라 매년 시행계획을 수립·시행하여야 하고, 시장·군수·구청장 역시 매년 관할 시·도의 지역계획에 따라 시행계획을 수립·시행하여야 한다(제8조). 정신장애인의 정책의 수립과 그 시행에 관한 한 장애인복지법에 있어서보다 더 구체적이고 체계적인 조사와 정책 수립을 규정하고 있다. 아울러 장애인복지법은 장애인종합계획의 수립과 관계부처 간 의견 조정, 그 이행의 감독 평가를 위하여 국무총리 산하에 장애인정책조정위원회를 설치하고 지방에는 장애인정책의 효율적 수립 시행을 위하여 장애인정책책임관을 두며 장애인복지 관련 사업의 기획, 조사, 실시의 심의를 위하여 지방장애인복지위원회를 설치하도록 하였다. 이에 대하여 정신건강복지법은 정신건강에 관한 중요 사항의 심의를 위하여 광역 또는 기초 정신건강심의위원회를 두고 있을 뿐 종래 「정신보건법」 제27조에 의하여 운영되던 보건복지부장관 소속 '중앙정신보건심의위원회'를 폐지하고, 복지 지원과 관련하여서는 중앙과 지방에 별도의 위원회를 두지 않았다. 그 대신 정신건강증진 관련 국가계획과 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원체계와 제도의 발전에 관하여 국민건강증진법에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 받도록 하고 있다.

그러나 정신장애인의 복지 지원에 관한 사항의 심의를 국민건강증진정책심의위원회에 맡기는 것이 내용적으로 적절한지는 의문이다. 국민건강증진법은 "국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로" 하는 법률(동법 제1조)로서, '국민건강증진사업'이란, "보건교육, 질병예방,

영양개선, 건강관리 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업”을 말하며, 국민건강증진에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 보건복지부 설치된 것이 국민건강증진정책심의위원회이다. 동법의 목적이 국민건강증진사업의 내용 등에 비추어 동 위원회는 주로 국민건강 즉, 의료와 보건에 관한 사항을 심의하기 위하여 설치된 위원회임을 알 수 있다. 이러한 기관이 정신장애인의 복지 지원에 관한 사항을 심의하는 데에 적합성이 부족하다고 볼 수밖에 없다. 정신건강복지법으로의 개정에도 불구하고 정신장애인 복지정책에 있어서 구 정신보건법 이래의 동법의 한계로 누누이 지적되어 왔던 의료 보건적 관점이 여전히 영향을 미치게 될 가능성이 크기 때문이다. 정신건강복지법의 새로운 성격과 향후의 복지지원에 관한 과제의 중요성에 비추어 독립적인 위원회의 설치가 필요하다. 종래 의료적 관점에서 설치 운영되고 있던 정신건강심의위원회를 정신장애인의 건강과 복지에 관한 사항을 모두 아우를 수 있는 위원회로 새롭게 발전시키는 방안(정신건강심의위원회의 입원의 기간 연장 퇴원 및 처우 개선 심사 기능을 입원적합성위원회에 이관하여 정신장애인에 관한 정책 심의로 역할과 기능을 집중하는 것도 고려할 수 있다)을 검토할 필요가 있다. 만약 독립적 위원회의 설치가 어렵다고 하면 국민건강증진정책심의위원회보다는 오히려 장애인정책조정위원회의 심의를 받도록 하는 것이 적절할 수 있다.

(6) 장애인 복지시설

「장애인복지법」 제15조 및 동법시행령 제 조에 따라 정신장애인은 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 직접 제공하거나 그 시설에 위탁되어 제공되는 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받을 수 없다. 장애인복지시설로서 정국적으로 기초자치단체에 설치되어 있는 장애인복지관에서 제공되는 서비스를 정신장애인은 받을 수 없는 것이다. 이러한 복지서비스의 공백을 매우기 위하여 개정 정신건강복지법에서는 정신재활시설의 설치를 규정하고 있다. 먼저 「장애인복지법」 제58조에 따른 장애인복지시설은 장애인거주시설, 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 장애인의료재활시설, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설(장애인 생산품 판매시설, 동법시행령 제36조) 등으로 나누어진다. 이에 대하여 정신건강복지법은 정신장애인 재활시설로서 생활시설, 재활훈련시설, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설(생산품 판매시설, 중독자재활시설, 종합시설, 동법시행령 제16조)를 규정하고 있다. 「장애인복지법」상 거주시설이 동법에 의하여 정한이 30명 이하로 제한되어 있는 데 비하여 정신건강복지법상 생활시설은 동법 시행규칙에

따라 50명 이내로 정원의 제한이 있다는 점에서 차이가 있고, 정신건강복지법상 재활훈련시설은 「장애인복지법」상 장애인지역사회재활시설과 장애인직업재활시설의 가능이 통합된 것이다. 장애인복지법상 장애인의료재활시설에 해당하는 역할은 정신건강복지법상 정신건강복지센타에서 맡을 것을 예상되고, 그 밖에 대통령령으로 정한 판매시설은 공통되며, 여기에 정신건강복지법에 있어서는 중독시설과 복합시설의 유형이 추가되고 있다. 그 밖에 장애인복지법상 장애인거주시설은 동법 시행규칙 별표 제5에 따라 장애유형별 거주시설과 중증장애인거주시설, 장애영유아거주시설, 장애인 단기거주시설, 장애인공동생활가정으로 세분화되어 있고, 장애인지역사회재활시설은 장애인복지관, 장애인주간보호시설, 장애인체육시설, 장애인수련시설 등으로 세분화되어 있다. 이에 반하여 정신장애인 시설은 아직은 세분화되어 있지 못하다. 이는 정신장애인의 다양한 복지시설 니즈에 대한 법제적 대응의 면에서 미흡한 점이라고 할 것이다. 정신건강복지법상 정신재활시설이 정신장애인이 퇴원 후 지역사회에서 정상생활로 복귀·회복할 때까지 비교적 단기간(원칙적으로 1년)의 적응기간에 복지시설 서비스를 제공하는 것을 염두에 두고 비교적 단순하게 재활시설을 설계되었다. 그러나 이러한 전제는 개정 정신건강복지법 하에서는 더 이상 유효하지 않다. 정신건강복지법이 본격적으로 정신장애인의 지역사회 통합을 지향하는 한, 상당한 정신질환의 문제를 안고서 지역사회에 복귀하여 회복을 시도하는 정신장애인을 장기간에 걸쳐 지원하는 것을 염두에 두어야 한다. 이를 위해서 보다 장기적 관점에서 다양한 복지시설 서비스의 제공을 고려하여야 한다. 그러기 위해서는 정신장애인 생활시설 등에 있어서도 적어도 「장애인복지법」상의 다양한 주거생활시설에 준하는 복지시설을 제공할 수 있어야 할 것이다. 그 밖에 정신장애인의 장애 특성에 따라 요청되는 특수한 복지시설의 수요에 대해서도 적극적으로 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 이와 관련하여 정신장애인복지법안에서 제시하였던 정신장애인쉼터는 정신건강복지법에 반영되지 못하였다. 정신장애인의 특성상 정신적 위기상황에 직면할 수 있고 이때 정신장애인이 정신장애인 쉼터를 활용하여 일정한 기간을 휴식을 취하면서 정신적 위기상황을 관리할 수 있도록 조력할 필요가 있다. 이러한 시설은 특히 비자의입원 등 정신장애인에 대한 높은 수준의 개입을 억제하기 위한 유효한 수단이 될 수 있다는 점에서 정신장애인에 특유한 복지시설 수요라고 할 수 있다. 이점에 있어서는 정신장애인쉼터와 같은 정신장애인의 생활 수요에 적합한 다양한 복지시설을 제공할 수 있도록 법제 기반을 확보할 필요가 있다.

(7) 자립생활지원 및 복지서비스에 관한 상담과 지원 등

장애인이 지역사회에 통합되어 자립생활을 영위해 나가기 위해서는 다양한 복지서비스의 지원이 필요하다. 특히 정신장애인의 경우에는 의사결정능력이 저하된 정신장애인이 자신에게 적합하고 필요한 복지서비스를 효과적으로 이용하기 위해서는 복지서비스의 이용에 관한 상담과 조력이 필요하다. 이와 관련하여 정신건강복지법은 입법적 준비가 미흡한 것으로 생각된다. 장애인복지법의 경우에는 제32조의3 복지서비스에 관한 장애인지원 사업 또는 제34조 재활상담 등의 조치를 통하여 장애인 복지서비스에 관한 상담과 장애인복지시설에서 제공하는 복지서비스로의 연계 등을 지원하고 있다. 이에 반하여 정신건강복지법은 구 정신보건법상 정신보건센타를 개편한 정신건강복지센타에서 정신건강증진사업의 제공이나 이에 연계한 사업을 전문적으로 수행하기 위하도록 하고 있으나, 복지 서비스에 대한 지원과 서비스의 연계는 본연의 업무로 하고 있지 않다. 결국 기관명에서 '복지'라고 하는 표시를 하고 있음에도 불구하고 법률상 전신건강 이외에 복지서비스의 지원과 연계에 관해서는 어떤 법률상의 근거도 마련되어 있지 않다. 이러한 제도적 공백은 특히 정신장애인은 그 장애의 특성 때문에 스스로 지역사회 복지 자원을 효과적으로 이용하기 어렵다는 점에서 복지서비스의 지원에 있어서 중대한 공백을 초래할 가능성이 크다. 이와 대조적으로 정신장애인복지지원법안에서는 지역에 정신장애인 복지지원센타를 설치하여 개별 정신장애인에 대하여 개인별 복지서비스지원계획을 수립하고(법안 제13조) 이를 지역의 복지서비스 제공기관과 연계할 것을 규정하고 있다(제14조). 나아가 정신장애인복지지원법안에서는 정신장애인을 위한 사회서비스 제공기관을 지정하여 정신장애인의 복지서비스 전달 기능을 담당시키는 한편, 사회서비스 이용권에 관하여 규정함으로써 바우처 방식의 복지서비스 제공을 규정하고 있다. 특히 정신장애인의 복지서비스 제공을 위한 서비스전달체계와 시설 인프라가 부족한 상황에서 바우처 방식의 복지서비스 공급은 그 대안의 하나로 고려할 만하다. 「장애인복지법」제15조에 의하여 지역사회 보편적 장애인 복지서비스 인프라를 이용할 수 없는 상황에도 불구하고 개정 정신건강복지법이 이에 관한 입법적 고려가 보이지 않는다. 정신장애인의 지역사회 복지서비스의 빈곤이 주로 복지서비스 전달체계의 미확립과 관련되어 있다는 점에서 향후 정신장애인의 지역사회 복지서비스를 어떤 방식으로 공급할 것인지에 대한 입법적 검토가 필요하다.

다른 한편으로 장애인복지법은 장애인의 자립생활지원을 위하여 장애인복지법은 제53조에 장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조 서비스의 제공 등 필요한 시책을 강구하고 제55조에서 중증장애인이 일상

생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있도록 규정하고 있는 한편, 제54조에서 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인 자립생활지원센타를 통하여 그에 필요한 각종 지원서비스를 제공하도록 하고 있다. 정신장애인 복지지원법안 제35조에서도 이에 관한 정신장애인의 지원 수요를 고려하여 정신장애인 자립생활센타를 설치하여 이를 통하여 필요한 지원서비스를 제공하도록 규정하였다. 그러나 이러한 내용은 개정 정신건강복지법에 반영되지 못하였다. 그 밖에 활동지원서비스에 관한 한 정신장애인의 욕구와 특성을 고려하여 활동지원 서비스의 종류를 보다 다양화하고 활동지원서비스 인정기준을 정신장애인의 특성을 고려한 것으로 개정할 필요가 있다.

이상 살펴 본 바와 같이 지역사회 정신장애인의 복지서비스를 효과적으로 이용하여 자립생활을 영위하기 위하여 필요한 지원서비스에 중대한 공백이 있음을 알 수 있다. 이것은 정신건강복지법으로의 전환에도 불구하고 새롭게 규정된 복지 서비스의 효율적 이용을 지원하기 위한 새로운 복지서비스 전달체계가 수립되어 있지 않다는 점을 보여준다. 지역사회 정신장애인의 복지서비스 전달체계를 어떻게 형성할 것인지에 대한 검토가 필요하다. 구 정신보건법상 의료 보건 서비스의 전달에 주된 역할을 해온 정신보건센타를 이름만 정신건강'복지'센타라고 바꾸었다고 하여 새로운 역할과 기능을 기대할 수는 없기 때문이다. 정신건강복지센타에 있어서 효율적인 복지서비스 전달체계의 확립과 운영을 위해서는 의료적 관점과 복지적 관점이 적절한 균형을 유지할 필요가 있다. 이를 위해서는 정신건강복지센타의 설치 방식과 조직 구성 면에서 있어서 완전히 새로운 차원에서의 검토가 필요하다.

(8) 복지서비스의 다양성

「장애인복지법」제56조는 장애동료 간 상담을 지원하도록 규정하고 있다. 정신질환의 경험을 가진 동료상담가의 상담과 지원은 정신장애인의 권익을 옹호하고 의사결정을 지원하는 활동에 있어서 매우 효과적인 방법으로 평가되고 있다. 그러나 정신건강복지법에는 별도의 규정을 두고 있지 않다. 정신장애인의 권익옹호와 자립생활 지원에 유용한 서비스로서 정신장애인을 위한 동료상담지원 서비스를 제공할 필요가 있다. 이를 위해서는 정신장애인 동료전문가를 양성 교육하고 이를 인증하는 체계를 구축할 필요가 있고 이를 위한 근거 법령의 마련이 필요하다. 이 역시 정신건강복지법에 있어서 입법적 보완이 필요한 사항이다.

장기입원 후 퇴원한 정신장애인의 지역사회 복귀를 지원하기 위하여 사회적응훈련은 필수적이다. 이에 관하여도 「장애인복지법」제19조에서 규정하고 있으나, 정

신건강복지법에는 별도의 규정을 두고 있지 않다. 아마도 정신건강복지법 제37조에 의한 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원 시책의 하나로 고려되어야 할 것이다. 「장애인복지법」에는 명확한 구체적 규정이 없으나 정신건강복지법에는 문화·예술·여가·체육활동 등의 지원에 관한 규정을 두고 있다. 다른 한편으로 정신장애인 복지지원법안에서는 소득보장(법안 제19조), 지역사회 거주·복귀 지원(법안 제20조), 심리·사회적 재활지원(법안 제21조), 지역사회 안정화 지원체계 구축(법안 제22조) 등 정신장애인의 지역사회 통합에 있어서 필요한 고유한 복지서비스의 제공을 규정하고 있었다. 개정 정신건강복지법 제37조에 의거하여 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원을 위한 시책에 있어서 그 내용을 참고할 필요가 있다.

Ⅳ. 일본의 정신장해자 복지지원체계

1. 일본의 정신장해자 복지지원체계의 변천

일본에서도 패전 직후 장해자(障害者) 복지지원 체계에 있어서 신체장해자에 관해서는 1949년 신체장해자복지법이 제정되고, 1960년에는 정신박약자복지법(현, 지적장해자복지법)이 제정되었지만, 정신장해자에 대해서는 오랫동안 정신위생법이라는 보건의료대책의 틀 내에서 관련 시책(施策)이 실시되어 왔다. 따라서 1970년 제정된 심신장해자대책기본법에 있어서도 의료를 필요로 하는 정신장해자는 심신장해자에 포함되지 않는다고 해석되었다.

그 후 1980년대 이후 1981년 장해자의 년(年), 1982년 유엔의 장해자에 관한 세계행동계획의 채택, 1983년부터 '유엔 장해자의 10년' 등에서 위 행동계획의 구체화 요청 등의 영향과 특히 우즈노미야(宇都宮)병원에서의 입원환자의 학대 사망사건을 계기로 수용법(收容法)이라는 비판을 받던 정신위생법이 1987년 정신보건법으로 개정되었다.

개정된 정신보건법에 있어서는 인권에 대한 배려와 적절한 의료 및 보호의 확보와 함께, 정신장해자의 사회복귀시설이 법정화되고, 정신장해자의 사회복귀의 촉진이 열거되기 시작하였다. 이어서 1993년 심신장해자대책기본법이 장해자기본법으로 개정되면서 비로소 정신장해자를 장해자로 규정하였다. 이를 계기로 종래 의료

의 대상인 환자로만 다루어졌던 장신장해자가 비로소 다른 장해와 마찬가지로 장해자로서 법률상 위치지워지게 되고, 장해자기본법은 정신장해자에 대한 복지서비스의 근거법이 되었다[42]. 이어서 동법과 정합성을 고려하여 정신보건법도 정신보건복지법으로 개정되게 되었다.

정신장해자가 장해자로 위치지워진 다음, 일본정부는 2004년 9월 '정신장해자의 료복지의 개혁 비젼'을 발표하고 거기서 정신보건의료복지개혁의 기본사고로서 '입원의료중심에서 지역사회생활중심으로'라는 방향으로 추진해 가기 위하여 국민각층의 의식의 변혁, 뒤처진 정신보건의료복지체계의 재편과 기반 강화를 10년간 추진해 갈 것을 제시하였다.

한편 이 보다 앞서 2003년에는 복지서비스에 있어서 이용자에 의한 서비스의 선택에 따라 이용자와 서비스 제공자의 계약에 의해 서비스가 제공되는 지원비(支援費)제도가 시행되었으나, 서비스 이용자의 증가와 한 사람 당 이용량의 증가 등에 의하여 재정파탄의 결과가 초래되었다. 이러한 문제점을 완화하기 위하여 2005년 장해자자립지원법이 성립되었다. 동법에서는 신체장해, 지적장해, 정신장해의 세 분야의 장해자 시책을 일원화(一元化)하고, 그 때까지 재택계(在宅系), 시설계(施設系)로 나뉘어져 있던 서비스체계를 재편성, 개호급부, 훈련등 급부, 지역생활지원사업과 같이 급부내용에 의한 구분으로 이행, 종래 복지 취로(就勞)에 대신 일반 취로를 중심으로 취로시책의 강화, 시정촌에 의한 서비스 지급결정에서 장해정도구분의 일차판정 결정의 감안을 통한 결정 프로세스의 명확화, 이른바 응익부담(應益負擔)원칙에 따른 정률(定率) 이용자 부담원칙을 새롭게 확립하였다. 나아가 개호급부와 훈련등 급부에 대해서는 의무 부담으로 정부가 2분의 1을 부담하도록 하여 정부의 재정적 책임을 명확히 하고, 도도부현 및 시정촌의 장해자복지서비스에 관한 계획 수립이 법적의무가 되었다[43].

그러나 응익부담((應益負擔) 원칙의 도입은 경제적으로 어려운 장해자의 생활권(生活權)을 위협하는 것으로 전국적 반대운동과 위헌소송을 불러일으켰고, 정권교체와 함께 정부와 반대운동단체가 동법의 폐지에 합의하고 대체 입법을 제정하기로 하였다. 동 합의에 근거하여 2012년 '장해자의 일상생활 및 사회생활을 총합적으로 지원하는 법률'이 제정되어 2013년 시행되기에 이르렀다[44].

---

42) 高柳功 외, 三訂精神保健福祉法の最新知識(中央法規, 2015), 182면 이하.
43) 高柳功 외, 三訂精神保健福祉法の最新知識(中央法規, 2015), 188면 이하.
44) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 43면.

2. 정신보건복지법의 변천과 구조

우즈노미야병원 사건을 계기로 그때까지 전후 일본의 정신장해자 법제의 중심으로 인권옹호에 관한 법절차를 결여하여 조치입원(措置入院)을 중심으로 하는 수용법(收容法) 이라는 비판을 받았던 정신위생법은 1987년 입원환자의 인권과 사회복귀를 고려한 정신보건법으로 개정되었다. 개정 정신보건법의 주된 내용으로 첫째 입원환자의 인권보장을 위하여 임의입원, 입원시 고지의무, 인권옹호 불복청구, 처우개선 및 퇴원 청구, 정신의료심사회, 정기병상보고의 심사 등의 제도가 마련되었고, 둘째로 사회복귀의 촉진을 위하여 정신장해자 사회복귀시설제도가 창설되었다. 이에 근거하여 도도부현 · 시정촌 및 사회복귀법인등이 정신장해자생활훈련시설(援護寮), 복지 홈, 정신장해자수산(授産)시설[45]을 설치할 수 있게 되었다.

이를 계기로 법의 목적에도 사회복귀와 국민 건강의 보지증진(保持增進)이 추가되고 법명도 정신위생법에서 정신보건법으로 변경되었다[46]. 그 후 1993년에는 정신장해자의 정의를 확대하고 보호의무자를 보호자로 변경하는 한편, 정신장해자 생활훈련시설 등에 더하여 정신장해자지역생활원조사업(그룹 홈)을 법정화하고, 제2종 사회복지사업으로 위치지워 공동주거시책을 확대하고, 새롭게 정신장해자의 사회복귀를 위하여 여러 과제를 연구하고 사회복귀 촉진을 위한 홍보활동, 재활, 원조에 관한 지도등 을 할 목적으로 정신장해자 사회복귀촉진센타를 설치하게 되었다[47].

그 후 1993년 장해자기본법, 1994년 보건소법 대신 지역보건법이 제정되고 장해자기본법에서 정신장해자를 장해자로 위치지움에 따라 장해자기본법과의 정합성을 확보하기 위하여 1995년 정신보건법을 대폭 개정하여 정신보건 및 정신장해자복지에 관한 법률(정신보건복지법)이 성립되었다. 동법은 제1조 법률의 목적으로 '자립과 사회경제활동에의 참가의 촉진을 위하여 필요한 원조'를 추가하고, 새롭게 정신장해자보건복지수첩제도의 신설하고, 사회복귀시설 4유형(援護寮, 授産施設, 福祉홈, 福祉工場), 사회적응훈련사업이 법정화되고 공비부담의료의 보호우선의 규정이 마련되었다[48]. 그리고 도도부현 뿐만 아니라 시정촌, 사회복귀법인 기타의 자도 사회복지사업법의 정함에 따라 정신장해자 지역생활원조사업을 할 수 있도록 규정하고, 정신보건복지센타, 보건소의 역할에 관한 규정이 삽입되었다. 그러나 정신보건

45) 심신상의 고장으로 일반기업에 취직하기 어려운 사람이 자립해서 생활하는 것으로 목표로 일을 할 수 있는 시설로 시설은 지자체로부터 보조금을 받아 임금을 지급하는 시설이다.
46) 高柳功 외, 三訂精神保健福祉法の最新知識(中央法規, 2015), 180면.
47) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 11면.
48) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 39면.

복지법으로 명칭이 변경되어 목적에 새롭게 복지에 관한 문언이 추가되었으나 이로써 정신장해자의 사회복귀가 촉진되었다는 인상은 별로 없으며 이는 개정의 목적의 실제 목적이 정신의료비에 있어서 정부 지원의 공부우선에서 보험우선으로 의료비 부담원칙의 변경에 있었다는 지적[49]이 있을 뿐 아니라, 정신장해자수첩제도에 관한 공청회 등에서 후견생노동성의 정산장해자 정책에 대한 혹독한 비판이 제기되어 동 정신보건과에 있어서 정리한 자료(精神保健法の歴史と精神保健福祉法へ改める背景)에서 종래 정신의료정책을 '사회방위적 기능에 중점을 둔' '정신병원 수용주의'로 지인하고, 행정기관으로 종전의 활동에 대한 진지한 반성을 바탕으로 신속하고 착실하게 관련 제도와 시책의 개선을 도모하겠다는 표명을 하였다. 나아가 같은 해 12월에는 총리대신이 본부장인 장해자대책추진본부에서 1993년에서 2002년까지의 장해자 대책에 관한 신장기계획을 구체화하는 중점 시책계획으로서 장해자 플랜을 수립하여 입원환자 33면 명 가운데 수만 명이 지역의 보건복지기반이 갖추어지면 사회복귀가 가능하다고 제시하고 처음으로 지역생활지원센타의 설치가 제기되고, 정신장해자 사회복귀시설의 정비에 관한 구체적인 수치목표를 제시하였다. 즉, 사회복귀시설과 그룹 홈, 소규모작업소 등 복지시설과 의료내 데이(day)시설을 1천 개소 가량 정비하면 지역에서 9만 명을 케어하고 2002년까지 정신과입원환자의 3만 명을 감소시키겠다는 목표를 처음 제시하였다[50].

2001년에는 정신장해자복지시책의 효과적 수행을 위하여 정신보건복지담당과를 포함하는 장해보건복지부는 사회 원호국 아래로 이관되었 보다 명확하게 복지시설의 대상으로서 정신장해자를 위치지우게 되었다[51].

동법은 1999년 다시 개정되어 정신보건지정의의 권한과 의무를 강화하고, 이송입원제도를 신설하고 보호자의 의무를 경감하는 한편, 지역케어를 중시하여 시정촌의 역할을 더욱 강화하여 다른 장해자와 마찬가지로 정신장해자의 원조의 중심으로서의 역할을 맡기고 인권옹호 및 지역 케어의 방향에서 정신장해자복지센타가 행정기관의 창구에서 맡았던 정신의료심사회의 사무, 통원의료비 부담사무, 정신장해자보건복지수첩의 교부업무등이 정신보건복지센타로 이관하여 동 센타의 전문원조기관으로서의 역할을 강화하였다.

그 후 2005년 탈시설화의 방향성을 구체화하는 시책으로서 주거서비스, 고용을 위한 훈련등 지역생활지원서비스를 중시하는 자립생활지원법이 성립되어 모든 장해인에 대한 서비스가 일원화되었다. 이에 따라 정신보건법에 의하여 설치 운영되던

49) 高柳功 외, 三訂精神保健福祉法の最新知識(中央法規, 2015), 184면.
50) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 40면.
51) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 41면.

정신장해인 사회복귀시설은 2006년부터 2011년까지의 경과조치기간 내에 동법에 의한 장해복지서비스로 이행되게 되었다(동법 부칙 제1조).

자립생활지원법은 신체, 지적, 정신 3 장해의 생활지원 서비스의 격차를 해소하기 위하여 도도부현 단위에서 시정촌 단위의 서비스 전환됨에 따라 2005년 정신보건복지법도 개정되어 정신병원에 대한 지도감독체제를 강화하고, 긴급입원에 대한 특례와 임의입원환자의 처우, 시정촌의 상담체계의 강화 등이 도모되었고, 2010년에는 도도부현에 대한 정신과구급의료체제정비의 노력의무, 정신보건의지정의에 대한 정신의료체제 확보를 위한 협력의무, 정신장해자의 지역생활의 안정을 위한 각 직종의 유기적 연계를 배려한 일반상담지원사업자와의 연계, 시정촌, 정신보건복지센타 및 보건소에 대하여 상담원지원시 복지사무소 기타 관계행정기간과의 밀접한 연계를 요청하는 규정이 삽입되었다[52].

3. 장해자총합지원법과 정신장해자 복지시책

장해자자립지원법이 재원부족과 장해당사자에게 수익자부담을 적용하여 그 부담을 전가하는 것에 대한 혹독한 비판을 받아 2012년 새롭게 「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」(장해자총합지원법)이 성립되었다.

동법 제1조는 입법목적에 대하여 “장해자기본법의 기본 이념에 따라 신체장해자복지법, 지적장해자복지법, 정신보건 및 정신장해자 복지에 관한 법률, 아동복지법 기타 장해자 및 장해아 복지에 관한 법률과 함께 장해인 및 장해아가 기본적 인권을 향유하는 개인으로서의 존엄에 걸맞은 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 필요한 장해복지서비스에 관련된 급부, 지역생활지원사업 그 외의 지원을 종합적으로 실시함으로써 장해자 및 장해아 복지의 증진을 도모하는 동시에, 장해 유무에 관계없이 국민이 서로 인격과 개성을 존중하는 안심하고 살 수 있는 지역사회의 실현에 기여”함을 목적으로 한다[53].

그 주된 내용은 다음과 같다.

첫째, 장해자자립지원법에서는 지원 대상이 신체장해자, 지적장해자, 정신장해자(발달장해자 포함)에 한정되었으나, 본법에서는 일정한 난치병 환자가 대상으로 추

52) 古屋龍太, 精神保健福祉に關する制度とサービス(홍문당 2014), 15면.
53) 이하의 기술에 관해서는 「障害者総合支援法」制定までの経緯と概要について」 <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_shofuku_explain.html>

가되었다.

둘째, 그간 '장해정도구분'이 지적장해, 발달장해, 장신장해 상태를 적절히 반영하지 못하고 있다는 지적을 바탕으로 장해의 다양한 특성 기타의 심신 상태에 따라서 필요한 표준적인 지원의 정도를 종합적으로 나타내는 것으로 "장해지원구분으로 개정되었다(2014 개정). 특히 지적장해 및 정신장해에 대해서는 컴퓨터 판정(일차 판정)에서 낮은 판정되는 경향에 대하여 적절한 배려 기타 필요한 조치를 강구하였다.

셋째, 장애자의 고령화·중증화에 대응하고 정든 지역의 거주지의 장 확보의 관점에서 "공동생활개호(케어 홈)"은 "공동생활원조(그룹 홈)"으로 일원화하고 그룹 홈에서 외부서비스이용형을 신설하는 한편 지금까지 중증 지체장해자를 대상으로 하던 중증방문간호서비스를 중증 지적장해 및 정신장해자도 이용 가능하게 하고 지역이행지원에 대해서는 그동안 시설에 입소한 장애자 및 정신과병원에 입원 중인 정신장애자 뿐 아니라 지역에서의 생활에 이행하기 위해서 중점적인 지원을 필요로 하는 자도 대상으로 추가하였다.

넷째 시정촌의 지역생활지원 사업의 필수사업으로, 장애자에 대한 이해를 높이기 위한 연수·계발, 장애인과 그 가족, 지역 주민 등이 자발적으로 갖고 활동에 대한 지원, 시민 후견인 등의 인재 육성·활용을 도모하기 위한 연수, 의사소통지원을 하는 사람의 양성(수화 봉사원의 양성 등)이 추가되었다. 그리고 도도부현이 실시하는 지역생활지원사업의 필수사업으로는 의사소통지원을 실시하는 사람 가운데 특히 전문성이 높은 자를 양성하고 또는 파견하는 사업(수화 통역사, 요약 필기자 촉 수화 및 손가락 점자를 하는 사람의 양성 또는 파견을 상정), 의사 소통지원을 하는 사람의 파견과 관련된 시정촌 상호간의 연락조정 등 광역적인 대응이 필요한 사업이 추가되었다.

다섯째, 장애복지계획에 반드시 정해야 하는 사항에 '서비스제공체제의 확보에 관련된 목표에 관한 사항'과 "지역생활지원사업의 종류별 실시에 관한 사항'을 추가하고 이른바 PDCA 사이클[54]에 따라서 장애복지계획을 재검토하도록 규정하는 등 서비스제공체제를 계획적으로 정비하기 위한 규정이 신설되었다. 또한 자립지원협의회의 명칭에 대해서도 지역의 실정에 맞추어 정할 수 있도록 하는 동시에 당사자나 가족의 참가가 법에 명기되었다.

54) Plan(계획))、Do(실행)、Check(확인)、Action(행동)의 업무 관리 방법.

4. 소결

일본에서도 패전 직후에는 정신장애인을 장애인복지시책의 대상에서 제외하고 보건의료법인 정신위생법에 의한 입원치료 중심의 시책을 시행함으로써 수용법이라는 혹독한 비판을 받았다. 우즈노미야 병원 사건 등을 거치면서 입원치료 중심에서 지역사회 복귀를 중심으로 정신장해인을 장해복지서비스의 대상으로 인식의 전환이 일어나면서 1993년 장해자기본법에서 정신장해자를 장해자복지정책의 대상인 장해자로 규정하겠다. 이를 계기로 정신위생법이 정신장해인의 사회복귀를 고려한 정신보건법의 전환되었다. 그 후 장해자기본법과의 정합성을 고려하여 정신보건복지법으로 전환하고 동법에 근거하여 사회복귀시설 등 사회복귀사업을 시행하였다. 그러나 그 후 장해자자립지원법의 시행을 계기로 신체장해, 지적장해, 정신장해 등 3유형의 장해를 구별하지 않고 통일적인 복지서비스 대상으로 함으로써 정신보건복지법상의 정신장해자의 사회복귀를 위한 사회복귀시설사업은 동법에 의한 장해복지서비스 사업의 하나로 전환하도록 하였다. 이를 계기로 의료 및 복지에 관한 연구와 상담 지원을 사업 내용으로 하는 정신장해자사회복귀촉진 센타 외에 사회 복지와 관련한 대부분의 서비스는 다른 장해자와 함께 장해자자립생활지원법 내지 장해자총합지원법에 의하여 정신장해인에 대한 차별 없이 다른 장해인과 동등하게 제공받게 되었고, 정신 장해의 특성을 고려하여 그 서비스의 폭을 확대해 가는 추세에 있다고 할 수 있다.

Ⅴ. 결론 : 현행 법제의 개선방향

「장애인복지법」 제15조에 근거한 정신장애인의 보편적 장애인 복지전달체계에서의 배제와 「정신보건법」상 복지서비스의 빈곤의 문제를 해결하기 위하여 「정신보건법」을 전부 개정한 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」이 성립되었다. 개정법은 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 복지서비스의 제공에 관한 여러 규정을 신설함으로써, 「장애인복지법」과는 별도로 정신장애인의 복지서비스 체계를 구축하는 정책방향을 선택하였다. 이러한 정책적 선택에는 장단점이 있으나 이러한 정책의 목적을 실현하기 위해서는 일정한 전제 조건 내지

법적 조치가 필요하다.

첫째, 이러한 정책 방향은 정신장애인을 위한 독자적인 복지서비스 전달체계의 구축을 필요로 한다. 그러나 개정법은 이에 관한 고려가 불충분하다. 「정신보건법」상 “정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시”하기 위한 지역의 정신보건센타를, “정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행”하게 하기 위한 정신건강복지센타로 개편하였으나, 복지서비스의 제공과 연계는 정신건강증진사업에 부수한 ‘등(等)’의 해석에 맡겨져 있을 뿐 복지서비스의 제공과 연계를 위한 구체적인 정책 전망은 보이지 않는다. 이는 의료특별법인 「정신보건법」을 정신장애인 복지법안과 통합 입법함으로써 의료보건 서비스 전달체계로부터 정신장애인의 복지서비스전달체계를 분리하지 않은 데에서 비롯된 문제이다. 서로 다른 관점과 내용의 서비스 전달체계를 단일 체계로 조직 운영하는 것은 쉽지 않은 일이다. 특히 정신보건법 하에서의 정신보건센타의 한계가 분명히 드러난 만큼 향후 정신건강복지센타를 중심으로 정신건강복지법에 의한 복지서비스의 제공과 연계를 수행하기 위해서는 그에 필요한 조직과 인력의 재편이 불가피하다. 요컨대 정신건강증진센타에 있어서 의료보건과 복지지원의 균형과 조화라는 관점에서 센타의 설치와 조직 구성, 운영이 재검토되어야 할 것이다. 센타의 조직과 기능 전환에 수반되는 시간과 어려움을 고려한다면, 정신장애인복지법안에서 고려되었던 지역사회에 정신장애인에 대한 복지서비스 제공기관을 지정 위탁하거나, 바우처 방식의 서비스 제공 방식을 병행하는 것도 고려해 볼만 하다.

둘째, 정신건강복지법에 의한 복지서비스 지원이라는 정책의 선택이 「장애인복지법」상 보편적인 장애인복지서비스의 포기를 의미하지 않는다. 실제 앞에서 살펴본 바와 같이 정신건강복지법에서는 정신장애인의 지역사회 통합에 필요한 복지서비스를 열거하여 규정하고 있으나 그것만으로 지역사회 정신장애인의 복지 수요를 충족시킬 수 있다고 볼 수 없다. 여전히 「장애인복지법」상 보다 다양하고 구체적인 복지서비스에 대한 수요가 정신장애인에게 존재한다. 따라서 「장애인복지법」 제15조 및 동시행령 제13조 제3항에 의한 지역사회 장애인복지시설에서의 정신장애인 차별의 문제는 해결하지 않으면 안 된다. 앞서 살펴 본 바대로 이는 「장애인복지법」 제15조의 문제가 아니라 동조의 규정 취지에 배치되는 동시행령 제13조 제3항의 문제이다. 따라서 동시행령 제13조 제3항을 폐지하거나 동 항의 규정을 다음과 같이 개정할 필요가 있다.

< 장애인복지법시행령 제13조 제3항 개정안 >

법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의하여 서비스를 제공받는 정신장애인은 본법에 의하여 제공되는 그에 상응하는 동등한 서비스를 이용할 수 없다. 본법에 의하여 제공되는 서비스 가운데에 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의하여 제공되는 서비스와 동등한 것에 대해서는 보건복지부령으로 정한다.

위 시행령의 개정으로 정신장애인은 중복 수혜가 되지 않는 한 「장애인복지법」상 제공되는 복지서비스를 지역사회 장애인 복지시설에서 제공받을 수 있고 이와는 별도로 정신건강복지법상 정신장애인에게 특화되어 제공되는 서비스를 제공받을 수 있다. 두 법률에 의하여 각각 제공되는 서비스의 목적과 내용이 실질적으로 동등한 경우에는 정신장애인이 자신의 조건과 지역사회 복지기관의 사정에 맞게 해당 서비스와 그 제공기관을 선택하여 이용할 수 있다. 실제 정신장애인에 대한 지역사회 복지서비스 인프라의 부족을 고려하면 정신장애인 복지서비스 제공기관을 새롭게 설치하기 보다는 오랫동안 장애인 복지서비스를 제공해 온 경험이 풍부한 지역사회 장애인 복지기관을 활용하여 정신건강복지법상의 복지서비스를 제공하는 것이 보다 현실적일 수 있다. 이러한 사정까지 아울러 고려하면 장애인복지법시행령 제13조 제3항의 개정은 불가피하다.

셋째, 정신장애인의 지역사회 장애인 복지기관의 이용이 가능해졌다고 하더라도 실제 지역사회 장애인복지기관에서 정신장애인에 대한 복지서비스를 제공할 수 있는 조직과 인력이 준비되어야 한다. 정신장애인의 특성상 일반 사회복지사가 정신장애인에 대한 서비스를 제공하는 데에는 전문성 부족으로 인한 한계나 문제점이 예상되기 때문이다. 따라서 지역사회에서 정신장애인에 대한 복지서비스를 제공하고자 하는 기관은 정신보건전문요원 등 인력의 보강을 고려할 필요가 있다. 그런데 앞서 살펴 본 바대로 정신보건복지에 전문성이 높은 정신보건전문요원이 지역사회 복지기관에서 근무할 수 있는 제도적 여건이 마련되어 있지 않다. 이와 같은 사정이 향후 지역사회 복지기관을 정신장애인 복지서비스 제공기관으로 활용하는 것에 걸림돌이 되지 않도록 관련 제도와 규정을 정비할 필요가 있다. 요컨대 지역사회 복지기관이 정신장애인에 대한 서비스 제공에 적극적으로 나설 수 있도록 제반 제도적 여건을 점검하고 준비하여야 한다.

넷째, 정신장애인의 보편적 장애인복지서비스 이용을 제한하는 제도적 장벽으로서 장애인복지법시행령 제13조 이외에 정신장애인의 장애 특성을 고려하지 않은

서비스 제공기준을 들지 않을 수 없다. 장애인의 소득보장이나 고용촉진에 있어서 정신장애인은 같은 등급의 다른 장애인에 비하여 현저히 불리한 여건에 놓여 있다. 장애인 의무고용제도에 의한 정신장애인의 취업률이 불과 1% 대에 머물고 있는 현실은 정신장애인 취업의 어려움을 잘 보여 준다. 정신장애인에 대한 취업지원 서비스와 소득보장에 있어서 이러한 사정이 적극적으로 고려될 필요가 있다. 장애인활동지원 서비스에 있어서도 일상생활수행동작기능을 중심으로 하는 서비스 인정기준은 정신장애인에게 매우 불리하다. 정신장애인의 특성을 고려한 활동지원 기준이 개정이 필요하다. 나아가 주거서비스와 관련해서도 장기입원 후 퇴원한 정신장애인의 지역사회 정착을 위해서는 주거의 확보가 매우 절실하지만, 이에 대한 고려는 매우 미흡하다. 앞서 살펴 본 대로 현행 사회복귀시설은 기본적으로 단기(원칙적으로 1년 이내)의 사회복귀기간 동안의 서비스만을 염두에 두고 있고 그나마 예상 수요에 비하여 매우 과소하다. 정신장애인의 주거서비스 수요의 중요성 등을 고려하여 정신장애인 주거서비스 제공에 있어서 특별한 정책적 배려가 필요하다. 아울러 다른 장애 유형과는 달리 정신적 위기상황에 대비한 정신장애인 위기 쉼터와 같은 정신장애인에게 고유한 서비스 수요도 충분히 고려되어야 할 것이다.

장애 안에 차별

: 장애인복지법 제15조의 문제점과 개정 방안 토론회

<토론>

좌장: 제철웅 (한양대학교 법학전문대학원 교수)

지정토론1: 염형국 (공익인권법재단 공감 변호사)

지정토론2: 유동현 (한국정신장애인자립생활센터 소장)

지정토론3: 박재우 (한국정신보건사회복지학회 정책기획위원장)

지정토론4: 이문희 (한국장애인단체총연맹 사무차장)

지정토론5: 보건복지부 장애인권익지원과

■ 지정토론 1

장애인복지법 15조 개선방안 토론

염형국 변호사(공익인권법재단 공감)

1. 정신건강복지법의 한계

1995년 정신보건법 제정의 주된 이유는 제정 당시 기도원 등 사각지대에 놓여있는 수용소에서 정신질환자들의 인권이 유린되는 상황과 정신질환자들에 의해 발생 가능한 범죄들에 대한 예방이 필요하다는 것이었다. 그러나 1998년 정신보건법의 시행 이후 정신의료기관의 병상수의 증가와 입원, 수용의 장기화라는 정신질환자에 대한 시설수용화가 급속하게 이루어지게 되었다. 이는 정신보건법 제정의 주된 이유에도 반하는 결과이고, 정신질환자 탈시설화라는 전세계적인 조류에도 역행하는 것이다. 이러한 현상은 기존 정신보건법의 사회방위적 성격과 본질에서 나타난 필연적인 결과라고 볼 수 있다.

2016년 5월 국회 본회의를 통과하여 2017년 5월 30일부터 시행되고 있는 이번 정신보건법 전면개정법은 우선 법명칭을 『정신보건법』에서 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』 로 변경하였고, 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소, 전 국민 대상의 정신건강증진의 장 신설, 비자의 입원·퇴원 제도 개선, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공에 관한 장 신설 등의 내용을 담고 있다.

개정법 명칭에도 반영되어 있는 '정신질환자 복지서비스 지원'에 관한 내용은 제4장에 규정되어 있고, 제33조(복지서비스의 개발), 제34조(고용 및 직업재활 지원), 제35조(평생교육 지원), 제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원), 제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원), 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육)로 구성되어 있다. 그런데 제35조(평생교육 지원)·제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원)에 관해서는 이를 구체화한 하위법령이 존재하지 않고, 제34조(고용 및 직업재활 지원)·제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원)에 관한 하위법령은 그에 관한 실태조사를 할 수 있다는 근거일 뿐이다. 제33조(복지서비스의 개발)의 하위법령은

복지지원에 관한 내용이 아닌 정신질환자 복지서비스 '연구지원체계 구축'에 관한 내용이고, 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육)의 하위법령은 복지지원이라기보다는 예산이 거의 들지 않는 가족에 대한 정보제공과 교육에 관한 세부내용이다.

즉, 정신'보건'법에서 정신건강'복지'법으로 바뀌어 정신건강과 정신질환자 복지를 모두 규정하는 듯하지만 '정신건강복지법'에서 규정하는 '복지'는 알멩이는 빠진 허울좋은 껍데기에 불과하다. 이는 법형식의 문제일 수도 있지만, 이 법을 담당하는 주관부서의 문제인 듯하다. 정신건강복지법은 복지부 내에서 건강정책국 산하 '정신건강정책과'에서 담당하고 있다. 정신건강복지법을 다루는 주관부서는 '정신건강'에 관한 정책부서일 뿐 정신질환자(정신장애인)의 복지에 관해서는 관심도, 마인드도 없는 부서이기 때문이다. 오히려 정신질환자(정신장애인)의 복지에 관한 정책을 정신건강정책과에서 다룸으로써 정신장애인에 대한 복지서비스는 장애인복지체계에서 제외되어 보건소 산하의 의료체계로 다루어지고, 정신건강복지법에서도 장애인복지법에서도 제대로 된 복지서비스를 지원받기 어려운 복지의 사각지대에 처해왔고 현재도 정책의 사각지대에 놓여져 있는 것이다.

2. 일본의 정신장애인 관련 법제 변화[55] 및 우리 정신건강복지법 개정에 의한 정신장애인 복지지원

1995년 정신보건법 제정시 일본의 정신보건법을 거의 그대로 답습하였다. 일본의 정신건강정책은 치안적 모델→ 의료적 모델→ 지역사회통합모델의 순으로 변화해왔다. 1890년 제정된 『정신병자감호법』은 정신질환자를 배제·격리하여 이들로부터 사회를 보호하는 것이 주된 목적이었다. 가족이 자택에 정신질환자를 가두는 사택감치를 기본으로 하였고, 자택에서 감치할 수 없는 경우에는 공립수용소나 정신병원에서 이들을 감호하였다. 1950년 『정신위생법』이 제정되면서 일본의 정신건강정책은 의료모델로의 전환기를 맞았다. 의료모델은 치안모델에서 완전히 벗어나기 보다는 사회방위의 명목으로 사택감치 내지 수용시스템을 병원의 입원시스템으로 덧입힌 것에 가까웠다. 1984년 우츠노미야 병원사건(간호사의 구타로 정신질환자가 사망한 사건)으로 국제사회의 질타를 받게 되면서 새로이 『정신보건법』(1987년)이 제정되었다. 정신질환자의 사회복귀이념이 천명되었고, 임의입원(자의

55) 홍선미 외, 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사, 2016. 국가인권위원회 연구보고서 참조

입원) 절차, 응급입원제도 및 정신의료심사위원회제도가 신설되었으며, 사회복귀시설에 관한 규정을 추가하였다. 1995년 『정신보건법』을 『정신보건 및 정신장해자 복지에 관한 법률』로 개정함으로써 정신장애인에 대한 보건과 복지의 연계를 도모하며, 이들의 자립과 사회참여 촉진을 위한 복지시책을 법률상으로도 명확히 하였다. '정신장해자 복지수첩'이 만들어지고, 의료를 포함하는 보건복지서비스 통합이 시도되었다. 현재는 『장애인자립지원법』(2005년)에 의해 신체장애, 지적장애, 정신장애에 대한 서비스가 통합적으로 제공되는 근거를 마련하였고, 『장애인종합지원법』(2012년)에 의해 정신장애인의 지역사회 서비스가 같이 제공되고 있다.

우리나라는 2016년 『정신보건법』에서 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』 로 전면개정됨으로써 일본이 지난 1995년 『정신보건법』을 『정신보건 및 정신장해자 복지에 관한 법률』로 개정함으로써 형식상으로는 일본의 경로를 좇아가는 것으로 보여진다. 그러나 앞서 지적한 바대로 우리 정신건강복지법에서 '복지'는 알멩이는 빠진 허울좋은 껍데기에 불과하여 향후 정신건강복지법이 개정되어 정신장애인에 대한 복지지원에 관한 내용을 확충한다고 하더라도 얼마나 기능을 할 수 있을지는 심히 미지수이다. 정신건강복지법의 주관부서가 '정신건강'정책과이고, 전달체계가 '보건'소인 한, '복지'정책이 제대로 추진되고, 시행되기는 어떻게 보면 요원한 일이기 때문이다. 그리하여 토론자는 정신건강복지법 개정에 의한 정신장애인 복지지원은 반대한다.

정신장애인의 복지지원이 제대로 되려면 지금 당장이라도 장애인복지법을 개정하여 일본과 같이 전 장애인을 포괄하는 장애인종합지원법 형태로 바뀌어야 하고, 이를 통해 신체장애·지적장애·정신장애에 대한 복지서비스가 통합적으로 제공되어야 한다.

3. 장애인복지법 15조 개정 v. 장애인복지법시행령 개정

장애인복지법 제15조(다른 법률과의 관계)는 장애인 중 「정신보건법」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등의 법률의 적용을 받는 장애인에 대하여 동법의 적용을 제한할 수 있다고 되어 있다. 그 입법취지는 정신보건법의 적용을 받는 정신장애인과 국가유공자법 적용을 받는 국가유공자가 장애인복지법에 의해 중복 수혜를 받지 않도록 하여 복지예산의 낭비를 줄이고자 하는 데에 있는 것으로

보여진다. 두 개의 법 적용에 의한 중복수혜를 막고자 장애인복지법의 적용제외를 규정하였지만, 그로 인해 정신장애인은 장애인복지법에 의해서도, 정신보건법(뿐만 아니라 정신건강복지법)에 의해서도 복지지원을 받지 못하는 사각지대에 놓여진 것이다. 정신장애인을 보편적 장애인 복지서비스에서 일반적으로 제외하여야 할 어떤 정당한 입법목적도 상정하기 어렵지만, 현재 실무는 보편적 장애인 복지서비스에서 일반적으로 제외되어 있다.

발제자께서는 장애인복지법 15조의 개정은 불필요하고, 동법시행령 13조 3항의 개정으로 충분하다고 의견을 개진하고 있다. 동법시행령 13조 2항의 개정안으로 *"법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의하여 서비스를 제공받는 정신장애인은 본법에 의하여 제공되는 그에 상응하는 동등한 서비스를 이용할 수 없다. 본법에 의하여 제공되는 서비스 가운데에 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의하여 제공되는 서비스와 동등한 것에 대해서는 보건복지부령으로 정한다."*고 제안하였다. 그러나 토론자의 의견으로는 그런 방식으로는 정신장애인이 충분한 복지지원을 받기는 요원하다고 생각된다.

복지의 관점에서 정신장애인(정신질환자) 복지문제를 해결하기 위해서는 정신장애인에 대한 장애인복지법 '적용'이 원칙이 되어야 하지, '제한'이 원칙이 되어서는 안된다. 예컨대 발달장애인의 경우에 발달장애인만을 위한 별도의 법(발달장애인지원법)이 제정되어 시행 중이다. 발달장애인을 위한 별도의 지원법이 있지만 장애인복지법에서는 발달장애인에 대해 적용제한 규정을 두고 있지 아니하다. 오히려 발달장애인지원법 제7조(다른 법률과의 관계)에서는 '발달장애인의 권리보호나 복지지원에 관하여 이 법에서 정한 사항에 대하여는 다른 법률에 우선하여 이 법을 적용한다'고 규정하여 발달장애인지원법에서 적용하지 않는 사항은 다른 법(장애인복지법)이 보완하여 적용될 수 있도록 하고 있다. 정신장애인의 고유한(혹은 특수한) 사항은 타 장애인과 다르게 추가적으로 규정할 필요가 있지만, 그러한 추가적 수요가 장애인복지법 적용을 배제시키는 사유로 작동하여서는 안된다.

장애인복지법 15조가 정신장애인에 대하여 일반적으로 동법에 따른 복지서비스를 제공해서는 안 된다는 취지라고 볼 근거는 분명하지 않지만, 장애인복지법의 주무부처인 장애인정책과도, 정신건강복지법의 주무부처인 정신건강정책과도, 보건소와 민간전달체계도 장애인복지법 15조에 의해 정신장애인에 대하여 일반적으로 장애인

복지법에 따른 복지서비스를 제공하지 않는 것으로 해석하고 정책을 집행하고 있다. 따라서 이는 장애인복지법시행령을 개정할 사항이 아니라 장애인복지법 15조를 개정하여 정신장애인을 이 법에서 제외시키는 근거를 삭제하여 정신장애인도 장애인복지의 '적용대상'임을 천명하여야 한다.

4. 정신장애인 탈원화를 위한 전략

발제자는 서두에서 유엔장애인권리협약 및 유엔장애인권리위원회의 한국정부에 대한 최종견해, OECD의 한국 정신보건에 대한 권고내용, 국가인권위원회의 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 등을 언급하며 정신질환(내지 정신장애)을 가졌다는 이유만으로 정신병원이나 정신요양시설에 가두어 지역사회에서 배제시켜서는 안되고, 환자의 인신구속을 최소화시키고 지역사회에 통합된 삶을 살 수 있도록 지원체계를 갖추어야 한다고 역설하고 있다. 이러한 의견에 토론자도 백번 공감한다. 그런데 정신장애인의 탈원화 문제는 장애인복지법 15조의 문제와는 다른 논의가 필요하다. 장애인복지법 15조(혹은 동법시행령 13조 3항)은 정신장애인의 복지지원의 근거를 장애인복지법으로 할지, 정신건강복지법으로 할지의 문제라고 하면 정신장애인의 탈원화는 지역사회 복지지원의 근거를 마련한다고 해서 자동적으로 해결될 수 있 문제가 아니기 때문이다.

정신장애인의 탈원화를 위해서는 ①입구를 엄격하게 통제하기 위한 사법입원제도 마련과 ②출구의 제약을 해결하기 위한 탈시설전환지원이 필요하다. 우선 현행 정신건강복지법상 입원제도는 입원요건강화-평가입원과 치료입원 구분-입원적합성 심사 도입으로 정리될 수 있는바, 자·타해위험+치료의 필요성이라는 2가지 요건을 동시에 충족해야 입원이 될 수 있는 입원요건은 복지부의 추가진단업무지침에 의해 자·타해위험 요건이 형해화되었고, 치료입원 여부를 결정하는 입원적합성심사위원회는 대면심사가 아닌 서면심사가 원칙이 되어 제대로 된 '입원적합 여부심사'를 하기 어려운 구조이다. 따라서 입원단계에서 당사자의 입원 필요 여부를 당사자를 대면하여 객관적으로 판단하는 법원에 의한 심사제도가 속히 도입되어야 한다.

둘째로 퇴원하고(혹은 시키고) 싶어도 가족 이외에 대안이 없어 퇴원을 못 시키는 출구의 제약 문제와 관련해서는 정신장애인 당사자의 탈시설전환지원을 담당할 탈시설지원센터가 필요하고, 정신장애인을 위한 지역사회 복지지원이 대폭 확충되어

야 할 필요가 있다. 정신장애인을 위한 지역사회복지지원이 대폭 확충되려면 지금이라도 당장 장애인복지법 15조의 족쇄를 풀어야 한다. 정신장애인의 복지는 장애인복지법에 기해 장애인정책과가 담당하여야 하고, 정신질환자의 치료(및 전국민 정신건강)의 문제만 정신건강정책과가 다루어야 한다.

■ 지정토론 2

복지서비스, 의료서비스 그 중점에서

한국정신장애인자립생활센터 소장/유동현

본론에 앞서.

장애란 내가 선택해서 나타나는 현상이 아니다. 특히 정신장애라는 것은 불가항력적인 부분으로 다가온다. 장애의 정도가 겉으로 나타나 보이지 않고 그러면서도 일반 대중들의 편견은 더욱 심하다. 더욱이 자신이 말하거나 들어내지 않으면 모르는 경우가 태반이고 장애에 대해서 감추자고 하면 감출 수도 있는 것이 정신장애이다.

가뜩이나 예전부터 장애를 터부시 하는 사회가 한국 사회였다. 현재는 많이 좋아졌다 하더라도, '장애로 인해 불이익을 당한다.' 특히 그것이 정신장애라면 감추고 싶은 심정이 누구나 들 것이다.

전체장애의 영역에서는 중도 장애가 절대적인 비율을 차지하는 것이 정신장애이다. 어린 시절이었든 성인이 된 후에든, 그 정도와 장애 정도에 따라서 장애를 수용하는 정도와 시기도 매우 다르다고 생각한다. '정신장애는 어디에나 있지만, 어디에도 없기도 하다.' 이 말이 한국 사회에서 정신장애를 받아들이고 있는 현실을 가장 잘 내포하고 있는 것이라 생각한다. 다음은 올해 1월에 발표한 보건복지부 업무보고이다.

"3만불 시대에 걸맞는 선진형 복지국가를 구축한다"

2018 보건복지부 업무보고, '포용적 복지국가'로 국민의 삶의 질 향상

- **정신질환자 지역사회 정착 지원 지속**

  * 비자의 입원절차 강화 등 정신건강복지법 시행('17.5월) 이후 지역사회 복귀 지원 등으로 비자의입원이 크게 감소('16.12월 64.4% → '17.8월 42.3%)

- 정신건강복지센터에 추가 인력('22년까지 약 1만5000명)을 배치하고, 정신건강사례관리시스템 구축으로 지역사회 기반 사례관리 강화

- 정신질환자의 사회복귀를 위한 단기보호 거주지인 **중간집***(Halfway House) 시범사업 시행 및 모형 개발(‘18년)

  * 정신질환자의 사회 복귀를 위한 독립적인 단기보호 거주지

- 절차보조인·공공후견인 제도 도입(‘18년)을 통해 정신질환자의 최적의 치료와 서비스를 받을 권리를 보장하고, 자립지원 강화

위 내용에서 비자의입원이 크게 감소했다(‘16.12월 64.4% → ‘17.8월 42.3%)는 이야기가 나온다. 이 말인 즉 입원의 내용은 달라졌을지라도 작년 정신보건법의 개정취지인 탈원화에는 가시적 성과조차 없었다는 이야기이다.

결론적으로 지역사회 복지체계서비스가 부족해서 정신병원 탈원화가 되더라도 정신의료계의 정신장애인이 위험요소로 사회분란을 초래한다는 이야기는 밑도 끝도 없는 억지로 판명 나았다.

언론에서 정신장애 당사자는 언제까지 대변인들의 말로써 통용되어야 하는지 그 연유를 모르겠다. 왜 정신의료계 종사자 대표 격인 정신과 의사를 비롯해 심리상담가 기타 정신보건전문요원 등이 정신장애 당사자의 입장을 상세하게 자신의 처지인 듯 그들의 인터뷰를 따고 그것을 송출하면 그것이 전부 인 듯이 고개를 끄덕이는 모습은 더 이상 보지 않았으면 한다. 과연 권위있는 자들의 말을 인용하여 방송전파에서 그리 잘 활용했다면 이리 정신장애라는 것에 대한 비장애인들이 알지 못하고 편견을 갖는 일이 있을지 한번 의심이 든다.

사회는 질환을 낳고, 질환은 편견을 낳고, 편견은 고립을 낳는다.

앞선 글에서 '정신장애로 불이익을 당한다면 감추고 싶을 것이다.' 라는 말을 했다.

정신질환이라고 할 수 있는 항목 중 니코틴 중독과 알코올중독을 제외한 인구를 먼저 보고자 한다. 다음은 2016년 보건복지부에서 실시한 정신질환실태역학조사[56]를 참고하였다. 1년 유병률로 보았을 때, 조현병(구 정신분열병), 기분장애(조울증, 주요우울장애)를 합하였을 때 남자는 981,437명 여자는 1,888,717명 총 2,870,154명이다. 또한 현 등록 정신장애인 장애등록인구는 채 11만이 넘질 않는다.

이는 장애로 사는 것보단 내가 비장애인의 삶을 산다면 그러고 싶다는 것을 반증하는 것을 말한다. 총 250만 명이 훨씬 넘는 정신질환 인구 모두다 장애복지의 혜택이나 정신장애 당사자로서 살 필요는 없으나 그렇다고 그것을 가로막는 사회 분위기가 좋다고는 볼 수 없다.

토론자는 정신장애 당사자로서 외래진료를 2002년도 여름부터 받아왔다. 최근에 봐왔었던 주치의 중 한 분이 2년전 까지만 해도 장애등록을 받는 것을 극구 말렸다. 이유는 굳이 사회생활을 시작하는 단계에서 장애인 등록을 받을 이유도 없고 그렇다 해서 다 좋게 지내는 것은 아니라고 말했다. 그러면서 소견서 써주는 것을 완고히 거부하였다. 이는 정신의료계 종사자들의 대표인 의사들의 인식이 매우 고지식하고 정신장애 당사자의 삶을 심판하고자 하는 권위적인 모습을 못 버리는 하나의 예라 할 수 있을 것이다.

일부에서 들려오는 정신장애 당사자가 원하는 정책방향성이나 정신장애를 복지체계서비스에서 어찌 지원해야 하는지 고민하는 것과 같이 정신장애 등록의 문턱을 낮추는 것과 더불어 정신 장애 등록 재판정 시스템을 정신장애 당사자에 맞게 바꾸어 한다.

현 한국의 장애 등록 판정 시스템은 정신장애인의 장애 특수성을 전혀 고려하지 않는 행태이다. 이는 발제문에서 나온 "유엔장애인권리위원회의 8. 위원회는 '장애인복지법' 에 나와 있는 새로운 장애등급판정제도가 서비스 제공에 있어서 의료적 평가에만 의존하고 있으며, 장애인들의 다양한 요구를 고려하거나 정신장애인을 포함한 모든 유형의 장애인들을 포함하고 있다는

56) 2016년 정신질환실태역학조사보고서. 약 5,100명의 만18세이상의 성인남녀 대상으로함. 수치는 2015년 인구주택총조사결과를 표준 인구로 삼고 일년유병률을 적용하여 국내 유병 인구를 추정함.

사실에 우려를 표한다(중략).” 말이 매우 잘 표현해주고 있다.

정신장애등급 판정은 크게 네 번의 심의를 거친다. 초기 판정과 2년 마다 3번의 재심사. 마지막 심사에 통과되면 재심사를 받지 않아도 된다. 하지만 상황 유무(사회활동지속)에 따라 장애등급의 탈락도 염두에 둬야 하는 것이 사실이다.

장애등급의 불안정은 언제든 정신장애인은 장애복지혜택에서 단절 될 수 있고, 이로 인해 장애인복지체계의 편승과 장애 정체성 상실을 동반할 수 있다. 이는 장애등록 취업과 기타 교통대금 감면 등 사소한 부분의 경제적 부담이 가중되는 상황을 초래한다. 발제문에서도 나온 장애인 의무고용 현황 중 정신장애인의 ‘1.1%취업지원율’은 그 현실을 여실히 보여준다.

돈이 있어야, 나가서 지인이랑 밥 한 끼라도 먹는다. 오락을 즐기더라도, 작은 취미를 위해서라도 돈이 들어간다. 모든 복지서비스 요구들을 충족 못하더라도 60~70만 원 정도의 복지급여로 정신장애인들이 삶의 희망을 갖으라고 하기에는 너무 무책임한 행태라 본다.

정신장애 당사자는 지역사회에서 양질의 서비스를 받기 어렵다. 그럼으로써 사회로부터 고립이 되고, 사회활동은 더더욱 못하게 된다. 그 와중에 증상이 발현되어 상황이 심해지면 바로 다시 정신과병원을 입원하는 형태이다. 전혀 안정망이 없이 삶이 바로 병원으로 맡겨지는 이 형태가 바람직하지 않다는 것 누구나 알 수 있는 것 아닌가.

정신의료와 장애복지서비스 그 중점에서.

정신의료비지출에 있어서, 그 비중이 지역사회와 차이가 절대적으로 정신의료계 예산이 많다는 것은 조금만 들여다보면 알 수 있다. 굳이 차트를 집어넣지 않겠다. 의료급여 1종, 2종 혹은 차상위계층으로 경제적 취약계층일 시에 병원의료비가 매우 절감 된다. 예를 들어 장애등급 적용을 받지 아니하고 건강보험 적용으로 받는 비용으로 (실제 토론자 본인의 진료비) 3차병원(00병원) 진료비총액 60,170원 환자부담총액 36,000원이었고 2주치 약을 타갔다. 그러나 똑같은 3차병원(□□병원)임에도 차상위계층에다 장애2급일 시에는 본인부담금이 총 500원이다. 이중 진료비는 무료, 조제료(약물비용)가 500원이다.

그렇다하면, 정신의료예산에 집중되어져있는 예산 편성을 지역사회 자립생활로 갈 수 있는 발판으로 편성한다면 정신장애 당사자의 삶은 질적으로 훨씬 좋아질 것이다. 앞선 발제문에서 나온 “2013년 OECD가 본 한국정신건강 정책과제”중 ‘한국 중증정신질환자에게는 입원치료 하는 것이 유일한 치료방법인 경우가 많고(중략), 입원중심 치료에서 지역사회기반 치료로 이행하기 위해서, 이러한 전환의 핵심은 지역사회 모델을 지원하는 사회보장제도의 개혁이라고 지적(중략).병원치료를 축소하고 지역사회 서비스를 확대하는 방안이 장기적으로는 비용 효과적일 수 있지만 이를 위해서는 지역사회 서비스와 지원체계에 대해 상당한 초기투자가 선행되어야 한다.’을 보더라도, 현재의 누구 코에 부쳐야 그나마 쓰일까 의문만 드는 돈으로는 이 초기투자를 감행하기가 사실상 불가하다.

그럼 이 문제들을 하나하나 매듭짓는 방식들을 제시 하겠다.

그러기 위해 발제문 말미에 나온 제시안 들을 참고하여 이야기 하겠다. 작년에 개정된 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」이하 내용은 이 글에서 언급하겠다.

이러한 정책의 목적을 실현하기 위해서는 일정한 전제 조건에 대해 말하자면

먼저, 독자적인 복지 서비스 전달체계의 구축에 동의한다. 의료보건 서비스와 정신장애인의 복지서비스 분리가 절실히 필요하다. 그 중 하나가 정신건강복지센타의 역할 수행 능력과 그에 대한 역할 부여이다. 매번 ‘ 정신건강의날’ 행사와 ‘인식개선 행사’에 드는 비용보단 그 예산 지역사회서비스 연계망을 제공해야 하는 것이 맞는 것이다. 대중들에게 건강의 날 행사로 인식이 많이 개선되었다는 어떤 신문기사도 평가도 들어보지를 못했다. 물론 일부이긴 하나 예산이 엄한데 쓰이지 않고 장애 당사자 혹은 의료전달체계 하에 있다면 그 역할로써 충실히 이행하는 것으로 충분하다고 본다.

둘째, 장애인복지서비스의 포기를 의미하지 않는 것에 대한 충분히 동의한다. 더 다양한 형태로 많은 곳에서 복지 수요를 요하고 있고 실제로 그러하다. 주거의 지원부터 정서적 지지까지 정신장애인은 활동보조인서비스를 이용할 수 없기에 정신장애 당사자의 지지자 혹은 조력자 역할의 파트너로써 ‘정신장애 당사자 동료상담가 ’파견을 적극 고려해야한다. 이를 위해 이미 각 정신재활시설에서는 시범 사업 형태로 이미 10년 전부터 ‘정신장애 당사자 동료상담가’ 활동을 해왔고 본 한국정신장애인자립생활센터 또한 사업 수행을 하고 있는 중이다.

셋째, 정신장애인의 지역사회 장애인 복지기관의 이용에 관해 그에 대한 조직과 전문인력 배치 부분. 이는 분명히 필요성으로 인식하고 있으나 자립생활을 위해서 하나의 요건으로 보고 있다. 기관의 이용은 개인의 선택으로써 가능하기 때문이다. 그렇다고 필요 없다는 것이 아니다. 우선순위는 아니라는 이야기다.

넷째, 정신장애인의 보편적 장애인복지서비스 이용을 제한하는 제도적 장벽으로 장애 특성을 고려하지 않은 서비스 제공기준의 변환. 분명 필요하고 당장에라도 변화되어야 할 점이다. 정신장애인의 주거현호아과 그룹 홈이용을 볼 때 부과 3년을 채우면 그 시설에서 무작정 나가서 살아야 한다. 그 안에 주거자금을 마련한다는 것 자체가 어불성설이다.

그 외에도 다양한 직종의 취업 알선이 되어야 한다. 현재의 예산 지원으로는 정신장애인 당사자의 각 능력에 따른 양질의 일자리 취업이 되는 것이 어렵다. 이는 장애 당사자의 경제적 빈곤과 사회적 위축을 더욱 가중 시킨다.

앞으로 정책적 변화가 많이 있어야 정신장애인, 아니 이 사회가 정신장애와 편견에서 벽을 하나 허무는 지점이 될 것이다.

■ 지정토론 3

정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제15조 등 법제 개선 방향 _ 토론문

- 박재우(한국정신보건사회복지학회 정책기획위원장)

국제인권규범, 국내 법제적 측면에서 정신장애인 복지차별 철폐의 당위성과 방향성을 명확하게 제기해주신 발표자께 깊이 감사드립니다. 오늘 토론회를 기점으로 이에 대한 당위성을 넘어서서 구체적인 방향에 대한 논의와 제도 개선이 이루어지길 소망합니다.

사실 “장애인복지법 제15조 및 장애인복지법시행령 제13조 개정을 통한 정신장애인 복지차별 해소”는 정부가 2013년에 발표한 <제4차 장애인정책종합계획 2013~2017>에 명시되어 있습니다. 여기에서 정부는 정신장애인 복지차별 해소를 위해 2014년에 장애인복지법을 개정하겠다고 약속 했습니다. 물론 이 약속은 지켜지지 않았습니다만, 적어도 이 부분에 대한 필요성은 충분히 공유하고 있다고 판단됩니다. 저도 오늘 토론에서 주로 방법론에 대한 말씀을 드리고자 합니다.

장애인복지법 제15조와 동법 시행령 제13조 개정의 목적은 정신장애인 복지차별 해소입니다. 그러나 정신장애인 복지차별 해소를 위해서는 정부가 제4차 장애인정책종합계획에서 추진하고자 했던 장애인복지법 제15조와 시행령 제13조를 개정하는 것만으로는 부족합니다. 결론적으로 말씀드리자면 장애인복지법 개정, 정신건강복지법 개정, 정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제정이 함께 가야합니다.

현재	법제 개선 방향
장애인복지법	장애인복지법 제15조 및 시행령 제13조 개정 - (다른 법률과의 관계)에서 정신건강복지법 관련 규정 삭제 - 정신건강복지법에 규정된 정신재활시설과 정신요양시설은 장애인복지법에 의한 시설로 전환 또는 “정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률”(제정)에 규정
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 (정신건강복지법)	“정신건강증진 및 정신질환자 의료서비스 지원에 관한 법률”(가칭)로 개정 - 의료법의 특별법으로 기능 - 정신재활시설, 정신요양시설 관련 조항 삭제 - 정신건강증진 사업

	- 자살예방사업 - 정신질환자의 정신의료기관 이용에 있어 인권 보호 규정 - (중독관리 사업)
	“정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률”(제정) - 정신장애인의 특수한 욕구에 적합한 지원 - 권리옹호 체계 구축

1. 전달체계의 통합 없이는 복지차별을 해소할 수 없습니다.

정확히 말하면 지금도 장애인복지법의 모든 조항에서 정신장애인을 배제하는 것이 아닙니다. 「장애인복지법」 제15조와 동법 시행령 제13조에 따르면 「장애인복지법」 제34조(재활상담과 입소 등의 조치)에 따라 ‘국가 및 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의, 상담, 치료, 훈련 등의 필요한 서비스를 받도록’ 하는 것과 동법에 따라 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설 이용을 제한할 뿐입니다. 그런데 이렇게 협소한 직접적인 배제는 광범위한 간접적인 배제를 만들어냅니다. 「장애인복지법」에 제10조의 2에 따른 장애인정책종합계획 수립에서 정신장애인은 고려 대상이 되지 못하며, 제11조에 따른 장애인정책조정위원회와 장애인정책조정실무위원회에 정신장애인을 대변할 수 있는 위원은 빠져있습니다. 제12조의 장애인정책책임관의 주요 임무에서 정신장애인 관련 정책은 다루어지지 못하고 있으며, 활동보조인 등 서비스 지원에서도 정신장애인의 장애 특성을 고려하지 않는 판정기준으로 인해 활동보조 서비스를 받는 정신장애인은 극소수에 불과합니다.

이처럼 정신장애인을 복지 전달체계에서 배제하는 것은 복지서비스의 직접적 접근권의 제한만을 가져오는 것이 아니라 국가의 장애인정책 자체에서의 배제를 가져옴으로써 정신장애인을 위한 지역사회복지체계 구축은 지속적으로 도외시되고, 정신의료체계 내에서의 제한적 복지서비스를 이용하다가 입원/입소를 반복하는 폐쇄적인 정신장애인 복지의료 체계를 형성하게 된 것입니다.

지역 단위에서도 동일한 현상이 나타납니다. 지역사회복지계획에서 정신장애인은 장애인복지 분야 어디에도 포함되지 않으며, 의료(건강) 관련 복지서비스 어디에도 정신장애인에 대한 내용은 찾아볼 수 없습니다. 중앙정부든 지자체든 정신장애인은 ‘정신질환자’로서 의료의 대상일 뿐, 지역사회에서 시민으로 살아가는 ‘정신장애인’으로서 복지의 고려대상이 아닌 것입니다.

아래 표는 보건복지부 정신건강정책과와 장애인정책국의 주요 업무를 비교한 것입니다.

정신건강정책과	장애인정책국
1. 정신보건사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정 2. 정신보건에 관한 조사 및 연구 3. 정신보건 관련 법령에 관한 사항 4. 정신질환예방과 정신질환자 치료·재활·권익보호지원 및 사회적 인식개선에 관한 사항 5. 지역사회 정신보건사업의 조정 및 평가 6. 자살예방사업 관련 정책의 수립 및 조정 7. 국립정신병원 및 정신보건시설의 지원 및 육성 8. 알코올 등 중독에 대한 치료 및 재활 9. 정신보건전문요원의 양성 및 평가 10. 절주를 위한 계획의 수립 및 실행 11. 마약류중독자의 치료보호 12. 마약류중독자에 대한 실태조사	1. 장애인복지 관련 종합계획 수립에 관한 총괄·조정 2. 장애인등록 및 판정에 관한 사항 3. 장애인단체 지원 및 장애인복지 관련 국제협력에 관한 사항 4. 장애예방 및 여성장애인 관련 정책개발·지원에 관한 사항 5. 장애인차별금지 관련 법령 및 국제장애인권리협약 등 장애인 권익증진에 관한 사항 6. 장애인 편의시설의 설치·관리 및 장애인복지시설의 지원·육성 7. 활동보조지원제도 운영 및 장애인장기요양서비스에 관한 사항 8. 장애인 자립생활 관련 사업의 지원 및 육성 9. 의료재활 및 장애아동 재활치료 지원에 관한 사항 10. 장애인보조기구의 개발·보급 11. 장애수당 등 장애인의 소득보장 및 생활안정 지원에 관한 사항 12. 장애인일자리 창출 및 직업재활에 관한 사항 13. 장애인생산품 판매촉진 및 중증장애인생산품 우선구매에 관한 사항

정신건강정책과는 정신질환 예방과 치료, 자살예방사업, 국립정신병원 등 정신보건시설 지원, 알코올 및 마약 등 중독 관리 등 주로 보건·의료 사업을 총괄합니다. 반면 장애인정책국은 장애인복지시설, 활동보조지원제도, 자립생활 지원, 장애인 소득보장, 장애인 일자리 창출과 직업재활 등 장애인복지 전반을 책임지고 있습니다.

수용 중심의 정신보건체계였던 시대에는 정신건강정책과에서 관장하는 정책만으로 충분했을 수 있습니다. 대다수의 정신질환자가 정신병원이나 요양원에 수용되어 있으니까요. 하지만 대다수의 정신질환자가 급성기만 병원에서 치료받고 인생의 대부분의 시간을 지역사회에서 살아가게 되는 지역사회정신보건의 시대에서는 이렇게하면 안됩니다. 지역사회에서 살아가는 정신장애인에게는 약만 필요한 게 아니라 소득 보장, 주거, 취업, 여가 등 보편적 인간의 필요가 똑 같이 요구됩니다. 그리고 스스로의 힘으로 이러한 삶의 조건을 충족하기 어려운 사람들을 위해 우리 사회가 만들어 놓은 사회시스템은 장애인복지체계입니다. 강제 입원 기준은 높이면서도 지역

사회에서 살아 갈 수 있도록 지원하는 복지체계에서는 배제하는 모순이 발생하는 것입니다.

정신장애인의 복지차별을 해소하기 위해서는 장애인정책국에서 실시하는 모든 복지서비스를 정신장애인에 대해서는 정신건강정책과에서 수행하든가, 정신장애인복지서비스를 장애인정책국으로 일원화하는 방법 중 선택해야합니다. 저는 정신장애인만 보편적인 장애인복지전달체계에서 배제해야 할 어떤 이유도 찾을 수 없습니다.

2. 장애등록 여부와 관계없이 필요한 복지서비스를 받을 수 있어야 합니다.

장애인복지법과 체계로의 통합을 주장하면서도 가장 염려되는 부분이 장애등록의 문제입니다. 장애인실태조사에서 등록 정신장애인의 수는 꾸준히 늘어나고 있지만 장애등록율은 여전히 낮습니다. 주된 이유는 정신장애인이라는 낙인으로 인해 취업이나 사회적 관계에서 불이익을 당할까 염려하기 때문입니다. 장애인실태조사에서도 약 40%의 응답자가 '장애인임을 알리기 싫어서' 장애 등록을 하지 않았다고 합니다.

우리사회에서 정신병이 갖는 사회적 인식을 고려하면 자신이 거주하는 동주민센터에 정신장애가 있다는 것이 알려지는 것을 어떻게든 피하려는 당사자들의 반응은 충분히 이해할 수 있습니다. 장애인들을 지원하기 위해 국가가 만들어 놓은 장애인복지 제도를 스스로 거부할 만큼 정신장애는 받아들이기가 힘든 것입니다.

2014년 장애인실태조사를 보면 정신장애 발생 시기는 10대 ~ 20대가 67.2%인데, 장애등록은 50대에 하는 비율이 가장 높습니다. 장애 발생 이후 상당한 시간을 견디고 견디다가 장애는 고착화되고, 빈곤에 빠지고, 가족 지지체계가 해체되는 시점에서야 장애 등록을 할 만큼 정신장애에 대한 거부감이 큰 것입니다.

이러한 현실을 고려하면 정신장애인에게는 다른 접근이 필요합니다. 등록 정신장애인은 「장애인복지법」에 따른 복지 급여와 서비스를 제공받을 수 있을 뿐 아니라 「정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」(제정)에 따른 복지서비스도 당연히 이용할 수 있게 하고, 미등록 정신장애인은 장애인으로 받을 수 있는 복지급여는 제한하지만 「장애인복지법」과 「정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」(제정)」에 의한 서비스는 이용할 수 있도록 해야 합니다. 즉 등록 정신장애인에게는 복지급여와 복지서비스가 모두 제공되고, 미등록 정신장애인에게는 복지서비스만 제공하는 방식이 되어야 합니다.

그래야 정신장애 발생 초기에 재활/회복 서비스를 통해 자기관리 능력을 향상하고, 직업 훈련과 고용을 통해 생산적인 삶을 살아갈 수 있게됩니다. 이는 장기적으로 정신장애인의 기능 저하를 예방하고 회복을 촉진함으로써 건강한 시민으로 살아

갈 수 있는 기회를 만들어내는 방법입니다.

3. 정신장애인 복지의 특수성을 고려하여 「정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」을 제정해야 합니다.

장애인복지법의 적용을 받던 발달장애인에게 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」이 필요한 이유는 기존의 장애인복지법이 발달장애인의 권리보호와 사회참여, 복지욕구에 충분히 대응하지 못하기 때문입니다. 정신장애인의 경우도 동일한 이유에서 특별법 제정이 필요합니다.

위에서 언급한 장애등록의 문제 뿐 아니라 기존의 장애인복지법에 규정된 시설유형에 포함되지 않은 시설 설치(예를 들면, 안정화지원센터_Crisis Stabilization Center), 동료지원전문가 자격제도, 정신장애인복지서비스 분야에서의 정신건강전문요원에 관한 규정 등 장애인복지법에 담을 수 없지만 정신장애인복지서비스 제공에 꼭 필요한 내용을 제정법에 담을 수 있을 것입니다.

■ 지정토론 4

토론문: 권리로 접근하지 못하면 길이 없다

이문희 (한국장애인단체총연맹 사무차장)

장애인실태조사에 따르면 정신장애인의 추정수는 2005년 91,253명, 2011년 115,151명, 2014년 105,002명으로 파악되고 있으며 전체 장애인 수의 4.0%를 차지하고 있으며 정신장애인의 장애등록률은 급격하게 증가하였다. 정신장애의 장애발생원인은 후천적 원인에 의한 경우가 94.1%이며, 그 중에서도 질환에 의한 장애발생의 비율이 82.4%로 나타나고 있다.

현대 사회에서 심리적인 문제는 '매우 특별한' 일이 아닌 누구나 경험할 수 있는 '평범한' 일이다. 정신장애도 누구나 경험할 수 있는 '평범한' 일임에도 불구하고 발제자가 주장하는 바와 같이 우리 사회의 정신장애인은 가장 심각한 차별과 편견으로 인해 삶의 전 영역에서 심각한 인권침해를 경험하는 대표적인 계층이다.

탈시설화를 60-70년대에 달성한 많은 선진국들에 비해 한국 정신장애인들은 대부분 아직도 정신병원이나 시설에 수용되어 있다. 2008년 국가인권위원회의 조사에 의하면, 한국 정신장애인의 비자의 (강제) 입원율은 86%로 10명 중 8-9명이 강제로 입원되는 것이고, 입원일수도 평균 233일로 OECD 국가들 중에 장기입원율이 유난히 높다. 그리고 자의로 입원한 사람도 비자의 입원으로 변환되는 경우가 왕왕 있는데 비자의 입원으로 병원에 입소한 사람은 자신의 원한다고 하여 퇴원할 수가 없는 것이기 때문에 이는 명백한 자기결정권 침해이다. 의료급여대상 환자의 치료비를 정부가 전적으로 부담하기 때문에 환자 한 명이 증가할수록 병원은 90-100만원의 수익을 얻는 구조에서 정신장애인의 인권은 결국 돈으로 결부된다. 정신보건심판위원회가 있기는 하지만 이를 통해 퇴원에 성공한 사례는 매우 저조하고, 적은 인원이 과다업무에 시달려 그 심의가 형식적이고 실효성이 없다.[57]

정신장애인이 개인적으로 아무리 노력해도 해결하지 못하는 문제는 국가가 해결해야하는 의무를 가진다. 그러나 현행 장애인복지법 15조는 정신장애인의 권리를 지지하기보다는 제한함으로써 정신장애인 한 개인의 삶과 인생이 완벽하게 파괴되었다는 발제자의 주장에 전적으로 동의한다. 이뿐 아니라 지역사회의 실질적인 변화를 이끌어내지 못하는 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의

57) 이지은(2016). 정신보건 시스템 안에서 동료옹호의 필요성과 제도구축을 막는 세 가지 장벽들.

한계, 차별예방에 초점이 맞추어진 태생적 한계로 정신장애인의 권리를 제대로 옹호하고 있지 못하는 장애인차별금지법의 한계, 의료적인 부분에 초점을 맞추고 있고 암묵적인 경제공동체의 가동되는 정신보건법은 우리 사회가 해결해야 할 과제이기에 오늘 토론회는 매우 중요한 의미를 갖기에 토론자로서 다음과 같은 의견을 제시한다.

1. 권리에 입각한 정신장애인의 정의 필요: 현행 장애인복지법, 장애인차별금지법에서의 장애인 정의는 의료적 모형에 기반된 개념이다. 특히 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에서는 정신장애인이란 용어 대신 정신질환자라는 직접적인 의료적 측면의 개념을 사용하고 있다. 이로 인해 정신장애인의 지원은 의료적 프로그램에 중점을 두고 있고, 이에 대한 예산지원은 의료전달체계에 집중되고 있어 정신장애인 당사자의 지역사회정착은 간과되고 있다. 장애인 개념이 복잡하고 동적이며 다차원적이고 논쟁이 많은 개념이며, 국제사회에서의 공식적인 정의는 없는 상태임에도 불구하고 권리적 측면에서의 정신장애인 정의가 제시되어야 국가적 차원의 정신장애인 관련 정책의 근본적인 전환이 이루어질 것이다. 우리 사회가 분명하게 염두에 두어야 할 점은 정신장애는 특별한 개인이 갖고 있는 것이 아니라 정신장애는 우리사회의 환경에 의해 만들어진다는 점이 정신장애인의 개념구성에 포함되어야 한다는 점이다. 이를 통해 정신장애인의 다양한 측면의 복지 프로그램이 강화될 수 있을 것이다.

   일반적으로 정신장애란 정신적인 문제로 사회경제적인 참여에 있어 지속적이고 심각한 침해가 발생하거나 실업, 사회적 접촉과 삶의 질 상실 등의 결과를 나타내는 경우를 말한다. 이에 해당되는 경우를 정신장애인으로 개념정의를 함으로써 좀 더 강화된 개념정의가 이루지지 않을까하는 의견이다.

2. 정신장애인 지역사회 정착을 위한 국가의 의무 강화: 정신장애인들이 지역사회에서 적정한 정착을 위해서는 교육, 노동, 문화, 일상생활, 건강생활, 주거 등 다양한 분야에서의 복지프로그램의 시행은 반드시 필요하고 국가 및 지자체는 이를 해결하는 각종 시책을 의무적으로 시행하여야 하나 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제4조 3항에는 국가 및 지자체는 정신질환자 등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다고 명시하고 있다. 정신장애인의 생존이 걸린 문제임에도 불구하고 국가와 지자체의 의무를 “할 수 있다”라는 명시한 것이다. 재원 확보 등 법제정의 한계를 고려한 명시일 것이다. 그러나 이러한 명시는 법률제정의 절박성을 약화시키는 것으로 보인다. 문구상의 해석만으로는 국가 및 지자체는 이미 이런 정책프로그램을 부분적으로나마 시행하고 있기 때문에 있으나마나한 조항으로 전락되는 느낌이다. 또한 그 책무의 내용도

‘종합적인 시책 수립과 추진’이라는 국가정책으로는 매우 기초적인 의무만 제시되고 있다. 국가는 정신장애인 권리가 침해당하지 않도록 각종 분야에서의 사회적 결정요인을 해결해야하는 의무를 갖도록 개정되어야 할 것이다.

3. 모니터링의 의무적 실시: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제정 운동 시에 장애계는 모니터링의 의무적 실시를 입법 발의 한 의원실에 요구하였으나 제정과정에서 삭제된 바 있다. 정신장애인이 지역사회에서 정착하려면 민간단체와의 협력을 통한 모니터링이 반드시 필요한 핵심사항이나 이에 대한 명시가 없는 상태이다. 모니터링을 통하여 인권으로서 정신장애인의 권리가 제대로 작동되고 있는지 민간단체는 거버너스를 구축하여 국가의 의무이행을 평가해야한다. 이를 위한 모니터링의 핵심기준은 가용성, 접근성, 수용성, 질 평가로 볼 수 있다.

   가. 가용성 평가: 국가의 경제상태를 고려했을 때 얼마나 정신장애인 지원제도의 전달체계의 구축 정도, 즉 정신장애인지원센터의 수, 직업재활시설의 수, 평생교육시설의 수, 문화시설의 수, 거주시설의 수, 복지서비스 제공기관의 수 등을 평가해야 한다.
   나. 접근성 평가: 정신장애인 서비스 프로그램과 관련 시설 등에 대한 비차별성, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성의 요소를 갖춘 접근성 기준을 가지고 평가해야 한다.
   다. 수용성 평가: 정신장애인 프로그램과 시설이 인권적이고 윤리적으로 제공되고 있는가? 정신장애인들과 상담자들의 존엄성이 존중되는가? 그리고 문화적으로 적합한가?를 평가할 수 있어야 한다.
   라. 질 평가: 정신장애인 서비스와 시설이 정신장애인의 권리확보에 적합하고, 제공 가능한 범위 내에서 가장 양질의 것인가를 판단할 수 있는 기준을 갖추어야 할 것이다. 이를 위해서 숙련된 관련 전문인력과 적정한 시설 그리고 적정한 약품이 제공되고 있는지 평가해야 할 것이다.

4. 장애인복지법 15조의 삭제: 발제자는 “「장애인복지법」 제15조의 개정이 필요하다는 주장이 있지만 앞서 살펴 본 바대로 체계적 법해석에 따르면, 동법시행령 제13조 제3항의 개정으로 충분하다”는 주장이나 장애인복지법에 정신장애인을 장애유형으로 분류하면서도 동법 제15조는 정신장애인 권리를 제한, 배제, 분리, 거부하는 장애인 차별에 해당되기에 삭제가 더 적정하다고 본다. 그러나 발제자가 강조한 바와 같이 중복서비스의 방지를 위해서 시행령에 중복서비스 방지를 위한 조항을 개정하는 것이 적정하다고 본다.

■ 지정토론 5

장애인복지법 제15조의 문제점과 개정방안 토론

보건복지부 장애인권익지원과

장애 안에 차별
장애인복지법 제15조의 문제점과 개정방안 토론회

평가자 성명 : (익명 처리되오니 기재하지 않으셔도 됩니다.)

진행에 관한 사항		1.전혀 아니다	2.조금 아니다	3.보통 이다	4.조금 그렇다	5.매우 그렇다
1	토론회 시간이 적절하였다고 생각하십니까?					
2	토론회 내용이 적절하였다고 생각하십니까?					
3	토론회 장소가 적절하였다고 생각하십니까?					
4	토론회 진행 방법이 적절하였다고 생각하십니까?					
5	토론회에 대해 전반적으로 만족하십니까?					
6	오늘 토론회 중에서 기억에 남는 것은 무엇입니까?					
7	추후 토론회 개최 시 원하는 주제는 어떤 것입니까?					
8	기타 (하고 싶은 말을 적어주세요)					

응답해 주셔서 감사합니다.