

국가정신건강 정책솔루션포럼

2017. 9. 6. (수) 10:00 국회의원회관 대회의실

정신건강 국민주권 시대, 정신건강 국가책임 시대는 가능한가?
국민정신건강서비스 체계 개선 국정과제 추진을 위한 정책과 전략
- 정신건강복지법과 정신건강서비스 전달체계 구축을 중심으로 -

포럼 3 정신건강복지법 시행 100일 점검, 정신건강 증진체계 강화 국정과제 추진을 위한 정책과 전략

1부. 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

사회 : 신권철 서울시립대학교 법학전문대학원

좌장 : 박종익 국립춘천병원

발제1	정신건강복지법 시행 후 정신의료현장의 영향과 개선방안	박성혁 대한정신건강의학과봉직의협회
발제2	정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 영향과 개선방안	윤미경 경기도정신건강복지센터
발제3	정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향	염형국 공익인권법재단 공감
발제4	정신질환자 인권보장의 실질적 강화를 위한 법제도 개선방안	윤동욱 법률사무소 서희
	지정토론 '정신건강복지법 개선을 위한 관련 쟁점과 절차 중심으로'	이만우 국회입법조사처 보건복지여성팀

2부. 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

사회 : 김현수 명지병원 정신건강의학과

좌장 : 이영문 서울특별시 공공보건의료재단

발제1	회복지향적 정신건강서비스 전달체계 제안	이명수 대한신경정신의학회 정신보건위원회
발제2	회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할·기능 제안	전준희 한국정신건강복지센터협회
발제3	회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공체계 제안	하경희 한국정신보건사회복지학회
발제4	회복지향적 복지서비스 제공 및 전달체계 제안	이용표 한국정신보건전문요원협회
	지정토론1	신석철 한국정신장애인자립생활센터 김성주 한국정신장애인협회
	지정토론2	나백주 서울시 시민건강국장

3부. 「국가정신건강정책 솔루션 포럼」으로부터 얻은 통찰은 무엇인가?

사회 : 이해국 가톨릭대학교 의과대학

	「국가정신건강정책 솔루션 포럼」 총평 및 마무리	
--	----------------------------	--

주최 더불어민주당 국회의원 정춘숙
공동주관 정신건강 관련 19개 기관

* 대한간호협회 정신간호사회, 대한신경정신의학회 정신보건위원회, 대한정신건강의학과 봉직의협회, 대한정신의료기관협회, 중독포럼, 한국교육심리학회, 한국임상심리학회, 한국자살예방협회, 한국정신건강복지센터협회, 한국정신건강사회복지사협회, 한국정신보건사회복지학회, 한국정신보건연구회, 한국정신보건전문요원협회, 한국정신사회재활협회(패밀리링크 강사진), 한국정신장애연대, 한국정신장애인자립생활센터, 한국정신장애인협회, 한국정신재활시설협회, 한국중독관리센터협회

정신건강 국민주권 시대, 정신건강 국가책임 시대는 가능한가?

국민정신건강서비스 체계 개선 국정과제 추진을 위한 정책과 전략

- 정신건강복지법과 정신건강서비스 전달체계 구축을 중심으로 -

시간	내용	연자
----	----	----

[국가정신건강정책 솔루션 포럼 3]

정신건강복지법 시행 100일 점검, 정신건강 증진체계 강화 국정과제 추진을 위한 정책과 전략

9월 6일 (수) / 국회의원회관 대회의실

10:00 ~ 10:10	□ 인 사 말 □ 정춘숙 (더불어민주당 국회의원)	
1부. 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?		
사회 : 신권철(서울시립대학교 법학전문대학원) 좌장 : 박종익(국립춘천병원)		
10:10 ~ 11:10	정신건강복지법 시행 후 정신의료현장의 영향과 개선방안	박성혁 (대한정신건강의학과봉직의협회)
	정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 영향과 개선방안	윤미경 (경기도정신건강복지센터)
	정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향	엄형국 (공익인권법재단 공감)
	정신질환자 인권보장의 실질적 강화를 위한 법제도 개선방안	윤동욱 (법률사무소 서희)
11:10 ~ 11:20	지정토론 '정신건강복지법 개선을 위한 관련 쟁점과 절차 중심으로'	이만우 (국회입법조사처 보건복지여성팀)

2부. 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?		
사회 : 김현수(명지병원 정신건강의학과) 좌장 : 이영문(서울특별시 공공보건의료재단)		
11:20 ~ 12:20	회복지향적 정신건강서비스 전달체계 제안	이명수 (대한신경정신의학회 정신보건위원회)
	회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할·기능 제안	전준희 (한국정신건강복지센터협회)
	회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공체계 제안	하경희 (한국정신보건사회복지학회)
	회복지향적 복지서비스 제공 및 전달체계 제안	이용표 (한국정신보건전문요원협회)
12:20 ~ 12:50	지정토론1	신석철 (한국정신장애인자립생활센터) 김성주 (한국정신장애인협회)
	지정토론2	나백주 (서울시 시민건강국장)
3부. 「국가정신건강정책 솔루션 포럼」으로부터 얻은 통찰은 무엇인가?		
사회 : 이해국(가톨릭대학교 의과대학)		
12:50 ~ 13:00	「국가정신건강정책 솔루션 포럼」 총평 및 마무리	

인사말



더불어민주당 국회의원 정춘숙
(국회 보건복지위원회)

안녕하십니까?

국회 보건복지위원회 소속 더불어민주당 국회의원 정춘숙입니다.

오늘 <국가정신건강정책 솔루션 세 번째 포럼 - 정신건강복지법 시행 100일 점검, 정신건강 증진체계 강화 국정과제 추진을 위한 정책과 전략>에 참석해주신 여러분께 감사드립니다.

대한민국 정신건강정책의 현 주소와 앞으로 가야할 방향에 대해 다양한 관점에서 심도 있는 의견을 나누기 위해 시작된 이번 포럼은 지난 8월 9일 첫 번째 포럼으로 시작해 8월 23일 두 번째 포럼을 거쳐 9월 6일 오늘 마침내 마지막 포럼까지 오게 되었습니다. 세 차례의 포럼 개최에 함께 해주신 19개 정신건강 관련 기관과 많은 발제자, 토론자 여러분께 감사드리며 마지막까지 관심과 성원을 보내주신 참석자 여러분께도 감사의 말씀을 전합니다.

오늘 여러분의 관심과 성원이 우리나라 정신건강정책 개선의 밑거름이 되어, 인권이 존중받는 정신건강정책, 정신질환의 예방부터 재활까지 전 단계를 아우르는 촘촘한 정신건강정책으로 변화하는 전환점이 될 것입니다.

이번 문재인 정부는 사상 최초로 정신건강 분야를 국정과제에 반영했습니다. 정신건강 증진체계 강화, 대국민 재난 트라우마 극복을 위한 총괄 지원 등 정책에서의 변화

는 물론, 자살예방 전담과를 신설할 계획도 있다고 하니 의미 있는 변화가 아닐 수 없습니다.

저 역시 이러한 정책 변화에 함께 힘을 보태기 위해 국립트라우마센터 설립을 위한 개정안을 발의한 바 있습니다. 이렇게 정부와 국회가 힘을 합치고 여러분의 관심과 응원이 더해진다면 우리나라 정신건강정책은 한걸음씩 더 나은 방향으로 진일보할 것이고, 반드시 개선되고 발전할 것이라고 믿습니다.

그리고 개정 정신건강복지법 시행 100일을 맞이하여 열리는 오늘 포럼에서 우리는 실제 법 시행에서 나타난 문제점은 무엇인지 평가하고 보완해야 할 부분은 무엇인지 점검하고자 합니다. 또한 <국가정신건강정책 솔루션 포럼>을 통해 모아진 의견과 정책 제안을 입법과 정책에 반영하기 위해 저 역시 국회에서 최선을 다 할 것입니다.

마지막으로 오늘 참석해주신 많은 분들과 관련 기관 여러분께 감사드리며, 앞으로도 정신건강정책 개선과 발전을 위해 많은 관심과 참여를 부탁드립니다.

감사합니다.

축 사



더불어민주당 원내대표 우원식

안녕하십니까. 더불어민주당 원내대표 우원식입니다.

오늘 <국가정신건강정책 솔루션 세 번째 포럼 - 정신건강복지법 시행 100일 점검, 정신건강 증진체계 강화 국정과제 추진을 위한 정책과 전략>의 개최를 진심으로 축하드립니다. 우리 국민의 정신건강을 지키기 위해 지난 8월부터 세 차례에 걸쳐 「국가정신건강정책 솔루션 포럼」을 진행하시는 데 노력해주신 정춘숙 의원님과 19개 정신건강 관련 기관 여러분께도 감사의 말씀을 전합니다.

모든 것이 불확실하고, 흔들리는 ‘불안의 시대’입니다. 이런 환경에서 우울증과 불안강박증 등의 정신질환은 청소년과 노인 등 특정세대 뿐 아니라 남녀노소, 현대인 누구에게나 흔하게 나타나고 있습니다.

‘2016년 정신질환실태 역학조사’에 따르면 대한민국 국민 4명 중 1명은 평생동안 한 번 이상의 정신질환을 겪는 것으로 나타났습니다. 하지만 정신건강에 문제를 발견한 후 치료를 받기까지는 평균적으로 1.6년, 즉 84주가 걸렸습니다. 주위에 정신건강 의학과(정신과) 병의원이 쉽게 눈에 띄지도 않고 큰 병원을 방문하기는 부담스러운 문제가 있어도 참으며 병을 키우는 것입니다.

인간의 삶에서 ‘정신의 건강’과 ‘신체의 건강’, 두 가지 중 어느 하나도 덜 중요한 것이 없으며 정신과 신체의 건강은 나누어 생각할 수 없을 만큼 밀접한 연관성도 갖습니

다. 이러한 상황만 보더라도, 정신건강정책은 이 시대를 살아가는 우리들의 삶 속에서 꼭 필요한 정책이며 국가는 국민의 신체건강을 지켜야 하는 책임과 의무만큼 국민의 정신건강에도 관심을 쏟아야 합니다.

국가정신건강정책의 일환으로, 국민이 84주라는 긴 시간동안 적절한 정신건강서비스를 접할 방법을 찾을 수 없어 병을 키우는 상황이 발생하지 않도록, 정신질환 예방부터 조기발견, 치료, 재활, 사회복귀까지의 전 과정을 아우를 수 있는 다양한 수준의 정신건강서비스 체계를 구축해야 합니다.

그 동안 개최된 두 차례의 포럼과 오늘 열리는 마지막 포럼을 거쳐 제시된 다양한 의견을 모아 정신건강복지법과 정신건강서비스 전달체계 개선과 발전을 위한 더 나은 정신건강정책 수립을 위한 정책제안이 이루어지기를 기대하겠습니다.

마지막으로 <국가정신건강정책 솔루션 포럼>에 함께 해주시는 여러 발제자, 토론자 여러분께 감사의 말씀을 전하며, 다시 한 번 오늘 포럼의 성공적인 개최를 기원합니다. 감사합니다.

축 사



국회 보건복지위원장 양승조

여러분 만나서 반갑습니다.

국회 보건복지위원장 양승조 의원입니다.

먼저 국가정신건강정책 솔루션 제3차 포럼 개최를 진심으로 축하드립니다.

자리를 마련해주신 존경하는 정춘숙 의원님과 정신건강 관련 19개 기관 관계자 여러분께 진심으로 감사의 인사를 전합니다.

또한 참석해주신 내외귀빈 여러분들과 좌장·발제·토론을 맡아주신 모든 연자님들께도 감사의 인사를 전합니다.

그동안의 정신보건법은 인권과 안전이라는 두 가지 목적을 달성할 수 없었습니다.

보건복지부가 지난 4월에 발표한 2016년 ‘정신질환실태 역학조사’ 결과를 보면 성인 4명중 1명은 평생 1번 이상의 정신질환 경험하지만 전문가와 상의한 경험이 있는 사람은 10명 중 1명에 불과한 것으로 조사되면서 우리가 그동안 얼마나 정신건강에 무관심했는지 알 수 있었습니다.

그 결과는 실로 비참했습니다.

세계보건기구(WHO)의 2017 세계보건통계를 보면 한국의 자살률은 인구 10만명당 28.4명으로 조사대상 183개국 중 4위를 차지했습니다. 통계청의 자료를 보면 한해에 약 1만3천여명이 자살로 생을 마감한다고 합니다.

인력부분도 심각한데, 2013년을 기준으로 인구 10만명당 정신보건인력이 영국은 318.9명, 미국 125.2명, 핀란드 99.2명인 반면 우리나라의 경우 인구 10만명당 42.0명에 그쳤습니다. 영국의 1/7 수준, 미국의 1/3 수준입니다.

경제규모 세계 11위, 복지국가를 지향하는 나라에서 벌어질 수 있는 일이 아닙니다.

이러한 배경에서 20여년 만에 정신보건법 전부개정안이 통과되었고 현재 시행 100일을 맞았습니다.

법률안 통과 당시 사회적으로 준비가 안 된 상태라는 논란이 많았던 만큼 현재의 시점에서 현장에서 어떠한 일들이 일어나고 있는지, 도출된 문제점이 있는지, 해결방안은 무엇인지 종합적으로 점검해보는 시간이 간절하게 필요한 시기였습니다.

때마침 좋은 토론회가 오늘 개최되었고 많은 전문가 분들이 한 자리에 모여 주셨습니다. 오늘 자리에서 다양한 의견들이 나오길 기대하며 존경하는 정춘숙 의원님과 추후 법률적 미비점을 보완해 나가도록 하겠습니다.

세계보건기구(WHO)는 이미 2005년 “정신건강 없이는 어떤 건강도 없다”고 선언했습니다. 우리나라 국민 모두가 건강하고 활기찬 삶을 영위할 수 있도록 국회가 언제나 정신건강정책에 신경 쓰고 책임지도록 하겠습니다.

다시 한 번 오늘 포럼 개최를 진심으로 축하드리며, 참석해주신 모든 여러분의 건강과 행복을 기원하며 짧은 축사를 마치겠습니다.

감사합니다.

Contents

▶ 1부

- 발제 1** 정신건강복지법 시행 후 정신의료현장의 영향과 개선방안 1
박성혁 (대한정신건강의학과봉직의협회)
- 발제 2** 정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 영향과 개선방안 11
윤미경 (경기도정신건강복지센터)
- 발제 3** 정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향 23
염형국 (공익인권법재단 공감)
- 발제 4** 정신질환자 인권보장의 실질적 강화를 위한 법제도 개선방안 39
윤동욱 (법률사무소 서희)
- 지정토론** ‘정신건강복지법 개선을 위한 관련 쟁점과 절차 중심으로’ 47
이만우 (국회입법조사처 보건복지여성팀)

Contents

2부

발제 1	회복지향적 정신건강서비스 전달체계 제안	51
	이명수 (대한신경정신의학회 정신보건위원회)	
발제 2	회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할·기능 제안	61
	전준희 (한국정신건강복지센터협회)	
발제 3	회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공체계 제안	75
	하경희 (한국정신보건사회복지학회)	
발제 4	회복지향적 복지서비스 제공 및 전달체계 제안	87
	이용표 (한국정신보건전문요원협회)	
지정토론 1		101
	신석철 (한국정신장애인자립생활센터)	
지정토론 2		111
	김성주 (한국정신장애인협회)	
지정토론 3		115
	나백주 (서울시 시민건강국장)	

| 1부 | 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

정신건강복지법 시행 후 정신의료현장의 영향과 개선방안

박성혁 (대한정신건강의학과봉직의협회)

정신건강복지법 시행 후 정신의료현장의 영향과 개선방안

박성혁 (대한정신건강의학과봉직의협회)

1. 정신건강복지법 개정의 목적

- 1995년에 처음 제정되어 정신질환자들의 치료와 인권보호의 근거가 되어왔던 정신보건법이 2016년 5월 국회에서 법률 명칭을 포함, 주요의제를 반영하여 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’로 전면개정 되었다. 이와 함께 구 정신보건법 24조의 헌법 불합치 판결이 나오면서 환자 신체의 자유 제한 최소화, 자기결정권 확대 등 기본권 보장의 이념이 대두되고 있으며 이는 국제적 조류이기도 하다.
- 정신건강복지법은 정신질환자의 범위를 축소 정의하고, 비자의입원 제도의 개선, 입퇴원 결정 감시기구 설치, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하는 등 정신질환자의 재활, 복지, 권리를 보장하여 인간다운 삶을 영위하는데 이바지함을 목적으로 한다. 병원-지역사회라는 소단위에서 본다면 정신질환자를 입원/격리가 아닌 탈원화/사회환원을 통해 지역사회로 통합시키는 것을 목적으로 한다.

2. 정신건강복지법에서 바뀐 주요 조항들

- 명칭의 변경 : 정신보건법 → 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률
- 정신질환자의 정의 축소 : 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람
- 정신건강증진의 장을 신설 : 전국민 대상의 정신건강 서비스 제공의 근거 마련
- 정신질환자에 대한 복지서비스 제공의 근거를 마련
- 동의입원 제도의 신설
- 보호의무자에 의한 입원 : 입원 기준의 강화, 추가진단 제도의 도입, 추가진단 전문

의의 규정, 계속입원 심사주기 단축

- 행정입원 제도 개선 : 지자체장이 보호자가 되는 입원 조항을 삭제 등
- 입원 단계 권리구제 절차의 강화 : 입원적합성심사위원회의 설치 등
- 정신건강심의위원회 결정 유형의 다양화
- 입퇴원 관리시스템의 구축 : 횡수용화, 만성입원의 조정

3. 정신건강복지법 시행 후 정신의료현장에서의 문제점

□ 추가진단 제도 관련

- 추가진단 제도는 정신건강복지법 제 43조에 의해 환자가 입원해 있는 입원병원의 정신건강의학과 전문의의 소견과 서로 다른 의료기관(지정진단의료기관) 소속인 전문의의 소견이 일치해야 2주 이상의 치료입원이 가능한 제도이다.
- 그 취지 역시 정신질환자의 인권 보호로, 비자의입원을 교차진단 함으로써 입원 과정에서 발생할 수 있는 관계자들의 이해관계/경제적 이슈를 배제하고, 탈원화와 함께 불필요하고 부당한 입원을 방지하고자 도입되었다. 이를 위해서는 공신력을 가진 독립적인 심사기구가 반드시 필요하나, 현재는 공공 인력을 확보하지 못해 전체 260개의 지정진단의료기관 중 2/3 이상을 민간병원에서 담당하고 있다. 문제는 이 민간병원과 추가진단전문의를 선별/교육하는 과정이 없었을 뿐더러, 현재 시스템 상 추가진단을 나올 병원을 진단받을 병원에서 지정 신청을 할 수 있어 도덕적 적정성을 담보하기 어렵다는 점이다. 또한 추가진단이 블라인드로 이뤄지지 않아 누가 주치의의 판단을 뒤집었는지도 확인이 가능하며, 지정진단의료기관이 부족한 일부 지역에서는 매칭된 병원끼리 추가진단을 주고받는 구조여서 '상호견제'가 이뤄지지 않는다. 상당기간의 준비와 예산/인력을 투입해 시행한 정신병원 인증평가 제도마저 그 평가의 공정성과 신뢰성에 지속적인 문제제기가 되는 상황인데, 현재 처럼의 법 시행으로는 민간병원 사이에 발생할 대가성 청탁 및 담합의 가능성을 완전히 배제할 수 없으며, 이로 인해 환자의 인권은 또다시 유린당할 수 있다.
- 불행히도 다수 민간병원의 참여에도 불구하고 추가진단전문의 인력의 극심한 부족은 여전하다. 2017년 6월 한달간 발생한 강제입원 심사건수 25991건 중 자체진단은 15276건(58.8%), 입원 연장심사 건수 20438건 중 자체진단은 14660건

(71.7%)로 집계되었다. 동일병원의 자체진단은 전문의가 부족한 사정에 따라 예외적으로 조항을 둔 것인데 현재는 본말이 전도되어 예외로 처리해야하는 건수가 더 많이 발생하고 있다. 사실상 추가진단 제도의 실패로 판단해도 무색하지 않으며, 정신건강복지법의 인권보호 취지와는 전혀 다른 방향으로 흘러가고 있는 상황이다. 이 예외규정의 시행방안은 2017.12.31까지 적용이 되며, 이후의 시행방안은 추후 재검토하겠다는 것이 복지부의 입장이다. 이후의 시행방안은 인권보호의 목적을 얼마나 달성할 수 있을 것인지 주목이 필요하다.

- 추가진단전문의들의 과중한 업무량도 온전한 법 시행에 걸림돌이 되고 있다. 추가진단 시 전문의는 초면의 환자를 대상으로 전반적인 병력을 파악해야 하는데, 증상 외에도 자타해 위험성까지 평가하려면 적어도 1시간 안팎의 시간 소요된다. 기존의 정신과 전문의들은 1인당 60명의 입원환자 업무와 외래업무를 겸하고 있어 자병원의 업무만으로도 상당한 부하를 겪고 있는데, 이제는 추가진단 업무까지 가중되어 자병원/추가진단 업무에 질적인 저하가 발생하고 있다. 정신질환자의 인권보호와 맞물려있는 중요한 업무인데, 한정된 시간과 조건 안에 많은 환자를 평가해야 하는 상황에서 추가진단전문의가 얼마나 정확한 진단을 내릴 수 있을지 우려가 되는 대목이다.

□ 보호의무자에 의한 입원 기준의 강화 관련

- 정신건강복지법 제 43조 2항은 ‘입원치료가 필요한 정도의 정신질환’과 ‘자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험’을 모두 만족하는 환자만 강제입원이 가능하도록 규정하고 있다. 기존 법에서는 입원 기준 두가지 중 하나만 만족해도 비자의 입원이 가능했던 것을 두 가지 모두 충족해야만 가능하도록 강화한 것이다.
- 입원 기준의 강화에 대해서는 법 시행 전부터 우려가 많았는데,
 - A. 치료의 적기를 놓치게 만들어 질환의 예후를 불량하게 만드는 점
 - B. 병식이 없는 환자는 자타해 위험성이 발생할 때 까지 치료를 받을 수 없다는 점
 - C. 관련한 온갖 위험과 부담은 온전히 가족들이 떠안아야 한다는 점
 등이 그것이다.
- 특히 두번째 기준인 자타해 위험성은 그 판단의 기준이 상당히 모호한 문제로 논쟁의 중심에 있어왔다. ‘자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험’은

시행규칙에 규정되어 있는데 요약하면 다음과 같다.

- A. 자/타인의 건강/안전에 직접적인 위해를 가하거나 가할 개연성이 높은 경우
- B. 자/타인의 건강/안전에 상습적인 위해를 가하는 경우
- C. 자신의 건강/안전에 중대/급박한 위험이 있거나 개연성이 높은 경우
- 자타해 위험성을 좁게 해석한다면(언어/신체 위협, 재물파손 등) 치료적 관점에서의 비자의입원이 제한된다. 치료가 필요한 사람에게 질병 초기의 치료적 개입이 어려워져 질병의 예후가 불량해지고, 환자의 자타해 위험행동이 사회에 그대로 노출될 수 있다. 이런 위험성과 치료적 부담은 보호자들이 떠안을 수 밖에 없는 구조이며, 비자의입원을 한 환자는 모두 위험한 환자라는 인식이 확대재생산 되는 문제점이 있다.
- 이에 복지부는 자타해 위험성의 기준을 완화하는 지침을 내렸는데, 그 범위를 지나치게 확대하여 ‘치료필요성’과의 경계가 모호해지는 문제가 발생하고 있다. 복지부의 지침은 증상의 악화 혹은 중독성 약물의 갈망/중독/금단으로 인한 건강의 악화, 위생 불량, 난치성 증상, 자기관리능력의 저하 등까지도 자타해 위험성으로 간주한다. 애초에 인권보호를 외치며 비자의입원의 기준을 강화하던니, 슬그머니 그 기준을 다시 완화시키는 모순적인 행태를 보이고 있다.
- 또한 이 지침은 법령에는 전혀 포함되어 있지 않은, 진료지침 수준에서 발표된 내용이어서 현장의 정신과 전문의들은 많은 혼란을 겪고 있다. 자타해 위험성을 복지부 지침대로 넓게 해석한다면 치료적 관점에서의 비자의입원이 가능해지지만, 정신과 전문의들은 법령과의 괴리에 대한 책임을 져야한다. 현장의 정신과전문의들은 제 2의 경기북부사태의 재발을 염려하면서 치료적 선의와 법적 책임 사이에서 끊임없이 고민을 하고 있다.
- 현장의 혼란을 수습할 문의/소통 창구의 전문성이 부족한 것도 큰 문제이다. 현재 입퇴원 절차 관련 전반적인 문의를 국립정신건강센터의 콜센터에서 받고 있으나, 정확한 답변을 받는데에는 한계가 있어보인다. 고의는 아니겠지만 개정법상 불법사항을 시행하도록 안내하거나, 복지부의 실무부서와 정반대의 답변을 주었다는 사례보고가 종종 들어온다. 또한 복지부-국립정신건강센터 콜센터 간의 소통도 원활하지 않아, 복지부에서 각 보건소로 하달한 공문 내용을 콜센터는 전혀 모르고 있는 웃지 못할 상황이 발생하기도 했다. 고장난 나침반을 부여잡고, 현장의 급박한 상황에서 정신과 전문의들은 그저 불법을 피하기 위해 노심초사 하지 않을 수 없다.

4. 정신건강복지법의 바람직한 재개정 방향

□ 단기적으로는 추가진단전문의를 대대적인 증원이 필요하다.

○ 자체진단의 건수가 교차진단의 건수를 압도하는, 추가진단에 사적 이해관계의 개입이 가능한, 시간에 쫓겨 신중한 추가진단을 내릴 수 없는, 이런 상황들을 개선하기 위해서는 공적 영역에서 추가진단전문의의 대대적인 증원이 필요하다. 지금처럼 민간병원의 인력으로 대체하는 것이 아니라, 사적 이해관계로 얽혀있지 않은 독립성과 공공성을 갖춘 인력으로 그 자리를 채워야 한다. 현재 국립정신건강센터에서 추가진단전문의의 충원 공고를 내고 있지만 정원을 모두 채우지 못한 상태이다(정원 16명 중 5명 채용). 대한신경정신의학회 및 정신건강복지법TFT는 국립정신건강센터와의 간담회에서 공적 영역에서의 추가진단인력 충원 요청과 함께 향후 5년간의 청사진을 요구했지만 구체적인 답변을 받지는 못하였다. 추가진단제도의 성공적인 정착은 아직 요원하기만 하다.

○ 무조건적인 인력 확보 외에 전문성을 갖춘 인력을 선별하는 것도 중요하다. 현재 민간병원에서 동원된 추가진단전문의는 어떠한 선별/교육 과정도 거치지 않고 있다. 검증되지 않은 인력을 주축으로 인권보호의 핵심장치인 추가진단 제도를 운영하는 것은 바람직한 방법은 아니며 보인다. 복지부에서 인력 부족을 이유로 공중보건의사들을 개입시키는 것도 같은 맥락에서 비판 받아 마땅할 사안이다.

□ 중장기적으로는 다음과 같은 제도적 보완/지원 장치를 제안한다.

○ [선행동의입원제도] 비자의입원 과정에서 환자의 의사가 완전히 배제되는 것에 지속적인 문제제기가 되고 있다. 때문에 비자의입원에 환자의 의사를 반영할 수 있도록 제도적인 보완이 필요하며, 이는 ‘선행동의입원제도’(가칭)를 통해 해결할 수 있다. ‘선행동의입원제도’는 선진국에서 거론되고 있는 입원의 한 형태로 자기결정능력이 완전히 손상되기 전의 환자를 대상으로, 증상의 악화로 자기결정능력이 손상되었을 경우 비자의입원을 하겠다는 사전 약속을 받도록 한다. 선행동의입원에 동의한 환자는 일정 기간 내에 입원치료가 필요할 정도로 질환이 악화되면, 보호자의 동의를 얻어 2주간 비자의입원이 가능하며, 이후의 절차는 현행법에 준해 시행할 수 있다(세부사항은 논의가 필요하다). 이는 기존의 비자의입원과는 다르게 환자의 인권과 의사결정권을 존중하고, 비자의입원 결정의 한 요소로 인정한다는데 그 의

의가 있다.

- **[환자의무이송제도]** 현행법상 내원을 거부하는 환자를 합법적으로 이송할 방법은 경찰 혹은 119의 호송이 유일하다. 하지만 인력 부족, 책임성, 접근성의 문제로 대다수가 불법 사설구급대를 이용하고 있는 실정이고, 그러다보니 보호자/병원과 사설구급대 간의 불법적인 환자이송, 대가성 청탁 등이 발생할 여지가 생긴다. 문제는 이런 사정에도 불구하고 사설구급대를 대체할 이송수단이 전무하다는 것이다. 해결을 위해서 우선, 치료가 필요하지만 내원을 거부하거나 자타해 위험성이 높은 환자를 합법적으로 병원으로 이송하는 수단을 마련해야 한다. 현재는 응급/행정입원에만 한정되어 있는 경찰/119의 환자 호송의무를 보호자에 의한 입원 및 '선행동의입원제도'까지 확대할 필요가 있다. 더불어 지자체 혹은 경찰 내에 사설구급대 운영 및 관리에 대한 조례를 신설하여 유기적이고 합법적인 환자 이송체계를 구축, 불법적인 유착관계를 청산하고 신속하고 안전한 중증 정신질환자의 이송을 도모해야 할 것이다.
- **[보호의무자확인제도]** 보호자의무자에 의한 입원 시 현실적으로 보호자는 각종 구비서류를 응급/야간에 구비하기가 어렵고, 병원은 보호의무자의 자격/결격사유/우선순위 등을 확인하기가 어렵다. '보호의무자확인제도'는 국가/공무기관에서 보호의무자 자격에 대한 민사적 사항을 검토하여 결격사유가 없는 우선순위 보호자에게 3개월간 유효한 '보호의무자 확인증'을 발급한다. 보호의무자확인증은 보호의무자 증빙서류를 갈음할 수 있어 보호자와 병원에 맡겨진 불필요하고 비효율적인 부담을 없애고, 공정하고 정확한 보호의무자 증빙을 가능하게 하여 신속한 환자의 입원치료를 보장할 수 있다.

□ 최종적으로는 사법적 혹은 준사법적 입원을 지향해야 한다.

- 이미 선진국에서는 사법 혹은 준사법적 입원이 시행되고 있다. 비자의입원은 다른 측면에서 본다면 환자의 인신을 구속하는 강제력을 가지고 있기 때문에, 이는 사적 개인인 정신과 전문의나 보호의무자가 결정하는 것이 아니라 국가 혹은 사법기관에서 결정하는 것이 타당하다. 일각에선 국공립/지정정신의료기관에서 추가진단을 하고 있으니 이미 준사법적 입원이 시행되고 있다고 반박할 수도 있겠지만, 위에서 언급한 많은 문제점(민간병원 위주의 편성, 담합 가능성 등)을 고려한다면 이를 준사법적 입원으로 인정하기엔 턱없이 부족하다. 입원적합성심사위원회 역시 대부분

의 입원을 서류상으로만 검토하며, 심사결과 통보 기한이 입원 후 한달이 되는 시점이라 그 역할 수행에 있어 제한적이다.

- 비자의 입원의 권한을 정신과 전문의와 보호자가 행사하는 현재의 시스템은 치료적 영역에도 부정적 영향을 미친다. 정신과의 치료에서 가장 중요한 것이 환자와의 치료적 동맹관계인데, 정신과 전문의와 보호자는 이를 훼손하는 것으로 치료를 시작하게 된다. 환자가 의사와 보호자를 감금의 주체로 생각하게 되며 퇴원 후 치료 중단, 가정 불화 등의 문제로 이어지는 일이 적지 않다.
- 또한 현재는 비자의입원에 동의할 보호의무자의 결정을 병원에서 책임지고 있는데, 현실적인 한계가 많이 발생한다. 보호자가 있으나 그 부양의무를 전혀 이행하고 있지 않은 경우, 이를 서류로 증명하는 문제, 부양순위의 문제, 연락두절이 된 보호의무자, 환자/보호자 간 법적 분쟁 여부, 파산선고의 여부 등 보호의무자의 요건을 미충족하는 경우를 병원이 판단하는 것은 타당하지 않아 보인다. 이 역시도 사법의 영역에서 판단해야 할 문제일 것이다.

□ 비자의입원 기준의 완화가 필요하다.

- 치료의 시작은 쉽게, 장기 입원은 어렵게 만드는 방향으로 정책이 발전해야 한다. 우리나라의 평생 정신질환 발병률은 25%로 국민 4명 중 1명이 평생 한번은 정신질환을 겪지만, 실제로 치료를 받는 비율은 22%밖에 되지 않는다. 현재도 이미 치료의 문턱이 높은 상태인데 특성상 병식이 없는 정신질환자들의 치료 기준을 강화하는 것은 현 실정에 맞지 않는 정책이다.
- 모든 질환은 치료가 늦을수록 예후가 불량하다. 다리의 염증을 오래 방치했을 때 감각/보행기능에 장애가 생기는 것처럼, 정신질환도 오래 방치하면 실행/인지기능에 장애가 생긴다. 즉, 직업활동/운전/경제거래 등의 고차원적인 기능들을 상실할 수 있다는 뜻이다. 복지부는 정신질환자의 인권보호를 위해 진단기준을 강화했다고 주장하지만, 오히려 복지부에 이렇게 반문하고 싶다 - “정신질환자에게 치료와 인권은 대립되는 개념인가?”. 정신질환자는 질병으로 인해 자기결정권을 상실(현실 검증력, 판단/지남력의 손상)할 수 있고, 이로 인해 스스로의 인권을 지킬 능력을 상실할 수도 있다. 치료는 이러한 손상된 자기결정권을 회복시켜 스스로 인권을 지킬 수 있도록 돕는다. 치료로 인해 인권이 억압되는 것이 아니라, 치료를 통해 환자에게 인권을 되찾아 주는 것이다. 그리고 자기결정권을 되찾은 환자를 신속히 사

회로 복귀시키는 것이다. 이것이 정신질환자의 인권과 치료권을 지키기 위한 바람직한 방향일 것이다.

| 1부 | 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 영향과 개선방안

윤미경 (경기도정신건강복지센터)

정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 영향과 개선방안

윤미경 (경기도정신건강증진센터, 자살예방센터 부센터장)

지역사회정신보건사업의 가치와 철학을 담고 시작 한 1995년 정신보건법 제정과 21년 만에 전면 개정 된 정신건강복지법이 시행 된 지 100일이 되어가고 있는 요즘이다. 사실 그동안 공공영역에서 다양한 정신건강 아젠다는 점점 늘어났지만 늘 중증정신질환서비스는 후순위 정책에 놓여 있었다고 해도 과언이 아니다. 정책가들에게 중증정신질환서비스에 관해 논의하자 대책을 세우자 요구했을 때 티도 안나는 일이라며 외면 받은 적도 있었고 지자체별로 증진, 예방 등의 홍보사업에 주력하라는 이야기도 들어왔다. 또한 법 개정 전에도 정신장애인에 대한 지역사회 사회복지서비스는 부족했고 장애인복지법 범주에 포함되어 있었어도 실제 이용 장벽은 높았었다. 그런데 법이 개정 되고 나서는 사회복지영역에서도 정신장애인을 위한 지역사회 사회복지서비스에 관한 논의 테이블이 활발하게 늘어나고 있다. 이번 법 개정 후 정신보건현장에서 20년차로 종사해온 전문요원으로서 체감하는 가장 큰 변화는 지자체 공무원들과 지역사회 내 유관기관들이 낮밤을 가리지 않고 중증정신질환서비스를 주제로 회의하자고 한다. 또한 문재인 정부가 들어서면서는 국정과제에 정신건강 분야가 포함되어졌고 광화문 1번가 정책 제안도 직접 할 수 있는 소통의 길이 열렸다는 것이다. 오늘 이 자리는 민간에서 공동으로 여는 포럼이지만 우리끼리의 소통의 자리를 넘어 함께 논의되어지는 정책들이 정책가들에게 제안되어져 정신보건법 제정으로 추구하고자 했던 ‘입원중심이 아닌 탈원화를 통한 지역사회 복귀’라는 정책 목표를 달성하기 위해 반드시 실현되어야하는 인프라 확충 등의 정신보건환경 변화에 관한 정책지원으로 이어지길 바란다. 정신건강복지법 시행 후 지역사회현장의 목소리와 실제 지역사회 연계실태, 지자체에서 수립하고 있는 탈원화 정책, 주요 유관기관들로부터 받고 있는 문제제기와 대안, 정신보건사업의 효과 중심으로 전하고자 한다.

1. 법 개정을 앞두고 우려했던 문제

정신질환을 가진 당사자들은 정신질환자 개념 축소로 인한 장애인복지법, 사회서비스 수혜 혜택 감소, 퇴원 후 지역사회 재활, 자립지원 부족, 진정한 인권 강화가 되어 지길 원했다. 가족(보호자)들은 급성기 환자 발생시 입원절차가 복잡해지고 입원 요건 2가지(정신질환자 / 자타해위험) 모두 충족시켜야 하는 입원 요건과 알코올 환자 입원 치료의 어려움에 관해 염려했고 정신의료기관은 입원절차 강화로 입원환자 감소, 행정 업무 폭주, 입원판정제도 시행 위한 지정진단의료기관을 민간병원으로 지정하는 것에 대한 부담을 지니고 있었다. 정신건강복지센터는 정신의료기관 입원절차 강화로 중증 정신질환자들의 지역사회 유입 증가, 전달체계 혼란과 인프라 부족 안에서 중증정신질환 외 다양한 정신건강증진사업들은 어찌해야하나 고민해오고 있었다. 정신사회재활시설은(구 사회복귀시설) 보호시설인 요양시설의 설치 운영 요건 완화로 요양시설 증가 및 지역사회 재활이 가능한 의료급여 환자의 요양시설 유입 증가, 턱없이 부족한 시설과 지역불균형, 법에 명시된 서비스 세부 방침 및 가이드라인 부재 등에 관한 문제들이 해결되기를 원했고 지자체에서는 입원판정제도 시행을 위한 지정진단의료기관 지정 민간병원에 강제하기 어려움, 계속입원 판정 기간 단축으로 심사위원회 건수 증가, 행정입원 전환 사례 증가에 따른 행정 업무 폭주, 의료급여수급권자가 아닐 경우 재정 부담 등에 관해 우려했었다.

2. 법 개정 후 지역사회 현장에 미치고 있는 영향과 대안

가. 쏟아지고 있는 업무협조, 대책마련, 협력 요구 공문들

보건복지부는 지자체에 지자체는 위탁기관과 보건소에 유관기관들 간에는 수많은 문서들이 오가고 있다. 8월 1일자로 내려 온 정신건강종합대책('16~20) 2016~2017년 지자체 추진실적 제출 지침은 법 시행 전에 수립되어진 정신건강 종합대책의 32개 세부과제(국민 정신건강증진 10개, 중증 정신질환자 지역사회통합 8개, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화 6개, 자살위험 없는 안전한 사회구현 8개) 그대로 개정법과는 엇박자를 내고 있는 내용들을 담고 있고 아직까지 각 과제에 대한 세부 투입계획은 알 수 없다. 특히 알코올중독 중 50.7%가 자해 시도 및 타해의 문제로 위기 개입 및 응급입원의 개입이 매우 필요함에도 정신건강복지법에 중독관리센터 설치근

거는 삭제되었고 정신질환의 정의에서 알코올중독 및 모든 중독질환이 빠져 있어 중독 관리서비스 공백이 우려되는 상황이다. 얼마 전 “개정정신보건법 관련 예산도 편성”이라고 기재 된 2017년 보건복지부 추경 8649억원 중에는 치매국가책임제 2023억, 자살예방 및 지역정신보건사업은 20억 정도의 예산으로 지역정신건강복지센터 인력 370명 증원이 전부이다. 그런데 이마저 현장에서는 “3호봉 간당간당 뽑을 수 있는 예산인데... 신규직원 책상, 의자, 컴퓨터는 뭘로 사야하나요? 앉을 공간이 없는데 어찌죠...” “보건소 창고에 있는 것들 중에 수리를 해서 쓰시지요...호봉 승급은 안되는 것으로 근로계약을 하세요” 이는 경력 전문요원 고용의 어려움과 처우 등의 고민들을 하고 있으며, 보건복지부에서는 지자체 예산을 더 매칭해서 확보하라는 입장이고 이를 지자체는 각기 다르게 적용하고 있는 실정으로 지역정신건강복지센터는 난감함에 처해있는 지역들이 있다.

나. 입원조건 강화에 따른 영향과 대안

지자체마다 경찰, 소방 등 정신질환자 관리에 대한 간담회, 교육, 솔루션팀 구성 등의 요청이 증가하고 있으며 경찰의 야간, 공휴일에도 정신건강전문요원에게 출동을 요청하고 있는데 경찰 내 정신건강전문요원 채용도 하나의 방법이라고 여겨진다.

입원에 대한 공공의 책임성 강화(경찰, 소방 등)로 비용문제 등에 관한 공통 세부 지침 마련이 필요하고 응급입원 치료비 지원과 행정입원 대상자 중 복지 사각지대에 있는 대상자에 대한 치료비 지원 방안도 이루어져야 한다. 법 시행 2달 후 한국정신건강복지센터협회에서 12개 시·도, 46개 기관으로부터 받은 자료에 따르면 법 시행 전보다 법 시행 후 응급입원 의뢰 및 개입은 58% 증가, 행정입원 의뢰 및 개입은 350% 증가, 행려 등 의뢰 및 개입은 58% 증가하였다. 특히 행정입원의 경우 보건소에서 진행하고 있는데 의료보험환자관련 입원비 지급 등이 문제가 되고 있고 행정입원과 관련된 법 조항에 발견지 혹은 거주지 중심이 명확하게 명시되어 있지 않아 지자체간 협의가 필요한데 난항을 겪고 있는 상황이기도 하다. 또한 강남역 사건 등 정신질환자 관련 사회적 이슈가 된 후 정신질환자 관련 민원증가 등의 이유로 응급입원 요청이 증가하고 있다.

강남역 사건 전후 경찰로부터의 의뢰건수는 약 62% 증가 양상

구분	타기관 ¹⁾	경찰	계
강남역 사건 이전	3,567	141	3,708
강남역 사건 이후	4,975	228	5,203
증가%	40%	62%	40%

〈중증정신질환자 관련 경찰→경기도 내 정신건강복지센터 의뢰 현황〉

응급입원 진행 시 야간, 공휴일의 경우 입원병상 부재로 입원 진행의 어려움이 있는데 명백한 자해나 타해의 위험이 크지 않으면 인권 등을 위해 응급입원에 협조하지 않는 사례로 보호의무자나 정신건강증진센터에서 어려움을 겪고 있다. 예를 들어 약물치료 후 증상이 악화되어 치료 권유하는 부모에게 폭언 등 위협적인 행동을 보여 보호자가 경찰신고해서 방문 시 특별한 행동이 없고, 위협행동을 부인하는 경우이다. 또한 44조 2항에 따르면 정신건강의학과전문의도 진단과 보호 신청 가능한데 진단 및 보호 요청을 지정의료기관이 아닌 정신건강복지센터로, 행정입원 절차 관련 센터 의뢰가 증가되어지고 있으며 정신건강전문요원의 업무가 가중되어지고 있다. 환자들의 인권이 강조되는 것과 동시에 정신보건전문인력들의 안정성도 확보되어야 한다. 2017년 8월에 파악 한 경기도 내 정신건강복지센터와 정신재활시설에서의 위험 사례 경험 건수는 총 81건으로 회원, 미등록 일반상담자, 가족들로부터 폭언, 폭행 등을 경험 한 것으로 나타났다. 정신건강복지센터의 평균재직기간 또한 38.1개월, 정신재활시설 43.4개월로 지역 내 유관기관들의 재직기간에 비해 무척 짧다. 우리나라 정신건강증진센터의 중증정신질환자 사례관리 전문인력 1인당 평균 사례관리 수는 67.1명에 달해, 선진국 평균 30.0명 대비 두 배 이상의 매우 높은 수준의 사례관리 부담으로 2인 1조 방문조차 지켜지지 못하고 있는 실정이다.

다. 개정법에서의 정신질환자 복지서비스 신설에 따른 영향과 대안

지역사회정신보건 현장에서는 개정법에서 담고 있는 복지지원서비스 변화는 느끼지 못하고 있다. 오히려 장애인복지법에서는 사회적응훈련, 복지서비스에 관한 장애인 지원 사업, 가족지원, 정보제공 등에 있어 의무조항으로 되어있는데 반해 개정 정신건강복지법은 복지서비스 지원에 대해 ‘노력하여야 한다. 할 수 있다’로 의무조항이 아닌 권고사항으로 되어 있어 적잖은 혼란이 가중되어지고 있다. 또한 정신의료기관 및 요

1) 타 기관 : 경찰 외 지역사회기관(복지관, 병의원, 보건소 등)

양시설 퇴원퇴소자 보건복지서비스 지원 방안에 있어서도 여러 가지 문제들이 나타나고 있다. 희망복지지원단의 긴급복지지원법에 따라 정신질환자는 공적지원기준 요건에 선정되기 어려운 경우가 대부분이다. 또한 장애인복지법에 따른 관련기관은 법 제15조에 따라 정신질환자의 이용을 제한하기 때문에 복지서비스를 제공할 수 있는 복지관, 직업재활시설, 쉼터 등의 시설 등의 다양한 유형의 시설 설치 운영이 필요하고 법에 명시된 복지서비스에 대한 구체적이고 단계적인 예산수립 등 계획을 세워야한다.

법개정 후 보건복지부에서는 시도별 중증정신질환자 탈원화 대응계획 수립에 관한 전달체계를 구성하라고 하였고 이에 따라 시도별로 정신건강복지법 시행 준비단 TF구성으로 보건소(정신건강복지센터)와 읍면동(희망복지지원단) 방문상담팀을 구성하여 대상자에게 통합시스템 내에서 복지서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다. 그러나 희망복지지원단에서 개입할 수 있는 대상자는 요보호대상자로 한정되어 있고 퇴원·퇴소자에 대한 보건소(정신건강복지센터)와 희망복지지원단의 팀 접근에 있어서도 퇴원 등의 사실통보는 제52조에 따라 보건소에만 통보하게 되어 있어 서로 다른 두 기관이 협업하는 데 어려움이 있다. 특히 스스로 자립이 어렵거나, 가족관계가 단절된 경우, 사회보장 제도가 빈틈없이 지원될 수 있는 연계 체계로 가동되어지지 못하고 있고 주소지 없는 경우 포함 하여 퇴원 시 주거문제 미해결 사례가 대부분이다. 이는 무연고자 및 보호자 방임의 주거지 확보 방안의 구체적 대책 마련이 되어야하는데 정신재활시설의 입소 가능 시설 자체가 부족하고 LH 임대주택의 배정 및 즉시 입주 가능 제도도 없고 노숙인 유입 가능 대상자에 대한 전문적인 투약관리 방안 등의 관리체계도 부재이기 때문이기도 하다. 이에 보건과 복지 전달체계의 혼란을 막기 위해서는 개정된 법에 따라 복지정책국에 정신건강복지팀을 신설하든, 아니면 보건소에 정신건강복지팀을 설치하든 통합관리팀과 같은 보건과 복지를 아우르는 전달체계가 절실히 필요하다. 아울러 지역사회에서 정신질환자 관리를 하는데 있어서는 입원기관과 연계되는 것이 중요하기에 이를 위해서는 입·퇴원관리 시스템과 지역사회관리시스템이 통합되어 “건강에서 복지까지 함께”라는 모토로 복지서비스망까지 연결되어야 한다.

라. 지역사회 정신보건 인프라 부족에 따른 영향과 대안

법개정 이전에도 이미 지역사회정신보건 인프라는 수요 대비 공급 현저히 부족하였다. 정신건강복지센터의 경우 이미 대상자를 찾아다니지 않아도 찾아오는 사람들마의 위기응급관리는 대기, 등록과 사례관리는 무한대 제공, 센터별 적정 이용 기준 미비로

인한 업무과다 문제, 인구규모 고려 없는 예산 배정 상태이다. 경기도의 경우 24시간 365일 운영하고 있는 정신건강위기상담전화(1577-0199) 벨이 울려도 받지 못하는 미처리 콜수가 43% 넘고 있고 9년째 예산은 동결이지만 국가에서는 홍보를 적극적으로 하고 있다. 개정법 이후 입원 입소 환자의 퇴원으로 지역사회 유입 시 사회복귀시설의 부족을 이야기하기 전에 법이 개정되지 않았어도 우리나라 정신질환자 사회복귀시설은 총 333개소로 수용정원은 7,019명에 불과하여 필요대상자의 1.4% 밖에 수용할 수 없는 실정이다. 특히 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 3.65명에 불과해 OECD 국가 중 최하위 수준(이탈리아 46.41, 오스트리아 29.95, 미국 22.2, 일본 16.23)을 차지한다. 따라서 현재 제공 중인 사회재활서비스의 양, 공백서비스에 따른 수요를 추정하여 예산수립하고 인력충원 및 시설을 설치해야한다. 중증정신질환자 지역사회기반 서비스 구축 전략에 관한 추계는 2017년 중앙정신건강복지사업지원단 정책보고서에 세부적으로 제시되어져 있다.

마. 지역사회 정신보건사업과 정신건강복지센터 사업 효과

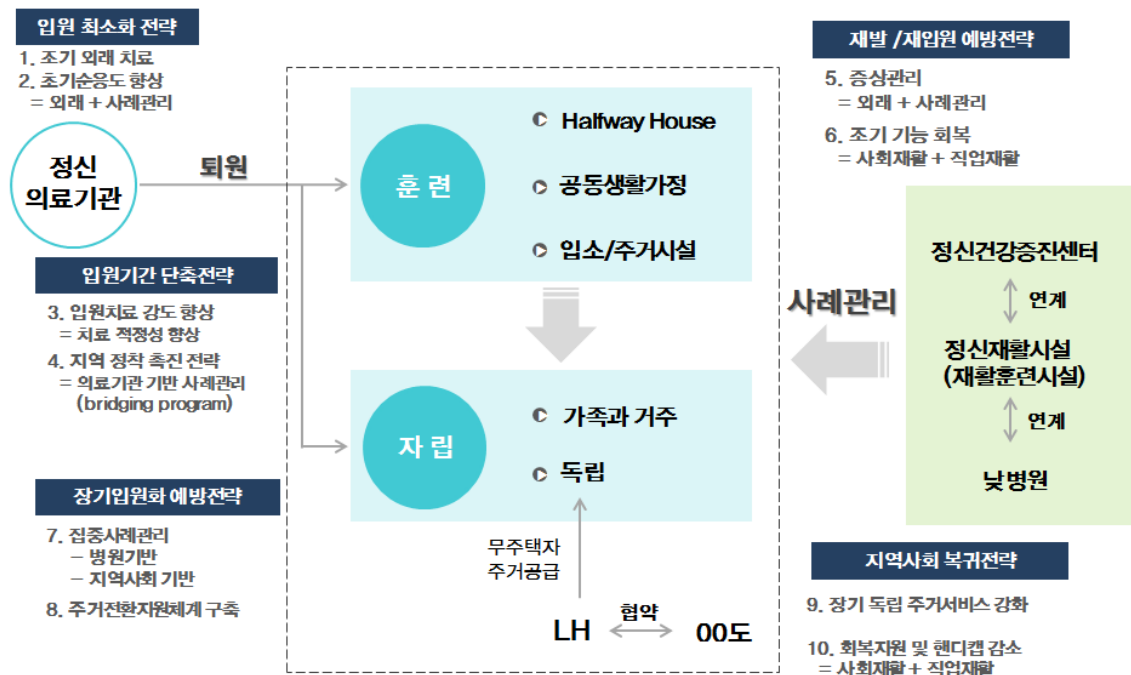
지역사회정신보건사업의 효과에 관해서는 2012년부터 현재까지 535억원의 예산을 투입하여 추진되어지고 있는 광주광역시 정신건강시범사업 모델을 살펴볼 필요가 있다. 광주광역시는 인구 10만 명당 10명 수준으로 2011년 대비 2016년 근무인력을 4배 증가시키고 지역사회 정신보건시설을 확대 설치 운영하였다. 이를 통해 지역사회 정신보건 서비스접근성을 높여 현장출동은 13년 154건에서 16년 363건으로 112 동반건수, 치료연계률, 상담이용 실인원수, 지역정신보건서비스 연계 및 이용률이 모두 증가되었다. 또한 세종특별자치시를 제외 한 16개 시도 중 3년 연속 가장 낮은 자살률을 보이고 있고 자살률은 11년 26.1%에서 15년 19.8%로 감소시켰다.

경기도 중증정신질환서비스 사업효과 분석에 따르면 경기도 31개 시·군 정신건강복지센터 중증 정신질환 등록자 20,441명 대상, 등록 후 3년이 경과한 대상자의 기능(GAF), 증상(BPRS), 입원횟수, 재원기간, 노동수입의 5가지 영역을 분석한 결과 등록 후 모두 개선되는 결과가 나타났다('16년 12월 31일 기준). 이는 사례관리를 통해 정신질환자들의 지역사회 적응력 향상에 기여. 입원률·재원기간 down, 노동수입 up 지는 효과이다. 또한 정신건강복지센터 등록회원은 다양한 영역에서 편익을 얻게 되지만, 그 중 금액 환산이 가능한 '입원비용 절감'과 '노동수입 증가' 편익만을 합하여 사업효과로 인한 연평균 편익을 추계해보면 중증정신질환자 한 명이 정신건강복지센터

에 등록하여 사례관리를 제공받음으로써, 1년 동안 약 95만원, 3년 동안 약 144만 (51%증가)원의 편익을 얻을 수 있는 것을 알 수 있다. 즉 3년간의 지속적 사례관리가 제공될 때, 경기도는 최소 138억원의 편익²⁾을 얻게 되는 결과이다. 따라서 중증정신 질환자의 지역사회 관리 부담 증가에 대비하여, 정신건강복지센터의 사례관리체계 강화가 필요하며, 시·군 정신건강복지센터에 집중사례관리팀 배치 전략 수립 필요하다.

마지막으로 법 개정 후 지자체 중증정신질환자 탈원화 대책에 있어 경기도는 아래와 같은 계획을 수립하고 있다.

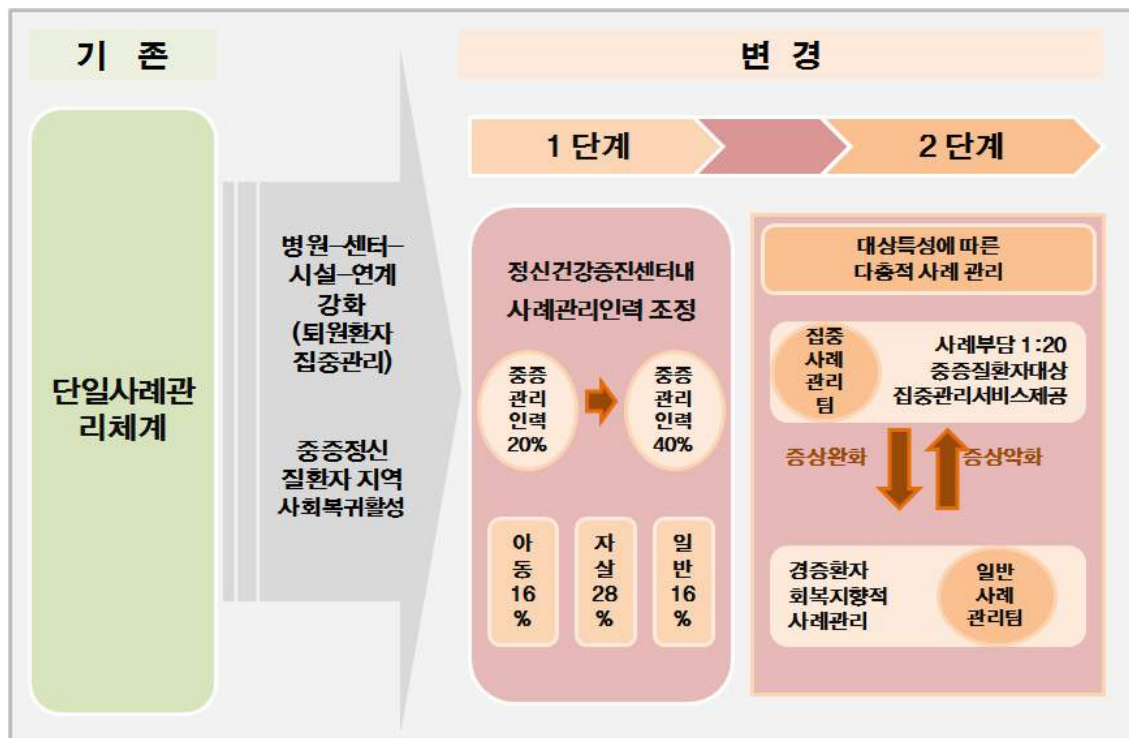
- ✓ 행정부지사 주재로 정신질환자 탈원화 관련 T/F 가동
- ✓ 지역사회전환시설(Halfway house) 설치·운영 2개소 * 도시공사 협조
도시공사 공동생활가정용 매입임대주택 공급
- 근거법령 : 공공주택 업무처리지침 제55조 (공동생활가정 등 운영특례)



- 2) 중증 정신질환 관리사업의 전체 편익 중 재원기간 감소와 노동수입 증가라는 일부만 포함하여 추계하고 있어 추계된 편익은 과소평가 되었다고 할 수 있음. 향후 다른 사회적 편익들(정신건강복지센터 사업을 통한 자살감소, 정신질환으로 인한 안전사고 감소, 입원률 감소로 인한 인권개선 효과, 정신장애인의 삶의 질 증가, 가족의 부담 감소 등)을 포함할 필요가 있음.

※ 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한 법률」에 따라 보호가 필요하다고 인정하는 저소득층인 장애인을 입주대상으로 함

- ✓ 매입 임대 사업을 활용한 무상 임대주택 제공(독립주거, 지원주거 등)
 - : 무상공급 대상지 수요조사, 한국토지주택공사(LH) 협의, 임대조건, 시설 개·보수, 사례관리 등
 - 근거법령 : 공공주택 특별법, 공공주택업무처리지침(국토부훈령) 및 공공지침에 근거하여 매입 및 공급
- ✓ 사회복귀시설 신규 설치 유도를 위한 지자체비 지원 확대, 검토
 - 설치비, 운영비 도비 지원 : 시·군 공유재산 활용 등
- ✓ 응급입원 치료비 지원 시·군 현황 파악
 - 미 지원 시·군 예산 지원
- ✓ 보건·복지서비스 연계 방안 마련 운영
 - 지속적인 협의기구 구성
 - 보건소(정신건강복지센터)를 중심으로 정신재활시설, 의료기관, 희망복지지원단, 사회복지기관 등이 참여하는 시·군 정신건강협의체 구성
- ✓ 정신건강복지센터 중증정신질환자 사례관리 강화
 - 내부 업무조정을 통한 중증사례관리 인력 확대, 향후 인력 충원
 - (1단계) 중증정신질환자 사례관리 투입인력 비율 조정(27%→40%)
 - : 총 538명 중 중증 투입인력 146명 → 216명으로 조정
 - 경기도정신보건사업 보건소 평가지표에 반영
 - (2단계) 중증정신질환자 집중사례관리 인력 신규배치(97명)
 - : 보건복지부 추경(27개 시·군 97명 추가 예정)
 - 역할 : 위기대상자 발굴 → 재발 및 재입원 예방을 위한 집중사례관리



| 1부 | 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향

염형국 (공익인권법재단 공감)

정신건강복지법을 통한 정신장애인 인권강화와 개선방향

염형국 변호사 (공익인권법재단 공감)

1. 들어가며

땅 딛는 기쁨을 아세요? 걷는 자유라는 거 무시 못해요. 길거리 다니면서 맛있는 거 사 먹고, 여행 가고, 그런 게 바로 땅 딛는 기쁨이란 걸, 시설에서 나오면서 그걸 느꼈어요. 어디든 다녀볼 수 있고, 공부도 할 수 있고, 사람도 만나고 그런 자유가 얼마나 소중한 것인지를요. 10년 동안 있었던 시설에는 인권이 없었어요. 10년 세월이 내 인생에서 없어져 버렸어요.

『나를 위한다고 말하지 마』 인터뷰 글 중에서

위 인용글은 자유를 꿈꾸며 ‘탈시설’했던 7인의 장애인들의 이야기를 담은 책 『나를 위한다고 말하지 마』 중에서 정신병원에서 10년간 생활하던 정신장애인이 탈시설 소감을 인터뷰한 내용이다. 정신보건예산의 절대적인 비율은 정신질환자를 위한다는 명목으로 정신병원·정신요양시설 운영예산에 사용되고 있다. 정신병원에 입원해 있는 이들 중 과연 몇 명이나 자해 혹은 타해의 위험이 중대하거나 급박한 상황에 있는가? 정신장애인들이 정신병원이나 정신요양시설에서 생활하기를 원한다고 했던가? 아니 정신장애인들이 무엇을 원하는지 묻은 적이 있던가? 지금까지 정부와 정신보건기관은 이처럼 정신장애인을 위한다고 하면서 정신장애인 당사자의 욕구를 묻지 않고 정신보건 서비스(?)를 제공해왔다. 그렇지만 정신장애인 당사자들은 이제는 더 이상 정신보건시설에서 살기를 원치 않으므로 시설에서 나와 지역사회에서 살겠다고 외치고 있다.

2017년 5월 30일부터 정신병원 강제입원 절차 강화와 정신질환자 지역사회복지를 골자로 하는 개정 정신건강복지법이 시행되고 있다. 개정 정신건강복지법은 정신장애인³⁾들이 지역사회에서 자기결정권을 보장받고 인간답게 살아가기 위한 최소한의 기반

이다. 오랜기간 동안 정신장애인이 지역사회에서 배제·격리되다가 드디어 지역사회 통합의 기반을 마련한 것이다. 드디어 정신장애인 탈원화 시대가 도래한 것이다. 탈원화 이후 지역사회에서 정신장애인이 통합되어 자립된 삶을 살기 위해서 필요한 지역복지 정책들을 시급히 만들어 시행할 시점이다.

2. 개정 정신건강복지법의 의의

가. 개정 정신건강복지법의 의미

우리나라의 경우에 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 전 세계적인 조류에도 역행하는 것이다. 그러나 이러한 현상은 기존 정신보건법의 사회방위적 성격과 본질에서 나타난 필연적인 결과라고 볼 수 있다.

또한 기존 정신보건법은 의료법의 특별법·사회방위법으로서의 성격을 가질 뿐 사회복지법을 포괄하는 복지입법의 성격을 갖고 있다고 보기는 어렵다. 기존 법조문 중에 사회복지에 관한 내용은 ‘사회복귀시설의 설치·운영’, ‘정신보건사회복지사’에 관한 규정을 한 것에 불과하다. 오히려 사회복지시설에 관한 조항을 정신보건법에 규정함으로써 정신장애를 가진 정신질환자들에 대한 복지서비스전달체계는 장애인복지체계에서 제외되어 보건소 산하의 의료체계로 다루어지고 있어서 정신보건법에서도, 장애인복지법에서도 제대로 된 복지서비스를 지원받기 어려운 복지의 사각지대에 처해왔다.

2016년 5월 국회 본회의를 통과하여 2017년 5월 30일부터 시행되고 있는 이번 정신보건법 전면개정법은 우선 범명칭을 『정신보건법』에서 『정신건강증진 및 정신질환

3) 정신보건법에서는 ‘정신질환자’라는 용어로, 장애인복지법에서는 ‘정신장애인’이라는 용어로 사용된다. 양자간 범주가 약간 차이가 있으나, 이번 정신보건법 전면개정으로 그 대상이 거의 일치하게 되었다. 이하 원고에서는 ‘정신장애인’과 ‘정신질환자’ 용어를 혼용한다.

자 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. 그동안 장애인복지 담당부서에서도, 정신보건 담당부서에서도 서로 정신질환자 복지문제는 자신의 소관이 아니라고 하여 복지 사각지대에 내몰려 병원이나 시설에 갇히게 되었는데, 앞으로는 양쪽 부서가 서로 정신질환자의 지역사회복지에 관해 협업하여 서비스를 제공하여야 할 근거가 마련되었다는 점에서 큰 의미가 있다.

나. 일본의 정신보건법 변천과정⁴⁾

우리나라 정신보건법 개정의 의미를 정확히 살피기 위해서는 일본의 정신보건법 변천과정을 살펴볼 필요가 있다. 1995년 정신보건법 제정시 일본의 정신보건법을 거의 그대로 답습하였기 때문이다. 일본의 정신건강정책은 치안적 모델→ 의료적 모델→ 지역사회통합모델의 순으로 변화해 왔다. 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. 1949년 정신병원협회가 설립되고, 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 사회복귀 이념이 천명되었고, 임의입원(자의입원) 절차, 응급입원제도 및 정신의료심사위원회제도가 신설되었으며, 사회복귀시설에 관한 규정을 추가하였다.

1995년에 『정신보건법』을 『정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률』로 개정함으로써 정신장애인에 대한 보건과 복지의 연계를 도모하며, 이들의 자립과 사회참여 촉진을 위한 복지시책을 법률상으로도 명확히 하였다. ‘정신장애자 복지수첩’이 만들어지고, 의료를 포함하는 보건복지서비스 통합이 시도되었다. 현재는 『장애인자립지원

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

법』(2005년)에 의해 신체장애, 지적장애, 정신장애에 대한 서비스가 통합적으로 제공되는 근거를 마련하였고, 『장애인종합지원법』(2012년)에 의해 정신장애인의 지역사회 서비스가 같이 제공되고 있다.

다. 정신건강복지법의 개정방향

우리나라는 2016년 『정신보건법』에서 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』로 전면개정됨으로써 일본이 지난 1995년 『정신보건법』을 『정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률』로 개정함으로써 정신장애인에 대한 보건과 복지의 연계를 도모하며, 이들의 자립과 사회참여 촉진을 위한 복지시책을 법률상으로도 명확히 한 단계에 와 있다. 향후 일본의 경로처럼 의료를 포함하는 보건복지서비스 통합을 시도하여야 할 것이고, 장애인자립지원법 개정 및 장애인복지법 개정(일본의 장애인종합지원법 형태로의 개정)을 통해 신체장애·지적장애·정신장애에 대한 복지서비스가 통합적으로 제공되어야 한다.

3. 정신장애인 지역사회복지 강화

가. 정신장애인 지역사회 통합지원의 필요성

정신장애인이 지역사회에서 통합된 삶을 살 수 있기 위해서는 생애주기별 정신질환 치료 및 재활 뿐 아니라 주거, 소득, 고용, 교육, 정보제공, 가족지원 등 생애 전반에 관한 부분을 통합적으로 지원할 필요가 있다. 개정 정신건강복지법은 중앙 차원, 지역 차원에서 정신건강 증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 기본계획을 수립하여 실시할 의무를 부과하고 있다.

개정된 정신건강복지법에 따라 중앙 정부는 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 "국가계획")을 수립하여야 하고, 시·도지사는 국가계획에 따라 시·도 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 "지역계획")을 수립하여야 한다. 국가계획 및 지역계획을 수립할 때에는 「장애인복지법」 제10조의2에 따른 장애인정책종합계획과 연계되도록 하여야 한다.

나. 정신질환 당사자의 정책결정 참여 확대

기존에 중앙 및 지자체의 정신보건정책은 정신보건심의위원회 및 정신보건사업지원단 차원에서 심의되고 수립되어 시행되어왔다. 정신보건심의위원회·정신보건사업지원단은 대다수 정신과 의사들과 공무원 중심으로 구성되어 정신보건서비스 클라이언트 그룹인 당사자와 가족 등의 의사가 반영되기에 대단히 어려운 구조였다. 개정 정신건강복지법은 제54조에서 광역·기초정신건강심의위원회의 설치·운영에 관하여 규율하면서 그 구성에 있어 기존의 정신건강전문의, 정신건강전문요원 이외에 정신질환자의 가족, 정신질환 당사자, 인권전문가 등을 포함시키도록 하고 있고, 제2조 제9항에서 정신질환자는 자신과 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리를 가진다고 천명하고 있다. 향후 중앙 및 지자체 정신보건심의위원회 및 정신보건사업지원단 운영에 있어서 정신질환 당사자와 그 가족의 참여 및 의견개진을 더욱 확대시켜야 할 것이다.

다. 정신건강복지센터의 역할

개정 정신건강복지법에 따른 정신건강복지센터는 기존 정신보건센터의 중증 정신질환자관리 뿐만 아니라 정신질환자 지역복지서비스를 추가하여야 한다. 그러나 현재는 사례관리자의 역량에 따라 개별적으로 사례관리 대상자에게 복지서비스를 연계하고 있고, 동 주민센터 및 구청과는 별도의 연계체계 없이 필요에 따라 직접적으로 대상자를 연계하고 있는 상황이다. 또한 일본과 달리 정신건강복지센터가 장애인복지서비스에 대한 정신장애인 등록업무나 정신장애인 자립지원의료 제공 등에 대한 자격의 결정 기능을 수행할 권한이 없다.

정신건강복지센터 이용자 중 복지서비스(생계지원, 주택지원, 의료지원, 교육지원 등)의 의뢰·연계가 필요한 경우에 이러한 서비스를 어떻게 연계할 것인가가 문제된다. 국립정신건강센터는 정신건강복지센터의 정신질환자에 대한 복지서비스를 보다 원활하게 제공하기 위해서 보건소 직영형의 체계로의 변환 또는 보건소 내에 복지서비스 전담인력을 구성하는 방안 등을 고려할 것을 제안하고 있다.⁵⁾ 그러나 보건소는 지역복지서비스 전달체계에서 보건업무에만 국한된 사업을 벌이고 있으므로 정신질환자 복지서비스 연계를 위해서는 보건소 직영 내지 산하로 가더라도 특별히 복지서비스 연계 기능이 대폭 확대될 것으로 보이지는 않는다.

5) 국립정신건강센터, 정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전방안 연구, 2016. 12.

향후 정신건강복지센터의 역할·기능과 관련하여 우선은 정신건강복지센터를 의료법에 위탁하지 않고 지자체가 직영하여야 하고, 일상적인 중증 정신질환자 사례관리 업무를 대폭 축소하여야 한다. 일상적인 (의료적) 사례관리 업무는 실효성이 크지 않고, 2015년 마포구 정신장애인 사망사건⁶⁾에서 볼 수 있듯이 지역 정신장애인들에게 필요로 한 것은 일상적 사례관리 보다는 위기사 응급대응이다. 지역에서의 정신보건서비스 전달체계로서의 기능을 강화하여 정신과 전문의를 상근하도록 하면서 직접 정신질환자를 진단 및 약처방을 하도록 하여야 한다. 한편 센터의 복지연계 기능강화를 위하여 구별로 설치된 희망복지지원단과의 연계성을 높이고 센터에 상근하는 사회복지사의 숫자를 대폭 늘려야 한다. 각 구에서는 희망복지지원단에 정신보건전문요원을 배치하고, 지역의 정신건강복지센터와의 연계기능을 대폭 확대하여야 한다.

라. 탈시설 전환지원의 필요

개정 정신건강복지법은 정신질환자의 자기결정권을 강조하면서, 정신질환자에 대해서 정신병원 입원 또는 정신요양시설 입소가 최소화되고 지역사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 함을 천명하고 있다. 또한 비자의입원의 요건 및 절차가 대폭 강화됨에 따라 정신병원 또는 정신요양시설에 입원 혹은 입소해있던 상당수의 정신질환자가 지역사회로 나올 것으로 예상되고 있다.⁷⁾

정신병원·정신요양시설에서 퇴원·퇴소하여 지역사회에 나오게 되는 경우에 지역사회 정착의 책임을 정신장애인 당사자와 가족에 맡겨서는 안되고, 중앙정부와 지자체가 져야 한다. 퇴원하기 전 단계에서부터 정신질환자 지역전환지원을 할 수 있도록 하여 주거제공, 지역사회 복지서비스 연계, 지역 정신건강복지센터 및 지역 희망복지지원단과의 연계를 해줄 수 있는 정신질환자 탈시설 전환지원센터를 각 지자체 별로 설립하여 정신질환자의 지역사회 복귀를 적극 지원하여야 한다.

6) 지난 2015년 10월 20일 서울시 마포구 합정동의 한 주택에서 80대 노모가 입원으로 장기간 집을 비운 사이 50대 정신장애인 아들이 사망한 사건이 발생하였다.

<http://beminor.com/detail.php?number=9122>

7) 슬로우뉴스 2017. 4. 4. 노환규 전 의협회장 기고글 '정신질환자 무더기 퇴원, 앞으로 문제는 누가 책임질까' <http://slownews.kr/62875>

마. 정신장애인 당사자단체의 지원·육성

정신장애인의 지역사회 통합을 위해 정신장애인 당사자들의 자립을 지원하는 자립생활센터 등 자조단체를 지원·육성하는 것은 필수적인 사항이라고 할 것이다. 지역사회에 고립되어 있거나 퇴원 후 정착과정에 있는 이들에게 같은 경험을 가진 당사자 동료들의 상담지원이나 생활지원은 정신장애인 당사자들에게 큰 힘이 될 수 있다. 정신장애인자립생활센터는 중앙정부나 지자체의 지원을 전혀 이루어지지 않고 있다가 최근 서울시에서 시범사업으로 2016년 상반기부터 한국정신장애인자립생활센터 1곳을 지원하는 사례가 유일하다. 향후 복지부와 지자체가 함께 정신장애인 자조단체 양성 및 지원에 각별한 관심을 가져야 한다.⁸⁾

바. 정신재활시설의 설립·확충 및 주거지원 확대

기본적으로 정신건강복지법에서 규정하고 있는 고용 및 직업재활 지원(제34조), 평생교육 지원(제35조), 문화·예술·여가·체육활동 지원(제36조), 지역사회 거주·치료·재활의 통합적 지원(제37조), 가족에 대한 정보제공 및 교육 지원(제38조)을 담당하는 기관들이 형성되어야 한다. 이들 중 지역사회 거주 지원과 고용 및 직업재활 지원이 최우선적으로 실시되어야 한다. 기존의 사회복귀시설들 중 해당 사업들을 확대하고 부족한 지역에 신설하기 위하여 지자체별로 서둘러 이와 관련한 조례가 마련되어야 한다. 현재 존재하는 다양한 형태의 그룹홈, 공동주택, 하프웨이 하우스 등의 역할 및 이에 대한 지원근거를 조례에 구체적으로 마련해야 하고 위기발생시 임시적으로 머물 수 있는 쉼터를 마련해야 한다. 특히 지역사회 주거서비스 인프라 확충을 위해 정신요양시설 기능전환을 적극 추진할 필요가 있다. 한편 정신장애인 탈원화에 있어 주거지원이 가장 중요하다. LH, SH와 연계하여 다양한 유형의 주거공간을 제공하고, 안정적인 지역사회정착을 위한 지원서비스가 별도로 결합되어야 한다.⁹⁾

8) 장애인복지법 제15조에서 정신장애인에 대한 복지서비스를 제외시킴에 따라 장애인복지법 제54조에 따른 중증장애인자립생활지원센터도 신체적 장애인과 발달장애인을 대상으로 할 뿐 정신장애인을 대상으로 하지 않고 있다. 한편 일상생활지원을 받으면 지역에서 자립할 수 있는 정신장애인이 많음에도 지체 장애인 위주의 장애인활동보조제도로 인해 이 서비스를 받지 못하고 있다. 근본적으로는 복지부 차원의 활동보조 인정조사표를 장애영역별로 세분화하고 정신장애의 특성을 반영하도록 개정하여야 한다. 현재로서는 지자체별로 시행하고 있는 정신장애인 사회서비스인 토탈케어서비스(방문형 지역사회 복지서비스)를 대폭 늘려야 한다.

9) 현행 장애인복지법상의 정신장애인은 15가지 장애인의 범주의 하나로 포함되어 있지만, 장애인복지법에서 「정신보건법」의 적용을 받는 정신장애인에 대하여는 장애인복지법 제34조 제1항 제2호 및

4. 정신병원 강제입원 절차 강화

가. 강제입원 절차의 강화

이번 개정법에서는 보호의무자에 의한 입원조항이 대폭 강화되었다. 우선 입원요건에 대해 ① 정신질환자가 정신의료기관등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우, ② 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우의 두 요건을 모두 충족시키는 경우(기존 법에서는 ① 또는 ②의 요건 중 어느 하나만 충족시켜도 입원이 가능하였다)에만 입원을 시킬 수 있도록 강화시켰다.

정신건강의학과전문의가 정신질환자의 입원이 필요하다고 진단한 경우 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있고, 진단입원 결과 해당 정신질환자에 대하여 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의(제21조 또는 제22조에 따른 국·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과전문의가 1명 이상 포함되어야 한다)의 일치된 소견이 있는 경우에만 해당 정신질환자에 대하여 치료를 위한 입원을 하도록 하여 진단을 위한 입원과 치료를 위한 입원을 분리시켰다.

한편 개정법에서는 입원 단계에서 입원적합성 여부를 심사하는 입원적합성심사위원회를 도입하였다. 법 제46조는 보호의무자에 의한 입원(제43조) 및 행정입원(제44조)

제3호를 적용하지 아니한다고 하여 장애인복지시설에서의 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 제공받지 못하고 있다.

장애인복지법 제34조 제1항 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

제58조(장애인복지시설) ① 장애인복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 장애인 거주시설: 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설
2. 장애인 지역사회재활시설: 장애인을 전문적으로 상담·치료·훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가 활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설
3. 장애인 직업재활시설: 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설
4. 장애인 의료재활시설: 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설(장애인 생상품판매시설)

에 따른 입원등의 적합성을 심사하기 위하여 각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관 안에 입원적합성심사위원회를 설치하도록 하였다. 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 해당 정신질환자의 입원등의 적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다.

나. 보호입원 요건 관련

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

제43조(보호의무자에 의한 입원등)

② 제1항 전단에 따른 정신건강의학과전문의의 입원등 필요성에 관한 진단은 해당 정신질환자가 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우 그 각각에 관한 진단을 적은 입원등 권고서를 제1항에 따른 입원등 신청서에 첨부하는 방법으로 하여야 한다.

1. 정신질환자가 정신의료기관등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우
2. 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험을 말한다. 이하 같다)이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙

제34조(보호의무자에 의한 입원등)

② 법 제43조제2항제2호에서 "보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 해당 위험 기준을 판단하는 때에는 정신질환자의 질병, 증세, 증상, 기왕력, 행위의 성격 또는 건강이나 안전에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

1. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가하는 경우
2. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우
3. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 상습적인 위해를 가하는 경우
4. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험이 있는 경우
5. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험의 개연성이 높다고 인정되는 경우

개정 정신건강복지법 43조에 의하면 보호입원은 입원치료의 필요성(and)과 자·타해 위험성 요건 모두를 충족하여야 가능한 것으로 개정되었다. 정신의학계에서는 ‘선진국 모두가 자·타해 위험으로 제한하는 것이 아니고, 세계보건기구(WHO) 정신보건법 제

정 원칙(1996)과 UN MI 정신질환자 보호원칙(1991)에서도 강제입원 요건은 자·타해 위험으로 제한되어 있지 않고, ‘치료 필요성’ 기준에 따른 입원을 인정하고 있으며 (WHO 경우 ‘치료필요성’ and/or ‘자타해 위험’, UN MI 원칙은 or), 자·타해 위험 요건으로 인해 치료가 필요한 경우에도 치료적 개입이 어렵다고 비판하고 있다.

그러나 우리도 가입되어 있는 유엔장애인권리협약(CRPD) 12조에서 정신장애라는 이유로 자유를 박탈당해서는 안되고 법적으로 동등한 권리를 보장받아야 함을 명시하고 있고, 유엔 장애인 권리 위원회는 2014년 CRPD 일반 논평에서 12조에 기재 정신병원 강제입원 제도는 폐지되어야 한다고 해석하고 있다. 또한 우리나라는 선진국(영국 13.5%, 이태리 12%, 프랑스 12.5% 등)에 비해 강제입원 비율이 61.6%(2016년 기준)로 월등히 높고, 정신병원 평균 입원일수도 프랑스 35.7일, 독일 26.9일, 이탈리아 13.4일에 비해 한국은 평균 197일에 달했다. 이러한 점에 대한 반성적 고려로 강제입원의 요건이 강화가 된 측면이 있으므로, 선진국 수준의 강제입원 비율·평균입원 일수를 맞추기 위해서라도 강제입원 요건은 엄격하게 적용되어야 한다.

※ 국립정신건강센터의 자·타해 위험의 예시¹⁰⁾

- ① 자살 또는 자해의 시도나 임박하거나 잠재적인 위험의 예시
 - 지난 1년 이내의 자살이나 자해시도 경험이 있음
 - 명료하고 구체적인 자살이나 자해시도 계획이 있음
 - 지속적인 자살생각이나 자해충동에 몰입하고 있음
- ② 증상의 악화로 인한 건강의 중대하거나 급박한 위험의 예시
 - 치료가 필요한 증상이 있음에도 불구하고 병식의 부재, 치료환경의 미비 등의 사유로 증상이 심각한 수준으로 악화되는 경우
 - 정신질환으로 인한 재산의 탕진, 신체적 건강을 돌보지 않음, 위생 및 청결의 문제로 인한 감염성 질환의 위험 증가
 - 정신질환에 대한 치료에도 불구하고 난치성 증상의 지속 및 현실검증력과 판단력에 심대한 장애가 지속되는 경우
 - 정신질환으로 인하여 본인의 신체적 건강관리를 포함 기본적 자기관리능력에 심대한 장애를 보이는 경우
- ③ 중독성 약물의 과도한 복용으로 인한 건강의 중대하거나 급박한 위험의 예시
 - 제어되지 않는 갈망 등 중독의 문제로 야기되는 정신적, 신체적 건강의 위험성

10) 보건복지부 국립정신건강센터, ‘정신건강복지법 관련 질의응답(Q&A)’, 2017. 5. 12.

- 의식장애, 혼미, 금단증상 등으로 인한 자해 위험성 증가 및 타인에 대한 공격적 행동 위험
- ④ 타인에 대한 신체적 가해행위나 그 위협행위, 성적 문제행동 등 타인의 신체나 생명, 성적 자기결정권을 침해하거나 그 위험이 있는 경우
- ⑤ 방화, 기물파손, 모욕이나 명예훼손 등 타인의 재산, 명예를 침해하거나 그 위험이 있는 경우

정신건강복지법시행규칙 34조 2항 각호에 따르면 자·타해 위험을 ‘본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인(혹은 급박한) 위해를 가하거나 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우’로 정의하고 있다. 이에 관해 국립정신건강센터는 지난 5월 자·타해 위험판단에 관한 예시를 정리하여 발표하였다. 이러한 예시는 법적인 효력이 있지는 않지만, 실무에서 유력한 해석기준으로 작용할 가능성이 높다. 미국의 경우에 자·타해 위험은 일반적으로 신체적 위험으로 좁게 해석되는 경향이다.¹¹⁾ 그렇다면 ①의 ‘자살 또는 자해의 잠재적인 위험’, ⑤의 ‘타인의 재산, 명예를 침해하거나 그 위험이 있는 경우’는 자·타해의 중대하거나 급박한 위험이 있는 경우라고 보아서는 안된다.

이에 관하여 정신의학계는 자·타해 위험성을 좁게 해석한다면, 치료적 관점에서의 비자의입원이 제한되어 치료가 필요한 사람에게 질병 초기의 치료적 개입이 어려워져 오히려 정신질환자 당사자 및 보호자와 사회에 더 큰 위험이 될 수 있다고 주장하고 있다. 이러한 정신의료계의 주장을 받아들여 복지부는 최근 증상의 악화 혹은 중독성 약물의 갈망/중독/금단으로 인한 건강의 악화, 위생 불량, 난치성 증상, 자기관리능력의 저하 등까지도 자·타해 위험이 있는 것으로 보는 등 자·타해 위험성의 기준을 완화하는 지침을 내렸다고 한다.

그러나 자·타해 위험요건에 관한 이러한 복지부의 완화된 지침은 치료의 필요성과 거의 같은 개념으로 보여져 치료의 필요성 요건과 별개로 자·타해 위험 요건을 둔 정신건강복지법을 형해화시키는 것일 뿐만 아니라, 정신건강복지법시행규칙 34조 2항 각호에서 정하고 있는 ‘본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인(혹은 급박한) 위해를 가하거나 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우’에 정면으로 반하는 위법한 지침에 해당하기 때문에 당장 철회하여야 한다.

11) 김창윤, ‘정신보건법의 철학과 개정방향: 강제입원제도를 중심으로’, 2017 개정 정신보건법 설명회 연제집 p.40

다. 보호입원 요건의 판단주체

비자의입원의 요건인 자·타해 위험의 판단은 1차적으로 정신과 전문의 1인이 담당하게 된다. 그러나 자·타해 위험 판단에 기하여 ‘본인의 의사에 반하는’ 비자의 입원을 하기 위해서는, 즉 의료의 측면이 아닌 인신구속의 측면에서 판단할 (준)사법기관의 개입이 필요하다. 독립적이고 중립적인 제3자에게 판단받을 수 있는 절차를 두지 아니한 채 보호의무자 2인의 동의와 정신과 전문의 1인의 판단만으로 정신질환자 본인 의사에 반하는 보호입원을 가능하게 함으로써 결국 제도의 악용이나 남용 가능성을 배제하지 못한다.

개정 정신보건법의 경우에 이를 최초의 입원인 경우에는 입원적합성심사위원회가, 계속 입원의 경우에는 이전처럼 정신보건심판위원회가 담당하도록 하였다. 최초입원의 심사기관인 입원적합성심사위원회는 서면조사를 원칙으로 하되, 환자가 대면 조사를 요청하면 조사관이 방문 조사를 할 수 있도록 하였고, 계속입원 심사기관인 기초정신보건심의위원회는 거의 대부분 서류심사로 진행하고, 환자를 담당한 의사의 진단에 의존하게 된다. 특히 기초정신보건심의위원회의 경우에 짧은 시간에 수십 건의 심사건을 서면만으로 심사하여 96% 이상 계속입원을 승인하는 방식으로 운용되고 있는바, 이러한 심사기관이 과연 준사법적 강제입원 심사기관으로 보아야 할지도 의문이다.

그러나 헌법 제12조의 해석 및 UN MI 정신질환자 보호 원칙 18에 의하면 정신질환자의 신체의 자유를 박탈하는 강제입원은 원칙적으로 당사자가 참여하는 청문을 거친 뒤 법원의 허가를 얻은 후에만 허용된다고 볼 것이다. 입원적합성심사위원회의 방문조사는 원칙이 아닐뿐더러, 방문조사원의 조사에 응하는 것을 당사자의 절차참여권(청문권) 보장 취지에 부합된다고 볼 수 없다.¹²⁾

12) “대면조사를 요청하면 조사관이 방문조사를 나오긴 하나 의사나 법조인이 아닌 비전문가라 절차 관련 형식적 요건을 갖추었는지 정도만 확인할 가능성이 높을 것으로 예상되어 실제 인권 보호에 도움이 될지 의문이다.” 김창윤, ‘정신보건법의 철학과 개정방향: 강제입원제도를 중심으로’, 2017 개정 정신보건법 설명회 연제집 p.45

라. 사법입원 제도 도입의 필요

헌법재판소는 지난 2016년 9월 29일 재판관 전원 일치 의견으로, 보호의무자 2인의 동의와 정신건강의학과 전문의 1인의 진단이 있으면 보호입원이 가능하도록 한 정신보건법 제24조 제1항, 제2항은 헌법에 합치되지 않는다는 결정을 선고하였다. 헌법재판소의 결정은 보호입원 제도 그 자체가 위헌이라고 본 것이 아니라, 심판대상조항이 보호입원을 통한 치료의 필요성 등에 관하여 독립적이고 중립적인 제3자에게 판단 받을 수 있는 절차를 두지 아니한 채 보호의무자 2인의 동의와 정신과전문의 1인의 판단만으로 정신질환자 본인의 의사에 반하는 보호입원을 가능하게 함으로써, 결국 제도의 악용이나 남용 가능성을 배제하지 못하고 있다는 점에 위헌성이 있다고 본 것이다.

헌법재판소에 따르면 강제입원은 기본적으로 신체의 자유를 제한 내지 박탈하는 인신구속의 성질을 가지므로 부당한 강제입원으로부터 환자의 권리를 보호할 수 있는 절차, 즉 당사자에 대한 사전고지, 청문 및 진술의 기회부여, 부당한 강제입원에 대한 사법심사, 강제입원에 대한 불복절차, 국가 또는 공적기관에서 제공하는 절차보조인의 조력과 같은 절차보장이 필요하다.¹³⁾ 이러한 헌법재판소의 결정의 취지에 따라 강제입원의 요건을 강화하고 그에 대한 사법심사절차를 도입하는 내용의 정신건강복지법 개정이 필요하다.¹⁴⁾

대한신경정신의학회도 지난 5월25일 성명을 통해 “의료현장 전문가로서 개정법의 근본 취지인 환자 인권보장의 강화와 필요성에 대해 강력히 찬성하지만, 개정건법의 급격한 입법 절차로 인해 정신질환자들을 치료하고 수용할 지역사회 시스템은 실제로 정비되지 않다.”라고 지적하면서, “‘인권보호’와 ‘사회로의 복귀와 재활(탈수용화)’이라는 시대적 흐름에 맞추기 위해서는 환자가 지역 사회에서 방치되지 않도록 한국 실정에 맞는 사법입원 제도로 재개정해야 한다.”라고 주장한 바 있다.

13) 현재 2014헌가9 정신보건법 제24조 1항 등 위헌제청 결정문 p.15

14) “입원 전 사법부(또는 준사법 기관) 판단에 의한 입원 제도를 도입하면 공권력의 도움을 받아 치료 거부 환자에 대한 개입이 용이해지고, 입원 기준이나 해석을 둘러싼 인권침해 논란도 줄어들 것이다. 또한 강제 입원을 위한 보호자 요건도 까다롭게 할 이유도 없어진다. 강제 입원 절차의 정당성에 대한 논란도 해결된다.” 김창윤, ‘정신보건법의 철학과 개정방향: 강제입원제도를 중심으로’, 2017 개정 정신보건법 설명회 연제집 p.51

선진국들의 사례를 보면 많은 나라들이 정신병원 강제입원에 대한 심사기관으로 법원이 아닌 심판위원회의 형태로 두면서 법조인과 의료전문가·정신병원 치료 유경험자 등이 함께 참여하고, 입원하는 정신질환 당사자가 자신의 입장을 진술할 수 있으며, 필요한 경우에 당사자를 보조할 절차보조인(내지 변호인)의 참여도 보장되고 있다. 법원의 심사방안과 심판위원회의 심사방안을 비교해보자면, 법원심사방안의 경우에 인신구속의 관점에서 엄격하게 심사를 할 수 있는 장점이 있는 반면, 판사가 정신질환에 대한 이해가 부족하여 정신과 전문의의 의견에 좌우될 위험성이 있다. 심판위원회의 심사방안의 경우에 정신의료전문가, 법조인, 사회복지 전문가 등 다양한 전문가들이 모여 정신질환자 본인에게 가장 적절한 치료방안을 고민할 수 있는 장점이 있을 수 있는 반면, 법원심사방안에 비해 신속한 심리가 어렵다.

우리나라의 경우에 오랫동안 심판위원회 형태로 계속입원 심사를 하였고, 이번에 개정된 정신건강복지법에서 최초입원의 경우에 입원적합성심사위원회를 별도로 두어 심사하도록 하였다. 그러나 앞서 본대로 대면심사를 하지 않고, 서면심사로 진행되어 당사자의 청문권 등 절차보장이 전혀 이루어지지 못한 상태이다. 따라서 현재로서는 법원심사방안으로 개정하는 것이 선택할 수 있는 가장 적절한 대안으로 생각된다.

| 1부 | 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

정신질환자 인권보장의 실질적 강화를 위한 법제도 개선방안

윤동욱 (법률사무소 서희)

정신질환자 인권보장의 실질적 강화를 위한 법제도 개선방안

윤동욱 변호사 (법률사무소 서희)

1. 정신건강복지법 개정의 경과

가. 국제기준의 준수

우리나라가 2007. 3. 30. 가입한 「장애인 권리에 관한 협약(Convention on the Right of Person with Disabilities)」은 당사국에게 장애인의 자유가 불법적으로 또는 임의적으로 박탈당하지 않고, 자유에 대한 일체의 제한은 법에 합치되어야 하며, 어떠한 경우에도 장애의 존재가 자유의 발탁을 정당화하지 않도록 하는 의무를 부여하고 있다.

그런데, 유엔(UN) 장애인권리위원회는 2014. 10. 우리나라의 구(舊) 정신보건법에 대하여 “정신보건법의 현행 조항이 자유의 박탈을 전제하고 있는 것을 우려... 자유로운 사전 동의 없이 이루어진 장신장애인의 입원율(장기 입원율 포함)이 매우 높다는 점을 우려한다. 현행 법률조항을 폐지하고 자유로운 사전 동의에 근거하도록 조치를 취할 것”을 권고하였다.

나. 헌법불합치 결정

한편, 헌법재판소는 2016. 9. 29. 보호입원의 근거조문인 구(舊) 정신보건법 제24조 제1, 2항에 대하여 헌법불합치결정을 내린 바도 있다.

헌법재판소는 보호입원제도에 대하여 입원 필요성 판단의 객관성과 공정성을 담보할 장치가 없고, 보호입원 대상자의 의사확인이나 부당한 강제입원에 대한 불복제도를 갖추고 있지 않으며, 보호입원 대상자의 신체의 자유를 과도하게 제한하고 있다는 점에서 침해의 최소성에 반한다고 하였다.

또한, 보호의무자 2인의 동의와 정신과전문의 1인의 판단만으로 정신질환자에 대한

보호입원이 가능하도록 하면서 정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 적절한 방안을 마련하지 아니함으로써 정신질환자의 신속·적절한 치료와 정신질환자 및 사회의 안전도모라는 공익을 위해 정신질환자의 기본권을 지나치게 제한하고 있다고 보았다.

다. 법 개정 및 주요내용

이처럼 구(舊) 정신보건법상 입원조항이 정신질환자의 인권을 과도하게 침해하고 있다는 우려와 비판이 꾸준히 제기되었고, 그 결과 구(舊) 정신보건법은 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 ‘정신건강복지법’)로 전면 개정되었다.

2016. 5. 29. 공포되어 2017. 5. 30.부터 시행된 정신건강복지법은 첫째, 퇴원의사의 확인주기를 1년에서 2개월로 단축하는 등 강제입원제도를 개선함으로써 인권보호를 강화하고, 둘째, 정신질환자에 대한 차별을 해소하고 정신질환자에 대한 복지서비스의 근거를 마련하였으며, 셋째, 정신건강이 모든 국민의 문제임을 선언하고 일반국민에 대한 생애주기별 정신건강 증진사업의 실행근거를 마련하였다는 점에 그 특징이 있다.

이하에서는 정신건강복지법 개정내용 중 정신질환자 인권보장을 위하여 추가로 개선될 필요성이 있는 부분을 살펴보고자 한다.

2. 법 제도의 개선방안

가. 보호의무자 순위규정의 정비

구(舊) 정신보건법 제21조에 따르면, 정신질환자에게 민법에 따라 선임·지정된 후견인이 있더라도 후견인은 부양의무자가 정신질환자를 강제입원 시키고자 할 경우 이를 막을 수 없었다. 반면, 현행 정신건강복지법 제39조 제2항은 보호의무자의 순위로 후견인을 부양의무자보다 선순위에 둠¹⁵⁾으로써 정신질환자와 부양의무자간 이해관계 대립이 정신질환자의 강제입원으로 이어지는 문제를 차단하였다.

다만, 현행 정신건강복지법 제39조 제2항은 구(舊) 정신보건법 제21조 제2항 단서 내용을 그대로 따라 부양의무자가 2명 이상일 경우 민법 제976조에 따라 협의 또는

15) 제39조(보호의무자) ② 제1항에 따른 보호의무자 사이의 보호의무의 순위는 후견인·부양의무자의 순위에 따르며 부양의무자가 2명 이상인 경우에는 「민법」 제976조에 따른다.

재판상 청구를 통해 보호의무자의 순위를 정하도록 하였다.

그러나, 정신건강복지법령에서부터 보호의무자의 순위를 구체화·세분화 한다면 정신질환자에 대한 입원시 상급기관에 대한 불필요한 질의와 행정지도를 예방할 수 있어 효율적인 입원절차의 진행이 가능할 것이다. 가령, 산업재해보상보험법 제65조가 유족급여의 수급자를 세분화시키고 있는 것¹⁶⁾을 참고할 수 있을 것이다.

나. 자의입원 전환에 있어 임의성의 담보

정신건강복지법에 따르면, 정신질환자에 대한 입원제도는 크게 자의입원(제41조)과 강제입원¹⁷⁾으로 나뉜다.

이 중 자의입원에 대하여, 현행 정신건강복지법 제41조 제3항은 자의입원 환자에 대한 퇴원의사 확인기간을 구(舊) 정신보건법 제21조 제3항의 “1년의 1회 이상”에서 “입원일로부터 2개월마다”로 감축하였다.

다만, 정신건강복지법은 자의입원에 있어서 정신질환자에게 ‘자의성’이 있는지 여부를 판단할 기준을 두고 있지 않다. 한편, 정신건강복지법은 강제입원 환자들이 퇴원할 때가 되어 자의입원으로 전환하는 것을 제한하지 않는다.

위 두 가지 경우가 중복될 경우, 가령 보호입원 환자가 퇴원 시점에 스스로의 의사로 자의입원 신청을 할 경우, 정신건강복지법은 위 환자에게 자신의 처우에 대한 결정을 내릴 의사능력이 있는지에 관하여, 누가 어떻게 이를 판단해야 하는지에 규정하고 있지 않다.

16) 산업재해보상보험법 제65조(수급권자인 유족의 순위)

① 제57조제5항·제62조제2항(유족보상일시금에 한한다) 및 제4항에 따른 유족 간의 수급권의 순위는 다음 각 호의 순서로 하되, 각 호의 자 사이에서는 각각 그 적힌 순서에 따른다. 이 경우 같은 순위의 수급권자가 2명 이상이면 그 유족에게 똑같이 나누어 지급한다.

1. 근로자가 사망할 당시 그 근로자와 생계를 같이 하고 있던 배우자·자녀·부모·손자녀 및 조부모
2. 근로자가 사망할 당시 그 근로자와 생계를 같이 하고 있지 아니하던 배우자·자녀·부모·손자녀 및 조부모 또는 근로자가 사망할 당시 근로자와 생계를 같이 하고 있던 형제자매
3. 형제자매

② 제1항의 경우 부모는 양부모(養父母)를 선순위로, 실부모(實父母)를 후순위로 하고, 조부모는 양부모의 부모를 선순위로, 실부모의 부모를 후순위로, 부모의 양부모를 선순위로, 부모의 실부모를 후순위로 한다.

③ 수급권자인 유족이 사망한 경우 그 보험급여는 같은 순위자가 있으면 같은 순위자에게, 같은 순위자가 없으면 다음 순위자에게 지급한다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 근로자가 유언으로 보험급여를 받을 유족을 지정하면 그 지정에 따른다.

17) 강제입원에는 동의입원(제42조), 보호의무자에 의한 입원(제43조), 행정입원(제44조), 응급입원(제50조)이 있다.

보건복지부는 2017. 7. 5. 정신건강복지법 시행 한 달 후 정신의료기관의 입원환자 중 자의입원(입소)자는 38.9%에서 53.9%로 15% 증가하고, 비자의입원(입소)자는 61.1%에서 46.1%로 감소하였다는 자료를 내놓았으나, 증가된 자의입원환자 비율에 자의입원 전환 환자가 얼마나 포함되어 있는지는 알 수 없다.

따라서, 자의입원 전환시 환자가 자신의 처우를 결정할 충분한 의사능력이 가지고 임의적으로 결정하였는가를 확인할 장치를 마련할 필요가 있다고 하겠다.

다. 강제입원에 있어 입원요건의 재개정 필요성

보호의무자에 의한 입원을 규정한 정신건강복지법 제43조는 정신건강의학과전문의로 하여금 ① 정신질환자가 정신의료기관등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우 및 ② 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우 모두에 해당할 때 입원 등 필요성이 있다고 진단하도록 개정하였다.

위와 같은 정신건강복지법상 보호의무자에 의한 입원 요건 중“정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(자·타해위험)”이라는 추상적인 요건을 어떻게 해석해야 할지 문제된다.

이에 대하여 정신건강복지법 시행규칙 제34조 제2항은 중대하거나 직접적인 위해·위험, 상습적인 위해, 위해·위험의 개연성이 있는 경우 등을 거론하고 있다¹⁸⁾. 그런데, 이와 별도로 보건복지부 추가진단업무지침에서 거론한 자·타해위험 사례들은 매우 광범위하여 시행규칙 제23조 제2항의 자구에 부합하는지 의문이다.

실무에서 자·타해위험을 개정법령에 따라 좁게 해석할 경우 치료적 관점에서 강제입원이 어렵거나 치료가 필요한 환자가 치료받지 못하는 문제, 보호자가 환자가 위험해지거나 위험이 현실화될 때까지 환자를 감당해야 하는 문제가 생긴다.

18) 제34조(보호의무자에 의한 입원등) ② 법 제43조제2항제2호에서 "보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 이 경우 해당 위험 기준을 판단하는 때에는 정신질환자의 질병, 증세, 증상, 기왕력, 행위의 성격 또는 건강이나 안전에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여야 한다.

1. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가하는 경우
2. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우
3. 본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 상습적인 위해를 가하는 경우
4. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험이 있는 경우
5. 본인의 건강이나 안전에 중대하거나 급박한 위험의 개연성이 높다고 인정되는 경우

반면, 자·타해위험을 지침에 따라 넓게 해석할 경우 개정법령과의 괴리에 따른 책임을 전적으로 의사가 부담해야 하는 문제 및 입원환자가 자·타해위험을 가진 자로 낙인 찍혀 차별당하는 문제가 생긴다.

보호입원의 추상적 요건에 대한 해석 차이로 인하여 환자 또는 정신건강의학과전문 의에게 벌어질 수 있는 문제는 결국 사회방위 의무가 있는 국가가 책임져야 할 부분이라고 생각된다. 정신건강보건법령과 그 시행규칙 사이의 간극을 좁히기 위한 강제입원에서 입원요건을 재개정할 필요가 있다고 할 것이다.

라. 교차진단의 재검토

보호의무자에 의한 입원을 규정한 정신건강복지법 제43조는 ① 환자의 최초 입원시와 ② 입원기간 연장시(최초연장은 입원일로부터 3개월 후, 이후부터는 6개월 마다) 환자에게 계속 입원치료를 받아야 할 필요가 있다는 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 일치된 진단이 있을 것을 요구한다.

정신건강복지법은 위 진단을 해 줄 전문의로 “국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과전문의”를 규정하고 있다(법 제43조 제4항, 제6항 제1호).

문제는 위와 같은 진단을 해 줄 국공립 정신의료기관 소속 정신건강의학과전문의의 숫자(현재 171명 가량)가 위 진단의 수요를 감당하기에 턱없이 부족하다는 점이다. 현재, 민간 정신의료기관들은 너도나도 지정진단의료기관 신청을 하여, 가령 민간 A정신병원 소속 의사가 다른 민간 B정신병원 보호입원환자의 입원기간 연장 필요성을 진단하고, B정신병원 소속 의사가 A정신병원 보호입원환자의 입원기간 연장 필요성을 진단하러 가는 일이 전국에서 벌어지고 있다.

보건복지부는 이중 입원연장을 위한 2차 진단에 대하여 진단 1건당 약 9만원의 보협수가를 지급하고 있다. 그러나, 위 수가가 적정한 금액인지, 위 수가를 병원과 의사가 어떻게 나눠야 하는지, 전문의가 진단 출장으로 자리를 비울 경우 자신이 봉직하는 병원 환자들이 방치되는 문제는 어떻게 해결해야 할 것인지 및 이 경우 병원의 인력운용에 발생할 차질을 어떻게 보상할 것인지에 대하여는 아무 것도 정해진 바 없다.

더구나, 이는 문제의 근본적인 해결책이 되지 못한다. 정신건강복지법은 국공립 정신의료기관 소속 정신건강의학과전문의의 숫자 등 우리나라의 열악한 의료체계를 고려하지 않은 채 무리하게 교차진단을 도입하였고, 그 결과 국가의 사무를 민간이 대신

하도록 만들었다. 입원 환자들에 대한 제대로 된 진단이 가능할지, 형식적인 진단에 대한 민간의 답합이 이루어지지는 않을지 우려하는 전문가의 목소리를 귀담아 들을 필요가 있다고 생각된다.

마. 공공후견인 제도의 활성화

한편, 보호의무자 없는 정신질환자를 국가가 어떻게 보호할 것인가도 생각해야 한다.

발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률은 지방자치단체의 장으로 하여금 후견인 선임이 필요한 발달장애인(지적장애인·자폐성장애인 등)을 위해 민법에 따라 성년후견개시, 한정후견개시, 특정후견개시 심판을 청구할 수 있도록 규정하고 있다¹⁹⁾.

보호의무자 없는 정신질환자가 정신의료기관에서 퇴원할 경우 이 사람들에게도 후견인을 마련해주어야 할 필요성이 있으나, 정신건강복지법은 발달장애인법과 같은 성년후견제 이용지원제도를 두고 있지 않다. 따라서, 향후 개정을 통해 정신질환자들 또한 공공후견인 제도를 이용할 수 있는 법적 근거를 마련할 필요성이 있다.

정신건강복지법이 정신질환자의 인권보호·재활·복지를 천명하고 있는 이상, 정신질환자들이 끊임없이 재입원을 반복하는 일이 없도록 퇴원 후 이들을 적절히 보살피고 관리할 인적 환경과 물적 환경이 마련되어야 한다. 공공후견인 제도는 정신질환자가 지역사회에서의 보호서비스를 이용하는 데 있어 중요한 매개체가 될 것이다.

3. 결 어

정신질환자의 높은 강제입원율에 대한 국내외의 인식 재고를 계기로 하여, 2016. 5. 19. 구(舊) 정신보건법을 전면 개정한 정신건강복지법이 통과되었다. 다만, 현행 정신건강복지법에는 정신질환자의 인권보호와 사회복귀 측면에서 좀 더 개선될 부분이 있다고 할 것이다. (2017. 8. 28. 작성)

19) 제9조(성년후견제 이용지원) ① 지방자치단체의 장은 성년인 발달장애인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 후견인을 선임할 필요가 있음에도 불구하고 자력으로 후견인을 선임하기 어렵다고 판단되는 경우에는 그를 위하여 「민법」에 따라 가정법원에 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견의 심판을 청구할 수 있다.

1. 일상생활에서 의사를 결정할 능력이 충분하지 아니하거나 매우 부족하여 의사결정의 대리 또는 지원이 필요하다고 볼 만한 상당한 이유가 있는 경우
2. 발달장애인의 권리를 적절하게 대변하여 줄 가족이 없는 경우
3. 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 경우

| 1부 | 입원절차 강화를 통한 정신질환자 인권보장, 이론과 실제, 현실과 이상, 어디서 만날 수 있을까?

지정토론

‘정신건강복지법 개선을 위한 관련 쟁점과 절차 중심으로’

이만우 (국회입법조사처 보건복지여성팀)

memo

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

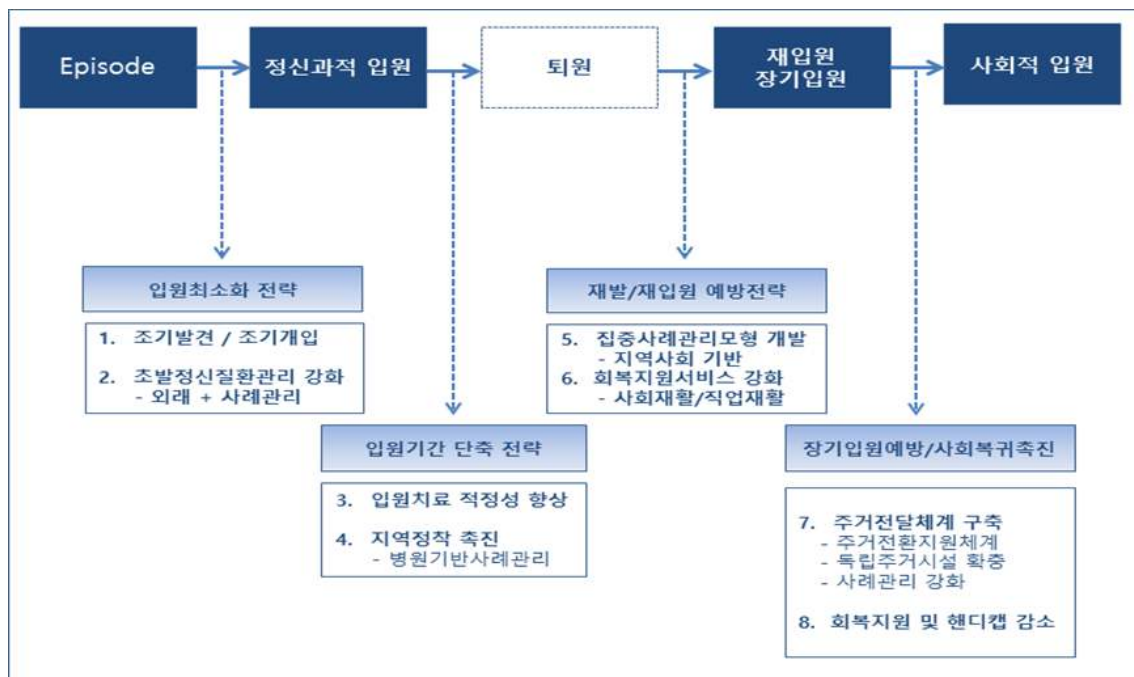
회복지향적 정신건강서비스 전달체계 제안

이명수 (대한신경정신의학회 정신보건위원회)

회복지향적 정신건강서비스 전달체계 제안

이명수 (대한신경정신의학회 정신보건이사)

중증정신질환자에 대한 적정 관리를 위한 거시전략은 단순히 장기재원환자 탈수용화의 관점에 머물러서는 안됨. 중증정신질환자가 초발 단계를 거쳐 만성화되어 장기재원의 trap에 갇혀나가는 각 단계에서 필요한 전략이 수립되고 적절한 재정 및 인력, 기술의 투자가 이루어졌을 때 현재의 저수가 장기재원 현상이 개선될 아래의 그림은 크게 4 단계의 주요 지점을 제시하고 있으며 각 지점마다 필요한 핵심전략을 제시하여 총 8대 핵심전략으로 제안하고자 함.



〈중증정신질환자 회복촉진을 위한 서비스 전달체계 구축 핵심전략〉

1. 입원 최소화 전략

핵심전략 1. 조기 발견 및 조기개입

- 정신병적 장애의 정신의료서비스 이용률은 25%, 전문의 방문비율 20.7% 수준으로 나타나고 있음²⁰⁾. 정신병적 장애의 경우 76.7%에서 정신질환이 없다고 생각하고 86.3%에서 스스로 해결가능하다고 여기고 있으며 32.2%가 사회적 편견으로 인해 주위를 의식하고 30.8%가 치료효과에 대한 의심, 40.7%에서 정보부족을 이유로 치료 시작시기를 놓치거나 치료를 받지 않고 있음
- 국내 정신병적 장애의 미치료 기간(DUP)은 84주²¹⁾로서 외국 대비 상대적으로 길게 나타나고 있으며 이는 정신병적 장애로 인한 예후를 불량하게 만드는 중요한 요인으로 작용함. 따라서 정신병에 대한 사회적 인식을 개선하고 ‘낯지 않는 병’으로서의 조현병에 대한 국민의 이미지를 수정하여야 함

핵심전략 2. 초발정신질환관리 강화

- 초발정신질환자의 경우 2년 안에 53%, 5년 이내에 80%가 재발한다는 연구보고가 있으며, 조현병 환자의 경우 1년 이내에 48%, 2년 이내에 74%에서 치료를 중단한다는 보고가 있고, 국내 자료에서도 조현병 환자의 15%가 1회 내지 2회의 치료접촉 이후에 치료를 중단한다는 보고가 있음
- 조현병 등 중증정신질환의 경우, 초기 치료 중단(대개 약물치료)은 재발로 귀결되며 이는 질환의 만성화 입구에 진입하는 의미로 작용할 수 있음
- 따라서 외래치료의 시작과 동시에 사례관리서비스의 병합을 통하여 치료 유지율을 확보하는 것이 매우 중요함. 이는 만성정신질환자의 사회재활 및 회복의 경우보다 훨씬 효율적이며 효과적인 개입 전략이라고 볼 수 있음
- 사례관리 병합전략에 있어 현재의 지역사회 정신건강증진센터의 사례관리 역량을 강화하고 확장한다는 기본적 전략 이외에 초발정신질환자의 특성 (주소지 정신의료기관을 이용하는 비율이 높음, 가족 지지체계가 상대적으로 양호함, 상대적으로 사회적 인식에 민감하여 여러 기관 및 치료자와 접촉하는 것을 꺼림)을 감안하여 해당 의료기관에서 제공하는 외래 기반의 사례관리서비스 모형²²⁾을 개발하는 것을

20) 정신질환실태 역학조사, 2011

21) 서울정신건강 2020 2차 4개년 보고서, 2009

전향적으로 검토할 필요가 있음.

2. 입원기간 단축 전략

핵심전략 3. 입원치료 강도(적정성) 향상

- 대표적 입원기간 단축 전략은 수가와 연동된 정책 방안이라고 할 수 있음. 단, 외국의 경우 비싼 정신과적 입원치료비용을 감소시키기 위해서 다양한 지역사회 관리프로그램을 개발하고 적용해 나가면서 입원 기간에 따라 차등수가제를 적용하고 있는 것과 달리, 우리나라의 경우 낮은 입원치료비용으로 인해서 단순히 비용을 절감한다는 경제적 논리로만으로는 지역사회 중심의 치료 및 관리지원체계로 전환할 수 있는 동력 확보가 어려운 것이 현실이며(실제로 여러 가지 문제를 가지고 있는 정신질환자의 경우 입원치료비용이 지역사회 관리비용대비 더 저렴할 수 있으며 간접비까지 감안하면 결코 지역사회 관리의 비용경쟁력이 우월하다고 보기도 어려움), 차등수가제를 적용할 레버리지 역시 확보하기 어렵다고 볼 수 있음
- 우리나라의 경우 일본과 비교하였을 때 대략 약 1/7 정도의 입원치료비용 수준이며 정신보건법의 인력기준 역시 의료법 기준과 비교하여 훨씬 느슨한 수준임. 의료급여의 경우 일당 정액제로 인하여 최선의 치료 전략 선택에 방해요인으로 작용하고 있으며, 의학적 이슈 이전에 형평성 이슈로도 지속적으로 문제시 되고 있음
- 의료급여 정신질환자의 첫 입원치료의 경우 그 기간이 건강보험대비 약 2배 정도 길게 나타나고 있는 바, 이는 낮은 치료수준에 일부 기인하고 있다고 볼 수 있음
- 따라서 동일질환에 대하여 공평한 치료의 기회를 부여한다는 것, 치료의 질을 향상시킨다는 것과 함께 역설적으로 지역사회 기반의 치료관리체계 구축을 위해서라도 입원치료비용의 적정화는 필수적으로 선행되어야 하는 문제임. 물론 결코 낮은 곳에서 높은 곳으로 역류하지 않는다는 점을 고려해보았을 때 적정치료수가의 확보는 치료의 질을 담보함과 동시에 지역사회 복귀의 가능성 역시 높일 수 있는 전제 조건임

22) 병원 기반의 사례관리서비스는 보조금에 의한 것이 아닌, 건강보험 및 의료급여 수가체계 내에서 새롭게 디자인되는 비용지불 정책임

핵심전략 4. 초기 지역정착 촉진 전략

- 핵심전략 5와 관련하여 입원기간을 최소한으로 줄이고 조기 퇴원을 촉진하기 위해서는 치료 연속성 확보가 가능한 시스템이 구축되어야 함.
- 가족의 불안 감소, 사회안전망의 확보 등을 위해서 퇴원 이후의 치료연속성 확보가 가능한 체제 도입이 중요함. 현재 퇴원환자에 대하여 환자의 동의를 거쳐 보건소(정신건강증진센터)로 연계하는 제도가 존재하나 실효성은 거의 없다고 볼 수 있으며 병원-지역사회의 분절화(fragmentation)은 지속되고 있음
- 중증의 정신질환자들은 질환이 경과할수록(≒연령이 높아질수록) 해당 지역사회에서 멀어지는 경향성을 보이고 있음. 서울시 주소지의 정신질환자의 경우 연령이 올라갈수록 서울 외 지역에 입원하는 비율이 높아지는 경향성을 보이고 있음²³⁾ 따라서 상대적으로 질환의 초기 시점에서는 해당 지역사회 또는 가까운 의료기관을 이용하는 비율이 높으며 병원-지역사회기관의 분절성을 극복하는 하나의 방편으로 의료기관 기반의 단기 연계형 사례관리 모형을 개발적용할 필요성이 있음. 뉴욕주의 주립병원에서 퇴원 후 지역사회 초기 정착을 지원하고 안전하게 지역사회서비스로 연계하기 위한 'Bridge program'을 운영하는 것이 하나의 예가 될 수 있음. 이 제도의 장점은 거의 모든 퇴원 정신질환자에게 적용가능하다는 것이며, 의사-사례관리자의 의사소통이 아닌 사례관리자(병원)-사례관리자(지역사회)간 의사소통으로서 대상자의 연계가 좀 더 원활하게 이루어질 수 있다는 것임
- 현재도 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자 중 많은 수가 퇴원 1년 이내 자살로 사망하고 있고 이는 연간 자살자 수의 거의 10%에 해당하는 숫자이며 상대적으로 조기에 퇴원하는 경우 그 위험성은 더욱 증가될 것이나 그에 대한 지속관리 및 지원체계는 마련되지 못하고 있는 상황임
- 퇴원 직후의 재발을 막고 지역사회 서비스로 연착륙시킬 수 있는 안정적 사례관리 체계가 추가로 구축된다면 입원기간을 상대적으로 줄일 수 있는 동력으로 작용할 수 있을 것으로 사료되며, 보조금을 추가로 확보하는 것이 아닌 건강보험/의료급여 재정을 통해 재정을 마련함으로써 보편성과 실현가능성을 동시에 확보할 수 있다고 볼 수 있음

23) 서울시정신보건지표, 2010

3. 재발/재입원 예방 전략

핵심전략 5. 집중사례관리 모형개발

- 기존의 단순한 level of care를 환자의 상황과 문제에 따라 다각화, 중층화하는 것은 질환을 만성화시키지 않는 중요한 작용기전이 될 수 있음
- 사례관리 역시 기존 정신건강증진센터의 단일화된 사례관리 모형이 아닌 병원 기반의 퇴원 초기 집중형 사례관리 모형, 지역기반의 일반적 사례관리모형, 지역 기반의 집중사례관리 모형 등으로 다양화되어 질 때 치료유지율을 극대화할 수 있으며 재발을 가장 효과적으로 예방할 수 있을 것임
- 단, level of care에 따라 서비스 강도 등이 차별화되어지는 바, 각 서비스 수준에 따른 등록과 퇴록 기준이 마련되어야 하며 기준에 따라 지역 서비스 체계 내에서 순환하는 구조로 운영할 수 있음²⁴⁾
- 잦은 재발과 재입원을 감소시키기 위해서는 지역사회 기반의 집중사례관리서비스 체계가 구축되어야 함. 여기에서의 사례관리는 서비스 연계의 수준이 아닌 정신과의를 포함 다학제 팀이 제공하는 포괄적이고 집중적인 치료 및 지원을 위한 사례관리임
- 아시아권 국가인 대만, 홍콩 등의 경우 퇴원 직후 및 잦은 재발을 경험하는 환자의 경우 병원기반의 사례관리체계 구축을 통해 관리하고 있음
- 미국에서는 Assertive Community Program(ACT), Intensive Case Management(ICM) 등의 지역 기반의 치료시스템을 광범위하게 구축, 운영하고 있음. ACT나 ICM의 경우 등록제로 운영하고 있으며 특히 관리가 어려운 환자들을 대상으로 정신건강의학과전문의 및 전문요원이 팀으로 활동함으로써 위기대응 및 질환관리를 통해 안전성을 확보하고 이후의 회복서비스로의 연계를 목적으로 하고 있음
 - 인구 약 900만인 뉴욕시의 경우 일반적 사례관리가 아닌 집중사례관리에 대해서만 약 1만 명 정도의 TO를 확보 운영하고 있으며, 환자 1인당 한 달에 약 100만원 정도의 비용을 투자하고 있는 것으로 나타남
 - 다른 나라의 경우도 세부적 프로그램은 조금씩 다르나 기본적 관리체계는 미국과 유사함

24) 서울시 중증정신질환자 관리 프로토콜, 2012

- 핵심전략 7과 관련하여 주거서비스 전달체계를 통하여 지역으로 돌아온 정신질환자의 경우라 할지라도, 주거서비스 종료 이후 6개월 시점에 약 50%의 환자에 대한 사후관리가 종결되었다는 조사 결과를 참조해 볼 때, 주거서비스와 함께 집중적 사례관리서비스가 적절하게 병합된 구조가 필수적으로 필요하다고 볼 수 있음

핵심전략 6. 회복지원서비스 강화

- 환각, 망상 등의 정신병적 증상 발생 이후 적절한 정신과적 치료까지의 기간(미치료기간)이 짧을수록 질환의 예후가 좋다는 사실은 전 세계적으로 입증되어 있음
- 또한 치료 시작 첫 14개월 이내에 병전 수준으로 기능을 회복시키는 경우 7년 이후에도 정상적인 사회생활을 하는 확률이 높게 나타나고 있음. 즉, 치료 초기에 의학적 치료 이외의 기능회복을 위한 집중적 서비스가 필요함을 반증하고 있음
- 다양한 유형의 사회재활 및 직업재활프로그램 등이 운영되어 질 수 있는 인프라 구축이 필요함
- 이미 보건복지부는 정신건강종합대책(2012, 2016)을 통하여 정신재활시설(구 사회복귀시설)의 확장을 위한 몇 가지 전략을 제안하고 있는 바, 우선 이에 대한 정책적 실천을 해 나갈 필요가 있음

4. 장기입원화 예방 전략

핵심전략 7. 주거전환 지원체계 구축

- 장기입원을 대체할 수 있는 가장 확실하면서 중요한 인프라는 주거서비스라고 볼 수 있음. 그러나 등록 및 배치 기준 등이 마련되지 않은 상태에서는 탈수용화를 위한 합목적성을 구현하기가 쉽지 않으며, 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자의 지역사회 진입을 위한 gateway 체계 구축이 필요함
- 뉴욕 주의 경우, SPOA(Single Point of Access) 프로그램을 통하여 주거서비스 제공 기준을 수립, 운영함으로써 지역사회 정착을 지원하고 있음.
- 외국의 경우 우리나라와 다른 사회문화적 특성으로 인하여 정신질환자에 대한 가족의 동거부담이 훨씬 적으며 이에 따라 국가차원에서 주거서비스 구축을 위해 많은 재정을 투자하고 있음

- 주거서비스의 유형도 훈련형, 자립형, 영구형 등 다양하게 구축하고 있음
- 뉴욕시(인구 약 900만명)의 경우 10,000 병상 이상의 주거시설을 확보, 운영
- 우리나라의 경우 정신병상은 약 8만 병상에 이르나 주거서비스 TO는 겨우 2천여 개에 머물고 있으며 거의 대부분이 3년 이내의 훈련형임
- 외국의 경우 탈수용화 정책을 이어나가기 위하여 주거시설 입소 기준을 마련하고 이에 대한 조정통제시스템을 운영함으로써 병원에 입원해있는 환자 및 잦은 입퇴원 반복대상자 중심으로 주거시설을 우선 공급하고 있는데 반하여, 우리나라는 상대적으로 안정적이며 당장 취업이 가능한 대상자를 우선 입소시키는 경향성이 강함. 따라서 병원 입원의 대체제로 기능하는데 있어 많은 한계점을 보이고 있음
- 2008년 정신보건법 개정을 통하여 정신보건심판위원회를 시군구로 이양함으로써 입원환자에 대한 대면평가율은 향상되었으나 정작 퇴원명령률은 담보상태를 보이고 있음.
 - 심판위원들은 환자들의 증상 위험성 이외에 주거 및 사회지지체계의 부재가 퇴원명령을 내리지 못하는 주 원인이라고 응답함
- 주거시설 설치 운영에 대한 주 책임은 지방으로 이양되어 있음. 님비 현상과 더불어 정신보건에 대한 지방자치단체의 우선순위가 낮고 상이함에 의하여 주거시설은 매우 적게 운영되고 있으며 그나마 지역별 편차가 매우 심함
- 생활시설 설치 운영에 대한 책임성을 중앙정부로 환원하고 전국적으로 필요 주거서비스 수요를 추계하고 이에 대한 단계적 확보 전략을 주도해나갈 필요가 있음

핵심전략 8. 회복지원 및 핸디캡 감소 전략

- 정신장애인의 취업률은 모든 장애군에서 가장 낮음. 원인으로는 의학적 치료요인부터 사회복지 요인까지 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하고 있음
 - 질환의 만성화 요인에 더하여 공적부조제도의 특성으로 인한 환자 및 보호자들의 동기결여 등이 복합적으로 작용하여 악순환의 고리를 이루고 있음
- 전국의 사회복지시설에 약 8천 여 명의 TO에 불과. 서비스 유형이 전문화되어 있지 않고 그 중 직업재활을 위한 기관은 극소수에 불과함. 이는 수요대비 매우 부족한 상황이며 증가 추이도 매우 미미한 상황임
- 국가의 장애인 고용지원제도의 혜택을 받기도 어려운 상황. 정신장애는 1~3급의 중증장애로만 등록이 가능하기 때문에 실제로 직업생활을 가지기 어려운 대상자들

이 많아서 국가지원제도를 제대로 이용하기 어려운 상태로서 다른 장애와 마찬가지로 경증장애로의 확대를 전향적으로 검토할 필요가 있음

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할·기능 제안

전준희 (한국정신건강복지센터협회)

회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할과 기능 제안

전준희 (한국정신건강복지센터협회 수석부회장, 화성시정신건강복지센터장)

회복을 지향하는 정신건강복지센터의 정체성에 동의한다

회복지향적인 정신건강복지서비스는 Anthony가 말한 ‘당사자중심’을 의미하는 것이기도 하고 지역사회중심이라는 지역사회정신보건사업의 기본적인 가치와 철학을 가지고 있다고 생각합니다. 저는 회복의 가치를 지향하는 것이 20년의 지역사회정신보건사업을 성찰할 수 있는 좋은 계기가 될 것이며 그 과정부터 말도 많고 탈도 많은 정신건강복지법 개정이후 우리가 담아내야할 환경의 변화를 준비하는데에도 함께할 가치이자 방향이라는 점에서 동의합니다.

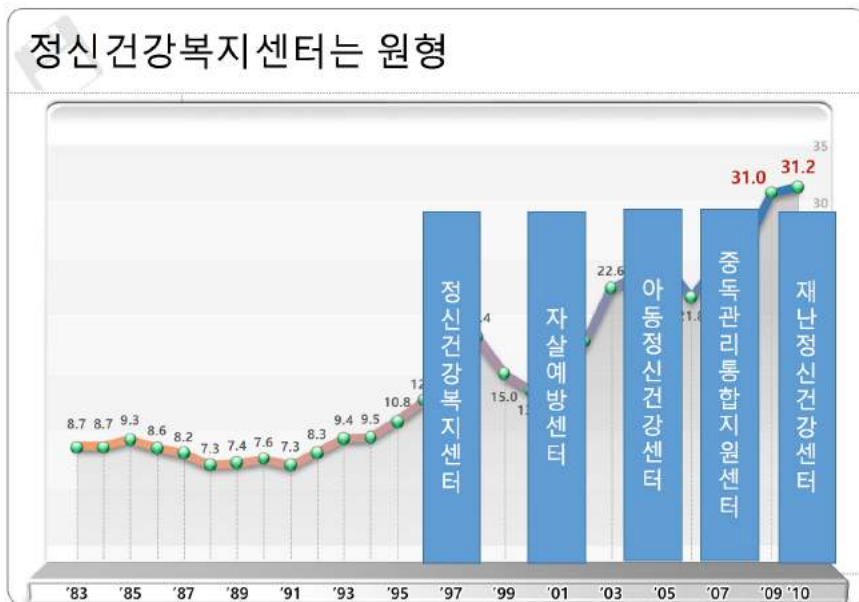


그림 1 정신건강복지센터는 다양한 보건사업의 원형

짧지만 변화무쌍했던 역사를 돌아보면 정신건강복지센터는 20여년의 역사동안 복지분야의 종합사회복지관 모형에 버금가는 보건분야에서는 정신건강복지센터의 모형이

있을 정도로 지역사회 서비스전달체계의 원형으로써의 가치를 갖고 있습니다. 특히 최근 10여년 동안 우리사회에 만들어진 정신보건과 보건분야의 인프라들의 구조에 미친 영향은 크다고 생각합니다. 제 개인의 평가일지는 모르지만 정신건강복지센터의 서비스체계를 벤치마킹한 자살예방센터, 중독관리통합센터, 치매센터, 재난정신건강센터 등이 설립되어 운영되고 있다는 점에서 이미 그만큼 가치 있는 서비스전달체계임을 입증받아 왔다고 해도 과언이 아닐 것입니다.

문제의식, 회복을 지향하기 위해 우리에게 해결해야 할 과제들이 있다

그러나 정신건강복지센터의 좋은 영향도 있지만 살펴봐야 할 문제들이 있습니다. 문제의식은 어떤 점에서는 우리 사회의 수많은 모순 때문에 나타난 것이기도 합니다만 이번 기회를 통해서 성찰하고 개선해 나가야 합니다.

표 1 정신건강복지센터의 사업은 다양합니다.

단위: %

	정신 재활	조기 정신증	아동 청소년	중독	노인	자살 예방	증진 홍보	기획 연구	네트워킹 및 환경조성	기타
강원	17.91	0	12.66	0	0	50.43	4.96	0	0.53	18.07
경기	26.57	0	17.71	0.44	4.37	15.80	22.70	0.47	7.07	3.00
경북	28.65	0	41.62	0	0	11.48	15.57	0	2.68	0
광주	28.33	1.30	29.10	0	0	11.56	25.45	0	2.60	1.66
대구	29.55	0	54.39	0	0	0.98	0.63	0	0	0
대전	29.83	0	17.25	0	0	21.32	29.47	0	0	2.14
부산	30.67	0.80	32.92	0	1.25	4.25	11.97	0.30	0.65	0.66
서울	37.15	1.33	23.39	5.26	0	16.76	12.48	0.72	2.89	0
울산	14.60	0	25.48	0	0	16.38	26.01	0	7.78	9.75
인천	40.87	0	28.32	0	0	24.46	5.24	0	0	1.11
전남	36.72	0	24.81	0	0	3.19	12.55	0	1.54	21.19
전북	27.09	1.76	26.19	0	0	23.81	21.16	0	0	0
제주	19.06	0	56.58	0	0	16.26	0.81	0	0	0
충남	15.51	0	52.50	0	00	25.66	4.65	0	1.67	0
충북	19.40	0	28.22	0	0	27.43	3.31	0	0	0
광역	13.16	1.94	5.76	7.25	0	32.33	21.47	10.73	2.60	4.78

문제의식 1) 회복지향적인 정신건강복지서비스를 위한 전달체계가 되기에는 사업의 양이 과도하게 많아진 점을 지적하고 싶습니다. 정신건강복지센터는 사업량이 많아졌습니다. 1997년 서울의 강남구와 노원구, 경기도 수원에서 시행되던 당시의 정신보건센터는 중증정신질환자에 대한 정신사회재활프로그램과 사례관리서비스를 제공하던 형태였다면 현재의 정신건강복지센터는 중증정신질환자사업뿐만 아니라 아동청소년정신건강사업, 자살예방사업, 정신건강증진사업을 기본적으로 운영하고 있고 중독관리사업, 재난정신건강사업까지 사업의 양적인 측면에서 97년에 비해서 엄청나게 증가된 상태입니다. 그러다보니 정신장애인을 위한 중증정신질환관리사업은 사업비중이 다른 사업들과 비슷해지거나 약간 높은 수준을 유지하고 있는 것이 현실입니다. 2000년대 들어서 자살예방사업이 늘어나면서 중증정신질환관리사업의 비중이 낮아졌기는 하지만 정신건강복지센터의 구성원들은 중증정신질환관리사업이 정신건강복지센터 사업의 기본철학과 가치라고 생각하며 일해 왔습니다. 한국형 ACT를 운영하는 센터도 있고 보호작업장부터 카페까지 직업재활을 활발히 운영하는 센터들도 있습니다. 지역의 장기입원해 있는 중증정신질환자들을 병원에 찾아가서 만나고 지역의 자원을 소개하고 퇴원을 돕는 사업을 운영하는 센터들도 있습니다. 자주 소개되는 해외의 적극적인 사례관리로 질적인 서비스를 제공하고 싶은 마음은 굴뚝같지만 우리의 철학과 가치인 마인드는 항상 준비되어 있습니다(예산과 인력을 주십시오).

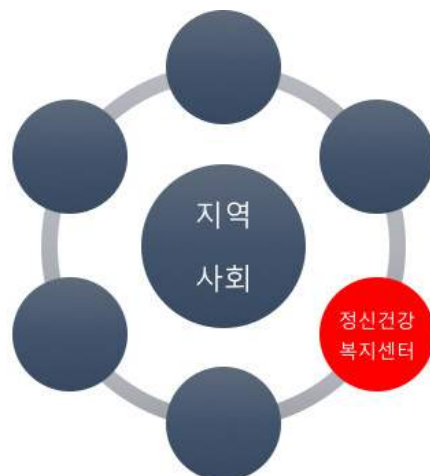


그림 2 지역사회 의 한 축으로써 정신건강복지센터가 되어야 한다

문제의식 2) 정신건강복지센터의 ‘지역성’을 회복해야 합니다. 거기에 맞는 운영체계를 구축해야만 합니다. 지역사회에서 ‘정신건강’이라는 특수한 영역을 담당하고 있는

정신건강복지센터는 최근 몇 년동안 많은 비판을 받고 있습니다. 특히 복지영역의 서비스들이 기관중심의 서비스였다가 사람중심의 찾아가는 서비스로 바뀌었고 서비스의 주체도 전문가가 아닌 소비자중심으로 바뀌었습니다. 패러다임이 바뀐 것입니다. 대표적인 것이 서울시의 찾아가는 동주민센터와 같은 것이고 전국적으로는 동주민센터의 변화가 그렇습니다. 이러한 변화가 이루어지면서 서비스의 문턱은 낮아지고 지역사회 내에서 네트워킹이 매우 중요한 실천활동이 되었습니다. 그리고 자연스럽게 정신건강의 어려움을 겪는 분들이 과거보다 더 많이 발견(?)되고 센터의 전문적인 경험과 도움이 필요한 상황이 되었습니다. 그러나 정신건강복지센터와 일을 해본 사회복지분야의 전문가들의 평가는 ‘연계하기가 어렵다’, ‘사례를 가려서 받는다’, ‘동의를 받아야만 서비스를 제공할 수 있다며 적극적이지 않다’ 등의 비판입니다. 지역사회 내에서 기관들 간의 수평적인 네트워킹속에서 역할을 해야 하는데 그렇지 못하다는 것입니다.

이러한 지적은 뼈아픈 것입니다. 공공성을 가지고 있는 기관은 지역사회의 니즈(needs)에 응답할 줄 알아야 합니다. 폐쇄적인 기관은 지역사회에서 생존하기 어렵습니다. 그러나 급격히 많아진 업무양에 비해 부족한 인력, 실적경쟁은 직원들의 이직을 부추겼고(평균근무기간 38.1개월/종합사회복지관 48.4개월) 고육지책으로 자체적으로 발생하는 사례만을 감당하기에도 버거웠기 때문입니다. 네트워크를 통해서 발생하는 지역의 수많은 사례에 적극적으로 대응하지 못할 수 밖에 없는 사정이 있었던 것입니다. 그러나 우리는 지역성을 회복해야 합니다. 정신건강복지센터의 전문성이 오랜 경험을 안고 있는 소중한 것이라고 하더라도 지역사회내에서 공유하고 함께 일하지 않고 혼자 일한다면 필요없는 존재가 되고 말것입니다. 반면, 정신건강복지센터가 지역성을 회복한다면 칭찬은 물론 정신건강사업의 새로운 전기가 마련될 것이 분명합니다(제대로 일할만한 예산과 인력을 주십시오).

문제의식 3) 정신건강복지센터 운영의 다학제적 원칙이 제대로 적용되었으면 합니다. 그리고 새로운 전문가들을 참여시켜 나가야 합니다. 전통적으로 정신건강복지센터는 정신의료, 간호, 사회복지, 심리 등의 다학제적 전문가의 리더십 형성과 소통의 전통을 만들고 오고 있습니다. 효율성의 가치, 비즈니스 수익모델이 가능하지 않는 100% 공공성에 근거한 사업운영모델입니다. 선량한 전문가들에 의해 시작된 정신건강복지센터는 이제 그 다학제적인 전통에 더 많은 전문가들을 받아 들여야 합니다. 대표적으로 법률전문가들의 참여가 많아지고 있습니다. 이들은 인권의 눈으로 그동안 부

족했던 정신보건분야에 일침을 가하고 있습니다. 20여년 동안의 정신의료계 중심의 정신보건시스템은 정신질환자의 삶을 개선해 놓지 못했다는 비판을 합니다. 이들의 비판이 정신건강복지센터에 초점이 있는 것은 아니지만 책임감을 느낍니다. 정신건강복지센터는 정신장애인 가족모임에 대한 지원이 활발하지 못했습니다. 또한 20여년의 역사에도 불구하고 당사자가 센터 운영에 직접 참여하는 형태가 발전하지 않았다는 점입니다. 운영위원회에 당사자 또는 가족들이 참여하여 목소리를 낼 수 있도록 했어야 합니다. 정신건강복지센터의 비상근센터장의 이슈 역시 마찬가지입니다. 정신건강복지센터 사업이 정착하던 단계에서 일부 정신과전문의들의 리더십이 없었다면 정신건강복지센터는 이 땅에 자리잡기가 쉽지 않았을 것입니다. 그러한 전통을 기반으로 정신건강복지센터의 운영구조안에서 정신과 전문의의 권한이 큼니다. 그러나 20년 역사에도 불구하고 아직도 비상근센터장 체계를 운영하는 것은 아쉬운 부분입니다. 그동안 성장해온 간호, 사회복지, 심리에서 리더십을 갖춘 전문가들이 센터를 운영하는 모습도 다수 나타나야 합니다.

문제의식 4) 불안한 고용체계입니다. 민간위탁제도를 통한 정신건강복지센터의 운영은 이제 한계가 왔습니다. 정부는 1997년부터 민간위탁이라는 이름으로 정부가 해야 하는 보건과 복지사업을 민간기관에 위탁을 주는 제도를 운영해 왔습니다. 이 제도는 정부입장에서는 여러 가지 이득이 있는데 1) 공무원의 숫자를 늘리지 않을 수 있고 2) 예산투자를 많이 하지 않아도 되며 3) 위탁을 받으려는 민간기관간의 경쟁을 유도하여 더 나은 서비스를 제공할 수 있다고 생각했습니다. 그러나 20여년동안 운영된 정신건강복지센터는 민간위탁제도를 통해 운영되면서 갖고 있는 이득도 있었지만 여러 가지의 문제점을 갖게 되었습니다. 민간위탁제도의 본래의 의도와는 다르게 1) 공무원의 숫자를 늘리지는 않았지만 비정규직의 고용이 불안정한 직장을 만들었습니다. 2) 예산투자를 제대로 하지 않아서 OECD국가 중 자살률 1위일 만큼 정신건강이 불건강한 나라이지만 적절히 투자하지 않았습니다. 3) 위탁에 참여하려는 민간기관들이 많지 않아서 독점적으로 위탁을 받는 민관기관들이 있거나 위탁에 참여하지 않으려는 민간기관들이 점차 더 늘어났습니다. 이처럼 정부의 민간위탁제도는 많은 문제점을 가지고 있고 제대로된 사업을 운영하기도 어려울 뿐만 아니라 비정규직 인력을 장기간 고용하는 노동권의 문제를 안고 있습니다. 그래서 새롭게 들어선 문재인정부에서도 공공부문의 비정규직을 정규직화하겠다고 공약하고 현재의 민간위탁제도의 문제점을 시인한 것과

다름없는 상황에 있습니다. 우리나라는 OECD국가중 공공부문 일자리가 7.6% 수준으로 OECD평균인 21.3%에 훨씬 미치지 못한다. 그동안 정부가 직접 손을 댔어야 하는 보건과 복지영역의 일들을 민간에 맡긴 채 고용불안정을 방치하고 있었던 것입니다.



그림 3 민간위탁구조는 종사자의 고용은 책임지지 않는 구조

문제의식5) 국가와 지방정부의 권한이 과도합니다. 우리나라의 공무원들은 2년정도를 근무하면 다른 자리로 떠납니다. 오랫동안 한자리에서 근무를 하다보면 권력이 생기게 되고 이러한 권력을 남용하고 잇권에 손을 댈수도 있는 등 부작용 때문에 한자리에 2년 이상 오래 근무하지 못합니다. 불합리하다고 개인적으로 생각합니다. 그러나 더욱 불합리한 것은 이렇게 바뀌는 공무원들에 정신건강복지센터의 사업이 크게 영향을 받게 된다는 것입니다. 지역사회 정신보건사업은 중장기적으로 진행되어 가고 있는 사업이지만 담당 공무원이 바뀌고 그의 관심이 어디에 있느냐에 따라 사업이 달라집니다. 3년마다 이뤄지는 자치단체장 선거에 영향을 받습니다. 수시로 발생하는 공무원들의 관심과 승진연한에 영향을 받습니다. 보건복지부에서 내려오는 정신건강사업안내에는 매년 사업의 비전이 있습니다. 2016년 초에 내놓은 국민정신건강종합대책과 같은 장기플랜도 과연 의도한대로 가고 있는 것인지 궁금합니다. 왜냐하면 중장기 계획이 있더라도 행정자치부에서 운영하는 양적 평가지표가 결정되면 계획은 대부분 수포로

돌아가고 말기 때문입니다. 정신건강복지센터는 1년에 3번 평가를 받기도 합니다. 정신재활시설(사회복지시설)도 3년에 한번, 종합사회복지관들도 3년에 한번 평가를 받는데 정신건강복지센터는 보건복지부 평가, 행정자치부 실적평가, 광역자치단체 중점사업 평가가 최근 7-8년동안 이루어지고 있습니다.

낙하산처럼 내려오는 중장기 플랜, 매년 새롭게 얼굴을 내미는 평가지표들, 평가에서 좋은 성적을 내기 위해 노력(?)하는 공무원들 과도한 평가체계는 결국 현장의 실천 활동을 왜곡해버리게 됩니다.

기능제안 1 : 예산과 인력의 총체적인 투입량을 늘려야 합니다

정신건강복지센터 사업에 예산투여를 정상화해야 합니다. 현재 우리사회에서 요구되는 정신건강사업에 대한 중앙정부와 지방정부의 예산과 인력에 대한 총체적 투입량이 미약합니다. '회복'의 가치는 어디까지나 당사자 중심의 수준 높은 질적 접근방법입니다. 1인당 50~70명의 담당 사례에 그 외 다른 자살, 중독, 재난사업까지 맡으면서는 회복을 지향 할 수 없습니다.

다행히 그동안 정신건강복지센터는 지역사회 서비스 전달체계상 중요한 위치에 자리를 잡았고 공공성을 확보하고 있다는 강점을 갖고 있습니다. 하지만 소수의 인력으로 많은 업무를 하다보니 제대로 일하지 못했습니다. 아동청소년정신건강사업, 자살예방사업, 정신건강증진사업도 사업의 규모에 맞게 인력을 제대로 갖추서 운영되기를 원합니다. 개인적으로 얼마 전 국회토론회에서 제안했던 인력규모는 인구 1만명당 정신건강복지센터 인력 1명을 요구했던 것입니다. 현재 전국의 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터의 인력이 2,500명이 수준입니다 현재보다 2배의 인력으로 증원하여 5,200명이상으로 늘려간다면 좀 더 전문화된 정상적인 서비스가 될 것입니다.

정신건강복지센터와 같은 국민들의 정신건강을 돕는 사업에 참여하려는 시도들이 수년째 계속 되고 있습니다. 현재의 조악한 예산과 구조로는 다른 전문가들의 참여를 충분히 받아내지 못할 것입니다. 작업치료사, 심리상담 영역의 참여에 대한 대비를 해야 할 것입니다. 새정부의 보건복지정책으로 인해서 증가될 치매관리센터와 같은 기관들로 수평이동할 인력들이 생길 것입니다.

기능제안 2 : 공공법인을 통한 운영체계의 안정화

정신건강복지센터 운영체계를 안정적으로 바꾸는 것입니다. “불행한 사람이 누군가를 구하려고 하면, 그것은 자기만족에 그치고 누구 한사람 행복해지지 않는다”(기시미 이치로, 미움받을 용기2, 2016)이라는 말처럼 행복하지 않은 센터의 종사자들이 회원들의 회복과 행복을 지원할 수 있을지 회의적입니다. 20년동안 정신건강복지센터를 운영하던 민간위탁운영방식은 대학병원, 사회복지법인 등과 같은 종사자들의 고용을 계약직으로 유지하는 기관에 맡겨서는 더 이상 안됩니다. 최근의 서울과 대구의 정신건강복지센터의 노동조합결성, 그리고 파업은 대표적인 현상입니다. 종사자의 절반정도가 바뀌는 이직률도 마찬가지입니다. 직장을 폐쇄하는 곳들도 있습니다만 수탁을 하고 있는 법인도 위탁을 제안한 자치단체도 종사자들의 고용은 책임지지 않습니다. 정신건강복지센터의 인력들은 현재의 민간위탁운영제도보다는 정신건강에 전문성을 가진 법인에서 ‘직영’의 형태로 운영되기를 원하고 있습니다(60%). 현재 정부차원에서 논의가 이루어지고 있는 ‘사회서비스공단’에 ‘정신보건직렬’을 만들고 직영운영하는 방식이 현재로서는 가장 좋은 대안이라고 개인적으로 생각합니다. 혹시 보건영역의 전문재단을 통해서 운영하는 것도 방법이 될 것입니다. 정신건강복지센터의 고용을 안정화시키는 것은 비효율적인 결정이 아닌 국가의 백년을 바라보는 중요한 결정이라고 확신합니다. 그리고 그안에서 정신건강복지센터에 온전히 일을 할 수 있는 정신과전문의를 채용하여 전문성을 담보해 나간다면 비상근센터장 문제도 해결이 될 것입니다. 그리고 고용이 안정된 정신건강전문요원들은 각자의 전문적인 역할을 수행하며 발전해 나가며 서비스제공의 최일선에서 역할을 해나가는 합리적인 그림을 그리고 싶습니다.



그림 4 사회서비스 공단의 구조(가안)

기능제안 3 : 정신건강복지법에서는 정신건강복지센터의 역할을 명확히 제시해야 합니다

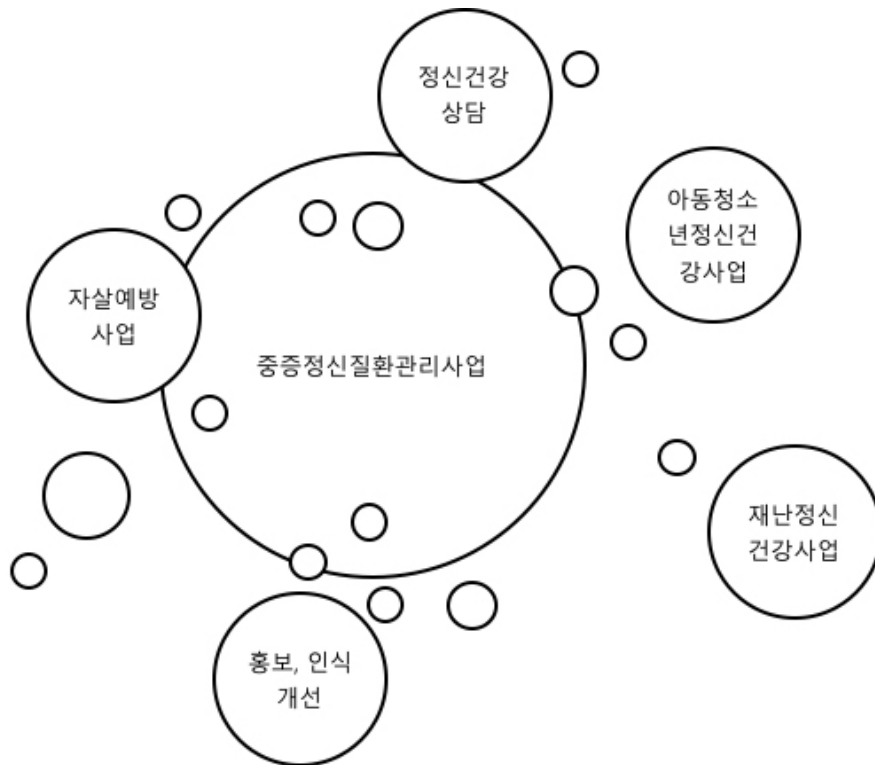


그림 5 개정된 정신건강복지법은 중증정신질환자사업에 비중을 두고 있지만 막상 정신건강복지센터의 다양한 사업은 어떻게 할지 제시하고 있지 않다.

최근에 개정된 정신건강복지법은 정신건강복지센터가 나아갈 방향을 혼란스럽게 만들고 있습니다. 중증정신질환관리사업만을 추진하기엔 센터의 사업은 이미 다양화되었기 때문입니다. 그리고 복지가 강조되었지만 어떤 복지서비스를 제공할 수 있는지도 얼마나 제공될 수 있는지도 불명확한 상태입니다. 이러한 혼란 때문에 정신건강복지센터에서는 업무표준화에 필요한 지침을 국가차원이 아닌 한국정신건강복지센터협회 차원에서 작업을 하고 있는 상황입니다. 혹자는 이제는 정신건강복지센터가 장애인복지관처럼 운영될 수 있는 기틀이 마련되었다고도 하고 또 다른 사람들은 보건사업이 확장되지 않는 이상 어려울 것이라고도 합니다. 그러나 그러한 논의가 중증정신질환관리사업에 한정된 것이어서 기존의 자살예방사업, 아동청소년정신건강사업, 정신건강홍보, 인식개선사업 등은 또 어떤 식으로 운영해야 할지 여전히 의문인 것도 사실입니다. 아래 그림은 적어도 중증정신질환관리사업을 제대로 한다면 정신건강복지센터의 역할

에 대해 제시해 보고자 합니다. 정신건강복지센터는 ① 지역의 특성에 맞는 정신보건 사업을 기획하고 ② 병원과의 긴밀한 연계를 통한 위기개입 ③ 퇴원시 지역사회 연착륙을 위한 단기사례관리 ④ 이후 지역사회의 다양한 전달체계로 연계(정신재활시설 기능강화모색) ⑤ 복지기능은 미지수. 이를 통해 정신건강복지센터가 지역사회에서 허브의 역할이 되어야 할 것입니다.

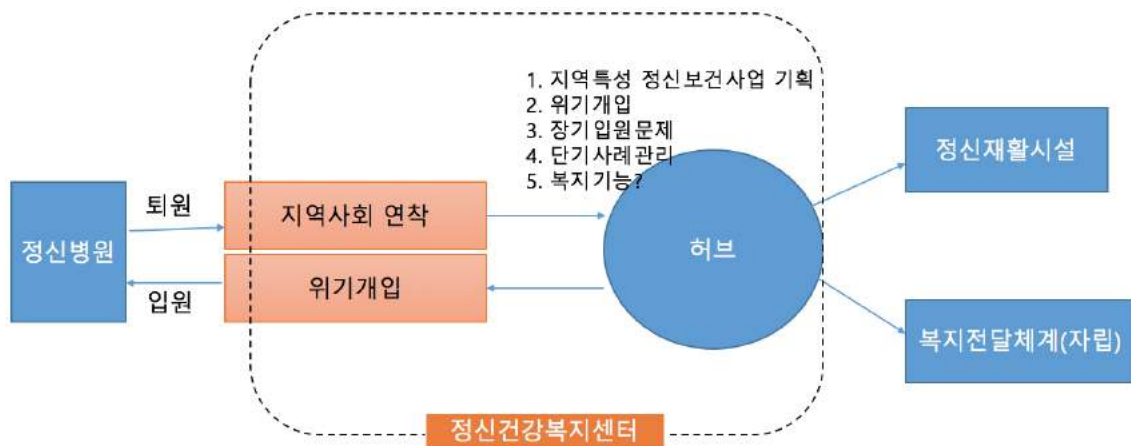


그림 6 정신건강복지센터의 중증정신질환자관리사업의 기능

그 외에도 아울러서 보건소에도 정신건강관련 부서를 설치하여 정책과 기획의 기능을 강화해야 합니다. 일반시민들의 정신건강에 대한 수요를 담당하고 정신건강사업을 기획하는 기능은 보건소를 강화하여 만들어가야 할 것입니다. 그래서 센터의 기능은 중증정신질환관리사업의 공공성을 강화하고 전생애에 걸친 국민들의 정신건강을 상담하는 정신건강상담업무, 아동청소년정신건강증진사업으로 서비스를 중심으로 구성되어지고 중장기적인 정신건강사업의 기획, 홍보, 인식개선과 같은 사업들은 보건소의 기능을 강화하여서 보건소 정책적 역할로 만들어가야 할 것 같습니다.

기능제안 4 : 정신건강복지센터의 재정기여모형을 고려해야 합니다.

정신건강복지센터의 재정기여 모델을 고려해야 합니다. 재정성과모형을 적용해보는 것을 제안드립니다. 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터는 예산을 쓰기만 하는 소모적인 기관이 아닙니다. 약간의 제도적 개편을 통한다면 비용효과적인 기관으로 정부의 예산운영에 도움을 줄 것입니다. 그 방법 중 하나는 의료급여대상자들의 장기입원에 대한 정신건강복지센터의 사례관리를 적극적으로 적용하는 것입니다.

2015년을 기준으로 우리나라의 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원중인 정신질환자는 8만 1천여 명이며 이들의 입원과 진료비에 소요되는 예산은 건강보험의 경우 1,249억원, 의료급여의 경우 787억원입니다. 약 2천억의 비용이 소요되는 것입니다. 이중 입원치료를 받은 사람의 경우 81,000여명이며 이중 65%에 해당하는 5만 3천여 명이 의료급여 1종과 2종에 해당 됩니다. 일반적으로 1명의 의료급여대상자가 1개월 정도 G2에 해당하는 정신의료기관에 입원하게 되면 의료급여예산으로 160-170만원 정도(생활비제외)가 들어가게 됩니다. 1년동안 입원하게 되면 약 2천여만원의 의료급여예산이 소요되게 되는 것입니다. 보건복지부 기초의료보장과에 따르면 2015년 기준 30일 이상 장기입원자 중 정신질환자는 '4만6천명'으로 장기입원자 중 20% 수준이라고 합니다. 바로 장기입원중인 정신질환자에 대한 적극적인 사례관리를 제도화한다면 의료급여예산의 절감을 가져올 수 있을 것이다. 이를 통해 탈입원에 대한 재정성과 모형을 적용하여 정신건강복지센터에 인센티브를 부여하거나 절감되는 예산으로 정신질환자의 지역사회 복귀를 돕는 주거지원에 투입된다면 장기적으로 우리나라의 의료급여예산의 큰 도움이 될 것입니다.

기능제안 5 : 사회적 목소리를 내는 정신건강복지센터

개인을 돕는 역할에서 사회를 돕는 역할을 하는 정신건강복지센터가 되어야 합니다. 정신건강증진은 사회적 자본과 밀접한 관련이 있습니다. 사회적 자본이란 신뢰, 규범, 네트워크 등 사회적 관계에서 발생하는 모든 무형자산이라고 정의합니다. 이러한 사회적 자본은 인구의 정신건강에도 영향을 끼쳐서 자살률, 정신적 불건강 등에도 영향을 끼친다고 알려져 있습니다. 정신건강복지센터는 정신과 치료를, 상담횟수, 사례관리 등록현황과 같은 양적인 평가에 연연하기 보다는 지역사회라는 가치를 기반으로 해당 지자체의 사회적 신뢰를 회복하고 공동체를 강화하며 네트워크가 원활히 이루어지는 사회가 될 때 정신건강도 증진이 된다는 철학과 신념을 비전으로 삼고 나아가야 합니다. 당사자들의 권익을 옹호하고 이들의 사회참여를 촉진하는데 함께 하는 기관이 되어야 합니다. 정신장애인의 가족들의 어려움에 귀를 기울이고 정신장애인과 그 가족들에게 필요한 정책과 제도에 관심을 가져야 할 것입니다. 그러기 위해서는 정신건강복지센터에 마음건강주치의가 근무하는 것도 중요하지만 야근에 지쳐 있는 직장인을 위해 과도한 노동시간이 정신건강에 위협하다는 이야기를 할 수 있는 즉 사회적 목소리를 담을 수 있는 기관이 되어야 할 것입니다.

기능제안 6 : 보건과 복지의 통합적 접근을 수행할 수 있는 기능 필요

정신장애인을 제대로 돌볼 수 있으려면 보건과 복지의 실질적인 통합이 이루어져야 합니다. 우리가 자주 말하는 장애인복지법 15조의 개정을 요구하는 것은 정신장애인들이 현재의 정신건강복지법으로는 결코 장애인복지법에서 구현하는 복지서비스를 제공받지 못할 것이기 때문입니다. 개정된 정신건강복지법에서는 정신장애인에 대한 복지에 대한 내용이 들어갔으므로 복지분야의 예산이 정신보건영역으로 들어올 것이라고 낙관하기도 합니다. 법적 근거가 생겼으므로 들어올 수 있는 여지가 생긴 것만으로도 진일보한 것이라고 합니다. 그러나 새롭게 추가적인 예산이 편성되어야만 가능한 일이라는 것을 우리는 알고 있습니다. 정신건강복지법이 생겼으니 장애인복지부서의 예산이 정신보건분야로 넘어오는 방식은 아닐 것이라는 것입니다. 정신건강복지센터의 업무도 이제는 보건소만의 지원으로는 제대로 서비스를 제공하기 어려운 실정입니다. 복지영역에서의 지원과 제도적인 뒷받침이 병행되어야 하는 시기가 온 것 같습니다. 예를 들면 정신건강복지센터가 복지부서인 의료급여담당 부서에서 장기간 입원해 있는 정신질환자에 대한 리스트를 확보해서 이들을 정신건강복지센터에 등록하고 적절한 기관을 연계하고 장기입원되지 않도록 사례관리하고 모니터링을 하는 사업을 하는 경우 복지부서에서 협조하지 않으면 불가능합니다. 정신질환자라는 기준이 있어서도 보건소는 정책적으로 이러한 사업을 수행하기가 어려울 수도 있습니다. 또한 정신장애인 가족들이 단체를 결성해서 시에 등록을 할 경우 장애인관련부서에 신청을 해야 합니다. 그러나 해당 부서는 이들이 장애인복지법에 해당하는 가족들이 아니므로 미온적인 대응을 하기도 합니다.

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공체계 제안

하경희 (한국정신보건사회복지학회)

회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공 체계

한국정신보건사회복지학회

하경희
(아주대학교 공공정책대학원)

회복

물질남용정신보건청

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)

- 개인들이 자신의 건강과 안녕을 증진시키고, 자기주도적인 삶을 살며,
잠재력을 최대한 발휘하기 위한 노력을 통한 변화 과정

process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential

- 4 가지 주요 영역

건강 Health

주거 Home

목적 Purpose (meaningful daily activities/ independence, income and resources to participate in society)

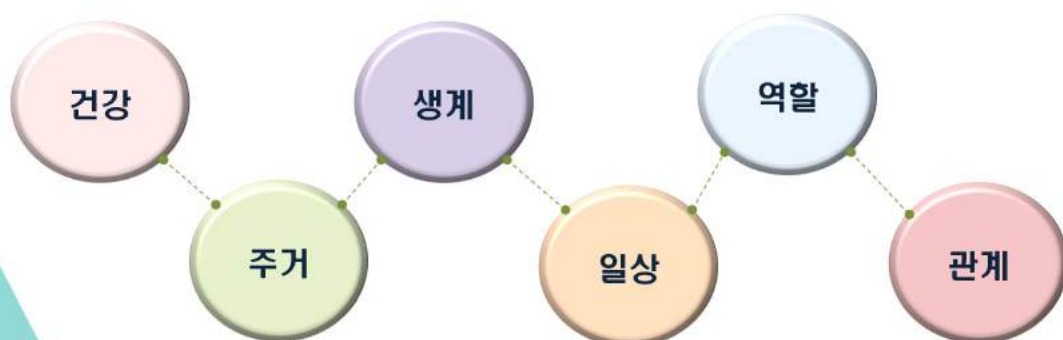
공동체 Community (relationships and social networks)

회복 원칙

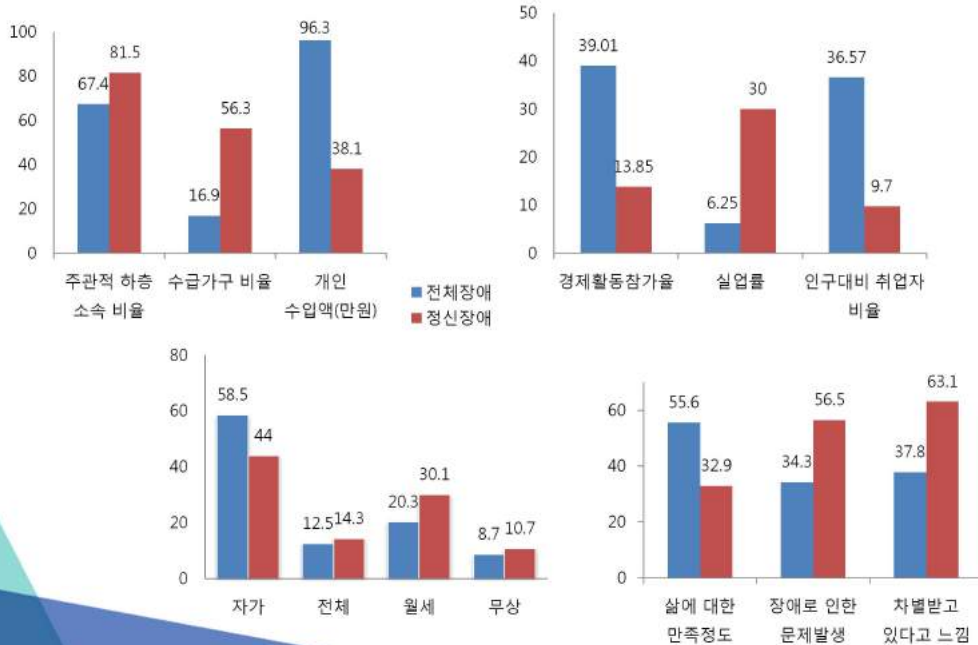
- Recovery emerges from hope
- Recovery is person-driven
- Recovery occurs via many pathways
- Recovery is holistic
- Recovery is supported by peers and allies
- Recovery is supported through relationship and social networks
- Recovery is culturally-based and influenced
- Recovery is supported by addressing trauma
- Recovery involves strengths and responsibility
- Recovery is based on respect

회복 지향

치료를 넘어 의미 있는 삶의 회복



정신장애인 생활실태 (2014 장애인 실태조사)



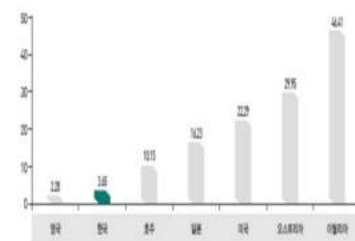
정신재활시설의 인프라 구축

입원치료 중인 중증정신질환자 중 비의료적(사회적) 입원에 해당되는 **32.1%**가 지역으로 유입될 경우 지역사회 정신보건서비스가 필요한 중증정신질환자 인원은 **13,549명으로 추정**

필요한 정신재활시설 추계는 **최소 2,473개, 최대 4,874개**

		2005년		2015	
		기관수	병상(정원)수	기관수	병상(정원)수
계		1,372		1,988	
정신건강증진센터		126	-	208	-
정신의료기관	국공립	18	8,211 (10.54%)	18	7,067 (6.76%)
	민간	1,018	51,652 (66.28%)	1,431	76,629 (73.30%)
정신요양시설		56	14,050 (18.03%)	59	13,830 (13.23%)
정신재활시설 (사회복귀시설)		134	4,016 (5.15%)	333	7,019 (6.71%)
중독관리통합지원센터		20	-	50	-

정신의료기관 병상(정원)수 추이



자료원: Mental health Atlas country profile, WHO, 2011

정신재활시설의 인프라 구축

	2005	2015	증감
총계	134	333	▲ 199
서울	36	115	▲ 79
부산	6	14	▲ 8
대구	13	17	▲ 4
인천	3	9	▲ 6
광주	7	11	▲ 4
대전	11	22	▲ 11
울산	1	2	▲ 1
경기	19	42	▲ 13
강원	2	5	▲ 3
충북	5	13	▲ 8
세종	0	1	▲ 1
충남	5	21	▲ 16
전북	14	31	▲ 17
전남	1	6	▲ 5
경북	6	16	▲ 10
경남	3	5	▲ 2
제주	2	4	▲ 2

시설의 양적 부족
지역적인 불균형
재활 기반의 부재



- 초기 설치 부담을 민간에 전가
- 운영 지원에 대한 지자체의 부담
- 지역의 정책적 우선순위가 낮음

정신재활시설의 인프라 구축

보건
복지부

- 설치의 명확한 가이드라인 제시 (시군구 설치)
- 행정적인 강제력

광역
단체

- 정신재활시설 확대에 대한 장단기 계획 수립
- 기초단체의 설치 및 운영 부담 조정

기초단체

- 공공 혹은 위탁 운영을 통한 설치 확대

주거 유형의 다양화 및 주거지원체계 마련

미국 뉴욕주의 주거 선택 종류

구분	종류		내용
Level 1	Family type home for adults		독립생활이 어려운 경우 거주기간 제한 없이 보호. 4명 거주. 전문가가 24시간 전문적인 관리 제공
Level 2	Transitional Model(18-24개월)	Apartment treatment	2-4명. 일주일에 3~7회 방문. 구조화된 주간재활 및 직업재활
		Supervised community residence	10-24명. 식사 제공되며 24시간 관리 구조화된 주간재활
		MICA community residence	이중진단 대상자. 10-24명. 24시간 관리
	Extended Model(2-5sus)	Community residence	35-65 개의 원룸. 24시간 관리
	Permanent Model	Adult home	50-300 명 거주. 2인 1실. 노인이나 장애인. 24시간 포괄적인 개인 보호
Community care	Supported single room		영구 거주 20의 원룸. 독립적인 생활. 서비스팀이 일상생활 지원
	Supported housing		1-3명 함께 거주. 독립된 침실. 개인 욕구에 따라 방문서비스 제공

주거 유형의 다양화 및 주거지원체계 마련

주거의 다양성

하프웨이하우스
공동생활가정
장기거주시설
단기 보호/ 쉼터
체험홈
지원 주거
독립 주거

장애인전환지원서비스 센터



복지서비스 제공 방안 마련

제4장 복지서비스의 제공

제33조. 복지서비스의 개발

제34조. 고용 및 직업재활 지원

제35조. 평생교육 지원

제36조. 문화·예술·여가·체육활동 등 지원

제37조. 거주·치료·재활 등 통합지원

제38조. 가족에 대한 정보제공과 교육

복지서비스 제공 방안 마련

정신재활시설 프로그램비 연간 지원 기준

2005년 1인당 170천원 (월 14,166원)	→	2015년 1인당 278천원 (월 23,166원)
--------------------------------------	---	--------------------------------------

입소/이용 1인당 보조금 지원금액

구분		지침 기준	평균	표준 편차
생 활 시 설	관리운영비	821,000	748,289	195,149
	프로그램비	270,000	210,591	165,829
이 용 시 설	관리운영비	563,000	520,626	165,829
	프로그램비	270,000	215,507	122,445

적정 사업비 지원
정신재활시설의 다기능화
거점별 특화사업 기관
(주거지원센터, 평생교육센터, 자립지원센터)

복지서비스 제공 방안 마련

장애인복지법 제 15조, 시행령 제 13조

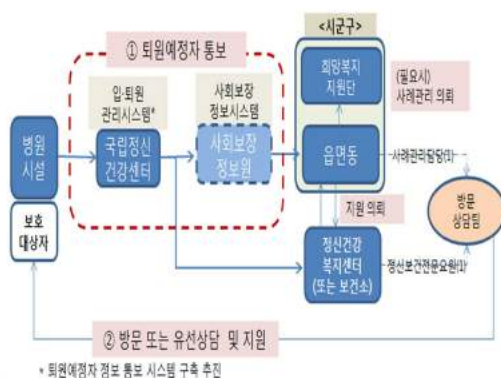
장애인 중 「정신보건법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다

제 34조(재활상담 등의 조치) 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스

장애인복지법과 정신건강복지법의 비연동으로 인해 생기는 차별 해소

복지서비스 제공 방안 마련

< 퇴원·퇴소자 지원 과정 >



< 긴급복지지원 >

교정시설에서 출소한 자가 생계가 곤란하고 다음의 요건을 모두 충족하는 경우

- √ 가족이 없거나, 가족과의 관계가 단절된 경우 또는 가족이 미성년인 자녀, 65세 이상인 자, 1~3급 장애인으로만 구성되는 경우
- √ 구금기간이 1개월 이상으로서 긴급지원 신청일 기준 6개월 이내 출소한 경우

생계, 의료, 주거, 시설이용, 교육 등의 지원

공공 사례관리체계의 역할과 범위
공공 사례관리체계와의 연계 및 협력
긴급지원대상자에 포함

당사자 활동의 지원과 연대

Nothing About Us, Without Us !

실제적인 변화의 힘은 당사자와 가족의 목소리
정신장애인 당사자 활동에 대한 제도적 기반 마련
당사자 활동이 성장하고 확산될 수 있도록 지원
당사자와의 연대와 소통

회복지향적 복지서비스 체계 마련

01

인프라 구축

장단기 계획 수립
시군구 설치
공공/위탁 운영

02

주거지원체계

주거의 다양성
주거지원체계

03

복지서비스 제공

재활시설의 다기능화
장애인복지법 15조 개정
공공사례관리체계 연계

04

당사자 활동 연대

당사자활동 제도적 기반
당사자와의 연대와 소통



| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

회복지향적 복지서비스 제공 및 전달체계 제안

이용표 (한국정신보건전문요원협회)

회복(Recovery) 지향적 서비스와 전달체계

이용표 (한국정신보건전문요원협회 정책위원장)

1. 서론

- 새로운 정신건강복지법이 새로운 서비스와 전달체계에 관한 논의를 촉발시키고 있다. 이러한 논의에 있어 헌법불합치 판결을 받은 기존 정신보건법체계하에서 정신장애를 가지고 고통스러운 삶을 영위하고 있는 당사자들에 대한 전문가적 성찰이 미흡했다는 반성이 필요하다고 본다.
- 이 발제에서는 새로운 정신건강복지법시대의 이념적 지향으로 등장하고 있는 회복(Recovery) 패러다임에 대하여 정리해보고, 회복지향의 서비스와 전달체계가 어떻게 구축되어야 하는지 발제자의 소견을 제시해보고자 한다.

2. 회복 패러다임

1) 회복개념의 출현과 초기 전개과정

- 회복(Recovery)의 개념은 미국의 정신보건역사에서 출현하고 발전된 개념이다. 미국의 정신보건역사의 드라마틱한 장면은 1950년 중반부터 미세하게 감소하기 시작한 정신병상이 60년대와 70년대를 거쳐 획기적으로 감소하는 과정이었다. 이러한 과정에서 정신병상의 감소가 처음 나타난 시기는 미국에서 항정신성의약품이 대량으로 판매되기 시작한 시점이 1950년대 중반이라는 사실과 일치한다. 그러나 실제적으로 급격한 정신병상 감소가 이루어진 60년대 후반과 70년대 초반은 미국에서 중용한 사회보장제도가 실시된 시점이다. 즉 당시 미국에서는 노인의료비를 지원하는 메디케어와 보충적 사회급여라는 중요한 사회보장제도가 시행되었던 시기이다. 이러한 사실은 연구자들 사이에 진정한 정신질환자 탈원화의 동력이 무엇인가에 대한 논쟁거리를 제공하고 있다.
- 실제 회복개념의 등장은 50년대에 출발하여 60-70년대를 거쳐 전개된 탈원화시대

이후이다. 맥락적으로 본다면 80년대에 이루어진 이전 퇴원환자들에 대한 추적조사의 결과가 전통적 관점에서의 예측과 많이 달랐다는 사실이 그 탄생의 계기가 되었다. 즉 퇴원자들은 정신건강 전문가집단이 예상한 것과 달리 병원을 떠나 지역사회에서 더 나아진 삶을 살고 있었다는 것을 설명하기 위한 개념으로 회복개념이 출현하였다. 이전에 불가피하게 악화되는 대표적인 질병으로 여겨져 왔던 조현병이 있는 사람들조차도 이전의 병원에서도보다 더 나은 삶을 살고 있다는 것이 연구를 통해 밝혀졌다. 이러한 조사결과는 연구자들이 당사자들의 이야기에 주목하게 되는 계기를 만들었다. 이전의 전통적 정신질환에 대한 인식들을 가지고는 설명할 수 없는 현상을 밝히기 위하여 연구자들은 당사자가 정신질환을 가지고 살아온 경험에 주목하게 되면서, 증상과 치료라는 패러다임으로 쉽사리 설명하지 못하였던 당사자들이 개선된 삶을 획득해나가는 과정에서의 경험을 회복이라는 새로운 개념으로 설명하기 시작하였다.

- 회복개념은 정신질환과 정신장애의 원인에 관한 인식론적 틀은 물론, 해결을 위한 접근방법에 관한 반성적 성찰을 제공한다. 정신의학은 19세기 이후 정신장애 혹은 정신질환에 관한 근본적인 인식의 틀을 제공하며 그것을 어떻게 인식하고 어떤 방법으로 해결하여야 하는가를 규정하는 근본적 패러다임을 제공해왔다. 즉 정신질환이나 그와 관련된 정신장애는 생물학적 근원에서 유래하는 것이며 가장 중요하고 1차적인 해결방법은 약물치료라는 인식의 틀을 만들어왔다. 그러나 1960년대 이후 의학패러다임의 정신질환에 대한 생물학적 원인론은 도전받게 되었으며, 약물치료는 병리적 증상을 완화시키는데 어느 정도 기여했지만 삶을 개선하는 데에는 크게 영향을 미치지 못했다는 비판을 받았다. 1960년대 지역사회로의 이동을 떠받치고 있는 지역사회정신보건 패러다임은 정신질환의 원인론을 개인적 취약성과 개인의 둘러싼 환경과의 상호작용으로 이해하는 시각을 견지하면서 지역사회개입의 필요성을 제시하고 있었다.
- 1980년대 당사자경험에 대한 탐색을 통해 전문가들은 정신질환자들의 지역사회 삶의 문제에 주목하였다. 전문가들은 정신질환자의 지역사회에서의 삶의 어려움은 소위 정신의학적 증상의 문제이기보다 사회기술의 부족에 있다고 이해하면서, 사회생활을 위한 능력 향상이 정신질환자들에게 더 개선된 삶을 가져다줄 것이라는 신념하에 새로운 지역사회정신보건 프로그램을 구축하고자 하였다. 당시 전문가들이 주창하는 새로운 정신보건프로그램의 내용은 ‘정신재활(Psychiatric Rehabilitation)’

이라는 이름으로 함축되었으며, 정신재활을 통해 추구하는 지향점은 ‘회복’이었다. 이와 같은 시대적 상황에서 1993년 정신재활의 권위자인 Anthony는 이전의 정신의학에 근거한 지역사회서비스에 대한 비판하면서 대안적 패러다임으로 회복 패러다임(recovery paradigm)을 제시하였다. 이후 회복이라는 새로운 패러다임을 통하여 당사자나 전문가들의 연구 및 실천활동을 통해 더욱 확산되었다. 마침내 1998년에 이르러 미연방정부 공중보건국 책임자(Surgeon General)는 향후 미국 정신보건체계는 회복 패러다임을 지향함을 선언함으로써 새로운 정책비전을 수립하는 데까지 이르렀다.

2) 전문가관점의 회복

- 정신재활이라는 전문가관점의 회복개념은 다양하고 사회규범적인 개인적 자산, 정신적 증상으로부터의 자유, 직업적 기능, 독립생활 그리고 동료관계 등으로 기능적으로 정의될 수 있다(Rudnick, 2008). 이러한 정의는 새로운 정신보건서비스의 내용을 통해 구체화된다(Jacobson and Curtis, 2000). 정신재활에서의 회복은 전문가에 의한 증상의 완화 혹은 제거가 아니라 사회생활에 필요한 다양한 기술습득의 지원에 초점을 둔다.
- 회복을 위한 정신보건서비스는 당사자들이 지역사회생활에서 중요하다고 여기는 일, 거주, 관계 그리고 여가 등과 같은 삶의 주요 영역에서 기능을 증진시키거나 유지할 수 있도록 지원하는 것이다. 이를 통해 정신장애를 가지고도 만족스럽고 희망에 찬 삶을 영위하는 것이다. 또한 기능향상의 한계를 보완하기 위해 지역사회로부터 지지를 개발하는 것은 실천의 중요한 부분이 된다. 즉 자조집단 참여, 가족개입 등의 지역사회지지는 당사자가 가진 기능의 한계를 보완하면서 동시에 사회적 교류를 통하여 사회적 능력을 발달시키는 수단이 된다.

3) Mad studies(당사자) 관점의 회복

- 전문가와 당사자운동가들이 대체로 동의하는 회복의 정의는 ‘회복이란 정신장애를 가진 사람들이 자기감각을 재조직화해가는 과정’이라는 것이다. 즉 대중적 편견이나 그로부터 연유하는 ‘무능한 존재’, ‘무슨 일을 저지를지 모르는 존재’ 등과 같은 자기낙인에서 벗어나 유능하고 희망이 있는 사람이라는 자기감각을 재조직화해가

는 과정이라는 것이다. 그리고 양자의 회복관점은 부정적인 자기감각은 증상으로 부터 만들어지는 것이 아니라 사회적 장벽으로부터 형성된다고 설명한다는 데서 같은 선상에 있다.

- 그러나 전문가와 당사자운동가의 관점은 궁극적인 회복에 접근하는 방식에서 차이가 있다. 정신보건소비자운동에서 회복은 정치운동을 통해 억압적인 환경을 변화 시킴으로써 삶속에서 자율적이고 유능한 한 인간으로 자신을 재조직화할 수 있다고 믿는다. 당사자들의 자기결정과 선택을 억압하는 제도들을 철폐함으로써 새로운 자기감각(self)을 형성하고 스스로 선택하고 결정하는 삶을 영위할 수 있다는 것이다. 따라서 회복, 다시 말해 자기감각의 변화를 가져오기 위해서는 대중적 편견과 낙인과 같은 환경적 요소의 변화를 위한 정치활동은 중요한 의미를 가진다. 정치활동을 통한 억압적인 환경의 변화는 새로운 ‘나’를 형성할 수 있도록 하고 궁극적으로 회복에 이르게 한다. 이러한 당사자들이 보는 회복에 대한 접근방법은 새로운 지역사회서비스를 통한 사회생활의 기능력 향상과 지지가 스스로의 삶을 통제할 수 있는 능력을 형성함으로써 회복에 이를 수 있다고 보는 전문가 접근방법과 차이가 있다.
- 당사자관점의 회복개념의 대표적인 정의는 당사자 연구자인 Deegan에 의해 제시되었다. 그녀는 정신적 장애에도 불구하고 자신이 속한 지역사회에서 스스로 의미 있는 존재가 되는 삶의 접근을 회복이라고 정의하고 있다(Deegan, 1988). 의미 있는 존재라는 자기감각을 형성하기 위해서는 궁극적으로 자신의 삶에 대한 통제력을 스스로 행사할 수 있어야 한다. 따라서 당사자들에게 당사자의 선택과 자기결정은 회복의 핵심적 구성체이다. 이러한 의미의 회복을 추구하기 위해서는 정신장애를 가진 사람을 존엄한 존재로 인정하여 정신건강복지서비스를 개발하는 과정은 물론 구체적인 선택에서 가능한 한 최대한 당사자의 의사를 존중하는 성년후견이나 의사결정 지원제도의 형성은 회복의 요체가 된다.

3. 정신장애인의 지역사회에서의 삶의 문제와 회복접근

- 정신장애가 있는 사람들이 지역사회 생활에서 경험하는 어려움은 인지적 혼돈과 정서적 고통만으로는 이해하기 어렵다. 정신건강 전문가들이 정신장애의 핵심적 무제로 이해하는 인지적·정서적 문제가 지역사회 생활의 가장 중요한 문제였다면

약물치료로서 대부분 해결되었어야 했다. 약물치료에도 불구하고 장기화된 입원과 지역사회에서 고립되고 빈곤한 삶의 지속은 정신장애가 매우 복합적인 문제임을 오히려 반증한다. 정신장애를 가지고 지역사회에서 생활하는 당사자들이 경험하는 삶의 고통을 보다 구체적으로 이해하기 위해서 장애의 본질에 관한 분석틀을 통하여 당사자들의 고통에 접근해보는 것이 필요하다.

- Priestley(1998)는 장애에 관한 관점을 사회에 대한 명목론과 실재론, 유물론과 관념론이라는 두 축으로 구분하여 개별적 유물론, 개별적 관념론, 사회적 유물론 그리고 사회적 관념 등으로 장애에 대한 접근방법을 분류·제시하였다. 이와 같은 관점을 통해 정신장애의 문제는 다음과 <표 1>과 같이 정리해볼 수 있다.

<표 1> 장애에 대한 다양한 관점과 정신장애문제의 본질

	유물론적(materialist)	관념론적(idealist)
개별적 (individual)	입장1. 개별적 유물론 모형 -생물학적 조건과 관련된다고 보이는 환청, 망상, 불안정한 정서상태 -부족한 사회생활기술	입장2. 개별적 관념론 -무력하다거나 열등하다고 느끼는 자기 감각 -스스로에 의한 고립
사회적 (social)	입장3. 사회적 생성주의 -자본주의적 경쟁관계에서의 배제 -불형평한 자원배분에서 오는 빈곤	입장4. 사회적 구성주의 -폭력적이고 비이성적이며 무능할 것이 라는 대중의 관념

출처: Mark Priestley(1998). Construction and Creations: Idealism, Materialism and Disability Theory

- 전문가관점의 회복프로그램은 Priestley의 분류에 따르면 주로 개별적 유물론적 입장에서 장애의 본질을 이해하여 프로그램의 초점이 개인적 증상관리, 기능력 향상에 경도되어 있는 것으로 해석될 수 있다. 실제적으로 정신장애인의 지역사회에서의 실존의 문제는 증상이나 기능력의 문제에 국한해서 볼 수 없으며, 스스로 열등하다는 자기감각에 이르는 자기낙인과 고립, 사회적 배제와 빈곤 그리고 부정적 대중의 시선 등과 같이 다차원적이고 복합적인 상황속에서 생존하고 있다. 개인의 증상이나 기능력에 초점을 둔 접근은 부정적 자기낙인, 구조적 배제, 빈곤 그리고 대중적 관념에 의한 정신장애인의 실존적 고통을 해결하는 데에는 상당한 한계를 가질 수밖에 없다. 회복패러다임이 제시하는 자기감각은 증상에서 만들어진 것이 아니라 사회적인 억압과 배제와 개별적 상황이 상호작용하면서, 물질적인 것과 관념적인 장애의 복합물로서 형성되었다. 따라서 회복을 지원하기 위한 정책도 정신

건강복지정책의 독자적인 접근으로는 많은 제한이 따를 수밖에 없다. 주택정책, 사법제도, 문화정책, 노동정책 그리고 교육정책 등을 비롯한 많은 정책들과 유기적 관계에서 수립되고 추진되어야한다는 것이 회복개념의 함의일 것이다.

- 또한 전문가관점의 회복은 신자유주의적 사조와 용이하게 결합된다. 그것은 전문가관점이 회복을 달성하는 수단으로 개인 관리방식을 채택하고 있기 때문이다. 기존 정신보건패러다임은 정신장애의 문제를 생물학적 문제로부터 연유하는 인지적 혼돈과 정서적 고통을 중심으로 이해했기 때문에 해결책도 개인관리에 초점을 두어왔다. 그러나 회복패러다임은 이러한 접근이 그리 유용한 접근이 아니라는 것을 드러내고 있으며 오히려 개별관리방식은 정신장애인을 배제하고 억압하는 사회구조적 문제를 은폐하고 사회문제를 개인화, 병리화하는 데에 쉽사리 활용될 수 있다고 말하고 있는 것이다. 정신장애인의 더 나은 삶이 단지 전문가서비스의 내용 변화를 통하여 달성될 수 있을 것 같지는 않다. 당사자들의 회복을 위해서는 신자유주의가 생성·확대하는 억압을 동시에 관조할 필요가 있다. 정신장애인의 회복은 전문가역할의 한계를 인식하고 여타 사회정책들이 보완적으로 추구해야할 과제라고 할 수 있다.

4. 회복지향 서비스정책

- 회복지향 서비스란 한 마디로 당사자들이 원하는 서비스이다. 당사자들은 장기간, 강제적 입원을 원하지 않는다. 대신 위기의 순간에 잠시 지역사회에 보호된 공간에서 쉬고 바로 생활에 복귀하고 싶어 한다. 그리고 힘들 때 누군가 자신의 이야기를 끈기를 가지고 들어주는 사람이 있었으면 한다. 지역사회에서는 집과 같은 주거에서 규제없이 자유롭게 독립적으로 살고 싶어하고 어려움이 있을 때 도와줄 사람이 있으면 좋겠다고 한다. 적절한 수입과 의미있는 활동을 위해 취업하고 싶어 하며 자신의 정신건강문제에 대하여 적절한 배려를 해주는 직장을 찾기를 원한다. 기회가 되면 대학과 같은 곳에서 좀 더 공부하기를 원한다. 그리고 이러한 기회를 찾기 위한 정보를 제공해주고 자신의 의사와 기호를 잘 표현하기 어려운 경우 도와주는 사람이 있었으면 할 것이다. 이러한 당사자의 욕구에 기반한 서비스가 회복지향 서비스일 것이다.

- 미국에서 실제 회복개념을 구체화하기 위하여 지방정부들이 추진한 회복정책의 내용을 살펴보면, 교육, 이용자 및 가족참여, 이용자주도 프로그램 지원, 재발예방 및 관리의 강조, 위기계획, 계약과 재정체계 혁신, 주요 정책의 재검토 및 수정 그리고 낙인 완화 등의 8가지로 분류해볼 수 있다(Jacobson & Curtis, 2000). 그 구체적인 내용은 다음과 <표 2>와 같다.

<표 2> 미국의 회복지향 정신건강복지서비스

회복정책	구체적 서비스 내용
교육	-회복교육의 가장 중요한 구성요소는 상호훈련(cross-training) . 즉 정신장애를 가진 당사자가 전문가들로부터 훈련을 받음과 동시에 전문가들도 정신장애를 가진 사람들로 부터 회복에 관하여 배우는 것
이용자 및 가족참여	-당사자와 가족의 대표는 정책 및 서비스의 계획단계에서부터 실행, 평가 등에 관여
이용자 주도 서비스	- 동료지지, 자조네트워크, 드롭인센터, 위기 및 휴식프로그램 그리고 입원대안프로그램 등에서 전문가서비스와는 다른 차별성을 가진다고 주장 -이용자주도서비스가 가지는 상호지지 및 원조, 비위계적 조직구조에 대한 신념을 배경으로 함
재발예방 및 관리의 강조	-회복을 증진시키는 자조전략으로서 예방적 자기케어 및 재발예방에 관한 관심이 높아지고 있음. 증상 및 재발을 미리 인식하고 관리하는 기술을 회복교육의 중요한 내용으로 설정
위기계획	-위기계획은 사전에 신중하게 이루어진 의사결정이 위기상황의 부정적인 결과를 완화하고 비자발적 입원, 격리, 강제투약 등의 강제적 개입을 줄일 수 있다는 전제에 의해 수립 -좋은 상태에 있는 동안 미리 장래 위기관리를 위한 계획을 작성 함으로써 위기에 대해 합리적으로 대처. 미래에 닥칠 수 있는 위기의 징후에 대한 본인이 선호하는 방식 - 선호시설이나 병원, 약물복용 등 - 을 미리 계획
계약과 재정체계 혁신	-회복개념은 미국 공공 정신보건사업의 핵심적 기제인 관리보호(managed care)와 결합. -당사자들이 회복과정에서 중요하다고 여기는 주거, 취업, 여가, 사회적 관계, 영적 활동 등은 기존의 의료모델에서는 필수적인 서비스로 인식되지 못하고 있었는데, 회복개념들에 의하여 이와 같은 실제적인 삶의 문제에 대한 재정투입이 가능.
주요정책의 평가방식 수정	-회복지향의 정신보건정책은 성과를 강조. 구체적으로는 당사자들이 실제 삶의 현장에서 회복을 경험할 수 있는 회복을 얼마나 가져다줄 수 있는가하는 문제가 핵심 -정책에서 회복의 다양한 측면들을 측정할 수 있는 성과지표를 구축하고, 성과지표를 따른 평가가 필수적인 요소 -성과지표들은 당사자에 의해서 선정되며 지역사회에 거주하는 의료급여 수급자들의 입원일수 및 입원비용이 얼마나 감소되었는가?, 이들이 적절한 거주와 취업기회를 제공받았는가? 낮시간 동안에는 얼마나 의미있는 활동에 참여하였는가? 그리고 행복하다고 느끼는가? 하는 영역들이 중요 지표가 됨

회복정책	구체적 서비스 내용
낙인완화	-회복관점은 낙인완화를 위해서는 전문가의 실천태도를 벗어나 당사자주도 서비스의 강점에 대한 존중이 요구되며, 정책 및 서비스에서 정신장애를 가진 사람들이 동등한 협력자로 활동할 수 있도록 기회제공이 중요. -사회적으로 형성된 정신장애를 가진 사람들에 대한 부정적 이미지, 편견 등을 해소할 수 있도록 회복된 당사자가 함께 참여하는 교육과 캠페인 확대

- 미국 연방정부가 회복을 정신보건서비스의 지향점이라고 선언하였다하더라도 많은 경우 주거, 직업, 여가, 자조집단 등에서의 서비스를 지칭하는 수준에서부터 회복 개념 자체를 이해하고 실현하려는 새로운 정책 개발까지 그 스펙트럼은 상당히 넓다(Jacobson & Curtis, 2000). 위에서 제시된 회복정책의 내용도 구체적으로 회복을 어떻게 이해하느냐에 따라 정책의 수행방식이 개인적 기능 증진과 관리에 중점을 두는가 아니면 사회구조적이고 환경적인 문제에 접근하느냐의 차이를 가진다. 회복의 개념을 심도있게 이해하고 폭넓게 접근해나가기 위해서는 개별관리의 틀로서 정신장애의 문제를 대처하는 데에 익숙한 전문가관점의 한계를 성찰하고 당사자관점과 균형을 맞추어 이해할 필요가 있을 것이다.

5. 회복지향적 서비스전달체계

- 회복지향적 전달체계는 당사자들이 원하는 서비스를 원활하게 공급하는 전달체제로 규정할 수 있을 것이다.
- 퇴원을 원할 때 쉽게 신청할 수 있고, 신청하면 퇴원하려는 사람이 거주하고자 하는 지역의 정신건강복지센터 직원이 찾아와 살 곳은 있는지?, 취업을 원하는지?, 학교에 다니기를 원하는지 조사하고 퇴원에 필요한 서비스를 당사자의 의견을 존중하여 미리 계획하고 제공하는 체계가 회복지향적 서비스의 하나의 모습일 것이다.
- 그리고 공동생활가정에서 생활하다가 독립하고 싶은 사람이 주거 마련, 독립생활에 필요한 훈련 그리고 독립생활에 필요한 지원을 신청하면 당사자에게 적합한 주거의 마련 방법을 알려주고 미리 훈련받을 수 있도록 훈련체계를 제공하고 독립생활을 할 때 필요한 서비스가 미리 계획하여 연결하는 것이 회복지향적 전달체계의 모습이다.
- 위기의 순간에 연락을 하면 밤새 이야기를 들어주거나, 잠시 지역사회 보호된 공간에서 쉬고 바로 생활에 복귀할 수 있도록 하는 지역사회시스템이 회복지향적 전

달체계이다.

- 지금까지 이러한 체계가 제대로 작동하지 못하였던 정신보건전달체계의 문제를 선행연구를 통해 정리해보면 다음의 <표 3>과 같다.

<표 3> 선행연구의 정신장애인 탈시설화정책의 장애요인 비교

	박종익외(2008)	이명수외(2009)	양옥경외(2010)	이용표외(2007)
대안주거 및 지역사회 서비스			-사회복지서비스의 양적 부족 -주거서비스의 기능적 다각화 미흡 -주거지원책 미흡 -특화된 지역사회 서비스 부족	-사회복지시설 및 주거시설의 양적 부족
공공관리	-정신보건심판위원회 기능 명목화 -정신보건센터의 입·퇴원 통제기능 미흡 -입원심사기능 부재		-서울시의 정책방향 및 장기비전 부재 -사례관리의 공공성 확보 미흡	-서울시의 사업목표 및 대상 불분명 -정신보건센터의 정신의료기관 위탁에 의한 공공성 미흡 -공적 입·퇴원 통제기능 미흡
서비스 체계	-공·사립 정신병원과 정신보건센터의 입·퇴원 관련 의무적 연계 부재	-서울시민 입원기관의 탈서울 -정신보건센터와 정신의료기관 연계 미흡 -시립병원과 정신요양시설 조정기전 미흡	-정신보건센터의 조정기능 미흡 -정신보건센터와 사회복지시설 간 협약구조 부재 -통합적 사례관리 비구조화	-정신보건센터 조정자역할 부재
재정체계	-자기부담이 없는 의료급여 1종 -재활에 대한 의료급여 불인정		-예산지원방식의 문제	-의료급여비용의 기초자치단체 부담 면제 -의료재정과 복지 및 재활재정의 분리
사업관리			-성과관리 부재	-성과관리 부재

출처: 이용표 등(2012). 서울특별시의회 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설과 고용을 위한 장애인정책 연구. 서울특별시의회

- 정신장애인 탈원화정책의 장애요인을 종합적으로 살펴보면 다음과 같다.
- 첫째, 사회복지서비스 및 주거서비스의 양적 부족과 다양성의 부족이다. 전체적으

로 사회복귀시설과 주거지원서비스의 공급량이 절대적으로 부족하다. 또한 장애인 활동지원서비스는 명목상 정신장애인을 대상으로 규정하고 있으나 실제적으로는 대상에서 배제하고 있다. 그리고 지역정착에 필요한 생활도우미 파견, 야간 및 주말주거서비스, 가족휴식을 위한 주거서비스 등과 같은 서비스가 부재하다.

- 둘째, 정신보건정책 방향이나 사업목표가 불분명하다. 정신보건센터 의뢰네트워크 분석에 따르면 정신의료기관에서 정신보건센터로의 의뢰는 미약한 반면, 정신보건센터에서 정신의료기관으로의 의뢰는 상대적으로 매우 큰 것으로 나타나 실제 정신보건사업의 운영상황은 탈원화에 역행하고 있다. 그리고 정신보건센터는 매우 제한된 인력으로 사업을 수행하면서도 장기입원의 주요집단으로 확인된 의료급여 수급자에 사업에 초점을 두는 것이 아니라 일반인구를 대상으로 함으로써 방만한 사업형태를 유지하고 있다.
- 셋째, 정신보건심판위원회 퇴원심사는 탈원화에 실효성이 제한적이다. 정신의료기관에서 퇴원하기를 원하는 정신장애인의 퇴원여부를 심사하는 정신보건심판위원회는 기능이 명목화되어 있고 퇴원결정을 내리는 경우는 매우 제한적이라는 것이다. 이는 정신보건심판위원회가 정신의료기관의 이해관계자나 정신의료전문가들의 압도적 영향 하에 있는 것도 주요 원인으로 보인다.
- 넷째, 정신보건센터 운영상의 공공성 미흡이다. 광역 및 기초단위 정신보건센터가 주로 정신의료기관 운영법인에 위탁됨으로써 탈원화에 필수적인 공적 입·퇴원 통제기능은 위탁기관의 이해관계에 반하는 결과를 초래하여 공공성이 훼손되고 있으며, 지역사회 내의 사회복귀시설이나 정신의료기관에 대한 조정자역할을 수행하기 어렵다.
- 다섯째, 지역사회의 정신보건시설 간 연계의 미흡이다. 정신보건센터의 사례관리를 통한 지역사회 자원연결에 필수적인 연계기능이 매우 부족하다. 사실상 정신장애인에게 적합한 지역자원의 제한성도 연계미흡의 하나의 원인이 될 수 있는데 지역자원을 개발·구축하는 공공보건사업의 핵심사업은 운영되고 있지 않다.
- 여섯째, 재정체계가 시설화를 조장하고 있다. 의료급여 1종 수급자의 장기 입원은 입원의료비용에 대한 자기부담이 없는 것이 주요인이 되고 있는데, 서울시의 경우 기초자치단체도 의료급여를 부담하지 않는다. 그리고 보건과 복지재정의 분리로 의료급여는 지역사회 생활지원서비스를 보상하지 않기 때문에 정신장애인 생활지원서비스가 매우 미흡한 것은 장기 입원의 주요원인이 된다.

- 일곱째, 정신보건센터 업무의 성과관리가 부재하다. 구체적인 의료급여비용의 완화, 지역사회 정신장애인의 재원일수 감소 등과 같은 주요 성과지표들이 관리되지 못하여 사업이 명목화되고 있다. 부실한 성과관리는 정신보건사업의 목표 불명확, 보건영역에서의 의료기관 수익적 이해관계 관리의 부재와 같은 맥락에 있다.
- 이와 같은 문제의식을 중심으로 회복지향적 서비스전달체계의 개선방안은 다음과 <표 4>와 같이 제시해볼 수 있다.

<표 4> 회복지향 정신건강복지전달체계의 개선방향

	주요문제	개선방향
대안주거 및 지역사회 서비스	-사회복귀시설 및 주거시설의 양적 부족 -특화된 지역사회서비스 부족	-사회복귀시설 및 주거시설의 양적 확장 -활동지원서비스 개선 및 새로운 사회서비스의 개발 -지원주택(Supported Housing)의 확대
공공관리	-사업목표 및 대상 불분명 -정신보건센터의 정신의료기관 위탁에 의한 공공성 미흡 -공적 입·퇴원 통제기능 미흡	-정책결정과정에서의 당사자 및 인권활동가 참여 확대 -정신건강복지센터의 공공직영 -비자의입원을 공공병원에만 허용 -1년 이상 장기입원자에 대한 의사결정지원인 파견 -인권단체에의 비자의입원자 면접권 부여
서비스 체계	-정신보건센터 조정자역할 부재	-정신건강복지센터의 방문서비스를 방문간호로 이관 -정신건강복지센터의 365일 24시간 상담서비스 도입 -정신건강복지센터의 위기관리기능 확충 -퇴원 및 지역이행절차의 공적 정비 -독거자 및 장애인만의 가구 거주자에 대한 의사결정지원 및 성년후견제 이용 지원 -지방자치단체의 당사자조직 육성 의무 부여
재정체계	-의료급여비용의 기초자치단체 부담 면제 -의료재정과 복지 및 재활재정의 분리	-의료급여의 지역사회서비스 지불 및 개인예산제 도입
사업관리	-성과관리 부재	-입원 의료급여비용 관리를 중심으로 성과관리체계 정비

6. 회복지향적 서비스전달체계

- 이러한 체계를 구축하기 위한 최우선 과제는 모든 정신건강복지센터를 공공직영체
계로 전환하는 일일 것이다. 과제에 대한 전제가 해결되지 않는다면 전달체계의 논
의는 큰 의미를 가질 수 없다는 것이 지금까지의 경험이다.
- 구체적인 의료서비스와 복지서비스를 조정하고 연결하는 역할과 기능을 담당하면
서 당사자의 욕구와 권익을 서비스체계에 관철시켜야할 보건체계가 정신건강복지
영역에서는 제대로 작동되어오지 못했다. 보전은 Health For All이라는 이념 하에
엄정한 공공기구로 재구축되어야 하며 약자인 당사자의 욕구를 의료 및 복지서비
스가 적절히 수용하도록 지도하는 역할로 거듭나기를 기대해본다.

참고문헌

- 박종익·장홍석·이진석·이명수(2008). 장기입원의 구조적 요인과 지속요인. 국가인권위원회
양옥경·이기연·이은정·박향경(2010). 서울시 정신장애인사회복지서비스 정책개선방안 연구.
서울특별시.
- 이명수·고정아·오정하·박정숙·전영미·박지인(2009). 서울시립정신병원 운영개선방안에 관한
연구. 서울특별시.
- 이용표·정현주·두진영(2007). 서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제.
서울시정개발연구원.
- 이용표·최영광·김현민·노수희·이유경(2012). 서울특별시의회 지적·자폐성, 정신장애인의 탈
시설과 고용을 위한 장애인정책연구. 서울특별시의회
- Deegan, P. E.(1988). Recovery: The lived experience of Rehabilitation,
Psychosocial Rehabilitation Journal. 11(4): 11-19
- Jacobson, N. & Curtis, L.(2000). Recovery as policy in mental health service:
Strategies emerging from the State. Psychiatric Rehabilitation Journal. Spring
2000. 23(4):333-341
- Mark Priestley(1998). Construction and Creations: Idealism, Materialism and
Disability Theory

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

지정토론1

신석철 (한국정신장애인자립생활센터)

정신장애인복지법에서 필수적인 당사자 중심의 서비스 제안

신석철 (한국정신장애인자립생활센터 소장)

안녕하세요 한국정신장애인자립생활센터 소장 신석철입니다.

국가 정신건강정책 솔루션 포럼에 당사자 입장으로써 이야기를 할 수 있도록 노력해 주신 관계자 여러분께 감사하다는 말씀을 전하고 싶다.

2017년 5월 30일 정신장애인 탈원화를 위한 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 법률(이 하 ‘정신건강복지법’)이 시행되었지만, 정신장애인 당사자의 입장이 적절하게 반영되지는 못하였다고 생각한다. 따라서 정신장애인 당사자의 입장이 수용되어야 할 부분들이 아직도 많이 존재하고 있고 특히, 전문가 중심의 한시적이고 지엽적인 서비스로 인하여 당사자 중심의 서비스나 자기결정권이 간과 되고 있는 것이 현실이다.

이에 위와 같은 한계를 극복하고 정신장애인 탈원화 시대에 본질적으로 대응하기 위한 당사자의 자기결권 보장이 필수적이라고 판단됩니다. 이를 위해 당사자 중심의 서비스가 제도적으로 뒷받침 되어야 할 필요성이 있고, 어떠한 당사자중심의 서비스가 필요한지 제안하고자 한다.

1. 정신건강복지법 78조 근거로 정신장애인자립생활센터 설치 및 운영비 지원

2017년 5월 30일 정신보건법에서 정신건강복지법으로 전부 개정안이 시행이 되었다. 법을 개정한 이유는 정신장애인 탈원화 목적으로 개정을 하였지만, 당사자 단체 입장으로써 진정한 탈원화는 정신보건 전달체계 전문가 중심인 서비스가 아닌 당사자 주

도 서비스가 도입이 되어야지만, 진정한 탈원화라고 볼 수 있다.

보건복지부는 정신건강복지법 제78조 (단체 · 시설의 보호·육성 등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회적응 촉진과 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하고, 이에 필요한 비용을 보조할 수 있다는 법적 근거를 만들었다.

보건복지부는 이 근거로 운영비를 지원받을 수 있다고 이야기를 하였지만, 실제로 지방단체 입장은 시행령 시행규칙에 근거가 있어야지만, 정신장애인자립생활센터 운영비를 지원할 수 있다는 입장을 밝혔다. 중앙 정부가 지방단체에 입장이 서로 다른 상황에서 정신보건체계 유일한 한국정신장애인자립생활센터가 운영비 지원을 못 받고 있으며, 당사자 중심의 서비스가 실현이 되기 위해서는 정신장애인 당사자로 구성된 장애인 단체들이 필요하기 때문에 장애인 단체 설치 및 운영비를 지원할 수 있도록 명확한 근거를 마련하고 이행해야 한다.

2. 입원적합성심사위원회의 당사자 단체 필수적인 참여

정신장애인 당사자를 가장 자기결정권이 존중될 수 있는 환경에서 당사자를 이해할 수 있는 사람은 바로 당사자라고 생각한다. 새로운 정신건강복지법 안에서 입원 절차를 심사할 수 있는 입원적합성심사위원회를 설치하였다. 그리고 입원적합성심사위원회, 정신보건심의위원회에는 의사, 법률가 외에도 회복한 당사자나, 당사자의 가족, 인권전문가를 위원으로 포함하도록 하고 있다. 그러나 임의규정으로 되어 있고, 그 비율에도 제한이 없기 때문에 자칫 이전처럼 전문가로만 구성된 위원회가 반복될 수 있다는 우려가 있다. 법개정의 취지를 살리고 진정한 정신장애인 탈원화를 실현시키기 위해서는 기 위해서는 당사자, 가족, 인권전문가를 필수적으로 포함시켜야 한다고 생각한다.

3. 정신장애인 주거지원제도의 제도화를 위한 서울시 조례 개정안

2017년 5월 30일부터 정신보건법 개정안 ‘정신건강복지법’이 본격적으로 시행된다. 법이 시행된 후 폐쇄병동에서 지역사회로 나오는 ‘탈원화’가 서서히 진행될 예정이지

만, 지역사회로 아갈 수 있는 주요 체계인 주거시설과 공동생활가정의 인프라는 부족한 상황이다.

2014년 준 서울시에서 정신장애인에게 주거를 지원하는 정신보건시설의 병상 수는 총 6,531개이다. 정신의료기관은 349개소에 5,889자리, 정신요양시설은 1개소에 200자리가 있다. 비의료기관으로서 입소규모를 50인 이하로 제한하고 있는 입소시설은 7개소(3개소는 알코올시설)에 153자리가 있으며, 10인 이하로 제한하는 주거제공 시설은 58개소에 489자리가 있다.

서울시에서 주거를 제공하는 정신보건시설 중 국공립 및 시립정신병원, 정신요양시설은 입원(입소)의 규모가 200명 이상으로 대형화되어 있으며, 자리수에서 50%를 넘는다. 대안적 주거지원프로그램으로 볼 수 있는 주거제공시설의 자리수는 7.5%에 불과하다.

따라서 정신장애인주거생활지원센터를 설립하여 정신장애 유형과 특성에 맞는 탈시설-지역사회 통합서비스 제공이 필요하다. 서울시 조례 지원대상에서 배제되어 왔던 정신장애인을 포함시켜 정신장애인의 지역사회 복귀를 도모하고, 이를 위해 정신장애의 유형과 특성에 맞는 정신장애인 주거생활지원센터의 설립근거를 마련하는 것이 필요하다. 또한 장애인전환지원센의 법적근거 마련을 통해 보다 체계적인 탈시설-지역사회통합 서비스지원이 이루어져야 할 것이다. 구체적인 요구안은 다음과 같다.

첫째, 장애인전환지원센터의 법적 근거 마련이다. 서울시 조례안을 통하여 장애인전환지원센의 법적 근거를 마련하는 것은 체계적인 탈시설과 지역사회 정착 등 당사자 중심의 서비스 지원에 필요하다. **둘째, 장애인전환지원센터 지원 대상에 정신장애인을 포함해야 한다.** 서울시조례 대상 ‘시설’에 「장애인복지법」 제58조의 장애인복지시설 뿐만 아니라 「정신보건법」 제3조의 정신보건시설을 명시적으로 추가시켜 그동안 지원 대상에서 배제되어 왔던 정신장애인을 포함시켜야 한다. **셋째, 정신장애인 주거생활지원이 필요하다.** 정신장애 유형과 특성에 맞는 탈시설-지역사회 통합서비스 제공을 위한 정신장애인 주거생활지원센터의 설치근거가 마련해야 한다. **넷째, 기존에 설치된 시설 구조의 변경이 필요하다.** 탈시설과 지역사회 중심 서비스 지원을 위하여 기존 시

설에 대한 기능보강사업을 지원하여 거주공간의 확보와 생활환경에 대한 전반적인 개혁이 필요하다.

4. 정신장애인 활동보조인 서비스 제도화

장애인복지법 제55조(활동지원급여의 지원)에 의하면 국가와 지방자치단체는 중증 장애인이 일상생활또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여 및 활동보조서비스 지원에 대해 명시되어 있다. 그러나 장애인 복지법 제 15조(다른 법률과의 관계)에 의하면 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)에 적용받는 장애인에 대해서는 이 법의 적용을 제한하고 있다. 또한, 이를 평가하는 인정조사표는 신체 장애인에 기초하여 설계되었기 때문에 중증정신장애인만으로는 활동지원급여 대상이 되는 것이 어려울 뿐만 아니라, 오히려 장애인복지법 제 15조에 따라 적용받지 못하는 경우가 상당히 많다. 따라서 실제로 정신장애인의 이를 이용하는 것은 거의 불가능한 상황이라고 할 수 있다. 그러므로 정신장애 특성을 고려한 활동지원 급여를 신설하거나 수정해야 할 필요성이 있다고 생각한다.

5. 정신장애인지립생활지원 TFT팀 설치 및 운영비 지원

20년 동안 정신보건 전달체계 영역에 실태 조사 및 연구는 전문가 중심으로 연구가 진행 되었고, 이 결과 정신장애인의 자기결정권이 존중되지 않고, 정신장애인 당사자가 수동적인 삶을 살게 되는 결과를 만들게 되었다. 예를 들어 지체장애인 경우 자기 결정권이 존중되고 시설이 아닌 지역사회에서 살게 되고 당사자 중심의 서비스가 실현 되기까지는 당사자 단체 지원 및 동료지원(peer-support) 활동보조인 서비스가 큰 역할이 하게 되었다고 생각한다.

정신장애인 당사자가 원하는 자립생활을 실현하고 당사자 중심의 서비스들이 실현되기 위해서 전문가 중심으로 구성이 되어 있는 TFT팀 아닌 당사자 단체들이 중심이 되는 TFT팀을 구성하여 지역사회 및 정신병원 실태 조사 및 정신장애인 당사자가 원하는 자립생활 방안을 구현 할 수 있도록 국가 및 지방단체가 책임지고 적극적인 지원이 적절히 필요하다.

6. 정신장애인 소득 보장

장애 특성을 고려한 직업으로 시각장애인 안마사가 있듯이 정신장애인 쪽에서도 정신장애인의 특성을 고려한 직종이 절대적으로 필요하다. 그것은 바로 동료지원(peer-support)이다.

실제로 장애인복지법은 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위한 규정이 있다. 제 54조를 보면 중증장애인자립생활센터를 통하여 당사자에게 필요한 각종 서비스를 제공한다는 조항이 있다. 하지만, 장애인복지법 제 15조(다른 법률과의 관계)에 의하면 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)에 적용받는 장애인에 대해서는 이 법의 적용을 제한할 수 있다는 조항으로 정신장애인자립생활센터 설치 및 운영을 할 수 있는 법적 근거가 없을 뿐만 아니라 정신장애인의 동료지원(peer-support) 또한 인정받지 못하는 현실이다.

2008년 이후로 정신적 장애인의 동료지원(peer-support) 활동이 유용성과 성과를 인정받아 왔다. 하지만 현실 속에서 동료상담가의 활동보수와 일할 수 있는 곳이 없음으로 인해 당사자와 공익을 위한 유익한 활동임에도 불구하고 일자리화 되지 않는 상황이다.

만약 동료지원(peer-support) 활동 또한 공식적인 정신장애인 직업으로 된다면, 곧 지역에서 고립된 동료들을 찾아가서 끊어진 인간관계를 재구축하는 활동, 친구가 되어주는 활동을 함으로써 당사자 선생님들이 지역 내에서 안정된 생활을 하는데 기여한다는 뜻이기도 하다. 또한 당사자 회복에 큰 도움이 됨으로써 입원률을 낮추는 역할을 하게 되면 당연히 강제입원·장기입원율도 낮아지게 된다.

사회복지공동모금회 지원을 받아 진행 중인 “당사자의 자기 창조적 지역사회 만들기” 사업 중 “정신장애인 동료상담”에 대한 이용자 평가를 예로 들겠다. 이 평가를 통해 이용자의 삶(생활)에 어떤 영향을 주었는지 엿볼 수 있다.

▶ 동료상담활동 만족감 및 활동효과 조사 결과 (서비스 만족도: 5점 만점 기준)

동료지원서비스 이용 만족감·활동효과 설문조사 - (서비스이용자)		
연번	조사문항	결과 평균
1	동료지원활동을 통해 다른 사람들과 어울리는데 도움이 되었다.	4.2
2	동료지원활동을 통해 회복에 도움이 되는 경험을 하였다.	4.1
3	동료지원활동을 통해 일상의 여가를 보내는데 도움이 되었다.	4.2
4	동료지원활동은 나에게 어떤 강점이 있는지 깨닫도록 도와준다.	4.1
5	동료지원활동은 내가 정신장애가 있는 삶 속에서도 의미를 찾도록 도와준다.	4.2
6	동료지원활동은 내 스스로 당당하게 권리를 주장할 수 있도록 도움을 준다.	3.5
7	동료지원활동은 내가 무언가에 도전하고 성취할 수 있는 기회를 갖도록 격려해준다.	4.2
8	동료지원활동은 내가 나 자신에 대해 긍정적으로 느끼도록 도와준다.	4.1
9	동료지원활동은 내가 나의 미래에 대해 희망적으로 느끼도록 도와준다.	4.2
10	동료지원활동은 내가 자신감을 키우도록 도와준다.	4.4
11	동료지원활동은 내가 정신장애를 가지고 살아갈 수 있는 방법을 터득 하도록 도와준다.	3.8
12	동료지원활동은 나의 정신건강 회복에 도움이 되었다.	4.1
13	동료지원활동가와 나는 서로 신뢰하는 관계이다.	4.3
14	동료지원활동가는 내가 하는 말에 진심으로 귀 기울인다.	4.5
15	동료지원활동가는 나를 존중하며 대한다.	4.4

총 15개 항목으로 구성된 평가지에서 10번, 14번, 15번 문항은 응답자들이 가장 높은 점수로 보고하였다.

결과에 따르면, 정신장애인 동료는 다른 당사자를 돕는 활동을 통하여 이용자가 자기 확신을 가지게 되며, 자신도 소중한 인격체라는 경험을 하였다. 또한 자신의 고민이나 정신과적 어려움에 대한 이야기를 동료와 전인적으로 소통하면서 삶에 긍정적인 영향을 가져오는 것으로 확인이 되었다.

이는 정신장애인 동료지원(Peer-Support)이 직업군으로 자리매김한다면 정신질환을 경험하고 있는 많은 정신장애인 당사자들이 지금보다 안정된 자립생활에 도전할 수 있으며 개인적인 회복에 보다 가까워질 수 있다.

마지막으로 헌법 제 10조를 보면, 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다는 조항이 있으며, 또한 제 11조를 보면 모든 국민은 법 앞에 평등하다는 법 조항이 있다. 하지만, 그동안 우리 나라에서 정신장애인도 행복한 권

리가 있지만, 행복지하 않았고, 법 앞에서는 평등하지 않았다고 생각합니다. 앞으로는 정신장애인도 행복하게 지역사회에서 살고 싶고 법 앞에서 평등한 권리를 누리며 시설과 병원인 아닌 지역사회에서 자기결정권이 존중되고 행복을 누리고 살 수 있는 날이 오길 바란다.

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

지정토론2

김성주 (한국정신장애인협회)

memo

| 2부 | 회복지향적 정신건강서비스 전달체계는 어떻게 구축이 되어야 할까?

지정토론3

나백주 (서울시 시민건강국장)

memo

