

정신장애인 권리옹호를 위한 실천 과제*

박재우**

[목 차]

- | | |
|-------------------|----------------------|
| I. 서론 | IV. 정신장애인 권리옹호와 회복중심 |
| II. 자유권 측면의 권리옹호 | 정신건강정책과 서비스 실천 |
| III. 사회권 측면의 권리옹호 | V. 결론 |

[요 약]

정신건강복지법 시행 1년이 되는 시점에서 정신장애를 가진 사람들의 권리옹호를 위한 실천 과제를 자유권 측면, 사회권 측면, 회복 중심의 정신건강정책과 서비스 측면에서 정리하였다. 자유권 측면에서는 강제입원과 관련하여 자타해 기준의 엄격한 적용과 사법입원제도 도입, 입원 상태에서 권리보호를 위해 권리고지 안내와 면회·통신의 자유 제한의 예외 규정, 정신장애인 권익옹호제도 법제화가 요구된다. 사회권 측면에서는 정신장애인 복지차별 해소를 위해 단기적으로는 정신건강복지법 제4장 복지서비스지원의 법 제33조에서 제38조의 하위법령 제정과 지자체 단위에서 정신건강복지조례와 정신재활시설 확충을, 장기적으로는 정신장애인의 의료서비스와 복지서비스 전달체계를 분리하여 복지서비스는 장애인복지체계로 전환하고, 의사결정지원제도를 도입해야 한다. 마지막으로 정신건강정책과 정신건강서비스 실천의 핵심가치를 '증상관리'에서 '인권과 회복'으로 재설정하고, 당사자의 전인적 회복을 지원하는 회복 중심의 정신건강정책과 서비스가 이루어져야 한다.

주제어: 정신장애인, 인권, 회복 중심의 정신건강정책과 서비스

* 정신건강복지법과 의료계에서는 주로 '정신질환자'라는 용어를 사용한다. 그러나 '정신질환'이라는 표현에서는 '정신장애'를 지나치게 병리적, 생물학적으로만 이해하는 한계가 있다는 비판이 많다. 사회복지 및 인권분야에서는 더 포괄적이면서도 병리적 관점에 국한되지 않는 '정신장애'라는 표현을 선호하며, 본고에서도 '정신장애' 용어를 사용한다.

** 정신재활시설 서초열린세상 소장

I. 서론

1995년 제정되고 1997년부터 시행된 「정신보건법」의 전면 개정으로 탄생한 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(정신건강복지법)이 시행된 지 1년이 지났다. 2017년 5월 30일 개정 법 시행 이후 1년간 시범사업으로 진행되었던 입원적합성심사 및 입·퇴원 등 관리시스템 운영도 본격적으로 운영되고 있다.

「정신건강복지법」에 대한 긍정적 평가 중 지표상으로 가장 두드러진 것은 2016년 말 기준 61.6%이던 비자의입원율이 2018년 4월에 37.1%로 크게 감소한 것이다. 그러나 이런 변화는 자의입원이 늘어난 결과가 아니라 동의입원이라는 형식적 비자의입원을 선택할 수밖에 없는 상황의 결과물이라는 비판도 현장에서는 팽배하다.

우리나라 정신보건 역사에서 최초로 입원 단계에서의 인권보호기제로 본격 시행된 입원적합성심사위원회도 대면심사가 아닌 서류심사로만 진행됨으로써 환자의 절차적 권리보장이 이루어지지 않고 있으며, 병원 외에 선택할 수 있는 지역사회정신건강서비스 기관이 절대적으로 부족한 현실에서는 ‘자·타해 위험’ 보다는 ‘치료필요성’이 입원적합성의 핵심 요건으로 작동하게된다. 이렇게 되면 퇴원 단계에서의 인권보호기제로 작동하고 있는 정신건강심사위원회에서 퇴원 결정으로 하고 싶어도 지역사회 지지체계가 부족하거나 없다는 이유로 계속 입원을 선택할 수밖에 없는 상황이 입원 단계에서도 동일하게 발생하게 된다. 결국 입원적합성심사에서 자·타해위험의 범위를 매우 포괄적으로 규정하는 행정지침이 만들어지면서 치료필요성이 최우선적 기준이 되고, 굳이 비자발적입원을 통한 치료가 아니어도 될 사람들을 지역사회 자원이 부족하다는 이유로 입원을 승인하게 되는 구조가 고착화된다. 이런 과정을 통해 우리는 자유권 보호를 위해 비자발적입원의 기준을 높이고 사회적 통제를 강화하는 조치들은 당사자의 인권 보호를 위한 필요조건일 뿐 충분조건은 되지 못한다는 점을 분명히 인식하게 된다. 지역사회지지체계 구축을 비롯한 사회적 보장을 위한 노력이 없이는 자유권도 제대로 향유될 수 없다.

이러한 이유들로 인해 UN장애인권리협약(CRPD)이나 2013년 경제협력개발

기구(OECD) 권고사항 등 정신건강에 대한 국제적 윤리기준과 동향을 반영하여 ① 본인이 원치 않는 비자의 입원 절차 개선을 통한 환자의 인권 보호 ② 치료 및 보호 위주의 의료적 접근에 더해 회복을 통한 정상화를 가능하게 하는 지역사회 중심의 복지서비스 지원 강조 ③ 정신질환에 대한 치료와 예방의 범주를 넘어 전체 국민의 정신건강 증진에 대한 개입 의지를 천명하였다는 점에서 시대적 당위성을 반영했다는 입법 초기의 긍정적인 평가에도 불구하고 「정신건강복지법」 시행 1년이 되는 현재 재개정의 목소리가 높아지고 있다.

보고에서는 현 시점에서 정신장애를 가진 사람들의 인권옹호를 위한 과제를 자유권 측면, 사회권 측면, 회복 중심의 정신건강정책과 서비스 실천 측면에서 살펴보고 개선방안을 제시해 보고자 한다.

II. 자유권 측면의 권리옹호

1. 정신건강복지법의 강제입원과 권리옹호

1) 강제입원(비자의입원) 관련 이슈

2016. 2. 25 정부 관계부처합동으로 발표된 정신건강종합대책과 정신건강복지법에 담고자 했던 정부의 정책 방향과 제도적 개선의 방향은 (적어도 표면적으로는) ‘강제입원을 원칙적으로 금지하고 꼭 필요한 경우에 한하여 예외적으로 시행하되 이에 해당하는 구체적 가이드라인을 마련’하고 ‘정신의료기관’ 내 행동제한·격리·강박 기준을 강화하여 정신장애인의 치료적 자기결정권을 강화하겠다는 쪽이었다.

좀 더 구체적으로 보면 보호(강제)입원 요건을 ‘자타해 위험 그리고(and) 치료 필요성’으로 변경하고, 보호의무자 2인 이상의 동의를 필요로 하며, 2주간의 진단입원 이후 계속 입원을 시킬 경우에는 소속이 ‘다른’ 정신과전문의의 추가 소견을 받도록 하며, 최초 입원 기간을 3개월로 단축하며, 법 시행 1년 후부터는 입원적합성심사위원회를 거치도록 함으로써 강제입원과 관련된 자유권 보호에 상

4_ 「후견과 신탁」 제1권 제2호

당한 진전이 있을 것으로 기대되었다. 2017년 4월에 중앙정신보건사업지원단에서는 이러한 강제입원 요건을 적용할 경우 퇴원할 정신질환자의 수를 10,932명~13,549명으로 추계하였으며, 대한신경정신의학회는 19,000명의 정신질환자가 퇴원할 경우 준비가 안 된 우리사회에 엄청난 혼란이 발생할 것을 우려하는 성명을 발표하기도 하였다. 하지만 법 시행 1년이 넘어가지만 지역사회로 전환하는 정신장애인의 수는 이전과 별반 차이가 없다.

어떻게 보면 당연한 결과이기도 하다. 2008년 국가인권위원회에서 <정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서>를 발간하면서 정신병원/요양원에 장기입원하고 있는 당사자의 가족을 인터뷰한 결과 부모의 46%, 형제자매의 23%만이 퇴원을 희망하는 것으로 나타났다. 장기입원환자들의 경우 대다수 보호자는 고령의 부모이거나 형제자매인데 퇴원 이후의 삶의 부담을 사회가 함께 질 준비를 하지 않은 상태에서 보호책임을 오롯이 떠안아야 하는 가족의 입장에서는 퇴원을 적극적으로 환영하기 보다는 보호의무자이기를 포기하거나 동의입원 형식으로 전환하여 계속 입원이 이루어지기를 원하게 된다. 서비스 공급자나 정신건강심사위원회에서도 ‘현실적인 문제’라는 이유로 퇴원을 적극적으로 이끌어내지 못하고 있다. 기존의 연구결과에서 보이듯이 전체 입원환자의 32% 이르는 비의료적 입원환자(사회적 입원 환자)가 지역사회로 전환하기 위해서는 단지 (계속) 입원 기준만 높인다고 될 일이 아닌 것이다.

제도적인 측면에서 보면, 강화되었다고 하는 기준조차도 신뢰할 수가 없다. 현 시점에서 강제입원 규정의 핵심은 ① ‘자타해 위험의 기준’과 ② ‘그것을 누가 어떻게 판단할 것인가’의 문제인데, 자타해 위험의 기준은 보건복지부가 스스로 무력화시켰고, 판단 주체와 방식의 문제는 입원적합성심사위원회의 독립성과 심사 방식에 지속적으로 문제가 제기되기 때문이다. 이 문제에 대한 접근법을 살펴보면, 먼저 자타해 위험의 기준을 「정신건강복지법 시행규칙」에서는 아래와 같이 규정하고 있다.

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

UN장애인권리협약(CRPD) 제12조와 제14조에 따르면 강제입원제도는 폐지되어야 하며, 우리 정부도 강제입원의 원칙적 금지를 선언하고, 예외적으로 꼭 필요한 경우에 한하여 시행하겠다고 밝히고 있다. 그 예외적 상황의 자타해 위험을 판단하는 가장 중요한 기준은 직접성과 급박성이 되어야 하는 것이다. 그런데 정부는 <정신건강복지법 관련 질의 응답(Q% A)_보건복지부 국립정신건강센터> 과 추가진단지침에서 자살 또는 자해의 잠재적인 위험, 방화·기물파손·모욕이나 명예훼손 등 타인의 재산·명예를 침해하거나 그 위험이 있는 경우까지 포함한다 이어, 증상의 악화 혹은 중독성 약물의 갈망/중독/금단으로 인한 건강의 악화, 위생불량, 난치성 증상, 자기관리능력의 저하까지도 자타해 위험이 있는 것으로 보는 등 법규를 상회하는 지침을 내림으로써 자신들이 만든 규정을 스스로 훼손하고 있다. 자타해의 위험요건에 관한 이러한 복지부의 완화된 지침은 치료의 필요성과 유사한 개념으로 보여 치료의 필요성 요건과 별개로 자·타해 위험요건을 둔 정신건강복지법을 무력화시킬 뿐 아니라, 정신건강복지법시행규칙 제34조 제2항에서 정하고 있는 '본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 (혹은 급박한) 위해를 가하거나 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우'에 정면으로 반하는 위법한 지침에 해당하므로 당장 철회되어야 한다.1)

1) 염형국, 정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향, 국가정신건강정책

다음으로 ‘판단 주체와 방식’의 문제를 살펴보자. 「정신건강복지법」의 입원 적합성심사위원회나 정신건강심사위원회는 심사기관으로서의 독립성이나 중립성이 없고, 서면 심사를 하는 점에서 환자의 절차적 권리보장이 사실상 불가능하다. 현재의 강제입원시스템은 환자가 적어도 자신의 신체적 속박여부를 결정하는 기관 앞에서 말하여져야 한다는 기본적 원칙을 제도적으로 침해하기 때문이다. 결국에는 신체의 자유를 제약하는 강제입원에 정당성을 부여할 수 있는 기관은 법원 판사 밖에 없다. 다행히 보건복지부도 2016년 발표된 정신건강종합대책에서 2019년까지 사법입원제도를 도입하겠다고 밝혔으며, 대한신경정신의학회도 2017년 4월에 법원의 판사나 그에 준하는 기관이 행하는 (준)사법입원으로의 개정을 촉구하는 성명서를 발표하였다. 시민/인권단체도 사법입원 도입을 환영하고 있으니 사법부만 동의한다면 크게 어려워보이지는 않는다.

다만 사법입원이나 정신건강심판원(Tribunal) 같은 준사법기관에 의한 입원이 제도화되더라도 다른 선진국의 제도와 국제연합의 정신질환자 보호원칙이나 장애인권리협약에 부합하게 이루어져야 한다. 그러기 위해서는 ① 법원의 판사를 강제입원심사기관으로 하고 ② 강제입원되는 환자 전부를 일정 기간 내에 대면해 ③ 당사자 및 관계인의 입증을 통해 입원요건을 심사하고 ④ 독립적이고, 중립적인 입원요건진단사의 조언과 의견을 참고해 결정하며 ⑤ 정기적으로 입원연장요건에 대해 법원의 판사가 재심의를 하여야 한다. 나아가 강제입원 환자에 대해서는 국선변호인과 같은 조력인이 절차에서 제공되어야 하고, 상급법원에 불복할 기회를 제공하여야 한다.²⁾

2) 입원(소) 상태에서의 권리고지와 권익보호

권리가 추상적 개념으로 존재하는 것이 아니라 삶에서 체화되기 위해서는 절차적 수단이 갖추어져야 한다. 자신의 권리를 알 수 있고, 권리를 실현할 수 있는 방법에 접근할 수 있는 절차적 수단이 함께 제공되지 않으면 그 권리는 선언문이

솔루션포럼 자료집.

2) 신권철, 한국 정신질환자의 비자의입원과 치료의 새로운 법제도, 정신장애인의 사회통합을 위한 국제포럼 자료집

나 법전 속에만 존재할 뿐이다. 정신병원이나 요양원에 강제입원(소)된 사람에게도 동일한 절차적 수단이 제공되어야 한다. 더구나 자신의 신체라는 가장 원초적인 통제력을 상실하게 되는 강제입원에 처해지는 상황에서는 정신적 혼란과 공포, 무력감이 혼재되기 때문에 ‘알기 쉽게 설명 들을 권리’ 보장을 위한 별도의 노력이 추가되지 않으면 권리를 향유하기가 매우 어렵다.

입원 상태에서의 권리보호를 위해서는 ① 의료기관/요양시설의 장에게 권리고지 의무를 부과하고 ② 이해하기 쉽고 구체적으로 작성된 권리고지서를 배포 후 당사자의 서명을 받아야 하며 ③ 환자를 대리할 수 있는 대리인 또는 옹호자와의 통신이나 면회를 제한 할 수 없도록 해야 한다.

이런 면에서 「정신건강복지법시행규칙(안)」에 담겨 있었으나 공포 단계에서 삭제된 <권리고지>와 <권익보호안내서>가 매우 아쉽다. 당사자의 권리의 본질적인 측면을 침해해서도 안 되지만, 어쩔 수없이 제한하게 되는 경우라고 하더라도 권리보호를 위한 충분한 노력을 기울여야만 한다. 그런데 입법예고 단계에서 담겨 있던 권리보호 규정들이 공포 단계에서 삭제되는 어처구니없는 일이 발생한 것에 대해 보건복지부는 해명하고 시급하게 되돌려야 할 것이다.

2. 정신장애인권익옹호제도

2010년경부터 장애인차별금지추진연대와 탈시설정책위원회 등 장애인단체를 중심으로 장애인학대와 차별상황을 근본적으로 개선하기 위하여 장애인권익옹호(Protection and advocacy_P&A) 체계가 필요하다는 논의가 이루어지기 시작했다. 그리고 2013년부터 권익옹호 지원체계의 구축방법에 있어 「장애인복지법」을 전면 개정하는 방법과 「장애인권리보장법」을 새로이 제정하자는 입장이 나뉘어졌다. 특히 장애인권리보장법연대는 장애패러다임의 전환과 함께 개별화된 지원계획, 이용자 중심의 사회서비스 전달체계, 권익옹호를 포괄하는 장애인권리보장법 제정을 통하여 전달체계 개편, 권익옹호, 탈시설 등의 내용을 담고자 하였다. 이러한 상황 속에서 2015년 보건복지부 주도로 「장애인복지법」이 일부 개정되어 장애인권익옹호기관의 설치 운영에 관한 사항이 포함되었고, 2017. 1. 1부터 시행에 들어갔다.³⁾

그러나 장애인권익옹호가 「장애인복지법」에 담겨지면서 정신장애인권익옹호에는 별다른 영향을 미치지 못하게 되었다. 장애인학대신고의무자로 정신건강복지센터의 장과 종사자가 포함되기는 했지만, 권익옹호제도가 「장애인복지법」에 담기면서 적용대상이 지나치게 협소해졌고(정신질환자, 정신의료기관 등은 제외), 정신장애를 가진 사람들에 대한 학대의 형태와 법적 기준이 반영되지 못한 것이다. 정신장애인은 권익옹호마저도 차별받는 상황이 만들어진 것이다.

정신장애인 권리보호와 옹호체계를 구축하기 위해서는 첫째, 정신장애인 권익옹호를 위한 별도의 법률이 필요하다. 「장애인복지법」에 의한 서비스를 제한하는 「장애인복지법」 제15조가 폐지되지 않고, 전달체계가 통합되지 않은 현 상황에서는 「장애인복지법」의 근거규정으로 정신의료기관을 비롯한 정신건강관련 시설을 조사하기도 어렵지만, 애초에 정신장애인은 이 법의 대상이 아니라고 생각하는 인식의 분리를 극복하기도 어렵다.

둘째, 「장애인복지법」에 근거한 장애인학대 관련 기관의 사업 대상은 ‘장애인’⁴⁾이다. 물론 여기서 말하는 장애인이 ‘등록’장애인만을 의미하지는 않을 것이다. 하지만 정신질환이라는 손상만 인정하지 이를 장애로 인식하지 않는 또는 장애정체성 자체를 거부하는 보편적 인식의 전환이 없는 상태에서 대상의 범주에 정신질환자를 명시하지 않으면 제대로 기능하기 어려울 수밖에 없다. PAIMI에서는 적용 대상을 ‘정신질환(Mental illness) 또는 정서적 손상(Emotional impairment)을 가졌다고 법률에 의한 자격을 갖춘 정신건강 전문가로부터 인정 받은 사람’으로 정의하고 있다.

셋째, 정신장애인과 관련된 학대의 형태와 법적 기준을 포괄적이고 적극적으로 답아야 한다. ‘신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위·경제적 착취, 유기 또는 방임’으로 되어 있는 학대의 정의에 약물에 의한 화학적 강박(chemical restraints)이 포함되어야 한다. 치료적 목적의 범위를 넘어서는 약물 사용으로 환자를 무력하게 만드는 형태도 분명한 학대이며, 적절한 약물 사용 기

3) 이정민, 장애인권익옹호기관의 성공적 정착 및 발전방안, 장애인권익옹호기관의 성공적 정착과 발전방향 모색 토론회자료집.

4) 장애인학대는 ‘장애인에 대하여 신체적·정신적·정서적·언어적·성적 폭력이나 가혹행위·경제적 착취, 유기 또는 방임을 하는 것’으로 정의되어 있다.

준을 설정하여 이러한 형태의 확대를 통제하여야 한다. 또한 PAIMI에서는 치료 시설/복지시설에서 ① 개별화된 적절한 개입계획/치료계획을 수립하지 않은 것 ② 적절한 영양을 갖춘 식사, 의복, 건강관리를 제공하지 않는 것 ③ 안전한 환경을 제공하지 않는 것 ④ 일정 수준의 전문성을 갖추지 못한 직원이나 직원의 수가 부족한 것도 방임의 한 형태로 규정하고 있으며, PAIMI에 대한 미국의회연구에서는 적절한 퇴원계획을 수립하지 않는 것도 방임에 포함시키고 있는 점을 참고하여 정신장애인에 대한 확대/방임을 구체적으로 규정하는 노력이 필요하다.

넷째, 법의 적용을 받는 시설에는 의료시설, 복지시설뿐만 아니라 기도원 같은 종교기관으로 정신장애인을 수용하고 있는 시설, 치료감호소, 교도소까지 포함되어야 한다.

마지막으로 정신장애인 확대방지 및 피해자지원을 위한 실천적 과제로 시급한 것은 정신장애인 치료/복지 종사자와 당사자, 가족에게 권익옹호체계에 대해 적극적으로 알리고 교육하는 것이다. 정신장애 영역에서는 권익옹호(P&A)라는 용어자체가 아직 낯설 정도로 치료적 개념이 강하다. 대부분의 확대가 가족이나 복지/의료시설 종사자에 의해 또는 제도적 차원에서 발생하게 되므로 정신장애 영역 내부 인력들을 교육하면서 장애인권리옹호체계에 대한 저변을 확대해 나가야 한다.

Ⅲ. 사회권 측면의 권리옹호

1. 정신장애인 복지차별 해소

1995년 「정신보건법」이 제정될 당시의 가장 큰 시대적 과제는 정신질환자의 감금과 수용, 병원이나 시설 내에서의 확대, 열악한 입원/입소 환경 등 주로 자유권 이슈에 대응하는 것이었다. 당시의 상황에 비하면 절대적 기준에서는 상당한 진보와 개선을 이룬 것도 사실이지만 표면적 정책 방향에 역행하는 정신병상 수의 지속적인 증가와 UN장애인권리협약(CRPD)을 비롯한 높아진 인권 기준에 한참 미달하는 강제입원을 비롯한 인권보장을 위한 제도적 개선은 언제나 정신장

애인과 관련된 최우선 과제로 제기되고 있다.

그런데 그동안 자유권 관련 이슈에 가려서 제대로 문제 제기되지 못하고 있는 이슈가 있다. 바로 사회권이다. 지역사회 안에서 인간답게 살 권리이다. 지역사회정신보건으로 정책의 방향을 전환하면서 요구되는 가장 기본적인 필요는 퇴원한 정신장애인들이 지역사회에서 살아갈 수 있는 환경을 구축하는 것이다. 지역사회 안에서 살아가기 위해서는 집이 있어야 하고, 돈이 필요하고, 일상을 꾸려갈 자원이 공급되어야 한다. 지역사회통합에는 주거, 소득, 의료, 고용, 사례관리 및 정신건강회복 지원 서비스가 함께 있어야하는 것이다.

정신장애인의 자유권과 사회권은 길항관계에 있는 것도 아니고, 하나가 완결된 후에야 나머지를 논의할 수 있는 것도 아니다. 자유권이 시급하다고 사회권 보장을 위한 노력을 미룰 수 있는 것이 아니다. 자유권 보장을 위한 노력, 예컨대 「정신건강복지법」 상의 강제입원 조항의 삭제나 엄격한 사법적 통제를 구축하는 것이 중요하지만 그것이 될 때까지 사회권을 유보하라고 할 수 없는 것이다. 정신장애를 가졌어도 가족에게 부담 끼치지 않고 생활할 집이 있고, 능력에 맞게 일 할 수 있는 직장이 있고, 지역사회에서 살아갈 수 있는 소득이 보장되고, 정신건강 관리를 지원하는 정신건강 서비스가 지역사회 내에서 적절히 제공되면 자유권 이슈인 입원/입소 자체를 예방할 수 있는 것이다.

정신장애인의 사회권을 보장하고 장애인과의 복지차별을 해소하는 방법은 크게 3가지가 있다.

첫째, 정신장애인 맞춤형 복지제도를 담은 「정신장애인복지지원법」을 제정하는 방식이다. 보건과 복지 양쪽의 유기적 서비스가 필요하고, 장애의 특성을 고려한 정신장애인 맞춤형 복지서비스를 충분히 담아낼 수 있는 장점이 있다. 이 방식과 아래에 기술하는 장애인복지법 제15조 삭제가 함께 이루어지는 것이 가장 좋은 방식인데, 현재 장애인복지법의 적용을 받는 발달장애인이 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」 제정을 통해 발달장애인 권리보호와 지원의 고유성과 특수성을 충족해 가는 방법과 동일한 구조가 된다.

둘째, 「장애인복지법」 제15조를 삭제하고 지역사회 복지 전달체계를 장애인 복지체계로 통합하는 방식이다. 일본은 1995년에 기존의 「정신보건법」을 「정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률」로 개정한 후 2005년 「장애자자립지원법」

을 거쳐 2012년 「장애자종합지원법」으로 가면서 지역사회 정신장애인 복지체계를 장애인복지체계와 통합시켰다. 「장애인복지법」 제15조를 삭제하고 전달체계를 통합하는 방식을 채택하기 위해서는 정신보건체계 내부에서의 논의와 장애계를 설득하는 작업이 병행되어야 한다.

무엇보다 장애등록의 문제를 개선하는 제도적 뒷받침이 같이 진행되어야 한다. 장애인실태조사에서 등록 정신장애인의 수는 꾸준히 늘어나고 있지만(2014년 장애인실태조사 기준 95,675명), 장애등록률은 여전히 낮다. 그 이유는 '정신장애인'이라는 낙인으로 인하여 취업이나 사회적 관계에서 불이익을 받게 되기 때문이다. 장애인 실태조사에서도 약 40%가 '장애인임을 알리기 싫어'서 장애등록을 하지 않는다고 나타난다.

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

2014년 장애인실태조사를 보면 정신장애 발생 시기는 10대~20대가 67.2%인데, 장애등록은 50대에 하는 비율이 가장 높다. 장애 발생 이후 상당한 시간을 견디고 견디다가 장애는 고착화되고, 빈곤에 빠지고, 가족 지지체계가 해체되는 시점에서야 장애 등록을 할 만큼 정신장애에 대한 거부감이 큰 것이다. 이러한 현실을 고려하면 정신장애인에게는 다른 접근이 필요하다. 등록 정신장애인은 「장애인복지법」에 따른 복지 급여와 서비스를 제공받을 수 있게 하고, 미등록 정신장애인은 복지 급여는 제한하지만 서비스는 제공할 수 있도록 해야 한다. 그래야 정신장애 발생 초기에 재활/회복 서비스를 통해 자기관리 능력을 향상하고, 직업 훈련과 고용을 통해 생산적인 삶을 살아갈 수 있다. 이는 장기적으로 정신장애인의 기능 저하를 예방하고 회복을 촉진함으로써 건강한 시민으로 살아갈 수 있는 기회를 만들어내는 것이다.

셋째, 「정신보건법」에 복지를 추가하는 방식이다. 이번에 개정된 「정신건강복지법」은 이 방식을 따른 것이다. 이해관계자가 적기 때문에 입법이 수월한 면이 있지만 한계도 뚜렷하다. 「정신건강복지법」은 「정신보건법」 제정 이후 오로지 의료의 대상으로만 정의되어 왔던 정신장애인을 복지서비스의 대상으로도 규

정하고 있다. '제4장 복지서비스의 제공'장이 신설된 것이다. 정신장애인 복지서비스 제공의 법적 근거를 마련한 성과는 있지만 매우 제한적인 성과이기도 하다. 우선, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공이 임의규정으로만 명시되어 있어 강제력을 담보할 수 없다. 또한, 복지서비스의 시행과 예산의 책임이 지방 이양되어 있음으로 인해 국가 단위 복지 계획과 정책이 실행되는데 한계가 있다. 2016년 관계부처합동으로 발표된 정신건강종합대책이 지역단위에서 제대로 추진되지 못하는 이유도 여기에 있다. 마지막으로 보건과 복지 전달체계가 분리되어 있는 현실에서 정신장애인의 복지체계를 보건시스템 내에 새롭게 구축해야하는 전달체계의 한계가 존재한다. 예를 들면, 동료지지활동을 통한 당사자회복지원을 위해 자립생활센터를 설립·지원하기 위해서 장애인복지법을 근거로 할 수가 없다. 정신장애인자립생활센터는 정신건강복지법에 의한 별도의 근거를 마련해야 하고, 별도의 예산과 지원체계를 갖추어야 한다.

지금은 법적 구속력의 미비, 재원구조의 한계, 전달체계의 분리로 인해 정신장애인 복지서비스라는 문은 열렸으나 길은 조금도 닦여 있지 않은 상태이다. 그렇기 때문에 정신장애인의 인권을 보장하는 사회를 만들기 위한 강력한 정책 의지가 뒷받침되지 않으면 정신장애인 복지서비스는 “할 수 있다”는 공허한 근거로만 존재할 것이다.

그렇다면 어떻게 할 것인가?

「정신건강복지법」이 정신질환자의 입퇴원과 정신건강증진을 규정하는 의료법의 특별법인 가칭 「정신의료 및 정신건강증진법」과 「장애인복지법」 또는 「정신장애인복지지원법」으로 분리되기까지는, 즉 보건과 복지가 분리되기까지는 중앙정부와 지자체가 현행 법 체계 안에서 노력할 수밖에 없다. 중앙정부에서는 우선 정신건강복지법 제4장 복지서비스의 제공에 있는 제33조에서 제38조의 하위법령(시행령, 시행규칙)을 조속히 마련해야 한다. 하위법령에 구체적인 복지서비스의 내용과 제공 주체, 예산 지원이 담기지 않음으로 인해 지역사회에 실질적인 복지서비스 확대는 전혀 이루어지지 않고 있으며, 정신장애인복지서비스 지원은 추상적인 선언으로만 존재하고 있다. 또한 지자체 평가에서 정신장애인 복지서비스 자원 공급 여부를 중요한 평가항목에 포함시켜서 지자체를 유인하지 않으면 복지서비스에 관한 정책과 예산 편성의 권한과 책임이 지방 이양된 상태

에서 중앙정부가 이를 견인할 방법은 별로 없어 보인다. 마지막으로 국가가 정신 재활시설의 설치, 운영 주체가 될 수 있으므로 정신재활시설이 존재하지 않는 약 50%에 이르는 기초자치단체에 중앙정부가 예산을 지원하여 정신재활시설을 공급하는 방법을 적극적으로 고려해야 한다.

지자체 단위에서는 「정신건강복지조례」를 제정하고 “정신건강증진 및 정신 질환자 복지서비스 지원에 관한 국가 기본계획(국가계획)”을 반영하여 “지역계획”을 제대로 수립해서 시행하도록 요구해야 한다. 현재 정신보건사회복지계나 가족 및 당사자의 역량을 고려하면 이 또한 매우 힘든 길이 될 것이며, 전달체계와 재원구조라는 근본적인 한계를 넘어 설 수도 없을 것이다.

다른 한편으로는 정신장애인 지역사회복지체계는 장애인복지체계로 전환하는 것에 대해 연구하고 대화하는(내외부 구성원 모두와) 장을 확대해 나갈 필요가 있다. 정신장애인 복지제도가 장애인 기본법이라고 할 수 있는 「장애인복지법」에서 분절되어 있는 상태에서 정신장애인에 대한 복지차별을 해소하려면 논리적으로만 보면 장애인정책국에서 하는 모든 복지정책을 정신건강정책과에서 정신장애인을 대상으로 시행해야 한다. 그런데 이것은 불가능하다. 보건복지부든 지자체든 부서가 존재하는 고유한 목적이 따로 있기 때문이다. 그러므로 전달체계의 통합 없이는 복지차별을 해소할 수 있는 방법은 존재하지 않는다. 보건복지부도 이것을 잘 알고 있기에 <제4차 장애인정책종합계획 2013~2017>에서 “정신장애인 복지차별 해소와 인권 강화”를 추진과제로 설정하고 2014년에 「장애인복지법」을 개정(장애인복지법 제15조 및 장애인복지법시행령 제13조 개정을 통한 정신장애인 복지 차별 해소)할 것을 정책목표로 제시하였던 것이다.

덧붙여 「장애인복지법」 상의 장애등록제도도 개선이 필요하다. 지금처럼 의료적 모델에 입각하여 손상에 근거한 장애진단이 사회기능상의 장애 관점으로 근본적으로 변화하기 어렵다면, 우선 경증 정신장애 등급이 신설되고, 강박장애 등을 포함하여 주 진단명이 확대되어야 한다.(정부가 장애등급제 폐지를 약속하였으나 완전한 폐지가 될지, 중증-경증의 2단계로 같지는 확정되지 않았다. 어느 쪽이든 정신장애 등록의 기준과 범위가 확대되어야 한다)

2. 의사결정지원제도

정신질환, 발달장애, 치매 등으로 의사결정능력에 장애가 있는 사람 역시 UN 장애인권리협약(CRPD)상의 장애인이다. 의사결정능력이란 결정할 어떤 사항에 관련된 정보를 수집하고, 수집된 정보를 분석·비교한 끝에 특정한 내용으로 의사결정을 한 후 이를 대외적으로 표시할 수 있는 능력을 의미한다.⁵⁾

2011년 민법 개정으로 기존의 행위무능력자제도(금치산·한정치산제도)를 대체하는 성년후견제도가 도입되어 2013년 7월부터 시행되었다. 권리보호 측면에서 성년후견제도가 과거 행위무능력자제도보다 진일보한 것은 맞지만 성년후견제도 또한 의사결정대체 기능을 함으로써 당사자의 자기결정권을 제한한다는 비판의 목소리가 높아지고 있다.

현대 장애인인권에 관한 권리장전인 CRPD 제12조는 ‘장애인이 모든 영역에서 법 앞에서 인간으로서 인정받을 권리가 있음을 재확인’하고(제1항), ‘장애인들이 삶의 모든 영역에서 다른 사람들과 동등한 조건으로 법적능력(Legal capacity)을 향유함을 인정해야’하며(제2항), 이를 전제로 ‘당사국은 장애인들이 그들의 법적능력을 행사하는데 필요한 지원을 받을 기회를 제공받을 수 있도록 적절한 입법 및 기타 조치를 취하여야 한다’고 규정한다. 나아가 장애인의 법적능력의 행사와 관련한 입법과 조치들이 준수해야 할 원칙으로 개인의 권리(right), 의사(will), 선호(preferences)를 존중하고, 이해의 대립이나 부당한 위압의 배제, 개인이 처한 환경에 비례한 균형, 가능한 최단기간의 적용, 독립적이고 공정한 기관에 의한 정기적 심사 등을 제시하였다.(제4항)

협약 제12조의 취지는 장애인의 법적능력의 향유와 그 법적능력의 행사를 지원하기 위한 의사결정지원 요청에 있다. 협약 제12조에서 규정하고 있는 의사결정지원 요청은 합리적 판단에 기초한 자기결정을 존중할 뿐만 아니라, 나아가 의사결정능력상의 장애 때문에 합리적 판단을 할 수 없는 경우에도 그들의 의사결정을 지원함으로써 자기결정을 가능하게 하여야 한다는 취지이다.

협약 제12조의 의사결정지원 원칙은 근대 민법의 행위무능력자제도와는 근

5) 제철웅, 의사결정지원제도의 도입 방안, 정신적 장애인 의사결정지원제도 도입을 위한 토론회 자료집.

본적인 발상을 달리한다. 종래 행위무능력자제도가 법적능력의 행사(의사결정)에 필요한 합리적 판단능력(이성)이 부족한 사람의 의사결정을 획일적으로 법적 무가치로 판단하여 이들의 '자기결정을 배제 제한함으로써 보호'하고자 하였다면, 협약은 본인의 합리적 판단을 지원하여 법적능력의 행사, 즉 '자기결정을 지원함으로써 존중'하라는 취지이다. 전자가 거래계를 비롯한 거의 모든 사회활동과 참여로부터 의사결정 장애인들을 배제 추방하는 결과를 가져왔다면, 후자는 이들의 자립생활을 지원하고 사회복귀와 참여를 촉진할 것으로 기대된다.⁶⁾

자기결정권 행사에 장애가 발생할 수 있는 정신장애인에게도 성년후견제도와 의사결정지원제도는 평생계획과 자립생활에서, 특히 PAD⁷⁾는 위기 상황에서 자기결정권을 보호할 수 있는 제도적 장치로 긍정적 평가를 받고 있다. 최근 지속적 대리권제도를 포함한 의사결정지원제도 도입 논의가 활발해지고 있다는 점은 매우 긍정적이며, 정신장애 분야의 적극적인 참여와 대응이 요구된다. 우선 의사결정지원제도의 제도화 과정에서 정신장애인의 입장과 필요를 대변하고 옹호하는 활동이 이루어져야 한다. 성년후견제도에 이어 의사결정지원제도마저도 정신장애인의 욕구와 필요가 배제되지 않도록 해야 한다. 다음으로 제도화 이후 실행과정에서 정신보건사회복지사들에 대한 교육이 이루어져야 하며, 현장 전문가들은 정신장애인들의 자기결정권이 최대한 존중 되는 방식으로 제도가 실행될 수 있도록 노력해야 한다. 제도화는 법률가들이 주도할 수 있지만, 실행과정에서는 현장 실천가들의 전문성과 태도가 훨씬 중요하다. 의사결정대체제도든 의사결정지원제도든 핵심은 당사자의 의사를 어떻게 확인하고, 당사자의 의사가 결정에 반영되도록 하느냐이다. 이를 위해서는 당사자와의 '의사소통지원'과 '의사결정지원'이 필요하다. 예를 들면 정신장애인에게 정신질환이 있기 때문에 정신병원에서 감금치료를 받아야 한다는 의사의 진단 내용을 알기 쉽게 전달하는 것, 이를 통해 정신장애인의 결정 내지 반응을 전달하는 것이 의사소통지원이라면,

-
- 6) 박인환, 한국의 의사결정능력 장애인의 권익보호의 새로운 흐름, 정신장애인의 사회통합을 위한 국제포럼 자료집.
- 7) Psychiatric Advance Directives로 AD라고도 한다. 당사자가 위기 상황에 대비하여 자신의 의사를 대리할 사람과 범위를 미리 정해 둬으로써 위기 상황에서 당사자의 자기결정권을 최소한으로 침해하는 중요한 방법 중의 하나이다. (회복을 지원하는 10가지 방법)(서초열린세상 역).

의사결정지원원은 의사의 그와 같은 진단에도 불구하고 다른 진단 가능성은 없는지, 정신병원 입원 이외의 다른 대안은 없는지, 정신병원 입원이 필요하더라도 감금 아닌 자유공간에의 입원은 가능하지 않는지 등에 관한 정보를 수집하여 각각의 장·단점을 비교하여 이를 알기 쉽게 전달한다면 이는 의사결정지원이라고 할 수 있다.⁸⁾

IV. 정신장애인 권리옹호와 회복 중심(Recovery-focused) 정신건강정책과 서비스 실천

회복(Recovery)은 전 세계적으로 정신건강정책과 서비스의 보편적 기준으로 강조되고 있다. WHO는 MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013~2020에서 주요 목표의 하나로 “지역사회 기반의 포괄적이고, 통합적이며, 반응적인 정신건강 및 사회보호 서비스 제공”을 들고 있으며, 이를 위해서 지역사회 기반의 서비스는 당사자가 자신의 삶의 열망과 목표를 성취할 수 있도록 지원하는데 초점을 맞추는 회복 기반 접근(Recovery-based approach)을 제시하고 있다. 또한 CRPD를 정신건강 및 인지적 장애 영역에 적용하도록 개발한 ‘QualityRights’의 목적을 ① 정신건강영역에서 인권과 회복(Recovery)을 이해하고 증진하는 능력 개발 ② 인권을 존중하고 증진시키는 회복 지향(Recovery oriented)의 지역 기반 서비스와 지지 창출 ③ 정신건강서비스의 질과 인권 상황의 개선 ④ 정신장애를 가진 사람들을 옹호하고 정책 수립에 영향력을 가진 시민사회운동의 제발 ⑤ 국가 정책과 법률을 CRPD를 비롯한 국제적인 인권 기준에 맞도록 개정하는 것으로 제시하면서, 인권보장을 위해 회복 중심의 정신건강정책과 서비스 제공을 요청하고 있다.

소수자 인권운동과 장애당사자운동의 영향으로 1980~1990년대 정신건강분야에서 태동된 정신건강 소비자/생존자 운동은 미국에서 2003년 발표된 대통령 직속 New Freedom Commission on Mental health에서 국가 정신건강정책의 핵심 원칙을 “1. 서비스와 치료는 반드시 소비자와 가족 중심으로 이루어져야하며,

8) 제철웅, 앞의 책.

치료자와 치료방법을 소비자가 선택할 수 있는 실질적인 선택권이 보장되어야 한다. 2. 정신건강서비스는 소비자가 삶의 도전에 대처하는 능력을 향상시키고, 회복을 촉진하며, 탄력성을 향상시키는 힘을 키워가는데 초점을 맞춰야한다. 단지 증상을 관리하는데 중점을 두어서는 안 된다.”라고 규정하면서 당사자 운동을 넘어 국가 정책과 서비스의 한 축으로 발전하였다. 이후 미국은 “회복 지향 보호 체계를 위한 회복 접근”, 호주는 “회복지향 정신건강 서비스를 위한 국가 프레임 워크”, 영국은 “회복으로의 여정 : 국가정신건강보호에 대한 국가 비전”이라는 이름으로 구체화되어 실행되고 있다. 영국은 “회복으로의 여정 : 국가정신건강보호에 대한 국가 비전”에서 회복 중심의 정신건강정책의 내용을 다음과 같이 제시하고 있다. ① 정신건강 서비스의 목표가 증상과 질병 뿐 아니라 회복에 있으며 ② 정신건강체계가 정신장애인 당사자가 스스로 선택할 수 있도록 지원하고 ③ 각자가 자신의 회복과정에 중요하다고 생각하는 주거, 교육, 직업, 관계 등의 지역 사회 자원에 접근할 수 있도록 해야 하며 ④ 정신장애인이 권리를 가진 시민으로서 자신의 건강과 사회적 욕구를 충족하며 ⑤ 일상적 사회활동에 참여할 수 있는 기회를 가져야하며 ⑥ 정신건강에 대한 사회적 인식과 태도를 바꿔 나가야 한다.9)

각국의 회복지향 정책과 서비스에서 공통적으로 강조되는 부분은 정신건강 정책과 서비스의 핵심가치는 “인권”이며, 목표는 증상관리와 사회적 통제가 아닌 “당사자가 인간다운 삶을 살아가면서, 자신이 원하는 삶의 목표를 성취할 수 있도록 지원”하는 것이며, 그 구체적인 내용으로는 사회통합과 참여의 촉진, 주거·고용·교육 등 복지지원 강화, 자율성과 자기결정권 보호, 개별화된 지원, 동료지원활동(peer support)을 담고 있다.

정신장애인을 의료적 치료 또는 교정의 대상으로 보는 것이 아니라 전인적 존재로 보고 치료자가 아닌 당사자가 자신의 삶의 목표를 성취할 수 있도록 지원하는 접근이 회복기반 실천이다. 정신건강분야에서 회복(Recovery)은 두 가지 의미를 지닌다. 임상적 회복(Clinical recovery)과 전인적 회복(Personal recovery)이다. 이에 대한 개념 정의가 제대로 되지 않은 상태에서 회복을 논하면 같은 테이

9) 하경희, 정신장애인복지서비스 지원체계 구축, 정신장애인복지서비스 지원을 위한 토론회 자료집

블에서 다른 얘기를 하고 있을 수 있다. 회복 중심 실천에서 사용하는 회복은 당연히 전인적 회복(Personal recovery)을 의미한다.

회복(Personal Recovery) 중심 실천은 당사자가 자신의 삶에 대한 통찰을 갖고, 자신이 원하는 삶에 대한 그림을 그리고, 그것을 실현 할 수 있도록 전문가들이 지원하는데 중점을 두는 실천지향이다. 서구의 경우 2000년 이전에는 회복에 대한 정의, 당사자 관점의 이해, 가치 차원의 중요성에 대한 논의가 많았으나 2000년 이후에는 회복 중심 실천의 목표와 접근법, Pro-recovery intervention과 효과성 검증, 이에 근거한 회복실천모델과 회복실천 전문가 교육 프로그램이 속속 개발되고 있다.

2014년 발표된 Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems에 따르면 회복을 촉진하는 5가지 핵심열쇠는 <Connectedness - Hope & optimism - Meaning & purpose - Empowerment - Identity>이며 이를 CHIME framework이라고 한다. Pro-recovery intervention이란 여기에 있는 CHIME framework을 당사자가 자신의 것으로 만들어 갈 수 있도록 전문적 실천을 제공하는 것이다. 효과성이 검증된 10가지 실천 방법은 Peer support workers, Advance directives, Wellness recovery action planning(WRAP), Illness management and recovery(IMR_WSM), REFOCUS, Strengths model, Recovery education program, Supported housing, Mental health triologue, Individual placement and support (IPS)¹⁰⁾이다.

WHO가 회복기반 실천을 강조하고 정신건강선진국의 정신보건정책과 서비스의 주요 목표가 회복을 강조함에도 불구하고 우리나라의 정신건강정책과 서비스 실천은 여전히 증상관리를 최우선의 가치로 여기면서 사회방위적 목적에서 당사자를 관리하는 수준을 벗어나지 못하고 있다. 대다수의 전전문가들이 회복을 얘기하지만 전인적 회복보다는 임상적 회복의 개념을 견지하고 있으며, 회복은 그저 지향해야 할 좋은 가치나 철학으로 여길 뿐 이를 실현할 방법은 고민하지 않고 있다. 그러나 회복은 지향해야 할 가치나 철학일 뿐 아니라 이를 체현할 수 있는 검증된 방법까지 개발되어있는 실천모델이기도 하다.

10) Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems (World Psychiatry 2014)

추상적, 개념적 담론을 당사자의 삶에 구체화되도록 하는 작업은 정신건강영역의 전문가와 당사자, 가족, 정책 관계자 모두의 과제이다. 정신건강 선진국의 경험과 사례를 통해 전인적 회복 지원이 우리나라 정신건강 정책과 서비스 실천에서 구체화될 수 있도록 힘을 모아야 한다.

V. 결론

「정신건강복지법」 시행 1년이 되는 시점에서 정신장애를 가진 사람들의 권리옹호를 위한 과제를 살펴보았다. 간단히 정리하면 자유권 측면에서는 강제입원과 관련하여 ‘자타해 기준의 엄격한 적용’과 ‘사법입원제도 도입’, ‘입원 상태에서 권리보호를 위해 권리고지 안내와 면회와 통신의 자유 제한의 예외 규정’, 정신장애인 권리옹호제도 법제화(PAIMI 참고)가 중요하다고 생각된다. 사회권 측면에서는 정신장애인 복지차별 해소를 위해 장애인복지체계의로의 전환을 적극적으로 검토해야 하며, 의사결정지원제도 도입을 위한 준비가 필요하다. 마지막으로 회복기반실천을 통해 당사자의 전인적 회복을 지원하는 정신건강정책과 정신건강서비스 실천이 이루어져야 함을 강조하였다.

정신장애를 가진 사람들이 지역사회 안에서 평범한 삶을 살아가는 것을 사회통합이라고 한다면, 두 가지 측면이 합을 맞춰야한다.

첫째, 당사자가 사회 속으로 들어가려는 노력(personal responsibility)이 필요하다. 당사자가 사회 속으로 들어가기 위해서는 궁극적으로 ‘자기 삶에 대한 통찰’과 ‘자기관리 능력’이 요구된다. 이를 위해서는 자신을 돌아보고, 수용하고, 책임지는 태도의 변화와 정신적·신체적·직업적·재정적·정서적·인지적·영적인 분야의 자기관리 기술을 배우고 익혀야 한다. 전문가들은 당사자들이 이러한 과제를 잘 이행할 수 있도록 개입해야 한다.

둘째, 사회가 그들을 받아들이는 노력(social opportunity)을 해야 한다. 차별을 없애고, 인간으로서의 존엄성에 손상을 가하지 않는 방식으로 그들의 위기상황을 안정적으로 관리할 수 있도록 지원해야하며, 스스로의 힘으로 생활에 필요한 자원을 획득하지 못하는 사람들에게 인간다운 삶이 가능한 수준의 복지가 제

공되어야 한다.

그동안 우리사회는 지나치게 일방의 노력만 강조해 온 것은 아닌지 돌아봐야 한다. 당사자의 손상(impairment)을 치료/교정하면 당사자가 삶의 원위치로 돌아갈 수 있을 것이라는 환상을 품어 온 것은 아닌가? 정신장애에 대한 사회적 대응의 역사를 보면 인권 침해의 모든 뿌리가 거기에서 시작된 것임을 알 수 있다.

투고일: 2018. . . 심사일: 2018. . . 게재확정일: 2018. . .

■ 참고 문헌 ■

- 신권철, 2017, 한국 정신질환자의 비자의입원과 치료의 새로운 법제도, 정신장애인의 사회통합을 위한 국제포럼 자료집.
- 염형국, 2017, 정신건강복지법을 통한 정신질환자 인권강화와 개선방향, 국가정신건강정책솔루션포럼 자료집.
- 이정민, 2017, 장애인권익옹호기관의 성공적 정착 및 발전방안, 장애인권익옹호기관의 성공적 정착과 발전방향 모색 토론회 자료집.
- 제철웅, 2017, 의사결정지원제도의 도입 방안, 정신적 장애인 의사결정지원제도 도입을 위한 토론회 자료집.
- 박인환, 2017, 한국의 의사결정능력 장애인의 권익보호의 새로운 흐름, 정신장애인의 사회통합을 위한 국제포럼 자료집.
- 하경희, 2018, 정신장애인복지서비스 지원체계 구축, 정신장애인복지서비스 지원을 위한 토론회 자료집.
- Mike Slade, 2017, Personal Recovery and Mental Illness, Cambridge University Press.
- Mike Slade, Michael Amering, Marianne Farkas, 2014, Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems, World Psychiatry 13:1
- Rethink Mental Illness, 2009, 100 ways to support recovery, www.rethink.org.
- WHO, 2013, MENTAL HEALTH ACTION PLAN.
- WHO, 2017, QualityRights.

[Abstract]

Practical Tasks for Rights Advocacy of People with Mental Disorder

Park, Jaewoo

Psychiatric Rehabilitation Facility SeochoMind

At the first year of enactment of the Mental Health Welfare Act, the practical tasks for Rights Advocacy of people with mental disabilities proposed in three respects: in terms of the rights to freedom, the social rights, and in terms of the recovery oriented mental health policies and services. In the respect of the rights to freedom, it is required legislation of rights advocacy for people with mental disabilities. In terms of social rights, it needs to be expanded and improved the facilities, and in the long term to be imposed a system to support decision making. Finally, the practical core value of mental health policies is to be reset from “symptom management” to “human rights and recovery”. In conclusion, it proposed that recovery oriented mental health policies and services are provided.

■ Keywords: Rights Advocacy, People with mental disabilities, Mental Health Welfare Act