

성인정신장애인의 평생계획모형* :

뉴질랜드 정신보건서비스를 중심으로

서 미 경

(경상대학교)

[요 약]

본 연구는 정신장애인의 일차적보호제공자가 더 이상 보호를 제공할 수 없을 때를 대비한 평생계획(재정계획, 주거계획, 법적 보호)에 초점이 있다. 따라서 1994년 이후 지역사회중심의 국가적 정신보건전략을 체계적으로 수행하고 있는 뉴질랜드 정부의 정책과 지역사회에서 포괄적 서비스를 제공하고 있는 NGO의 평생계획을 위한 구체적 서비스를 조사하여 우리나라에의 적용가능성을 찾고자 하였다. 조사결과 첫째, 재정계획 면에서 뉴질랜드 정부는 소득보장으로 장애급여와 기타 수당을 지급하고, 고용촉진을 위해 고용주에게 임금을 보조하는 형태의 재정적 지원을 한다. 그리고 지역사회의 NGO는 구직과 고용 유지를 위한 자원연결과지지 서비스를 제공한다. 둘째, 주거계획으로 정부는 주택보조와 자립지원을 통해 거주지 마련을 지원하고 NGO는 지지적 주거를 통해 지역사회에서 생활하는데 필요한 주거와 포괄적 지지를 동시에 제공하고 있다. 셋째, 법적 보호는 신상 및 재산보호법(PPPR Act) 하에 법원이 신상관리와 재산관리를 도울 복지후견인과 재산관리인을 지정하는데 이들은 정신장애인의 존엄성과 자기결정권에 대한 존중을 전제로 관리할 것으로 의무화하고 있다.

이러한 결과를 바탕으로 연구자는 우리나라의 지역사회정신보건센터와 사회복지시설의 역할과 기능을 임상서비스와 사회적 서비스로 구분하여 정신보건전달체계가 보다 소비자의 욕구에 반응할 것을 제안하였다. 또한 장애인의 생계와 장애로 인한 추가비용을 감당할 수 있도록 장애수당을 현실화할 것과 지지적 주거의 확대와 지원의 필요성을 제기하였다. 그리고 정신장애인의 법적 보호를 위해 성년후견인 제도의 도입을 제안하였다.

주제어 : 평생계획, 성년후견인, 지지적 주거, 사회복지시설, 뉴질랜드

* 이 논문은 2005년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2005-013-B00081).

1. 문제제기

정신보건복지의 궁극적 목적은 정신장애인)의 정상화(normalization)와 사회통합(social integration)이다. 즉, 정신장애인이 자유로운 시민의 역할과 책임을 수행하고 지역사회에서 만족스런 삶을 살아가는 것이 목적이다. 그러나 주요 정신장애는 만성적이고 순환적인 질병경과로 인해 사회적 기능이 현저히 저하되므로 정상화의 목적을 달성하기 위해서는 증상감소를 위한 임상적 노력뿐 아니라 포괄적인 사회사회의 지지가 필요하다.

주요정신장애인 정신분열병과 기분장애의 경우 주로 20세를 전후로 발병하므로 정신보건복지의 핵심적 대상은 대부분 성인이다. 장애인 실태조사결과에 의하면 재가정신장애인의 62.8%가 30~40대이고 이들의 78.2%가 미혼이므로(보건복지부, 2000) 그들 대부분은 노년기에 접어든 부모에게 심리적, 경제적으로 의존하고 있다고 볼 수 있다. 더욱이 핵가족화의 영향으로 가족의 전통적 보호기능이 약화되면서 부모에게 집중된 보호부담이 형제나 다른 가족원들에게 분담되기를 기대하기는 어렵다. 특히 정신장애인은 무섭고 예측하기 어렵다는 사회적 편견으로 인해 지속적으로 사회에서 배제(social exclusion)되어온 대표적 장애이므로 부모는 사회적 낙인을 정신장애자녀와 함께 감수하면서 평생 끝없이 지속되는 양육의 부담을 지게 되는 것이다. 결국 정신장애인에게 최소한의 규제를 제공하고자 했던 탈시설화는 지역사회 지지자원이 없는 한 일차적 보호제공자인 부모에게 최대한의 규제가 될 수밖에 없다. 기존의 조사결과들(Greenberg, Greenley, Mckee, Braun, and Griffin-Francell, 1993; Pruchno, Patrick, and Burant, 1996)에 의하면 다른 장애에 비해 성인정신장애인을 돌보는 부모들은 정신장애의 특성과 사회적 편견으로 인해 보호부담이 더 크고, 심리적 안정감이 더 낮으며, 다른 자녀들이나 이웃과의 관계도 더 부정적인 것으로 나타나고 있다.

이러한 보호부담은 '부모가 죽거나 병들어 더 이상 정신장애 자녀를 돌볼 수 없을 때 누가 돌봐줄 것인가' 하는 불안감에 의해 더욱 가중된다. 실제 실천현장에서는 "차라리 같이 죽었으면 좋겠다."는 부모들의 고통스런 하소연을 자주 듣게 되고 레플리와 해트필드(Lefley and Hatfield, 1999)는 이러한 현상을 "WIAG(When I Am Gone) 증후군"이라고 하였다. 이는 더 이상 자신들이 정신장애자녀를 돌볼 수 없을 때 자녀가 어떻게 살아갈지에 대한 걱정을 표현한 것이다. 정신장애뿐 아니라 지속적 보호를 필요로 하는 장애인 부모의 대부분은 자신들의 사후에 장애자녀가 어디서, 누구와, 무슨 돈으로 살 것이며 기본적인 사회적 활동과 삶의 질을 어떻게 보장할지에 대한 불안감을 가지고 있다. 정신장애인의 경우 이러한 공통적 불안에 더해 약을 제대로 먹을 것인지, 적절한 치료는 받을 수 있는지에 대한 걱정까지 하게 된다.

- 1) 본 글에서 정신장애인은 장애인복지법에 근거하여 "지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 의한 감정조절, 행동, 사고기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활 및 사회생활을 하는데 상당한 제한을 받아 다른 사람의 도움을 필요로 하는 사람"으로 규정하고 정신지체인과 구별하여 사용하였고 장애유형에 상관없이 전체 장애인을 의미할 때는 "장애인"이라 하였다.

따라서 일차적 보호제공자가 더 이상 정신장애인을 돌볼 수 없더라도 지역사회에 통합되어 살아가기 위해서는 소득보장, 주거보장, 그리고 법적 보호에 대한 평생계획(permanency plan)이 매우 중요하다. 이러한 평생계획은 부모들의 “끝내지 못한 과제(unfinished business)”를 수행하도록 도와 그들의 심리적 안정과 만족도를 높여줄 수 있다(Smith and Tobin, 1989). 만약 계획이 부적절하거나 미처 준비되지 못했을 경우 갑작스런 치료나 보호비용 등으로 정신장애인의 경제상태가 나빠질 수 있고, 무엇보다 심각한 것은 다른 대안이 없는 한 다시 시설화될 수밖에 없다는 것이다(Botsford and Rule, 2004).

실제 부모들의 평생계획정도를 알아본 조사에 의하면 정신장애를 포함하여 지속적인 보호를 필요로 하는 성인장애인 부모의 11%만이 주거에 대한 계획을 가지고 있고 대부분은 누군가가 맡아주기를 원하면서도 현실적으로 그렇게 될 거라 기대하지는 않는다고 하였다(Smith, Hatfield, and Miller, 2000). 우리나라 조사에서도 정신장애 및 정신지체 부모의 51%가 자신이 돌볼 수 없을 때 시설입소 이외 다른 대안이 없다고 응답하여(서미경, 2000) 부모 생존 시 지역사회로의 통합을 위한 모든 노력은 부모사후에 재시설화되면서 결국 수포로 돌아갈 수밖에 없다는 우려를 갖게 한다.

이와 같은 중요성에도 불구하고 국내의 연구들(강동호·김철권·변원탄, 1995; 양옥경, 1995; 서미경, 1999; 이영호·심주철·이상경·김용관·김규수·김영순, 2000)은 대부분 부모의 보호부담, 대처, 가족교육의 효과에 초점이 맞추어져 있고 평생계획에 대한 관심은 상대적으로 제한적이다. 최근들어 정신지체장애 부모회 등 소비자단체를 중심으로 평생대책에 대한 제도적 보완과 지역사회자원개발에 대한 요구들이 일어나고 있다.

미국도 마찬가지로 소비자가 주도되어 그 필요성을 주장해 왔는데 그 예로 전미정신장애인가족협회(NAMI)는 20개 주에서 직접 PLAN(Planned Lifetime Assistance Network)이라는 프로그램을 실시하여 정신장애인 평생계획을 돕고 있다. PLAN은 가족이 운영주체가 되는 NPO(Non Profit Organization) 프로그램으로 더 이상 가족들이 보호할 수 없을 때를 대비하여 일상생활기술훈련에서 위기관리, 재산관리, 지지적 주거에 이르기까지 포괄적인 사회적 자원의 제공을 사명으로 하고 있다(NAMI, 2003). 이처럼 성인정신장애인을 위한 평생계획은 임상적 서비스 못지않게 사회적 서비스의 중요성이 강조되고 있다. 따라서 지속적인 의료체계와의 연결을 전제로 기본적인 생계와 장애로 인한 추가적 비용이 보장(소득보장)된 상태에서 독립적 혹은 지지적 주거에서 거주(주거보장)하며 판단능력의 불충분함으로 인해 법적 불이익을 당하지 않도록 보호(법적 보호)하는 것을 의미한다.

그러나 현행 우리나라 정신보건체계에서는 정신장애인에 대한 지지적 주거는 거의 전무하다. 경제적 지원 역시 장애인수당 밖에 없고 그것도 저소득층에 한하여 월 5만원씩 주어지고 있어 장애로 인한 추가비용은커녕 최소한의 생계조차 보장되지 못하고 있다. 법적 보호 역시 정신장애인의 잔존 능력의 활용과 자기결정권에 대한 보장 없이 획일적으로 한정재산과 금치산제도를 적용하여 정신장애인의 시민권만을 제한하고 있다. 결국 우리나라의 정신장애인에 대한 평생계획은 매우 미흡하다고 할 수 있다. 따라서 본 연구는 1994년 이후 지역사회중심의 정신보건사업을 체계적으로 실시하고 있는 뉴질랜드의 정신보건체계 속에서 성인정신장애인을 위한 소득보장, 주거보장, 법적 보호가 어떻게 제공되는지를 분석하여 우리나라 정신보건체계의 적용 가능성을 찾고자 한다.

뉴질랜드는 인구 450만정도의 작은 국가로 행정체계가 단층화되어 중앙정부에서 21개 지역의 지역 보건위원회(District Health Board: DHB)로 정책이 전달되고 각 DHB에서는 지역주민의 의료 및 복지욕구를 고려하여 서비스를 계획하고 예산을 분배한다. DHB의 예산을 지원받아 병원 및 지역사회정신보건센터에서는 정신장애인에게 의료(임상)서비스를 제공하고 소비자단체와 다양한 NGO들은 지역사회에서 필요한 주거, 지역사회지지, 주간보호 및 직업재활 등의 사회적 서비스를 제공한다. 서비스를 이용하는 모든 정신장애인에게 사례관리의 역할을 담당하는 주요임상가(key worker)가 배치되어 있어 임상서비스와 사회적 서비스간의 연계가 보장된다. 이처럼 뉴질랜드는 체계적인 정신보건전달체계를 가지고 있을 뿐 아니라 어느 선진국보다 공공화된 지역사회정신보건체계를 구축하고 있으며 전국을 일정 규모의 단위로 나누어 정신보건서비스를 자급자족하도록 하여 사각지대 없는 보편적 서비스를 제공하고 있다(서동우, 2004)는 점에서 우리나라 정신보건체계에 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

본 연구의 질문은 평생계획의 세 가지 요소에 초점을 두어 뉴질랜드 정신보건체계 속에서 첫째, 정신장애인에 대한 소득보장(급여체계와 고용서비스)은 어떻게 이루어지는가? 둘째, 주거를 위한 국가적 지원은 어떤 것이 있으며 정신장애인의 독립적 주거를 위해 NGO는 어떤 서비스를 제공하는가? 셋째, 성인정신장애인의 법적 보호를 위한 후견인제도가 어떻게 구성되어 있는가? 이다. 연구방법으로는 문헌연구와 관련자 면담방법을 사용하였다. 정신장애인에 대한 뉴질랜드 정부의 급여와 지원을 알아보기 위해 보건성(Ministry of Health), 복지부(Ministry of Social Development), 법무부(Ministry of Justice)의 자료와 관련문헌을 분석하였다. 그리고 오클랜드(Auckland)에서 포괄적 지역사회서비스를 제공하고 있는 대표적 NGO인 Te Korowai Aroha(이하 TKA)²⁾의 주거 서비스와 직업 재활서비스, 지역사회지원을 담당하는 팀장들과의 면담을 통해 성인정신장애인의 평생계획을 위한 지역사회기관의 구체적 서비스를 조사하였다.

2. 문헌연구

1) 평생계획에 관한 선행연구

평생계획은 일차적 보호제공자가 더 이상 정신장애인을 위해 보호를 제공할 수 없을 때를 대비하여 그들의 특수한 욕구에 맞게 지역사회에서 지속적인 보호를 계획하는 과정이다(Lisa, 2000). 정신장애는 다른 장애와 달리 약물 및 증상관리, 위기개입, 정신치료 등 임상적 서비스 욕구뿐만 아니라 일상

2) Te Korowai Aroha(TKA)는 뉴질랜드 원주민인 마오리 언어로 “은총의 옷(the cloths of grace)”이라는 뜻을 가지고 있다. 1997년부터 오클랜드 DHB로부터 지원받아 지역사회에서 포괄적인 정신보건서비스를 제공하는 대표적 NGO이다. TKA는 Charles Rapp(1998)의 장점모델(strength model)과 Copeland(2002)의 WRAP(Wellness Recovery Action Plan) 프로그램에 입각하여 주거, 직업재활, 지역사회지지, 주간보호, 집단 활동 등의 서비스를 제공한다.

생활기술, 직업재활, 여가 및 대인관계활동과 같은 사회적 서비스(social services)에 대한 욕구를 가지고 있다. 따라서 임상서비스와 사회적 서비스가 개인의 특수한 욕구에 맞게 적절히 연계되고 지속적으로 제공될 때 정신보건복지의 목표인 사회통합이 가능해진다. 특히 사회적 서비스는 정상화를 위한 평생계획의 핵심적 요소이다.

일반적으로 평생계획은 세 가지 차원의 사회적 서비스로 구성되어 있다(Smith and Tobon, 1989). 즉, “무슨 돈으로 살아갈 것인가” 하는 재정적 계획(financial plan), “어디서 살 것인가” 하는 주거계획(residential plan), 그리고 후견인(guardian) 제도와 같은 법적 계획(legal plan)으로 구성된다.

(1) 재정적 계획

재정적 계획은 일차적 보호제공자가 더 이상 보호를 제공할 수 없을 때 정신장애인이 무슨 돈으로 살아갈 것인가 하는 측면으로 여기에는 소득보장과 자산관리 그리고 직업재활이 포함된다. 재정적 계획 역시 주거계획만큼이나 불안정한 것이 사실이다. 상당수의 부모들은 비장애 자녀가 장애자녀의 재산을 관리해 줄 것을 바라지만 이것 역시 불안정하다 생각하고 일부 시설보호를 계획하는 부모들은 시설에서 관리해 주기를 원하고 있다(Heller and Factor, 1991; 서미경, 2000).

소득보장에는 소득을 보완해 주는 주요급여(main benefits)와 특수한 욕구를 충족시키기 위한 장애수당, 가족수당 등이 포함된다. 이것으로 지역사회에서 생활하는데 필요한 기본적 생계비용과 장애로 인한 특수치료, 교육, 전문적 서비스 비용이 충당될 수 있어야 한다. 그러나 대부분 주요급여는 소득과 자산에 근거하므로 일정한도 이상의 소득과 자산이 있는 경우 급여자격을 상실할 수 있다. 예를 들어 미국의 생계보조금(Supplemental Security Income: SSI)은 소득뿐 아니라 부동산이나 저축 등 현재 지니고 있는 재산이 정해진 수준 이하이어야만 수급자격을 가질 수 있다(이동귀, 2002: 128). 결국 부모가 장애자녀의 미래를 위해 재산을 상속할 경우 이 재산으로 인해 소득도, 직업도 없는 장애인이 수급자격을 갖지 못할 수 있다.

따라서 정신장애인에 대한 재정계획으로 부모의 재산정도에 따라 몇 가지 대안을 생각할 수 있다(NICHCY, 1994). 첫째, 물려줄 재산이 없거나 혹은 수급자격에 영향을 주지 않기 위해서 재산을 물려주지 않는 것이다. 이는 국가로부터의 급여에만 의존해서 살아가도록 하는 것이고 혹시 여유가 있을 경우 급여자격에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 가구나 기타 필요한 것을 남기는 것이다. 둘째, 굳이 국가로부터 급여를 받을 필요가 없다면 직접 필요한 만큼의 재산을 물려주어 스스로 관리하도록 하는 것이다. 그러나 이 경우 돈을 관리할 수 있는 능력이 전제되어야 한다. 셋째, 다른 비장애 자녀(정신장애인의 형제, 자매)의 도덕심을 믿고 맡기는 것이다. 이 경우 장애자녀의 모든 재산은 법적으로 비장애자녀의 소유이므로 국가로부터의 급여자격을 상실할 우려는 없으나 비장애 자녀가 정신장애인에 대한 보호를 소홀히 할 경우 이에 대한 책임을 물을 수 없고, 비장애 자녀 가족의 절박한 상황(질병이나 파산 등으로 인한 재산손실의 상황)에서도 정신장애 자녀의 재산이 유지되기를 기대하기는 어렵다. 또한 비장애 자녀가 장애자녀보다 먼저 사망할 경우 역시 심각한 문제가 될 수 있다. 넷째, 가장 유용한 방법으로 신탁(trust)을 활용하는 것이다. 이는 정신장애인의 재산을 유지하면서도 정부로부터의 급여자격을 지속시킬 수 있는 합리적 대안이 될 수 있다.

이런 측면에서 전미정신장애인가족협회에서는 재산과 생계보조금(SSI)이나 메디케이드(medicade)와 같은 생계급여를 제 삼자에게 신탁할 것을 권하고 있는데 이것이 제 삼자 생계급여신탁(A Third Party Supplement Benefit Trust)이다. 이때 신탁자(trust)는 부모이고 수탁자(trustee)는 제 삼자이어야 한다. 이 경우 재산이 정신장애인의 소유가 아니므로 급여자격을 그대로 유지할 수 있고 재산 역시 그대로 유지할 수 있는 유용한 대안이다. 보통 주요급여인 생계보조금으로 정신장애인을 위한 음식, 의류, 주거비용은 충분히 충당되므로 만약 신탁한 돈으로 생계를 해결하거나 생필품을 살 수 있는 현금이 정신장애인에게 주어지면 급여가 삭감되거나 그 자격이 박탈된다. 따라서 기본적 생필품이 아닌 가구, 자동차, 여행비용, 취미활동비용 등과 메디케이드에 포함되지 않는 심리치료, 교육, 의료장비 등을 구입하는데 신탁금을 사용할 수 있다. 무엇보다 이 제도는 일차적 보호제공자의 요구대로 평상시 정신장애인의 장점과 능력을 살린 치료와 삶의 질을 유지할 수 있다는 장점이 있다(Gordon, 2003).

그러나 우리나라의 경우 이러한 신탁의 장점에도 불구하고 자금관리의 투명성에 대한 신뢰가 없고 물가와 증시의 불안정 등으로 원금손실의 우려(이동귀, 2002: 111)가 있으며 믿을 수 있는 장애인전문신탁회사가 없다는 이유로 신탁제도가 적극적으로 활용되지 못하고 있다. 이외의 다른 재정적 계획으로 국민기초생활보장제도와 장애인관련수당을 생각해볼 수 있다. 국민기초생활보장제도는 전 국민의 최저생활보장을 목표로 하고 있으나 현행정부의 공식적인 최저생계비는 가구규모별로만 책정되어 있어 장애인 가구의 경우 장애로 인해 발생하는 추가지출비용이 최저생계비 계획에서 누락되어 실질적으로 빈곤선 이하에 있는 장애인 가구가 수급자 가구에 선정되지 못하는 구조적 결함을 가지고 있다(김용하, 2005). 장애인의 특수한 욕구에 기초한 장애수당(월 6만원 정도), 장애아동 부양수당(월 5만원), 장애아 무상교육지원 등도 역시 장애로 인한 추가적 비용을 감당하기에는 턱없이 부족하다(강동욱, 2004). 또한 장애로 인한 소득감소를 보완하기 위해 중앙행정기관이나 지방자치단체가 세금이나 이용료감면 등의 경제적 부담경감시책을 시행하고 있으나 정신장애인의 생계문제를 해결하기에는 절대적으로 부족하고 이들의 특수한 욕구를 반영하고 있지도 못하다. 뿐만 아니라 장애자녀를 위해 민간보험을 가입하고자 하여도 정신장애인에 대한 차별로 인해 가입이 쉽지 않다. 대부분의 보험회사가 “정신에 뚜렷한 장애로 항상 간호를 받아야 하거나 기본동작에 제한을 받는 자”를 가입제한 조건으로 규정하고 있어 최근까지 보험사를 상대로 한 차별에 따른 소송이 이어지고 있다(박중훈, 2005). 따라서 최근 학계와 소비자단체가 장애기초연금제도의 도입을 요구하고 있다.

소득보장 외에 장애인의 자립을 확보하기 위한 중요한 방법 중 하나가 고용촉진이다. 그러나 ‘장애인고용촉진 등에 관한 법률’에 의한 의무고용률이 제대로 지켜지지 못할 뿐 아니라 특히 정신장애인의 경우 사회적 편견과 차별로 인해 고용상태가 더 열악하다. 전체 장애인의 평균 실업률이 52.6%인데 비해 정신장애인의 실업률은 72.0%로 훨씬 높고 그나마 직업을 가지고 있는 사람들도 주부 14.3%를 제외하면 농어업 4.4%, 단순노무직 5.6%(보건복지부, 2000)로 소득이 매우 불안정함을 예측할 수 있다.

(2) 주거계획

평생계획에서 가장 중요한 측면이 주거계획이다. 실제 일차적 보호제공자의 입장에서는 재정적, 법

적 계획보다 어디서 살 것인가 하는 것이 가장 염려스럽고 이를 계획하는 과정에서 많은 정서적 갈등을 겪게 된다고 보고하고 있다(Smith et al., 2000). 정신장애인에게 가능한 주거로는 시설, 집단가정(group home), 대리가정(surrogate family), 형제와 같이 사는 것, 지지적 주거(supported accommodation) 그리고 독립주거가 있다(Smith and Tobin, 1989). 대부분의 정신장애인과 그 부모들은 시설보다는 지역사회주거를 원하며, 가급적이면 많은 규제가 주어지는 집단가정보다 지지적 주거와 독립주거를 원한다. 그러나 이러한 지역사회자원이 유용하지 않을 경우 비장애 자녀들과 같이 살기를 원하면서도 정신장애인에 대한 보호부담을 그들에게 떠넘기는 것이 부당하다 생각하고 이에 대해 다른 자녀들과 얘기하는 것에 많은 어려움을 겪고 있다(Heller and Factor, 1991; Lefley, 1987).

평생계획의 유용한 주거대안으로 집단가정과 지지적 주거 그리고 독립주거가 있다(Russell, Grant, Joseph, and Fee, 1993: 18-23). 이들은 각각 장애인의 기능수준에 따라 선택하게 되는데 우선 집단가정은 NGO나 NPO에서 제공하는 경우도 있지만 이런 유용한 자원이 없는 경우 자신의 집을 집단가정으로 제공하고 다른 거주자로부터 주거비용을 받도록 제안할 수 있다. 같은 연속선상에서 지지적 주거를 고려할 수 있는데 지지적 주거는 24시간 워커가 교대로 상주하는 것에서부터(이는 집단가정과 유사) 워커가 정기적인 방문을 통해 도움을 주는 것까지 수준이 다양하므로 정신장애인의 사회적 기능에 따라 선택할 수 있다. 또한 정신장애인이 혼자 사는 독립주거는 지역사회주거 대안서비스들의 최종목표이기도 하다. 그러나 사회성이 부족하고 경제적 여유가 없는 정신장애인의 경우 고독과 생활비 부담이 문제가 되므로 가장 많이 원하는 방법은 같은 룸메이트를 구해 함께 지내는 것이다. 그러나 어떤 형태든 독립주거는 지지적 주거와 달리 직원의 정기적인 방문과 지도감독이 전제되는 것이 아니므로 지역사회 내 정신보건서비스를 스스로 신청하여 이용해야 한다. 따라서 자발성이 부족한 경우 이러한 서비스와 단절될 우려가 있다.

현재 우리나라 정신장애인에 대한 주거계획은 매우 심각하다. 이는 지역사회중심의 정신보건을 표방한 정신보건법 통과이전이나 별반 차이가 없다. 80년대 정신지체 장애인 부모들을 대상으로 한 조사결과에 의하면 자신의 사후에 비장애 자녀와 같이 살기를 원하지만 그런 부담을 줄 수 없으므로 62.5%가 시설보호를 원한다(박순국, 1988)고 하였다. 2000년대 조사에서도 유사한 결과를 보이는데 정신지체와 정신장애부모의 51%가 시설주거를 계획하고 있고 가장 원하는 서비스 역시 61.5%가 평생 보호해줄 시설이라고 응답하였다(서미경, 2000). 현재 정신장애인의 지역사회 내 주거대안으로 활용 가능한 사회복지시설의 경우 552명밖에 수용하지 못해 거의 전무한 상황이다. 반면에 정신병원의 병상 수는 1995년 12,720개에서 2003년 33,226개로 급격히 증가하여 정신보건법 이후 지역사회중심의 정신보건사업이 오히려 역행하고 있음을 알 수 있다. 이처럼 입원시설외의 다른 대안이 없는 한 상당수의 정신장애인의 평생계획은 시설화로 끝날 수밖에 없다. 또한 115개의 정신보건센터와 115개의 사회복지시설에서 주간보호와 재활서비스를 제공하고 있는데(보건복지부, 2005) 대부분의 서비스가 정신장애인만을 대상으로 하고 있어 지역사회로의 통합에 별로 기여하지 못하고 있다. 그 이유는 기관 내의 주간보호나 보호작업장 등은 여전히 사회에서 배제된 채 지역사회 내 또 다른 시설로 인식되기 때문이다.

(3) 법적 계획

법적 계획은 재정적 계획과 연결되어 재산보호 차원에서만 언급되어 왔으나 최근에는 재정관리뿐 아니라 치료, 교육, 사회생활, 직업, 이사 등 일상생활의 결정과 개인적 복지를 도와줄 성인 후견인 제도의 필요성이 강조되고 있다.

성인후견인 제도의 전제는 피후견인의 권리제한이 아니라 잔존능력의 활용과 능력개발에 있다. 선진국의 후견인제도는 대부분 능력에 따라 전적인 후견과 피후견인의 요청에 의한 제한된 후견으로 나누고, 후견인의 역할과 책임 또한 구별하여 전문성이 필요한 재산후견인과 장애인의 선호와 특수한 욕구를 잘 알고 일상생활과 복지를 도와줄 개인적 후견인으로 나누어져 있는 경우가 많다.

미국의 경우 가족이나 친구, 그리고 장애인 당사자가 정신장애인의 무능력함을 인식하고 후견인 지정을 법원에 청구하면 법원은 정신장애인의 개인적 복지를 도와줄 후견인(guardian of the person)을 정할 것인지 아니면 재정문제를 도와줄 후견인(guardian of the estate)을 정할 것인지를 결정한다. 그리고 후견인의 권한을 청구인이 원하는 구체적 영역으로 한정하는 제한된 후견인(limited guardianship)으로 할 것인지 아니면 광범위한 영역의 권한을 가진 전적 후견인(plenary guardians)으로 할 것인지도 결정한다. 개인적 후견인은 피후견인의 주거, 치료, 음식, 의복, 교육, 레저활동, 전문적 서비스의 필요성 등을 결정하도록 도와주고 일부 주에서는 그 결과를 일년에 한번씩 서류로 제출하도록 한다. 아무리 개인적인 것이라 하여도 후견인이 누구와 결혼할 것인지 혹은 선거에서 누구를 지지할 것인지와 같은 사적인 영역까지는 침범할 수 없다. 재산 후견인은 피후견인의 재산을 보호, 관리할 의무가 있지만 절대 자신의 재산과 섞어서는 안 되고 자신의 이익을 위해 그 재산을 활용해서도 안 된다. 또한 일상적인 생활비 정도는 몰라도 다른 용도로 법원의 허락 없이 피후견인의 돈을 썼을 경우 이를 도로 물어내야 하고 위험한 곳에 투자해서도 안 되며 투자할 경우 법원의 허락을 먼저 얻어야 한다. 그러나 이 제도가 법원에 제출할 서류가 너무 많아 시간 낭비이며 그 비용을 모두 피후견인이 감당해야 하므로 일반적으로 쉽게 이용할 수 없다는 문제가 있다(Russel et al., 1993: 123-125).

제한된 후견과 전적 후견은 후견인이 갖는 의사결정권의 양과 정도에 따라 구분된다. 따라서 전적 후견은 개인적 보호와 재정에 대해 책임 있는 결정을 할 능력이 전혀 없는 중증장애인에게 적절하고 제한된 후견은 어느 정도 혼자서 결정할 수 있는 범위 내에서는 스스로 결정하고 도움이 필요한 경우만 후견인이 도와주는 것으로 스스로 책임 있는 결정을 할 능력이 불충분할 때 활용한다(이동귀, 2002: 100-101).

우리나라는 민법 상 판단능력이 부족한 성인을 보호하기 위해 ‘한정재산제도’와 ‘금치산제도’를 두고 있다. 여기서 한정재산은 “심신이 박약하거나 재산의 낭비로 자기나 가족의 생계를 궁핍하게 할 우려가 있는 자”이고 금치산은 “심신을 상실한 자”이다. 이러한 획일적인 이분법적 분류는 일상행위에 대한 판단은 가능하나 고도의 판단력을 요구하는 법률행위가 어렵거나 일상생활의 보호만을 필요로 하는 경우를 처음부터 제외시킨다(이영규, 2004). 또한 청구에서 후견인 선정에 이르기까지 능력 여하에 구분 없이 대상자의 의견이 전혀 고려되지 않고 금치산의 경우 오히려 선거권, 피선거권, 재산처분권, 영업권 등 대부분의 법률 행위가 제한되어 인권침해의 우려가 있다. 따라서 이 제도는 정신장

애인의 정상화 원리와 자기결정권존중의 원칙에 위배될 뿐 아니라 오히려 정신장애인의 시민적 권리와 책임을 제한하여 사회적 통합을 방해하는 요인이 될 수 있다. 이런 권리제한과 사회적 낙인으로 인해 당사자뿐 아니라 가족들까지 차별감과 모멸감을 느껴 이 제도의 활용을 꺼리게 된다. 뿐만 아니라 후견인의 우선순위를 근친 순으로 그리고 연장자 순으로 정하고 있어 고령자가 후견인이 되거나 이미 정서적으로 남과 다름없는 배우자가 우선순위를 가져 현실적으로 피후견인의 복지에 기여하지 못하는 경우가 많다(백승흠, 2002).

따라서 이러한 한정치산, 금치산제도를 개선하여 새로운 성년후견제도를 입법화하고자 하는 움직임이 법조계와 장애인부모회 등의 소비자단체를 중심으로 일어나고 있다. 이들은 장애영역에 따라 혹은 사회적 능력에 따라 후견인의 권한을 나누어 줄 것과 피후견인의 자기결정권을 최대한 보호하고 후견업무의 투명성을 보장할 수 있는 감독제도와 일본의 임의후견³⁾과 같이 대상자가 미리 후견인을 선임하고 그 업무를 제한하여 맡길 수 있는 대리권지정 제도를 요청하고 있다.

2) 뉴질랜드 정신보건체계

뉴질랜드의 정신보건체계는 다른 선진국과 마찬가지로 대형정신병원 중심에서 1970년대 이후 점차 종합병원에 정신병동을 설치하고 정신보건센터체계를 구축하면서 지역사회정신보건서비스를 제공하기 시작하였다(서동우, 2004). 1992년 최소한의 규제 속에서 서비스를 제공하기 위한 '정신보건법(Mental Health Act)'이 통과되었는데 이 법은 주로 강제평가와 치료과정(compulsory assessment and treatment)에서의 정신장애인의 권리를 규정하고 있다. 이후 국가적 정신보건방향(directions)인 'Looking Forward'를 발표하여 정부가 추진하는 정신보건목표를 '지역사회의 정신질환과 정신보건문제의 발생률을 감소시키고 정신장애인, 가족 그리고 일반인들의 보건상태를 향상시켜 정신장애로 인한 영향력을 최소화하는 것'으로 규정하였다(Ministry of Health, 1994). 이러한 국가적 전략을 구체적으로 실현시킬 1차 국가정신보건계획인 'Moving Forward'가 1997년 발표되었다. 여기서는 전체 국민의 3%에 해당되는 집중적 서비스가 필요한 중증정신장애인집단을 우선적 표적으로 포괄적인 지역사회 서비스를 제공하고 정신보건의 인프라를 구축하여 편견과 차별을 없애기 위한 국가적 노력을 강화한다는 목표를 세우고 있다(Ministry of Health, 1997).

2004년에는 'Moving Forward' 이후 정신보건체계의 변화를 평가하고 전반적인 정신보건서비스가 회복(recovery)을 추구할 수 있도록 2차 국가정신보건계획(2005-2015) 'Improving Mental Health'를 발표하였다(Ministry of Health, 2004). 여기서 목표로 하는 회복은 정신장애를 가지고 있더라도 장애로 인한 고립, 빈곤, 실업, 차별로부터 벗어난 상태를 의미한다. 즉, 완전히 건강해지거나 잃어버린 것

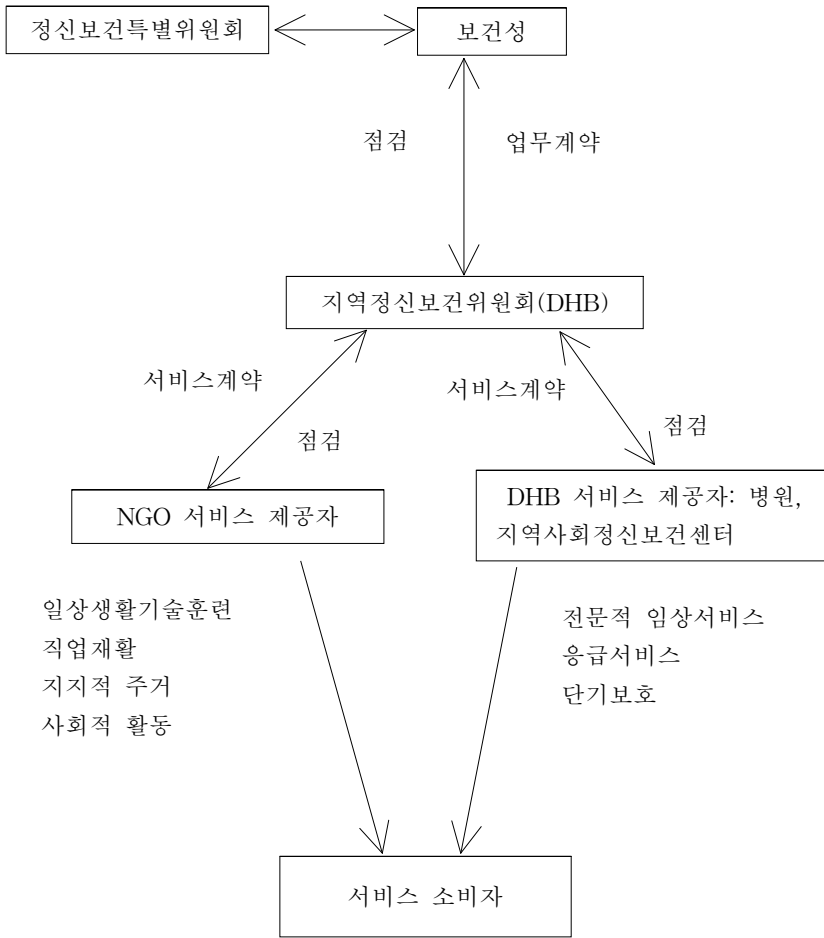
3) 일본의 후견제도는 크게 법정후견과 임의후견으로 나누어지는데 법정후견은 스스로 의사를 밝히지 않은 채 피보호 상태에 빠진 경우 피후견인의 의사에 따르지 않고 온정주의에 따라 후견인이 행동하는 것이고 임의후견은 피후견인이 피보호 상태에 빠지기 전에 미리 후견인을 선정하여 그 직무내용을 적어 자신의 보호에 대한 구체적 내용을 명시해 두는 것이다. 자기결정의 원칙에 의해 임의후견우선의 원칙이 명문상 채택되고 있다(이영규, 2004).

을 모두 되찾는 것이 아니라 건강과 능력을 일부 잃어버린 상태에서도 잘 지내는 것을 의미한다 (Ministry of Health, 1997).

정신장애인의 회복을 위한 뉴질랜드 정부의 체계적인 노력의 결과, 2003년 정신보건서비스 이용자 총 88,000명 중 입원치료 팀의 치료를 받은 정신장애인은 8,000명에 불과하고 나머지는 지역사회치료 팀의 회복을 위한 서비스를 이용하였다. 따라서 뉴질랜드 정신보건예산 \$839,2백만 중 1/3만이 입원 서비스에 지출되고 2/3는 지역사회 서비스에 지출된다. 또한 전체 예산의 1/3이 지역사회복지 서비스를 제공하는 NGO에 지원되고 있다(Ministry of Health 2004).

뉴질랜드 정신보건서비스 전달체계는 <그림 1>과 같다. 보건성은 정신보건에 관한 국가적 전략과 목표를 수립한다. 그리고 1996년에 설립된 정신보건특별위원회(Mental Health Commission)는 보건성의 전략과 목표수행을 점검하고 회복을 방해하는 차별을 감소시키며 전문가의 능력을 향상시키기 위한 다양한 기준을 수립한다. 보건성 아래 지역권별로 21개의 지역보건위원회(DHB)가 있어 그 지역의 욕구에 맞는 서비스를 결정, 계획, 조정한다. 소비자에게 제공되는 모든 서비스는 개업의로부터 제공되는 것을 제외하면 대부분 DHB와 계약을 맺는 서비스제공자에 의해 제공되는데 크게 임상서비스와 사회적 서비스로 나눌 수 있다. 임상서비스는 DHB가 직접 운영하는 병원과 지역사회정신보건센터의 임상 팀에 의해 제공되는 것으로 여기에는 응급단기보호(crisis respite care), 집중임상지원서비스(intensive clinical support services), 입원서비스 등이 포함된다. 이런 임상서비스는 청소년, 성인, 노인, 모자세대 그리고 마오리와 같은 소수민족의 특수한 욕구에 맞게 전문적으로 제공된다. 사회적 서비스는 지역사회의 NGO들이 DHB와 서비스 계약을 맺고 소비자의 회복을 돕기 위한 주거, 직업, 지지, 일상생활지원 등의 서비스를 제공하는 것이다. NGO의 서비스를 이용하는 대부분의 소비자는 해당지역의 지역사회정신보건센터에 소속되어 있고 이들에게는 임상 팀 중 한명이 주요임상가(key worker)로 지정되어 있다. 주요임상가는 사례관리자 역할을 수행하면서 NGO의 서비스 제공자와의 지속적인 연계를 통해 증상통제와 약물처방 및 관리를 해나간다.

정신보건서비스를 제공하는 NGO는 뉴질랜드 전역에 약 400개가 있는데 크기와 기능에 따라 주간보호만을 제공하는 것에서부터 지지적 주거와 더불어 포괄적인 지역사회지원 서비스를 제공하는 것에 이르기까지 다양하다. 결국 정신장애인의 사회통합과 정상화를 위한 모든 사회적 재활 서비스는 지역사회의 NGO들이 담당하고 있다고 볼 수 있다. NGO들은 2001년도 지역사회-정부 관계 개선안(Improved Community-Government Relations)에 따라 정부와 계약을 맺고 예산을 지원받되 독립적인 권한을 가지고 운영된다(Ministry of Health, 2005).



참고 : Ministry of Health(2004)와 Waitemato DHB의 Margaret Honeymoon박사와의 면담내용을 토대로 연구자가 구성한 것임.

〈그림 1〉 뉴질랜드 정신보건전달체계

3. 성인정신장애인의 평생계획을 위한 뉴질랜드 정신보건서비스

뉴질랜드 보건성은 정신보건의 비전을 “훌륭한 정신보건(good mental health)”에 두고 이를 “정신장애를 가진 사람들을 사회적, 문화적, 영적 맥락에서 이해하고 전인적 접근(holistic approach)을 통해 회복을 가능하게 하는 것”으로 정의하였다(Ministry of Health, 2004). 회복은 일반적으로 전문가나 학계로부터 나온 다른 정신보건개념과 달리 정신장애를 경험한 소비자로부터 나온 개념이다. 즉, 스스로 자신의 장애를 이해하고 수용하며 극복해 나가는 과정을 의미하는데 치유(cure)와는 다른 개념이다. 증상이 남아 있을 수도 있고 재발이 될 수도 있지만 이러한 문제와 증상들이 개인적인 삶을

방해하지 않고 스스로 자신의 잠재력을 믿으며 희망을 가지고 만족할 수 있는 삶을 만들어가는 과정이 회복이다(Repper and Perkins, 2003: 46). 최근 전미정신장애인가족협회에서도 성공적인 회복을 정신보건서비스의 목표로 설정하고 있다.

정신장애인의 회복을 돕기 위한 정신보건서비스는 소비자의 완전한 참여를 보장하고 그들의 책임감과 독립성을 강조해야 한다. 따라서 적절한 경제적 지원과 고용이 보장되고 주거나 사회적 활동 등의 필요한 자원への 접근과 배분이 이루어져야 한다. 이러한 배분과정에서 정신장애인의 자기결정이 존중되어야 한다. 여기서 자기결정의 존중이란 강제치료를 지양하고 입원치료는 마지막 대안이며 누구로부터 서비스를 받을지, 어떤 서비스를 받을지, 어느 정도 받을지를 스스로 결정하도록 하는 것이다. 이처럼 '홀륭한 정신보건'의 비전속에서 평생계획의 세 가지 요소 즉, 소득보장, 주거보장, 법적 보호의 계획이 뉴질랜드 정신보건 시스템 속에서 어떻게 보장되는지 살펴보면 다음과 같다.

1) 소득보장

(1) 급여

뉴질랜드의 모든 급여자격에는 세 가지 기준이 적용된다. 첫째, 소득조사(income-test) 결과 소득이 일정수준 이하여야 한다. 소득에는 모든 근로소득, 은행이자, 임대료, 그리고 배우자의 소득이 포함된다. 그러나 임대를 목적으로 하지 않는 집과 자동차는 그 가격이 얼마이든지 급여자격에 영향을 미치지 않는다. 둘째, 사실혼을 포함한 결혼관계에 의해 배우자가 있는 경우 상대에 대한 부양의무를 우선적으로 요구한다. 셋째, 거주지가 반드시 뉴질랜드이어야 한다(Mckenzie and Shirlaw, 2002: 196).

뉴질랜드의 급여체계는 매우 복잡하여 대상자들은 자신이 어느 정도의 급여를 어떤 명목으로 받을 수 있는지를 사회복지부의 고용 및 소득지원과(Department Work and Income)에 문의하여 급여를 신청한다.

정신장애인의 주요급여(main benefit)로는 장애급여(invalids benefit)와 질병급여(sickness benefit)가 있다(Ministry of Social Development, 2005a). 장애급여는 영구적인 질병, 장애, 상해 등으로 일을 할 수 없을 때 생계비용을 보조해 주는 것으로 일주일에 15시간 이상의 정규적인 일을 하는 것이 불가능하다는 의사의 소견을 첨부해야 한다. 의사소견서 발급을 위한 검사비용은 국가가 부담한다. 이때 배우자 역시 소득이 없어야 하고 장애가 고의적이지 않아야 한다. 지역사회서비스를 이용하는 대부분의 정신장애인은 이 급여를 받고 있다. 급여기준은 다음 <표 1>과 같다.

급여대상자가 만약 일을 할 수 있는 여건이 되면 일을 시작해 보고 일을 통해 소득이 생긴다 하여도 일단 6개월까지는 급여를 그대로 지급하면서 일이 유지되는지를 평가한다. 이후부터 수입에 따라 급여가 감소하는데 연간 \$4,160까지는 그대로 지급되고 \$4,161~\$9,360까지는 수입 \$1에 30c씩 삭감된다. 그리고 \$9,361 이상이 되면 \$1에 70c씩 삭감한다. 이러다가 다시 일을 못하게 되면 원래 주어진 급여로 돌아간다.

〈표 1〉 2005년 장애급여 지급기준

급여형태	주당지급(NZ \$)
16-17세의 독신	170.52
18세 이상의 독신	210.72
부부	351.22
편부모	276.82

출처 : Ministry of Social Development, (2005a). "Invalid Benefits"

질병급여는 질병, 상해, 임신, 장애로 인해 일시적으로 일을 중단하거나 일의 수준을 낮추어야 하는 경우 급여자격을 갖게 된다. 이 경우 역시 소득(배우자 소득포함)이 일정수준 이하여야 하고 의사소견서가 필요하다. 일차소견서는 42주간 유효하고 필요한 경우 연장한다. 그러나 지속적인 장애와 질병, 상해로 인해 일을 할 수 없을 경우 보통 장애급여로 변경한다. 질병급여는 20~24세 이하의 독신인 경우 주당 \$140.48이 지급되고 25세 이상 독신인 경우 \$168.59, 부부인 경우 각자에게 \$140.48이 지급된다. 물론 주요급여는 장애급여와 질병급여 둘 중에 하나만 자격을 갖게 된다.

주요급여 외에 자녀가 있는 경우 가족수당(family allowance)이 아이의 수와 연령에 따라 아이 한 명 당 \$47~\$85까지 지급된다. 또한 대부분의 정신장애인에게 장애수당(disability allowance)이 지급되는데 일상적인 일을 처리하는데 있어 지속적인 도움과 약물치료가 필요하다고 판단되는 경우 교통비, 의료비, 처방비 등에 해당되는 수당을 주당 성인인 경우 \$49.48씩 지급된다. 이 역시 수입에 따라 제한되는데 18세 이상 독신의 경우 수입이 주당 \$478.37 이상일 때, 기혼인 경우(사실혼 포함) \$694.81 이상일 때 지급이 제한된다.

(2) 고용촉진정책

뉴질랜드의 장애인 고용정책 역시 사회복지부의 고용 및 소득지원과에서 담당한다. 장애인에 대한 의무할당제는 없고 다만 고용주에게 다양한 지원이 있다. 즉, 경제적 지원으로 임금보조(wage subsidies)와 훈련보조(training subsidies) 그리고 추가비용(extra support)이 지원된다. 임금보조는 고용주가 고용하고자 하는 사람이 일정기간 실직상태에 있었던 사람인 경우 누군가에게 기회를 제공하였다는 점에서 6개월간 임금을 보조한다. 만약 4명 이상을 한꺼번에 채용할 경우 이들을 감독할 수퍼바이저의 임금 또한 보조한다. 보조액수는 구직자의 상황에 따라 달라지고 장애가 심할수록 보조액수도 높아진다. 훈련비용은 구체적 업무와 관련하여 고도의 기술을 필요로 할 경우 단기간만(4주 이내) 훈련비용이 지급된다. 이때 훈련이 끝나면 고용주는 반드시 고용을 약속해야 한다. 훈련은 직장 내에서 이루어지기도 하고 다른 훈련기관에서 이루어질 수도 있다. 추가비용은 장애를 가진 사람을 채용함으로써 해서 환경을 개선할 필요가 있는 경우 그 비용을 일시불로 지급하는 것이다. 이외에도 직장경험(work experience) 프로그램이 있는데, 이는 일할 기회를 고용주가 4주간 제공함으로써 해서 구직자가 경력을 쌓도록 돕는 것이다. 이 프로그램은 경험이 없어 일하지 못하는 악순환의 고리를 끊기 위

한 목적을 가지고 있다. 이때 고용주는 임금을 지불하지 않아도 되고 고용을 보장하지 않아도 된다. 또한 산업재해에 대한 책임도 지지 않는다(Ministry of Social Development, 2005b).

(3) 지역사회 기관(TKA)에서의 고용서비스

정신장애인의 고용을 촉진하기 위해 지역사회기관(대부분 NGO)에서 고용서비스를 제공한다. TKA의 고용서비스를⁴⁾ 보면, 우선 지역사회정신보건센터나 기관 내 다른 팀으로부터 일할 준비가 되었다고 평가되는 정신장애인을 의뢰받아 취업준비에서 구직, 고용유지에 이르기까지 전 과정에 지속적인 지지를 제공한다. 직장생활을 하는데 필요한 스트레스 관리, 시간조절, 동기강화 등을 위한 집단 활동을 하기도 하지만 크게 중요성을 두지 않는다. 전통적 정신재활 프로그램에서 실시하는 고용 전 사정, 보호작업장과 같은 중간단계를 거치지 않고 직접 지역사회로의 진입을 시도한다. 만약 일을 하고자 하는 의욕은 있으나 아직 정신장애인의 능력과 기능이 경쟁고용에 들어갈 정도가 아니라고 판단 되면 여러 명이 한 집단(평균 10명 정도)이 되어 일을 나누어 맡아 처리함으로써 고용경험을 갖는다. 예를 들어 잔디다듬기, 세탁 등의 일은 다른 경쟁적 직업과 달리 시간에 엄매이지 않고 스트레스도 적으므로 이러한 일을 한 집단에서 맡아 자체 내에서 일을 분담하여 해결해 봄으로써 경쟁적 고용에 들어갈 준비를 한다. 이것은 보호작업장과 달리 일을 나누어 하되 지역사회에서 직접 수행하므로 쉽게 경쟁고용으로 진입할 수 있다는 장점이 있다.

직업을 얻고자 하는 마음만 있다면 아무런 스크린 없이(zero exclusion criteria) 신문이나, 인터넷 혹은 고용주를 직접 찾아가 고용개발을 한다. 직업선택은 전적으로 정신장애인의 목표와 계획에 따라 스스로 한다. 다만 위키는 소득으로 인한 주요급여가 어떻게 달라질 수 있는지에 대해 조연하고 이에 대한 계획을 함께 세운다. 그리고 필요한 경우 직장이나 집에서 지속적인 지지를 제공하여 고용유지를 돕고 정신장애인의 허락 하에 고용주와 만나 정신장애인의 상태에 따라 업무나 시간조정을 의논하기도 한다. 직업을 갖고자 하는 대부분의 정신장애인이 평균 3개월 이내에 직업을 찾게 되는데 이것이 가능한 이유는 지역사회편견을 극복하고자 하는 국가적 노력⁵⁾과 고용차별과 인권침해에 대한 인권보호법(The Human Rights Act 1993)에 의한 강한 제재가 전제되기 때문이다.

2) 주거보장

정신건강과 주거의 문제는 서로 밀접하게 얽혀 있어 주거의 어려움은 정신장애인의 건강을 악화시키고, 정신장애는 빈곤, 차별, 교육좌절, 잦은 이동, 노숙 등으로 불만족스런 주거의 문제를 낳을 수 있다.

뉴질랜드에서 정신장애인에게 유용한 주거대안으로는 네 가지 형태가 있다(Mental Health

4) Te Korowai Aroha의 employment service team leader인 Heather와의 면담결과와 기관 내 관련 자료를 정리한 것임.

5) 뉴질랜드 정부는 보건성 산하에 'Like Minds, Like Mine'이라는 기구를 설치하여 정신장애에 대한 편견과 차별을 극복하고자 하는 국가적 계획을 세우고 체계적인 노력을 기울이고 있다.

Commission, 1999; Ministry of Social Development, 2002). 첫째, 자신의 집을 소유하는 것으로 경제적 여유만 된다면 정신장애인의 회복과 사회통합을 위한 가장 유용한 대안이다. 둘째, 렌탈 홈으로 여기에는 공공영역과 민간영역의 홈이 있다. 공공영역의 렌탈 홈으로 뉴질랜드 정부의 임대주택(Housing New Zealand)과 시에서 운영하는 임대주택이 있는데 전체 렌탈 홈의 27%를 차지한다. 저소득층과 질병이나 장애로 인해 부적절한 주거에서 고통 받는 사람에게 우선적으로 임대된다. 그 외 렌탈 홈의 73%는 민간영역에서 이루어지는데 정신장애인에게는 임대비용(렌트비, 보증금 등)이 부담스럽고 때로는 편견과 차별 등으로 인해 이용에 어려움이 있을 수 있다. 셋째, 보당하우스(boarding house)로 우리나라의 하숙처럼 집주인이 음식과 세탁을 맡아 해주고 전기, 가스, 수도 등의 모든 공과금을 포함한 보당비용을 지불하는 것이다. 이는 저렴하다는 장점이 있지만 정신장애인의 특수한 욕구를 만족시킬 수 없고 사생활 역시 보장되기 어렵다. 넷째, 지지적 주거(supported accommodation)는 정신장애인의 기능에 맞게 지도감독수준을 나누어 지역사회적응관련 서비스를 제공하는 것으로 회복을 돕는 가장 이상적인 주거대안이라 할 수 있다. 주로 공공영역의 렌탈 홈을 이용하고 입주자는 독립적인 침실을 갖으며 집주인과 개별적인 임대계약을 맺고 임대차 보호를 받는다. 현재 인구 250,000명당 180개 정도의 지지적 주거가 제공되고 있으나 아직 많은 숫자가 부족하다. 이러한 지지적 주거 서비스는 지역사회 내에서 정신보건서비스를 제공하는 NGO들이 운영한다.

뉴질랜드 전체 정신장애인의 68%가 어떤 형태이든 렌탈 홈에서 지내고 있으며 자신의 집을 소유하고 있는 경우는 20%밖에 되지 않는다. 나머지는 가족이나 친구 집에서 지내고 있다. 일반인구의 32%만이 렌탈 홈에서 사는 경우와 비교해 볼 때 아직 정신장애인의 주거상태가 불안정함을 알 수 있다(Ministry of Social Development, 2002).

(1) 주거 및 자립을 위한 지원

정신장애인의 독립적 주거를 위한 정부의 지원으로는 주택보조(accommodation supplement)와 자립지원(re-establishment grant)이 있다. 주택보조는 주요급여를 받는 사람이든 아니든 소득조사 등을 통해 필요한 경우 주거마련을 위한 임대비용을 지원하는 것이다. 그 액수는 소득, 자산, 주택비용(렌트 비용, 대출금정도)에 따라 달라지고 살고 있는 지역의 집값에 따라 또한 달라진다. 자립지원은 6개월 이상 병원이나 지지주거에 있었던 사람들의 퇴원이나 퇴소 후 자립을 지원하기 위한 것이다. 집이나 플랫⁶⁾을 구하기 위해 \$2,000까지 한꺼번에 지원되는데 여기에는 대출금과 지원금이 포함되어 있다. 대출금으로 보증금이나 렌트 선불금을 \$800까지 지원하는데 이것은 나중에 갚아야 한다. 또한 침대, 가전, 전화, 화장실 도구 등을 사는 비용이 \$1,200까지 지원되는데 이는 지원금으로 갚지 않아도 된다.

6) 플랫(flat)은 우리나라 자취에 해당되는 것으로 2-3명이 각자의 침실을 가지고 집을 나누어 쓰는 것이다. 이때 음식이나 세탁 등은 각자 하고 집세나 공과금을 나누는 것으로 플랫을 같이 사용하는 사람을 플랫 메이트라 한다. 오클랜드 지역의 평균 플랫비용은 일주일에 \$100 정도(지역에 따라 \$80-\$150)로 주요 급여와 주택보조로 충분히 집값이 해결된다고 볼 수 있다.

(2) TKA의 지지적 주거(supported accommodation)⁷⁾

지지적 주거는 정신장애인에게 주거공간과 회복을 위한 지지를 동시에 제공하고자 하는 목적을 가지고 있다. 여기에는 24시간 직원이 상주하면서 보호를 제공하는 것에서부터 정기적인 방문을 전제로 최소한의 도움만을 제공하는 것까지 다양한 수준으로 분류되어 있다. 지지적 주거를 이용하는 사람들의 권리(rights)로는 첫째, 자기결정권으로 생활전반에 대한 스스로의 결정권을 갖는다. 둘째, 이동의 자유로 지지적 주거에 강제로 거주하게 하는 것은 불법이다. 셋째, 소유재산에 대한 권리로 자신의 소유물과 돈은 스스로 관리할 권리를 가진다. 넷째, 사생활보호에 대한 권리를 가지고 있어 정신장애인의 병력이나 개인력 등에 대해 직원들은 비밀을 지킬 의무가 있다(Mackenzie and Shirlaw, 2002: 180-181).

지지적 주거제공은 TKA와 같은 지역사회에서 정신보건서비스를 제공하는 NGO가 담당한다. 일반적으로 지지적 주거에 입주할 수 있는 자격은 국가로부터 급여를 받고 있어야 하고 DSM의 축 I의 진단이 있어야 하며 지역사회정신보건센터에 소속되어 주요임상가가 배치되어 있어야 한다. TKA의 지지적 주거는 정신장애인의 기능에 따라 네 단계로 나누어지는데 기능수준은 지역사회정신보건센터의 임상 팀이 결정한다. 정신장애인은 스스로 단계를 결정할 수는 없어도 지지적 주거를 제공하는 기관과 집을 선택할 수는 있다.

임상팀의 평가에 따라 심리사회적 기능이 높다고 판단될 경우 단계 1, 2에 배정된다. 여기서는 보통 3-4명 정도가 한 집에서 지내지만 각자의 침실을 가지고 있어 사생활이 보장된다. 거주자를 담당하는 워커들이 모두 달라 담당자별로 일주일에 1-2번씩 번갈아 방문하여도 매일 누군가가 한번씩 집을 방문하는 형태가 된다. 단계 1은 일주일에 한번 정도, 단계 2는 일주일에 2번 정도 담당 워커를 만나게 된다. 워커들은 강점모델에 입각하여 정신장애인의 재능, 관심, 능력을 찾아 그것들을 발휘할 수 있도록 지역사회 자원을 연결한다. 이러한 역할은 증상통제와 정신과적 면담 등 임상적 서비스를 제공하는 지역사회정신보건센터와 분명히 구분되는 역할이다. 워커들은 일상에서 필요한 일상생활기술과 대인관계 기술 등을 훈련하고 주거 내의 워커들과 입주자들과의 회의를 통해 문제해결의 시범을 보여준다. 기관에 다양한 사회적 활동프로그램이 있으나 이보다는 지역사회의 일반인들이 이용하는 센터를 이용하도록 연결하여 자연스럽게 독립주거로의 이전이 가능하도록 돕는다.

거주자의 주요급여는 사회복지부에서 직접 기관으로 일괄 지급되어 렌트 비용이나 기타 공과금을 관리한다. 그리고 나머지는 정신장애인의 통장에 입금되어 스스로 관리한다. 물론 필요한 경우 돈 관리를 위해 워커가 모델이 되어 쇼핑리스트 작성법과 쇼핑방법, 은행에서 돈을 인출하고 입금하는 방법, 수수료에 대한 정보 등에 대한 사회기술훈련을 실시한다. 필요한 도움을 최대한 주지만 궁극적으로 돈에 대한 책임은 정신장애인 스스로 지게 된다.

단계 3, 4의 지지적 주거는 24시간 워커가 교대로 상주한다. 급여의 일부를 렌트 비용과 기타 생활

7) 지지적 주거에 대한 내용은 Te Korowai Aroha(TKA)의 지지적 주거 level 1&2 팀장 Marilyn Hale 과 level 3&4의 팀장 Sonja Petricevich와의 면담결과를 요약한 것이다. 뉴질랜드 NGO들이 제공하는 지지적 주거서비스 내용은 대부분 TKA와 유사하다.

비로 지불하고 나머지를 2주에 \$140씩(4단계는 1주일에 \$70씩) 정신장애인에게 지급하여 스스로 관리하도록 한다. 지지적 주거는 금연, 금주 그리고 약 복용이 전제되며 폭력을 사용해서는 안 된다는 규칙을 지켜야 한다. 워커들은 거주자에게 생활기술을 훈련시키고 약 복용을 점검하며 정신장애인의 능력과 장점을 찾아 이를 개발하기 위한 지역사회자원을 연결한다. 주거 안에서는 주간보호 프로그램을 진행하지 않고 필요한 경우 기관의 레크리에이션 프로그램에 의뢰하기도 하지만 가급적 일반인들과의 통합을 위해 지역사회센터를 활용한다.

지지적 주거에 있는 모든 정신장애인들은 일주일에 한번씩 주요 임상가를 만나게 되는데 이때 지지적 주거의 담당워커가 동행하므로 자연스럽게 사례에 대한 의견을 교환하게 된다. 또한 정신보건법⁸⁾에 있는 정신장애인의 경우에는 한달에 한번씩, 그렇지 않은 경우에는 3개월에 한번씩 정신과의사를 만나 약을 처방받게 된다. 이때도 역시 담당워커가 동행한다.

정신장애인이 안정된 직업을 가져 더 이상 급여를 받지 못하게 되거나 기능이 좋아져 독립적 생활을 하고자 하면 스스로 플랫을 구하거나 혼자 집을 렌트하여 독립한다. 정신장애인 중 일부는 지지적 주거의 단계들을 오가며 지내기도 하고 극소수가 가족에게로 돌아가거나 병원에 입원한다.

지지적 주거에서 나와 독립적인 생활을 하게 되면 지역사회의 다른 정신장애인들과 마찬가지로 원하는 경우 지역사회지원워커(community support worker)에게 의뢰되어 지지적 주거의 단계 1, 2에 해당되는 서비스를 지속적으로 받을 수 있다. 이 경우 지지적 주거와 달리 집에서 지켜야 할 규칙이나 거주자 회의 등은 없지만 기술훈련, 지지상담, 장점과 능력에 따른 지역사회자원연결 등의 포괄적인 서비스를 받을 수 있다.

독립적으로 생활하기 위해서는 자신의 소득과 급여, 렌트 비용, 공과금 등을 스스로 관리해야 하는데 필요한 경우 예산서비스를 제공하는 NGO에 의뢰되어 돈 관리(money management) 서비스를 받기도 한다. 서비스는 정신장애인의 요구에 따라 다르지만 보통 렌트 비용, 공과금, 은행이자 등을 기관에서 알아서 관리하고 남은 돈을 정신장애인 스스로가 관리하도록 통장에 입금하여 준다. 이러한 NGO의 서비스는 대부분 무료이다.

3) 법적보호

정신장애로 인해 더 이상 자신의 문제를 결정하거나 관리할 수 없는 성인을 돕기 위해 신상 및 재산보호법(Protection of Personal and Property Rights Act: PPPR Act)이 1988년 제정되었다. 이 법⁹⁾

8) 뉴질랜드의 정신보건법(Mental Health Act 1992)은 정신장애가 있어 치료가 필요함에도 불구하고 치료를 원하지 않는 정신장애인에 대한 강제사정과 치료(compulsory assessment and treatment)에 관한 제한사항을 규정하고 있다. 망상이나 지각, 의욕 등의 장애를 가진 자가 자신이나 타인의 안전에 심각하게 위협하거나 스스로를 돌볼 능력이 현저히 저하되어 있을 때 법원은 동의 없이 치료할 수 있는 강제치료명령(compulsory treatment order)을 내리게 된다. 여기에는 지역사회치료명령과 입원치료명령이 있다. 이런 명령을 받는 자를 정신보건법 하에 있다고 한다.

9) 신상 및 재산보호법(Protection of Personal and Property Rights Act)에 관한 내용은 법무부(Ministry of Justice)의 법령과 Sarah Mackenzie and Nicola Shirlaw(2002)의 *Mental Health and the Law*의 pp.93-106의 내용을 요약 정리한 것임.

은 대상자(정신장애인)를 무력화시키려는 것이 아니라 그들의 삶의 관리를 돕고 그들의 권리를 보호하기 위한 것이다.

이 법은 두 가지 방식으로 적용된다. 첫 번째 적용방식은 후견명령으로 정신장애인이 능력을 잃었다고 판단한 당사자, 친척, 가족, 친구, 서비스제공자, 비영리조직이나 집단 등이 가정법원에 신상관리(personal order)나 재산관리(property order)를 신청하면 법원이 이를 검토하여 복지후견인(welfare guardian)이나 재산관리인(property manager)을 지정하여 주는 것이다. 이 법은 대상자의 이익과 복지를 보호하고 잔존능력을 최대한 활용하며 가능한 한 지역사회의 일원으로 살아가도록 돕기 위한 목적을 가지고 있다. 따라서 후견인과 대리인 선정 시 대상자의 의견을 최대한 반영하고 복지후견인과 재산관리인이 할 수 있는 일과 해서는 안 되는 일¹⁰⁾을 법으로 분명히 규정하고 있으며 정기적인 검토를 통해 계속적인 관리의 필요성을 재고한다. 검토과정에는 대상자가 어느 누구의 방해 없이 직접 판사에게 자신의 의견을 말할 수 있는 권리가 보장된다.

신상관리는 복지후견인이 대상자의 이익을 대변하여 주거, 의학적 치료, 재활, 교육에 대한 결정과 \$2,000이하의 재산관리를 돕는 것이다. 재산관리인은 \$2,000이상의 재산과 연간 \$20,000이상의 소득 관리를 돕는데 은행계좌, 세금, 임차인관리 등을 대상자를 대신하여 결정한다. 그러나 아무리 재산관리인이라 하여도 \$120,000이상의 가치를 지닌 재산을 팔거나 살 때, 혹은 일년에 \$5,000 이상의 기부금을 낼 때, 10년 이상의 임대계약을 할 때는 반드시 법원의 동의를 얻도록 규정함으로써 재산관리인을 감독하고 대상자의 재산을 보호한다. 복지후견인과 재산관리인은 모두 법원에 자신들의 관리를 보고해야 하고 정기적으로 임상 팀의 주요임상가와와의 만남도 가져야 한다.

PPPR Act의 두 번째 적용방식은 대리권한 지정(Enduring Powers of Attorney: EPA)제도이다. 일본의 임의후견제도와 유사한 것으로 대상자가 스스로 능력을 잃을 경우를 대비하여 자신의 신상과 재산을 누가 관리해주기를 원하는지에 대한 바람을 미리 적어 두는 법적 서류이다. 이 제도는 대상자가 어떤 부분의 관리를 원하는지 그리고 아무리 자신이 무능력한 상태라 하여도 어떤 것은 절대 하고 싶지 않은지를 분명히 해둘 수 있다. 이는 질병경과가 순환적이고 총체적인 무능력을 보이는 것이 아닌 정신장애(치매 제외)의 경우 특히 유용하다. 여기에도 신상관리와 재산관리의 두 가지 유형이 있는데 신상관리는 반드시 대상자의 능력이 상실되었을 때 발휘되지만 재산관리는 대상자가 원하는 시기에 원하는 만큼의 관리부터 할 수 있는 장점이 있다.

PPPR Act에 해당되는 신상관리인과 재산관리인은 복수로 지정할 수 있고 개인이나 법인대표 등 대상자의 최대이익을 위해 일할 능력만 있으면 가능하다. 이 법은 정신보건법과 같이 적용되지만 뉴질랜드 정부의 정신보건목표가 정신장애인의 회복에 있으므로 가급적 정신장애인 스스로 결정하고 관리하도록 격려된다. 따라서 치매를 제외한 대부분의 성인정신장애인의 경우 지역사회 기관의 도움을 충분히 받고 있으므로 PPPR Act의 적용을 받는 경우는 많지 않다.

10) 복지후견인과 재산관리인이 공통으로 해서는 안 되는 일은 대상자를 결혼시키거나 이혼시키는 것, 입양을 결정하는 것, 정규적인 치료나 수술이 동의하지 않는 것, 전기치료나 심각한 손상을 입힐 수 있는 수술에 동의하는 것, 의학적 실험대상이 되는 것에 동의하는 것 등이다.

4. 결론 및 정책적 함의

탈시설화 이후 정신보건의 패러다임이 보호에서 사회통합으로, 치료에서 삶의 질 향상으로 변화되면서 최적의 임상서비스 만큼이나 정상화를 위한 사회적 서비스의 중요성이 강조되고 있다. 특히 정신장애는 20세를 전후로 발병하여 대부분 성인이고 그들 중 상당수가 노부모에게 의존하고 있는 상태이다. 따라서 일차적 보호제공자인 부모가 사망이나 질병 등의 이유로 더 이상 보호를 제공할 수 없을 때 어떻게 살아갈 것인가 하는 평생계획은 지역사회 중심의 정신보건사업의 성패를 좌우하는 중요한 이슈라 할 수 있다. 이러한 문제의 인식은 임상기술개발에 집착해온 정신보건전문가들에게 중요한 도전이다. 그 이유는 평생계획의 실천을 위해서는 증상완화에 치료적 목표를 두었던 의료모델에서 벗어나 지역사회에서 정신장애인이 만족스런 삶을 살아가도록 돕는 장점모델로의 전환을 요구하기 때문이다.

따라서 본 연구는 회복과 '홀륭한 정신보건'을 국가적 정신보건사업의 목표로 설정하고 있는 뉴질랜드의 정신보건체계 속에서 성인정신장애인의 평생계획이 어떻게 실천되고 있는지 조사하였다. 연구 방법으로는 문헌연구를 통해 정부의 급여체계와 관련법을 분석하였고 대표적 NGO인 TKA의 팀장들과의 면담과 기관 내 자료 분석을 통해 지역사회기관에서 제공하는 구체적 서비스를 조사하였다.

연구결과 뉴질랜드 정신보건체계 속에서 성인정신장애인의 평생계획 요소(재정적 계획, 주거계획, 법적 보호)들은 다음과 같이 보장된다.

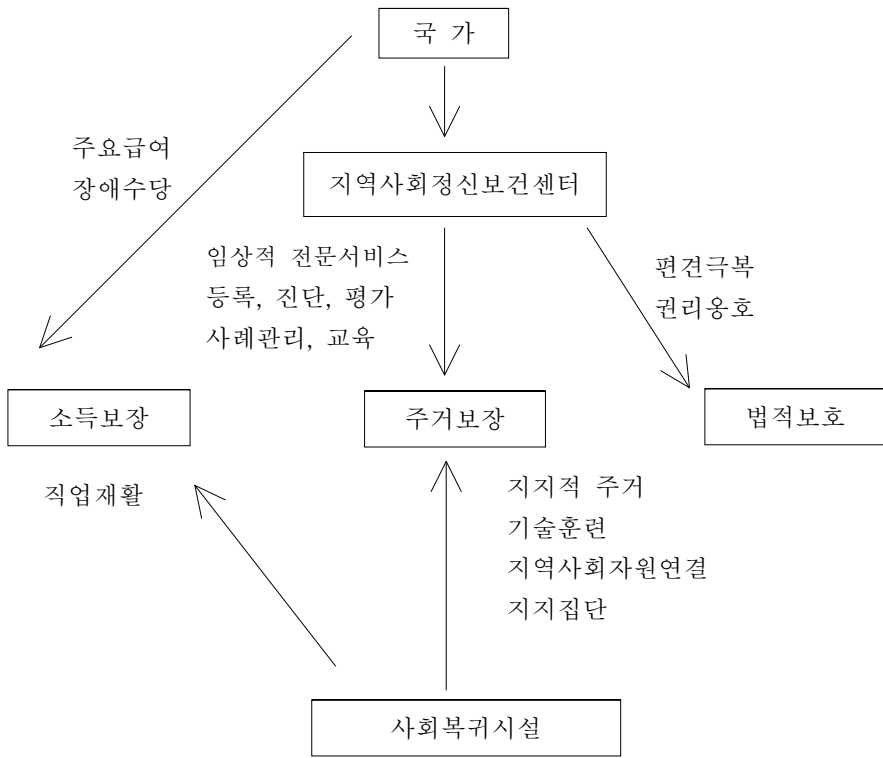
첫째, 재정적 계획에는 주요급여와 다양한 수당이 포함된다. 주요급여인 장애급여는 주당 15시간 이상의 일이 불가능하다는 의사소견에 근거하고 상태가 좋아져 일을 하게 되면 소득에 따라 급여의 일부를 삭감하여 가급적 일을 지속할 수 있도록 돕는다. 주요급여 이외에도 가족수당과 장애수당이 결혼상태와 자녀수에 따라 차등 지급되어 생활비뿐 아니라 장애로 인한 추가비용을 감당할 수 있다. 또한 고용촉진을 위해 정부가 고용주에게 임금보조, 훈련보조, 추가비용 등의 경제적 지원을 하고 TKA와 같은 NGO들이 직업훈련에서부터 구직 그리고 고용유지에 이르기까지 전 과정에 걸쳐 지속적인 지지와 정보를 제공한다.

둘째, 주거계획 면에서 우선 정부가 주택보조와 6개월 이상 지지적 주거와 병원에 입원해있던 사람들에게 자립지원을 위해 주거마련비용을 지원한다. 또한 일부 NGO들이 지지적 주거 프로그램을 가지고 있어 지역사회에서 필요한 주거와 지지를 동시에 제공한다. 지지적 주거는 정신장애인의 사회적 기능에 따라 24시간 위커가 상주하는 것에서부터 정기적으로 방문하여 기술훈련과 필요한 지지만을 제공하는 것까지 다양한 수준으로 나누어져 있다. 지지적 주거에서의 위커들은 은행업무와 세탁, 요리, 청소 등의 기본적인 일상생활기술을 훈련하고 개인적 장점을 개발하여 삶의 목표를 이루어 나가도록 지역사회의 자원을 연결한다. 그리고 지역사회정신보건센터의 임상 팀과의 지속적인 연계를 통해 증상통제와 약물관리를 돕는다.

셋째, 법적 보호는 신상 및 재산보호법을 통해 가능하다. 이 법은 잔존능력의 활용과 자기결정권 존

중을 전제로 한다. 정신장애로 인해 더 이상 자신의 일상을 관리할 수 없는 장애인의 경우 신상관리와 재산관리를 신청하면 법원은 복지후견인과 재산관리인을 지정하여 준다. 복지후견인은 주거, 의학 적 치료, 재활, 교육 등의 관리를 도와주고 재산관리인은 은행계좌, 세금, 재산 등의 관리를 돕는다. 이 외에 대상자가 자신이 능력을 잃었을 때를 대비하여 신상과 재산에 대한 대리권을 미리 지정해 두는 대리권지정제도가 있어 질병경과가 순환적인 정신장애인에게 적합하다.

이와 같은 뉴질랜드 정부와 NGO의 평생계획 프로그램을 통해 우리나라 정신보건체계에 다음과 같 은 제안을 할 수 있다.



〈그림 2〉 성인정신장애인의 평생계획 모형

첫째, 전달체계에서 지역사회정신보건센터와 사회복귀시설의 기능과 역할을 분명히 구분하는 것이 필요하다. 〈그림 2〉와 같이 지역사회정신보건센터는 뉴질랜드처럼 병원에서 퇴원한 정신장애인의 지역사회로의 복귀를 돕는 임상적 기능을 수행하는 것이다. 즉, 지역사회의 정신장애인의 등록과 진단 및 평가를 수행하고 이들을 위한 정신건강교육, 홍보, 옹호활동을 수행하며 특수한 욕구를 가진 집단 (청소년, 자살, 약물복용, 모자정신보건 등)을 위한 임상적 전문서비스를 제공한다. 이와 달리 사회복귀시설은 뉴질랜드의 NGO처럼 지역사회에서 생활하는데 필요한 사회적 서비스를 제공하는데 초점을 둔다. 즉, 이들은 일상생활, 대인관계, 문제해결 등의 기술훈련을 실시하고 재정관리를 도우며 삶의 목표를 설정하고 책임감 있는 사회인으로 생활하도록 돕는다. 이 모든 서비스는 기관에서가 아닌 정신

장애인이 있는 곳에서 실시하여 지역사회로의 완전한 통합을 목표로 한다. 또한 직업재활서비스를 통해 취업 전 훈련에서 구직, 직업유지에 이르기까지 전 과정을 돕는다. 무엇보다 사회복지시설에서는 지지적 주거 프로그램을 통해 정신장애인에게 주거와 지지를 동시에 제공해야 한다. 이처럼 임상적 서비스와 사회적 서비스를 분류하는 것은 서비스의 중복을 예방할 뿐 아니라 한 기관 내에서 의료모델과 강점모델의 프로그램을 동시에 운영하는 전문적 개입의 모순을 피할 수 있다.

둘째, 평생계획의 세 가지 요소가 현실적으로 제도화되는 것이 시급하다. 우선 재정적 계획을 위해 장애수당을 포함한 급여가 기본적인 생계비용과 장애추가비용이 감당될 수 있도록 현실화되어야 한다. 이는 이미 사회복지학과와 소비자단체가 그 필요성을 충분히 지적해온 바이다. 더 나아가 획일적 급여제도보다 개인의 능력과 욕구에 맞는 가족수당, 자립지원, 직장경험 및 고용지원 등 다양한 수당과 고용서비스를 제도화하여 정신장애인의 정상화와 회복을 도울 수 있어야 한다. 또한 신탁제도를 활성화하기 위해 투명성을 확보할 수 있는 감독제도의 도입과 최근 학계와 소비자 단체가 요구하는 장애연금의 도입이 정신장애인 소득보장의 중요한 대안이 될 수 있다.

주거계획 면에서도 지지적 주거의 확보가 무엇보다 시급한데 이를 위해 공공임대주택을 우선 분양 받을 수 있도록 제도화하거나 뜻이 있는 후원자를 찾아 장기간 저렴하게 임대받는 방법을 찾아볼 수 있다. 또한 이렇게 임대하는 사람들에게 세금을 감면하는 등의 적극적인 유도정책도 요구된다. 물론 지지적 주거를 활용하기 위해서는 급여가 현실화되어 최소한의 기본적 생계와 장애추가비용이 감당될 수 있어야 한다. 그리고 완전한 사회통합을 위해 종합사회복지관이나 문화센터 등에서 정신장애인의 여가활동, 사회활동, 취미개발이 가능하도록 편견극복을 위한 국가적 노력이 우선되어야 한다. 특히 정신장애인만을 위한 기관내의 프로그램은 또 다른 시설화를 낳을 수 있고 지역사회의 편견을 더 강화시킬 수 있다는 점을 전문가들이 인식하고 이를 지양하는 것이 필요하다.

법적 보호 면에서는 현재 장애인부모회가 요구하고 있는 성년후견제도의 도입을 제안할 수 있다. 이 제도는 정신장애인의 존엄성과 자기결정권에 대한 존중이 전제되어야 하고 권리제한이 아닌 원하는 만큼의 관리와 후견이 가능하도록 유형을 분류하는 것이 필요하다. 그러나 정신장애인의 경우 특별한 경우(예 치매)를 제외하고는 포괄적 서비스를 지속적으로 제공하여 자신의 신상과 재산을 스스로 관리하도록 격려하는 것이 중요하다. 그리고 자신의 무능력한 상태를 대비하여 미리 대리권을 지정하도록 제도화함으로써 자기결정권을 최대한 존중하는 것이 필요하다.

참고문헌

- 강동욱. 2004. "한국의 장애인 사회보장에 관한 연구". 2004년도 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집.
 강동호·김철권·변원탄. 1995. "정신분열병 환자 가족의 객관적, 주관적 보호부담에 관한 연구". 『신경정신의학』 34: 193-203.
 김용하. 2005. "장애기초연금의 도입방안". 2005년도 한국장애인복지학회 춘계 학술대회자료집.
 박순국. 1988. "정신박약자녀의 장애보장을 위한 부모의 욕구조사". 연세대학교 석사학위논문 (미간행).
 박종훈. 2005. "참여정부 하에서의 장애인 인권과 장애인 차별금지법". 2005년도 한국장애인복지학회 춘계 학술대회자료집.

- 백승흠. 2002. "일본의 성년후견제도의 개관". 『가족법연구』 16: 341-357.
- 보건복지부. 2000. "장애인실태조사".
- _____. 2005. "2005년도 정신보건사업안내".
- 서동우. 2004. "선진국의 정신보건현황 :뉴질랜드 정신보건체계". 신경정신의학회보. 2005년 8월 25일자 기사.
- 서미경. 1999. "정신장애인 가족의 대처에 관한 연구". 『한국사회복지학』 37: 217-239
- _____. 2000. "성인정신장애인의 평생계획에 관한 연구". 『한국사회복지학』 43: 106-130.
- _____. 2001. "성인정신장애인을 돌보는 부모에 관한 연구". 『신경정신의학』 40(3): 443-451.
- 양옥경. 1995. "정신장애인 가족에 관한 연구 - 가족의 보호부담, 대처기제, 서비스 욕구를 중심으로". 『신경정신의학』 34: 809-829.
- 이동귀. 2002. 『부모사후를 대비한 장애자녀의 평생계획』. 서울: 도서출판 특수교육.
- 이영규. 2004. "성년후견제도의 필요성과 전망". 서울장애인 인권부모회 국회공청회 자료집.
- 이영호 · 심주철 · 이상경 · 김용관 · 김규수 · 김영순. 2000. "정신분열병 환자 가족을 위한 한 정신교육적 가족치료모형의 효과". 『신경정신의학』 39(3): 479-494.
- Botsford, A. L, and D. Rule. 2004. "Evaluation of a Group Intervention to Assist Aging Parents with Permanency Planning for an Adult Offspring with Special Needs." *Social Work* 49(3): 423-431.
- Copeland, M. E. 2002. *Wellness Recovery Action Plan*. West Dummerston: Peach Press.
- Gordon, C. 2003. "Third Party Special Needs/Supplemental Benefits Trust." <http://www.planofaz.com/index51/phpk>.
- Greenberg, J. S., J. R. Greenley, D. Mckee, R. Brown, and C. Griffin-Francell. 1993. "Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on mental health." *Family Relations* 42: 205-211.
- Heller, T., and A. Factor. 1991. "Permanency Planning for Adults with Mental Retardation Living with Family Caregivers." *American Journal on Mental Retardation* 96(2): 163-176.
- Lisa, R. 2000. "Overview on permanency planning." <http://www.aaatc.org/man11htm>.
- Lefley, H. 1987. "Aging Parents as Caregivers of Mentally Ill Adult Children: An Emerging Social Problem." *Hospital and Community Psychiatry* 38(10): 1063-1070.
- _____, and A. B. Hatfield. 1999. "Helping Parental Caregivers and Mental Health Consumers Cope with Parental Aging and Loss." *Psychiatric Services* 50(3): 369-375.
- Mackenzie, S., and N. Shirlaw. 2002. *Mental Health and the Law*. Wellington: Wellington Community Law Centre.
- Mental Health Commission. 1998. "Blueprint for Mental Health Services in New Zealand." Wellington, New Zealand.
- _____. 1999. "Housing and Mental Health: Reducing Housing Difficulties for People with Mental Illness." Wellington, New Zealand.
- Ministry of Health. 1994. "Looking Forward: Strategic Directions for the Mental Health Services." Wellington, New Zealand.

- _____. 1997. "Moving Forward: The National Mental Health Plan for More and Better Services." Wellington, New Zealand.
- _____. 2004. "Improving Mental Health: The Second National Mental Health and Addiction Plan 2005-2015." Wellington, New Zealand.
- _____. 2005. "Framework for relations between Ministry of Health and Health/Disability Non-Government Organizations."
<http://www.moh.govt.nz/moh>.
- Ministry of Social Development. 2002. "Mental Health and Independent Housing Needs -Summary of the Research-." Wellington, New Zealand.
- _____. 2005a. "Main benefit information."
<http://www.workandincome.govt.nz/benefit>.
- _____. 2005b. "Employers and industry."
<http://www.workandincome.govt.nz/employers/industry>.
- NAMI. 2003. "PLAN(Planned Lifetime Assistance Network)."
<http://www.nami.org/PrinterTemplate.cfm?Template=/ContentManager>.
- NICHCY(National Information Center for Children and Youth with Disabilities). 1994. "Estate Planning." <http://www.nichcy.org/pubs/newsdig/nd18txt.htm>.
- Pruchno, R. A., J. H. Patrick, and C. J. Burant. 1996. "Mental health of aging women with children who are chronically disabled: Examination of a two-factor model." *Journal of Gerontology* 51(6): 284-296.
- Rapp, C. A. 1998, *The Strength Model: Management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Repper, J., and R. Perkins. 2003. *Social Inclusion and Recovery*. London: Bailliere Tindall.
- Russell, L. M., A. E. Grant, S. M. Joseph, and R. W. Fee. 1993. *Planning for the Future: Providing a Meaningful Life for a child with a Disability after Your Death*. Evanston: American Publishing Company.
- Smith, G. C., and S. S. Tobin. 1989. "Permanency Planning among Older Parents of Adults with Lifelong Disabilities." *Journal of Gerontological Social Work* 14(3/4): 35-59.
- _____, A. B. Hatfield, and D. C. Miller. 2000. "Planning by Older Mothers for the Future Care of Offspring with Serious Mental Illness." *Psychiatric Services* 51(9): 1162-1166.

Permanency Plan for Adults with Mental Illness: Focused on Mental Health System of New Zealand

Seo, Mi-Kyung
(Gyeongsang National University)

Primary care takers, especially older parents, who live with and care for an adult child with mental illness struggle with the dilemma of who will provide for their child's social and emotional needs and physical care requirements when they can no longer care so. Therefore, 'Permanency plan(financial, residential, legal plan)' is very important for social integration and normalization of mental illness adults. This study aims to introduce the mental health systems in New Zealand and to investigate the permanency plan strategies(benefit, supplements, and the laws) of the government and community support services of NGOs through the interviews with team leaders of representative NGO, Te Korowai Aroha.

Permanency plan strategies of New Zealand Government and NGOs are as follows.

1) Financial plans for adults with mental illness include main benefit(invalid benefit), various allowances(family allowance and disability allowance), and wage subsidies for employment.

2) The Government provide accommodation supplement and re-establishment grant for residential plan. And NGOs have supported accommodation program to provide support and accommodation that are important for social integration.

3) Adult mental illness is provided the support of welfare guardian and property manager under the Protection of Personal and Property Rights Act.

According the results, this study concluded that social services for the mental illness which secure supported accommodation and benefits is strongly needed. At the same time, mental health delivery system is needed to make distinction between social services and clinical services.

Key words: permanency plan, guardian, supported accommodation, employment, NGO, New Zealand.

[접수일 2005. 12. 2. 게재확정일 2006. 3. 13.]