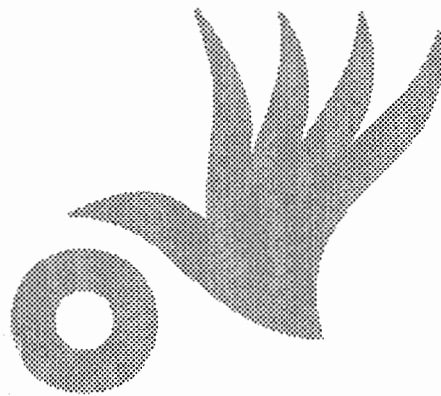


<국가인권위원회 방문조사보고서 1>

정신의료기관 방문조사보고서

2003. 5.



국가인권위원회



EM006677

인 권 침 해 조 사 국
조사기획담당관실

목 차

I. 서론	1
1. 조사배경	1
2. 진정사건 조사 및 직권조사에서 드러난 쟁점	3
3. 조사기획안 수립	5
4. 정신의료기관에 대한 인권관련 체크리스트	7
II. 조사결과	10
1. 조사대상기관 개요	10
1) A정신병원	10
2) B정신병원(B'정신병원 포함)	13
2. 조사기간 및 참여인원	16
3. 조사결과 정리	20
1) 병원구조 및 시설의 문제	20
2) 입·퇴원 과정의 문제	25
3) 치료환경상의 문제	28
4) 환자들의 일상생활상의 문제	36
5) 환자에 대한 병원의 통제에 있어서 문제	40
6) 기타 인권상의 문제	45
4. 종합적인 판단	47
III. 결론(제안)	50
1. 당면과제	50
1) 강박조치의 최소기준 마련 및 시행	50

2) 알코올 중독환자와 정신분열증 환자의 분리수용	50
3) 환자에 대한 보호자의 보호의무 및 접근권 보장	51
4) 화재에 대비한 시설 개선	52
2. 장기적 개선방안	53
1) 치료적 환경을 위한 의료인력의 최저기준 조정	53
2) 개방적 병원 환경 조성 및 다양한 치료프로그램 실시	53
3) 환자를 이용한 환자통제(방·실장제) 폐지	54
4) 정신병원에 대한 지도·감독의 실질화	55
5) 환자의 사회복귀를 위한 중간단계의 치료 및 재활시설 설치	56
IV. 청문회 결과(관련단체들의 주장)	57
1. 정신장애우의 인권보호를 위한 제언 (송응달: (사)대한정신보건협회 회장)	59
2. 정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점 (정은기: 대한신경정신의학회 법제이사)	65
3. 정신장애인도 우리의 이웃입니다 (오경현: 한국정신보건전문간호사회 홍보문화이사)	69
4. “소비자 선택권” 보장을 촉구함 (배정규: 대구대학교 심리학과 교수)	78
5. 정신질환자의 입원과 인권보호 (김문근: 정신보건사회사업학회)	87
6. 치료 및 지지환경에서 정신질환자의 인권보호 취약점 (은광석: 대한정신병원협의회 부회장)	95
7. 정신요양시설 운영 및 실정 (하정섭: 한국정신요양협회장)	112
8. 정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점 (이찬진: 변호사, 민변 노동복지위원회 복지담당)	119

붙 임

1. A정신병원의 병동 평면도	143
2. B정신병원의 병동 평면도	144
3. A 및 B정신병원의 상황에 대한 설문지	145
4. B정신병원의 환우에 대한 설문	146
5. B정신병원의 환우 설문에 대한 답변 내용	155

표 목 차

<표 1> 정신의료기관 현황	1
<표 2> A정신병원의 병상수 및 환자수	10
<표 3> 의료인력 및 직원현황	11
<표 4> 채용기간별 입원환자의 분포	12
<표 5> B정신병원(B'정신병원 포함)의 병상수와 환자수	14
<표 6> 의료인력 및 직원현황	15
<표 7> 채용기간별 입원환자의 분포	16
<표 8> 조사일정	19
<표 9> 의사 치료 환경	30
<표 10> 기타 치료프로그램의 참여 여부	32
<표 11> 환자의 외부와의 소통 여부	37
<표 12> A정신병원의 환자 권익체계	39
<표 13> 강박조치(R/T)의 유무, 횟수, 기간, 사유 인지여부	41
<표 14> 환자들의 친지 연락처 인지상태	47
<표 15> 종합치료적 환경에 대한 환자들의 평가	49

I. 서 론

1. 조사배경

보건복지부의 통계에 따르면 우리나라의 정신병원은 1980년대 이후 해마다 급증하고 있다. 이는 무엇보다도 정신병 환자에 대한 대책으로 정신병상수를 늘여온 국가정책에 따른 현상으로 볼 수 있다. 그 결과 2001년 6월말 현재 우리나라의 정신보건시설 현황은 정신의료기관만 해도 822개 병원(병상수 46,472)에 이르고 있다(표 1 참조).

표 1) 정신의료기관현황

(2001년 6월말 현재)

구 분		기관수	병상수	비고	
정신 의료 기관	소계		822	46,472	
	정신 병원	국립	6	3,874	
		공립	11	3,677	
		사립	57	20,280	
		소계	74	27,831	
	병· 의원	종합병원정신과	154	7,267	
		병원정신과	53	7,753	
		정신과의원	541	3,621	
		소계	748	18,641	

* 보건복지부 제공

하지만 이와 같은 정신과 관련시설의 급증 및 비대화가 곧바로 정신 질환자에 대한 적절한 치료 및 인권보호를 의미하는 것은 아니다. 이러한 현상의 배후에서는 정신질환자에 대한 여러가지 불법 및 부적절

한 행위가 관행화되고 있다는 의문이 제기되고 있었다. 그중 가장 자주 제기되는 의문은 무분별한 환자의 입·퇴원 과정, 환자의 장기수용과 수용화현상, 의사 수에 비해 과도한 환자수용, 정신병원의 시설미비 등을 들 수 있을 것이다. 정신병 환자는 그 특성상 권리주체로 인정받지 못하고 있으며, 사회적으로 위험한 존재라는 인식이 강하기 때문에, 이상에서 제기된 문제는 정신질환자의 치료환경 및 인권보호에 결정적인 타격을 줄 수 있는 것들이라 할 수 있다.

한편 이러한 정신질환자의 권리를 보호하기 위해 장기간의 논의 속에서 제정 및 개정된 법이 '정신보건법'이다. 그러나 이 법을 숙지하고 있어야 할 의사들이 사실상 그 법에 대해 잘 모르는 경우가 많으며, '정신보건법'을 시행하기 위한 세부규정도 불충분한 경우가 많은 것으로 판단된다. 또 정신질환자의 치료환경 및 인권보호를 위해 지역별로 설치된 정신보건심의위원회는 개최횟수가 극히 적어 사실상 주어진 역할을 수행하지 못한다고 할 수 있다. 그 결과 정신질환자들의 치료환경 및 인권보호는 그 중요성에 비해 적어도 국가적 수준에서는 방치되고 있다고 해도 과언이 아닐 것이다.

정신의료기관은 가족의 동의 등 약간의 법적요건과 의사의 판단만으로 환자의 자유권을 제한하고 강제수용하는 곳이다. 또 환자들의 의사는 법적효력을 갖지 못하는 경우가 많다. 그 만큼 환자들의 치료환경 개선과 인권보호가 중요한 시설인 것이다. 따라서 단순히 법이나 제도에 대한 검토에 그치는 것이 아니라 환자들의 생활실태 및 수용상태를 검토하고 환자들의 인권이 보장될 수 있는 다양한 장치를 개발할 필요가 있다. 이상과 같은 이유에 근거하여 국가인권위원회는 진정사건 조사 및 직권조사에 따른 고발 및 권고 등의 조치에서 한 걸음 더 나아가 정신의료기관을 대상으로 방문조사를 실시하여 인권과 관련된 환자들의 실상 및 제도적 미비점을 밝히고 대안을 고민하고자 한다.

2. 진정사건조사 및 직권조사에서 드러난 쟁점

2003년 3월 현재 우리 인권위에 접수된 정신병원 관련 진정사건은 총 44건(정신질환자 요양소 및 미인가 시설 포함)에 달한다. 이중 현재 까지 조사가 완료된 사건의 사례를 검토해 보면, 다음과 같은 문제점이 드러나고 있다.

① 입·퇴원과정의 문제

정신보건법에서 규정하고 있는 입원유형(제23조 내지 제26조)에는 '자의 입원', '보호의무자에 의한 입원', '시·도지사에 의한 입원', '응급 입원'이 있다. 이중 가장 문제가 되는 입원유형은 '응급입원'으로 병원에 왔다가 시·도지사를 보호자로 하는 '보호의무자에 의한 입원'으로 바뀌는 형태이다. 이 경우 병원측은 의료급여법에 따라 무연고환자 1인당 국가로부터 76만원 정도의 입원치료비를 받게 되는데, 이를 목적으로 병원측이 단순 노숙자 등 입원이 필요없는 사람까지도 입원시키는 경우가 문제로 제기된다.

또 역으로 무연고 행려환자들의 경우 퇴원과정에서도 문제점이 발생하는 경우가 많다. 그 이유는 첫째, 이들 대부분이 경제적으로 빈곤하여 병원에서 나가면 다시 행려자가 될 수밖에 없고, 둘째, 가족 등 보호를 제공할 수 있는 조건이 갖추어지지 않은 경우가 많으며, 셋째, 병원에서 병상 유지를 위해 퇴원을 시키지 않기 때문이다. 동일한 이유로 형식상으로는 퇴원이지만, 실제로는 연관 시설들 혹은 다른 정신의료기관과 환자를 주고받는 경우도 발견된다.

② 형식적인 정신보건심의위원회 및 정신보건심판위원회

정신보건법은 정신과 관련시설에서 나타날 수 있는 불법행위를 억제

하기 위해 시·도지사 산하에 '지방정신보건심의위원회'와 '정신보건심판위원회'를 설치·운영하여 이들 시설에 대한 감독·시정·평가, 이의 제기된 치료행위에 대한 평가, 처우개선에 대한 심사, 퇴원 및 계속입원 여부에 대하여 심사하도록 규정하고 있다. 그러나 위원회 회의가 거의 개최되지 않거나 개최되더라도 월1회 개최되는 것이 보통이며, 서울·경기 및 부산·경남 등 정신의료기관이 밀집한 지역에서는 대부분 서면심사로 회의를 진행하기 때문에 실질적인 의미를 갖기 어렵다.

③ 수용과정에서의 인권침해

정신질환자의 경우 원칙적으로는 치료 목적으로만 시설에 수용되어야 한다. 하지만 실제로는 사회적 공포에 근거하여 치료가 필요 없는 사람까지도 수용되어 있는 상태이며, 그 과정에서 병원의 내규나 관행을 이유로 환자의 기본권이 불필요하게 침해당할 소지가 크다.

④ 불충분한 의사의 진단 및 치료과정

1990년도를 기준으로 하는 한 연구결과에 따르면 우리나라 국공립병원은 환자 47.7명당 의사 1명, 사립 정신병원의 경우에는 환자 76.3명당 의사 1명이라고 밝히고 있다. 또한 보건복지부 추산에 의하면 2002년도 현재 우리나라의 정신과 전문의는 총 1,956명이지만, 정신질환자는 총 904개의 병원에 49,860병상이 허가된 상태라고 한다. 병상 가동율이 97~98%에 이른다는 사실을 감안하면 환자수는 49,000명 정도로 추산할 수 있다. 따라서 평균으로 보면 환자 25.1명당 의사 1명으로 치료환경이 비교적 양호한 것으로 평가할 수 있다. 하지만 실제 병원에서 체감하는 수치는 평균치와는 비교할 수 없을 정도로 열악한 것으로 나타난다.

더욱이 보건복지부에서 추산하는 환자 수가 정신질환(불안장애, 기

분장애, 정신병적장애, 정신분열증) 2,725,781명, 알코올사용 장애 2,212,175명이라는 사실을 생각하면 의료진과 환자수의 불균형은 더욱 심각한 것으로 평가할 수 있다. 이와 같은 의사 수의 절대적인 부족현상은 구조적인 문제이지만, 정신병 환자의 인권을 보장하는데 있어서 그것은 커다란 저해요인으로 작용하고 있다.

3. 조사기획안 수립

이상에서 본 바와 같은 배경 및 문제점에 대한 인식하에 국가인권위원회는 위원장의 지시와 제21차 상임위원회 결정에 의해 위원회법 제24조에 의거한 방문조사를 실시할 것과 유현상임위원의 책임 하에 조사기획담당관실이 조사를 담당할 것을 결정하였다. 이 결정의 후속조치로 조사기획담당관실이 초안을 수립하고 조사팀의 회의에서 수정하여 결정한 조사기획안은 다음과 같다.

1) 조사목적

- 환자들의 입·퇴원과정에 대한 실태파악 및 그와 관련된 구체적인 기준안 마련
- 정신병원의 운영과정에서 정신보건법의 준수여부 확인 및 제도 개선이 필요한 사항 정리
- 정신질환자들의 수용실태와 치료환경 및 인권침해 여부 판단

2) 조사내용

- 환자들의 입·퇴원 및 타 시설 입소와 관련된 자료 검토

- 정신보건심의위원회의 운영실태 관련 자료 검토
- 수용자의 수용실태 검토 : 경과기록지, 간호기록지, 투약일지 등
- 시설 및 관리기준 검토 : 체크 리스트 이용
- 표집된 환자들을 대상으로 설문조사 실시
- 관계자 진술 청취 : 관련 공무원, 병원 관계자 및 수용자

3) 조사진 구성

- 조사책임 : 유 현(국가인권위원회 상임위원)
- 조사실무 : 조사기획담당관실
- 전문가
 - 서동우(보건사회연구원 상임연구원), 신현호(변호사) : 입·퇴원 과정
 - 현명호(중앙대 심리학과 교수) : 체크리스트 작성 및 확인
 - 장영민(이화여대 법학과 교수) : 정신보건심의위원회의 실효성 여부
 - 남정현(한양대 의대 교수) : 정신의료기관 수용자의 수용실태

4) 조사대상기관 및 주요대상 환자군 선정

- 조사목적 및 우리나라 정신병원의 문제점 중 하나가 대형화 및 수용된 정신질환자들의 수용화현상에 있다는 점에서 대형병원을 대상으로 하되 비교가 가능하도록 선정하는 것이 좋다고 판단함
- 그 결과 사립정신병원 중 규모가 큰 두 개의 정신병원을 추천함
- 주요 조사대상자
 - 의료보호 대상자(행려환자 등 무연고환자 포함)
 - 장기입원환자, 특히 6개월 이상 보호자 면회가 없는 경우

4. 정신의료기관의 인권관련 체크리스트¹⁾

정신질환자의 인권보호를 위해 법이나 제도에 못지않게 중요한 것이 시설이라 할 수 있다. 시설은 정신질환자들을 수용하여 치료하는 곳이기도 하지만, 동시에 정신질환자들의 일상생활이 이루어지는 곳이기도 하다. 따라서 시설은 적절한 치료를 제공할 수 있는 인적자원 및 물적 자원을 갖추고 있어야 하며, 또한 수용된 환자들이 보호를 받으며 일상생활을 영위할 수 있는 여러 가지 조건을 갖추고 있어야만 한다. 특히 자신의 권리를 요구하기 어려운 정신질환자의 특성을 감안할 때, 시설이 갖는 중요성은 더욱 크다고 할 수 있다.

그래서 보건복지부가 마련한 정신의료기관 체크리스트가 있지만, 그것은 정신질환자의 인권보호라는 측면에서는 매우 취약하다 할 수 있다. 정신질환자의 인권보호라는 담론 자체가 최근에 성립했기 때문이다. 본 조사에서는 그러한 약점을 보완하기 위해 궁극적으로는 인권보호를 위한 체크리스트를 만든다는 목표를 세우고 체크리스트 초안을 만들었다. 그 초안을 이번 조사를 통해 테스트하여 현실에 적합하게 수정한 다음, 차후의 조사에 활용하려는 것이다.

본 조사에서 테스트할 체크리스트 초안은 모두 4개의 영역으로 구성되었다. 제도적인 측면, 관리적인 측면, 시설 및 환경, 수용자의 일상생활이 그것이다. 각각의 영역에는 수용자의 인권과 관련된 질문들이 적게는 5개에서 많게는 10여개까지 배치되어 있다. 각각의 질문들에 대한 답을 구하는 과정에서 해당 의료기관의 인권보호실태를 파악하려는 것이다. 다만 이들 질문들은 계량화를 위한 것이라기보다는 검토항목

1) 서동우박사의 '2002년도 정신요양시설 평가지표(1차안) 및 해설'과 남정현교수의 의견을 참조하고 진정사건에 대한 조사결과보고서를 참고하여 조사기획담당관실에서 작성함

및 주요 착안점들을 나타낸 것이다. 물론 앞으로 연구가 진행되는 과정에서 적절한 점수를 부여하여 계량화를 시도할 가능성은 있다. 체크리스트는 다음과 같다.

1) 제도적인 측면

- 입·퇴원 과정의 적법성 및 적절성 여부
 - 입원시킨 사람, 보호자 여부, 후송과정, 퇴원 후 거주 장소 등
- 사회복지 및 재활훈련과 관련된 제도의 운용 형태
- 정신보건심의위원회 및 시도지사의 관리 실태
- 의료보호자의 규모 및 한 기관에서의 Life cycle 형태
- 수용자의 연령, 입소기간, 질환유형, 보장제도 등에 따른 분포
- 병원의 소유관계 및 운영의 투명성 여부

2) 관리적인 측면

- 의료 및 관리인력이 충분하고 적절한가의 여부
 - 의료진, 간호사, 보호사, 정신보건전문요원 등
- 직원교육의 시행여부 및 그 내용
- 직원들의 주야간 근무형태 및 근무시간
- 수용자들에 대한 각종 기록들의 충실성 및 진실성 여부
- 수용자들의 분리수용 여부 및 적절성 여부
- 의료진과 수용자와의 관계 형태(말씨, 대화여부 등)
- 수용자들의 문제제기 및 이의신청 시 대응방법
- 수용자들의 의견이 시설운영에 영향을 미치는지 여부 및 정도
- 격리실(보호실)의 운용실태
- 강박조치 등의 적정성 여부
- 적절한 치료가 행해지는지 여부

3) 시설 환경 측면

- 건축물의 구조 및 공간배치의 적절성 여부
- 필요시설물의 완비 정도 및 적절성, 그리고 운영실태
 - TV, 사물함, 체육·오락시설, 세면·목욕·세탁·소방시설 등
- 필요 공간의 완비 정도 및 적절성, 그리고 운영실태
 - 상담실, 면회실, 화장실, 휴게실, 재활 프로그램 관련 공간 등
- 시설물의 유지 및 보존 정도
- 냉난방시설 유무 및 작동현황
- 조명의 밝기

4) 수용자들의 일상생활

- 수용자들에게 제공되는 주·부식 및 식수의 적절성 여부
- 수용자들의 의류, 침구, 기타 활용품의 적절성 및 청결 여부
- 세면·목욕 등의 횟수 및 적절성 여부
- 작업수입금의 관리방식 및 공정성 여부
- 수용자들의 생활을 규제하는 내부 규율의 적절성 여부
- 수용자들 사이의 관계 및 가시적인 네트워크의 존재 여부
- 시설외부 출입의 자유 여부 및 정도
- 면회, 서신, 전화 등의 허용 정도
- 폐쇄성 정도 - 시설의 개방 정도, 행사여부 및 참석자 등

II. 조사결과

1. 조사대상기관 개요

1) A정신병원

A정신병원은 1971년 8월 23일 개원하여 30여년의 역사를 지닌 우리나라 최대의 정신병원이다. 개원 후 1980년대 중반까지는 300병상 정도의 병원이었지만, 1980년대 후반부터 정신병원의 확장을 도모한 정부정책에 발맞추어 대규모 병원으로 급성장하였다. 2001년 현재의 병상수 및 환자수는 표 2)와 같다.

표 2) A정신병원의 병상수 및 환자수

2001년 현재

분류항목	병 상 수			환 자 수		
	계	폐쇄병동	재활병동	계	보험환자	급여환자
A정신병원	1,580	1,393	187	1,551 (100%)	216 (13.9%)	1,335 (86.1%)
경기도립 병원	330	330		222	-	222
서울시립 병원	504	504		501	-	501
합계	2,414	2,227	187	2,274 (100%)	216 (9.5%)	2,058 (90.5%)

* A정신병원의 병동은 건강보험병동과 의료급여병동, 재활병동으로 구별되며, 건강보험병동 내부의 반 지하에 신입환자를 위한 집중치료병동이 있음

A정신병원의 소유관계가 지닌 가장 큰 특징은 병원장이 병원 설립자의 아들이며, 그 자신이 정신과의사라는 점이다. 특히 병원장이 정신

과의사라는 점은 정신병원의 유형분류를 시도할 때 하나의 기준이 될 수 있으며, 병원 운영에 있어서도 그렇지 않은 병원에 비해 하나의 변수로 작용할 것으로 판단된다.

표 3) 의료인력 및 직원현황: 총 465명

2001년 현재

구 분	인 원	구 분	인 원
정신과 전문의	27	의무기록사	2
가정, 신경, 내과 전문의	4	보호사	86
정신과 전공의	11	관리직	3
일반의사	3	사무직	10
치과의사	1	원무	13
간호사	133	운전	6
간호조무사	57	기관	5
임상심리사	7	운영	6
사회복지사	22	영선	4
약사 및 약무보조	11	조리 및 취사	38
의료기사 및 보조	4	기타	12

2001년도 현재 A정신병원의 의료인력 및 직원현황은 표 3)과 같다. 보다 구체적으로 현황을 검토해보면 정신과 전문의 및 전공의의 1인당 환자비율은 평균 1:59.8로 나타난다. 보건복지부 기준이 1:70임을 고려한다면 상당히 양호한 비율로 볼 수 있지만, 실제 운영실태를 보면 의사에 따라 환자수가 불균등하게 배분되어 있어서 의사 1인당 의사수가 1:90 정도에 이르는 경우도 발견할 수 있었다. 간호사 1인당 환자수도 역시 평균적으로는 1:12.0으로 보건복지부 기준인 1:13에 비해 양호하지만, 실제 운영과정에서는 보다 과도한 사례가 발견되기도 하였다.

A정신병원에 입원해 있는 환자의 질병별 분포를 보면, 정신분열증 59.7%, 정신지체 6.0%, 알코올 장애 6.0%, 조울증 2.9%로 나타나 절대

다수가 정신분열증 환자이다. 가장 전형적인 정신질환자라고 할 수 있는 정신분열증 환자가 많고, 알코올 장애 환자가 적다는 점은 그만큼 A정신병원이 정신질환 치료에 전문적인 역할을 하고 있다는 사실을 보여준다고 할 수 있다. 또 환자 상호간의 관계에 있어서도 불합리한 점이 적을 것으로 추정할 수 있다.

표 4) 재원기간별 입원환자의 분포

(2002년 11월 현재)

병 원	기 간				합 계
	6개월 이하	6개월~1년	1년~5년	5년 이상	
A정신병원	387	217	747	187	1,538
시립병원	94	89	318	-	501
도립병원	27	24	173	-	224
합 계	508 (22.4%)	330 (14.6%)	1,238 (54.7%)	187 (8.3%)	2,263 (100%)

한편 환자들의 입원기간은 해당 병원의 입·퇴원과 관련한 정보를 제공한다는 점에서 매우 중요한 자료이다. 의사들의 판단에 따르면 환자들의 입원기간은 단기간 입원이 바람직하다는 판단이며, 정신보건법 역시 6개월에 한번씩 계속 입원여부를 심사하도록 하고 있어 단기간 입원을 종용하고 있다. 그러나 표 4)에서 확인되는 바와 같이 A정신병원의 경우 전체 환자의 절반 이상이 1년에서 5년 사이에 분포하고 있으며(54.7%), 문제가 매우 심각하다고 할 수 있는 5년 이상 입원 환자도 8.3%에 이르고 있는 실정이다. 반면에 6개월 이하 입원환자는 전체 환자수의 1/4에도 못 미치고 있다(22.4%). 물론 이러한 현상의 원인이나 책임이 오로지 병원 측에 있는 것은 아니며, 환자 가족이나 부실한 의료체계 등의 책임도 매우 크다.

2) B정신병원(B'정신병원 포함)

B정신병원은 1974년 3월에 설립된 기도원에서 출발하여 1986년 9월에는 복지원으로 법인을 변경하였으며, 1988년 10월에는 요양원으로 시설 변경을 하였고, 현재에는 두 개의 정신병원을 갖춘 병원재단으로 성장한 대규모 정신병원이다. 기도원에서 출발하여 대규모 정신병원으로 성장한 유형으로 볼 수 있으며, 기도원 시절의 소유주가 현재에도 병원이사장을 맡고 있는 병원이다. 이러한 특성은 그 자체가 정신병원 유형분류에 하나의 기준이 될 수 있으며, 병원의 실태조사에서도 중요한 변수로 작용할 것으로 판단된다.

B정신병원의 성장 역시 1980년대 중반부터 시작된 정신병원의 대형화 및 확장과 궤를 같이 한다. 즉 그때까지 기도원이나 복지원만을 운영하던 재단 측이 1988년 8월 3일 550병상의 B정신병원을 개원하고 본격적으로 정신의료기관의 틀을 갖추기 시작했으며, 1989년 4월 6일에는 300병상의 B정신요양원('98년 B'정신병원으로 전환)까지 개원하면서 본격적인 정신의료기관으로 자리 잡은 것이다. 그리고 B정신병원의 경우 1999년 6월에는 998병상으로, 2001년 10월에는 1,260병상으로 확장하는 등 급속한 성장속도를 보여주고 있다. 이 병원의 병상수와 환자수는 표 5)와 같다.

B정신병원이 지닌 또 하나의 특징은 기독교와 밀접하게 연관된 병원이라는 점이다. 최초 기도원으로 운영되던 1974년은 물론이고 형식상 교회와 분리된 것으로 보이는 현재에도 병원운영의 곳곳에서 기독교와의 관련성을 발견할 수 있었다. 예를 들면 환자들의 단체 활동은 대부분 교회라는 공간에서 이루어지고 있었다. 그러나 병원 측은 조사과정에서 교회와의 관련성을 부인하였다.

표 5) B정신병원(B'정신병원 포함)의 병상수와 환자수(2001년 11월 현재)

분류항목	병 상 수			환 자 수		
	계	폐쇄병동	개방병동	계	보험환자	급여환자
B정신병원	1,260	1,260	0	985 (100%)	293 (29.7%)	692 (70.3%)
B'정신병원	300	270	30	297 (100%)	80 (26.9%)	216 (72.7%)
합 계	1,560	1,530	30	1,282 (100%)	373 (29.1%)	908 (70.8%)

* B'정신병원의 환자 중 1명은 일반 환자임

B정신병원의 의료인력 및 직원현황은 표 6)과 같다. 환자수가 1,500명에 이르는 병원의 규모를 고려할 때 의료인력 및 직원수가 충분하지 않다고 판단할 수 있다. 이를 구체적으로 검토해 보자. 조사대상이 된 두 병원을 합칠 경우 정신과 전문의의 1인당 환자비율은 평균 1:91.6에 달하고 있다. 평균 수치에서조차도 보건복지부 기준인 1:70을 훨씬 초과하고 있는 것이다. 실제 운영과정에서 발견할 수 있는 환자의 불균등 배분을 생각하면 문제가 상당히 심각함을 알 수 있다. 조사과정에서 볼 때 100명 정도의 환자가 수용되어 있는 한 병동에 의사 1명이 배치되어 있는 것을 자주 발견할 수 있었다. 간호사 및 보호사의 배치 역시 동일한 문제를 발견할 수 있었다. 즉 B정신병원의 간호사 1인당 환자수는 1:25.6에 달하고 있었다. 이러한 수치 역시 보건복지부 기준인 1:13을 훨씬 초과하는 수치였으며, 실제 운영과정에서는 더 심각한 현상을 발견할 수 있었다.

표 6) 의료인력 및 직원현황

2002년 현재

B정신병원		B'정신병원	
구 분	인 원	구 분	인 원
정신과 전문의	11	정신과 전문의	3
내과 등 전문의	3	진단 방사선과 전문의	1
약사 및 약사보조	4	약사	1
간호사	50	간호사	18
간호조무사	24	간호조무사	11
보호사	11	보호사	11
원무과(보험, 전산 포함)	10	원무과	3
방사선과	1	영양사	1
임상병리사	2	임상병리사	1
사회복지사	2	사회복지사	1
정신보건전문요원	5	정신보건전문요원	3
기타	2	기타	8
합계	125	합계	62

* B정신병원의 의사 중 4명은 공중보건의로임

B정신병원 입원환자의 질병별 분포를 보면 정신분열증 환자와 알코올 장애환자가 대략 절반 가까운 비중을 차지하고 있었다. 즉 B정신병원의 경우 정신분열증 환자가 47.8%, 알코올 장애환자가 42.1%의 비중을 보이고 있었으며, B'정신병원의 경우에도 정신분열증 환자가 47.3%, 알코올 장애환자가 36.9%의 비중을 차지하고 있었다. 이와 같은 환자의 분포는 병원의 운영과정에서 문제가 될 수도 있다고 생각되었다. 즉 같은 병동에 정신분열증 환자와 알코올 장애환자가 함께 수용되어 있기 때문에 알코올 장애환자에 의해 정신분열증 환자들의 권리 및 이익이 침해당할 가능성이 있는 것이다. 술을 먹지 않으면 일반인과 똑같은 알코올 장애환자들과 정신분열증 환자들은 상황에 대처하는 능력이나 행동양식에 있어서 비교가 불가능할 정도로 격차를 보이기 때문이다.

표 7) 재원기간별 입원환자의 분포

(2002년 12월 현재)

병 원 \ 기 간	6개월 이하	6개월~1년	1년~5년	5년 이상	합 계
B정신병원	472	192	282	43	989
B'정신병원	101	41	156	-	298
합 계	573 (44.5%)	233 (18.1%)	438 (34.0%)	43 (3.3%)	1,287 (100%)

B정신병원 입원환자의 입원기간별 분포는 표 7)과 같다. 이에 따르면 전체 환자의 절반 가까운 환자(44.5%)가 6개월 이하의 단기 입원환자로 일단은 바람직한 현상이라는 판단이 가능하다. 하지만 실제 운영 과정을 검토하는 과정에서 두 병원 사이를 오가며 순환 입원한 사례와 한 환자가 2년이 채 안되는 사이에 다섯 번 입원하는 사례가 발견되는 등 통계치의 신뢰성이 떨어지면서 변칙 운영되고 있다는 의심이 생기고 있다. 이를 보다 분명하게 규명하기 위해서는 별도의 집중적인 조사가 필요하다고 판단된다. 6개월 이하의 단기 입원환자가 예상외로 많다는 점을 제외하면 B정신병원 입원환자의 입원기간별 분포도 A정신병원의 경우와 유사하다. 즉 1~5년 사이의 환자가 비교적 많이 분포하고 있으며 5년 이상 된 환자도 적지 않게 있는 등 정신의료체계의 문제점을 그대로 보여주고 있다.

2. 조사기간 및 참여인원

1) A정신병원

A정신병원에 대한 방문조사는 11월 19일과 20일 양일간에 걸쳐 진행되었다. 조사책임자인 유현상임위원은 첫날 참석하여 병원측의 브리

핑 청취 및 시설방문조사를 실시하였으며, 국가인권위원회 조사팀(조사 기획담당관외 3명)은 이틀간 모두 참여하였다. 한편 전문가 팀은 각자 하루를 선택하여 자신이 맡은 분야를 조사한 다음 각자의 조사결과 및 의견을 전자메일로 송부해주는 방식으로 조사에 참여하였다.

- 19일 : 국가인권위원회 조사팀, 서동우박사, 신현호변호사

- 20일 : 국가인권위원회 조사팀, 남정현교수, 장영민교수, 현명호교수

A정신병원의 조사를 진행하면서 조사팀이 받은 인상은 이 병원이 조사나 감사 등에 대한 대비가 매우 철저하다는 것이다. 동 병원이 서울에 인접해 있고, 또 가장 규모가 큰 정신의료시설이며, 병원장 이하 의료진들의 연구 활동이 활발한 관계로 관계공무원 및 외빈들의 방문이 잦기 때문이다.

그러나 이러한 점이 조사활동의 신뢰도에 영향을 미칠 우려가 있다는 것은 주의를 요한다고 판단되었다. 즉 이틀이라는 단기간 조사의 특성상 구체적인 실상을 파악하기 보다는 자료를 통한 조사가 진행될 수밖에 없는 실정에서 잦은 피감기관의 경력이 있는 동 병원은 법규 및 제도에 맞게 자료를 구비해 놓았을 가능성이 있기 때문이다. 즉 조사과정에서 실제와는 다른 자료상의 현상만을 조사하였을 수도 있다는 것이다. 본 조사과정에서는 이러한 우려를 일부나마 불식하기 위해 사전 예고가 없는 상태에서 환자들을 대상으로 한 설문조사 및 면접조사를 실시하였다.

2) B정신병원 및 B'정신병원

B정신병원에 대한 방문조사는 11월 26일과 27일 양일간에 걸쳐 진행되었다. 조사책임자인 유현상임위원 및 인권침해조사국장은 첫날 참석하여 병원 측의 브리핑 청취 및 시설방문조사를 실시하였다. 그리고 국가인권위원회 조사팀(조사기획담당관외 3명)은 이틀간 모두 조사에

참여하였고, 전문가 팀은 각자 하루를 선택하여 자신이 맡은 분야를 조사하는 방식으로 이루어졌다. 이 경우 역시 전문가팀은 조사가 끝난 다음 조사결과를 위원회 조사팀에 전자메일로 송부해주었다.

- 26일 : 국가인권위원회 조사팀, 남정현교수, 신현호변호사, 현명호 교수

- 27일 : 국가인권위원회 조사팀, 서동우박사, 장영민교수

B정신병원을 조사하는 과정에서 조사팀을 가장 당혹스럽게 한 것은 병원 내부 및 정원에 가득 차 있는 석조 및 목조 조형물들이었다. 병원 측의 설명으로는 환자들의 정서순화를 위해 필요하다고 하였지만, 동행한 전문가들의 견해로는 그러한 설명에 동의할 수 없다는 것이었다. 결국 그러한 조형물들은 병원 소유관계에 기인한 소유주의 취향에 따른 현상이며, 그에 소요되는 재원을 마련하는 과정에도 의문이 간다는 선에서 논의를 마무리하였다.

한편 B정신병원에서는 조사팀이 요구하는 자료가 제대로 준비되지 않았다. 이는 병원의 운영진이 그만큼 병원의 현황파악을 잘 못하고 있거나 은폐하고 있는 것이며, 병원 운영이 체계화 및 조직화되지 못하고 개인 소유 형태로 운영되는 증거라고 판단되었다.

표 8) 조사 일정

날 짜	일 정	비 고
10월 29일(화)	방문조사팀 회의(업무분장)	
10월 31일(목)	전문가 섭외 및 확정	
~	관련 법제 자문 및 검토	
11월 11일(금)	조사지 및 체크리스트 작성	
11월 12일(월)	방문조사 대상시설에 공문발송	
11월 18일(월)	전문가 조사관증 발급 및 실무확인	
11월 19일(화)	A정신병원 방문조사 실시	
~		
11월 20일(수)		
11월 26일(화)	B정신병원 방문조사 실시	
~		
11월 27일(수)		
11월 29일(금)	평가 및 조사결과 정리, 사후조사	
~		
12월 20일(금)		
12월 21일(토)	보고서 작성 계획수립	

3. 조사결과 정리

1) 병원구조 및 시설의 문제

① 인권침해 발생시 권리구제수단의 부재

정신병원 등 정신질환자를 수용하고 있는 시설의 경우 매우 중요하게 여겨야 할 점은 정신질환자들의 인권침해가 발생했을 시 그에 대한 구제수단이 마련되어 있어야 한다는 점이다. 그러나 이번 조사의 대상기관인 병원들은 두 군데 모두 구제수단을 발견할 수 없었다. 특히 대상기관인 두 곳 모두 국가인권위원회 진정함 조차 설치되어 있지 않았으며, 환자들이 인권침해가 발생했을 시 인권위에 진정할 수 있는 권리가 있다는 사실 자체를 알지 못한 상태였다.

또한 구제수단을 마련하고 정신질환자들의 인권보호를 감독해야 할 보건소 직원 및 병원관계자들도 그러한 사실에 대해서는 인식조차 하지 못한 상태였으며, 특히 국가인권위원회의 진정함을 설치해야 할 의무가 있다는 사실에 대해 전혀 모르고 있었다. 이와 관련하여 국가인권위원회는 정신질환자들의 인권보호를 위해 최소한 조건이라고 할 수 있는 진정함의 설치에 대해 보건복지부의 협조를 기대하지 말고, 직접 시·도 당국 및 다수인보호시설에 진정함 설치를 지시하는 것이 바람직하다고 판단된다.

② 병동구조 및 병실배치(붙임 1과 2 참조)

A정신병원의 경우 비록 병동 자체는 정신병원의 특성상 폐쇄병동으로 되어 있지만, 병동 내부의 구조 및 병실 배치는 개방형 구조로 이루어져 있어서 바람직하다고 판단되었다. 또 병동 내부의 시설 역시 권위적인 구조를 지양하고 있었다. 즉 병동 내의 중앙 부분에 공동 활

동공간을 배치하고, 그 공간의 주변에 환자들의 침실을 배치하는 한편 환자들은 일상생활 중에 비록 병동 내에서지만 침실과 활동공간을 오가며 비교적 자유롭게 생활하고 있었다. 이와 같은 배치 및 구조는 치료환경의 개선 및 환자의 인권보호를 위해서 매우 바람직한 형태로 판단되었다.

반면에 B정신병원은 이와 달리 폐쇄적인 병실의 배치 및 구조를 보여주고 있었다. 즉 대체로 복도를 중심으로 양쪽에 병실이 배치되어 있는 T자형 구조인데, 환자들의 일상생활에 대한 병원 측의 관찰이나 돌봄(care)이 적을 수밖에 없는 구조였다. 이렇게 볼 때 정신과 환자는 위험하고 격리와 관찰이 필요하다고 하는 병원의 설명과 이러한 병실의 배치 및 구조는 전혀 어울리지 않다고 할 수 있다. 조사팀의 주관적인 판단으로는 이러한 구조가 적은 인력으로 병실을 운영하려고 하는 병원 경영진의 의사가 표현된 것으로 생각되었다.

③ 스테이션의 위치 및 구조의 문제 - 개방형 : 폐쇄형

A정신병원은 병동 내의 스테이션, 즉 간호사들이 근무하는 시설이 환자들이 거주하는 공간과 칸막이 없이 개방 형태로 설치되어 있었다. 즉 간호사는 거의 모든 병실을 가시권 내에 두고 있으며, 스테이션의 위치 역시 환자들이 주로 활동하는 중앙 공간에 있어서 간호사들이 환자들의 일상생활을 항상 관찰하고 위급 시에는 곧바로 조치를 취할 수 있도록 되어 있었다. 이러한 병동의 배치 및 구조는 치료적 관찰이나 환자에 대한 접근이 용이하도록 되어 있다는 점에서 권장할 사항이라고 판단되었다.

한편 B정신병원²⁾은 스테이션의 위치 및 구조에 있어서 A정신병원과는 매우 다른 특징을 보여주고 있었다. B정신병원의 스테이션의 위치

2) 이후 B정신병원으로 표기한 경우는 B'정신병원까지 망라한 경우임

및 구조가 갖는 특징 중 하나는 간호사와 환자들이 서로 분리되어 있다는 점이다. 즉 간호사들이 근무하는 스테이션은 환자들이 일상생활을 영위하는 병실과는 담과 철망, 그리고 견고한 철문으로 차단되어 있었다. 또 스테이션이 병동의 한 쪽 끝에 위치하고 있어서 창문을 통해 병실을 본다고 해도 한 개의 병실만을 관찰하거나 복도의 일부만을 볼 수 있었다. 이러한 위치 및 구조는 환자의 격리에 주안점을 둔 배치 및 구조인데, 간호사로 하여금 환자에 대한 관심이 줄어들게 할 가능성이 있으며, 환자가 치료진의 도움을 받고자 하여도 쉽게 접근할 수 없다는 점에서 문제가 있다고 판단되었다.

④ 병실의 폐쇄성 및 위생성

A정신병원의 경우 비록 병동 자체는 폐쇄병동이지만 병동 내부의 활동공간은 폐쇄적인 것으로 보이지 않았으며, 병동 내부의 위생상태 역시 비교적 양호한 것으로 판단되었다. 다만 한 병동에 수용되어 있는 환자 수에 비해 욕실이나 화장실 등 위생과 관련된 시설이 지나치게 적다는 점은 문제가 있는 것으로 생각되었다.

한편 B정신병원은 매우 폐쇄적인 병실로 구성되어 있었다. 즉 굵은 쇠 철창과 견고한 자물쇠로 병실과 외부가 구분되어 있어서 우선 보는 것만으로도 이들이 인간적인 대접을 받지 못한 상태로 갇혀있다는 느낌이 들었다. 또 식당이 병동마다 배치되어 있는데, 식기가 걸레와 같이 있고 외부에서 급식물을 들여오는 과정에서 먼지가 묻을 가능성이 있는 등 위생상태가 매우 불결하다고 판단되었다. 그리고 집단으로 식사를 하는 식당의 의자는 등받이가 없어서 약물로 인한 부작용이 있는 환자 등 일부 환자에게는 위험하다는 생각이 들었으며, 식탁도 양쪽에서 마주 앉는 구조로 식사하기에는 좁은 편이라는 느낌이 들었다.

⑤ 여가활동과 관련된 부분

정신질환자에게 있어서 병실은 치료가 이루어지는 공간이지만, 동시에 일상적인 생활이 이루어지는 공간이기도 하다. 그러한 점에서 여가활동과 관련된 시설은 중요한 의미를 갖는다. 특히 정신질환자가 수용되어 있는 병동의 대부분은 폐쇄병동으로 외부활동 자체가 제한되는 곳이기 때문에 실내에서 여가를 활용할 수 있는 시설이 필요하다. 그러나 이 점에서 조사대상이 되는 두 병원은 모두 충분한 시설을 갖추지 못하고 있었다.

A정신병원의 경우 여가활동을 위한 가장 기본적인 시설은 TV라고 할 수 있다. 그 외 별다른 시설이 없기 때문이다. 그런데 140명 정도가 수용되어 있는 병동에 TV는 한 대 밖에 설치되어 있지 않았다. 그만큼 TV 시청이 용이하지 않을 것으로 판단되었으며, 간호사나 환자 역시 이러한 사실에 동의하였다. A정신병원의 경우 병동 내부의 활동공간은 비교적 넓은 편이지만, 여가활동을 가능하게 하는 시설이 충분치 않기 때문에 그 외 여가활동은 어려울 것으로 판단되었다.

B정신병원의 경우에도 사정이 이와 유사하다. 100명에서 130명 정도가 수용되어 있는 한 병동에 설치된 TV는 한 대 밖에 없으며, TV 시청을 하는 곳에 놓여있는 의자도 몇 개 되지 않아서 잘 해야 20명 정도가 시청할 수 있을 정도인 것으로 보였다. B정신병원의 경우 TV 외에도 헬스 시설이나 당구장, 골프장 등이 있다고 주장하지만, 이 시설들은 일반 환자가 접근할 수 없는 곳에 있었다. 병실에서 봉사(?)를 한다는 환자(방장 및 실장)의 말이 “다른 환자들을 프로그램으로 데리고 가서 (자기들은) 그곳에서 운동을 할 수 있다”고 하는 것으로 볼 때 이들 시설들은 일부 특권을 가지고 있는 환자나 소속직원들이 사용하는 시설로 보인다.

⑥ 화재에 대비한 시설의 취약

정신질환자의 경우 비상사태를 인지하는 능력 및 대처하는 능력이 일반인에 비해 떨어질 수밖에 없다. 그래서 비상시에 대처할 수 있는 장비나 대피방식이 타 시설에 비해 훨씬 중요하다. 폐쇄시설이라고 하는 특성상 정신의료기관에게 있어서 특히 중요한 것이 화재에 대한 대비라 할 수 있다. 하지만 이에 대비한 장비나 대피방식 등은 그다지 효율적인 것으로 보기 어려운 측면이 많았다.

A정신병원의 경우 병동 내부의 격리 정도가 약하여 그 정도가 덜하지만, 그럼에도 불구하고 화재사고가 발생할 경우 이에 대한 대비가 매우 취약하다고 판단되었다. 물론 병원측은 그에 대비에 주의를 기울인다고 주장하였지만³⁾, 화재발생시 외부에서의 접근성이나 비상탈출구 등이 취약하여 최소한 수 십명 이상의 대량 인명살상이 우려되었다.

병동 내부의 구조 및 배치에서 훨씬 더 폐쇄적인 구조를 갖고 있는 B정신병원의 경우는 더욱 위험한 상태라고 할 수 있다. 대부분의 병동에서 외부로 나오기 위해서는 자물쇠가 채워진 철문을 3개 이상 열어야 하며, 창문은 안 쪽으로 고착되어 있어서 비상시 외부에서 뜯어낼 수 없는 구조였다. 간호사나 보호사 수도 적기 때문에 비상시에 환자들을 인도할 수 있는 사람도 부족하다고 할 수 있다. 즉 화재가 발생할 경우 인명손실의 위험은 매우 크다고 판단되었다.

⑦ 환자 1인당 주거 공간

두 병원 모두 환자 1인당 1평 정도의 공간이 부여된다고 하여 병원 시설기준에는 부합할 수 있다. 하지만 조사팀의 체감 분위기는 병동마다 시장터를 연상할 만큼 지나치게 환자 밀집도가 높다고 판단되었다. 환자에게 부여된 사적인 공간은 없었으며, 침대가 유일한 자신만의 공

3) 이와 관련하여 병원 관계자는 소방서와 합동으로 정기적으로 소방훈련을 실시한다고 하였다.

간이었다.

⑧ 기타

앞에서도 언급한 바 있지만 B정신병원의 경우 골프장, 수영장, 원내 조각품 등 지나치게 전시적인 부분에 치중하고 있다고 생각되었다. 사실상 이들 시설들은 일반 환자로서는 별로 이용할 수 없는 시설들이며 오히려 병원 관리자들을 위한 시설이거나 외부에서 방문하는 사람들을 대상으로 한다는 것이 정확할 것이다. 반면 실제 환자에게 주어지는 서비스의 질은 떨어진다고 판단되었다.

2) 입·퇴원 과정의 문제

입·퇴원 과정상의 문제점을 구체적으로 밝히기 위해서는 전체 환자들을 대상으로 수 년간에 걸친 입·퇴원 관련서류들을 검토해야만 한다. 그러나 이와 같은 조사에는 엄청난 인적 자원을 투입해야 하며, 또 장기간의 조사시간이 필요하다. 본 조사는 입·퇴원 과정만을 조사 대상으로 하여 기획된 것이 아니라 의료시설 전반에 걸쳐 인권침해의 소지가 있는 부분을 확인하려는 데 목적이 있으며, 입·퇴원 과정은 그 중 하나의 주제이기 때문에 표본 추출된 서류를 대상으로 문제점을 드러내는데 만족하고자 한다. 그러나 이 정도의 조사만으로도 입·퇴원 과정상의 문제점을 상당수 밝혀졌다.

① 환자의 이송과정 및 입원결정 시의 문제

무엇보다도 가장 큰 문제는 환자의 이송과정과 입원결정 과정에서 나타났다. 가족에 의한 입원의 경우 통상 가족이나 보호자가 병원측과 사전에 협의한 후, 사설 환자 이송단(129)을 이용하여 환자를 병원에 이송하는 것이 일반적이다. 그러나 이 과정에서 불법적인 물리력이 행

사되는 경우가 많고, 입원결정 시에도 환자에 대한 진단없이 입원이 이루어지는 경우가 있다는 증언이 나왔다. 물론 이에 관해서는 조사병원에 따라 정도의 차이가 있다.

② 퇴원 과정에서의 문제

가족이 있어도 환자를 도외시하는 경우나 무연고 환자 등의 경우, 환자의 상태가 호전되어 병원에서 퇴원시키려고 해도 인도할 가족이 없기 때문에 퇴원을 시키지 못하는 경우가 발생하고 있다(정신보건심판위원회에서 퇴원결정이 이루어진 경우도 마찬가지임). 물론 이 경우 다른 사례도 있을 것이다. 즉 무연고 환자의 경우 병원에서 고의로 퇴원시키지 않는 사례도 있을 것이다. 하지만 두 가지 사례 사이에 어디까지가 사실에 부합하는지 현재로서는 판단하기 어렵다. 현재로서는 환자를 인수할 가족이 없을 경우 시·군·구청장에게 환자를 인계하고 있지만, 의사들의 경험에 따르면⁴⁾ 이러한 환자들 중 대부분은 상태가 훨씬 악화되어 다시 정신과 관련시설로 돌아온다고 한다. 분명한 것은 이러한 경우에 대한 관계법령의 보완이 필요하다는 것이다. 한편 가족과 연결이 끊어지지 않은 환자의 경우에는 병원에서 퇴원하는 과정에 별다른 문제점이 발견되지 않았다.

③ 입·퇴원과정에서 환자의 의사 배제

두 병원 모두 환자의 입원연장심사시 환자가 논의의 대상에서 빠져 있었다. 비록 정신질환자의 주장이 권리를 보장받기 어렵다고 하더라도 이러한 점은 환자의 권리보장이라는 측면에서 큰 문제를 야기한다고 판단되었다. 또한 B정신병원의 경우에는 환자 자신도 모르게 타병

4) 이러한 경험은 단지 조사대상기관의 의사들뿐만 아니라 조사에 참여한 전문가들 중 정신과 의사들도 경험한 사실이라고 한다.

원에서 이전되었음을 호소하는 환자가 있었다.

④ '회전문' 현상의 문제

'회전문' 현상이란 정신과 관련시설들 사이에서 환자들을 계속 순환 입원시키는 경우를 일컫는 말이다. 정신과 관련시설들의 경우 병원 운영을 위해 보다 많은 환자의 입원이 필요하지만, 환자의 입원기간이 6개월이 되는 시점마다 병원에 지급되는 의료수가가 일정 비율 적어지기 때문에 그것을 보전하기 위해 이러한 현상이 발생한다. 그러나 이러한 문제는 매우 체계적인 조사를 통해서만 드러나는 문제이다. 환자들의 이동경로를 모두 추적해야 하며, 몇 개의 관련있는 기관들을 모두 조사해야 하기 때문이다. 따라서 본 조사에서 이에 대해 본격적으로 조사한 것은 아니지만, 그럼에도 입·퇴원 관련자료를 검토하는 과정에서 '회전문' 현상으로 의심되는 부분들이 발견되었다.

특히 B정신병원과 B'정신병원은 동일한 이사장이 운영하고 있는데, B'정신병원에서 퇴원한 즉시 본인의 의사와 관계없이 B정신병원으로 입원한 사례가 발견되었으며, 또한 두 병원중 한 병원에서 퇴원한 후 다시 입원할 시는 그 병원이 아닌 다른 병원으로 입원되는 경우가 많이 발견되었다. 물론 이를 의료적인 처치로 보기는 어려우며, 결과적으로 특정환자의 입·퇴원 과정에 대한 자료추적을 어렵게 하는 것이고, 의료수가의 문제로 인해 병원 측이 취한 조치로 해석된다.

한편 B정신병원과 B'정신병원은 한 울타리 안에 위치해 있고, 병원의 건물에는 모두 B정신병원과 B'정신병원의 이름이 함께 표기되어 있기 때문에 환자들은 이들을 두 개의 병원으로 생각하지 않고 있으며, 실제로는 B정신병원에서 B'정신병원으로 전원한 것인데도 앞 건물에서 뒷 건물로 이동하는 정도로 인식하고 있다. 또 B'정신병원은 조제실도 폐쇄되어 있는 등 단독전문병원의 개설 요건에 문제가 있다고 판단되

며, 형식상 두 개의 병원이지만 실제로는 하나의 병원시설로 보는 것이 옳다고 생각된다.

이상에서 살펴 본 바와 같이 정도의 차이는 있지만, 조사대상이 된 두 병원 모두 환자들의 입·퇴원과정에 문제가 있다고 판단되며, 실제 문제가 있는 환자들의 서류도 발견되었다. 이를 구체적으로 밝히기 위해서는 모든 환자의 입·퇴원 서류를 검토하고, 문제가 된 환자를 대상으로 생애사 및 병력 등에 대한 조사가 필요하며, 따라서 장기간의 집중적인 조사가 필요하다고 판단된다.

한편 정신의료기관의 입·퇴원 과정을 검토해볼 때, 보건복지부의 정책사항인 탈원화 경향은 현실적으로 어려운 여건에 처해 있다고 판단된다. 즉 자신이 정신과 의사인 A정신병원 이사장의 판단에 의할 때, 입원환자의 절반 내지 3분의 1은 퇴원가능하다고 생각하지만, 이를 가능하게 하기 위해서는 환자의 재활이나 지역사회 정신보건체계에 대한 투자가 필요하다는 것이다. 결국 환자의 사회복귀를 위한 훈련과정과 가정이나 지역사회에서 그 환자를 수용할 수 있는 체계를 갖추지 못한 현 상태에서 불법 및 탈법이 횡행하는 정신질환자의 입·퇴원과정은 정신과 관련시설들의 책임이기는 하지만, 동시에 국가에게도 일단의 책임이 있으며, 따라서 매우 근본적이고 체계적인 대책이 요구되는 부분이라 할 수 있다.

3) 치료환경상의 문제

① 의료인력의 부족

앞에서 구체적으로 살펴본 바와 같이 A정신병원의 경우 의료인력의 평균치를 보면 보건복지부의 기준을 충족하고 있다. 하지만 실제 의료

인력의 운용실태를 보면 의사의 직급이나 연차에 따라 환자수가 불균등하게 분포하고 있어서 의사 1인당 환자수가 1:20인 경우와 1:90인 경우를 모두 발견할 수 있다. 간호사의 경우도 이와 유사한 것으로 나타났다.

이러한 현상은 B정신병원의 경우도 마찬가지지만, 그 정도는 훨씬 심각하게 나타났다. 여기서는 평균치로 보더라도 의료 인력이 보건복지부의 기준에 크게 미치지 못하고 있는 것이다. 즉 정신과 전문의의 1인당 환자비율은 평균 1:91.6(보건복지부 기준은 1:70)이었으며, 간호사 1인당 환자 수는 1:25.6(보건복지부 기준은 1:13)이었다. 평균치로 해도 기준에 미달하는 수치이다.

실제의료 인력의 운영실태에 대한 입원환자들의 반응을 보면 A정신병원의 정도가 더 낮기는 하지만 대체적으로 문제가 매우 심각하다는 것을 알 수 있다(표 9). 더욱이 조사대상이 된 병원이 입원환자수가 1,500명 이상인 대형병원으로 의료와 관련된 시설이 비교적 완비되어 있다는 점을 고려하면 문제의 심각성이 커진다고 할 수 있다. 즉 현재의 시점을 기준으로 할 때 정신의료기관에서 정신과 전문의에 의한 치료적 관리는 어려운 실정이라고 판단할 수 있을 것이다.

이와 같은 사정은 정신과 관련시설에서 의료인력의 주요부분을 차지하는 간호사 및 보호사의 경우도 마찬가지이다. 조사가 진행되는 때가 주간임에도 불구하고 간호사 및 보호사 등의 근무자는 A정신병원의 경우 환자 110-140명 정도의 규모에 간호사와 보호사를 합쳐서 5-6인에 불과하였으며, B정신병원의 경우는 더욱 심각한 상태로 환자 60-100명 정도의 규모에 간호사 및 보호사는 2-3명 정도가 배치되어 있었다. 사실 정신질환자의 특성을 고려할 때, 이 정도 규모의 의료 인력으로는 적정 수준의 의료서비스를 제공한다는 것이 불가능하며, 환자에 대한 치료적 관리는 힘든 상황이라고 판단된다.

표 9) 의사 치료 환경⁵⁾

구 분	B정신병원	A정신병원
주치의 성명		
안다	14	17
모른다	9	6
회진		
주 1회 이상	8	17
주 1회 미만	4	5
안한다	9	1
최근에 많이 했다	2	
면담		
주 1회 이상		2
2-3주 1회	1	1
한달 1회	2	1
2달 이상	1	5
요구 시	5	8
없다	14	2

② 전체적인 치료행위의 부족

정신의료기관의 주된 설립목적은 정신질환자의 치료라 할 수 있다. 그리고 정신질환자의 치료는 약물 투여 등을 통해 단순히 증상을 억압하는데 그치는 것이 아니라 그 환자가 사회에 복귀하여 일상적인 삶을 영위할 수 있는 수준에서 이루어져야 한다. 즉 정신의료기관의 치료는 환자를 수용하여 증상을 억제하고 관리하는데 그치는 것이 아니라 그 환자의 재활까지 망라하는 개념인 것이다.

5) 이하 표는 두 병원에서 각각 표집한 30명의 환자에 대한 설문(붙임 3)조사 결과이며, 그중 정신과 전문의의 판단에 의해 유효하다고 인정된 설문지를 통계 처리한 것임

이렇게 볼 때 의사의 환자에 대한 치료 개입은 A정신병원의 경우가 B정신병원보다 나은 것으로 판단된다. A정신병원의 경우 비록 소수의 환자들만 참여한다는 약점이 있지만, 근로를 통한 재활 훈련, 사회적응 훈련, 그리고 실제 외부 사업체에 취직한 환자들에 대한 관리 등이 행해지고 있었다. 또 입원환자들에 대한 의사의 개입 역시 훨씬 체계적이고 확실하게 입증되는 방식으로 이루어지고 있었다.

그러나 조사대상이 된 두 병원 모두 환자에 대한 정신 및 재활 치료 보다는 약물투여 및 관리를 강조하는 시설로 운영되고 있다는 점에서 한계를 보이고 있었다. 즉 보다 나은 조건인 A정신병원 역시 환자들의 사회복귀 및 재활보다는 수용 자체에 급급한 실정이었으며, 사실 이러한 사정은 거의 모든 정신의료기관이 동일할 것으로 판단되었다. 결국 현재의 정신의료기관이 처한 사정 및 그들의 인식수준에서는 정신질환자의 수용과 관리에 치중하는 것이며, 그들에 대한 본격적인 치료와 사회복귀를 위한 재활훈련은 거의 이루어지지 않고 있다고 해도 과언이 아닌 것이다.

③ 치료프로그램의 빈약함 및 형식적인 운용(표 10)

조사대상이 된 두 병원 모두 환자들이 실제로 이용하는 치료 프로그램이 빈약하며, 그나마도 일부 선택된 환자만이 이용하는 경향이 발견되었다. 프로그램 자체가 형식적으로 운영되고 있는 것이다.

한편 환자들이 이들 프로그램에 실제 참여하고 있다고 하더라도, 그러한 참여 자체가 실질적인 내용을 갖기 보다는 형식적이라는 판단도 들었다. 이들 프로그램과 관련된 각종 진료기록과 차트를 보면 환자에 대한 기술이 관찰에 근거하지 않고 기록되었다는 것을 알 수 있다. 한 예로 간호기록지의 내용을 보면, “sleep well”이라는 식으로 일률적으로 기록할 수 있는 것이 주를 차지하고 있었고, “...라고 하더라”와

같이 인용된 기록이 더 많아서 단지 기록만 보아도 직접 면담하거나 관찰한 것이 아님을 알 수 있는 경우가 대부분이었다.

표 10) 기타 치료 프로그램의 참여 여부

구 분	B정신병원	A정신병원
참여 여부		
참여	12	7
불참여	13	20
참여 프로그램 수		
1개	4	5
2개	1	2
3개	1	
4개	2	
참여시간		
월 1회	3	6
월 2-5회	5	1
월 5-10회	2	
월 10회 이상	2	

이러한 현상은 사회사업실의 요법기록지에서도 발견되었다. 즉 요법 기록지의 전체 내용을 검토해 본 결과 집단치료의 경우와 같은 내용이 2일씩 반복적으로 기록되어 있다는 것을 알 수 있었다. 또 특정 요일의 일지내용이 단지 환자의 이름만 바뀐 채 동일하게 기록되어 있다는 것도 발견되었다. 이러한 사실들로 미루어 볼 때, 이들 기록지의 내용은 실제 프로그램을 시행한 결과라기보다는 외부로 향한 전시용으로 판단되었다.

현실적으로 의사의 면담을 통한 진료가 부족한 상태이고, 간호사가 면담을 하기도 어려운 상황(환자 수에 비해 근무인원이 워낙 적기 때

문임)에서 환자에 대한 치료가 정상적으로 이루어진다는 말은 하기가 어려울 것이다. 또 사회사업실 등 의사 및 간호사가 주도하는 치료행위 외의 요법이 충실히 수행된다고 하여도 산술적으로 전체 환자의 10% 이하만이 각종 프로그램에 참여하고 있고, 단순한 관객을 제외한다면 전체 프로그램에 참여하는 사람은 5% 미만으로 판단할 수 있다. 따라서 현재 병원에서 시행하고 있는 프로그램에 대해 재활을 위한 치료행위라고 하기는 어려울 것이다.

④ 진료 및 간호기록의 부실함

조사대상이 된 두 병원 모두 의사들의 진료기록 및 간호기록이 부실하게 작성되고 있었다. 예를 들어 의사의 progress note의 수준은 매우 열악하며, 같은 필기구로 똑같은 말을 약 2개월 반에 걸쳐서 날짜만 약 3-5일 정도 차이를 두고 기록하고 있는 경우도 여러 개 발견할 수 있었다. 또한 그 내용 역시 거의 다 “환자의 상태가 안정되어 있다”는 등 현실적으로 믿을 수 없는 기록이 다수를 차지하는 실정이었다. 이와 같은 진료기록의 부실함은 해당 병원에서 환자 개개인을 상대로 하는 진정한 의미의 관찰 및 진료행위가 이루어지지 않았다는 증거일 것이다. 간호기록 역시 마찬가지였다.

⑤ 강압적인 치료행위

현재 진정사건 등을 통해 확인되는 가장 문제시되는 치료행위는 한편으로는 구타와 가혹행위 등 불법적인 행위가 있고, 다른 한편으로는 정신과 관련시설에서 환자의 제어를 위해 통상적으로 실시하는 강박조치(R/T)와 약물투여가 있다. 이중 구타 등의 불법행위는 정신과 관련시설에서 하루 속히 근절시켜야 할 행위이지만, 치료행위의 일부인 강박조치와 약물투여에 대해서는 보다 진지한 고민이 필요할 것이다.

조사대상 병원에서 구타와 가혹행위가 이루어지고 있다는 증거는 발견되지 않았다. 다만 B정신병원의 경우 이번 조사와 관계없이 폭행 등 가혹행위가 행해진다는 진정이 다수 접수되고 있다. 또 B정신병원 입원환자들의 증언은 이에 대해 매우 엇갈리고 있다. 즉 직접 맞았다는 증언은 없었지만, 맞은 것을 보았다는 사람은 있었다. 물론 이중 일부는 확인한 결과 강박조치를 보고 때린 것으로 안 것이었지만, 확인이 불가능한 경우도 꽤 있었다. 앞으로 이에 대해 보다 주의를 기울여야 할 것으로 판단되었다.

한편 구타나 가혹행위와 달리 강박조치와 약물투여는 치료의 일부를 구성하는 행위이다. 그러나 의료조치이기 때문에 그러한 행위는 의사의 지시에 따른 행위여야 하고, 이를 시행하는 사람도 간호사나 보호사 등에 한정되어야 함은 물론 그 이유나 시행기간, 정도 등이 적절해야만 한다. 하지만 적어도 B정신병원의 경우에는 봉사자로 불리는 환자들이 그 과정에 개입하고 있다는 사실이 드러났으며, 보호사나 환자들이 강박조치에 참여하면서도 그 시행기간이나 이유 등을 알지 못한 상태임이 확인되었다.

특히 문제가 되는 것은 B정신병원의 경우였다. 여기서는 실장 및 방장으로 불리는 환자들(봉사활동자라고 함)이 강박조치에 참여하는 것은 물론이고 병원의 운영 및 치료과정, 환자들의 통제에 체계적으로 편입되어 있었다. 그러다보니 치료목적 외의 이유로도 이들 환자들이 다른 환자들을 통제한다는 우려가 있었다. 이에 대해서는 다른 장에서 다시 설명할 것이다.

⑥ 치료효과의 검증부재

조사대상이 된 두 병원중 정신질환에 대한 치료나 간호, 복귀프로그램 등을 위한 연구가 비교적 활발하다고 평가되는 곳은 A정신병원이

었다. 그러나 A정신병원에서 조차도 환자의 치료 뿐 아니라 그러한 치료가 과연 효과가 있는지, 아니면 다른 치료수단이 필요한지 등에 대해 검증하기 위한 노력이 이루어진다는 자료를 발견할 수 없었다. 즉, 치료자의 인상이나 느낌을 제외하고는 치료를 받은 환자들의 상태를 객관적으로 검증하였다는 기록이 전혀 없었다.

⑦ 기타

환자들을 면접한 결과에 따르면, 두 병원에서 모두 환자들이 마주치는 치료적 환경이 과거에 비해 좋아졌다고 인식하는 것은 매우 평가할 만한 것으로 생각된다. 그러나 A정신병원의 경우 건강보험환자 병동과 의료급여환자 병동을 대상으로 시설 및 치료약물을 비교해 볼 때 큰 차이가 나는 것을 발견할 수 있었다. 조사관들은 이러한 차이가 저소득층 환자에 대한 국가의 차별이라고 생각하고 있었다. 물론 이러한 현상은 병원 측의 잘못이라기보다는 국가정책상의 문제이며 정신과 관련시설을 둘러싸고 있는 제도상의 문제라 할 수 있다.

한편 B정신병원의 경우 환자들의 약물선택에 있어서 의사가 증상에 맞는 약물처방이 가능하도록 하는 것과 의료보호(급여) 환자를 보험환자와 같이 입원시킴으로써 그 처우가 타병원보다 상대적으로 나은 것 등은 현재의 정신보건제도에서 평가할 만한 사실로 판단되었다. 다만 B정신병원의 경우 알코올 질환자와 정신분열증 환자들이 절반 정도씩 섞여 있는 환자구성방식이 치료환경에 악영향을 미칠 수도 있다고 판단되었다. 또 병원내부에서 환자들 사이의 차이가 발견되지 않는 점은 평가할 수 있지만, 전체적으로 볼 때 A정신병원에 비해 치료환경이 열악한 것으로 평가되었다는 점이 문제로 지적될 수 있을 것이다.

4) 환자들의 일상생활상의 문제

① 환자 1인당 주거공간의 협소함

환자들의 일상생활과 관련하여 매우 중요한 점은 주어진 공간의 크기라 할 수 있다. 정신질환자들은 기한도 불명확한 상태에서 거의 모든 시간을 병동 안에서 보내야 하기 때문이다. 이렇게 볼 때 조사대상이 된 두 병원 모두 환자가 사용할 수 있는 실제 공간이 매우 협소하다는 사실을 지적할 수 있을 것이다. 침상과 침상 사이가 지나치게 비좁거나(B정신병원), 주어진 공간에 비해 너무 많은 사람이 기거하는 침실이었으며(A정신병원), 병동 내에서 환자들이 활동할 수 있는 공간도 수용인원에 비해 지나치게 좁다고 판단되었다. 그러나 병원 측은 환자들을 위한 공간이 1인당 1평 이상이라며 별 문제가 없다는 반응이었다. 반면에 실제 환자와 함께 생활하는 간호사들이나 보호사들은 공간이 협소하다는 사실을 인정하고 있다.

한편 A정신병원의 경우는 공간의 협소함을 내부 배치 및 건물의 구조를 통해서 어느 정도 해소하고 있었다. 즉 A정신병원의 병동들은 개방적인 내부구조와 침실 및 적절한 공간 배치로 인해 활동공간이 넓어지는 효과를 얻었으며, 이를 통해 주거공간의 협소함을 다소나마 상충하는 역할을 하고 있었다. 반면에 복도를 사이에 두고 양쪽에 병실을 배치한 B정신병원의 경우는 환자들의 활동공간이 복도를 제외하면 거실 크기의 방 하나가 배정될 수밖에 없어서 조사관들이 체감하는 공간의 협소함이 보다 심각하게 느껴졌다.

② 환자의 통신권 침해(표 11)

두 병원 모두 정도의 차이는 약간 있지만, 외부와의 소통이 자유롭지 않다는 문제가 발견되었다. 외부와의 전화통화는 주1회 정도만 허

용되는데, 그것도 간호사나 보호사들이 통화내용을 들을 수밖에 없는 형식을 취하는 경우가 많았다. 또한 외부로 보내는 편지도 대부분 의사 등의 검열을 거쳐야만 했다. 의사들은 이러한 통신권에 대한 통제를 환자의 치료목적상 어쩔 수 없다거나 가족 등 외부에서 원하기 때문이라고 하지만, 조사에 참여한 전문가들은 치료목적으로 통신권을 제한한다는 주장에 동의하지 않았다. 가족관계에 따라 다르며 병원 측의 잘못도 아니지만, 환자들의 면회도 많지 않은 상태였다.

표 11) 환자의 외부와의 소통 여부

구 분	B정신병원	A정신병원
전화 상태		
안함	15	14
한다	10	11
월 1회 미만	3	7
주 1회 정도	3	2
주 2회 정도	1	2
주 3회 이상	3	
면회 상태		
6개월 이상 없음	7	5
면회함	13	19
3-6개월 간격	4	6
1-3개월 간격	4	2
월1회 정도	3	5
월1회 이상	2	6

* 판단이 어려운 설문지는 포함 안함.

결국 정신질환자의 통신권이 제한되며, 면회도 많지 않다는 사실은 일부 환자가족 등의 요구에 따른 것이기는 하지만, 보다 기본적으로는 병원측의 편의에 따른 행위로 판단되었다. 그 결과 사회복지를 위해

병원 외부와의 접촉이 장려되어야 할 정신질환자들이 병원에 수용된 채 방치되고 있는 것이다.

③ 환자의 건강한 삶을 유지할 권리 침해

인간은 건강을 유지하고 사회적인 삶을 유지하기 위해서는 적당한 운동 및 타인과 관계를 맺는 활동이 필수적이다. 또 세면이나 목욕, 세탁 등 위생과 관련된 여건이 완비되어 있어야 한다. 이러한 점에서 환자의 수용에 급급하고 있는 우리나라의 정신과 관련시설들은 모두 치명적인 문제점을 내포하고 있다.

이번 조사의 대상이 된 두 병원은 대규모 설비를 갖추고 있는 우리나라의 대표적인 정신과 관련시설이었다. 그러나 두 병원 모두 환자들이 운동이나 산책을 할 수 있는 공간이 절대적으로 부족한 상태였으며, 다른 환자 등 타인과 관계를 맺을 수 있는 활동도 거의 발견하기 어려웠다. 더욱이 겨울에는 환자들이 실내에서 많은 활동을 할 수밖에 없는데, 실내의 공간 자체가 비좁은 상태에서 운동을 할 수 있는 공간은 거의 없었다. 또 병원 외부로의 외출은 두 병원 모두 특별한 경우가 아닌 한 철저히 금지하고 있었다.

이와 관련하여 A정신병원의 경우 '환자의 권익체계'라고 하는 특이한 시스템을 운영하고 있었다. 그것은 입원환자에 대하여 5등급 분류를 한 다음 등급에 따라 산책, 작업, 외출, 외박, 야유회, 물품신청, 사복착용 등 7가지 점에서 차별적인 처우를 한다는 것이다(표 12). 물론 그것 자체가 규정대로 시행되는지는 의문의 여지가 있으며, 이를 동안의 조사로는 확인할 수 없었다. 또 실제 조사가 진행되는 동안 산책하거나 운동하는 사람도 거의 발견할 수 없었다. 하지만 그러한 권익체계가 병원에 대한 환자의 순응을 유도하려는 목적이 아니라 환자들의 사회복귀를 위한 것이라면 바람직하다고 판단되었다. B정신병원의 경

우는 그러한 규정 자체가 없었다.

표 12) A정신병원의 환자 권익체계

등급	산책	작업	외출	외박	야유회	물품신청	사복
5	자유산책	원의작업 가능	가능	가능	가능	가능	가능
4	오전, 오후산책	원의작업 가능	가능	가능	가능	가능	가능
3	오후가능	원내작업 보호 작업장 가능	가능	가능	가능	가능	가능
2	원내행사 가능	병동 내 작업 가능	불가	불가	불가	불가	불가
1	불가	불가	불가	불가	불가	불가	불가

* 병동에 따라 적용에 차이가 있음. 예를 들어 서울시립A정신병원의 환경병동의 경우에는 8단계로 구별되며, 반면에 같은 병원의 일반병실에는 등급의 구별이 없음. 최초 입원 시에 의사가 판단하여 등급이 결정되며, 이후에는 치료사 회의에서 등급의 등락이 결정됨

한편 세탁, 세면 및 목욕, 청소 등과 관련된 부분은 조사관들이 조사 당일 관찰한 상태로는 양호하다고 판단하였다. 입고 있는 옷이나 침구류 등의 세탁 상태도 양호했으며, 목욕상태도 양호한 편이었고, 그와 관련된 시설들은 비교적 완비되어 있는 편이었다.

④ 기타: 사물함과 일상용품 구입 등

환자의 개인 물품을 보관하는 개인 사물함은 집단생활을 하는 병원에서 유일하게 환자의 사적인 부분과 관련되었다는 점에서 매우 중요하다. 그리고 두 병원 모두 환자의 개인 사물함이 마련되어 있었다. 하

지만 B정신병원의 경우에는 그것이 지나치게 작다고 판단되었다. 실제 조사관이 방문한 한 병동의 경우 그 병동의 실장은 두 개의 사물함을 사용하고 있었다.

한편 병동에서 환자가 공동으로 사용하는 세제 등 일상용품에 대해 병원 측에서는 모두 병원에서 지급한다고 하였다. 하지만 A정신병원의 경우에는 그 진위를 확인하지 못했고, B정신병원의 경우에는 그 상당 부분을 환자가 직접 구매하도록 하고 있는 것으로 드러났다. 이와 관련된 지침이나 법규는 없지만, 이에 대한 부담은 병원에서 져야 할 것으로 보인다.

5) 환자에 대한 병원의 통제에 있어서 문제

① 강박조치(R/T)의 정도가 지나침

정신과 의사들의 진술에 따르면 정신과 치료에서 강박조치는 매우 중요한 치료방법의 하나라고 한다. 그리고 정신병원의 모든 병동에는 이름은 여러 가지지만(보호실, 강박 처치실 등), 모두 강박조치를 전문으로 하는 거실을 설치하고 있다. 단 서구 국가들에서는 강박조치를 실시하는 빈도가 매우 낮고, 시행시간도 짧은 반면에 우리나라의 경우에는 그 빈도나 강도, 시행시간 모두 지나칠 정도로 빈번하고 강력하며, 장시간에 걸쳐 이루어진다는 의견이었다.

조사결과(표 13) B정신병원과 A정신병원의 경우 강박조치의 빈도는 유사한 것으로 나타났다. 하지만 환자 한 명당 시행횟수에서는 A정신병원이 조금 적으며, 신체 구속된 기간도 A정신병원이 더 짧은 것으로 밝혀졌다. 또한 신체 구속이 치료적으로 실시되는지를 확인할 수 있는

6) 강박조치를 실시하는 보호실은 간호사실 옆에 있는 단순한 방이었다. 침대가 몇 개 놓여있는 것이 전부로 환자를 벽에 묶는 등의 행위를 할 수 있는 장치는 발견되지 않았다. 현재의 강박조치는 환자가 침대에 누워있는 상태에서 손과 발을 침대에 묶는 것을 말한다고 한다.

구속사유에 대한 환자의 인지정도에서 A정신병원은 높은 응답률을 보이고 있었다.

표 13) R/T의 유무, 횟수, 기간, 사유 인지여부

구 분	B정신병원	A정신병원
신체구속		
경험 있다	15	14
경험 없다	10	11
횟수		
1회	7	10
2회	3	2
3회	2	
4회	3	1
5회 이상		1
기간		
12시간 이내	2	3
1일	10	7
2일	1	1
3일	2	1
4일 이상		1
R/T 사유 인지 여부		
안다	3	10
모른다	11	3
본인이 원했다	1	

* 횟수 및 기간은 환자의 진술을 기준으로 함.

여기서 구속사유를 환자가 모르는 경우는 단순 처벌 위주의 구속이거나 환자와 의사의 관계 및 치료적 환경이 불량한 경우와 둘 중의 하나로 판단되는데, B정신병원의 경우가 어디에 해당되는지는 타 조건과

비교할 필요가 있다. 특히 B정신병원의 경우에는 자신들이 만든 내부 규정상 강박조치를 최고 24시간까지 할 수 있는 것으로 하였지만(전문가들에 따르면 이것도 너무 지나치다는 평가임), 실제 환자들의 간호기록부를 검토하는 과정에서 3-4일간 지속적으로 강박조치를 했다는 기록이 어렵지 않게 발견되기도 했다.

② 병동내부: 자유로운 분위기와 억압적인 분위기

정신질환자들 중 알코올 중독환자를 제외하고는 대부분이 환자이기 때문에 오히려 자신의 감정표현에 솔직하다고 할 수 있다. 따라서 평상시 병원 측이 환자를 어떻게 대하는가는 환자들이 의료진을 어떻게 대하는가를 통해서 추정할 수 있다. 이와 관련하여 이번에 조사를 실시한 두 병원은 상당히 대비되는 분위기를 보여주었다.

B정신병원은 조사관들이 병원 측 의료진과 함께 병동에 들어서는 순간 환자들의 표정이 상당히 긴장되어 있고, 매우 부자연스러운 태도를 보이고 있다는 것을 알 수 있었다. 또 환자 내부의 관계에 있어서도 매우 위계적이고 강제적인 분위기를 느낄 수 있었다. 예를 들면 조사관들이 병동에 들어서자 병동 내부는 매우 조용하였으며, 환자들은 침상에 정좌한 채 움직이지 않았고, 방장 및 실장으로 보이는 환자들이 병실 입구에 한, 두 명씩 정렬하였다. 조사관 및 전문가들은 B정신병원의 병동 분위기가 군대에서 점호시나 내무반 점검하는 때와 유사하다고 생각하였다. 이러한 생각은 환자들이 간호사나 보호사를 보고도 표정이 굳어 있는 것을 보면서 보다 분명해졌다.

반면 A정신병원의 분위기는 매우 달랐다. 여기서는 조사관들이 병동에 들어서면 환자들이 먼저 다가와 말을 걸었다. 심지어 조사관들을

7) 조사팀에 포함되어 있는 전문가들에 따르면 정신병원이 조용한 것은 그만큼 문제가 많다는 것이며, 환자들의 입술이 말라있는 것은 값싼 약을 사용한다는 의미라고 한다.

껴안으려는 환자들도 많았다. 그 외 환자들도 매우 자유로운 분위기 속에서 병동을 배회하거나 자신들이 하고 싶은 행위를 하고 있었으며, 다른 환자들과 이야기를 나누고 있었다. 그 결과 A정신병원의 병동 분위기는 자유 분방함을 느낄 수 있는 상당히 소란스러운 분위기였다. 또 환자들은 조사관들과 동행하고 있는 간호사나 보호사들을 보면 반가운 표정을 짓거나 아는 체를 하는 것이 대체적인 분위기였다.

이와 같은 두 병원 사이의 분위기의 차이는 평소에 환자를 관리하는 병원 측의 태도를 반영하고 있으며, 환자들 내부의 관계가 상이하다는 사실을 보여주는 것으로 판단되었다.

이러한 인식은 설문지 조사의 답변에서도 확인된다. 즉 B정신병원에서 실시한 설문조사에서는 일부 확실적인 답이 나왔으며, 전화는 주 1회 한다는 병동의 관례에 비추어 이보다 더 많이 사용하는 일부 환자들 있다는 사실, 그리고 프로그램 참여도 일부 반장을 중심으로만 행하여진다는 점에서 병원측이 일부 환자들을 이용하여 전체 환자들을 강압적으로 통제한다는 사실을 추정할 수 있는 것이다. 반면에 A정신병원은 전화 및 프로그램에 관한 통계에서 병원측이 주장하는 환경이 조사결과에 그대로 반영되어 나타났다. 그 만큼 A정신병원은 병동의 분위기가 누구에게나 자유로운 의사를 전달할 수 있는 것으로 판단되었다. 실제로 B정신병원의 경우 1997년 시행된 보건복지부 특별감사에서 직원에 의한 구타 등이 지적된 바 있는데, 이러한 점은 많이 개선된 것으로 보이지만, 환자를 이용한 환자의 통제는 여전한 것으로 판단된다.

③ 환자를 이용한 환자 통제

우리나라 정신병원의 경우 정도의 차이는 있지만 대다수는 환자들의 일부가 병원의 운영에 직·간접으로 참여하고 있다. 경제적인 이유가

가장 크겠지만, 그 외에도 재활 프로그램의 일환일 수도 있고, 환자 자신이 요구한 것일 수도 있으며, 의료 인력이 부족한 결과로 그럴 수도 있다. 문제는 그러한 행위가 환자들의 통제 및 치료행위까지 이루어지는 경우이다.

A정신병원의 경우에도 봉사원이라는 이름의 환자들이 병원의 운영에 직접 참여하고 있었다. 그러나 그 자체가 병원의 운영에 절대적인 요소가 아니라 부가적인 부분이었으며, 그것이 다른 환자에 대한 강압적인 통제로 이용된다고는 생각되지 않았다.

반면 B정신병원은 환자를 이용한 환자 통제가 병원체계의 주요한 구성요소로 판단되었다. 즉 직원 수가 적을 뿐만 아니라 병원 시설이 체계화되어 있지 않고 열악하기 때문에 병원 운영과 관련된 많은 일들이 환자들의 육체노동에 의해 충당되는 것이다⁸⁾. 그중 이번 조사에서 가장 중요하게 생각한 부분은 병동 내에서의 질서유지에 환자들을 이용하는 관행이었다. 즉 B정신병원에서는 간호사와 보호사의 수가 부족하기 때문에 병동 내에서 질서를 유지하는 것 역시 환자들로 구성된 실장 및 방장제도를 통해 충당하고 있었던 것이다.

정신병원에서 운영되는 실장 및 방장제도는 사실 그 자체로 정신질환자의 치료환경과 인권보호에 악영향을 미치는 것으로 평가할 수 있다. 우선 환자 개개인의 의견이나 요구사항의 전달과정이 실장 → 방장 → 간호사 등 직원 → 의사로 이루어지면서 일상적인 요구가 의료진에 전달되기 전에 이들 실장 및 방장에 의해 무시될 가능성이 크기 때문이다. 일상적인 요구의 대부분은 사실 이들 실장 및 방장의 책임으로 된다는 점에서 그렇다. 그 결과 정신병원 내부의 의사소통과정이 상명하달식의 위계적인 방식으로 구성될 가능성이 커진다.

8) 전체 환자가 이용할 수 있는 식당이 없어서 병동별로 배식이 이루어지는 등 B정신병원은 병원의 일상적인 운영 중 많은 부분을 환자들에 의존하고 있었다.

또한 B정신병원의 경우 일반적으로 직원이나 실장 및 방장 등이 환자에게 사용하는 언어는 평어이며, 이는 기존의 권위주의적인 수용 및 구금시설에서 공통적으로 발견되는 현상이다. 무엇보다도 환자들 내부에서 하는 일에 따라 평어를 사용하는 사람과 존칭을 사용하는 사람으로 나뉘는 현상은 환자들 내부의 불평등현상과 권력관계를 보여주는 것으로 치료환경 및 인권보호에 결정적인 장애요인이라 할 수 있다.

여기서 특히 문제가 되는 것은 이들 실장 및 방장들이 병동의 질서 유지라는 이름 아래 다른 환자들을 구타하는 등 인권침해 행위를 하는 것이다. 이와 관련하여 확인된 증거는 없지만, B정신병원의 병동 분위기가 억압적이고 경직되어 있다는 점은 그러한 사실의 일단을 보여주는 것으로 평가할 수 있다. 또 B정신병원에서는 이들 실장 및 방장 등이 강박조치에도 참여한다는 사실이 여러 경로를 통해서 확인되고 있는데, 이는 매우 중요하며 시급히 시정해야 할 문제이다.

6) 기타 인권상의 문제

이상에서 살펴본 것 외에도 이번 조사를 통해 드러난 정신병원 실태 중 인권침해요인은 다음과 같다.

첫째, 정신의료기관에 수용된 신체질환자의 문제이다. 병원에서는 이들을 합병증 환자로 부르며 별도로 수용하고 있었다. 문제는 이들의 정신질환 외 질병에 대한 치료비가 지급되지 않는다는데 있다. 즉 정신과에 대한 의료급여 지급은 진료 행위별로 이루어지는 것이 아니고 환자 1인당 정해진 액수가 지급되는 정액수가제로 운용되기 때문에 신체질환자의 진료에 소요되는 비용이 별도로 지급되지 않는 것이다. 그 결과 신체질환자가 적절한 의료서비스를 받지 못할 뿐만 아니라, 병원 재원이 그들에게 투하되면서 타 정신질환자가 상대적으로 손해를 본다

고 판단되었다.

둘째, 동일한 이유로 정신병원에서는 거동이 불가능한 환자들에 대한 지원이 매우 어려우며, 그러한 점이 이들 중환자들의 인권이 침해되는 구조적인 요인으로 작용하고 있다. 실제 A정신병원에 대한 방문 조사 과정에서 중환자실에 수용되어 있는 환자들의 몸이 어린아이 같이 오그라들어 있는 것을 발견하였다. 전문가들의 조언에 따르면 장기간 누워있는 환자들은 매일 스트레칭을 통해 몸을 펴주어야 하는데, 현재의 의료비체계로는 그러한 간호가 불가능하다고 한다.

셋째, 급여환자와 보험환자 사이의 차별 문제이다. 이번 조사과정에서 조사관들은 급여환자가 수용되어 있는 병동과 보험환자가 수용되어 있는 병동 사이에는 상당한 환경상의 격차가 존재한다는 것을 체감할 수 있었다. 물론 이는 기본적으로 그 환자로 인하여 병원 측이 받을 수 있는 경제적 이익의 차이에 기인한다. 하지만 이러한 현상은 급여환자의 치료받을 권리가 침해되는 것으로 판단할 수도 있다. 이 문제를 해결하기 위해서는 의료처치 기준, 시설·환경 기준 등 의료급여 비용지급에 따른 최소한도의 치료환경 기준이 마련될 필요가 있을 것이다.

넷째, 환자들의 사회적 네트워크가 단절된 경우가 많다는 문제이다(표 14). 물론 이는 병원의 실수나 잘못은 아니지만, 환자와 가족 및 친지들과의 연락망이 단절된 것은 인권적 측면에서는 물론이고 치료환경이라는 측면에서도 문제가 있다고 판단되었다.

표 14) 환자들의 친지 연락처 인지상태

구 분	B정신병원(26명)	A정신병원(29명)
알고 있음	17	11
모름	9	18
증세로 인해 불능 (모름에 포함)	1	5

조사결과를 보면 B정신병원은 A정신병원에 비하여 보호자 연락처를 알고 있는 경우가 많았고, 또 판단 불능의 환자는 A정신병원보다 적었다. 물론 이는 정신병원 측의 운영상의 차이이기 보다는 B정신병원은 알코올 중독자가 많고, A정신병원은 만성적인 정신분열환자가 더 많다는 사실에 기인하는 현상으로 판단된다.

4. 종합적인 판단

① 정신병원에서 의사는 사실상 전제적인 권력을 행사하고 있으며, 그에 대한 견제장치는 거의 발견되지 않았다. 현대사회에서 사람을 강제적으로 수용하는 대표적인 시설은 구금시설이지만, 그곳조차도 행형법 등 수형자들의 생활조건을 규정하는 법규가 존재한다. 그러나 정신병원은 병의 치료를 위해 환자들을 수용하면서도 입원환자들의 최소한의 생존 및 인간적인 삶을 위한 기본적인 규정조차 마련되어 있지 않은 실정이다. 본 조사에서는 현재의 정신의료기관 체계에서 가장 절실한 것이 의사의 판단에 대한 검증시스템과 정신의료기관의 시설기준 및 운영상의 기준이라고 판단하였다.

② 정신의료기관의 입·퇴원 과정 및 치료과정에서 환자의 개별 의지가 지나치게 무시되고 있었다. 즉 정신질환자라는 특성을 감안하더라도 입·퇴원과정에서 본인의 의사가 지나치게 무시되고 있으며, 조사과정에서 가족들의 거부를 이유로 퇴원해야 할 환자가 퇴원하지 못하는 사례가 다수 발견되었다. 특히 그러한 사례들 중에는 강제감금⁹⁾으로 볼 여지가 충분하다고 판단되는 것도 있었다. 의사의 진료 및 판단과정에서 가능한 한 환자의 의사를 존중하는 것이 필요하다고 생각된다.

③ 환자들의 재활 및 사회복귀를 위한 시스템이 취약하다는 문제가 발견되었다. 우리나라에서 가장 크다는 A정신병원조차 환자들의 사회복귀를 위한 직업 재활센터가 형식적(다른 사람들에게 생색내기 위한 프로그램)으로 운영되고 있었으며, 전체환자 2,274명중 재활과정에 참여하고 있는 사람은 몇 십명에 그치고 있는 실정이었다. 물론 여러 명의 환자가 이러한 사회복귀시스템을 거친 다음 외부에서 취업하여 생활하고 있었는데, 이는 평가할만한 사실이고, 병원측도 그러한 점을 자랑하고 있었다. 하지만 그러한 혜택을 받는 환자 수가 너무 적다는 점이 문제로 생각되었다. B정신병원의 경우는 그러한 프로그램 자체가 실제적으로 운영되는지 의심스러운 형편이었다.

④ 종합 치료적 환경에 대한 환자들의 평가는 비교적 양호하였다(표 15). 이와 같은 평가가 가능한 것은 환자들의 준거대상이 자신이 최초 정신병원에 입원하던 시점의 치료환경이기 때문이라고 판단된다. 즉 과거에 비해 정신병원은 시설이나 치료환경 등의 측면에서 상당한 진전을 이룬 것으로 평가할 수 있다.

9) 이에 대해서는 국가의 배상책임을 인정하는 판례(99가합62864)가 있음

표 15) 종합 치료적 환경에 대한 환자들의 평가

구 분	B정신병원					A정신병원				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
치료환경										
입원환경		5	13	6	1		14	8	3	
의사태도		13	3	6		3	14	6	2	
간호사태도		15	4	3	1	4	20	3		
보조사태도	1	12	5	4		1	17	6	1	1
반장태도		11	10	4		1	12	10	2	
음식		9	9	4	1		15	9	3	
거부	1(전체 항목)					3(의사태도 항목)				
* 1: 아주 만족, 2: 만족, 3: 보통, 4: 불만족 5. 아주 불만족										

표 15)에서 보는 바와 같이 치료환경에 대한 환자들의 응답은 B정신병원과 A정신병원이 큰 차이를 보이지 않는다. 특히 간호사들에 대한 만족도는 두 병원 모두 다른 항목보다 높게 나타났으며, A정신병원은 모든 항목에 걸쳐 환자들의 만족도가 비교적 높은 수준을 보이고 있었다. 이러한 사실로 미루어 짐작할 때, 현재 치료적 환경은 과거에 비하여 실질적으로 많이 개선되고 있다는 것을 알 수 있었고, 환자들도 이를 인정하고 있다고 판명되었다.

Ⅲ. 결론(제안)

1. 당면과제

1) 강박조치의 최소기준 마련 및 시행

정신보건법은 제46조 환자의 격리제한 등의 조문을 통해 치료 중 발생할 수 있는 환자에 대한 인권침해를 규제하고 있다. 하지만 강박조치 자체를 금하지는 않고 있다. 강박조치는 환자들의 신체의 자유를 현저하게 침해하는 것이지만, 그 자체가 정신질환자의 치료에 필요한 부분이기 때문이다. 문제는 치료행위로만 행해져야 할 강박조치가 치료의 범위를 넘어서 환자를 통제할 목적으로 시행된다는데 있다. 이는 이번 조사를 통해서도 확인되었다. 예를 들면 최초 입원한 환자는 일단 강박조치를 시행하는 것이 일반적이었으며, B정신병원의 경우 자신들이 만든 최대 24시간이라는 제한규정 마저도 무시한 채 3-4일간 계속해서 강박조치를 시행한 사례가 어렵지 않게 발견되었다. 강박조치가 치료과정의 일부라면 그 목적에 맞게 시행될 수 있도록 의사들 스스로 최소기준을 마련해서 기준에 맞게 시행해야 할 것이다. 본 조사팀은 대한신경정신의학회에 강박조치의 시행에 필요한 최소기준을 만들 것을 제안한다.

2) 알코올 중독환자와 정신분열증 환자의 분리 수용

비교적 알코올 중독환자가 많은 B정신병원에서는 한 병동에 알코올 중독환자와 정신분열증 환자를 함께 수용하고 있었다. 환자 유형별 구성비율을 보더라도 두 유형의 환자가 각각 절반 가까운 비율을 차지하

고 있었다. 본 조사팀은 이와 같은 환자의 구성비율 자체가 환자들의 인권을 침해할 수 있다고 판단하였다. 즉 알코올 중독환자들은 술을 먹지 않으면 정상인과 차이가 없기 때문에 정신분열증 환자들과는 판단력이나 행동양식에서 훨씬 우월한 위치에 있다는 것이다. 결국 한 병동에서 공동생활을 하는 과정에서 알코올 중독환자들이 자신들의 이익이나 편의를 위하여, 또 내부 질서유지라는 명목 하에 정신분열증 환자들의 이익이나 권리를 침해할 가능성이 있는 것이다. 이는 해당 병원의 방장이나 실장이 대부분 알코올 중독환자라는 사실에서도 드러난다. 따라서 본 조사팀은 환자 유형별로 구별하여 병동에 수용할 것을 해당 병원에 제안한다.

3) 환자에 대한 보호자의 보호의무 및 접근권 보장

현행 정신보건법에서도 보호자의 의무조항을 명시하고 있지만(정신보건법 제22조), 그 내용은 정신질환자의 보호를 위해 노력하고, 환자를 유기하지 말라는 정도이다. 그러나 실제로는 보호자들이 환자를 정신과 관련시설에 입원시킨 다음 무관심한 경우가 많은 것으로 나타났다. 이번 조사과정에서 두 병원 모두 환자들이 보호자의 연락처는 잘 모르지만, 가족들에 의한 면회는 실시되고 있는 경우가 많았다. 또 의사가 환자들의 퇴원을 결정했지만, 인수할 보호자가 없어서 퇴원하지 못한 사례도 다수 발견할 수 있었다. 이는 사실상 보호자의 의무를 다하지 않는 것으로 판단할 수 있으며, 이에 대해 적절하게 대처할 수 있는 방법이 연구되어야 할 것이다.

또한 이번 방문조사를 통해 새롭게 문제점으로 제기된 것은 정신의료기관의 치료 및 수용과정에서 환자 및 보호자의 권리가 지나치게 무시된다는 사실이었다. 환자들은 병원측이 자신들에게 보장해야 되는 정신보건법상의 제반 권리에 대해 거의 알지 못하고 있었으며, 병원도

그에 대해 고지를 하지 않고 있었다. 이러한 현상의 배후에는 정신질환의 특성상 환자들이 권리주체로 인정되지 못한다는 일반적인 인식이 자리하고 있다. 하지만 아주 특수한 경우를 제외하고는 가능한 한 환자들에게 치료방법 등을 고지해야 한다고 생각하며, 조사에 참여한 전문가들 역시 동일한 의견이었다.

4) 화재에 대비한 시설 개선

이번 조사를 통해 예상하지 못했지만, 중요한 문제로 떠오른 것이 정신의료기관의 화재 대비 시설이었다. 정신질환자들은 그 특성상 화재가 발생했을 경우 신속한 대피 및 화재진압 활동이 어렵다. 따라서 화재에 대비한 시설 및 행동양식이 구체화되어 있지 않으면 정신병원에서 화재가 발생할 경우에는 대량의 인명손상이 불가피하게 된다. 물론 이와 관련한 병원 측의 설명은 화재에 대비한 시설 구비 및 훈련이 소방서의 감독 하에 매달 이루어지고 있으며, 별다른 문제점이 발견되지 않는다는 것이다. 그러나 본 조사를 통해 조사팀은 정신병동의 특성상 통상적인 시설 및 훈련으로는 화재에 대한 대비가 부족하다고 판단할 수 있었다. 이를 단적으로 보여주는 것이 창문에 설치되어 있는 쇠창살이다. 화재에 대비하기 위해서는 정신병동의 창문 쇠창살이 외부에서 뜯어낼 수 있는 구조여야 할 것이다. 그러나 B정신병원의 경우에는 모든 쇠창살이 건물 안쪽에 설치되어 있어서 화재발생시 외부에서 제거할 수 없는 구조로 되어있었다. 그래서 본 조사에서는 정신의료기관에서는 창문의 쇠창살 구조를 바꾸는 것을 포함하여 화재에 대비한 시설 및 훈련과정을 재검토하고, 부족한 부분에 대한 개선을 제안한다.

2. 장기적 개선방안

1) 치료적 환경을 위한 의료인력의 최저기준 조정

정신의료기관의 치료적 환경이 개선되기 위하여 가장 중요한 점은 의료인력의 문제이며, 그중에서도 정신과 전문의의 정원 규모라고 할 수 있다. 즉 의사 1인당 환자 수가 적정선에서 결정되고 지켜져야 된다. 현재 정신보건법의 규정에는 의사 한 명이 담당하는 환자 수가 70명으로 규정되어 있는데, 이번 조사를 통해 그 기준이 잘 지켜지지 않고 있음을 확인할 수 있었다. 나아가 전문가들의 판단에 따르면 의사 1인당 70명이라는 기준도 현실의 여건을 감안한 최대한도의 규모라는데 의견을 같이하고 있다. 가능하다면 의사 1인당 환자수를 50명 정도의 수준으로 축소할 필요가 있다고 판단되었다. 또 의사 외의 의료인력에 대해서도 동일한 주장이 가능하다. 간호사와 보호사도 환자들에게 실질적인 도움을 줄 수 있는 수준으로 정원규모를 수정해야 하며, 임상심리사나 각종 프로그램 담당자도 실질적인 운영이 가능한 수준에서 인원이 배치될 수 있도록 기준이 결정되어야 할 것이다.

2) 개방적 병원환경 조성 및 다양한 치료프로그램 실시

이번 조사의 대상이었던 두 병원에서 가장 극명하게 대비되는 부분은 그 병원의 시설 및 병동의 구조가 개방적인가, 폐쇄적인가라는 것이었다. 그리고 조사를 통해 개방적인 병동구조 및 시설이 환자 내부 관계를 보다 자유롭게 하고, 간호사와 보호사 등 의료인력과 환자 사이의 관계를 보다 친밀하게 하며, 거의 대부분의 환자가 의료인력의 가시권에 있는 등 정신병원의 치료환경의 개선에 매우 중요하다는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 정신병원의 시설 및 병동구조에 있어서 개방형 구조를 기준으로 제시할 필요가 있다고 판단되었다. 물론 모든

병동을 개방형으로 만드는 것은 다소 무리일 수도 있지만, 최소한도 비율의 개방병동 설치를 의무화해야 할 것이다. 또 동일한 논의의 연장선상에서 환자의 신체 구속에 대한 제도적 가이드 라인을 설정하고, 국가의 의료급여 지급에 따른 최소 의료기준을 마련하는 등 개방적인 치료환경 조성을 위한 기준도 필요하다고 판단되었다.

한편 현재 정신의료기관에서 환자의 치료를 위하여 시행하고 있는 치료법은 시설에의 수용과 투약, 그리고 관찰이라고 할 수 있다. 그 외 사회복귀를 위한 재활 프로그램과 작업 요법, 치료 프로그램 등이 있지만, 그것은 전체 환자를 위한 치료용이기 보다는 오히려 극소수의 환자를 위한 것이고 그나마도 외부 전시용으로 보는 것이 적합하다는 것이 이번 조사를 통해 드러났다. 따라서 현재의 조건에서 정신의료기관의 치료환경을 개선하기 위해서는 이들 치료 프로그램 및 재활 프로그램을 효과적이고 실질적인 것으로 운용하는 것이 필요하다고 판단되었다. 이를 위해서는 의료보호도 행위별 수가로 전환해야 하며, 적정 수가 설정 및 평가 방법의 도입이 필요할 것이다.

3) 환자를 이용한 환자 통제(방·실장제) 폐지

정신의료기관에서 환자에 대한 통제를 실시할 경우, 그것은 반드시 치료와 관련되어야 하며, 최소한도로 행해져야 한다. 또 의사의 결정에 의해 자격을 갖춘 간호사나 보호사에 의해 이루어져야 한다. 그러나 현실적으로는 환자들이 병원의 운영에 여러 가지 형태로 참여하고 있으며, 심지어 질서유지라는 명목으로 일부 선발된 환자들이 여타 환자들을 통제하는 경우가 비일비재하다. 그 대표적인 형태가 일부 환자들을 방장이나 실장으로 하여 병원에서 병원 운영 및 질서유지의 임무를 부여하는 경우이다. 이러한 현상이 불합리하며 정신질환자의 치료에도 좋지 않은 영향을 미친다는 사실을 모두 알고 있지만, 그럼에도 불구하고

하고 그러한 일이 발생하는 가장 큰 이유는 의료인력의 부족 때문이라 할 수 있다.

이번 조사과정에서도 정도의 차이는 있지만 그러한 사례가 발견되었다. 특히 B정신병원에서는 이들 실장 및 방장들이 의료적 조치인 환자에 대한 강박조치에도 참여하고 있었으며, 환자들의 이동시 환자들을 인솔하고 식사시간 및 병실에서의 생활을 감독하는 등 환자를 이용한 환자 통제와 사례가 다수 발견되었다. 따라서 본 조사팀은 B정신병원은 물론이고 A정신병원에 대해서도 일부 환자들을 방장 및 실장으로 하여 다른 환자들을 통제하게 하는 관행을 폐지하고, 이를 자격을 갖춘 의료인력으로 대체할 것을 제안한다. 다만 당장 이를 시행하기 위해서는 의료인력의 보완이 필요하기 때문에 본 조사에는 이것이 장기적으로 갖추어야 할 과제로 제시하였다.

4) 정신병원에 대한 지도·감독의 실질화

정신병원은 1980년대 중반 이후 국가의 보건정책에 힘입어 대형화한 경우이며, 입원환자들의 상당수가 국가에서 지급하는 의료급여 등의 예산으로 운영되는 곳이다. 하지만 조사과정에서 그에 걸 맞는 국가의 지도·감독은 발견할 수 없었다. 또 정신병원은 수용된 환자들의 특성상 외부로부터 격리되어 단절된 곳이고, 정신질환자들은 자신의 권리를 주장하거나 권리의 침해 시 그에 대한 구제를 호소하기도 어려운 상태에 있다. 따라서 정신의료기관의 건전한 운영을 위해서는 국가의 지도·감독이 매우 필수적인 조건이라 할 수 있다. 보건복지부는 예산이나 운영상태 등에 대한 지속적인 감시를 해야 할 것이며, 또 환자의 권리가 침해당했을 때에는 그에 대해 즉각적으로 대응할 수 있는 시스템이 필요하다 할 것이다. 국가인권위원회의 진정함을 설치하고, 환자들에게 자유로운 진정행위를 보장하는 것은 이를 위한 매우 중요한 조

치로 판단된다.

5) 환자의 사회복귀를 위한 중간단계의 치료 및 재활시설 설치

정신병원 운영자들이나 의사들과 면접한 내용에 따르면, 현재 입원하고 있는 정신질환자의 절반 가까운 수는 퇴원이 가능하다고 한다. 그러나 현재의 지역보건체계나 정신질환자를 문제시하는 사회적 인식, 또 대다수 정신질환자 가족들의 비협조적인 분위기 등을 고려할 때, 이들은 정신질환자의 정신병원 수용이 그나마 최선의 선택이라고 생각한다. 즉 사회적 지지가 없는 환자들은 사회에 나갔다가도 곧바로 병원이나 요양소 등에 들어올 수밖에 없다고 생각하고 있으며, 자신들은 그러한 환자들을 병원에 수용하는 것으로 사회에 공헌하고 있다는 것이다. 조사관들 및 조사에 동참한 전문가들의 판단으로는 이러한 사고가 환자들의 인권을 침해할 위험을 안고 있다고 생각한다.

중요한 것은 그와 같이 불명확한 위험 가능성만으로 환자들의 신체를 구속할 수 없다는 것이다. 그리고 만약 사회적 위험이나 환자가 더 나빠질 가능성이 있다면, 그것은 지역보건체계의 미비나 가족의 무관심 등 퇴원 환자에 대한 사회적 지지시스템의 부재에 기인하는 것이지 환자의 잘못은 아니라고 할 수 있다. 이러한 의미에서 현재 부족한 것은 정신의료기관과 일반사회 사이의 중간단계에 해당하는 치료 및 재활시설이다. 조사대상인 A정신병원에서 극히 일부의 환자에게 시행하고 있는 환자의 사회복귀를 위한 치료 및 재활시설의 활용이 정신보건체계의 치료환경을 개선하기 위해서는 현 단계에서 필수적인 조건이라고 생각한다.

IV. 청문회 결과(관련 단체들의 주장)

일시 : 2003년 4월 9일(수) 오후 3시

장소 : 국가인권위원회 11층 배움터

정신장애우의 인권보호를 위한 제언

송 용 달
(사) 대한정신보건가족협회 회장

1. 서 언

무엇보다 먼저 “정신질환자의 인권보호를 위한 청문회”를 개최함으로써 유관기관 및 단체가 한자리에 모여 인권문제를 심도 있게 토론할 수 있는 기회를 만들어 주신 국가인권위원회와 참석하신 모든 분들에게 800여만 정신가족을 대표하여 깊은 감사를 드립니다.

저는 오늘 이 시간 본고에서 정신질환자의 인권보호를 위하여 무엇이 문제이며 어떻게 하면 될 것인가를 중심으로 정신가족의 입장을 말씀드리고자 합니다.

2. 무엇이 문제이며 어떻게 하면 될 것인가?

정신장애우의 인권보호를 위해 무엇이 문제이며 우리는 어떻게 해야 되겠습니까?

1) 호칭상 문제

“정신질환자” 또는 “정신병자” 라는 말은 듣기만 해도 부담을 주는 단어입니다. 국제적 문제가 있기에 학술적 명칭을 “Schizophrenia”로 하더라도 일반적 명칭을 바꾸어 주기를 간절히 소망합니다. 금년 7-9월에 명칭을 공모코자 합니다. 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

- 참고 : 일본, 통합실조증

2) 정신보건심의위원회문제

각 시도에서는 정신보건법 제27조에서 정한 정신보건심의위원회를 구성, 운영하여야 합니다. 특히 서울시는 아직 구성도 하지 않은 실정이며, 정신질환에 경험이 있는 가족대표를 꼭 참가시켜야 되겠습니다.

3) 환자의 수가 증가하고 있습니다.

나병(문둥병)을 비롯한 다른 난치병은 감소되는 추세인데 정신질환자는 증가하는지 아니면 감소되는 추세인지요. 감소된다면 다행이나 증가한다면 적극적 대책이 요망됩니다(증가요인 : 수명증가 스트레스노이로제).

4) 정신질환자의 치료비 (입원, 약값) 문제

치료받을 수 없는 환경에 살고 있는 정신질환자를 보호해 주시기 바랍니다. 정신질환자는 정신건강을 유지하기 위해 도파민 분비량의 균형이 중요하기 때문에 적정량으로 조절하려면 계속 약을 먹어야 된다고 의사선생님은 말씀합니다. 그럼에도 불구하고 가정환경 상 약물 치료를 받지 못하는 환우의 치료비(입원비, 약값)는 국가 부담으로 되어야 하겠습니다.

5)정신과 전문의 1인당 환자수 문제

일본의 경우 정신과 의사의 수가 절대 부족 합니다. 그런데도 정신과 의사 1인당 진료인 수는 48명인데 우리나라는 70명입니다. 특히 요양 시설의 경우 촉탁의사 1-2명으로 상근하지도 못하는 실정으로 과학적 치료를 박탈당하고 있습니다. 정부의 직무해태라고 사료됩니다. 정신과 의사를 비롯한 전문요원의 노동권도 시장경쟁의 원리가 적용되어야 하며, 소비자는 양질의 서비스를 선택할 수 있는 제도와 환경이 요구됩니다.

6) 미신고 무허가 시설의 정신장애우 문제

국가인인권위원회의 발제문 중에 보면 우리나라의 사회복지시설 중 미신고 보호시설이 2003.1월 현재 1044개소에 17,893명을 수용하고 있습니다. 그중에는 종교를 빙자한 억류시설들이 다수가 있는 것으로 추정됩니다. 이들도 과학적인 병원치료와 재활치료를 받을 수 있도록 당국의 획기적 개선을 건의합니다.

7) 부모 사후의 문제

정신장애우는 부모 사후의 문제가 큰 문제입니다. 부모의 재산을 상속, 관리, 활용할 수 있는 절차를 포함한 신탁제도를 마련하여 주시기 바랍니다.

8) 병원 및 각종 시설내 생활문제 ✓

병원 정신과 의사 선생님을 비롯한 전문요원 선생님(간호사, 사회복지사, 임상심리사)! 정신질환자는 환자입니다. 병원을 비롯한 각종시설에 입원한 이유는 건강회복을 위한 치료를 받으려는 것으로, 환자는 고객이며 소비자입니다. 정신질환자는 죄수가 아니며 교도소에 간 것이 아닙니다. 인격적 대우와 정당한 권리가 보장되기를 바랍니다. 친절하게 사랑하는 마음으로 대하여 주시기 바랍니다.

9) 요양시설 내 생활문제

요양시설 내 재원자는 만성질환자와 무의탁자 그리고 가족이 있으나 포기한 정신장애우들입니다. 긍휼히 보시고 사랑하는 마음으로 가족과 같이 돌봐주시기 바랍니다. 특히 정당한 근로의 대가를 받도록 보살펴 주시기 바랍니다.

병원과 요양원에 지급되는 정신질환자를 위한 국고지원비가 환우들

을 위하여 합리적이고 투명하게 사용되어야 하겠습니다.

10) 입퇴원과정의 문제

김모임 보건복지부 장관 재임 시에는 119로 환자 이송을 할 수 있었는데 어느 날 갑자기 거절하고 있습니다. 다시 사용할 수 있도록 조치 바랍니다. 정신가족도 세금을 납부한 국민입니다. 국가시설을 이용하게 조치하여 주시기 바랍니다.

11) 당국의 감독철저 요망

국가인권위원회 조사 결과에서 볼 수 있듯이 병실 및 식당의 위생 상태가 환자를 고려하지 않은 상태인 점, 휴식 및 여가 공간 및 문화 공간 시설 부족, 화재에 대비한 시설의 취약, 미신고 시설 수용자들의 행복하게 살 권리의 보장 등을 위해 당국의 감독이 요망됩니다.

12) 의료급여 환자와 보험환자 차별치료 문제

의료보험 재정을 확보하여 현재의 급여 환자와 보험환자의 차등 치료를 대등한 치료로 개선하여 주시기 바랍니다. 특히 정신질환자는 평생 약을 먹어야 하기에 연간 진료일수 365일 + 170만원으로는 부족한 실정입니다. 개선을 요망합니다.

13). 미확인 사실에 대한 추정정보도 문제

특정 사고 발생시 사건의 행위자에 대한 확실한 확인도 되지 않은 상황에서 정신질환자의 소행이라고 추정하여 정보를 제공 또는 공개하는 것은 문제가 있습니다. 특히 매스미디어 (신문, 라디오, TV등)를 통해 클로즈업시키는 것은 무책임한 자세인 동시에 무력하고 힘없는 정신장애우 가족에 대한 살인적 행위라고 할 수 있습니다(예: 대구지하철

방화사고, 동해안간첩 침투 사고 등). 미확인 사항에 대한 추측 보도로 불특정 다수 국민에게 피해를 주지 못하도록 제도적 규제장치를 마련해 주시기 바랍니다.

14). 정신보건 연구기관의 설치 운용의 문제

국민의 정신건강을 위한 종합적인 연구기구가 필요합니다. 정신보건법 제14조에서는 동기관의 설치를 꼭 하도록 규정하고 있습니다. 정신질환 치료방법 및 재활치료의 프로그램 개발, 치료효과의 검증 등 연구를 위하여 동기관의 설치 운용을 간절히 요구합니다.

3. 결 어

2000년 일본에서 본 일입니다. 초등학교 5학년생이 잘못된 수혈로 에이즈에 걸렸습니다. 어머니는 국가를 상대로 행정소송을 제기하여 국가는 직무해태로 패소하고 경제적 배상을 한 사례가 있습니다. 앞으로 (사)대한정신보건가족협회에서는 국민의 공복으로 책임을 다하지 못한 공복에게 책임을 다하도록 노력할 것입니다.

또한 전문인은 국민을 위한 특별한 사명이며 축복받은 역할(달란트)입니다. 겸손한 자세, 친절한 자세, 사랑을 실천하며 헌신하는 자세가 요망됩니다. 히포크라테스나 허준과 같은 의료진과 슈바이처나 테레사 수녀 같은 봉사자가 요망됩니다.

국가인권위원회는 직무를 수행함에 있어서 문제만 제기하는 선에서 그치지 마시고 조사하여 조치한 내용이 시정되도록 사후관리와 확인까지 이루어지기를 소망합니다. 특히 국가인권위원회의 조사결과 조치사항에 대한 권고권을 명령 또는 조치 요구권으로 강화되기를 바랍니다.

또한 이러한 모임이 매년 정례화 되기를 희망합니다.

끝으로 우리나라 정신장애우와 정신가족의 인권을 위하여 고민하고 토론하여 주시기 위해 이 자리에 참가하신 모든 분들에게 뜨거운 감사를 드리며 개인의 건승과 가정에 무한한 축복을 기원 드립니다.

감사합니다.

정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점

- 정신의료기관에 대한 조사를 중심으로 -

정 은 기

대한신경정신의학회 법제이사

정신질환자의 인권보호를 위한 국가인권위원회 담당자들의 노력에 감사드립니다. 정신질환자 인권침해에 대한 진정을 접수하고 이에 대한 조사를 부산 모병원에서 시행했고 제도개선을 위한 방문조사를 일차적으로 정신의료기관 두 군데에서 시행한 것은 시기적으로 적절하고 필요한 조치라고 생각합니다.

현재 우리나라 정신보건시설에는 시설마다 차이는 있지만 분명히 환자 인권침해의 요소가 있음을 인정할 수 있습니다. 그 이유는 1) 정신능력의 저하 등을 포함한 여러가지 이유로 정신질환자가 권리주체로 인정받기 어렵고, 2) '위험하다, 무섭다' 또는 '기분 나쁘다' 등 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인한 거부감 등이 이유가 되며, 3) 또 다른 이유는 평가 및 감시기능이 부실하기 때문입니다. 이런 여러가지 인권침해의 요소가 인권위원회의 활동에 힘입어 효과적으로 개선되기를 기대합니다.

현재 정신보건법상 중앙정부나 지방정부, 그리고 정신보건심의(심판)위원회가 평가와 감시에 대한 기능을 하게 되어 있으나 왜 활동이 잘 안되는지 그 이유를 검토하여야 합니다. 또한 열악한 정신보건시설에서 환자인권 침해요소를 제거하고 인권을 신장시키기 위해서는 필요한 시설 및 인력의 보강대책을 현실적으로 검토하여야 하며 예산이 필요

하다면 확보를 위한 대책마련이 있어야 합니다. 예산반영 없이 법조항으로만 규제하거나 공무원만 밀어붙이면 제대로 돌아갈 수가 없습니다.

정신병원이 많아지고 입원환자가 늘어나는 것이 인권침해의 주 원인이기 때문에 병원을 없애고 환자들은 퇴원시켜야 된다는 일부의 의견은 지극히 단견적인 의견입니다. 퇴원해서 필요한 치료를 원할 때 비용부담을 크게 느끼지 않고 치료받을 수 있고, 사회적응을 위한 적절한 재활치료 시설이 제대로 갖추어져 있고, 재발하면 빨리 조치가 가능한 연계 시스템이 갖추어지지 않은 상태에서 그런 의견은 공염불입니다.

정신병원과 병상이 늘어나는 것은 가족과 사회가 환자들을 받아들일 준비가 제대로 되어있지 않다는 것을 반영하는 것입니다. 인권이 문제가 되는 것은 병상수 만이 아니고 정신질환의 특성과 개념을 얼마나 전문적으로 이해하고 병원을 운영하느냐가 중요합니다.

인권위원회에서 조사를 시행한 두 개 병원이 모두 문제점이 있지만 그런 중에도 두 병원 간에 인력, 시설뿐만 아니라 분위기에서 차이가 나는 이유는 병원 경영자가 정신질환에 대한 전문적 개념을 가지고 있느냐 없느냐의 차이일 것입니다. 전문개념이 없는 경영자가 운영하는 병원에서 병원방침대로 일하기를 요구받는 의사를 탓할 수는 없습니다. 그런 병원에서 의사들의 이직율이 높은 이유는 '전문의로서의 소신에 따라 진료할 수 없는' 상황 때문입니다.

인권위원회에 당부드릴 말씀이 있습니다.

우리나라 정신보건법상 정신질환자 관련시설인 정신보건시설은 정신의료기관, 정신질환자 사회복귀시설, 정신요양시설이 있는데 그 중에서 일차적으로 의료기관 두 군데를 방문조사 하셨습니다만 금년에 계획된 용역사업에서는 여러 정신보건시설을 대상으로 하시겠지만 가능한 한 더 광범위하게, 정신의료기관 뿐만 아니라 모든 정신보건시설을 대상

으로 하는 생생하고 충실한 용역사업이 시행되기를 기대합니다. 그러기 위해서는 보건복지부 용역에 의한 보건사회연구원 보고서 등 기존 자료에 더하여 더욱 깊이 있는 분석이 필요합니다.

입원, 입소환자 뿐 아니라 낮병원, 사회복지시설의 환자들에 대해서도 어떤 프로그램이 있느냐 만이 아니라 어떻게 운영되고 있고 환자 및 보호자의 반응은 장·단기적으로 어떠한가, 어떤 전문적인 평가가 내려지고 있는가, 전문치료가 필요한데 방치되고 있지는 않은가 등 적절한 치료와 대우를 받을 권리에 대해서도 평가되어야 합니다.

자체 기준안 및 용역조사 평가항목의 내용에 대해서는 관계 전문가 단체의 검토가 필요하다고 생각합니다. 부산 모 병원 인권침해 진정에 대한 조사결과 발표 맨 마지막에 국가인권위원회 법에 따라 구금보호시설 진정함 설치를 권고했습니다. 개인적인 생각은 정신병원을 구금보호시설에 포함시켜 규정하는 자체가 정신병원에 대한 편견을 더욱 강화, 악화시키는 것이라고 생각합니다.

‘의사의 전제적 권력’이라는 표현에서 느끼는 개인적인 의견을 말씀드리겠습니다. 정신보건 관련분야에는 의료인인 의사, 간호사 외에도 임상심리사, 사회복지사가 비의료인으로 참여하고 있습니다. 그런데 최근에는 음악치료사, 미술치료사, 언어치료사, 원예치료사, 운동치료사, 무용치료사 등 많은 전문가 영역이 공식적으로 참여하려고 노력하고 있습니다. 그들의 노력에 따라 조만간 참여하게 될 것 같습니다.

정신질환 및 정신질환자는 분명히 의료의 영역입니다. 의료는 타 직업에 비해 분명히 비용이 높습니다. 외국의 경우, 의료비용이 너무 높다고 제도적으로 낮추려고 노력했더니 결과는 의료의 질 저하를 초래하였음이 입증되었습니다. 정신질환자의 입원치료 기능은 정신병원, 퇴원 후 재활치료기능은 사회복지사업이 담당해야 하는 것으로 받아들이고 있다면 그것은 아주 심각한 문제를 포함하고 있습니다. 치료체계

는 일관성과 연속성이 있어야 합니다. 그렇지 않을 때 여러가지 문제가 나타남은 잘 알려져 있습니다.

정신질환에 대한 국가재정을 줄이고 민주사회와 직종평등을 위해서 의료인 외에도 다양한 영역에서 많은 분들이 참여하시겠다는 것은 좋습니다. 그러나 본질적으로 '환자 치료'라는 개념아래 협력체계를 이루어야지 '치료에 있어서 의사의 선도적 지휘 역할을 전제적 권력'이라고 기분 나쁘다고 '환자'를 복지의 대상으로 두고 비의료적인, 독자적인 활동을 하겠다는 것은 곤란합니다.

최근 정부의 정신보건법 개정안 입법예고와 관련하여 비의료인 단체가 정신과 의사 및 의료기관을 향해서 부당하게 공격적인 태도를 보이고 있는데 이런 분위기가 국가인권위원회 활동에 영향을 끼치지 않기를 바랍니다.

정신장애인도 우리의 이웃입니다

오 경 현

한국정신보건전문간호사회 홍보문화이사

이레 사회복지시설 시설장

최근 경제성장과 풍요로움, 과학의 발달은 우리에게 물질 및 정신세계의 변화를 가져오게 하였다. 아울러 국민의 삶의 방식도 변화하여 단순한 생존주의적 차원이 아닌 보다 나은 삶의 질을 추구하며, 건강유지 및 질병회복에 대한 관심도가 높아지고, 건강유지·증진하려는 요구는 인간의 기본적인 권리로 받아들여지고 있다.

그래서 많은 환자들은 그들의 직접치료에 참여하기를 원하고 자신과 가족의 건강과 관련되어진 치료와 간호에 대하여 자세한 내용이나 이해를 위한 답변을 기대한다. 그러나 정신질환자들의 경우 대부분 자신의 권리주장을 스스로 행하지도 못하고, 기본적인 자유마저 누리지 못하고 살고 있다.

그들은 정신상 장애를 가진 환자로 취급되기보다는 일반인들에게 해를 끼치거나 용납될 수 없는 행동들을 하는 특정인으로 간주되기도 한다. 일반적인 환자라는 인식과는 다르게 패륜적 범죄사건, 엽기적 살인 등 가공할만한 끔찍한 일들이 발생할 때면 우선 “혹시, 정신질환자의 소행이 아닌가?” 의심해 보거나 단정짓고 싶어 한다. 이러한 편견으로 인하여 정신질환자들의 인간적인 대우나 권리 수호는 어려움을 갖게 되고, 보호할 만한 정책 또한 미비하다고 볼 수 있다.

우리나라 헌법에서도 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지고 행복을 추구할 권리가 있으며, 모든 국민은 법 앞에 평등하고 모든 국

민은 부당하게 체포 구속되지 않으며, 거주 및 이전, 직업선택, 사생활 비밀, 통신비밀 종교, 학문과 예술 등의 자유를 가질 권리가 있음을 밝히고 있다. 특히 34조에서는 국민은 인간다운 생활을 할 권리가 있다고 했으며, 35조에서는 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리가 있고 이를 위해 국가는 국민들이 이 권리를 누릴 수 있도록 보호할 의무가 있다고 밝히고 있다.

많은 정신질환자들이 말하는 자신의 인권침해는 가장 주변에 있는 사람들이 먼저 자신에게 준다고 한다. 가족, 친구, 치료자, 일반인 그리고 국가가 그렇다. 이러다 보면 모든 사람들이 그렇다고도 볼 수 있다. 그들이 말하는 인권침해는 환경적인 부분에서부터, 알권리, 폭력, 통신의 부자유, 개인정보유출, 직업의 선택 등에서 단지 병원에 몇 번 입원했고 장애증상을 겪었다는 이유만으로 '정신장애'와 '정상'을 나누어 차별하는 것이 장애인들에게 희망을 잃게 하고 있다. 좀더 넓은 세상에서 살아가고자 하는 장애인에게 사회가 얼마나 무심했는지 돌아보아야 한다.

1. 환경적 인권

① 시설과 구조

발제자와 인권위원회에서 조사한 내용과 더불어 많은 정신과 병의원과 요양원에서 치료적 환경보다는 수용의 개념으로 환경적 부분을 생각하고 있다. 모든 기관이 그렇지 않다고 하지만 정신질환자가 퇴원한 이후에 표현하는 것은 다르기 때문이다.

국가인권위원회에서 방문한 2개 기관은 우리나라의 대표적인 정신보건시설이지만 그렇지 못한 기관을 예로 들어 표현하자면 치료진과 완

전 격리된 공간에 많은 인원을 수용하였다. 대부분 한 개 병동에 100병상은 보통이다. 그래서 1인당 가용 면적이 그리 넓지는 못하다고 생각하며, 국가의 지원이나 의료비로 인한 문제점을 지적하고 있다. 내과나 외과계 병동을 본다면 30병상에서 40병상이면 충분하리라 본다. 또한 시설면에서 휴게실이나 화장실, 목욕실 등은 사고의 위험성으로 개방되거나 사용하기에 불편한 구조로 되어있다.

치료를 위한 폐쇄된 공간은 화재사고에 대하여 매우 취약함을 인정한다. 훈련된 직원과 환자라면 그래도 대피를 하게 되지만 당황하게 되면 잠겨있는 문으로 인해 사고는 커질 수 있다. 최근 모병원은 소화전이나 스프링클러 같은 소화장치를 잠금장치를 하거나 갓을 씌워 환자를 보호한다고 하고 있기도 하다. 소방점검에서 지적하지만 자살사고의 예방차원이라고 한다. 최근 구치소의 화장실을 개조하였다는 보도를 접하게 되었는데 정신과 병동 역시 이런 문제의 해결이 필요하리라 본다.

② 치료적 환경

의료법과 정신보건법에서는 정신과 전문의와 간호사(정신보건요원) 등의 인력기준을 제시하고 있다. 그러나 그 수는 인권을 무시하라는 것과 같다고 생각한다. 결국엔 의료비나 병원의 경영 등에 맞춘다고 하지만 100여명의 환자를 수용하고 있는 병동에 간호사 1명과 보조원(치료사) 1명으로 간호와 관리를 한다면 과연 적절한 치료적 환경이라고 말할 수 있는가? 1명의 의료인이 투약과 기록, 환자관리를 한다면 어느 정도의 시간이 걸릴 것인가? 하지만 환자를 방치한다면 적정인력이 될 수도 있는가? 대학병원이나 종합병원 정신과는 그래도 소수의 환자를 적정 수의 의료인력으로 치료를 하고 있다고 본다면 많은 대형병원에서는 의료수가를 올려 달라는 말로 대변한다. 그러나 의료서비

스에 대한 질적인 문제라고 볼 수 있는데, 이는 정책적인 제도로 바꾸어야 할 내용이라고 본다.

그래서 대형정신병원 등에서는 발제자가 지적한 대로 병동의 실장이니 방장이니 하는 병동관리 환자가 생겨나고, 알게 모르게 폭행이나 인권을 유린하는 행위가 나타나기도 한다. 입원 경험이 있는 환자들의 말을 빌자면 과거에는 치료사나 실장(방장)이라는 사람들이 발바닥이나 가슴을 때리는 행동이 있다고 한다.

그리고 대형병원이나 요양원 등에서는 공동작업이나 청소, 식사보조 등 기관의 일을 돌봐주면서도 정당한 임금이 아닌 월 2만원 정도의 용돈(간식비)을 지급한다고 한다. 때로는 관리자의 차량을 세차하는 일이나 구두를 닦는 등의 사례도 있다. 그렇지 않은 대부분의 환자는 병실이나 병동 내 한쪽에 가만히 앉아 무의미한 하루를 보내는 것들이 하루의 일상이다.

③ 병동에서의 일상

한정된 공간 안에서 생활하는 정신질환자는 과연 어떤 하루 일과를 보내야 하는가? 운동장이나 산책로를 갖춘 병원이라면 그래도 양호한 편이다. 그러나 탈출의 우려라는 이유로 폐쇄된 공간에 한정된 생활은 너무나 답답할 것이다. 그래서 다시는 병원에 입원하지 않는다는 표현을 하게 된다. 때로는 시간을 보내기 위한 치료(?) 프로그램이 운영되기도 한다. 그리고 탁구나 TV시청, 간단한 운동 등이 전부이다.

④ 통신의 부자유

발제자의 조사내용대로 병원이나 요양원 등에서 통신의 자유는 어느 정도 제한적인 것이 사실이다. 이러한 제한은 치료적 환경을 유지하기 위한 방법 중의 하나이기도 하지만 만성정신질환자에게는 무의미한 것

이라 볼 수 있다.

전화나 편지는 퇴원요구 혹은 가족에게 협박을 하는 등의 도구로 쓰이기도 한다. 하지만 병식이 있는 환자들에게는 문제가 있는 것이다. 통신에 대한 자유를 준다면 불만은 많지 않을 것이다. 그러나 자유를 억압하기에 자유를 갈망하는 것과 같다. 최근에는 많은 정신의료기관이 병동 내에 전화 혹은 컴퓨터를 설치하고 가족과 대화를 하도록 유도하고 있다. 그러나 몇몇 기관은 점검기간에 시각적인 효과를 주기 위하여 일시적으로 설치하는 경우도 있다.

⑤ 알권리의 박탈

몇 년 전만 하더라도 환자나 가족은 자신의 병이 무엇인지, 무슨 약을 복용하는지 알지 못하는 경우가 많았다. 최근 지역사회 정신보건사업과 사회복지시설의 확대, 정신의료기관에서의 교육, 다양한 정보매체를 통하여 정신분열병 등에 대하여 정보를 제공하고 있다. 그러나 최근까지도 적절한 설명을 거부하고 있는 의료인이 있는가 하면, 교육을 실시하지 않는 의료기관도 있는 것이 현실이다. 그러나 정신질환자에게 자신의 병과 약물복용에 대한 내용을 설명해 줌으로 인해 적절한 치료를 할 수 있다. 또한 가족과 일반인에게도 정신건강에 대한 교육이 확대되어야 한다.

2. 사회적 인권

① 무분별한 언론보도

신문이나 TV, 혹은 드라마나 영화, 만화 등의 다양한 매체를 통하여 정신질환자를 폭력적이거나 엽기적인 사람으로 표현함으로써 정신질환

자가 사회생활을 하는데 영향을 미치고 있다. 대구지하철 참사나 편의점, 서대문 화재사고 등의 사건에서 과장된 보도로 인하여 그들의 사회생활 영역이 좁혀지는 것을 볼 수 있다. 또한 웃음거리가 되는 장면이나 폭력적인 장면 등에서도 정신질환자를 연상하게 되기도 한다. 이제는 국가나 일반 시민들이 나서서 정신장애에 대한 편견을 해소해야 할 때입니다.

② 직업훈련의 기회 박탈

장애인을 위한 고용의 기회는 법적으로 명시되어 있으며, 그에 따라 한국장애인고용촉진공단은 다양한 훈련과 교육, 취업의 기회를 제공하고 있다 하지만 장애인을 위한다는 기관이 정신장애인은 소외시키고 있다. 한국장애인고용촉진공단은 직업훈련학교를 운영하면서 이용대상자에서 정신장애인을 제외하고 있다. 이유는 정신장애인은 관리하기에 힘들다는 것과 관리할 수 있는 실무자가 없다는 것이다. 이로 인하여 많은 정신장애인은 직업훈련을 포기하고, 정신보건센터나 사회복지시설 등에서 직업재활 프로그램을 받고 취업을 하게 된다.

③ 운전면허 취득

도로교통법은 정신질환자가 운전면허를 받을 수 있는 조건을 명시하면서 정신과전문의의 소견을 받도록 하고 있다. 그러나 사고의 우려 때문에 제한적인 운전면허를 취득하고 있다고 본다.

최근 운전면허는 일상생활에서 이동권과 직업생활권을 얻을 수 있는 중요한 도구이다. 그런데 수시 적성검사 제도는 상습적으로 사고를 내는 사람이나 음주 운전자들은 3년 뒤 다시 면허증을 취득할 수 있도록 하고 있다. 반면, 정신장애인은 수시 적성검사가 있기 전까지는 기존의 취득면허까지도 취소하려고 했다. 정상과 비정상을 나누어 정상에게는

관련 규정을 유연하게 적용하면서, 비정상에게는 사회에서 배제하는 이런 제도들이 정신장애인에게 살아갈 희망과 의욕을 잃게 한다.

④ 치료를 받을 기회의 불평등

기초생활수급권자는 다양한 의료와 지원의 혜택을 받고 있다. 그러나 정신질환을 앓고 있는 기초생활수급권자는 최적의 치료를 받을 수 있는 문제에 있어서는 한정적이다. 외래진료에 있어서는 부분적으로 최선의 치료를 받고 있다고 하지만, 고가약(신약)을 복용하는데 있어서는 제한적이거나 본인부담금을 지불하여야 한다. 또한 3차 의료기관에서는 기초생활수급권자의 입원을 허용하지 않고 있다. 외래진료는 허용하지만 국가의 지원금 자체가 한정적이기에 그들에게는 서비스를 제공할 수 없다는 것이며, 응급으로 입원을 하게 되더라도 단기간의 치료 후 다른 의료기관으로 이송하게 되는 것이 현실이다. 이로 인하여 기초생활수급권자인 정신질환자는 최적의 치료를 받을 수 있는 기회가 박탈되었다고 볼 수 있다.

3. 가족의 유린

① 부적절한 수용의 지속

가족은 정신질환으로 인한 피해자이기도 하지만 정신질환자의 인권을 유린하는 가해자이기도 하다. 치료 후 환자가 적절한 사회생활이 가능함에도 불구하고 퇴원을 시키지 않거나 다른 의료기관으로 옮기는 과정을 반복하면서 병원에서 5~10여년을 보내게 하기도 한다. 정신보건법에서는 6개월 이상의 입원을 방지하기 위하여 계속입원에 대한 심판을 받도록 하였으나 다른 의료기관으로 이송 후 입원하게 되는 것에

대해서는 통제하기에 어려운 실정이다. 이를 위해 국가는 가족이 없거나 지지체계가 부실한 정신질환자를 위해 시설을 확보해야 한다. 단, 개방된 수용체제를 전제로 하여야 한다.

② 감금. 폭행

가족은 가족의 생계와 관리(간호)의 어려움, 그리고 다른 사람들에게 알려지는 것 등의 요인 때문에 집안에 환자를 감금하거나 폭행을 하기도 한다. 가족의 어려움은 이해 할 수 있으나 이런 상황이 지속된다면 치료보다는 병이 악화되어 재발과 재입원을 반복하게 된다.

③ 치료를 받을 권리의 포기

정신질환은 만성적이고 지속적으로 치료를 요하는 질병 중 하나이다. 그래서 많은 가족들은 경제적으로 어려움에 처하게 된다. 그래서 치료를 받는데 있어 가족의 환경에 맞출 수밖에 없다. 또한 치료라기 보다는 요양을 하기 위한 시설이나 기도원 등으로 보내지게 된다. 이를 해결하기 위하여 만성정신질환을 앓고 있는 대상자에게는 무료진료 서비스나 저렴하게 치료를 받을 수 있는 시설이 확충되어야 한다. 또한 장기간의 입원치료보다는 최적의 치료를 할 있도록 병원과 요양원의 방침에 변화가 있어야 한다.

4. 결어

장애인은 인간의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 장애인은 건전한 사회 구성원으로 책임있는 삶을 살아가며 자신의 능력을 계발하여 자립하도록 노력하여야 한다. 국가와 사회는 헌법과

국제연합의 장애인권리 선언이 지닌 정신에 따라 장애인의 인권을 보호하고 완전한 사회참여와 평등을 이루어 더불어 살아가는 사회를 만들기 위한 여건과 환경을 조성하여야 한다(장애인 인권헌장 中에서). 정신장애인도 최적의 삶을 누리기 위하여 적절한 치료를 받고, 사회생활을 하는데 걸림돌이 없으며, 자기주장을 할 수 있도록 국가와 정신보건시설 및 일반시민은 지지하고, 수용하여야 한다. 이번 청문회를 통하여 그들에게 조금이나마 영향을 줄 수 있는 변화가 있기를 바란다.

< 토론자료 : 한국임상심리학회의 입장 >

“소비자 선택권” 보장을 촉구함

배 정 규

대구대학교 심리학과 교수

정신질환자 인권문제는 오랫동안 사회의 무관심 속에 방치되어 왔습니다. 결과적으로 많은 환자와 가족들이 부당한 고통을 겪어야 했습니다. 그들은 의료 및 재활 소비자로서의 자신들의 정당한 권리가 무엇인지를 인식조차 못하거나, 설혹 인식하였다 하더라도 그것을 행사할 방법이 없었습니다. 이러한 상황에서 이번에 국가인권위원회에서 이 문제에 관심을 보여서, 무척 기쁩니다. 이번 청문회를 계기로 정신질환자 및 그 가족들이 더 이상 부당한 대우를 받지 않고, 자신들의 정당한 권리를 주장하고 행사할 수 있는 의료 및 재활 서비스 제도가 자리 잡게 되기를 기대합니다.

한국임상심리학회는 “의사의 전제적인 권력에 대한 견제장치가 없고, 입·퇴원 과정에서 정신질환자 본인의 의사가 무시되고 있으며, 재활서비스가 매우 부족하다”는 국가인권위원회의 종합적인 판단에 전적으로 동의합니다. 그리고 현 상황의 본질적인 문제는 “양질의 서비스를 제공하려고 노력할 필요가 없는 왜곡된 서비스 공급 제도(system)”라고 생각합니다. 현재의 제도는 공급자(정신의료기관과 요양원, 정신과 의사 및 경영진) 중심의 논리에 의하여 움직이고 있습니다. 즉 “공급자의 독점적 권한을 보장하고, 별다른 노력 없이도 일정한 이익을 창출할 수 있는 구조”로 되어 있습니다. 또한 서비스 이용자(정신질환자와 그 가족)들이 자신들의 정당한 권리인 “소비자 선택권과 감시권

을 행사할 수 없는 구조”로 되어 있습니다. 이제부터 이와 관련된 문제점들을 구체적으로 지적하고, 대안을 제안하고자 합니다.

I. 돈의 흐름이 잘못되어 있다.

1. 환자진료보다는 로비활동을 잘해야 돈을 벌 수 있다 : 의료급여 지급방식(정액수가제)의 문제점

현재 우리나라의 병상 수는 정신의료기관과 요양원을 합하여 5만 8천 병상인데, 입원 또는 수용 환자의 70%가 의료급여 환자입니다. 의료급여 대상자가 전 국민의 10%미만임을 감안할 때, 이들이 70%이상의 병상을 점하고 있는 현실을 어떻게 받아들여야 할까요? 기초생활보호대상자를 위한 우리나라의 의료복지가 그만큼 잘 되어 있다는 걸 의미하는 건가요? 아닙니다. 그 이유는 현재 정신의료기관과 요양원의 경영자 입장에서 볼 때, 가장 손쉽게 이익을 창출할 수 있는 방법이 “의료급여 지급대상기관”으로 지정 받고, 로비활동을 통하여 “의료급여 환자 정원”을 해마다 늘려 가는 것이기 때문입니다.

그리고 이러한 구조의 핵심이 되는 제도가 “정액수가제”입니다. 이 제도는 의료급여 환자에 대한 서비스 내용에 관계없이 매달 일정한 액수(환자 1인당 정신의료기관의 경우 매달 70여 만원, 요양원의 경우 매달 30여 만원)를 국고에서 지급해 주는 제도입니다. 서비스 내용에 관계없이 일정액이 지급되므로, 경영자 입장에서는 서비스 내용을 개선해야 할 필요가 없습니다. 그 대신에 감독기관 공무원과 좋은 관계를 유지하고, 국회 및 행정부에 대한 로비활동에 주력해서, 현재의 “의료급여환자 정원”을 유지하거나, 더 많은 정원을 배정 받으면 됩니다. 또한 일단 배정받은 정원에서 단 한 명이라도 결원이 생기지 않도록 조

치하면 됩니다. 즉 새로운 환자가 입원하기 전에는 기존의 환자를 절대 퇴원시키지 않는 원칙을 고수하는 것입니다.

요양원 수용환자의 평균 재원일수가 7년이고, 정신의료기관에 입원한 의료보호 환자의 평균 재원일수가 그 절반 정도에 달하는 현실은 이와 같이 “정액수가제”라는 의료급여 지급방식 때문에 발생하는 문제입니다. 또한 정신의료기관과 요양원이 환자의 서비스개선에 관심을 기울이지 않는 이유도 바로 이 제도 때문입니다.

따라서 “정액수가제”를 폐지해야 합니다. 대신에 의료급여 지급방식을 건강보험 지급방식과 유사한 방식으로 전환해야 합니다. 즉 소비자(정신질환자 및 그 가족)가 자신의 의료급여 카드를 사용하여 필요한 서비스를 받고, 정부는 행해진 서비스 내용에 따라 보조금을 지급해야 합니다.

2. 환자를 입원시켜야 돈이 된다 : 건강보험 제도의 문제점

바람직한 의료서비스 제도는 가급적 환자를 입원시키지 않고 통원 치료하는 방식입니다. 그래야 환자의 사회적응력이 유지됩니다. 그러나 현재의 건강보험 제도는 외래진료로는 돈이 되지 않고, 환자를 입원시켜야 이익이 많이 남는 구조로 되어 있습니다. 또한 소규모로 입원병동을 운영해서는 채산성이 맞지 않고 대규모로 운영할수록 이익을 많이 남기는 구조로 되어 있습니다. 환자의 인권을 보호하고 양질의 의료서비스가 가능하려면, 정신의료기관은 가급적 50병상을 넘지 않는 것이 바람직하고, 100병상 이상의 규모가 되지 않도록 하는 것이 필요합니다. 따라서 건강보험 제도를 개선하여 50병상 이내의 병원이 이익을 많이 올릴 수 있도록 하고, 100병상이 넘으면 오히려 채산성이 맞지 않도록 해야 합니다.

3. “환자와 가족이 어떤 서비스를 원하는지”는 관심 밖이다 : 건강보험제도의 또 다른 문제점

현재의 건강보험 제도의 또 다른 문제점은 서비스별 수가 책정에 소비자들의 의견이 반영되지 않고 있다는 점입니다. 현재 가장 높은 수가가 책정되어 있는 항목은 “분석치료”입니다. 그 항목에 가장 높은 수가가 책정된 이유는 그것이 소비자의 치료와 재활에 가장 중요한 치료법이기 때문이 아니라, 현재의 서비스 공급자(정신과의사)들이 그 방법을 선호하기 때문입니다. 상대적으로 재활에 필수적인 서비스(예로서 환자교육, 가족교육, 다양한 재활 프로그램들)에 대해서는 현재 건강보험이 거의 적용되지 않고 있습니다.

따라서 환자의 치료 및 재활을 위하여 소비자들이 어떠한 서비스를 필요로 하는지를 조사하여, 그것을 건강보험 적용항목으로 도입해야 합니다. 또한 서비스 항목별 건강보험 수가를 책정하는 위원회에 소비자단체(가족협회, 환자협회) 대표들을 포함시키고, 그들의 의견을 반영해야 합니다.

II. 소비자의 권리가 무시되고 있다.

1. 환자를 무시하는 권위적인 태도 : “공급자 중심”의 제도

환자는 의료서비스의 이용자, 즉 소비자(consumer)입니다. 달리 표현하자면, 의료기관의 “고객” 또는 “손님”입니다. 미국에서는 “손님은 왕이다(customers are always right)”라는 격언을 바꾸어, “환자는 왕이다(patients are always right)”라는 표어가 사용되고 있습니다. 내과나 외과의 환자와 마찬가지로 정신과 환자도 의료서비스의 고객으로 존중되어야 합니다. 그러나 불행히도 정신과에 근무하는 전문가나 직원들 사이에

는 권위적이고 고압적인 자세가 만연해 있습니다. 또한 정신질환자를 “소비자”라고 표현하는데 대하여 거부감을 느끼는 경우가 많습니다.

의사와 간호사가 착용하는 가운은 수술 등으로 인하여 옷이 더럽혀지는 것을 막기 위한 것입니다. 정신과 병동이나 외래에서는 옷이 더럽혀질 것을 걱정할 이유가 없습니다. 그럼에도 불구하고, 정신과에 근무하는 의사와 간호사는 대부분 가운을 착용합니다. 그것은 가운이 “권위의 상징”이기 때문입니다. 또한 환자들에게 일률적으로 똑같은 환자복을 입힙니다. 환자복을 입히면 관리와 통제가 용이하기도 하지만, 보다 중요한 이유는 그것이 “낮은 계급의 상징”이기 때문입니다.

따라서 이러한 권위주의가 어떻게 시작되었는지, 어떤 이유로 유지되고 있는지, 그것을 타파할 방법은 무엇인지를 고민해야 합니다. 권위주의의 뿌리는 무엇보다도 “고객”을 존중하지 않아도 수익에 별다른 지장이 없고 별다른 불이익이 없기 때문입니다. 이것은 현재의 서비스 제도가 “공급자 중심”의 제도이기 때문이며, “소비자 선택권”과 “소비자 감시권”이 차단되어 있기 때문입니다.

2. 정신과의사 중심의 독점적 권한 : “소비자 선택권”의 제한

정신질환은 그 특성상 의료서비스 외에도 다양한 심리적, 사회적 서비스를 필요로 합니다. 따라서 선진국에서는 정신과의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사가 대등한 위치에서 상호 협력하고, 건설적인 경쟁을 할 수 있는 제도가 확립되어 있습니다. 불행히도 우리나라의 경우 정신과의사에게 너무나 많은 권한이 집중되어 있습니다. 공급자 측면에서의 독점권은 필연적으로 소비자의 선택권 제한이라는 결과를 가져옵니다. 즉 서비스의 다양성이 부족하고, 서비스의 질이 낮아도, 선택 가능한 다른 대안이 없으므로, 공급자가 제공하는 서비스를 울며 겨자 먹기 식으로 받아들일 수밖에 없습니다. 따라서 서비스 공급자들이 선

의의 경쟁을 할 수 있는 제도를 만들어야 합니다.

그리고 그들이 공정한 경쟁을 하는지를 감시하기도 하고, 필요에 따라 조정하기도 하는 역할을 누군가 해야 하는데, 소비자 단체(가족협회, 환자협회, 그리고 시민단체)를 육성하여, 그 역할을 할 수 있도록 해야 합니다.

3. 외부인의 접근을 막는 폐쇄적 병동 운영 : “소비자 감시권”의 제한

정신과병동은 치료라는 미명하에 대부분 폐쇄병동으로 운영되고 있습니다. 그러나 단지 치료적 목적 때문이 아니라, 경영자 입장에서 볼 때, 개방병동보다 폐쇄병동이 관리·통제하기가 수월하기 때문이기도 합니다. 만일 치료적 목적 만이라면 지금의 폐쇄병동의 수를 당장이라도 절반 이하로 줄일 수 있을 것입니다.

폐쇄병동은 외부인으로서 그 안에서 무슨 일이 일어나는지를 알 수 없고, 내부인의 입장에서는 억울한 일을 당해도 하소연할 데가 없는 곳입니다. 즉 인권침해가 일어나기 쉬운 곳입니다. 따라서 가급적 폐쇄병동을 줄이려는 노력이 필요합니다. 또한 외부인들이 자주 그곳을 방문하여, 무슨 일이 일어나고 있는지를 점검할 수 있어야 합니다.

현재 공무원들이 그 역할을 하고 있으나, 제한된 인원으로 그 역할을 하기에는 역부족입니다. 따라서 관련 전문가집단 및 소비자단체(가족협회, 환자협회, 그리고 시민단체)로 하여금 그 역할을 하도록 해야 합니다. 또한 감시와 평가를 잘 할 수 있도록, 제대로 된 “평가도구”를 개발하여 활용할 수 있도록 해야 합니다.

4. 본인의 의사에 반하는 강제입원 : “재판 없는 인신구금”

현재 우리의 현실은 일단 한번 정신질환자라는 진단을 받으면 언제

라도 본인의 의사에 반하여 강제입원 당할 수 있고, 가족의 동의 없이는 퇴원할 수 없습니다. 심지어는 정신질환이 없는 사람도 가족의 강력한 요청이 있으면 언제라도 강제입원 당할 수 있습니다. 객관적 근거가 있든 없든, 정신과 의사가 정신질환이라고 진단하면 그것에 항거할 방법이 없습니다. 또한 정신과 의사가 동의하지 않으면 폐쇄병동의 환자는 전화 한 통화도 마음대로 걸 수가 없습니다.

발제자는 이를 “정신과 의사의 전제적 권력”이라고 표현하였고, “그것에 대한 견제장치를 전혀 발견할 수 없었다”고 보고하였습니다. 현재로서는 오직 가족만이 그 역할을 할 수 있는데, 가족들 중에는 환자를 포기한 가족도 많고, 심지어는 환자가 퇴원할 것을 두려워하는 가족도 많습니다. 따라서 더 이상 병원에 입원해 있을 필요가 없는데도 받아줄 데가 없어서, “재판없는 인신구금” 상태에 놓여 있는 환자들이 많습니다.

이 문제를 해결하기 위해서는 최소한 다음의 2가지 제도를 시행해야 합니다. 첫째, 정신질환자가 자신의 후견인을 지정할 수 있도록 해야 합니다. 후견인은 환자의 상태가 양호할 때 자의에 의하여 지정하고, 위기 시에 환자를 대신하여 권리를 행사할 수 있도록 하면 됩니다. 환자의 입·퇴원은 반드시 후견인의 동의를 얻도록 하되, 만일 정신과 의사와 후견인의 의견에 차이가 나면 정신보건심판위원회에 심판을 청구하도록 하면 될 것입니다. 둘째, 소규모(10인 이내) 주거시설을 많이 만들어야 합니다. 만일 충분한 주거시설이 확보된다면, 현재 입원 중인 환자의 절반 이상이 당장이라도 퇴원할 수 있을 것입니다. 아울러 지역사회 곳곳에 사회복지시설을 만들어서 그들의 사회복지를 지원하도록 해야 합니다.

■ 요약 및 제언

1. 현재의 의료급여 지급방식(정액수가제)을 폐지하고, 건강보험 지급방식과 유사한 방식으로 전환하여야 한다.

2. 건강보험 제도의 서비스별 수가를 양질의 서비스 제공이 가능하도록 바꾸어야 한다.

- ▶ 입원보다는 외래진료의 수익률이 높아야 한다.
- ▶ 대형병원보다는 소규모병원(50병상 이내)의 수익률이 높아야 한다.
- ▶ 재활서비스 프로그램들을 건강보험 적용항목에 포함시켜야 한다.
- ▶ 사회복지시설을 건강보험 지급대상기관에 포함시켜야 한다.
- ▶ 소비자(정신질환자와 그 가족)들이 필요로 하는 서비스에 높은 수가를 책정하여야 한다.
- ▶ 건강보험수가책정위원회에 소비자단체(가족협회, 환자협회) 대표들을 포함시켜야 한다.

3. 현재의 “공급자 중심”의 제도를 “소비자 선택권 중심”의 제도로 전환하여야 한다.

- ▶ 정신질환자 및 그 가족이 의료 및 재활 서비스의 “소비자”라는 사실을 법적, 제도적으로 분명히 해야 한다.
- ▶ 정신과 의사, 임상심리사, 사회복지사, 간호사가 대등한 위치에서 상호 협력하고, 건설적인 경쟁을 할 수 있는 제도를 확립해야 한다.
- ▶ 소비자 단체(가족협회, 환자협회, 시민단체)를 지원·육성하여 전문가의 활동을 조정하고 감시하도록 해야 한다.
- ▶ 폐쇄병동을 개방병동으로 전환하도록 유도해야 한다.

- ▶ 전문가단체와 소비자단체(가족협회, 환자협회, 시민단체)가 폐쇄병동을 수시로 방문하여 점검하고 평가하도록 해야 한다.
- ▶ 환자의 “인권보호” 및 “치료효과” 검증을 위한 평가도구를 개발하여 보급해야 한다.
- ▶ 정신질환자가 자의로 자신의 후견인을 지정할 수 있도록 “후견인제도”를 도입하여야 한다.
- ▶ 소규모(10인 이내) 주거시설을 많이 만들어야 한다. 또한 사회복지시설을 많이 만들어야 한다.

정신질환자의 입원과 인권보호

김 문 근

정신보건사회사업학회 총무분과

정신질환을 앓고 있는 환자의 입원은 두 가지 목적에서 이루어진다. 하나는 환자의 치료를 위한 것이며 다른 하나는 환자 자신과 타인에 대한 위험을 예방하기 위함이다. 그러나 정신질환은 그 특성상 스스로 자신의 질환에 대해 치료의 필요를 느끼지 못하거나 치료동기를 갖지 못하는 상태에 있을 수 있다. 이로 인해 비자발적 입원이 발생하게 된다. 또한 퇴원에 대해서도 다른 질환보다 더욱 담당 의사의 진단소견이나 보호자의 의사에 의해 입·퇴원이 결정되는 경향이 강하다.

특히 정신질환자에 대한 사회정책은 그들을 사회로부터 격리하여 대규모 정신병원이나 수용시설에서 치료와 재활을 도모하는 것이 전통적인 접근이었다. 그러나 선진국들은 1960년대 이후 탈원화(혹은 탈시설화)를 통해 정신질환자들의 지역사회재활을 강조해 왔다. 국내에서는 1995년 정신보건법이 제정되면서 입원중심의 치료모델에서 지역사회재활과 예방을 강조하는 지역정신보건사업이 공식적으로 도입되었다.

정신보건법 시행 6년째 접어든 2003년 현재 여전히 불필요한 장기입원과 부적절한 치료환경으로 인한 인권침해는 사회의 관심을 끌지는 못하고 있다. 오히려 언론의 부정적 편견은 무관한 대구지하철 화재참사의 원인을 정신질환자의 행동으로 돌리고 있다. 이런 상황 중에도 인권위원회가 정신질환자의 입원 중 발생하는 인권침해를 방지하고 환자의 인권개선을 위해 청문회를 개최하게 된 데 대해 감사하게 생각한다.

1. 정신질환자의 불필요한 장기입원으로 인한 인권침해

정신질환자의 입원은 장기화되는 경향이 있다. 발제원고에서도 제시된 바와 같이 치료목적 이외에 불명확한 의사의 진단이나 판단, 가족의 보호회피, 지역사회 지지체계 미비 등이 원인이 되고 있다. 또한 정신의료기관이 정신질환자의 장기입원으로부터 이익을 얻을 수 있는 의료보호 및 의료보험 수가체제도 문제가 된다(이선주·홍백의, 2002).

불필요하고 부적절한 장기입원은 그 자체로서 벌써 심각한 인권의 침해 소지를 안고 있다. 이는 가장 기본적인 인간의 자유권을 침해하는 것이기 때문이다. 정신질환자의 입원과 입원치료 중 발생하는 행동 제한이나 격리 등은 천부적인 존엄성을 가지는 한 인간의 고유한 자유를 침해하는 것이 된다.

이러한 적절하지 않은 입원의 연장과 입원기간 중 발생하는 인권침해는 정신보건법의 기본 이념(제2조)에 위배된다. 정신보건법 제2조 기본이념에는 모든 정신질환자는 인간으로서 존엄과 가치를 보장받으며, 최적의 치료를 받을 권리가 있으며, 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 않으며, 자발적인 입원이 권장되어야 하며, 입원중인 정신질환자에게는 가능한 자유로운 환경이 보장되어야 한다고 규정하고 있다(정신보건법, 2000).

특히 기본 이념의 제3항에는 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다고 규정되어 있어 특별히 정신질환자라는 이유만으로 본인의 의사(意思)에 반하여 입원이 연장되고 인신이 구속되는 사항에 대해 치료전문가와 가족 및 사회는 유의할 필요가 있다.

2. 입·퇴원 과정에서의 문제

1) 입원 : 자발적 입원의 권장이라는 정신보건법의 정신을 구체화할 대안이 필요함.

정신보건법은 정신질환자의 입원에 있어 가능한 한 자의에 의한 입원(自意入院)원칙을 강조하고 있다(정신보건법 제23조). 자의에 의하지 않는 입원의 경우 환자의 입원을 요청한 보호의무자나 진단을 내린 병원의 담당 의사는 정신질환자가 질환으로 인해 자신이나 타인을 해할 위험이 명백히 존재한다는 것을 입증하도록 하여야 한다. 이러한 비자발적 입원에 대해 이의가 있는 사람은 자신의 입원에 대해 부당함을 호소할 방법이 마련되어야 하나 병원에 입원되면 환자의 의사(意思)는 무시되기 쉽다.

2) 퇴원 : 자발적 입원-자발적 퇴원이라는 정신보건법이 규정한 이상과 거리가 먼 타의에 의한 입원과 타의에 의한 퇴원결정이 지속되는 현상이 근본적 문제임.

의사의 일방적 진단과 가족의 묵인 하에 이루어지는 입원의 연장은 병원의 영리목적에 기여할 수 있다. 정신질환은 다른 질환과 달리 한번의 입원연장으로 연중 입원이 가능하며 이로 인해 병원은 일년 내내 병상을 수익을 창출하는 도구로 활용할 수가 있게 된다(이선주·홍백의, 2002).

특히 저소득층인 의료보호 수급자에게 불필요한 장기입원이 더 두드러지게 나타나고 있는 것으로 조사된 바 있다(이선주·홍백의, 2002, 재인용). 다른 조사에 의하면 의료보호 수급자의 경우 민간정신병원과 요양원에 입원 및 수용된 경우가 많았다(이영문 외, 1996 ; 이선주·홍백의, 2002). 국공립병원이나 종합병원보다 민간정신병원과 요양원이

지역사회로부터 더 격리되어 있으며, 환자의 인권문제가 더 빈발해 왔던 게 현실이다. 이를 종합해 보면 의료보호 수급 정신질환자인 경우 가족은 의료비에 대한 비용부담이 면제되므로 환자의 장기입원을 방치할 동기가 형성되며 병원은 가족의 동의를 얻어 입원을 연장함으로써 병원의 수익을 늘리게 된다.

이러한 관점에서 볼 때 불합리한 불필요한 입원의 연장과 장기입원을 막는 것이 환자의 인권보호에 기여하는 것이라는 점을 재인식하여야 한다. 부당한 입원을 감별하여 의료급여를 제한하고, 적법절차를 준수하지 않은 병원운영자 및 의료전문가에 대한 법적 책임을 물을 수 있도록 해야 할 것이다.

지금 운영중인 지방정신보건심의위원회는 시·도 단위에서 구성되어 형식적으로 운영되는 게 현실이어서 인권을 침해당한 정신장애인과 그 가족이 활용하는 데는 어려움이 있다. 보다 소규모의 지역단위에 지방정신보건심의위원회가 구성되어야 하며, 실질적으로 심판위원회의 활동이 정기적으로 이루어지고 그 활동과 성과에 대해 정기적으로 청문절차를 거치도록 하여야 한다.

한편 환자 보호의무자가 적합한 사유 없이 건강이 좋아진 환자의 퇴원을 회피할 때 이에 대한 조치가 필요하다. 가족에게 지역사회정신보건시설에 대한 정보를 제공하고 환자의 외래치료 및 사후관리에 대한 교육이 이루어져야 한다. 또한 가족이 환자의 증상 악화시 언제나 도움을 즉시 받을 수 있는 응급입원서비스나 위기전화 등 가족을 지원하기 위한 지역사회 서비스의 보완이 시급히 요구된다.

3. 입원 중 치료와 보호 및 재활에 관련된 사항

1) 적정 의료인력 수의 유지

본 청문회 발제 자료에 명시된 바와 같이 아직 정신보건법에 규정된 적정수의 전문인력을 배치하지 않는 정신병원이 있는 것으로 알려져 있다. 이에 대해 보건복지부는 그동안 충분한 유예기간을 제공한 만큼 엄정하게 규정을 적용하여야 한다. 병원운영자의 입장에서 규정을 지키지 않음으로써 자신의 이익을 늘리려 하는 태도는 문제가 아닐 수 없다.

2) 적절한 치료행위에 대한 감독의 강화

장기입원환자의 경우 약물치료에 의한 증상의 호전이 더 이상 이루어지지 않는 상황에서 추가적인 재활훈련이 필요하지만 입원중심의 의료기관에서 재활훈련에 관심이 적거나 투자할 동기가 없다. 이는 현재 입원수가체계가 정액제이기 때문에 병원입장에서는 당연한 반응으로 볼 수 있다. 적절한 치료행위를 감독하는 관련기관의 노력이 요구된다.

3) 환자의 인권관련 사항에 대한 호소절차의 신설

입원 중 이루어진 인권침해 사례에 대해서 병원의 자발적인 정화활동에만 의존할 수 없다. 퇴원 후라도 인권침해사항에 대해서는 호소할 수 있는 절차가 명확하게 되고 널리 공지되어야 한다. 특히 인권위원회를 통한 호소도 더 널리 활용되어야 할 것이다. 외국의 경우 인권침해 등에 대해 법적 소송을 제기하거나 하는 사례들이 보고 되지만 국내에서는 정신질환자에 대해 이루어진 인권침해사례가 법적인 처벌이나 제재를 받는 사례가 거의 없다. 이는 정신질환자의 인권보호에도 도움이 되지 않는다.

4) 행동제한과 격리에 대한 정당한 사유 입증 의무 강조

입원중인 정신질환자의 행동제한이나 격리수용은 반드시 치료목적에 부합할 때 한해 제한적으로 행해져야 한다(정신보건법 제45, 46조). 이러한 행동의 제한이나 격리가 이루어졌을 때는 담당의사는 진료기록부에 제한의 사유 및 내용, 제한 당시 환자의 병명과 증상, 제한의 개시와 종료, 제한의 지시자와 수행자에 대해 기록하여야 한다(정신보건법 시행규칙 제23조). 이러한 환자의 행동제한에 대한 일차적 책임은 담당의사에게 있으며 의료기관운영자에게 최종적인 책임이 있는 것이다.

5) 시설과 물리적 환경의 보장

정신의료시설도 영리목적에서 운영되므로 시설투자를 좀처럼 하지 않는 경향이 있다. 특히 민간정신병원과 요양원의 경우 자발적인 시설의 개선에 대해 기대하기 어렵다. 관리감독기관의 점검과 개선에 대한 행정지도가 절차에 따라 이루어져야 한다.

청문회 발제 자료에 제시된 바와 같이 100명 이상의 환자가 수용된 병동에 TV가 한대 밖에 설치되어 있지 않거나 식당 및 병실의 위생상태 불량, 비좁은 공간, 편의시설의 미비, 화재에 대한 대비의 부족 등은 정신질환자의 삶의 질을 떨어뜨리고 이는 결국 치료효과를 저해할 것이 분명하다.

4. 지역사회서비스 기관연계에 대한 사항

담당의사, 보호의무자, 지방자치단체장 등이 증상이 충분히 좋아진 환자의 퇴원을 거부하는 경우가 발생할 수 있다. 이들의 의견은 대개 지역사회에 환자를 돌볼만한 여력이 없으며 병원입원 외에 대안이 없

다는 주장이다. 특히 보호의무자가 환자퇴원을 회피하는 주된 이유는 환자퇴원 후 가족 갈등과 불화, 환자의 사고나 난폭한 행동에 대한 우려, 환자간호에 소요되는 실제적인 시간 및 비용의 부담 등인 것으로 나타났다(이영문 외, 1996). 병원 담당의사도 환자퇴원의 어려움이 지역사회시설의 미비 때문이라고 주장하고 있으나 실상은 병원 측과 담당 의사 등 치료인력이 지역사회 재활시설에 대한 정보가 부족하여 적극적으로 지역사회재활시설에 환자를 의뢰하지 않는 것도 문제가 되는 것으로 나타났다(이선주·홍백의, 2002).

그러나 1997년 정신보건법 시행이후 지역사회에 사회복지시설¹⁰⁾이 전국에 100여 곳 설치되어 운영중이다. 또한 가족에 대한 교육과 정서적 지지를 제공하는 정신보건가족협회가 운영되고 있다. 뿐만 아니라 보건소 혹은 위탁된 공공의료기관이 정신보건센터를 전국에 48개소 이상 설치하여 운영하며 가정방문과 상담 및 환자가족에 대한 교육과 지원을 펼치고 있다(보건복지부, 2003). 이미 이렇게 설치되어져 있는 정신보건시설들을 적절히 활용하지 않은 채 지역사회에서 환자보호에 대해 부담감을 떨치지 못하는 가족들을 대상으로 교육과 지원이 필요하다.

또한 병원의 담당 의사는 이러한 지역의 정신보건시설에 대해 숙지하여, 환자퇴원시 퇴원계획을 수립하고 퇴원 후 외래치료와 함께 재활 훈련을 받을 수 있도록 사회복지시설, 정신보건센터 등을 안내하거나 직접 의뢰하도록 하여야 한다.

퇴원시 무연고 환자로서 지방자치단체장에게 위탁된 경우 반드시 지

10) 사회복지시설은 정신보건법에 의해 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관이나 정신요양시설에 입원시키지 않고 지역사회에서 사회복지서비스를 촉진하기 위해 훈련을 행하는 시설을 말한다. 이용시설은 낮 동안 사회적응훈련과 직업재활훈련을 실시하며, 주거시설은 10인 이내의 환자가 정신보건전문가의 훈련과 보호 하에 지역사회에서 숙식을 함께 하며 독립생활을 훈련한다. 1997년 정신보건법 시행 이후 보건복지부의 단계적 지원에 따라 시설이 전국적으로 확산되고 있으며, 2002년 말 현재 잠정적으로 전국에 100여개의 사회복지시설이 설치 운영되고 있는 것으로 알려졌다(한국사회복지시설협회 홈페이지 www.kpr.or.kr).

역사회 정신보건시설을 적극 활용하도록 권장하여야 한다. 실제 지방 자치단체 내에 사회복귀시설(이용시설 및 주거시설), 정신보건센터가 있는 경우 이러한 시설을 활용하여 환자의 지역사회 적응을 도울 수 있다.

치료 및 지지환경에서 정신질환자의 인권보호 취약점

은 광 석
대한정신병원협의회 부회장

정신질환자의 인권침해는 System이론 중에서 처음으로 정신의학분야에도 적용시킬 수 있는 『일반생물체system이론(General Living system Theory)』을 제창한 James G. Miller의 system이론으로 접근해 볼 수 있다. 그의 이론 중 인간이 관여하는 System을 이해하기에 효과적이고 편리한 분류법인 「생물체system의 7계층」으로 살펴볼 때 정신질환자 개인(Organismic system)의 병력과 상위System인 Suprasystem의 부적절함에서 파생되고 있다고 보여진다. 정신질환자의 Suprasystem은 집단System(Group System)인 가족, 機構System(Organizational System)인 정신의료기관, 정신요양원, 사회복지시설 등과 사회System(Social System)인 사회와 국가로 볼 수 있는데 정신질환자의 인권을 침해할 수밖에 없는 각각의 구조적인 문제점들과 그 대안을 생각해 보았다.

1. 가족(집단System, Group System, GS))

정신질환자의 인권보호를 위해서 그의 매우 중요한 지지환경이면서도 크게 와해되어버린 가족에 대해 국가 또는 지방정부가 정책적으로 개입해 줘야 한다. '모든 System의 생존은 그보다 하위의 Subsystem에 의존하며 고차원의 System은 그보다 하위 System의 존속

을 위해서 상위System으로서 직접적인 환경을 제공하게 된다'는 일반 생물체System(General Living System)으로 볼 때 정신질환자의 사회재활에 있어서 매우 중요한 집단시스템(Group system, GS)이 가족이지만 정신의료기관에 입원되어 있는 대부분 정신질환자들(생물체 시스템, Organismic System, OS)은 붕괴된 상태로 장기치료를 받아 그만큼 상위system(Suprasystem)인 가족(GS) 또한 경제적, 정서적, 사회적으로 피폐화 되어 Suprasystem(국가)의 지지 없이 정신질환자(OS)를 계속 지지하기가 매우 힘들만큼 지쳐있다.

따라서 정신질환자(OS)의 인권보호를 고려하겠다고 나선 마당엔 정신질환자(OS)의 차차기 Suprasystem인 국가(사회 System, Social system, SS)가 반드시 하위system(Subsystem)인 가족(GS)에게 책임성 있게 개입을 해주어야 한다는 것이다. 예를 들면 정신질환자 가족들에게 부모형제가 있는 것과 무관하게 생활보호대상자로 채택하여 복지혜택을 준다던지, 여성부에서 추진 중인 '평등가족법'에 가족(GS)중에 치매노인이나 장기치료중인 환자가 있을 경우 정부(SS)가 지원한다는 구상을 갖고 있다¹¹⁾는데 정신질환자 가족(GS)에게 적정 정신장애수당을 지급하는 지원책의 삽입도 생각해 볼 수도 있겠다. 국가(SS)가 suprasystem으로서 정책적 배려 없이, 정부의 적절한 개입 없이 지금까지처럼 가족(GS)만이 다른 subsystem 모두의 삶의 질은 희생해가면서 계속 한 subsystem(정신질환자)만의 지지환경으로 남아달라고 요구하기에는 더 이상 설득력이 없다.

전화하지 못하게 해달라고 부탁하거나 환자의 절반 내지 3분의 1이 퇴원 가능하다고 하지만 퇴원시키지 않거나 못하는 것, 정신의료기관에 장기 방치하는 등 가족들의 책임방기로 볼 수 있는 현상들의 발생은 국가(SS)라는 Suprasystem의 개입이 없는 상태 또는 별로 도움을

11) 가족정책 완전히 새로 짠다. 중앙일보,(2003. 4. 7) p 24.

주지 못하는 상태에서 남은 Subsystem을 보호하려는 가족들(GS)의 궁색한 생존방어기제인지도 모르겠다.

2. 기구System(Organizational System, 정신의료기관)

① 정신질환자(OS)의 바람직한 수준의 인권보호적 치료환경을 위해서는 국가(SS)의 정신질환자(OS) 중심관점의 사고전환과 적정수준의 비용지출의 의료복지급여정책이 채택되어야 한다. 그리고 국가인권위원회에서 설정하고자 하는 정신병원의 시설 및 운영방식의 기준 설정 및 제시도 가까운 미래에 시민(OS)이 공감하고 국가(SS)가 그 비용지출의지를 보일 수 있는 수준까지의 치료적 환경수준을 기준으로 설정하여야 한다고 본다.

발제자가 정신질환자(OS)의 인권보호를 위한 정신의료기관의 치료환경상의 문제점으로 지적한 대부분이 경제적인 문제와 매우 관련이 있는 사안들이고 이는 다 상위system(Suprasystem)인 국가의 정책과 깊은 관련이 있다. 그런데 우리나라(SS)의 정신의료보건정책은 '최저 비용 부담에 최저 의료복지 수혜원칙의 정책기조유지'로 매우 취약한 의료환경을 제공하고 있으며 그 틀에 놓여있는 Subsystem인 정신의료기관은 대부분 거의 적자를 면치 못하고 있다. 국가의 Subsystem인 의료기관이 설립이념과 무관하게 다시 Subsystem인 정신질환자들(생물체 시스템, Organismic System, OS)에게 발제자가 지적한 대로 낮은 수준의 인권환경을 제시하고 있는 상황이 정신의료기관의 현주소이다. 적정한 투자(적정의 능력 있는 의료 인력의 확보, 실질적인 치료프로그램의 기획 및 운용, 생활시설의 확보, 여가 공간 및 시설의 충분한 확충과 의료시설의 개선을 위한 적정 투자 등)는 엄두도 못 내고 있는

상황이다.

Suprasystem이 제공하는 환경이 Organizational System(정신의료기관)가 다시 Subsystem인 정신질환자의 치료환경에서의 인권수준을 거의 70-80%를 좌우하고 있는 상황에서 국가(Suprasystem)의 적정 비용부담과 적정 의료복지 수혜정책으로의 전환 없이 정신의료기관 만의 노력으로는 발제자가 지적한 치료환경상의 문제들을 완전히 극복하는 데는 절대 한계점이 있다. 물론 비경제적인 부분에 있어서는 경영인과 의료인의 적극적 개입을 통해 정신질환자의 인권을 신장시켜야 할 것이다.

적정비용지출이라는 근본적인 문제는 도외시한 채 국민이 공감하고 국가(SS)의 비용지출 의지수준이상으로 정신질환자(OS)의 인권만을 강조한 치료환경의 의욕적인 설정은 이 분야에 이상적인 방향과 목표를 설정한다는 점에서 기획자가 강한 충동을 느낄 것은 사료되나 이러한 결정들은 결코 바람직스럽지만은 않다고 본다. 국민이 공감하고 국가 경영자가 비용부담의지를 추후 갖는 만큼 재차 다시 제반규정을 바꾸면 되기 때문에 적정수준의 현실적인 치료환경으로 설정하길 제안한다. 이상적인 법규를 만들어 폐해를 낳은 예는 너무도 많이 찾아 볼 수 있기 때문이다.

② 우리나라의 정신보건분야 중 중요한 한 축을 이루고 있는 정신병원분야의 건전한 발전을 위해서 보건복지부는 더 이상 미루지 말고 정신병원의 사단법인의 설립을 인가해 주어야 한다.

국내·외 상황이 매우 급변하고 있으며 이러한 변화의 흐름을 의료기관이 잘 읽거나 시민의식에 부응하기가 쉽지 않다. 따라서 정신병원들 간의 정보를 교환하고 서로 방향제시를 하여 주고 바람직한 병원운영의 기준을 제시하고 무리하게 운영되는 의료기관에 대하여 『질서와 통제가 역사하는 구조화 된 전체』인 Suprasystem(정신의료기관의 사단

법인)의 설립이 정말 필요하다고 생각한다.

정신병원협의회에서 수 년 전부터 몇몇 정신병원들이 무리하게 의료기관을 운영하면서 사회문제를 야기하고 인권침해 등의 문제점들을 제기하면서 문제가 있는 정신병원들을 견제하는 견제시스템(인권위원회의 실질적 가동)과 정보교환 및 교육의 기능을 갖춘 사단법인(Suprasystem)의 설립인가를 거듭 요구하여 왔으나 보건복지부에서는 어떤 이유에선지 계속 거절하고 있는 상황이다. 하지만 더 이상 미룰 수 없다. 지금이야말로 그 어느 때보다 Organizational System(정신병원)의 Suprasystem(사단법인) 설립이 절실히 요구되어지고 있으므로 보건복지부는 하루속히 인가해 주어 정신병원들이 스스로 자정의 노력을 할 수 있도록 해야 한다. 정신질환자(Organismic System, OS)의 인권보호를 위해서는 정신질환자들의 중요한 치료환경인 정신병원들(Organizational System)의 자정시스템이 작동하도록 Suprasystem인 보건복지부(SS)는 오히려 제도적으로 그 환경을 제공하여 주어야 한다. 이해할 수 없는 점은 정신요양원들에게도 사단법인 설립을 허가하고 있으면서 정신보건 분야의 매우 중요한 축을 이루고 있는 정신병원들에게는 사단법인설립 인가를 거절하고 있다는 점이다. 의료기관들이 매너리즘에 빠지지 않고 서로 정보교환, 견제, 방향제시 등의 기능을 갖는 건강한 치료적, 인권 보호적 사회환경을 제공할 사단법인 설립인가를 보건복지부에 거듭 제안한다.

③ 국가는 정신병원 사단법인의 자정시스템인 윤리위원회 활동을 적극 보장해주고 힘을 실어주어야 한다.

또한 몇몇 정신의료기관(Organizational System)의 경우에는 박리다매와 규모의 경제 등 경제논리에 빠져 대형화를 꾀하면서 발제자도 지적인 것처럼 입·퇴원과정의 문제를 낳는 등 정신질환자(Organismic System, OS)의 인권침해의 부작용을 야기하기도 하였다. 이런 세심한

부분의 정신질환자의 인권부분을 국가가 직접 계속 다룰 수도 없는 일이고 이 또한 사단법인의 인권위원회(Suprasystem)의 기능이 강화됨으로 충분히 통제되고 극복될 수 있을 것으로 생각되어지며 봉사활동자의 불법적 치료행위개입이나 신체구속의 지나친 정도 등과 유사한 제반 문제도 충분히 걸러지고 시정되어질 것으로 사료되어진다.

System이란 『질서와 통제가 役使하는 구조화된 전체』라고 정의되는데 그 동안 정신병원협의회란 아무런 구속력이 없는 임의단체로 질서란 단어를 붙이기도 난처하다. 친목수준의 의미부여가 적정하다고 하여도 과언이 아니다. 그러나 만덕 모병원이 회원병원이 아니어서 더욱 그러했지만 어쨌든.... 먼저 갖춰야 하는 것이 정신병원들의 질서와 통제가 잘 이뤄지는 Suprasystem이라고 생각되어지며 그의 역할을 기대해 보면서 국가가 지원해 주었으면 싶다.

또한, 일반system이론의 system의 유형으로 보아도 Suprasystem은 Subsystem이 가지는 속성을 보유하면서 다시 더 복잡한 새로운 속성을 갖게 되는 현상(出現, emergents)을 볼 수 있는데 정신병원(Organismic System)의 Suprasystem인 정신병원협회가 갖게 되는 새로운 속성 중 중요한 속성이 자정과 통제의 기능을 갖게 되는 인권위원회의 기능이라고 생각된다.

④ 의료급여환자의 정액급여의 지불방식을 바꾸어 건강보험환자에게 적용하고 있는 것과 같이 행위별 급여제로 바뀌어야 한다.

발제자도 병원(Organizational System)의 문제라기보다는 Social system(제도)상의 문제라고 지적하였던 건강보험환자와 의료급여환자들의 병동시설 수준, 치료약물의 수준 등 치료적 환경의 차별의 문제는 정신질환자(Organismic System, OS)의 인권차원에서 반드시 해결되어야 할 것이다. 그 방안으로 이 모든 것이 Social system이 제공하는

환경 속에서 파생되는 문제(경제적인 문제)이므로 그 환경을 의료급여의 정액급여지불방식에서 행위별 급여 지불방식으로 바꾸자는 것이다.

첫째로, 국가(Social system)가 효과성과 효율성을 고려하여 의료급여를 정액급여 지불방식을 채택하여 그 동안 열악한 의료급여 재정을 절약하는데 기여하였다고 볼 수 있으나 “의료서비스에 대한 보상금액의 수준이 너무 낮은 관계로 의료급여 환자들이 건강보험 환자보다 더 낮은 수준의 진료만을 받게 되어 질적 측면이나 형평성 측면에서 문제가 되고 있다. 이러한 문제는 정신병원에 입원한 환자의 입원의 필요성마저 의심스럽게 하고 있다.”¹²⁾

둘째로, “지불제도의 경직성으로 인해 환자 질환이나 증상의 경중도에 따른 진료가 어렵다는 것이다. 실제 연구팀이 실시한 진료량 조사에서는 물론 건강보험 환자보다는 현저히 낮은 수준이지만, 우려했던 것에 비하면 어느 정도 수준의 정신요법이 행해지고 있는 것을 알 수 있었다. 하지만 하루에 일정 금액만 지불되기 때문에 보다 더 높은 수준의 약물치료가 필요하거나, 더 심도 있는 정신요법이 시행되어야 하는 환자에게 필요한 진료를 해주지 못하는 경우가 상당수 있다고 조사되었다. 이러한 경우에 그 치료에 대한 경제적, 도덕적 부담을 병원 측이나 담당의사에게 넘기는 것은 옳지 않다고 본다. 이러한 부담은 함께 입원해 있는 다른 환자가 제대로 진료 받을 권리를 침해받고 있다는 주장으로부터도 자유로울 수 없을 것이다.”¹³⁾ 그렇게 되면 부수적으로 의료 인력의 문제도 더불어 해결될 것이다.

12) 정신병원 의료급여 수가 적정성 평가 및 정신보건법 시행에 따른 정신병원 경영분석. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 2002, pp.58-59.

13) 정신병원 의료급여 수가 적정성 평가 및 정신보건법 시행에 따른 정신병원 경영분석. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 2002, pp.60-61.

정신의료기관에 입원중인 정신질환자의 인권보호와 관련한 지적에 대한 의견

이번 청문회를 통하여 국가인권위원회(Social system)에서 정신질환자(Organismic System)의 인권관련 문제를 제기함과 정신과 관련시설들(Organizational System)에서 환자들의 인권을 보호할 수 있는 시설(Suprasystem) 및 운영방식의 기준을 설정 제시함으로써 정신질환자의 주변 치료환경의 획기적인 변화를 먼저 기대하면서 발제자가 지적한 몇 가지 사안에 대해 의견을 제시해 보고자 한다. 발제자가 제기한 정신질환자(Organismic System)의 인권관련 문제들은 Social system이 제공하는 환경 즉, 국가의 비용지출의지를 보임으로 해결될 사안이 대부분이고 몇몇의 사안은 Organizational System인 정신의료기관의 운영 주체의 병원운영 방향성 재정립과 Suprasystem인 사단법인의 인권위원회의 운영 활성화를 통해 상당부분 자율적으로 자정될 수 있으리라 보이며, 다만 몇 가지 사안에 대하여서는 심도 있는 제반 검토가 필요하다고 사료되어 진다.

(1) 2,274명 환자 중 재활과정에 참여하는 환자가 몇 십 명에 그친다고 지적한 문제

정신질환의 병력상 일단 거의 일하려고 하지 않는 경향을 보이고 있으며, 재활과정에 참여한다 하여도 거의 지속성을 유지하기 힘들다. 그럼에도 불구하고 재활치료를 강행하기 위해선 상당수의 전문인력의 투입과 프로그램 운영비 책정 등이 선행되어야하며 이로 인한 인건비와 재활프로그램의 과다 비용을 병원에서 거의 다 감당하여야만 한다. 건강보험에서 정신과적 재활요법(Psychiatric Rehabilitation, NN090, 아-9)는 2~3개월 이상 장기입원 치료 후 퇴원 전 10회 정도 산정할 수

있는 요법으로 1회당 4,790원에 불과한 급여를 지급하지만 의료급여에 선 그것도 없다. 그리고 재활치료 프로그램상 얻는 이득은 참여환자에게 돌려주어야 한다. 따라서 재활치료프로그램은 병원에서 볼 때 현실적으로 많은 손해를 보는 치료과정으로 활성화의 필요성은 느끼고 있으나 정신질환자들의 재활치료프로그램이 병원마다, 기관마다 그리고 환자의 병력의 정도에 따라 다소 차이는 있을 수 있지만 거의 형식적인 수준에 머무를 수밖에 없는 것이 현재 실정이다. 이것도 국가와 시민의식 수준이 정신질환자의 인권수준을 좌우한다는 한 사례라고 봐지는데 국가적 배려가 절실히 필요한 부분이다. 국가가 현실성 없는 시스템을 만들어놓고 그것을 형식적으로 한다고 강요만 하는 것은 합리적인 해결책이 아니라고 본다.

(2) 의료급여환자와 건강보험환자 사이의 차별문제

이 문제는 반복되는 감은 있으나 중요한 문제이므로 다시 다루자면 2002. 10월 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에서 실시한 『정신병원의료급여 수가 적정성 평가 및 정신보건법 시행에 따른 정신병원 경영분석』에서 이미 언급하였지만 건강보험 심사평가원에서 제시한 자료들을 근거로 검토해보면 의료급여와 건강보험 사이에 수가 차이가 너무 많이 난다는 것이다. 이의 시정 없이 병원 측에 형평성차원에서 의료급여환자의 처우만을 언급한다면 다른 환자들의 제대로 진료 받을 권리를 침해하는 또 다른 문제를 파생시키므로 의료급여 정신질환자의 수가를 적정성 수준까지 올리도록 하자. 그리고 정신질환자의 대부분이 의료급여대상이고 정신질환자의 치료환경상의 거의 모든 인권문제가 경제적인 문제와 직결되어 있으므로 정신질환자들의 인권보호차원에서라도 국가의 정신질환자의 적정수가 지불문제만은 이번 기회에 꼭 해결하고 넘어가기로 하고 국가인권위원회에서 적극 개입하여 해결해 줄 것을 부탁드립니다.

※ 건강보험 심사평가원에서 정신과 병·의원 평가 전문위원회 제1차 회의자료로 평가1부에서 제출한 회의자료 『정신과병원의 의료급여 평가 세부추진계획』 (2002.11월)의 자료 분석내용

- 2001년도 정신과상병 주요지표를 기준으로 정신과질환 의료급여와 건강보험의 입원실태를 대비한 자료를 보면 입원의 경우 의료급여는 건강보험의 59%수준에 불과하며,
- 의료급여 환자 중 행위별 타질환자(80,446원/일) 대비 정신질환자의 일당 진료비(24,210원/일)는 타질환자 행위별 진료비의 30% 수준에 불과하고,
- 건강보험 및 의료급여 정신과 진료 건 연도별 실적을 살펴보면,
 - 의료급여진료비는 건강보험에 비해 상대적으로 점점 줄어드는 추세에 있고(2000년, 2001년 건강보험대비 의료급여 진료비 비율 비교 : 입원은 205%에서 163.6%로, 외래는 18.9%에서 17%로 전체적으로 103%에서 86.9%로),
 - 건당 진료비를 보면 건강보험의 경우 815,406원에서 891,470원으로 9.3%가 증가되었지만 의료급여의 경우 637,440원에서 626,352원으로 오히려 1.7%가 감소되었으며(2000년, 2001년 비교) 이는 2000년의 경우 건강보험대비 의료급여진료비는 78% 수준이었지만, 2001년의 경우 70% 수준으로 8%의 감소가 있었던 것이 반영된 것이다.

(정신과질환 입원실태 : 정신과 상병 주요지표, 의료급여, 건강보험대비)

(2001년도, 단위: 일, 원)

구분	의료급여				건강보험				
	건당일수		건 당 진료비	일 당 진료비	건당일수		건 당 진료비	일 당 진료비	
	내원	진료			내원	진료			
외래	전 체	2.38	5.12	50,735	9,909	1.72	2.40	27,399	11,416
	다빈도14순위	1.87	23.13	53,708		1.65	13.17	48,434	
입원	전 체	20.82	24.19	975,735	40,336	9.13	14.19	962,409	67,823
	다빈도50순위	25.95	26.63	626,429		20.10	23.35	809,591	

주)14) ② 정신과 상병 : F00 ~ F99, G40, G41 해당

(자료요약 : 의료급여와 건강보험료 대비한 일당진료비 비교 내용)

구 분	의료급여	건강보험	보험 대비
외 래	9,909원	11,416원	87 % 수준
입 원	40,336원	67,823원	59 % 수준

(수진자 장기 입원 실태 : 의료급여 행위별 · 정신과 정액 대비)

(2001.7~2002.4월 심사실적, 단위 : 일, 원, %)

구 분	1인당평균 일수 (평균비용)	일 당 진료비	구간별 구성비(%)				
			30일 이내	31-90일	91-180일	181-300일	301일 이상
행위별	30 (2,413,391)	80,446	73.9 (34.6)	18.3 (35.5)	5.4 (18.8)	2.1 (9.4)	0.3 (1.7)
정신과 정 액	171 (4,140,074)	24,210	16.4 (1.8)	24.1 (8.8)	19.3 (17.1)	23.3 (38.1)	16.8 (34.2)

주) 건강보험 심사평가원, 『정신과병원의 의료급여평가 세부추진계획』 중 수진자 장기입원실태 자료 (2002.11월)

14) 건강보험 심사평가원 평가1부에서 작성한 정신과 병의원 평가 전문위원회 제1차 회의자료 『정신과병원의 의료급여평가 세부추진계획』 중 정신과질환 입원실태 자료(2002.11월)

(자료해석)

- 평균 재원일수는 행위별 30일 대비 정신과는 171일로 높게 나타남.
- 일당진료비는 정신과 정액진료비 24,210원, 행위별 진료비 80,446원으로 정신과 정액진료비는 행위별 진료비의 30% 수준에 불과함.

(건강보험 및 의료급여 정신과 진료 건 연도별 실적)

(단위 : 건, 천원)

연도	구분	건강보험 정신과			의료급여 정신과정액			보험대비 급여진료비 비율(%)
		진료건수	진료비	건 당 진료비	진료건수	진료비	건 당 진료비	
합계	계	8,596,657	749,472,161		2,224,646	678,344,670		
	입원	409,144	350,997,329		967,091	612,673,992		
	외래	8,187,513	398,474,832		1,257,555	65,670,678		
2000	소계	3,425,688	265,811,160		961,687	274,169,884		103%
	입원	147,476	120,252,892	815,406	386,842	246,588,875	637,440	205%
	외래	3,278,212	145,558,268	44,402	574,845	27,581,009	47,780	18.9%
2001	소계	3,346,408	308,402,214		891,514	268,067,418		86.9%
	입원	165,030	147,119,349	891,470	384,204	240,646,993	626,352	163.6%
	외래	3,181,378	161,282,865	50,696	507,310	27,420,425	54,050	17%
2002 전반기 (1~6월)	소계	1,824,561	175,258,787		508,076	152,501,369		87%
	입원	96,638	83,625,088	865,343	212,001	135,209,217	637,776	161.7%
	외래	1,727,923	91,633,699	53,031	296,075	17,292,152	58,404	18.9%

주) 건강보험 심사평가원, 『정신과병원의 의료급여평가 세부추진계획』 중 건강보험 및 의료급여 정신과진료건 연도별실적 (2002.11월)

(자료 해석 : 건강보험 및 의료급여 정신과 진료 건 연도별 실적)

- ① 건강보험대비 의료급여 진료비 비율을 보면(2000년, 2001년 비교)
 - 입원은 205%에서 163.6%로, 외래는 18.9%에서 17%로 전체적으로 103%에서 86.9%로 점점 의료급여진료비는 건강보험에 비해 상대적으로 줄어드는 추세에 있다.

② 건당진료비

- 건강보험과 의료급여 입원환자의 건당진료비(2000년, 2001년 비교) 또한 건강보험의 경우 815,406원에서 891,470원으로 9.3%가 증가되었지만 의료급여의 경우 637,440원에서 626,352원으로 오히려 1.7%가 감소하였다.
- 이는 2000년의 경우 건강보험대비 의료급여진료비는 78% 수준이었지만, 2001년의 경우 70% 수준으로 8%의 감소가 있었던 것이 반영된 것이다.

(3) 입·퇴원과정에서의 인권침해문제

이와 관련한 정신질환자의 인권침해문제들은 의료기관에서 여러 가지 이유로 치료진 중심, 치료진의 편의위주의 행동패턴 때문에 파생되는 것이 많은 것 같다. 이는 상위 시스템(Suprasystem, Social system)에서 정신질환자보다는 국가재원의 효과성과 효율성만을 고려하여 정액지불제를 고집하고 있는 국가의 정신보건관리 흐름이나, 치료진 편의위주의 의료기관(Organizational System)의 흐름들이 비슷한 맥을 같이하면서 중심이 되어야 할 정신질환자(Organismic System)가 치료 및 보호권리의 주체가 되지 못한 한 단면으로서 시정되어야 할 것이다.

가족, 환자 등과 꾸준히 대화하고 설명하고 설득하는 번거롭지만 더 많은 시간을 환자와 보호자에게 할애한다면 이와 관련한 많은 부분의 인권침해 문제가 해소되지 않을까? 생각한다.

입원할 때도 병식이 없고 치료의지가 없어 자발적 입원을 거부하는 환자를 일이 쉽다고 129같은 민간후송단체나 병원 앰블란스에 맡기지 말고 되도록 가족이 환자를 모시고 오게 하는 등의 노력이 인권문제를 많이 완화시킬 수 있을 것이라 본다.

면회나 통신을 허용하면 가족이 못 견뎌 “무엇 때문에 병원에 입원

남. 6월

년월)

비
료비
(%)
3%
5%
9%
9%
6%
%
%
7%
9%

보험

비교) 적으 비해

시킨 건 데 이렇게 계속 가족을 괴롭게 만드냐"며 불평하고 혹은 조기 퇴원시켜 가버리기도 한다. 그래서 면회나 통신을 차단해 버리면 일이 더 쉬우니까 차단하게 되고 그런 면도 있는 것 같다.

입원 중 신체 자유제한과 관련한 사항이나 의사의 전제권력에 대한 견제장치 마련 방안 등은 대한신경정신의학회 법제이사이신 정은기선생님께서 충분히 언급하실 것 같아 생략한다.

3. 사회System(Social System, 사회, 지자체, 보건복지부, 국가)

① 정부(Social system)의 정신질환자(Organismic System)의 지지안 전망 구축에 대한 의지표명이 있어야 한다.

한때는 탈원화와 연계하여 사회재활인프라 구축을 위해 적극적인 의지를 보이는 듯하였으나 별반 의지를 보이지 않는 듯한 인상을 갖는다. 그러나 정신질환자의 사회재활은 너무도 중요하며 사회재활을 위한 제반 지지환경을 위한 인프라 구축은 많은 예산을 수반하는 사안이고 지속적인 정부의 관심과 의지적인 지원이 선행되어야 성취될 수 있는 것이기 때문이다.

② 정신질환자의 인권보호차원의 적정 치료환경을 위한 국가비용 부담을 적정 수준까지 인상 조정하여야 한다.

이는 현재의 정신보건상황에서나, 정신질환자들의 인권문제에서나 아무리 강조해도 결코 지나치지 않는 사안이건만 정신보건 분야에 개입되어 있는 개인, 단체, 기관 그리고 정부부처도 너무 무기력해져 버리는 것 같다. 수가문제만 말하면, 그러나 국민의 동의 속에 국가가 개입하여 당연히 적정성을 유지해야만 되는 문제이므로 모두 노력하

자. 적정 치료환경의 국가비용 부담의지는 선진국에서 하였던 것처럼 먼저 적정의료급여 지출을 통한 적정 치료적 의료복지 혜택 부여와 정신질환자들의 지지적인 사회안전망 구축사업 투자일 것이다.

③ 기구System(Organizational System)에 입원되어있는 정신질환자의 인권과 관련한 자정시스템(인권위원회)에 국가가 적극 개입 및 지원하여야 한다.

건강한 사회를 만듦에 있어 개인의 도덕성만을 강조하기보다는 질서와 통제가 역사하는 구조체의 전부인 system으로 접근하려는 것이 최근의 추세이다. 정신보건 분야의 Organizational System도 질서와 통제가 가능한 자정시스템의 하나인 사단법인의 인권위원회(suprasystem)의 기능이 잘 가동되도록 지원해 주고 이의 기능을 항상 점검해 나가 는 것이 Organizational System의 Subsystem인 정신질환자의 인권보호의 좋은 방법 중에 하나일 것으로 사료되어 진다.

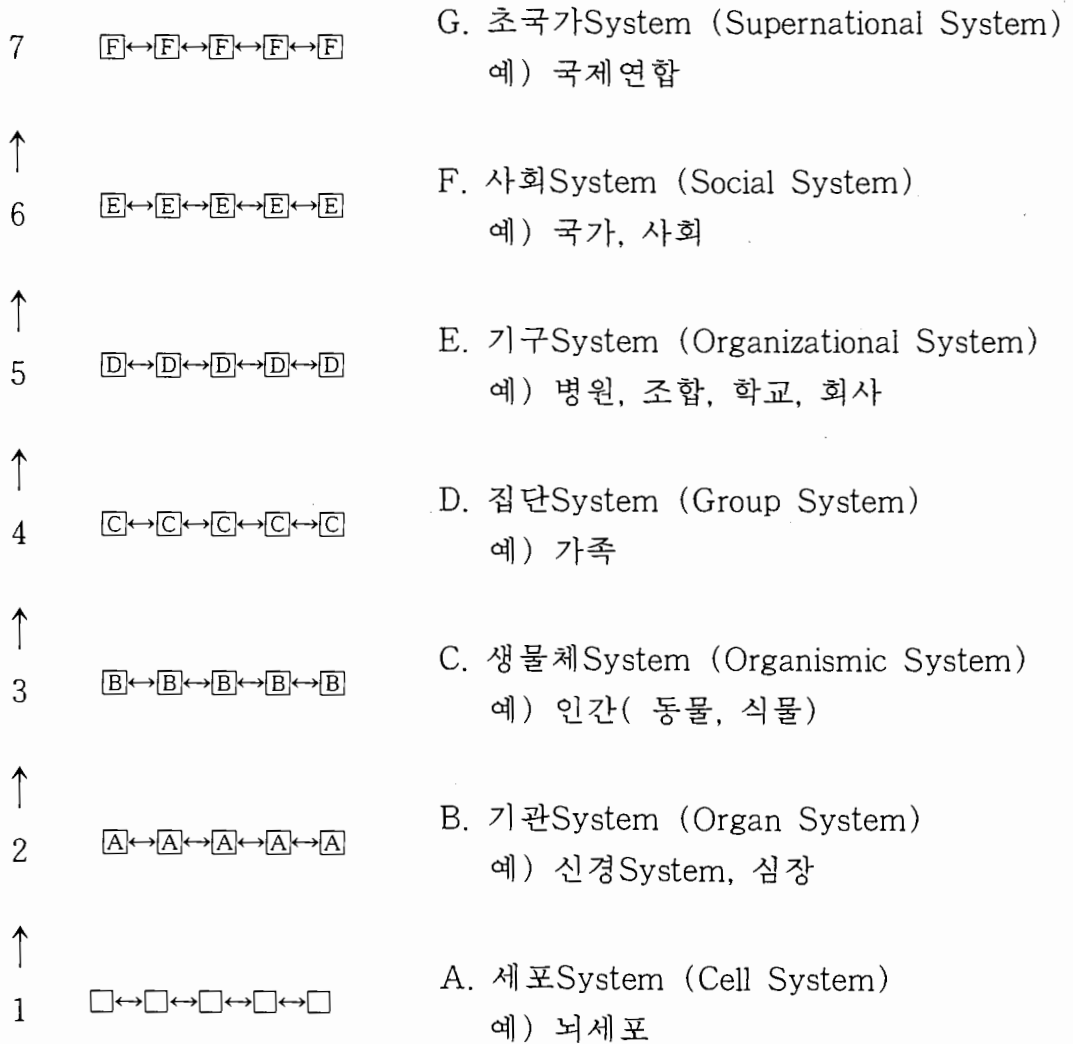
④ 모든 Subsystem은 시민사회(Social System)가 정신질환자를 이해하고 지지하여 주는 분위기 확산에 노력해야 한다.

정신질환자의 탈병원화와 사회재활에 있어 매우 중요한 요소인 정신질환자의 경제적 독립을 가능케 할 지지적 직업환경과 생활환경을 제공하는 지역사회야말로 매우 중요하다. 그럼에도 가해행위자로 낙인 등의 정신질환자에 대한 편견은 정신질환자의 지지 및 치료적 환경에서의 인권침해 당연시와 더불어 사회재활의 장을 크게 위축시키고 있으며 정신질환자의 인권의 보호와 치료환경을 위한 적정수준의 비용지출에 대한 시민여론 형성에도 부정적인 영향을 주고 있다. 따라서 정신질환자에 대한 편견 해소를 위해 시민단체들과 연대하고 정신보건의 날 행사를 활용하는 등 좀더 많은 노력해야 한다. 또한, 대구 지하철참

사에서 보였던 정신질환자에 대한 부정적 이미지 형성에 영향을 주는 언론 및 관련자에 대해서도 적극적으로 대응하여 시민사회가 정신질환자들을 이해하고 지지하여 주는 분위기 확산에 노력해야 할 것이다.

(별첨1)

※ James G. Miller의 생물체 system(Living system)의 7개 계층



정신요양시설 운영 및 실정

하 정 섭

한국정신요양협회장

사랑합니다!

국가인권위원회에서 정신장애우에 대하여 관심을 갖고 청문회를 개최하게 됨을 한국정신요양협회장으로써 정신요양시설들을 대표해서 먼저 귀 기관과 관계자 여러분께 감사드립니다.

청문회 개최로 정신장애우에 대한 사회적인 편견이 해소되고 보다 많은 관심과 국가지원이 이루어져 정신장애우의 처우개선에 큰 발전을 기대하면서 본인의 소견을 피력하고자 합니다.

1. 정신질환자라는 용어의 변경

정신질환자라는 용어자체도 인권침해의 요소가 있으며 사회적인 거부감이 있다고 봅니다. 마음병, 가슴병 등으로 우리라는 쪽으로 가깝게 접근하는게 어떨까요? 또한 조사내용에도 수용이라는 단어가 기록되어 있는데 보호 또는 생활인으로 했으면 합니다. 정신장애우가 정신보건법에도 장애자로 인정되어 있습니다. 그러나 현실은 장애자의 예우를 받지 않고 있습니다. 우리 사회가 무관심하고 격리하고 무시하는 경우가 있기 때문에 소외당하고 있고 이로 인해 가족 또한 떳떳하게 정신장애우의 가족이라고 밝히지 못하고 숨김으로써 더욱더 인권침해를 우리사회가 자초하는 것 아닐까요? 가족들도 유기하는 “버림받은 인생”으로 전락하여 이들을 대변할 사람이 없고, 빈번한 인권침해 보도 등으로 사회의 인식이 더욱 나빠져 사회와 가정으로부터 소외당하므로 사랑에 굶주려있고, 환자로서 권리와 대접을 받지 못하고 있습니다.

2. 개방적인 요양시설

정신요양시설에 대한 국민들의 이미지가 폐쇄적이고 부정적으로 아직도 많이 남아 있으며, 사회와 격리된 별개의 지역으로 인식되고 있어 지역사회의 무관심과 후원의 대상인 사회복지시설로서 제 위상을 확보하지 못하고 있는 실정입니다. 또한 정신장애우는 자유스럽고 개방적인 환경 속에 치료, 요양을 받아 조속히 사회에 복귀할 수 있어야 하나 일반의 편견이 심해 정신요양시설 등 정신보건시설이 제대로 된 치료, 재활 환경을 조성하지 못하고 있습니다.

그러나 정신요양시설과 정신장애우에 대한 일반의 편견을 해소하고 개방적인 시설운동을 위하여 지역주민 등이 참여하는 지역별 합동체육 문화행사를 6년째 개최하고 있습니다.

지역사회가 관심을 갖도록 지역 자원봉사자도 함께 참여하는 시설, 환우들의 멋진 공연, 체육대회, 음악회, 바자회, 작품전시회를 통해 잠재된 능력을 유감 없이 보여주고 있으며, 이와 함께 정신장애우의 인권신장과 사회복귀가 조속히 이루어 질 수 있도록 노력하고 있습니다.

정신요양시설의 현실 그대로 주민과 환자 가족과 인접시설을 환자에게 개방함으로써 서로를 이해하는 공동의 장으로 만들고 있습니다. 정신장애우도 체육문화행사를 할 수 있고 사고위험도 없으며 더불어 살아갈 수 있는 보통의 환자임을 인식시키기 위하여 개방적인 운영을 하고 있습니다. 또한 시설을 개방하여 시설을 이용한 체육시설이용, 예식장이용 등 주민의 참여도를 높이고 있습니다.

3. 직업재활과 원외활동 마일리지의 요양원

시설은 환우의 직업재활 능력을 향상시켜 사회복귀를 촉진하고 나아가 참여의 복지를 실현하는데 기여하며, 이를 통해 지역사회와의 교류를 활성화하고 정신장애에 대한 편견도 해소시키기 위해 직업재활이

섭
장

개
면

다
!을

거
갈
리
어
코
건
우
를
경
우
정
신
을
우
!생"
등
므로

가능한 환우를 최대한 참여시켜 원의 직업재활 작업장을 발굴하여 작업프로그램이 원활히 진행되도록 지속적으로 관찰하고 지도하며, 참여가능자를 선정하여 촉탁의, 보호자(시·군·구청), 본인의 동의를 서면으로 받아 실시하고 있습니다.

4. 입·퇴원 과정

가. 입원

환자의 입원과정은 자의입원, 가족입원, 타의입원(무연고자, 행려자) 등으로 구분할 수 있습니다. 자의입원도 현재는 상당히 불어나는 추세입니다. 가족입원은 보호자와 2명의 보증인이 있어야하고 정신과 의사의 진단서는 필수입니다. 타의 입원은 주로 행정관서에서 의뢰하여 입원하고 있으나, 정신요양 시설에서는 경찰에 연락하여 지문조회 등을 통하여 최대한 신속하게 가족에게 인계를 하고 있습니다.

나. 퇴원

자의퇴원과 가족의 퇴원으로 언제라도 가능합니다. 그러나 요양원에서는 가족으로부터 버림받은 환우가 많습니다. 짧게는 10년 길게는 20년 혹은 30년 이상까지 입원되어 있는 환우가 있습니다. 이분들은 갈 곳이 없습니다. 무연고자 아닌 무연고자가 되어진 것입니다. 무연고자 또한 정신보건법에는 시장·구청장이 보호자로 되어있습시다만 퇴원 명령되면 보호자 역할을 다하지 못합니다. 그래서 요양원에 보호하고 있는 환우들은 퇴원심사를 현 6개월에서 1년 내지 2년으로 연장하는 것이 옳다고 생각합니다.

5. 치료환경상의 문제

의료인력은 정신과전문의사의 축약으로 이루어지고 있습니다. 의사가 1일 환자를 몇 명 정도 진료하는 지는 잘 모르겠습니다. 현재는 주 1회 정도 축약진료를 하고 있습니다. 문제는 50명 시설이건 500명 시설이건 기준이 동일하다는 것입니다. 정신과 전문치료 약품비 또한 국비는 전무한 상태이며, 저희 지역의 실정은 1일 도·시·군비 120원을 지원받고 있습니다. 의사가 있으면 처방이 있어야하고 처방에 따른 양질의 투약이 뒤따라야 옳다고 생각합니다. 이제는 정신요양시설이 전문적인 치료와 요양을 겸비하는 정신요양병원으로 기능전환이 될 수 있도록 정신보건법이 개정되어야 할 것입니다.

6. 환우 일상생활 문제

① 앞서서도 언급하였지만 시설 내에는 공중전화, 서신왕래, 다양한 여가활동 프로그램이 자유스럽게 운영되도록 노력하고 있습니다. 특별히 정신요양협회 내에 윤리위원회가 운영되고 있습니다. 윤리위원회는 시설장으로 구성되어 있으며 수시로 전 시설을 방문하여 인권의 침해와 시설의 개방, 생활인의 각종프로그램, 직업재활마일리지 등을 점검 확대하고 있습니다. 이에 전 시설이 적극참여하고 보건복지부에서도 협조하고 있습니다.

② 가혹행위는 있을 수 없으며 환우를 친구로 또는 시설의 주인으로 모시고 있습니다. 요양시설의 담장도 없애고 병실의 창살도 점차 없애지고 있는 현실입니다.

※ 참고로

■ 경찰관직무집행법 제4조(보호조치등)를 보면 다음 항과 같은 경우에 보건의료기관, 또는 공공구호기관에 긴급구호를 요청하거나 경찰

관서에 보호하는 등 적당한 조치를 취할 수 있다고 되어 있지만, 요양 시설에서는 생활인의 가족화와 탈시설화를 위하여 노력하고 있습니다.

▶ 정신착란 또는 술 취한 상태로 인하여 자기 또는 타인의 생명, 신체와 재산에 위해를 미칠 우려가 있는 자와 자살을 기도하는 자는 보호조치를 요구할 수 있다.

■ 그러나 소방법 30조의 2(피난, 방화시설유지관리) 특수장소의 관계인은 건축법 제 39조 내지 41조 동법 제43조 및 제 44조의 규정에 의한 피난·방화시설 등에 대하여 다음 각호의 행위를 하여서는 아니된다.

① 피난·방화시설 등을 폐쇄(잠금을 포함한다)하거나 훼손하는 등의 행위.

② 피난·방화시설의 주위에 물건을 적치하거나 장애물을 설치하는 행위 등의 법적사항이지만 정신요양시설에서는 최대한 환자의 인권을 생각하며 개방 생활 등 다양한 운영을 하고 있습니다.

7. 정신요양시설의 정부지원 운영비 현황

정신요양시설은 정부보조금 운영비가 타 사회복지시설 보다 아주 낮은 지원을 받아 운영하고 있고, 타 시설에 비해 직원 채용문제 또한 쉽지 않아 시설운영에 많은 어려움이 있으며, 사회복지시설 중 가장 낮은 지원을 받고 있으며, 2000년부터 정신장애인으로 등록됨에도 불구하고 신체장애인의 1/4 수준임.

구 분	정 신	여 성	양 로	장 애	치 매
지원수준	1.0	1.9	2.5	3.9	4.3

또한 종사자 수는 법정 종사자의 69%만을 예산에서 지원하고 있으

며 간호사 직원 1명이 환우 70명을 보살펴야 하고, 생활지도원 직원 1명이 환우 33명을 보살펴야 하는 열악한 상태의 직원 배치를 하고 있습니다. 정신장애우는 일시적으로 자·타해를 유발할 수 있어 지속적인 감시가 필요하므로 거동 불편한 신체장애우 보다도 더 많은 종사자가 필요하며 운영비도 제일 열악한 상태로 운영하고 있는 실정입니다.

관리 운영비 역시 78%를 종사자 인건비로 지출하고 있어 공과금과 시설유지비를 제외하면 약품비, 프로그램 운영비에는 거의 배분할 수 없는 실정으로 운영하고 있습니다.

8. 정신요양시설의 종사자 근무환경 개선

사회복지사 1급 직원의 월보수액은 100만원 정도이며 보수액이 적기 때문에 취업 참여율과 이직율이 많습니다. 또한 각종수당, 퇴직금 등 근로기준법과의 차이로 인하여 시설장이 고발되는 실정입니다. 또한 시설직원의 인권 침해문제는 전혀 고려되지 않아 시설장이나 종사자가 형사처벌, 벌금 등 전과자나 범법자로 몰리게 됩니다. 환우에게 적절한 양질의 서비스가 제공되려면 전문적인 인력과 프로그램이 제공되어야 합니다.

맺 는 글

한정된 시간이 매우 안타깝게 생각되오며 다시 한번 이러한 자리를 마련해 주신 국가인권위원회에 감사드립니다. 국가인권위원회와 모든 국민들께서는 정신요양시설의 인권침해에 관하여는 마음을 놓으셔도 충분하다고 생각합니다.

미신고시설이 1,044개소나 된다고 하니 새삼 놀라지 않을 수 없습니다. 이러한 동기를 통하여 인권이 침해당하고 소외당하는 일이 더 이상 없었으면 합니다. 우리사회가 모두 정신장애우에 대한 관심과 사랑

이 더욱 절실히 필요합니다. 정신장애우들이 더불어 살아가는 사회의 한 구성원으로 생명존중, 자유와 권리 그리고 의료 서비스를 제공받아서 사회와 가정의 품으로 하루 속히 복귀할 수 있도록 책임과 노력을 다 함께 하여야 할 것입니다. 정부에서도 정신보건사업에 효율적이고 획기적인 중·장기계획을 세워서 정신장애우들이 보다 나은 복지서비스를 제공받을 수 있도록 집중 투자해주시길 부탁드립니다.

감사합니다.

정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점

이 찬 진

변호사, 민변 노동복지위원회 복지담당

1. 정신보건 분야 제도 및 정책의 현 주소

우리나라는 정신적 스트레스가 많은 직업이 증가하는 산업화의 속도가 세계에서 유례없이 빠른 국가였으며, 이에 1997년 경제 위기 이후 수반된 실업과 노동 유연성 증가라는 국민 정신건강에 어려운 조건이 계속 추가되고 있는 어려운 시대를 맞고 있다. 이에 따라 국민의 정신건강 문제가 악화되고, 정신장애가 증가하고 있으나 전통적인 지역사회와 대가족 제도의 정신장애 문제의 흡수력은 오히려 감소하여 국민의 정신건강 문제에 대한 국가의 역할이 증대되고 있는 상황에 있다고 평가되고 있다.(지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서: 2001)

최근 5년간 WHO와 미국 하버드 대학의 “세계의 질병 부담” 연구에 따르면, 정신장애로 인한 질병 부담은 1990년의 경우 세계 10대 장애 요인 중 5가지를 차지할 정도로 사회적 부담이 크며, 앞으로 더욱 커질 것으로 예측되었다. 그리고 정신장애의 경제적 비용 또한 미국을 비롯한 선진국들의 경우 대체로 GDP의 2.5-4.0%에까지 이를 정도로 심각한 수준에 와 있는 것으로 나타났다. 정신보건 수요의 증가 추세는 이처럼 전 세계적인 것으로, 우리나라는 그 변화의 속도가 세계에서 가장 빠른 나라라고 할 수 있다. 이제까지 우리나라에서는 사망률

이 높은 질병 위주로 보건 정책의 우선순위가 결정되어 왔다. 그러나 이는 사망에까지 이르지 않는 경우의 건강 상실에 의한 부담을 전혀 반영하지 못한다는 중대한 단점을 안고 있다. 더욱이 최근 삶의 질에 대한 관심으로 '얼마나 오래 사는가'보다 '얼마나 건강하게 사는가'가 중요하게 인식되기 시작되면서, 사망뿐만 아니라 질병으로 인한 장애까지 감안하여 보건 정책의 우선순위를 재조정해야 한다. 정신보건의 투자 우선순위를 높이고 기존 정신보건 체계의 합리성과 효율성을 제고하는 등 국가적 대처가 시급한 상황이라고 한다.(보건소 기본형 정신보건사업 관련자 Workshop: 2001)

그럼에도 정신장애로 인한 사회적 비용과 부담의 심각성과 정신보건 환경의 변화 가운데 1995년 제정된 우리나라 정신보건법은 두 차례의 개정 과정을 통한 일부 내용의 개선에도 불구하고 여전히 정신장애인에 대한 입원치료 명분 하에 이들을 정신의료기관 및 요양시설에 격리·감금시킴으로써 이들로부터 사회 일반을 보호하고자 하는 통제와 사회 방위의 성격을 강하게 띠고 있다.

정신장애의 치료 및 재활에 있어서 가장 효과적이라고 검증되어 있는 지역사회 중심의 통원치료를 근간으로 하는 정신질환 치료 시스템에 대하여는 재정적인 측면에서 볼 때 제도적으로 아무런 준비가 되어 있지 않다.

2. 국내 제도 운영현황

(1) 정신보건시설의 수와 병상 수, 환자 수 등을 중심으로 현황을 보면(서동우, 지역사회정신보건사업 활성화 방안 세미나 자료집) 현재 정신보건시설의 수는 약 900개이며, 정신병상(정원)수는 약 60,000개로,

그 중 정신의료기관의 정신병상은 약 46,000개이다. 본격적인 정신병상 확충정책이 시행된 1984년 이후 16년간 전체 정신의료기관 병상은 약 7배 증가한 것이라고 한다.

<우리나라 정신보건시설 및 정신병상(정원) 현황(2000년 12월 31일 현재)>

(단위 : 개소, 병상, %)

정신보건시설		기관수	병상(정원)수
계		899(+45/?)	60,183(+11,042)
정신의료기관	소 계	752	45,805
	국립정신병원	6	3,850
	공립정신병원	11	3,671
	사립정신병원	64	22,646
	종합병원정신과	149	6,170
	병원정신과	39	7,223
	정신과의원	483	2,245
정신요양시설		55	14,135
사회복귀시설		49	243
정신보건센터		46	-
(부랑인시설)		(45)	(8,042)
(무허가기도원)		?	(3,000)

<연도별 정신보건시설 종류별 정신병상수 증가 추이(1984~2000)>

(단위 : 병상)

		1984	1990	1993	1996	1999	2000 ¹⁾
정신병원	국·공립	1,930(100)	3,708(192)	4,284(221)	5,570(289)	7,611(394)	7,570(392)
	사립	1,022(100)	4,964(485)	5,763(563)	9,360(916)	16,908(1,654)	20,667(2,022)
	소 계	2,952(100)	8,672(293)	10,047(340)	14,930(506)	24,519(831)	28,237(957)
병의원	(종합)병원정신과	2,064(100)	4,219(204)	5,488(265)	7,754(376)	10,391(503)	13,393(649)
	정신과의원	1,091(100)	1,218(111)	1,384(126)	1,492(137)	1,927(177)	2,245(206)
	소 계	3,155(100)	5,437(172)	6,872(217)	9,246(293)	12,318(390)	15,648(496)
소 계		6,107(100)	14,109(231)	16,919(277)	24,176(396)	36,837(603)	43,885(719)
정신요양시설		8,349(100)	17,432(208)	17,696(211)	18,182(218)	16,584(199)	14,135(169)
사회복귀시설		-	-	-	-	85	243
총 계		14,456(100)	31,541(218)	34,615(239)	42,358(293)	53,506(370)	58,263(403)
전체인구(천명)		40,406(100)	42,869(106)	44,056(109)	45,248(112)	46,868(116)	47,274(117)

재원기간은 아래 표에서 볼 수 있듯이, 1999년 6월 현재 전국 정신보건시설에 입원(입소)된 정신장애인의 평균 재원기간(중앙값)은 274일(정신의료기관은 158일)이다. 시설 종류별로 살펴보면, 정신의료기관보다 사회복지시설(정신요양시설, 부랑인시설)이 재원기간이 길고, 그 다음이 무허가기도원이며 정신의료기관중에는 사립정신병원이 가장 긴 재원기간을 보이고 있다고 한다.

<정신보건시설 종류별 재원기간>

(단위 : 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수 ¹⁾	평균	중앙값	최대값
계 (가중치 적용 ²⁾)	1,028(59,054)	1,319.4(1,368.3)	380.0(274.0)	9,815.0(9,815.0)
국립정신병원	100(3,202)	111.2	93.0	519.0
공립정신병원	90(3,580)	152.0	62.0	943.0
사립정신병원	101(15,888)	711.8	244.0	7,001.0
대학병원정신과	83(1,626)	48.3	32.0	182.0
종합병원정신과	100(7,952)	193.5	93.0	1,278.0
정신과 의원	44(1,402)	138.1	93.0	639.0
정신요양시설	207(15,287)	3,003.6	2,541.0	9,815.0
부랑인시설	203(7,117)	2,539.1	2,237.0	7,351.0
무허가기도원	100(3,000)	929.7	562.5	4,688.0

주 : 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수

2) 전체 입원·입소한 정신장애자 중에서 표본 추출된 확률에 의한 가중치를 적용하여 1999년 6월 30일 현재 각 정신보건시설에 입원·입소되어 있는 환자수로 환산하였을 경우(Weighted Values by Sampling Probability)

자료 : 서동우 등(1999). 전국 정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사

의료보장상태별 입원을 및 재원기간을 보면, 의료보호대상자는 인구 10만 명당 정신의료기관 및 정신보건시설 입원(입소)환자수가 의료보험대상자의 거의 약 30배(의료보호 2종)에서 100배(의료보호 1종)에 달한다. 의료보호환자의 재원기간도 의료보험환자에 비해 약 2배(의료보호

2종)에서 8배(의료보호 1종)에 이른다. 이렇게 의료보호의 정신과입원 환자가 상대적으로 많고, 재원기간이 긴 이유는 우선 생활고 및 실직 등의 스트레스가 중산층보다 높은 저소득층 의료보호 대상자의 정신장애 발병율이 높을 뿐 아니라, 의료보험 정신질환자가 본인부담금이 높은 장기적인 치료비 부담으로 인해 빈곤화하여 의료보호 대상자로 전환되는 율이 높아 의료보호 대상자 중 정신질환자의 비중이 일반인구보다 높아지게 되었기 때문이다. 또한, 핵가족화 및 가족해체 등으로 정신질환자가 단독세대주로 되면서 생활보호대상자로서의 책정이 늘어나고 있다. 일부 중산층 가정에서 가족의 부양능력이 있음에도 정신질환자를 단독세대주로 분리하여 의료보호대상자로 만드는 경우도 있다. 그 밖에도 가족과 단절된 정신질환자의 경우, 행려환자로 정신병원으로 입원되거나 부랑인으로 부랑인시설로 입소하였다가 정신병원으로 전원되어 행려환자/시설보호대상자로 의료보호혜택을 받게 되는 때에 보호자가 없거나 보호자 협조가 되지 않아 퇴원이 불가능해지고, 결국 장기입원되는 경우가 많다. 의료보험환자는 본인부담금이 있어서 장기입원에 대한 견제요인이 있으나, 의료보호환자는 입원시 본인부담금이 없는 반면 가정에서 간병할 때는 아무런 경제적 혜택이 없고 주거비가 추가로 들며, 보호자의 취업을 어렵게 하며, 주위의 편견으로 형제의 결혼이 어려워지는 등 경제적·사회적으로 고난을 겪게 된다. 따라서 조금만 증상이 심해도 장기입원시키는 경향이 나타나게 된다.

적
자
정

구
험
한
호

<의료보장상태별 정신보건시설 입원환자수(2000년 6월 30일 현재)>

(단위 : 명)

	2000년 의료보장인구	2000년 정신의료기관 (정신보건시설) 입원(입소)환자 수	인구 10만 명당 입원(입소) 환자수		상대구성비	
			2000	1999	2000	1999
의료보험	45,873,536	11,271(14,234)	24.6(31.0)	25.5	1.0(1.0)	1.0
의료보호1종	793,334	19,124(26,885)	2,410.6(3,388.9)	2,125.9	98.2(109.3)	83.4
의료보호2종	749,103	5,449(7,661)	727.4(1,022.7)	481.5	29.6(33.0)	18.9

주 : ()는 정신요양시설 및 사회복지시설 입소환자 포함하되, 의료보호 입소환자의 1·2종 비율이 정신의료기관 입원환자와 같다고 가정

자료 : 서동우 등(2001), 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서

<정신의료기관 입원환자의 의료보장형태별 재원기간 분포>

(단위 : 명, 일)

의료보장	조사대상자	평균	25%	중앙값	75%	최대값
계	1,028	1,368.1	93.0	380.0	1,900.0	9,815.0
의료보험	467	672.7	62.0	123.0	519.0	9,815.0
의료보호1종	486	2,026.1	154.0	1,042.0	4,024.5	9,785.0
의료보호2종	75	765.8	93.0	258.0	776.0	4,519.0

자료 : 서동우 등(1999). 전국 정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사

전국 정신보건시설 입원(입소)환자를 정신의학적 증상, 일상생활 및 사회생활기능, 사회지지체계에 따라 적절한 서비스 형태를 재분류하였을 경우, 약 5,000명 정도의 환자가 지역사회정신보건서비스 체계가 구축되었을 경우 탈원화가 가능할 것으로 보이며, 주거문제가 해결될 경우 탈원화가 가능한 환자도 약 1,000명 정도로 추산된다. 따라서 전국의 정신보건시설에 입원(입소)한 환자를 이에 따라 재분류하여 재배치할 경우 약 1만 병상의 정신병상이 감소될 수 있을 것으로 추산 가능하다고 한다.

(2) 지역사회정신보건 실태

정신보건의료 서비스 체계의 목표는 병원 내에서의 치료목표와는 다르다고 한다. 이하에서는 서동우, 2001의 자료에서 소개된 글을 인용한다.

병원에서는 증상의 감소, 특히 환청이나 망상 등 양성증상의 감소나 병식을 통한 치료약물 복용의 자발성 등에 목표를 두게 되나, 지역사회정신보건은 서비스 제공의 목표를 지역사회 내에서 보통 사람처럼 거주할 수 있도록 하는 것이 그 목표라 할 수 있다. 즉, 지역사회정신보건은 서비스의 범주가 증상의 감소를 넘어서 거주문제와 사회경제적인 차원까지 관심을 갖게 되는데, 식사 및 수면관리, 개인위생관리, 약물복용관리, 가족과의 갈등 해결, 직업문제, 친구와 이웃을 사귀고 유지하는 것, 돈의 관리, 여가시간 활용, 이성교제 및 결혼 등 정신질환자의 삶의 전반적인 분야를 포괄하게 된다. 더 나아가 정신장애인과 같이 살면서 지지하는 가족에 대한 서비스도 제공하는데, 정신질환 및 정신과 약물에 대한 지식, 재발을 조기발견하고 적절히 대처할 수 있도록 하는 것은 물론, 가족을 위로하고 지지하는 서비스까지 포함한다.

정신보건센터는 1987년 강화도에서 연세대학교가 시범적으로 운영한 첫 시도에 이어서, 1994년 보건복지부의 용역연구사업으로 서대문과 경기도 연천군의 정신보건센터를 시작하면서부터 나타났다. 그 뒤 서울시가 강남정신보건센터를 시작하고, 경기도가 지역사회정신보건사업에 많은 투자를 하기 시작하면서 확대되기 시작하였다.

지역정신보건사업 기술지원단의 보고서에 따르면, 2000년 현재 보건복지부가 지원하는 거점 정신보건센터는 1998년 4개소로 시작하여 1999년 14개소로 확대되었고, 2000년에는 16개소로 확대되어 시·도당 1개소씩이 되었다. 보건복지부 지원 16개 거점 정신보건센터는 보건소와 인근의 대학 및 정신의료기관 등의 협력기관이 협조체계를 구축하여 운영하는 새로운 시도를 하고 있으며, 공공부문의 공공성과 행정력,

민간부문의 전문성과 유연성의 장점을 살리는 모형이라고 할 수 있다.

정신보건센터 협력기관은 대부분 대학병원이었으며, 정신과 전문병원이 5개소, 공립의료기관이 1개소, 보건대학원이 1개소였다. 16개 정신보건센터의 인력은 상임과 비상임을 합쳐서 3명에서 7명의 인력이 참여하고 있으며, 이 중 가장 많은 상임인력은 정신보건간호사와 사회복지사였고, 정신과전문의는 1개소를 제외하고는 대부분 비상임이었다.

(3) 정신보건시설의 조직과 인력

정신보건법상에는 인력과 관련하여 정신보건전문요원에 대한 규정이 있으며 정신보건 임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사를 규정하고 있다.

<정신보건시설 종류별 정신보건의료 상임인력 현황>

(단위 : 명)(2000년 6월 30일 현재)

	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건 간호사	정신보건 사회복지사	정신보건 임상심리사	간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
총 계	1,425	553	783	272	152	2,632	480	88	2,234
국립정신병원	64	73	110	9	6	291	9	1	253
공립정신병원	47	12	52	12	6	175	10	4	83
사립정신병원	251	64	182	75	30	935	91	10	536
종합병원정신과	408	389	249	30	65	611	71	43	256
병원정신과	100	13	55	20	9	417	35	7	261
정신과의원	551	2	46	33	21	123	33	17	743
정신요양시설 ¹⁾	2	-	12	3	-	60	147	-	102
정신보건센터 ¹⁾	2	-	60	22	5	17	35	2	-
사회복지시설 ¹⁾	-	-	17	38	10	3	49	4	-

주 : 1) 2000. 9. 30. 현재

3. 문제점과 개선방향

가. 입·퇴소 제도의 위헌성 검토

(1) 복지 선진국들의 경우 20세기로 넘어오면서 생존권에 대한 사회적인 합의가 확산되면서 자본주의체제에서의 사회적 탈락자나 취약층에 대한 생존권의 보장이라는 차원으로 수용시설에 대한 관점도 변화하게 되었다. 따라서 시설에 수용된 사람들의 생존권 보장을 위해서 그들의 자유권적 기본권에 대한 보장은 기본적 전제가 되는 것이다. “수용”이라는 행위 자체가 보호대상자의 일정한 신체의 자유를 제한하는 것을 내용으로 하는 한, 수용시설에의 입·퇴소 결정을 사법기관 또는 준사법기관이 결정하는 것이 보편적이며, 그렇지 않은 경우에는 보호대상자의 퇴소의 자유 내지 권리를 법적으로 보장하는 것을 내용으로 하는 것이 일반적이다. 정신보건시설인 정신의료기관이나 정신요양시설의 경우도 예외가 아니다.

(2) 보호의무자의 의뢰 행정처분이나 정신의료기관의 장 또는 정신과 전문의의 결정에 의한 입원, 계속 입원 등 처분의 위헌성(법 제 23,24,25,26 조 등 관련)

① 헌법상의 신체의 자유에 대한 검토

헌법 제10조는 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다고 규정하고 있고, 이와 같은 이른바 행복추구권은 자유권의 가장 본질적인 권리로서 해석되고 있다. 행복추구권의 본질은 바로 “자유행동권”에 있다는 것이 일관된 헌법재판소의 판례의 입장이며, 이러한 자유행동권의 출발점이 바로 헌법 제12조에서 정한 신체의 자유라고 할 수 있다. 헌법 제12조 제1항은 ‘모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포,

구속, …을 받지 아니하며, 법률과 적법절차에 의하지 아니하고는 처벌, 보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다.’라고 규정하고 있고, 제3항은 체포, 구속…을 할 때에는 적법한 절차에 따라 검사의 신청에 의하여 법관이 발부한 영장을 제시하여야 한다고 규정하고 있다. 따라서 국민들의 신체의 자유를 억압하는 그 어떠한 강제처분도 그 명칭 여부를 불문하고 그것이 신체의 자유를 침해하는 것인 한 위헌임이 명백하다(참고로 헌법재판소에서는 법관의 선고 없이 행하여지는 구사회보호법 제5조 제1항 소정의 ‘필요적 보호감호처분’은 적법절차원리에 위배한 위헌조항이라고 판시한 바 있다. 89. 7. 14. 선고 88헌가5,8호 89헌가44호 사건 참조). 따라서 위와 같은 헌법 규정은 “체포, 구속, …처벌, 보안처분, 강제노역”의 근거가 되는 법률은 정당한 절차에 의하여 제정되어야 하고, 또 실제적으로도 ‘정당한 법’이 아닌 한 위헌임을 명시하고 있는 것이다.

② 입·퇴원시의 자유 제한의 위헌성

정신보건법상의 정신의료기관 입원경위는 자발적인 입원으로서의 자의입원(23조), 보호의무자에 의한 입원, 시·도지사에게 의한 입원 및 응급입원 등 비자발적·강제처분으로서의 입원의 2가지로 구분할 수 있다.

1) 자의 입원을 제외한 나머지 정신의료기관에의 입소에 있어서 그것이 비자발적인 강제처분에 의한 것인 한, 최소한 헌법 제12조에 따른 적법절차의 원리가 적용될 수 있도록 하여야 할 것이며, 현재와 같이 정신과 전문의의 진단에 절대적으로 의존하는 것은 심각한 인권침해의 소지가 있다고 본다.

2) 퇴원과 관련하여도 현행법은 지나치게 과도한 권한을 정신과전문 의에게 부여하고 있으며, 환자 자신이 시·도지사에게 퇴원 청구를 할

것을 전제(실제로 보호의무자의 퇴원청구는 거의 없는 것으로 알려져 있음)로 하여 정신보건심의위원회라는 일종의 행정위원회에 그 심의 권한을 부여함으로써 그 허·부 결정을 하도록 하고 있는 바, 이와 같은 절차가 과연 환자의 자유권을 제대로 보장할 수 있을 지에 관한 심각한 의문을 지울 수 없으며, 치료라는 명분으로 결국 사회방위처분을 하겠다는 의도를 다분히 포함하고 있는 것으로 판단된다.

3) 개선 방향

따라서 강제입원 조치에 관하여 법원의 재판을 통한 강제처분이 가능하도록 하여야 할 것이다.

퇴원과 관련하여는 원칙적으로 환자의 요구가 있을 경우에는 퇴원을 거부하여서는 아니되게 하되, 부득이 '환자의 증상이 본인 또는 주변 사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 격리 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하게 판단되는 경우'(현행법 제46조 제1항의 시설내의 환자의 격리 관련 요건임)에 한하여 의료기관의 장 또는 시·도지사로서 하여금 법원에 계속 입원처분을 신청토록 하는 내용의 제도 개선이 필요할 것으로 보인다.

현재와 같은 정신과전문의의 진단은 자의적일 수 있는 위험이 있기 때문에 위와 같은 사법적 개입에 있어서도 입원치료의 필요성 여부에 대한 판단 기준은 더욱 엄격하게 변경되어야 할 뿐 아니라 그 판단기관은 민간의료기관이 아닌 중립적이고 객관적인 공공성 있는 제3의 기관이 담당하는 것이 필요하다(지역정신보건센터 산하에 이를 둘 필요도 있을 것이다).

나. 치료 과정에서의 인권 침해 관련

(1) 제45조 행동 제한의 금지 규정의 위헌성

위 규정은 정신의료기관의 장에게 '의료를 위하여 필요한 경우에 한

하여'라는 조건하에 포괄적으로 환자의 통신의 자유, 면회의 자유, 외출의 자유 등을 무제한으로 금지시킬 권한을 부여하고 있는 바, 이와 같은 규정은 결국 환자들에 대한 치료목적의 격리를 정당화하여 주는 것으로 이는 일종의 '사회방위처분'적인 성격을 내포하는 것이다. 따라서 이와 같은 행동의 제한이 필요한 경우에도 법원에 대한 신청을 통하여 그 결정으로 할 수 있도록 개선되어야 할 것이다.

(2) 제46조 환자의 격리 제한 규정의 위헌성

이 규정 역시 정신의료기관에게 환자의 격리처분이라는 극단적인 행동의 자유를 제한하는 대인적 강제처분을 할 수 있는 권한을 포괄적으로 위임하고 있는 바, 민간인인 의료인에게 '치료'라는 목적으로 환자의 최소한의 자유권마저 박탈할 수 있는 권한을 부여하는 규정으로 이 역시 헌법 제12조 위반임을 면치 못한다고 할 것이다. 따라서 이러한 제한의 필요성이 있다고 할 경우 사법적인 개입절차를 법률상 명시하는 방향으로 개선되어야 할 것이다.

다. 정신보건법제의 전면 개정의 요청

(1) 기본이념 규정

법 제2조 기본이념에서는 “모든 정신질환자는 최적의 치료를 받을 권리를 보장 받는다”고 규정하고 있으며, 특별히 “미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별한 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리”를 보장하고 있다. 그러나 실제 법안의 구체적인 내용에서는 치료를 사실상 입원치료에 국한하여 적용, 규정하고 있다.

지역사회 중심으로 이루어지는 폭넓은 의미의 치료를 배제하면서 최적의 치료가 이루어질 수 있을지 의문이다. 또한, 미성년자인 정신장애인의 권리 보장에 대한 규정은 구체적인 법안 내용에서 전혀 찾아볼

수가 없다. 이처럼 기본이념에 대한 규정은 진정한 법의 기본이념을 표현하는 것이라기보다는, 단순한 미사여구의 나열에 그치고 있는 실정이다. 이와 같은 입법 태도 자체만으로도 정신질환자의 인권 침해를 전제하고 있다고 하여도 과언이 아니다. 따라서 정신보건법은 지역사회 중심의 정신보건서비스를 전제로 하여 통원치료를 원칙으로 하여 전면 개정되어야 한다.

(2) 고지·설명의 의무 규정

법 제6조는 정신보건시설의 설치·운영자에 대한 규정에서 “정신보건시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야” 한다고 하여 고지·설명의 의무를 두고 있다. 그러나 실제로 이 의무의 실효성을 담보할 수 있는 구체화된 관련 규정이나 처벌 규정 등이 마련되어 있지 않다. 결국 이 조항 역시 의무 규정으로 되어 있음에도 불구하고 실질적인 구속력을 갖지 못하는 도의적이고 선언적인 조항이 되고 마는 것이다. 따라서 최소한 처벌규정이라도 마련할 필요가 있다.

(3) 정신보건연구기관 규정

법 제14조에는 “국가는 정신보건의 향상을 도모하기 위하여 정신보건연구를 위한 기관을 설치하여야 한다”고 명시되어 있다. 이는 정신보건에 관한 정책개발, 법령연구, 역학조사, 임상실험연구 등 다양한 조사연구를 수행함을 목적으로 하는 전문적인 연구기관이 설립되어야 하는 당위성을 법적으로 제시하고 있음을 보여준다. 법 제4조에도 “국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방하며, 정신질환자의 의료 및 장애극복과 사회복귀 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다”고 규정하고 있어

법 제14조 정신보건연구기관의 설립을 뒷받침하고 있다. 정신보건연구기관의 설립은 정신장애의 예방, 조기발견 및 정신보건 증진을 도모하며, 치료방법과 기술의 개발을 위한 것으로, 앞으로 우리나라의 정신보건복지 발전에 기여할 수 있을 것이다.

그러나 이처럼 의무조항으로 규정되어 있는데도 불구하고, 설치 기준 등에 대한 구체화된 규정은 없다. 현재까지도 정신보건연구기관은 설치되지 않았으며, 설립방향과 운영방안에 관한 연구만 이루어져 있다.

(4) 수용금지 규정-미인가 시설 관련

법 제43조에서 “누구든지 이 법 또는 다른 법령에 의하여 정신질환자를 의료보호할 수 있는 시설 외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니된다”라는 수용금지 규정을 두어 비인가시설에 대하여 전면적으로 금지하고 있다. 그러나 정신보건시설의 현황에서도 살펴보았듯이 무허가 시설들은 기도원 등의 형태로 여전히 운영되고 있다.

무허가시설의 경우 시설의 환경이나 전문성에 있어서 대체로 더 열악하고 빈약하기 때문에 정신장애인에게 적절한 치료를 제공하지 못할 수 있으며, 정신장애인에 대한 인권 침해의 위험도 크다. 따라서 미인가 시설에 대한 시설폐쇄 등의 강력한 처분을 할 수 있는 근거조항을 명시할 필요가 있다.

(5) 예방과 재활 규정

정신장애인에 대한 치료 이외의 개입(예방, 재활)에 관해서는 규정이 거의 없다. 이와 밀접하게 관련되어 있는 지역사회 중심의 정신보건사업에 대해서도 구체화된 규정이 거의 없기는 마찬가지이다. 이 부분에 대한 대폭적인 제도 개선이 필요하다.

라. 시스템 개선 방향

(1) 서비스 체계상의 문제 - 장기 입원·수용 위주의 운영의 탈피

우리나라의 현재 정신보건체계의 후진성은 정신보건의료서비스의 사회경제적 특성과 정신보건서비스의 수요공급과 관련된 건강보험, 의료급여, 복지제도 등 정부 제도에서 기인하는 측면이 크다고 할 수 있다. 정신보건 분야는 사회적 편익을 위해 국가가 개입하지 않을 경우 장기 입원·수용위주의 체계로 귀착될 수밖에 없다. 장기 입원·수용 위주의 정신보건서비스 공급체계는 비인간적이고, 비치료적이며, 비효율적이다. 여기에는 앞서 언급한 인권 침해의 문제와 함께 사회적 비용의 문제도 따르게 된다.

평생 시설이나 병원에서 지내야 하는 환자도 일부 있지만, 대부분의 정신장애인은 일정기간의 입원치료 후 사회로 복귀하여 외래치료와 재활치료를 병행하는 것이 가장 치료효과가 높은 것으로 알려져 있다. 따라서 환자의 개별적 특성에 따른 치료효과가 무시되고 수용소증후군이라는 장애를 낳게 되는 장기입원수용은 비치료적인 서비스 체계라 할 수 있다.

정신장애와 관련된 서비스는 건강증진, 예방, 조기발견, 조기치료, 입원, 환자 교육, 가족교육, 재활, 사례관리, 거주지 제공, 응급개입 등 다양하다. 그러나 다른 서비스가 동반되지 않은 상태에서의 입원 위주의 정신보건서비스 체계는 필연적으로 정신장애인의 다양한 욕구(need)를 무시하고 불필요한 입원과 불필요한 장기입원을 초래하게 된다. 입원이 필요하지 않은 환자에게까지 제공되는 입원서비스는 대체 서비스에 비해 상대적으로 비용이 많이 들기 때문에 투입되는 비용에 비해 국가가 얻게 되는 효과는 적을 수밖에 없다.

특히 기초생활보장수급자의 경우 의료보호 혜택을 받아 입원을 하게 되면 무료이지만, 집에서 통원치료를 받게 할 경우 의료비를 제외한

식비나 거주비에 대한 지원은 거의 없는 편이다. 또한 지역사회 내 정신장애인을 위한 재활시설도 거의 없기 때문에 정신장애인을 돌보기 위해 낮에 취로사업도 나가지 못하고 응급 상황에서 도와주는 의료체계나 사회지지체계도 없는 상황에서 보호자는 정신병원이나 정신요양시설에 환자를 입원시키고, 일단 입원시키면 퇴원시키지 않는 방향으로 결정하게 된다. 정신장애인에 대한 부정적 편견은 많고 사회적 지지체계가 거의 없는 상황에서 이러한 결정은 거의 유일한 대안이다. 장기입원에 대한 수요자(보호자)와 공급자(정신병원)에 대한 견제장치가 없는 의료급여제도와 정신요양시설제도는 관련자의 도덕적 해이에 토대를 두게 되어있다. 건강보험대상자의 경우는 본인부담금으로 인해 장기입원에 대한 수요자 측 견제장치가 있긴 하지만 치료의 지속성이나 재활치료를 촉진하는 유인책이 거의 없기는 마찬가지다.

선진국의 지역사회정신보건 정책추진에 비해 우리나라는 지역사회정신보건을 위한 재원조달과 지역사회 거주 재가 정신장애인에 대한 사회경제적 지원이 부족하고, 정신질환에 대한 사회적 편견도 쉽게 해소되지 않는 상황에서, 정신의료수가체계와의 연계성도 미흡한 실정이다. 장기입원위주의 서비스 체계 축소를 위한 주요한 정책수단으로 정신보건법의 계속입원심사제도와 같은 행정적 규제에 의존하는 상황이 바로 우리나라 정신보건서비스 체계의 현황이며, 문제점이라고 할 수 있다.

(2) 정신보건시설의 기능 및 역할 재정립

(가) 정신병원

장기입원 위주의 기능을 수행하고 있는 정신병원은 점차 급성치료 병상으로 전환하여 입원환자를 사회에 복귀시킬 수 있는 단기집중치료를 제공하여 장기재원환자를 탈원화하고 개방병동 및 주간병동을 확대하여야 한다. 동시에 장기수용 중심의 정신요양시설은 만성질환자를

중심으로 점차 재원일수를 줄이면서 개방적·생산적 주거시설로 개편하여 재활 프로그램 등의 활성화를 통하여 환자들의 삶의 질을 확보하여야 한다. 또한 사회복지시설의 설치를 확대하여 회복중인 정신장애인에 대하여 각종 재활훈련을 실시하고 지역사회에 조속히 복귀할 수 있도록 하여야 한다. 이들 시설에는 지역사회 내의 보건소나 타 정신보건의료기관 및 사회복지시설과의 연계 협조를 강화하여야 한다.

(나) 정신요양시설

정신요양시설의 기능재정립을 위해서는 시설에 대한 평가와 함께 제도적 변화가 필요하다. 기본적으로는 개방적 정신요양시설과 반개방적 정신요양시설로의 분화가 바람직할 것으로 보인다. 특히 지역사회 내 또는 지역사회와 아주 근거리에서 비교적 개방적으로 운영되고 있는 시설을 중심으로 정신요양시설을 개방적 거주시설로 유도하기 위한 제도적 유인책이 필요하다. 개방적 정신요양시설은 기능이 상대적으로 높은 환자가 지역사회 내에서 활발한 직업활동을 하면서 야간과 주말에 시설에서 정신보건복지서비스를 이용하는 시설을 말하며, 현재 운영되고 있는 사회복지시설과 유사한 개방적 거주시설이라 할 수 있다. 개방적 거주시설로서의 정신요양시설은 지리적으로 지역사회와 가까운 곳에 위치하고, 원외 직업활동을 통해 자립기반을 마련하여 퇴소하는 환자가 많아 퇴소율도 높은 편이며, 보호자가 있는 환자의 비율도 상대적으로 높은 편이다. 개방적 거주시설로서의 정신요양시설은 보다 많은 전문인력이 필요하게 되며, 전문적인 프로그램도 강화되어야 한다.

또 하나의 정신요양시설의 분화 방향인 반개방적 정신요양시설은 기능이 낮고 무연고 환자의 비율이 높은 편이며, 시설 내에서의 보호기능을 중심으로 운영되는 시설이다. 주위의 지역사회에 개방적으로 운영하면서 지역사회의 자원을 활용하여 환자의 삶의 질을 높이게 된다.

지적 능력, 나이, 신체건강의 정도, 정신장애의 정도 등을 고려했을 때 지역사회에 복귀하기 어려운 정도의 기능을 갖고 있는 환자가 대부분이며, 이들은 평생 집처럼 정신요양시설에서 살아가게 되는 경우가 상대적으로 많을 것이다. 인력은 전문인력의 비율이 낮은 대신 기본적인 생활을 보조해주는 인력과 자원봉사자의 비율이 높은 편이며, 전문적인 프로그램보다는 일상생활기술훈련과 여가 및 오락 프로그램과 같은 기본적인 프로그램을 중심으로 하게 된다.

(3) 지역사회 중심의 정신보건으로 전환

앞서도 살펴본 것처럼, 우리나라의 정신보건서비스 전달체계는 재원조달 부족, 정신장애인에 대한 사회경제적 지원 부족, 정신장애에 대한 사회적 편견, 정신의료수가체계와의 연계성 미흡 등 여러 가지 문제점이 많다. 장기 입원 위주의 서비스 체계 축소를 위한 주요한 정책수단으로 정신보건법의 계속입원심사제도와 같은 행정적 규제에 의존하는 상황이다.

이러한 우리나라 정신보건체계의 비인간성, 비치료성, 비효율성을 극복하고 선진국에서 이룩한 정신보건서비스 체계의 변화를 위해서는 지역사회정신보건 서비스 공급을 위한 인프라의 확충과 동시에 장기입원수용시설의 환자의 탈원화를 시도하여야 한다. 이를 위해 장기입원위주의 기능을 수행하고 있는 정신병원을 점차 중·단기 입원 위주의 급성치료병상으로의 전환을 유도하고 장기수용중심의 정신요양시설도 점차 재원일수를 줄이면서 개방하는 방향으로 변화시켜야 한다. 또한 이들 입원시설에서 환자의 사회복귀준비를 위한 재활치료를 강화하고, 지역사회 정신보건 서비스 공급기관과의 연계협조를 강화하여야 한다.

(가) 지역사회정신보건사업 기반의 확충을 목표로 하는 구조조정

우선적으로 병상 확충에 더 이상의 투자를 중단하고 불건전하게 운영되는 장기입원수용시설 중 일부를 퇴출시킨 뒤 그 재원을 지역사회정신보건서비스 공급체계를 구축하는 데 사용하는 구조조정이 필요하다. 이 과정을 통해 국가단위에서 투입예산에 대한 효율성이 증대되고 환자와 보호자의 다양한 필요와 욕구에 반응하며 접근성과 형평성이 제고되는 선진적인 정신보건체계로 이행해야 할 것이다.

(나) 탈원화

정신병원과 정신요양시설의 대형화와 집중화 방지 정신병상에 대한 공급정책이 효과적으로 운용되어야 한다. 가족과의 사회지지체계가 끊어진 채로 정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설에 장기수용중이거나 노숙자쉼터에 있거나 노숙하고 있는 정신장애인, 그리고 무허가시설에 수용된 정신장애인에 대한 대책도 필요하다.

(다) 지역사회 내 유인체계의 구축

지역사회에 거주하는 정신장애인과 가족이 장기입원과 수용 위주의 서비스 체계에 편입되기 이전에 지역사회 내에서의 정신의료서비스 체계와 사회경제적 지지체계를 통해 지역사회 거주를 지탱할 수 있어야 한다.

지역사회정신보건 서비스 체계 구축 초기의 투자는 선진국의 경우와 같이 중앙정부가 지원하는 공공부문을 중심으로 하는 지역사회정신보건서비스 인프라 확충이 필요하다. 이는 탈원화가 진행되지 않은 상태에서 시행되는 초기의 지역사회정신보건서비스 시장은 소비자라고 할 수 있는 만성 정신질환자의 수가 작고, 소비자인 정신질환자와 가족이 지역사회정신보건서비스의 필요성에 대해 충분히 인식을 하고 있지 못

하고 이들의 구매력 또한 매우 낮은 편(대부분 경제적으로 어려움을 겪고 있는 저소득 계층)이기 때문에 서비스 시장에서 구매력 있는 현실적인 수요가 작아 규모의 경제상 민간부문에서 수익을 낼 수 없기 때문이다. 또한 지역사회정신보건사업의 성격상 시·군·구청, 보건소, 경찰, 동사무소, 학교 등 공공부문간의 연계체계의 구축이 필수적이며, 지방정부 공무원의 의식전환과 관심을 매우 중요한 것도 중앙정부에서 공공부문의 지역사회정신보건사업을 우선적으로 확대시켜야 하는 긴급한 이유라 할 수 있다.

지역사회정신보건서비스의 인프라 구축을 통해 장기입원과 장기수용이 감소할 경우 정신의료기관 입원과 수용에 소요되는 정부의 의료보호 및 생활보호 예산의 절감 또는 증가억제 효과가 있기 때문에 이에 대한 예산지출 비중이 상대적으로 큰 중앙정부가 보다 적극적으로 지역사회정신보건 사업을 지원할 필요가 있는 것이다.

(라) 사회적 편견의 해소

지역사회에서 정신장애인들이 거주하면서 직업을 갖고 친구를 사귀며 보통 사람처럼 살아나가기 위해서는 무엇보다도 정신장애인에 대한 비합리적인 사회적 편견을 해소시켜야 한다. 정신장애에 대한 사회적 편견을 넘어서 우호적인 환경이 조성되어야 지역사회는 정신장애인에 게 치료적 도구로 기능할 수 있게 된다. 따라서 지역사회정신보건은 정신장애인들이나 그들의 가족을 사업의 주요대상으로 하지만 결국 지역사회전체에 대한 변화를 지향하게 된다. 지역사회 전체를 정신장애인과 그 가족에게 우호적인 환경으로 변화시키기 위한 정신보건교육 및 홍보가 필요하다. 보건소 공무원, 동사무소 사회복지전문요원, 일반교사 및 양호교사, 기타 지역사회의 여론 선도층에 대한 정신보건교육 및 홍보는 결국 지역사회 전체주민의 정신건강증진을 위한 주요 자원

이 되고, 일반주민을 대상으로 하는 정신건강증진교육 및 홍보사업과 함께 지역사회에서 전체주민의 정신건강을 증진시키는 효과를 거둘 수 있을 것이다.

(마) 효율적인 협력체계와 연결망

지역사회를 중심으로 지역 특성에 적합한 포괄적인 정신보건체계를 구축하며 지역사회를 보다 지지적이고 치료적인 환경으로 변화시켜 정신장애인의 치료, 재활 및 사회복귀를 도모하여야 한다. 우선 보건소가 중심이 되어 지역사회정신보건사업을 전개할 필요가 있다. 이와 함께 국·공립 정신병원, 민간 정신의료기관(대학 포함)과 개별 협력관계를 맺고, 공중보건의(정신과)·공공근로인력·자원봉사자 등을 확보하여 활용하는 등 정신보건사업을 수행하는 과정에서 효율적인 민·관 협력 체계를 구축해 나가야 할 것이다.

(바) 외래치료 명령제의 도입

의무적인 외래치료를 강제할 수 있는 외래치료 명령제 도입을 긍정적으로 검토해야 한다. 이 제도는 정신장애의 증상의 충분한 개선은 되었으나 퇴원 이후 투약중지와 치료중단으로 인한 재 입원과 사고가능성 때문에 보호의무자가 퇴원을 반대하여 장기입원 중인 많은 환자를 조기에 퇴원시킬 수 있는 현명한 제도라고 할 수 있으며, 이 제도가 도입될 경우 탈원화 정책이 보다 탄력을 받을 수 있을 것으로 기대된다.

(사) 정신보건센터 발전방안

대부분의 선진국의 지역사회 내에서의 가장 중요한 정신보건 서비스의 조정기관이자 서비스 제공기관이 정신보건센터이다. 정신보건사업

이 갖고 있는 공공성과 행정적 지원의 필요성, 지역에 대한 책임성, 서비스의 전문성과 융통성 있는 운영의 필요성 등은 공공부문과 민간부문이 협력하여 운영되는 현재의 정신보건센터 운영체계의 현실적 당위성과 타당성을 지지하고 있다.

그러나 현행 정신보건법에서의 정신보건센터의 법적 지위가 불안정하여 사업의 지속적 확대가 어려운 상황이다. 따라서 미국이나 일본 등 정신보건센터 사업이 활성화되고 있는 국가의 정신보건법을 참고하여 정신보건센터의 법적 위치와 역할을 구체화해야 한다. 정신보건센터의 확대와 지역사회정신보건사업의 활성화를 위한 재원조달기전의 마련이 필요하다. 일반예산의 확보나 보건복지부가 추진하고 있는 술에 대한 국민정신건강증진기금 부과를 통한 재원마련도 적극 추진해야 할 것이다.

선진국형 정신보건서비스 체계에서는 급격한 사회경제적 변화와 함께 빠르게 증가하는 국민의 정신건강문제에 대한 사회적 부담을 지역화(sectorization or regionalization)하여 지역에 설치된 정신보건센터를 통해 효율적으로 해결하고 있다. 우리나라의 정신보건센터도 향후 지역사회 내에서 정신장애인은 물론, 알코올·약물남용문제, 치매 등 노인의 정신건강문제, 소아청소년의 정신건강문제를 포함한 포괄적인 정신보건영역에서의 서비스 조정자와 제공자로서 중심적 역할을 수행할 수 있어야 할 것이다.

< 붙임 >

붙임 1. A정신병원의 병동 평면도

붙임 2. B정신병원의 병동 평면도

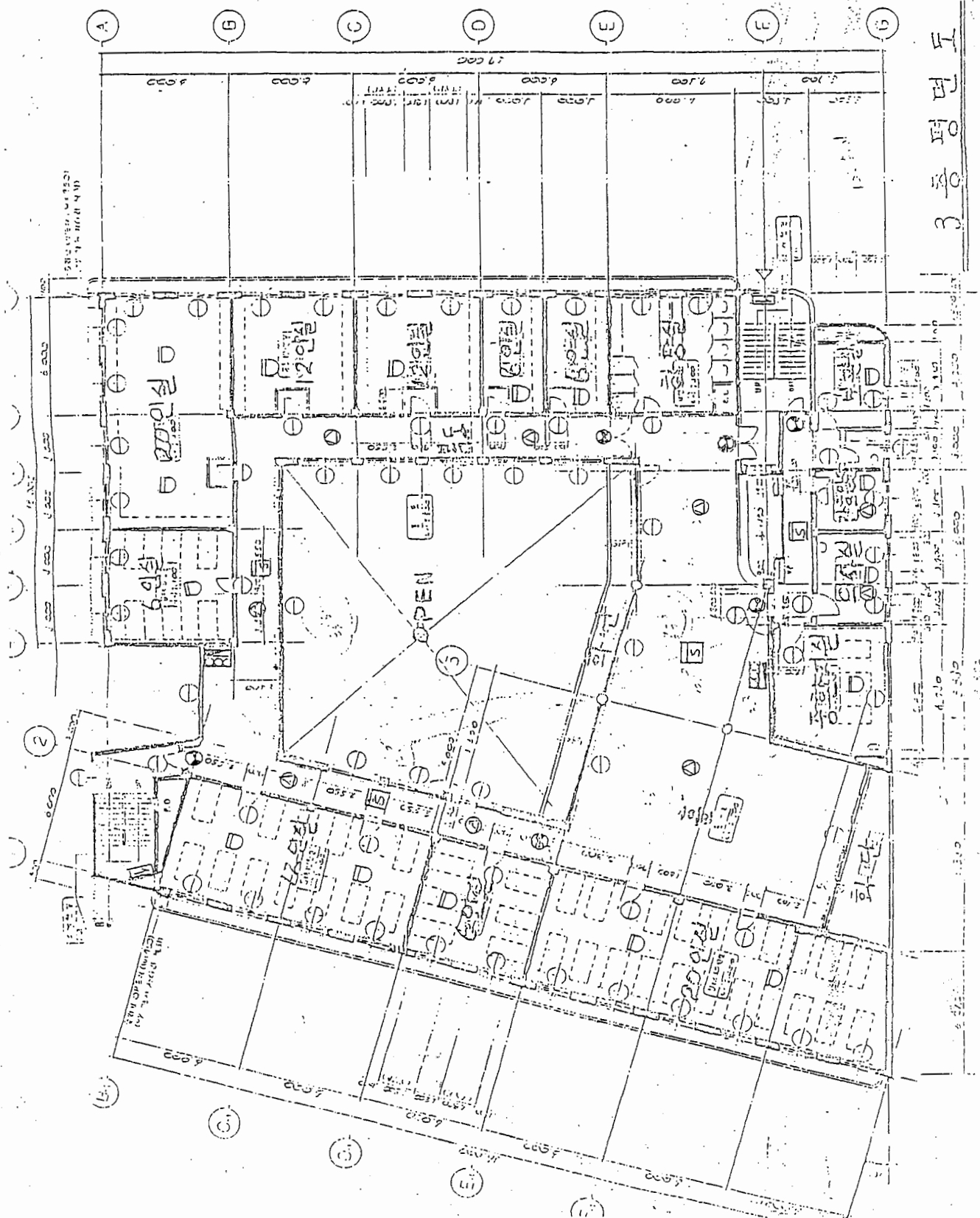
붙임 3. A 및 B정신병원의 상황에 대한 설문지

붙임 4. B정신병원의 환우에 대한 설문

붙임 5. B정신병원의 환우 설문에 대한 답변 내용



붙임 1. A정신병원의 병동 평면도



3 동 평면도

조사표번호

--	--	--	--	--

정신병원 환우 설문조사표

2002년 11월

국가인권위원회

이 설문은 환우 여러분들의 의견을 통해 정신병원 발전과 환자의 인권신장을 위해 자료로 쓰기 위해 실시하는 것입니다. 설문결과는 절대로 누가 작성했는지 비밀로 할 것이니 솔직히 답해 주십시오. 정답이 있는 것이 아닙니다.

1. 당신은 퇴원 후에 무슨 일을 하면서 살아가겠습니까? 그러기 위해서는 어떤 치료와 어떤 치료와 어떤 도움이 필요하다고 생각하십니까?

2. 현재 입원하고 있는 이 곳의 좋은 점과 나쁜 점은 무엇입니까?

좋은점

나쁜점

차근차근 읽고 가장 맞다고 생각되시는 것에 □안에 ✓표 하세요

1. 침실(자는 곳)에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ④ 만족하는 편이다
- ③ 그런대로 잘만하다
- ② 불편한 점이 꽤 있다
- ① 항상 불편한 편이다

2. 작년 겨울에 따뜻하게 난방을 해주었습니까?

- ④ 따뜻하게 지냈다
- ③ 괜찮은 편이었다
- ② 추운 편이었다
- ① 아주 춥게 지냈다

3. 원장님이 입소자를 위해 많은 노력을 하고 있다고 생각하십니까?

- ④ 많이 노력을 한다
- ③ 조금 노력한다
- ② 노력을 아주 조금 한다
- ① 노력을 전혀 안 하는 것 같다

4. 지난 1년 동안 직원에게 맞거나 심하게 기합받은 적이 있습니까?

- ④ 한 번도 맞은 적 없다
- ③ 맞거나 심하게 기합을 받은 적이 한 번 있다
- ② 심하게 기합받은 적이 몇 번 있다
- ① 몇 번 맞은 적 있다

때린 직원의 이름이 누구입니까? (모두 적어주십시오)

5. 지난 1년 동안 직원에게 동료 입원환자가 맞거나 심하게 기합받는 것을 본 적이 있습니까?

- ④ 한 번도 본 적 없다
- ③ 한 번 봤다
- ② 몇 번 본 적 있다
- ① 자주 본다

6. 직원은 입원환자 여러분에게 어떻게 말을 합니까?

- ④ 항상 존댓말을 쓰거나 기분 좋게 얘기한다.
- ③ 가끔 존댓말을 쓴다
- ② 가끔 기분 나쁜 반말을 쓴다
- ① 항상 기분 나쁜 반말을 한다.

7. 지난 1년 동안 실장(방장)이나 다른 입원자가 당신이나 다른 사람을 때리는 것을 본 적이 있습니까?

- ④ 한번도 없다
- ③ 아주 가끔씩 있는 일이다
- ② 가끔씩 있는 일이다
- ① 그런 일이 자주 있다

8. 전화를 얼마나 이용하실 수 있습니까?

- ④ 자유롭게 이용할 수 있다
- ③ 가끔씩은 걸게 해준다
- ② 아주 가끔 이용한다
- ① 이용하고 싶어도 한 번도 이용한 적 없다

9. 이 곳에서는 편지를 잘 부쳐 주거나 외부 편지를 잘 전달해 줍니까?

- ③ 원하면 언제든지 쓴 편지를 직원이 읽지 않고 부쳐 주며, 외부편지도 뜯지 않고 전해준다
- ② 보내는 편지나 외부편지는 내가 읽기 전에 직원이 읽어 본다
- ① 편지는 쓰지도 못하고 받지도 못한다.

10. 지난 1년동안 보호실(격리실, 안정실, 독방) 운영은 어떻습니까?

- ③ 병이 심한 사람만 넣고 금방 나오거나 보호실에 들어가는 사람이 없다
- ② 병이 심하거나 싸워서 흥분된 사람처럼 들어가야 할 사람만 들어가지만 아주 오래 있다 나온다
- ① 직원이 자기마음에 안드는 사람을 넣고, 들어가면 오래있다가 나온다

11. 식사는 어떻습니까?

- ④ 항상 식단표와 같고 맛있고 배부르게 먹을 수 있다
- ③ 대체로 괜찮지만 가끔 밥이나 반찬이 맛없고 부족하다
- ② 특별한 날만 잘해주고 평소에는 형편없다
- ① 밥이나 반찬이 아주 형편없다

12. 당신이나 다른 입원자가 작업이나 주방일, 빨래, 청소 등을 할 때 억지로 시켜서 하는 사람이 있습니까?

- ③ 모두가 자발적으로 하는 편이다
- ② 원하지 않는 사람이 몇 명 있다
- ① 모두가 원하지 않는데 억지로 한다

13. 작업, 주방일 등을 하고 받는 돈은 일한 사람의 통장으로 입금됩니까?

- ④ 항상 입금된다
- ③ 작업을 하지 않는다
- ② 안 그럴 경우가 많다
- ① 통장으로 입금 안 된다

14. 당신이나 다른 입원자가 작업을 하고 받은 돈이나 보호자가 준 간식비 등이 얼마 있는지 확인하고 본인이 쓸 수 있습니까?

- ③ 항상 확인하고 마음대로 쓸 수 있다
- ② 마음대로 못 할 때가 많다
- ① 마음대로 할 수 없다

15. 옷이나 이불 빨래는 어떻습니까?

- ④ 항상 깨끗한 편이다
- ③ 대체로 깨끗하다
- ② 더러운 편이다
- ① 아주 더러운 편이다

16. 목욕은 얼마나 할 수 있습니까?

- ④ 항상 온수가 나와 편하게 할 수 있다
- ③ 하고 싶으면 언제나 할 수 있지만 온수는 항상 나오지 않는다
- ② 하고 싶을 때 못할 때가 많다
- ① 하고 싶어도 거의 못한다

17. 이 곳에서 하는 재활프로그램은 어떻습니까?

- ④ 주간프로그램 계획표에 따라서 진행되고 귀찮아하는 환우도 직원들이 열심히 설득하여 참여시킨다
- ③ 주간프로그램 계획표에 따라서 진행되고 대개 자발적으로 참여하는 사람이 매번 참여한다
- ② 주간프로그램 계획표에 따라서 진행되지만 성의없이 진행되어 참여하려고 하는 환우가 별로 없다
- ① 주간프로그램 계획표가 있지만 그대로 안 할 때가 많다

18. 원장님이 입소자를 위해 많은 노력을 하고 있다고 생각하십니까?

- ④ 노력을 전혀 안 하는 것 같다
- ③ 노력을 아주 조금 한다
- ② 조금 노력한다
- ① 많이 노력을 한다

19. 운동이나 오락을 자주 하고 있습니까?

- ③ 하고 싶으면 언제나 할 수 있다
- ② 하고 싶을 때 대체로 할 수 있다
- ① 하고 싶어도 못 할 때가 많다

20. 의사선생님이 잘 해주십니까?

- ④ 항상 잘해주며 늘 고맙게 해준다
- ③ 만나고 싶으면 자주 만날 수는 있지만 무성의하다
- ② 어쩌다 만나긴 하나 무성의하다
- ① 거의 볼 수가 없다

21. 간호사 등 직원과 면담을 하고 건의한 내용이 개선됩니까?

- ④ 항상 면담이 가능하고 개선되는 것이 많다
- ③ 면담은 가능하며 개선되는 것이 조금 있다
- ② 면담은 할 수 있지만 개선되는 것은 거의 없다
- ① 면담하기조차 매우 어렵다

22. 당신이나 다른 입원자가 몸이 아프거나 피부병이 있을 때 치료를 잘 해 줍니까?

- ③ 간호사가 즉시 치료해 주고 심하면 곧바로 병원에 가서 치료받도록 해줘 만족한다
- ② 간호사가 치료해 주지만 병원치료는 거의 없다
- ① 간호사도 잘 치료해 주지 않고 병원치료도 없다

23. 가족 면회시 직원이 옆에서 지키고 있습니까?

- ③ 항상 따로 면회한다
- ② 가끔 따로 면회한다
- ① 항상 직원이 옆에 있다

24. 가족이 있는 환우의 경우 면회를 위해 직원이 가족에게 자주 전화를 해 줍니까?

- ③ 아주 자주 해준다
- ② 가끔 해 준다
- ① 거의 안 해준다

25. 지역주민이나 외부사람이 자주 병원에 옵니까?

- ③ 자주 와서 만날 수 있다
- ② 가끔씩 와서 만난다
- ① 외부사람이 와도 직원이 입소자와는 못 만나게 한다

26. 다른 병원으로 가고 싶습니까?

- ④ 집보다 이곳이 좋을 정도로 이곳이 좋다
- ③ 다른 병원보다 나은 편이다
- ② 가도 좋고, 있어도 좋다
- ① 다른 병원으로 옮겨주면 좋겠다

*** 수고하셨습니다 ***

정신병원 환우 설문조사 결과표

1. 침실(자는 곳)에 대해 어떻게 생각하십니까?

문항 구분	①항상 불편한 편이다	②불편한 점이 꽤 있다	③그런대로 잘만하다	④만족하는 편이다	총계
계	4	3	12	5	24
비율	16.7	12.5	50.0	20.8	100

2. 작년 겨울에 따뜻하게 난방을 해주었습니까?

문항 구분	①아주 춥게 지냈다	②추운 편이었다	③괜찮은 편이었다	④따뜻하게 지냈다	총계
계	0	3	8	7	18
비율	0.0	16.7	44.4	38.9	100

3. 원장님이 입소자를 위해 많은 노력을 하고 있다고 생각하십니까?

문항 구분	①노력을 전혀 안 하는 것 같다	②노력을 아주 조금한다	③조금 노력한다	④많이 노력을 한다	총계
계	7	3	12	5	24
비율	16.7	12.5	50.0	20.8	100

4. 지난 1년 동안 직원에게 맞거나 심하게 기합받은 적이 있습니까?

문항 구분	① 몇 번 맞은 적 있다	② 심하게 기합받은 적이 몇 번 있다	③ 맞거나 심하게 기합을 받은 적이 한 번 있다	④ 한 번도 맞은 적 없다	총계
계	2	0	3	12	17
비율	11.8	0.0	17.6	70.6	100

5. 지난 1년 동안 직원에게 동료 입원환자가 맞거나 심하게 기합받는 것을 본 적이 있습니까?

문항 구분	① 자주 본다	② 몇 번 본 적 있다	③ 한 번 봤다	④ 한 번도 본 적 없다	총계
계	5	4	3	10	22
비율	22.7	18.2	13.6	45.5	100

6. 직원은 입원환자 여러분에게 어떻게 말을 합니까?

문항 구분	① 항상 기분 나쁜 반말을 한다	② 가끔 기분 나쁜 반말을 쓴다	③ 가끔 존댓말을 쓴다	④ 항상 존댓말을 쓰거나 기분 좋게 얘기한다	총계
계	2	2	4	14	22
비율	9.1	9.1	18.2	63.6	100

7. 지난 1년 동안 실장(방장)이나 다른 입원자가 당신이나 다른 사람을 때리는 것을 본 적이 있습니까?

문항 구분	①그런 일이 자주 있다	②가끔씩 있는 일이다	③아주 가끔씩 있는 일이다	④한번도 없다	총계
계	4	4	5	9	22
비율	18.2	18.2	22.7	40.9	100

8. 전화를 얼마나 이용하실 수 있습니까?

문항 구분	①이용하고 싶어도 한번도 이용한 적 없다	②아주 가끔 이용한다	③가끔씩은 걸게 해준다	④자유롭게 이용할 수 있다	총계
계	2	8	6	5	21
비율	9.5	38.1	28.6	23.8	100

9. 이 곳에서는 편지를 잘 부쳐 주거나 외부 편지를 잘 전달해 줍니까?

문항 구분	①편지는 쓰지도 못하고 받지도 못한다	②보내는 편지나 외부편지는 내가 읽기 전에 직원이 읽어본다	③원하면 언제든지 쓴 편지를 직원이 읽지 않고 부쳐주며, 외부편지도 뜯지 않고 전해준다	총계
계	1	16	5	22
비율	4.5	72.7	22.7	100

10. 지난 1년동안 보호실(격리실, 안정실, 독방) 운영은 어떠했습니까?

문항 구분	①직원이 자기마음 에 안드는 사람을 넣고, 들어가면 오래 있다가 나온다	②병이 심하거나 싸워서 홍분된 사람 처럼 들어가야 할 사람만 들어가지만 아주 오래있다 나온다	③병이 심한 사람만 넣고 금방 나오거나 보호실에 들어가는 사람이 없다	총계
계	3	5	9	17
비율	17.6	29.4	52.9	100

11. 식사는 어떻습니까?

문항 구분	①밥이나 반찬이 아주 형편없다	②특별한 날만 잘해주고 평소 에는 형편없다	③대체로 괜찮지만 가끔 밥이나 반찬이 맛없고 부족하다	④항상 식단표와 같고 맛있고 배부르게 먹을 수 있다	총계
계	5	4	8	7	24
비율	20.8	16.7	33.3	29.2	100

12. 당신이나 다른 입원자가 작업이나 주방일, 빨래, 청소 등을 할 때 억지로 시켜서 하는 사람이 있습니까?

문항 구분	①모두가 원하지 않는데 억지로 한다	②원하지 않는 사람이 몇 명 있다	③모두가 자발적으로 하는 편이다	총계
계	4	5	16	25
비율	16.0	20.0	64.0	100

13. 작업, 주방일 등을 하고 받는 돈은 일한 사람의 통장으로 입금됩니까?

문항 구분	①통장으로 입금 안 된다	②안 그럴 경우가 많다	③작업을 하지 않는다	④항상 입금 된다	총계
계	7	1	4	9	21
비율	33.3	4.8	19.0	42.9	100

14. 당신이나 다른 입원자가 작업을 하고 받은 돈이나 보호자가 준 간식비 등이 얼마 있는
지 확인하고 본인이 쓸 수 있습니까?

문항 구분	①마음대로 할 수 없다	②마음대로 못 할 때가 많다	③항상 확인하고 마음대로 쓸 수 있다	총계
계	2	4	15	21
비율	9.5	19.0	71.4	100

15. 옷이나 이불 빨래는 어떻습니까?

문항 구분	①아주 더러운 편이다	②더러운 편이다	③대체로 깨끗하다	④항상 깨끗한 편이다	총계
계	3	6	8	8	25
비율	12.0	24.0	32.0	32.0	100

16. 목욕은 얼마나 할 수 있습니까?

문항 구분	①하고 싶어도 거의 못한다	②하고 싶을 때 못할 때가 많다	③하고 싶으면 언제나 할 수 있지만 온수는 항상 나오지 않는다	④항상 온수가 나와 편하게 할 수 있다	총계
계	2	4	10	8	24
비율	8.3	16.7	41.7	33.3	100

17. 이 곳에서 하는 재활프로그램은 어떻습니까?

문항 구분	①주간프로그램 계획표가 있지만 그대로 안할 때가 많다	②주간프로그램 계획표에 따라서 진행되지만 성의없이 진행되어 참여하려고 하는 환우가 별로 없다	③주간프로그램 계획표에 따라서 진행되고 대개 자발적으로 참여하는 사람이 매번 참여한다	④주간프로그램 계획표에 따라서 진행되고 귀찮아 하는 환우도 직원들이 열심히 설득하여 참여시킨다	총계
계	4	4	11	4	23
비율	17.4	17.4	47.8	17.4	100

18. 원장님이 입소자를 위해 많은 노력을 하고 있다고 생각하십니까?

문항 구분	①많이 노력을 한다	②조금 노력한다	③노력을 아주 조금 한다	④노력을 전혀 안 하는 것 같다	총계
계	9	6	2	7	24
비율	37.5	25.0	8.3	29.2	100

19. 운동이나 오락을 자주 하고 있습니까?

문항 구분	①하고 싶어도 못 할 때가 많다	②하고 싶을 때 대체로 할 수 있다	③하고 싶으면 언제나 할 수 있다	총계
계	12	7	3	22
비율	54.5	31.8	13.6	100

20. 의사선생님이 잘해주십니까?

문항 구분	①거의 볼 수가 없다	②어쩌다 만나긴 하나 무성의하다	③만나고 싶으면 자주 만날 수는 있지만 무성의하다	④항상 잘해주며 늘 고맙게 해준다	총계
계	6	5	6	8	25
비율	24.0	20.0	24.0	32.0	100

21. 간호사 등 직원과 면담을 하고 건의한 내용이 개선됩니까?

문항 구분	①면담하기 조차 매우 어렵다	②면담은 할 수 있지만 개선되는 것은 거의 없다	③면담은 가능하며 개선되는 것이 조금 있다	④항상 면담이 가능하고 개선되는 것이 많다	총계
계	2	10	6	5	23
비율	8.7	43.5	26.1	21.7	100

22. 당신이나 다른 입원자가 몸이 아프거나 피부병이 있을 때 치료를 잘 해줍니까?

문항 구분	①간호사도 잘 치료해 주지 않고 병원치료도 없다	②간호사가 치료해 주지만 병원치료는 거의 없다	③간호사가 즉시 치료해 주고 심하면 곧바로 병원에 가서 치료받도록 해줘 만족한다	총계
계	2	5	15	22
비율	9.1	22.7	68.2	100

23. 가족 면회시 직원이 옆에서 지키고 있습니까?

문항 구분	①항상 직원이 옆에 있다	②가끔 따로 면회한다	③항상 따로 면회한다.	총계
계	4	3	14	21
비율	19.0	14.3	66.7	100

24. 가족이 있는 환우의 경우 면회를 위해 직원이 가족에게 자주 전화를 해줍니까?

문항 구분	①거의 안해준다	②가끔 해준다	③아주 자주 해준다	총계
계	16	4	3	23
비율	69.6	17.4	13.0	100

25. 지역주민이나 외부사람이 자주 병원에 옵니까?

문항 구분	①외부 사람이 와도 직원이 입소자와는 못 만나게 한다	②가끔씩 와서 만난다	③자주 와서 만날 수 있다	총계
계	10	2	5	17
비율	58.8	11.8	29.4	100

26. 다른 병원으로 가고 싶습니까?

문항 구분	①다른 병원으로 옮겨주면 좋겠다	②가도 좋고, 있어도 좋다	③다른 병원 보다 나은 편이다	④집보다 이곳이 좋을 정도로 이곳이 좋다	총계
계	11	7	2	2	22
비율	50.0	31.8	9.1	9.1	100

<개방형 문답> 현재 입원하고 있는 이 곳의 나쁜 점은 무엇입니까?

문항 구분	①실장, 방장에 의한 군대식 분위기	②일상생활 환경이 좋지 않음	③노동 등 집단행동을 강요함	④입·퇴원이 자유롭지 않고 장기간 입원이 이루어짐	⑤실내활동 공간이 너무 비좁음	총계
계	2	17	3	10	1	
비율	4.4	37.8	6.7	22.2	2.2	

문항 구분	⑥외부 소통 통제	⑦의사의 부적절한 치료행위(징발적일 때도 있음)	⑧간호사, 보호사 등이 환자 위에 군림함	⑨구타가 있음	총계
계	6	2	1	3	45
비율	13.3	4.4	2.2	6.7	100

