

2006년도 인권상황실태조사
연구용역보고서

정신장애자 인권개선을 위한 법제연구

Legislative Study on the Improvement of
Human Rights for People with Mental Illness

정신장애자 인권개선을 위한 법제연구

Legislative Study on the Improvement of
Human Rights for People with Mental Illness

2006년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2006. 12. 12.

연구수행기관	한양대학교 의과대학
연구책임자	신 영 전 (한양대학교 의과대학)
연구원	서 경 석 (인하대학교 법과대학)
	송 상 교 (법무법인 덕수)
	염 형 국 (공감)
	이 용 표 (가톨릭대학교 사회복지학과)
	홍 선 미 (한신대학교 사회복지학과)
	홍 진 표 (울산대학교 의과대학)

목 차

제1장 서 론

제1절 연구배경	1
제2절 연구목적	1
제3절 연구내용 및 방법	2
1. ‘보호의무자에 의한 입원’에 대한 법치주의적 정비방안	2
2. 외래치료명령제의 제도화방안	3
3. 정신장애아 인권개선을 위한 지역사회 사례관리 제도화방안	4

제2장 ‘보호의무자에 의한 입원’에 대한 법치주의적 정비방안

제1절 연구의 필요성과 개관	6
1. 장기간의 강제 인신구금	6
2. 정신보건법과 현실의 불일치	8
3. 정신보건법의 한계	9
4. 연구의 쟁점	10
제2절 보호의무자제도의 문제점과 공공후견인제도	11
1. 보호의무자의 결정	11
2. 공공후견인제의 도입가능성 : 미국의 제도를 중심으로	13
제3절 강제입원치료에 대한 다른 나라의 사례	18
1. 영국의 정신보건법	18
2. 스코틀랜드의 정신보건법	19
3. 일본의 정신보건법	20
4. 미국의 Olmstead 판결(OLMSTEAD v. ZIMRING)	21
제4절 강제입원의 문제점과 개선방향	23
1. 강제치료와 강제입원치료의 요건 강화	23
2. 절차상의 권리보장	32
제5절 맺음말	33

제3장 지역사회치료명령제 제도화 방안

제1절 지역사회치료명령제의 개념	34
1. 인권보호의 필요성	34
2. 지역사회치료명령제의 정의	35

3. 지역사회치료명령제의 필요성	35
제2절 외국의 지역사회치료명령제 운영과 효과	36
1. 호주, 뉴질랜드	37
2. 미국	40
3. 캐나다	41
4. 이스라엘	41
5. 영국	41
제3절 구체적 운영 실제 사례-호주 중심으로	42
1. 지역사회치료명령	42
2. 지역사회치료명령을 위한 기준	43
3. 지역사회치료명령제 시행 이전에 정해져야 할 것들	45
4. 지역사회치료명령의 수립	48
5. 치료	50
6. 지역사회치료명령의 책임	52
7. 지역사회치료명령의 철회	52
8. 정신보건심판위원회	54
9. 지역사회치료명령의 종결	56
제4절 한국에서 지역사회치료명령제 운영	56
1. 대상환자 선정의 기준	56
제5절 지역사회치료명령제에 대한 인권적 검토	60
1. 문제점	60
2. 치료를 거부할 권리의 개념과 그 보장	60
3. 최소침해의 원칙	61
제6절 결 론	62

제4장 정신장애인의 사회적 권리확보를 위한 정신보건서비스체계의 개선방향

제1절 서 론	63
제2절 본 론	64
1. 정신장애인 보호에 관한 이론적 관점	64
2. 우리나라 정신보건사업의 구조와 서비스환경	66
3. 정신장애인의 사회권과 지역사회보호	70
4. 지역사회에서의 정신장애인의 삶의 보장과 관련한 법적 권리확보	74
제3절 결 론	81

참 고 문 헌	82
부 록 1	84
부 록 2	100
부 록 3	135

표 목차

표 2.1 2004년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 중 '정신보건시설 종류별 입원유형별 환자 현황'	6
표 2.2 한국과 일본의 입원형태별 정신의료기관 환자 분포의 비교	7
표 2.3 2004년 정신요양시설 입소환자의 재원기간 분포	7
표 2.4 보호의무자에 관한 정신보건법 개정방향	13
표 2.5 보호의무자에 의한 입원제도에 관한 정신보건법 개정방향	30
표 3.1 지역사회치료명령제도의 비교	42
표 4.1 우리나라 정신보건시설 현황	67
표 4.2 1997년 이후 정신장애인시설 변화추이	67
표 4.3 정신장애인 차별법률 현황	76
표 4.4 정신보건법 개정관련 제안사항	79

그림 목차

그림 4.1 개인의 욕구와 환경체계	71
그림 4.2 정신보건 서비스체계의 구성(Thackeray 외, 1979)	77

제1장 서론

제1절 연구배경

최근 우리 사회 전반에 걸친 인권의 개선이 목격되고 있다. 이것은 그간 인권의 보호와 증진을 위한 시민사회의 노력들이 결실을 이루고 있는 것이다. 이러한 결실의 증거 중 하나가 국가인권위원회의 출범이다.

여전히 해결해야 할 많은 과제가 있음에도 불구하고, 우리 사회 전반의 인권의식이 개선되고, 관련 제도들의 변화가 나타나고 있다. 그러나 정신장애자들의 인권개선을 위한 제도적 장치마련은 매우 부진한 상황이다. 특별히, 정신장애자들의 인권은 이들이 우리 사회에서 가장 취약한 집단이며, 사회적 편견과, 특별히 인권침해에 대한 자기 의견의 개진이 어렵다는 특수성이 존재하는 집단이다. 따라서 이들의 인권보호를 위한 정책개발과 제도적 장치의 마련은 매우 시급하다.

최근 정신장애자들의 인권을 보호하기 위한 취지로 정신보건법의 개정작업이 진행 중이다. 그러나 이러한 개정과정에서 핵심적인 몇 가지 주제에 대한 논란이 존재하고, 이 문제의 해결을 위한 합리적인 제도의 마련, 이를 보장하는 구체적인 조항의 신설이 요구되고 있다. 이러한 법개정 과정은 고스틴(Gostin)이 분류한 정신장애 관련 네 가지 권리¹⁾, 즉 자유권, 존엄권, 평등권, 그리고 법적권리를 보장하기 위한 제도적 장치들이 마련되는 기회가 되어야 한다.

특별히 ‘보호의무자에 의한 강제입원’, ‘외래치료명령제’, 그리고, ‘지역사회에서 정신장애자들의 인권을 개선하기 위한 제도적 장치마련’ 등과 같은 이슈는 그 논의의 핵심을 이루는 주제가 되고 있다.

제2절 연구목적

최근 정신보건법개정작업과 관련하여 주요 이슈가 되고 있는 핵심이슈들에 대한 법적 개선방안을 모색하는데 있다.

구체적으로, 보호의무자에 의한 강제입원 외래치료명령제, 정신장애아 인권개선을 위한 지역사회 사례관리 제도화방안과 관련한 주요한 논쟁점들을 파악하고, 이러한 문제들을 해결하고, 정신장애자들의 인권을 개선하기 위한 법적 장치를 마련

1) Lawrence O. Gostin. International human rights law and mental disability. The Hastings Center Report. 2004

하기 위한 방안들을 모색하였다.

제3절 연구내용 및 방법

1. '보호의무자에 의한 입원'에 대한 법치주의적 정비방안

가. 연구배경

현행 정신보건법은 자의입원과 비자의입원을 나누어, 비자의입원으로 보호의무자에 의한 입원, 시도지사에 의한 입원 그리고 응급입원을 규율하고 있다. 비자의입원과 치료는 그 자체 신체의 자유와 신체를 훼손당하지 않을 권리를 제한하는 것으로 이것이 가능하기 위해서는 헌법 제37조 제2항의 기본권제한의 일반원칙과 과잉입법 금지원칙이 준수되어야 한다.

그러나 정신보건시설에 입원한 환자 중 자의입원환자는 7.7%에 불과하고(2004년 통계) 대부분은 가족, 기초자치단체장 등의 보호의무자에 의한 입원이다. 환자의 자의에 반하는 입원과 퇴원불허에 대한 진정이 끊임없이 반복되고 있는 것은 보호의무자에 의한 강제입원이 환자의 기본권보장에 불충실하고 남용되고 있기 때문이다. 보호자의 동의는 원칙적으로 환자의 이익을 위한 치료에만 국한되어야 한다. 행정상의 조치를 통해 사회에 대한 일반예방의 목적을 달성하려고 하는 것은 허용되어서는 안 된다. 따라서 환자의 진지한 의사에 기초하지 않는 경우, 치료와 입원을 구분하는 것에서부터 시작하여 그 요건을 강화하고 기간을 제한하는 등 남용에 대해 법치주의의 관점에서 적정화하는 방안이 신속히 강구되어야 한다.

나. 연구내용

보호의무자의 범위와 순위를 정하는 문제 : 가장 핵심적인 것으로 환자와 보호의무자의 이해충돌을 염두에 두고 환자의 이익에 가장 부합하는 방식으로 보호의무자를 정하도록 하는 방안 모색한다.

첫째, 보호의무자가 없거나 그 의무를 이행할 수 없는 경우 : 법정후견인제 도입 가능성 검토

둘째, 보호의무자의 요청에 의한 치료요건과 입원요건의 구별 및 각각의 요건에 대한 엄격한 정비 : 특히 응급치료목적이 아닌 상당한 기간의 인신구속의 치료방법

을 결정함에 있어서 보호의무자의 동의는 사법기관의 결정을 신청하는 것으로 제한할 필요성, 강제입원요건에 대한 '명백하고 현존한 심각한 위험원칙'의 설정가능성 검토

셋째, 입원연장과 퇴원여부 결정시 보호의무자의 개입 여지 축소 및 전문가의 참여 강화방안 모색

넷째, 보호의무자의 보호의무를 강제치료 및 강제입원명령에 대한 통제수단으로 전환방안모색

2. 외래치료명령제의 제도화 방안

가. 연구 배경

외래치료명령제(involuntary outpatient commitment)는 정신질환을 앓고 있는 사람이 특정한 외래치료 프로그램에 참여하도록 법에 의해 명령을 내리는 사회적 강제 제도(civil commitment)의 하나이다. 정신과 치료에 비순응하여 질병이 악화되어 강제 입원이 되거나 자신과 타인에 대해 위험성이 있는 환자들을 법이라는 사회적 강제를 통하여 초기에 치료를 받게 함으로써 환자를 보호하고, 사회에 대한 위험도 예방하는 제도이다. 외래치료명령을 받은 환자는 법에 의해 해당 정신의료기관에서 정해진 기간 동안 투약과 재활서비스를 받아야 하는 의무를 갖게 되며 이를 따르지 않을 경우에는 정신보건의료기관이 이 사실을 사법기관에 통보하여 법에 따른 필요한 조치를 할 수 있도록 하는 것이다.

외래치료명령제의 주된 대상은 정신분열병, 조울정신병 등의 정신병적 장애를 앓고 있는 사람들로, 외래치료를 받지 않으면 병원에서 장기 입원의 위험성이 있는 사람들을 지역사회에서 치료를 하기 위함이다. Weiden 등(1991)의 보고에 의하면 중증 정신질환을 앓고 있는 환자에서 약물치료 비순응은 매우 흔하여 63%까지 보고되며, 정신분열병 외래치료환자의 약 30-40%는 약물치료 비순응을 보이고 있다. 특히 Amandor 등의 연구에 의하면 약 60%의 정신분열병 환자는 자신이 정신질환을 앓고 있다는 것을 제대로 인식하지 못한다고 하며, 최근 연구는 정신분열병 환자들의 병식 결핍은 전두엽 기능 이상 등 생물학적 이상으로 생긴다고 한다. 이렇게 약물치료를 중단할 경우 예상되는 문제는 재발과 재입원이다. 김창윤 등에 의하면 처음 발병 후 정신과 입원 치료를 받은 정신분열병 환자를 대상으로 2년 추적시 33%, 5년 추적시 73%에서 재입원을 경험하였다고 할 정도로 중증 정신질환은 재발과 재입원이 흔하다. 중증 정신질환자의 가족들은 약물치료를 거부하는 환자에게

약을 억지로 투여하는 것이 매우 어렵다는 것을 호소하고 있으며 결국 환자의 가족들은 환자를 정신병원, 요양원 등에 장기입원시키면서 유기하게 된다. 외래치료명령제는 궁극적으로 심각하고 만성적인 정신과 질환(severe and chronic mental disorder)을 가진 환자들의 장기 입원을 막고 지역 사회에서 안정적인 정신과 치료를 받게 함으로서 환자의 삶의 질을 높이고자 하는 목적을 가지고 있다.

나. 연구내용

첫째, 외국의 외래치료명령제 입법 사례를 조사한다. 둘째, 국내 정신보건법에 외래치료명령제를 도입할 경우 바람직한 규정을 만든다. 셋째, 외래치료명령제로 인해 인권 침해를 예방하기 위한 조치를 검토하였다.

다. 연구 방법

(1) 외국 사례 조사

외래치료명령제 실시되는 나라의 각종 문헌을 조사하여 그 사례에 대하여 분석한다.

(2) 현장 조사

연구자가 현재 외래치료명령제를 실시 중인 호주를 방문할 예정이어서 현장 방문하며 구체적 실시 사례와 문제점에 대하여 조사한다.

(3) 전문가 회의

정신보건전문가들과 회의를 통하여 이 제도가 한국에서 사용될 때의 효용성과 문제점에 대하여 협의한다.

3. 정신장애아 인권개선을 위한 지역사회 사례관리 제도화방안

가. 연구배경

정신장애인의 삶의 질 향상이라는 목표를 위해, 정신보건서비스체계는 정신장애

의 치료와 관련된 서비스 이외에도 재활 및 지역사회보호서비스를 위한 포괄적인 영역의 개입이 필요하다. 즉, 정신장애인은 정신장애로 인한 개인의 부적응 문제 이외에도 가족이나, 지역사회, 사회와의 상호작용 속에서 다양한 욕구를 갖기 때문에 정신장애인의 다양한 삶의 영역에 총체적으로 개입이 이루어져야 한다. 한 예로, 미국의 국립정신건강연구원(NIMH)이 제안한 지역사회지지프로그램(CSP)은 정신장애인의 다양한 기본적 욕구에 기초한 10가지 서비스로 구성된다(NIMH, 1980). 10가지 서비스는 ① 서비스대상자 개발/현장방문 ② 기본적 욕구해결을 위한 사회적 서비스 ③ 위기개입 ④ 심리사회 및 직업 서비스 ⑤ 정신건강 보호 ⑥ 재활과 지지적 주거 ⑦ 상호지지체계 ⑧ 자문 및 옹호 ⑨ 지원/의뢰와 교육 ⑩ 사례관리 등이다. 정신장애인의 다양한 삶의 욕구에 반응하기 위해 다양한 서비스 제공주체들은 정신보건서비스와 사회적 서비스를 포괄하는 통합적인 보호관리 서비스 전달체계 내에서 역동적으로 협력과 연계 구조를 갖추게 된다.

만성정신장애인을 위한 효과적인 지역사회보호체계를 운영하기 위해서는 다체계적(multisystemic)이며 다학문적(multidisciplinary)인 접근이 필요하다. 정신보건 서비스체계의 발전적 모형과 운영방안에 관해서는 다양한 의견이 제시될 수 있으나, 정신보건 서비스 전달주체간의 협력과 조정은 향후 정신보건 서비스전달체계의 안정성과 연속성을 갖기 위해 반드시 갖추어야할 요소이다. 이러한 논의는 정신보건 서비스와 복지서비스가 결합된 보건복지전달체계를 지역사회를 중심으로 발전시켜 나가는데 필요한 모형과 과제들을 제안함으로써 구체화될 수 있다.

나. 연구내용 및 방법

이 연구에서는 지역사회정신보건서비스의 발전적 방안을 위해, 첫째, 우리나라의 정신보건 서비스 전달체계에 관한 법적, 제도적 기반을 살펴보고, 둘째, 정신보건 서비스에 관한 포괄적인 공적관리체계 모형을 제안하며, 셋째, 지역사회 정신보건 자원의 기획과 조정, 배치와 같은 공공조직의 관리기능과 민간조직의 서비스 기능간의 역할구분을 구체화하며, 넷째, 민간기관들 간의 서비스 영역에 따른 기능분화와 각 체계간의 흐름과 조정이 원활히 이룰 수 있는 유기적 정신보건체계의 연계방안으로서 지역사회기반의 정신보건사례관리 운영방안을 제안하였다.

제2장 ‘보호의무자에 의한 입원’에 대한 법치주의적 정비방안

제1절 연구의 필요성과 개관

1. 장기간의 강제 인신구금

2004년 통계에 의하면 정신보건시설에 수용되어 있는 정신장애인 중 자의입원 환자 비율은 7.7%에 불과하고, 나머지 92.3% 환자들은 보호의무자에 의한 강제입원이며, 이러한 비율은 다른 나라에 비해 비정상적으로 높은 비중을 차지하고 있다.

표 2.1 2004년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 중 ‘정신보건시설 종류별 입원유형별 환자 현황’

(단위: 명, %)

	총입원환자수	자의입원	보호의무자에 의한 입원		
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수· 구청장	기타입소
2004 총계	65,349(100.0)	5,024(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)
정신의료기관 소계	46,178(100.0)	3,885(8.4)	35,459(76.8)	6,151(13.3)	683(1.5)
사립정신병원	19,901(100.0)	1,365(6.9)	15,522(78.0)	3,014(15.1)	
정신요양시설	12,548(100.0)	660(5.2)	8,565(68.3)	3,323(26.5)	
사회복지시설	479(100.0)	479(100.0)			
부랑인시설	6,144(100.0)			6,144(100.0)	

표 2.2 '한국과 일본의 입원형태별 정신의료기관 환자 분포의 비교'

(단위: %)

입원형태	한 국							일 본	
	1994	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1993	1999
자의입원	4	9.5	8.4	8.4	8.1	7.9	8.4	62.6	68.6
보호의무자에 의한 입원(가족)	71	72.2	73.1	74.1	75.9	74.8	76.8	32.6	28.2
보호의무자에 의한 입원(시군구 또는 시도지사)	15	16.2	16.4	15.7	14.0	15.6	13.3	2.1	1.6
기타	10	2.1*	1.8*	1.8*	1.9*	1.7*	1.5*	2.7	1.8

(*: 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등)

게다가 정신보건시설 입원 환자들 중 가장 많이 수용되어 있는 정신요양시설의 경우 3년 이상의 장기입원환자가 71.8%에 이르는 등 대부분 장기 수용되고 있다.

표 2.3 2004년 정신요양시설 입소환자의 재원기간 분포

(단위: 명, %)

	전체	중앙값	1개월	1-3월	3-6월	6월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년이 상
정신요양시설	12,548	2,485일	152 (1.2)	291 (2.3)	435 (3.5)	791 (6.3)	1,863 (14.8)	1,754 (14.0)	2,602 (20.7)	4,660 (37.1)

강제로 입원된 환자들이 정신보건시설에서 퇴원할 수 있는 거의 유일한 방법은 정신보건심판위원회의 계속입원심사에서 퇴원결정을 받는 것이다. 그런데 2004년 전국 정신보건심판위원회에서 6개월 이상 계속입원 여부를 심사한 75,780건 중 불과 2.2%를 제외한 74,099건이 계속입원을 승인하였다. 결국 대다수의 정신장애인이 자신의 의지와 무관하게 강제입원되어 장기간 시설에서 생활하다가 결국 정신보건 시설에서 생을 마치게 된다는 것이다. 강제입원 정신질환자가 인신구금의 상태를 벗어나기가 이처럼 어렵다는 사실을 감안하면 처음부터 법치주의적 원칙들이 철저히 관철되도록 법제도를 정비하는 것이 아주 중요하다. 즉 강제입원의 요건을 엄격히 규율하고 그 절차에 대한 심사가 신중히 이루어져야 할 필요성이 매우 크다고 할 수 있다.

2. 정신보건법과 현실의 불일치

현행 정신보건법은 정신보건시설에 수용되는 경우를 자의입원(제23조), 보호의무자에 의한 입원(제24조), 시·도지사에 의한 입원(제25조) 그리고 응급입원(제26조)의 네 가지로 분류하고 있다. 그 중 보호의무자에 의한 입원의 경우에는, 일차적으로 민법상의 부양의무자나 후견인이 보호의무자가 되고, 그러한 보호의무자가 없거나 보호의무자가 그 의무를 이행할 수 없는 경우 기초자치단체장(시장, 군수, 구청장)이 보호의무자가 된다. 보호의무자가 동의하여 강제입원하게 된 경우에는 최초 입원기간을 6개월 이내로 하고 계속입원 여부를 매6월마다 심사하도록 하고 있다. 자의입원에 대비되는, 강제입원의 전형은 바로 이 보호의무자에 의한 입원이다.

한편, 정신보건법상 광역자치단체장(시·도지사)에 의한 입원은 보호의무자에 의한 입원과 달리 규율되어 있다. 광역자치단체장에 의한 입원은 민법상의 부양의무자 등에 의한 입원과 달리, 자신 혹은 타인을 해할 위험성으로 인해 신속한 조치를 필요로 하는 상황을 염두에 둔 것으로 이러한 강제입원의 목적은 진단이다. 즉 진단을 위하여 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 경우 2주 이내의 기간을 정하여 강제입원하게 한다. 상황의 긴급성으로 인한 또 다른 강제입원이 응급입원이다. '정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자'에 대하여 상황이 급박하여 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시·도지사에 의한 입원 어느 것도 불가능할 때 그 사람을 발견한 사람이 의사와 경찰관의 동의만으로 72시간 범위 내에서 강제입원 시키는 것이다. 이 시간이 경과한 다음에도 계속입원이 필요한 경우에는 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시·도지사에 의한 입원절차 중의 하나가 진행된다.

표1에서 보듯이 보호의무자에 의한 입원이 대부분을 차지하는데, 강제입원에 대해 보호의무자가 동의하는 시점과 실제로 강제입원이 행해지는 시점이 일치하지 않음으로 해서 아무런 법적 권원 없이 인신구속이 이루어지고 있다. 즉 정신보건법에서는 강제입원이 되는 시점에 보호의무자의 동의를 필요로 하는 것으로 되어 있으나 현실에서는 그렇지 않다. 부양의무자가 정신의료기관으로 정신질환자를 직접 데리고 온 경우가 아니라면, 대부분의 경우에는 경찰관이 정신질환자로 의심되는 사람을 정신의료기관으로 데리고 오고 정신의료기관에 사실상이든 법적으로든 강제입원된 다음 그 사실이 보호의무자에게 통지된다. 보호의무자를 확인하는 기간은 당연히 법적 근거 없는 강제구금이 이루어지고 있는 것이다. 이 기간 동안이 강제'입원'이 아닌 강제'구금'에 불과한 것은 치료행위가 이루어지지 않은 채 단순히 구금되어 있는 것에 불과하기 때문이다.(만약 이 때 치료행위를 한다면 또 다른 불법이 부가될 수 있다) 이러한 현상은 정신의료기관과 정신보건시설이 상호 긴밀하게 연계되어 있는 경우 두드러지고 있다.

법에 위배하여 강제구금이 자행되는 것은 광역자치단체장에 의한 입원의 경우에도 다르지 않다. 진단과 보호를 위해 정신과전문의나 정신보건전문요원이 시·도지사에게 진단과 보호를 신청하고 시·도지사가 진단을 의뢰하고 정신과전문의가 정확한 진단의 필요성을 인정할 때까지, 정신질환자로 의심받는 사람은 인신이 구속되게 된다. 이처럼 정신보건법과 현실이 전혀 일치하지 않는 까닭에 인신구속에 관한 적법절차가 마냥 무너지고 있는 실정이다.

3. 정신보건법의 한계

광역자치단체장에 의한 입원과 응급입원의 경우에도 인권침해가능성과 관련하여 고려하여야 할 내용이 있으나, 보다 심각한 것은 보호의무자에 의한 입원이다. 자의 입원이 아닌 경우는 정신질환자의 의사를 확인할 수 없거나 그 의사에 반하는 입원을 말하는 것으로, 입원의사를 확인할 수 없는 경우에도 인신을 구금하는 것은 원칙적으로 허용될 수 없으므로 자의입원이 아니라면 이는 곧 강제입원이다. 강제입원은 그 자체 헌법상 보장된 신체의 자유, 거주이전의 자유를 직접적으로 제약하고, 강제입원이 의도하는 강제치료는 신체를 훼손당하지 않을 권리를 제약하고 부수적으로 행복추구권을 제약한다. 따라서 강제입원에 대하여는 신체를 훼손당하지 않을 권리, 신체의 자유, 거주이전의 자유, 행복추구권 등 개별기본권의 요구조건이 충족되어야 하며 동시에 헌법 제37조 제2항의 기본권제한의 일반원칙, 과잉입법금지과 과소입법금지원칙 등을 준수해야만 한다. 그러나 현행 정신보건법은 아래에서 보는 바와 같이 이러한 법치주의적 요청에 전혀 미치지 못하고 있다.

환자의 자의에 반하는 입원과 퇴원불허에 대한 진정이 끊임없이 반복되고 있는 것은 보호의무자에 의한 강제입원이 환자의 기본권보장에 불충실하고 또 남용되고 있기 때문이다. 보호자의 동의는 원칙적으로 환자의 이익을 위한 치료를 위한 것이어야 하고 치료를 요청하는 것에만 국한되어야 한다. 보호의무자의 이해가 정신질환자의 이해와 상충할 수 있으며, 실제로 많은 경우의 강제입원은 그러한 이해상충에서 시도된다는 점을 감안하면 보호의무자의 동의를 제한적으로만 수용하여야 한다. 기초자치단체장을 보호의무자로 간주하는 것을 포함하여 정신보건법의 보호의무자규정 전체를 정신질환자의 인권이란 측면에서 재검토하여야 할 필요성이 있다.

또 하나 강제입원의 절차와 관련하여 지적하지 않을 수 없는 것은, 인신에 대한 행정상의 조치만으로 사회에 대한 일반예방의 목적을 달성하려고 하는 것은 원칙적으로 허용되지 않는다는 점이다. 현행 정신보건법은 강제입원을 결정하는 단계에서 퇴원심사에 이르기까지 독립된 심판기관의 개입을 상당부분 배제하고 있다. 강제입원결정 단계에서는 보호의무자와 정신과전문의의 판단만으로 가능하도록 하고 있으

며, 퇴원 및 계속입원 여부에 대한 심사의 경우에만 그나마 정신보건심의위원회(그 안의 조직인 정신보건심판위원회)가 개입하고 있다. 사회적으로 위험한 행위를 할 우려가 있는 자들을 사회로부터 격리하여 그 위험성을 교정하는 것을 목적으로 하는 범죄예방처분을 행정기관만의 행정처분으로 할 수 있도록 하는 것은 원칙적으로 허용되지 아니한다. 백보를 양보하여 그것이 가능한 예외적인 경우를 고려할지라도 보안처분대상자가 될 수 있는 자는 현재 범죄를 저지를 가능성이 매우 큰 정신질환자이다. 범죄가능성을 요건으로 하지 않은 채 단순 정신질환자를 일반예방의 대상으로 삼는 것은 허용되지 아니한다. 보호의무자에 의한 입원은 환자 자신의 치료를 목적으로 한다고는 하지만(시·도지사에 의한 입원과 응급입원의 경우에는 '타인을 해할 위험'이라고 하여 일반예방의 뜻도 드러내고 있다) 실제 '구금을 통한 격리'라는 의미도 내포되어 있으므로 인신의 구속을 위한 법치주의적 적법절차원리가 준수되어야만 한다. 따라서 환자의 진지한 의사에 기초하지 않는 경우, 치료와 입원을 구분하는 것에서부터 시작하여 그 요건을 강화하고 기간을 제한하는 등 남용에 대해 법치주의의 관점에서 적정화하는 방안이 신속히 강구되어야 한다.

4. 연구의 쟁점

이러한 문제의식 아래 이 보고서는 다음의 문제를 중심으로 '보호의무자에 의한 입원'의 법치주의적 정비방안을 살피도록 한다.

첫째는 보호의무자의 범위와 순위를 정하는 문제이다. 환자와 보호의무자의 이해 충돌을 염두에 두고 환자의 이익에 가장 부합하는 방식으로 보호의무자를 정하도록 하는 방안을 모색한다.

둘째, 보호의무자가 없거나 보호의무자가 그 의무를 이행할 수 없는 경우 현행 정신보건법은 기초자치단체장을 보호의무자로 정한다. 그러나 기초자치단체장은 정신질환자에 대한 책임감이나 배려의식에 있어서 실질적인 보호 의무를 수행하기 어려울 뿐만 아니라 그들이 정신질환자의 인신구속에 동의권한을 가질 수 있는 근거 자체가 박약하다. 이러한 관점에서 공공후견인제의 도입 가능성을 적극적으로 검토한다.

셋째, 보호의무자의 요청에 의한 치료요건과 입원요건의 구별 및 각각의 요건에 대한 엄격한 정비의 필요이다. 특히 응급치료목적이 아닌 장기간의 인신구속 치료 방법을 결정함에 있어서 보호의무자의 동의를 제한적으로 이해하여 예컨대 사법기관의 결정을 신청하는 것으로 제한하는 것과 같은 개선이 필요하다. 또한 강제입원 요건에 대한 '명백하고 현존한 심각한 위험원칙' 등과 같이 기본권제약의 요건을 보다 엄격히 설정하는 것이 필요하다. 나아가 계속입원과 퇴원여부 결정시 보호의무자의 개입여지를 축소하고 전문가의 참여를 강화하는 방안을 모색하고, 보호의무자

의 보호 의무를 오히려 강제치료 및 강제입원명령에 대한 통제수단으로 전환할 수 있는 방안을 모색한다.

제2절 보호의무자제도의 문제점과 공공후견인제도

1. 보호의무자의 결정

가. 원칙

정신질환자가 자신의 이익을 온전히 지켜낼 능력이 부족한 경우 보호의무자의 선임이 필요하게 된다. 따라서 어떠한 특수한 상황에서도 환자의 이익을 대변할 수 있어야 한다는 것이 가장 중요한 원칙이 된다.(유엔총회 결의 46/119 이하 MI로 표기) 보호의무자에 배우자, 친권자, 후견인, 법적으로 지정된 사람 등을 포함하는 까닭은 그들이 통상 환자의 이익을 가장 잘 대변할 수 있기 때문이다. 뒤집어 말하면 환자의 이익과 충돌할 수 있다고 판단되는 경우 법규상의 보호의무자라고 하더라도 배제시켜야 한다는 원칙이 도출된다. 우리의 현실에서는 보호의무자에 의한 강제입원 중 가족에 의한 입원이 압도적이라는 점을 감안하면, '환자의 최선의 이익이 되도록' 보호의무자를 정하는 것은 매우 중요하다. 부양의무자나 후견인이 환자의 최선의 이익을 보호할 수 있을지 검증되지 않은 채 그럴 것이라고 간주하는 것은 지극히 위험하다. 경우에 따라서는 친구나 사회복지사 등이 환자에게 더욱 유리할 수 있다. 부모 혹은 후견인이 당연히 할 수 있는 일은 사소한 일에 동의하는 것으로 제한되어야 한다(WHO 원칙 5(3)). 같은 맥락에서 정신질환자를 대리하는 변호사는 이해갈등이 없다고 법원이 인정하지 않는 한 정신질환자의 가족구성원을 대리해서도 안 된다.

정신질환을 이유로 법적 능력이 부족하다는 결정과 그러한 능력 결핍의 결과로 대리인 혹은 보호의무자가 지정되어야 한다는 결정은 독립적이고 공정한 법원이 공정한 심의를 한 다음에 내려져야 한다. 따라서 정신질환자의 법적 무능력을 결정하는 공식적인 절차 없이, 환자의 가족이나 친족이 환자를 대신하여 정신질환자에 대한 치료와 입원에 동의하도록 허용하는 것은 인권의 존엄성과 자율성을 침해한다(MI 원칙 1(6)).

나. 정신보건법의 규정과 문제점

(1) 법정 보호의무자의 문제

현행 법정보호의무자제도는 보호의무자와 정신질환자의 이해갈등을 전혀 고려하지 않고 있다. 민법상의 부양의무자 또는 후견인은 자동으로 법에 의해 보호의무자

가 된다(제21조 제1항). 단지 부양의무자가 2인 이상인 경우에 당사자 간의 협정이 없는 경우에만 당사자의 청구에 의해 법원이 정하도록 하고 있다(제21조 제2항). 게다가 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 정신질환자의 주소지를 관할하는 기초자치단체장이 법정 보호의무자가 된다(제21조 제3항).

보호의무자의 선임순서를 법으로 고정함으로써 이해대립 여부를 확인하고 최선의 보호의무자를 선임할 수 있는 시스템을 갖추지 않은 것은 정신질환자 인권침해의 출발점이다. 복수의 보호의무자 사이에 다툼이 있는 경우는 극소수의 경우이고, 오히려 강제입원시 동의했던 보호의무자의 동의가 있어야만 퇴원이 가능하도록 운영되고 있는 것이 현실이다. MI원칙에 부합하는 방법은 법원과 같은 독립기구의 심사를 거쳐 보호의무자가 선임되는 것이다.

(2) 보호의무자의 선임 순서 등

설령 법정보호의무자제도를 고수한다고 할지라도 보호의무자의 순위에 있어서 부양의무자가 후견인에 앞서고 있는 점은 시정해야 한다. 일본의 경우처럼 후견인-배우자-친권자-가정법원의 선임자 등으로 하는 것이 그나마 합리적이다.

복수의 부양의무자 사이에 협정도 없고 당사자의 청구도 없는 경우에 규정이 미비하기 때문에 입원동의서를 작성한 보호의무자와 그렇지 않은 보호의무자 사이의 지위가 모호하다. 이는 특히 법 제24조 제6항에서 입원동의서를 제출한 보호의무자만이 퇴원신청을 할 수 있는 것처럼 규정하고 있어서 보호의무자 사이에 이해 혹은 판단이 상충하는 경우 불합리한 결과를 초래하게 된다. 환자의 이익을 위해서는 입원동의를 하지 않았던 보호의무자도 퇴원청구를 할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

(3) 보호의무자로서의 기초자치단체장

부양의무자 등이 보호할 수 없는 경우 기초자치단체장을 법정 보호의무자로 하고 있는 것도 문제이다. 그가 환자의 최선의 이익을 보호할 것으로 간주하는 것은 아무런 근거가 없다. 따라서 이 조항을 삭제하고 대신 법원에 의한 후견인선임절차와 같이 법원이 보호의무자를 선임토록 하는 것이 바람직하다.

(4) 보호의무자에 관한 정신보건법 개정 방향

보호의무자에 대한 현행 정신보건법 규정을 위 논의에 따라 개정한다면 다음과 같다.

표 2.4 '보호의무자에 관한 정신보건법 개정방향

현행 규정	개정안
<p>제21조 (보호의무자) ①정신질환자의 민법상의 부양의무자 또는 후견인은 정신질환자의 보호의무자가 된다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자는 보호의무자가 될 수 없다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 금치산자 및 한정치산자 2. 파산선고를 받고 복권되지 아니한 자 3. 당해 정신질환자를 상대로 한 소송이 계속중인 자 또는 소송한 사실이 있었던 자와 그 배우자 4. 미성년자 5. 행방불명자 <p>②제1항의 규정에 의한 보호의무자 사이의 보호의무의 순위는 부양의무자·후견인의 순위에 의하며 부양의무자가 2인 이상인 경우에는 민법 제976조의 규정에 따른다.</p> <p>③제1항의 규정에 의한 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 시장·군수 또는 구청장이 그 보호의무자가 된다.</p>	<p>제21조 (보호의무자) ① <현행과 같음></p> <p>②제1항의 규정에 의한 보호의무자가 여러 명 있는 경우에 그 의무를 이행하여야 할 순위는 다음과 같다. 다만, 본인의 보호를 위하여 특히 필요가 있다고 인정되는 경우에는 후견인 이외의 자에 대하여 가정법원은 이해관계인의 신청에 따라 그 순위를 변경할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 후견인 2. 배우자 3. 친권을 행사하는 자 4. 전 2호의 자 이외의 부양의무자 중에서 가정법원이 선임한 자 <p>③제1항의 규정에 의한 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 시장·군수 또는 구청장은 법원에 보호의무자의 역할을 할 수 있는 후견인 선임을 신청하여야 한다.</p>

2. 공공후견인제의 도입 가능성 : 미국의 제도를 중심으로2)

가. 제도의 의의, 여타 후견인과의 비교

2) Wards of the State: A National Study of Public Guardianship, Univ. of Kentucky, 2005

공공후견인이라 함은 민법상의 부양의무자나 후견인이 없는 무연고자에 대하여 국가에서 부담하는 비용으로 지명하고 선임하는 후견인을 의미한다. 민법상의 부양의무자나 후견인이 없는 무연고자에 대하여 보충적으로 적용되는 후견인제도로써 국가가 전면적으로 비용을 부담한다는 점에 특징이 있다.

나. 도입의 필요성

기존의 정신보건법상 보호의무자 제도에서는 민법상의 부양의무자 또는 후견인이 없는 경우 또는 그러한 자가 의무를 이행할 수 없는 경우 정신보건법 제21조 제3항에 의해 보충적으로 정신질환자의 주소지를 관할하는 시장, 군수 또는 구청장이 보호의무자가 된다고 규정하고 있다.

그러나 현재 이 조문이 활용되는 상황을 살펴보면 정신질환자 강제입원의 경우 필요한 보호의무자의 동의서를 구체적 상황 파악 없이 기계적으로 작성하여 제출하고 있다. 동의서를 요구한 것은 강제입원이 가지는 정신질환자에 대한 신체의 자유를 비롯한 인권 침해의 가능성을 고려하였기 때문인데, 정신질환자의 일상을 살펴볼 수 있는 기회가 없고 그의 현재 상황을 살펴볼만한 요인이 없는 행정공무원에게 동의 권한을 준 것은 요건 자체의 의미를 상실시키는 결과만을 가져온다. 따라서 공공후견인 제도를 도입하여 정신질환자에 대한 보호의무가 제대로 이행될 수 있도록 하고 보다 용이하게 의무 이행여부를 감시할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

미국에서는 2005년을 기준으로 할 때 '공공후견인 제도'라는 명칭을 쓰지 않으면서도 그러한 내용의 제도를 운용하는 주들까지 포함하여 총 40개의 주에서 공공후견인을 선임하고 있다.

다. 공공후견인 선임의 구체적 요건

보호의무자가 필요한 정신질환자에게 부양의무자나 후견인이 없을 경우 공공후견인의 선임이 개시된다. 선임신청은 정신질환자 본인을 비롯한 모든 개인, 단체가 할 수 있다. 다만 공공후견인이 될 수 있는 자나 공공후견인 전반을 담당하는 행정 부서·위원회가 선임을 신청할 수 있는지에 대해서는 논란이 있다. 업무를 담당할 자가 선임 신청의 권한을 갖게 되면 전문성 있는 판단이 미리 이루어 질 수 있는 장점을 제외하더라도 비용을 자신이 부담하는 것이 아니기 때문에 보호가 필요 없는 자에 대한 신청이 남발할 수 있고, 정신질환자 중에서도 돌보는 데 시간과 비용이 적게 드는 사람에 대해서만 선별적으로(cherry-pick) 신청이 이루어 질 수 있어 바람직하지 못하다. 미국에서는 공공후견인 제도를 가진 주 중에서 12개의 주는 명시적으로 이를 허용하고 있고 한 개의 주(Vermont)에서는 금지하고 있으며 나머지 주에서는 언급하지 않고 있다.

라. 공공후견인 제도의 유형

미국에서 공공후견인 제도는 그 역할을 담당하는 기관을 어디에 배치하는가에 따라 4가지로 유형이 구별된다.

(1) Court Model

공공후견인 제도를 법원의 연장된 팔로 이해하여 공공후견인에 대한 감독 및 사법적 판단을 법원이 하게 하는 제도이다. 미국에서는 하와이, 미시시피, 델라웨어 등 3개의 주에서 이러한 형태를 취하고 있다.

(2) Independent State Agency Model

공공후견인제도를 총괄하는 별개의 기관을 정부의 독립된 부처로 만들되, 이곳에서 직접적인 후견이나 후견인의 선임 활동을 하는 것은 아니고 다만 공공후견인제도와 관련한 업무를 총괄하여 감독하는 기능을 하도록 한다. 현재 미국에서는 알래스카, 일리노이, 캔자스, 뉴멕시코 등 네 개의 주에서 이러한 형태를 취하고 있다.

(3) Social Service Agency

후견 업무를 담당하고 있는 현재의 부서에게 공공후견인제도 관련 업무를 맡기는 형태이다. 코네티컷, 뉴햄프셔, 버몬트, 버지니아, 플로리다를 비롯한 25개 주에서 이러한 형태를 규정하고 있다. 가장 많은 주에서 이러한 형태를 취하고 있으나 이 구조에는 치명적인 단점이 있는데 바로 공공후견인과 해당 부서간의 이익상충의 문제(conflict of interest)가 발생한다는 점이다.

즉, 행정부서에서 갖는 가장 큰 관심사는 공공 보조를 통해 재정을 확보하는 점에 있으므로 만약 피후견인이 불충분한 지원을 받게 될 경우, 정부로부터 보조금을 제때 받지 못하거나 아예 지급이 없는 경우, 정신과 치료를 더 이상 원하지 않는 경우 등에 있어 행정기관은 피후견인의 이익을 제대로 옹호할 수 있는 지위에 있지 않다. 미국의 주 중 절반 이상이 한 기관에게 정부에 의한 보조를 감시하고 피후견인의 이익을 보호할 후견인으로서의 역할과, 사회 복지 서비스를 제공하는 행정기관으로서의 역할을 한 부서에 일임하여 결국 스스로의 활동상황을 스스로 감시하게 하는 모순적 상황을 빚어내고 있다.

이들 주 중 일부는 이러한 문제 상황을 인식하고 해당 법제 내에서 갈등을 해소할 수 있는 방법을 모색하고 있다. 예를 들면, 대안이 전혀 없는 경우에만 사회복지

부서에서 공공후견인제도 기능을 담당하도록 하거나, 공공후견인의 최우선 과제는 대안으로서 적당한 후견인을 찾아내는 것으로 규정하는 것이다. 플로리다에서는 공공후견인제도를 담당하는 주정부기관에서는 후견인 선임이 있는 지 6개월 이내에 그 역할을 할 다른 사람을 찾아내는 노력을 기울여야 한다고 규정하고 있다. 일리노이에서는 후견인 업무를 담당하는 주정부기관이 피후견인에 대해 직접적인 주거 제공 서비스를 하지 않을 수 있다(may not) 규정하고 있다. 이는 주정부기관에서 직접적인 서비스를 제공하지 않고 다른 기관이나 단체에 일임하여 그에 대한 감시 기능을 행정기관에서 하도록 하여 비용부담을 지는 정부 측에서 타 기관, 단체에 대해 감시하게 되어 감독기능이 보다 충실해 질 수 있다는 취지로 보여 진다.

(4) County Model

미국에 있어 13개의 주가 카운티 모델을 취하고 있는데 이는 공공후견인제도의 운영을 지방자치단체가 일임하도록 하는 것이다. 애리조나에서는 카운티 소속 감독 위원회(the county board of supervisors)에서 공공후견인의 업무를 담당하는 자를 지명하도록 하고 캘리포니아에서는 카운티 위원회(the county council)에서 공공후견인제도 담당 부서를 만들도록 하고 있다.

마. 선임의 절차

미국의 28개 주에서는 공공후견인이 필요한지 여부의 판단을 후견인 신청을 한 자가 원하는 경우에 배심에 의하여 결정하도록 규정하고 있다. 배심의 판단은 명백하고 신빙성 있는 증거에 근거하여야 하며, 한 개의 주에서는 그보다 더 강화된 기준으로서 '합리적으로 의심이 없는 상태(beyond a reasonable doubt)'를 요구하고 있다.

공공후견인 선임절차 역시 행정절차이므로 적정절차의 원리가 적용된다. 공공후견인제도를 가진 미국 내 모든 주에서는 청문회와 통지의무를 규정하고 있다. 그 밖에도 청문에 관한 피후견인의 권리와 청문회에 참석하지 않으면 의견 표명할 기회를 잃게 된다는 점에 대한 설명의무가 있으며 공공후견인을 선임하는 주체에서는 정당한 이유가 없는 한 피후견인의 출석을 제한할 수 없도록 하고 있다.

적정절차 원리의 핵심은 변호인의 조력의 받을 권리(right to counsel)에 있다. 이 권리가 형해화되지 않도록 25개의 주에서 변호사의 선임을 요구하고 있으며 그 중 대부분의 경우에는 신청자가 비용을 부담하지 않도록 규정한다. 몇 개의 주에서는 신청인이 요청하거나, 제한된 범위 내 권한을 가진 후견인(guardian ad litem)이 신청하거나, 판사가 필요하다고 생각되는 경우에만 변호사의 선임을 요구하기도 한다. 변호사는 피후견인·신청인의 최선의 이익을 위해 활동해야 한다고 하는데 그 최선

의 이익(the best interest)이 무엇인지에 대해 규정하지 않은 점은 문제가 된다.

바. 공공후견인의 역할- 권리, 의무

일부의 주에서 공공후견인은 피후견인의 재산을 매도하고, 투자하고, 건강 상태 개선을 위한 보조 활동이나 안락사에 대한 결정을 할 수 있고, 피후견인을 다른 장소로 이동할 수 있는 등 광범위한 권한이 있는 반면, 일부에서는 이러한 활동 중 피후견인의 자유에 심대한 영향을 주는 활동에 있어서는 법원의 허가를 요하도록 하고 있다.

공공후견인의 의무와 권리는 일반 후견인과 대부분 비슷하나 추가적인 권한이나 의무가 규정되는 경우가 많다. 그 예로 미국에서는 피후견인에 대한 정기적인 방문을 요구하거나, 좀 더 구체적으로 기간을 정해놓은 경우도 있다. 게다가 일부 주에서는 공공후견의 계획서(건강관리시설에 대한 정기적 방문, 정기적인 건강검진 등)를 정기적으로 제출하도록 하고 있다.

피후견인의 자유를 최대한으로 보장하기 위해서 공공후견인제도를 운용하는 미국의 모든 주에서는 공공후견인의 권한을 법원이 일정 범위 내로 제한할 수 있도록 하고 있다(이처럼 권한이 제한된 후견인을 'guardian ad litem'이라고 한다) 캘리포니아 주와 일리노이 주에서는 이렇게 제한된 범위내의 권한을 갖게 된 경우, 공공후견인은 탄원(petition)할 수 있도록 한다.

사. 비용부담의 문제

미국에서 공공후견인제도를 규정한 38개의 주 법률 중 30개의 주에서 비용에 대한 언급을 하고 있다. 재정에 대한 언급이 없는 주의 경우에는 자금 조달이 용이하지 않아 공공후견인 제도의 운용이 위협에 처해있기도 하다. 플로리다 주의 경우에 가장 자세한 언급을 하고 있는데, 노인복지를 주관하는 부처에서(department of elder affairs) 공공후견인을 위한 별도의 예산을 받아 집행하고 있다. 유타 주에서는 제도 운용을 위해 사적인 기부를 받고 있고, 아이다호 주, 일리노이 주, 네바다 주, 오레곤 주에서는 카운티 단위의 공공후견인제도를 보조하기 위해 카운티에게 주재정을 공급하고 있다. 전체적으로 보면 24개의 주에서 주나 카운티의 부담을 규정하고 있고 21개의 주에서 피후견인의 부담을 규정하고 있으며 17개의 주에서는 명시적으로 정부와 피후견인이 동시에 부담할 것을 규정하고 있다.

아. 공공후견인에 대한 감시·감독

미국에서는 18개 주에서 정기적인 법원예의 서류제출을 요구하고 있고 주정부에

의한 감독 규정이 있으며 4개의 주에서는 법원에 대해 1년마다 보고서를 제출하도록 하고 있고, 델라웨어 주에서는 가장 강력한 감독체제로서 6개월마다 법원이 공공후견인을 감독하도록 하고 있다. 플로리다 주에서는 공공후견인제도를 관할하는 행정부서에서 법원에 대해 후견인 선임이 있는 지 6개월 이내에 보고해야 하는데 이는 피후견인의 상태가 변경될 가능성이 있으므로 이후 새로운 후견인을 선임해야 할지를 결정하기 위해서이다.

법원에 대한 보고이외에도 일부 주에서는 정부에 대한 보고를 규정하고 있다. 캔자스 주의 경우 주지사, 주의회, 주법원 그리고 공중에 대해 매년 보고할 것을 요구하며 플로리다 주, 인디애나 주, 캔자스 주, 테네시 주, 버몬트 주에서는 매년 감사를 받도록 하고 있다.

자. 공공후견인의 비율(staffing ratio)

6개의 주에서 공공후견인과 피후견인의 적절한 비율에 대해 언급하고 있는데, 플로리다 주에서는 1:40으로 규정하여 1인의 공공후견인이 최대 40명까지 피후견인에 대한 후견이 가능하도록 하고 있고, 뉴저지 주에서는 명백히 비율은 규정하지 않았으나 재정을 고려하여 받아들일 수 있는 최대한의 피후견인 수를 바탕으로 결정하도록 하고 있다. 그 밖의 주에서도 플로리다와 같은 비율은 언급하지 않고 재정, 그동안의 운용 자료 등의 구체적 상황을 고려하도록 하고 있다.

제3절 강제입원치료에 대한 다른 나라의 사례

1. 영국의 정신보건법

영국은 1983년 정신보건법(The Mental Health Act)이 제정되어 오늘에 이르고 있는 바, 비자의입원의 종류로 평가를 위한 입원, 치료를 위한 입원, 긴급입원의 3가지를 두고 있다.

가. 평가를 위한 입원

인가된 사회사업가 또는 가까운 가족/친척이 평가를 위한 입원을 신청할 수 있다. 그러한 입원 신청은 의사 2명의 추천서가 있어야 하는데, 의사들은 서로 다른 병원에 속해있어야 하며 그중 한 명은 정신보건법의 Section 12(2)에 의해 인가된 의사(실제로 컨설턴트 정신과 의사 또는 상당한 경험이 있는 SpR)이어야 한다. 다른 의사는 전문적인 측면에서 환자를 개인적으로 아는 의사여야 한다. 평가를 위한

입원기간은 최대 28일이고 연장될 수 없으며 더 이상의 입원이 필요하지 않다고 판단되면 그 이전에 즉시 환자를 퇴원시켜야 한다.

담당의사가 환자가 위험하다고 판단하는 경우에 퇴원을 막을 수 있는 바, 이에 대해 환자 또는 가장 가까운 친척은 일정기간 내에 의사·일반인·변호사 등으로 구성된 독립적인 정신보건심판위원회에 이의신청을 할 수 있다.

나. 치료를 위한 입원

의사 2명이 필요한 서류에 서명하고, 지역사회에서 치료가 불가능하다는 이유를 적시하여야 한다. 그들은 환자를 지난 24시간 안에 봐야 한다. 그들은 치료가 환자에게 이롭거나 상태가 악화됨을 방지할 것, 아니면 치료가 환자의 건강 또는 안전 또는 다른 이들의 보호를 위해 필요하다고 진술해야 한다. 입원기간은 최대 6개월이고, 환자의 상태를 보아 입원기간을 6개월(그 이후에는 1년)을 더 갱신할 수 있다.

이에 대하여도 환자 또는 환자의 가장 가까운 친척은 정신보건심판위원회에 이의신청을 제기할 수 있다. 또한 이의신청이 없더라도 6개월마다 정신보건심판위원회가 자동적으로 환자의 퇴원여부를 심사한다.

다. 긴급 치료

병원입원이 긴급히 필요한 경우에 인가된 사회사업가나 가까운 친척이 의사 1명의 추천을 받은 후 신청할 수 있다. 정신병원에 도착 후 평가를 위한 입원요건을 갖추게 되면 평가를 위한 입원으로 변경된다. 긴급치료의 입원기간은 최대 72시간이다.

2. 스코틀랜드의 정신보건법

스코틀랜드는 2003년 정신보건(보호 및 치료)법(Mental Health Care and Treatment)이 의회를 통과하여 2005년 4월 발효되었다. 비자의입원의 종류로 응급감호와 단기감호, 강제치료명령을 두고 있다.

비자의입원에 관한 이의신청을 심리하기 위하여 주법원(Sheriff Court)을 대신하여 정신보건심판위원회(Mental Health Tribunal)가 신설되었다. 정신보건심판위원회는 요양보호 계획 심의, 강제치료명령 결정, 재심사 실시 등의 기능을 수행한다.

각 위원회는 법률적 자격을 갖춘 자, 정신보건 경력이 있는 의사, 기타 기술 및 경험을 갖춘 자 등의 3인으로 구성되고, 경험을 갖춘 자에는 서비스 이용자나 보호

자도 포함될 수 있다. 또한 모든 보건서비스의 이용자에게 독립적 변호인 접근권을 부여하고 있으며, 보건청(Health Boards)과 지방당국에 대해 그러한 독립적 변호인 서비스의 이용이 보장되도록 힘쓸 의무를 부과하고 있다.

가. 응급감호(emergency detention)

개인의 상태를 진단하기 위해 입원이 급박하게 요구되는 경우 당해 개인을 최장 72시간 동안 의료기관에 입원시킬 수 있는 권한이다. 단, 의사의 권고가 있어야만 가능하다. 가능한 모든 경우 정신보건전문요원(정신보건 관련 특별교육을 이수한 사회복지사)의 동의서가 있어야 한다.

나. 단기감호(short-term detention)

최장 28일간 의료기관에 입원시킬 수 있는 권한이다. 단, 정신과 전문의의 권고와 정신보건전문요원의 동의가 있어야만 가능하다.

다. 강제치료명령(Compulsory Treatment Order: CTO)

법원의 승인이 있어야 한다. 정신보건전문요원이 법원에 명령을 청구하여야 한다. 청구 시에 다른 두 명의 전문의부터 받은 권고서 2부와 당해 정신질환자에 대한 요약 및 치료를 자세히 적은 계획서를 첨부하여야 한다. 당해 정신질환자와 당해 정신질환자가 지명한 자 및 당해 정신질환자의 보호의무자(primary carer)는 그러한 명령에 대해 법원에 어떠한 이의도 제기할 수 있다. 당해 정신질환자와 그가 지명한 자는 법원 심리에 있어 무임 변호사를 이용할 권리가 있다.

강제치료명령은 최초 6개월간 효력이 있으나 6개월 연장이 가능하며, 이후 1회에 12개월 연장이 가능하다. 당해 의료기관이나 지역사회를 기준으로 할 수 있다. 지역 사회를 기준으로 하는 경우, 당해 정신질환자가 일정한 주소지에 거주하고 있어야 한다거나, 특정 시기에 일정 서비스를 제공받고 있어야 한다거나, 치료를 위해 특정 장소에 출입하여야 한다는 등의 다양한 요건들이 포함될 수 있다.

3. 일본의 정신보건법

일본은 비자의입원의 종류로 보호자(보호의무자)에 의한 입원, 도도부현지사에 의한 입원, 응급입원의 3가지 형태를 두고 있다.

가. 보호자에 의한 입원

지정의에 의한 진찰 결과 정신 장애인이고 의료 및 보호를 위하여 입원이 필요한 자료, 해당 정신장애 때문에 자의입원이 이루어질 상태가 아니라 판정된 자인 경우에 보호자의 동의가 있을 때에는 본인의 동의가 없어도 그 자를 입원시킬 수 있다. 입원기간은 4주간이다.

나. 도도부현지사에 의한 입원

도도부현지사는 지정하는 2명 이상의 지정의의 진찰을 거쳐 그 자가 정신 장애인이고, 의료 및 보호를 위하여 입원시키지 아니하면 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있다고 인정되는 것에 대하여 각 지정의의 진찰 결과가 일치한 경우에 한하여 그 자를 입원시킬 수 있다.

다. 응급입원

도도부현지사가 지정하는 정신병원의 관리자는 긴급을 요하고 보호자의 동의를 얻을 수 없는 경우에, 그 자가 지정의의 진찰 결과 정신 장애인이고 또한 즉시 입원시키지 아니하면 그 자의 의료 및 보호하는 데에 현저하게 지장이 있는 자로서, 해당 정신장애 때문에 자의입원이 이루어질 상태가 아니라고 판정된 자에 한하여 본인의 동의 없이 72시간을 한도로 하여 그 자를 입원시킬 수 있다.

4. 미국의 Olmstead 판결(OLMSTEAD v. ZIMRING)

가. Olmstead 판결의 의의

1999년 6월 22일, 미국 연방대법원은 Olmstead 사건에 있어서 장애인을 불필요하게 정신병원에 장기 입원시켜 사회로부터 격리하는 것은 장애인에 대한 차별이 될 수 있다고 판결하였다. 연방대법원은 미국 장애인법(ADA)에 의하여 국가가 장애인을 정신병원 등의 시설에 수용하는 것보다는 지역사회 중심의 서비스를 제공할 의무가 있다는 역사적인 판결을 내린 것이다. 이 판결로 인하여 주 정부는 장애인이 '가능한 한 통합적인 환경'에서 서비스를 받도록 하는 실행계획을 세우기 시작하여, 시설 중심의 복지서비스에서 지역사회 중심의 정신보건 서비스를 제공하는 방향으로 정책을 전환하게 되었다.

나. 소송의 배경

원고 L.C와 E.W는 각각 정신 분열증과 인격 장애로 Georgia Regional Hospital(GRH)의 정신병동에 감금되어 있던 장애인이었다. 각 주치의가 적절한 사회 내 프로그램을 통한 치료가 적합하다고 진단한 후에도 계속해서 GRH에 수용되자 원고는 사회 내 프로그램 배치를 요구하며 ADA Title II 위반을 들어 주(정부)측을 상대로 소송을 시작했다. 주(정부)측은 그러한 결정은 원고 측의 주장대로 장애로 인한 차별이 아닌 재정상의 어려움 때문이라고 주장하였고, 이런 경우 즉각적인 배치 요구는 주 정부의 프로그램을 "본질적으로 바꾸는" 결과가 될 것이라고 주장하였다.

다. 소송의 경과

지방법원에서는 "불필요한 (시설) 격리수용은 ("Per Se" 그 자체로) 본질적 차별이며, 재정부족을 이유로 정당화 될 수 없다"는 이유로 요약판결을 내려 원고의 프로그램 배치를 지시했다. 지방법원은 현존하는 주정부 프로그램 중 원고의 자격/조건에 맞는 사회 내 치료가 가능하며, 그러한 치료가 병동 격리 수용보다 적은 비용이 든다는 이유를 들어 주정부측이 내세운 (프로그램의) "본질적 변화"론을 기각시켰다.) 순회 항소법원에서는 지방법원의 판결은 확인/지지 하였으나, 재정적인 요인은 합법적인 변호/방어가 될 수 있다고 해석하고 이를 재검토하기 위해 지방법원으로 반송하였다. 순회항소법원에서는 지방법원측에, 두 원고의 사회 내 프로그램 배치 시 부가적 치료비용이 주정부측의 (의료관련) 재정을 고려할 때 부당한지 재검토하라고 지시하였다. 이에 대해 원고는 연방대법원에 상고를 제기하였다. 이에 연방대법원은 "ADA Title II³⁾ 규정에 의하여 주(정부)는 정신과 전문의가 원고들에 대해 사회 배치가 적합하다고 진단하는 경우, 수용시설에서 비교적 제한적이지 않은 환경으로 옮기는 것에 관해 관련된 사람들의 반대가 없고, 배치가 적절히 제공될 수 있으며, 정신 장애를 앓고 있는 다른 사람들의 필요와 주정부의 자원 등이 고려되었을 때, 정신 장애인을 시설이 아닌 사회적 환경에 배치해야 한다. 부당한 격리 수용은 장애를 이유로 한 차별임이 인정된다. ADA는 장애인들에게 사회생활의 혜택을 누릴 수 있는 기회를 보장하고 있고, 모든 공공기관이 장애인에 대한 차별을 금하도록 제한하고 있는 것뿐만 아니라, 특별히 장애인을 상대로 한 부당한 격리를 차별로 규정하고 있다."고 판결하였다.

3) American Disabilities Act(ADA) of 1990, Title II § 12132. '자격을 갖춘 장애인은 장애를 이유로 사회 프로그램, 봉사, 활동 등의 참여나 혜택에서 제외될 수 없다.'

제4절 강제입원의 문제점과 개선방향

1. 강제치료와 강제입원치료의 요건 강화

가. 강제치료와 강제입원치료의 구분 필요성

비입원치료 중 문제가 되는 강제치료는 헌법상 일반적 인격권, (생명권과) 신체를 훼손당하지 않을 권리를 직접적인 보호법익으로 삼지만 입원치료 중 강제입원의 경우는 신체의 자유와 거주이전의 자유를 추가로 제약한다. 따라서 보호영역이 일치하지 않는 서로 다른 조치들에 대하여는 각기 별개의 사안으로 규율되어야 한다. 즉 강제입원치료의 경우는 강제치료와 강제입원이 결합된 것이나 강제치료의 동의가 곧바로 강제입원의 동의로 간주되어서도 안 되고, 강제입원의 합법성이 강제치료의 합법성을 당연히 담보하는 것도 아니다.

MI는 원칙9 이하에서 치료를 규정하고 원칙15 이하에서 입원원칙을 규정함으로써 양자를 엄격히 구분하고 있다. WHO 10대 원칙에서도 비입원치료와 입원치료를 구분하여 '신체적 정신적 온전성과 자유'의 둘로 법익을 분류하고 있으며, WHO 10대원칙 제5조는 특히 '비자발적 입원의 승인이 곧바로 비자발적 치료에 대한 승인을 자동적으로 포함하지는 않는다'는 점을 명시하고 있다.

강제치료와 강제입원을 구분하는 것은 각각의 요건이 서로 상이하기 때문에 필수적으로 요청되는 것이지만, 이러한 구분이 지닌 또 다른 의미는 강제 입원되어 있다 하더라도 결코 허용되지 않는 강제치료방법을 설정하는데 있다.

나. 강제치료의 요건 정비 필요성

(1) 정신보건법의 규정 미비

현행 정신보건법은 강제입원과 구별하여 강제치료만을 별도로 규정하고 있지 않다. 법상 치료는 곧 입원치료를 지칭한다. 다만 제44조에서 환자에게 함부로 시술되어서는 안 되는 특수치료방법에 대하여 규율함으로써 강제치료의 한계를 긋고 있는 것이 전부이다. 따라서 아래의 원칙을 고려하여 강제치료의 요건을 법률에 규율하여야 한다.

(2) 원칙

MI 원칙9는 '모든 환자는 최소한의 제한적인 환경과 최소한의 제한 혹은 방해받

지 않는 범위 안에서 치료받을 권리'가 있음을 밝히고 있다. '모든 환자의 치료는 환자의 자치권을 보호하고 향상시킬 수 있는 방향으로 진행되어야 한다.' 특히 약물 치료는 효능이 구현된 약물만을 시행하되 '환자의 보건욕구가 아닌 처벌이나 다른 사람의 편의를 위해 시행되어서는 안 된다.' 또 하나의 원칙은 개별적 동의의 원칙(WHO 10대원칙 제5조 실행 참조)으로 '환자가 한 가지 일(예, 비자발적 입원의 승인은 비자발적 치료에 대한 승인을 자동적으로 포함하지는 않는다. 특히 치료가 침해적일 경우)에 관해서 능력이 없다고 해서 그가 모든 요소(예, 온전성, 자유)들에 관해 자기결정을 행사할 수 없다고 고의적으로 생각하지 않는다'는 것이다.

유엔결의에서는 강제치료가 아닌 자의적 치료라고 할지라도 정신질환자가 그 동意的 의미를 불완전하게 이해할 수 있는 우려로 인해 동意的 유효성을 확보하는 방안을 제시하고 있다(MI 원칙11). 그에 따르면 동意的는 ① 자유의지에 기초할 것 ② 이해할 수 있는 수준의 문서로 치료의 목적, 기간, 예상이익, 다른 치료방법, 치료의 고통과 위험, 후유증 등을 알릴 것 ③ 동意的 시 제3자 혹은 환자가 선택한 제3자 앞에서 동意的할 수 있도록 요구할 권리 ④ 치료거부와 중단권 행사시 그로 인해 발생할 수 있는 결과에 대해 고지받을 권리 ⑤ 강박이나 유도 없이 동意的 철회할 권리 등의 요건을 구비하도록 선언하고 있다. 이는 '자기결정의 행사를 지원받을 권리'(WHO 10대원칙 제6조)를 포함한다.

동意的능력 없는 환자의 경우에는 '환자를 대신하여 환자의 최선의 이익이 되도록 결정할 승인받은 의사결정 대리인'이 있어야 한다(WHO 10대원칙 제5조 제3항)는 전제 아래, 비자발적 치료의 몇 가지 요건이 제시된다.(MI 원칙11 제6조 이하)

① 그 치료가 독립된 감독기관에 의해 최선의 치료법으로 평가되어야 한다. ② 강제치료는 정신과전문의가 환자 혹은 타인의 즉각적인 위험을 막기 위해 긴급하게 치료를 받아야 한다고 판단하는 경우 시행될 수 있다. ③ 이때에도 환자에게 치료의 본질, 가능한 대체방법을 최대한 설명하여야 하며 환자에게 치료계획 진척의 유용성을 전달하여야 한다. ④ 치료를 위해 요청된다고 할지라도 환자의 육체적 억류 및 격리는 그것이 환자 혹은 타인의 즉각적인 피해를 막기 위한 유일한 방법일 경우에 한해 채택될 수 있다. ⑤ 주요 약물치료 및 수술은 독립적인 심사가 필요하다. ⑥ 정신과적 외과수술과 다른 과도하고 반복할 수 없는 치료는 절대로 시술될 수 없으며, 환자가 동意的한다고 하더라도 최선의 치료라고 하는 제3자의 판단이 부가적으로 필요하다. ⑦ 임상실험 혹은 실험적 시술의 대상이 될 수 없다. ⑧ 환자, 대리인, 이해관계인 등은 법원이나 독립 감사기관에 이의를 제기할 권리가 있다.

다. 강제입원치료의 요건

(1) 원칙

정신보건시설에서 입원하여 치료가 필요한 경우 강제입원을 막기 위해 모든 노력이 경주되어야 하며 강제 입원된 모든 환자는 원할 때 언제든지 퇴원할 수 있다(MI 원칙15)는 것은 정신질환자의 인권을 위한 대전제이다. 바로 그렇기 때문에 강제입원은 심사 및 초기치료 계류 심사를 위해 단기간이어야 한다(MI 원칙16. 2.).

강제입원치료는 정신질환의 인권에 가장 심각한 영향을 미치는 조치이기 때문에 강제입원치료를 선택하기 위해서는 가장 엄격한 요건을 갖추어야만 한다. 우선 강제입원치료 조치가 내려지기 위해서는, 방치하는 경우의 위험성이 심각한 것이어야만 한다. '정신장애로 인하여, 자신이나 타인에게 즉각적인 해가 있을 것이라는 심각한 가능성이 존재하여야 한다'(MI 원칙16, 정신의학과 인권에 관한 권고 1235)거나, '입원하지 않으면 적절한 치료를 받을 기회가 박탈되거나 그럴 상황에 놓이게 되어, 정신보건시설에 입원해서만 적절한 치료를 받을 수 있어야 한다'(MI 원칙 16, 정신의학과 인권에 관한 권고 1235)는 것이 그러한 의미이다.

이해관계 없는 서로 다른 의료전문가의 동의가 필요함은 물론이다. MI는 최초로 진료한 정신보건전문의와 관련이 없는 다른 전문의가 강제입원에 동의하여야 할 것을 요구한다(MI 원칙16). 독립적인 심사기관의 판단에 있어서도 독립적인 정신보건전문의의 판단이 필요하고, 퇴원결정시 당해 시설과 관련되어 있는 전문의의 소견만을 청취해서는 안 된다.

전문가가 치료의 필요성과 자해와 가해위험성을 의학적 관점에서 제시하더라도, 강제치료와 별개로 인신구금이 수반되는 까닭에 인신구금의 필요성 또는 더 나은 방안의 모색 등을 위해 인권적 관점에서의 고려가 부가되어야 한다. 정신의학과 인권에 관한 권고 1235는 '강제입원의 결정과 입원시기의 결정은 법원에 의해 이루어져야 한다'고 권고한다.

강제입원치료 조치가 결정되었다고 하더라도 지속적인 입원치료가 필요한 것인지 여부에 대하여 반드시 정기적이고 자동적인 심사가 이루어져야 한다(정신의학과 인권에 관한 권고 1235). 이 경우 앞선 결정의 심사위원이 이후 심사에 참여하지 않도록 하는 것이 중요하다(WHO 10대 기본원칙 제8조).

(2) 정신보건법의 규정

현행 정신보건법은 강제입원의 요건을 보호의무자(부양의무자 등과 기초자치단체장)에 의한 강제입원의 경우와 광역자치단체장에 의한 강제입원의 경우를 다르게 규율하고 있다.

보호의무자에 의한 강제입원의 경우 '보호의무자의 동의'와 '입원의 필요성에 대한 정신과전문의의 진단'만으로 강제입원이 가능하다(제24조). 입원의 필요성에 대한 판단은 그 '질환이 입원치료를 받을 만한 정도인지 그리고 환자 자신의 건강 혹

은 안전이나 타인의 안전을 위하는 지' 여부로 내려진다. 이때의 입원기간은 6월 이내로 하되, 계속입원치료 여부를 판단할 때에도 보호의무자의 동의와 정신과전문의의 진단만으로 매6월씩 연장될 수 있도록 하고 있다. 보호의무자가 퇴원신청을 해도 정신과전문의가 단순히 '위험성을 고지'하기만 하면 퇴원이 중지될 수 있다. 입원기간이 가장 길면서도 보호의무자가 동의하고 있다는 차원에서 강제입원의 요건이 매우 완화되어 있는 것이다.

광역자치단체장에 의한 강제입원은 치료목적을 위한 강제입원이 아니라 증상의 정확한 진단을 위한 것이다. 따라서 그 기간도 2주 이내로만 허용되고 요건도 '자신 또는 타인을 해할 위험이 있을 것'이 요구되고 있다. 다만 '계속입원이 필요하다'는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 소견이 있으면 별도의 추가적인 요건 없이 그리고 환자나 보호의무자의 동의 없이도 강제입원이 계속된다(제25조). 이 경우 입원기간은 3개월로 하고, 3개월이 경과하고 난 다음에도 재차 3개월을 기간으로 강제 입원시키기 위해서는 2인 이상의 정신과전문의 또는 정신보건심판위원회가 '자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 명백히 인정'하여야 한다. 보호의무자의 동의에 있어서, 2주 이내의 진단 기간 동안은 강제입원에 대하여 보호의무자 등에게 서면으로 알려야 하지만, 계속입원이 필요하다는 정신과전문의의 소견이 있는 경우에는 보호의무자의 동의 없이 광역자치단체장이 직접 강제입원치료를 의뢰하고 단지 서면으로 그 내용을 보호의무자 등에게 통지하면 되도록 규정하고 있다.

응급입원은 정신질환자로 추정되는 자를 발견한 자가, 그가 '자신 또는 타인을 해할 위험이 크고' '상황이 매우 급박하여' '자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시도지사에 의한 입원 어느 것도 불가능할 때' '의사와 경찰관의 동의를 얻어' 입원 의뢰하는 것으로, 72시간 이내로 강제 입원시킬 수 있다. 정신과전문의가 계속입원이 필요하다고 판단하는 경우 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시도지사에 의한 입원 절차를 거치도록 하고 있다.

독립적인 심사기관의 판단에 있어서 정신보건법 제32조는 정신보건심판위원회가 퇴원 등을 심사할 때는 입원을 결정한 위원과 당해 정신의료기관에 소속된 위원은 참여할 수 없도록 하고 있는 점은 위험성에 대한 규정에 비해 그나마 긍정적이다.

(3) 보호의무자에 의한 입원의 법치주의적 정비 방향

① 입원기간 단기화

보호의무자에 의한 입원은 6개월 단위로 심사하도록 되어 있고, 광역자치단체장에 의한 입원의 경우 2주 이내의 증상 진단 이후 계속입원은 3개월로 하고 있다. 입원기간 즉 치료기간은 질환에 대한 의학 전문적 판단에 달려있는 것일 뿐, 보호의무자가 동의했기 때문에 기간을 늘릴 수 있다는 논리는 성립될 수 없다. 따라서 강제

입원은 최소 제한의 원칙에 의거하여 가능한 한 단기간이어야 하므로 3개월을 단위로 통일하는 것이 타당하다.

광역자치단체장에 의한 입원의 경우는 증상을 정확히 파악하기 위한 것이므로 그 기간은 2주까지 길게 할 필요가 없고 72시간 이내로 제한하여야 한다(이 경우 보호의무자에게 통지하는 방법으로 서면통지방법은 배제되어야 한다). 법 제26조의 응급입원의 경우에도 72시간의 범위 내에서 계속입원 여부를 진단하도록 하고 있다. 일본의 경우에도 도도부현지사에 의한 입원과 응급입원의 경우 동일하게 72시간으로 하고 있다(일본 정신보건 및 정신장애인 복지법 제29조의2, 제33조의4).

② 강제입원을 위한 환자의 주관적 요건 강화

강제입원을 위한 요건으로서 '위험성'에 대한 규정이 매우 허술하다. 현행 정신보건법에는 보호의무자에 의한 입원의 경우에는 아예 위험에 대한 요건 자체가 존재하지 않는다. 전문의가 질환이 입원치료를 받을만하고 입원이 환자의 건강을 위한 것이라고 판단하면 곧바로 강제입원이 가능해진다. 강제입원으로 초래되는 기본권적 법익은 오로지 환자 본인만이 처분 가능한 법익이다. 따라서 보호의무자의 동의가 있다고 해서 인신의 구급이 보다 손쉽게 이루어질 수 있다는 것은 법치주의의 실종이다. 강제입원이라는 점에서는 보호의무자에 의한 입원이든 광역자치단체장에 의한 입원이든 응급입원이든 동일하다. 따라서 위험성에 대한 요건은 MI 원칙16에서 제시하고 있는 것처럼 '자신이나 타인에게 즉각적인 해가 있을 것이라는 심각한 가능성이 존재'할 것을 규정하여야 한다. 또 다른 요건으로, '정신보건시설에 입원하지 않고서는 적절한 치료를 받을 수 없는 경우에 한해 강제입원이 가능하다는 규정'을 신설해야 한다. 위험성에 관한 위 요건은 정신보건법에 구체적으로 명시되고 세부적 기준은 시행령으로 정하도록 하여 자의적 판단의 여지를 최소화하여야 한다.

③ 전문의의 소견

전문이의 소견과 관련하여, 보호의무자에 의한 입원의 경우에는 서로 다른 전문의 2인 이상의 '입원의 필요성'에 대한 일치된 진단을 요건으로 해야 하고, 광역자치단체장에 의한 입원의 경우와 응급입원의 경우에는 계속입원의 판단에 있어 최초 진료했던 전문의가 아니며 당해 시설과 관련이 없는 전문의가 추가로 강제입원에 동의해야 한다는 요건이 부가되어야 한다. 강제입원의 연장 즉 반복되는 계속입원결정에 있어서 법원에 의견을 제출하는 전문의 등은 그 이전의 결정에 참여했던 자와 최소한 1/2 이상은 중복되지 않아야 한다.

④ 통지

응급입원의 경우, 시도지사에 의한 입원과는 달리 강제입원 이후 최장 72시간 동안 인신을 구속하면서도 보호의무자 등에게 서면으로 통지할 의무를 면제시키고 있

다(제26조). 응급입원의 주체는, 광역자치단체장이 아닌 의뢰받은 정신의료기관의 장이기 때문에 일응 이해되는 측면도 있으나, 헌법은 인신을 구속할 때 반드시 보호자에게 통지하도록 요구하고 있으므로 응급입원에 동의하도록 되어 있는 경찰관(제26조 제1항)을 통해 보호의무자에게 통지하는 것이 필요하다. 72시간이내이기 때문에 서면통지를 배제하여야 한다.

(4) 특히 법원에 의한 통제

① 인권적 관점에 부합하는 원칙적 개선 방안 : 법원에 의한 사전통제 방안

현행법상 '보호의무자에 의한 입원'은 보호의무자의 동의와 정신과전문의 1인의 입원 필요성을 인정만으로 입원이 가능하다. 이처럼 입원 과정에서 공적인 기관의 객관적 심사를 회피할 수 있다는 점 때문에 보호의무자에 의한 입원이 남용되고 있다. 보호의무자에 의한 입원제도의 법치주의적 정비를 위해서 가장 핵심적으로 개혁되어야 할 과제는 강제입원의 심사 및 결정을 공적인 심사기관이 맡도록 하는 것이다. 정신보건법상 강제입원이 된 자는 임의로 퇴원할 수 없고, 시설 내에서 행동의 자유, 통신권 등 헌법상 기본권이 제한(정신보건법 제45조, 제46조)될 수 있다는 점에서 강제입원은 기본적으로 헌법상 신체의 자유 등을 제한하는 것이므로, 보호의무자에 의한 입원에 있어서도 헌법 제12조에 정하여진 적법절차 및 영장주의의 적용을 받는 것이 원칙이다.⁴⁾ 따라서, 환자의 입원 여부를 법원이 최종적으로 심사하고 결정하도록 제도개선이 이루어져야 한다. 이는 국제원칙('정신의학과 인권에 관한 권고 1235')이 정한 원칙에 부합하고, 현행 민법상으로도 보호의무자에 해당하는 후견인이 금치산자를 입원시키기 위해서는 사전에 법원의 허가를 얻도록 이미 규정되어 있다(민법 제974조).⁵⁾

이 때 주의할 점은 다음과 같다. 첫째, 현행 정신보건법상 보호의무자의 입원 동의권한은 법원에 대한 입원결정 신청권으로 제한되어야 한다. 둘째, 보호의무자의 입원신청이 있으면 법원은 정신과 전문의 2인의 입원이 필요하다는 일치된 의견(위 ①에 정한 기준에 따른 의견)이 있는 경우에 환자의 입원을 결정하여야 한다. 셋째, 이때 법원은 환자의 상태에 대한 정신과전문의들의 전문적 소견, 보호의무자의 상황, 환자의 인권적 측면, 사회 방위적 측면 등을 모두 고려하여야 한다. 넷째, 가장 중요한 점은 그동안의 형식적 심사를 지양하고 환자의 직접 면담 등 실질적 심사를 강화하는 것이다. 그동안 지방정신보건심판위원회의 계속입원심사는 형식적 서류심

4) 국가공권력에 의한 구금 뿐만 아니라 사인에 의한 구금도 신체의 자유를 제한하는 측면에서 동일하므로, 헌법의 요청에 의하여 인신보호법 등 사인에 의한 구금에 대한 통제방안이 필요하다는 주장도 제기된다. 절실히 요구된다. 심희기, 한국형 인신보호법의 필요성, '인신보호법' 제정을 위한 공청회 2004. 11. 15.

5) 제947조 (금치산자의 요양, 감호) ①금치산자의 후견인은 금치산자의 요양, 감호에 일상의 주의를 해태하지 아니하여야 한다.

②후견인이 금치산자를 사택에 감금하거나 정신병원 기타 다른 장소에 감금치료함에는 법원의 허가를 얻어야 한다. 그러나 긴급을 요할 상태인 때에는 사후에 허가를 청구할 수 있다.

사에 그쳐왔다. 다섯째, 보호의무자에 의한 입원은 급박한 경우가 아니어서 반드시 진단을 위한 입원이 필요한 것은 아니므로 진단을 위한 72시간 내의 입원여부는 법원이 결정할 수 있도록 한다. 여섯째, 실질적 심사를 위해서는 시군법원까지의 심사체계가 구축되어야 한다. 법원은 지방법원 및 시군구법원의 지역체계가 이루어져 있기 때문에 각 시군구법원까지 강제입원심사를 위한 전담판사를 둔다면 심사의 실질화가 가능할 수 있다. 필요하다면 스코틀랜드와 같이 각 법원 내에 전담판사와 정신과전문의 기타 정신보건관계자 등으로 이루어진 정신보건심판위원회를 설치하는 방안도 고려할 수 있다.

나아가, 보호의무자에 의한 입원제도 외에 다른 모든 강제입원에 대하여 법원에 의한 심사가 이루어져야 한다. 진단을 위하여 혹은 상황의 급박성으로 인하여 72시간 이내의 시간으로 강제 입원하는 경우를 제외하고, 보호의무자에 의한 입원과 광역자치단체장에 의한 계속입원 그리고 응급입원 이후 계속입원의 결정은 반드시 법원이 심사하여야 한다.

② 현실적으로 고려할 수 있는 제2안 : 법원에 의한 사후통제 방안

현실적으로 보호의무자에 의한 입원을 현행 시도지사에 의한 입원과 같이 진단을 위한 단기입원과 치료를 위한 입원으로 구분하고, 치료를 위한 입원의 심사 및 결정을 정신보건심판위원회와 같은 기관이 담당하도록 하는 방안도 고려될 수 있다.

현행 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원이나 자의입원에 있어서 진단을 위한 단기입원과 치료를 위한 입원을 구분하고 있지 않고, 시·도지사에 의한 입원의 경우에만 양자를 구분하여 규정하고 있다. 정신질환자의 부당한 비자의입원을 최소화하기 위해서는 입원을 위한 진단절차와 입원절차를 명확히 구분하여 진단절차를 보다 구체화할 필요가 있다. 따라서 보호의무자에 의한 입원이나 자의입원에 있어서도 시·도지사에 의한 입원과 마찬가지로 진단을 위한 단기입원과 치료를 위한 입원을 구분하여 규정하여야 한다.

정신보건법 제25조의 '시·도지사에 의한 입원' 규정에 의하면 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자를 발견한 정신과 전문의 또는 정신보건전문요원은 시·도지사에게 당해인의 진단 및 보호를 신청할 수 있고(제1항), 신청을 받은 시·도지사는 즉시 정신과전문의에게 당해 정신질환자로 의심되는 자에 대한 진단을 의뢰하여야 한다(제2항). 정신과전문의가 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정할 때는 시·도지사는 그 자를 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다(제3항). 시·도지사는 진단결과 당해 정신질환자에 대하여 계속입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 소견이 있는 경우 당해 정신질환자에 대하여 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관에 입원치료를 의뢰할 수 있다(제6

항).

정신보건심판위원회가 입원단계에서부터 개입한다고 하더라도 정신보건심판위원회의 입원 결정에 대해 법원이 사후적으로 통제할 수 있는 장치는 확보되어야 한다. 입원치료 결정을 받은 정신질환자 및 그 보호의무자 등이 정신보건심의위원회의 입원치료 결정에 대해 법원에 이의신청을 할 수 있도록 하고, 법원이 정신질환자 본인을 직접 심문하며 필요한 경우 국선변호인을 선임하는 등 심리를 거쳐 이의신청이 이유가 있다고 인정되는 때에는 입원치료 결정을 받은 정신질환자의 수용을 즉시 해제하도록 하여야 한다.

(5) 보호의무자에 의한 입원에 관한 정신보건법 개정 방향

위에 논의한 보호의무자에 의한 입원에 관한 법치주의적 정비방안을 정신보건법 규정으로 보면 다음과 같다.

표 2.5 보호의무자에 의한 입원제도에 관한 정신보건법 개정방향

현행 규정	법원의 사전통제방안	법원의 사후통제방안
<p>제24조 (보호의무자에 의한 입원) ①정신의료기관의 장은 정신질환자의 보호의무자의 동의가 있는 때에는 정신과전문의가 입원이 필요하다고 진단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원시킬 수 있으며, 입원시 당해 보호의무자로부터 보건복지부령이 정하는 입원동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.<개정 2000.1.12></p> <p>②정신과전문의는 정신질환자가 입원이 필요하다고 진단한 때에는 제1항의 입원동의서에 당해 정신질환자가 다음 각호의 1에 정한 경우에 해당된다고 판단한 다음 의견을 기재한 입원권고서를 첨부하여야 한다.</p> <p>1. 환자가 정신의료기관내 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우</p> <p>2. 환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원할 필요가 있는 경우</p> <p>③제1항의 입원기간은 6월</p>	<p>제24조 (보호의무자에 의한 입원) ①보호의무자는 법원에 자신이 보호하는 정신질환자의 입원을 신청할 수 있다.</p> <p>②법원은 제1항의 신청 및 정신과전문의 2인의 입원이 필요하다는 일치된 의견이 있는 경우 당해 정신질환자의 입원을 결정할 수 있다.</p> <p>③법원은 입원여부의 결정 전에 반드시 당해 정신질환자 및 입원을 신청한 보호의무자를 면담하여야 한다.</p> <p>④법원은 필요할 경우, 당해 정신질환자의 입원여부의 진단을 위하여 72시간 내에서 진단을 위한 입원을 명할 수 있다.</p> <p>⑤제2항의 입원기간은 3월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관의 장은 3월이 경과한 후에도 계속입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단이 있는 경우에는 매 3월마다 법원에 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여야 한다.</p> <p>⑥정신의료기관의 장은 제5항의 규정에 의한 심사결과에 따라 법원으로부터 퇴원명령을 받은 때에는 당해 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.</p> <p>⑦정신의료기관의 장은 제2항 및 제5항 규정에 의하여 정신질환자를</p>	<p>제24조 (보호의무자에 의한 입원) ①정신의료기관의 장은 다음의 요건에 해당하는 자에 대하여 그 보호의무자의 동의가 있는 때에는 정신과 전문의가 진단을 위한 입원이 필요하다고 인정하는 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원시킬 수 있다.</p> <p>1. 정신장애가 있을 것</p> <p>2. 정신장애로 인하여 개인이나 타인에게 즉각적인 해가 있을 것이라는 심각한 가능성이 있을 것</p> <p>3. 강제입원 이외의 대체방안들이 충분히 조사되었고 그러한 대체방안이 부적합하다고 판단되었을 것</p> <p>②입원시 당해 보호의무자로부터 보건복지부령이 정하는 입원동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.</p> <p>③정신과전문의가 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 제1항 각호의 요건에 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정할 때는 정신의료기관의 장은 당해인을 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.</p> <p>④정신의료기관의 장은 제3항의 규정에 의한 입원을 시킨 때에는 당해 정신질환자의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에 대하여 지체없이 입원사유·입원기간 및 장소 등을 서면으로</p>

<p>이내로 한다. 다만, 정신의료기관의 장은 6월이 경과한 후에도 계속입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 때에는 매 6월마다 시·도지사에게 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여야 한다.</p> <p>④정신의료기관의 장은 제3항의 규정에 의한 심사결과에 따라 퇴원명령을 받은 때에는 당해 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.</p> <p>⑤정신의료기관의 장은 제1항 및 제3항의 규정에 의하여 정신질환자를 입원 또는 입원기간을 연장시킨 때에는 지체없이 본인에게 입원 또는 입원기간을 연장시킨 사유와 제29조의 규정에 의한 퇴원심사 등의 청구에 관한 사항을 서면으로 통지하여야 한다.</p> <p>⑥정신의료기관의 장은 제1항 및 제3항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 보호의무자로부터 퇴원신청이 있는 경우에는 지체없이 당해 환자를 퇴원시켜야 한다. 다만, 정신과전문의가 정신질환자의 위험성을 고지한 경우에는 정신의료기관의 장은 퇴원을 중지할 수 있다. 이 경우 보호의무자는 즉시 지방정신보건심의위원회에 이의를 신청할 수 있다.</p> <p>⑦정신의료기관의 장은 제1항 및 제3항의 규정에 의하여 입원한 환자로부터 퇴원의 청구가 있는 때에는 정신과전문의의 의견에 따라 퇴원이 가능한 경우 당해 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.</p>	<p>입원 또는 입원기간을 연장시킨 때에는 지체없이 본인과 보호의무자에게 입원 또는 입원기간을 연장시킨 사유를 통지하고 설명하여야 한다.</p> <p>⑧정신의료기관의 장은 제2항 및 제5항 규정에 의하여 입원한 환자나 보호의무자로부터 퇴원 신청이 있는 경우는 지체없이 당해 환자를 퇴원시켜야 한다. 다만 환자가 퇴원신청한 경우 정신과전문의가 당해 환자가 자신 또는 타인을 해할 즉각적이고 심각한 위험이 있다고 고지한 경우에는 정신의료기관의 장은 퇴원을 중지할 수 있다. 이 경우 환자는 즉시 법원에 계속입원치료에 대한 심사를 청구할 수 있다.</p> <p>⑨ 법원의 계속입원치료심사에 대하여는 제2항, 제3항의 규정을 준용한다.</p>	<p>통지하여야 한다.</p> <p>⑤정신의료기관의 장은 제3항의 규정에 의한 진단결과 당해 정신질환자에 대하여 계속입원이 필요하다는 2인 이상의 각 다른 기관의 정신과전문의의 일치된 소견이 있는 경우 당해 정신질환자에 대하여 정신의료기관에 입원치료를 정신보건심판위원회에 의뢰할 수 있다.</p> <p>⑥정신의료기관의 장은 제7항의 규정에 의한 입원의뢰시 당해 정신질환자 및 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에 대하여 계속입원이 필요한 사유 및 기간과 제29조의 규정에 의한 퇴원심사 등의 청구에 관한 사항을 지체없이 서면으로 통지하여야 한다.</p> <p>⑦제5항의 규정에 의한 입원기간은 3월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관의 장은 3월이 경과한 후에도 계속입원치료가 필요하다는 2인 이상의 각 다른 기관의 정신과전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 때에는 매 3월마다 시·도지사에게 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여야 한다. 정신의료기관의 장은 정신보건심의위원회의 심사결과에 따라 퇴원명령을 받은 때에는 당해 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.</p> <p>⑧입원치료 결정을 받은 당해인, 보호의무자, 그밖의 대통령령이 정하는 자는 정신보건심의위원회의 입원치료 결정에 대해 법원에 이의신청을 할 수 있다.</p> <p>⑨법원은 제8항의 이의신청사건을 심리한 결과 그 청구가 이유가 있다고 인정되는 때에는 결정으로 입원치료결정을 받은 당해인의 수용을 즉시 해제하도록 하고, 이유가 없다고 판단되는 때에는 이를 기각하여야 한다.</p> <p>⑩법원은 제8항의 이의신청사건의 심리에 있어서 입원치료 결정을 받은 당해인을 직접 심문하여야 하며, 변호인이 필요하다고 인정되고 입원치료 결정을 받은 당해인이 변호인을 선임할 능력이 없을 때에는 국선변호인을 선임하여야 한다.</p> <p>⑪제8항의 이의신청과 관련된 관할, 조사, 관계자 소환 등에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>
---	---	---

2. 절차상의 권리보장

가. 원칙

정신질환자는 강제치료와 강제입원의 의미를 정확히 알 수 있어야 하며 그 속에는 자신의 권리와 권리의 행사방법이 포함되어 있어야 한다. 환자가 그러한 정보를 이해할 수 없는 경우 환자의 이익과 의지를 가장 잘 알고 대변할 수 있는 사람으로부터 도움을 받아야만 한다. 환자는 환자의 의지를 전달받을 사람 또한 시설에 대한 환자의 이익을 대변할 사람을 지정할 권리를 갖는다(MI 원칙12). 만약 환자가 불평절차나 이의제기를 대신할 변호인을 지정하고 선택할 수 없는 경우 공적 기구에 의해 무료로 제공되어야 한다. 통역 등 의사소통을 위한 보조자를 가져야 한다(MI 원칙18).

환자에게 치명적인 해를 끼치거나 다른 사람의 안전에 위협을 끼친다고 판단되는 경우를 제외하고, 환자의 기록 또는 다른 자료의 사본은 환자나 환자의 변호인에게 전달되어야 하고, 또 열람할 수 있어야 한다(MI 원칙18, 원칙19)

강제입원 및 강제입원의 근거는 즉시 심사기관, 환자 본인과 대리인, 환자가 거부하지 않을 경우 환자의 가족에게 전달되어야 한다(MI 원칙16).

법원의 결정을 포함하여 결정사항에 대하여 이의제기절차가 보장되어야 한다(정신의학과 인권에 관한 권고 1235, MI 원칙17. 7).

나. 현행 정신보건법의 실태와 개선방향

현행 정신보건법은 정신질환자를 치료 및 보호의 대상이자 나아가 그들로부터 사회의 방위를 위한 대상으로 보기 때문에 애초부터 정신질환자의 권리장전의 형식으로 만들어져 있지 않다. 따라서 강제치료와 강제입원치료에 있어서 환자들이 지닌 권리에 대해 구체적으로 표현하지 않고 있다는 근본적인 문제점이 있다. 위에서 말한 절차적 권리들은 최소한의 요청임에도 불구하고 규정이 미진하기 짝이 없다. ‘정신질환자는 …의 권리를 갖는다’는 표현방식으로 대폭 보장되어야 한다.

무엇보다도 환자가 자신의 기본권적 상황이 변하는 과정에 대해 고지받을 권리, 변호인과 보조인을 선택하고 그들로부터 도움을 받을 권리, 치료 상황에 대하여 주기적으로 정보를 제공받을 권리, 자신의 정보를 원칙적으로 언제든지 열람할 수 있는 권리 등이 정신보건법에 명시적으로 규정되어야 한다. 특히 치료 등의 정보 열람을 위해서는 환자의 상태가 처음부터 치밀하게 기록되고 단절 없이 관리되어야 한다. 정신의료기관과 정신보건시설을 전전하는 과정에서 환자의 기록은 부실하게 관리되고 있고 그 감독은 매우 허술하게 이루어지고 있는 실정이다.

제5절 맺음말

현재 정신보건법에서 규정하고 있는 보호의무자에 의한 강제입원치료제도는 환자의 치료목적에 기여하고 있다기보다는 사회방위와 부양의무자 등의 책임회피수단으로 악용되고 있다는 혐의로부터 자유롭지 못하다. 보호의무자에 의해 강제 입원된 환자가 정신보건시설로부터 벗어나기가 극히 어렵다는 통계가 이를 입증한다. 치료 실패가 이럴진대 환자의 인권이란 차원에서 전면적인 재검토가 필요하다. 치료의 실효성은 의료기관에게 맡긴다고 하더라도 인권의 보호문제는 현재의 강제입원시스템을 바꿈으로써 현저히 개선 가능하다. 그 핵심은 헌법의 적법절차원칙에 부합하게 강제입원에 있어서 사법심사절차를 거치도록 하는 것이다.

스코틀랜드는 2003년 정신보건에 관한 법률(Mental Health(Care and Treatment) Act 2003)을 새롭게 만들면서 정신보건법원(Mental Health Tribunal)을 신설했다. 요양보호계획 심의, 강제치료명령 결정, 재심사 실시 등의 기능을 수행한다. 법률가와 정신과전문의, 기타 기술과 경험을 갖춘 자 등 3인으로 구성되는 이러한 시스템은 정신질환자의 인권보호에 상당한 도움을 줄 수 있다. 우리에게 시사하는 바가 크다.

제3장 지역사회치료명령제 제도화 방안

제1절 지역사회치료명령제의 개념

1. 인권보호의 필요성

인권(人權)은 인간이 가지고 있는 기본적 권리를 의미한다. 유엔 헌장 제1조는 인간이 가지는 천부적이고 생래적인 권위로 정의하고 있으며, 모든 회원국들은 기본적인 인권, 인간의 존엄과 가치, 남녀평등을 인정하고 인권과 기본적 자유를 증진하고 이에 대한 보편적인 존중이 달성되도록 노력해야 한다고 규정하고 있다. 또한, 법의 관할 지역이나 지역적인 변수나 민족, 국적 등과 상관없이 적용되는 기본적 권리이다.

이러한 권리는 일반적으로 생명 권리, 적당한 삶의 수준에 대한 권리, 고문 또는 타 부당한 처우에 대한 보호, 종교와 표현의 자유, 이동의 자유, 자기 결정의 권리, 교육에 관한 권리, 문화와 정치에 참여할 권리 등을 포함한다.

이러한 기본적인 인권은 일반적으로 평등하게 적용되고, 준수 되어지는 것으로 인식되어 지고 있으나, 전시 등에는 특정 권리가 제한되어 지기도 하고 있다. 이렇게 전시, 천재지변 등에 의한 비상사태 등과 같은 특수한 상황에서는 특정 권리가 일시적으로 제한되어질 수 있다는 사회적 공감대가 어느 정도 형성되어 있으나, 정신질환자에 대한 인권 문제는 정신질환의 특성과 그 인권의 침해가 개별적으로 이루어지고 있는 경향이 있어 잘 알려지지 않고 있으며, 관심도 받지 못하고 있는 것이 사실이다.

정신질환 중에서도 정신분열병, 조울병 등의 정신병은 특징적인 사고 장애와 행동 장애를 보이며, 현실 검증 능력과 판단에 장애를 보이며, 계속 진행하여 만성적인 경과를 밟는 다는 특징이 있고, 정신질환자 스스로가 자신이 병이 있다는 병식(insight)이 없어 치료의 필요성을 느끼지 못하고, 이러한 병식의 부족이 치료 과정 중의 인권 문제를 야기하게 되는 경우가 많다. 즉, 보호자나 치료진의 적절한 치료가 이루어져야 한다는 목적과 정신질환자의 병식의 부족으로 인한 치료의 필요성을 느끼지 못하는 상황이 서로 충돌이 유발되며, 약자인 정신질환자의 인권 문제가 발생하는 것이 현실이다.

특히, 이러한 인권 문제가 발생하는 상황은 주로 강제적 입원 상황이나 입원 치료 중의 강박(restraint)과 격리(seclusion) 과정에서 흔히 일어나는 것으로 알려져 있어서 가능한 입원이 아닌, 제한이 적은 치료법을 실시하는 것이 권장되고 있다. 이 글은 입원을 줄이고 가능한 외래치료로 대체하기 위한 노력의 하나로 지역사회치료명령제를 소개하고 그 입법 내용을 소개하고자 한다.

2. 지역사회치료명령제의 정의

지역사회치료명령제(community treatment order)는 정신질환을 앓고 있는 사람 중 입원을 대체하여 지역사회에서 치료를 받도록 법으로 명령을 강제함으로써 가능한 입원을 줄이려는 사회적 강제 제도(civil commitment)의 하나이다.

정신질환 중 정신분열병 및 조울 정신병의 경우 젊은 나이에 발병하여 만성적인 경과를 보이면서 장기 입원의 위험에 노출되게 된다. 망상 및 환청 등 잔류 증상이 남아 있으나, 위험한 행동은 보이지 않지만 재발되어 위험할 수 있는 사람 등에게 가능한 덜 제한적인 치료법으로 병원이 아니라 사회에서 관리하기 위한 사회적 강제장치이다.

외래치료명령을 받은 환자는 법에 의해 해당 정신의료기관에서 정해진 기간 동안 투약과 재활서비스를 받아야 하는 의무를 갖게 되며 이를 따르지 않을 경우에는 정신보건의료기관이 이 사실을 정신보건심판위원회에 통지하게 되면 그에 따른 심의를 받게끔 한다.

3. 지역사회치료명령제의 필요성

우리나라에서 외래치료명령제 도입이 필요한 이유는 다음과 같다.

첫째, 국내에 점차 증가하는 장기 입원을 줄이기 위해서이다. 1994년 정신보건법 제정 이후 지역정신보건사업이 실시되고 있으나 정신과 장기 입원 환자는 계속 증가하는 추세를 보이고 있고, 퇴원 후 관리가 어렵다는 현실적인 이유로 병원 중심의 치료가 심화되고 있다. 장기 입원 환자를 지역사회에서 치료받도록 유도하는 기제가 필요한 실정이다.

둘째, 국내에서도 미국과 같이 회전문 현상을 보이는 정신과 환자군의 재입원을 낮추기 위해서 필요하다. 정신분열병, 조울 정신병 환자 중 상당수에서 퇴원 후 치료가 중단되어 반복적인 재발과 입원을 하고 있다. 이런 반복적 재발로 인해 환자가 일부 갖고 있던 사회 적응과 재활 능력조차 발휘하지 못한 채 황폐화된다. 회전문을 보이는 환자들에게 가능한 입원을 억제하고 지역사회에서 강제로 치료를 받도록 하는 것이 필요하다.

셋째, 폭력 행위 및 범법 행위를 한 정신질환자의 퇴원을 유도하고 재범 방지를 위해 도움이 될 수 있다. 정신보건심판위원회에 올라온 입원연장 심사 시 과거 정신병적 상태에서 폭행, 방화 등의 강력범죄 경력이 있는 경우 퇴원하여 치료를 잘 받을 여건이 아닌 경우 퇴원 결정을 내리기 어려운 것이 현실이다. 또한 범죄행위로 치료감호를 받은 환자 중 상당수가 퇴원 후 관리가 어렵다는 이유로 장기 입원되거나 실제 퇴원 후 재발되어 재범을 저지른 경우가 많다. 1981년에서 1992년 3월

까지 범죄행위가 정신질환으로 인한 심신미약상태로 인정을 받아서 치료감호 판결을 받은 환자 896명 중 304명이 퇴소를 하였는데 이들의 재범률은 약 15%로 일반적인 강력범죄자의 재범률 50% 보다 낮은 것을 알려져 있다. 그런데 이 재범자들의 대부분이 퇴소 후 외래치료가 중지된 상태에서 상태가 악화되어 범죄가 발생되었다. 일반 인구에 비해 재범률이 높은 이들의 관리를 위해 지역사회치료명령제는 필요하다.

넷째, 지역사회치료명령제를 통해 보호자의 부담을 경감시킬 수 있다. 외국에서의 경험을 통해 이 제도를 통해 심한 정신질환을 앓는 환자의 입원 횟수와 입원 기간을 줄이고, 보호자에게 경제적, 정서적 도움을 줄 수 있다.

제2절 외국의 지역사회치료명령제 운영과 효과

많은 정신질환의 종류에서 정신분열병(精神分裂病, Schizophrenia)과 조울증(躁鬱症, Mania), 우울증(憂鬱症) 등의 정동장애(情動障礙, Affective disorder)는 장애를 일으키는 주요한 정신질환이다. 이러한 정신분열병이나 정동장애로 인해 많은 환자들이 사회생활을 하지 못하고, 장기간의 투병생활을 하고 있는 것이 현실이다. 특히, 정신분열병이나 조울증의 경우는 평생 투병 생활을 해야 하는 경우가 많은데, 이로 인하여 환자들은 일상생활에 어려움을 경험하는 경우가 많으며, 사회 구성원으로서의 역할을 제대로 수행하지 못하는 경우가 많다. 특히, 이러한 환자들의 경우 병식(病識, Insight)이 없는 경우가 많아, 본인이 치료를 받아야 한다는 사실을 인식하지 못하며, 그래서 제대로 된 치료가 이루어지지 못하는 경우가 많다. 그래서 이들 질환의 상당수의 환자들이 재발을 반복하고, 그 병이 점점 심해지는 경우가 흔하다.

이러한 정신질환의 질병적 특성을 고려하여, 정신질환자의 재발과 재입원 방지 및 길거리 노숙 생활 및 주거 불안정, 불법적 구금 등의 인권 침해 문제 등을 방지하고, 정신질환자의 재발을 돕기 위한 제도를 고안하게 되었다. 이 제도는 이러한 환자들에게 의무적으로 일정기간 치료를 강제하도록 하여, 적절한 치료가 이루어지도록 하는 제도로서 국가에 따라 지역사회치료명령제(CTO, Community Treatment Order), 외래치료명령제(OPC, Involuntary Outpatient Commitment; Assisted Outpatient Treatment, Mandated Outpatient Treatment), 강제외래치료명령제(Compulsory Ambulatory Treatment) 등의 제도를 만들어 실시되고 있다. 이러한 다양한 치료명령제는 병식이 부족한 정신분열병, 정동장애 환자들에게 적절한 치료를 받을 권리를 보장하여, 사회보장권적인 측면에서의 인권을 보장해준다는 기본적인 정신이 바탕이 되고 있다.

특히, 전 세계 80% 정도의 나라에서 시행되고 있는 정신보건법 (국내의 경우 1995년 12월 제정)의 경우, 정신질환자들의 권리를 보호하고, 그들의 권익을 증진시킨다는 원래의 입법 취지와는 달리, 정신질환자를 사회에서 격리시키고, 무의식적인 편견의 산물인 정신질환자들이 충동적이고 폭발적인, 그 행동을 예측하기 힘든 위험한 사람들을 선량한 사람들에게서 격리시킨다는 엉뚱한 목적으로 사용되기도 하는 부작용을 낳기도 하였다. 특히, 정신질환자의 치료는 입원에 의해서만 가능하다는 잘못된 인식의 결과로 정신질환자의 입원 치료 절차에 대하여 정신보건법의 많은 내용이 할애되어 있다. 오히려, 정신질환자들이 적절한 치료를 받을 수 있는 권리를 사회에서 생활하면서 누릴 수 있는 부분에 대한 기술은 거의 없는 것이 현실이다. 우리나라의 정신보건법은 이러한 내용에 대하여는 전무한 실정이다.

이렇게 정신질환자들이 입원하여 격리되지 않은 상태에서, 사회에서 적절한 치료를 받을 수 있는 권리를 보장하고 있는 외래치료명령제도는 현재 호주, 뉴질랜드, 영국, 미국, 캐나다, 이스라엘 등에서 실시되고 있으며, 이 제도의 다양한 명칭처럼 제도의 실행 방법과 그 내용은 국가에 따라 조금씩 다르다. 각 국가에 따른 제도의 특징을 살펴보면 다음과 같다.

호주와 뉴질랜드에서 이러한 외래치료명령제가 활발히 시행되고 있으며, 이곳의 제도를 먼저 기술하면서, 다른 나라의 제도를 비교하겠다.

1. 호주, 뉴질랜드

호주에서는 the Mental Health Act 1986 (the Act)에 의해 지역사회치료명령(CTO, Community Treatment Order) 제도가 20년 전에 시행되었다. 정신질환자에게 환자가 주거하고 있는 지역사회(Community)에서 치료를 받도록 하는 명령제도이며, 지역사회에서 치료를 받는 것을 거부할 경우 강제적으로 입원치료명령이 내려지기도 한다. 본인이 스스로 치료받기를 원하고, 스스로 치료를 잘 할 경우에는 지역사회치료명령이 내려지지 않으며, 지역의 정신보건센터 등의 도움을 얻어 강제적인 지역사회치료명령이 아닌 일반적인 정신과 진료를 받을 수 있다. 뉴질랜드도 호주와 거의 유사한 제도를 운영하고 있다.

가. 개관

호주는 8개의 행정구역으로 나뉘어져 있으며, 각 주마다 서로 조금씩 다른 형태의 지역사회치료명령제도가 시행되고 있다. 평균적으로 1800~2600명의 인구 당 한 명의 환자가 지역사회치료명령제도에 의해 치료받고 있으며, 호주의 Victoria주의 490만 명의 전체 인구 중 약 2600명이 CTO에 의해 치료받고 있다.

뉴질랜드의 경우 지역사회치료명령제도로 치료 받는 환자의 비율도 호주와 거의

비슷한 상태이며, 400만 명의 인구 중 약 1700명 지역사회치료명령제도로 치료를 받고 있다.

나. 의무사항

일반적인 지역사회치료명령제도의 적용 시 환자가 지켜야할 의무 사항은 다음과 같으며 어길 시 강제적인 입원치료명령에 내려질 수 있다.

- 지역사회 정신 보건팀이 환자의 주거에 방문하는 것을 허락해야 함 (보통 주 1 회 방문)
- 다른 곳으로 임의로 주거를 이전할 수 없음.
- 치료팀의 허가 없이는 특정 지역을 벗어나는 여행을 할 수 없음
- 처방에 따라 약물을 복용해야 함
- 외래 진료 (보통 한 달에 1 회) 시간에 맞춰 정신과 진료를 받아야 함
- 습관성 약물 사용은 금지됨

이런 사항들은 환자에게 서면으로 알려주어야 하며, 이러한 사항에 대하여 환자와 상의할 수 있다.

다. 지역사회치료명령제도의 적용 기간과 재심사 과정

초기 적용 기간은 6개월-1년이며, 정신질환에 대한 병식이 부족한 정신병의 특징에 기인하여 장기적으로 지역사회치료명령이 내려지는 환자가 흔하다. 지역사회치료명령제도에 의해 장기적으로 치료를 받게 되는 환자들은 이전에 정신질환으로 인하여 법적인 문제가 있었던 남자 환자인 경우가 많다. 모든 환자가 주기적인 심사와 재평가를 받기를 원하지는 않으며, 일부의 환자는 지역사회치료명령제도에 의한 치료를 계속 받는 것을 원하는 경우도 적지 않다. 지역사회치료명령에 의한 치료도중, 환자가 치료에 대한 자의적 동의를 하여도, 이것이 곧 지역사회치료명령에 의한 치료가 중단하게 하지는 않는다. 이럴 경우, 지역사회치료명령에 의한 강제적 치료의 중단 여부는 치료자의 윤리적 판단에 의해 적절히 판단되어야 한다. 환자의 책임 전문의는 법원이나 위원회와 주기적으로 지역사회치료명령을 계속 적용할 것인지, 아니면 중단할 것인지에 대하여 평가하고 검토하여야 한다.

라. 지역사회치료명령의 적용 정신질환의 범위

지역사회치료명령의 적용은 넓은 범위의 정신질환에 적용되고 있으나, 지능 지체의 경우나 성격 장애의 경우에는 적용하고 있지 않다. 다음의 문제 항목 '만'이 문제가 되는 경우에는 지역사회치료명령의 적용을 하지 않는다.

- 정치적, 종교적, 문화적인 믿음이나 이와 연관된 문제로 인한 경우
- 성적인 취향이나 선호에 의한 경우
- 범죄나 청소년기의 일탈 행동 등의 문제에 의한 경우
- 습관성 약물 중독의 경우
- 지능 지체의 경우

마. 지역사회치료명령제도의 적용 시 고려할 사항

적절한 외래 치료와 정신보건서비스가 환자에게 제공될 수 있다는 확신이 있는 경우에만 내려져야 한다. 즉, 지역사회치료명령을 적용하여도 적절한 치료나 정신보건서비스가 제공될 수 없는 열악한 치료 환경이라면, 지역사회치료명령제도의 적용은 무의미하다. 지역사회치료명령의 강제적인 시행은 정해진 일정한 절차에 의해야 한다. 환자를 책임지고 있는 전문의의 지시에 의해 6개월에서 1년 기간의 정해진 기간 동안 적용되어야 하며, 피적용자인 환자의 반대가 있을 경우에는 제 3의 다른 전문의에 의해 주기적으로 지역사회치료명령제도의 강제적 치료에 대하여 검토를 시행할 수 있다. 정신보건전문가가 치료를 위해 환자의 집 등의 주거하고 있는 공간에 치료에 적절한 횟수만큼 방문할 수 있다. 또한, 환자의 개인적인 방 등의 사적인 공간을 방문하고 들어갈 수 있다. 환자가 치료를 거부하거나, 외래 치료가 불가능할 경우, 환자를 책임지고 있는 전문의의 지시에 의해, 병원으로 구인되거나, 강제 입원시킬 수 있다. 짧은 기간의 입원 시 환자에게 적용되고 있던 지역사회치료명령은 계속 유효하나, 만일 입원 기간이 길어지는 경우에는 다시 평가되어야 한다. 환자를 강제 구인이나 입원 시킬 경우, 적절한 인원과 경찰관이 도움 하에 시행되어야 한다. 현존하는 급박한 자해 및 타해의 위험성이 있어야 한다는 요건은 필수 항목이 아니며, 현존하는 자해 및 타해의 위험성이 없어도 지역사회치료명령제도가 적용될 수 있는데, 그 경우는 치료가 지속되지 않을 경우 이러한 자해 및 타해의 위험 상황이 예측되는 경우이며, 이때 지역사회치료명령을 적용할 수 있다.

바. 지역사회치료명령제도와 탈원화(Deinstitutionalization)

정책적으로 충분한 정부의 예산 책정에 의해 다년간의 적절한 지역사회정신보건 체계가 수립된 이후에 탈원화(Deinstitutionalization)와 지역사회치료명령제도가 활발히 이용되기 시작하였다. 입원해 있는 정신질환자들이 다시 돌아갈 지역 사회에 적절한 정신보건체계가 확립되고, 적절한 정신보건서비스가 제공될 때, 탈원화가 시행되어야 하며, 이러한 기본적인 체계 및 서비스가 완비되지 않았을 경우의 탈원화는 부적절하고, 위험하다는 것을 많은 문헌에서 강조하고 있다. 지역사회치료명령제도의 시행과 함께, 대규모의 탈원화(deinstitutionalization)가 진행되었으며, 실제로 호주의 빅토리아주의 모든 대형정신병원은 10 여 년의 기간 동안 점차적으로 폐쇄되었으며, 25만명의 인구 당 25병상 정도의 규모로 종합병원의 정신과 병동으로 대체되었다. 10일 미만의 아주 짧은 기간의 입원이 일반화 되었으며, 환자들의 증상이 미처 안정되지 않고, 정신병적인 증상이 지속되는 상태에서도 지역사회치료명령의 적용을 받아, 퇴원하여 지역사회에서 치료를 받도록 하였다. 최근 20~30년 동안 이동지역사회정신보건서비스팀(mobile community mental health services team) 매우 빠르게 조직되고 발전되었다.

현재까지 호주와 뉴질랜드에서 지역사회치료명령제도를 시행하면서, 인권 침해적 요소가 없다고 판단하고 있다. 또한, 이 법안의 인권 침해적 요소에 대하여 소송이 제기된바 없다. 또한, 유연하게 지역사회치료명령제도를 적용할 수 있어, 실제 임상 현장에서 활발히 사용되고 있다.

미국에 비해 자유주의적 문화가 널리 퍼지지 않은 관계로, 홈리스(homeless)나 노숙자에 대한 사회적인 혐오가 심하여, 심한 정신질환자에 대하여 지역사회치료명령제도를 적용하는 것에 대하여 사회적인 동의가 높은 편이다.

2. 미국

외래치료명령제 (OPC, Involuntary Outpatient Commitment)란 명칭으로 시행되고 있다. 외래치료명령제란 정신질환자의 재발을 돕기 위하여 법원의 결정에 의하여 강제로 통원 치료 등을 받게 하는 제도이고 지속적인 정신과적 치료와 도움을 받아, 재발과 재입원 등을 방지하며, 노숙자로 전락하거나 범죄에 빠지는 것을 막는 것을 목적으로 하고 있다. 모든 주에서 OPC제도를 승인하고 있지만, 실제로는 40 여 개의 주에서만 법제화 하였고, 나머지 다른 주에서는 법제화를 고려하고 있는 상태이다. 치료 명령은 법원에서 이루어지고 있으며, 주에 따라서는 청문회 등이 추가되어 열리기도 한다. 청문회 절차를 거쳐, 법원이 치료 여부를 결정하게 하고 있으며, 정신질환으로 인한 판단력의 문제가 있다고 볼 경우에는 10일 이내, 없을 경우는 3일 이내에 절차를 완료하도록 하고 있다. 일반적으로 재판의 절차를 통해 1

년 이상의 치료 명령이 내려진다. 주에 따라 45일부터 180일 정도까지 기한을 정해 다시 판정을 받도록 하고 있다. 반복적으로 치료 명령이 동일하게 내려지는 경우 1년 마다 청문회 절차를 거쳐 판정하도록 하고 있다.

외래치료명령과 입원치료명령이 각각 존재한다. 약 3명/ 10만명 (일반인구)의 빈도로 치료가 이루어지고 있으며, 초진 외래 환자의 9.8%, 지속적인 치료를 받고 있는 환자의 7.1%가 이 명령에 의해 치료가 이루어지고 있다(2001). 워싱턴 DC의 경우는 10만명당 50명의 수준으로 활발히 이 제도가 시행되고 있기도 하다.

호주, 뉴질랜드와는 달리 이 제도에 의해 강제적인 치료를 받는 빈도가 적다. 이는 미국 사회의 자유주의적, 개인주의적 성향과 반정신의학(Anti psychiatry), 정신의학피해자운동(Psychiatric survivors movement) 등의 정신과 치료를 반대하는 시민운동 등의 영향력으로 본격적으로 시행되고 있지는 못하다. 즉, 미국의 노숙자의 상당수가 정신분열병이나 알코올중독 등의 문제가 있다는 연구 보고에도 불구하고, 이러한 사람들에 대한 자유주의적 문화의 사회적인 태도가 호주 등과 다르며, 이러한 차이가 이 제도의 시행에 영향을 준다.

3. 캐나다

캐나다의 경우에는 외래치료명령제 (OPC, Involuntary Outpatient Commitment)가 시행되고 있는데 모든 주에서 시행되고 있지는 않으며, Ontario주(2000년 시작됨)와 Sashatchewan주에서만 시행되고 있다. 5-15명/10만명의 빈도로 외래치료명령제가 시행되고 있고, 미국과 비슷하게 제도가 시행되고 있으며, 미국과 마찬가지로 호주 등과는 다르게 활발하게 시행되고 있지 못하다.

4. 이스라엘

1991년부터 Compulsory Ambulatory Treatment (강제외래치료명령) 제도를 시행하고 있으며, 지역 정신과 의사에 의해 치료 명령이 내려진다. 6개월까지의 기간이 최대 치료명령기간이며, 계속 적인 강제외래치료의 여부는 6개월마다 재판정을 한다.

5. 영국

England와Wales 지방에서 시행되고 있다 (the Mental Health Act 1983). Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment 라는 명칭이 사용되고 있으며, 호주 등의 제도와 유사하나, 적용하는 정신질환(Mental illness)의 범위가 좀 더 넓은 편이다. 즉, 호주 등에서는 psychopathic disorder (반사회적 성향이

좀 더 강한 성격장애 등의 정신질환을 칭함, 즉 반사회적 인격 장애 등) 는 정신과 적 치료 체계가 아닌, 사법 체계에서 다루도록 하고 있으나, 영국에서는 정신과 치료 체계에서 치료하도록 하고 있다. 현재 10만 명당 15-25명 정도의 환자가 이 제도에 의해 치료받고 있다.

표 3.1 지역사회치료명령제도의 비교

	호주/뉴질랜드	미국
명칭	Community Treatment Order	Involuntary Outpatient Commitment
명령 주체	지역사회정신보건팀 (정신과전문의)	청문회 절차를 거쳐 법원에서 결정
유효 기간	6개월 마다 재판정	주에 따라 다름 (90-180일이 대부분)
심의 기한	3일내 처리	주에 따라 다름 (10일 이내에 처리)
종류	외래, 입원 치료 모두에 해당	좌동

제3절 구체적 운영 실제 사례 - 호주 중심으로

1. 지역사회 치료 명령

호주의 지역사회 치료 명령은 정신보건법에 그 근거가 있으며, 비자발적인 치료가 필요한 정신질환자를 대상으로 한다. 지역사회치료 명령을 입원 치료보다 덜 제한적이며, 지역사회 내에서 비자발적인 치료를 제공할 수 있다.

가. 지역사회 치료 명령의 치료와 보호의 원칙

첫째, 정신 질환을 가진 사람은 가능한 지역사회 내에서 치료받아야 한다.

둘째, 정신질환을 가진 환자의 치료와 보호의 계획은 지역사회로의 참가, 환자의 직업, 나아가서 환자의 인생을 최대한 도와주는 것이어야 한다.

지역사회 기반의 치료는 정신질환자의 치료에 있어서 가장 현대적인 형태로 볼 수 있으며, 가능한 가장 덜 제한적인 환경에서, 가장 비침습적인 방법으로 치료와 보호를 제공하는 것을 중요시 여긴다.

지역사회 치료명령제도가 효과적으로 이루어지기 위해서는 지역사회 치료명령의

대상자와 치료진의 상호 존중 관계가 중요하다. 이러한 과정은 시간과 치료진의 일관성, 정보의 공유와 협상이 요구된다.

나. 용어의 설명

(1) 승인치료기관(approved mental health service)

지역사회 치료명령제에 참여하도록 승인 받은 지역의 의료기관이며, 입원 시설이 반드시 필요한 것은 아니다.

(2) 공인 정신과 의사(authorized psychiatrist)

지역사회 치료 명령을 결정하고 치료 계획을 수립하는데 참여하는 정신과 의사이며, 감독의사와 함께 실질적인 환자 치료에도 관여한다.

(3) 비자발적 치료 명령(involuntary treatment order)

지역사회에서의 치료요구나 치료권고가 있을 때, 환자가 지역사회 치료 명령에 해당되는지의 여부를 판단할 수 있도록 환자가 인정 정신과의사의 검진에 응하도록 하는 명령이다.

(4) 정신보건전문요원(mental health practitioner)

승인 치료기관에 속하는 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 직업치료사 등이 있다.

(5) 감독의사(supervising medical practitioner)

지역사회 치료 명령에 따라서 지역사회에서 환자의 치료를 담당하는 의사이며, 정신과 의사가 아니어도 가능하다.

2. 지역사회치료 명령을 위한 기준

가. 지역사회치료명령 기준

지역사회치료명령이 내려질 수 있는 대상자는 다음의 모든 기준을 충족하여야 한다.

- 정신질환이 있는 것으로 보인다.
- 그 사람의 정신과적 질환은 즉각적인 치료를 요하며, 비자발적인 치료 명령을 통해서만 치료를 받을 수 있는 상황이다.
- 그 사람의 정신과적 질환 때문에 비자발적인 치료가 그 사람의 안전 또는

건강을 위해 필요하다.

- 그 사람이 정신질환 치료에 대해 동의를 거부하거나 동의할 수 없는 상태에 있다.
- 그 사람의 행동과 의사결정의 자유를 보장하는 방법으로는 정신질환을 적절히 치료받기 어렵다.

나. 지역사회치료명령 기준의 구체적 설명

위의 다섯 가지 기준의 구체적인 보조적인 설명은 다음과 같다. 이 설명은 정신보건심판위원회의 결정에서 유래한 것으로 판단을 할 때 참고하기 위한 지침이다. 이 지침은 공식적이고 확립된 기준이라기보다는 참고 사항으로 해석되어야 한다.

(1) 정신질환이 있는 것으로 보인다.

정신질환의 증상을 현재 보이고 있거나 또는 최근에 보인 적이 있어야 하고, 정신기능의 장애가 알려진 증후군의 일부이어야 하며, 아닌 경우 증상의 정도가 병적인 수준이어야 하며 특정 정치적이거나 종교적인 믿음, 동성에 관련 또는 반사회적 인격특성을 가졌다는 이유로 정신질환으로 간주되어서는 안 된다.

(2) 그 사람의 정신과적 질환은 즉각적인 치료를 요하며, 비자발적인 치료 명령을 통해서 치료를 받을 수 있다.

‘치료’라 함은 ① 정신질환을 개선하고, ② 질환이 초래하는 고통이나 증상의 감소 등을 위해 전문적인 기술이 요하는 과정을 일컫는다.

‘즉각적인 치료를 요하는지’ 여부를 결정하는데 있어 고려할 사항으로는 치료를 거부하거나 중단 시 단기간에 재발될 가능성, 재발 시 생길 수 있는 장애 중증도, 증상이 재발되었을 때 생길 수 있는 혼란 정도 등이 있다.

환자의 최근 상태, 보호자나 가족에게서 얻은 정보, 환자의 과거력을 포함한 얻을 수 있는 모든 정보를 모아서 결정에 반영되어야 한다. 환자의 관점에서 비자발적 치료를 받는 불편을 넘어서는 치료의 이점이 있는지 고려되어야 한다.

(3) 그 사람의 정신과적 질환 때문에 비자발적인 치료가 그 사람의 안전 또는 건강을 위해 필요한 경우

비자발적인 치료의 대상이 될 때는 중, 단기간의 치료기간 중의 환자의 정신질환

으로 인한 정신적 혹은 육체적인 건강의 기능저하와 환자의 현존하는 정신 질환을 안전하게 치료하는 것이 필수적이다.

환자가 치료에 응하지 않아 치료 시간이 지연되었을 때, 상당한 위험이 있으며, 치료에 순응하지 않았을 때, 이러한 결과로 상당한 기능 저하가 예상된다.

질병 때문에 생긴 영향(예를 들어 폐를 끼치는 정도)으로부터 지역사회의 다른 구성원들을 보호하기 위해 환자를 지역사회 치료 명령에 포함시킬 수 없다.

(4) 정신과적 질환의 치료를 위한 동의를 할 수 없는 상황이거나 치료를 거절하는 경우

치료의 목적의 이해에는 확립된 동의서 양식이 필요하며, 자신의 질환에 대해 완전한 병식을 갖지 못한 경우에는 충분한 지식을 전달해야 한다.

(5) 그 사람의 행동과 의사결정의 자유를 보장하는 방법으로는 정신과적 질환의 치료를 위한 적절한 치료를 받을 수 없는 경우

비자발적 치료가 포함하는 강요와 의무가 환자가 처방받은 치료 계획에 순응하는데 있어 필수적인지의 여부, 정신과적 치료가 환자에게 제공 가능하고 적절한지의 여부, 환자가 지역사회에서의 비자발적 치료 결정을 받게 되는 것이 현재 치료에 응하도록 돕고 있는 사회적 인적자원에 어떤 영향을 미치게 될지의 여부를 평가한다.

(6) 위의 다섯 가지 기준에 더하여 공인 정신과 의사가 환자에게 필요한 치료가 지역사회 치료 명령을 통해 이루어질 수 있다고 인정해야 한다.

3. 지역사회 치료 명령제시행 이전에 정해져야 할 것들

가. 가능한 가장 덜 제한적인 방법을 보장 할 것

집행 기관은 치료가 가능한 가장 덜 제한적이며 덜 침습적인 방법으로 가장 효과적으로 행해지도록 요구받는다. 비록 지역사회치료 명령이 비자발적 입원치료보다는 덜 제한적이라고는 해도 역시 개인의 권리에는 상당한 수준의 침해가 있을 수 있다. 그래서 어떤 사람의 치료명령 결정을 내릴 때는 반드시 그 사람의 치료의 필요성, 또는 그와 연관된 다른 전략, 예를 들어 치료 관련된 토론이나 가족 또는 다

른 사회적인 지지구조를 작성해 보는 등의 주의 깊은 평가가 요구된다.

나. 환자와 상의

공인 정신과 의사는 지역사회 치료명령을 결정하기 전에 반드시 환자와 이 결정에 대해서 상의를 해야만 한다. 또한 공인정신과의사는 제시된 치료 계획에 대해 환자와 의논하고 의논된 사실에 대해 감독임상의 또는 환자의 사례관리자와 상의해야 한다. 공인정신과의사는 환자가 원하는 것을 치료 계획에 최대한 반영해야 한다. 이러한 것 속에는 환자가 선호하는 약물, 치료가 행해지는 장소, 또한 누구에게 치료를 받을 것인가(누가 감독임상의가 될 것이냐를 포함하여)의 문제가 포함될 수 있다.

왜 지역사회치료명령이 제시되었는지 환자에게 이해를 구하기 위해 노력해야하며, 환자가 지역사회 치료 명령을 실행하게 되면 요구되는 일들로는 제시된 계획에 따른 치료, 제시된 지역사회 치료 명령 기간, 사례관리자, 인증의, 감독임상의와의 접촉을 포함한 치료에 기꺼이 순응할 것, 치료에 적응하기 위해 필요한 정도의 유연성 등이 있다.

공인정신과의사는 또한 환자의 권리와 지역사회 치료명령에 대한 지식을 제공하는 안내 책자를 제공할 의무가 있으며 이러한 지식에 대해서 환자가 이해하기 쉬운 형태와 언어로 설명을 해 주어야 하며, 환자의 질문에 대해서는 대답해 주어야 할 의무가 있다.

다. 가족 또는 보호자와 상의

대부분의 경우에 가족, 보호자, 그리고 다른 지역사회 후원자들은 지역사회 내에서 지역사회 치료명령의 지지에 포함된다. 이들과 함께 일하는 것이 때로는 치료 계획을 수립하는 데 있어서 가장 중요한 요소가 되기도 한다. 실행 기관은 환자에게 도움을 주고 있는 보호자나 가족의 요구를 받아들여 치료 계획에 반영해야 한다. 이러한 보호자들과 치료진의 지속적인 대화가 있을 때 좀 더 좋은 치료 효과를 보인다.

(1) 보호자와의 비밀 보호 문제

가족 또는 보호자와의 상의는 조심스럽고 지역사회치료 명령을 수행하는 환자의 요구가 존중되도록 이루어져야 한다. 치료진은 가족이나 보호자에게 말하기 전에 환자에게 먼저 동의를 얻어야하며 어떤 정보는 의논해야 할지 어떤 정보는 들추지 말아야 할지에 대해 환자의 의견을 최대한 존중해 주어야 한다.

라. 병원의 치료진과 협상

(1) 치료관찰 정신과의사

공인정신과의사가 지역사회치료 명령을 수립 후 치료관찰의가 되지 않는다면 지역사회 치료 명령을 내리기 전에 두 의사간에 치료 계획에 대해서 상의가 이루어져야 한다. 치료관찰 전문의는 이 역할을 맡기 전에 지역사회 치료 명령과 치료 계획에 대하여 사소한 부분까지 숙지하여야 한다.

(2) 감독 의사

감독의사는 자신의 역할을 수행하겠다고 자신이 동의를 한 경우 지역사회 치료 명령이나 치료 계획이 수립되기 전에 계약을 맺어야 한다. 감독의사는 자신이 환자를 매일 매일 진료하는 것을 가정해야 하며 아래와 같은 정보가 제공되어야 한다.

- 지역사회 치료 명령의 이유
- 환자의 적절한 임상 과거력, 현재의 치료와 앞으로의 치료 계획, 환자가 치료에 순응할 정도의 유연성을 가지는 지 여부
- 치료 계획 전체의 점검이 없는 상태에서 내과 감독의가 치료에 적용될 수 있는 범위
- 지역사회 치료 명령, 또는 치료 계획을 재고할 수 있는 근거가 되는 요소 그리고 환자가 더 이상 지역사회 치료 명령에 해당되는 기준을 만족시키지 않으므로 즉시 퇴원시켜야 한다는 요구를 할 수 있는 요소
- 지역사회 치료 명령을 철회할 수 있는 근거가 되는 임상양상
- 지역사회 치료 명령의 기간
- 치료 계획을 수립할 때 치료 관찰 정신과 의사가 감독임상의에게 요구할 수 있는 보고 방식과 그 횟수
- 치료관찰의사와의 접촉의 방법
- 인증의가 치료 계획에 포함시킨 다른 주제들

(3) 사례관리자

대부분의 지역사회 치료명령을 받은 환자들은 다원적인 정신 건강 서비스의 지원과 사례관리자를 필요로 한다. 정신건강전문가들이 지역사회 치료명령을 받은 대부분의 환자와 접촉하는 것처럼, 사례관리자도 지역사회 치료 명령과 제시된 치료 계획에 완전히 참여하여야 한다.

4. 지역사회 치료명령의 수립

가. 과정

(1) 환자가 입원해 있는 상태의 지역사회 치료 명령

환자가 입원해 있는 상태에 있을 때부터 지역사회 치료 명령의 대상자가 될 수도 있다. 환자가 지역사회 치료 명령의 형식을 갖추게 된다고 해도 환자는 비자발적인 상태를 유지하게 된다. 공인정신과의사가 24시간 동안 환자를 관찰하여 인증의가 환자의 비자발적 치료 명령을 내리면 환자는 입원해 있을지 지역사회 치료명령을 따를 지를 결정한다.

환자가 지역사회 치료 명령을 따르게 되면 새로이 바뀐 치료 계획을 세우게 되는데, 이때 환자가 적절한 지역사회 정신 건강 서비스에 속할 수 있게 하고, 지역사회 치료 명령에 순응할 수 있도록 하기위해 충분한 정보가 제공되어야 한다. 치료 계획은 인계를 받는 지역의 치료팀이 추후에 수립하도록 한다. 앞서 언급된 바와 같이, 치료 계획의 수립단계에서는 환자와 가족, 보호자가 충분히 상의를 해야 하며, 입원 시 의료진이 지역사회 담당자에게 인수인계를 해 주어야 한다. 이러한 과정은 환자가 입원병동을 떠나기 전이나 떠난 직후 이루어져야 지역의 담당의가 지역사회 치료 명령을 받은 환자의 치료를 시작하기 전에 적절한 임상적인 정보를 얻을 수 있다.

(2) 환자가 입원해 있는 상태가 아닐 때의 지역사회 치료 명령

입원상태가 아닌 환자도 지역사회치료 명령의 대상이 될 수 있다. 환자에 대한 요구나 추천이 있으면, 공인받은 정신건강 기관에 소속된 의학 전문가나 정신건강 전문가가 지역사회에 있는 환자와 접촉할 수 있다. 당시에 지역사회 치료 명령의 기준을 충족시킨다고 판단이 되면 기관에 방문하지 않아도 비자발적인 치료 명령을 내릴 수 있다. 공인정신과의사는 이 절차에 맞추어 환자를 진찰하여 환자에게 지역사회 치료 명령을 내릴 수 있다. 이러한 과정은 환자의 집이나 지역사회 정신보건

센터와 같이 지역사회 어디에서나 이루어 질 수 있다.

지역사회 치료명령이 내려지면 치료 계획도 준비되어야 한다.

나. 치료의 요청

(1) 과정1 (치료 요구): 공인받은 정신건강 서비스로부터 비자발적 치료를 받을 필요가 있는 환자를 위한 것으로 권고 유무와 상관없이 할 수 있다. 치료 요구를 할 수 있는 사람은 18세 이상은 누구나 할 수 있다.

(2) 과정2 (치료 권고): 공인받은 정신건강 서비스로부터 비자발적 치료를 받을 필요가 있는 환자를 위한 것으로 등록되어 있는 임상가가 치료 권고를 할 수 있다. 등록된 임상가는 환자가 모든 기준을 충족시키는 지 반드시 검진을 해 보아야 한다. 이러한 검진은 환자의 집, 임상가의 사무실, 지역사회 정신 보건센터 등 지역 어디에서나 할 수 있다.

필요한 작업은 과정1(치료 요구) 또는 과정2 (치료 권고), 비자발적 치료 명령, 인 증의의 비자발적 환자 검진, 지역사회 치료 명령으로 요약되어진다.

최초의 치료 계획은 지역사회 치료 명령이 내려지는 동시에 준비되어야 한다. 대부분의 경우, 지역의 치료팀이 환자와 가족, 보호자와 협의하여 좀 더 통합적인 치료 계획을 수립하게 된다.

다. 기간

몇 개의 기관에서는 지역사회 치료 명령은 최장 12개월을 넘을 수 없다고 규정하고 있다. 그러나 지역사회 치료 명령제는 치료의 목표를 달성하는 최소한의 치료 기간을 지향하고 있다. 만약 지역사회 치료 명령의 기간이 치료의 목표를 달성하기에 너무 짧다면 연장되어 질 수 있다.

라. 주거 환경

어떤 기관에서는 공인정신과 의사에게 치료명령을 받은 환자의 정신 질환의 치료에 필요하다는 판단 하에서는 환자에게 어떤 곳에서 거주해야 하는지를 지시할 수 있다고 제시하고 있다.

5. 치료

환자에게 지역사회 치료 명령을 내린다는 것은 환자의 건강관리 요구에 맞는 최상의 치료를 제공해야하는 의무를 지게 된다는 것이다. 치료는 환자를 위해 만들어지고 정기적으로 고찰되고 필요시마다 수정되는 치료 계획에 의해서 이루어져야 한다.

가. 치료의 정의

치료란 정신질환을 치유하고, 질환이 초래하는 고통이나 증상의 감소 등을 위해 전문적인 기술이 요하는 과정을 일컫는다.

치료에는 약물치료 뿐 아니라 사회적, 심리적인 치료를 포함한다. 때로는 사례관리와 같이 순전히 사회심리적인 치료만을 뜻하기도 한다. 치료의 목적은 회복 지속을 증진시키고 지역사회에서 성공적으로 기능하도록 하는 것이다.

치료는 역동적이다. 그런 이유로 잠재적인 이익과 치료의 부정적인 측면을 정기적으로 평가할 필요가 있다.

나. 입원상황에서의 치료

지역사회 치료 명령의 정의는 '환자가 정신건강 기관에 구속되어 있지 않은 상태에서 그들의 정신질환에 대해 치료를 받을 수 있게 하는 조치'이다. 이것은 환자가 입원 상황에서만 받을 수 있는 치료, 예를 들어 전기경련요법을 필요로 할 때에도 지역사회 치료 명령을 취소하지 않고도 받을 수 있다는 뜻이다. 환자가 전적으로 입원치료를 주로 필요로 하는 경우는 지역사회 치료 명령제는 취소되어야 한다. 이러한 조항은 환자의 입원이 24시간이 넘는 경우에 해당한다.

다. 치료계획

(1) 치료계획의 내용

지역사회치료 명령을 받은 모든 환자는 치료 계획이 있어야 한다. 이러한 치료 계획에는 다음과 같은 몇 가지 정보가 담겨 있어야 한다.

- 환자가 받게 될 치료의 개략적 설명
- 치료관찰의사의 이름

- 감독임상의사의 이름
- 환자의 사례 관리자의 이름
- 환자가 치료를 받게 될 장소
- 환자가 치료를 받기위해 가야할 시간
- 감독임상의사가 환자의 치료와 관련하여 작성한 보고서를 치료관찰의사에게 보내는 간격

(2) 준비와 고찰

최초의 치료 계획은 지역사회 치료 명령이 내려질 때 만들어진다. 만약 지역사회 치료명령이 내려졌을 때 환자가 입원상태였다면 치료계획은 수정되어야 한다. 치료계획에 대한 복사본은 지역사회 치료 명령에 대한 복사본에 부착하여 환자에게 제공하여야 한다.

(3) 고려해야할 사항

몇몇 기관에서는 공인정신과의사에게 치료 계획이 계획되고, 검토되거나 수정될 때 다음과 같은 주제들이 반드시 포함되어져야 한다.

- 환자가 원하는 것
- 환자가 아니라 해도, 치료 지속에 관여하고 있거나 환자를 지지하고 있는 가족이나 보호자가 원하는 것
- 치료가 환자의 건강이나 안녕의 증진이나 유지를 위해서 시행되고 있는지의 여부
- 이익이 될 수 있는 다른 대안이 있는지의 여부
- 치료나 다른 대체 치료와 연관되어 생길 수 있는 어떤 의미있는 정도의 위험의 정도와 특징
- 현재의 처방에는 별 무리가 없는지의 여부

공인정신과의사는 제시된 치료 계획에 대해서 감독임상의나 사례관리자를 통해서 환자와 충분히 토론해야 한다. 공인정신과의사는 또한 환자가 선호하는 약물이나

치료가 제공되는 장소, 환자가 누구에게 치료를 받고 싶어 하는지를 충분히 고려해야 한다. 가족이나 보호자의 역할에 대해서도 가능한 한 환자와 빨리 의논하여 그들이 바라는 정도도 고려해야 한다.

6. 지역사회치료명령의 책임

가. 공인 정신과의사

감독임상의사가 적절한 주제에 대해 의논하기 원할 때 연락 가능해야 하고, 사례 진행에 대해서 명확한 체계가 있어야 하며, 지역사회 치료명령에 적절한 중요한 날짜를 정할 수 있어야 한다. 또한, 감독임상의사가 보고하는 내용을 점검하여 어떤 임상적인 상황이 생기더라도 그 중요성을 인식하여야 하고, 지역사회 치료명령 환자의 임상적인 상태와 치료 상황에 대해 충분히 알고 있어야 하며, 환자의 치료계획에 대해서 정기적으로 확인해서 계획이 필요한대로 이루어지는지, 수정되어지고 있는지 점검해야 한다.

나. 감독 의사

관찰 정신과 의사, 사례 관리자와 연계하여 환자의 치료 계획을 일정한 간격으로 점검하고 현실적인 개별 치료 계획을 세우고, 지역사회 치료명령에 대해 치료를 상의하거나, 다른 적절한 문제에 대해 상의할 때 접촉 가능해야 한다. 또한 임상적으로 적응해야할 필요가 있을 때는 환자를 정기적으로 개인적인 검진을 해야 한다. (환자의 정신 건강, 처방과 치료 경과를 관찰, 환자의 의미있는 변화에 대해 관찰, 정신과 의사와 의논한다.)

다. 사례관리자

정기적인 치료 계획의 점검에 관찰 정신과 의사, 감독의사, 가족과 보호자의 견해를 반영하여 참가한다.

7. 지역사회 치료 명령의 철회

가. 정의

지역사회치료명령의 철회는 환자가 더 이상 지역사회 치료 명령에 해당되지 않고 적절한 정신보건 서비스부분으로 복귀해야 하는 상태로 정의할 수 있다

나. 지역사회 치료명령이 철회되어야 할 상황

(1) 더 이상 지역사회 치료에 적합하지 않을 경우

환자의 상태가 지역사회 치료명령제가 필요한 기준에 해당하나 환자가 지역사회 치료 명령 하에서는 제대로 치료가 이루어지지 못하는 경우이다.

(2) 지역사회 치료명령 또는 치료 계획에 따르지 못하는 경우

환자가 개인의 치료계획이나 지역사회 치료명령에 순응하지 못할 때, 치료명령이나 치료계획에 순응하도록 하기위해 적절한 수순을 거쳤음에도 성공하지 못했을 때, 공인정신과의사가 보기에 치료 불순응 때문에 환자의 정신적 또는 신체적 상태의 상당한 악화가 예상될 때이다.

다. 지역사회 치료명령의 철회 담당자

지역사회 치료명령은 환자의 공인정신과의사나 정신보건심판위원회에서 내릴 수 있다. 관찰정신과 의사가 환자의 상태에 대하여 잘 알고 있으므로 취소 여부에 대한 결정을 내리는 것이 좋다.

라. 취소 절차

(1) 취소결정

지역사회치료명령의 철회는 먼저 환자의 현재 임상적 상황에 기초하는데 임상적 상황의 파악은 가능하다면 환자의 공인정신과의사가 하는 것이 좋다. 만약 여의치 않다면, 다른 정신보건 전문가(감독의사, 사례관리자)의 의견을 참고할 수 있다.

(2) 지역사회치료명령의 철회

철회의 신청에 의한 공인정신과의사의 임상적 판단에서도 철회가 적합하다면 환자에게 내려진 지역사회치료명령은 정해진 서류양식을 완결함으로써 철회될 수 있다.

(3) 철회의 통보

일단 철회가 결정되면, 공인정신과의사는 환자에게 이를 적절히 설명해 주어야 하며, 지정된 승인치료기관으로 돌려보내야 한다.

마. 승인치료기관으로 복귀

(1) 환자의사 반영

철회 후에 승인치료기관으로 복귀할 때 환자의 의사에 따라 가족과 함께 할지 정신보건센터요원과 함께 할지를 결정한다. 승인치료기관에 재입원이 이루어질 수 있으며 그 당시 환자 상태에 따라 공인정신과의사가 결정할 수 있다. 지역사회치료명령이 철회되었음은 환자의 치료가 입원 상황에서만 이루어질 수 있기 때문이거나 환자는 치료계획을 따르지 않았으므로 악화의 위험이 크기 때문일 의미하기 때문에 입원치료로 연결시켜야 한다.

지역사회치료명령이 철회되어도 재입원 되지 않을 수도 있다. 예를 들어 환자가 진료를 받지 않고 위치가 확인되지 않아서 지역사회치료명령이 철회되었지만 그 후 환자가 스스로 정신보건센터에 나타나 치료를 원하였고, 공인정신과의사 진찰 상 입원치료가 꼭 필요한 경우가 아닌 경우 다시 지역사회치료명령을 내릴 수 있다. 어쨌든 지역사회치료명령이 철회된 경우 반드시 어떤 행동이 이루어져야 해서, 재입원이 되든지 아니면 다시 지역사회치료명령이 다시 내려져야만 한다. 지역사회에서 치료가 없는 상태에서 방치되어서는 안 된다.

(2) 환자의 위치를 확인 못할 경우 조치

지역사회치료명령이 철회되고 환자 위치가 확인되지 않는 경우 철회 후 12개월간 "해결 안 된 결석상태(Absent without leave)"에 있게 되고 12개월 후에는 비자발 환자로 자동퇴원 처리된다.

8. 정신보건심판위원회

가. 재고 계획

비자발적 입원 후 8주내에 환자의 지역사회치료명령제가 잘 시행되는지 재고하는 위원회가 열리며 간격은 12개월을 초과하지 않는다. 위원회는 환자의 지역사회치료명령결정을 심의하지는 않는다.

나. 정신보건심판위원회의 권한과 소집요청

(1) 정신보건심판위원회의 권한

위원회는 지역사회치료명령제의 확인, 변경, 철회, 퇴원할 수 있는 권한을 가진다. 위원회의 모든 결정은 환자의 최근의 정신 상태와 내과적, 정신과적 과거력과 사회적인 현재 상황을 먼저 고려해야 한다. 위원회는 환자의 치료계획과 재고를 요청할 수 있다.

(2) 정신보건심판위원회의 요청

위원회는 정신보건심판 시에 다음과 같은 것을 요구한다.

- 환자의 진료기록
- 환자의 비자발적 상황에 대한 보고서 3부
- 상황 기술보고서 원부

다. 위원회 참고인의 권리보장

(1) 권리에 대한 설명

모든 환자는 환자의 권리에 대한 안내책자를 받아야 한다. 위원회의 재고와 연관된 참고인도 인권에 관련된 책자를 교부받아야 한다. 또한 이에 대한 질의가 있을 시에는 적절한 대답을 해 주어야 한다.

(2) 진료기록에 대한 접근

참고인 참조 최소 24시간 이전에는 환자와 관련된 진료 기록에 접근할 수 있으며 다른 참고인을 위해 복사본을 요청할 수 있다. 공인정신과 의사는 환자의 진료기록에 대해 다음과 같은 부분에 유의해야 한다.

- 정보의 공개가 환자나 주변사람의 건강에 중대한 피해를 끼쳤는지의 여부
- 논리적이지 않은 이유로 환자나 다른 사람에게 연관된 정보를 숨기지 않는지의 여부

(3) 옹호 및 2차 의견

강제치료를 받는 대상자는 자신이 선택한 다른 정신과 의사에게 2차 정신과 의견을 들 수 있다. 사립정신과 의사에게 의견을 요청한 경우 비용을 환자가 지불해야 할 수 있다.

대상자는 법적인 자문을 구할 권한이 있으며 청문회에서 법적 대리인을 이용할 수 있다. 경제적 능력이 부족한 경우에도 별도의 기금에서 법적 보호를 받을 권한이 주어져 있음을 알려주어야 한다.

9. 지역사회치료명령의 종결

공인정신과 의사와 정신보건심판위원회에서 지역사회치료명령을 마치게 할 수 있다. 관찰정신과 의사가 지역사회치료명령의 기준을 더 이상 충족하지 않다고 판단한 경우 지역사회치료명령을 마칠 수 있다. 관찰정신과 의사가 종결하기 전에 개인적으로 관찰한 것만을 근거로 판단할 필요는 없으며 사례관리자나 자문의사의 정보에 의존하여 판단할 수 있다.

종결되는 경우 “강제치료환자위치의 종결”에 관한 문서가 작성되고 환자에게 주어 야 한다.

제4절. 한국에서 지역사회치료명령제 운영

1. 대상 환자 선정의 기준

가. 질환의 범주

(1) 우리나라 정신보건법의 적용대상에 모든 정신질환이 포함되어 있고, 지역사회치료명령제를 실시 중인 외국에서도 정신질환의 종류에 대하여 명시하지 않았으나 국내의 경우 지역사회치료명령제의 남용에 대한 우려가 있고, 장기 입원으로 인권침해가 있으면서 그리고 자해 및 타해 위험이 있고 또한 악화 시 의료적 집중치료의 효과가 입증된 질환이 주로 정신분열병 및 관련 질환인 점 등을 고려하여 지역사회치료명령제의 대상 질환을 다음으로 축소 지정하였다.

(2) 정신분열병, 분열정동장애 및 기타 정신병 (F20-F29)

(3) 향후 지역사회치료명령제를 운영하면서 그 효용성이 입증된 경우 추후 확대하여 적용하는 2단계 접근을 시행하였다.

나. 지역사회치료명령제 대상자의 기준

국내 대상자 기준은 다음과 같으며, 아래의 조건을 모두 충족시켜야 한다.

- 정신분열병 또는 분열정동장애 또는 기타 정신병 (ICD-10상 F20-F29)의 진단이 내려진 경우
- 과거력상 권장된 지역사회 치료(외래치료)가 자의로 중단된 경험이 있는 경우
- 과거력상 지역사회 치료가 중단되었을 때 자해 및 타해의 명백한 징후가 있었던 경우
- 현재 그 정신질환에 대하여 즉각적인 치료를 요하는 상태인 경우
- 대상자가 정신질환 치료에 대하여 동의를 하지 않거나, 신뢰성 있는 동의를 할 수 없다고 판단되는 경우
- 대상자의 안전 및 건강 유지를 위하여 비자발적인 치료가 꼭 필요한 경우
- 과거력상 비자발적 입원을 2회 이상 받은 경우

미국의 많은 주에서 지역사회치료명령제는 강제 입원을 대체하기 위한 제도이므로 선정기준도 강제 입원 환자 대상 기준과 동일하였다. 즉 자신과 타인에 명백하게 위협성을 가진 난폭한 환자인 경우에 한정적으로 지역사회치료명령제가 사용되었다. 그러나 이러한 기준이 너무 엄격하여 실제 활용이 거의 어렵다는 점, 지역사회치료명령제가 입퇴원을 반복하는 회전문 현상을 가진 환자에게 효과가 있다는 보고가 나오면서, 투약과 외래 추적, 재활 치료를 하지 않으면 결과적으로 위험이 예상되는 환자들로 그 대상 범위가 확대되었다. 그러나 '결과적으로 위험이 예상되는'을 법적 사회적으로 해석하기 어렵다는 점과 치료를 거부할 수 있는 판단력을 가진 환자를 구별하는 기준 등 명확한 대상 환자 기준을 정하기가 힘들어서 각 주마다 운영현황이 각기 다르다.

국내 기준을 적용할 경우 비자발적 입원을 2회 이상 실시된 환자에서 적용함으로써 만성화된 환자에 한정하여 적용된다는 점에서 남용의 가능성을 줄였다고 볼 수 있음. 하지만 문제점으로는 현재 상태가 아니라 과거에 자해 및 타해의 위험성이 있었다는 기준으로 치료를 강제하고 있다는 점이 인권침해의 가능성이 있음. 이를

보완하는 의미에서 현재 상태에서 즉각적인 치료가 필요하다는 기준을 사용하고 있으나 즉각적인 치료를 요한다는 기준이 명백하게 조건화하기 어려워서 자의적일 수 있다는 비판에 노출되어 있다. 하지만 정신분열병 같은 정신질환이 만성질환이어서, 치료가 중단될 경우 재발의 확률이 3-4배 높아지고, 재발될 경우 과거의 증상이 반복되는 경향이 있어서, 난폭한 행동, 자해 및 타해의 증상이 반복될 수 있다는 점을 고려하여서 제시된 기준이다.

Geller의 환자 기준(1990)에 따르면 환자는 지역사회에서 살기를 원하며, 과거력상 외래치료에 실패한 경험이 있으며, 제도의 규정에 대해 이해할 수 있는 능력이 있고, 정해진 정신과 치료에 참여할 수 있는 능력이 있어야 한다. 그리고 외래치료가 환자에게 도움이 되어야 하며, 외래치료가 지역정신보건기관에 의해 지속적으로 제공되고, 지속적으로 환자 상태가 감시될 수 있어야 하며, 환자에게 치료가 강제되어야 한다. 또한 지역정신보건기관이 참여할 수 있는 여건이 마련되어야 하며, 치료에 참여하였을 때 위험성이 없는 환자이어야 한다.

미국 North Carolina주의 환자 기준에 따르면 현재 심각한 정신과 질환이 있으나, 적절한 도움으로 지역사회에서 생활할 수 있는 능력이 있고, 치료를 받지 않음으로서 위험이 예상되는 임상 병력이 있는 경우로, 스스로 받아야 할 치료를 거부하거나 제한하고자 하는 정신적 상태에 있는 환자이어야 한다.

다. 지역사회치료명령 기간 및 반복회수

(1) 기간: 6개월이 적당하다고 판단된다.

정신분열병 환자의 권고되는 치료 기간은 초발의 경우 2년 유지, 재발의 경우 5년 정도의 유지, 세 번 이상 재발된 경우 거의 지속적인 약물치료가 필요하다는 정신과 의사단체의 권고를 고려할 때 지역사회치료명령을 받은 환자의 경우 지속적인 치료가 필요할 것으로 예상된다. 하지만 환자의 치료거부 권리를 고려하고, 현실적으로 심도 있게 심의할 수 있는 심의기구의 인력, 외국의 사례를 고려할 때 6개월 간격의 심의가 적절할 것으로 판단된다.

(2) 반복회수: 지속적 반복 가능하고 반복의 기준도 처음 지역사회치료 명령을 내리는 것과 동일한 기준을 사용한다.

정신분열병 환자 중 일부 환자는 치료를 받으면서 병식이 생겨나지만 상당수 환자의 경우 안정적인 상태에 있는 경우에도 병식이 없는 상태에서 수동적으로 치료를 받는 현실을 고려할 때, 환자의 과거 병력이나 현재 상태에 따라서 반복적으로 지역사회치료명령이 필요하다고 판단된다. 외국의 경우에도 그 회수에 제한을 두는 경우는 없다.

라. 지역사회치료명령 신청자

(1) 환자를 진료한 정신과 의사

(2) 보호자의 의견 또는 보호자가 없는 경우 시군구청장의 의견첨부

(현실에서는 시군구청장을 대신하여 정신보건센터의 정신보건요원의 면담 후 서류 작성)

정신과 의료기관에 입원 중인 환자나 정신의료기관에 통원진료 중인 환자 중에서 지역사회치료명령이 필요한 경우 담당 정신과 의사는 보호자의 의견을 첨부하여 지역사회치료명령을 신청할 수 있다. 외국에는 보호의무자의 의견을 첨부하는 것을 의무화하지 않으나 국내에서는 보호의무자의 역할이 중요함을 고려하여 보호의무자의 의견 첨부를 의무화한다.

보호의무자가 없는 경우 해당 정신보건센터의 정신보건전문요원이 환자를 면담하고 시군구청장의 의견으로 제출하도록 한다.

마. 심의기관

(1) 지방정신보건심판위원회

지역사회치료명령 신청이 들어온 경우 지방정신보건심판위원회는 대상자를 직접 면담함을 원칙으로 하고, 신청서류를 검토한 후 지역사회치료명령이 필요하다고 인정되는 경우 다수결의 원칙에 따라서 명령을 내린다.

(2) 이의 제기 시 2심제 운영(중앙정신보건심의위원회)

지역사회치료명령이 내려진 경우 환자 또는 보호자가 이에 대하여 반대하는 경우 이의를 제기할 수 있으며, 중앙정신보건심의위원회의 심의를 받도록 한다.

(3) 지역사회치료명령의 철회

지역사회치료명령이 내려졌으나 대상자가 그 명령의 철회를 원하는 경우 지역정신보건심판위원회에서 재심을 거쳐서 6개월 이내에도 그 철회를 결정할 수 있다.

제5절 지역사회치료명령제에 대한 인권적 검토

1. 문제점

지역사회치료명령제는 미국, 호주 등에서 정신질환자에 대한 장기 강제입원을 줄이고 환자를 지역사회에서 치료받도록 유도하기 위하여 실시된 제도이다. 따라서 특히 우리와 같이 정신질환자에 대한 장기적인 강제입원이 만연한 나라에서는 탈원화 및 지역사회와 환자에 대한 치료를 매개함으로써 강제입원의 남용으로 인한 인권침해를 획기적으로 줄일 수 있는 방법으로서 의의가 크다. 그러나 ‘치료명령’이 뜻하는 바와 같이 환자가 치료를 거부할 경우에도 환자의 의사에 반하여 치료를 명령할 수 있는 ‘비자발적 치료’라는 점에서는 ‘비자발적 입원’에서와 같은 인권보장의 문제가 발생할 소지가 있다. 이는 주로 ‘치료를 거부할 권리’ 보장 차원에서 검토할 수 있다.

2. 치료를 거부할 권리의 개념과 그 보장

헌법상 개인은 일정한 사적 사안에 관하여 국가로부터 간섭을 받음이 없이 자신에 대하여 스스로 결정할 수 있는 권리를 가지는데, 이를 ‘자기결정권’이라 한다. 각 나라마다 규정 방식은 다르지만 이를 중요한 헌법상 기본권으로 인정하고 있고, 우리의 경우 헌법 제10조의 인격권, 행복추구권에서 자기결정권이 도출되는 것으로 해석된다. 자기결정권은 자신의 신체, 라이프스타일, 성적 자기결정권 등 개인이 결정할 수 있는 다양한 영역에서 인정되고, 신체에 대한 치료 영역에서는 ‘치료를 거부할 권리’로 표현된다. 환자는 의사로부터 자신의 상태에 대한 설명을 들은 후에 필요한 치료를 거부할 수 있고, 이 때 의사는 환자의 동의 없이는 치료를 강제할 수 없는데, 이를 ‘치료를 거부할 권리’라고 한다.

치료를 거부할 권리가 정신질환자에게도 인정되는지 문제될 수 있다. 이른바 ‘의학적 모델’은 비자발적 환자가 향정신성 약물 복용할 것을 강제할 수 있는지 여부를 결정하는 것은 개인의 자치보다 전문가에게 달려있다고 보는 반면, ‘법적 모델’은 법원만이 환자의 치료거부에 반하여 치료를 강제할 수 있고, 치료를 강제하기 위해서는 환자가 사법적으로 ‘무능력자’라는 점이 인정되어야 한다고 본다. 원칙적으로 미성년자나 법원에 의해 무능력자(금치산자)로 결정된 자가 아닌 한, 법적으로나 의학적으로 정신질환자라는 이유만으로 치료에 대한 결정능력이 없다고 단정할 수는 없다. 따라서 정신질환자에게도 치료를 거부할 권리가 인정되어야 하고, 이를 제한할 정당화 사유가 있는 경우에 한하여 법원이나 적어도 공정성을 갖춘 공적 기관에 의하여 치료명령이 이루어지도록 하며, 그 경우에도 인권침해를 최소화할 수 있도록 조치가 취해져야 한다.

3. 최소 침해의 원칙

가. 충분한 정보의 제공

환자가 치료에 동의할 경우 굳이 강제적인 명령이 필요없으므로, 환자가 치료를 거부할 경우에 비로소 치료명령이 가능하다. 따라서 환자의 치료거부에도 불구하고 환자 본인과 타인의 위험 방지를 위해서 치료가 반드시 필요하다는 점이 환자에게 충분히 설명되어야 하고, 지역사회치료명령으로 제한되는 권리와 강제치료의 내용을 고지하여야 하며, 치료명령에 대하여 환자가 이의할 수 있는 절차에 대하여도 설명을 하여야 한다. 먼저 자발적 치료를 권유하고, 충분한 정보제공에도 불구하고 환자가 병식이 없거나 치료를 거부할 경우 치료명령이 발하여져야 한다.

나. 일정한 치료행위에 대한 환자의 치료거부권 보장

정신보건법 제44조는 전기충격요법, 정신외과 요법 등 특수치료행위에 대하여는 반드시 환자의 동의를 요하고 있다. 지역사회치료명령제가 실시되는 경우에도 법이 정하는 특수치료에 대해서는 별도의 동의를 얻어야 한다. 실제 치료방법으로는 주로 강제적인 약물치료가 문제될 것인바, 환자에게 치료에 사용되는 약물에 대하여 설명하고, 특히 문제될 수 있는 약물은 별도의 동의하에만 사용될 수 있도록 사전에 치료방법에 대하여 구체적인 기준을 정립하여야 한다.

다. 치료를 위한 범위 내에서의 행동의 자유가 제한

지역사회치료명령제의 실효성 있는 집행을 위해서는 치료에 필요한 범위 내에서 환자의 다른 인권을 제한할 수 있을 것이다. 예컨대, 환자에게 정기적 통원, 약물복용, 병원이나 지역 정신보건센터의 정기방문 허용, 정기적인 보고 등 치료에 필요한 범위 내에서 행동의 자유의 제한이 가능할 것이다. 그러나 치료의 목적과 관계없는 행동의 자유에 대해서까지 제한이 무제한적으로 허용될 경우 이는 인권침해에 해당하게 될 것이다. 예를 들어, 호주의 지역사회명령제하에서는 환자가 다른 것으로 임의로 주거를 이전할 수 없고, 치료팀의 허가 없이는 특정 지역을 벗어나는 여행이 금지되지만, 이러한 행동의 제한은 치료에 필요한 범위를 넘어서는 것으로서 인정되기 어려울 것이다.

라. 강제입원 환자의 지역사회치료명령제로의 전환

현실적으로, 우리나라에서 지역사회치료명령제 도입이 필요한 가장 큰 이유는 강제입원이 불필요한 정신질환자들까지 강제입원이 되는 현실을 개선할 수 있는 방안이 되기 때문이다. 따라서 신규 환자에 대한 치료명령 못지않게 기존에 강제 입원되어 있는 환자들 중 상당수를 지역사회치료명령제로 전환시키는 자극적 노력이 필요하다. 현행 정신보건법은 강제입원 환자에 대하여 가퇴원제도(정신보건법 제37조)만을 두고 있다. 지역사회치료명령제가 도입될 경우, 현행 가퇴원 외에 입원환자를 담당하는 정신과전문의가 지역사회치료명령제로 전환하는 것이 필요하다고 인정하거나 환자 또는 보호의무자의 요구가 있는 경우 (지역정신보건심판위원회가) 환자를 지역사회치료명령제로 전환시킬 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

제6절 결 론

정신보건법이 제정된 후 정신질환자의 인권보호 및 삶의 질 향상을 기대했지만, 장기입원은 오히려 가속화되고 있다. 지역사회치료명령제는 이런 어려움을 극복하기 위해 미국, 호주 등에서 실시되고 있는 제도이며 국내에도 그 도입이 필요하다. 지역사회치료명령제는 정신분열병 같은 만성적인 정신질환을 앓고 있어서 지속적인 약물치료가 필요한 환자들이 병식이 부족하여 치료가 중단됨으로써 반복적으로 재발되는 환자들을 지역사회에서 치료받도록 법적으로 강제하는 제도이다. 외국 연구들은 외래치료명령제를 실시할 경우 재발률이 낮아지고, 입원기간이 단축되는 등 많은 효과를 보고하고 있다. 외래치료명령제가 환자의 인권을 침해하고 치료를 거부할 권리를 제한한다는 우려가 있으므로 그 기준을 엄격히 제한하고 치료를 거부할 권리에 대한 심사를 강화하면서 지역사회치료명령제를 실시한다면 비의료적 이유로 장기 입원된 환자들이 지역사회에서 치료를 받을 수 있는 권리를 오히려 보장하게 될 것이다.

제4장 정신장애인의 사회적 권리확보를 위한 정신보건서비스체계의 개선방향

제1절 서론 : 정신장애인과 인권

World Health Organization (WHO)에 따르면, 정신 및 행동장애는 질병의 12%를 차지하고 있음에도 불구하고 대부분의 국가들이 전체 보건지출의 1%미만만을 지출하고 있다. 2001년의 세계보건보고서에서도 약 4억 5천만 명이 정신 및 행동장애로 고통을 받고 있으나 오직 소수만이 최소한의 치료를 받고 있다고 보고하고 있다. 또한, 40%이상의 국가가 정신보건정책을 갖고 있지 않으며(아동과 청소년 정신보건 정책의 경우는 90%이상), 30%이상이 정신보건프로그램을 갖추지 않고 있다.

정신장애인 인권단체인 Mental Disability Rights International (MDRI)은 정신장애인이 대부분의 국가에서 낙인과 차별의 대상이 되고 있으며, 대중의 눈을 벗어나 이루어지는 인권유린의 정도가 다른 어떤 집단에 비해 더욱 심각하다고 보고하고 있다. 이들이 각국을 조사하며 보고한 사례인 정신장애인시설에서의 직원에 의한 성폭행(Kosovo), 우리안의 감금(Hungary and Paraguay), 마취제나 이완제를 쓰지 않는 전기경련요법(Turkey, Peru, and Bulgaria) 등은 우리나라의 현실과 무관하지 않다(MDRI,2005).

한편, 모든 장애인은 세계인권선언을 비롯한 경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제 협약, 시민권 및 정치적 권리에 관한 국제협약, 장애인 권리선언 등에서 정한 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 동등하게 행사할 수 있어야 하며 정신장애를 근거로 한 차별을 받지 않도록 되어 있다. 정신장애인이 이와 같이 법적으로도 동일한 권리를 가진 인간이라는 사실은 당연한 듯 하지만 정신장애인대상의 정책과 서비스를 만들어 가는데 있어서 흔히 간과되고 있다. 정신장애인은 사회적 환경과 조건으로부터 분리된 진단적 범주에 의해 치료되며 자신이 속한 지역사회와 사회의 구성원으로서의 권리가 제한되며 심지어는 사회의 위험요소로서 다른 모든 욕구들에 우선하여 격리되기도 한다.

현재 정신장애인 인권침해에 관하여 사회적 이슈가 되고 있는 것은 정신병원에서

의 장기적 감금과 그 공간 내에서 발생하고 있는 다양한 형태의 비인권적 행위들이지만 지역사회에서의 정신장애인의 생존권과 정상화된 환경에서 최적의 치료를 받을 권리와 같은 사회권적 기본권에 관한 논의가 이루어지지 않는다면 장기 감금문제에 관한 해결책들은 의미없는 작업에 불과할 수 있다. 여기에서는 최적의 치료를 받을 권리와 관련하여 지역사회와 분리된 치료환경의 문제를 지적하면서, 정상화된 삶을 보장하기 위한 통합적인 지역사회보호서비스의 필요성, 지역사회에서 누려야 할 기본적인 삶의 보장과 관련된 서비스의 원칙 등을 검토하고 이를 구조적으로 보장할 법적조항에 관해 다루고자 한다. 이는 정신장애인의 인권은 단순히 quality of care를 제공하고자 하는 이상적 가치나 정신보건전문가의 노력을 넘어서 사회의 법적 변화를 동반할 때 가능하기 때문이다.

제2절 본 론

1. 정신장애인 보호에 관한 이론적 관점

역사적 제도주의(historical institutionalism)는 1950년대 이후 사회과학의 지배적인 조류였던 행태주의, 다원주의 등에 대한 비판으로 등장한다. 즉 행태주의가 집합적 행위의 결과를 설명하기 위해 개인의 선호를 분석의 기초로 삼고 개인이나 집단의 특성, 태도 및 행위에 초점을 맞추는 것과는 달리, 역사적 제도주의는 개인의 선택과 행위에 미치는 제도의 영향을 강조하며, 다원주의가 정책을 집단 간 상호작용의 균형을 통해 형성되는 것으로 파악함으로써 집합적인 정치적 행동을 개인적 선택의 집합적 결과에 불과하다고 보는 데에 반해 역사적 제도주의는 정책이 형성되는 사회적 맥락과 관계가 개인을 제약할 수 있는 가능성에 초점을 둔다.

또한 역사적 제도주의는 합리선택론적 제도주의(rational choice institutionalism)와는 제도의 형성을 보는 시각을 달리한다. 합리선택론적 제도주의가 특정 시기에 제도를 형성하는 행위자들 간의 상대적 권력관계를 주어진 것 혹은 효용극대화를 위한 자발적인 협력에 의해 만들어진 합리적인 것으로 가정하는 데에 반하여, 역사적 제도주의는 특정 제도에 있어서 그것을 형성한 권력관계 자체가 정치현상의 본질적인 것으로 파악함으로써 제도의 비효율성과 의도하지 않은 결과에 주목한다(Hall & Taylor, 1996).

정신장애인의 인권과 서비스체계의 문제에 접근하는 데에 있어서 역사적 제도주의의 관점은 서비스체계 내에서의 개인의 행위를 개인이나 집단의 특성, 태도 및 행위에 초점을 두고 이해하는 것이 아니라 제도에 의해 특징 지워지는 것으로 해석할

수 있는 시각을 제공한다. 또한 이 관점은 특정한 제도에 내재해있는 권력관계를 현상의 본질로 파악함으로써 대부분의 인권침해에 수반되는 권력관계의 불평등과 그 비효율성을 들어내어 제도개혁의 본질적 부분을 파악할 수 있는 관점을 제공한다. 정신보건역사에서 정신장애인 보호에 관한 연구는 대부분 그들이 수용상태에서 지역사회로 돌아오게 되는 역사적 맥락에 관한 서술에 초점을 두고 있다. 즉 어떠한 역사적 동인에 의해 정신장애인들이 정신병원에의 감금상태에서 지역사회로 돌아오게 되었는가하는 문제가 주된 관심이 되었다.

Lin(1999)은 사회운동을 통한 정신장애인 인권 발달이라는 관점에서 정신보건의 역사적 발달과정을 규범치료(moral therapy)의 시대, 정신위생운동의 시기, 지역사회정신보건운동의 시기, 자조운동의 시기로 구분하고 있다. Bloom(1984)은 미국 정신보건역사를 정신시설과 지역사회를 토대로 한 역사라는 두 가지 측면으로 구분하고, 제2차 세계대전 후 짧은 기간에 외래 및 단기치료병원과 지역사회에서의 재활을 위한 시설이 연합하여 지역사회정신보건운동의 초기 방향을 제시하였다고 보았다.

정신보건역사 서술자들은 정신장애인의 시설보호의 완화 혹은 수용구조의 해체를 가져다준 역사적 동인으로 정신의학기술의 발전과 사회환경적 측면에서의 인권의식의 진보를 제시하고 있다. 즉 정신의약품의 발전과 사회적 측면에서의 장애인에 관한 인권의식 발전이 역사적으로 정신장애인의 장기수용이라는 비인권적 상황을 개선하는 중요한 요인이 되었다는 것이다. 그러나 이와 같은 역사서술이 시설보호의 완화나 해체를 설명하고 있는 것이기는 하지만 1980년대 이후 오히려 수용상태가 심화되고 있는 한국의 정신보건 상황을 설명하는 데에는 한계를 갖는다. 즉 단순히 평면적으로 정신장애인 장기수용의 강화를 한국 사회의 인권의식과 정신의학의 퇴보에 의한 것으로 설명하기는 어렵기 때문이다.

현대 사회에서도 지속되는 정신장애인에 대한 지속적인 배제와 축출에 관한 팔목할 만한 관점은 Foucault(1972)에 의해서 제공된다. 그는 『광기의 역사』에서 서구의 역사에서 일반인과 다른 광인에 대한 축출과 배제가 시대적으로 구분되는 방식과 이유로 지속적으로 진행되었고 현재도 진행되고 있음을 암시하고 있다. 그에 따르면 서구사회는 정신장애인들을 중세기까지는 속된 것과 성스러운 것, 17-18세기에는 이성과 비이성 그리고 19세기 이후에는 정상적인 것과 병적인 것의 구분을 통해 사회에서 축출하고 배제해왔다. 즉 광기가 신의 징벌이라고 믿는 시기에는 그들을 배에 태워 정처 없이 강이나 바다를 떠다니도록 하였고, 그것이 비이성이나 비윤리적인 것으로 치부되던 시기에는 구빈원이나 노역장에 감금하였다. 그리고 19세기 이후 광기가 병으로 인식되고 있는 오늘날에는 그들의 감금장소가 정신병원으로 옮겨지게 되었다.

Foucault(1972)는 인간의 육체와 영혼을 압류해온 문명의 역사 속에서 정신장애인들에 대한 축출과 배제의 역사는 서비스체계 내에서 구조화되어 있는 경우가 많다고 지적하였다. 정신장애인의 인권은 정신장애인에게 권리차원에서 보장되어야 하는 도덕적이며 윤리적인 이슈이나 의료기관 및 재활시설, 다양한 정신보건전문직과 가족 등 이익집단이 개입됨으로써 보다 복잡한 문제로 확대된다. 권력화된 정신의학은 정신장애의 다양한 측면에도 불구하고 하나의 질병으로 인식하게 하고, 그것에 관한 판단은 정신의학적 지식을 독점적으로 소유하고 있는 전문가집단의 전유물이 된다. 따라서 정신장애는 질병이기 때문에 전문가가 정신장애인의 정신병원에서의 삶을 지배하는 절대적인 권력 내에 위치하게 된다. 이와 같은 관점에 따르면 정신의학의 발전과 확산은 정신병원에서의 시설보호의 팽창을 가져오게 된다고 볼 수 있다.

또한 우리나라의 시설보호를 이해하기 위해서는 체계를 구성하고 있는 의료공급자와 다른 서비스공급의 주체들과의 관계가 중요한 의미를 가진다. 그 이유는 우리나라의 의료공급체계가 사적 소유에 기반한 기업원리에 의해서 운영되고 있다는 특성(조병희, 1995)에서 연유하기 때문이다. 이러한 형태의 체계에서는 의료공급자와 유사서비스공급자들을 경쟁관계로 만들기 때문에 이들 각각의 주체들이 어떻게 행동하는가 하는 문제가 의료체계의 이해에서 중요한 부분이 된다. 따라서 정신병원 입원이라는 장기 시설보호의 형태는 사회복지시설의 수용보호와 일정부분 대체관계 혹은 이로 인한 경쟁관계를 형성하기 때문에 정신장애인 시설보호의 변천과정 분석에서 의료체계 뿐만 아니라 사회복지시설의 장기보호를 동시에 분석하는 것이 현상의 합리적인 이해에서 필수불가결한 요소가 된다.

2. 우리나라 정신보건사업의 구조와 서비스 환경

가. 정신보건 서비스현황

정신보건법에서는 정신보건시설을 아래의 <표 1>에서 보는 것처럼 크게 정신의료기관, 정신요양시설 그리고 사회복지시설로 분류하고, 정신보건사업의 수행에 필요한 인력으로 정신보건전문요원제도를 법제화하고 있다.

정신의료기관은 다시 정신병원, 종합병원정신과, 병원 정신과, 정신과의원으로 분류되고 있다. 2005년 6월 현재 국공립정신병원은 18개소 8,211병상, 사립정신병원, 종합병원 정신과, 병원 정신과 및 정신과의원이 1,018개소 51,652병상이 운영되고 있으며, 정신요양시설은 전국적으로 56개소 14,050병상이 있다. 한편 사회복지시설은 134개소가 운영되고 있으며, 정신보건센터는 126개소의 운영이 중앙정부에 의해

지원되고 있다.

이외에도, 행정지침 상으로 정신보건서비스를 제공하는 것을 주목적으로 하는 조직으로는 사회복지시설, 정신보건센터, 알코올상담센터, 정신병원, (종합)병원 정신과, 정신과의원 그리고 정신요양시설 등이 있다. 정신보건사업을 실시하고 있는 보건소, 지역사회에서 빈곤계층, 장애인, 노인, 청소년 등 소외집단에게 상담, 사례관리, 자조집단, 사회성훈련 그리고 취미활동 등의 서비스를 제공하고 있는 장애인복지관 등도 취약계층의 정신질환 예방활동이나 재활사업과 관련된다는 측면에서 넓은 의미의 정신보건조직에 포함해서 고려할 수 있다.

표 4.1 우리나라 정신보건시설 현황(2005년 6월 30일 현재)

(단위:개소,명,병상)

구 분	기관수	인원/병상수	주요기능
계	1,372	-	
정신보건센터	126	28,847(등록)	정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 및 수행
정신 의료 기관	국·공립 18 민간 1,018	8,211(병상) 51,652(병상)	정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원 정신질환자 진료
정신요양시설	56	14,050(정원)	만성 정신질환자 요양·보호
사회복지시설	134	681(입소) 3,335(이용)	치료·요양하여 증상이 호전된 정신질환자 일상생활·작업훈련, 주거

표 4.2 1997년 이후 정신장애인시설 변화추이

	정신병상 (1일평균 재원자수)	정신병원 1일평균 재원자수	정신과 의사	부랑인 수용자	부랑인시설 수용자중 정신장애인	정신요양 시설수	정신요양 시설 수용자	전체 정신장애인 수용자수
1990	11,557 (9,310)	89	785	13,284	4,556	74	17,432	31,298
1996	21,513 (15,197)	93	1,211	13,013	5,102	78	18,639	38,938
2000	36,387** (30,418)		1,358	13,062	4,212	55	12,676	47,306
2004	62,554	-	-	-	-	55	13,850	76,394 ***

** 1999년 8월31일 병상수

*** 정신병원+정신요양시설 수용자

정신보건법 제정 이후의 특징적 변화로 1996년에 1,211명이었던 정신과전문의가 2000년에 1,358명으로 증가한 것과 정신병상이 1996년 21,531명상에서 1999년 8월 36,387명상으로 증가한 것을 살펴볼 수 있다. 2004년에 이르러서는 정신병원의 병상은 62,554명상으로 이전보다 더 빠른 속도로 증가하였다.

1996년 18,639명상에 달하였던 정신요양시설은 2000년에 12,676명으로 감소하였다. 정신보건법 제정 이후 전체적인 정신장애인 수용자수는 38,938명에서 2000년에 47,306명으로 증가하였으나, 약 20개의 정신요양시설이 정신병원으로 전환함으로써 같은 기간에 정신요양시설 병상수가 이와 같이 급속히 감소되는 결과를 가져왔다.

나. 정신보건서비스체계의 문제점

장애인시설은 사회에서 적절하게 기능할 수 없는 사람들을 보호하는 맥락에서 그 필요성이 인정되어 왔으나, 다른 한편으로는 시설의 자기유지 본성으로 인해 존재 자체가 시설화를 강화하는 기제가 됨으로써 사회로부터의 배제를 장기화시키고 정당화시키며 주류사회에서의 정상화된 삶에 대한 부적합성을 강화시킨다는 비난을 받는다. 이러한 시설의 자기유지 본성과 합리화 기제에 기초한 과도한 시설보호는 개인의 정당한 권리와 인도적인 보호 및 치료에 대한 보장여부가 적절히 관리되지 못하는 정신장애인의 인권차원에서의 문제점 뿐 아니라 이는 의료급여 및 건강보험 재정의 건전성을 약화시킴과 동시에 감금구조에서의 인권문제 발생 가능성을 조장하는 결과를 초래할 수 있다. 우리나라 정신보건체계에서 분석된 문제점들을 요약해보면 다음과 같다.

(1) 과도한 입원치료 구조

우리나라 전체 정신보건시설 1,372개소 중 1,036개소(75.5%)가 정신의료기관이며 6만 개 정도의 병상이 운영되고 있다. 이에 비하여 재활시설은 사회복지시설 134개소, 정신요양시설 56개소에 지나지 않는다. 특히 개방형 지역사회 재활사업을 운영하는 사회복지시설 중 이용시설 이용자는 3,335명으로서 대부분이 폐쇄형인 정신병상 6만개와 정신요양시설 1만 4천 병상에 비교하면 그 불균형은 매우 심각한 상태임을 알 수 있다.

장기입원에 관한 조사결과에 따르면, 평균재원일수는 1368일로 미국의 63일에 비해 26배가 많은 것으로 나타났으며, 재원의 적절성을 평가한 자료에서도 54.9%가 부적절(정신요양원의 경우 60%)한 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 1999, 이영문외, 1999). 지역사회정신보건사업을 총괄하기 위한 정신보건센터와 지역사회재활

프로그램의 확대 등과 같이 정상화 이념을 바탕으로 한 탈시설화와 지역화의 주류적 변화에도 불구하고, 이와 같이 병상수와 평균재원기간이 증가하고 입원치료병상이 증가하는 배경에는 정신보건법이 그 이념과는 달리 정신장애인의 장기적인 수용을 합법적으로 가능하게 하는 법체계와 정부의 탈원화를 위한 정책적 개입의 실효성에 대한 의문, 정신보건체계와 서비스 전달구조 상의 문제가 있다는 비판이 있다.

(2) 사회복지서비스와 보건의료서비스의 분리구조

우리나라의 정신병원은 대부분 민간 영리조직의 특성이 강한 경제적 시장에서 의료서비스를 제공하고 있으며, 사회복지시설과 정신요양시설은 소외계층에 대한 일방적 이전의 사회적 시장에서 사회복지서비스를 제공하고 있다. 우리나라의 경우 의료전문직이 대부분 경제적 시장에 종사하고 있어 사회복지시설이나 정신요양시설과 같은 사회적 시장에서는 의료전문가들의 개입이 약한 특징을 가지는데, 이로 인해 사회적 시장과 경제적 시장은 비의사전문직과 의사들에 의해 양분되는 구조가 형성된다.

이와 같은 구조 하에서 민간의료의 경제적 시장은 그 속성상 이윤동기에 의해 시장의 확대를 도모하게 되고 사회복지시설이나 정신요양시설과 같은 사회적 시장 시장 확대의 장애요인으로 인식하게 된다. 결국 민간의 사회적 시장과 경제적 시장은 충돌할 수밖에 없으며 적절한 연계와 협력을 생성해내기 어려운 상황에 도달하게 된다. 또한 이 구조는 민간의료조직이 정신보건영역에서 경제적 시장을 확대하는 논리는 주로 증상과 치료 중심의 정신보건 패러다임에서 생산되며, 결과적으로 경제적 시장의 민간 의료조직이 사회복지조직의 유효성을 부정하게 하는 요인이 되어 적절한 재활체계 형성을 저해하는 요인이 될 수 있다.

(3) 정신장애인에 대한 의료적 통제구조

우리나라에서 영리민간 정신병원조직은 전통적 치료영역인 병원 운영뿐만 아니라 정신보건센터 위탁운영을 통해 예방 및 행정, 재활의 영역에 관여하고 있으며⁶⁾, 또한 낮병원 운영을 통해 재활영역에 참여하고 장기입원병동의 운영으로 요양영역까지 개입하고 있다.

앞의 정신질환자 수용상태의 역사적 변천에서 알 수 있는 것처럼 정신보건법 제정은 우리나라의 정신질환자 수용구조를 강화시키면서 장기입원의 합법화를 조장한 측면이 크다. 또한 이와 같은 장기입원 강화는 지역사회의 생존문제나 복지문제에

6) 보건복지부(1999)의 "전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강실태조사"에 따르면 위탁운영되고 있는 38개소의 정신보건센터 중 33개소가 대학병원·정신병원·종합병원·정신과의원에 위탁운영되고 있으며, 나머지 5개소도 의과대학이 있는 대학교(예방의학교실, 보건대학원)에 운영되고 있다.

대한 무관심을 가져오는 결과를 초래하였다고 볼 수 있다. 정신보건법은 사회복지사업법의 특별법의 성격을 가지나 사실상 정신질환자의 복지문제에 관해서는 그들의 사회복지권을 돕기 위해 사회복지시설을 규정하고 있는 것 이외에 정신장애인의 사회적권과 복지권을 지원하는 내용을 포함하고 있지 않다. 반면에 이법은 입퇴원에 관한 규정을 상대적으로 자세히 규정하고 있으나, 이에 대한 판단은 의료전문가에게 일임하고 있는 상황이다.

(4) 정신보건센터의 공공성 제한

우리 정신보건제도의 극단적인 모순은 공공 정신보건센터에 관한 규정에서 나타난다. 정부는 정신질환자를 지역사회에서 재활하겠다는 정책목표로 1990년대 후반부터 지속적으로 정신보건센터를 확대하였고, 2007년에는 전국적으로 160여 개가 운영될 예정이다. 그런데 지역사회 재활을 위한 막대한 재정투자에도 불구하고 정신질환자의 입원은 지속적으로 증가하고 있다. 그렇다면 그 이유는 무엇인가?

정부는 3-5명의 인력을 갖춘 모델형 정신보건센터 대부분을 정신의료기관에 위탁운영하고 있다. 다시 말하면 지역사회 재활을 위한 사업을 추진하기 위해 정부가 정신보건센터를 설치하고 그것을 정신의료기관에 위탁하고 있다. 정신의료기관의 자본축적은 입원병상 가동률을 높임으로써 극대화될 수 있다. 그런데 정신보건센터의 사업은 입원병상에 있는 사람을 지역사회로 내보내고 그곳에서 잘 적응할 수 있도록 지원함으로써 입원을 억제하고자하는 것이 가장 큰 목표가 된다. 그렇다면 정신의료기관에서 정신보건센터에 파견된 직원은 열심히 일해서 정신질환자를 재활시킬수록 그를 파견한 정신병원을 수익이 감소하게 된다. 과연 정신의료기관에서 파견근무를 하고 있는 인력이 지역사회 재활사업에 헌신할 수 있을까? 오히려 그들은 지역사회에 있는 정신질환이 있는 사람을 병원으로 보내는 역할을 하게 되는 것은 아닐까? 적어도 정신보건센터 설치 확대에도 불구하고 급증한 정신병상은 이러한 추정에 상당한 개연성을 부여한다.

3. 정신장애인의 사회적권과 지역사회보호

현재로서는 자유권의 제한을 통한 생존권의 보장이라는 장기수용구조에 대한 문제제기에도 불구하고, 이러한 문제점을 통제하고 개선하기 위한 제도적 장치에 관한 충분한 고려가 부족하였으며 결과적으로 자유권적 기본권의 보장을 전제로 한 생존권의 보장, 즉 정신장애인의 인권증진과 서비스제공이 가능한 방향으로의 탈시설화와 사회복지권을 지원하는 대책이 마련되지 못한 상황에 있다.

우리나라에서도 정신장애인의 사회적권을 확대하는 방향으로의 변화를 위해서 정신

보건법상의 주요초점을 환자의 치료로부터 정신장애인의 지역사회 복귀로 명시할 필요가 있다. 또한, 장기적인 시설보호의 기능을 자유권적 권리를 넘어 정신장애인의 지역사회에서의 정상화된 삶의 기회와 선택을 막는 사회권의 침해로 연결지음으로써, 불필요한 시설 내 격리수용으로 인해 정신장애인이 지역사회에서 기본적으로 누려야 할 가족관계와 일, 교육, 사회활동 등의 일상생활이 제한되는 문제를 정신장애인에 대한 중요한 차별적 요소로 인식할 필요가 있다.

가. 최적의 치료와 사회권확보를 위한 합의

정신장애인의 삶의 질 향상이라는 목표는 정신보건서비스체계가 정신장애의 치료와 재활과 관련된 서비스 이외에도 정신장애인이 갖는 다양한 욕구에 반응하는 포괄적인 서비스체계를 갖출 것을 요구한다. 그림 1은 개인의 삶을 구성하는 다양한 요소들을 나타내는 것으로, 이는 개인의 생애주기에 따른 발달과업과 상황적 요구를 해결하는데 필요한 구체적인 욕구들로 재구성된다.

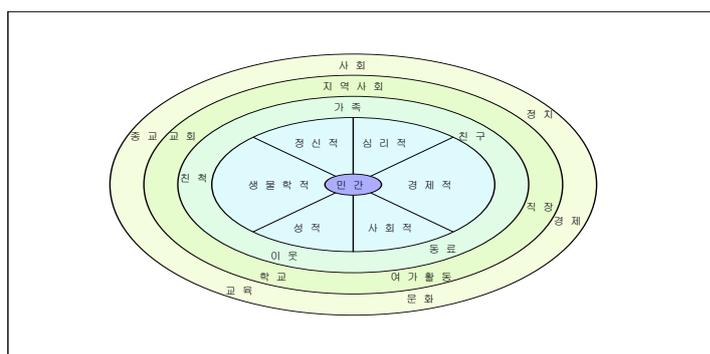


그림 41 개인의 욕구와 환경체계

지역사회에 거주하는 정신장애인은 잔여증상과 기능장애로 인한 개인의 부적응 문제 이외에도 가족이나, 지역사회, 사회와의 상호작용 속에서 환경적 스트레스를 경험하게 되며 이를 해결하기 위해 많은 서비스를 필요로 한다. 정신보건과 관련된 최초의 WHO세계보건 보고서(Videka, 2003)는 ‘정신보건서비스만으로는 정신장애인의 욕구를 충족시킬 수 없으며 교육, 건강, 직업, 주거, 법적서비스와 복지서비스를 포함해야한다’고 기술하고 있다. 미국보건후생성의 보고(1999)에서도 ‘정신건강이 정신장애인의 욕구에 기초하기보다는 의사들의 전문적 독점성에 의해서 사회적 서비스가 아닌 보건서비스로서 정의되고 있다’고 지적하고 있다.

서비스의 목표는 서비스체계의 구성과 운영방향, 전문 인력을 포함하는 정신보건 정책을 결정짓는 중요한 변인이 된다. 정신장애인의 삶의 질 향상이라는 목표는 정신보건서비스체계가 정신장애의 치료와 재활에 관련된 서비스 이외에도 정신장애인이 갖는 다양한 욕구에 반응하는 포괄적인 서비스체계를 갖추도록 한다. 즉, 지역 사회에 거주하는 정신장애인은 잔여증상과 기능장애로 인한 개인의 부적응 문제 이외에도 가족이나, 지역사회, 사회와의 상호작용 속에서 환경적 스트레스를 경험하기 때문에 이를 해결하기 위해 다양한 삶의 영역에 효과적으로 개입할 필요가 있고, 예방과 치료, 재활과 지역사회보호서비스에 다양한 전문가의 개입을 위해 정신보건영역은 전통적으로 다학문간 팀 접근을 강조하고 있다. 따라서 사회적 서비스와의 통합을 강조하는 지역사회의 정신보건서비스는 예방, 치료, 재활의 한 영역을 담당하는 특정 전문직의 주도보다는 다양한 전문직의 기능을 정신보건서비스 체계 내에서 유기적으로 통합하고 조정하는 역할을 필요로 한다.

한편, 정신장애인의 치료수준과 서비스양에 절대적인 영향을 미치는 시설예산과 의료수가, 전문 인력 등은 정부와 국회의 예산결정과정을 통해 결정된다. 정신장애인의 치료와 보호에 관한 사회적 합의가 어느 수준에 있느냐에 따라 충분한 치료나 양질의 서비스가 제공될 수 있다. 불필요한 시설보호비용에 대한 부담과 의료재정으로 인해 정책결정차원에서도 선호되어 왔다. 외국의 경우 장애인법에 기초해 국가는 근거없는 시설치료를 줄이고 지역사회중심의 통합적 서비스를 제공할 의무가 있음을 명확히 규정되고 있으며 이와 관련한 판례들이 보고되고 있다.

일당정액제가 시행되는 의료급여 정신질환자의 경우, 필요한 치료를 충분히 제공받지 못하는 문제와 함께 낮은 수가수준으로 차별적 대우를 받게 된다. 저소득층 환자에 대해서는 차별적인 저수가와 일당정액제로 인해 식사의 질이나 치료인력의 양과 질, 치료공간의 크기, 치료약물의 종류 등 여러 면에서 다른 처우가 제공된다. 이는 국가의 정책과 제도에 의해 의료급여를 받는 저소득층 정신질환자가 최적의 치료를 받지 못하게 구조화된 차별적 사례로 볼 수 있다.

나. 정상화와 지역사회 통합서비스의 구조화

정신장애인도 다른 사람과 마찬가지로 지역사회와 사회의 구성원으로서 참여할 권리가 있으며, 따라서 사회통합적 의미를 갖는 지역사회에서의 치료와 보호는 단순히 정신장애인에 대한 서비스 이상의 의미를 갖는다. WHO는 지역사회 보호 및 치료가 시설치료에 비해 효과나 삶의 질 향상 측면에서 유용할 뿐 아니라 비용 효

울적이라고 보고하고 있다. 그러나 인권의 관점에서는, 효과성이나 효율성을 떠나, 사람은 사회적 맥락 속에서 자신의 정체성을 가지고 일하고 배우며 가족과 친구들과 함께 할 권리가 있기 때문에 지역사회에서 살아야 한다는 당위성을 강조한다.

정상화란 보편적인 가정에서의 하루 일과와 생활리듬, 정상적인 발달경험과 인생 주기에서의 선택의 자유 등을 강조하는 지역사회에서의 삶을 의미한다. 이와 같은 정상화개념은 장애를 일탈로 보는 분리담론이 지배적인 시각을 벗어나 사회통합의 지향을 강조하면서 인권적 요소를 강조한다. 최근에는 인권과 관련한 담론들이 주류 문화로의 일방적 통합을 강조하거나 개인적 문제와 사회적 환경과의 유기적 관계를 간과하는 등의 한계를 극복하기 위해 보다 통합적이며 자기결정권을 강조하는 방향으로 가고 있다. 즉, 지역사회로의 장소의 변화뿐 아니라 변화의 주체로서 개인과 지역사회가 기능해야함을 강조한다.

외국의 경우도, 만성적인 정신질환자를 부적절한 시설 환경으로부터 지역사회로 탈시설화시키는 과정에서, 이들이 필요로 하는 정신 보건 및 사회서비스를 제공하거나 지역사회 중심의 서비스 환경을 적절히 조성해주지 못한 경우가 많다. 영국은 1990년에 제정된 National Health Service Community Care Act에서 이와 같은 문제점을 개선하기 위한 강력한 사회보호서비스정책을 제시하면서 근본적인 개혁을 이끌어냈다. 영국의 지역사회보호정책은 사정체계를 통해 시설생활과 지역사회 내 서비스를 일원화하고 개인의 상황과 욕구에 따라 개별화된 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 각 단계에서 필요한 서비스를 결정하고 지역사회에서의 삶을 보장하도록 규정하고 있으며, 이용자들의 권리침해를 예방하기 위한 공식적 이의제기와 권리구제절차를 보완적으로 마련하고 있다. 공식적 이의제기는 유럽인권협약에 근거해 제정된 1998년의 인권법에 의해서도 강조되는 것으로, 생활시설의 거주자를 비롯한 이용자의 공식적 이의제기에 대해 지방정부가 책임지도록 강제하고 있으며 서비스 제공과정에서도 이용자의 인권보장에 대한 법적근거를 명확히 제시하도록 하고 있다.

미국의 경우에도 1987년의 요양시설개혁법에 의거해 시설생활인들이 가능한 최상의 육체적, 정신적, 심리사회적 안녕상태를 유지하고 보장하도록 일정한 서비스의 수준을 요구하고 있으며 처우의 질과 서비스의 질, 권리 등에 관한 이용자 조사와 모니터링절차를 통해 그 준수여부를 확인하고 있다.

우리나라 정신보건법에도 보건복지부장관이 정신보건시설에 대한 서비스 평가를 5년마다 시행하도록 되어있으며 정신의료기관에 대한 평가도 의료법에 따라 이루어지고 있다. 그러나 과도한 시설수용을 방지하고 효과적인 평가를 시행하기 위해서는 평가기간을 적절히 단축하고 시설의 장이 특별한 이유없이 시설의 운영상황을 파악하기 위해 요구되는 시설개방을 거절할 수 없도록 실효성있게 규정할 필요가

있다.

외국의 경우에는 정신장애인의 보호 관리를 위한 사례관리자가 정신보건서비스 체계와 사회적 서비스체계간의 연결고리를 담당하는 것이 보편화되어 있어 정신장애인의 특성과 상황에 따라 서비스 프로그램을 횡단적으로 구성하고 개인의 욕구변화에 따라 종단적으로 서비스의 연속성을 유지하도록 하고 있다. 우리나라에서 현재 기관별로 이루어지는 사례관리는 포괄적인 지역사회보호보다는 기관의 서비스를 중심으로 체계적인 서비스를 제공하기 위한 기관의 프로그램 차원에 그칠 수 있다. 미국의 경우 특정기관과의 연계를 벗어나 클라이언트의 욕구에 맞게 다양한 서비스 기관들로 의뢰하는 서비스체계가 적절히 기능할 수 있는 이유는 주 정부의 책임 하에 운영되는 공적관리체계 때문이다. 이 경우 클라이언트의 의뢰와 서비스의 선택권을 갖게 되는 관리체계의 공공성과 서비스기관의 전문성간의 신뢰와 협력의 수준이 주요 변수가 되고 있다.

공적관리체계뿐 아니라 서비스전달기관으로서의 정신보건센터는 지역사회에서 포괄적인 지역사회정신보건사업을 추진하는 체계로서 지역 내 다양한 정신보건사업에 관한 연계 및 조정역할을 담당하여야 한다. 정신보건센터는 개별클라이언트에게 지원되는 서비스들을 지역단위로 조합하여 사례관리의 형태로 지원하며 필요에 따라 지역사회자원을 확장시키는 역할을 한다. 이러한 맥락에서 사회복지시설이나 기타 주간재활업무를 담당하는 기관들과 중복적으로 제공하는 낮프로그램의 한계점을 인식하고 지역사회의 통합적인 정신보건서비스기관으로서의 특성을 살릴 수 있는 중추적인 조정기관으로서의 역할을 강조할 필요가 있다.

또한 우리나라처럼 과도한 민간의료구조에서는 정신보건센터의 위탁운영을 철폐하고 국가의 직영 센터로 운영되지 않는다면 기대하는 소기의 성과가 나타나기 어렵다. 즉각적인 법 개정을 통해서 정신보건센터의 공공성을 제고하는 것이 정신보건체계와 관련된 모든 개혁의 시발점이 되어야 할 것이다.

4. 지역사회에서의 정신장애인의 삶의 보장과 관련한 법적 권리확보

정신장애인의 삶의 질을 향상시키고 유지하기 위해서는 다양한 인권적 요소들을 고려해야 한다. 그러나 일반적으로는 사회의 안전, 타인과 가족의 보호, 효율적인 관리 등의 결과에 근거해 정신장애인의 권리가 제한될 수 있다는 공리주의 입장과 정신장애인의 자율성보다 치료와 보호가 더 우선시되어야 한다는 의료모델에 기반한 온정주의적 접근 등으로 인해 소비자로서 정신장애인의 주체적 욕구와 삶의 목표가 배제되고 정당화되는 결과를 가져오는 경우가 많다.

특히, 격리된 시설보호와 달리, 지역사회보호는 다수의 안전과 사회질서에 대한 욕구와 정신장애인의 권리가 일상적으로 상충하게 된다. 예를 들어, 정신장애인은 교육이나 직업에 있어서 차별을 받으며 결혼이나 출산 및 육아, 사회활동에 있어서 인정받지 못한다. 특히 정신장애인을 공격적이며 위험하며 예측하기 어려운 존재로 묘사함으로써 대중적 이미지를 왜곡시키는 대중매체의 영향은 정신장애인의 인간으로서의 존엄성을 갖고 차별대우를 받지 않을 권리에 부정적 영향을 미친다.

정신장애인은 흔히 자신들을 보호할 수 없는 위치에 있기 때문에 책임성있는 절차에 대한 적극적인 모니터링과 엄격한 감시가 법적 틀 안에서 필요하기 때문에, 많은 국제법에서는 정신장애인의 최소한의 권리를 포함하는 인권조항들이 제시되어 있다. 비엔나선언으로 알려진 1993년의 세계인권협약에서는 모든 인권과 기본적 자유는 만인 공통의 권리이며, 따라서 장애인들도 무조건적으로 포함된다고 명시하고 있다. 모든 인간은 태어나면서 평등하며, 삶과 복지, 교육, 독립적인 생활과 사회활동 모든 측면에서 동일한 권리를 갖기 때문에, 장애인에 대한 어떤 직접적인 차별이나 부정적인 대우는 권리를 침해하는 것으로 고려된다.

정신장애인의 인권을 보장하기 위한 지침으로서 WHO는 정신장애인의 기본적 자유와 권리, 정신장애 결정기준, 비밀보장, 비자발적 입원과 치료동의를 포함한 보호와 치료기준, 정신의료기관에서의 권리, 정신의료기관의 설치기준, 심의기구의 설치, 범죄를 저지른 정신장애인의 권리보호, 정신장애인 권리보호절차 규정 등 25개 원칙을 제시하고 있다. 우리나라 정신보건법에서는 정신장애인의 기본권리와 관련한 내용으로서, 인간으로서의 존엄과 가치, 최적의 치료를 받을 권리, 차별대우를 받지 않을 권리, 미성년 정신장애인의 치료, 보호 및 교육을 받을 권리, 자발적으로 입원할 수 있는 권리, 자유로운 환경 및 통신의 권리를 제시하고 있다.

정신장애인 인권과 관련된 앞의 논의는 주로 신체의 자유와 같은 자유권적 기본권의 문제와 정상화된 지역사회에서의 삶에 필요한 적절한 치료나 서비스를 제공받지 못함으로써 발생하는 사회권적 기본권의 문제와 관련을 갖는다. 현재 정신장애인 인권침해에 관하여 사회적 이슈가 되고 있는 것은 정신병원에서의 장기적 감금과 그 공간 내에서 발생하고 있는 다양한 형태의 비인권적 행위들이 대부분이나, 지역사회에서의 정신장애인의 생존권이나 서비스보장과 관련한 사회권적 기본권에 관한 논의가 이루어지지 않는다면 정신장애인의 장기 감금문제에 관한 근본적인 해결책에 한계를 가질 수밖에 없다. 그러나 인간다운 생활을 보장받을 권리로서의 사회권적 기본권은 자유권에 비해 사회적 합의를 이끌어내는 것이 더 어렵다(서동우, 2006). 이는 정신장애인의 삶의 질을 보장하고 최적의 치료를 제공하는데 있어서의 객관적인 기준이나 인권침해의 수준이 명백히 드러나지 않는 문제 때문이기도 하다.

흔히 사회권협약이라고 불리는 경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제협약 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)에서는 모든 인간이 누려야 할 기본적인 권리를 강조하고 있으며, 정신장애인도 인권의 주체로서 적절한 제반환경 하에서 양질의 치료를 받아야 하는 포괄적 의미의 사회적 권리를 갖는다. 세계인권선언 5조에서도 모든 사람은 의식주와 의료, 사회서비스를 비롯하여 자신과 가족의 건강과 복지를 위해 적절한 삶의 수준을 누릴 권리가 있으며, 실업이나 질병, 장애, 생계 등에 대한 적절한 보호를 받을 권리를 규정하고 있다.

표 4.3 정신장애인 차별법률 현황

정신장애인 차별법률 및 조항	차별내용
철도안전법 제11조	운전면허 결격사유
건설기계관리법 제27조	건설기계조종사면허의 결격사유
의료기기법 제6조 제6항 제1호	의료기기 제조업 허가제한
응급의료에 관한 법률 제37조	응급구조사 결격사유
의료기사등에 관한 법률 제5조	의료기사등의 면허 결격사유
의료법 제8조	의료인 결격사유
화장품법 제3조 제2항 제1호	화장품제조업 신고수리 제한
영유아보육법 제16조 제2호	보육시설 설치운영 제한
위생사법 제4조	위생사 시험자격의 제한 및 면허결격사유
약사법 제4조	약사 및 한약사 면허결격사유
수의사법 제5조	수의사 결격사유
공중위생관리법 제6조 제2항	이용사 또는 미용사의 면허 제한
기르는데업육성법 제15조 제1호	수산질병관리사 결격사유
수상안전레저법 제5조	모터보트 등 등력에 의해 움직이는 각종 수상레저용 선박 및 기구와 요트의 조종면허의 결격사유

* 자료: 김문근(2005)

그러나 우리나라의 다양한 법률들은 정신질환자에 대한 낙인과 편견에 의한 차별과 인권침해 요소를 가진 조항들을 내포하고 있다. 그 예로 위의<표3>에는 사회생활의 전반적 영역에서 정신장애인에게 부과되고 있는 여러 차별조항들을 확인할 수 있다. 정신적, 지적, 신체적 능력으로 인해 지장이 있는 경우 사회공동체의 참여와 최대한 독립적이며 자기결정에 따른 삶의 영위가 가능하도록 사회적 환경과 관련한 급부를 제공하여야 하나 오히려 기본적인 권리를 제한하는 법률조항이 많음을 알

수 있다. 정신장애를 비롯한 장애의 위험이 있는 사람과 장애인에 대해 자기결정과 사회생활에서의 평등한 삶을 보장하도록 차별적 요소에 대해 법률적으로 명시하며, 아울러 장애로 인한 차별을 방지하거나 시정하기 위한 급부를 제공하도록 규정할 필요가 있다.

특히, 시설입소에 앞서 사회공동체 안에서 생활이 가능하도록 서비스를 제공하는 참여급부우선의 원칙과 참여급부에 대한 예방우선의 원칙이 규정될 수 있다. 국제적 기준에 의하면, 정신장애인을 위한 적절한 지역사회서비스를 갖추지 못하고 치료적 시설에 의존하는 상황이 문제로 지적될 수 있다. 1995년에 개정된 우리나라 정신보건법에는 정신질환자가 최적의 치료를 받을 권리가 명시되어 있으나 사회권에서 제시하는 삶의 보장과 관련한 다양한 권리는 충분히 반영되어 있지 않은 것으로 평가된다. 특히, 정신보건법은 사회복지사업법 제2조의 해석상 사회복지사업을 위한 특별법의 성격을 가지고 있음에도 불구하고, 정신장애인의 사회복지권을 돕는 사회복지시설을 규정하고 있는 것 이외에 별다른 내용을 규정하지 않는 문제가 있다.

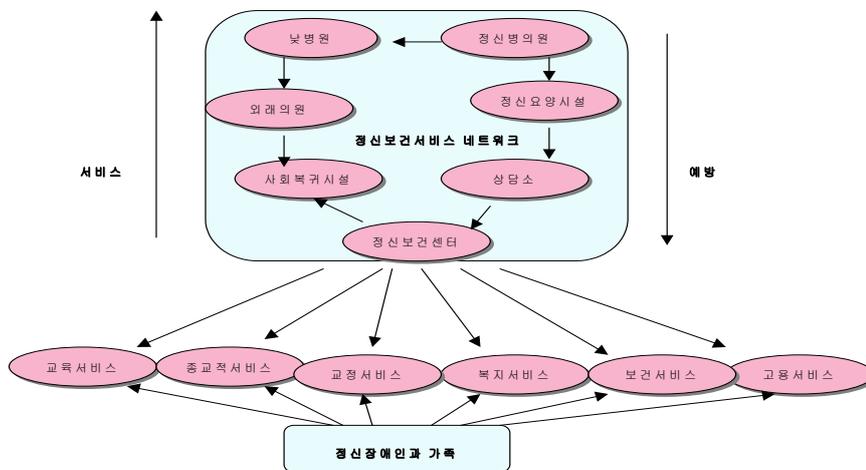


그림 4.2 정신보건 서비스체계의 구성(Thackeray 외, 1979)

정신장애인의 지역사회에서의 생존문제나 복지문제에 대한 관심을 증가시키며 지역사회 정신보건사업을 총체적으로 활성화시키는 방향으로 변화하기 위해서는 사업내용도 상담 및 심리사회재활, 기초생활보장 및 취업, 교육, 보건, 사회복지서비스의 이용 및 사례관리체계와 같이 정상적인 사회생활을 제공하는 사회복지서비스의 제공을 실효성있게 포함시키는 방향으로의 법 개정이 필요하다. 또한, 그림 2와 같은

정신보건서비스체계의 구성과 네트워크 내의 순환구조를 통해 정신과 전문의와 정신보건 사회복지사, 임상심리사, 간호사 등의 전문 인력이 각 실천현장의 특성에 따라 역할의 비중을 달리하며 업무를 분담해야 한다(Thackeray 외, 1979).

정신질환자의 사회복귀에 관한 사업을 사회복지사업으로 규정하고 있는 사회복지사업법 제2조의 해석에도 불구하고, 정신보건법의 (제1조의) 목적 규정에서는 이 법이 정신질환자를 주 대상으로 의료 및 사회복귀에 초점을 둠으로써, 정신질환자의 지역사회보호에 필요한 지지적 서비스나 생활상의 다양한 문제를 도와 궁극적으로 지역사회재활을 돕는 방향으로의 결과를 가져오지 못하고 있다. 예를 들면, 우리나라 정신보건법 제1조는 이 법의 목적이 '정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함'에 있는 것으로 규정되고 있다. 이 규정에서 정신질환 혹은 정신질환자라는 용어와 정신보건법이 규정하는 사업내용을 예방, 의료 및 사회복귀라고 표현된 부분은 현행 정신보건법의 성격을 단명하게 보여준다. 즉 이 법의 서비스는 정신질환이나 정신질환자를 대상으로 예방, 의료 그리고 사회복귀를 촉진하는 서비스를 제공한다는 점에서 기본적으로 의료법적 성격을 가지고 있다.

표 4.4 정신보건법 개정관련 제안사항

현행 정신보건법	개정관련 제안사항	
<p>第1章 總則 第1條(目的) 이 법은 精神疾患의 豫防과 精神疾患者の 醫療 및 社會復歸에 關하여 필요한 사항을 規定함으로써 國民의 精神健康增進에 이바지 함을 目的으로 한다.</p>	<p>제1조(목적) -----정신 장애인 의 의료 및 보호 등에 -----</p>	
<p>第2條(基本理念) ②모든 精神疾患者는 最適의 治療를 받을 權利를 보장받는다.</p>	<p>제2조(기본이념) ② 모든 정신장애인은 최적의 치료 및 보호를 -----</p>	
<p>第3條(定義) 5. “精神療養施設”이라 함은 이 법에 의하여 設置된 施設로서 精神醫療機關에서 의뢰된 精神疾患者와 慢性精神疾患者를 入所시켜 療養과 社會復歸促進을 위한 訓練을 행하는 施設을 말한다.</p>	<p>5.“정신요양시설”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신보건복지센터에서 의뢰된 장기적 보호가 필요한 정신장애인과 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복지추진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.</p>	<p>* 정신요양시설을 정신의료기관의 종속적지위로 두는 현행법은 민간이 다른 민간을 통제하는 모순된 법리이며, 따라서 위탁규정이 철폐된 공공 정신보건복지센터가 의뢰의 주체가 되어야 함</p>
<p>第6條(精神保健施設의 設置·運營者의 義務) 精神保健施設의 設置·運營者는 精神疾患者와 그 保護義務者에게 설치 이 법에 의한 權利와 權利의 행사에 關한 사항을 알려야 하며, 入院 및 居住중인 精神疾患者가 인간으로서의</p>	<p>제6조 (정신보건복지시설의 설치·운영자의 의무) 정신보건복지시설의 설치·운영자는 -----</p>	
<p>2章 精神保健施設 第13條(지역사회정신보건사업등) ①국가 및 지방자치단체는 보건소를 통하여 정신보건시설간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등 지역사회정신보건사업을 기획·조정 및 수행할 수 있다.</p>	<p>제13조(지역정신보건사업등) ① ----- 보건소 및 지역정신보건복지센터를 통하여 정신보건시설간 연계구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·치료·사회복귀 훈련 및 이에 관한 사례관리 등 -----</p>	
<p>第22條(保護義務者의 義務) ①保護義務者는 被保護者인 精神疾患者로 하여금 적정한 治療를 받도록 노력하여야 하며, 精神科 專門醫의 診斷에 의하지 아니하고 精神疾患者를 入院시키거나 入院을 연장시켜서는 아니된다.</p>	<p>제22조(보호의무자의 의무) 보호의무자는 피보호자인 정신질환자로 하여금 적절한 치료 및 보호를 받도록 노력하여야 하며,-----</p>	

이 법의 사회복지사업법적 성격을 확대하기 위해서는 우선 일본의 '정신보건 및 정신장애자복지법'의 예에서처럼 법의 주요대상에 대한 용어를 정신장애인(자)으로 수정하고 사업내용의 규정을 의료 및 사회복지가 아니라 '의료 및 보호'로 규정할 필요가 있다(표4참조). 즉 사회복지사업법에서 보호는 '사회복지서비스의 제공(사회복지사업법 제33조의 2)'을 의미하며, 사회복지서비스는 '국가·지방자치단체 및 민간의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담·재활·직업소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 제도적으로 지원하는 것'을 뜻하기 때문에 이와 같이 목적규정을 변경하여야만 사회복지사업법적 특성을 선명하게 제시하는 것이 될 것이다. 결국 이 규정은 사회복지서비스의 범주를 사회복지라는 영역으로 축소시킴으로서 사회복지서비스가 의료서비스와 병행되는 서비스가 아니라 그것의 종속적 서비스가 되는 결과를 가져왔다.

정신보건법 목적(제1조) 규정의 비합리성은 기본이념(제2조)와 보호의무자의 의무(제22)에서 반복적으로 나타나고 있다. 즉 제2조 제2항은 정신보건법의 기본이념으로 '모든 정신질환자는 최적의 치료받을 권리를 보장받는다'고 규정하고 있는데, 이는 정신보건법이 정신질환자에 대한 최적의 보호를 배제하는 결과를 초래하고 있다. 정신질환자는 단지 최적의 치료를 받을 권리를 가지며, 보호의무자도 치료받을 권리가 의무만 있는 것이 된다.

정신보건법의 사회복지사업법적 성격의 확대와 관련하여 정신보건법상의 주요용어에 대한 적절성의 검토가 필요하다. 예를 들어 정신보건법이 갖는 포괄적인 개념을 반영하는 차원에서 정신보건법을 정신장애인 (보건)복지에 관한 법률로 대체하고, 법의 주요대상에 대한 용어를 정신장애인(자)으로 수정하고 사업내용의 규정을 의료 및 사회복지가 아니라 '의료 및 보호'로 확대할 필요가 있다. 또한, 정신장애인의 지역사회재활프로그램을 담당하는 사회복지시설은 정신장애인 지역사회재활센터 등과 같은 명칭으로 변경하고 병원으로부터의 퇴원 후 사회복지에만 국한된 정신보건서비스를 다양한 일상생활의 지원으로 확대할 필요가 있다.

이러한 맥락에서, 정신의료기관에서의 과도한 장기 입원을 방지하고 입원자들이 퇴원 후 지역사회에서 가능하면 입원하지 않고 적절한 진료 및 생활 지원을 받을 수 있는 다양한 지지적 서비스를 확보하며 이를 체계적으로 모니터링하는데 적합한 지역사회보호서비스의 구성을 우리나라 실정에 맞게 구체화시킬 필요가 있다. 정신보건법상에도 정신장애인이 가능한 한 지역사회에서 생활하고 일할 권리와 함께 자신이 거주하는 지역에서 치료받고 보호받을 권리를 보장하여야 한다. 또한 이를 체계적이며 기능적으로 지원하기 위한 통합된 지역사회보호서비스를 위한 자원의 확보와 지역 내 관련시설 간의 연계체계를 활성화시키며 조정될 수 있는 조항들이 필요하다. 또한, 장애인의 사회적 참여를 위한 급부들은 정신보건서비스영역에 국한되는 것이 아니라 의료급여나 생계급여를 포함한 다양한 사회적 급부를 포함하게 된

다. 정신장애로 인한 위기상황과 치료적 욕구를 적절하게 지원하며 다양하게 필요한 생활지원을 받을 수 있도록 보건복지영역을 아우르는 다양한 서비스들이 지역사회보호체계 내에서 우선적으로 제공되도록 이와 같이 법적으로 명시하고 제도적으로 보장될 때 지역사회에서의 정상화된 삶이 서비스체계내서 구조적으로 보장될 수 있을 것이다.

제3절 결론

끝으로, 우리사회에서 정신장애인으로 겪는 불평등을 제거하고 비차별적인 사회로의 변화를 위한 조건을 만들어가기 위해서는 정신장애인과 가족의 자기옹호적 노력과 사회적 인식의 변화가 뒷받침하는 가운데 법개정이 속히 이루어져야 하겠다. 특히, 정신장애인의 인권보호에 대한 법적 기여도를 높이기 위해서는 정신장애인에 대한 차별과 인권침해에 대한 처벌, 감독 등에 관한 규정과 권리증진에 대한 국가적 책임이 명시될 필요가 있다. 실제 미국의 장애인기회균등에 관한기준규정에서는 국가는 장애인들이 다른 시민들과 평등한 근거 하에 인권, 시민권, 정치적 권리 등 자신의 권리를 행사하도록 해줄 의무가 있다고 규정하고 있다. 국가는 장애인 및 그 가족, 옹호인들의 조직이 보건정책의 실행에 있어서 중요한 역할을 담당하도록 경제적 및 기타 지원을 함으로써, 지역사회에서의 낙인과 편견을 줄이고 정신장애인이 지역사회재활의 주체로서 참여하는데 기여하게 된다.

※ 참고문헌

1. 국가인권위원회. (2005). 국가인권정책기본계획 권고안 참고자료집.
2. 서동우. (2006). “정신장애인의 인권과 권익”, 한국정신보건사회복지학회 2006추계학술대회 자료집, 203-213
3. 서미경. (2003). “정신장애인 인권보장과 제한에 관한 연구”. 한국사회복지학, 55(11). 231-254.
4. 이영문, 김현수, 이호영. (1999). “한국정신보건시설 입원/입소에 대한 재원 적절성 분석”, 신경정신의학, 38: 973-984.
5. 한국보건사회연구원. (1999). 전국정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사”, 보건복지부.
6. 현명호. (2006). “정신질환자의 인권실태 및 대안모색”, 한국정신보건사회복지학회 2006추계학술대회자료집, 249-260.
7. Priebe S, Badesconyi A, Hansson L, Fioritti A, et al. (2004) Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330:123-126.
8. Larrobla C, Botega NJ (2001) Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:256-259.
9. Madianos MG, Zacharakis C, Tsita C, Stefanis C (1999) The mental health care delivery system in Greece: Regional variation and socioeconomic correlates. *J Ment Health Policy Econ* 2(4):169-176.
10. Mental Disability Rights International. (2005) Americas advocacy initiative: Neuro-psychiatric hospital of Paraguay. Available: www.mdri.org/projects/americas/paraguay/index.htm <http://www.mdri.org/projects/americas/paraguay/index.htm>. Accessed 14 Feb 2005.
11. Rosenthal E, Sundram C (2002) International human rights in mental health legislation. *N Y Law Sch J Int Comp Law* 21:469-510.
12. Thackeray, Milton, Skidmore, R., & Farley, O.(1979). *Introduction to Mental Health: Field and Practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
13. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000) General comment 14: The right to the highest attainable standard of health. Available: [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000). 4. EnOpenDocument. Accessed 7 February 2005.

14. World Health Organization. (2001) World health report. Available: www.who.int/whr2001/2001/main/en/. Accessed 7 February 2005.

[부록 1]

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙
Principles for the Protection of Persons with Mental Illness
and the Improvement of Mental Health Care

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙
Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the
Improvement of Mental Health Care

1991년 12월 17일, 총회 결의문 46/119에 의해 채택됨

이 원칙들은 장애, 인종, 성별, 언어, 종교, 정치적 혹은 다른 견해, 국가적, 종교적 혹은 사회적 기반, 법적 혹은 사회적 지위, 연령, 재산 혹은 출생에 근거를 둔 어떠한 종류의 차별 없이 적용되어야 한다.

정 의

이 원칙에서,

"변호인(Counsel)"은 법적으로 혹은 기타 자격을 갖춘 대표를 지칭한다.

"독립 권한(Independent authority)"은 국내의 법률에 의해 규정되어 있는 합법적이고 독립적인 권한을 의미한다.

"정신보건의료(Mental health care)"는 개인의 정신 상태와 치료 그리고 정신 장애나 추정 정신장애의 치료와 회복을 포함한다.

"정신보건 시설(Mental health facilities)"은 정신보건의료를 제공하는 주요 기능의 모든 시설물 혹은 시설물의 단위를 의미한다.

"정신보건 전문가(Mental health practitioner)"는 의사, 심리치료사, 간호사, 사회 봉사자나 혹은 정신보건에 유용한 특수한 기술을 가진 종사자들을 의미한다.

"환자(Patients)"는 정신보건의료를 받는 사람과 정신보건시설에 수용되어 있는 모든 사람을 포함한다.

"개인적 대리인(Personal representative)"은 어떠한 특수한 사항에서도 환자의 이익을 대변하는 사람, 환자의 의도와 관련한 특별한 권리를 수행할 의무를 가진 법적으로 지정된

사람을 의미하며 부모와 미성년자의 보호자 혹은 국내법에 의해서 제공되는 개인을 포함한다.

“심사기관(The review body)”은 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자를 원칙 17조에 의해 심사하기 위해 설립된 단체를 의미한다.

일반 규정 사항

이 원칙에 규정된 권리의 시행은 법에 기술되어 있고 건강 보호, 타인으로부터의 개인의 안전, 공공의 안전, 질서 및 건강 혹은 도덕, 기본적 권리와 다른 사람들의 자유를 보장하는 한도 안에서 규정되어야 한다.

원칙 1 - 기본적 자유 및 기본 권리

1. 모든 사람은 보건의료 및 사회적 보호제도의 한 부분으로 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다.
2. 모든 정신장애인 혹은 정신장애로 취급받는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.
3. 모든 정신장애인 혹은 정신장애로 취급받는 사람은 경제적, 성적 혹은 다양한 형태의 착취, 신체적 혹은 다양한 학대와 치료를 저하하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다.
4. 정신장애에 대한 차별은 없어야 한다. "차별"은 동일한 권리의 즐거움을 무력화시키거나 약화시키는 어떠한 구별, 배제 혹은 선호를 의미한다. 정신장애인의 권리를 보호하고 발전을 보호할 수 있는 특별한 수단은 불평등하다고 판단되어져서는 안 된다. 정신장애인 혹은 다른 개인의 인권을 보호하기 위해 필요한 그리고 이 원칙을 제공하기 위해 위임받은 차별은 구별, 배제 혹은 선호를 포함하지 않는다.
5. 모든 정신장애인은 세계인권선언, 경제, 사회 그리고 문화적 권리의 국제 협약, 장애인의 권리 선언과 시민권 및 정치적 권리를 위한 국제협약이나 억류나 징역의

형태 아래에 있는 사람들을 보호하기 위한 단체와 같은 다른 유사한 기구에 의해 인식되고 있는 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 행사할 권리가 있다.

6. 정신장애로 인하여 개인이 법적 능력이 부족하다고 결정되거나 정신장애의 결과로 인한 법적 능력의 부족으로 대리인이 결정되는 것은 국내법의 의해 설립된 독립적이고 공정한 법정에서의 심의를 통하여 이루어져야 한다. 법적 능력이 제기되는 개인에 대하여는 변호인이 대리인으로 지정되어야 한다. 만약 능력이 제기되는 개인이 그러한 대리인을 책임지지 못할 경우, 그 혹은 그녀는 대리인에게 임금을 지불할 충분한 방법이 없는 것으로 간주, 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 변호인은 이익의 충돌이 발생하지 않는다는 법원의 만족이 없는 이상은 정신보건시설 또는 시설의 개인 혹은 능력이 부족한 자의 가족원을 대리할 수 없다. 능력과 개인 대리인에 대한 결정은 국내법에 기술되어 있는 합당한 기간을 두고 재고되어야 한다. 능력이 제기되는 개인 혹은 그 혹은 그녀의 대리인 그리고 다른 이해관계자는 결정사항에 대하여 상위 법원에 이의를 제기할 수 있는 권리를 가진다.
7. 법원이나 유사한 법률기관이 정신 장애인이 그/그녀의 개인적 사고를 스스로 책임질 수 없다고 판단했을 때, 환자의 상황에 필요하고 유용하다고 판단되면, 그/그녀의 이익 보호를 보장하기 위해서 확인이 필요하다.

원칙 2 - 미성년자의 보호

미성년자의 권리 보호를 위하여, 필요하다면 가족 구성원보다 우선하여 개인 대리인의 약정을 포함하여, 원칙의 목적과 국내법의 범주 안에서 특별한 보호가 주어져야만 한다.

원칙 3 - 지역사회에서의 삶

모든 정신장애를 가진 개인은 지역사회에서 가능한 범위 내에서 주거와 노동의 권리를 가진다.

원칙 4 - 정신장애의 판단

1. 개인의 정신장애에 대한 판단은 세계적으로 인정받는 의학 기준에 따른다.
2. 정신장애에 대한 판단은 절대로 정치적, 경제적 혹은 사회적 상황, 또는 문화, 인종 또는 종교 회원단체 또는 정신 건강상태와 직접적인 관련이 없는 어떤 다른 이유를 위해 결정되어서는 안 된다.
3. 가족 혹은 전문적 불협화음 또는 도덕적, 사회적, 문화적 혹은 정치적 가치와의 불일치, 개인이 속한 사회에서 일반적인 종교적 믿음 등은 절대로 정신장애를 판단하는 기준이 될 수 없다.
4. 환자로써의 과거의 치료 또는 입원 기록은 그 자체만으로는 현재 또는 미래의 정신장애를 판단하는 기준으로 정의되어서는 안 된다.
5. 어떠한 개인 혹은 감독기관도 정신장애 또는 정신장애의 결과와 직접적으로 관계된 목적을 제외하고는 개인을 정신장애를 가진 사람으로 규정하거나 지목할 수 없다.

원칙 5 - 의학 검사

국내법에 의해 감독받는 과정을 제외하고는 그 어떤 개인도 그/그녀가 정신장애를 가지고 있다고 판단 받을 의학검사를 강요받을 수 없다.

원칙 6 - 비밀보장

이 원칙이 적용되는 모든 사람들에 대한 정보의 비밀보장의 권리는 존중되어야 한다.

원칙 7 - 지역사회와 문화의 역할

1. 모든 환자는 그/그녀가 거주하는 지역사회에서 가능한 한 치료받고 보살핌 받아야 할 권리가 있다.
2. 치료가 정신보건시설에서 이루어질 때, 환자는, 가능한 언제나, 그/그녀의 거주지 혹은 친척 또는 친구의 거주지 근방에서 치료받을 권리가 있으며, 치료가 끝나는 즉시 지역사회로 복귀할 권리가 있다.
3. 모든 환자는 그 지역의 문화적 배경에 적합한 치료를 받을 권리가 있다.

원칙 8 - 보호의 기준

1. 모든 환자는 그/그녀의 건강의 필요성에 적합하도록 보건 및 사회적 의료를 받을 권리가 있으며, 다른 환자와 같은 기준의 보호와 치료를 받을 권리가 있다.
2. 모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자들로부터의 학대, 직원 및 다른 사람들의 고통 혹은 신체적 불안을 야기하는 행동을 포함하는 위해로부터 보호받아야 한다.

원칙 9 - 치료

1. 모든 환자는 환자의 건강 욕구와 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위하여 최소 제한적인 환경과 최소 제한 혹은 방해받지 않는 범위 안에서 치료를 받을 권리를 가진다.
2. 모든 환자들에 대한 치료 및 보호는 개별적으로 처방 계획, 환자와의 의견조율, 정기적인 심에 기초하여야 하며 필요시마다 자격을 갖춘 전문가에 의해 개정되어야 한다.
3. 정신보건의료는 수감자 혹은 억류자에 대한 고통, 잔인하고 비인간적이며 수준 낮은 처우로부터 보호하기 위한 UN총회의 의결사항에 의거하여 항상 보건 분야 종사자, 특히 의사의 임무에 적합한 의학윤리의 원칙과 같은 국제적으로 받아들여지는 윤리에 적합하게 적용되어야 한다. 정신보건지식 혹은 기술은 절대로 남용되어

서는 안 된다.

4. 모든 환자의 치료는 환자의 자치권을 보호하고 향상시킬 수 있는 방향으로 진행되어야 한다.

원칙 10 - 약물치료

1. 약물치료는 환자의 보건 욕구에 최대한 부응하고 치료 상 혹은 진단상의 목적을 위해서만 이루어져야 하며, 처벌이나 다른 이들의 편의를 위하여 시행되어서는 안 된다. 원칙 11, 15조에서와 같이, 정신보건전문직들은 알려져 있고 효능이 구현된 약물치료만을 시행하여야 한다.
2. 모든 약물치료는 법률에 의해 허가된 정신보건전문직에 의해 처방되어야 하며 환자 기록에 기록되어야 한다.

원칙 11 - 치료의 동의

1. 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15조에서 제시한 사항을 제외하고, 환자의 고지된 동의 없이는 환자를 치료할 수 없다.
2. 자유의지에 의해 얻어진 고지된 동의는 협박 또는 적절치 못한 행위 없이, 환자에게 다음과 같은 문서화된 언어로써 사항의 적합하고 이해할 수 있는 정보를 전달한 후 얻어진다.
 - (a) 진단 평가;
 - (b) 제안된 치료의 목적, 기간 및 예상되는 이익;
 - (c) 다른 치료 방식;
 - (d) 제안된 치료의 가능한 고통 또는 불편, 위험 그리고 후유증;
3. 환자는 동의 과정 시 제3자 혹은 환자가 선택한 제3자의 앞에서 동의 할 수 있도록 요구할 수 있다.

4. 환자는 이 원칙 6,7,8, 13 그리고 15의 문구의 내용을 제외하고 치료를 중단 혹은 거부할 권리를 가진다. 치료 거부 혹은 중단할 경우 발생하는 결과에 대해서는 환자에게 반드시 설명되어야 한다.
5. 환자는 동의를 철회할 그 어떤 요구나 유도를 당해서는 안 된다. 만약 환자가 철회를 요구할 경우에는, 고지된 동의가 없을 경우 치료가 제공되지 않음을 반드시 환자에게 공지하여야 한다.
6. 이 원칙의 7,8,12,13,14 그리고 15의 문구의 경우를 제외하고는, 다음 경우를 만족할 경우 제안된 치료는 환자의 동의 없이 할 수 있다.
 - (a) 비자발적인 환자의 경우
 - (b) 2항의 문구를 만족하는 독립적 감독기관에서 제안된 치료에 대하여 환자가 동의할 능력이 없다고 판단되거나 고지된 동의를 보류하거나 국내법원에서 환자 개인의 안전 혹은 다른 이들의 안전을 위해 제공하거나, 환자가 이유 없이 동의를 보류할 경우
 - (c) 독립적 감독기관이 제안된 치료가 환자의 건강을 위한 최선이라고 판단할 경우
7. 위의 6항은 환자의 치료를 동의하기 위해 법에서 지정된 개인의 대리인에게는 적용되지 않는다. 하지만 이 조항의 12, 13, 14, 15 문구의 내용을 감안, 환자의 의지대로, 이 원칙 2항의 내용에 의해 지정된, 개인의 대리인이 동의 할 경우 치료가 주어질 수 있다.
8. 이 조항의 12, 13, 14, 15문장을 제외하고, 자격을 갖춘 정신보건전문가가 환자 혹은 다른 이들의 즉각적인 위험을 막기 위하여 위급하게 치료를 받아야 한다고 판단할 경우, 환자의 고지된 동의 없이 치료는 행하여 질 수 있다. 이 목적에 필요하다고 판단되어질 경우, 치료는 늦추어질 수 없다.
9. 환자의 고지된 동의 없이 치료가 동의되었을 경우에는, 그럼에도 불구하고 환자에게 치료의 본질, 가능한 대체방법을 최대한 설명하여야 하며, 환자에게 치료계획 진척의 유용성을 전달하여야 한다.
10. 모든 치료는 환자의 자발 혹은 비자발성의 표시와 함께 환자의 의료기록에 기록되어야 한다.
11. 환자의 육체적 억류 및 격리는 정신보건의료시설의 공식적으로 동의된 절차 혹은

환자 혹은 타인의 적극적인 피해를 막기 위한 유일한 방법일 경우를 제외하고는 채택될 수 없다. 이것은 반드시 이 목적을 위한 것이 아니고는 연장될 수 없다. 모든 육체적 억류나 구금은, 그 이유와 본질과 연장은 환자의 진료기록에 기록되어야만 한다. 구금이나 억류를 당하는 환자는 인간적인 조건 하에서 그리고 자격을 갖춘 의료진에 의해서 정기적으로 검사를 받아야 한다. 대리인은, 가능하다면, 환자의 비자발적인 구류나 억류에 대해서 즉각적으로 통보받아야 한다.

12. 불임수술은 절대로 정신장애 치료의 일환으로 시술될 수 없다.
13. 정신 장애인에 대한 주요 약물치료 및 수술은 국내법이 허락하는 범위 안에서, 그리고 환자를 위한 최선의 방법이라고 생각될 경우, 그리고 환자가 고지된 동의를 할 경우에 시술될 수 있으며, 환자가 동의를 할 수 없는 경우에는 독립적 심사 뒤 그 순서가 통과되어야 한다.
14. 정신과적 외과수술과 다른 과도한 그리고 반복할 수 없는 치료는 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자에게 절대로 시술될 수 없으며 환자의 고지된 동의와 그 치료가 환자의 건강을 위한 최고의 치료라고 판단되는 외부의 제3자의 확신이 있을 경우 시술될 수 있다.
15. 환자가 임상시험 또는 실험적 시술에 고지된 동의를 할 수 있는 능력이 없는 경우와 이러한 목적만을 위해 설립된 능력 있고 독립적인 심사 기관의 동의를 얻는 경우를 제외하고는, 환자는 동의를 얻지 않을 경우 절대로 임상실험 혹은 실험적 시술의 대상이 될 수 없다.
16. 이 원칙의 문구 6, 7, 8, 13, 14 그리고 15의 경우, 환자 혹은 환자의 대리인 혹은 어느 이해관계자는 환자에게 주어진 치료에 관하여 법원이나 기타 독립 감시기관에 이의를 제기할 권리를 가진다.

원칙 12 - 권리의 고지

1. 정신보건시설에 입원하는 환자는 입원과 동시에 환자가 이해하는 형식과 언어로 된 이 원칙과 국내법에 의해 제공되는 권리를 고지 받아야 하며, 그 정보에는 권리에 대한 설명과 권리 행사 방법이 포함되어야 한다.

2. 환자가 그러한 정보를 이해할 수 없을 경우, 환자의 권리는 대리인이나 환자의 이익과 의지를 가장 잘 알고 대변할 수 있는 사람에게 전달되어야 한다.
3. 필요한 능력이 있는 환자는 환자의 의지를 전달받을 사람 또한 시설에 대한 환자의 이익을 대변할 사람을 지정할 권리를 가진다.

원칙 13 - 정신보건시설 내에서의 권리와 조건

1. 정신보건시설에 입원한 모든 환자들은, 특히, 다음의 사항에 대하여 존중받을 권리를 가진다.
 - (a) 법 앞에서 동등한 인간
 - (b) 사생활
 - (c) 시설안의 다른 사람과 의사소통할 자유, 비밀의사소통을 주고받을 수 있는 자유, 감독기관 혹은 대리인 방문자로부터 사적으로 언제든지 방문을 받을 자유 그리고 우편, 전화, 신문, 라디오, TV등을 접속할 자유 등 통신의 자유
 - (d) 종교 및 사상의 자유
2. 정신보건시설 내의 환자의 삶의 환경이나 조건은 비슷한 나이의 일반적인 삶과 최대한 유사하여야 하며, 특히 다음을 포함하여야 한다.
 - (a) 운동시설
 - (b) 교육시설
 - (c) 일상, 운동과 통신에 필요한 물건들을 받거나 구입할 수 있는 시설
 - (d) 환자의 사회적 그리고 문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주는 그리고 지역사회로의 복귀 방법을 촉진할 수 있는 적절한 직업으로의 복귀를 도와주는 시설과 그러한 시설의 장려. 이러한 방법들은 환자들이 지역사회에서의 직업을 얻고 유지하도록 돕는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치서비스를 포함하여야 한다.
3. 어떠한 환경에서도 환자는 강압적인 노동착취를 당할 수 없다. 환자의 요구와 부흥하며 행정기관의 요구사항 안에서, 환자는 일하고자 하는 직업을 선택할 수 있다.
4. 정신보건시설 환자의 노동은 착취당해서는 안 된다. 모든 환자들은 정상인이 받는 보수와 마찬가지로 국내법 혹은 관례에서 정하는 대로 똑같은 보수를 받을 권리가 있다. 모든 환자들은 어떠한 경우에도 정신보건시설에서 환자의 일에 합당한 보상

을 받을 권리가 있다.

원칙 14 - 정신보건시설의 자원

1. 정신보건시설은 특히 다음 사항을 포함하여 다른 보건시설과 같은 수준의 자원을 갖추어야 한다.
 - (a) 충분한 수의 자질을 갖춘 의료 및 다른 적합한 전문 직원과 환자에게 사생활을 보호할 수 있는 적합한 공간과 적절하고 활동적인 치료 프로그램
 - (b) 환자를 위한 임상학적 그리고 치료학적 시설
 - (c) 적절한 전문적 의료
 - (d) 약물치료 제공을 포함한 적합하고 규칙적이며 이해할 수 있는 치료
2. 모든 정신보건시설은 이 조항의 내용대로 환자들에 대한 조건, 치료와 보호를 확인하기 위하여 능력 있는 감독기관으로부터 충분한 빈도의 감독을 받아야 한다.

원칙 15 - 입원 원칙

1. 개인이 정신보건시설에서의 치료가 필요할 경우, 비자발적인 입원을 막기 위한 모든 노력을 수행하여야 한다.
2. 정신보건시설로의 입원은 다른 질병을 위한 다른 시설로의 입원과 같은 방법으로 절차를 밟을 수 있어야 한다. 어떻게 정신보건시설로의 입원이 처리되는가? 다음 항목에서 절차의 차이가 있는가?
3. 비자발적으로 입원하지 않은 모든 환자는 환자가 원할 때 언제든지 퇴원할 권리를 가진다.

원칙 16 - 비자발적 입원

1. 법에 의해 허가된 정신보건전문가가 정신장애를 가진 것으로 판단할 경우 혹은 아래 상황으로 사료될 경우, 개인은 비자발적으로 정신보건시설에 입원할 수 있거나 자발적으로 입원하거나 정신보건시설에 체류할 수 있다.
 - (a) 정신장애로 인하여, 개인이나 타인에게 즉각적인 해가 있을 것이라는 심각한 가능성이 있을 때,
 - (b) 개인의 정신장애가 심각하고, 판단이 손상되어 개인의 심각한 악화가 진행되고 최소 제한적 대안에 의거한 정신보건시설에서만 받을 수 있는 적절한 치료를 거부하는 등의 사실을 거부하고 입원을 거절할 때, 위의 (b) 문장의 경우, 첫 번째 정신보건 전문가와 관련이 없는 다른 정신보건 전문의에 의해 상담이 이루어져야 한다. 이때 두 번째 정신보건 전문가가 찬성하지 않을 경우 입원이나 구금도 이루어져서는 안 된다.
2. 비자발적 입원이나 구금은 심사 및 초기치료 계류 심사를 위해 국내법에 규정되어 있듯이 단기간이어야 한다. 입원의 근거는 환자에게 즉시 전달되어야 하며, 입원과 입원의 근거는 즉시 심사기관, 환자의 대리인, 환자가 거부하지 않을 경우 환자의 가족에게 전달되어야 한다.
3. 정신보건시설은 국내법에 근거한 신뢰할만한 감독기관에 의해 인정되었을 경우에만, 비자발적 환자의 입원을 받아들일 수 있다.

원칙 17 - 심사기관

1. 심사기관은 국내법에 기술되어 있는 과정에 의해 시행되며 성문화되어 있는 사법적이고 독립적이며 공명정대한 기관이다. 결정을 공식화하는 경우, 한 명 이상의 자격을 갖추고, 독립적인 정신보건 전문가의 도움이 있어야 하고, 그들의 조언을 고려해야 한다.
2. 원칙 16의 2항에서 요구하는 대로, 심사기관의 초기 심사는 비자발적 환자의 입원 및 구금이 결정되는 즉시 국내법이 지정하고 있는 간단하고 신속적인 절차에 의하여 수행한다. 개인의 입원 또는 구금이 결정된 후 초기 심사가 연기되는 이유는 무엇인가?
3. 심사기관은 국내법이 지정하는 대로 납득할만한 기간을 두고 주기적으로 비자발적

환자를 심사한다. 심사기관은 특별히 지정된 기간 안에 결정을 내려야 하는가? 그렇다면, 얼마나 오랜 기간? 그렇지 않다면, 심사기관이 결정을 내리는데 필요한 일반적인 기간은?

4. 비자발적 환자는 국내법이 지정하는 대로 납득할만한 기간을 두고 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환을 요청할 수 있다. 환자는 얼마나 오랜 기간 후에 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환을 요청할 수 있는가?
5. 개개의 심사에서, 심사기관은 원칙 16조 1항의 비자발적 입원을 위한 기준이 만족하는지 고려해야 하며, 그렇지 않을 경우 환자는 퇴원한다. 어떤 조건에서 환자는 퇴원하는가?
6. 만약 어떤 환자에 대하여 책임을 갖는 정신보건전문가가 비자발성환자의 구금요건이 더 이상 만족되지 않는다고 판단할 경우, 환자는 일반 환자의 자격으로 퇴원할 수 있다.
7. 환자 혹은 환자의 대리인 또는 다른 이해관계자는 환자의 정신보건시설로의 입원, 구금 결정에 대해서 상위법원에 이의를 제기할 수 있다.

원칙 18 - 절차 상 보호

1. 환자는 환자를 대변하고 환자의 불평 절차나 이의제기를 대신할 변호인을 지정하고 선택할 권리를 부여받는다. 만약 환자가 그러한 서비스를 확보하지 않을 경우, 위원회는 무료로 이를 처리하며 환자는 이 기간을 연장할 수 있다.
2. 환자는 통역 서비스를 제공할 조수를 가질 권한을 갖는다. 서비스가 필요하고 환자가 서비스에 대한 금전적 지불을 할 능력이 없다고 판단될 경우 이는 무료로 서비스된다.
3. 환자 및 환자의 변호인은 모든 청문회에서 독립적인 정신건강 자료 그리고 다른 자료와 구두 및 서면으로 된 통용가능하고 열람 가능한 서류와 다른 증거를 요구하고 제작할 수 있다.
4. 환자의 기록 또는 다른 자료의 사본은, 환자에게 치명적인 해를 끼치거나 다른 사람의 안전에 위협을 끼친다고 판단되는 경우를 제외하고, 환자나 환자의 변호인에

제출한다. 국내법은 환자에게 전달되지 않는 서류의 경우에는 확실하게 환자의 대리인이나 변호인에게 서류가 전달되도록 한다. 환자에 의해 이 서류 중 일부가 계류될 경우, 환자나 환자의 변호인은 계류와 이유에 대해 통지받으며 이는 법원의 심사에 포함한다.

5. 환자와 환자의 대리인과 변호인은 구두상의 정보를 신청하고 참여하여 청문회 할 수 있는 권리가 부여되어야 한다.
6. 만약 환자 혹은 환자의 대리인 또는 변호인이 특정한 개인에게 청문회에 참석하기를 요구할 경우, 그 개인은 개인의 참석이 환자에게 중대한 위협을 초래하거나 타인의 안전에 위협이 될 경우를 제외하고는 이에 응한다.
7. 청문회나 기타 사항에 관한 어떠한 결정이라도 대중적으로 혹은 개인적으로 이루어져야 하며 환자의 개인 요구의 충분한 고려와 함께 대중에게 보고되어야 하며 개인과 타인의 사생활 보호와 함께 환자의 건강에 중대한 피해나 타인의 안전을 위협하지 않도록 보호되어야 한다.
8. 청문회로부터 발생한 결정 및 이의 이유는 서면으로 기록되어야 한다. 복사본은 환자나 환자의 대리인 또는 위원회에 전달되어야 한다. 그 결과의 전부 혹은 일부를 대중에게 전달할지 여부는 환자 스스로의 의지, 환자나 타인의 사생활에 대한 존중, 공개 법률기관안의 공공의 이익과 환자의 건강에의 심각한 피해 및 타인의 안전에 위협을 주지 않도록 충분히 고려되어 이루어져야 한다.

원칙 19 - 정보의 열람

1. 환자는 정신보건시설에 보관되어 있는 환자의 건강 및 개인 정보를 열람할 수 있는 권한을 부여받는다. 이 권리는 환자의 건강에 중요한 피해를 주거나 타인의 안전을 위협에 빠뜨리지 않도록 제한되어야 한다. 이 정보를 환자가 열람할 수 없을 경우, 국내법이 허용한 경우, 환자에게 주어지지 않은 정보가 비밀보장을 전제로 환자의 개인적 대리인이나 변호인에게 주어질 수 있다. 환자, 환자의 대리인 그리고 변호인에게 정보를 제공하는 것이 보류될 때, 이들은 이러한 보류와 보류이유를 통보받게 되며, 이것은 법적 심사 요청의 대상이 될 수 있다.
2. 환자, 환자의 대리인 또는 변호인의 서면 해설은 요청에 의해 환자의 자료에 추가될 수 있다.

원칙 20 - 범죄 피의자

1. 이 원칙은 범죄의 피의자로서 징역형에 있거나 범죄 수사의 진행으로 인하여 구류되어 있으며 정신장애 혹은 유사한 질병을 가지고 있다고 판단되는 사람에게 적용된다.
2. 이와 같은 모든 사람은 원칙 1에서 제공하는 최고의 정신보건의료를 받아야만 한다. 이 원칙은 환경에 필요한 제한적인 수정과 예외 하에서 최대한 적용하여야 한다. 그러나 원칙1의 문항5에 기술되어 있는 기관에 의한 어떤 수정이나 예외사항도 사람의 권리를 침해할 수 없다.
3. 국내법은, 자격을 갖춘 독립적인 의학적 조언에 근거하여, 법원이나 자격을 갖춘 감독기관에 그러한 개인이 정신보건시설에 입원되어야 한다고 지시할 수 있다.
4. 원칙 11과 함께, 정신장애를 가지고 있다고 판단되는 수감자의 치료는 모든 환경에서 일관되어야 한다.

원칙 21 - 불만 표현

모든 환자 혹은 전 환자는 국내법이 지정한 순서에 의거하여 불만을 표현할 수 있는 권리가 있다.

원칙 22 - 감시와 치료

정부는 이 원칙에 서술한 내용과 같이 정신보건시설의 조사, 불만의 접수, 조사 및 해결, 환자의 권리 침해와 폭력에 대한 적절한 규정 혹은 법적 절차 등의 순응을 촉진하기 위한 적절한 구조적 과정을 보장하여야 한다.

원칙 23 - 실행

1. 정부는 주기적으로 심사하는 적절한 입법적, 법률적, 행정적, 교육적 그리고 다른 조치를 통해 이 원칙을 실행하여야 한다.
2. 정부는 적절하고 활동적인 방법으로 이 원칙을 널리 알려야 한다.

원칙 24 - 정신보건시설과 관련된 원칙의 관점

이 원칙은 정신보건시설에 입원한 사람에게 적용된다.

원칙 25 - 기존 권리의 구제

이 원칙이 인식하지 못하는 권리 또는 환자가 제대로 이해하지 못하는 권리 또는 국제·국내법에 인지되어 있는 환자의 권리는 제한되거나 훼손되어서는 안 된다.

일본의 정신보건 및 정신장애인 복지법

가. 제1장 총칙

제1조 (이 법률의 목적) 이 법률은 정신장애인의 의료 및 보호를 실시하고 그 사회 복귀의 촉진 및 그 자립과 사회경제활동 참가를 촉진하는데 필요한 원조를 실시하며, 그 발생의 예방 기타 국민의 정신적 건강의 유지 및 증진에 노력함으로써 정신장애인의 복지 증진의 국민의 정신보건 향상을 도모함을 목적으로 한다.

제2조 (국민 및 지방공공단체의 의무) 국가 및 지방공공단체는 의료시설, 사회 복귀 시설 기타 복지시설 및 교육시설과 거택생활지원사업을 충실히 하는 등 정신장애인의 의료·보호와 보건·복지에 관한 정책을 종합적으로 실시함으로써 정신 장애인이 사회복귀를 하고, 자립과 사회경제활동에 참가할 수 있도록 노력하는 동시에, 정신보건에 관한 조사연구의 추진 및 지식의 고급을 도모하는 등 정신장애인의 발생 예방 기타 국민의 정신보건 향상을 위한 정책을 시행하여야 한다.

제3조 (국민의 의무) 국민은 정신적 건강의 유지 및 증진에 노력하는 동시에, 정신장애인에 대한 이해를 심화하며, 정신 장애인이 그 장애를 극복하고 사회복귀를 하여 자립과 사회경제활동에 참가하고자 하는 노력에 협력하도록 노력하여야 한다.

제4조 (정신장애인의 사회복귀, 자립 및 사회참가에의 배려) ①의료시설이나 사회복귀시설의 설치자 또는 거택생활원조사업이나 사회적응 훈련 사업을 하는 자는 그 시설을 운영하거나 그 사업을 하는데 있어서 정신장애인의 사회복귀 촉진 및 자립과 사회경제활동에의 참가 촉진을 도모하기 위하여 지역은 알맞은 창의로운 발상으로 지역주민 등의 이해와 협력을 얻도록 노력하여야 한

다.

②국가, 지방공공단체, 의료시설 또는 사회복지시설의 설치자 및 지역생활부조사업 또는 사회적응 훈련 사업을 하는 자는 정신장애인의 사회복지 촉진 및 자립과 사회경제활동에의 참가 촉진을 도모하기 위하여 상호 연계하면서 협력하도록 노력하여야 한다.

제5조 (정의) 이 법률에서 '정신장애인'이라 함은 정신분열병, 정신작용물질에 의한 급성중독 또는 그 의존증, 지적장애, 정신병질 기타 정신질환을 가지는 자를 말한다.

나. 제2장 정신보건복지센터

제6조 (정신보건복지센터) ①도도부현은 정신보건의 향상 및 정신장애인의 복지증진을 도모하기 위한 기관(이하 '정신보건복지센터'라 한다)을 설치한다.

②정신보건복지센터는 다음과 같은 업무를 한다.

1. 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 지식의 보급 및 조사연구
2. 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 상담 및 지도 중 복잡 또는 곤란한 일
3. 정신의료심사회의 사무
4. 제32조제3항 및 제45조제1항의 신청에 대한 결정에 관한 사무 중 전문적인 지식 및 기술을 필요로 하는 일

제7조 (국가의 보조) 국가는 도도부현이 전조의 시설을 설치한 때에는 정령이 정하는 바에 따라 그 설치에 요하는 경비에 대하여는 2분의1, 그 운영에 요하는 경비에 대하여는 3분의1을 보조한다.

제8조 (조례에의 위임) 이 법률에 정하는 것 외에 정신보건복지센터에 관하여 필요한 사항은 조례로 정한다.

다. 제3장 지방정신보건복지심의회 및 정신의료심사회

제9조 (지방정신보건복지심의회) ①정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 사항을 조사심의하게 하기 위하여 도도부현에 정신보건복지에 관한 심의회 기타 합의체 기관(이하 '지방정신보건복지심의회'라 한다)을 둔다.

②지방정신보건복지심의회는 도도부현지사의 자문에 답하는 외에 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 사항에 관하여 도도부현지사에게 의견을 구할 수 있다.

제10조 (위원 및 임시위원) ①지방정신보건복지심의회는 20인 이내로 한다.

②특별한 사항을 조사심의하기 위하여 필요한 때에는 지방정신 보건복지심의회에 임시위원을 둘 수 있다.

③위원 및 임시위원은 정신보건 또는 정신장애인의 복지에 관하여 학식경험이 있는 자, 정신장애인의 의료에 관한 사업에 종사하는 자 및 정신장애인의 사회복지촉진 또는 그 자립과 사회경제활동에의 참가 촉진을 도모하기 위한 사업에 종사하는 자 중에서 도도부현지사가 임명한다.

④위원의 임기는 3년으로 한다.

제11조 (조례에의 위임) 지방정신보건복지심의회는 운영에 관하여 필요한 사항은 조례로 정한다.

제12조 (정신의료심사회) 제38조의3 제2항 및 제36조의5 제2항의 규정에 의한 심사를 하게 하기 위하여 도도부현에 정신의료심사회를 설치한다.

제13조 (위원) ①정신의료심사회의 위원은 정신장애인의 의료에 관하여 학식경험이 있는 자(제18조 제1항에 규정하는 정신보건지정의인 자에 한한다), 법률에 관하여 학식경험이 있는 자 및 기타 학식경험이 있는 자 중에서 도도부현지사가 임명한다.

②위원의 임기는 2년으로 한다.

제14조 (심사 안건의 취급) ①정신의료심사회는 정신장애인의 의료에 관하여 학식경험이 있는 자 중에서 임명된 위원 3인, 법률에 관하여 학식경험이 있는 자 중에서 임명된 위원 1인 및 기타 학식경험이 있는 자 중에서 임명된 위원 1인으로 구성하는 합의체로 심사의 안건을 취급한다.

②합의체를 구성하는 위원은 정신의료심사회가 이를 정한다.

제15조 (정령에의 위임) 이 법률에서 정하는 것 외에 정신의료심사회에 관하여 필요한 사항은 정령으로 정한다.

제16조 및 제17조 삭제

라. 제4장 정신보건지정의 및 정신병원

마. 제1절 정신보건지정의

제18조 (정신보건지정의) ①후생노동장관은 그 신청에 의거하여 다음에 해당하는 의사 중 제19조의4에 규정하는 직무를 수행하는데 필요한 지식 및 기능이 있다고 인정되는 자를 정신보건지정의(이하 '지정의'라 한다)로 지정한다.

1. 5년 이상 진단 또는 치료 종사한 경험이 있는 자
2. 3년 이상 정신장애 진단 및 치료에 종사한 경험이 있는 자
3. 후생노동장관이 정하는 정신장애에 대하여 후생노동장관이 정하는 정도의 진단 또는 치료에 종사한 경험이 있는 자
4. 후생노동장관 또는 그 지정하는 자가 후생노동성령이 정하는 바에 따라 실시하는 연수(신청 전 1년 이내에 실시된 것에 한한다) 과정을 수료한 자

②후생노동장관은 전항의 규정에 관계없이 제19조의2 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지정의의 지정을 취소 받은 후 5년이 경과하지 아니한 자 기타 지정의로서 현저히 부적당하다고 인정되는 자에 대하여는 전항의 지정을 하지 아니할 수 있다.

③후생노동장관은 제1항 제3호에 규정하는 정신장애 및 그 진단 또는 치료에 종사한 경험의 정도를 정하고자 할 때, 동항의 규정에 의하여 지정의의 지정을 하고자 할 때 또는 전항의 규정에 따라 지정의의 지정을 하지 아니하는 것으로 할 때에는 미리 醫道심의회 의 의견을 청취하여야 한다.

제19조 (지정후의 연수) ①지정의는 5개년도(매년 4월1일부터 익년 3월31일까지를 말한다. 이하 이조에서 같다)마다 후생노동장관이 정하는 연도에 후생노동장관 또는 그 지정하는 자가 후생노동성령이 정하는 바에 따라 실시하는 연수를 받아야 한다.

②전조 제1항의 규정에 의한 지정은 해당 지정을 받은 자가 전항에 규정하는

연수를 받지 아니한 때는 해당 연수를 받아야 하는 연도의 종료일에 그 효력을 상실한다. 다만, 해당 연수를 받지 아니한 것에 후생노동성령이 정하는 부득이한 이유가 있다고 후생노동장관이 인정할 때에는 그러하지 아니하다.

제19조의2 (지정의 취소 등) ①지정의가 그 의사면허를 취소당하거나 또는 기간을 정하여 의업 정지의 명을 받은 때에는 후생노동장관은 그 지정을 취소하여야 한다.

②지정의가 이 법률 혹은 이 법률에 의거한 명령에 위반한 때 또는 그 직무에 관하여 현저히 부당한 행위를 한 때를 기타 지정의로서 현저히 부적당하다고 인정되는 때에는 후생노동장관은 그 지정을 취소하거나 기간을 정하여 그 직무의 정지를 명할 수 있다.

③후생노동장관은 전항의 규정에 의한 처분을 하고자 하는 때에는 미리 심의회의 의견을 들어야 한다.

④도도부현지사는 지정의에 대하여 제2항에 해당한다고 사료되는 때에는 그 취지를 후생노동장관에게 통지할 수 있다.

제19조의3 제18조제1항 제4호 또는 제19조제1항의 연수(후생노동장관이 실시하는 것에 한한다)를 받고자 하는 자를 실비를 감안하여 정령으로 정하는 금액의 수수료를 납부하여야 한다.

제19조의4 (직무) ①지정의는 제22조의4 제3항 및 제29조의5의 규정에 따라 입원을 계속할 필요가 있는지 여부의 판정, 제33조제1항 및 제33조4 제1항의 규정에 의한 입원을 필요로 하는지 여부 및 제22조의3의 규정에 의한 입원해야 할 상태에 있는지 여부의 판정, 제38조의2 제1항(동조 제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 규정하는 보고사항에 관한 입원 중인 자의 진찰과 제40조의 규정에 의해 일시 퇴원시켜 경과를 보는 것이 적당한지 여부를 판정하는 직무를 수행한다.

②지정의는 전항에 규정하는 직무 외에 공무원으로서 다음과 같은 직무를 수행한다.

1. 제29조제1항 및 제29조의2 제1항의 규정에 의한 입원을 필요로 하는지 여부의 판정
2. 제29조의2의2 제3항(제34조제4항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 규정하는 행동의 제한을 필요로 하는지 여부의 판정

3. 제29조의4 제2항의 규정에 따라 입원을 계속할 필요가 있는지 여부의 판정
4. 제34조제1항 및 제3항의 규정에 의한 이송을 필요로 하는지 여부의 판정
5. 제38조의3 제3항 및 제38조의5 제4항의 규정에 의한 진찰
6. 제38조의6 제1항의 규정에 의한 출입검사, 질문 및 진찰
7. 제38조의7 제2항의 규정에 의하여 입원을 계속할 필요가 있는지 여부의 판정
8. 제45조의2 제4항의 규정에 의한 진찰

제19조의4의2 (진료록의 기재의무) 지정의는 전조 제1항에 규정하는 직무를 행한 때에는 지체 없이 해당 지정의의 성명 기타 후생노동성령으로 정하는 사항을 진료록에 기재하여야 한다.

제19조의5 (지정의의 必置) 제29조제1항, 제29조의2 제1항, 제33조제1항·제2항 또는 제33조의4 제1항의 규정에 의하여 정신 장애인을 입원시킨 정신병원(정신병원 이외의 병원으로 정신병실이 설치되어 있는 곳을 포함한다. 제19조의10을 제외하고 이하 같다)의 관리자는 후생노동성령이 정하는 바에 따라 그 정신병원에 상시 근무하는 지정의(제19조의2 제2항의 규정에 의하여 그 직무가 정지되어 있는 자를 제외한다. 제53조 제1항을 제외하고 이하 같다)를 두어야 한다.

제19조의6 (정령 및 성령에의 위임) 이 법률에 규정하는 것 외에 지정의의 지정 신청에 관하여 필요한 사항은 정령으로, 제18조제1항 제4호 및 제19조제1항의 규정에 의한 연수에 관하여 필요한 사항은 후생노동성령으로 정한다.

바. 제2절 정신병원

제19조의7 (도도부현립 정신병원) 도도부현은 정신병원을 설치하여야 한다. 다만, 다음 조의 규정에 의한 지정병원이 있는 경우에는 그 설치를 연기할 수 있다.

제19조의8 (지정병원) 도도부현지사는 국가 및 도도부현 이외의 자가 설치한 정신병원으로 후생노동장관이 정하는 기준에 적합한 곳의 전부 또는 일부를 그 설치자의 동의를 얻어 도도부현이 설치하는 정신병원을 대신하는 시설(이하 '지정병원'이라 한다)로 지정할 수 있다.

제19조의9 (지정의 취소) ①도도부현지사는 지정병원이 전조의 기준에 적합하지

아니한 때 또는 그 운영방법이 그 목적 수행을 위하여 부적당하다고 인정한 때에는 그 지정을 취소할 수 있다.

- ②도도부현지사는 전항의 규정에 따라 그 지정을 취소하고자 하는 때에는 미리 지방정신보건복지심의회의 의견을 청취하여야 한다.
- ③후생노동장관은 제1항에 규정하는 도도부현지사의 권한에 속하는 사무에 대하여 지정병원에 입원중인 자의 처우를 확보할 긴급한 필요가 있다고 인정되는 때에는 도도부현지사에게 동항의 사무를 지시할 수 있다.

제19조의10 (국가의 보조) ①국가는 도도부현이 설치하는 정신병원 및 정신병원 이외의 병원에 설치하는 정신병실의 설치 및 운영에 요하는 경비(제30조 제1항의 규정에 의하여 도도부현이 부담하는 비용을 제외한다. 다음 항에서 같다)에 대하여 정령이 정하는 바에 따라 경비의 2분의 1을 보조한다.

- ②국가는 영리를 목적으로 하지 아니하는 법인이 설치하는 정신병원 및 정신병원 이외의 병원에 설치하는 정신병실의 설치 및 운영에 요하는 경비에 대하여 정령이 정하는 바에 따라 경비의 2분의 1이내에서 보조할 수 있다.

사. 제5장 의료 및 보호

아. 제1절 보호자

제20조 (보호자) ①정신 장애인에 대하여는 그 후견인 또는 보좌인, 배우자, 친권을 행사하는 자 및 부양의무자가 보호자가 된다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자는 보호자가 되지 못한다.

1. 행방을 알 수 없는 자
2. 해당 정신 장애인에 대하여 소송을 하고 있거나 소송한 자와 그 배우자 및 직계 혈족
3. 가정법원에서 해임된 법정대리인, 보좌인 또는 보조인
4. 파산자
5. 성년피후견인 또는 피보좌인
6. 미성년자

- ②보호자가 여러 명 있는 경우에 그 의무를 이행하여야 할 순위는 다음과 같다. 다만, 본인의 보호를 위하여 특히 필요가 있다고 인정되는 경우에는 후견인 또는 보좌인 이외의 자에 대하여 가정법원은 이해관계인의 신청에 따라 그 순위를 변경할 수 있다.

1. 후견인 또는 보좌인
 2. 배우자
 3. 친권을 행사하는 자
 4. 전 2호의 자 이외의 부양의무자 중에서 가정법원이 선임한 자
- ③전항 단서 규정에 의한 순위의 변경 및 동항 제4호의 규정에 의한 선임은 가사심판법(1947년 법률 제152호)의 적용에 대하여는 동법 제9조 제1항 갑류에 열거하는 사항으로 본다.

제21조 전조 제2항 각호의 보조자가 없을 때 또는 이러한 보호자가 그 의무를 이행할 수 없는 때에는 그 정신장애인의 거주지를 관할하는 시정촌장(특별구의 장을 포함한다. 이하 같다), 거주지가 없거나 명확하지 아니한 때에는 그 정신장애인의 현재지를 관할하는 시정촌장이 보호자가 된다.

제22조 ①보호자는 정신장애인(제22조의4 제2항에 규정하는 임의입원자 및 병원 또는 진료소에 입원하지 아니하고 이루어지는 정신장애 의료를 계속해서 받고 있는 자를 제외한다. 이하 이 항 및 제3항에서 같다)에서 치료를 받게 하고 정신장애인의 재산상의 이익을 보호하여야 한다.

②보호자는 정신장애인의 진단이 올바르게 이루어지도록 의사에게 협력하여야 한다.

③보호자는 정신장애인에게 의료를 받게 하는데 있어서 의사의 지시에 따라야 한다.

제22조의2 보호자는 제41조의 규정에 의한 의무(제29조의3 또는 제29조의4 제1항의 규정에 의하여 퇴원하는 자의 인수에 관한 것에 한한다)를 이행하는데 필요가 있는 때에는 해당 정신병원이나 지정병원의 관리자 또는 해당 정신병원이나 지정병원과 관련된 정신장애인 사회복지시설의 장에게 해당 정신장애인의 사회복지 촉진에 관하여 상담 및 필요한 원조를 요구할 수 있다.

자. 제2절 임의입원

제22조의3 (임의입원) 정신병원의 관리자는 정신장애인을 입원시키는 경우에는 본인의 동의에 기초하여 입원이 이루어지도록 노력하여야 한다.

- 제22조의4 ①정신 장애인이 스스로 입원하는 경우에 정신병원의 관리자는 그 입원 시에 해당 정신 장애인에게 제38조의4의 규정에 의한 퇴원 등의 청구에 관한 것 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알리고, 해당 정신 장애인으로부터 스스로 입원한다는 취지를 기재한 서면을 받아야 한다.
- ②정신병원의 관리자는 스스로 입원한 정신장애인(이하 이 조에서 '입의 입원자'라 한다)로부터 퇴원 신청이 있는 경우에는 그 자를 퇴원시켜야 한다.
- ③정신병원의 관리자는 전항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에 해당 입의 입원자에게 해당 조치를 취하는 취지, 제38조의4 규정에 의한 퇴원 등의 청구에 관한 것 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알려야 한다.
- ④정신병원의 관리자는 전항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에 해당 입의 입원자에게 해당 조치를 취하는 취지, 제38조의4의 규정에 의한 퇴원 등의 청구에 관한 것 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알려야 한다.

차. 제3절 지정의의 진찰 및 조치입원

제23조 (진찰 및 보호의 신청) ①정신장애인 또는 그 의심되는 자를 안 자는 누구든지 그 자에 대하여 지정의의 진찰 및 필요한 보호를 도도부현지사에게 신청할 수 있다.

②전항의 신청을 하려면 다음 사항을 기재한 신청서를 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 제출하여야 한다.

1. 신청서의 주소, 성명 및 생년월일
2. 본인의 현재 장소, 거주지, 성명, 성별 및 생년월일
3. 증상의 개요
4. 현재 본인의 보호 책임을 지는 자가 있을 때에는 그 자가 주소 및 성명

제24조 (경찰관의 통보) 경찰관은 직무를 집행하는데 있어서 이상한 거동 기타 주위 사정으로부터 판단하여 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있다고 인정되는 자를 발견한 때에는 즉시 그 사실을 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 통보하여야 한다.

제25조 (검찰관의 통보) 검찰관은 정신장애인 또는 그 의심되는 피해자 또는 피고인에 대하여 불기소처분을 한 때, 재판(징역, 금고 또는 구류의 형을 선고 집행유예의 선고를 하지 아니한 재판을 제외한다)이 확정된 때 기타 특히 필요하다고 인정된 때에는 신속히 그 사실을 도도부현 지사에게 통보하여야 한다.

제25조의2 (보호관찰소의 장의 통보) 보호관찰소의 장은 보호관찰에 부쳐져 있는 자가 정신장애인 또는 그 의심되는 자임을 안 때에는 신속히 그 사실을 도도부현지사에게 통보하여야 한다.

제26조 (교정시설의 장의 통보) 교정시설(구치소, 형무소, 소년형무소, 소년원, 소년감별소 및 婦人補導院을 말한다. 이하 같다)의 장은 정신장애인 또는 그 의심되는 수용자를 석방, 퇴원 또는 퇴소하게 하고자 할 때에는 미리 다음 사항을 본인의 귀주지(귀주지가 없는 경우에는 해당 교정 시설의 소재지)의 도도부현지사에게 통보하여야 한다.

1. 본인의 귀주지, 성명, 성별 및 생년월일
2. 증상의 개요
3. 석방, 퇴원 또는 퇴소 연월일
4. 인수인의 주소 및 성명

제26조의2 (정신병원 관리자의 신고) 정신병원 관리자는 입원중인 정신장애인으로서는 제29조제1항의 요건에 해당한다고 인정되는 자로부터 퇴원 신청이 있는 때에는, 즉시 그 취지를 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

제27조 (신청 등에 기초하여 이루어지는 지정의의 진찰 등) ①도도부현지사는 제23조 내지 전조의 규정에 의한 신청, 통보 또는 신고가 있는 자에 대하여 조사상 필요가 있다고 인정하는 때에는 그 지정하는 지정의로 하여금 진찰하게 하여야 한다.

②도도부현지사는 입원시키지 아니하면 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있음을 명백한 자에 대하여, 제23조 내지 전조의 규정에 의한 신청, 통보 또는 신고가 없는 경우에도 그 지정하는 지정의로 하여금 진찰하게 할 수 있다.

③도도부현지사는 전 2항의 규정에 의해 진찰을 하게 한 경우에는 해당 직원을 입회하도록 하여야 한다.

④지정의 및 전항의 해당 직원은 전 3항의 직무를 수행하는 데 필요한 한도에서 그 자가 거주하는 장소에 출입할 수 있다.

⑤전항의 규정에 의하여 그 자가 거주하는 장소에 출입하는 경우에는 지정의

및 해당 직원은 그 신분을 나타내는 증표를 휴대하고, 관계인의 청구가 있을 때에는 이를 제시하여야 한다.

⑥ 제4항의 출입의 권한은 범죄수사를 위하여 인정된 것으로 해석해서는 아니 된다.

제28조 (진찰의 통지) ① 도도부현지사는 전조 제1항의 규정에 의하여 진찰을 하게 하는 데에 현재 본인의 보호책임을 지는 자가 있는 경우에는 미리 진찰일시 및 장소를 그 자에게 통지하여야 한다.

② 후견인 또는 보좌인, 친권을 행사하는 자, 배우자 기타 현재 본인의 보호책임을 지는 자는 전조 제1항의 진찰에 입회할 수 있다.

제28조의2 (판정의 기준) 제27조제1항 또는 제2항의 규정에 의하여 진찰을 한 지정의는 후생노동장관이 정하는 기준에 따라 해당 진찰을 한 자가 정신장애인이고, 또한 의료 및 보호를 위하여 입원시키지 아니하면 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 또는 타인에게 해를 입힐 우려가 있는지 여부를 판정하여야 한다.

제29조 (도도부현지사에 의한 입원조치) ① 도도부현지사는 제27조의 규정에 의한 진찰 결과 그 진찰을 받은 자가 정신장애인이고, 또한 의료 및 보호를 위하여 입원시키지 아니하면 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있다고 인정할 때에는 그 자를 국가나 도도부현이 설치한 정신병원 또는 지정병원에 입원시킬 수 있다.

② 전항의 경우에 도도부현지사가 그 자를 입원시키려면 그 지정하는 2명 이상의 지정의의 진찰을 거쳐 그 자가 정신장애인이고, 또한 의료 및 보호를 위하여 입원시키지 아니하면 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있다고 인정되는 것에 대하여 각 지정의의 진찰 결과가 일치한 경우이어야 한다.

③ 도도부현지사는 제1항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에 해당 정신장애인에 대하여 해당 입원조치를 취하는 취지, 제38조의4의 규정에 의한 퇴원 등의 청구에 관한 것 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알려야 한다.

④ 국가 또는 도도부현이 설치한 정신병원 및 지정병원의 관리자는 병상(병원의 일부에 대하여 제19조의8의 지정을 받고 있는 지정병원에 있어서는 그 지정에 관계되는 병상)에 이미 제1항 또는 다음 조 제1항의 규정에 의하여 입원을 하

계 한 자가 있기 때문에 여유가 없는 경우 외에는 제1항의 정신장애인을 입원 시켜야 한다.

제29조의2 ①도도부현지사는 전조 제1항의 요건에 해당한다고 인정되는 정신장애인 또는 그 의심되는 자에 대하여 긴급을 요하고 제27조, 제28조 및 전조의 규정에 의한 절차를 취할 수 없는 경우에 그 지정하는 지정의로 하여금 진찰하게 한 결과 그 자가 정신장애인이며 또한 즉시 입원시키지 아니하면 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 또는 타인을 해할 우려가 현저하다고 인정된 때에는 그 자를 전조 제1항에 규정하는 정신병원 또는 지정병원에 입원시킬 수 있다.

②도도부현지사는 전항의 조치를 취한 때에는 신속히 그 자에 대하여 전조 제1항의 규정에 의한 입원조치를 취할지 여부를 결정하여야 한다.

③제1항의 규정에 의한 입원 기간은 72시간을 초과할 수 없다.

④제27조제4항 내지 제6항 및 제28조의2의 규정은 제1항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에 대하여, 동조 제4항의 규정은 제1항의 규정에 의하여 입원하는 자의 입원에 대하여 준용한다.

제29조의2의2 ①도도부현지사는 제29조제1항 또는 전조 제1항의 규정에 의한 입원조치를 취하고자 하는 정신장애인을 해당 입원조치에 관계되는 병원으로 이송하여야 한다.

②도도부현지사는 전항의 규정에 의하여 이송하는 경우에는 해당 정신장애인에게 해당 이송을 실시하는 취지 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알려야 한다.

③도도부현지사는 제1항의 규정에 의한 이송을 하는 데에 해당 정신장애인을 진찰한 지정의가 필요하다고 인정한 때에는 그 자의 의료 또는 보호에 불가결한 한 도에서 후생노동장관이 미리 사회보장심의회 의 의견을 청취하고 정하는 행동의 제한을 할 수 있다.

제29조의3 제29조제1항에 규정하는 정신병원 또는 지정병원의 관리자는 제29조의2 제1항의 규정에 의하여 입원한 자에 대하여 도도부현지사로부터 제29조제1항의 규정에 의한 입원조치를 취하지 아니한다는 취지의 통지를 받은 때, 또는 제29조의2 제3항의 기간 내에 제29조제1항의 규정에 의한 입원조치를 취하는 취지의 통지가 없을 때에는 즉시 그 자를 퇴원시켜야 한다.

제29조의4 (입원조치의 해제) ①도도부현지사는 제29조제1항의 규정에 의하여 입원한 자(이하 '조치입원자'라 한다)가 입원을 계속하지 아니하더라도 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 없다고 인정되기에 이른 때에는 즉시 그 자를 퇴원시켜야 한다. 이 경우에 도도부현지사는 미리 그 자를 입원시키고 있는 정신병원 또는 지정병원의 관리자의 의견을 청취한다.

②전항의 경우에 도도부현지사가 그 자를 퇴원시키려면 그 자가 입원을 계속하지 아니하더라도 그 정신장애 때문에 자신을 상해하거나 또는 타인에게 해를 입힐 우려가 없다고 인정되는 사실에 대하여 그 지정하는 지정의에 의한 진찰 결과 또는 다음 조의 규정에 의한 진찰 결과에 기초하는 경우이어야 한다.

제29조의5 조치입원자를 입원시키고 있는 정신병원 또는 지정병원의 관리자는 지정의에 의한 진찰 결과 조치입원자가 입원을 계속하지 아니하더라도 그 정신장애 때문에 즉시 그 취지, 그 자의 증상 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

제29조의6 (입원조치 할 경우의 진료방침 및 의료에 요하는 비용 금액) ①제29조제1항 및 제29조의2 제1항의 규정에 의하여 입원하는 자에 대하여 국가나 도도부현이 설치한 정신병원 또는 지정병원이 실시하는 의료에 관한 진료방침 및 그 의료에 요하는 비용 금액의 산정방법은 건강보험의 진료방침 및 요양에 요하는 비용 금액의 산정방법의 예에 따른다.

②전항에 규정하는 진료방침 및 요양에 요하는 비용액의 산정방법의 예에 의할 수 없을 때, 및 이에 의하는 것이 적당하지 아니할 때의 진료방침 및 의료에 요하는 비용 금액의 산정방법은 후생노동장관이 정하는 바에 따른다.

제29조의7 (사회보험진료보수지불기금에의 시무 위탁) 도도부현은 제29조 제1항 및 제29조의2 제1항의 규정에 의하여 입원하는 자에 대하여 국가나 도도부현이 설치한 정신병원 또는 지정병원이 실시한 의료가 전조에 규정하는 진료방침에 적합한지 여부에 대한 심사 및 그 의료에 요하는 비용 금액의 산정과 국가 또는 지정병원의 설치자에 대한 진료보수의 지불에 관한 사무를 사회보험 진료보수지불기금에 위탁할 수 있다.

제30조 (비용의 부담) ①제29조제1항 및 제29조의2 제1항의 규정에 의하여 도도부

현지사가 입원시킨 정신장애인의 입원에 요하는 비용은 도도부현이 부담한다.

②국가는 도도부현이 전항의 규정에 의하여 부담하는 비용을 지불한 때는 정령이 정하는 바에 따라 그 4분의 3을 부담한다.

제30조의2 (타 법률에 의한 의료에 관한 급부와의 조정) 전조 제1항의 규정에 의하여 비용의 부담을 받는 정신장애인은 건강보험법(1922년 법률 제70호), 국민건강보험법(1958년 법률 제192호), 선원보험법(1939년 법률 제73호), 노동자재해보상보험법(1962년 법률 제50호), 국가공무원공제조합법(1958년 법률 제128호) 타 법률에서 준용하거나 또는 예에 의하는 경우를 포함한다), 지방공무원등공제조합법(1962년 법률 제152호), 노인보건법(1982년 법률 제80호) 또는 개호보험법(1997년 법률 제123호)의 규정에 의하여 의료에 관한 급부를 받을 수 있는 자일 때에는 도도부현은 그 한도에서 동항의 규정에 의한 부담을 할 것을 요하지 아니한다.

제31조 (비용의 징수) 도도부현지사는 제29조제1항 및 제29조의 제1항의 규정에 의하여 입원시킨 정신장애인 또는 그 부양의무자가 입원에 요하는 비용을 부담할 수 있다고 인정할 때에는 그 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있다.

카. 제4절 통원의료

제32조 (통원의료) ①도도부현은 정신장애의 적정한 의료를 보급하기 위하여 정신장애인이 건강보험법 제63조제3항 각호에 열거하는 병원 혹은 진료소 또는 약국 기타 병원 혹은 진료소(이에 준하는 것을 포함한다) 또는 약국이며 정령에 정하는 것(그 개설자가 진료보수의 청구 및 지불에 관하여 다음 조에 규정하는 방식에 의하지 아니하는 취지를 도도부현지사에게 신청한 것을 제외한다. 다음 조에서 '의료기관 등'이라 한다)으로 병원 또는 진료소로 입원하지 아니하고 실시되는 정신장애의 의료를 받은 경우에 그 의료에 필요한 비용의 100분의 95에 상당하는 금액을 부담할 수 있다.

②전항의 의료에 필요한 비용 금액은 건강보험 요양에 요하는 비용 금액의 산정방법에 예에 따라 산정한다.

③제1항의 규정에 의한 비용 부담은 해당 정신장애인 또는 그 보호자의 신청에 의하여 하고, 그 신청은 정신장애인의 거주지를 관할하는 시정촌장을 경유하

여 도도부현지사에게 하여야 한다.

- ④전항의 신청은 후생노동성령으로 정하는 의사의 진단서를 첨부하여야 한다. 다만, 해당 신청에 관계하는 정신장애인이 정신장애인보건복지수첩의 교부를 받고 있을 때에는 그러하지 아니하다.
- ⑤제3항의 신청이 있고부터 2년이 경과한 때에는 해당 신청에 기초하는 비용부담은 중지한다.
- ⑥戰傷病者特別援護法(1963년 법률 제168호)의 규정에 의하여 의료를 받을 수 있는 자에 대하여는 제1항의 규정은 적용하지 아니한다.
- ⑦전 각항에 정하는 것 외에 제1항의 의료에 관하여 필요한 사항은 정령으로 정한다.

제32조의2 (비용의 청구, 심사 및 지불) ①전조 제1항의 의료기관 등은 동항의 규정에 의하여 도도부현이 부담하는 비용을 도도부현에 청구한다.

- ②도도부현은 전항의 비용을 해당 의료기관 등에 지불하여야 한다.
- ③도도부현은 제1항의 청구에 대한 심사 및 전항의 비용 지불에 관한 사무를 사회보험진료보수지불기금 기타 정령으로 정하는 자에게 위탁할 수 있다.

제32조의3 (비용의 지불 및 부담) 국가는 도도부현이 제32조제1항의 규정에 의하여 부담하는 비용을 지불한 때에는 해당 도도부현에 대하여 정령이 정하는 바에 따라 그 2분의 1을 보조한다.

제32조의4 제30조의2의 규정은 제32조제1항의 규정에 의한 도도부현의 부담에 대하여 준용한다.

타. 제5절 의료보호입원 등

제33조 (의료보호입원) ①정신병원의 관리자는 다음에 열거하는 자에 대하여, 보호자의 동의가 있을 때에는 본인의 동의가 없어도 그 자를 입원시킬 수 있다.

1. 지정의에 의한 진찰 결과 정신장애인이고 또한 의료 및 보호를 위하여 입원이 필요한 자로, 해당 정신장애 때문에 제22조의3의 규정에 의한 입원이 이루어질 상태가 아니라 판정된 자
2. 제32조제1항의 규정에 따라 이송된 자

②정신병원의 관리자는 전항 제1호에 규정된 자의 보호자에 대하여 제20조 제2

항 제4호의 규정에 의한 가정법원의 선임을 요하고, 또 해당 선임이 이루어지지 아니하거나 제34조제2항의 규정에 따라 이송된 경우에, 전항 제1호에 규정하는 자 또는 동조 제2항의 규정에 따라 이송된 자의 부양의무자의 동의가 있을 때에는, 본인의 동의가 없더라도 해당 선임이 이루어질 때까지 4주간을 한도로 하여 그 자를 입원시킬 수 있다.

- ③전항의 규정에 의한 입원이 이루어지고 있는 동안 동항의 동의를 한 부양의무자는 제20조 제2항 제4호에 열거하는 자에 해당하는 자로 보아 제1항의 규정을 적용하는 경우를 제외하고 동조에 규정하는 보호자로 본다.
- ④정신병원의 관리자는 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 조치를 취한 때에는 10일 이내에 그 자의 증상 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 해당 입원에 대하여 동의를 한 자의 동의서를 첨부하여 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

제33조의2 정신병원의 관리자는 전조 제1항의 규정에 의하여 입원한 자(이하 '의료보호입원자'라 한다)를 퇴원시킨 때에는 10일 이내에 그 취지 및 후생노동성령이 정하는 사항을 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

제33조의3 정신병원의 관리자는 제33조제1항 또는 제2항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에는 해당 정신 장애인에 대하여 해당 입원조치를 취하는 취지, 제38조의4의 규정에 의한 퇴원 등의 청구에 관한 것 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 서면으로 알려야 한다. 다만, 해당 입원조치를 취한 날부터 4주간을 경과한 날까지의 기간으로 해당 정신장애인의 증상에 비추어 그 자의 의료 및 보호를 도모하는 데에 지장이 있다고 인정되는 기간에는 그러하지 아니하다.

이 경우에 정신병원의 관리자는 지체 없이 후생노동성령이 정하는 사항을 진료기록에 기재하여야 한다.

제33조의4 (응급입원) ①후생노동장관이 정하는 기준에 적합한 자로 도도부현지사가 지정하는 정신병원의 관리자는 의료 및 보호의 의뢰가 있는 자에 대하여 긴급을 요하고 보호자(제33조제2항에 규정하는 경우에는 그 자의 부양의무자)의 동의를 얻을 수 없는 경우에, 그 자가 다음에 해당하는 자일 때에는 본인의 동의 없이 72시간을 한도로 하여 그 자를 입원시킬 수 있다.

1. 지정의의 진찰 결과, 정신장애인이고 또한 즉시 입원시키지 아니하면 그 자의 의료 및 보호를 도모하는 데에 현저하게 지장이 있는 자로서, 해당 정신장애 때문에 제22조의3의 규정에 의한 입원이 이루어질 상태가 아니라고 판정된 자

2. 제34조 제3항의 규정에 따라 이송된 자

- ②전항에 규정하는 정신병원의 관리자는 동항의 규정에 의한 조치를 취한 때에는 즉시 해당 조치를 취한 이유 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 신고하여야 한다.
- ③도도부현지사는 제1항의 지정을 받은 정신병원이 동항의 기준에 적합하지 아니하게 되었다고 인정할 때에는 그 지정을 취소할 수 있다.
- ④후생노동장관은 전항에 규정하는 도도부현지사의 권한에 속하는 사무에 대하여 제1항의 지정을 받은 정신병원에 입원 중인 자의 처우를 확보할 긴급한 필요가 있다고 인정되는 때에는 도도부현지사에게 전항의 사무를 하도록 지시할 수 있다.

제33조의5 제19조의9 제2항의 규정은 전조 제3항의 규정에 의한 처분을 하는 경우에 대하여, 제29조제3항의 규정은 정신병원의 관리자가 전조 제1항의 규정에 의한 조치를 취하는 경우에 대하여 준용한다.

제34조 (의료보호입원 등을 위한 이송) 도도부현지사는 그 지정하는 지정의에 의한 진찰 결과, 정신장애이며 또한 즉시 입원시키지 아니하면 그 자의 의료 및 보호를 도모하는 데에 현저하게 지장이 있는 자로 해당 정신장애 때문에 제22조의3의 규정에 의한 입원이 이루어질 상태가 아니라고 판정된 자에 대하여, 보호자의 동의가 있을 때에는 본인의 동의가 없더라도 그 자를 제33조 제1항의 규정에 의한 입원을 시키기 위하여 제33조의4 제 1항에 규정하는 정신병원으로 이송할 수 있다.

- ②도도부현지사는 전항에 규정하는 자의 보호자에 대하여 제30조제2항 제4호의 규정에 의한 가정법원의 선임을 요하고, 또 해당 선임이 이루어지지 아니하는 경우에 그 자의 부양의무자의 동의가 있을 때에는 본인의 동의가 없더라도 그 자를 제33조제2항의 규정에 의한 입원을 시키기 위하여 제33조4항 제1항에 규정하는 정신병원으로 이송할 수 있다.
- ③도도부현지사는 긴급을 요하고 보호자(전항에 규정하는 경우에는 그 자의 부양의무자)의 동의를 얻을 수 없는 경우에 그 지정하는 지정의의 진찰 결과,

그 자가 정신장애인이며 또한 즉시 입원시키지 아니하면 그 자의 의료 및 보호를 도모하는 데에 현저하게 지장이 있는 자로 해당 정신장애 때문에 제22조의3의 규정에 의한 입원이 이루어질 상태가 아니라고 판정된 때에는, 본인의 동의 없이 그 자를 제33조의4 제1항의 규정에 의한 입원을 시키기 위하여 동항에 규정하는 정신병원으로 이송할 수 있다.

④제29조의2의2 제2항 및 제3항의 규정은 전 3항의 규정에 의한 이송을 하는 경우에 대하여 준용한다.

제35조 삭제

과. 제6절 정신병원에서의 처우 등

제36조 (처우) ①정신병원의 관리자는 입원중인 자에게 그 의료 또는 보호에 불가결한 한도에서 그 행동에 대하여 필요한 제한을 할 수 있다.

②정신병원의 관리자는 전항의 규정에 관계없이 서신 교환의 제한, 도도부현 기타 행정기관 직원과의 면회 제한 기타 행동의 제한으로 후생노동장관이 미리 사회보장심의회 의 의견을 청취하고 정하는 행동의 제한에 대하여는 이를 제한할 수 없다.

③제1항의 규정에 의한 행동의 제한 중 후생노동장관이 미리 공중위생심의회 의 의견을 청취하고 정하는 환자의 격리 기타 행동의 제한은 지정의가 필요하다고 인정하는 경우가 아니면 제한할 수 없다.

제37조 ①후생노동장관은 전조에 정하는 것 외에 정신병원에 입원중인 자의 처우에 대하여 필요한 기준을 정할 수 있다.

②전항의 기준이 정해진 때에는 정신병원의 관리자는 그 기준을 준수하여야 한다.

③후생노동장관은 제1항의 기준을 정하고자 하는 때에는 미리 공중위생심의회 의 의견을 청취하여야 한다.

제37조의2 (지정의의 정신병원 관리자에의 보고 등) 지정의는 그 근무하는 정신병원에 입원 중인 자의 처우가 제36조의 규정을 위반하고 있다고 사료될 때 또는 전조 제1항의 기준에 적합하지 아니하다고 인정될 때 기타 정신병원에 입원 중인 자의 처우가 현저히 적당하지 아니하다고 인정될 때에는 해당 정신병

원에 입원중인 자의 처우를 개선하는 데 필요한 조치가 취해지도록 노력하여야 한다.

제38조 (상담, 원조 등) 정신병원 기타 정신장애의 의료를 제공하는 시설의 관리자는 해당 시설에서 의료를 받는 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위하여 그 자의 상담에 응하고 그 자에게 필요한 원조를 하며 그 보호자 등과의 연락 조정을 하도록 노력하여야 한다.

제38조의2 (정기 보고) ①조치입원자를 입원시키고 있는 정신병원 또는 지정병원의 관리자는 조치입원자의 증상 기타 후생노동성령으로 정하는 사항(이하 이 사항에서 '보고사항'이라 한다)을 후생노동성령이 정하는 바에 따라 정기적으로 가까운 보건소장을 경유하여 도도부현지사에게 보고하여야 한다. 이 경우에는 보고사항 중 후생노동성령이 정하는 사항에 대하여는 지정의에 의한 진찰 결과에 기초하는 것이어야 한다.

②전항의 규정은 의료보호 입원자를 입원시키고 있는 정신병원의 관리자에 대하여 준용한다. 이 경우에 동항 중 '조치입원자'는 '의료보호입원자'로 대체한다.

제38조의3 (정기보고 등에 의한 조사) ①도도부현지사는 전조의 규정에 의한 보고 또는 제33조제4항의 규정에 의한 신고(동조 제1항의 규정에 의한 조치에 관한 것에 한한다)가 있는 때에는 해당 보고 또는 신고에 관계하는 입원중인 자의 증상 기타 후생노동성령이 정하는 사항을 정신의료심사회에 통지하고, 해당 입원 중인 자에 대하여 그 입원이 필요한지 여부에 관하여 심사를 요구할 수 있다.

②정신의료심사회는 전항의 규정에 의하여 심사를 요구받은 때에는 해당 심사에 관계하는 입원중인 자에 대하여 그 입원이 필요한지 여부에 관하여 심사를 실시하고 그 결과를 도도부현지사에게 통지하여야 한다.

③정신의료심사회는 전항의 심사를 하는 데 필요하다고 인정되는 때에는 해당 심사에 관계되는 입원중인 자에 대하여 의견을 구하거나 그 자의 동의를 얻어 위원(지정의인 자에 한한다. 제38조의5 제4항에서 같다)에게 진찰하게 하거나 또는 그 자가 입원하고 있는 정신병원의 관리자 기타 관계자에 대하여 보고 혹은 의견을 구하며 의료기록 기타 장부서류의 제출을 명하거나 출두를 명하여 심문할 수 있다.

④도도부현지사는 제2항의 규정에 의하여 통지된 정신의료심사회의 심사 결과

에 기초하여 그 입원이 필요하지 아니하다고 인정된 자를 퇴원시키거나 정신병원의 관리자에게 그 자를 퇴원시킬 것을 명할 수 있다.

제38조의4 (퇴원 등의 청구) 정신병원에 입원중인 자 또는 그 보호자는 후생노동성령이 정하는 바에 따라 도도부현지사에게 해당 입원중인 자를 퇴원시키거나 정신병원의 관리자에게 그 자를 퇴원시킬 것을 명하거나 또는 그 자의 처우를 개선하는데 필요한 조치를 취할 것을 명하도록 요구할 수 있다.

제38조의5 (퇴원 등의 청구에 의한 심사) ①도도부현지사는 전조의 규정에 의한 청구를 받은 때에는 해당 청구의 내용을 정신의료심사회에 통지하고, 해당 청구에 관계되는 입원중인 자에 대하여 그 입원이 필요한지 여부 또는 그 처우가 적당한지 여부에 관하여 심사를 요구하여야 한다.

②정신의료심사회는 전항의 규정에 의하여 심사를 요구받은 때는 해당 심사에 관계된 자에 대하여 그 입원이 필요한지 여부 또는 그 처우가 적당한지 여부에 관하여 심사를 하고, 그 결과를 도도부현지사에게 통지하여야 한다.

③정신의료심사회는 전항의 심사를 하는데 있어서 해당 심사에 관계된 전조의 규정에 의한 청구를 한 자 및 해당 심사에 관계된 입원중인 자가 입원하고 있는 정신병원의 관리자의 의견을 청취하여야 한다. 다만, 정신의료심사회가 이러한 자의 의견을 청취할 필요가 없다고 특히 인정한 때에는 그러하지 아니하다.

④정신의료심사회는 전항에 정하는 것 외에 제2항의 심사를 하는데 있어서 필요하다고 인정되는 때에는 해당 심사에 관계되는 입원중인 자의 동의를 얻어 위원에게 진찰하게 하거나 또는 그 자가 입원하고 있는 정신병원의 관리자 기타 관계자에 대하여 보고를 요구하고, 진료록 기타 장부서류의 제출을 명하거나 출두를 명하여 심문할 수 있다.

⑤도도부현지사는 제2항의 규정에 의하여 통지된 정신의료심사회의 심사 결과에 기초하여 그 입원이 필요하지 아니하다고 인정된 자를 퇴원시키거나 해당 정신 병원의 관리자에게 그 자를 퇴원시킬 것을 명하거나 또는 그 자의 처우를 개선하는데 필요한 조치를 취할 것을 명하여야 한다.

⑥도도부현지사는 전조의 규정에 의한 청구를 한 자에 대하여 해당 청구에 관계되는 정신의료심사회의 심사 결과 및 이에 의거하여 취한 조치를 통지하여야 한다.

- 제38조의6 (보고징수 등) ①후생노동장관 또는 도도부현지사는 필요하다고 인정되는 때에는 정신병원의 관리자에게 해당 정신병원에 입원중인 자의 증상 혹은 처우에 관하여 보고를 요구하거나 진료록 기타의 장부서류의 제출이나 제시를 명하고, 해당 직원 또는 그 지정하는 지정의에게 정신병원에 출입하여 이러한 사항에 관하여 진료록 기타 장부서류를 검사하게 하거나 해당 정신병원에 입원 중인 자 기타 관계자에게 질문하게 하거나 또는 그 지정하는 지정의에게 정신병원에 출입하여 해당 정신병원에 입원중인 자를 진찰하게 할 수 있다.
- ②후생노동장관 또는 도도부현지사는 필요하다고 인정되는 때에는 정신병원의 관리자, 정신병원에 입원중인 자 또는 제33조 제1항 혹은 제2항의 규정에 의한 입원에 대하여 동의를 한 자에게 이 법률에 의한 입원에 필요한 절차에 관하여 보고를 요구하거나 관련서류의 제출 또는 제시를 명할 수 있다.
- ③제27조제5항 및 제6항의 규정은 제1항의 규정에 의한 출입검사, 질문 또는 진찰에 대하여 준용한다.

- 제38조의7 (개선명령 등) ①후생노동장관 또는 도도부현지사는 정신병원에 입원 중인 자의 처우가 제36조의 규정을 위반하고 있다고 인정될 때, 또는 제37조 제1항의 기준에 적합하지 아니하다고 인정될 때에는 해당 정신병원의 관리자에게 조치를 강구하여야 하는 사항 및 기한을 제시하고 처우를 확보하기 위한 개선 계획의 제출을 요구하거나 제출된 개선계획의 변경을 명하거나 또는 그 처우를 개선하는 데 필요한 조치를 취할 것을 명할 수 있다.
- ②후생노동장관 또는 도도부현지사는 필요하다고 인정되는 때에는 제22조의4제3항의 규정에 의하여 입원하고 있는 자 또는 제33조제1항 혹은 제2항 혹은 제33조의4제1항의 규정에 의하여 입원한 자에 대하여 그 지정하는 2인 이상의 지정의에게 진찰하게 하고, 각 지정의의 진찰 결과가 그 입원을 계속할 필요가 있음에 일치하지 아니하는 경우 또는 이러한 자의 입원이 이 법률 혹은 이 법률에 기초하는 명령에 위반하여 이루어진 경우에는, 이러한 자가 입원하고 있는 정신병원의 관리자에게 그 자를 퇴원시킬 것을 명할 수 있다.
- ③후생노동장관 또는 도도부현지사는 정신병원의 관리자가 전 2항의 규정에 의한 명령에 따르지 아니하는 때에는 해당 정신병원의 관리자에게 기간을 정하여 제22조의4 제1항, 제33조제1항 및 제2항과 제33조의4 제1항의 규정에 의한 정신장애인의 입원에 관계되는 의료 제공의 전부 또는 일부를 제한할 것을 명할 수 있다.

제39조 (무단퇴거자에 대한 조치) ①정신병원의 관리자는 입원중인 자로 자신을 상해하거나 타인에게 해를 입힐 우려가 있는 자가 무단으로 퇴거하여 행방불명이 된 때에는 관할 경찰서장에게 다음 사항을 통지하여 그 탐색을 요청하여야 한다.

1. 퇴거자의 주소, 성명, 성별 및 생년월일
2. 퇴거 연월일 및 시각
3. 증상의 개요
4. 퇴거자를 발견하는 데 참고가 될 만한 인상, 복장 기타 사항
5. 입원연월일
6. 보호자 또는 이에 준하는 자의 주소 및 성명

②경찰관은 전항의 탐색을 요청받은 자를 발견한 때에는 즉시 그 사실을 해당 정신병원의 관리자에게 통지하여야 한다. 이 경우에 경찰관은 해당 정신병원의 관리자가 그 자를 인수하기까지 24시간을 한도로 그 자를 경찰서, 병원, 구호 시설 등의 정신장애인을 보호하기에 적당한 장소에 보호할 수 있다.

제40조 (가퇴원) 제29조제1항에 규정하는 정신병원 또는 지정병원의 관리자는 지정의에 의한 진찰 결과, 조치입원자의 증상에 비추어 그 자를 일시 퇴원시켜 경과를 보는 것이 적당하다고 인정되는 때에는 도도부현지사의 허가를 얻어 6월을 초과하지 아니하는 기간을 한도로 가퇴원시킬 수 있다.

하. 제7절 잡칙

제41조 (보호자의 인수의무 등) 보호자는 제29조의3 혹은 제29조의4 제1항의 규정에 의하여 퇴원하는 자 또는 전조의 규정에 의하여 가퇴원하는 자를 인수하고, 또 가퇴원한 자의 보호에 임하여 해당 정신병원 또는 지정병원의 관리자의 지시에 따라야 한다.

제42조 (의료 및 보호의 비용) 보호자가 정신장애인의 의료 및 보호를 위하여 지출하는 경비는 해당 정신장애인 또는 그 부양의무자가 부담한다.

제43조 (형사사건에 관한 절차 등과의 관계) ①이 장의 규정은 정신장애인 또는 그 의심되는 자에 대하여 형사사건 혹은 소년보호사건의 처리에 관한 법령의 규정에 의한 절차를 진행하거나 刑, 補導처분 또는 보호처분의 집행을 위하여 이러한 자를 교정시설에 수용하는 것을 방해하는 것은 아니다.

②제25조, 제26조 및 제27조의 규정을 제외하고 이 장의 규정은 교정시설에 수용중인 자에게는 적용하지 아니한다.

제44조 삭제

거. 제6장 보건 및 복지

너. 제1절 정신장애인보건복지수첩

제45조 (정신장애인보건복지수첩) ①정신장애인(지적장애인을 제외한다. 이하 이 장 및 다음 장에서 같다)는 후생노동성령이 정하는 서류를 첨부하여 그 거주지(거주지를 가지지 아니할 때는 그 현재지)의 도도부현지사에게 정신장애인 보건복지수첩의 교부를 신청할 수 있다.

②도도부현지사는 전항의 신청에 기초하여 심사하고 신청자가 정령이 정하는 정신장애의 상태에 있다고 인정된 때에는 신청자에게 정신장애인보건복지수첩을 교부하여야 한다.

③전항의 규정에 의한 심사 결과 신청자가 동항의 정령이 정하는 정신장애의 상태에 있지 아니하다고 인정된 때에는 도도부현지사는 이유를 첨부하여 그 자를 신청자에게 통지하여야 한다.

④정신장애보건복지수첩의 교부를 받은 자는 후생노동성령이 정하는 바에 따라 2년마다 제2항의 정령이 정하는 정신장애 상태에 있음에 대하여 도도부현지사의 인정을 받아야 한다.

⑤제3항의 규정은 전항의 인정에 대하여 준용한다.

⑥전 각항에 정하는 것 외에 정신장애인보건복지수첩에 관하여 필요한 사항은 정령으로 정한다.

제45조의2 ①정신장애인보건복지수첩의 교부를 받은 자는 전조 제2항의 정령이 정하는 정신장애 상태가 없어진 때는 신속히 정신장애인보건복지수첩을 도도부현에 반환하여야 한다.

②정신장애인보건복지수첩의 교부를 받은 자는 정신장애인보건복지수첩을 양도하거나 대여하여서는 아니 된다.

③도도부현지사는 정신장애인보건복지수첩의 교부를 받은 자에 대하여 전조 제2항의 정령이 정하는 상태가 없어졌다고 인정되는 때에는 그 자에게 정신장애인 보건복지수첩의 반환을 명할 수 있다.

④도도부현지사는 전항의 규정에 의하여 정신장애인보건복지수첩의 반환을 명하

고자 하는 때에는 미리 그 지정하는 지정의로 하여금 진찰하게 하여야 한다.

⑤전조 제3항의 규정은 제3항의 인정에 대하여 준용한다.

더. 제2절 상담지도 등

제46조 (바른 지식의 보급) 도도부현 및 시정촌은 정신장애에 대한 바른 지식의 보급을 위한 홍보활동 등을 통하여 정신장애인의 사회복귀 및 그 자립과 사회경제활동으로의 참가에 대한 지역주민의 관심과 이해가 심화되도록 노력하여야 한다.

제47조 (상담지도 등) ①도도부현, 보건소를 설치하는 시 또는 특별구(이하 '도도부현등'이라 한다)는 필요에 따라 다음 조 제1항에 규정하는 정신복지상담원 기타 직원 또는 도도부현지사 혹은 보건소를 설치하는 시 혹은 특별구의 장(이하 '도도부현지사 등'이라 한다)이 지정한 의사로 하여금 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관하여 정신장애인 및 그 가족 등으로부터의 상담에 응하게 하고 이러한 자를 지도하게 하여야 한다.

②도도부현 등은 필요에 따라 의료를 필요로 하는 정신장애인에게 그 정신장애의 상태에 따른 적절한 의료시설을 소개하여야 한다.

③정신보건복지센터 및 보건소는 정신장애인의 복지에 관한 상담 및 지도를 함에 있어서 복지사무소(사회복지법(1951년 법률 제45호)에 정하는 복지에 관한 사무소를 말한다. 제50조의2 제6항에서 같다) 기타 관계 행정기관과의 제휴를 도모하도록 노력하여야 한다.

④시정촌(보건소를 설치하는 시 및 특별구를 제외한다)은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 도도부현이 실시하는 정신장애인에 관한 사무에 필요한 협력을 하는 동시에 필요에 따라 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관하여 정신장애인 및 그 가족 등으로부터의 상담에 응하고 이들을 지도하도록 노력하여야 한다.

제48조 (정신보건복지상담원) ①도도부현 등은 정신보건복지센터 및 보건소에 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 상담에 응하고 정신장애인 및 그 가족 등을 방문하여 필요한 지도를 하기 위한 직원(다음 항에서 '정신보건복지상담원'이라 한다)을 둘 수 있다.

②정신보건복지상담원은 정신보건복지사 기타 정령이 정하는 자격을 가지는 자 중에서 도도부현지사 등이 임명한다.

제49조 (시설 및 사업의 이용의 조정 등) ①시정촌장은 정신장애인보건의수첩의 교부를 받은 정신장애인으로 부터 요구가 있을 때에는 해당 정신장애인의 희망, 정신장애의 상태, 사회복귀의 촉진 및 자립과 사회경제활동에의 참가를 촉진하는데 필요한 지도 및 훈련 기타 부조의 내용 등을 감안하여 해당 정신장애인이 가장 적절한 정신장애인사회복귀시설 또는 정신장애인거택생활원조사업이나 정신장애인사회적응훈련사업(이하 이 조에서 '정신장애인거택생활원조사업 등'이라 한다)의 이용이 가능하도록 상담에 응하고 필요한 조언을 한다. 이 경우에 시정촌은 해당 사무를 정신장애인지역생활지원센터에 위탁할 수 있다.

②시정촌장은 전항의 조언을 받은 정신장애인으로 부터 요구가 있을 경우에는 필요에 따라 정신장애인사회복귀시설의 이용 또는 정신장애인거택생활원조사업 등의 이용에 대하여 알선 또는 조정을 실시하는 동시에 필요에 따라 정신장애인사회복귀시설의 설치자 또는 정신장애인 거택생활원조사업 등을 실시하는 자에게 해당 정신장애인의 이용을 요청한다.

③도도부현은 전항의 규정에 의하여 시정촌이 실시하는 알선, 조정 및 요청에 관하여 그 설치하는 보건소에 의한 기술적 사항에 대한 협력 기타 시정촌에 대한 필요한 원조 및 시정촌 상호간의 연락조정을 한다.

④정신장애인사회복귀시설의 설치자 또는 정신장애인거택생활원조사업 등을 하는 자는 제2항의 알선, 조정 및 요청에 대하여 가능한 한 협력하여야 한다.

러. 제3절 시설 및 사업

제50조 (정신장애인사회복귀시설의 설치 등) ①도도부현은 정신장애인의 사회복귀 촉진 및 자립과 사회경제활동에의 참가 촉진을 도모하기 위하여 정신장애인사회복귀시설을 설치할 수 있다.

②시정촌, 사회복지법인 그 외의 자는 정신장애인의 사회복귀 촉진 및 자립과 사회경제활동에의 참가 촉진을 도모하기 위하여 후생노동성령이 정하는 바에 따라 미리 후생노동성령으로 정하는 사항을 도도부현지사에게 신고하고 정신장애인사회복귀시설을 설치할 수 있다.

③전항의 규정에 의한 신고를 한 자는 그 신고한 사항에 변경이 발생한 때는 변경일부터 1월 이내에 그 취지를 해당 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

④시정촌 사회복지법인 그 외의 자는 정신장애인사회복귀시설을 폐지하거나 중지하고자 하는 때에는 미리 후생노동성령으로 정하는 사항을 도도부현지사에

게 신고하여야 한다.

제50조의2 (정신장애인사회복지시설의 종류) ①정신장애사회복지시설의 종류는 다음과 같다.

1. 정신장애인생활훈련시설
2. 정신장애인조산시설
3. 정신장애인복지홈
4. 정신장애인복지공장
5. 정신장애인지역생활지원센터

②정신장애인 생활훈련시설은 정신장애 때문에 가정에서 일상생활을 영위하기에 지장이 있는 정신장애인이 일상생활에 적응할 수 있도록 적은 요금으로 거실 기타 설비를 이용하게 하고 필요한 훈련 및 지도를 함으로써 그 자의 사회복지추진을 도모하는 것을 목적으로 하는 시설로 한다.

③정신장애인조산시설은 고용되기가 곤란한 정신장애인이 자활할 수 있도록 적은 요금으로 필요한 훈련을 실시하고 직업을 부여함으로써 그 자의 사회복지추진을 도모하는 것을 목적으로 하는 시설로 한다.

④정신장애인복지홈은 현재 주거를 구하고 있는 정신장애인에게 적은 요금으로 거실 기타 설비를 이용하게 하는 동시에, 일상생활에 필요한 편의를 공여함으로써 그 자의 사회복지추진 및 자립 추진을 도모하는 것을 목적으로 하는 시설로 한다.

⑤정신장애인복지공장은 통상의 사업소에 고용되기가 곤란한 정신장애인을 고용하여 사회생활 적응에 필요한 지도를 실시함으로써 그 자의 사회복지추진 및 사회경제활동 참가 추진을 도모하는 것을 목적으로 하는 시설로 한다.

⑥정신장애인지역생활지원센터는 지역의 정신보건 및 정신장애인의 복지에 관한 제반 문제에 대하여 정신장애인으로부터의 상담에 응하고 필요한 지도 및 조언을 하는 동시에, 제49조제1항의 규정에 의한 조언을 하고 아울러 보건소, 복지사무소, 정신장애인사회복지시설 등과의 연락조정 기타 후생노동성령이 정하는 원조를 종합적으로 하는 것을 목적으로 하는 시설로 한다.

제50조의2의2 (비밀유지의무) 정신장애인지역생활지원센터의 직원은 그 직무를 수행함에 있어서는 개인의 신상에 관한 비밀을 준수하여야 한다.

제50조의2의3 (시설의 기준) ①후생노동장관은 정신장애인사회복지시설의 설비 및

운영에 대하여 기준을 정하여야 한다.

②정신장애인사회복지시설의 설치자는 전항의 기준을 준수하여야 한다.

제50조의2의4 (보고의 징수 등) ①도도부현지사는 전조 제1항의 기준을 유지하기 위하여 정신장애인사회복지시설의 장에게 필요하다고 인정되는 사항의 보고를 구하거나 해당 직원으로 하여금 관계자에게 질문하게 하거나 그 시설에 출입하여 설비, 장부 서류 기타 물건을 검사하게 할 수 있다.

②제27조제5항 및 제6항의 규정은 전항의 규정에 의한 출입검사에 대하여 준용한다. 이 경우에 동조 제5항 중 '전항'은 '제50조의2의4 제1항'으로, '그 자가 거주하는 장소'는 '정신장애인사회복지시설'로, '지정의 및 해당 직원'은 '해당 직원'으로, 동조 제6항 중 '제4항'은 '제50조의2의4 제1항'으로 대체한다.

제50조의2의5 (사업의 정지 등) ①도도부현지사는 정신장애인사회복지시설의 설치자가 이 법률 혹은 이에 의거한 명령이나 이에 의거하여 내리는 처분을 위반하거나 해당 시설이 제50조의2의3 제1항의 기준에 적합하지 아니하게 된 때에는 그 설치자에게 그 시설의 설비나 운영의 개선 또는 그 사업의 정지나 폐지를 명할 수 있다.

②도도부현지사는 전항의 규정에 의하여 정신장애인사회복지시설에 대하여 그 사업의 폐지를 명하고자 하는 때에는 미리 지방정신보건복지심의회의 의견을 청취하여야 한다.

제50조의3 (정신장애인가택생활지원사업의 실시) ①국가 및 도도부현 이외의 자는 정신장애인의 사회복지 촉진 및 자립의 촉진을 도모하기 위하여 후생노동성령이 정하는 바에 따라 미리 후생노동성령으로 정하는 사항을 도도부현지사에게 신고하고 정신장애인가택생활지원사업을 할 수 있다.

②전항의 규정에 의한 신고를 한 자는 그 신고한 사항에 변경이 발생한 때에는 변경일로부터 1월 이내에 그 취지를 해당 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

③국가 및 도도부현 이외의 자는 정신장애인가택생활지원사업을 폐지 또는 중지하고자 하는 때에는 미리 후생노동성령으로 정하는 사항을 도도부현지사에게 신고하여야 한다.

제50조의3의2 (정신장애인가택생활지원사업의 종류) ①정신장애인가택생활지원사업의 종류는 다음과 같다.

1. 정신장애인거택개호 등의 사업

2. 정신장애인단기입소사업

3. 정신장애인지역생활원조사업

②정신장애인거택개호 등 사업은 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위하여 정신장애 때문에 일상생활을 영위하기에 지장이 있는 정신장애인에 대하여 그 자의 거택에서 식사, 신체의 청결 유지 등의 介助 기타 일상생활을 영위하는 데 필요한 편의로 후생노동성령이 정하는 것(다음 항에서 '개호 등'이라 한다)을 공여하는 사업으로 한다.

③정신장애인단기입소 사업은 정신장애인으로 그 개호 등을 하는 자의 질병 기타 이유로 거택에서 개호 등을 받는 것이 일시적으로 곤란하게 된 자에 대하여 정신장애인생활훈련시설 기타 후생노동성령이 정하는 시설에 단기간 입소하게 하여 개호 등을 하는 사업으로 한다.

④정신장애인지역생활원조 사업은 지역에서 공동생활을 영위하는 데 지장이 없는 정신장애인에 대하여 이러한 자가 공동생활을 영위해야 할 주거에서의 식사 제공, 상담 기타 일상생활상의 원조를 하는 사업으로 한다.

제50조의3의3 (보고의 징수 등) ①도도부현지사는 정신장애인의 복지를 위하여 필요하다고 인정되는 때에는 정신장애인거택생활지원사업을 하는 자에게 필요하다고 인정되는 사항의 보고를 요구하거나 해당 직원으로 하여금 관계자에게 질문하게 하거나 그 사무소나 시설에 출입하여 설비, 관련서류 기타 물건을 검사하게 할 수 있다.

②제27조제5항 및 제6항의 규정은 전항의 규정에 의한 출입검사에 대하여 준용한다. 이 경우에 동조 제4항 중 '전항'은 '제50조의3의3 제1항'으로, '그 자가 거주하는 장소'는 '그 사무소 또는 시설'로, '지정의 및 해당 직원'은 '해당 직원'으로, 동조 제6항 중 '제4항'은 '제50조의3의3 제1항'으로 대체한다.

제50조의3의4 (사업의 정지 등) ①도도부현지사는 정신장애인거택생활지원사업을 하는 자가 이 법률 혹은 이에 의거한 명령이나 이에 의거하여 내리는 처분을 위반한 때, 또는 그 사업에 관하여 부당하게 영리를 도모하거나 그 사업에 관계하는 정신장애인의 처우에 대하여 부당한 행위를 한 때에는 해당 사업을 하는 자에게 그 사업의 제한 또는 정지를 명할 수 있다.

②도도부현지사는 전항의 규정에 의하여 정신장애인거택생활지원사업의 제한 또는 정지를 명하는 경우에는 미리 지방정신보건복지심의회의 의견을 청취하

여야 한다.

제50조의4 (정신장애인사회적응훈련사업) 도도부현은 정신장애인의 사회복귀촉진 및 사회경제활동 참가 촉진을 도모하기 위하여 정신장애인사회적응훈련사업(통상의 사업소에 고용되기가 곤란한 정신장애인으로 정신장애인의 사회경제 활동 참가 촉진에 열의가 있는 자에게 위탁하여 직업을 부여하는 동시에 사회 생활 적응에 필요한 적응에 필요한 훈련을 하는 사업을 말한다. 이하 같다)을 할 수 있다.

제51조 (국가 및 지방공공단체의 보조) ①시정촌은 정신장애인가택생활지원사업을 사는 자에게 해당사업에 요하는 비용의 일부를 보조할 수 있다.

②도도부현은 시정촌에 대하여 다음에 열거하는 비용의 일부를 보조할 수 있다.

1. 시정촌이 실시하는 정신장애인가택생활지원사업에 요하는 비용
2. 전항의 규정에 의한 보조에 요하는 비용

③도도부현은 정신장애인사회복귀시설의 설치자에게 해당 시설의 설치 및 운영에 요하는 비용의 일부를 보조할 수 있다.

④국가는 예산의 범위 내에서 도도부현에 대하여 다음에 열거하는 비용의 일부를 보조할 수 있다.

1. 도도부현이 설치하는 정신장애인사회복귀시설의 설치 및 운영에 요하는 비용
2. 도도부현이 실시하는 정신장애인사회적응훈련사업에 요하는 비용
3. 전 2항의 규정에 의한 보조에 요하는 비용

며. 제7장 정신장애인사회복귀촉진센터

제51조의2 (지정 등) 후생노동장관은 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위하여 훈련 및 지도 등에 관한 연구개발 등을 함으로써 정신장애인의 사회복귀를 촉진하는 것을 목적으로 설립된 민법(1896년 법률 제89호) 제34조의 법인으로 다음 조에서 규정하는 업무를 적정하고 확실하게 수행할 수 있다고 인정되는 자를 그 신청에 의하여 전국을 통하여 1개에 한하여 정신장애인사회복귀촉진센터(이하 '센터'라 한다)로 지정할 수 있다.

②후생노동장관은 전항의 규정에 의한 지정을 한 때에는 센터의 명칭, 주소 및 사무소의 소재지를 공시하여야 한다.

- ③센터는 그 명칭, 주소 또는 사무소의 소재지를 변경하고자 하는 때에는 미리 그 취지를 후생노동장관에게 신고하여야 한다.
- ④후생노동장관은 전항의 규정에 의한 신고가 있는 때에는 해당 신고에 관계하는 사항을 공시하여야 한다.

제51조의3 (업무) 센터는 다음에 열거하는 업무를 수행한다.

1. 정신장애인의 사회복귀 촉진에 기여하기 위한 계발활동 및 홍보활동
2. 정신장애인의 사회복귀의 실례에 따라 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위한 훈련 및 지도 등에 관한 연구개발
3. 전항에 열거하는 자 외에 정신장애인의 사회복귀 촉진에 관한 연구
4. 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위하여 제2항의 규정에 의한 연구개발의 성과 또는 전항의 규정에 의한 연구의 성과를 정기적으로 또는 시의 적절하게 제공하는 것
5. 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위한 사업의 업무에 관하여 해당 사업에 종사하는 자 및 해당 사업에 종사하고자 하는 자에 대한 연수
6. 전 각항에 열거하는 자 외에 정신장애인의 사회복귀를 촉진하는 데 필요한 업무

제51조의4 (센터와의 협력) 정신병원 기타 정신장애의 의료를 제공하는 시설의 설치자, 정신장애인사회복지시설의 改正者 및 정신장애인가택생활부조사업 또는 정신장애인사회적응훈련사업을 하는 자는 센터의 요구에 따라 센터가 전조 제2항 및 제3항에 열거하는 업무를 하는데 필요한 한도에서 센터에 대하여 정신장애인의 사회복귀 촉진을 도모하기 위한 훈련 및 지도에 관한 정보 또는 자료 기타 필요한 정보 또는 자료로 후생노동성령이 정하는 것을 제공할 수 있다.

제51조의5 (특정정보관리규정) ①센터는 제51조의3 제2항 및 제3항에 열거하는 업무에 관계하는 정보 및 자료(이하 이 조 및 제51조의7에서 '특정정보'라 한다)의 관리와 사용에 관한 규정(이하 이 조 및 제51조의7에서 '특정정보관리규정'이라 한다)을 작성하고, 후생노동장관의 인가를 받아야 한다. 이를 변경하고자 하는 때에도 또한 같다.

- ②후생노동장관은 전항의 인가를 한 특정정보관리규정이 특정정보의 적정한 관리 또는 사용을 도모하는 데 부적당하다고 인정되는 때에는 센터에 대하여 해당 특정정보관리규정을 변경하도록 명할 수 있다.

③특정정보관리규정에 기재하여야 할 사항은 후생노동성령으로 정한다.

제51조의6 (비밀유지의무) 센터의 임원 혹은 직원 또는 이러한 직급에 있던 자는 제51조의3 제2호 혹은 제3호에 열거하는 업무와 관련하여 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.

제51조의7 (해임명령) 후생노동장관은 센터의 임원 또는 직원이 제51조의5 제1항의 인가를 받은 특정정보관리규정에 의하지 아니하고 특정정보의 관리 또는 사용을 하거나 전조의 규정을 위반한 때에는 센터에 대하여 해당 임원 또는 직원을 해임하도록 명할 수 있다.

제51조의8 (사업계획 등) ①센터는 매 사업연도의 사업계획서 및 수지예산서를 작성하여 해당 사업연도의 개시 전에 후생노동장관에게 제출하여야 한다. 이를 변경하고자 하는 때에도 또한 같다.

②센터는 매 사업연도의 사업보고서 및 수지결산서를 작성하여 해당 사업연도 경과후 3월 이내에 후생노동장관에게 제출하여야 한다.

제51조의9 (보고 및 검사) ①후생노동장관은 제51조의3에 규정하는 업무의 적정한 운영을 확보하는 데 필요한 한도에서 센터에 대하여 필요하다고 인정되는 사항의 보고를 요청하거나, 또는 해당 직원으로 하여금 그 사무소에 출입하여 업무의 상황 혹은 장부서류 기타 물건을 검사하게 할 수 있다.

②제27조제5항 및 제6항의 규정은 전항의 규정에 의한 출입검사에 대하여 준용한다. 이 경우에 동조 제5항 중 '전항'은 '제51조의9 제1항'으로, '그 자가 거주하는 장소'는 '센터의 사무소'로, '지정의 및 해당 직원'은 '해당 직원'으로, 동조 제6항 중 '제4항'은 '제51조의9 제1항'으로 한다.

제51조의10 (감독명령) 후생노동장관은 이 장의 규정을 시행하는 데 필요한 한도에서 센터에 대하여 제51조의3에 규정하는 사무에 관하여 감독상 필요한 명령을 할 수 있다.

제51조의11 (지정의 취소 등) ①후생노동장관은 센터가 다음의 각호의 1에 해당하는 때에는 제51조의2 제1항의 규정에 의한 지정을 취소할 수 있다.

1. 제51조의3에 규정하는 업무를 적정하고 확실하게 실시할 수 없다고 인정되

는 때

2. 지정에 관하여 부정한 행위가 있을 때
 3. 이 장의 규정 또는 해당 규정에 의한 명령 혹은 처분에 위반한 때
- ② 후생노동장관은 전항의 규정에 따라 지정을 취소한 때에는 그 취지를 공시하여야 한다.

버. 제8장 잡칙

제51조의11의2 시정촌장은 정신장애인에 대하여 그 복지를 도모하는데 특히 필요가 있다고 인정되는 때에는 민법 제7조, 제11조, 제12조제2항, 제14조제1항, 제16조제1항, 제876조의4제1항 또는 제876조의9 제1항에 규정하는 심판을 청구할 수 있다.

제51조의12 (대도시의 특례) ①이 법률의 규정 중 도도부현이 처리하게 되어있는 사무로 정령이 정하는 것은 지방자치법(1947년 법률 제76호) 제252조의19제1항의 지정도시(이하 '지정도시'라 한다)에서는 정령이 정하는 바에 따라 지정도시가 처리한다. 이 경우에는 이 법률의 규정 중 도도부현에 관한 규정은 지정도시에 관한 규정이라 하여 지정도시에 적용한다.

②전항의 규정에 의하여 지정도시의 장이 한 처분(지방자치법 제2조제8항 제1호에 규정하는 제1호법정수탁사무에 관계하는 것에 한한다)에 관계하는 심사청구에 대한 도도부현지사의 재결에 불복이 있는 자는 후생노동장관에게 재심사를 청구할 수 있다.

제51조의13 (긴급시의 후생노동장관의 사무집행) ①정신장애인사회복지시설에 대하여 제50조의2의4 및 제50조의2의5의 규정에 따라 도도부현지사의 권한에 속하게 되어 있는 사무는 이 시설을 이용하는 자의 이익을 보호할 긴급한 필요가 있다고 후생노동장관이 인정하는 경우에는 후생노동장관 또는 도도부현지사가 한다. 이 경우에는 이 법률의 규정 중 도도부현지사에 관한 규정(해당 사무에 관계되는 것에 한한다)은 후생노동장관에 관한 규정이라 하여 후생노

동장관에 적용한다.

- ②전항의 경우에 후생노동장관 또는 도도부현지사가 해당 사무를 하는 때에는 상호 밀접한 연계 하에 행한다.

제51조의14 (사무의 구분) ①이 법률(제1장 내지 제3장, 제19조의2 제4항, 제19조의 7, 제19조의8, 제19조의9 제1항, 동조 제2항 (제33조의5에서 준용하는 경우를 포함한다), 제29조의7, 제30조의제1항 및 제31조, 제5장제4절, 제33조의4 제1항 및 제3항과 제6장을 제외한다)의 규정에 의하여 도도부현이 처리하도록 되어 있는 사무는 지방자치법 제2조제9항 제1호에 규정하는 제1호법정수탁사무(다음 항 및 제3항에서 '제1호법정수탁사무'라 한다)로 한다.

- ②이 법률(제32조제3항 및 제6장제2절을 제외한다)의 규정에 의하여 보건소를 설치하는 시 또는 특별구가 처리하도록 되어 있는 사무(보건소장에 관계하는 것에 한한다)는 제1호법정수탁사무로 한다.

- ③제21조의 규정에 의하여 시정촌이 처리하도록 되어 있는 사무는 제1호법정수탁사무로 한다.

제51조의15 (권한의 위임) ①이 법률에 규정하는 후생노동장관의 권한은 후생노동성령이 정하는 바에 따라 지방후생국장에 위임할 수 있다.

- ②전항의 규정에 의하여 지방후생국장에 위임된 권한은 후생노동성령이 정하는 바에 따라 지방후생지국장에 위임할 수 있다.

서. 제9장 벌칙

제52조 다음 각 호의 1에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 100만엔 이하의 벌금에 처한다.

1. 제38조의3 제4항의 규정에 의한 명령을 위반한 자
2. 제38조의5 제5항의 규정에 의한 퇴원 명령을 위반한 자
3. 제38조의7 제2항의 규정에 의한 명령을 위반한 자
4. 제38조의7 제3항의 규정에 의한 명령을 위반한 자

제53조 ①정신병원의 관리자, 지정의, 지방정신보건복지심의회의 위원 혹은 임시위원, 정신의료심사회의 위원 혹은 제47조제1항의 규정에 의하여 도도부현지사 등이 지정한 의사 또는 이러한 직위에 있던 자가 이 법률의 규정에 기초하

는 직무의 집행에 관하여 알게 된 타인의 비밀을 정당한 이유 없이 누설한 때에는 1년 이하의 징역 또는 50만원 이하의 벌금에 처한다.

- ②정신병원의 직원 또는 그 장소에 있던 자가 이 법률의 규정에 기초하는 정신병원 관리자의 직무 집행을 보조할 때 알게 된 타인의 비밀을 정당한 이유 없이 누설한 때에도 전항과 같다.

제53조의2 제51조의6의 규정을 위반한 자는 1년 이하의 징역 또는 50만원 이하의 벌금에 처한다.

제54조 다음 각 호의 1에 해당하는 자는 6월 이하의 징역 또는 30만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 허위 사실을 기재하여 제23조제1항의 신청을 한 자
2. 제50조의2의5 제1항의 규정에 의한 정지 또는 폐지의 명령을 위반한 자
3. 제50조의3의4 제1항의 규정에 의한 제한 또는 정지의 명령을 위반한 자
4. 제51조의13 제1항의 규정에 의하여 후생노동장관이 실시하는 제50조의2의5 제1항에 규정하는 정지 또는 폐지의 명령을 위반한 자

제55조 다음 각 호의 1에 해당하는 자는 20만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제27조제1항 또는 제2항의 규정에 의한 진찰을 거부, 방해하거나 기피한 자 또는 동조 제4항의 규정에 의한 출입을 거부하거나 방해한 자
2. 제29조의2 제1항의 규정에 의한 진찰을 거부, 방해하거나 기피한 자 또는 동조 제4항에서 준용하는 제27조제4항의 규정에 의한 출입을 거부하거나 방해한 자
3. 제38조의3 제3항의 규정에 의한 보고 혹은 제출을 하지 아니하거나 허위보고, 동항의 규정에 의한 진찰 방해 또는 동항의 규정에 의한 출두를 하지 아니하거나 동항의 규정에 의한 심문에 대하여 정당한 이유 없이 답변하지 아니하거나 허위답변을 한 자
4. 제38조의5 제4항의 규정에 의한 보고 혹은 제출을 하지 아니하거나 허위보고, 동항의 규정에 의한 진찰 방해 또는 동항의 규정에 의한 출두를 하지 아니하거나 동항의 규정에 의한 심문에 대하여 정당한 이유 없이 답변하지 아니하거나 허위답변을 한 자
5. 제38조의6 제2항의 규정에 의한 보고, 제출 혹은 제시를 하지 아니하거나 허위 보고, 동항의 규정에 의한 검사 혹은 진찰을 거부, 방해 혹은 기피하거나 또는 동항의 규정에 의한 질문에 대하여 정당한 이유 없이 답변하지 아니하거나

나 허위 답변을 한 자

6. 제38조의6 제2항의 규정에 의한 보고, 제출 혹은 제시를 하지 아니 하거나 허위 보고를 한 정신병원의 관리자
7. 제51조의9 제1항의 규정에 의한 보고를 하지 아니하거나 허위 보고를 하거나 또는 동항의 규정에 의한 검사를 거부, 방해, 혹은 기피한 자

제56조 법인의 대표자 또는 법인 혹은 타인의 대리인, 사용인 기타 종업원이 그 법인 또는 타인의 업무에 관하여 제52조, 제54조제2호 혹은 제3호 또는 전조의 위반행위를 한 때에는 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 타인에 대하여도 각 본조의 벌금형을 과한다.

제57조 다음 각 호의 1에 해당하는 자는 10만원 이하의 과료에 처한다.

1. 제19조의4의2의 규정을 위반한 자
2. 제22조의4 제4항의 규정을 위반한 자
3. 제33조제4항의 규정을 위반한 자
4. 제33조의4 제2항의 규정을 위반한 자
5. 제38조의2 제1항 또는 동조 제2항에서 준용하는 동조 제1항의 규정을 위반한 자

* 출처: 국회도서관 입법전자정보실

[부록 3]

신 정신보건법
(The New Mental Health Act)

요약설명서

스코틀랜드 행정부

신 정신보건법

- 전반적 내용

신설된 2003년 스코틀랜드 정신보건(보호및치료)법(Mental Health (Care and Treatment)(Scotland) Act 2003)이 2003년 스코틀랜드 의회를 통과하였다. 이 법은 2005년 4월 발효될 예정이다. 스코틀랜드 행정부(Scottish Executive)는 이 법의 실제 운용에 대한 세부 정보를 제공하기 위해 실행규범(Code of Practice)과 기타 지침을 마련중에 있다. 실행규범과 기타 지침을 수립하는 데 있어 보호 서비스 이용자와 보호자의 관점을 고려하는 일이 중요하다.

신설법은 아래와 같은 이슈들을 다루고 있다.

- 본인의 의지에 반하여 의료시설에 입원시킬 수 있는 경우
- 본인의 의지에 반하여 치료행위를 할 수 있는 경우
- 권리의 내용
- 권리보호를 위한 보호조항

위의 이슈들을 다음에서 좀 더 자세히 살펴보고자 한다.

‘정신질환(mental disorder)’

신설법은 ‘정신질환’이 있는 자에게 적용된다. ‘정신질환’이란 용어는 정신보건상의 문제, 인격장애 및 학습장애를 포함한다.

원칙

현행 정신보건법과는 달리, 신설법은 일련의 기본 원칙을 근거로 한다. 이러한 원칙들은 신설법의 기본 취지일 뿐아니라 법 해석에 있어 지침의 역할을 한다. 일반적으로, 신설법에 의해 어떠한 행동을 취하고자 하는 경우에는 이 원칙들도 함께 고려되어야 한다. 10가지 원칙은 아래와 같다.

1. **차별금지(non-discrimination)** - 가능한 모든 경우, 정신질환자는 기타 보건상 필요가 있는 자와 동일한 권리 및 혜택을 보장받아야 한다.
2. **동등(equality)** - 신설법에 의한 모든 권한은 신체적 장애, 연령, 성별, 성 지향성, 언어, 종교 또는 국가·민족·사회적 출신을 이유로 하는 직접적 또는 간접적 차별 없이 행사되어야 한다.
3. **다양성의 존중(respect for diversity)** - 서비스 이용자의 개인적 자질, 능력 및 다양한 배경이 존중되며 자신의 연령, 성별, 성 지향성, 민족 및 사회·문화·종교적 배경이 적절히 고려되는 방식으로 보호, 치료 및 지원이 이루어져야 한다.
4. **호혜(reciprocity)** - 사회가 개인에게 특정 보호 또는 치료 프로그램에 따르도록 의무를 부여하는 경우, 당해 의료기관 및 사회복지시설에 대해서도 강제 프로그램 종료 이후의 지속적인 보호를 포함하여 안전하고 적절한 서비스를 제공하도록 위의 의무에 병행하는 의무를 부여하여야 한다.

5. **비공식적 보호(informal care)** - 가능한 모든 경우, 정신질환자에게 강제적 권한을 사용하지 않고 보호, 치료 및 지원이 제공되어야 한다.
6. **참여(participation)** - 서비스 이용자는 자신의 진단, 보호, 치료 및 지원의 모든 측면에 있어 능력이 허용하는 범위 내에서 전적으로 관여해야 한다. 서비스 이용자의 과거 및 현재의 희망사항들도 고려되어야 한다. 서비스 이용자들의 전적인 참여가 가능하도록 필요한 모든 정보와 지원이 제공되어야 한다. 또한, 정보 제공에 있어 최대한 이해가 쉽도록 하여야 한다.
7. **보호자 존중(respect for carers)** - 비공식적으로 보호 서비스를 제공하는 자의 역할과 경험이 존중되어야 하며, 보호자에게 적절한 정보 및 조언이 제공되어야 하며, 그들의 견해와 요구가 고려되어야 한다.
8. **최소제한 대안(least restrictive alternative)** - 서비스 이용자들에게 필요한 보호, 치료 및 지원을 제공함에 있어, 최소 침해 방식(least invasive manner)으로, 그리고 해당되는 경우 다른 사람들의 안전을 고려한 안전하고 효율적인 보호가 가능한 최소 제한 방식 및 환경에서 이루어져야 한다.
9. **혜택(benefit)** - 신설법에 의한 모든 개입은 그러한 개입이 아니고는 합당하게 제공될 수 없는 혜택을 서비스 이용자에게 제공하기 위해서 이루어져야 한다.
10. **아동복지(child welfare)** - 정신질환을 앓고 있는 아동의 복지는, 이 신설법에 의해 당해 아동에 대해 이루어지는 어떠한 개입에 있어서도 최우선적으로 고려되어야 한다.

신설법에 포함된 권한

신설법은 현행법과 유사한 권한을 포함하고 있다. 개인의 특수한 상황에 따라 다른 유형의 강제명령이 주어지도록 하고 있다. 세 가지 유형의 주요 강제권한은 다음과 같다.

- 1. 응급감호(emergency detention)** - 개인의 상태를 진단하기 위해 입원이 급박하게 요구되는 경우 당해 개인을 최장 72시간 동안 의료기관에 입원시킬 수 있는 권한이다. 단, 의사의 권고가 있어야만 가능하다. 가능한 모든 경우, 정신보건전문요원(정신보건 관련 특별교육을 이수한 사회복지사)의 동의서가 있어야 한다.
- 2. 단기감호(short-term detention)** - 최장 28일간 의료기관에 입원시킬 수 있는 권한이다. 단, 전문의(정신과의사)의 권고와 정신보건전문요원의 동의가 있어야만 가능하다.
- 3. 강제치료명령(Compulsory Treatment Order: CTO)** - 법원의 승인이 있어야 한다. 정신보건전문요원이 법원에 명령을 청구하여야 한다. 청구시에 다른 두 명의 전문의부터 받은 권고서 2부와 당해 정신질환자에 대한 영양 및 치료를 상술한 계획서를 첨부하여야 한다. 당해 정신질환자, 당해 정신질환자가 지명한 자 및 당해 정신질환자의 보호의무자(primary carer)는 그러한 명령에 대해 법원에 어떠한 이의도 제기할 수 있다. 당해 정신질환자와 그가 지명한 자는 법원 심리에 있어 무임 변호사를 이용할 권리가 있다.

강제치료명령은 최초 6개월간 효력이 있으나 6개월 연장이 가능하며, 이후 1회에 12개월 연장이 가능하다. 당해 의료기관이나 지역사회를 기준으로 할 수 있다. 지역사회를 기준으로 하는 경우, 당해 정신질환자가 일정한 주소지에 거주하고 있어야 한다거나, 특정 시기에 일정 서비스를 제공받고 있어야 한다거나, 치료를 위해 특정 장소에 출입하여야 한다는 등의 다양한 요건들이 포함될 수 있다.

신설법에는 법원에 결정 재심사를 청구하거나 강제치료명령의 요건 변경을 시도할 수 있는 경우에 대한 조항이 포함되어 있다.

신설법에 의한 기타 권한은 아래와 같다.

- 간호사의 유보 권한(nurses' holding power) - 자발적으로 의료기관에 입원하여 치료를 받고 있는 정신질환자가 퇴원을 결정한 경우, 적절한 자격을 갖춘 간호사는 의사가 당해 정신질환자를 진단하고 입원이 적절한지 여부를 결정할 수 있도록 최장 2시간 동안 환자의 퇴원을 유보할 수 있다. 이 유보 기간은 일단 의사가 도착하면 1시간 더 연장할 수 있다.
- 안전한 장소로의 이동(removal to place of safety) - 공공장소에서 정신질환을 갖고 있는 것으로 보이는 사람이 발견되어 보호 및 치료가 필요하다고 판단되면, 경찰은 그 사람을 안전한 장소로 이동시킬 수 있다. 그 사람의 보호 및 치료를 위한 준비가 필요한지 여부에 관해 평가하기 위해, 그 사람을 이동한 장소에서 최장 25시간 머무르게 할 수 있다.

권한이 행사 가능한 경우

신설법에는 위와 같은 권한이 행사될 수 있는 경우에 관해 아래와 같이 엄격한 조건을 명시하고 있다.

- 정신질환자를 대상으로 행사하여야 한다.
- 당해 정신질환자의 상황이 악화되는 것을 막을 수 있거나 그 증상들의 일부를 치료하는 데 도움이 되는 의료행위가 가능하여야 한다.
- 위의 의료행위는, 당해 정신질환자에게 제공되지 않았더라면 당해 정신질환자나 다른 사람들에게 심각한 위험이 초래되었을 의료행위여야 한다.
- 정신질환으로 인해 당해 정신질환자의 의료에 관한 결정능력이 심각하게 손상된 경우여야 한다.
- 강제권한의 사용이 반드시 필요한 경우여야 한다.

당사자의 동의 없이 치료행위가 가능한 경우

응급감호의 경우, 긴급하게 치료할 필요가 있거나 '금치산자법(Adults with Incapacity Act)'의 조항에 의한 조치가 취해지고 있는 경우를 제외하고는 당사자의 동의 없이 치료행위가 이루어질 수 없다.

단기감호 또는 강제치료명령에 의한 경우, 신설법 제16부에 명시된 의료행위에 관한 규정에 의거하여 당해 정신질환자에게 치료행위를 할 수 있다. 신설법에서 '의료'는 매우 광범위하게 정의되고 있다. 정신질환에 대한 치료를 의미하며, 약물치료 및 전기충격요법(ECT) 등의 의료행위뿐만 아니라 간호, 영양보호, 심리학적 개입활동(psychological interventions), 훈련 및 재활훈련도 포함한다. (훈련(habilitation)과 재활훈련(rehabilitation)은 작업능력, 사회적 능력 및 독립적 생활 능력에 관한 교육과 훈련 등을 가리킨다.)

정신질환의 신경외과적 치료(NMD), 전기충격요법, 2개월 이상 지속되는 약물치료 등과 같이 논란의 여지가 심한 일부 치료행위들에 대해서는 특별 보호규정을 두고 있다.

정신보건 서비스 이용자의 권익보호를 위한 신설법 보호규정

□□ 정신보건법원의 신설

신설법에 의한 소송권 심리 법정으로 현행 주법원(Sheriff Court)을 대체할 정신보건법원(Mental Health Tribunal)이 신설된다. 정신보건법원은 요양보호 계획 심의, 강제치료명령 결정, 재심사 실시 등의 기능을 수행할 것이다. 서비스 이용자와 보호자는 희망하는 경우 강제치료명령에 대한 소송을 제기할 수 있음을 분명히 인식하여야 할 필요가 있다. 정신보건법원은 모든 당사자의 의견을 존중하며 공정하고 공평한 결정을 내리도록 힘쓸 것이다.

각 법원은 법률적 자격을 갖춘 자, 정신보건 경력이 있는 의사, 기타 기술 및 경험을 갖춘 자 등의 3인으로 구성된다. 세 번째 구성원은 서비스 이용자나 보호자가 될 수 있다. 정신보건법원이 현행 주법원의 위협적인 이미지에서 벗어남으로써 국민들의 적극적인 참여가 활성화되기를 희망한다.

□□ 피지명자(named person)

16세 이상인 서비스 사용자는 신설법에 의한 어떠한 소송에서 자신을 지원하고 자신의 권익을 보호하도록 특정인을 선택하여 지명할 수 있다. 이러한 피지명자는 당해 서비스 이용자와 동일하게 법원 심리에 관한 통지를 받고, 심리에 출석하여 대리인으로 참석할 수 있는 권리를 지닌다. 당해 서비스 이용자가 선택한 사람이 없는 경우, '보호의무자'가 피지명자가 된다(보호의무자는 당해 서비스 이용자에 대한 보호 및 지원의 대부분 또는 전부를 제공하는 자를 가리킨다). 보호의무자가 없는 경우에는, 당해 서비스 이용자의 가장 가까운 친척이 피지명자가 된다.

□□ 변호

신설법은 모든 정신질환자에게 독립적 변호 접근권을 부여하고 있으며, 보건

청(Health Boards)과 지방당국에 대해 그러한 독립적 변호 서비스의 이용이 보장되도록 힘쓸 의무를 부과하고 있다. 이러한 변호 접근권은 신설법에 의한 권한의 행사 대상자뿐만 아니라 모든 보건서비스 이용자에게 적용된다.

□□ 사전의견서(advance statement)

자신이 미래 어느 시점에 건강상 문제가 발생하여 자신의 의견을 명백하게 표현할 수 없게 되는 경우 어떠한 치료가 행해지기를 희망하는 지를 서술한 사전의견서를 작성할 수 있게 된다. 정신보건법원과, 신설법에 의한 치료 의무가 있는 자는 그러한 사전의견서를 참작해야 한다.

□□ 정신복지위원회(Mental Welfare Commission)

신설법에 의해, 정신복지위원회의 전반적인 보호적 기능은 유지되며 서비스 이용자의 권리 보호 및 신설법의 효율적 운용 촉진이라는 중요한 역할을 유지, 발전시킬 수 있도록 정신복지위원회에 새로운 권한이 부여된다. 새로운 권한으로는 신설법의 시행 과정 모니터링, 모범적 관행의 독려, 정보 책자 및 안내서 발간, 환자 방문, 조사, 면담, 건강 진단 및 환자기록 조사활동의 수행이 포함된다.

기타 보호규정

이 밖에도 여러 보호규정이 신설법에 명시되어 있다. 이 규정들의 일부는 신설법에 의해 치료를 받는 자에 한하지 않고 모든 서비스 이용자들에게 적용되어 혜택이 주어진다. 그러한 규정들은 다음과 같다.

- 서비스 이용자 및 보호자는 서비스 이용자의 상태에 대한 진단을 요청할 수 있는 새로운 권리를 지닌다. 보건청과 지방당국은 위와 같은 요청이 있는 날로부터 14일 내에 조치를 취해야 할 의무가 있다. 진단 요청을 거부할 경우, 그러한 결정을 내린 이유를 제시하여야 한다.

- 지방당국은 정신질환자 또는 정신질환 병력이 있는 자에게 ‘보호 및 지원 서비스’와 ‘행복과 사회적 개발을 촉진하기 위해 마련된 서비스’를 제공하여야 할 새로운 의무를 지닌다.
- 보건청은 아동 및 청소년(18세 미만)에게 그들의 특정한 상황에 알맞은 서비스를 제공하여야 한다.
- 또한, 보건청은 산후우울증 치료를 위해 의료기관에 입원한 여성이 의료기관에서 자신의 아이를 보살필 수 있도록 모자병동이 마련되도록 하여야 한다.
- 자신이 필요로 하는 것보다 강도 높은 보안 상태에 있는 정신질환자는 재심사를 청구할 수 있는 새로운 권리를 지닌다. 중간보안의 지방병동(local medium secure units)이 부족하여 국립의료기관에서 “빠져나오지 못하는(entrapped)” 정신질환자들에게 있어 특히 중요한 권리다.