

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000184-01



정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서

발간사

국가인권위원회는 출범 이후부터 진정사건 조사, 직권조사, 실태조사, 시설방문 및 순회상담 등을 통해 정신장애인 인권보호에 기여하고자 나름대로 적잖은 노력을 기울여왔습니다. 특히 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』(약칭 국가보고서) 작성을 결정한 이후로는 토론회와 세미나, 분야별간담회 등을 수시로 개최하여 정신보건 전문가와 실무자, 가족, 당사자의 의견을 다양하게 경청하고, 국내 정신보건 분야의 현 주소를 가장 사실적으로 파악하고자 노력하여 왔습니다.

정신장애인들은 우리 사회의 오랜 편견과 차별로 인하여 취업이나 보험가입 등 일상적인 생활에서 많은 어려움을 겪고 있습니다. 뿐만 아니라 스스로 자신의 권리를 주장하기가 어려운 정신장애의 특성상 자신의 의사와 상관없이 입원되거나 필요 이상으로 장기 입원되는 경우가 많습니다. 이는 정신장애인에 대한 치료와 보호 역시 정신장애인 당사자의 재활 및 사회복귀에 중점을 두기보다는 병원이나 시설을 통한 격리에 치중되어 왔기 때문입니다.

우리나라 정신장애인들의 비자의 입원률은 전체 입원환자의 86%에 달하고, 6개월 이상 장기 입원률이 53%를 상회하는 등 선진국에 비해 높은 비자의 입원율과 장기 입원률을 보이고 있습니다. 또한 퇴원 후 즉시 재입원되는 관행이 반복되고 있는데, 이 과정에서 환자들의 알권리와 사생활 보호, 신체의 자유 등 기본적 인권 및 최소한의 자기결정권조차도 무시되고 있는 실정입니다. 우리 위원회에 정신보건 시설과 관련하여 진정을 제기하는 건수는 해마다 증가하고 있는데 주요 진정내용은 비자의 입원, 퇴원불허, 부당한 격리·강박, 가혹행위, 외부와의 소통권제한 등입니다.

정신장애인도 우리와 같은 보편적 인권의 주체라는 점에는 의심의 여지가 없으며, 이에 국제사회는 일찍이 ‘정신장애인 인권보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙’ 등을 채택하여 인권의 사각지대에 있는 정신장애인의 권리를 보호하고자 노력해 왔고, 일부 선진국들도 정신장애인 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 재활과

사회복지에 기반을 둔 정신보건시스템을 구축해 오고 있는 중입니다. 이제 우리나라도 정신질환을 개인이 아닌 사회의 책임으로 환원하고 정신장애인의 인권을 보호하고 증진하기 위한 전 방위적 노력을 기울여야 할 시점입니다.

다른 분야도 마찬가지겠으나 특히 정신장애 분야는 다양한 생각과 복잡한 이해관계가 서로 얽혀있어 이를 해결하지 않고는 정신장애인의 인권증진을 논의하기가 매우 어렵습니다. 정신장애인의 자유와 권리를 강조하다보면 적절한 시기의 치료가 어려울 수 있고, 반대로 가족이나 전문가의 재량을 강조하다 보면 정신장애인의 인권이 축소되는 부작용이 나타날 수 있기 때문입니다. 그러나 정신장애인의 인권은 적절한 치료와 기본적 권리의 보호가 수반될 때 비로소 달성 가능한 것이기에 이 양자를 잘 조합하는 일이 무엇보다 중요합니다. 그리고 이를 위해서는 정신보건 각 분야의 관용과 배려, 그에 걸맞은 법·제도의 정비가 필수적입니다.

이번 국가보고서가 우리나라 정신장애인의 인권상황을 개선하는데 크게 기여하기를 바라며, 국가보고서 발간에 도움을 주신 모든 분들께 진심으로 감사드립니다.

2009. 11.

국가인권위원회
위원장 현병철

목 차

제1부 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 개요 / 1

I 국가보고서의 목적	3
II 국가보고서 목표 및 기대효과	7
III 국가보고서 추진과정	10
IV 국가보고서 구성	12

제2부 정신장애인 인권 관련 국제동향 및 해외사례 / 15

I 정신장애와 인권	17
1. 정신장애의 개념	17
2. 정신장애인의 자기결정권	21
3. 정신장애인의 인권	23
II 국제규약 및 원칙	25
1. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약	25
2. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약	26
3. 장애인권리선언	28
4. 장애인권리협약	29
5. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙	30

Ⅲ 정신보건 국제동향	32
1. 정신질환의 증가	32
2. 정신보건 정책 및 서비스에 관한 세계보건기구(WHO) 통계자료 ·	33
Ⅳ 해외 정신장애인 인권보고서	38
1. 버드킨 보고서	38
2. 부시 보고서	42

제3부 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 기본원칙 / 45

원칙 1. 적정절차 보장 및 자기결정권 존중	47
원칙 2. 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한	47
원칙 3. 정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장	48
원칙 4. 지역사회 중심의 치료환경 조성	49
원칙 5. 정신장애인에 대한 차별 금지 및 동등한 권리 보장	49

제4부 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 주요과제 / 51

I 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련	53
1. 의의	53
2. 현황 및 문제점	54
2-1. 입원유형 및 현황	54
가. 정신보건시설 입원 현황	54
나. 입원유형: 높은 비자의 입원을	60

2-2. 퇴원 및 계속입원심사	65
가. 계속입원심사제도: 낮은 퇴원을	65
나. 퇴원 후 관리체계: 퇴원 후 즉시 재입원	69
3. 국내외 기준	72
4. 정책방향	78
5. 핵심 추진과제	79
5-1. 자의입원 원칙의 「정신보건법」 명문화	79
5-2. 입원과정에서의 적정절차 마련	80
가. 입원적정절차 강화	80
(1) 정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’의 구분	80
(2) 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건 강화	81
(3) 정신요양시설 입소절차 강화	83
나. 계속입원적정성 평가 강화	84
(1) 계속입원심사기준 개정	84
(2) 계속입원심사기간 단축	85
(3) 정신보건심판위원회의 역할 강화	86
다. 「인신보호법」에 대한 개정 및 고지 의무화	87
5-3. 퇴원과정에서의 적정절차 마련	89
가. 시장·군수·구청장이 보호의무자인 입원시 퇴원후 보호체계 의무화	89
나. 지역사회 연계절차 강화	89
5-4. 공적 개입 서비스 체제 구축	91
가. 공공이송체계 확립	91
나. 공공위기 개입 서비스 구축	93
5-5. 공공후견인제도 도입	94

II 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선	96
1. 의의	96
2. 현황 및 문제점	97
2-1. 정신보건시설 내 권리	97
가. 정보에의 접근 및 권리의 고지	97
나. 사생활 및 개인정보 보호	99
다. 통신 및 외부와의 소통	101
라. 격리·강박에 대한 적정절차 준수	102
2-2. 입원기간: 장기입원	107
2-3. 치료환경	112
가. 적정 병상 수: 병상 수의 지속적인 증가	112
나. 시설환경: 폐쇄적이며 협소한 공간구조	115
다. 전문 의료인력현황	118
라. 치료행위: 의료보장형태에 따른 차별	123
마. 적정시설 보호: 부적절한 입원	125
3. 국내외 기준	126
4. 정책방향	138
5. 핵심 추진과제	138
5-1. 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련	138
가. 치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시	138
나. 개인정보 보호에 관한 기준 강화	140
다. 통신의 자유 및 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 규정 개정	141
라. 격리·강박 기준 강화	142
마. 작업치료 규정 강화	144
5-2. 치료환경 및 질 개선	145
가. 정신의료기관 인력 기준 강화	145
나. 의료급여 수가의 실질화	146

다. 차등수가제 평가항목 개선	149
라. 정신요양시설 기능 정립 및 환경 개선	150
(1) 정신요양시설의 기능 정립	150
(2) 정신요양시설의 환경 개선	151
마. 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영	152
5-3. 정신보건시설 모니터링 시스템 강화	153
5-4. 미신고시설에 대한 조사 및 정비	154

Ⅲ 지역사회 중심의 정신장애인 치료 155

1. 의의	155
2. 현황 및 문제점	156
2-1. 지역정신보건기관 유형 및 현황	156
가. 지역정신보건기관 설치	156
나. 지역사회 등록회원	157
다. 지역사회 주거시설 운영	162
2-2. 지역사회 자원 및 서비스	166
가. 정신보건인력: 정신의료기관 대비 상대적 열악	166
나. 지역사회 연계체계: 퇴원 후 사후관리 미흡	170
다. 프로그램 운영	171
2-3. 정신보건 예산 현황	176
3. 국내외 기준	179
4. 정책방향	183
5. 핵심 추진과제	184
5-1. 정신보건센터의 기능 강화	184
가. 정신보건센터의 기능 재정립	184
나. 정신보건센터의 설치 의무화	186

다. 정신보건센터의 법인화	186
라. 정신보건센터 인력기준 강화	188
5-2. 정신장애인 주택 및 주거시설확충	189
5-3. 사회복지시설과 프로그램 확대	190
가. 이용시설 및 프로그램 다양화	190
나. 시설이용료 부과방식 변경 및 면제	192
다. 평가 강화 및 인센티브제 운영	193
5-4. 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영	194
가. 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영	194
나. 지역 예산기준 고지 및 균형발전예산 지원	196
5-5. 가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화	197

IV 정신장애인에 대한 차별과 편견해소 199

1. 의의	199
2. 현황 및 문제점	199
2-1. 정신장애인에 대한 일반적 인식 상황	199
가. 2007년 중앙정신보건사업지원단 조사결과	199
나. 2008년 국가인권위원회 조사결과	204
2-2. 대중매체에 의한 차별과 편견	207
2-3. 정신장애인에 관한 차별적 법령	210
2-4. 병명의 문제	211
3. 국내외 기준	213
4. 정책방향	215
5. 핵심 추진과제	215
5-1. 정신장애인 관련 차별적 법령 정비	215
가. 정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지	215

나. 정신병자, 정신이상자, 정신 미약자와 같은 추상적 용어의 정비	217
5-2. 보험가입 차별 금지	217
5-3. 병명 개정	219
5-4. 인권교육 및 의무 강화	219
5-5. 대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보	220

제5부 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 제언 / 223

부 록 / 233

- 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙 235
- 카라카스 선언 250
- 하와이 선언 252
- 정신의학과 인권에 대한 권고 1235 255
- 정신질환자와 관련된 윤리문제에 대한 성명 258
- 마드리드 선언 261

참고문헌 267

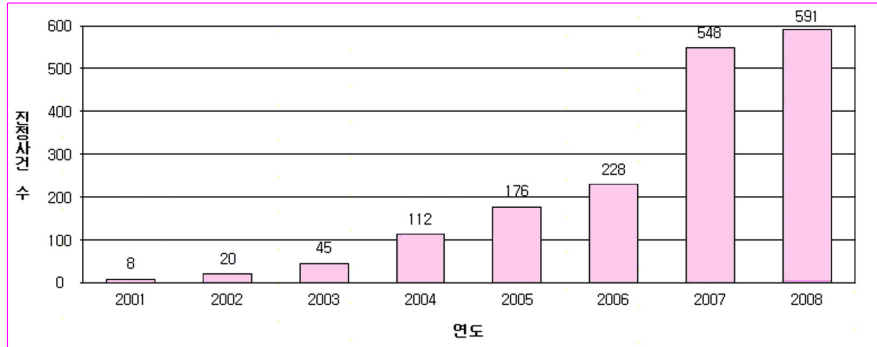
제 1 부

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 개요

I 국가보고서의 목적

- ◆ 정신장애인들은 우리사회의 오랜 편견과 차별로 인하여 취업이나 보험 가입 등 일상생활에서 많은 어려움을 겪고 있을 뿐만 아니라 스스로 자신의 권리를 주장하기 어렵다. 또한 자신의 의사와는 상관없이 입원되거나 필요 이상으로 장기 입원되어 다른 집단에 비해 인권을 침해받을 가능성도 높다. 왜냐하면 우리 사회는 정신장애인에 대한 편견으로 말미암아 이들의 기본적 인권을 보호하는 데 소홀하였으며, 이들에 대한 치료와 보호 역시 재활 및 사회복귀에 중심을 두기 보다는 병원이나 시설을 통한 격리 치료에 치중하여 왔기 때문이다.
- ◆ 이로 인해 우리나라의 비자의 입원율은 전체 입원환자의 86%에 달하고, 6개월 이상 장기 입원율이 53%를 상회하는 등 선진국에 비해 높은 비자의 입원율과 장기 입원율을 보이고 있다. 또한 퇴원 후 즉시 재입원되는 관행이 반복되고 있으며, 이 과정에서 치료에 대한 알권리와 사생활 보호, 신체의 자유 등 기본적 인권 및 최소한의 자기결정권조차도 무시되고 있는 실정이다.
- ◆ 이와 같은 사실은 국가인권위원회에 정신보건시설과 관련하여 진정을 제기하는 건수가 해마다 증가하고 있다는 점과 진정의 주요 내용이 비자의 입원, 퇴원불허, 부당한 격리·강박, 가혹행위, 외부소통권 제한 등 입·퇴원 과정 및 생활환경 전반에 대한 것이라는 점에서 다시 한번 확인할 수 있다.

Ⅱ 국가인권위원회 연도별 정신보건시설 진정접수 현황 Ⅱ



Ⅲ 정신보건시설 관련 국가인권위원회 유형별 진정실태, 2001.11-2008.12

침해유형		내용	진정 수	비율(%)
입원	입원	비자의 입원	572	21.92
	비자의 입원과정	사설응급구조단에 의한 인권침해	33	1.26
재원중	치료	강제투약	92	3.53
		약물과다, 치료미흡	198	7.59
		부당한 작업치료	124	4.75
	가혹행위	부당한 격리·강박	261	10.00
		폭력(언어·육체적)	241	9.24
	사생활보호	감시카메라 설치	51	1.95
	외부와의 소통 제한	면회·외출·외박 금지	83	3.18
		전화·서신 제한, 검열	205	7.86
	알권리 및 종교의 자유 제한	정보제공 거부·불충분	28	1.07
		종교 강요, 종교 제한	14	0.54
성폭력	성폭력, 성희롱	22	0.84	
시설 등	시설환경, 위생, 병원인력부족	215	8.24	
퇴원	퇴원불허	퇴원불허	379	14.53
	퇴원지연	계속입원심사청구 누락	32	1.23
이의제기 및 권리구제	진정방해	인권위 진정방해	59	2.26
		합계	2,609	100.00

- ◆ 다른 분야도 마찬가지겠으나, 특히 정신장애 분야는 다양하고도 복잡한 이해관계가 서로 얽혀있어 이를 조정하는 일이 매우 중요하다. 정신장애인의 자발적 치료만을 강조하다 보면 응급상황에서 정신장애인에 대한 적절한 치료가 어려울 수 있고, 의료인의 권리와 의무만 강조하다 보면 정신장애인의 기본권이 쉽게 제한될 수 있기 때문이다. 이렇듯 정신장애인이 인간으로서의 존엄과 가치를 보호받으며 하루 빨리 치료받고 사회에 통합될 수 있도록 하기 위해서는 정신보건 각 분야에 대한 이해와 조율이 매우 중요하며, 이를 위해서는 무엇보다 법과 제도를 정비할 필요성이 있다.
- ◆ 대부분의 선진국들은 1991년 ‘정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙’(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 이하 ‘MI 원칙’이라 한다)이 발표된 이후, 격리와 시설보호 위주의 정신보건 정책에서 탈피하여 이용자와 가족 중심의 치료, 예방과 재활, 회복과 사회복귀 중심의 지역사회에 기반을 둔 정신보건 의료서비스를 제공하도록 자국의 「정신보건법」과 제도를 적극적으로 개선하였다.
- ◆ 우리나라의 경우에도 인권 의식의 발전과 주무부처인 보건복지가족부의 노력¹⁾으로 정신장애인의 인권상황이 조금씩 개선되고 있으나 아직까지 국제적 기준을 충족하는 수준은 아니다.

1) 보건복지가족부는 2005. 9. 28. 국가인권위원회가 보도 자료를 통해서 「정신보건법」 개정을 권고한 사항에 대해 현행 개정법에 상당 부분을 반영하였다. 그러나 개정된 현행 「정신보건법」의 정신장애인 기본권 보장의 수준은 아직까지 MI원칙을 비롯한 국제적 기준을 충족하는 수준은 아니다. 당시 국가인권위원회가 권고하여 반영된 사항은 다음과 같다. 1. 인권문제로 형사처벌 받은 정신보건시설 운영 제한 2. 정신과 전문인력 기준 미달 정신의료기관 병상 수 조정 3. 보호의무자에 의한 입원 부적법시 형사 처벌 4. 자의입원 1년 1회 계속입원심사 의무화 5. 정신보건심판위원회 확대 또는 복수 설치 6. 강박 규정을 신설하고, 격리·강박 시 환자보호 규정 마련 7. 정신보건시설의 환자에 대한 가혹행위에 대한 처벌 8. 정신보건시설 입소자 강제노동에 대하여 형사 처벌 9. 작업치료 및 재활치료의 시간제한을 두고 위반 시 처벌 10. 진료기록부에 입원, 투약, 격리·강박, 행동제한 등 인권관련 사항 기록 의무화하고, 위반 시 처벌 11. 2006년도 정신질환실태조사에 인권침해 실태를 포함 12. 정신요양시설 행정처분 강화 13. 무연과 환자 및 보호의무자 신원 확인 철저 14. 정신보건연구기관 설치, 정신질환에 대한 보험 및 급여수가 개선 등 정책건의 사항

-
- ◆ 이에 국가인권위원회는 정신장애인의 치료 및 인권상황, 현행 법제도와 정신보건 서비스 전달체계 그리고 정신장애인 가족의 생활 실태 등에 관한 종합적이고 체계적인 실태조사를 실시하고, 각국의 사례를 연구하여, 이를 기초로 정신장애인의 인권 및 재활·사회복귀에 중점을 둔 정책방향과 추진과제를 제시함으로써 우리나라의 정신보건정책을 국제적 수준으로 견인하고 무엇보다도 입원 및 격리치료에서 지역사회에 기반을 둔 정신보건 서비스를 제공함으로써 정신장애인의 인권 보호와 증진에 기여하기 위하여 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서」(이하 ‘국가보고서’라 한다)를 작성하였다.

II 국가보고서 목표 및 기대효과

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서는 아래와 같은 목표와 기대효과를 달성하고자 추진되었다.

1. 목표

◆ 정신장애인 인권의 중요성 천명

정신장애인은 기본적 인권을 지닌 한 주체로서 인간의 존엄과 가치, 최적의 치료를 받을 권리, 장애를 이유로 차별받지 않을 권리를 보장받아야 하며, 정신장애인의 인권을 보호·증진하는 것이 우리 사회 인권신장의 중요한 부분임을 천명한다.

◆ 정신장애인 인권 보호 및 증진을 위한 국가의 책무 확인

「헌법」과 우리나라가 가입한 국제인권조약에 명시된 인간의 존엄 및 기본적 인권이 정신장애인에게도 보장되어야 함을 확인하고, 정신장애인의 인권 증진을 위한 국가의 책무를 다시 한번 강조한다.

◆ 선진국 수준의 인권 보호 및 치료방안마련을 위한 대책 수립

정신장애인의 정신보건시설 입·퇴원 현황 및 생활실태, 현 정신보건 서비스 체계 등을 인권의 관점에서 면밀히 분석하고, 「정신보건법」 및 정신보건정책을 국제기준과 선진국 정책에 상응하는 수준으로 증진시키기 위한 방안을 모색한다.

◆ 지역사회 및 이용자중심의 정신보건 서비스 전달체계로의 패러다임 전환

입원과 격리치료 중심의 정책을 지역사회 보호 중심의 정책으로 전환하여, 정신장애인이 사회의 일원으로서 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있도록 하기 위한 정책적 대안을 제시한다.

◆ 정신질환치료에 대한 인권 친화적이며 효과적인 국가전략 수립

정신질환에 대한 예방·조기발견·사례관리 등을 강화하여, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 사회, 정신장애인 모두가 지역사회 내에서 효과적인 치료를 받으며 함께 살아가는 사회를 구축하기 위한 인권친화적이며 효과적인 정신보건 국가전략을 제시한다.

◆ 정신장애인 인권에 대한 국민의 인식 제고

정신장애인에 대한 광범위한 차별과 편견을 예방하고 정신장애인에 대한 낙인을 해소하여 정신장애인의 인권 증진에 기여하고 국민의 인권의식을 제고한다.

2. 기대효과

◆ 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가정책·사업·법체계 확립

정신장애인을 차별하고 배제했던 기존의 법과 제도, 관행들이 정신장애인의 ‘인권 보장’과 ‘최적의 치료’를 토대로 새롭게 거듭나고, 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위한 각종 국가정책, 사업, 법률들이 신속하고 지속적으로 추진될 수 있을 것으로 기대한다.

◆ 인권친화적 정신보건패러다임의 전환을 위한 자원마련 및 인적자원 개발

지역사회 중심, 이용자 중심으로 정신보건 패러다임을 전환하기 위해서는 입원시설과 지역사회시설 간의 합리적인 자원배분이 필수적인데, 관련 부처의 적극적으로 구체적인 계획수립을 통해 필요한 자원과 인적자원이 마련될 수 있을 것으로 기대한다.

◆ 영역 간 연계 강화를 통한 포괄적인 정신장애인 인권정책 수립

정신장애인의 인권의 보호·증진은 사회 여러 분야의 협력을 통해서만 실현 가능하므로 법률과 의학, 공공영역과 민간영역, 장애인과 비장애인 간 연계를 강화함으로써 포괄적인 정신장애인 인권정책이 수립될 수 있을 것으로 기대한다.

◆ 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

정신장애인에 대해 잘못 알려진 사실을 바로 잡고 차별과 편견을 해소하는 계기를 제공하며, 특히 정신장애인에 대한 낙인을 강화하는 부정적 용어나 차별적 법령을 개정함으로써 정신장애인의 인권을 존중하는 의식을 정착하는 데 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

◆ 정신보건정책에 정신장애인과 가족의 참여 보장

정신장애인의 사회통합을 지원하는 다양한 정책 및 프로그램을 운영하고, 관련 정책에 정신장애인과 가족이 참여할 수 있도록 제도적 장치가 마련될 것으로 기대한다.

Ⅲ 국가보고서 추진과정

1. 국가보고서 발간 결의 및 준비

정신장애인 인권침해 사례에 대한 국가인권위원회 진정건수가 급증함에 따라 2007년 2월 정신장애인 전문위원회를 결성하고, 『정신장애인 인권침해 현황·보호원칙·기본적 권고사항 등에 대한 보고서』를 작성하기로 결의하였다. 이후 정신장애인 국가보고서의 공식명칭을 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』로 확정하고, 보고서의 형태, 추진방안, 소요예산 등을 논의하여 확정하였다.

2. 국가보고서 추진위원회 결성

국가보고서 작성의 본격적인 추진을 위하여 2007년 12월 위원회 내·외부 인사 8인으로 구성된 ‘추진위원회’를 발족하였으며, 2009년 8월까지 총 7차례의 회의를 통해 국가보고서의 방향 및 원칙 등을 논의하였다.

3. 국가보고서 연구위원회 결성

국가보고서의 초안 작성 및 해외사례 연구를 위하여 관련분야 전문가 8명이 참석한 ‘연구위원회’를 결성하였다. 연구위원회는 2008년 2월 첫 회의를 시작으로 2009년 7월까지 총 13차례의 연구모임과 1차례의 워크숍을 개최하였으며, 실태조사 연구용역 과제 선정을 담당하였다.

4. 정신장애인 인권 실태조사 실시

국가보고서 작성을 위해서는 무엇보다 국내 정신장애인의 인권실태를 파악하는 일이 중요하였으며, 이에 2008년 5월부터 2009년 2월까지 6개 주제에 대한 실태조사를 통해 국가보고서의 기초 자료를 확보하였다. 실태조사 주제로는 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태」, 「정신장애인에 대한 차별과 편견 실태」, 「장기입원의 구조적 원인과 지속요인」, 「특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태」, 「재가 정신장애인 및 가족의 생활실태」, 「정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진 모델

구축」이 있으며, 정신보건전문가 총 200여명이 참석한 가운데 12월 17일 ‘결과 발표 및 토론회’를 개최하였다.

5. 토론회 개최

정신장애인 국가보고서와 관련한 토론회는 총 4차례에 걸쳐 진행되었으며, 토론회에는 전 호주 인권위원회 위원장인 Brian Burdekin박사와 전 WHO 보건국장인 Norman Sartorius 박사를 비롯하여 국내 정신보건 관계자 1,600여명이 참석하였다. 토론회 주제로는 「정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 패러다임의 변화」, 「정신장애인 인권실태와 개선방안」, 「정신장애인 국가보고서 중간발표회 및 공청회」를 선정하였으며, 서울·대구·광주·부산을 순회하여 개최되었다.

6. 각종 간담회 개최

국가보고서 정책방향의 실현 가능성 여부를 검토하기 위해 정신보건·법률·의학 분야 전문가를 초청하여 총 10차례에 걸쳐 ‘전문가 간담회’를 개최하였으며, 정신병원·정신요양시설·사회복지시설·정신보건센터 관계자 및 법원행정처를 방문 혹은 초청하여 총 11차례에 걸쳐 위원회가 수립한 단기추진계획에 대한 ‘분야별’ 의견을 수렴하여 국가보고서에서 제시한 단기추진계획의 실효성 여부 및 향후 협조방안 등을 논의하였다.

7. 문화행사 및 홍보

정신장애인에 대한 차별·편견 해소 및 국가보고서 홍보를 위하여 홍보책자 와 포스터를 발간하였고, 중앙일간지 와 라디오방송 등 각종 매체에 정신장애인 인권실태 및 국가보고서의 필요성에 관한 기획기사를 보도하였다. 또한 ‘문을 열자’라는 블로그를 개설하여 국가보고서와 관련된 가장 기본적인 콘텐츠를 담고 있는 공간으로 활용하였으며, 3주 간격으로 정신보건 이해관계인 700여명에게 국가보고서 추진상황을 안내하였다. 기타 문화행사로는 ‘정신장애인과 함께하는 자전거 여행’, ‘정신장애인 미술제 - 마음을 그리다’, ‘세계보건기구 정신건강과 인권 시리즈 번역’, ‘홍보대사 위촉’ 등이 있다.

IV 국가보고서 구성

1. 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서의 구성 배경

- ◆ 정신장애인의 인권을 보호하고 증진하기 위해서는 정신보건 문제를 담당하고 있는 모든 정부부처 및 관련 기관을 비롯하여 정신장애인, 가족, 지역사회 구성원 전체의 인식전환과 함께 이를 뒷받침할 포괄적인 정책 변화가 필요하다.
- ◆ 이를 위해서는 정신장애인의 인권 보호를 위한 제반 문제들을 점검하고 구체적인 정책방향을 수립하여 단계적으로 추진하는 일이 무엇보다 중요하다.
- ◆ 이에 본 보고서에서는 정신장애인의 인권을 보호하고 증진하기 위한 국제원칙들을 살펴본 후 이를 바탕으로 몇 가지 접근원칙을 제시하였다.
- ◆ 동 접근원칙을 기반으로 정신장애인의 인권을 보호하고 증진하기 위하여 우선적으로 개선해야 할 주요과제들을 선별하고, 이를 구체화하기 위한 핵심 추진 과제들을 제시하였다.

2. 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서의 구성 내용

- ◆ 국가보고서는 총 5부로 구성되어 있다. 제1부는 국가보고서 개요로 정신장애인 인권의 중요성을 포함하여 정신장애인 국가보고서의 필요성, 목표 및 기대효과, 추진과정에 대하여 설명하였다.
- ◆ 제2부는 정신장애인 인권관련 국제동향 및 해외사례로 정신장애인의 인권과 관련된 국제규약 및 원칙을 살펴보고, 정신보건 국제동향과 해외 정신장애인 인권 보고서를 소개하였다.
- ◆ 제3부는 정신장애인의 인권 보호를 위한 기본원칙으로 적정절차 보장 및 자기 결정권 존중, 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한, 정신보건서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장, 지역사회 중심의 치료환경 조성, 정신장애인에 대한 차별금지 및 동등한 권리 보장 등 5가지 주요 원칙을 제시하였다.

-
- ◆ 제4부는 동 보고서의 가장 핵심적인 내용으로 국내 정신장애인의 인권실태와 문제점을 알아보고 이를 개선하기 위한 정책방향 및 핵심 추진과제를 제시하였다.
 - ◆ 끝으로 제5부는 앞에서 제시된 내용을 바탕으로 정신장애인 인권 보호와 증진을 위하여 국민들의 이해와 입법부, 사법부, 행정부의 적극적 참여와 협력을 당부하였다.

제 2 부

정신장애인 인권 관련 국제동향 및 해외사례

I 정신장애와 인권

1. 정신장애의 개념

◆ 정신장애는 사회적 가치와 밀접한 관련을 맺고 있으며, 다양한 관점에 따라 정의되고 있다. 정신장애란 “한 개인이 계획된 행동과 공동체적 관습에 참여할 수 있는 능력이 상당히 제약되어 있는 정신병리적 상태”로 정의되기도 하고,²⁾ “생리적 또는 행동적 규범에서 통계적으로 벗어난 행동으로 인하여 생물학적 불이익을 초래하여 전문가들에 의하여 치료되는 모든 상태와 행동들”이라고 정의되기도 한다.³⁾ 또한 “어떠한 행동이 비자의적(involuntariness)일 때만 정신장애로 분류해야 한다.”라고 주장되기도 하고,⁴⁾ “정신장애는 생물학적 기능장애와는 아무런 관련이 없는 사회적 구조(특정 문화나 가치관)의 부산물로서 사회질서를 위협하는 사람들의 행동을 통제하기 위해 붙여진 것”이라고 주장되기도 한다.⁵⁾

◆ 정신장애에 관한 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders, 이하 ‘DSM-IV’라 한다)에 의하면, 정신장애는 ‘한 개인에게 일어나는 임상적으로 유의미한 행동적·심리적 증후군 또는 패턴으로서 현재의 고통(distress)이나 장애(disability)와 관련이 있거나 사망, 통증, 장애 또는 자유의 중대한 상실을 겪을 위험성이 상당히 높은 상태’를 말한다. 이러한 증후군이나 패턴은 단지 특정 사건에 대한 예상 가능하며 문화적으로 허용되는 반응이어서는 안 되고, 본래의 원인과 관계없는 한 개인의 행동학적·정신적 또는 생물학적 기능부전(dysfunction)의 표현이어야 한다. DSM-IV는 정신과 의

2) Ossorio P. *Pathology: In k. Davis & T. Mitchell (Eds) Advances in descriptive psychology* (Vol 4, pp151-202) Greenwich, CT, JAI Press, 1985.

3) Wakefield JC. *The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values.* Am Psychol 47(3), 1992.

4) Perring C. *Conceptual issues in assessing responsibility for actions symptomatic of mental illness.* International J Law and Psychiatry 27, 2004.

5) De Block A. *Why mental disorders are just mental dysfunctions (and nothing more): some Darwinian arguments.* Stud Hist Philos Biol Biomed Sci 39(3), 2008.

사뿐 아니라 보건전문가들의 전폭적인 관심을 불러일으킴으로써 정신병리 및 진단에서 절대적인 권위를 차지하였으나 최근에는 인간을 전체로 이해하기보다 기계적으로 진단하려 한다는 비판에 직면해 있다.⁶⁾

- ◆ 정신장애에 대한 정의는 각국의 사회적·문화적·의학적 및 법적 맥락에 따라 다양하게 규정된다. 가령, 정신장애와 관련하여 비자발적 입원과 치료의 중요성을 강조하는 법률들은 정신장애인의 범위와 자기결정권을 제한할 것이고, 반대로 정신장애인의 권리를 강조한 법률들은 정신질환을 갖는 모든 이를 정신장애인의 범주 안에 포함되어 실질적인 권리를 보장하려 할 것이다.⁷⁾ 현재 각 국에서 사용하고 있는 정신장애와 관련한 용어로는 정신질환(Mental Illness), 정신장애(Mental Disorder), 정신적 무능력(Mental disability), 정신적 무력(Mental incapacity), 정신적 불완전(Unsoundness of Mind) 등이 있다.⁸⁾

- ‘정신질환(Mental Illness)’은 국제적 임상현실에서 그 사용을 가급적 피하고 있으며, 대신 ‘정신장애(Mental disorder)’가 더 선호되고 있다.
- ‘정신장애(Mental disorder)’는 정신질환(Mental Illness), 정신지체(Mental retardation) 성격장애 등을 포함하고 있다.
- ‘정신적 무능력(Mental Disability)’은 장애, 행동 및 참여 제한 등을 위한 광범위한 용어이다.(The International Classification of Functioning, Disability and Health(ICIDH-2) (WHO2001d))
- ‘정신적 무력(Mental incapacity)’은 ‘정신장애(Mental disorder)’의 협의 개념으로 이 용어는 정신보건에서 입원과 치료를 위한 필수적인 개념이다. 하지만 넓은 범위의 정신보건 사업을 수행하는 데에는 협의의 개념이라 많은 정신보건 관련자들을 포함하지 못하여 정신적 무력의 개념이 법안에 포함되는 것은 적절하지 못하다.
- ‘정신적 불완전(Unsoundness of mind)’은 유럽에서 ‘정신장애(Mental disorder)’와 유사한 개념으로 사용되고 있다. 하지만 ‘정신적 불완전(Unsoundness of mind)’이 ‘정신장애(Mental disorder)’에 귀속되지는 않는다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 2.3.

6) N. C. Andreasen, *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*, Schizophr Bull, January 1, 2007; 33(1): 108-112.

7) WHO, *WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation*, 2005. Chapter 2_3.1-3.

8) WHO, 앞의 책, 2005. Chapter 2_2.3.

- ◆ 우리나라 「정신보건법」은 “정신질환자”라는 용어를 사용하고 있으며, 정신병·인격장애·알코올 및 약물중독, 기타 비정신병적정신장애를 포함하고 있다.

「정신보건법」

제3조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “정신질환자”라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진 자를 말한다.

- ◆ 호주의 Tasmania 주 역시 법률에 “정신질환”이라는 용어를 사용하고 있는데, 우리나라와는 달리 알코올 및 약물중독이 있다는 사실만으로 정신질환자로 간주해서는 안 된다는 조항을 포함하고 있다.

Tasmania Mental Health Act

4. (1) 정신질환은 다음과 같은 결과를 가지는 정신적 상태로
 - (a) 사고(思考)나 인지의 심각한 왜곡
 - (b) 이성적 사고능력의 심각한 손상 또는 장애
 - (c) 심각한 기분장애
 - (d) 비자발적 행동 또는 행동을 조절하기 위한 수용력의 심각한 손상
- (2) 정신질환에 대한 진단은 다음의 한가지만으로 기초되어서는 것은 아니다.
 - (a) 반사회적 행동
 - (b) 지적 또는 행동적 불일치
 - (c) 지적 무능력
 - (d) 알콜 및 약물 중독

Australia Tasmania, 1996

- ◆ MI 원칙 역시 우리나라와 마찬가지로 “정신질환”이라는 용어를 사용하고 있다. 그러나 그 의미를 정의하기보다는 몇 가지 원칙을 통해 정신질환의 결정기준에 대한 지침을 제공하고 있다.

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 결정되어져서는 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.

MI 원칙 4

◆ 그러나 일부 학자들은 “정신질환(mental illness)” 및 “정신질환자(mental illness)”라는 용어의 사용을 반대하는데, 이는 이 용어들이 의학적 모델을 강조하고 있다고 판단하기 때문이다. 이에 대부분의 국제적 임상 문서들은 “정신질환” 보다 “정신장애(mental disorder)”라는 용어의 사용을 더 선호한다. 가령, 「정신적·행동적 장애의 분류; 임상적 기술 및 진단지침(Classification of Mental and Behavioural Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, ICD-10, WHO, 1992)」과 「정신장애에 관한 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders)」은 “질병(disease)” 및 “질환(illness)”과 같은 용어 사용에 내재하는 더 큰 문제들을 피하기 위하여 “장애(disorder)”라는 용어를 사용한다고 명시하고 있다. “장애”는 임상적으로 정확한 용어는 아니지만 “대부분의 경우 개인의 기능장애나 지장과 연관되어 있는 임상적으로 인식할 수 있는 일련의 증상들 혹은 행동의 존재를 나타내기 위해” 사용되며, 이때 정신질환, 정신지체, 인격장애 및 물질의존은 정신장애에 포함될 수 있으나, 개인의 기능장애와 무관하게 발생하는 사회적 일탈행동이나 갈등은 정신장애에 포함되지 않는다.⁹⁾

“정신건강(mental ill health)” 및 다른 용어들의 정의

- 법률에서 권리를 다룰 때에는 더 넓은 정의를 사용할 수도 있고 비자발적 입원이나 치료를 고려할 때는 더 좁은 정의를 사용할 수도 있다.
- 각 국은 「정신보건법」 규정에 지적장애인을 포함할 수도 있고 배제할 수도 있다. 그러나 지적장애인도 정신장애로 인해 고통받을 수 있으며 이따금 실제로 고통 받는다는 것

9) WHO(a)(2005), 앞의 책. Chapter 2 3.1.

을 기억하는 것이 중요하다. 법률을 통해 강화되어야 할 권리들 중 많은 부분은 정신 장애인 뿐만 아니라 지적장애인에게도 똑같이 해당되는 것이다.

- 법률은 아래에 나열되는 것들로 인하여 정신장애로 간주되지 않도록 하여야 한다.
 - (i) 정치적, 경제적 및 사회적 위치, 혹은 어떤 특정한 문화적, 인종적, 종교적 집단의 일원이라는 것, 아니면 정신건강 상태와 직접적으로 관련이 없는 여타의 이유들
 - (ii) 가족 및 직업적 갈등, 혹은 각 개인의 지역 사회에 퍼져 있는 도덕적, 사회적, 문화적, 정치적 가치 혹은 종교적 신념과의 불일치
 - (iii) 단지 과거에 치료를 받았거나 입원했던 경력을 가지고 있는 것
- 법률은 가능한 모호성을 제거하고 법의 해석에 도움을 주기 위해 사용된 모든 기술적 용어들을 엄밀하게 정의해야 한다.
- 한번 특정한 용어가 선택되고 정의되어지면, 그 용어가 법률 안에서 전체적으로 일관되게 사용되고 유사한 의미를 갖는 다른 용어들과 상호 교환적으로 사용되지 않는 것이 중요하다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 3.5.

2. 정신장애인의 자기결정권

- ◆ 정신장애인의 자기결정권 행사를 둘러싸고 많은 논란이 있다. 그 중 가장 첨예하게 대립되는 부분이 정신의료기관 입·퇴원 문제이다. 정신장애인의 판단과 결정을 어느 범위까지 인정하느냐에 따라 정신장애인은 자의로 입원할 수도 있고, 비자의로 입원할 수도 있기 때문이다.
- ◆ 세계보건기구(World Health Organization, 이하 ‘WHO’이라 한다)는 정신장애인의 자기결정권 허용범위를 결정할 때 ‘능력(capacity)’과 ‘역량(competence)’의 개념적 차이를 이해하는 것이 가장 중요하다고 말한다. 이에 따르면, 두 용어는 별다른 문제의식 없이 혼용되는 경우가 많지만 사실은 의미상 큰 차이가 있다. 일반적으로 ‘능력(capacity)’이란 의사결정을 할 수 있는 정신적 능력의 존재 여부에 대한 것이며, ‘역량(competence)’은 정신적 능력을 갖지 못할 때 생기는 법적인 결과를 의미한다. 즉, ‘능력(capacity)’은 건강의 개념이고, ‘역량(competence)’은 법적인 개념이다. 예를 들어 한 개인이 심각한 정신장애 때문에 정신적 ‘능력(capacity)’을 결핍하게 되면 결과적으로 입원결정을 내릴 수 있는 ‘역량(competence)’이 없는 것으로 간주된다.¹⁰⁾

10) WHO(a)(2005), 앞의 책, Chapter 2 7.1.

- ◆ ‘능력(capacity)’의 결핍이 ‘역량(competence)’ 부족으로 이어지는 경우가 많으나 일부 정신장애인은 ‘능력(capacity)’에 영향을 주는 장애를 갖고 있음에도 여전히 의사결정 기능의 일부를 수행할 ‘역량(competence)’을 갖고 있을 수 있다. ‘능력(capacity)’은 시간에 따라 변화할 수 있고 혹은 완전히 회복될 수 있기 때문에 정신장애가 있다는 사실만으로 의사결정 기능이 어렵다고 자동적으로 단정해서는 안 된다. 이와 같은 이유로 ‘무능력(incapacity)’에 대한 결정은 정신보건 전문가가, ‘역량부족(incompetence)’에 대한 결정은 사법기관에서 하는 것이 옳다.¹¹⁾

정신보건관련법률은 한 개인의 역량을 결정하는 다음과 같은 절차를 확립할 수 있다.

- a) 역량은 법률적 개념이기 때문에, 사법 단체가 이를 결정하게 된다.
- b) 이상적으로는 역량이 의심스러운 사람이 이용할 수 있는 변호사가 있어야 한다. 그 개인이 변호사를 고용할 경제적 여유가 없는 상황에서는 법률이 그 사람에게 무료로 변호사를 이용할 수 있도록 요구할 수도 있다.
- c) 법률은 그 변호사에게 어떠한 이해 갈등도 없다는 것을 보장할 수 있다. 그 말은 즉 고려대상인 사람을 대표하는 그 변호사는 고려대상자의 관리에 개입되어 있는 임상적 서비스들과 혹은 고려대상자의 가족 구성원들 같은 다른 이해관계자들을 대표하지 않아야 한다.
- d) 법률은 고려대상자, 변호사, 가족 구성원들 혹은 임상 팀에 의한 그 결정에 대해 상급 법정으로 항소할 수 있는 조항들을 가질 수 있다.
- e) 법률은 특정한 주기적 간격을 두고 역량결핍 소견에 대해 자동적으로 검토를 하는 조항을 포함하여야 한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 7.4.

11) WHO(a)(2005), 앞의 책, Chapter 2 7.2-3.

3. 정신장애인의 인권

- ◆ 정신장애인의 인권은 몇 가지 이유에서 특별한 의미를 지닌다. 첫째, 정신장애인은 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높다. 둘째, 정신장애인에게 있어 인권은 비인권적 차별, 낙인, 배제 등으로부터 이들을 지켜주는 거의 유일한 수단이다. 더 나아가 정신장애인의 삶의 질을 보장하는 체계를 만들어내기 위한 새로운 시도들에서 인권은 핵심적인(또는 거의 유일한) 동력을 제공한다. 마지막으로 정신장애인의 인권은 달성이 어려운 만큼 한 사회의 인권 수준이 얼마만큼 성숙하였는지를 가늠할 수 있는 인권의 ‘바로미터’ 역할을 수행한다.¹²⁾
- ◆ 정신장애인은 흔히 자신을 보호하기 어려운 처지에 있기 때문에 책임성 있는 절차와 모니터링, 엄격한 감시가 법적 틀 안에서 요구된다. 이에 많은 국제법이 정신장애인의 권리를 명시하는 인권조항들을 포함하고 있으며, 1993년의 비엔나 인권 선언에서도 모든 인권과 기본적 자유는 만인 공통의 권리이며 장애인들도 무조건적으로 포함된다고 명시하고 있다. 이에 의하면 모든 인간은 태어나면서 평등하며, 삶과 복지, 교육, 독립적인 생활과 사회활동 모든 측면에서 동일한 권리를 갖기 때문에, 장애인에 대한 어떠한 직접적인 차별이나 부정적인 대우도 권리를 침해하는 것으로 간주될 수 있다.¹³⁾
- ◆ 「헌법」에도 인간의 존엄과 가치를 보장받을 수 있는 권리(행복추구권)와 불합리한 차별을 받지 않을 권리(평등권), 국가권력이나 타인으로부터 간섭받지 않을 권리(자유권), 국가에 대해 인간다운 생활보장을 요구할 권리(사회권) 등이 명시되어 있다. 더불어 우리나라 「정신보건법」은 정신장애인의 기본 권리와 관련한 내용으로, 인간으로서의 존엄과 가치, 최적의 치료를 받을 권리, 차별대우를 받지 않을 권리 등을 제시하고 있다. 그러나 「정신보건법」은 사회의 안전, 타인과 가족의 보호, 효율적인 관리 등을 이유로 정신장애인의 권리가 제한되는 공리주

12) 신영전(2008), “인권 측면에서 본 한국의 정신보건정책변화”, 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화 토론회 자료집』, 국가인권위원회, p.49.

13) 홍선미 외(2008), “정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축”, 국가인권위원회, pp.10-11.

의적 입장을 취하는 경우가 많아 본인의 의사에 반한 격리, 강박, 장기입원 등 정신장애인의 인권침해가 구조적으로 정당화되고 있는 것이 사실이다.¹⁴⁾

- ◆ 또한, 정신장애인의 치료와 관련한 의료기관 및 재활시설, 다양한 정신보건전문직 등과 같은 이익집단이 정신장애인의 인권을 다른 시각에서 해석하며 정신장애인의 법적 권리를 제한하는 경우도 있다. 정신장애인의 치료가 개인의 자율성에 비해 우선시되기도 하며, 정신장애인의 주체적 욕구와 삶의 목표가 배제된 채 정신장애인이 장기수용 구조 속에서 격리되어 치료를 받는 경우도 발생한다. 정신장애인에 대한 인권의식이 발전하면서 정신장애인의 장기수용이라는 비인권적 상황이 조금씩 개선되고는 있으나 정신질환자를 치료하고 보호하는 의료기관과 시설, 그리고 정신장애인을 바라보는 사회의 인식에 따라 당해 국가의 정책이 결정되며, 이로 인해 각국의 정신장애인과 그 가족의 인권과 삶의 질은 많은 차이를 보이고 있다.

14) 홍선미 외(2008), 앞의 글, p.11.

II 국제규약 및 원칙

◆ 인권과 관련한 국제문서는 협약당사국에게 법적 구속력을 갖는 ‘국제인권협약’과 법적 구속력은 없으나 국제기구에 의해 채택되어 각국에게 인권기준으로 언급되는 ‘선언문’, ‘결의문’, ‘권고’ 등이 있다. 전자의 예로는 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Civil and Political Rights, 1966)」과 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966)」, 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006) 등이 있으며, 후자로는 「세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights, 1948)」과 「정신장애인의 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 1991)」 등이 있다. 앞서 말한 바와 같이 후자의 경우 법적 구속력은 없으나 국제적인 의견수렴 과정을 거쳐 UN 총회에서 결의된 내용으로 각국의 법제도 및 정책에 기준을 제공하고 있다.¹⁵⁾

1. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약

(International Covenant on Civil and Political Rights, 1966)

◆ 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약」은 1966년 12월에 UN총회에서 채택되어 1976년 3월에 발효되었다. 한국은 1990년 4월에 이 규약을 비준하여 같은 해 7월부터 적용되기 시작했다. 동 규약은 모든 당사국이 국제연합헌장에 규정된 원칙에 따라 관할 영토에 속하는 모든 주체들의 존엄성과 권리, 자유 등을 존중하고 보장하도록 요구하고 있으며, 이는 정신장애인에게도 해당된다.

15) ‘차별’은 기본권의 동등한 향유를 저해하는 모든 구분, 배제 또는 거부를 의미하며, 따라서 정신장애를 근거로 한 차별이 있어서는 아니 된다. 그러나 정신장애인의 권리를 보호하거나 이들의 치료를 위한 특별한 조치들은 차별이라고 보지 않는다(MI 원칙 1, 4). 오히려 특별한 보조 또는 보호조치들은 유난히 취약하거나 불리한 집단의 사람들에게 동등한 인권의 향유를 보장하기 위해 필요할 것일 수 있다.

- ◆ 규약 제7조는 고문 또는 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 취급을 받지 않을 권리를 명시하고 있으며, 동조에 대한 일반 논평에서는 각 정부들이 “정신병원에서의 구급사실, 학대를 예방할 수 있는 방법들, 정신의료기관에 입원된 사람들이 이용할 수 있는 호소절차 그리고 보고기간에 등록된 불만들에 대한 정보를 제공하도록” 요구하고 있다. 그 외 정신장애인과 관련이 있는 권리 항목으로는 아래와 같은 것들이 있다.

■ 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약

조항	권리 내용
6조	생명권
7조	잔혹한·비인도적인 또는 굴욕적인 취급 또는 형벌을 받지 아니할 권리, 자유로운 동의 없이 의학적 또는 과학적 실험을 받지 아니할 권리
9조	신체의 자유와 안전에 대한 권리
10조	자유를 박탈당한 경우 인도적으로 또한 인간의 고유한 존엄성을 존중하여 취급받을 권리
12조	이동 및 거주지 자유
14조	재판에 있어서 평등할 권리, 형사사건 또는 민사사건에서의 동등한 청문권
16조	법 앞에 인간으로서 인정받을 권리
17조	사생활 또는 가정생활에 있어 자의적인 간섭을 받지 않을 권리
18조	양심과 종교의 자유
19조	의견을 가질 자유, 표현의 자유, 정보추구의 자유
23조	혼인 및 가족형성의 자유
24조	아동의 특별한 보호를 받을 권리
25조	정치에 참여할 권리, 선거권 및 피선거권, 일반적인 평등조건 하에 공무에 취임할 권리
26조	법 앞에 평등하고 어떠한 차별도 없이 법의 평등한 보호를 받을 권리

2. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약

(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966)

- ◆ 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」은 1966년 12월에 UN총회에서 채택되어 1976년 1월에 발효되었다. 한국은 1990년 4월 이 규약을 비준하여 같은

해 7월부터 적용하기 시작하였다. 동 규약은 당사국이 그 영역 내에 있는 모든 개인과 그 관할에 속하는 모든 주체들에게 본 규약이 인정한 권리들을 존중하고 보장할 것을 요구하고 있으며, 특히 본 규약 제2조 제1항은 규약의 당사국들이 ‘입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단에 의하여 이 규약에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위한 조치를 취할 것’을 명시하고 있다.¹⁶⁾

- ◆ UN의 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회(Committee on Economic, Social and Cultural Rights)는 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」을 정신장애 및 신체장애를 앓고 있는 사람들에게 적용시키는 것을 골자로 한 ‘일반 논평 5’를 채택한 바 있고, 동 규약 제12조에 관한 ‘일반 논평 14’를 통해 건강에 대한 권리를 포함시키고 있다. 구체적으로는 성적 자유, 출산의 자유를 포함하여 자신의 건강과 신체를 조절할 수 있는 권리, 고문·동의되지 않은 의학 치료 및 실험에서부터의 자유 등의 권리와 최고 수준의 건강을 향유할 권리 등이 있다. 위 규약의 권리항목 중 정신장애인과 특히 관련이 있는 항목은 아래와 같은 것들이 있다.

▮ 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약

조항	권리 내용
2조	인종, 피부색, 성, 언어, 사회적 출신, 기타의 지위 등에 따른 어떠한 종류의 구별없이 이 선언에 제시된 권리와 자유를 누릴 권리
6조	근로의 권리
7조	공정하고 유리한 근로 조건을 향유할 권리
9조	사회보험을 포함한 사회보장을 받을 권리
10조	가정·임산부 및 연소자에 대한 국가의 보호 의무
11조	적당한 식량, 의복 및 주택을 포함하여 적당한 생활수준을 누릴 권리
12조	도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리
13조	교육받을 권리
15조	문화생활에 참여할 권리, 과학의 진보와 그 응용에서 오는 혜택을 누릴 권리

16) 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」 제2조 1. 이 규약의 각 당사국은 특히 입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단에 의하여 이 규약에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여, 개별적으로 또한 특히 경제적, 기술적인 국제지원과 국제협력을 통하여, 자국의 가용 자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 것을 약속한다.

3. 장애인권리선언

(Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975)

- ◆ 「장애인권리선언」은 1975년 UN총회에서 채택되었다. 동 선언은 ‘장애인’을 ‘선천적이든 후천적이든 관계없이, 신체적·정신적 능력의 불완전으로 인하여 일상의 개인 또는 사회생활에서 필요한 것을 확보하는 데 자기 자신으로서는 완전하게 또는 부분적으로 할 수 없는 사람’을 의미한다고 정의하고 있다.
- ◆ 「정신장애인의 보호와 정신보건으로 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care)」은 명시적으로 「장애인권리선언」이 정신장애인들에게 적용될 수 있다고 인정하고 있으며, 선언의 내용 중 정신장애인의 권리와 특히 관련이 있는 항목은 아래와 같다.

▮ 장애인권리선언

조항	권리 내용
원칙 3	인간으로서 존엄성을 존중받을 권리
원칙 4	타인과 동등한 시민권 및 정치적 권리를 누릴 권리
원칙 6	사회복귀를 위한 각종 재활 서비스를 받을 권리
원칙 7	능력에 따라 직업을 보장받고 고용될 권리
원칙 8	경제 및 사회계획의 모든 단계에서 특별한 필요가 고려되는 자격을 갖는 권리
원칙 9	가정생활을 할 권리, 모든 사회적·창의적 활동 및 여가 활동에 참여할 권리, 특정 기관 입소 시 가능한 한 같은 연령대의 일반인의 생활조건과 유사한 곳에서 생활할 권리
원칙 10	차별적·모욕적이거나 비열한 성질을 가진 모든 착취와 규제, 처우에서 보호받을 권리
원칙 11	자신의 인격과 재산을 보호함에 있어 적절한 법적 조력을 받을 권리
원칙 12	장애인의 권리에 관한 모든 사항에 대하여 유효하게 협의할 수 있는 장애인 단체의 권리
원칙 13	모든 적절한 수단을 통하여 이 선언에 포함된 권리를 충분히 고지받을 권리

4. 장애인권리협약

(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006)

- ◆ 「장애인권리협약」은 2006년 12월에 UN총회에서 회원국 192개국의 만장일치로 채택되었으며, 한국의 경우 2008년 12월 이 협약을 비준하여 2009년 1월부터 발효되었다. 「장애인권리협약」은 기존의 주요 국제인권규약인 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약」과 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」이 장애인의 인권 보장에 충분하지 못하다는 문제의식에 근거하고 있다. 이 협약은 기존 인권규약이 규정한 인간 고유의 존엄성이 장애인에게도 적용됨을 재차 확인하고 이들이 인간으로서의 존엄성을 보호받기 위해 어떠한 권리를 누려야 하는지에 대한 국제사회의 고민과 약속을 명시했다.
- ◆ 협약의 당사국은 장애인이 장애로 인한 어떠한 형태의 차별 없이 모든 인권 및 기본적인 자유를 완전히 실현할 수 있도록 가능한 모든 법률적·행정적 조치는 물론, 장애인에 대한 차별이 존재하는 법·규정·관습 및 관행을 개정 또는 폐지하여야한다. 위 협약의 권리항목 중 정신장애인과 특히 관련이 있는 항목은 아래와 같다.

장애인권리협약

조항	권리 내용
5조	장애를 사유로 하는 모든 차별을 금지하고, 모든 유형의 차별에 대해 동등하고 효과적인 법적보호를 받을 권리
9조	시설 및 서비스 접근성을 보장하는 적절한 조치를 받을 권리
10조	천부적 생명권을 효과적으로 향유할 수 있도록 보장받을 권리
11조	위험상황에서 안전을 보장받을 권리
12조	법 앞에서 평등할 권리
13조	다른 사람과 동등한 기초 위에서 효과적으로 사법절차에 접근할 권리
14조	개인의 자유와 안전에 대한 권리
15조	고문이나 잔혹한 또는 비인도적이거나 굴욕적인 대우 및 처벌로부터 자유로울 권리
16조	착취, 폭력과 학대로부터의 자유
17조	다른 사람들과 동등한 기초 하에 자신의 신체적, 정신적 고유성을 존중받을 권리

- 18조 이주의 자유와 거주 및 국적 선택의 자유
- 19조 자립적인 생활과 지역사회 통합의 권리
- 20조 장애인 이동 및 시설물 접근을 위한 국가의 조치 의무
- 21조 의사 표현 및 정보접근의 자유
- 22조 사생활을 존중받을 권리
- 23조 가정과 가족에 대한 존중
- 24조 차별 없이 교육받을 권리
- 25조 차별 없이 도달가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리
- 26조 선천적 및 후천적 장애에 대해 재활 서비스를 받을 권리
- 27조 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 노동할 권리
- 28조 적절한 생활수준과 사회적 보호
- 29조 정치와 공적생활에 참여할 권리
- 30조 문화생활, 레크레이션, 여가 및 스포츠에 참여할 권리

5. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 1991)

- ◆ 「정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙」은 1991년 12월 UN총회에서 결의되었다. 이 원칙은 1978년 UN 인권위원회가 정신장애로 인해 억류된 사람들을 보호할 방법을 연구하고자 소위원회에 정신장애인 보호와 차별예방을 위한 지침을 요구한 것을 시작으로 하여 촉발되었으며, 지금에 와서는 정신보건 영역에서 최소한의 인권기준을 제시하는 데까지 영향력을 행사하고 있다. 회원국은 이 원칙을 주요 국제협약의 요구사항에 대한 권위 있는 해석으로 인정하고 있으며, 자국의 「정신보건법」을 정비하거나 정책을 수립하는 데 적극 활용하고 있다. 실제 호주, 헝가리, 멕시코, 포르투갈과 같은 국가들은 MI 원칙을 자국의 법률에 전체 혹은 부분적으로 편입시키기도 했다.¹⁷⁾

17) WHO(a)(2005), 앞의 책, Chapter 1 7.1.

- ◆ MI 원칙은 정신보건시설 내에서의 치료 및 생활환경에 대한 기준들을 확립시키며 그러한 시설에서의 임의적인 구금에 대한 보호를 제공한다. 이 원칙은 정신의료시설의 입원 여부와 관계없이 모든 사람에게 적용되며, 정신질환자가 가능한 한 지역사회 내에서 삶을 영위하고 일할 수 있는 권리를 가져야 한다고 언급하고 있다.

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

조항	권리 내용
원칙 1	근본적인 자유와 기본권(fundamental freedoms and basic rights)
원칙 2	미성년자의 보호(protection of minors)
원칙 3	지역사회 내에서의 삶(life in the community)
원칙 4	정신장애의 판단(determination of mental illness)
원칙 5	의학검사(medical examination)
원칙 6	비밀보장(confidentiality)
원칙 7	지역사회와 문화의 역할(role of community and culture)
원칙 8	의료기준(standard of care)
원칙 9	치료(treatment)
원칙 10	약물치료(medication)
원칙 11	치료의 동의(consent of treatment)
원칙 12	권리의 고지(notice of rights)
원칙 13	정신보건시설에서의 권리와 조건 (rights and conditions in medical health facilities)
원칙 14	정신보건시설의 자원(resources for mental health facilities)
원칙 15	입원 원칙(admission principles)
원칙 16	비자발적 입원(involuntary admission)
원칙 17	심사기관(review body)
원칙 18	절차상 보호조치(procedural safeguards)
원칙 19	정보열람권(access to information)
원칙 20	범죄피의자(criminal offenders)
원칙 21	이의제기권(complaints)
원칙 22	감시와 구제(monitors and remedies)
원칙 23	실행(implementation)
원칙 24	정신보건시설 관련 원칙의 적용범위 (scope of principles relating to mental health facilities)
원칙 25	기존 권리의 구제(saving of existing rights)

Ⅲ 정신보건 국제동향

1. 정신질환의 증가

- ◆ WHO 분석에 따르면, 전 세계의 약 4억 5천만 명 정도가 신경정신과적인 문제로 고통 받고 있는데, 단극성 우울장애, 양극성 정동장애, 정신분열병, 간질, 알코올 및 약물 사용 장애, 알츠하이머 병과 기타 치매, 외상후 스트레스 장애, 강박 장애, 공황 장애, 원발성 불면증 등이 여기에 포함된다. 정신 및 행동장애는 전 인구의 25% 이상이 일생 중 한 번 이상을 경험할 정도로 흔한 질병이며, 모든 국가와 사회, 남녀노소, 빈부 차이, 도시와 농촌 등의 거주지역에 상관없이 누구든지 걸릴 수 있는 보편적인 장애이다.¹⁸⁾
- ◆ 1990년 조사에 따르면, 정신 및 신경학적 질환은 모든 질환 및 손상으로 인한 장애보정생존년수(Disability Adjusted Life Years)¹⁹⁾ 손실 중 전체의 10%를 차지하는 것으로 평가되었으며, 2000년에는 12%로 증가했고, 2020년에는 15%로 증가할 것으로 예측된다. 빠른 도시화, 갈등, 그리고 거시경제의 변화 등은 정신질환을 가속화시키는 주요 원인이며, 이는 위와 같은 상황이 노숙, 빈곤, 과밀집, 대기오염, 가족구조의 붕괴, 사회적 지지의 상실 등을 동반하기 때문이다. 노령화가 급격해짐에 따라 우울증과 치매를 앓는 노인인구도 증가할 것으로 예상되며, 정신질환을 가진 이들의 기대수명도 늘어나게 될 것이다. 그리하여 전세계적으로 점점 많은 국가들이 정신질환으로 인한 지출에 부담을 느끼게 될 것이며, 이는 정신보건 시스템이 취약한 개발도상국에서 심각할 것으로 예상된다.²⁰⁾

18) WHO(2001), World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Chapter 2.

19) 장애보정생존년수(DALYs, Disability-Adjusted Life-Year): 건강에대한투자(World Bank, 1993)와 장애로 인한 수명의 감소를 포함하여 정신질환으로 인한 전반적인 부담을 측정

20) WHO(2001), 앞의 책, Chapter 2.

정신질환으로 인한 전반적인 부담

- 정신질환은 전체 질병부담의 약 12%를 차지한다.
- 2020년이 되면 정신질환은 질병으로 인한 장애보정생존년수의 약 15%를 차지할 것이다.
- 정신질환으로 인한 부담은 젊은 성인기에 가장 최대치를 보이며, 이 시기는 인구구조에서 가장 생산성이 높은 시기이다.
- 개발도상국은 향후 수십년 동안 정신질환으로 인한 부담이 크게 증가될 가능성이 있다.

정신질환으로 인한 사회·경제적 부담

- 정신질환으로 인한 전체 경제적 부담은 상당하다. 미국의 경우 직접치료비용이 1480억 달러로 추산되며, 전체국가생산의 2.5%에 해당된다(Rice 등, 1990).
- 선진형 시장경제의 경우 정신질환으로 인한 간접비용이 직접치료비용보다 2-6배 정도 더 높다.
- 직접치료비용이 비교적 낮은 편인 개발도상국에서는 간접비용이 전체치료비용 가운데 보다 큰 비율을 차지하곤 한다.
- 대부분의 나라에서는 공공예산이 투입된 포괄적인 정신보건 서비스 네트워크가 구축되어 있지 않기 때문에 경제적 부담의 많은 부분을 가족이 짊어지게 된다.
- 정신질환을 치료하지 않음으로써 발생하는 비용은 치료에 소요되는 비용보다 더 크다.
- 가족들은 가족성원 가운데 장애인을 돌보면서 갖게 되는 정서적 부담, 보호자의 삶의 질 저하, 사회적 배제, 편견, 자기개발의 기회를 상실하는 것과 같은 사회적 비용 또한 부담하게 된다.

WHO(2001), *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Chapter 2.

2. 정신보건 정책 및 서비스에 관한 세계보건기구(WHO) 통계 자료²¹⁾

- ◆ 2005년 WHO 조사결과에 따르면, 전 세계 국가의 62.1%에서만 ‘정신보건정책’이 시행되고 있다. 정신보건정책 시행률이 가장 높은 지역은 미주 지역과 동부 지중해 지역으로, 각각 72.7%에 해당하는 국가들이 포함되어 있으며, 아프리카 지역에서는 2개국 당 1개국에서만 정신보건정책이 시행되고 있다.

21) WHO(b)(2005), *Mental Health Atlas*.

정신보건정책²²⁾의 시행

지역	국가들(%)	인구비율(%) ²³⁾
아프리카지역	50,0	69,4
미주 지역	72,7	64,2
동부 지중해지역	72,7	93,8
유럽 지역	70,6	89,1
동남아시아지역	54,5	23,6
서태평양지역	48,1	93,8
세계 전체	62,1	68,3

◆ ‘국가 정신보건 프로그램’은 전 세계 69,6%의 국가에서 시행되고 있으며, 인구 비율로는 90,9%에 해당하는 사람들이 혜택을 받고 있다. 시행률이 가장 높은 동부 지중해지역의 경우 90,9%의 국가에 정신보건 프로그램이 존재해 있으며, 97,6%의 인구가 혜택을 받고 있다.

국가정신보건 프로그램²⁴⁾의 존재

지역	국가들(%)	인구비율(%) ²⁵⁾
아프리카지역	76,1	82,9
미주 지역	76,5	87,9
동부 지중해지역	90,9	97,6
유럽 지역	52,9	64,5
동남아시아지역	72,7	98,1
서태평양지역	63,0	98,9
세계 전체	69,6	90,9

22) 국가의 정신보건 상황을 개선을 목적으로 하는 정부기관의 문서화된 정책

23) 2004년 UNO 인구집계

24) 정책의 효과와 관련된 다양한 활동을 포함한 국가적인 계획

25) 2004년 UNO 인구집계

- ◆ ‘지역사회치료 프로그램’의 경우, 유럽과 서태평양지역을 제외한 대부분의 지역이 국가정신보건 프로그램에 비해 존재율이 낮은 편이다. 전체적으로는 68.1%의 국가에서 지역사회치료 프로그램을 시행하고 있으며, 유럽 지역과 미주 지역의 비율이 가장 높다.

▮ 정신보건에 대한 지역사회치료 프로그램의 존재

지역	국가들(%)
아프리카지역	56.5
미주 지역	75.0
동부 지중해지역	68.2
유럽 지역	79.2
동남아시아지역	50.0
서태평양지역	66.7
세계 전체	68.1

- ◆ ‘정신보건 분야에 관한 법률’은 78.0%의 국가에 존재해 있으며, 69.1%에 해당하는 인구가 이에 대한 혜택을 받고 있다. 유럽 지역의 경우 91.8%의 국가에 정신보건 법률이 존재하는 데 반해, 중동 지역은 57.1%에 불과하다.

▮ 정신보건 분야 적용 법률²⁶⁾의 존재

지역	국가들(%)	인구비율(%) ²⁷⁾
아프리카지역	79.5	94.4
미주 지역	75.0	89.1
동부 지중해지역	57.1	70.8
유럽 지역	91.8	90.1
동남아시아지역	63.6	95.9
서태평양지역	76.0	13.9
세계 전체	78.0	69.1

26) 정신이상 및 시설, 교육, 서비스에 있어 기본적인 인권 보호를 위한 법적 규정

27) 2004년 UNO 인구집계

◆ 보건예산 중 일부는 ‘정신보건에 관한 특별예산’으로 책정되어야 함에도, 전 세계 30.8%의 국가는 정신보건예산을 마련해 놓고 있지 않은 실정이다. 동남아시아의 경우 90.0%에 해당하는 국가에서 정신보건을 위한 특별예산을 편성한 데 반해, 서태평양지역은 59.3%에 불과하다.

■ 정신보건을 위한 특별 예산²⁸⁾의 존재

지역	국가들(%)
아프리카지역	62.2
미주 지역	78.1
동부 지중해지역	71.4
유럽 지역	70.0
동남아시아지역	90.0
서태평양지역	59.3
세계 전체	69.2

◆ 전 세계의 87.3%에 해당하는 국가에 ‘초기치료를 위한 정신보건치료시설’이 설치되어 있으며, ‘심각한 정신장애환자를 위한 초기치료시설’은 61.5%의 국가에만 존재하고 있다. 지역별로는 유럽 지역이 가장 높으며, 다음으로는 미주 지역이 높은 편이다.

■ 심각한 정신질환 초기치료²⁹⁾를 위한 정신보건치료시설의 존재

지역	초기치료를 위한 정신보건치료시설의 존재(%)	심각한 정신장애환자를 위한 초기치료시설의 존재(%)
아프리카지역	82.6	60.9
미주 지역	93.9	62.5
동부 지중해지역	81.8	63.6
유럽 지역	96.1	68.6
동남아시아지역	80.0	44.4
서태평양지역	77.8	51.9
세계 전체	87.3	61.5

28) 정신보건의 목적을 이루기 위한 활동에 할당된 정기적인 재정 자원

29) 건강보호 체계의 초기 단계에서 기본적인 예방적으로 치유 가능한 정신건강

- ◆ 전 세계적으로 인구 100,000명당 ‘정신과 의사의 평균 수’는 1.20명이었다. 정신과 의사의 평균 수는 지역별로 매우 큰 편차를 보였는데, 유럽의 경우 9.80명으로 가장 높은 데 반해, 아프리카 지역은 0.04명으로 가장 낮았다.

■ 인구 100,000명당 정신과 의사³⁰⁾의 평균 수

지역	인구 100,000명당 평균
아프리카지역	0.04
미주 지역	2.00
동부 지중해지역	0.95
유럽 지역	9.80
동남아시아지역	0.20
서태평양지역	0.32
세계 전체	1.20

30) 공신력 있는 교육기관에서 졸업 후 최소 2년 이상의 정신의학 교육을 받은 의사

IV 해외 정신장애인 인권보고서

1. 버드킨 보고서

(Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness, 1993)

1-1. 보고서의 배경

◆ 호주의 인권 및 기회평등위원회(Human Rights and Equal Opportunity Commission)는 1989년 노숙아동과 성인들을 대상으로 한 국가조사 보고서 ‘우리의 집 없는 아이들(Our Homeless Children)’을 발표했다.³¹⁾ 보고서는 호주 내 많은 아동들이 정신질환을 진단 혹은 치료받고 있지 못하고 있으며, 정신장애에 대한 무지와 차별, 편견이 심각할 정도로 만연해 있다는 내용을 담고 있다.

- 널리 퍼져 있는 지역사회 정신 질환의 본질과 유병률에 대한 무지(Widespread ignorance about the nature and prevalence of mental illness in the community)
- 널리 퍼져 있는 정신장애인에 대한 차별(Widespread discrimination against people affected by mental illness)
- 널리 퍼져 있는 정신장애인이 위험하다는 오해(Widespread misconceptions about the number of people with a mental illness who are dangerous)
- 널리 퍼져 있는 정신장애인이 거의 회복되지 않는다는 믿음(A widespread belief that few people affected by mental illness ever recover)

◆ 호주의 인권 및 기회평등위원회는 자국의 정신보건정책이 일부 실패하였다는 결론을 내리고 국가적 차원에서 다시 조사를 실시하기로 결정하였다.³²⁾ 당시

31) Trish Bramble(2005), The Health of ‘Our Homeless Children’ – 15 years on 10th National Conference of the Association for the Welfare of Child Health, AFHO.

32) Human Rights and Equal Opportunity Commission(1993), Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness.

호주 인권 및 기회평등위원회 위원장이었던 브라이언 버드킨(Brian Burdekin)은 1990년 6월 정신장애인 인권에 대한 조사를 공표하고 비밀 유지의 원칙하에 15개월간 17곳에서 총 456명을 대상으로 한 공청회와 300명 이상이 참여한 공개 토론회, 60명 이상이 참여한 개인적 청취, 약식 상담, 시설 방문 등을 통해 조사에 착수한다. 이 조사보고서가 버드킨 보고서로 알려져 있는 ‘정신장애인의 인권에 대한 국가조사보고서’(Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness, 1993)이다.³³⁾

1-2. 보고서의 주요내용

◆ 버드킨 보고서는 인권의 관점에서 실시된 최초의 전국적인 정신장애인 실태조사로서, 호주의 각 주 및 테리토리에 존재하는 법률과 정신보건 서비스는 물론, 입원환자치료, 지역사회치료, 주거, 고용, 교육 및 훈련, 차별, 보호자, 정신장애인 자녀, 특히 취약한 계층 등 다양한 측면에서 정신장애인의 삶을 조사한 보고서이다.

1) 목적

◆ 보고서의 목적은 정신장애인이 차별, 소외, 공포, 학대, 부주의로 규정되는 패러다임으로부터 벗어나 사회의 다른 구성원들과 마찬가지로의 권리를 지닌 인간으로, 그리고 상황에 따라서는 그들의 취약성을 고려하여 특별한 보호를 받는 사람들로 인식되도록 하는 것이다.

2) 원칙

◆ 정신건강 분야가 타 보건 분야보다 기준이나 자원 면에서 낮은 수준이어서는 안 된다.

◆ 정신장애를 이유로 하는 차별은 허용되어서는 안 된다.

◆ 정신치료를 받는 사람도 법 앞에 인간으로 인정받을 권리가 있다.

33) Human Rights and Equal Opportunity Commission(2008), *History of the Commission*, Available from: <http://humanrights.gov.au/about/history/index.html>.

3) 주요 조사영역

■ 버드킨 보고서의 주요 영역

부문	내용
I	현존하는 사회적, 법적, 의학적, 공적 정신장애인 의료 체제에 대한 조사 (examines the existing social, legal, medical and institutional frameworks within which care of people with a psychiatric disability takes place)
II	공적 차원과 지역사회 양쪽에서 정신 의료와 치료의 흔적 (evidence concerning psychiatric care and treatment)
III	취약하거나 특히 불리한 집단에 대한 조사 (position of several vulnerable or particularly disadvantaged groups)
IV	예방과 조기 중재 서비스의 중요성과 실질적 연구 프로그램 필요성의 확인 (addresses the importance of prevention and early intervention services and the need for a substantially enhanced research program)
V	조사결과와 변화를 위한 권고 (Inquiry's findings and recommendations for change)

출처: Human Rights and Equal Opportunity Commission(1993), *Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness*.

4) 주요 조사결과

- ◆ 널리 퍼진 차별과 서비스 제공의 거부(Widespread discrimination and denial of services)
- ◆ 지역사회의 인식변화를 위한 교육 필요(Education needed to change community attitudes)
- ◆ 탈원화로 인해 절약한 비용이 지역사회 서비스로 충분히 이동해 가지 않음
(Money saved by deinstitutionalisation was not going into adequate community services)
- ◆ 개혁에 의해 역할이 변화된 서비스 제공자에 대해 교육이 필요함(Education needed for service providers to perform changed roles)
- ◆ 예방을 위한 추가적 자원의 필요(Additional resources needed for prevention)

- ◆ NGO가 적절한 지원 없이 많은 부담을 지고 있음(NGOs carrying burden without adequate funding)
- ◆ 적절한 공공시설의 부족(Lack of suitable supported accommodation)
- ◆ 고용에서의 차별(Discrimination in employment)
- ◆ 지원받지 못하고 있는 가족들(Families inadequately supported)
- ◆ 사법 과정에서의 인권 침해(Human rights breaches in the criminal justice system)
- ◆ 책임과 서비스 기준 향상 필요(Need for improved accountability and service standards)
- ◆ 법 개혁 필요(Need for law reform)

1-3. 보고서의 주요성과

- ◆ 국가적 차원의 조사가 실시되고 얼마 지나지 않아 1991년 ‘권리와 책임에 대한 정신보건 선언’이 협정되었으며, 1992년에는 토론회와 공청회에 참여한 다수의 사람들의 전폭적인 지지를 얻으며 ‘국가정신보건전략’이 수립될 수 있었다. 조사가 시작된 이후 연방, 주, 테리토리의 보건부 장관들은 국제조약에 명시된 정신장애인의 권리들이 「정신보건법」에 구체화되도록 노력하겠다고 약속했고, 정부는 그러한 권리를 보장하기 위한 제도적 장치를 마련하겠다고 결의했다.
- ◆ 버드킨 보고서가 발표된 직후 연방정부와 주정부는 정신장애인을 위한 프로그램 및 서비스 마련을 위해 6억 호주 달러의 기금을 배정하였고, 법적 보호와 보건 시스템을 위한 표준적인 국가기준을 도입하였으며 다수의 대중 교육 프로그램도 제작하였다. 이전에는 정신장애인에 대한 보호책임을 주정부에 떠넘겼던 호주 정부가 조사 이후에는 책임성을 갖고 국가정신보건정책을 채택하여 지속적인 프로그램 개발과 자원배분을 보장하였다.

- ◆ 1990년 정신장애인 인권에 대한 국가적 조사 이후 호주는 두 가지 주요 정신보건 정책을 통해 정신장애인의 인권을 개선해 오고 있다. 그 중 하나가 1993년부터 15년간 시행된 국가정신보건전략이고, 다른 하나는 2006년부터 시행된 호주정부위원회(Council of Australian Governments, COAG)의 국가정신보건실행계획(National Action Plan on Mental Health)이다. 위 정신보건 정책으로 인하여 정신보건 영역이 당사자(human service systems) 중심으로 변화하였고, 정신보건재정의 지속적 확충, 지역사회에 기반한 의료로의 전환, 정신과 병상 수의 감소, 소비자 및 보호자의 참여 증가, 정신장애인에 대한 편견해소 등과 같은 성과가 나타났다.

2. 부시 보고서

(Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, 2003)

2-1. 보고서의 배경

- ◆ 부시 대통령은 취임 직후인 2001년 2월, New Freedom Initiative를 선언하고 장애인들의 적극적인 사회참여를 보장하기 위한 종합프로그램 제안서를 의회에 제출한다. 이듬해인 2002년 4월에는 정신보건에 관한 대통령위원회(President's New Freedom Commission on Mental Health)를 설립하였는데, 그 목적은 미국의 정신보건 서비스 전달체계의 문제를 연구하고 정신보건체계개선과 관련한 실질적인 정책을 제안하기 위한 것이었다. 위원회는 대통령령에 따라 설치되었으며, 22명의 위원 중 15명은 대통령이 선임하고 4명은 보건복지부장관에 의해, 나머지 3명은 노동부, 교육부, 보훈부 장관에 의해 각각 임명되었다.
- ◆ 위원회는 16개의 분과위원회로 나뉘어져 특정 주제에 대한 연구를 수행하였다. 2002년 6월부터 2003년 4월까지 매월 구체적인 주제를 갖고 총 11회의 공식회의를 개최하였으며, 회의에는 누구든지 참석이 가능하도록 하였다. 위원회의 모든 결정은 공개된 이 공식회의에서 결정되었으며, 부시 보고서로 알려진 최종보고서(Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America) 역시 이 위원회를 통해 2003년 7월에 발간되었다.

2-2. 보고서의 주요내용

◆ 부시 보고서에 따르면, 미국의 정신보건 서비스 체계는 ‘정신질환의 회복’에 적절히 대처하지 못했으며, 이를 개선하기 위해서는 정신보건 서비스의 전달방식을 근본적으로 바꾸는 개혁이 무엇보다 시급했다. 이에 보고서에는 “정신질환(mental illness)을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료를 받고 함께 지역사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래”를 지향하기 위한 국가적 비전을 제시하고 있다.

1) 목적

◆ 부시 보고서의 목적은 회복(recovery) 중심의 정신보건체계를 구축하는 것이다.

2) 원칙

◆ 서비스와 치료는 소비자와 가족을 중심으로 이루어지는 것이다.

◆ 보호는 단지 증상을 관리하는 것이 아니라, 삶의 어려움에 성공적으로 대처할 수 있는 능력을 키우고 회복을 촉진하며 스스로의 회복력을 되찾도록 하는 데 중점을 두는 것이다.

3) 주요내용

◆ 부시 보고서에서는 연방 및 주 정부의 자원을 최대한 활용하면서 정신장애인의 치료 및 서비스의 협력관계를 개선하고 지역사회의 통합적 노력을 촉진하는 미국의 정신보건 서비스 시스템을 강조한다. 특히, 지역적 책임성을 강조하면서 목표달성을 위해 공공과 민간, 정부의 다양한 수준과 분야의 주체가 협력적으로 대응할 것을 촉구하고 있다. 구체적으로는 소비자중심의 회복지향적인 정신보건체계의 변화를 위한 6개의 목표와 목표를 달성하기 위한 방향, 위원회의 권고사항 등이 제시되어 있다.

- 국민들은 정신보건의 전체 건강에 있어서 필수요소라는 것을 이해한다.
- 정신보건은 소비자와 가족 중심이다.

- 정신보건 서비스 간의 불균형이 사라진다.
- 정신보건의 조기검진과 사정, 의뢰 서비스가 보편화된다.
- 양질의 정신건강보호가 이루어지며 관련 연구가 활성화된다.
- 정신건강보호 및 정보의 접근에 선진기술을 활용한다.

2-3. 보고서의 주요성과

- ◆ 보고서 발표 이듬해인 2004년에는 연방보건복지부(US Department of Health and Human Services; DHHS) 산하에 정신보건서비스센터(US Center for Mental Health Services; CMHS)를 설치하여 보고서의 6대 목표를 달성하기 위한 업무에 착수하였으며, 보건복지부의 정신보건서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)와 정신보건서비스센터에서는 매년 연차별 실행계획을 세우고 이에 따른 지역사회 정신보건 보조금 안내지침을 발간하고 있다.
- ◆ 부시 보고서는 소비자의 권리와 서비스의 통합성·접근성·책임성을 함께 고려한 정신보건 서비스 체계를 구축하는 데 있어 중요한 계기가 되었으며, 이에 현재 미국은 정신건강서비스 제공 시 직업 및 주거, 사례관리, 재활, 의료 서비스 등이 잘 융합되도록 지역사회 기반의 포괄적인 정신보건 서비스 체계를 운영해 나가고 있다. 또한 최근에는 소비자 중심의 옹호활동이 늘어나면서 정신보건 서비스 운영에 정신장애인과 가족의 영향력을 확대하고 있는 추세이다.

제 3 부

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 기본원칙

원칙 1 적정절차 보장 및 자기결정권 존중

- ◆ 자기결정권과 자율성의 보장은 국제인권협약과 선언에서 보장하고 있는 기본적인 권리의 하나로서 이는 정신의료를 받는 사람과 정신보건시설에 수용된 사람에게도 해당되는 권리이다. 정신장애인의 치료와 보호에 대한 결정은 최대한 존중되어야 하며, 정신보건전문가와 보호의무자, 후견인 등은 이를 위한 환경을 제공하여야 한다.
- ◆ 환자가 정신보건시설에서 입원치료를 받아야 할 정도의 질환을 가진 경우 정신과 전문의와 보호자는 환자가 자발적으로 입원을 결정할 수 있도록 모든 노력을 기울여야 하며³⁴⁾, 만일 가능한 모든 수단을 동원했음에도 환자가 입원을 거부하는 경우 명확한 근거와 절차를 통해 비자발적 입원을 결정하여야 한다.³⁵⁾ 이때, 자유를 제한하지 않는 치료방법이 있다면 그 방법이 우선시되어야 하며, 예외적인 경우에만 강제로 환자를 입원시킬 것을 고려하여야 한다. 정신장애인은 자의적인 결정인지 비자의적인 결정인지와 상관없이 정신보건전문가가 제안한 치료의 목적과 방법, 예상되는 기간 및 이익 등에 대한 설명을 듣고 동의여부를 결정할 권리를 가지며, 이러한 사항은 환자의 의료기록에 즉시 기록되어야 한다.³⁶⁾

원칙 2 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한

- ◆ 정신보건시설에 입원(소)한 환자들은 다른 사람들과 같은 수준의 인간다운 삶을 누릴 권리가 있으며, 특히 법 앞에서 동등한 인간으로 대우받을 권리, 사생활을 보호받을 권리, 시설 안의 다른 사람들과 의사소통할 자유, 종교 및 사상의 자유는 반드시 보장되어야 한다.³⁷⁾ 정신보건시설에 입원한 환자는 자신의 정보에 대해 비밀을 보장받을 권리가 있으며, 비밀유지가 환자 및 제3자에게 심각한 신

34) MI 원칙 15

35) MI 원칙 16

36) MI 원칙 11

37) MI 원칙 1, MI 원칙 13

체적·정신적 위해를 초래할 경우에만 극히 제한될 수 있다.³⁸⁾ 정신보건시설에서의 어떠한 학대 및 착취도 허용되어서는 안 되며,³⁹⁾ 정신장애인은 강압적인 노동착취를 강요당해서도 안 된다.⁴⁰⁾

- ◆ 환자에 대한 강박 및 격리는 환자 혹은 타인의 현저한 피해를 막기 위한 목적 하에서만 유일하게 채택될 수 있다. 의료진은 환자를 격리 혹은 강박할 경우 정기적으로 관찰하고 검사를 실시하여야 하며, 이와 관련한 사항은 진료기록부에 반드시 기록되어야 한다.⁴¹⁾

원칙 3 정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장

- ◆ 우리사회는 정신장애인이 필요로 하는 서비스를 제공해야 할 의무가 있다. 정신장애인에 대한 치료와 보호는 숙련된 전문가에 의해 이루어져야 하며,⁴²⁾ 모든 치료는 환자의 문화적 배경과 개인적 사정을 반영하여야 한다.⁴³⁾ 정신보건시설에 입원(소)한 환자에 대한 최적의 치료는 충분한 수의 자질을 갖춘 의료인력, 환자의 사생활을 보호할 수 있는 적합한 공간과 적절한 치료 프로그램, 환자를 위한 임상학적 그리고 치료학적 시설 등을 충족하였을 때 가능하며,⁴⁴⁾ 정신보건시설은 환자의 삶의 환경 및 조건이 비슷한 연령의 평범한 삶과 최대한 유사하도록 설계되어야 한다.⁴⁵⁾
- ◆ 정신보건시설은 공인된 감독기관으로부터 적절하고 충분한 감독을 받아야 하며,⁴⁶⁾ 국내법이 허용한 시설 외의 장소에 정신장애인을 수용하여서는 안 된다.

38) MI 원칙 6, 마드리드 선언 6

39) MI 원칙 8

40) MI 원칙 13

41) MI 원칙 11

42) MI 원칙 9

43) MI 원칙 7

44) MI 원칙 14

45) MI 원칙 13

46) MI 원칙 14

원칙 4 지역사회 중심의 치료환경 조성

- ◆ 모든 정신장애인은 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받을 권리가 있으며, 정신보건시설에서의 입원치료가 종료된 환자는 즉시 지역사회에 복귀하여야 한다.⁴⁷⁾ 지역사회에 거주하는 정신장애인은 가능한 범위 내에서 주거와 노동의 권리를 가지며,⁴⁸⁾ 국가는 이를 위해 노력할 의무가 있다.
- ◆ 국가는 정신의료기관 등으로의 강제입원 및 장기입원을 막기 위하여 지역사회 시설을 확대하여야 하며, 사후관리와 재활 서비스가 정신건강 관리 및 치료의 필수적인 부분임을 인식하고 법에 이와 관련된 조항을 명시하여야 한다. 정신보건예산은 안정적으로 확보되어야 하며, 지역사회 정신건강관리 및 예방·증진 프로그램을 충분히 고려하여 분배되어야 한다.⁴⁹⁾

원칙 5 정신장애인에 대한 차별 금지 및 동등한 권리 보장

- ◆ ‘평등(Equality)’은 기본적 인권의 출발점으로 당사자가 가지고 있는 장애 여부 및 특성과 상관없이 모든 사람에게 동일하게 적용되어야 한다. 「장애인의 기회의 평등에 관한 UN 표준규칙(UN Standard Rule on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)」은 장애인이 동등한 기회를 갖고 모든 사회활동에 참여하게 하는 것이 장애인들로 하여금 장애를 넘어 사회에 완전히 통합되도록 하는 핵심적인 목표라 명시하고 있으며, 차별과 편견의 해소는 모든 국제인권협약들이 천명하고 있는 기본적인 권리 중 하나이다.
- ◆ ‘차별’은 동일한 권리의 즐거움을 무력화시키거나 약화시키는 어떠한 구별, 배제 혹은 선호를 의미하며, 정신 장애인의 권리를 보호하고 발전을 도모할 수 있는 특별한 수단은 불평등하다고 판단될 수 없다.⁵⁰⁾ 국가는 정신장애를 이유

47) MI 원칙 7

48) MI 원칙 3

49) WHO(a)(2005), 앞의 책.

50) MI 원칙 1

로 한 차별이 존재하지 않도록 관련법을 정비해야 함은 물론, 차별해소를 위한 캠페인 등 다양한 영역과 수준에서 차별·편견 해소를 위한 노력을 경주하여야 한다.

제 4 부

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 주요과제

I 입 · 퇴원 과정에서의 적정절차 마련

1. 의의

- ◆ 모든 국민은 「헌법」 제12조에서 명시하고 있는 신체의 자유에 대한 기본권을 가지고 있다. 이러한 기본권을 제한하기 위해서는 적법절차⁵¹⁾와 비례의 원칙⁵²⁾이 반드시 준수되어야 할 것이다. 이는 정신장애인이 자신의 의사에 반하여 정신의료기관에 입원되는 경우에도 동일하게 적용되어야 한다.
- ◆ 정신장애의 경우 병의 특성상 판단력의 장애나 병의 존재 자체를 부정하는 경우가 있을 수 있으므로 입원이 자신의 이익에 도움이 됨에도 불구하고 이를 거부하는 경우가 있을 수 있다. 이러한 사실에 기초하여 의사들은 환자 자신의 의사에 반하는 결정을 할 수 있고 사회는 이러한 전문가들의 결정을 관례적으로 인정하여 왔다.⁵³⁾
- ◆ 물론 정신의학의 영역에서 입원이 경우에 따라 필요한 조치라는 것을 부정할 수는 없으나 이러한 의료부권주의에 기초한 결정은 남용될 우려가 있으며, 정신의료기관의 속성상 현행 법제도가 과연 적법 절차와 비례의 원칙을 준수하고 있는지, 국민의 기본권 보장에 우선을 두고 있는지 의문이 있다.
- ◆ 따라서 정신질환자의 입 · 퇴원 과정에서 국제인권규약과 원칙 그리고 인권친화적 제도를 가지고 있는 다른 나라의 사례와 비교 · 연구하여 정신장애인의 인권을 보장하고 증진할 수 있도록 「헌법」의 정신과 원칙에 따라 정책과 현행 법제도를 개정해야 할 필요가 있다.

51) 「헌법」 제12조 ①모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포 · 구속 · 압수 · 수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌 · 보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다.

52) 「헌법」 제37조 ②국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장 · 질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.

53) 김병후(1995), “각국 「정신보건법」에 있는 정신질환자 강제입원”, 『정신건강연구』 제14집, p.41.

2. 현황 및 문제점

2-1. 입원유형 및 현황

가. 정신보건시설 입원 현황

- ◆ 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면 2008년을 기준으로 정신보건시설 병상 수는 총 83,937개이며, 그 중 68,110개의 병상이 실제 사용되고 있는 것으로 나타났다. 정신의료기관의 병상 수는 69,702개로 전체 병상의 83%에 해당되며, 정신요양시설은 14,235개로 17.0%를 차지하였다.

정신보건시설 병상 수 및 입원환자 수

(단위: 개소, 병상, %)

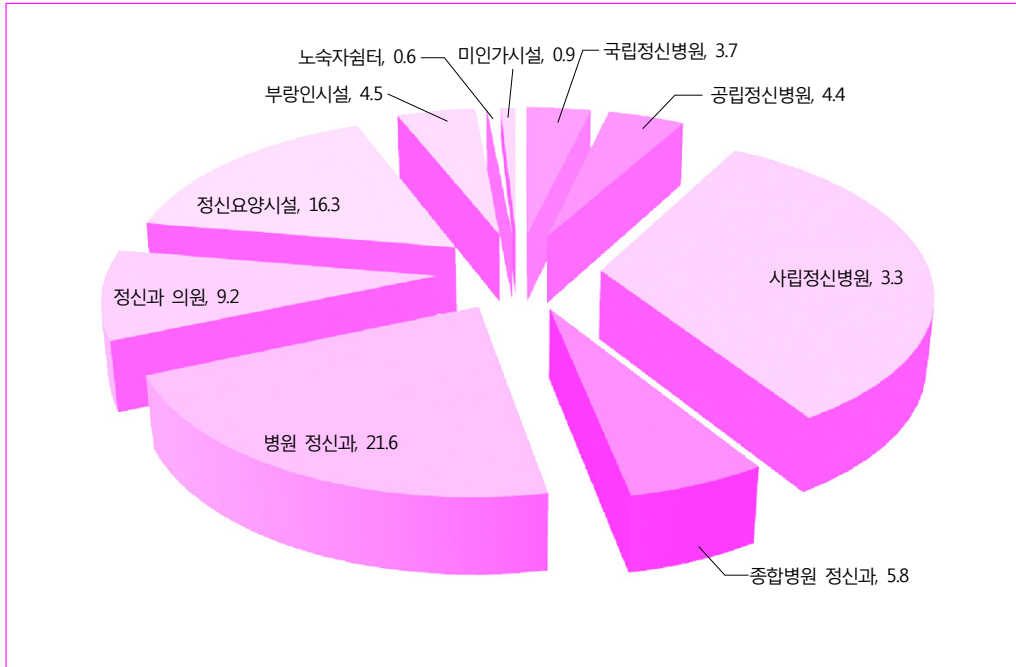
구 분		기관수	병상수	입원 환자수	정신의료기관 병상 구성비	전체 병상구성비	
2008년 합계		1,656	83,937	68,110		100.0	
정신 의료 기관	소 계	1,200	69,702	56,260	100.0	83.0	
	정신 병원	국 립	6	3,831	2,695	5.5	4.6
		공 립	12	4,212	3,165	6.0	5.0
		사 립	93	28,384	23,905	40.7	33.8
		소 계	111	36,427	29,765	52.2	43.4
	병· 의원	종합병원 정신과	158	6,319	4,175	9.1	7.5
		병원정신과	118	19,348	15,643	27.8	23.1
		정신과의원	813	7,608	6,677	10.9	9.1
		소 계	1,089	33,275	26,495	47.8	39.6
	정신요양시설		58	14,235	11,850	-	17.0
사회복귀시설		211	-	-	-	-	
표준형 정신보건센터		153	-	-	-	-	
알코올상담센터		34	-	-	-	-	

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.91.

주: 2007년부터 사회복귀시설은 정신병상 수 추계에서 제외함.

Ⅰ 정신보건시설 입원(입소)한 정신질환자수 구성비 Ⅰ

(단위: %)



출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.91.

- ◆ 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(소)한 환자의 진단명을 조사해 본 결과, 정신분열증이 38,947명으로 57.2%, 알코올중독이 14,473명으로 21.2%, 지적장애가 2,903명으로 4.3%, 조울증이 2,896명으로 4.3%를 차지하여, 정신보건시설 입원환자 중 정신분열증 환자가 압도적인 비율을 차지하였음을 알 수 있다.

입원(입소)환자의 진단별 분포

(단위: 명, %)

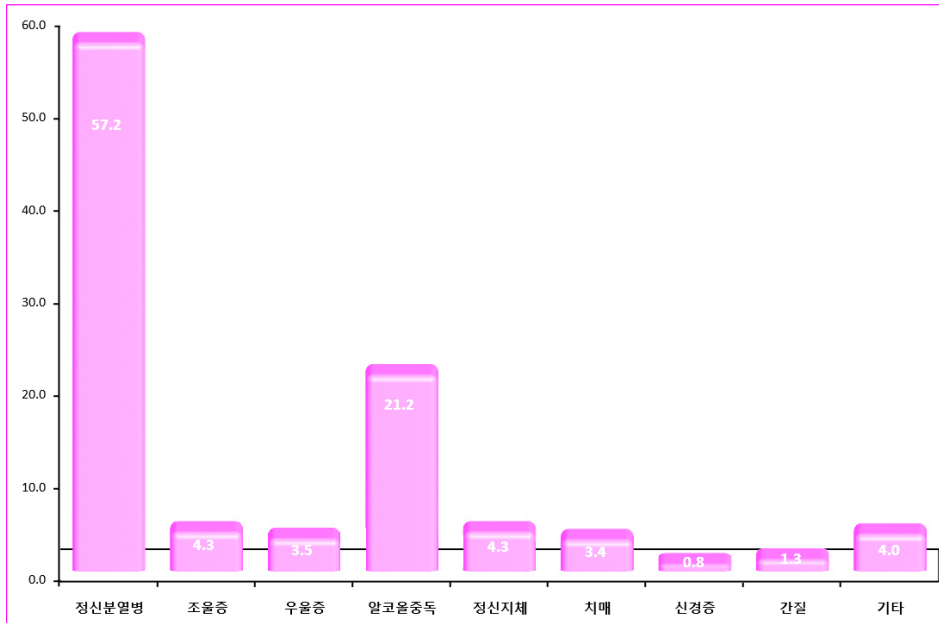
	전체	정신 분열증	조울증	우울증	알코올 중독	지적 장애	치매	신경증	간질	기타
2000 총계	50,990 (100.0)	32,740 (64.2)	1,929 (3.8)	1,575 (3.1)	6,803 (13.3)	1,960 (3.8)	1,824 (3.6)	497 (1.0)	837 (1.6)	2,825 (5.5)
2001 총계	53,714 (100.0)	34,523 (64.3)	2,013 (3.7)	1,562 (2.9)	7,589 (14.1)	2,090 (3.9)	1,806 (3.4)	754 (1.4)	783 (1.5)	2,594 (4.8)
2002 총계	54,604 (100.0)	34,027 (62.3)	2,006 (3.7)	1,512 (2.8)	8,615 (15.8)	2,243 (4.1)	2,297 (4.2)	714 (1.3)	750 (1.4)	2,440 (4.5)
2003 총계	57,426 (100.0)	35,025 (61.0)	2,211 (3.9)	1,670 (2.9)	9,770 (17.0)	2,378 (4.1)	2,137 (3.7)	742 (1.3)	506 (0.9)	2,987 (5.2)
2004 총계	59,205 (100.0)	36,138 (61.0)	2,352 (4.0)	1,796 (3.0)	10,226 (17.3)	2,484 (4.2)	2,105 (3.6)	559 (0.9)	520 (0.9)	3,025 (5.1)
2005 총계	62,082 (100.0)	37,174 (59.9)	2,489 (4.0)	2,139 (3.4)	11,179 (18.0)	2,582 (4.2)	2,113 (3.4)	569 (0.9)	602 (1.0)	3,270 (5.3)
2006 총계	65,498 (100.0)	38,153 (58.3)	2,572 (3.9)	2,061 (3.1)	12,631 (19.3)	2,853 (4.4)	2,505 (3.8)	697 (1.1)	541 (0.8)	3,485 (5.3)
2007 총계	66,412 (100.0)	37,860 (57.0)	2,842 (4.3)	2,064 (3.1)	13,993 (21.1)	3,014 (4.5)	2,355 (3.5)	632 (1.0)	462 (0.7)	3,190 (4.8)
2008 총계	68,110 (100.0)	38,947 (57.2)	2,896 (4.3)	2,407 (3.5)	14,473 (21.2)	2,903 (4.3)	2,328 (3.4)	533 (0.8)	882 (1.3)	2,741 (4.0)
국립 정신병원	2,695 (100.0)	1,592 (59.1)	192 (7.1)	55 (2.0)	303 (11.2)	93 (3.5)	62 (2.3)	7 (0.3)	17 (0.6)	374 (13.9)
공립 정신병원	3,165 (100.0)	2,073 (65.5)	123 (3.9)	176 (5.6)	366 (11.6)	131 (4.1)	131 (4.1)	10 (0.3)	36 (1.1)	119 (3.8)
사립 정신병원	23,905 (100.0)	14,028 (58.7)	927 (3.9)	488 (2.0)	5,952 (24.9)	974 (4.1)	507 (2.1)	124 (0.5)	126 (0.5)	779 (3.3)
종합병원 정신과	4,175 (100.0)	1,972 (47.2)	390 (9.3)	467 (11.2)	515 (12.3)	129 (3.1)	131 (3.1)	169 (4.0)	18 (0.4)	384 (9.2)
병원 정신과	15,643 (100.0)	6,501 (41.6)	635 (4.1)	588 (3.8)	4,880 (31.2)	851 (5.4)	1,170 (7.5)	99 (0.6)	47 (0.3)	872 (5.6)
정신과 의원	6,677 (100.0)	2,693 (40.3)	464 (6.9)	431 (6.5)	2,274 (34.1)	159 (2.4)	301 (4.5)	101 (1.5)	41 (0.6)	213 (3.2)
정신요양 시설	11,850 (100.0)	10,088 (85.1)	165 (1.4)	202 (1.7)	183 (1.5)	566 (4.8)	26 (0.2)	23 (0.2)	597 (5.0)	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.98.

주: 부랑인 및 미인가시설, 노숙자쉼터는 총계에서 제외

Ⅰ 입원(입소) 환자 진단별 분포 Ⅰ

(단위: %)



출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.99.

- ◆ 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(소)한 환자의 의료보장 형태에 대해 분석한 결과, 의료급여1종 환자가 62.1%에 해당하는 42,327명, 건강보험환자가 27.3%에 해당하는 18,603명, 의료급여2종 환자가 7.3%에 해당하는 4,965명으로 나타났다. 기관별로는 정신의료기관의 10명 중 6.6명, 정신요양시설의 10명 중 8.3명이 의료급여환자로 나타나 정신보건시설 입원 환자 중 의료급여 환자의 비율이 현저하게 높음을 알 수 있다.

정신보건시설 입원환자의 의료보장 형태

(단위: 명, %)

		전체	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	기타	
2000 총계		50,990(100.0)	14,234(27.9)		34,545(67.7)	2,211(4.3)	
2001 총계		53,714(100.0)	16,057(29.9)	31,433(58.5)	3,656(6.8)	2,565(5.8)	
2002 총계		61,066(100.0)	15,658(25.6)	39,781(65.1)	2,750(4.5)	2,877(4.7)	
2003 총계		64,083(100.0)	16,391(25.8)	41,507(64.4)	3,349(5.3)	2,836(4.5)	
2004 총계		65,339(100.0)	16,324(25.0)	43,311(66.3)	3,092(4.7)	2,612(4.0)	
2005 총계		67,895(100.0)	15,744(23.2)	45,508(67.0)	3,970(5.9)	2,673(3.9)	
2006 총계		70,967(100.0)	16,980(23.9)	47,262(66.6)	4,685(6.6)	2,040(2.9)	
2007 총계		70,516(100.0)	17,814(25.3)	45,797(64.9)	4,573(6.5)	2,332(3.3)	
2008 총계	전체	72,214(100.0)	18,603(25.8)	46,431(64.3)	4,965(6.9)	2,215(3.1)	
	정신의료기관 + 정신요양시설	68,110(100.0)	18,603(27.3)	42,327(62.1)	4,965(7.3)	2,215(3.3)	
소 계		56,260(100.0)	16,676(29.6)	32,514(57.8)	4,863(8.6)	2,207(3.9)	
정신 의료 기관	정신 병원	국립	2,695(100.0)	796(29.5)	887(32.9)	246(9.1)	766(28.4)
		공립	3,165(100.0)	570(18.0)	2246(71.0)	293(9.3)	56(1.8)
		사립	23,905(100.0)	5661(23.7)	15439(64.6)	2096(8.8)	709(3.0)
	병· 의원	종합 병원정신과	4,175(100.0)	1941(46.5)	1787(42.8)	256(6.1)	191(4.6)
		병원 정신과	15,643(100.0)	4586(29.3)	9256(59.2)	1366(8.7)	435(2.8)
		정신과 의원	6,677(100.0)	3122(46.8)	2899(43.4)	606(9.1)	50(0.7)
		소계	26,495(100.0)	9,649(36.4)	13,942(52.6)	2,228(8.4)	676(2.6)
	정신요양시설		11,850(100.0)	1,927(16.3)	9,813(82.8)	102(0.9)	8(0.1)

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.109.

- ◆ 정신보건시설에 입원한 환자의 평균연령은 47.76세로 나타났다. 연령별 분포를 살펴보면, 40대가 31.4%로 가장 많았고, 다음으로는 50대가 26.4%, 30대가 16.0%로 많았다. 정신보건시설에 입원한 환자의 50%이상이 40~50대에 치중해 있고, 60세 이상인 환자도 20%가량 된다는 사실로 미루어 정신보건시설 입원환자의 연령이 매우 고령화되어 있음을 알 수 있다.

입원(입소)환자의 연령별 분포

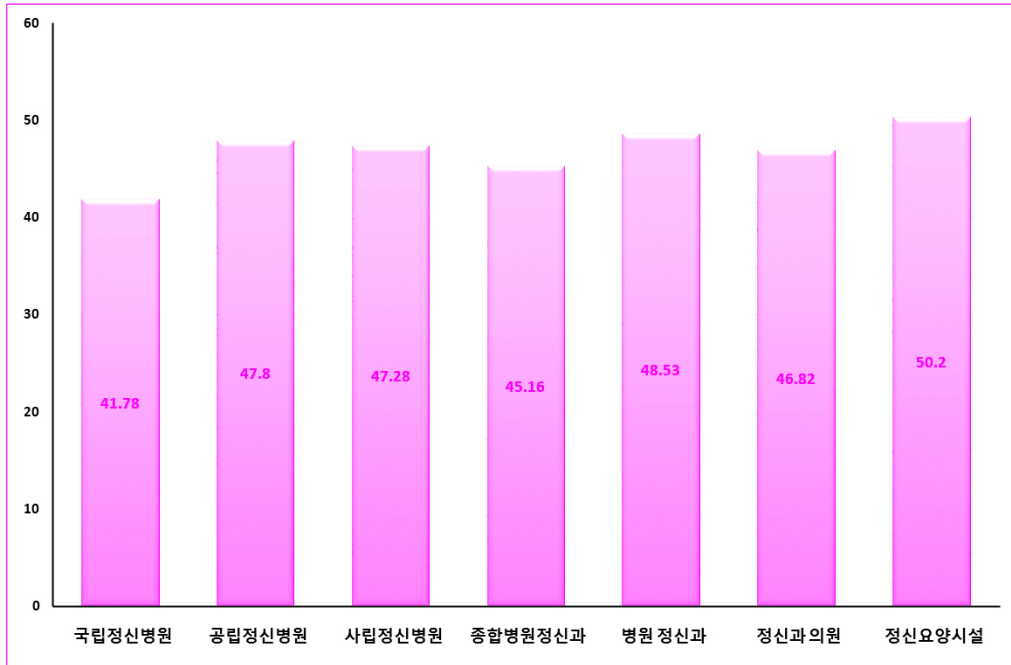
(단위: 명, %)

	전체	중간 연령	10세 미만	10~ 19세	20~ 29세	30~ 39세	40~ 49세	50~ 59세	60~ 64세	65세 이상	미상
2000 총계	50,990 (100.0)	42.04세	81 (0.2)	785 (1.5)	5,516 (10.8)	14,470 (28.4)	15,246 (29.9)	8,630 (16.9)	3,161 (6.2)	3,101 (6.1)	-
2001 총계	53,714 (100.0)	42.89세	105 (0.2)	671 (1.3)	5,226 (9.7)	14,505 (27.0)	16,875 (31.5)	9,359 (17.4)	3,282 (6.1)	3,691 (6.9)	-
2002 총계	54,604 (100.0)	43.65세	124 (0.2)	614 (1.1)	4,748 (8.7)	13,783 (25.2)	17,359 (31.8)	9,664 (17.7)	3,955 (7.2)	4,100 (7.6)	-
2003 총계	57,426 (100.0)	44.06세	237 (0.4)	619 (1.1)	4,251 (7.4)	13,887 (24.2)	19,158 (33.4)	10,871 (18.9)	4,153 (7.2)	4,245 (7.4)	-
2004 총계	59,205 (100.0)	44.52세	422 (0.7)	641 (1.1)	4,166 (7.0)	13,411 (22.7)	19,835 (33.5)	12,161 (50.5)	4,342 (7.3)	4,227 (7.1)	-
2005 총계	62,117 (100.0)	44.90세	70 (0.1)	640 (1.0)	4,173 (6.7)	13,186 (22.2)	21,069 (33.9)	13,320 (21.4)	4,771 (7.7)	4,888 (7.9)	-
2006 총계	65,498 (100.0)	45.91세	78 (0.1)	738 (1.1)	4,168 (6.4)	13,060 (19.9)	21,418 (32.7)	15,033 (23.0)	5,236 (8.0)	5,767 (8.8)	-
2007 총계	66,412 (100.0)	46.27세	19 (0.0)	689 (1.2)	3,801 (6.5)	11,850 (18.8)	21,604 (32.3)	16,458 (23.4)	5,272 (7.5)	6,609 (9.9)	120 (0.2)
2008 총계	68,110 (100.0)	47.76세	10 (0.0)	762 (1.1)	3,708 (5.4)	10,919 (16.0)	21,391 (31.4)	17,978 (26.4)	5,521 (8.1)	7,338 (10.8)	483 (0.7)
국립 정신병원	2,695 (100.0)	41.78세	- -	66 (2.4)	280 (10.4)	747 (27.7)	922 (34.2)	440 (16.3)	95 (3.5)	145 (5.4)	- -
공립 정신병원	3,165 (100.0)	47.80세	- -	26 (0.8)	141 (4.5)	459 (14.5)	1,086 (34.3)	839 (26.5)	255 (8.1)	280 (8.8)	79 (2.5)
사립 정신병원	23,905 (100.0)	47.28세	2 (0.0)	156 (0.7)	1,250 (5.2)	3,984 (16.7)	7,924 (33.1)	6,519 (27.3)	1,823 (7.6)	2,044 (8.6)	203 (0.8)
종합병원 정신과	4,175 (100.0)	45.16세	3 (0.1)	195 (4.7)	472 (11.3)	750 (18.0)	1,076 (25.8)	861 (20.6)	334 (8.0)	463 (11.1)	21 (0.5)
병원 정신과	15,643 (100.0)	48.53세	5 (0.0)	159 (1.0)	801 (5.1)	2,404 (15.4)	4,672 (29.9)	3,872 (24.8)	1,214 (7.8)	2,366 (15.1)	150 (1.0)
정신과 의원	6,677 (100.0)	46.82세	- -	151 (2.3)	506 (7.6)	1,196 (17.9)	1,899 (28.4)	1,539 (23.0)	526 (7.9)	855 (12.8)	5 (0.1)
정신요양 시설	11,850 (100.0)	50.20세	- -	9 (0.1)	258 (2.2)	1,379 (11.6)	3,812 (32.2)	3,908 (33.0)	1,274 (10.8)	1,185 (10.0)	25 (0.2)

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.93.

정신보건시설별 입원(입소)환자의 기관별 평균 중간연령

(단위: 세)



출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.94.

나. 입원유형: 높은 비자의 입원을

- ◆ 정신질환자가 정신의료기관 등에 입원하기 위해서는 「정신보건법」 제23조(자의 입원)에 따라 자의입원하거나 동법 제24조(보호의무자에 의한 입원), 제25조(시장·군수·구청장에 의한 입원), 제26조(응급입원)에 의해 비자의적으로 입원하는 방법이 있다.
- ◆ 비자의 입원의 유형 중 제24조 보호의무자에 의한 입원의 경우 본인이 원하지 않더라도 보호의무자 2인의 동의와 정신과 전문의의 입원권고서에 따라 6개월간 입원이 가능하며, 제25조 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우 정신과 전문의가 자·타해의 위험이 있어 정확한 진단을 위해 입원이 필요하다고 인정할 때 시장·군수·구청장에 의해 2주간 입원이 가능하다. 또한 제26조 응급입원의 경우 자타해의 급박한 위험으로 인하여 제23조 내지 제25조에 의한 입원

이 불가능한 경우 의사와 경찰관의 동의 하에 정신의료기관으로 응급 이송되어 72시간의 범위 내에서 입원이 가능하다.

「정신보건법」상 자의입원

제2조 (기본이념)

- ⑤ 입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다.

제23조 (자의입원)

- ① 정신질환자는 입원 또는 입소신청서를 제출하고 정신의료기관 또는 정신요양시설(이하 “정신의료기관등”이라 한다)에 자의로 입원 등을 할 수 있다.
- ② 정신의료기관의 장(병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과의 경우에는 그 의료기관의 장을 말한다. 이하 같다) 또는 정신요양시설의 장(이하 “정신의료기관등의 장”이라 한다)은 제1항에 따라 입원등을 한 환자로부터 퇴원등의 신청이 있는 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다.
- ③ 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자에 대하여 1년에 1회 이상 퇴원 등을 할 의사가 있는지 여부를 파악하여 이를 진료기록부에 기재한 후 환자 본인의 확인을 받아야 한다.

「정신보건법」상 비자의 입원

제24조 (보호의무자에 의한 입원)

- ① 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인의 동의로 한다)가 있고 정신과전문의가 입원등이 필요하다고 판단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있으며, 입원등을 할 때 당해 보호의무자로부터 보건복지가족부령으로 정하는 입원등의 동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.
- ② 정신과전문의는 정신질환자가 입원등이 필요하다고 진단한 때에는 제1항에 따른 입원등의 동의서에 당해 정신질환자가 다음 각 호의 어느 하나에 정한 경우에 해당된다고 판단한다는 의견을 기재한 입원등의 권고서를 첨부하여야 한다.
 1. 환자가 정신의료기관등에서 입원등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우
 2. 환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원등을 할 필요가 있는 경우
- ③ 제1항의 입원등의 기간은 6개월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관등의 장은 6개월이 지난 후에도 계속하여 입원등의 치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항에 따른 입원등의 동의서를 제출한 때에는 6개월마다 시장·군수·구청장에게 입원등의 치료에 대한 심사를 청구하여야 한다.

제25조 (시장, 군수, 구청장에 의한 입원)

- ① 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자를 발견한 정신과전문의 또는 정신보건전문요원은 시장·군수·구청장에게 당해인의 진단 및 보호를 신청할 수 있다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 신청을 받은 시장·군수·구청장은 즉시 정신과전문의에게 당해 정신질환자로 의심되는 자에 대한 진단을 의뢰하여야 한다.
- ③ 정신과전문의가 제2항의 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정한 때는 시장·군수·구청장은 당해인을 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.

제26조(응급입원)

- ① 정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견한 자는 그 상황이 매우 급박하여 제23조 내지 제25조의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 입원을 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관 또는 소방기본법 제35조의 규정에 따른 구급대의 대원은 정신의료기관까지 당해인을 호송한다.
- ③ 정신의료기관의 장은 제1항의 규정에 의하여 입원의뢰된 자에 대하여 72시간의 범위 내에서 응급입원을 시킬 수 있다.

- ◆ 2008년 현재 정신보건기관에 입원한 총 환자 수는 68,110명이며, 그 중 ‘자의입원’ 환자는 9,387명으로 13.8%에 불과하다. 반면, ‘보호의무자에 의한 입원’은 85.0%, ‘기타 입원’은 1.2%에 달하고 있으며, 그 중 ‘보호의무자가 가족’인 환자는 50,425명인 74.0%, ‘보호의무자가 시장·군수·구청장’인 환자는 7,476명인 11.0%를 각각 차지하여 우리나라의 경우, ‘가족이 보호의무자’가 되어 정신보건 시설에 입원하는 환자가 압도적으로 많음을 알 수 있다.

입원유형별 현황

(단위: 명, %)

	총 입원환자 수	자의입원	비자의 입원			
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수· 구청장	기타 입소 ¹⁾	
2000 총계	59,032(100.0)	3,393(5.8)	36,945(62.6)	18,694(31.7)	-	
2001 총계	60,079(100.0)	4,041(6.7)	39,167(65.2)	16,868(28.1)	-	
2002 총계	61,066(100.0)	3,946(6.5)	40,263(65.9)	16,857(27.6)	-	
2003 총계	64,083(100.0)	4,182(6.6)	41,853(65.9)	17,293(26.3)	755(1.2)	
2004 총계	65,349(100.0)	5,024(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)	
2005 총계	67,895(100.0)	6,036(8.9)	45,958(67.7)	15,316(22.6)	585(0.9)	
2006 총계	70,967(100.0)	6,534(9.2)	49,935(70.4)	13,917(19.6)	579(0.8)	
2007 총계	70,516(100.0)	6,841(9.7)	51,028(72.4)	11,961(17.0)	686(0.9)	
2008 총계	전체 ²⁾	72,214(100.0)	9,387(13.0)	50,425(69.8)	11,580(16.0)	822(1.1)
	정신의료기관 + 정신요양시설	68,110(100.0)	9,387(13.8)	50,425(74.0)	7,476(11.0)	822(1.2)
정신의료기관 소계		56,260(100.0)	8,894(15.8)	42,615(75.7)	3,929(7.0)	822(1.5)
국립정신병원		2,695(100.0)	723(26.8)	1,236(45.9)	1(0.0)	735(27.3)
공립정신병원		3,165(100.0)	409(12.9)	2,352(74.3)	402(12.7)	2(0.1)
사립정신병원		23,905(100.0)	2,571(10.8)	19,305(80.8)	1,997(8.4)	32(0.1)
종합병원 정신과		4,175(100.0)	964(23.1)	3,056(73.2)	119(2.9)	36(0.9)
병원 정신과		15,643(100.0)	2,995(19.1)	11,354(72.6)	1,284(8.2)	10(0.1)
정신과의원		6,677(100.0)	1,232(18.5)	5,312(79.6)	126(1.9)	7(0.1)
정신요양시설		11,850(100.0)	493(4.2)	7,810(65.9)	3,547(29.9)	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.100.

주: 1) 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자, 응급입원자 등

2) 정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설

◆ 2008년 국가인권위원회 실태조사 결과에 따르면, 입원 시 환자의 동의여부와 실제 입원유형에는 많은 차이가 있음을 알 수 있다. 가장 두드러지는 점은 ‘환자의 의견이 반영된 경우’에도 ‘보호의무자에 의한 입원’으로 처리되는 경우가 많다는 점이다. 조사대상자 1,984명 중 ‘나의 의견이 반영되어 입원하였다’라고 응답한 환자는 782명이었으나, 그 중 실제 ‘자의입원’ 처리된 경우는 34.7%에 불과했고, 62.4%는 ‘보호의무자에 의한 입원’으로 처리되고 있었다. 이는 아마도 “자의입원한 환자의 퇴원신청 시 정신의료기관등의 장은 환자를 지체 없이 퇴원시켜야 한다.”는 「정신보건법」 제23조(자의입원) 규정에 따라 입소자가 스스로 자신의 퇴원을 자유롭게 결정하지 못하도록 함으로써 입소시설이 입소자를 다루는 데 있어서 편의를 취하기 위한 목적에서 비롯된 것으로 추정된다. 이처럼 스스로 입원에 동의하고 있는 환자를 ‘자의입원’이 아닌 ‘보호의무자에 의한 입원’으로 입원유형을 유도하는 것은 명백히 ‘치료에 대한 자기결정권’을 침해한 것으로 판단할 수 있다.⁵⁴⁾

■ 입원 시 동의여부에 따른 입원유형의 차이

(단위: 명, %)

입원 시 본인 동의여부	입원유형					계
	보호의무자에 의한 입원		시· 도지사 입원	자의 입원	무응답	
	가족	시·도지사				
나의 의견이 반영되어 입원	458(58.6)	30(3.8)	0	271(34.7)	23(2.9)	782(100.0)
가족의 의견에 따라 입원	612(90.0)	23(3.4)	0	25(3.7)	13(1.9)	673(100.0)
가족과 치료진이 속이고 강제 입원	377(81.3)	45(9.7)	0	37(8.0)	5(1.1)	464(100.0)
무응답	14(21.5)	11(16.9)	0	11(16.9)	29(44.6)	65(100.0)
계	1461(73.6)	109(5.5)	0	344(17.3)	70(3.5)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.17.

54) 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.17.

- ◆ 반면, 유럽국가의 경우 우리나라보다 몇 년 앞선 시기에 이미 3-30%정도의 비자의 입원율을 달성하고 있었다. 시기는 다소 다르나, 스웨덴의 경우 1998년을 기준으로 30.0%, 독일의 경우 2000년을 기준으로 17.7%, 덴마크와 포르투갈은 2000년을 기준으로 5% 이내만이 비자의로 입원하고 있는 실정이었으며, 이는 우리나라의 비자의 입원율이 선진국에 비해 지나치게 높다는 것을 보여준다.

■ 우리나라와 유럽의 비자의 입원률 현황

국가	연도	비자의 입원율(%)	국가	연도	비자의 입원율(%)
대한민국	2007	90.3 *			
스웨덴	1998	30.0	프랑스	1999	12.5
핀란드	2000	21.6	이탈리아	-	12.1
오스트리아	1999	18.0	아일랜드	1999	10.9
독일	2000	17.7	벨기에	1998	5.8
영국	1999	13.5	덴마크	2000	4.6
네덜란드	1999	13.2	포르투갈	2000	3.2

출처: HJ Salize, H Dressing(2004), *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*, *The British Journal of Psychiatry*, 184:164-168.

* 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.42.

- ◆ 이와 같이 우리나라의 비자의 입원율이 높은 데에는 정신의료기관 및 보호의무자의 이해 그리고 정신장애인에 대한 모니터링 시스템의 부재가 가장 큰 원인이거나 정신과 치료에 대한 우리사회의 뿌리 깊은 편견으로 인해 비의료적인 방법을 시도하다 최후의 수단으로 정신과 치료를 선택함으로써 질환이 만성화되어 비자의 입원을 할 수밖에 없는 사회적 환경에도 일부 원인이 있다 할 수 있다.

2-2. 퇴원 및 계속입원심사

가. 계속입원심사제도: 낮은 퇴원율

- ◆ 비자의 입원한 환자가 불필요하게 장기 입원되는 상황을 막기 위하여 「정신보건법」은 각 시·군·구에 정신보건심판위원회를 설치하여 정기적으로 입원적절성 여부를 심사하도록 하고 있으며, 일반적으로 심사간격은 제24조(보호의무자

에 의한 입원)일 경우 6개월이다. 정신보건심판위원회는 광역정신보건심의위원회 및 기초정신보건심의위원회 안에 설치하여야 하며, 위원은 정신보건심의위원회 위원 중에 위촉하여야 한다.

「정신보건법」상 계속입원심사 기간 관련 규정

제24조 (보호의무자에 의한 입원)

- ① 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인의 동의로 한다)가 있고 정신과전문의가 입원등이 필요하다고 판단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있으며, 입원등을 할 때 당해 보호의무자로부터 보건복지가족부령으로 정하는 입원등의 동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.
- ③ 제1항의 입원등의 기간은 6개월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관등의 장은 6개월이 지난 후에도 계속하여 입원등의 치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항에 따른 입원등의 동의서를 제출한 때에는 6개월마다 시장·군수·구청장에게 입원등의 치료에 대한 심사를 청구하여야 한다.

제36조 (시장·군수·구청장에 의한 입원조치의 해제)

- ① 시장·군수·구청장은 제25조의 규정에 의하여 입원한 자가 입원후 3월이 경과하면 당해 환자에 대한 입원조치를 해제하여야 하며, 이를 환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다. 이 경우 당해 정신의료기관의 장은 지체없이 당해 환자를 퇴원시켜야 한다.
- ② 제1항의 규정에 불구하고 시장·군수·구청장은 2인 이상의 정신과전문의에 의한 진단 또는 정신보건심판위원회의 심사결과 당해 정신질환자가 퇴원시 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 명백히 인정되는 진단 또는 심사결과가 있는 경우에는 당해인을 계속입원시킬 수 있으며, 그 기간은 계속입원일부터 3월 이내로 한다.

제31조(퇴원등의 심사)

- ① 기초정신보건심의위원회는 제30조⁵⁵⁾의 규정에 의한 회부를 받은 때에는 지체없이 이를 정신보건심판위원회에서 심사하여 그 결과를 시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다.

55) 「정신보건법」 제30조(기초정신보건심의위원회에의 회부)시장·군수·구청장은 제24조제3항 및 제29조제1항의 규정에 의한 청구를 받은 때에는 즉시 당해 청구내용을 기초정신보건심의위원회에 회부하여야 한다.

「정신보건법」상 정신보건심판위원회 설치 및 위원위촉 규정

제27조(정신보건심의위원회의 설치 및 종류)

- ① 정신보건에 관하여 보건복지가족부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장의 자문에 응하고 정신보건에 관한 중요한 사항의 심의와 심사를 하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 중앙정신보건심의위원회를, 시·도지사 소속으로 광역정신보건심의위원회를, 시장·군수·구청장 소속으로 기초정신보건심의위원회를 각각 둔다. 다만, 정신의료기관 및 정신요양시설이 없는 시·군·구에는 기초정신보건심의위원회를 두지 아니할 수 있다.
- ② 제31조, 제35조 및 제36조의 규정에 의한 심사를 하기 위하여 광역정신보건심의위원회 및 기초정신보건심의위원회안에 정신보건심판위원회를 각각 둔다. 이 경우 정신보건심판위원회는 그 심사량에 따라 복수로 설치할 수 있다.

제28조(정신보건심의위원회의 직무)

- ⑥ 정신보건심판위원회는 정신보건심의위원회 위원 중에서 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 임명한 5인 이상 10인 이내의 위원으로 구성하고 합의체로 안건을 심사하여야 한다. 이 경우 위원은 정신과전문의, 정신보건전문요원, 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 자 중에서 각각 1인 이상을 포함하여야 한다.

- ◆ 위 규정에 따라 매년 7만 5천여 건의 퇴원심사청구가 정신보건심판위원회에 의뢰되었다. 2008년 1월부터 6월까지 6개월 간 정신보건심판위원회에 의뢰된 퇴원심사청구 건수는 총 40,184건이었으며, 그 중 심판위원회의 퇴원명령을 받아 퇴원한 환자 수는 1,946명이었다. 이는 전체 퇴원심사청구 환자의 4.8%에 해당하는 인원으로서, 우리나라의 경우 정신보건심판위원회의 심사를 통해 퇴원하는 환자의 비율이 매우 낮은 편임을 알 수 있다.

정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자) 현황

	2004	2005	2006	2007	2008.6월
퇴원청구건수 (명)	75,780	75,078	78,614	75,945	40,184
퇴원환자 수 (명)	1,681	2,133	3,054	3,087	1,946
퇴원환자 비율 (%)	2.2	2.8	3.9	4.1	4.8
서울	2.3	7.4	8.0	7.4	6.7
부산	1.0	0.9	1.4	1.0	1.1
대구	1.1	2.6	2.8	4.5	4.2
인천	0	0	0.9	7.7	11.4
광주	0.2	0	0	0.6	0.8
대전	1.2	1.2	0.6	0.7	0.2
울산	0.9	0.8	0.7	1.1	1.0
경기	1.5	2.9	3.9	4.2	3.5
강원	14.5	13.0	13.2	12.5	12.5
충북	1.9	4.5	7.8	9.4	6.9
충남	0.4	0.7	0.8	1.1	0.4
전북	11.4	12.2	12.9	11.4	10.9
전남	1.8	2.8	4.8	5.1	5.0
경북	5.2	5.6	7.9	9.3	15.0
경남	0.6	0.7	0.7	0.7	1.4
제주	0.4	0.9	1.0	0.5	0.0

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.147.

- ◆ 심판위원회가 시·군·구 단위로 이양되기 전인 2006년, 각 시·도 심판위원을 대상으로 심판위원회 운영에 대한 문제영역을 질문한 결과, “청구건수가 과다하다”에 63%, “퇴원심사청구서류 작성의 객관성이 미흡하다”에 48%, “정족수 참여의 어려움 등 운영체계가 경직적이다”에 17%, “제3자에 의한 입원 등의 경우 퇴원명령을 내리기가 어렵다”에 67%의 심판위원들이 동의하고 있는 것으로 나타났다.

■ 심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율

문제 영역	문제에 대한 동의율(%)	대안	대안에 대한 동의율(%)
과다한 청구건수	63	심판위원회 상설	38
		의료기관의 자체적 활동 유도 ⁵⁶⁾	70
		사법체계	14
		소위원회 또는 복수 운영	29
퇴원청구서류 작성의 객관성 미흡(특히 의사의 경우)	48	평가서류 작성 시 다양한 직종이 참여	24
		일정 입원기간 후 일정기간 사회에서 생활해야 하는 기준 도입	15
심판위 운영체계의 경직성(정족수 참여 어려운 경우 존재)	17	운영체계 유연화	25
제 3자에 의한 입원 등의 경우 퇴원명령을 내리기 어려움	67	전문가의 판단에 의한 퇴원할 수 있도록 제도화	85

출처: 배정규 외(2006), “지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사”, 국가인권위원회; 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회 재인용, p.150.

- ◆ 이에 2008년부터는 시·도 단위 뿐 아니라 시·군·구 단위에도 정신보건심판위원회를 설치하도록 「정신보건법」을 개정하여 과중된 업무를 해소하려 시도하였으나, 아직까지도 퇴원명령률은 5% 이상을 넘지 못하고 있는 실정이다.

나. 퇴원 후 관리체계: 퇴원 후 즉시 재입원

- ◆ 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, 한 기관에서 퇴원한 후 보호의무자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원되는 비율이 25.2%로 나타나 정신보건시설에서 퇴원한 환자 4명 중 1명은 퇴원 이후 사회로 복귀할 기회도 얻지 못한 채 다시 재입원되고 있는 것으로 나타났다.

56) 병원에서 퇴원 가능한 환자를 자체적으로 퇴원시킴으로써 심판위원회에서 처리해야 할 건수를 줄여야 한다.

한 기관에서 퇴원 후 보호자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원한 경험 유무

(단위: 명, %)

시설유형	횡수용화 경험 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	25(22.7)	82(74.5)	3(2.7)	110(100.0)
공립정신병원	16(15.8)	72(71.3)	13(12.9)	101(100.0)
사립정신병원	161(24.8)	442(68.2)	45(6.9)	648(100.0)
종합병원정신과	45(26.8)	114(67.9)	9(5.4)	168(100.0)
병원정신과	126(25.0)	326(64.7)	52(10.3)	504(100.0)
정신과의원	63(25.3)	159(63.9)	27(10.8)	249(100.0)
정신요양시설	54(37.0)	72(49.3)	20(13.7)	146(100.0)
사회복귀시설	9(15.5)	27(46.6)	22(37.9)	58(100.0)
계	499(25.2)	1,294(65.2)	191(9.6)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.25.

- ◆ 퇴원 후 즉시 재입원한 이유에 대해 입소자들은 ‘자신의 증상 때문’이라고 생각하는 경우가 44.7%로 가장 많았다. 그러나 ‘지낼 곳이 마땅치 않아서’(12.4%)나 ‘보호자의 편의 때문’(23.2%)이라는 응답도 35.6%에 달해 정신보건시설에 횡수용화된 환자의 절반 정도는 임상적 상태와는 무관하게 사회적 지지체계의 부족이나 보호의무자의 이해관계에 따라 재입원하고 있음을 알 수 있다.

퇴원 후 얼마 안 있어 재입원한 이유

(단위: 명, %)

시설유형	횡수용화의 이유						계
	증상의 악화 및 재발	지낼 곳이 마땅치 않아	보호자의 편의	본인이 원해서	기타	무응답	
국립정신병원	10(40.0)	4(16.0)	8(32.0)	0	2(8.0)	1(4.0)	25(100.0)
공립정신병원	8(50.0)	1(6.3)	2(12.5)	1(6.3)	3(18.8)	1(6.3)	16(100.0)
사립정신병원	74(46.0)	27(16.8)	31(19.3)	4(2.5)	13(8.1)	12(7.5)	161(100.0)
종합병원정신과	29(64.4)	3(6.7)	3(6.7)	3(6.7)	3(6.7)	4(8.9)	45(100.0)
병원정신과	61(48.4)	10(7.9)	31(24.6)	4(3.2)	10(7.9)	10(7.9)	126(100.0)
정신과의원	21(33.3)	7(11.1)	27(42.9)	2(3.2)	4(6.3)	2(3.2)	63(100.0)
정신요양시설	14(25.9)	8(14.8)	14(25.9)	3(5.6)	8(14.8)	7(13.0)	54(100.0)
사회복귀시설	6(66.7)	2(22.2)	0	0	0	1(11.1)	9(100.0)
계	223(44.7)	62(12.4)	116(23.2)	17(3.4)	43(8.6)	38(7.6)	499(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.26.

◆ 한편, 서울시 정신보건심판위원회에서 퇴원명령을 받은 환자를 대상으로 재입원 상황을 조사한 결과, 정신보건심판위원회 퇴원명령 후 재입원한 환자의 비율이 50.9%로 나타나 퇴원명령을 받은 환자 2명 중 1명은 지역사회에서 치료받을 기회조차 얻지 못한 채 재입원하고 있음을 알 수 있었다. 특히, 재입원한 환자의 55.9%는 재입원 기간까지의 기간이 하루 밖에 되지 않았으며, 64.2%는 일주일 안에 재입원되고 있는 실정이었다. 보호의무자 여부와 재입원까지의 기간 간의 상관관계를 분석한 결과, 의료보장 형태가 불안정할수록(행려일수록) 재입원까지의 기간이 긴 것으로 나타났는데, 이는 보호의무자의 존재가 오히려 퇴원환자의 지역사회 복귀에 부정적인 영향을 미치고 있음을 의미한다.⁵⁷⁾

▮ 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원 관련 현황

(N=116)

	변수	N (%)	재입원 현황 비교		
			연계군	비연계군	
재입원	no	57(49.1%)	43	24	
	yes	59(50.9%)	18	41	
	빈도	1	52 (86.4)	16	36
		2	5 (8.4)	1	4
		3	2 (3.3)	1	1
	재입원까지의 기간	1일	33 (55.9)	0	33
		2일	2 (3.3)	0	2
		7일	3 (5.0)	0	3
		14일	1 (1.6)	1	0
		30일	2 (3.3)	1	1
		60일	5 (8.4)	4	1
		180일	7 (11.8)	6	1
		> 180일	6 (10.1)	5	1

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.149.

57) 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.150.

3. 국내외 기준

3-1. 국내 기준

- ◆ 「헌법」 제12조는 정신장애인을 비롯한 모든 국민의 신체의 자유를 명시하고 있으며, 누구든지 법률이 정한 적법한 절차에 의하지 않고서는 인신을 구속당할 수 없음을 규정하고 있다. 또한 인신을 구속당한 때에는 즉시 변호인의 조력을 받을 수 있어야 하며, 그 이유와 권리를 즉시 고지 받아야 하고, 이의가 있을 경우 적부에 관한 심사를 법원에 청구할 권리가 있다.
- ◆ 「헌법」상 자유와 권리는 국가 안전보장·질서유지 또는 공공복지를 목적으로 할 경우에만 법률로써 제한될 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해해서는 안 된다는 「헌법」 제37조에 따라 정신장애인은 적법한 절차와 근거를 통해서만 자유와 권리의 일부가 제한될 수 있다.

「헌법」

제12조

- ① 모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다.
- ④ 누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 즉시 변호인의 조력을 받을 권리를 가진다. 다만, 형사피고인이 스스로 변호인을 구할 수 없을 때에는 법률이 정하는 바에 의하여 국가가 변호인을 붙인다.
- ⑤ 누구든지 체포 또는 구속의 이유와 변호인의 조력을 받을 권리가 있음을 고지받지 아니하고는 체포 또는 구속을 당하지 아니한다. 체포 또는 구속을 당한 자의 가족등 법률이 정하는 자에게는 그 이유와 일시·장소가 지체없이 통지되어야 한다.
- ⑥ 누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 적부의 심사를 법원에 청구할 권리를 가진다.

제14조 모든 국민은 거주·이전의 자유를 가진다.

제37조

- ① 국민의 자유와 권리는 「헌법」에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니한다.
- ② 국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.

3-2. 국제 기준

- ◆ 「정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)」에 의하면, 환자는 최소한의 제한 내에서 혹은 방해받지 않는 환경과 범위 내에서 치료받을 권리가 있으며, 만일 자유를 제한하지 않는 치료방법이 있다면 그 방법이 우선시되어야 한다.

1. 모든 환자는 환자의 건강 욕구와 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위하여 최소한의 제한적인 환경과 최소한의 제한 혹은 방해받지 않는 범위 안에서 치료를 받을 권리를 가진다.

MI 원칙 9 '치료'

- ◆ MI 원칙에 따르면, 환자가 정신보건시설에서 입원치료를 받아야 할 정도로 심각한 질환을 가진 경우, 정신과 전문의와 보호자는 환자가 가급적 자발적으로 입원을 결정할 수 있도록 모든 노력을 기울여야 하고, 만일 가능한 모든 수단을 동원했음에도 환자가 입원을 거부할 경우 명확한 근거와 절차를 통해 비자발적 입원을 결정하여야 한다. 입원사실과 근거는 즉시 환자와 대리인, 국내법에 근거한 신뢰할 만한 심사기관에 전달되어야 하고, 정신보건시설은 심사기관이 인정할 경우에만 비자발적 환자의 입원을 받아들일 수 있다. 자의적으로 입원한 환자는 본인이 원할 때 언제든지 퇴원할 수 있어야 하며, 비자발적으로 입원한 환자는 주기적으로 입원적절성 여부에 대해 심사받을 권리가 있다.

1. 개인이 정신보건시설에서의 치료가 필요할 경우, 비자발적인 입원을 막기 위한 모든 노력을 수행하여야 한다.
3. 비자발적으로 입원하지 않은 모든 환자는 환자가 원할 때 언제든지 퇴원할 권리를 가진다.

MI 원칙 15 '입원원칙'

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, 입원 사실과 근거는 즉시 심사기관과 환자의 대리인, 그리고 환자가 거부하지 않을 경우 환자의 가족에게 전달되어야 한다.
 3. 정신보건시설은 국내법에 근거한 신뢰할만한 감독기관에 의해 인정되었을 경우에만, 비자발적 환자의 입원을 받아들일 수 있다.

MI 원칙 16 '비자발적 입원'

2. 원칙 16의 2항에서 요구하는 대로, 심사기관의 초기 심사는 비자발적 환자의 입원 및 구금이 결정되는 즉시 국내법이 지정하고 있는 간단하고 신속한 절차에 의하여 수행해야 하며, 개인의 입원 또는 구금이 결정된 후 초기 심사가 연기되는 이유는 무엇인지 등을 유의해야 한다.
3. 심사기관은 국내법이 지정하는 대로 납득할만한 기간을 두고 주기적으로 비자발적 환자를 심사해야 하며, 심사기관이 특별히 지정된 기간 안에 결정을 내려야 하는지, 그렇다면 얼마나 오랜 기간이 걸리는지, 그렇지 않다면 심사기관이 결정을 내리는데 필요한 일반적인 기간은 얼마 인지 등을 유의해야 한다.

MI 원칙 17 '심사기관'

- ◆ 「정신질환자와 관련된 윤리문제에 대한 성명」 나. 윤리원칙에서는 비자의 입원이 가능한 요건으로 '환자의 상태가 급성일 경우, 그리고 환자 자신이나 다른 사람을 위협할 수 있는 경우'로 한정하고 있으며, 이때에도 의학적 타당성을 깊이 고려하도록 하고 있다.

나. 윤리원칙

3. 정신질환자에 대한 치료에 있어서 환자의 상태가 급성일 경우 그리고 환자 자신이나 다른 사람을 위협할 수 있는 경우에 한하여 환자 자신의 의식과는 상관없는 비자발적 치료가 이루어져야 한다. 의사는 예외적인 경우 강제로 환자를 입원시킬 것을 고려해야 하며, 이것이 의학적으로 필요한 경우에 한하여 이루어져야 한다.

World Psychiatric Association, 1995

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」에서는 강제입원에 대한 네 가지 기준을 제시하고, 그에 수반되는 절차를 구체화하고 있다. 이에 따르면, 강제입원은 두 명의 인정된 정신보건실무자의 일치된 의견이 있고, 심판위원회 혹은 법원과 같은 독립적인 심사기관에 의해 정당성이 인정된 경우에만 허용될 수 있으며, 심사 시한은 법으로 규정되어야 한다.

비자의 입원과 관련한 핵심적인 문제들

- 비자의 입원은 일반적으로 다음의 모든 기준이 만족되면서 환자가 자의입원을 거부하는 경우에만 인정된다.
 - a) 특정한 심각도를 가진 정신장애가 존재한다.
 - b) 자신 및 타인에게 즉각적이거나 임박한 위해를 줄 수 있는 심각한 가능성이 존재하거나 치료를 받지 않을 경우, 환자 상태가 악화 될 중대한 가능성이 있다.
 - c) 입원은 치료적 목적을 포함한다.
 - d) 이 치료는 정신보건시설에 입원함으로써만 시행될 수 있다.
- 비자의 입원을 위해 수반되는 절차
 - a) 두 명의 인증된 정신보건실무자들이(이상적으로는 그 중의 한명이 의사여야 한다) 비자의 입원 기준이 충족되었음을 확인하고 비자의 입원을 권고하여야 한다.
 - b) 비자의 입원에 관한 신청은 그 지역 문화와 조건과 일치하여 이루어져야 한다.
 - c) 정신보건시설은 적절하고 적합한 관리와 치료를 제공하는 것으로 인증되어야 하며 이에 의거하여 비자의 환자들을 입원 시키도록 허용되어야 한다.
 - d) 독립적인 심사기관(심의 기관, 심판위원회 또는 법정)이 비자의 입원을 정당하다고 인정하여야 한다. 이것은 신청 후에 가능한 한 빨리 이루어져야 하며 혹시 이것이 가능하지 않은 경우에는, 입원 후에 가능한 한 빨리 이루어져야 한다; 법은 그러한 검토에 필요한 시간을 규정해야 한다. 개인은 그 심의에서 법적 대리인을 지정할 자격이 주어져야 한다.
 - e) 환자, 가족 및 법적 대리인은 비자의 입원의 이유와 환자의 권리에 관해 즉각적으로 통보받아야 한다.
 - f) 환자, 그들의 가족 및 법적 대리인은 비자의 입원에 반대하여 심의 기관이나 법정에 진정할 권리를 가져야만 한다.
- 독립된 심사 기구에 의해 시행되는 규칙적이고 시한이 분명한 비자의 입원의 검토를 위한 규정이 필요하다.
- 환자들은 그들이 더 이상 비자의 입원에 대한 기준을 만족시키지 않을 때, 비자의 입원으로부터 퇴원하여야 한다. 자의적 치료가 그 뒤를 이을 수도 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 8.3.3.

- ◆ 만일 환자가 입원결정에 이의가 있는 경우, 상급 법원에 소송을 제기할 수 있으며, 이를 위해 변호인을 지정할 권리를 가진다(MI 원칙 17, 18).

7. 환자 혹은 환자의 대리인 또는 다른 이해관계자는 환자의 정신보건시설로의 입원, 구금 결정에 대해서 상급법원에 이의를 제기할 수 있다.

MI 원칙 17 '심사기관'

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.

MI 원칙 18 '절차 상 보호'

- ◆ 한편, MI 원칙은 정신장애로 인하여 중요한 결정을 할 수 없고, 그로 인해 법적 역량이 결여되어 적절한 방식으로 삶을 영위하기 어려운 환자에 대해 그를 대신하여 이익을 대변해 줄 후견인이 필요하다고 명시하고 있다. 이때 역량부족은 법적인 문제이기 때문에 후견인의 임명은 사법기관에 의해서 행해져야 하며, 경제적 능력이 불충분한 정신장애인에게는 무료대리인이 지정되어야 한다.

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, 정신 장애인은 대리인에게 임금을 지불할 충분한 방법이 없는 것으로 간주, 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 변호인은 이익의 충돌이 발생하지 않는다는 법원의 결정이 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 정신 장애인이나 정신 장애인의 대리인 및 다른 이해관계자는 결정사항에 대하여 상위 법원에 이의를 제기할 수 있는 권리를 가진다.

MI 원칙 1 '기본적 자유 및 기본권리'

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」에는 후견인 지정의 판단요건이 되는 '역량과 능력'의 개념이 정의되어 있으며, 후견인의 의무와 책임, 임명기간 등이 필요하다는 내용도 서술되어 있다.

역량, 능력 및 후견

역량 및 능력

- 법은 능력과 역량을 정의하고 그것들을 결정할 기준을 정하고 그것들을 평가할 수 있는 절차를 확립하며 능력 또는 역량의 부족 소견이 있을 때, 어떤 조치들을 취할 필요가 있는지 밝힐 필요가 있다.
- 일반적으로 능력이란 특히 결정을 내리거나 행위의 과정에 개입할 수 있는 정신적 능력의 존재를 말하며 역량은 정신적 능력을 가지지 못했을 때 발생하게 되는 법적인 결과들에 대한 것이다.
- 주요 정신질환이 존재한다는 그 자체로 의사결정 능력에서의 무능력을 의미하는 것은 아니며 따라서 능력 또는 역량에 대한 총체적인 결정요인도 아니다.
- 능력에 영향을 주는 질환의 존재에도 불구하고 개인은 여전히 일부 의사결정 기능들을 수행할 능력을 가질 수도 있다.
- 능력은 시간이 진행됨에 따라 변화할 수 있고 부분적으로 또는 완전하게 회복될 수 있기 때문에 그것은 특별한 결정이나 성취되어야 할 기능과 관련지어 평가되어야 할 필요가 있다.
- 무능력에 대한 결정은 건강 전문가에 의해 내려질 수 있으나 역량의 부족은 사법기관이 결정하게 된다.
- 능력은 역량을 위한 평가이며 사람들은 오직 그들이 특정한 시간에 특별한 종류의 결정들을 내리지 못한다는 이유로 역량이 부족하다는 평가를 받아서는 안 된다.

후견

법은 다음과 같을 수 있다:

- a) 후견인을 임명하기 위한 적합한 기관을 결정한다. 이것은 역량에 대한 결정을 내렸던 사법기관이 될 수도 있고(위를 참조하라) 또는 상급 법원 같은 독립적인 사법기구가 될 수도 있다.
- b) 후견인 임명에 대한 절차를 확립한다.
- c) 임명 기간을 명시한다.
- d) 후견인의 의무와 책임들을 정의 내린다.
- e) 법적인 후견 책임을 수행하지 못한 것에 대한 민형사상, 행정적 처벌조항을 명시한다.
- f) 후견인의 의사결정권의 범위를 결정한다. 어떠한 명령이든지 피후견인의 이익에 가장 부합될 수 있도록 보장하는 방향으로 이루어져야 한다. 이를 통해 정신장애를 가진 사람이 모든 결정을 스스로 내릴 수는 없을지라도 자신에 대한 대부분의 결정을 내릴 수 있는 능력을 보유했을 수 있는 것이다.
- g) 환자가 후견인 지정에 반대할 수 있는 조항을 마련한다.
- h) 만약 환자가 치료를 받아서든지 그렇지 않든지 역량(competence)을 회복할 경우에는 후견에 대해 검토하는 조항과 후견을 해제하는 조항을 마련한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 7.4.

4. 정책방향

- ◆ 우리나라는 현재 86%에 달하는 비자의 입원율을 보이고 있다. 물론 입원과정에서 자신의 병을 부정하거나 판단에 대한 장애가 있다는 점을 고려한다 하더라도 다른 선진국가의 3-30%에 비하여 지나치게 높은 수준이다. 이는 입원에 있어 자기결정권이 존중되지 않고 있다는 사실의 방증이라 할 수 있다.
- ◆ 정신장애인이라고 하여 바로 의사결정능력이 없는 자로 전제하여 당사자의 의사를 전혀 고려하지 않고 정신보건시설에의 입원 여부를 전적으로 보호자나 전문의의 의사에 기초하여 판단하는 것은 당사자의 자기결정권을 침해할 우려가 있다. 따라서 당사자의 자기결정권이 보호되는 제도적 장치가 마련되어야 한다.
- ◆ 또한 자신의 의사에 반한 입원은 법률적 관점에서 보았을 때 인신을 구속하는 행위에 해당한다고 볼 수 있는데, 인신의 자유는 「헌법」이 보장하는 가장 기본적인 인권이므로 자신의 의사에 반한 입원은 법에 의하여 엄격한 요건과 적법절차에 의하여 이루어 져야 할 것이다.
- ◆ 따라서 본인의 의사에 반하여 입원 내지 입소된 모든 정신장애인들은 제3의 독립적 심사기관인 법원에 의하여 입원 및 입소의 적부가 결정될 수 있는 심사제도가 도입되어야 한다. 그러나 법원에 의한 심사가 단기적으로 이루어지기 어려우므로 단기적으로는 정신보건심판위원회를 강화하고 장기적으로 법원에 의한 심사를 추진할 필요가 있다.
- ◆ 또한 정신장애인이 퇴원과정에서 지역사회와의 연계를 통하여 사회에 조속히 복귀하고 적응할 수 있도록 체계적인 정책을 수립하여 정신장애인의 인권을 보호하고 증진하여야 한다.

5. 핵심 추진과제

5-1. 자의입원 원칙의 「정신보건법」 명문화

- ◆ 「정신보건법」은 제2조 제5항에서 기본 이념으로 ‘입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다.’고 규정하고 있으나, 실제 자의입원 비율은 13.8%에 그치고 있다.⁵⁸⁾
- ◆ 또한 국가인권위원회 조사결과 “입원시 본인의 의견이 반영되었는가?”라는 질문에 39.4%가 ‘그렇다’라고 응답하였으나, 이들 중 34.7%만이 자의입원으로 처리되어⁵⁹⁾ 환자 스스로 입원 여부를 판단할 수 있음에도 퇴원절차 등을 이유로 보호의무자에 의한 입원 등이 거의 대부분을 차지하고 있어 사실상 비자의 입원이 관행화되어 있다.
- ◆ 이를 시정하기 위해서는 「정신보건법」 제2조 제5항의 규정을 ‘... 항상 자발적 입원을 우선적으로 고려하여야 한다.’로 개정하고 동 법 제6조⁶⁰⁾에 ‘정신보건시설의 설치·운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다.’라는 별도의 항을 신설하여 자발적 입원을 권장하는 수준에서 벗어나서 자의입원을 원칙화하고 정책의 기획과 시행의 원칙으로 삼아야 한다.

58) 2008 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원한 환자(68,110명) 중 13.8%에 해당하는 9,387명만이 자의로 입원하고 있었다. 보건복지가족부·중앙정신보건사업지원단·서울대의학연구원의료관리학연구소(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.100.

59) 2008 국가인권위원회 조사에 따르면, 조사대상자 1,984명(100.0%) 중 39.4%에 해당하는 782명이 “입원에 동의했다”라고 응답하였으나, 이들 중 실제 ‘자의입원’ 처리된 환자는 34.7%인 271명에 불과했다. 정인원 외(2008), 앞의 글, pp.16-17 참조.

60) 「정신보건법」 제6조(정신보건시설의 설치·운영자의 의무) 정신보건시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야 하며, 입원 및 거주 중인 정신질환자가 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며 자유롭게 생활할 수 있도록 노력하여야 한다.

5-2. 입원과정에서의 적정절차 마련

가. 입원적정절차 강화

(1) 정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’의 구분

- ◆ 정신장애인의 부당한 비자의 입원을 최소화하고 사회복귀를 촉진하기 위해서는 ‘입원을 위한 진단절차’와 ‘치료를 위한 입원절차’로 구분하여 입원절차를 보다 구체화할 필요가 있다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 ‘시장·군수·구청장에 의한 입원’의 경우에만 양자를 구분하고 있고,⁶¹⁾ ‘보호의무자에 의한 입원’인 경우에는 이를 구분하지 않고 있다.⁶²⁾ 또한 ‘시장·군수·구청장에 의한 입원’의 경우에는 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 경우로 한정하고 있으나 ‘보호의무자에 의한 입원’의 경우에는 자·타해의 위험뿐만 아니라 치료 또는 요양을 받을 만한 경우에도 입원이 가능하게 되어 있어 입원의 범위가 광범위하다.
- ◆ 이렇듯 보호의무자에 의한 입원에 비해 입원 요건이 더욱 엄격한 ‘시장·군수·구청장에 의한 입원’의 경우에도 2주간의 진단기간을 두어 입원심사여부를 판단하는 데 비하여 ‘보호의무자에 의한 입원’은 입원 후 6개월 이후에야 계속입원 심사를 받도록 하는 것은 과도한 인신구속 및 인권침해에 해당될 우려가 있으며, 영국과 일본이 최초입원 심사 후 28일 이내에 다시 심사를 받도록 규정한 것과 비교해 볼 때 너무나도 긴 시간이다.

61) 「정신보건법」 제25조(시장·군수·구청장에 의한 입원)는 “정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자를 발견한 정신과전문의나 정신보건전문요원에게 국가나 지방자치단체가 설치·운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원할 수 있도록 시장·군수·구청장에게 당해인의 진단 및 보호를 신청할 수 있도록” 규정하고 있으며, 2주 이내의 진단입원 후 계속입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 소견이 있을 경우 치료를 위해 입원을 연장할 수 있도록 하고 있다.

62) 「정신보건법」 제24조(보호의무자에 의한 입원)는 “정신과전문의가 입원 등이 필요하다고 판단한 경우에 보호의무자 2인의 동의를 얻어 정신질환자를 입원시킬 수 있도록” 규정하고 있으며, 입원기간이 6개월 이상 경과한 이후에도 계속입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단과 보호의무자의 동의를 얻으면, 정신보건심판위원회의 심사를 통해 입원을 연장할 수 있도록 하고 있다.

- ◆ 따라서, 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 시장·군수·구청장에 의한 입원과 같이 ‘진단을 위한 입원’과 ‘치료를 위한 입원’으로 나누어 규정하도록 관련 조항을 개정할 필요가 있다.
- ◆ 이 경우, ‘진단을 위한 입원’을 통하여 ‘치료를 위한 입원’으로 연장될 필요가 있으나, 환자가 동의 하지 않는 경우, 이를 정신보건심판위원회에 상정하여 적정성 심사를 받도록 하여야 한다.

(2) 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건 강화

- ◆ 보호의무자에 의한 입원은 ‘환자가 입원 등 치료 또는 요양을 할 만한 정도의 정신질환에 걸려있는 경우’ 혹은 ‘자신이나 타인의 안전을 위하여 필요한 경우’ 정신보건시설에 입원시킬 수 있다고 규정하고 있다.⁶³⁾
- ◆ ‘환자가 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려있는 경우’의 요건은 정신과 전문의의 임상적 판단을 기준으로 하고 있는 것이나, 그 기준이 상당히 모호하여 정신과 전문의에게 과도한 재량이 부여되어 있으며, ‘자신이나 타인의 안전을 위하여’라는 요건도 ‘자·타해의 위험’이라는 요건에 비해 광범위하게 해석될 수 있는 데다 이에 대한 구체적인 지침이 없어 남용될 우려가 상존한다.
- ◆ 보호의무자에 의한 입원의 경우에는 제도적으로 자신의 의사에 반하여 입원이 결정되는 것으로 이는 인신구속에 해당되며, 이러한 인신구속이 정당화되기 위해서는 이를 통해 보호하려는 이익이 비례적이고 균형적이며 명확해야 한다. 그러나 단지 정신질환에 걸렸다는 이유로 지역사회에서 치료가 가능하고 자타해의 위험이 없음에도 불구하고 자신의 의사와 상관없이 입원시키는 것은 그

63) 「정신보건법」 ② 정신과전문의를 정신질환자가 입원등이 필요하다고 진단한 때에는 제1항에 따른 입원등의 동의서에 당해 정신질환자가 다음 각 호의 어느 하나에 정한 경우에 해당된다고 판단한다는 의견을 기재한 입원등의 권고서를 첨부하여야 한다.

1. 환자가 정신의료기관등에서 입원등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우
2. 환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원등을 할 필요가 있는 경우

목적에 비하여 너무 과도한 수단을 사용하고 있어 비례성과 균형을 상실하였다고 판단된다.

- ◆ 따라서 동 요건을 ‘입원치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려가 큰 경우’⁶⁴⁾로 개정하여 특별히 입원치료가 필요한 경우가 아니면 가급적 지역사회에서 치료 받을 수 있도록 유도하여야 한다.
- ◆ 또한 보호의무자에 의한 입원 요건 중 ‘자신이나 타인의 안전을 위하여’라는 요건은 위에서 언급하였듯이 ‘안전’이라는 용어가 광범위하게 해석될 수 있는 데다 이에 대한 구체적인 지침이 없어 남용될 우려가 있다. 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우⁶⁵⁾나 응급입원의 경우⁶⁶⁾에는 ‘자신 또는 타인을 해할 위험’을 입원의 요건으로 하고 있으며, 이에 대한 구체적 기준을 보건복지가족부 고시⁶⁷⁾로 제시하고 있어 위에서 언급한 비례성, 균형성, 명확성에 더 적합하다고 볼 수 있다. 따라서 동 요건을 ‘자신 또는 타인을 해할 위험’으로 개정하고 「정신보건법」상의 위험성⁶⁸⁾에 대한 판단의 기준을 위에서 언급한 보건복지가족부 고시로 통일하여야 한다.

64) WHO에서 권고하고 있는 비자의 입원 요건은 “자신이나 타인에 대한 즉각적인 심각한 위협의 가능성이 있거나 치료를 받지 않으면 상태가 악화될 중대한 가능성이 있는 경우”이다. WHO(a) (2005), 앞의 책, 2 8.3.2. 참조. 동 요건은 ‘치료를 위한 입원’의 경우에 적용된다.

65) 「정신보건법」 제25조 ③ 정신과전문의가 제2항의 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정할 때는 시장·군수·구청장은 당해인을 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.

66) 「정신보건법」 제26조 ① 정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견한 자는 그 상황이 매우 급박하여 제23조 내지 제25조의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.

67) 보건복지부 고시 제97-18호 「정신보건법」 제25조 제4항의 규정에 의한 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준

68) 「정신보건법」 제24조 ⑥ 정신의료기관등의 장은 환자 또는 보호의무자로부터 퇴원등의 신청이 있는 경우에는 지체 없이 당해 환자를 퇴원등을 시켜야 한다. 다만, 정신과전문의가 정신질환자의 위험성을 고지한 경우에는 정신의료기관등의 장은 퇴원등을 거부할 수 있다. 이 경우 환자 또는 보호의무자는 즉시 제27조에 따른 기초정신보건심의위원회 또는 광역정신보건심의위원회(기초정신보건심의위원회가 설치되지 아니한 경우에 한한다)에 이의를 신청할 수 있다.

(3) 정신요양시설 입소절차 강화

- ◆ 「정신보건법」은 제3조에서 정신요양시설을 ‘정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설’로 규정하고 있어 의료와 재활의 기능을 가진 중간시설로 규정하고 있다.
- ◆ 그러나 실제로 대부분의 요양시설들은 정신의료 서비스의 요구가 크지 않은 만성정신질환자들 가운데 사회적 지지체계가 거의 없는 사람들에게 기본적인 의료 서비스와 의식주를 제공하면서 그들의 장기거주지로서의 기능을 담당하고 있어, 전달체계상 중간단계의 기능을 가진 시설이라기보다는 마지막 기착지의 기능을 가진 주거시설이라고 보는 것이 더 타당할 것이다.⁶⁹⁾
- ◆ 국가인권위원회 실태조사에 따르면, 정신요양시설에 입소해 있는 환자 중 임상적으로 입원이 부적절하다고 판단된 경우는 59.8%였으며,⁷⁰⁾ 보건복지가족부의 전수조사에서도 입원이 부적절한 경우가 53.65%에 이르러,⁷¹⁾ 이에 대한 대책이 시급한 실정이다.
- ◆ 이렇듯 빠른 시일 내에 정신의료기관에서 치료받고 사회로 복귀해야 할 정신장애인들이 정신요양시설에 입소할 경우, 치료가 적절하지 않고 적절한 치료를 받지 못하고 오히려 회복이 늦어져 사회 복귀가 어려울 수 있으므로, 정신요양시설 입소대상 환자의 범위를 정신요양시설의 개념 및 현실에 맞도록 새롭게 규정하여야 할 것이다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 정신의료기관 입원과 요양시설 입소를 동일한 절차로 규정하고 있어 치료가 필요한 환자조차도 시설로 입소하는 현상이 발생하고 있으므로 정신의료기관이 정신보건심판위원회에 의뢰하여 정신보건심판위원회에서 대상 환자의 치료 필요성 여부 및 상태를 판단하여 요양시설의 입소를 심사할 수 있도록 정신요양시설의 입소 및 계속입원심사와 관련한 별도의 규정을 두어야 할 것이다.

69) 정무성 외(2008), 『2008 사회복지시설평가(Ⅰ)』, 보건복지가족부·한국사회복지협의회, p.176

70) 정신요양시설에 입소한 169명(100.0%)의 환자 중 임상적으로 입소가 불필요하다고 판정된 환자는 101명(59.8%)이었다. 박종익 외(2008), 앞의 글, p.59.

71) 정신요양시설에 입소한 15,287명(100.0%)의 환자 중 임상적으로 입소가 부적절하다고 판정된 환자는 8,197(53.6%)이었다. 박종익 외(2008), 앞의 글, p.60. 참조.

나. 계속입원적정성 평가 강화

(1) 계속입원심사기준 개정

- ◆ 정신의료기관등의 장은 6개월이 지난 후에도 계속하여 입원 등의 치료가 필요하다는 전문의 진단과 보호자의 동의가 있는 경우, 시장·군수·구청장에게 계속입원심사를 청구하고 이러한 청구에 기초하여 정신보건심판위원회에서 계속입원 여부를 결정한다.⁷²⁾
- ◆ 정신보건심판위원회는 계속입원 여부의 결정에 있어 정신의료기관의 장이 제출한 계속입원심사청구서를 근거로 판단하며, 이러한 계속입원심사청구서는 ‘정신의학적 상태’, ‘일상생활 및 위생관리능력의 장애 정도’, ‘사회적 지지체계의 여부’로 구성되어 있고 동 항목들에 기재된 내용에 따라 계속입원 여부가 결정되므로 동 항목들을 계속입원심사의 판단기준으로 볼 수 있다.
- ◆ 계속입원 역시 보호의무자에 의한 입원의 한 종류로 보호의무자에 의한 입원요건과 동일한 기준이 적용되어야 하는데, 계속입원심사에 있어서는 정신의학적 상태이외에도 기능장애 상태와 지지체계 여부를 판단하도록 함으로써, 정신의학적 상태가 비교적 양호하더라도 기능 및 사회적 지지체계가 약하면 퇴원이 불허될 수 있어 장기입원을 조장할 우려가 있다.
- ◆ 국가인권위원회 조사에서도 “환자가 퇴원 가능한 상태여도 가족 등 지지체계가 부족하여 독립적인 생활이 곤란하다고 판단되면 명령을 내리지 못한다.”는 의견이 대부분인 것으로 나타나고 있으며,⁷³⁾ 이것은 아마도 사회적 지지체계의 부족으로 퇴원 후 정신장애인이 사회적으로 방치될 위험에 기인한다 할 수 있다.
- ◆ 그러나 사회적 지지체계의 취약성으로 인하여 자신의 의사에 반한 인신구속이 정당화될 수 없으며, 사회복귀가 늦어져 오히려 사회적응성이 떨어질 수 있는

72) 「정신보건법」 제24조(보호의무자에 의한 입원)는 입원기간이 6개월 이상 지속될 필요가 있다는 정신과전문의의 진단이 있는 경우, 보호의무자의 동의서를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 계속입원심사를 청구할 수 있도록 하고 있으며, 시장·군수·구청장은 이를 정신보건심판위원회에 의뢰하고 그 결과를 정신의료기관장등에게 통보하도록 하고 있다.

73) 배정규 외(2006), “지방자치단체의 정신보건업무 수행 실태조사”, 국가인권위원회, p.220.

바, 국가가 취약계층 사회안전망 구축 의무를 이행하지 않음으로써 발생하는 피해와 책임을 정신장애인에게 전가하고 있다고 볼 수 있다.

- ◆ 따라서 사회적 지지체계의 취약성 문제는 퇴원에 관한 국가 및 지방자치단체의 책임 강화와 재정지원, 보건소와 정신보건센터 등을 통한 지역사회 주거시설 및 사회복귀시설로의 연계⁷⁴⁾ 등을 통하여 해결하여야 한다.
- ◆ 정신의료기관은 정신장애인들을 위한 주거서비스 제공기관이 아닌 의료 서비스 제공기관으로 계속입원치료의 여부는 순수하게 임상적 판단에 근거하여 결정되어야 하므로 계속입원심사청구서에 기재된 3가지 항목 중 ‘정신의학적 상태’를 제외한 나머지 항목은 삭제되어야 한다.

(2) 계속입원심사기간 단축

- ◆ 보호의무자에 의한 입원의 경우 6개월을 기준으로 계속입원 여부를 평가하고 있다. 즉, 자신의 의사와 상관없이 입원이 이루어졌음에도 6개월간 입원적정성 여부에 대한 판단이 이루어지지 않는다는 것이다.
- ◆ 자신의 의사와 상관없이 입원이 이루어진 경우 법률적 관점으로 보았을 때 이는 인신구속에 해당하며, 이러한 인신구속은 신체의 자유에 대한 제한에 해당하므로 적법절차를 통하여 이루어져야만 한다.
- ◆ 적법절차란 실제적 정당성과 절차적 정당성을 모두 갖추어야 하는데, 자·타해의 위험 혹은 정신질환이 걸렸다는 이유로 6개월간 입원적정성 여부에 대한 객관적인 기구의 판단 없이 정신장애인의 인신구속을 유지하는 것은 합리성과 정당성을 결여하고 있다고 판단된다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 ‘시장·군수·구청장에 의한 입원’인 경우 3개월을 기준으로 입원적정성 여부를 평가하고 있는 반면 ‘보호의무자에 의한 입원’의 경우에는 6개월을 기준으로 계속입원 여부를 평가하고 있어 본질적으로 동일한 입원에 대하여 다른 기준을 적용하고 있다.

74) 지역사회 연계체계 구축과 관련한 내용은 본 보고서 제4부 Ⅲ 「지역사회 중심의 정신장애인 치료」에서 서술하였다.

- ◆ 정신장애인도 「헌법」이 규정한 기본권의 주체이자 보편적 인권의 주체로서 신체의 자유에 대한 기본적 인권을 향유하고 있으므로, 장기입원의 피해를 줄이기 위해서는 계속입원심사기간을 3개월로 단축하는 것이 타당하다.

(3) 정신보건심판위원회의 역할 강화

- ◆ 정신보건심판위원회는 처우개선에 대한 심사와 퇴원 및 계속입원 여부에 대한 심사를 수행하는 기구로 누구의 이해관계에도 치우치지 않는 중립적인 판단을 할 의무를 지니고 있다.
- ◆ 2008년 현재 2년간 환자들이 입원했던 기간을 합산하여 보면 6개월 이상이 75.8%를 차지하고 있으며, 2001년부터 2008년 6월 말까지 계속입원의 비율이 95%이상으로 계속입원치료 건수 40,184건 중 퇴원이 결정된 것은 4.8%에 지나지 않아 계속입원심사제도 자체가 거의 실효를 거두지 못하고 있는 실정이다.⁷⁵⁾
- ◆ 인권위 조사결과 정신보건심판위원회는 월 평균 1회 정도 개최되고 있었는데, 1회에 3시간 동안 800-900건의 심사를 담당하여 서류 중심의 형식적인 심사로 계속입원심사의 질과 정확성 저하 등의 문제를 야기하고 있는 것으로 나타났다.⁷⁶⁾
- ◆ 또한 ‘지역별 정신보건심판위원회 구성’에 따르면, 15개 시·도 지역에서 적게는 5명에서 많게는 8명의 의사, 변호사, 교수 등이 심판위원으로 활동하고 있었으며, 그 중 6개 지역을 제외한 나머지 지역은 의사의 비율이 과반수 혹은 그 이상인 것으로 나타나 심판위원회 구성에 있어 특정 직종에 편중되어 있었다.
- ◆ 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 계속입원심사청구를 적절히 처리할 수 있는 제도구축과 함께 인권의 관점에서 정신장애인의 이익과 지역사회의 입장을 대변할 수 있는 심판위원들의 인적 구성이 필요하다.

75) 이진석 외(2009), “정신질환자의 건강증진을 위한 제도개선 방안”, 서울대학교 병원, p.120.

76) 이를 개선하기 위하여 2009년부터는 정신보건심판위원회를 시·군·구 단위로 설치하도록 「정신보건법」을 개정하였으나, 법 개정 이후에도 퇴원청구 건수 대비 퇴원환자 비율은 여전히 5% 이내에 머무르고 있는 실정이어서 이에 대한 별도의 대책이 필요하다. 배정규 외(2006), 앞의 글, p.205. 참조.

- ◆ 제도구축과 관련하여 심판위원회는 정신보건센터와의 연계를 통하여 현장평가를 지원받거나 혹은 직접 대면심사를 하여 계속입원심사에 있어 2회 이상 연속해서 서류심사만으로 대체할 수 없도록 하여야 한다. 또한 중앙정신보건심의위원회가 계속입원심사와 관련한 모니터링 및 실질적인 지도·감독을 수행하여 계속입원심사에 대한 일관된 방향을 제시하여야 한다.
- ◆ 또한 정신보건심판위원회는 계속입원심사뿐만 아니라 환자의 상태에 따라 임시퇴원 및 외래치료여부까지 판단할 수 있도록 하여 정신장애인의 사회 복귀를 촉진시켜야 한다. 이를 위해, 현재 월 1회 개최되는 심판위원회를 월평균 심사건수를 기준으로 50건 이상인 경우 2주 1회 이상 개최하도록 의무화하여 심사의 질을 높일 필요가 있다.
- ◆ 인적구성과 관련하여 정신장애의 특성상 스스로 자신의 입장을 대변하기 어렵다는 점을 감안하였을 때, 인권단체나 시민참여단과 같이 중립적인 위치에서 정신장애인의 이익을 대변해 줄 수 있도록 ‘인권단체 활동가 혹은 시민참여단 등 공익단체에서 추천한 자’ 1인을 정신보건심판위원에 포함되도록 하여야 한다.

다. 「인신보호법」에 대한 개정 및 고지 의무화

- ◆ 「인신보호법」은 위법한 행정처분 또는 사인에 의한 시설에의 수용으로 인하여 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있으나 이에 대한 실질적인 구제수단이 갖추어져 있지 않아 통일된 규율과 절차로 신속하고 용이하게 인신 제한에 대한 구제절차를 마련함으로써 「헌법」이 보장하고 있는 국민의 기본권을 보호하는 것을 목적으로 하고 있다.
- ◆ 2007년 6월 「인신보호법」 시행 이후 8월 현재 지금까지 접수된 인신보호 청구 사건은 모두 78건에 이른다. 이중 청구 취하가 38건, 기각이 15건, 각하가 6건이며, 4건이 인용되었다. 이는 정신보건시설을 포함한 전국 수용기관에 수용된 사람의 수에 비해 너무나도 적은 수치이다.
- ◆ 이는 「인신보호법」에 대한 홍보가 제대로 이루어지지 않은 점도 있겠으나 현실을 충분히 반영하지 못한 일부 법규정에 더 큰 문제가 있다고 볼 수 있다. 특

히, 구제청구권자의 범위, 재판소요 비용의 부담 및 구제청구권 미고지 등이 문제가 되고 있으며, 「인신보호법」이 법의 목적과 취지에 맞게 국민의 기본권인 신체의 자유를 보장하기 위해서는 이에 대한 개정이 필요하다.

- ◆ 구제청구자의 범위와 관련하여 「인신보호법」은 피수용자, 법정대리인, 후견인, 배우자, 직계혈족, 형제자매, 동거인, 고용주를 구제청구자로 하고 있으나 많은 경우 환자들은 외부교통권이 차단되어 있어 사실상 환자 본인이 구제청구권을 행사하기 어려움은 물론 대부분의 입원이 보호의무자에 의한 입원으로 입원시킨 보호의무자가 구제를 청구 할 가능성은 거의 없으며, 보호의무자의 범위와 구제청구자의 범위가 거의 일치하고 있다. 따라서 피구금자가 위법·부당하게 구금 또는 수용된 때에 누구든지 이 법이 정하는 바에 따라 법원에 그 구제를 청구할 수 있도록 구제청구자의 범위를 확대할 필요가 있다.
- ◆ 비용부담과 관련하여 「인신보호법」은 재판비용을 구제청구자나 또는 수용자에게 부담하고 있다. 그러나 정신의료기관에 입원하고 있는 많은 환자들이 의료수급권자로 이를 부담할 재정적 능력이 거의 없다 할 수 있으므로 이는 사실상 환자들의 청구권을 박탈하는 결과를 초래한다. 따라서 「인신보호법」 제14조 단서에 ‘구제청구자가 지급할 능력이 없을 때에는 국가가 이를 부담할 수 있다⁷⁷⁾’라는 규정을 신설해야 한다.
- ◆ 「인신보호법」상의 구제절차를 이용하기 위해서는 동 법에 대한 존재를 스스로 인식하는 것이 필수적 전제라고 할 수 있다. 따라서 정신의료기관 등의 장은 「인신보호법」의 내용 및 법원의 구제청구에 대한 권리가 있음을 입원 및 입소 당시에 사전고지하고 하도록 「정신보건법」 및 「인신보호법」에 명문으로 규정할 필요가 있다.

77) 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제48조(비용의 부담) ① 제29조제1항제4호의 위탁결정 또는 제40조제1항제7호 및 제8호의 보호처분을 받은 행위자는 위탁 또는 보호처분에 필요한 비용을 부담한다. 다만, 행위자가 지급할 능력이 없는 때에는 국가가 이를 부담할 수 있다.

5-3. 퇴원과정에서의 적정절차 마련

가. 시장·군수·구청장이 보호의무자인 입원시 퇴원후 보호체계 의무화

- ◆ 보호의무자가 시장·군수·구청장인 경우,⁷⁸⁾ 대다수의 환자들이 정신의료기관에 장기간 입원되거나 퇴원 후 요양시설로 전원되어 장기간 방치되고 있는 실정이다. 국가인권위원회 조사결과 보호의무자가 ‘배우자’인 경우 평균(중간값) 재원기간이 87일이었으며, ‘자녀’는 100일, ‘형제 및 자매’는 202일인 데 반해, ‘시장·군수·구청장’이 보호의무자인 경우에는 352일로 나타나 입원기간이 매우 장기화되고 있음을 알 수 있다.⁷⁹⁾
- ◆ 이는 「정신보건법」 제24조가 입·퇴원 절차와 자격만을 명시하고 있을 뿐, 퇴원 후 보호 의무에 대해 규정하고 있지 않기 때문이다. 따라서 동조에 별도의 항을 신설하여 시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우, “시장·군수·구청장은 정신보건심판위원회의 의견을 들어 퇴원 후 거주할 주거시설 및 제공되어야 할 정신보건 서비스의 유형 및 방법과 이를 제공할 기관 또는 단체를 명시한 퇴원계획을 세워야 한다.”라고 명문화 할 필요가 있다.

나. 지역사회 연계절차 강화

- ◆ 병원에 입원한 정신장애인은 치료가 완료된 이후에는 즉시 지역사회로 복귀하여 재활 및 사회에 대한 적응력을 높여야 하며, 국가는 퇴원한 환자들이 지역사회에서 양질의 서비스를 받을 수 있도록 지역사회와의 연계를 강화할 필요가 있다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 “정신장애인이 정신보건시설에서 퇴원 등을 할 경우, 본인 혹은 보호의무자의 동의를 받아 퇴원 등의 사실을 해당 정신보건센터 및 보건소

78) 「정신보건법」 제21조(보호의무자)는 ‘보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우’ 당해 정신질환자의 주소지를 관할하는 시장·군수·구청장이 보호의무자가 되도록 하고 있으며, 이때 시장·군수·구청장은 보호의무자의 자격으로 동법 제24조(보호의무자에 의한 입원)에 의한 입원에 동의할 수 있는 권한을 부여받게 된다.

79) 박종익 외(2008), 앞의 글, p.55.

에 통지하여야 한다.”⁸⁰⁾라고 규정함으로써, 퇴원 환자에 대한 지역사회 연계절차를 마련하고 있다.

- ◆ 그러나 국가인권위원회에서 정신보건심판위원들을 대상으로 한 조사에 따르면, ‘퇴원 후 사후관리가 미흡하다’는 내용에 62%의 위원들이 동의하고 있어 지역사회연계절차가 미비한 것으로 나타났다.⁸¹⁾ 따라서 정신의료기관과 지역사회의 연계절차 강화를 통해 정신장애인이 지역사회에서 적응하여 다시 정신의료기관 등으로 재입원하는 경우를 줄여야 할 것이다.
- ◆ 현재 지역사회 연계를 위한 법적 근거가 있음에도 효과적으로 작동되지 않는 것은 정신의료기관 등이 정신장애인의 퇴원을 보건소나 정신보건센터에 통보하도록 하기 위한 유인이 부족하고, 보건소나 정신보건센터 역시 정신장애인을 유인할 만한 제도적 장치가 미흡하기 때문이다.
- ◆ 지역연계절차를 강화하기 위해서는 정신보건시설의 장은 환자가 퇴원하기 이전에 정신장애인이 퇴원준비를 할 수 있도록 지원하여야 하며, 이를 위해서는 환자가 거부한 경우를 제외하고는 정신보건센터 사례관리요원이 시설 내 치료진과 함께 퇴원계획을 수립할 수 있도록 할 필요가 있다.
- ◆ 이를 위해 「정신보건법」 제26조의 3에 제2항을 신설하여 환자 또는 보호의무자에게 퇴원 후 지역사회에서 정신보건 서비스를 받을 수 있음을 설명하고, 동의한 환자에 대해서는 정신과 전문의와 정신보건센터 정신보건전문요원이 함께 퇴원계획을 수립할 수 있도록 명문화 하여야 한다. 또한 정신병원과 정신보건센터 등과의 연계에 대한 평가를 하여 이를 수가에 반영하거나 인센티브를 지급하는 등 실효화할 수 있는 제도적 장치가 필요하다.

80) 제26조의 3(퇴원등 사실의 통지) 정신보건시설의 장은 제23조부터 제26조까지의 규정에 따라 정신보건시설에 입원등을 한 정신질환자가 퇴원등을 할 때에는 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 본인의 동의를 받아 그 퇴원등 사실을 해당 정신보건센터 및 보건소에 통지하여야 한다. 다만, 정신과전문의가 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 동의로 같을 수 있다.

81) 배정규 외(2006), 앞의 글, p.220.

- ◆ 이와 더불어 제37조의 2 외래치료명령제도에 “정신의료기관의 장으로 하여금 외래치료명령을 받은 환자가 정신보건센터에 연계될 수 있도록 적극적으로 노력하여야 한다.”라는 내용을 삽입할 필요가 있으며, 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치의 해제)⁸²⁾와 제37조(임시퇴원등)⁸³⁾도 이와 상응하는 수준으로 개정하여 지역사회 연계를 강화할 필요가 있다.

5-4. 공적 개입 서비스 체제 구축

가. 공공이송체제 확립

- ◆ 정신장애인의 응급이송과 관련된 법으로는 「응급의료에 관한 법률」과 「소방기본법」, 「정신보건법」 등이 있다. 이중 「응급의료에 관한 법률」은 민간업자도 시·도지사의 허가를 받으면 구급차로 응급환자를 이송할 수 있도록 규정하고 있다.
- ◆ 「응급 의료에 관한 법률」은 응급이송의 대상이 되는 환자를 ‘생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성’이 있는 경우 또는 이에 준하는 환자로 보건복지가족부령에 의하여 정하는 자로 규정하고 있으며, 동 법 시행규칙은 정신과적 응급증상으로 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있거나 이러한 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 경우에 환자를 이송할 수 있다고 규정하고 있다.

82) 「정신보건법」 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치의 해제) ① 시장·군수·구청장은 제 25조의 규정에 의하여 입원한 자가 입원후 3월이 경과하면 당해 환자에 대한 입원조치를 해제하여야 하며, 이를 환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다. 이 경우 당해 정신의료기관의 장은 지체없이 당해 환자를 퇴원시켜야 한다.

83) 「정신보건법」 제37조(임시 퇴원등)① 제24조 및 제25조에 따라 정신질환자를 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 2인 이상의 정신과전문의의 진단 결과 당해 환자의 증상에 비추어 일시적으로 퇴원등을 시켜 그 회복경과를 관찰하는 것이 필요하다고 인정될 때에는 즉시 퇴원등을 시키고 그 사실을 입원등의 치료를 의뢰한 보호의무자 또는 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.

- ◆ 동 법은 응급상황에서 국민의 생명과 건강을 보호하기 위하여 제정된 법이나 정신의료기관으로의 이송과 관련하여서는 동 법의 목적이나 취지와 다르게 운영되고 있는 것이 사실이다. 특히 사설응급구조단에 의하여 병원이나 시설로 이송되는 과정에서 정신장애인의 의견은 거의 무시되는 등 인권침해가 발생하고 있다는 진정과 사례들이 지속적으로 제기 되고 있다.⁸⁴⁾
- ◆ 또한 사설응급구조단에 의한 이송은 자·타해의 위협뿐만 아니라 이러한 증상의 진행 가능성을 가진 사람들까지 그 대상으로 하고 있어 무제한적으로 정신의료기관으로의 이송이 가능하고, 보호의무자에 의한 입원의 경우, 형식적 요건⁸⁵⁾을 갖춘 경우 입원되는 것이 현실이어서 이송은 곧 입원이라는 등가가 성립된다.
- ◆ 이러한 입원은 「헌법」상 보장된 거주·이전의 자유 및 자기결정권을 침해하고, 인신의 구속으로까지 연결되는 상황에 이르게 되는데 이는 공공 사정체계와 공공응급이송체계가 미흡하기 때문에 발생하는 것으로 국가 및 지방자치단체가 이에 대한 공적 의무를 강화하는 방향으로 관련법을 개정하여야 한다.
- ◆ 이를 위해 먼저 사설응급구조단에 의한 정신의료기관으로의 이송을 금지하고⁸⁶⁾ 정신장애인의 이송과 관련하여 「소방기본법」 제35조의 규정에 따른 구급대나 「정신보건법」 제26조(응급입원)규정과 같이 경찰과 소방공무원 등 공공이송체계를 통해서만 이송될 수 있도록 관련법을 개정하여야 한다.

84) 한 신문보도에 따르면 ‘남편의 재산을 가로채려던 한 주부가 사설 응급환자 이송단에 남편이 알코올 중독에다 자주 폭력을 쓰는 정신이상자라며 긴급 호송을 부탁해 술에 취해 잠이 든 남편을 춘천의 한 정신병원에 강제입원시킨 사례’가 있으며, 이는 입원이 급박한 환자가 아니라하더라도 사설응급구조단에 의해 이송이 가능하다는 것을 의미한다. (한겨레 2004년 4월 13일자 보도).

85) 보호의무자 2인 동의 등

86) 「응급의료에 관한 법률」의 목적에 따라 정신장애인의 심신상의 중대한 위해가 있는 경우 의료기관 등의 이송은 당연히 허용된다 할 것이다.

나. 공공위기 개입 서비스 구축

- ◆ ‘자해와 타해의 위협’⁸⁷⁾이 분명한 경우에는 공적기구가 개입하여 대상자에게 적절한 치료를 제공하고 만성적 질환으로 가는 것을 예방하는 것이 중요하나 이에 대해서는 세심한 주의가 요구된다. 첫째로는 대상자가 치료시설로의 이동을 거부할 경우 무리한 강박을 당하거나 신체적 상해를 입을 가능성이 높다. 둘째, 아무리 정신과적 증상이 심한 환자라 하더라도 이송과정에서 인간적인 모욕감과 수치심을 느낄 경우 향후 적절한 치료를 방해하는 외상(trauma)으로 남을 수 있기 때문이다.
- ◆ 가장 효과적인 개입은 경찰과 구급대의 도움을 받는 것이다. 특히 경찰의 경우 상황을 통제할 수 있음은 물론, 급박한 위협을 제지할 수 있고 현장까지의 도착 시간이 짧으며 「정신보건법」 제26조의 ‘응급입원’을 시행 할 수 있는 권한을 갖고 있기 때문에 가장 적합하다.⁸⁸⁾ 이 경우 반드시 정신보건전문요원에게 이를 통보하고 함께 개입한다면 대상자의 인권을 보호함과 동시에 가장 안전한 응급 개입이 이루어질 것이다.
- ◆ 그러나 현재 경찰공무원은 관할지역 이탈에 대한 책임, 정신질환자 강제입원에 대한 부담과 「정신보건법」 제26조 제2항 ‘의퇴할 때에는 이에 동의한’과 동법 시행령 제8조 제1항과 제2항 ‘호송할 수 있다’, ‘동송할 수 있다’ 등의 임의조항으로 인해 협조를 적극적으로 이끌어내기 어려운 점이 있다.
- ◆ 미국의 경우 경찰 내 조직으로 응급개입팀(Crisis Intervention Team, CIT)을 운영하여 정신과적 전문성을 가질 수 있는 교육프로그램을 운영하고, 정신과적 문제가 있는 대상자와 가정폭력 문제에 개입하고 있다. 또한 캐나다의 경우 ‘보호의 연속(Continuum of Care)’⁸⁹⁾이라는 개념을 통해 응급 서비스를 지속적인 치료의 중요한 단계로 설정하고 있으며, 호주의 경우 국가차원의 정신질환자에 대한 응급개입 서비스 체계를 구축하고 있는 실정이다.

87) 보건복지가족부 고시 97-18호에는 이러한 자해와 타해의 위협에 대한 범위가 고시되어 있다.

88) 더군다나 경찰과 119구급대원의 적절한 개입은 사설응급이송단에 의한 이송남용을 차단할 수 있고, 응급개입 사례대상자가 문을 열어주지 않을 경우 정신보건전문요원들이 비해 접근이 수월하다는 장점이 있다.

89) 이진석 외(2009), 앞의 글, p.58.

- ◆ 이러한 위기개입 서비스를 구축하기 위해서는 먼저 보건복지가족부 콜센터, 국립정신병원과 정신보건센터의 24시간 전화상담서비스를 개설하고 이를 경찰과 구급대에 연계되도록 하여야 하여 경찰과 구급대 역시 개입이 필요한 경우 이를 위 기관에 통보하도록 하여야 한다.
- ◆ 또한 경찰과 소방공무원이 적극적으로 개입할 수 있도록 「정신보건법」 제26조(응급입원) 제2항의 ‘이에 동의한’을 ‘정신보건전문요원이 이에 동의한 경우’로 개정하고 동법 시행령 제8조 제1항 ‘호송할 수 있다’와 2항 ‘동승할 수 있다’를 ‘하여야 한다’로 개정하여 경찰과 소방공무원의 협조를 의무화하여야 한다.
- ◆ 국가차원의 공적서비스 체계 구축을 위해서는 위기개입지침의 제작뿐만 아니라 관련부처 및 해당기관과의 유기적 업무협조를 위한 지역별 회의체 구성, 그리고 인권에 대한 교육이 전반적으로 수반되어야 하므로 이에 대한 관련 법률의 개정이 필요하다.

5-5. 공공후견인제도 도입

- ◆ 공공후견인이란 민법상의 부양의무나자 후견인이 없는 무연고자에 대하여 국가에서 부담하는 비용으로 지명하고 선임하는 후견인을 말한다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 정신장애인에 대한 법적 후견인으로 ‘보호의무자’라는 용어를 사용하고 있으며, 그 범위는 ‘환자의 직계혈족 및 배우자, 생계를 같이 하는 친족’, ‘보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 의무를 이행할 수 없는 경우 시장·군수·구청장’으로 하고 있다.
- ◆ 그러나 「정신보건법」상 보호의무자 규정은 환자와의 이해관계를 전혀 고려하지 않은 채 혈족만을 기준으로 하고 있어 입원결정 시 보호의무자의 사적 이익이 반영되는 것을 사전에 차단하게 힘든 상황이며, 시장·군수·구청장 역시 정신장애인의 이익을 대변하고 인권을 보호하는 역할을 수행하기에는 한계가 있다.
- ◆ 「정신보건법」이 보호의무자에게 입·퇴원을 결정할 수 있는 권한까지 부여하는 현실을 감안하였을 때 ‘보호의무자가 없거나, 보호의무자가 정신장애인의 이익

을 대변하기 어렵다고 보이는 경우' 환자의 주거·직업·교육·치료에 관한 결정을 대변할 후견인을 마련하여 환자의 인권을 보호할 필요가 있다.

- ◆ 후견인의 지정은 국내법에 의해 설립된 독립적이고 공정한 법정의 심의를 통해 선임되어야 하며, 정신장애인이 대리인에게 임금을 지불할 충분한 능력을 갖고 있지 않다면 국가에서 무료로 대리인을 지정해 줄 수 있어야 하며, 지정된 후견인은 정신장애인이 결정을 내릴 수 있도록 최대한 지원하고, 정신장애인은 능력을 완전히 상실한 경우가 아니라면 후견인을 거부할 수 있어야 한다.

Ⅱ 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

1. 의의

- ◆ 정신질환은 장애의 특성상 판단에 대한 장애 및 병식에 대한 이해가 결여되어 있어서 전반적인 치료과정을 스스로 결정하고 판단하지 못하는 경우가 있다. 이러한 장애의 특성 때문에 정신장애인을 치료하고 보호한다는 이유로 혹은 자신과 타인의 안전을 도모한다는 이유로 정신장애인의 자기결정권 및 인권이 존중되지 못하고 있는 것이 현실이다.
- ◆ 그러나 정신질환을 앓고 있는 환자가 모두 병을 부정하거나 판단력에 대한 장애를 가지고 있는 것은 아니며, 치료가 가능한 의학적 질병으로 간주되고 있어 위와 같은 이유로 「헌법」에서 보장하고 있는 기본적 인권마저 보장받지 못하는 것은 심각한 문제가 아닐 수 없다.
- ◆ 또한 정신의료기관에 입원한 환자는 적절한 치료를 통하여 가급적 빠른 시간 내에 사회에 복귀하는 것이 바람직하다. 그러나 우리나라의 장기입원일수는 233일로 유럽과 비교하여 그 격차가 매우 크고 건강보험환자에 비해 의료보호 환자의 입원기간이 장기화되고 있다. 이는 사회적 원인과 함께 치료환경의 문제에 그 원인이 있다 할 수 있다.
- ◆ 이를 개선하기 위해서는 정신의료기관내에서 정신장애인의 기본적 인권을 보장할 수 있는 법제도와 이를 감독할 수 있는 제도적 장치를 마련하여야 하며 시설환경의 개선 및 다양한 치료 프로그램의 개발과 함께 정신보건재정의 변화를 통하여 정신장애인의 적절한 치료와 권리보장이 이루어져야 한다.

2. 현황 및 문제점

2-1. 정신보건시설 내 권리

가. 정보에의 접근 및 권리의 고지

- ◆ 「정신보건법」 제6조(정신보건시설의 설치·운영자의 의무)에 의하면, “정신보건시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야 하며”, 여기서 말하는 ‘이 법에 의한 권리와 권리의 행사’에는 계속입원심사를 비롯한 입·퇴원 절차와 처우개선 청구, 치료 과정에 대한 정보 및 기타 권익보호 사항 등이 포함된다.

「정신보건법」상 정보에의 접근 및 권리의 고지 의무

제6조(정신보건시설의 설치·운영자의 의무) 정신보건시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야 하며, 입원 및 거주중인 정신질환자가 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며 자유롭게 생활할 수 있도록 노력하여야 한다.

- ◆ 그러나 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, 정신보건시설 입원시 ‘입·퇴원 과정에 대한 정보를 제공받았는가’라는 질문에 ‘전혀 설명을 듣지 못했다’는 응답이 51.5%로 나타나 반수 이상의 정신장애인들이 정신보건시설 입소 과정에서 적절한 치료정보를 제공받지 못하고 있음을 알 수 있었다. 또한 정보를 제공받은 환자 중에서도 ‘서면통지를 받은 경우’와 ‘구두로 자세히 설명을 들은 경우’는 24.1%에 불과하고, 나머지 17.9%는 ‘몇 마디 말을 들은 경우’로 나타나, “정신보건시설에 입원하는 환자는 입원과 동시에 환자가 이해하는 형식과 언어로 된 권리를 고지받아야 한다.”는 MI 원칙 12가 국내에서는 거의 적용되고 있지 않음을 알 수 있었다.

입·퇴원 과정에 대한 정보제공여부

(단위: 명, %)

시설유형	입퇴원 과정에 대한 정보 제공여부					계
	서면통지	구두로 자세한 설명 들음	몇 마디 말을 들음	전혀 설명 듣지 못함	무응답	
국립정신병원	13(11.8)	29(26.4)	26(23.6)	36(32.7)	6(5.5)	110(100.0)
공립정신병원	12(11.9)	17(16.8)	16(15.8)	44(43.6)	12(11.9)	101(100.0)
사립정신병원	76(11.7)	105(16.2)	110(17.0)	332(51.2)	25(3.9)	648(100.0)
종합병원정신과	17(10.1)	33(19.6)	28(16.7)	74(44.0)	16(9.5)	168(100.0)
병원정신과	33(6.5)	67(13.3)	94(18.7)	288(57.1)	22(4.4)	504(100.0)
정신과의원	7(2.8)	40(16.1)	46(18.5)	139(55.8)	17(6.8)	249(100.0)
정신요양시설	2(1.4)	17(11.6)	25(17.1)	79(54.1)	23(15.8)	146(100.0)
계	160(8.1)	308(16.0)	345(17.9)	992(51.5)	121(6.3)	1,926(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.22.

- ◆ 정신보건시설에서 널리 사용되고 있는 약물치료에 대해 환자가 어느 정도 정보를 제공받고 있는지 조사해 본 결과, 절반이상(50.9%)의 환자들이 약물 치료 전 약물복용에 대해 설명을 듣지 못했다고 응답했다. 또한 설명을 들었다고 응답한 44.6%의 환자들 중에서도 의사에게 직접 설명을 들었다고 응답한 비율은 27.0%에 불과해 정신보건시설에 입원한 환자의 대다수가 치료과정에 대한 정보를 제공받지 못하고 있음을 알 수 있었다.

약물 치료 전 약물복용에 대한 설명 유무

(단위: 명, %)

시설유형	약물 치료 전 약물 복용에 대한 설명 유무					계
	의사가 설명해줌	간호진이 설명해줌	약물치료 통보만 받음	설명 없음	무응답	
국립정신병원	43(39.1)	32(29.1)	21(19.1)	12(10.9)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	32(31.7)	25(24.8)	17(16.8)	25(24.8)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	165(25.5)	95(14.7)	166(25.6)	210(32.5)	12(1.9)	648(100.0)
종합병원정신과	69(41.1)	33(19.6)	33(19.6)	30(17.9)	3(1.8)	168(100.0)
병원정신과	127(25.2)	92(18.3)	107(21.2)	162(32.1)	16(3.2)	504(100.0)
정신과의원	48(19.3)	29(11.6)	66(26.5)	104(41.8)	2(.8)	249(100.0)
정신요양시설	24(16.4)	33(22.6)	24(16.4)	25(17.1)	40(27.4)	146(100.0)
사회복귀시설	28(48.3)	10(17.2)	5(8.6)	3(5.2)	12(20.6)	58(100.0)
계	536(27.0)	349(17.6)	439(22.1)	571(28.8)	89(4.5)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.58.

- ◆ 환자가 자신의 치료와 보호계획에 대해 인지하지 못하고 있다는 것은 환자와 의료진이 치료적 관계를 형성하는 데에 악영향을 줄 뿐만 아니라, 환자의 알 권리를 심각하게 해태한 것으로 볼 수 있다.

나. 사생활 및 개인정보 보호

- ◆ 「정신보건법」 제41조와 제42조에 의하면 누구든지 정신질환자, 그 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자의 동의 없이 정신질환자의 사생활을 침해하거나 정보를 누설할 수 없도록 하고 있다.

「정신보건법」상 사생활 및 개인정보 보호 관련 규정

제41조(권익보호) ② 누구든지 정신질환자, 그 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자의 동의없이 정신질환자에 대하여 녹음·녹화·촬영할 수 없다.

제42조(비밀누설의 금지) 이 법에 의하여 정신질환자에 관련된 직무를 수행하였던 자 또는 수행하는 자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 직무의 수행과 관련하여 알게된 타인의 비밀을 누설하거나 발표하여서는 아니된다.

- ◆ 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, ‘입원(소)환자의 사생활이 얼마나 보장되는가’라는 질문에 72.1%의 환자들이 ‘화장실이나 샤워실 등의 사적공간에서 사생활이 잘 보장되고 있다’고 응답해 정신보건시설 입원환자의 사생활은 비교적 잘 보호되고 있는 것으로 나타났다. 그러나 2.5%의 환자들은 경험이 있는 것으로 나타났으며 이와 관련된 시설에 대해서는 특별한 관리 감독이 필요할 것으로 보인다.

■ 화장실이나 샤워실 등의 사적 공간에서의 사생활 상태

(단위: 명, %)

시설유형	화장실/샤워실 등의 사적 공간						계
	privacy 잘 보호됨	가슴 이하만 가려짐	허리 이하만 가려짐	가려져 있지 않음	CCTV 설치됨	무응답	
국립정신병원	65(59.1)	22(20.0)	4(3.6)	15(13.6)	0	4(3.6)	110(100.0)
공립정신병원	67(66.3)	11(10.9)	2(2.0)	10(9.9)	9(8.9)	2(2.0)	101(100.0)
사립정신병원	478(73.8)	71(11.0)	5(.8)	50(7.7)	25(3.9)	19(3.0)	648(100.0)
종합병원정신과	129(76.8)	19(11.3)	1(.6)	7(4.2)	8(4.8)	4(2.4)	168(100.0)
병원정신과	352(69.8)	76(15.1)	14(2.8)	28(5.6)	10(2.0)	24(4.8)	504(100.0)
정신과의원	172(69.1)	39(15.7)	0	16(6.4)	17(6.8)	5(2.0)	249(100.0)
정신요양시설	115(78.8)	5(3.4)	0	21(14.4)	0	5(3.5)	146(100.0)
사회복지시설	52(89.7)	3(5.2)	0	1(1.7)	0	2(3.4)	58(100.0)
계	1430(72.1)	246(12.4)	26(1.3)	148(7.5)	69(3.5)	65(2.3)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.31.

- ◆ 또한 개인정보 또는 치료경력을 본인의 동의 없이 시설에서 함부로 사용하거나 유출한 경우에 대해서도 93.5%의 환자들이 ‘시설에 의한 개인정보 유출 경험은 없었다’라고 응답하여 환자의 개인정보 역시 비교적 잘 보호되고 있음을 알 수 있었다. 그러나 2.5%의 환자들은 경험이 있는 것으로 나타나 이와 관련된 시설에 대해서는 특별한 관리 감독이 필요할 것으로 보인다.

■ 개인 정보 또는 치료경력을 본인의 동의 없이 시설에서 함부로 사용하거나 유출한 경험

(단위: 명, %)

시설유형	시설에 의한 개인정보 유출 경험			계
	있음	없음	무응답	
국립정신병원	4(3.6)	101(91.8)	5(4.5)	110(100.0)
공립정신병원	8(7.9)	90(89.1)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	14(2.2)	610(94.1)	24(3.7)	648(100.0)
종합병원정신과	4(2.4)	158(94.0)	6(3.6)	168(100.0)
병원정신과	12(2.4)	473(93.8)	19(3.8)	504(100.0)
정신과의원	3(1.2)	239(96.0)	7(2.8)	249(100.0)
정신요양시설	4(2.7)	129(88.4)%	13(8.9)	146(100.0)
사회복지시설	1(1.7)	55(94.8)	2(3.4)	58(100.0)
계	50(2.5)	1,855(93.5)	79(4.0)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.32.

다. 통신 및 외부와의 소통

- ◆ 정신보건시설 입원(소) 환자의 통신 및 외부와의 소통과 관련한 조항은 「정신보건법」 제45조에서 확인할 수 있다. 동 조항에 따르면, 정신질환자는 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유, 면회의 자유 등을 제한당할 수 있으며, 다만, 진료행위에 지장이 없고 타인에게 해를 주지 않는 한 그러하지 아니하다.

「정신보건법」상 통신 및 면회의 자유 관련 규정

「정신보건법」

제45조(행동제한의 금지)① 정신의료기관 등의 장은 정신질환자에 대하여 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유, 면회의 자유 기타 대통령령이 정하는 행동의 자유를 제한할 수 있다.

② 정신의료기관 등의 장이 제1항의 행동을 제한하는 경우에는 최소한의 범위안에서 이를 행하여야 하며 그 이유를 진료기록부에 기재하여야 한다.

「정신보건법」 시행령

제20조(제한할 수 있는 기타 행동의 자유의 범위) 법 제45조제1항의 규정에 의하여 정신의료기관의 장은 정신질환자에 대하여 다음 각호의 자유를 제한할 수 있다. 다만, 진료행위에 지장이 없고 타인에게 해를 주지 아니하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 종교행사의 자유, 종교적 집회·결사의 자유 및 선교의 자유
2. 학문·예술의 자유
3. 사생활의 자유

- ◆ 2008년 정신보건시설 입원(소) 환자를 대상으로 편지 사용의 실태를 조사한 결과, ‘자유롭게 주고받는다’가 53.2%로 가장 많았고, ‘편지 수가 제한된다’가 2.4%, ‘직원이 먼저 읽어본다’가 6.4%, ‘편지사용이 금지된다’가 4.9% 정도로 나타났다. 환자의 치료에 방해가 되는 경우, 편지 사용이 일부 제한될 수는 있으나, 편지사용 자체를 원천적으로 금지하거나 미리 열람하는 행위는 환자의 자유를 지나치게 제한한 것으로 볼 수 있다.

편지 사용의 실태

(단위: 명, %)

시설유형	편지 사용의 실태					계
	자유롭게 주고받음	편지 수가 제한됨	직원이 먼저 읽어봄	편지사용은 금지됨	무응답	
국립정신병원	58(52.7)	6(5.5)	9(8.2)	7(6.4)	30(27.3)	110(100.0)
공립정신병원	72(71.3)	0	4(4.0)	0	25(24.8)	101(100.0)
사립정신병원	371(57.3)	16(2.5)	51(7.9)	27(4.2)	183(28.3)	648(100.0)
종합병원정신과	66(39.3)	7(4.2)	16(9.5)	8(4.8)	71(42.3)	168(100.0)
병원정신과	239(47.4)	13(2.6)	28(5.6)	37(7.3)	187(37.1)	504(100.0)
정신과의원	116(46.6)	3(1.2)	16(6.4)	13(5.2)	101(40.6)	249(100.0)
정신요양시설	86(58.9)	2(1.4)	2(1.4)	6(4.1)	50(34.3)	146(100.0)
사회복지시설	48(82.8)	0	0	0	10(17.2)	58(100.0)
계	1056(53.2)	47(2.4)	126(6.4)	98(4.9)	657(33.2)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.53.

라. 격리·강박에 대한 적정절차 준수

- ◆ 「정신보건법」 제46조 제1항은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고, 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 정신장애인 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로 당해 시설 내에서 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 할 수 있도록 규정하고 있다. 격리나 강박은 반드시 정신과 전문의의 지시에 따라야 시행되어야 하며, 적용기준 및 원칙은 보건복지가족부의 격리 및 강박 지침에 명시하고 있다.

「정신보건법」상 격리·강박 관련 규정

제46조(환자의 격리제한)

- ① 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 것은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로 행하여져야 한다. 이 경우 격리는 당해 시설 안에서 행하여져야 한다.
- ② 정신의료기관등의 장이나 종사자가 제1항에 따라 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 경우에는 정신과전문의의 지시에 따라야 하며 이를 진료기록부에 기재하여야 한다.

격리 및 강박 지침

1. 정의

- 1) 격리는 입원 환자치료의 일환으로 환자가 응급상황(자타해 또는 심한 손상을 초래할 수 있는 상황)으로 진행되는 것을 방지하기 위한 치료 또는 임상적인 상태의 조절을 위하여 제한된 공간에서 일정시간 동안 행동을 제한하는 것을 말한다.
- 2) 강박은 환자의 신체운동을 제한하는 행위를 말하는데, 손목이나 발목을 강박대(끈 또는 가죽 등)로 고정시키거나, 벨트를 사용하거나, 보호복을 착용시키거나, 의자에 고정시키는 방법 등을 사용하는 것을 말한다.

2. 적용기준

- 1) 자해 혹은 타해의 위험이 있는 환자를 보호할 목적으로 시행
- 2) 치료 프로그램이나 병실환경을 심각하게 훼손할 우려가 있는 경우
- 3) 환자의 동의 하에 행동요법의 한 부분으로써 사용할 수 있음
- 4) 환자가 받는 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우: 격리
- 5) 환자가 스스로 충동을 조절할 수 없다고 느껴, 격리 또는 강박을 요구하는 경우

3. 적용시의 원칙

- 1) 주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행하고 해제하여야 한다.
- 2) 격리 또는 강박 시행전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.
- 3) 환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시한다.
- 4) 치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 격리나 강박을 시행해서는 안 된다.
- 5) 치료자가 단독으로 격리나 강박을 시행하려고 해서는 안 되며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있어야 한다.
- 6) 격리 또는 강박 후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인해야 하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록한다. 환자상태에 이상이 있을시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고하도록 한다.
- 7) 강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 주어야 한다.
- 8) 수시로 혈액순환, 심한 발한(땀흘림)을 확인하여 자세변동을 시행하며, 대·소변을 보게 하고, 적절하게 음료수를 공급하여야 한다.
- 9) 환자상태가 안정되어 위험성이 없어졌다고 판단되면, 간호사는 즉시 주치의(또는 당직의사)에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하고 신체의 불편 유무를 확인한다.
- 10) 양 팔목과 발목에 강박대를 착용시킬 때는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나정도의 공간을 확보하며, 가슴벨트는 등 뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않은가 확인하고 관찰한다.

- ◆ 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, 보호실에 들어가 본 경험을 묻는 질문에 894명(45%)의 환자들이 ‘있다’라고 응답하였으며, 그 중 강박경험이 있는 환자는 574명(28.9%)이었다.

▮ 보호실에 들어가 본 경험의 유무

(단위: 명, %)

시설유형	보호실에 들어가 본 경험 유무				계
	강박	격리	없다	무응답	
국립정신병원	54(49.1)	10(9.1)	44(40.0)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	34(33.7)	17(16.8)	40(39.6)	10(9.9)	101(100.0)
사립정신병원	221(34.1)	112(17.3)	293(45.2)	22(3.4)	648(100.0)
종합병원정신과	48(28.6)	31(18.5)	81(48.2)	8(4.8)	168(100.0)
병원정신과	137(27.2)	95(18.8)	231(45.8)	41(8.1)	504(100.0)
정신과의원	67(26.9)	30(12.0)	136(54.6)	16(6.4)	249(100.0)
정신요양시설	12(8.2)	22(15.1)	64(43.8)	48(32.9)	146(100.0)
사회복지시설	1(3.3)	3(3.5)	20(34.5)	34(58.6)	58(100.0)
계	574(28.9)	320(16.1)	909(45.8)	181(9.1)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.38.

주: 성별에 따라서는 여성의 경우가 남성에 비해 강박경험이 약간 많았다($\chi^2=8.014$, $df=3$, $p=.046$)

- ◆ 강박을 경험한 환자에게 강박실시의 이유 및 과정에 대한 설명을 들었는지 질문한 결과, 응답자 3명 중 1명에 해당하는 34.7%의 환자들이 설명을 듣지 못했다고 응답했다. 긴급한 상황에서 어쩔 수 없이 강박을 실시하더라도 강박이 해제된 이후에 환자에게 그 사유 및 과정에 대한 설명을 해야 하는 것은 의료진의 의무이며,⁹⁰⁾ 합당한 설명을 하지 않고 강박만 시행하는 것은 강박자체가 입소자의 잘못된 행동에 대한 별로서 주어지거나 치료진의 편의를 위해서 행해졌을 가능성을 의심할 수 있다.

90) 「보건복지가족부 격리·강박지침」 3. 적용시의 원칙 2) 격리 또는 강박 시행 전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.

강박실시의 이유 및 과정에 대한 설명은 들었는가?

(단위: 명, %)

시설유형	강박실시 이유 및 과정 설명 유무		계
	있었음	없었음	
국립정신병원	36(66.7)	18(33.3)	54(100.0)
공립정신병원	18(52.9)	16(47.1)	34(100.0)
사립정신병원	147(66.5)	74(33.5)	221(100.0)
종합병원정신과	41(85.4)	7(14.6)	48(100.0)
병원정신과	75(54.7)	62(45.3)	137(100.0)
정신과의원	47(70.1)	20(29.9)	67(100.0)
정신요양시설	10(83.3)	2(16.7)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	1(100.0)
계	375(65.3)	199(34.7)	574(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.40.

- ◆ 강박의 장소를 묻는 질문에서는 ‘보호실’이 93.4%로 압도적으로 많았으나, 임시 장소나 공개된 장소에서 실시되었다는 응답도 일부 있었다. 보건복지가족부의 「격리 및 강박 지침」에 따르면, 환자는 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 격리 및 강박되어야 한다고 명시하고 있어 공개된 장소나 임시장소는 강박을 위한 적절한 장소로 볼 수 없다.

장소는 어디입니까?

(단위: 명, %)

시설유형	강박 시 장소					계
	보호실	임시장소	공개된 장소	기타	무응답	
국립정신병원	47(87.0)	2(3.7)	4(7.4)	1(1.9)	0	54(100.0)
공립정신병원	32(94.1)	1(2.9)	0	0	1(2.9)	34(100.0)
사립정신병원	204(92.3)	4(1.8)	3(1.4)	6(2.7)	4(1.8)	221(100.0)
종합병원정신과	47(97.9)	0	0	1(2.1)	0	48(100.0)
병원정신과	130(94.9)	0	3(2.2)	1(.7)	3(2.2)	137(100.0)
정신과의원	63(94.0)	0	3(4.5)	1(1.5)	0	67(100.0)
정신요양시설	12(100.0)	0	0	0	0	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	0	0	1(100.0)
계	536(93.4)	7(1.2)	13(2.3)	10(1.7)	8(1.4)	574(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.42.

◆ 강박의 시간을 묻는 질문에서는 ‘1-4시간’이 36.1%로 가장 많았고, 다음으로 ‘4-12시간’이 25.4%, ‘0-1시간’이 16.9%, ‘12-24시간’이 15.2%로 나타나 90% 이상은 24시간 내에 강박이 해제되는 것으로 나타났다. 그러나 강박시간이 24시간을 초과하는 경우도 6.3%정도 있었으며, 극소수이긴 하나 5일 이상을 초과하는 경우도 발생하고 있었다. 국내 「격리·강박지침」에는 강박의 최대허용시간을 명시하고 있지 않으나, 4시간 이상의 강박을 금지하고 있는 호주에 비하면 우리나라의 평균 강박시간은 다소 긴 것으로 볼 수 있다.⁹¹⁾

Ⅰ 평균 강박 시간

(단위: 명, %)

시설유형	강박 평균 시간								계
	0-1시간	1-4시간	4-12시간	12-24시간	24-48시간	3-5일	5-10일	10일 이상	
국립 정신병원	10(28.6)	9(25.7)	8(22.9)	6(17.1)	1(2.9)	1(2.9)	0	0	35(100)
공립 정신병원	5(17.2)	12(41.4)	8(27.6)	4(13.8)	0	0	0	0	29(100)
사립 정신병원	32(17.1)	73(39.0)	48(25.7)	25(13.4)	2(1.1)	6(3.2)	10(0.5)	0	187(100)
종합병원 정신과	3(7.5)	15(37.5)	15(37.5)	5(12.5)	0	2(5.0)	0	0	40(100)
병원 정신과	10(9.3)	43(39.8)	23(21.3)	22(20.4)	2(1.9)	6(5.6)	2(1.9)	0	108(100)
정신과의원	19(31.7)	13(21.7)	16(26.7)	9(15.0)	0	2(3.3)	0	1(1.7)	60(100)
정신요양시설	0	3(37.5)	1(12.5)	0	2(25.0)	1(12.5)	0	1(12.5)	8(100)
사회복지시설	0	1(100.0)	0	0	0	0	0	0	1(100)
계	79(16.9)	169(36.1)	119(25.4)	71(15.2)	7(1.5)	18(3.8)	3(0.6)	2(0.4)	468(100)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.44.

91) Muir-Cochrane, E. C., Holmes, C.A., 2001; 하유정 외(2006), “정신질환자 인권증진을 위한 제도분석”, 국립서울병원·국립정신보건교육센터, pp.77-78.

- ◆ 강박 도중 의료진의 규칙적으로 접근했는지에 대해서는 58%의 환자들만이 ‘그렇다’라고 응답해 3명 중 1명은 불규칙적으로 접근하거나 아예 접근을 하지 않은 것으로 나타났다. 보건복지가족부는 「격리 및 강박 지침」을 통해 의료진에게 강박 시 규칙적인 접근을 할 것을 권고하고 있으며, 이는 환자의 안전과 치료적 의사소통을 위한 필수적 행위이므로 반드시 준수될 필요가 있다.

■ 강박 도중 의료진의 규칙적인 접근

(단위: 명, %)

시설유형	강박 시 규칙적인 접근 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	21(38.9)	19(35.2)	14(25.9)	54(100.0)
공립정신병원	19(55.9)	10(29.4)	5(14.7)	34(100.0)
사립정신병원	135(61.1)	66(29.9)	20(9.0)	221(100.0)
종합병원정신과	37(77.1)	8(16.7)	3(6.2)	48(100.0)
병원정신과	65(47.4)	49(35.8)	23(16.8)	137(100.0)
정신과의원	48(71.6)	16(23.9)	3(4.5)	67(100.0)
정신요양시설	7(58.3)	4(33.3)	1(8.3)	12(100.0)
사회복지시설	1(100.0)	0	0	1(100.0)
계	333(58.0)	172(30.0)	69(12.0)	574(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.45.

2-2. 입원기간: 장기입원

- ◆ 2008년을 기준으로 정신의료기관 및 요양시설의 재원기간 평균(중앙값)은 233일이었으며 그 중 정신의료기관은 158일, 정신요양시설은 2,831일로 나타났다. 정신의료기관의 경우 6개월 이내에 퇴원하는 환자의 비율이 54.9%였으며, 6개월~1년간의 입원이 13.7%, 1년 이상 입원하는 환자의 비율이 31.3%로 나타났다. 반면, 정신요양시설은 10년 이상 입소하는 환자의 비율이 41.6%나 되어 정신의료기관에 비해 재원기간이 더욱 장기화되어 있음을 알 수 있었다.

재원기간별 분포

(단위: 명, %)

	전체	중양값 (일)	1개월 미만	1~3 개월 미만	3~6 개월 미만	6개월 ~ 1년 미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10년 이상	
2000 총계	50,783 (100.0)	277일	6,476 (12.6)	7,733 (15.2)	7,026 (13.8)	8,208 (16.2)	9,430 (18.6)	3,141 (6.2)	3,925 (7.7)	4,844 (9.5)	
2001 총계	53,714 (100.0)	288일	7,009 (13.0)	8,627 (16.1)	6,814 (12.7)	7,613 (14.2)	11,207 (20.9)	3,82 (7.1)	4,032 (7.5)	4,590 (8.6)	
2002 총계	54,604 (100.0)	287일	6,713 (12.3)	8,857 (16.2)	7,565 (13.9)	7,245 (13.3)	10,502 (19.2)	5,025 (9.2)	3,773 (6.9)	4,833 (8.9)	
2003 총계	57,426 (100.0)	261일	7,661 (13.3)	9,507 (16.6)	8,138 (14.2)	7,554 (13.2)	10,043 (17.5)	5,369 (9.3)	3,826 (6.7)	5,277 (9.2)	
2004 총계	59,205 (100.0)	267일	8,183 (13.8)	9,661 (16.3)	7,997 (13.5)	7,230 (12.2)	10,360 (17.5)	5,310 (9.0)	5,182 (8.8)	5,282 (8.9)	
2005 총계	62,117 (100.0)	267일	8,425 (13.6)	10,826 (17.4)	7,947 (12.8)	7,943 (12.8)	10,348 (16.7)	4,954 (8.0)	5,885 (9.5)	5,789 (9.3)	
2006 총계	65,498 (100.0)	257일	8,839 (13.5)	11,485 (17.5)	8,868 (13.5)	8,404 (12.8)	11,347 (17.3)	5,402 (8.2)	5,869 (9.0)	5,284 (8.1)	
2007 총계	66,412 (100.0)	236일	9,094 (13.7)	11,571 (17.4)	10,022 (15.1)	8,186 (12.3)	11,493 (17.3)	4,599 (6.9)	5,608 (8.5)	5,839 (8.8)	
2008 총계	68,110 (100.0)	233일	7,433 (10.9)	12,377 (18.2)	11,774 (17.3)	8,355 (12.3)	11,967 (17.6)	4,838 (7.1)	5,490 (8.1)	5,876 (8.6)	
정신 의료 기관	소 계	56,260 (100.0)	158일	7,335 (13.0)	12,166 (21.6)	11,423 (20.3)	7,718 (13.7)	9,974 (17.7)	3,560 (6.3)	3,136 (5.6)	948 (1.7)
	국립 정신병원	2,695 (100.0)	128일	434 (16.1)	655 (24.3)	610 (22.6)	368 (13.7)	395 (14.7)	117 (4.3)	107 (4.0)	9 (0.3)
	공립 정신병원	3,165 (100.0)	254일	322 (10.2)	408 (12.9)	634 (20.0)	527 (16.7)	818 (25.8)	224 (7.1)	198 (6.3)	34 (1.1)
	사립 정신병원	23,905 (100.0)	186일	2,213 (9.3)	3,948 (16.5)	4,052 (17.0)	3,447 (14.4)	5,184 (21.7)	2,136 (8.9)	2,150 (9.0)	775 (3.2)
	종합병원 정신과	4,175 (100.0)	61일	1,421 (34.0)	1,290 (30.9)	604 (14.5)	334 (8.0)	365 (8.7)	91 (2.2)	57 (1.4)	13 (0.3)
	병원 정신과	15,643 (100.0)	150일	1,787 (11.4)	3,589 (22.9)	3,688 (23.6)	2,209 (14.1)	2,744 (17.5)	921 (5.9)	589 (3.8)	116 (0.7)
	정신과 의원	6,677 (100.0)	88일	1,158 (17.3)	2,276 (34.1)	1,835 (27.5)	833 (12.5)	468 (7.0)	71 (1.1)	35 (0.5)	1 (0.0)
정신요양시설	11,850 (100.0)	2,831일	98 (0.8)	211 (1.8)	351 (3.0)	637 (5.4)	1,993 (16.8)	1,278 (10.8)	2,354 (19.9)	4,928 (41.6)	

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.104.

- ◆ 유럽에서 평균입원일수가 가장 긴 아일랜드의 경우 130일이며, 가장 짧은 오스트리아는 17.6일이다. 우리나라의 평균입원일수가 233일인 점을 감안하면, 유럽과 우리나라의 입원일수의 격차는 매우 크다.

■ 유럽의 평균입원일수

(단위: 명, %)

국가	년도	평균입원일수
오스트리아	1999	17.6일
덴마크	2000	36일
핀란드	1999	46일
프랑스	1998	35.7일
독일	1997	26.9일
아일랜드	1999	130일
이탈리아	1998	13.4일
스페인	1999	18일
스웨덴	1998	28일
영국	1999	52일

출처: HJ Salize, H Dressing(2004), Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168.

- ◆ 한편, 국내 정신보건시설 입원(소)환자의 재원기간을 주 보호자에 따라 분류해 본 결과, 주 보호자가 시·도지사인 경우 재원기간의 중간값이 352일로 가장 길었고, 다음으로는 형제·자매가 202일, 부모가 116일, 자녀가 100일 등의 순서로 나타났다. 이는 보호의무자의 유무가 입원기간에 상당한 영향을 미치고 있음을 말해주는 것이다.

▮ 후보호자에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

주번호자	조사 대상자	평균 ¹⁾	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 ²⁾
계	1807	441.33	48.00	130.00	398.00	9285	-
부모	645	383.79	46.00	116.00	342.00	9285	A,B
배우자	285	320.95	40.00	87.00	261.00	4797	A,B
형제, 자매	555	621.80	64.00	202.00	672.00	8287	B,C
자녀	191	260.18	41.00	100.00	215.00	4085	A,B
기타 ³⁾	72	716.56	111.25	352.00	966.75	5212	C
본인	59	204.83	34.00	85.00	224.00	2033	A

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.55.

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: $p < 0.001$

2) 사후검정: 본인, 자녀, 배우자, 부모 < 형제, 자매, 기타

3) 시도지사입원 또는 행려가 포함됨

◆ 또한 의료보장형태도 재원기간에 큰 영향을 미치고 있었다. 의료보호 1종 환자의 경우 평균(중앙값) 재원일이 221.5일, 의료보호 2종 환자의 경우 153일, 의료보험 환자의 경우 90일로 각각 조사되었으며, 이는 건강보험 환자에 비해 의료보호 환자의 재원기간이 장기화되고 있음을 의미한다.

▮ 의료보장형태별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

의료보장	조사 대상자	평균 ¹⁾	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 ²⁾
계	2090	657.41	54	152	535.25	9285	-
의료보험	674	318.99	38	90	256	7985	A
의료보호1종	1188	839.58	65	211.5	743.25	9285	B
의료보호2종	184	488.22	60	153	445.50	7506	A, B
행려	44	1630.41	183.25	713.5	2226.50	9097	C

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.30.

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: $p < 0.001$

2) 사후검정: 의료보험 < 의료보호1종 < 행려

◆ 장기입원은 과도한 인신구속 외에도 개인의 경제상황을 악화시키는 원인이 되고 있다. 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, 조사대상자 5,786명 중 65.8%에 해당하는 3,808명의 건강보험대상자가 의료급여 혹은 행려환자로 하락하였으며, 18.0%의 환자를 제외하고는 건강보험에서 의료보호로, 의료보호에서 행려로 계층이 하락했다. 계층이 변동되기까지는 평균 313일정도의 기간이 걸렸고, 건강보험 환자가 의료급여 혹은 행려환자로 전환되는 데에는 301일 정도가 소요되었다.

■ 초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동 현황

(단위: 명, 일)

의료보장 상태 변동	Total		변동까지의 기간
	환자수	비율	
총계	5,786	100.0%	313
〈건강보험 변동 소계〉	3,808	65.8%	301
건강보험 → 의료급여 1종	2,306	39.9%	298
건강보험 → 의료급여 2종	1,496	25.9%	306
건강보험 → 행려	6	0.1%	217
〈의료급여1종 변동 소계〉	706	12.2%	375
의료급여 1종 → 건강보험	392	6.8%	394
의료급여 1종 → 의료급여 2종	277	4.8%	374
의료급여 1종 → 행려	37	0.6%	178
〈의료급여2종 변동 소계〉	1,194	20.6%	325
의료급여 2종 → 건강보험	297	5.1%	422
의료급여 2종 → 의료급여 1종	896	15.5%	294
의료급여 2종 → 행려	1	0.0%	232
〈행려환자 변동 소계〉	78	1.3%	131
행려 → 건강보험	6	0.1%	143
행려 → 의료급여 1종	69	1.2%	122
행려 → 의료급여 2종	3	0.1%	295

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.140.

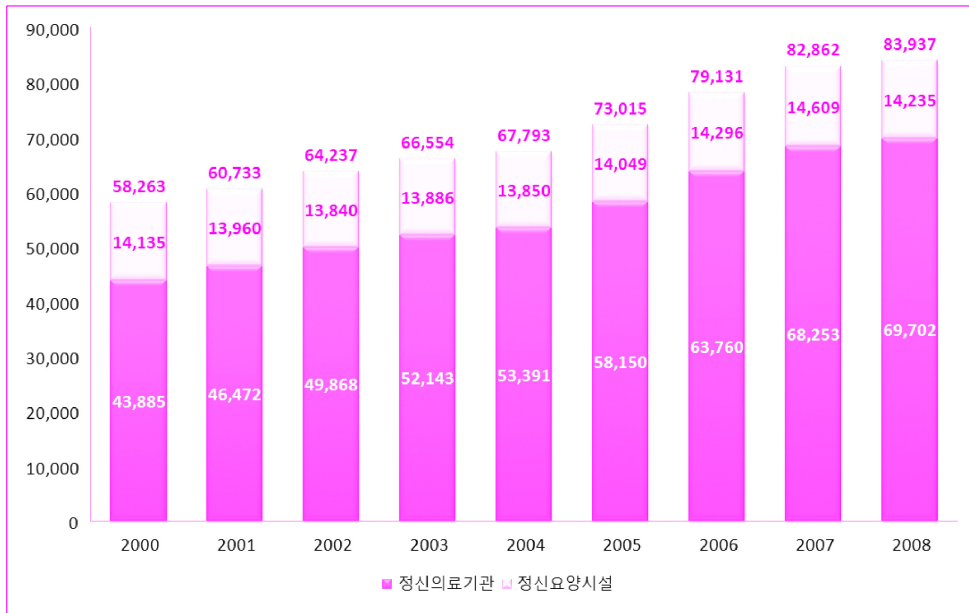
2-3. 치료환경

가. 적정 병상 수: 병상 수의 지속적인 증가

- ◆ 2008년 정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 우리나라의 정신과 병상 수는 1999년 이후 지속적으로 증가하고 있으며, 2008년을 기준으로 정신의료기관은 69,702병상, 정신요양시설은 14,235병상 정도 되는 것으로 나타났다.

정신병상 수 증가 추이

(단위: 병상 수)



출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.81.

정신병상 수 상대적 구성비의 변화추이

(단위: %)

		1984	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
정신병원	국공립	13.4	11.7	12.3	13.2	14.2	13.0	12.5	12.2	11.8	11.7	10.7	10.9	9.6	9.6
	사립	7.0	15.7	16.6	22.1	31.6	35.5	33.4	34.1	33.7	32.9	30.8	30.1	29.7	33.8
	소 계	20.4	27.4	29.0	35.3	45.8	48.5	45.8	46.3	45.5	44.6	41.4	41.0	39.3	43.4
병의원	병원·종합병원	14.2	13.3	15.8	18.3	19.4	23.0	24.8	25.2	27.3	27.8	29.8	31.9	35.4	30.6
	정신과 의원	7.5	3.8	3.9	3.5	3.6	3.9	6.0	6.2	5.6	6.4	8.5	6.7	7.7	9.1
	소 계	21.8	17.2	19.8	21.8	23.0	26.9	30.7	31.4	32.9	34.1	38.2	40.6	43.1	39.7
소 계		42.2	44.7	48.8	57.1	68.8	75.3	76.5	77.7	78.3	78.8	79.6	81.6	82.4	83.0
정신요양시설		57.7	55.2	51.1	42.9	31.0	24.3	23.0	21.3	20.9	20.4	19.3	18.0	17.6	17.0
사회복귀시설		-	-	-	-	0.2	0.4	0.5	0.8	0.8	0.8	1.1	1.4	-	-
총 계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.81.

주: 2007년부터 사회복귀시설은 정신병상 수 추계에서 제외함.

- ◆ 그러나 대부분의 OECD 국가들은 1960년대 이후 수용 중심에서 지역사회정신보건 서비스 중심으로 정신보건정책의 기초를 바꾸면서 정신병상 수를 감소시키고 지역사회 시설을 늘리는 데 주력하고 있다. 실제 1980년부터 2000년까지 20년 간 OECD 국가의 정신병상 수 증가율을 비교한 결과, 우리나라의 병상증가율이 +0.49(정신의료기관 제외 시 +0.41)인데 반해, 아일랜드는 -1.43, 오스트리아는 -0.34, 영국은 -0.72를 기록하고 있었다.

OECD 국가의 정신병상 수의 변화추이

(단위: 인구 천명당 병상 수)

국 가		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000 ¹⁾	1980~ 2000년의 20년 병상증가율
한 국	정신요양 시설 제외	-	-	-	-	0.11	0.19	0.33	0.93 (1.39) ²⁾	+0.41
	정신요양 시설 포함	-	-	-	-	0.25	0.47	0.74	1.23 (1.68) ²⁾	+0.49
	터키	-	0.15	0.14	0.14	0.11	0.08	0.11	0.12	+0.01
	이태리	-	-	2.22	1.84	1.39	0.99	0.84	0.16 (‘99)	-0.65
	오스트레일리아	3.13	-	2.22	-	1.40	0.91	0.58	0.31	-0.55
	미국	3.80	3.36	2.45	1.47	0.91	0.69	0.62	0.31	-0.3
	스페인	-	-	-	1.33	1.15	0.92	0.71	0.57 (‘97)	-0.34
	오스트리아	-	-	-	-	1.29	1.09	0.85	0.61	-0.34
	스웨덴	-	-	-	4.00	3.24	2.50	1.70	0.63	-1.30
	노르웨이	-	-	2.51	-	1.85	1.21	0.84	0.69	-0.58
	포르투갈	1.00	1.10	1.19	1.20	1.04	0.89	0.90	0.70 (‘98)	-0.19
	덴마크	-	-	-	2.10	1.82	1.49	0.71	0.78 (‘98)	-0.58
	그리스	-	1.13	1.30	1.43	1.35	1.20	1.04	1.00 (‘99)	-0.18
	영국	-	-	-	-	2.30	1.92	1.84	1.00 (‘98)	-0.72
	아일랜드	-	-	-	-	3.95	3.42	2.28	1.10	-1.43
	프랑스	-	-	-	-	2.42	2.07	1.76	1.11	-0.66
	스위스	3.49	3.16	2.99	2.80	2.22	2.01	1.75	1.20	-0.51
	독일	0.92	1.89	2.04	2.04	1.97	2.50	1.70	1.28	-0.35
	네덜란드	-	-	2.05	-	1.74	1.80	1.64	1.44	-0.15
	벨기에	-	-	2.75	-	2.46	2.15	1.95	1.64	-0.41
	일본	1.02	1.77	2.39	2.49	2.64	2.77	2.91	2.80 (‘03)	+0.09

출처: OECD(2003), *OECD Health System: Facts and Trends.*; 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.25. 재인용

주: 1) 괄호안은 각 연도의 통계

2) 2007년도의 인구(추계인구) 1천명 당 정신병상 수 통계

나. 시설환경: 폐쇄적이며 협소한 공간구조

- ◆ 시설환경은 환자의 인권과 최적의 치료를 보장하는데 있어 기본적인 요소 중 하나이다. 이에 「정신보건법」 제12조(정신의료기관의 시설기준 등)에서는 정신의료기관을 운영하는데 필요한 시설 및 장비의 법적 기준이 있음을 명시하고, 구체적인 내용을 보건복지부령을 통해 고시하도록 하고 있다. 이를 근거로 시행규칙의 [별표2] 입원실설치기준에서는 환자 1인용 입원실의 바닥면적은 6.3제곱미터 이상이어야 하며, 입원실 1실의 정원은 10인 이하로 하여야 하고, 50인 이상인 정신의료기관의 경우 입원실의 100분의 10 이상을 개방병동으로 운영하도록 하고 있다.

「정신보건법」상 정신의료기관의 시설 기준 규정

제12조 (정신의료기관의 시설기준등) ①정신의료기관의 시설, 장비의 기준, 의료인등 종사자의 수 및 자격 등에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

「정신보건법」 시행규칙 상 입원실 설치 기준

「정신보건법」 시행규칙 [별표 2] 정신의료기관의 시설·장비기준(제7조제1항관련)

2. 정신의료기관의 시설규격 및 장비

가. 입원실

- (1) 환자 1인용 입원실의 바닥면적은 6.3제곱미터이상이어야 하고, 환자 2인 이상용 입원실의 바닥면적은 환자 1인당 4.3제곱미터이상이어야 한다. 다만, 연면적의 합계 중 입원실을 제외한 부분의 면적이 입원실의 면적의 2배 이상인 정신의료기관의 환자 2인 이상용 입원실의 바닥면적은 환자 1인 당 3.3제곱미터 이상으로 한다.
- (2) 소아용 입원실의 바닥면적은 위 (1)의 입원실의 바닥면적의 3분의 2이상으로 한다. 다만, 환자 1인용 입원실의 바닥면적은 6.3제곱미터이상이어야 한다.
- (3) 입원환자(연평균 1일 입원환자를 말한다. 이하 같다) 50명당 보호실 1 개를 설치하되, 그 단수에는 보호실 1개를 추가하고, 입원환자를 보호실에 둘 때에는 1명만 입실시켜야 하며, 보호실에는 자해 등을 예방할 수 있는 안전장치를 갖추어야 한다. 다만, 정신의료기관이 개방병동만으로 이루어진 경우에는 보호실을 두지 아니할 수 있다.
- (4) 입원실의 시설 및 비품은 자신 또는 타인을 해할 위험이 예방될 수 있도록 설치하여야 한다.

- (5) 병동안에는 외부와 신속하게 연락을 취할 수 있는 경보연락장치를 하여 야하고, 환자가 자유롭게 사용할 수 있는 전화를 설치하여야 한다.
- (6) 입원환자 50인이상인 정신의료기관은 입원실의 100분의 10이상을 개방 병동으로 운영하여야 한다.
- (7) 1실의 정원은 입원환자 10인이하로 한다.

◆ 2008년 전체 정신과병상 대비 개방병상의 비율은 17.2%로, 시행규칙에서 고시하고 있는 기준은 상회한 상태이나 2002년도 Health Plan 2010의 계획 수립시 목표치로 설정했던 35.1%⁹²⁾를 기준으로 보면 17.9%를 더 상향시켜야 한다.

정신의료기관 종류별 개방병상 수 및 개방병상 비율

(단위: 개소, 병상, %)

	시설수	정신 병상수	개방 병상수	개방병상비율									
				1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
총 계	1,258	83,937	14,413	11.9	15.9	15.6	19.7	15.8	15.1	15.5	16.0	18.3	17.2
국립 정신병원	6	3,831	540	11.5	17.9	19.4	24.6	22.9	20.5	18.4	18.7	19.0	14.1
공립 정신병원	12	4,212	555	11.7	11.9	12.1	17.7	11.2	14.2	12.0	12.9	13.6	13.2
사립 정신병원	93	28,384	3,689	9.0	14.5	12.2	11.2	11.5	14.2	11.2	11.9	13.7	13.0
종합병원 정신과	158	6,319	1,783	19.1	23.2	23.9	34.6	24.6	20.6	16.5	18.8	25.8	28.2
병원 정신과	118	19,348	4,115	12.8	10.4	15.2	12.7	12.9	13.3	17.2	18.3	18.9	21.3
정신과 의원	813	7,608	720	12.8	17.8	22.0	17.7	18.2	19.6	19.1	11.3	11.7	9.5
정신 요양시설	58	14,235	3,011	-	-	12.9	26.9	15.6	13.2	14.0	13.9	25.3	21.2

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.86.

◆ 또한 2008년 정신보건시설 조사에 따르면, 우리나라의 경우 7-13명이 1실을 사용하는 비율이 60.3%로 가장 높게 나타났으며, 6.5%는 14인을 초과하여 「정신보건법」 고시기준을 초과하고 있는 것으로 드러났다.

92) 김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육연구센터, p.169.

방당 사용인원 수

(단위: 명, %)

	방 당 사용인원수				계
	1-6명	7-13명	14명 이상	무응답	
국립정신병원	41(37.3)	62(56.4)	5(4.5)	2(1.8)	110(100.0)
공립정신병원	19(18.8)	69(68.3)	10(9.9)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	168(25.9)	407(62.8)	60(9.3)	13(2.0)	648(100.0)
종합병원정신과	64(38.1)	97(57.7)	6(3.6)	1(.6)	168(100.0)
병원정신과	120(23.8)	338(67.1)	36(7.1)	10(2.0)	504(100.0)
정신과의원	67(26.9)	174(69.9)	4(1.6)	4(1.6)	249(100.0)
정신요양시설	86(58.9)	46(31.5)	8(5.5)	6(4.1)	146(100.0)
사회복귀시설	52(89.7)	3(5.2)	0	3(5.2)	58(100.0)
계	617(31.1)	1,196(60.3)	129(6.5)	42(2.1)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.30.

- ◆ 또한 “시설의 침실과 복도의 청결도”에 대한 시설방문조사에 따르면, 73.6%의 시설만이 만족스러운 수준으로 나타나 4개 시설 중 1개 시설은 ‘불쾌한 냄새가 나거나 청결하지 못한 치료환경’을 갖추고 있는 것으로 나타났다.

시설별 침실과 복도 상태 비교

(단위: 명, %)

시설유형	청결하며, 불쾌한 냄새가 없다		계
	만족함	만족하지 못함	
국공립정신병원	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)
공립정신병원	3(100.0)	0	3(100.0)
사립정신병원	13(68.4)	6(31.6)	19(100.0)
종합병원정신과	6(85.7)	1(14.3)	7(100.0)
병원정신과	8(50.0)	8(50)	16(100.0)
정신과의원	9(75.0)	3(25.0)	12(100.0)
정신요양시설	5(100.0)	0	5(100.0)
사회복귀시설	5(100.0)	0	5(100.0)
미인가시설	2(100.0)	0	2(100.0)
계	53(73.6)	19(26.4)	72(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.95.

다. 전문 의료인력현황

- ◆ 최적의 치료환경을 보장하기 위해서는 무엇보다 적절한 정신보건 인력이 충족될 필요가 있다. 「정신보건법」상 의료인력 기준은 동법 제12조(정신의료기관의 시설기준 등)에서 찾아볼 수 있으며, 구체적인 내용은 정신의료기관의 경우 「정신보건법」 시행규칙 [별표3], 정신요양시설의 경우 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 [별표2]에서 찾아볼 수 있다.

「정신보건법」상 정신의료기관의 인력 기준 규정

제12조 (정신의료기관의 시설기준등) ①정신의료기관의 시설, 장비의 기준, 의료인등 종사자의 수 및 자격 등에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

「정신보건법」 시행규칙 [별표 3]

정신의료기관 인력 기준

종사자의 수 종사자의 자격	종사자의 수	
	정신병원과 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과	정신과의원
정신과 전문의	입원환자 60인당 1인을 두되, 그 단수에 예는 1인을 추가한다. 이 경우 정신과전 공의는 이를 정신과전문의 0.5인으로 본다.	정신병원과 같음
간호사	입원환자 13인당 1인을 두되, 그 단수에는 1인을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1의 범위 안에서 간호조무사를 간호사로 갈음할 수 있다.	정신병원과 같음. 다만 입원환자가 5명 미만이거나 외래환자만을 진료하는 경우에는 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.
전문요원	입원환자 100인당 1인을 두되, 그 단수에는 1인을 추가한다. 이 경우 전문요원의 자격취득을 위하여 수련 중인 자로서 수련기간이 1년을 경과한 자는 이를 전문요원 0.5인으로 본다.	

「정신보건법」상 정신요양시설의 인력 기준 규정

제10조 (정신요양시설의 설치·운영등) ④ 정신요양시설의 설치기준, 수용인원, 종사자의 수 및 자격, 이용 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 [별표2]

Ⅰ 정신요양시설 인력 기준

시설장	1명
사무국장	1명
정신과전문의 또는 촉탁의	1명 이상
간호사	입소자 40명 당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1 범위에서 간호조무사를 간호사로 대체할 수 있다.
생활지도원 또는 생활복지사	입소자 25명 당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다.
전문요원	1명 이상을 두되, 여자가 입소할 수 있는 시설의 경우에는 여자 전문요원 1명을 두어야 한다.

기타 영양사, 사무원, 작업지도원, 조리원, 위생원, 관리인 또는 경비원 등은 생략

- ◆ 2008년 정신보건사업지원단 보고서의 입원환자 및 인력현황을 바탕으로 ‘정신 의료기관 및 정신요양시설의 법정 인력기준 준수 현황’을 계산해 본 결과, 정부가 고시한 법정 의료인력에 대해 정신의료기관의 경우 의사는 1,603명, 간호사는 3,485명, 전문요원은 1,365명을 초과하는 데 반해, 정신요양시설은 의사 44명, 간호사 127명, 전문요원 7명이 부족한 것으로 나타나 정신요양시설의 경우 법정 인력기준을 준수하지 못하고 있음이 확인되었다.

정신의료기관의 법정 인력기준 준수 현황

(단위: 명)

	입원환자수	인력기준 (환자:인력수)	필요인력	인력현황	준수현황
정신 의료기관	56,260명	의 사 (60:1)	938명	2,541명	1,603명 초과
		간 호 사 (13:1)	4,328명	7,813명	3,485명 초과
		전문요원 (100:1)	563명	1,928명	1,365명 초과
국립정신 병원	2,695명	의 사 (60:1)	45명	81명	36명 초과
		간 호 사 (13:1)	207명	419명	212명 초과
		전문요원 (100:1)	27명	307명	280명 초과
공립 정신병원	3,165명	의 사 (60:1)	53명	67명	14명 초과
		간 호 사 (13:1)	243명	340명	97명 초과
		전문요원 (100:1)	32명	90명	58명 초과
사립 정신병원	23,905명	의 사 (60:1)	398명	451명	53명 초과
		간 호 사 (13:1)	1,839명	2,290명	451명 초과
		전문요원 (100:1)	239명	520명	281명 초과
종합병원 정신과	6,319명	의 사 (60:1)	105명	732명	627명 초과
		간 호 사 (13:1)	486명	1,097명	611명 초과
		전문요원 (100:1)	63명	491명	428명 초과
병원 정신과	19,348명	의 사 (60:1)	322명	297명	25명 부족
		간 호 사 (13:1)	1,488명	1,722명	234명 초과
		전문요원 (100:1)	193명	337명	144명 초과
정신과 의원	7,608명	의 사 (60:1)	127명	911명	784명 초과
		간 호 사 (13:1)	585명	1,945명	1,360명 초과
		전문요원 (100:1)	76명	183명	107명 초과
요양시설	11,850명	의사(1개소당 1명)	58명	14명	44명 부족
		간 호 사 (40:1)	297명	170명	127명 부족
		전문요원 (100:1)	119명	112명	7명 부족

출처: 중앙정신보건사업지원단, 2008 “인력기준 및 입원현황”을 토대로 계산

주: 「정신보건법」 시행규칙에 따라 전공의는 전문의 0.5인으로 계산하고, 간호사는 정원의 1/2를 간호조무사로 같음하여 계산.

- ◆ 한편, 2008년 기준으로 전체 정신보건시설에 종사하고 있는 정신과 전문의는 2,276명이며, 정신과 전공의는 596명, 정신보건전문요원은 3,143명, 간호사는 4,282명 등이었다.

▮ 정신보건기관 종류별 상임인력 현황

(단위: 명)

	계	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사	
				간호사	사회 복지사	임상 심리사					
2000 총계	8,619	1,425	553	783	272	152	2,632	480	88	2,234	
2001 총계	9,665	1,553	577	1,098	338	171	2,890	553	105	2,380	
2002 총계	10,095	1,642	523	1,229	403	193	2,932	609	157	2,407	
2003 총계	10,970	1,684	476	1,353	457	240	3,300	784	163	2,513	
2004 총계	11,854	1,838	513	1,482	565	244	3,570	852	163	2,627	
2005 총계	12,863	1,964	516	1,653	672	268	3,724	1,006	173	2,887	
2006 총계	14,183	2,089	549	1,782	874	295	4,012	1,203	189	3,190	
2007 총계	14,761	2,225	556	1,729	826	319	3,847	1,361	204	3,694	
2008 총계	15,946	2,276	596	1,797	992	354	4,282	1,488	178	3,983	
정신의료기관	13,266	2,243	596	1,224	420	284	3,981	519	167	3,832	
정신요양시설	1,012	14	-	87	24	1	170	565	-	151	
지역 사회 시설	소계	1668	19	-	486	548	69	131	404	11	-
	표준형정신 보건센터	779	12	-	287	264	41	67	102	6	-
	기본형정신 보건센터	110	5	-	55	1	-	42	7	-	-
	사회복귀 시설	673	1	-	111	242	21	17	277	4	-
	알코올 상담센터	106	1	-	33	41	7	5	18	1	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.133.

- ◆ 이를 전체 인구 수에 대비하여 살펴보면, 우리나라의 경우 인구 10만 명당 정신과 의사 수는 5명 정도이며, 이는 OECD 국가 평균 11명에 훨씬 못 미치는 수준이다. 또한 2001년 기준으로 OECD 국가 인구 10만 명당 평균 정신보건간호사가 43명인데 반해 우리나라는 2008년을 기준으로 10.3명, 정신보건임상심리사는 26명인데 반해 0.9명, 정신보건사회복지사는 44명인데 반해 1.9명인 것으로 조사되어 전반적으로 우리나라의 정신보건 의료인력 기준이 OECD 기준에 비해 매우 낮은 수준임을 알 수 있다.

OECD 국가의 정신보건 전문직종별 인구 십만 명당 수

국가명	정신과 의사	정신보건간호사	정신보건 임상심리사	정신보건 사회복지사
호주	14	53	5	5
오스트리아	10	38.9	36.9	103.4
벨기에	18	-	-	-
캐나다	12	44	35	-
체코	12	33	4.9	-
덴마크	16	59	85	7
핀란드	16	176	76	165
프랑스	20	-	-	-
독일	7.3	52	-	-
그리스	6	3	14	56
헝가리	9	19	2	1
아일랜드	25	43	55	104
아일랜드	5.22	86.5	9.7	36.9
이탈리아	9	26	2	2.7
일본	8	59	-	5
한국	3	7.8	0.5	1.6
룩셈부르크	12	35	28	35
멕시코	2.8	0.12	-	0.2
네덜란드	9	99	28	176
뉴질랜드	6.6	74	27	-
노르웨이	20	42	68	-
폴란드	6	21	5	1
포르투갈	5	4.6	2.8	7.2
슬로바키아	10	32	3	-
스페인	3.6	4.2	1.9	-
스웨덴	20	32	76	-
스위스	22	-	40.8	-
터키	1	1	1	-
영국	11	104	9	58
미국	10.5	6.3	26.4	33.6
중상위권국가a)	2.4	5.7	0.7	1.42
상위권국가a)	9	33.5	26.7	25.5

출처: WHO(2001), Atlas: Country Profiles On Mental Health Resources,

WHO(2003), Investing in Mental Health,

김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신
보건교육연구센터, p.110. 재인용

주: GDP 중상위권국가와 상위권국가들의 인구 십만 명당 전문직종별수의 중간값

라. 치료행위: 의료보장형태에 따른 차별

- ◆ 의료급여를 받는 환자라 하더라도 건강보험환자와 비슷한 수준의 진료를 받아야 하나, 실제 진료횟수와 시간에 있어 많은 차이가 있음을 알 수 있다.

■ 건강보험환자와 의료급여환자 간 정신과 진료행위 비교

정신과 요법	진료횟수		진료시간	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
지지요법	3.32	2.83	51.08	36.61
심층분석요법	0.82	0.31	51.06	9.55
작업 및 오락요법	2.60	2.82	199.13	137.12
정신과적 재활요법	0.38	0.25	34.23	6.21

- ◆ 정신과 진료의 특징 중 하나는 다른 질병에 비해 담당의사의 정서적 치료가 매우 중요하다는 것이다. 그러나 2008년 “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”에서 ‘담당의사와의 면담횟수’에 대해 조사한 결과, ‘필요시 언제나 가능하다’ 혹은 ‘매일 면담한다’가 31.3%, ‘주2회’가 9.4%, ‘주1회’가 25.7%였으며, ‘비정기적이다’라고 응답한 비율도 25.3% 정도로 나타나 절반가량의 환자들은 주 1회 혹은 비정기적으로 담당의사와 면담하고 있음을 알 수 있었다.

■ 담당의사와의 면담횟수

(단위: 명, %)

시설유형	담당의사와의 면담횟수에 대한 만족도						계
	필요시 언제나 가능	매일	주 2회	주 1회	비정기적	무응답	
국립정신병원	36(32.7)	6(5.5)	7(6.4)	32(29.1)	28(25.5)	1(,9)	110(100.0)
공립정신병원	10(9.9)	3(3.0)	12(11.9)	62(61.4)	11(10.9)	3(3.0)	101(100.0)
사립정신병원	180(27.8)	70(10.8)	72(11.1)	138(21.3)	134(20.7)	54(8.4)	648(100.0)
종합병원정신과	45(26.8)	51(30.4)	22(13.1)	25(14.9)	16(9.5)	9(5.4)	168(100.0)
병원정신과	69(13.7)	42(8.3)	39(7.7)	160(31.7)	144(28.6)	50(9.9)	504(100.0)
정신과의원	39(15.7)	44(17.7)	27(10.8)	76(30.5)	55(22.1)	8(3.2)	249(100.0)
정신요양시설	6(4.1)	1(,7)	4(2.7)	13(8.9)	83(56.8)	39(26.8)	146(100.0)
사회복귀시설	19(32.8)	0	3(5.2)	4(6.9)	30(51.7)	2(3.4)	58(100.0)
계	404(20.4)	217(10.9)	186(9.4)	510(25.7)	501(25.3)	164(8.4)	1,984(100.0)

출처: 정신원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.37.

주: 정신요양시설의 경우, 촉탁의 형태로 외부의 병의원에서 일주일에 한번정도 의사가 방문진료 있어 ‘비정기적’이라는 응답이 높게 나왔을 가능성이 있음.

◆ 한편, 의사가 자주 면담해 주는지에 대한 문항에서 ‘자주 만날 수 있고 성의가 있다’는 응답이 1,252명(63.1%), ‘자주 만날 수는 있지만 무성의하다’는 응답이 170명(8.6%), ‘어쩌다 만나긴 하나 무성의하다’는 응답이 194명(9.8%), ‘거의 만날 수 없다’는 응답이 168명(8.5%), ‘자주 만날 수는 없지만 성의는 있다’는 응답이 62명(3.1%)으로 나타났다. 시설로는 국립정신병원, 공립정신병원, 종합병원정신과, 사회복귀시설 등에서 만족도가 높은 것으로 나타난 반면, 사립정신병원, 병원정신과, 정신과의원, 정신요양원 등에서는 비교적 낮은 만족도를 보였다.

▮ 의사와의 면담에 대한 만족도

(단위: 명, %)

시설 유형	의사와의 면담에 대한 만족도						계
	자주 만날 수 있고 성의 있음	자주 만나지만 무성의	어쩌다 만나고 무성의	거의 못만남	자주 못만나지만 성의있음	무응답	
국립 정신병원	82(74.5)	9(8.2)	6(5.5)	10(9.1)	0	3(2.7)	110(100.0)
공립 정신병원	72(71.3)	9(8.9)	4(4.0)	7(6.9)	2(2.0)	7(6.9)	101(100.0)
사립 정신병원	422(65.1)	65(10.0)	60(9.3)	51(7.9)	19(2.9)	31(4.8)	648(100.0)
종합병원 정신과	138(82.1)	9(5.4)	6(3.6)	5(3.0)	3(1.8)	7(3.0)	168(100.0)
병원 정신과	278(55.2)	56(11.1)	63(12.5)	62(12.3)	17(3.4)	28(5.6)	504(100.0)
정신과 의원	153(61.4)	17(6.8)	33(13.3)	13(5.2)	17(6.8)	16(6.4)	249(100.0)
정신요양 시설	59(40.4)	2(1.4)	20(13.7)	19(13.0)	4(2.7)	42(28.8)	146(100.0)
사회복귀 시설	49(84.5)	3(5.2)	2(3.4)	1(1.7)	0	3(5.2)	58(100.0)
계	1,252(63.1)	170(8.6)	194(9.8)	168(8.5)	62(3.1)	138(6.9)	1,984(100.0)

출처: 정인원 외(2008), “정신보건시설재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회, p.36.

마. 적정시설 보호: 부적절한 입원

- ◆ 부적절한 기관으로의 입원은 재원기간을 장기화시키는 원인이 된다. 그러나 2008년 국가인권위원회에서 “임상증상을 기준으로 정신보건시설 종류별 입원 필요성 여부”를 조사한 결과 전체 입원환자의 35.5%가 입원이 부적절한 것으로 나타났다. 정신의료기관의 경우 31.3%, 정신요양시설의 경우 59.8%가 부적절한 입원이었으며, 이는 환자의 상태에 따라 다른 종류의 시설에 전원되거나 혹은 퇴원하여야 한다는 것을 의미한다.

▮ 임상증상에 따른 정신보건시설 입원 필요성 여부: 2008 국가인권위원회 조사

(단위: 명, %)

	전 체	의료기관 입원	
		입원 불필요	입원 필요
전 체	2030 (100.0)	721 (35.5)	1309 (64.5)
국립정신병원	109 (100.0)	47 (43.1)	62 (56.9)
공립정신병원	115 (100.0)	20 (17.4)	95 (82.6)
사립정신병원	660 (100.0)	197 (29.8)	463 (70.2)
종합병원 정신과	166 (100.0)	39 (23.5)	127 (76.5)
병원 정신과	507 (100.0)	182 (35.9)	325 (64.1)
정신과의원	256 (100.0)	97 (37.9)	159 (62.1)
정신요양시설	169 (100.0)	101 (59.8)	68 (40.2)
사회복지시설(주거)	48 (100.0)	38 (79.2)	10 (20.8)

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.59.

- ◆ 1999년 보건복지부 조사에서도 결과는 크게 다르지 않았으며, 구체적인 내용은 아래와 같다.

■ 임상증상에 따른 정신보건시설 입원 필요성 여부: 1999 보건복지부 조사

(단위: 명, %)

	전 체	재원적절 여부	
		적절	부적절
전 체	59,051 (100.0)	32,239 (56.8)	26,812 (43.2)
국립정신병원	3,202 (100.0)	2,466 (77.0)	736 (23.0)
공립정신병원	3,580 (100.0)	2,665 (74.4)	915 (25.6)
사립정신병원	15,888 (100.0)	7,708 (48.5)	8,180 (51.5)
대학병원	1,624 (100.0)	1,409 (86.7)	215 (13.3)
종합병원	7,951 (100.0)	5,725 (72.0)	2,226 (28.0)
정신과의원	1,402 (100.0)	1,179 (84.1)	223 (15.9)
정신요양시설	15,287 (100.0)	7,090 (46.4)	8,197 (53.6)
부랑인시설	7,117 (100.0)	3,997 (56.2)	3,120 (43.8)
무허가기도원	3,000 (100.0)	-	3,000 (100.0)

출처: 서동우 외(1999), “전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사”, 보건복지부; 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.60. 재인용.

3. 국내외 기준

3-1. 국내 기준

- ◆ 「헌법」은 모든 국민의 사생활의 비밀과 자유, 종교의 자유, 재산권, 근로의 권리를 비롯한 인간다운 생활을 할 권리를 명시하고 있으며, 모든 국민에는 당연 정신장애인도 포함된다. 이에 따르면, 정신보건시설에 입원해 있는 정신질환자는 아래에 적시된 권리와 자유를 누릴 수 있어야 한다.

「헌법」

제10조 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.

제12조 ① 모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다.

- ④ 누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 즉시 변호인의 조력을 받을 권리를 가진다. 다만, 형사피고인이 스스로 변호인을 구할 수 없을 때에는 법률이 정하는 바에 의하여 국가가 변호인을 붙인다.
- ⑥ 누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 적부의 심사를 법원에 청구할 권리를 가진다.
- 제17조 모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해받지 아니한다.
- 제18조 모든 국민은 통신의 비밀을 침해받지 아니한다.
- 제20조 ① 모든 국민은 종교의 자유를 가진다.
- 제26조 ① 모든 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가기관에 문서로 청원할 권리를 가진다.
- ② 국가는 청원에 대하여 심사할 의무를 진다.
- 제23조 ① 모든 국민의 재산권은 보장된다.
- 제32조 ① 모든 국민은 근로의 권리를 가진다. 국가는 사회적·경제적 방법으로 근로자의 고용의 증진과 적정임금의 보장에 노력하여야 하며, 법률이 정하는 바에 의하여 최저임금제를 시행하여야 한다.
- 제34조 ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.

3-2. 국제 기준

- ◆ MI 원칙에 의하면, 정신보건시설에 입원한 환자는 치료과정에 대한 정보를 제공받을 권리가 있으며, 자신의 건강이나 타인의 안전에 위협이 되지 않는 한 개인의 정보를 언제든지 열람할 수 있어야 한다.

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.

MI 원칙 12 ‘권리의 고지’

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.

MI 원칙 19 ‘정보의 열람’

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」가 제시하고 있는 정보접근 및 권리통지 지침은 아래와 같다.

정신보건 서비스 이용자들의 권리

정보에 대한 접근

- 법은 정신장애인들이 그들 자신의 임상적 기록들에 대하여 완전히 자유롭게 접근할 수 있는 권리를 보장해 주어야 한다.
- 법은 또한 이러한 정보에 대한 접근이 제한될 수 있는 예외적인 상황들을 명시하여야 한다(임상기록이 공개되면 다른 사람들이 위협에 처하게 되거나 환자 본인의 정신건강에 심각한 해를 줄 수 있는 경우).
- 정보를 공개하지 않는 것은 환자 본인이 그 정보를 좀 더 이성적으로 다룰 수 있게 되기까지의 기간 동안 일시적이어야만 한다.
- 법은 정보를 공개하지 않기로 한 결정에 대해 환자 및 그들의 대리인이 사법심사권을 신청하거나 진정할 수 있는 권리를 가질 수 있다는 사실을 명시할 수 있다.
- 환자 및 그들의 대리인은 또한, 기존 기록에 대한 변동 없이 의무기록에 자신들의 의견을 첨부시킬 것을 요구할 수 있다.
- 법(또는 규정)은 환자들이 그들의 정보접근에 대한 권리를 행사하는 절차를 기술할 수도 있다.
- 보건시설들이 환자의 서류나 기록에 있는 정보를 검토하고 환자 또는 법적인 대리인에게 설명할 수 있는 직원을 보유하고 있는 것이 또한 중요하다.

권리의 통지

- 법은 환자가 정신건강서비스를 이용하게 될 때 가능한 빨리 환자에게 자신의 권리에 관해 고지하는 조항을 포함해야 한다. 그들에게 그들의 권리를 고지하는 것은 최대한 빨리 시행되어야 한다.
- 이 정보는 환자들이 이해할 수 있는 방식으로 전달되어야 한다.
- 법은 또한, 그러한 정보를 이해할 능력이 부족한 환자들의 경우 대리인 또는 가족 구성원들에게 이러한 권리를 전달할 수 있는 조항을 만들 수도 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 5.4.

- ◆ 더불어 MI 원칙에 의하면, 환자는 비자발적으로 입원했거나, 동의할 능력이 없다고 판단되거나, 이유 없이 동의를 보류하거나, 자신 및 타인의 안전을 위하여 반드시 필요한 경우를 제외하고는 고지된 동의 없이 치료받지 않아야 한다. 환자는 치료의 동의에 필요한 충분한 정보를 제공받을 권리가 있으며, 여기에는 진단평가 결과, 제안된 치료의 목적·기간 및 예상되는 이익, 다른 치료방식 등

이 포함되어야 한다. 만일, 환자의 고지된 동의 없이 치료가 성립된 경우에도 환자는 치료의 본질, 가능한 대체방법 등을 최대한 설명받을 수 있어야 한다.⁹³⁾

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;
9. 환자의 고지된 동의 없이 치료가 동의되었을 경우에는, 그럼에도 불구하고 환자에게 치료의 본질, 가능한 대체방법을 최대한 설명하여야 하며, 환자에게 치료계획 진척의 유용성을 전달하여야 한다.
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.

MI 원칙 11 '치료의 동의'

- ◆ 1996년 세계정신과협회 총회에서 승인한 「마드리드 선언(Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice)」에 따르면, 환자가 정신장애로 인하여 적절한 판단의 실행이 어려운 경우 환자의 존엄과 법적 권리의 보장을 위하여 가족과의 상담과 법적인 자문을 구하도록 권고하고 있다.

4. 환자가 정신장애로 인해 적절한 판단에 대한 실행에 장애가 있거나 할 수 없을 경우, 만약 적절하다면, 정신과의사는 인간의 존엄 및 환자의 법적 권리를 보장하기 위해 가족과 상담해야 하고, 법적인 자문도 구해야 한다. 만약 치료가 주어지지 않으면 환자의 삶 및 주의를 위협하게 할 경우가 아니면 환자에 반해서 치료를 제공할 수 없다. 치료는 항상 환자의 최상의 이익을 갖도록 해야만 한다.

「Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996」

93) 그 외에도 MI 원칙에는 불임수술 금지(MI 원칙 12), 주요 약물치료 및 수술에 있어서의 환자의 동의(MI 원칙 13), 정신과적 외과수술과 다른 과도한 그리고 반복할 수 없는 치료에서의 환자의 고지된 동의 및 외부 제3자의 확신(MI 원칙 14), 임상시험 및 실험적 시술에 있어서의 환자의 동의(MI 원칙 15) 등을 명시하고 있다.

- ◆ 한편, 정신보건시설에 입원(소)한 환자들은 다른 사람들과 같은 수준의 인간다운 삶을 누릴 권리가 있으며, MI 원칙은 정신보건시설에 입원한 환자들이 법 앞에서 동등한 인간으로 대우받을 권리, 사생활을 보호받을 권리, 시설 안의 다른 사람들과 의사소통할 자유, 종교 및 사상의 자유가 있음을 명시하고 있다.

2. 모든 정신장애인 혹은 정신장애로 취급받는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.

MI 원칙 1 ‘기본적 자유 및 기본권리’

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

MI 원칙 13 ‘정신보건시설 내에서의 권리와 조건’

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 환자들이 정신보건시설에 있는 동안 존엄적인 대우를 보장받을 수 있는 조건으로, 안전하고 위생적인 환경의 제공, 여가·오락·교육·종교활동을 위한 시설 확충, 일에 대한 적절한 보상 등을 들고 있으며, 구체적인 내용은 아래와 같다.

정신보건시설에서의 권리

법은 정신보건시설에 있는 환자들이 잔인하고 비인간적이며 존엄성을 훼손하는 치료로부터 보호받도록 보장하여야 한다. 특히, 법은 다음과 같은 것들을 명시할 수 있다:

- a) 안전하고 위생적인 환경의 제공
- b) 시설 내의 적절하고 위생적인 환경 유지
- c) 생활환경은 여가, 오락, 교육, 종교 활동을 위한 시설을 포함
- d) 직업재활을 위한 적합한 설비 제공(이것은 나중에 환자들이 시설을 떠나게 될 때, 지역 사회에서 생활하기 위한 준비에 도움을 줄 수 있게 된다)
- e) 동성 및 이성의 구성원들과 교류할 수 있는 권리
- f) 환자들의 환경은 사생활이 가능하고 보호받을 수 있도록 구성

- g) 환자들은 친구, 가족 및 다른 사람들로부터의 방문, 편지 그리고 기타 다른 의사소통 방법을 포함해 외부와 자유롭게 제한되지 않은 의사소통을 가져야 한다(의사소통이 제한되는 예외적인 상황들은 법에 명시되어야만 한다)
- h) 환자들은 그들이 원하지 않는 일을 하도록 강요당하지 않으며 일을 할 경우에는 적절한 보상을 받아야만 한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 5.4.

- ◆ 정신보건시설에 입원한 환자는 자신의 정보에 관한 비밀을 보장받을 권리가 있으며, 이는 비밀유지가 환자 및 제3자에게 심각한 신체적·정신적 피해를 초래할 경우에만 제한될 수 있다.

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

MI 원칙 6 '비밀보장'

- 6. 환자의 정신보건 증진 목적을 위해, 치료의 관계에서 얻어진 정보는 비밀이 보장되어야 하고 예외적인 경우에만 사용되어야 한다. 정신과의사가 개인적 사유 또는 재정적, 학문적 이익을 위한 정보의 사용은 금지된다. 비밀을 개방하는 것은 비밀보장을 유지된다면 환자 및 제 3자의 심각한 신체적 정신적 위해가 있을 경우에만 되어야 한다; 아이들의 학대받는 경우에서, 정신과 의사는 가능하다면 언제든지, 행동을 취하는 것에 대해 환자에게 1차적으로 조언해야 한다.

「Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996」

- ◆ 치료목적을 위해 자유 제한이 허용되는 정신보건시설의 특성 상, 환자의 사생활이 보장되기란 매우 어렵다. 그럼에도 1995년 인도네시아 발리에서 채택된 「정신질환자와 관련된 윤리문제에 대한 성명」에서는 정신과 의사에게 환자의 비밀 보호 및 사생활 보장의 의무를 명확히 명시하고 있다.

나. 윤리원칙

- 5. 모든 환자의 비밀과 사생활은 보호되어야 한다. 법적으로 요구될 경우, 정신과 의사는 관련 자료만을 관련 당국에게만 밝혀야 한다. 한 기관에서 다른 기관으로 자료가 자동으로 전달되도록 하는 자료보관소는 의학적 비밀이 유지되는 경우에 한하여 이용될 수 있다.

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 이의 실효적 이행을 위해 고의적인 비밀보장의무 위반에 대해 처벌이나 벌칙을 부과할 수 있으며, 사법적 이의제기의 권리가 있음을 법에 명시할 것을 권고하고 있다.

정신보건 서비스 이용자의 권리

비밀보장

- 법은 비밀보장에 대한 환자의 권리 존중을 보장해야 한다.
- 법은 임상적 상황에서(즉, 어떤 방식의 관리 및 치료의 상황에서) 얻어지는 모든 정보들의 비밀이 보장되며, 관련된 모든 사람들이 비밀보장을 유지하기 위한 책임을 가지게 된다는 것을 명시해야 한다. 이것은 필연적으로 정신장애인들에 대한 관리 및 치료를 제공하는 시설과 서비스 내에 있는 모든 사람들을 포함한다.
- 법은 전문가들 또는 정신보건시설에 의한 고의적인 비밀보장의무의 위반에 대해서 처벌이나 벌칙을 부과할 수도 있다.
- 법의 비밀보장 조항들은 정신장애인들에 관한 개인적 정보를 포함하는 자료서적(resource book) 기록뿐만 아니라 국가적, 지역적 데이터베이스를 포함하는 전자/디지털 방식으로 저장된 정보에 관해서도 똑같이 적용되어야 한다.
- 법은 비밀보장이 합법적으로 제한될 수 있는 예외상황들을 기술할 수 있다. 다음의 경우가 해당된다.
 - a) 생명을 구하기 위해서 정보가 긴급히 필요한, 생명을 위협하는 응급상황
 - b) 관여되어있는 그 사람 본인이나 또는 다른 사람들에게 심각한 피해나 상해를 입힐 수 있는 가능성이 높은 경우
 - c) 심각한 병적 상태와 고통의 예방
 - d) 공공의 안전을 위한 경우
 - e) 법정에서 비밀 보장을 하지 말도록 명령한 경우(예를 들면 범죄 사례들의 경우)
- 법은 정보를 공개하기로 한 결정에 대해 환자들과 그들의 대리인이 이의제기하거나 사법심사를 신청할 수 있는 권리를 가질 수 있도록 규정할 수 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 5.4.

- ◆ MI 원칙에 따르면, 환자에 대한 ‘격리 및 강박’은 환자 혹은 타인의 현저한 피해를 막기 위한 목적 하에서만 유일하게 채택될 수 있다. 의료진은 환자를 격리 혹은 강박할 경우 정기적으로 검사를 실시하여야 하며, 이와 관련한 사항을 진료기록부에 기록할 의무를 갖는다.

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.

MI 원칙 11 '치료의 동의'

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 '격리' 및 '강박'이라는 용어가 의미하는 바에 대해 다양한 해석이 존재할 수 있으므로 법에서 명확히 정의할 필요가 있다고 권고하고 있다. 격리 및 강박은 사실상 자원이 부족하기 때문에 발생하며, 따라서 이의 해결을 위해서는 국가가 정신보건시설을 개선하는 일이 필요하다는 것이다.

“격리” 및 “강박”이라는 용어는 이 용어가 의미하는 바에 대해 다양한 해석이 존재할 수 있기 때문에 법에서 정의할 필요가 있다. 더 나아가 각각의 다른 상황들에 적용될 수 있는 서로 다른 종류의 강박과 격리가 있을 수 있다.

법은 정신보건시설에서의 격리와 강박의 사용을 제한하여야 한다. 직원들에게 격리와 강박을 사용하도록 조장하는 것은 자원이 부족하기 때문이며, 이런 격리와 강박을 제한하기 위해 각 국가는 정신보건시설을 개선해야 한다. 학대로부터 보호하기 위하여 법은 이런 처치들이 허용되는 예외적인 상황을 기술할 수 있다. 강박과 격리는 이것들이 자신 또는 타인들에 대한 즉각적이고 임박한 위협을 막기 위하여 사용가능한 유일한 수단이며, 필요한 최소한의 시간동안만 사용하는 경우 허용할 수 있게 된다. 그것은 오로지 인증 받은 정신보건 실무자가 승인해야만 할 수 있다. 만약 그것이 사용된다면, 격리 또는 강박되어 있는 개인과의 지속적, 적극적, 개인적인 접촉이 필요하게 되며 이는 수동적인 관찰 이상의 것이 된다. 법은 강박과 격리가 자신 또는 타인에 대한 위협을 예방하는 다른 모든 수단이 실패한 경우 최후의 수단으로서 사용되는 처치라는 것을 기술할 수 있다. 특히, 법은 처벌의 형태로서 격리와 강박을 사용하는 것을 금지하여야 한다.

격리와 강박

- 격리와 강박은 이것이 자신 또는 타인들에게 즉각적이거나 임박한 위협을 예방하는데 이용 가능한 유일한 수단일 경우, 법에 의해 허용될 수 있다.
- 격리와 강박은 최소한의 시간동안(몇 분 또는 몇 시간)만 시행되어야 한다.
- 격리와 강박이 종결된 이후에 즉각적으로 다른 격리나 강박이 계속적으로 시행되어서는 안 된다.

- 격리 및 강박되어 있는 개인과의 지속적, 적극적, 개인적인 접촉이 필요하게 되며 이는 수동적인 관찰 이상이어야 된다.
- 법은 격리 및 강박을 처벌로서 사용하거나 또는 직원의 편의를 위해서 사용하는 것을 금지해야 한다.
- 법은 또한 격리 및 강박이 자원이나 기반시설의 부족으로 인해 사용되지 않도록 자원이나 기반시설을 보강해야 한다.
- 격리 및 강박의 예외적인 사용을 위한 절차
 - a) 인증된 정신보건 실무자에 의해 승인되어야 한다.
 - b) 정신보건시설은 그러한 처치를 안전하게 실행하는데 적합한 시설을 가지고 있어야 한다.
 - c) 격리 및 강박의 이유와 기간 그리고 이러한 처치들의 즉각적인 종결을 위해 주어진 치료는 이런 처치를 승인한 정신보건 전문가에 의해 환자의 임상 기록에 포함되어야 한다.
- 모든 격리와 강박의 기록들은 심의 기구가 접근 가능한 등록부에 기록되어야 한다.
- 환자들이 격리 또는 강박 처치를 받는 경우 즉시 환자의 가족 및 그들의 대리인에게 통지되어야 할 필요가 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 11.

◆ 정신보건시설에 입원한 환자들의 학대 및 착취로부터의 보호 규정은 MI 원칙 8(보호의 기준)과 MI 원칙 13(정신보건시설 내에서의 권리와 조건)에서 찾아볼 수 있다. MI 원칙은 정신질환자가 다른 환자 및 직원으로부터 학대당하지 않고, 강압적인 노동착취를 강요받지 않을 권리가 있음을 명시하고 있다.

2. 모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자들로부터의 학대, 직원 및 다른 사람들의 고통 혹은 신체적 불안을 야기하는 행동을 포함하는 위해로부터 보호받아야 한다.

MI 원칙 8 '보호의 기준'

3. 어떠한 환경에서도 환자는 강압적인 노동착취를 당할 수 없다. 환자의 요구에 부응하고 행정기관의 요구사항 안에서, 환자는 일하고자 하는 직업을 선택할 수 있다.

MI 원칙 13 '정신보건시설 내에서의 권리와 조건'

- ◆ 정신보건시설에 입원한 환자가 최적의 치료를 제공받기 위해서는 전문적인 의료인력과 시설이 확충되어야 한다. 이를 위해 MI 원칙은 ‘정신보건시설의 자원’으로 충분한 수의 자질을 갖춘 의료인력, 환자의 사생활을 보호할 수 있는 적합한 공간과 적절한 치료 프로그램, 환자를 위한 임상학적 그리고 치료학적 시설 등을 명시하고, 정신보건시설 내의 환자의 삶의 환경 및 조건은 비슷한 연령의 평범한 삶과 최대한 유사하여야 한다고 명시하고 있다.

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

MI 원칙 14 ‘정신보건시설의 자원’

2. 정신보건시설 내의 환자의 삶의 환경이나 조건은 비슷한 연령의 평범한 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·문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주고 지역사회로의 복귀 방법을 촉진할 수 있는 적절한 직업으로의 복귀를 도와주는 시설과 그러한 시설의 장려하고, 이러한 방법들은 환자들이 지역사회에서의 직업을 얻고 유지하도록 돕는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치서비스를 포함하여야 한다.

MI 원칙 13 ‘정신보건시설 내에서의 권리와 조건’

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」에는 정신과 전문인력의 자격요건을 다음과 같이 명시하고 있다.

정신장애를 판단하기 위한 전문가집단의 자격 조건

- 다음 내용이 법(또는 규정)에 기술되어야 한다.
 - 정신장애를 판정하기 위해 요구되는 경험과 기술의 수준을 정의해야 한다.
 - 판단을 내리는 전문가 집단을 기술해야 한다.
- 정신장애를 결정하는 과정에 관여되는 실무자들이 이 업무에 대해 입증할 수 있는 역량을 가지고 있는 것으로 인식되기 위한 인증체계가 필요하다.
- 어떤 전문가 집단이 정신장애 여부에 대해 판단을 내릴 수 있는지는 각 국가 내에서 결정되어야 한다. 정신과 의사 및 일반 실무자들이 부족한 국가에서는, 다른 정신보건 실무자들을 정신장애를 판정할 수 있는 적격자로 지정할 수 있다. 이것이 허용되는 곳에서는, 법이(또는 동반되는 규정이) 그러한 인증에 요구되는 지식, 경험 및 훈련의 수준을 명시하여야 한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 9.2.

- ◆ MI 원칙에 따르면, 정신보건시설은 환자들에 대한 조건, 치료와 보호를 확인하기 위하여 능력 있는 감독기관으로부터 충분한 빈도의 감독을 받아야 하며, 정부는 이를 위해 적절한 구조적 과정을 보장하여야 한다.

2. 모든 정신보건시설은 이 조항의 내용대로 환자들에 대한 조건, 치료와 보호를 확인하기 위하여 능력 있는 감독기관으로부터 충분한 빈도의 감독을 받아야 한다.

MI 원칙 14 '정신보건시설의 자원'

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.

MI 원칙 22 '감시와 치료'

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 정신보건시설에 대해 정기적으로 정밀조사를 수행하고, 필요한 경우 어떠한 사전 통지 없이 추가적인 방문을 수행할 수 있도록 하고 있고 있으며, 위법한 행위를 한 시설에 대해 시정을 명령할 수 있도록 벌칙규정을 둘 것을 권고하고 있다.

정신보건시설들에 대한 정기적인 정밀조사

독립적인 기구는 주기적으로 모든 정신보건시설들에 대하여 정밀조사를 수행할 수 있으며, 이 경우 어떠한 사전 통지 없이 추가적인 방문을 수행할 수 있다. 그러한 방문동안, 그 기구는 해당 시설 내의 어떠한 환자라도 사적으로 면담할 수 있는 권한을 가져야 하며 시설의 모든 부분 및 환자의 의무기록에 제한없이 접근할 수 있어야 한다. 방문 동안, 그 기구의 대표자들은 의무기록에 대한 문서 뿐 아니라 생활시설의 질을 상세히 조사할 필요가 있고 그 시설에 비자의적으로 입원한 환자들 뿐 아니라 자의적으로 입원한 환자들도 개인적으로 면담해야 할 필요가 있다. 그러한 방문을 통해 심의 기구와 그 대표자들은 시설내의 환자들이 그들이 필요로 하는 치료 및 관리를 받고 있고, 인권을 침해받고 있지 않으며, 정신보건시설이 「정신보건법」에 포함되어 있는 보호조치들을 실행하고 있다는 요건들을 만족시키기 위해 필요한 수단을 사용할 수 있다. 법은 위반사항이 발견되었을 때, 동반되는 절차와 벌칙들을 명시하여야 한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 13.2.

- ◆ 한편, MI 원칙에서는 시설 내에서의 개인의 사생활 및 청결한 환경에서 치료받을 수 있도록 하여야 한다고 명시하고 있으며, 특히 원칙 13의 2에 의하면, “정신보건시설 내의 환자의 삶의 환경이나 조건은 비슷한 연령의 평범한 삶과 최대한 유사하여야 하며, 이를 위하여 (a) 운동시설 (b) 교육시설 (c) 일상, 운동과 통신에 필요한 물건들을 받거나 구입할 수 있는 시설 등을 포함하도록 권고하고 있다.

2. 정신보건시설 내의 환자의 삶의 환경이나 조건은 비슷한 연령의 평범한 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·문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주고 지역사회로의 복귀 방법을 촉진할 수 있는 적절한 직업으로의 복귀를 도와주는 시설과 그러한 시설의 장려하고, 이러한 방법들은 환자들이 지역사회에서의 직업을 얻고 유지하도록 돕는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치서비스를 포함하여야 한다.

MI 원칙 13 '정신보건시설 내에서의 권리와 조건'

4. 정책방향

- ◆ 성공적인 치료를 위해서는 정신장애인의 자존감을 증진시키고 치료과정에서 당사자의 참여가 보장되고 자기결정권 및 알권리가 충족되어야 함은 너무나도 당연한 일이다. 그러나 법적·제도적 미비로 인하여 이러한 기본적 권리가 무시되고 있음은 물론 나아가 신체의 자유에 대한 본질적인 내용이 침해되는 일이 발생하고 있어 관련 법제도를 개선할 필요가 있다.
- ◆ 또한 적절한 치료를 위해서는 열악한 시설 환경과 의료 인력의 부족 및 적절한 치료 프로그램의 부족이 개선되어야 하며, 이는 정신의료기관의 수익구조와 관련된 제도적 문제로서 이에 대한 종합적인 대책이 필요하다.
- ◆ 정신장애인의 인권을 보장하기 위해서는 입원절차 자체를 엄격하게 하는 것보다 다른 장치에 의한 인권보장이 더 큰 효력을 보여주고 있음을 「정신보건법」의 역사는 보여주고 있다. 그 중 대표적인 것이 정신의료기관에 대한 제3자의 감시기능이다.⁹⁴⁾ 정신장애인의 보호 및 권리옹호 시스템이 구축되어야 할 필요가 있는데, 이는 국가인권위의 역할 강화나 혹은 별도의 기구를 설립하여 시행할 수 있다고 판단된다. 그러나 이는 장기적으로 추진해야 할 과제로 판단하여 현시점에서는 현재 운영되고 있는 공공기구의 역할을 확대·강화하는 모니터링 제도를 핵심적 추진과제에서 언급하였다.

5. 핵심 추진과제

5-1. 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련

가. 치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시

- ◆ 환자는 기본적으로 자신의 정신과 신체에 발생한 사실과 앞으로의 치료과정에 대하여 알권리가 있으며 이는 「헌법」이 보장하는 기본권 중의 하나이다.⁹⁵⁾ 이러한 알권리는 자기결정권에 선행하는 기본권으로서 이로 인해 의사는 환자에게 설명할 의무를 갖는다.

94) 김병후(1995), 앞의 글, p.65.

95) 「헌법」 제21조가 보장하는 권리로 보는 견해도 있으나 「헌법」 제10조가 보장하는 기본권이라고 보는 학설과 판례(헌법재판소1990.9.10. 선고 89헌마82 결정)가 다수 존재한다.

- ◆ 특히 치료과정에서 환자에 대한 약품의 투여는 신체에 대한 침습을 포함하는 것으로 환자 자신의 생명·신체·건강과 직결되므로 환자는 이에 대해 설명을 들을 권리가 있으며, 의사는 환자의 심신상태 등 사정에 맞추어 구체적인 정보를 제공하고 이를 설명, 지도할 의무가 있다. 이는 위험을 예방하고 치료의 성공을 보장하기 위한 것으로 진료상의 설명의무는 진료행위의 본질적 구성부분이다.
- ◆ 따라서 정신장애인의 경우에도 환자의 개별적 사정에 맞추어 환자가 이해할 수 있는 방법으로 치료과정에 대한 정보를 제공하고, 이러한 정보에 기초하여 스스로 서비스를 선택할 수 있는 기회를 보장하도록 하여야 한다. 이는 치료의 효과성을 높일 수 있을 뿐만 아니라 환자의 자기결정권이라는 측면에서도 반드시 보장되어야 한다.
- ◆ 국가인권위원회 조사에 따르면, 입·퇴원 관련 정보에 대해 대상 환자 중 51.5%가 전혀 설명을 듣지 못했다고 답하였고, 50.9%가 약물 치료 전 약물 복용에 대해 설명을 듣지 못했다고 대답하였으며, 강박과 관련하여서는 34.7%가 강박 실시 전 강박의 이유에 대해 듣지 못했다고 답하여, 많은 환자들이 치료과정에 있어 관련 정보를 제공받지 못하고 있음을 알 수 있었다.⁹⁶⁾
- ◆ 「정신보건법」은 제6조에서 “정신보건시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야 한다.”라고 규정하고 있으나, 이 규정을 구체화할 별도의 조항이나 처벌규정이 마련되어 있지 않아 법의 실효성이 의문시되고 있다.
- ◆ 정신장애인의 알권리와 자기결정권 보장을 위해서는 「정신보건법」 제6조의 ‘권리와 권리의 행사에 관한 사항’을 문서로 제공하도록 개정하고, 문서에는 1) 동법에서 보장하고 있는 권리의 내용에 대한 구체적 적시 2) 입·퇴원 절차와 방법 3) 환자 및 보호자가 정신보건심판위원회와 법원, 국가인권위원회 등에 청구 개선, 퇴원 및 권리구제를 요청할 수 있다는 사실 등을 반드시 포함하도록 하고 이와 관련한 벌칙규정을 별도로 마련하여야 한다.

96) 정인원 외(2008), 앞의 글, p.22, p.40, p.58. 참조.

- ◆ 또한 「정신보건법」 제5장에 “정보제공”에 관한 조항을 신설하고 1) 입·퇴원 관련 절차 및 외부교통권을 포함한 권리구제 절차, 2) 입원상태 및 치료 상황에 대한 설명과 치료방향에 대하여 정보를 제공받을 권리, 3) 자신의 정보를 원칙적으로 자유롭게 열람할 수 있는 권리 등을 각 호에 명시하고 환자에게 이해할 수 있는 방법으로 이를 전달하여야 한다.

나. 개인정보 보호에 관한 기준 강화

- ◆ 「헌법」 제17조는 “모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해 받지 아니한다”라고 규정하여 외부에 개인의 사적 영역이 공개되지 않을 권리와 자신에 관한 정보를 스스로 관리 통제할 수 있는 권리 등을 보장하고 있다.
- ◆ 따라서 환자의 신분·치료법·진단 등을 확인할 수 있는 기록은 환자의 서면동의 없이 타인이나 기관에 공개되어서는 안 되며, 진료행위에 지장이 없고 자신이나 타인에게 해를 주지 않는 한 개인의 사생활은 최대한 존중되어야 한다.
- ◆ 개인정보보호와 관련하여 「정신보건법」은 제42조에서 이 법 또는 다른 법령에서 규정된 경우를 제외하고는 기록열람을 금하고 있으며 이와 관련된 법령으로는 「의료법」 제21조를 들 수 있다.
- ◆ 2010년에 시행될 「의료법」 제21조는 예외적으로 기록열람이 허용되는 경우를 규정하고 있으며, 이중 환자의 배우자, 직계존속, 비속 또는 배우자의 직계존속인 경우를 제외한 대리인의 경우에도 본인의 동의가 있으면 기록을 열람할 수 있다.
- ◆ 이러한 경우 본인의 이해와 진의와는 상관없이 대리권이 부여되었다는 동의서에 의하여 기록열람이 가능하도록 되어 있어 이가 남용될 가능성이 높으므로 기록열람에 대한 자격요건의 제한뿐만이 아니라 요청된 개인정보의 이용범위에 대해서도 일정한 지침을 제시하여야 하고 정보제공 시 이차적 비밀보장에 대한 방안 등을 「의료법」에 규정해야 한다.

- ◆ 또한 개인정보의 이용 범위를 생명을 위협하는 위기상황, 공공의 안전, 심각한 병적 상태에 대한 예방 등 공공의 이익이나 환자 본인의 이익을 위한 경우로 제한하고 정보공개가 이루어진 경우에도 본인이나 보호자에게 반드시 정보공개의 법적 근거, 공개된 정보의 내용 및 목적 등을 통지해야 하며 공개된 정보에 대한 이차적 비밀보장 방안을 강구하여야 한다.

다. 통신의 자유 및 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 규정 개정

- ◆ 「헌법」 제18조는 “모든 국민은 통신의 비밀을 침해받지 않는다”라고 규정하여, 우편이나 전기통신 등의 방법으로 자유로이 자신의 의사표현이나 정보를 전달할 수 있도록 보장함은 물론 개인간 통신이 방해되거나 그 내용이 외부에 공개되는 것으로부터 강력히 보호되도록 요구하고 있다.⁹⁷⁾
- ◆ 정신보건시설에 입원한 정신장애인에게 외부와의 교통(소통)이 갖는 의미는 단순히 프라이버시권의 보호라는 차원을 넘어 자신의 기본권 침해에 대한 구제와 보호를 위한 필수적 수단⁹⁸⁾으로 작용한다는 점에서 더욱 두텁게 보장되어야 할 필요가 있다.⁹⁹⁾
- ◆ 「정신보건법」은 제45조에서 ‘통신 및 면회의 자유와 관련하여 의료를 위하여 필요한 경우 최소한의 범위 내에서 제한할 수 있다’라고 규정하고 있으며 그 범위에 대해서는 동법 시행령 제20조에서 규정하고 있다. 그러나 이러한 최소한의 범위 및 제한의 범위와 관련하여서는 구체적인 규정이 없어 자의적으로 해석되어 남용될 여지가 있으므로 최소한의 범위에 대한 명확한 규정이 필요하다.

97) 현대 정보화 사회에 있어 통신의 자유와 비밀은 프라이버시권 보호의 핵심 영역이자 민주주의 실현의 중요한 수단이라고 할 수 있어, 우리 「헌법」은 제17조의 규정 외에 다시 제18조를 두어 통신 영역에서의 비밀과 자유를 보다 두텁게 보장하고 있다.

98) 「인신보호법」상의 법원의 구제청구, 「국가인권위원회법」상의 인권침해에 대한 진정, 정신보건심판위원회에 대한 처우개선 및 퇴원 청구 등이 있다.

99) 국가인권위원회 조사결과(정인원 외(2008), 앞의 글) 13.7%의 환자들이 서신에 대한 사전검열 및 통신의 자유가 금지된다고 응답하여 ‘서신 및 통신의 자유’를 침해하는 정신보건시설이 여전히 존재하고 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 국가인권위에 2001. 11. ~ 2008. 2.까지 정신보건시설 관련 총 진정건수 2,609건 중 205건에 해당하는 7.86%가 서신·방문·외출 금지와 관련한 내용이었다.

- ◆ 통신의 자유 등은 「헌법」이 보장하는 기본권으로 이를 제한하기 위해서는 목적의 정당성과 방법의 적절성, 피해의 최소성 그리고 법익의 균형성이 요구되는데, 법익의 균형성은 침해되는 사익과 보호하려는 공익사이의 균형을 의미한다.¹⁰⁰⁾
- ◆ 행동제한의 최소한의 범위 역시 이를 준수해야 하는데 법익의 균형성과 관련하여 정신장애인의 ‘통신 및 면회의 자유’ 제한으로 보호되는 공익은 거의 없다 할 수 있으므로 환자의 사정에 맞추어 구체적인 절차에 따라 의료적 목적의 달성 여부를 종합적으로 판단하여 최소한의 범위 내에서 매우 제한적으로 이루어져야 한다.
- ◆ 이러한 견지에서, 서신 및 소포에 대한 사전검열은 의료적 목적과의 연관성을 찾을 수 없으므로 무조건적으로 금지되어야 하고, 소포 및 물품의 개봉과 관련하여서도 필요한 경우 제한적으로 당사자의 앞에서 이루어져야 하며, 치료의 목적이라 하더라도 환자 자신의 구체적인 사정에 따르지 않는 일률적인 제한이나 금지의 허용되어서는 안 된다.
- ◆ 현재 제한할 수 있는 행동의 범위에 대하여 규정하고 있는 「정신보건법」 시행령 제20조는 국민의 기본권제한과 관련된 추상적이고 포괄적 규정으로 위임입법의 한계를 일탈한 조항으로 볼 수 있으므로 동 조항을 개정하여 위 내용 및 절차와 관련된 내용을 구체적으로 적시하여야 하며 이에 관한 별도의 별칙규정을 제정할 필요가 있다.

라. 격리·강박 기준 강화

- ◆ 「헌법」 제12조 제1항 전문은 “모든 국민은 신체의 자유를 가진다.”라고 규정하여 신체의 자유를 보장하고 있는바, 이는 신체의 안전성이 외부로부터 물리적인 힘이나 정신적인 위협으로부터 침해당하지 않을 자유와 신체활동을 임의적이고 자율적으로 할 수 있는 자유를 말한다.

100) 헌법재판소 1997.3.27 선고 94헌마196 결정

- ◆ 그러나 ‘신체의 자유’는 정신보건시설에 입원한 환자의 경우와 같이 「정신보건법」 제46조에 근거하여 일정정도 제한될 수 있으나, 그 제한에 있어 적법절차(「헌법」 제12조 제1항 후문)와 비례의 원칙(제37조 제2항)을 반드시 준수하여야 할 것이다. 즉, ‘신체의 자유’는 모든 기본권의 기초가 되는 것으로 정신보건시설 입원 환자의 경우도 신체의 자유의 본질적 내용이 훼손되지 않도록 치료 목적의 격리·강박이라 할지라도 엄격한 요건 아래 필요 최소한의 범위에서만 허용되어야 한다.
- ◆ 현행 「정신보건법」은 제46조에서 자·타해의 위험성이 높고, 신체적 제한 이외의 방법으로는 이를 제지할 수 없는 경우에 한하여서만 환자의 신체의 자유를 제한할 수 있도록 규정하고 있으며, 이에 대한 구체적 사항은 ‘격리 및 강박 지침’(보건복지가족부 고시)에 규정되어 있다.
- ◆ 이렇듯 「정신보건법」은 정신의료기관에게 환자의 신체의 자유를 제한하는 권한을 포괄적으로 위임하고 있으면서, 이에 대한 구체적인 요건을 별도의 법령이나 시행령으로 두고 있지 않고 있으며, 부당한 격리 및 강박에 관한 벌칙 규정 역시 격리 및 강박의 절차상의 문제에 대해서만 언급하고 있을 뿐 그 시행의 적법여부에 대해서는 제한을 두고 있지 않다.
- ◆ 또한 격리 및 강박 지침은 격리 또는 강박 시행 시 그 이유를 설명한다고 명시하고 있으나 그 시한을 규정하고 있지 않으며, 격리 및 강박된 환자의 상태에 대해서 자주 확인하여야 한다고 규정하고 있으나 그 기간에 대해서는 언급하지 않고 있으며, 격리 및 강박의 해제 여부에 대해서도 판단 및 검토 시한도 규정하고 있지 않다.
- ◆ 격리 및 강박의 적용기준과 관련하여서도 「정신보건법」은 격리, 강박을 최후의 수단으로써 최소한으로 행하여야한다고 규정하고 있으나 지침은 오히려 병실환경을 훼손할 우려가 있는 경우나 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우에도 격리, 강박을 시행할 수 있다고 하여 모법의 적용기준보다 광범위한 범위를 규정하고 있으며,
- ◆ 시행주체와 관련하여서도 모법은 정신과 전문의의 지시로 격리, 강박을 행할 수 있다고 규정하고 있으나 지침은 당직의사의 지시에 의해서도 할 수 있다고 하고

있어 ‘격리 및 강박 지침’은 「정신보건법」의 적용원칙 및 기준을 훼손하고 있다고 볼 수 있다.

- ◆ 위에서도 언급하였듯이 신체의 자유 제한과 관련하여서는 엄격한 요건 아래 최소한의 범위 내에서 적법절차를 거쳐서 행해져야 하므로 격리 및 강박에 관한 사항을 지침이 아닌 시행령에 규정하도록 하여야 하며, 신설된 시행령에는 격리·강박의 구체적 적용 범위, 즉시설명 의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자의 상태 확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등을 포함하여 구체적으로 규정하고, 격리 및 강박의 적법여부에 대한 벌칙규정을 신설하여 실효성을 담보하여야 한다.

마. 작업치료 규정 강화

- ◆ ‘작업치료’¹⁰¹⁾는 정신장애인의 저하된 기능 회복 및 사회복귀 등을 위한 정신과 치료의 방법 중 하나로 보건복지가족부 작업치료지침에 따르면, 본인의 동의를 전제로, 참여 환자를 위한 기능평가, 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램이 작업치료에 포함되어야 한다고 명시하고 있다.¹⁰²⁾
- ◆ 그러나 우리 위원회의 진정사건 조사를 통해 여러 차례 조사된 바에 의하면, 상당수의 정신의료기관이 환자들의 치료 목적으로 작업을 실시한다고 보기 어려운 정도로 치료진의 상담 및 평가가 부재하거나 하루 종일 장시간 작업을 수행하는 등 인권침해의 문제가 계속하여 발생하고 있다.
- ◆ 작업치료와 관련된 「정신보건법」 관련 규정을 살펴보면 첫째, 동의를 있어야 하며, 둘째, 치료 또는 사회복귀에 도움이 되어야 하고, 셋째, 정신과 전문의의 지시에 따라 행하여 져야 하며, 넷째, 직업재활훈련실 등의 작업에 필요한 시설을 갖춘 장소에서 공예품 만들기 등의 단순 작업을 시킬 수 있다고 규정하고 있

101) 작업치료란 넓은 의미로는 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진시키는 작업 활동을 이용하여 행하는 치료·훈련·지도 등의 활동을 말하고, 좁은 의미로는 일과 신체적 활동을 통한 치료활동을 말한다.

102) 보건복지가족부의 지침이 「정신보건법」이나 시행규칙에 반영되어 있지 않아 그 강제력이 미비하다.

으며, 작업치료사항을 진료기록부에 기재하지 않았을 경우 1년 이하의 징역이나 500만원이하의 벌금에 처해진다.

- ◆ 그러나 작업을 시킨 경우 단순히 진료기록부 또는 직업치료일지에 그 내용과 결과 실시일시 등만을 기록하여야 한다고 규정하고 있을 뿐 기재되어야 할 작업치료계획 및 평가와 관련된 사항에 대해서도 누락하고 있다.
- ◆ 또한 작업의 범위에 대해서도 작업이 필요한 시설을 갖춘 장소에서 단순 작업이라고 하여 구체적인 범위에 대해서는 언급하고 있지 않을 뿐 아니라 이를 위반한다 하더라도 이를 강제할 방법이 없다.
- ◆ 따라서 동법 시행규칙에 치료목적, 대상자의 기능평가, 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램 등을 진료기록부나 작업일지에 기재할 사항으로 규정하고, 작업장 명, 대상자의 적합성 및 작업내용, 작업조건, 기대효과, 대상자 평가표 등을 포함한 작업치료 관련 별지서식을 별도로 만들어 시행하여야 한다.
- ◆ 또한 「정신보건법」의 취지를 살려 작업치료를 행할 수 있는 대상 기관을 재활훈련실이 설치된 의료기관으로 한정하고 치료적 수단으로 볼 수 없는 작업치료는 정신질환자의 노동을 강요한 것으로 볼 수 있으므로 치료목적으로 볼 수 없는 작업치료에 대해서는 노동을 강요한 것과 동일하게 벌칙규정을 개정해야 한다.¹⁰³⁾

5-2. 치료환경 및 질 개선

가. 정신의료기관 인력 기준 강화

- ◆ 「정신보건법」은 정신의료기관의 시설·인력 기준에 관하여¹⁰⁴⁾ 동법 시행규칙 별표 3에서 입원환자 60인당 정신과 전문의 1인, 입원환자 13인당 간호사 1인, 입원환자 100인당 전문요원 1인 등의 의료 인력을 두도록 하고 있으며, 현행 수가체계는 이러한 의료인력 준수 현황을 평가지표에 포함하고 있다.

103) 「정신보건법」 제56조; 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금

104) 「정신보건법」 제12조(정신의료기관의 시설기준등) ① 정신의료기관의 시설, 장비의 기준, 의료인 등 종사자의 수 및 자격등에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 보건복지가족부령으로 정한다.

- ◆ 우리나라 정신과 의사의 수를 OECD 30개국과 비교하여 보면,¹⁰⁵⁾ 2001년 기준으로 아이슬랜드의 경우 인구 10만 명당 25명, 호주 14명, 미국 10.5명, 영국 11명, 프랑스 20명 등 전체 평균이 11명인데 반해, 우리나라는 2008년을 기준으로 5명에 불과하다.¹⁰⁶⁾
- ◆ 또한 이를 의료인력 직종별로 비교해 보았을 때, 2001년 기준으로 OECD 국가 인구 10만 명당 평균 정신보건간호사는 43명인데 반해 우리나라는 2008년 기준 10.3명, 정신보건임상심리사는 26명인데 반해 0.9명, 정신보건사회복지사는 44명인데 반해 1.9명인 것으로 조사되어 우리나라의 의료인력 기준은 OECD 국가의 기준에 훨씬 못 미치는 수준임을 알 수 있다.
- ◆ 치료인력의 부족은 정신보건시설에 입원한 정신장애인들에게 최적의 서비스를 제공하기보다 환자를 통제나 감시의 대상으로 규정하기 쉽기 때문에 기본적인 인력기준이 충족되지 않는 한 환자의 인권과 존엄성을 보장하는 치료는 불가능하며, 정신과 치료에 필수적인 상담진료와 대인 서비스도 어렵다.
- ◆ 그러나 여전히 법이 고시한 기본 인력 수를 준수하고 있지 않은 정신의료기관이 있으므로, 이에 대해서는 철저한 관리·감독이 요구된다. 또한 현재의 의료인력 기준을 충족하는 수준을 넘어 선진국 기준으로까지 강화할 필요가 있다.

나. 의료급여 수가의 실질화

- ◆ 의료급여제도는 소득과 재산이 매우 적거나 희귀 난치성 질환에 걸린 국민을 위해 국가가 치료비를 대신 지불해주는 제도로서,¹⁰⁷⁾ 1989년부터 정신과 입원 수가에 일당 정액제가 도입된 정신과 의료급여제도가 실시되었다.¹⁰⁸⁾

105) WHO(2001), *Atlas: Country Profiles On Mental Health Resources*; WHO(2003), *Investing in Mental Health*; 김민석 외(2006), 앞의 글. 재인용

106) 최근 OECD 비교통계가 없어 우리나라만 2008년 자료를 사용하였으나, 여타 OECD국의 2001년 정신과 의사 수가 국내 2008년 의사 수보다 높다는 것은 우리나라의 정신과 인력수준이 매우 취약하다는 것을 의미한다.

107) 1977년 「의료보호법」의 제정으로 실시되었다.

108) 2007년 말 현재 우리나라 건강보험가입자는 4,782만명(96.3%)이며, 의료급여환자는 1종 106만명(2.1%), 2종 76만 명(1.6%)이다. <http://www.mw.go.kr>

- ◆ 현재 정신과 및 혈액투석을 제외하고 모든 질환에 대하여 의료급여와 건강보험수가 일치하고 있는데 반해, 정신과 진료와 혈액투석의 경우 의료급여수가 건강보험수에 비하여 낮게 책정되고 있다. 그러나 혈액투석의 경우 의료수가가 건강보험 대비 90~95%에 해당되어 그 격차가 거의 없는 반면 정신과의 의료급여수는 60%~75%로 진료의 질과 양에 차이를 야기할 수 있는 수준이다.¹⁰⁹⁾
- ◆ 이렇듯 정신과 정액수가 낮은 수준으로 인하여 현실적으로 의료급여환자는 정신과 치료요법(지지 및 심층분석요법, 직업·오락요법, 재활요법) 및 투약에 있어서 건강보험환자와 다르게 취급받고 있으며,¹¹⁰⁾ 의료서비스의 질을 담보할 수 없다.
- ◆ 특히 2006년 대한정신약물학회와 대한우울조울병학회·대한정신분열병학회는 치료효과를 높이기 위해 비정형약제를 일차 시기에도 사용할 것을 권장하고 있으나, 의료급여 환자의 경우 건강보험환자와는 달리 일당정액제 수가를 적용받고 있어 상대적으로 약가가 낮은 정형약제를 주로 사용하고 있는 실정이다.¹¹¹⁾

109) 2008년 10월 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정으로 정신과 병동 건강보험 환자의 진료비는 1일 1인당 평균 60,000 ~ 65,000원 정도이며 의료급여수는 평균 42,300원 정도로 정신과 내원 및 투약 및 1일당 입원 관련 건강보험대비 의료급여 정액수는 평균 75%수준이다. 출처: 보건복지가족부 내부자료, 2005; 신영전 외, 2005; 의료급여 30주년 학술 심포지엄, 2007에서 재인용

110) 건강보험환자와 의료급여환자간 정신과 진료행위 비교

정신과 요법	진료횟수		진료시간	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
지지요법	3.32	2.83	51.08	36.61
심층분석요법	0.82	0.31	51.06	9.55
작업 및 오락요법	2.60	2.82	199.13	137.12
정신과적 재활요법	0.38	0.25	34.23	6.21

111) 최신약물과 전통약물 단가 비교

최신약물		전통약물	
약품명	단가	약품명	단가
자이프렉사	4,977원	CPZ	37원
세로켈	2,232원	할로페리돌	110원
아빌리파이	4,702원	스트리진	9원
세로자트	1,365원	에나폰	14원
이펙사	1,199원	트라조돈	44원
푸로작	932원	이미프라민	31원

- ◆ 또한 국가인권위 조사결과 초발환자의 경우 입원시 집중적인 치료 서비스와 최적의 약물치료를 시행하지 않을 경우, 입원이 장기화되는 확률이 높았으며, 장기입원의 71.7%가 의료급여환자로 조사되었는데,¹¹²⁾ 이는 낮은 수가로 인하여 건강보험환자에 비하여 최적의 치료를 시행하기가 어려웠던 점도 일정정도 기인하였다고 판단된다.
- ◆ 따라서 현행 정액수가는 건강보험환자와 비교하여 정신과 의료급여환자 각각의 증상(급성·만성)에 따른 치료서비스를 담보하기에 부족하므로 의료급여환자에 대한 진료의 질을 향상시키고 재활요법 및 작업치료 등 사회복지를 촉진시킬 수 있도록 진료내용을 다양화하기 위해서는 건강보험수가와 동일한 수준으로 현실화하는 것이 필요하다.¹¹³⁾
- ◆ 정액수가의 실질화로 인하여 발생할 수 있는 사회적 초과 비용은 정신병원의 병상 수 증가 억제, 초기 입원환자에 대한 집중적인 재원일수 관리, 정신보건시설의 지속적인 평가와 감독, 의료수가의 차등지급 및 조정으로 해결하여야 할 문제로 유독 정신과 의료급여환자에게만 건강보험 환자와 차별하여 낮은 수가를 적용하는 것은 국가가 적극적으로 해결하고 풀어야 할 정신보건의 문제를 의료급여 정신질환자에게 전가시키는 것으로 국가의 취약계층 보호 의무를 해태하는 것으로 판단된다.

112) 2004년 현재 정신의료서비스를 이용한 사람 중 건강보험대상자는 1,408,270명이며, 의료급여대상자는 194,626명이다.

113) 보건복지가족부는 2008년 10월에 입원의 경우 19.5%, 외래의 경우 10%의 수가를 인상하여, '09년 1~7월 정신과 진료비는 전년도 동기 대비 862억원(27.96%)이 증가(3084억→3946억원)하였다고 밝히고 있으며, 의료급여 수가를 건강보험 수준으로 추가 인상할 경우 추가 재정소요액이 연간 3,600억 원 이상의 예산이 더 필요할 것으로 판단하고 있다. 그러나 현재 차등수가제는 6개월을 단위로 수가를 차감하는 방식으로 운영되고 있기 때문에 기존 수가를 한꺼번에 올리면 당연히 재정 부담이 커질 수밖에 없으나, 동 보고서에서 제안하는 데로 차감 시점을 현행과 달리 입원 이후 28일을 기준으로 강력한 차감수가제를 적용하고, 그 이후 2개월째 다시 한번 차감 폭을 크게 둔다면, 처음 시점엔 수가를 기존보다 훨씬 많이 지급해야 하지만 다음 기간에 지급해야 할 수가는 처음에 비해 큰 폭으로 줄어들고, 이후에는 더 많이 줄어들게 되어 현재보다 더 낮은 수가를 지급하는 경우도 발생하기 때문에 보건복지가족부의 예상만큼 많은 규모의 재정이 추가로 소요되지는 않을 것으로 판단되며, 현재 건강심사평가원을 통해 정신과 병의원에 대한 의료급여 수가 적정성 평가를 추진 중에 있다.

다. 차등수가제 평가항목 개선

- ◆ 2008년 10월 이전 정신과 의료급여 진료수가는 정액수가제와 입원기간에 따른 차등진료수가제가 적용되었고 2008년 10월 이후부터는 보건복지가족부 고시로 현재 정액수가제 및 입원기간에 따른 차등진료수가제와 더불어 의료인력 수준별 수가차등제를 도입하여 시행하고 있다.
- ◆ 국내 정신장애인 인권상황 실태조사에 따르면, 정신의료기관에 입원한 1813명의 환자 중 32%는 임상증상에 따라 입원이 불필요하다고 조사되었으며,¹¹⁴⁾ OECD의 다른 국가와 비교하여보면 평균재원일수가 작게는 6배에서 10배 정도 우리나라가 더 높을 뿐 아니라, 대부분의 나라가 병상 수가 줄어들고 있는데 반해 우리나라는 지속적으로 병상 수가 증가하고 있다.¹¹⁵⁾
- ◆ 이는 지역사회 내 정신보건시설 등의 서비스 연계 미흡 및 사회적 입원의 영향도 있겠으나, 일당정액제 하에서 많은 환자를 입원시키면 그 만큼 기관의 수입이 증가하는 경제적 동기도 주요한 원인 중 하나라 할 수 있는바, 입원의 장기화는 소득수준의 저하 및 사회 적응력이 떨어져 사회복지귀를 어렵게 하므로 반드시 개선되어야 한다.¹¹⁶⁾
- ◆ 그러나 현행 차등수가제는 의료인력 수에 따라 G1부터 G5까지 기관의 등급을 지정하고, 입원일수가 180일을 넘으면 5%를, 360일을 넘으면 10%를 차감하는 의료인력 중심의 평가제도로 환자가 재원해 있는 동안 치료의 질을 향상하거나

114) 1999년도 보건복지부 자료에 의하면 40%가 재원부적절로 조사되었다. 박종익 외(2008), 앞의 글, pp.59-60.

115) 2000년부터 2007년까지 20,000병상이 1980년부터 2000년까지 10년간 병상 증가율에 있어서 아일랜드는 1천명당 병상증가율이 -1.43, 오스트리아 -1.30, 영국 -0.72 등을 기록하고 있는 반면, 우리나라는 +0.49로 병상율이 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 보건복지가족부·중앙정신보건사업지원단·서울대의학연구원의료관리학연구소(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.25.

116) 2008년 국가인권위원회에서 초발입원 시기와 마지막 입원 시기(2005년~2007년)의 의료보장 상태를 분석한 결과 18.9%에 이르는 5,896명의 환자가 의료보장 형태의 변동을 경험한 것으로 나타났다. 그 중 65.5%에 해당하는 3,808명의 환자들은 건강보험 적용대상자에서 의료급여 혹은 행려로 계층이 하락한 것으로 나타나 입원장기화가 소득수준 저하에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 박종익 외(2008), 앞의 글, p.140.

사회 복귀를 촉진시키는 데 있어 그 효과가 미흡하므로 현재의 차등수가제의 평가항목을 의료의 질을 향상시키고, 사회복귀를 촉진시키며, 부적절한 장기입원을 줄일 수 있는 방향으로 개선해야 한다.

- ◆ 이를 위해 첫째, 평가항목에 시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율을 포함하여 병원의 등급을 정하고, 둘째, 환자의 재원일수와 관련하여서는 180일 이후의 5%와 360일 이후의 10%를 적정입원일수¹¹⁷⁾ 이후 크게 차감하도록 조정하며, 셋째, 재원일수에 따른 차등지급으로 인하여 발생할 수 있는 의료기관간 횡수용화를 막기 위해서 30일 이내의 재입원은 계속입원기간으로 간주¹¹⁸⁾하여 차등수가제도의 실효성을 높여야 한다.

라. 정신요양시설 기능 정립 및 환경 개선

(1) 정신요양시설의 기능 정립

- ◆ 「정신보건법」은 정신요양시설을 의료와 재활의 기능을 가진 중간시설로 규정¹¹⁹⁾하고 있는데, 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 정신요양시설 입소자의 평균연령은 50.2세, 전체 입소자의 21%는 60세 이상으로 조사되었으며¹²⁰⁾, 인권위 조사결과에서도 입소가 불필요하다고 판정된 환자는 59.8%였다.¹²¹⁾
- ◆ 이는 정신요양시설이 실질적으로 장기거주지로서의 기능을 담당하고 하고 있음을 의미하는 것으로 정신요양시설의 현실적 기능을 고려하여 지역사회 생활시설과 재활시설로 그 기능을 재정립하여야 할 필요가 있다.

117) 진단입원과 치료입원 절차 분리에 따라 28일을 기준으로 1차로 강력한 차감수가제를 적용하고 그 이후에는 2달을 기준으로 다시 한번 크게 차감하되 그 이후에는 장기입원을 억제하는 수가로 전환하는 방안이 있다.

118) 현행 수가제도에 따르면, 동일의료기관에 한해서만 30일 이내 재입원에 대해 입원일수 차감제를 적용하고 있으나, 타의료기관으로의 재입원 역시 동일한 차감제를 적용할 필요가 있다.

119) 「정신보건법」 제3조 제5항은 정신요양시설을 “정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 영양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”로 규정하고 있다.

120) 보건복지가족부 외(2008), 앞의 책, p.93.

121) 정신요양시설에 입소한 환자들 중 과반수 이상이 다른 대안적 주거가 마련될 경우 임상적으로 퇴소가 가능한 상태라는 것을 의미하며, 퇴원 후 지원체계가 취약하거나 미비한 데에 그 문제가 있다고 판단된다. 박종익 외(2008), 앞의 글, p.141. 참조.

- ◆ 「정신보건법」 시행규칙은 입소생활시설인 경우 50명 이하의 시설로, 주거제공 시설의 경우 10명 이내의 시설로 규정하고 있으므로,¹²²⁾ 정신요양시설도 그 기능과 역할에 따라 단계적으로 전환하도록 하고, 치료가 필요한 재원자의 경우 외래진료를 통해 치료를 받을 수 있도록 하여야 한다.¹²³⁾

(2) 정신요양시설의 환경 개선

- ◆ 정신요양시설은 입소자의 일상생활이 이루어지는 공간이므로 최대한 자율성을 보장받을 수 있도록 설계되어야 하고, 자·타해의 위험이 높은 일부 입소자를 제외하고는 거주·이동이 자유로울 수 있어야 하나, 대규모 요양시설의 경우 입소자를 치료보다는 통제나 관리의 대상으로 규정하기 쉬운데 이는 시설 및 인력 지원 기준이 미흡한 데 따른 것이라 할 수 있으므로 이를 강화하여야 한다.
- ◆ 현행 「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 의하면 입소자 40명 당 간호사 1인, 입소자 25명당 생활지도사 1인 등 최소한의 인력으로 시설을 운영하도록 하고 있어 입소자의 특성에 따른 별도의 프로그램을 운영할 유인책을 가지고 있지 못하다.
- ◆ 따라서 앞에서 언급하였듯이 심판위원회의 심사를 통하여 입소 대상자의 범위를 확정하여 만성정신질환자중심의 주거시설로 요양시설의 기능을 재정립하고 이에 맞춰 인력 및 예산 지원을 강화하고 현재 정원에 따른 보조금지원방식과 함께 별도의 프로그램별 운영비를 지원하여야 한다. 즉, 재원자의 특성에 따른 별도의 프로그램¹²⁴⁾이 있을 경우 심사를 통하여 별도로 예산을 지원하여 재원자 중심의 운영이 이루어지도록 하여야 한다.¹²⁵⁾

122) 「정신보건법」 시행규칙 [별표 4]

123) 현행 촉탁의 제도는 대규모 시설을 상정한 제도로 재원자들을 관리차원에서 혹은 시설밖으로 나올 수 없는 상황을 전제한 것으로 영국, 미국, 호주, 독일 등에서는 이러한 제도를 찾아볼 수 없다.

124) 장기입소로 인해 기능이 매우 저하되고 질환이 만성화된 고령환자에 대해서는 지속적인 건강보호와 일상생활 유지를 위한 여가프로그램의 제공 등이 필요하다.

125) 보건복지가족부에 따르면 정신요양시설과 사회복지시설에 대한 기능보강사업비 지원규모가 2008년 144억 원에서 2009년 169억 원으로 대폭 확대되었으나 이는 ‘하드웨어’ 측면에서 규모가 커진 것일 뿐이지 그 ‘하드웨어’를 채우는 ‘소프트웨어’, 즉 프로그램의 질적 수준을 제고한 것은 아니다.

마. 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영

- ◆ 정신장애인의 일부는 만성적인 경과를 거쳐 치료 반응이 좋지 않은 치료저항성 환자들로 전환되며, 이들의 경우 전문적인 치료인력과 프로그램이 마련되지 않은 정신의료기관에 입원할 경우, 상태가 호전되지 않은 채 재원기관이 장기화 될 가능성이 있다.
- ◆ 그러므로 불필요한 장기입원을 최소화하고 중증 정신질환자들의 사회복귀를 돕기 위해서는 치료가 어렵거나 만성화 단계에 있는 정신질환자에 대한 치료 및 연구를 위한 기관을 설립하여 만성화 단계 및 치료저항성 환자 등 환자 상태에 따른 치료 프로그램의 개발과 치료를 위한 적절한 인력 등의 제공이 있어야 한다.
- ◆ 국립정신병원의 경우, 타 의료기관에 비해 이윤창출의 부담이 적고 공공성이 강해 위의 역할에 가장 적합하다고 판단된다. 따라서 현재 각 권역별로 설치되어 있는 5개의 국립정신병원의 기능 중 정신질환자에 대한 진료 외에 만성적이거나 치료저항성이 높은 난치성 환자에 대한 치료 및 연구업무를 추가하고 그 중 한 곳을 전문기관으로 지정하는 방안이 타당하다.¹²⁶⁾
- ◆ 이를 위해 「정신보건법」 제14조 규정을 “국가는 정신보건의 향상을 도모하기 위하여 정신보건연구를 위한 기관을 국립정신병원 내에 설치하여야 한다.”로 개정할 필요가 있다.¹²⁷⁾

126) 국립서울병원 「기본운영규정」 제2조 제2항의 제4호 규정에 따르면 국립서울병원은 정신장애인에 대한 진료업무 외에도 “국민정신보건·정신의학 및 진료기술수준의 향상을 위한 조사·연구”를 실시할 수 있도록 근거규정을 마련하고 있으며, 이에 따라 2004년 6월, 국립서울병원 내에 정신보건연구과를 신설, 2006년 8월 국립정신보건교육·연구센터로 조직을 개편한 후 ‘정신질환실태 및 역학조사’, ‘정신보건정책 연구 개발 및 교육’을 담당하고 있다.

127) 보건복지가족부는 국립서울병원의 960여개 병상(입원병상 796개, 낮병상 164개)을 300병상 미만으로 축소하고, 「정신보건법」 제14조에 의하여 연구와 치료, 기술지원, 지역사회 정신보건사업의 평가 등을 적극 추진하기 위하여 (가칭)국립정신건강연구원 설립을 추진하고 있다.

5-3. 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

- ◆ 2008년 서울시 정신보건심판위원회에서 퇴원명령을 받은 환자 121명을 추적조사한 결과, 퇴원 후 재입원한 환자의 비율이 전체 대상자의 49.1%를 차지하였으며, 그 중 퇴원한 지 하루 만에 재입원한 환자의 비율이 55.9%, 일주일 이내에 재입원한 환자의 비율이 60.9%로 나타났다¹²⁸⁾.
- ◆ 정신보건심판위원회의 퇴원명령은 당해 정신질환자가 증상이 완화되거나 회복되어 입원 필요성이 없다고 판단되어 퇴원을 명령한 것임에도 불구하고 퇴원한 지 하루 혹은 일주일 이내에 입원된 것은 급성적 반응을 보이는 일부를 제외하고는 횡수용화된 것으로 해석된다. 그러나 이러한 횡수용화와 관련하여 이를 모니터링할 체계가 마련되어 있지 않아 이에 대한 보완이 필요하다.
- ◆ 「정신보건법」 제39조는 정신보건시설에 대한 설치 및 운영에 대한 지도·감독을 보건소에 위임하고 있으나, 실질적으로 시설이나 인력기준에 대한 심사에 편중되어 있으며, 이마저도 서류심사로 대체하고 있어 실질적인 감독이 이루어지고 있지 않다. 따라서 동조의 규정을 현지조사를 통한 지도·감독으로 개정하고 지도·감독에 있어 관계기관과의 연계 강화를 명문으로 규정하여야 한다.
- ◆ 건강보험심사평가원은 차등수가제의 실시와 보건복지가족부의 요청으로 의료급여 정신의료기관의 적정성 평가를 실시하고 있는데, 적정성 평가의 재입원을 지표로 통하여 정신보건시설 내 환자의 입·퇴원 상황에 대하여 점검할 수 있다. 따라서 이러한 적정성 평가를 정기적으로 실시하여 입·퇴원 상황을 점검하도록 하고, 부당한 입·퇴원 반복 및 횡수용화가 의심되는 사례에 대해서는 보건복지가족부 및 관할 보건소에 관련 사실을 통지하도록 하여야 한다. 통지 받은 보건복지가족부 및 관할 보건소는 즉시 통지된 기관을 방문하여 입·퇴원 절차 및 진료기록부 기재사항 등을 검사하고, 위법행위 적발 시 고발 조치하고 보건복지가족부에 통지함으로써 부당한 입원을 방지하여야 한다.

128) 박종익 외(2008), 앞의 글, p.149.

5-4. 미신고시설에 대한 조사 및 정비

- ◆ 「정신보건법」 제43조 제1항은 “누구든지 이 법 또는 다른 법령에 의하여 정신 질환자를 의료보호할 수 있는 시설 외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니된다.”라고 규정하고 있으며, 동법 제55조 제6호는 “이 법을 위반하여 정신질환자를 수용한 자에 대하여 5년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.”고 규정되어 있다. 이렇듯 법에 의하여 정신질환자를 미신고 시설에 수용하는 것을 금지하고 있다.
- ◆ 미신고시설은 보건복지가족부가 2002년부터 추진한 미신고시설 양성화 정책과 행정처분 강화로 대부분 신고시설로 전환되고 있는 추세이나 시설장의 전환·폐쇄에 대한 부정적 태도와 법적 요건의 미비로 인해 여전히 많은 수의 미신고 시설이 남아 있다.¹²⁹⁾
- ◆ 이러한 미신고시설 중 정신장애인을 수용하고 있는 미신고시설은 적정 의료인력과 시설기준을 충족하지 않은 채 운영되는 경우가 많아 정신장애인을 적절히 보호하지 못하는 물론, 인권침해 행위가 발생하더라도 쉽게 발각되지 않는다는 특성이 있다.¹³⁰⁾
- ◆ 따라서 불법적으로 정신장애인을 수용하는 시설에 대해서는 관리·감독을 더욱 철저히 할 필요가 있다. 이를 위해서는 「사회복지사업법」의 시설의 평가대상에 미신고시설을 포함하여 미신고시설에 대한 조사를 정기적으로 하고 지속적으로 관리·감독을 하여야 한다.

129) 미인가 시설 현황과 관련한 자료는 2008년 중앙정신보건사업지원단 보고서에서 확인할 수 있으나, 조사는 2005년 1월 말에 진행된 것이 가장 최근의 것이다. 이에 따르면 2005년 1년 현재 총 14개의 미인가시설이 존재하며, 이곳에 수용되어 있는 정신질환자는 총 647명 정도 되는 것으로 나타났다.

130) 2008년 7월 안수기도로 정신질환을 치료한다면서 50대 여성을 때려 숨지게 한 모 교회 목사가 고발된 사례가 있으며 (세계일보 2008년 7월 18일 기사 “정신질환이 귀신 탓?...50대 환자의 안타까운 죽음”) 또한 미인가 종교시설에 수용중이던 60대 여성 정신질환자가 영양실조로 숨진 사고가 발생하기도 하였다.(뉴시스 2009년 6월 1일 기사)

Ⅲ 지역사회 중심의 정신장애인 치료

1. 의의

- ◆ 정신질환에 걸린 사람이라 할지라도 다른 사람들과 동등한 수준의 인간다운 삶을 누릴 권리가 있다. 이는 정신장애인이 비정신장애인과 마찬가지로 지역사회에서 가족을 이루고, 직장생활을 하며, 이웃과 함께 어울려 살아갈 수 있어야 한다는 것을 의미한다. 모든 사람은 태어날 때부터 공동체의 한 일원이 되고, 따라서 타인에게 피해를 끼치지 않는 한 지역사회에서 함께 숨쉬며 살아가야 하는 것이 당연하기 때문이다.
- ◆ 이러한 점에서 보았을 때 모든 정신장애인은 가급적 자신이 거주하는 지역사회에서 보호받아야 하며, 정신보건시설에서 입원치료를 받아야 하는 경우, 치료가 완료되는 즉시 지역사회로 복귀하여야 한다.¹³¹⁾ 그러나 국내 정신장애인의 상당수는 지역사회보다 시설에 입원되어 있는 실정이며, 퇴원 후에도 적절한 지역사회 서비스를 제공받지 못한 채 재입원되는 경우가 많다. 우리나라의 경우, 정신보건과 관련한 대부분의 예산을 재활과 사회복귀가 아닌 입원치료에 투입함으로써 정신장애인을 지역사회에서 효과적으로 보호하기 위한 전문인력이 부족하고 시설이 매우 취약하기 때문이다.
- ◆ 하지만 이와 같이 퇴원환자가 지역사회에서 회복되지 못하고 다시 재입원하게 되는 악순환 구조는 정신장애인의 삶을 피폐하게 할 뿐만 아니라 국가로 하여금 더 큰 재정적 부담을 안겨주게 된다. 잦은 입·퇴원과 입원의 장기화는 개인의 경제상황을 악화시키고 보편적인 삶의 향유를 저해하며, 국가의 의료부담을 가중시키기 때문이다. 따라서 국가는 정신장애인이 가장 덜 제한적인 공간인 지역사회에서 치료받고 보호받음으로써 환자의 인신구속이 최소화되고, 국가의 부담이 경감될 수 있도록 지역사회 보호체계를 강화할 필요가 있다.

131) MI Principles 원칙 7 1. 모든 정신 장애인들은 자신이 거주하는 지역사회에서 가능한 한 치료받고 보살핌 받아야 할 권리가 있다. 2. 치료가 정신보건시설에서 이루어질 때, 환자는, 가능한 언제나, 그들의 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.

2. 현황 및 문제점

2-1. 지역정신보건기관 유형 및 현황

가. 지역정신보건기관 설치

- ◆ 정신의료기관에서 퇴원했거나 지역사회에 거주 중인 정신장애인들이 이용할 수 있는 지역정신보건기관으로는 ‘정신보건센터’와 ‘사회복귀시설’이 있다. ‘정신보건센터’와 ‘사회복귀시설’은 정신질환자의 사회복귀 촉진 및 사례관리를 위하여 설치된 시설로서, 2008년 12월 현재 총 1,656개가 설치되어 있다. 그 중 정신보건센터는 153개로 전체 정신보건 관련기관의 9.2%를 차지하며, 사회복귀시설은 211개로 12.7%를 차지한다. 전체 정신보건기관 중 정신의료기관이 차지하는 비율이 72.4%라고 보았을 때, 지역 정신보건시설은 매우 저조한 실정이라고 판단할 수 있다.

「정신보건법」상 지역정신보건기관 설치 규정

제13조의2(정신보건센터의 설치)① 국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다. ② 제1항의 정신보건센터의 설치를 위한 재원은 국가와 지방자치단체가 부담한다.

제15조(사회복귀시설의 설치·운영)① 국가 또는 지방자치단체는 사회복귀시설을 설치·운영할 수 있다.

② 제1항에 규정된 자외의 자가 사회복귀시설을 설치·운영하고자 하는 때에는 시설의 소재지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 신고한 사항중 보건복지가족부령이 정하는 중요한 사항을 변경하고자 하는 때에도 또한 같다.

③ 사회복귀시설의 장은 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 정신질환자에 대하여 사회복귀를 위한 훈련을 실시하여야 한다.

④ 사회복귀시설의 시설기준, 수용인원, 종사자 수 및 자격, 설치·운영신고, 변경신고, 이용 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

정신보건기관·시설 현황

(단위: 개소)

구분	기관수	주요기능	
계	1,656		
정신보건센터	153	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회 복귀 훈련 및 사례관리 - 정신보건시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건사업 기획·조정 ※ 표준형 148(국비 128, 지방비 20), 광역형 3(국비2, 지방비1) 	
정신 의료기관	국·공립	18	- 정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민 간	1,182	- 정신질환자 진료
정신요양시설	58	- 만성 정신질환자 요양·보호	
사회복귀시설	211	- 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀촉진을 위한 훈련 실시	
알코올상담센터	34	- 알코올 중독 예방, 중독자 상담·재활훈련	

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.91각색.

나. 지역사회 등록회원

- ◆ 중앙정신보건사업지원단 사업보고서에 따르면, 2008년 현재 지역사회정신보건 시설에 등록되어 있는 회원 수는 총 80,055명이며, 그 중 정신보건센터에는 69,345명, 사회복귀시설에는 5,324명, 알코올상담센터에는 4,272명, 낮병원에는 1,114명이 각각 등록되어 있다.

■ 시도별 지역사회정신보건사업 등록자 수

(단위: 명)

시도	인구 1만명당	등록자수 총계	정신보건센터		사회복귀 시설	알코올 상담 센터	낮병원 환자수
			표준형	기본형			
총계	16.4	80,055	56,231	13,114	5,324	4,272	1,114
서울	18.3	18,383	15,209	606	1,391	786	391
부산	7.3	2,598	1,480	476	335	156	151
대구	10.8	2,733	2,000	-	479	131	123
인천	6.3	1,665	1,218	217	152	78	-
광주	10.4	1,505	972	-	180	255	98
대전	10.9	1,631	612	326	458	196	39
울산	7.3	808	481	188	63	75	1
경기	10.1	11,572	10,087	-	515	850	120
강원	31.5	4,594	1,600	2,459	79	433	23
충북	29.3	4,336	2,421	1,682	132	101	-
충남	25.9	5,058	3,722	984	116	221	15
전북	46.6	8,134	6,244	933	719	128	110
전남	31.6	5,564	3,431	1,986	42	90	15
경북	13.7	3,519	1,563	1,315	377	247	17
경남	20.4	6,309	4,438	1,420	101	339	11
제주	30.2	1,646	753	522	185	186	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.121.

- ◆ 국내외 연구결과에 의하면, 추정 중증정신질환자의 수는 전 인구를 기준으로 0.2%와 2.8% 이내이며,¹³²⁾ 중앙정신보건사업지원단은 중간 수준인 1%를 기준으로 국내에 총 416,285명의 정신질환자가 있을 것이라고 추정하고 있다. 이를 기준으로 할 때, 현재 지역사회 정신보건시설에 등록되어 있는 80,055명은 추정 중증 정신질환자 416,285명에 대비 5.2%에 해당하는 인원으로서 그 수가 매우 적다 할 수 있다.

132) National Advisory Mental Health Council, 1993; Barker PR, Manderscheid RW, enders- schot GE, Jack SS, Goldstrom I. 1992; Andrews, G., Issakidis, C., & Slade, T. 2000; Kessler, R.C., Berglund P.A., Zhao, S. 1996; Rugerri, M., Leese, M. 2002; 홍진표 외, 1998; 중앙정신보건사업지원단, 2006; 김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육연구센터, p.32. 재인용.

■ 중증 정신질환자 대비 등록관리율 추이(2000-2008)

(단위: 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
지역사회 중증 정신질환자 추정수(명) ¹⁾	470,030	473,370	476,345	479,190	481,916	482,862	484,903	422,348	416,285	
정신 보건기관 종류별 등록 관리자수	표준형 정신보건 센터 ²⁾	9,502	10,740	12,713	15,951	17,246	20,236	26,101	32,898	56,231
	기본형 정신보건 센터	-	19,559	18,950	20,869	21,292	22,305	22,649	22,430	13,114
	낫병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114
	사회복귀 시설	1,124	1,866	2,378	2,268	3,347	3,916	4,500	4,914	5,324
	알코올 상담센터	-	-	-	-	1,504	2,035	2,635	4,088	4,272
	노숙인정신 보건사업 ³⁾	-	-	-	152	118	-	-	-	-
총 등록관리자(명)	11,183	32,860	34,889	39,968	44,313	49,371	56,839	65,375	80,055	
등록관리율(%) ⁴⁾	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.122.

주: 1) 지역사회 중증 정신질환자 추정수 = 전인구의 1% - 입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 미인가시설) 입원/입소 정신질환자수

2) 아동청소년정신보건사업 등록자는 2002년부터 표준형 정신보건센터에 포함

3) 노숙인정신보건사업 등록자는 2005년부터 표준형 정신보건센터에 포함

4) 등록관리율 = 총 등록관리자/지역사회 중증 정신질환자 추정수

- ◆ 지역사회에 등록되어 있는 회원들의 진단명을 살펴본 결과, 전체 78,941명 중 정신분열병 환자는 42.0%, 치매환자는 16.4%, 알코올중독환자는 9.1% 정도 차지하고 있는 것으로 나타났다. 이는 정신분열병 환자가 57.2%, 알코올중독환자가 21.2%, 정신지체환자가 4.3% 정도였던 정신의료기관 및 정신요양시설 입원 환자 비율과 다소 차이가 있다.

등록자의 진단별 분포

(단위: 명, %)

	전체	정신 분열병	조울증	알코올 중독	우울증	정신 지체	치매	신경증	간질	아동 청소년 정신 질환	기타
2000 총계	10,626 (100.0)	5,833 (54.9)	526 (5.0)	494 (4.6)	692 (6.5)	404 (3.8)	980 (9.2)	144 (1.4)	439 (4.1)	-	1,114 (10.5)
2001 총계	32,165 (100.0)	14,950 (46.5)	1,170 (3.6)	2,094 (6.5)	1,022 (3.2)	2,766 (8.6)	5,586 (17.4)	473 (1.5)	2,173 (6.8)	-	1,933 (6.0)
2002 총계	33,244 (100.0)	15,877 (47.8)	1,408 (4.2)	2,216 (6.7)	1,119 (3.4)	2,385 (7.2)	5,832 (17.5)	349 (1.0)	2,186 (6.6)	-	1,872 (5.6)
2003 총계	37,047 (100.0)	17,890 (48.3)	1,594 (4.3)	2,234 (6.0)	1,331 (3.6)	2,224 (6.0)	6,659 (18.0)	437 (1.2)	2,399 (6.5)	-	2,279 (6.2)
2004 총계	41,160 (100.0)	19,079 (46.4)	1,747 (4.3)	4,102 (9.9)	1,619 (3.9)	2,147 (5.2)	6,887 (16.7)	434 (1.1)	2,258 (5.5)	-	2,834 (6.9)
2005 총계	48,492 (100.0)	22,202 (45.8)	1,957 (4.0)	4,764 (9.8)	2,023 (4.2)	1,970 (4.1)	8,151 (16.9)	432 (0.9)	2,098 (4.3)	2,515 (5.2)	2,829 (5.8)
2006 총계	55,985 (100.0)	23,856 (42.6)	2,491 (4.4)	5,238 (9.4)	2,699 (4.8)	2,393 (4.3)	12,541 (22.4)	645 (1.2)	2,151 (3.8)	3,294 (5.9)	677 (1.2)
2007 총계	64,330 (100.0)	25,384 (39.5)	2,779 (4.3)	6,762 (10.5)	3,296 (5.1)	2,422 (3.8)	12,533 (19.5)	651 (1.0)	2,037 (3.2)	4,223 (6.6)	4,243 (6.6)
2008 총계	78,941 (100.0)	33,141 (42.0)	3,215 (4.1)	7,217 (9.1)	6,143 (7.8)	2,857 (3.6)	12,963 (16.4)	644 (0.8)	1,815 (2.3)	5,479 (6.9)	5,467 (6.9)
모델형 센터	56,231 (100.0)	23,954 (42.6)	2420 (4.3)	2294 (4.1)	5179 (9.2)	1368 (2.4)	9482 (16.9)	529 (0.9)	1213 (2.2)	5,376 (9.6)	4416 (7.9)
기본형 센터	13,114 (100.0)	5,072 (38.7)	360 (2.7)	505 (3.9)	787 (6.0)	1,389 (10.6)	3,479 (26.5)	77 (0.6)	556 (4.2)	103 (0.8)	786 (6.0)
사회복지 시설	5,324 (100.0)	4,115 (77.3)	435 (8.2)	146 (2.7)	177 (3.3)	100 (1.9)	2 (0.0)	38 (0.7)	46 (0.9)	-	265 (5.0)
알코올 상담센터	4,272 (100.0)	-	-	4,272 (100.0)	-	-	-	-	-	-	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.126.

- ◆ 지역사회에 등록되어 있는 회원들의 의료보장형태는 건강보험 환자가 50.5%, 의료급여1종 환자가 36.3%, 의료급여2종 환자가 10.5% 정도 되는 것으로 나타났다. 지역정신보건 관련시설 회원의 반 이상이 건강보험환자라는 사실은 정신의료기관 환자의 반수 이상이 의료급여환자라는 사실과 정반대의 양상이다. 다시 말해, 국내 정신장애인의 경우 의료급여 환자는 정신의료기관과 정신요양시

설 등의 입원(소) 시설에, 건강보험 환자는 정신보건센터와 사회복지시설과 같은 이용 및 주거시설에 더 많이 분포해 있음을 알 수 있다.

■ 등록자의 의료보장 종류별 현황

(단위: 명, %)

	전체	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	기타
2000 총계	10,626 (100.0)	5,453 (51.3)	5,173(48.7)		0 (0.0)
2001 총계	32,165 (100.0)	14,259 (44.3)	11,586 (36.0)	5,397 (16.8)	923 (2.9)
2002 총계	33,244 (100.0)	15,054 (45.3)	12,007 (36.1)	5,235 (15.7)	948 (2.9)
2003 총계	37,047 (100.0)	17,529 (47.3)	13,674 (36.9)	4,785 (12.9)	1,059 (2.9)
2004 총계	41,160 (100.0)	20,061 (48.7)	15,234 (37.0)	4,716 (11.5)	1,149 (2.8)
2005 총계	48,492 (100.0)	24,710 (51.0)	17,811 (36.7)	5,079 (10.5)	901 (1.9)
2006 총계	55,885 (100.0)	29,689 (53.1)	20,041 (35.9)	5,173 (9.3)	982 (1.8)
2007 총계	64,330 (100.0)	34,600 (53.8)	22,200 (34.5)	6,384 (9.9)	1,146 (1.8)
2008 총계	78,941 (100.0)	39,855 (50.5)	28,694 (36.3)	8,288 (10.5)	2,104 (2.7)
표준형센터	56,231 (100.0)	29,520 (52.5)	18,783 (33.4)	5,965 (10.6)	1,963 (3.5)
기본형센터	13,114 (100.0)	5,203 (39.7)	6,438 (49.1)	1,388 (10.6)	85 (0.6)
사회복지시설	5,324 (100.0)	2,546 (47.8)	2,404 (45.2)	346 (6.5)	28 (0.5)
알코올상담센터	4,272 (100.0)	2,586 (60.5)	1,069 (25.0)	589 (13.8)	28 (0.7)

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.127.

다. 지역사회 주거시설 운영

- ◆ 정신장애인을 위한 지역사회 주거시설로는 ‘10인 이하의 주거시설’과 ‘50인 이하의 입소시설’이 있으며, 이는 「정신보건법」 시행규칙 [별표4]에서 규정되어 있다.

「정신보건법」상 지역사회 주거시설 설치 규정

제16조(사회복지시설의 종류)① 사회복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 정신질환자생활시설: 정신질환자가 필요한 기간 동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·훈련 등의 서비스를 받아 사회복지기를 준비하거나 장애로 인하여 장기간 생활하는 시설

「정신보건법」 시행규칙 [별표4]

Ⅰ 사회복지시설의 시설기준 및 수용인원

구분	시설기준
공통사항	<ol style="list-style-type: none"> 1. 대중교통수단을 통한 접근이 편리한 곳에 설립하여야 한다. 2. 이용자의 건강·안전 및 생활편의에 적합한 시설을 갖추어야 한다. 3. 「소방시설설치유지 및 안전관리에 관한 법률 시행규칙」이 정하는 바에 따라 소화용 기구를 갖추고 비상구를 설치하는 등 화재 예방 및 소화에 필요한 조치를 하여야 한다. 4. 겨울에도 상당한 시간의 일조량을 확보할 수 있어야 한다. 5. 적당한 난방장치 및 통풍장치를 갖추어야 한다. 6. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실을 갖추어야 한다. 다만, 해당 사회복지시설을 상시 이용하지 아니하는 경우에는 식당과 조리실은 다른 설비와 함께 사용할 수 있다. 7. 사회복지시설의 종류별 규모에 적합한 시설면적·부지면적을 확보하여야 한다.
정신 질환자 생활 시설	<p>입소 생활 시설</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정원 50명 이하의 시설로 운영하여야 한다. 2. 공통사항 외에 갖추어야 하는 시설 <ul style="list-style-type: none"> 가. 거실(복도는 제외하고, 입소자 1명당 바닥 면적이 4.3제곱미터이상으로 한다. 이하 같다) 나. 숙소(남자용과 여자용을 구분한다) 다. 목욕실(남자용과 여자용을 구분한다) 라. 사회재활활동실 마. 자원봉사자 또는 보호자 대기실 바. 세탁 및 건조장 사. 그 밖에 공동주거생활에 필요한 설비
	<p>주거 제공 시설</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정원 10인 이하의 시설로 운영하여야 한다. 2. 공통사항 외에 갖추어야 하는 시설 <ul style="list-style-type: none"> 가. 거실 나. 숙소(남자용과 여자용을 구분한다) 다. 세탁 및 건조장 라. 사무실, 상담실 및 직원 거실은 공용할 수 있다.

◆ 2008년을 기준으로 사회복지시설은 총 211개소가 설치되어 있으며, 그 중 입소 시설을 운영하는 시설은 32개소이다. 32개 시설에 입소가 가능한 인원은 880명이며, 그 중 78.2%의 병상이 가동되어 실등록자는 688명인 것으로 나타났다. 이는 인구 10만명을 기준으로 보았을 때 1.75명에 해당되는 인원인데, 인구 10만명을 기준으로 131명을 입원시키고 있는 정신의료기관에 비해서는 매우 적은 수라고 볼 수 있다. 지역별로 보면 전북과 서울이 각각 8개소와 7개소로 가장 많았으며, 그 외 부산·대전·충남·경북·경남은 각각 2개소씩 이었다.

▮ 시도별 사회복지시설 입소시설 현황

(단위: 개소, 병상, %)

구분	시설수	정원	등록자수	무연고자수	병상 이용률	인구 10만명당 정원수	상대적 비율
총계	32	880	688	74	78.2	1.75	1.00
서울	7	157	95	22	60.5	1.56	0.89
부산	2	47	23	-	48.9	1.32	0.75
대구	1	50	43	43	86.0	1.97	1.12
인천	-	-	-	-	-	-	-
광주	1	20	10	-	50.0	1.38	0.79
대전	2	73	53	3	72.6	4.90	2.80
울산	-	-	-	-	-	-	-
경기	1	50	44	1	88.0	0.44	0.25
강원	1	24	26	-	108.3*	1.65	0.94
충북	1	50	47	-	94.0	3.37	1.93
충남	2	79	69	1	87.3	4.04	2.31
전북	8	155	143	3	92.3	8.88	5.07
전남	2	40	24	1	60.0	2.27	1.30
경북	2	90	83	-	92.2	3.50	2.00
경남	2	45	28	-	62.2	1.46	0.83
제주	-	-	-	-	-	-	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.88.

주: 정원보다 초과해서 등록을 받음.

- ◆ 사회복지시설 211개소 중 주거시설을 운영하는 시설은 80개소이며, 이용자수는 510명인 것으로 나타났다. 80개 시설의 이용가능한 정원은 638명이나 이 역시 79.9%의 병상만이 가동되고 있었다. 인구 10만명당 정원 수는 1.31명으로 입소 시설의 병상 수와 크게 다르지 않았다.

■ 시도별 사회복지시설 주거시설 운영 현황

(단위: 개소, 병상, %)

구분	시설수	정원	주거자수	무연고자수	병상 이용률	인구 10만명당 정원수	상대적 비율
총계	80	638	510	39	79.9	1.31	1.00
서울	40	324	262	28	80.9	3.22	2.47
부산	1	-	-	-	-	-	-
대구	3	27	20	1	74.1	1.06	0.81
인천	1	7	7	-	100.0	0.27	0.20
광주	1	5	5	5	100.0	0.34	0.26
대전	5	50	33	-	66.0	3.35	2.57
울산	-	-	-	-	-	-	-
경기	12	78	55	3	70.5	0.68	0.52
강원	2	19	18	-	94.7	1.30	1.00
충북	3	20	16	2	80.0	1.35	1.03
충남	5	55	47	-	85.5	2.81	2.16
전북	4	38	32	-	84.2	2.18	1.67
전남	1	-	-	-	-	-	-
경북	2	15	15	-	100.0	0.58	0.45
경남	-	-	-	-	-	-	-
제주	-	-	-	-	-	-	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.89.

- ◆ 2008년 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 전국의 232개 시·군·구 중에서 입소시설과 주거시설을 보유하지 않은 시·군·구가 168개였다. 시·군·구 중에는 시설을 여러 개 설치한 곳도 있고 전혀 설치하지 않은 곳도 있었는데, 인천, 울산, 강원, 전남, 제주 등은 설치는 되었으나 설치율이 매우 저조한 편이었다.

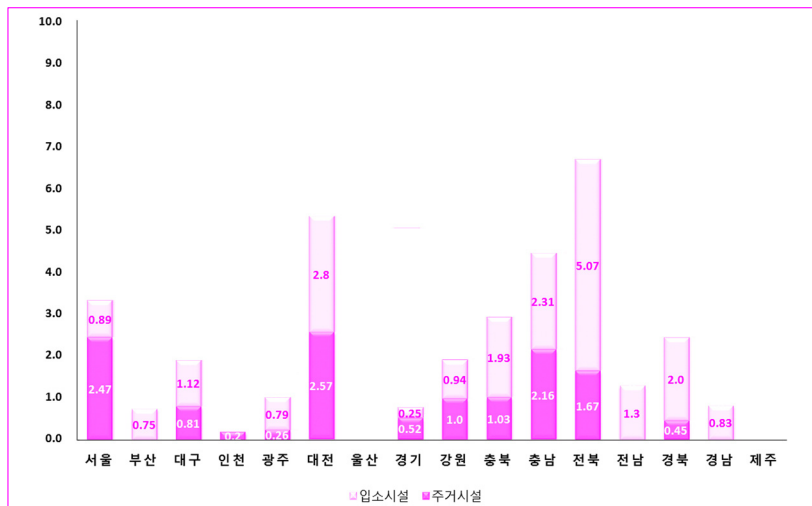
■ 사회복지시설 중 입소시설 및 주거시설 보유 시군구

시도(232/63개)	입소시설(32개소)	주거시설(76개소)	시설이 없는 시군구(169개소)
서울 (25/17)	7	37	9
부산 (16/3)	2	1	13
대구 (8/4)	1	3	4
인천 (10/1)	-	1	9
광주 (5/2)	1	1	3
대전 (5/3)	2	5	2
울산 (5/0)	-	-	5
경기 (31/7)	1	12	24
강원 (18/3)	1	2	15
충북 (12/3)	1	3	9
충남 (16/4)	2	4	12
전북 (14/9)	8	4	5
전남 (22/2)	2	1	20
경북 (23/3)	2	2	20
경남 (20/2)	2	-	17
제주 (2/0)	-	-	2

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.90.
 주: 시군구를 중심으로 하였기에 중복되는 시군구는 1개로 계산함.

■ 시·도별 지역사회 거주시설의 인구10만 명당 상대적 비율 ■

(단위: %)



출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, pp.88,2-2. 지역사회 자원 및 서비스

2-2. 지역사회 자원 및 서비스

가. 정신보건인력: 정신의료기관 대비 상대적 열악

- ◆ 지역 정신보건인력기준에 관한 사항은 「정신보건법」 시행규칙 제15조 관련 [별표5]와 「2009 정신보건사업안내」에 자세히 기술되어 있다. 사회복지시설의 경우 「정신보건법」 제5조 4항 및 시행규칙 제10조 규정에 따라 최소인력기준이 명시되어 있으나, 정신보건센터의 경우 「정신보건법」상 법적 정의가 모호한데다 설치도 임의규정으로 되어 있어 「정신보건법」이 아닌 보건복지부지침서에 명시되어 있는 상태이다. 또한 사회복지시설의 경우 등록회원수별 인력기준이 고시된 데 반해, 정신보건센터는 그러한 기준이 없다.

「정신보건법」상 사회복지시설 인력 규정

제15조(사회복지시설의 설치·운영)

- ④ 사회복지시설의 시설기준, 수용인원, 종사자 수 및 자격, 설치·운영신고, 변경신고, 이용 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

「정신보건법」 제15조 관련: 「정신보건법」 시행규칙 [별표 5]

사회복지시설의 유형별 종사자 수의 기준

구 분	종사자의 수	
정신 질환자 생활시설	입소 생활 시설	1. 시설의 장: 1명 2. 전문요원: 입소자 정원 15명 당 1명을 두되, 그 단수인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 3. 재활활동요원: 입소자 정원 15명당 1명을 두되, 그 단수 인원이 8명이 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 4. 재활활동보조원: 입소자 정원 15명당 1명을 두되, 그 단수 인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 5. 조리원: 1명(입소자 인원이 10명 이상인 시설만 해당한다.) 6. 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설만 해당한다)
	주거 제공 시설	1. 시설의 장: 1명 2. 전문요원, 재활활동요원 또는 재활활동보조원: 1명 3. 시설의 장이 비상근일 경우에는 전문요원, 재활활동요원 또는 재활활동보조원으로 1명을 추가로 배치하여야 한다. 이 경우 추가 배치하는 1명은 간호사, 사회복지사 또는 임상심리사의 자격이 있어야 한다.
정신 질환자 지역사회 재활시설	주간 재활 시설	1. 시설의 장: 1명 2. 전문요원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그단수 인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 3. 재활활동요원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 단수 인원이 11명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 4. 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 단수인원이 16명인 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 5. 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설만 해당한다)
	심신 수련 시설	1. 시설의 장: 1명 2. 전문요원 또는 재활활동요원: 2명 3. 관리인: 1명
	공동 생활 가정	1. 시설의 장: 1명 2. 시설의 장은 같은 시·군·구에서 3개 이내의 다른 공동생활가정을 함께 관리할 수 있다.
정신질환자 직업재활시설	1. 시설의 장: 1명 2. 전문요원: 1명 3. 재활활동요원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 단수인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 4. 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 단수인원이 16명 이상일 경우에는 1명을 추가한다.	

주: 그 외 중독자재활시설, 정신질환자 생산품판매시설, 정신질환자종합재활시설은 제외

정신보건센터 인력기준과 자격 요건

구 분	광역정신보건센터	지역정신보건센터
센터장	자 격: 정신과 전문의 또는 1급 정신보건 전문요원 임 면: 수탁기관장, 직영형인 경우 시도지사 근무형태: 상근(주5일)을 원칙으로 함	자 격: 정신과 전문의 또는 1급 정신보건 전문요원 임 면: 수탁기관장, 직영인 경우 시군구청장 근무형태: 상근(주5일)을 원칙으로 하되, 수탁기관의 여건에 따라 비상근 근무 가능
상임팀장	자 격: 1급 정신보건전문요원 근무형태: 상근(주5일) 임 면: 팀원의 규모가 10인 이상인 경우 1인의 상임팀장을 임명할 수 있음	
팀 장	자 격: 정신보건전문요원 근무형태: 상근(주5일) 추가임면: 상근 사업수행인력 매 4인마다 팀장 1인 임명 가능	
팀 원 1	자 격: 정신보건전문요원	
팀 원 2	자 격: 간호사, 임상심리사, 사회복지사 및 기타고나련분야의 자격증 소지자	
사업수행지원인력	업 무: 행정 및 회계를 포함한 사업수행인력 지원 업무	
임 상 자 문 의	자 격: 정신과 전문의(센터장이 정신과 전문의인 경우 두지 않을 수 있음) 근무형태: 비상근	

출처: 보건복지가족부(2009), 『2009 정신보건사업안내』, p.24.

- ◆ 2008년 기준으로 전국 정신보건기관 상임인력은 총 15,946명이었으며, 그 중 지역사회 정신보건기관 인력은 10.5%에 해당하는 1,668명으로 조사되었다. 시설별 비교에서는 사회복지시설이 673명으로 가장 많았으며, 다음으로 표준형정신보건센터 779명, 기본형정신보건센터 110명, 알코올상담센터 106명의 순서였다. 지역사회 정신보건 상임인력은 정신보건전문요원이 1,103명으로 가장 많았고, 다음으로 사회복지사가 404명, 간호사 131명, 정신과 전문의가 19명이었다. 정신보건인력의 90% 이상이 정신의료기관과 정신요양시설에 집중되어 있고 지역 정신보건기관에는 10%의 인력만 배치되어 있다는 점에 비추어 볼 때, 우리나라의 정신보건정책이 지역사회 보호보다는 입원 중심으로 설계되어 있다는 점을 알 수 있다.

정신보건기관 종류별 상임인력 현황

(단위: 명)

	계	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
				간호사	사회 복지사	임상 심리사				
2008 총계	15,946	2,276	596	1,797	992	354	4,282	1,488	178	3,983
정신의료기관	13,266	2,243	596	1,224	420	284	3,981	519	167	3,832
정신요양시설	1,012	14	-	87	24	1	170	565	-	151
지역사회기관	1,668	19	-	486	548	69	131	404	11	-
표준형정신보건센터	779	12	-	287	264	41	67	102	6	-
기본형정신보건센터	110	5	-	55	1	-	42	7	-	-
사회복지시설	673	1	-	111	242	21	17	277	4	-
알코올상담센터	106	1	-	33	41	7	5	18	1	-

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.133.

- ◆ 한편 2005년 국립서울병원과 국립정신보건교육연구센터에서 조사한 “환자 1인당 정신보건인력 수”에 따르면, 정신보건센터 소속의 정신과 전문의 1인이 담당하는 평균 환자 수는 3,039명이었으며, 정신보건간호사와 정신보건전문요원은 각각 223명과 133명으로 나타나 정신보건전문가 1인이 담당해야 할 환자의 비중이 지나치게 높음을 알 수 있었다.

지역정신보건센터의 직원 1인당 담당사례수의 변화추이

(단위: 명)

등록자수		상임인력 전체		정신과 전문의		정신보건 간호사		정신보건 복지사		정신보건 심리사		전체 정신보건 전문요원	
		수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수
2000	9,052	143	63.3	2	4,526	60	150.87	22	411.45	5	1810	87	104.04
2001	30,299	273	110.99	8	3787.38	219	138.35	39	776.89	7	4328.42	265	114.34
2002	31,663	374	84.66	19	1666.47	246	128.71	44	719.61	13	2433.3	303	104.4
2003	36,820	499	73.79	21	1753.33	242	152.15	68	541.47	14	2630	324	113.64
2004	38,538	523	73.69	17	2266.94	243	158.59	86	448.12	15	2569.2	344	112.15
2005	42,541	473	89.94	14	3038.64	191	222.72	116	366.73	13	3272.38	320	132.94

출처: 김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육연구센터, p.138.

- ◆ 또한 사회복지시설의 경우에도 정신과 전문의 1인이 담당하는 환자수는 1,305명, 정신보건간호사는 62명, 정신보건전문요원은 17명 정도씩 되는 것으로 나타나 정신과 전문의의 환자담당 비중이 매우 높음을 알 수 있다.

■ 사회복지시설의 직원 1인당 담당사례수의 변화추이

(단위: 명)

등록자수	상임인력 전체		정신과 전문의		정신보건 간호사		정신보건 복지사		정신보건 심리사		전체 정신보건 전문요원		
	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	수	1인당 환자수	
2000	1,124	121	9.29	0	-	17	66.12	38	29.58	10	112.4	65	17.29
2001	1,866	169	11.16	0	-	15	124.4	56	33.32	15	124.4	86	21.69
2002	2,378	225	10.57	0	-	25	95.12	82	29	22	108.09	129	18.43
2003	2,268	274	8.28	0	-	34	66.71	86	26.37	22	103.09	142	15.97
2004	3,347	320	10.46	1	3,347	36	92.97	118	28.36	28	119.54	182	18.39
2005	3,916	412	9.5	3	1305.33	63	62.16	148	26.46	25	156.64	236	16.59

출처: 김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육연구센터, p.138.

나. 지역사회 연계체계: 퇴원 후 사후관리 미흡

- ◆ 2006년 정신보건심판위원들을 대상으로 한 조사에서 ‘사회지지체계의 부족으로 계속입원율이 증가한다’라는 항목에 91%, “퇴원 후 사후관리가 미흡하다”라는 항목에 62%의 심판위원들이 동의하여 지역사회 지지체계의 부재가 퇴원율에 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

■ 심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율

문제 영역	문제에 대한 동의율(%)	대안	대안에 대한 동의율(%)
사회지지체계 부족으로 계속입원율 증가	91	지역사회 인프라 확충	92
		개방병동 활성화	42
퇴원 후 사후관리 미흡	62	지역정신보건센터의 사후관리 책임성 강화	57
		통합정보관리 시스템 도입	56

출처: 배정규 외(2006), “지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사”, 국가인권위원회; 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.150. 재인용.

- ◆ 또한 지역사회 사례관리자 461명을 대상으로 “퇴원과정에 개입하고 있는 정도”를 질문한 결과, 평균 24.62%(중위수 17.5%)만이 개입하고 있다고 응답했다. 사례관리가 어려운 이유로는 보호자의 비협조(44.0%), 업무부담으로 인한 개입 여력의 부족(20.2%), 의료기관의 비협조(18.8%) 등이 있었다.

■ 퇴원과정 개입시 장애요인 제순위

구 분	N	%
의료기관의 비협조	66	18.8
보호자의 비협조(퇴원에 동의하지 않음 등)	155	44.0
행정적 비협조(동사무소, 보건소 등)	1	0.3
지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음	47	13.4
업무부담으로 인한 개입여력부족	71	20.2
기타	12	3.4
미상	109	-

출처: 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회, p.123.

다. 프로그램 운영

- ◆ 「정신보건법」상 “정신보건센터”의 업무는 ‘정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀 및 이에 관한 사례관리’이며¹³³⁾, “사회복귀시설”은 ‘정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 않고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설’이다.

133) 그 외 정신보건센터의 선택사업으로는 아래와 같은 것들이 있다.

■ 표준형 정신보건센터의 선택사업 현황

구 분	센터수	아동청소년 사업	치매관리 사업	자활 사업	노숙자 사업	공동모금회 지원 특별사업	알코올 상담센터 ¹⁾	기타 사업
총계	153	71	48	16	2	6	6	16

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』 p.120.

주: 1) 동일 협력기관이 동일 지역에서 운영하고 있거나 전담인력을 배치하여 사업을 수행하는 경우

「정신보건법」상 정신보건센터 업무 규정

제13조(지역사회정신보건사업 등)① 국가 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.

제13조의2(정신보건센터의 설치)① 국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.

「정신보건법」상 사회복귀시설 업무 규정

제3조(정의) 4. “정신질환자사회복귀시설”(이하 “사회복귀시설”이라 한다)이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

제16조(사회복귀시설의 종류)① 사회복귀시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 정신질환자생활시설: 정신질환자가 필요한 기간 동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·훈련 등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장애로 인하여 장기간 생활하는 시설
2. 정신질환자지역사회재활시설: 정신질환자복지관, 의료재활시설, 체육시설, 수련시설, 공동생활가정 등 정신질환자에게 전문적인 상담·훈련 등을 제공하거나 여가활동 및 사회참여활동 등에 필요한 편의를 제공하는 시설
3. 정신질환자직업재활시설: 일반 고용이 어려운 정신질환자가 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 영위할 수 있도록 하는 시설

- ◆ 2008년 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 총 99개의 사회복귀시설과 238개의 정신보건센터에서 주간재활프로그램을 실시하고 있었다. 이는 「정신보건법」상 업무규정의 모호함으로 인해 센터와 사회복귀시설 간의 서비스가 다소 중복되고 있는 것으로 해석할 수 있다.

시·도별 주간재활 프로그램 운영시설

(단위: 명, %)

	계	1개소당 담당인구	국립정신 병원	공립정신 병원	시립정신 병원	종합병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	사회복귀 시설	정신보건센터		알코올 상담센터
										모델형	기본형	
2000 총계	156	301,334	2	5	15	29	8	23	29	45	-	-
2001 총계	264	179,369	3	6	13	30	11	21	47	46	87	-
2002 총계	271	175,702	3	6	16	27	6	19	56	49	89	-
2003 총계	289	165,568	3	5	12	26	9	14	62	50	108	-
2004 총계	313	153,991	3	5	11	35	11	16	75	50	105	2
2005 총계	326	148,142	3	5	12	31	11	16	81	59	100	8
2006 총계	356	136,228	3	5	14	26	16	13	90	67	102	20
2007 총계	348	141,577	3	4	13	20	14	16	88	86	78	26
2008 총계	412	118,634	2	2	6	16	7	17	99	144	94	25
서울	59	170,522	1	1	1	3	-	5	24	19	4	1
부산	31	115,047	-	-	1	2	-	-	9	8	9	2
대구	23	110,432	-	-	-	2	2	-	10	7	-	2
인천	13	201,975	-	-	-	-	-	-	3	8	2	
광주	18	80,644	-	1	1	-	1	-	7	5	-	3
대전	14	106,507	-	-	-	1	-	-	6	3	2	2
울산	8	139,098	-	-	-	-	-	-	2	3	2	1
경기	55	207,636	-	-	1	4	-	6	9	33	-	2
강원	24	60,730	-	-	-	1	-	1	2	5	13	2
충북	18	82,317	-	-	1	-	-	-	3	7	6	1
충남	20	97,718	-	-	-	1	-	1	-	10	6	2
전북	29	60,223	-	-	-	2	-	4	8	6	8	1
전남	28	62,924	1	-	-	-	2	-	2	9	13	1
경북	37	69,471	-	-	1	-	1	-	9	8	16	2
경남	26	118,875	-	-	-	-	1	-	3	11	9	2
제주	9	60,647	-	-	-	-	-	-	2	2	4	1

출처: 보건복지가족부 외(2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.118.

- ◆ 한편, 보건복지가족부 고시 제2009-172호¹³⁴⁾에 따르면, 사회복지시설 비용수납 한도액은 「국민기초생활보장법」에 의한 월 최저생계비 및 현금급여액에 연동되는 방식을 기준으로 하여 매년 결정되며, 2009년 기준에 의하면 아래와 같다.

- 「정신보건법」 시행(2009. 3. 22)이전 시설¹³⁵⁾

■ 보조시설

단위:(인/월/원)

시설별		사회복지시설			
		생활훈련시설	작업훈련시설	종합훈련시설	주거시설
입 소	인상전	156,100	161,100	161,100	161,500
	인상후	252,000	277,000	277,000	252,000
	인상액	95,900	115,900	115,900	90,500
이 용	인상전	39,500	44,500	44,500	
	인상후	75,000	83,000	83,000	
	인상액	35,500	38,500	38,500	

■ 비보조시설

단위:(인/월/원)

시설별		사회복지시설			
		생활훈련시설	작업훈련시설	종합훈련시설	주거시설
입 소	인상전	365,000	317,300	365,000	257,700
	인상후	403,000	443,000	443,000	403,000
	인상액	38,000	125,700	78,000	145,300
이 용	인상전	129,000	117,400	129,000	
	인상후	129,000	132,000	132,000	
	인상액	-	14,600	3,000	

134) 사회복지시설의 월 비용수납한도액은 입소시설의 경우 「국민기초생활보장법」 제6조 제2항에 의한 월 최저생계비 중 6인가구 현금급여기준액을 가구원수로 나눈 금액이며, 이용시설의 경우 '입소시설 비용수납한도액에 100분의 30을 적용한 금액'이다.

135) 사회복지시설의 경우는 개정 「정신보건법」 시행규칙 시행 당시(2009.03.22) 종전의 규정에 따라 설치된 시설 중 개정규정에 따른 시설로 전환을 하지 않은 시설을 의미한다.

- 「정신보건법」 시행('09. 3. 22)이후 시설

■ 보조시설

단위:(인/월/원)

구분	입소시설		이용시설(식대별도)	
	시설유형	비용수납한도액	시설유형	비용수납한도액
사회복귀시설	입소생활시설	252,000	주간재활시설	83,000
	주거제공시설	252,000	직업재활시설	83,000
	공동생활가정	252,000	종합재활시설	83,000
	중독자재활시설	277,000		
	종합재활시설	277,000		

※ 심신수련시설은 1일당 30,000원 적용(식대포함)

■ 비보조시설

단위:(인/월/원)

구분	입소시설		이용시설(식대별도)	
	시설유형	비용수납한도액	시설유형	비용수납한도액
사회복귀시설	입소생활시설	403,000	주간재활시설	132,000
	주거제공시설	403,000	직업재활시설	132,000
	공동생활가정	403,000	종합재활시설	132,000
	중독자재활시설	443,000		
	종합재활시설	443,000		

※ 심신수련시설은 1일당 48,000원 적용(식대포함)

2-3. 정신보건 예산 현황

- ◆ 국내 정신보건예산은 ‘정신보건사업예산’¹³⁶⁾과 ‘국민건강증진기금’으로 구성되며, ‘정신보건사업예산’은 정신시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산에, ‘국민정신건강기금’은 정신보건예방, 정신보건시설확충 등에 사용되고 있다.
- ◆ 첫째, 2009년 국비로 책정된 보건예산은 5조114억원이고, 그 중 정신보건사업 예산으로 책정된 금액은 0.6%¹³⁷⁾에 해당하는 750¹³⁸⁾억원이다. 750억원 중 5대 국립병원과 정신요양시설¹³⁹⁾에 지원되는 금액은 총 732¹⁴⁰⁾억원으로 정신보건 사업예산의 97%¹⁴¹⁾에 해당하는 반면, 사회복지시설에 관련된 예산은 15억원에 지나지 않는다.¹⁴²⁾ 즉, 우리나라의 경우, 사회복지시설보다는 정신의료기관 등에 월등히 많은 예산을 지원하고 있음을 알 수 있다.

136) ‘2009년 보건복지가족부 예산 및 기금운용 계획 개요’에는 ‘정신보건 사업 예산’이라고 따로 구분된 항목은 없으며, 일반회계에서 정신질환관리 분야(정신시설기능보강)로 구분된 항목의 세출예산과 책임운영기관특별회계 항목 중 국립병원 세출예산을 합하여 계산한 것이다.

137) 정신보건시설 확충으로 110억원의 추가경정예산이 책정되었으나, 전체 보건예산에 대한 추가경정예산 파악이 어려워 2009년 정신보건사업으로 확정된 예산을 기준으로 하였다.

138) 2009년에 확정된 예산이외에도 추가경정예산으로 110억원이 책정되었으며, 이중 정신요양시설기능 보강에 100억원, 사회복지시설 기능보강에 10억원의 예산이 책정되었다. 이를 포함할 경우 860억원의 예산이 국비로 책정되었다.

139) 정신요양시설은 「정신보건법」상 정신의료기관 등으로 포함됨으로 사회복지시설에서 제외된다.

140) 추가경정예산을 포함하였을 경우 국비로 책정된 예산은 832억 정도가 된다.

141) 우리나라의 정신보건예산은 국비로 책정된 예산과 지방에서 책정된 지방비로 구성되며, 일반적으로 시설기능보강에 있어 국비 50%, 지방비 50%로 사업이 이루어진다. 따라서 이론적으로는 추가경정예산을 포함하여 국비 180억 지방비 120억 도합 300억 가량의 예산이 집행되어야 하나 이는 우리나라의 각 지자체가 120억원의 예산을 집행하였을 때, 국비 180억원을 사용할 수 있는 것으로 지자체가 관련예산을 책정하지 않았을 경우 시설관련 국비의 집행은 줄어들 수 있다. 그러나 이러한 추가경정예산은 주로 정신요양시설의 기능보강에 초점이 맞추어져 있어 추가경정예산을 포함한다 하더라도 사회복지시설은 여전히 열악한 지원을 받고 있는 것을 알 수 있다.

142) 추가경정예산을 포함하더라도 국비로 책정된 예산은 25억원에 불과하다.

2009 정신보건사업 세출예산

(단위: 백만원)

사업별	2008 예산	2009 예산	주요내역
□ 보건	4,216,766	5,114,665	
□ 정신보건	76,189	75,168	
• 정신질환관리	7,227	6,794	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건시설기능보강 <ul style="list-style-type: none"> - 정신요양시설기능보강(4,950백만원) 증·개축: 4,341 → 4,164백만원 개보수 및 장비보강: 827 → 786백만원 - 사회복지시설기능보강(1,572백만원) 신축: 1,319 → 873백만원 증·개축: 700 → 699백만원 - 지원기준: 지자체보조(50%) • 정신질환사업관리 • 마약류중독자치료보호
• 국립서울병원	24,981	23,133	• 서울병원인건비, 기본경비 등
• 국립나주병원	13,132	13,667	• 나주병원인건비, 기본경비, 정보화사업 등
• 국립부곡병원	12,467	12,681	• 부곡병원인건비, 기본경비, 정보화사업 등
• 국립춘천병원	8,774	8,923	• 춘천병원인건비, 기본경비, 정보화사업 등
• 국립공주병원	9,608	9,970	• 공주병원인건비, 기본경비, 정보화사업 등

출처: 기획재정부(2009), 보건복지가족부(2009)

◆ 둘째, 국민건강증진기금의 경우 2009년 기준으로 ‘정신질환 관리’라는 항목으로 총 150억원 정도가 지원되었다. 크게는 ‘정신보건예방’과 ‘정신보건시설확충’을 위해 배정되어 있으며, 구체적으로는 아동청소년 정신보건, 정신질환 편견해소 및 인식개선, 정신보건센터 운영¹⁴³⁾ 등에 지원되고 있다. 2008년과 대비하여, 5억 8000만원 정도가 증가했으며, 대부분 지자체 혹은 민간보조를 지원조건으로 하고 있다.

143) 보건복지가족부에 따르면 정신보건센터 운영에 지원되는 금액은 본예산을 기준으로 국비와 지방비(각각 105억원)를 합쳐 210억원이며, 여기에 서울특별시(96억원)와 경기도(55억원)의 추가지원금을 합쳐 361억원이라고 밝히고 있다. 그러나 이는 지자체가 국비와 동일 금액으로 예산을 책정하였을 경우 가능한 것으로 지자체가 관련예산을 책정하지 않았다면, 전체 예산은 줄어든다.

2009 정신보건관련 세출예산: 국민건강증진기금

(단위: 백만원)

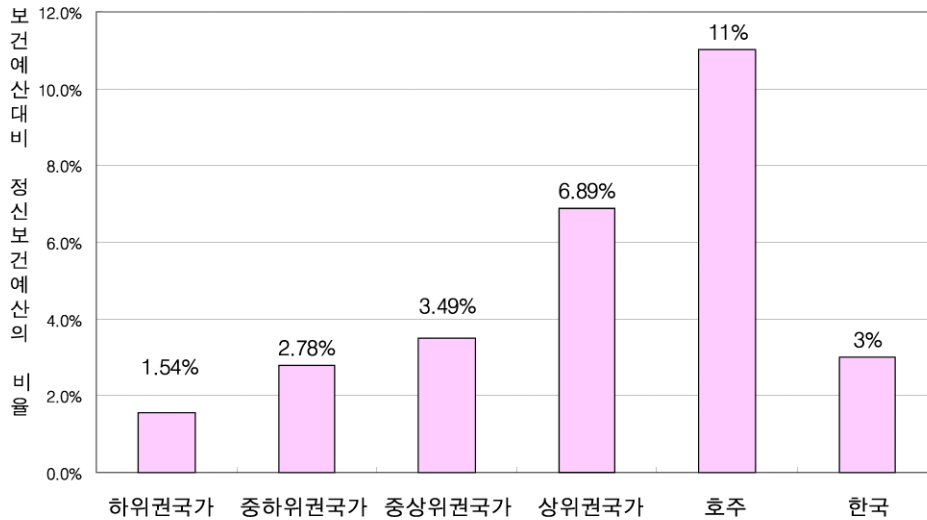
구 분	2008예산	2009예산	주 요 내 역
정신질환관리	14,459	15,043	
□ 정신보건예방	2,073	2,478	
• 정신보건인력양성	68	-	• 사업종료
• 아동청소년정신보건	1,080	1,050	• 아동청소년 정신건강검진비 • 사업운영비지원 • 지원조건: 지자체보조(50%)
• 생명존중정신건강 증진	565	535	• 사이버 자살상담서비스 및 유해사이트 모니터링 • 자살예방공익광고 등 • 자살예방프로그램 개발·보급 • 자살원인 실태조사 및 통계품질개선 • 자살예방교육 • 지원조건: 민간보조
• 정신질환 편견해소 및 인식개선	360	320	• 대중매체 등 홍보·교육 • 정신보건지도자 인권교육 • 지원조건: 민간보조
• 인터넷중독 폐해예방 및 치료 (청소년육성기금 이관)	- (637)	573	• 인터넷중독 지역협력체 운영지원 • 인터넷중독 고위험군 치료비 지원 • 인터넷중독 상담·치료전문가 양성 • 가족캠프 및 기숙형 치료학교 운영 • 인터넷중독 프로그램 제작 등 • 사업운영비 • 지원조건: 직접수행, 민간보조
□ 정신보건시설확충	12,386	12,565	
• 정신보건센터운영	10,350	10,529	• 표준형정신보건센터 • 자살위기대응팀(2개소) • 지원조건: 지자체보조(50%)
• 알콜상담센터운영	2,036	2,036	• 인구 20만 이상 시·구(32개소) • 지원조건: 지자체보조(50%)

출처: 보건복지가족부(2009)

- ◆ WHO가 권장하는 보건예산 대비 정신보건예산 수준이 5~15%인데, 우리나라와 GDP 수준이 비슷한 OECD 국가의 평균치가 6%인 점을 감안하였을 때,¹⁴⁴⁾ 우리나라의 정신보건예산 비율은 전반적으로 매우 낮은 수준이라는 것을 알 수 있다.

■ GDP수준별 정신보건예산의 비율 ■

(단위: %)



출처: 김민석 외(2006), “정신보건정책수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육센터, p.69.

3. 국내의 기준

3-1. 국내 기준

- ◆ 「헌법」 제34조에 의하면, 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며, 이를 위해 국가는 사회보장 및 복지의 증진에 노력할 의무가 있다. 특히, 질병·노령·장애 등의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의해 국가의 보호를 받아야 하며, 제35조 및 제36조에 의해 주택 및 보건의 권리를 가진다.

144) 네덜란드는 15.6%, 프랑스는 10.6%, 독일은 10%, 미국은 7.5% 정도 수준임.

출처: 김민석 외(2006), 앞의 글, pp.68-69.

「헌법」

제34조

- ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.
- ② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.
- ⑤ 신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.

제35조

- ① 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다.
- ③ 국가는 주택개발정책등을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다.

제36조 ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

3-2. 국제 기준

- ◆ MI 원칙에 따르면, 모든 정신장애인들은 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보살핌 받아야 할 권리가 있으며, 정신보건시설에서의 입원치료가 종료된 환자는 즉시 지역사회에 복귀하여야 한다.

- 1. 모든 정신 장애인들은 자신이 거주하는 지역사회에서 가능한 한 치료받고 보살핌 받아야 할 권리가 있다.
- 2. 치료가 정신보건시설에서 이루어질 때, 환자는, 가능한 언제나, 그들의 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.

MI 원칙 7 '지역사회와 문화의 역할'

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 정신보건시설로의 강제입원 및 장기입원을 막기 위하여 지역사회 중심의 보호를 강화할 필요가 있으며 이것이 “가장 덜 제한적인 대안”의 원칙이라고 서술하고 있다. 또한 국가는 지역사회 정신건강관리 및 예방·증진, 사후관리 및 재활에 필요한 자원을 고려해야 한다고 권고하고 있다.

지역사회 정신건강 관리에 대한 접근성

- “가장 덜 제한적인 대안”의 원칙을 실행하여 법은 정신장애를 위한 지역사회중심의 관리를 증진시킬 수 있으며 정신보건시설로의 강제 입원, 특히 정신보건기관에의 장기 입원을 줄일 수 있다.
- 일부 국가에서는 자원의 분배 및 정신보건 서비스의 재원에 관한 특수조항들을 포함하는 것이 가능할 수도 있다. 이것이 가능한 곳에서는 자원이 어디에 쓰여야 하는지 명시하는 것이 권장되며 이를 통해 지역사회 정신건강관리 및 예방과 증진 프로그램 같은 영역에 적합한 조항들을 실행가능하게 만들 수 있다.
- 「정신보건법」은 또한, 상담, 다양한 정신치료 및 직업재활 같은 정신사회적 개입에 대한 접근성도 증진시켜야만 한다.
- 사후관리 및 재활 서비스는 정신건강 관리 및 치료의 필수적인 부분이며 따라서 법이 관리의 접근성을 향상시키는 부분의 서비스를 개발하는 조항들을 포함하는 것은 중요하다.
- 공공 또는 사설 건강보험 제도를 갖고 있는 국가에서, 법은 정신장애인들이 정신 및 신체적 상태에 대한 치료를 받는데 있어 적절한 보험 혜택을 받을 수 있게 보장해야만 한다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 4.6.

- ◆ 더불어 MI 원칙에 의하면, 지역사회에 거주하는 정신장애인은 가능한 범위 내에서 주거와 노동의 권리를 갖는다.

모든 정신 장애인들은 지역사회에서 가능한 범위 내에서 주거와 노동의 권리를 가진다.

MI 원칙 3 ‘지역사회에서의 삶’

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 정신장애인의 주거 및 고용과 관련한 국가의 의무를 아래와 같이 자세히 기술하고 있다.

주거

법은 정신장애인들에게 국가 주택공급계획 및 보조금지급형 주택공급계획에서 우선권을 제공하는 조항들을 포함시킬 수 있다. 물론 그러한 조항들은 일부 국가에서는 가능하지 않을 수 있다. 그러나 적어도 정신장애인들은 주거 배정에서 차별을 받아서는 안 된다. 법은 또한, 정부에게 중간거주시설(halfway house)이나 장기 지원형 주택같은 일정한 범위의 주거시설들을 설립하도록 지시할 수 있다. 법은 정신장애인들의 지역적인 격리를 방지하는 조항들을 포함해야 한다. 이것은 정신장애인들을 위해 주거의 장소 및 배치에서의 차별을 예방하기 위하여 적합한 특별법 조항을 필요로 할 수 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 16.3.

고용

법은 고용에서의 차별과 착취로부터 정신장애인들을 보호하며 평등한 고용기회를 위한 조항을 포함할 수 있다. 그것은 정신장애를 앓았던 사람들을 직장으로 재통합하는 것을 촉진하고 오직 정신장애라는 이유만으로 직장에서 해고되지 않도록 보장하는 것이다. 법은 또한 직장 내에서의 “합리적인 편의”를 장려할 수 있으며 이를 통해 정신장애가 있는 직원은 근무시간에 정신건강 치료를 받는 것이 가능한 어느 정도의 융통성을 제공받을 수 있다. 예를 들어, 상담을 받기 위해 시간을 낼 수 있고 그 날 그 시간만큼 이후에 보충할 수 있다.

법은 또한 직업재활 프로그램에 대한 적절한 재원을 확보하는 조항들, 지역사회에 거주하는 정신장애인들의 소득창출활동을 위한 우선적인 재원에 대한 조항들, 그리고 직업 및 유급고용에 대한 접근성을 개선하기 위한 일반적인 차별철폐 프로그램들을 포함할 수 있다. 고용법은 또한 그들이 다른 사람들과 유사한 정도의 보수를 지급받게 되고 그러한 보호작업장에서 어떠한 강제 또는 강압적인 노동도 없다는 것을 보장하기 위해 보호작업장에서 일하는 정신장애인들에 대한 보호조치를 제공할 수 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 16.4.

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」에 의하면, 환자의 가족 또는 보호자는 정신질환자를 보호하고 치료하는 데 중요한 책임을 지니고 있는 존재이므로, 법은 정신보건 서비스 및 법적 절차의 많은 부분에서 가족의 개입을 보장하고 가족의 의견을 대표할 수 있는 단체구성의 근거를 명시할 필요가 있다. 나아가 가능하다면 가족 구성원들이 정신보건 서비스의 계획과 정신보건정책 및 법의 개발에 참여하도록 하는 조항을 법에 명시하여야 한다.

정신장애인의 가족 및 보호자들

- 가족 및 보호자들이 정신장애인들을 돌보는 주요 책임을 맡는 것은 흔한 일이며 법은 이런 사실을 반영할 필요가 있다.
- 비록 비밀보장이라는 개인적 권리의 범위가 각 문화마다 다양한 차이를 보이는 경향이 있지만 법은 단순히 비밀보장이라는 이유로 임의적으로 정보공개를 거부해서는 안 된다.
- 가족과 보호자들은 특히, 환자가 혼자서 이것을 수행할 수 없을 때, 환자를 위한 치료 계획의 체계화 및 실행을 위해 중요한 역할을 할 수 있다.
- 법은 정신장애인들을 돌보는데 있어 가족 및 보호자가 그들이 필요로 하는 지지 및 서비스를 받는 것을 보장할 수 있다.
- 법은 강제입원이나 진정같은 법절차 뿐 아니라 정신보건 서비스의 많은 부분에 대한 가족 및 보호자들의 개입을 보장할 수 있다.
- 법은 또한, 가족 구성원들 및 보호자들이 정신보건 서비스 계획뿐만 아니라 정신보건 정책 및 법의 개발에 참여하는 것을 보장할 수도 있다.

「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 6.

4. 정책방향

- ◆ 정신장애인이 퇴원 후 지역사회로 복귀하여 건강을 회복하고 사회에 통합되도록 지원하기 위해서는 지역사회 연계 및 사례관리 기능을 강화할 필요가 있다. 이때 중요한 것은 정신장애인이 장애를 이유로 차별받지 않고 비장애인과 최대한 동일한 생활 조건에서 함께 생활할 수 있도록 여건을 마련하는 것이다.
- ◆ 이를 위해서는 우선 정신의료기관(또는 정신요양시설)과 정신보건센터 간 연계를 강화하여 퇴원 예정인 환자가 정신보건센터로부터 다양한 지역사회 시설의 정보를 미리 제공받고, 퇴원 즉시 본인에게 필요한 시설과 프로그램을 이용할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 거주지가 불확실하거나 가족의 지지기능이 약한 정신장애인들이 이용할 수 있는 저렴한 비용의 주거시설이 대폭 확충되어야 하며, 정신장애인들의 회복을 촉진하고 정신질환을 조기 진단·예방할 수 있는 지역사회시설과 프로그램도 확대되어야 한다.
- ◆ 이 모든 것이 가능하도록 하기 위해서는 지역 정신보건재정의 확대가 불가피하며, 이는 수준 높은 서비스를 제공하기 위해 우선적으로 고려되어야 할 것 중 하나이다.

5. 핵심 추진과제

5-1. 정신보건센터의 기능 강화

가. 정신보건센터의 기능 재정립

- ◆ 정신의료기관에서 퇴원한 환자가 재입원 상황을 반복하지 않고 지역사회에 안정적으로 정착하기 위해서는 퇴원 이후 공신력 있는 기관으로부터 이용 가능한 지역사회 시설의 정보를 제공받고 적절한 사회복귀 시설에 연계되어 다양한 서비스를 보장받는 일이 중요하다.
- ◆ 이를 위해 「정신보건법」은 정신보건센터로 하여금 ‘정신보건시설 간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등’을 수행하도록 하고 있으며, 정신질환자사회복귀시설을 통해 ‘정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀를 촉진’하도록 하고 있다.¹⁴⁵⁾
- ◆ 그러나 정신보건센터와 사회복귀시설의 역할 중 정신질환자에 대한 사회복귀훈련 업무가 공통적으로 포함되어 있어 정신보건센터와 사회복귀시설이 서로 연계되기보다는 독자적으로 업무를 수행하면서, 정신보건센터가 수행하여야 할 정신의료기관과 지역사회 사회복귀시설과의 연계서비스 및 사례관리가 제대로 이루어지지 않고 있다.¹⁴⁶⁾

145) 현행 「정신보건법」에 따르면, “정신질환자사회복귀시설”은 ‘정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설’(제3조 제4항)을 말하며, “정신보건센터”는 ‘정신보건시설간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등 지역사회 정신보건사업을 기획·조정 및 수행(제13조 제1항 및 제13조의 2)을 위하여 보건소와 협력하는 시설’을 말한다.

146) 주간재활프로그램은 정신보건센터 164개소와 사회복귀시설 88개소에서 제공되고 있었던 반면(중앙정신보건사업지원단, 앞의 글, 2007, p.54.) 서울시 정신보건심판위원회의 퇴원명령 이후 지역서비스로 연계되었던 경우는 44%, 의료기관의 퇴원 과정에 정신보건센터 직원이 개입하였다는 비율은 24.62% 밖에 되지 않는 것으로 조사되었다. 박종익 외(2008), 앞의 글, p.149, p.122. 참조.

- ◆ 퇴원환자의 지역사회 정착과 정신질환 고위험군에 대한 조속한 치료를 위해서는 정신의료기관과 지역사회와의 연계 강화 및 사례관리가 이루어져야 하며, 이를 위해서는 정신보건센터의 기능이 재정립되어야 한다.
- ◆ 정신보건센터 기능 재정립과 관련하여 첫째 정신보건센터의 법적 지위를 명확히 하여야 한다.¹⁴⁷⁾ 이를 위해 「정신보건법」 제3조 제2항의 정신보건시설의 정의에 정신보건센터를 포함시키고¹⁴⁸⁾ 제6항을 신설하여 “정신보건센터라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가, 상담 및 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회의 지원, 지역사회와의 연계 등의 업무를 수행하는 시설을 말한다.”라고 규정하여야 한다.
- ◆ 둘째, 사회복지시설과 정신보건센터와의 역할을 구분하여야 한다.¹⁴⁹⁾ 즉, 「정신보건법」 제13조의 2를 “... 정신질환자의 발견·상담·평가, 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회 업무 지원 등...”으로 개정하여 사회복지시설은 사회복지훈련 및 주거·입소서비스를 제공하고 정신보건센터는 퇴원환자에게 필요한 서비스를 사정 및 평가하여 적절한 시설에 연계하도록 하여 사례관리와 정신의료기관과 사회복지시설을 연계하는 코디네이터 역할에 집중할 수 있도록 하여야 한다.¹⁵⁰⁾

147) 「정신보건법」상 “정신보건시설”이라 함은 이 법에 의해 설치된 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신요양시설을 의미하며, 정신보건센터는 동법 제13조의2(정신보건센터의 설치)에서 언급되었을 뿐 그 목적 및 역할에 대해서는 정의되지 않은 실정이다.

148) “정신보건시설이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신보건센터 및 정신요양시설을 말한다”로 개정하여야 한다.

149) 영국의 경우에는 중증정신장애인에게 필요한 서비스를 판단하고 적절한 시설에 연계하는 역할은 정신보건센터가, 사회복지훈련 및 주거제공은 기타 서비스 제공기관이 각각 담당하도록 하고 있으며, 모든 지역사회기관과 입원시설이 정신보건센터의 의뢰와 사정을 통해서만 이용 가능하도록 설계되어 있다.

150) 정신보건센터의 지역사회연계에 대한 법규정비 및 역할은 제4부 5-3. 지역사회의 연계절차 강화 참조

나. 정신보건센터의 설치 의무화

- ◆ 현재 우리나라는 인구 20만 시·군·구를 기준으로 1개소의 정신보건센터를 설치하도록 권고하고 있으며,¹⁵¹⁾ 2008년 12월 기준 전국 시·군·구 249개의 60.6%에 해당하는 151개의 정신보건센터가 설치되어 있다.¹⁵²⁾ 이탈리아 정부가 인구 15만 명당 정신보건센터 1개소 설치를 원칙화하고, 694개의 지역행정정보건당국 산하에 675개의 센터(인구 10만 명당 1개소에 해당)를 설치¹⁵³⁾한 것과 비교하였을 때 우리나라의 센터 설치율은 다소 미진한 편이라고 볼 수 있다.
- ◆ 정신의료기관에서 퇴원한 환자와 정신질환 고위험군에 대한 지역사회 연계를 강화하기 위해서는 환자가 속한 시·군·구에 최소한 1개 이상의 정신보건센터를 설치하도록 의무화할 필요가 있다.
- ◆ 이를 위해 「정신보건법」 제13조의2의 규정을 개정하여 정신보건센터의 설치를 의무화하고, 각 시·군·구에 정신보건센터를 설치할 수 있도록 예산을 배정할 필요가 있다. 더불어 시·도별로 ‘광역정신보건센터’의 설치를 강화하여 광역정신보건센터가 시·군·구의 지역정신보건사업을 총괄·조정하도록 하는 방안을 강구하여야 한다.

다. 정신보건센터의 법인화

- ◆ 2007년 현재 국내에는 151개소의 정신보건센터가 운영되고 있으며, 국가 및 지자체가 운영하는 경우는 110개소, 의료법인은 25개소, 학교법인은 17개소, 종교법인은 2개소, 사회복지법인은 4개소, 기타법인이 2개소인 것으로 파악되고 있다.¹⁵⁴⁾

151) 보건복지가족부(2009), 『2009년 정신보건사업안내』, p.18.

152) 보건복지가족부(2009), 앞의 책, p.5.

153) 홍선미 외(2008), 앞의 글, p.249.

154) 보건복지가족부 외(2007), 앞의 책, p.21.

- ◆ 현행 「정신보건법」상 정신보건센터의 위탁규정은 위탁의 구체적인 기준과 요건 보다는 가능한 기관 및 단체의 범위에 대해서만 명시하고 있을 뿐이며,¹⁵⁵⁾ 보건복지가족부 지침에서도 “수탁기관은 공모를 통해 선정하되, 사업의 효과적 수행을 위해 객관적이고 정당한 사유가 있을 경우 시·도지사 또는 시·군·구청장의 승인을 얻어 수의계약도 가능하다”라고 명시하여 지자체에게 대부분의 재량을 위임한 상태다.
- ◆ 그러나 이와 같은 제도 하에서는 시·도지사 또는 시·군·구가 사업내용을 변경하거나 수탁기관과 재계약을 하지 않을 경우 센터의 입지가 불안정해져 사업의 연속성과 지속성이 낮아질 수 있다. 또한 센터의 낮은 법적 지위로 인해 지역 내 공공조직 및 타 기관에 협조를 요청하는 일이 어려워지고, 이로 인해 정신보건사업이 기능적으로 작동하기 어려운 문제가 발생한다.
- ◆ 더불어 보건소와 위탁협력기관의 정신보건사업에 대한 방향성, 목적, 협력정도의 지역적 차이로 인해 정신보건센터 간의 불균형 현상이 발생하고 수직적 관계가 형성된다는 지적이 있으므로 이를 개선하기 위해서는 센터의 독립성을 확보하고 업무를 객관화·표준화·공공화할 수 있도록 정신보건센터를 법인화하는 방안이 필요하다.¹⁵⁶⁾

155) 「정신보건법」 시행령 제3조의2(지역사회정신보건사업의 위탁대상 기관·단체)에 의하면, 정신보건센터 위탁운영이 가능한 기관 혹은 단체는 각 호 중 하나에 해당하여야 한다. 1. 정신보건시설 2. 고등교육법 제2조에 따른 학교 3. 정신보건사업을 수행하기 위하여 설립된 비영리법인

156) 미국의 경우 정신보건센터를 초기 직영운영에서 공공법인으로 전환하여 점차 반민반관의 형태로 운영하고 있는 상황이며, 영국의 경우 국민건강보험제도(NHS)라는 공적의료제도를 통해 직접 국가가 보건의료서비스 공급체계를 운영하고 있으나 우리나라의 경우 공무원 수의 제한, 공적의료체계 미비, 지자체에 대한 높은 의존율 등으로 인해 바로 적용하기 어려운 것이 현실이다. 그러나 이에 대해 보건복지가족부는 정신보건센터를 법인화 할 경우 정신보건센터의 독립성을 높일 수는 있지만, 독자적 경영을 위한 서비스 가격이 상승될 우려가 있으며, 타 기관과의 연계 및 협력이 어려워 현재와 같은 공공 사업기관으로 존치하는 것이 적절하다는 입장이다.

라. 정신보건센터 인력기준 강화

- ◆ 정신보건센터는 정신의료기관이나 사회복지시설과 달리, 「정신보건법」 시행규칙 내에 최소인력기준이 명시되어 있지 않아 센터직원 1인의 사례관리 수가 과중되고 있는 실정이다.¹⁵⁷⁾
- ◆ 2008년을 기준으로 정신보건센터 전체 등록회원은 69,345명,¹⁵⁸⁾ 정신보건전문인력은 889명이어서¹⁵⁹⁾ 이는 전문인력 1인이 90명의 회원을 관리하는 것으로 볼 수 있으므로 사례관리요원 1인이 평균 35~40명만의 회원을 관리하는 영국의 정신보건센터¹⁶⁰⁾와 비교해 보았을 때 지나치게 낮은 수준임을 알 수 있다.
- ◆ 만일 영국과 같은 기준으로 1인당 35~40명을 관리한다고 했을 때 우리나라에는 1,734~1,981명의 정신보건전문인력이 필요하여 현재 정신보건센터 인력의 2배가 충원되어야 한다. 또한 정신보건센터에 지역사회 연계기능을 부여할 경우 사례 관리가 필요한 정신질환자의 수가 증가해 필요 인력은 더 늘어날 수 있다.
- ◆ 따라서 정신보건센터의 목적 및 기능을 정상적으로 달성하기 위해서는 지역인구와 정신질환 유병율을 감안하여 정신보건센터의 시설인력 기준을 마련하고 「정신보건법」 시행규칙 내에 이를 명시하여야 한다.

157) 보건복지가족부 지침에 따르면 정신보건센터의 경우 정신과전문의 또는 1급 정신보건전문요원을 자격으로 하는 센터장 1인 외에 상임팀장, 팀장, 간호사·임상심리사·사회복지사 및 기타관련분야의 자격증을 소지한 팀원, 행정 및 회계 수행인력 등을 두도록 하고 있으며, 센터장이 정신과전문의가 아닌 경우 비상근 임상자문을 둘 수 있도록 하고 있음.

158) 보건복지가족부 외(2008), 앞의 책, p.121.

159) 정신과전문의, 정신보건전문요원, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 간호조무사를 모두 합산한 인원.

출처: 보건복지가족부 외(2008), 앞의 책, p.133.

160) 홍선미 외(2008), 앞의 글, p.121.

5-2. 정신장애인 주택 및 주거시설확충

- ◆ 정신장애인은 가족과 함께 생활하거나 지역사회에서 독립적으로 생활하는 형태를 가장 선호하고 있으나,¹⁶¹⁾ 정신의료기관에 입원한 환자의 과반수 가량은 증상이 회복되어도 거주할 공간이 없어 장기 입원되고 있다.¹⁶²⁾
- ◆ 정신장애인이 이용 가능한 지역사회 생활시설로는 ‘50인 이하의 입소생활시설’과 ‘10명 이하의 주거제공시설’이 있으며,¹⁶³⁾ 2008년 현재 국내에는 880명이 이용할 수 있는 50인 규모의 입소시설 32개와 638명이 이용할 수 있는 10인 규모의 주거시설 80개만이 설치되어 있을 뿐이며, 169개 시·군·구에는 시설조차 없는 실정이다.¹⁶⁴⁾
- ◆ 이렇듯 우리나라는 주거시설의 수가 적고 종류가 다양하지 못해 대상자의 특성을 고려한 시설연계가 어려우며, 이미 설치된 시설도 예산이 투입된 일부지역에만 편중되어 있어 접근성이 매우 부족한 실정이다.
- ◆ 프랑스의 경우에는 주거시설을 ‘사회복귀숙박시설’과 ‘단순숙박시설’, ‘응급숙박시설’, ‘사회복귀숙박 및 적응작업장 직업 활동 시설’ 등으로 다양화하여 정신장애인의 기능정도 및 필요에 따라 서비스를 제공하여 사회복귀를 촉진하고 있다. 우리나라도 이와 같이 주거가 취약한 정신장애인의 경제적 상황 및 기능적 수준, 연령 등을 고려한 단계적 주거시설의 설치가 필요하다고 판단된다.

161) 국가인권위원회에서 실시한 “정신장애인이 선호하는 삶의 형태”에 대한 조사결과에 따르면, ‘가족과 함께 생활’이 69.9%, ‘지역사회에서 가족과 떨어져 독립적으로 생활’이 17.2%, ‘지역의 주거시설(그룹홈)에서 생활’이 7.0%, ‘요양시설에서 생활’이 1.9%, ‘정신병원에서 생활’이 1.1%, ‘기타’ 2.9%인 것으로 나타났다. 김문근 외(2008), “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구”, 국가인권위원회, p.52. 참조.

162) 2008년 “장기입원 환자의 주거실태”에 관한 국가인권위 조사결과에 따르면 “주거공간의 부재가 퇴원에 영향을 미치고 있는가”라는 질문에 환자의 44.9%가, “정책대안으로 무료주거시설이 제안되었을 때 환자의 퇴원을 지금보다 긍정적으로 생각하겠느냐”라는 질문에 보호자의 49.2%가 ‘그렇다’라고 응답하여 주거시설의 유무가 퇴원 여부에 큰 영향을 미치고 있는 것을 알 수 있다. 박종익 외(2008), 앞의 글, pp.91-92.

163) 「정신보건법」 시행규칙 [별표4] 참조.

164) 보건복지가족부 외(2008), 앞의 책, pp.88-90.

- ◆ 2007년 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면 지역사회에서 관리되고 있는 환자 66,685명을 위해서는 7,335개의 주거시설이 필요하며, 2017년까지 병원 지원형 입소시설(halfway house) 251개, 그룹홈(group home) 505개, 장기거주시설 158개를 확충해야 한다고 밝히고 있다.¹⁶⁵⁾
- ◆ 정신장애인의 주거시설 확대를 위해서는 요양시설의 기능 분화에 대한 계획, 주거시설에 대한 수요·공급 조사 및 예산 확충이 반드시 필요하며, 이를 위해서는 관계부처가 협력하여 종합적인 계획을 수립하고 이를 점진적으로 시행하여야 할 것이다.
- ◆ 또한 시설뿐 아니라 독립주거 혹은 주택의 형태도 확보되어야 하는데 이를 위해서는 주택공사의 공공주택임대사업을 적극 활용할 필요가 있다. 현재 영구임대주택은 대상자간 우선순위가 없어 실질적으로 정보력이 많은 수급권자나 국가유공자에게 우선권이 부여되는 현실이므로 정신장애인에게도 청약제도에 대한 이해도를 높여 이용률을 높일 수 있도록 하여야 하며, 저소득계층을 대상으로 하는 국민임대주택이나 재개발임대주택, 매입임대주택 등에도 장애인을 위한 공급물량을 확보하여 시설에서 퇴소한 정신장애인들의 자립생활을 촉진하는 일이 필요하다.

5-3. 사회복귀시설과 프로그램 확대

가. 이용시설 및 프로그램 다양화

- ◆ 정신장애인에게 거주공간 다음으로 중요한 것은 재발방지 및 기능회복을 위한 사회복귀 훈련이다. 현재 지역사회에서 정신장애인의 사회복귀 프로그램을 담당하는 시설로는 사회복귀시설과 정신보건센터가 있으며,¹⁶⁶⁾ 사회복귀시설의

165) 보건복지가족부 외(2007), 앞의 책, p.227.

166) 「정신보건법」 제3조(정의) ④사회복귀시설이라 함은 “정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니한 정신질환자에게 사회적응훈련, 작업훈련 등 재활훈련을 실시함으로써 사회복귀의 촉진을 도모하는 시설”을 의미하며, 시설의 종류로는 생활시설과 지역사회재활시설, 직업재활시설 등이 있다.

경우 2008년 현재 99개 시설에서 주간재활프로그램을 운영하고 있다.¹⁶⁷⁾ 그러나 2006년 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 전국 시·군·구 중에서 정신보건센터 주간재활 프로그램, 사회복지이용시설, 낮병원이 하나도 없는 곳이 45군데에 이르고 있다고 조사되어 정신장애인 중 일부는 서비스의 사각지대에 놓여 있음을 알 수 있다.¹⁶⁸⁾

- ◆ 미국의 경우, 주 정부가 각각 기준을 정하여 지역사회정신보호체계를 수립하도록 하고 있으며, 지원되는 프로그램도 취업지원서비스(Employment services), 교육 서비스(Educational services), 의료·치과서비스(Medical and dental services), 지지서비스(Support services), 중복장애인을 위한 서비스(Services for persons with co-occurring(substance abuse/mental health) disorders) 등으로 우리나라에 비해 매우 다양화되어 있는 편이다.
- ◆ 우리나라 재가정신장애인의 경우, ‘지역사회에서 지원되었으면 하는 서비스’로 ‘약물복용 및 증상관리에 대한 교육’(80.2%), ‘직업교육 및 훈련’(81.0%), ‘법률상담 및 옹호서비스’(84.0%), ‘자택방문서비스’(69.4%), ‘결혼 및 성 상담’(76.9%), ‘출산자녀에 대한 양육지원서비스’(81.7%) 등을 선호하고 있었으며¹⁶⁹⁾, 이를 반영하여 사회복지시설의 프로그램을 더욱 다양화할 필요가 있다.
- ◆ 이를 위해서는 퇴원 예정인 환자와 재가정신질환자를 중심으로 욕구를 파악하여 정신장애인의 기능회복과 치료를 위한 프로그램을 다양하게 개발하고, 정신보건센터를 통해 환자의 상태에 따라 적합한 시설로 연계하도록 할 필요가 있다. 또한 적절한 지역사회 프로그램이 없어 정신보건 서비스로부터 배제되는 정신장애인이 발생하지 않도록 국가 및 지방자치단체가 일정 비율만큼 사회복지시설을 신고·설치하는 적극적인 조치가 필요하다.

167) 보건복지가족부 외(2008), 앞의 책, p.118.

168) 보건복지가족부·중앙정신보건사업지원단·서울대의학연구원의료관리학연구소(2006), 『2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, pp.113-114.

169) 김문근 외(2008), 앞의 글, pp.47-49.

나. 시설이용료 부과방식 변경 및 면제

- ◆ 독일의 경우 장기요양보험료에서 서비스 재원이 조달되기 때문에 서비스 이용 시 이용료를 별도로 납부할 필요가 없으며, 다만 숙박비와 식비에 대해서만 본인부담을 적용하고 있다. 그러나 우리나라는 지역사회서비스에 대한 재원조달 체계가 매우 미흡할 뿐만 아니라 국가와 지자체가 지원하는 예산수준도 낮은 편이어서 대부분의 사회복지시설이 부족한 시설운영비를 보충하기 위해 이용료를 징수하고 있는 실정이다. 사회복지시설 이용료에 관한 보건복지가족부 고시 개정안¹⁷⁰⁾에 따르면, 정신질환자 이용시설의 비용수납 상한액은 2009년을 기준으로 보조시설의 경우 월 83,000원, 비보조시설의 경우 월 132,000원이다.¹⁷¹⁾ 고시기준이 변경되기 전인 2008년까지의 이용시설 비용수납한도액이 보조시설 39,500원~45,500원, 기타민간시설 117,400원~129,000원이라는 점에 비추어 보았을 때,¹⁷²⁾ 2009년 고시 개정안은 시설이용자의 부담을 가중시켰다고 판단된다.
- ◆ 2008 국가인권위원회에서 조사한 재가정신장애인 가족의 의료보장형태에 의하면 의료급여 1종이 20.3%, 의료급여 2종이 10.2%, 건강보험이 65.9%, 기타가 3.6%로,¹⁷³⁾ 시설이용료 징수대상인 건강보험 가정이 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며, 재가정신장애인 가족은 환자를 보호하는 데 월 평균 26만 6천원을 사용하고 있는 것으로 조사되었다.¹⁷⁴⁾ 정신장애인 가족의 월평균 소득이 141만원이고 그 중 월 99만원 이하인 세대가 40.6%인 상황을 고려했을 때¹⁷⁵⁾ 사회복지 이용료를 포함한 보호비용 26만 6천원은 결코 적은 비용이라고 볼 수

170) 보건복지가족부 고시 제2009-172호(2009.9.2)에 따르면, 정신질환자 이용시설의 비용수납 상한액은 「국민기초생활보장법」 제6조 제2항에 의한 월 최저생계비 중 6인가구 현금급여기준액을 가구원수로 나눈 금액의 30%이다.

171) 보건복지가족부(2009), 개정고시시설명자료.

172) 보건복지가족부(2009), 『2009 정신보건사업안내』.

173) 김문근 외(2008), 앞의 글, p.69.

174) 김문근 외(2008), 앞의 글, p.81.

175) 김문근 외(2008), 앞의 글, p.68.

없으며, 실제 '환자의 보호에 소요되는 비용이 다소 혹은 매우 부담된다'라고 응답한 가족의 비율이 62.5%에 달하는 것으로 나타났다.¹⁷⁶⁾

- ◆ 정신장애인은 장기적으로 의료비의 부담을 안고 살아가야한다는 점, 정신장애인과 그의 가족이 병원보다 지역사회에서 치료받는 것을 선호하도록 유인하기 위해서는 병원에 입원할 때보다 지역사회에 거주할 때 드는 비용이 적고 부담이 없어야 한다는 점, 정신질환의 경우 퇴원 후에도 지속적인 개입을 하지 않으면 재발하기 쉽다는 점 등을 고려하였을 때 정신장애인 및 가족의 시설 이용료 부담을 경감하고 지역사회서비스 이용률을 높이는 방안이 필요하다. 이를 위해서는 시설 이용시 프로그램 별로 각각 이용료를 지불하도록 하여 환자의 선택권과 서비스의 질을 높이는 동시에 불필요한 프로그램이용료를 경감하되, 집중관리가 필요한 시기인 퇴원 후 1년 이내에는 시설이용료를 면제하는 방안을 고려해 볼 필요가 있다.¹⁷⁷⁾

다. 평가 강화 및 인센티브제 운영

- ◆ 「정신보건법」 제18조의3은 “보건복지부장관은 정신보건시설에 대한 평가를 3년마다 실시하여야 하며, 경우에 따라서는 「사회복지사업법」 제43조에 따른 사회복지시설평가로서 정신보건시설평가에 갈음할 수 있다.”고 규정하고 있다.
- ◆ 이에 따라 2008년 장애인복지관, 부랑인복지시설, 정신요양시설과 함께 사회복지시설 113개소에 대한 시설평가가 실시된 바 있으며, 그 결과 ‘시설 및 환경’, ‘재정 및 조직운영’, ‘인적자원관리’, ‘프로그램 및 서비스’, ‘회원의 권리’, ‘지역사회관계’ 등 총 6개 평가항목에서 평점 79.83점이라는 다소 우수한 점수를 받았다. 그러나 2005년의 평가총점이 81.30이라는 점을 감안하면 전반적으로 점수가 하락하였으며, 특히 ‘지역사회 관계’ 항목과 ‘재정 및 조직운영’, ‘인적자원관리’의 점수가 큰 폭으로 하락하였다.¹⁷⁸⁾

176) 김문근 외(2008), 앞의 글, p.81.

177) 다만, 잦은 입퇴원으로 인한 사회복지시설 무료이용의 남용을 예방하기 위하여 면제제도를 위한 세부 기준도 함께 고려할 필요가 있다.

178) 자세한 내용은 정무성 외(2008), 앞의 책, pp.242-244 참조.

- ◆ 2008년 사회복지시설 평가는 인권지표 개발을 통해 시설이용자의 권익을 제고 하려 했다는 점, 현장평가위원을 시·도에서 선발하여 지역별 특성을 최대한 반영하고자 했다는 점에서 2005년 평가에 비해 크게 개선되었으나, 평가지표가 정신보건시설의 특수성을 완전히 반영하지 못했다는 점이 여전히 한계로 남는다. 사회복지시설에 대한 프로그램비 지원이 현저히 부족한 상황에서 ‘프로그램 및 서비스 질’ 영역이 81.13이라는 높은 점수를 받았다는 것은 다소 낙관적인 평가지표를 사용한 것으로 볼 수 있기 때문이다.
- ◆ 사회복지시설에 대한 평가가 이용자의 인권을 증진하고 민주적 소통이 원활한 시설환경을 조성하기 위한 기제가 되기 위해서는 시설 및 프로그램 확충, 정신의료기관과의 연계 구축 상황 등을 평가할 수 있는 항목이 포함되어야 하며, 평가기간도 지금의 3년 이내에서 2년 이내로 단축하는 방안을 고려해 보아야 한다. 이때 평가점수가 높은 시설에 대해서는 운영비와 지자체보조금을 지원하는 등 중앙정부차원에서 적극적인 인센티브를 제공하여 평가의 실효성을 높일 필요가 있다.

5-4. 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영

가. 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영

- ◆ 국내 정신보건 예산은 ‘정신보건 관련 일반예산’과 ‘국민건강증진기금’으로 구성되며, ‘일반예산’은 정신질환사업관리와 5개 국립병원지원비로, ‘국민정신건강기금’은 정신보건예방관리, 정신보건센터 및 알코올상담센터운영, 정신질환인식개선과 실태조사 등에 사용되고 있다.
- ◆ 2009년 국비로 책정된 보건예산은 5조114억원이고, 그 중 정신보건사업예산으로 책정된 금액은 0.6%¹⁷⁹⁾에 해당하는 750¹⁸⁰⁾억원이다. 750억원 중 5대 국립

179) 정신보건시설 확충으로 110억원의 추가경정예산이 책정되었으나, 전체 보건예산에 대한 추가경정예산 파악이 어려워 2009년 정신보건사업으로 확정된 예산을 기준으로 하였다.

180) 2009년에 확정된 예산이외에도 추가경정예산으로 110억원이 책정되었으며, 이중 정신요양시설 기능 보강에 100억원, 사회복지시설 기능보강에 10억원의 예산이 책정되었다. 이를 포함할 경우 860억원의 예산이 국비로 책정되었다.

병원과 정신요양시설¹⁸¹⁾에 지원되는 금액은 총 732¹⁸²⁾억원으로 정신보건사업예산의 97%¹⁸³⁾에 해당하는 반면, 사회복지시설에는 정신보건예산의 2%에 해당하는 15억 정도가 지원되고 있어 매우 열악한 수준임을 알 수 있다.¹⁸⁴⁾

- ◆ 이는 WHO가 권장하는 보건예산 대비 정신보건예산 수준이 5~15%, 우리나라와 GDP수준이 비슷한 OECD 국가의 평균치가 6%인 점을 감안하였을 때,¹⁸⁵⁾ 우리나라의 정신보건예산 비율은 전반적으로 낮은 수준으로 정신보건예산의 확대가 반드시 필요하다.
- ◆ 또한 현재의 정신장애인에 대한 치료를 병원이나 시설에 격리하여 치료하는 방향에서 지역사회에 기반을 둔 정신보건 시스템으로 변화시켜 정신보건예산을 효율적으로 사용할 필요가 있다. 2007 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면 정신분열병 환자의 경우 입원환자의 1인당 연간 진료비가 외래환자보다 7.72배 높은 것으로 나타났으며,¹⁸⁶⁾ 따라서 지역사회 중심의 정신보건체계 구축을 통해 입원 환자를 외래에서 관리하게 될 경우 진료비가 상당히 절감될 것으로 보인다.
- ◆ 따라서 입원치료가 필요한 환자를 제외하고는 가급적 외래치료를 권장하고, 외래치료 전환으로 인해 발생하는 차액을 의료급여 환자에 대한 신약사용, 수가인

181) 정신요양시설은 「정신보건법」상 정신의료기관 등으로 포함됨으로 사회복지시설에서 제외된다.
182) 추가경정예산을 포함하였을 경우 국비로 책정된 예산은 832억 정도가 된다.
183) 우리나라의 정신보건예산은 국비로 책정된 예산과 지방에서 책정된 지방비로 구성되며, 일반적으로 시설기능보강에 있어 국비 50%, 지방비50%로 사업이 이루어진다. 따라서 이론적으로는 추가경정예산을 포함하여 국비180억 지방비 120억 도합 300억 가량의 예산이 집행되어야 하나 이는 우리나라의 각 지자체가 120억원의 예산을 집행하였을 때, 국비180억원을 사용할 수 있는 것으로 지자체가 관련예산을 책정하지 않았을 경우 시설관련 국비의 집행은 줄어들 수 있다. 그러나 이러한 추가경정예산은 주로 정신요양시설의 기능보강에 초점이 맞추어져 있어 추가경정예산을 포함한다 하더라도 사회복지시설은 여전히 열악한 지원을 받고 있는 것을 알 수 있다.
184) 추가경정예산을 포함하더라도 국비로 책정된 예산은 25억원에 불과하다.
185) 네덜란드는 15.6%, 프랑스는 10.6%, 독일은 10%, 미국은 7.5% 정도 수준임.
출처: 김민석 외(2006), 앞의 글, pp.68-69.
186) 또한 우울증 에피소드의 경우, 외래환자에 비해 입원환자의 진료비가 8.5배 높은 것으로 나타났다. 보건복지가족부 외(2007), 앞의 책, p.217. 참조.

상 등 의료서비스의 질적 향상과 사회복지시설의 재활 서비스에 투입하여 정신장애인의 치료와 사회복귀를 촉진하여야 한다.

나. 지역 예산기준 고지 및 균형발전예산 지원

- ◆ 지방분권화 사업의 일환으로 보건·복지 예산이 지방으로 이양됨에 따라 사회복지시설과 정신요양시설에 대한 운영비 지원도 지방의 자립도에 큰 영향을 받게 되었다. 이러한 제도는 복지 시스템의 중앙집권화를 막고 지역에 자율성과 재량권을 부여한다는 장점이 있는 반면, 지역의 재정상태와 의지에 의해 사업예산이 배정되어 지역 간 정신보건 서비스의 편차가 발생할 수 있는 문제점이 있다.
- ◆ 실제 중앙정신보건사업지원단 보고에 따르면 2005년부터 실시된 사회복지시설 예산의 지방이양으로 인해 예산지원을 받지 못한 지역시설이 발생하였으며, 그 이유는 타 복지시설과의 우선순위에서 밀려났기 때문이었다.¹⁸⁷⁾
- ◆ 사회복지시설 확충, 서비스 다양화, 이용료 면제 등은 재정 확대 없이는 불가능하므로 사회복지시설 지원예산비율을 확대하여야 하며, 특히 프로그램 운영비를 대폭적으로 증액할 필요가 있다.¹⁸⁸⁾
- ◆ 따라서 이러한 정신보건예산의 지방이양으로 인해 발생할 수 있는 피해를 미연에 방지하고 지자체의 안정적 정신보건예산의 확보를 보장하기 위해서는 중앙정부의 개입이 일정정도 필요하다고 판단된다. 구체적으로는 중앙정부 차원에서 해당 지자체의 정신보건예산 투입비, 사회복지시설 및 서비스의 확충률 등을 감안하여 최소 정신보건예산 확보기준을 고시하여 이행하도록 강제할 필요가 있다. 다만, 전체 예산 부족으로 정신보건예산의 할당이 어려운 지역에 대해서는 지역균형 발전예산을 지원함으로써 지역별 편차를 해소하는 방안을 동시에 고려하여야 한다.

187) 보건복지가족부 외(2007), 앞의 책, p.156.

188) 2008년 보건복지가족부와 한국사회복지협의회가 공동 조사한 사회복지시설평가에 의하면, 사회복지시설 세출구조에서 인건비가 67.2%, 프로그램비가 9.5%, 시설관리비가 19.0%, 기타가 4.3%를 각각 차지하여 프로그램 운영에 대한 지원이 매우 열악함을 알 수 있었다.

5-5. 가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화

- ◆ 정신장애인을 보호하는 가족들이 경험하는 경제적인 보호 부담과 정서적인 부담감을 고려하였을 때 가족의 보호부담을 경감시키기 위한 서비스의 확충과 정책적 지원이 절실히 요구된다. 이러한 가족들의 부담은 사회적 편견 및 사회복지시설의 미비 등 다양한 원인들에서 기인하겠으나 무엇보다도 저소득 정신장애인 가족들의 경우에는 기초생활보장급여에 대한 의존도가 높기 때문에 경제적 부담감이 가장 크다고 볼 수 있다.
- ◆ 따라서 정신장애인을 보호하는 가족의 경제적 부담을 완화할 수 있도록 현재 논의되고 있는 장애연금의 도입, 장애수당 제도의 수급대상 확대 및 급여의 증액, 정신장애인을 가정에서 돌보는 가족을 위한 재가정신장애인보로수당 제도의 도입 등을 검토할 필요가 있다.
- ◆ 현재 우리나라에서 정신장애인과 가족의 입장을 대변하기 위해 결성된 조직으로 “한국정신장애인협회”와 “대한정신보건가족협회”가 있다. 이들은 정신보건과 관련하여 당사자 및 가족의 권리를 주장하고 정기 세미나 및 체육대회 등을 통해 주위를 환기시킴으로써 편견 해소 및 권리 보호에 노력하고 있다.
- ◆ 스페인의 경우, 1983년 ‘정신장애인 및 가족 동맹’(FEAFES)을 결성하여 편견·낙인 해소 운동, 정신장애인 가족에 대한 경제적 지원, 가족학교 운영, 취업 프로그램 운영 등 정신장애인과 가족들을 위한 활동을 하고 있다. 미국도 정신장애인 소비자운동과 자조집단옹호운동, 가족옹호활동 등이 활발히 운영되고 있다. 이들은 정신장애인과 가족의 권리보호를 넘어 정신보건 서비스의 계획 수립 및 평가에 참여하여 정신보건정책에 당사자 및 가족의 입장을 반영하고 있다.¹⁸⁹⁾

189) 이것이 가능한 이유는 Public Law 102-321에 각 주로 하여금 정신보건계획위원회(mental health planning council)에 정신장애인과 가족을 포함하도록 규정하고, 다른 연방법에서도 모든 주가 환자의 권리보호와 옹호기능을 위한 기관을 설립할 것을 명하고 있기 때문이다.

- ◆ 우리 「정신보건법」도 정신보건심의위원회에 정신과 전문의, 판사·검사, 정신보건전문요원과 더불어 정신질환자의 가족을 포함하도록 의무화¹⁹⁰⁾하고 있어 점차적으로 정신보건복지관련 법령의 제·개정 및 정책수립 과정에 가족의 의견이 반영될 것으로 예상된다.
- ◆ 그러나 정신보건계획 수립 과정에 정신장애인과 가족의 요구가 적극적으로 반영되고, 당사자와 가족을 위한 권리옹호활동이 활성화되기 위해서는 전문가 자문 그룹 운영, 낙인·편견 해소 운동 및 관련 취업프로그램의 운영, 인권상황 점검을 위한 모니터링 활동 등 가족과 당사자 옹호조직에 대한 적극적인 지원이 필요하다. 또한 정신보건기관 운영위원회에 당사자 및 가족의 참여를 시설 운영 규칙에 포함시켜 이들의 의견이 반영되도록 하여야 한다.

190) 「정신보건법」 제28조(정신보건심의위원회의 직무) ⑤ 정신보건심의위원회의 위원은 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 각각 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에서 정한 자 중에서 각각 1인 이상을 포함하여야 한다. 1. 정신과 전문의 2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 자 3. 정신보건 전문요원 3. 정신질환자의 가족

IV 정신장애인에 대한 차별과 편견해소

1. 의의

- ◆ 정신장애인에 대한 편견은 정신장애인을 점점 사회로부터 고립시켜 사회통합을 방해할 뿐만 아니라 정신장애인의 자존감을 저하시키고 정신보건 서비스에 대한 접근을 망설이는 결과를 낳아 상황을 더욱 악화시켜 사회적응을 방해하고 이러한 부적응 행동은 다시 대중의 편견을 더 강화시키는 악순환을 반복하게 된다.
- ◆ 또한 이러한 편견은 정신장애인의 사회적 기회를 제한하고 더 나아가 그들의 권리를 침해하여 정신보건복지의 궁극적 목적인 정상화와 사회통합을 어렵게 한다.
- ◆ 따라서 이러한 정신장애인의 권리 회복과 부당한 침해를 예방하여 사회의 일원으로서 기본적 인권을 향유하기 위해서는 무엇보다도 정신장애인에 대한 대중의 편견과 차별의 극복이 전제되어야 한다.

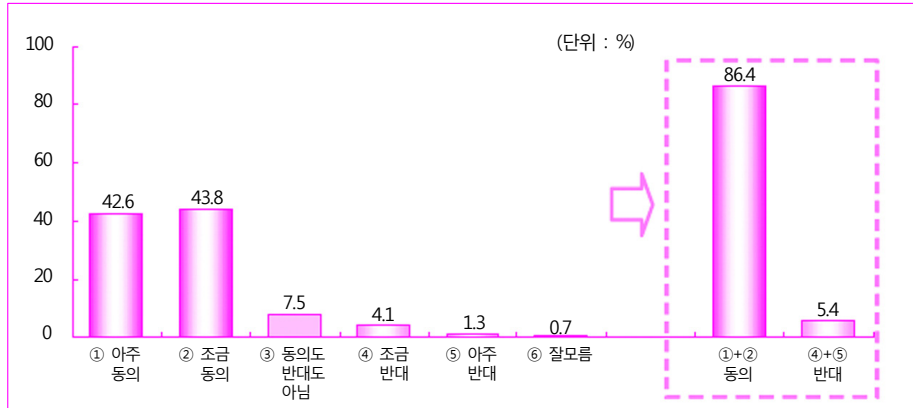
2. 현황 및 문제점

2-1. 정신장애인에 대한 일반적 인식 상황

가. 2007년 중앙정신보건사업지원단 조사결과

- ◆ 중앙정신보건사업지원단에서 만 15세에서 69세 국민 1,040명을 대상으로 실시한 “2007 정신질환 국민태도조사” 결과에 따르면, ‘정신질환은 누구나 걸릴 수 있는 질병이다’라는 데 86.4%의 응답자가 동의하고 있는 것으로 나타나 정신질환 유병에 대한 편견은 생각보다 크지 않은 것으로 조사되었다.

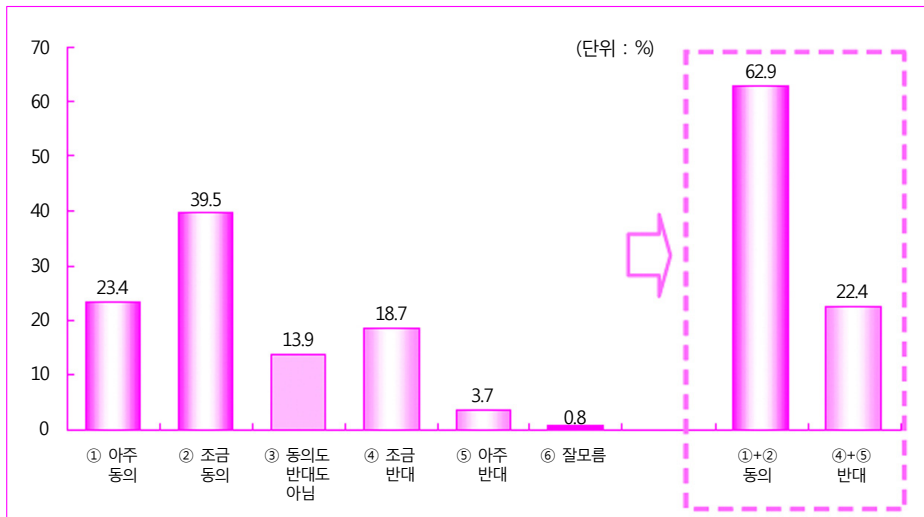
정신질환은 누구나 걸릴 수 있는 질병이다



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.101.

◆ 또한 “정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다.”는 항목에도 응답자의 62.9%가 동의하여 정신장애인이자 할지라도 정상생활을 누리는 것이 문제가 되지 않는다고 생각하는 사람이 더 많은 것으로 나타났다.

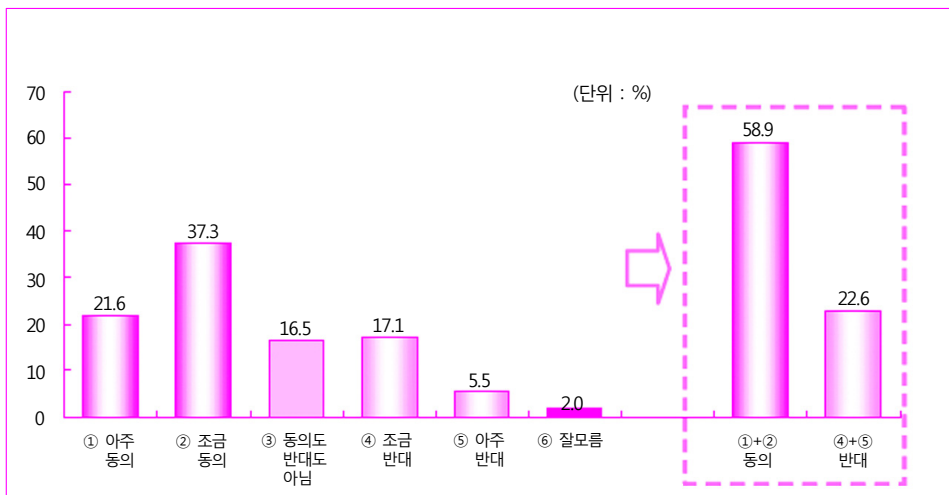
정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.102.

- ◆ 한편 “동네에 정신질환자가 거주하는 시설이 들어와도 괜찮은가?”라는 질문에 58.9%의 응답자가 동의하고, 22.6%의 응답자가 반대하고 있는 것으로 나타나 정신장애인 주거 및 입소시설이 지역사회에 설치되는 것에 대해 반수 이상의 응답자들이 긍정적으로 생각하고 있음을 알 수 있었다.

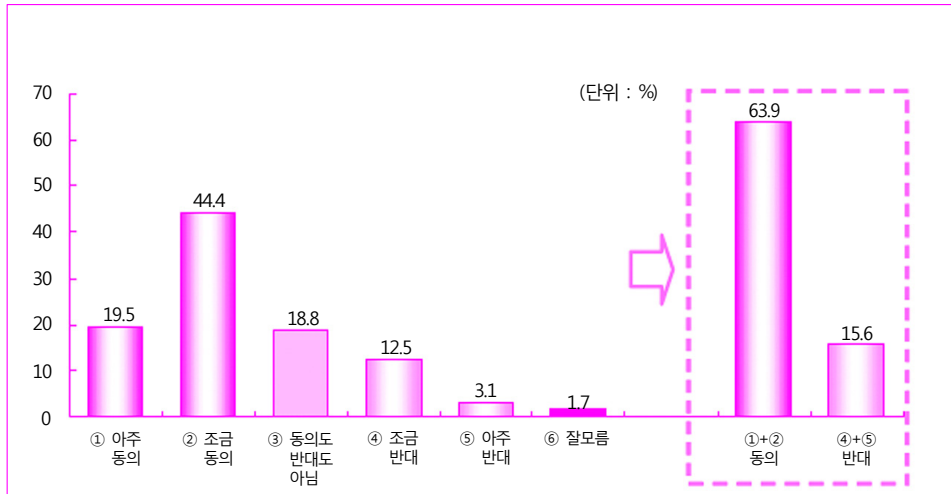
Ⅱ 우리 동네에 정신질환자가 거주하는 시설이 들어와도 괜찮다 Ⅱ



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.107.

- ◆ 보다 구체적으로 “정신과 치료를 받은 적이 있는 사람을 바로 옆집 이웃으로 받아들일 수 있는가?”라는 질문에도 63.9%의 응답자들이 동의하고 있는 것으로 나타난바, 주민의 상당수가 정신질환자들이 지역사회에 거주하는 것을 반대할 것이라는 통념이 잘못된 것임을 알 수 있었다.

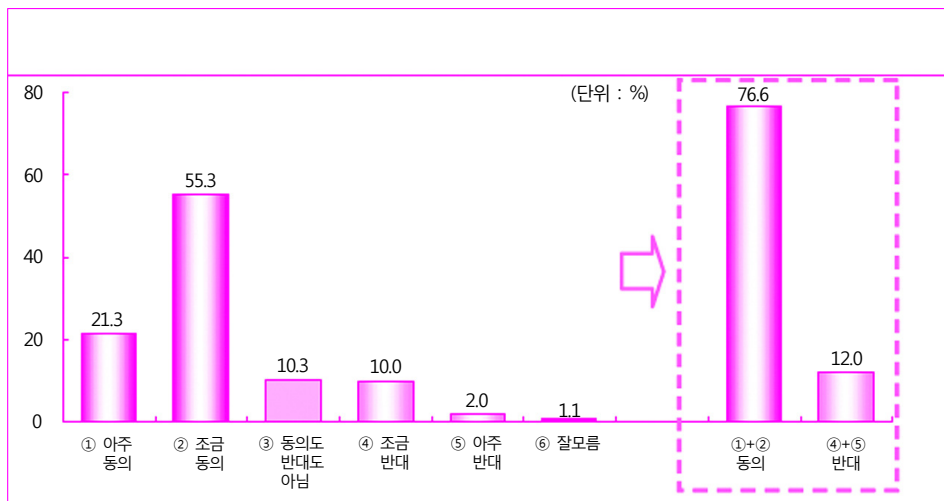
정신과 치료를 받은 적이 있는 사람을 바로 옆집 이웃으로 받아들일 수 있다



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.108.

◆ 반면, “정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 위험하다고 생각하는가?” 라는 질문에 76.6%의 응답자들이 ‘그렇다’라고 대답하여, 여전히 정신질환자는 위험성을 지닌 존재로 인식되고 있음을 알 수 있었다.

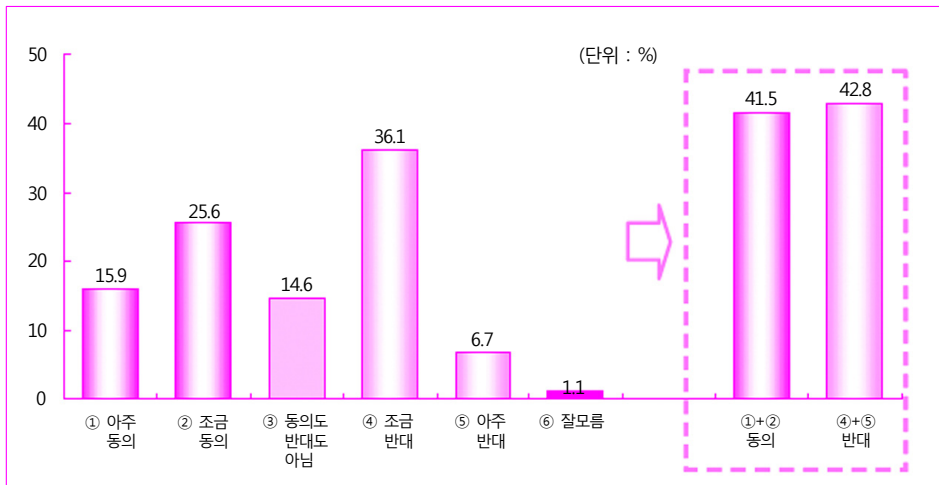
정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.103.

- ◆ “정신질환자는 병원에 입원시키는 것이 최선의 치료인가?”라는 질문에는 41.5%의 조사대상자들이 ‘그렇다’라고 응답했고, 42.8%의 응답자들이 ‘그렇지 않다’라고 대답하여 정신의료기관 입원에 대한 의견은 각각 절반 정도씩 되는 것으로 나타났다.

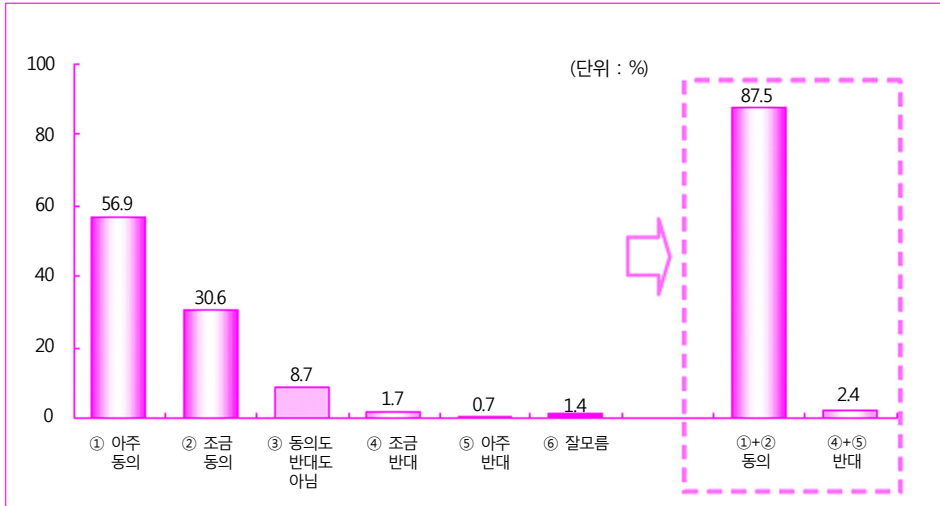
Ⅰ 정신질환자는 병원에 입원시키는 것이 최선의 치료이다 Ⅰ



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.106.

- ◆ “정신질환자를 위한 정부예산을 늘려야 하는가?”라는 질문에는 87.5%의 응답자들이 동의하고, 2.4%의 응답자들이 반대하여 정신질환을 갖고 있지 않은 사람 일지라도 정신보건 예산이 확충되는 것에 긍정적으로 반응하고 있다는 것을 알 수 있었다.

정신질환자를 위한 정부 예산을 늘려야 한다



출처: 보건복지가족부 외(2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』, p.109.

나. 2008년 국가인권위원회 조사결과

- ◆ 2008년 국가인권위원회에서 실시한 ‘정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사’ 에서는 일반인들이 정신질환자에 대해 어떠한 편견을 갖고 있는지 조사하였다. 그 결과 정신질환자에 대한 일반인의 편견의 전체 점수 평균치는 3.11로, 중간점 2.50을 넘어서는 약간 높은 점수를 보였다. 정신질환자에 대한 편견을 하위 요인 별로 살펴보면 ‘회복불능’ 요인이 평균 3.15로 가장 높았고, 다음으로 ‘무능(평균 3.15)’, ‘위험’(평균 3.14), ‘식별 가능’(평균 2.86)의 순서로 평균값이 높았다.
- ◆ 편견의 각 하위 요인별 내용을 구성하는 문항들을 비교해서 살펴보면, ‘회복 불능’ 요인에서는 ‘정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는 데 더 많은 시간이 필요하다’(평균 3.88)와 ‘정신질환은 재발한다’(평균 3.32), ‘무능’요인에서는 ‘정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자 살 수 없다’(평균 3.28)와 ‘정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다’(평균 3.27), ‘위험’요인에서는 ‘정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다’(평균 3.55)와 ‘정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다’(평균 3.48), 마지막으로 ‘식별 가능’요인에서는 ‘정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다’(평균 2.99) 등의 문항들이 각 요인별로 가장 높은 평균치를 보였다.

정신질환자에 대한 편견

편견 요인	문항	사례수	평균	표준 편차	순위
회복 불능	어떤 치료를 하더라도 정신질환은 고칠 수 없는 병이다.	2,099	2.74	1.25	6
	정신질환을 앓았던 사람은 회복 후에도 정상적인 생활이 힘들다.	2,093	2.80	1.10	5
	정신질환자는 평생 치료를 받아야 한다.	2,090	3.24	1.16	3
	정신질환으로 진단받은 사람은 평생 그 증상으로 고생할 것이다.	2,088	3.01	1.10	4
	정신질환은 재발한다.	2,093	3.32	1.04	2
	정신질환은 다른 질병에 비해 치료하는 데 더 많은 시간이 필요하다.	2,096	3.88	0.96	1
무능	정신질환자는 옳고 그른 것을 가릴 수 없다.	2,098	3.08	1.07	7
	정신질환자는 돈 관리를 스스로 할 수 없다.	2,094	3.14	1.10	5
	정신질환자는 치료와 관련된 것을 스스로 결정할 수 없다.	2,087	3.27	1.12	2
	정신질환자는 스스로 결혼을 결정할 수 없다.	2,089	2.99	1.16	8
	정신질환을 가진 사람은 책임질 일을 해서는 안 된다.	2,084	3.26	1.19	3
	정신질환자는 시간이나 약속과 같은 사회적 규칙을 지키기 어렵다.	2,096	3.15	1.08	4
	정신질환자는 누군가 도와주지 않으면 혼자 살 수 없다.	2,093	3.28	1.11	1
정신질환자와 함께 일한다면 그가 한 일을 믿지 못할 것이다.	2,087	3.13	1.06	6	
위험	정신질환자는 어떤 짓을 할지 예측하기 어려운 위험한 사람이다.	2,096	3.55	1.04	1
	정신질환자는 폭력적이다.	2,087	3.08	1.07	4
	정신질환자가 이웃에 있으면 아이들이 위험하다.	2,089	3.48	1.08	2
	정신질환자는 일반인보다 범죄율이 더 높을 것이다.	2,091	3.22	1.14	3
	정신질환자는 위험한 행동을 하므로 격리시키는 것이 좋다.	2,098	3.04	1.10	5
	정신질환자가 나를 해칠까 봐 두렵다.	2,098	2.96	1.17	6
	‘정신질환’이라는 말만 들어도 두렵다.	2,096	2.70	1.18	7
식별 가능	정신질환자는 외모가 불결하다	2,089	2.71	1.11	3
	정신질환자는 눈동자가 흐릿하고 초점이 없어 금방 눈에 띈다.	2,094	2.99	1.09	1
	정신질환자는 누군가 알려주지 않아도 표가 난다.	2,090	2.92	1.07	2
회복불능		2,100	3.15	0.77	1
무능		2,099	3.15	0.85	2
위험		2,100	3.14	0.79	3
식별가능		2,100	2.86	0.87	4
편견 전체		2,100	3.11	0.68	

출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.15.

◆ 또한 일반인들이 정신질환자의 차별행동에 얼마나 동의하고 있는지 13개의 항목으로 나누어 질문한 결과, 일반인의 차별행동 평균치는 3.17로 역시 중간점 2.50를 약간 넘어서고 있었다. 구체적으로는 ‘관계지양’의 측면에서는 ‘우리가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다’와 ‘정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다’가 가장 높게 나타났으며, ‘권리박탈’의 측면에서는 ‘정신질환자는 운전을 해서는 안 된다’와 ‘정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다’가 가장 높게 나타났다.

정신질환자에 대한 차별행동

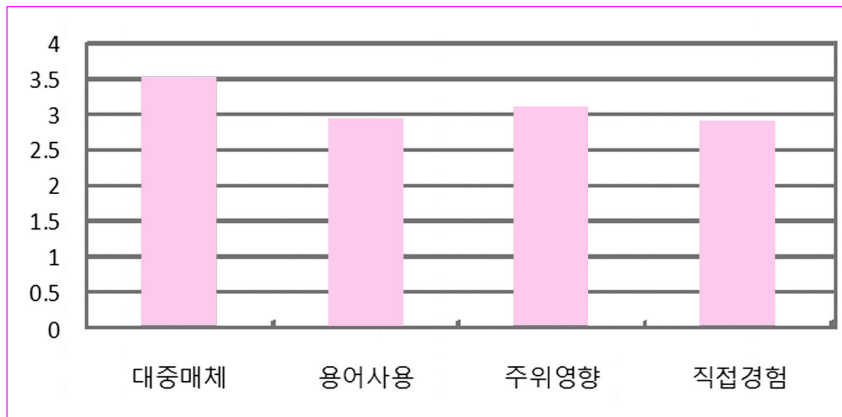
정신질환자에 대한 차별행동		평균 (표준편차)	순위
관계지양	우리 동네에 정신질환자를 위한 시설이 들어오는 것에 반대한다.	3.15 (1.19)	6
	나는 정신질환자와 친구로 지낼 생각이 없다.	3.19 (1.14)	5
	나는 정신질환자와 직장 동료로서 일할 수 없다.	3.14 (1.15)	7
	정신질환자에게 우리 집 방을 세줄 수 없다.	3.55 (1.13)	2
	우리 가족이 정신질환을 앓았던 사람과 결혼한다면 반대한다.	3.95 (1.07)	1
	같은 일을 했을 경우 나는 정신질환자를 일반인과 같이 대우할 수 없다.	3.21 (1.09)	4
	내가 고용주라면 정신질환자는 채용하지는 않을 것이다.	3.44 (1.10)	3
권리박탈	정신질환자는 자녀를 양육해서는 안 된다.	3.00 (1.26)	2
	정신질환자를 치료할 때는 환자의 동의가 필요하지 않다.	2.74 (1.21)	4
	정신질환자는 일반인과 같은 조건으로 보험에 가입할 수 없다.	3.00 (1.21)	3
	입원된 정신질환자는 전화나 서신을 검열해야 한다.	2.64 (1.17)	5
	정신질환자는 운전을 해서는 안 된다.	3.65 (1.14)	1
정신질환이 있는 사람에게는 선거권을 주어서는 안 된다.	2.60 (1.21)	6	
정신질환자에 대한 차별 행동의 하위 범주	관계 지양	3.37 (.86)	
	권리 박탈	2.93 (.84)	
	차별행동 전체	3.17 (.76)	

출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.38.

2-2. 대중매체에 의한 차별과 편견

- ◆ 2008년 국가인권위원회에서 실시한 ‘정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사’ 결과, “정신질환자에 대한 편견이 어디서 영향을 받아 형성되었다고 생각하는가?”라는 질문에 ‘TV나 영화 등 대중매체’에 의해서 영향을 받았다는 응답이 가장 높은 것으로 나타났다(평균 3.53). 다음으로는 정신질환자에 대한 ‘주변 사람들의 부정적 태도’(평균 3.08), ‘정신질환자를 빗대어 사용한 용어’(평균 2.94), ‘정신질환자를 직접 대한 경험’(평균 2.90)에서 정신질환자에 대한 편견이 강화되었다고 응답하였다.

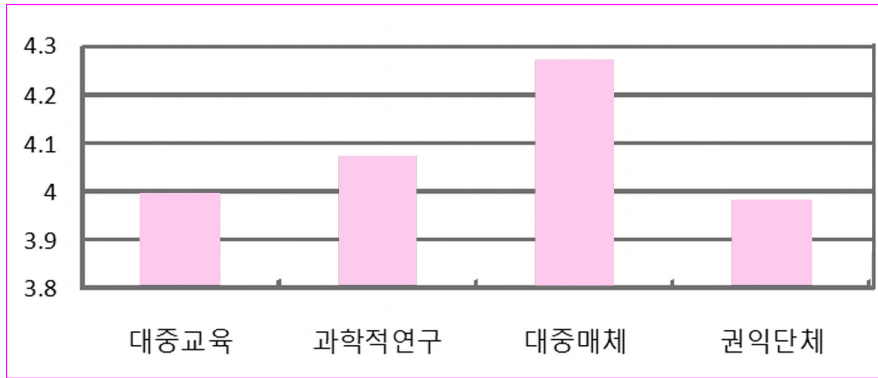
▮ 편견에 영향을 준 요인 ▮



출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.34.

- ◆ 정신질환자에 대한 편견을 극복하기 위한 방안들이 어느 정도 효과적이라고 생각하는지를 질문한 결과, 응답자들은 ‘대중매체의 보도가 공정하고 정확한 것’이 가장 효과적일 것(평균 4.27)이라고 생각하고 있었다. 다음으로는 ‘정신질환자에 대한 편견 극복을 위한 과학적 연구 결과를 내어 놓는 것’(평균 4.07), ‘편견 극복을 위한 대중 교육과 홍보하는 것’(평균 3.99), ‘정신질환자 권리를 보호하고 주장하는 단체를 만드는 것’(평균 3.98)의 순서로 나타났다.

효과적인 편견 극복방법



출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.35.

- ◆ 이에 대중매체가 정신장애인을 어떻게 표현하는지 알아보기 위해 5개 주요 일간지의 2007년 1월 1일부터 2007년 12월 31일까지의 기사를 검색해 본 결과, ‘정신장애’, ‘정신질환’, ‘정신이상’, ‘정신분열’, ‘정신병’이라는 용어를 사용한 기사가 총 122건 정도 되는 것으로 나타났다. 기사를 ‘정보를 제공하는 기사’와 ‘사건을 보도한 기사’로 구분한 결과, 정신질환자와 관련한 국내외 사건을 보도한 기사가 33.6%로 가장 많았고, 다음으로 정신질환에 대한 의학적 정보를 제공하는 기사가 23.0%로 두 번째로 많았다.

정신질환 관련 기사내용 분석

유형	세부내용	건 수(%)
정보 제공	책, 연극, 영화 등의 매체를 활용하여 정보제공	12 (9.8)
	유형별 정신질환에 대한 의학적 정보제공	28 (23.0)
	국내외 연구 및 조사결과 보도	14 (11.5)
	정신질환 인권과 관련된 이슈제기	14 (11.5)
	치료 프로그램 소개	6 (4.9)
사건 기사	국내외 사건 보도와 해설	41 (33.6)
	정신질환과 관련된 법원 판결보도	7 (5.7)
계		122 (100.0)

출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.123.

◆ 전체 기사가 편견과 차별의 각 차원의 내용을 어떻게 보도하고 있는지를 보면 아래 표와 같다. 먼저 반사회적 인격 장애에 관한 기사는 1건을 제외한 모든 기사가 위험성에 관한 내용이었다. 이중 9건(22.0%)이 ‘위험하다’는 내용을 보도하고 있고 4건(9.8%)은 모두가 위험한 것은 아니라는 내용을 보도하고 있다. 기타 정신질환에 관한 기사에서도 정신질환을 가진 사람들의 방화, 살인 등의 범죄 등이 정신질환과 관련 있는 것으로 보도한 기사가 6건(14.6%)이고, 3건(7.3%)은 반대로 정신질환을 가진 사람이 모두 위험한 것이 아니라는 것과 이러한 정신질환은 반사회적 인격장애와 대별시켜 위험성이 적다고 보도하고 있다. 전체적으로 위험성에 관한 기사는 반사회적 인격 장애와 관련된 기사에서 더 많이 언급된다. 또한 위험성을 언급하거나 위험한 사건을 정신질환과 관련시켜 보도한 ‘+’기사가 위험하지 않다거나 위험에 대한 편견이 극복되어야 함을 알리는 ‘-’기사보다 많았다. 그 외에 반사회적 인격 장애 기사에서 식별가능에 대한 편견이 잘못 되었음을 알리는 기사가 1건(2.4%) 있다. 이는 반사회적 인격장애를 가진 사람이 쉽게 구별되지 않고 정상적인 일상생활을 하고 있음을 언급하는 기사이다.

■ 신문기사에서의 편견과 차별에 관한 보도 유형

요인	반사회적 인격장애		기타 정신질환		합계			
	+N(%)	-N(%)	+N(%)	-N(%)	+N(%)	-N(%)	계	
편견	위험	9(22,0)	4(9,8)	6(14,6)	3(7,3)	15(36,6)	7(17,1)	22(53,7)
	무능			3(7,3)	1(2,4)	3(7,3)	1(2,4)	4(9,8)
	회복불능			3(7,3)	6(14,6)	3(7,3)	6(14,6)	9(22,0)
	식별가능		1(2,4)		2(4,9)		3(7,3)	3(7,3)
	기타 (포괄적 편견, 용어)				3(7,3)		3(7,3)	3(7,3)
계	9(22,0)	5(12,2)	12(29,3)	15(36,6)	21(51,2)	20(48,8)	41(100)	
차별	보험				5(19,2)		5(19,2)	5(19,2)
	운전면허				1(3,9)		1(3,9)	1(3,9)
	취업				4(15,4)		4(15,4)	4(15,4)
	입원 (강제·장기 포함)			1(3,9)	10(38,5)	1(3,9)	10(38,5)	11(42,3)
	기타 (유공자, 의사면허, 치료감호)			3(11,5)	2(7,7)	3(11,5)	2(7,7)	5(19,2)
계			4(15,4)	22(84,6)	4(15,4)	22(84,6)	26(100)	

출처: 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.142.

주 +: 편견을 강화시키는 내용 -: 편견이 부당하다는 내용

2-3. 정신장애인에 관한 차별적 법령

- ◆ 국내법 중 많은 부분에서 정신장애인을 차별하는 조항을 발견할 수 있다. 가령 「상법」 732조(15세미만자 등에 대한 계약의 금지)는 “15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.”라는 내용을 명시하여 정신장애인의 보험가입을 어렵게 하고 있으며, 「도로교통법」, 「식품위생법」, 「공중위생관리법」, 「수의사법」 등은 정신질환자의 면허취득을 제한하고 있다. 이때, 「도로교통법」, 「식품위생법」, 「공중위생관리법」의 경우, 정신과 전문의의 진단에 따라 결격사유를 정하도록 하고 있으나, 그 외 「수의사법」이나 「축산법」, 「수상레저안전법」 등은 정신질환자가 당해 업무를 수행하는 것이 부적절한지에 대한 정신과 전문의의 정밀진단 없이 단지 정신과 질환이 있거나 과거에 있었다는 이유만으로 면허를 금지 혹은 취소하고 있는 실정이다.

「수의사법」

- 제5조(결격사유) 정신질환자는 수의사가 될 수 없음
- 제32조(면허의 취소 및 면허효력의정지) 정신질환자는 면허 취소함

「축산법」

- 제12조(수정사의 면허) 정신질환자는 수정사 될 수 없음
- 제14조(수정사의 면허취소) 정신질환자는 면허 취소됨

「수상레저안전법」

- 제5조(조정면허의 결격사유 등) 「정신보건법」 제3조 제1호에 따른 정신질환자는 조종 면허 취득 불가

「국민연금법」

- 제36조(임원 당연퇴임·해임) 정신장애가 있는 경우 임원해임 가능

「선원법」

- 제76조(안전 및 위생) 정신질환이 있는 경우 승무 불가

- ◆ 또한 일부 국내법에서는 ‘정신병’, ‘정신이상’, ‘정신미약자’와 같은 부적절한 용어를 사용함으로써 정신장애인에 대한 차별을 강화하고 있다.

「철도안전법」

- 제11조(결격사유) 정신병자는 철도운전면허자격 취득 불가

「건설기계관리법」

- 제27조(건설기계조종사면허의 결격사유) 정신병자, 정신미약자의 경우 건설기계조종사 면허 취득 불가

「산업안전보건법」

- 제45조(질병자의 근로금지·제한) 정신병이 있는 경우 근로를 금지하거나 제한 가능

「유선 및 도선사업법」

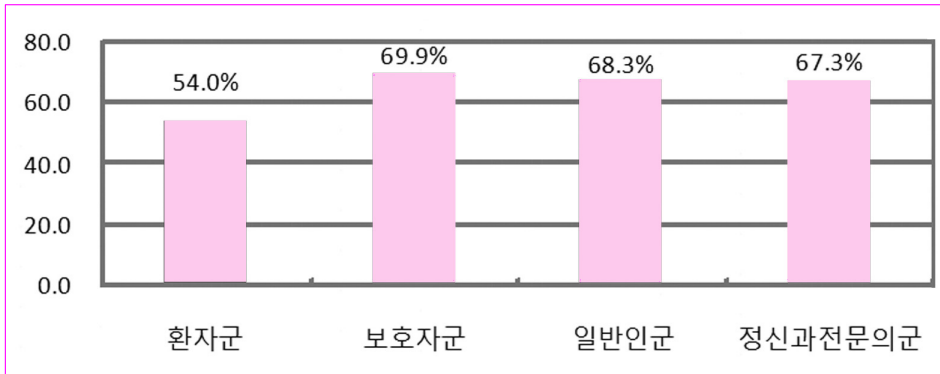
- 제12조(유선사업자등의 안전운행의무) 정신이상자에게 유선을 대여하고 승선하는 행위 금지
- 제18조(승선 또는 선적의 제한 등) 정신이상자 운송 금지

- ◆ 이와 같이 과거에 정신병력이 있거나 정신질환에 걸렸다는 이유만으로 업무수행에 대한 전문적인 심사 없이 직업의 자유를 제한하는 것은 정신과 진료를 기피하게 할 뿐만 아니라, 비장애인과 같이 일상적인 생활을 영위하는 것을 곤란하게 하여 정신장애인으로 하여금 사회복귀 및 자립생활을 불가능하게 하므로 개정이 필요하다. 또한 정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적인 용어는 정신장애인을 무능하며, 예측 불가능한 위험한 인물로 인식되도록 함으로써 정신장애에 대한 편견을 강화할 수 있으므로 이에 대한 정비도 고려되어야 할 것으로 보인다.

2-4. 병명의 문제

- ◆ ‘정신분열증’이라는 병명은 환자의 임상적 특성을 완전히 포함하고 있지 못할 뿐만 아니라, 정신과 질환에 대한 사회적 낙인과 차별을 강화하는 용어이다. 한 조사 결과에 따르면, “정신분열병이란 명칭을 바꾸어야 하느냐”라는 질문에 환자군의 54.0%, 보호자군의 69.9%, 일반인군의 68.3%, 정신과 전문의군의 67.3%가 ‘찬성한다’라고 응답했으며, “명칭변경으로 인하여 편견이나 불이익이 개선될 것으로 예상하느냐”라는 질문에 환자군의 54.6%, 보호자군의 61.7%, 일반인군의 52.5%가 ‘그렇다’라고 응답하여 정신장애인에 대한 편견해소를 위해 병명개정이 필요함을 알 수 있었다.

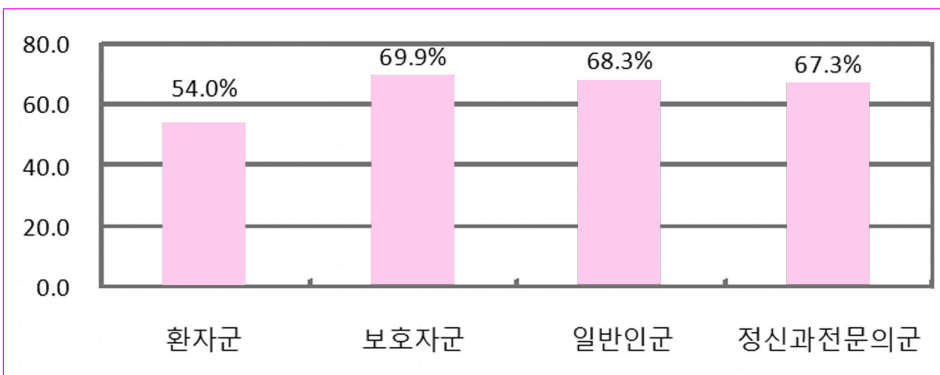
『정신분열병』 병명개정에 대한 찬반조사



출처: 박종익·정영철(2008), “정신분열병 명칭 변경에 대한 연구”, 『대한정신분열병학회지』 제11권 제2호, 대한정신분열병학회, P.110.

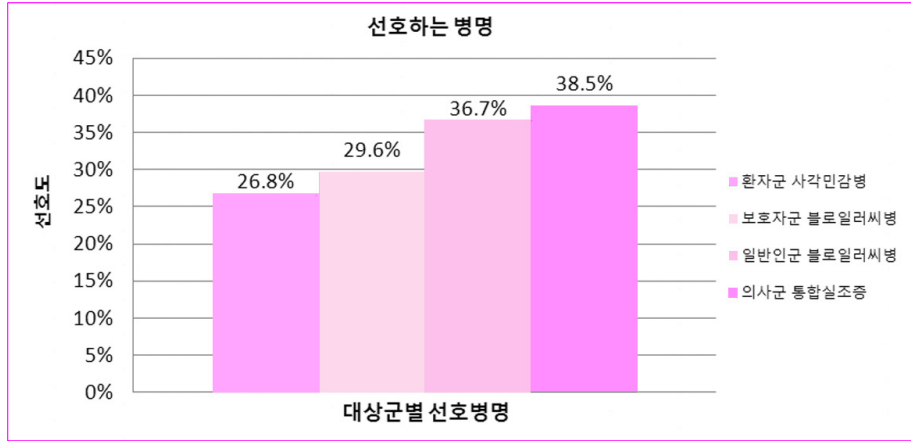
- ◆ 또한 어떠한 명칭을 가장 선호하는가에 대한 질문에서 환자군의 경우 사각민감병, 보호자와 일반인의 경우 블로일러씨 병, 정신과 전문의의 경우 통합실조증이 가장 높은 것으로 나타났다.

『정신분열병』 병명개정에 대한 찬반조사



출처: 박종익·정영철(2008), “정신분열병 명칭 변경에 대한 연구”, 『대한정신분열병학회지』 제11권 제2호, 대한정신분열병학회, P.110.

■ 병명개정시 선호하는 명칭 ■



출처: 박종익·정영철(2008), “정신분열병 명칭 변경에 대한 연구”, 『대한정신분열병학회지』 제11권 제2호, 대한정신분열병학회, 2008, P.111.

3. 국내외 기준

3-1. 국내 기준

- ◆ 「헌법」 제11조에 의하면, 모든 국민은 법 앞에서 평등하며 누구든지 사회적 신분 등을 이유로 차별받아서 안 된다. 이에 따르면, 정신장애인 역시 장애를 이유로 정치적·경제적·사회적·문화적 생활을 모든 영역에 있어 차별을 받아서는 아니된다.

「헌법」

제11조 ① 모든 국민은 법 앞에 평등하다. 누구든지 성별·종교 또는 사회적 신분에 의하여 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니한다.

3-2. 국제 기준

- ◆ MI 원칙은 ‘차별’을 동일한 권리의 즐거움을 무력화시키거나 약화시키는 어떠한 구별, 배제 혹은 선호를 의미한다고 정의하고, 정신장애인의 권리를 보호하고 발전시키기 위한 적극적 조치를 제외하고는 정신장애에 대한 어떠한 차별도 용납해서는 안 된다고 명시하고 있다.

4. 정신장애에 대한 차별은 없어야 한다. “차별”은 동일한 권리의 즐거움을 무력화시키거나 약화시키는 어떠한 구별, 배제 혹은 선호를 의미한다. 정신 장애인의 권리를 보호하고 발전을 도모할 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.

MI 원칙 1 ‘기본적 자유 및 기본권리’

- ◆ 또한 「마드리드선언」에 따르면, 대중매체는 지각 및 지역사회의 태도를 결정짓는 중요한 역할을 하므로, 정신과 의사는 미디어 연설시 정신장애인에 대한 낙인과 차별을 줄일 수 있도록 노력해야 한다.

6. 정신과 의사의 미디어에서의 연설: 대중매체는 지각 및 지역사회의 태도를 결정짓는 중요한 역할을 갖는다. 대중매체에 대한 모든 접촉에 있어 정신과 의사는 환자의 존엄성 및 자존심을 보호하도록 보장해야 하고, 낙인 및 차별을 줄이도록 해야 한다.

「Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996」

- ◆ 「정신보건, 인권 및 법률에 관한 WHO 참고서」는 정신장애인에 대한 차별 금지를 위해 국가별로 차별금지법을 제정하거나, 그것이 충분하지 않을 경우 국내 「정신보건법」에 차별금지법과 관련한 조항들을 특별히 포함할 필요가 있다고 제시하고 있다.

「차별금지법」

법은 정신장애인들을 차별에서 보호해야 한다. 많은 경우에 국가는 차별금지법, 더 나아가 차별철폐조치, 취약한 집단, 소수자 및 사회경제적으로 혜택 받지 못한 집단들의 보호를 위한 법을 갖는다. 그러한 법은 또한 그 법규에 정신장애인들을 수혜자로 특별히 포함시킴으로써 그들에게 적용되도록 만들어질 수 있다. 대신에, 만약 일반적인 차별금지법이 그들에게 적절한 보호를 제공하지 못할 경우, 정신장애인들을 위한 차별금지 조항들은 특별히 「정신보건법」에 포함될 수 있다. 예를 들어, 일부 국가에서, 정신장애인들은 일부 학교에서 공부하는 것이나 일부 공공장소에 있는 것 또는 비행기로 여행하는 것이 허용되지 않는다. 특수한 법이 이를 시정하기 위해 요구될 수도 있다.

또 다른 법적 대안으로서, 예를 들어 만약 한 국가가 권리 장전 또는 다른 권리 문서를 가지고 있는 경우, 그것은 차별이 법에 어긋나는 것이라는 근거들을 명시하여야 한다. 그리고 이것은 정신장애인들을 포함해야 한다. 예를 들어, 뉴질랜드 권리장전법(1990)은 무능력을 근거로 한 차별을 금지한다.

**「WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, 2005」
Chapter 2 16.1.**

4. 정책방향

- ◆ 정신장애인에 대한 편견은 차별로 이어지고 이러한 차별은 다시 편견을 강화하는 역할을 한다. 특히 정신분열증이라는 병명은 사회적 낙인과 차별을 강화하는 용어이므로 병명에 대한 개정이 필요하다.
- ◆ 또한 이러한 편견은 차별적 법령과 정신장애인의 보험 가입을 거절하게 하는 원인이 되고 있으며, 이러한 차별적 법령과 불이익은 정신장애인의 편견을 강화하는 악순환을 반복함으로써 정신장애인의 사회통합과 정상화를 저해하고 있으므로 이에 대한 정비가 필요하다 할 것이다.
- ◆ 정신장애인에 대한 편견에 대중매체의 영향이 큰 것으로 밝혀졌으며, 이는 반대로 대중매체가 정신장애인에 대한 편견을 효과적으로 해소할 수 있는 도구가 됨을 알 수 있다. 따라서 대중매체를 통한 지속적인 인식 개선 및 홍보가 필요하며, 더불어 인권교육을 강화하고 그 범위를 확대하여 정신장애인의 편견 및 차별을 해소하여야 한다.

5. 핵심 추진과제

5-1. 정신장애인 관련 차별적 법령 정비

가. 정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지

- ◆ 「헌법」 제10조는 인간의 존엄성과 행복추구권을 「헌법」 제15조는 직업선택의 자유를 규정하고 있다. 「정신보건법」 제2조 제3항에서는 “정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받아서는 아니된다.”라고 규정하고 있으며, 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제10조 제1항은 “모집·채용, 임금 및 복리후생, 교육·배치·승진·전보, 정년·퇴직·해고에 있어 장애인을 차별하여서는 아니 된다.”라고 규정하고 있다.

- ◆ 그러나, 아직도 이와 상충되는 법령들이 많이 존재하고 있으며,¹⁹¹⁾ 특히, 상충 법령 중 정신장애인과 관련하여서는 정신질환을 사유로 한 자격증 취득 제한과 고용상의 해고·해임과 같은 정신장애인의 고용 제한과 관련된 분야에 집중되어 있다.¹⁹²⁾
- ◆ 「도로교통법」, 「식품위생법」, 「공중위생관리법」 등의 경우 정신과 전문의에 의한 진단에 따라 운전면허, 조리사, 영양사, 이·미용사의 결격사유를 정하도록 하고 있으나, 그밖에 「수의사법」, 「축산법」, 「수상레저안전법」 등의 경우에는 정신질환자가 당해 업무를 수행하는 것이 부적절 하는지에 대한 정신과 전문의의 정밀진단 없이 정신과 질환이 있거나 있었다는 사유만으로 수의사, 수정사, 조정면허의 취득을 제한할 수 있도록 규정되어 있으며, 「산업안전보건법」 또한 정신질환자의 증상이나 진단명에 관계없이 정신병이 있을 경우 근로자의 근로를 금지하거나 제한할 수 있도록 규정하고 있다.
- ◆ 위와 같이 과거 정신과 진료를 받았다거나 정신질환을 앓았다는 사유만으로 정신과 전문의의 진단 없이 광범위하게 정신질환자의 직업의 자유를 제한하는 것은 정신과 진료를 기피하게 만드는 결과를 초래하고, 결국 정신질환의 조기개입과 치료의 기회를 차단하고 질병의 만성화로 이어질 가능성이 커지게 된다. 또한 이러한 차별로 인한 불이익은 정신장애인의 일상생활 영위를 곤란하게 하므로써 정신장애인의 사회복귀 및 지역사회에서의 자립생활을 더욱 어렵게 하는 원인이 되고 있다.
- ◆ 따라서, 자격증 취득 및 고용과 관련하여 정신질환자의 개별 증상에 따른 정신과 전문의의 진단 없이 직업선택의 자유를 원천적으로 제한하는 법률을 조사·분석하여 정신과 전문의가 해당 업무를 수행할 수 없다고 진단한 경우에만 직업선택의 자유를 제한할 수 있도록 개정할 필요가 있다.

191) 법제처(2007), “장애인 차별 법령 발굴 및 정비방안”.

192) 중앙정신보건사업지원단(2009), “정신질환자 법적차별 개선 대책”.

나. 정신병자, 정신이상자, 정신 미약자와 같은 추상적 용어의 정비

- ◆ 「상법」 제732조는 “15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.”라고 규정하고 있으며 대다수의 보험회사들은 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석하여 일반 정신과 진료자들의 보험가입까지도 거부하고 있다.¹⁹³⁾
- ◆ 또한, 「철도안전법」, 「유선 및 도선사업법」, 「경범죄처벌법」 등의 법률에서는 아직도 정신이상자, 정신병자, 정신미약자 등의 관습적이고 추상적 용어를 사용하고 있으므로 해서, 정신질환자는 무능하며, 예측 불가능한 위험한 인물로 인식되기 쉽고, 이에 따라 무차별적이고 광범위한 불이익이 가해질 위험성이 존재한다.
- ◆ 따라서, 정신이상자, 정신병자, 정신미약자, 심신상실자, 심신박약자 등과 같은 추상적 용어를 사용하고 있는 관련 법령을 정비하여 자의적 해석의 여지를 축소하고 정신과 전문의의 진단 없이 관습적이고 추상적인 판단에 따라 정신질환자의 기본권이 제한되지 않도록 할 필요성이 있다.

5-2. 보험가입 차별 금지

- ◆ 「헌법」 제10조는 인간의 존엄성과 행복추구권을, 「헌법」 제11조 제1항은 법 앞의 평등을, 「헌법」 제34조 제5항은 신체장애자에 대한 국가의 보호를 규정하고 있으며, 「장애인복지법」 제8조는 모든 영역에서 장애를 이유로 한 차별금지를 규정하고 있다. 그리고 「정신보건법」 제2조 제3항은 “모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.”라고 규정하고 있으며 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제15조 제2항에서는 “재화·용역 등의 제공자는 장애인이 해당 재화·용역 등을 이용함으로써 이익을 얻을 기회를 박탈하여서는 아니 된다.”라고 규정하고 있고, 같은 법 제17조에서는 “금융상품 및 서비스의 제공자는 금전대출, 신용카드 발급, 보험가입 등 각종 금융상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 사유 없이 장애인을 제한·배제·분리·거부하여서는 아니 된다.”라고 규정하고 있다.

193) 중앙정신보건사업지원단(2009), 앞의 글.

- ◆ 그러나 대다수의 보험회사들이 「상법」 제732조 “15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.”라는 규정에 따라 정신질환자에 대한 보험가입을 거부하고 있는 상황이며, 이때 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석하여 일반 정신과 진료자들의 보험가입 까지도 거부되는 사례가 빈번하다.¹⁹⁴⁾
- ◆ 보험영업을 하고 있는 보험회사는 계약의 자유 또는 사적자치의 원리에 의하여 영업상의 자유권이 보장된다. 한편으로 보험은 ‘위험사회’인 현대사회를 살아가는 사람들에게 안전장치로서 기능을 하고 있다. 따라서 영업의 자유는 보장되어야 하나, 동시에 보험에 가입하여 자신의 삶을 안전하게 영위하고자 하는 사람에게 그 위험 발생률을 판단함이 없이 기존에 가지고 있는 특정 사유, 특히 장애나 병력에 관련된 편견과 선입견으로 보험가입을 거절한다면 이는 그 해당 개인에게는 삶의 질을 위협하는 심각한 문제를 야기하게 된다.
- ◆ 그러므로 보험회사에서 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험률 판단에 따라 보험청약자에 대하여 보험가입을 승낙 또는 거절하거나, 계약이 완료된 이후에 보험금 지급을 비례적으로 차등 지급하거나 제한하는 것은 객관성과 합리성에 기초한 보험가입 절차나 심사기준이므로 이를 차별행위로 볼 수는 없을 것이다.
- ◆ 그러나, 보험회사가 보험청약자가 가지고 있는 장애 또는 과거의 진단력과 보험사고의 발생 가능성의 상관관계에 대한 객관적이고 합리적인 근거가 없음에도 불구하고 단지 특정 질환이 있다는 이유 또는 과거의 진단력이 있다는 이유로 보험가입을 거절하는 것은 장애 또는 병력을 이유로 한 차별에 해당하므로 「헌법」 제11조 평등권을 침해할 뿐만 아니라 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 위반으로 시정권고 및 명령의 대상이 된다.

194) 즉, 「상법」 제732조로 인한 보험가입 불이익은 정신장애인이 일상생활에서 발생할 수 있는 위험 상황에 충분히 대비할 수 없도록 함과 동시에, 사람들로 하여금 진료 자체를 기피하게 하여 정신질환에 대한 조기가입을 어렵게 하고 증상을 만성화시킬 수 있다.

5-3. 병명 개정

- ◆ ‘정신분열증’이라는 병명은 환자의 임상적 특성을 완전히 포함하고 있지 못할 뿐만 아니라, 정신과 질환에 대한 사회적 낙인과 차별을 강화하는 용어이다. 한 조사 결과에 따르면¹⁹⁵⁾, “정신분열병이란 명칭을 바꾸어야 하느냐?”라는 질문에 환자군의 54.0%, 보호자군의 69.9%, 일반인군의 68.3%, 정신과 전문의군의 67.3%가 ‘찬성한다’라고 응답했으며, “명칭변경으로 인하여 편견이나 불이익이 개선될 것으로 예상하느냐”라는 질문에 환자군의 54.6%, 보호자군의 61.7%, 일반인군의 52.5%가 “그렇다”라고 응답하여 정신장애인에 대한 편견해소를 위해 병명개정이 필요함을 알 수 있었다. 이때, 명칭 선호도는 환자군의 경우 사각민 감병, 보호자와 일반인의 경우 블로일러 씨 병, 정신과 전문의의 경우 통합실조증이 가장 높은 것으로 나타났다.
- ◆ ‘정신분열’이라는 용어가 갖는 부정적인 파급효과를 줄이기 위해서는 의학적 타당성, 치료적 효용성, 사회적 합의수준과 효과 등을 고려한 병명의 개정이 필요하다. 구체적으로는 민관합동으로 ‘정신분열병 명칭변경위원회’를 한시적으로 설치하여 병명으로 인한 사회적 불이익에 대한 실태조사를 실시하고, 토론회와 공청회를 지속적으로 개최하여 임상적으로 타당하면서 정신장애인에 대한 차별 해소에도 기여할 수 있는 명칭으로 조속히 변경하여야 한다.

5-4. 인권교육 및 의무 강화

- ◆ 「정신보건법」 제6조의2 제1항에 의하면 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 인권에 관한 교육을 받아야 하며, 보건복지부장관은 제1항에 따른 교육을 위하여 전문교육기관을 지정할 수 있도록 하고 있다. 또한 동법 시행규칙 제1조의 4(인권교육)의 2항에 의하면, 보건복지부장관은 1. 국가인권위원회 2. 국·공립 정신병원 3. 정신보건사업의 수행을 목적으로 설립된 비영리법인 4. 공무원교육훈련법에 다른 교육훈련기관 5. 그 밖에 보건복지가족부장관이 인권교육을 실시할 수 있다고 인정하는 기관 중 하나에 해당하는 기관을 전문교육기관으로

195) 박종익·정영철 외(2008), “정신분열병 명칭 변경에 대한 연구” 『대한정신분열병학회지』 제11권 제2호, 대한정신분열병학회, pp.110-111.

지정·고시할 수 있도록 하고 있으며, 교육이수 시간은 매년 4시간 이상이 되도록 하고 있다.

- ◆ 정신보건시설 등에 대한 인권교육은 「헌법」상의 기본권과 「정신보건법」 그리고 관련 국제기준에 대한 기본 지식을 토대로서 인권적 관점에서 정신장애인의 권리 및 정신의료기관의 의무에 대하여 교육을 하는 것으로 전문적인 지식 및 인권에 대한 뚜렷한 가치관이 필요하다. 그러나 현재 전문교육기관으로 지정된 기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이 포함되어 있을 뿐만 아니라 인권 및 기본권 그리고 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관도 포함되어 있어 인권교육이 적절하게 이루어지고 있는지 의문이다.
- ◆ 따라서 인권에 대한 전문적 기관인 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정하여야 인권에 대한 이해를 통한 실효적 교육이 될 수 있다고 판단된다.
- ◆ 또한 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 아니지만 정신장애인을 정신보건시설로 이송할 책임을 갖는 경찰과 소방공무원 등은 정신장애인의 인권 문제에 민감하게 대처할 필요가 있으므로 경찰과 소방공무원 중 정신장애인 관련 담당자를 지정하여 인권교육을 이수하도록 하여야 한다.

5-5. 대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보

- ◆ 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, “정신장애인에 대한 편견이 어디서 영향을 받아 형성되었는가?”라는 질문에 ‘대중매체에서 영향을 받았다’라고 응답한 비율이 가장 높았으며,¹⁹⁶⁾ 실제 2007년 5개의 주요 일간지에서 보도된 ‘정신장애’ 관련 기사 총 122건 중 정신질환과 관련된 국·내외 사건 보도는 41건이었으며, 그 중 ‘위험성’과 연관지은 내용은 53.7%에 해당하는 22건이었다. 이로 인해 정신장애인에 대한 부정적 편견이 강화될 소지가 있는 기사는 68%에 해당하는 15건이었다.¹⁹⁷⁾ 또한 영화매체가 정신장애인에 대한 편견에 미치는

196) 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회, p.35.

197) 서미경 외(2008), 앞의 글, pp.121-143.

영향에 대한 조사에서도 정신장애 또는 인격장애를 소재로 한 국내영화 상영 후 정신장애인에게서 공격성, 기이한 행동, 부적절한 행동, 집착행동 등의 이미지가 연상된다는 응답이 높게 나타나¹⁹⁸⁾ 신문기사와 영화매체에 대한 지속적인 모니터링과 개선이 시급하다는 것을 알 수 있었다.

- ◆ 호주는 국가적 차원에서 정신건강에 대한 인식개선 프로젝트(Mindframe Media and Mental Health Project)를 진행하고 있으며, 세부적으로는 미디어 전문가들에게 자료를 배포하거나, 주요 미디어 회의에 참석하거나, 미디어 조직에서 사용할 훈련 패키지를 개발하는 활동 등이 포함되어 있다.¹⁹⁹⁾
- ◆ 우리나라의 경우, 보건복지가족부장관이 5년 주기로 ‘국가정신보건사업계획’을 수립하여야 하며, 여기에 ‘정신질환에 대한 인식개선사업’이 포함하도록 하고 있으므로,²⁰⁰⁾ 이를 활용하여 정신장애인 인식개선을 위한 적극적인 교육·홍보, 정신질환의 경험을 가진 유명인 및 일반인을 다큐멘터리, 광고 등에 출연시켜 인식개선을 위한 공익 캠페인의 전개 등 정부가 대중매체를 통한 인식개선 운동을 적극적으로 추진할 필요가 있다.

198) 서미경 외(2008), 앞의 글, pp.148-168.

199) 홍선미 외(2008), 앞의 글, p.186.

200) 「정신보건법」 제4조의3 (정신보건사업계획의 수립) ① 보건복지가족부장관은 5년마다 국가정신보건사업계획을 수립하고, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)와 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 국가정신보건사업계획에 따라 각각 특별시·광역시·도·특별자치도와 시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다) 단위의 정신보건사업계획(이하 “지역정신보건사업계획”이라 한다)을 수립하여야 한다. 이 경우 「지역보건법」 제3조에 따른 지역보건의료계획과 연계되도록 하여야 한다. ② 제1항에 따른 국가정신보건사업계획 및 지역정신보건사업계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 생애주기별 정신건강증진사업 2. 지역사회 정신보건사업 3. 정신질환의 치료 및 정신질환자의 재활사업 4. 정신질환에 대한 인식개선사업 5. 정신질환자의 권익증진사업 6. 정신질환에 대한 지역사회조사 및 사업평가 7. 그 밖에 정신건강의 증진을 위한 사업으로서 대통령령으로 정하는 사업 ③ 지역정신보건사업계획의 수립절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제 5 부

정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 제언

◆ 첫째, 국가인권위원회는 현재 한국사회에서 정신장애인에 대한 광범위한 인권침해와 차별이 다음과 같이 존재함을 확인하였다.

- ◆ 정신보건시설에 입원하는 환자 중 본인의 의사에 따라 입원하는 경우는 10명 중 1명에 불과했고, 대부분은 보호의무자에 의해 입원되고 있고 있어 선진국의 비자의 입원율이 3~30%라는 점을 감안하였을 때, 매우 심각한 수준이며, 6개월 이상 장기 입원율이 53%를 상회하고 있어 재원일수가 지나치게 장기화되어 있다.
- ◆ 인권위 조사 결과 퇴원 후 보호의무자에 의해 바로 타 기관으로 비자의 입원되는 환자가 4명 중 1명이었으며, 정신보건심판위원회의 퇴원명령 후 재입원한 환자의 55.9%는 하루 만에 재입원되고 있다. 이는 정신의료기관 등의 입원에 있어 적정절차가 마련되어 있지 않다는 방증이기도 하다.
- ◆ 정신보건시설 입·퇴원과정에서의 적정절차 부재와 더불어 입원 기간 중 정신장애인은 치료과정에 대한 미고지, 사생활 보호에 대한 부재, 통신의 자유 및 외부 소통권 제한, 신체의 자유 침해 등 기본적 인권 및 최소한의 자기결정권 조차도 무시되는 등 광범위한 인권침해를 경험하고 있다.
- ◆ 또한 퇴원 후 지역사회에 복귀하지 못하고 재입원한 환자가 51%에 달하고 있으며, 입원 및 입소 중인 정신장애인의 17.1%는 지역사회 훈련시설이 있을 경우 퇴원이 가능하고, 6.4%는 거주시설이 있는 경우 퇴원이 가능하나, 현재 필요량의 10% 정도밖에 공급되고 있지 못하고 있어 정신장애인이 이용할 지역의 시설과 프로그램 등 지역의 지지체계가 매우 부족하고 지역연계절차가 미흡하며, 이를 뒷받침해 줄 정신보건 재정과 인력마저 충족되지 못하고 있는 실정이다.
- ◆ 마지막으로 정신질환이 있다는 이유만으로 혹은 과거의 진단력이 있다는 이유만으로 근로 제한이나 자격증 발급 제한과 같은 차별적 법령과 ‘정신병자’, ‘정신이상’, ‘정신미약’과 같이 추상적인 용어를 사용하여 정신장애인의 편견을 강화하고 이로 인해 광범위한 불이익이 가해질 수 있는 위험성이 존재하는 법령이 다수 있으며, 실제적으로 보험가입 제한과 같은 차별이 존재하고 있어 경미한 수준의 정신질환자까지도 정신보건 서비스에 대한 접근을 기피하게 하여 적절한 시기의 치료를 방해하고 있어 정신장애인의 사회복귀 및 통합이 저해되고 있다.

◆ 둘째, 이에 국가인권위원회는 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위해 다음과 같은 정책들이 필요하다고 판단하였다.

1. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련

- ◆ 정신장애인의 신체의 자유 등과 같은 기본적 인권을 보장하기 위해서는 무엇보다 입·퇴원과정에서의 적정절차를 마련하는 일이 시급하다. 이를 위해서는 정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’을 구분하여 입원절차를 구체화하고, 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건을 강화하며, 특히 정신요양시설의 입소절차를 엄격화하여야 한다. 또한 불필요한 장기입원을 제한하기 위한 계속입원심사가 본래의 기능을 제대로 발휘할 수 있도록, 정신보건심판위원회의 역할을 강화하고, 초기 입원요건에 준하도록 심사기준을 개정하고, 기간을 3개월로 단축할 필요가 있다.
- ◆ 입원 적정절차를 강화한다고 해도 퇴원 과정에 대한 관리가 부재하면 입원이 장기화되거나 횡수용화될 가능성이 높으므로 퇴원과정에 대한 적정절차를 마련하는 일도 함께 고려되어야 한다. 이를 위해서는 퇴원 전 정신보건센터 정신보건전문요원이 정신의료기관 내 치료진과 함께 퇴원 계획을 수립할 수 있도록 하여 지역사회 연계율을 높이고, 특히 시장·군수·구청장이 보호의무자인 환자에 대해서는 퇴원 후 보호계획 수립을 의무화하도록 하는 방안이 필요하다.
- ◆ 입·퇴원 과정과 마찬가지로 정신장애인은 이송 과정에서도 인권침해를 경험하게 되는데, 이는 보호의무자에 의한 입원의 경우 입원요건을 미리 갖추고 이송되는 경우가 많아 ‘이송이 곧 입원’이라는 등가가 성립됨에도, 이를 사설응급구조단이라는 민간기관에게 담당하도록 함으로써 거주·이전의 자유 및 자기결정권을 사인(私人)에 의해 침해받도록 구조화되어 있기 때문이다. 이를 개선하기 위해서는 위기상황 시 경찰과 소방공무원, 정신보건전문요원이 함께 투입될 수 있도록 공공위기 개입 서비스 및 공공이송체계를 구축할 필요가 있다.
- ◆ 위와 같은 사항은 무엇보다 비자의 입원이 관행화되어 있는 우리사회의 모순에서 기인하므로 이를 개선하기 위해서는 「정신보건법」 내에 자의입원 원칙을 명문화하는 조항을 포함할 필요가 있다. 또한 부당하게 인신의 자유를 제한당하고

있는 정신장애인들이 효과적이고 실질적인 구제를 받을 수 있도록 「인신보호법」의 내용을 개정하고 고지를 의무화하는 방안도 필요하다. 더불어 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사정으로 인하여 그 역할을 수행할 수 없는 정신장애인이 사회로부터 방치되는 일이 없도록 공공후견인을 제공할 필요가 있다.

2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

- ◆ 정신보건시설에 입원한 환자라 하더라도 인간으로서 누릴 수 있는 기본적인 권리를 박탈해서는 아니된다. 그러나 국내 정신장애인의 경우, 판단력의 장애를 이유로 다른 환자들에게는 당연한 권리로 인식되고 있는 치료과정에 대한 고지, 개인정보 보호, 통신의 자유와 신체의 자유가 쉽게 침해되고 있는 현실이다. 이를 개선하기 위해서는 「정신보건법」 내에 정보제공에 관한 조항을 신설하여 정신보건시설에 입원한 모든 환자들이 치료과정 및 환경, 권리 등에 대해 고지받을 수 있도록 하고, 진료행위에 방해가 되지 않는 범위 내에서만 통신의 자유와 면회·방문의 자유가 제한될 수 있도록 하며, 개인의 정보는 최대한으로 보호하고, 격리·강박이 필요한 경우에도 적법한 절차를 통해서만 최소한으로 시행될 수 있도록 할 필요가 있다.
- ◆ 또한 정신장애인이 하루 빨리 회복되어 사회로 복귀하기 위해서는 입원기간 동안 최적의 치료와 서비스를 제공받아야 하며, 이를 위해서는 시설 내에 적정 의료인력과 시설이 마련되어야 한다. 그러나 우리나라는 환자 수 대비 의료인력 기준이 낮아 양질의 서비스가 제공되기 힘든 구조이며, 따라서 정신의료기관의 인력기준을 선진국에 상응하는 수준으로 상향 조정하여 서비스의 질을 향상시킬 필요가 있다.
- ◆ 또한 현행 차등수가제는 의료인력 수와 입원일수를 주요 평가항목으로 하고 있어 의료의 질을 향상시키거나 사회복귀를 촉진하는 데 크게 기여하고 있지 못하므로 차등수가제 평가항목에 시설기준 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율 등을 포함하여 서비스의 질을 높이고 지역사회 보호 중심의 치료환경을 조성해 나가는 방안이 필요하다.

- ◆ 한편, 의료급여제도는 소득과 재산이 매우 적거나 희귀 난치성 질환에 걸린 환자를 위한 제도임에도 불구하고 정신과 진료의 경우 일당정액제를 적용함으로써 건강보험환자에 비해 낮은 질의 서비스를 제공하는 경우가 많다. 아울러 이로 인해 의료급여 환자는 입원이 장기화될 수 있으며, 이를 개선하기 위해서는 의료급여의 수가를 건강보험 수가와 동일한 수준으로 현실화시켜 의료급여 환자가 건강보험 환자와 마찬가지로 양질의 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 방안이 필요하다.
- ◆ 또한 국내 「정신보건법」 상 정신요양시설은 의료와 재활의 기능을 지닌 중간시설로 규정되고 있으나, 부족한 의료인력과 예산으로 인해 실제로는 고연령 입소자의 장기거주지로서의 역할을 담당하고 있는 현실이므로 시설의 현실적인 기능을 고려하여 지역사회 생활시설과 재활시설로 기능을 재정립하여야 한다. 만일, 질환이 만성화되어 현행 정신의료기관이나 요양시설에서의 치료가 어려운 환자가 있다면, 이들은 만성 및 난치성 환자를 위한 전문기관을 설립하여 최적의 치료를 제공받을 수 있도록 하여야 한다.
- ◆ 그 외에도 정신보건시설에 대한 모니터링을 강화하여 부당하게 입·퇴원을 반복하는 시설에 대해 처벌하고, 신고되지 아니한 시설에 의한 불법 의료행위 및 감금행위를 방지하는 방안도 마련함으로써 정신장애인이 법이 허용한 시설 내에서 최적의 치료를 제공받을 수 있도록 할 필요가 있다.

3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

- ◆ 정신장애인의 경우 퇴원 후 지역사회에 적절히 연계되지 못하면 사회에 방치되거나 재입원될 가능성이 높으나 현재 우리나라에는 퇴원환자와 지역사회에 거주 중인 환자들이 이용할 수 있는 시설이 매우 부족한 실정이다. 이를 개선하기 위해서는 지역사회 연계체계의 강화, 정신장애인 사회복지시설의 확충, 정신보건 복지예산의 확대 및 효율적 운영, 가족 및 자조모임 지원 등을 통해 지역사회를 기반으로 한 정신보건 서비스를 정착시킬 필요가 있다.
- ◆ 이를 위해서는 먼저 정신의료기관과 정신보건센터 간 연계강화를 통해 퇴원환자가 필요한 서비스를 즉시 제공받을 수 있도록 하여야 하며, 구체적으로는 각

시·군·구에 정신보건센터의 설치를 의무화 및 법인화하고, 그에 준하여 인력 기준을 강화하며, 이들로 하여금 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가·상담·치료연계 및 사례관리 및 지역사회와의 연계 등을 담당하도록 하여야 한다.

- ◆ 현재 국내에는 정신장애인이 이용할 수 있는 주거시설과 사회복지시설이 매우 부족한 실정이므로 주거시설과 사회복지시설 및 관련 프로그램을 확대하고 다양화하여야 하며, 사회복지시설의 이용료를 변경하여 부담을 줄여 불필요한 장기입원을 막고 정신장애인의 사회복지를 촉진하여야 한다. 이를 위해서는 사회복지시설 지원을 위한 정신보건복지 예산 및 중앙정부의 지원 확대가 필요하며, 지역예산기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통하여 지역별 정신보건 서비스의 편차를 줄이는 방안이 강구되어야 한다.
- ◆ 또한 정신장애인과 가족의 경우 가족들이 경험하는 경제적인 보호부담과 다양한 차별과 편견으로 인하여 스스로 목소리를 내기 어려운 점을 고려하여 정신장애인 가족에 대해 지원확대와 자조모임을 적극 지원하여야 하며 정신보건복지 관련 법령의 제·개정 및 정책수립 과정과 평가에 있어 가족과 당사자의 의견이 실질적으로 반영되도록 하여야 한다.

4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

- ◆ 정신장애인에 대한 편견은 차별로 이어지고, 이러한 차별은 다시 편견을 강화할 수 있으므로 ‘정신분열증’과 같은 부정적인 의미의 병명은 이해관계자들의 의견 수렴을 거쳐 개명하고, ‘정신병자’, ‘정신이상자’, ‘정신미약자’와 같이 편견을 조장하는 용어들을 정비하여야 한다.
- ◆ 또한 「헌법」은 인간의 존엄성과 행복추구권, 직업선택의 자유 등을 규정하고 있으나, 정신장애인들은 직업선택의 자유를 제한하고 민간보험 가입을 거절하는 각종 차별적 법령으로 인해 「헌법」이 보장한 권리를 향유하고 있지 못하고 있는 바, 이에 대해서는 정비 및 개정이 필요하다.
- ◆ 한편, 정신장애인에 대한 편견은 대중매체의 영향이 가장 큰 것으로 밝혀졌으며, 이는 오히려 대중매체가 편견을 극복하는 가장 효과적인 도구가 될 수 있다

는 것을 의미한다. 따라서 대중매체에 대한 지속적인 권고와 홍보를 통해 정신 장애인에 대한 대중의 차별과 편견을 해소할 필요가 있다.

- ◆ 마지막으로, 「정신보건법」에 따르면 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 매년 정기적으로 인권교육을 받아야 하나, 지정된 전문교육기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이거나 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관이 일부 포함되어 있다. 그러나 정신보건시설에 대한 인권교육은 「헌법」상의 기본권과 「정신보건법」, 그리고 관련 국제기준에 대한 기본지식을 토대로 인권적 관점에서 시행해야 하는 것이므로, 인권에 대한 전문적 기관인 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 실시될 수 있도록 하여야 하며, 교육대상 역시 정신장애인의 이송을 책임질 경찰과 소방공무원으로 확대할 필요가 있다.

◆ 셋째, 이상의 정책들이 빠른 시간 안에 완전하게 시행되기 위해서는 다음과 같은 조치들이 이루어져야 한다.

1. 국민들의 이해와 협조

- ◆ 우리는 누구나 정신장애로 인하여 고통 받을 가능성이 있으며, 우리 이웃 중 상당수는 이미 정신건강의 문제로 어려움을 겪고 있다.
- ◆ 이들이 겪고 있는 어려움의 상당 부분은 정신장애에 대한 잘못된 인식과 편견에서 기인하며, 이는 정신장애인의 인권을 보호·증진하기 위한 전 국민적 노력을 통해 상당 부분 해결이 가능하다.
- ◆ 그러므로 국민 모두는 정신장애에 대한 올바른 지식의 습득, 차별과 편견을 해소하기 위한 노력, 정신장애인 인권을 증진하기 위한 정책에의 참여 및 지원 등을 통해 모든 정신장애인이 장애를 이유로 차별받지 않고 이 사회의 동등한 인간으로 존중받는 사회를 이루고자 노력하여야 하며, 이것이 우리 자신과 이웃을 위한 일임을 명심해야 한다.

2. 행정부, 국회, 사법부의 적극적 참여와 협력

◆ 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위해서는 행정부, 국회, 사법부의 지속적이고 특별한 관심과 의지가 중요하며, 이를 위해서는 다음과 같은 노력들이 수반되어야 한다.

- 1) 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 정책과제들을 수행하는 데 필요한 예산 및 인력이 확보되어야 한다.
- 2) 입원치료에 필요한 비용과 지역사회 보호에 필요한 비용을 적절히 배분하여야 하며, 특히 탈원화 정책으로 인해 절감되는 비용이 지역사회 서비스로 충분히 이전될 수 있도록 하여야 한다.
- 3) 정신건강 서비스의 질적 수준과 인권실태를 지속적으로 평가하고 모니터링 할 시스템이 구축되어야 하며, 이를 위해 관련 부처의 적극적인 협조가 필요하다.
- 4) 정신질환의 조기검진과 예방, 의뢰 서비스를 보편화하여 모든 국민이 양질의 정신보건 서비스를 제공받을 수 있도록 하여야 한다.
- 5) 정신장애인을 차별·배제하는 각종 법령은 개정되어야 하며, 특히 장애를 이유로 자유의 전부 혹은 일부를 원천적으로 제한하는 법령들은 대대적인 정비가 필요하다.
- 6) 정신장애인에 대한 잘못된 편견과 차별을 줄이기 위한 지속적인 홍보활동과 점검이 요구된다.
- 7) 정신질환을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료와 함께 지역 사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래를 위하여 '회복' 중심의 정신보건체계를 구축하여야 하며, 이를 위해 관련 부처가 유기적으로 연계되어야 한다.
- 8) 이상을 점검·독려하기 위한 정신장애인 자조모임과 가족 및 옹호자 모임을 적극적으로 육성하여야 한다.

3. 정신장애인들과 옹호자들의 적극적인 참여와 노력

- ◆ 정신장애인은 흔히 자신을 보호하기 어려운 처지에 있기 때문에 책임성 있는 절차와 모니터링, 엄격한 감시가 요구된다.
- ◆ 이와 같은 노력은 법과 제도 속에서도 구현될 수 있으나, 정신장애인 당사자와 옹호자들의 헌신적인 노력 없이는 불가능하다.
- ◆ 특히 정신보건과 관련한 사업과 정책에 정신장애인 당사자의 참여가 보장되지 않는다면 정책의 실효성과 지속성을 높이는 데 한계가 있을 수 있으므로 정신 장애인과 그들의 옹호자들이 적극적으로 참여할 수 있기를 기대한다.

부 록

1. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

Principles for the Protection of Persons with
Mental Illness and the improvement of Mental Health

2. 카라카스 선언

Declaration of Caracas

3. 하와이 선언

Declaration of Hawaii/II

4. 정신의학과 인권에 대한 권고 1235

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights

5. 정신질환자와 관련된 윤리문제

World Psychiatric Association, 1995

6. 마드리드 선언

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health

1991년 12월 17일, UN총회 결의문 46/119에 의해 채택

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,

“대리인(Counsel)”은 법적으로 혹은 기타 자격을 갖춘 대리인을 지칭한다.

“독립적인 권한기관(Independent authority)”은 국내법 규정에 의해 권한이 부여된 독립적인 기관을 의미한다.

“정신보건의료(Mental health care)”는 개인의 정신 상태분석 및 진단, 정신질환이나 정신장애로 추정되는 질환에 대한 치료, 의료 및 재활을 포함한다.

“정신보건 시설(Mental health facilities)”은 정신보건의료 제공을 주된 기능으로 하는 모든 시설 혹은 시설의 단위를 의미한다.

“정신보건 전문가(Mental health practitioner)”는 의사, 심리치료사, 간호사, 사회 봉사자나 혹은 정신보건에 유용한 특수한 기술을 가진 이로서, 적합한 훈련을 거쳐 자격을 갖춘 종사자들을 의미한다.

“환자(Patients)”는 정신보건医료를 받는 사람으로서, 정신보건 시설에 수용되어 있는 모든 사람은 이에 포함된다.

“개인 대리인(Personal representative)”은 법에 의해 어떠한 특정 측면에서 환자의 이익을 대변하는 사람 또는 환자를 대신해 특별한 권리를 수행할 의무를 지니도록 지정된 사람을 의미하며, 국내법에 의해 달리 지정되지 않은 경우 미성년자의 부모 혹은 법적 후견인도 이에 포함된다.

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

일반 제한 사항

이 원칙에 규정된 권리의 행사는 해당인 또는 타인의 건강이나 안전을 보호하기 위해, 또는 공공의 안전, 질서 및 보건 혹은 도덕, 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해 필요한 것으로서 법으로 규정되어 있는 사항에 의해서만 제한될 수 있다.

원칙 1 – 근본적 자유와 기본권

1. 모든 사람은 보건의료 및 사회적 보호제도의 한 부분으로 가장 적절한 정신보건 의료를 제공받을 권리가 있다.
2. 모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.
3. 모든 정신 장애인이나 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 경제적, 성적 또는 다양한 형태의 착취, 신체적 혹은 다양한 학대와 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다.
4. 정신장애에 대한 차별은 없어야 한다. “차별”은 동일한 권리의 즐거움을 무력화시키거나 약화시키는 어떠한 구별, 배제 혹은 선호를 의미한다. 정신 장애인의 권리를 보호하거나 이들의 치료를 위한 특별한 조치들은 차별이라고 보지 않는다. 정신장애인 혹은 다른 개인의 인권을 보호하기 위해 필요한 것으로 이 원칙에 따라 행해진 분류, 배제 혹은 선호 등은 차별이라고 보지 않는다.
5. 모든 정신장애인은 「세계인권선언」, 「경제, 사회 그리고 문화적 권리의 국제 협약」, 「시민권 및 정치적 권리를 위한 국제협약」은 물론이고, 기타 「장애인의 권리 선언」이나 「억류나 징역의 형태 아래에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙문」 등 관련 협정에서 인정하는 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 행사할 권리를 가져야 한다.

6. 정신장애로 인한 법적 행위 무능력자 판정과 그에 따라 개인 대리인을 선임해야 한다는 판단은 국내법에 의해 설립된 독립적이고 공정한 심판 기관에서 공정한 심리를 거친 후에 내려야만 한다. 법적 행위능력 여부를 판정받는 대상자에게는 대리인을 선임할 권리가 주어져야 한다. 만약 법적 행위능력 판정 대상자가 대리인을 스스로 구하지 않은 경우, 대리인 선임에 필요한 지불능력이 없다면 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 이때 대리인은 동일 사건에서 정신보건시설 또는 그 직원을 대리할 수 없으며, 또한 가족간 이익의 충돌이 없다는 법원의 결정이 없는 이상은 해당 능력 판정 대상자의 가족원을 동시에 대리할 수 없다. 법적 행위능력과 개인 대리인 필요성에 대한 결정은 국내법에 지정된 바와 같이 합당한 기간을 두고 재심되어야 한다. 법적 행위능력 판정 대상이 되는 정신장애인과 그 정신장애인의 대리인 및 다른 이해관계인에게는, 결정사항에 대하여 상급법원에 항소할 수 있는 권리가 주어져야 한다.
7. 법원이나 기타 담당 심판 기관이 정신 장애인 본인이 자신의 일을 스스로 책임질 수 없다고 결정했을 때, 환자의 상황에 필요하고 적법한 범위 내에서 정신장애인의 이익 보호를 보장하기 위한 조치가 필요하다.

원칙 2 - 미성년자의 보호

미성년자의 권리 보호를 위해서는 본 UN 원칙의 목적과 미성년자 보호와 관련된 국내법의 범주 안에서 특별한 보호가 주어져야 하며, 필요한 경우 가족 구성원 외의 개인 대리인을 선정하는 것도 이에 포함된다.

원칙 3 - 지역사회 내에서의 삶

모든 정신 장애인들은 가능한 한 지역사회에서 생활하고 노동할 권리를 가진다.

원칙 4 - 정신장애 판정

1. 개인의 정신장애에 대한 판단은 세계적으로 인정받는 의학 기준에 따른다.
2. 정신장애에 대한 판단은 절대로 정치적, 경제적 혹은 사회적 상황이나 문화, 인종 또는 종교적 소속, 정신 건강상태와 직접적인 관련이 없는 어떤 다른 이유를

위해 결정되어져서는 안 된다.

3. 가족이나 직업적 갈등 또는 개인이 속한 사회에서 일반적으로 통용되는 도덕적, 사회적, 문화적 혹은 정치적 가치나 종교적 믿음과의 불일치 등은 절대로 정신 장애를 판단하는 기준이 될 수 없다.
4. 과거 환자로서 치료 또는 입원 기록은 그 자체만으로는 현재 또는 미래의 정신 장애를 판단하는 근거가 될 수 없다.
5. 어떠한 개인 혹은 권한기관에서도 정신장애 또는 정신장애의 결과와 직접적으로 관계된 목적을 제외하고는 개인을 정신장애를 가진 사람으로 규정하거나 지목할 수 없다.

원칙 5 - 의학 검사

국내법에 의해 인정된 절차에 따를 경우를 제외하고는 그 어떤 개인도 자신이 정신장애를 가지고 있다고 판단 받을 의학검사를 강요받을 수 없다.

원칙 6 - 비밀보장

정보의 비밀보장의 권리는 본 UN 원칙이 적용되는 모든 사람들에 대하여 존중되어야 한다.

원칙 7 - 지역사회와 문화의 역할

1. 모든 정신 장애인들은 자신이 거주하는 지역사회에서 가능한 한 치료받고 보살핌 받아야 할 권리가 있다.
2. 치료가 정신보건시설에서 이루어질 때 환자는 가능한 언제나 그들의 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 - 의료 기준

1. 모든 환자는 그들의 건강의 필요에 적합하도록 보건 및 사회적 의료를 받을 권리가 있으며, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리가 있다.
2. 모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자나 직원, 기타 다른 환자들로부터의 학대 또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등 위해로부터 보호받아야 한다.

원칙 9 - 치료

1. 모든 환자는 환자의 보건적 필요성과 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가진다.
2. 모든 환자들에 대한 치료 및 의료는 자격을 갖춘 전문가에 의해 개별적으로 처방된 계획에 근거해야 하며, 환자와 함께 논의하고, 정기적으로 검토하며, 필요 시에는 수정을 거쳐 제공되어야 한다.
3. 정신보건의료는 UN 총회가 채택한 「수감자 및 억류자들을 고문과 기타 잔인하거나 비인간적인 대우 및 처벌로부터 보호하기 위한 보건 종사자, 특히 의사들의 역할에 관한 의학 윤리 원칙」과 같이 국제적으로 인증된 기준을 비롯하여 정신보건 종사자들을 위한 윤리로서 적용할 수 있는 기준들에 따라 제공되어야 한다.
4. 모든 환자의 치료는 반드시 개인적 자율성을 지켜주고 강화하는 방향으로 진행되어야 한다.

원칙 10 - 약물치료

1. 약물치료는 환자의 보건적 필요성에 가장 잘 부합해야 하고, 치료 및 진단적 목적으로만 이루어져야 하며, 처벌이나 다른 이들의 편의를 위하여 시행되어서는 안 된다. 아래 원칙 11의 15절에 따라 정신보건 전문가는 그 효능이 이미 밝혀져 있거나 증명된 약물치료만을 시행해야 한다.

2. 모든 약물치료는 반드시 법적 허가를 받은 정신보건 전문가에 의해 처방되어야 하며, 환자 기록에 기록되어야 한다.

원칙 11 - 치료의 동의

1. 환자의 고지된 동의 없이는 환자를 치료할 수 없다. 단, 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15절에서 제시된 사항은 예외로 한다.
2. 고지된 동의란, 다음 사항에 대해 이해가능하며 적합한 정보를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 환자에게 공개한 뒤 위협이나 부적절한 유도 없이 자유롭게 얻는 동의를 말한다.
 - (a) 진단 평가
 - (b) 제안된 치료의 목적과 방법 예상되는 기간 및 이익
 - (c) 덜 침해적인 치료법 등 대안적인 치료 방식
 - (d) 제안된 치료법에 의해 생길 수 있는 고통이나 불편, 위험 및 부작용
3. 환자는 동의 절차에 자신이 선택한 일인, 혹은 다수의 제3자의 동의를 요구할 수 있다.
4. 환자는 이 원칙 6, 7, 8, 13, 15절 경우를 제외하고 치료를 거부하거나 중단할 권리를 가진다. 치료의 거부나 중단으로 인한 결과는 반드시 환자에게 설명해야 한다.
5. 환자에게 고지된 동의권을 포기하도록 권하거나 유도해서는 안 된다. 환자가 동의권을 포기하려 할 경우에는 고지된 동의 없이는 치료를 할 수 없다는 사실을 환자에 설명해야 한다.
6. 이 원칙의 7, 8, 12, 13, 14, 15절 경우를 제외하고는, 다음 경우를 만족할 경우 환자의 고지된 동의 없이 제안된 치료 계획을 환자에게 실행할 수 없다.
 - (a) 해당 시기에 환자가 비자발적 환자로 수용되어 있는 경우
 - (b) 이 원칙의 2절에 지정된 정보를 포함하여 모든 관련 정보를 갖고 있는 독립적인 권한 기관에서, 해당 시기에 환자가 제안된 치료안에 대한 고지된 동의를 하거나 보류할 능력이 없다고 판단하거나 혹은 환자 개인의 안전

또는 타인의 안전과 관련해 해당 환자의 동의 보류가 합당하지 않다 판단한 경우

(c) 독립적 권한기관에서 제안된 치료안이 환자의 보건적 필요성을 위한 최선이라고 판단할 경우

7. 위의 6절은 환자의 치료를 동의하기 위해 법에서 지정된 개인의 대리인에게는 적용되지 않는다. 단, 12, 13, 14, 15절에서와 같이 이 원칙의 2절에 기술된 정보를 제공받은 개인 대리인이 환자를 대신해 동의를 한 경우에는 환자 자신의 고지된 동의 없이 환자에게 치료를 할 수 있다.
8. 이 원칙의 12, 13, 14, 15절을 제외하고, 법에 의해 자격을 갖춘 정신보건전문가가 환자 및 다른 이들의 직접적이고 절박한 피해를 막기 위해 위급하게 필요하다고 판단할 경우 환자의 고지된 동의 없이 치료를 행할 수 있다. 이러한 치료는 해당 목적에 반드시 필요한 기간을 초과하여 연장되어서는 안 된다.
9. 환자의 고지된 동의 없이 치료가 승인되었을 경우라 하더라도, 치료의 성격과 가능한 대안에 관해 환자에게 알리고 치료안의 전개에 가능한 한 환자를 참여 시키도록 최대한 노력해야 한다.
10. 모든 치료는 환자의 자발 혹은 비자발성의 표시와 함께 환자의 의료기록에 즉시 기록되어야 한다.
11. 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 피해를 막기 위한 유일한 수단인 경우에 한해, 반드시 해당 정신보건시설에서 공식적으로 승인된 절차에 따라서 사용되어야 한다. 또한 이 같은 목적에 반드시 필요한 기간을 초과하여 연장되어서는 안 된다. 모든 신체적 강박이나 비자발적 격리 사건은 그 이유와 성격, 범위를 환자의 의료 기록에 기록해야만 한다. 강박 및 격리된 환자는 인도적인 환경에 처해져야 하며, 자격을 갖춘 의료진이 정기적으로 면밀한 감독을 하고 보살펴야 한다. 관련된 개인 대리인이 있는 경우 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리를 반드시 즉시 통보해야 한다.
12. 불임수술은 절대로 정신장애 치료의 일환으로 시술될 수 없다.
13. 위험성 있는 약물치료나 수술은 국내법에 의해 허가되는 경우에 한해서, 환자의 건강을 위한 최선의 방법이라고 여겨지며 환자가 고지된 동의를 했을 때만

시술할 수 있다. 환자가 고지된 동의를 할 능력이 없는 경우에는 독립적인 심사가 있는 후에만 시술을 허가할 수 있다.

14. 정신장애에 대한 정신과 수술 및 기타 반복할 수 없는 침해적인 치료는 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자에게는 행할 수 없다. 또한 다른 환자에게 대해서도 국내법에 의해 허용되는 범위에서, 이미 환자가 고지된 동의를 한 상태에서 외부의 독립적인 기관이 고지된 동의가 있었음을 인정하고 해당치료가 환자의 보건적 필요성에 가장 적합하다고 판단한 경우에만 행할 수 있다.
15. 임상시험 및 실험적 치료는 고지된 동의 없이 시술될 수 없다. 단 이 같은 목적을 위해 설립된 독립적인 당해 심사 기관의 승인이 있는 경우, 고지된 동의를 할 수 없는 환자를 임상시험 또는 실험적 치료에 포함시킬 수 있다.
16. 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 14, 15절에 해당하는 경우 환자나 그의 개인 대리인, 또는 이해관계인에게는 환자에게 주어진 치료에 대해 사법 및 기타 독립적인 권한기관에 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

원칙 12 - 권리의 고지

1. 정신보건시설에 입원하는 환자는 입원과 동시에 이 원칙과 국내법에 따른 자신의 모든 권리를 환자가 이해할 수 있는 형식과 언어로 된 고지해야 하며, 그 정보에는 권리에 대한 설명과 권리 행사 방법이 포함되어야 한다.
2. 이러한 정보를 환자가 이해할 수 없는 경우에는, 개인 대리인이 있는 경우 개인 대리인과, 환자의 이익을 가장 잘 대변할 수 있고 또 그렇게 하려는 사람(들)에게 환자의 권리를 알려야 한다.
3. 해당 행위능력이 있는 환자는 시설에 대해 자신의 이익을 대변할 사람과 자신을 대신해 정보를 고지 받을 사람을 지정할 권리를 가진다.

원칙 13 - 정신보건시설 내에서의 권리와 조건

1. 정신보건시설 내의 환자들은 특히 다음 사항에 대하여 존중받을 권리를 지닌다.

- (a) 언제나 법 앞에서 동등한 인간으로서의 인정
 - (b) 사생활
 - (c) 의사소통 및 통신의 자유. 이에는 시설 내 다른 사람들과의 소통의 자유, 검열 없이 사적인 서신을 주고받을 자유, 사적으로 대리인이나 개인 대리인의 방문을 받을 자유, 합당한 시간이라면 언제나 기타 면회인을 만날 자유, 우편 및 전화 서비스와 신문, 라디오, TV를 이용할 자유
 - (d) 종교 및 사상의 자유
2. 정신보건시설 내의 환경 및 생활 조건은 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사해야 하며, 특히 다음을 포함하여야 한다.
- (a) 오락 및 여가활동을 위한 시설
 - (b) 교육시설
 - (c) 일상생활과 오락, 통신에 필요한 물건들을 받거나 구입할 수 있는 시설
 - (d) 환자가 자신의 사회적·문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주는 시설과 지역사회로의 복귀를 촉진할 수 있는 적절한 직업적 재활 수단을 위한 시설, 그리고 그러한 시설 사용에 대한 장려. 이 같은 방법들은 환자들이 지역사회에서의 직업을 얻고 유지하도록 돕는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치서비스를 포함하여야 한다.
3. 어떠한 경우에도 환자에게 강압적인 노동을 시켜서는 안 된다. 시설 운영의 요건에 부합하고 환자의 필요성에 부응하는 한계 내에서, 환자가 자신이 원하는 작업의 유형을 선택 할 수 있어야 한다.
4. 정신보건시설 환자의 노동이 착취당해서는 안 된다. 시설 환자들은 자신이 하는 일에 대해 정상인이 국내법이나 관습에 따라 같은 일에 대해 받는 것과 같은 수준의 보수를 받을 권리를 가진다. 또한 환자가 한 일에 대해 정신보건시설에 보수가 지불된 경우에는 반드시 이 중 합당한 몫을 받을 권리가 있다.

원칙 14 - 정신보건시설의 자원

1. 정신보건시설은 특히 다음 사항을 포함하여 다른 보건시설과 같은 수준의 자원을 갖추어야 한다.

- (a) 의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분하여야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 치료 프로그램
 - (b) 환자를 위한 진단과 치료시설
 - (c) 적절한 전문적 의료
 - (d) 약물치료 제공을 포함한 적합하고 규칙적이며 종합적인 치료
2. 당해 기관에서는 모든 정신보건시설을 적당한 빈도로 검열하여, 환자들에 대한 조건과 치료 및 의료가 본 UN 원칙에 부합하도록 해야 한다.

원칙 15 - 입원 원칙

1. 정신보건시설 내 치료가 필요한 사람이 있을 경우, 비자발적인 입원을 피하기 위해 모든 노력을 기울여야 한다.
2. 정신보건시설의 출입은 다른 질병을 위한 여타 시설에 대한 출입과 같은 방식으로 관리 되어야 한다.
3. 비자발적 입원이 아닌 환자의 경우, 아래 원칙 16에서 규정한 바와 같이 비자발적 환자로 구금되어야 할 기준에 속하지 않는 한 언제라도 정신보건시설을 퇴원할 권리를 가지며, 그러한 권리를 고지해 주어야 한다.

원칙 16 - 비자발적 입원

1. 어떤 사람을 정신보건시설에 비자발적 환자로 입원시키거나 또는 자발적으로 정신보건시설에 입원한 사람을 비자발적 환자로 계속 입원시킬 수 있는 경우는 다음에 한한다. 법에 의해 해당 목적에 대한 허가를 받은 자격 있는 정신보건 전문가가 위 원칙 4에 따라 해당 환자가 정신장애를 가지고 있다고 진단하고 다음과 같다고 판단할 경우,
 - (a) 정신장애로 인하여 환자나 타인에게 직접적이고, 절박한 위해 가능성이 매우 높다고 보거나,
 - (b) 개인의 정신장애가 심각하고 판단이 손상되어, 해당 환자를 입원 및 계속 입원 시키지 못한다면 환자의 상태가 심각하게 악화될 것으로 예상되거나

또는 이 원칙에 따른 정신보건 시설 입원으로만 가능한 적정 치료나 최소 제한적인 대안 치료를 할 수 없게 될 것이라 판단할 경우

(b)항에 해당되는 경우에는 첫 번째 정신보건 전문가와 관련이 없는 다른 정신보건 전문의에 의해 상담이 이루어져야 한다. 이때 두 번째 정신보건 전문가가 동의하지 않을 경우 비자발적 입원이나 계속입원을 시켜서는 안 된다.

2. 비자발적 입원이나 계속입원은 우선 심사기관의 입원 혹은 계속 입원 심사 서류 중에 관찰과 예비적 치료를 위해 국내법에 정한대로 단기간동안 실시되어야 한다. 입원의 근거를 즉시 환자에게 전해야 하며, 또한 입원 사실과 그 자세한 근거를 즉시 심사 기관과 환자의 개인 대리인이 있는 경우 대리인, 그리고 환자가 반대하지 않는 경우 환자의 가족에게 알려야 한다.
3. 정신보건시설의 경우, 국내법에 의한 해당 권한기관이 지정한 시설만 비자발적 환자의 입원을 수용할 수 있다.

원칙 17 - 심사 기관

1. 심사기관은 국내법에 의해 설립된 사법 및 기타 독립적인 공정한 기관으로서, 그 직무가 국내법에 의해 정해 절차에 따라 운영되어야 한다. 심사기관은 공식적인 결정을 내리는 데 있어서, 자격 있는 독립적인 정신보건 전문가 1인 이상의 조언을 참고해야 한다.
2. 위 원칙 16의 2절에 해당하는 비자발적 환자의 입원이나 계속 입원 결정에 대한 심사기관의 최초 심사는 해당 결정이 내려진 직후 가능한 한 빨리 이루어져야 하며, 국내법에 의해 규정된 대로 간단하고 신속한 절차에 따라 수행되어야 한다.
3. 심사기관은 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간마다 비자발적 환자의 경우를 주기적으로 심사해야 한다.
4. 비자발적 환자는 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간을 두고 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환 신청을 할 수 있다.

5. 개개의 심사에서 심사기관은 위 원칙 16의 1절에 제시된 비자발적 입원 기준에 여전히 속하는지를 고려해야 하며, 그렇지 않은 경우 환자는 비자발적 환자 상태를 벗어나 퇴원 할 수 있어야 한다.
6. 담당 정신보건전문가는 언제라도 환자가 비자발적 환자로서의 계속 입원을 위한 요건에 더 이상 해당되지 않는다고 판단되는 경우 퇴원 지시를 내려야 한다.
7. 환자나 환자의 개인 대리인, 또는 기타 이해관계인에는 정신보건시설 입원이나 계속입원 결정에 대해 상급법원에 항소할 권리가 주어져야 한다.

원칙 18 - 절차상 보호

1. 환자에게는 이의제기 절차나 항소 시 대변인은 물론이고 자신을 대리할 대리인을 선택하여 선임할 권리가 주어져야 한다. 환자 자신이 그러한 서비스를 확보하지 않았을 경우 환자가 지불여력이 안 된다면 무료로 대리인을 확보할 수 있게 되어야 한다.
2. 또한, 환자에게는 필요한 경우 통역 서비스를 받을 권리가 주어져야 한다. 통역 서비스가 필요하나 환자 스스로 이를 확보하지 않은 경우 환자에게 지불여력이 없다면 무료로 서비스가 주어져야 한다.
3. 환자와 환자의 대리인은 심리 시에 독립적인 정신보건 보고서와 기타 다른 보고서 관계있는 구두, 서면, 기타 증거 자료를 요청하고 제시할 수 있다.
4. 환자 기록 및 제출되는 기타 보고서와 자료들은, 환자에게 해당 자료가 공개될 경우 환자의 건강에 심각한 위해가 초래되거나 다른 이의 안전에 위험을 초래할 것으로 판정되는 특별한 경우를 제외하고, 환자와 그 대리인에게 사본을 전달해야 한다. 환자에게 전달하지 않은 기록은, 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 비밀리 전달이 가능한 경우 환자의 개인 대리인과 대리인에게 전달해야 한다. 기록 중 환자에게 알리지 않은 부분이 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.
5. 환자와 환자의 개인 대리인과 및 대리인에게는 심리에 직접 출석하여 참여하고 발언할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

6. 환자나 환자의 개인 대리인 또는 대리인이 심리에 특정한 출석을 요청할 경우에는, 그 사람의 출석이 환자의 건강에 심각한 위해를 초래하거나 다른 이의 안전에 위험을 초래할 수 있다고 판정된 경우가 아닌 한 허용해야 한다.
7. 심리나 그 과정이 공개적으로 이루어져야 할지 내밀하게 이루어져야 할지와 공개적으로 보도되어도 좋을지에 대한 결정을 내릴 때는 반드시 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위험을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.
8. 심리를 통한 결정과 그에 대한 이유는 서면으로 작성되어야 하며, 그 사본을 환자나 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 전해야 한다. 결정을 전체 혹은 부분적으로 공개발표 해야 할지에 대한 결정을 내릴 때는, 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위험을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.

원칙 19 - 정보 열람

1. 환자(이 원칙에서는 과거 환자였던 사람도 포함하는 의미)는 정신보건시설에 관리하는 자신의 보건 및 개인 기록에서 자신에 관련된 정보를 열람할 수 있어야 한다. 이 권리는 환자의 자신의 건강에 대한 심각한 위해를 예방하고 다른 사람의 안전을 위험에 빠뜨리지 않기 위한 목적으로 제한을 받을 수도 있다. 이와 같이 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 비밀리에 전달이 가능하다면 그렇게 해야 한다. 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.
2. 환자나 환자의 개인 대리인 또는 대리인에 의한 서면 설명은 요청이 있을 경우 환자의 자료에 포함해야 한다.

원칙 20 - 범죄 피의자

1. 이 원칙은 형사 범죄자로 징역 중이거나 또는 형사 절차나 수사 대상으로 유치 중인 사람으로서 정신장애를 가지고 있거나 그러한 질환이 의심되는 것으로 판단되는 사람에게 적용된다.
2. 이와 같은 사람은 위 원칙 1에서 설명하는 바와 같이 최고의 정신보건의료를 받아야만 한다. 주어진 상황에서 꼭 필요한 경우 제한적인 수정과 예외는 있을 수 있으나, 가능한 한 본 UN 원칙을 최대한 적용하여야 한다. 상기 제한적인 수정과 예외 사항들도 원칙 1의 5절에 명기된 협정에 따른 권리를 침해할 수는 없다.
3. 이러한 사람들의 경우, 법원이나 기타 정당한 권한기관이 합당하고 독립적인 의학적 조연을 근거로 정신보건시설 입원을 명할 권한을 갖도록 국내법에 의해 규정할 수 있다.
4. 정신장애를 가진 것으로 판정된 수감자의 치료는 반드시 위 원칙 11에 따라야 한다.

원칙 21 - 이의 제기

환자 및 과거 환자였던 사람에게는 국내법에 규정된 절차에 따라 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

원칙 22 - 감시와 구제

정부는 본 UN 원칙의 준수를 촉구하기 위해, 정신보건시설 조사, 불만사항의 접수 및 조사와 해결, 전문인의 위법행위나 환자 권리 침해에 대한 징계 및 사법 절차 제도를 위한 적법한 절차와 기구를 마련해 시행토록 하여야 한다.

원칙 23 - 실행

1. 정부는 적절한 입법적, 사법적, 행정적, 교육적 기타 조치들을 통해 본 UN 원칙을 실행하여야 하며, 이를 주기적으로 심사하여야 한다.
2. 정부는 적절하고 적극적인 수단을 동원하여 본 UN 원칙을 널리 알려야 한다.

원칙 24 - 정신보건시설 관련 본 원칙의 적용범위

본 UN 원칙은 정신보건시설에 입원한 모든 이에게 적용된다.

원칙 25 - 기존 권리의 구제

본 UN 원칙에서 인정하지 않고 있거나 또는 더 좁은 범위로 인정하고 있다는 이유로, 적용 가능한 국제 및 국내법에서 인정하고 있는 권리 등 기존의 환자 권리가 제한되거나 훼손되어서는 안 된다.

카라카스 선언

Declaration of Caracas

1990년 11월 14일 라틴아메리카 지역회의에서 채택

입법부, 각종협회, 보건당국, 정신보건 전문가, 법학자가 지역보건체계모델(Local health System Model) 내에서 라틴 아메리카의 정신과 의료의 개선을 위한 지역 회의에 모여 다음 사항에 주목하였다.

1. 기존의 전통적인 정신의학 서비스로는 탈 중앙화 되고, 참여적이며, 통합되고, 지속적이며 예방중심의 지역사회 기반 의료가 추구하는 목표들을 달성할 수 없다.
2. 정신 병원이 제공되는 정신의학 의료의 유일한 형태일 때, 전술한 목적의 성취를 다음과 같이 방해한다.
 - a) 환자가 자연 환경으로부터 고립되어, 결국 더 커다란 사회적 장애를 일으킨다.
 - b) 환자의 인권과 시민권을 위태롭게 하는 좋지 않은 환경을 창출한다.
 - c) 정신보건 의료를 위해 국가에 할당된 재정 및 인적 자원의 대부분을 빼앗는다.
 - d) 인구의 정신보건 욕구, 일반적인 보건 서비스 및 기타 분야 등에 적절하게 맞춰진 전문적 교육 제공이 이루어지지 못한다.

가. 또한, 다음과 같은 내용을 검토하였다.

1. 일차 보건 의료는 '2000년까지 만인에게 건강을' 이란 목표를 달성하는 수단으로서 모든 회원국이 동의하고, WHO와 PAHO에 의해 채택된 전략이다.
2. 지역 보건체계 모델(Local health System Model)은 인구의 보건 욕구에 근거한 프로그램 개발을 위해 더 나은 수준의 공급을 달성하는 수단으로서 이 지역 국가들에 의해 수행되었고, 분권화, 사회적 참여, 예방적 접근을 강조한다.
3. 정신보건 및 정신과 프로그램은 이러한 보건의료 전달 전략 및 체계에 근거한 원리와 지침을 통합해야 한다.

나. 다음과 같이 선언한다.

1. 일차 보건 의료를 기초로 하여 지역 보건체계의 틀 내에서의 정신과 의료의 개선은 지역 사회에 근거하고, 사회적 보건 네트워크로 통합되는 대안 서비스 모델을 촉진하게 할 것이다.
2. 지역에서 정신과 의료의 개선은 정신보건 서비스 전달에 있어 정신병원이 맡고 있는 지배적이고 중심적인 역할의 비판적 검토를 의미한다.
3. 이용 가능하도록 만들어지는 자원, 의료 및 치료는
 - a) 인간의 존엄과 인권 및 시민권을 보호해야 한다.
 - b) 합리적이고 기술적으로 적절한 기준에 근거해야 한다.
 - c) 환자가 자신의 지역사회에 머무를 수 있는 것에 대해 보장하도록 노력해야 한다.
4. 필요하다면, 다음의 사항에 대한 법률이 재입안 되어야 한다.
 - a) 정신 장애인의 인권과 시민권은 보호되어야 한다.
 - b) 서비스 조직은 이러한 권리의 시행을 보장해야 한다.
5. 정신보건 및 정신의학에 관한 교육은 개혁 운동의 기초가 되는 원칙에 따라, 지역사회 보건센터에 근거한 서비스 모델을 이용해야 하고, 일반 병원에서의 정신장애 입원을 장려해야 한다.
6. 이 회의의 조직, 협회, 기타 참가자들은 국가 수준에서 바람직한 개혁을 진척시킬 프로그램을 개발하고 옹호하는 책임을 맡아야 하며, 동시에 국가 법률 및 국제 협정에 따라 정신장애인의 인권을 지지하고, 모니터링 해야 한다.

이것 때문에, 정신과 의료 개혁을 지지하기 위해 보건부 및 법무부, 국회, 사회 보장 및 기타의 돌봄을 제공하는 조직, 전문가 조직, 소비자 단체, 대학, 기타 교육 기관, 미디어 등에 도움을 청하여, 그 지역 인구의 이익을 위해 성공적인 개발을 보장해야 한다.

하와이 선언

Declaration of Hawaii/II

1992년 세계정신의학회(WPA) 총회에서 승인

문화가 시작된 이래, 윤리는 치료술의 중요한 부분이었다. 현대사회의 의사와 환자간의 존엄성과 기대의 같등과 의사와 환자 관계의 예민한 본질의 결합 때문에, 높은 윤리기준은 의학적 기술로서의 정신의학의 과학과 기술에 매우 중요하다. 이러한 지침은 그러한 기준과의 밀접한 관계를 증진시키고 정신의학적 개념, 지식, 그리고 기술의 남용을 막기 위해 윤곽을 그려왔다.

정신과의사는 다른 전문의와 마찬가지로 사회의 일원이기 때문에, 윤리적 지침과 모든 남녀의 사회적 책임과 의사에게 주어지는 윤리적 요구를 반드시 고려하여야 한다.

윤리적 행동은 개개인 정신과의사의 양심과 개인적 판단에 근거해 있다 하여도, 전문적 윤리지침을 명시화하기 위하여 서면상의 지침이 필요하다.

따라서 세계 정신과협회의 총회는 정신과의사들에게 세계의 다양한 나라에 존재하는 여러 문화적 배경, 법적, 사회적, 경제적 환경에 큰 차이가 있음을 주지시키기 위하여 다음의 윤리적 지침을 승인한다. 세계 정신과협회는 이 지침들이 정신과 전문의의 윤리적 기준을 위한 최소한의 요구로 인식하고 있음이 이해되어야 한다.

1. 정신의학의 목표는 그들의 최고의 증력으로 수용가능한 과학지식과 윤리적 원칙에 일관되게 정신장애를 치료하고 정신보건을 증진하기 위함이며, 정신과의사는 환자의 최대한의 이익을 위해 봉사하며 공공의 선과 보건자원의 적절한 할당에 관심을 가져야 한다. 이 목표를 충족하기 위하여 지속적인 연구와 보건 의료전문가, 환자 그리고 공공의 지속적인 교육이 필요하다.
2. 모든 정신과의사는 환자들에게 그들의 지식을 모두 동원하여 최고의 치료를 제공하며, 환자를 인간의 존엄성에 대한 염려와 존중으로 대하여야 한다. 정신과

의사가 다른 사람에게서 주어진 치료의 책임을 질 경우, 그는 자격을 갖춘 감독과 교육의 책임을 진다. 필요하거나 환자에게서 합당할만한 요청이 있을 경우, 정신과의사는 반드시 동료에게 도움을 요청해야 한다.

3. 정신과의사는 상호동의에 기초한 치료적 관계를 소망하여야 한다. 이의 최적화를 위해 믿음, 비밀보장, 협조와 상호책임이 필요하다. 이러한 관계는 몇몇 환자에게는 불가능할 수 있다. 그런 경우에는 그의 친척 혹은 환자에게 가까운 다른 사람과의 접촉이 이루어져야 한다. 치료 이외의 목적으로 관계가 이루어졌을 때, 관계자에게 반드시 이 관계에 대해 설명하여야 한다.
4. 정신과의사는 반드시 환자에게 상태의 성격, 가능한 대안을 포함한 치료과정과 예상되는 결과에 대해 고지하여야 한다. 이 정보는 반드시 조심스럽게 전달되어야 하며, 환자는 적합하고 가능한 방법 중 선택할 수 있는 권리를 가져야만 한다.
5. 환자가 그들의 최대 이익 그리고 환자나 타인에게 치명적인 손상을 주는 치료 인지를 스스로 결정하지 못하는 경우를 제외하고는, 환자 개인의 의도에 반하여 어떠한 행위나 치료가 진행될 수 없다.
6. 환자에게 더 이상의 강제적 치료가 필요하지 않을 때, 정신과의사는 반드시 환자를 강제적 치료로부터 해제하여야 하며, 그 후 환자의 자발적 승낙을 통해 치료를 하여야 한다. 정신과의사는 반드시 환자나 친척 또는 다른 관계자에게 구금과 환자의 양질의 삶과 관계된 다른 불만에 대한 이의제기가 가능하다는 것을 고지하여야 한다.
7. 정신과의사는 절대로 개인 혹은 단체의 존엄성을 파괴하는 전문가적 가능성을 유용해서는 안 되며 치료에 개인적 욕망, 감정, 차별 혹은 믿음을 혼동해서는 안 된다. 정신과의사는 정신장애가 치료될 경우 그의 전문적 지식을 이용한 어떤 치료도 행하여서는 안 된다. 만약 환자나 다른 제3자가 과학적 지식이나 윤리적 원칙에 반하는 요구를 했을 때, 정신과의사는 반드시 거절하여야 한다.
8. 정신과의사는 환자에게 듣거나 검사나 치료 중에 얻어진 내용에 대해서, 환자가 허락하거나 자신이나 타인의 치명적인 피해를 막기 위함이 아닌 경우 환자에게 이를 고지하기 전까지, 반드시 비밀보호를 유지하여야 한다.

-
9. 정신과 지식과 기술을 향상시키고 발전시키기 위해서 환자의 참여가 필요하다. 그러나 환자로부터 동의를 얻기 전까지 그 어떤 정보도 발표할 수 없으며, 치료결과에 대한 내용의 과학적 출간에도 환자의 인간존엄성과 익명성이 지켜져야 하며 대상에 대한 개인적 명성이 보호되어야 한다. 환자의 참여는 자발적이어야 하며, 연구프로젝트의 목적, 과정, 위험 및 불편함에 대한 모든 정보와 예상된 위험과 불편함 그리고 연구의 이익에 합당한 관계가 고지된 다음이어야 한다. 임상연구에서, 모든 대상은 반드시 환자로서 모든 권리가 높은 수준에서 확보되고 지켜져야 한다. 아동이나 스스로 고지된 동의를 할 수 없는 부모의 경우, 동의는 가까운 법적 친척에게서 얻어져야 한다. 모든 환자나 연구 대상은 환자가 참여했던 교육, 연구 프로그램으로부터 어떤 이유나 시간이든 참여를 중단 할 수 있다. 참여의 거절뿐만 아니라 중단은 환자 또는 대상자를 도우려는 정신과 의사의 노력에 영향을 주지 말아야 한다.
10. 정신과 의사는 이 선언의 원칙에 반하는 그 어떤 치료나 교육 또는 연구 프로그램은 중단하여야 한다.

정신의학과 인권에 대한 권고 1235

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights

유럽회의 의원 총회 - 1994회기

1. 의회는 유럽회의의 회원국에 적용되는 정신의학에 관한 법률 및 시행에 관한 전반적인 연구가 없음을 확인하였다.
2. 한편으로 관례법 기구는 유럽인권위원회를 기초로 발전되어 왔고, 다른 한편으로 고문 방지와 비인간적 또는 수준 낮은 치료 또는 처벌 예방에 관한 유럽위원회는 정신의학의 배치 문제에 뒤따르는 실행과 관련된 수많은 의견을 제시하여 왔다는 것에 주목하였다.
3. 수많은 회원국에서 정신의학에 관한 법률이 검토되고 있거나 준비 중임에 주목하였다.
4. 많은 나라에서 정신과 치료 중 전두엽절제술, 전기충격요법, 성적학대와 같은 특정 유형과 관련된 문제에 초점을 두고 활발하게 논쟁하고 있음을 안다.
5. 비자발적 환자로서 정신장애로 고통받는 환자의 법적 보호에 관하여 회원국을 향한 각료위원회의 권고 No.R(83)2를 상기한다.
6. 유럽회의의 회원국은 정신장애인의 인권존중을 보장하는 법적 조치를 채택하여야 할 때라고 생각한다.
7. 따라서 의회는 다음 규정에 근거한 새로운 권고문을 채택할 것을 각료위원회에 요구하는 바이다.

(i) 입원 절차 및 조건

(a) 강제 입원은 예외적인 경우에만 행할 수 있으며, 다음의 기준을 따라야 한다.

- 환자나 타인에게 심각하게 위협한 경우
- 그대로 방치될 경우 환자 상태가 악화되거나 환자가 적절한 치료를 받지 못하게 된다면, 부가적인 기준이 환자 치료에 적용될 수 있다.

- (b) 강제 입원의 경우 정신과 관련 시설로의 입원 결정은 심사자에 의하여 이루어져야 하고 그 시기는 구체적으로 지정되어야 한다. 입원 결정을 위한 준비는 반드시 정기적이고 자동적으로 심사되어야 한다. 향후 유럽회의의 생명 윤리에 관한 협정에서 설정된 원칙은 모든 상황에서 존중되어야 한다.
 - (c) 결정 사항에 이의를 제기하는 데 대한 법적 규정이 마련되어야 한다.
 - (d) 정신과 관련 시설에 입원하는 즉시 환자의 권리에 관한 법 규약이 환자에게 제시되어야 한다.
 - (e) 1983년 비엔나에서 개최된 세계정신의학협회 총회에서 승인된 「하와이 선언」에 근거하여 무엇보다도 정신과 의사의 윤리에 관한 규약이 작성되어야 한다.
- (ii) 치료
- (a) 신체장애인과 정신장애인이 구별되어야 한다.
 - (b) 환자나 환자 대리인이 지정한 개인, 변호인이나 후견인이 서면으로 된 고지된 승인을 하지 않고는, 또한 그러한 결정이 정신의학 전문가만으로 구성되지 않은 전문가 위원회에 의하여 입증되지 않고는 전두엽절제술과 전기충격요법이 시술되어서는 아니된다.
 - (c) 환자에게 제공되는 치료에 대하여 정확하고 상세한 기록이 남겨져야 한다.
 - (d) 정신장애인을 치료하기 위하여 적절한 훈련을 받았으며 충분한 자격을 갖춘 간호 인력이 있어야 한다.
 - (e) 환자는 치료 기관에 독립적인 ‘변호인’과 자유롭게 접촉할 수 있어야 한다. 마찬가지로 ‘후견인’은 미성년자의 이익을 도모할 책임이 있다.
 - (f) 고문 및 비인간적이거나 낮은 수준의 치료 또는 학대를 방지하기 위하여 유럽위원회 제도와 유사한 검열 제도가 마련되어야 한다.
- (iii) 정신의학에서의 문제점 및 학대
- (a) 윤리 규약은 환자에 대한 의사의 성적 접촉 금지를 명확하게 규정하여야 한다.
 - (b) 격리 조치의 활용은 엄격하게 제한되어야 하며 대형 공동 시설에서의 숙박 또한 피하여야 한다.
 - (c) 기계에 의한 강박은 이루어져서는 아니 된다. 약물 수단에 의한 강박은 추구

하는 목적에 맞게 이루어져야 하며 개인의 출산할 권리에 대한 영구적 침해는 없어야 한다.

(d) 정신보건 분야에서의 과학적 연구는 환자의 이해 없이 환자 또는 환자 대리인의 의지와 반대로 수행될 수 없으며 환자에게 유리한 범위 안에서만 수행되어야 한다.

(iv) 구금된 사람의 경우

(a) 구금된 사람은 누구나 의사에게 진찰받아야 한다.

(b) 정신과 의사 및 특별히 훈련받은 직원이 각 형법 기관에 소속되어야 한다.

(c) 앞서 기술된 규정과 윤리 규정은 구금된 사람에게 적용되어야 하며, 특히 이것이 구금의 필요와 양립할 수 있는 한 의학적 비밀보장이 유지되어야 한다.

(d) 특정 형법 제도에는 성격장애로 고통 받는 감금된 사람을 위한 사회 치료 프로그램이 설정되어 있어야 한다.

정신질환자와 관련된 윤리문제에 대한 성명

World Psychiatric Association, 1995

1995년 9월 제47차 총회 (인도네시아 발리)에서 채택

가. 서 언

역사적으로 볼 때 사회적으로 정신질환자는 지원이나 보호를 필요로 하는 병든 사람이라기보다는 주변 사람을 위협하는 존재로 간주되어 왔다. 따라서 많은 정신질환자들은 효율적 치료를 받지 못한 채 생활의 전부 혹은 일부를 수용소에 감금된 채 지냈다. 이러한 경우 치료의 목적은 자기 파괴적 행동과 다른 사람에 대한 공격적 행동을 예방하고자 하기 위함이다. 오늘날 정신치료 분야의 발달로 정신질환자에게 더 나은 치료를 제공하게 되었다. 즉 효과적 약물 및 기타 치료를 통해 경미한 증상에 대한 치료가 가능하고 상태가 좀 더 심각한 환자의 증상을 장시간 완화시키는 것이 가능하다. 정신질환자는 다른 질환의 환자 치료와 동일하게 관찰, 치료, 접근해야 한다. 정신과 의사는 다른 전문과목 전문의와 동일하게 자신들의 환자에 대한 의무를 가진다. 따라서 종종 정신과 의사에게 부여되는 사회 관리자로서의 역할로 인해 환자를 치료하는 자로서의 기본적 역할이 손상 또는 침해되어서는 안 된다.

나. 윤리 원칙

1. 세계의사회는 정신과와 정신질환자에 대한 차별은 없어야 한다고 믿는다. 이러한 차별로 인해 종종 정신의학적 도움이 필요한 사람들의 용기를 잃게 하며 이로 인해 그들의 상황을 더욱 악화시킨다.
2. 정신과 의사는 상호간의 신뢰를 바탕으로 한 치료적 관계를 이루기를 소망한다. 의사는 환자의 건강상태, 치료과정(실행가능성 있는 대안 및 각각의 위험성 여부 포함), 기대효과에 대해 환자에게 알려야 한다.

자신의 자율적 권한을 행사하지 못하는 정신질환자의 신분은 기타 다른 법적 권한을 갖지 못하는 환자와 차이가 없다. 이러한 환자는 일시적 또는 영구적으로 자격이 없는 다른 환자와 마찬가지로 다루어져야 한다. 그러나 정신질환자(정신병 포함)를 자동적으로 법적 권한을 갖지 못하는 환자로 간주해서는 안 된다. 또한 환자 자신이 의사결정 할 수 있는 한 환자의 판단은 존중되어야 한다. 만약 환자가 자신의 의료와 관련하여 의사결정을 할 수 있는 능력이 부족할 경우 적용 가능한 법률에 따라 권한을 부여받은 대표자의 대리동의를 구해야 한다.

3. 정신질환자에 대한 치료에 있어서 환자의 상태가 급성일 경우 그리고 환자 자신이나 다른 사람을 위협할 수 있는 경우에 한하여 환자 자신의 의식과는 상관 없는 비자발적 치료가 이루어져야 한다. 의사는 예외적인 경우 강제로 환자를 입원시킬 것을 고려해야 하며, 이것이 의학적으로 필요한 경우에 한하여 이루어져야 한다.
4. 모든 정신과 의사는 본인의 경험에 비추어 최선의 치료법을 환자에게 적용해야 하고, 걱정하는 마음으로 환자를 다루어야 하며 모든 인간의 존엄성을 존중해야 한다. 기관, 군대 또는 교도소에서 의료를 수행하는 정신과 의사는 자신의 사회에 대한 책임과 환자에 대한 의무 사이에서 갈등에 직면할 수 있다. 의사는 우선적으로 환자에게 충실해야 한다. 정신과 의사가 최고의 환자이익을 위한 역할보다 사회관리자로서의 역할을 요구받을 경우, 환자가 법적 권한에 의해 강제적 조치가 행해지는 것에 대하여 의사에게 배신감을 느끼거나 의사를 비난하지 않게 하기 위해 가능한 분쟁에 대해 알고 있도록 해야 한다.
5. 모든 환자의 비밀과 사생활은 보호되어야 한다. 법적으로 요구될 경우, 정신과 의사는 관련 자료만을 관련 당국에게만 밝혀야 한다. 한 기관에서 다른 기관으로 자료가 자동으로 전달되도록 하는 자료보관소는 의학적 비밀이 유지되는 경우에 한하여 이용될 수 있다.
6. 정신과 의사는 자신의 전문가적 위치를 개인이나 단체의 존엄성이나 인권을 침해하는데 사용해서는 안 되며 치료를 방해하는 요소인 의사 개인적 욕망, 필요, 감정, 편견이나 믿음에 따라서는 안 된다. 정신과 의사는 개인적 목적을 위해 환자의 노동력을 착취하거나 환자와 성관계를 맺는 등 자신의 전문가적 위치를 이용하거나 환자의 약점을 이용해서 자신의 권한을 남용해서는 안 된다.

다. 권 고

각국 의사회는 본 성명을 공표하여 정신의학의 윤리적 토대를 다지는 기초 자료로 이용하도록 한다.

마드리드 선언

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, 1996

1996년 8월 25일 세계정신과협회 총회에 의해서 승인되었으며, 2002년 일본 요코하마에서 열린 총회에서 수정되었다.

1977년, 세계정신과협회(World Psychiatric Association)는 정신과 치료를 위한 윤리적 가이드라인을 규정한 하와이 선언을 승인하였다. 선언은 1983년 비엔나에서 갱신되었다.

정신의학에 대한 변화하는 사회적 태도 및 새로운 의학적 발전의 영향을 반영하기 위해, 세계정신과협회는 이들 윤리적 기준의 일부를 다시 검토하고 수정하였다. 의학은 치료 예술이자 과학이다. 이 조합의 역동성은 정신장애 또는 손상으로 인해 병들고 약해진 이들을 치료하고 보호하는데 특수화된 의학의 한 분과인 정신의학에서 가장 잘 반영되어있다. 비록 문화적, 사회적, 국가적 차이를 보일지라도 윤리적 행위와 윤리적 기준의 지속적인 검토에 대한 요구는 보편적인 것이다.

의학의 실행자로서, 정신과 의사는 윤리적 의미의 지각 및 정신병의 특수성에 입각한 윤리적 요구의 지각을 해야만 한다. 사회 구성원으로서, 정신과의사는 모든 사람을 위한 사회정의와 형평성을 위해, 정신질환자에 대한 공정하고 동등한 치료를 옹호해야만 한다.

윤리적 행동은 환자에 대한 책임감 및 올바르게 적절한 행동을 결정하는 정신과 전문의의 개인적 지각에 기초한다. 행위의 전문적인 법과 같은 외부적 기준 및 영향력, 윤리 연구, 또는 그들 스스로의 법의 준수는 의학의 윤리적 실행을 당위하지는 않는다.

정신과 전문의는 항상 정신과 전문의-환자 관계의 경계를 마음에 두고 있어야 하며, 환자를 위한 존중, 그들의 복지 및 존엄과 개념에 의해서 1차적으로 가이드되어야 한다.

1996년 8월 25일 세계정신과협회(World Psychiatric Association) 총회에서 아래 정신과 의사의 세계적인 행동을 위한 윤리적 기준을 승인하였다.

1. 정신과는 정신장애자의 최상의 치료, 정신병으로부터 희생되고 있는 개인적 재할 및 정신보건 증진과 관련한 의학 분야이다. 정신과 의사는 받아들여지는 과학적 지식 및 윤리적 원칙으로 구성되는 최고의 이용 가능한 치료를 환자에게 제공한다. 정신과의사는 환자의 자유를 최소한으로 제한하도록 하는 치료적 중재를 공리해야하며, 그들이 우선적 전문성을 갖지 못하는 일에 대해서는 조언을 구해야만 한다. 이러한 과정동안, 정신과의사는 보건자원의 동등한 분배를 지각하고 고려해야만 한다.
2. 정신과 의사는 특수성의 과학적 개발 및 다른 최신정보 전달하는 의무를 갖는다. 연구에 대해 훈련된 정신과 의사는 정신학의 과학적 선구자로 진보를 추구해야만 한다.
3. 환자는 치료학적 과정에 있어 파트너로 그 권리를 받아들여져야 한다. 치료자-환자 관계는 상호신뢰에 기초해야하고 환자의 자유롭고 자발적인 동의가 존중되어야 한다. Declaration of Madrid of the World Psychiatric Association에서는 개인적 가치 및 선호도를 고려하여 환자에게 합리적 결정에 대한 권한 부여를 제공할 것은 정신과 의사의 의무로 하고 있다.
4. 환자가 정신장애로 인해 적절한 판단에 대한 실행에 장애가 있거나 할 수 없을 경우, 만약 적절하다면, 정신과의사는 인간의 존엄 및 환자의 법적 권리를 보장하기 위해 가족과 상담해야 하고, 법적인 자문도 구해야 한다. 만약 치료가 주어지지 않으면 환자의 삶 및 주의를 위협하게 할 경우가 아니면 환자에 반해서 치료를 제공할 수 없다. 치료는 항상 환자의 최상의 이익을 갖도록 해야만 한다.
5. 정신과 의사가 사람에 대한 평가를 요구받을 때, 중재의 목적, 결과의 이용 및 평가의 가능한 반향 대해서 평가되는 사람에게 알리고 조언하는 것이 1차적 의무이다. 정신과 의사가 제3자로 포함되었을 경우 특히 중요하다.
6. 환자의 정신보건 증진 목적을 위해, 치료의 관계에서 얻어진 정보는 비밀이 보장되어야 하고 예외적인 경우에만 사용되어야 한다. 정신과의사가 개인적 사유 또는 재정적, 학문적 이익을 위한 정보의 사용은 금지된다. 비밀을 개방하는 것은 비밀보장을 유지된다면 환자 및 제 3자의 심각한 신체적 정신적 위해가 있을 경우에만 되어야 한다; 아이들의 학대받는 경우에서, 정신과 의사는 가능하다면 언제든지, 행동을 취하는 것에 대해 환자에게 1차적으로 조언해야 한다.

7. 연구에서 과학적 규범이 비윤리적인 행동을 해서는 안 된다.

연구 행동은 적절하게 구성된 윤리위원회 승인을 얻어야만 한다.

정신과 의사들은 연구의 행위에 있어 국가적, 세계적 규범에 따라야만 한다. 연구를 위해 적절히 훈련된 개인만이 그것을 조사되거나 수행해야 한다. 정신과 환자는 특히 취약성이 있는 연구 대상이기 때문에 정신적, 신체적인 고결성뿐만 아니라 그들의 자율성을 보장받기 위한 추가 주의조치를 취해야만 한다. 또한 윤리적인 기준은 모든 인구그룹, 역학적 사회학적 연구를 포함하는 모든 종류의 연구 및 다른 분야 또는 여러 연구 센터를 포함하는 공동 연구에 적용되어야만 한다.

특정 상황과 관련한 가이드라인

세계정신과협회 윤리 위원회는 특정 상황에 대한 특별한 가이드라인 개발의 필요성을 인지하였다. 최초 5개의 조항은 1996년 8월 25일 스페인 마드리드 총회에서 승인되었으며, 3개 조항은 1999년 8월 8일 독일 함부르크 총회에서 승인되었다.

1. 안락사: 건강증진, 희생의 감소, 삶의 보호가 의사의 1차적인 의무이다. 자발적 결정에 도달하는 것에 심각한 장애 및 무능력이 있는 환자 가운데서, 정신과 의사는 그들의 장애로 인해 보호받지 못하여 사람으로 이르는 행동에 대해 특히 주의해야만 한다. 정신과 의사는 우울증과 같은 정신병으로 인해 고통될 수 있는 환자의 관점에서 지각하여야 한다. 이러한 상황에서, 정신과 의사의 역할은 정신병을 치료하기 위한 것이다.
2. 고문: 법에서 참여를 강제하기 위한 시도를 할 경우에도 정신과 의사는 정신적, 신체적 고문 과정에 참여해서는 안 된다.
3. 사형: 정신과 의사는 법적으로 인정된 사형집행 또는 집행되어지는 것을 위한 수용성의 평가에 참여하여서는 안 된다.
4. 아들딸 골라 낳기: 정신과 의사는 아들딸 골라 낳기를 목적으로 한 낙태의 결정에 참여해서는 안 된다.
5. 조직 이식: 정신과 의사는 둘러싼 조직 공여 이슈를 명확히 하고, 모든 관련되어진 요소에 의해서 만들어진 자발적이고 적절한 결정을 보장하도록 종교적,

문화적, 사회적, 가족적 요소에 대해 조언해야한다. 정신과 의사는 환자를 위한 대리 결정자 및 문제에 대한 환자의 결정에 영향을 주는 심리 치료적 기술을 사용하는 행동을 해서는 안 된다. 정신과 의사는 환자에 대한 보호를 추구해야 하고 조직 이식에 대한 가능한 모든 범위에서 가지결정을 행사하도록 도와야 한다.

6. 정신과 의사의 미디어에서의 연설: 대중매체는 지각 및 지역사회의 태도를 결정짓는 중요한 역할을 갖는다. 대중매체에 대한 모든 접촉에 있어 정신과 의사는 환자의 존엄성 및 자존심을 보호하도록 보장해야 하고, 낙인 및 차별을 줄이도록 해야 한다. 정신과 의사의 공공의 인지 및 정신병에 대한 표명을 환자에게 영향을 미치므로, 정신과 의사는 미디어와 접촉시 존엄성을 가지고 정신병에 대한 표명을 하도록 보장해야 한다. 정신과 의사는 어느 개인적으로 당연하다고 여겨지는 정신병리학에 대해 대중매체에 나타내어서는 안 된다. 대중매체에 연구결과를 표현하는 것에서, 정신과 의사는 정신병의 주어진 정보에 대한 과학적인 완전함을 보증하고 정신병의 공공의 지각 및 정신장애를 가진 사람의 복지에 대한 그들의 진술에 따른 잠재적인 영향을 고려해야한다.
7. 윤리적 또는 문화적 기반을 둔 정신과 의사 및 이에 의한 차별은 비윤리적이다. 윤리적 또는 문화적인 것에 대한 정신과 의사에 의한 직간접적인 윤리적, 문화적 차별은 비윤리적이다. 정신과 의사는 윤리 개선과 관련한 어느 행동에 대해서 직간접적으로 참여 또는 배서해서는 안 된다.
8. 정신과 의사 와 유전적인 연구 및 상담
정신장애의 유전적인 기초에 대한 연구는 급속하게 늘어나고 있으며 보다 많은 정신병을 가진 사람들이 이러한 연구에 참여하고 있다. 정신과 의사는 유전적 연구 또는 유전적인 정보의 함축은 개개인에만 한정되지 않았다는 사실을 인지하고 상담에 참여하며, 정보에 대한 발각으로 가족 및 개개인이 관련한 지역사회에 부정적이고 파괴적인 영향을 줄 수 있다.

정신과 의사는 그러므로 아래 사항을 보장해야 한다.

- 유전적 연구에 참여한 사람 및 가족의 자발적 동의를 얻는다.
- 그들이 소유한 어떤 유전적 정보도 비승인된 접근, 해석상의 오류 또는 악용되는 것을 적절히 보호해야 한다.
- 치료는 현재의 불완전한 유전적 지식을 가졌다는 것을 명확히 하기 위해 환자 및 가족과 대화를 해야 하고, 미래 결과는 달라질 수 있다.

정신과 의사는 시설이 아래와 같을 경우라면 진단상의 유전적 실험을 위해 시설에 관련한 사람을 이동시킬 수 있다.

- 실험 절차에 대한 만족할만한 질적 보장을 설명할 수 있을 경우
- 유전적 상담을 위한 적절하고 용이하게 이용가능한 자원이 있을 때, 가족계획 또는 낙태와 관련한 유전적 상담은 환자의 가치 시스템을 존중해야만 하나, 그들이 모든 것을 고려하여 결정을 내리도록 충분한 의료적 정신병적 정보를 제공하여야 한다.

참고문헌

- 국회복지사회포럼·한국민간복지시설협의중앙회(2006), 『미신고민간복지시설 신고 전환 평가세미나 자료』.
- 김문근 외(2008), “재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구”, 국가인권위원회.
- 김민석 외(2006), “정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사”, 국립서울병원·국립정신보건교육연구센터.
- 김병후(1995), “각국 「정신보건법」에 있는 정신질환자 강제입원”, 『정신건강연구』 제14집.
- 김의숙 외(2007), 『2007 의료급여 장기이용환자의 의료이용 실태 및 개선방안』, 보건복지가족부·연세대학교 간호대학 간호정책연구소.
- 박종익 외(2008), “장기입원의 구조적 원인과 지속요인”, 국가인권위원회.
- 박종익·정영철(2008), “정신분열병 명칭 변경에 대한 연구”, 『대한정신분열병학회지』 제11권 제2호, 대한정신분열병학회.
- 박종익 외(2004), “대한민국법령에 나타난 정신질환에 대한 차별조항 및 그 개선에 관한 연구”, 『정신건강연구』 vol 43. NO2.
- 배정규 외(2006), “지방자치단체의 정신보건업무 수행 실태조사”, 국가인권위원회.
- 법제처(2007), “장애인 차별 법령 발굴 및 정비방안”.
- 보건복지가족부(2009), 『2009년 정신보건사업안내』.
- 보건보건복지가족부·중앙정신보건사업지원단·서울대의학연구원의료관리학연구소 (2008), 『2008년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』.
- _____ (2007), 『2007년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』.
- _____ (2006), 『2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』.

- 서미경 외(2008), “정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사”, 국가인권위원회.
- 신영전(2008), “인권 측면에서 본 한국의 정신보건정책변화”, 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화 토론회 자료집』, 국가인권위원회.
- 우주형(2008), “『장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률』과 상충되는 국내 법 분석 연구”, 한국장애인재활협회.
- 유원섭(2007), “기초의료보장제도의 성과와 중장기 발전방향”, 보건복지가족부 · 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 · 한국보건복지인력개발원.
- 이진석 외(2009), “정신질환자의 건강증진을 위한 제도개선 방안”, 서울대학교 병원.
- 정무성 외(2008), 『2008 사회복지시설평가(I)』, 보건복지가족부 · 한국사회복지협의회.
- 정인원 외(2008), “정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사”, 국가인권위원회.
- 중앙정신보건사업지원단(2009), “정신질환자 법적차별 개선 대책”.
- 하유정 외(2006), “정신질환자 인권증진을 위한 제도분석”, 국립서울병원 · 국립정신보건교육센터.
- 홍선미 외(2008), “정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축”, 국가인권위원회.
- De Block A(2008), *Why mental disorders are just mental dysfunctions (and nothing more): some Darwinian arguments*, Stud Hist Philos Biol Biomed Sci 39(3).
- HJ Salize, H Dressing(2004), *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*, *The British Journal of Psychiatry*.
- Human Rights and Equal Opportunity Commission(2008), *History of the Commission*.
- _____ (1993), *Human Rights and Mental Illness Report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness*.

N. C. Andreasen(2007), *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*. Schizophr Bull, January 1, 33(1).

Ossorio P(1985), *Pathology: In k. Davis & T. Mitchell (Eds) Advances in descriptive psychology* (Vol 4, pp151-202) Greenwich, CT, JAI Press.

Perring C(2004), *Conceptual issues in assessing responsibility for actions symptomatic of mental illness*, International J Law and Psychiatry 27.

Trish Bramble(2005), *The Health of 'Our Homeless Children' - 15 years on 10th National Conference of the Association for the Welfare of Child Health*, AFHO.

Wakefield JC(1992), *The concept of mental disorder, On the boundary between biological facts and social values*, Am Psychol 47(3).

WHO(a)(2005), *WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation*.

_____ (b)(2005), *Mental Health Atlas*.

_____ (2003), *Investing in Mental Health*.

_____ (2001), *Atlas: Country Profiles On Mental Health Resources*.

_____ (2001), *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

정신장애인 인권보호와 증진을 위한
국가보고서

| 인 쇄 | 2009년 11월

| 발 행 | 2009년 11월

| 발행인 | **현 병 철**

| 발행처 | **국가인권위원회 장애차별조사과**

| 주 소 | (100-842) 서울특별시 중구 무교동길 41
금세기B/D (을지로1가 16번지)

| 전 화 | (02) 2125-9852 | F A X | (02) 2125-9848

| Homepage | www.humanrights.go.kr

| 인쇄처 | 도서출판 **한학문화**

| 전 화 | (02) 313-7593 | F A X | (02) 393-3016

〈비매품〉

사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함

국가인권위원회는...

국가인권위원회는

파리원칙에 따라 2001년 11월 25일 설립되었습니다. 국가인권위원회는 모든 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 보호하고 그 수준을 향상시킴으로써 인간으로서의 존엄과 가치를 구현하고 민주적 기본질서 확립에 이바지함을 목적으로 합니다.

국가인권위원회는

대한민국 입법·사법·행정부로부터 완전히 독립적으로 업무를 수행하고 있으며, 인권보호와 향상을 위한 모든 사항을 다루고 있습니다. 아울러 일반 국민들의 인권뿐만 아니라 사회적 소외 계층이나 소수자, 인권 취약계층의 인권을 보호하고 증진하는데 노력하고 있으며, 사람이 사람답게 사는 세상을 구현하는데 앞장서고 있습니다.



국가인권위원회 상담전화 1331