

발간등록번호

11-1620000-000320-01

정신장애인 인권보호와 차별·편견 해소를 위한 토론회

- 1차** 일시 : 2011년 10월 10일(월) 14:00~18:00
장소 : 충남 홍익대학교 국제연수원
- 2차** 일시 : 2011년 10월 12일(수) 14:00~18:00
장소 : 광주 5·18 기념 문화센터
- 3차** 일시 : 2011년 10월 14일(금) 14:00~18:00
장소 : 경기 권선구청

【주최 /  국가인권위원회  세계속의 경기도

【주관 / 1차 토론회 : 경기도 광역정신보건센터, 충청남도광역정신보건센터
2차 토론회 : 경기도 광역정신보건센터, 천주의성요한병원
3차 토론회 : 경기도 광역정신보건센터

정신장애인 차별·편견 해소를 위한 토론회

1차 일시: 2011년 10월 10일(월) 14:00 - 18:00
장소: 충남 홍익대학교 국제연수원

2차 일시: 2011년 10월 12일(수) 14:00 - 18:00
장소: 광주 5·18 기념 문화센터

3차 일시: 2011년 10월 14일(금) 14:00 - 18:00
장소: 경기 권선구청

◎ 주최 /



◎ 주관 / 1차 토론회: 경기도 광역정신보건센터, 충청남도광역정신보건센터

2차 토론회: 경기도 광역정신보건센터, 천주의성요한병원

3차 토론회: 경기도 광역정신보건센터

초대의 글

국가인권위원회는 경기도와 공동주최로 오는 10월 10일부터 14일까지 경기도 수원과 충청남도 조치원, 그리고 전라남도 광주에서 '정신장애인 인권 토론회'를 개최합니다.

정신장애인의 경우, 질환의 특수성으로 말미암아 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 높고, 차별과 편견으로부터도 쉽게 노출되어 있는 것이 사실입니다. 이에 국가인권위원회는 지난 2008년 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』를 작성하고, 해당 정부부처에 관련 법 및 정책 개정을 권고한바 있습니다. 권고의 기본방향은 '입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련'과 '정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선', '지역사회 중심의 정신장애인 치료', '정신장애인에 대한 차별과 편견 해소' 등이었으며, 구체적인 내용으로는 정신보건시설 입·퇴원 적정절차 마련과 치료환경 및 질 개선, 정신보건센터의 기능 강화, 사회복지시설과 프로그램 확대, 정신보건복지 예산 확대 및 효율적 운영, 정신장애인 관련 차별적 법령의 정비 등이 제안되었습니다.

이후 해당 정부부처의 적극적인 협조와 지역사회 정신보건시설의 끊임없는 노력으로 「정신보건법」의 상당부분이 개정 추진되고 있고, 정신장애인에 대한 우리사회의 인식도 조금씩 개선되어 가고 있는 중입니다.

그럼에도 불구하고 정신장애인은 기이하고 위험한 존재라는 뿌리 깊은 편견은 우리 안에 여전히 존재하고 있고, 관련 제도 및 정책의 수준 역시 괄목한 수준으로 개선되지 못하고 있는 것이 현실입니다. 그 예로 비자의입원과 관련한 정신보건시설 진정사건은 국가인권위원회에 지속적으로 접수되고 있고, 정신장애를 이유로 한 보험가입 차별 등의 문제 역시 해결되지 못한 채 남아 있습니다.

이에 국가인권위원회는 오는 10월 10일부터 14일까지 조치원, 광주, 수원에서 '정신장애인 인권 토론회'를 개최하고자 합니다. 이번 토론회 주제는 지역에서 가장 이슈가 되고 있는 문제를 중심으로 선정하였고, 발표자와 토론자 역시 각 지역의 정신보건 전문가와 실무자, 당사자, 가족 등으로 구성하여 각각의 입장을 공유하고 해결책을 논의하는 자리가 될 예정입니다.

아무쪼록 이번 토론회가 정신장애인에 대한 보다 나은 치료와 보호, 인권친화적인 법·제도 및 관행의 개선에 보탬이 될 수 있기를 희망하며, 이를 위해 참석하신 모든 분들께 활발한 토론을 당부 드리는 바입니다. 더불어 같은 시기에 수원에서 해남까지 진행되는 『정신장애인 차별·편견 해소를 위한 정신장애인 자전거 여행 캠페인』에도 많은 격려와 지지를 부탁드립니다. 감사합니다.

2011년 10월

국가인권위원회 위원장 **현 병 철**

○ 정신장애인 인권보호와 차별·편견 해소를 위한 토론회

회 기		1 차	2 차	3 차
날짜		10월 10일(월)	10월 12일(수)	10월 14일(금)
지역		조치원(충남)	광주(전남)	수원(경기도)
장소		홍익대학교 국제연수원	5.18 기념관	수원시 권선구청
주제		정신장애인의 차별·편견 해소 방안	정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안	정신장애인의 기초생활수급권 보장
일 정		내 용		
14:00-14:10		접 수		
14:10-14:20	인사말	국가인권위원회 조형석 (장애정책팀장)	국가인권위원회 이정강 (광주인권사무소장)	국가인권위원회 조영호 (장애차별조사과장)
14:20-14:30	축 사	이영렬 (충남광역정신보건센터장, 국립공주병원장)	광주광역시 정요안 (천주의성요한의료봉사 수도회 관구장) 정광현 (광주광역시 정신보건사업지원단장)	이영문 (경기도광역 정신보건센터장)
14:30-15:30	발 제	권오용 (한국정신장애인연대 사무총장, 변호사)	이영문 (중앙정신보건 사업지원단장)	문용훈 (태화샘솟는집 관장)
15:30-17:00	토 론	좌장: 이영렬 1. 박옥순 (인권운동가) 2. 김범조 (국가인권위원회 장애차 별조사과 조사관) 3. 방주현 (국립공주병원 간호주무관) 4. 박종선 (대한정신보건가족협회 충남지부장)	좌장: 양동석 1. 최완욱 (광주인권운동센터사무국 장) 2. 신홍주 (국가인권위원회 광주사 무소 조사관) 3. 이경훈 (장애인고용촉진공단 고용서비스부장) 4. 박문수님의 父 (정신장애인 가족)	좌장: 이영문 1. 박김형준 (인권교육센터 들, 인권활동가) 2. 김정진 (나사렛대학교 사회복지학과 교수) 3. 김선희 (카미 사무국장) 4. 김순득 (당사자)
17:00-17:30	질의·응답			
17:30-18:00	‘시선을 넘어 희망의 페달로’ 정신장애인 자전거여행팀 환영행사			

※ 토론자 및 주제 등은 사정에 따라 변경 가능

정신장애인 차별 · 편견 해소를 위한 토론회

〈1차 토론〉

『정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안』

발제: 권오용 (한국정신장애인연대 사무총장, 변호사)

좌장: 이영렬 (충남광역정신보건센터장, 국립공주병원장)

토론: 박옥순 (인권운동가)

김범조 (국가인권위원회 장애차별조사과 조사관)

방주현 (국립공주병원 간호주무관)

박종선 (대한정신보건가족협회 충남지부장)

정신장애인과 인권, 무엇이 차별인가?

'2011. 10. 10.

발제자 : 권오용

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

권오용변호사, MSW
한국정신장애연대 사무총장
KAMI(Korean Alliance on Mental Illness)

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

1948년 UN 세계인권선언

“모든 인류는 태어나면서부터 자유롭고 평등하며 인간으로서의 존엄성과 권리를 가진다”

(1)정신장애인 인권의 법적 근거

- 인권장전(Bill of Rights)
세계인권선언(1948), 시민적.정치적, 경제적.사회적.문화적 권리에 관한 양대 인권협약(1996)
- 장애인인권협약
- MI원칙
1991. 12. 17. UN총회가 결의문 46/119로 채택한 정신장애인 보호와 정신보건의료향상을 위한 25개의 원칙

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(1)정신장애인의 인권과 법적근거

MI원칙 (NO.1~25)

원칙1. 근본적 자유와 기본권

원칙2. 미성년자의 보호

원칙3. 지역사회 내에서의 삶

원칙4. 정신장애 판정

원칙5. 의학검사

원칙6. 비밀보장

원칙7. 지역사회와 문화의 역할

원칙8. 의료기준

원칙9. 치료

원칙10. 약물치료

원칙11. 치료의 동의

원칙12. 권리의 고지

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(1)정신장애인의 인권과 법적근거

MI원칙 (NO.1~25)

원칙13. 정신보건시설 내에서의 권리와 조건

원칙14. 정신보건시설의 자원

원칙15. 입원 원칙

원칙16. 비자발적 입원

원칙17. 심사기관

원칙18. 절차상 보호조치

원칙19. 정보열람

원칙20. 범죄피의자

원칙21. 이의제기

원칙22. 감시와 구제

원칙23. 실행

원칙24. 정신보건시설 관련
본 원칙의 적용범위

원칙25. 권리의 구제

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(2) 우리나라 정신장애인 인권보장의 현실

- 정신장애인에 대한 국제인권법과 헌법, MI원칙 등의 몰이해
- 정신보건법과 관련법의 잘못된 내용들
- 정신장애인과 가족들의 의견이 반영되지 못하고 있음

(3) 정신장애인의 인권의 구체적인 내용

<정신장애인의 인권>

인간으로서 존엄과 가치, 평등과 차별 받지 아니할 권리, 자기결정권과 프라이버시, 참여와 정보에의 접근권과 그 실현을 위하여 MI원칙이 정하는 구체적인 권리

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(3) 정신장애인의 인권의 구체적인 내용

육체적, 정신적 건강과 치료에 관한 권리

첫째. 건강을 위하여 적절하고 전문적인 서비스를 받을 권리

둘째. 정신장애인의 독립성과 사회통합을 보장받을 권리

셋째. 자발적인 동의(Informed Consent)와 치료를 거절할 권리

넷째. 인간으로서의 존엄과 가치를 가지고 이를 보장받을 권리

1. 정신장애인의 인권

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(3)정신장애인의 인권의 구체적인 내용

평등권과 차별을 받지 아니할 권리

세계인권선언 제1조

시민적·정치적 권리에 관한 UN협약 제26조

Affirmative Action

ICCPR과 ICESCR에 의하여 각 국가는 정신장애인의 인권증진을 위한 적극적인 조치를 할 의무가 주어지고 이러한 적극적인 조치를 하지 않는다면 이는 차별

Reasonable accommodation

정신장애인을 돕기 위한 도구나 서비스, 시설을 마련하고 어떤 프로그램을 이용할 수 있도록 실행이나 절차를 수정하는 것 미국의 장애인차별금지법과 1973년의 장애인재활법에 의하여 이 원칙을 규정
예, 정신장애인 아동을 키우는 부모들에 대한 상담서비스 제공, 가족들이 장애 아동을 돌볼 수 있도록 추가적인 보조금을 지급하는 것을 들 수 있다.

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(1)법률에 의한 제도적 차별

국가 중요직책에서 근무하는 직위에 대하여 심신쇠약, 심신상의 장애, 정신상의 장애 등과 같은 포괄적이고 추상적인 사유를 강제적인 면직퇴직의 사유로 규정

그 밖에 경범죄처벌법은 정신병자의 보호의무자가 집밖이나 감호시설 밖으로 나돌아 다니게 한 경우에 경범죄로 처벌되게 하여 실질적으로 정신장애인의 자유를 제한

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(2) 정신장애인에 대한 사회복지혜택 차별

장애인 복지법 제15조 - 정신장애인에 대하여 적용이 제외

정신보건법의 적용을 받고 있는 정신장애인에 대하여는 장애인 복지법 제34조 제1항 제2호와 제3호의 적용에서 제외하고 있음

정신질환자에 대한 사회복지사업을 사회복지사업법에서 제외(정신보건법 제정하면서 부칙)

정신보건법은 본질상 보건, 의료법이므로 정신장애인의 인권이나 복지에 관한 내용 담아내기에는 한계가 있음

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(3) 의료중심 모델의 폐해

의료기관들이 정신질환자들에 대한 입원위주의 의료모델에 의존하여 정신질환자들을 치료하여, 지역사회로 복귀시키기 위한 탈원화를 위한 노력을 하지 않고 있음

수용된 환자들은 대부분 수용되어 약물치료만 받고 있는 현실

정신보건시설, 인력, 예산이 모두 정신의료기관에 집중
=>> 정신질환자들의 사회복귀와 가족들에 대한 지원예산은 극히 적음

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(4)정신질환자의 비자의(강제)입원과 퇴원절차의 문제점

1) 비자의(강제)입원에 관한 규정

- 본인이 원하지 않아도 보호의무자 2인의 동의와 정신과 전문의의 입원 권고서에 따라 6개월간 입원가능
- 전문의가 인정할 때 시장, 군수, 구청장에 의해 2주간 입원가능
- 자,타해의 급박한 위험으로 입원이 불가능한 경우 의사와 경찰관의 동의 하에 정신의료기관으로 응급 이송되어 72시간의 범위 내에서 입원가능

2) 퇴원에 관한 규정

- 자의 입원 환자로부터 퇴원신청이 있는 경우
- 보호의무자에 의해 입원한 경우 입원심사를 청구하면 정신보건심판위원회에서 이를 심사하여 결정
- 정신의료기관등의 장은 환자 또는 보호자로부터 퇴원 등의 신청이 있는 경우 지체 없이 퇴원

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(4)정신질환자의 비자의(강제)입원과 퇴원절차의 문제점

3) 정신보건심판위원회와 계속 입원 심사제도

4) 현행 비자의(강제)입원과 퇴원절차의 문제점

- 가. 환자 본인의 자발적 동의를 획득절차가 없이 가족들의 의사로 동의절차를 대체하는 것은 MI원칙에 위반
- 나. 최소제한적이고 지역사회에의 통합과 자기결정권을 높이는 MI원칙에 반하여 치료 보다는 수용목적의 장기입원과 요양원에 장기 거주토록 하는 것은 정신장애인의 인간의 존엄성과 자유권을 침해하는 것이고 차별적인 관행이다.
- 다. 비자의(강제)입원을 결정하는 정신과전문의의 이해충돌
- 바. 환자의 욕구와 최적의 환경에 대한 사정절차의 부재

2. 정신장애인에 대한 차별과 실태

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

(4)정신질환자의 비자의(강제)입원과 퇴원절차의 문제점

5) 결어

- 가장 큰 결함 :

정신질환자의 본인의 자발적 동의를 무시되고 가족들이 이를 대신하고 입원기관의 정신과전문의의 진단에 의하여만 강제입원

=>> MI원칙에 따라 환자의 의사를 존중하여 자발적 동의를 원칙을 지키고, 환자 본인과 그 가족 등 환경적인 요소에 대한 사정을 실시하여 환자에 대한 최적의 치료와 최소제한적인 환경에서 사회통합과 본인의 자기결정권을 높이는 방향으로 서비스가 이루어지도록 관련 제도와 관행을 고쳐야 할 것이다.

3. 이용자/소비자 중심주의의 이념/관점

정신장애인의 인권, 무엇이 차별인가?

소비자 중심주의 / 소비자 이론

서비스 이용자들인 환자들이나 클라이언트(Client, 대상자)들을 소비자로 간주하고 의료 또는 사회복지 서비스의 계획, 실행, 평가의 전 과정에 있어서 이용자와 가족 보호자들의 참여를 보장함으로써 소비자들과 보호자들의 자기결정권을 보장하고 서비스의 책임성과 질을 높이려는 태도, 경향 또는 관점

소비자이론의 관점에서는 사회복지서비스의 가장 높은 정책 수립으로부터 프로그램의 기획, 실행, 평가에 이르기까지 대상자들의 참여를 보장할 뿐 아니라 사회복지서비스의 제공에 대하여 대상자들이 선택 또는 거절할 권리까지 보장해 주는 것

경청 해주셔서 감사합니다

권오용변호사, MSW
한국정신장애연대 사무총장
KAMI(Korean Alliance on Mental Illness)

당사자가 써야 할 정신장애인 인권의 역사

박 옥 순 (장애와인권발바닥행동 상임활동가)

당사자가 일구는 인권의 역사

나는 수많은 사람들과 지난 2001년부터 시작된 장애인차별금지법 제정 운동에 참여했습니다. 수많은 장애인의 점거농성과 단식, 식발 등으로 벌금 5천만 원을 맞으면서까지 진행했던 장애인차별금지법 제정 운동의 동력이 뭐였을까 생각해 보면 다름 아닌 ‘인권’입니다. 장애인차별금지법이 제정된다고 해서 돈이 나오는 것도 아니고, 정책이 하루아침에 바뀌는 것도 아닙니다. 그럼에도 수많은 장애인 동지들은 전국적이고도 시민 인권 운동계와의 깊은 연대로 7년여의 세월 동안 법안을 만들고, 입법화하기까지 정부와 국회 그리고 경제계와 국민을 상대로 때로는 설득과 때로는 끊임없는 투쟁으로 7년여 만에 장애인차별금지법을 일궈냈습니다. 장애를 이유로 한 더 이상의 차별을 받지 않겠다는 장애인의 권리선언이었으며, 이로써 다른 사람들과 동등한 권리를 법률로서 보장받겠다는 인권보장을 향한 품천노숙의 투쟁이었습니다. 사람이라면 누구라도 인권을 가지고 있으며, 누구에게도 빼앗겨서도 안되지만 양도해서도 안되는 권리이기에, 여타의 인권 항목의 확장을 통해 보듯이, 장애인 역시 투쟁을 통해 그 권리를 쟁취한 것입니다. 장애인차별금지법을 통한 인권 보장의 역사의 시작을 일군 것입니다. 장애인차별금지법이 제정되기를 갈망하는 수많은 사람들과 법률가와 인권 활동가들이 함께 했고, 그 중심에는 당사자, 장애인이 있었습니다. 저항적인 인권의 역사에서 보듯이 당사자, 장애인 스스로 자신의 인권을 보장받기 위해 오직 단 하나의 자신의 무기인 자신의 몸을 던졌기에 그 힘으로 장애인차별금지법이 제정되었다고 확신합니다.

미미하나 효력이 발생하는 장애인차별금지법

장애인차별금지법은 우리 사회 곳곳에서 조금씩 변화의 소용돌이를 만들어 가고 있습니다. 이 중 가장 눈에 띄게 제기되는 문제는 시청각장애인 등 감각장애인의 정당한 편의에 관한 사

안입니다. 동정이나 시혜가 아닌, 당연한 권리로서 정당한 편의가 문제제기 되고 대안이 제시되고 있으며, 이는 실제적으로 활용되어 가고 있습니다. 얼마 전 국가인권위원회가 시각장애인이 버스정류장에서 운행정보를 확인할 수 있도록 시정권고를 내린 것도 이런 흐름의 연장선입니다. 이 외에도 사례는 다양합니다.

- 동대구역사 인터넷방에 설치된 높은 책상과 고정형 의자가 없어지고, 장애인이 이용할 수 있도록 바뀌었습니다.
- 혜화동 마로니에 공원 TTL 광장 무대에 오르는 경사로가 설치되었습니다.
- 점자시험지가 아닌 음성시험지로 교육공무원 시험을 보고 현재 교사로 재직 중인 시각장애인이 있습니다.
- 청각장애를 이유로 한 보험 거부가 차별임을 인권위가 시정권고했습니다.
- 발달장애를 이유로 전학강요와 인권침해, 차별을 한 학교가 이를 철회하고, 교사와 학생 전원이 인권교육을 받았습니다.

지체장애인 등에 집중적이던 정치 사회문화적 관심이 다른 영역의 장애인 인권으로 확산되어 가고 있는 것입니다. 또 하나는 발달장애인과 정신장애인 인권에 관한 구체적인 의제들이 속속 나타나고 있습니다. 발달장애영역은 탄탄한 부모조직에 힘입어 의사소통 도구 개발 등 정당한 편의를 발굴하고 개발하는 활동들이 줄을 잇고 있습니다. 너무나도 미미하지만 그 움직임 자체가 발달장애인의 동등한 권리 확보를 향한 장애인차별금지법 효력을 발생시킬 수 있는 소중한 물줄기가 되고 있습니다. 또한 발달장애인 의사소통 문제를 비롯하여 발달장애인 인권과 관련한 수많은 의제들을 만들어내기 위해 전국적으로 발달장애인의 작은 조직들이 생성되고, 몸으로, 그림으로 대화를 하고 있습니다.

정신장애인 인권에 관한 오늘 논의는 이런 면에서 대단히 의미 있고, 이런 자리에 제가 있다는 사실 그 자체만으로도 영광입니다. 인권활동가 입장에서 오늘 논의에 참여하게 되어 부담 백배이나, 이 자리는 정신장애인이 자전거 순례를 통한 정신장애인 인권 알리기 중의 하나이기 에 인권활동가의 처지에서 그 주체적 힘이 제게 에너지가 되고 있습니다.

장애인차별금지법이 시행된 이후, ‘차별금지’ 또는 ‘인권’이라는 주제로 정신장애인과 만남을 여러 차례 가졌습니다. 정신장애인, 가족, 종사자, 그리고 정신장애인 관련 단체 또는 병원 대표와의 만남도 가졌습니다. ‘정신장애인 인권’이라는 의제로 인권, 인권감수성, 정신장애인 차별 등의 주제로 수다모임의 형태였습니다. 정신장애인, 가족 등 각 부문별의 만남에서 미묘한

차이가 있지만, 모두가 정신장애인의 차별이 하루빨리 사라지고, 우리 사회의 모든 사람과 같이 동등한 권리와 평등한 삶을 살았으면 하는 바람을 가득 가진 분들과의 만남이었습니다. 이러한 만남에서 때로는 분노에 치떨고, 애처로워하고, 서글퍼했으며, 정신장애인의 권리 확보를 위한 불꽃 튀는 투쟁의 눈빛을 교감하기도 했습니다. 이 중 기억에 남는 만남 하나를 소개하겠습니다.

정신장애인과 ‘인권’의 제로의 만남

정신장애인 관련 어느 우수한 기관이 연중으로 [정신장애인의 자기옹호 프로그램]을 ‘정신장애인’과 함께 만들고 있는 중에 ‘장애인차별금지법과 정신장애인차별’이라는 의제로 제게 정신장애인과 만남을 주선한 것입니다. 처음에는 무조건 사양을 했습니다. 정신장애인과 ‘의미 있는’ 만남을 가져본 적이 없기에 많이 망설였습니다. 그러나 ‘인권-人權’이 사람이라면 누구나 동등하게 누릴 수 있는 권리라는 점에 무릎을 탁치고, 만나기로 했습니다. 인권은 모든 사람들이 함께 얘기할 수 있는 의제이기 때문입니다. 20-30명의 정신장애를 가진 분들과 2-3시간여의 짧은 만남 속에서 기본적으로 보편적인 인권에 대해서, 그리고 정신장애인이라는 이유로 받았던 차별에 관한 얘기들을 가감 없이 나누었습니다.

사실 장애인과 장애인차별금지법에 대한 얘기를 나누다 보면, 가히 부흥회가 됩니다. 자신이 당했던 수많은 억울함과 분함, 애통하고 원통했던 얘기들이 ‘차별’이라는 이름으로 법률에 들어 있다는 사실에 무척 흥미를 가지게 되고, 무엇보다도 ‘스스로 차별을 말할 수 있는 힘을 가지게 되었다’고 말합니다.

이번 정신장애인과 만남 속에서 우린 누가 먼저랄 것도 없이 서로가 차별을 얘기하고, 이를 해소할 수 있는 방안에 대해 깊은 관심을 가졌습니다. 제겐 더없이 행복한 만남이었습니다. 있는 힘껏 운동을 한 후에 땀이 전신을 뒤덮었을 때의 그 시원함을 느꼈습니다. 이 분들과 다시 만날 수 있다면 좀 더 심화된 내용으로 '인권'얘기를 하고 싶었습니다. 사람이 행복을 느낄 때는 기본적인 권리가 보장되었을 때임을 함께 확인하고 싶었습니다. 그리고 보편적이면서도 상호의존성, 상호불가분성, 법률을 뛰어넘을 권리와 인권의 역사성과 저항성에 대해서도 얘기하고 싶었습니다. 차별에 대응하는 방법들도 얘기하고 싶었습니다. 내가 행복하기 위해 타인의 행복도 깊게 드러다 봐야 함을 말하고 싶었습니다. 1차 만남에서 살짝 살짝 건드려진 얘기들을 좀 더 깊게 얘기하고 싶었습니다. 제가 얘기하는 것이 아니라, 인권의 주체인 당사자가 자신의 인권에 대해 직접 말하며 토론할 수 있는 기회를 가지고 싶었습니다. 인권은 지식도 필요하지만 스스로 그 감수성을 갖는 것이 가장 중요한 점임을 스승으로부터 배웠고, 실제로 그 경험을 조금이나마 가지고 있습니다. “사람이면 모두가 인권을 알고 있다. 단지 기억하지 못할 뿐이

다.” 라고 말하는 유명한 인권활동가의 말에서도 그 단초를 찾았기에 인권교육에서 교육 참여자가 직접 말하고 토론하는 것을 대단히 중요하게 여기고 있습니다.

애초 3-4회 정도 정신장애인과 만남의 기회가 있다는 얘기에 이 프로젝트에 참여했습니다만, 한번으로 마무리를 지어야 했습니다. 교육을 의뢰한 기관이 제게 더 이상 정신장애인과 만남의 기회를 줄 수 없다는 통보를 해 온 것입니다. 집요하게 그 이유를 물었으나, 별다른 답을 듣지 못했습니다. 내가 너무 강하게 얘기했나? 내 화법에 문제가 있었나? 함께 얘기를 나누는 정신장애인의 평가가 별로였나? 별별 상상을 다 했으나, 정확한 지점을 알 수 없는 저로서는 허무하기 짝이 없었습니다. 정신장애인의 자기권리 옹호에 관한 프로그램의 일환이었기에 이에 주목하여 정신장애인과 만남을 가지려고 애썼으나, 경험이 거의 없는 제가 뭔가 크게 실수하지 않았을까 하는 마음을 가지고 있습니다. 그러나 이후 이와 유사한 정신장애인과 만남은 순조롭게 진행되었기에 여전히 고개를 갸웃하고 있습니다. 도대체 그 이유가 무엇이었을까요?

꼭 이겨야겠습니다.

경기도 화성에서 발생한 지역주민의 정신장애인 주거 이전 및 강제입원 요구 사건에 대해서 잘 알고 계실 것입니다. 이에 경찰과 검찰은 지역주민의 당연한 요구라며 사건자체를 무마시키려했습니다. 장애인단체와 인권단체들이 나서서 1천 5백여명이 넘는 사람들의 탄원서를 검찰에 냈으나, 무위로 돌아갔습니다. 이에 법원에 하소연하니, 법원은 경찰과 검찰이 이 사건을 수사할 것을 명령하기에 이르렀습니다. 이 와중에 지역 주민의 요구에 별수 없이 강제 입원을 해야 했고, 집에 돌아와 다른 병원을 찾던 중, 다시 또 주민들이 베란다 창틀을 뜯으며 농성을 하면서, 주거 이전 및 강제 입원 요구를 했습니다. 지금 법원에서 재판이 이루어지고 있습니다. 최종 판결을 앞둔 당사자의 누이로부터 최근에 온 편지입니다.

저희 가족은 저희 동생이 사회일원으로써

그리고 본인의 삶을 위해서

살아갈 수 있게끔 도와주고 싶습니다.

동생이 할 수 있는 것들을 찾아주고자 함께 많은 고민하고

이것저것 할 수 있게끔 도와주려고 대화도 많이 해서

태권도를 다니고 싶다 하여

동네 태권도장을 다니기 시작하였습니다.

헌데. 며칠 전 태권도 관장에게서 전화가 와서

회원들이 대광사건을 말하며 부모들의 항의 때문에 어떻게 했으면 좋겠냐하며
전화가 왔습니다.

저희가 소송한 그 사건으로부터 벌써 2년이 넘었습니다.

시간이 지나면 잊혀지겠지.

그렇게 저희도 버티었는지 모릅니다.

허나 아직도 그들의 잘못으로 더 크게 만들어진 낙인은 지역사회로부터 고립시키고

진정 저희가족을 아무도 모르는 곳으로 숨게 만들고 있습니다.

정상인이 아니라고 그를 품겠다는 가족까지 업신여김 받고 있는 현실이 너무나 무섭습니다.

자신들의 잘못은커녕 오히려 저희를 더 벼랑 끝으로 몰아가는 피고인들입니다.

저희는 이 싸움을 이겨야하겠습니다.

절대 지고 싶지 않습니다.

본인들이 잘못을 그들의 입을 통해 그리고 세상에 대해 말하게 하고 싶습니다.

새롭게 구성되어야 할 정신장애인 인권의 역사

수면 위로 떠오른 정신장애인 인권의 의제는 강제 입·퇴원 문제가 거의 일순위입니다. 또 하나는 이 문제와 관련하여 자기결정권 문제를 보고 있습니다. 그리고 정신보건 시설에서 벌어지는 욕설, 구타, 감금, 사생활 침해 등이 얘기되고 있습니다. 이마저도 다행스럽게도 국가기관이 국가인권위원회가 수년 동안 여러 전문가들과 토론하고 연구하여 만든 사회적 의제입니다. 우리는 정신장애인 인권과 관련하여 이 외의 인권의제들을 확장시킬 힘이 없을까요? 그리고 그 주체는 누가 되어야 할까요?

장애인차별금지법은 아시다시피 장애인에 의해 만들어졌습니다. 1주일에 1-2회, 30-40여명의 장애인들이 만나 실제로 나타나는 차별에 대해 얘기하고, 이를 곁에서 법률전문가들이 조문화했습니다. 처음에는 차별이라는 용어조차 사용하지 않았습니다. 용어가 낯설게만 느껴졌기 때문입니다. 그저 억울하고 분하고 괴로웠던 경험을 얘기하자고 했습니다. 과거의 힘겨운 경험을 얘기하며 서로 부둥켜안고 울기도 하고, 분노에 치떨기도 했습니다. 그 자리에는 장애인이 장애인차별금지법이 필요하다는데 한 목소리로 참여했습니다. 발달장애인은 당사자 참여는 없었지만 부모가 나서서 함께 했습니다. 그러나 돌이켜보면 정신장애인은 단 한명도 참여하지 않았습니다. 법률을 만들어가는 당시 그 문제인식을 한 사람들도 있었지만, 제대로 추진하기가 쉽지 않았던 것으로 알려져 있습니다. 결과적으로 장애인차별금지법이 정신장애인의 차별 문제를 폭넓게 가지지 못한 한계를 드러내고 있습니다. 그나마 장애인차별금지법은 정신장애인 인권 보장을 향한 그 단초를 미미하게 제시하는 수준입니다.

정신장애인 인권과 관련하여 벌써 그 운동은 시작되었습니다. 어떻게 만들어갈 지를 깊고 그윽하게 생각하고, 가슴으로부터 내 품고, 머리를 모아야 합니다. 정신장애인 영역의 차별을 제대로 규정하여 장애인차별금지법 개정을 이뤄내야 할 것입니다.

당연하게 그 중심에는 정신장애인이 있어야 할 것입니다. 정신장애인 스스로 자신의 권리를 향한 주체적인 움직임이 절실합니다. 정신장애인이 자신이 겪는 답답함, 억울함, 분노, 그리고 힘겨움을 얘기하고, 이를 해소할 수 있는 방안 역시 정신장애인이 제시해야 할 것입니다. 이마저도 정책결정자나 정책집행자의 간섭 또는 예산 문제를 들먹이며 잘려나갈 가능성이 농후합니다. 그럼에도 당사자를 통해 나온 여러 '혜안들의 중심'이 남게 됩니다. 장애인차별금지법의 제정의 역사에서도 보았습니다.

이 자리에 계신 모든 분들은 정신장애인의 '차별금지' '인권 침해' 또는 정신장애인의 '인권'에 관심 있는 분들일 것입니다. 그런 자리이기 때문에 다소 무리가 있을지 모르나, 강하게 얘기하고 싶었습니다. 정신장애인의 인권을 정신장애인이 얘기할 수 있도록, 이 자리에 계신 모든 분들이 협조자, 지지자, 그리고 동지가 되었으면 좋겠습니다. 그럼으로써 정신장애인의 인권 역사가 새롭게 구성되고 진행되기를 바랍니다.

이에 동의하신다면 무엇부터 시작하면 좋을까요?

정신장애인과 인권

김 범 조 (국가인권위원회 장애차별조사과)

1. 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련

1. 자의입원 원칙의 정신보건법 명문화

- 정신보건법상(법 제2조 제5항) 자발적 입원 권장, 자의입원을 9.7%, 비자의입원을 90.3% 정도, 입원은 쉽고 퇴원은 어려움. 비자의입원의 관행화 등

⇒ 자의입원의 원칙화를 위해 정신보건법을 개정

- “항상 자발적 입원을 우선시 고려하여야 한다.”로 개정
- “정신보건시설의 설치·운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다.”는 별도 항 신설

2. 입원과정에서의 적정절차 마련

가. 입원적정절차 강화

(1) 정신의료기관 입원 시 진단입원과 치료입원의 구분

- 입원요건이 엄격한 시장군수구청장에 의한 입원의 경우 2주간의 진단기간을 두어 입원심사 여부를 판단, 보호의무자에 의한 입원은 입원 후 6개월 이후 계속입원심사로 장기 및 과도한 인신구속 및 인권침해에 해당될 우려

(영국과 일본은 최초입원 심사 후 28일 이내에 다시 심사를 받도록 규정)

- 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 시장군수구청장에 의한 입원과 같이 “진단을 위한 입원”과 ‘치료를 위한 입원’으로 나누어 규정하도록 관련 조항을 개정

(2) 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건 강화

- 보호의무자에 의한 입원은 “환자가 입원 등 치료 또는 요양을 만한 정도의 정신질환에 걸려있는 경우”와 “자신이나 타인의 안전을 위하여 필요한 경우”로 규정
 - ⇒ 기준모호 및 정신과전문의에게 과도한 재량부여로 남용우려
 - ⇒ 시장군수구청장에 의한 입원의 경우 “자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 경우” 규정에 비해 해석 범위가 광범위하고 구체적 지침 없음.

- 보호의무자 입원 규정을 “치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려가 큰 경우”로 개정
- 또한 ‘자신 또는 타인을 해할 위험’으로 개정

(3) 정신요양시설 입소절차 강화

- 정신요양시설은 의료와 재활기능을 가진 중간시설로 실제로는 기본적인 의료서비스와 의식주를 제공하는 장기거주지, 마지막 기착지, 주거시설 기능
 - ※ 요양시설 입소환자 실태조사 결과 : 임상적 입원부적절이 53~ 59%
- 현행 정신보건법은 정신의료기관 입원과 요양시설 입소를 동일한 절차로 규정하고 있어 치료가 필요한 환자조차도 시설로 입소하는 현상이 발생

- 정신요양시설의 입소 및 계속입원 심사와 관련한 별도의 규정 마련
 - ⇒ 정신보건심판위원회에서 대상 환자들의 치료 필요성 여부 및 상태를 판단하여 요양시설의 입소를 심사

나. 계속입원적정성 평가 강화

(1) 계속입원심사기준 개정

- 계속입원 역시 보호의무자에 의한 입원요건보다 강화된, 정신의학적 상태 이외에도 기능장애 상태와 지지체계 여부를 판단, 장기입원 조장 우려, 사회적응력 저하 초래

- 국가 및 지방자치단체의 책임 강화와 재정지원, 보건소와 정신보건센터 등을 통한 지역사회 주거시설 및 사회복지시설로의 연계 강화
- 계속입원심사청구서에 기재된 3가지 항목 중 “정신의학적 상태”를 제외한 나머지 “기능장애 상태와 지지체계 여부” 항목은 삭제 개정

(2) 계속입원심사기간 단축

- 현행 정신보건법은 보호의무자 입원의 경우 6개월을 기준으로 계속입원여부를 평가, 시장·군·수구청장 입원인 경우 3개월을 기준으로 입원적정성 여부를 평가하고 있어 본질적으로 동일한 입원에 대하여 다른 기준을 적용

- 계속입원심사기간을 현행 6개월에서 “3개월”로 단축 개정

(3) 정신보건심판위원회의 역할 강화

- 정신보건심판위원회는 처우개선에 대한 심사와 퇴원 및 계속입원여부에 대한 심사를 수행하는 기구로 누구의 이해관계에도 치우치지 않는 중립적인 판단 의무
 - ※ 심판위 계속입원의 비율이 95%이상, 계속입원치료 40,184건 중 퇴원결정은 4.8%, 월 평균 1회 개최, 1회 3시간동안 800-900건의 서류 중심의 형식심사 등 실효성 문제 발생
 - 또한 위원 구성은 15개 시·도 지역 중 6개 지역을 제외한 나머지 지역은 의사의 비율이 과반수 혹은 그 이상으로 특정 직종이 편중

- ‘인권단체 활동가 혹은 시민참여단 등 공익단체에서 추천한 자’ 1인을 정신보건심판위원회에 포함되도록 규정
- 2회 이상 연속해서 서류심사만으로 대체할 수 없도록 규정(1회는 대면심사)
- 현재 월 1회 심판위원회를 월평균 심사건수를 기준으로 50건 이상인 경우 2주 1회 이상 개최하도록 의무화

다. 인신보호법에 대한 개정 및 고지 의무화

- 2007년 6월 시행된 인신보호법은 구제청구권자의 범위(외부와의 단절), 재판소요 비용의 본인부담 및 구제청구권 미고지 등이 문제

- “정신의료기관 등의 장은 입원 및 입소 시 인신보호법의 내용 및 법원의 구제청구에 대한 권리를 고지하여야 한다.”로 정신보건법 및 인신보호법에 명문으로 개정 및 규정
- 인신보호법 제14조 단서에 “구제청구자 또는 수용자가 지급할 능력이 없을 때에는 국가가 이를 부담할 수 있다”라는 규정을 신설

3. 퇴원과정에서의 적정절차 마련

가. 시장군수구청장이 보호의무자인 입원 시 퇴원 후 보호체계 의무화

- 정신보건법 제24조가 입·퇴원 절차와 자격만을 명시하고 있을 뿐, 퇴원 후 보호 의무에 대해 규정하고 있지 않고 있음

- “시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우, ‘시장·군수·구청장은 정신보건심판위원회의 의견을 들어 퇴원 후 거주할 주거시설 및 제공되어야 할 정신보건서비스의 유형 및 방법과 이를 제공할 기관 또는 단체를 명시한 퇴원계획을 세워야 한다.’라는 별도의 규정을 신설

나. 지역사회 연계절차 강화

- 현행 정신보건법은 퇴원 환자에 대한 지역사회 연계절차를 마련하고는 있으나,

⇒ 사회지지체계 부족으로 계속입원율이 증가하고 있고, 퇴원 후 사후관리가 미흡한 것으로 나타나고 있어 지역사회 연계절차가 부족

⇒ 보건소나 정신보건센터 역시 정신장애인을 유인할 만한 제도적 장치가 미흡

- 정신보건법 제26조의3(퇴원등 사실의 통지)에 제2항을 신설하여 “환자 또는 보호의무자에게 퇴원 후 지역사회에서 정신보건서비스를 받을 수 있음을 설명하고, 동의한 환자에 대해서는 정신과전문의와 정신보건센터 정신보건전문요원이 함께 퇴원계획을 수립”할 수 있도록 명문화
- 정신병원과 정신보건센터 등과의 연계에 대한 평가를 하여 이를 수가에 반영하거나 인센티브를 지급

- 정신보건법 제37조의2(외래치료명령) 제3항을 “외래치료명령을 받은 환자가 정신보건센터에 연계될 수 있도록 적극적으로 노력하여야 한다.”를 추가 개정
- 더불어 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치의 해제)와 제37조(임시퇴원 등)도 위와 상응하는 수준으로 개정하여 지역사회 연계를 강화할 필요

4. 공적 개입 서비스 체제 구축

가. 공공이송체제 확립

○ 사설응급구조단(129)에 의하여 병원이나 시설로 이송되는 과정에서 정신장애인의 의견은 거의 무시되는 등 인권침해 진정과 사례가 증가

- 보호의무자에 의한 입원의 경우, 형식적 요건을 갖춘 경우 입원되는 것이 현실이어서 이송은 곧 입원이라는 등가가 성립

⇒ 국가 및 지방자치단체가 이에 대한 공적 의무를 강화하는 방향으로 법을 개정

- 사설응급구조단에 의한 정신의료기관으로의 이송을 금지하고, 경찰과 소방공무원 등 공공이송체계를 통해서만 이송될 수 있도록 관련법을 개정

나. 공공위기 개입서비스 구축

- 현재 경찰공무원은 관할지역 이탈에 대한 책임, 정신질환자 강제입원에 대한 부담 과 정신보건법 등의 임의조항으로 인해 협조를 적극적으로 이끌어내기 어려움

- 보건복지가족부 콜센터, 국공립정신병원과 정신보건센터의 24시간 전화상담 서비스를 개설하고 이를 경찰과 구급대에 연계
- 정신보건법상 경찰과 소방공무원의 협조를 의무화

II. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

1. 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련

가. 치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시

- 정신장애인의 경우 환자가 이해할 수 있는 방법으로 치료과정에 대한 정보를 제공하고, 이러한 정보에 기초하여 스스로 서비스를 선택할 수 있는 기회를 보장
- 입퇴원 관련 정보, 약물 치료 전 약물복용에 관한 설명, 강박격리설명, 등 많은 환자들이 치료과정에 있어 관련 정보를 제공받지 못하고 있음
- 정신보건법에서 권리사항을 환자에게 알려야 한다고 규정하고 있으나 구체적 조항이나 처벌 규정이 없어 실효성에 의문

- 정신보건법 제6조의 “권리와 권리의 행사에 관한 사항을 문서로 제공“하도록 개정
- 권리규정을 위반 시 “벌칙규정”을 별도로 마련
- 정신보건법 제5장에 “정보제공”에 관한 조항을 신설

나. 개인정보 보호에 관한 기준 강화

- 환자의 신분치료법진단 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 존중

- 본인의 이해와 진의와는 상관없이 대리권이 부여되었다는 동의서에 의하여 기록열람이 가능하도록 되어 있어 이에 대한 남용가능성이 높음

- 생명을 위협하는 위기상황, 공공의 안전, 심각한 병적 상태에 대한 예방 등 공공의 이익이나 환자 본인의 이익을 위한 경우로 개인정보의 이용범위를 제한토록 규정
 ⇒ 정보공개가 이루어진 경우, 본인이나 보호자에게 반드시 정보공개의 법적 근거, 공개된 정보의 내용 및 목적 등을 공지토록 할 필요

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

- 정신보건법은 제45조는 통신 및 면회의 자유에 대해 의료를 위하여 필요한 경우 최소한의 범위 내에서 제한할 수 있다고 규정하고 있으나, 구체적 규정이 없어 오남용 소지(목적의 정당성, 방법의 적절성, 피해의 최소성, 법익의 균형성이 요구됨)
- 서신 및 소포에 대한 사전검열은 금지되어야 하고, 소포 및 물품의 개봉과 관련하여서도 필요한 경우 제한적으로 행사, 일률적인 제한은 금지되어야 함

- 통신의 자유, 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 내용 및 절차를 구체적으로 적시하는 별도의 규정 마련 및 벌칙규정을 제정

라. 격리강박 기준 강화

- 격리 및 강박의 적용기준과 관련하여 정신보건법은 격리, 강박을 최후의 수단으로 최소한으로 행하여져야한다고 규정하고 있으나,
 - 지침은 병실환경을 훼손할 우려가 있는 경우나 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우에도 시행할 수 있다고 하여 모법의 적용기준보다 광범위한 범위를 규정,
 - 시행주체와 관련하여서도 모법은 정신과 전문의의 지시로 격리, 강박을 행할 수 있다고 규정하고 있으나 지침은 당직의사의 지시에 의해서도 할 수 있다고 하고 있어 정신보건법의 적용원칙 및 기준을 훼손하고 있다고 볼 수 있음

- 격리 및 강박에 관한 사항을 지침이 아닌 시행령에 규정, 위반 시 벌칙규정 신설
- ⇒ 신설된 시행령에 격리·강박의 구체적 적용범위, 즉시설명 의무, 해제여부에 대한 검토 및 환자의 상태확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등을 포함하여 구체적으로 규정

2. 치료환경 및 질 개선

가. 정신의료기관 인력 기준 강화

- 보건복지부장관이 고시한 정신보건시설 인력 기준은 현실에 비해 부족
 - ※ ‘정신의료기관’의 경우 입원환자 60인당 정신과전문의 1인, 입원환자 13인당 간호사 1인, 입원환자 100인당 전문요원 1인 등의 의료 인력을 규정

- 또한 현재의 의료인력 기준을 충족하는 수준을 넘어 선진국 기준으로까지 강화할 필요가 있으며, 필요시 정신보건시설 예산에 관한 기초조사를 바탕으로 수가를 현실화시키는 방안 마련 필요 및 인력기준에 대한 관리 강화

나. 의료급여 수가의 실질화

- 현재 정신과 및 혈액투석을 제외하고 모든 질환에 대하여 의료급여와 건강보험수가가 일치함, 그러나 정신과 진료와 혈액투석에 한하여 의료급여수가가 건강보험수가에 비하여 낮게 책정.
 - ※ 혈액투석의 경우 건강보험 대비 90~95%에 해당되어 그 격차가 거의 없는 반면 정신과의 진료의 경우 의료급여수가는 60%~75%로 진료의 질과 양에 차이를 야기할 수 있는 수준임
- ⇒ 치료효과가 높은 비정형약제 대신 약가가 낮은 정형약제를 주로 사용
- ⇒ 정액수가의 실질화로 인하여 발생할 수 있는 초과적 사회적 비용은 병상 수 증가 억제, 의료수가의 차등지급 및 조정 등으로 국가가 해결할 문제

- 의료급여환자에 대한 진료의 질을 향상하고 재활요법 및 작업치료 등 사회복지서비스를 촉진시킬 수 있도록 진료내용을 다양화하기 위해서는 건강보험수와 동일한 수준으로 현실화하는 것이 필요

다. 차등수가제 평가항목 개선

- 2008년 보건복지가족부 고시로 2008년 10월 이후 현재 정액수가제 및 입원기간에 따른 차등진료수가제와 더불어 의료인력 수준별 수가차등제를 도입 시행
 - ※ 실태조사 결과, 정신의료기관에 입원한 1,813명의 환자 중 32%는 임상증상에 따라 입원이 불필요, OECD의 다른 국가와 비교 시 평균재원일수가 작게는 6배에서 10배정도 우리나라가 더 높고, 지속적인 병상 수 증가
- 현행 차등수가제는 의료인력 수에 따라 G1부터 G5까지 기관의 등급을 지정하고, 입원일수가 6개월을 넘어가면 수가가 3.5%씩 차감하는 의료인력 중심의 평가제도로 그 효과가 미미

- 현재의 차등수가제의 평가항목을 의료의 질 향상, 사회복귀 촉진 및 부적절한 장기입원을 줄일 수 있도록 개선
 - ⇒ 첫째, 평가항목에 의료이력, 시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율을 포함하여 병원의 등급을 정하고,
 - ⇒ 둘째, 환자의 재원일수와 관련하여서는 6개월의 3.5%를 적정입원일수 이후 크게 차감하도록 조정하며,
 - ⇒ 셋째, 재원일수에 따른 차등지급으로 인하여 발생할 수 있는 의료기관간 횡수용화를 막기 위해서 1개월 내의 재입원은 계속입원기간으로 간주하여 차등수가제도의 실효성을 높여야 함

라. 정신요양시설 기능 정립 및 환경 개선

(1) 정신요양시설의 기능 정립

- 정신보건법은 정신요양시설을 의료와 재활의 기능을 가진 중간시설임
 - ※ 인권위 조사결과, 입소가 불필요하다고 판정된 환자는 59.8%로 나타남
- 이는 정신요양시설이 실질적으로 장기거주지로서의 기능을 담당하고 하고 있는 것으로 정신요양시설의 현실적 기능을 고려하여 지역사회 생활시설과 재활시설로 그 기능을 재정립하여야 할 필요

- 정신요양시설도 그 기능과 역할에 따라 단계적으로 지역사회 생활시설과 재활시설로 전환하도록 하고, 재원자가 치료가 필요한 경우 외래진료를 통해 치료를 받을 수 있도록 개선할 필요

(2) 정신요양시설의 환경 개선

- 정신요양시설은 입소자의 일상생활이 이루어지는 공간이므로 최대한 자율성을 보장받을 수 있도록 설계되어야 함
 - ⇒ 자타해의 위험이 높은 일부 입소자를 제외하고는 거주이동이 자유로울 수 있어야 하나, 대규모 요양시설의 경우 입소자를 치료보다는 통제나 관리의 대상으로 규정하기 쉬운데 이는 시설 및 인력 지원 기준이 미비한데 기인
- 현행 「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 입소자 40명당 간호사 1인, 입소자 25명당 생활지도사 1인 등 최소한의 인력으로 시설을 운영하고 있어 입소자의 특성에 따른 별도의 프로그램을 운영할 유인책을 가지고 있지 못함

- 주거시설로 요양시설의 기능을 재정립
 - ⇒ 인력 및 예산의 지원 강화와 현재 정원에 따른 보조금지원방식과 함께 별도의 프로그램별 운영비를 지원

마. 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영

- 불필요한 장기입원을 최소화, 중증 정신질환자들의 사회복귀를 돕기 위해 만성화 단계 및 치료저항성 환자 등 환자 상태에 따른 치료 프로그램의 개발, 치료를 위한 적절한 인력 및 업무 기준 등이 마련을 위해 전문기관 설립운영이 필요

- 현재 각 권역별로 설치되어 있는 5개의 국립정신병원의 기능 중 정신질환자에 대한 진료 외에 만성 및 치료저항성이 높은 난치성환자에 대한 치료 및 연구업무를 추가하고 그 중 한 곳을 전문기관으로 지정하는 방안 마련
 - ⇒ 국립정신병원의 경우, 타 의료기관에 비해 이윤창출의 부담이 적고 공공성이 강해 위의 역할에 가장 적합

3. 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

- 2008년 퇴원명령을 받은 환자 121명을 조사한 결과, 퇴원 후 재입원한 환자의 비율이 전체 대상자의 49.1%를 차지, 그 중 퇴원한 지 하루 만에 재입원한 환자 비율이 55.9%, 일주일 이내 재입원한 환자 비율이 60.9%(횡수용화 가능성)
- 환자에 대한 퇴원 후 모니터링 부재

- 지도·감독에 있어 관계기관과의 연계 강화를 명문으로 규정
⇒ 적정성 평가(심평원)를 정기적으로 실시하여 입·퇴원 상황을 점검하도록 하고, 부당한 입·퇴원 반복 및 횡수용화가 의심되는 사례에 대해서는 보건복지가족부 및 관할 보건소에 관련 사실을 통지하는 등 부당한 입원을 방지토록 모니터링

4. 미인가시설에 대한 조사 및 정비

- 미신고시설은 보건복지가족부가 2002년부터 추진한 미신고시설 양성화정책과 행정처분 강화로 인하여 대부분 신고시설로 전환되고 있는 추세
- 그러나 각종 인권침해 및 사망, 폭행사건 발생 등 사회문제화

- 적법 절차를 위반하여 정신장애인을 감금하는 시설에 대해서는 관리감독을 더욱 철저히 할 필요

III. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

1. 정신보건센터의 기능 강화

가. 정신보건센터의 기능 재정립

- 정신의료기관에서 퇴원한 환자가 재입원 상황을 반복하지 않고 지역사회에 안정적인 정착을 위해 퇴원명령 이후 공신력 있는 기관으로부터 이용 가능한 지역사회 시설의 정보를 제공받고 적절한 사회복귀 시설에 연계될 필요

- 그러나 정신보건센터와 사회복지시설의 업무영역이 중복되어 있고 센터의 법적지위가 낮아 정신의료기관과 지역사회 사회복지시설과의 연계서비스 및 사례관리가 제대로 이루어지지 않고 있음.
- 이를 위해 센터의 법적지위를 명확히 하고 정신보건센터와 사회복지시설의 업무영역이 중복을 해소할 필요가 있음.

- 정신보건법 제3조의 2 “정신보건시설이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신보건센터 및 정신요양시설을 말한다.”로 개정하고

- 별도로 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.

- 정신보건법 제13조의 2(정신보건센터의 설치) “정신장애인의 발견·상담·진료·사회복지훈련 및 이에 관한 사례관리 등의 실시”를 “정신장애인에 대한 상담·평가, 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회 업무 지원 등”으로 개정하여 정신보건센터로 하여금 사회복지서비스 제공보다는 퇴원환자 및 지역사회 거주환자에 대한 코디네이터 역할에 집중할 수 있도록 하는 방안이 필요

나. 정신보건센터 설치 의무화

- 현재 우리나라는 인구 20만 사군구를 기준으로 1개소의 정신보건센터를 설치하도록 권고하고 있으며, 2009년 현재 전국 사군구 249개의 61.4%에 해당하는 153개의 정신보건센터가 설치
- ※ 이탈리아의 경우 인구 15만 명 당 정신보건센터 1개소 설치를 원칙화하고, 694개의 지역행정정보건당국 산하에 675개의 센터(인구 10만 명 당 1개소에 해당)

- 환자가 속한 사군구에 최소한 1개 이상의 정신보건센터를 설치하도록 의무화

다. 정신보건센터의 법인화

- 2007년 현재 국내에는 151개소의 정신보건센터가 운영(운영주체가 국가 및 지자체인 경우는

110개소, 의료법인 25개소, 학교법인 17개소, 종교법인 2개소, 사회복지법인 4개소, 기타법인 2개소)

⇒ 현행 정신보건법상 정신보건센터의 위탁규정은 위탁의 구체적인 기준과 요건보다는 가능한 기관 및 단체의 범위에 대해서만 명시하고 있어 지자체에 대부분의 재량을 위임한 상태

- 센터입지 불안정으로 연속성, 지속성 낮음. 상하적 관계 형성 등 문제

- 센터의 법인화를 통해 독립성을 확보하고, 업무를 객관화표준화공공화할 수 있는 방안이 강화될 필요

라. 정신보건센터 인력기준 강화

○ 정신보건센터는 정신의료기관이나 사회복지시설과 달리 시행규칙 내에 최소 인력기준이 명시되지 않은 상태이며, 이로 인해 센터직원 1인의 사례관리 수가 과중되고 있는 실정

※ 2007년을 기준으로 정신보건센터 전체 등록회원은 55,328명, 정신보건전문인력은 482명이었으며 이는 전문인력 1인이 114명의 회원을 관리

※ 영국의 경우 사례관리요원 1인이 평균 35~40명만의 회원을 관리

- 영국과 같은 기준으로 1인당 35~40명을 관리한다고 했을 때 우리나라에는 1,383~1,581명의 정신보건전문인력이 필요하여 현재 정신보건센터 인력의 3~4배가 충원

- 정신보건법 시행규칙 내에 정신보건센터 운영을 위해 필요한 최소인력 기준을 마련하고 그에 따른 인건비 책정이 반영될 필요

2. 정신장애인 주택 및 주거시설확충

○ 정신장애인은 가족과 함께 생활하거나 지역사회에서 독립적인 생활을 하는 방식을 가장 선호

- 가족들은 돌봄에 대한 경제적·심적 부담과 불안으로 퇴원을 원하지 않는 경우가 많아 심판위원회에서 퇴원명령을 하더라도 다시 재입원하는 상황이 반복

※ 현재 정신장애인들이 이용 가능한 지역사회 생활시설로는 '50인 이하의 입소생활 시설'과 '10명 이하의 주거제공시설'이 있으며, 2007년 현재 지역사회에서 주거시설이 필요한 정신장애인은 66,685명으로 이들을 위해서는 7,335개의 주거시설이

필요. 그러나 현재는 596명이 이용할 수 있는 50인 규모의 입소시설 21개와 546명이 이용할 수 있는 10인 규모의 주거시설 62개만이 설치

- 요양시설의 기능분화에 대한 계획, 주거시설에 대한 수요·공급 조사를 통한 예산확충 계획이 함께 고려되어야 함
- 독립주거 혹은 주택의 형태도 확보되어야 하는데 이를 위해서는 주택공사의 공공주택임대 사업을 적극 활용할 필요
- 저소득계층을 대상으로 하는 국민임대주택이나 재개발임대주택, 매입임대주택 등에도 장애인을 위한 공급물량을 확보하여 시설에서 퇴소한 정신장애인들의 자립생활을 촉진하는 방안이 필요

3. 사회복지시설과 프로그램 확대

가. 이용시설 및 프로그램 다양화

- 현재 지역사회에서 정신장애인의 사회복지 프로그램을 담당하는 시설로는 사회복지시설과 정신보건센터가 있으며, 사회복지시설의 경우 2009년 현재 196개의 시설에서 직업훈련, 사회적응훈련가족지원 등의 서비스를 제공하고 있음.
- 그러나 2006년 현재 전국 사군구 중에서 정신보건센터 주간재활 프로그램, 사회복지이용시설, 낮병원이 하나도 없는 곳이 45군데에 이르고 있다고 조사되어 정신장애인 중 일부는 서비스의 사각지대에 놓여 있음을 알 수 있음

- 퇴원 예정인 환자와 재가정신질환자를 중심으로 욕구를 파악하여 정신장애인의 기능회복과 치료를 위한 프로그램을 다양하게 개발하고, 정신보건센터를 통해 환자의 상태에 따라 적합한 시설로 연계할 필요

※ 미국의 경우, 주 정부가 각각 기준을 정하여 지역사회정신보호체계를 수립하도록 하고 있으며, 그 프로그램은 취업지원, 교육, 의료·치과, 지지, 중복장애인, 특수교육법상에 학교에 제공되는 서비스 등 우리나라에 비해 매우 다양화

나. 시설이용료 부과방식 변경 및 면제

- 우리나라는 지역사회서비스에 대한 재원조달체계가 매우 미약할 뿐만 아니라 국가와 지자체가 지원하는 예산수준도 낮은 편이어서 대부분의 사회복지시설이 부족한 시설운영비를 보충하기 위해 이용료를 징수하고 있는 실정

※ 독일의 경우 장기요양보험료에서 서비스 재원 조달

- 정신장애인과 가족의 장기적인 의료비의 부담, 퇴원 후 재발이 쉽다는 점 등을 고려하여 시설 이용료 면제 또는 경감

- 시설 이용료를 면제하거나 지역사회시설이용료 부과방식을 변경하여 정신장애인 및 가족의 시설 이용료 부담을 경감하고 지역사회서비스 이용율을 높이는 방안이 필요

다. 평가 강화 및 인센티브제 운영

- 정신보건법 제18조의3(정신보건시설의 평가)에 의하면, 보건복지부장관은 정신보건시설에 대한 평가를 3년마다 실시, 다만 사회복지사업법 제43조에 따른 사회복지시설평가로서 정신보건시설평가에 갈음할 수 있도록 하고 있음

- 평가항목 구성 시 보건복지가족부가 수립한 국가정신건강정책 10개년 계획 내의 목표치를 반영, 지자체와 사회복지시설의 달성율을 평가할 수 있도록 할 필요

⇒ 재정확보 상황, 시설 및 프로그램 확충 정도, 정신의료기관과의 연계구축 실적 등을 점검할 수 있는 평가항목이 필요

⇒ 평가 간격을 3년에서 “2년”으로 단축

⇒ 평가점수가 높은 지자체와 시설에 대해서는 운영비를 더 지원하는 등 중앙정부차원에서 인센티브를 적극적으로 제공

4. 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영

가. 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영

- 기획재정부의 2009년 전체 보건예산 5조114억 원 중 정신보건예산으로 책정된 금액은 0.6%에 해당하는 750억 원, 여기에 건강보험과 의료급여 지출을 포함하면 3% 정도가 됨

※ WHO가 권장하는 보건예산 대비 정신보건예산 수준이 5~15%, 우리나라와

GDP수준이 비슷한 OECD국가의 평균치가 6% 정도임

- 정신보건 예산의 국가적 차원에서 확대방안 마련

나. 지역 예산기준 고지 및 균형발전 예산 지원

- 지방분권화 사업의 일환으로 보건복지 예산이 지방으로 이양되면서 사회복지시설과 정신요양시설에 대한 운영비도 지방의 자립도에 큰 영향을 받게 됨
- 정신보건예산의 지방이양 과정에서 발생할 수 있는 부작용을 축소하기 위하여 중앙정부가 지방의 예산운영에 일부 개입할 필요

- 중앙정부차원에서 최소 지자체 정신보건예산 확보기준을 고시하고, 이를 이행하도록 강제할 필요

⇒ 예산 부족으로 인하여 정신보건예산을 투입하지 못한 지역에 대해서는 지역균형발전 예산을 지원함으로써 지역별 편차를 해소하는 방안이 동시에 고려

5. 가족 및 자조모임 활성화

- 정신장애인 당사자와 가족의 자조모임 활동은 제3자가 파악하기 어려운 당사자들의 권리와 요구를 스스로 표현함으로써 소비자로서의 의식수준을 높여간다는 점에서 중요
- 현재 우리나라에서 정신장애인과 가족의 이해를 대변하기 위해 결성된 조직으로는 “대한정신보건가족협회”와 “한국정신장애인협회”가 있으며, 두 단체의 주요 활동은 정기세미나와 체육대회 개최 등을 통해 정신장애인에 대한 부정적인 인식을 개선하는 정도임

- 정신보건계획 수립 과정에 정신장애인과 가족의 요구가 반영되고, 당사자와 가족을 위한 권리옹호활동을 활발하게 하기 위해서는 전문가 자문 그룹 운영, 낙인·편견 해소 운동 및 관련 취업프로그램의 운영 등을 위한 가족과 당사자 옹호조직에 대한 적극적인 지원이 필요하며, 정신보건기관 운영위원회에 당사자 및 가족의 참여를 시설운영 규칙에 포함시켜 이들의 의견이 반영되도록 하여야 한다.

IV. 정신장애인에 대한 차별과 편견해소

1. 정신장애인 관련 차별적 법령 정비

가. 정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지

- 장차법과 상충되는 법령 등이 상당 수 있으며, 이중 정신장애인과 관련하여서는 정신질환을 사유로 한 자격증 취득 제한과 고용상의 해고·해임과 같은 정신장애인의 고용 제한과 관련된 분야에 집중되어 있음.
 - ⇒ 「도로교통법」, 「식품위생법」, 「공중위생관리법」 등의 경우 정신과 전문의에 의한 진단에 따라 운전면허, 조리사, 영양사, 아미용사의 결격사유를 정하도록 하고 있고
 - ⇒ 그밖에 「수의사법」, 「축산법」, 「수상레저안전법」 등의 경우에는 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 있음

- 자격증 취득 및 고용과 관련하여 정신질환자의 개별 증상에 따른 정신과 전문의의 진단 없이 직업선택의 자유를 원천적으로 제한하는 법률을 조사분석하여 정신과 전문의가 해당 업무를 수행할 수 없다고 진단한 경우에만 직업선택의 자유를 제한할 수 있도록 개정할 필요

나. 정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적 용어의 정비

- 상법 732조(15세미만자 등에 대한 계약의 금지)는 “15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.”라고 규정하고 있어 대다수의 보험회사는 정신질환자에 대한 보험가입을 거부하고 있는 상황이며, 이때 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석
- 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, 무차별적이고 광범위한 불이익이 가해질 위험성이 존재

- 정신이상자, 정신병자, 정신미약자, 심신상실자, 심신박약자 등과 같은 추상적 용어를 사용하고 있는 관련 법령을 정비
- ⇒ 자의적 해석의 여지를 축소하고 정신과 전문의의 진단 없이 관습적이고 추상적인 판단에 따라 정신질환자의 기본권이 제한되지 않도록 할 필요

2. 보험가입차별 금지

- 대다수의 보험회사들이 상법 732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지)규정에 따라 중증 정신질환자에 대한 보험가입을 거부하고 있는 상황이며, 이때 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석하여 일반 정신과 진료자들의 보험가입까지도 거부하고 있음
- 단지 정신 질환이 있다는 이유 또는 과거의 진단력이 있다는 이유로 보험가입을 거절하는 것은 장애 또는 병력을 이유로 한 차별이므로 「헌법」 제11조 평등권을 침해할 뿐만 아니라 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 위반으로 시정권고 및 명령의 대상이 됨.

3. 인권교육 및 의무 강화

- 「정신보건법」 제6조의2 제1항에 의하면 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 인권에 관한 교육을 받도록 하고 있고, 또한 동법 시행규칙에 전문교육기관으로 지정·고시할 수 있도록 하고 있으며, 교육이수 시간은 매년 4시간 이상이 되도록 하고 있음
- 정신보건시설 등에 대한 인권교육은 헌법상의 기본권과 정신보건법 그리고 관련 국제기준에 대한 기본지식을 토대로 인권적 관점에서 정신장애인의 권리 및 정신의료기관의 의무에 대하여 교육을 하는 것으로 전문적인 지식 및 인권에 대한 뚜렷한 가치관이 필요
- ⇒ 그러나 현재 전문교육기관으로 지정된 기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이 포함되어 있을 뿐만 아니라 인권 및 기본권 그리고 정신보건법에 대한 이해가 부족한 기관도 포함되어 있어 인권교육이 적절하게 이루어지고 있는지 의문

- 인권에 대한 전문적 기관인 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정토록 개정
- 정신장애인을 이송할 책임을 갖는 “경찰과 소방공무원 중 정신장애인 관련 담당자”를 지정하여 인권교육을 이수하도록 할 필요

4. 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 높았음

- 정신장애인 인식개선을 위한 공익 캠페인의 전개 등 정부가 대중매체를 통한 인식개선 운동을 적극적으로 추진할 필요

- ※ 호주의 연방정부는 “인식개선을 위한 미디어 전략”을 통해 미디어가 책임성을 갖고 정신장애를 가진 사람에 대해 보도하도록 이끌고 있음

정신장애인과 인권, 무엇이 차별인가?

〈정신보건시설 종사자 측면〉

방 주 현 (국립공주병원 정신보건시설 인권교육 담당)

1. 서 론

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

우리나라 헌법에서는 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지고 행복을 추구할 권리가 있으며, 모든 국민은 법 앞에 평등하고 모든 국민은 부당하게 체포 구속되지 않으며, 거주 및 이전, 직업선택, 사생활 비밀, 통신비밀, 종교, 학문과 예술등의 자유를 가질 권리가 있음을 밝히고 있다.

특히 34조에서는 국민은 인간다운 생활을 할 권리가 있다고 했으며, 35조에서는 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리가 있고 이를 위해 국가는 국민들이 이 권리를 누릴 수 있도록 보호할 의무가 있다고 밝히고 있다.

인권은 인간이라면 누구나 보장받아야 하는 자연권으로서의 성격을 갖는다. 인권은 실천차원에서 나아가 현대 국가에서 그리고 오늘의 세계에서 이념으로 기능하고 있다

인권에 대한 논의는 정신보건 영역에서 중요한 의미를 갖는다. 장애인의 인권을 논의하는 과정에서 장애인복지법에 정신장애인은 2000년부터 장애인으로 포함되었고, 정신장애인의 인권은 최근에야 논의되기 시작되었다. 정신장애인은 사회적으로 비정상적이며, 경제적·사회적 이

득이 크지 않다는 편견과 선입견에 의해 차별을 받아왔다. 그래서 적절한 치료를 받아야 할 대상이 되기보다는 격리, 감금, 수용의 대상이 되어왔다. 정신보건법의 개정과 지역사회정신건강 개념의 도입으로 정신장애인의 삶의 질을 높이고 그들의 권리와 임파워먼트(Empowerment)를 위한 많은 노력이 있지만 아직은 미흡한 실정이다(이봉임, 2006).

그동안 정신장애인은 사회에서 적절히 제 역할을 해내지 못하는 존재로 인식되었고, 편견속에서만 존재하였기 때문에, 이제 정신장애인의 치료와 재활과정에서는 사회적 편견을 극복하는 것 뿐 만 아니라, 인권을 보장하는 차원까지 고려되어야 한다. 그리고 무엇보다도 인권을 다루는데 있어서, 보편적인 인권논의와 정신장애인의 인권논의는 분리될 수 없다. 또한 인권이라는 것은 정신장애인만의 문제도 아니다. 사회적 소수에 대한 일반적인 인식과 관련이 있는 것이다. 이러한 보편적인 인권의식과 함께 정신장애인이 받는 차별과 편견을 극복하는 인권논의가 함께 이루어져야 한다.

인권에는 경계가 없다. ‘부자의 인권’이 따로 있고 ‘가난한 이들의 인권’이 따로 있는 것이 아니다. 그러기에 오늘날 한국 사회에서 나타나는 이 ‘인권의 양극화’는 그 자체가 ‘반인권적’이다. 그리고 그 반인권의 중심에 바로 정신질환자들의 고통이 있다(신영전, 최영은, 2007).

인권에 대한 여러 접근들은 주로 법적, 정치적, 철학적 논의에 치중하였고, 교육적 측면에서 인권교육을 실시한다고는 하였지만 인권의식이 어떠한 발달 양상을 보이는가에 대한 심층적 이해없이 교육을 실시해왔다. 즉 인권의 이념적이고 제도적인 측면에는 많은 관심이 있었지만, 인권이 인간의 의식속에서 어떻게 발달하며 지각되는지와 같은 근본적인 문제에 대한 이해에는 소홀했던 것이 사실이다(국가인권위원회, 2002).

2. 본 론

정신장애인의 인권에 대해 언급하자면 무엇보다도 관련종사자의 인권의식이 매우 중요하다. 국가인권위원회의 실태조사보고서(2003, 2009)에서 종사자들의 인권의식을 조사한 부분 중 일부를 발췌하여 본다.

종사자들의 인권침해원인을 묻는 질문에서는 정신장애인에 대한 사회적 편견을 종사자들도 갖고 있는데 1위는 환자 개인의 성격에서 비롯된다는 것으로 인권침해를 당할만한 행동을 환자 스스로 했기 때문이라는 것이다. 그 외에 종사자의 인권의식부족, 사회적 관심부족, 인권보호

위한 제도적 장치부족, 정부지원부족, 환자장애등으로 인한 서비스부담, 직원전문성 부족, 환자간 갈등 순으로 나타났다. 종사자 스스로 인권의식부족을 침해원인으로 삼았다면 인권에 대한 관심정도와 관점에 따라 정신장애인의 인권허용 정도가 달라질 수 있다는 것을 시사한다.

정신장애인의 인권을 침해하는 주체에 대한 연구에서 정신장애인 가족, 정신보건종사자, 공권력, 정신장애인 자신, 일반인 등의 순으로 나타났다.(김이영, 1997:김철권, 1999:박미은, 2000:곽의향, 2000) 이들 중 특히 정신장애인의 인권옹호를 위해 적극적 역할을 해야 하는 종사자는 인권침해의 주체적 역할을 하는 이중적 상황에 처해 있다.

〈인권 침해의 원인에 대한 의견조사 결과(복수 응답)〉

순위	침해원인	빈도수	퍼센트
1	환자 개인 성격	157	19.6
2	인권 인식 부족	102	12.8
3	환자 장애 등으로 서비스 부담이 높음	88	11.0
4	사회적 관심부족	67	8.4
5	인권보호 위한 제도장치 부족	66	8.3
6	정부지원부족	63	7.9
7	환자간 갈등	57	7.1
8	직원업무 과도	47	5.9
9	직원자질 부족	38	4.8
10	운영자 개선의지 부족	35	4.4
11	직원 전문성 부족	34	4.3
12	직원 개인성격	27	3.4
13	시설수 부족	14	1.8
14	기타	5	0.6

정신병원이나 정신요양소에서 정신질환자의 인권과 관련하여 가장 중요한 역할을 맡고 있는 사람들은 의사라기보다는 환자들과 대면 업무가 주업무인 병동직원들이라 할 수 있다. 이들이 환자들의 모든 생활을 관리하고 있으며, 또 근무시간의 거의 대부분을 환자들과 같은 공간에서 지내고 있기 때문이다. 그래서 병원이나 요양소를 평가하는데 있어서 가장 중요한 지표중의 하나가 바로 이들 병동직원에 대한 평가라고 생각한다. 병동직원에는 간호사와 간호 조무사가 구별 없이 통용되기도 한다.

이러한 종사자들에게 인권상황을 판단하는 인지와 정서적 능력은 그 사람의 살고 있는 물리적 환경과 교육, 보건수준에 따라 달라질 수 있다. 인권옹호행위로 이어질 수 있는 실질적 인권의식을 함양할 주요 수단으로 인권교육이 매우 중요하다. 인권 관련 교육과 사회적 분위기, 정신건강을 포함한 보건수준의 정도에 따라서 인권상황에 대한 민감성에 차이가 발생 할 수 있고, 이는 인권옹호행위로까지 이어지는 인지, 정서, 행동신천능력 등에 결정적 영향을 미치기 때문이다. 따라서 정신보건종사자의 인권관련 교육과 근무하고 있는 기관, 사회분위기 그리고 정신보건에 대한 수준 등이 자기옹호능력이 떨어지는 정신장애인에 대해 인권민감적이며 옹호적인 인권태도를 결정하는 중요한 요소다.

정신장애인의 인권이 실질적으로 보호되고 개선되기 위해서는 우리 사회의 인식 변화가 필요하지만 환자를 가장 가까이에서 치료하고 돌보는 정신보건시설의 운영자와 종사자들의 인식과 태도의 변화가 선행되어야 할 것이다. 이를 위해서는 최우선적으로 인권에 대한 인식과 관심을 갖게 하는 교육이 필요한데 2008년 3월에 개정된 정신보건법에서는 정신보건시설 설치, 운영자와 종사자들을 대상으로 하는 인권교육을 의무적으로 요구하고 있다.

2008년에 한국정신사회재활협회에서 보건복지가족부의 지원을 받아 정신질환자의 인권을 도모하는 활동에 주도적 역할을 하는 정신보건지도자들을 대상으로 인권교육을 실시로 2009년부터 보건복지부는 정신보건시설 인권교육사업을 지속적으로 수행하였다.

연차별 운영자 및 종사자 교육 예시 (4시간 기준)

구 분	시 간	1차 년도	2차 년도	3차 년도
A. 인권 알기	1시간	A-1. 인권의 이해	A-2. 정신질환자의 인권보호를 위한 국내외 기준	A-3. 인권감수성 훈련
B. 인권 사례	1시간	B-1. 정신질환자의 인권현황과 주요 쟁점	B-2. 정신질환당사자와 가족의 인권침해 경험 사례 및 인권보호 사례	B-3. 정신보건시설 인권보호 실천 사례
C. 인권 실천	2시간	C-1. 정신보건법 인권보호 제도	C-1. 정신보건법 인권보호 제도 C-2. 정신보건시설내에서 실천 가능한 인권보호 방안	C-2. 정신보건시설 내에서 실천 가능한 인권보호 방안 연구
특별활동	0~2시간	인권 영화 감상, 인권우수기관 견학		

3. 결 론

① 합당한 환경에서 치료받을 권리를 충족 : 적절한 병실 규모, 치료 인력 구성

구체적으로 적절한 치료 환경에 대한 기준과 권리는 다음과 같다.

첫째, 치료자와 정신장애인 비율이 지나치게 높지 않은 환경을 조성해야 한다. 일정한 비율을 제시하기 보다는 정신보건법에서는 정신과 의사 1인이 60명 이하의 정신과 입원 환자를 치료하도록 명시하고 있다. 또한 간호사의 경우 의료법에서는 2.5인당 1인을 배치하게 되어 있는 반면 현행 정신보건법은 간호사 1인이 13명 이하의 정신과 입원 환자를 치료하도록, 정신보건 전문요원의 경우에 100명 입원 환자에 최소 1인을 두도록 되어 있다. 따라서 정신보건법에서 적절한 치료 인력 구성에 관한 규정이 상당히 느슨함을 알 수 있다. 세계보건기구에서는 가급적 환자/치료진의 비율을 10대 1 혹은 20대 1 이내로 권고하고 있다.

둘째, 치료 상황에 대한 비밀이 보장되는 구조가 되어야 한다. 정신과 입원 치료의 가장 중요한 부분이지만 가장 소홀하게 다루어지는 권리이기도 하다. 어떠한 이유로든 환자 자신의 동의 없이 치료 과정에 대한 내용이 공개될 수는 없다.

셋째, 정기적으로 치료 목적이 담긴 면담이 제공될 권리가 있다. 합당한 치료 환경이 조성된 기관에서는 적절한 치료 인력이 존재하게 됨으로써 치료적 목적의 면담이 제공될 수 있다. 현재 인권의 문제와 더불어 이 같은 치료 인력의 비율이 높지 않은 이유는 건강보험에서의 재원 지원이 불충분한 이유가 있다. 따라서 치료 인력이 많을수록 치료비용이 더 많이 소요되기 때문에 이에 대한 재정지원이 검토되어야 한다. 입원 환자에 대한 인권이 존중받기 위해서도 합당한 시설이 유지되도록 재정지원이 이루어져야 한다.

◆ 관련된 사례 1 : 치료 수용 인원 구성이 과다한 사례

A요양원은 600인이 수용되어 있다. 치료 인력으로는 생활지도사 30인이 2교대로 움직이고 정신과 전문 인력은 그 중 3인에 불과하다. 정신과 의사와의 면담은 불규칙하게 이루어지고 있으며 촉탁의 활동이 주일에 6시간으로 국한되어 있어 정신장애인에 대한 면담이 전혀 이루어지지 못하고 있다. 이는 A요양원의 문제만이 아닌 우리나라 전체의 요양원 문제이기도 하다.

◆ **관련된 사례 2: 치료 인력이 부족하여 환자에 대한 서비스가 적절하게 제공되지 못하는 사례**

B병원은 100명 입원 환자에 정신과 의사 1인, 간호사 3인, 사회복지사 1인의 인력만으로 운영되고 있다. 치료프로그램은 신문 읽기, 글쓰기, 영화 보기 등이 전부이며 대부분의 입원 기간 동안을 무기력하게 보내고 있다. 정신과 의사와의 면담은 3일에 1회 정도 이루어지고 있으며 그 시간은 10분을 넘지 못하고 있다.

입원 치료에서 중요한 것은 환자에게 단계적이고 통제된 위기(crisis)가 주어지고 치료진의 도움으로 이러한 위기를 해결하는 것이다. 이때 병실 환경이 치료진의 역할을 도울 수도 있고 방해할 수도 있다는 것을 인식하여야 한다.

치료적 환경은 치료진 수가 적절하게 많고 최소한의 입원 환자 수가 존재할 때 가능하다.

가급적 입원 환자 수를 최소화하고 병실 내 치료프로그램이 활성화되도록 하여야 한다.

치료 환경은 비밀 보호가 이루어지도록 세심하게 배려되어야 한다.

치료진의 윤리 의식은 치료에 절대적인 영향을 미친다는 점을 명심하여야 한다.

입원에 관련된 서류는 별도의 장소에 보관하고 유출되지 않도록 한다.

② **인권감수성 향상**

정신보건 종사자들이 사회적 소수자인 정신장애인과 직접적으로 접촉하고 함께 하는 집단으로써 이들의 인권감수성은 정신장애인의 일상 속에서의 일차적인 인권경험과 직결된다는 중요한 함의를 갖고 있다. 또한 정신장애인의 권리 수호적 역할을 할 수 있으려면 우선 정신장애인의 인권의 필요성과 책임감을 치료자 스스로 인식하고 있어야 할 것이기 때문이다.

자신의 생활속에서 대립되는 견해가 존재하는 문제상황을 직접 마주하고 거기서 각각의 입장을 헤아려보는 것이 가장 기본적인 인권의식의 출발점이 될 것이며, 인권문제에 대해 민감하게 인지할 수 있는 능력, 즉 인권문제가 개재되어 있는 상황에서 그 문제를 어떻게 지각하고 해석하며, 그 상황을 자신의 것으로 받아들이는가와 같은 심리적 과정을 이해하는 것이 중요하게 대두되어지고 있다. 이와 관련된 개념이 바로 인권감수성(Human Rights Sensitivity)이라는 개념이다. 즉 인권감수성이란 인권문제가 개재되어 있는 상황에서 그 상황을 인권관련 상황

으로 지각하고 해석하며, 그 상황에서 가능한 행동이 다른 관련된 당사자들에게 어떠한 영향을 미칠지를 상상해보며, 그 상황을 해결하기 위한 책임이 자신에게 있다고 인식하는 심리적 과정을 말한다(국가인권위원회, 2002).

이러한 인권감수성의 개념은 인권에 대한 지식이나 기술, 태도가 아니라 인권 관련 상황을 해석하고 지각할 수 있는 능력을 다룬다는 점에서 기존의 인권의식과는 차별화되는 개념임을 알 수 있다(국가인권위원회, 2002).

③ 내부고객인 종사자의 존중 및 소통의식 함양

“우리는 신사숙녀를 모시는 신사숙녀입니다”-리치칼튼호텔의 고객서비스 마인드를 정신보건 시설의 종사자 및 대상자에게 벤치마킹 요구됨

참 고 자 료

1. 한국정신사회재활협회, 정신보건시설 인권교육 참고 교재, 209년.
2. 방주현(2008). 정신보건 종사자들의 인권감수성에 관한 연구(치료집단과 비치료집단간의 비교)
3. 이봉임(2006). “재가 정신장애인의 일상생활 인권실태 연구”. 이화여자대학교
4. 신영전;최영은(2007). 「정신장애인의 인권향상을 위한 지침」. 한울 아카데미
5. 국가인권위원회(2002). 「장애인 차별실태 자료분석을 통한 인권의식 개선방안에 관한 연구」. 국가인권위원회.
6. 국가인권위원회(2002). 「인권감수성 지표 개발연구」. 국가인권위원회.
7. 국가인권위원회(2006). 「정신장애인 인권보호를 위한 국제세미나자료집」. 국가인권위원회
8. 국가인권위원회(2008). 정신장애분야 인권교육 교재
9. 정선영(2006). 정신의료기관 종사자들의 인권민감성에 관한 연구

정신장애인과 인권, 무엇이 차별인가?

〈당사자 측면〉

박 종 선 (충청남도정신장애인가족대표)

지체는 많으나 몸은 하나라 ... 몸의 더 약해 보이는 지체가 도리어 요긴하고 ... 만일 한 지체가 고통을 받으면 모든 지체도 함께 고통을 받고(성경 고린도전서: 13장 20~26절)

1. 문제제기

정신장애인은 우리 사회에서 마치 한센병(문둥병) 환자와 같이 소외된 자들이다. 많은 사람들이 별레라도 되는 양 그들과 함께 하기를 꺼려하고 배제하고자 하기 때문이다.

국가인권위원회에서 밝힌 바에 의하면 정신장애인의 시설 입. 퇴원 과정상에서 90%는 본인의 의사가 무시되고 있다고 한다. 선진국의 경우 10% 남짓 하고 시설 수용기간도 우리의 20분의 1정도라 하니 정신 장애인들의 자기결정권이 너무 빈약한 실정이다. 또한 정신보건 시설은 여전히 욕설, 구타, 사생활 침해 등 인권의 사각지대이다.

‘모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며 그 존엄과 권리는 동등하다. 인간은 천부적으로 이성과 양심을 부여받았으며 서로 형제애의 정신으로 행동해야 한다.’ 라는 세계 인권선언이 정신 장애인에게 더욱 의미를 가지는 것은 다른 집단에 비해 인권을 침해 받을 가능성이 매우 크기 때문이다.

정신장애인의 인권은 달성하기 어려운만큼 역설적으로 한 사회의 인권성숙도를 가늠하는 바로미터 기능을 한다.

2. 본론

1. 인권침해의 원인 – 편견에 의한 차별

호주에서 총리를 지낸 버드킨 전 호주 인권위원은 정신장애인에 대한 편견을 깨트리는 것이 중요하다고 말한다.

그에 따르면 ‘정신 장애인이 극소수’라는 생각은 무지의 소산이며, ‘정신 장애인이 위협하다’는 의견은 오해에서 비롯된 것이며, ‘정신장애인은 회복될 수 없다’는 주장은 사실에 근거하지 않고 있다 .

누구나 정신 장애인이 될 수 있고 아무리 심각한 상태라도 적절한 치료를 통해 정상적으로 생활할 수 있음에도 불구하고 많은 사람들이 두려움과 미신에 사로잡혀 정신 장애인을 경계하고 이것이 시설입소에 다른 인권침해로 이어진다는 설명이다.

버드킨에 의하면 한 마디로 정신 장애인에 대한 차별은 인식의 오류에서 비롯된다는 주장이다. 이는 여성, 동성애자, 타 인종 등에 대한 인식의 오류와 다를 바 없다.

현대의학은 정신장애의 원인을 뇌의 호르몬 이상 등에서 찾고 있음에도 마치 그들이 무슨 잘못을 저질러 그렇게 된 것 아닌가하는 잘 못된 생각을 하지 않나 한다. 본인들의 의지 여부와는 무관하게 불가항력적으로 초래된 현상에 대해 낙인을 찍고 돌을 던지는 일이 벌어진다는 생각이다.

현대의 초스피드사회, 신자유주의 초경쟁사회, 물질만능사회에서 제대로 적응하기란 쉬운 일이 아니며 자신의 마음과 정신을 온전히 지키기란 쉬운 일이 아니다.

우울증과 노이로제같은 신경증환자가 급증하고 있는 현실에서 보건대, 정신장애는 개인적 원인 보다는 사회구조적인 원인이 크다 할 수 있다.

문제의 원인이 사회환경에서 비롯된 것임에도 개인의 탓으로만 돌리는 인식의 오류를 범하고 있다고 보아야 한다.

2. 정신장애인의 꿈과 욕망은 비장애인과 다른가 ?

정신장애인들의 연구조사에 의하면 그들은 의외로 여리고 순수하고 소박한 꿈을 갖고 있다. 여리고 순수하기에 쉽게 상처 입고 타인의 공격에 방어하지 못하고 자기파괴적인 경우가 많다고 한다.

또한 그들도 일을 하고 결혼하여 가정을 이루고 사는 소박한 꿈을 가지고 있다고 한다.

한마디로 ‘그들도 우리처럼’ 살고 싶은 점에서 하나도 다를 바 없다. 단지 사회 부적응자로서 조금 차이 difference가 있음에도 차별 discrimination 이 그들을 더욱 서럽게 하고 있는 것이다.

3. 관계의 단절에서 오는 피해의식과 악순환

정신장애인에 대한 두려움과 불편함으로 인한 손쉬운 대처방법으로 시설 수용을 하는 결과, 피수용자는 가족을 원망하게 되고 피해의식으로 응어리져 병세는 호전되지 않고 대화와 소통은 더욱 힘들어지는 악순환이 문제이다.

사회 전반적으로 기다림과 여유가 없고 바쁘게만 돌아가다보니 충분한 소통과 대화가 어려워지는 것이 안타깝다.

4. 범죄의 표적과 취업, 결혼의 기피 대상

지적 능력이 떨어지다보니 각종 휴대전화나 계약서등 명의 도용, 기초생활 수급비 유용 , 성폭력 같은 범죄의 표적이 되는 사태가 속출하고 있다. 전문가들에 의하면 후견인제도는 한계가 있으며 의사소통능력 강화가 필요하다 한다.

아동성폭력 관련법에 정신장애인들을 끼워 넣기보다 별개로 법적 보조인을 둔다든지 가해자 측에 입증책임을 지게 하는 장치가 필요하다.

취업에 있어서도 생산성이 떨어지고 노무관리의 어려움으로 의무고용제도에도 차라리 벌금으로 대체하겠다는 게 사업장의 현실이고 경제능력의 결여로 자연스레 결혼도 어려워지니 그들

의 소박한 꿈도 아득하기만 하다.

3. 대안적 결론 - 사랑을 모르고 편견을 가진 자가 진짜 장애인이다.

한국사회는 이른바 압축성장으로 성과주의와 경쟁으로 치닫고 눈에 보이는 물질적 가치를 너무 강조한 결과 물질적 성취는 어느 정도 이루었다 .

허나 산이 높으면 골이 깊은 법 . 빠른 성장의 부작용으로 정신적 빈곤의 골은 깊어지고 수 많은 낙오자와 불행한 자들을 양산하였다. 자살자는 OECD 국가중 최고이며 행복지수는 매우 낮은 수준이다.

경제성장 그자체가 자기목적적일 수는 없다. 그 것은 인간의 행복에 기여하는 것이어야 하며 더불어 사는 공동체의 가치에 기여해야 한다.

‘2등 이하는 기억하지 않는다’ ‘사는 곳이 누구인지를 말해준다’는 성과와 기능주의를 강조하는 소유론적 철학에서 탈피하여 존재 그자체로 의미를 부여하며 행복할 수 있는 존재론적 철학이 필요하다.

또한 나와 다름을 인정하며 다양성이 존중되는 관용-플루랑스 의 문화가 요청된다

IMF 이후 신자유주의 여파로 무한경쟁으로 치달으며 국가도 가정도 나를 보호해주지 못한다는 생각으로 불안과 불신은 팽배해져만 가고 있다.

우리 몸의 일부가 아프면 몸 전체가 아픈 법이며 약한 부분은 더욱 보살피는 것이 당연하건만 어찌하여 사회의 아픔을 은폐하고 무시하기만 하려하는가?

버드킨 인권위원회에 의하면 정신장애인에 대한 법적 제도적 비중은 크지 않다고 한다. 궁극적으로 사람들의 생각을 바꾸는 것이 중요하며 미디어의 지속적 홍보가 그들의 인권향상에 필수적이라 한다.

정신보건협회에서 행하고 있는 인식개선사업을 더욱 활성화해야 하겠고 국민들의 철학적 성숙이 이뤄져야 하겠다.

정신장애인 차별 · 편견 해소를 위한 토론회

〈2차 토론〉

『정신장애인의 차별 · 편견 해소 방안』

발제: 이영문 (중앙정신보건사업지원단장)

좌장: 양동석 (성요한병원장)

토론: 최완욱 (광주인권운동센터사무국장)

신홍주 (국가인권위원회 광주사무소 조사관)

이경훈 (장애인고용촉진공단 고용서비스부장)

박문수님의 父 (정신장애인 가족)

정신장애인 인권증진을 위한 제도개선

- 입원과정과 입원시설 내에서의 인권을 중심으로 -

이 영 문

경기도광역정신보건센터

중앙정신보건사업지원단

들어가는 글

국제인권법은 정신보건 시스템 내에서 적용되어야 할 주제로 다음과 같은 여섯 가지 주제를 선정하고 있다. 첫째, 인간 존엄성과 자율성, 자유의 존중, 둘째, 정신보건서비스의 전문화 과정, 셋째, 정신질환으로 인한 피해로부터의 보호, 넷째, 치료를 위한 장치가 최소한의 제한을 받고 치료적 환경을 보장받을 것, 다섯째, 어떠한 이유로도 정신과 치료과정에서 차별을 받지 않도록 할 것, 여섯째, 합당하고 공정한 법절차를 통해 입원치료가 이루어지도록 명시할 것 등이다.

그러나 우리나라의 정신보건서비스 현장에서 정신장애로 인한 치료과정은 상기 여섯 가지의 주제가 모두 만족되지 않는 경우가 대부분이다. 지난 시간동안 수용위주의 장기적인 입원문화가 오랫동안 방치된 결과로 판단되며, 향후 인권위원회의 활동범위 안에 정신장애로 인한 인권 문제는 더 큰 주제로 논의될 것이다. 특히 비민주적 절차에 따른 입원과정은 정신장애에 대한 사회적 편견을 더욱 야기하고 있으며 치료과정에서도 정신장애인의 치료권리에 대한 것이 현재까지 잘 논의되어 오지 않고 있다. 국가 정신보건체계의 부실화와 지나치게 왜곡된 정신장애에 대한 사회적 인식, 보호자의 정신장애에 대한 이해부족과 편견, 치료진의 인권에 대한 무관심 등이 주요 원인으로 꼽히고 있다. 이 글에서는 입원과정과 입원시 치료과정에서 발생할 수 있는 정신장애인의 인권 침해 이슈와 세부 사항 및 사례를 통해 정신보건시설 근무자들이 올바르게 행하여야 할 실천사항을 논의하고자 한다.

입원과정에서의 적정절차 개선

1) 모든 국민은 헌법 12조에 명시되어 있는 신체의 자유에 대한 기본권을 가지고 있다. 이러한

기본권을 제한하기 위해서는 적법절차와 비례의 원칙이 반드시 준수되어야 한다.

이는 정신장애인이 자신의 의사에 반하여 정신의료기관에 입원되는 경우에도 동일하게 적용되어야 한다.

- 2) 정신장애의 경우 병의 특성상 판단력의 장애나 병의 존재 자체를 부정하는 경우가 있을 수 있으므로 입원이 자신의 이익에 도움이 됨에도 불구하고 이를 거부하는 경우가 있다. 이러한 사실에 기초하여 정신과 의사들은 화나 자신의 의지에 반하는 결정을 할 수 있고, 사회는 이러한 전문가의 결정을 판례적으로 인정하여 왔다.
- 3) 이와 같은 의료적 부권주의에 기초한 결정은 남용될 우려가 있고, 정신의료기관이 80% 이상 민간자본에 의해 운영되고 있는 현실을 고려할 때, 국민의 기본권 보장과 정신장애인의 권리가 상충될 가능성이 높다. 정신장애인들의 입원치료가 적절하게 보장되는 상황에서도 적절한 병원의 운영이 가능하다면, 의료기관의 양심적 진료가능성이 높지만, 그렇지 않은 경우에는 무리한 당사자 결정권을 의료적 보호라는 명분하에 남용하게 되는 것이다.
- 4) 현행 정신보건법은 정신질환자를 치료 및 보호의 대상이자 나아가 그들로부터 사회의 방위를 위한 대상으로 보기 때문에 애초부터 정신질환자의 권리장전의 형식으로 만들어져 있지 않다. 따라서 강제치료와 강제입원치료에 있어서 환자들이 지닌 권리에 대해 구체적으로 표현하지 않고 있다는 근본적인 문제점이 있다.

5) 보호의무자에 의한 입원의 문제점

정신보건법은 정신질환자에 대한 최적의 치료와 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 가장 중요한 목적으로 하고 있다(법 제1조 및 제2조). 그러나 구체적인 규정을 살펴보면 정신질환자에 대한 최적의 치료와 사회복귀라는 목적 외에 위험요소의 제거를 통한 사회방위가 또 다른 주요한 목적임을 알 수 있다. 이러한 사회방어 목적을 잘 드러내고 있는 규정이 보호의무자에 의한 입원(법 제24조), 시장·군수·구청장에 의한 입원(법 제25조), 응급입원(법 제26조)와 같은 정신질환자의 의사에 반한 비자의입원에 관한 규정이라고 할 수 있다.

보호의무자에 의한 입원 요건 중 ‘환자 자신의 건강 또는 안전을 위하여 입원할 필요가 있는 경우(법 제24조 제2항 제1호)’라는 요건은 환자 자신의 치료 및 사회복귀를 위한 것이고, ‘타인

의 안전을 위하여 입원할 필요가 있는 경우(법 제24조 제2항 제2호)'의 요건이 그러한 사회방어 필요를 위한 것으로 판단된다.

정신보건법 제24조 제2항 제1,2호에 해당하기만 하면 정신과전문의의 진단에 있어서 하지는 없게 된다. 굳이 의료기관에 강제 입원되어 치료받을 필요 없이 통원치료만으로도 충분하다고 할지라도 '치료를 받을 만한 정신질환'이라고 진단하는 것이 가능하기 때문에 강제입원의 위법성을 다투는 것은 쉽지 않다.

일반적으로 볼 때 보호의무자는 환자 자신의 의사나 가치관을 가장 잘 알 수 있는 위치에 있음에 틀림없다. 하지만 보호의무자는 환자 자신과 이해관계가 가장 많은 사람일 수도 있는 것이다. 따라서 그러한 측면에서 보자면 보호의무자가 자신의 가족인 정신질환자의 입원에 관한 동의를 하는 것이 정당하지 않을 여지가 많다는 문제점을 발생시킨다.

보호의무자에 의한 입원요건과 관련하여 2008년 3월에 개정된 내용은 보호의무자 1인의 동의로 가능하던 것을 보호의무자 2인의 동의를 요하도록 하여 원칙적으로 보호의무자 1인만의 동의로는 보호의무자에 의한 입원을 시킬 수 없도록 했다는 점 뿐이다. 이처럼 요건이 일부 강화되긴 하였으나, 보호의무자는 마음만 먹으면 언제든지 다른 보호의무자 1인의 동의만 얻으면 정신질환자를 강제로 입원시킬 수 있는 것에는 아무런 변화가 없다.

자의입원 원칙의 정신보건법을 명문화

1) 정신보건법 제2조 5항의 규정을 '항상 자발적 입원을 우선적으로 고려해야 한다'로 개정할 필요가 있다. 또한 정신보건시설의 설치 운영자는 '입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다'라는 별도의 항의 신설이 필요하다.

2) 평가를 위한 입원과 치료를 위한 입원의 분리

정신질환자의 부당한 비자의입원을 최소화하기 위해서는 입원을 위한 진단절차와 치료를 위한 입원절차를 명확히 구분하여 진단절차를 보다 구체화할 필요가 있다. 영국과 호주의 사례에서도 볼 수 있듯이 정신질환자가 입원이 필요한 지 여부에 관하여 1주~4주 정도 진단을 하여 입원치료가 필요하다고 진단된 경우에 한하여 치료를 위한 입원을 하도록 하는 것이 논리적으로도 옳다.

3) 현행 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원이나 자의입원에 있어서는 진단을 위한 단기입원과 치료를 위한 입원을 구분하고 있지 않고, 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우에만 양자를 구분하여 규정하고 있다. 비자의입원의 90% 이상을 차지하고 있는 보호의무자에 의한 입원에 있어서도 시장·군수·구청장에 의한 입원과 마찬가지로 진단을 위한 단기입원과 치료를 위한 입원을 구분하여 규정하여야 한다.

4) 비자의입원시 이송수단에 대한 통제 강화

민간 응급환자이송업체들은 이송과정에서 환자의 의견은 거의 무시하고 일단 보호의무자인 가족들이 요구하는 대로 전국 각지의 정신보건시설 또는 비정신보건시설(미신고시설 및 기도원)로 이송하고 있는 것으로 추정되고, 심지어는 환자 이송시 강박, 구타 등의 가혹행위 의혹도 제기되고 있으나 이에 대한 정확한 실태조사와 관할 행정기관의 감독은 전무한 상황이다. 환자 이송과정에서 가혹행위가 벌어지더라도 그 증거를 확보하기 어렵고 가족들조차 피해자에 대해 우호적이지 않아 사법기관에 의한 사후 구제도 거의 불가능하다.

5) 또한 응급의료에 관한 법률 제48조에 따라 구급차가 출동하는 때에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 의하여 응급구조사를 탑승시켜야 한다. 이처럼 환자의 응급이송시에 구급차에 반드시 탑승해야 하는 응급구조사가 민간 응급환자이송업체에는 턱없이 모자라 응급구조사 자격을 가지지 않은 업체 직원에 의해 구급차가 운행되고 있을 가능성이 많다.

6) 근본적으로 응급이송과정에서 민간 응급환자이송업체에 의해 발생하는 불법적인 이송과 강제입원이 끊임없이 발생하는 이유는 정신과 치료와 서비스 진입에 대한 공공 사정체계와 공공응급이송체계가 미비하기 때문이다. 따라서 응급의료 서비스의 질 향상을 위해서 민간 응급환자이송업체가 맡는 역할은 축소하고 국가 책임은 강화하는 방향으로 가야 한다. 영국, 호주, 독일 등 외국의 경우에도 긴급입원은 현실적으로 불가피한 상황이 있으므로 인정되지만 이들 나라에서는 공공보건사회서비스 체계가 개입을 한다. 공공의 개입은 기본적으로 입원의 적정성을 심사하는 공공사정체계와 연결되어 있으며 긴급입원과정에서 환자의 인권침해를 최소화하기 위한 장치들을 마련하고 있다.

7) 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN 원칙 뿐만 아니라 대부분의 국가에서 정

신질환자가 강제로 정신과 시설에 입원하는 경우에 그에 관해 법원 또는 독립적인 준사법기관에 의한 심사를 받을 수 있도록 규정하고 있다. MI원칙 17에 의하면 그와 같은 심사기관은 국내법에 의해 성문화되어 있는 사법적이고 독립적이며 공명정대한 기관이어야 한다. 결정을 공식화하는 경우에 1인 이상의 자격을 갖추고, 독립적인 정신보건 전문가의 조언을 고려해야 한다. 심사기관의 초기 심사는 비자의 환자의 입원 및 구금이 결정되는 즉시 국내법이 지정하고 있는 간단하고 신속한 절차에 의하여 수행해야 한다. 심사기관은 국내법이 지정하는 대로 납득할만한 기간을 두고 주기적으로 비자의 환자를 심사해야 한다. 개개의 심사에서, 심사기관은 비자의 입원을 위한 기준이 만족하는지 고려해야 하며, 그렇지 않을 경우 환자는 퇴원한다. 비자의 입원환자는 국내법이 지정하는 대로 납득할만한 기간을 두고 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환을 요청할 수 있다.

- 8) 정신보건법상 비자의입원제도에서 가장 핵심적으로 개선되어야 할 과제는 강제입원의 심사 및 결정을 공적인 심사기관이 맡도록 하는 것이다. 일반 정신장애인에 대한 비자의입원의 외부통제방안으로 법원에 의한 통제방안과 정신보건심판위원회에 의한 통제방안이 논의되고 있다.

정신보건심판위원회에 의한 통제

현행 정신보건법상 정신보건심판위원회가 계속입원에 대한 심사기관으로 존재하고 있기 때문에 입원 단계에서부터 정신보건심판위원회가 개입하도록 하는 것도 방안으로 고려될 수 있다. 영국이나 스코틀랜드와 같이 각 법원 내에 전담판사와 정신과전문의 기타 정신보건관계자 등으로 이루어진 정신보건심판위원회를 설치하는 것을 고려할 수 있다. 그러나 정신보건심판위원회가 입원단계에서부터 개입한다고 하더라도 정신보건심판위원회의 입원 결정에 대해 법원이 사후적으로 통제할 수 있는 장치는 확보되어야 한다. MI원칙 17에서도 환자 혹은 환자의 대리인 또는 다른 이해관계자는 환자의 정신보건시설로의 입원, 구금 결정에 대해서 상급법원에 이의를 제기할 수 있음을 규정하고 있다..

입원치료 결정을 받은 정신질환자 및 그 보호의무자 등이 정신보건심의위원회의 입원치료 결정에 대해 법원에 이의신청을 할 수 있도록 하고, 법원이 정신질환자 본인을 직접 심문하며 필요한 경우 국선변호인을 선임하는 등 심리를 거쳐 이의신청이 이유가 있다고 인정되는 때에는 입원치료 결정을 받은 정신질환자의 수용을 즉시 해제하도록 하여야 한다.

정신보건 시설에서의 인권

정신과 입원은 치료를 전제로 한 것이다. 어떠한 이유든 입원환자는 치료 과정속에서 보호받고 존중되어야 한다. 치료과정에서의 인권에 대한 5가지 원칙은 다음과 같다.

첫째, 보호(Containment)의 원칙이 준수되어야 한다. 의식주 전반이 기본적 인권상황에 미치는 영향, 입원치료가 가져올 수 있는 치료적 장점이 일시적 인신구속의 사유를 대치할 수 있는 상황인가, 인간으로서의 존중감이 치료현장에 존재하는가에 대한 원칙이 검토되어야 한다.

둘째, 지지(support)의 원칙이 검토되어야 한다. 입원치료를 통한 치료적 효과성과 인권이 휴간 모순은 없는가, 지지를 위한 치료적 행위가 인권침해 요소로 작용하는 것은 없는가에 대한 원칙이 준수되어야 한다.

셋째, 구조(structure)의 원칙이다. 입원치료를 정당화할 수 있는 치료적 장치가 인권이슈와 함께 잘 지켜지고 있는가, 인신구속이 아닌 치료받는 치료적 세팅이 이루어져 있는가에 대한 원칙이다.

넷째, 참여(involvement)의 원칙이 반영되어야 한다. 치료방향에 대해 당사자들이 직접 참여할 기회를 가지는가, 해당되는 치료행위에 본인의 의사로 참여하고 있는가, 일부 병원/요양원의 부당 노동행위에 강제로 참여를 강요당하고 있는가에 대한 검토가 필요하다.

다섯째, 타당성(validation)에 대한 것이다. 입원치료에 대한 평가가 타당성을 지니는가, 평가에 대해 당사자들의 참가가 보장되고 있는가, 입원기간에 대한 외부 평가가 제대로 이루어지고 있는지가 반영이 되어야 한다.

상기 5가지 치료적 원칙을 인권과 연결시켜 8가지 핵심주제들을 선정하면 다음과 같다.

- ① 의식주, 건강과 위생을 추구할 권리
- ② 신체적 안전에 대한 권리
- ③ 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리
- ④ 치료과정에서 인간적 존엄성을 추구할 권리
- ⑤ 합당한 환경에서 치료받을 권리 : 적절한 병실규모, 치료인력 구성

- ⑥ 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경
- ⑦ 프로그램에 대해 명확하게 알 권리와 치료과정에 대한 자기결정권
- ⑧ 치료 전반에 주관적 평가를 할 수 있는 권리

정신보건 현장에서의 입원과정은 항상 상기 내용들이 잘 지켜지고 있는가에 대해 늘 깨어 있어야 하며, 치료적 공동체의 원칙이 공유되고 있는지를 분석하고 치료에 반영하는 곳이 되어야 한다.

〈표〉 입원 치료 관련 원칙 및 권리 쟁점

원칙	영역	항 목	인권 구분
보호	의식주, 건강 및 위생	의복 및 침구류 등의 위생상태 병실의 규모와 인원 적절한 식단 및 식당환경 개인 소유 물품, 사물함 관리	인간존중권 사생활보호권
	신체적 안전	세면실, 병실의 위생상태 신체건강에 대한 점검상태 입원생활에서 발생하는 건강문제 해결 (감기, 급성복통, 외상 등)	건강권
지지	정서적 도움	강제격리에 대한 타당성 비하언어나 비존칭어 사용 폐쇄공간에서의 위협 기타 모욕감을 느낄 만한 상황	인간존중권
	인간적 존엄성	강박처치 관련 사항 학대행위(비하언어, 성폭력, 물리적 폭력)	인간존중권
구조	합당한 치료환경조성	개인정보보호와 관리 입원시 프로그램 활동에 대한 참여여부 결정 정기적 치료적 목적의 면담 : 회진, 정신치료 의사소통의 구조 치료상황에 대한 비밀보장 구조 면담실의 개방적 구조 집단치료실의 설치 정서적 프로그램실 운영 정기적 외출 및 외박 프로그램의 시행	사생활보호권 비밀보장권
	의사소통이 원활한 민주적 치료환경	정기적인 보호자 면담 및 외부접촉 종교에 대한 선택 질환상태별 개방형 구조	인간존중권 자유권
참여	프로그램에 대한 알 권리와 자기결정권	치료방향에 대한 교육 및 참여 입원기간에 대한 인식 치료과정에 대한 정신장애인의 인식	자유권, 참정권 자유결정권, 참여권
타당성	치료에 대한 주관적 평가	개인 공간과 시간에 대한 배려 병실 운영에 대한 개인평가 여부 병실 운영에 대한 외부평가 여부 정신장애의 심각성에 따른 합당한 입원기간	사생활보호권 참정권 자유권, 자기결정권

1. 의식주, 건강과 위생을 추구할 권리

1. 핵심이슈

의식주와 위생 상태는 정신장애의 치료에 있어 필수불가결의 조건이다. 적절한 병실생활수준에 대한 권리보장은 정신장애인의 개별적 특성과 욕구를 존중하고 선택의 자유를 제공하는 시설의 수준에 달려있다. 입원시설의 특성상 집단적이고 획일적인 공간으로서의 한계를 극복할 수는 없으나, 일반가정으로부터 유리된 상태이므로 최대한의 편안함과 쾌적함을 줄 수 있는 구조로 입원병실이 이루어져야 한다. 집과 같은 공간과 편안함을 줄 수 있는 입원시설은 일반 병원의 환경과 같은 개념으로 제공되어야 한다. 협소한 공간에 많은 인원이 입원한다면 건강과 위생을 추구할 권리가 그만큼 줄어들 것이다.

구체적으로 다음과 같은 세부 이슈가 있다.

첫째, 적절한 식생활을 보장받을 권리이다. 입원/입소하고 있는 경우, 병원이나 시설에서 제공하는 식사 이외에는 영양을 섭취할 수 있는 방법이 많지 않다. 정신질환에 이환된 상태가 대부분은 급성기가 많기 때문에 정신질환의 특성상 잠을 못자고 오거나 식사를 제대로 하지 못한 경우가 많다. 정신장애인은 적절한 쉼터의 기능만으로도 자신이 보호받고 있다는 것을 느끼게 되고 환경에 친숙해지면서 점차 치료적 동기가 유발된다. 정신질환이 있는 경우 면역기능 또한 저하되어 있을 가능성이 높으므로 다른 신체질환이 생기지 않도록 위생관리를 철저하게 하고 개인의 건강상태를 고려한 식사가 제공되어야 한다.

둘째, 쾌적한 주거를 선택하고 보장받을 권리이다. 개인적 공간이 제공되어야 한다. 급성기의 정신질환은 극도로 의심이 많고 세상으로부터 격리된 자신의 모습에 심하게 위축된 모습을 보인다. 타인의 가벼운 접촉에도 공격적인 반응을 나타내기가 쉽다. 또한 집단 수용될 경우 타인들의 시선이 무섭게 느껴질 경우도 많다. 적절한 크기와 인원이 배치된 공간을 고려하여야 하고 불필요한 자극을 주지 않을 정도의 보호된 환경이 필요하다.

셋째, 개인위생을 유지하고 이에 필요한 생활환경을 보장받을 권리이다. 일반 병실과 달리 출입이 제한될 경우가 많기 때문에 원하는 시간에 목욕을 하기가 어렵다. 특히 집중 치료실에 2-3일 격리되어 있다가 일반병실로 나올 경우 탈수상태인 경우가 많다. 피부염이나 욕창이 발생하지 않도록 하여야 하고 감기, 복통 등이 흔하게 동반된 경우가 많기 때문에 이와 같은 신체질병에 대비해야 한다. 여름철의 장염, 겨울철의 피부병 등은 위생상태 점검이 제대로 이루어지고 평소의 환경관리에 주력한다면 쉽게 예방할 수 있는 것이다. 의식주와 건강, 위생의 추구는 인간이 집단생활을 함에 있어 가장 최소한의 권리이다.

2. 이슈와 관련된 사례

사례 1: 항정신병 약물치료로 인한 식욕저하 사례

A씨는 정신분열병과 알코올 중독이 함께 동반된 사례로 B병원에 강제입원 하였다. 3일간 급성 상태로 보호실에 격리되어 있는 동안 급성기 약물치료로 인해 입이 마르고 온 몸에 힘이 빠진 상태라 식사를 제대로 할 수 없었다. 3일이 지나 급성기 증상으로부터 회복되었으나 식사를 많이 거른 탓에 일반병실로 돌아온 뒤 십이지장 궤양이 동반되었다.

사례 2: 격리실에서 용변을 본 경우

3일간 격리되는 동안 A씨는 용변을 격리실 내부에서만 보게 되었다. 난폭한 행동이 재발될 것을 우려한 치료진들의 결정에 따라 3일간 불량한 위생상태에서 생활하게 되었다.

사례 3: 수십명이 같은 공간에 입원하는 경우

급성기의 A씨는 피해의식과 환청이 주된 증상인 정신장애인이다. 자신을 욕하는 소리가 계속 들리는 상태에서 자신이 경찰로부터 쫓기고 있다는 피해망상이 있었다. 배정받은 병실이 15인 공동 생활공간이라 입원 첫날부터 급성 증상이 사라질때까지 무서움에 잠을 이루지 못했다. 불필요한 수면제가 처방되어 15일간 항정신병 약물치료 이외에 수면제를 함께 복용하여 낮시간 동안은 계속 잠을 자게 되었다.

3. 관련 법규

세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)

제5조에서는 모든 사람은 의식주와 의료, 사회서비스를 비롯하여 자신과 가족의 건강과 복지를 위해 적절한 삶의 수준을 누릴 권리가 있으며, 실업이나 질병, 장애, 생계 등에 대한 적절한 보호를 받을 권리를 규정하고 있다.

UN의 장애인권리선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)

제3조에서는 “장애인은 인간으로서 존엄성을 존중받을 타고난 권리를 지닌다. 장애인은 태생, 본성 그리고 장애의 심각성에 관계없이 가능한 정상적이고 풍족한 삶을 향유할 권리를 우선적으로 포함하는 동일한 연령의 일반 시민들과 같은 동일한 기본권을 가진다”고 선언함으로써 의식주생활에 관한 기본권을 선언하고 있다.

제9조에서는 “장애인들은 가족과 함께 생활하고 사회적, 창의적, 그리고 여가적인 생활을 할 권리가 있다. 만약, 어느 특정 기관에서의 장애인의 거주가 필수불가결하다면 그들 연령의 사람과 같은 연령대의 보통 삶과 최대한 유사하여야한다’고 명시하고 있다.

UN의 "정신장애인 보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙13의 제2조는 “정신보건시설내 환자의 삶의 환경이나 생활조건은 비슷한 연령대의 평범한 삶과 최대한 유사하여야하며, 특히 다음을 포함하여야 한다. ① 운동 및 여가활동을 위한 시설, ② 교육시설, ③ 일상생활과 오락, 통신에 필요한 물건을 받거나 구입할 수 있는 시설, ④ 환자(입소자)의 사회적 그리고 문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주는 시설과 지역사회로의 복귀를 촉진할 수 있는 적절한 직업재활을 도와주는 시설과 그러한 시설사용에 대한 장려, 이러한 방법들은 환자(입소자)들이 지역사회에서 직업을 얻고 유지하도록 돕는 직업안내, 직업훈련 및 배치서비스를 포함하여야 한다”고 규정하고 있다.

4. 실천 지침

- 쾌적함과 편안함이 있는 입원공간을 제공하도록 모든 치료진이 노력하여야 한다.
- 위생상태에 항상 신경써야 하며 특히 보호실에 오랫동안 격리되어 있는 정신장애인에게 는 매일 1회 이상의 환의가 교환되어야 한다.
- 환자의 위생상태에 적합한 음식물이 제공되어야 하며 정신과 약물이 지나치게 많이 투여 되어야 하는 환자들에게는 수분이 충분하게 함유된 음식을 제공하여야 한다.
- 신체 질병의 유무를 파악해야 하고 고열이 있을 경우는 격리해서는 안된다.
- 보호실에는 부득이한 경우를 제외하고는 용변기를 별도로 설치해야 한다.
- 강박처치가 부득이하게 있는 경우에는 욕창과 피부병 등에 신경써야 한다.

- 건강추구에 대한 인간 본능을 충분히 이해하여야 한다.
- 정신보건치료현장은 구조화되고 외부로부터 한시적으로 차단된 공간임을 인식하여 치료진이 입원환자들의 인권을 대변하여야 한다는 사명감을 지녀야 한다.
- 성별, 연령에 따른 치료환경을 제공할 수 있는 공간개념을 익히고 세심한 배려를 통한 입원생활을 함께 하도록 하여야 한다.

II. 신체적 안전에 대한 권리

1. 핵심이슈

모든 정신장애인은 정신과 치료와 함께 신체적 안전을 원한다. 노숙인으로 생활하다가 정신장애가 발병한 경우는 더욱 그러하다. 정신질환을 앓게 될 때 많은 경우 외부에서 생활하다가 오는 경우가 많아 일반적인 신체위생이 청결하지 못하다. 피부염, 위장병, 폐렴, 영양실조, 복통 등의 증상이 흔히 동반되며 초기 정신질환의 급성 증상 치료에만 전념하다보면 적절한 치료기간을 넘기게 된다. 모든 인간이 건강권을 추구하기 위해 병원을 찾듯이 정신장애를 가진 사람들도 예외는 아니다. 또한 신체적 안전은 급성 상태의 정신장애 치료의 한 부분으로도 중요하다. 정신장애의 증상이 심각할 경우 망상, 환청 등에 의해 신체의 일부를 자해하는 경우가 많다. 예를 들어 심각한 자해시도가 주요 증상으로 입원치료를 하게 될 경우 치료과정에서는 한시적으로 강박처치를 할 경우도 있어 치료적 권리와 인권은 상호 대립되는 양상을 띠게 된다. 정신보전에 종사하는 치료진의 의료윤리 의식과 치료과정은 다른 신체질환의 치료과정과는 이런 면에서 확연히 차이가 있다.

구체적으로 세부이슈는 다음과 같다.

첫째, 신체질환에 대한 최적의 치료를 받을 권리이다. 정신장애의 치료와 함께 모든 신체질환에 대한 평가가 병행되어야 한다. 신체질환으로 인해 정신질환이 발생하는 경우도 많기 때문에 이를 평가하는 일은 모든 정신보건관련 기관에서 숙지되어야 한다.

둘째, 정신적 안정과 함께 신체적 안전을 보장받을 권리이다. 입원치료 초기에 신체적 안전이 우선시 될 경우 정신적 안정은 별도의 치료 없이 회복될 수도 있다. 노숙인들의 치료에서 흔히 나타나는 현상으로 최소한의 쉼터 기능이 정신적 불안감을 없애고 숙면을 취하게 되며 이로 인해 일시적인 혼란감, 지남력 장애 등이 회복될 수 있다.

2. 이슈와 관련된 사례

신체적 안전을 보장하여 정신건강이 회복된 사례

B씨는 살던 동네가 철거당할 처지에 놓이게 되었고 하지를 쓸 수 없는 신체상태에서 홀리스 생활을 하게 되었다. 1년 가까이 지하도에서 생활하던 중 환청과 환시가 생기기 시작하였고 시청직원에 의해 강제로 부녀보호소로 입소한 뒤 인근 정신병원으로 치료가 의뢰되었다. 입원 당시 매우 초췌한 얼굴에 의심을 많이 하고 잠을 제대로 자지 못했으나 규칙적인 식사제공과 함께 피부염과 감기에 대한 치료를 한 이후에 항정신병약물 치료도 없이 환청과 환시가 없어졌다. 의족을 신청한 후 새로운 집이 만들어질 때까지 입원생활을 하였다. 신체적 안정만으로 정신장애에 해당되는 증상이 사라진 경우이다.

3. 관련 법규

세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)

제3조는 “모든 사람은 생명권과 신체의 자유와 안전을 누릴 권리가 있다”고 신체의 안전에 관한 권리를 선언하고 있다.

UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

· 원칙 1의 제1조에서는 “모든 사람은 의료보호 및 사회보호제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다”고 규정하고 있다. 또한 원칙8의 제1조에서는 “모든 정신장애인은 그들의 건강의 필요에 적합하도록 보건 및 사회적 보호를 받을 권리가 있으며, 다른 질환자와 같은 기준의 보호와 치료를 받을 권리가 있다”고 선언하므로써 정신장애인들이 다른 환자(입소자)들과 같은 건강과 사회적 보호를 받을 권리를 규정하고 있다.

· 원칙1의 제3조와 원칙8의 제2조는 신체 및 정신적 안전의 권리에 관한 것으로서 착취, 학대 등을 금지하고 있다. 구체적으로 원칙1의 제3조는 “모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받는 사람은 경제적, 성적 또는 다양한 형태의 착취, 신체적 혹은 기타 학대와 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다”고 선언하고 있으며, 원칙8의 제2조에서는 “모든 환자(입소자)들은 적절치 못한 의료, 다른 환자(입소자)나 직원, 기타 다른 사람으로부터 학대 혹은 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 행동을 포함하는 위해로부터 보호받아야 한다”고 선언하

고 있다.

4. 실천 지침

- 입원하는 모든 환자들의 신체위생을 철저히 조사한다.
- 노숙인의 경우는 동반된 신체질환 유무에 대한 종합검진이 우선적으로 이루어져야 한다
- 입원환자 개개인에 대한 전문 의료진의 진료 및 재활계획이 세워지고 이에 따른 적절한 치료와 서비스가 제공되는 가를 정확히 모니터링 해야 한다.
- 진료 및 재활 계획의 시행과정에 환자와 입소자 본인이 직접 참여하여 고지를 받고 협조를 얻도록 한다.

III. 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리

1. 핵심이슈

정신과 치료시설은 입원환자나 입소자로 하여금 심리적 안정감을 주어야 한다. 입원 자체로 많은 환자들은 긴장하고 불안감을 느낀다. 특히 가족으로부터 떨어져 생활하게 됨으로써 고립감과 함께 공포감을 느끼기 쉬우므로 이를 최소화하는 것이 중요하다. 외부생활이 일시적이기는 하지만 차단된다는 것은 인간으로서 누려야 할 존엄성에도 위협을 받는 상황이 되기 쉽다. 따라서 정신보건시설 관련 종사자들은 정신과 입원환자들에게 정서적 안정감을 주기 위한 최대한의 노력을 하여야 할 의무가 있다. 증상을 관리하는 것에만 중점을 두는 것이 아니라, 환자가 삶의 어려움에 잘 대처하는 능력을 키워주고 회복을 촉진하며 스스로 회복력을 되찾을 수 있도록 하는데 중점을 두는 치료가 되어야 한다.

구체적인 세부이슈는 다음과 같다.

첫째, 신체적 안전과 함께 정서적 안전을 제공받을 권리가 있다.

둘째, 최적의 면담을 할 수 있는 입원 공간에 대한 보장이다.

셋째, 개인의 사생활 보호가 가능한 공간으로서의 입원치료 공간에 대한 보장이다.

2. 이슈와 관련된 사례

치료과정에서 정서적 지원이 보장되지 않은 사례

A씨는 우울증상과 알코올 중독, 빈번한 자살시도 등으로 정신병원에 자발적으로 입원하게 되었다. 입원 첫 날부터 본인은 1인실을 원하였으나 병실이 없어 부득이 하게 6인실을 배정 받게 되었는데 급성 증상이 있는 정신분열병 환자의 혼란으로 인해 잠을 잘 수가 없었다. 치료인력의 부족으로 담당의사와의 면담이 1회도 이루어지지 않았으며 입원 이후 불안과 우울 증상이 전혀 호전되지 않아, 7일만에 자의퇴원하게 되었고 A씨는 현재 인근 병원에 재입원 되어 있다.

3. 관련 법규

세계인권선언(Declaration of the Human Rights)

·제3조. “모든 사람은 생명과 신체의 자유와 인전에 대한 권리를 가진다.”

·제22조. “모든 사람은 사회의 일원으로서 사회보장을 받을 권리를 가지며, 사회적 및 문화적 권리들을 실현할 권리를 가진다.”

유엔 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙 (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care – United Nations)

·원칙 1 기본적 자유 및 기본권리. “1. 모든 사람은 보건의료 및 사회적 보호 제도의 한 부분으로 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다.”

대한민국 헌법

·제34조제1항. “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.”

·제36조제3항. “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”

4. 실천 지침

- 입원환자들에게 정신과 면담은 정서적 지지에 큰 영향을 미친다. 정신과 의사들의 치료면담과 진단을 위한 면담이 우선적으로 중요하다.
- 정신보건전문요원들에 의한 면담이 별도로 진행되어야 한다.
- 입원 초기부터 정서적 지지가 형성되지 않으면 치료과정에 대한 환자들의 신뢰를 회복하지 못한다.
- 자신이 존중받고 있다는 자존감이 회복에 영향을 미친다.
- 정신과 입원환자 모두가 사회에서 배제된 고통을 안고 있기 때문에 병실생활에서 이를 회복시키는 과정으로 치료과정이 이루어져야 한다.

IV. 인간적 존엄성을 추구할 권리

1. 핵심이슈

모든 정신장애인은 인간의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 정신장애인은 건전한 사회구성원으로 책임 있는 삶을 살아가며, 자신의 능력을 계발하고 자립하도록 노력하여야 한다. 입원치료라는 과정에서 이 같은 개인의 존엄성이 부정되지 않도록 관련 시설 종사자들의 인권 향상 노력이 동반되어야 한다. 이를 위한 세부 권리사항은 다음과 같다.

우선, 정신질환의 치료과정에서 보호받을 권리이다. 다음으로, 인간의 존엄성이 지켜지는 치료환경을 제공받을 권리이다. 끝으로, 체적 강요나 구타로부터 자유로울 권리이다.

특히 어떠한 이유로든 정신과 입원치료 과정에서 정신장애인에 대한 구타는 없어야 한다. 감정적 교류가 빈번하게 일어나는 치료과정에서 치료진 또한 격한 감정에 휘말릴 경우가 허다하다. 환자들로부터 구타를 당하는 치료진들 또한 많다. 그러나 이에 대한 치료진의 반응이 나타나는 것은 금지되어야 한다. 치료과정이라는 것이 일반적 폐쇄된 공간의 행정과 구분되는 점이기도 하다. 우리나라 입원시설에서 이 같은 구타는 아직도 많다. 성폭행, 성폭력 또한 같은 맥락에서 이해되어야 하며 입원병상에서 일어나는 환자에 대한 구타는 어떠한 이유로도 정당화되지 못한다.

2. 이슈와 관련된 사례

사례 1: 치료과정에서 구금시설과 같이 생활을 하는 사례

A 병원에 입원했던 정신장애인은 “부당한 입원, 격리강박, 전화제한 등으로 인권을 침해하고 있어, 입원환자들이 구금시설보다 못한 생활을 하고 있다”라고 고발했다. 뿐만 아니라, 병원 임의대로 정신 장애인을 병동에 가둬놓았으며, 병원의 화장실과 복도, 홀 등을 청소시켰다.

사례 2: 치료과정에서 구타 및 강박 사례

서울 소재 J 정신병원에 입원했던 정신장애인은 병원측이 “환자들을 그룹체계로 나누어 부당하게 통신의 자유를 제한하고, 환자가 입원하면 양손과 양발, 가슴을 묶는 등 부당하게 강박을 했다”라고 말했다. 조사결과 이 말은 사실로 드러났다. 또 J 병원만이 아니라, 더 많은 병원들이 비슷한 폭력을 일상적으로 저질러왔다.

인권위는 이 폭력이 “입원 환자에게 대한 신체의 자유, 통신의 자유를 부당하게 제한한 것이고, 정신보건법 제45조 및 제46조를 위반한 것으로 판단하여, 관할 감독기관의 장에게 경고 조치 등 필요한 조치 등을 취하도록 권고”했다.

사례 3: 부당 감시 및 구타, 가혹행위 사례

H 정신병원에 입원했던 정신 장애인은 “병원은 샤워시설로 함께 사용되는 병원 화장실에 문과 칸막이가 없어 용변을 보는 모습과 목욕장면이 바로 노출될 뿐만 아니라, 이를 CCTV를 통해 관찰하고 있다”라고 폭로했다. 병원 측 직원들의 정신 장애인 폭행은 수시로 일어났다. 보호자가 없거나 장애가 심한 사람에게 욕설을 하는 것은 기본이고, 구타가 필수적으로 뒤따랐다.

3. 관련 법규

UN의 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities):

제15조는 ‘고문이나 잔혹한 또는 비인도적이거나 굴욕적인 취급 및 형벌로부터의 자유’에 관한 조항으로서, 장애인 개개인에 대한 존엄성이 보장되도록 부당하며 불법적인 물리적 행위를

비롯하여 차별적이거나 부당하거나 불법적인 처우를 금하며 형벌이 있게 될 경우 이에 대한 구제조치가 즉각적으로 이루어져야 한다'고 명시하고 있다.

·제16조는 '착취, 폭력, 학대로부터의 자유'로 장애로 인해 신체적 혹은 정신적으로 개인의 존엄성이 무시당하거나 훼손되지 못하도록 보장하고 있다. 동 조항에서는 그 범위를 넓게 규정하여 '모든 유형의 착취, 폭력, 학대'로 명시하고 있으며 폭력 등으로 인한 권리침해가 발생하는 경우 적극적이고 즉각적인 입법적, 행정적, 사회적, 교육적 및 기타 조치를 취하도록 하고 있다. 또한 발생의 예방과 피해자 보호의 중요성을 강조하여 폭력발생의 예방을 위한 정보와 교육의 제공, 보호서비스의 제공, 시설과 프로그램에 대한 감시, 피해자의 신체적, 인지적 및 심리적 회복, 재활 및 사회재통합을 위한 조치, 관련 입법 및 정책 마련 등을 규정하고 있다.

·제25조에서는 장애인들이 장애를 이유로 어떠한 차별 없이 최상의 신체적, 정신적 건강수준을 향유할 수 있는 권리를 인정하고 있다.

4. 실천 지침

- 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 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.
- 어떠한 이유로도 신체적 학대, 언어 및 심리적 학대, 성적 학대, 재정적 착취, 방임 등의 학대행위가 일어나지 않도록 신체적 처벌에 관한 엄격한 내부지침을 만들어 직원과 입소자들이 공유하며, 신체적, 정신적 안전의 권리를 침해하지 않도록 교육받는다.

V. 합당한 환경에서 치료받을 권리 : 적절한 병실규모, 치료인력 구성

1. 핵심이슈

정신병원의 병실 환경에는 정신장애인, 환자를 돌보는 치료자에 대해 사회가 어떻게 생각하고 있는가가 반영된다. 예를 들어 정신병원의 쇠창살이 가득한 외관은 병원을 설계한 디자이너가 정신병에 대해 어떻게 생각하고 있는 지를 보여준다. 모든 병원마다 어떤 목표가 있기 마련인데, 만약 간호사가 하루 종일 문을 잠그고 열고 환자를 데리고 다니는데 시간을 허비해야 하는 병원구조라면, 그 병원의 목표는 치료가 우선이기 보다는 수용이 우선인 것이다. 또한 병원 안에 작은 농장, 매점, 교회, 오락실 등이 있어 자급자족이 목표인 병원은 정신병은 치료 불가능이라서 환자들이 병원을 떠날 수 없을 것이라는 관점을 나타내고 있는 것이다. 환자에 대한 평가절하는 그러한 환자들을 치료하는 사람들도 평가절하 당하게 하는데 이것은 정신병원의 설계가 특히 간호사, 직원에게 불편하게 되어있다는 점에서 알 수 있다. 어쨌든 환자들은 이러한 환경이 나타내 주는 환자 자신들의 병원 내에서의 정체감(자신들은 무섭고 치료될 수 없고 가두어서 보호되어야 하는 존재)을 맹목적으로 받아들여지게 된다.

반면에 위와 같은 환경과는 반대로 어떤 병원은 호텔과 같이 사치스러운 환경을 제공하기도 하는데 이것은 환자에게 자신에 대한 평가절하된 느낌을 주지는 않지만 대부분 환자에게 낯설고 생소한 것(Ego-alien)이다. 결국 부적절한 환경이라는 것은 위에서 말한 두 가지 모두를 뜻한다. 즉, 전자의 병원과 같이 환자의 자아가 낮은 수준(소위, 만성화라는 상태)으로 내려가야 견딜만한(Tolerable Ego Feeling)환경과 후자의 경우처럼 퇴원 후의 현실과는 전혀 맞지 않는 환경이 부적절한 병실 환경이라 할 수 있다.

구체적으로 적절한 치료환경에 대한 기준과 권리는 다음과 같다.

첫째, 치료자와 정신장애인 비율이 지나치게 높지 않은 환경을 조성해야 한다. 일정한 비율을 제시하기 보다는 정신보건법에서는 정신과 의사 1인이 49명 이하의 정신과 입원환자를 치료하도록 명시하고 있다. 또한 간호사의 경우 의료법에서는 2.5인당 1인으로 되어 있으나 현행 정신보건법과는 맞지가 않다. 정신보건 전문 인력의 경우에는 100명 입원환자에 최소 1인을 두도록 되어 있다. 세계보건기구에서는 가급적 환자/치료진의 비율을 10대 1 혹은 20대 1 이내로 권고하고 있다.

둘째, 치료 상황에 대한 비밀이 보장되는 구조가 되어야 한다. 정신과 입원치료의 가장 중요한 부분이지만 가장 소홀하게 다루어지는 권리이기도 하다. 어떠한 이유로든 환자 자신의 동의 없이 치료과정에 대한 내용이 공개될 수는 없다.

셋째, 정기적 치료의 목적이 담긴 면담이 제공될 권리가 있다. 합당한 치료환경이 조성된

기관에서는 적절한 치료인력이 존재하게 됨으로써 치료적 목적의 면담이 제공될 수 있다. 현재 인권의 문제와 더불어 이 같은 치료인력의 비율이 높지 않은 이유는 의료보험에 의한 재정약화가 이유가 될 수 있다. 치료인력이 많을수록 치료비용이 더 많이 소요되기 때문에 이에 대한 재정지원이 검토되어야 한다. 입원환자에 대한 인권이 존중받기 위해서도 합당한 시설이 유지 되도록 재정지원이 이루어져야 한다.

2. 이슈와 관련된 사례

사례 1: 치료 수용 인원 구성이 과다한 사례

A요양원은 600인이 수용되어 있다. 치료인력으로는 생활지도사 30인이 2교대로 움직이고 정신과 전문인력은 그 중 3인에 불과하다. 정신과 의사와의 면담은 불규칙하게 이루어지고 있으며 촉탁의 활동이 1주일에 6시간으로 국한되어 있어 정신장애인에 대한 면담이 전혀 이루어지지 못하고 있다. 이는 A요양원의 문제만이 아닌 우리나라 전체의 요양원 문제이기도 하다.

사례 2: 치료인력이 부족하여 환자에 대한 서비스가 적절하게 제공되지 못하는 사례

B병원은 100명 입원환자에 정신과 의사 1인, 간호사 3인, 사회복지사 1인의 인력만으로 운영되고 있다. 치료프로그램은 신문읽기, 글쓰기, 영화보기 등이 전부이며 대부분의 입원기간 동안을 무기력하게 보내고 있다. 정신과 의사와의 면담은 3일에 1회 정도 이루어지고 있으며 그 시간은 10분을 넘지 못하고 있다.

3. 관련 법규

UN의 장애인권리선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)

·제3조에서는 “장애인은 인간으로서 존엄성을 존중받을 타고난 권리를 지닌다. 장애인은 태생, 본성 그리고 장애의 심각성에 관계없이 가능한 정상적이고 풍족한 삶을 향유할 권리를 우선적으로 포함하는 동일한 연령의 일반 시민들과 같은 동일한 기본권을 가진다”고 선언함으로써 의식주생활에 관한 기본권을 선언하고 있다.

·제6조에서는 “장애인들은 사회통합 및 재통합 절차를 최대한으로 하는 것을 가능케 하는 기능을 개발할 수 있는 보철 및 보조기구를 포함하여 의료적 사회적 재활, 교육, 직업훈련, 재활, 원조, 상담, 거주서비스 및 기타 서비스를 포함하여 의학적, 심리적, 기능적 치료를 받을 권리를 가진다”고 선언하여 정신장애인의 의료적 재활을 포함한 의학적 서비스를 받을 권리를 규정하고 있다.

UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙 1의 제1조에서는 “모든 사람은 의료보호 및 사회보호제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다”고 규정하고 있다. 또한 원칙 8의 제1조에서는 “모든 정신장애인은 그들의 건강의 필요에 적합하도록 보건 및 사회적 보호를 받을 권리가 있으며, 다른 질환자와 같은 기준의 보호와 치료를 받을 권리가 있다”고 선언하므로써 정신장애인들이 다른 환자(입소자)들과 같은 건강과 사회적 보호를 받을 권리를 규정하고 있다.

4. 실천 지침

입원치료에서 중요한 것은 환자에게 단계적이고 통제된 위기(crisis)가 주어지고 치료진의 도움으로 이러한 위기를 해결하는 것이다. 이때 병실 환경이 치료진의 역할을 도울 수도 있고 방해할 수도 있다는 것을 인식하여야 한다.

치료적 환경은 치료진 수가 적절하게 많고 최소한의 입원환자 수가 존재할 때 가능하다.

가급적 입원환자 수를 최소화하고 병실내 치료프로그램이 활성화되도록 하여야 한다.

치료환경은 비밀보호가 이루어지도록 세심하게 배려되어야 한다.

치료진의 윤리의식은 치료에 절대적인 영향을 미친다는 점을 명심하여야 한다.

입원에 관련된 서류는 별도의 장소에 보관하고 유출되지 않도록 한다.

VI. 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경

1. 핵심이슈

한 병실내의 환자수도 중요한데 세계보건기구는 32명을 넘지 않는 것이 좋다고 하며 8명 단위로 나누어질 수 있는 것이 바람직하다고 한다. 여기서 8명이라는 것은 서로간에 주의를 기울일 수 있는 최대한의 인원이다. 이밖에 병실활동을 위한 시설이 필요하다. 환자와 치료팀이 모두 앉을 수 있는 넓은 프로그램실, 병실회의나 집단정신치료를 위한 공간이 따로 있어야 한다. 정신과 의사보다 환자를 더 많이 접촉하는 병원인력들은 정신과 치료구조의 초석이 된다. 치료 환경을 발달시키는 임무는 주로 이런 치료인력의 중심적 역할을 극대화 시키는 것이다. 간호사와 사회복지사 등은 우선 행동지향적 전문직으로 특히 자아(Ego)를 손상받은 환자에게 유용하기에 환자와 협조하는 기술을 습득할 수 있다면, 그들은 단순하고 명확한 용어로 의사소통하며 상호작용 속에서 의미의 뉘앙스를 파악함으로써 환자의 자아 회복에 많은 기여를 하게 될 것이다. 종종 정신과 종사자들은 환자에 대해 공감(Empathy)을 지녀야 한다고 한다. 그러나 공감보다 더욱 중요한 것은 그들이 환자에게서 매우 하찮은 반응을 얻어낼 때조차도 환자와 계속 상호관계를 형성할 수 있는 에너지를 가지고 있어야 한다는 것이다. 이상적인 면에서 말하자면, 정신과에 종사하는 모든 인력은 인류애(Humanity), 에너지(Energy), 자발성(Spontaneity)을 가져야 한다.

구체적으로 세부이슈는 다음과 같다.

첫째, 정기적인 보호자 면회가 이루어지는 환경이 보장되어야 한다. 입원환자들에게 가장 고통스러운 것은 보호자에 의한 강제입원 이후에 정기적인 면회가 없는 경우이다. 환자들은 모두가 버림받았다는 생각을 하게 되고 이는 치료과정을 악화시킨다. 회복된 증상이 악화되는 경우가 많으며 적절한 입원기간을 넘겨 장기입원화 되는 경향이 강하다.

둘째, 종교적 자유가 이루어지는 공간, 강요받지 않는 공간이 필요하다. 헌법상에 보장된 종교의 자유가 정신장애인이 입원할 때도 보장되어야 한다. 그 반대로 종교재단에서 설립한 입원기관에 종교가 강조되어서는 안된다. 종교문제는 사적 개념이 아닌 공적 개념으로 인식하여야 하며 입원치료기관에 있는 모든 사람들의 자유로운 종교생활이 보장받도록 하여야 한다.

셋째, 통신의 자유가 보장되어야 한다. 입원환자 모두에게 통신의 자유는 매우 중요하다. 특별한 치료적 이유가 있어 제한당하는 경우를 제외하고는 입원초기부터 외부와의 통신은 자유롭게 이루어져야 한다.

넷째, 의사표현의 자유가 보장되어야 한다. 자신의 치료에 대한 어느 것이든 표현될 수 있어야 한다. 치료과정에 대해 부당하다고 느껴지는 것을 치료진에게 표현하는 것이 어떤 이유로든

억압되어서는 안 된다. 치료진들은 자신들에게 불리한 내용의 표현을 하였다는 이유로 정신장애인에 대한 부당한 대우를 해서는 안 된다.

2. 이슈와 관련된 사례

사례: 의사소통, 건의, 외부와의 연락이 통제된 사례

입원 때부터 4주가 지나도록 집과의 연락이 차단되었다. 프로그램에 대해 항의하다가 벌써 1주일간 프로그램 참가가 박탈당했다. 그러나 국가인권위 진정함이 설치되어 있지 않았다. 인권위 진정함이 미리 병실에서 개봉되어 제재를 당한 경우도 있다. 어떤 경우 보호자와의 면담이 6개월째 이루어지지 않고 있다.

3. 관련 법규

UN의 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

·제22조 제1항은 장애인의 사생활에 대한 자의적이거나 불법적인 침해와 개인의 명예와 신용에 대한 불법적인 비난에 관한 내용을 언급하고 있다.

·제2항에서는 사생활 및 건강에 대한 정보를 보장할 것을 규정하고 있다. 장애인이 자신의 사생활을 최대한 보호받기 위해서는 자신의 개인적인 정보가 어떻게 저장되고 보관되며 어떠한 목적으로 사용되었는지 확인할 권리가 있음을 명시하고 있다.

UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙19 제1조에서는 “환자(입소자)는 정신보건시설에 보관되어 있는 환자(입소자)의 건강 및 개인정보를 열람할 수 있는 권한을 부여받는다. 이 권리는 환자(입소자) 자신의 건강에 대한 심각한 위해를 예방하고 타인의 안전을 위협에 빠뜨리지 않기 위한 목적으로 제한을 받을 수도 있다. 이와 같이 환자(입소자)에게 제한된 정보가 있는 경우에는 국내법 규정이 있다면 그에 따라,

비밀보장을 전제로 환자(입소자)의 대리인이나 변호인에게 전달이 가능하도록 해야 한다. 제한된 정보가 있는 경우, 환자(입소자), 환자(입소자)의 대리인 그리고 변호인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법적 심사의 대상이 될 수 있다”고 환자(입소자)의 개인 의료기록을 열람할 수 있는 권리를 규정하고 있다.

UN의 장애인권리선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)

“의사표현과 정보이용에 필요한 통신, 수화통역, 자막, 점자 및 음성도서 등 모든 서비스를 제공받을 권리를 가진다”고 정보의 접근권을 명시적으로 규정하고 있다.

UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙13의 제1조에서는 정신보건시설내 환자(입소자)는 시설내 다른 사람과 의사소통할 자유, 검열 없이 사적인 서신을 주고받을 수 있는 자유, 사적으로 대리인이나 개인 대리인의 방문을 받을 자유, 합당한 시간이라면 언제나 기타 면회인을 만날 자유, 그리고 우편, 전화, 신문, 라디오, 텔레비전 등을 이용할 자유 등에 대해 존중받을 권리를 가진다고 규정하고 있다.

4. 실천 지침

입원환자는 본인의 의사가 있을 때 보호자와의 면담이 이루어지도록 하여야 한다.

외부와의 연락은 한시 자유롭게 이루어져야 하고 치료에 반하는 자신의 의견이 치료진에게 그대로 전달되어야 한다.

치료진은 항시 환자들의 요구사항을 충분한 시간을 두고 청취하고 실행하도록 하여야 한다.

종교적 활동이 강압적이어서는 안된다. 본인의 의지에 반대되는 의무적인 예배의 참가나 기도 강요 등은 근절되어야 한다.

- 보호자와의 면담은 자유롭게 사생활이 보호되도록 하여야 한다. 치료진의 참여는 보호자와 환자 등이 치료적으로 원할 경우에만 국한되어야 한다.

Ⅶ 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권

1. 핵심이슈

치료환경이 역할구조에 미치는 세 가지 공헌은 첫째, 그것이 환자에게 명료한 환경을 제공하고 둘째, 그것은 자신의 본성의 다양한 국면을 자신에게 반영시키고 셋째, 많은 양의 직무내용의 위임을 통해 그것은 해결해야 할 문제점을 제공해야 하는 것이다. 입원환자는 이런 명확한 구조의 일부로서 그 자신의 역할을 보기 때문에, 환자는 병원에서 그에게 기대되는 것이 무엇이고, 어떤 직무를 수행해야 하고, 어떤 지지가 그에게 유용하고, 어떤 보상을 그가 기대하는가를 반드시 알아야 한다. 이러한 알 권리는 치료과정에 있어 자기 결정권과 연결된다.

현재까지 우리나라 정신과 입원치료는 자기 결정권이 거의 존재하지 못했다. 90%가 강제입원이 환경에서 자기결정권은 무시되고 박탈되어 왔다. 당연하게 자신이 앓고 있는 병에 대해 알 권리가 무시되고 치료과정에 있어 프로그램의 목적이나 방향에 대해 상호작용이 없었다. 모든 입원환자들의 프로그램은 반드시 그 목적과 치료방향이 설명되어야 하며 입원치료과정에 참여하는 모든 치료진들은 이를 설명하고 환자들이 참여하도록 설득하여야 한다. 잘 교육된 역할은 자기 개념의 중요한 부분을 구성하고 이는 치료적으로 큰 도움이 된다.

구체적인 세부이슈는 첫째, 치료방향에 대한 교육 및 참여할 권리, 둘째, 자신의 입원기간의 예측과 치료프로그램의 내용을 알 권리, 셋째, 자신의 입원상태에 대한 명확한 설명과 가이드(병명, 치료프로그램 등) 제시가 필요하다.

2. 이슈와 관련된 사례

- 사례: 치료 정보를 전혀 제공받지 못한 사례

A씨는 3년간의 정신병원 생활을 하고 있다. 보호자는 1년에 2회 불규칙하게 오고 있었다. 갑자기 고열이 나고 온 몸이 경직된 상태로 인근 종합병원 정신과로 이송되었다. 신체에 대한 응급치료 후 자신의 병명에 대해 질문하자, A씨는 전혀 병명과 치료계획에 대해 모르고 있었다. 재활치료에 대한 개념도 없었으며 지역사회 정신보건센터나 사회복귀시설에 대한 정보가 전무하였다. 가족 또한 마찬가지로 입원 외에는 어떠한 치료에 대해 설명을 받은 적이 없었다. A씨는 3개월의 추가 입원을 통해 퇴원하였으며 인근의 정신보건센터 낮 치료 회원으로 등록하였다. 1년 뒤 독립 취업 하게 되어 현재 5년째 재입원없이 지역사회에서 생활하고 있다.

3. 관련 법규

UN의 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

·제13조의 사법접근권은 장애인이 동등하게 가진 법 앞에서의 평등한 권리(제 12조)를 구체화한 것으로서, 실제 법적절차 있어서의 장애인의 참여를 위한 편의제공 등을 명시하고 있다.

UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙21에서는 "모든 환자(입소자) 혹은 이전 환자(입소자)는 국내법이 지정한 순서에 의거하여 불만을 표현할 수 있는 권리가 있다"고 선언하므로써 정신장애인들이 정신보건시설에 대한 불만이나 욕구를 표현할 권리가 있음을 규정하고 있다.

·원칙12의 제1조에서는 권리의 고지에 관한 규정들이 제시되어 있다. 구체적으로, 제1조에서는 "정신보건시설에 입원(소)하는 환자(입소자)에게는 가능한 빨리 UN원칙과 국내법에 따른 자신의 모든 권리를 환자(입소자)가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 고지해야 하며 그 정보에는 이들 권리에 대한 설명과 권리행사방법이 포함되어야 한다"고 명시되어 있다. 제2조에는 "이러한 정보를 환자(입소자)가 이해할 수 없는 경우에는, 개인 대리인이 있는 경우 개인 대리인과, 환자(입소자)의 이익을 가장 잘 대변할 수 있고 또 그렇게 하려는

사람(들)에게 환자(입소자)의 권리를 알려야한다”고 되어 있으며, 제3조에는 “해당 행위능력이 있는 환자는 시설에 대해 자신의 이익을 대변할 사람과 자신을 대신해 정보를 고지 받을 사람을 지정할 권리를 가진다”고 명시하고 있다.

세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)

·제12조는 “어느 누구도 자신의 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대하여 자의적인 간섭을 받지 않으며, 자신의 명예와 신용에 대하여 공격을 받지 아니한다. 모든 사람은 그러한 간섭과 공격에 대하여 법률의 보호를 받을 권리를 가진다”고 명시하므로써 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대하여 자의적인 간섭을 받지 않을 권리를 규정하고 있다.

4. 실천 지침

치료진들은 모든 정신장애인들과의 치료프로그램 운영시 상세한 설명을 하여야 할 의무가 있다.

진단, 치료과정에서 발생하게 되는 의료적 결과물들에 대해 설명해야하며 당사자들로부터의 요구되는 의문과정에 답할 수 있어야 한다. 진단명, 예후, 치료과정 등이 여기에 속한다.

입원환자들을 포함한 정신장애인들은 자기에게 합당하지 않다고 판단하는 치료에 대해 거부할 권리를 가진다. 그러나 그 결과로 인한 책임은 본인에게 있음을 주지시켜야 한다.

여러 가지 프로그램이 동시에 제공될 때 본인의 취사선택을 존중해 주어야 한다.

치료진들은 자기결정권을 우선시 하는 정신장애인의 선택을 돕도록 각각의 치료과정과 프로그램을 설명할 수 있어야 한다.

VIII. 치료에 대한 주관적 평가를 할 수 있는 권리

1. 핵심이슈

정신장애인을 포함한 입원환자는 치료과정의 주체이자 객체이다. 이들은 자신들의 정신건강에 대해 수행 받은 치료과정에 대해 알 권리와 함께 평가할 권리를 지닌다. 과거 수용적 입장에서 수동적으로 제공받던 서비스에 대해 이제는 능동적으로 이를 평가하고 자기 결정권을 가지고 치료를 취사선택할 수 있어야 한다. 수용을 거부할 수 있는 권리, 장기 입원에 대한 부당성을 표현할 권리 등이 여기에 속한다. 급성기에 자신의 사고체계가 혼란을 겪는 경우를 제외하고 자신의 의지가 존중되어야 하며 이를 치료진은 적극 보조하여야 한다. 이런 점에서 회복개념은 최근 가장 대두되고 있는 정신장애인의 평가 권리이기도 하다. 과거 치료 중심의 모델에서는 치료진이 환자의 상태에 대해 평가를 하는 임상적 관점이 강했다면 최근에는 치료과정의 수혜자가 직접 회복개념을 설명하는 소비자적 관점이 강해지고 있다. 정신건강서비스가 제공되는 현장에서도 이 점을 수용하는 것이 매우 중요하게 작용하고 있으며 이는 치료과정의 인권의 초석이라고 할 수 있다.

구체적으로 세부이슈는 다음과 같다.

첫째, 장기 입원에 대한 부당성을 표현할 권리가 보장되어야 한다. 정신보건심의위원회에 자신의 입원기간이 부당함을 제소할 수 있다. 6개월이 넘어가는 입원기간을 지닌 정신장애인들은 누구나 퇴원/퇴소에 대한 청원을 할 수 있다. 보호자에 의한 입원의 경우에도 이는 당사자의 합당한 권리로 인정되어야 한다.

둘째, 치료과정에 대한 평가가 이루어져야한다. 정신장애인 입장에서 자기결정권에 의해 치료받은 내용을 숙지하고 이에 대한 평가를 하는 것은 당연한 결과이다. 입원과정에서 겪은 부당함, 장점, 단점, 보완할 점 등을 치료진에게 이야기하는 것은 향후 입원치료 내부에서의 치료향상에 기여할 수 있다. 이 치료과정에 대한 평가 항목들을 나열하면 다음과 같다.

- 참여(Involvement)
- 지지(Support)
- 자발성(Spontaneity)
- 자율성(Autonomy)
- 분노와 적개심(Anger and Aggression)
- 질서와 조직(Order and Organization)

- 프로그램 명확성(Program Clarity)
- 직원통제(Staff Control)

2. 이슈와 관련된 사례

사례: 치료 프로그램에 대한 개인 평가가 보장된 사례

A씨는 자의입원으로 입원한 경우로 3개월 경과 후에 자신의 결정에 의해 입원을 1개월 더 하기로 하였다. 치료진은 자의입원 서류를 재작성하였다.

B씨는 6개월 입원이 경과한 이후에 주치위와 상의하여 퇴원명령을 정신보건심의위원회에 제출하였다. 보호자는 B씨의 퇴원을 반대하고 있지만 주치위는 급성증상이 없어졌고 재활프로그램의 보완으로 퇴원 후 지역사회정신보건센터와 연계치료가 가능하다고 판단하고 있다. 또한 입원기간동안 자기주장훈련, 사회기술훈련, 약물교육 등을 수행받은 B씨는 퇴원 후 재발 없이 살 수 있다고 주장하고 있다.

3. 관련 법규 및 판례

미국의 Olmstead 판결(OLMSTEAD v. ZIMRING)

각각 정신 분열증과 인격 장애로 정신병동에 감금되었던 정신장애인 2명이, 각각 주치위가 적절한 사회 내 프로그램을 통한 치료가 적합하다고 진단한 후에도 계속해서 정신병동에 수용되자, 자신들을 사회 내 프로그램에 배치해줄 것을 요구하며 주(정부)측을 상대로 소송을 제기하였다. 1999년 6월 22일, 미국 연방대법원은 “ADA Title II 규정에 의하여 주(정부)는 정신과 전문의가 원고들에 대해 사회 배치가 적합하다고 진단하는 경우, 수용시설에서 비교적 제한적이지 않은 환경으로 옮기는 것에 관해 관련된 사람들의 반대가 없고, 배치가 적절히 제공될 수 있으며, 정신 장애를 앓고 있는 다른 사람들의 필요와 주정부의 자원 등이 고려되었을 때, 정신 장애인을 시설이 아닌 사회적 환경에 배치해야 한다. 부당한 격리 수용은 장애를 이유로 한 차별임이 인정된다. ADA는 장애인들에게 사회생활의 혜택을 누릴 수 있는 기회를 보장하고 있고, 모든 공공기관이 장애인에 대한 차별을 금하도록 제한하고 있는 것뿐만 아니라, 특별히 장애인을 상대로 한 부당한 격리를 차별로 규정하고 있다.”고 판결하였다.

- UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)

·원칙21에서는 "모든 환자(입소자) 혹은 이전 환자(입소자)는 국내법이 지정한 순서에 의거하여 불만을 표현할 수 있는 권리가 있다"고 선언함으로써 정신장애인들이 정신보건시설에 대한 불만이나 욕구를 표현할 권리가 있음을 규정하고 있다.

4. 실천 지침

- 모든 치료진들은 정신장애인들이 입원치료 평가에 능동적으로 참여할 수 있도록 배려하여야 한다.
- 치료프로그램 구성에 정신장애인 당사자를 참여시키고 동의를 얻는다.
- 치료프로그램의 방향성에 대해 치료진 내부의 회의가 정기적으로 검토되어야 한다.
- 치료진들은 정신장애인의 자기결정권, 참여권, 치료거부권 등에 대해 이해할 수 있어야 하며 이의 표현을 적극 도와야 한다.
- 치료진들은 평소 프로그램의 목적, 평가 등을 주기적으로 실시하고 보완할 수 있어야 한다.

참고문헌

정신장애인 인권교재. 국가인권위원회, 2008

정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서. 국가인권위원회, 2009

정신질환자 법적차별 개선 대책. 중앙정신보건사업지원단, 2009

정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축. 국가인권위원회, 2009

■ 정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안 토론 1

최 완 욱 (광주인권운동센터사무국장)

■ 정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안 토론 2

정신장애인과 인권

신 홍 주 (국가인권위원회 광주사무소 조사관)

1. 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련

1. 자의입원 원칙의 정신보건법 명문화

- 정신보건법상(법 제2조 제5항) 자발적 입원 권장, 자의입원을 9.7%, 비자의입원을 90.3% 정도, 입원은 쉽고 퇴원은 어려움. 비자의입원의 관행화 등

⇒ 자의입원의 원칙화를 위해 정신보건법을 개정

- “항상 자발적 입원을 우선시 고려하여야 한다.”로 개정
- “정신보건시설의 설치운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다.”는 별도 항 신설

2. 입원과정에서의 적정절차 마련

가. 입원적정절차 강화

(1) 정신의료기관 입원 시 진단입원과 치료입원의 구분

- 입원요건이 엄격한 시장군수구청장에 의한 입원의 경우 2주간의 진단기간을 두어 입원심사 여부를 판단, 보호의무자에 의한 입원은 입원 후 6개월 이후 계속입원심사로 장기 및 과도한 인신구속 및 인권침해에 해당될 우려

(영국과 일본은 최초입원 심사 후 28일 이내에 다시 심사를 받도록 규정)

- 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 시장군수구청장에 의한 입원과 같이 “진단을 위한 입원”과 ‘치료를 위한 입원’으로 나누어 규정하도록 관련 조항을 개정

(2) 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건 강화

- 보호의무자에 의한 입원은 “환자가 입원 등 치료 또는 요양을 만한 정도의 정신질환에 걸려있는 경우”와 “자신이나 타인의 안전을 위하여 필요한 경우”로 규정
 - ⇒ 기준모호 및 정신과전문의에게 과도한 재량부여로 남용우려
 - ⇒ 시장군수구청장에 의한 입원의 경우 “자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 경우” 규정에 비해 해석 범위가 광범위하고 구체적 지침 없음.

- 보호의무자 입원 규정을 “치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려가 큰 경우”로 개정
- 또한 ‘자신 또는 타인을 해할 위험’으로 개정

(3) 정신요양시설 입소절차 강화

- 정신요양시설은 의료와 재활기능을 가진 중간시설로 실제로는 기본적인 의료서비스와 의식주를 제공하는 장기거주지, 마지막 기착지, 주거시설 기능
 - ※ 요양시설 입소환자 실태조사 결과 : 임상적 입원부적절이 53~ 59%
- 현행 정신보건법은 정신의료기관 입원과 요양시설 입소를 동일한 절차로 규정하고 있어 치료가 필요한 환자조차도 시설로 입소하는 현상이 발생

- 정신요양시설의 입소 및 계속입원 심사와 관련한 별도의 규정 마련
 - ⇒ 정신보건심판위원회에서 대상 환자들의 치료 필요성 여부 및 상태를 판단하여 요양시설의 입소를 심사

나. 계속입원적정성 평가 강화

(1) 계속입원심사기준 개정

- 계속입원 역시 보호의무자에 의한 입원요건보다 강화된, 정신의학적 상태 이외에도 기능장애 상태와 지지체계 여부를 판단, 장기입원 조장 우려, 사회적응력 저하 초래

- 국가 및 지방자치단체의 책임 강화와 재정지원, 보건소와 정신보건센터 등을 통한 지역사회 주거시설 및 사회복지시설로의 연계 강화
- 계속입원심사청구서에 기재된 3가지 항목 중 “정신의학적 상태”를 제외한 나머지 “기능장애 상태와 지지체계 여부” 항목은 삭제 개정

(2) 계속입원심사기간 단축

- 현행 정신보건법은 보호의무자 입원의 경우 6개월을 기준으로 계속입원여부를 평가, 시장·군·수구청장 입원인 경우 3개월을 기준으로 입원적정성 여부를 평가하고 있어 본질적으로 동일한 입원에 대하여 다른 기준을 적용

- 계속입원심사기간을 현행 6개월에서 “3개월”로 단축 개정

(3) 정신보건심판위원회의 역할 강화

- 정신보건심판위원회는 처우개선에 대한 심사와 퇴원 및 계속입원여부에 대한 심사를 수행하는 기구로 누구의 이해관계에도 치우치지 않는 중립적인 판단 의무
 - ※ 심판위 계속입원의 비율이 95%이상, 계속입원치료 40,184건 중 퇴원결정은 4.8%, 월 평균 1회 개최, 1회 3시간동안 800-900건의 서류 중심의 형식심사 등 실효성 문제 발생
 - 또한 위원 구성은 15개 시·도 지역 중 6개 지역을 제외한 나머지 지역은 의사의 비율이 과반수 혹은 그 이상으로 특정 직종이 편중

- ‘인권단체 활동가 혹은 시민참여단 등 공익단체에서 추천한 자’ 1인을 정신보건심판위원회에 포함되도록 규정
- 2회 이상 연속해서 서류심사만으로 대체할 수 없도록 규정(1회는 대면심사)
- 현재 월 1회 심판위원회를 월평균 심사건수를 기준으로 50건 이상인 경우 2주 1회 이상 개최하도록 의무화

다. 인신보호법에 대한 개정 및 고지 의무화

- 2007년 6월 시행된 인신보호법은 구제청구권자의 범위(외부와의 단절), 재판소요 비용의 본인부담 및 구제청구권 미고지 등이 문제

- “정신의료기관 등의 장은 입원 및 입소 시 인신보호법의 내용 및 법원의 구제청구에 대한 권리를 고지하여야 한다.”로 정신보건법 및 인신보호법에 명문으로 개정 및 규정
- 인신보호법 제14조 단서에 “구제청구자 또는 수용자가 지급할 능력이 없을 때에는 국가가 이를 부담할 수 있다”라는 규정을 신설

3. 퇴원과정에서의 적정절차 마련

가. 시장군수구청장이 보호의무자인 입원 시 퇴원 후 보호체계 의무화

- 정신보건법 제24조가 입·퇴원 절차와 자격만을 명시하고 있을 뿐, 퇴원 후 보호 의무에 대해 규정하고 있지 않고 있음

- “시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우, ‘시장·군수·구청장은 정신보건심판위원회의 의견을 들어 퇴원 후 거주할 주거시설 및 제공되어야 할 정신보건서비스의 유형 및 방법과 이를 제공할 기관 또는 단체를 명시한 퇴원계획을 세워야 한다.’라는 별도의 규정을 신설

나. 지역사회 연계절차 강화

- 현행 정신보건법은 퇴원 환자에 대한 지역사회 연계절차를 마련하고는 있으나,

⇒ 사회지지체계 부족으로 계속입원율이 증가하고 있고, 퇴원 후 사후관리가 미흡한 것으로 나타나고 있어 지역사회 연계절차가 부족

⇒ 보건소나 정신보건센터 역시 정신장애인을 유인할 만한 제도적 장치가 미흡

- 정신보건법 제26조의3(퇴원등 사실의 통지)에 제2항을 신설하여 “환자 또는 보호의무자에게 퇴원 후 지역사회에서 정신보건서비스를 받을 수 있음을 설명하고, 동의한 환자에 대해서는 정신과전문의와 정신보건센터 정신보건전문요원이 함께 퇴원계획을 수립”할 수 있도록 명문화
- 정신병원과 정신보건센터 등과의 연계에 대한 평가를 하여 이를 수가에 반영하거나 인센티브를 지급

- 정신보건법 제37조의2(외래치료명령) 제3항을 “외래치료명령을 받은 환자가 정신보건센터에 연계될 수 있도록 적극적으로 노력하여야 한다.”를 추가 개정
- 더불어 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치의 해제)와 제37조(임시퇴원 등)도 위와 상응하는 수준으로 개정하여 지역사회 연계를 강화할 필요

4. 공적 개입 서비스 체제 구축

가. 공공이송체제 확립

○ 사설응급구조단(129)에 의하여 병원이나 시설로 이송되는 과정에서 정신장애인의 의견은 거의 무시되는 등 인권침해 진정과 사례가 증가

- 보호의무자에 의한 입원의 경우, 형식적 요건을 갖춘 경우 입원되는 것이 현실이어서 이송은 곧 입원이라는 등가가 성립

⇒ 국가 및 지방자치단체가 이에 대한 공적 의무를 강화하는 방향으로 법을 개정

- 사설응급구조단에 의한 정신의료기관으로의 이송을 금지하고, 경찰과 소방공무원 등 공공이송체계를 통해서만 이송될 수 있도록 관련법을 개정

나. 공공위기 개입서비스 구축

- 현재 경찰공무원은 관할지역 이탈에 대한 책임, 정신질환자 강제입원에 대한 부담 과 정신보건법 등의 임의조항으로 인해 협조를 적극적으로 이끌어내기 어려움

- 보건복지가족부 콜센터, 국공립정신병원과 정신보건센터의 24시간 전화상담 서비스를 개설하고 이를 경찰과 구급대에 연계
- 정신보건법상 경찰과 소방공무원의 협조를 의무화

II. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

1. 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련

가. 치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시

- 정신장애인의 경우 환자가 이해할 수 있는 방법으로 치료과정에 대한 정보를 제공하고, 이러한 정보에 기초하여 스스로 서비스를 선택할 수 있는 기회를 보장
- 입퇴원 관련 정보, 약물 치료 전 약물복용에 관한 설명, 강박격리설명, 등 많은 환자들이 치료과정에 있어 관련 정보를 제공받지 못하고 있음
- 정신보건법에서 권리사항을 환자에게 알려야 한다고 규정하고 있으나 구체적 조항이나 처벌 규정이 없어 실효성에 의문

- 정신보건법 제6조의 “권리와 권리의 행사에 관한 사항을 문서로 제공“하도록 개정
- 권리규정을 위반 시 “벌칙규정”을 별도로 마련
- 정신보건법 제5장에 “정보제공”에 관한 조항을 신설

나. 개인정보 보호에 관한 기준 강화

- 환자의 신분치료법·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 존중

- 본인의 이해와 진의와는 상관없이 대리권이 부여되었다는 동의서에 의하여 기록열람이 가능하도록 되어 있어 이에 대한 남용가능성이 높음

- 생명을 위협하는 위기상황, 공공의 안전, 심각한 병적 상태에 대한 예방 등 공공의 이익이나 환자 본인의 이익을 위한 경우로 개인정보의 이용범위를 제한토록 규정
 ⇒ 정보공개가 이루어진 경우, 본인이나 보호자에게 반드시 정보공개의 법적 근거, 공개된 정보의 내용 및 목적 등을 공지토록 할 필요

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

- 정신보건법은 제45조는 통신 및 면회의 자유에 대해 의료를 위하여 필요한 경우 최소한의 범위 내에서 제한할 수 있다고 규정하고 있으나, 구체적 규정이 없어 오남용 소지(목적의 정당성, 방법의 적절성, 피해의 최소성, 법익의 균형성이 요구됨)
- 서신 및 소포에 대한 사전검열은 금지되어야 하고, 소포 및 물품의 개봉과 관련하여서도 필요한 경우 제한적으로 행사, 일률적인 제한은 금지되어야 함

- 통신의 자유, 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 내용 및 절차를 구체적으로 적시하는 별도의 규정 마련 및 벌칙규정을 제정

라. 격리강박 기준 강화

- 격리 및 강박의 적용기준과 관련하여 정신보건법은 격리, 강박을 최후의 수단으로 최소한으로 행하여져야한다고 규정하고 있으나,
 - 지침은 병실환경을 훼손할 우려가 있는 경우나 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우에도 시행할 수 있다고 하여 모법의 적용기준보다 광범위한 범위를 규정,
 - 시행주체와 관련하여서도 모법은 정신과 전문의의 지시로 격리, 강박을 행할 수 있다고 규정하고 있으나 지침은 당직의사의 지시에 의해서도 할 수 있다고 하고 있어 정신보건법의 적용원칙 및 기준을 훼손하고 있다고 볼 수 있음

- 격리 및 강박에 관한 사항을 지침이 아닌 시행령에 규정, 위반 시 벌칙규정 신설
- ⇒ 신설된 시행령에 격리·강박의 구체적 적용범위, 즉시설명 의무, 해제여부에 대한 검토 및 환자의 상태확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등을 포함하여 구체적으로 규정

2. 치료환경 및 질 개선

가. 정신의료기관 인력 기준 강화

- 보건복지부장관이 고시한 정신보건시설 인력 기준은 현실에 비해 부족

※ ‘정신의료기관’의 경우 입원환자 60인당 정신과전문의 1인, 입원환자 13인당 간호사 1인, 입원환자 100인당 전문요원 1인 등의 의료 인력을 규정

- 또한 현재의 의료인력 기준을 충족하는 수준을 넘어 선진국 기준으로까지 강화할 필요가 있으며, 필요시 정신보건시설 예산에 관한 기초조사를 바탕으로 수가를 현실화시키는 방안 마련 필요 및 인력기준에 대한 관리 강화

나. 의료급여 수가의 실질화

- 현재 정신과 및 혈액투석을 제외하고 모든 질환에 대하여 의료급여와 건강보험수가가 일치함, 그러나 정신과 진료와 혈액투석에 한하여 의료급여수가가 건강보험수가에 비하여 낮게 책정.

※ 혈액투석의 경우 건강보험 대비 90~95%에 해당되어 그 격차가 거의 없는 반면 정신과의 진료의 경우 의료급여수가는 60%~75%로 진료의 질과 양에 차이를 야기할 수 있는 수준임

⇒ 치료효과가 높은 비정형약제 대신 약가가 낮은 정형약제를 주로 사용

⇒ 정액수가의 실질화로 인하여 발생할 수 있는 초과적 사회적 비용은 병상 수 증가 억제, 의료수가의 차등지급 및 조정 등으로 국가가 해결할 문제

- 의료급여환자에 대한 진료의 질을 향상하고 재활요법 및 작업치료 등 사회복귀를 촉진시킬 수 있도록 진료내용을 다양화하기 위해서는 건강보험수가와 동일한 수준으로 현실화하는 것이 필요

다. 차등수가제 평가항목 개선

- 2008년 보건복지가족부 고시로 2008년 10월 이후 현재 정액수가제 및 입원기간에 따른 차등진료수가제와 더불어 의료인력 수준별 수가차등제를 도입 시행
 - ※ 실태조사 결과, 정신의료기관에 입원한 1,813명의 환자 중 32%는 임상증상에 따라 입원이 불필요, OECD의 다른 국가와 비교 시 평균재원일수가 작게는 6배에서 10배정도 우리나라가 더 높고, 지속적인 병상 수 증가
- 현행 차등수가제는 의료인력 수에 따라 G1부터 G5까지 기관의 등급을 지정하고, 입원일수가 6개월을 넘어가면 수가가 3.5%씩 차감하는 의료인력 중심의 평가제도로 그 효과가 미미

- 현재의 차등수가제의 평가항목을 의료의 질 향상, 사회복귀 촉진 및 부적절한 장기입원을 줄일 수 있도록 개선
 - ⇒ 첫째, 평가항목에 의료이력, 시설 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원율을 포함하여 병원의 등급을 정하고,
 - ⇒ 둘째, 환자의 재원일수와 관련하여서는 6개월의 3.5%를 적정입원일수 이후 크게 차감하도록 조정하며,
 - ⇒ 셋째, 재원일수에 따른 차등지급으로 인하여 발생할 수 있는 의료기관간 횡수용화를 막기 위해서 1개월 내의 재입원은 계속입원기간으로 간주하여 차등수가제도의 실효성을 높여야 함

라. 정신요양시설 기능 정립 및 환경 개선

(1) 정신요양시설의 기능 정립

- 정신보건법은 정신요양시설을 의료와 재활의 기능을 가진 중간시설임
 - ※ 인권위 조사결과, 입소가 불필요하다고 판정된 환자는 59.8%로 나타남
- 이는 정신요양시설이 실질적으로 장기거주지로서의 기능을 담당하고 하고 있는 것으로 정신요양시설의 현실적 기능을 고려하여 지역사회 생활시설과 재활시설로 그 기능을 재정립하여야 할 필요

- 정신요양시설도 그 기능과 역할에 따라 단계적으로 지역사회 생활시설과 재활시설로 전환하도록 하고, 재원자가 치료가 필요한 경우 외래진료를 통해 치료를 받을 수 있도록 개선할 필요

(2) 정신요양시설의 환경 개선

- 정신요양시설은 입소자의 일상생활이 이루어지는 공간이므로 최대한 자율성을 보장받을 수 있도록 설계되어야 함
 - ⇒ 자타해의 위험이 높은 일부 입소자를 제외하고는 거주이동이 자유로울 수 있어야 하나, 대규모 요양시설의 경우 입소자를 치료보다는 통제나 관리의 대상으로 규정하기 쉬운데 이는 시설 및 인력 지원 기준이 미비한데 기인
- 현행 「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 입소자 40명당 간호사 1인, 입소자 25명당 생활지도사 1인 등 최소한의 인력으로 시설을 운영하고 있어 입소자의 특성에 따른 별도의 프로그램을 운영할 유인책을 가지고 있지 못함

- 주거시설로 요양시설의 기능을 재정립
 - ⇒ 인력 및 예산의 지원 강화와 현재 정원에 따른 보조금지원방식과 함께 별도의 프로그램별 운영비를 지원

마. 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립운영

- 불필요한 장기입원을 최소화, 중증 정신질환자들의 사회복귀를 돕기 위해 만성화 단계 및 치료저항성 환자 등 환자 상태에 따른 치료 프로그램의 개발, 치료를 위한 적절한 인력 및 업무 기준 등이 마련을 위해 전문기관 설립운영이 필요

- 현재 각 권역별로 설치되어 있는 5개의 국립정신병원의 기능 중 정신질환자에 대한 진료 외에 만성 및 치료저항성이 높은 난치성환자에 대한 치료 및 연구업무를 추가하고 그 중 한 곳을 전문기관으로 지정하는 방안 마련
 - ⇒ 국립정신병원의 경우, 타 의료기관에 비해 이윤창출의 부담이 적고 공공성이 강해 위의 역할에 가장 적합

3. 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

- 2008년 퇴원명령을 받은 환자 121명을 조사한 결과, 퇴원 후 재입원한 환자의 비율이 전체 대상자의 49.1%를 차지, 그 중 퇴원한 지 하루 만에 재입원한 환자 비율이 55.9%, 일주일 이내 재입원한 환자 비율이 60.9%(횡수용화 가능성)
- 환자에 대한 퇴원 후 모니터링 부재

- 지도·감독에 있어 관계기관과의 연계 강화를 명문으로 규정
⇒ 적정성 평가(심평원)를 정기적으로 실시하여 입·퇴원 상황을 점검하도록 하고, 부당한 입·퇴원 반복 및 횡수용화가 의심되는 사례에 대해서는 보건복지가족부 및 관할 보건소에 관련 사실을 통지하는 등 부당한 입원을 방지토록 모니터링

4. 미인가시설에 대한 조사 및 정비

- 미신고시설은 보건복지가족부가 2002년부터 추진한 미신고시설 양성화정책과 행정처분 강화로 인하여 대부분 신고시설로 전환되고 있는 추세
- 그러나 각종 인권침해 및 사망, 폭행사건 발생 등 사회문제화

- 적법 절차를 위반하여 정신장애인을 감금하는 시설에 대해서는 관리감독을 더욱 철저히 할 필요

III. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

1. 정신보건센터의 기능 강화

가. 정신보건센터의 기능 재정립

- 정신의료기관에서 퇴원한 환자가 재입원 상황을 반복하지 않고 지역사회에 안정적인 정착을 위해 퇴원명령 이후 공신력 있는 기관으로부터 이용 가능한 지역사회 시설의 정보를 제공받고 적절한 사회복귀 시설에 연계될 필요

- 그러나 정신보건센터와 사회복지시설의 업무영역이 중복되어 있고 센터의 법적지위가 낮아 정신의료기관과 지역사회 사회복지시설과의 연계서비스 및 사례관리가 제대로 이루어지지 않고 있음.
- 이를 위해 센터의 법적지위를 명확히 하고 정신보건센터와 사회복지시설의 업무영역이 중복을 해소할 필요가 있음.

- 정신보건법 제3조의 2 “정신보건시설이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신보건센터 및 정신요양시설을 말한다.”로 개정하고
- 별도로 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.

- 정신보건법 제13조의 2(정신보건센터의 설치) “정신장애인의 발견·상담·진료·사회복지훈련 및 이에 관한 사례관리 등의 실시”를 “정신장애인에 대한 상담·평가, 치료연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회 업무 지원 등”으로 개정하여 정신보건센터로 하여금 사회복지서비스 제공보다는 퇴원환자 및 지역사회 거주환자에 대한 코디네이터 역할에 집중할 수 있도록 하는 방안이 필요

나. 정신보건센터 설치 의무화

- 현재 우리나라는 인구 20만 사군구를 기준으로 1개소의 정신보건센터를 설치하도록 권고하고 있으며, 2009년 현재 전국 사군구 249개의 61.4%에 해당하는 153개의 정신보건센터가 설치
- ※ 이탈리아의 경우 인구 15만 명 당 정신보건센터 1개소 설치를 원칙화하고, 694개의 지역행정보건당국 산하에 675개의 센터(인구 10만 명 당 1개소에 해당)

- 환자가 속한 사군구에 최소한 1개 이상의 정신보건센터를 설치하도록 의무화

다. 정신보건센터의 법인화

- 2007년 현재 국내에는 151개소의 정신보건센터가 운영(운영주체가 국가 및 지자체인 경우는

110개소, 의료법인 25개소, 학교법인 17개소, 종교법인 2개소, 사회복지법인 4개소, 기타법인 2개소)

⇒ 현행 정신보건법상 정신보건센터의 위탁규정은 위탁의 구체적인 기준과 요건보다는 가능한 기관 및 단체의 범위에 대해서만 명시하고 있어 지자체에 대부분의 재량을 위임한 상태

- 센터입지 불안정으로 연속성, 지속성 낮음. 상하적 관계 형성 등 문제

- 센터의 법인화를 통해 독립성을 확보하고, 업무를 객관화표준화공공화할 수 있는 방안이 강화될 필요

라. 정신보건센터 인력기준 강화

○ 정신보건센터는 정신의료기관이나 사회복지시설과 달리 시행규칙 내에 최소 인력기준이 명시되지 않은 상태이며, 이로 인해 센터직원 1인의 사례관리 수가 과중되고 있는 실정

※ 2007년을 기준으로 정신보건센터 전체 등록회원은 55,328명, 정신보건전문인력은 482명이었으며 이는 전문인력 1인이 114명의 회원을 관리

※ 영국의 경우 사례관리요원 1인이 평균 35~40명만의 회원을 관리

- 영국과 같은 기준으로 1인당 35~40명을 관리한다고 했을 때 우리나라에는 1,383~1,581명의 정신보건전문인력이 필요하여 현재 정신보건센터 인력의 3~4배가 충원

- 정신보건법 시행규칙 내에 정신보건센터 운영을 위해 필요한 최소인력 기준을 마련하고 그에 따른 인건비 책정이 반영될 필요

2. 정신장애인 주택 및 주거시설확충

○ 정신장애인은 가족과 함께 생활하거나 지역사회에서 독립적인 생활을 하는 방식을 가장 선호

- 가족들은 돌봄에 대한 경제적·심적 부담과 불안으로 퇴원을 원하지 않는 경우가 많아 심판위원회에서 퇴원명령을 하더라도 다시 재입원하는 상황이 반복

※ 현재 정신장애인들이 이용 가능한 지역사회 생활시설로는 '50인 이하의 입소생활 시설'과 '10명 이하의 주거제공시설'이 있으며, 2007년 현재 지역사회에서 주거시설이 필요한 정신장애인은 66,685명으로 이들을 위해서는 7,335개의 주거시설이

필요. 그러나 현재는 596명이 이용할 수 있는 50인 규모의 입소시설 21개와 546명이 이용할 수 있는 10인 규모의 주거시설 62개만이 설치

- 요양시설의 기능분화에 대한 계획, 주거시설에 대한 수요·공급 조사를 통한 예산확충 계획이 함께 고려되어야 함
- 독립주거 혹은 주택의 형태도 확보되어야 하는데 이를 위해서는 주택공사의 공공주택임대 사업을 적극 활용할 필요
- 저소득계층을 대상으로 하는 국민임대주택이나 재개발임대주택, 매입임대주택 등에도 장애인을 위한 공급물량을 확보하여 시설에서 퇴소한 정신장애인들의 자립생활을 촉진하는 방안이 필요

3. 사회복지시설과 프로그램 확대

가. 이용시설 및 프로그램 다양화

- 현재 지역사회에서 정신장애인의 사회복지 프로그램을 담당하는 시설로는 사회복지시설과 정신보건센터가 있으며, 사회복지시설의 경우 2009년 현재 196개의 시설에서 직업훈련, 사회적응훈련가족지원 등의 서비스를 제공하고 있음.
- 그러나 2006년 현재 전국 사군구 중에서 정신보건센터 주간재활 프로그램, 사회복지이용시설, 낮병원이 하나도 없는 곳이 45군데에 이르고 있다고 조사되어 정신장애인 중 일부는 서비스의 사각지대에 놓여 있음을 알 수 있음

- 퇴원 예정인 환자와 재가정신질환자를 중심으로 욕구를 파악하여 정신장애인의 기능회복과 치료를 위한 프로그램을 다양하게 개발하고, 정신보건센터를 통해 환자의 상태에 따라 적합한 시설로 연계할 필요

※ 미국의 경우, 주 정부가 각각 기준을 정하여 지역사회정신보호체계를 수립하도록 하고 있으며, 그 프로그램은 취업지원, 교육, 의료·치과, 지지, 중복장애인, 특수교육법상에 학교에 제공되는 서비스 등 우리나라에 비해 매우 다양화

나. 시설이용료 부과방식 변경 및 면제

- 우리나라는 지역사회서비스에 대한 재원조달체계가 매우 미약할 뿐만 아니라 국가와 지자체가 지원하는 예산수준도 낮은 편이어서 대부분의 사회복지시설이 부족한 시설운영비를 보충하기 위해 이용료를 징수하고 있는 실정

※ 독일의 경우 장기요양보험료에서 서비스 재원 조달

- 정신장애인과 가족의 장기적인 의료비의 부담, 퇴원 후 재발이 쉽다는 점 등을 고려하여 시설 이용료 면제 또는 경감

- 시설 이용료를 면제하거나 지역사회시설이용료 부과방식을 변경하여 정신장애인 및 가족의 시설 이용료 부담을 경감하고 지역사회서비스 이용율을 높이는 방안이 필요

다. 평가 강화 및 인센티브제 운영

- 정신보건법 제18조의3(정신보건시설의 평가)에 의하면, 보건복지부장관은 정신보건시설에 대한 평가를 3년마다 실시, 다만 사회복지사업법 제43조에 따른 사회복지시설평가로서 정신보건시설평가에 갈음할 수 있도록 하고 있음

- 평가항목 구성 시 보건복지가족부가 수립한 국가정신건강정책 10개년 계획 내의 목표치를 반영, 지자체와 사회복지시설의 달성율을 평가할 수 있도록 할 필요

⇒ 재정확보 상황, 시설 및 프로그램 확충 정도, 정신의료기관과의 연계구축 실적 등을 점검할 수 있는 평가항목이 필요

⇒ 평가 간격을 3년에서 “2년”으로 단축

⇒ 평가점수가 높은 지자체와 시설에 대해서는 운영비를 더 지원하는 등 중앙정부차원에서 인센티브를 적극적으로 제공

4. 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영

가. 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영

- 기획재정부의 2009년 전체 보건예산 5조114억 원 중 정신보건예산으로 책정된 금액은 0.6%에 해당하는 750억 원, 여기에 건강보험과 의료급여 지출을 포함하면 3% 정도가 됨

※ WHO가 권장하는 보건예산 대비 정신보건예산 수준이 5~15%, 우리나라와

GDP수준이 비슷한 OECD국가의 평균치가 6% 정도임

- 정신보건 예산의 국가적 차원에서 확대방안 마련

나. 지역 예산기준 고지 및 균형발전 예산 지원

- 지방분권화 사업의 일환으로 보건복지 예산이 지방으로 이양되면서 사회복지시설과 정신요양시설에 대한 운영비도 지방의 자립도에 큰 영향을 받게 됨
- 정신보건예산의 지방이양 과정에서 발생할 수 있는 부작용을 축소하기 위하여 중앙정부가 지방의 예산운영에 일부 개입할 필요

- 중앙정부차원에서 최소 지자체 정신보건예산 확보기준을 고시하고, 이를 이행하도록 강제할 필요

⇒ 예산 부족으로 인하여 정신보건예산을 투입하지 못한 지역에 대해서는 지역균형발전 예산을 지원함으로써 지역별 편차를 해소하는 방안이 동시에 고려

5. 가족 및 자조모임 활성화

- 정신장애인 당사자와 가족의 자조모임 활동은 제3자가 파악하기 어려운 당사자들의 권리와 요구를 스스로 표현함으로써 소비자로서의 의식수준을 높여간다는 점에서 중요
- 현재 우리나라에서 정신장애인과 가족의 이해를 대변하기 위해 결성된 조직으로는 “대한정신보건가족협회”와 “한국정신장애인협회”가 있으며, 두 단체의 주요 활동은 정기세미나와 체육대회 개최 등을 통해 정신장애인에 대한 부정적인 인식을 개선하는 정도임

- 정신보건계획 수립 과정에 정신장애인과 가족의 요구가 반영되고, 당사자와 가족을 위한 권리옹호활동을 활발하게 하기 위해서는 전문가 자문 그룹 운영, 낙인·편견 해소 운동 및 관련 취업프로그램의 운영 등을 위한 가족과 당사자 옹호조직에 대한 적극적인 지원이 필요하며, 정신보건기관 운영위원회에 당사자 및 가족의 참여를 시설운영 규칙에 포함시켜 이들의 의견이 반영되도록 하여야 한다.

IV. 정신장애인에 대한 차별과 편견해소

1. 정신장애인 관련 차별적 법령 정비

가. 정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지

- 장차법과 상충되는 법령 등이 상당 수 있으며, 이중 정신장애인과 관련하여서는 정신질환을 사유로 한 자격증 취득 제한과 고용상의 해고·해임과 같은 정신장애인의 고용 제한과 관련된 분야에 집중되어 있음.
 - ⇒ 「도로교통법」, 「식품위생법」, 「공중위생관리법」 등의 경우 정신과 전문의에 의한 진단에 따라 운전면허, 조리사, 영양사, 아미용사의 결격사유를 정하도록 하고 있고
 - ⇒ 그밖에 「수의사법」, 「축산법」, 「수상레저안전법」 등의 경우에는 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 있음

- 자격증 취득 및 고용과 관련하여 정신질환자의 개별 증상에 따른 정신과 전문의의 진단 없이 직업선택의 자유를 원천적으로 제한하는 법률을 조사분석하여 정신과 전문의가 해당 업무를 수행할 수 없다고 진단한 경우에만 직업선택의 자유를 제한할 수 있도록 개정할 필요

나. 정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적 용어의 정비

- 상법 732조(15세미만자 등에 대한 계약의 금지)는 “15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.”라고 규정하고 있어 대다수의 보험회사는 정신질환자에 대한 보험가입을 거부하고 있는 상황이며, 이때 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석
- 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, 무차별적이고 광범위한 불이익이 가해질 위험성이 존재

- 정신이상자, 정신병자, 정신미약자, 심신상실자, 심신박약자 등과 같은 추상적 용어를 사용하고 있는 관련 법령을 정비
- ⇒ 자의적 해석의 여지를 축소하고 정신과 전문의의 진단 없이 관습적이고 추상적인 판단에 따라 정신질환자의 기본권이 제한되지 않도록 할 필요

2. 보험가입차별 금지

- 대다수의 보험회사들이 상법 732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지)규정에 따라 중증 정신질환자에 대한 보험가입을 거부하고 있는 상황이며, 이때 ‘심신상실자 또는 심신박약자’라는 용어를 광범위하게 해석하여 일반 정신과 진료자들의 보험가입까지도 거부하고 있음
- 단지 정신 질환이 있다는 이유 또는 과거의 진단력이 있다는 이유로 보험가입을 거절하는 것은 장애 또는 병력을 이유로 한 차별이므로 「헌법」 제11조 평등권을 침해할 뿐만 아니라 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 위반으로 시정권고 및 명령의 대상이 됨.

3. 인권교육 및 의무 강화

- 「정신보건법」 제6조의2 제1항에 의하면 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자는 인권에 관한 교육을 받도록 하고 있고, 또한 동법 시행규칙에 전문교육기관으로 지정·고시할 수 있도록 하고 있으며, 교육이수 시간은 매년 4시간 이상이 되도록 하고 있음
- 정신보건시설 등에 대한 인권교육은 헌법상의 기본권과 정신보건법 그리고 관련 국제기준에 대한 기본지식을 토대로 인권적 관점에서 정신장애인의 권리 및 정신의료기관의 의무에 대하여 교육을 하는 것으로 전문적인 지식 및 인권에 대한 뚜렷한 가치관이 필요
- ⇒ 그러나 현재 전문교육기관으로 지정된 기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이 포함되어 있을 뿐만 아니라 인권 및 기본권 그리고 정신보건법에 대한 이해가 부족한 기관도 포함되어 있어 인권교육이 적절하게 이루어지고 있는지 의문

- 인권에 대한 전문적 기관인 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정토록 개정
- 정신장애인을 이송할 책임을 갖는 “경찰과 소방공무원 중 정신장애인 관련 담당자”를 지정하여 인권교육을 이수하도록 할 필요

4. 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 높았음

- 정신장애인 인식개선을 위한 공익 캠페인의 전개 등 정부가 대중매체를 통한 인식개선 운동을 적극적으로 추진할 필요

- ※ 호주의 연방정부는 “인식개선을 위한 미디어 전략”을 통해 미디어가 책임성을 갖고 정신장애를 가진 사람에 대해 보도하도록 이끌고 있음

- **정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안 토론 3**

이 경 훈 (장애인고용촉진공단 고용서비스부장)

우리나라 장애인 복지 및 고용 정책

2011.10.12

한국장애인고용공단 광주지사 고용서비스부장 이경훈

목 차

- 1. 장애 개념과 범주
- 2. 장애인 복지 정책현황
 - 우리나라 장애인 복지정책의 변천과 발달
 - 제3차 장애인 정책발전 5개년 계획
- 3. 정신장애인 고용촉진

1. 장애 개념과 범주



- ✓ 우리나라 장애개념은 기본적으로 신체적, 정신적 기능손상에 기초
- ✓ '89년까지 지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체의 다섯 가지 범주로 지정
- ✓ '00년 1월 뇌병변, 신장,심장, 정신,발달장애 추가 (1차 장애범주확대)
- ✓ '03년 7월 호흡기, 간, 간질, 장루/요루, 안면장애 추가 (2차 장애범주확대)
- ✓ 각국의 장애정의 차이에 따라 장애인구도 차이

- WHO는 약간의 10%를 장애인으로 추정 기능손상에 중점을 둔 국가의 경우(미국 일본) 장애인구가 적으며 (일본 5%, 미국 4.59%) 한 경제적면에 중점을 둔 나라들의 OECD 국가들은 장애인구가 많음 (OECD 평균 약간의 14%)

○ 우리나라 장애개념의 변화 추이

- 환경적 요소와 개별적 요소를 동시에 강조
- 장애규정 개념이 개별적 모델에서 사회적모델로 전환

의료적 모델(재활패러다임)과 사회적 모델 (독립생활패러다임)의 비교

재활패러다임(의료적 모델)	비 교	자립생활패러다임(사회적 모델)
동정적, 시혜적 대상	장애인에 대한 관점	권리의 주체, 선택과 결정의 주체
개인	문제의 위치	환경, 재활과정
의사, 물리치료사, 작업치료사, 직업재활상담원등에 의한 전문적 개입	문제의 해결	동료상담, 옹호, 자조, 소비자주권, 사회적 장애 제거
환자, 클라이언트	사회적 역할	소비자
전문가	누가 통제하는가	소비자
최대한의 ADL(일상생활활동)기능 수행, 취업, 심리적 적응, 증대된 동기화, 완벽한 신변처리	요구되는 결과들	자기관리, 최소한의 제한된 환경, 생산성(사회적, 경제적)

- 장애개념 규정에서 긍정적인 용어의 사용을 강조

○ 우리나라 장애의 정의와 범주

- 장애인 복지법, 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률, 장애인 고용촉진 및 직업재활법, 장애인등에 대한 특수교육법, 산재, 보훈



● 중증장애인의 개념



● 중증장애인의 범위(고용노동부 기준)

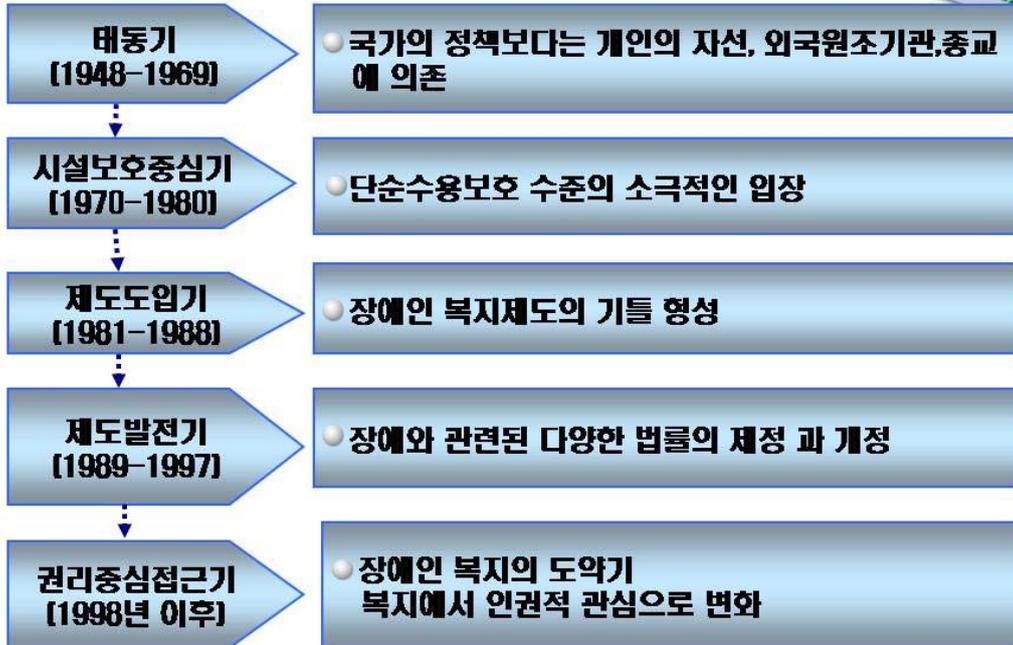
< 표 1 > 장애인 인정범위 및 중증장애인 범주

유형	등급	장애등급														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
장애인복지법상 범주	지체장애	●	●	●												
	뇌병변장애	●	●	●												
	시각장애	●	●	●												
	청각장애		●													
	언어장애															
	정신지체	●	●	●												
	정신장애	●	●	●												
	발달장애	●	●	●												
	신장장애		●													
	심장장애	●	●	●												
	호흡기장애	●	●													
	간장애	●	●													
	안면장애		●													
	장루·요루장애		●													
	간질장애		●													
국가유공자		●	●	●												

※ 음영처리는 중증장애인을 표시
 ※ 사선은 해당 등급이 없음 표시
 ※ 지체장애인 3급 중 음영표시된 부분은 상지장애인을 나타냄

2. 장애인 정책현황

1. 우리나라 장애인 정책의 변천과 발달



태동기 (1948-1969)

군사원호자나 국가유공자에 대한 대책이 주를 이룸
국가의 정책보다는 개인의 자선, 외국원조기관, 종교에 의존

1. 군사원호자와 국가유공자 대책
2. 생활보호법제정(1961)과 상속세 감면
3. 교육법에 장애인 대상 특수교육 규정
4. 민간 단체의 장애인 복지사업

● 시설보호중심기 (1970-1980)

단순 수용보호 수준의 소극적인 입장, 심신장애자종합대책 수립을 계기로 재활서비스에 관심을 기울이기 시작함, 장애인을 위한 최초의 입법으로 차별금지법리를 도입한 특수교육진흥법 제정

1. 사회복지사업법의 제정(1970)
2. 산재장애인을 위한 복지서비스
3. 장애아 출산방지대책 (1973,모자보건법)
4. 소득세법의 인적공제(1974, 소득세법)
5. 특수교육진흥법의 제정(1977)
6. 심신장애자 종합보호대책(1978)
7. 도로의 정비
8. 장애인 용품에 대한 관세 감면과 보장구 무료보급

● 제도 도입기 (1981-1988)

우리나라 장애인 복지제도의 기틀이 형성되는 시기 장애에 관한 패러다임이 장애문제를 개인의 문제가 아닌 사회환경의 문제로 인식됨. 국가의 책임과 역할이 강조 사회적으로 장애인 문제가 공론화 장애인복지관 등 다양한 복지시설 설치

1. 심신장애자 복지법 제정 (1981)
 - 장애인 실태조사 실시 매 5년, 2008년부터 매 3년
2. 직업재활사업의 토대 마련
3. CBR 시범사업을 통한 지역사회 중심의 재활토대 마련
4. 서울장애자올림픽 개최 (1988)
5. 장애자 복지대책 위원회 설치

● 제도 발전기 (1989-1997)

급격하게 증가된 장애인 욕구에 부응하고자 제도적 틀의 재 정비 장애와 관련된 다양한 법률이 제, 개정됨 장애인 문제에 대한 체계적 접근을 위한 종합대책이 수립됨 장애인 정책이 양적, 질적으로 성장, 장애인 복지를 전담하는 국가전달체계가 확대, 대국민 장애인식개선운동이 본격화

1. '장애인복지법' 전부 개정 (장애자 에서 장애인으로 법적 명칭 변경)
2. '장애인고용촉진등에 관한 법률' 의 제정 (1990)
3. 특수교육진흥법의 개정 (1994) : 장애대학생 특례입학제도 마련
4. 편의증진법 제정 (1997)
 - 장애인, 노인, 임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 제정
5. 지역사회 재활사업의 본격화
6. 장애인 인식개선 활동
7. 경제적 부담 경감시책의 확대
 - 자동차 관련 감면과 이동지원 / -보장구 무료보급 사업

● 권리중심 접근기 (1998년 이후)

장애문제에 대처하는 방식이 복지에서 인권적 관심으로 변화, 우리나라 장애인 복지가 크게 도약, 종합적인 장애인복지계획이 수립되어 이행되기 시작함, 장애인의 정치참여 활발, 장애단체 연대체들이 장애인 정책의 중심에서 활동함, 지역사회에서 생애주기에 따른 개별화된 맞춤형 서비스의 이용이 강조됨

1. 장애인복지 종합계획 수립(관계부처 합동 종합계획 수립)

1차 (1998-2002) : 보건복지부, 교육인적자원부, 노동부

“장애인의 완전한 사회참여와 평등보장”

2차 (2003-2007) : 보건복지부, 노동부, 교육인적자원부, 건설교통부,

정보통신부

“장애인이 대등한 시민으로 참여하는 통합적 사회의 실현”

2. 사회환경 개선을 위한 각종 법률 제·개정

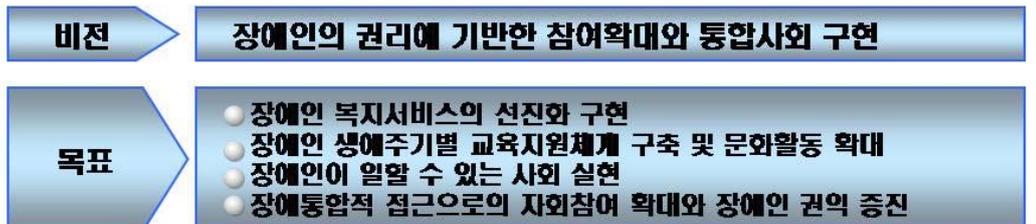
- 장애인복지법 전부개정 /
- 장애인고용촉진 및 직업재활법 개정 /
- 정보격차해소에 관한 법률 제정 /
- 교통약자이동편의증진법 개정 /
- 장애인기업활동촉진법 개정 /
- 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 제정 /
- 장애인등을 위한 특수교육법 제정

3. 장애인 복지사업 지방정부 이양

4. 소규모 장애인시설 육성 및 자립생활센터 양성

5. 여성장애인 지원 확대

○ 제3차 장애인 정책발전 5개년 계획을 통해 본 장애인 복지정책의 의 현주소





● 소득보장 서비스

1. 장애등록 판정체계 개편 및 전달체계의 선진화
2. 기초장애연금제도의 도입
3. 장애인 장기요양보장제도의 도입검토
4. 장애인 주택서비스의 확대
5. 장애아동과 가족지원 서비스



● 교육, 문화

1. 장애아동에 관한 보육과 교육지원의 강화
2. 유치원 및 고등학교 과정의 의무교육 실시
3. 장애인 고등교육에 대한 지원 강화
4. 장애인체육 분야에 대한 정보, 시설, 인프라 구축 및 이용환경의 개선



● 고용, 직업재활

1. 장애인 의무고용제도의 강화
 - 중증장애인 고용의 적극적 유도
2. 정부 등 공공부문 장애인 고용의 선도적 역할 강화
3. 장애인 취업지원 및 직업능력개발 활성화



● 사회참여

1. 장애인 차별금지법 홍보 및 이행상황의 모니터링
2. 장애인 활동보조 서비스의 내실화
3. 장애인 보조기구의 산업화 지원
4. 저상버스 도입의 확충

3. 정신장애인 고용촉진

정신장애인 고용촉진(직업재활)은

- 정신장애인이 직업을 확보하고 유지할 수 있도록 직업능력회복, 직업훈련, 직업알선, 직무지도, 직업유지 등 직업적인 서비스를 지속적이고 종합적으로 제공함으로써 사회의 구성원으로 역할을 하도록 서비스를 제공하는 것

○ 우리나라의 직업재활 (주요)정책 현황

1. 원호대상자 고용법	1961
2. 산업재해보상보험법	1963
3. 장애인복지법	1988
4. 장애인고용촉진등에관한법	1990
5. 정신보건법	1995

○ 정신장애인의 희망사항

- **안정적인 직장과 수입(64.9%)**
- 재발없는 미래(48.5%)
- 사회로부터의 평등한 대접과 지지(48.4)
- 약물 복용 안하는 생활(45.4%)
- 가족으로부터의 지지와 보호(40.7%)
- 보다 나은 환경 (38.8%)

* 기타 응답항목은 생략, 위 자료는 공단 내부 직원교육자료인용



○ 정신장애인 직업재활의 중요성

- 경제적 안정
- 자존감 향상
- 사회의 구성원
- 정신증상 경감
- 대인관계 향상
- 직업기술능력 향상
- 독립생활능력 향상



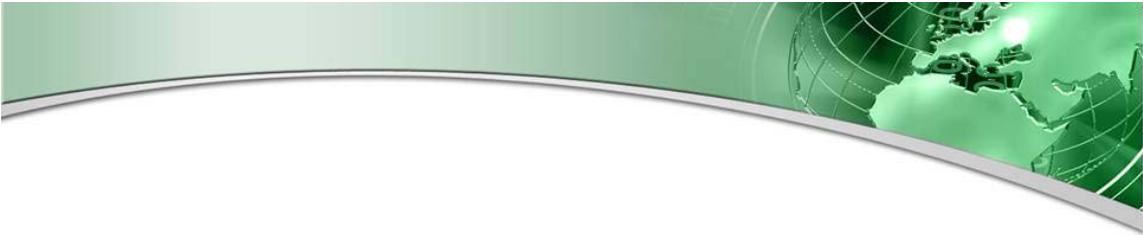
○ 직업재활의 (외부적) 장애요인

- 사회적 편견 (위험한 사람, 이상한 사람, 일할 수 없는 사람 등)
- 사회적 기회의 박탈 (학업기회, 취업기회, 대인관계 등)
- 사회적 지원체계의 미약 (가족 또는 사회제도적 지원)



○ 직업재활의 접근

- 정신장애의 정도에 따른 고용형태 및 직업군을 개발
- 직업재활계획에 직업개발, 직업평가, 직업교육 및 훈련
작업배치, 직무지도-사후관리를 개발하여 적용
- 정신장애인이 취업에 잘 적응하고 환경변화에 따른
불안감 감소 노력
- 취업할 작업장에 대한 사전준비를 통해 적응력 극대화
- 정신장애인의 작업태도 변화, 작업동기 강화(정신과
치료 지속)



감 사 합 니 다

■ 정신장애인의 인권보장을 위한 제도 개선 방안 토론 4

박문수님의 父 (정신장애인 가족)

정신장애인 차별·편견 해소를 위한 토론회

〈3차 토론〉

『정신장애인의 기초생활수급권 보장』

발제: 문용훈 (태화 샘솟는집 관장)

좌장: 이영문 (중앙정신보건사업지원단장)

토론: 박김형준 (인권교육센터 들, 인권활동가)

김정진 (나사렛대학교 사회복지학과 교수)

김선희 (카미 사무국장)

김순득 (당사자)

만성정신장애인과 국민기초생활보장제도

'2011. 10. 14.

발제자 : 문용훈

만성정신장애인과
국민기초생활보장제도
태화샘솟는집 문용훈

현재의 상황

- 경제위기와 기존 사회보장 체계의 취약성
 - 빈곤의 심화와 사회적 배제
: 개천이 말라버려 용은 더 이상 나오지 않는다.....
 - 취약집단의 배제의 가속화
: 여성가구주, 노인가구, 장애인가구의 빈곤률이 높고 상승 정도도 크게 나타남



국민기초생활보장제도

- 2000년 10월 시행된 복지 제도로 최저생계비 이상의 생활 수준 보장을 목적으로 한다.
- 연령이나 근로능력에 따라 차등 지원하는 점이 이전의 생활보호제도와 다른 점.
- 2011년 기준 4인 가족 143만9413원(1인 가구 53만2583원)



법의 목적 과 원칙

- 생활이 어려운 자에게 국가가 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 재활을 조성하는 것을 목적으로 한다.
- 최저생활보장의 원칙
- 보충급여의 원칙
- 자립지원의 원칙
- 개별성의 원칙
- 가족부양 우선의 원칙
- 타급여 우선의 원칙

완벽한 보장???

- 만성정신장애인의 생존권, 노동권, 주거권을 유지하기에는 장벽이 존재하고 있다.



2010년 실태조사

- 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사에서 기초생활보장급여의 평균금액이 26.6만원과 기타 사회보험 및 장애연금 수당을 모두 합하면 보통 47.5만원으로 조사되었다.
- 2010년 1인 가구 최저 생계비가 504,344원으로 책정되어 있는 1인 가구 최저 생계비에 미치지 못하였다.
- 최저생계비의 경우 2000년 근로자 평균소득대비 38.4% -> 2010년 32%로 하락

정신장애인 절반 기초생활수급권자

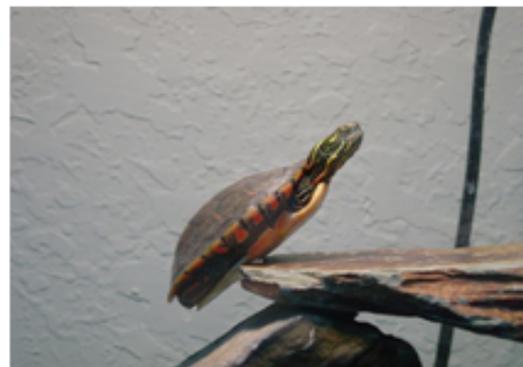
기초생활수급권자		49.2%
수급의 유형	일반수급	87.9%
	조건부수급	8.3%
	긴급수급	0.8%
	특례	0.3%



장애인 절대빈곤층 비율

- 정신장애인 46.2%
- 외부장애 27.0%
- 내부장애 34.3%

2006 남찬선의 연구



© Some rights reserved by delta437

위기의 방향은 통제할 수 있는가 ?



노동권의 문제

- 국민기초생활보장법에 의한 장애인복지법과 정신보건법의 제도적 차별
- 각종 직업권에서의 배재와 차별
- 정신장애에 대한 무지로 인한 차별



2008년 전국 장애인실태조사



- 정신장애인 취업률 : 9.89%
(취업이 어려운 이유 - 심한 장애 때문 50.5%, 적합한 직종이 없기 때문 23.4%)
- 지적장애인 취업률 : 22.4%
- 전국평균 : 25%

국민기초생활보장법의 소득공제에 대한 정신장애인의 제도적 차별

- 기초생활보장대상 장애인의 근로활동을 통한 소득 발생에 대하여 소득공제를 제공함으로써 자활과 재활을 촉진하도록 하고 있다.
- 정신장애인을 제외한 14개 장애인들이 이법에 의하여 소득공제의 혜택을 받고 있는 반면 정신장애인은 법률적 근거가 없는 상황이어서 정신장애인에 대한 제도적 차별이 이루어지고 있다.

제도의 이해

- 국민기초생활보장법 시행령시행규칙 제 2조(소득평가액의 산정방식) 6호
- 장애인 복지법
제58조 (장애인복지시설)
제15조 (다른 법률과의 관계)
시행령 제13조 (다른 법률과의 관계)



문제점

- 장애인복지법에만 근거를 두고 있는 기초생활보장법의 소득평가액의 산정방식에서 정신보건법은 제외되고 있다.
- 현재 정신보건법에 의해 운영되는 직업재활프로그램에 참여를 제안하게 된다.
- 제도적인 문제로 인하여 정신장애인의 근로활동을 통한 자활동기를 지원할 수 없다.
- 법적 해석을 통하여 취업프로그램에 참여한 수급권자의 소득공제의 경우 부정수급으로 판단된다.

'장애인노동자 최저임금 적용예외 규정'

- 취업장애인 절반이 월급 100만원 미만
- 조사결과 : 월 소득 50만원 미만이 조사대상의 19.5%, 50만~100만원은 28.4%
100만원 미만의 임금을 받는 장애인이 47.9%로 절반에 가깝다.
- 2011년 시간당 최저임금 4,320원
2012년 시간당 최저임금 4,580원



출발점 : 장애인과 비장애인이 다르다는 시각

- 현행 장애인노동자 최저임금 적용 제외 규정은 대상 노동자의 노동생산성의 차이, 고용감소 가능성 등을 고래해 적용제외·감액적용 규정을 시행 그러나 최저임금 적용제외 인가 실적도 미비
- 장애인노동자 최저임금 적용제외규정이 당초 취지와 달리 실익이 없는 차별적 제도라고 비판
- 제도 폐지는 장애인 고용기회를 축소할 것이라는 시각

세계인권선언문

- 일할 권리와 직업을 자유롭게 선택하며 적당하고 유리한 노동조건을 확보하며 실업에 대한 보호를 받을 권리를 지닌다.
- 어떠한 차별도 받지 않고 동등한 노동에 대하여 동등한 임금을 받을 권리를 지닌다.

거주권

- 정신장애인의 탈시설화와 정상화, 지역사회 통합과 자립을 위해서 주거보장은 가장 기본적이고 필수적인 권리이다.



주거서비스의 필요성

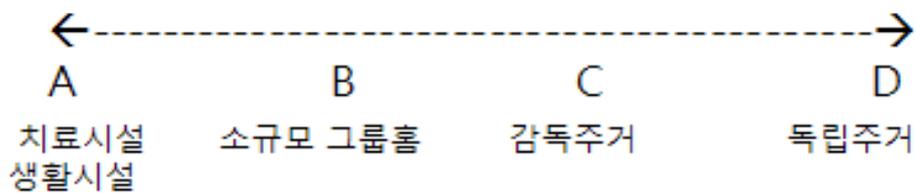
- 정신보건시설 입소/입원자중 약 35.5%(요양원 59.8%) 입원 불필요
- 무료거주시설 제안 시 퇴원을 고려하겠다는 보호자 49.2%(박종익 외 2008)
- 지역사회 환자 66,685명을 위하여 7,335개 주거시설 필요(2007 중앙정신보건사업지원단 보고서)

주거서비스는 카멜레온이다?



주거모형

- 직선적(연속체) 주거모형 : 도움이 많이 필요한 정신장애인을 위한 병원구조에 가까운 주거시설에서 체한이 덜하며 감독인의 역할이 적은 형태의 주거 시설
- 거주기간의 제한성 여부, 직원의 수 및 감독가능수준, 거주자의 생활에 대한 지지 정도에 따라 구분



주거에도 등급이 있다?



기존거주서비스

- 주거서비스는 시설이다.
- 직선적 연속체 모형 : 논리적으로 명쾌하지만 사실상 이러한 순차적 이전은 현실에서 일어나기 어렵고, 입소자 에게는 스트레스나 프로그램 이탈의 원인이 될 수 있다.

서울시 주거제공시설의 개별면담일지

- “ 화장실 가는 것도 불편하고, 편하게 쉬고 싶은데 될 수도 없어서 조금 불편하네요. 입주금만 마련되면 혼자서 임대아파트 얻어서 생활했으면 좋겠어요 ”
-서울 은평구 A주거시설 이*숙회원-
- “ 계속 여기에서만 생활 할 수 없잖아요. 언젠가는 또 다른 시설로 옮겨 가야 하는데 이제는 혼자서 편하게 살고 싶어요”
- 서울 도봉구 B주거시설 이*희 회원-

생활을 다루는 주거복지로 전환

- 주요관심: 주거제공시설(주택) -> 주거생활영위 방법
= 주거공간의 확보 + 주거지원서비스
- 주거지원서비스내용(영국의 주거취약계층에 제공되는 지원)
 - 보조금신청과 가계 관리에 대한 지원
 - 주택에 가구를 갖추는 것에 대한 지원
 - 주택의 안전성과 안정성을 유지하는 것에 대한 도움
 - 사회적활동 및 친교활동에 참여하도록 지원
 - 상담과 심리적 지지
 - 훈련 등을 탐색하는 것에 대한 지원
 - 임대기관, 보조금 관련 기관 등 다른 기관과의 행정적 처리를 지원
 - 새로운 주거를 찾는 경우에 대한 지원

독립생활 시 느끼는 어려움

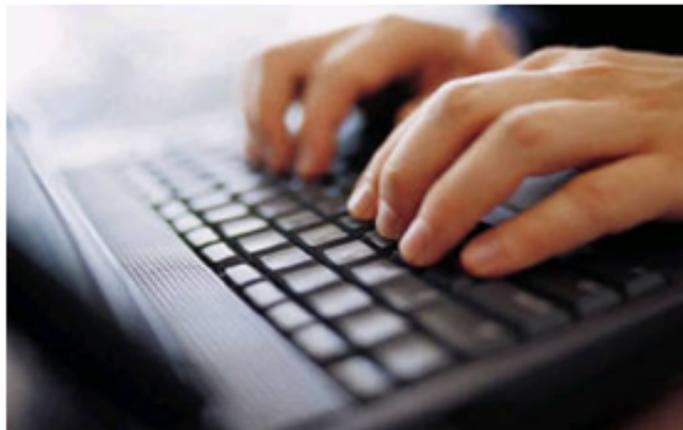
(2008년 서규동)

- 일상생활을 영위해 나가면서 필요한 다양한 생활 기술
- 개인 건강관리
- 이웃과 어울리고 싶어도 교류하는 데 한계
- 사회서비스(공과금 납부 포함)에 대한 지원을 적절하게 대처해 나가는 능력

지역사회실천과 주거복지

- 적절한 사례관리(case management) 시스템 구축 : ACT, ICM, SCM, CTI
- 지지적 주거접근모형 : 주거복지는 집이 아니라 생활에 관련된 것이다.
- 주거준비(Housing Ready) vs 주거우선(Housing First)

기존 조사내용



국가인권위원회 조사(2008)

- 가족과 정신장애인의 욕구가 불일치 하는 사례 44.1%
- 가족이 시설이나 병원의 입원(소)를 희망하는 정신장애인 중 92.7%는 가족과 생활 또는 가정과 가까운 지역에서 살아가기를 원함
- 인권위조사: 가족은 94.5%가 계속 시설에서 살기를 원함. 특히 형제자매의 경우 100% 시설을 희망

표출되는 욕구조사 - 탈시설화

- 서울시, 부산시(2009), 광주시(2010) 관내 생활시설 거주 장애인 실태 및 욕구조사결과 : 약 50% 이상이 자립생활을 희망 (서울시 57% 자립희망, 주거 및 기타 서비스 지원 시 70.3% 자립희망)
- 탈시설 자립생활 지원체계 마련의 필요성 제기

탈시설화 욕구조사결과

- 2008년 서울시 관할 38개 3,300명에 대한 전수조사 결과
 - 57% 시설에서 나가고 싶다
 - 퇴소 시 가장 필요한 지원
 - 주택(52.2%)
 - 소득보장(47.8%)
 - 활동보조(37.2%)

주거복지로의 전환

- 중간집 역할의 차별성 시도
- 거주서비스에 대한 새로운 전달체계 마련 : 거주전환지원센터역할
 - ① 거주전환지원서비스 ② 자립생활지원서비스
 - 예) 시설 -> 체험 홈 -> 자립생활가정
 - 체험 홈과 자립생활가정의 역할구분
- 경기복지재단 등 사업과 연계

고려할 점

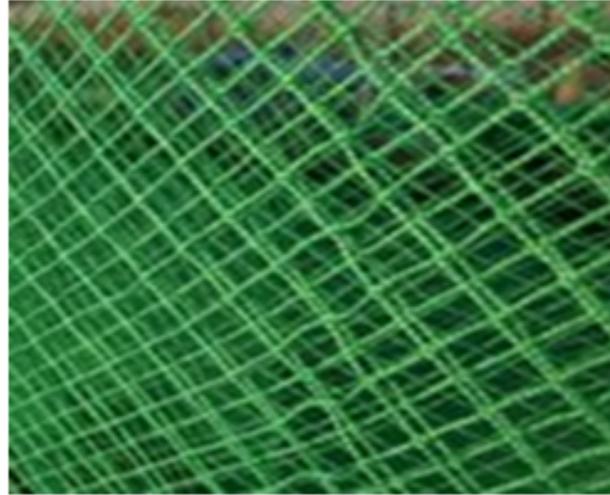
- 정신장애인의 자가소유정책에 대한 지원방안마련 : 양적인 부분에 우선순위가 필요하나 어떻게 정의하느냐에 대한 합의
- 주거복지서비스수준 : 대상자에 따라 달라질 수 있다
- 주거복지서비스와 타 영역과의 연계 : 접근성이 가장 높은 쪽에서 연계
- 주거복지에 대한 관심확대
- 제도적인 지원마련 : 사회복지사업법에서 (가칭)주거복지 내용 개정, (가칭) 장기공공임대주택 입주자 지원 법
- 정신보건법의 규정과 타법의 규정에 대한 고려 필요

세계인권선언

- 사생활, 가족, 집 또는 통신에 대하여 함부로 간섭 받지 않으며, 명예와 신용을 침범 받지 않는다.
- 모든 사람은 사회의 성원으로써 사회보장을 받을 권리가 있으며 국가적 노력과 국제적 협력을 통해서 그리고 각국의 구조와 자원에 따라서 자신의 존엄성과 인격의 자유로운 발전을 위해 불가결한 경제적, 사회적, 문화적 권리를 실현시킬 권리가 있다.

사회적 자본확대

- 네트워크, 신뢰, 규범



삶은 프로그램에 우선한다.

서비스의 탁월함

- 탁월함 좋죠
하지만 어떻게 다 잘합니까?
- 서비스의 탁월함이란, 어쩌면 무엇이 잘되지 않는지 알아내고 행동을 정하는 것을 말합니다.

공공기관의 특성

- 갑과 을 중 갑의 역할에 익숙하다.
- 상황에 대한 대처에서 책임성과 융통성 중 책임성을 우선순위로 둔다.
- 한 영역에서 전문가들이 근무하고 있다.



눈에 빠진 느낌이 살아 나나요?



우리는 합의가 되어 있는가?

- 전환준비도 체크리스트를 작성해 보아요



■ 정신장애인의 기초생활수급권 보장 토론 1

정신장애인의 기초생활수급권 보장 토론문

박김형준 (인권교육센터 들, 인권활동가)

0. 들어가며

1. 정신장애인의 절반 절대빈곤층

- 정신장애인 당사자, 가족의 인권운동의 필요성

정신장애인 자조모임, 당사자모임을 적극적으로 지원, 지지 필요

- 정신장애인을 위한, 정신장애인에 의한 정책

현재 정신장애인의 '빈곤' 상황, '기초수급' 상황에 대한 명확한 공유 필요

이를 통한 정신장애인이 원하는, 정신장애인을 위하는 정책을 만들 수 있도록 정신장애인의 적극적인 결합 필요

- 장애운동/빈곤운동 등 인권운동과의 연대

타장애운동단체, 빈곤운동단체와의 적극적 만남 필요.

정신장애인의 빈곤문제를 적극적으로 받아안을 수 있도록 함께 고민, 노력해야 함.

2. 정신장애인의 노동권

- 정신장애인의 노동권을 지원하기 위해 정부.고용노동부, 시도 지원부서 필요

3. 정신장애인의 주거권

- 탈시설/자립운동을 하고 있는 장애운동과의 적극적 연대 필요
- 정신장애인의 주거권 지원위한 지원부서 필요

4. 마치며

- 당사자 인권운동을 만들어 내기 위해 차근차근 준비 필요
 - 가족의 적극적인 연대 필요, 가족운동 필요
 - 전문가 그룹의 당사자 의견 절대 수렴
 - 장애인차별금지법의 적극적인 활용 전략 필요
- > 결국, 정신장애인 인권운동의 적극적인 액션이 요구되어지는 시점이다.

■ 정신장애인의 기초생활수급권 보장 토론 2

만성정신질환과 국민기초생활보장제도에 대한 토론

김 정 진 (나사렛대학교 사회복지학부 교수)

빈곤은 가장 포괄적이고 만성적인 트라우마이다. 빈곤은 단순한 물질적 경제적 결핍 뿐 아니라 사회적, 심리적 소외를 가져온다. 타인의 삶을 비교하면서 스스로의 결핍을 확인하고 자존감에 상처를 입고 수치심과 무기력의 심리적인 고통을 가져오게 된다. 특히 사회적 편견과 낙인, 가까운 가족과 친지의 거부를 경험하는 정신장애인의 빈곤은 다중의 트라우마이다.

정신장애인이 얼마나 빈곤한가, 지역사회에서 살아갈 수 있는 터전이 얼마나 제한되어 있는가를 발표를 통해서 명료해졌다. 그리고 몇가지 자료를 찾아보니 더 악화되었다. 2008년 최저생계비를 절대빈곤선으로 사용하였을 때 전체가구의 빈곤율은 9.2%, 비장애인가구는 8.2%, 외부장애인가구는 14.0%, 정신장애인가구는 18.2%였다. 중위소득 50%를 빈곤선으로 하면 빈곤율은 18.2%이며, 정신장애인은 48.5%이다. 그러나 주관적 최저생계비를 빈곤선으로 하면 정신장애인의 빈곤율이 12.1%로 낮아진다(이선우, 2010) 즉, 정신장애인의 생활에 대한 기대 조차 얼마나 낮은지, 위축되어 있는지 말해주고 있다. 도저히 기초생활이 보장되지 않는 것이다.

보건사회연구원 장애인실태조사(2008)를 들여다보면 정신장애인의 삶을 가늠할 수 있다. 취업과 관련하여 살펴보면 정신장애인 취업률이 2005년 17.8%였는데, 2008년에는 11.6%로 하락하였다. 자폐성, 뇌병변장애는 3~4% 증가하였으나 6.2% 하락한 것으로 자폐성장애 다음으로 가장 낮았다. 전체 장애인의 취업률이 37.7%에 훨씬 못미친다. 정신장애인의 연금가입율은 국민연금7.5% 보훈연금0.1% 미가입 92.4%로 미가입 자폐성장애 94.3% 다음으로 가장 취약하여 미래도 암담하다. 정신장애인 노후도 절대 의존의 상황이다.

국민기초생활보장 수급상황을 보면 2008년 현재 등록정신장애인 84,780명 중 일반수급 64.5%, 조건부수급0.5%, 자활교육의료특례 1.4%로 15대 장애영역 중 수급율이 가장 높다. 두

번째가 간질 44.5%, 세 번째가 지적장애 42.4%여서 우리 사회에서 정신적 장애를 가지고 살아가는 것이 얼마나 어려운 지 보여준다. (전체 장애인의 평균수급율은 18.3%).

2010년 현재 정신장애인 등록은 95,821명으로 더 증가하였으며, 1급 6559, 2급 40315, 3급 48934 명으로 15대 영역 중 6번째로 많았다. 정신장애인의 등록율은 많이 높아졌으나 절반이 3급이어서 등록하여도 실질적인 혜택이 미미하여 생활의 어려움을 가늠할 수 있다.

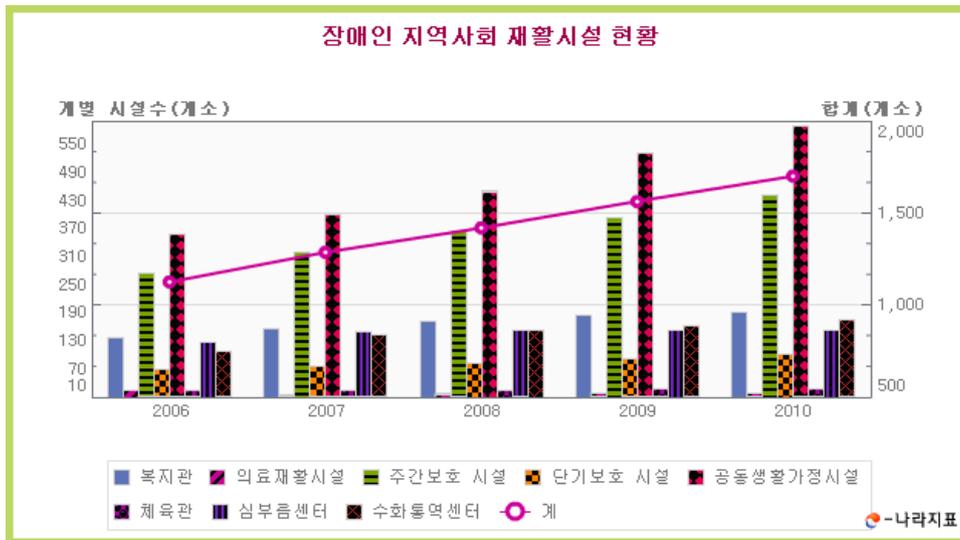
한편 건강보험의 경우 직장건강 13.6% 지역건강17.4% 의료급여 1급 59.3% 2급9.6%였다.

일상생활만족도를 묻는 질문에 현재 삶에 만족함 15.6%, 가족관계 만족 41.5% 사귀는 친구와 만족 17.2%로 15대 영역에서 만족도가 가장 낮았다. 사회와의 연결성의 상징인 정보화 기기의 보유와 사용율도 가장 낮았다(휴대폰 보유31.9 사용율31.1/ PC 보유31.4 사용율14.5/ 인터넷 보유28.7 사용율13.9). 문화여가의 만족이 호홉기장애다음으로 가장 낮았다. 그러나 학력은 정신장애인이 고졸 38.5%, 대졸 20.1%로 두번째로 높았다.

2009년 의료급여지출을 보니 정신의료기관 총 진료비 741,382, 324,000 (입원진료비 640,216,174,000) 86.4% 입원비였으며, 정신요양시설에 13,565,920,000원이 투입되었다. 20개 범주 질병의 모든 의료기관 총 입원비 2,027,456,914,000원인데, 정신질환 입원비가 31.6%인 것이다. 요양시설입소비를 합치면 3,632,600,371,000원으로 56.2%이다.

2008년 의료급여입원치료 질병 1위가 정신분열 256,911,647,0000/ 2위 알코올장애 109,001,862,000원, 10위 정동장애 12,402,266,000원이었다. 어마어마한 비용이 정신장애인인의 입원과 입소를 위해 쓰이고 있다. 우리 정부의 정신장애인에 대한 정책의지가 무엇인지 단적으로 보여주는 것이다. 미국의 경우 정신장애인의 입원에 들어가는 비용이 26%이고, 나머지는 지역에서의 치료와 회복을 위한 비용이다. 발표자의 자료에서처럼 50%이상의 정신장애인은 퇴원이 가능하고, 퇴원하고 싶어 하고, 경제활동을 통해 자립을 하고 싶어하지만 정책은 여전히 수용이다. 1997년 정신보건법이 시행되면서 정신보건정책의 목표는 항상 사회통합이었지만, 실제로 공공 예산의 투입은 지역사회로부터 격리에 쓰였다. 일부 건강기금으로 사회정신보건사업으로 열악한 조건에서 정신보건전문요원의 헌신과 희생 위에 이루어지고 있다.

장애인복지분야는 아래의 그림과 같이 꾸준히 지역사회중심으로 변화하고 있다.



장애인복지의 향후 전망은 ○장애인 및 그 가족에 대한 복지서비스 확대 - 장기요양보장제도 및 기초장애 연금 제도 도입 추진, ○ 장애인 주택 및 주거시설과 관련한 서비스를 확충하고 기존 대규모 장애인시설을 가정형 소규모 시설로 개편토록 유도, ○ 장애인의 근로능력, 복지욕구 등을 종합적으로 고려한 장애판정기준을 마련, ○ 장애인의 인권증진 및 사회참여를 확대, ○ 「장애인차별금지법」에 대한 대국민 인식을 제고 - 장애인차별개선 모니터링체계를 구축, ○ 장애인이 일할 수 있는 사회 구현 - 중증장애인의 고용확대를 위한 정책적 지원의 강화 - 공기업 및 준정부기관의 의무고용률 상향조정 추진 - 장애인 다수고용기업에 대해서는 지원을 강화, ○ 장애인생산품 우선구매실적이 부진한 공공기관에 대하여 지속적으로 우선구매를 독려하여, 공공기관들이 장애인생산품 구매를 선도할 수 있도록 할 계획이라고 한다.

정신장애인도 장애인으로서 이러한 정책의 대상이 될 권리가 있다. 정신보건법을 이유로 이러한 정책에서 상당히 배제되어 있는데, 이를 개선해야 할 것이다. 장애인정책의 주된 가치가 자립이다. 자립을 위한 장애인 운동이 이만큼의 변화를 이끌어 낸 것이다.

영국에서 정신장애인에 대한 사회적 태도를 변화시킨 중요한 계기는 1. 동등한 시민권적 권리의식, 2. 정신병원의 비인간적 처우의 사회문제화, 3. 소비자운동: 정신장애인과 가족당사자들이 법적인 권익보호와 옹호, 주간보호소등 보호기관 의존 줄이고 대신 노동, 교육, 여가활동 등 사회통합 실천활동, 반낙인 위한 공공 캠페인이었다.

정신장애인의 자립을 기반으로 한 삶을 위한 정책전환과 UN에서 제정한 정신장애의 치료와 처우의 원칙에 맞게 공공예산을 재편하는 정책적 의지, 정신장애인 당사자와 가족, 관련 전문가 및 시민의 연대와 운동을 통해서 이를 선도하여야 할 시점이다.

만성정신장애인과 국민기초생활보장제도

지역사회속에서의 정신장애인의 삶의 문제와 그 해결책! 찾을 수 없는 것인가?

김 선 희 (카미 사무국장)

1. 정신장애인과 국민기초생활보장제도

근로의욕과 수급권의 유지문제 속에서 불안한 정신장애인! 더 나은 삶에 대한 희망앞에서 또 한번 좌절하지 않을 수 없다.

국민기초생활보장제도의 문제는 타장애계에 있어서도 최근 이슈화 되고 있는 문제중의 하나이다. 그리고 그 중심적인 문제의 화두는 부양의무자 문제와 직업을 갖게 될 경우 수입에 따른 적용제한의 문제가 그 핵심이다. 정신장애인의 문제에 있어서도 갖은 맥락을 가지면서도 어찌 보면 훨씬 더 극심한 상황이라 보여지는 것은 사회적 편견과 차별의 문제가 가중되어 있다는 점과 더불어 복지제도적 접근성에 있어서 제외되어 있다는 것이다.

장애인에 대한 부양의무에 있어서 형제가 면제됨으로서 부양의무자가 축소되었고, 이로 인해 많은 정신장애인의 가족 특히 형제들의 부담이 줄어든 것에는 적지 않은 기여가 되었다. 그러나 부모들 중에도 경제능력이 없는 노부모의 경우에도 집이 있다는 이유로 경제적 부담을 감당해야함으로서 결국은 집을 팔지 않으면 안되거나 집을 팔아서 부담을 함으로서 부모와 정신장애인이 함께 수급자로 전락해가는 것이 현재 진행되고 있는 상황이다. 노부모와 정신장애인 자녀의 문제는 빈곤을 극심하게 하고있다.

한편 정신장애인이 직업을 가지게 되면 수급자격이 상실되게 됨으로서 근로의욕뿐 아니라 더 나은 삶에 대한 희망마저 꺾이게 된다. 정신장애인이 갖는 직업은 대부분 비정규직이거나, 수입에 있어서도 저임금과 안정적이지 못한 면이 적기않아 장기적이고 안정적인 수입을 고려한

다면 생계유지수준도 안되는 수급권임에도 포기하기에는 무모한 도전이 될수밖에 없다. 결과적으로 정신장애인의 근로의지 및 재활의지에 부정적인 결과를 초래하는 것은 물론 더 이상 정신장애인의 삶을 질적으로 끌어올리지 못하도록 하는 주요한 원인이 되고 있다.

또한 취업의 문제와 더불어 주거에 있어서도 안정적인 확보에 절대적으로 취약한 정신장애인이 턱없이 부족한 현재의 지역사회시스템으로 지역사회에 정착한다는 것 자체가 불가능할 수밖에 없다. 더구나 가족적 지지체계조차 불안정하다면 절망적인 상황이 아니수 없으며, 2~30년전에 비해 정신의료약물 및 치료체계의 변화가 적지않음에도 불구하고 장기입원, 장기수용은 여전하다는 점에서 결국 지역사회시스템의 절대적 부족으로 인한 것이 주요 원인이라고 볼 때 근본적인 변화는 이루어지고 있지 못하다는 결론을 얻게된다.

2. 장애인복지법과 정신장애인

장애인복지법상 정신장애인은 등록장애인임에도 불구하고, 15조 2항에 의해 장애인복지법의 적용에 있어서 배제되고 있다.

장애인으로 등록(2005년)되어 있음에도 불구하고, 동법에서 적용의 제한을 받고 있는 것과 관련하여 정신장애인은 사회적차별에서 그리고 복지적차별이라는 이중의 차별을 받고 있다. 정신보건법과 장애인복지법사이에서 이중의 혜택을 받고 있는 것은 아니냐는 뜻밖의 질문을 받은 바도 있는데 언뜻보면 그리 보일수도 있겠다 싶다. 그러나 정반대의 상황이 현실이며 오히려 정신보건법과 장애인복지법 사이에서 제 번지수를 찾지 못하고 있는 정신장애인의 현실은 타장애계에서도 우려의 시선으로 바라보고 있음을 빈번하게 듣고 있다. 엄연히 장애인이면서도 장애인속에서도 차별받고 있는 정신장애인의 문제에 대하여 다른 장애인들조차 염려해주고 있는 상황에 대하여 가끔은 할 말을 잊게된다.

정신장애인의 문제...를 다루기에 정신보건법은 충분하지 못하다는 것이 분명한 현실임에도 불구하고, 개선되지 않고 있는 것은 당사자단체 및 가족들의 무지 및 역할부재가 가장 큰 원인이라는 것은 의심의 여지가 없다. 더욱이 정신보건관련 전문가들의 심각한 고심이 없는 상황에 대하여 정신장애인의 문제는 가장 암울한 존재일 수 밖에 없다. 이러한 상황에서 탈원화정책은 과연 가능한 것인가? 정신장애인의 문제가 장애인복지법의 대상으로서 다루어지는 문제가 공론화 되지 못한다면 그 어떤 정책이나 제도의 변화도 큰 의미는 갖지 못할 것이다.

정신질환에 대한 부정적인 경각심은 사회에 만연해 있는 반면, 정신질환 및 정신장애에 대한 사회적 편견과 차별해소를 위한 구체적이고 본질적인 변화는 부족한 가운데 사업만 확대되고 늘어가고 있다는 인상을 지울 수 없다. 정신장애인에 대한 탈원화 및 지역사회정착을 위한 노력들은, 거시적이고 전제적인 흐름이 아닌 미시적이고 부분적으로 이루어지고 있을 뿐이어서 정책적이고 제도적 차원으로 발전되지 못하고 있으며, 정신보건의 발전에 있어서는 그 발전 속도나 양상을 보자면 진일보하는 수준은 못되고 있지 않은가? 하는 아쉬움이 크다.

결어

정신장애의 문제, 이제는 정신질환의 문제와는 또 다른 차원과 관점에서 다루어져야 한다. 정신보건법은 그 본래의 목적과 취지를 살리는 측면이 강화되어야 하며, 동시에 장애인복지법에서 풀어가야 할 정신장애인의 문제에 대하여 제자리를 찾아갈 수 있도록 공론화 되어져야 할 시점이라고 본다. 이번 토론회를 통하여 정신장애인과 국민기초생활보장제도의 개선을 통한 기본적 권리의 확보문제와 더불어 지역사회속에서의 삶의 영위라는 측면 또한 복지적관점에서도 다루어질 수 있는 계기가 마련되기를 바란다.

정신장애인의 기초생활수급권

김 순 득 (당사자)

수원시정신보건센터의 경우 회원들의 약 3분의 2 가량은 정신장애진단 등에 의한 기초생활수급권자로 파악되고 있다. 기초생활 수급권 가운데는 부양 의무자에 관한 조건과 의사 등 전문의의 진단에 의해 3개월 이상 약물 투여를 요하는 조건에 의한 수급권이 그 예이다. 수급비용은 말 그대로 기초생활을 위한 최소한의 수혜인 덕택에 교제 등에 대한 사회적 욕구를 충족시키거나 품위를 유지하는데 들어가는 비용은 생각할 수 없는 것이 현실이다.

정신장애로 인한 진단을 받은 사람들 가운데 비 수급권자와 수급권자 사이의 관계는 예산 책정 등이 평형을 이루려는 것처럼 보여진다. 경기도 수원시 우만동 지역에 사는 유모씨(여)의 경우 2009년까지 장애 2급 진단으로 장애 수당이 매달 13만 여원이 나와서 이를 자신이 거주하고 있는 임대 아파트 관리비, 겨울철 난방비 등으로 사용해 왔었다가 2010년 연금관리공단에 의해 등급재심사를 하는 과정에서 3급으로 등급조정 판정을 받고 향후 2년 동안의 사업비용인 장애수당 240만 원 가량을 더 이상 지급 받을 수 없게 되었다. 실제로 피해망상 등의 증세로 일상적 대화가 잘 되지 않는 등의 어려움이 있음에도 불구하고 비교적 대화가 잘 되고 있고 위생관리도 문제가 없어 보이는 비 수급권자인 센터 회원 곽 모씨(남)의 2급 판정에 비하면 장애 연금관리 공단에서의 서류 심사가 실질적 기초생활을 보호해야할 수급권자에 대한 부분에서 중요한 점을 놓치고 있다고 생각된다.

서류상의 데이터로 심사한 경우 정신장애인의 경우라기보다 일반 수급권자의 경우이지만 간질환을 앓고 있는 한 50대 남성이 성공회에서 위탁 운영하고 있던 주거시설에서 생활하다가 꾸준한 약물복용으로 당장의 증상은 호전되었으나 이를 근거로 한 서류 심사 과정에서 정상 판정을 받은 후 얼마 지나지 않아 약물 등을 더 이상 투여 받지 못 한 결과 사망한 사고가 일어났던 것도 현행 수급제도가 안고 있는 문제점 중의 하나를 드러내 주고 있지 않겠나 생각하는 점이다.

일시적으로 증상이 호전되었어도 수급권자로 지정된 대다수의 사람들이 노동시장 안에서 이미 고령이거나 경제활동에 있어서 지극히 불리한 사각지대에 놓여 있는 점 등을 고려해보았을

때 대책 없이 진료의 기회에서 제외되는 경우는 심각한 문제가 아닐 수 없다는 생각이다.

정신장애인의 경우 또한 최저임금 보장의 경우에서도 예외로 제외되어 있어서 노동 시장 안에서는 악 조건 가운데서도 가장 불리한 조건이 아닐 수 없다. 그런데 정신장애인 수급자의 경우 이 가운데 특화된 자활 지원 사업이 없는 형편이다. 일반기초생활 수급권자와 별다른 구분 없이 다뤄지기 때문이다.

사실상의 노동력이 제한된 한시적 수급자의 경우에도 정신장애인의 경우 장애인고용촉진공단에서의 고용 등에 의한 고용이 한정적인 것이 일반적이라고 본다.

위와 같은 여러 가지 문제들 가운데 현재 시행되고 있는 서류상의 데이터 자료에 의한 심사가 갖는 한계는 실질적으로 수급자의 처지나 환경의 열악성을 제대로 반영하지 못하기 때문에 수급권자는 병·의원 전문의가 써준 처방과 자료에 의해 장애연금관리공단 의사의 서류 심사로 치료혜택을 볼 수 있느냐 없느냐 하는 중요한 기로에 놓인다.

남성회원 우 모씨의 경우 2006년 경기도의 한 요양 시설에서 퇴원하기 전까지 자신이 기초생활수급자로 신청되어 있었다는 사실을 모른 채 시설원장이 내린 장애진단 2급에 준하는 장애수당을 비롯한 수급액을 돌려받지 못한 채 각종 노동에 동원 되었다. 개인 통장 관리를 시설원장이 맡았던 것이 원인이었다. 정신장애인의 자기결정권이 인정되지 않는 데에서 이런 문제가 발생했다 라는 점에서 기초생활수급장애인을 다시 한 번 올리는 사례이다. 문제는 현행 서류심사로 장애등급을 일정 수준에서 묶어 두고 수혜자를 늘리는 데에 예산을 쓰는 것 역시 비용을 줄이기 위하여 등급을 조정하는 것이라는 한계를 노정하고 있기 때문에 정신장애인수급권자들의 실질적 삶의 문제 해결을 위한 근본대책이 될 수 있겠는지 의문이 든다.

복지예산이 늘어났다고는 하지만 의료 복지 수혜자는 지속적으로 증가하고 있고 이에 대하여 복지의 질적 향상은 그다지 기대하기 어려운 방향으로 가고 있는 것이 아닐까 하는 생각이 들었다.

우리나라의 절대 빈곤층은 600만 명에 달하는데 부양 의무자에 관한 조건 등 기초생활 수급권자로 가는 문턱이 너무 높아서 그나마 이 가운데 157만여 명이 혜택을 받고 있는 실정은 사회가 점차 양극화 되어가고 있는 현 실정에서 그 사각지대에 놓인 사람들에게 대한 불요불급의 예산을 묶어 두고 있는 것처럼 보여 진다.

수급권에서 탈락할 경우 그에 대한 대비책이 없는 경우 기초생활 수급자는 난민 아닌 난민이 될 수밖에 없기도 하다. 일차적으로 주거문제가 해결이 된 수급권자의 경우는 그나마 다행이지만 그렇지 못한 경우 국공립 병의원을 떠돌아야하는 형편이다. 수급자는 그런 의미에서 난

민이다. 의료서비스에서도 구매력 있는 다른 사람들에 비해 서비스의 질적 동등성을 누릴 수 없는 것 등이 그 예이다.

필자의 경우 2006년 부터 2009년까지 의료수가가 낮은 부작용이 심각한 약물을 복용하여 고생했던 기억이 있다.

의료복지 수준을 묶어 두고 수혜자가 늘어가는 선택은 국가의 사회안전망이 그만큼 허약하다는 반증이 아닐까 생각된다.

정신장애인 인권보호와 차별편견 해소를 위한 토론회

| 인 쇄 | 2011년 10월

| 발 행 | 2011년 10월

| 발행인 | **현 병 철** (국가인권위원회 위원장)

| 발행처 | **국가인권위원회 조사국 장애차별조사과**

| 주 소 | (100-842) 서울특별시 중구 무교동길 41
금세기B/D (을지로1가 16번지)

| 전 화 | (02) 2125-9925 | FAX | (02) 2125-9848

| Homepage | www.humanrights.go.kr

| 인쇄처 | 명 조

| 전 화 | (031) 257-8173 / 241-8149 | FAX | (031) 247-5872

11-1620000-000320-01

사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함

정신장애인의 인권보호와
차별·편견 해소를 위한 토론회



국가인권위원회

100-842 서울시 무교동길 41 금세기빌딩 장애차별조사과
Tel. (02)2125-9925 Fax. (02)2125-9848 www.humanright.go.kr