

정신과시설 인권현황 공청회

일 시 : 2004년 11월 30일 (화) 오후 2시

장 소 : 국가인권위원회 11층 배움터 1

국가인권위원회
인권침해조사국

목 차

[사회]

민성길(연세대학교 의과대학 교수)

[발제]

1. 현명호(중앙대학과 심리학과 교수) 1
2. 서동우(한국보건사회연구원 연구위원) 10

[토론]

1. 서미경(경상대학교 사회과학대학 교수) 17
2. 이찬진(민주사회를위한변호사모임) 23
3. 오성광(부산대남병원 대표) 34
4. 신영전(한양대학교 의과대학 교수) 40
5. 송응달(대한정신보건가족협회 회장) 44
6. 조남권(보건복지부 정신보건과장) 46

정신과 관련시설 인권상황과 그 문제점

- 실태조사 결과를 중심으로 -

중앙대학교 심리학과 현 명 호

1. 연구목적

정신질환에 속하는 정신병은 질병의 특성상 일반인으로서는 이해하기 어려운 사고와 행동장애를 보이며, 질병의 결과가 만성적이고 퇴행적이어서 현실을 판단하고 사회에 적응하는 데에 있어서 심각한 장애를 보이게 된다. 이들은 병식 (insight)이 결여되어 있어서 입·퇴원을 비롯한 전반적인 치료과정을 스스로 결정하고 판단하지 못하는 경우가 많다. 따라서 적절히 치료하고 보호한다는 이유나 그들의 폭력과 위험으로부터 자신과 타인의 안전을 보호한다는 이유로 정신장애인의 인권이 쉽게 침해당하는 것이 현실이다.

정신질환자들에 대한 치료방법은 시대 상황에 따라 많은 변화가 있었다. 과거에도 정신질환자에게 깨끗한 환경, 작업과 산책을 갖게 하고, 무엇보다도 친절과 이해로 대하자는 인도주의적 도덕치료가 주장되었었다. 그러나 20세기 중반에 들어 향정신성 약물의 개발과 정신질환자에 대한 치료계획에 변화가 있었고 장기 입원이 지양되었으며, 정신병원 전체를 치료공동체로 보려고 하는 지역사회 정신의학적 방법이 대두되면서 정신질환자에 대한 관심이 증가하였다.

국내에서도 1995년 정신질환의 예방·정신질환자의 의료 및 사회복지를 목적으로 하고, 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고, 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니하며, 자발적 입원이 권장되고, 가능한 한 자유로운 입원환경이 보장되며, 타인과 자유로운 의견교환이 보장되어야 한다는 기본이념을 바탕으로 한 정신보건법이 제정되어 시행되고 있는 시점이다.

우리나라의 정신질환자 수는 정신장애자와 알코올리즘 환자를 합쳐서 대략 500만 정도라고 보건복지부는 추산하고 있으며, 정신병 환자만 추산하면 전체 인구의 1% 내외로 약 50만 정도라고 생각된다. 병상 수는 1980년대 중반 이후 세계적으로 유례가 없을 정도로 급속하게 증가하여 2004년 현재 약 65,000여 병상에 달하고 있다.

정신질환자의 인권이라는 문제는 다양한 장면에서 살펴보아야 하겠지만 많은 질환자가 의료기관이나 요양시설 등 관련시설에 입원하고 있는 점을 고려할 때 시설에서의 인권보호와 치료환경 개선은 매우 중요한 문제이다. 과거에도 형제복지원 사건, 경기여자기술학원, 소쩍새마을 등 시설에서 인권과 관련된 많은 문제가 발생한 점을 관찰할 수 있다. 이에 국가인권위원회에서도 정신의료기관에서 나타나는 인권침해의 양상을 2003년에 보고한 바 있다.

본 조사는 정신과 관련시설을 대상으로 표본집단을 현장 방문하여 다음과 같은 세 가지 목표를 달성하기 위해 수행되었다.

가. 시설기준 및 운영현황 조사

- 전국 정신의료기관 및 정신요양시설들의 운영현황 자료수집
- 정신의료기관 및 정신요양시설 인권실태 조사
 - 시설 종사자의 정신질환자 인권문제에 대한 설문조사
 - 인권실태조사 결과를 토대로 인권보호 지표 개발

나. 시설에 대한 건축학적·공간적 접근 및 조사

- 병동 및 병실, 스테이션 등의 구조 및 배치에 대한 검토
- 시설 규모별 수준에 따른 정신질환자의 치료환경 및 인권보호에 적합한 시설 구조 및 배치에 대한 검토
- 화재대비시설, 여가시설 등 정신질환자의 치료환경 개선 및 인권향상을 위해 필수적인 시설에 대한 검토 및 설치방안 마련

다. 정신질환자의 인권개선을 위한 법적·제도적 개선 방안 제안

- 정신의료기관과 정신요양시설에 입원중인 정신질환자의 인권실태조사 결과를 통해 나타난 인권문제 해결을 위한 법적·제도적 방안 마련
- 「정신보건법」 및 「정신보건사업지침」 등 정신보건시설 관련 법령 및 정신의료수가체계 등을 검토하여 정신질환자의 인권관련 대안 제시

2. 조사방법 및 조사과정

조사는 2004년 1월 30일부터 3월 5일까지 전국을 4개 권역(서울 /경기/강원, 충청/경북, 전라, 부산/경상권)으로 나누어 진행되었고, 총 조사인원은 관련전문가 45명으로 구성되었다. 조사 일정 전에 1일간 조사원 교육이 실시되었고 면접과 설문 및 시설 평가 조사의 지침과 업무의 역할 분담에 대해 교육하였다.

조사대상 선정에 있어서 정신병원은 2003년 정신보건기관 운영현황 자료, 정신요양시설은 2002년 정신요양시설 평가 결과를 참고하고 조사 용이성과 접근성을 고려하여 각각 3개 등급으로 구분하고 각 지역별로 다음과 같이 총 32개 기관을 임의 선정하였다.

조사 대상 기관

	상		중		하	
	정신의료 기관	정신요양 시설	정신의료 기관	정신요양 시설	정신의료 기관	정신요양 시설
서울/경기 /강원	성안드레아 병원	동두천 정신요양원	한마음병원 오산 정신병원	세광 정신요양원	영동병원 춘천서인 정신병원	서울 정신요양원
충청/경북	대구 정신병원	논산성지원	한마음 정신병원 성동 정신병원	계룡정심원	충북 정신병원 대전신생 정신병원	대전 정신요양원
전라	성요한병원	귀일원	해남혜민 병원 김제 미래 병원	빛고을 정신요양원	호남 장성병원 성일 정신병원	송광녹지원
경남	동래병원	그리스도 정신요양원	세명 정신병원 부산 정신병원	생림 정신요양원	대남 정신병원 진영 한서병원	마산 정신요양원

위 기관을 대상으로 조사한 내용은 첫째, 환자 집단 설문의 경우에는 1개소 기관당 입소자 수의 대략 10%수준에 해당하는 909명(10.32%)을 표집하여 설문지를 작성하게 하였다.

둘째, 환자 개인 면접은 설문 응답자와 중복되지 않는 사람을 대상으로 각 기관당 20명을 기준으로 표집하였는데 입소자 수가 적은 기관을 포함하여 총 620명(6.83%)이 표집되었고, 이들에게 부록 2에 해당하는 준구조화된 면접을 실시하였다.

셋째, 종사자 대상 설문문의 경우에는 각 기관당 종사자의 10%에 해당하는 257명(전체의 12.73%)이 표집되었다. 이들에게는 인권침해에 대한 인식 및 목격여부를 묻는 질문지를 실시하였다.

넷째, 현장평가를 위한 관찰기록지는 서류 평가와 현장 평가 분야로 구분하였다. 이 기록지는 각 지역 팀장 및 인권위원회 조사관 등이 서류나 시설을 관찰하여 기록하였다.

정식 기관 방문 일정 후 특별 일정(2004년 4월 30일)으로 비인가 시설 1개소를 방문하였다.

자료는 기술적 서술을 위한 빈도분석과 집단간 차이검증을 위한 t-검증을 실시하였다. 또한 면접자료는 내용분석하였다.

3. 조사자료 분석결과

가. 정신과 관련제도의 문제점

1) 자기의사결정권 침해

우리나라의 정신보건법 등에서는 정신질환자의 시민권 보장에 대해 '인간의 존엄과 가치'를 보장한다는 기본이념을 표명하고 있다. 하지만 이러한 피상적인 규정 외에 별다른 실질적인 규정을 갖고 있지 않다. 오히려 실제로는 환자로서의 생활은 물론이고 일반 사회에서조차도 '인간의 존엄과 가치'를 보장받지 못하고 있는 실정이다. 현재 정신질환자를 둘러싸고 발생하는 상당수의 문제들이 환자들의 자기의사 결정권을 부정하는 데에서 나오고 있다.

다만, 정신질환자의 경우 병식의 능력이 없는 경우가 많기 때문에 자해 및 타해 등의 우려로 환자 자신을 포함한 가족, 사회 구성원들의 안녕적 생활 유지와 조화를 이루는 선에서 유보가 요구되고 있으며, 가족이나 의료진 등이 지속적으로 환자의 자기의사결정권에 대한 존중을 인식하고 있어야 한다.

2) 입·퇴원 과정에서의 침해

정신질환자들에 대한 입퇴원과정이 형식적으로 이루어져 인권침해의 소지가 많았다. 이와 관련한 기본적인 개념이 정신질환자를 가족과 사회의 질서를 깨트

리는 존재로 인식하고 있었고, 정신질환자들의 입원을 범죄자와 같은 감금, 격리수용 개념으로 접근하고 있었다. 환자들도 입원의 강제성, 보호자로부터 인권 침해, 입원에 대한 정보부족 등이 문제라고 지적하고 있었다. 특히 입원의 강제성 및 환자의 자발성 저해 부분은 정신질환의 특성상 불가피한 측면이 있지만, 이를 최소화하거나 입원 후라도 환자와 보호자, 의료진 간에 입원과정에 대한 상호 이해와 존중을 위하여 지속적인 면담이 필요하다. 이는 차후 정신질환의 치료를 위한 환자와 의사간의 치료적 관계 및 결과에도 영향을 줄 수 있기 때문이다.

3) 치료행위의 부족

정신질환자들에게 가장 큰 문제는 요양시설은 물론이고 병원에서도조차도 적절한 치료가 거의 이루어지지 않고 있다는 것이다. 상당부분 약물요법에 의지하고 있으며, 심리사회적 치료를 위한 각종 사회기술훈련 및 사회재활 프로그램이 부족하거나 제대로 운영되고 있지 못하다. 특히 요양시설에서의 치료는 방치나 포기에 가까운 형식적인 치료이며, 무면허 의료행위로 볼 수 있는 심각한 수준에 이르렀다. 이는 1주일에 8시간의 정신과 촉탁의 진료만으로는 병동 내 생활에서 수시로 발생할 수 있는 신경정신과적 증상이나 행동상의 문제 등에 대하여 책임 있는 진료가 불가능한 상황이기 때문이기도 하다.

4) 강압적인 통제

기관에 따라 차이는 있지만, 무엇보다도 격리와 강박이 문제로 된다. 그것은 그 빈도나 강도, 시행시간 모두 지나칠 정도로 빈번하고 강력하며, 장시간에 걸쳐 이루어지고 있고, 그 만큼 치료목적으로 보기 어렵다고 판단되었기 때문이다. 또한 시설에서의 환자통제와 관련하여 가장 문제가 되는 부분이 환자를 이용한 환자 통제이다. 정신병원이나 정신요양시설의 경우 그것은 실장 및 방장제도로 나타난다.

5) 일상생활에서의 최저생활

입원중이거나 입소중인 정신질환자들은 식사와 환의, 침구 등 의식주와 관련된 물건들이 위생적으로나 보급 정도로 보나 열악한 실정이었다. 따라서 환자들

이 스스로의 자존심과 품위를 유지할 수 있는 상태라고 판단되지 않았다. 또 운동이나 오락 역시 몇몇 기관들을 제외하고는 매우 열악한 실정이었다. 상당수의 기관들에서 대다수의 환자들은 매일매일의 운동은 생각도 못하고 있었으며, 심지어 병동 밖으로 나가는 것조차 어려운 실정이었다. 일부 상으로 평가된 기관들을 제외하면 환자들의 일상생활은 수용생활이라고 해도 과언이 아니었다.

6) 외부와의 소통 문제

외부와의 소통이 자유롭지 않다는 문제가 발견되었다. 외부와의 전화통화는 주1회 정도만 허용되는데, 그것도 간호사나 보호사들이 통화내용을 들을 수밖에 없는 형식을 취하는 경우가 많았다. 또한 외부로 보내는 편지도 대부분 의료진 등의 검열을 거쳐야만 했다. 병원 및 시설관계자들은 이러한 통신권에 대한 통제를 환자의 치료목적상 어쩔 수 없다거나 가족 등 외부에서 원하기 때문이라고 하지만, 조사에 참여한 전문가들은 치료목적으로 통신권을 제한한다는 주장에 동의하지 않았다. 환자들의 면회도 많지 않은 상태였다.

7) 사회적 인식부족 및 위법행위에 대한 처벌법규 미흡

정신병원이나 정신요양시설에서 정신질환자에게 행하는 행위들 중에는 정신질환자의 인권을 심하게 침해하는 행위들도 있었으나 이러한 위법행위에 대한 사회적인 인식도 부족하고, 또 그에 대한 처벌법규도 미흡한 실정이다. 그 결과 악순환을 거듭하고 있는 것이다.

나. 정신과 관련시설의 문제점

1) 낡고 훼손된 건물이 많음

전체적인 건물의 외양 및 상태를 보면 정신의료기관과 요양기관 모두 과거의 시설과 최근에 지은 시설과의 격차는 상당히 컸다. 특히 일부 기관들은 아주 낡은 외양과 내부 시설을 그대로 유지하여 심지어 방문조차 훼손된 경우도 있었다. 그러나 최근에 지은 건물들은 매우 양호하였으며 그 안에 각종 시설이 겸비되어 편리하였다. 이러한 차이는 환자들의 정서적 변화에 그대로 나타난다는 것

을 이번 조사를 하면서 느꼈으며 정신질환자들의 설문조사에서도 지옥과 천국의 차이라는 답변이 이를 잘 표현하여 주고 있었다.

2) 환자 중심의 설계 미비

시설의 설계는 정신질환자 중심, 즉 사용자 중심의 설계가 되어있지 않았다. 모든 사설은 정신질환자가 자유롭게 접근하여 사용할 수 있는 곳에 위치하여야 한다. 결과에서 나타났듯이 간호원실(사무실), 목욕시설, 프로그램실 등은 법규상 필요에 의하여 설치되었으나 환자의 접근이 어려운 위치이거나 다목적으로 사용되고 있는 경우가 많았다. 또한 근무자가 시설 내를 관찰하고 상담하기 어려운 위치에 있는 경우도 있었다.

목욕시설은 별도의 건물에 신축되거나 전체 인원에 비하여 적은 용량으로 설치되고 접근성이 아주 불량하였다. 오히려 병동 내에 샤워시설이나 존재하는 목욕시설이 정신질환자들에게는 접근성이 좋은 것으로 판단되었다. 폐쇄병실인 경우에 별도 위치의 목욕실이 자유롭게 사용되기를 기대하기는 불가능한 일이다. 최근 보조된 예산이 별도의 장소에 신축하는 것으로 지급된 것은 사용자의 여건이 고려되지 않은 것을 말해준다.

3) 편의시설에 대한 인식 부족

정신질환자의 편의시설에 대한 필요성을 인식하고 있는 시설은 매우 적었다. 면회실 운동장 등은 양 기관에서 대부분 없었으며 휴게실은 의료기관이, 식당은 요양기관이 좀더 있었다. 정신질환자의 치료를 위해서는 자발적으로 사용할 수 있는 편의 시설이 있어야하며 이 또한 형식적인 존재만이 아닌 실제 자유로운 사용이 보장되는 곳에 있어야한다. 일부 기관에 그나마 형식적으로 존재하고 있는 편의시설은 사용 실적이 미미하였거나 타 용도로 사용한 흔적이 발견되었다. 한 예로써 이 조사에는 언급되지 않았지만 운동기구의 보유는 양 기관 모두 되어있었다. 그러나 이기구가 사용된 흔적이 없는 경우가 많았다는 점은 형식적으로 구비한 것이라는 점을 뒷받침해준다.

4) 공간배치 및 CCTV 등으로 인한 환자의 사생활 침해 및 관리자의 인식부족

환자의 사생활이 보장되지 않았고 이에 대한 개념이 근무자들이 인식되지 않

았다. 폐쇄병실은 당연한 것이고 운영과 사고 방지를 위하여서는 폐쇄만이 유일한 방법으로 오인되고 있었다. 특히 현대의 이기인 폐쇄회로가 모든 방안과 화장실까지 볼 수 있게 설치되었으나 이것이 사생활 침해라고 인식하는 근무자는 적었다. 병실이 개방되어 있는 경우가 의료기관은 약 30%, 요양기관은 75%을 차지하였다. 개방 병실을 갖는 이유로 관찰의 용이성을 주장하는데, 이는 정신질환자들은 요 관찰의 대상이라는 기존의 관념에서 아직 벗어나지 못한 것으로 판단된다. 특히 요양기관은 의료기관과 달리 급성 증상이 적은 정신질환자들이 있는 곳에서 개방 병실이 많다는 점은 문제점이다. 또한 과도한 CCTV의 설치에 대한 규정도 필요할 것이다. 병실의 전체, 화장실 전체가 노출되는 CCTV는 정신질환자가 내복을 갈아입을 때 노출을 피할 장소도 없음을 나타낸다. 한 예로 여자환자가 어떤 장소에서 옷을 갈아입느냐?의 질문에 문을 약간 닫고 문 뒤에서 갈아입으면 된다는 대답을 하는 근무자들이 많다는 사실은 정신질환자의 사생활, 인권에 대한 시설 미비를 느끼지 못한다는 점이 나타난 것이다.

5) 병실환경에 대한 인식 미비

쾌적한 병실환경에 대한 인식이 미비하였다. 정신질환자의 병실(병상)의 구도의 문제점은 요양기관이 의료기관보다 열악하였는데 병실이 독립되지 못하였다. 칸막이로만 되어 있는 경우가 약 반수 이상에서 발견되었는데 한 공간에 약 40-50명까지 수용된 경우도 있었다. 이러한 병실 구조는 넓은 공간에서 증상이 각각 다른 환자와 함께 있는 경우 정신질환의 증상 악화, 폭력의 빈번, 왕따 당하는 사람의 발생 등이 문제될 수 있다. 이러한 환경은 현재 정신보건법상 한 병실에 10인 이내로 수용하여야 한다는 여건에 위배되지만 이에 대한 인식은 없었다. 독립된 공간을 갖는 기관도 대부분 10인 이상을 수용하고 있거나 수용했던 흔적이 있었다.

4. 결어

이번 조사를 통해 정신질환자에 대한 우리 사회의 전반적인 인식 및 태도에 문제가 있음을 확인할 수 있었다. 국가적인 차원에서 볼 때, 정신질환자에 대한 법이나 제도적인 부분이 미흡한 부분이 여럿 발견되었고, 시설의 측면에서 일부

치료보다는 수용을 우선으로 하면서 환자를 비인간적으로 대하거나 기본적인 권리를 보호하지 않는 경우가 발견되었다. 또한 가족의 경우도 환자를 방치 내지는 유기하여 환자의 보호자의 역할을 하지 않으려는 사례를 발견할 수 있었다.

이러한 문제가 단기간에 해결될 수 있을 것이라고는 생각하지 않으나 병원이나 요양시설에 대한 지속적인 관찰과 시설 내 뿐 아니라 일반인을 대상으로 하는 성실한 교육 및 홍보를 통해 하루 빨리 전근대적이고 반인권적인 행위가 시설에서 더 이상 발견되지 않도록 하여야 할 것이다.

정신장애인의 인권보호

한국보건사회연구원 서동우

1. 서론

모든 개인은 불가침의 기본적 인권을 갖고 있으며, 이런 기본 인권이 존중됨으로서 한국 사회에서 인간으로서의 존엄과 가치가 구현되고 민주적 기본질서가 확립될 수 있다. 하지만 현실 사회에서는 인권을 누리려는 개인의 이익이 다수인 사회의 이익과 상충되고 있어서, 개인의 요구와 사회일반의 요구의 균형점 속에서 합의를 찾아왔다. 하지만 정신질환자 같이 자신의 이익을 충분히 주장하지 못하거나 사회일반이 그들에 대하여 편견을 갖고 있는 경우 개인의 요구가 무시되고, 자유권 등 기본적인 인권마저 무시되기 쉽다.

이에 따라 우리나라에서는 1983년 KBS TV 추적 60분의 정신질환자를 수용한 무허가기도원의 인권침해 사건을 보도한 이후, 형제복지원 사건, 1990년대의 소쩍새마을, 양지마을, 구생원, 장항수심원, 에바다농아원 사건, 합천고려병원, 만덕정신병원 등 사회복지시설과 정신병원에서의 인권침해 사례가 보도되고 있다.

이러한 일련의 사례는 정신질환자의 인권보호를 위해서 근본적인 대책 마련이 필요하다는 것을 시사하는 것이다. 정부에서는 사회문제가 제기될 때마다 일정 정도의 제도적 개선책을 마련하고, 일정기간 보건복지부 정신보건과의 불시 감사를 실시하기도 했지만, 근본적인 제도 개선을 이뤄내지 못하고 있다.

그간 백종만 등(1999)은 사회복지시설에서 나타나고 있는 신체의 자유, 통신 및 종교의 자유, 생존권에 대한 침해의 문제점을 논의한 바 있고, 임성택(2001)은 사회복지시설의 강제입소조치 등의 수용절차의 문제점을 지적한 바 있으며, 최근 국가인권위원회의 설치운영과 함께 정신질환자의 인권문제에 대한 새로운 차원의 관심과 제도개선이 모색되고 있는 시점이다.

국가인권위원회가 설립되어 운영된 이후 정신질환자에 의한 인권침해 진정사건이 증가하고 있다. 이 중에는 환청과 망상 등 정신질환의 증상으로 인한 진정이 상당한 비율을 차지하고 있으나 일부 진정은 정신질환자의 인권보호실태에 많은 문제점이 있음을 반증하고 있다고 할 수 있다. 이에 따라 2004년에는 국가인권위원회가 주도하여 전국 정신병원 및 정신요양시설의 정신질환자 인권상황 실태조사를 실시한 바 있다.

2. 정신보건법상의 정신질환자의 인권

정신질환자의 인권이 심각하게 유린되기 쉽다는 현실적인 이유와 동시에 정신질환의 특성상 적절한 치료를 거부하고, 이로 인해 사회의 공중에게 위해를 끼침으로써 다른 사람들의 인권을 침해할 수 있다는 정신질환자 인권의 양면성을 고려하여 대부분의 인권보장국가에서는 정신보건법을 제정하여, 정신질환자의 신체의 자유 등 권리 제한과 정신질환자의 인권보호 및 차별금지 등을 제도화하고 있다. 1995년에 제정되고 3차에 걸쳐 개정된 우리나라 정신보건법에서의 인권조향을 살펴보면, 다음과 같다.

가. 신체의 자유(제2조 5항, 6항, 제46조)

입원 환자는 가능한 자발적인 입원이 권장되고, 가능한 개방적인 환경을 유지하고, 환자의 격리는 최소한으로 줄이고, 치료나 보호 목적이외에는 격리를 금지하고 있다. 본인의사에 반하는 입원이 필요한 경우(제24-26조) 자신 및 타인을 해할 위험이 큰 사람 등으로 그 기준을 엄격히 제한하고, 정신과 의사가 입원이 필요하다고 진단한 경우에만 입원이 되도록 하고 있다.

나. 행복추구권의 보장(제2조1항)

인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고, 최적의 치료를 받을 권리를 보장하도록 하고 있다.

다. 평등권의 보장(제2조3항, 제41조 1항)

정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니하고, 정신질환자였다는 이유로 교육 및 고용의 기회를 박탈하거나 기타 불공정한 대우를 하여서는 안 된다고 규정하고 있다.

라. 사회권의 보장(제2조2항, 4항, 제47조)

정신질환자들이 최적의 치료를 받을 권리를 보장하고, 미성년자 정신질환자는 특별히 치료, 보호 및 교육을 받을 권리를 보장하고 있다. 또한 이들이 적절한 직업지도, 직업훈련을 받을 수 있도록 하여 사회에 참여할 권리를 보장하고 있다.

마. 청구권의 보장(제29조)

국가에게 퇴원 및 처우개선을 청구할 수 있으며, 정신보건심의위원회에서 이를 심사하도록 하고 있다.

3. 일반 법안에서 정신질환자에 대한 차별

정신질환을 앓고 있는 사람의 기회 박탈로 인한 인권침해는 일반 법안에 쉽게 발견되고 있다. 이는 현실적으로 일반대중을 포함하여 법의 제정을 주도하는 사회지배계층이 정신질환에 대한 이해가 매우 낮은 상태에서 정신질환자의 권익에 대한 중요한 결정을 내리기 때문이다. 1980년대 이후 새로운 항정신약물의 개발 등 정신의학의 급격한 발전은 과거의 정신분열병 환자의 기능과 매우 다른 가능성을 보여주고 있다. 과거에는 대부분의 정신분열병 환자가 제한되지 않은 환경에서 다양한 기본권리를 행사하기에는 어려웠던 측면이 있었지만, 이제는 적절한 치료여부에 따라 사회적 필요에 의해 제한된 기본권리를 누릴 수 있는 충분한 상태에 이른 환자가 많아지기 시작했다.

따라서 정신분열병, 조울정신병 등의 정신질환자도 소인(trait)보다는 상태(state)에 따라 의사결정능력이나 위험성이 결정된다. 즉, 최근에는 정신질환자의 상당수가 질병의 악화상태에서 잠정적인 기간동안만 현실 판단능력이 저하되는 속성으로 변화된 정신질환의 개념을 받아들이고 있다. 그러나 우리나라는 정신병 환자를 단지 질병의 유무에 따라 기본적인 권리의 부여여부를 판단하는 과거 정신질환의 개념에 따라 입법된 대부분의 법과 제도가 아직도 유효한 실정이다.

그 차별의 예로는 다음과 같은 것을 들 수 있다.

첫째, 직업선택의 자유를 제한하고 있다. 정신병을 앓은 사람은 주세법상 주조사, 축산법상 수정사, 공중위생법상 이용사 및 미용사, 약사법상 약사, 식품위생법상 영양사, 의료법상 의료인 등이 될 수 없다고 되어 있다.

둘째 각종 면허를 취득할 수 없다. 정신병을 앓고 있는 사람은 수상레저법상 수상조정면허, 화장품 제조 허가, 원동기 취급 면허 등을 취득할 수 없다. 셋째, 정신질환을 앓고 있는 사람은 각종 공공 서비스를 이용할 수 없다. 관련법과 시행령에 의하면 국립현대미술관, 중앙도서관, 민주평화통일자문회의 등에 관람하거나 참석할 수 있는 권리가 없다고 명문화되어 있다.

물론 질병유무가 아닌 증상의 상태에 따라 법률을 달리 적용하는 것은 입법 기술상 어려운 측면이 있다. 그러나 다양한 선진국의 입법 사례를 참고하여 예외적으로만 정신질환자의 권리를 제한하도록 각종 법률을 개정하여야 한다.

4. 정신질환자의 인권보호를 위한 주요 과제

가. 개방적 입원(입소) 시설 운영

정신의료기관이나 정신요양시설, 부랑인시설 등의 장기입원입소시설에는 가능한 한 개방적인 환경에서 정신질환자들이 생활할 수 있도록 하여야 한다. 어느 정도의 정신과적 증상이 남아있는 정신질환자를 개방적 환경에서 생활하도록 할 경우에는 개방적 환경에서 생활 가능여부 판단을 위해 자해나 타해의 가능성에 대한 정확한 평가가 가능해야 하며, 이를 위해서는 오히려 폐쇄병동보다 전문적인 인력이 더 많이 필요한 실정이다. 그러나 현재 이에 대한 건강보험이나 의료급여, 정신요양시설의 재정적 배려는 없는 편이다.

자살이나 타해 등의 가능성에 대한 완벽한 정신질환자의 평가는 현실적으로 불가능하다. 이런 한계속에서 치료환경을 보다 개방적으로 운영하게 되면 확률적으로 일정수준의 안전사고는 발생하기 마련이다. 그러나 이러한 안전사고가 발생했을 경우 그간의 법원의 판례는 안전사고에 대한 의료기관이나 시설의 책임을 무겁게 물어왔으며, 보다 엄격한 환자관리를 주문해왔다. 환자의 자살이나 타해로 인한 의료분쟁이 발생할 경우 의료기관이나 시설이 부담하는 배상금이나 보상금 등 사회경제적 충격이 매우 커왔고, 이 액수가 점점 더 커지는 현실에서 제도적인 국가의 뒷받침이 없는 한 시설의 개방화는 획기적으로 개선될 가능성은 없어 보인다.

전염병 예방법에서 공익을 위한 예방접종의 불가피한 피해에 대해 국가가 보상을 해주듯이 정신질환자의 인권신장을 위해 활성화된 개방병동이나 낮병동에서의 안전사고, 조기퇴원 이후 발생하는 안전사고에 대해서는 의료기관이나 시설보다는 국가가 공동으로 책임을 지는 제도적 뒷받침이 필요하다.

나. 철저한 입·퇴원 관리

자해나 타해의 가능성이 없다면 가능한 한 환자가 자유의사로 입퇴원을 할 수 있도록 하여야 한다. 만약 이 부분과 관련된 위법행위가 발견되면 가장 엄격하게 처벌하여야 한다. 이 과정에서 앞서 언급되었듯이 개방화로 인한 안전사고에 대해 국가의 보상제도의 도입이 필수적이다. 또 무연고자의 신원 및 보호자 조회에 대한 보건소 및 경찰 등 공공기관의 적극적이고 체계적인 협조망이 필요하다.

현 제도하에서는 무연고자의 퇴원이 매우 어렵게 되어 있다. 인수자가 없는 상태에서 퇴원시켰을 경우 발생하는 다양한 안전사고의 가능성이 의료기관이나 시설에 부담지워지고 있는 상황이다. 무연고자의 퇴원은 보호의무자의 역할을

수행하고 있는 시군구청장이 인수하도록 하는 것이 이상적이다. 이를 위해서는 시군구에서 많은 단기입소시설과 무연고환자를 보호자처럼 돌봐줄 수 있는 정신보건센터 인력이 충분히 확보되어야 할 것이다. 무연고환자의 퇴원조치후 약물치료가 중단되어 재발의 위험성이 매우 높은 현실에서 기초생활수급권 혜택을 받을 수 있을 때까지 의료급여혜택이 한시적으로 주어져야 하며, 이런 사회복지혜택을 연결해주기 위한 사례관리자 필요하다.

다. 법적 절차에 충실한 최소한의 격리 및 강박 시행

국가인권위원회에서 정신과 관련시설들의 인권침해 행위를 다루기 시작하면서 보건복지부에서는 2003년 12월 30일자로 「격리 및 강박 지침」을 하달하였다. 이 지침 역시 최소한의 격리 및 강박이라는 원칙에서 다소 문제가 있지만, 우선은 이 지침을 준수를 독려하고, 나아가 이 지침의 개선을 도모해야 한다.

라. 의료기관 및 시설내의 적절한 인력 및 공간 확보

정신보건시설도 하나의 서비스를 제공하는 기관으로 볼 때, 좋은 서비스를 주는 기관과 그렇지 않은 기관은 분명하게 구분되어야 한다. 이를 통해 환자나 가족이 병원이나 정신요양시설을 선택할 수 있는 권리를 행사할 수 있기 때문이다. 정신요양시설은 3년에 1회씩 평가를 받고 있으나 정신병원은 아직 평가제에서 제외되고 있다. 따라서 정신요양시설과 정신병원은 적절한 기간마다 외부평가자에 의해 평가가 이루어지고, 이 결과가 공표되어야 할 것이다. 이럴 경우 병원 등 정신보건기관들 사이의 경쟁이 유도되어 환자를 하나의 인격체로 보고 치료에 매진할 것이며, 각 환자도 자신이 원하는 기관에서 치료를 받을 권리를 갖게 될 것이다. 아울러 이를 통해 국가에서의 지원이나 수가를 차등화하여 인권과 치료와 관련된 노력을 더욱 이끌어 낼 수 있을 것이다. 특히 인력수준에 상관없이 일정한 수가가 설정되어 있는 정신과 의료급여수가체계를 개선하여 인력수준별 차등수가를 도입하여야 할 것이다.

마. 기관 종사자의 인권에 대한 교육 필요성

인권문제가 발생했던 의료기관이나 시설의 경우 그 운영자 및 종사자는 물론, 그 기관을 지도감독하는 공무원까지 인권에 대한 특별교육을 받도록 하여야 할 것이다. 일정 규모 이상의 모든 정신보건시설의 종사자는 정기적으로 인권교육을 받도록 하여야 할 것이다.

바. 의료급여환자의 차별 해소

의료급여 정신질환자의 경우 행위별수가제가 적용되고 있는 건강보험대상자와 달리 일당정액제가 시행되고 있다. 일당정액제는 필요한 치료를 충분히 제공하지 못하도록 유인체계가 되어 있어서 양질의 서비스 제공에 문제가 있는 제도이다. 그러나 일당정액제보다 더욱 문제가 되는 것은 수가수준이 건강보험대상자에 비해 50-60% 수준밖에 되지 못하여 저소득층 환자들이 차별을 받고 있다는 것이다. 의료급여 환자에 대한 차별적인 저수가 및 일당정액제로 인해 식사의 질, 치료인력의 양과 질, 치료공간의 크기, 치료약물의 종류에서 매우 큰 차별을 받고 있고, 이로 인해 치료기간이 길어지는 부작용이 초래되고 있다.

동일한 정신질환자를 소득에 따라 국가가 제공하는 서비스의 수준이 인권이 침해받을 정도로 크게 차별하는 것은 명백히 문제가 있으므로 시급히 그 차이를 감소시켜야 할 것이다. 의료급여환자에 대한 차별은 정신질환자에게만 적용되고 있으므로 이 문제는 정신질환자에 대한 국가의 차별이며, 저소득층에 대한 국가의 차별이다.

아. 미인가수용시설의 선별적 양성화

최근에 정신질환자에 의한 사고가 발생한 미인가시설은 전국적으로 1000여개가 있고, 파악된 정신질환자 시설도 20여개 있지만, 실제로는 그 이상이라고 알려져 있다. 정신질환자의 인권중에서 가장 사각지대에 있으면서 그 인권침해정도가 큰 시설이 미인가시설이다. 복지부는 2005년까지 시설 및 인력기준을 맞추도록 하여 합법적인 인가시설화하겠다고 방침을 정한 바 있으나 일부를 제외하고는 현행 법에 의한 기준을 맞추기가 어려울 것으로 보인다. 특히 정신질환자 시설은 이제까지의 운영행태가 과거 1980년대 중반 무허가기도원의 운영양태와 비슷하여 심각한 인권침해가 버젓이 자행되고 있는 실정이다.

따라서 복지부의 미인가시설에 대한 정책방향을 원칙적으로 적용하되, 현재 인권침해적 운영행태를 보이고 있는 시설들은 합법화 대상에서 제외하고, 적절한 기간내에 모두 폐쇄조치하여야 할 것이다.

자. 가족의 인권에 대한 고려

정신질환자는 일반적으로 사회대중에 대한 범죄의 비율은 일반인과 비슷한 수준이나 그 가족에 대한 폭력은 그 비율이 매우 높은 편이다. 따라서 가족들의 안전과 인권은 특별히 보호받아야 하는 상황이다. 이를 위해서는 가정내에서 정신질환자나 알코올중독자로 인한 폭력이 발생할 경우 가정폭력방지법 등에 의거 경찰이 보다 적극적으로 개입하여 한다. 공권력의 적극적인 개입은 가족의 안전과 인권을 보호함과 동시에 향후 정신질환자에 의한 가정폭력을 감소시키

는 예방효과도 있으며, 가족이 정신질환자를 정신보건시설에 장기입원시키지 않게 하고, 덜 포기하게 하는 효과도 있다. 즉, 정신질환자의 인권에도 도움이 된다는 것이다.

6. 결론

정신질환자의 기본적 인권은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 첫째는 신체의 자유, 종교의 자유 등 자유권이며, 둘째는 쾌적한 환경에서 치료받을 권리, 양질의 치료서비스를 받을 권리, 직업을 얻을 권리 등의 사회권이라고 할 수 있다.

자유권은 가족이나 일반 사회대중의 행복이나 신체의 자유(폭력으로부터의 자유) 등을 고려하되, 보건복지부나 지방자치단체, 인권위원회 등의 국가기관의 행정적 지도와 처벌을 통해서 보장이 가능한 편이다. 특히 정신보건시설에 대한 직접적인 지도감독권한이 있는 시도나 시군구 공무원과 정신보건심판위원회 위원들의 정신질환자 인권에 대한 의식제고를 위한 제도적 노력이 중요하다.

반면, 사회권은 정신질환자가 그 권리를 누리기 위해서는 국가가 예산을 확보해서 실질적인 보장이 가능하도록 지원해야 하는 인권이다. 정신질환자의 인권 신장을 위해서는 국가와 사회의 투자가 필요하다. 어느 나라의 정신질환자의 인권수준은 국가와 사회가 정신질환자의 인권과 삶의 질을 위해서 얼마정도의 세금을 더 부담하겠다는 사회적 합의의 수준이라고 할 수 있기 때문이다. 즉, 최적의 치료를 받을 사회적 권리는 보건복지예산, 특히 정신과 의료급여 수가와 밀접한 관계를 맺고 있다고 할 수 있다. 따라서 정신질환자의 인권의 신장을 위해서는 국가기관의 인권개선노력과 함께 정신질환자의 삶의 질 향상을 위한 사회적 비용 증가합의를 위한 다양한 홍보전략이 필요하다고 하겠다.

정신과시설 인권 개선 방안

경상대학교 사회복지학과 서미경

인권(human rights)이란 모든 인간의 보편적 권리로 어떠한 권리보다 최우선되는 속성을 가지고 있다. 그러나 실제 보편적 권리로써 인권을 실천하는 과정에서 모든 권리가 과연 동등하게 인정될 수 있는지 혹은 권리들 간에 계층적 구조관계가 존재하지는 않는지에 대한 문제가 항상 제기된다. 이런 측면에서 정신장애인의 인권보장은 '다수의 이익과 권리' 존중에 밀려 사회적 합의를 찾지 못하는 영역이라 할 수 있다. 이처럼 권리들이 상충될 때, '공리주의 대 반 공리주의' 그리고 '자율성 대 온정주의'라는 두 가지 차원의 준거틀 내에서 이해하고 의사결정 내릴 수 있다.

먼저 공리주의 대 반 공리주의의 갈등은 다수의 행복과 복지를 우선해야 한다는 원칙(공리주의)과 모든 개인의 권리는 다수 구성원들의 복지를 위해 희생될 수 없으며 동등한 관심과 존중이 주어져야 한다는 원칙(반-공리주의) 간의 갈등이다. 공리주의는 "최대다수의 최대행복"이라는 매우 설득력 있는 윤리적 규범을 제시한다고 볼 수 있으나 원리 상 다수의 이익을 위하여 소수의 권리를 무시하는 불공정한 분배를 낳을 수 있다는 한계가 있다. 따라서 이러한 공리주의 원리를 적용하기 위해서는 소수의 불이익집단의 보편적 권리를 보장하기 위한 특별한 규정이 필요하다. 예를 들어 장애인의 취업권리를 위한 특별한 규정은 그 개인의 완전한 인간성을 실현하기 위해 반드시 필요한 것이다(김형식, 여지영 역, 2001 :36). 이러한 맥락에서 볼 때 '다수의 권리'와의 계층적 관계에서 정신장애인의 기본적 인권을 실현하기 위해서는 특별한 규정이 필요하다. 바로 이런 이유로 인해 오늘의 공청회가 필요하다고 생각된다.

자율성 대 온정주의(paternalism)의 갈등은 정신장애의 특성에서 비롯된다(서미경, 2004). 일반적으로 정신장애인은 지각과 사고의 장애가 두드러져 무능력한 것으로 판단되기 쉽고 정신과 치료에 대한 위협과 이익을 평가하는

능력이 없거나 전반적으로 결여되어 있다고 생각한다. 이런 특성으로 인해 정신장애인의 자율성이 쉽게 제한되는 경향이 있다. 여기서 자율성은 자신의 계획에 따라 스스로 행동과정을 결정할 자유를 의미한다. 반대로 온정주의는 “개인의 이익과 복지를 위해서는 당사자의 의견에 반하는 결정을 하여 개인의 자유를 제한하는 것이 정당화될 수 있다”는 것이다. 즉, 어원에서도 알 수 있듯이 부모가 자식 잘 되라는 마음으로 간섭하는 것은 이해될 수 있는 것이다. 불가피하게 온정주의는 자율성존중과 갈등적 상황에 놓일 수밖에 없다. 특히 병에 대한 인식에 부족하여 스스로 치료를 결정하기 어렵다고 판단되는 정신장애인의 특성 상 자율성을 담보로 치료적 혜택을 제공하는 경우가 많다.

따라서 공리주의와 온정주의의 원칙은 다수의 이익이나 치료적 혜택을 근거로 인권침해상황을 정당화하는 수단으로 활용되기도 한다. 즉, “다수를 안전하게 관리하기 위해 강압적인 통제를 사용한다.”, “병식이 부족한 정신장애인으로 부터 가족을 보호하기 위해 통신을 제한 한다.”, “부족한 치료진을 돕고 보다 안전한 관리를 위해 방장이나 실장 들을 활용한다.”, “개인의 치료를 위해 강제입원 시킬 수밖에 없다.” 등 자신과 타인의 안전, 최적의 치료, 가족관계의 보호, 관리의 목적으로 정신장애인의 권리제한을 정당화하는 것이다. 이런 이유들이 개인의 권리를 야단스럽게 강조하는 21세기에도 여전히 정신과 관련시설에서 인권침해가 일어날 수 있는 원인이라고 생각한다.

발표원고에 대한 토론을 하고자 한다. 정신과관련시설에서의 인권침해 상황 조사결과 진료행위부족, 사생활침해, 강압적 통제, 통신권제한 등이 이루어지고 있다고 하면서 발표자는 입원 중인 환자의 기본권을 보장하기 위해 개방병동으로의 전환, 치료 및 사회복지프로그램의 강화, 철저한 입·퇴원관리, 최소한의 격리시행, 지도감독을 통한 삶의 질 향상, 회의체 구성과 직원의 인권침해행위에 대한 처벌규정마련 등을 제안하고 있다. 발표자의 이와 같은 제안에 전적으로 동의한다. 그러나 무엇보다 계속 입원심사제도의 개선과 정신보건심위원회와 정신보건심판위원회의 활성화 제안에 매우 공감하며 몇 가지 덧붙이고자 한다.

정신과관련시설에서의 인권침해의 근본적인 원인은 비자발적 환자를 불필요하게 오랫동안 보호하는 “장기입원”에 있다고 본다. 외국의 정신장애인의 인권과 관련된 연구들은 대부분 탈시설화 이후 “비자발적 입원”에 초점을

두고 있는데 반에 우리나라의 연구들은 대부분 장기입원에 초점을 두고 있다. 우선 정신병상 수가 1990년 11,557에서 정신보건법이 통과한 이후 2000년에는 36,387로 급격히 증가하였고(이용표, 2004) 정신보건시설의 평균재원 일 수 역시 1,368일로 미국의 63일에 비해 무려 26배나 많다(한국보건사회연구원, 1999). 재원적절성을 평가한 결과 역시 평균 54.9%에서 재원의 부적절성을 보이고 있으며 특히 정신요양원의 경우 60%가량이 부적절한 재원을 보여 매우 심각한 것으로 나타났다(이영문 외, 1999). 이처럼 입원·소가 불필요한 정신장애인 다수를 장기간 보호하는데서 앞에서 언급한 관련시설에서의 다양한 인권침해가 일어나게 된다고 생각한다.

장기 입원으로 인한 인권침해를 최대한 예방하기 위해 정신보건법에서는 각 지방 정신보건심의위원회 산하에 정신보건심판위원회를 설치하도록 규정하고 있다. 그러나 심판위원회의 계속입원치료심사청구 중 약 4.4%만이 불승인율(2001년 8월)을 보여(정인원 외, 2001) 장기입원을 줄이는 것에 별로 기여하지 못하고 있다. 경상남도의 경우 2004년도 3월부터 10월까지 평균 청구인 1156명 중 불승인된 사람은 평균 7명으로 0.72%의 불승인율을 보여 2001년도 3.1%에 비해 오히려 낮아졌다.

이렇게 불승인율이 낮은 이유로 본 토론자는 판단방법의 타당성 문제와 지역사회 내 지원시스템의 부재를 지적하고자 한다.

첫째, 판단방법이 직접 면담이나 병원방문보다 서류심사만으로 이루어지기 때문에 환자의 전반적인 상황에 대해 정확하게 파악할 수가 없고 그나마 판단을 위한 서류역시 매우 간단하다. 모든 청구인은 다음의 세 가지 “판단지표”에 의해 판단된다.

- i) 경제성지표 : 의료보장구분, 성별, 나이, 입원횟수, 보호의무자,
- ii) 정신의학적 지표 : 자해 및 타해의 위험도, 자기관리 및 신체건강유지수준, 특수치료시행유무, 기괴한 행동과 현저한 퇴행, 현저한 사고이완, 극도의 거부증, 기억력과 지남력의 손상, 전문의의 퇴원 소견
- iii) 사회적 지표 : 퇴원에 대한 가족의 의견, 같이 살 가족 유무, 살 곳 유무

그러나 위의 지표 어디에도 퇴원 당사자인 정신장애인의 의견을 반영하는 항목은 없다. 정신보건법 2조의 “모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 기본이념을 실현하기 위해서는 판단의 가장 중요한 지표

가 정신장애인 당사자의 퇴원에 대한 의지와 계획이어야 한다. 그러나 기존의 지표에서는 전문가와 가족의 의견만으로 결정하겠다는 의지가 강하게 내포되어 있다. 특히 가족의 의견이 결정적 역할을 하는데 대부분 청구인들의 사회적 지표에서는 ‘가족이 퇴원을 원하지 않는다.’, ‘퇴원 후 살 곳이 없다.’고 되어 있다. 이런 단정적 지표 이외에 가족의 경제력, 사회적지지 등 청구인의 사회경제적 상황을 파악하고자 하는 노력은 발견하기 어렵다. 또한 위의 판단지표만으로 판단하기 힘든 경우 “보충자료”를 요청하는데 여기에는 병명, 발병 시기, 주요증상, 입원을 계속하여야 하는 이유, 가족으로 복귀했을 때 예상되는 문제점, 사회활동가능성 여부, 기타 특수한 상황이 포함되어 있다. 이러한 내용은 정신장애인을 정신병리와 문제중심으로 판단하는 것으로 그들이 가지고 있는 장점, 능력, 자원을 파악할 수 있는 내용이 포함되어 있지 않다. 그러나 퇴원 후 지역사회 적응의 초점은 정신장애인의 능력, 자원을 중심으로 판단하여 개발의 필요성이 있는 사회적 기능이 무엇인지 사정하여 서비스를 계획하는 것에 있다. 이처럼 정신병리 중심의 자료들은 재활의 가능성을 판단할 때 보다는 보다 집중적인 치료의 필요성을 판단할 때 더 유용한 자료이다.

불승인율이 낮은 두 번째 이유는 퇴원 후 특별한 지원시스템이 없는 상태에서 가족의 지원조차 없는 경우 ‘퇴원의 가능성이 희박’하여 퇴원을 결정하기 어렵기 때문이다(정인원 외, 2001). 만약 보호자가 퇴원을 거부하는 경우 불승인을 판정하여도 곧바로 다른 병원으로 전원조치 되는 경우가 많아 오히려 정신장애인에게는 불리한 판단이 될 수 있다. 그렇다고 하여 가족 외에는 달리 돌아갈 곳이 없는 정신장애인을 아무런 대책 없이 계속입원을 불승인할 경우 노숙으로 몰아내는 것밖에 되지 않는다. 따라서 지역사회자원을 활성화해야 한다는 발표자의 의견에 전적으로 동의한다. 특히 주거시설의 확대는 정신장애인의 인권보장과 매우 밀접한 관련을 가지고 있다. 대표적인 인권침해의 상황이라 할 수 있는 비자발적 입원과 장기입원이 계속되는 이유는 정신장애인의 일차적 보호책임이 가족에게 전적으로 맡기기 때문이라 생각한다. 정신장애인의 일차적 보호자는 대부분 부모이고 그들의 상당수는 이미 노년기에 접어들어 노화과정에 따른 심리적, 경제적, 사회적 상실 때문에 정신장애인에 대한 보호부담을 감당하기 어려운 상태이다. 따라서 지역사회 내의 주거시설에서 가족들과의 연대를 가지면서 정신장애인이 생활할 수 있도록 주거와 소득보장이 선결되어야 전반적인 인권문제가 해결될 수 있다고 생각한다. 즉, “일차적 보호제공자가 능력이 없거나 혹은 사망 등으로 인

해 보호할 수 없을 때를 대비한 평생계획(permanency plan)의 수립이 반드시 필요하다. 구체적인 대안은 오늘의 주제에서 좀 벗어난 얘기이므로 제시하지 않겠으나 인권보장과 이는 분리하여 생각하기 어려운 문제이다.

“정신장애인의 인권보호”에 관한 발표내용은 정신보건법에서 보장하고 있는 인권이 다른 일반법안에서 차별적으로 적용되고 있음을 지적하고 인권보호를 위한 주요과제를 제시하고 있다. 발표자가 제안하는 과제들의 중요성에 동감한다. 특히 기관종사자의 인권에 대한 교육의 필요성, 의료급여환자의 차별해소, 가족의 인권고려 등에 깊은 공감을 가진다. 여기서 덧붙이고 싶은 것은 이러한 차별이 “정신장애인의 자기결정권”을 어느 정도 인정할 수 있는가” 하는 논쟁에서 나올 수 있다는 것이다. 즉, 정신장애인의 고지된 동의(informed consent) 능력을 어떻게 객관적으로 평가하고 활용할 것인가 하는 문제가 제기된다. 고지된 동의는 자기결정권의 가치를 기본으로 정신장애인이 치료와 개입에 대한 정보를 듣고 그것에 자율적으로 동의한 후에야 비로써 전문가가 개입할 수 있다는 것이다. 물론 이는 정신장애인에게 동의할 수 있는 능력이 있다는 전제가 되어야 한다. 즉, 사실을 이해하고 정보를 합리적으로 다루어 다른 대안들과 비교하여 가장 적합한 것을 현실적으로 평가할 수 있는 능력을 의미한다. 그러나 이 부분에서 정신장애인은 “무능력”한 것으로 판단되기 쉽다. 진단과 증상, 유병기간에 입각한 판단은 그들의 치료 결정능력뿐 아니라 인생전반에 걸친 모든 결정능력이 없는 것으로 판단되어 그들의 권리를 제한하는 중요한 이유가 된다. 따라서 객관적인 동의능력 평가도구의 개발이 매우 시급하다. 이러한 도구에 의한 평가내용이 정신장애인의 입·퇴원과정에서 기록으로 남을 수 있어야 한다. 또한 인간의 동의능력은 항상 변화하는 것이므로 치료과정이 진행되는 동안 반복적으로 동의평가가 이루어지도록 해야 한다.

이러한 논의를 정리하며 본 토론자는 다음과 같은 제안을 하고자 한다.

첫째, 정신보건심판위원회의 “계속입원청구심사”가 실제적인 평가가 될 수 있도록 환자의 판단지표와 보충자료요구서에 보다 충실한 자료를 포함할 것을 제안한다. 여기에는 정신보건전문요원에 의한 가족의 경제적 상태, 주소지 지역사회 활용 가능한 자원, 사회적 능력과, 장점 그리고 무엇보다도 정신장애인 당사자의 퇴원의지와 퇴원 후 계획에 대한 의견이 포함되어야 한다. 이러한 평가 자료를 제시하기 위해서는 전문의 뿐 아니라 다른 정신보건 전문요원들의 다학문적 평가가 포함되어야 하고 이와 관련된 예산이 지원되

어야 할 것이다. 심판위원회도 보완되어야 하는데 5-7명 정도가 한달에, 한 번, 한두 시간에 1000여명이 되는 청구인을 심판한다는 것은 그 자체가 인권 침해라 할 수 있다. 따라서 심판위원회를 도 단위가 아닌 시 단위의 위원회를 구성하고 시마다 이를 전담할 전문 인력(공중보건의나 전문요원)의 배치를 제안하다.

둘째, 정신보건법 14조에 명시된 “정신보건연구기관” 설치를 제안한다. 보건복지부 소속연구기관으로 설치되어 앞에서 제안한 “동의능력평가도구”, “계속입원청구심사자료”, “각 시설의 설치기준”, “직원들의 인권교육지침”, “평생계획의 모형” 등을 연구하여 확대 보급할 수 있는 연구기관이 필요하다. 이제는 인권침해상황을 고발하고 보호하고자 하는 실태조사와 같은 1세대적인 인권담론이 아닌 적극적으로 인권을 실천하는 국가적 의무를 구체적으로 제시하는 2세대적인 인권담론에 이르러야 할 때이다.

셋째, 정신장애인에 대한 사회적 편견을 극복하기 위한 적극적 노력을 제안한다. 이는 무엇보다 전문가 내에서 먼저 이루어져야 하는데 실제 연구에 의하면 정신장애인과 가족이 가장 편견을 많이 느끼는 대상이 전문가집단이라는 결과가 있다. 이는 정신과관련시설에서 일하는 직원들 대상으로 하는 인권교육이 필요하고 직원들 간에 윤리적 실천행위를 격려하고 비윤리적 실천행위를 규제하는 원내 규정마련이 필요하다. 이것 역시 정신보건법 내에 명시하여 각 기관마다 비윤리적 실천행위에 대한 규제를 어떻게 할 것인지 규정마련을 지시하고 이를 제도화하는 작업이 필요하다.

참고문헌

- 김형식·여지영 역. 2001. 『인권과 사회복지실천』 나남출판사
- 서미경. 2004. “정신보건사회사업 실천 장면에서의 윤리적 딜레마와 의사결정”, 2004년도 한국정신보건사회사업학회 추계학술대회자료집
- 이영문 외. 1999. “한국정신보건시설 입원/입소에 대한 재원적절성 분석”, 『신경정신의학』 39 : 973-984.
- 이용표. 2004. “정신의학과 정신장애인 인권 -장기수용의 역사적 변천을 중심으로-”, 2004년도 한국정신보건사회사업학회 추계학술대회자료집
- 정인원 외. 2001. 『정신질환자의 계속 입원심사제도 표준 심사지침 개발연구』 보건복지부
- 한국보건사회연구원. 1999. 『전국정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원 환자의 정신건강프로그램』 보건복지부

정신보건시설 관련 법제 개선방향

민변 공익소송위원장 이찬진

1. 정신보건법제의 현황

정신장애로 인한 사회적 비용과 부담의 심각성과 정신보건 환경의 변화 가운데 1995년 제정된 우리나라 정신보건법은 네 차례의 개정 과정을 통한 일부 내용의 개선에도 불구하고 여전히 정신장애인에 대한 장기 입원치료를 중심으로 한 정신의료기관 및 요양시설 등 시설을 중심으로 하는 법과 정책을 운용하고 있는 바, 이는 입법자가 의도한 바가 아니더라도 결국 불필요한 장기 입원이라는 폐해를 양산하고 이로 인하여 정신질환자에 대한 격리·감금을 통한 사회적 배제 현상을 심화시키고 있으며, 정신질환자에 대한 모든 분야에 있어서의 차별을 야기하는 기제로 작동하고 있는 바, 궁극적으로는 정신질환자로부터 사회 일반을 보호하고자 하는 사회 방위 처분적 결과를 나타내고 있다고 할 수 있다.

정신장애의 치료 및 재활에 있어서 가장 효과적이라고 검증되어 있는 지역 사회 중심의 통원치료를 근간으로 하는 정신질환 치료 시스템에 대하여는 부분적인 법제도 정비가 있었음에도 불구하고 이에 대한 충분한 인프라 구축 및 재정적인 투자가 병행되지 않음으로써 정신질환자에 대한 체계적인 치료 전달체계 구축에 실패하고 있다고 할 수 있다.

2. 개선방향

가. 조속한 법규 개정 및 정책 변화가 필요한 사항

- (1) 공공 후견인 제도의 도입 및 적용 확대- 법 제21조의 전면개정 또는 법 제21조의2 이하의 신설

현재 사법개혁위원회의 가사·소년 제도 분과에서는 성년 장애인등에 대한 금치산제도·한정치산 제도 및 이에 따른 성년 후견인 제도가 법률행

위를 중심으로 하고 있을 뿐아니라 근친 중심적인 한계를 갖고 있는 점을 개선하기 위하여 유럽을 중심으로 한 공공후견제도로써 성년 후견제도로 확대하고자 하는 법·제도 개선 검토를 하고 있다.

여러 차례에 걸친 정신질환자의 인권실태조사에서 확인되듯이, 대부분의 정신질환자들은 법상 보호의무자인 부모, 가족들에 의하여 버려지는 것이 현실이고, 그 원인에 대하여는 정신질환자에 대한 가족의 경제적, 생활상의 부담이 감내할 수 없을 정도일 뿐 아니라 가족을 중심으로 정신질환자를 케어할 수 있는 지역사회정신보건 관련 공공서비스 체계가 구축되지 않은 관계로 정신질환자를 정신보건시설에 입원·입소시켜 장기간 격리시키는 것을 선호하는 것이 사실이다.

따라서, 이러한 현실에서 보호의무자와 정신질환자는 본질적으로 갈등 관계를 갖을 수 밖에 없다고 할 것이고, 실제로 부양의무자에 의하여 부양을 받지 못하는 정신질환자들에 대하여는 부양의무자를 대체하여 공공후견인(주로 지역사회정신보건서비스와 연계된 사회복지사나 기타 종사자들을 후견인으로 하는 것이 좋을 것임)을 보호의무자로 할 수 있도록 법제21조를 대폭 개정하거나 법 제21조의2를 신설하는 방식의 법·제도 개정을 통하여 부양의무자에 의하여 시설에 장기적으로 격리·유기되는 정신질환자의 문제를 근본적으로 해결할 필요가 있다.

이러한 공공후견인의 기대역할은 정신질환자의 입원치료가 시급한 증상 발발시 최단기간 내의 정신의료기관에의 입원치료 실시 이후 퇴원에 필요한 질환자 케어- 지역사회에서의 통원치료 및 재활치료 연계 기능을 들 수 있을 것이며, 이들의 지위와 보수체계는 결국 보건소 소속으로 하거나 하여 국가 또는 지방자치단체의 재원으로 운용하는 것을 고려할 수 있을 것이다.

(2) 수가 체계의 개선

여러 차례의 연구조사 결과에서 확인되듯이 정신보건시설 장기입소자들은 건강보험 환자에 대비하여 의료급여 환자 그것도 1종 환자가 절대 수자에서 2배 정도되는 것을 확인할 수 있으며, 입원기간도 1종 환자가 건강보험 환자의 3배 이상의 입원·입소기간을 기록하고 있는 것을 확인할 수 있으며, 2종의 경우는 건강보험과 비슷한 수준의 입원·입소기간을 나타내는 것을 알 수 있다.

한편, 건강보험에는 본인일부부담이 있어서 입원을 기준으로 총 급여비용의 50%정도를 자부담하는데 비하여, 1종의 경우는 비급여항목만을 자부담한다는 점 - 수가 시스템에 의하여 장기입원 문제가 스스로 통제된다는 측면이 있고, 정신의료기관의 입장에서 건강보험 환자의 경우 장기입원치료를 하는 것보다 통원치료 중심으로 운영하는 것이 의료기관 운영에 있어서 부담이 되지 않는다는 점도 주목할 필요가 있다.

이에 비하여 의료급여 환자들의 경우 과거와 같은 장기간 급여비용 미결제에 따른 진료 기피 현상은 개선되었으나 통원의 경우는 비급여 본인부담 문제로 인한 부담능력의 문제가 발생하여 그 이용율이 낮는데 비하여 보호 의무자 등에 의하여 장기 입원·입소를 통하여 사실상의 본인부담없는 상태의 정액수가에 맞춘 정신보건시설의 차별적인 의료·보호서비스를 제공하고 있는 것이 현실이며 이에 따른 더욱 심각한 인권침해의 양상을 보이는 것으로 판단된다.

따라서, 통원치료에서 제공되는 다양한 진료행위에 대하여 상대적으로 현실화된 수가를 적용하고, 의료급여 환자들에 대하여도 통원치료시 비급여의 문제를 대폭 개선함과 아울러 입원치료시에는 연간 통산 일정기간을 초과할 경우 본인일부 부담금을 강화시킴으로써 장기 입원·입소의 폐해를 방지하도록 정신보건 관련 수가 체계를 전면적으로 개편할 필요가 있다.

(3) 정신의료기관 및 요양시설 종사자 양성 교육시 인권교육의 제도화

정신보건시설 종사자의 양성 교육과 관련한 의과대학의 정신보건과목에서의 환자의 인권과 관련한 과목을 필수 수강과목으로 신설하고, 기타 종사자들의 경우에도 관련 학과의 커리큘럼에 인권과목을 신설하여 이를 필수이수과목으로 함과 아울러, 종사자 자격부여를 위한 실무교육에서도 필수 시간으로 인권교육을 편성하고, 정기적인 보수교육도 제도화할 필요가 있다.

(4) 권익옹호 및 지원등 관련 규정의 개선

(가) 법 제45조[행동제한의 금지]조항은 “의료를 위하여 필요한 경우”라는 유보조항을 전부 삭제하고 “ 제1항 정신의료기관의 장은 입원한 정신질환자에 대하여 통신의 자유,면회의 자유 기타 대통령령이 정하는 행동의 자유를 제한할 수 없다.”는 정도로 강화될 필요가 있으며, 다만 2항 정도

에서 “정신의료기관의 장은 치료를 위하여 필요한 경우 그 이유를 진료기록부에 기재한 후 환자의 통신행위 및 면회시 의료기관의 종사자로 하여금 최소한의 범위 안에서 입회시킬 수 있다.” 정도로 개선될 필요가 있다.

(나) 법 제46조 역시 시간을 엄격하게 제한하고 허용제한행위도 구체적으로 제한하는 정도로 개정될 필요가 있다.

(5) 정신의료기관 제재 규정의 대폭 개정

정신의료기관에 대한 위규행위에 대한 제재 규정은 법 제12조 제3항,4,5항이라고 할 수 있는데 그중 제재 요건에 해당되는 3항을 살펴보면

- 1호의 형식적인 시설기준 미달
- 2호의 정신보건심의위원회의 심사결과에 따라 시·도지사가 발부한 퇴원명령 등을 위반하거나 시설검사·심사 결과에 따른 퇴원명령이나 처우개선명령에 위반한 경우,
- 3호의 관계공무원의 조사·검사를 거부하거나 허위보고한 때를 규정하고 있다.

그러나, 정신의료기관이 시설기준(1호)를 제외하고는 이 법에서 정한 사항을 위반한 것만으로는 그 어떠한 허가취소나 폐쇄, 1년 이하의 사업정지를 할 수 없는 그야말로 있으나 마나한 제재 조항이며, 이로 인하여 정신의료기관 중 허가취소·시설폐쇄나 사업정지처분을 받은 의료기관이 있을 리 없을 것으로 판단된다.

심지어 이러한 제재처분은 1년의 기간의 범위 내에서 시정을 명한 후 이에 응하지 않는 때에 한하여 발부하도록(제4항) 되어 있으니 행정처분이 될 여지도 없는 것이다.

더욱이 벌칙 조항인 제55조,56조,57조의 어느 조항을 보더라도 정신의료기관에서의 환자의 인권침해와 관련하여 정신과 전문의나 정신의료기관 종사자의 명백한 위규행위를 제재할 수 있는 실효성 있는 처벌 조항조차 없다.

따라서, 법제12조 제3항 이하는 정신보건법에서 정한 사항을 위반한 것만으로도 행정처분을 할 수 있도록 하여야 할 것이고, 4항은 삭제되거나 시정명령에 대한 불이행시로 제한될 필요가 있을 것이다.

(6) 보호의무자에 의한 입원 관련 제24조의 전면 개정

현행법상 정신보건시설 입원·입소 경로의 대부분은 보호의무자에 의한 입원인데 인권침해가 발생하는 경로는 바로 이 보호의무자에 의한 입원의 경우라고 할 수 있다.

먼저, 환자 본인이 입원을 거부하는 경우에는 응급입원 사유에 해당되지 않는 한 보호의무자의 동의만으로 입원이 될 수 없도록 하여야 하고, 이 경우에는 지역사회정신보건센터나 정신보건심의위원회의 공적인 절차에 따른 입원조치를 하도록 제도가 개선될 필요가 있다. 어떠한 경우이든지 보호의무자에 의하여 입원조치의 처분권을 행사하게 되는 현행법은 개정되어야 할 것이다.

또한, 입원기간도 3개월 이내로 제한될 필요가 있으며, 타 정신의료기관의 전원을 통한 입원 형태의 변칙적인 장기입원도 금지되는 방향으로 법 개정이 이루어져야 할 것이다.

정신요양시설의 경우도 준용되므로 마찬가지로 보호의무자에 의한 입소 조치가 동일한 수준으로 개선될 필요가 있다.[장기적으로 지역사회정신보건서비스가 충분하게 구축될 것을 전제할 경우 사실상 치료행위가 이루어지지 못하고 있는 현재의 정신요양시설에 대한 대폭 축소도 적극 검토될 수 있을 것으로 본다.]

(7) 수용금지 규정-미인가 시설 관련

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

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

(8) 고지·설명의 의무 규정

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

(9) 외래치료 명령제의 도입

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

나. 중장기적 접근이 필요한 사항.

(1) 입·퇴원(소) 절차 관련

(가) 문제점

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

퇴원과 관련하여도 현행법은 지나치게 과도한 권한을 정신과전문의에게 부여하고 있으며, 환자 자신이 시·도지사에게 퇴원 청구를 할 것을 전제(실제로 보호의무자의 퇴원청구는 거의 없는 것으로 알려져 있음)로 하여

정신보건심의위원회라는 일종의 행정위원회에 그 심의 권한을 부여함으로써 그 허·부 결정을 하도록 하고 있는 바, 이와 같은 절차가 과연 환자의 자유권을 제대로 보장할 수 있을 지에 관한 심각한 의문을 지울 수 없으며, 치료라는 명분으로 결국 사회방위처분을 하겠다는 의도를 다분히 포함하고 있는 것으로 판단된다.

(나) 개선 방향

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

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

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

(2) 탈입원·입소 및 통원치료 및 사회복지서비스 연계를 중심으로 한 지역사회정신보건서비스로의 법·정책의 전면 수정

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

지역사회 중심으로 이루어지는 폭넓은 의미의 치료를 배제하면서 최적의 치료가 이루어질 수 있을지 의문이다. 또한, 미성년자인 정신장애인의 권리 보장에 대한 규정은 구체적인 법안 내용에서 전혀 찾아볼 수가 없다. 이처럼 기본이념에 대한 규정은 진정한 법의 기본이념을 표현하는 것이라기보

다는, 단순한 미사여구의 나열에 그치고 있는 실정이다. 이와 같은 입법 태도 자체만으로도 정신질환자의 인권 침해를 전제하고 있다고 하여도 과언이 아니다. 따라서 정신보건법은 지역사회 중심의 정신보건서비스를 전제로 하여 통원치료를 원칙으로 하여 전면 개정되어야 한다.

(3) 정신보건시설의 기능 및 역할 재정립

(가) 정신병원

장기입원 위주의 기능을 수행하고 있는 정신병원은 점차 급성치료 병상으로 전환하여 입원환자를 사회에 복귀시킬 수 있는 단기집중치료를 제공하여 장기재원환자를 탈원화하고 개방병동 및 낮병동을 확대하여야 한다. 동시에 장기수용 중심의 정신요양시설은 만성질환자를 중심으로 점차 재원일수를 줄이면서 개방적·생산적 주거시설로 개편하여 재활 프로그램 등의 활성화를 통하여 환자들의 삶의 질을 확보하여야 한다. 또한 사회복지시설의 설치를 확대하여 회복중인 정신장애인에 대하여 각종 재활훈련을 실시하고 지역사회에 조속히 복귀할 수 있도록 하여야 한다. 이들 시설에는 지역사회 내의 보건소나 타 정신보건의료기관 및 사회복지시설과의 연계 협조를 강화하여야 한다.

(나) 정신요양시설

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

또 하나의 정신요양시설의 분화 방향인 半개방적 정신요양시설은 기능이 낮고 무연고 환자의 비율이 높은 편이며, 시설 내에서의 보호기능을 중심으로 운영되는 시설이다. 치료목적보다는 기초보장시설기능을 수행하는 생활시설로서의 기능이 중심이 될 것이며 주위의 지역사회에 개방적으로 운영하면서 지역사회의 자원을 활용하여 환자의 삶의 질을 높이게 된다. 지적 능력, 나이, 신체건강의 정도, 정신장애의 정도 등을 고려했을 때 지역사회에 복귀하기 어려운 정도의 기능을 갖고 있는 환자가 대부분이며, 이들은 평생 집처럼 정신요양시설에서 살아가게 되는 경우가 상대적으로 많을 것이다. 인력은 전문인력의 비율이 낮은 대신 기본적인 생활을 보조해주는 인력과 자원봉사자의 비율이 높은 편이며, 전문적인 프로그램보다는 일상생활기술훈련과 여가 및 오락 프로그램과 같은 기본적인 프로그램을 중심으로 하게 된다.

(4) 지역사회 중심의 정신보건으로 전환

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

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

(가) 지역사회정신보건사업 기반의 확충을 목표로 하는 구조조정

우선적으로 병상 확충에 더 이상의 투자를 중단하고 불건전하게 운영되는 장기입원수용시설 중 일부를 퇴출시킨 뒤 그 재원을 지역사회정신보건서비스 공급체계를 구축하는 데 사용하는 구조조정이 필요하다. 이 과정을 통해

국가단위에서 투입예산에 대한 효율성이 증대되고 환자와 보호자의 다양한 필요와 욕구에 반응하며 접근성과 형평성이 제고되는 선진적인 정신보건체제로 이행해야 할 것이다.

(나) 탈원화

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

(다) 지역사회 내 유인체계의 구축

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

지역사회정신보건 서비스 체계 구축 초기의 투자는 선진국의 경우와 같이 중앙정부가 지원하는 공공부문을 중심으로 하는 지역사회정신보건서비스 인프라 확충이 필요하다. 이는 탈원화가 진행되지 않은 상태에서 시행되는 초기의 지역사회정신보건서비스 시장은 소비자라고 할 수 있는 만성 정신질환자의 수가 작고, 소비자인 정신질환자와 가족이 지역사회정신보건서비스의 필요성에 대해 충분히 인식을 하고 있지 못하고 이들의 구매력 또한 매우 낮은 편(대부분 경제적으로 어려움을 겪고 있는 저소득 계층)이기 때문에 서비스 시장에서 구매력 있는 현실적인 수요가 작아 규모의 경제상 민간부문에 수익을 낼 수 없기 때문이다. 또한 지역사회정신보건사업의 성격상 시·군·구청, 보건소, 경찰, 동사무소, 학교 등 공공부문간의 연계체계의 구축이 필수적이며, 지방정부 공무원의 의식전환과 관심을 매우 중요한 것도 중앙정부에서 공공부문의 지역사회정신보건사업을 우선적으로 확대시켜야 하는 긴급한 이유라 할 수 있다.

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

(라) 사회적 편견의 해소

지역사회에서 정신장애인들이 거주하면서 직업을 갖고 친구를 사귀며 보통 사람처럼 살아나가기 위해서는 무엇보다도 정신장애인에 대한 비합리적인 사회적 편견을 해소시켜야 한다. 정신장애에 대한 사회적 편견을 넘어서 우호적인 환경이 조성되어야 지역사회는 정신장애인에게 치료적 도구로 기능할 수 있게 된다. 따라서 지역사회정신보건은 정신장애인들이나 그들의 가족을 사업의 주요대상으로 하지만 결국 지역사회전체에 대한 변화를 지향하게 된다. 지역사회 전체를 정신장애인과 그 가족에게 우호적인 환경으로 변화시키기 위한 정신보건교육 및 홍보가 필요하다. 보건소 공무원, 동사무소 사회복지전문요원, 일반교사 및 양호교사, 기타 지역의 여론 선도층에 대한 정신보건교육 및 홍보는 결국 지역사회 전체주민의 정신건강증진을 위한 주요 자원이 되고, 일반주민을 대상으로 하는 정신건강증진교육 및 홍보사업과 함께 지역사회에서 전체주민의 정신건강을 증진시키는 효과를 거둘 수 있을 것이다.

(마) 효율적인 협력체계와 연결망

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

인권위원회 공청회 토론문

의료법인 대남병원 오성광

1 행여환자 처리문제

1. 서론

인간은 태어남과 동시에 행복을 추구할 권리와 자발적인 의지에 따라 행동할 권리를 갖지만 정신적인 장애를 입은 많은 환자들이 이와같은 권리를 갖지 못하고 가정에서 배척당하고 사회에서 외면당하며 원만한 인간관계를 갖지 못하여 외면당하며 살아가고 있는 실정입니다.

누구로부터도 따뜻한 대우를 받지 못하며, 또한 경제적인 이유로 치료의 시기를 놓치고 만성화되어 결국 완치할 수 없는 평생 장애인으로 살아가야 하는 것이 우리의 현실임에 틀림없습니다

따라서 국가는 이러한 사회적 문제를 해결하여야 하며, 특히 행여 환자들은 집도 다른 거주할 곳도 없이 거리를 배회하며 시민으로부터 편견속에 버림을 받고 있습니다.

전국적으로 정신병 환자가 약 50만명으로 추산하면 정신과 병상수는 65,000 병상 밖에 되지 않는 것으로 보아 아직도 많은 정신질환자와 행여환자가 정상적인 치료를 받지 못하고 거리 등에서 배회하며 살아가고 있음을 알수 있습니다.

2. 과거 행여환자 이송절차

무연고행여환자가 발생하면 일선 파출소(지구대)의 경찰관이 정신의료기관으로 인계하거나 파출소에서 정신의료기관으로 입원시켜온 것입니다.

3. 현재의 행여환자 후송절차

2003년 3월 국가인권위원회의 권고사항으로 행여환자가 발생하면 신속히 가까운 일반의료기관에 1차적으로 후송하여 의사의 진단을 받도록하고 정신의료기관으로의 인계여부는 전적으로 의사의 판단에 맡기도록하고 있습니다.

4. 문제점

1) 최근 3개년(2000-2003)간 부산시 관내에서 발생한 행여환자가 년평균 1,951명에 달하는 상황에서 행여환자후송의 응급성과 진료의 신속성 및 전문성의 저하로 인한 인권유린의 위험이 있으며

2) 부산시에서 정신질환자 진료목적으로 설립한 부산시립정신병원은 본래의 설립취지가 퇴색되고, 매년 상당액의 예산을 투입되는 시립정신병원의 기능의 효율성이 떨어지는 결과가 초래되어 결국 부산시의 의료복지정책이 우려되고

3) 일반적으로 행여환자의 발생은 주로 야간에 많이 발생하는바 일반 병원의 야간응급실에는 정신전문의사가 상존하지 않고 있어 실질적인 정신병치료를 받아야 할 환자가 정신장애인이란 이유로 일반 의사 또는 직원에게 무시당하는 역인권침해가 발생하는 또다른 모습을 볼 수 있습니다..

4) 보건복지부가 부산지방경찰청장에 보낸 공문(문서번호:의급 65730-271, 2004.8.4)에 의하면 행여환자의 진료비는 국가재정인 의료급여기금에서 전액 지원되고 있으며 행여환자 대다수가 정신질환자로서 정액진료수가를 적용하고 있는 바, 질환의 중증도를 고려하지 않고 의료급여수급권자를 특정병원 또는 종합병원으로 이송하는 것은 바람직하지 않으며 이는 고액의 진료비용 발생으로 국가세금인 의료급여기금이 낭비되는 사례가 발생할 개연성이 매우 높다고 지적한바 있고 이에 따라 정신과 병원의 반발이 예상된다고 하였습니다.

또한 특정병원(부산의료원)을 지목하는 것은 공정거래에 위배되는 것은 아닌지 묻고 싶습니다.

5) 일선 파출소(지구대)의 최근 현실을 볼 때 과거에는 행여환자가 발생하면 즉시 정신의료기관에 연락하여 환자를 처리할 수 있게 되어 치료의 시기를 놓치지 않을 수 있었으나, 인권위원회의 권고이후에는 행여환자가 발생하면 경찰서 차량으로 후송하여야 하며, 만일 인근 정신의료기관에 연락하여 환자를 후송하였다가 문제가 발생하면 인권위원회 권고사항 위배문제가 발생하는 등 이중적인 딜레마에 빠지게 되어 결국 행여환자를 외면하게 되고 행여환자는 적절한 치료를 받지 못하는 악순환이 계속되는 것입니다.

5. 대책

정신의료기관의 전문의가 고의적인 오진으로 인한 정신질환자가 아닌자를 정신질환자로 처리하였다면 현재의 뛰어난 마스크이나 인터넷을 통해 고발되어 사회적인 지탄을 받았을 것이며

6개월이상 장기입원환자에 대한 심판청구가 위에서 언급한 내용과 같이 매우 엄격하게 적용되고 있어 정신환자는 보호받고 있는 것입니다.

한 두건 발생한 과거 정신의료기관의 사건을 확대 해석하여 전 정신병원이 같은 수준으로 평가받는 것은 정신전문의사의 자존심을 무너뜨리는 것이 됩니다.

따라서 절대적으로 불리한 처지에 있는 무연고 행여환자의 적기치료와 국가의 사회적인 책임을 감안한다면 무연고 행여환자의 1차진료 및 진찰은 전문정신의료기관에서 맡는 것이 타당하다고 판단됩니다.

2 철저한 입.퇴원 관리

1. 가능한 환자의 자유의사로 입.퇴원을 하고 있으나 보호자의 요청으로 환자와 같이 동행하여 입원동의서에 서명을 받고 입원시키는 것은 오랫동안 정신질환자와의 가정문제 등을 고려하고 전문병원에서 정신적인 치료를 하여 다시 가정으로 돌려보내는 것이 병원의 역할이라고 생각합니다

2. 장기입원환자에 대한 계속입원 심사청구

6개월 이상 장기입원환자인 경우 4명으로 구성(변호사, 정신과 전문의, 대학교수, 간호사 또는 사회복지사)된 퇴원심사위원이 직접 해당 병원에 방문하여 사전 심평원에서 입수한 6개월이상 장기입원환자의 명단을 가지고 와서, 한 환자를 4명의 심사위원이 직접 보고 면담을 통하여 철저하게 심사한 후 환자분의 질병상태에 따라 퇴원여부를 판단하는바 병원에서 강제적으로 계속입원시킬 권한이 없으며 퇴원시킬 환자로 판정되면 정식적인 공문에 의하여 몇월 몇일까지 보호자 및 타기관에 환자의 신상을 인계하라는 경정을 함으로서 장기적으로 병원에서 계속 입원시키고 있다는 선입견을 현재로서 불가능하며, 많은 병원의 입.퇴원 환자 현황을 통하여 알 수 있습니다.

3 부식. 식사. 환의 개선문제

월(30일) 1인당 진료비 비교

의료급여정액		건강보험(신환)	
정액수가(52.1%)	924,000	1,773,123	보험수가
식대(84.8%)	305,100	360,000	식대
병원관리료(91.5%)	290,400	317,415	병원관리료
환자관리료(30.0%)	328,500	362,760	입원료
		226,725	906,900
		506,223	정신요법.투약.검사료

1. 의료급여 정신과 정액수가는 진찰료. 입원료. 투약 및 주사료. 정신요법료. 검사료 등 진료에 필요한 모든 행위. 약제. 치료재료가 포함된 포괄수가 개념으로 환자의 상태 또는 의료행위의 종류 및 투여량 등에 불구하고 1일당 정액수가를 산정하도록 정하고 있습니다.

2. 입원환자의 병원관리료에는 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기·수도료, 수리비용 등) 시설 감가상각비 등이 포함되어 있습니다.

1994년~2004년 현재 건강보험수가 대비 정신과 의료급여수가 변화

건강보험 수가인상 현황		의료급여 정액수가 인상현황		비고
년 도	인상율(%)	년 도	인상율(%)	
1994. 8	5.80			
1995. 4	5.80	1995.3	12.02	
1995.12	11.82			
1997. 1	5.00	1996.8	14.39	
1997. 9	9.00			
1998. 7	3.50			
1999.11	12.00	1999.11	13.94	
2000. 4	6.00			
2000. 7	9.20			
2000. 9	6.50			
2001. 1	7.08			
2002. 4	-2.90			
2003. 1	2.97	2003.1	10.04	
2004. 1	2.65	2004.1	7.70	
누적인상율	226%		173%	

주) 누적인상율은 1994년을 100%로 보고 계산

3. 정신질환자의 의·식·주 문제는 병원의 주요한 문제이나 현재의 수가 체제로서는 만족할만한 공급을 해줄 수 없는 실정입니다. 현재 행여환자에 대하여 환의, 간식비, 담배, 피복비, 약값 및 각종 에너지 사용(전기, 물, 냉·온방)을 감안하면 부족한 실정입니다. 건강보험수가 인상시 정신의료급여는 위표와 같이 수년간 제외됨에 따라 그 동안 주·부식과 수도, 전기관련 경비는 매년 인상되어 결국 환자의 처우문제가 발생되게 됩니다.

환자의 인권을 보호하고 인간다운 처우를 위하여 정액수가의 인상은 불가피한 실정입니다

4 의료인력(의사) 개선방안 건의

1. 타진료과 전문의 정신과 의료인력에 포함

정신질환자의 신체적 특성상 일반인과는 달리 당뇨, 고혈압, 관절질환 등 합병증 치료를 필요한 경우가 많습니다.

내과적 질병이 갑자기 발견되어 응급을 요할 경우 내과 전문의가 없어 정신병원에서 사망한다면 이 또한 인권침해라 아니할 수 없습니다

따라서 정신병원에 타진료과 전문의(내과, 가정의학과 등)를 두었을 경우 정신과 전문의의 0.5를 의료인력에 포함시키는 것이 정신질환자의 원활한 진료와 타과적인 진료를 위하여 타병원으로 가지 않아도 되어 환자의 인권이 상승될 것으로 봅니다

2. 정신과 전문의 의료인력 완화 건의

건강보험수가 인상을보다 매우 낮은 인상율로 인한 수가의 비현실화와 전국적으로 절대수가 부족한 정신과 전문의로서는 수급의 불균형으로 의사를 원활히 구할 수 없고, 정신과 의사의 절대부족은 병원의 약점이 되어 결국 의사급여 인상으로 연결되어 병원의 경영악화가 초래됨은 물론 이로 인한 병원간 의사쟁탈을 벌어야 할 웃지못할 사태를 감안한다면 전문의 1인당 환자수는 100명으로 조정되어야 할 것을 건의합니다.

5 강압적인 통제

병동내 환자간 신체적인 폭력, 언어적인 폭력이 발생한 경우 그 환자로부터 타환자를 보호하기 위하여 별도 보호실에 격리시켜 안전한 정신적인 치료를

받게 하 것이 적절하며, 환자 자신의 자해행위가 발견되거나 예상되는 경우에도 즉시 격리시켜 진료하는 것이 적절하다고 사료됩니다.

그런데 이러한 치료와 격리가 인권침해 차원으로 보는 것은 정신질환자에 대한 특성상 적절하지 않으며, 현재 정신병원에서는 “격리 및 강박 지침”에 의하여 주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행하고 해제하고 있으며 격리 또는 강박 시행 전과 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명하여 인권 침해를 발생시키지 않고 있습니다.

6 외부와의 소통문제

전화통화는 주1회 정도 허용되고 있으나 전화통화내용을 간호사나 보호사가 듣는 것이 통신의 자유와 인권을 침해하는 행위가 아닌가 하고 문제를 제기하고 있지만, 정신병원에서 환자가 전화를 통해 자기가족에게 욕설과 폭언과 심지어 “퇴원시켜주지 않으면 죽이겠다”, 또는 “퇴원하면 집을 불태우겠다” 등으로 협박하는 내용으로 가족을 괴롭히고 있다면, 인권과 통신의 자유를 이유로 이것조차 통제하지 않는 것은 정신병원의 치료를 회피하는 것으로 사료되며 이러한 전화통화 내용을 듣고 환자의 정신상태를 평가하여 치료하고 상담하며 대처하는 것이 올바른 행위라고 봅니다.

또한 편지내용을 사전에 검열하는 것도 환자의 인권의 침해라고 해석하고 있지만 이 역시 편지내용에 퇴원후 만날 가족 또는 어떤이에게 폭언과 입에 담을수 없는 내용이 있다면 이 편지를 받아 본 가족은 매일 불안속에서 떨면서 살아가야 되는 현실을 볼때 사회적인 문제가 또 발생할 수 있으며, 환자를 입원시킨 보호자 입장에서 한번 생각해 보는 것도 필요하며 환자의 인권도 중요하지만 보호자의 인권도 생각할 필요가 있습니다. 이러한 이유로 정신병원에서 환자의 정신상태를 평가하기 위하여 편지 내용을 치료의 목적으로 검열하는 것은 적절하다고 생각합니다. 끝.

누가 어떻게 반인권과 싸울 것인가?

한양대학교 의과대학 신영전

I. 들어가는 말

- 문제의 나열과 대책의 나열보다는 '문제의 원인'과 '대책의 구체적인 시행전략'을 마련하는 것이 중요함

II. 반인권적 담론들 : 이윤과 생산지향적 담론이 주를 이룸

- "정신질환자의 인권보호를 위해 돈을 쓰는 것은 낭비다"
- "집단수용이 제일 싸다"
- "모르는 척하는 것이 상책이다"
- "더 잘살고 나서 인권이고 뭐고 있다"

III. 누가, 왜 반인권적 행위를 하는가?

1. 돈이 안돼서/돈이 돼서

- 1) 서비스 제공자 : 인권적 행위를 하면 손해보고, 반인권적 행위를 하면 손해 안보는 구조

2. 본인 이익이 안돼서/부담이 되서

- 1) 정치가들 : 표가 안됨, 주민들이 반대, 인권 주장한다고 표 안오름
- 2) 가족 : 인권을 요구하면 부담이 늘어나는 구조

3. 몰라서

4. 무책임?

- 1) 전문가 : 제도, 정책참여에 소극적
- 2) 정부 : 아는 체 하면 책임져야 할 부문이 너무 커서 모른 체하는 경우 많음
- 3) 사법부 : 발본색원의 의지 없음

5. 전문성의 부족?

- 1) 시민단체 : 다루기에는 전문성이 부족해서

6. 국민의 지지가 없어서?

- 1) 정치인/시민단체

IV. 누가, 왜, 어떻게 반인권과 싸울 것인가?

1. 전략적 접근을 필요로 함

2. 여기서 '전략적 접근' 객관적 상황분석, 정치분석 및 전략개발, 평가 등 일련의 과정이 조직적이고 지속적으로 이루어지는 것을 말함
- 병렬적으로 사안을 나열하기보다는 단계적 전략을 채택해야 함

3. 현 상황은 정신질환자의 인권보호를 위한 초기단계이며, 따라서 의제설정이 과제임

4. 열악한 정치여건을 고려하면, 이 단계에서 '소수 선도적 조직과 전문가'의 치열한 헌신과 노력을 통해 의제설정을 이루어 내야 함

5. 여기서 '소수 선도적 조직과 전문가'란 과정에서 인권위, 인권관련 시민단체 및 인권향상에 헌신하고자 하는 전문가의 결합을 말함

6. 인권위가 해야 할 역할을 중심으로 기술하면 다음과 같음

1) 인권위 내 정신질환자 인권팀 상시 운영 : 정신보건전문가, 법률가, 관련 시민단체 관계자 등으로 구성된 정신질환자 인권팀을 구성하고 '상시'운영함

2) 여기에서 우선적으로 해야 할 일은 다음과 같음

(1) 정신질환자 인권 선언 및 가이드 라인 개발

- ① 이것은 제공자, 전문가 중심으로 만들어지는 것이 바람직함.
- ② 계속입원심사 기준을 개정하고, 실질적으로 작동할 수 있는 방안을 마련해야 함
- ③ 전문가 집단의 자율심사제 운영을 적극적으로 지원함

(2) 모니터링센터, 조사 : 신고 센터를 상시 운영하고 필요시 방문조사와 조사결과 발표작업을 지속적으로 진행하여야 함
=> 국민적 공감대를 만들어 내는 것이 중요함

(3) 다음과 같은 내용의 조사연구를 우선적으로 진행해야 함

- ① 반인권적 담론에 대한 대응 논리, 근거개발
- ② 선진국 인권프로그램 조사연구
- ③ '인권지표' 개발하여 지속적인 측정과 발표가 필요함
- ④ 각종 정책개발 연구

(4) 인권/시민단체 협의회 구성

- ① 협력체계개발
- ② 정신질환자 인권 워크숍 개최: 이해 증진

(5) 가족협회의 강화작업을 진행하여야 함

- ① 진용의 정비 : 인권보호활동의 강화를 위한 조직 재정비,
 - 정신보건관계자뿐만 아니라 인권부문, 법률, 시민 사회부문 등의 참여가 중요
- ② 인권신고센터의 운영
- ③ 우수, 문제 정신보건시설들의 선정, 공포

(6) 정신보건관계자들의 인권워크숍 개최

(7) 법제화 및 정책작업

- ① 시설인력기준 준수를 실질적으로 담보할 수 있는 법조항 신설
- ② 요양시설은 개방형으로, 정신병원은 단기 급성입원서비스 중심으로, 지역사회 프로그램과 개원 서비스의 연계활성화를 유도할 수 있는 정책, 법 제정 활동 지속추진
- ③ 국가정신보건연구원 등 지속적인 모니터링과 기술 지원이 가능한 조직 설립

(* 이상은 정신질환자의 인권향상을 위한 모든 정책이 아니고, 초기 단계, 인권위를 중심으로 진행되어야 하는 작업임)

정신과 시설 인권현황 공청회에 대한 의견

(사) 대한정신보건가족협회 송응달

1. 국가인권위원회가 정신질환자의 인권문제에 관심을 가지고 정신과 관련시설 인권상황 실태조사팀을 구성 (중앙대학교 심리학과 현명호 교수 외 6명)하여 2003년 1월 30일부터 2004년 3월 5일 까지 1년여 기간에 걸쳐 4개 권역별로 45명의 관련 전문가(정신과 레지덴트, 공보의, 정신보건 임상심리사)로 하여금 1) 정신질환자의 인권보장을 위한 기초자료수집 2) 정신과 관련시설의 인권실태조사 및 인권보호지표 개발 3) 법적, 제도적 개선방안 마련 등 세가지 목표를 중심으로 조사연구 보고서를 만들게 됨에 무엇보다도 먼저 국가 인권 위원회에 감사드리고 수고하신 모든 분들에게 위로와 깊은 감사를 드립니다.
2. 1995년 정신보건법이 제정된 후 어언 10년이 도래하고 있는 시점에서 국가기관이 정신질환자의 인권문제에 관심을 가지고 앞에서 실시한 세 가지 목표를 위한 노력은 만사지탄의 감이 있으나 다행스러운 일이며 이 조사연구가 연구로 끝날 것이 아니라 개혁을 캐치프레이즈로 내건 참여정부에서 획기적인 개선을 희망하며, 인권이 무시되었던 과거는 가족의 열악한 환경, 치료기술의 부족, 정부의 소극적 정책, 사회적인 편견 등 많은 사유가 있을 수 있겠으나 앞날의 변화와 전진을 위하여 우리 모두가 교훈으로 삼기를 소망합니다.
3. 본인은 의견을 말할 수 있는 기회를 주심에 감사를 드리며, 우리 나라 정신가족을 대표하여 다음 몇 가지 사항을 정중히 건의 드립니다.
 - 1) 정신질환자도 대한민국의 국민입니다. 사람의 대우를 받게 해주십시오,
 - 2) 정부는 공급자 중심의 정책에서 소비자 보호정책을 실현 해 주시기 바랍니다.
 - 3) 편견 없는 사회, 더불어 사는 사회를 만들어 주시기 바랍니다.
 - 4) 인권문제가 발생되고 있는 정신과 관련시설을 상시 공개토록 하고 운영 상황도 투명한 운영을 요구합니다.
 - 5) 정신질환자의 의사를 존중하고, 효율적인 입퇴원관리를 위하여 현재 형식적이고 유명무실하게 운영되고 있는 정신보건심의위원회와 정신보건심판위원회 운영 활성화하여 주시기 바라며

- 6) 정신과 관련시설에서 환자들의 치료환경을 개선하고 인권을 보장하며 복지향상을 위하여 의료진과 경영진, 보호자 하여금 협의체를 구성하여 운영되기를 희망합니다.
4. 정신질환자의 인권보호를 위한 주요한 과제로 다음 사항들이 필요한 사항으로 사료됩니다.
 - 1) 개방적인 입원(입소)시설의 운영
 - 2) 정신질환자의 의견을 존중하는 철저한 입퇴원관리
 - 3) 치료에 목적을 둔 최소한의 격리 및 강박시행
 - 4) 의료기관 및 시설내의 적절한 인력 및 공간확보
 - 5) 병원, 요양원, 각종시설운영의 평가제도 운영
(소비자 대표가 참가하고, 평가결과가 공표되는 평가)
 - 6) 기관종사자에 대한 인권의 필요성 교육 실시
 - 7) 미인가 수용시설의 개선
 - 8) 의료급여환자의 차별해소
 - 9) 정신가족의 인권침해사항 해소
 5. 끝으로 이 공청회의 발제와 토론이 정신가족에게 희망을 주시기 바라며 정신질환자의 기본적 인권인 자유권과 사회권의 보장으로 삶의 질을 향상하고 사람답게 살도록 하기 위하여
 - 1) 장애인 차별금지법의 제정 시행
 - 2) 탈원화 정책의 적극 추진
 - 3) 장애인 연금제도의 제정 시행
 - 4) 정신질환자 약값의 국고지원
 - 5) 정신장애인 전용복지관 건립 및 활용
 - 6) 정신장애인의 취업의 기회 확대 등의 과제들이 실현되기를 강력히 건의하며 오늘 공청회를 준비하신 국가인권위원회에 깊이 감사드리고 이 자리에 참석하신 모든 분들의 건승을 기원합니다.

감사합니다.

정신병원 및 정신요양시설 인권보호 대책

보건복지부 정신보건과장 조남권

1. 추진배경

정신보건시설은 정신질환자를 수용·보호하고 있으나 그 특성상 대부분 폐쇄 병동 형태로 운영되고 있으며 또한 정신질환자들은 정신능력의 저하, 기질적 정신병, 인격 장애, 알코올 중독 등으로 권리주체로 인정받기가 어렵고 아직도 정신질환자에 대한 사회적 편견과 인식의 부족 등으로 인하여 인권이 침해될 소지가 있다.

또한 환자를 강제 감금(‘04. 3월 충북 ○○조건부 신고시설)하거나, 보호자 동의 없이 계속입원조치 하는 사례(‘04. 6월 부산 ○○병원), 수용자를 감금 폭행(‘04. 6월 경기 ○○조건부 신고시설)하고, 수용자 10여명의 사상(‘04. 9월 충남 ○○ 조건부 신고시설)사고가 일어나는 등 최근 언론·방송에 인권침해 사례가 자주 보도됨으로써 사회문제화 되고 있으며 국가인권위원회의 정신의료기관 방문 보고서(2003. 5월)에 나타난 문제점 등으로 정신질환자에 대한 정부차원의 인권 보호 대책이 필요하게 되었다.

그간 정부에서는 2002년 5월 미신고시설의 종합관리대책을 수립하고 법규상 시설 기준에 미흡하여도 처벌을 유예하면서 인권침해 사례 시설은 폐쇄·처벌 하도록 하고 있으며

2003년 12월 정신질환자에 대한 작업기술 습득으로 사회 적응력을 높이고, 강제노역의 시비 및 인권침해 소지 제거를 위하여 가능한 적용원칙과 기준을 설정한 “작업치료”의 표준지침과 치료의 일환으로 부득이하게 시행되는 과정에서 체벌목적이나 치료진의 편의에 의한 격리·강박을 시행하거나 환자의 행동을 무리하게 제한할 우려가 있어 이들의 인권을 최대한 보장하기 위하여 가능한 적용원칙과 기준을 설정한 “격리 및 강박”의 표준지침을 만들어 각 시·도, 정신보건기관, 유관기관(정신병원협의회 등)에 시달하여 작업치료 및 격리·강박 시 동 지침에 따라 시행토록 하고 있다.

그리고 매년 정신보건사업안내서에 환자의 인권보호 및 입·퇴원(소) 관리,

종사자에 대한 관리 등에 철저를 기하도록 하며 정신보건기관에 대하여는 인권 침해 소지 등 수시 또는 정기 점검을 실시하여 이들의 인권과 권익보호를 위하여 사업을 수행하여 왔다.

2. 인권보호 대책

대책에 앞서 정신질환자의 인권보호를 위한 기본방향으로는 정신질환자에 대한 치료 및 요양보호시 억제(제한)는 첫째 환자의 치료와 재활을 목적으로 하여야 하며 둘째 환자의 질병양상과 진행과정에 근거하도록 하여야 한다.

가. 정신병원 폐쇄병동 최대규모 제한 유지

정신질환자에 대한 효율적인 의료제공과 사회복귀를 촉진하고 소홀하기 쉬운 인권보호를 보장하기 위해서 정신의료기관의 낮병동 병상을 제외하고는 폐쇄병동의 규모를 일정수준(300병상 규모이상으로 개설하거나 증설할 수 없음)에서 제한하도록 정신보건법 제12조 규정에 의거 1999년 7월 보건복지부 고시로 정하였다.

이는 정신병원의 대형화를 지양하고 보다 질 좋은 의료서비스를 제공하게 하며 지역중심의 정신질환자 재활훈련과 프로그램 등을 실시토록 유도하기 위한 것이다.

- OECD 국가 대부분은 정신병상수가 감소 추세(입원대체시설 투자)에 있으나 일본과 한국만이 정신병상이 증가하고 있는 추세이며
- 일본정신보건연구회는 2002년 “정신보건복지”에서 한국의 사회복지시설이 부족한 상태에서 대규모 정신병원건설을 문제점으로 지적하였다.

최근 공정거래위원회와 재정경제부에서 규제개선 차원에서 “정신병원 300병상 제한”규정은 시장진입을 가로막는 규제로 보고 우리부에 개선의견을 물어왔으나 정신질환자의 인권보호, 사회복귀 촉진, 질 높은 의료서비스 제공 등을 위해서는 위와 같이 대형병원 지양과 지역중심의 정신질환자 재활훈련시설과 프로그램 등 인프라를 확충하여야 함으로 현행제도가 유지되도록 관계부처와 협의하여 우리부 의견을 수렴토록 하였다.

나. 정신보건심의기구에 시민단체 참여

정신보건심의위원회에서 인권보호 기능 활성화를 위하여 지방자치단체가 구성·운영하는 지방정신보건심의위원회에 시민단체가 참여하도록 권장하여 동심의위원회에서 인권침해 사전 방지에 기여토록 하며 구제 기능을 강화하도록

하되 이 경우 시·도지사가 시민단체 직원 중 “정신보건에 관한 전문지식과 경험이 있는 자”(정신보건법시행령 제9조)를 위촉하도록 유도 또는 권장하여 나갈 것이다.

그리고 지방정신보건심의위원회 심의사항(정신보건법 제28조)중 처우개선에 대한 심사 등 시민단체의 감시가 필요한 분야는 참여케 하고 이의 제기된 치료 행위 심사 등 전문가 판단사항은 전문가중심으로 심의 하도록 하되, 지자체 실정에 따라 정하도록 권장할 것이다.

참고로 보건복지부에 두는 “중앙정신보건심의위원회”에는 시민단체(건강연대)에서 추천한 자가 위원으로 참여하고 있다.

다. 정신보건기관 직원 등 전문가에 대한 인권교육 강화

정신보건에 관한 교육과정에 정신보건기관의 정신질환자 인권에 관한 사항도 포함되도록 관계기관과 협의하고 향후 교육교재도 개발하여 기관별 정기 순회 교육을 실시하거나 또는 기관별 자체 교육을 실시하는 방안을 검토할 것이다.

국립정신의료기관 및 정신요양시설은 정신과전문의, 의사, 정신보건전문요원 및 기타 종사자에게 직무교육과 학술대회 등에서 인권보호 관련 교육을 실시하도록 하며 민간정신의료기관은 인권보호 교육 실시를 권장하여 나갈 것이다.

라. 정신질환자의 철저한 입·퇴원(소) 관리

정신보건시설에서 정신질환자가 입·퇴원(소)할 경우 형식적인 입·퇴원(소)을 지양하도록 하고, 실질적인 입·퇴원(소)이 이루어지도록 지방자치단체와 정신보건기관을 독려해 나갈 것이며 특히 보호의무자의 입·퇴원(소)시 보호의무자의 입원(소)동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류 제출 여부, 정신과 전문의사의 입원이 필요하다는 진단서를 받는지 여부 등을 철저히 관리토록 하는 등 지방자치단체로 하여금 관할 정신보건기관 지도·감독시 반드시 입·퇴원(소) 관리가 제대로 이루어지고 있는지 여부를 정기 점검토록 할 것이다.

마. 최소한의 “격리 및 강박지침” 시행

정신질환자의 치료·재활 및 사회복귀훈련 과정에서 발생가능한 인권침해를 방지하기 위하여 2003년 12월 30일 중앙정신보건심의위원회 심의를 거쳐 관련 기관에 시달된 “작업치료 지침”, “격리 및 강박지침”의 이행실태를 수시 또는

정기적으로 점검토록하며

인권침해 소지가 많은 시설을 중심으로 지침준수 여부를 점검토록하되 이행 실태 불량 또는 미흡 시설은 사안의 경중에 따라 지자체로 하여금 적절한 조치를 취하도록 할 것이다.

또한 점검결과에 따라 상기 지침 상 보완할 사항이 있을 경우 인권보호를 강화하는 방향으로 지침을 보완하여 나갈 것이다.

바. 실장(방장)제도 폐지 또는 보완

실장(방장)제도를 운영하고 있는 기관의 실태를 파악하여 민주적이며 합리적으로 운영할 수 있는 방안을 강구하여 나갈 것이다.

즉 동 제도를 환자들의 자치조직 및 활동으로 정착시키도록 유도하여 나갈 것이며, 환자들의 사회재활을 촉진하는 목적으로 활용(음성적인 조직은 폐지하고 운영규정 등을 명문화하는 등 운영의 공개, 투명화)토록 유도하되, 환자의 재활명분 하에 시설운영의 편의성 또는 부족한 인력을 보충할 목적으로 하고 있는 조직 운영은 즉시 폐지토록 유도할 것이다.

그리고 자치활동 범위는 시설별 사정, 환자의 건강상태 등을 고려하여 자체 운영규정으로 정하도록 하되 공개적으로 운영할 수 있는 사안부터 점진적으로 확대하여 재활을 촉진하고 도모(미국 재활기관은 외부방문객 음식서빙 등 재활 프로그램 활성화)하는 방향으로 유도하고 검토하여 나갈 것이다

사. 정신질환 치료에 관한 정보제공 활성화

현행 정신보건법상 환자를 치료할 경우 정보 제공범위는 동법시행령 제19조에서 정한 정신질환자에 대한 “전기 충격요법, 인슐린혼수요법, 마취하최면요법, 정신외과요법, 신체일부절제술, 혐오자극법” 등 치료행위는 대통령령이 정하는 협의체를 구성하여 결정하되 본인 또는 보호자에게 정보를 제공하고 동의를 얻고 시행하도록 규정하고 있으며

의료법 제20조에 환자, 배우자 등은 환자에 관한 기록의 열람·사본교부 등 그 내용 확인을 요구하는 때에는 환자의 치료목적상 불가피한 경우를 제외하고 의료인 또는 종사자는 그 요구에 응하도록 규정하고 있다. 그 외 약물치료, 심리(재활)치료에 대한 정보제공 여부는 환자의 알 권리와 정신과전문의 등 환자 치료목적에 따라 결정되어야 할 것이다.

따라서 장기적으로 치료정보 제공의 활성화(환자의 치료정보 요구)를 위하여 정신보건법시행령 제19조에서 정하는 치료법 이외에 인권침해 소지가 있는 치료가 있는지 여부를 실태조사를 통하여 필요에 따라 정보제공 및 동의를 얻어야 하는 치료방안으로 개선해 나갈 것이며

특수치료행위가 행하여진 경우 협의체를 구성하여 결정하였는지 등 법상 정한 필요한 조치를 취한 후 실시하였는지 여부를 지방자치단체로 하여금 수시 또는 정기적으로 지도·점검하여 나갈 것이다.

아. 환자의 자의의사에 의한 입·퇴원 확대

2003년 6월말 현재 우리나라 정신질환자의 자의의사(자의입원)에 의한 입원 현황은 정신보건기관에 입원한 환자 64,083명 중 6.6%로서 아주 미약한 것으로 나타났다.(나머지 보호의무자에 의한 입원이 65.9%, 시장·군수·구청장이 보호의무자 역할을 수행하는 입원이 26.3% 차지하고 있음)

※ 1999년 일본은 자의입원이 68.6%로 다수를 차지하며, 보호의무자에 의한 입원이 28.2%, 보호의무자 역할을 수행하는 관청에 의한 입원은 1.6% 수준인 것으로 나타났음

정신질환자의 재활치료 효과를 높이기 위해서는 보호자(민법상 부양의무자, 후견인, 시장·군수·구청장)로 하여금, 환자의 자의입원을 유도하도록 계속 권장하여 나갈 것이다.

- 자의입원은 치료효과가 높은 장점이 있으므로 자의입원이 확대되어야 하나 환자가 스스로 입원생활을 원할 정도로 정신보건기관의 치료·재활서비스 수준의 개선이 필요함

※ 일본의 정신질환자 입원수속은 정신과지정의 2명 이상의 진찰이 필요하되 진찰하는 경우 보호자가 입회하도록 하는 “후생노동성통지”를 시행하고 있음(일본의 자의입원 비율이 높은 것은 시설수준이 높기 때문인 것으로 파악됨)

자. 정신요양시설 등 치료 및 사회복지프로그램 강화

정신요양시설은 인건비, 보험료 등 경직성 경비를 제외하고 정신요양시설 환자 재활프로그램 및 약제비 등으로 지출할 수 있는 예산이 태부족하여 최저 수준의 재활서비스가 불가능한 실정이다.

따라서 장기적으로는 정신요양시설 운영비(특히 약제비)를 획기적으로 증액하

도록 관계부서와 협의하고 노력하여 정신질환자 재활 및 치료 서비스의 질 향상을 도모토록 할 것이다.

정신보건시설은 시설별로 서비스가 전문화되어 있고 서로 다르기 때문에(장기 입원·치료는 요양시설과 정신의료기관, 사회복귀서비스는 사회복귀시설, 알코올예방·재활은 알코올상담센터) 환자중심의 서비스가 부족함으로(예를 들자면 사회복귀시설 중심의 재활프로그램을 정신요양시설 및 정신의료기관에도 도입) 실질적으로 환자중심의 재활서비스가 확대되도록 유도하여 나갈 것이다.

차. 정신질환자 편의성 중심의 정부 예산지원

향후 장기적 차원에서 정신질환자의 이용 편의성 지표를 개발 하고, 평가요소의 비중을 상향조정함으로써 환자중심의 서비스 평가가 되도록 유도하여 나갈 것이며

정신질환자 재활프로그램 예산을 확보하고, 시설별로 제안하는 우수 재활프로그램을 선정하여 차별적으로 지원하는 방안도 검토할 것이다.

카. 사회복귀 정신질환자를 정신보건시설에 우선 채용하는 방안 강구

정신질환자의 사회복귀는 장기간 지속적인 재활훈련이 필요할 뿐 만 아니라 취업이 어려우므로 알코올 중독 재활치료경험이 있는 자 등 사회활동이 가능한 범위 내에서 직원(종사자)으로 우선 채용토록 권장하는 방안과

※ 미국의 마약 및 알코올재활 주거시설에서는 회복과정을 마친 자를 직원(상담원)으로 채용하여 경험을 활용하는 사례가 보편적임(정부지원을 많이 받는 시설일수록 채용비율이 높고, 고급 재활시설은 상대적으로 경험자 채용비율이 낮음)

회복과정을 성공적으로 마친 자에 대한 별도의 교육과정을 마련하여 전문상담원으로 훈련·육성하는 방안 등도 장기적으로 검토하여 나갈 것이다.

타. 정신보건인프라 확충

장기적으로는 정신보건 인프라 확충을 위하여 우선 입원대체시설의 확충과 시설 수준 내실화를 기할 것이며 이를 위해서는 대형시설의 장기입원은 재활치료, 정신질환자 사회복귀 촉진에 비효과적이므로 지역사회에 사회복귀시설, 정신요양시설, 알코올상담센터, 정신보건센터 등 입원대체시설을 점차적으로 확충

하여 정신질환자의 사회복귀 촉진에 효과성을 제고하도록 할 것이다.

이를 위해 향후 정신보건관련 자원의 효율적 연계·조정을 통하여 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축하고자 설치·운영하는 정신보건센터 117개소를 2008년까지 244개소(모든 시·군·구당 1개소)로 설치토록 추진할 것이며, 정신요양시설 또는 정신의료기관 등에서 치료·요양 후 상태가 호전되어 퇴원(소)한 정신질환자에게 사회적응훈련, 작업훈련 등을 실시하기 위하여 설치·운영하는 사회복귀시설 101개소를 2008년까지 244개소 설치토록 추진할 것이다.

기타 현재 17개소인 알코올상담센터를 2008년까지 96개소(인구20만 시 지역 1개소)로 설치할 것이며, 현재 55개소(13천명)인 정신요양시설도 수요에 맞도록 수급·조정하여 나갈 계획이다. 또한 현실에 부적합한 입원대체 시설 및 재활시설의 기준을 강화하도록 정신요양시설의 “휴게실”을 “프로그램실(집단치료, 음악 등)”로 하고, 사회복귀주거시설의 “거실”을 “침실(침실기준 1인당 3.3㎡~4.3㎡) 및 “거실”로 하는 방안과 사회복귀훈련시설의 “훈련실(장)” 기준 및 알코올상담센터의 시설기준도 재검토하여 필요시 정신질환자들의 보호 및 서비스제공에 적합하도록 정하는 것을 검토할 것이다.

그리고 정신보건센터에서 지역 민간자원(관련단체), 정신요양시설, 정신의료기관, 알코올상담센터, 사회복귀시설, 기타 자원을 연계하여 지역 정신질환자에 대한 재활서비스가 효과적으로 이루어지도록 지역정신보건자원의 연계체계를 강화해 나가는 한편 정신보건시설 종사자 근무여건 개선을 위하여 보다 쾌적한 근무 공간을 확보토록 하고 정신질환자 상시서비스가 가능하도록 2~3교대제 정착에도 최선을 다할 것이다.

3. 맺는말

정부는 정신보건시설의 인권문제 해결을 위하여 최선의 노력을 경주하여 나갈 것이지만 정부의 힘만으로는 한계가 있고 단기간 내에 해결될 수 있는 사항도 아니다.

따라서 제도개선, 예산확보, 인력보강, 시설확충, 인식개선을 위한 홍보도 필요 하지만 정신보건시설운영 주체의 노력뿐만 아니라 이웃의 따뜻한 관심과 정신질환들에 대한 편견이 해소되어 국민들과 함께 더불어 살아갈 때에 비로소 인권 문제가 해결 될 것이다.