



올해는 세계인권선언 60주년,  
인권은 인류의 소중한 약속입니다.

## 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화

The Paradigm Shift in Mental Health Care for Human Rights of  
Persons with Mental Disabilities

- 서울** • 일시: 2008년 5월 14일(수) 오후 2:00 - 6:00  
• 장소: 서울 세종호텔 세종홀(3F)
- 대구** • 일시: 2008년 5월 15일(목) 오후 2:30 - 5:00  
• 장소: 경북테크노파크(2층)
- 부산** • 일시: 2008년 5월 16일(금) 오전 9:30 - 12:00  
• 장소: 부산시청 국제회의장(12층)

## 초대의 글

국가인권위원회는 □□정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화□□라는 주제로 오는 5월 14부터 16일까지 서울, 대구, 부산에서 토론회를 개최합니다.

지금까지 정신장애인들이 처한 상황을 보면, 정신장애인은 정신장애인에 대한 광범위한 차별로 스스로 자신의 목소리를 내지 못할 뿐만 아니라 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높습니다. 또한 자신의 의사와는 관계없이 강제 입원되거나 필요 이상으로 장기간 입원되고 있습니다. 왜냐하면 정신장애인에 대한 치료의 목적이 사회 속에서 함께 살아가기 위한 것인데, 그동안 우리나라는 병상을 더 지어서 격리시키는 방향으로 정책이 진행되어 왔기 때문입니다.

이러한 정신장애인에 대한 낙인, 차별, 배제, 인권침해 등으로부터 정신장애인을 구제하고 예방하기 위하여 법과 제도의 개선과 정신보건 서비스의 개혁을 통해 보다 나은 치료를 받도록 하는 것이 매우 필요합니다.

저희 국가인권위원회는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 사업을 진행하고 있습니다. 국가보고서는 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이며 체계적인 인권 실태를 조사하고, 그 보호 및 증진방안을 모색하기 위한 것입니다. 호주와 미국의 경우에도 정신장애인의 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고 인권을 보호하고 증진시킨 선례가 있습니다.

이번에 서울과 대구, 부산에서 개최하는 토론회는 국가보고서 사업의 일환으로 브라이언 버드킨 전 호주 인권위원과 국내 학자들을 모시고 우리 사회의 정신보건의 문제점과 국가보고서 사업 추진의 필요성을 살펴보기 위한 것입니다. 호주의 경우 우리나라에 앞서 이미 1993년에 국가보고서를 통해 정신보건의 개혁을 이룩하여 현재 선진적인 서비스를 제공하고 있는 호주의 경험은 우리에게 많은 가르침을 제공하고 있습니다.

우리 위원회는 본 토론회를 통하여 정신장애인의 인권 보호를 위한 정신보건정책 및 법제도, 그리고 호주의 예에 대하여 논의함으로써 정신장애인에 대한 보다 나은 치료, 그리고 인권친화적인 입법·제도 및 관행의 개선이 이루어지는 계기가 되기를 바랍니다.

바쁘시더라도 우리의 관심사항이 함께 논의되는 자리가 될 수 있도록 많은 참여를 부탁드립니다.

2008년 5월

국가인권위원회 위원장 **안 경 환**

# 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화

## 1. 서울

사회 : 김철준 (국가인권위원회 사무총장)

구 분	시 간	내 용	
인사말	14:05 ~ 14:10(5')	최경숙 (국가인권위원회 상임위원)	
<b>제 1 부</b>			
발제1	14:10 ~ 14:50(40')	□□정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화□□: 호주 정신장애인 국가보고서 작성의 경험을 중심으로 Brian Burdekin (호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)	
발제2	14:50 ~ 15:10(20')	□□정신장애인 인권침해에 관한 인권위 진정 사례 및 법령 실태□□ 염형국 (공익변호사그룹 공감 변호사)	
발제3	15:10 ~ 15:30(20')	□□인권측면에서 본 한국의 정신보건정책변화□□ 신영전 (한양대학교 의대 교수)	
	15:30 ~ 15:50(20')	<b>휴 식</b>	
<b>제 2 부</b>			
지정토론	15:50 ~ 17:10(80')	발제1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홍진표 (울산대학교 의대 교수)</li> <li>• 홍선미 (한신대학교 사회복지학과 교수)</li> </ul>
		발제2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 박숙경 (장애와인권발바닥행동 상임활동가)</li> <li>• 문용훈 (한국사회복지시설협회 부회장)</li> </ul>
		발제3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 황태연 (대한신경정신의학회 이사)</li> <li>• 류지형 (보건복지가족부 정신건강정책과 과장)</li> </ul>
<b>제 3 부 : 종합토론</b>			
자유토론	17:10 ~ 17:40(30')	발제자, 토론자, 참석자 전원 토론	
폐회	17:40 ~ 17:50(10')	폐회사	

## 2. 대구

사회 : 권혁장 (대구지역사무소장)

구 분	시 간	내용 및 발표자
등 록	14:30~15:00(30')	
인사말	15:00~15:05( 5')	정용옥 (대한정신보건가족협회 대구광역시 협회장)
발 표	15:05~15:20(15')	정신장애인 국가보고서의 필요성 및 기대효과 진수명 (국가인권위원회 장애차별팀 사무관)
특 강	15:20~16:20(60')	정신장애인 인권보호와 증진을 위한 패러다임 변화 Brian Burdekin (호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)
질의응답	16:20~16:50(30')	참석자
폐 회	16:50~17:00(10')	사회자

## 3. 부산

사회 : 박배근 (부산대학교 교수)

구 분	시 간	내용 및 발표자
등 록	09:30~10:00(30')	
개회사 및 축사	10:00~10:15(15')	개회사 : 안경환 (국가인권위원회 위원장) 축 사 : 김인세 (부산대학교 총장)
주발제	10:15~11:00(45')	정신장애인 인권보호와 증진을 위한 패러다임 변화 Brian Burdekin (호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)
보조발제	11:00~11:40(40')	정신장애인 인권침해 및 차별실태 송시섭 (동아대학교 법학과 교수) 정신장애인 인권보호를 위한 과제 최말옥 (경성대학교 사회복지학과 교수)
질의토론	11:40~12:00(20')	참가자
폐 회	12:00	사회자

# 목 차

- 발제문
  - 발제 1. 정신장애인 인권보호 및 개선을 위한 정신건강 패러다임의 변화: - 호주의 사례 ..... 3
    - Brian Burdekin 호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원
  - 발제 2. 정신장애인 인권침해에 관한 인권위 진정 사례 및 법령실태 ..... 21
    - 염형국 공익변호사그룹 공감 변호사
  - 발제 3. 인권측면에서 본 한국의 정신보건정책변화 ..... 45
    - 신영전 한양대학교 의대 교수
- 토론문
  - 토론 1. 발제1에 대한 토론문 ..... 79
    - 홍진표 울산대학교 의대 교수
  - 토론 2. 발제1에 대한 토론문 ..... 83
    - 홍선미 한신대학교 사회복지학과 교수
  - 토론 3. 발제2에 대한 토론문: 사회복지서비스 체계 강화를 통한 인권침해 예방이 필요하다! ..... 91
    - 박숙경 장애와인권발바닥행동 상임활동가
  - 토론 4. 발제2에 대한 토론문: 인권위 진정사례를 통해 본 정신장애인의 차별·인권침해 실태 ..... 103
    - 문용훈 사회복지시설협회 부회장

토론 5. 발제3에 대한 토론문: 정신보건정책, 제도와 정신장애인 인권 .....	111
- 황태연 대한신경정신의학회 이사	
토론 6. 발제3에 대한 토론문: 정신보건사업 현황 및 정신보건법 개정내용 .....	119
- 류지형 보건복지가족부 정신건강정책과 과장	
보조발제(부산). 정신장애인 인권보호 및 증진을 위한 과제 .....	129
- 최말옥 경성대학교 사회복지학과 교수	
• 붙임자료	
1. 한국의 법 체계와 정신장애인 : 현황과 과제 .....	157
- 안경환 국가인권위원회 위원장	
2. 정신장애인의 인권에 관한 전국 조사 보고서 발표 .....	205
- Brian Burdekin 호주 인권위원	
3. 호주 정신장애인 국가보고서 목차 .....	229
4. 정신장애인 인권상황 국가보고서 사업 .....	245
- 정신장애인 국가보고서 실무추진단	



# 발 제 문

National Human Rights  
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





정신장애인 인권보호 및 증진을  
위한 정신건강 패러다임의  
변화: 호주의 사례



Brian Burdekin

(호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)

1  
발 제 문  
(영문)

THE SHIFT IN THE MENTAL HEALTH PARADIGM  
OF HUMAN RIGHTS PROTECTION AND  
IMPROVEMENT FOR PEOPLE WITH MENTAL  
ILLNESS: THE AUSTRALIAN EXPERIENCE

Brian Burdekin (호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)

Chairperson,

Ladies and gentlemen,

I am very pleased to have the opportunity to contribute to this important forum.

Over the last 20 years I have had the opportunity to visit and assess the situation relating to human rights in a wide range of countries. Unfortunately, discrimination against people with disabilities is still a widespread phenomenon. Indeed, in many countries, it is as yet unrecognised as a violation of human rights - or even regarded as a problem! Clearly the international community still has a long way to go in effectively addressing the frequently degrading and sometimes humiliating circumstances in which hundreds of millions of our fellow human beings spend their lives.

Nor is this phenomenon confined to poorer countries. It still constitutes one of the major human rights issues in many of the world's wealthiest nations - including the one from which I come, Australia.

In recent years, national human rights commissions, along with non government organisations, have played a crucial role in strengthening international human rights standards, including, in particular, the recently adopted "convention on the rights of persons with disabilities" and the optional protocol thereto.

I was involved in negotiating a number of these instruments over a period of 15 years - and our objective, our determination, was to ensure that people with mental illness were removed

from a paradigm characterized by discrimination, marginalisation, fear, abuse and neglect, to one in which they were regarded as having equal rights with all other members of society and, in certain circumstances, special protection because of their vulnerability.

In the context of the theme of this forum, these international standards represent an important benchmark for the elaboration of national legislation, regulations and programmes designed to promote and protect human rights.

Some of these international human rights norms are framed in general terms, several of them relate specifically to people with disabilities and one, the "Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care" is directly related to people affected by mental illness. These standards, which have evolved, should form the basis for national legislation to protect the rights of people with psychiatric disabilities.

The Convention, which is the latest instrument, is the most important. It came into force just last week, on the 3rd of May--so this forum is taking place at a particularly appropriate and important time.

It is, of course, essential to recognise that while legislation is often a necessary, it is never a sufficient pre-condition for the protection of human rights. This at least was my experience during the eight years that I was federal human rights commissioner of Australia. I mention this because I frequently find, in countries where I am now working, a tendency on the part of lawyers and legislators to regard law reform as an end in itself. Indeed, there is even a tendency on the part of some human rights advocates to overestimate its significance.

So while legislation proscribing discrimination and protecting rights is essential, based on my own experience it is only 10% of the basic human rights equation; the other 90% includes, most importantly, adequate resources to implement the standards which are (or should be) embodied in the legislation and a proactive programme of community education.

The evidence available to me, in my own country and many others, indicates that securing adequate resources and educating community attitudes requires continuous, and on occasion, aggressive advocacy.

To illustrate this point I would like to take an example from my own country relating to the

rights of people affected by a psychiatric disability or mental illness. While the facts are Australian, we know that the incidence of psychiatric disability is very similar in all countries. We also know, unfortunately, that many of the serious violations of human rights I am about to mention are not confined to Australia but are equally serious in many other countries.

After a three year inquiry, which included examining over 1,300 witnesses and submissions and conducting open hearings in twenty cities and towns across Australia, we concluded:

That notwithstanding the existence of anti-discrimination legislation in most jurisdictions, people with a psychiatric disability were routinely discriminated against, in both the public and the private sector.

That legislation relating to Australians affected by a psychiatric disability was generally outdated, and that law reform in this area invariably received a low priority.

That our court system (based on the 'westminster system') was generally inaccessible to individuals affected by psychiatric and other disabilities and that while our legal system protected their human rights in theory, it was an abysmal failure in reality.

That this fundamental failure of law and policy was largely being ignored by our parliaments, policy makers and the legal profession.

That this situation was only possible because of widespread public ignorance concerning the nature and prevalence of mental illness or psychiatric disability.

#### Myths and Misconceptions:

There were, in fact, three "myths" prevalent in our community--and in many other countries I have also found these misconceptions.

---- The first myth was that , whereas everyone is affected by physical illness at some point in their lives, Australians thought a very small number of people (only one person in a hundred-- or even one in a thousand ) became mentally ill.

In fact mental illness affects approximately 20% of people at some point. That is, one person in 5 of the adult population has or will develop some form of mental disorder. Mental illness touches all socioeconomic groups in society. Indeed , sooner or later, in some

form, it affects almost every family.

About 1% of the population suffers from Schizophrenia.(This illness therefore affects more people than many other better known illnesses).

Depression affects up to 10% of adults--and in my inquiry the expert evidence indicated that approximately 50% of elderly people have at least one symptom of depression. In most industrialised countries dementia affects about 5% of people over 65. However, the incidence rises sharply as age increases and approximately 20% of those over 80 are affected.

Women are, in addition, vulnerable to several types of mental illness--including post-natal depression which , at some point, affects approximately 14% of women--or one in seven !

----The second myth , which is also common in many countries, was that people affected by mental illness are "mad" or "crazy for life"--and that they never recover.

In fact, most people affected by a mental illness do "recover" (even those affected by schizophrenia and some of the more difficult illnesses associated with psychotic behaviour)--- sometimes with appropriate treatment, sometimes without. The critical issue is that they receive appropriate treatment when they need it. If they do, in the vast majority of cases, they can live very successfully in the community.

----The third myth, widely believed ,was that people with mental illness are dangerous.

In reality, the vast majority of those affected are never dangerous to other people--and those affected by serious psychotic episodes can usually live successfully in the community--if they are properly diagnosed and receive appropriate care.

That this public ignorance generated irrational fear - which was a fundamental cause of discrimination, marginalization and even victimization of those with a psychiatric disability.

That the discrimination was so entrenched in public and official attitudes that it was 'systemic' and 'systematic' -- and therefore required sweeping reforms and a major injection of resources.

That it was precisely those who were most vulnerable and disadvantaged -- individuals with dual or multiple disabilities --for whom there were no programmes - or for whom the existing programmes were grossly inadequate.

That the allocation of such limited resources as were available clearly discriminated against those living in rural and regional areas - and that in these areas our youth suicide rate was 300% higher than in our major cities and elderly people frequently received no appropriate care at all.

That our doctors were generally very poorly trained in the field of mental illness or psychiatric disability - and that our health system generally routinely discriminated against people with a psychiatric disability.

That law reform was urgently needed - but that many of the human rights violations occurring were caused not by acts which were unlawful - but by omission and by official neglect - problems which in the longer term required fundamental changes in public attitudes and a major injection of resources.

We learned many important lessons from this inquiry - and it is those that I would particularly like to share with you (to the extent possible in the time we have)

First, we learned that gross violations of human rights, affecting hundreds of thousands of individuals, can still occur in a modern democracy enjoying freely elected parliaments, an independent judiciary, free trade unions and the 'rule of law'.

Second, we learned that this was possible because our legal system (along with many others) had never really taken seriously the basic right of individuals with a psychiatric disability to be treated with dignity and enjoy genuine equality. (most of our judges and lawyers had not been trained in human rights at all). The law itself was not part of the solution--it was part of the problem!

Third, we learned that most discrimination against those with a psychiatric disability was based on fear - and that fear was almost invariably based on ignorance. (clearly, changing public attitudes was essential if any law reforms were going to be successful).

Fourth, we learned that our traditional institutions of justice (the courts) were hopelessly inadequate in addressing and redressing human rights violations. Clearly, we needed an independent, accessible, national institution which could assist those with a psychiatric disability (and indeed other forms of disability) to ensure their human rights were protected.

Fifth, given that the inquiry was based on the international human rights standards, including the 'Principles for the protection of those affected by mental illness and the improvement of mental health care' (an international instrument designed to supplement the basic international human rights covenants), we demonstrated that international standards are a valuable benchmark - against which the performance of governments can, and should, be measured.

Sixth, the inquiry demonstrated the momentum which can be generated when individuals with a disability and their carers are given the opportunity to inform the public of the discrimination they routinely suffer.

As a result of our findings, immediately following the inquiry federal and state governments allocated \$a600 million in additional funds for programmes and services for those affected by a psychiatric disability(several billion dollars have since been allocated by both the federal government and the and states.) uniform national standards were introduced - both for the legal protection of individuals and for health care systems. A number of public education programmes were also established.

Following the inquiry, for the first time in our history, the national government recognised its responsibility(--it had previously left the care of those affected by mental illness to state governments--) and adopted a national mental health policy. This ensured that adequate programmes would be developed and resources allocated on a continuing basis.

Seventh, we learned that public policies supposedly developed to better protect the basic rights and freedoms of particularly vulnerable groups need to be carefully scrutinised and monitored. (many of the worst abuses in Australia had accompanied the introduction of policies of 'deinstitutionalization' - which the public had been told would be more 'humane' and consistent with individual rights and freedoms. The policy, as in several other countries, was fine in theory. It became a disaster in practice because governments failed to provide adequate resources for community- based services. Many individuals with a major psychiatric disability were reduced to lives of squalor and homelessness - thus reinforcing existing community stereotypes rather than dispelling them).

Eighth, we demonstrated (in the legislation and reforms which were introduced following our

report) that it was not only desirable in theory, but possible in practice, to breathe real meaning into international human rights treaties and instruments by, on the one hand, using them as the benchmark for evaluating national conditions and also, on the other, using the Principles they embody as the basis for preparing new legislation designed to proscribe discrimination and protect human rights.

Ninth, we learned that well publicised public inquiries to which the public and media were regularly invited, can be an extremely powerful tool in generating pressure for political action -- as well as informing the general public and educating public attitudes.

At the beginning of the process, media interest in the subject of mental illness was almost exclusively confined to 'bad news' stories of psychiatric patients causing damage in the community or injury to others. By the end of the process, hundreds of news stories emanating from evidence presented to the inquiry (frequently informing the public of gross abuse of individuals with a psychiatric disability) had produced significant improvements in public attitudes generally - and a reduction in discriminatory practices. (one interesting indicator of the effectiveness of the process was the media coverage of the release of the inquiry's report. Not only was it responsible and detailed, it was approximately double in quantity to the coverage which occurred when Sydney won its bid to host the olympics in the year 2000!)

Tenth, we learned that it is sometimes more effective to channel limited energy and resources into a general inquiry into systemic discrimination, than repeatedly attempt to investigate individual cases of abuse or discrimination - important as these may be. This is particularly the case where the discrimination or other human rights violations occurring relate to individuals whose disability may make it less likely, or even unlikely, that they will ever lodge an individual complaint.

Obviously, no two countries are the same. But in the past 15 years, in over 100 countries, I have seen evidence of abuse and neglect of those affected by mental illness similar to that which I uncovered in my own country.

In every country there are groups which, for various reasons, are particularly subject to neglect, abuse, marginalisation, or discrimination. In Australia we examined in detail the



treatment of:

- elderly people
- homeless people
- women
- children and adolescents
- people with dual and multiple disabilities
- people in rural and isolated areas
- indigenous peoples
- people from non-english speaking backgrounds and
- forensic patients and prisoners

I do not have time in this paper to go into the details of our findings--but I would be happy to elaborate in answer to any questions you may have.

We also listened to a great deal of evidence from "carers"--usually the women in the family, but sometimes also others who attempted to care for individuals affected by mental illness , give their lives dignity and protect their rights. We managed to convince the government to give them more support.

Perhaps, more importantly I believe, by taking an inclusive approach and listening to those both directly and those more indirectly affected by mental illness, we managed to change entrenched public attitudes and thereby "shift the paradigm " from one characterised by discrimination and fear to one more oriented to respect for the rights of each individual.

Conclusion;

I must emphasise that this National Inquiry and the results we achieved were the result of taking a "rights based approach".

We did not have, as you have now, The Convention on the Rights of Persons with Disabilities; but we did have the Conventions, Declarations and Principles that had already been formulated by the international community and, in many cases, ratified by our

Government. Those Conventions(including the Convention on the Eimination of Discrimination against Women and the Convention on the rights of the Child) and those norms are still relevant.

However, you now have a new and potentially powerful tool in the fight for the rights of those affected by mental illness. Over 20 countries have now ratified the Convention--but many others need to move quickly to do so. International law-- the rights enumerated in that Convention--need to be incorporated in national law; and not only in the law, but in regulations and in government policies and programmes.

I congratulate the National Human Rights Commission, and all of you who have been involved in organising this forum--because, as I noted at the beginning of my remarks, it is also essential to educate the public and encourage informed debate if we are to change public attitudes. (Simply reforming the laws will not achieve that). Forums such as this are, I believe, an important part of that process--and can act as a catalyst for more enlightened attitudes and respect for the dignity and equality of those affected by mental illness.

Finally, I must apologise that, in attempting to summarise the results of our 3 year inquiry and the report we made to the National Parliament, which was over 1,000 pages, I have oversimplified or omitted certain important issues. I will attempt to correct this if you have any questions about such issues--and the full report is now available on the internet for those of you who may be interested in a more detailed account of our efforts.

Thank you for your attention.

1  
발 제 문  
(국문)

## 정신장애인 인권보호 및 증진을 위한 정신건강 패러다임의 변화: 호주의 사례

Brian Burdekin (호주 정신장애인 국가보고서 책임 인권위원)

위원장님,

내외 귀빈 여러분,

오늘 이 중요한 포럼에 참가하게 된 것을 매우 기쁘게 생각합니다.

지난 20년간 저는 여러 나라의 인권 관련 현장을 방문하고 평가할 기회가 있었습니다. 불행하게도 장애인에 대한 차별은 여전히 만연해 있습니다. 많은 나라에서 장애인에 대한 차별은 인권 침해로 인식되고 있지 않고, 심지어 문제로도 인식되지 않고 있습니다. 분명히 우리와 같은 수억명의 사람들이 처해 있는 비참하고 모욕적인 상황을 효과적으로 평가하기 위해서 국제 사회가 가야할 길이 멀다고 할 수 있습니다.

그리고 이 현상이 빈곤한 국가에만 한정된 것이 아닙니다. 저희 나라 호주를 비롯하여 세계에서 가장 부유한 국가에서도 여전히 중대한 인권 침해의 형태로 나타나고 있습니다.

최근들어 비정부조직들과 더불어 인권위원회가 국제적인 인권 기준을 강화하는 데 결정적인 역할을 했습니다. 최근 채택된 “장애인 인권 협약” 및 선택적 의정서가 대표적인 예일 것입니다.

저는 지난 15년간 다수의 국제적 협약을 채택하는 과정에 관여해 왔습니다. 그리고 우리의 목표는 정신장애인이 차별, 소외, 공포, 학대, 부주의로 규정되는 패러다임으로부터 벗어나 사회의 다른 구성원들과 마찬가지로의 권리를 지닌 인간으로써, 그리고 상황에 따라서는 그들의 취약성을 고려하여 특별한 보호를 받는 사람들로 인식되도록 하는 것이었습니다.

이 포럼의 주제와 관련하여 이러한 국제적인 기준은 법률, 규제 및 인권 증진 및 보호를 위한 프로그램을 만드는 데 중요한 기준점이 될 것입니다.

이러한 국제 인권 기준 중 일부는 일반적인 관점에서 만들어졌고, 일부는 구체적으로

장애인과 관련되어 있고, 특히 “정신장애인의 보호 및 정신보건 개선을 위한 원칙”은 정신장애인과 직접 관련되어 있습니다. 그동안 발전되어 온 이러한 기준들은 정신장애인의 권리 보호를 위한 법률 제정시 그 토대가 되어야 합니다.

가장 최근에 나온 장애인인권협약이 가장 중요합니다. 그것은 지난 주 5월3일에 발효되었습니다. 따라서 이 포럼은 매우 적절하고 중요한 시기에 개최된다고 볼 수 있겠습니다.

물론 인권 보호를 위해 법이 필요한 것이기는 하지만 그것이 결코 충분한 전제 조건을 될 수 없다는 점을 인식하는 것은 매우 중요합니다. 이것은 최소한 제가 호주의 연방인권 위원회의 인권 커미셔너로 8년간 일한 경험에서 나온 말입니다. 제가 이 말씀을 드리는 이유는 제가 일하는 나라에서는 변호사나 입법자들이 법률 개혁을 마치 목적 그 자체로 여기는 경향이 많기 때문입니다. 일부 인권운동가들이 그 중요성을 과대평가하는 일마저 있습니다. 따라서 차별을 금지하고 인권을 보호하는 법률 제정은 매우 필요한 일이지만 제 경험으로 봤을 때 그것은 인권 문제 해결을 위해서 10% 정도의 비중만 차지할 뿐입니다. 나머지 90%, 그리고 가장 중요한 것은, 법에 규정된 기준을 실행하고 지역 사회 교육을 위한 적극적인 프로그램을 실시하기 위한 충분한 자원을 확보하는 일입니다.

제가 호주를 포함한 여러 나라에서 확보한 증거에 따르면 충분한 자원을 확보하고 지역 사회를 교육하는 일은 지속적이고, 경우에 따라서는 적극적인 지지를 요구하는 일입니다.

이해를 돕기 위해서 호주의 정신장애인의 인권에 대한 예를 들어 보겠습니다. 우리 호주인들은 정신질환이 모든 국가에서 비슷하게 발생한다는 점을 알고 있고, 제가 지금부터 말씀드리려는 심각한 인권 침해 사례가 호주에만 국한된 것이 아니고 많은 다른 나라에서도 발생하고 있다는 점을 알고 있습니다.

1300명 이상의 증인과 자료를 조사하고 호주 전국에 걸쳐 20개 도시와 시골 지역에서 3년간의 조사를 수행한 후, 우리는 대부분의 지역에서 차별금지 법이 존재하고 있음에도 불구하고 정신장애인들은 공적, 사적 영역에서 일상적으로 차별을 당하고 있다는 결론에 도달했습니다.

또한 호주의 정신장애인 관련법은 오래되었었고 이 분야의 법 개정은 예외없이 우선순위가 낮았습니다.

그리고 (웨스터민스터 체제에 근거한) 우리나라의 법원 제도는 일반적으로 정신 장애 및 기타 장애를 가진 사람들에게 접근성이 매우 낮았으며 이론적으로는 우리의 법 제도가

그들의 인권을 보호하고 있으나 실제로는 이에 심각하게 실패하고 있다는 결론에 도달하였습니다.

이러한 법 정책의 근본적인 실패는 대체로 의회, 정책입안가 및 법조인들에게 의해 무시되어왔습니다.

이러한 상황은 정신장애의 속성과 발생에 대한 대중의 무지로 인해 가능했고, 이러한 대중의 무지는 정신장애인에 대한 차별, 소외, 심지어 희생양화의 근본적인 원인이 되는 비합리적인 공포를 만들어 냈습니다.

이러한 차별은 대중과 공무원들의 태도에 너무나 뿌리 깊이 박힌 나머지 거의 ‘체계적’인 수준에 이르렀고 그로 인해 전면적인 개혁과 대대적인 자원의 투입이 필요하게 되었습니다.

가장 취약하고 불리한 위치에 있는 사람들, 즉 2중 또는 복수의 장애를 가진 사람들을 위한 프로그램이 전무한 실정이거나 있는 프로그램들도 심각하게 불충분한 상태입니다.

제한적인 자원의 배분시에도 시골 지역 주민을 차별하고 있으며 그런 지역에서 젊은이들의 자살율은 대도시 젊은이 자살율의 3배를 넘고, 노인들은 적절한 보호를 받지 못하는 경우가 많습니다.

우리의 의사들은 정신장애 분야에 제대로 된 교육을 받지 못한 상태이고 보건시스템이 정신장애인을 차별하는 일이 일상적으로 일어나고 있습니다.

법개정이 긴급하게 필요하지만 인권침해의 상당 부분이 불법적인 행위에 의해 저질러지는 것이 아니라 필요한 서비스의 생략(omission)과 공무원의 태만(official neglect)에 의해서 저질러집니다. 이러한 문제는 장기적인 관점에서 대중의 태도 변화와 대규모 자원 투입을 통해서 해결될 수 있습니다.

우리는 이 조사로부터 많은 중요한 교훈을 얻었습니다. 그리고 특히 바로 여러분들과 시간이 허락하는 한도내에서 그 내용을 나누고 싶습니다.

첫번째로 우리는 수십만명에게 일어나는 심각한 인권 침해가 민주적인 의회와 독립적인 사법부, 자유로운 노조와 ‘법치’를 누리고 있는 현대 민주주의 국가에서 여전히 발생할 수 있다는 것을 알게 되었습니다.

둘째로 우리는 이것이 우리의 법률 체계 (다른 많은 요인들과 맞물려)가 정신장애인도 존엄성을 지닌 존재이고 진정한 평등을 누릴 기본적인 인권을 가지고 있다는 점을 진지하

게 검토해보지 않았기 때문에 생긴 일이라고 생각합니다.(판사와 변호사의 대부분이 인권 교육을 전혀 받지 못한 경우가 많습니다.). 법 자체가 해결책이 될 수 없습니다. 오히려 문제의 일부인 것입니다.

셋째로 정신장애인에 대한 차별의 대부분이 공포에 기인한 것이고 그러한 공포는 항상 예외없이 무지에 근거하고 있습니다. (법 개혁이 성공하기 위해서는 대중의 태도 변화가 핵심입니다).

넷째 우리의 전통적인 사법 기관(법원)은 인권 침해 문제를 다루기에 너무나 불충분합니다. 분명히 정신장애인의 인권 보호를 위한 독립적이고 접근가능한 국가 기관이 필요합니다.

다섯째, 이 조사는 ‘정신장애인 인권 보호 및 정신 보건 개선을 위한 원칙’(기본적인 국제 인권 협약을 보완하기 위한 국제 기준)을 포함한 국제적인 인권 기준을 바탕으로 하고 있다는 점을 감안할 때, 국제 기준들이 정부의 실적을 측정할 수 있는 귀중한 기준이 될 수 있다는 점을 증명하였습니다.

여섯째, 이 조사는 정신장애인과 그 보호자들이 일상적으로 겪는 인권침해 사례를 대중들에게 알릴 수 있는 기회를 가질 때 중요한 계기가 마련될 수 있다는 점을 보여주었습니다.

우리의 조사 결과가 발표된 직후 연방정부와 주정부는 정신장애인을 위한 프로그램과 서비스를 위해 6억호주 달러의 기금을 배정하였습니다. (이후 연방정부와 주정부에 의해서 수십억 달러가 추가로 배정되었습니다.) 개인의 법적 보호와 보건 시스템을 위한 표준적인 국가 기준이 도입되었습니다. 다수의 대중 교육 프로그램도 만들어졌습니다.

이전에는 정신장애인의 보호 책임을 주정부에 떠넘겼던 호주 정부가 조사 이후에는 호주 역사상 처음으로 그 책임을 인정했습니다. 그리고 국가 정신 보건 정책을 채택하였습니다. 이를 통해 지속적인 프로그램 개발과 자원 배분을 보장하였습니다.

일곱번째로 특별히 취약한 계층의 기본권과 자유를 보호하기 위해 개발된 공공 정책들을 철저하게 심사하고 모니터할 필요가 있습니다. (호주에서 일어난 가장 심각한 인권 침해의 상당수가 대중에게 더욱 ‘인간적’이고 개인의 인권과 자유를 보장할 수 있다고 홍보된 ‘비입원(DEINSTITUTIONALIZATION)’ 정책이 도입된 이후에 일어났습니다. 이 정책은 다른 여러 국가에서와 마찬가지로 이론상으로는 훌륭합니다. 하지만 실제로는 정부가 지

역 사회 기반 서비스에 충분한 자원을 배정하기 않았기 때문에 그것은 엄청난 재앙이 되었습니다. 많은 정신장애인들이 노숙자와 건달로 전락했고, 그 결과 지역 주민의 고정관념을 없애기보다 오히려 그것을 강화하는 부작용을 낳았습니다.

여덟번째로 우리는 (우리의 보고서 이후 도입된 법률과 개혁안을 통해서) 그것이 이론 상으로만 바람직한 것이 아니라 실제로도 가능하다는 점을 보여주었습니다. 각종 국제 인권 협약과 기준에 진정한 의미를 부여하기 위해서는 우선 그것들을 국가 상황을 평가하기 위한 기준으로 활용해야 하고 또 다른 한편으로는 그러한 원칙을 차별을 금지하고 인권을 보호하는 취지로 만들어지는 새로운 법률 제정시 토대로 사용해야 합니다.

아홉번째로 국민과 언론을 정기적으로 초청하는 잘 홍보된 대중 조사는 대중들에게 실상을 알리고 대중의 태도를 바꿈과 동시에 정치권에 압박을 가할 수 있는 강력한 도구가 될 수 있습니다.

본 조사가 시작되었을 때 정신장애라는 주제에 대한 언론의 관심은 대부분 정신장애인이 지역사회에 피해를 주거나 다른 사람을 해치는 ‘나쁜 소식’에만 집중되었습니다. 그러나 조사가 끝날 무렵에는 조사위원회에 제출된 증거를 바탕으로 한 수백가지의 새로운 기사(대중들에게 정신장애인에 대한 심각한 인권침해 상황을 알리는)들이 대중의 태도 변화에 중대한 역할을 하였고 차별적 관행 폐지에도 기여하였습니다. (이 조사의 효과성에 대한 한가지 흥미로운 척도는 조사 보고서의 발간에 대한 기사였습니다. 기사는 책임있고 상세했을 뿐만 아니라, 양적으로도 시드니가 2000년 올림 개최도시로 선정되었을 때 보다 두배나 많았습니다!)

10번째로, 제한된 에너지와 자원을 반복적으로 개인적인 학대나 차별의 사례를 조사하는 데 사용하기 보다는 (물론 그것도 중요하기는 하지만) 체계적인 차별에 대한 전반적인 조사에 집중하는 것이 효과적이라는 것입니다. 이것은 차별 또는 다른 인권침해 문제가 장애로 인해 스스로 진정을 제기하기 힘든 장애인과 관련되었을 때 특히 그러합니다.

분명히 똑 같은 나라는 없을 것입니다. 그러나 저는 지난 15년간 100개국 이상에서 호주에서 발견된 것과 유사한 정신장애인에 대한 인권 침해의 증거를 보았습니다.

모든 나라에서 여러가지 이유로 태만, 학대, 소외, 차별 상황에 특히 놓이게 되는 계층이 존재합니다. 우리는 호주에서 다음 계층이 어떤 대우를 받는지 상세히 조사하였습니다.

- 노인

- 노숙자
- 여성
- 아동 및 청소년
- 2중 및 복수 장애인
- 시골 및 오지 주민
- 원주민
- 비영어권국가 출신 이민자
- 법의학 환자 및 수감자

시간 관계상 이 자리에서 그 상세한 내용을 다루지는 않을 것입니다. 그러나 질문을 하시면 상세히 답변해 드리겠습니다.

우리는 또한 주로 가족 중 여성들인 보호자들로부터 많은 증거를 접수했습니다. 그리고 가족이 아니지만 정신장애인을 돌보고 그들에게 인간의 존엄성을 부여하고 그들의 인권을 보호하려고 애쓰는 사람들의 이야기도 경청하였습니다. 우리는 정부를 설득하여 그들에게 더 많은 지원을 제공하도록 하였습니다.

아마도 더욱 중요하게도 우리는 포괄적인 접근법을 채택하고 정신장애로 인해 직, 간접적인 영향을 받는 사람들의 이야기를 경청함으로써, 뿌리깊은 대중의 인식을 변화시키고 차별과 공포로 규정되는 기존의 패러다임을 개인의 인권을 존중하는 방향으로 전환시킬 수 있었습니다.

경청해 주셔서 감사합니다.



정신장애인 인권침해에  
관한 인권위 진정 사례 및  
법령실태



염형국

(공익변호사그룹 공감 변호사)

## 1. 국내 정신보건 현황

### 가. 정신질환자 현황

보건복지부의 「2006년도 정신질환실태 역학조사」에 따르면 우리나라 국민 중 약 500만 여명이 정신질환(알코올 의존증 포함)을 갖고 있을 것으로 추정되고 있다. 정신질환 1년 유병율<sup>1)</sup>은 18세이상 64세이하 인구의 12.9%로 매년 약 412만명이 정신질환을 겪고 있는 것으로 나타났다. 이중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.3%(약 264만 명)이었고, 알코올 사용장애의 1년 유병율은 5.6%(약 179만명)이었다.

<표 1> 정신질환 1년 유병율 및 추정환자 수 (성과 연령별 보정)

	남자		여자		전체	
	유병율 (%)	추정 환자수(명)	유병율 (%)	추정 환자수(명)	유병율 (%)	추정 환자수(명)
알코올사용장애	8.7	1,392,826	2.5	402,571	<b>5.6</b>	<b>1,795,397</b>
정신병적 장애	0.4	68,938	0.2	31,645	0.3	100,583
기분장애	2.1	340,596	3.9	611,584	3.0	952,180
불안장애	3.2	511,808	6.9	1,085,321	5.0	1,597,129
모든 정신장애* 니코틴사용장애 제외	13.0	2,085,508	12.9	2,035,576	<b>12.9</b>	<b>4,121,084</b>

1) 지난 일 년 사이에 한번이라도 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자

## 나. 정신보건시설 현황

<표 2> 정신보건시설 현황(2007. 6월말 현재)

(단위: 개소, 명, 병상)

구 분		기관수	주 요 기 능
계		1,555	-
정신보건센터*		151	정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·진료·사회 복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 및 수행
정신 의료기관	국·공립	18	정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민 간	1,128	정신질환자 진료
정신요양시설		58	만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		170	치료·요양하여 증상이 호전된 정신질환자 일상생활·작업훈련, 주거
알코올상담센터		30	알코올중독 예방, 중독자 상담·재활훈련

<표 3> 정신보건기관·시설 및 이용환자 현황(2003. 6. 현재)

(단위: 개소, 명, 병상)

기관수		기관수	병상(정원)	입원자수	구성비(%)
정신의료기관	소계	958	52,143	44,382	77.3
	국립정신병원	6	3,850	2,903	5.1
	공립정신병원	12	3,979	3,535	6.1
	사립정신병원	61	22,448	20,194	35.2
	종합병원 정신과	159	7,815	5,617	9.8
	병원 정신과	61	10,355	9,051	15.7
	정신과 의원	659	3,696	3,082	5.4
정신요양시설		55	13,886	12,605	21.9
사회복귀시설		97	525	439	0.8
정신보건센터*		115	-	-	
알코올상담센터*		17	-	-	
<b>합 계</b>		<b>1,242</b>	<b>66,554</b>	<b>57,426</b>	<b>100.0</b>
노숙자 쉼터		105	-	644	(1.1)
부랑인시설		45	-	6,657	

\* 는 2004. 2 현재, <출처 : 정신과 관련시설 인권상황 실태조사>

## 2. 진정사건 현황

### 가. 진정사건 접수 현황

2001년 11월 25일 국가인권위원회(이하 인권위) 설립 이후 2008년 2월 29일까지 인권위에 접수된 침해 사건은 총 23,789건으로, 그 중에서 정신보건시설관련 인권침해 진정 사건 수는 1,218건에 이르고 있다. 2001년 이후 정신장애인 관련 진정사건은 꾸준히 증가하고 있으며 특히 2007년 이후 급속히 증가한 것을 알 수 있다. 이는 인권위 진정사건 조사결과의 언론보도, 다수인 보호시설의 면진진정확대, 인권위 인권상담센터의 다수인보호시설 진정함 실태조사(2006년과 2007년), 보건복지부의 진정함 설치 지침 제정 등에 기인한 것으로 보인다.

<표 4> 연도별 정신장애인 관련 진정접수 현황

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008.2.	합계
진정 사건 수	8	20	45	112	176	228	548	81	1,218건

### 나. 유형별 현황

2008년 2월까지 접수된 진정장애인 관련 진정사건 1,218건을 진정내용별로 구분해 보면, 진정사건 한 건당 약 2.3개의 진정내용이 포함되어 있어 2,599건의 진정내용이 접수되었다. 이를 분류해보면, 입원과 관련된 내용이 572건, 퇴원 관련 내용이 411건, 치료 관련 내용이 414건, 가혹행위 관련 502건, 사생활 침해와 관련 339건, 시설환경과 관련된 진정 215건, 알 권리·종교·진정권 방해 등과 관련된 진정 내용이 101건, 그 외에 성폭력이나 129에 의한 인권침해와 관련된 진정이 55건으로 파악되었다. 입·퇴원과 관련하여 983건이 접수되어 가장 큰 비중을 차지하고 있는바, 중복을 감안하더라도 전체 진정의 3/4 정도가 입원 또는 퇴원과 관련된 내용임을 알 수 있다.

보다 세부유형으로 분류하여 진정사건을 살펴보면, 가족(친족)에 의한 강제입원은 451, 친족이 아닌 자(지방자치단체장 등)에 의한 강제입원이 115, 퇴원불허 379, 계속입원심사청구 누락과 관련하여 32, 강제투약 92, 작업치료 124, 약물과다와 치료 미흡관련 198, 격리·강박과 관련

261, 언어·육체적 폭력 241, CCTV설치 관련 하여 51, 면회금지·외출·외박금지 83, 전화·서신 제한 205, 시설환경·위생·인력부족 215, 알권리 침해 28, 종교의 자유 침해 14, 인권위 진정방해 59, 사설응급구조단에 의한 인권침해 33, 성폭력·성희롱 관련 22건으로 분류되었다.

<표 5> 유형별 현황

(단위: 건)

유형 진정 내용수	입원	퇴원	치료	가혹행위	사생활 침해	시설, 환경, 위생	알권리, 종교의 자유, 진정권방해	기타
2,599건	572	411	414	502	339	215	101	55

<표 6> 상세 분류 유형별 현황

대분류	상세분류	진정사건 건수
입원	가족(친족)에 의한 강제입원	457
	가족 이외 사람에 의한 강제입원	115
퇴원	퇴원불허	379
	계속입원심사청구 누락	32
치료	강제투약	92
	부당한 작업치료	124
	약물과다, 치료 미흡	198
가혹행위	부당한 격리강박	261
	폭력(언어, 육체)	241
사생활보호	CCTV설치	51
	면회금지, 외출·외박 금지	83
	전화·서신 제한, 검열	205
시설 등	시설환경·위생, 병원인력부족 등	215
알권리, 종교, 진정방해	알권리	28
	종교의 자유	14
	인권위 진정방해	59
비고	사설응급구조단에 의한 인권 침해	33
	성폭력, 성희롱	22
합계		2,599

#### 다. 사건처리 유형별 현황

2008년 2월말까지 정신장애인 관련 인권 침해 진정사건은 1,218건이 접수되었고, 그 중에서 1,016건이 종결되었다. 처리유형을 살펴보면, 인용 112건(합의종결 4 포함), 조사 중 해결 44건, 기각 303건, 각하 374건, 이송 19건, 조사중지 15건이었다.

<표 7> 진정사건의 처리유형별 현황

처리 유형	합계	인용	조사중 해결	기각	각하	이송	조사중지	조정
건수	1,016	112	44	328	498	18	15	1

#### 라. 구제조치의 권고 현황(고발포함)

2008년 2월까지 정신장애인 관련 인권 침해 진정사건 중 처리된 사건은 1,016건이 처리되었고 이 중 구제조치를 권고(고발 포함)한 건은 112건이었다. 그 중 고발이 30건이었으며 합의종결이 4건이었다. 특히 구제조치의 권고 중 고발의 비중이 높는데, 위원회 전체 고발건수 중 약 68%에 달하였다.

또한 전체 접수사건 대비 구제조치의 권고율은 9.19%이나 이 중에서 위원회가 본안 사건을 조사할 수 없었던 각하, 이송, 조사중지 결정된 사건을 제외하면 실제 구제조치 권고율은 23.1%로 4건 중 1건은 인권침해가 있다고 판단되어 구제조치가 이루어진 것이고, 조사 중 해결된 44건을 포함하면 실제 구제된 사건의 비율은 좀더 높아지게 된다.

### 3. 진정사례와 관련된 인권침해 실태

#### 가. 비자의입원

##### 1) 비자의입원 실태

2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 통계에 의하면 정신보건시설에 수용되어 있는 정신장애인 중 자의입원 환자비율은 7.7%에 불과하고, 나머지 92.3% 환자들은 보호의무자에 의한 강제입원이며, 이러한 비자의입원 비율은 다른 나라에 비해 비정상적으로 높은 비율에 해당한다.

<표 8> 정신보건시설 종류별 입원유형별 입원(입소)환자 현황

	총입원환자수	자의입원	보호의무자에 의한 입원		
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수·구청장	기타입소
2000 총계	59,032(100)	3,393(5.8)	36,945(62.6)	18,694(31.7)	-
2001 총계	60,079(100)	4,041(6.7)	39,167(65.2)	16,868(28.1)	-
2002 총계	61,066(100)	3,946(6.5)	40,263(65.9)	16,857(27.6)	-
2003 총계	64,083(100)	4,182(6.6)	41,853(65.9)	17,293(26.3)	755(1.2)
2004 총계	65,349(100)	5,024(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)
2005 총계	67,895(100)	6,036(8.9)	45,958(67.7)	15,316(22.6)	585(0.9)
<b>2006 총계</b>	<b>70,967(100)</b>	<b>6,534(9.2)</b>	<b>49,935(70.4)</b>	<b>13,917(19.6)</b>	<b>579(0.8)</b>
정신의료기관	52,961(100)	5,662(10.7)	41,369(78.1)	5,351(10.1)	579(10.9)
정신요양시설	12,274(100)	330(2.7)	8,845(72.1)	3,099(25.2)	-
사회복귀시설	842(100)	842(100.0)	-	-	-
부랑인시설	5,469(100)	-	-	5,467(100.0)	-

※ 기타입소 : 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자

<표 9> 외국의 자의입원, 타의입원 현황<sup>2)</sup>

국가	연도	총 빈도	총 입원사례 중 비자발적 입원의 백분율	10만 명당 비자발적 입원의 수
오스트리아	1999	14,122	18	175
벨기에	1998	4,799	5.8	47
덴마크	2000	1,792	4.6	34
핀란드	2000	11,270	21.6	218
프랑스	1999	61,063	12.5	11
독일	2000	163,551	17.7	175
아일랜드	1999	2,729	10.9	74
이탈리아		자료없음	12.1	자료없음
네덜란드	1999	7,000	13.2	44
포르투갈	2000	618	3.2	6
스웨덴	1998	10,104	30	114
영국	1999	46,300	13.5	93

## 2) 간이한 강제입원 절차

정신보건법 제24조는 ‘보호의무자의 동의’와 ‘입원의 필요성에 대한 정신과전문의의 진단’만으로 강제입원이 가능하고, 입원의 필요성에 대한 판단은 그 ‘질환이 입원치료를 받을 만한 정도인지 그리고 환자 자신의 건강 혹은 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원이 필요한 정도인지’ 여부로 결정된다.

2001년 11월 인권위 설립 이후 2008년 2월 현재까지 정신보건시설 관련하여 국가인권위원회에 접수된 진정사건 중 입원 관련 진정 건수는 572건으로, 가족과의 종교문제, 부모의 결혼반대로 자녀, 부모, 가족을 정신병원에 입원시켜 진정하는 경우를 어렵지 않게 발견할 수 있으며 강제입원과정에서 사설응급이송단에 의하여 수갑이나 포승줄로 묶이고 폭력이 발생하기도 하였다.<sup>3)</sup> 남편, 자녀 등 가족에 의하여 정신질환이 없음에도 불구하고

2) 국가인권위원회, 「지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사」(2006)



강제 입원되는 사례가 빈번하게 발생하고 있고, 남편에 의해 강제로 71일간 정신병원에 입원하여 의사와 남편을 고소하여 승소한 사례도 있었다.<sup>4)</sup>

보호의무자에 의한 입원의 입원기간은 6월 이내로 하되, 계속입원치료 여부를 판단할 때에도 보호의무자의 동의와 정신과전문의의 진단만으로 매6월씩 연장될 수 있도록 하고 있고, 보호의무자가 퇴원신청을 해도 정신과전문의가 단순히 ‘위험성을 고지’하기만 하면 퇴원이 중지될 수 있다. 이처럼 정신보건법 제24조 보호의무자에 의한 입원은 국가기관의 개입없이 사인의 결정만으로 입원이 간이하게 이루어지고, 다른 강제입원에 비하여 입원기간이 길며 퇴원이 쉽지 않다는 문제점을 지니고 있다.

## 나. 입원의 지나친 장기화

### 1) 장기입원 실태

2006년 중앙정신보건사업단보고서에 따르면 정신보건시설에서의 평균 입원기간은 271일이었고, 정신의료기관의 평균 입원기간은 160일(국립 102일, 사립 271일)이었으며, 정신요양시설의 평균 입원기간은 무려 2,630일에 달하였다. 외국의 경우에 정신보건시설 평균 입원기간이 독일 약 25일, 영국 52일, 프랑스 35.7일, 이탈리아 13.4일인 것에 비추어보면 국내 입원기간이 비정상적으로 장기임을 확인할 수 있다.

---

3) 남자 2명이 집으로 찾아와 “경찰관인데 조사할 게 있으니 문 좀 열어달라”고 했다. 경찰이라는 말에 깜짝 놀란 유씨가 문을 열어줬지만 이들은 경찰을 사칭한 한국응급구조단원으로 “부인과 딸이 당신을 정신병원에 넣어달라고 하니 같이 가자”며 발을 걸어 유씨를 넘어뜨리고 목을 조른 뒤 양손에 수갑을 채웠다. 팔과 다리에는 포승줄이 감겼다. 유씨는 응급차에 실렸고 충남 공주의 한 정신요양원으로 옮겨졌다. (경향신문, 2006. 08. 07.)

4) 의정부지법 2006노536, 2007. 6. 8. 선고

<표 10> 평균입원일수: 2006 중앙정신보건사업단보고서

(단위: 명, %)

구분	환자수	중앙값	1개월	1~3월	3~6월	6월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상
<b>2006총계</b>	<b>65,498</b>	<b>257일</b>	8,839 (13.5)	11,485 (17.5)	8,868 (13.5)	8,404 (12.8)	11,347 (17.3)	5,402 ( 8.2)	5,869 ( 9.0)	5,284 ( 8.1)
<b>정신의료기관</b>	<b>52,382</b>	<b>160일</b>	8,631 (16.5)	11,077 (21.1)	8,379 (16.0)	7,581 (14.5)	9,230 (17.6)	3,637 ( 6.9)	3,245 ( 6.2)	602 ( 1.1)
(사립병원)	20,954	271일	2,363 (11.3)	3,454 (16.5)	2,917 (13.9)	3,438 (16.4)	4,536 (21.6)	1,896 (9.0)	2,105 (10.0)	245 (1.2)
(국립정신병원)	2,788	102일	502 (18.0)	794 (28.5)	730 (26.2)	244 (8.8)	300 (10.8)	120 (4.3)	95 (3.4)	3 (0.1)
<b>정신요양시설</b>	<b>12,548</b>	<b>2,630일</b>	155 (1.3)	294 (2.4)	366 (3.0)	673 (5.5)	1,785 (14.5)	1,710 (13.9)	2,609 (21.3)	4,682 (38.0)
<b>사회복지시설</b>	<b>842</b>	<b>338일</b>	53 (6.3)	114 (13.5)	123 (14.6)	150 (17.8)	332 (39.4)	55 (6.5)	15 (1.8)	

## 2) 형식적인 계속입원심사

강제로 입원된 환자들이 정신보건시설에서 퇴원할 수 있는 거의 유일한 방법은 정신보건심판위원회의 계속입원심사에서 퇴원결정을 받는 것이다. 정신보건법 제24조 제3항의 규정에서는 보호의무자에 의한 입원의 경우에 입원기간은 6개월이며 계속입원이 필요한 경우에는 정신과전문의의 진단과 보호의무자가 제1항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 때에는 매 6월마다 시·도지사에게 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여 그 결정으로 계속 입원시킬 수 있도록 되어있다.

그런데 2004년 전국 정신보건심판위원회에서 6개월 이상 계속입원 여부를 심사한 75,780건 중 불과 2.2%를 제외한 74,099건이 계속입원을 승인하였고, 2005년에도 계속입원심사 79,181건 중 2,113건 퇴원명령, 2.7%만 퇴원하였다. 결국 대다수의 정신장애인이 자신의 의지와 무관하게 강제입원되어 장기간 시설에서 생활하다가 결국 정신보건시설에서 생을 마치게 된다는 것이다.

정신보건심판위원회는 광역자치단체별로 구성되어 있는데, 광역시·도 단위로 5~7명의 위원들이 월 1회, 1~2시간 만에 1,000여명에 달하는 환자의 계속입원 여부를 결정해야

하는 상황이어서 환자 대면심사, 진료기록부 검토 등은 물리적으로 불가능하여 제대로 된 심사를 기대하기 곤란하다. 강제입원 정신질환자가 인신구금의 상태를 벗어나기가 이처럼 어렵다는 사실을 감안하면 처음부터 법치주의적 원칙들이 철저히 관철되도록 법제도를 정비하는 것이 아주 중요하다고 할 수 있다.

### 3) 계속입원심사 면탈

정신보건법 제24조 제3항 및 같은 법 시행규칙 제14조 제2항은 매 6개월마다 계속입원 여부에 대한 심사를 청구하도록 규정하고 있음에도 불구하고, 모 정신병원의 경우에 상당수 입원환자들에 대해서 입원 및 퇴원을 반복한 것처럼 진료기록부 등을 허위로 작성하여 계속입원심사청구를 누락시켰고, 계속입원심사를 청구한 경우에도 그 결과를 서면으로 통지하지 않았다. 이는 정신보건법 제24조 제3항을 면탈한 것이고, 퇴원한 적이 없는 환자들의 진료기록부 등(의사지시서 · Progress Note · 간호기록지 등)에 퇴원과 입원을 반복한 것처럼 기록한 것은 「의료법」 제53조 제1항 제3호의 “진료기록부 등을 허위로 작성한 경우”에 해당한다.

### 다. 격리·강박 및 기타 폭행·가혹행위 등

격리·강박 행위를 환자 통제의 수단으로 악용하고 있는 사례도 없지 않아 이에 대한 법적 근거를 마련해야 할 필요성이 제기되는데 현행 정신보건법에는 행동제한의 금지(제45조), 환자의 격리 제한(제46조) 등을 규정하고 있으면서도, 이 보다 더욱 높은 강도로 신체의 자유를 제한하는 ‘강박’에 대해서는 명문의 규정이 없으며, 단지 보건복지부에서 만든 격리·강박 지침(2003. 12. 30)이 있을 뿐이다.

보건복지부의 격리 및 강박지침은 입원 환자에 대한 격리·강박은 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로 행하되 정신과 전문의의 지시에 따라 시행하고, 관련 사항을 진료기록부, 격리 및 강박 시행일지에 대해 기록하도록 하면서, 특히 강박 시에는 시행 당시 환자상태, 사유, 방법, 지시자 및 수행자, 시행 시간, 시행 중 환자의 상태에 대한 점검 등에 관한 사항을 구체적으로 기재하도록 규정하고 있다.

그럼에도 불구하고 일부 정신병원에서는 통상 개별 환자들에 대한 구체적인 격리·강

박에 관한 지시 없이 입원 초기 내려진 정신과 전문의의 처방 또는 병원규칙에 따라 사실상 간호사, 보호사가 격리·강박을 시행하여 관련 법령 및 지침에 따른 규정을 준수하지 않았고, 모 정신병원은 입원 환자에 대하여 격리 및 강박 등 행동 제한 조치를 하면서 진정인 등 일부 환자에 대하여 지나치게 장시간 또는 빈번하게 격리, 강박하고, 진정인은 아이를 출산한 지 불과 약 2개월 정도 경과한 시점이어서 40시간 이상의 강박 조치를 행하면서 대형 기저귀까지 착용케 한 사례도 있었다.

인권위 진정사건 침해유형분석결과에 따르면 부당한 격리·강박 등 폭행·가혹행위에 대한 진정은 502건에 달하고 있다. 정신보건시설은 강제적인 보호시설로 실제적으로 인신 구속과 다름없는 상태에 처하게 되므로 수용자는 시설종사자의 폭행 또는 가혹행위에 무방비로 노출되어 있으므로 이에 대한 강력한 견제장치가 요구된다.

## 라. 작업치료

보건복지부의 작업치료지침에 의하면 작업치료 및 직업재활은 정신과적 치료의 한 방법으로 적용되어야 하며, 단순한 노동을 위해서 사용되어서는 안 된다. 작업치료 및 직업재활에의 참여는 담당 주치의(혹은 치료진)의 치료처방과 환자 본인이나 가능하면 보호자의 동의하에 실시되어야 한다. 또한 일련의 치료계획과 프로그램 하에 시행되어야 하며 치료계획과 프로그램에는 작업치료 지침 및 적용기준, 참여환자를 위한 기능평가, 작업치료를 위한 치료진의 검토회의, 주기적인 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 일지 및 임금대장, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원 계획을 포함하여야 한다. 모든 작업치료에 의한 임금은 개인통장을 통하여 관리하여야 하고, 작업장에서는 작업치료를 수행한 근무시간, 일수 등을 기록한 작업일지를 작성하여야 한다. 또한 작업장 관리자는 작업자에 대하여 작업장 관리표에 따라 월 1회 평가를 반드시 하여야 한다.

정신보건시설에 수용된 환자들에 대해서 강제노동을 시킬 수 없는데 실질적으로는 작업치료를 병자한 강제노동이 존재하고 있고, 작업 및 재활치료의 범위, 작업비 등에 대한 명확한 기준이 없어 강제노동여부를 판단할 수 있는 기준도 없는 실정이다. 또한 진료기록도 형식적으로 기재하는 경우가 많고, 전화통화 등의 중요한 행동제한 등 인권을 제한하는 경우에도 일부 시설들이 진료기록을 제대로 기재하지 않는 등 소홀히 취급하고 있는

실정이다.

작업치료와 관련하여 모 정신병원은 환자에게 5년 이상 이사장 모친 집에서 이사장 모친의 병수발을 들도록 하였는데 입원 전부터 작업비를 지급받고 있었으며, 치료목적으로 작업에 참여한 것이 아니라 명목상으로만 병원에 입원을 시켜놓고 실제로 이사장 모친의 병수발과 집안일을 하도록 한 사례가 있었고, 모 정신요양원에서는 운전면허도 없는 환자에게 시설 내에서 트럭을 몰도록 한바 있는데 이는 본인 및 타인에게 잠재적인 위험이 될 수 있는 상황으로 작업치료로 인정하기 곤란하고, 수용자들을 식당보조나 영농작업을 시키고 작업비로 월 4-5만원을 지급한 사례도 있었다.

#### 마. 통신의 자유

정신보건법 제45조는 통신의 자유 제한 등 입원 환자에 대한 행동의 자유 제한과 관련하여, 의료를 위해 필요한 경우에 한하여 최소한의 범위 안에서 행하되 그 이유, 제한 당시 환자의 병명 및 증상, 제한 개시 및 종료의 시간, 지시자 및 수행자 등에 관해 진료 기록부에 기재하도록 규정하고 있습니다. 그럼에도 일부 정신병원에서는 개별 환자의 증상 및 상태에 대한 판단 없이 입원 환자들을 권익체계에 따라 그룹화하여 처음 입원 후 15일 이내에는 전화통화를 할 수 없고, 하루에 한 통화를 원칙으로 제한하며, 실제적으로는 전화카드를 간호사가 관리하고 있는 등 행동의 자유를 제한하거나 병원규칙으로 행동의 자유를 제한하여 행동 제한에 관한 규정 및 지침을 준수하지 아니한 채 입원 환자의 전화사용을 광범위하게 제한하고 있었다.

#### 바. 과도한 CCTV 설치

모 정신병원의 경우에 화장실과 샤워실을 검용으로 사용하도록 만들었음에도 불구하고 차폐막을 전혀 설치하지 않았고, 그 안에 CCTV까지 설치하여 환자들의 신체부위가 다른 환자나 병원 종사자들에게 그대로 노출되고 있었다. 이와 관련하여 2005. 3. 14. 국가인권위는 보건복지부장관에게 ‘정신의료기관의 CCTV 설치·운영에 관한 법률적 근거와 기준을 마련할 것’을 권고한 바 있다.

## 사. 인권위 출범 이후 반복적으로 지적되어 권고 받는 사례

### 1) 입·퇴원 및 계속입원 심사 과정의 인권 침해

- 정신과 전문의의 진단 없이 강제 입원
  - 입원 동의서 등에 정신과 전문의 소견 없이 입원 조치
  - 입원동의서에 의사소견이 없는 상태로 입원동의요청
- 보호의무자 자격이 없는 자에 의한 입원 및 입원 연장 동의
  - 정신보건법상 보호의무자: 부양의무자(직계혈족, 배우자, 생계를 같이 하는 친족), 후견인이 아님에도 동의를 받아 처리
  - 직계혈족이 아닌 친족의 경우 생계를 같이하는 지 여부를 확인하지 않는 사례 다수(형제와 자매 등 방계혈족 뿐 아니라 고모, 이모, 매형, 처남, 올케, 시동생, 사촌, 조카, 사위 등 친인척)
  - 보호의무자의 입원동의를 미리 받지 않고 강제입원 후 추후 동의
  - 계속 입원 심사시에도 동일한 사례발생
- 계속입원 심사 누락(1년 이하 징역 또는 500 만원이하 벌금) 및 퇴원명령 불이행
  - 입원 후 매 6개월마다 계속입원심사를 하여야 함에도 이를 누락하는 사례다수
  - 보호자 연락 두절 되자 계속입원 심사 누락 사례
  - 정신보건심판위원회의 퇴원명령에도 불구하고 보호자의 요청 등을 이유로 계속입원 조치하고 퇴원명령 사실을 환자에게 통지하지도 않거나 자의입원 형식으로 변경하여 계속 입원하는 사례
- 입·퇴원 및 입원연장시 서면통지 미실시
  - 상당수 의료기관이 이 조항의 존재 자체를 모르고 있음

### 2) 과도한 격리, 강박에 따른 신체의 자유 등 인권 침해

- 강박실시 전·후 당사자 및 보호의무자에게 사유 설명 미실시
- 의사의 지시 없이 실시되는 임의적 격리·강박 사례
- 지나치게 장시간 또는 빈번한 격리·강박 조치 사례

- 격리·강박중 환자 건강상태 확인 미흡 및 방치 사례
- 치료적 목적 외 환자 규율·통제 차원에서 실시되는 격리·강박사례

### 3) 폐쇄적 병동 운영에 따른 획일적 환자 권리 제한

- 환자 권리에 대한 인식 결여/ 효과적 권리 보장 체계 부재
  - 편지, 전화사용 등 통신의 자유에 대한 포괄적 제한과 임의적 검열 사례
  - CCTV 등에 의한 목욕과 용변 모습 노출, 기타 환자의 인간적 품위 유지와 건강권, 사생활 보장 등에 대한 과도한 제한 사례
  - 특정 종교 신앙 및 행사 참석 강요 등 종교의 자유 침해 사례
  - 화재 발생 등 비상사태 발생시 환자의 안전 확보 곤란 (철문 등)
  - 국가인권위원회 진정함 설치와 진정절차 고지 의무를 미이행 하거나 진정함을 형식적으로 운영(국가인권위원회법 시행령 제7조)

### 4) 의료인수 부족 및 시설운영기준 미비

- 정신과전문의 등 법정의료인수 부족으로 의사와 환자의 면담 등 실질적 치료 시간 부족
- 병실 1실 정원 초과 운영사례 (10인 병실에 수십 명씩 배정)
  - 초과 과밀 수용에 따른 환자 사생활 보호 조치 미흡

### 5) 작업치료 명목의 노동실시

- 환자들 일부 또는 다수를 봉사원 등으로 지칭하여 식당, 매점, 세탁실, 정원 관리, 병동 청소 등의 노동에 장시간 동원하면서 작업치료비 명목으로 최저임금에도 현저히 못 미치는 소액의 액수만 지급하고 있는 사례
- 치료적 작업 요법 프로그램 및 전담인력의 부재 혹은 형식적 운영

## 4. 정신보건법 운용실태

### 가. 정신보건법과 현실의 불일치

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

한편 정신보건법상 광역자치단체장(시·도지사)에 의한 입원은 보호의무자에 의한 입원과 달리 규율되어 있다. 광역자치단체장에 의한 입원은 민법상의 부양의무자 등에 의한 입원과 달리, 자신 혹은 타인을 해할 위험성으로 인해 신속한 조치를 필요로 하는 상황을 염두에 둔 것으로 이러한 강제입원의 목적은 진단이다. 즉 진단을 위하여 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 경우 2주 이내의 기간을 정하여 강제입원하게 한다.

상황의 긴급성으로 인한 또 다른 강제입원이 응급입원이다. ‘정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자’에 대하여 상황이 급박하여 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시·도지사에 의한 입원 어느 것도 불가능할 때 그 사람을 발견한 사람의 의사와 경찰관의 동의만으로 72시간 범위 내에서 강제입원시키는 것이다. 이 시간이 경과한 다음에도 계속입원이 필요한 경우에는 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시·도지사에 의한 입원절차 중의 하나가 진행된다.

표 8에서 보듯이 보호의무자에 의한 입원이 대부분을 차지하는데, 강제입원에 대해 보호의무자가 동의하는 시점과 실제로 강제입원이 행해지는 시점이 일치하지 않음으로 해서 아무런 법적 권원 없이 인신구속이 이루어지고 있다. 즉 정신보건법에서는 강제입원이 되는 시점에 보호의무자의 동의를 필요로 하는 것으로 되어 있으나 현실에서는 그렇지 않



다. 부양의무자가 정신의료기관으로 정신질환자를 직접 데리고 온 경우가 아니라면, 대부분의 경우에는 경찰관이 정신질환자로 의심되는 사람을 정신의료기관으로 데리고 오고 정신의료기관에 사실상이든 법적으로든 강제입원된 다음 그 사실이 보호의무자에게 통지된다. 보호의무자를 확인하는 기간은 당연히 법적 근거 없는 강제구금이 이루어지고 있는 것이다. 이 기간 동안이 강제‘입원’이 아닌 강제‘구금’에 불과한 것은 치료행위가 이루어지지 않은 채 단순히 구금되어 있는 것에 불과하기 때문이다(만약 이때 치료행위를 한다면 또 다른 불법이 부가될 수 있다). 이러한 현상은 정신의료기관과 정신보건시설이 상호 긴밀하게 연계되어 있는 경우 두드러지고 있다. 이처럼 정신보건법과 현실이 전혀 일치하지 않는 까닭에 인신구속에 관한 적법절차가 마냥 무너지고 있는 실정이다.

## 나. 정신보건법의 한계

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

환자의 자의에 반하는 입원과 퇴원불허에 대한 진정이 끊임없이 반복되고 있는 것은 보호의무자에 의한 강제입원이 환자의 기본권보장에 불충실하고 또 남용되고 있기 때문이다. 보호자의 동의는 원칙적으로 환자의 이익을 위한 치료를 위한 것이어야 하고 치료를 요청하는 것에만 국한되어야 한다. 보호의무자의 이해가 정신질환자의 이해와 상충할 수 있으며, 실제로 많은 경우의 강제입원은 그러한 이해상충에서 시도된다는 점을 감안하면

보호의무자의 동의를 제한적으로만 수용하여야 한다. 기초자치단체장을 보호의무자로 간주하는 것을 포함하여 정신보건법의 보호의무자규정 전체를 정신질환자의 인권이란 측면에서 재검토하여야 할 필요성이 있다.

또 하나 강제입원의 절차와 관련하여 지적하지 않을 수 없는 것은, 인신에 대한 행정상의 조치만으로 사회에 대한 일반예방의 목적을 달성하려고 하는 것은 원칙적으로 허용되지 않는다는 점이다. 현행 정신보건법은 강제입원을 결정하는 단계에서 퇴원심사에 이르기까지 독립된 심판기관의 개입을 상당부분 배제하고 있다. 강제입원결정 단계에서는 보호의무자와 정신과전문의의 판단만으로 가능하도록 하고 있으며, 퇴원 및 계속입원 여부에 대한 심사의 경우에만 그나마 정신보건심의위원회(그 안의 조직인 정신보건심판위원회)가 개입하고 있다.

사회적으로 위험한 행위를 할 우려가 있는 자들을 사회로부터 격리하여 그 위험성을 교정하는 것을 목적으로 하는 범죄예방처분을 행정기관만의 행정처분으로 할 수 있도록 하는 것은 원칙적으로 허용되지 아니한다. 백보를 양보하여 그것이 가능한 예외적인 경우를 고려할지라도 보안처분대상자가 될 수 있는 자는 현재 범죄를 저지를 가능성이 매우 큰 정신질환자이다. 범죄가능성을 요건으로 하지 않은 채 단순 정신질환자를 일반예방의 대상으로 삼는 것은 허용되지 아니한다.

보호의무자에 의한 입원은 환자 자신의 치료를 목적으로 한다고는 하지만(시·도지사에 의한 입원과 응급입원의 경우에는 ‘타인을 해할 위험’이라고 하여 일반예방의 뜻도 드러내고 있다) 실제 ‘구금을 통한 격리’라는 의미도 내포되어 있으므로 인신의 구속을 위한 법치주의적 적법절차원리가 준수되어야만 한다. 따라서 환자의 진지한 의사에 기초하지 않는 경우, 치료와 입원을 구분하는 것에서부터 시작하여 그 요건을 강화하고 기간을 제한하는 등 남용에 대해 법치주의의 관점에서 적정화하는 방안이 신속히 강구되어야 한다.

## 5. 2008년 6월 시행되는 인신보호법

### 가. 인신보호법 제정의 필요성

지난 2005년 1월 발의되었던 인신보호법이 지난해 11월 23일 국회 본회의를 통과했다. 인신보호법은 대통령의 공포(2007. 12. 21.) 후 6월이 경과한 날부터 시행된다. 형사피의자에 대해서만 구속적부심이 인정되어 위법한 행정처분 또는 사인에 의한 시설에의 수용으로 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있는 경우는 인권의 사각지대로 남아있었는데 이번 인신보호법의 통과로 인해 그러한 경우에도 법원에 구제청구를 할 수 있는 길이 열리게 되었다.

헌법 제12조 제6항에는 ‘누구든지 체포 또는 구속을 당한 경우에는 적부의 심사를 법원에 청구할 권리가 있다’고 규정되어 있다. 이처럼 ‘누구든지’ 체포 또는 구속을 당한 경우에 적부심사를 법원에 청구할 수 있다는 헌법의 명문규정을 학자들의 해석으로, 입법의 불비로 ‘수사기관에 의하여 체포·구속된 자’로 한정하여 적용하여 왔으나, 이는 명백히 인신의 자유를 포괄적으로 보장하려는 헌법위반에 해당되는 것이다.

인신의 자유는 헌법이 보장하는 가장 기본적인 인권이다. ‘자신의 의사에 반하여 갇히는 것’은 엄격한 법의 절차에 따라 이루어져야 하고, 그러한 강제구금에 대해서는 반드시 그 적법성과 정당성 여부를 심사하여야 한다. 그러나 지금까지 범죄인에게도 철저히 보장하여야 하는 인신의 자유를 ‘보호’와 ‘치료’라는 미명 아래 아무런 통제 장치 없이 ‘구금’이 행해졌던 것이다. 위법한 행정처분 또는 사인에 의한 시설에의 수용으로 인하여 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있는 개인에게 강제구금에 대한 구제절차를 마련한 것은 인신의 자유를 최대한 보장하려고 하는 헌법적 요청이다.

### 나. 인신보호법의 주요내용

#### 1) 목적(제1조)

이 법은 위법한 행정처분 또는 사인에 의한 시설에의 수용으로 인하여 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있는 개인의 구제절차를 마련함으로써 헌법이 보장하고 있는 국민의

기본권을 보호하는 것을 목적으로 한다.

## 2) 피수용자와 수용자(제2조)

- ① “피수용자”란 자유로운 의사에 반하여 국가, 지방자치단체, 공법인 또는 개인, 민간 단체 등이 운영하는 의료시설·복지시설·수용시설·보호시설(이하 “수용시설”이라 한다)에 수용·보호 또는 감금되어 있는 자를 말한다. 다만, 형사절차에 따라 체포·구속된 자, 수형자 및 출입국관리법에 따라 보호된 자는 제외한다.
- ② 이 법에서 “수용자”라 함은 수용시설의 장 또는 운영자를 말한다.

## 3) 구제청구(제3조)

피수용자에 대한 수용이 위법하게 개시되거나 적법하게 수용된 후 그 사유가 소멸되었음에도 불구하고 계속 수용되어 있는 때에는 피수용자, 그 법정대리인·후견인·배우자·직계혈족·형제자매·동거인·고용주(이하 “구제청구자”라 한다)는 이 법이 정하는 바에 따라 법원에 그 구제를 청구할 수 있다. 다만, 다른 법률에 구제절차가 있는 경우에는 상당한 기간 내에 그 법률에 따른 구제를 받을 수 없음이 명백하여야 한다.

## 4) 청구의 방식(제5조)

구제청구는 다음 각 호에 열거한 사항을 기재한 서면으로 하여야 한다.

1. 구제청구자의 주소 및 성명
2. 수용자의 성명, 주소, 그 밖에 수용자를 특정할 수 있는 사항
3. 피수용자의 성명
4. 청구의 요지
5. 수용이 위법한 사유
6. 수용 장소

## 5) 청구사건의 심리(제8조)

법원은 구제청구에 대하여 이를 각하하는 경우를 제외하고 지체 없이 수용의 적법 여부 및 수용을 계속할 필요성 등에 대하여 심리를 개시하여야 한다.

법원은 필요하다고 인정하는 때에는 정신과의사·심리학자·사회복지학자, 그 밖의 관련 전문가 등에게 피수용자의 정신·심리상태에 대한 진단소견 및 피수용자의 수용 상태에 대한 의견을 조회할 수 있다.

## 6) 수용의 임시해제(제9조)

법원은 수용을 계속하는 경우 발생할 것으로 예상되는 신체의 위해 등을 예방하기 위하여 긴급한 필요가 있다고 인정하는 때에는 직권 또는 구제청구자의 신청에 따라 피수용자의 수용을 임시로 해제할 것을 결정할 수 있다. 법원은 결정을 하기 전에 피수용자로부터 언제든지 법원의 소환에 응하겠다는 서약을 받아야 하고, 필요한 경우 피수용자에 대하여 수용의 임시해제에 따른 조건을 붙일 수 있다.

## 7) 심문기일(제10조)

법원은 구제청구를 각하한 경우를 제외하고 심문기일을 지정하여 구제청구자와 수용자를 소환하여야 한다. 법원은 필요하다고 인정한 때에는 피수용자 등 관계인을 심문기일에 출석하게 할 수 있다.

수용자는 심문기일 전까지 피수용자 수용에 관한 사항을 기재한 답변서를 제출하여야 하고, 법원의 소환이 있는 경우 피수용자를 심문기일에 출석시켜야 한다. 수용자가 답변서를 거짓으로 작성하거나 제출을 거부한 때에는 1년 이하의 징역, 3년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다(제18조). 수용자가 정당한 사유 없이 심문기일에 출석하지 아니한 때에 법원은 결정으로 500만원 이하의 과태료를 부과할 수 있다. 법원은 수용자가 제1항에 따른 과태료 재판을 받고도 정당한 사유 없이 다시 출석하지 아니하는 때에는 결정으로 수용자를 7일 이내의 감치에 처한다(제19조).

구제청구자 등이 빈곤이나 그 밖의 사유로 변호인을 선임할 수 없는 경우 구제 청구자

등의 명시적 의사에 반하지 아니하는 이상 법원은 직권으로 변호인을 선정하여야 한다(제12조).

#### 8) 피수용자의 신병보호(제11조)

법원은 피수용자의 신병을 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 결정으로 피수용자를 현재의 수용시설에서 적당하다고 인정되는 동종 또는 유사한 다른 수용시설로 이송할 것을 수용자에게 명할 수 있다.

#### 9) 결정 등

법원은 구제청구사건을 심리한 결과 그 청구가 이유가 있다고 인정되는 때에는 결정으로 피수용자의 수용을 즉시 해제할 것을 명하여야 한다(제13조). 법원은 구제청구사건의 재판에 사용된 비용의 전부 또는 일부를 구제청구자 또는 수용자에게 부담시킬 수 있다(제14조). 구제청구자와 수용자는 제13조의 결정에 대하여 불복하면 3일 이내에 즉시 항고할 수 있다(제15조).

### 다. 인신보호법의 문제점

#### 1) 법의 실효성 문제

피수용자가 수용시설에 위법·부당하게 구금되어 외부와의 소통권이 철저히 차단되어 있는 상황에서 피수용자가 직접 구체청구를 한다는 것을 사실상 불가능하고, 많은 경우에 피수용자들이 가족들에 의해 수용시설에 보내지고 있음을 고려하면 법정대리인 등이 구체청구를 하기를 기대하는 것도 무리다. 따라서 구제청구권자에 국가인권위원회와 피수용자의 부당한 수용사실을 알게 된 자로 확대시켜야 하고, 피수용자 본인의 구제청구권을 담보하기 위해 수용시에 수용이유와 법원에 구제청구할 수 있는 권리 및 그 절차에 관해 사전고지를 의무화시키는 등의 보완이 필요하다.

## 2) 법원의 조사 필요성

피수용자는 불법감금에 관해 입증할 능력이 미약할 수밖에 없는 점을 고려하여 법원에서 보호사건의 처리에 있어서와 같이 필요한 사항에 관하여 직접 조사하거나 검찰에 조사를 의뢰할 수 있도록 하여야 하고, 법원이 수용해제결정을 하였음에도 수용자가 이를 거부할 경우, 수용해제된 사람에 대해 같은 사유로 재구금하는 경우, 법원의 조사를 방해하는 경우에 이를 강제할 수 있는 조치가 필요하다.

## 3) 비용부담의 부당성

구제청구사건의 재판에 소요된 비용의 전부 또는 일부를 구제청구자 또는 구금자에게 부담시키는 것은 피수용자의 구제청구권을 사실상 박탈하는 것이므로 구제청구를 남용하는 경우에 한하여 재판비용을 부담시키는 것이 맞다.

### 마. 장애인생활시설에 수용된 정신장애인의 경우

정신의료시설에 수용되는 정신질환자, 부랑인시설에 수용되는 부랑인의 경우에 명백히 강제수용에 해당하여 구제청구에 의문이 없다. 그러나 장애인생활시설 기타 미신고시설에 수용된 정신장애인의 경우에 구제청구가 가능할지 문제이다.

법 제3조에는 ‘피수용자에 대한 수용이 위법하게 개시되거나 적법하게 수용된 후 그 사유가 소멸되었음에도 불구하고 계속 수용되어 있는 때’에 구제청구가 가능하도록 하고 있다. 따라서 장애인 시설에의 수용의 경우에 거의 대부분이 ‘수용이 적법하게 개시된 경우’에 해당될 수 있다고 보여진다. 반면에 법 제2조에는 ‘자유로운 의사에 반하여’ 수용시설에 수용·보호 또는 감금되어 있는 자를 ‘피수용자’로 정의하고 있으므로 시설 수용을 원하지 않는 정신장애인들이 구제청구할 수 있다고 해석될 수 있다.



# 인권측면에서 본 한국의 정신보건정책변화

신영전

(한양대학교 의대 교수)



## 1. 논의배경

세계인권선언은 “모든 인간은 태어날 때부터 자유롭고, 존엄성과 권리에 있어서 평등하다(제1조)”고 밝히고 있으며, 또한 “모든 인간은 생명권과 신체의 자유와 안전을 누릴 권리가 있다(제3조)”고 선언하고 있다(UN, 1948). 이러한 세계인권선언의 조항들은 인권의 정의, 본질을 잘 보여준다.

이상과 같은 인권은 당연히 정신 장애인에게도 동일하게 적용된다. 이에 더하여 정신 장애인의 특성을 고려한 인권의 내용들을 보다 구체적으로 천명할 필요가 있다.

정신 장애인과 관련한 인권은 크게 자연권과 사회권으로 분리하기도 하지만, 고스틴(Gostin)은 이를 자유권, 존엄권, 평등권, 법적권리로 보다 상세히 분류하고 있다(Gostin, 2004). 첫째, **자유권(liberty)**은 강제입원/구금/치료로부터 보호받을 권리를 말하고, 둘째, **존엄권(dignity)**은 수용조건 하에서의 인간의 존엄성을 유지할 수 있는 생활환경의 보장을 의미한다. 구체적으로 불결한 환경, 장기입원, 적절한 치료나 돌봄의 부재, 심각한 학대, 구속, 결박, 기초적 영양이나 의복의 제공미비와 같은 비인권적 환경으로부터 벗어날 수 있는 권리를 말한다. 셋째 **평등권(equality)**은 일반인들의 시민권과 동일한 시민권을 가지는 것을 말하며 여기에는 자유로운 편지왕래, 신상정보비밀, 결혼, 부모-가족 관계, 성(性)적 권리의 보장을 포함한다. 마지막으로, **법적권리(entitlement)**는 기본적인 보건복지서비스를 제공받을 권리를 말한다.

### 정신 장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(MI)

현재까지 정신 장애인의 인권에 관한 규정은 1991년 12월 유엔총회에서 결의된 <정신 장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙의 적용을 위한 지침(Principles for the

Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 이하 MI원칙>에 기초하고 있다. 이 책은 바로 이 MI원칙의 실제 적용을 위해 세계보건기구가 만든 지침서이다. 이후 오랜 시간이 지났음에도 불구하고 이 MI원칙은 여전히 전 세계에서 정신 장애인 인권의 기본적인 원칙과 지침으로 사용하고 있다(표 1).

<표 1> 정신 장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙의 적용을 위한 지침 (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, 이하 MI원칙)

원칙 1 - 근본적 자유와 기본권(fundamental freedoms and basic rights)
원칙 2 - 미성년자의 보호(protection of minors)
원칙 3 - 지역사회 내에서의 삶(life in the community)
원칙 4 - 정신장애의 판단(determination of mental illness)
원칙 5 - 의학 검사(medical examination)
원칙 6 - 비밀보장(confidentiality)
원칙 7 - 지역사회와 문화의 역할(role of community and culture)
원칙 8 - 의료 기준(standard of care)
원칙 9 - 치료(treatment)
원칙 10 - 약물 치료(medication)
원칙 11 - 치료의 동의(consent to treatment)
원칙 12 - 권리의 고지(notice of rights)
원칙 13 - 정신보건 시설에서의 권리와 조건(rights and conditions in mental health facilities)
원칙 14 - 정신보건시설의 자원(resources for mental health facilities)
원칙 15 - 입원 원칙(admission principles)
원칙 16 - 비자발적 입원(involuntary admission)
원칙 17 - 심사 기관(review body)
원칙 18 - 절차 상 보호조치(procedural safeguards)
원칙 19 - 정보 열람(access to information)
원칙 20 - 범죄 피의자(criminal offenders)
원칙 21 - 이의 제기(complaints)
원칙 22 - 감시와 구제(monitoring and remedies)
원칙 23 - 실행(implementation)
원칙 24 - 정신보건시설 관련 이 원칙의 적용 범위(scope of principles relating to mental health facilities)
원칙 25 - 기존 권리의 구제(saving of existing rights)

정신 장애인의 인권은 몇 가지 이유에서 특별한 의미를 가진다. 첫째, 정신 장애인은 다른 집단에 비해 인권을 침해받을 가능성이 매우 높은 이들이라는 점이다. 둘째, 정신 장애인에게 있어 인권은 비인권적 차별, 낙인, 배제 등으로부터 이들을 지켜주는 거의 유일한 수단이라는 점이다. 더 나아가 정신질환자의 삶의 질을 보장하는 체계를 만들어 내기 위한 새로운 시도들에서 인권은 핵심적인 (또는 거의 유일한) 동력을 제공한다. 마지막으로 정신 장애인의 인권은 그 달성의 어려움과 관련하여 한 사회 인권 수준이 진정 얼마만큼 성숙하였는지를 가늠할 수 있는 인권의 ‘바로미터’ 역할을 수행한다.

정신 장애인 대한 비인권의 핵심적인 내용은 ‘배제와 차별’이다. 이것은 오랜 역사를 가졌으며, 시간과 공간에 따라 다양한 형태로 나타났다. 중세 18세기 이전에 정신질환 개념이나 그 치료의 역사의 근간을 이루었던 것은 바로 악령론(demonology)이었는데, 이른바 ‘악령이 깃든 자’로 정신 장애인을 인식하는 것이다. 그리하여 15세기와 17세기 초까지 전 유럽을 휩쓸었던 마녀사냥 시기에는 악령을 쫓아내기 위해 각종 고문이 가해져 정신 장애인에 대한 공격이 극에 달했다. 18세기에 이르러 Phillip Pinel에 의해 최초 인류애적인 접근을 시작하였으나, 19세기 자본주의 발달로 인해 정신 장애인이 생산성 없고, 나태하며, 가족들의 생산 활동마저 가로막는 존재로서 취급됨에 따라 대규모의 수용이 시작되기에 이르렀다(신영전 2002). 이러한 정신 장애인에 대한 배제와 차별의 역사는 불행히도 아직 끝나지 않고 있으며 한국 사회도 예외가 아니다.

한국에서 정신 장애인에 대한 국가적 정책을 본격적으로 내놓은 것은 1995년 12월 정신보건법이 제정되면서부터이다. 이후 정신보건과 관련한 다양한 제도, 서비스제공체계, 각종 인력의 양산 등이 이루어지고 있다. 그럼에도 불구하고 정신 장애인의 비인권과 관련한 사건들이 지속적으로 문제가 되고 있으며, 민주화 이후 한국 사회 내 인권의식과 인권 관련 제도의 빠른 성장에 비해 정신장애인의 인권신장은 매우 더딘 변화를 보이고 있다.

## 2. 한국정신보건 정책의 변화경과

한국정신보건정책은 크게 관련 정책의 제도화 수준과 성격에 따라 세 시기로 나누어 설

명할 수 있다.

## 2.1 정신보건법제정 이전 (-1994년)

정신보건법에 관한 논의는 1968년 대한신경정신의학회의 정신위생법 제정촉구로 시작되었으나 예산부족 등을 이유로 제정되지 않았다. 1983년 당시 시사 르포 프로그램인 <추적 60분>에서 기도원 내 비인권적 수용실태가 보도되어 전 국민의 공분을 야기하였다. 이후 정부는 정신 장애인의 서비스 질을 높인다는 목적으로 일부 비인가 시설을 폐쇄하거나 인가시설 또는 정신병원으로 전환하였고, 아울러 정신보건법의 제정을 추진하였다. 그러나 정부가 만든 정신보건법은 정신 장애인의 치료와 보호보다는 격리를 위주로 하고 정치적으로 악용될 가능성에 대한 우려로 사회적 저항에 직면하였다. 이 법안은 2년간 국회에 계류되다가 1986년 12대 국회의회가 만료로 자동 폐기되었다(김이영 1994). 이후 정부는 1992년 9월 입법예고를 거쳐 11월 다시 정신보건법을 상정하였다. 그러나 이 역시 정신 장애인의 인권침해 가능성에 대한 시민사회의 논란 속에서 제정이 늦어졌다. 1995년 12월 14일 제177회 국회 보건복지위원회에서는 강수림, 양문희, 강창성 의원 외 17인이 발의한 정신보건법안과 정부의 정신보건법안, 그리고 두 법안을 종합 보완한 정신보건법안 대안의 심의가 이루어졌다. 1995년 12월 18일 제177회 국회본회의에서 정신보건법안(대안)이 가결되었고 정신보건법은 1995년 12월 30일 공포되었다. 이후 1996년 12월 31일 정신보건법 시행령이, 1997년 2월 24일 정신보건법 시행규칙이 공포되었다(김주현 2003).

정신보건법의 제정 이전 한국 사회는 1983년 <추적60분>의 고발에서 나타난 바와 같이 정신 장애인들은 지극히 열악한 조건 하에서 치료받거나 방치되어 있었으며, 그 와중에 1992년 20대 청년이 고의로 여의도 광장으로 차를 몰아 22명이 죽거나 다치는 사건이 발생하여 그가 정신병력이 있었다는 것이 사회문제로 부각되었으며, 1993년 1월 목포발 서울행 항공기의 폭파위협 소동, 1993년 4월 논산의 한 신경정신과의원의 대형 화재로 인한 참사 등이 이어졌다. 이러한 사회문제에 대해 정부는 정신 장애인들의 인권을 보호하기 보다는 이들을 사회로부터 강제적으로 격리하는 데 일차적인 관심을 두었다(김주현 2003).

## 2.2. 국가정신보건체계 수립기 (1995-2000)

정신보건법의 제정은 국가차원에서 정신보건체계를 구축하는 계기로 작용하였다. 1997년에는 보건복지부내 정신 장애인 관련 업무를 전담하는 정신보건과가 설치되었다. 정신보건과는 정신 장애인과 관련한 다양한 업무들을 진행하기 시작하였는데, 그 중 대표적인 사업 중의 하나가 지역사회 정신보건 시범사업이었다. 1998년 보건복지부는 성동구 외 3개 지역에서 지역사회 정신보건 시범사업을 시작한다. 물론 지역사회 정신보건사업은 1998년 보건복지부에 의해 처음 시행된 것이 아니었다. 멀게는 1975년 광주 성요한병원의 사업에서 시작하여 태화 샘솟는 집 개관(1986), 연세대 강화도 정신보건사업(1988), 서울시 강남정신보건센터 개소(1995)의 사업이 있었다. 특별히 1996년 양평군(협력기관 한양의대), 수원시 권선구(협력기관 용인정신병원)를 시작으로 경기도 전 지역으로 확산(1998)한 경기도의 지역사회 정신보건사업은 보건복지부가 지역사회정신보건사업을 전국적으로 확대하는데 결정적인 기여를 하였다.

이 시기 정신보건 가족협회가 결성(1995)된 것도 정신보건 역사에서 의미 있는 사건이었다.

정신보건법의 제정이 국가 정신보건체계의 기본적인 골격을 갖추는데 상당히 기여를 한 것은 사실이나 인권적 측면에서 여전히 부족한 내용을 가지고 있었다. 이덕우는 특히 기존의 정신보건법은 정신 장애인에 대한 장기 입원치료 및 정신의료기관, 요양시설 등 시설의 운용에 중점을 두고 있으며, 불필요한 장기입원이라는 폐해를 양산하고 이로 인해 정신 장애인의 격리, 사회적 배제와 차별이라는 근본적인 문제를 해결하지 못하고 있으며, 입법의도와 상관없이 정신 장애인으로부터 사회(비장애인)를 보호한다는 사회방위 처분적 결과를 낳고 있다고 비판하였다. 이에 더하여, 의료법상 의료인 등 직업선택의 제한, 도로교통법상 원동기 면허 등 면허취득의 제한, 국립현대미술관 이용 등 공공서비스 이용제한 등 헌법 및 정신보건법상의 평등권 보장 조항과 배치되는 법규들이 산재해 있다고 하였다(이덕우 2005).

## 2.3 인권기반 정신보건체계의 구축모색기 (2001- )

2001년 11월 국가인권위원회의 출범은 우리나라 인권사의 의미 있는 사건이었다. 또한 정신 장애인 인권향상을 위한 새로운 움직임이 만들어지는 계기를 마련하였다.

2004년 국가인권위원회는 정신 장애인 인권 조사 연구용역을 진행하고 그 결과보고를 중심으로 같은 해 11월 정신과 시설 인권현황 공청회를 개최하였다. 또한 정신보건시설에 대한 현지 조사를 시행하여 2005년 9월 28일에는 정신 장애인에 대한 인권침해 책임을 가진 정신 병원장을 고발하고 정신 장애인 인권개선을 위한 정신보건법 개정 권고를 하기에 이른다.

한편 국가인권위원회는 일부 전문과 협력하여 정신 장애인의 인권개선을 위한 정신보건법 개정안 개발 작업을 시행하였고 이 작업을 계기로 2008년 3월 21일 정신장애인의 인권침해예방에 중점을 둔 2005년도 및 2007년도에 각각 제출된 정부안과 5개 의원 발의안을 통합하여 보건복지위원회에서 대안으로 통과되어 공포되기에 이른다.

구체적으로 정신 장애인의 ‘보호의무자에 의한 입원’시 보호의무자 2인(현행 1인)의 동의를 받도록 하고, 작업요법이나 격리·강박 등 신체적 제한을 가할 경우 일정한 절차에 따라 행하도록 하는 등 정신 장애인의 인권침해소지를 최소화하기 위한 2008년 개정 정신보건법이 국회를 통과하여 3월21일 공포되었다. 개정된 정신보건법의 주요내용은 정신보건 시설의 설치·운영자 및 종사자에 대하여 인권에 관한 교육을 받도록 하고, 자의입원 환자의 퇴원신청을 거부하거나, 시·군·구청장의 퇴원명령을 거부하는 등 이 법의 위반으로 형사 처벌을 받은 자는 5년간 시설을 개설할 수 없도록 했다. 보건복지가족부장관은 3년마다 정신보건시설에 대한 평가를 하도록 하였고, 시설의 장은 자의입원 환자에 대하여 1년에 1회 이상 본인의 퇴원의사를 확인하도록 하였으며, 보호의무자에 의한 입원 시 보호의무자 1인의 동의를 받도록 하던 것을 2인의 동의를 받도록 강화하여, 1인의 동의에 의한 불법입원 소지를 예방할 수 있도록 하였다. 또한 시설의 장은 신원이 파악되지 않은 무연고 정신 장애인에 대하여 시·군·구청장에 신상정보 조회를 의무화하고, 지방정신보건심의위원회를 광역과 기초로 각각 구분하여 설치함으로써 계속입원 여부의 심사 등 심판위원회 기능의 실효성을 확보할 수 있도록 하였다. 이 밖에 입원중인 정신 장애인에 대하여 부당한 노동의 강요나 가혹행위를 할 수 없도록 하고, 신체적 제한 요건과 작업요법 등에 대한 근거를 명시하여 인권침해소지를 예방하도록 하였다. 보건복지가족부는 금년 중 전문가 및 국민의 의견을 수렴하여 이법의 시행에 필요한 시행령·시행규칙 등 하위규정을 마련한 후 법률 공포 후 1년이 경과한 2009년 3월부터 시행 될 예정이라고 밝히고 있다(보건복지부 2008).

이 밖에도 국가인권위원회 내 정신 장애인 전문위원회가 설치되고(2006), 정신 장애인의 인권을 위한 국제심포지엄도 개최되었다(2006). 더욱이 2008년 4월11일 장애인차별금

지법이 시행되면서 정신 장애인의 인권향상을 위한 중요한 토대가 마련되었다고 볼 수 있다. 또한 국가인권위가 2009년 6월 발간을 목표로 하고 있는 국가인권위원장의 <정신 장애인 국가인권보고서>가 발간될 경우, 정신 장애인의 인권향상을 위한 새로운 계기를 마련할 수 있을 것으로 전망된다.

<표 2> 정신보건관련 역사

시기구분	연도	주요내용
정신보건법 제정 이전	-	-
	1983	‘추적60분’에서 정신장애인 수용시설 비인권 실태 보도
	1984	정부 정신질환 종합대책수립 대한신경정신학회 정신보건법제정추진
국가정신보건 체계 수립기	1995. 4.1-4	정신건강의 날 행사
	1995.12	정신보건법제정(12월)
	1996	경기도 지역사회 정신보건 시범사업 시작 - 양평군(협력기관 한양의대), 수원시 권선구(협력기관 용인 정신병원)
	1997	보건복지부내 정신보건과 설치 중앙 및 지방 정신보건심의위원회 구성
	1998	경기도 전 지역으로 지역사회 정신보건사업 확대 보건복지부 지역사회정신보건 시범사업 시작
인권기반 정신보건체계 구축모색기	2001.11.25	국가인권위원회 출범
	2004	정신 장애인 인권 조사 및 공청회(2004.11.30) - 정신과 관련시설 인권상황실태조사 연구용역 시행(국가인 권위원회)
	2005.9.28	정신병원장 고발 및 정신 장애인 인권개선을 위한 정신보건 법개정권고(국가인권위원회)
	2006.12.5	국가인권위원회 내 정신 장애인 인권전문위원회설치
	2006.12.7	국가인권위 주최 정신 장애인 인권을 위한 국제심포지엄
	2008.3.21	정신보건법개정
	2008.4.11	장애인차별금지법 시행
	2009.6	정신 장애인 국가인권보고서 발간계획

### 3. 정신보건관련 주요 지표변화

이러한 역사를 거치면서 한국의 정신보건체계는 구체적인 모습을 갖추게 되었다. 한국의 정신보건관련 주요 지표들을 살펴보면 다음과 같다.

#### 가. 환자규모

2006년 18~64세를 대상으로 한 정신질환실태 역학조사에 의하면, 25개 정신질환의 평생 유병률은 30.0%였고, 남녀별로는 남자 38.2%, 여자 21.7%로 남자가 여자보다 약 1.8배 더 높았다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 정신질환의 평생 유병률은 12.3%였고, 남녀별로는 남자 8.2%, 여자 16.5%로 여자가 남자보다 2배 높았다(보건복지부 2008).

주요 정신질환별 평생 유병률은 알코올 사용장애가 16.2%, 니코틴 사용장애가 9.0%, 정신병적 장애가 0.5%, 기분장애가 6.2%(주요 우울장애 5.6%), 불안장애가 6.4%, 신체형 장애가 1.2%이다. 25개 정신질환의 일년 유병률은 17.1%(남자 20.7%, 여자 13.5%)이다. 알코올과 니코틴 사용장애를 둘 다 제외한 일년 유병률은 8.3%(남자 5.5%, 여자 11.2%)이었다. 전국 인구로 추산하면, 지난 일 년 동안 니코틴 및 알코올 사용장애를 제외한 정신장애를 한번이라도 경험한 적이 있는 인구가 2,640,930명으로 추정된다(보건복지부 2008).

주요 정신질환 별 일년 유병률을 보면, 알코올 사용장애가 5.6%, 니코틴 사용장애가 6.0%, 정신병적 장애가 0.3%, 기분장애가 3.0%(주요우울장애 2.5%), 불안장애 5.0%, 신체형 장애가 1.0%이었다(보건복지부 2008).



<표 3> 정신질환의 1년 유병률 및 추정 환자수

(단위: %, 명)

구분	남자		여자		전체	
	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수
알코올 사용장애	8.7	1,392,826	2.5	402,571	5.6	1,795,397
정신병적 장애	0.4	68,938	0.2	31,645	0.3	100,583
기분장애	2.1	340,596	3.9	611,584	3.0	952,180
불안장애	3.2	511,808	6.9	1,085,321	5.0	1,597,129
모든 정신장애*	20.7	3,320,941	13.5	2,137,453	17.1	5,458,394
모든 정신장애* 니코틴 사용장애 제외	13.0	2,085,508	12.9	2,035,576	12.9	4,121,084
모든 정신장애* 니코틴/알코올 사용장애 제외	5.5	877,731	11.2	1,763,199	8.3	2,640,930

\* 지난 일 년 사이에 한번이라도 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자

\* 자료원: 보건복지가족부, 2008. 보건복지부, 정신건강10개년 계획, 2008을 재인용

## 나. 정신보건시설현황

2006년 현재 전체 정신보건센터는 135개로 늘어났으며, 사회복지시설도 147개가 운영 중이다. 급성 정신 장애인을 대상으로 의료서비스를 제공하는 정신의료기관은 1,097개이며 만성 정신 장애인에게 요양서비스를 제공하는 정신요양시설은 57개에 달하고 있다.

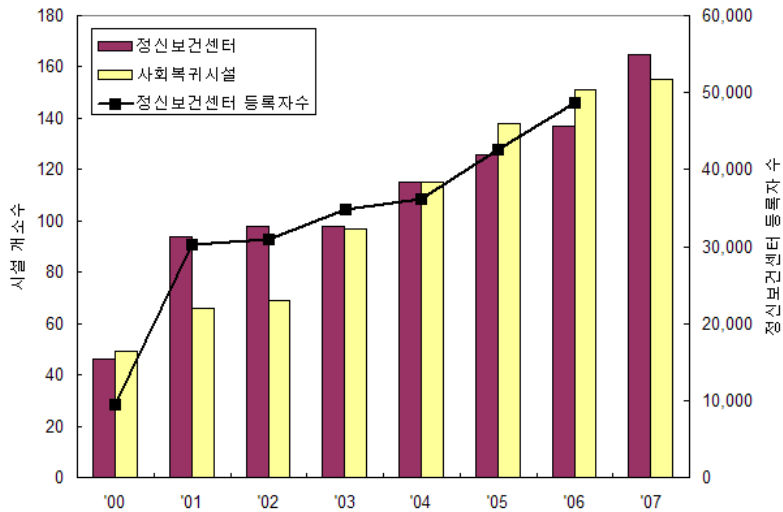
특히 2000년 이래 정신보건센터와 사회복지시설, 등록자 수가 지속적으로 증가하고 있다. 하지만 약 5만 명의 등록규모는 전체 정신 장애인 수(일년 유병률 기준 약 180만 명)에 비하여 여전히 매우 부족한 실정이다. 더욱이 등록자 수에는 파악만 되어 있고 치료적 도움을 주지 못하고 있는 사람들이 다수 포함되어 있다.

<표 4> 정신보건시설 현황

(2006. 6. 31 현재, 단위: 개소, 병상, 명)

구분	기관수	병상/정원/이용자수	주요기능
계	1,462	-	-
정신보건센터	135	36,142/연	정신 장애인, 가족 및 지역주민 대상 정신질환 예방, 정신 장애인 발견·상담·진료 의뢰·정신보건 시설간 연계체계구축 등 지역사회 정신보건사업 기획·조정 ※ 지자체 지원 30개소 포함
사회복지시설	147	914(입소) 3,591(이용)	정신의료기관 또는 정신요양시설 치료·요양 후 퇴원(소)한 정신 장애인 대상 사회복지훈련 실시
알코올상담센터	26	2,688(등록)	알코올중독 예방, 중독자 상담·재활서비스 제공
정신의료기관	1,097	64,609	급성 정신 장애인 대상 의료서비스 제공
정신요양시설	57	14,224	만성 정신 장애인 대상 요양서비스 제공

(출처) 보건복지부, 2006 보건복지백서



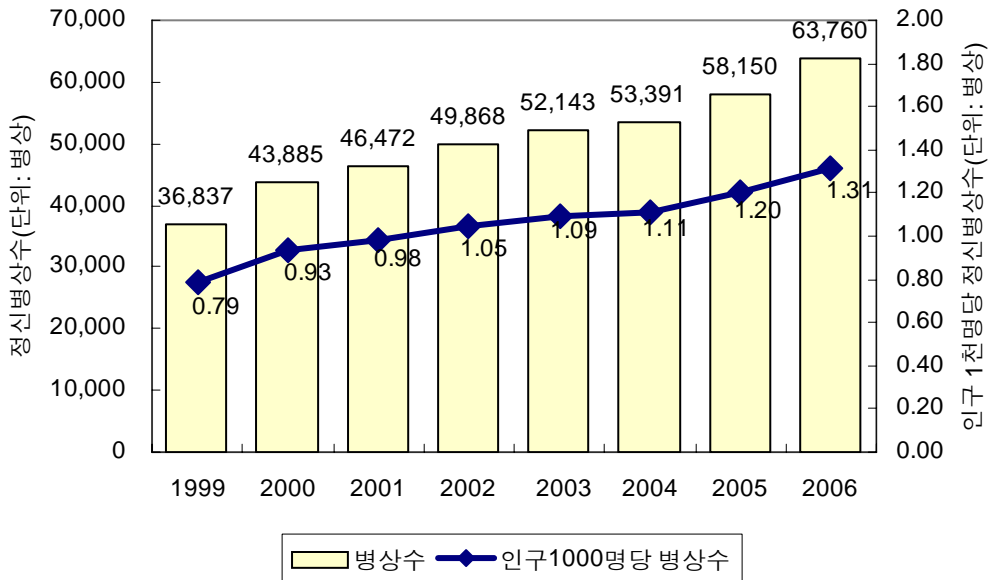
\* 정신보건센터에는 기본형 센터 포함

(출처) 보건복지부, 정신건강10개년 계획, 2008

<그림 1> 지역사회 정신보건시설 및 정신보건센터 등록환자수 증가 현황

## 다. 정신병상수

1980년대 중반 이후 2000년대에 이르기까지 우리나라의 정신병상은 지속적으로 증가하였다. 2006년 현재, 우리나라의 정신병상은 총 63,760 병상으로 인구 1천 명당 1.31 병상을 보유하고 있다.



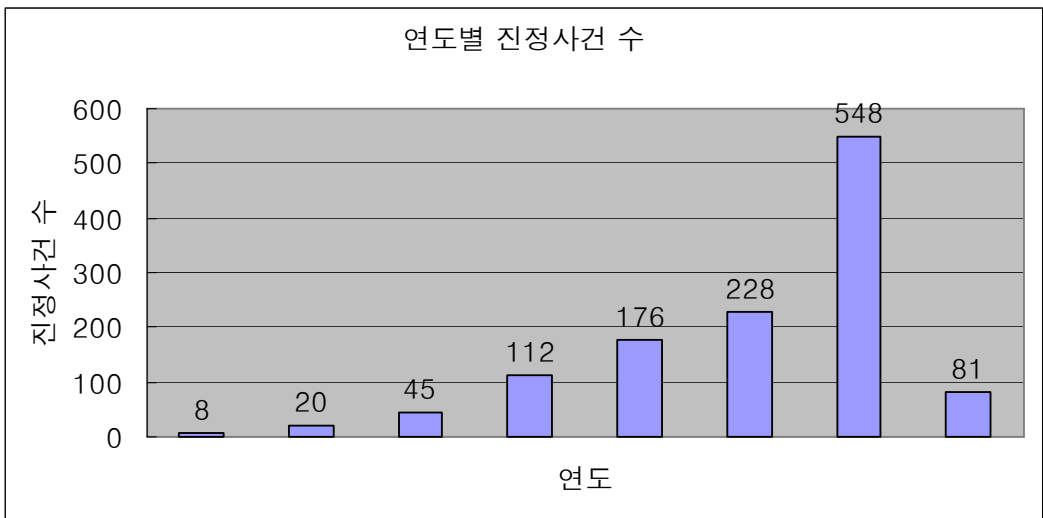
(출처) 보건복지부, 정신건강10개년 계획, 2008

<그림 2> 연도별 병상현황 및 인구 1천 명당 병상수

## 4. 우리나라 정신 장애인관련 주요 인권문제

2001년 11월 25일 국가인권위원회(이하 인권위) 설립 이후 2008년 2월 29일 까지 인권위에 접수된 침해 사건은 총 23,789건으로, 그 중에서 정신보건시설관련 인권침해 진정 사건 수는 1,218건에 달한다. 2001년 이후 정신장애인 관련 진정사건은 꾸준히 증가하고 있으며 특히 2007년 이후 폭발적으로 증가하였다. 이는 인권위 진정사건 조사결과의 언론 보도, 다수인 보호시설의 전면진정 확대, 인권위 인권상담센터의 다수인보호시설 진정함 실

태조사(2006년과 2007년), 보건복지부의 진정함 설치 지침 제정 등으로 인하여 진정사건 수가 급격히 증가한 것으로 보인다. 2008년 2월까지 국가인권위원회에 접수된 정신 장애인 관련 진정사건 1,218건을 진정내용별로 구분해 보면, 2,609건의 진정내용이 접수되었다. 즉, 진정사건 한 건당 약 2.1개의 진정내용이 포함되어 있다(국가인권위원회 2008).



(자료) 국가인권위원회, 정신장애인 관련 진정사건 접수 및 처리현황 보고, 2008

<그림 3> 연도별 정신장애인 관련 진정접수현황

이것을 다시 세부적으로 분류해보면, 입원과 관련된 내용이 572건, 퇴원 관련 내용이 411건, 치료 관련 내용이 414건, 가혹행위 관련 502건, 사생활 침해와 관련 339건, 시설환경과 관련된 진정 215건, 알 권리·종교·진정권 방해 등과 관련된 진정 내용이 101건, 그 외에 성폭력이나 129에 의한 인권침해와 관련된 진정이 55건으로 파악되었다. 입·퇴원과 관련하여 983건이 접수되어 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 중복을 감안하더라도 전체 진정의 약 3/4이 입원 또는 퇴원과 관련된 내용임을 알 수 있다. 보다 세부유형으로 분류하여 진정사건을 살펴보면, 가족(친족)에 의한 강제입원은 451, 친족이 아닌 자(지방자치단체장 등)에 의한 강제입원이 115, 퇴원불허 379, 계속입원심사청구 누락과 관련하여 32, 강제투약 92, 작업치료 124, 약물과다와 치료 미흡관련 198, 격리, 강박과 관련 261, 언어,

육체적 폭력 241, CCTV설치 관련 하여 51, 면회금지, 외출, 외박금지 83, 전화, 서신 제한 205, 시설환경, 위생, 인력부족 215, 알권리 침해 28, 종교의 자유 침해 14, 인권위 진정방해 59, 사설응급구조단에 의한 인권침해 33, 성폭력, 성희롱 관련 22건이었다(국가인권위원회 2008).

<표 5> 국가인권위원회 진정사례의 유형별 현황

(단위: 건)

대분류	상세분류	진정사건 건수
입원	가족(친족)에 의한 강제입원	457
	가족 이외 사람에 의한 강제입원	115
퇴원	퇴원불허	379
	계속입원심사청구 누락	32
치료	강제투약	92
	부당한 작업치료	124
가혹행위	약물과다, 치료 미흡	198
	부당한 격리강박	261
사생활보호	폭력(언어, 육체)	241
	CCTV설치	51
시설 등	면회금지, 외출, 외박 금지	83
	전화, 서신 제한, 검열	205
알권리, 종교, 진정방해	시설환경, 위생, 병원인력부족 등	215
	알 권리	28
기타	종교의 자유	14
	인권위 진정방해	59
합계	사설응급구조단에 의한 인권 침해	33
	성폭력, 성희롱	22
합계		2,609

(자료) 국가인권위원회, 정신장애인 관련 진정사건 접수 및 처리현황 보고, 2008

그러나 이러한 진정건수는 한국 정신보건분야의 인권침해 중 극히 일부에 불과하다. 기본적으로 현재 한국 정신보건 영역의 주요 인권문제는 다음과 같다.

### 가. 높은 강제(비자의) 입원을

현재 우리나라 입원의 약 7.7-9.5%(2004-2006)를 제외한 대부분 즉 90.6%(2007)가 강제 입원이고(보건복지부 2007) 그 중 가족에 의한 입원이 76.8%(2004)에 달한다. 이러한 우리나라 자의입원률은 일본의 자의입원률 68.6%(1999)에 매우 낮은 수치이다.

### 나. 장기간의 인신구금과 자의 퇴원의 어려움

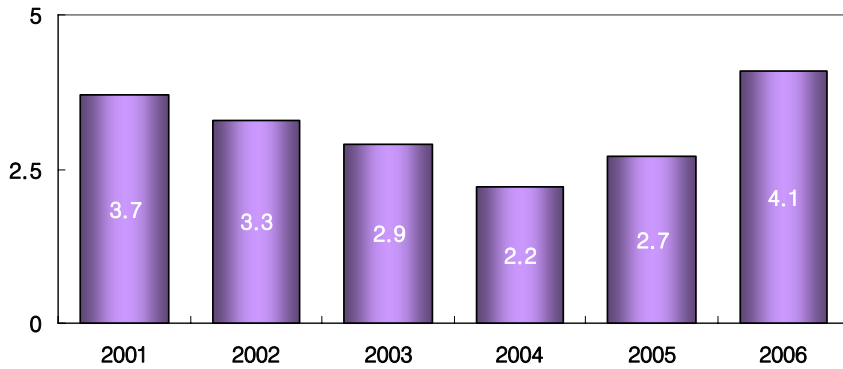
3년 이상의 장기입원환자가 71.8%(3-5년 14%, 5-10년 20.7%, 10년 이상 37.1%)이나 되고, 정신보건심판위원회의 6개월 이상 계속 입원여부에 대한 심사 중 거의 98%가 계속 입원판정을 받고 있다.

1994년 이호영 등의 연구 결과에 따르면 우리나라 정식 입원/요양시설에 입원해 있는 환자의 46.1%에서 60%는 적어도 의학적으로는 부적절한 입원인 것으로 나타났다(이호영, 정영기 et al. 1994). 이는 이들 중 상당수가 퇴원이 가능한데도 여러 가지 이유로 퇴원을 시키지 않고 있는 이른바 ‘사회적 입원환자’임을 의미한다.

정기적으로 계속입원의 적절성여부를 점검하는 제도적 장치가 마련된 1995년 12월 정신보건법의 제정 이후의 상황도 크게 개선되지 않고 있다. 우선 극히 제한된 정보만을 가지고 몇 백 명의 환자에 대한 계속 입원여부를 수명의 전문가가 몇 시간 만에, 그것도 그 적절성이 충분히 확인되지 않은 기준을 가지고 판정해 내야 하는 현 상황에서 그 장치가 적절히 작동하고 있다고 보기 어렵다. 현재 장기재원을 막기 위한 시스템은 6개월 이상 입원의 경우, 시도 정신보건심의위원회의 정신보건심판위원회에 계속입원심사청구를 통해 퇴원명령 판정을 받는 제도를 운영하고 있다. 그러나 계속입원심사 청구를 통해 퇴원 명령을 받은 비율은 매우 낮아 2005년과 2006년 2.7%, 4.1%가 퇴원명령을 받았다(보건복지부 2008).

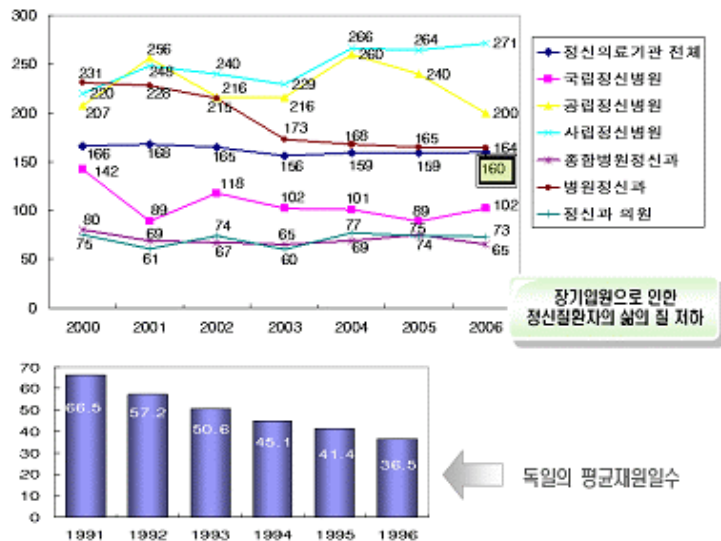
또한, 서동우 등에 따르면 1999년 전국 정신보건시설에서 정신장애인의 평균 재원기간이 1,368일로 미국 등의 53일보다 무려 26배 긴 것으로 나타났다(서동우 2002). 2006년 현재 정신의료기관의 평균(중간 값) 재원기간은 160일로 5개월이 넘고 있다. 정신요양시설의 경우는 평균 재원기간이 7년이 넘는 것으로 나타났으며 정신의료기관의 경우도 병원 유형별로 재원기간은 현저한 차이를 보이고 있다. 평균 재원기간이 가장 긴 것으로 나타난 유형은 민간병원인 사립정신병원으로 271일(약 9개월)에 달하며, 매년 재원기간이 증

가하는 추세이다(보건복지부 2008). 이상과 같은 수치들은 정신보건법 제정 전 1,528일과 큰 차이를 보이지 않고 있어 계속입원심사의 근본 취지인 환자의 탈원화 축진이 거의 이루어지지 않고 있음을 보여주고 있다(정인원, 신철진 et al. 2003).



자료: 국정감사 정책자료집. 김춘진 의원실, 2007.9., 보건복지부, 정신건강10개년 계획, 2008을 재인용

<그림 4> 연도별 퇴원 명령률 (단위: %)



출처: 보건복지부, 정신건강10개년 계획, 2008을 재인용

<그림 5> 입원(입소)환자의 평균 재원기간(중앙값)분포 (단위: 일)

## 다. 치료과정에서의 비인권

### 비합리적 격리, 강박, 폭행

정신장애의 치료과정에서 빈번히 발생하는 인권침해는 비합리적인 격리, 강박, 폭력이다. 특별히 격리와 강박에 대한 적용기준, 시간제한, 방식 등과 관련한 기준이 모호할 뿐만 아니라 이와 관련한 기록의 작성 보관 및 이에 대한 점검기전이 거의 없어 비합리적인 격리, 강박이 이루어질 개연성이 매우 높다. 또한 사별적 성격으로 이루어지는 경우도 있는 것으로 보인다. 폭력은 어떤 이유로도 정당화될 수 없음에도 불구하고 일부 시설에서 발생하고 있는 것으로 보고되고 있다.

### 불법노동의 강요

작업치료 또는 재활치료라는 명목 하에 입소자에 대해 식당, 매점, 세탁실, 정원관리, 병동 청소 등의 부적절한 과도한 노동을 장시간 강요하는 사례도 빈번히 발생하고 있다.

### 동의 없는 치료/입원

치료나 계속입원 등의 과정에서 사전고지 의무의 불이행이나 미흡한 경우가 빈번히 보고되고 있다.

## 라. 기타.

그 밖에도 부적합한 시설 인력기준, 통신, 면회, 서신왕래 등 자유를 부적절하게 제한하는 경우가 있으며, 개인의 프라이버시를 침해하는 행위들(목욕탕 내 카메라설치 등), 부당한 종교의 자유제한, 환자일당, 국고지원금에 대한 불법 전용, 지도감독의 미흡 등이 빈번히 발생하고 있다(국가인권위원회 2007). 또한, 취업, 보험가입, 입주, 등 일상적인 생활에서 다양한 형태의 ‘차별’을 경험하고 있다.



<표 25> 보도매체에 등장하는 국내 인권 침해 사례

분류	항목	내 용
자유권	강제 입원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1988, 1989년 ‘서울○○원’의 원생 수 채우기 위한 정상아 강제 수용 사례1)</li> <li>- 1991년 충북 ‘○○정신요양원’의 가족 의뢰에 의한 무장 직원의 정상인 강제 납치·수용 사례</li> <li>- 2003년 경찰관이 환자의 정신질환 상태를 자의적으로 판단, 정신의료기관에 직접 이송한 사례</li> <li>- 2004년 6월 부산 ○○병원에서 환자들의 입·퇴원 시 보호자 동의 구하지 않고 처리하고, 입원 후 3개월 이전에는 퇴원 할 수 없다는 내용의 각서 요구하며, 입원환자 3명 퇴원시키지 않고 서류상으로만 입·퇴원 처리한 사례</li> <li>- 2004년 ○○군 조건부 정신요양시설에서 의사 진단 절차 없이 환자 강제 수용한 사례</li> <li>- 2004년 국정감사 자료에 의하면 전국 1,090여개의 미신고 복지시설 중 24%에 해당하는 262개의 시설에 총 1,468명의 정신장애자가 불법적으로 수용</li> </ul>
	강제 구금 및 강제 치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1988년 인천 ‘○○○○원’의 구금 및 학대에 의한 원생 정○○ 자살 사건</li> <li>- 1990년 ‘서울○○원’의 감금방에서 난방도 안 된 채 한○○ 사망한 사례</li> <li>- 1991년 충북 ‘○○정신요양원’의 무자격자에 의한 치료제(클로로프로마진) 강제 복용 사건</li> <li>- 1997년 ‘○○○○원’의 수용자 48일 독방 감금, 32명 강제 억류 사례</li> <li>- 2003년 조건부 미인가 시설 ‘○○요양원’의 환자 침대에 묶어두어 ‘교육방’이라 불리는 장소에 감금, 환자들에게 전문의약품 클로로프로마진 강제 복용시킨 사례</li> <li>- 2004년 9월 취업을 미끼로 정신지체장애인 56명을 집단 감금, 금품 갈취한 사례</li> <li>- 2004년 ‘○○군 조건부 정신요양시설’의 강제 예배 참석 요구, 불응할 시 독방 감금하고, 불만 표시한 수용인에게 신경안정제 안티반 등 강제 복용시킨 사례</li> </ul>
	사건 동의	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1994년 부산 ‘○○○ 요양원’의 무연고 원생 15명의 시체를 동의 없이 해부 실습용으로 사용한 사례</li> <li>- 2005년 2월, 경찰이 미아찾기를 이유로 무연고정신장애인 등의 DNA를 환자에게 설명과 동의 없이 직원에게 일괄서명 받아 2004년 4월부터 총 5,500건의 DNA를 채취한 사례</li> </ul>
	경제적 자유	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1990년 ‘서울 ○○원’의 시설 아동들의 작업 대가 미지급 사례</li> <li>- 1991년 충북 ‘○○정신요양원’의 강제노역 대가 미지급 사례</li> <li>- 1998년 ○○원 산하 ‘○○마을 및 ○○원’의 수용인 강제노역 대가 미지급 사례</li> <li>- 2003년 조건부 미인가 시설 ‘○○요양원’의 부원장이 환자의 기초생활보장 지원금을 임의 관리한 사례</li> <li>- 2004년 ‘○○재단’ 중증정신장애요양시설의 수용인 임금착복 사례</li> <li>- 2005년 ‘○○재활원 및 ○○요양원’의 원장 개인농장에서의 강제 노역 및 대가 미지급, 수용인들의 입소 전 재산, 급여 갈취 사례</li> </ul>
존엄권		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1988년 인천 ‘○○○○원’의 수용인 구타 및 아동 강제 노동 사례, 주식, 부식 부족하여 원생들 영양상태 취약 사례</li> <li>- 1990년 ‘서울○○원’의 수용 아동 본드작업 및 벽돌잡업 등 유해작업 동원 사례</li> <li>- 1991년 충북 ‘○○○○요양원’ 원생 김○○씨 소장파열 및 복막염 등으로 사망, 그 외에 의문사한 원생 6명, 기타 구타 및 무보수 강제 노동, 부실한 급식으로 원생 영양실조 발생 사례</li> <li>- 1994년 부산 ‘○○○요양원’의 재할’ 명목 강제노역, 반항 시 폭행·투약, 운명비리 폭로 막으려 외출금지·면회제한, 가혹행위와 상습구타 등으로 원생을 잇달아 숨지게 하고 이를 자연사로 위장한 사례</li> <li>- 1994년 충남 ‘○○기도원’의 환자숙소 붕괴로 원생 4명 사망, 35명 중경상, 사망한 원생을 포함하여 모두 13명이 쇠사슬로 손발이 묶여 있어 더 큰 피해 발생한 사례</li> <li>- 1997년 ‘○○○○○’의 수용인 구타 및 조개채취 등 강제 노역, 영양 및 급식, 위생</li> </ul>

	<p>상태 불량, 생활용수 부족 및 생필품 조달 불편 등, 라면을 미끼로 여성 수용인 성폭행 사례</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1998년 ‘○○마을 및 ○○원’의 원생 298명 중 98명 구타, 9명 성폭행, 강제노역 및 생활공간을 외부에서 폐쇄한 사례</li> <li>- 2000년 ‘○○원’ 시설의 지하수에서 대장균 등이 발견됐는데도 폐공 등 적극적인 조치를 하지 않고 그대로 방치해 환자 224명중 31명이 오염된 지하수를 먹고 설사와 복통 등 장티푸스 증상을 일으켜 9명이 입원해 격리 치료를 받은 사례</li> <li>- 2000년 ‘○○○ 신경정신과’ 담뱃불 및 난로과열 등으로 대형화재 발생, 알콜중독환자의 폐쇄 감시를 위해 통로를 막고, 쇠창살을 설치하여 큰 피해가 발생함. 입원환자 8명 사망, 25명 화상 피해 발생 사례</li> <li>- 2002년 경기도 내 정신요양시설 안전점검 실시 결과, 화성시 U시설 및 용인시 S시설 각각 음용수 수질검사 결과 미기재, 소화전 펌프가동 불량, 소화기 미비치 등이 적발되어 일부 시설이 안전무방비 상태로 드러남</li> <li>- 2003년 모 기독교재단 모 병원의 행정편의를 이유로 입원환자를 가명으로 취급한 사례</li> <li>- 2003년 조건부 미인가 시설 ‘○○요양원’의 안수기도를 빌미로 가혹행위, 실장을 통해 폭력, 폭언 행사 등의 사례</li> <li>- 2004년 ‘○○재단’ 중증정신장애요양시설의 극심한 구타, 강제노역 등으로 사망한 수용인 165명 발생, 수용인 영양실조 및 기저귀 미지급 등 사례</li> <li>- 2005년 ‘○○재활원, 천혜요양원’의 부실도시락, 유통기한 지난 간식 먹이고, 생리대 대신 아기 기저귀 사용시킨 사례</li> <li>- 2005년 ‘○○선교원’의 화재진압장치 미비로 인한 대형 화재 발생</li> <li>- 2005년 ‘○○재활원, ○○요양원’의 수용인 사육장 강제 노역 사례</li> </ul>	
평등권	사생활 침해	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2003년 ○○기독교재단 ○○병원의 입원환자의 전화통화 내용 기재·관리하거나 전화통화 제한, 서신 열람, 필기구 소지를 금지하여 자유로운 서신왕래를 침해한 사례</li> <li>- 2003년 조건부 미인가 시설 ‘○○요양원’의 전화통화 금지, 편지의 3단계 검열 등의 사례</li> </ul>
	신상정보 비밀	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2002년 국민건강보험공단이 경찰청에게 정신과 질환자의 신상정보를 제공한 사례, 특히 6개월 이상 입원한 중증 정신장애자에 대해 실시되는 수시적성검사 대상자를 단순히 정신과에서 약물 투여를 받고 치료가 끝난 사람까지 대상으로 통보하면서 우편물 곁에 ‘정신과 진료자료 첨부’라고 명시하여 숨기고 싶은 정신과 치료사실을 공개해 인권을 침해한 사례</li> </ul>
	강제불입 및 강제결혼	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1983년 광주 ‘○○요양원’의 가족계획 실적 위해 정신장애인 100명 강제불입 시술 사례</li> <li>- 1998년 ‘○○마을 및 ○○원’의 이사장이 정해주는 이성끼리 짝짓기를 하고, 여자 수용인에게 피임을 위해 강제로 루프시술을 한 사례</li> <li>- 2005년 안양 미신고시설 ‘○○선교원’의 원장 남편과 남자 수용인들에 의한 여성 수용인 성폭행 및 강제결혼 사례</li> </ul>
법적 권리	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2000년 ○○동 신경정신과 의원들, 간호사나 사회복지사가 아닌 아르바이트를 고용해 환자를 관리하여 환자들에게 적절한 의료서비스를 제공하지 않은 사례</li> <li>- 2003년 조건부 미인가 시설 ‘○○요양원’ 200여명 수용되어 있는 시설에서 촉탁의를 비롯한 의료진이 전무하여 환자들이 기본적 의료서비스를 받지 못한 사례</li> </ul>	

\* 대중매체 보도를 중심으로 정리한 것으로 실제 또는 최종 법적 판결 내용과 다를 수 있음 (각 사례의 출처는 원문 참조)

출처: 신영전 (2005). 정신장애우 비인권의 정치경제학. 대한사회정신의학회2005년 추계학술대회 자료집. 서울: 15-27.

## 5. 정신 장애인 인권개선을 위한 정책과제

국가인권위의 출범과 함께 정신 장애인의 인권개선을 위한 다양한 노력들이 시작되고, 최근 그러한 노력의 결과로 정신보건법의 일부 개정도 이루어졌다. 이러한 일부 긍정적인 변화에도 불구하고 현재와 같은 정치환경 및 제도 하에서는 정신 장애인 인권의 획기적인 개선은 낙관하기 어렵다. 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 정신 장애인에 대한 차별과 잘못된 인식의 획기적인 전환이 충분히 이루어지지 않고 있다. 둘째, 예산을 포함한 정부와 정치권의 정치적 의지가 여전히 부족하다. 셋째, 정신 장애인의 인권을 보호 증진하기 위한 자조그룹과 가족들, 그리고 시민사회의 역량이 여전히 취약하다. 넷째, 현재의 정신보건법은 여전히 사회 방위적, 경찰법적 성격이 강하고, 비인권적 강제입원과 보호의무자 규정을 효과적으로 방지할만한 방법들을 포함하고 있지 않기 때문이다. 마지막으로, 아울러 비인권적 보호와 돌봄을 야기할 가능성이 높은 보건의료와 복지부문의 제도개선이 여전히 이루어지지 않고 있기 때문이다.

정신 장애인의 인권을 개선하기 위해서는 수많은 영역에서의 제도개선이 이루어져야 하지만, 이중 핵심적인 정책과제는 첫째, 불필요한 (장기) 수용을 억제하고, 둘째, 수용이 되었다 하더라도 조기에 탈 시설화 하도록 유도하며, 셋째, 시설 내에서 인권침해가 이루어지지 않도록 하며, 마지막으로 정신 장애인에 대한 국민들의 편견과 낙인을 줄이는 것이라 할 수 있다.

### 5.1 (장기)시설수용을 억제하는 정책의 시행 부적절한 ‘진입’억제정책

수용위주의 치료와 보호관행을 억제하고, 불필요한 수용을 억제하는 것은 우리 사회 정신보건분야가 당면하고 있는 핵심과제이다. 이러한 ‘진입’을 막기 위한 제도로 제안되고 있는 정책들은 다음과 같다.

#### 가. 강제입원 결정의 법원이관

현재 시도지사에 의한 입원, 응급입원 또는 보호의무자에 의한 강제 입원 시, 약간의 차이가 있기는 하지만 결국 보호의무자와 정신과 전문의에 의해 입원이 결정된다. 이 경우,

보호의무자나 정신과 전문의에게 지나치게 강력한 권한을 부여하고 있다는 비판이 제기되고 있다. 현행 정신보건법상 강제(비자의)입원을 시킬 수 있는 사람으로 되어 있는 보호의무자 기준은 민법에 준용하는 것으로 되어 있으나, 이들 간의 의견이 충돌하는 경우, 또는 입원시킨 보호자와 퇴원을 바라는 보호의무자가 다를 수 있는 등의 문제가 지속적으로 제기되고 있다.

특히 정신과 전문의의 경우, 환자의 입원 또는 계속 입원이 자신의 경제적 이익과 관련되어 있는 경우가 많아 객관성을 유지하지 못할 가능성이 있다. 따라서 강제(비자의)입원 중 72시간 이내는 치료나 진단 목적상 정신과 전문의의 권한을 인정하고 72시간 이상 입원 시에는 이를 인신 구속적 성격을 가진다는 점에서 그 결정을 기존 정신과 의사에서 법원으로 이관하는 방식을 검토할 수 있을 것이다. 이 경우, 전문의는 장기수용에 대한 책임으로부터 자유로워 질 수 있고, 장기입원의 신중성을 높일 수 있을 것이다.

#### 나. 공공후견인제도의 도입

핵가족화, 노령화의 가속화는 기존의 대가족체계를 근거로 수립한 제도의 방식의 전환을 요구하고 있다. 현실적으로 대부분 보호의무자와 정신 장애인은 갈등관계를 가질 수밖에 없다. 그렇다면 실제로 부양의무자에 의하여 부양을 받지 못하는 정신 장애인들에 대하여는 부양의무자를 대신하여 공공후견인을 보호의무자로 할 수 있도록 할 필요가 있다(이덕우, 2005). 중장기적으로 공공후견인이 의사결정이 어려운 정신 장애인의 법적 권리를 지지하는 방식으로의 개편이 모색되어야 할 것이다.

### 5.2 ‘탈원화’를 유도하는 정책의 시행

#### 가. 심판위원회의 강화

강제입원 결정의 법원이관이 이루어지지 전까지는 기존의 심판위원회를 대폭 강화하는 것이 필요하다.<sup>1)</sup> 법원기존 서류 중심으로 진행하고 있는 계속입원심사를 면담심사로 전환하고 이를 위해 필요한 인력과 재정 등 관련 제도를 개선한다. 이를 위해서는 구체적으

---

1) 법원이관 이후에도 심판위원회의 기능 존속이 필요할 수 있다.

로 조사관 설치, 관련 예산의 확보, 계속입원심사관련 서식, 기준의 강화 등을 제도화하도록 한다.

#### 나. 지역사회 정신건강프로그램의 대폭확충 : 지역사회 시설 및 프로그램 기준개발

지역사회 재활프로그램의 대폭확충을 위해 시도 및 시군구별 필요 사업규모와 내용을 결정하고 이에 대한 현황조사 및 지속적 권고 지원을 통해 지역사회 내 정신건강센터, 그룹홈, 직업재활센터, 중간거주시설, 기타 보건복지 관련 시설과 프로그램들이 만들어져 대다수 정신 장애를 가진 이들이 지역사회에서 함께 생활할 수 있는 인프라를 만들어 내야 할 것이다.

#### 다. 지역사회 치료명령제의 도입

지역사회 치료명령제란 정신질환을 앓고 있는 사람 중 입원을 대체하여 지역사회에서 치료를 받도록 법으로 명령을 강제함으로써 가능한 입원을 줄이려는 사회적 강제제도의 하나이다(홍진표 and 윤탁 2006).<sup>2)</sup>

정신 장애인의 탈원화가 지연되는 이유 중의 하나로 지속적으로 제기되어 온 문제는 퇴원 후 투약관리가 어렵다는 것이다. 이 문제를 해결하기 위해 지역사회 복귀 후에도 치료를 강제화 할 수 있는 지역사회 치료명령제의 시행을 검토할 필요가 있다.

#### 라. 질 관리를 동반한 강력한 차감수가제와 지역사회 서비스의 급여화

기존 일당정액제는 정신 장애인의 탈원화를 막는 주요 요인으로 간주되어 오고 있다. 따라서 기존의 차감수가제를 대폭 강화하면서 탈원화를 유도하는 지역사회 서비스에 대한 급여화를 추진하여야 할 것이다. 이러한 과정은 서비스의 질 관리와 함께 진행되어야 할 것이다.

---

2) 강제적 조치라는 점에서 인권침해 요소를 배제하는 충분한 장치가 필요하다.

## 5.3 시설 내 인권을 개선하기 위한 정책의 시행

### 가. 정신보건시설의 개방화 및 소형화

현재 수용위주로 되어 있고, 대형화 되어있는 정신보건시설의 개방화와 소형화를 보다 강력히 추진하여야 한다. 개방화와 소형화를 유도하기 위한 지불보상제도 개편 및 지원금 등의 다양한 인센티브방식들이 동원되어야 할 것이다. 원칙적으로 정신병원을 제외한 장기 폐쇄시설은 단계적으로 모두 개방형으로 전환하고, 정신병원 내 폐쇄병동 수용자는 엄격한 심사를 통해 장기입원을 제한하고 탈원화시키도록 하여야 할 것이다. 이를 위해 보다 강력한 차감수가제, 서비스 평가제, 지역사회 치료명령제 등 다양한 정책 수단이 강구되어야 할 것이다.

### 나. 중간시설확보

장기간의 수용으로 사회복귀의 능력이 제한되어 있거나, 가족 등 지지집단이 없는 정신장애인을 위해 개방적 거주시설 형태의 정신보건시설을 지역마다 설치하여 운영하도록 한다. 이러한 설치에 그 지역(시도수준)의 인구학적 특성을 고려하여 전국적으로 고르게 분포하도록 하여야 할 것이다. 이들 중간시설은 개방적 운영을 원칙으로 하여야 하며 다양한 지역사회 프로그램과의 연계가 이루어지도록 하여야 할 것이다.

### 다. 정신보건시설에 대한 정기적인 서비스 평가시행

병원서비스평가제의 적용, 기존 시설조사의 대폭 강화 등을 통해 정신보건시설에 대한 질 관리체계를 강화할 필요가 있다. 현재 국내 의료기관들은 의료법에 근거하여 정기적인 서비스 평가를 받고 있으며, 그 결과는 일반 국민들에게 공개되고 있다. 이러한 의료기관 서비스 평가는 의료서비스의 질을 향상시키고 국민들의 알 권리를 충족시킨다는 점에서 매우 중요한 보건의료 정책이라고 할 수 있다. 그러나 현재 기관의 특수성과 평가의 어려움 등을 들어 정신의료기관에 대한 평가는 유보되어 있는 상황이다. 그러나 의료급여진료비의 15-20%에 달하는 정신의료서비스는 원칙적으로 일당정액제방식을 채택하고 있는 까닭에 서비스 질이 낮아질 개연성이 매우 높음에도 불구하고 이에 대한 정부차원의 모니터

링이나 평가는 거의 시행되지 않고 있다.

우리나라 정신보건부문의 문제점 중 하나가 다른 선진국들에 비해 장기 입원율이 매우 높다는 것인데, 예를 들어 우리나라 정신보건시설의 재원기간은 약 1,400일로 미국의 53일에 비해 26배가 긴 것으로 보고되고 있다. 이러한 긴 재원일수는 지불방식 등 여러 가지 문제에 기인하나 기본적으로 입원환자에 대한 적절한 관리체계의 미흡이 중요한 원인 중의 하나이다. 그리고 이렇게 긴 재원일수는 재원환자의 상당수가 의료급여 수급권자라는 점에서 의료급여재정의 부담으로 이어지고 있다. 의료급여 정신 장애인에게 양질의 서비스가 제공되고 재원일수를 최소화하기 위해서는 다양한 프로그램과 정책이 필요하나, 그 중 매우 중요한 정책 중에 하나가 다른 의료기관에 대해서도 실시하고 있는 의료기관평가를 정신요양시설에도 실시하는 것이다. 정신요양시설의 평가에는 특히 재원환자의 인구학적, 질병별 특성을 고려한 상황 하에서 어떤 의료기관의 재원일수가 다른 기관에 비해 얼마나 긴지, 치료성공률(사회복귀율 또는 재입원률 등)이 얼마나 높은지, 시설, 인력기준을 얼마나 잘 지키고 있는 지 등이 중요하게 평가되어야 할 것이다.

## 라. 질을 향상시키는 지불보상제도의 도입

시설인력기준, 재원일수, 사회복귀율, 재입원률, 환자 만족도 등과 같은 서비스의 질과 수가를 연동하는 것을 통해 탈원화와 서비스 질 향상을 도모하도록 하여야 할 것이다.

1989년 진료비의 역제를 목적으로 의료급여 정신과 진료에 정액제를 도입하였으며 이 정책은 의료급여 정신장애인의 서비스가 건강보험 정신장애인의 서비스와 차별을 낳는 중요한 기점으로 작용하고 있다. 또한, 정액제로 인하여 수용환자 중 많은 수가 지역사회에서 생활이 가능함에도 불구하고 기관의 수입을 위해 입원이 불필요한 환자를 오랜 기간 입원시키는 문제점이 지적되고 있다. 현행 정액제 수가로 인해 정신질환 서비스의 경우 부적절한 장기입원 환자가 지속되는 피해를 방지하고 정신 장애인에 대한 서비스의 질을 높이기 위해서는 정신보건시설에 대한 정기적인 평가와 더불어 지불보상제도의 개편이 필요하다.

개편될 새로운 형태의 정신과 지불보상제도는 몇 가지 조건을 갖추어야 한다. 첫째, 시설, 인력기준 및 의료서비스의 질과 연계하는 지불보상제도이어야 한다. 둘째, 정신질환

진단 명 및 중증도에 따른 자원소모량 및 치료가이드에 기초한 지불방식이어야 한다. 셋째, 장기입원을 줄이고 탈원화를 유도할 수 있는 지불보상방식이어야 한다.

이와 관련하여 미국에서 2005년 1월 1일부터 정신병원 및 정신과 의료기관을 포함한 약 1,800개의 정신질환 입원기관에 적용하고 있는 지불보상방식인 IPFPPS(Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System)의 적용을 검토해 볼 수 있다. IPFPPS는 일당 정액제(per diem) 방식의 지불제도로서 환자의 특성(연령, 진단명, 동반질환, 재원기간, 특수치료방식(예, electrico-convulsive therapy) 시행여부 등)과 기관의 특성, 예를 들어 농촌, 교육기관유무, 임금지표 등을 고려하여 지불액을 조정(adjustment) 하는 방식이다. 우리나라에서도 미국의 IPFPPS 방식을 한국의 실정에 맞게 고친 지불방식을 적극적으로 시행할 필요가 있다.

이 밖에도 정신 장애인의 지역사회 재활을 촉진하기 위해서는 다양한 지역사회 프로그램을 급여화하거나 정신 장애인 주치의 제도의 시행을 통해 지역사회 치료와 재활을 적극적으로 유도해 나가야 한다.

## 다. 정신보건시설 종사자에 대한 인권교육 법제화

정신보건시설 종사자들을 위한 인권지침을 개발하고 이에 대한 지속적인 교육 훈련을 법제화하여 시설운영 및 서비스 제공 전 단계에서 정신 장애인의 인권을 침해하지 않도록 하여야 할 것이다.<sup>3)</sup>

## 라. 핫라인 운영의 실효화

폐쇄 병동에 수용되어 있는 환자들이 자유롭게 서신교환, 전화를 할 수 있도록 하는 것은 인권보호에 있어서 매우 중요하다. 현재도 지침 등으로 이를 보장하도록 하고 있으나 이러한 핫라인이 정상적으로 작동하고 있는지를 모니터링 하지 않고 있다. 폐쇄시설을 보유하고 있는 정신보건시설에 365일 24시간 외부로 연락을 취할 수 있는 핫라인을 개설하고 이러한 핫라인을 통해 도움을 호소하는 정신 장애인들을 방문 조사할 수 있는 조직을 만들어 운영한다.

---

3) 법적 의무화는 최소한의 규정이고, 기본적으로 일상에서 국민 전체의 인권감수성 향상이 더욱 중요하다.



## 마. 질병관리본부 내 정신건강조사과 및 <정신건강연구원(가칭)>설립

질병관리본부 내 정신건강조사과를 신설하여 운영하도록 한다. 여기서는 국내외 정신 장애인 실태 및 서비스 이용실태 조사, 정신 장애관련 편견과 낙인 실태 조사, 정신질환 관련 연구의 수행 및 지원 등의 역할을 수행하도록 한다.

현행 정신보건법 제14조에는 “정신보건의 향상을 도모하기 위하여 정신보건연구를 위한기관을 설치하여야 한다.”고 명시하고 있으나 이에 대한 구체적인 내용이 명시되어있지 않다. 국가정신보건조사 및 정신보건시설평가의 전문성을 높이고 정신보건시설에 대한 치료지침개발, 교육 및 대국민홍보방안개발 등 정신보건관련 업무의 전문성과 효과성을 높이기 위해 질병관리본부 내에 정신건강조사과를 두고 중장기적으로는 <정신건강연구원(가칭)>을 별도로 설립운영한다.

## 바. 국가인권위 산하에 <취약계층 인권을 위한 특별위원회(가칭)> 설치

정신장애인의 인권을 보호, 증진시키기 위하여 국가인권위 산하에 <취약계층 인권을 위한 특별위원회(가칭)>을 설치 운영한다. 여기서는 정신 장애인 뿐만 아니라 이주 노동자, 행려자 등 특별히 취약한 집단의 인권보호를 위한 모니터링, 정책개발, 시행, 평가 권고 등의 작업을 진행한다.

## 사. 정신 장애인 보호 전산망 구축

행려자나 정신 지체인 등의 불법적 감금을 방지하기 위해 개개인의 프라이버시를 침해하지 않는 방식으로 정신 장애인 보호 전산망을 구축한다. 특별히 자신의 의사를 표명하기 어려운 정신 장애인에 대해서는 이를 이용한 인권침해가 발생하지 않도록 국제적 기준에 부합하는 방식을 통해 특별한 자격을 갖춘 전문가에 의해 접근이 가능하도록 전산망을 구축할 필요가 있다. 이를 통해 정신 장애인의 불법적 감금이나 장기수용 등을 방지하고 관련 실태들을 지속적으로 모니터링 함으로써 정신 장애인의 인권과 서비스의 질을 대폭 개선할 수 있을 것이다.

## 아. 정신 장애인 지지집단의 활동지원

기존 정신 장애인 가족을 중심으로 소규모로 운영되고 있는 지지집단을 활동을 정부와 시민사회가 적극 지원할 수 있는 제도적 장치를 마련해야 할 것이다. 정신 장애인 지지집단에는 가족뿐만 아니라 다수의 법조인 및 관련 전문가들이 참여하여 활동할 수 있도록 제도적 지원을 해야 할 것이다. 이들 조직을 중심으로 한 자발적인 모니터링, 이의제기, 정책제안이 상시적으로 이루어지도록 하여야 한다.

## 5.4 정신 장애인에 대한 편견과 낙인을 줄이기 위한 정책의 시행

### 가. 정신 장애인에 대한 편견과 낙인 사례 모니터링

일상과 정신보건시설 내 만연하고 있는 정신 장애인에 대한 편견과 낙인의 구체적인 사례들을 조사하고 이를 교정해 나가는 것이 매우 중요하다. 정신 장애인과 관련한 가장 심각한 편견은 이들을 잠재적 범죄자로 간주하거나, 정신 장애인을 회복이나 일상적인 생활이 불가능한 사람으로 간주하는 것이다. 정신 장애인에 대한 편견과 낙인은 그 자체가 비인권적일 뿐만 아니라 정신 장애인의 인권개선을 위한 제도의 설계와 시행을 어렵게 만드는 중요한 요인으로 작용해 오고 있다. 이러한 사례조사와 교정과정은 일시적인 방식이 아니라 지속적인 모니터링의 방식이 되어야 한다.

### 나. 정신 장애인과 관련한 편견과 낙인을 줄이기 위한 각종 연구조사의 시행

정신 장애인과 관련한 편견과 낙인을 줄이는데 매우 중요한 것은 이와 관련한 구체적인 조사와 연구들을 통해 기존의 편견, 예를 들면, 정신 장애인과 범죄, 회복 및 재활 가능성과 관련한 과학적인 근거들을 지속적으로 양산해 알리는 것이다. 아울러 정신 장애인의 회복과 사회복귀에 도움이 되는 다양한 연구들 또한 지속적으로 진행할 필요가 있다.

### 다. 대중매체 등에 대한 지속적인 권고와 홍보

정신 장애인과 관련한 편견과 낙인을 양산하고 있는 가장 중요한 통로는 대중매체이다.

따라서 이러한 대중 매체의 보도 및 방영방식이 지속되는 한 정신 장애인과 관련한 편견과 낙인을 줄이기 어렵다. 따라서 정부, 정신 장애인 및 옹호자 집단은 대중매체의 잘못된 보도와 방송내용을 지속적으로 모니터링 하여 이를 교정함과 동시에 보도 가이드라인의 개발, 공시, 모니터링이 필요하고 올바른 정보를 제공하는 사업들을 지속적으로 전개해 나가야 한다.

<표 7> 정신 장애인 인권개선을 위한 주요 정책과제

부문	구체정책
(장기)시설수용을 억제하는 정책의 시행 부적절한 '진입'억제정책	강제입원 결정의 법원이관
	공공후견인제도의 도입
'탈원화'를 유도하는 정책의 시행	심판위원회의 내실화
	지역사회 정신건강프로그램의 대폭확충 : 지역사회 시설 및 프로그램 기준개발
	지역사회 치료명령제의 도입
	질 관리를 동반한 강력한 차감수가제와 지역사회 서비스의 급여화
시설 내 인권을 개선하기 위한 정책의 시행	정신보건시설의 개방화 및 소형화
	중간시설확보
	정신보건시설에 대한 정기적인 서비스 평가시행
	질을 향상시키는 지불보상제도의 도입
	정신보건시설 종사자에 대한 인권교육 법제화
	핫라인 운영의 실효화
	질병관리본부 내 정신건강조사과 및 <정신건강연구원(가칭)>설립
	국가인권위 산하에 <취약계층 인권을 위한 특별위원회(가칭)> 설치
	정신 장애인 보호 전산망 구축
정신 장애인 지지집단의 활동지원	
정신 장애인에 대한 편견과 낙인을 줄기 위한 정책의 시행	정신 장애인에 대한 편견과 낙인 사례 모니터링
	정신 장애인과 관련한 편견과 낙인을 줄이기 위한 각종 연구조사 시행
	대중매체 등에 대한 지속적인 권고와 홍보

## 6. 소결

한국사회는 참 역동적이다. 그것이 무엇이든 출발이 늦어도 빠르게 따라잡곤 한다. 최근 우리 사회에서 빠르게 개선되고 있는 인권부문도 예외가 아니다. 가부장적 유교사회, 일제 식민기, 미군정기 그리고 군사독재기를 거치면서 이른바 ‘인권 후진국’으로 전락했던 우리나라는 민주화 이후 빠르게 우리 사회의 인권 수준을 높여가고 있다. 1997년 인권법의 제정과 국민인권위원회의 설립이 그러한 가시적 변화의 증거 중 하나라면 근자에 있었던 ‘성매매 방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률’의 제정이나 ‘호주제 폐지’ 의결 등은 그 조기 실현의 가능성을 의심하였던 많은 이들에게 충격을 줄만큼 전격적인 것이었다. 또한 인권에 대한 사회전반의 자신감을 바탕으로 작년 9월에는 전 세계 인권운동가들을 서울로 불러 모아 인권을 논하는 ‘세계국가인권기구대회’를 유치하기도 하였다. 이제 우리는 학교나 직장 그리고 정책결정 및 시행과정에서 ‘인권’을 이야기하는 것이 자연스러운 일이 되어버린 이른바 ‘인권의 시대’에 살게 된 것 같다.

하지만 이러한 우리 사회전반에 걸친 인권의 증진이 모든 이들에게 고루 이루어지고 있는 것 같지는 않다. 2004년 국가인권위원회 주최 ‘정신과 시설 인권현장 공청회’에서 발표된 조사 결과에 따르면, 여전히 많은 정신 장애인들이 반인권적인 강제입원과 열악한 수용시설 속에서 격리와 강박 등에 시달리고 있다고 한다. 법정시설에 입소한 이들이 이럴진데, 만 명에 달할 것으로 추정되는 비인가 불법시설 수용자들의 인권실태는 오죽할 것인가? 또한 국가인권위에 대한 진정건수는 해마다 증가하고 있다. 그러나 더욱 심각한 인권침해사례는 고발도 진정도 하지 못한 채 살아가야 하는 정신 장애인들에게 일어나고 있을 것이다.

서울 중심지에 세계 도처의 인권 운동가들이 모여 인류 모두가 예외 없이 마땅히 누려야 할 인권의 가치에 대해 열띤 토론이 이루어지는 그 시간, 대도시를 벗어나 30분만 차로 달리면 되는 곳에서 아무런 인권보호조치도 없이 집단 감금되어, 전문가의 진단이나 치료도 받지 못한 채 하루 종일 침대에 묶여 있는 이들을 만날 수 있는 2008년 ‘선진한국’ 인권의 이러한 ‘양극화’ 현상을 우리는 어떻게 설명해야 할까? 인권에는 경계가 없다. ‘부자의 인권’이 따로 있고 ‘가난한 이들의 인권’이 따로 있지 않다. 그러기에 오늘 한국사회가 보이고 있는 이 ‘인권의 양극화’는 그 자체가 ‘반인권적’이다. 그리고 그 반인권의 중심에

바로 정신 장애인들의 고통이 자리하고 있다.

1983년 모 방송국에서 참혹한 정신 장애인의 실태가 보도된 후, 정신보건법도 제정되고 정부 내 주무부처도 생겨났으며, 최근 지역사회정신보건관련 사업들이 증가하는 등 일부 긍정적인 노력들이 목격됨에도 불구하고, 정신 장애인의 인권수준은 여전히 후진적인 양상을 벗어나지 못하고 있다.

그나마 최근 한국 사회에 정신 장애인의 인권증진을 위한 다양한 노력들이 시작되고 있다. 그러한 노력의 중심에 국가인권위원회가 있다. 국가인권위원회는 세계인권선언 60주년을 계기로 한국 사회에서 가장 인권적으로 취약한 정신 장애인을 위한 본격적인 실태 파악과 구체적인 대안모색에 들어갔으며 2009년 국가정신장애인 인권보고서 발간을 목표로 하고 있다. 이러한 작업이 한국 사회 정신 장애인 인권증진의 획기적인 계기가 될 뿐만 아니라 전 세계적으로도 모범적인 희망의 증거가 될 수 있도록 인권을 옹호하는 모든 이들의 노력이 있어야 할 것이다.

## <참고문헌>

- 국가인권위원회 (2007). 보도자료.
- 국가인권위원회 (2008). 정신장애인 관련 진정사건 접수 및 처리현황 보고.
- 김이영(1994). "최근의 우리나라 정신보건법안에 관한 연구." 신경정신의학 13: 139-211.
- 김주현 (2003). 정신보건법 제정과정 연구, 연세대학교 보건대학원. 석사.
- 보건복지부 (2007). 국정감사자료.
- 보건복지부 (2008). 국가정신건강정책 10개년 계획.
- 보건복지부. (2008). "정신보건법 개정으로 인권침해예방 강화" Retrieved 5.5, 2008, from <http://blog.daum.net/mohwpr/10926348>.
- 서동우(2002). "사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포." 신경정신의학 41: 1174-1184.
- 신영전 (2002). 브룸덴 추장은 무사히 그 골짜기로 돌아갈 수 있었을까? : 정신질환자의 배제와 차별의 정치경제학. 나는 '나쁜' 장애인이고 싶다. 김창엽. 서울, 삼인: 203-226.
- 신영전 (2005). 정신장애우 비인권의 정치경제학. 대한사회정신의학회 2005년 추계학술대회 자료집. 서울: 15-27.
- 이덕우 (2005). 인권의 개념 및 법률적으로 본 정신 장애인의 인권. 대한사회정신의학회 2005년 추계학술대회 자료집. 서울: 7-14.
- 이호영, 정영기, et al. (1994). 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준개발 연구, 보건복지부
- 정인원, 신철진, et al. (2003). "정신보건심판위원회의 계속입원치료 심사에 관한 연구." 신경정신의학 42(4): 520-527.
- 홍진표 and 윤탁 (2006). 지역사회 치료명령제 제도화 방안, 정신장애자 인권을 위한 법제연구. 장애자 인권개선을 위한 법제연구. 신영전, 국가인권위원회: 34-63.
- Lawrence O. Gostin, International human rights law and mental disability, The Hastings Center Report, 2004
- UN (1948). Universal Declaration of Human Rights.



국  
회  
인  
권  
위  
원

National Human Rights  
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





# Burdekin 발제문에 대한 토론

홍진표

(울산대학교 의대 교수)



버드킨선생의 강연 내용에는 정신질환자 인권보호를 위해 필요했던 실제적인 정보와 제안으로 되어 있어서 국내 정신질환자 인권 보호를 위한 본격적인 정책을 준비하는 우리나라에 실질적인 도움이 되는 내용이라고 생각합니다.

버드킨선생의 발제문에서 제가 느낀 점을 말씀드리면, 첫째, 정신질환자 인권 보호는 특정 국가, 특정 병원이 시정해야할 문제가 아니라 전세계적인 물결이고 동시에 21세기 시대정신으로 받아들여야 한다는 것입니다. 열악한 정신보건시스템을 갖고 있는 나라 뿐 아니라 우수한 국가에서도 정신질환자의 인권보호 수준을 보다 높이려는 사회적인 노력이 증가되고 있습니다. 둘째, 정신질환자 인권 보호를 위한 노력은 단순히 정신보건법을 개정하고 인권 보호 관련된 처벌조항을 강화하여 개선하려는 소극적인 시도로는 부족하고 정신질환자의 치료의 질과 삶의 질을 향상시키기는 적극적인 노력이 필요하다는 점입니다. 이는 정신질환자 인권문제가 나오면 정신과 시설 운영자 및 치료진들이 인권침해자 내지 가해자로 비추고 있지만, 적극적인 인권 개선을 위해 대정부 및 국민 설득을 하여서 재정투입을 높이고, 치료 인력을 더 확보하는 것이 가능하다면 치료진들은 현재보다 훨씬 좋은 환경에서 정신질환자 치료에 매진할 수 있습니다. 셋째, 대부분의 인권침해는 문제 있는 소수에 의해 이뤄지는 잘못된 행위에서 비롯되기 보다는 관련된 많은 사람들의 태만이나 무시에 의해서 이뤄진다는 지적에 동감을 합니다. 정신질환자 인권에 대한 진정한 위협은 시설 운영자에 의한 폭력이나 학대보다도 정신질환 치료와 관련되어 있는 많은 문제점에 대한 소극적인 대처에 있습니다. 저 역시 국내 정신보건현장에서 오래 일을 하면서 관습에 젖어 있고 많은 문제를 어쩔 수 없다고 생각하곤 했습니다. 예를 들어 비자의 입원된 정신질환자가 자타해 위험은 없지만 증상이 남아 있으면 지역사회에 적합한 시설이 없으니까 또는 보호자가 퇴원을 반대하니까 퇴원하고자하는 환자의 기본 권리를 좌절 시킵니다. 심판위원회에 수백건의 입원연장 신청서 및 퇴원청구가 올라와 실제적인 심사

가 불가능함에도 우리는 그 제도를 10여년간 유지해 왔고, 환자의 신체의 자유를 존중하지 않는 것을 불가피하다고 생각합니다. 넷째, 발제문에서 지적한 정신질환자 인권 보호 관련된 내용은 호주 얘기가 아니라 바로 우리나라 얘기처럼 생생하게 적용이 된다고 생각되었습니다. 이는 역으로 우리가 나아갈 방향은 정신질환자 인권 보호 선진국의 제도와 동일하게 나아갈 것이 명백해 보인다는 점입니다.

저는 버드킨선생의 발제문을 통하여 우리에게 중요한 과제를 다음과 같이 생각합니다. 첫째, 인권침해를 최소화하기 위해서는 입원서비스에 대한 재정지원도 증가해야 하지만 지역사회에서 그들이 인간답게 살아갈 수 있도록 하는 시설에 대한 재정지원을 획기적으로 늘려야 합니다. 특히 현재의 여건에서 탈원화만을 강조하는 것은 버드킨의 지적처럼 정신질환자에게는 더 큰 위협이 될 수 있습니다. 둘째, 정신질환자 인권 보호를 실행할 수 있는 기관이 제대로 가동되어야 합니다. 국가인권위원회가 현장방문조사 등을 통하여 정신질환자 인권에 큰 기여를 하였지만 장기적으로는 정신보건법에 규정된 정신보건심판위원회가 법원처럼 상시적으로 운영이 되어 침해되기 쉬운 정신질환자 인권 보호 역할을 할 수 있어야 합니다. 셋째, 버드킨 보고서 같은 정신질환자 인권 보호를 위한 국가 보고서가 내년까지 발간될 예정이라고 합니다. 그 보고서는 단지 기존의 인권 연구 사업이 아니라 우리의 지난 날 정신질환자 인권을 국제적인 기준을 통하여 체계적으로 살펴보고, 그 인권 현실을 온 국민과 함께 정보를 나누고, 궁극적으로는 정신질환자 인권 개선하기 위한 종합대책기구가 설립되는 계기가 되었으면 합니다. 이 기구에 국회, 정부 관련 부처, 사회 단체가 모두 모여서 그 개선을 위하여 고민하고 제도를 개선할 때 우리가 기대하는 수준의 정신질환자 인권 향상이 이뤄질 수 있다고 생각합니다.

「정신장애인인권보호와 증진을  
위한 정신보건 패러다임의  
변화」에 관한 토론문



홍선미

(한신대학교 사회복지학과 교수)

## 「정신장애인인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화」에 관한 토론편

홍선미 (한신대학교 사회복지학과 교수)

최근 대내외적으로 장애인의 권리향상을 위한 노력과 변화가 일고 있음에도 불구하고, 다수의 정신장애인은 자신과 타인의 안전을 이유로 격리된 치료를 받으며 여전히 인권의 사각지대에 놓여있다. 오늘 마련된 이 자리가 정신장애인의 권리보호와 증진에 관한 국가적 관심을 제고하고 인권에 기반을 둔 새로운 정신보건체계 구축의 가능성을 확인하는 자리가 되길 바란다. 무엇보다, 지역사회중심의 국가정신보건체계의 개혁을 통해 정신장애인의 인권개선을 이뤄낸 호주의 경험을 Burdekin 위원장을 통해 직접 들을 수 있다는 점에 특별한 의미를 두면서, 풍부한 논의를 통해 우리나라에서 추진하기 시작한 국가보고서 사업의 함의점들을 찾고자 한다.

### ▶ 탈시설화와 지역화가 이루어지지 못하는 우리의 실정을 돌아보며...

Burdekin 위원장께서는 국가보고서 작성의 배경과 필요성을 설명하면서, 진정한 평등을 고려하지 못하는 법적·제도적 차별과 정신장애에 대한 대중의 무지와 두려움, 이로 인한 편견과 차별 등을 언급하였다. 이는 우리나라에서 갖고 있는 문제의식과 유사한 듯하다. 그러나 우리나라의 경우에는 정신질환으로 입원(입소)한 환자 중 자의입원자의 비율이 7.7%에 그치고 있으며 6개월 이상의 장기입원자가 56.2%에 달하는 등 비자의 입원과 장기입원의 문제가 보다 심각하다고 할 수 있다<sup>1)</sup>. 특히, 정신보건시설 중 가장 많은 수용인원을 가진 정신요양시설의 경우에는 3년 이상의 장기입원환자가 71.8%에 이르고 있다. 이와 관련하여 우리나라에서 가장 빈번히 발생하는 정신장애인 인권침해의 주요 영역<sup>2)</sup>도

1) 서동우. 2006. 「2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서」 한국보건사회연구원.

입퇴원, 치료, 입원생활 등이 주를 이루고 있다<sup>3)</sup>.

정신장애인의 인권은 다양한 장면에서 파악해야하나 인권침해의 많은 사례가 의료기관이나 요양시설 등의 시설 내에서 발생하고 있다는 점을 고려할 때, 탈시설화가 정책적으로 추진되어 지역사회로 많은 관심이 모아질 수 있었던 호주나 타 국가들에 비해 우리나라에서는 입퇴원 절차, 시설 내에서의 인권보호와 치료환경의 개선이 보다 시급하며 중요한 문제로 다루어져야하는 것이 현실이다. 참고로, 우리나라의 ‘정신보건법’에서는 정신질환의 특성으로 인해 타인의 인권을 침해할 수 있다는 측면을 고려하여 신체의 자유를 비롯한 정신질환자의 인권을 제한하는 규정<sup>4)</sup>을 동시에 포함하는 특징이 있다. 즉 ‘정신보건법’은 “정신장애인의 인권이 기본적 권리로서 보장되어야 한다”는 원칙에도 불구하고, 사회의 안전, 타인과 가족의 보호, 효율적인 관리를 위해 정신장애인의 권리가 제한될 수 있다는 사회방위적 시각이 공존하면서 본인의 의사에 반한 강제입원과 격리, 강박, 장기입원 등 정신장애인 개인의 인권침해가 구조적으로 정당화되는 문제를 안고 있다.

정신장애인에 대한 비자발적인 치료와 강제구금의 필요성을 인정하고 있는 우리나라 정신보건법에 대한 검토와 함께, 비자발적인 의료행위에 대한 합법성의 범위와 절차의 타당성에 대한 근거, 이를 보장하기 위한 추가적인 제도의 보완을 내부적 과제로서 국가보고서에서 중요하게 다루어나갈 계획이다. 국가적 상황의 차이는 있으나 입퇴원과정이나 시설내치료의 문제점을 개선하기 위해 호주의 국가보고서에서 주요하게 다루었던 정책방향과 목표, 추진과정에서의 어려움이나 장애요인 등에 관한 내용을 보다 구체적으로 제시

---

2) 2001년부터 2006년까지 국가인권위원회에 제출된 정신장애인의 진정건수는 1,162건이며, 이 가운데 강제입원과 장기입원과 관련한 진정건수가 각각 23.5%와 14.6%로 전체의 38.1%를 차지하고 있다. 기타 진정사유로는 시설 내에서의 가혹행위가 18.6%, 작업치료의 명분으로 혹사한 경우가 15.6%, 사생활침해가 11.2%를 차지하였다. 이와 같은 현상은 정신장애인이 사회적으로 위험한 존재라는 인식과 격리중심의 치료의 필요성을 인정하면서 발생하며, 아울러 지역사회기반의 정신보건서비스 체계가 매우 미흡하여 사회복지 및 재활이 정상적으로 이루어지지 못하기 때문인 것으로 파악된다.

3) 국가인권위원회. (2007). “정신보건시설 진정사건 사례집.” 국가인권 위원회 미간행 자료집.

4) 현행 정신보건법은 정신보건시설에 수용되는 경우를 자의입원(제23조), 보호의무자에 의한 입원(제24조), 시·도지사에게 의한 입원(제25조) 그리고 응급입원(제26조)의 네 가지로 분류하고 있다. 자의입원이 아닌 경우는 정신질환자의 의사를 확인할 수 없거나 그 의사에 반하는 것으로서 강제입원에 해당한다. 강제입원은 헌법상 보장된 신체의 자유와 거주이전의 자유를 직접적으로 제약하고, 강제입원을 통해 이루어지는 강제치료는 신체를 훼손당하지 않을 권리를 제약하고 부수적으로 행복추구권을 제약한다.

해주길 바란다.

▶ 국가적 정신보건체계의 개혁을 위한 국민의 관심과 국가의 책임을 이끌어내기 위한 전략이 있다면.....

시설내 치료와 보호에 의존하는 한국적 상황에서 시설 중심의 관리 방식을 탈피하고 지역사회로의 사회복귀와 자립을 지원하기 위해서는, 정신장애인이 우리사회의 한 구성원으로서 살아가도록 돕고자 하는 국가적 목표와 비전이 필요하며 근본적인 지역사회 정신보건체계의 변화를 위한 국가적 차원의 집중적인 노력이 필요하다. 특히, 초기의 탈시설화 과정에서의 문제점을 개선해가는 과정에서 지역사회서비스체계에 대한 투입이 비용효율의 차원보다는 정신장애인의 삶의 질 향상에 초점을 두면서 자원의 요구는 더욱 증가할 수 있다. 국가의 주도적인 정신보건개혁을 가능하게 하는 동력은 정신장애인의 인권을 보호하고 지역사회에서의 정상화된 삶을 정신장애인과 그 가족에게 제공하는 것이어야 하며, 아울러 시설보호비용의 감축과 지역사회 정신보건서비스체계 구축에 소요되는 비용간의 관계, 정신장애인과 가족에게 투입되는 사회적 비용 등 정부예산에 대한 변화가 설득력있게 제시될 필요가 있다. 호주의 경우에도 국가보고서의 내용을 통해 연방 및 주정부의 추가 예산 투입이 이루어지고 국가정신보건정책과 원칙이 마련되는 계기가 되었다고 한다. Burdekin 위원장께서도 정신장애인을 위한 법적,제도적 개선과 지역사회자원의 확충을 위한 국가적 책임과 공공재원의 확보를 성공요인으로 제시하였는데, 국가와 국민의 공감대를 이끌어 내고 성공적인 이행이 가능할 수 있었던 접근방법이나 실행전략에 관한 호주의 실제 경험을 나눈다면 큰 도움이 될 것이다.

▶ 장애인 인권개선을 위한 국제적인 원칙의 의미와 기대효과에 관하여....

지난 5월 3일은 국제장애인권리협약이 발효된 의미있는 날이다. 1975년 “장애인의 권리에 관한 선언”으로부터 최근의 “장애인권리협약”에 이르면서 장애인인권의 보편적 타당

성이 국제적으로 확인되고 있다. ‘장애인권리협약’에서는 “장애인은 장애를 이유로 차별을 받지 않아야 하며, 타인과 동등하게 인권과 기본적 자유를 보장받아야 한다”고 명시하고 있다. ‘정신장애인 보호 및 정신보건 의료의 향상을 위한 원칙’에서는 “정신질환자도 인간으로서의 존엄성을 가지며 가능한 한 지역에서 거주하고 근로할 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 우리나라도 국회비준이 남아있으나 장애인권리협약에 서명한 국가로서의 의무와 장애인차별금지법 시행으로 인해, 장애인복지법이나 정신보건법을 비롯한 장애관련 법에서 보장하지 못한 장애인에 대한 처우개선과 권리구제가 이루어질 수 있는 기반을 갖추어가고 있다.

그러나 사실상 생활시설 이외의 거주방식에 대한 가능성이나 선택의 여지가 극히 제한된 우리나라 상황에서는 이러한 변화를 통한 국내장애인 인권개선의 실질적 개선을 구체적으로 기대하지 못하고 있다. 보호의무자에 의한 강제입원과 장기적이며 불필요한 시설 내 격리수용으로 인해 발생하는 인권침해를 중심으로 정신장애인의 인권이 논의되는 수준에서, 아직은 국제원칙에서 제시하는 바와 같이 장애인의 완전한 사회참여와 평등권, 지역사회에서 살 권리를 동등하게 보장하는 것에 대해 포괄적으로 접근하지 못하는 것이 현실이기 때문이다. 호주의 국가보고서에서는 ‘장애인권리협약(Convention on Rights of Persons with Disabilities)’이나 ‘정신장애인 보호 및 정신보건의료의 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)’ 등의 국제적인 장애인 인권원칙의 의미를 강조하였으며, 실제로 이러한 내용을 법 개정과 성과기준에 반영해나갔다고 한다. 이상적으로 받아들여지는 수준의 국제원칙을 현실적인 기준으로 수렴해나가는 과정에서의 단계적 접근이나 전략적 실행계획(Strategic Action Plan)을 어떤 방식으로 제시하는 것이 효과적인지에 관한 의견을 바란다.

## ▶ 정상화된 삶을 보장하는 정신보건체계의 구체적인 내용을 담아내며.....

생활시설중심의 서비스로부터 지역사회중심의 서비스모델로 전환하는 대부분의 국가는 포괄적이며 통합적인 지역사회보호체계(Community Care System)를 갖추는 노력을 기울이

고 있다. 국가정신보건체계의 개혁을 이끌어낸 호주의 국가보고서에서도 지역사회에 기반을 둔 지역사회보호서비스전달체계의 구축과 함께 지역에서의 생존문제나 복지문제를 지원하기 위한 통합적인 지원서비스의 개발과 순환적인 운영구조를 강조하고 있다. 정신장애로 인한 위기상황과 치료적 욕구를 적절하게 지원하며 다양한 생활지원을 받을 수 있도록 지원하는 호주의 포괄적인 지역사회보호체계의 관리방식을 살펴보므로써, 통합적인 서비스체계의 운영을 제도적으로 보장하며 유기적인 조정이 가능하도록 하는 지역사회 정신보건서비스체계를 개발하는데 도움이 될 것으로 기대한다.

아울러, 호주의 경우는 다양한 소외계층이 정신건강의 문제로 겪을 수 있는 불평등을 구체적으로 제거하고 비차별적인 사회로의 변화를 위한 실질적인 조건을 만들어나간 경험들을 보여주고 있으며, 정신장애인의 가족이나 보호자의 권리를 보호하고 지원하였다고 한다. 지역사회보호는 다수의 안전과 사회질서에 대한 욕구와 다양한 집단의 권리가 일상적으로 상충하는 곳이다. 정신장애를 가진 당사자의 옹호적 관점을 수용하고 다양한 정신장애를 가진 집단이나 가족의 욕구를 반영하는 과정에서의 어려움과 이를 극복하는데 있어서의 의미있는 경험을 듣는 것은 도움이 될 것이다.

끝으로 시설보호로부터 지역사회보호로의 패러다임 변화라는 추상적인 합의수준에서 벗어나, 호주의 경험적 사례를 통해, 정신장애인의 동등한 권리를 보장할 수 있는 지역사회중심의 통합적인 정신보건서비스체계로의 개혁의 가능성을 확인할 수 있었던 것은 큰 소득이다. 정신장애인이 기본적으로 누려야할 가족관계와 일, 교육, 사회활동 등의 일상생활이 제한되는 문제를 중요한 차별적 요소로 인식하면서 사회전체의 변화를 통해 사회의 차별과 편견을 근본적으로 해소하고자 했던 노력이 호주 정신보건개혁을 성공적으로 이끌어낸 가장 중요한 요인이라 여겨지며, 국가의 정신보건시스템 전반에 걸친 검토와 개편을 이루기 위한 국가보고서 사업의 성공적인 수행을 위한 우리사회의 노력을 기대해 본다.



사회복지서비스 체계  
강화를 통한 인권침해  
예방이 필요하다!



박숙경

(장애와인권발바닥행동 상임활동가)

# 3

## 토 론 문

# 사회복지서비스 체계 강화를 통한 인권침해 예방이 필요하다!

박숙경 (장애와인권발바닥행동 상임활동가, 성공회대학 사회복지연구소 연구원)

### 1. 발제에 대한 견해와 토론 방향

- 발제자는 정신보건 및 국가인권위원회에 접수된 정신장애인 관련 진정사건현황, 진정 사건분석을 통해 국내 정신장애인 인권실태를 짚어보고, □□정신보건법□□과 □□인신보호법□□을 중심으로 강제입원에 따른 부당한 인신구속 예방 및 권리구제를 위한 법령실태 개선 과제를 제시하고 있다.
- 발제를 맡은 엄형국 변호사는 수 년 동안 정신장애를 포함한 장애를 가진 사람들 특히 시설에서 생활하는 사람들의 인권보장을 위해 관련 법률 제·개정, 공익소송, 실태 조사 등의 활동을 진행해왔다. 특히 가장 기본적 권리라 할 수 있는 ‘부당한 인신구속’ 상태에 있는 사람들의 기본권을 보장하기 위한 정신보건법 개정과 인신보호법 제정의 필요성을 제기해 왔다. 이러한 그의 소신과 관심이 이번 발제 전면에 반영되어 있다고 보여 진다.
- 본 토론자는 발제문에서 엄형국변호사가 제기하는 정신장애인 인권실태의 심각성과 이를 방지하기 위한 정신보건법과 인신보호법 적용강화 및 한계를 보완할 필요성에 대해 동의한다. 구체적으로 인권실태와 관련하여 △비자의입원에 대한 법제도 실태가 보호의무자에 의한 입원의 경우 악용의 소지가 높은데도 국가기관의 개입 없이 사인의 결정만으로 이루어지도록 지나치게 간이하며 △행정부의 결정만으로 계속입원을 심사하도록 하고 있는 현행 규정 △‘강박’에 대한 명문규정이 없는 점 △작업치료를 병자한 강제노동을 방지할 관련 법령 미비 △통신제한과 CCTV설치 등에 따른 사생활침해를 방지할 법령 미비 등은 오랫동안 제기된 문제로 구체적인 대책마련이 필요

- 하다는 점에서 재론의 여지가 없다. 특히 발제자는 현행 정신장애인 인권침해 중 가장 심각한 문제인 “비자발성 강제입원의 장기화”를 중심으로 정신보건법의 현실적 한계를 지적하며 2008년 6월에 시행될 인신보호법의 필요성과 과제를 제시하고 있다.
- 내용을 요약하자면 첫째, 현행 정신보건법은 ‘비자발성입원(강제입원)’이 갖추어야 할 법치주의 요구에 미치지 못한다. 또한 보호의무자의 이해가 정신질환자의 이해와 상충할 수 있음을 고려하여 보호의무자에 의한 강제입원을 ‘환자의 이익을 위한 치료’의 경우로 제한적으로만 수용해야 하며 이를 위해 정신보건법의 보호의무자 규정 전체를 정신질환자의 인권 측면에서 재검토하여야 한다. 둘째, 강제입원의 절차는 본인 치료 이외 ‘타인을 해할 우려’에 대한 사회의 일반예방을 목적으로 하는 인신구속의 성격을 갖는데 이를 현행과 같이 행정상의 조치만으로 하는 것은 문제가 있으므로 적법절차원리를 준수하여 치료와 입원을 구분하고 요건을 강화하며 기간을 제한하는 등 남용을 방지할 적정화방안을 신속히 강구하여야 한다. 셋째, 인신보호법제정에 의해 병원과 복지시설 등 사인에 의한 인신구속의 경우 권리구제를 요청할 법적 근거가 마련되었으나 인신보호법이 구제청구권자를 지나치게 제한하고 있고, 사전고지의무가 없어 실효성이 낮으며, 피수용자의 입증능력이 취약하므로 법원의 조사가 필요하며, 비용을 구제청구자와 구금자에게 부담시키는데 따라 구제청구권을 제한하고 있는 점, 부랑인 시설이나 장애인시설 등 적법절차에 의한 수용이 장기화되는 경우 청구가 가능한지 등을 문제점으로 제시하고 있다. 이상의 내용은 타당한 지적이라 생각하며 이견을 갖고 있지 않다. 나아가 발제문은 정신장애인 의료 및 서비스 기본법의 성격을 갖는 정신보건법의 한계를 지적하고 구체적인 개선방안을 제안하고 있으며, 새롭게 적용될 인신보호법에 대한 해석과 구체적 개정과제를 제기한다는 점에서 정신장애인 인권증진을 위한 실행계획을 세우는데 기여할 것으로 생각된다.
  - 다만 다음에서 발제문에서 다루고 있지 않은 ▲인권침해 실태가 국가인권위원회에 접수된 진정사건을 중심으로 유형화되고 있는데 따른 한계 ▲강제입원·수용이 가능한 법률실태이외의 원인들을 살펴볼 필요성 ▲장애인차별금지법과 정신장애인 인권보장 방안 관련성 등을 중심으로 몇 가지 제언을 하고자 한다.

## 2. 발제에 대한 보완의견

### 1) 인권침해 실태가 국가인권위원회에 접수된 진정사건을 중심으로 유형화되고 있어 다양한 사인(私人)에 의한 인권침해내용은 포함되어 있지 않음

- 2001년 11월부터 2008년 2월까지(6년 3개월 동안) 국가인권위원회에 접수된 정신장애 인권관련 진정사건은 입원, 퇴원, 치료, 가혹행위, 사생활침해, 시설, 알권리·종교자유·진정권방해, 기타(성폭력 등) 이상 8가지 유형으로 분류되는 1,218건이다. 이상의 진정건수들은 정신장애인에 관한 인권실태 전반을 포함하고 있지는 못하다. 8가지 유형의 공통점은 정신병원이나 요양시설과 같은 정신장애인보건의실에서 발생한 인권침해로 가족이나 지역사회 안에서 발생하는 정신장애인에 대한 차별과 인권침해사건은 포함되어있지 않은 것 같다. 그러나 정신장애인의 인권문제는 법제도 등 노동과 교육 등 다양한 사회활동에서의 차별, 미디어상의 비하, 가족 또는 이웃으로부터의 학대 등 보다 다양하다. 정신장애인 관련 인권위진정사건이 주로 정신장애인보건의실에서 발생하는 사건에 집중되어 있는 원인은 인권위에서 다루는 진정사건 중 인권침해사건의 조사대상이 공공기관, 다수인보호시설로 제한되어 있는데 따른 것이라 생각된다.
- 그러므로 발제문에서 다루어지는 정신장애인 인권실태는 국가인권위원회 진정사건을 분석하는 과정에서 가정과 지역사회, 노동현장 등 다양한 사회활동 영역에서 이루어지는 정신장애인에 대한 차별과 인권침해사례를 모두 포함하고 있지 않음을 인식할 필요가 있다. 정신장애인차별에 대해서는 □□장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률(이하‘장차법’)□□에 따라 앞으로 인권위에서 다루어질 것으로 예상된다. 장차법에 대해서는 뒤에서 살펴볼 것이다.
- 그럼에도 불구하고 인권위진정사건을 통해 정신장애인 인권실태를 짚어보는 것은 정신장애인인권실태를 들여다볼 수 있는 실증자료란 점에서 의미가 있다.1)

### 2) ‘강제입원·수용’이 가능한 법률실태이외의 원인들을 살펴볼 필요성 : 공공사정체계 수립과 정비를 통해 시장논리와 과도한 의료적 개입을 방지할 필요가 있다.

- 1) 간간히 인권실태조사가 있어왔으나 정신장애인의 삶의 전영역에 걸친 인권실태조사는 아직까지 미흡하며, 조사는 연구설계과정에서 연구자의 관점이 개입되므로 실제 현상을 드러내는데 일정한 한계를 갖게 된다.

- 발제자가 바라본 대로 ‘강제입원과 퇴원불허를 통한 입원의 장기화’는 정신장애인의 인권침해 중 가장 빈번하게 제기되는 문제다. 나아가 강제입원은 폐쇄적 환경에서 이루어지는 인신구속을 통해 ‘치료자 대 환자’, ‘보호자 대 피보호자’, ‘시설수용자 대 종사자’, ‘전문가 대 비전문가’ 등의 위계적 관계를 형성하게 한다. 이러한 위계적 관계는 의도하든 그렇지 않든 간에 권력관계를 형성하며 자연스럽게 정신장애인에 대한 사생활침해, 격리 강박 등의 신체의 자유 침해, 종교의 자유 침해 등 2차 피해가 일상적으로 이루어지는 환경을 만든다.
- 사실상 인권침해는 주로 폐쇄된 환경에서 발생하는 특징을 갖는다. 따라서 정신장애인의 인권을 보장하기 위해서는 열린 환경에서 가능한 대등하고 협력적 관계아래 치료가 이루어질 수 있도록 해야 한다. 굳이 전문적인 ‘정신장애인 보건정책과 서비스의 변화’를 거론하지 않더라도 조금만 깊이 생각해보면 상식수준에서도 ‘왜 정신장애인이 지역사회에서 살아가면서 치료를 받아야 하는지?’ 누구나 쉽게 답을 찾을 수 있다. 입원 또는 수용의 장기화는 또 정신장애인을 사회로부터 격리하고 시설내 생활에서 벌어지는 다양한 인권침해를 통해 자존감을 무너뜨리며 사회적응력을 떨어뜨린다. 이외에도 과도한 약물사용 등에 의해 건강상황이 악화되거나 심하면 사망에 이르기도 한다. ‘보호’라는 이름하에 정신장애인을 무기력하게 만든다는 점에서 사회로부터 분리한 입원과 수용형태의 치료 또는 보호는 최후의 선택으로 지양할 필요가 있다. 또한 ‘입원과 수용’ 중심의 정책은 정신장애인의 인권을 침해하고 사회성을 떨어뜨리는 데다 서비스 비용도 높은 비효율적인 정책이기도 하다. 그런데도 불구하고 정신장애인에 대한 입원과 수용이 과다하게 이루어지고 개선되지 못하는 데는 단지 정신보건법과 인신구속을 막는 인신보호법등의 법의 불비(不備)를 떠나 더 깊고 다양한 사회적 원인이 있다.
- 정신장애인에 대한 수용이 과다하게 이루어지는 데는 ‘정신장애인을 비정상적인 위험한 사람들로 바라보고 권리의 주체가 아닌 보호와 격리의 대상으로 바라보는 국가, 지역사회, 가족, 이웃(국민) 4자간의 침묵의 카르텔’이 존재한다. 이러한 상황에서 강제입원·수용의 장기화를 가능하게 하는 다양한 기제들이 만들어지게 된 것이다. 발제자가 지적한 정신보건법과 인신보호법 제·개정 필요성과 한계는 이러한 다양한 기제들 중의 하나라 할 수 있다.

- 본 토론자의 현장활동 경험과 관련 문헌들에 대한 검토를 토대로 정신장애인 장기입원과 수용을 가능하게 하는 조건들을 제시하자면 다음과 같다.

※ 정신장애인 장기입원과 수용을 가능하게 하는 조건들

- 1) 근본적인 거시적 조건
  - 정신보건과 복지에 대한 국가책임의 미비와 민간기관 의존성<sup>2)</sup>(병원과 시설 영리를 추구할 수밖에 없는 환경에서 복지시설과 정신병원간의 불법적 커넥션이 공공연히 이루어지고 있음)
  - 정신보건법 등 법률의 한계
  - 정신장애인 인권을 고려한 의료·사회서비스 철학과 윤리의 미비와 체계성의 약화
  - 의료중심의 접근, 약물치료와 입원치료를 중심으로 하는 의료진의 비윤리성
  - 정신장애인을 위한 사회서비스(의료·복지·노동 등) 제공을 전문적으로 판단할 공적 사정체계 미비
- 2) 현상적인 미시적 조건
  - 형식적인 입·퇴원심사
  - 가족과 시설장 등 보호의무자이면서 동시에 이해관계자에 의한 입원
  - 정신장애인을 지원하는 사회서비스 체계의 약화 등

- 이중 본 토론자는 염형국변호사가 제시한 법령보완과 함께 정신장애인 인권보장을 위한 국가책임을 강화하고, 서비스제공과정에서의 권리보장을 통해 인권침해를 예방하기 위한 사회복지서비스 강화가 우선되어야 한다고 생각한다. 토론자가 이런 생각을 하게 된 데는 그동안 인권침해가 빈번하게 일어나는 문제시설과 정신장애인, 가족, 서비스 제공자 등을 만나면서 정신장애인과 가족들을 위한 인권보장제도는 치료에 우선한 사회적 지원이 중요하고 시설입소이후 발생하는 문제들에 대한 대책이 아닌 예방적 개입이 필요하다는 점을 느껴왔기 때문이다. 정신장애인 지원은 의료적 접근과 사회복지서비스적 접근이 함께 이루어져야 하지만 현행 정신장애인 지원체계는 지나치게 의료중심이고 의사들에게 권한이 집중되어 있다.

2) <표 3> 정신보건기관·시설 및 이용환자 현황 참조(국공립 시설은 1,242개소중 국공립병원 18곳에 불과함)

- 정신장애인의 지역사회에서의 삶을 지원하려면 다양한 사회복지서비스가 필요하겠지만 우선적으로 필요한 것은 공적사정체계의 확립일 것이다. 정신장애인의 과도한 입원과 수용은 무엇보다 공적개입이 제대로 이루어지지 않은 상황에서 민간서비스기관과 가족들의 이해가 맞아떨어진 데서 발생한다. 이러한 구조아래 병원과 요양시설, 병원과 복지시설간의 불법적인 커넥션 등이 발생한다. 따라서 정신장애인의 인권을 보장하기 위해서는 영국 등과 같이 서비스를 필요로 하는 사람들이 사정체계(assessment system)를 통해 적정한 서비스를 연계받고 수시로 서비스제공과정에서 발생하는 불만과 이의를 제기하고 점검할 수 있어야 할 것이다. 공공사정체계를 구축하는 것은 정신장애인을 포함한 사회복지서비스에서 발생하는 문제들을 해결하는 근본적 해결방안이라고 생각한다.
- 실제로 사회복지서비스를 필요로 하는 사람들을 위한 국가중심의 또는 보편적 시민권으로서의 사정체계가 마련되지 않은 상황에서 과도한 수용, 서비스의 누락 및 중복이 일상적으로 발생할 수밖에 없다. 사정체계 미비는 정신장애인이 처한 환경에서 다양한 사회적 지원을 고민하기에 앞서 정신장애인을 치료의 대상으로만 바라보게 한다. 따라서 시장논리와 의사의 판단에 지나치게 의존할 수밖에 없으며 당사자와 가족은 필요한 정보와 서비스를 제공받지 못하는 상황에 놓이는 것이다. 다른 지원체계가 미비한 상황에서 정신장애인에 대한 과도한 입원과 수용이 반복되며 통제를 위해 과도한 약물복용이 이루어지게 되며, 이 과정에서 당사자들은 더욱 무기력하게 되는 악순환이 벌어지는 것이 지금의 상황이다.
- 또 치료과정과 치료종료 이후 정신장애인의 사회생활을 지원하기 위한 복지제도와 서비스가 필요하고, 의사의 부적절한 치료를 판단하고 감시할 지원체계가 필요하다. 무엇보다 인신보호법은 사후적 구제책일 수밖에 없으며, 구속 상태에서 풀려난 이후의 대책이 마련되지 않은 상황에서 인신보호법은 제대로 작동되기도 어렵다.
- 정신장애인에 대한 사정 등의 역할을 담당하기위해 정신보건센터가 만들어지고 확대되고 있으나 현행 정신보건센터 역시 지나치게 의료적 개입과 의사들의 권한에 집중되어 있어 지역에서의 정신장애인의 삶을 복지적 측면에서 지원하고 있지 못하다. 정신장애인 보건정책은 정신장애인 복지와 보건을 동시에 바라보되 정신장애인의 사회참여(치료과정과 치료이후 복귀를 모두 포함해야 함)를 우선하는 치료적 개입과 서비

스 제공이 이루어질 있도록 법제개정이 이루어져야 한다는 것이다.

### 3) 장애인차별금지법과 정신장애인 인권보장

- 2008년 4월 11일부터 시행된 □□장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률□□이 정신장애인의 인권침해와 관련하여 어떠한 효과를 갖는지 검토가 필요하다. 정신장애인은 장애인차별금지법상의 장애범주에 속한다. 장차법은 장애를 이유로 한 다양한 차별을 구체적으로 금지하고 있으며 차별행위에 대해 입증책임의 분배, 정당한 편의제공 의무, 권리구제절차를 포함한 실효성이 높은 법률이다.
- 위에서 지적한 대로 국가인권위 진정사건에서 누락된 정신장애인에 대한 차별, 사인간의 인권침해(이웃과 가족에 의한 학대, 폭행, 착취 등)에 국가가 개입할 근거가 마련된 것이다. 또한 일상생활이 이루어지는 가정·복지시설 등 거주공간에서 벌어지는 사회적영역에서의 인권침해에 대한 국가의 개입도 가능해졌다. 장차법은 노동, 교육, 가족 및 복지시설 등 다양한 일상생활 영역에서의 차별과 인권침해를 방지하기 위한 법률로 장차법이 제대로 작동할 경우 정신장애인에 대한 인권침해에 대한 대응이 가능하며 이를 방지할 실효성을 갖출수 있다.
- 그러나 장차법은 정신장애인이나 지적장애인 등 의사능력과 판단능력이 취약한 사람들의 경우 의사소통을 지원해야 한다는 규정은 있으나 구체적인 기준을 제시하고 있지 않아 이에 대한 연구와 기준 제시가 필요하다<sup>3)</sup>. 본 발제에서는 장차법에 대한 검토가 이루어지지 않았으나 정신장애인 인권보장을 위한 장차법에 대한 분석과 실효성을 담보하기 위한 방안에 대한 연구가 이루어질 필요가 있다.

---

3) 장차법 제 30조는 이러한 문제를 포괄하여 가정과 복지시설에서 장애인의 자기결정권을 보장하고 차별을 금지하기 위한 내용을 담고 있다. 또 제 31조에서 건강권에서의 차별금지, 제 32조 괴롭힘 등의 금지 등을 통해 복지시설 등에서 벌어지는 장애인의 의사에 반하는 의료행위, 유기, 학대, 폭행 등을 방지하고 처벌할 근거를 마련했다. 그러나 거주공간에서의 차별을 금지하는 장차법이 본래 취지에 맞게 작동하기 위해서는 ‘장애인의 의사’를 판단하기 위한 구체적 기준을 제시할 필요가 있으며 관련법을 검토하여 상충되는 내용을 찾고 개정방안을 마련할 필요가 있다. 또 가족·가정·복지시설 등에서의 차별을 금지하는 제30조가 구체적으로 작동하기 위해서는 장애인의 의사를 어떻게 판단할 것인지? 장애인을 의사결정에서 배제하는 정당한 사유의 범위는 어떠한지? 등 법령 내용에 대한 해석과 기준제시를 필요로 한다. 이는 단지 제 30조 뿐 아니라 장차법 전반에 걸쳐 과제로 제시되고 있는 문제다.



#### 4) 기타 제언

- 정신장애인 등의 다수인 보호시설 인권보장방안 마련이 필요하다.
  - 정신보건시설을 비롯한 다수인보호시설(사회복지생활시설, 정신병원, 정신요양시설, 쉼터, 미신고시설 등)에서 거주하는 사람들의 인권을 보장하기 위한 법률의 제정을 검토해 볼 필요가 있다.
  
- 서비스 제공 및 권리구제 과정에서 당사자 참여와 의사소통을 지원할 필요가 높다.
  - 모든 서비스 제공시 당사자 의사를 확인하는 것이 우선되어야 하며 이를 위해서는 후견인제도 등을 섬세하게 설계하고, 대화기술, 정신장애인의 자기결정권과 인권이 보장될 수 있도록 서비스 제공 매뉴얼등 구체적 실천지침이 필요하다. 이와 관련하여 정신장애인 인권보장 매뉴얼을 별도로 만드는 방안이 있을 수 있지만 가능한 일반 서비스 매뉴얼에 인권보장방안을 담는 방식이 활용도가 높고 관련주체의 인권감수성을 높일 수 있다고 본다. 즉 특별한 욕구에 따른 서비스를 제공하되 보편적 방식으로 접근할 필요가 있다.
  
- 정신장애인 등 의사능력이 취약한 사람들의 의사소통을 지원하는 정책마련이 필요하다.
  - 정신장애인 관련 법제도에 정신장애인의 의사를 확인하기 위한 노력, 본인의 의사를 우선하도록 하는 조치가 마련될 필요가 있다. 부득이 본인과 타인을 해할 우려가 있는 경우 즉 최선의 이익을 위해 정신장애인의 자기결정권을 제한하고 강제조치가 이루어져야 할 경우 서비스, 보건, 사법부에 의한 상호 견제가 이루어질 수 있도록 명시적으로 절차가 마련되어야 할 것이다.

### 3. 질문

- 1) 정신장애인 관련 인권위 진정사건 실태에서 각하와 기각률이 매우 높은 주된 이유는 무엇인가?

2) 인신보호법 제 11조에서 피수용자의 신변보호를 위해 필요하다고 인정되는 때에는 결정으로 피수용자를 현재의 수용시설에서 적당하다고 인정되는 동종 또는 유사한 다른 수용시설로 이송할 것을 수용자에게 명할 수 있도록 하고 있다. 동종시설로 옮겨질 경우 동종 업계(?)의 입장에 따라 피구금자가 심리적 불편감과 위해를 당할 우려가 있을 수도 있다고 보는데 어떻게 보는지? 오히려 소송을 제기하고 있는 상황에서 심사과정을 통해 인식구속을 해제하거나 독립된 컴퓨터를 마련할 필요가 있다고 보는데 견해를 듣고 싶다.

인권위 진정사례를 통해  
본 정신장애인의  
차별·인권침해 실태



문용훈

(사회복지시설협회 부회장)

## 4 토 론 문

# 인권위 진정사례를 통해 본 정신장애인의 차별·인권침해 실태

문용훈 (사회복지시설협회 부회장)

지금까지 정신장애인의 인권문제를 다룸에 있어 대부분은 입·퇴원과 치료 시 발생하는 내용과 관련된 것이었다. 이는 한편으로 입·퇴원 시 정신장애인이 경험하게 되는 인권적 침해 요인이 심각한 상황이라고 이해될 수 있지만 다른 시각으로 바라보면 정신보건 영역에서 정신장애인에 대한 시각이 여전히 수용 및 관리의 차원에 머무르고 있음을 의미한다. 즉 정신장애인들이 지역사회에서 살아가는데 필요한 권리가 무엇이고 이들이 어떻게 자신의 권리에 대해서 주장하여야 하는지에 대한 관심을 가지지 못한 것으로 이해될 수 있다.

그러므로 정신보건법이 통과되고 시행령·시행규칙이 제정된 지 10년이 넘어가는 시점이고 정신보건법이 전반적인 개정을 하고 있는 시점에서 지역사회정신보건이라는 전제를 바탕으로 정신장애인의 사회복지와 재활을 새로운 시각으로 바라보는 것이 필요한 시점이다.

지역사회 정신보전이 활성화되게 된 배경에는 정신장애인에 대하여 한 인간으로서 존중받을 수 있는 권리, 즉 인권을 기초로 하고 있는 것은 주지의 사실이다. 여기에서 정신장애인의 인권이란 개인의 신체적인 자유를 보장하기 위한 자유권적 기본권과 함께 인간다운 생활을 위해 필요한 권리인 사회적 기본권의 보장도 포함되어야 한다. 더 나아가 사회복지 및 재활의 당사자인 정신장애인에 대한 사회적 가치절하나 부정적 이미지를 바꾸기 위하여 정신장애인들을 우리의 사회적서비스의 소비자로 보는 인식변화가 필요한 시기이다.

정신장애인들이 지역사회에서 생활하는 것이 바람직하고 그들이 지역사회에서 살아갈 수 있는 잠재능력을 가지고 있다는 것은 대다수의 전문가들이 이념적으로 동의하고 있다. 그럼에도 불구하고 우리의 정신보건 현실을 보면 정신보건정책 결정자들이나 전문가들은

무엇을 근거로 하여 이념을 실천하여야 할 것인가에 대해서는 혼란을 가지고 있다. 이러한 문제는 이념과 실천의 혼란을 경험하는 전문가의 개인적 차원의 문제와 정신장애인에 대하여 아직까지는 수용·통제하려는 사회적인 시각이 현재의 상황을 구성하여 왔다고 볼 수 있다. 이러한 상황은 정신장애인의 치료와 재활에서 비인권적인 접근인 ‘정신장애인의 배제와 차별’을 형성하게 되었다.

이는 치료적인 환경에서의 정신장애인이 경험하게 되는 인권침해 문제에서 확대되어 사회적 권리에 대한 다차원적인 배제(직업, 기초생활, 서비스, 학업, 정보, 지역사회역할 등)로 이어지게 되어 정신장애인에게 사회적 역할이 주어지지 못하게 하였고 더 나아가 인간에 대한 가치평가가 절하되는 상황이 되고 있다. 이러한 배제와 차별은 정신장애인에 대한 일반인들의 태도와 전문가들의 치료방식 그리고 국가의 관리방식에도 영향을 주고 있고, 이러한 배제와 차별은 불행하게도 현재 우리사회의 곳곳에서도 여전히 견고하게 자리 잡고 있다.

## ■ 진정사건의 현황에서 본 정신장애인

### 1. 입·퇴원과 관련하여

정신장애인의 진정사건 현황의 많은 부분은 입·퇴원과 치료에 관한 내용이다. 이러한 문제는 그동안 인권위원회에서 계속적인 의견을 제시한 부분이고 이는 2008년 개정된 정신보건법에서도 반영되고 있다. 새로이 개정된 정신보건법 중 이와 관련한 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

- 국가, 시·도 및 시·군·구 단위의 정신보건사업계획을 각각 수립하도록 함. (제4조의 2)
- 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자 및 정신보건전문요원에 대하여 인권교육을 받도록 함. (제7조의 2)
- 정신보건시설의 장은 입원당시 대면진단 등 진료와 관련된 기록을 작성 보존하도록 하며, 환자 또는 보호의무자가 내용확인을 요구하는 경우 이에 응하도록 함 (제18조의 2)

- 정신의료기관 등의 장은 자의입원환자에 대하여 1년에 1회이상 퇴원의사를 확인해야 함 (제23조 3)
- 보호의무자에 의한 입원시 보호의무자 2인의 동의를 받도록 함.(제24조 1)
- 정신보건시설의 장은 무연고 정신질환자에 대하여 신상정보조회를 하도록 함(제26조의 2)

이러한 법적인 근거가 입·퇴원 시 재대로 실천되기 위해서는 현재 작업중인 시행령·시행규칙이 중요한 역할을 하여야 할 것이다. 정신보건법에 관한 토론회에 참석하다보면 의료계에서는 의료의 전문성을 이야기하고 법조계에서는 입원 및 치료 과정에서 법적인 전문성의 배재를, 가족은 당사자(?)의 입장이 배재되어 있다고 주장한다. 이번 시행령 시행규칙에서는 이러한 문제가 해결되었으면 하며 실제 정신장애인의 의견도 수렴되었으면 한다.

요즘 인권에 관심이 있는 태화샘솟는집의 회원과 직원들이 토론 모임을 진행하고 있다. 이모임에서 실제 회원들이 입원 시 느끼는 가장 어려운 점이 언제 퇴원할 질 모른다는 불안감이었다. 이는 정신장애인의 퇴원에 대한 결정에서 자신의 의사가 반영되지 않는다고 생각되고 있다는 것이다. 실제 우리기관의 회원들을 비롯한 정신장애인들이 가장 있고 싶은 곳은 지역사회내의 가정일 것이다. 이들이 가정과 지역사회에서 생활하도록 정신보건 환경을 조성하는 것이 자의입원을 높이는 방안이 아닐까 생각된다.

## 2. 치료과정에서의 (작업치료를 중심으로)

작업치료란 신체적, 정신적, 그리고 발달과정에서 어떠한 이유로 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료 및 교육하는 활동을 의미한다. 그러므로 정신장애에 있어서 작업치료란 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진시키는 작업 활동을 이용하여 행하는 치료·훈련·지도 등의 활동을 말하고, 좁은 의미로는 일과 신체적 활동을 통한 치료 활동을 말한다.

작업치료의 경우 그 효과성에도 불구하고 정신장애인의 의사에 반하여 적용하게 되는

경우 문제가 발생할 수 있다. 작업치료의 목적이 정신장애인의 치료에 있는 만큼 치료기관에서 제한된 기간 동안 진행되어야 할 것이다. 새로운 정신보건법에서도 이러한 문제를 다음과 같이 언급하고 있다.

- 정신보건시설의 장은 입원 중인 정신질환자에 대하여 부당한 노동의 강요나 가혹행위를 할 수 없도록 함 (제41조 제3항 및 제 43조 제2항)
- 작업요법에 대한 근거를 신설 (제46조의 2 - 입원환자 등에 대한 작업요법) : 건강을 해치지 않는 범위내에서, 본인의 신청이나 동의, 정신과전문의의 지시, 진료기록부 또는 작업일지 기록)

정신장애인 작업치료의 또 다른 문제는 적절한 보상을 받을 수 있는 권리이다. 현재 보호작업장 형태로 실시되고 있는 내부 작업의 경우 판로확보의 어려움, 저임금, 시설 및 설비 부족, 낮은 생산성 등으로 인하여 운영에 어려움을 가지고 있어 실제 작업에 참여하는 정신장애인에게 적정 보수가 나가기 어려운 상황이다.

현재 우리나라에서 임금결정은 국가가 임금결정과정에 개입하여 임금의 최저수준을 정하고, 사업주로 하여금 그 이상의 임금을 지급하도록 법으로 강제함으로써 저임금 근로자를 보호하는 제도를 가지고 있다. 그러나 작업치료는 치료라는 특수한 상황과 제도적 차원에서 최저임금 적용 제외대상자 항목 (정신 또는 신체의 장애가 업무수행에 현저히 지장을 주는 자로 노동부의 인가를 받을 경우 최저임금 적용의 예외)으로 인하여 적절한 보상이 되지 않고 있다. 그러나 정신 또는 신체장애가 있다고 하더라도 업무의 특성상 업무수행에 지장이 없는 경우나 지장이 있다고 하더라도 ‘현저히 지장을 주는 경우’가 아닌 한 노동부의 인가를 받을 수 없으므로 적정보수 지급을 하여야 한다.

치료적인 목적의 작업과 생산성을 가지는 작업을 어떻게 규정하느냐가 가장 큰 어려움 이기는 하지만 이러한 문제를 먼저 경험한 타 장애영역의 지침을 참조하여 기준을 설정할 필요가 있다.

#### - 장애인근로작업장 급여기준

- 근로장애인 2/3이상에게 최저임금이상 지급하기 위해 최선의 노력을 하여야 한다.  
근로장애인 1인당 월평균임금은 최저임금의 80% 이상을 유지하여야 한다.

- 장애인근로자의 직업능력에 따라 적정임금을 제공하기 위한 근로활동을 유지하되, 최저임금 이상의 지급을 위하여 최선의 노력을 하여야 한다.
- 근로장애인에 대한 4대보험의 가입과 퇴직금 및 제반수당지급에 최선을 다하여야 한다.
- 장애인보호작업장
  - 근로장애인 2/3이상에게 최저임금의 40% 이상을 지급하기 위해 최선의 노력을 하여야 한다.

모든 근로장애인에게 임금을 지급하여야 하며, 근로장애인 1인당 월평균 임금은 최저임금의 30% 이상이어야 함.

### 3. 장기입원에 대한 문제

현재 의료급여자의 경우 입원과 생계비의 부담 구조는 장기입원을 선택하게 하는 요인이 된다. 즉 의료급여환자가 입원하게 될 경우 입원 비용 및 생계급여에 대한 지방비 부담이 적게 되고 이러한 재정구조는 중앙정부 예산의 부담이 높은 입원을 선택하게 되므로 장기적으로 정신장애인 치료 및 재활 관련 소요 예산 재정 구조의 통합적 운영 방안을 고려하여야 할 것이다.





# 정신보건정책, 제도와 정신장애인 인권

---

황태연

(대한신경정신의학회 이사)

우리사회에서 가장 심한 낙인과 차별에 시달리고 있는 정신장애인의 인권은 정신보건 전문가 뿐 아니라 우리 사회 전체가 반드시 보호해야 할 중요한 가치라는 데는 누구나 동의하고 있다. 정신장애인의 인권신장은 그 자체만으로 실행될 수 없는 과제이고, 정신장애인을 둘러싸고 있는 제도와 정책의 개선과 함께 이루어 질수 있으며, 정신장애인 가족과 일반 시민의 인권 및 안전이 동시에 고려되어야 현실적이 될 것이다.

발제문에 대하여 다음과 같이 토론하고자 한다.

## 1. 정신보건관련 주요 지표와 인권

### 1) 병상수 증가, 정신요양원, 정신보건시설의 소형화

1995년 정신보건법이 통과된 후로도 정신병상수는 계속해서 증가를 하고 있고, 현재는 OECD 국가중 유일하게 정신과 입원병상수가 증가하는 나라라는 오명을 쓰고 있다. 정신보건법이 제정될 당시에 정신요양원을 정신병원으로 전환시키고자하는 정부의 의지는 재정적 문제로 97년 개정안을 통하여 중단이 되었고, 이후로 병상수 증가를 막기 위한 조치는 300병상 이상의 정신병원 신설을 막은 것이 유일한 것이었다. 그러나 이후로 국내 의료환경의 변화에 따라 200병상 내외의 종합병원의 도산이 이어졌고, 이를 인수하여 정신병원으로 전환하게 된 것이 병상 증가에 많은 기여를 하였고, 정신과 개원의들의 개원 형태가 50병상 규모의 입원실이 있는 정신과의원을 선호하게 되면서, 신규병상의 증가에 결정적 기여를 하게 되었고, 정신병원보다 인적, 물적으로 열악한 환경에서 인권의 유린이

더 쉽게 일어날 수 있었다. 이렇게 볼 때 정신보건 환경은 의료시장의 변화와 의료보험 및 의료급여 지불 정책에 의해 심각한 영향을 받게 되며, 이러한 증가 요인을 제거하지 않고 기존 환자들의 탈원화를 통한 병상수 감소를 논의하는 것은 의미 없는 일이 될 것이다.

그러므로 향후 치료인력이 부족한 소규모의 정신과 입원시설의 허가를 억제하고, 지역 사회 정신보건과 연계되는 응급 시설을 늘려갈 수 있도록 하여야 할 것이다.

## 2) 지역사회 정신보건시설과 등록환자의 증가

탈원화에 대한 논의가 활발했던 90년대 중반에 전문가들 사이에서 토의된 탈원화 방법은 크게 두가지였다. 첫째는 지역사회 정신보건 시설 확충을 통해서 퇴원할 환자를 재활 시킬 환경을 조성해 나가면서 점진적인 탈원화를 이루자는 것이었고, 둘째는 일단 대형병원, 요양원에서 불필요한 입원상태의 환자를 과감히 탈원화를 시키면서 대책을 동시에 마련해가자는 다소 급진적인 의견이었다. 결국 전자의 의견에 많은 동의가 있어서, 정신보건센터, 사회복지시설에 필요한 재원이 정부와 자치단체에 의해서 확보되었다. 현재의 상황을 분석하자면 지역사회에서 치료받지 못하는 환자에게는 많은 혜택이 돌아갔지만, 이러한 시설이 장기입원환자의 탈원화에 기여한 바는 적었다고 생각된다. 사회복지시설도 병원에 장기 입원한 어려운 환자보다는 가족과 지내기 어려운 환자를 쉽게 받아들여지게 되었고, 이러한 문제점을 보완하고자 서울시는 서울시 위탁시립정신병원으로 하여금 Half-way House를 통한 운영하게 하여 퇴원을 가속화하고자 하고 있다. 향후에 이러한 입원시설과 지역사회를 연결하는 형태의 Half-way House가 전국적으로 확산되는 것이 탈원화를 위해서 바람직하다고 생각한다.

## 2. 정신과 치료와 인권

정신질환을 어느 곳에서 치료하고 재활하는가는 환자가 속한 사회가 과연 정신질환을 어떻게 인식하고 있는가와 관련된다. 정신과치료를 일반 의학적 치료와 분리하여 정신병원에서 주로 치료하게 하는 시스템은 현재에도 대부분의 나라에서 채택하고 있다. 그러나

많은 정신보건 선진국에서는 종합병원의 정신과에서 환자를 치료하도록 함으로써, 정신질환, 정신과 치료, 정신과 환자에 대한 차별을 점차 개선하고 있다. 즉, 정신질환도 일반 신체질환과 같이 인식되고 치료된다면 편견은 없어질 것으로 생각된다.

그러나 불행히도 우리나라에서는 90년대에 종합병원 필수 진료과에서 정신과가 제외됨으로서, 이러한 세계적인 조류에 역행하여 왔고, 아직도 많은 정신병원이 시 외곽이나 접근이 어려운 위치에 고립되어 있다는 것은, 결국 정신과 환자와 치료가 일반인이 모르는 곳에서 이루어지길 원하는 사회 속에 우리가 산다는 것을 말하며, 이런 환경에서 환자들의 인권이 혁신적으로 향상되기를 바라는 것은 語不成說 일지도 모른다.

## 1) 자의입원과 보호의무자 입원, 강제 입원결정의 법원 이관, 공공 후견인 제도

자의입원이 적다는 것은 결국 환자가 편안하게 진료받고 원할 때 퇴원할 수 있는 환경이 조성되지 못한다는 이야기가 된다. 한번 입원하면 퇴원이 어려워져야 자의입원이 적을 수 밖에 없다. 따라서 자의입원을 할 수 있는 여건을 점진적으로 개선하지 않는 한 줄어들기는 어려울 것이다. 입원을 억제하기 위한 입원 결정의 법원 이관은 무척 이상적인 제도가 될 수 있다. 현실적으로 응급입원된 환자는 72시간내에 자의입원, 보호의무자 입원 또는 시도지사에게 의한 입원(개정안에서는 시군구청장에 의한 입원)으로 전환하도록 되어 있으나 이러한 입원절차는 72시간 내에 불가능하다. 강제입원 과정에 대한 세심한 법적 절차가 강화되어야 함은 당연하나 응급조치를 요하는 정신병적 상태에 있는 환자를 앞에 놓고 있는 전문의 입장에서 입원환자의 약물치료를 법원 등 공적 기관의 사전 허가를 받도록 하는 것은 비현실적이라는 생각이 들고, 사후에 이의제기 절차를 두는 것이 현실적이라고 생각한다. 또한 이 제도가 효율적으로 시행되기 위해서는 사법부와의 협의는 많은 시간과 노력이 필요할 것이고, 공공 후견인 제도도 편견이 현재와 같이 심한 현실에서는 도입한다 해도 나서는 후견인으로 자처하기는 쉽지 않을 것이다.

또한 지역사회치료 명령제가 정신보건법 개정안에 포함된 것은 무척 환자의 치료받을 권리 차원에서는 긍정적이나, 환자 입장에서 보면 치료를 거부할 권리를 행사할 수 없는 상황이 되는데, 이에 대해서는 향후 사회적 합의가 필요한 부분이라 생각된다.

## 2) 치료과정에서의 비인권적 행위 - 강박, 격리, 신체적 구속, 작업 치료, 자유권과 핫라인

환자의 동의 없는 강박과 격리는 당연히 인권침해지만 강박이 필요한 상황이 발생한 환자의 동의를 받고 강박을 시행하는 것은 현실적으로 시행하기는 어려울 것이다. 모든 선진국의 정신의료기관에서도 자타해가 우려되는 경우 예방적 차원에서 강박을 시행하고 있으며, 단지 우리나라에서 개선되어야 할 점은 강박에 대한 지침이 적정한 가, 그 지침이 준수되고 있는가에 대한 감시체계가 있어야 한다는 것이다.

또한 작업치료라는 미명하에 진행되는 원내 작업을 부당하게 요구하는 행위는 철저하게 금해야 하겠지만, 재활치료 차원에서 환자들의 사회기능 및 직업재활을 시행하며 임금을 지불하는 경우는, 치료의 일환으로 인정하여야 재활의 활성화를 기할 수 있을 것이다.

현재 대부분의 폐쇄병동에서 서신 및 전화 사용, 건의함 설치가 되어 있는 상황에서 24시간 핫라인은 특별히 필요없고, 현실성 없는 제안이라 생각한다.

## 3) 치료 비용과 지불방식, 치료의 질관리와 평가

의료급여 진료 정액제는 정신질환자의 치료권을 해치는 가장 독소적인 정책이라고 생각된다. 국내에서도 도입예정인 DRG에서도 정신질환에 대한 도입은 유보된 이유가, 같은 진단명이라 하더라도 그 임상양상이 상이한 정신분열병, 조울병, 우울증 같은 병의 치료를 입원 환자 1인당 월 정액제로, 그리고 외래 약물수가도 2,520원인 현실은 건강보험 환자와 차별되는 의료급여환자의 인권과 치료의 질적 면에서 하루 빨리 철폐되어야 한다. 현재 정부는 의료급여 수가를 수년간 동결시키고 있는데, 이러한 조치가 환자의 치료와 재활을 저해하는 가장 큰 요인이므로, 가장 시급하게 처리되어야 할 것이다. 최근 개발된 항정신병약물이 의료급여 환자에게 처방되지 못하는 현실에서 무슨 재활을 논의할 수가 있겠는가?

향후에 수가 체계에서는 병원내 재활 프로그램에 대한 수가가 산정되어야 하고, 지역사회정신보건 사업 자체는 공공 재원이 투입되어야 하나, 지역사회 재활 프로그램에 대한 수기도 책정되어, 민간 부문에서도 활발한 참여를 유도하여야 할 것이다.

정신질환의 만성화를 방지하기 위해서는 조기 개입이 중요한데, 조기 개입 프로그램을 시행할 수 있도록 제도적으로 지원하는 것이 만성화된 후 재활을 하는 비용보다 더 효율적이므로, 초발 정신질환자를 위한 적극적 치료를 제공할 수 있는 기관이 지정 운영될 필요가 있다.

정신보건법 개정안에 포함된 정신보건시설 평가는 필요한 작업이리는데 동의하나, 현실적인 여건을 고려하지 않은 평가는 실효를 거두기 어려우므로, 치료의 질관리를 기술적으로나 실제적으로 지원할 수 있는 체계가 마련되어야 할 것이다.

### 3. 낙인 및 차별 극복 방안

낙인은 정신질환자에 국한되지 않는다. 가족, 정신보건전문가, 정신보건시설, 약물 등 정신과와 관련된 모든 분야가 총체적으로 사회적 낙인으로 인하여 고통을 받고 있다. 국내에서는 1995년 한국정신사회재활협회가 창립되어 낙인 극복을 위한 캠페인을 전개하고 있고, 대한정신보건가족협회가 또한 가족과 환우를 위한 차별 극복 사업을 전개하고 있다. 하지만 위의 두 NGO의 활동으로는 부족하며, 국가가 적극적으로 나서야 한다. 호주의 경우도 우울증 극복을 위해 국가가 출자한 Beyondblue가 많은 기여를 하는 것을 볼 때 정부의 역할이 더 강화되어야 할 필요를 느낀다.

이상에서 발제문에서 제기된 여러 사안에 대해 토의를 해보았다.

국가인권위원회가 정신장애인의 인권에 관심을 가지고 국가 보고서를 채택하기 위한 노력의 일환으로 이러한 심포지움을 개최하여 많은 관심을 유도하고, 토론을 할 수 있는 장을 마련하는 일은 정신장애인의 인권 향상을 위해 매우 중요한 활동이라고 생각한다. 앞으로 계속되는 심포지움이나 국가인권보고서 작성 과정을 통해 더 많은 활동을 기대한다.

실질적인 정신장애인의 인권 향상을 위해서는 보건복지가족부, 인권위원회, 정신보건전문가, 가족협회 등 정신보건 관련 단체와 기관의 활동도 중요하지만, 정부의 다른 부처들의 공동의 노력이 없이는 ‘그들만의 리그’로 끝나게 될 것이다. 즉, 정신장애인의 직업,

주거, 교육을 위해서는 범정부 차원의 정책적 노력이 기울여지지 않으면 안 되는데, 외국의 사례에서 보듯이 정신보건과 정신장애인의 인권이 국가적 우선순위에서 얼마나 중요한 위치를 차지하느냐가 매우 중요하며, 이를 위해서 가능한 모든 자원을 동원해야 할 것이다.



# 정신보건사업 현황 및 정신보건법 개정내용

류지형

(보건복지가족부 정신건강정책과 과장)



# 6

## 토 론 문

# 정신보건사업 현황 및 정신보건법 개정내용

류지형 (보건복지가족부 정신건강정책과 과장)

### □ 정신질환자 및 정신보건시설 현황

- 2006년도 정신질환자 실태역학조사에 의하면 18세이상 64세이하의 정신질환 1년 유병율이 12.9%로, 약 412만명이 정신질환으로 이환되고 있는 것으로 나타났다.[표1 참조]

<표 1> 정신질환의 1년 유병율 및 추정환자수

구 분	18세이상 64세이하 1년 유병률(%)	추정환자수 (천명)	비 고
○ 정신질환 + 알코올장애	12.9	4,121	
○ 정신질환	8.3	2,641	
- 불안장애	5.0	1,597	
- 기분장애	3.0	952	
- 정신병적 장애	0.3	101	
○ 알코올 사용장애	5.6	1,795	

- 한편 정신보건시설은 정신의료기관에 6만5천여 병상을 비롯하여, 정신요양시설, 정신보건센터 등에 41,105명이 입소 또는 등록되어 이용을 하고 있다. <표 2 참조>
- 우리나라의 정신병상수는 1980년 이후 2002년까지 빠른속도로 증가하다 2002년 이후 증가속도가 둔화되어 2005.6말 현재 인구 천명당 1.22병상으로 다른 선진국에 비하여 부족하지 않다고 생각된다.

<표 2> 정신보건기관·시설 현황 (2007년말 현재)

(단위 : 개소, 명, 병상)

구분		기관수	인원수 (병상수)	주요기능
정신 의료 기관	소계	1,146	65,525	
	국·공립	18	7,965	- 정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민간	1,128	57,560	- 정신질환자 진료
정신보건센터		151	66,653(등록)	- 지역사회내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리 - 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정
알코올상담센터		30	4,286(관리)	알코올중독예방, 중독자상담등
정신요양시설		58	12,068(입소)	- 만성정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		170	2,739(입소) 6,948(이용)	- 병원 또는 시설에서 치료·요양후 사회복귀 촉진을 위한 훈련 실시

### □ 정신보건사업 추진현황

- 그동안 정신질환자는 의료기관이나 요양시설에서 입원 또는 입소하여 폐쇄적으로 관리되어 오다 1995년 정신보건법이 제정되면서 지역사회에서의 관리 필요성이 제기되었고, 정신보건센터·사회복귀시설등 지역사회정신보건사업이 활발하게 추진되어 정신질환자들이 지역사회내에서 탈수용화를 위한 다양한 시설들을 통한 각종 상담·재활 및 사회적응을 위한 서비스가 이루어지도록 하고 있다.
- 또한 보건소를 중심으로 정신의료기관·사회복귀시설·알콜상담센터·정신보건센터·정신요양시설등이 연계되어 정신질환자와 가족·지역주민에 대한 정신보건사업이 체계적으로 이루어 질 수 있도록 전달체계를 확립하고 있다.

## 1) 정신질환 인식개선사업추진

정신질환에 대한 올바른 인식과 교육·홍보를 통해 사회적 편견해소 및 재활의욕을 고취하여 함께 사는 사회적 분위기를 조성해나가기 위하여 다양한 홍보매체의 개발·보급 및 대국민 캠페인 등 홍보활동 추진하고 있다.

## 2) 음주폐해 예방 및 알코올중독 재활 대책추진

- 음주로 인한 사회적 손실과 개인과 가정의 피해를 예방하기 위하여 2006년 국가알콜종합계획인 「파랑새 플랜2010」을 수립하였고,
- 파랑새포럼, 파랑새 공동협약 등을 통한 건전음주문화 조성과 절주 생활화를 추진하고, 알코올상담센터 및 알코올전용 사회복지시설 등 인프라 확충을 통한 알콜중독예방과 재활을 적극 추진중에 있다.

## 3) 인터넷 및 약물중독 피해 예방 및 치료재활 사업

- 최근 증가하고 있는 인터넷중독과 마약등 약물중독으로 인한 피해를 예방하고 중독자에 대한 치료재활을 위한 사업 체계를 강화해나가고 있다.
- 특히 청소년들의 인터넷 중독이 심각함에 따라 인터넷 중독 청소년의 치료재활을 위한 인터넷중독 전문 상담사 양성, 청소년지원센터 및 청소년 치료협력병원을 연계 지역체계망을 구성하여 특성화된 사업을 추진하고 있으며,
- 2008년 「마약류관리에 관한 법률」 개정으로 마약중독자에 대한 실태조사 등 효과적인 치료·보호를 위한 종합대책을 추진해나갈 계획이다.

## 4) 생명존중 및 자살예방

- IMF이후 증가한 자살에 대한 예방을 위하여 범정부적인 자살예방종합대책을 수립하여 기존 자살예방사업을 평가하고 관련부처별 보완대책을 수립 추진하고 있으며,
- “생명사랑포럼”, “생명사랑캠페인”, 유해사회환경 모니터링 및 사이버 상담체계강화 등을 통한 생명존중을 위한 사회환경조성을 적극적으로 추진하고 있다.

## 5) 아동·청소년 정신보건

- 아동·청소년 정신건강문제의 조기발견 및 조기중재서비스를 제공하여 건강한 사회 구성원으로 성장할 수 있도록 '07년 전국 119개교 고1 학생 약 36,000명을 대상으로 선별검사 실시하였고,
- '08년에는 교육부 주관으로 전국 245개 학교(초1, 초4, 중1, 고1)에서 10만여명의 학생을 대상으로 1차 선별검사를 실시하고, 정신보건센터에서는 2차 선별검사 및 사례관리 실시할 예정이며,
- 아동·청소년 정신보건사업을 수행하는 정신보건센터를 '07년 32개소에서 '08년 35개소로 확충할 계획이다.

## □ 정신보건법 개정

- 앞서 신영전교수께서 발표하신 바와 같이 1995년 정신보건법이 제정되면서 정신의료기관 등 각종 시설기준을 정하여 환자에 대한 서비스 질을 향상하고, 환자의 입·퇴원절차, 행동제한의 금지 등을 규정하여 환자의 인권침해 소지를 예방할 수 있도록 하였으며, 정신보건심의위원회를 운영하여 환자가 장기입원하는 것을 제도적으로 방지할 수 있는 틀을 마련하였다.

- 그러나 최근 사회환경의 변화와 함께 개인정보의 보호등 인권유린예방을 위한 사회적 수요에 적극적으로 부응하기 위하여 상대적으로 인권유린소지가 많은 정신질환자에 대한 인권강화책이 요구되어 왔다.
- 이에 따라 우리부에서는 지난 2006년 국가인권위원회로부터 제도개선권고를 받은 18개과제중 현실적으로 당장 시행이 곤란한 2개과제를 제외한 16개과제를 입법하기 위한 정신보건법 개정안을 2007.1월 국회에 제출한 바 있으며, 의원제출안등 총 7개 개정발의안을 검토, 2008.2.19. 보건복지위원회에서 대안으로 국회 본회의를 통과하여 2008.3.21. 개정법률이 공포되었다.
- 개정된 법률의 주요내용을 보면
  - 국가와 자치단체는 정신보건서비스전달체계를 확립하도록 함(제4조제2항 신설)
  - 시·도에 실태조사와 정신보건지도업무를 수행할 공무원을 둘 수 있도록 함(제4조의2제2항 신설)
  - 국가, 시·도 및 시·군·구 단위의 정신보건사업계획을 각각 수립하도록 함(안 제6조의2 신설)
  - ☞ 복지부장관 → 5년마다 국가정신보건사업계획 수립
  - ☞ 자치단체의 장 → 국가정신보건사업계획에 따라 지역보건의료계획과 연계하여 시·도 및 시·군·구 단위의 정신보건사업계획을 각각 수립
  - 정신보건시설의 설치·운영자, 종사자에 대하여 인권교육을 받도록 함(안 제7조의3 신설)
  - 이 법에 따른 형사처벌을 받으면 5년 동안 정신요양시설이나 정신의료기관의 설치·개설을 제한하도록 함.(안 제12조의2 신설)
  - 국가 및 자치단체는 시·군·구단위의 정신보건센터 설치를 위하여 노력하도록 함(안 제13조의2 신설)
  - 사회복지시설의 종류를 다양화 함(안 제16조제1항)

- 생활훈련시설
- 작업훈련시설
- 복지부령이 정하는 시설

⇒

- 생활시설
- 지역사회재활시설
- 직업재활시설
- 대통령령이 정하는 시설

- 정신보건시설의 장은 입원당시 대면진단등 진료와 관련된 기록을 작성 보존하도록 하며, 환자 또는 보호의무자가 내용확인을 요구하는 경우 이에 응하도록 함(안 제18조의2 신설)
- 복지부장관은 정신보건시설에 대하여 3년마다 평가하도록 함(안 제18조의3 신설)
- 정신의료기관등의 장은 자의입원환자에 대하여 1년에 1회이상 퇴원의사를 확인하도록 함(안 제23조제3항 신설)
- 보호의무자에 의한 입원시 보호의무자 2인의 동의를 받도록함(안 제24조제1항)
- 정신보건시설의 장은 무연고 정신질환자에 대하여 신상정보조회를 하도록 함(안 제26조의2 신설)
- 정신의료기관의 장은 본인 또는 보호의무자의 동의를 얻어 퇴원사실을 정신보건센터 또는 보건소에 통지하도록 함(안 제26조의3 신설)
- 지방정신보건심의위원회를 광역정신보건심의위원회와 기초정신보건심의위원회로 각각 구분함(안 27조제1항)
- ☞ 현행 지방정신보건심의위원회 업무중 “퇴원 또는 처우개선 심사”업무를 기초심의위원회로 이관하고 중앙정신보건심의위원회 업무중 “재심사업무”를 광역위원회가 각각 담당하도록 함
- ☞ 광역과 기초정신보건심의위원회내에 각각 심판위원회를 두고 중앙정신보건심판위원회를 폐지
- 정신의료기관의 장은 입원환자중 대통령령으로 정한 자에 대하여 시장·군수·구청장에게 1년의 범위내에서 외래치료명령을 청구할 수 있도록 함(안 제37조의2 신설)
- 정신보건시설의 장은 입원중인 정신질환자에 대하여 부당한 노동의 강요나 가혹행위를 할 수 없도록 함(안 제41조제3항 및 제43조제2항 신설)

- 환자의 신체적 제한에 대한 근거를 명확히 함(안 제46조)
- 작업요법에 대한 근거를 신설함(안 제46조의2 신설)

○ 위와 같이 이번에 개정된 정신보건법은 주로 환자의 권익보장과 인권보호에 초점을 맞춘 것으로 실효성 있게 진행된다면 그간 간혹 발생된 환자의 인권침해사태가 크게 줄어들 것으로 기대하고 있다.

## □ 정신보건제도 개선방안

### ○ 비자발적입원 여부에 대한 법원의 결정에 대한 검토

- 앞서 신영전교수께서 발표하신 시·도지사에 의한 입원, 응급입원 또는 보호의무자에 의한 입원 등 본인의 의사에 반하여 입원되는 비자발적입원에 대하여도 정신과 전문의가 입원여부를 결정함으로써 보호의무자나 정신과 전문의에게 지나치게 강력한 권한을 부여하고 있어 그 결정을 법원으로 이관함으로써 입원에 대한 공정성을 확보하고 장기입원을 예방할 수 있을 것이라고 하였다.
- 하지만 이러한 제도는 정신질환자의 입원을 (전문의의 소견을 참고한다고 하더라도) 인권적기준에서 판단함으로써 의료서비스 기능이 약화될 수 있으며, 법원의 결정전 발생하는 사고에 대한 책임소재, 의사의 진료권(의료행위)에 대한 사법권의 개입으로 인한 논란여지, 법원의 결정과정에 소요되는 행정력, 시간, 사회적비용 등 예상되는 문제에 대한 구체적인 검토가 선행되어야 할 것으로 판단된다.
- 따라서 동 제도는 특수한 경우(예 : 심판위원회 입원결정에 불복하는 경우 등)에만 활용할 수 있는 방안을 검토할 수 있겠다.

### ○ 공공후견인 제도의 도입에 대한 검토

- 현행법상 보호의무자의 선임순서를 정한 이유는 보호의무자가 다수인 경우 실질적으로 환자의 이익을 보호할 수 있는 자를 법정함으로써 다수의 이견으로 인한 환자의 이익의 침해를 예방하기 위한 것이다.

- 그러나 환자의 이익을 실질적으로 보호할 수 있는 사람은 환자의 가정환경에 따라 다를 수 있으며, 후견인 또는 친권을 행사한다고 해서 환자의 이익을 보호한다고만 할 수 없을 것이다.
  - 물론 이번 법률의 개정으로 보호의무자의 동의를 2인으로 강화함으로써 1인의 보호의무자의 동의로 인한 편법입원을 어느정도 줄일 수 있을 것으로 생각하나 그렇다 하더라도 보호의무자에 의한 환자의 부당입원등 인권침해소지를 근본적으로 해소하였다고 보기는 어려울 것이다.
  - 따라서 보호의무자의 선임순서나 그 수를 법정하기 보다는 보호의무자가 자기의 이익 또는 환자의 권익의 침해를 예방할 수 있도록 하는 제도적 장치가 우선되어야 할 것으로 볼 때 공공후견인 제도는 이에 합당한 제도로 판단된다.
  - 보건복지가족부는 '08.3.21 공포 개정된 정신보건법의 하위 법령인 시행령·시행규칙안을 마련중에 있다. 개정된 정신보건법의 주요내용은 앞서도 설명한 바와 같이 정신질환자의 인권을 보호하기 위한 제도내용을 담고 있다. 시안이 마련되면 관계부처 협의를 거쳐 입법예고를 하게될 것이다. 평소에 생각하고 있는 개선안이 있을 경우 의견을 제출해 주시기 바란다.
- 끝으로 오늘 보다 발전된 정신보건제도를 지향하기 위하여 이 자리를 마련해 주신 국가인권위원회와 참석하신 관계자 여러분께 감사를 드리며, 정신질환자들이 보다 나은 삶을 살아갈 수 있도록 하기 위한 제도가 마련될 수 있도록 많은 의견과 지지를 부탁드립니다.



보조발제



# 정신장애인 인권보호 및 증진을 위한 과제

최말옥

(경성대학교 사회복지학과 교수)

## I. 들어가며

정신장애인은 지속적인 증상으로 인한 기능손상과 능력저하, 사회적 역할을 수행하는 것에 어려움을 가지게 된다. 그 과정에서 다른 사람으로부터 받게 되는 편견과 낙인으로 인해 불편함과 어려움을 당하기도 한다. 심지어는 인권침해를 당할 수도 있다.

정신과적 증상을 치료하고 사회기술을 향상시켜서 사회의 구성원으로 살기위한 힘든 과정 속에서 경험하는 불이익에 의한 좌절들은 정신장애인 본인뿐만 아니라 그들의 가족, 정신보건관련전문가들에게도 재활의 큰 벽을 느끼게 한다. 정신장애인의 치료와 재활에 중요한 요인이 되는 정신장애인 스스로의 긍정적인 재활 동기는 약화되게 되고 무기력을 가져오게 하기도 한다. 그 상황을 지켜보는 가족들의 정신장애인에 대한 긍정적 재활동기도 더 미약해진다.

정신장애인에 대한 편견이나 낙인적 태도가 단지 일반대중의 행동과 태도에만 관련된 이슈는 아니다(Hensley, 2006). 정신장애인 가족, 정신보건관련전문가들의 정신장애인에 대한 편견과 태도의 수준은 정신장애인의 권익옹호에 긍정적 영향을 주기도 하고, 부정적 영향을 주기도 하기 때문이다. 아울러 그들의 편견과 태도는 정신장애인 스스로가 가지게 되는 편견과 태도에도 영향을 미치며, 권익옹호에도 영향을 주기 때문이다. 편견과 태도는 관련된 문제 상황에서 어떻게 행동해야할 것인지에 영향을(Link et al., 2001) 미치기 때문이다(최말옥·박은주, 2007).

정신장애인에 대한 일반인들의 편견과 태도는 대부분 부정적인 것으로 나타나고 있으나 차츰 긍정적인 양상으로 변화되어 가고 있는 현실이다. 그러나 아직 정신장애인에 대

1) 이 발표문은 2007년도 한국학술진흥재단의 지원으로 수행된 연구( KRF-2006-B00640)의 일부자료를 활용하여 분석하였음.

한 편견은 정신장애인들이 사회에 복귀하는데 어려움을 준다. 우리나라에서의 정신장애인에 대한 감정은 ‘동정’과 ‘거부’의 상반된 경향을 갖고 있는 것으로 보이며, 정신장애인에 대한 태도와 견해는 대체로 긍정적이나 기피할 대상으로 보는 태도를 가지고 있다는 것이다(박향경, 1996; 양옥경, 1999; 류근선, 2002)

일반인들의 정신장애인에 대한 편견과 낙인 등은 가족에게 많은 부담을 주는 요소이다. 치료와 재활을 하는 과정에서 느끼게 되는 가족의 부담감 증가는 치료와 재활의 지원체제인 가족에게 고통을 주는 것이며, 정신장애인에 대한 태도에도 부정적인 영향을 미치게 된다(Goldman, 1982; Thompson, 1982 ; Left, 1986 ;. Dyson, 1993; Biegel, 1994). 정신장애인 가족들이 환자에 대하여 지지해주지 않고 비판적인 태도나 자극적인 태도를 자주 취하는 부정적 메시지에 대하여 적절히 대처하는 능력이 부족하기 때문에 정신적 스트레스를 받게 되어 또 다른 정신과적 질병을 일으키게 된다(Left, 1982; 강광순, 1996).

정신보건전문가들도 정신장애인에 대해 항상 긍정적인 태도를 보이는 것은 아니다. 정신장애인과 경험의 통하여 더 부정적인 편견을 지니고 있는 경우도 많다. 정신장애인 인권에 있어서도 정신장애인의 권리를 강조하고 그들에게 권한부여하는 실천접근을 주장하면서 동시에 정신장애인 자신과 타인의 안전 그리고 최적의 치료를 위해 그들의 시민적 권리를 제한하는 온정주의를 정당화하고 있다. 이는 정신장애인의 자기결정권을 최대화한다는 권한부여접근과는 모순되는 것이다(서미경, 2003). 그러한 의미에서 정신보건전문가들이 정신장애인의 자립보다도 오히려 의존성을 촉진하여 왔다고 보는 견해도 있다(Zola, 1979).

가족이나 정신보건전문가, 주변의 지지 하에 정신장애인의 재활과 사회통합은 원활하게 이루어질 것이다. 그러나 궁극적으로는 정신장애인 스스로가 자신이 질병을 지닌 사람으로서 자신의 삶의 긍정적인 측면을 부각하고, 자기신뢰를 가지도록 하는 것이 무엇보다 필요할 것이다. 즉, 정신장애인을 질병을 가지고 있지만 책임감과 적극적인 대처기술을 지닌 한사람의 유기체로 보는(Hatfield and Lefly, 1993) 강점관점의 시각을 갖는 것이 필요할 것이다. 아울러 가족도 정신장애인에 대한 치료와 재활에 적극적인 역할을 해야만 하는 구성원으로서만 볼 것이 아니라 정신질환이라는 질병을 가진 사람이 가족구성원으로 있지만 또 다른 강점을 지닌 구성원들이며, 희망과 성장의 집단이라는 것을 인식시켜주는 것이 필요할 것이다.

정신장애인과 가족의 매일의 일상생활에서 하게 되는 결정의 상황에서 스스로를 옹호하도록 할 필요가 있다는 것이다(Tuttle and Silva, 2007). 정신장애인의 요구를 이행하고 문제를 해결해가는 과정에서 클라이언트가 직접적인 활동을 하고 참여하게 하여 클라이언트를 임파워먼트시키는 것이 정신보건전문가들이 클라이언트를 옹호하는 과정인 것이다(Moxley and Freddolino, 1994; Schneider and Lester, 2001: 78 재인용). 정신보건영역에서 환자를 옹호하기 위해서는 환자중심의 케어, 환자의 안전, 환자의 참여가 있어야 하며, 환자의 참여를 위해서는 환자중심의 의사소통을 개발하고, 서비스제공자를 교육하고, 환자의 입장에서 움직여질 수 있도록(activating) 환자와 서비스제공자간의 의사소통을 개선시켜야 한다(Earp et al, 2008: 14-15).

물론 정신장애인이 사회로부터 받는 불이익을 해소하기 위해서는 편견을 없애기 위한 정신보건정책과 제도의 발전, 일반시민들의 인식제고, 주변전문가들의 노력이 필요하다. 그러나 만성화된 정신장애인을 옹호하기 위해서는 정신장애인 스스로의 권익옹호(Ashman and Hull, 1999)와 정신장애인 가족의 옹호집단으로서의 역할도 반드시 필요하다(Goldman, 1982; Maurine, 1990; 조은영, 1998; 하준선, 2004). 그리고 정신장애인과 가족이 권익옹호를 스스로 잘 할 수 있도록 하는 것이 우리의 역할을 잘 하는 것이 될 것이다.

그러한 의미에서 인권침해의 대상자이기도 한 일반인, 정신보건전문가, 정신장애인 가족, 정신장애인으로 나누어 정신장애인의 옹호집단으로의 가능성을 살펴보고, 정신장애인의 인권보호 및 증진을 위한 정신장애인과 그 가족을 중심으로 인권보장의 증진을 위한 제안을 하고자 한다.

## II. 인권침해 주체이면서 인권옹호집단이기도 한 사람들은 누구인가?

### 1. 일반인

대부분의 일반인들은 자신들의 삶과 안녕을 위한 측면에서 정신장애인을 바라보며, 정신장애인들의 인권에는 관심이 없는 편이다. 자신의 삶의 테두리에 될 수 있으면 정신장애인들이 들어오지 않기를 바라며, 주변에 정신장애인들이 있으면 경계와 편견의 입장을

취하게 된다. 특히 일반장애인과 달리 정신장애인들에 대한 태도를 보면 그들은 무서운 존재이며 회피해야 할 대상으로 여기는 편견으로 가득 차 있는 편이다. 이러한 편견을 내포한 정신장애인들에 대한 태도는 정신장애인들을 사회의 한 성원으로 받아들이는데 많은 장애가 되고 있는 현실이다.

일반인들이 정신장애인들에 대해 가지는 편견의 요인으로는 대중매체 보도 및 자라면서 들은 부정적인 내용에 의해 기인하는 경우가 많다(류근선, 2002; 남형주, 2003). 그러나 자원봉사 경험 등을 통하여 정신장애인과 직접 경험을 하거나 교육을 받은 경우는 정신장애인에 대한 태도의 변화를 가져온 결과 등에서도 알 수 있다(남형주, 2003; 최말옥·박은주, 2007).

정신장애인의 권리를 이해하는 입장에 있어서도 개인적인 피해를 볼 가능성을 기준으로 권리를 이해하는 경향이 있다. 즉, 직접적인 피해를 볼 수 있다고 여겨지는 ‘운전면허 취득’과 ‘장기입원’에 있어서는 ‘타인의 안전’과 ‘치료의 필요성’을 언급하면서 결과중심의 권리제한을 정당화하였다. 그러나 직접적인 관련이 적은 통신의 자유 등에 있어서는 당연히 보장되어야 한다는 권리중심의 정당화를 많이 사용하였다(서미경, 2003).

## 2. 정신보건전문가 및 관련 전문가

대부분의 정신보건전문가들은 정신장애인의 치료와 재활 더 나아가서는 그들의 삶의 질에까지 관심을 기울이지만 정신장애인 가족의 입장을 우선하는 경우가 많으며, 정신장애인들에게 자율성을 주기보다는 지시에 따르도록 하는 경우가 많다. 이것은 정신장애인들이 질환으로 인하여 판단능력이 부족하거나 자율적인 결정에 따른 결과를 가족이나 사회가 수용하기 어려운 경우가 많고, 수용하더라도 복잡하고 긴 시간을 요하는 것이기 때문일 것이다. 그러므로 정신보건전문가가 가지는 정신장애인에 대한 편견도 또 하나의 인권침해의 소지가 된다고 생각한다.

정신보건전문가들에 대한 정신장애인에 대한 태도와 편견의 정도를 연구한 논문들은 많이 이루어졌다. 대부분의 연구들에서 정신장애인들과의 경험을 통해서 자비심은 증가하고, 사회생활제한은 관용적이 되는 등 긍정적인 태도로 변화하는 것을 볼 수 있었다. 그러나 권위주의는 변화가 없다고 주장하는 연구도 있고(이종국, 2003), 전문가의 부정적 태도

와 편견이 존재함을 지적하는 연구들도 있다(문인숙·양옥경, 1989).

권리보장과 제한에 있어서도 많은 갈등을 보이고 있는데 ‘치료와 보호를 위해’·‘자·타해의 위험을 막기위해’ 라는 명목으로 온정주의 접근을 지지하고, 결과중심의 권리제한을 정당화하고 있는 편이다. 다른 집단에 비해 ‘치료상의 목적’과 ‘관리상의 목적’으로 제한하는 경향이 뚜렷하였다(서미경, 2003).

### 3. 정신장애인 가족

정신분열증 환자의 가족은 정신질환의 치료체계에서 빠뜨릴 수 없는 중요한 부분이며 정신분열증환자 치료에 있어서 가족의 참여 없이 환자만을 치료한다는 것은 거의 불가능하다. 정신분열증 환자 가족은 환자의 바로 옆에서 정신분열증 환자를 돌보는 일차적인 역할 수행자뿐 아니라 가족이 가지는 여러 가지 부담은 정신분열증환자의 예후에도 영향을 미치는 중요한 사항이다(왕영애·이충순·윤배중, 1998: 78).

가족의 정신질환자에 대한 태도와 정신질환자의 인구학적 특성 및 질병 변수와의 관계를 살펴본 연구에서는 정신질환자의 연령이 증가할수록, 환자가 입원을 자주 할수록 환자의 사회생활을 제한하려는 태도도 증가하였다. 재발회수가 많을수록 정신질환자의 사회생활에 대해 부정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. 이것은 환자의 질병이 만성적이고 재발이 잦아서 가족의 부담이 가중될수록 가족들은 환자에 대해 자비심이 줄어들고 사회생활을 제한하려는 등 환자에 대해 부정적인 태도를 보였다 이런 태도는 역으로 환자에 대해 부정적인 감정 표현이 증가하여 재발이 잘 되는 등 악순환(김병후 외, 1996: 1161)을 이루는 요소가 된다. 그래서 비난적·적의적·간섭적 태도의 성향을 지닌 가족이 정신장애인과 자주 접촉을 하는 것보다 일정한 거리를 두고 만나는 것이 필요하다(Leff, 1995)고 하였으며, 재발율도 감소한다고 하였다(Vaughn et al., 1884).

그러나 가족의 부정적인 태도가 정신장애인의 치료와 재활에 부정적이라고 해서 가족을 비판하는 시각보다는 그들이 정신장애인 치료와 재활에 긍정적 시각을 가지고 참여할 수 있도록 하여 긍정적 자원체계로 만드는 것이 더 중요하다고 생각한다. 가족들도 정신장애인으로 인해 많은 가족부담을 가지게 되며 낙인과 편견으로 고통을 겪고 있는 집단인 것이다(Hatfield, 1978; Goldman, 1982; Gibbons, 1984; Biegel, 1995; Loukissa, 1995; 강동호

외, 1995: 양옥경외, 1995).

정신장애인의 자율성을 강조하는 서구와 달리 아직 우리나라는 정신장애인 가족의 태도가 정신장애인의 인권에 크게 영향을 미친다. 대부분의 가족은 정신장애인의 입장에서 서서 그들의 인권을 보장하려고 하지만 그것이 오히려 인권을 침해하는 경우가 있다.

#### 4. 정신장애인

정신과 영역에서 인권이 문제되는 경우는 정신장애인의 병의 특성상 기능의 손상과 능력의 저하, 사회적 불리 등을 가져와 인권이 무엇인지에 대한 관심도 없고 본인 스스로가 인지하지 못하는 경우가 많다. 특히 장기적 입원이나 증상 등으로 인하여 권리를 주장할 능력이 없는 경우도 있으며, 권리를 인지하고 있더라도 권리주장을 기피하는 경우가 많다. 또한 그들이 권리를 잘못 인지하고 있는 경우도 있으며 그 내용도 다양하다.

Link(1989)는 정신장애에 대한 학습된 인식이 정신장애인이 치료를 받는 과정에서부터 내면화된다는 수정된 낙인이론을 주장하였다. 수정된 낙인이론의 과정의 1단계는 무가치와 차별에 대한 사회적 개념을 인식하는 단계이고, 2단계는 치료를 시작하면서 일반적인 무가치와 차별에 대한 신념을 부여받게 되는 과정이다. 3단계는 낙인을 받는 과정에서 본인이 대처방법들을 선택하게 되며, 4단계에서는 낙인지각과 대처방법에 따른 부정적인 결과를 가져오게 된다. 그리하여 마지막으로 정신장애인들은 사회적으로 취약하게 되며 그것이 다시 정신장애인의 치료와 재화에 영향을 미쳐 부정적인 악순환을 가져오게 되고, 자신을 옹호하지 못하게 되는 것이다.

실제 정신장애인은 ‘강제입원’을 제외한 모든 권리에 대해서 일반인, 정신보건전문가들에 비해 권리중심의 사고로 권리보장을 주장하였다. ‘강제입원’에 대해서는 ‘최적의 치료’를 위해 강제입원이 불가피 할 수도 있다는 점을 일부 인정하고 있었다(서미경, 2003). 그리고 정신장애를 지닌 사람들이 스스로 차별받지 않는다고 느끼거나(성준모, 1996), 정신질환에 대한 개념은 서구에 비해 부정적이데 반하여 환자들이 지각하는 개념은 서구에 비해 더 긍정적인 모순된 결과도 나오기도 하였다(서미경, 1994).

정신장애인에 대한 일반인들의 인식이 편견에 영향을 주는 핵심적 원천이 부모이든, 동료이든, 어떤 다른 사람이든 간에, 편견과 기타 중요한 태도들은 초기에 획득되는 경향들

이 있다. 따라서 편견을 감소시키기 위해서, 필요한 해결책 중의 하나는 초기의 사회화 (socialization)를 바꾸는 것이다. 사회화의 과정에서 경험은 중요한 변화 동인이다. 경험은 태도를 변화시키는 것으로 밝혀졌었다(Angiullo, Whitbourne and Powers, 1996: Drolen, 1993; Keane, 1991; Rousseau and DeMan, 1998). 그러나 인권의 개념은 인간의 존엄성을 실천하기 때문에 도덕적 가치를 지닌다. 따라서 인권옹호행동은 도덕행동의 한 유형이기도 하다(Staub, 1978; Eigenberg, 1987: 93; 강지영, 2002: 14 재인용). 인권옹호행위에까지 이어질 수 있는 실질적 권익옹호는 법조항에 의한 규정이 아니라 생활 속까지 저절로 배는 실천적 의미의 인권의식에 기반한다. 그러므로 권익옹호는 인지적 능력과 타인의 고통에 공감하는 공감능력이 권익옹호행위 실천의 직접적 역할을 한다(강지영, 2002). 그러므로 정신보건전문가들이 정신장애인의 재기의 과정에서 새로운 사회화를 경험하도록 교육하고, 프로그램을 개발하는 것이 필요한 것이다.

### Ⅲ. 정신장애인의 인권옹호의 수준은 어느 정도인가?

정신장애인이 지각하는 낙인에 대한 지각과 대처 방법에 의해 권익옹호의식이 차이가 있는지, 어떠한 관계가 있는지, 그 영향력이 어느 정도인지를 검증하고자 전국의 정신병원, 정신보건센터, 사회복지시설을 이용하고 있는 정신장애인과 등록된 정신장애인 중 설문에 응해준 677명을 대상으로 분석하였다.

여기서는 정신장애인의 낙인지각과 대처방법, 권익옹호의 수준에 의한 각 항목별 평균을 비교하여 그 기준을 살펴보았다.

#### 1. 정신장애인의 인구사회학적 특성

본 연구의 정신장애인의 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같이 살펴볼 수 있다.



<표 1> 정신장애인의 인구사회학적 특성

변인	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	남	345	51.0
	여	326	48.2
	소계	671	99.1
학력	무학	8	1.2
	초등학교 졸업	35	5.2
	중학교 졸업	97	14.3
	고등학교 졸업	366	54.1
	대학교졸업 이상	160	23.6
	소계	666	98.4
종교	기독교	270	39.3
	불교	139	20.5
	천주교	82	12.1
	무교	145	21.4
	기타	32	4.7
	소계	668	98.7
결혼상태	현재배우자와 함께 살고 있다	56	8.3
	사별하여 현재 독신이다	27	4.0
	별거중이다	110	16.2
	이혼	457	67.5
	미혼	21	3.1
	소계	671	99.1
직업	있다	75	11.1
	없다	593	87.6
	소계	668	98.7
경제상태	매우낮다	146	21.6
	낮은편이다	249	36.8
	보통이다	231	34.1
	높은편이다	26	3.8
	매우높다	10	1.5
	소계	662	97.8
진단명	정신분열병	433	64.0
	우울증	63	9.3
	조울증	59	8.7
	인격장애	10	1.5
	알코올 및 약물남용	34	5.0
	기타	69	10.2
	합계	668	98.7
치료상태	입원치료	240	35.5
	외래치료만	152	22.5
	낮병원이용	73	10.8
	센터 혹은 사회복귀시설 이용	141	20.8
	기타	60	8.9
	합계	666	98.4

## 2. 정신장애인의 인구사회학적 특성별 낙인지각과 대처방법수준

정신장애인의 낙인지각과 대처방법의 수준을 인구사회학적 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 <표 2>와 같다.

<표 2> 정신장애인의 인구사회학적 특성에 따른 낙인지각과 대처방법 평균비교

변인	구분	낙인지각과 대처방법										
		사 례 수	비밀		철회		교육		지각		전체	
			평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
성별	남	345	2.83	.8405	2.51	.6323	3.86	1.585	2.90	.5982	2.96	.4058
	여	326	2.93	.8143	2.55	.7396	3.75	1.0356	2.95	.5970	3.01	.4419
	t/유의도		-1.621	.105	-.886	.376	1.068	.286	-1.201	.230	-1.598	.111
학력	무학	8	2.57	.9161	2.42	.2753	3.37	7.9609	2.86	.5212	2.89	.2138
	초등학교 졸업	30	2.96	.8152	2.44	.6513	3.73	.9110	2.99	.5721	3.01	.3660
	중학교 졸업	88	3.02	.8824	2.60	.6774	3.87	.9355	2.93	.6664	3.02	.5058
	고등학교 졸업	329	2.86	.8447	2.53	.7056	3.76	1.0210	2.91	.5944	2.98	.4255
	대학교졸업 이상	147	2.83	.7822	2.54	.6537	3.71	1.0317	2.94	.5555	2.98	.3941
	F/유의도		1.199	.310	.493	.741	15.638	.000	.185	.946	.335	.855
종교	기독교	242	2.94	.8748	2.52	.6846	3.84	.9606	3.00	.5873	3.01	.4161
	불교	131	2.83	.8002	2.53	.7119	3.71	.9767	2.89	.5698	2.96	.4103
	천주교	68	2.96	.8195	2.64	.7267	3.77	1.0734	2.95	.5807	3.03	.4429
	무교	134	2.81	.7835	2.52	.6500	3.91	2.2168	2.81	.6419	2.94	.4277
	기타	28	2.68	.8437	2.42	.6087	3.59	.8980	2.88	.5587	2.90	.4427
	F/유의도		1.386	.243	.766	.548	.635	.638	2.639	.033	1.546	.187
결혼상태	현재배우자와 함께 살고 있다	50	2.91	.7962	2.57	.6274	3.91	1.0096	2.92	.5675	3.06	.3831
	사별하여 현재 독신이다	26	2.90	.9452	2.62	.7033	3.71	1.1990	3.03	.7132	2.99	.5698
	별거중이다	98	2.91	.8379	2.50	.6578	3.83	1.1771	2.96	.5597	2.99	.4533
	이혼	415	2.85	.8294	2.52	.6822	3.75	.9469	2.91	.5999	2.96	.4071
	미혼	16	3.07	.8472	2.68	.9600	4.82	5.2012	3.00	.6055	3.12	.5417
	F/유의도		.430	.787	.508	.730	3.394	.009	.439	.788	1.275	.278
직업	있다	69	2.96	.8998	2.70	.7516	3.70	1.0832	3.18	.5913	3.11	.4706
	없다	534	2.87	.8226	2.51	.6723	3.83	1.3751	2.89	.5882	2.96	.4147
	t/유의도		.852	.395	2.254	.025	-.801	.424	4.076	.000	2.651	.009

경제상태	매우 낮다	133	2.96	.8682	2.59	.7001	3.79	.9971	2.99	.5730	3.03	.3771
	낮은 편이다	226	2.88	.8426	2.44	.6290	3.71	1.0197	2.90	.6296	2.95	.4643
	보통이다	207	2.80	.7827	2.56	.6944	3.92	1.8181	2.89	.5847	2.96	.4047
	높은 편이다	24	3.03	1.5032	2.69	.9366	3.64	1.0139	3.01	.4949	3.10	.4355
	매우 높다	7	2.86	.5168	2.80	.6324	3.90	1.1709	3.07	.6278	3.03	.2852
	F/유의도		.998	.408	2.126	.076	.839	.501	.996	.409	1.405	.231
진단명	정신분열병	389	2.88	.8218	2.51	.6819	3.88	1.4933	2.94	.6040	2.99	.4155
	우울증	59	2.95	.7930	2.53	.7660	3.73	1.1076	2.99	.5993	3.01	.4860
	조울증	55	2.89	.9708	2.57	.7276	3.58	1.0271	2.80	.6164	2.92	.4334
	인격장애	10	2.88	.4131	2.40	.5207	3.46	.8540	3.32	.6899	3.12	.4343
	알코올 및 약물남용	31	2.91	.8905	2.58	.6740	3.82	.9934	2.87	.4768	3.00	.3799
	기타	60	2.75	.8011	2.60	.6157	3.64	.9967	2.81	.5335	2.92	.4051
	F/유의도		.421	.834	.353	.881	.952	.446	2.167	.056	.894	.484
치료상태	입원치료	216	2.86	.8083	2.60	.6842	3.79	1.0060	3.00	.5481	3.02	.4096
	외래치료만	139	2.84	.8605	2.43	.6528	3.80	.9625	2.85	.6586	2.94	.4362
	낮병원이용	65	2.95	.8247	2.54	.7802	3.70	1.0182	2.75	.6363	2.91	.4500
	센터 혹은 사회복지시설 이용	126	2.91	.8792	2.51	.6779	3.91	2.2088	2.92	.5407	3.00	.3911
	기타	54	2.89	.7693	2.57	.6367	3.80	1.1196	3.02	.6576	3.03	.4695
	F/유의도		.322	.863	1.385	.237	.347	.846	3.457	.008	1.700	.148

정신장애인의 낙인지각과 대처방법의 결과를 보면 낙인지각은 2.92로 Link(1989, 3.5), 서미경(1994, 3.1), 성준모(1997, 3.5), 유소연(2004, 3.69)보다 훨씬 낮음을 알 수 있다. 즉, 낙인을 많이 느끼지 않는 것으로 나타났다. 이것은 정신장애를 지닌 사람들이 스스로 차별받지 않는다고 느끼거나(성준모, 1996), 정신질환에 대한 개념은 서구에 비해 부정적인 데 반하여 환자들이 지각하는 개념은 서구에 비해 더 긍정적인 모습된 결과(서미경, 1994) 인지도 모르는 것이다.

낙인에 대한 대처방법에 있어서도 교육(3.80), 비밀(2.88), 철회(2.5)의 순으로 사용하였다. 유소연(2004)의 비밀(3.72), 철회(3.98), 교육(3.8)의 평균과 비교할 때 비밀, 철회는 낮아진 반면 교육은 유사하였다.

정신장애인의 인구사회학적 특성에 따른 낙인지각과 대처방법의 결과를 보면 성별에서는 여자가, 학력에 있어서는 중학교졸업이, 종교에 있어서는 천주교가, 결혼 상태에서는 배우자와 함께 사는 경우가, 직업은 있는 경우가, 경제 상태는 매우 낮거나 높은 경우에, 진단은 우울증인 경우, 치료 상태는 재가에 있거나 지역사회시설을 이용하는 경우에 더

낙인을 높게 지각하고 있었다.

### 3. 정신장애인 가족의 특성에 따른 낙인지각과 대처방법의 수준

정신장애인의 낙인지각과 대처방법의 수준을 정신장애인 가족의 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 <표 3>과 같다.

<표 3> 정신장애인 가족의 특성에 따른 낙인지각과 대처방법에 대한 평균비교

변인	구분	낙인지각과 대처방법										
		사 례 수	비밀		철회		교육		지각		전체	
			평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
부 학 력	무학	72	2.89	.9068	2.56	.6458	3.84	.9543	2.91	.5792	3.01	.3930
	초등학교 졸업	176	2.86	.8561	2.56	.6849	3.70	1.0113	2.93	.6156	2.96	.4431
	중학교 졸업	137	2.86	.8680	2.48	.6814	3.98	2.232	2.91	.5770	2.98	.4428
	고등학교 졸업	155	2.91	.7739	2.50	.6431	3.81	.9694	2.94	.6442	2.97	.4117
	대학교 졸업	109	2.87	.7950	2.58	.7623	3.74	1.0495	2.93	.5431	3.02	.3902
	F/유의도		.114	.978	.516	.724	.895	.467	.064	.992	.479	.751
모 학 력	무학	119	2.88	.8436	2.58	.6050	4.04	2.3358	2.94	.6154	3.02	.3878
	초등학교 졸업	239	2.814	.8044	2.52	.7178	3.71	1.0064	2.91	.5765	2.95	.4166
	중학교 졸업	127	3.00	.8711	2.56	.6550	3.84	.9733	2.93	.6187	3.00	.4607
	고등학교 졸업	118	2.87	.8353	2.48	.5936	3.75	.9771	2.94	.5793	2.98	.4160
	대학교 졸업	45	2.93	.8657	2.58	.9429	3.76	1.0654	2.93	.6579	3.05	.4469
	F/유의도		1.038	.387	.397	.811	1.279	.277	.067	.992	1.046	0383
가 족 관 계	매우 만족	89	2.78	.8188	2.51	.6152	4.09	2.6070	2.96	.5460	3.01	.4531
	만족	194	2.85	.8191	2.55	.6904	3.57	.9850	2.89	.5708	2.94	.4083
	보통	260	2.96	.8558	2.55	.7250	3.96	1.030	2.95	.6399	3.02	.4414
	불만족	85	2.84	.8464	2.47	.6133	3.73	.9591	2.86	.5877	2.96	.4181
	매우 불만족	43	2.84	.7529	2.63	.7239	3.62	1.1391	3.03	.5391	2.98	.3466
	F/유의도		1.165	.325	.490	.743	3.662	.006	1.010	.402	1.048	.382

정신장애인의 낙인지각과 대처방법의 수준을 정신장애인 가족의 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 부의 학력은 무학이거나 대졸의 경우 낙인지각을 많이 하는 것으로 나

타났으며, 학력에 상관없이 교육을 대처방법으로 선호하였으나, 부의 학력이 중학교 졸업의 경우 특히 낙인대처방법을 교육으로 하였다. 모의 학력의 경우에는 대학을 졸업한 경우 낙인에 대한 지각을 더 많이 느꼈으며, 아버지의 경우처럼 중학교졸업의 경우 교육으로 낙인에 대한 대처방법을 해야 한다고 하였다. 가족관계에 대한 만족도에 있어서는 가족관계가 보통인 경우(3.02), 만족한 경우(3.01) 평균(2.93)보다 낙인지각을 더 많이 느꼈으며, 가족관계가 만족한 경우 교육의 대처방법을 4.09로 평균(3.81)보다 높게 선호하였다.

#### 4. 정신장애인의 인구사회학적 특성별 권익옹호수준

정신장애인의 권익옹호의 수준을 인구사회학적 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 <표 4>와 같다.

<표 4> 정신장애인 인구사회학적 특성에 따른 권익옹호에 대한 평균비교

변인	구분	권익옹호						
		사례수	자신권리		타인권리		전체	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
성별	남	336	2.42	.4842	2.55	.4118	2.68	.3827
	여	319	2.45	.4612	2.57	.4116	2.63	.3365
	t/유의도		-.833	.405	-.615	.539	1.652	.099
학력	무학	8	2.34	.3736	2.55	.2467	2.62	.2881
	초등학교 졸업	34	2.38	.4084	2.50	.4206	2.54	.3180
	중학교 졸업	95	2.46	.4374	2.54	.3246	2.68	.4291
	고등학교 졸업	358	2.45	.4904	2.58	.4432	2.63	.3452
	대학교졸업 이상	157	2.44	.4749	2.53	.3971	2.74	.3496
	F/유의도		.290	.885	.585	.673	3.396	.009
종교	기독교	264	2.40	.4429	2.53	.3609	2.68	.3389
	불교	137	2.46	.4830	2.58	.4465	2.69	.3693
	천주교	81	2.52	.5278	2.63	.4871	2.72	.3829
	무교	140	2.42	.4652	2.54	.4067	2.56	.3769
	기타	30	2.55	.5693	2.58	.5264	2.64	.2826
	F/유의도		1.484	.205	.975	.420	3.787	.005

결혼 상태	현재배우자와 함께 살고 있다	55	2.38	.4899	2.58	.3937	2.69	.3827
	사별하여 현재 독신이다	27	2.46	.3848	2.62	.3902	2.58	.3680
	별거중이다	107	2.50	.4856	2.61	.4545	2.66	.3544
	이혼	446	2.43	.4651	2.53	.3975	2.66	.3612
	미혼	21	2.52	.6267	2.61	.5623	2.64	.3492
	F/유의도		.888	.471	1.145	.334	.045	.809
직업	있다	71	2.46	.4570	2.59	.4493	2.78	.3785
	없다	582	2.44	.4756	2.55	.4065	2.64	.3566
	t/유의도		.327	.744	.888	.375	-1.291	.199
경제 상태	매우낮다	143	2.38	.4973	2.51	.4029	2.70	.3310
	낮은편이다	244	2.46	.4898	2.55	.4339	2.64	.3841
	보통이다	226	2.45	.4391	2.58	.3880	2.65	.3402
	높은편이다	24	2.45	.2978	2.63	.3858	2.79	.3990
	매우높다	10	2.47	.5795	2.64	.5604	2.47	.3813
	F/유의도		.758	.553	.948	.435	2.319	.056
진단명	정신분열병	421	2.43	.4753	2.57	.4251	2.64	.3549
	우울증	62	2.43	.4848	2.53	.3949	2.59	.3984
	조울증	58	2.44	.4105	2.54	.4225	2.76	.3531
	인격장애	10	2.73	.6040	2.74	.3676	2.71	.3771
	알코올 및 약물남용	34	2.45	.6309	2.60	.4578	2.72	.3951
	기타	68	2.44	.3801	2.49	.3373	2.68	.3412
	F/유의도		.769	.572	.993	.421	1.837	.104
치료 상태	입원치료	233	2.56	.4095	2.46	.4714	2.67	.3686
	외래치료만	148	2.59	.3850	2.42	.4622	2.67	.3568
	낮병원이용	73	2.52	.4127	2.38	.4787	2.62	.3996
	센터 혹은 사회복지시설 이용	137	2.55	.4495	2.44	.4748	2.65	.3477
	기타	60	2.53	.4424	2.50	.5049	2.65	.3135
	F/유의도		.663	.618	.437	.782	.450	.773

정신장애인의 인구사회학적 특성에 따른 권익옹호의 결과를 보면 성별에서는 남자가, 학력에 있어서는 중학교졸업이, 종교에 있어서는 천주교가, 결혼 상태에서는 배우자와 함께 사는 경우가, 직업은 있는 경우가, 경제 상태는 높은 경우에, 진단은 조울증인 경우, 치료 상태는 입원치로나 외래치료인 경우에 더 권익옹호의 수준이 높았다.

전체평균을 보면 자신의 권익옹호(2.55)보다 타인의 권익을 옹호하는 정도가 낮았으며,

전체 권익옹호의 평균은 2.66이었다. 이것은 유지민(2003)의 아동에 대한 조사에서의 자신의 권리(3.17), 타인의 권리(3.04)보다 그 수준이 훨씬 낮음을 알 수 있다. 즉 정신장애인들의 권익옹호의 수준이 매우 낮음을 알 수 있는 것이다.

## 5. 정신장애인 가족의 특성에 따른 권익옹호의 수준

정신장애인의 권익옹호의 수준을 정신장애인 가족의 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 <표 5>와 같다.

<표 5> 정신장애인 가족의 특성에 따른 권익옹호에 대한 평균비교

변인	구분	권익옹호						
		사례수	자신권리		타인권리		전체	
			평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
부 학 력	무학	70	2.56	.3387	2.38	.3977	2.62	.3739
	초등학교 졸업	171	2.59	.4177	2.48	.4757	2.67	.3146
	중학교 졸업	133	2.53	.3907	2.44	.4166	2.66	.3992
	고등학교 졸업	154	2.53	.4442	2.41	.5441	2.62	.4076
	대학교 졸업	107	2.55	.3955	2.42	.4267	2.72	.3091
	F/유의도		.854	.491	.494	.741	1.569	.181
모 학 력	무학	115	2.52	.3849	2.40	.4575	2.65	.3741
	초등학교 졸업	234	2.57	.3890	2.45	.4528	2.71	.3472
	중학교 졸업	125	2.57	.4429	2.46	.4476	2.60	.3816
	고등학교 졸업	116	2.48	.3989	2.39	.4917	2.62	.3650
	대학교 졸업	44	2.61	.3794	2.48	.4854	2.74	.3003
	F/유의도		.653	.625	1.334	.256	2.698	.030
가족 관계	매우 만족	87	2.59	.3494	2.50	.4210	2.66	.4274
	만족	187	2.57	.4434	2.42	.4791	2.72	.3227
	보통	256	2.55	.4061	2.45	.4922	2.60	.3417
	불만족	82	2.54	.4376	2.40	.4379	2.65	.3686
	매우 불만족	43	2.53	.3960	2.47	.5022	2.68	.4374
	F/유의도		.667	.615	.280	.891	3.070	.016

정신장애인의 권익옹호의 수준을 정신장애인 가족의 특성별 평균을 비교하여 살펴본 결과는 부의 학력과 모의 학력 모두 대졸의 경우 권익옹호의 수준이 높았으며, 가족관계에 대한 만족도에 있어서는 가족관계가 만족한 경우 권익옹호의 수준이 높았다.

## 6. 권익옹호에 영향을 미치는 요인

권익옹호에 영향을 미치는 가족의 적응력과 결속력, 낙인지각과 대처방법의 요인들이 미치는 영향력을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 분석은 자신의 권익옹호(<표 6>)와 타인의 권익옹호(<표 7>)에 미치는 요인으로 나누어 분석하였다.

### 1) 자신의 권익옹호에 영향을 미치는 요인

자신의 권익옹호에 미치는 요인은 <표 6>에 나타나 있다.

<표 6> 자신의 권익옹호에 영향을 미치는 요인

	자신권리	
	$\beta$	t
가족결속력과 응집력	-.105	-3.016**
낙인교육	-.029	-.849
낙인지각	.014	.407
타인권리	.503	15.157***
상수	8.472***	
F	.274	
R <sup>2</sup>	63.510***	

\*\*p<0.1, \*\*\*p<0.001

자신의 권익옹호에 가족의 결속력과 응집력(-3.016, p<0.1), 타인의 권익옹호가 (15.157, p<0.001) 영향을 미치는 변인으로 나타났다. 자신의 권익을 옹호하는 데는 가족의 적응력과 결속력이 영향을 주는데, 가족의 결속력과 적응력은 점수가 높을수록 혼란되거나 혼란스러움을 나타내므로 혼란되거나 혼란스러울수록 자신의 권익옹호는 힘들어진다는 것을



의미한다. 그러므로 정신장애인의 자신의 권익옹호를 위해서는 가족의 적응력과 결속력을 높이는 가족개입 프로그램이 중요하며, 타인의 권익을 옹호할 수 있는 프로그램의 개발도 함께 시행하는 것이 필요할 것이다.

## 2) 타인의 권익옹호에 영향을 미치는 요인

타인의 권익옹호에 미치는 요인은 <표 7>에 나타나 있다.

<표 7> 타인의 권익옹호에 영향을 미치는 요인

	타인권리	
	$\beta$	t
가족결속력과 응집력	.044	1.266
낙인교육	-.091	-2.671**
낙인지각	.001	.017
자기권리	.506	15.157***
상수	10.500***	
F	.270	
R <sup>2</sup>	62.203***	

\*\*p<0.1, \*\*\*p<0.001

타인의 권익옹호에는 낙인대처교육(-2.671, p<0.1), 자신의 권익옹호가(15.157, p<0.001) 영향을 미치는 변인으로 나타났다. 타인의 권익을 옹호하는 데는 낙인지각에 대한 대처 방법으로서의 교육이 의미가 있음을 의미하는 것이다. 반면 낙인에 대한 지각은 영향력이 없음을 알 수 있다. 그러므로 정신장애인 타인의 권익옹호를 위해서는 낙인지각을 현명하게 대처할 수 있도록 하는 교육프로그램의 개발이 필요하며, 그것은 자시 자신의 권익옹호와도 영향을 가지므로 자신의 권익을 옹호하는 프로그램과 함께 타인의 권익을 옹호할 수 있는 프로그램의 개발을 함께 시행하는 것이 필요할 것이다.

## IV. 정신장애인의 인권보호와 증진을 위해서 우리는 어떠한 역할을 해야 하는가?

정신질환의 효과적 예방과 적절한 치료를 위해서는 정신질환에 대한 올바른 인식과 정신장애인에 대한 바람직한 태도가 필요하다(박준형외, 1990). 그러나 앞서도 살펴보았듯이 인권침해의 소지가 되는 집단이 인권옹호집단으로서의 역할을 할 수 있다. 즉 관점의 차이에 의해 침해집단이 적극적인 옹호집단으로 작용하기 때문이다. 그러한 의미에서 일반인, 정신보건전문가, 정신장애인 가족, 정신장애인으로 나누어 정신장애인의 권익을 옹호·증진할 수 있는 역할을 제안하고자 한다.

### 1. 일반인

일반인들이 정신장애인에 대한 편견을 가지는 이유 중 많은 부분이 매스미디어의 영향과 어릴 때부터의 경험을 들고 있다. 그러나 정신장애인들과의 자원봉사 경험이나 교육을 통해 편견이나 태도가 긍정적으로 변화하였다는 연구결과들이 많았다. 그러므로 일반인들의 정신장애인에 대한 편견을 해소하고, 긍정적 태도로 정신장애인의 권리를 보장하게 하는 데는 다음의 노력들이 선행되어야 할 것으로 보여진다.

- 1) 언론도 사회통합의 기능을 가지고 있음을 인지하고, 정신장애인에 대한 기사를 보도할 때 언론의 역기능과 순기능을 인지하여 그들을 지나치게 폄하하거나 무서운 존재로 부각하는 등의 보도는 자제하여야 할 것이다. 그러기 위해서는 정신장애에 대한 올바른 지식과 시각을 지니도록 하여야 할 것이며, 일반인들이 편견을 가지지 않도록 전문적인 모니터를 활용하는 것이 바람직할 것이다.
- 2) 일반인들의 정신장애인에 대한 편견해소를 위한 교육, 캠페인을 지속할 필요성이 있으며, 어릴 때부터의 지속적인 인권교육이 필요하다는 것이다.
- 3) 다양한 경로로 정신장애인과의 경험을 하여 정신장애인에 대한 올바른 견해를 가지도록 하는 것이 좋을 것이다. 방법으로는 자원봉사 등의 체험의 기회를 많이 가질 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다.

## 2. 정신보건전문가

Link와 Cullen(1986)은 접촉의 형태 - 정신질환자들과 함께 일을 하는 경우, 정신병원을 방문하는 경우, 자발적인 경우, 비자발적인 경우 - 가 어떻든 간에 아무런 접촉의 경험이 없는 경우보다는 정신장애인의 위험성에 대한 인식이 더 낮다는 것을 발견했다. 또한 김기숙(1994)의 ‘정신질환자들의 권리에 대한 정신과 근무 간호사들의 인식에 관한 연구’에서도 정신과 근무경력과 함께 인권관련 교육의 수강경험이 정신장애인의 권리인식에서 유의미한 차이가 났음을 알 수 있다. 이는 정신보건시설의 인권침해의 원인으로 종사자의 인권의식의 부족을 제시한 것에서도 알 수 있다(2003, 국가인권위원회). 그리하여 정신장애인의 권리를 보장하기 위하여 다음의 노력들이 선행되어야 할 것으로 보여진다.

- 1) 정신보건전문가와 관련전문가들의 인권의식 향상을 위해 실질적인 인권교육 프로그램을 개발할 필요성이 있다는 것이다. 프로그램은 일회성 교육으로 그치는 것이 아니라 장기적이고 지속적인 인권교육과정을 개설하여 전문가들의 인권의식이 정신장애인의 권리를 보장하고 옹호해 줄 수 있도록 여건들이 마련되어야 할 것이다.
- 2) Levey와 Howells(1994)의 연구에서는 정신질환자와의 제한된 개인적 경험이 많을수록 부정적 태도가 강하게 나타난다는 결과를 보이고 있다. Wallach(2004)의 연구에서 기관을 방문한 집단은 사회적 억제가 더 증가했다고 보고하면서, 부분적 노출이 오히려 태도변화에 부정적 영향을 준다고 나타났다. 즉, 제한된 경험은 완전히 그 경험에 노출되거나 전혀 노출이 되지 않은 경우보다 대상자들에 대한 긍정적 태도변화에 더 해롭다는 결과를 보여준다. 그러므로 정신장애인에 대한 제한된 경험을 통해 정신장애인에 대한 부정적 태도를 가질 수도 있으므로 지속적인 슈퍼비전과 피드백의 과정을 통하여 객관적인 태도를 가질 수 있도록 하여야 할 것이다.
- 3) 부정적 온정주의 관점으로 정신장애인을 보호한다는 명목 하에 정신장애인과 가족의 의존성을 조장하고, 정신장애인 스스로의 권리보장과 권익옹호의 경험을 간과하는 행동을 하지 말아야 할 것이다. 사회화의 과정에서 경험은 중요한 변화 동인이다. 경험은 태도를 변화시키는 것으로 밝혀졌기 때문에(Angiullo, Whitbourne and Powers, 1996; Drolen, 1993; Keane, 1991; Rousseau and DeMan, 1998) 오히려 다양한 경험을 통해 새로운 사회화를 경험하도록 도와주어야 할 것이다.

### 3. 정신장애인 가족

정신장애인 가족은 정신장애인으로 인해 고통받는 또 하나의 피해집단이며, 인권의 침해가 발생할 수 있는 가능성이 있는 집단이다. 물론 가족의 부정적인 태도가 정신장애인의 치료와 재활에 부정적인 면이 있고, 어떤 부분에 있어서는 정신장애인에 대한 강한 부정적 태도를 가지나, 가족을 비판하는 시각보다는 그들이 정신장애인 치료와 재활에 긍정적 시각을 가지고 참여할 수 있도록 하여 긍정적 자원체계로 만드는 것이 더 중요하다고 생각한다. 가족들도 정신장애인으로 인해 많은 가족부담을 가지게 되며 낙인과 편견으로 고통을 겪고 있는 집단이기 때문이다. 그리하여 정신장애인의 권리를 보장하기 위하여 다음의 노력들이 선행되어야 할 것으로 보여진다.

- 1) 정신장애인 가족도 정신장애인뿐만 아니라 자신들의 권익옹호를 위해서도 지속적인 인권교육이 필요하다는 것이다.
- 2) 정신장애인 가족 스스로의 관점의 변화가 필요하다. 정신장애인으로 인해 자신의 권리를 주장하지 못하는 집단이 아니라 정신장애인을 옹호하고, 가족들의 권익을 옹호할 수 있는 강점관점의 시각이 필요하다. 아울러 가족에 대한 정신보건전문가들의 시각의 전환도 필요한 시점이다.

### 4. 정신장애인

정신장애인은 정신장애에 대한 학습된 낙인과 편견이 정신장애인이 치료를 받는 과정에서부터 내면화되어 낙인지각과 대처방법에 따른 부정적인 결과를 가져오게 된다. 그리하여 정신장애인들은 사회적으로 취약하게 되며 그것이 다시 정신장애인의 치료와 재활에 영향을 미쳐 부정적인 악순환을 가져오게 되고, 자신을 옹호하지 못하게 되는 것이다.

그러나 앞의 연구결과에서도 나타났듯이 정신장애인 스스로가 자기옹호를 하는 것이 필요하며,

궁극적 재활을 위해서는 그러한 영향력 속에서 사회적 역할의 정상화와 더불어 접촉과 경험을 통하여 자신의 권리를 스스로 주장하며 찾아나가는 것이 필요하다. 그러한 의미에서 정신장애인이 스스로의 권리를 보장하기 위하여 다음의 노력들이 선행되어야 할 것으로 보여진다.

- 1) 정신질환을 부정할 것이 아니라 질병으로 인식하고, 질병을 가지고 있으면서 새로운 삶을 살 수 있는 ‘재기’의 개념을 가지는 것이 중요할 것이다.
- 2) 정신장애의 치료와 재활에 가족, 주변의 도움이 필요하지만 자기옹호와 타인의 권리를 옹호하는 데는 교육의 필요성이 중요함을 알 수 있었다. 교육도 인권에 대한 개념적인 교육이 아니라 인권옹호활동을 할 수 있는 구체적인 인권교육 프로그램이 개발되어 개인의 특성에 맞게 지속적으로 받을 수 있도록 하여야 할 것이다.
- 3) 이를 위해서 외국의 경우처럼 정신장애인 동료옹호제도를 개발하는 것도 한 방법일 것이다.

이 네 집단 이외에도 정신장애인의 권리보장과 옹호를 위해서는 몇 가지 추가되어야 할 사항들이 있을 것이다.

- 1) 외국의 경우처럼 정신장애인 권익옹호제도를 실시하여 정신장애인들이 자신의 수준에서 다양한 사항에 대하여 권리를 옹호받을 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다. 물론 이러한 제도가 상시적으로 활용되기 위해서는 정신장애인, 정신장애인 가족의 노력이 반드시 필요할 것이다.
- 2) 정신장애인이 치료와 재활의 과정에서 겪게 되는 어려움을 해소하기 위해 관련 전문가(경찰, 일반공무원, 소방관, 보험업계직원 등)들에 대한 정신장애인에 대한 이해를 돕기 위한 교육이 상시적으로 이루어지고, 그들에 대한 정신장애인에 대한 인권보장 교육을 실시하여야 할 것이다.
- 3) 자원봉사자 등 일반인들의 지나친 온정주의가 정신장애인의 자기옹호능력을 신장시키지 못하고, 낙인에 대한 지각 등에 있어서 일반인들보다 떨어지는 비현실적인 감각을 가진다는 것을 인지하여 정신장애인의 자기결정권을 강화할 수 있도록 지원하여야 할 것이다.

## V. 나가면서

정신보건실천현장에서 일하는 정신보건전문가들은 가족의 태도가 정신장애인의 치료와

재활에 영향을 준다는 것은 알지만 가족들을 정신장애인의 치료와 재활의 과정에 참여하게 하는 것이 현실적인 여건으로 쉽지 않다. 가족의 적극적인 지지와 참여가 이루어지지 않은 상태에서의 재활서비스 진행은 정신장애인의 재기(recovery)와 사회통합을 위하여 불안한 느낌을 가져온다. 하지만 만성화된 정신장애인의 경우에는 가족의 참여와 적극적인 지지가 없는 경우가 대부분인 것도 현실이고 가족의 적극적인 지원이 재활에 중요한 역할을 하는 것도 현실이다. 정신보건전문가는 가족의 협조와 지지를 얻을 수 있도록 최대한 노력하는 한편, 가족이나 주변의 지지 하에 정신장애인의 재활과 사회통합을 이루고자 하는 것 외에 정신장애인 스스로가 자신의 질병을 지닌 사람으로서 자신의 삶의 긍정적인 측면을 부각하고, 자기신뢰를 가지도록 하는 것이 필요할 것이다. 즉, 정신장애인을 질병을 가지고 있지만 책임감과 적극적인 대처기술을 지닌 한사람의 유기체로 보는(Hatfield and Lefly, 1993) 강점관점의 시각을 갖는 것이 필요할 것이다. 아울러 가족도 정신장애인에 대한 치료와 재활에 적극적인 역할을 해야만 하는 구성원으로서만 볼 것이 아니라 정신질환이라는 질병을 가진 사람이 가족구성원으로 있지만 또 다른 강점을 지닌 구성원들이며, 희망과 성장의 집단이라는 것을 인식시켜주는 것이 필요할 것이다.

정신장애인과 가족의 매일의 일상생활에서 하게 되는 결정의 상황에서 스스로를 옹호하도록 할 필요가 있다는 것이다(Tuttle and Silva, 2007). 정신장애인의 요구를 이행하고 문제를 해결해가는 과정에서 클라이언트가 직접적인 활동을 하고 참여하게 하여 클라이언트를 임파워먼트시키는 것이 정신보건전문가가 클라이언트를 옹호하는 과정인 것이다(Moxley and Freddolino, 1994; Schneider and Lester, 2001: 78 재인용). 정신보건영역에서 환자를 옹호하기 위해서는 환자중심의 케어, 환자의 안전, 환자의 참여가 있어야 하며, 환자의 참여를 위해서는 환자중심의 의사소통을 개발하고, 서비스제공자를 교육하고, 환자의 입장에서 움직여질 수 있도록(activating) 환자와 서비스제공자간의 의사소통을 개선시켜야 한다(Earp et al, 2008: 14-15).

물론 정신장애인이 사회로부터 받는 불이익을 해소하기 위해서는 편견을 없애기 위한 정신보건정책과 제도의 발전, 일반시민들의 인식제고, 주변전문가들의 노력이 필요하다. 그러나 만성화된 정신장애인을 옹호하기 위해서는 정신장애인 스스로의 권익옹호(Ashman and Hull, 1999)와 정신장애인 가족의 옹호집단으로서의 역할도 반드시 필요하다(Goldman, 1982; Maurine, 1990; 조은영, 1998; 하준선, 2004). 그리고 정신장애인과 가족이 권익옹호

를 스스로 잘 할 수 있도록 하는 것이 옹호자로서, 안내자로서의 역할을 잘 하는 것이 될 것이다.

## <참고문헌>

- 강지영. 2002. “인권에 대한 인지능력과 정서적 공감의 인권옹호행동에 미치는 영향”. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 권신혜. 2001. “정신질환을 가진 사람의 권리에 대한 사회복지사의 인식연구: 정신보건영역에 근무하는 사회복지사를 중심으로”. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 국가인권위원회. 2002. “장애인 차별실태 자료분석을 통한 인권의식 개선방안에 관한 연구”. 2002년도 인권상황실태조사 연구용역보고서.
- 김기숙. 1994. “정신질환자의 권리에 대한 정신과근무간호사들의 권리에 대한 연구”. 정신간호학회지. 3(2).
- 김병후·정선옥·강연화·김윤·김창엽·홍진표·한오수·조맹제·김용익. 1996. “정신장애인 치료에 중요 ‘역할 담당자의 정신질환에 대한 태도조사’. 신경정신의학. 대한신경정신의학회. 35(5). pp.1155-1164.
- 남형주. 2003. “정신장애인에 대한 사회적 편견에 관한 비교연구-정신보건시설 자원봉사자와 비 자원봉사자를 중심으로-”. 부산대 석사학위논문.
- 류근선. 2002. “청소년의 정신장애인에 대한 편견”. 중앙대 석사학위논문.
- 문인숙·양옥경. 1995. □□정신장애와 사회사업□□. 일신사.
- 박준형·최영·이형영. 1990. ‘정신질환에 대한 지역사회 지도자들이 태도조사’. 전남의대지. 27(2):235-243.
- 박향경. 1996. “정신보건법에 따른 시설변경준비를 위한 정신질환자요양시설 직원들의 태도조사연구”. 이화여대 석사학위논문.
- 서미경. 1994. “정신질환자가 지각하는 낙인과 대처방법의 측정”. 『정신보건과 사회사업』. 1: pp.145-155.
- 서미경. 2003. “정신장애인의 인권보장과 제한에 관한 연구”. □□한국사회복지학□□. 55.
- 성준모. 1996. ‘퇴원한 정신질환자가 지각하는 낙인의 정도와 그 대처경향에 관한 연구’. 숭실대학교 석사학위논문.
- 양옥경. 1996. □□지역사회와 정신건강-단편사회에서 열린사회로-□□. 나남출판사.

- 양옥경. 1998. “정신장애인에 대한 사회편견 연구”. 한국사회복지학. 35: pp.231-261.
- 왕영애 · 이충순 · 윤배중. 1998. “정신분열증환자 가족의 부담에 관한 연구”. 용인정신의학보 5(1). p.78.
- 유소연. 2004. “정신질환자가 지각하는 낙인정도에 관한 연구“. 이화여대 석사학위논문.
- 유지민. 2003. ‘아동의 권리 인식 및 공감과 권리옹호와의 관계“. 숙명여대 석사학위논문.
- 이동원 · 박옥희. 2003. 사회심리학. 서울: 학지사.
- 이종국의. 2002. “정신보건전문요원 수련생들의 정신질환자에 대한 태도조사”. 용인정신의학보. 9(1).
- 이충순 · 이동윤 · 황용석. 1996. “주요일간지에 보도된 정신질환자 범죄기사의 분석”. 신경정신 의학. 35(5):1132-1143.
- 조은영. 1999. “정신질환을 가진 사람에 대한 스티그마 형성과정에 관한 연구”. 연세대학교대학 박사학위논문.
- 최말옥 · 박은주. 2007. “정신보건실습 참여가 정신장애인에 대한 태도와 편견 변화에 미치는 영향 연구”. 한국사회복지교육. Vol.3.
- 하준선. 200. “정신장애인 가족의 자기옹호력증진을 위한 사회사업실천 전략”. 부산대 박사학위 논문.
- Angiullo, L., S. K. Whitbourne and C. Powers. 1996. "The Effects of Instruction And Experience on College Students' Attitudes toward the Elderly". *Educational Gerontology* 22: 483-495.
- Biegel, D. E., Song, L. Y., & Milligan, S. E. 1995. "A comparative analysis of family caregivers' perceived relationships with mental health professionals",
- Drolen, C. S. 1993. “The effect of educational setting on student opinions of mental illness.” *Community Mental Health Journal* 29: .223-234.
- Eard, J. A. French. E. A. & Gilkey. M, B. "Patient Advocacy for Health Care Quality - Strategy for Achieving Patient-Centered care". Johnes and Barlett publishers.
- Goldman, H.1982. "Mental Illness and Family Burden : A Public Health Perspective". *Hospital and Community Psychiatry*. Vol.33(7). pp.557-9.
- Hatfield, A. B. 1978. "Psychosocial costs of schizophrenia to the family", *Social Work*, 23, pp. 355-359.
- Hensley, Mellisa A. 2006. “Mental Illness Stigma.” *Social Work*, 51. *Psychiatric Services*, 46, pp. 477-482. Keane, M. 1991. “Acceptance vs. rejection: Nursing students' attitudes about mental illness.” *Perspectives in Psychiatric Care* 27: 13-18.



- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Ekerdt-vries, R., & Sturgeon, D. 1982. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol.33. pp. 557-560.
- Levey, S. and K. Howells. 1994. "Accounting for the fear of schizophrenia.", *Journal of Community & Applied Social Psychology* 4: 313-328.
- Link, B. and Phelan, J. 2001. "Conceptualizing stigma." *Annual Review of Sociology* 27: 363-385.
- Loukissa, D. A. 1995. "Family burden in chronic mental illness : a review of research studies". *Journal of Advanced Nursing*, 21, pp. 248-255.
- Maurin, J. T., Boyd, C. B. 1990. "Burden of Mental Illness on the Family : A Critical Review". *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol.4(2). pp. 99-107.
- Schneider. R. L., Laster. L. 2001. "Social work advocacy". Wadsworth the mson Learning.
- Torrey. E. F: 1983. "Surnaming Schizophrenia a family Manual". Harper & Row. publishers.
- Tuttle, C. G. Silra. J.A. 2007. "Self-Advocacy". The Scarecrow Press. Ins.
- Wallach, S. Helene. 2004. "Change in Attitudes Towards Mental Illness Following Exposure." *Community Mental Health Journal* 40(3): 235-248.



# 붙임자료

National Human Rights  
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea





# 한국의 법 체계와 정신장애인 : 현황과 과제

안경환  
(국가인권위원회 위원장)

1  
붙임자료  
(영문)

Korean Legal System and the Human  
Rights of Persons with Mental Disorders:  
Current State and Challenges

Kyong-Whan Ahn\*

Abstract

Medical and social statistics present the alarming reality that one in four people will suffer from mental illness at some point in their lives. Yet, in most countries, mental health is one of the least cared about issues. Korea is no exception. Here people with mental disorders have been subject to prejudice, stigma, discrimination and marginalization in all aspects of their social lives. Korean legal schemes and practices reveal a grave injustice in the treatment of patients and the administration of the mental health system. Yet, to this date, the Korean legal community has not shown the slightest of interests in this matter. This paper, which is long overdue, aims at bringing this painful issue to public attention, with a plea for attentive care for this vulnerable group of people. The current status of persons with mental illnesses is analyzed critically and suggestions for improvement are made with a special emphasis on the necessity for a comprehensive national report, as undertaken in both Australia and U.S.A.

I. Introduction

According to a WHO report in 2001, mental health affects 450 million people and one in

---

\* Chairperson, National Human Rights Commission of Korea; Professor of Law, Seoul National University.  
This article was published in "Journal of Korean Law" on Dec. 27, 2007

four of us will suffer from mental illness at some time in our lifetimes.<sup>1)</sup> Human rights abuses of mentally disordered people, particularly those who lack sufficient social capital to stand up for themselves against mistreatment for the reason of their illness and who are retained voluntarily or involuntarily in unregulated establishments, can be extremely serious and brutal.<sup>2)</sup> A mental health care system should be ensured for the protection of the rights of people with mental disorders, who are among the world's most vulnerable groups. They are often subjected to stigma, discrimination and marginalization in all societies, which increases the likelihood of violations of their human rights. Mental disorders can sometimes impair decision-making or legal capacity, and the affected-people may not always seek or accept medical treatment for their problems. Rarely, people with mental illness may put themselves or others at risk because of their impaired decision-making ability. In fact, the risk of violence or harm associated with mental disorders is relatively small.<sup>3)</sup> Common misconceptions on this matter should not be allowed to influence legislation of mental health laws.<sup>4)</sup> The lives of people with mental disorders have been one of the least addressed issues in the contemporary Korean society, even in comparison to persons with physical disabilities whose difficulties and hardships have come into spotlight in recent years.

This article aims to bring this topic into the arena of 'law and society' with a plea for attentive care of the fellow jurists to these unduly neglected people in our society. Part II of the article briefly overviews the international and domestic legal frameworks on mental health care. In Part III, the article highlights current status of the mentally disabled persons with selected statistics. Part IV discusses the roles of the National Human Rights Commission of Korea in the promotion and protection of the rights of the citizens with mental disorders, and Part V analyses flaws and shortcomings in the legal system and practice of mental health care

---

1) Mental Health - Global Policies and Human Rights, at xi (Peter Morrall & Mike Hazelton eds., Whurr Publishers 2002).

2) *Id.* at xv.

3) Cho, Sung-Nam, *A Study on the Criminal Psychotics - Crime Rates and Crime Motives*, 3-6 Journal of Korean Neuropsychiatric Association 1025-35 (1992) (available only in Korean).

4) World Health Organization, *Mental Health Legislation and Human Rights: Mental Health Policy and Service Guidance Package 2* (2003).

in Korea, as have been repeatedly raised in recent years. Part VI concludes with a suggestion for a comprehensive national report on the conditions of the mentally disordered, based on models preceded in a few advanced countries.

## II. Frameworks of Mental Health Law

### 1. International Framework

Concerns about human protection, respect, dignity, and tolerance have a long history dating back to ancient Greece or China, even further to the very beginnings of social gatherings. However, it was not until the mid-twentieth century that such humanitarian concerns became formalized principles for universal application, with the creation of the United Nations (1945) and the Universal Declaration of Human Rights (1948).<sup>5)</sup> The Universal Declaration makes reference to universal human rights of access to adequate health care in Article 25(1). Nonetheless, it was as late as 1991 that the principles for the protection and treatment of people suffering from mental disorders have been proclaimed by the General Assembly of the U.N.<sup>6)</sup> The United Nation Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, often called ‘MI Principles’, enunciate that all persons with a mental illness shall be entitled to have access to the best available medical care appropriate to their health needs and be diagnosed without any political interference and shielded from exploitation, discrimination and social stigma.<sup>7)</sup> However, it should be noted that

---

5) Morrall & Hazelton, *supra* note 1, at xi-xii.

6) The U.N. Principles for the Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, General Assembly Resolution 46/119, 17 Dec. 1991(hereinafter referred to as “MI Principles”).

7) Principle 1 (Fundamental Freedoms and Basic Rights)

(1) All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of health and social care system; (5) Every person with a mental illness shall have the right to exercise all civil, political, economic, social and cultural rights as recognized in the UDHR, ICESCR, ICCPR, and in other relevant instruments such as Declaration on the Rights of Disabled Persons and the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention and Imprisonment.

the adoption of the principles had not only been much overdue but also the United Nations still tolerates involuntary incarceration, enforced treatment (possibly psycho-surgical), restraint and seclusion in some circumstances.<sup>8)</sup> As is easily understood, there is more to be done in practical rather than theoretical terms.

The WHO Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorder<sup>9)</sup> is a supplementary document designed for an easier application of the MI Principles to concrete actions. Other international instruments applicable to the protection of rights of the mentally ill include the Declaration on the Rights of Disabled Persons<sup>10)</sup>, the U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006); and the Declaration of Hawaii/II as approved by General Assembly of World Psychiatric Association in Vienna, Austria on July 10, 1983. These documents are instrumental in formulating both policy and mechanical devices.

## 2. Legal Schemes of Korea

Like many other countries, mental health legislation in Korea is characterized as a combination of an ‘integration approach’ and a ‘dispersion approach’. In other words, a specific statute on mental health is complemented by various general legal instruments in which mental health issues are addressed.

As the basic norm, Article 10 of the Constitution declares that “every citizen shall enjoy the right to human dignity and worth and to pursue happiness.” In the same provision, the Constitution manifests the state’s general duty to protect the rights of the citizen. This duty is reiterated in the Constitution with specific reference to health.<sup>11)</sup> Based on these constitutional authorities, a barrage of statutes related to mental health has been enacted. Particularly, the Mental Practice Act (1951) sets out the ground scheme and rules. The Mental Health Act serves as a specification of the Medical Practice Act attuned to its sub-category. The Mental

---

8) Morrall & Hazelton, *supra* note 1, at xiv.

9) Doc. WHO/MNH/MND/95.4 (1996).

10) UN General Assembly Resolution 3227 (XXX), 9 Dec. 1975.

11) Article 36, Section 3.

“Every citizen shall enjoy the protection of the State regarding their health.”

Health Act was first enacted in 1995 and entered into force in 1996 (Law No. 5133). Since then, it has been amended a few times, lastly in 2006.<sup>12)</sup> It was the product from the increased public awareness of mental health problems. A series of debates over the mistreatment or ill-treatment of patients played an important part in shaping the public agenda on mental health reform. In fact, since 1983, there has been only intermittent media coverage on the inhumane conditions of mental health facilities.<sup>13)</sup>

In the preparatory stages for the legislation of the Mental Health Act, the World Health Organization provided technical assistance by arranging international experts to participate in workshops held in Seoul. Korean psychiatrists and administrators started to draft a bill modeled on a Japanese law of 1987. It was October 1993 that the then Ministry of Health and Social Affairs submitted the final draft to the National Assembly. At the invitation of the Korean government, the WHO representatives reviewed the draft bill before its final passage by the National Assembly in 1994. According to the WHO appraisal, as contrasted with cases in western countries where the individual's free will is strongly protected, the law gives an important role to members of the family of a person with a mental illness, allowing involuntary admission of such people to a mental health facility on the grounds of the agreement between family members and certified psychiatrists.<sup>14)</sup>

The Act contains a few provisions addressing the rights of a patient. Article 2 protects the right to human dignity and worth (Sec.1). It also minds the right to physical integrity by articulating that the principle of voluntarism should be observed in the entire process of treatment.<sup>15)</sup> The Act further ensures several social rights such as the right to best available

---

12) Ironically enough, an earlier legislation attempt was made in 1985 under the authoritarian regime, mainly for regulating the 'the undesirables' under the pretext of 'social protection'. However, faced with ferocious opposition from social workers and human rights activists, the government was forced to withdraw the legislative attempt.

13) Seo, Dongwoo, *The Protection of Human Rights of Persons with Mental Disabilities*, presented in Public Hearing on the Human Rights Situation in the Mental Health Facilities held by the National Human Rights Commission of Korea, 20 Nov. 2004, at 10 (available only in Korean).

14) World Health Organization, *supra* note 4, at 42.

15) For example, under Article 2 (Sections 5 and 6) of the Mental Health Act, involuntary admission of a patient should be limited to exceptional situations.



treatment, the right to education for a minor patient (Article 2, Sec. 2 and 4), and the right to petition (Article 29). Despite such provisions, the Act is regulatory rather than protective in character, from the perspective of a patient.<sup>16)</sup> The Act mainly sets out basic working mechanisms of a mental care system with a permissive attitude towards the tightened control over mental patients. Therefore, it could hardly be recognized as a Bill of Rights for the patient citizens.<sup>17)</sup>

The Mental Health Act carries both characteristics of health law and welfare law. On the health side, as mentioned earlier, the Act is a special extension of the Medical Practice Act.<sup>18)</sup> The Social Welfare Law, the basic statute on this front, lists the Mental Health Act as one of its major sister legislations (Article 2). In the same vein, the Welfare of Disabled Persons Act (Article 2) includes persons with mental illness in its coverage. Based on these provisions, the mentally ill are entitled to social welfare benefits (Article 13).

A newly enacted statute, The Act for the Prevention of Discrimination against Disabled Persons and Protection of Their Rights, etc. (2007)<sup>19)</sup> also reiterates mental impairments in the definition of ‘disability’ on equal footing with physical impairments (Article 2). Further, Article 37 of the Act explicitly proscribes discrimination against persons with mental impairment and imposes special affirmative duty on the state and local governments to make their best efforts to organize preventive and educational activities.

Notwithstanding these firm principles of equality and non-discrimination, de jure discrimination against persons with mental illness exists in many areas.<sup>20)</sup> For example, a constitutional right to occupation for the mentally ill is severely curtailed. There are at least 21 statutes as well that deny a license or authorization to a person with mental illness. Specifically, anyone with a history of mental illness is ineligible for being a medical doctor,<sup>21)</sup> pharmacist,<sup>22)</sup>

---

16) Seo, *supra* note 13, at 12-13.

17) *Id.*

18) See *supra* note 12 and accompanying texts.

19) Law No.8341, 11 Apr. 2007

20) Park, Jong Ik et al, *Discrimination of Mentally Ill Persons in Korean Legislative System*, 43-2 Journal of Korean Neuropsychiatric Association 237-41 (2004).

21) Article 8, The Medical Service Act, Law No.221, 25 Sep. 1951, as amended as Law No.8559, 27 Jul.

medical technician, paramedic, barber, beautician, veterinarian, hygienist, construction equipment operator, or even mortician.<sup>23)</sup> Similarly, driver's licenses for motor vehicles or motor boats are categorically denied to mentally ill citizens.<sup>24)</sup> Further, such citizens are denied access to the most basic of public services including public libraries<sup>25)</sup> and art museums.<sup>26)</sup> As such, basic freedom of movement of persons with mental disorders is severely restricted. In a similar vein, the Immigration Control Act<sup>27)</sup> in its Article 11 prohibits the entry of a foreigner who is "mentally handicapped and void of a capacity of discriminating sense and has no person to assist his or her sojourn activities in the Republic of Korea." Moreover, despite the Article 42 of Mental Health Act prohibiting disclosure of the personal information of mental patients,<sup>28)</sup> a breach of such provision takes place almost routinely, oftentimes by the governmental entities.

Property rights of persons with mental disorders are easily infringed upon as well. Article 22 of the Mental Health Act obligates family members of a mental health patient to protect the patient's property rights. Nevertheless, incompetency provisions of the Civil Code carry an inherent possibility of abuses against the mentally ill. Traditionally, Articles 9 (quasi-incompetency) and 12 (incompetency) have been misused by the family members as handy tools to eliminate or restrict the property rights of their "less competent" family members.<sup>29)</sup>

---

2007.

22) Article 4, The Pharmacist Act, Law No. 300, 18 Dec. 1953, as amended as Law No.8558, 27 Jul. 2007.

23) Shin, Youngjeon et al., Legislative Study on the Improvement of Human Rights for People with Mental Illness 78, (National Human Rights Commission of Korea 2006) (available only in Korean).

24) Article 70(2), Road Transportation Act, Law No. 941, 31 Dec. 1961, as amended as Law No. 7969, 19 Jul. 2006 and Article 5, Navigational Leisure Act, Law No. 5910, 8 Feb. 1999, as amended as Law No. 8621, 3 Aug. 2007.

25) Article 7(1), Rules for the Use of National Central Library, Decree of Ministry of Culture No. 8, 16 Jul.1991, as amended as Decree No.83, 10 Dec. 2003.

26) Article 8(1), Rules for the Entrance to the National Museum of Contemporary Art, Ministry of Culture Decree No. 46, 1 May 1975, as amended as Decree No. 138, 30 Jun. 2006. This provision was repealed in 2004.

27) Law No.1289, 5 Mar. 1963, as amended as Law No.7655, 4 Aug. 2005.

28) "A person who was or is performing duties in relation to a person with mental illness as prescribed by this Act shall not disclose or announce the secrets of other persons acquired in relation to the performance of such duties except as specially prescribed in this Act or other Acts and subordinate statutes."

29) The terms "lost mind" or "incompetency" typically indicate or remind the persons with mental disorders.

### III. Current State of the Mentally Ill

All the pertinent statistical information highlights an alarming situation for the mental health of Korean people. According to a survey conducted by the Ministry of Health and Welfare in 2001, 14.4 percent of Koreans between the ages of 18 and 64 were diagnosed of a mental disorder or of a kind of mental illness.<sup>30)</sup> It also indicated that the majority of patients (68.7%) who were determined to have a mental illness were aged between 20 and 49. The statistics of the Ministry of Health and Welfare of 2005 showed that total number of hospitalized patients steadily increased at the average annual rate of 7.8 percent between the years 2000 and 2005: 51,757 in 2000 and 60,279 in 2005.<sup>31)</sup> According to a report of the National Human Rights Commission of 2006, in less than a decade, the total number of hospital beds almost tripled from 21,513 in 1996 to 62,554 in 2004.<sup>32)</sup> In 2004, only 8.4 percent of patients were admitted to mental health care facilities on their own will.<sup>33)</sup> As high as 91.6 percent of patients were institutionalized involuntarily: 76.8 percent by the arrangement of a family member bearing legal duty of guardianship and 13.3 percent by initiative of governmental authorities.<sup>34)</sup> On average, a patient was institutionalized for 267 days<sup>35)</sup>, as sharply contrasted with the figures in

---

30) Ministry of Health and Public Welfare, A Guide to the Mental Health Business 3 (2005).

31) 51,747(2002); 56,514 (2001); 58,218(2002); 62,154 (2003); 67,896 (2004)

Source from Ministry of Health and Welfare and National Health Insurance Corporation

32) Shin et al., *supra* note 23, at 68.

33) *Id.* at 6.

34) *Id.*

Under the Act, a mental patient may be institutionalized in 4 ways: (1) A patient may be hospitalized under Article 23 by filing a written request himself (voluntary admission); (2) The hospital may accept a patient with the consent of a person legally responsible for the protection of the patient. In the case, the diagnoses of a psychiatrist should be accompanied (Article 24); (3) On the report and request from a psychiatrist, the head of a local government may cause a patient to be committed to a mental hospital, when there is a danger that he might harm himself or others (Article 25); and (4) (Emergency measure arranged by police officer and psychiatrist) Those who discover a person assumed to have psychopathy and who presents a significant risk of harm to himself or others, may request emergency hospitalization of the person concerned to a medical institution for mental illness with the consent of a doctor and a police officer when the situation is very urgent and the hospitalization as provided for in Articles 23 through 25 cannot be executed (Article 26).

35) National Human Rights Commission of Korea, Report of Study Visit to the United Kingdom and Germany: Research of Human Rights Protection of Persons with Mental Disabilities 48 (2006) (available only in Korean).

other OECD countries: for example, 26.9 days in Germany, 52 days in the U.K., 35.7 days in France, and 13.4 days in Italy.<sup>36)</sup> In the case of mental sanatoriums established for the care of chronic and long-term patients who are not cared for by their own family members, the figure went up to as high as 2,485 days.<sup>37)</sup>

#### IV. The Role of National Human Rights Commission

Established in 2001, the National Human Rights Commission emerged as one of the high-profile national agencies of Korea. Its organic statute declares that its purpose is to “contribute to the realization of human dignity and worth and [...] to ensure the protection of the inviolable and fundamental human rights of all individuals.”<sup>38)</sup> The Commission is a ‘quasi-judicial’ body to address human rights violations. Citizens or foreign nationals in Korea may file a complaint alleging abuses of human rights including discrimination. The Commission’s law governs the acts of governmental entities as well as private actors.<sup>39)</sup> Based on a complaint or by its own initiation, the Commission conducts a wide range of activities: most chiefly, the investigation of the alleged acts and the recommendation for remedies to respondent parties. The recommendation of the Commission does not legally bind the parties concerned and thus it lacks enforce ability. However, its influence is enormous. The acceptance rate of the recommendations for remedies exceeds 80 percent.<sup>40)</sup>

---

36) Bae, Jeonggyu, Survey on the Performance of Mental Health Care in the Local Governments 66-67 (National Human Rights Commission of Korea 2006) (available only in Korean).

37) National Human Rights Commission of Korea, supra note 35, at 48 (Mental Health Care Facilities)

38) Article 1, The National Human Rights Commission Act, Law No.6481, 24 Mar. 2001, as amended as Law No. 7796, 25 Dec. 2005.

39) Article 30, The National Human Rights Commission Act, Law No.6481, 24 May 2001, as amended as Law No.7796, 25 Dec.2005.

40) “Because of the increased respect for the Commission, in the legal and political communities, many of the recommendations of the Commission are reported in the media, explored by scholars, seriously considered by politicians and often adopted by the nation.” See Sean Hayes, The Korea Times, 10 Aug. 2007, at 21.

The Commission has jurisdiction to consider the complaints of detainees in the “detention or protective facilities” which include institutes for medical service as provided in Section 2(a), Article 2 of the Commission Act. For the period between November 2001 and June 2006, the Commission received 1,126 complaints alleging human rights violations on the grounds of mental impairment. This figure comprises 5.6 percent of total complaints filed with the Commission during the same period.<sup>41)</sup> The number of such complaints steadily grew in its first three years, and the Commission was met with huge increase in pleas for help notably during 2004 and 2005. In response, the Commission installed petition boxes within health facilities, in addition to enhancing public awareness of the Commission’s activities. Such efforts seem to have substantially induced active complaint filings from the patients. The Commission found substantive human rights violations in approximately 10 percent of the complaints and issued recommendations for remedies. Private-run institutions were found to be major violators. Violations were found in the process of admission to a mental facility (24%), extension of the retention period and discharge (15%) and excessive use of force or confinement (18%), and they included the invasion of privacy and other forms of rights infringement.<sup>42)</sup>

In addition, since 2002, the Commission has hosted a series of workshops and seminars on mental disabilities at both the domestic and international levels. This has resulted in several recommendations presented to the government. The Commission has also been engaged in various activities raising public awareness of the hardships that these underprivileged people with mental illness endure. Particularly, in 2006, the Commission took the issue of the rights of people with mental illness as one of its top ten priority concerns, and it continued to do so in 2007.

---

41) The Commission received 20,057 complaints in total between 1 November 2001 and 30 June 2006.

42) Bae, *supra* note 36, at 8.

## V. Challenges in Korean Legal Framework for Mental Health Care

Many humanitarian-minded psychiatrists, lawyers, and social workers have pointed out serious flaws in the Korean legal framework of mental health care in terms of both policy and practice.

### 1. The Principles of Separation and Discrimination

Fundamental criticism is that the current system is based on arcane philosophical residue - the principles of separation and discrimination. Public ignorance and prejudice by and large condone or even approve of such policies.

As one English scholar argued, until recently in the history of western civilization, the determination of insanity was based on the notion that the mad were categorically distinguished from the rest of humanity. They were a genus distinctive from that of “normal” people, essentially ‘wild beasts’ to be excluded from the jurisdiction of the courts or dealt with by separate laws and forms of discipline.<sup>43)</sup> In criminal law, insanity was a prime cause of incompetency to commit a crime, assuming that the perpetrator lacked mens rea (criminal intent).<sup>44)</sup> There is a prevailing ‘culturally normative prejudice’ associated with mental illness, which is as constraining and brutal as political suppression.<sup>45)</sup>

Overt prejudice of the mass media has been reflected in news reports of the crimes supposedly committed by someone with a history of mental disorder, however slight it might have been. The Korean press is notorious for its sensationalism, where TVs and on-line media

---

43) Robinson, DN., *Wild Beasts and Idle Humors: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*, (Harvard University Press 1966).

44) Article 10, Criminal Code (1).

“The act of a person who, because of mental disorder, is unable to make distinction or to control his or her own will shall not be punished.”

45) Johnstone MJ., *Stigma, Social Justice, and the Rights of Mentally Ill: Challenging the Status Quo*, 10-4 Australian and New Zealand Mental Health Journal 201 (2001).

compete among one another for the highest ratings.<sup>46)</sup> In a country where community concerns over terror are widespread, any effort to protect human rights could arouse public demand for increased control of the people with mental disorders.<sup>47)</sup> In Korea where incidents of organized terrorism are relatively rare, any isolated case of ‘unmanly’ crime tends to wage public paranoia against these perceived “semi-beasts.” Under such a backdrop, government policy basically tends to favor building up demarcating walls between the sane and “insane” of society.<sup>48)</sup>

## 2. The Principles of Community-Based Treatment and Rehabilitation

In a landmark decision, *Olmstead v. L.C.*<sup>49)</sup>, the Supreme Court of the United States declared that the Americans with Disabilities Act (ADA) prohibits the unnecessary institutionalization of persons with mental disabilities. In the words of the Supreme Court, services to persons with disabilities must be provided “in the most integrated setting possible.”<sup>50)</sup> The *Olmstead* rule is hardly an invention of the U.S. Supreme Court. Earlier in 1991, the MI Principles manifested the rights of persons with mental illness to be integrated into the community as one of its cardinal rules.<sup>51)</sup> The principles have been repeated in succeeding international documents to be reconfirmed in the most recent U.N. Convention of Rights of Persons with Disabilities (2006).

---

46) Park, Heonsoo, *Human Rights Situation of Persons with Mental Disabilities and the Necessary Actions and Responses*, presented in Public Forum on the Human Rights of Persons with Mental Disabilities held by Korea Family Association for Mental Health, 13 May 2005, at 45 (available only in Korean).

47) Peter Morrall, *Madness and Murder*, (Whurr Publishers 2000).

48) Shin et al. *supra* note 23, at 8-9; Peter Morrall, *U.K. Mental Health Policy: Chaos and Control*, in *Mental Health - Global Policies and Human Right* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds, Whurr Publishers 2002), at 16.

49) 527 U.S. 581 (1999).

50) The Americans With Disabilities Act, Title II, Section 302 (b)(1)(B).

“Goods, services, facilities, privileges, advantages, and accommodations shall be afforded to an individual with a disability in the most integrated setting appropriate to the needs of the individual.”

51) “Every person with a mental illness has the right to live and work, as far as possible, in the community.” (Principle 3); “Every patient shall have the right to be treated and cared for, as far as possible, in the community in which he or she lives.” (Principle 7, Item 1).

The policy of community-based mental health care is enshrined in Korean legislations as well. The ideal of community-based rehabilitation is incorporated in Articles 15 and 16 of the Mental Health Act.<sup>52)</sup> However, this proclaimed policy largely remains a declarative norm. The Korean government has consistently taken the opposite route, as evidenced by its records.<sup>53)</sup> During the last decade, there has been a steady increase in the numbers of hospitals and beds.<sup>54)</sup>

The MI principles and Olmstead rule encourage the community-based treatment system. One of the core devices of this system is a community treatment order, oftentimes associated with the judiciary. The Community treatment order is a civil commitment system which makes it mandatory for certain kinds of long-term mental patients, such as schizophrenia and mania patients, to be treated under the community health care schemes rather than in mental hospitals.<sup>55)</sup> It is claimed that this system has been proven very effective in reducing the number of

---

52) Article 15 (Creation and Operation of Rehabilitation Establishments)

(1) The State and local governments may create and operate rehabilitation establishments.

(2) In the event that any person other than the persons referred to in paragraph (1) intends to create and operate a rehabilitation establishment, he shall make a report thereon to the head of Si/Gun/Gu having jurisdiction over the location of such rehabilitation establishment. The same shall apply to a case where he intends to change important matters that are prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare from among the reported matters.

(3) The head of every rehabilitation establishment shall conduct rehabilitation training for psychopaths under the conditions as prescribed by the Minister of Health and Welfare.

(4) Necessary matters concerning the standards for establishments, the number of psychopaths to be accommodated therein, the number of employees and their qualifications, the report on the creation and operation, the report on alteration, the use and operation of rehabilitation establishments shall be prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare.

Article 16 (Kinds of Rehabilitation Establishment)

The kinds of rehabilitation establishments shall be as follows:

1. Life training facilities for psychopaths: facilities for psychopaths who have difficulties in daily lives at home because of their psychopathy, and of which the purpose is to promote rehabilitation of psychopaths by enabling them to use a living room or other facility at a discounted fee and providing them with necessary training and guidance so that they may adapt themselves to a daily life at home;

2. Work training facilities for psychopaths: facilities of which the purpose is to promote rehabilitation of psychopaths who have difficulties for employment through allowing them to use a living room or other facility at a discounted fee and providing necessary training and mediating their jobs; and

3. Other facilities as prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare.

53) See *supra* note 30.

54) See *supra* note 32.

55) This system is called in various names such as IOC (Involuntary Outpatient Commitment), AOT (Assisted Outpatient Treatment) and CAT (Compulsory Ambulatory Treatment).



chronic patients.<sup>56)</sup>

In Australia, mental health services are provided in both institutional and community settings.<sup>57)</sup> Community-based mental health care services include assessment, crisis intervention, case management and rehabilitation.<sup>58)</sup> In Australia, between the 1960s and 1990s, the transition from institution-based care to community-based care saw a decline in the availability of psychiatric beds from 287 per 100,000 populations to 40 beds per 100,000.<sup>59)</sup> Within a policy context of balancing between the protection for the rights of the people with mental illnesses in need of treatment and the community's legitimate expectation to be protected from harm, much of the reform direction continues to be shaped by the needs of specialist psychiatric services and the compulsory end of the treatment spectrum.<sup>60)</sup>

Local governments in Korea, which are both administrators and protectors of patients under the Mental Health Act, are not fully equipped with either human resources nor professional knowledge to handle these newly emerging issues effectively. Moreover, to date, only one provincial government enacted ordinance related to this subject, and none has established a long-term policy plan.<sup>61)</sup> Considering such unreadiness of the local governments, coupled with the apathetic attitude that the Korean judiciary has maintained on the matters of mental health, it is unrealistic that a Korean version of Olmstead will be born in the near future.

### 3. Involuntary Admission to Mental Health Facilities

Under the MI Principles, an agent should act in the best interest of the patient, and in no case a person whose interest is in conflict with the patient should be allowed to act on his behalf.<sup>62)</sup> As a special notion was made by the WHO, the Mental Health Act of Korea

---

56) Shin et al. *supra* note 23, at 62.

57) Mike Hazelton & Michael Clinton, *Human Rights, Citizenship and Mental Health in Australia*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* 43 (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002). Psychiatric hospitals and wards in acute hospitals provide specialized psychiatric care.

58) *Id.*

59) *Id.* at 46.

60) *Id.* at 48.

61) Bae, *supra* note 36, at 57.

presupposes the major role of the family members of the patient throughout the entire process of medical treatment.<sup>63)</sup> As the statistics vividly demonstrates, the majority of cases of involuntary hospitalization are heralded by the family.<sup>64)</sup>

In contemporary Korean society, the extended family is becoming a rarity. The evaporation of traditional family values associated with the extended family has entailed serious impacts on Korean society.<sup>65)</sup> The vacuum of neglect that was created in the demise of traditional family values has not been properly filled, either by the State or other social mechanisms.<sup>66)</sup> Under the Mental Health Act, duty bearers of family support under the Civil Code hold and bear primary rights and duties as a person responsible for guardianship and representation of a mental patient. Given the dramatic changes in the attitude of the contemporary Koreans, the legal scheme based on the outgoing traditional values needs serious reconsideration. There is an ever increasing danger of conflicting interests among family members, which is likely to be intensified when the family members fail to share comparable status.

Some have argued for implementing a ‘public guardian system’ as an alternative.<sup>67)</sup> This may deserve policy consideration. However, if the system presupposes active involvement of the court, the likelihood of success is flimsy at best.

#### 4. Inadequate Treatment

In all the relevant legislations, mental illness is included in the definition of disability. For example, Section 1, Article 2 of the Welfare of Persons with Disabilities Act defines the term ‘disabled person’ to include ‘mental disabilities’ on equal footing with physical disabilities.<sup>68)</sup>

---

62) “In any decision affecting the rights of the patient, representation must be done by a person who has no conflict of interests with the patient.” (Principle 6)

63) See *supra* note 12 and accompanying texts.

64) See *supra* note 34.

65) Support of helpless parents is no more an unchallengeable customary law, much less for the care of the siblings. Older generations accustomed to traditional ways of life suffer emotional distress. Many have also been deprived of economic means.

66) Elderly Koreans with mental illness are virtually abandoned.

67) Pamela B. Teaster et al., *Ward of the States: A National Study of Public Guardianship* (University of Kentucky Press 2005).

The Article 3 (1) of the Mental Health Act defines the term of mental illness, and by the revision of 2000, alcoholism is also included as a form of mental illness.<sup>69)</sup>

The concept of mental illness is diverse in character.<sup>70)</sup> Therefore, different methods and skills of treatment should be employed depending on the patient's health needs. On this front, the Scottish experience may provide a valuable reference. Scotland adopted the "four populations policy" as its basic framework for the treatment of mental patients. Scotland applies the following policy respectively to people in four categories:

- (1) Prevention policy targets the general public to prevent potential harm on its mental health with a special attention to the young generation;
- (2) Psychological therapies are prioritized for a population group having mild to moderate mental health problems, namely depression, stress and anxiety;
- (3) A central focus of mental health policy is put on those who suffer severe and enduring mental illnesses such as schizophrenia, bi-polar disorder and dementia; and
- (4) Extra safety mechanisms are to be implemented for those who have severe mental illnesses coupled with criminal history.<sup>71)</sup>

The principle of treatment by least restrictive means, as proclaimed by the MI Principles has been firmly established at the international level.<sup>72)</sup> This principle is pronounced in the mental

---

68) (1) For the purpose of this Act, the term "disabled person" means those who are considerably restricted in their daily and social life for a long period of time due to their physical or mental disabilities. Under Article 2, Section (2)-2, the term "mental disabilities" means the disabilities caused by mental retardation and mental diseases. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006) provides similar definition: "Persons with disabilities include those with who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairment which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others." (Article 1)

69) "The term 'psychopath' means a person with a mental illness (including an organic mental illness), personality disorder, alcoholism and medicinal poisoning and other non-psychopathic mental disorders."

70) It includes depression, anxiety disorder, dysthymic disorder, and obsessive compulsive disorder (OCD).

71) Geoff Huggins, *Feature and Merits of Scottish Mental Health Law and Major Issues in the Legislation Process*, presented in International Symposium on Human Rights of Mentally Challenged, Nov. 2006, at 87-100.

72) Principle 8 (1).

"Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with least restrictive or intrusive treatment."

health legislations of Korea accordingly.<sup>73)</sup> In response to the recommendation of the National Human Rights Commission on December 30, 2003, the Ministry of Health and Welfare issued a guideline on the ‘segregation and restraint’ in the treatment of the mental patients. The guideline, although not fully compatible with the MI principles, serves as an important working norm in the field. National health policy seems to spell out the place of mental health in the overall planning of health care. However, integrating mental health into primary health care has not become a policy focus. The health insurance system discriminates against mental health care patients by applying different rules to the medical treatment of the mentally ill.<sup>74)</sup>

The Mental Health Adjudication Committee under Article 27 of the Mental Health Act may fall into the category of “review body” as envisioned by the MI Principles.<sup>75)</sup> The Committee

---

73) Mental Health Act , Law No. 5133, 30 Dec.1995, as amended as Law No.7849, 21 Feb. 2006

Article 45 (Prohibition on Movement Restriction)

(1) The director of a medical institution for mental illness shall not restrict the freedom of communication, the freedom of interviews, and other freedom of movements with respect to psychopaths as prescribed by the Presidential Decree.

(2) In case where the director of a medical institution for mental illness is restricting movements with respect to matters provided for in paragraph (1), the restriction shall be conducted in the minimum extent, and the reasons for restriction shall be recorded in a record of treatment.

74) Seo, *supra* note 13, at 14-15.

75) Principle 17 (Review Body)

1. The review body shall be a judicial or other independent and impartial body established by domestic law and functioning in accordance with procedures laid down by domestic law. It shall, in formulating its decisions, have the assistance of one or more qualified and independent mental health practitioners and take their advice into account.

2. The review body’s initial review, as required by paragraph 2 of Principle 16, of a decision to admit or retain a person as an involuntary patient shall take place as soon as possible after that decision and shall be conducted in accordance with simple and expeditious procedures as specified by domestic law.

3. The review body shall periodically review the cases of involuntary patients at reasonable intervals as specified by domestic law.

4. An involuntary patient may apply to the review body for release or voluntary status, at reasonable intervals as specified by domestic law.

5. At each review, the review body shall consider whether the criteria for involuntary admission set out in paragraph 1 of Principle 16 are still satisfied, and, if not, the patient shall be discharged as an involuntary patient.

6. If at any time the mental health practitioner responsible for the case is satisfied that the conditions for the retention of a person as an involuntary patient are no longer satisfied, he or she shall order the discharge of that person as such a patient.

7. A patient or his personal representative or any interested person shall have the right to appeal to a higher court against a decision that the patient be admitted to, or be retained in, a mental health facility.

is authorized with expansive powers ranging from policy deliberation to the specific decisions on the admission or discharge of an individual patient.<sup>76)</sup> The reality shows, however, that the Committee does not function effectively for the protection of mental patients. Typically, it is mostly composed of psychiatrists and disposes too many cases without serious deliberation, mainly due to time constraints.<sup>77)</sup> Statistics reveal that the denial of decision for renewal remained extremely rare (4.4 percent) in 2001.<sup>78)</sup> In one province, only 7 out of 1,156 patients were ordered to be discharged from the hospital.<sup>79)</sup> As such, free will of patients has been

---

76) Article 28 (Duties of Mental Health Deliberative Committee)

(1) The Central Mental Health Deliberative Committee shall deliberate the matters falling under one of the following subparagraphs:

1. Matters pertaining to mental health policies;
2. Matters pertaining to standards of mental health facilities;
3. Various kinds of standards of hospitalization and treatment of psychopaths;
4. Offering of medical opinions pertaining to the consent for treatment; and
5. Cases of application for re-examination.

(2) The Local Mental Health Deliberative Committee shall deliberate the matters falling under one of the following subparagraphs:

1. Supervision and correction on mental health facilities;
2. Assessment on mental health facilities;
3. Review on treatment procedures to which objections have been raised;
4. Review on improvement in treatments; and
5. Review on discharge and continuative hospitalization.

(3) The number of members of the Central Mental Health Deliberative Committee and the Local Mental Health Deliberation Committee (hereinafter referred to as each "Mental Health Deliberative Committee") shall be not less than five and not more than fifteen and the tenure shall be two years, with an opportunity for reappointment.

(4) The members of each Mental Health Deliberative Committee shall be appointed or entrusted by the Minister of Health and Welfare and the Mayor/Do governor respectively from among the psychiatrists, persons with qualifications as a judge, public prosecutor or a lawyer, the specialists of mental health and persons with expert knowledge and experience in mental health.

(5) The Mental Health Adjudication Committee shall consist of the number of members ranging from not less than 5 to not more than 10 who are appointed by the Minister of Health and Welfare and the Mayor/Do governor from among members of the Mental Health Deliberative Committee and shall review cases in the collegiate court. In this case, the members shall include not less than one person having qualifications as a psychiatrist, judge, public prosecutor, or a lawyer, respectively.

77) Seo, MiKyung, *Measures to Improve the Human Rights Conditions in the Mental Health Facilities*, presented in Public Hearing on the Human Rights Situation in the Mental Health Facilities held by National Human Rights Commission of Korea, 20 Nov. 2004, at 19 (available only in Korean).

78) *Id.*

79) *Id.*

systematically neglected in the process of admission to and discharge from hospitals, extension of retention periods and medical treatment, and daily life.

Some have called for the active role of the judiciary in this field. Indian practice may be a case in point. In India, the judiciary led by the Supreme Court has been actively involved in matters of mental health care by granting various remedies and forcing reformation in favor of protecting the rights of people with mental illnesses.<sup>80)</sup> However, under Korean legal system and practice, the judiciary remains a largely irrelevant and remote institution in the mental health care business. The judiciary is basically an institution for remedial justice, not for preventive justice. It would be extremely costly to bring the court into the routine business of mental hospitals. Furthermore, public trust in the judiciary is not deep enough to invite its routine intervention. This agenda needs time long enough to ripen before being brought to the table.

Another complexity stems from the conflicting interests of the health professionals and related industry, such as mental hospitals and protection institutions. It has been repeatedly argued that health professionals are one group that displays adverse attitudes toward the mentally ill.<sup>81)</sup> There exists an assertion that the health industry subtly reaps the public prejudice for its economic gains. Amidst serious competition in the health industry, the mental hospital has emerged as one of the more lucrative medical businesses in recent years.<sup>82)</sup>

## 5. Inadequate Funding: Problem of Social Costs

Equality and fairness are two core values that should be upheld in formulating policies for the mental health system. Mentally disordered people should not be discriminated against in such areas of civil life as education, employment, and access to health services, while those in

---

80) R. Srinivasa Murthy, *India: Towards Community Health Care*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall and Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 104.

81) Hazelton and Clinton, *supra* note 57, at 57.

82) Song, Sanggyo, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: From a Legal Perspective*, presented in Human Rights Workshop for Mental Health Practitioners held by National Human Rights Commission of Korea, 27 Oct. 2007, at 28 (available only in Korean).

most need are given the highest priority in health resources allocation. These two core values are emerging from high quality, comprehensive, and integrated services, which are focused on the needs of the user, and supported by evidence.<sup>83)</sup> As the financial cost of mental health care continues to escalate, so also does the human cost.<sup>84)</sup> It is nearly impossible to separate policy, economics, social status markers, education and genetic predispositions into clear areas of scientific or historical inquiry.<sup>85)</sup>

There are several other issues in measuring economic costs of mental illness that are potentially large in magnitude and controversial in their conclusions. These are the costs of families caring for their mentally ill members, the labor market impact of mental illness and non-productivity losses due to illness.<sup>86)</sup> Other costs are those associated with improper measurements, unreliable diagnostic systems and inappropriate measures of reliability.<sup>87)</sup> These costs are acutely felt when resources and talents are used in a wasteful fashion.<sup>88)</sup> Physicians, policy makers and others struggle to strike a balance between the need to contain the costs and efforts to maintain or improve both access to services and the quality of care provided.<sup>89)</sup>

## 6. Addendum: Aliens

“Every patient shall have the right to be treated suited to his or her cultural background” (MI Principle 7, para.3). This provision has special relevance to the mental suffering of foreigners. The national health insurance system of Korea is open to non-nationals, albeit with some restrictions.<sup>90)</sup> However, a mental health care system is virtually non-existent for foreigners. A

---

83) Morrall, *supra* note 48, at 19.

84) Shirley A. Smoyak. *US Mental Health Policy: Progress and Continuing Problems*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 24

85) *Id.*

86) Ahmed Okasha, *Egypt: 5000 Years of Science and Care for Mental Patients*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall and Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 90.

87) *Id.*

88) *Id.*

89) *Id.*

90) Article 5(2) of the National Basic Living Security Act (1999) by virtue of the revision in 2005 grants

substantial portion of mental illness generates from emotional hardship. Foreigners are one of the most vulnerable groups to emotional distress, trauma, and mental illness.

In the notorious Chandra case<sup>91)</sup>, a female migrant worker from Nepal was incarcerated in a mental sanatorium for nearly seven years with no proper channel of communication. Originally she was mistaken for a Korean due to her physical resemblance. But even after her true identity was confirmed, the case dragged until the National Human Rights Commission intervened. Both ignorance and aloofness of the Korean society were the cause of this tragedy.

An old adage has never been tarnished in Korea: “Blood is thicker than water”. Korea has lived proudly under the myth of being a “nation of single ethnicity”. This claim has just as much dubious historical justifications<sup>92)</sup> as the phrase regarding Korea’s “long history of five thousand years”. But it is sufficiently engrained enough to represent the public sentiment prevalent in the Korean society. In the 2006 state report submitted to the U.N. Committee on the Elimination of Racial Discrimination, Korean citizens were described as two groups: “pure-blooded” versus “mixed bloods”.<sup>93)</sup> Such descriptions may be indicative of the prejudice against foreigners deeply rooted in the Korean mindset. Foreigners are a ‘suspect’ class to be contained, regulated, and ultimately to be returned to their countries of origin. The concept of ‘citizenship’ is usually understood as a combination of social rights and obligations that determines legal identity, access to scarce resources and social membership.<sup>94)</sup> In general and in

---

minimum aid to a foreigner only when he or she is a resident spouse with a minor child.

91) Lee, Ranjoo, *Speak, Chandra - Stories of Foreign Migrant Workers in South Korea*, in *Window of Reflecting Life (Sam-Ie-Bo-Ie-Neun-Chang)* (2003) (available only in Korean). Chandra’s case was also featured in a human rights film ‘If You Were Me’ made by the National Human Rights Commission of Korea.

92) “About 46 percent of the Korean’s family names originate from neighboring countries, especially from China. At least 20 percent of Koreans still use foreign surnames. This shows that people have cherished illusions about their ethnic origins and historical facts.” See “Multiracial Society-Nation Should Eliminate Discrimination Against Minorities”, *The Korea Times*, 21 Aug. 2007. See also Kim, Jungho, *Imported Korean Family Names (Jisik-Sanup Publications 2003)* (available only in Korean).

93) Paragraphs 43-46 (Ethnic Minorities).

94) Turner BS. *Outline of A Theory of Citizenship*, 24-2 *Sociology* (1990) at 189-217.



principle, non-citizens are outside the realms of social rights and national welfare schemes. Korea may be a manifest example loyal to this old regime of the 'nation state'.

In recent years, Korean society has been in rapid transition. There has been an influx of migrant workers, predominantly from Asian countries. For the last few years, international marriage has been on the rapid increase, comprising up to 13 percent of the total number of newly weds.<sup>95)</sup> It has introduced a sudden revolution into a country with a strong tradition of ethnic homogeneity.<sup>96)</sup> Recently, the Basic Act for the Treatment of Foreigners in Korea came into effect. The Act includes provisions such as extending support for married migrants and their children to help with their social integration, assisting with education of the Korean language and culture, as well as providing child care.<sup>97)</sup>

By its mandates, the National Human Rights Commission of Korea is one of the most foreigner-friendly national institutions in Korea.<sup>98)</sup> In response to the recommendation of the Commission, the Korean government is preparing a bill for a comprehensive anti-discrimination legislation, which would include specific references to discrimination<sup>99)</sup> on the ground of race as declared in the Constitution and National Human Rights Commission Act.<sup>100)</sup> The nation is now experiencing unprecedented problems that are typical of multi-ethnic populations with episodes of racism and newly emerging chauvinistic inclination within some strata of society.<sup>101)</sup>

---

95) According to "Statistics of Marriage and Divorce in 2005" of the Korea National Statistical Office, international marriage marked 13.6 percent of the total number of newly married couples in 2005.

96) For details, see the government report of Republic of Korea submitted to the Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD/KOR/14, 10 Aug. 20007) available at [www.unchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/](http://www.unchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/)

97) Article 12 (Treatment of Foreign Spouse Married to a Korean National and their Children)

1. The State and local governments can provide a foreign spouse married to a Korean national with the support of education of Korean language, culture and social construction as well as the support of child care and education for their children to facilitate quicker adjustment to Korean society.

2. The paragraph 1 applies to a foreign partner who is in a *de facto* marriage relationship with a Korean national and raises a child born in such relationship, and the child.

98) *Park Chung-hee Alive at Detention Center*, The Korea Times, 10 Aug. 2007, at 21.

99) The Bill is expected to be submitted to the National Assembly during its regular session commencing in September 2007.

100) Article 11 of the Constitution of the Republic of Korea and Article 2(4) of the National Human Rights Commission Act.

101) Lorenzo Burti, *Italy: Radical reform of mental health policy and its consequences*, in *Mental Health - Global Policies and Human Right* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 68.

## VI. Concluding Remarks

As is widely accepted, Korea presents a unique image in the mirror of the international community. Arguably it is the only state born after World War II that has successfully achieved both democratization and economic prosperity. Moreover, such achievement was made within an extremely short period of time. In the course of rapid transition, a Serbonian bog has been created where all kinds of social underdogs are placed. Among these underdogs, those with mental disorders can be found at the bottom.

In lieu of this conclusion, I wish to underscore the reality that Korea still lacks a comprehensive national study report on the overall situation of persons with mental illnesses, qualitatively comparable to the Bush Report of the United States (2003)<sup>102)</sup> or the Burdekin Report of Australia (1993)<sup>103)</sup>. Notwithstanding Article 4-2(1) of the Mental Health Act that obliges the Government to conduct periodic surveys on the situation of people with mental disorders every five years,<sup>104)</sup> all legislation and government policies to date have been enforced on a piecemeal basis without a master plan. Such lack has naturally caused unavoidable inefficiency, confusion, and inconsistency. There is an urgent need for a comprehensive survey report before it is too late to avoid widespread discrimination against people with mental illnesses in Korea.

**Key Words :** Mental Disorder, Mental Health, National Human Rights Commission

---

102) The President's New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America* (July 2003), available at <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/downloads/downloads.html>

103) Brian Burdekin, *Human Rights and Mental Illness: Report of National Inquiry into the Human Rights of People Living with Mental Illness* (Human Rights and Equal Opportunity Commission of Australia 1993).

104) The Article 4-2(1) of the Mental Health Act provides, "the Minister of Health and Welfare shall conduct a survey on actual status of psychopaths every 5 years for the adequate enforcement of this Act." However, the final reports have not come out with sufficient information to be a basis for long-term policy.

## 초록

의학 및 사회 통계들은 인구 네 명 중 한 명 꼴로 일생에 한번은 정신 장애를 겪는다는 놀라운 사실을 보여준다. 그러나 대부분의 국가에서 정신 건강은 가장 주목 받지 못하는 이슈 중 하나이다. 한국도 예외가 아니다. 한국에서 정신장애인은 사회생활 전반에서 각종 편견, 치욕, 차별, 소외를 겪는다. 한국의 법체계와 관행은 정신질환자의 치료와 정신건강시스템의 운영면에 극도의 부당함을 드러낸다. 그러나, 오늘날까지, 한국의 법조계는 이 문제에 대해 일말의 관심도 보이지 않았다. 이 논문은 비록 때 늦은 감이 없지는 않지만 이 고통스러운 문제를 대중들에게 알리고 정신장애인에 대한 사회적 관심을 촉구하게 위한 목적으로 작성되었다. 이 논문은 정신 장애인의 현재 상황을 비판적으로 분석하고, 개선 방안을 제시하고, 호주와 미국에서 시행된 포괄적인 국가 보고서 작성의 필요성을 강조한다.

## I. 도입

2001년 발간된 WHO 보고서에 따르면 현재 약 4억5천만 명의정신장애인이 있고 우리

\* 본 논문은 2007년 12월 "Journal of Korean Law"에 발표된 논문인 "Korean Legal System and the Human Rights of Persons with Mental Disorders: Current State and Challenges"를 번역한 글입니다.

\*\* 국가인권위원회 위원장; 서울대학교 법과대학 교수.

중 네 명 중 한 명은 평생 동안 한번은 정신 장애를 겪는다. 정신 장애인, 특히 정신 질환을 근거로 자신에게 가해지는 학대에 저항할 사회적인 자원을 갖고 있지 못한 사람들과 정부의 규제를 받지 않은 시설에 자의 또는 타의에 의해 수용되어 있는 사람들에게 대한 인권 침해 상황은 극도로 심각하고 비참할 수 있다. 정신 건강 시스템을 통해 세상에서 가장 취약한 계층이라 할 수 있는 정신 장애인들의 인권을 보호해야 한다. 그들은 모든 사회에서 종종 치욕, 차별, 소외의 대상이 되고 있고, 이는 그들의 인권 침해 가능성을 높인다. 정신 장애는 때로는 의사 결정 능력이나 법적 행위 능력을 손상시킬 수 있고, 정신 장애인들이 항상 자신의 문제를 해결하기 위해 의학적 치료를 구하거나 받아들이는 것은 아니다. 드물지만 정신 장애인들이 손상된 의사결정 능력으로 인해 자신 또는 타인을 위협에 빠뜨릴 수도 있다. 사실 정신 장애와 관련된 폭력이나 피해의 위험은 비교적 적다.<sup>1)</sup> 이 문제에 대한 일반적인 오해가 정신 건강법의 제정에 영향을 미쳐서는 안 된다.<sup>2)</sup> 정신 장애인들의 삶은, 최근 들어 어려움과 고난이 집중 조명을 받은 신체 장애인들과 비교했을 때에 조차도 현재 한국 사회에서 가장 다루어지지 않은 문제 중의 하나이다.

이 논문은 이 문제를 ‘법과 사회’의 영역으로 끌어 들이는 것을 목적으로 하고, 동료 법학자들에게 우리 사회에서 그 동안 부당하게 무시 받아온 이들에게 관심을 기울일 것을 호소한다. 이 논문의 제 2부에서는 정신 건강 분야의 국제 및 국내의 법적 체계를 간략하게 검토한다. 제 3부에서는 선별된 통계 자료를 바탕으로 정신 장애인들의 현재 상황을 집중적으로 다룬다. 제 4부에서는 정신 장애인들의 인권 보호 및 증진을 위한 국가 인권 위원회의 역할을 다루고, 제 5부에서는 최근 몇 년 동안 지속적으로 제기되어 온 국내 법 체계와 관행의 문제점들을 분석한다. 제 6부는 몇몇 선진국의 사례를 바탕으로, 정신 장애인들의 상황에 대한 포괄적인 국가 보고서를 위한 제안을 제시한다.

---

1) *Mental Health - Global Policies and Human Rights*, at xi (Peter Morrall & Mike Hazelton eds., Whurr Publishers 2002).

*Id.* at xv.[1] Cho, Sung-Nam, *A Study on the Criminal Psychotics - Crime Rates and Crime Motives*, 3-6 *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 1025-35 (1992) (available only in Korean).

2) World Health Organization, *Mental Health Legislation and Human Rights: Mental Health Policy and Service Guidance Package 2* (2003).

## II. 정신 건강법의 체계

### 1. 국제적인 체계

인간 보호, 존중, 위엄성, 관용에 대한 관심은 고대 그리스 또는중국 그리고 심지어는 인류 사회의 시작까지 거슬러 올라간다. 그러나 그러한 인권적인 관심이 전세계적인 원칙으로 확립된 것은 UN 창설(1945)과 세계 인권선언 (1948) 등이 있었던 20세기 중반 이후의 일이다.<sup>3)</sup> 세계 인권 선언은 제25조(1)에서 적절한 의료 서비스의 접근에 대한 보편적인 인권에 대해 언급하고 있다. 그럼에도 불구하고 정신 장애인의 보호와 치료를 위한 원칙들이 UN 총회에서 선포된 것은 1991년의 일이다.<sup>4)</sup> 정신 장애인의 보호와 정신 치료 개선에 관한 원칙 즉 소위 ‘MI 원칙’들은 정신 장애를 가진 모든 사람들이 본인의 건강 상태에 맞는 적절한 치료를 받을 수 있는 권리, 어떠한 정치적 개입 없이 진단 받을 수 있는 권리, 착취, 차별, 사회적 치욕으로부터 보호받을 권리를 가지고 있다는 점을 명시하고 있다.<sup>5)</sup> 그러나 이러한 원칙의 채택이 매우 늦었을 뿐 아니라 UN은 여전히 비자발적인 감금, 강요된 치료 (정신-외과(psycho-surgical)적일 수도 있음), 및 일부 상황에서 억압과 감금에 대해 침묵하고 있다.<sup>6)</sup> 쉽게 이해될 수 있듯이 이론적인 측면에서보다도 실질적인 측면에서 해야 할 일이 더욱 많다.

정신 장애인의 인권 증진을 위한 WHO 가이드라인<sup>7)</sup>은 MI 원칙들이 보다 쉽게 구체적인 행동으로 옮겨지도록 하기 위한 보완적인 문서이다. 정신 장애인들의 보호를 위한 다른 국제적인 장치에는 정신 장애인 인권 선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)<sup>8)</sup>, 정신 장애인의 인권에 관한 UN 협약(U.N. Convention on the Rights of Persons with

3) Morrall & Hazelton, *supra* note 1, at xi-xii.

4) The U.N. Principles for the Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, General Assembly Resolution 46/119, 17 Dec. 1991(hereinafter referred to as “MI Principles”).

5) Principle 1 (Fundamental Freedoms and Basic Rights)

(1) All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of health and social care system; (5) Every person with a mental illness shall have the right to exercise all civil, political, economic, social and cultural rights as recognized in the UDHR, ICESCR, ICCPR, and in other relevant instruments such as Declaration on the Rights of Disabled Persons and the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention and Imprisonment.

6) Morrall & Hazelton, *supra* note 1, at xiv.

7) Doc. WHO/MNH/MND/95.4 (1996).

Disabilities (2006)), 1983년 7월 10일 오스트리아 빈에서 열린 세계 정신과의사 연합 총회 (General Assembly of World Psychiatric Association)에서 승인된 하와이 선언 II도 포함된다. 이러한 문서들은 정책 및 기계적인 장치들을 만들어내는데 도움이 되고 있다.

## 2. 한국의 법 체계

다른 많은 나라들과 마찬가지로 한국의 정신 장애 관련 법률도 ‘통합적 접근법 (integration approach)’과 ‘분산적 접근법(dispersion approach)’이 결합된 형태이다. 다시 말해서 정신 건강에 관한 세부적인 사항들은 법률은 정신 건강 문제가 다루어지는 다양한 법적 도구들에 의해서 보완되고 있다.

기본적인 준거로서, 헌법 제 10조는 “모든 시민들은 인간의 존엄성과 행복을 누릴 권리가 있다”라고 밝히고 있다. 같은 조항에서 헌법은 국가는 시민의 권리를 보호할 의무가 있다고 명시하고 있다. 이 의무는 건강에 대한 구체적인 언급과 더불어 헌법에서 여러 차례 반복된다.<sup>9)</sup> 이러한 헌법적인 권리를 토대로 하여 정신 건강에 관한 많은 법률들이 제정되었다. 특히 Mental Practice Act (1951)는 기본적인 체계와 규칙들을 규정하고 있다. 정신건강법(The Mental Health Act)은 Medical Practice Act를 구체화하고 있다. 정신건강법은 1995년에 최초로 제정되어 1996년에 발효되었다(법률 번호 5133). 이후 몇 차례 수정을 거쳐 2006년에 마지막으로 수정되었다.<sup>10)</sup> 그것은 정신 장애에 대한 대중의 관심이 늘어난 결과였다. 환자들이 처한 열악한 상황에 대한 일련의 논쟁들이 정신건강법 개혁을 위한 대중적인 의제를 설정하는 데 중요한 역할을 했다. 사실 1983년 이후에는 정신 치료 시설의 비인간적인 상황에 대해 간헐적인 언론 보도가 있었을 따름이었다.<sup>11)</sup>

정신건강법 제정을 위한 준비 단계에서 세계보건기구(WHO)는 서울에서 열린 워크숍에

8) UN General Assembly Resolution 3227 (XXX), 9 Dec. 1975.

9) Article 36, Section 3.

“Every citizen shall enjoy the protection of the State regarding their health.”

10) Ironically enough, an earlier legislation attempt was made in 1985 under the authoritarian regime, mainly for regulating the ‘the undesirables’ under the pretext of ‘social protection’. However, faced with ferocious opposition from social workers and human rights activists, the government was forced to withdraw the legislative attempt.

11) Seo, Dongwoo, *The Protection of Human Rights of Persons with Mental Disabilities*, presented in Public Hearing on the Human Rights Situation in the Mental Health Facilities held by the National Human Rights Commission of Korea, 20 Nov. 2004, at 10 (available only in Korean).

국제적인 전문가들을 파견함으로써 기술적인 지원을 제공하였다. 한국의 정신과의사들과 행정가들은 1987년에 제정된 일본의 법을 모델로 하여 법률의 초안 작성에 착수하였다. 당시 보건사회부가 최종안을 국회에 제출한 것은 1993년 10월의 일이었다. 한국 정부의 초청을 받아 WHO 대표들이 1994년 국회에서 최종 통과되기 전에 이 법률의 초안을 검토하였다. 개인의 자유 의지가 강력하게 보호되는 일부 서방 국가들의 경우와는 대조적으로 WHO의 평가에 따르면 이 법은 정신 장애인의 가족들에게 중요한 역할을 부여하고, 정신 장애인의 가족과 정식 정신과의사의 합의를 근거로 정신 장애인을 정신 치료 시설에 강제로 입원시키는 것을 허용하고 있다.<sup>12)</sup>

이 법은 환자의 인권에 대한 일부 조항을 포함하고 있다. 제2조는 인간의 존엄성과 가치에 관한 권리를 보호한다(1항). 또한 치료의 전 과정에서 자발성의 원칙이 준수되어야 함을 명시함으로써 신체의 자유에도 신경을 쓰고 있다.<sup>13)</sup> 이 법은 또한 가능한 최선의 치료를 받을 수 있는 권리, 미성년 환자들을 위한 교육권(2조 2항 및 4항) 및 청원권(제 29조)을 보장한다. 그러한 조항에도 불구하고, 이 법은 기본적으로 환자 관점에서 볼 때 보호적이라기 보다는 규제적이다.<sup>14)</sup> 이 법은 주로 정신질환자들에 대한 강력한 통제에 대한 허용적인 태도와 함께 정신 건강 시스템의 작동 메커니즘을 밝히고 있다.<sup>15)</sup>

정신건강법은 건강법과 복지법의 특성을 모두 지니고 있다. 건강의 측면에서 앞서 언급한 바와 같이 이 법은 Medical Practice Act 의 특별한 연장선상에 있다.<sup>16)</sup> 이런 측면에서 기본적인 법률인 사회복지법은 정신건강법을 그것의 주요한 자매법 중의 하나로 열거하고 있다(제 2조). 같은 맥락에서 장애인복지법(제 2조)은 정신장애인을 대상에 포함시키고 있다. 이런 조항을 근거로 정신장애인은 사회복지 혜택을 받을 권리가 있다(제 13조).

새로 제정된 장애인차별방지 및 권리보호법(2007)<sup>17)</sup> 등은 또한 신체 장애와 동등한 선상에서 정신 장애를 ‘장애’의 정의에서 여러 번 반복하고 있다(제2조). 게다가 이 법의 제 37조는 명시적으로 정신 장애인에 대한 차별을 금지하고 있으며, 국가와 지방정부에게 최

12) World Health Organization, *supra* note 4, at 42.

13) For example, under Article 2 (Sections 5 and 6) of the Mental Health Act, involuntary admission of a patient should be limited to exceptional situations.

14) Seo, *supra* note 13, at 12-13.

15) *Id.*

16) See *supra* note 12 and accompanying texts.

17) Law No.8341, 11 Apr. 2007

선의 노력을 기울여 차별 방지 및 교육적인 활동을 조직하는 적극적인 의무를 부과하고 있다.

평등 및 차별 금지에 관한 이러한 단호한 원칙에도 불구하고 정신장애인에 대한 사실상의 차별은 여러 방면에서 존재한다.<sup>18)</sup> 예를 들어 정신장애인의 직업권은 심각하게 축소되어 있다. 정신장애인들의 자격증 또는 승인 취득을 거부하는 법이 최소한 21개가 존재한다. 구체적으로, 정신병력을 지닌 사람은 의사, 약사, 의료 기술자, 의료보조인력, 이발사, 미용사, 수의사, 위생사, 건설장비기사 또는 심지어 장의사가 될 수 없다.<sup>19)</sup> 마찬가지로 자동차 또는 모터보트 운전면허증 취득은 정신장애인들에게 전면적으로 금지되어 있다.<sup>20)</sup> 게다가 정신장애인들은 공공 도서관과 박물관 이용을 포함한 가장 기초적인 서비스에서 제외되어 있다.<sup>21)</sup> 이런 상황에서 정신장애자들의 기본적인 이동의 자유는 심각하게 제한된다. 같은 맥락에서 이민통제법<sup>22)</sup>은 제 11조에서 ‘정신장애가 있고, 분별 능력이 결여되어 있으면서, 한국 체류 동안 도움을 줄 사람이 없는’ 외국인의 입국을 금지하고 있다. 게다가 정신 질환자의 개인 정보 유출을 금지하는 정신건강법 42조에도 불구하고<sup>23)</sup>, 그러한 조항의 위반은 상시적으로 일어나고 있고, 많은 경우 정부 기관에 의해서 일어나고 있다.

정신장애자의 재산권 역시 쉽게 침해된다. 정신건강법 제22조는 정신질환자의 가족이 환자의 재산권을 보호할 의무가 있다고 규정하고 있다. 그럼에도 불구하고 민법의 금치산 조항은 정신장애인의 학대 가능성을 내포하고 있다. 전통적으로 제 9조 (한정치산)와 12조 (금치산)는 가족들이 자신들의 ‘모자란’ 가족 구성원의 재산권을 박탈하거나 제한하는 목적으로 악용되어 왔다.<sup>24)</sup>

---

18) Park, Jong Ik et al, *Discrimination of Mentally Ill Persons in Korean Legislative System*, 43-2 Journal of Korean Neuropsychiatric Association 237-41 (2004).

19) Shin, Youngjeon et al., *Legislative Study on the Improvement of Human Rights for People with Mental Illness* 78, (National Human Rights Commission of Korea 2006) (available only in Korean).

20) Article 70(2), Road Transportation Act, Law No. 941, 31 Dec. 1961, as amended as Law No. 7969, 19 Jul. 2006 and Article 5, Navigational Leisure Act, Law No. 5910, 8 Feb. 1999, as amended as Law No. 8621, 3 Aug. 2007.

21) Article 8(1), Rules for the Entrance to the National Museum of Contemporary Art, Ministry of Culture Decree No. 46, 1 May 1975, as amended as Decree No. 138, 30 Jun. 2006. This provision was repealed in 2004.

22) Law No.1289, 5 Mar. 1963, as amended as Law No.7655, 4 Aug. 2005.

23) “A person who was or is performing duties in relation to a person with mental illness as prescribed by this Act shall not disclose or announce the secrets of other persons acquired in relation to the performance of such duties except as specially prescribed in this Act or other Acts and subordinate statutes.”



### III. 정신 장애인의 현황

모든 관련된 통계 정보는 한국인의 정신 건강의 심각성을 강조하고 있다. 2001년 보건복지부의 조사에 따르면 18세에서 64세 사이의 한국인 14.4 퍼센트가 정신 장애 또는 정신 질환의 일종으로 진단을 받은 적이 있다.<sup>25)</sup> 또한 정신 질환을 가진 것으로 결정된 환자의 대부분(68.7%)이 20세에서 49세 사이였다. 2005년 보건복지부의 통계에 따르면 병원에 입원한 환자의 수가 2000년부터 2005년까지 매년 7.8% 비율로 꾸준히 증가하여, 2000년에 총 51,757명이었던 환자의 수가 2005년에는 60,279명으로 늘어난 것으로 나타났다.<sup>26)</sup> 2006년에 발간된 국가인권위원회의 보고서에 따르면 10년도 안 되는 기간 동안에 총 병상 수가 1996년 21,513개에서 2004에는 62,554로 세배가 늘었다.<sup>27)</sup> 2004년에는 단지 8.4%의 환자들만이 자발적으로 정신 치료 시설에 입원하였다.<sup>28)</sup> 무려 91.6%의 환자들은 비자발적으로 시설에 수용되었는데, 76.8%는 법적인 후견 의무를 지닌 가족에 의해서, 그리고 13.3%는 당국에 의한 것이었다.<sup>29)</sup> 환자당 평균 입원일수는 267일<sup>30)</sup>이었는데, 이는 독일의 29.6일, 영국의 52일, 프랑스의 35.7일, 이탈리아의 13.4일<sup>31)</sup> 등 OECD 국가들의 경우와는

---

24) The terms “lost mind” or “incompetency” typically indicate or remind the persons with mental disorders.

25) Ministry of Health and Public Welfare, A Guide to the Mental Health Business 3 (2005).

26) 51,747(2002); 56,514 (2001); 58,218(2002); 62,154 (2003); 67,896 (2004)

Source from Ministry of Health and Welfare and National Health Insurance Corporation

27) Shin et al., *supra* note 23, at 68.

28) *Id.* at 6.

29) *Id.*

Under the Act, a mental patient may be institutionalized in 4 ways: (1) A patient may be hospitalized under Article 23 by filing a written request himself (voluntary admission); (2) The hospital may accept a patient with the consent of a person legally responsible for the protection of the patient. In the case, the diagnoses of a psychiatrist should be accompanied (Article 24); (3) On the report and request from a psychiatrist, the head of a local government may cause a patient to be committed to a mental hospital, when there is a danger that he might harm himself or others (Article 25); and (4) (Emergency measure arranged by police officer and psychiatrist) Those who discover a person assumed to have psychopathy and who presents a significant risk of harm to himself or others, may request emergency hospitalization of the person concerned to a medical institution for mental illness with the consent of a doctor and a police officer when the situation is very urgent and the hospitalization as provided for in Articles 23 through 25 cannot be executed (Article 26).

30) National Human Rights Commission of Korea, Report of Study Visit to the United Kingdom and Germany: Research of Human Rights Protection of Persons with Mental Disabilities 48 (2006) (available only in Korean).

31) Bae, Jeonggyu, Survey on the Performance of Mental Health Care in the Local Governments 66-67 (National Human Rights Commission of Korea 2006) (available only in Korean).

매우 대조적이었다. 가족들이 돌보지 않는 만성적이고 장기적인 환자들을 위해 설치된 정신 요양소의 경우에는 이 수치가 2,485일로 치솟았다.<sup>32)</sup>

#### IV. 국가인권위원회의 역할

2001에 설치된 국가인권위원회는 한국의 유력 국가 기관으로 부상하였다. 국가인권위원회법은 위원회의 설치 목적을 “모든 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 보호하고 그 수준을 향상시킴으로써 인간으로서의 존엄과 가치를 구현하는 것”으로 명시하고 있다.<sup>33)</sup> 국가인권위원회는 ‘준사법’ 기관으로서 인권 침해 문제를 다루고 있다. 한국인 및 한국에 거주하는 외국인은 차별을 포함한 인권 침해 문제에 대해 진정을 제기할 수 있다. 국가인권위원회법은 민간 뿐만 아니라 정부 기관의 행위를 감독한다.<sup>34)</sup> 국가인권위원회는 진정 또는 직권에 의해 다양한 활동을 한다. 진정이 접수된 행위에 대한 조사 및 당사자에 대한 개선 권고가 그 주요 활동이다. 국가인권위원회의 권고는 당사자에 대한 법적 구속력이 없기 때문에 강제적인 집행력을 지니고 있지는 않다. 그러나 그 영향력은 지대하다. 권고안의 수용 비율이 80%를 넘는다.<sup>35)</sup>

국가인권위원회는 국가인권위원회법 제2조 제2항(a)에 규정된 의료 서비스 시설을 포함하는 “감금 또는 보호 시설”의 수용자들의 진정을 관할한다. 2001년 11월부터 2006년 6월까지 국가인권위원회는 정신장애를 근거로 한 1,126건의 인권 침해 진정을 접수하였다. 이 수치는 같은 기간에 국가인권위원회에 접수된 총 진정 건수의 5.6%를 차지한다.<sup>36)</sup> 이러한 진정은 첫 3년 동안 꾸준히 증가하였고, 특히 2004년과 2005년에 도움을 요청하는 진정이 급격히 증가하였다. 이에 대응하기 위해 국가인권위원회는 국가인권위원회 활동에

32) National Human Rights Commission of Korea, *supra* note 35, at 48 (Mental Health Care Facilities)

33) Article 1, The National Human Rights Commission Act, Law No.6481, 24 Mar. 2001, as amended as Law No. 7796, 25 Dec. 2005.

34) Article 30, The National Human Rights Commission Act, Law No.6481, 24 May 2001, as amended as Law No.7796, 25 Dec.2005.

35) “Because of the increased respect for the Commission, in the legal and political communities, many of the recommendations of the Commission are reported in the media, explored by scholars, seriously considered by politicians and often adopted by the nation.” See Sean Hayes, *The Korea Times*, 10 Aug. 2007, at 21.

36) The Commission received 20,057 complaints in total between 1 November 2001 and 30 June 2006.

대한 홍보를 강화하는 동시에, 의료 시설에 진정 접수 창구를 설치하였다. 그러한 노력은 환자들의 적극적인 진정을 유도한 것으로 보인다. 국가인권위원회는 대략 총 진정의 10%를 상당한 인권침해사례로 판단했고 개선 권고를 하였다. 민간 기관들이 주요 인권 침해 주체인 것으로 드러났다. 인권 침해 사례는 정신치료시설에 수용하는 과정(24%), 수용 기간 연장 및 퇴원 (15%) 및 과도한 힘의 사용 또는 감금(18%)에서 발견되었고, 사생활 침해 및 다른 형태의 인권침해 형태들도 있었다.<sup>37)</sup>

그 외에도 국가인권위원회는 2002년 이후 국내 및 국제적인 수준에서 정신장애에 대한 다양한 워크숍과 세미나를 주최하였다. 그 결과 정부에 대한 몇몇 권고안이 제출되었다. 국가인권위원회는 또한 정신장애를 가진 사람들의 고통에 대한 대중의 인식을 제고하는 다양한 활동을 벌였다. 특히 2006년에는 정신장애인의 인권 문제를 위원회의 10대 우선 과제로 선정하였고 2007년도 마찬가지로였다.

## V. 한국의 정신 보건 법률 체계의 과제

인권 의식이 있는 많은 정신과의사, 변호사, 사회복지사들은 정책과 관행의 양 측면에서 한국의 정신 치료에 관한 법률 체계에 심각한 결점이 있음을 지적하였다.

### 1. 분리와 차별의 원칙

현행 제도가 이해불가능한 철학적인 잔재, 즉 분리와 차별의 원칙에 근거하고 있다는 점이 근본적인 비판이다. 대체적으로 대중의 무관심과 편견으로 인해 그러한 정책들이 용서되거나 심지어 인정되기도 한다.

한 영국 학자가 주장하였듯이 서양 문명의 역사에서 최근까지도 정신장애인의 판단은 미친 사람은 사회로부터 철저히 분리한다는 관념을 바탕으로 하였다. 그들은 ‘정상’인들과 구별되는 천재였고, 본직적으로 ‘야만적인 동물’들로써 법적 테두리에서 배제되거나 별도의 법 또는 훈육의 원칙에 의해서 다루어야 할 대상으로 간주되었다.<sup>38)</sup> 형법에서 정

---

37) Bae, *supra* note 36, at 8.

신병(insanity)은 범죄를 저지르는 금치산 상태(incompetency)의 주요 원인이었고, 그러한 범죄자는 범죄적 의도 (mens rea)를 결여하고 있다고 가정하였다.<sup>39)</sup> 정신 장애와 관련된 널리 퍼진 ‘문화적으로 인정되는 편견’이 있는데, 이는 정치적인 탄압만큼이나 억압적이고 야만적이다.<sup>40)</sup>

아무리 사소하다 할지라도 노골적인 언론 매체의 편견이 정신 병력을 소유한 사람이 저지른 범죄 보도에 반영되어왔다. TV와 온라인 언론 매체들이 구독률을 높이기 위해 경쟁하는 한국의 언론은 선정성으로 악명이 높다.<sup>41)</sup> 공포에 대한 공동체의 우려가 만연한 국가에서는 인권 보호를 위한 모든 노력이 정신장애인의 관리를 강화하라는 대중의 요구를 불러일으킬 수 있다.<sup>42)</sup> 조직적인 테러 사건이 비교적 드문 한국에서는 모든 ‘반인륜적인’ 범죄가 “반 짐승”이라고 여겨지는 사람들에 대한 대중적인 편집증을 불러일으키는 경향이 있다. 이런 상황에서 정부 정책은 기본적으로 정상인 사람들과 ‘미친’ 사람들 사이에 담을 더 높이 쌓는 것을 선호하는 경향이 있다.<sup>43)</sup>

## 2. 공동체에 기반한 치료 및 사회복귀(rehabilitation)원칙

유명한 *Olmstead v. L.C.* 판례에서<sup>44)</sup> 미국의 대법원은 미국장애인법(Americans with Disabilities Act (ADA))이 정신장애인의 불필요한 시설 입원을 금지한다고 판결했다. 대법원의 말에 따르면 정신장애인들에 대한 서비스는 “가능한 최대의 인간적인 조건(in the

---

38) Robinson, DN., *Wild Beasts and Idle Humors: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*, (Harvard University Press 1966).

39) Article 10, Criminal Code (1).

“The act of a person who, because of mental disorder, is unable to make distinction or to control his or her own will shall not be punished.”

40) Johnstone MJ., *Stigma, Social Justice, and the Rights of Mentally Ill: Challenging the Status Quo*, 10-4 Australian and New Zealand Mental Health Journal 201 (2001).

41) Park, Heonsoo, *Human Rights Situation of Persons with Mental Disabilities and the Necessary Actions and Responses*, presented in Public Forum on the Human Rights of Persons with Mental Disabilities held by Korea Family Association for Mental Health, 13 May 2005, at 45 (available only in Korean).

42) Peter Morrall, *Madness and Murder*, (Whurr Publishers 2000).

43) Shin et al. supra note 23, at 8-9; Peter Morrall, *U.K. Mental Health Policy: Chaos and Control*, in *Mental Health - Global Policies and Human Right* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds, Whurr Publishers 2002), at 16.

44) 527 U.S. 581 (1999).

most integrated setting possible)”<sup>45)</sup>하에서 제공되어야 한다. Olmstead 판결은 미국 대법원이 만들어낸 것이 아니다. 1991년 초에 MI 원칙은 정신장애인들이 공동체에 편입되는 것에 대한 권리를 가장 핵심적인 권리로 천명하였다.<sup>46)</sup> 이 원칙은 이후에 나온 국제적인 문서에서 반복되었고 가장 최근에는 장애인의 권리에 대한 UN 협약(2006)에서 재확인되었다.

공동체 기반 정신 보건 정책은 한국 법에도 중시되고 있다. 공동체에 기반한 사회복지의 이상은 정신건강법 제 15조, 16조에 반영되어 있다.<sup>47)</sup> 그러나 이러한 공표된 정책은 주로 선언적인 규범으로만 남아 있다. 기록에 의해서 증명되듯이 한국 정부는 지속적으로 정반대의 길을 걸어왔다.<sup>48)</sup> 지난 10년 동안 병원과 병상수가 지속적으로 증가하였다.<sup>49)</sup>

---

45) The Americans With Disabilities Act, Title II, Section 302 (b)(1)(B).

“Goods, services, facilities, privileges, advantages, and accommodations shall be afforded to an individual with a disability in the most integrated setting appropriate to the needs of the individual.”

46) “Every person with a mental illness has the right to live and work, as far as possible, in the community.” (Principle 3); “Every patient shall have the right to be treated and cared for, as far as possible, in the community in which he or she lives.” (Principle 7, Item 1).

47) Article 15 (Creation and Operation of Rehabilitation Establishments)

(1) The State and local governments may create and operate rehabilitation establishments.

(2) In the event that any person other than the persons referred to in paragraph (1) intends to create and operate a rehabilitation establishment, he shall make a report thereon to the head of Si/Gun/Gu having jurisdiction over the location of such rehabilitation establishment. The same shall apply to a case where he intends to change important matters that are prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare from among the reported matters.

(3) The head of every rehabilitation establishment shall conduct rehabilitation training for psychopaths under the conditions as prescribed by the Minister of Health and Welfare.

(4) Necessary matters concerning the standards for establishments, the number of psychopaths to be accommodated therein, the number of employees and their qualifications, the report on the creation and operation, the report on alteration, the use and operation of rehabilitation establishments shall be prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare.

Article 16 (Kinds of Rehabilitation Establishment)

The kinds of rehabilitation establishments shall be as follows:

1. Life training facilities for psychopaths: facilities for psychopaths who have difficulties in daily lives at home because of their psychopathy, and of which the purpose is to promote rehabilitation of psychopaths by enabling them to use a living room or other facility at a discounted fee and providing them with necessary training and guidance so that they may adapt themselves to a daily life at home;

2. Work training facilities for psychopaths: facilities of which the purpose is to promote rehabilitation of psychopaths who have difficulties for employment through allowing them to use a living room or other facility at a discounted fee and providing necessary training and mediating their jobs; and

3. Other facilities as prescribed by the Ordinance of the Ministry of Health and Welfare.

48) See *supra* note 30.

49) See *supra* note 32.

MI 원칙들과 Olmstead 판결은 공동체 기반 치료 시스템을 권장하고 있다. 이 시스템의 핵심적인 장치 중 하나는 종종 사법부와 연관된 공동체 치료 명령이다. 공동체 치료 명령은 정신분열증 환자 및 조병(mania) 환자 등 특정한 종류의 장기적인 정신 질환을 가진 환자들이 정신 병원이 아닌 지역 의료 체계 하에서 치료를 받는 것을 의무화한다.<sup>50)</sup> 이 시스템은 만성 환자들의 수를 줄이는 데 매우 효과적이었음이 증명되었다는 주장이 있다.<sup>51)</sup>

호주에서는 정신 건강 서비스는 제도적으로 그리고 지역사회차원에서 모두 제공된다.<sup>52)</sup> 공동체 기반 정신 치료 서비스는 평가, 개입 (crisis intervention), 관리, 사회복지의 단계를 포함한다.<sup>53)</sup> 호주에서는 1960대와 1990대 사이에 기관 중심의 치료에서 공동체 중심의 치료로 전환한 결과, 이용 가능한 정신과 병상의 수가 인구 10만 명 당 287에서 인구 10만 명당 40으로 줄어드는 것을 경험하였다.<sup>54)</sup> 치료가 필요한 정신질환자의 권리 보호와 피해로부터 보호받고자 하는 지역사회의 타당한 기대 사이에서 균형점을 찾는 정책적 맥락 안에서, 대부분의 개혁 방안들이 전문적인 정신과 서비스의 필요성과 의무적인 치료의 측면을 감안하여 지속적으로 만들어지고 있다.<sup>55)</sup>

정신건강법에 따라 행정가와 보호자의 역할을 동시에 행하는 한국의 지방 정부들은 인력이나 전문적인 지식의 측면에서 이와 같이 새로이 부상하는 이슈들을 효과적으로 다룰 능력이 완전히 갖추어져 있지 못하다. 게다가 현재 단 한곳의 지방 정부만이 이 주제와 관련된 조례를 제정하였고, 장기적인 정책 방안을 수립한 곳은 한 곳도 없다.<sup>56)</sup> 지방 정부의 이와 같은 준비 부족과 한국의 사법부가 정신 건강 문제에 대해 견지해온 냉담한 태도로 보건대 Olmstead 판결의 한국 버전이 가까운 미래에 탄생하리라는 기대는 비현실적이다.

---

50) This system is called in various names such as IOC (Involuntary Outpatient Commitment), AOT (Assisted Outpatient Treatment) and CAT (Compulsory Ambulatory Treatment).

51) Shin et al. *supra* note 23, at 62.

52) Mike Hazelton & Michael Clinton, *Human Rights, Citizenship and Mental Health in Australia*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* 43 (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002). Psychiatric hospitals and wards in acute hospitals provide specialized psychiatric care.

53) *Id.*

54) *Id.* at 46.

55) *Id.* at 48.

56) Bae, *supra* note 36, at 57.

### 3. 정신 치료 시설의 비자발적인 입원

MI 원칙 하에서 대리인은 환자의 이익을 최우선시하여 행동하여야 하고, 환자의 이익과 상충되는 어떤 사람도 환자를 대리하도록 허용되어서는 안 된다.<sup>57)</sup> WHO에 의해 특별한 개념이 만들어졌듯이, 한국의 정신건강법은 치료의 전 과정에 걸쳐서 환자 가족이 주요한 역할을 하는 것을 전제로 하고 있다.<sup>58)</sup> 통계에서 생생하게 보여주듯이 비자발적인 입원의 대부분은 가족들에 의해서 고지되고 있다.<sup>59)</sup>

현대 한국 사회에서 대가족은 찾아보기 드물다. 대가족과 관련된 전통적인 가족 가치의 상실은 한국 사회에 심각한 부작용을 낳고 있다.<sup>60)</sup> 전통적인 가족의 가치가 사라진 곳에 나타난 태만(neglect)이라는 진공 상태는 국가나 사회적 기제에 의해서 적절하게 채워지지 못하고 있다.<sup>61)</sup> 정신건강법 하에서는 민법에 따라 가족 부양의 의무를 지닌 사람이 정신장애인의 후견 및 대리 책임자로서 권리와 의무를 지닌다. 현대 한국인들의 급격한 태도변화를 감안하면, 퇴색하고 있는 전통적인 가족의 가치를 바탕으로 한 법률 체계는 진지하게 재고될 필요가 있다. 가족 구성원들 사이에서 이해 상충의 위험성이 나날이 증가하고 있고, 이는 가족 구성원들이 비슷한 지위를 갖지 못했을 때 더욱 격화될 가능성이 있다.

일부는 ‘공공 후견 시스템’을 대안으로 내세우기도 한다.<sup>62)</sup> 이는 정책적 고려의 대상은 될 수 있을 것이다. 그러나 만약 그 시스템이 법원의 적극적인 개입을 전제로 하고 있다면 성공 가능성은 매우 희박하다.

### 4. 불충분한 치료

모든 유관 법률에서 정신 질환은 장애의 정의 안에 포함되어 있다. 예를 들어 장애인 복

---

57) “In any decision affecting the rights of the patient, representation must be done by a person who has no conflict of interests with the patient.” (Principle 6)

58) See *supra* note 12 and accompanying texts.

59) See *supra* note 34.

60) Support of helpless parents is no more an unchallengeable customary law, much less for the care of the siblings. Older generations accustomed to traditional ways of life suffer emotional distress. Many have also been deprived of economic means.

61) Elderly Koreans with mental illness are virtually abandoned.

62) Pamela B. Teaster et al., *Ward of the States: A National Study of Public Guardianship* (University of Kentucky Press 2005).

지법의 제2조 1항은 ‘장애인’이라는 용어를 신체 장애와 동등하게 ‘정신 장애’를 지닌 사람들을 포함하는 것으로 정의한다.<sup>63)</sup> 정신건강법 제 3조(1)는 정신 질환이라는 용어를 정의하고 2000년 개정을 통하여 알코올 중독을 정신 질환의 한 형태로 포함하였다.<sup>64)</sup>

정신 질환의 개념은 다양한 특성을 지니고 있다.<sup>65)</sup> 따라서 다양한 치료 방법과 기술들이 환자의 상태에 따라 적용되어야 한다. 이런 측면에서 스코틀랜드의 경험이 중요한 참고가 될 수 있다. 스코틀랜드는 “네 인구 정책(four populations policy)”을 정신 질환자의 치료를 위한 기본적인 틀로 채택하였다. 스코틀랜드는 인구를 네 가지 범주로 구분하여 각각 다음과 같은 정책을 적용하고 있다:

- (1) 예방 정책은 일반 대중을 대상으로 하여, 젊은 세대에 대한 각별한 관심과 더불어 그들의 정신 건강에 대한 잠재적인 피해를 예방한다.
- (2) 정신과 치료는 우울증, 스트레스, 불안 등과 같이 미약하거나 중간 정도의 정신 질환을 가진 사람들에게 우선시 된다.
- (3) 정신 건강 정책은 정신분열증, 조울증, 치매 등의 심각하고 지속적인 정신 질환을 가진 사람들에게 집중한다.
- (4) 범죄 경력을 지닌 중증의 정신 질환자들에게는 추가적인 안전 조치들을 시행한다.<sup>66)</sup>

MI 원칙에서 선포하고 있듯이 최소한의 규제적인 수단을 통한 치료라는 원칙이 국제적인 수준에서 확립되었다.<sup>67)</sup> 이 원칙은 이후 한국의 정신 건강 법률에서도 명시되었다.<sup>68)</sup> 2003

---

63) (1) For the purpose of this Act, the term “disabled person” means those who are considerably restricted in their daily and social life for a long period of time due to their physical or mental disabilities. Under Article 2, Section (2)-2, the term “mental disabilities” means the disabilities caused by mental retardation and mental diseases. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006) provides similar definition: “Persons with disabilities include those with who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairment which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.” (Article 1)

64) “The term ‘psychopath’ means a person with a mental illness (including an organic mental illness), personality disorder, alcoholism and medicinal poisoning and other non-psychopathic mental disorders.”

65) It includes depression, anxiety disorder, dysthymic disorder, and obsessive compulsive disorder (OCD).

66) Geoff Huggins, *Feature and Merits of Scottish Mental Health Law and Major Issues in the Legislation Process*, presented in International Symposium on Human Rights of Mentally Challenged, Nov. 2006, at 87-100.

67) Principle 8 (1).



년 12월 30일 국가인권위원회의 권고를 받은 보건복지부는 정신 질환자들의 치료에 있어서의 ‘분리와 제지’에 대한 가이드라인을 발표하였다. 비록 MI 원칙들에 완전히 부합되지는 않지만 이 가이드라인은 이 분야에서 중요한 실무 기준으로 활용되고 있다. 국가 건강 정책은 전체적인 보건 정책에서 정신 건강의 위치를 명확하게 지적하는 듯하다. 그러나 정신 건강을 주요한 보건 정책과 통합시키는 아직 정책적 초점이 되지 못했다. 건강 보험 시스템은 정신 질환자의 치료에 다른 규정을 적용함으로써 정신 질환자를 차별하고 있다.<sup>69)</sup>

정신건강법 제 27조 하의 정신 건강 판결 위원회는 MI 원칙에서 제시하고 있는 ‘검토 조직’의 범주에 해당될 수 있다.<sup>70)</sup> 이 위원회는 정책 심의로부터 개별환자의 입원 또는 퇴

---

“Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with least restrictive or intrusive treatment.”

68) Mental Health Act , Law No. 5133, 30 Dec.1995, as amended as Law No.7849, 21 Feb. 2006

Article 45 (Prohibition on Movement Restriction)

(1) The director of a medical institution for mental illness shall not restrict the freedom of communication, the freedom of interviews, and other freedom of movements with respect to psychopaths as prescribed by the Presidential Decree.

(2) In case where the director of a medical institution for mental illness is restricting movements with respect to matters provided for in paragraph (1), the restriction shall be conducted in the minimum extent, and the reasons for restriction shall be recorded in a record of treatment.

69) Seo, *supra* note 13, at 14-15.

70) Principle 17 (Review Body)

1. The review body shall be a judicial or other independent and impartial body established by domestic law and functioning in accordance with procedures laid down by domestic law. It shall, in formulating its decisions, have the assistance of one or more qualified and independent mental health practitioners and take their advice into account.

2. The review body’s initial review, as required by paragraph 2 of Principle 16, of a decision to admit or retain a person as an involuntary patient shall take place as soon as possible after that decision and shall be conducted in accordance with simple and expeditious procedures as specified by domestic law.

3. The review body shall periodically review the cases of involuntary patients at reasonable intervals as specified by domestic law.

4. An involuntary patient may apply to the review body for release or voluntary status, at reasonable intervals as specified by domestic law.

5. At each review, the review body shall consider whether the criteria for involuntary admission set out in paragraph 1 of Principle 16 are still satisfied, and, if not, the patient shall be discharged as an involuntary patient.

6. If at any time the mental health practitioner responsible for the case is satisfied that the conditions for the retention of a person as an involuntary patient are no longer satisfied, he or she shall order the discharge of that person as such a patient.

7. A patient or his personal representative or any interested person shall have the right to appeal to a higher court against a decision that the patient be admitted to, or be retained in, a mental health facility.

원에 대한 구체적인 의사결정권에 이르는 광범위한 권한을 부여 받았다.<sup>71)</sup> 그러나 이 위원회는 정신 질환자들의 보호를 위해 효과적으로 기능하지 못하고 있는 실정이다. 대개 이 위원회는 주로 정신과 의사들로 구성되는데, 주로 시간상의 제약으로 인해 진지한 심의 없이 너무나 많은 케이스들을 처리한다.<sup>72)</sup> 통계를 보면 2001년 입원 연장 결정 거부는 극도로 드물었다 (4.4%).<sup>73)</sup> 한 지방자치단체에서는 1,156명의 환자 중에서 단 7명만이 퇴원 명령을 받았다. 이러한 상황에서 환자의 자유 의지는 병원의 입원과 퇴원 과정, 입원 74)기간의 연장, 치료 및 일상 생활에서 체계적으로 무시된다.

---

71) Article 28 (Duties of Mental Health Deliberative Committee)

(1) The Central Mental Health Deliberative Committee shall deliberate the matters falling under one of the following subparagraphs:

1. Matters pertaining to mental health policies;
2. Matters pertaining to standards of mental health facilities;
3. Various kinds of standards of hospitalization and treatment of psychopaths;
4. Offering of medical opinions pertaining to the consent for treatment; and
5. Cases of application for re-examination.

(2) The Local Mental Health Deliberative Committee shall deliberate the matters falling under one of the following subparagraphs:

1. Supervision and correction on mental health facilities;
2. Assessment on mental health facilities;
3. Review on treatment procedures to which objections have been raised;
4. Review on improvement in treatments; and
5. Review on discharge and continuative hospitalization.

(3) The number of members of the Central Mental Health Deliberative Committee and the Local Mental Health Deliberation Committee (hereinafter referred to as each "Mental Health Deliberative Committee") shall be not less than five and not more than fifteen and the tenure shall be two years, with an opportunity for reappointment.

(4) The members of each Mental Health Deliberative Committee shall be appointed or entrusted by the Minister of Health and Welfare and the Mayor/Do governor respectively from among the psychiatrists, persons with qualifications as a judge, public prosecutor or a lawyer, the specialists of mental health and persons with expert knowledge and experience in mental health.

(5) The Mental Health Adjudication Committee shall consist of the number of members ranging from not less than 5 to not more than 10 who are appointed by the Minister of Health and Welfare and the Mayor/Do governor from among members of the Mental Health Deliberative Committee and shall review cases in the collegiate court. In this case, the members shall include not less than one person having qualifications as a psychiatrist, judge, public prosecutor, or a lawyer, respectively.

72) Seo, MiKyung, *Measures to Improve the Human Rights Conditions in the Mental Health Facilities*, presented in Public Hearing on the Human Rights Situation in the Mental Health Facilities held by National Human Rights Commission of Korea, 20 Nov. 2004, at 19 (available only in Korean).

73) *Id.*

74) *Id.*

일부 사람들은 이 분야에서 사법부의 적극적인 역할을 주문하기도 했다. 인도의 관행이 적절한 예가 될 수 있을 것이다. 인도에서는 대법원이 주도하는 사법부가 다양한 개선안을 제시하고 정신 질환자의 권리를 보호하는 방향으로 개혁을 강제함으로써 정신 치료 문제에 개입한다.<sup>75)</sup> 그러나 한국의 법 체계와 관행 하에서는 사법부는 정신 치료 문제와 별로 관련 없고 동떨어진 기관이다. 사법부는 기본적으로 예방적인(preventive) 정의가 아니라 구제적인(remedial) 정의를 실현하는 기관이다. 일상적인 정신 병원 문제에 법원을 개입시키면 극도로 많은 비용이 소요될 것이다. 게다가 사법부에 대한 국민의 신뢰는 사법부의 일상적인 개입을 요청할 만큼 깊지 않다. 이 문제가 본격적으로 논의되기 위해서는 때가 무르익을 때까지 많은 시간이 필요할 것이다.

또 다른 복잡한 문제가 보건 전문 인력과 정신 병원 및 보호 기관과 같은 관련 산업의 이해의 충돌에서 생기고 있다. 보건 전문가들이 정신 질환자들에 대해 적대적인 태도를 보이는 집단이라는 주장이 그 동안 반복적으로 제기되어 왔다.<sup>76)</sup> 건강 산업이 경제적인 이익을 위해 교묘하게 대중의 편견을 조장하고 있다는 주장도 존재한다. 건강 산업의 극심한 경쟁 속에서도 정신 병원은 최근 들어 가장 수익성 높은 의료 사업 중 하나가 되었다.<sup>77)</sup>

## 5. 불충분한 자금 지원: 사회적 비용의 문제

평등성과 공정함은 정신 건강 시스템에 대한 정책 입안 시 지켜져야 할 두 가지 핵심적인 가치이다. 정신 질환자들은 교육, 취업, 보건 서비스 이용 등 시민 생활의 분야에서 차별을 받아서는 안되고, 가장 어려운 처지의 사람들이 보건 자원 배분에 있어서 최우선적으로 고려되어야 한다. 이러한 두 가지의 핵심적인 가치는 고품질의 포괄적이고 통합적인 서비스로부터 나오는데 이는 사용자들의 요구에 초점을 맞추고 증거에 의해 뒷받침된다.<sup>78)</sup> 정신 치료에 드는 재정적인 비용은 지속적으로 상승하고 있고, 인적 비용 역시 마찬가지

75) R. Srinivasa Murthy, *India: Towards Community Health Care, in Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall and Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 104.

76) Hazelton and Clinton, *supra* note 57, at 57.

77) Song, Sanggyo, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: From a Legal Perspective*, presented in Human Rights Workshop for Mental Health Practitioners held by National Human Rights Commission of Korea, 27 Oct. 2007, at 28 (available only in Korean).

78) Morrall, *supra* note 48, at 19.

가지다<sup>79)</sup> 정책, 경제, 사회적 지위 표시, 교육, 유전적인 소인들을 과학적 또는 역사적 조사의 분야로 분리하는 것은 거의 불가능하다.<sup>80)</sup>

규모 면에서 방대하고, 결론에 있어서 논란이 분분한 정신 질환이 유발하는 경제적인 비용을 측정하는 데에는 몇 가지 이슈가 존재한다. 정신 질환자를 돌보는 가족들의 비용, 정신 질환자가 노동 시장에 미치는 영향, 정신 질환으로 인한 생산성 감소 등의 비용이 존재한다.<sup>81)</sup> 다른 비용들은 부적절한 측정, 신뢰할 수 없는 진단 시스템, 신뢰성의 부적절한 척도 등과 관련 있다.<sup>82)</sup> 이러한 비용들은 자원과 인력이 낭비될 때 가장 뼈아프게 와 닿는다.<sup>83)</sup> 의사, 정책입안자 등은 비용을 통제할 필요성과 서비스 접근성 및 제공되는 서비스의 품질 유지와 향상에 드는 노력 사이의 균형점을 찾기 위해 노력해야 한다.<sup>84)</sup>

## 6. 부록: 외국인

“모든 환자들은 자신의 문화적인 배경에 적합한 방식으로 치료받을 권리가 있다” (MI 원칙 7, 3절). 이 조항은 외국인의 정신적인 고통과 특별히 관련이 있다. 한국의 국가 건강보험 시스템은 비록 약간의 규제는 있지만 외국인들에게도 개방되어 있다.<sup>85)</sup> 그러나 정신 건강 시스템은 사실상 외국인에게는 존재하지 않는 것이나 마찬가지이다. 정신 질환의 상당 부분이 정서적인 어려움으로부터 생긴다. 외국인들은 정신적 스트레스, 외상 및 정신 질환에 있어서 가장 취약한 집단이다.

악명 높은 Chandra 케이스<sup>86)</sup>에서, 한 네팔 출신의 여성 이주 노동자가 적절한 의사소통

---

79) Shirley A. Smoyak. *US Mental Health Policy: Progress and Continuing Problems*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 24

80) *Id.*

81) Ahmed Okasha, *Egypt: 5000 Years of Science and Care for Mental Patients*, in *Mental Health - Global Policies and Human Rights* (Peter Morrall and Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 90.

82) *Id.*

83) *Id.*

84) *Id.*

85) Article 5(2) of the National Basic Living Security Act (1999) by virtue of the revision in 2005 grants minimum aid to a foreigner only when he or she is a resident spouse with a minor child.

86) Lee, Ranjoo, *Speak, Chandra - Stories of Foreign Migrant Workers in South Korea*, in *Window of Reflecting Life (Sam-Ie-Bo-Ie-Neun-Chang)* (2003) (available only in Korean). Chandra's case was also featured in a human rights film 'If You Were Me' made by the National Human Rights Commission of Korea.

의 경로도 없이 7년 동안 정신 요양원에 감금되었다. 처음에 그녀는 신체적인 유사성으로 인해 한국인으로 오인되었다. 그러나 그녀가 네팔 출신임이 확인된 이후에도 이 케이스는 국가인권위원회가 개입할 때까지 계속 지연되었다. 한국 사회의 무관심과 냉담함이 이 비극의 원인이었다.

“피는 물보다 진하다”는 오래된 속담이 한국에서는 아직도 유효하다. 한국은 ‘단일 민족’이라는 신화 속에서 자랑스럽게 살아왔다. 이러한 주장은 한국의 ‘반만년 역사’만큼이나 역사적인 타당성이 떨어진다<sup>87)</sup>. 그러나 그것은 한국 사회에 만연한 대중의 정서를 대표할 만큼 충분히 뿌리 깊이 박혀 있다. UN 인종 차별 제거 위원회에 제출된 2006년 국가 보고서에서 한국 국민들은 ‘순혈’, ‘혼혈’의 두 그룹으로 묘사된다.<sup>88)</sup> 그러한 묘사는 한국인의 사고 속에 깊은 외국인에 대한 편견을 나타내는 것일 수 있다. 외국인들은 수용되고 규제되고 궁극적으로는 자신의 출신 국가로 되돌려 보내어져야 할 ‘요주의’ 계층이다. ‘시민권(citizenship)’의 개념은 보통 법적 정체성, 희소한 자원과 사회적인 멤버십에 대한 접근을 결정하는 사회적 권리와 의무의 결합으로 이해된다.<sup>89)</sup> 일반적으로 그리고 원칙적으로 시민이 아닌 사람들은 사회적 권리와 국가적인 복지 체계의 영역 밖에 존재한다. 한국은 이 낡은 ‘민족 국가’ 체제에 충실한 대표적인 사례일 것이다.

최근 들어 한국 사회는 급속한 전환기를 맞이하고 있다. 주로 아시아 국가들로부터 이주 노동자들이 유입되었다. 지난 몇 년 동안 국제 결혼도 전체 신혼 부부의 13%를 차지할 만큼 급증하였다.<sup>90)</sup> 이는 단일 민족의 강한 전통을 지닌 나라에 갑작스런 큰 변화를 가져왔다.<sup>91)</sup> 최근 들어 한국에 거주하는 외국인들의 처우에 대한 기본법이 제정되었다. 이 법은 사회 통합을 돕기 위해 결혼한 이주자들과 그들의 자녀들에 대한 지원 확대, 한국어와 한국 문화 교육 지원 및 보육 지원 등의 내용을 담고 있다.<sup>92)</sup>

87) “About 46 percent of the Korean’s family names originate from neighboring countries, especially from China. At least 20 percent of Koreans still use foreign surnames. This shows that people have cherished illusions about their ethnic origins and historical facts.” See “Multiracial Society-Nation Should Eliminate Discrimination Against Minorities”, The Korea Times, 21 Aug. 2007. See also Kim, Jungho, Imported Korean Family Names (Jisik-Sanup Publications 2003) (available only in Korean).

88) Paragraphs 43-46 (Ethnic Minorities).

89) Turner BS. *Outline of A Theory of Citizenship*, 24-2 Sociology (1990) at 189-217.

90) According to “Statistics of Marriage and Divorce in 2005” of the Korea National Statistical Office, international marriage marked 13.6 percent of the total number of newly married couples in 2005.

91) For details, see the government report of Republic of Korea submitted to the Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD/KOR/14, 10 Aug. 20007) available at [www.unchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/](http://www.unchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/)

성격상 국가인권위원회는 한국에서 가장 외국인 친화적인 기관이다.<sup>93)</sup> 국가인권위원회의 권고사항에 따라 한국 정부는 포괄적인 차별 금지 법안을 준비 중인데, 이는 헌법과 국가인권위원회법에 명시된 인종을 근거로 한 차별 금지에 대한 구체적인 언급을 담게 될 것이다.<sup>94)</sup> 현재 한국은 인종차별 사례 및 일부 사회 계층에서 새롭게 등장하는 국수주의적 경향과 더불어 다인종 국가에서 전형적으로 나타나는 문제들을 처음으로 경험하고 있다.<sup>95)</sup>

## VI. 결론

널리 받아들여져 있듯이 한국은 국제 사회라는 거울에 독특한 이미지를 보여주고 있다. 논란의 여지는 있지만 한국은 민주화와 경제적 번영을 모두 달성한 세계 제 2차 대전 후에 탄생한 유일한 국가이다. 게다가 그러한 성취는 지극히 짧은 기간 내에 이루어 졌다. 급속한 전환의 과정에서 모든 사회적 약자들이 위치하게 되는 Serbonian bog 가 만들어졌다. 그러한 약자들 중에서도 정신장애인이 최하층에 놓여 있다.

이 결론에 있어서 필자는 한국이 미국의 부시 보고서(2003)에 견줄만한 정신장애인들의 전반적인 상황에 대한 포괄적인 국가 보고서가 아직 없는 현실을 강조하고 싶다.<sup>96)</sup> 비록 정신건강법 제4조 2항(1)이 정부로 하여금 5년마다 정신장애인들의 현황에 대한 정기적인 조사를 실시할 것을 의무화하고 있기는 하지만<sup>97)</sup>, 지금까지의 모든 법률과 정부 정책은

---

92) Article 12 (Treatment of Foreign Spouse Married to a Korean National and their Children)

1. The State and local governments can provide a foreign spouse married to a Korean national with the support of education of Korean language, culture and social construction as well as the support of child care and education for their children to facilitate quicker adjustment to Korean society.

2. The paragraph 1 applies to a foreign partner who is in a *de facto* marriage relationship with a Korean national and raises a child born in such relationship, and the child.

93) *Park Chung-hee Alive at Detention Center*, The Korea Times, 10 Aug. 2007, at 21.

94) Article 11 of the Constitution of the Republic of Korea and Article 2(4) of the National Human Rights Commission Act.

95) Lorenzo Burti, *Italy: Radical reform of mental health policy and its consequences*, in *Mental Health - Global Policies and Human Right* (Peter Morrall & Mike Hazelton, eds., Whurr Publishers 2002), at 68.

96) Brian Burdekin, *Human Rights and Mental Illness: Report of National Inquiry into the Human Rights of People Living with Mental Illness* (Human Rights and Equal Opportunity Commission of Australia 1993).

97) The Article 4-2(1) of the Mental Health Act provides, "the Minister of Health and Welfare shall conduct a

전체적인 마스터 플랜 없이 단편적인 수준에서 시행되어 왔다. 그 결과 비효율, 혼란, 일관성 부족 등이 발생한 것은 당연한 결과라 하겠다. 한국에서 정신장애인들에 대한 만연한 차별을 없애기 위해서는 너무 늦기 전에 포괄적인 조사 보고서에 대한 긴급한 필요성이 존재한다.

**핵심 단어** : 정신 장애, 정신 건강, 국가인권위원회

---

survey on actual status of psychopaths every 5 years for the adequate enforcement of this Act.” However, the final reports have not come out with sufficient information to be a basis for long-term policy.



# 정신장애인의 인권에 관한 전국 조사 보고서 발표

---

브라이언 버드킨  
(호주 인권위원)



## 2 붙임자료

# 정신장애인의 인권에 관한 전국 조사 보고서 발표

브라이언 버드킨 (호주 인권위원)

브라이언 버드킨  
호주 인권위원  
조사위원회 의장  
1993년 10월 20일 시드니



## 도입

안녕하십니까? 정신장애자 인권에 관한 전국 조사 보고서 발표회에 오신 여러분들을 환영합니다. 이 보고서는 광범위한 조사의 결과물입니다. 모든 주와 테리토리에서 공청회를 열었고, 1300명 이상의 증인으로부터 구두 증언 및 서면 자료를 제출 받았습니다. 나는 정신 장애 분야에 지속적인 관심을 가지고 계셨던 마가레트 길포일 (Margeret Guilfoyle) 커미셔너와 데이빗 홀 (David Hall) 커미셔너의 지원을 받을 수 있었던 것을 행운으로 생각합니다. 그 분들이 이 조사에서 보여주셨던 대단한 헌신과 귀한 조언에 대해 무한한 감사의 말씀을 전합니다.

이번 조사는 제가 지금까지 했던 일중에서 가장 어려운 일이었다. 단지 우리가 접수한 증거의 양이 엄청나서가 아니라 이 문제가 내포하고 있는 엄청난 복잡성 때문이었다.

그 분들의 지원이 없었다면, 그리고 적은 숫자였지만 헌신적으로 일해준 우리 직원들의 노고가 없었더라면 이 보고서는 존재하지 못했을 것이다.

---

주: 이 자료는 버드킨 위원회의 실제 강연 내용이라기 보다는 강연을 위한 기초 자료임.

## 추진 배경

내가 이 조사에 착수하게 된 것은 한 노숙자 아동 사건에 제출된 증거 때문이었다. 그 증거는 많은 분야에서 정신 장애인의 인권이 무시되거나 심각하게 침해되고 있음을 보여 주었다.

추가적인 조사 결과 다음과 같은 사실들도 드러났다:

- 지역 사회에서 장신 장애의 특성과 발생에 대한 지식 전무
- 차별의 만연
- 위험한 정신장애인의 숫자에 대한 잘못된 인식
- 정신질환자 중 회복되는 사람들이 거의 없다는 믿음

## 정신 질환의 발생:

대략 성인 5명 중 1명 정도가 평생 한번은 정신 질환을 겪는다. 이는 300만명 이상의 호주인에 해당된다.

## 정신분열증

대략 인구의 1% (17만명)가 정신분열증에 걸린다. 따라서 정신분열증은 다른 많은 알려진 질병보다 많은 사람들이 걸린다.

정신분열증 환자들의 20-30%가 재입원할 필요 없이 낫는다.

대략 40%는 여러 해에 걸쳐서 재발한다.

대략 35%는 평생에 걸쳐 걸린다.

## 다른 조사와의 차이점

이 조사는 이전의 조사 및 로열 커미션과는 몇 가지 중요한 점에서 차이가 있다.

첫번째, 전국적인 조사이다. 우리의 가장 중요한 목표 중 하나는 각 주와 테리토리에 존재하는 법률을 평가하는 것이었다. (이는 이전 어느 조사에서도 실시된 적이 없다).

둘째, 정신 장애인을 병원 시설에 입원시키지 않는 것(deinstitutionalisation)의 효과와 부작용이 명백하게 드러날 수 있는 충분한 시간이 있었다.

셋째, 이 조사는 인권 관점에서 수행되었다. (서비스 중심의 관점이 아니라). 이는 조사 관점의 상당한 변화를 의미한다.

넷째, 이 조사는 호주에 구속력을 지니는 국제적인 조약의 의무사항을 참고하여 시행되었다.

## 조사 과정

이 조사는 1990년 6월에 공식적으로 발표되었다. (12 개월의 사전 조사 후)

공청회는 1991년 4월에 시작되었고 이후 15개월간 청문회가 여러 도시와 지역에서 개최되었다.

## 증인

456명의 증인이 공식 청문회 기간 동안 조사위원회에 출석하였다.

민간 청문회와 비공식적 회의, 정신장애인을 위한 포럼 등이 공청회의 연장선상에서 개최되었다.

## 서면 제출

이 조사는 또한 정신장애인, 보호자, 지역사회 오거나이저, 의사 및 기타 보건 전문가 및 정부 당국으로부터 제출 받은 820건의 자료를 심의하였다.

## 정신장애인 지원에 대한 감사

나는 그러한 자료가 제출되기까지 수 천 시간의 노력이 기울여졌을 것을 알고 있고 그것에 대해 공식적으로 감사의 말씀을 전하고 싶다. 나는 또한 이 기회를 빌어 분명 쉽지 않은 일이었음에도 불구하고 공식적인 자리에서 개인적인 경험을 공개적으로 나누어준 사람들에게 감사의 말씀을 전하고 싶다. 이 보고서는 그들의 용기와 결단의 산물이다.

## 보고서

이 보고서를 준비하는 과정에서 우리의 가장 큰 관심사는 접수된 증거를 신중하게 검토하고 정확하게 표현하는 것이었다. 비밀 유지를 요청한 사람들을 제외하고 조사에 응한 모든 증인들의 이름이 이 보고서의 부록에 실려있다. 보고서의 말미에 있는 부록은 추가적인 정보를 위한 귀한 소스이며 각각의 챕터와 연계하여 읽어야 한다.

## 비용

이 보고서에 나타난 증거로 보건대 인간의 삶과 고통의 측면에서 정신 장애의 비용은 엄청나다. 정신장애인 본인이 겪는 고통뿐만 아니라 가정 생활의 지장 그리고 때로는 정신장애를 가진 가족에 대해 무력감을 느끼는 다른 가족 구성원들의 압박감까지도 비용에 포함되어야 한다.

개인적, 사회적 관점에서 소요되는 비용을 추정하는 것은 정신장애인마다 장애의 정도가 다르고 이 분야의 데이터가 부족하기 때문에 매우 어렵다.

그러나 정신 장애를 겪고 있는 수천 명의 정신장애인들의 인권침해의 관점에서, 우리의 무관심으로 인해 생기는 비용은 이 보고서에 명확하게 나타나 있다. 그것은 즉각적이고, 통합적이며 효과적인 대응을 요구한다.

## 인권

이 조사의 주요 파악 사항에 대해 언급하기 전에 나는 인권과 정신 장애라는 우리 보고서의 제목의 중요성을 강조하고 싶다.

연방법에 반영되어 있는 국제적인 문서들은 정신장애인도 차별 없이 정상인과 같은 범위의 인권을 누릴 자격이 있다고 명시하고 있다.

이 분야에서 가장 관련 있는 국제 기준은 의심할 바 없이 1991년 UN 총회에서 호주의

전폭적인 지지로 채택된 정신장애인 보호 및 정신 건강 개선을 위한 원칙이다.

이 조사가 시작된 이후 연방, 주, 테리토리의 보건부 장관은 그러한 원칙에 명시된 권리들이 정신보건법에 구체화되도록 하겠다고 약속했고, 정부는 그러한 권리를 보장하기 위한 제도적 장치를 마련하겠다고 약속 했다.

## 원칙

이 원칙들은 다음과 같은 점을 분명히 하고 있다:

- 정신 건강 분야가 타 보건 분야보다 기준이나 자원 면에서 낮은 수준이어서는 된다.
- 정신장애를 이유로 하는 차별은 허용되어서는 안 된다.
- 정신 치료를 받는 사람도 법 앞에 인간으로 인정받을 권리가 있다.

이 원칙들은 정신 질환을 앓은 적이 있거나, 현재 앓고 있는 사람들이 다음으로부터 보호받을 권리가 있다는 점을 재확인한다:

- 착취 - 경제적, 성적 또는 기타 모든 형태
- 학대 - 물리적 또는 기타 모든 형태
- 모욕적인 대우

이 보고서에서 명확히 보여주듯이 이러한 인권은 상당히 침해되고 있다.

## 가장 비제한적인 대안

이 원칙들은 또한 치료 측면에서 ‘가장 비제한적인 대안(least restrictive alternative)’의 개념을 중시하고 개인별 치료 계획을 요구한다 (정기적으로 점검되어야 함).

이 원칙들은 가능한 지역 사회에서 치료받고 보호받을 권리 및 환자 개인의 문화적 배경에 맞는 치료를 받을 권리를 인정한다. 이와 더불어 지역사회의 치료는 효과적인 치료를 제공하기 위해 충분한 자원을 확보할 수 있어야 한다.

따라서 호주의 정신장애인들이 겪고 있는 다양한 인권 침해 사례에 적용될 수 있는 잘 정의된 국제적인 기준이 존재하고 있다는 점은 분명하다.

이 보고서는 우리가 인간의 기본권의 기준을 충족시키는 데 실패했음을 반복적으로 보여준다.

## 주정부의 권리

주정부가 정신 건강 분야에서 서비스를 제공할 책임이 있기 때문에, 연방정부는 기준을 부과하거나, 인권 무시 및 학대에 대해 주정부의 책임을 물을 수 없다는 견해가 있다.

나는 그러한 견해를 전적으로 부정한다. 주 정부는 권리를 갖고 있지 않다. 그들은 책임을 가질 뿐이다. 개인이 권리를 갖는 것이다. 주 정부는 그러한 권리를 보장하고 존중할 책임이 있다. 특히 관련된 개인이 우리 지역 사회에서 가장 취약하고 불우한 계층일 때는 더욱 그러하다.

나의 견해로는 주정부가 호주의 장애인들의 권리가 존중하지 않는 경우에 연방 정부가 나서서 인간의 기본권을 보장할 수 있는 특별한 조치를 취할 전적인 책임이 있다고 본다 (마치 환경 문제에서 그러하듯이).

## 파악된 사항

조사를 통해 밝혀진 모든 사실과 그에 따른 개선 방안을 여기서 일일이 나열하는 것은 분명히 불가능하다. 따라서 다음은 각종 증거 및 우리가 파악한 사실 중에서 가장 중요한 것들로부터 추출한 핵심적인 주제들에 대한 간략한 설명이다.

## 오명과 차별

정신장애인들은 우리 사회에서 분명 가장 취약하고 불우한 계층이다.

그들은 도처에서 체계적인 차별을 받고 있고, 자신의 권리와 서비스로부터 지속적으로 소외되고 있다.

정신장애인에 대한 오명과 의심은 정신장애인들이 자신의 삶을 전적으로 그리고 평등하게 누리는 데 큰 걸림돌이 되고 있다. 그것은 인간이 관용과 이해가 가장 필요할 때 공

포와 고립을 야기한다. 1990년대의 정신 질환 및 정신 장애와 관련된 무지와 차별의 정도는 도저히 받아들일 수 없는 수준이며 반드시 해결되어야 한다.

## 보호자

차별과 오명의 영향은 정신장애인의 보호자들에게도 미친다. 운 좋은 사람들을 위한 ‘지역사회 치료(Community care)’는 대개 가족, 특히 가족 중에서도 여성에 의해 제공된다. 보호자들은 전문적인 조언과 적절한 치료를 받기 위해 정신장애인의 요구와 그들의 고통에 대해서 지칠 때까지 열정적으로 설명하였다.

가정에서 지속적인 보호와 치료를 제공하는 일은 수년간 지속되고, 그러한 보호와 치료를 제공하는 것과 관련된 보호자의 스트레스는 정부 기관, 보건 전문가 및 지역사회 전반에 걸친 이해 부족, 인식 부족 및 지원 부족에 의해 가중된다.

또한 보호자들이 정신장애를 겪고 있는 가족의 보호와 치료에 관한 중요한 의사 결정에서 배제되는 것 또한 명백한 사실이었다.

이 조사의 증거에서 가장 일관되게 파악된 요구는 다음이 절대적으로 부족하다는 것이었다.

- 휴식 및 가택 케어
- 상담 및 가족 요법
- 핵심 보호자에 대한 인정과 배려
- 더 많은 정보와 협의

지역 사회 보호 및 치료 정책으로 전환하면서 수천 가족의 부담이 가중되었고 일부의 경우는 감내할 수 있는 수준을 넘어섰다.

## 정신장애인의 자녀

정신장애인의 자녀는 심각하게 불리한 상황에 놓여있고 또한 많은 경우에 심각한 위협에 처해 있다.

정신 건강 전문가들과 서비스 제공자들은 종종 정신장애를 갖고 있는 어른들을 인터뷰

하거나 입원시킬 때 부양 가족이 있는지의 여부를 물어 보지 않는 경우가 많다.

그 결과 정신장애인을 부모로 둔 아동들은 대체로 무시된다.

적절한 지원을 받지 못한 아동들은 부정적인 영향이 평생동안 이어질 수도 있다.

정신장애인을 부모로 둔 학령기 아동들은 심각하게 비정상적인 가정 생활 뿐만 아니라, 자신의 부모의 질환과 관련된 지원을 거의 못받는 상태 및 그로 인한 스트레스로 인해 극도로 힘든 학교 생활과 사회 생활을 할 수도 있다.

## 입원 환자 치료 - 파악 사항

다양한 입원 시설을 있어야 한다.

현재는:

- 정신과적인 응급상황이 발생했을 때 이를 지원할 수 있는 위기대응팀이 없음으로 인해 많은 정신장애인들과 그 가족들이 심각한 위협에 처한다.
- 또한 이로 인해 많은 경우에 경찰이 개입하여 정신장애인을 강제로 병원에 입원시킴으로써 ‘불법적인(criminalising) 과정이 생기고 지역 사회에 오명과 공포를 확산시킨다.
- 정신장애인이 안전하고 치료적인 환경에서 입원 치료를 받을 수 있는 권리가 종종 무시되거나 남용된다.
- 불만 사항을 조사하는 기존의 메커니즘은 불충분한 경우가 많다.
- 일부 장기적인 형태의 입원 치료는 정신장애의 정도가 너무나 심각해서 지역사회에서 살 수 없는 소수의 사람들만을 대상으로 해야 한다.

## 지역사회 치료 - 파악 사항

일부 사람들은 병원 치료를 가끔씩만 필요로 한다. 그러나 지역 사회 보건 서비스가 불충분하다는 점은 정신장애인에 대한 우리 사회의 관심이 부족하다는 증거이다.

지역 사회에 거주하는 정신장애인을 치료하고 보호하고 지원하기 위한 기존의 지역사회 정신 보건 서비스의 부족은 심각하다.

체계적인 추적 절차를 갖춘 지역사회 정신보건 서비스는 거의 전무한 실정이다. 지역



사회에 병원 이외의 치료 환경에 정신과 의사를 체계적으로 배치한 경우는 거의 없었다.

퇴원 절차 및 지역 사회 치료와 정신장애인 치료를 위한 서비스 조율에 관한 절차는 일반적으로 불충분하고, 아예 없는 경우도 많다.

## 치료 - 인권

- 일반적으로 퇴원으로 인해 절감된 비용은 지역 사회의 정신 건강 서비스의 개선을 위해 사용되지 않았다.
- 이러한 서비스들은 정신장애인과 그들의 보호자를 지원하기 위해 애쓰고 있는 비정부 조직과 마찬가지로 심각한 자금 부족을 겪고 있다.
- 급성 치료, 중기적인 치료, 그리고 진정한 보호시설 (글자 그대로)의 기능을 수행할 수 있는 다양한 입원 시설이 필요하다.

## 고용

많은 장애물들이 복합적으로 작용하여 호주의 정신장애인이 자신의 능력과 관심에 걸 맞는 직업을 얻을 수 있는 기회를 차단하고 있다.

정신장애인이 노동시장에서 배제된 결과 불평등과 빈곤이 야기된다.

정신장애인 고용의 장애물에는 직업 및 교육 훈련 프로그램에 대한 접근성 부재, 정신 장애 및 치료로 인한 심신 허약, 직업 설계, 부정적인 고용주와 지역 사회의 태도 등이 포함된다.

정신장애인을 위한 직업적 사회 복귀 노력은 정부에 의해 간과되어 왔다.

정신장애인들은 단계별, 전환적 직업적 사회복귀 서비스를 개발할 것을 요구하고 있다.

## 교육 및 훈련

많은 정신장애인들은 기존의 교육 및 훈련 프로그램에 참가할 수 없고 따라서 교육 및 훈련의 기회를 얻지 못하고 있다.

정신장애인이 자신의 잠재력을 발휘할 수 있게 하기 위해서는 특수 교육 프로그램과 서

비스가 필요하다.

교육 프로그램의 부족은 아동과 청소년들에게 특히 심각하다.

## 주거 - 파악 사항

정신장애인이 겪는 가장 큰 문제 중 하나는 적절하고 저렴하고 안전한 거처가 없다는 점이다.

적절한 주거 시설의 제공 문제는 만성적인 정신장애인인이 지역 사회에서 성공적으로 살아가느냐를 결정하는 관건이 되는 경우가 많다.

이 조사는 비입원 치료 정책이 대체로 실패했고 그것은 적절한 주거 대책 이 마련되고 적절한 자원 배분이 이루어지기 전에는 성공할 수 없다는 점을 분명히 보여주고 있다.

장애인을 위한 정부의 주거 프로그램이 융통성없는 기준과 부서와 기관 사이의 원활한 협조 부족으로 인해 정신장애인을 배제하는 것은 있을 수 없는 일이다.

예를 들어 노숙자를 위한 위기 서비스에 자금을 지원하고 있는 주거 지원 프로그램(SAAP)은 정신장애인을 명시적으로 배제하고 있다.

이는 분명 차별이다.

또한 현재 노숙자 보호시설, 피난처, 보딩 하우스들이 사실상 우리 사회가 수천명의 정신장애인들을 위해 제공하는 주요한 ‘주거’ 시설로 쓰이고 점은 끔찍하다. 그러한 시설의 생활 환경은 끔찍하다. 훈련받은 정신 건강 인력을 보유한 곳은 거의 없고 사회복지를 위한 적절한 기회도 거의 제공되지 않는다. 훈련받지 않은 보딩하우스 직원들이 약 조제에 관여하는 경우도 흔하다.

우리는 이 분야에서 너무나 만연해 있는 인권 침해를 못본 척할 수 없다. 본 조사는 이 문제에 대한 긴급한 대응을 요구한다.

## 특수 요구 그룹

우리 사회에서 가장 취약한 시민, 즉 특수한 요구를 가지고 있는 집단인

- 아동
- 청소년
- 노인
- 노숙자
- 여성
- 원주민 및 토레스 스트레이트 아일랜드 주민
- 비영어권 국가 출신 주민 및 2중 3중 장애인
- 시골 및 오지 주민 및 수감자 등은 변명의 여지 없이 적절한 서비스를 받지 못한 상태로 방치되어 있다.

## 노인

조사 위원회에 접수된 증거 중 가장 끔찍한 것은 정신장애 노인들의 치료와 관련되어 있었다.

우리의 보건 시스템은 정신장애를 가진 노인들을 무시하거나 우선순위를 가장 낮게 책정하는 경우가 많다.

증거에 따르면 노인 정신장애인은 젊은 정신장애인에 비해 마약에 손을 대는 경우가 많고, 정신과 치료나 외래 서비스를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. 호주의 많은 노인들은 적절한 의료 서비스를 받지 못하는 경우가 많다. 우리 사회에서 정신 장애는 젊은 사람들 만큼이나 노인들에게서도 자주 발생하고, 그들 또한 특수한 요구가 있다는 인식이 거의 없다. 가장 심각한 정신 질환인 정신분열증과 조증이 노인들에게서 발견된다. 그러나 특히 심각한 두개의 질환이 수만명의 노인들에게서도 발병한다.

## 노인의 우울증

대략 50%의 노인들이 최소한 한번은 우울증 증상을 겪는다. 전문가에 따르면 노인들의 우울증은 종종 진단되지 않은 채로 지나간다. (그러나 우울증은 치매보다 두배는 흔하다). 최근의 조사에 따르면 65세 이상 노인의 10% 이상이 우울증을 갖고 있다. 이는 적게 잡아

도 10만명 이상의 호주인이 이 심각한 질환으로 고통받고 있다는 의미이다.

## 노인 자살

증거에 따르면 우리는 우리의 부주의(우울증의 척도 중 하나는 자살율인데, 65세 이상의 자살율은 다른 어떤 연령대보다도 높다)에 대해 값비싼 대가를 치르고 있다. 70-79세 남성의 자살율은 모든 연령대의 남성 자살율 중에서 가장 높다.

아이러니하게도 우울증은 가장 치료가능한 정신질환이다. 그러나 우울증은 종종 완전히 치료되지 않은 채로 방치되고 있다.

우울증으로 진단조차되지 않는 경우도 너무나 흔하다.

## 노인 치매

치매는 현재 65세 이상 호주인의 5%가 걸린 것으로 나타난다. 그러나 이 수치는 연령이 증가할수록 급격히 늘어나서 80세 이상의 경우 대략 20%에 이른다.

현재 10만명에서 14만명 정도의 호주인들이 경증 또는 중증 치매에 걸린 것으로 추정된다. 그러나 급속한 노령화로 인해 몇 년 후면 20만명 이상의 호주인이 치매에 걸릴 것으로 예상된다.

## 노인 치료

호주의 치매 환자의 절반 가량이 집에서 혼자 또는 가족들과 함께 살고 있다.

또한 많은 수의 치매 환자들이 시설에서 살고 있다.

그러나 비극적이게도, 그리고 변명할 여지 없이 많은 치매 환자들이 노숙자이거나 적절한 치료나 관심을 받지 못한 채로 보딩 하우스, 보호 시설에서 살고 있다.

일부는 불필요하게 정신 병원에 여전히 감금되어 있다.

## 노인 - 일반적인 파악 사항

다음과 같은 사실은 끔찍하다

- 의사들이 노인을 위한 보건 시스템의 주요한 접촉 대상임에도 불구하고 그들은 (대체로 적절한 교육의 부족으로 인해) 노인 환자들에게서 정신 질환을 인지하지 못하는 경우가 많다.
- 특히 우울증이 진단되지 않고 그 결과 치료되지 않은 경우가 수 천 건에 달한다.
- 일반 정신 건강 서비스는 노인 정신장애인의 요구를 인식하고 충족시키는데 실패하는 경우가 많다.
- 노인의 정신 질환에 대한 연구와 훈련의 부족은 심각한 상태이다.
- 많은 치매 노인들이 가장 비제한적인 환경에서 치료받을 권리가 부인되고 있다.
- 대략 3000명의 치매 환자들이 여전히 정신 병동에 감금되어 있다.
- 지역 사회의 지원 프로그램 부족으로 인해 많은 노인들이 불필요하게 또는 지나치게 일찍 병원에 수용된다.
- 요양소의 구시대적이고 불충분한 설계와 자금 지원 부족으로 인해 일부 치매 주민들은 통제의 방법으로 신체적인 제지를 당하거나 약을 통해 “진정”된다.

이러한 관행들은 심각한 인권 침해에 해당된다. 약물을 치료 목적이 아닌 “관리의 도구”로 사용하는 것은 끔찍하다.

약물이 입원 환자의 치료를 위해 사용되는 것이 아니라 “관리”상의 편의를 위해 환자를 “억제”하는 수단으로 사용된다면, 소위 ‘정신과 병동의 강제수용소’라 불릴만 하다.

노인 정신장애인의 보호자는 휴식 및 기타 지원 서비스를 긴급히 받을 수 있어야 한다.

## 노숙자

이 조사에 따르면 정신장애인에게 서비스를 제공하는 데 있어서 부문간의 연계가 미약한 점, 민간 부문의 애매한 태도 및 정부 기관의 협력 의지 부재 등이 이 보고서에 나타난 경악할 만한 상황이 생기는 데 기여했다.

이러한 협력 부족으로 인해 특히 피해를 보는 집단은 정신장애를 가진 노숙자들이다.

호주의 노숙자들은 (그 수가 증가 추세에 있음) 높은 비율의 신체적 정신적 문제를 겪고 있다.

거리에서 정신장애인은 충분한 음식과 쉴 곳을 얻지 못한다. 그리고 그들은 적절한 치료를 받지 못할 가능성도 크다.

## 발생

최근의 한 연구에 의하면 성인 노숙자들을 대상으로 하는 기관의 90%가 정신 질환을 심각한 문제로 보고하고 있다.

보호 시설 수용자 20-30%가 정신 분열증을 갖고 있다.

한 유명한 정신과 의사(Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists를 대표하는)는 호주의 수용소나 보호 시설에 수용된 노숙자의 50-75%가 주요 정신 병력을 지니고 있는 것으로 추정했다.

- 노숙자들에게 피난처나 서비스를 제공하는 수용소, 자선 단체 및 자발적 기구들은 퇴원의 결과로 정신장애 노숙자들을 돌보아야 하는 부담까지 져야 했다. 정부와 관료들은 대체로 이러한 측면에서 지원 제공하는 데 실패했다.
- 소득 지원, 건강 및 기타 서비스를 제공해야 하는 정부 부처는 정신 질환을 앓고 있는 노숙자 문제를 다루기를 꺼린다.
- 여성 노숙자를 위한 서비스는 거의 전무하다. 그런 서비스가 있는 곳이 있어도 아이가 있는 여성은 거의 받아들이지 않는다.
- 시골 지역에서는 정신 건강 서비스가 절대적으로 부족하다.

시골 지역의 정신장애 노숙자를 위한 지원은 사실상 전무하다.

## 여성

본 조사에 제출된 증거는 특히 여성과 관련된 네 가지 분야에 집중되었다.

- 정신 질환의 진단 및 치료
- 산후 우울증

- 폭력의 심리적인 영향
- 적절한 피난처의 부재

산후 우울증에 관한 전문가의 지식이 부족한 것이 큰 문제이다. 산후 우울증은 많은 수의 호주 여성들에게서 발견되고 있으나 (7명중 1명) 이들 대다수는 아무런 지원을 받지 못하고 있다. 그리고 그런 여성들에게 이 질환은 자신의 삶과 자녀들에게 심각한 위험을 가하고 있다.

아동 학대, 성폭력 또는 가정 폭력을 겪은 적이 있는 여성들은 정신 질환 또는 정신 건강 문제를 겪을 가능성이 더 크다.

본 조사는 이 보고서에서 논의된 바대로, 특히 여성에 대한 폭력에 있어서 예방 및 조기 개입 프로그램의 필요성에 주목해 줄 것을 촉구한다.

## 아동과 청소년

대략 15%의 청소년들이 정신 건강 문제를 경험한다.

5%는 인식 가능한 정신과적 질환을 겪고 1% 이상은 전문가의 개입이 필요한 심각한 정신과적 질환을 겪고 있다. (이러한 추정은 모든 정신 질환의 90%가 청소년기 또는 성인기 초기에 발생한다는 미국의 데이터와도 일치한다.)

정신 질환의 50%는 16세에서 18세의 청소년 시기에 시작된다.

우리의 기존 시스템은 다음과 같은 중대한 측면에서 호주의 청소년들을 방치하고 있다.

- 아동도 정신 질환을 겪는다는 사실을 인식하지 못함
- 청소년을 정신 질환자로 판단하는 것을 꺼림 (다시 말해 청소년들은 치료받지 못한 상태로 방치되거나 도와줄 수 있는 전문지식을 갖고 있는 얇은 다른 기관으로 이관됨)
- 많은 청소년들이 적절한 평가나 의뢰조치(referral)을 받지 못하고 지속적으로 ‘위험한’ 생활 방식으로 흘러 들어감
- 아동기의 방치 및 학대가 정신 질환 발생에 상당히 기여한다는 사실을 인식하지 못함

서비스가 절대적으로 부족한 상태이고, 서비스가 아예 전무한 지역도 많다 대부분의 서비스는 심각한 자원 부족 상태에 놓여 있다. 많은 서비스들은 적절하게 훈련된 인력을 확보하고 있지 못하고 일반적으로 관련 서비스와의 통합은 매우 미비한 실정이다.

아동 및 청소년의 정신 건강 서비스의 심각한 부족과, 그로 인해 아동을 더 큰 위험이 도사리고 있는 완전히 부적절한 시설에 배치하는 것은 우리 사회가 말로만 아동을 ‘미래의 희망’이라고 외치고 뿐이라는 점을 단적으로 보여준다.

청소년은 우리 인구의 3분의 1을 차지하고 있다.

그러나 우리가 할 수 있는 일이라고는 정신 질환을 가진 청소년을 일반 병동, 정신과 병원 또는 부적절한 임시 양육 기관에 넣는 것이다.

조기에 지원을 제공할 사람이 없고 위기가 발생했을 때 정신 건강 시설이 없다는 이유로 아동과 청소년들을 자동적으로 구류 및 감금 시설에 수용한다는 끔찍한 증거도 접수되었다.

(정신 질환을 가진 청소년을 도와 줄 수 있는 대안이 없다는 점에 대해 경찰 스스로도 끔찍해 했다)

정신 질환을 겪는 청소년들이 결국 아무런 진단이나 추적 치료를 받지 못하는 경우가 대부분인 소년 교도소로 가게 되는 것은 결코 받아들일 수 없는 일이다.

최근의 한 사우스 오스트레일리아 연구에 의하면 청소년의 17%가 감금되기 전에 거리에서 노숙자 생활을 했고, 다른 23%는 친구와 함께 살았고, 18%는 입원 치료를 받았다. 감금된 청소년 집단(11세-17세)의 4분의 1만이 감금되기 전에 집에서 살았고 대다수는 13세에서 16세 사이에 학교를 그만 두었다.

## 자살

우리의 청소년들은 이러한 태만으로 인해 엄청난 대가를 치르고 있다. 15세 이상 청소년의 자살률이 급증하고 있다.

## 이중 또는 복수 장애인

정신 질환을 앓고 있는 수 천명의 호주인들은 다른 형태의 장애도 갖고 있다. 이들을 위



한 전문적인 서비스는 전무한 실정이다. 그 결과 비극적이게도 그들은 자신들을 도와줄 책임자를 찾지 못한 채 여러 기관을 전전하게 된다.

## 정신장애와 지적장애를 가진 사람들

인구의 2% 정도는 지적 장애를 갖고 있고, 그들 중 정신장애인의 비율은 30-50% 정도 된다. 그 숫자는 결코 작지 않다. (최소한 10만 명은 됨)

정신장애와 지적장애를 동시에 겪고 있는 사람들은 적절한 정신과 서비스가 극도로 부족하여 어려움이 가중된다.

그들이 두 가지 분야의 서비스 대상에 해당되기 때문에 그들의 요구는 종종 무시된다.

정신 장애와 약물 중독, 청력 손상, 또는 두부(head) 손상을 겪고 있는 사람들도 기본적인 치료 및 보호에 대한 인권이 종종 무시되는 시스템 속에서 유사한 피해를 보고 있다. 그들의 장애가 상호 배타적인 것으로 취급되는 것이 그나마 다행한 경우이다.

적절한 서비스의 부족은 한 정신과의사가 말한 것처럼 ‘생략(omission)과 ‘시행(commission)’의 오류를 낳는다. 생략의 오류는 이중 또는 복수 장애인에 대한 구체적인 서비스의 부족으로 인해 야기된다. 반면에 시행의 오류는 행동을 통제하기 위해 부적절한 약물을 사용하는 것을 포함한다.

## 원주민과 토레스 스트레이트 아일랜드 주민

호주의 원주민들의 정신질환은 비원주민 호주 국민들의 정신 질환과 같은 관점에서 이해될 수 없다. (이 보고서에 나열된 여러 가지 원인으로 인하여)

분명히 과거의 부주의로 인해 원주민들과 토레스 스트레이트 아일랜드 주민들 중에서 정신 질환의 발생 비율이 어느 정도인지에 대해서는 충분한 사실이 알려져 있지 않다.

그러나 증거로부터 알 수 있는 것은 원주민과 토레스 스트레이트 아일랜드 주민들의 성향, 즉 어린 아이를 자신의 가족들로부터 떼어 놓는 것과 지속적인 사회적 경제적 불이익으로 인해 정신 질환을 만연해 있다는 점이다.

그러나 정신 건강 서비스는 원주민들이 겪고 있는 마음 속 깊은 불만과 정서적인 고통을 거의 다루고 있지 않다.

1990대에도 여전히 원주민들은 치료를 받기 위해서는 외딴 공동체에서 나와 도시로 와야 한다. 이는 종종 그들의 정신 건강에 파괴적인 결과를 낳는다. 특히 노인들의 경우가 그러하다.

증인들은 많은 원주민들이 반사회적이고 자기파괴적인 방식으로 자신의 문제를 알린다고 말한다. 이러한 행동의 대부분은 진단되지 않거나, 잘못 진단되거나, 경찰이 해결할 문제로 치부된다.

이는 형사 법정으로 이어져 원주민들이 반사회적인 인물로 낙인 찍히고, 그들의 정신 건강 문제가 더욱 악화되는 결과를 낳기도 한다.

이것은 원주민 청년들에게는 특히나 심각한 문제이다. 많은 젊은이들은 자신의 삶을 형성할 청소년기 (15세-19세)를 감옥에서 보내고 그 결과 너무 어린 나이에 지역 사회로부터 소외된다.

본 조사는 원주민 사회의 낮은 자기 정체감, 소외 및 약물 남용과 높은 청소년 범죄율 등 행동 문제와 정신 건강 문제들 사이에는 분명한 연결 고리가 있다는 점을 밝혔다.

(NSW 캠벨타운에서 실시된 한 조사에 따르면 법정에 선 청소년의 80%가 마약 및 알코올 관련 범죄로 기소되었다고 한다.)

## 원주민과 아일랜드 주민들에게는 부적절한 주류의 서비스

기존의 주류 정신 건강 서비스는 이런 종류의 문제에 적절히 대처할 수 없다.

기존의 서비스들은 원주민들에게 불충분하고 문화적으로 부적절하다. 원주민들과 토레스 스트레이트 아일랜드 출신 증인은 원주민 정신 건강 문제의 위기를 해결하는 유일한 방안은 자기 결정권이라고 말한다. 여기서의 자기 결정권이란 원주민들에게 교육, 권한, 자원을 제공하여 그들이 자신이 처한 상황에서 본인의 정신 건강 문제에 대한 전략을 스스로 결정할 수 있도록 하는 것을 의미한다.

## 비영어권 국가 출신 주민

대략 320만 명의 호주인 즉 호주 인구의 20%가 비영어권 국가의 이민자 혹은 그들의 자녀들이다.

비록 우리의 사회의 문화적 다양성이 점점 높아져 가고 있지만 본 조사에 제출된 증거에 의하면 정신 건강 체계는 늘어나는 비영어권 국가 이민자들의 요구를 충족시키는 데 실패하고 있다.

난민, 여성 그리고 노인의 경우 상황은 더욱 심각하다.

증인들은 최대 15%의 난민들이 본국에서의 경험으로 인해 정신 질환을 앓고 있다고 말했다.

## 시골과 오지 주민

5백만 명 이상의 호주인들이 주요 도시 바깥에 살고 있고, 그들 중 절반 이상은 작은 시골 지역이나 오지에 살고 있다.

작은 지역사회에 살기 때문에 생기는 고립과 사회적 요인들과 시골의 동떨어진 생활로 인한 영향이 정신 건강 문제에 중대하게 기여하고 있다.

지역 사회의 정신 건강 서비스가 불충분하고 입원 시설의 미비함에 따라 사람들이 대도시 병원으로 이송되거나 현지 병원에서 부적절한 치료를 받고 있다.

시골 지역의 서비스 수요는 공급을 훨씬 초과한다. 그 결과 인력 충원이 매우 어렵다.

오랜 기간 동안 결원이 보충되지 못하고, 소수의 정신 건강 전문가들의 스트레스는 엄청나다.

이러한 상황에서 시골 지역의 자살률이 높은 것은 놀라운 것이 아니다. 젊은이들이 가장 위험하다. 시골 지역 젊은이들의 자살률은 한 세대 만데 500-600%나 늘었다.

## 법의학 환자와 수감자

정신장애가 범죄 성향이나 폭력 성향과 일치하지 않는다는 점이 우선 강조되어야 한다. 증거에 따르면 많은 정신장애인이 진단받지 않은 채로 감옥으로 보내진다.

한 전문가 증인은 최대 수감자의 5%가 심각한 정신과적 질환을 앓고 있고 대략 20%는 치료 또는 상담이 필요한 정신적 문제를 갖고 있다고 추정하였다.

형사 사건으로 인해 수감된 정신장애인은 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많다. 이러한 치료의 부인은 종종 더 심한 범죄, 더 오랜 기간의 감금 및 정신 질환의 악화로 이어진다.

호주의 많은 교정 시설들과 경찰의 구치 시설의 상황은 분명 수감자의 처우에 관한 국제적 의무를 위반하고 있다.

이러한 상황은 정신장애를 앓고 있는 수감자들에게 특히 해롭다.

여성, 원주민, 토레스 스트레이트 아일랜드 출신 수감자들의 상황은 특히 심각하다.

여성 수감자들 중에 정신질환의 비율이 높음에도 불구하고 여성을 위한 적절한 정신과 치료는 거의 전무한 실정이다.

원주민과 토레스 스트레이트 아일랜드 출신들은 수감 시설 및 경찰서 구치소에 수감된 비율이 높다. 비록 감금이 특히 그들의 정신건강에 해롭다는 사실이 알려져 있지만 법의학적 정신 건강 서비스는 원주민 수감자들의 요구를 충족시키는 데 실패하고 있다.

감옥에서 석방된 정신장애인을 위한 지원의 부족은 또 하나의 심각한 문제이다. 석방 절차는 종종 부적절하다. 석방된 정신장애인이 감옥에 재수감되는 것을 막을 수 있는 최소한의 지원 조차 주어지지 않는 경우가 허다하다.

예를 들어 정신과 의사들은 자신이 치료하고 있는 수감자들이 석방되거나 다른 감옥으로 이송되어도 연락을 받지 못하는 것이 일반적이다. 케이스 관리 계획 또는 효과적인 통지 시스템이 존재하지 않는다.

본 조사는 또한 정신질환으로 인해, 재판을 받거나 유죄로 판명되기 부적절하다고 판단되는 사람들에게 부당한 일이 저질러지고 있다는 점을 밝혔다.

‘주지사의 비위를 맞추기 위해 (at the governors pleasure)’ 불확실한 사람을 감금하는 것은 분명한 인권 침해이다.

## 권리

2년 반 전에 나는 본 조사의 청문회를 다음과 같은 근본적인 질문을 던짐으로써 시작했다. 호주의 정신장애인이 다음 분야에서 동등한 우선순위를 얻고 있는가?

- 자원 배분
- 치료
- 연구
- 인권 보호

지난 3년 동안 약간의 개선은 있었지만 이 질문에 대한 대답은 분명 ‘아니다’이다. 아직도 수십만 명에 달하는 호주의 정신장애인들이 결핍, 차별, 소외, 오명 등을 겪고 있다는 사실은 국가적 수치이다.

## 권리의 균형 맞추기

본 조사에서 보면 인권 보호는 분명 권리의 균형을 요구한다.

정신장애인들의 권리를 가족, 보호자, 지역사회의 요구와 균형을 맞추는 것이 지역 사회의 논쟁의 주제가 될 필요가 있다. 특히 공공시설 수용 또는 지역사회 치료, 그리고 치료를 받을 권리 및 치료를 거부할 권리가 이 논쟁과 관련이 있다. 그러나 다음과 같은 이유로 제대로 된 논쟁이 이루어지고 있지 못하다.

- 정신 질환과 치료가능성에 대한 지역 사회의 두려움과 이해 부족
- 정신장애인이 정신장애를 한번도 갖지 않은 사람들이 영위하는 것과 같은 삶을 살수 있는 정도에 대한 전반적인 이해의 부족
- 정신 건강 서비스의 부적정한 배치
- 지역에서 이용 가능한 평가, 치료, 추적 및 지원 서비스의 부족
- 문화적으로 적절한 서비스의 부족



호주 정신장애인  
국가보고서 목차

# 3

붙임자료

## 호주 장애인 국가보고서 목차\*

### 정신장애인의 인권에 관한 전국 조사

#### 1권

##### 1부: 배경, 정의 및 기존 서비스

###### 제1장

조사 배경

조사 절차

조사 범위

보고서 개요

정신 장애 사례

결론

###### 제2장

관련 인권 조항 및 국제법

도입

정신장애인의 인권

연방법상의 조항

기타 국제 협약

정신장애 원칙

\* 이 자료는 1993년에 발표된 호주정신장애인국가보고서(Report of National Inquiry into the Human Rights of People with Mental illness)의 목차를 청중들의 이해를 돕기 위해 번역한 것입니다.

추가적인 국제적 기준 개발

### **제3장**

정신장애의 정의 및 개념

도입

정신장애에 대한 관점의 변화

정신장애의 법적 정의

정신장애의 의학적 개념

비교문화적 개념

### **제4장**

법체계

연방법

뉴 사우스 웨일즈

빅토리아

퀸즐랜드

사우스 오스트레일리아

웨스턴 오스트레일리아

태즈매니아

노던 테리토리

오스트레일리안 캐피털 테리토리

### **제5장**

정신 보건 서비스

정부 분야

민간 분야

비정부 분야



## 제6장

보건 전문가 등의 역할 및 양성

보건 전문가의 견해

전문가 양성 및 교육

## 제7장

조사 개시 후 진행 사항

연방법

뉴 사우스 웨일즈

빅토리아

퀸즐랜드

사우스 오스트레일리아

웨스턴 오스트레일리아

테즈매니아

노던 테리토리

오스트레일리안 캐피털 테리토리

## 제2부 정신장애인의 삶

### 제8장 입원 환자 치료

입원 전 및 입원

임상 치료 및 일반적 치료

투약

전기충격요법(ETC)

대안 요법

정신과 의사와 입원환자의 관계

간호사와 입원환자와의 관계

정보에 대한 접근

프라이버시

안전  
격리  
공격과 학대  
활동 및 직업 요법  
시설 환경  
병원내 교육  
퇴원 계획  
결론

## **제9장 지역사회 치료**

위기관리  
치료의 연속성  
치료 추적  
대안 치료  
심리사회적 사회복귀  
건강증진활동  
재정적인 문제  
결론

## **제10장 주거**

도입  
적절한 주거에 대한 장벽  
주거 방안  
지원된 주거  
특수 요구 그룹  
모델 서비스: 지원된 주거  
모델 서비스: 주거 지원

## **제11장 보딩 하우스**

배경

보딩 하우스에서의 정신 장애의 빈도

생활 조건

보딩 하우스 입소

정신 장애 치료

보딩 하우스 관리

보딩하우스 규제

보딩하우스 거주자를 위한 지원 확대

결론

## **제12장 고용**

배경

고용에 대한 장벽

직업적 선택권

비 직업적 선택권

연구

## **제13장 교육 및 훈련**

교육 및 훈련의 장벽

프로그램 설계

## **제14장 차별: 정신장애인의 개인적인 경험**

정신장애인이 된다는 것

불평등

소외

차별

결론

## **제15장 보호자: 가족의 경험**

도입

정보의 부족

친척을 위한 치료 획득의 어려움

법적 절차

가족과 전문가 사이의 협의

전문가들의 태도

정신장애가 가족에 미치는 정서적인 영향

가계

여성에 미치는 영향

보호자가 필요로 하는 실질적 지원

가족과 사는 것 vs 독립적으로 사는 것

결론

## **제16장 정신 장애인 가정의 자녀**

산후 우울증 및 그것이 영아에 미치는 영향

복지, 보육, 보호 이슈

어린 자녀들에 대한 영향

학년기 아동 및 10대 자녀에 대한 영향

정신장애인을 부모로 둔 성인 자녀

## **제2권**

### **제3부: 특정 취약 집단**

#### **제17장 노인**

도입

치매

우울증

노인 정신장애인의 치료

주거 치료

솔루션: 특수 치매 보호 시설

지역사회 치료

증거로부터 나타나는 정책 이슈

## **제18장 노숙자**

정의

누구인가 그리고 얼마나 많은가?

정신장애의 빈도

치료

왜 노숙자가 되는가?

특정 취약 집단

보호 시설의 상황

노숙자 서비스 기관

서비스에 대한 접근

기관 직원

보건 시스템과 기관간의 관계

빈곤과 수탁자

서비스 개선 방향

## **제19장 여성**

진단과 치료

산후 우울증

여성에 대한 폭력

보호시설

추가 연구의 필요성

## **제20장**

아동과 청소년

발생과 빈도

정의 및 용어

평가와 진단

기여 요소

아동 및 청소년 정신과 서비스

치료 획득의 어려움

서비스 제공의 부족

부적절한 배치

예방과 개입

소년 법원

청소년 자살

적절한 대응

결론

## **제21장 2중 3중 장애인**

정신장애와 지능장애

정신 장애와 약물 중독

정신장애의 청각장애

정신장애와 HIV/AIDS

가구조사

결론

## **제22장 시골 및 오지 주민**

서비스 분포

보건 전문가의 어려움  
소비자와 가족들의 어려움  
청소년들이 느끼는 압박  
해결책

## **제23장 원주민 및 토레스 스트레이트 아일랜드 (Torres strait islander) 주민**

도입  
역사적 경험  
정신장애에 대한 비교문화적인 관점  
정신장애의 빈도  
원주민 정신 장애의 사회적 맥락  
시골 및 오지에 대한 서비스  
문화적으로 적절한 서비스의 필요성  
자기 결정의 중요성

## **제24장 비영어권 출신 주민**

이주 경험  
특별히 취약한 그룹  
서비스 이용  
문화적으로 적절한 서비스의 부족  
필요 사항

## **제25장 법의학적 환자 및 수감자**

정의  
수감자 정신 장애의 빈도  
정신 장애가 감옥으로 이끄는가?  
감옥이 정신 장애로 이끄는가?  
수감 시설의 특수 요구 그룹

인력과 자원의 부족

석방

감옥 vs 병원

주지사의 뜻에 따른 수감자 (Governor's pleasure prisoners)

결론

## 제5부 기타 관심 사항

### 제26장 정신 보건 연구

도입

오스트레일리아의 의학 연구를 지원

정신 장애의 비용 및 연구 자금 지원

연방 자금 지원 소스

NHMRC 및 정신 건강 연구

의학 연구에 있어서의 우선적 조치(Affirmative action)

정신 건강 연구에 있어서의 구체적인 이슈

### 제27장 예방 및 조기 개입

지역사회 이슈 및 정신 건강 분야의 예방

특정한 상황에서의 예방 기회

예방 및 중증 정신 장애

정신분열증

우울증 및 조울증

특별 취약 계층

결론

### 제28장 책임성 관리

도입

품질 관리



기준  
동료 평가  
모니터링  
인가  
전문가 등록  
공식적인 방문자  
환자의 권리와 환자 옹호  
진정 메커니즘  
결론

## **제29장 법안**

도입  
사우스 오스트레일리아  
웨스턴 오스트레일리아  
결론

## **제 4부**

### **제30장 법: 현황과 개선점**

주법 (Federal legislation)  
입법 대상 및 정의  
자발적 입원  
비자발적 입원  
평가  
절차적 안전 조치  
치료  
비밀 보호  
법의학적 환자  
법률적 통제

후견인 및 집행

차별 금지

주간 협력

연방법

### **제31장 일반적인 현황 및 개선점**

일반적인 결론

정신 건강 서비스 (5장)

보건 전문가 (6장)

입원 환자 보호 및 치료 (8장)

지역 사회 보호 및 치료 (9장)

수용, 보당하우스, 노숙자 (10장, 11장, 18장)

고용 (12장)

교육과 훈련(13장)

차별: 장신 장애의 개인적 경험 (14장)

보호자 (15장)

정신장애인의 자녀 (16장)

노인 (17장)

여성 (19장)

아동과 청소년 (20장)

2중, 3중 장애인 (21장)

시골 및 오지 주민 (22장)

원주민 및 토레스 스트레이트 아일랜드 주민 (23장)

비영어권 출신 주민 (24장)

법의학적 환자와 수감자 (25장)

정신 건강 연구 (26장)

예방 및 조기 개입 (27장)

책임성 관리 (28장)

**부록 1**

조사에 출석한 증인

**부록 2**

서면 조사

**부록 3**

방문 시설

**부록 4**

장애인 인권 선언

**부록 5**

정신 장애인의 보호 및 정신 치료 개선을 위한 원칙

**부록 6**

약어표기



# 정신장애인 인권상황 국가보고서 사업

정신장애인 국가보고서 실무추진단

## 1. 추진 배경

- 선진국은 정신장애인에 대한 격리와 시설보호위주의 정책에서 탈피하여 지역사회에 기반을 둔 정신보건 의료서비스를 통하여 이용자와 가족중심의 치료, 예방과 재활, 회복과 사회복귀위주의 지역사회정신보건 서비스를 제공하고 있으나
- 우리나라는 아직도 사회로부터 격리와 시설수용위주의 정책을 유지하고 있어 강제 입원이 전체입원환자의 91%에 달하고, 입원·치료·퇴원과정에서 인권침해 시비가 끊이지 않고 있으며, 사회복귀가 매우 저조하고, 치료가 되어도 돌아갈 거주시설이 없는 등 문제가 노출되고 있음
- 따라서, 현재 우리나라의 정신질환자 인권상황, 치료 및 보호실태, 현행정신보건서비스 전달체계의 문제점, 재활 및 사회복귀 등에 인권의 관점에서 정신장애인에 관한 전국적인 실태조사를 하여
- 정신장애인 인권보호와 증진에 기여하고, 이용자와 가족중심의 치료, 회복과 사회복귀에 중점을 둔 치료, 정신질환자들이 지역사회에서 완전히 참여하고 일하고, 배울 수 있는 인권 친화적이고 국제적 수준의 정신보건서비스로 탈바꿈 할 수 있는 최적의 정책대안을 제시할 수 있는 국가보고서가 필요함.

## 2. 국가보고서의 필요성

### 가. 급증하고 있는 정신장애인에 대한 정확한 인권실태 파악 필요

- 정신질환 유병율은 18세 이상 64세이하 인구의 14.4%로 매년 약 466만명이 정신질환으로 이환<sup>1)</sup>된다고 조사
- 정신질환 입원환자 급등 추세
  - 1980년 1만2천명 수준에서 2005년 68,991명으로 증가

#### <연도별 입원환자 수>

연 도	2000	2001	2002	2003	2004	2005
입원환자 수	51,747	56,514	58,218	62,154	67,896	68,991

### 나. 정신보건서비스의 획기적 전환을 위한 새로운 패러다임 필요

- 정부는 정신보건시설의 지원확대를 통해 병원 및 요양시설의 공급을 늘리는 정책을 추진함
  - 정신보건법 시행(1997) 이후 정신병상이 1996년 21,531병상에서 1999년 8월 36,387병상으로 증가하였고 2004년 62,554병상, 2006년 7만병상이 넘는 것으로 추정
- 기존 정책 틀 내에서는 정신장애인의 인권개선이 곤란
  - 기존 정책의 한계 : 사회로부터 강제격리, 병원 및 요양시설에의 입원 위주의 치료, 치료과정에서 당사자 배제, 정부재정 부담 증가, 재활과 회복 치료 프로그램

1) 이중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.4% 약 273만명(이중 정신병적 장애는 0.5%로 약 176천명), 알콜사용장애 유병율은 6.8% 약 221만명(2007년도 정신보건사업안 내 4쪽)

미비 등으로 인권침해시비가 끊이지 않음

- 시설위주의 격리와 수용정책에서 정신장애인의 인권보장과 회복에 바탕을 둔 지역 사회·이용자 중심의 정책패러다임으로 대전환 필요

#### 다. 정신장애인 인권개선을 위한 정부대책 전환을 위한 대안 필요

- 정신질환자 인권실태, 치료 및 보호실태, 정신보건서비스 전달 체계 등에 관한 전반적인 실태조사를 통해, 인권 친화적, 국제적 수준의 정신보건서비스로 탈바꿈 할 수 있는 최적의 정책대안을 제시할 수 있는 종합보고서를 작성함으로써
- 정부의 정신보건복지 관련 정책·법제도 개선을 위한 정책대안을 제시하여 정신장애인의 인권보장과 증진에 기여하고자 함
  - ※ **정신장애인 인권 국가보고서는 향후 우리나라의 정신장애인 인권보호를 위한 비전과 방향을 제시하는 로드맵이 될 것임.**

#### 라. 장애인차별금지법 시행에 따른 대책 강구 시급

- 장애인차별금지법 통과와 인권감수성 향상 등으로 정신장애인 차별문제가 향후 중요한 사회적 이슈로 부각될 것으로 예상
  - 장애인차별금지법 통과로 미국의 움스테드 판결(1999)과 유사한 국내 판결이 예상되며, 지역사회 위주의 정신보건 서비스 제공 등이 시급

#### < 움스테드 판결 (Olmstead v. L.C.) >

1999.6.22. 미국 대법원은 장애인을 불필요하게 시설에 격리하는 것은 장애에 의한 차별이 될 수 있다고 판단, ADA법(American with Disabilities Act, 1990)에 의해 국가가 장애인을 시설 수용하는 것보다는 지역사회 중심의 서비스를 제공할 의무가 있다고 볼 수 있다고 판결함.

### 3. 정신장애인 인권실태

#### 가. 강제입원 (비자발적 입원) 형태 압도적 (91.6%)<sup>2)</sup>

- 자의입원 8.4%, 보호의무자에 의한 입원 76.8%, 지자체에 의한 입원 등 15.6% (2004년)
  - 대부분의 EU 선진국은 강제입원비율이 12~15% 미만임

#### 나. 입원일수 장기화

- 평균 267일, 정신의료기관 평균 159일(국립 101일, 사립 266일), 정신요양시설 2,485일(2004년)
  - 6개월 이상 장기 입원 56.2%(2005년)
  - 각국 평균 입원일: 독일 25일, 영국 52일, 프랑스 35.7일, 이탈리아 13.4일
- 계속입원심사 퇴원율<sup>3)</sup> 저조
  - 2004년·2005년 계속입원심사에서 2.2%, 2.7%만이 퇴원함(강제입원 환자의 경우 보호의무자 동의가 없으면 퇴원이 매우 어려움)

#### 다. 정신질환자에 대한 사회적 편견과 차별이 심각

- 정신질환자는 격리·수용시켜야 안전하다는 사회적 편견 만연
- 가족 지지망의 해체/시설 퇴원 곤란, 퇴원 후 사회복귀 프로그램 부족
- 직업, 보험, 기타 각종 사회적 서비스 이용의 차별<sup>4)</sup>
- 정신장애에 대한 사회적 편견 해소를 위해 다양한 노력 필요
  - 사회구성원의 인식개선노력과 장애인 스스로 편견과 차별을 극복하도록 지원

2) 출처 : 2004 중앙정신보건사업지원단 보고서

3) 중앙정신보건사업단보고서, 2004,2005 참조

4) 민간보험 가입이 제한(상법732조등), 국립박물관, 국립중앙도서관 등 관람 및 출입금지, 의료인, 의료기사, 운전면허, 약사,한의사, 수의사 등 자격증 분야



라. 정신장애인 인권보호수준이 국제기준 등에 미흡

- 시민·정치적 권리(자유권), 경제사회적권리, 1991년 UN이 발표한 '정신장애인 보호와 정신보건 의료 향상을 위한 원칙' 등 국제적 인권기준에 미흡
- 정신장애인에 대한 권리보호 및 구제절차가 법·제도적 차원에서 국제적인 수준으로 보다 명확하게 보장하고, 치료과정에서 환자들에 대한 폭언·폭행이나 과도한 격리·강박, 기타 비인간적인 처우를 하는 경우 보다 엄격한 통제가 필요
  - 현행정신보건법을 국제적 수준의 정신보건복지법으로 대폭 손질 시급

마. 사회복지시설 및 지역사회보건서비스 미흡

- 정신보건시설에서 퇴원하여도 갈 곳이 없어 퇴원을 못하는 실정임
  - 천신만고 끝에 퇴원(퇴소)하여도 오랜 시설생활로 가족지지의 해체로 갈 곳이 없어 다시 병원과 요양원으로 가든지 노숙인 등으로 전락
  - 2006년 현재 1,432개의 정신보건기관·시설(7만 여개의 병상 운영) 중 사회복지시설은 147개, 이용자수는 4천여 명에 불과 불균형이 심각
- 대부분의 병원, 시설에서 이들에게 적절한 치료 프로그램이나 사회복지지원 프로그램을 충분히 제공할 수 있는 형편도 아니어서, 우리사회가 이들을 사실상 시설에 방치하고 있는 실정임

바. 진정사건 급증

< 위원회 정신보건시설 진정 건수 >

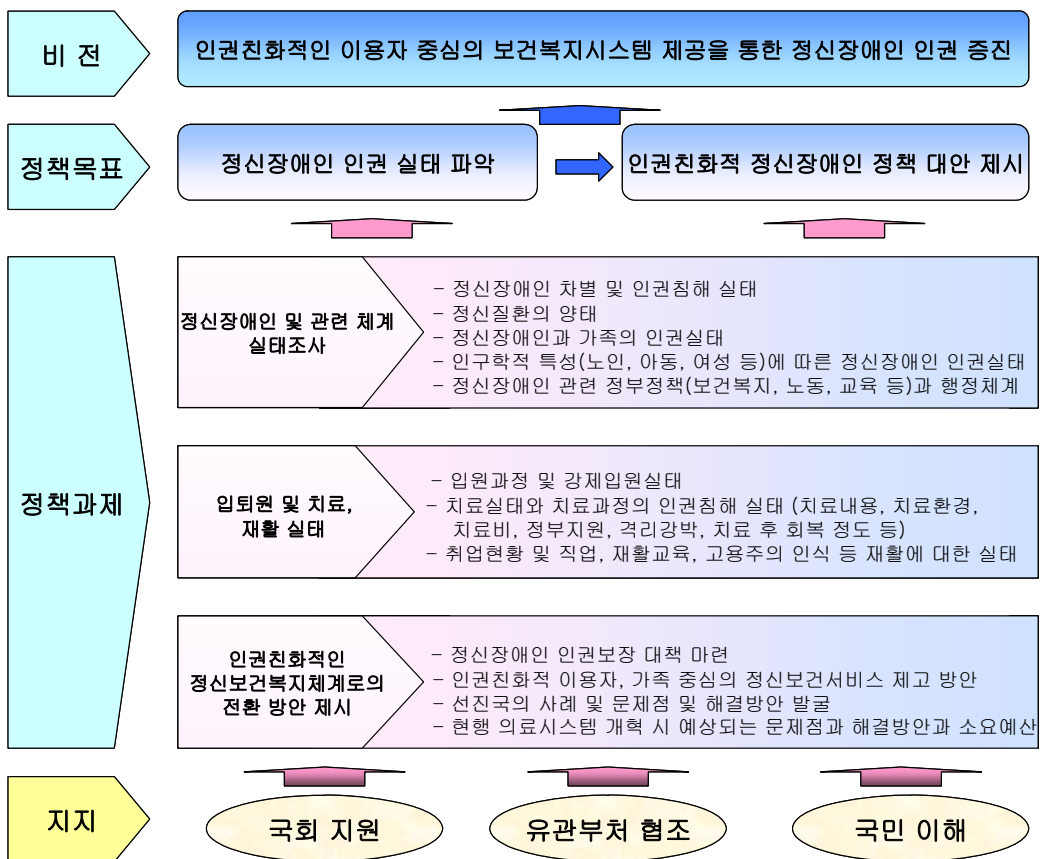
연 도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007.6.4
수	8	20	45	112	176	303	187건

※ 2007년 400건 상회 예상

- 강제입원, 치료과정에서 과도한 격리 및 강박, 통신의 자유제한 등 신체의 자유제한, 정당한 보호의무자가 아닌 사람에 의한 입원, 퇴원불허, 계속입원심사 누락, 혹은 계속입원사실 미고지, 퇴원 명령 불이행 등 인권침해가 계속해서 일어나고 있음
  - 수용과 격리위주의 정신보건정책을 폐지하지 않는 한 정신보건 시설에서의 인권 침해는 끊이지 않을 것으로 보임

#### 4. 인권보고서 작성 추진 방안

##### 가. 비전과 정책 개요



## 나. 추진목표

- 정신질환자 인권실태와 현 정신보건서비스 체계에 대한 정확한 진단과 선진국 수준의 인권보호 및 치료방안 개선대책 수립
- 정신장애인이 사회의 일원으로 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있는 정신보건제도의 획기적 개선 방안 도출
- 지역사회중심, 이용자중심의 정신보건서비스 전달체계로 전환 및 개선을 위한 종합연구보고서
- 정신질환치료에 대해 국가보고서 작성
- 대통령과 국회에 개선권고 및 보고서제출

## 다. 기대효과

- 정신장애인에 대한 정부정책의 청사진 제시 및 정책 변화 유도
- 정신장애인 인권에 대한 국민과 보건업무종사자, 정책담당자의 관심 촉구
- 정신장애인의 인권·생활의 정확한 실태조사로 보건복지정책개발의 기초자료  
⇒ 정신장애인 인권침해 예방과 구제, 차별해소

## 라. 인권보고서 주요내용 (실태조사와 대안제시)

- **정신장애인 인권과 제도에 대한 실태조사**
  - 차별 및 인권침해실태(성적, 경제적 착취여부, 신체적·정신적 학대, 비인간적 대

- 우여부, 정신질환자에 대한 국민들의 편견과 인식정도 등)
- 정신질환의 양태(지역별, 연령별, 성별, 질환의 종류, 복합장애, 병세의 정도) 등
- 정신장애인 생활실태(주거시설, 학교교육 및 교육현황 등)
- 정신질환자의 가족 실태(장애인 자녀의 양육학업 및 보호실태, 가족들의 부담 등)
- 인구학적 등에 의한 특성에 따른 정신장애인 실태조사(여성, 아동 및 청소년, 노인, 노숙인·부랑인, 수형자·여성 재소자 등)
- 정신장애인에 대한 정부정책(예방·치료정책, 시설과 탈시설화 정책, 사회복귀정책, 주택·노동·교육정책)
- 정신보건 업무에 대한 정부 및 지방자치단체의 권한과 책임, 업무 수행실태 등
- 정신장애인 자살실태, 알코올·니코틴 사용장애 실태 등

#### ○ 입·퇴원 및 치료·재활에 대한 실태조사

- 강제입원 실태, 사유, 입원과정 등
- 치료실태(치료에서 환자의 결정권, 인격권, 방어권여부, 치료 후 회복정도, 치료내용 및 실태, 치료환경 등 타 질병과의 비교, 치료비, 정부지원의 적절성, 격리강박 실태 등)
- 치료과정에서 인권침해(투약, 약을 통제의 방법으로 신체적인 억제와 진정의 목적으로 사용하는지 여부)
- 정신장애인의 취업실태, 직업과 재활 교육실태, 고용주의 인식 실태

#### ○ 지역사회에 기반을 둔 정신보건의료 서비스체계로 전환방안

- 정신장애인 인권보장 대책
- 이용자와 가족중심의 인권친화적인 정신보건 및 치료서비스 방안
- 현행 정신보건서비스 전달체계(공공 및 민간) 실태조사
- 선진국의 정신보건복지서비스(예방, 치료, 재활, 주거지원, 사회복귀시스템)와의 비교 및 바람직한 대안제시
- 선진국에서 의료시스템제도 개선 시 발생하는 문제점 및 해결사례
- 우리나라에서 지역사회에 기반을 둔 의료시스템으로 전환 시 예상되는 문제점 및

## 해결방안

- 외래치료명령제 운영실태 및 문제점 해결 방안

## 5. 영역별 주요 업무 계획

영역	주요사업 및 일정	비고
토론회	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 제1차 토론회 (Prof. Brian Burdekin) : 2008.5.14~16</li> <li>○ 제2차 토론회 (정신보건의 실태와 문제점) : 2008.9월경</li> <li>○ 제3차 토론회 (Prof. Norman Sartorius외) : 2008.10.14</li> <li>○ 외빈 토론회 (WHO Dr. Michelle Funk) : 2008.11.12~14</li> <li>○ 제4차 토론회 (Benedetto Saraceno) : 2009.4.4</li> </ul>	
실태조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사</li> <li>○ 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사</li> <li>○ 장기입원의 구조적 원인과 지속요인</li> <li>○ 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태</li> <li>○ 재가 정신질환자 및 가족의 생활실태</li> <li>○ 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축</li> </ul>	
방문조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 제1차 방문조사 : 2008.6월</li> <li>○ 제2차 방문조사 : 2008.8월</li> <li>○ 제3차 방문조사 : 2008.9월</li> </ul>	
문헌번역	세계보건기구 ‘정신건강과 인권’ 시리즈 번역 : 5월 발주(예정)	
홍보	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 홍보책자 및 포스터 발간</li> <li>○ 언론기고 / 기획기사 (중앙일간지, 인터넷 매체 등)</li> <li>○ 라디오 인터뷰 / TV 다큐 방송</li> <li>○ 블로그 및 뉴스레터 운영</li> <li>○ 사진전, 음악회, 미술전 등 행사 기획</li> </ul>	
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 이해관계자 집단 및 동향 파악</li> <li>○ 추진경과 기록보존 (각종 행사기록, 사진, 동영상 등)</li> </ul>	

정신장애인 인권보호와 증진을 위한  
정신보건 패러다임의 변화

---

2008년 5월 인쇄  
2008년 5월 발행

발행인 : 안 경 환

발행처 : 국가인권위원회 차별시정본부 장애차별팀

(100-842) 서울시 중구 무교동길 41

(을지로1가 16번지) 금세기 B/D 9층

전화 / 02) 2125-9841~6

FAX / 02) 2125-9848

[www.humanrights.go.kr](http://www.humanrights.go.kr)

인쇄처 : 도서출판 한 학 문 화

전화 / 02) 313-7593(代)

---