

**정신장애인
인권보호와 증진을 위한
워크숍**

2008. 7

정신장애인 인권보호와 증진을 위한 워크숍

일 정	내 용
14:30~15:00	[참가자 접수 및 등록]
	[사회] 최정기(전남대학교 사회학과 교수)
15:00~15:20	[인사말 및 취지 설명] 이정강(광주사무소장)
15:20~16:00	[발제1] 정신보건 서비스체계의 인권적 접근에 대하여 윤 탁(전남대학교 의과대학 교수) [발제2] 정신장애인 인권보호를 위한 인권위원회 정책방향에 대하여 진수명(국가인권위원회 장애차별팀)
16:00~16:40	[발제3] 진정사례 및 결정례로 보는 정신장애인 인권침해유형 신흥주(국가인권위원회 광주지역사무소) [발제4] 개정 정신보건법으로 보는 정신보건시설의 역할과 과제 김덕은(민주사회를위한변호사모임 광주전남지부 변호사)
16:40~17:20	[질의응답 및 자유발언]
~17:30	[정리 및 해산]

글 실는 순서

정신보건 서비스체계의 인권적 접근에 대하여 |윤 탁| 09

정신장애인 인권보호를 위한 인권위원회의 방향에 대하여 |국가인권위원회| 29

조사를 통해 본 정신장애인 인권 |신홍주| 43

개정 정신보건법의 의의와 문제점 및 제도적 개선방안 |김덕은| 61

부록 : 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN원칙 | 69

정신보건서비스체계의 인권적 접근

| 윤 탁 (전남대학교 의과대학 정신과 교수) |

정신보건서비스체계의 인권적 접근

윤 탁(전남대학교 의과대학 정신과 교수)

I. 인권의 의의

1. 인권은 무엇인가

오랜 역사에서 인류가 '인권'의 개념을 발견한 것은 기껏해야 200여년 전의 일에 불과하며, 영국, 프랑스, 미국 등에서 18세기 후반에 '인권 선언'들이 이루어지면서 근대 사회가 시작되었다. 산업혁명이 산업 분야에서 구시대와 근대를 가르는 상징인 것처럼, '인권'은 구시대와 새로운 시대를 가리며, 새 시대의 등장을 선포하는 상징이며, 현재는 모든 국가와 사회에서 체제를 불문하고 가장 기본적인 사회의 가치로서 인정되고 있다.

인권(Human Rights)은 '인간이 인간으로서 당연히 가지는 생래적(生來的), 천부적(天賦的) 권리'라고 정의된다. 쉽게 정의하면 '인간으로서 태어난 이상 당연히 갖는 권리', 즉 '인간이 인간다운 삶을 영위하기 위해 반드시 필요한 필수적인 권리'라고 설명할 수 있다. 그렇다면, 실생활에서 뭐가 '인권'인 것인가 하는 의문이 흔히 생긴다. 흔히 일상생활을 할 때, 모든 영역, 잘 때나 깨어있을 때나 '인간답게' 살아가면서 항상 인권은 우리와 분리되어 있지 않다. '과연 이것이 인권인가?'하는 의문이 들 경우, 이러한 의문에 대한 답은 대부분 '그렇다. 인권이다.'이다. 그러므로, 우리가 살아가는 문제가 기본적으로 인권의 문제와 관련되어 있음을 이해하여야 한다. 그리고, 구체적인 상황에서 구체적인 인권을 어느 정도까지 보장할 수 있는냐는 그 사회의 인권정도를 보여주는 지표가 된다.

이렇게 보면, 정신질환을 앓고 있는 환자들이 외래 및 입원의 치료과정에서 항상 인권의 문제는 분리될 수 없다는 것을 알 수 있으며, 치료과정중에 환자들의 인권을 구체적으로 어느 정도까지 보장할 수 있는가가 정신보건서비스 체계내에서의 인권 존중 정도를 보여준다고 할 수 있다.

II. 정신장애인의 인권

1. 정신장애인에 대한 인식의 변천과 인권

정신 질환은 인류와 역사를 하는 오래된 질환임에도 불구하고, 정신증상이 치료의 대상인 병으로 여겨진 것은 200여년이 되지 않았다. 심지어는 20세기 초, 중반까지만 해도, 정신질환을 치료한다는 목적하에 상상할 수 없는 치료법이 사용되기도 하였다. 정신질환자에 대한 인권이 개념이 구체화되기 시작한 것은 20세기에 들어서야 시작되었으며, 20세기 중반에 정신질환 치료 약물들이 개발되기 시작하면서, 정신장애인의 인권의 개념이 보다 발전되기 시작하였다. 국내의 경우 정신질환자에 대한 인권의 개념이 정신보건서비스 현장에서 인식되기 시작한 것은 채 10년이 안되었으며, 아직도 인권은 치료와 상반되는 것이며, 치료를 위해서는 인권은 당연히 침해될 수 있다고 여기는 경우도 흔한 것이 현실이다.

1) 정신병원 수용 모델 - 20세기 초 중반

정신장애인은 최초 종교 시설과 그 이후 사회복지시설에 수용되었다가, 정신 의학의 발달로 정신과 전문의가 늘고 정신병원이 늘어남에 따라 20세기 들어서는 정신병원에 본격적으로 수용되었다. 그러나, 수용의 장소만 시설에서 정신병원 중심으로 바뀌었을 뿐, 정신장애인을 지역사회에서 분리된 시설에 수용한다는 점에서는 차이가 없었다. 복지국가 개념의 도입과 함께 정신장애인의 인권에 대한 관심이 높아지면서 선진국에서는 위와 같은 격리 및 수용 중심 모델이 정신장애인의 인권을 침해함은 물론 이들을 치료하여 사회로 복귀시키는 데에도 문제가 있다는 인식이 점차 대두되었다.

국내의 경우는 정신병원 수용 모델이 사라졌다고 할 수 없는 상황이며, 아직도 환자들이 치료 보다는 실제로는 수용에 초점이 맞춰져 있는 경우가 많은 것이 현실이다.

☞ 사례 - 정신장애인에 대한 편견의 극단, 히틀러

1939년 9월 1일 히틀러는 정신 질환자를 포함한 불치환자에게 안락사를 명하는 집단학살계획인 <T4(Tiergartenstrasse 4)계획>에 서명하였다. 위 계획은 당시 독일 최고의 과학자와 의학자에 의해서 시행되었고, 의사에 의하여 치유 불능으로 판명된 환자를 가스실에 집어넣어 집단적으로 학살하는 식으로 이루어졌다. 이 계획으로 약 30만 명의 정신 질환자, 유전성 질환자 및 복지시설 입소자가 집단 살해되었다. 히틀러는 또한 1933년 권력을 잡은 지 5개월 만에 단종법(유전병 자손 방지법)을 제정하여 1939년까지 6년간 약38만5천명에게 단종 수술을 하였는데 여기에도 정신 질환자가 주로 포함되었다. 단종 수술은 독일 뿐 아니라 당시 미국, 덴마크, 핀란드 등 다수 국가에서 시행되었다. 히틀러는 “병자, 약자, 기형아 등을 절멸시키는 것은 가장 병적인 인간을 보호하려고 하는 현대의 경멸할만한 미친 짓에 비한다면 몇 천 배나 자비심 깊은 일이다” 고 이를 합리화하였다. 오래전도 아니고 불과 60여년 전의 일이다. 정신장애인에 대한 편견은 이렇게 뿌리 깊은 것이다.

2) 탈원화(탈시설화) 모델 - 20세기 중반 이후

20세기 중반부터 정신병원 장기 수용의 폐해가 속속 알려지고 지역사회 정신보건사업 운동이 제기되면서 선진국들은 속속 이른바 '탈원화(탈시설화)' 및 '지역사회로의 복귀' 시스템으로 정신장애인 정책의 질적 전환을 이루어갔다.¹⁾ 이제 선진국에서 정신장애인은 지역사회에서 사람들과 어울려 살면서 치료받을 수 있어야 한다는 것이 당연한 것으로 인식되고 있다. 1991년 국제 연합 총회에서 46/119 결의문으로 채택된 <정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙>(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 이하 'MI 원칙'이라고 표기함)은 3.항에서 '모든 정신장애인은 가능한 지역사회에서 거주하고 근로할 수 있는 권리를 가진다'고 하여 이런 원칙을 명시하기에 이르렀다.

국내는 탈원화(탈시설화)와 지역사회로의 복귀 시스템을 만들기 위한 노력이 약 10여년전부터 구체적으로 현실화되기 시작하였으나, 아직도 초기 단계라고 할 수 있으며, 선진국과 비교할 수 있는 수준에 도달하지 못하였으며, OECD 가입 국가의 수준에 훨씬 맞지 않는 수준이다.

2. 우리나라에서의 정신장애인에 대한 인식과 시스템

1) 산업화 이전 - 정신병은 치료해야 할 대상이라는 인식의 수립과정

우리나라에서도 근대 이전 농경 사회 대가족하에서는 정신장애인을 가족이 돌보았고 농촌 지역사회에서 편입되어 생활하였다. 정신장애인을 따로 모아서 격리 수용한다는 관념은 존재하지 않았다. 1900년을 전후하여 서양 의학이 들어오는 과정에서 서구 정신 의학이 들어오고 1911년 조선총독부 제생원(濟生院)에서 정신병자를 수용하여 치료를 시작하기도 하였지만 1960년에 이르기까지 정신장애인을 치료하는 정신병원이나 요양 시설은 거의 설립되지 않았다. 이시기까지 민간에서는 여전히 정신장애인에 대하여 복숭아 나뭇가지로 매질하거나 경을 읽고 무당을 불러 굿을 하는 등의 전통적 방법이 시도되었다. 1961년 국립서울정신병원이 발족하는 등 시설이 확장되었으나 정부의 무관심과 전통적 농경 사회의 관점이 혼합되어 정신장애인의 실태와 치우는 사회적 문제로 크게 대두하지도 못하였다.

1) 미국의 경우 1960-70년대는 주립 정신병원 입원자의 약 3/4정도가 병원이라는 수용 공간을 떠나 지역사회로 돌아오는 획기적인 변화의 시기였다. 이와 같은 변화의 추동력은 19세기 초 규범적 치료에서부터 정신 위생 운동 그리고 지역사회 정신보건 운동 등과 같은 인도주의적 사회운동에 의한 정신장애인 인권에 관한 사회의식의 발전에 의한 것이며, 다른 한편으로 미국에서 정신의학과 관련된 지식 발전에 따른 효과적인 정신과 약물의 개발의 영향도 있었다(이용표, 2005).

2) 산업화 시기 - 비인가시설 수용 중심의 시스템

1970년대 이후 급격한 산업화를 거치면서 서구의 경우보다 더욱 빠른 도시화와 농촌 사회의 붕괴, 핵가족의 등장으로 인하여 정신장애인은 사회와 가족의 짐으로 인식되거나 사회적 위험 요소로 등장하게 되었다. 정부와 사회의 무관심 속에서 1980년대 전까지 정신장애를 담당하는 제도화된 공간이 협소했던 이유로, 기독교, 불교 등 종교 단체가 운영하는 사회복지시설 등 각종 비제도적 시설이 정신장애인을 수용하였다. 이들 시설은 대개 시설과 인력을 갖추지 못한 '미인가시설'이었는데, 미인가시설이 정신장애인을 주로 수용하면서 비치료적이고 반인권적인 처우가 만연하였다. 1983년 KBS '추적60분'에서 쇠사슬에 묶인 채 방치된 기도원의 정신장애인의 실태가 고발되었고, '부산 형제복지원 사건'²⁾ 등 크고 작은 인권 침해 사례가 보고되었다.

3) 민주화 시기 - 대형정신병원 수용 중심의 시스템 및 정신보건법의 제정

1980년대 이후 기존의 비의료적 수용시설에 대한 문제제기와 정신과 전문의의 증가로, 정신장애인을 정신병원 등 시설에 수용하는 모델로의 전환이 급격히 이루어졌다. 1995년에는 일본의 정신보건법을 모델로 하여 정신장애인에 관한 일반법인 <정신보건법>이 제정되었다. 정신보건법은 "정신장애인의 의료 및 사회 복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신 건강 증진에 이바지함을 목적"(제1조)으로 한다는 취지에도 불구하고 시설 수용의 제도화와 장기화를 낳았다. '보호의무자에 의한 입원' 등 정신병원에의 강제 입원 절차가 마련되어 강제 입원이 공식화되었으나 반면 지역사회 복귀 및 재활에 대한 부분은 여전히 공백으로 남겨짐으로써, 정신장애인의 인권 보장 및 성공적인 지역사회 복귀 및 재활이라는 취지와는 다른 결과를 낳았다. 정신보건법 시행 후에도 정신장애인의 수용은 전혀 줄지 않고 늘었다. 이는 1980년대 이후 정신과 전문의와 정신병원이 급격히 늘어난 데에도 원인이 있었다. 1983년 최초로 배출된 정신과 전문의 수는 434명이었으나 2000년에는 1,358명으로 증가하고, 정신병원 병상수도 1985년 2,121병상에서 1999년 8월에 36,387병상으로 수직 상승하였다. 80년대 중반 기도원 사건 등 부랑인시설의 비인권적 상황이 사회 문제가 됨으로서 많은 수용자가 시설 수용에서 해방되었는데, 이들은 고스란히 정신병원으로 옮겨 수용되는 결과가 되었다.

2) 1987년 전국 최대 부랑인 수용시설이던 '부산 형제복지원'에서 원생 1명이 구타로 숨지고 35명이 탈출하면서 알려진 사건. 조사 결과 형제복지원은 멀쩡한 사람을 부랑자로 몰아 불법 감금하고 강제 노역을 시켰으며, 구타 살해 등 인권 침해를 자행하였음이 드러났다.

<표 1> 1997년 이후 정신장애인시설 변화추이³⁾

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

주: ** 1999년 8월31일 병상 수

*** 정신병원+정신요양시설 수용자

자료: 국가인권위원회. 2006년. 『인권상황실태 연구용역보고서』

4) 탈원화(탈시설화) 및 지역사회복귀 시스템의 확대 - 정신보건서비스체계의 인 권 의식 도입

우리나라의 정신장애인 처우는 여전히 정신병원 등 수용시설 수용 모델 중심에 머물러 있고 탈원화(탈시설화) 및 지역사회 복귀로 나아가지 못한 상태이다. 게다가 민간 정신병원 등 시설이 늘어나면서 시설의 대형화, 환자의 장기 입원의 문제가 구조화되기에 이르렀다. 정신보건시설은 입원 환자 수를 기준으로 의료 급여를 지급받고 시설 확충 비용을 지원받으면서 대형화되었고, 한편 일부에서는 영리를 위하여 정신장애인을 장기 수용하는 경우가 언론을 통해 밝혀지기도 했다.

정신보건시설 입원환자가 가장 많이 수용되어 있는 정신요양시설의 경우 3년 이상 장기입원 환자가 71.8%에 이르는 것으로 보고되고, 2005년에 전국 정신보건심판위원회에서 6개월 이상 계속 입원 여부를 심사한 79,181건 중 2.7%에 불과한 2,113건만이 퇴원이 이루어졌다.⁴⁾ 이와 같은 시설의 대형화와 장기 입원은 수용된 정신장애인을 사회와 완전히 단절시켜 놓았고, 이러한 단절은 다시 정신장애인을 위험한 잠재적 범죄자로 보는 사회 방위적 시각을 확대 재생산하는 문제를 낳았다.

이러한 인식을 바탕으로, 탈원화(탈시설화) 및 지역사회복귀를 치료 목표로 하는 움직임들이 시작되었으며, 국가인권위원회 내에 정신장애인의 인권 침해에 대한 전담팀이 구성되는 등, 정신보건서비스의 전반적인 영역에 새로운 변화가 활발히 시작되고 있다.

3) 국가인권위원회 2006년 인권상황실태조사 연구용역보고서, '정신장애자 인권 개선을 위한 법제 연구' 68쪽

4) 국가인권위원회, '지방자치단체의 정신보건 업무 수행 실태조사', 2006

3. 정신장애인의 인권에 관한 국제 원칙과 국내의 법령

1) 정신장애인의 인권에 관한 국제 원칙

제2차 세계대전 중 인류는 대량 학살, 강제 노동, 고문, 테러, 인간 실험, 국외 추방 등 대규모적인 만행을 저질렀다. 인류는 전쟁 중의 비인간적인 만행에 대한 반성으로 인간의 존엄과 가치를 실정법에 명문화기에 이르렀다. 1948년 국제 연합 총회에서 채택된 <세계 인권 선언>은 “모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며 그 존엄성과 권리는 동등하다. 인간은 천부적으로 이성과 양심을 부여받았으며 서로 형제애의 정신으로 행동해야 한다”(제1조)는 원칙을 정하고 있다. 이런 원칙은 ‘자유권 규약’과 ‘사회권 규약’에서도 고스란히 관철되고 있다. ‘모든 인간’에 정신장애인이 포함된다는 점에 이견이 있을 수 없다. 우리 헌법도 제5차 개정헌법 이래 인간의 존엄과 가치 조항(제10조)을 규정하고 있다. 인간존엄권이 뜻하는 바는 인간은 결코 타인 또는 국가의 수단이 될 수 없으며, 어떠한 이유에도 불구하고 존엄성이 존중되어야 한다는 것이다.

정신장애인의 인권에 대해서도 국제 사회에서 많은 원칙들이 확립되어 왔다. 그 중에서, 특히 1991년 12월 국제 연합 총회에서 결의된 <정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙>(Principles for the Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care, 이른바 ‘MI 원칙’)이 가장 체계적이고 보편적인 원칙으로 인정되고 있다. 국제연합 MI원칙은 일반적 제한 사항 및 원칙 1. ‘근본적 자유와 기본권’부터 원칙 25. ‘기존 권리 구제’까지 정신장애인 인권에 관한 모든 사항을 망라하고 있다. 대한민국이 국제 연합 회원국인 이상, 위 원칙은 당연히 대한민국에도 효력을 미치므로 우리의 정신장애인 인권에 관하여도 중요한 원칙에 해당한다.

그 외에 1975년 12월 국제 연합 총회에서 결의된 <장애인 권리 선언>(Declaration on the Rights of Disabled Persons)은 장애인 일반의 권리 장전이다. 장애인 권리 선언은 장애인을 ‘신체적 또는 정신적 능력 면에서 선천적이나 후천적 결함으로 인하여 정상적인 개인 또는 사회 생활을 스스로는 완전히 또는 부분적으로 영위할 수 없는 사람’(1항)으로 규정하고 있으므로, 정신장애인의 인권은 장애인 권리 선언에 의해서도 보장받는다.

☞ 정신장애인에 관한 국제 원칙들

정신장애인의 인권에 대하여는 MI원칙이나 장애인 권리 선언 외에도 아래와 같은 여러 국제 원칙이 존재한다.

♣ **정신지체인 권리선언(Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)** : 1971년 12월 국제 연합 총회에서 결의되었다. 제1조부터 제7조까지 정신지체인의 인권을 보장하고 있다.

- ♣ **카라카스 선언(Declaration of Caracas)** : 1990년 11월에 열린 ‘정신의료 개편에 관한 아메리카 지역 회의’에서 만장일치로 정신의료의 원칙을 선언하였다.
- ♣ **하와이선언Ⅱ(Declaration of Hawaii/Ⅱ)** : 1992년 세계정신의학협회(WPA) 총회에서 정신장애인의 치료에 관하여 정신과 의사가 준수하여야 할 원칙을 선언하였다.
- ♣ **정신의학과 인권에 대한 권고 1235(Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights)** : 1994년 ‘유럽회의 의원 총회’에서 정신장애인의 인권 존중을 보장하는 법적 조치를 채택하여야 함을 선언하면서 입원 절차 및 요건, 치료 등에 관한 포괄적인 권고를 하였다.
- ♣ **WHO 정신보건의료법 10대 기본 원칙** : 세계보건기구(WHO)가 1996년 발표한 정신보건의료법의 기본 원칙
- ♣ **장애인 권리 협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)** : 2006년 8월 25일 유엔 총회에서 채택된 인권 협약. 장애 여성 및 장애 아동 보호, 장애인에게 동등한 법적 능력 부여 및 평등권의 보장, 장애인에 대한 비인도적인 처우 금지 등 인권 보호 및 신장, 장애인의 자립 생활 보장을 위한 이동권 보장, 국제 모니터링 관련 개인 청원 및 심사 절차에 대한 선택의정서 채택 등의 내용을 담고 있다. 우리나라는 협약에 서명하였으나 아직 국회 비준은 이루어지지 않고 있다. 2008년 4월 3일자로 세계 20개의 국가 비준이 이루어져, 2008년 5월 3일부터 발효되었다.

2) 정신장애인 인권에 관한 국내 규정

우리 헌법은 (정신)장애인의 인권에 관한 규정을 별도로 두고 있지는 않고 ‘신체 장애자 및 질병, 노령 기타의 사유로 생활 능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다’(제34조제5항)는 규정과 차별금지규정(제11조)만을 두고 있다.

정신장애인의 인권과 관련한 주요 법률로는 △정신장애인의 입원 및 치료, 사회 복귀 및 이를 담당하는 정신보건시설(정신의료기관, 사회복귀시설, 정신요양시설)에 관한 기본법인 <정신보건법> △장애인의 권리 및 복지에 관한 <장애인복지법> △장애인에 대한 차별을 금지하는 <국가인권위원회법>과 장애를 이유로 한 모든 차별을 명시적으로 금지하고 위반 행위에 대하여 손해 배상 및 형사 책임을 인정하는 <장애인 차별 금지 및 권리 구제 등에 관한 법률>(2007년 제정, 2008년 4월 11일 시행) 등이 있고, △1998년에 국제 연합 장애인 인권 선언을 바탕으로 제정 및 선포된 <한국 장애인 인권 헌장>이 있다. 설령 구체적인 법률 규정이 마련되어 있지 않더라도 정신장애인 인권에 관한 국제 원칙들은 정신장애인 인권에 관한 중요한 판단기준이 됨은 물론이다.

4. 정신장애인과 관련한 중요 인권과 쟁점

인권은 국가, 인종, 지역, 종교를 초월하여 모든 사람에게 보편적으로 인정되는 권리이므로 인권에 관한 모든 쟁점은 정신장애인에 대하여도 동일하게 적용된다. 다만, 정신장애인의 특수성으로 인하여 빈번하게 인권 침해가 이루어지는 영역이 있는바, 정신장애인의 인권에 관하여 깊이 검토되어야 할 인권을 중심으로 개념과 쟁점을 살펴본다. 특히, 정신질환의 치료와 관련되어 논의가 되어야 할 쟁점들이다.

1) 정신장애인과 관련된 주요 인권

(1) 자기 결정권

모든 사람은 일정한 사적 사안에 관하여 국가로부터 간섭을 받음이 없이 자신에 대하여 스스로 결정할 수 있는 권리를 가지는데, 이를 '자기 결정권'이라 한다. 자기 결정권은 인간존엄권으로부터 필연적으로 도출되는 중요한 인권으로서, 각 나라마다 규정 방식은 다르지만 이를 중요한 헌법상 기본권으로 인정하고 있다. 우리의 경우 헌법 제10조의 인격권, 행복추구권에서 일반적 행동 자유권 또는 자기 결정권이 도출되는 것으로 해석된다. 자기 결정권은 자신의 신체, 라이프스타일(life-style), 성적 자기 결정권 등 개인이 결정할 수 있는 다양한 영역에서 인정된다.

먼저 근본적으로 정신장애인에게 자기 결정권을 다른 사람과 동일하게 인정할 수 있는지가 중심적인 문제로 등장한다. 시민적·정치적 권리에 관한 국제 규약(자유권 규약)은 “모든 사람은 자결권을 가진다”는 것을 최우선적으로 명시하고 있다(제1조). 우리 법상으로는 미성년자나 법원에 의하여 무능력자(금치산자, 한정치산자)로 결정된 자는 일정한 의사 판단과 행위 능력이 제한될 수 있지만⁵⁾ 이들의 경우도 제한되는 권리는 계약 등 법률 행위에 관한 능력일 뿐이고 정신병원에 입원을 할 것인지 여부 등 기타 일상생활에 관한 자기 결정권은 정신장애인이라고 하여 결코 부인당하지 않는다. 그런데도, 우리 사회에는 정신장애인을 '독자적인 자유를 누릴 능력이 결여된 자'인 것으로 인식한 나머지 정신장애인의 자기 결정권을 제한하는 것은 불가피하다는 통념이 남아있는 것이 사실이다.

정신장애인의 자기 결정권과 관련하여 가장 문제되는 것은 '강제 입원제도'이다. 현행 정신보건법의 대표적인 강제 입원제도인 보호의무자에 의한 입원제도(정신보건법 제24조)는 정신장애인 본인의 의사에 반해서, 오로지 보호의무자와 정신과 전문의의 결정에 따라서 강제 입원을 시키도록

5) 심신 상실 상태로 의사 능력이 없는 자는 법원으로부터 금치산자로 선고되고, 판단 능력이 불충분한 신신 미약자나 재산낭비자는 법원으로부터 한정치산자로 선고될 수 있다. 미성년자(만20세 미만)와 금치산자, 한정치산자를 '법률상 무능력자'라고 하는데 이들은 계약 등 법률행위에 관한 능력이 제한될 수 있다(민법 제9~13조).

규정하고 있다. 이는 정실장애인의 자기 결정권을 인정하지 않는 전제에 기초한 제도이다. 그 결과 2004년 통계에 따르면 정신보건시설에 수용되어 있는 정신장애인 중 자의로 입원한 환자는 7.7%에 불과하고, 나머지 92.3%의 환자들은 보호의무자에 의한 입원 등으로 강제로 입원된 환자일 정도로 입원에 관한 자기 결정권은 전무하다시피하다.⁶⁾ 이는 같은 제도를 가진 일본에서 1999년에 68.6%가 자의 입원 환자인 것⁷⁾과 비교해보아도 심각한 실태이다. 이런 제도가 과연 인권에 부합할 수 있는지 근본적인 검토가 필요하다.

자기 결정권이 문제되는 또 다른 경우는 정신장애인에게 ‘치료를 거부할 권리’를 인정할 수 있는 가이다. 환자는 의사로부터 자신의 상태에 대한 설명을 들은 후에 필요한 치료를 거부할 수 있고, 이 때 의사는 환자의 동의 없이는 치료를 강제할 수 없는데, 이를 ‘치료를 거부할 권리’라고 한다. 정신장애인에게는 치료를 거부할 권리를 인정하기 어렵다거나 인정 범위를 제한하여야 한다는 견해가 있다. 법적으로 정신장애인이라는 이유만으로 치료에 대한 결정 능력을 부인할 근거는 없으며, 의학적으로도 정신 질환자라 하여도 예외적인 경우를 제외하고는 치료 여부를 결정할 능력이 없다고 단정할 수 없다고 알려져 있다. 따라서 원칙적으로 정신장애인에게도 치료를 거부할 권리가 인정되어야 하고, 그 제한은 아래에서 언급하는 적법 절차 원칙에 따라 엄격하고 적법한 한도에서 이루어져야 한다. 환자에 대한 치료 강제를 정당화 사유가 있는 경우에 한하여 법원이나 적어도 공정성을 갖춘 공적 기관에 의하여 치료 명령이 이루어지도록 하며, 그 경우에도 인권 침해를 최소화할 수 있도록 조치가 취해져야 한다. 국제 연합 MI원칙도 “정신장애인에게 고지된 동의 없이는 환자를 치료할 수 없다”(11항)고 정하고 있다.

나아가, 시설 등에 ‘정신장애인이 수용된 경우 시설의 편의대로 일과 시간을 통제하고 의복이나 머리 모양을 정해진 대로 강요’하거나 ‘여성 장애인에 대하여 강제로 붙임 시술을 시행하는 경우’가 보고되고 있는데, 이는 모두 인간존엄권과 자기 결정권을 침해하는 행위이다.

(2) 신체의 자유 및 적법 절차 원리

신체의 자유는 신체의 안전성이 외부로부터의 물리적 힘이나 정신적 위협으로부터 침해당하지 아니할 자유와 신체 활동을 임의적이고 자율적으로 할 수 있는 자유 즉 신체의 안전성과 신체 활동의 임의성을 그 내용으로 하는 자유를 말한다. 헌법 제12조제1항제2문은 신체의 자유와 관련하여 적법 절차의 원리를 규정하고 있다. 적법 절차 원리는 공권력에 의한 국민의 자유와 권리 침해는 반드시 실체법상 또는 절차법상 합리적이고 정당하다고 인정되는 절차에 의해서만 행할 것을 요구한다. 적법 절차 원리는 형사소송절차에 한하지 않고 모든 국가 작용 및 입법 작용 전반에 대하여 적용되며, 또한 문제된 법률의 실체적 내용이 합리성과 정당성을 갖추고 있는지 여부를 판단하는 기준이 된다(헌법재판소 1992. 12. 24. 92헌가8 결정 등). 따라서 신체의 자유를 제한하는 내용

6) 2004년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 중 ‘정신보건시설 종류별 입원 유형별 환자 현황’

7) 2006년 인권위원회 인권상황 실태조사 연구용역보고서 ‘정신장애자 인권 개선을 위한 법제 연구’

을 형식적 의미의 법률에 규정하였다는 것만으로는 합헌일 수는 없으며, 그 법률이 정한 절차도 실질적으로 적법하여야 한다.

적법 절차 원칙은 미국에서 판례를 통하여 형성되어 왔는데, 그 핵심적인 내용은 ①개인의 자유와 권리에 영향을 미치는 국가적 행위에 대하여 관계 국가 기관이 정당한 권한을 가질 것 ②입법 절차는 물론 법률 내용도 구체적이고 명확할 것 ③상대방에게 고지, 청문의 기회가 제공될 것 ④변호인의 조력을 받을 권리와 유리한 증인의 강제 소환 등이 보장될 것 ⑤판정 기관이 공정하게 구성될 것 ⑥권리 의무의 판정은 정의의 원칙과 헌법의 기본이념에 합치하고 자의적인 것이 아닐 것 ⑦헌법상 보장된 국민의 권리가 행정 작용에 의해서 침해된 경우에는 그에 대한 사법적 심사가 반드시 이루어져야 할 것 등을 들고 있다.

정신장애인이 정신보건시설에 입소할 경우, 특히 정신병원에 강제 입원될 경우 적법한 절차를 지키지 아니하면 신체의 자유를 침해한 것이 된다. 국제 연합 MI원칙도 비자발적 입원의 요건, 심사 기관, 절차상 보호 조치를 자세하고 엄격하게 요구하고 있다(16, 17, 18.항). 현행 정신보건법상 강제 입원이 된 자는 임의로 퇴원할 수 없고 병원장이나 행정 기관의 결정에 의해서만 퇴원이 가능하며, 행동의 자유·통신권 등 헌법상 기본권이 제한(정신보건법 제45조, 제46조)될 수 있다는 점에서 정신보건법상 강제 입원은 헌법상 신체의 자유를 제한하고 있음이 명백하다. 따라서, 강제 입원은 신체의 자유 및 적법 절차 원리가 침해하게 다루어지는 핵심적인 현상이다. 정신보건법상 강제 입원의 대부분을 차지하는 제24조 보호의무자에 의한 입원제도는 강제 입원을 국가 기관의 개입 없이 사인(私人)의 결정만으로 가능하도록 하는 점, 강제 입원의 요건이 지나치게 추상적인 점, 보호의무자에 의하여 입원될 자에게 사전에 진술 기회를 보장하지 않는 점, 입원된 자가 즉시 이의를 신청하여 강제 입원의 적부를 심사받을 절차를 두고 있지 아니하고, 나아가 신속한 사법 심사 및 변호인의 조력 받을 권리를 보장하고 있지 아니하는 점 등 신체의 자유 제한 및 적법 절차 원리를 갖추고 있는지 의문이다.

2007년 ○○정신병원에서 환자를 100여 시간 연속 강박⁸⁾하여 환자가 사망한 사건이 발생하여 보도된 바 있다. 절차와 요건을 위반한 강박은 신체의 자유를 침해하는 것이다. 정신보건법은 격리에 관해서만 규정을 두고(제46조) 강박에 대하여는 근거 규정이 없으므로, 원칙적으로 환자 동의 없는 강박은 인권침해 소지가 있다. 그런데, 병원에서는 보건복지부 지침인 <격리 및 강박 지침>(2003)에 따라 관행적으로 강박이 이루어지고 있다. 그나마 보건복지부의 지침마저 지키지 않는 경우가 많고⁹⁾, 치료 목적을 벗어나 시설 내 질서 유지나 말썽을 일으키는 환자에 대한 통제 수단으로 사용되는 경우가 있는데, 이는 인권 침해 소지가 크다.

8) 보건복지부 지침에 따르면, 강박은 '환자의 신체 운동을 제한하는 행위로서, 손목이나 발목을 강박대(끈 또는 가죽 등)로 고정시키거나, 벨트를 사용하거나, 보호복을 착용시키거나, 의자에 고정시키는 방법 등을 사용하는 것'을 말한다.

9) 보건복지부의 「격리 및 강박 지침」은 자주 환자의 상태를 확인하고 30분마다 점검하고(7항), 2시간마다 대소변을 보게 하고 음료수를 공급하며 특히 '사지 운동'을 시켜야 한다(8항)고 정하고 있으며, 기타 세세한 격리 및 강박의 원칙을 정하고 있다.

☞ 사례 - 부당한 강제 입원은 ‘감금죄’로 형사 처벌의 대상이 된다.

강제 입원은 인신구속이다. 다만, 정신보건법이 일정한 요건 하에 이를 허용하고 있을 뿐이다. 적법한 절차를 거치지 않고 강제 입원시킬 경우 이는 인권 침해에 해당함은 물론 보호의무자나 정신과 전문의가 형법상 감금죄로 처벌될 수 있다.

“모든 정신 질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며 입원 치료가 필요한 정신 질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다는 같은 법 제2조 제1항, 제5항이 정한 기본이념 등에 비추어 보면, 같은 법 제24조 소정의 보호의무자에 의한 입원의 경우 보호의무자의 동의가 있더라도 정신과 전문의가 정신 질환자를 직접 대면하여 진찰하고 입원이 필요하다고 진단한 다음 이에 기초하여 정신의료기관의 장이 입원을 결정하여야 하고, 이러한 요건을 갖춘 입원 조치에 대하여 정신 질환자가 저항하는 때에 비로소 정신의학적·사회적으로 보아 상당하다고 인정되는 범위 내의 물리력의 행사가 허용된다” (대법원 2001. 2. 23. 선고 2000도4415 판결)

(3) 사생활의 자유

사생활의 자유란 소극적으로는 개인의 사생활의 내용이 함부로 공개당하지 아니할 권리(사생활의 비밀)와 사생활의 자유로운 형성과 전개를 국가 기관 등 타인으로부터 방해받지 아니할 권리(사생활의 자유), 적극적으로는 자신에 대한 정보를 스스로 통제할 수 있는 권리(자기정보관리통제권)을 포함한다. ‘세계 인권 선언’은 “어느 누구도 자신의 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대하여 자의적인 간섭을 받지 않으며, 자신의 명예와 신용에 대하여 공격을 받지 아니한다. 모든 사람은 그러한 간섭과 공격에 대하여 법률의 보호를 받을 권리를 가진다”고 선언한다(제12조). 국제 연합 MI원칙은 제6항에서 정신장애인에 대한 비밀보장을, 19항에서 정신장애인의 정보 열람 권한을 규정하고 있다. 현대 사회는 고도로 정보화되어 가고 있으며, 특히 인터넷 등 정보 통신의 발달로 개인의 신상에 관한 정보가 수집되거나 유통될 가능성이 매우 높아지고 있다. 이 때문에 많은 법률에서 사생활의 비밀과 자유를 보장하기 위한 규정을 포함시키고 있다.

정신장애인의 경우, ‘본인이 원하지 않는 정신장애에 관한 신상 정보가 공공 기관이나 시설에서 수집 및 유통되는 경우’, ‘치료를 이유로 사생활의 비밀이 침해되는 경우’, ‘시설 등에서 CCTV로 정신장애인의 일상을 촬영하는 것’ 등이 문제될 수 있다.

(4) 거주이전의 자유

거주이전의 자유는 외부의 간섭을 받지 않고 자신이 원하는 곳에 거소나 주소를 정하고, 그곳으로부터 자유로이 이동하며, 자신의 의사에 반하여 거주지와 체류지를 옮기지 아니할 자유를 말한다. 정신병원에 입원되거나 시설에 수용된 정신장애인의 경우 입·퇴원이나 입·퇴소가 제한된다면 이는 거주이전의 자유가 침해될 수 있다.

(5) 정신장애인과 사회권

정신장애인은 장애로 인하여 대개 사회, 경제적으로 약자가 되기 마련이다. 상황에 따라서는 가족들로부터 버림받은 채 시설이나 지역에서 방치될 경우도 있다. 정신장애인에게 사회권의 보장이 이 때문에 더욱 절실한 문제이다. '세계 인권 선언'과 사회권 규약이 이에 관한 중요한 원칙이 된다. 정신장애인의 사회권은 특히 성공적인 재활 및 사회 복귀를 위하여 매우 중요하다. 다음의 권리들이 문제된다.

첫째, '근로 및 적절한 보수를 받을 권리'이다. '세계 인권 선언' 제23조는 '근로 및 적절한 보수를 받을 관한 권리'에 관하여 규정하고 있고, MI원칙 13의 3, 4에서도 강제 노동과 노동 착취를 금지하고 있다. 정신보건시설에서 치료나 재활이라는 명목으로 정신장애인에게 시설 내 장시간 강제 노역을 시키거나 작업치료비 명목으로 최저 임금에도 못 미치는 소액만을 주는 경우가 발생하는 경우 등이 문제된다.

둘째, '휴식과 여가에 관한 권리'이다. '세계 인권 선언' 제24조는 모든 사람은 근로 시간의 합리적 제한과 정기적인 유급 휴일을 포함한 휴식과 여가에 관한 권리를 가진다고 정하고 있다. 시설에서는 자유로운 여가 생활의 보장 및 프로그램 제공, 외부 문화 교류, 체육 활동을 위한 시설 구비 등이 이루어져야 한다.

셋째, '건강 및 행복에 필요한 생활수준을 누릴 권리'와 '사회보장을 받을 권리'이다. '세계 인권 선언' 제25조는 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 정하고, 제22조는 이를 위한 사회보장을 받을 권리를 규정하고 있으며, 사회권 규약은 이를 구체화하고 있다. 정신장애인이 시설에 있을 때는 기본적인 의식주에 관한 권리의 침해가 문제된다. 정신장애인은 시설에서 퇴소할 경우, 특히 단독 세대의 경우 의식주를 스스로 해결해야 하고 사회보장에 필요한 절차도 본인이 해결해야 한다. 지역사회 보장시스템이 제대로 작동하지 않을 경우, 정신장애인은 지역사회 복귀를 꺼리는 현상이 생기기도 하는데, 이는 정신장애인의 사회권을 크게 훼손하는 것이다.

넷째, '교육받을 권리'이다. 민주국가에서 인간다운 생활의 보장을 위해서는 모든 개인이 이에 필요한 최소한의 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다. 교육받을 권리는 우리 헌법 제31조제1항에도 정하는 기본권이다. 모든 사람은 '능력에 따라', '균등하게' 교육받을 수 있어야 하며, 국가는 이를 방해할 수 없고 개인은 국가에게 적극적으로 배려하여 주도록 요구할 권리가 있다. 정신장애인은

사회적 약자이므로 교육받을 권리가 더욱 보장되어야 한다. 그러나, 현실은 정신장애인이 교육을 받을 수 있는 여건이 이루지지 못하여 많은 정신장애인이 교육 기회를 박탈당하고 있고, 결국 낮은 취업률과 저임금 등으로 빈곤 계층이 되는 악순환이 반복되고 있다.

다섯째, ‘결혼 및 가족 형성의 권리’이다. 인간의 존엄권의 핵심적 요구로써, ‘세계 인권 선언’ 제 16조도 이를 정하고 있다. 정신보건시설에서 정신장애인간 이성 교제에 대하여 부정적인 태도를 가지고 이성 교제가 발생하면 해당 장애인을 분리하거나 다른 시설로 보내려는 경우, 불임 시술 및 낙태 수술을 강요하는 경우 등이 문제될 수 있다.

(6) 정신장애인에 대한 차별 금지

평등권이란 국가로부터 차별적 대우를 받지 아니할 뿐만 아니라 국가에 대하여 평등한 처우를 요구할 수 있는 권리이다. 우리 헌법상 평등권은 상대적 평등을 의미하는 것으로써, 절대적 평등이 아니라 자의적 차별, 즉 합리적 이유 없는 차별을 금지하는 것이다. “같은 것은 같게, 다른 것은 다르게” 다루어져야 한다는 것이다. 정신장애인의 인권이란 근본적으로는 차별과 배제의 금지로 모아진다. 정신보건법 제2조제3항은 ‘모든 정신 질환자는 정신 질환이 있다는 이유로 부당한 차별 대우를 받지 아니한다’고 명시하고, 2008년 4월 11일부터 시행되고 있는 ‘장애인 차별금지 및 권리 구제 등에 관한 법률’은 장애를 이유로 한 모든 차별을 금지하고 있다.

사례 - 미국의 Olmstead 판결(OLMSTEAD v. ZIMRING)

정신분열증과 인격 장애로 정신병동에 감금되었던 정신장애인 2명이, 주치의가 적절한 사회 내 프로그램을 통한 치료가 적합하다고 진단한 후에도 계속해서 정신병동에 수용되자 자신들을 사회 내 프로그램에 배치해 줄 것을 요구하며 주(정부)측을 상대로 소송을 제기하였다. 1999년 6월 22일, 미국 연방대법원은 “ADA Title II¹⁰⁾ 규정에 의하여 주(정부)는 정신과 전문의가 원고들에 대해 사회 배치가 적합하다고 진단하는 경우, 수용시설에서 비교적 제한적이지 않은 환경으로 옮기는 것에 관해 관련된 사람들의 반대가 없고, 배치가 적절히 제공될 수 있으며, 정신 장애를 앓고 있는 다른 사람들의 필요와 주정부의 자원 등이 고려되었을 때, 정신장애인을 시설이 아닌 사회적 환경에 배치해야 한다. 부당한 격리 수용은 장애를 이유로 한 차별임이 인정된다. ADA는 장애인들에게 사회 생활의 혜택을 누릴 수 있는 기회를 보장하고 있고, 모든 공공 기관이 장애인에 대한 차별을 금하도록 제한하고 있는 것뿐만 아니라, 특별히 장애인을 상대로 한 부당한 격리를 차별로 규정하고 있다.”고 판결하였다.

이 판결은 이후 정신장애인의 인권 및 차별 금지의 기준이 되었고, 이후 주 정부는 장애인이 ‘가능한 한 통합적인 환경’에서 서비스를 받도록 하는 실행 계획을 세우기 시작하여, 시설 중심의 복지서비스에서 지역사회 중심의 정신보건 서비스를 제공하는 방향으로 정책을 전환하게 되었다.

2) 정신장애인 인권 침해 여부의 구체적 판단 기준

(1) 인권 침해의 판단과 헌법상 기본권 침해에 관한 법적 판단의 관계

법적으로는 흔히 ‘기본권’이라는 말이 쓰이지만, 엄밀한 의미에서 인권과 기본권은 동일한 개념이 아니다. 인권은 인권사상을 바탕으로 하여 인간이 인간이기 때문에 당연히 누리는 인간의 생래적·천부적 권리를 의미하는 반면, 기본권은 헌법이 보장하는 국민의 기본적 권리를 의미한다. 그러나 각국의 헌법에서 보장하는 기본권이라는 것은 인류가 인권의 개념으로 만들어온 권리를 제도적으로 인정한 결과이므로, 헌법에 인정된 기본권은 결국 인권의 구체적 구현 형태이다. 헌법 제10조는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다”고 규정하여 헌법에 보장된 기본권의 본질이 ‘개인이 가지는 불가침의 인권’임을 확인하고 있다. 한편, 헌법 제10조부터 제37조까지 자유권과 사회권을 망라한 기본권 조항을 두고 있지만, 인권이란 인간이 생활하는 모든 영역의 기본 원칙이기 때문에 헌법에 있는 한정된 기본권 조항으로 모든 인권의 내용을 포함한다는 것은 사실상 불가능하다. 헌법 제37조 제1항은 “국민의 자유와 권리는 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니 한다”고 정하고 있는데, 이는 ‘개인이 가지는 불가침의 인권’이 있음을 의미한다. 따라서 헌법에 기본권으로 명시되지 않았다고 하더라도 인권으로써 보호를 받아야 한다는 점을 인정한 것으로 이해할 수 있다.

인권은 ‘인간이 인간답게 살기 위하여 필요한 권리’이므로, 어떤 행위가 인권을 침해하였는지는 판단하기 위해서는 헌법 등 법적 기준에 머물러서는 안 되고, 국제 인권 원칙과 역사적으로 발전하여 온 인권의 개념 및 기준들을 살펴 독자적이고 엄격하게 판단하여야 한다. 그러나 현실적으로 헌법상 기본권 침해 판단 기준은 법원과 헌법재판소를 통하여 오랫동안 형성되어 왔다. 반면, 국가인권위원회가 활동한지 몇 년 되지 않은 현실에서 ‘인권 침해’ 여부를 판단하는 독자적인 인권적 기준은 정리되어 있지 못하다.

일단 법원이나 헌법재판소의 기본권 침해 판단 기준을 살펴봄으로써 인권 침해의 최소 기준을 살펴볼 필요가 있다.

(2) 헌법 제37조제2항의 과잉금지 원칙

어떤 행위가 인권(기본권)을 침해하였는지 여부에 대하여 우리 헌법상으로는 헌법 제37조제2항에 ‘과잉금지 원칙’이 규정되어 있다. 과잉금지의 원칙이란 기본권을 제한하는 해당 법률에 대하여, ① 입법 목적의 정당성: 국민의 기본권을 제한하는 입법은 그 목적이 헌법과 법률의 체계 내에서 정

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

당성을 인정받을 수 있어야 한다는 원칙, ② 수단과 방법의 적합성: 기본권 제한의 방법이 입법 목적을 달성하기 위한 방법으로서 효과적이고 적절한 것이어야 한다는 원칙. 결국, 선택된 방법이 입법 목적 달성에 효과적으로 기여하고 있는가의 문제, ③ 침해의 최소성: 입법권자가 선택한 기본권의 제한 조치가 입법 목적 달성을 위하여 적절한 것일지라도 보다 완화된 수단이나 방법을 모색함으로써 그 제한을 필요 최소한의 것이 되게 하여야 한다는 원칙, ④ 법익균형성: 기본권 제한으로 얻게 되는 공익과 그 제한에 의하여 야기되는 기본권의 제한 및 손실을 비교 형량하여 양자간에 합리적인 균형 관계가 성립하여야 한다는 원칙, 등 4 가지 원칙을 준수하여야 하고, 그 중 하나라도 지켜지지 않을 경우 해당 법률은 위헌이 된다는 원칙이다. 이 중 침해의 최소성과 법익 균형성이 자주 문제된다.

(3) 사회권 침해에 대한 판단

우리나라 헌법은 제헌 헌법에서부터 각종 사회권을 규정한 이래 ‘사회권’ 조항들을 헌법에 규정해왔다.¹¹⁾ 헌법에 사회권 조항을 규정하지 않고 ‘사회국가 조항’과 같이 국가의 목표 규정 형식을 취한 헌법례도 있는 것에 비추면, 사회권을 일찍이 독자적인 헌법상 권리로 인정하여 온 우리의 헌법 규정은 실제야 어떻든 꽤 선진적인 것으로 평가받아 왔다. 그러나 정통성 없는 군부 독재 정권들은 정치적 선전을 위한 방편으로 이 규정들을 장식물로 전락시켜왔으며 사법부도 사회권을 권리로써 인정하는데 주저하여 왔다. 그간 사회권은 물질적, 시설적 급부 등 특정한 재화와 서비스를 공급하는 국가의 적극적인 활동을 내용으로 하는 점에서 기본적으로 국가에 대한 방어권으로 이해되는 자유권적 기본권과는 구조적으로 다르고, 또한 재정 투자와 직접 연계되어 있다는 점에서 구체적인 실현의 조건과 방법에 있어서도 자유권적 기본권과는 본질적으로 다르다고 인식되어 왔다. 이 때문에 국가가 사회권 보장을 제대로 하지 않은 것이 문제된 경우 헌법재판소는 대부분 위헌이 아니라고 결정하여 왔다. 그러나 먹을 수 없는 인간은 자유롭지 못하다. 인간다운 삶의 물질적 기초가 보장되지 않는 사람에게 자유나 인권은 그림의 떡에 불과하게 된다. 사회권의 침해에 대한 판단 기준의 재정립이 계속 필요하다.

11) 헌법 제34조의 ‘인간다운 생활을 할 권리’는 1962년 제3공화국 헌법에서 처음 명시적으로 규정되기 시작했고, 1980년 헌법에서는 ‘국가의 사회보장 사회복지 증진 노력 의무’가 규정되었다.

(4) 평등권 침해의 판단 기준

차별이 합리적 차별인지 평등권을 침해하는 불합리한 차별인지를 심사하는 헌법 제11조의 평등권 침해의 판단 기준에 대하여 헌법재판소는 두 가지 심사 기준으로 나누고 있다. 엄격한 심사 척도인 '비례 원칙에 따른 심사'와 일반적 심사 척도인 '자의금지 원칙에 따른 심사'이다. 헌법에서 특별히 평등을 요구하거나 차별적 취급으로 관련 기본권에 대한 중대한 제한을 초래한다면 엄격한 심사 척도가 적용되어 비례성 원칙에 따른 심사, 즉 차별 취급의 목적과 수단 간에 엄격한 비례 관계가 성립하는지를 기준으로 심사한다. 예를 들면, 군복무를 마친 제대군인에게 가산점을 부여한 법률에 대하여 여성과 장애인 등의 기본권에 중대한 제한을 초래한다는 이유로 비례원칙에 따른 심사 기준이 적용되어 위헌 결정이 내려진 바 있다(1999. 12. 23. 98헌마 363 제대군인지원에관한법률제8조제1항등위헌확인 사건). 그 외의 경우는 자의적 차별인지 여부(차별에 합리적인 이유가 있는지 여부)를 기준으로 심사한다는 것이다. 이러한 심사기준에 따르면, 정신장애인에 대한 차별은 정신장애인의 기본권에 중대한 제한을 가하고, 관련 법률도 정신장애인의 차별을 엄격히 금지하고 있는 취지에 비추어 볼 때, 정신장애인에 대한 차별 조치에 대하여는 엄격한 심사 척도인 비례의 원칙에 따른 심사를 적용하여야 할 것으로 보인다. 비록 헌법 자체에서 정신장애인 등에 대하여 특별한 보호를 언급하고 있지는 않지만, 정신보건법 제2조제3항에서 '모든 정신 질환자는 정신 질환이 있다는 이유로 부당한 차별 대우를 받지 아니 한다'고 명시하고, 올해 제정된 '장애인 차별 금지 및 권리구제 등에 관한 법률'은 장애를 이유로 한 모든 차별을 금지하고 있는 등 관련 법률에서 정신장애인의 차별 금지를 밝히고 있다.

II. 치료 현장에서 흔히 발생하는 인권 관련 쟁점

1. 적절한 치료를 받을 수 있는 권리

- ① 보호의무자가 환자의 정신질환을 치료받지 못하게 하는 경우
- ② 정신 질환의 만성화에 따른 치료 포기

2. 환자의 이송시 강제적인 방법을 사용하여 이송할 경우

- ① 정신질환 진단이 내려지지 않은 상태에서 강제 이송을 하는 경우
- ② 보호자의 힘이나 능력이 없는 상황에서 치료를 거부하는 신체적으로 건장한 환자의 치료를 받게 하도록 하는 보호자의 수단이 미흡한 경우

3. 입원의 결정과 계속 입원 치료 심사

- ① 정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 입원
 - ② 입원 동의서의 작성 및 계속 입원 치료 심사의 미준수
 - ③ 보호의무자의 자격이 없는 사람의 보호의무자 권한 대행
 - ④ 입원 시 환자의 권리를 고지하지 않은 경우
 - ⑤ 퇴원 명령의 불이행
4. 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자의 기준 적용과 응급 입원
- ① 응급 입원시 응급 입원 기준의 해석
5. 의식주, 건강과 위생의 추구
- ① 항정신병 약물치료로 인한 식욕 저하된 경우
 - ② 격리실에서 용변을 본 경우
 - ③ 수십명이 같은 공간에 입원하는 경우
6. 신체적 안전을 보장하여 정신 건강이 회복된 경우
7. 정서적 도움을 통한 치료를 받을 권리
8. 인간적 존엄성을 추구할 권리
- ① 치료과정에서 구금시설과 같이 생활을 하는 경우
 - ② 치료과정에서 구타 및 강박
 - ③ 부당 감시 및 구타, 가혹행위
9. 합당한 환경에서 치료받을 권리 : 적절한 병실규모, 치료인력 구성
- ① 치료 수용 인원 구성이 과도한 경우
 - ② 치료인력이 부족하여 환자에 대한 서비스가 적절하게 제공되지 못하는 경우
10. 의사소통이 원활하게 이루어지는 민주적 환경
- ① 의사소통, 건의, 외부와의 연락이 통제된 사례
11. 프로그램에 대한 알 권리와 자기 결정권
- ① 치료 정보를 전혀 제공받지 못한 경우
12. 치료에 대한 주관적 평가를 할 수 있는 권리
- ① 치료 프로그램에 대한 개인 평가가 보장된 경우

참고문헌

- 국가인권위원회 (2003). 인권상황실태조사 연구용역보고서, 정신과 관련시설 인권상황 실태조사.
- 국가인권위원회 (2006). 인권상황실태조사 연구용역보고서, '정신장애자 인권 개선을 위한 법제 연구'.
- 국가인권위원회 (2006), '지방자치단체의 정신보건 업무 수행 실태조사'
- 국가인권위원회 (2007). 결정례집모음.
- 권영성 (1999), '헌법학 원론', 법문사
- 김병후 (2002), '정신보건 정책과 인권', 장애우 권익 문제 연구소
- 뉴스한국 (2006), '2006년 대한민국 정신병원 인권 침해 실태 보고서'
- 서동우 (2007), '정신보건의 역사적 변화선상에서 본 우리나라 정신보건법의 문제와 개선안' 보건복지포럼.
- 서준식 '인권, 자유와 평등을 향한 끝없는 여로'
- 스키하라 야스오 (1995), '인권의 역사, 한울.
- 신영전 (2007), '정신장애인의 인권 향상을 위한 지침' 한울아카데미.
- 이덕우 (2005), '인권의 개념 및 법률적으로 본 정신장애인의 인권-정신보건법을 중심으로', 대한사회정신의학회 추계 학술대회.
- 이용표 (2005), '정신의학과 정신장애인의 시설 수용'.
- 조홍식 (2002), '각국 정신보건법과 인권- 영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로', 장애우 권익 문제 연구소
- 최정기 (2005), '감금의 정치', 책세상문고.
- 박수혁, 박영범 (2007). '신정신보건법'. 서울시립대학교 출판부
- 보건복지부 (2006). '알기 쉬운 정신보건. 정신보건사업 질의 응답집'. 보건복지부. 대한정신병원협의회
- Human right and equal opportunity commission (1993). Human Right And Mental Illness. Report of the national inquiry into the human rights of people with mental illness. Australian Government Publishing Service.

정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향

| 진수명 국가인권위원회 장애차별팀 |

정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향

진수명 (국가인권위원회 장애차별팀)

1. 정신장애와 인권

정신장애인은 정신장애인에 대한 광범위한 차별로 스스로 자신의 목소리를 내기 어려우며, 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높다. 또한 가족들에게도 많은 심리적 고통이 수반되게 된다. 현대의 일상생활에서 가족들이 정신장애인을 보살핀다는 것은 매우 힘들고 어려운 일이며 제대로 된 치료를 받기 위해서는 경제적 부담뿐만 아니라, 특히 정신질환에 관한 사회적 편견은 극복하기 어려운 장벽이다.

그 결과 정신장애인들은 가족 및 사회 방위적 차원에서 손쉽게 '시설'에 격리·수용되고, 시설에서는 일반인들이 납득하기 어려운 수준의 '특별한 대우'를 받게 되는 경우가 많으며, 이러한 '시설수용 위주의 정신장애인 정책'에 대하여 인권침해 논란이 계속해서 제기되어 왔다. 이를 해소하기 위하여 1991년 UN의 '정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)' 채택, 장애인권리협약(Convention on Rights of Persons with Disabilities)의 성안 등 정신장애인 인권에 대한 국제적 기준의 마련을 위해 국제적인 노력이 경주되고 있다.

우리나라의 경우, 정신장애인들 상당수가 비전문적인 시설과 열악한 환경에서 생활해 오다가, 1995년 정신보건법이 제정(1997년 시행)되어 그나마 국가 정책적으로 정신장애인에 대한 보건복지서비스가 제공되고는 있다. 국제적 기준으로 볼 때 아직 미흡한 수준이며, 그 한계를 극복하기 위한 근본적인 노력이 절실히 요구되고 있다.

정신장애인의 인권보호와 증진을 위해서는 우선, 정신장애인에 대한 권리보호 및 구제 절차가 법·제도적 차원에서 보다 명확하게 보장되어야 할 것이다. 경우에 따라 정신장애인에 대한 강제 치료가 불가피하다 하더라도, 비자발적 입원환자가 우리나라 전체 입원환자의 90% 이상을 차지하고 있는 우리의 현실은 그 자체로 중대한 인권문제가 아닐 수 없다. 실제로 국가인권위원회 진정사건 조사를 통해 확인된 사례들 중에는 부부간 혹은

부모자식간의 불화를 이유로 강제입원을 악용하는 어처구니없는 경우도 발생하고 있어 이에 대한 각별한 주의가 요망된다. 한 사람의 '인신의 구속'을 대수롭지 않은 일로 여기는 관행은 혹시 있을지도 모르는 억울한 피해자에게는 중대한 생명의 문제가 될 수도 있는 것이며, 강제 입원의 남용은 정신장애인의 인권을 위협하는 요인이 될 수 있다는 점도 기억해야 할 것이다.

또한 치료과정에서 환자들에 대한 폭언·폭행이나 과도한 격리·강박, 기타 비인간적인 처우를 하는 경우에 대해서도 보다 엄격한 통제가 필요하다. 얼마 전 국가인권위원회가 고발한 사건처럼 100시간이 넘는 강박으로 인해 환자가 사망한 것으로 판단되는 경우도 있었고, 의료진이 환자를 폭행한 사건도 최근까지 발생하고 있다. 물론 현장에서 정신장애인들을 치료하는 과정에서 환자들을 돌보는 데 이로써 여러 가지의 애로가 있겠지만, 필요 최소한의 범위를 넘어서는 강제력까지를 용인하게 되면 시설에 수용된 정신장애인들의 인권은 더욱 취약해 질 것이 분명하다.

아울러, 통신의 자유, 사생활 보장의 자유, 종교의 자유 등도 극히 예외적인 상황을 제외하고는 모두 보장되어야 할 것이다. 그리고 이러한 권리는 단순히 선언되는 데 그치지 않고, 정신장애인들이 스스로의 인권을 보호하고 권리를 구제받을 수 있도록 실효성 있는 제도적 장치가 보완되어야 할 것이다.

다음으로, 시설수용 위주의 정책에서 탈피하여 다시 사회에서 자립할 수 있도록 지원해야만 정신장애인의 인권이 보호된다고 할 수 있을 것이다. 우리나라는 다른 나라들에 비해 인구대비 정신병상수가 지나치게 많은 편에 속하고, 한번 시설에 들어가면 너무 오랜 기간을 시설에 격리되어 있다. 만성적 환자들에게는 장기요양 치료가 불가피하겠지만, 적절한 재활 및 자립 지원으로 충분히 사회에서 생활할 수 있는 상당수의 환자들까지 시설에 장기 수용되고 있는 것은 당사자는 물론이고 우리 사회에도 결코 바람직하지 않다. 그렇다고 대부분의 경우 시설에서 이들에게 적절한 치료 프로그램이나 사회복지지원 프로그램을 제공할 수 있는 형편도 아니어서, 사회방위적 차원에서 이들을 사실상 시설에 방치하고 있다고 밖에 볼 수 없다. 물론 시설에 수용된 정신장애인들에게 사회복지 및 자립을 지원하는 정책으로 변환하기 위해서는 현행 의료수가 체계를 개선하는 한편 인프라 및 인력 확충 등 대규모 재정소요와 사회적 합의가 필요하므로 결코 쉽지 않은 일이겠지만, 이제 더 이상 미룰 수 없는 과제이자 반드시 풀어야 할 숙제이다.

이와 더불어 정신장애에 대한 사회적 편견 해소를 위해 다양한 노력을 경주해야 할 것이다. 최근 정신보건가족협회나 정신장애인 자조모임 등이 여러 가지 노력을 하고는 있지

만, 우리나라는 정신장애인 당사자들에 의한 권익운동이 아직 활성화된 단계는 아닌 것으로 평가된다. 국가는 이러한 조직을 보다 체계적으로 지원해서 이들이 자신들에 대한 편견과 차별을 스스로 극복하도록 하는 한편, 사회구성원들의 인식 개선을 위한 노력을 병행해야 할 것이다. 결국 누구나 잠재적으로는 정신장애인이 될 수 있다는 사실, 따라서 더불어 살아가는 관용과 배려가 필요하다는 사실을 마음으로 수용하는 것은 비단 정신장애인 문제만이 아니라 우리사회가 '사람이 사람답게 사는 세상'이 되는 계기가 될 수 있을 것이다.

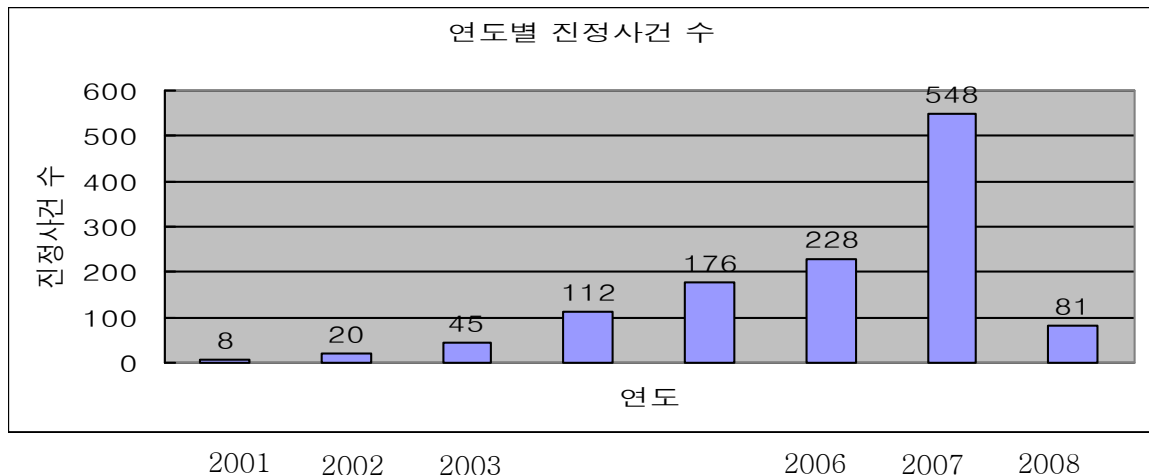
이하에서는 지금까지 정신장애 관련 국가인권위원회의 활동과 위에서 언급한 정신관련 문제점들을 해소하기 위한 국가인권위원회의 활동방향에 대하여 소개하려 한다.

2. 정신장애인 관련 국가인권위원회의 활동

가. 진정사건 처리 현황

2001년 11월 25일 국가인권위원회(이하 인권위)가 설립된 이후 2008년 2월 29일까지 인권위에 접수된 침해 사건은 총 23,789건으로, 그 중에서 정신보건시설관련 인권침해 진정사건 수는 1,218건에 이르고 있다. 2001년 이후 정신장애인 관련 진정사건은 꾸준히 증가하고 있으며 특히 2007년 이후 폭발적으로 증가하였다. 이는 인권위 진정사건 조사결과의 언론보도, 다수인 보호시설의 면전진정확대, 인권위 인권상담센터의 다수인보호시설 진정함 실태조사(2006년과 2007년), 보건복지부의 진정함 설치 지침 제정 등으로 인한 진정사건의 수가 급격히 증가한 것으로 보인다.

<그림1> 연도별 정신장애인 관련 진정접수 현황



<표1> 유형별 현황 (단위: 건)

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

<표2> 진정사건의 처리유형별 현황

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

나. 권고와 실태조사

(1) 구제조치의 권고

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 4건이다. 전체 위원회에 접수된 사건 수에서 구제조치를 권고한 비율이 3.41%일 때¹²⁾, 정신장애인 관련 진정사건 수에서 인용된 비율은 9.19%로 3배 가까이 되며, 특히 구제조치의 권고 중 고발의 비중이 높는데, 위원회 전체 고발건수 중 약 68%에 달한다.

	접수사건수	인용	고발
위원회 전체 접수된 사건	29,697	1,013(3.41%)	44
정신장애관련 접수된 사건	1,218	112(9.19%)	30

또한 전체 접수사건 대비 구제조치의 권고율은 9.19%이나 이 중에서 위원회가 본안 사건을 조사할 수 없어, 각하, 이송, 조사중지 결정된 사건을 제외하면 실제 구제조치 권고율은 23.1%로 4건 중 1건은 인권침해가 있다고 판단되어 구제조치가 이루어진 것이며, 또한 조사 중 해결¹³⁾된 사건 44건을 포함하면 실제 구제된 사건의 비율은 더 높아진다.

12) 이 비율은 전체 위원회에 접수된 사건중 구제조치가 권고된 사건의 비율만 계산한 것으로 각하 결정된 사건도 포함되어 있다. 그러나 우리 위원회가 조사할 수 없어 각하되거나 수사기관 등으로 이송된 사건을 제외하면 구제조치 권고 비율은 훨씬 높아짐.

13) 우리 위원회가 조사를 진행 중에 진정인과 피진정인이 원만한 합의가 이루어져 해결되거나 진정 원인이 해소된 경우에 조사 중 해결이라 하므로, 실제로 구제조치가 이루어진 것으로 보아야 할 것임.

(2) 민간보험에 있어 정신장애인의 가입 권고

인권위는 민간보험에서의 장애인 차별에 대한 실태조사를 근거로 다음과 같은 정책권고를 관계기관에게 하였다.

첫째, 법무부 장관에게 상법 제732조를 삭제할 것을 권고하였다. 상법 제732조는 정신장애인을 보호하고자 하는 취지에서 도입되었다고는 하나, 장애인 개인의 구체적인 상황에 대한 고려 없이 획일적으로 보험에의 접근 자체를 차단함으로써 헌법과 국제인권규약에서 보장하는 보편적 권리를 침해하는 차별을 야기하고 있다는 것이다.

둘째, 재정경제부 장관에게 민간보험영역에서의 장애인 차별을 금지하기 위하여 최소한의 차별금지 조항을 삽입하고 차별이 있다고 주장되는 행위가 있을 경우 그 행위의 정당성을 보험업자가 입증하도록 하여 차별적 기준, 절차에 대한 시정이 가능하도록 보험업법의 관련 규정을 개정할 것을 권고하였다. 또한 장애인 시설 등의 단체보험을 통한 재해대비를 위하여 실질적인 대책이 될 수 있는 지원을 규정하는 방향으로 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」을 개정하고, 장애인 시설 등을 신체손해배상특약부보험 가입의무화대상에 포함하도록 국가가 지원하는 관련 규정을 만들 것을 권고하였다.

셋째, 금융감독원장에게 장애관련 공통심사기준을 개선하고, 보험사의 보험인수기준, 보험상품 약관 등의 불합리한 내용에 대한 적극적인 관리감독을 하도록 권고하였다.

마지막으로 국무총리에게 민간보험에서 이루어지는 장애인 차별의 실질적인 시정을 위해서 필수적으로 요구되는 정책 및 재정 지원책을 마련함으로써 기획예산처, 보건복지부를 비롯한 관련 기관들의 정책조정과 재정지원을 위한 적극적인 조치를 취하여 줄 것을 권고하였다.

다. 직권조사 및 방문조사 현황

정신보건시설 관련하여 2002년 정신병원 2개소, 2006년 정신요양시설 5개소에 대한 방문조사를 실시하였으며 2005년 3건, 2006년 1건의 정신병원 직권조사를 실시하였다.

(1) 방문조사 실시 현황

년도	방문조사 개요	조사내용	처리결과
2002	○ 정신의료기관 방문조사 - 일정 : 11. 19. ~ 11. 27. - 대상 : 정신병원 2개소	○ 제도, 관리, 시설환경 ○ 입·퇴원 과정 적법성, 의료 인력 등 ○ 생활인, 시설 관계자 면접·설문 조사, 자료검토 등	○ 법령 및 제도 개선 권고시 자료로 활용
2005	○ 정신요양시설 방문조사 - 일정 : 11.23. ~ 12.1. - 대상 : 5개소		○ 해당시설에 통보, 개선하도록 조치 (2007)

(2) 직권조사 실시 현황

년도	조사명	조사개요	조사내용	처리결과
2005	정신병원 직권조사	- 병원내 알콜 중독에 대한 치료프로그램 유무, 의료 인 력수, 입퇴원 절차등 시설 운영 전반에 관한 사항	- 치료프로그램 및 운용, 의료 인력수 및 입원환자수의 적정여 부, 응급 상황에 대한 대처가능 등 시설 전반 사항	- 입퇴원과정의 불법은 검찰총 장에게고발, 피진정인에게 입 퇴원절차 및 방법 등 개선 권고
	정신병원 인권침해 직권조사 (2건)	- 작업치료제도 및 전화통화 시제한, 병원청소, 세탁 및 환경 등 시설 전반에 관한사 항	- 보호자 동의, 의사진단없이 입원시킨 사례, - 계속입원심사청구 및 퇴원결 정 불이행, 부당한 격리 및 강 박 등	- 작업치료제도 등 개선 - 행자부장관에게 충북도지사 경고 권고, - 복지부장관에게 ○○병원 행 정처분 권고 등
2006	정신병원 직권조사 (2건)	- 정신질환자 인권침해여부 및 정신보건법 위반여부에 대한 조사	- 정신질환자 인권침해 여부 및 정신과 전문인력 기준 운영 및 입원 심사 등 정신보건법 위반 여부	- 인권침해에 대한 이사장 고 발 및 시립병원 위탁해지, 특 별감사 권고 등

3. 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 위원회의 활동방향

우리위원회는 올해와 내년에 걸쳐 정신장애인의 인권보호와 증진을 위하여 전국단위의 실태조사, 관련법제도정비, 국가보고서 작성으로 나누어 정책적 접근을 하려 한다.

즉, 현재 우리나라의 정신질환자 인권상황, 치료 및 보호실태, 현행정신보건서비스 전달 체계의 문제점, 재활 및 사회복지 등에 인권의 관점에서 정신장애인에 관한 전국적인 실태조사를 하여 정신장애인 인권보호와 증진에 기여하고, 이용자와 가족중심의 치료, 회복

과 사회복지에 중점을 둔 치료, 정신질환자들이 지역사회에서 완전히 참여하고 일하고, 배울 수 있는 인권 친화적이고 국제적 수준의 정신보건서비스로 탈바꿈 할 수 있도록 법제도 정비 및 정책대안을 제시할 수 있는 국가보고서를 작성할 것이다.

가. 실태조사

정신질환자 인권실태와 현 정신보건서비스 체계에 대한 정확한 진단과 선진국 수준의 인권보호 및 치료방안 개선대책 수립을 위하여 모두 6개의 실태조사를 실시하려 한다. 이러한 실태조사를 통하여 정신장애인이 사회의 일원으로 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있는 정신보건제도의 개선 방안 도출하고 정신장애에 대한 위원회의 정책권고 및 대안의 근거로서 사용될 예정이다.

6개의 실태조사는 1)정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사 2)정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사 3)장기입원의 구조적 원인과 지속요인 4)특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태 5)제가 정신질환자 및 가족의 생활실태 6) 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축이다.

나. 법제도 정비

정신보건법과 관련하여 보호의무자에 의한 강제입원, 지역사회치료명령제, 정신장애인 인권 개선을 위한 지역사회 사례관리 및 제도화 방안 등 관련 법제도를 정비하여 정신장애인의 권리확보를 위한 정신보건서비스체계 개선방안을 제시할 할 예정이다.

다. 정신장애인 국가보고서 작성

정신장애인 및 가족들의 인권실태, 치료 및 보호실태, 정신보건서비스 전달 체계 등 전국적 실태조사와 정책대안을 제시할 수 있는 종합보고서를 작성하여 정신장애인에 대한 인권 수준을 국제적 수준으로 개선할 수 있도록 정신보건복지 관련 정책·법제도 개선을 위한 정책대안을 제시할 것이다. 이러한 국가보고서는 정신장애인의 인권보장과 증진에 기여하고 향후 우리나라의 정신장애인 인권보호를 위한 비전과 방향을 제시하는 Road map이 될 것이다.

(1) 필요성

가) 급증하고 있는 정신장애인에 대한 정확한 인권실태 파악 필요

정신질환 유병율은 18세 이상 64세이하 인구의 14.4%로 매년 약 466만명이 정신질환으로 이환¹⁴⁾된다고 조사되고 있으며, 정신질환 입원환자 급등 추세(1980년 1만2천명 수준에서 2005년 68,991명으로 증가)에 있다.

< 연도별 입원환자 수 >

연도	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 추진하고 있으며, 정신보건법 시행(1997) 이후 정신병상이 1996년 21,531병상에서 1999년 8월 36,387병상으로 증가하였고 2004년 62,554병상, 2006년 7만병상이 넘는 것으로 추정된다. 현재 사회로부터 강제격리, 병원 및 요양시설에의 입원 위주의 치료, 치료과정에서 당사자 배제와 같은 정책의 틀 내에서는 정신장애인의 인권개선이 곤란하므로 시설위주의 격리와 수용정책에서 정신장애인의 인권보장과 회복에 바탕을 둔 지역사회·이용자 중심의 정책패러다임으로 대전환이 필요하다.

다) 장애인차별금지법 시행에 따른 대책 강구 시급

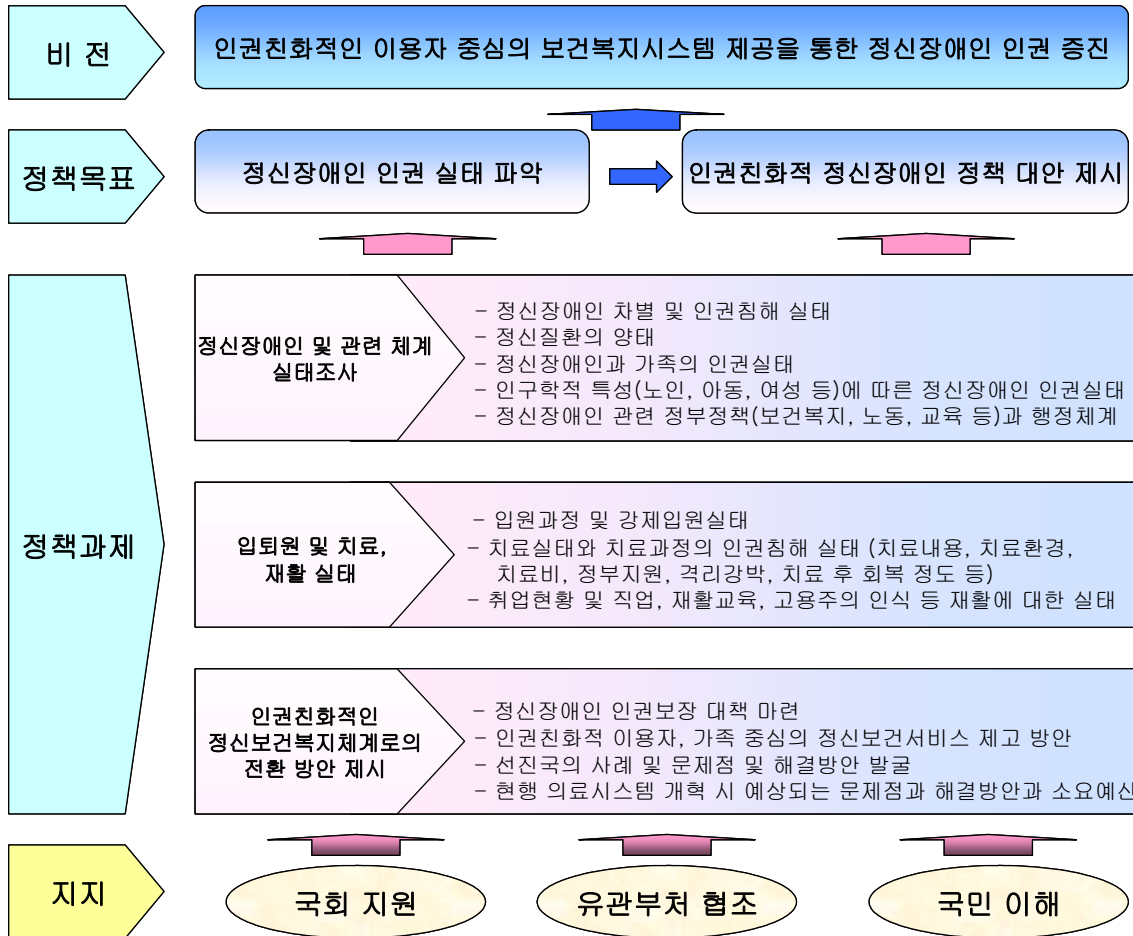
장애인차별금지법 통과와 인권감수성 향상 등으로 정신장애인 차별문제가 향후 중요한 사회적 이슈로 부각될 것으로 예상되며, 장애인차별금지법 통과로 미국의 옴스테드 판결(1999)과 유사한 국내판결이 예상되며, 지역사회 위주의 정신보건서비스 제공 등이 시급하다.

< 옴스테드 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.

14) 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 정신보건사업안내 4쪽)

(2) 비전과 정책 개요



(3) 인권보고서 주요내용 (실태조사와 대안제시)

가) 정신장애인 인권과 제도에 대한 실태조사

- 차별 및 인권침해실태(성적, 경제적 착취여부, 신체적·정신적 학대, 비인간적 대우여부, 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, 사회복지정책, 주택·노동·교육정책)

- 정신보건 업무에 대한 정부 및 지방자치단체의 권한과 책임, 업무수행실태 등
- 정신장애인 자살실태, 알코올·니코틴 사용 장애 실태 등

나) 입·퇴원 및 치료·재활에 대한 실태조사

- 강제입원 실태, 사유, 입원과정 등
- 치료실태(치료에서 환자의 결정권, 인격권, 방어권 여부, 치료 후 회복정도, 치료내용 및 실태, 치료환경 등 타 질병과의 비교, 치료비, 정부지원의 적절성, 격리강박실태 등)
- 치료과정에서 인권침해(투약, 약을 통제의 방법으로 신체적인 억제와 진정의 목적으로 사용하는지 여부)
- 정신장애인의 취업실태, 직업과 재활 교육실태, 고용주의 인식 실태

다) 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, 사회복지시스템)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

(4) 기대효과

정신장애인국가보고서의 기대효과로는 정신장애인에 대한 정부정책의 청사진(master plan)제시 및 정책 변화 유도과 정신장애인 인권에 대한 국민과 보건업무종사자, 정책담당자의 관심 촉구 그리고 정신장애인의 인권·생활의 정확한 실태조사로 보건복지정책개발의 기초자료 정신장애인 인권침해 예방과 구제, 차별해소에 기여할 것으로 생각한다.

4. 맺음말

선진국의 경우 정신장애인에 대한 격리와 시설보호위주의 정책에서 탈피하여 지역사회에 기반을 둔 정신보건 의료서비스를 통하여 이용자와 가족중심의 치료, 예방과 재활, 회

복과 사회복지위원회의 지역사회정신보건 서비스를 제공하고 있으나 우리나라는 아직도 사회로부터 격리와 시설수용위주의 정책을 유지하고 있어 강제입원이 전체입원환자의 91%에 달하고, 입원·치료·퇴원과정에서 인권침해 시비가 끊이지 않고 있으며, 사회복지가 매우 저조하고, 치료가 되어도 돌아갈 거주시설이 없는 등 문제가 노출되고 있다.

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 필요하다.

우리 위원회는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 사업을 진행하고 있으며 이러한 국가보고서는 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이며 체계적인 인권 실태를 조사하고, 그 보호 및 증진방안을 모색하기 위한 것이다. 호주와 미국의 경우에도 정신장애인의 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 국가적인 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고 인권을 보호하고 증진시킨 선례가 있다.

마지막으로 정신장애인이 기본적으로 누려야 할 소중한 인간의 가치와 권리를 행사하고 자신에게 부여된 가치로서의 삶을 살아갈 수 있도록 우리 모두가 고민하고 토론한다면, 이러한 여러분의 고민과 토론이 정신장애인의 인권을 증진시키고 더 나아가 우리나라의 정신보건정책이 바뀔 수 있는 시금석이 될 것이라 생각하며, 우리 위원회 역시 정신장애인의 인권증진을 위하여 열심히 노력할 것을 약속한다.

조사를 통해 본 정신장애인의 인권

| 신 홍 주 국가인권위원회 광주지역사무소 |

조사를 통해 본 정신장애인 인권

신흥주 국가인권위원회 광주지역사무소

1. 출발점 : “정신장애인 권리는 인간의 권리”

- 인류 가족 모든 구성원의 고유한 존엄성과 평등하고 양도할 수 없는 권리를 인정하는 것이 세계의 자유, 정의, 평화의 기초 **-세계인권선언전문-**
- 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.
-헌법 제10조-
- 헌법 및 법률에서 보장하거나 대한민국이 가입·비준한 국제인권조약 및 국제관습법에서 인정하는 인간으로서의 존엄과 가치 및 자유와 권리 **-국가인권위원회법 제1조-**
- 현대 사회에서 ‘인권’은 국제사회에서 거부할 수 없는 인류보편의 질서로 자리매김
-국가인권위원회 설립배경-
- “모든 사람은 의료보호 및 사회보호제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다 **-UN의 "정신장애인보호 및 정신보건 의료향상을 위한 원칙 1의 제1조-**
- “모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장 받는다” **-정신보건법 제2조-**

2. 2001. 11. 국가인권위원회 설립 (인권전담 독립기구)

- 목 적 : 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 보호·향상, 인간으로서의 존엄과 가치구현 및 민주적 기본질서의 확립
- 독 립 성 : ‘독립적 국가기관’ - 기존권력기관 감시, 위원회는 그 권한에 속하는 업무를 독립하여 수행
- 주요업무 : 인권 관련 법령·제도·정책·관행의 조사와 연구 및 개선 권고 또는 의견표명/ 인권침해행위에 대한 조사와 구제/ 차별행위에 대한 조사와 구제/ 인권에

관한 교육과 홍보/ 국제인권조약의 가입 및 이행 권고/ 인권 단체 및 개인, 국제기구 등과 교류·협력/ 인권상황에 대한 실태조사 등

3. 다수인보호시설 조사권한 및 관련법령

- 조사대상 : 국가인권위원회법(이하 '법'으로 표기) 제30조 제1항 제1호 “국가기관, 지방자치단체 또는 구금·보호시설의 업무수행과 관련하여 헌법 제10 내지 22조에 보장된 인권을 침해한 경우로 규정
 - 다수인보호시설 : 아동복지시설, 장애인복지시설, 정신보건시설, 부랑인복지시설, 노인복지시설, 요보호자를위한 복지시설, 갱생보호시설
- 진정권 보장 : 국가인권위원회법 제31조 제1항내지 제8항
 - 시설수용자가 위원회에 진정하고자 하는 경우 편의제공의무, 진정서 송부, 위원회 통보 등의 의무규정
 - 국가인권위원회법시행령 (이하 '시행령'으로 표기) 제6조 (진정방법의 고지), 제7조, (진정함설치), 제8조 (서면열람금지) 제9조 (진정서의 자유로운 작성) 등의 규정명시
 - 구금보호 시설의 장 또는 관리인은 시설수용자를 최초로 보호·수용하는 때에는 시설수용자에게 위원회에 진정할 수 있다는 뜻과 그 방법을 고지하여야 하고, 위 내용의 안내서를 부착하도록 명시
- 벌칙규정 : '법' 제 57조, 법제63조, 법제56조
 - 진정을 허가하지 않거나 방해한 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금
 - 위원회의 방문조사, 실지조사 거부, 방해, 기피한 자, 진술서제출요구, 출석요구에 응하지 아니한 자, 거짓자료를 제출한 자는 1,000만원이하 과태료
 - 위원회 직원을 폭행 또는 협박한자, 업무상의 행위를 강요 또는 저지하거나 그 직을 사퇴하게 할 목적으로 폭행 또는 협박한자, 위계로써 위원회의 위원 또는 직원을 업무수행을 방해한자, 인권침해사건에 대한 증거를 인멸, 위조, 또는 변조하거나 변조한 증거를 사용한 자는 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금

4. 조사를 통해 본 정신장애인 인권

가. 진정사건 접수 현황

○ 2001년 11월 25일 국가인권위원회(이하 인권위) 설립 이후 2008년 2월 29일까지 인권위에 접수된 침해 사건은 총 23,789건, 그 중 정신보건시설관련 인권침해 진정 사건 수는 1,218건. 특히 2007년 이후 급속히 증가

<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

※ 광주·전남·전북·제주지역 면전진정사건 접수(우편진정 제외, 광주지역사무소 소관)현황은 2006년 6건, 2007년 65건, 2008년 6월 31일 현재 84건으로 매년 급격히 증가하는 추세에 있음.

<진정사건 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
합 계		2,599

나. 진정사례와 관련된 인권침해 실태

1) 입원과정에서의 인권쟁점

가) 보호의무자가 아닌 자에 의한 입원사례

- 정신보건법 제24조는 '보호의무자의 동의'와 '입원의 필요성에 대한 정신과전문의의 진단'만으로 강제입원이 가능
- 정신보건법 제21조 (보호의무자)는 민법상의 부양의무자 또는 후견인으로 규정하고 있으나 상당수의 정신시설에서 부양의무자가 아닌 자가 보호의무자로 등재
- ※ 민법 제974조 (부양의무)는 직계혈족 및 그 배우자, 기타 친족 간 생계를 같이하는 경우로 규정.
- ※ 2008. 3. 개정된 정신보건법은 기존 1명의 보호의무자를 2인의 동의로 개정(보호자가 1명일 경우 기존1명)하였고, 또한 위 조항 위반 시 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처하도록 처벌조항을 신설하여 입원을 보다 엄격히 제한

<2008. 1. 25. 07진인1601 결정>

행려환자에 대해 보호의무자 동의 없이 장기간 불법 감금한 것에 대하여 형법 제276조 적용하고 계속입원심사 미 청구에 대하여 정신보건법 적용 하여 해당 시설 전·현직 대표 고발

<2004 04진인2382 합의종결>

평소 술을 자주 먹고 행패를 부린다는 이유로 사회복지사가 보호의무자로 강제입원시킴. 이후 진정인의 문제제기에 따라 조사, 조사 중 권고결정까지 가기 전 국가인권위원회 법 제40조에 따라 합의종결로 처리
해당병원장과 사회복지사가 공동으로 000의 강제입원 진정에 대해 사과하고 이에 대한 보상금으로 600만원을 지급

2) 퇴원명령 불이행

일부 정신병원의 경우 정신보건심판위원회의 입원심사 퇴원명령에 대해 서류상으로만 퇴원을 시켜 입원 입원환자들에 대해서 입원 및 퇴원을 반복한 것처럼 진료기록부 등을 허위로 작성하여 계속입원심사청구를 누락시키는 사례발생.

또한 같은 재단에 소속되어있는 정신시설이 여러 곳일 경우 환자를 퇴원시킨 후 다른 병원에 입원시키거나 퇴원과 동시에 타 병원으로 입원시키는 사례발생 (속칭 회전문 현상)

<2004. 6. 4. 03진인6436 결정>

입원환자 3명에 대해 실질적으로 퇴원시키지 않고 서류상으로만 입, 퇴원 처리한 행위는 정신보건법 제24조 제3항 위반에 해당하고, 입원환자 2명에 대하여 정신보건심판위원회의 퇴원 명령을 받았음에도 퇴원시키지 않고 서류상으로만 입, 퇴원 처리를 행위는 같은 법 제24조 제4항 위반에 해당하며, 이는 헌법 제 10조에 보장된 '행복추구권' 침해와 헌법 제12조에 보장된 '신체의 자유'를 침해한 것으로 판단하여 검찰총장에게 해당 정신병원장을 고발

3) 격리·강박 및 기타 폭행·가혹행위 등

- 일부 정신병원에서는 통상 개별 환자들에 대한 구체적인 격리·강박에 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 환자에 대하여 지나치게 장시간 또는 빈번하게 격리, 강박하고, 장시간 동안 강박을 진행하여 결국 '폐색전증'으로 사망케 한 사례도 발생

<2006. 10. 9. 05진인3944 결정>

사망자 이 모씨의 경우 2005. 4. 13- 12. 9일까지 총 16회 격리 및 강박을 시행하였고 마지막 강박은 무려 124시간동안 지속되었음. 결국 강박해제 후 20분 만에 '폐색전증'으로 사망하였다고 판단, 형법 제 268조 업무상과실치사 죄명으로 병원장 고발
- 보건복지부 격리강박지침에 의하면 '자주 환자의 상태를 확인하고, 2시간마다 대소변을 보게 하고, 음료수를 공급하며, 특히 사지운동을 시켜야 한다' 고 규정

4) 작업치료

- 모 정신병원은 환자에게 5년 이상 이사장 모친 집에서 이사장 모친의 병수발을 들도록 하였는데 입원 전부터 작업 비를 지급받고 있었으며, 치료목적으로 작업에 참여한 것이 아니라 명목상으로만 병원에 입원을 시켜놓고 실제로 이사장 모친의 병수발과 집안일을 하도록 한 사례발생

<2005. 9. 직권조사 결정>

2002년 1월부터 2005년 5월까지 병원 이사장 집에서 기거하며 모친의 병수발을 들고 있었음. 이러한 상태에서 김 모씨의 입원진료비에 해당하는 정액급여를 매달 건강관리공단에 청구해 26,451,380원을 지급받음
사기죄(형법 제347조)로 검찰총장에게 고발

- 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 발생

<2007.10.8. 06진인2621 결정>

치료적 차원에서 행해지는 작업치료라면 기본적으로 포함되어야 하는 작업치료 계획, 당사자 및 보호자 동의, 작업치료 프로그램 실행과정, 사후평가 등에 대한 철저한 관리가 필요하지만 동의서를 제외하고는 대부분 부실하게 관리되거나 누락되어 있는 것으로 볼 때, 정상적인 정신과적 치료의 일환으로 행해지는 작업치료의 범주라기 보다는 피진정병원의 운영편의 (인건비절감 등)를 위하여 사실상 치료가 불필요 하거나 업무수행능력이 가능한 입원 환자들의 노동력을 저임금을 대가로 동원하여 활용하고 있다고 판단된다.

5) 통신의 자유

- 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, 실제로는 전화카드는 간호사가 관리하고 있는 등 행동의 자유를 제한하거나 병원규칙으로 행동의 자유를 제한하여 행동 제한에 관한 규정 및 지침을 준수하지 아니한 채 입원 환자의 전화사용을 광범위하게 제한하는 사례발생

<2007.10.8. 06진인2621 결정>

정신보건법 제45조 등은 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유를 제한할 수 있으나 최소한의 범위 안에서 행해야 하며, 제한 사유 및 내용을 포함한 시행 내역을 진료기록부에 기재하도록 하고 있는바, 그동안 피진정병원에서는 권익체계에 따라 환자들을 그룹화 시켜서 일률적으로 전화사용(2주1회)등 행동의 자유를 제한하였고, 이러한 사실은 2007. 9. 21. 추가 실시 조사 시에도 전혀 개선되지 않고 여전히 2주에 1회로 전화통화를 제한하고 있음이 확인되는바, 이는 헌법 제18조에서 보장하고 있는 '통신의 자유'를 침해하는 것이고 정신보건법 제45조를 위반한 것으로 판단되므로 보다 강력한 제재조치가 필요하다고 판단된다.

6) 과도한 CCTV 설치

- 모 정신병원의 경우에 화장실과 샤워 실을 겸용으로 사용하도록 만들었음에도 불구하고 차폐 막을 전혀 설치하지 않았고, 그 안에 CCTV까지 설치하여 환자들의 신체 부위가 다른 환자나 병원 종사자들에게 그대로 노출되고 되는 사례발생.

<2005.3.4. 04진인4529 결정>

병원내 CCTV설치·운영과 관련해서 환자들의 인권보호, 안전유지 등 정당한 목적을 위하여만 허용되어야 하고, 환자가 목욕을 하거나 용변을 보는 모습이 노출되는 등 과도한 인격권 침해가 없도록 촬영범위를 제한 운영하는 것이 필요하며, --- 중략 --- 각 병실마다 CCTV를 설치하여 환자들을 24시간 감시하고 있고 심지어 화장실까지 이를 설치해 놓은 것은 헌법 제10조 및 제17조가 보장하는 인격권, 사생활의 비밀과 자유를 침해한 것이다

7) 방장제도, 실장제도 운영으로 인한 통제 시스템

- 일부 정신시설의 경우 '방장', '실장', 혹은 '도우미'라는 이름으로 병실에서 타 입원환자들을 통제, 통솔하는 사례발행
- 이러한 시설의 공통점은 알코올환자와 일반 정신질환을 앓고 있는 환자를 구별하지 않고 함께 수용하는데서 발생하며 대부분 알코올 환자가 특수한 지위를 갖게 되며, 환자 간 잦은 싸움의 원인을 제공함.
- 또한 이렇게 방장, 실장을 알면서도 묵인하거나 방조하는 정신시설도 있는데 이는 환자들의 통제와 통솔이 보다 용이하기 때문으로 판단됨.

<2005.8.31. 04진인4210 결정>

피진정기관은 각 병실별로 방장의 지위를 가진 환자가 존재하고, 또한 병동별로 실장의 지위를 가진 환자가 있는 구조로 운영되는데, 이러한 병원 내 방장내지 실장에 의해 일정부분 통제, 관리되는 시스템은 병원 내 입원환자에 대한 직접적인 인권침해 요소가 될 뿐 아니라, 이로 인한 우발적 폭행, 싸움 등의 개연성이 항상 상존한다고 판단된다.

이와 같은 현상은 알코올 환자 분리입원 등 병명이나 정신질환의 경중에 의해 병동을 분리하여 입원시키지 않는 것에 따른 이유에게 기인하는 바가 크다고 보여 지는데 이는 정신보건법 제2항 및 헌법 제10조, 헌법 제11조에 보장된 평등권침해로 판단된다.

5. 인권위 출범이후 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 심사 시에도 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 입원연장 시 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 미 이행 하거나 진정함을 형식적으로 운영 (국가인권위원회법 시행령 제7조)

4) 의료인수 부족 및 시설운영기준 미비

- 정신과전문의 등 법정의료인수 부족으로 의사와 환자의 면담 등 실질적 치료시간 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

6. 마치는 글 : 정신장애인 인권을 위한 몇 가지 제언

가. 정신보건법은 시설수용자에 대한 최소한의 규정이라는 인식필요

- 현재까지 인권위원회의 권고는 주로 정신보건법 위반을 위주로 고발하거나, 징계, 주의, 개선조치 등의 최소의 범위에서 권고를 해왔음.
- 이러한 이유는 현행법상 규정받는 법률이 정신보건법이기 때문이나 국가 인권위원회법의 조사대상에서 규정하는 '인권'의 개념은 헌법 제10조에서 22조까지 폭넓게 규정하고 있음

- 따라서 정신보건법, 형법 등에 구체적으로 포함되지 않더라도 헌법정신에 위배되는 인권침해 행위는 권고를 할 수 있음
- 또한, 정신장애인의 특성상 자신의 권리를 논리적으로 주장하기 힘들기 때문에 수용자 인권의 최소한도의 규정이라 할 수 있는 정신보건법은 반드시 지켜져야 함

나. 국가인권위원회의 진정권 보장의무 이행

- 지금까지 우리사회의 정신시설 대부분이 폐쇄형 구조이며 폐쇄적으로 운영되어 왔음
- 이러한 상황에서 수용자들이 가장 효율적으로 이용할 수 있는 제도가 국가인권위원회법에 규정된 '진정권'으로 그동안 이와 관련한 많은 교육과 홍보, 조사가 이루어졌음
- 이러한 노력의 결과로 광주, 전남, 전북, 제주지역 대부분의 정신시설에서 진정함을 설치해 놓고 진정서 및 면전진정 신청서를 위원회에 제출하고 있는 현상은 시설수용자의 권리 강화라는 측면에서 바람직한 현상으로 파악되며, 실제로 광주사무소에 접수되는 면전진정 건수도 지난해에 비해 배 이상 늘고 있는 추세임
- 그러나, 아직까지 일부 정신시설에서 형식적으로 진정함을 설치해 놓거나 진정 권을 보장하지 않는 사례들도 종종 발생하고 있는 현실이며, 이러한 경우 환자가 퇴원 후에 진정을 제기하기도 함. 따라서 진정제기가 없는 병원이 반드시 인권적이기 때문이라고는 판단치 않음.
- 시설수용자의 진정권과 관련해 광주사무소는 추후, 진정함 설치, 진정안내문 부착, 입원 시 위원회 진정안내절차 고지여부 등의 실태조사를 진행할 계획임.
- 그러나 바람직한 방법은 정신시설 운영자 및 종사자들의 적극적 의지로 시설수용자의 위원회 진정권을 적극 보장하는 것임.

다. 정신시설 종사자의 역할과 사명

- 정신시설 종사자는 정신장애시설을 이용하는 정신 장애인의 인권보장을 위해 많은 권한과 의무를 갖고 있음.
- 특히 정신시설 종사자는 정신장애인에 대하여 현장에 밀착된 인권 보호자의 역할과 사회통합을 돕는 촉진자의 역할도 요구받고 있음.
- 이러한 권한과 의무를 보다 구체화하기 위해서는 제도적 개선뿐 아니라 정신시설

종사자가 지켜야할 인권지침이나 매뉴얼 등을 마련하고 실행하는 것도 고려할 필요가 있음.

예) 자체인권규정, 인권위원회 등을 자체적으로 마련하여 시설수용자의 인권보장을 위한 노력들이 일부 장애인생활시설에서 나타나고 있음

라 . 국가인권위원회의 향후 활동 방향

- 우리 위원회는 지난 7년간의 조사 경험과 연구용역 실태조사 등을 지속적으로 수행하고 있으며, 제도적 절차미비, 법적근거미비 점도 상당부분 존재함.
- 또한, 정신장애인 인권과 관련한 진정사건 조사경험과 자료 축적에 바탕하여 인권침해 우려가 있는 시설과 지역에 대하여 진정이 제기되지 않더라도 직권조사 및 방문조사 등을 실시하여 지속적인 모니터링을 하고 있음.
- 특히, 정신장애시설에 대한 체계적이고 전문적인 연구, 조사를 통해 정신보건법령 및 정책의 미비점과 개선점을 검토하고, 장기적으로는 관련 전문가 및 인권단체들과 더불어 정신장애 인권 실태의 근본적 개선을 위한 법적, 제도적, 정책적 개혁방안을 모색할 것임.

사설감옥과 다름없는 정신병원

신홍주



▲ 정신병원은 사회 격리에서 사회 복귀로 그 목적을 바꾸어야 한다.

◎ 국가인권위

"10년 전에 이곳에 와서 그동안 한번도 밖으로 나간 적이 없습니다."

언뜻 교도소에 수감 중인 어느 수용자가 처지를 하소연하는 소리로 들리는 이 말은 부산의 A정신병원에 수용 중인 환자들의 이야기다.

지난 2월 27일 아침 부산광역시. 목적지인 정신병원에 가기까지 몇 대의 택시를 놓쳐야 했다. 목적지를 말하는 순간, 택시 운전사들은 모두 외면했다. 겨우 잡아 탄 택시는 부산시 변두리 동네로 들어서더니 가파른 언덕을 한참 올라갔다.

택시는 거의 산꼭대기에 다다라야야 멈췄다. 그제야 택시들이 왜 이곳으로 오는 것을 싫어하는지 짐작할 수 있었다. 대개의 정신병원이 그렇듯 A정신병원 역시 사회와 격리된 곳에 자리잡아 돌아 나가는 택시는 손님을 태우지 못할 가능성이 높았던 것이다.

A정신병원은 1983년에 정신요양원으로 시작했다. 정신병원으로 변경된 뒤 현재는 300병상 규모의 시설을 갖춘 부산 지역에서도 꽤 알려진 곳이다.

“이거 조사하면 퇴원할 수 있나요?”

조사를 나갔던 당시엔 299명의 환자가 수용돼 있었다. 멀리 바다가 보였고, 부산시의 올망졸망한 전망이 한눈에 들어왔다. 임시 조사실은 본관 건물 한 켠에 마련됐다.

이번 조사는 퇴원했다가 재입원한 환자들이 실제로 퇴원한 사실이 있는지를 확인하기 위한 것이었다. 이를 위해 지난 해에 퇴원했다가 재입원 처리된 환자 10명을 무작위 추출했다. 이 가운데 의사소통이 불가능한 환자를 제외한 5명의 환자에 대해 조사를 진행했다.

조사 초반에 환자들은 좀처럼 입을 열지 않았다. 이에 국가인권위를 소개하고 조사의 목적과 신상에 불이익이 없음을 거듭 약속하자 그제서야 한 두 마디씩 얘기를 꺼내기 시작했다.



▲ 정신병원 관련 진정을 접수할 당시 진정인이 제출한 사진. 양 손목이 묶인 환자가 침상에 누워 있다.

© 국가인권위

올해 53세의 여성인 강 아무개씨. 그는 1992년 3월 27일부터 이 병원에서 지내고 있다. 강씨는 그동안 한 차례도 밖으로 나간 적이 없다고 했다. 12년여의 세월은 자신의 주민등록번호조차 기억하지 못하게 했다. 그러나 그는 이곳에 처음 수용된 날짜와 수용 당시 이곳이 요양원이었던 사실만은 또렷이 기억했다.

강씨를 제외한 나머지 네 명의 환자들도 상황은 대동소이했다. 49세 여성인 임 아무개씨 역시 요양원 시절부터 수용돼 있었다고 했다. 37세로 비교적 젊은 축에 속하는 이 아무개씨도 역시 1993년 12월 27일 수용돼 현재까지 한 차례의 외출도 없었고, 퇴원 사실도 없다고 했다.

이 아무개(68)씨와 정 아무개(38)씨 역시 2000년에 입원해 한 차례도 밖으로 나간 적이 없다고 했다. 환자 5명 중 입원 일수가 가장 짧은 환자가 무려 4년 동안 단 한 차례도 바깥 세상을 구경해보지 못한 셈이었다.

“이거 조사하면 퇴원할 수 있나요?”

“언제 나갈 수 있나요?”

낮선 이방인에 대한 불안감이 가실 무렵, 환자들은 하나씩 자신들의 소박한, 그러나 중요한 희망 사항을 조심스레 꺼냈다. 그들의 절박한 하소연은 15년 동안 영문도 모른 채 사설 감방에 구금되었던 영화 <올드보이>의 오대수를 연상하기에 충분했다.

퇴원 명령 사실도 알지 못한 환자

정신보건법 제24조 제4항에 따르면, “정신의료기관의 장은 보호자가 입원 동의서를 제출한 경우 매 6월마다 시·도지사에게 계속 입원 치료에 대한 심사를 청구하여야 하고 심사 결과에 따라 퇴원 명령을 받은 때에는 즉시 퇴원시켜야 한다”고 규정하고 있다. 그러나 이 병원은 법에 규정된 것과 다르게 운영되었다.

조사과정에서 병원측은 조사를 벌였던 다섯 명의 환자들이 모두 2003년에 실제로 퇴원 및 재입원한 사실이 없음을 인정하기에 이르렀다. 더욱 충격적인 사실은 강씨와 이씨에 대해서 이미 지난해 3월 정신보건심판위원회가 퇴원 명령을 내리고 병원 측에 퇴원시킬 것을 통보했다는 것이다.

그러나 정작 당사자인 강씨와 이씨는 그런 사실도 모른 채 조사 당일까지 계속 정신병원에 입원돼 있었다. 그럼에도 병원 측은 이 두 사람이 정신보건심판위원회의 퇴원 명령에 따라 퇴원한 후 재입원한 것으로 처리했다. 서류상으로만 본다면 아무런 문제를 발견할 수 없는 상황이었다.

그렇다면 왜 이 병원은 퇴원하지도 않은 환자를 마치 퇴원 후 재입원한 것처럼 처리해야 했을까? 답은 간단하다. 만약 환자가 퇴원한 후 재입원한 것이라면, 재입원 후 6개월 내에는 정신보건심판위원회의 계속 입원 심사를 받지 않아도 되기 때문이다. 이를 통해 병원은 경제적 이익을 취하고 있는 것이다.

그러나 정신병원 입원 환자에 대한 인권침해 실태는 비단 이 병원만의 특수한 사례가 아니다. A 정신병원의 조사를 끝내고 약 1개월 후 부산지역의 B정신병원을 조사했다. 이 과정에서 환자의 입·퇴원 서류가 없자 이 병원은 환자의 보호자가 서명하도록 된 입원동의서에 조사 당일 병원 직원이 환자 보호자를 대신하여 서명, 무인까지 해 제출했다는 사실이 드러났다.

결국 국가인권위는 이 정신병원들의 불법행위 사실을 확인하고, 정신보건법 위반과 헌법 제12조 ‘신체의 자유’ 침해와 제10조 ‘행복추구권’ 침해에 해당한다고 판단해, 해당 병원장들을 검찰총장에게 고발조치했다.

겨우 자기 이름만 쓸 수 있는 수용자들

이번 조사에서 보았듯 정신보건시설에 수용된 정신질환자는 폐쇄된 공간에서 신체의 제약을 받고 있다. 따라서 이들에 대한 치료나 처우 과정에서 인권에 대해 각별히 신경 써야 한다는 것은 너무나도 당연한 일이다.

그러나 영리를 추구하는 일부 병원들의 경영 방식은 정신질환자를 돈벌이의 수단으로 전락시켜 버리고 있다. 이런 현실에서 장기 입원한 정신질환자들은 더욱 더 심각한 인권 침해에 당하고 있는 것이다.

중범죄를 저지르고 교도소에 수감된 수용자도 10년 이상 한 차례의 외출, 외박 기회도 없이 한 수용시설에 갇혀 지내는 경우는 드물다. 더구나 구금 시설의 수용자들은 사법부의 법적 심리와 판결을 거쳐 형을 확정 받는 절차가 보장돼 있다.

모범적으로 수형 생활을 할 경우 가출소와 가석방의 기회도 폭넓게 열려 있다. 또한 최소한 자신의 형기가 언제 종료되는지, 그래서 사회에 언제쯤 나갈 수 있는지를 정확하게 알 수 있고, 그래서 교도소 창문 크기 만한 희망이라도 품고 살아간다.

그러나 이번 조사에서 만난 정신병원 환자들은 몇 년이고 기약 없이 갇혀 있어, 교도소 수용자들만큼의 희망이나 사회적 배려조차 기대하기 힘들다.

한 가지 주목할 만한 사실은 위에서 10년 이상 수용되었다고 진술한 3명은 모두 겨우 자신의 이름만을 쓸 수 있을 뿐이어서 필자가 조사서류를 대필하였으나, 2000년에 입원 중인 환자는 그래도 아직 자필로 조사 서류를 작성할 수 있었다. 앞의 세 사람이 10년 이상의 장기 입원으로 인해 치료는커녕 오히려 글 쓰는 능력을 상실하게 된 것이라고 추측한다면 과연 지나친 확대 해석일까?

지난 해 이맘때 필자는 노르웨이의 한 국립정신병원을 방문하였는데 그곳의 현실을 보고 놀라지 않을 수 없었다. 그곳에는 정신병원이라면 으레 연상되는 환자의 탈출을 방지하기 위한 높은 담도, 군대 내무반 같은 침실도 없었다.

지역사회와 격리된 곳도 아니었고 아예 쇠창살이나 강제 감금을 할 어떤 시설도 없었다. 바다가 보이는 전망 좋은 곳에 자리 잡은 40여 평 규모의 전원주택 같은 2층 건물 몇 개가 정신병원의 전부였다.

그 곳에서 새삼 확인한 사실은 정신병원의 치료 목적이 정신질환자의 사회복귀에 있다는 분명한 지향과 환자의 자발적인 협조가 치료 과정의 필수적 요소로 정착되어 있다는 것이었다. 환자의 자발적 협조 속에 이루어지는 치료 과정과 환자의 적극적인 사회복귀를 돕는 프로그램 운영은 앞으로 우리나라의 정신질환자 의료 제도가 나아갈 한 방향을 암시하고 있는 듯했다.

현재 정신의학계에서는 우리나라에 정신장애자와 알코올 환자를 제외한 정신병 환자만 약 50만명이 있는 것으로 추산하고 있다. 단순히 그 숫자만 봐도 이제 정신질환자들의 인권문제는 극소수의

개인이나 불운한 가족의 문제가 아니다.

특히 정신질환자들을 무조건 시민의 일상과 멀리 떨어진 별도의 시설에 장기간 격리해 온 오래된 관행에 심각한 인권 침해를 낳는 요인이기도 하다. 이제 우리 사회는 정신질환자의 인권 문제에 대해 분명한 사회적 자각과 제도적 개혁이 필요하다.

2004-07-26 14:38

© 2007 OhmyNews

개정 정신보건법의 의의와 문제점 및 제도적 개선방안

| 김덕은 민주사회를 위한 변호사모임 광주전남지부 변호사 |

개정 정신보건법의 의의와 문제점 및 제도적 개선방안

김덕은 (민주사회를 위한 변호사모임 광주전남지부 변호사)

1. 들어가며

우리사회에서는 최근까지도 정신병원 강제입원으로 인한 피해자가 끊이지 않고 있으며, 정신질환자에 대한 신체적 자유의 침해와 사생활 침해 등의 인권침해의 유형은 지속적으로 반복되어 오고 있는데 문제의 핵심인 정신보건법이 지난 3월 21일 일부 개정되어 2009년 3월 22일 시행을 앞두고 있습니다.

우리나라에서는 1995년 정신질환의 예방과 의료에 관한 사항을 규정하기 위해 정신질환자의 기본적 인권의 존중, 최적의 치료를 받을 권리의 보장, 부당한 차별대우의 금지 등을 주요골자로 하는 정신보건법이 제정되었는데, 1997년에는 정신보건법이 전문 개정되어 1998년 4월부터 시행되었고, 2000년 1월과 2004년 1월에 일부개정을 거쳐 최근인 2008년 3월21일 또 한 번의 개정이 이뤄지게 되었습니다. 이번 개정법은 2005년도 및 2007년도에 제출된 정부안과 5개 의원 발의안을 통합하여 국회 보건복지위원회에서 대안으로 통과된 것입니다. 이하에서는 먼저 정신질환자에 대한 인권침해 유형을 살펴보고 개정 정신보건법의 의의와 문제점 및 제도적 개선방안에 대하여 고찰하도록 하겠습니다.

2. 정신질환자에 대한 인권침해유형과 개정 정신보건법 논의의 초점

정신질환의 경우 질병의 특성상 일반인에 비해 행동장애와 현실판단장애 그리고 사회적응에 심각한 장애를 보이기 때문에 입원과 퇴원을 비롯한 전반적인 치료과정을 스스로 결정하지 못하는 경우가 많아 환자들을 치료하고 보호한다는 명목으로 정신장애인의 인

권이 쉽게 침해당하고 있는 것이 부인할 수 있는 현실입니다.

정신질환자는 입원절차와 관련하여 가족이나 친족에 의한 강제입원, 가족 이외 사람에 의한 강제입원 과정에서 인권침해사례가 빈번하고, 퇴원절차와 관련하여 퇴원을 불허하거나 계속입원심사청구를 누락시키는 방법으로 인권침해가 발생하고 있습니다. 정신질환자에 대한 치료과정에서 강제투약이나 약물과다투여, 치료미흡, 부당한 작업치료나 강제노역 등의 인권침해가 발생하고 있고, 사생활보호영역에서 화장실 등의 생활공간에의 CCTV설치, 면회금지, 외출외박금지, 전화서신제한 및 검열 등의 인권침해가 발생하고 있으며, 그 밖에 부당한 격리강박, 폭력, 성폭력, 성희롱 등의 인권침해가 발생하고 있습니다. 한편 시설의 구조 및 시설에서 오는 인권침해 유형으로는 폐쇄형 병동구조 및 병실배치, 비위생적인 환경, 화재대비시설의 취약함, 여가활동 및 사적공간의 부재 등을 거론할 수 있습니다.

정신질환자의 위와 같은 인권침해 사례 중에서 우리나라에서 가장 심각한 유형은 세계 최고수준을 기록하고 있는 강제입원이라고 할 수 있는데, 2007년 6월 기준 정신요양시설과 정신병원 입원환자 중 90% 이상이 강제입원환자라는 통계가 있습니다. 이렇게 우리나라의 경우 자의에 의한 입원보다는 강제입원 비율이 절대적으로 높고 그 중에서도 보호의무자에 의한 강제입원 비율이 가장 높아 강제입원의 악용에 대한 논란은 끊임없이 있어 왔습니다. 따라서 개정 정신보건법의 의의나 문제점을 논의하는 데 있어서도 강제입원을 비롯한 인권침해 유형에 대한 제도적 보완책 마련에 논의의 초점이 모아져야 할 것으로 보입니다.

3. 개정 정신보건법의 의의와 내용

가. 개정 정신보건법의 의의

2008년 3월 21일 개정된 정신보건법은 정신질환자의 입원요건을 강화하고, 신체적 제한 등에 대한 근거를 명확히 함으로써 정신질환자에 대한 인권침해를 예방하고 권익을 강화하기 위한 것을 개정 이유로 하고 있습니다.

보건복지가족부의 개정이유와 같이 개정 정신보건법이 종전의 규정보다는 입원요건을 강화하고 있고, 정신보건시설에 대한 보건복지가족부 장관의 평가를 3년에 한 번씩 하

도록 했으며, 정신보건법위반시설이 형사처벌을 받을 경우 5년의 설치와 개설 및 영업을 제한 등의 총 11개 조항을 신설하고 변경하는 점은 상당한 진전이라고 평가할 수 있겠습니다. 그러나 이와 같은 개정에도 불구하고 인권침해의 핵심적 내용으로 주목받던 강제입원에 관한 조항이 '보호의무자 1인의 동의'에서 '2인의 동의'로 변경된 것 이외에는 특별히 달라진 것이 없다는 비판적인 의견이 존재하는 것도 사실입니다. 이는 최초로 정신보건법이 제정될 당시 정신과 전문의들이 모여서 만든 법이라는 태생적 한계가 있었고 개정과정에서도 인권보호 차원에서 근본적인 변화 없이 그 때 그 때 문제가 터지고 사회적으로 여론이 팽배해질 때 땀질하는 수준에서 그친 한계가 있었는데 이번 개정도 이러한 범주를 벗어나지 못했다는 인식이 있기 때문입니다.

나. 개정 정신보건법의 주요내용

(1) 인권교육

정신보건시설의 설치, 운영자, 종사자는 인권교육을 받도록 하고, 보건복지가족부장관은 전문교육기관을 지정할 수 있도록 규정.

(2) 정신요양시설 등의 설치, 개설 제한

이 법에 따른 형사처벌을 받은 경우에는 5년 동안 정신요양시설이나 정신의료기관을 설치하거나 개설할 수 없도록 규정.

(3) 정신보건시설에 대한 평가

보건복지가족부장관은 정신보건시설에 대하여 3년 마다 평가하고, 그 결과를 공표하며, 우수시설에 대하여는 행정적, 재정적 지원을 할 수 있도록 규정.

(4) 퇴원의사의 확인

정신의료기관등의 장은 자의입원환자에 대하여 1년에 1회 이상 퇴원의사를 확인하고, 진료기록부에 기재하도록 규정.

(5) 보호의무자에 대한 입원절차

보호의무자에 의한 입원시 보호의무자 2인의 동의를 받도록 하고, 정신보건심의위원회의 심사결과에 따라 퇴원 등의 명령을 받은 경우에는 즉시 퇴원 등을 시키도록 하는 등 보호의무자에 의한 입원환자의 입원 및 퇴원절차를 정비함.

(6) 신상정보의 확인

정신보건시설의 장은 입원 또는 입소하는 정신질환자의 신상정보를 확인하고, 신상정보가 확인되지 아니하는 경우에는 시장, 군수, 구청장 등 관계기관의 장에게 신상정보조회를 요청하도록 규정.

(7) 퇴원 등 사실의 통지

정신보건시설의 장은 본인 또는 보호의무자의 동의를 얻어 퇴원 등 사실을 정신보건센터 또는 보건소에 통지하도록 규정.

(8) 기초정신보건심의위원회의 설치

시·도지사 소속으로 설치된 지방정신보건심의위원회에서 정신질환자의 퇴원, 계속입원 여부 및 처우개선 등의 심사를 함으로써 심사건수의 과다로 인하여 심사가 부실해지고 정신질환자에 대한 시의적절한 입·퇴원 업무가 이뤄지지 못하는 등의 문제점을 보완하기 위해, 종전의 시·도지사 소속의 지방정신보건심의위원회를 광역정신보건심의위원회로 전환시키고, 정신의료기관 또는 정신요양시설이 있는 시·군구에는 시장, 군수, 구청장 소속으로 기초정신보건심의위원회를 설치하여 정신질환자의 처우개선 및 퇴원여부 등에 대한 심사를 하도록 규정.

(9) 외래치료명령

정신의료기관의 장은 정신병적 증상으로 입원 등을 하기 전에 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 입원환자 중 대통령으로 정하는 자에 대해서 시장, 군수, 구청장에게 1년의 범위에서 외래치료명령을 청구할 수 있도록 규정.

(10) 강제노동 등의 금지

정신보건시설의 장은 입원 중인 정신질환자에 대하여 의료 또는 재활목적이 아닌 노동의 강요나 폭행, 가혹행위를 할 수 없도록 규정.

(11) 입원환자에 대한 작업요법

정신의료기관의 장은 입원환자의 치료 또는 사회복귀 등에 도움이 된다고 판단되는 경우에 공예품 만들기 등의 단순작업을 시킬 수 있도록 입원환자 등에 대한 작업요법에 대한 근거를 신설함.

4. 강제입원제도의 문제점과 제도적 개선방안

가. 강제입원제도의 문제점

중전의 정신보건법에서 가장 문제가 되고 있는 조항은 ‘정신과전문의의 진단이 있고, 보호의무자 1인의 동의가 있으면 강제입원이 가능한 강제입원규정’인데 이 조항으로 인해 환자본인의 의사와 관계없는 강제입원되는 사례가 적지 않았습니다. 국가인권위원회에 접수된 피해사례에 따르면 강제입원시 정신요양기관의 경우 평균입원기간이 2,000일이 넘고, 병원의 입원기간도 평균 200일이 넘는데, 이와 같이 정신과전문의에 의존한 정신질환자의 강제입원의 심각성은 아무런 정신질환이 없다고 하더라도 부모나 형제의 동의가 있고 정신과전문의의 진단만 있으면 감금수준의 입원이 가능하기 때문입니다. 물론 자해나 타인에게 해를 가할 정도의 중증 정신질환의 경우 강제입원은 불가피하지만 현재의 정신보건법의 내용으로는 경미한 경우까지도 의뢰인과 전문의의 담합이나 악의적 오진 등에 의해 얼마든지 환자가 억울한 피해를 입을 소지가 있게 되어 있고, 억울함을 호소해도 이를 중재할 기구도 실질적인 기능을 발휘하기 쉽지 않으며, 법정에서도 정신과전문의의 재량권에 속하는 영역으로 인정하여 정상인이 정신질환자의 오명을 제거하기가 쉽지 않은 측면이 있습니다.

현재 우리나라에서 발생하고 있는 강제입원, 퇴원 문제에 있어 법적으로 정신병적인 기질을 판단하는 근거가 부족하고 정신의료기관의 진료기준을 뒷받침해줄 수 있는 시스템도 미비한 실정이며, 이를 방지하기 위해 진단과 입원과정에서 다양한 사회적 합의체가 구성되어 보다 구체적이고 정확한 판단을 이끌어 내고 입원과 치료여부도 선택하는 구조가 전혀 형성되어 있어야 하는데 이러한 시스템이 아주 열악하다는데 근본적인 문제점이 있습니다. 사회적으로 병원과 전문의를 통제하고 견제할 수 있는 구성체계가 없어 인권침해나 불법적인 요소를 감시할 수 있는 시스템이 미비한 상황에서는 개정 정신보건법에서 보호의무자의 동의를 1인에서 2인으로 1명 늘리는 정도의 변경으로는 실효성을 거두기 힘들다고 생각됩니다.

나. 강제입원제도에 대한 제도적 개선방안

개정 정신보건법이 보호의무자 1인의 동의를 2인의 동의로 변경한 것은 일단은 강제입원의 요건을 강화한 것으로 해석할 수는 있지만, 여전히 정신과전문의 1인의 진단에 의존하고 있다는 점에서 인권침해의 여지는 엄존하고 있다고 할 것입니다. 정신과전문의의

진단에 대한 명확한 규정과 재량에 대한 준칙이 없어 언제라도 전문의 진단 하나면 누구든지 정신병원에 입원될 수 있는 맹점과 위험이 있기 때문입니다. 물론 우리나라에서 정신과전문의가 부족한 상황에서 어쩔 수 없는 현실적 한계를 반영한 측면임도 이해할 수는 있다고 하더라도 입원이 필요하다는 정신과전문의의 진단도 현행 1인에서 2인 이상으로 변경하여 강제입원에 대한 관문을 보다 높고 두텁게 정비해야 할 것으로 보입니다.

우리나라도 구미선진국처럼 독립기관을 선별해서 의뢰하거나 신뢰할만한 기관의 최소 2인 이상의 정신과전문의의 진단을 통해 강제 입원하는 절차를 도입해야 하며, 계속입원심사의 경우도 형식적인 서류심사가 아닌 실질적인 심사가 이뤄져야 할 것으로 생각합니다. 독일의 경우 자발적인 의사결정이 어려울 때는 판사가 강제입원을 결정하고, 미국의 경우 여러 명의 정신과전문의 진단과 사법부의 판단에 기준하고 있으며, 영국의 경우도 선별된 독립기관에서 자체적으로 정신과전문을 고용해 강제입원여부를 결정하는 제도는 우리에게도 많은 시사점을 주는 내용이라고 하겠습니다.

정신질환자의 강제입원에 있어 보호의무자의 권한은 국가가 가족에게 강제입원에 관한 주도적 권한을 주고 대신 정신질환자에 대한 부양의무를 부과하는 것과 밀접한 관련이 있다고 할 수 있는데, 이는 가족부담을 사회부담화 할 경우 발생하는 국가의 재정적 부담을 피하고자 하는 목적도 있을 것입니다. 반면 서구의 선진국은 기본적으로 가족의 주도적인 강제입원권한을 회수하면서 정신질환자의 부양의무와 치료비를 사회가 전적으로 부담하고 있는 시스템입니다. 이처럼 강제입원의 문제점을 해결하기 위해서는 강제입원시 정신과전문의 2인 이상의 진단을 받도록 한다면, 강제입원의 결정을 의료적 판단을 참고하여 사법체계에서 결정하도록 하는 제도의 도입 등에 대해서 향후 계속적으로 검토와 논의가 필요할 것이고, 궁극적으로는 국가가 정신질환자에 대한 사회적 책임을 부담하는 복지시스템의 구현을 통해 근본적인 해결책을 찾아야 할 것입니다.

또한 강제입원이 된 이후에라도 현실적인 대안으로 ‘핫라인제도’를 도입하여 정착시키면 상당부분 현행법의 맹점을 보완하는 제도로 작용할 수 있을 것으로 보입니다. 강제입원과정에서 부당한 절차로 인해 피해를 입은 경우라도 병동 안에서 핫라인을 통해 변호사나 경찰, 인권단체 등에 부당함을 호소하고 제3의 집단이 진위여부를 판단하여 언제든지 피해를 구제할 수 있는 여지가 마련되어야 할 것이고, 이러한 ‘핫라인제도’는 비단 부당한 강제입원의 경우뿐만 아니라 병동내의 다양한 형태의 인권침해에 대해서도 신고가 가능하고 불법과 편법적인 관행들을 최대한 방지하고 시정하는 합리적 대안이 될 수 있기 때문입니다.

5. 나오며

정신장애인의 인권은 달성하기 어려운 만큼 사회의 인권수준이 어느 정도 성숙했는지 가늠할 수 있는 바로미터 기능을 한다고 합니다. 우리사회가 성숙한 민주사회로 가기 위해서는 정신질환자를 사회로부터 격리시키고 인권의 사각지대로 방치하는 것이 아닌 동등한 사회구성원으로 편입시켜 이들에 대한 인권침해를 방지하는 시스템을 정비하는 노력과 정신보건시설 종사자들의 인권의식 고양에 대한 끊임없는 노력이 경주되어야 할 것으로 생각합니다.

**정신장애인 보호와
정신보건의료 향상을 위한 UN원칙**

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

1991년 12월 17일, UN 총회 결의문 46/119에 의해 채택됨.

본 UN 원칙은 장애, 인종, 성별, 언어, 종교, 정치적인 또는 기타 견해, 국가나 민족, 혹은 사회적 출신, 법적 혹은 사회적 지위, 연령, 출생적 특성을 근거로 하는 어떤 차별도 없이 적용되어야 한다.

정 의

본 UN 원칙에서,

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

“독립적인 권한기관 (Independent authority)”은 국내법 규정에 의해 권한이 부여된 독립적인 기관을 의미한다.

“정신보건의료 (Mental health care)”는 개인의 정신 상태 분석 및 진단, 정신질환이나 정신장애로 추정되는 질환에 대한 치료, 의료 및 재활을 포함한다.

“정신보건 시설 (Mental health facilities)”은 정신보건의료 제공을 주된 기능으로 하는 모든 시설 혹은 시설의 단위를 의미한다.

“정신보건 전문가 (Mental health practitioner)”는 의사, 심리치료사, 간호사, 사회복지사나 혹은 기타 정신보건에 유용한 특수한 기술을 가진 이로서, 적합한 훈련을 거쳐 자격을 갖춘 종사자들을 의미한다.

“환자 (Patient)”는 정신보건의료를 받는 사람으로서, 정신보건시설에 수용되어 있는 모든 사람은 이에 포함된다.

“개인 대리인 (Personal representative)”은 법에 의해 어떠한 특정 측면에서 환자의 이익을 대변하는 사람 또는 환자를 대신해 특정 권리를 행사할 의무를 지니도록 지정된 사람을 의미하며, 국내법에 의해 달리 지정되지 않은 경우 미성년자의 부모 혹은 법적 후견인도 이에 포함된다.

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

일반 제한 사항

이 원칙에 규정된 권리의 행사는 해당인 또는 타인의 건강이나 안전을 보호하기 위해, 또는 공공의 안전, 질서 및 보건 혹은 도덕, 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해 필요한 것으로서 법으로 규정되어 있는 사항에 의해서만 제한될 수 있다.

원칙 1

근본적 자유와 기본권

1. 모든 사람은 의료보호 및 사회보호 제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다.
2. 모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.
3. 모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 경제적, 성적 및 기타 유형의 착취, 신체적 또는 기타 학대, 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다.
4. 정신장애를 근거로 한 차별이 있어선 안 된다. “차별”은 기본권의 동등한 향유를 저해하는 모든 분류, 배제, 혹은 선호를 의미한다. 정신장애인의 권리를 보호하거나 이들의 치료를 위한 특별한 조치들은 차별이라고 보지 않는다. 정신장애인 혹은 다른 개인의 인권을 보호하기 위해 필요한 것으로 이 원칙에 따라 행해진 분류, 배제, 혹은 선호 등은 차별이라고 보지 않는다.
5. 모든 정신장애인은 「세계인권선언」, 「경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제 협약」, 「시민권 및 정치적 권리에 관한 국제협약」은 물론이고, 기타 「장애인의 권리선언」이나 「억류나 구금의 상태에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙문」 등 관련 협정에서 인정하는 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 행사할 권리를 가져야 한다.
6. 정신장애로 인한 법적 행위 무능력자 판정과 그에 따라 개인 대리인을 선임해야 한다는 판단은, 국내법에 의해 설립된 독립적이고 공정한 심판 기관에서 공정한 심리를 거친 후에 내려야만 한다. 법적 행위능력 여부를 판정받는 대상자에게는 대리인을 선임할 권리가 주어져야 한다. 만약 법적 행위능력 판정 대상자가 대리인을 스스로 구하지 않은 경우, 대리인 선임에 필요한 지불능력이 없다면 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 이때 대리인은 동일 사건에서 정신보건시설 또는 그 직원을 대리할 수 없으며, 또한 가족간 이익의 충돌이 없다는 법원의 결정이 없는 이상은 해당 능력 판정 대상자의 가족원을 동시에 대리할 수 없다. 법적 행위능력과 개인 대리인 필요성에 대한 결정은 국내법에 지정된 바와 같이 합당한 기간을 두고 재심되어야 한다. 법적 행위능력 판정 대상이 되는 정신장애인과 그 정신장애인의 대리인 및 다른 이해관계인에게는, 결정사항에 대하여 상급법원에 항소할 수 있는 권리가 주어져야 한다.
7. 법원이나 기타 담당 심판 기관이 정신장애인 본인이 자신의 일을 스스로 책임질 수 없다고 결정했을 때에는, 환자의 상황에 필요하고 적합한 범위 내에서 정신장애인의 이익 보호를 보장하기 위한 조치가 취해져야 한다.

원칙 2 미성년자의 보호

미성년자의 권리 보호를 위해서는 본 UN 원칙의 목적과 미성년자 보호와 관련된 국내법의 범주 안에서 특별한 보호가 주어져야 하며, 필요한 경우 가족 구성원 외의 개인 대리인을 선정하는 것도 이에 포함된다.

원칙 3 지역사회 내에서의 삶

모든 정신장애인들은 가능한 한 지역사회 내에서 생활하고 일할 권리를 가진다.

원칙 4 정신장애 판정

1. 개인의 정신장애 판정은 국제적으로 공인된 의학적 기준에 따른다.
2. 정신장애 판정은 절대로 정치적, 경제적 혹은 사회적 상황이나 문화, 인종 또는 종교적 소속, 정신건강상태와 직접적인 관련이 없는 어떤 다른 이유로 인해 결정되어서는 안 된다.
3. 가족이나 직업적 갈등 또는 개인이 속한 사회에서 일반적으로 통용되는 도덕적, 사회적, 문화적 혹은 정치적 가치나 종교적 믿음과의 불일치 등은 절대로 정신장애를 판단하는 기준이 될 수 없다.
4. 과거 환자로서 치료받거나 입원한 기록 자체만으로는 현재 또는 미래의 정신장애를 판단하는 근거가 될 수 없다.
5. 어떠한 개인 혹은 권한기관에서도 정신장애 또는 정신장애의 결과와 직접적으로 관계된 목적을 제외하고는 개인을 정신장애인으로 규정하거나 지목할 수 없다.

원칙 5 의학 검사

국내법에 의해 인정된 절차에 따른 경우를 제외하고는 그 어떤 사람도 자신이 정신장애를 가지고 있는지를 판정하기 위한 의학검사를 강요받을 수 없다.

원칙 6 비밀보장

정보의 비밀보장 권리는 본 UN 원칙이 적용되는 모든 사람들에 대하여 존중되어야 한다.

원칙 7 지역사회와 문화의 역할

1. 모든 정신장애인들은 가능한 한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받아야 할 권리가 있다.
2. 정신보건시설에서 치료가 이루어질 때 환자는 가능한 한 항시 자신의 거주지 혹은 친척 또는 친구의 거주지 근방에서 치료받을 권리가 있으며, 가능한 한 빨리 지역사회로 복귀할 권리가 있다.
3. 모든 환자는 자신의 문화적 배경에 맞는 치료를 받을 권리가 있다.

원칙 8 의료 기준

1. 모든 환자는 자신의 보건적 필요성에 적합한 보건 및 사회적 의료를 받을 권리가 있으며, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리가 있다.
2. 모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자나 직원, 기타 다른 사람들로부터의 학대, 또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등 위해로부터 보호받아야 한다.

원칙 9 치료

1. 모든 환자는 환자의 보건적 필요성과 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가진다.
2. 모든 환자들에 대한 치료 및 의료는 자격을 갖춘 전문가에 의하여 개별적으로 처방된 계획에 근거해야 하며, 환자와 함께 논의하고, 정기적으로 검토하며, 필요시에는 수정을 거쳐 제공되어야 한다.
3. 정신보건의료는 UN 총회가 채택한 「수감자 및 억류자들을 고문과 기타 잔인하거나 비인간적인 대우 및 처벌로부터 보호하기 위한 보건 종사자, 특히 의사들의 역할에 관한 의학 윤리 원칙」 과 같이 국제적으로 인정된 기준을 비롯하여 정신보건 종사자들을 위한 윤리로서 적용할 수 있는 기준들에 따라 제공되어야 한다.
4. 환자의 치료는 반드시 개인적 자율성을 지켜주고 강화하는 방향으로 진행되어야 한다.

원칙 10 약물치료

1. 약물치료는 환자의 보건적 필요성에 가장 잘 부합해야 하고, 치료 및 진단적 목적으로만 이루어져야 하며, 처벌이나 다른 이들의 편의를 위하여 시행되어서는 안 된다. 아래 원칙 11의 15절에 따라 정신보건 전문가는

그 효능이 이미 밝혀져 있거나 증명된 약물치료만을 시행해야 한다.

2. 약물치료는 반드시 법적 허가를 받은 정신보건 전문가에 의해 처방되어야 하며, 환자 기록에 기록되어야 한다.

원칙 11 치료의 동의

1. 환자의 고지된 동의 없이는 환자를 치료할 수 없다. 단, 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15절에 제시된 사항은 예외로 한다.

2. 고지된 동의란, 다음 사항에 대해 이해가능하며 적합한 정보를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 환자에게 공개한 뒤 위협이나 부적절한 유도 없이 자유롭게 얻는 동의를 말한다.

- (a) 진단 평가
- (b) 제안된 치료의 목적과 방법, 예상되는 기간 및 이익
- (c) 덜 침해적인 치료법 등 대안적인 치료 방식
- (d) 제안된 치료법에 의해 생길 수 있는 고통이나 불편, 위험 및 부작용

3. 환자는 동의 절차에 자신이 선택한 일인, 혹은 다수의 제3자의 동의를 요구할 수 있다.

4. 환자는 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15절 경우를 제외하고 치료를 거부하거나 중단할 권리를 가진다. 치료의 거부나 중단으로 인한 결과는 반드시 환자에게 설명해야 한다.

5. 환자에게 고지된 동의권을 포기하도록 권하거나 유도해서는 안 된다. 환자가 동의권을 포기하려 할 경우에는 고지된 동의 없이는 치료를 할 수 없다는 사실을 환자에게 설명해야 한다.

6. 이 원칙의 7, 8, 12, 13, 14, 15절 경우를 제외하고는, 다음 조건이 만족될 경우 환자의 고지된 동의 없이 제안된 치료 계획을 환자에게 실행할 수 있다.

- (a) 해당 시기에 환자가 비자발적 환자로 수용되어 있는 경우
- (b) 이 원칙의 2절에 지정된 정보를 포함하여 모든 관련 정보를 갖고 있는 독립적인 권한기관에서, 해당 시기에 환자가 제안된 치료안에 대한 고지된 동의를 하거나 보류할 능력이 없다고 판단하거나 혹은 환자 개인의 안전 또는 타인의 안전과 관련해 해당 환자의 동의 보류가 합당하지 않다 판단한 경우
- (c) 독립적 권한기관에서 제안된 치료안이 환자의 보건적 필요성을 위한 최선이라고 판단하는 경우

7. 상기 6절은 환자를 위한 치료에 동의할 개인 대리인이 법에 의해 선임된 환자에게는 적용되지 않는다. 단, 12, 13, 14, 15절에서와 같이 이 원칙의 2절에 기술된 정보를 제공받은 개인 대리인이 환자를 대신해 동의를 한 경우에는 환자 자신의 고지된 동의 없이 환자에게 치료를 할 수 있다.

8. 이 원칙의 12, 13, 14, 15절 내용을 제외하고, 법에 의해 자격을 갖춘 정신보건전문가가 환자 및 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위해 위급하게 필요하다고 판단할 경우 환자의 고지된 동의 없이 치료를 행할 수 있다. 이러한 치료는 해당 목적에 반드시 필요한 기간을 초과하여 연장되어서는 안 된다.

9. 환자의 고지된 동의 없이 치료가 승인되는 경우라 하더라도, 치료의 성격과 가능한 대안에 관해 환자에게 알리고 치료안의 전개에 가능한 한 환자를 참여시키도록 최대한 노력해야 한다.

10. 모든 치료는 자발 혹은 비자발성 표시와 함께 환자의 의료기록에 즉시 기록되어야 한다.

11. 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위한 유일한 수단인 경우에 한해, 반드시 해당 정신보건시설에서 공식적으로 승인된 절차에 따라서 사용되어야 한다. 또한 이 같은 목적에 반드시 필요한 기간을 초과하여 연장되어서는 안 된다. 모든 신체적 강박이나 비자발적 격리 사건은 그 이유와 성격, 범위를 환자의 의료 기록에 기록해야만 한다. 강박 및 격리된 환자는 인도적인 환경에 처해져야 하며, 자격을 갖춘 의료진이 정기적으로 면밀한 감독을 하고 보살펴야 한다. 관련된 개인 대리인이 있는 경우 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리를 반드시 즉시 통보해야 한다.

12. 불임시술은 정신장애 치료로 절대 행할 수 없다.

13. 위험성 있는 약물치료나 수술은 국내법에 의해 허가되는 경우에 한해서, 환자의 건강을 위한 최선의 방법이라고 여겨지며 환자가 고지된 동의를 했을 때만 시술할 수 있다. 환자가 고지된 동의를 할 능력이 없는 경우에는 독립적인 심사가 있는 후에만 시술을 허가할 수 있다.

14. 정신장애에 대한 정신과 수술 및 기타 반복할 수 없는 침해적인 치료는 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자에게는 행할 수 없다. 또한 다른 환자들에 대해서도 국내법에 의해 허용되는 범위에서, 이미 환자가 고지된 동의를 한 상태에서 외부의 독립적인 기관이 고지된 동의가 있었음을 인정하고 해당 치료가 환자의 보건적 필요성에 가장 적합하다고 판단한 경우에만 행할 수 있다.

15. 임상시험 및 실험적 치료는 고지된 동의 없이 시술될 수 없다. 단 이 같은 목적을 위해 설립된 독립적인 당해 심사 기관의 승인이 있는 경우, 고지된 동의를 할 수 없는 환자를 임상시험 또는 실험적 치료에 포함시킬 수 있다.

16. 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 14, 15절에 해당하는 경우 환자나 그의 개인 대리인, 또는 이해관계인에게는 환자에게 주어지는 치료에 대해 사법 및 기타 독립적인 권한기관에 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

원칙 12 권리의 고지

1. 정신보건시설에 입원하는 환자에게는 입원 즉시 가능한 한 빨리, 본 UN 원칙과 국내법에 따른 자신의 모든 권리를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 고지해야 하며, 그 정보에는 이들 권리에 대한 설명과 권리 행사 방법이 포함되어야 한다.

2. 이러한 정보를 환자가 이해할 수 없는 경우에는, 개인 대리인이 있는 경우 개인 대리인과, 환자의 이익을 가장 잘 대변할 수 있고 또 그렇게 하려는 사람(들)에게 환자의 권리를 알려야 한다.

3. 해당 행위능력이 있는 환자는 시설에 대해 자신의 이익을 대변할 사람과 자신을 대신해 정보를 고지 받을 사람을 지정할 권리를 가진다.

원칙 13

정신보건시설 내에서의 권리와 조건

1. 정신보건시설 내의 환자들은 특히 다음 사항에 대하여 존중받을 권리를 지닌다.
 - (a) 언제나 법 앞에서 동등한 인간으로서의 인정
 - (b) 사생활
 - (c) 의사소통 및 통신의 자유. 이에는 시설 내 다른 사람들과의 소통의 자유, 검열 없이 사적인 서신을 주고받을 자유, 사적으로 대리인이나 개인 대리인의 방문을 받을 자유, 합당한 시간이라면 언제나 기타 면회인을 만날 자유, 우편 및 전화 서비스와 신문, 라디오, TV를 이용할 자유
 - (d) 종교 및 사상의 자유

2. 정신보건시설 내의 환경 및 생활 조건은 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사해야 하며, 특히 다음을 포함해야 한다.
 - (a) 오락 및 여가활동을 위한 시설
 - (b) 교육시설
 - (c) 일상생활과 오락, 통신에 필요한 물건을 구입하거나 받을 수 있는 시설
 - (d) 환자가 자신의 사회적, 문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주는 시설과 지역사회로의 복귀를 촉진할 수 있는 적절한 직업적 재활 수단을 위한 시설, 그리고 그러한 시설 사용에 대한 장려. 이 같은 방법들은 환자가 지역사회에서 직업을 얻거나 유지하도록 도와주는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치 서비스를 포함해야 한다.

3. 어떠한 경우에도 환자에게 강압적인 노동을 시켜서는 안 된다. 시설 운영의 요건에 부합하고 환자의 필요성에 부응하는 한계 내에서, 환자가 자신이 원하는 작업의 유형을 선택할 수 있어야 한다.

4. 정신보건시설 환자의 노동이 착취당해서는 안 된다. 시설 환자들은 자신이 하는 일에 대해 정상인이 국내 법이나 관습에 따라 같은 일에 대해 받는 것과 같은 수준의 보수를 받을 권리를 가진다. 또한 환자가 한 일에 대해 정신보건시설에 보수가 지불된 경우에는 반드시 이 중 합당한 몫을 받을 권리가 있다.

원칙 14

정신보건시설의 자원

1. 정신보건시설은 특히 다음 사항을 포함하여 다른 여타 보건 시설과 같은 수준의 자원을 갖추어야 한다.
 - (a) 의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분하여야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 치료 프로그램
 - (b) 환자를 위한 진단과 치료 시설
 - (c) 적절한 전문적 의료
 - (d) 약물치료 제공 등 적합하고 규칙적이며 종합적인 치료

2. 당해 기관에서는 모든 정신보건시설을 적당한 빈도로 검열하여, 환자들에 대한 조건과 치료 및 의료가 본 UN 원칙에 부합하도록 해야 한다.

원칙 15 입원 원칙

1. 정신보건시설 내 치료가 필요한 사람이 있을 경우, 비자발적 입원을 피하기 위해 모든 노력을 기울여야 한다.
2. 정신보건시설의 출입은 다른 질병을 위한 여타 시설에 대한 출입과 같은 방식으로 관리되어야 한다.
3. 비자발적 입원이 아닌 환자의 경우, 아래 원칙 16에서 규정한 바와 같이 비자발적 환자로 구급되어야 할 기준에 속하지 않는 한 언제라도 정신보건시설을 퇴원할 권리를 가지며, 그러한 권리를 고지해 주어야 한다.

원칙 16 비자발적 입원

1. 어떤 사람을 정신보건시설에 비자발적 환자로 입원시키거나 또는 자발적으로 정신보건시설에 입원한 사람을 비자발적 환자로 계속 입원시킬 수 있는 경우는 다음에 한한다. 법에 의해 해당 목적에 대한 허가를 받은 자격 있는 정신보건전문가가 위 원칙 4에 따라 해당 환자가 정신장애를 가지고 있다고 진단하고 다음과 같다고 판단할 경우,
 - (a) 정신장애로 인하여 환자나 타인에게 직접적이고 절박한 위해 가능성이 매우 높다고 보거나
 - (b) 정신장애가 심각하고 판단력이 손상된 사람의 경우, 해당 환자를 입원 및 계속 입원시키지 못한다면 환자의 상태가 심각하게 악화될 것으로 예상되거나 또는 이 원칙에 따른 정신보건시설 입원으로만 가능한 적정 치료나 최소제한적인 대안 치료를 할 수 없게 될 것이라 판단할 경우.(b)항에 해당되는 경우에는 첫 번째 정신보건전문가와 관계가 없는 다른 정신보건전문가의 의견을 가능한 한 참조해야 한다. 이 때 두 번째 정신보건전문가가 동의하지 않는다면 비자발적 입원이나 계속 입원을 시켜서는 안 된다.
2. 비자발적 입원이나 계속 입원은 우선 심사기관의 입원 혹은 계속 입원 심사 서류 중에 관찰과 예비적 치료를 위해 국내법에 정한대로 단기간동안 실시되어야 한다. 입원의 근거를 즉시 환자에게 전해야 하며, 또한 입원 사실과 그 자세한 근거를 즉시 심사 기관과 환자의 개인 대리인이 있는 경우 대리인, 그리고 환자가 반대하지 않는 경우 환자의 가족에게 알려야 한다.
3. 정신보건시설의 경우, 국내법에 의한 해당 권한기관이 지정한 시설만 비자발적 입원 환자를 수용할 수 있다.

원칙 17 심사 기관

1. 심사기관은 국내법에 의해 설립된 사법 및 기타 독립적인 공정한 기관으로서, 그 직무가 국내법에 의해 정해진 절차에 따라 운영되어야 한다. 심사기관은 공식적인 결정을 내리는 데 있어서, 자격을 갖춘 독립적인 정신보건 전문가 일인 이상의 조언을 참고해야 한다.

2. 위 원칙 16의 2절에 해당하는 비자발적 환자의 입원이나 계속 입원 결정에 대한 심사기관의 최초 심사는 해당 결정이 내려진 직후 가능한 한 빨리 이루어져야 하며, 국내법에 의해 규정된 대로 간단하고 신속한 절차에 따라 수행되어야 한다.
3. 심사기관은 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간마다 비자발적 환자의 경우를 주기적으로 심사해야 한다.
4. 비자발적 환자는 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간을 두고 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환 신청을 할 수 있다.
5. 개개의 심사에서 심사기관은 위 원칙 16의 1절에 제시된 비자발적 입원 기준에 여전히 속하는지를 고려해야 하며, 그렇지 않은 경우 환자는 비자발적 환자 상태를 벗어나 퇴원할 수 있어야 한다.
6. 담당 정신보건전문가는 언제라도 환자가 비자발적 환자로서의 계속 입원을 위한 요건에 더 이상 해당되지 않는다고 판단되는 경우 퇴원 지시를 내려야 한다.
7. 환자나 환자의 개인 대리인, 또는 기타 이해관계인에게는 정신보건시설 입원이나 계속입원 결정에 대해 상급법원에 항소할 권리가 주어져야 한다.

원칙 18 절차상 보호조치

1. 환자에게는 이의제기 절차나 항소 시 대변인은 물론이고 자신을 대리할 대리인을 선택하여 선임할 권리가 주어져야 한다. 환자 자신이 그러한 서비스를 확보하지 않았을 경우 환자가 지불여력이 안된다면 무료로 대리인을 확보할 수 있게 되어야 한다.
2. 또한 환자에게는 필요한 경우 통역 서비스를 받을 권리가 주어져야 한다. 통역 서비스가 필요하나 환자 스스로 이를 확보하지 않은 경우 환자에게 지불여력이 없다면 무료로 서비스가 주어져야 한다.
3. 환자와 환자의 대리인은 심리 시에 독립적인 정신보건 보고서와 기타 다른 보고서, 관계있는 구두, 서면, 기타 증거 자료를 요청하고 제시할 수 있다.
4. 환자 기록 및 제출되는 기타 보고서와 자료들은, 환자에게 해당 자료가 공개될 경우 환자의 건강에 심각한 위해가 초래되거나 다른 이의 안전에 위험을 초래할 것으로 판정되는 특별한 경우를 제외하고, 환자와 그 대리인에게 사본을 전달해야 한다. 환자에게 전달하지 않은 기록은, 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 비밀리 전달이 가능한 경우 환자의 개인 대리인과 대리인에게 전달해야 한다. 기록 중 환자에게 알리지 않은 부분이 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.
5. 환자와 환자의 개인 대리인 및 대리인에게는 심리에 직접 출석하여 참여하고 발언할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

6. 환자나 환자의 개인 대리인, 대리인이 심리에 특정한 출석을 요청할 경우에는, 그 사람의 출석이 환자의 건강에 심각한 위해를 초래하거나 다른 이의 안전에 위협을 초래할 수 있다고 판정된 경우가 아닌 한 허용해야 한다.

7. 심리나 그 과정이 공개적으로 이루어져야 할지 내밀하게 이루어져야 할지와 공개적으로 보도되어도 좋을지에 대한 결정을 내릴 때는 반드시 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위협을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.

8. 심리를 통한 결정과 그에 대한 이유는 서면으로 작성되어야 하며, 그 사본을 환자와 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 전해야 한다. 결정을 전체 혹은 부분적으로 공개 발표해야 할지에 대한 결정을 내릴 때는, 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위협을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.

원칙 19 정보 열람

1. 환자 (이 원칙에서는 과거 환자였던 사람도 포함하는 의미)는 정신보건시설에서 관리하는 자신의 보건 및 개인 기록에서 자신에 관련된 정보를 열람할 수 있어야 한다. 이 권리는 환자 자신의 건강에 대한 심각한 위해를 예방하고 다른 사람의 안전을 위협에 빠뜨리지 않기 위한 목적으로 제한을 받을 수도 있다. 이와 같이 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 비밀리에 전달이 가능하다면 그렇게 해야 한다. 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.

2. 환자나 환자의 개인 대리인 및 대리인에 의한 서면 설명은 요청이 있을 경우 환자의 자료에 포함해야 한다.

원칙 20 범죄 피의자

1. 이 원칙은 형사 범죄자로 징역 중이거나 또는 형사 절차나 수사 대상으로 유치 중인 사람으로서 정신장애를 가지고 있거나 그러한 질환이 의심되는 것으로 판단되는 사람에게 적용된다.

2. 이와 같은 사람은 위 원칙 1에서 설명하는 바와 같이 최고의 정신보건의료료를 받아야 한다. 주어진 상황에서 꼭 필요한 경우 제한적인 수정과 예외는 있을 수 있으나, 가능한 한 본 UN 원칙을 최대한 적용하여야 한다. 상기 제한적인 수정과 예외 사항들도 원칙 1의 5절에 명기된 협정에 따른 권리를 침해할 수는 없다.

3. 이러한 사람들의 경우, 법원이나 기타 정당한 권한기관이 합당하고 독립적인 의학적 조언을 근거로 정신보건시설 입원을 명할 권한을 갖도록 국내법에 의해 규정할 수 있다.

4. 정신장애를 가진 것으로 판정된 수감자의 치료는 반드시 위 원칙 11에 따라야 한다.

원칙 21 이의 제기

환자 및 과거 환자였던 사람에게는 국내법에 규정된 절차에 따라 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

원칙 22 감시와 구제

정부는 본 UN 원칙의 준수를 촉구하기 위해, 정신보건시설 조사, 불만사항의 접수 및 조사와 해결, 전문인의 위법 행위나 환자 권리 침해에 대한 징계 및 사법 절차 제도를 위한 적법한 절차와 기구를 마련해 시행토록 하여야 한다.

원칙 23 실행

1. 정부는 적절한 입법적, 사법적, 행정적, 교육적, 기타 조치들을 통해 본 UN 원칙을 실행하여야 하며, 이를 주기적으로 심사하여야 한다.
2. 정부는 적절하고 적극적인 수단을 동원하여 본 UN 원칙을 널리 알려야 한다.

원칙 24 정신보건시설 관련 본 원칙의 적용범위

본 UN 원칙은 정신보건시설에 입원한 모든 이에게 적용된다.

원칙 25 기존 권리의 구제

본 UN 원칙에서 인정하지 않고 있거나 또는 더 좁은 범위로 인정하고 있다는 이유로, 적용 가능한 국제 및 국내법에서 인정하고 있는 권리 등 기존의 환자 권리가 제한되거나 훼손되어서는 안 된다.