

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000333-01



2001-2011 국가인권위원회 10년
사람이 사람답게 사는 세상
마침표 없는 과제

국가인권위원회 설립 10주년 기념 토론회

정신장애인 인권 보호를 위하여

일시 | 2011. 11. 17 (목) 14:00~18:00

장소 | 서울 프레스센터(20층 국제회의장)



대한정신건강재단
Korean Mental Health Foundation

인 사 말

안녕하십니까?

국가인권위원회 위원장 현병철입니다.

바쁘신 와중에도 이렇게 토론회에 참석해 주신 정신보건분야 실무자와 전문가, 정신장애인 당사자와 가족 여러분께 진심으로 감사드립니다. 그리고 우리 위원회와 함께 이 토론회를 공동으로 준비하느라 고생하신 대한정신건강재단 관계자 여러분과 오병훈 이사장님께도 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

우리 위원회는 올해 설립 10주년을 맞이합니다. 저는 지난 10년간 우리 위원회가 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위해 많은 노력을 해왔다고 감히 말씀드리고 싶습니다.

먼저 위원회 설립 이후 올해 9월까지 우리 위원회에 접수된 정신보건시설 진정 사건 총 4,882건에 대한 조사와 구제입니다. 이 사건은 주로 비자의 입원과 퇴원불허, 가혹행위, 통신제한, 부당 노동행위 등과 관련된 것들이었습니다. 우리 위원회는 이 진정에 대해 심도있는 조사를 토대로, 필요한 경우 해당기관 및 관리·감독기관에 권고하거나 심각한 경우 고발조치를 하는 등 정신보건시설 내에서의 정신장애인 인권 보호를 위해 앞장서 왔습니다.

또한 지난 2009년 정신장애인 인권문제의 근본적인 해결책을 제시하기 위해 「정신장애인 국가보고서」를 작성하여 국무총리와 보건복지부장관에게 67가지 핵심과

제를 이행하도록 권고하였습니다. 국가차원의 정신장애인 정책에 대한 종합적인 보고서를 작성한 것은 세계에서 미국과 호주에 이어 우리나라가 세 번째입니다.

이 보고서를 통해 우리 위원회는 정신장애인의 기본적인 인권 보호와 사회참여, 차별 철폐 등 정책적 개선과제를 제시했습니다. 다행스럽게도 관련 부처들의 적극적인 노력과 협조에 힘입어 현재 권고 이행이 상당수에 이르는 것으로 나타나 많은 부분 진척이 있다고 판단하고 있습니다만, 나머지 미이행 분야의 실행을 위해 더욱 노력하겠습니다.

아울러 우리 위원회는 그동안 정신장애인 인권 상황 실태조사, 정신보건종사자와 운영자를 대상으로 한 인권교육, 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소 캠페인과 홍보활동도 꾸준히 벌여왔습니다.

오늘 토론회는 우리 위원회가 설립된지 10년을 맞이하는 현 시점에서, 정신장애인 인권보호를 위한 우리사회의 노력과 성과들을 점검하여 향후 과제를 모색해 보기 위해 마련했습니다. 이번 토론회가 정신장애인에 대한 보다 나은 환경, 인권친화적인 보호, 지역사회의 관심을 통한 사회참여 확대에 기여하는 시금석이 되길 바라며, 토론회에 참석하신 모든 분들께 활발한 논의를 부탁드립니다.

우리 위원회는 앞으로도 정신장애인에 대한 불합리한 관행과 제도, 정책들을 개선하기 위해 더욱 노력하겠습니다. 감사합니다.

2011. 11. 17.

국가인권위원회 위원장 **현 병 철**

축 사

안녕하십니까, 국회의원 김춘진입니다.

국가인권위원회가 사회적 소수자의 인권 증진을 위해 노력한지 10주년이 되는 동안, 혼신을 다해 일구어 오신 관계자 여러분과 추운 날씨에도 불구하고 자리를 채워주신 내외빈 여러분께 진심으로 감사의 인사를 드립니다.

제가 17대 국회 때 처음 입문하여 4년동안 보건복지위원회 활동을 하면서 매년 국감에서 지적했던 문제가 정신장애인의 인권문제였습니다. 특히 국가인권위원회의 노력에도 불구하고 정신보건시설 관련 진정건수는 매년 증가하고 있는 추세입니다. 특히 자의입원이 아닌 타의입원이 압도적으로 많아서 제도적으로 충분한 개선이 이루어지지 않는 현실에 대하여 비록 지금은 교육과학기술위원회에서 활동하고 있지만 국회의원으로서 책임감을 느낍니다.

이번 토론회는 국가인권위원회의 정신보건시설 관련 진정접수 및 처리현황, 주요 사례 등을 검토하고 정신장애인의 인권현황을 파악함으로써 소수자의 인권증진을 도모하는 뜻깊은 자리입니다. 정신장애인들이 정신질환을 앓는다는 이유만으로 자신의 의지와 상관없이 정신병원에 갇혀 많게는 수년을 살아야 한다면 우리나라의 소득수준이 아무리 높아진다고 하더라도 우리는 결코 선진국에 도달할 수 없다고 생각합니다.

모쪼록, 이번 토론회가 우리나라의 정신장애인 정책에 대하여 정부로 하여금 다

시한번 각성을 일깨우게 하고 정기 국회내 관련 상임위 법안심사를 촉진하여 향후 19대 국회에서 정신장애인 인권향상을 위한 제도개선에 귀중한 입법토대가 될 것을 기대합니다.

다시 한번 오늘의 자리를 마련해 주시느라 고생하신 관계자 여러분과 바쁘신 가운데도 시간을 내어 참석해 주신 내외 귀빈 여러분들께 감사드리며, 가정에 무궁한 건강과 행운이 깃드시기를 기원합니다. 감사합니다.

2011. 11. 17.

국회의원 김 춘 진

축 사

먼저, 국가 인권위원회의 설립 10주년을 축하드립니다. 인권의 불모지와도 같았던 우리나라에서 2001년 국가인권위원회가 설립된 이후의 변화란 참으로 놀랍습니다. 그중에서도 정신질환자들과 같은 사회적 약자를 위한 국가인권위원회의 노력은 우리 사회의 많은 변화를 이끌어 내었으며, 사회의 구성원들로 하여금 차별 받는 소수에 대한 인식의 변화를 불러 일으켰습니다. 어쩌면 그 중 가장 대표적인 성과가 2007년도 제정된 “장애인 차별 금지법”과 2009년 11월 발표하고, 오늘 이 자리에서 그 이행 성과를 확인하고자 하는 “정신장애인 국가보고서”일 것입니다.

장애인은 그 동안 우리 사회의 관심 뒀안길에 있었습니다. 그 중에서도 자신들의 증상을 드러내놓고 이야기 힘든 정신장애인의 경우에는 그 상황이 더욱 심각했습니다. 장애는 그 존재 자체가 수치였고, 경제 성장이 우리 사회의 유일한 화두였던 70~80년대에 정신장애인의 처우에 대한 언급은 사치였습니다.

저희 대한정신건강재단은 국민정신건강증진을 목적으로 대한신경정신의학회에서 출자하여 2010년 설립한 재단법인입니다. 본 재단의 모태인 대한신경정신의학회는 설립 이후부터 지속적으로 정신질환자의 인권보호 및 권익 신장을 위해 노력해왔습니다. 1968년, 1978년 및 1980년에 걸쳐 줄기차게 “정신위생법” 제정을 추진하고 정부에 건의했었으나, 입법화되지 못하였습니다. 그 과정에서 기도원에서의 비인권적인 정신질환자에 대한 처우 문제가 쟁점화되었고, 진정으로 정신질환자에 대한 인권적 대우가 어떻게 제도화되는 것이 적절할 것인가에 대한 고민 끝에 ‘정신보건법’이 제정되었으며, 그 과정에서 대한신경정신의학회는 정신보건 전문

가로써 정신질환자의 처우 개선 방안을 법안에 담고자 하였습니다.

그러나 갈 길은 멀었습니다. 사회에 뿌리 깊게 박혀있는 정신질환자들에 대한 선입견과 정신질환자의 처우에 대한 치료 기관의 무관심은 전문가 집단부터 우리 사회의 모든 구성원에게 지속적인 숙제를 던져주었습니다. 이러한 과정에서 국가인권위원회의 탄생과 정신장애인에 대한 위원회의 관심은 우리 전문가 집단에게 적지 않은 충격이었습니다. 일면으로는 관행적으로 시행되었던 치료과정은 많은 부분들을 인권 보호적인 입장에서 재검토를 하도록 하는 압박이었으나, 다른 일면으로는 보다 환자를 위한 치료 시스템을 정비하고 정신질환자들에 대한 의료인의 봉사의 가치를 더욱 높일 수 있는 자성의 기회였습니다. 저희 정신건강재단에서는 이러한 과정의 산물이 “정신장애인 국가보고서”라고 생각합니다. 다만, 이상과 현실에서의 괴리 그리고 문제 해결 중심에 위치할 수 밖에 없는 가족에 대한 동양 문화적 배려 등이 향후 위원회의 활동에 보다 폭넓게 반영될 수 있기를 기대합니다.

정신 장애인들이 건강한 사회인으로 우리 곁에 복귀하는데 있어 지역사회 정신보건 시설의 역할은 그 무엇보다 중요합니다. 적은 예산과 무관심 속에서도 묵묵히 제 갈길을 걸어 온 정신보건센터와 같은 지역사회 시설 및 종사자들의 노력에 힘 입어, 많은 정신 장애인들이 우리 곁으로 돌아왔습니다.

또한, 국가인권위원회가 지금까지의 10년의 성과를 바탕으로 향후 보다 감추어져 있으면서도 보편적인 인권 차별에 대해서도 관심을 가져 주시기를 부탁드립니다. 우울증이나 불안증과 같은 많은 정신질환 환자들이 장애인에게 부여되는 작은 권리도 보장받지 못하면서 보험 가입이나 취업에서 차별받는 현실은 국가인권위원회의 관심으로 시정될 수 있습니다. 널리 알려진 바와 같이 우리나라는 전 세계

에서 자살율이 제일 높습니다. 이러한 오명은 정신질환자에 대한 사회적 편견을 해소함으로써 신체 검사를 받듯이 누구든 편한 마음으로 정신건강의학과를 방문하고 자신의 고민과 증상을 해결할 수 있도록 사회적 분위기를 조성함으로써 벗어날 수 있습니다.

저희 대한정신건강재단은 이러한 정신질환자 및 장애우들이 겪는 어려움을 살펴보고 이들이 고충을 덜 수 있도록 국가인권위원회의 활동에 기꺼이 힘을 보태고자 합니다. 국가인권위원회의 역할을 통해 대한민국이 “사람이 사람답게 사는 세상”이 될 수 있기를 진심으로 기원합니다.

2011. 11. 17.

대한정신건강재단 이사장 **오 병 훈**

<<<

●● 국가인권위원회 설립 10주년 기념 토론회 「정신장애인 인권보호를 위하여」



Program

- ❖ 일시 : 2011년 11월 17일(목) 14:00 ~ 18:00
- ❖ 장소 : 서울 프레스센터(20층 국제회의장)
- ❖ 주최 : 국가인권위원회, 대한정신건강재단 공동주최

사회 : 조영호 (국가인권위원회 장애차별조사1과 과장)

구 분	시 간	내 용
인사말	14:00~14:10	<ul style="list-style-type: none"> • 개회사 : 장향숙 (국가인권위원회 상임위원) • 축 사 : 오병훈 (대한정신건강재단이사장)
영상물 상영	14:10~14:20	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가인권위원회의 발자취
<제1부 토론> 정신장애인 인권 보호와 증진, 그 성과 및 발전방안		
좌 장		<ul style="list-style-type: none"> • 심상돈 (국가인권위원회 조사국장)
발표	14:20~14:40	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인 인권보호를 위한 국가인권위원회의 성과 및 평가 - 조형석 (국가인권위원회 장애차별조사1과 팀장)
토론	14:40~15:40	<ul style="list-style-type: none"> - 배 안 (국립나주병원장) - 흥진표 (울산대학교 정신과 교수) - 황태연 (대한신경정신의학회 정신보건이사) - 유동욱 (보건복지부 정신건강정책과 사무관)
휴식	15:40~16:00	휴 식

구 분	시 간	내 용
<제2부 토론> 정신장애인의 사회참여 증진 방안		
발표	16:00~16:40	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건시설 퇴원환자의 지역사회 연계를 위한 정신보건 센터의 기능 및 역할 재정립 <ul style="list-style-type: none"> - 최용성 (이천정신보건센터장, 정신과 전문의) • 정신장애인의 사회복귀 확대를 위한 지역사회시설의 과제 및 역할 <ul style="list-style-type: none"> - 문용훈 (한국사회복귀시설협회장)
토론	16:40~17:25	<ul style="list-style-type: none"> - 이영문 (중앙정신보건사업지원단 단장) - 이기연 (이화여자대학교 사회복지학과 교수) - 권오용 (한국정신장애연대 사무총장, 변호사)
휴식	17:25~18:00	종합토론 및 질의응답
	18:00	폐 회

<<<

☉ 국가인권위원회 설립 10주년 기념 토론회 「정신장애인 인권보호를 위하여」



Contents

■ 제1부 발표 및 토론	1
정신장애인 인권 보호와 증진, 그 성과 및 발전방안	
발표 : 조형석 국가인권위원회 장애차별조사과 팀장	3
토론 : 배 안 국립나주병원장	41
홍진표 울산대학교 정신과 교수	45
황태연 대한신경정신의학회 정신보건이사	49
유동욱 보건복지부 정신건강정책과 사무관	57
■ 제2부 발표 및 토론	61
정신장애인의 사회참여 증진 방안	
발표 : 최용성 이천정신보건센터장, 정신과 전문의	63
문용훈 한국사회복지시설협회장	73
토론 : 이영문 중앙정신보건사업지원단 단장	93
이기연 이화여자대학교 사회복지학과 교수	97
권오용 한국정신장애연대 사무총장, 변호사	105
■ 별첨	111

제1부 발표 및 토론

정신장애인 인권 보호와 증진, 그 성과 및 발전방안

발표 : 조형석 국가인권위원회 장애차별조사1과 팀장

토론 : 배 안 국립나주병원장

홍진표 울산대학교 정신과 교수

황태연 대한신경정신의학회 정신보건이사

유동욱 보건복지부 정신건강정책과 사무관

정신장애인 인권보호를 위한 국가인권위원회의 성과 및 평가

발표 : 조형석 국가인권위원회 장애차별조사1과 팀장

I. 들어가며

2011년 올해는 국가인권위원회가 설립된지 10주년이 되는 해로, 우리 위원회는 그동안 사회적 소수자의 인권을 보호하고 증진하기 위한 다양한 노력들을 기울여 왔다. 그 예로 정신보건시설에 대한 진정사건 처리, 직권조사 및 방문조사, 정신장애분야 인권교육, 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 캠페인 등이 있으며, 2009년에는 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」(이하 ‘정신장애인 국가보고서’라 한다)를 작성하여 국무총리실과 보건복지부에 관련 내용의 이행을 권고한바 있다. 국가보고서 권고 사항은 관련 부처들의 적극적인 노력으로 이행률이 상당수에 이르고 있고(부록), 우리 위원회는 지금도 이행되지 못한 권고들에 대해 지속적으로 모니터링 하고 있다.

그러나 이러한 노력에도 불구하고 정신보건시설 관련 진정건수는 매년 증가하고 있는 추세이다. 우리 위원회에 진정된 정신보건시설 사건 증감율을 살펴보면, 2001년부터 2008년까지 지속적으로 증가하던 사건 수는 2009년에 일시 감소한 후, 2010년 말에는 전년도에 비해 3배에 달하는 증가율을 보였으며, 2011년 9월 말 현

재에도 1,159건에 이를 정도로 매우 높은 수준을 유지하고 있다(그림1). 이는 주로 입원(34%), 가혹행위(19%), 퇴원(13%), 작업·치료(11%), 외부와의 소통제한(10%) 등과 관련되어 있다(표1).

1999년 미연방대법원의 옴스테드(Olmstead vs. L.C.) 판결¹⁾에서 볼 수 있듯이, 장애인에 대한 불필요한 시설격리는 장애차별이 될 수 있으며, 정신장애인이라 할 지라도 입원치료의 필요성이 높고 자·타해의 위험성이 높지 않는 한 가급적 지역사회에서 치료받으며 생활 할 권리가 있다. 이번 토론회에서는 지난 10년간 우리 위원회에 진정되었던 정신보건시설 관련 사건접수 현황, 주요 사례 및 정신장애인 국가보고서의 주요 내용과 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 노력들에 대해 점검하고 이를 통해 앞으로의 발전방향에 대해 논의하려 한다.

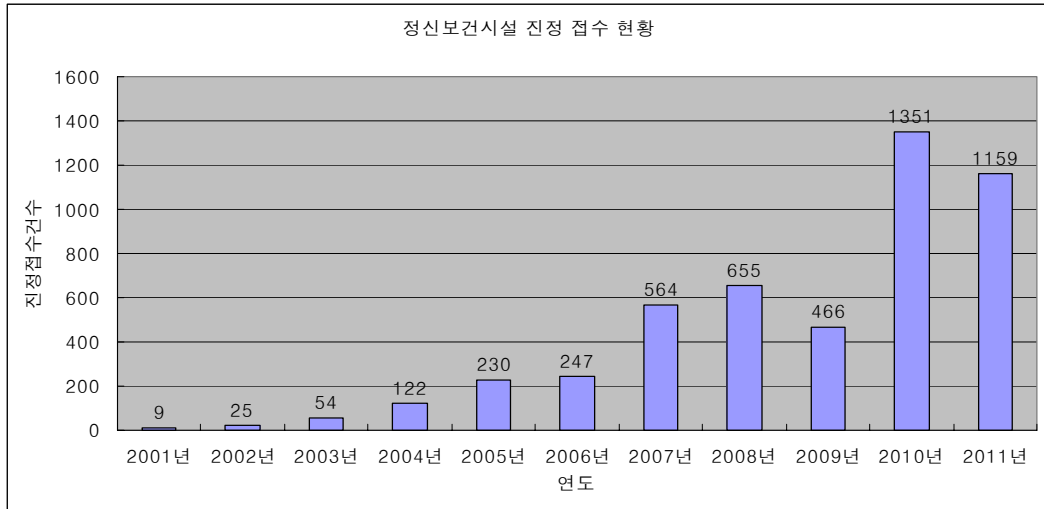
II. 정신보건시설 관련 진정접수

1. 정신보건시설 관련 진정접수 현황

우리 위원회는 정신보건시설과 관련하여 진정이 접수되면, 진정인과 피진정인, 참고인 등의 주장을 바탕으로 사실관계를 확인하고, 관련법을 근거로 인권침해 및 차별 여부를 판단하여 당사자의 권리를 구제하고 있다. 2001년부터 2011년까지 위원회에 접수된 진정 사건을 살펴보면 그 수는 매년 증가하는 추세에 있으며, 특히 2005년, 2007년, 2010년에는 각각 그 전년도 대비 진정사건 증가율의 폭이 높았다. 특히, 2010년에는 전년도에 비해 진정 건수가 466건에서 1,351건으로 3배 가까이

1) 1999년 미대법원은 Olmstead vs. L.C. 소송사건에 대해 장애인의 불필요한 시설격리는 장애인법(ADA) 차별이라고 판결한바 있음. 이 사건을 계기로 미정부는 정신장애나 신체적 장애를 가진 사람들이 시설 생활로 인해 가족관계나 사회적 활동, 일, 교육, 문화생활 등의 일상생활에서의 차별이 발생하지 않도록 지역사회와 같은 통합된 환경에서 서비스를 받을 수 있는 방안을 모색하고 있음. 그 예로 부시대통령은 2001년 대통령령13217을 통해 모든 주에서 옴스테드 판결에 준한 지역사회 기반의 서비스를 제공하도록 한바 있음.

증가하였으며, 2011년 3/4분기에도 1,159건으로 높은 수준을 유지하고 있다.



국가인권위원회(2011.9.30.)

〈그림 1〉 연도별 정신보건시설 진정사건 접수 추이(2001.11.~2011.09.)

2. 인권침해유형별 정신보건시설 진정 접수 현황

2001.11.1.~2011.9.30. 우리 위원회에 접수된 정신보건시설 진정사건 유형을 살펴 보면, ‘입원’과 관련한 사건이 1,862건(34%), ‘퇴원’과 관련한 사건이 710건(13%), 시설 내에서의 사건이 2,620건(49%), ‘진정방해’와 관련한 사건이 111건(2%) 등이 었다. ‘입원’과 관련한 인권침해 유형으로는 비자의입원과 사설응급구조단에 의한 인권침해, ‘퇴원’과 관련해서는 퇴원불허, 계속입원심사청구누락 등이 있었으며, 정신의료기관(시설) 내에서의 인권침해 유형으로는 강제투약, 부당한 격리·강박, 언어 및 육체폭력, 사생활 침해 및 통신제한 등이 있었다.

〈표 1〉 정신보건시설 관련 유형별 진정실태 (2001.11.~2011.09.)

침해유형		내용	진정 수(건)	비율(%)
입원		비자의 입원, 사설응급 구조단에 의한 인권침해	1,862	34%
시설내	부당 치료 및 작업	강제투약, 약물과다, 치료 미흡, 부당한 작업치료	586	11%
	가혹행위	부당한 격리·강박, 폭력(언어·육체적), 성폭력	1,026	19%
	사생활침해	감시카메라 설치	113	2%
	외부와의 소통 제한	면회·외출·외박 금지, 전화·서신 제한, 검열	527	10%
	알권리 및 종교의 자유 제한	정보제공 거부·불충분, 종교 강요, 종교 제한	53	1%
	시설 등	시설환경, 위생, 병원인력 부족	315	6%
퇴원		퇴원불허, 계속입원심사청구 누락	710	13%
진정방해		인권위 진정방해	111	2%
기타			125	2%
합계			5,428	100%

※ 한 진정사건에 여러 진정내용이 포함된 경우 중복 반영하여 진정 사건 수와 차이가 발생함.

Ⅲ. 정신보건시설 관련 주요 진정 및 처리 사례

1. 개요

우리 위원회가 정신장애인의 인권침해사건과 관련하여 피진정인, 관계기관 등에 권고한 대부분에 대하여 수용하였고 그 결과 정신보건시설에 있는 정신장애인의 인권이 상당부분 개선되었다. 특히 2008년 3월 개정된 「정신보건법」에서는 입원요건 강화, 가혹행위 예방, 신체의 자유 제한, 작업요법에 관한 근거규정을 신설하고 이를 위반할 경우 형사처벌하는 규정을 두는 등 그 동안 진정사건에서 제기되었던 문제점들이 어느 정도 반영되었다.

이하에서는 정신보건 관련 기관에 의한 인권침해사건들을 내용별로 ① 입원 및 퇴원절차, ② 시설·인원에 관한 기준, ③ 격리 및 강박, ④ 행동의 자유제한 ⑤ 환자에 대한 폭행, ⑥ 작업치료, ⑦ 종합사례로 나누어 검토하였다.

2. 입원 및 퇴원절차

가. 개요

입원 및 퇴원절차 관련 사건은 환자들이 입원하는 과정에서 신원확인을 제대로 했는지 여부, 입원절차에서 보호의무자의 동의나 전문의의 소견이 있는지 여부, 강제력을 행사하여 호송했는지 여부, 입원사유나 퇴원심사 등에 대하여 통지를 하였는지 여부, 그 밖에 입원 및 퇴원절차에서 적법절차를 준수하였는지 여부가 주된 쟁점이었다.

나. 2007. 4. 9. 06진인2441 결정²⁾ [부당한 정신병원 계속입원 관련]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 정신분열증세로 2002. 8. 이전에는 어머니를 보호의무자로 하

2) 보호의무자의 자격과 관련된 유사사건으로는 2007. 5. 18.자 06진인1720 [정신병원 입원 및 입원 연장 시 규정위반 관련] 진정인은 언니와 남동생에 의해 강제로 정신병원에 입원되었는데 병원에서는 보호자의 동의가 있어야 한다며 퇴원을 불허하고 있다는 내용으로, 조사결과 피진정인은 정당한 보호의무자가 아닌 동생의 동의로 진정인을 입원시키고 계속입원심사청구를 하였으며 진정인의 지속적인 요청에도 퇴원심사청구절차를 진행하지 않았고 감독기관인 000지사는 계속입원심사청구에 대해 문제제기없이 심의 의결한 사실이 인정되어 0000의원장에게 환자입원 및 입원연장시 제규정을 준수하고, 법으로 규정된 입원환자들의 절차적 권리가 실질적으로 보장될 수 있도록 필요한 조치를 취할 것을 권고, 00도지사에게 피진정인에 대해 주의조치 등 필요한 조치를 하고 관할 정신보건시설에 대한 지도·감독을 철저히 할 것을 권고한 사례; 2007. 4. 9. 06진인2441 [부당한 정신병원 계속입원 관련] 진정인은 어머니에 의해 울산00병원에 강제입원되었는데, 6개월후 입원연장시 어머니가 치매로 입원하여 입원연장 동의를 하지 못했음에도 연장입원되었다는 내용으로, 조사결과 병원이 정신보건법상 보호의무자 자격이 없는 진정인의 누나의 동의를 얻어 진정인을 계속입원조치하였고, 퇴원심사청구 절차를 적절히 고지하지 않은바, 0000병원장에게 환자입원시 제반규정을 준수하고 입원환자들이 정신보건법상 보장된 권리를 행사할 수 있도록 조치를 취할 것과 직무교육실시를 권고하고, 0000시장에게 정신보건법상 계속입원 관련 제반규정을 준수할 것과 0000병원장에게 주의조치 등 필요한 조치를 하고 향후 지도감독 철저를 권고한 사례 참조.

여 입원했고, 그 이후에는 형과 누나를 보호의무자로 하여 입원했다. 2006. 4. 입원 시에는 누나를 보호의무자로 하여 입원했고, 2006. 9. 에도 누나의 동의를 얻어 계속 입원심사를 청구, ○○광역시 정신보건심판위원회의 심의를 거쳐 계속 입원 조치 되었고, 2007. 1. 퇴원하였다. 진정인은 입원 후 지속적으로 퇴원요구를 했으나 퇴원심사청구절차를 밟은 적은 없다.

(2) 결정요지

- (가) 피진정인 ○○병원장에게, 환자 입원 및 계속입원 시 정신보건법령상의 제 규정을 준수하고, 입원환자들이 퇴원 및 처우개선심사청구 등 정신보건법상 보장된 권리를 행사할 수 있도록 필요한 조치를 취할 것, 입원 및 계속입원 관련규정과 정신보건법상 보장된 입원 환자의 권리에 관하여 종사자들을 대상으로 직무교육을 실시할 것을 권고한다.
- (나) 피진정인의 감독기관인 ○○광역시장에게, 정당한 보호의무자가 아닌 자의 동의를 얻어 입원 및 계속입원 조치한 피진정인의 행위에 대해 주의조치 등 필요한 조치를 취할 것과 정신보건법상 정당한 보호의무자에 관한 규정을 숙지하고 계속입원과 관련된 일련의 절차에 있어 유사 사례가 발생하지 않도록 관내 정신보건시설에 대한 지도·감독을 철저히 할 것을 권고한다.

다. 2009. 12. 18. 09직인3, 09진인1687 결정 [○○병원 입·퇴원 관련 인권침해]

(1) 직권조사의 배경

- (가) 2009. 5. ○○병원장을 피진정인으로 제기한 진정사건 조사과정에서 진정인을 적법한 절차에 의하지 아니하고 ○○○○○정신병원에 입원시킨 사실과 ‘간호기록지’를 조작하여 이를 은폐하려한 사실, 그리고 계속입원치료심사청구 시 보호의무자 사전 동의를 누락한 사실이 발견되었으며, 특

히 계속입원치료심사청구 시 보호의무자 사전 동의 누락 부분은 같은 해 7. 우리 위원회가 기 진정사건에서 ○○병원에 대해 시정 권고한 바 있다.
(나) 이에 인권침해가 있다고 믿을만한 상당한 근거가 있고 그 내용이 중대하다고 판단되어 2009. 9. 「국가인권위원회법」 제30조 제3항 등의 규정에 따라 직권조사를 실시하기로 결정하였다.

(2) 결정요지

- (가) 검찰총장에게, 의료법인 ○○재단 이사장, ○○병원장, ○○○○○정신병원장을 「정신보건법」 등 위반 혐의로 각 고발한다.
- (나) 보건복지가족부장관에게, ① 의료법인 ○○재단과 같이 인력 부족 등을 이유로 같은 재단 소속 병원에 환자를 임의로 전원조치하여 「정신보건법」을 위반하는 사례가 발생하지 않도록 재발방지대책을 마련할 것, ② 의료법인 ○○재단이 진료비를 부당하게 청구한 부분에 대해 조사하여 부당이득의 징수 등 적절한 행정처분을 취할 것을 각 권고한다.
- (다) ○○○도지사에게, 「○○○○○정신병원 및 노인전문병원 설치조례」 제9조, ‘○○○○○정신병원 위탁 운영 계약서’ 제4조 제4항, 제6조 제2항, 제8조 제1항 등을 검토하여 위탁병원인 ○○○○○정신병원에 대한 계약해지 등 적절한 행정조치를 취할 것을 권고한다.
- (라) ○○시장에게, ① 정신과전문의에 관한 인력기준 준수 여부에 대해 「정신보건법」 제12조 제3항 등 관련 규정을 검토하여 ○○병원, ○○○○○정신병원에 대한 적절한 행정처분을 취할 것, ② 환자 입원 또는 계속입원시 「정신보건법」상의 절차를 준수하도록 하고, 퇴원심사청구서의 발송을 거부하는 일이 없도록 ○○병원, ○○○○○정신병원에 대한 관리·감독을 철저히 할 것, ③ 계속입원치료심사 시 계속입원치료심사청구 대상자 명부만으로 심사하는 관행을 개선할 것을 각 권고한다.

라. 2009. 11. 27. 09진인1406 결정³⁾ [정신병원 강제입원 등]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 2004. 3. 부터 2009. 6. 까지 총 6회에 걸쳐 정신의료기관에 입·퇴원을 반복한 환자이다. 진정인과 다른 지역에 살고 있던 보호의무자인 아들과 모친이 직접 진정인을 데리고 병원에 입원을 시킬 수도 없고 진정인이 스스로 입원을 완강히 거부하였다. 이러한 사정 아래에서 보호의무자인 아들이 진정인이 종전에 입원하였던 정신의료기관에 전화로 진정인의 주거지로 가서 진정인을 후송하여 입원을 시킬 것을 요청하였다. 이에 대하여 정신의료기관에서는 진정인의 모친에게 진정인이 완강히 거부하면 입원조치가 어렵다고 수차례에 걸쳐서 얘기했으나 진정인의 모친은 “책임을 질 테니 입원조치를 해 달라”고 요청하였다. 이러한 요청에 따라 정신의료기관에서는 직원 3명과 응급차량을 진정인의 주거지로 출동시켰다. 직원 2명이 진정인의 주거지에 찾아가 술에 취해 자고 있던 진정인을 깨워 입원요청 사실을 설명하고 병원에 갈 것을 요청하였으나 진정인은 병원에는 절대 가지 않겠다고 하면서 폭력적인 언어를 구사하고 완강하게 버티며 저항하였다. 직원들은 하는 수 없이 보호대로 진정인의 양손을 억제하여 진정인을 응급차량에 태워 후송했다.

(2) 결정요지

환자 본인의 의사에 반하여 정신과 전문의의 소견이 없이 환자에 대하여 강제

3) 강제후송과 관련된 유사사건으로는 2006. 3. 27.자 05진인3909 [불법 감금에 의한 인권침해] 보호의무자의 동의를 미리 받지 않고 진정인을 강제입원시킨 0000병원장에게 다시 이러한 위법행위를 하지말 것을 권고, 00도지사에게 0000병원에 대해 관리감독을 철저히 할 것 권고, 보건복지부장관에게 우리위원회의 기권과 내용처럼 정신보건법 개정시 위법한 입원조치에 대한 처벌규정을 신설할 것으로 촉구, 법 개정전이라도 전국 정신보건시설에 대하여 이러한 위법행위를 금하도록 지시할 것 권고, ‘응급의료에 관한 법률’을 개정하여 응급환자이송업체, 법인에 대한 인권침해 금지 및 제재조항을 신설할 것과 각 자치단체가 이들에 대하여 실질적인 지도, 감독을 하도록 지침을 수립, 시행할 것을 권고, 강제입원 환자의 경우 일정기간동안 통신권을 제한할 수 없도록 법개정하고, 개정전에도 이에 대해 유념하도록 조치할 것을 권고한 사례 참조.

력을 행사하여 호송하는 행위는 환자의 입원을 위한 편의제공의 수준을 넘어서 강제력을 행사한 경우로서 「정신보건법」 제24조 제1항이 보호의무자의 입원에 관하여 정한 절차를 위반한다. 따라서 정신의료기관의 장에게 환자의 의사에 반하여 병원차량을 이용하여 강제로 후송하는 사례가 재발되지 않도록 담당직원을 교육시키고 재발방지 계획을 수립할 것을 권고한다.

마. 2007. 5. 14. 06진인2989 결정⁴⁾ [정신병원의 퇴원불허 관련 인권침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 2006. 2. 보호의무자인 아들의 동의와 알코올 중독이 의심된다는 전문의 소견에 의해 입원되었다. 그 이후 “망상과 알코올 의존에 의한 인지 저하 지속, 사회생활을 영위할 정도로 충분히 관리되지 못하여 추가 치료 필요하다”라는 전문의 소견과 보호의무자인 아들의 동의에 의해 진정인에 대해 계속입원심사청구가 있었고 이에 따른 계속입원결정에 의해 입원기간이 다시 연장되었다. 진정인은 2006. 12. 퇴원하여 다른 병원으로 전원되었다. 그런데 진정인이 2006. 2. 입원할 당시 정신의료기관에서는 진정인에 대하여 입원사유, 퇴원심사청구 등에 관한 사항을 서면으로 통지하지 아니하였고 진정인의 입원기간 동안 퇴원심사를 한 바도 없다.

4) 입원절차의 통지와 관련한 유사사건으로는 2008. 4. 2.자 06진인3207 [정신병원의 작업치료지침위반 및 입퇴원절차 위반 등]00의료원이 작업치료지침을 준수하지 않고 환자들에게 병내 청소를 하게 하고, 정신보건법에 정한 적법한 절차를 준수하지 않고 환자를 입원시키고 환자관리 사항을 통지하지 않은 것에 대하여, 00의료원장에게 환자의 입원 및 입원기간 연장 시 정신보건법 관련규정 준수할 것, 환자의 권리에 관한 사항을 고지하고 실질적인 권리행사가 가능하도록 적절한 편의를 제공할 것, 작업치료 지침을 준수할 것을 권고하고, 000도지사에게 피진정인에 대해 과태료 부과 처분 등 필요한 행정조치를 할 것, 관내 정신의료기관에 대한 지도감독을 철저히 할 것을 권고하고, 보건복지가족부장관에게 재발방지를 위해 필요한 조치를 취할 것을 권고한 사례; 2008. 3. 10.자 07진인378 [정신병원 입원절차 위반 등에 의한 인권침해] 보호의무자가 아닌 자의 동의를 얻어 입원한 환자에게 입원사항 통지 및 퇴소·처우개선 청구 절차를 안내하지 않은 「정신보건법」 제24조 등의 위반 사항과 작업치료의 일환으로 청소 및 식당도우미를 하도록 하고 일정한 대가를 지급하면서도 환자 개인통장이 아닌 간식비 대장에 관리하여 「작업치료 지침」을 준수하지 아니한 행위에 대해 000신경정신과의원장에게 「정신보건법」 규정 및 「작업치료지침」을 준수할 것을 권고, 감독기관인 0000시 0구보건소장에게 관련 위반 사항에 대한 행정처분과 지도·감독 철저히 권고 한 사례 참조.

(2) 결정요지

○○정신의료기관의 장에게 환자를 입원시킬 때 정신보건법령상의 관련규정을 준수하고, 입원 환자들이 퇴원 및 처우개선심사청구 등 「정신보건법」상 보장된 절차적 권리를 행사할 수 있도록 필요한 조치를 취할 것을 권고한다. 또한 ○○정신의료기관을 감독하는 지방자치단체의 장에게 해당 정신의료기관에 대하여 「정신보건법」 제24조 제5항 등을 위반한 행위에 대하여 과태료 부과처분 등 필요한 조치를 하고 향후 유사 사례가 재발되지 않도록 관내 정신보건시설에 대한 지도·감독을 철저히 할 것을 권고한다.

바. 2004. 6. 4. 03진인6436 결정⁵⁾ [00정신병원 신체의 자유 침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인들은 정신의료기관에 입원한 정신질환자이다. 정신의료기관에서 진정인 3명에 대하여 입원기간 6개월이 종료된 이후 실제로는 이들을 퇴원시키지 아니하고 그 대신 보호자인 가족들로부터 퇴원신청서, 가족동의서, 입원서약서를 받고 퇴원을 하였다가 수일 이후에 입원을 다시 한 것처럼 서류를 꾸며 놓았다. 예를 들면, 이 정신의료기관에서는 한 진정인을 2003. 6. 퇴원시켰는데 이 진정인이 2003. 6. 다시 입원한 것으로 서류를 만들어 놓았다. 또한 이 정신의료기관에서는 다른 진정인 2명에 대하여 정신보건심판위원회로부터 퇴원명령을 받았으나 이에 따라 진정인을 즉시 퇴원시키지 아니하고 그 대신 보호자로부터 진정인을 정신의료기관에 위탁한다는 각서를 받은 다음 퇴원하여 수일 이후에 재입원한 것으로 서류를 정리하여 놓았다. 예를 들면, 이 정신의료기관에서는 한 진정인을 2003. 4. 퇴원시키고 이 진정인가 같은 해 4. 다시 입원한 것으로 서류를 만들어 놓았다.

5) 계속입원심사 청구와 관련된 유사사건으로는 2005. 11. 7. 05진인2166 [강제수용으로 인한 인권침해] 정신보건법제24조 제3항의 규정을 위반하여 계속입원신청을 하지 않아 진정인의 신체의 자유 및 거주 이전의 자유를 침해한 피진정인에게 주의조치 권고한 사례 참조.

(2) 결정요지

입원환자 3명에 대해 실질적으로 퇴원시키지 않고 서류상으로만 입,퇴원 처리한 행위는 「정신보건법」 제24조 제3항 위반에 해당하고, 위 입원환자 2명에 대하여 정신보건심판위원회의 퇴원명령을 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 판단되어, 피진정인 ○○ 병원장을 검찰총장에게 고발한다.

2. 시설·인원에 관한 기준

시설·인원에 관한 기준 관련 인권침해사건은 대체로 정신보건시설에 정해진 인력기준에 따라 환자를 입원시켰는지, 입원환자당 전문의의 수를 준수하였는지 여부가 주된 쟁점이였다.

가. 2005. 3. 14. 04진인4568 결정⁶⁾ [0000병원의 시설관련 인권침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 해당 정신의료기관에 입원한 환자였다. 2004. 12. 당시 해당 정신의료기관에 대하여 허가된 병상은 236병상이고, 같은 해 12. 입원환자는 336명이였다. 해당 병원에서 작성한 ○○병원 2004년도 월별 환자 현황에는 환자수가 2004. 6.에는 311명, 같은 해 12.에는 336명이 입원되어 있는 것으로 기재되어 있다. 즉 2004년 당시에 해당 정신의료기관은 허가된 병상보다 약 100명을 초과하여 환자를

6) 정신의료기관의 시설기준 충족 관련 유사사건으로는 2005. 4. 25. 05진인550 [00정신병원의 시설과 관련한 인권침해] 000도 00군수에게 피진정인인 1실의 정원초과와 허가병상 초과 환자입원 및 허위보고 사실에 대하여 행정처분할 것을 권고, 피진정인에게 사위장과 화장실의 CCTV의 촬영범위를 최소한으로 제한하여 인권침해가 발생하지 않도록 조치할 것을 권고한 사례; 2006. 6. 12. 05진인4258 [강제입원 등에 의한 인권침해] 000000병원장이 정원을 초과하여 환자를 입원시켰다는 내용으로, 피진정인에게 법규를 준수할 것과 피진정인의 감독기관인 00군 및 00남도에 관계법규에 따라 조치하고 피진정인에 대한 감독을 철저히 하도록 권고한 사례 참조.

입원시켰다. 한편 해당 정신의료기관은 관할 보건소에게 2004. 6. 및 같은 해 12.에 반기별 입원환자를 보고할 때에 입원환자의 수를 각각 235명으로 보고하였다.

(2) 결정요지

피진정인이 허가병상보다 더 많은 수의 환자를 입원시킨 사실에 대하여 피진정인의 감독기관인 보건소에 반기별 입원환자현황을 허위로 보고한 것은 「의료법」 제32조 및 「정신보건법」 제12조제3항제3호의 규정을 위반한 행위이고, 진정인 및 환자들에 대한 건강권과 「헌법」 제10조에 보장된 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권을 침해한 것이라고 판단하여 피진정인 감독기관의 장에게 피진정인의 허가병상 초과 환자입원 및 허위보고한 사실에 대하여 행정처분할 것을 권고한다.

나. 2005. 10. 17. 05진인2133 결정⁷⁾ [0000병원의 시설과 관련한 인권침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 2005. 5. 피해망상으로 인하여 현실감이 결여되어 보호의무자의 동의에 의해 입원된 환자이다. 진정인은 입원한 이후에도 피해망상적 사고와 주장을 끊임없이 되풀이 하고, 현실감이 결여되어 있었으며, 병에 대한 인식(소위 병식)이 없어 계속하여 입원치료가 필요할 것으로 진단되었다. 피해자가 입원한 정신의료기관은 감독기관에게 2004. 상·하반기 정신의료기관현황과 2005. 상반기 정신의료기관현황을 제출하였는데, 이 보고문서에는 해당 기간의 정신과 전문

7) 정신의료기관의 의료인력 확보 관련 유사사건으로는 2007. 7. 16. 06진인2889 [정신병원의 입·퇴원 절차위반 및 의료인력 부족 등 관련] 0000병원의 부당한 입·퇴원 절차, 전화 및 서신 제한, 정원 외 환자 수용, 부당한 작업실시에 대한 진정으로, 조사결과 사실이 인정되는 바, 0000병원장에게 통신의 자유 제한에 대한 재발방지대책을 마련할 것, 환자 입원 및 입원 연장시 정신보건법령상의 제 규정을 준수할 것, 입원환자 작업치료에 있어 관련 지침을 준수할 것, 종사자들을 대상으로 한 직무교육을 실시할 것을 권고하고, 00도지사에게 피진정인에 대해 주의조치 등 필요한 조치를 취할 것, 담당공무원들에 대해 직무교육을 실시할 것, 관내 정신보건시설에 대한 지도감독을 철저히 할 것, 피진정인의 입·퇴원 절차 위반에 대해 과태료 부과 등 필요한 행정처분을 할 것, 피진정인의 의료인력 부족에 대해 필요한 행정처분을 할 것을 권고한 사례 참조.

의가 각각 2명으로 보고되었다. 그런데 이 정신의료기관의 2004. 6.말과 12.말 입원환자는 각각 166명, 170명이고, 2005. 6.말과 8.말 입원환자는 각각 161명, 176명이었다. 그리하여 입원환자 60인당 정신과 전문의 1명을 두도록 한 「정신보건법」 관련 규정을 위반하게 되었다.

(2) 결정요지

「정신보건법」 등이 정한 인력기준을 위반하여 환자를 입원시킨 행위는 「헌법」 제10조가 보장하는 건강권을 침해하는 행위에 해당한다. 따라서 정신의료기관의 감독관청에 대하여 해당 정신의료기관에 대하여 행정처분할 것을 권고한다.

3. 격리 및 강박

격리 및 강박의 경우에는 과도한 강박조치, 강박시행사항의 불기재 등 적법절차를 위반한 강박조치 등이 주로 검토되었다.

가. 2005. 9. 26. 05진인277 결정⁸⁾ [직권남용에 의한 인권침해]

8) 유사사건으로는 2005. 9. 26. 05진인1601 [정신과 시설의 시설 및 처우와 관련한 인권침해] 피진정인에게, 격리 및 강박은 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 지침에 따라 시행하고, 치료목적과 관련 없는 일률적인 전화제한을 중단하고 관련 법령에 따라 개선방안을 마련하여 시행할 것, 입원환자가 진정함을 적극 활용할 수 있도록 권고, 00구청장에게, 피진정인에 대해 경고조치, 시정명령 등 필요한 행정처분을 할 것과 재발방지 권고한 사례; 2007. 1. 8. 05진인3386 [병원의 격리·강박 지침 위반 및 전화통화 제한 등] 000병원이 의사의 지시없이 임의로 격리·강박하고, 전화사용을 제한하고 감시하며 편지를 검열하고 아무 설명없이 입원연장서류에 서명을 요구하며 퇴원심사청구서를 요청해도 거부한다는 내용으로, 피진정인에게 추후 관련규정을 준수하여 격리·강박을 실시하고, 격리·강박과 관련한 법령 및 지침에 대해 종사자들을 대상으로 직무교육을 실시하며, 전화 및 서신제한 관행을 개선하고, 환자입원시 절차적 규정을 준수할 것을 권고, 000구청장에게 피진정인을 경고조치하고, 관리감독을 철저히 할 것을 권고한 사례; 2007. 11. 19. 06진인1574 [정신병원의 입퇴원절차 위반 및 부적절한 처우 등] 진정인은 00정신병원에 강제입원되어 있는데 보호자 동의를 없다는 이유로 계속 감금생활을 하고 있고 00정신병원엔 환자들에게 식판나르기 등 노동을 시키며 전화 및 편지규제가 심하고, 사소한 일에도 간호사 권한으로 환자를 독방에 감금하고 있다는 내용으로, 00정신병원장에게 정신보건법상 보장된 환자의 권리에 관한 사항을 공지하고 적절한 편의를 제공할 것, 정당한 보호의무자가 아닌 자에 의한 입원이 재발하지 않도록 규정을 준수할 것, 작업치료지침을 준수하고 병동 작업치료 관련 자체 계획

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 정신의료기관으로부터 격리·강박을 당한 환자이다. 이 정신의료기관에서는 2004. 10.부터 2005. 3.까지 입원환자 6명에 대하여 총 7회에 걸쳐서 격리 및 강박을 시행하였으나 진료기록부(의사지시서 및 간호기록지)에 이에 관한 기록을 하지 아니하였다. 또한 이 정신의료기관에서는 이 기간 동안 입원환자 12명에 대하여 총 20회에 걸쳐서 격리·강박을 시행하였는데, 이에 관하여도 격리 및 강박시행일지에 아무런 기록이 없다.

(2) 결정요지

- (가) 해당 정신의료기관에 대하여 향후 환자에 대한 격리·강박을 시행하는 과정에서 인권침해가 없도록 격리·강박의 시행에 대한 개선방안을 마련하여 병원 직원들에 대한 정기적인 직무교육 및 인권교육을 실시할 것을 권고한다.
- (나) 해당 정신의료기관의 감독권자인 지방자치단체의 장에게 해당 정신의료기관에 대하여 경고조치 및 시정명령 등을 포함함 필요한 행정처분을 취하고 유사한 인권침해 사례의 재발을 방지하기 위하여 관리 감독을 철저히 할 것을 권고한다.

나. 2005. 12. 19. 04진인2935 결정⁹⁾ [신체의 자유 침해]

마련할 것, 입원환자의 신체의 자유, 통신의 자유, 사생활 비밀과 자유가 최대한 보장될 수 있도록 조치할 것, 환자행동의 자유 및 격리 강박과 관련하여 종사자들을 대상으로 직무교육을 실시할 것, 입원환자들의 진정권이 최대한 보장될 수 있도록 필요한 조치 취할 것을 권고, 00도지사에게 피진정인의 인권침해행위에 대하여 필요한 행정조치를 취하고 지도감독을 철저히할 것, 유사사례가 재발하지 않도록 관내 정신보건시설에 대한 관리감독을 철저히할 것을 권고, 보건복지부장관에게 사회복지시설장이 정신보건법 상 보호의무자로서 입원동의를 하는 사례가 재발하지 않도록 각 지방자치단체 및 관련 사회복지시설에 대해 필요한 조치를 취할 것을 권고한 사례 참조.

- 9) 유사 사건으로는 2006. 6. 13. 04진인4482 [격리강박으로 인한 신체의 자유침해] 약17시간동안 격리 강박하면서 매시간 맥박, 혈압 등을 체크한 것 외에 환자를 보호하기 위한 조치를 소홀히 한 사실이 인정 재발방지를 위한 자체교육 권고한 사례; 2005. 8. 16. 04진인3758 [정신병원의 과도한 격리, 강박 등에 의한 인권침해] 00광역시장에게, 격리·강박조치를 하는 등 신체의 자유를 침해한 00정신병원장

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 지방의 한 종합병원에 폐결핵을 치료하기 위하여 입원했던 환자이다. 이 환자는 2004. 2. 이 종합병원에 입원을 한 이후 같은 해 4. 초순부터 음주가 잦아져서 이 종합병원의 치료환경을 저해하였다. 이에 따라 이 종합병원에서는 2004. 4. 피해자의 의사와 상관없이 피해자를 퇴원시키기로 결정하였다. 그러나 이 피해자는 퇴원한 이후 오갈 데가 없었고, 피해자의 입원 보증인들(친구 및 교회의 목사)도 피해자의 신병을 인수하기를 거절하였다. 그리하여 이 종합병원에서는 이 피해자의 결핵병과 알코올 의존증을 계속 치료할 수 있도록 할 목적으로 2004. 4. 이 종합병원의 차량을 이용하여 인근지방에 있는 정신의료기관으로 피해자를 이송하였다. 그런데 술에 취한 상태였던 피해자가 이 정신의료기관에 입원할 이유가 없다고 하면서 항의하자 이 정신의료기관에서는 피해자에 대하여 3일 동안 강박을 시행(처음 4point 2일차 5point)하였다. 이러한 강박의 과정에서 이 정신의료기관은 주기적으로 피해자의 강박부위의 혈액순환을 돕는다거나 사지운동을 시켜주는 등 최소한의 보호 조치를 취하지는 아니하였다. 이러한 강박을 푼 다음에는 피해자의 알코올의존증을 치료하는 조치를 취하였다.¹⁰⁾

(2) 결정요지

(가) 피진정인이 정신병원 폐쇄병동에의 입원절차를 규정한 「정신보건법」을 준수하지 않고 진정인을 입원시키고 최소한의 보호조치 없이 72시간을 계속 강박한 것은 신체의 자유를 침해한 행위로 판단된다.

에 대하여 경고, 피진정인에게 환자들에 대한 입·퇴원 절차 준수, 과도한 격리·강박 개선방안 마련과 인권교육실시를 권고한 사례 참조.

- 10) 이 정신의료기관은 피해자를 인계한 종합병원 의사의 진단서와 사회복지사의 의뢰만을 토대로 「정신보건법」이 규정한 본인 또는 보호의무자 동의(시장·군수의 동의 포함)를 받지 아니한 상태에서 피해자를 입원시켰다. 한편 이 정신의료기관에서는 2004. 4. 14. 피해자의 주소지를 관할하는 시장에게 보호의무자로서 피해자의 입원에 대한 동의를 할 것을 요청하였으나 해당 시장은 피해자에게 가족이 있어서 동의를 할 수 없다는 회신을 받았다. 이에 따라 이 정신의료기관에서는 피해자의 본적을 확인하여 친척 및 사회복지사와 협의하여 피해자에 대한 보호의무자를 찾기 위해 노력하였으나 실패하였다. 나아가 피해자 자신도 알코올 의존증을 치료하고자 하는 의지가 없어서 20일 만에 퇴원을 하게 하였다.

- (나) 보건복지부장관에게 국립○○병원장 및 관계자들을 서면 주의 조치할 것과 국립 병원을 저소득층 환자들이 많이 이용하고 있는 점을 감안하여 전국 국립병원 관계자들을 대상으로 환자 인권보호 교육 계획을 수립하여 시행할 것을 권고한다.
- (다) ○○군수에게 ○○○○병원장을 서면 경고하고 현재 ○○○○병원 입원환자 중 적법한 입원절차를 거치지 않은 사례가 있는지를 조사하여 시정조치하는 등 지도 감독을 철저히 할 것과 ○○○○병원장에게 격리·강박조치는 병증의 치료만을 목적으로 하여 필요 최소한의 기간 동안 적절한 보호 조치를 병행하여 시행할 수 있도록 자체 지침을 수립하고 관계 직원들에게 이를 교육 시킬 것을 권고한다.

4. 행동의 자유 제한 - 사생활의 자유, 통신의 자유 등

행동의 자유 관련하여서는 전화통화제한, 서신개봉열람, 면회불허, CCTV 감시, 그룹별 권익체계가 적절히 운영되지 않아 환자들의 인권을 침해하였는지 여부가 주된 쟁점이였다.

가. 2005. 4. 25. 04진인4298 결정¹¹⁾ [신체의 자유 침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인들은 정신의료기관의 외부와 전화통화를 하는 것을 제한당한 환자들이

11) 정신의료기관에서의 전화통화제한 관련 유사사건으로는 2005. 8. 30.자 05진인360 [전화사용제한에 의한 인권침해등] 수용자의 전화통화를 제한한 피진정인을 경고조치 할 것과 수용자의 전화통화 제도를 개선 권고 또한 수용자들이 자유로이 제반편의를 제공할 것을 권고한 사례; 2005. 9. 26. 05진인1601 [정신과 시설의 시설 및 처우와 관련한 인권침해] 피진정인에게, 격리 및 강박은 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 지침에 따라 시행하고, 치료목적과 관련 없는 일률적인 전화제한을 중단하고 관련 법령에 따라 개선방안을 마련하여 시행할 것, 입원환자가 진정함을 적극 활용할 수 있도록 권고, 00구청장에게, 피진정인에 대해 경고조치, 시정명령 등 필요한 행정처분을 할 것과 재발방지 권고한 사례; 2008. 10. 23. 08진인441 [전화사용 불허에 의한 인권침해] 환자 병원 입원시부터 일률적으로 2주간 전화 사용을 제한하여 ‘정신보건법’을 위반한 것에 대하여 00신경정신과병원장에게 병동 규칙 개선을 권고한 사례 참조.

다. 이들 가운데 일부 환자들이 입원하고 있던 정신의료기관에서는 환자를 1, 2, 3 그룹으로 분류하여 3-4일 간격으로 전화를 하도록 하였다. 또한 다른 환자들이 입원하고 있던 정신의료기관에서는 환자들에게 2~3일 간격으로 전화를 사용하도록 하였다. 그리고 이들 정신의료기관들은 모두 환자들이 외부와 전화통화를 할 때에 간호사로 하여금 감시의 목적으로 전화내용을 청취하고 있었으며 이러한 전화내용의 제한과 감시의 결과 및 구체적인 근거에 대하여 의사지시서 등의 진료기록에 기록을 하지 아니하였다.

(2) 결정요지

피진정인들의 근거없는 통화제한으로 인하여 「헌법」 제10조 및 제18조가 보장하는 진정인 등 입원환자들의 행복추구권 및 통신의 자유가 침해된 것으로 판단되므로, 피진정인들에게 입원환자에 대한 전화통화제한은 치료목적에 한정되도록 하고 전화통화를 제한하는 근거를 「정신보건법」 제45조에 따라 진료기록부에 기재할 것을 권고한다.

나. 2005. 3. 14. 04진인4529 결정 [신체의 자유 침해]

(1) 사건의 개요¹²⁾

이 사건 진정인은 정신의료기관에 수용된 환자이다. 진정인이 수용된 정신의료

12) 정신의료기관의 CCTV 설치와 관련된 유사사건으로는 2005. 4. 25. 05진인550 [00정신병원의 시설과 관련한 인권침해] 00도 00군수에게 피진정인인 1실의 정원초과와 허가병상 초과 환자입원 및 허위 보고 사실에 대하여 행정처분할 것을 권고, 피진정인에게 샤워장과 화장실의 CCTV의 촬영범위를 최소한으로 제한하여 인권침해가 발생하지 않도록 조치할 것을 권고한 사례; 2007. 4. 9. 05진인4141 [00병원의 전화통화제한 등 행동의 자유제한 등] 00병원은 화장실에 칸막이·문이 없고 화장실 및 욕실에 CCTV를 설치하여 환자들의 용변모습과 목욕장면을 간호사실에서 볼 수 있고, 전화통화를 제한하고 면회를 감시하는 등 환자들의 행동의 자유를 과도하게 제한한다는 내용으로, 00병원장에게 관련 제반 규정을 준수할 것과 재발방지대책 마련 및 직무교육 실시를 권고하고, 00시장에게 관리감독을 소홀히 한 00시보건소장을 기관경고하고 00병원에 대해 행정처분 등 필요한 조치를 할 것과 향후 관리감독 철저를 권고하고, 보건복지부장관에게 정신의료기관의 화장실, 욕실 등 기본 시설의 설치기준을 개정할 것과 정신의료기관의 CCTV설치 운영에 관한 법률적 근거와 기준 마련을 권고한 사례; 2009. 2. 11. 08진인3538 [전화제한 및 CCTV에 의한 인권침해] 정신보건법 제45조 규정 준수 및 병동 내 CCTV설치시 일부 의학적으로 필요한 사유가 있는 경우에 한하여 설치 운영하고 촬영범위를 최소화할 것 등을 권고한 사례 참조.

기관에는 각 병실의 천장에 CCTV가 설치되어 있었다. 그리고 각 병실 내부에 화장실이 설치되어 있는데 화장실을 가리는 칸막이 낮아서 병실의 천장에 설치된 CCTV는 화장실의 안쪽까지도 촬영이 가능하였다.

(2) 결정요지

병원 내 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, 녹화된 기록물의 보존·폐기, 책임 소재와 감독 체계 및 활용방법에 대한 절차를 마련하여 기록에 대한 자의적 이용을 방지하여야 할 것이지만 각 병실마다 CCTV를 설치하여 환자들을 24시간 감시하고 있고 심지어 화장실까지 이를 설치해 놓은 것은 「헌법」 제10조 및 제17조가 보장하는 인격권, 사생활의 비밀과 자유를 침해한다.

다. 2009. 1. 21. 08진인526 결정 [면회불허에 의한 인권침해 등]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 보호의무자인 처 및 형제들의 동의와 정신과 전문의의 진단(편집성 정신분열증, 인슐린-비의존성 당뇨병)에 의하여 2008. 2. 피진정병원에 입원하였고 같은 해 3. 퇴원한 환자이다.¹³⁾ 피해자와 주변 가족들 사이에는 재산다툼이 있어서 피해자와 일부 가족은 피해자의 처와 형제들이 재산문제로 피해자를 정신병원에 강제로 입원시켜 놓고 입원한 병원을 알려주지도 않으며 피해자

13) 피해자는 2008. 1.부터 2008. 8.까지 4군데의 병원에 입·퇴원을 반복하였다. 임상심리 전문가가 2008. 1. 피해자에 대하여 실시한 심리검사에서 피해자가 현재 지능이 유의하게 저하되어 있지 않으며 인지기능에서는 대부분 잘 유지되고 있으나 주의집중력, 사회적 상황에서 전후를 살피 원인과 결과를 추론하는 능력, 문제해결능력 등이 상대적으로 저하되어 있고, 환청과 같은 지각장애나 피해관념 및 관계관념을 시사하는 반응은 나타나고 있지 않지만 투사검사에서 현실과의 접촉에 문제가 있음이 시사되어 지속적인 관심과 주의가 필요하며, 피해자는 정신과적으로 관심과 주의를 기울일 정도로 심한 정서적인 문제는 없는 것으로 평가하였다.

를 여러 병원에 입·퇴원을 시키고 있다고 진술하였다. 진정인의 누나는 2008. 2. 면회, 이혼사건, 접근금지 가처분 등을 이유로 진정인의 대리인으로 변호사를 선임하였다. 이 변호사는 2008. 2. 및 같은 해 3. 진정인이 입원하고 있는 정신의료기관에 진정인의 소송관련 면담 요청 협조 공문을 발송하고 진정인과의 면담을 요청하였으나, 정신의료기관에서는 피해자의 처와 상의한 후 피해자와 변호사의 면회를 금지하였다. 이 당시 정신의료기관에는 입원환자의 전화 및 면회 횟수와 대상에 대한 병동 규칙이 없고 보호병동(폐쇄병동)에 입원한 환자는 정신과 전문의의 지시에 따라 전화 및 면회가 가능하며 이러한 제한내용은 진료기록부에 기록되었다.

(2) 결정요지

진정인의 처의 의견에 따라 진정인의 입원기간 동안 변호사와 면회를 금지하는 것은 「정신보건법」 제45조 제1항을 위반하여 「헌법」 제10조 및 제12조가 보장하는 진정인의 행복추구권 및 신체의 자유를 침해한다. 해당 정신의료기관의 장에게 「정신보건법」 제45조를 준수하고 향후 입원 환자들의 면회의 자유를 보장하기 위하여 소속직원들에게 직무교육을 실시하는 등 적절한 조치를 취할 것을 권고한다.

5. 환자에 대한 폭행

정신보건시설에서의 환자 폭행은 자해나 타해의 위험이 있는 환자를 격리, 강박하는 과정에서 정당한 목적과 범위를 벗어난 물리력의 행사여부 및 환자의 치료와 상관없이 행해지는 폭행의 문제가 주로 문제가 되었다.

가. 2006. 9. 25. 06진인1145 결정¹⁴⁾ [폭행에 의한 인권침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 피해자는 정신분열증으로 입원한 환자이다. 피해자가 간호사에게 상담을 안해 준다고 욕설을 하자, 치료사인 피진정인이 피해자를 보호실로 격리하려고 하였고, 이에 피해자가 심하게 저항을 하자 서로 간에 몸싸움을 한 결과 피해자의 눈 주위가 12센티미터 가량 찢어지는 상처를 입었다.

(2) 결정요지

피진정인이 입원한 환자에 대한 관리를 함에 있어 주의의무를 다하지 못하여 진정인을 격리하면서 상해를 입힌 과실이 있다고 판단되어 피진정인에게 상해에 대한 손해배상과 관련 직원에 대한 인권교육을 권고한다.

6. 작업치료

작업치료와 관련하여서는 환자들의 치료 목적으로 작업을 실시한다고 보기 어려울 정도로 치료진의 상담 및 평가가 부재하거나 하루 종일 장시간 작업을 수행하는 사건 들이 주로 문제가 되었다.

14) 환자에 대한 폭행과 관련된 유사사건으로는 2008. 2. 15. 07진인372 [정신병원 보호사의 폭행관련] 000병원 보호사가 입원치료중인 피해자를 폭행하고, 이후 피해자에게 운동중 다친 것으로 말하라고 허위진술을 요청한 것에 대하여 000병원장에게 재발방지를 위한 대책을 수립·시행할 것을 권고한 사례; 2011. 2. 14. 10진정0728 [장애인에 대한 폭행 및 괴롭힘 등] 검찰총장에게, 2010. 11. 14. 피해자를 폭행한 혐의로 피진정인 2를 고발하고, 2009. 10.부터 2010. 10.까지 피진정인이 피해자를 구덩이에 들어가게 하거나 죽도, 빗자루, 나무 막대기, 파리채 등으로 때린 행위에 대해서는 수사외뢰, 00시장에게, 피진정시설 000에 대해 시설폐쇄 조치할 것, 향후 유사 사례가 발생하지 않도록 재발방지 대책을 수립하여 시행할 것, 관내 장애인시설에 대한 지도·감독을 철저히 할 것을 권고, 000도지사에게, 피진정시설 000을 운영하고 있는 사회복지법인 '00복지재단'에 대하여 설립허가를 취소할 것, 향후 유사 사례가 재발되지 않도록 도내 지방자치단체 및 장애인시설에 대한 지도·감독을 철저히 할 것을 권고한 사례 참조.

가. 2008. 7. 4. 07진인1582¹⁵⁾ [서신검열에 의한 인권침해 등]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인은 2006. 12. 정신의료기관에 입원하여 작업치료의 프로그램에 참여하였다. 정신의료기관에는 병동 청소나 환경미화, 주방, 세탁 등을 전담하는 직원이 있지만 이러한 작업 가운데 병동 도우미, 병원 주방·매점·세탁 보조, 정원관리, 환경미화 등의 작업을 작업치료의 내용으로 활용하였다. 이 프로그램에 참여한 환자들은 자발적 동의(또는 보호자 동의) 또는 주치의의 지시에 따라 참여하고 있으며 이러한 환자별로 작업재활 참가동의서, 작업일지, 임금지급대장 및 은행 입금증, 작업치료 평가서 등이 작성·관리되고 있다.¹⁶⁾ 한편 작업치료 평가

- 15) 작업치료 관련 유사사건으로는 2008. 4. 2. 06진인3207 등 [정신병원의 작업치료지침위반 및 입원절차 위반 등] 00의료원이 작업치료지침을 준수하지 않고 환자들에게 병동내 청소를 하게 하고, 정신보건법에 정한 적법한 절차를 준수하지 않고 환자를 입원시키고 환자관리 사항을 통지하지 않은 것에 대하여, 00의료원장에게 환자의 입원 및 입원기간 연장 시 정신보건법 관련규정 준수할 것, 환자의 권리에 관한 사항을 고지하고 실질적인 권리행사가 가능하도록 적절한 편의를 제공할 것, 작업치료지침을 준수할 것을 권고하고, 000도지사에게 피진정인에 대해 과태료 부과 처분 등 필요한 행정조치를 할 것, 관내 정신의료기관에 대한 지도감독을 철저히 할 것을 권고하고, 보건복지가족부장관에게 재발방지를 위해 필요한 조치를 취할 것을 권고한 사례; 2008. 8. 13. 07진인3747 [시설과 관련한 인권침해] 환자들에게 작업치료지침을 위반하여 부당하게 작업을 시킨 행위에 대하여 00병원장에게 관련근거 기록 철저 및 개별 통장으로 지급하는 등 규정을 준수할 것을 권고한 사례; 2009. 11. 6. 09진인2341 [폭행 및 가혹행위 등에 의한 인권침해] 000병원장에게 병동내의 청소와 배식, 간식의 주문과 배분 등을 원칙적으로 피진정인이 직접 수행하되, 입원환자들의 치료와 재활에 도움이 된다고 판단되는 경우에 한하여 정신과 전문의의 지시와 작업치료 지침에 따를 것을 권고, 정신질환자를 보호의무자 동의에 의하여 입원시키는 경우 관련 법령에 따라 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 제출받을 것을 권고한 사례 참조.
- 16) 이러한 서류에 기재된 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 환자들이 처음 작업치료에 참여하는 것에 관하여 작업치료에 참가한 환자별 의사 지시서에는 “작업치료 시작(또는 계속, 유지, 재개) 환경미화”, “병동재활” “임시시험 참여”등과 같은 담당 주치의의 판단과 지시가 기록되어 있다. 물론 이러한 작업의 참여에 대한 환자의 동의를 받기 위한 작업재활 참가동의서에는 환자, 보호자, 주치의, 사회복지사가 서명 날인하고 있다. 그런데 이 서류에는 참여환자의 준수사항으로 “자타해 및 부주의로 인한 사고를 발생시키지 않으며 사고 및 사망 발생시 그 책임은 환자 측 당사자에게 있다”는 경고가 기재되었다. 또한 작업일지는 작업 환자별로 작성되어 여기에 작업시간 단위로 관리자가 확인 서명하였다. 그리고 개인통장이 있는 환자에게는 은행입금증으로, 개인통장이 없는 환자에게는 정신의료기관에서 발행하는 현금인출증으로 임금이 관리되고 있으며 이러한 사항이 임금지급대장에 기재되었다. 이 임금대장의 기재에 의하면 참여환자들의 임금은 시간당 500~600원으로 책정되어 있고 작업시간에 따라 월 4천원~10만원 정도까지 지급된다.

서에는 작업장 관리자가 10개의 항목을 평가하도록 양식이 갖춰져 있고 기타 평가 의견을 작성할 수 있으며 작업유지의 적합성 여부를 표시(Y/N)하도록 하고 있다. 여러 작업 가운데 병동 도우미 작업은 간호사가 관리·평가하며, 그 이외의 작업인 주방, 세탁, 환경미화 등은 영양사와 총무과 기능원(또는 의료법인 소속 직원) 등이 관리와 평가를 하였다. 그러나 작업치료와 관련한 자료들, 의사지시서, 간호기록지 등에는 작업치료에 참가한 환자에 대한 담당 주치의의 구체적인 평가서나 상담 내용 등의 기록은 없었다.

(2) 결정요지

작업치료가 실제 그 운영에 있어 치료목적 보다는 폐쇄된 공간에서 작업 내용에 대한 선택의 여지가 없는 환자들에게 병원 업무를 분담시키는 결과를 가져오고 있다면 이는 「정신보건법」 제2조 제2항이 규정하는 정신질환자들의 최적의 치료를 받을 권리를 침해하는 것으로서 결국 「헌법」 제10조가 보장하고 있는 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권을 침해한다. 따라서 해당 정신의료기관에 대하여 작업치료가 환자들의 사회복귀 또는 장애 상태의 호전을 위한 효과적인 치료수단이 될 수 있도록 작업의 종류 및 세부 작업내용을 보완하고, 치료진의 전문적이며 실질적 평가를 통해 작업치료가 운영될 수 있는 방안을 마련하여 실시할 것을 권고한다.

7. 종합사례

종합사례에서는 개별 침해영역에 국한하여 인권침해가 문제된 사건들 뿐만 아니라 입원에서부터 퇴원에 이르기까지 발생할 수 있는 개별 침해 영역 전반에 걸쳐 인권침해가 문제된 사건들 중 개별 침해 영역에서 쟁점이 잘 드러난 사건들을 검토하였다.

가. 2006. 10. 9. 05진인3944 등 결정 [강제입원 등에 의한 인권침해]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인들은 일정기간 동일한 정신의료기관에 입원하였다가 시점을 달리하여 이 정신의료기관에 대하여 진정을 제기한 정신질환자들이다. 이들 피해자들은 자신들이 입원하고 있던 정신의료기관의 처우와 관련하여 입원절차 및 계속입원심사청구의 절차의 위반, 치료목적 이외의 작업의 강요, 전화 및 서신의 제한과 그로 인한 국가인권위원회에 대한 진정의 방해, 과도한 격리 및 강박의 실시로 인한 환자의 사망 등에 관하여 환자들의 인권이 침해되었다고 주장하면서 이 사건 진정을 제기하였다.

(2) 결정요지

- (가) 피진정인이 일부 강제입원환자에 대해서 보호의무자의 권한이 없는 자로부터 입원동의서 및 계속입원심사청구서를 받은 것, 계속입원심사청구를 누락하거나 지연시킨 것, 강제입원환자에 대해서 입원사유와 퇴원심사 결과를 서면으로 통보하지 않은 것은 「정신보건법」 제21조 제1항, 제24조 제1항, 제3항, 제5항에 위반된다.
- (나) 진정함에 있는 환자들의 서신을 검열해서 내용이 없거나 익명이라는 이유로 국가인권위로 발송하지 않고 내부보관하고 있는 점, 외부로 발송되는 환자들의 모든 서신도 치료적 목적이라는 이유로 검열을 통해 발송여부를 결정한 것은 「국가인권위원회법」 제57조에 위반된다.
- (다) 피진정인은 격리 및 강박을 할 경우, 치료목적으로 최소한의 범위에서 실시해야 하고, 특히 강박 시에는 혈전증 등의 사고를 예방하기 위한 조치를 취해야 할 주의의무가 있음에도 불구하고, 피진정인은 피해자를 12시간 동안 강박하면서 사지운동을 전혀 시키지 않았고 피해자는 강박해제 직후 쓰러져 ‘폐색전증’으로 사망했다. 피해자는 평소 건강상 별다른 문제가 없었

고, ‘5~6시간 이상의 강박은 폐색전증을 일으킬 수 있다’는 전문가의 자문의견을 참고해 볼 때, 124시간의 장시간 강박과 피해자의 사망 사이에는 상당한 인과관계가 있다고 보이며, 이와 같이 한 사람을 사망에 이르게 한 피진정인의 행위는 「형법」 제268조의 업무상과실치사죄에 해당한다고 판단된다.

나. 2007. 9. 17. 06진인1848 결정 [0000병원의 입원절차 위반 등]

(1) 사건의 개요

이 사건 진정인들이 입원하고 있던 정신의료기관은 비자발적 입원환자에 대하여 입원통지서를 서면으로 통지하지 않았고 계속입원심사결과에 대해서도 서면으로 통지하지 않는 등 퇴원심사청구제도를 포함하여 환자들의 권리를 제대로 고지하지 않았고, 환자들의 전화통화를 일률적으로 주 1회로 제한하였다. 또한 위 정신의료기관은 2007. 23. 현재 257명의 환자를 입원시키고 있는데, 허가 병상수(180병상) 및 정신과전문의(2명) 대비 정원을 초과하여 입원시키고 있으며, 각 방실의 1실 10명의 기준을 초과하여 환자를 수용하고 있었다[1310호(15명), 1315호(12명), 1316호(12명), 1318호(12명), 1319호(14명), 1320호(18명)]. 한편 관할 보건소가 2006. 6. 이 정신의료기관에 대하여 지도 및 점검을 실시한 하였는데, 이 의료기관에서는 정원이 초과된 각 병실에서 일부 환자들을 모아 약 40명 내지 50명 정도의 환자들을 감시반의 시선이 미치지 못하는 별관에 있는 병동으로 빼돌렸다.¹⁷⁾ 이 정신의료기관은 주로 소재지 부근의 행려병자를 많이 수용하였는데, 그 중 행려병자로 발견된 9명에 대하여는 응급으로 입원을 시키면서 의사의 동의를 받지

17) 이 정신의료기관에 대하여 관할 보건소에서 이미 정신과전문의 인원 부족(1명 부족)에 대해서 2004. 5. 시정명령, 2005. 5. 업무정지 15일에 같은한 과징금 처분(1,125,000원) 및 고발을 한 바 있고, 지도 점검은 2005. 8. 1회, 2006. 6. 및 12. 2회 실시하여, 2006. 12.에 실시한 지도점검에서 1실 입원환자 정원초과에 대해서만 2007. 1. 경고처분을 내린 바가 있다. 그런데 이 정신의료기관은 이를 시정하지 아니하였다.

아니한 사례, 행려환자 16인에 대하여 계속입원심사청구를 총 10회 누락하고 지연한 사례, 다른 병원에 입원하고 있던 환자 3인에 대하여 응급으로 입원을 시킨 이후 72시간이 훨씬 경과한 후 입원동의를 요청한 사례, 환자 4인에 대하여 보호의무자의 동의 없이 입원시킨 사례, 환자 5인에 대하여 정신과전문의 진단 없이 입원시킨 사례 등이 발견되었다. 또한 진정인들을 격리 및 강박했으나 의사의 지시나 사지 운동 등을 시켰다는 기록이 없었다.

(2) 결정요지

- (가) 강제로 입원된 환자에 대해서 입원통지서를 서면으로 통지하지 않고 계속 입원심사결과에 대해서도 서면으로 통지하지 않는 등 퇴원·처우개선심사청구를 포함하여 환자들의 권리를 제대로 고지하지 않은 것은 「정신보건법」 제6조 및 제24조 제5항 등에 위반된다.
- (나) 피진정병원에서는 일률적으로 환자들에 대한 전화사용을 광범위하게 제한한 것은 「헌법」에서 보장하고 있는 사생활의 비밀과 자유(제17조) 내지 통신의 자유(제18조)를 침해하는 것이고, 「정신보건법」 제45조 등을 위반한 것이다.
- (다) ○○○보건소 지도·점검 시 피진정병원은 입원환자 인원을 속여 행정처분 등을 면하기 위해 수십 명의 환자들을 별관으로 빼돌린 것은 위계로써 ○○○보건소의 관계공무원의 직무집행을 방해한 것으로 「형법」 제137조를 위반한 것이며, 아울러 ○○○보건소의 관계공무원의 직무수행을 방해한 것이므로 「의료법」 제64조 제1항 제3호에도 해당한다.
- (라) 의사의 동의 없이 응급입원을 시킨 것은 「정신보건법」 제26조 제1항의 위반이며 보호의무자의 동의가 없는 상태에서 입원을 시키고 그 이후에 구청장에게 보호의무자로 입원 동의를 요청한 것 「정신보건법」 제21조 제3항을 위반한 것이다.

- (마) 정신과전문의 진단 없이 환자를 정신과병동으로 옮긴 것과 정신과전문의 진단이 있다 하더라도 보호의무자인 관할 구청장에게 입원동의 절차를 밟지 않은 것은 「헌법」에서 보장하고 있는 신체의 자유(제12조)를 침해받은 것이고, 「정신보건법」 제24조 및 제40조를 위반한 것이다.
- (바) 피진정병원에서 행려환자들에 대해서 임의적으로 계속입원심사청구를 누락시킨 것은 「헌법」에서 보장하고 있는 신체의 자유(제12조) 등을 침해하는 것이고 「정신보건법」 제24조 제3항을 위반한 것이다.
- (사) 격리 및 강박하면서 의사의 지시가 누락되거나 사지 운동 등을 시키지 않은 것은 「정신보건법」 제46조 및 보건복지부의 「격리 및 강박지침」을 위반하고 입원환자의 신체의 자유를 부당하게 제한한 것이다.

다. 2006. 12. 04. 06직인3, 06직인4(병합) 결정 [정신질환자 인권침해사건]

(1) 직권조사의 배경

○○시립정신질환자요양병원(이하 ‘시립병원’이라 함)을 상대로 한 위원회 진정 사건(05진인3516)의 실지조사 과정에서 정신과전문의 인력기준 미달, 병원 안팎의 일반적 업무전반에 걸친 과도한 작업치료 운영실태, 자의적인 병동규칙에 의해 이루어지는 격리·강박 운영실태 등이 확인되었고, 특히 작업치료 운영실태를 파악한 결과, 시립병원의 환자들의 노동력이 해당병원의 업무뿐만 아니라 ○○병원과 인근 ○○병원(위 ○○○ 운영하는 개인병원)의 업무에까지 광범위하고 조직적으로 투입되고 있는 것으로 확인되는 등 그 내용이 중대한 것으로 판단되어, 두 병원의 정신질환자 인권침해실태에 대하여 직권조사 할 것을 결정했다.

(2) 결정요지

검찰총장에게, 조사대상병원 전 대표 ○○○을 정신보건법 제24조제3항, 제40조 제1항, 제55조제5호, 제57조제2호를 적용하여 고발한다. 보건복지부장관에게, ①

환자들의 진료기록부 허위작성 및 진료비 부당청구 등을 포함하여 조사대상병원에 대한 종합적인 특별감사를 실시하고 실효성 있는 조치를 취할 것, ② ○○광역시장과 ○○광역시 ○○구청장에 대하여 감독의무를 다하지 못한 책임을 물어 기관 경고할 것, ③ 향후 이와 같은 사례가 재발하지 않도록 체계적인 재발방지대책을 마련, 시행할 것을 각 권고한다. ○○광역시장에게, ① ○○시립정신질환자요양병원의 위탁계약해지를 포함한 실효성 있는 조치를 취할 것, ② 조사대상병원 입원환자 전원에 대하여 특별대면심사를 실시하고 입원의 적절성 및 필요시 퇴원과 사회복귀 방안 등의 구제조치를 취할 것, ③ 정신보건시설 및 의료법인에 대한 관리감독과 관련 제반업무를 충실히 수행할 수 있도록 체계적인 재발방지대책을 마련, 시행할 것을 각 권고한다. 조사대상병원의 장에게 위 권고조치에 따른 행정처분 등이 내려지기 전이라도 환자의 인권침해에 대한 즉각적인 시정을 권고한다.

IV. 「정신장애인 국가보고서」 작성

1. 정신장애인 국가보고서의 목적

정신장애인 국가보고서는 정신장애인의 치료 및 인권상황에 대한 실태조사, 현행 법제도와 정신보건 서비스 전달체계에 대한 분석, 선진국의 정신보건시스템에 대한 검토 등을 바탕으로, 정신장애인의 인권 및 재활·사회복귀에 중점을 둔 정책방향과 추진과제를 제시함으로써 우리나라의 정신보건정책을 국제적 수준으로 견인하고 무엇보다도 입원 및 격리치료에서 지역사회에 기반을 둔 정신보건 서비스를 제공함으로써 정신장애인의 인권 보호와 증진에 기여하기 위한 목적에서 작성하였다.

2. 정신장애인 국가보고서 추진과정

- 2007. 12월 정신장애인 국가보고서추진위원회 및 연구위원회 발족 (총 20차례 회의 개최)
- 2008. 5월부터 12월까지 6개 주제에 대한 실태조사 실시
- 2008.~2009. 7월까지 20여회 토론회, 간담회 개최
- 사진전 문화행사, 블로그 및 뉴스레터 운영 등 홍보
- 2009. 10. 26. 국무총리 및 보건복지부장관에게 권고
- 2009. 11. 24. 정신장애인 국가보고서 대통령실 송부
- 2010. 8. 11. 정신장애인 국가보고서 정책권고 이행 상황 회신 요청
- 2010. 8. 31. 보건복지부 정신장애인 국가보고서 이행 상황 회신
- 2010. 9. 2. 국무총리실 정신장애인 국가보고서 이행 상황 회신

3. 정신장애인 국가보고서 주요내용¹⁸⁾

1) 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련

- 자의입원 원칙의 정신보건법 명문화
 - “자의입원이 원칙이며, 정신보건시설의 설치·운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다”라는 조항 추가
- 입원과정에서의 적정절차 마련
 - 보호의무자에 의한 입원시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’의 구분
 - 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상환자에 대한 요건 강화: 입원치료 조건 엄격화

18) 세부과제별 이행 여부 현황은 (별첨) 참조

- 정신요양시설 입소절차 강화: 비자의 입소 시 정신보건심판위원회 심사
 - 계속입원적정성 평가 강화: 심사기준 개정, 기간단축, 정신보건심판위원회 역할 강화
 - 인신보호법에 대한 개정 및 고지 의무화: 구제청구자 범위 확대, 재판비용 국가보조
- 퇴원과정에서의 적정절차 마련
 - 시장, 군수, 구청장에 의한 입원 시 퇴원 후 보호계획 의무화: 정신보건심판위원회 자문을 토대로 퇴원계획 수립
 - 지역사회 연계절차 강화: 환자의 동의를 얻은 후 정신보건센터 직원과 시설 내 치료진이 함께 퇴원계획 수립
 - 공적 개입서비스 체계 구축
 - 공공이송체계 확립: 경찰과 소방공무원에 의한 이송체계 구축
 - 공공위기개입서비스 구축: 보건복지부, 국공립정신병원, 정신보건센터 내 24시간 전화상담서비스 개설
 - 공공후견인제도 도입
 - 보호의무자가 없거나 그 역할을 못하는 정신장애인에 대해 국가가 무료 공공후견인 제공

2) 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

- 당사자 참여와 자기결정권 보장을 위한 법적 근거 마련
 - 치료과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시: 『정신보건법』 제5장 내 “정보제공” 관련 조항 신설
 - 개인정보보호에 관한 기준 강화: 기록열람에 대한 자격요건 제한 및 이용

범위에 관한 지침 마련

- 통신의 자유 및 면회, 방문 등 외부소통권 제한 규정 개정: 「정신보건법」 시행령 관련 조항 구체화
- 격리·강박 기준 강화: 시행령 내 격리·강박 기준 명시
- 작업치료 규정 강화: 시행규칙 내 작업치료 관련 기재사항 명시, 작업치료 대상기관 명확화

○ 치료환경 및 질 개선

- 정신의료기관 인력 기준 강화: 선진국에 상응하는 수준으로 기준 상향 조정
- 의료급여 수가의 실질화: 건강보험 수가와 동일한 수준으로 현실화
- 차등수가제 평가항목 개선: 서비스제공내역, 평균재원일수, 지역사회연계율 등 포함
- 정신요양시설 기능정립 및 환경 개선: 주거시설로의 단계적 전환

○ 정신보건시설 모니터링 시스템 강화

- 정신보건시설에 대한 실지조사 강화
- 건강보험심사평가원과 관할 보건소, 보건복지가족부 연계를 통한 모니터링 평가 강화

○ 만성 및 난치성 환자 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립 운영

- 국립정신병원 내에 만성 및 난치성 환자에 대한 치료 및 연구를 위한 전문기관 설립 운영

○ 미신고시설에 대한 조사 및 정비

- 신고하지 않고 불법적으로 정신장애인을 수용하는 미신고시설에 대한 조사 및 처벌

3) 지역사회 중심의 정신장애인 치료

- 정신보건센터의 기능 강화
 - 정신보건센터의 기능 재정립: 사례관리 및 치료연계 역할 정립
 - 정신보건센터 설치 의무화: 각 시군구별 설치 의무화
 - 정신보건센터의 법인화: 센터의 독립성 확보를 위한 기관 법인화
 - 정신보건센터 인력기준 강화: 정신보건센터 시설인력 기준 마련 및 시행 규칙 내 명시

- 사회복지시설과 프로그램의 확대
 - 이용시설 및 프로그램 다양화: 사회복지 촉진을 위한 시설 및 프로그램 확충
 - 시설이용료 부과방식 변경 및 면제: 시설 이용 시 프로그램별로 이용료 지불 및 면제
 - 평가강화 및 인센티브제 운영: 평가항목 다양화 및 우수시설 예산지원

- 정신장애인 주택 및 주거시설 확충
 - 주거시설의 단계적 설치 운영
 - 국민임대주택이나 재개발임대주택, 매입임대주택 등에 장애인을 위한 공급물량 확보

- 정신보건복지 예산의 확대와 효율적 운영
 - 정신보건 예산 확대 및 효율적 운영
 - 지역 예산기준 고지 및 균형발전 예산 배정

- 가족 및 자조모임 활성화
 - 가족 및 자조모임에 대한 적극적 지원

4) 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

- 정신장애인 관련 차별적 법령 정비
 - 정신과전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지
 - 정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적 용어의 정비

- 보험가입차별금지
 - F코드로 인한 보험제도 가입 불이익 해소

- 병명개정
 - 정신장애인에 대한 편견을 강화하는 ‘정신분열병’이라는 병명 개정

- 인권교육 및 의무 강화
 - 인권교육 대상 확대 및 교육시행 기관 제한

- 대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보
 - 대중매체에 대한 모니터링을 통해 잘못 보도된 내용에 대해 시정 요구
 - 정신장애 인식개선을 위한 적극적인 교육 및 홍보활동 전개

V. 정신장애인 인권 증진 및 차별·편견 해소를 위한 사업 진행

1. 정신장애인 인권 실태조사 실시

- 2006년
 - 사례분석을 통한 지역사회 정신지체장애인 인권침해실태 연구
 - 지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사
 - 정신장애자 인권개선을 위한 법제연구

○ 2008년

- 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사
- 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사
- 장기입원의 구조적 원인과 지속요인
- 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사
- 재가 정신질환자 및 가족의 생활실태조사
- 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축

○ 2010년

- 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사(기초생활보장과 주거권을 중심으로)

2. 차별·편견 해소를 위한 캠페인

○ 정신장애인 인권 캠페인 자전거 여행 후원

(경기도 광역정신보건사업지원단 주관)

- 일시 : 2010.6.7.~6.11. (4박 5일)
- 일정 : 경기도청(수원)~대전~정읍~나주~해남 땅끝마을
- 참가자: 정신장애인 당사자 및 가족, 실무자 및 관련기관, 자원봉사자 등

○ 정신장애인 차별인식 개선을 위한 걷기대회 및 캠페인 진행(국가인권위원회 부산인권사무소, 부산시 정신요양·사회복귀시설협의회 공동주최)

- 걷기대회
 - 일시 및 장소 : 2010. 6. 8. 13:30-18:00 송도 해수욕장 및 볼레길
 - 참가자 : 정신장애인 당사자 및 가족, 정신요양 및 사회복귀시설 종사자, 관련 단체 및 기관 종사자 등 800여명

- 차별인식 개선 캠페인
 - 일시 및 장소 : 2010. 6. 9. 09:00-19:00: 서면 롯데백화점 부근
 - 대상: 정신요양 및 사회복지시설 종사자 및 관련 단체 및 기관 종사자
- 정신장애인 차별과 편견 해소 캠페인 ‘편견이 장애다’ 진행(국가인권위원회 광주인권사무소, 전라북도, 전북일보 공동주최)
 - 전북일보 캠페인 글 연재 (2010.8.13~2010.12.24., 20여회)
 - 정신보건시설 종사자들이 필자로 참여 : 전북 소재 정신병원, 정신요양원 사회복지시설에 근무하는 사회복지사, 정신보건사회복지사, 간호사 등 20여명
 - 주요 내용 : 정신장애인의 시설생활, 직업재활, 사회복지 활동 등
- 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 자전거 캠페인 및 토론회 개최(국가인권위원회, 경기도 공동주최)
 - 자전거여행 캠페인
 - 일시: 2011.10.10.~10.14. (4박 5일)
 - 일정 : 경기도청(수원)~해남 땅끝마을
 - 참가자: 정신장애인 당사자 및 가족, 실무자 및 관련기관, 자원봉사자 등
 - 자전거여행 주요 거점별 토론회
 - 자전거여행단의 주요거점 지역에서 주제별 토론회 개최
 - 일 정 : 조치원(10. 10.), 광주(10. 12.), 수원(10. 14.) 총 3회
 - 참석자 : 장애인당사자, 학계, 실무자 및 관련종사자, 인권운동가 등

3. 대한정신건강재단과의 업무협약 체결(2011.5.)

- 추진 목적
 - 정신장애 분야 진정사건(특히, 보험사건)에 대한 전문성 확보와 이에 대한

신속한 자문체계 구축

- 정신장애인 차별 편견해소를 위한 캠페인, 홍보활동, 세미나 개최 등의 공동 활동을 통한 정신장애인 인권증진의 시너지 효과 기대

○ 일시 및 장소

- 2011. 5. 31. 국가인권위원회 전원위원회실

VI. 나오며

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

한편, 정신장애인의 인권 보호와 증진을 위해서는 입법·사법·행정부의 지속적이고 특별한 관심과 의지가 중요하며, 이를 위해서는 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 정책과제들을 수행하는 데 필요한 예산 및 인력이 확보되어야 한다. 이때, 예산은 입원치료에 필요한 비용과 지역사회 보호에 필요한 비용을 적절히 배분하여야 하며, 특히 탈시설 정책으로 인해 절감되는 비용이 지역사회 서비스로 충분히 이전될 수 있도록 하여야 한다.

또한, 정신질환의 조기검진과 예방, 의뢰 서비스를 보편화하여 모든 국민이 양

질의 정신보건 서비스를 제공받을 수 있도록 하여야 하며, 이를 위해서는 정신질환을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료와 함께 지역 사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래를 위하여 ‘회복’ 중심의 정신보건체계를 구축하여야 하고, 이를 위해 관련 부처가 유기적으로 연계되어야 한다. 정부차원에서 정신건강 서비스의 질적 수준과 인권실태를 지속적으로 평가하고 모니터링할 시스템을 구축하는 일 또한 중요하다.

정신장애인을 차별·배제하는 각종 법령은 개정되어야 하며, 특히 장애를 이유로 자유의 전부 혹은 일부를 원천적으로 제한하는 법령들은 대대적인 정비가 필요하다. 그 외, 정신장애인에 대한 잘못된 편견과 차별을 줄이기 위한 지속적인 홍보활동과 점검이 요구되며, 이를 점검·독려하기 위한 정신장애인 자조모임과 가족 및 옹호자 모임을 적극적으로 육성할 필요가 있다. 정신장애인은 흔히 자신을 보호하기 어려운 처지에 있기 때문에 책임성 있는 절차와 모니터링, 엄격한 감시가 요구된다. 이와 같은 노력은 법과 제도 속에서도 구현될 수 있으나, 정신장애인 당사자와 옹호자들의 헌신적인 노력 없이는 불가능하다. 특히 정신보건과 관련한 사업과 정책에 정신장애인 당사자의 참여가 보장되지 않는다면 정책의 실효성과 지속성을 높이는 데 한계가 있을 수 있으므로 정신장애인과 그들의 옹호자들이 적극적으로 참여할 수 있기를 기대한다.

[부록] 정신장애인 국가보고서 핵심추진과제별 이행 여부 현황

국가인권위원회는 2009년 10월 26일, 제19차 전원위원회의 의결에 따라 「정신장애인 국가보고서」를 발간하고 해당 내용을 국무총리와 보건복지부에게 권고하였다. 이후 2010년 8월 11일, 국무총리실과 보건복지부에게 정책권고 이행 상황에 대한 회신을 요청하였고, 같은 해 8월 31일 보건복지부와 9월 2일 국무총리실로부터 국가보고서 이행 상황에 대한 회신이 접수되었다.

국가인권위원회는 회신접수된 내용을 이행¹⁹⁾과 부분이행²⁰⁾, 미이행²¹⁾, 검토중²²⁾으로 구분하였고, 그 결과 이행이 29.9%, 부분이행이 9%, 미이행이 31.3%, 검토중이 29.8% 로 나타났다.

〈정신장애인 국가보고서 이행여부 현황〉

구분	입·퇴원 과정의 적정절차 마련	정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선	지역사회 중심의 정신장애인 치료	정신장애인에 대한 차별과 편견 해소	계	비율
이행	5	9	4	2	20	29.9%
부분이행	3	2	1	-	6	9%
미이행	12	4	4	1	21	31.3%
검토중	1	7	9	3	20	29.8%
계	21	22	18	6	67	100%

세부과제별 이행 여부 현황을 살펴보면, ▲자의입원 원칙 명문화, ▲경찰관과 구급대의 대원의 환자 호송 의무 강화, ▲정신질환자의 권리와 권리 행사에 관한

19) 핵심추진과제가 이행되었거나 이행될 것이 어느 정도 확실한 경우

20) 일부 또는 포괄적으로 이행되었으나 미흡한 점이 있는 경우

21) 주로 법령 개선 사항으로 보건복지부가 발의한 「정신보건법 전부개정 법률안」에 반영되지 않은 경우

22) 보건복지부 및 다른 국가기관이나 단체 등에 의해 추진 중에 있거나 장기적 관점에서 법령 및 제도 검토, 예산 확보 등이 필요한 경우

사항 고지 의무 강화, ▲입원환자의 자유권 제한 엄격화, ▲면회·통신의 자유 제한 요건 및 목적 명시, ▲격리·강박의 목적 명시 및 기준 강화, ▲정신보건센터 설치 강화 및 기능 재정립, ▲정신보건심판위원회의 정신장애인 업무적격성 심사 규정 신설 등은 정신장애인 국가보고서의 핵심추진과제를 충실히 반영하였다고 사료된다. 그러나 정신장애인 국가보고서의 권고 사항 중 △보호의무자에 의한 입원의 경우 ‘진단입원’과 ‘치료입원’의 구분, △정신요양시설 기능 확립 및 입소 요건 강화, △보호의무자에 의한 입원의 경우 계속입원심사 기간 단축(현행 6개월→3개월), △보호의무자에 의한 입원의 경우에도 공공이송체계 도입 등 주요 권고 사항을 이행하지 않은 점은 다소 미흡한 부분으로 평가할 수 있다

정신장애인 인권보호환경, 어떻게 만들 것인가?

토론 : 배 안 국립나주병원장

국가인권위원회 설립 10주년을 축하드리며, 그간 꾸준히 사회적 취약계층의 인권증진을 위해 노력해주신 점에 대해 감사드립니다. 토론은 제시된 자료의 성과를 중심으로 그 성과의 의의와 문제점을 알아보고, 최종적으로 발전방안을 말씀드리고자 합니다.

정신보건시설 관련 진정접수 및 처리 현황에 의하면, 2009년에 비해 2010년에 정신보건시설관련 진정건수는 466건에서 1,351건으로 3배 가까이 증가한 것으로 나타났으며, 2011년에도 2010년과 유사한 진정건수를 기록한 것으로 나타났다. 이러한 자료가 의미하는 바는 2009년에 비해 2010년에, 정신장애인 관련된 인권에 대한 감수성이 매우 높아졌다는 것이다. 이러한 결과는 2009년도 인권위원회의 “정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가 보고서” 발간 및 관련 심포지움 개최와 대부분의 정신보건시설 운영자 및 종사자가 인권교육을 의무적으로 받도록 한 조처의 결과라고 할 수 있다.

“정신보건시설 관련 주요 진정 및 처리 사례”는 인권위원회의 사례를 제시하고

있다. 첫 사례는 명백하게 입·퇴원과 관련된 인권침해사례에 해당한다. 그러나 두 사례가 제시하는 보다 본질적인 문제는 대부분의 만성 정신장애인의 잦은 입원횟수와 장기간의 입원기간으로 표현되는 적법절차의 만성적인 인권침해는 ‘만성 정신장애인에 대한 보호자의 보호의무 이행능력’의 부족이라고 할 수 있다. 대부분의 만성 정신장애인 및 그 보호자가 생활보호대상자라는 경제적 취약계층이란 점에서 이분들에게 지속적으로 보호의무 이행을 강제하는 것은 어렵다고 할 수 있다. 또한 ‘가족이라는 이름으로 또 다른 성인을 동의입원이라는 형태로 강제할 수 있는가?’에 대한 의문도 있다.

보호의무 이행능력이 결여된 사회경제적 취약계층에 대해서는 국가가 책임지는 것이 타당하지 않을까 싶다. 이와 관련된 내용으로 2009년도 인권위원회가 발간한 “정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가 보고서”에는 참고할 만한 내용이 있다. 1993년도에 발표된 호주의 “정신질환자의 인권에 관한 국가보고서”는 정신장애인을 “사회의 다른 구성원들과 동일한 권리를 지닌 인간으로, 그리고 상황에 따라서 그들의 취약성을 고려하여 특별한 보호를 받는 사람”들로 인식하도록 하였다. 이러한 결과 호주 정부는 국제조약에 명시된 장애인의 권리가 정신보건법에 구체화 되도록 노력하였고, 정신장애인의 권리보장을 위한 제도적 장치를 마련하였으며, 정신장애인의 보호에 대한 책임성을 국가가 갖고서 국가정신보건정책을 수립하였다는 점이다.

또 다른 사례는 강박과정에서 일어난 부적법한 행위가 예시된 인권침해에 관한 내용이다. 그러나 ‘적법한 절차에 의한 강박행위는 인권침해가 아니라고 할 수 있는가?’라는 의문이 있다.


펜실베니아 주립병원은 1991년에 비해 2000년에 격리율은 하루 1,000명 당 4.2건에서 0.3건으로 줄었고, 평균 격리기간은 10.8시간에서 1.3시간으로 감소하였으며, 강박률은 하루 1,000명당 3.5건에서 1.2건으로 감소하였고, 평균 강박시간은 11.9시간에서 1.9시간으로 감소하였다. 이러한 결과는 “격리와 강박은 치료의 실

패”라는 정의, 격리와 강박을 감소시키려는 주정부의 정책과 옹호, 직원교육, 병동 당 평균병상수의 감소와 치료팀의 증원, 새로운 항정신약물의 개발로 요약할 수 있다.

정책권고 및 의견표명 현황에 관한 자료에 의하면 정책 권고에 대해 이행과 부분이행을 이행으로 규정했을 때, 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선이 22건 중 11건(50%), 입·퇴원 과정의 적정절차 마련이 21건 중 8건(38.0%), 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소가 6건 중 2건(33.3%), 지역사회중심의 정신장애인 치료가 18건 중 5건(27.8%)이 이행되었으며, 전체적으로는 67건 중 26건(38.9%)이 이행되었다.

정신보건시설 및 이와 관련된 입·퇴원 절차의 개선이 정책 권고에 대해 높은 이행률을 보였지만, 지역사회중심의 치료는 낮은 이행률을 보였다. 정신장애인에 대한 인권침해사례의 많은 부분이 정신보건시설과 그 시설에 대한 입·퇴원과정에서 일어난다는 점에서 일견 타당성이 있다. 하지만 이러한 침해가 원천적으로 일어나지 않도록 할 수 있는 지역사회중심의 정신장애인 치료에 대한 정책 권고에 대한 이행률이 낮다는 점에서 정신장애인의 인권증진을 위한 보다 거시적인 시각이 필요하다고 하겠다. 2003년도에 발표된 “미국의 정신건강관리의 변혁”이라는 부시 보고서는 “정신질환을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 조기에 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료를 받고 함께 지역 사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래”를 국가비전으로 제시하였다. 이렇게 된다면 정신보건시설의 인권침해사례는 부수적인 문제가 될 것이다.

정신장애인의 인권에 대한 감수성의 향상, 인권침해사례의 감소, 정신장애인의 인권침해를 예방하기 위한 정책 반영 등 많은 노력에 더하여 인권침해가 일어나지 않을 수 있는 정신보건정책, 정신보건관리체계, 정신보건환경의 확보에 더 관심을 기울이고, 이를 위한 노력이 발전방안의 하나일 것이다.



정신장애인 인권 보호와 증진, 그 성과 및 발전방안

토론 : 홍진표 울산대학교 정신과 교수

I. 정신장애인과 국가인권위원회

정신장애인이 보통사람 수준의 법적 권리를 누리기 위해서는 사법적 보호시스템이 필수적이다. 정신장애인의 법적인 보호 역할이 부여된 정부 기관으로 법원과 경찰, 보건소와 보건복지부, 정신보건심판위원회 등을 들 수 있다. 하지만 인권위원회를 제외하면 각 기관들은 여러 이유로 역할에 제한이 많은 실정이다.

정신장애인은 인신보호법에 의하여 법원을 상대로 부당한 입원을 중지시켜달라고 요구할 수 있으나 소장을 법원에 제출하고, 재판비용을 수납해야하고, 정신감정료를 내는 등 입원중인 사람 입장에서는 도저히 할 수 없는 복잡한 절차가 가로막고 있어 접근성이 매우 떨어진다. 경찰의 경우 정신장애인들이 전화로 신고할 경우 정신과에 입원 중이라는 사실이 확인되면 법적인 절차 없이 종결하고 있다. 정신보건심판위원회의 경우 막중한 심판업무를 담당하고 있음에도 상근직원 한 명 없이 운영되고 있고, 위원들이 대부분 관련 의료기관 종사자이다 보니 기관의 현실적인 어려움을 고려하는 경향이 있고, 월 1회 수십 건에서 수백 건을 한꺼번에 처리하고 있어, 형식적인 심사에 그칠 뿐 개별적인 인권침해사안에 대하여 적

정한 심사가 이루어지지 못하는 경우가 많다.

이런 면에서 정신장애인에게는 국가인권위원회가 가장 믿음직한 보호자 역할을 하고 있다. 민원을 전화로도 접수해주고, 비용을 징수하지 않고, 민원인의 시각에서 적극적으로 법률적 옹호를 해주기 때문이다. 역으로 의료기관이나 정신과 의사 입장에서는 국가인권위원회는 국가 기관 중에서 가장 불편한 기관이다. 그런 면에서 국가인권위원회는 제 역할을 하고 있다고 볼 수 있다.

II. 국가인권위원회의 역할에 대한 평가

1. 진정접수 및 처리

최근 진정건수가 지속적으로 증가하고 있으며 이는 인권상황이 악화되었다기 보다는 정신질환자들의 인권의식이 높아지고, 인권위에 제소하는 것이 제일 효과적이라는 인식이 생겼기 때문으로 보인다. 인권위원회 진정건수가 2010년 1,351건인데, 이는 2010년 전국 151개 정신보건심판위원회의 퇴원 및 처우개선청구건수 약 1,000여건이나 인신보호법에 의한 청구건수 198건에 비하여 양적인 면에서 많다고 볼 수 있다.

2. 직권조사 및 방문조사

직권조사 및 방문조사 역할은 정신보건심판위원회나 법원과는 차별화된 기능이면서 정신보건시설이 대부분 폐쇄적으로 운영되는 점을 고려할 때 시설운영자를 가장 힘들게 하는 기능이다. 직권조사라는 시설 운영에 대한 조사를 받으면서 기관 운영이 투명하고 인권옹호적으로 개선되는 효과가 있는 것은 사실이다. 하지만 장기적으로는 인증기관이나 보건복지부평가를 통하여 기관 내부에서 스스로 인권 친화적으로 서비스를 개선하도록 유도하는 작업이 필요하다.

3. 인권교육

정신장애인에 대한 편견을 개선하고 보편적 인권에 대한 이해를 높이고 인권침해 사례를 배운다는 점에서 긍정적인 역할을 하고 있지만 매년 비슷한 내용의 강의가 반복되면서 진부하다는 비난을 받고 있다. 교육을 통한 인권침해 예방이 이상적임을 고려할 때 교재 개발 작업에 더 많은 노력이 필요한 시점이다.

4. 법률 개정


정신장애인은 자신의 권익을 주장하는 일에 서투르기 때문에 정신장애인 당사자의 의견이 법률에 반영되기는 매우 어려운 것이 현실이다. 국가인권위원회에서 진정이나 조사를 통하여 파악한 문제점을 법률 개정을 통하여 개선하려는 노력이 매우 중요하다. 현행 우리 법에는 애매한 영역이 너무 많다. 예를 들어 주소가 다른 형제가 보호의무자로서 자격이 있는가, 자의입원에서 다른 입원형태로 전환하는 것이 가능한가, 통신제한의 범위는 어느 정도인가 등등 판례나 법률개정을 통하여 명확히 해야 할 영역이 많다.

Ⅲ. 국가인권위원회의 향후 역할

갈수록 늘어나는 진정건수에 비추어 볼 때, 자신의 권한이 침해당했다고 믿는 정신장애인의 수는 향후에도 계속 증가할 것이다. 국가인권위원회는 현장의 목소리를 직접 듣고 해결책을 찾는 유일한 국가 기관으로, 향후 정신장애인의 권리옹호를 위해 그 역할은 더욱 중요할 것이다.

국가인권위원회가 장기적으로 자신의 성과를 어떻게 측정할 것인가 하는 측면에서 첫째, 법제화 및 법원 판례를 통하여 다양한 정신장애인 인권문제를 구체적

으로 정의하는 것을 주요한 성과로 삼아야 한다. 둘째, 국가위원회의 권고사항이나 사례 등 풍부한 자료를 이용하여 인권교육자료를 만들어서 교육을 통한 인권 침해 예방에 더 집중하여야 한다. 셋째, 인권위원회 내부에 정신보건분야의 전문가를 양성하여야 한다. 정신보건분야는 다른 보건복지 분야보다는 훨씬 복잡한 반면, 보상은 적어서 서로 기피하는 분야이다. 인권위에 전문가를 키워서 관련 전문가들을 교육하고 설득할 수 있어야 한다.



하나의 노력, 그리고 또 하나의 보탬

토론 : 황태연 대한신경정신의학회 정신보건이사

정신장애인의 오랜 숙원인 장애인 범주에 포함된 2000년 이후 장애인으로서의 인권에 대하여 많은 기여를 한 국가인권위원회는 정부와 민간이 협력하여 발전시켜온 정신보건의 수준을 한 단계 높이는데 결정적 역할을 하였다고 할 수 있다. 그 중 가장 높이 평가되어야 할 부분은 바로 2007년부터 많은 준비를 하여 마침내 2009년 발간된 정신장애인 국가 보고서라고 할 수 있다. 이제 그로부터 2년이 지난 시점에서 다시 한번 정신장애인의 인권을 생각해 본다는 것은 토론자로서도 감회가 새롭다고 생각한다.

정신장애인의 인권신장은 정신장애인을 위한 서비스, 제도와 정책의 개선과 함께 이루어질 수 있는 것이기에, 민간병원에 몸담고 있는 정신건강의학과 의사로, 환우와 가족을 위해 일하고 있는 정신보건전문가로서 국가인권위원회의 발제문에 대하여 다음과 같이 토론하고자 한다.

I. 정신보건시설 관련 진정건수 및 처리 현황

병실마다 설치되어 있는 건의함은 이제 국가인권위원회의 상징이 되었다고 생

각한다. 많은 환자들이 자신의 의견이나, 건의하고 싶은 사항에 대하여 적극적인 의사표현을 할 수 있는 건의함은 정신보건시설 내에 인권의 존재하고, 그 인권 향상을 위하여 치료진이나 환우가 다 같이 노력해야 함을 각인 시키는 역할을 하고 있다고 생각한다.

그런 의미에서 진정진수가 매년 증가하고 있는 것은 당연하고, 앞으로 더 늘어날 것이라고 생각된다. 그것은 정신장애인의 인권을 찾기 위한 목소리가 그만큼 커지고 있다는 이야기가 되기 때문이다. 그러나 그 내용을 살펴보면 우리의 현실은 답답하기만 하다. 입퇴원, 가혹행위, 통신제한, 작업치료, 사생활 침해 등 어떻게 보면 기본적인 권리에 관한 내용이 주를 이루고 있기 때문이다.

소위 가족에 의한 동의입원을 정신보건법에 명문화하고 있는 나라는 우리나라와 중국, 일본 등 주로 아시아에 국한되어 있다. 동양적인 사고방식에서의 가족의 의미는 공동체적 의미를 많이 부여하고, 가족은 당연히 환자의 권리를 가장 존중한다는 의미도 함축하고 있다. 하지만 진정 내용에는 부모에 의한 비자의 입원보다는 형제 자매나 배우자에 의한 비자의 입원이 주를 이루고 있다. 결국 이들에 의하여 퇴원을 불허하는 연속적인 진정이 이루어지고 있다고 여겨진다. 이를 볼 때, 향후에는 가족에 의한 동의 입원이 진정으로 환자의 인권을 침해할 수 있다는 관점을 국가인권위원회는 가질 필요가 있고, 환자 자신이 후견인을 지명할 수 있는 권리 등에 대하여 의견을 제시할 필요가 있다고 생각한다.

II. 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서에 따른 정책 권고 및 실행

2009년 간행된 이 보고서는 우리나라 정신장애인 인권에 대한 내용뿐 아니라 정신보건 시스템이나 서비스, 정신보건시설과 정신보건전문가, 국가 및 지방단치

단체, 정부 각 부처 및 보험공단 등 공공기관, 가족, 정신의료기관과 지역사회 등 광범위한 영역에 걸쳐서 이상적인 권고안을 제출하였다고 생각한다. 다양한 영역에 걸쳐서 세심한 권고를 하다보니, 그 이행여부에 관한 모니터링도 쉽지 않았을 것으로 여겨지며, 그 노고에 진심으로 경의를 표한다.

2년이 경과한 현재 상황을 43개 항목에 걸쳐 정리한 내용을 살펴보면, 실제 이행율은 아직 30%를 채 넘지 못하고 있다. 이중에는 예산이나 법 개정에 관련되어 2년이라는 시간이 부족한 항목도 다수 포함되고 있고, 보건복지부가 이행을 위하여 연구비를 마련하여 이행중인 항목도 볼 수가 있다.

국가인권위원회의 권고는 일종의 정신보건 정책 제시로 판단될 수 있다. 그리고 이 정책에 대해서는 단지 권고로 끝나서는 아무런 실행 효과가 없을 것이다. 이를 위해서는 구체적인 전략이 뒤따라야 하고, 실행 계획이 있어야 하는데, 현재로서는 정부 각 부처나 관련 기관에서 아무런 실행 계획이 없다. 그렇다면, 이제는 사안별 중요성이나, 시간에 다른 구체적인 실행 전략이 필요한 시기이다.

예를 들어 정신장애인의 치료와 재활에 관해서 환자와 가족, 정신보건 전문가, 정부, 혹은 일반 대중은 각기 다른 시각을 가질 수가 있다. 우선 정신건강의학과 의사들은 정신병적 증상과 행동의 치료에 초점을 두게 되고, 의사 이외의 정신보건 전문가들은 일상생활이나 사회적 기능의 호전에 좀더 비중을 두게 될 것이다. 가족과 환자 당사자는 무엇을 원할까? 재발이 없이 혹은 약을 먹지 않고 완치되어 직업을 가지고 살아가는 것을 원할 것이다. 그렇다면 정부와 대중은? 어쩌면 정부는 의료비용이나 관리비용을 줄이는 것을 목표로 삼을 것이고, 대중의 경우는 자신들의 삶이 정신장애인에 의해서 피해를 받지 않고 안전하게 생활할 수 있는 방법을 우선 생각할 수도 있다. 이렇게 서로 다른 관점에서 정신장애인의 치료와 재활을 생각할 수 있기 때문에 이들의 사회복귀를 위한 전략도 통합적인 관점에서 고려되어야 할 것이다.

물론 이를 위해서는 국가인권위원회의 노력만으로는 불가능하다. 이제는 보건복지부 뿐 아니라, 지방자치단체 내에도 정신보건 담당 부서가 있고, 광역정신보

건센터와 지역정신보건센터, 정신보건시설협회, 정신사회재활협회, 정신보건전문
요원협회, 정신보건가족협회, 정신장애인협회, 대한신경정신의학회를 포함한 정신
보건전문 학술단체 등 다양한 공공, 민간, NGO 집단이 존재하고 있다. 이 단체들
모두는 우리나라의 정신보건 발전을 위해 나름대로 노력은 하고 있으나, 서로가 협
력하고 공조하여 “성과지향적 정신보건 전략”을 마련할 때가 되었다고 생각한다.

Ⅲ. 정신보건관련 서비스 지표와 인권

정신보건법이 국회를 통과한 1995년 이후 우리나라의 정신보건은 우리가 상상
한 이상의 많은 변화와 발전을 거듭하여 왔다. 정신병원의 변화가 시작하기 전에
지역사회 정신보건 시설 확충을 통해서 퇴원할 환자를 재활시킬 환경을 조성해
나가면서 점진적인 탈원화를 이루자는 전문가의 합의 속에, 정신보건센터, 사회복지
귀시설에 필요한 재원이 정부와 자치단체에 의해서 확보되었다. 아시아 각국의 정
신보건 현황을 비교해보면, 우리나라만큼 빠른 시간내에 필요한 정신보건 인력과
재원, 제도를 마련한 나라를 찾아보기가 힘들다. 그리하여 이제 아시아에서는 호
주, 뉴질랜드, 일본의 뒤를 이어 지역사회 정신보건의 모델로 제시될 수 있을 정
도가 되어 많은 아시아의 정신보건전문가가 우리의 정신보건을 배우려하는 것은
고무적인 일이고, 이를 위해 노력을 경주해 온 정신보건전문가와 보건소등 공공의
료부문과 지방자치단체의 헌신적인 노고는 당연히 치하받아야 할 것이다.

하지만 현재 우리의 정신보건의 상황을 냉철히 분석하자면 지역사회에서 치료
받지 못하는 환자에게는 많은 혜택이 돌아갔지만, 이러한 지역사회시설이 장기입
원환자의 탈원화에 기여한 바는 적었다고 생각된다. 이점은 탈원화와 지역사회 정
신보건의 확장이 같이 시행되어 많은 만성환자의 사회복지가 동시에 진행되었던
구미 각국과는 무척 다르다. 사회복지시설도 병원에 장기 입원한 어려운 환자보다
는 가족과 지내기 어려운 환자를 쉽게 받아들여지게 되었고, 50명상 규모의 입원실

이 있는 정신과의원이 급격하게 늘어나면서, OECD 국가중 유일하게 정신과 입원 병상수가 증가하는 나라라는 오명을 쓰고 있는 상황에서 향후에 이러한 입원시설과 지역사회를 연결하는 형태의 Half-way House가 전국적으로 확산되는 것이 탈원화를 위해서 바람직하다고 생각하며, 탈원화를 위한 구체적인 지역사회 정책 및 지표 개발은 시급한 문제라고 생각한다. 이를 위하여 국가인권위원회에서 권고하고 있는 미신고 시설, 정신요양시설, 정신의료기관, 지역사회 시설이 이행해야 할 목표 설정은 시급하다.

IV. 치료나 인권이나 - 서비스 질 향상을 통한 인권 증진

환자의 동의 없는 강박과 격리는 당연히 인권침해지만 강박이 필요한 상황이 발생한 환자의 동의를 받고 강박을 시행하는 것은 현실적으로 시행하기는 어려운 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 설치 등이 되어 있는 상황이지만 환자 스스로가 자신의 권리를 주장하고, 이 주장이 전달되기 위해서는 실효성 있는 제도 보완이 필요할 것이다.

정신보건 시설내 정신사회재활 프로그램 다양화는 현재로서는 보험재정이나 수가와 연계되어 아무런 발전도 없는 상태이다. 최근 시행되는 정신보건시설 등급제의 영향을 받아서 그나마 재활 프로그램에 인력과 재원을 투자하고 있는 것은 다

행스러운 현상이다. 그러나 여전히 다양한 정신사회재활프로그램에 대한 연구과 프로그램 개발은 저조한 실정이다. 사단법인 한국정신사회재활협회에서는 2006년부터 정신장애인 가족을 위한 프로그램 개발, 조현병 환자를 위한 능력강화 프로그램을 시행하고 있으며, 2011년에는 연구기금과 프로그램 개발을 위한 8,000만원 이상의 재원을 마련하여 정신재활 프로그램의 활성화에 기여하며, 국가인권위원회의 권고에 적극적으로 부응하고 있다.

V. 낙인, 용어 개정과 인권

최근 들어 우리나라의 정신보건 전문가와 가족들은 ‘환자(patient)’라는 용어를 대체할 용어를 원하고 있다. 영어로는 client, consumer, customer, ex-patient, psychiatric-survivor, consumer-survivor 등 많은 용어로 표현이 되고 있지만, 이를 한글로 번역하여 표기하기는 쉽지 않다. 미국의 경우 Mueser 등(1996)이 5개주에서 조사한 결과 조사자의 45%에서 Client라는 용어를 선호했고, 20%는 환자를, 단지 8%에서 consumer를 선호했다. 우리나라에서도 ‘의료 소비자 (medical consumer)’라는 용어가 등장은 했으나 아직 일반인 사이에서 널리 쓰이지는 않고 있다. 일부 가족들은 질환자, 당사자라는 용어도 사용하고, 지역사회 센터나 시설에서는 회원이라는 용어를 사용하고 있다. 본 저자는 재활 프로그램에 자발적이고 적극적인 참여를 한다는 뜻으로 ‘참여자(participant)’라는 용어를 처음으로 제안을 해보고자 한다. 이러한 용어의 변화가 비록 자그마할 지라도, 질병모델에서 바라본 환자라는 용어에 비해서 인격과 권리를 존중할 수 있는 토대가 될 수 있다.


최근 대한신경정신의학회와 대한정신분열병학회가 함께 노력하여 정신과를 ‘정신건강의학과’ 정신분열병을 ‘조현병’으로 개명한 것은 국가인권위원회의 권고를 위하여 적극적으로 노력한 결과라고 생각한다. 이러한 개명이 정신장애인의 인권과 깊은 연관이 되는 것은 이러한 용어가 가지는 부정적 낙인을 극복하는 일이 사

회적인 편견을 없애는 출발점이 될 수 있기 때문이다 .

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, 대한 정신보건 가족협회가 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.

실질적인 정신장애인의 인권 향상을 위해서는 보건복지부, 국가인권위원회, 정신보건전문가, 가족협회 등 정신보건 관련 단체와 기관의 활동도 중요하지만, 이와 함께 정부의 다른 부처들의 공동의 노력이 필요하며 이것이 바로 Intersectoral Collaboration이 될 것이다.

우리나라의 정신보건의 단기간에 많은 발전을 이룬 것은 누구도 부정할 수 없다. 지난 16년의 세월이 양적인 팽창을 이룬 기간이었다면, 이제는 새로운 정신보건에 대한 모델과 시각을 점검하고 장애인의 인권과 치료의 질 개선을 위하여 노력을 기울이기 위해 더욱 더 힘을 모아야 할 때라고 생각한다. 그러기 위해서는 정신보건에 관련된 모든 인력과 자원을 집중하여, 새로운 좌표를 설정하고 전략을 마련하며, 실행 방법을 찾아야 할 것이다. 이것이 바로 정신장애인의 인권 신장을 위한 국가인권위원회의 하나의 노력에 또 하나의 보탬이 되는 길이 될 것이다.



정신장애인 인권보호를 위한 정신건강정책 방향

토론 : 유동욱 보건복지부 정신건강정책과 사무관

I. 정신보건의료 체계의 구조적 특징과 정신장애인 인권침해

정신장애인 인권침해는 정신보건의료 체계의 구조적 문제점에서 비롯되는 측면이 크다. 현 정신보건의료체계는 만성정신질환자의 정신의료기관 장기입원을 중심으로 운영되고 있다. 정신질환자 연평균 재원기간은 2010년 166일로 일반적으로 재원기간이 30일 미만인 주요 선진국과 큰 차이가 있다. 또한 입원의 70% 이상이 비자의입원 형태로 이루어지고 있다. 비자의·장기입원 중심의 정신보건의료 체계 하에서 정신장애인에 대한 인권침해 가능성은 상존한다.

국가인권위원회에 접수된 정신보건시설 진정사건도 위와 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 2011년 9월 말 통계를 보면 정신보건시설 입·퇴원과 관련된 진정이 전체사건의 56.8%를 차지하고 있다. 세부적으로 살펴보면 입원에 있어서는 ‘형제자매 및 친족’에 의한 비자의입원으로 인한 인권 침해가 대부분을 차지하였고, 퇴원의 경우 정신의료기관의 퇴원불허가 주를 이루었다.

이에대해 보건복지부는 입·퇴원 및 재원 과정에서 정신질환자의 인권보호를 위해 제도개선을 지속적으로 추진하였고, 그 결과 정신보건법상 다양한 조치들이

마련되었다. 법 제24조 내지 제26조에서 규정하고 있는 비자의입원 절차, 법 제43조 내지 제45조의 권익보호 조항이 그 대표적 예이다. 또한, 현재 국회계류 중인 정신보건법 전부개정안에도 정신보건시설, 정신보건심의위원회 운영에 있어서 정신장애인의 인권 침해 방지하기 위한 조항이 삽입되어 있다.

II. 향후 정신건강정책 방향

법기술적인 수단만을 통해 정신장애인의 인권을 증진하는데에는 한계가 있다. 정신보건의료체계가 정신의료기관에서 지역사회 중심으로 전환되어 운영될 때, 인권 침해 요인이 근본적으로 사라질 수 있다. 구조적인 개선이 필요한 것이다.

이러한 문제의식 하에 대부분의 선진국은 1960년대 이후 지역사회 중심의 정신보건의료체계를 구축하기 위해 꾸준히 노력해왔다. 초발 정신질환자를 조기에 발견하여 단기입원·치료·재활 및 사회복귀시키는 것이 그 주된 골자이다. 호주는 EPPIC(Early Psychosis Prevention and Intervention Center), 캐나다는 PEIP(Prevention and Early Intervention Program)를 운영하고 있다. 모두 정신질환의 초발 연령인 15~24세를 주대상으로 조기발견, 지역사회 사례관리, 병원과 연계를 통한 단기 입원 치료를 내용으로 한다. 이를 통해 초발정신질환의 치료율을 높이고, 치료 과정에서 환자가 지역사회로부터 유리되는 것을 방지하고 있다. 호주와 캐나다 외에도 영국, 노르웨이, 일본 등에서 유사한 프로그램을 운영하고 있다.

보건복지부도 지역사회 중심의 정신보건의료체계를 구축하는 것을 주요 정책방향으로 하고 있다. 중증정신질환자 사례관리, 일반 주민의 정신건강증진을 위해 1998년 정신보건센터를 최초 설치하였으며, 현재 시·군·구 단위에서 164개 기관이 운영되고 있다. 2010년 연인원 기준 64천명을 등록관리하여 주간재활 프로그램, 내소 상담, 생애주기별 정신건강 교육 등을 실시하고 있다. 또한 전국 232개 사회복귀시설을 통해 정신질환자가 지역사회에 정착할 수 있도록 주거, 생활 지원

을 하고 있다. 2012년도에는 관련 예산을 별도로 편성하여 정신질환자의 정신의료 기관 탈원화, 지역사회 공공정신건강정책 인프라를 통한 조기개입, 치료, 재활, 사회복귀를 위한 시범사업을 계획 중이다.

Ⅲ. 맺음말

정신보건법의 개선은 정신장애인 인권 보호를 위한 노력을 그 주된 추동력으로 하고 있다. 그 중심에는 지난 10년간 국가인권위원회의 관심과 노력이 있었다. 주무 당국인 보건복지부는 항상 국가인권위원회의 문제제기와 권고에 귀 기울여 왔으며, 그것이 있었기에 현 수준의 정신보건행정체계 구축이 가능했지 않나 생각된다. 물론, 그 과정에서 현실적인 제약과 정책적 관점 차이에 의한 부분적인 갈등과 마찰이 있었던 것도 사실이다.


현재 보건복지부는 보다 인권 친화적이고 효과성이 높은 정신보건체계를 만들기 위한 도약을 준비하고 있다. 그 디딤돌로서, 그리고 동반자로서 국가인권위원회의 지속적인 협력을 기대한다.

제2부 발표 및 토론

정신장애인의 사회참여 증진 방안

발표 : 최용성 이천정신보건센터장, 정신과 전문의
문용훈 한국사회복지시설협회장

토론 : 이영문 중앙정신보건사업지원단 단장
이기연 이화여자대학교 사회복지학과 교수
권오용 한국정신장애연대 사무총장, 변호사



정신보건시설 퇴원환자의 지역사회 연계를 위한 정신보건 센터의 기능 및 역할 재정립

발표 : 최용성 이천정신보건센터장, 정신과 전문의

I. 들어가며

대한민국 헌법은 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리를 국가가 보장하도록 규정하고 있으며 여성, 노인, 장애인 등 취약한 계층은 별도의 추가적 보호를 하도록 규정하고 있다. 또한 UN의 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙은 지역사회 중심의 정신장애인 치료에 대해 다음과 같은 원칙들을 제시하고 있다.

- 정신장애인은 지역사회에서 생활하며 치료받고 보호받을 권리가 있다.
- 정신장애인은 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가지며, 치료는 반드시 개인적 자율성을 지켜주고 강화하는 방향으로 진행되어야 한다.

라고 명시되어 있다.

그렇다면 우리의 현실은 어떠한가? 정신장애인들이 정신보건시설에서 지역사회로 나오는 것도 더디고 장기입원자가 퇴원을 하였다 해도 충분한 재활서비스나

직업, 주거 등의 문제에 대해 도움을 받을 수 있는 기관이 많지 않기 때문에 지역사회에서 인간다운 삶을 누리고 살 수 있는 여건이 보장되지 못하고 있다.

만성정신질환을 앓고 있는 정신장애인 가족들에게 퇴원을 권하면 돌봐줄 여력이 부족하다며, 더 오랫동안 병원에 있도록 요청하는 게 현실이다.

그 이면에는 의료급여1종인 경우 입원비 부담이 없고, 40대, 50대 정신장애인인 경우 돌봐줄 보호자가 고령이거나 취약한 경우가 많아 대부분 형제자매들이 돌봐주는데 한계가 있으므로 지역사회에서 관리하는 것을 선택하기보다는 장기입원을 선택하는 요인이 될 것이다. 아직은 병원중심의 치료체계가 이용하는 소비자의 입장에서 보다 더 용이하게 느껴지는 현실에서 지역사회 중심의 치료 및 관리체계를 확립하기 위해 어떠한 노력들이 필요한가? 라는 질문에 명쾌한 답변을 구하기는 어려움이 있을 것이다.

물론 정신보건법을 개정하거나 정책적 방향이 지역사회 중심의 치료체계로의 전환을 향해 나가고 있다는 점은 부인할 수 없다.

다만 그 안에서 지역사회에서 정신장애인들에게 직·간접 서비스를 제공하는 정신보건센터가 직면하고 있는 문제가 무엇인지? 과연 서비스 주 이용자인 정신장애인의 재활이라는 측면에서 제대로 가고 있는지를 고민할 필요가 있다.

II. 지역사회 정신보건센터의 현황

전국의 표준형 지역사회정신보건센터는 2000년도 16개소에 불과했던 것이 2010년 기준 157개소로 전체 정신보건 관련기관의 9.2%¹⁾를 차지하고 있다고 보고되고 있다. 전체정신보건기관 중 정신의료기관이 차지하는 비율이 72.4%라고 보았을 때 지역 정신보건시설은 매우 저조한 실정이라고 볼 수 있다 이러한 수치는 대부분 대도시지역에 편중되어 설치되어 있는 지역사회 정신보건센터나 사회복지시설

1) 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서

을 감안할 때 나온 비율이며 지역 간의 차이나 편차가 있을 수 있다.

전국의 정신보건센터 업무 현황 조사 결과를 참고해보면²⁾ 센터 평균 6.73명이 근무 하고 있으며, 이는 서울과 경기도 센터 투입인력규정으로 상향조정된 것이며 대부분의 표준형 정신보건센터 인력규모는 4~5명선을 유지하고 있다. 사업비 중 역시 중증정신질환관리사업이 48%를 차지하고 있고 그 다음이 소아청소년(18%), 우울증(11%)의 순서로 나타나고 있다. 2008년 표준형 정신보건센터 등록인원이 56,000여명(센터당 평균 370명)³⁾을 기준으로 보았을 때 실무자 1인당 55명의 수준이라고 할 수 있다. 그러나 센터 인력 중 직접서비스 투입인력 비율이 약 60%인 것을 감안하여 재산정 해보면 사례관리자 1인당 약 90여명~100명 정도의 대상자를 관리하고 있는 상황이라고 할 수 있다. 이러한 상황에서 병원에서 퇴원하는 대상자들에게 제대로 된 그들이 원하는 서비스를 제공할 수 있는 여건이 될 수 있을 것인가? 라는 의문이 생기고 있다. 이러한 상황을 개선하고자 하는 노력들이 분분하게 있었지만 왜 아직까지 정신보건센터의 역할에 대한 가시적 성과가 미미한지에 대한 논의를 위해 다음과 같이 몇 가지 내용을 갖고 토론을 이끌어가고자 한다.

Ⅲ. 지역사회정신보건센터 기능 및 역할재정립

1. 정신의료기관에서의 퇴원통보 및 관리현황 점검 및 연계시스템 구축

정신의료기관에서 퇴원하는 환자가 정신보건센터 정보에 대해 안내를 받고 자신이 거주하는 지역정신보건센터에 알리는데 동의할 경우에는 간단한 내용으로

2) 이명수 등, 자살고위험군에 대한 대상별 사례관리 표준 개발, 2009

3) 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 2008.

지역사회정신보건센터에 통보하게 되어있다. 퇴원통보를 받은 지역사회정신보건센터는 대상자 혹은 가족에게 직접 연락을 취하여 지역사회 정신보건서비스를 안내하고 필요한 경우 사례관리 등록자로 관리를 받을 수 있도록 하고 있다. 그러나 일부의 정신의료기관에서는 미등록자가 많다고 하며 잘 활용이 안 되고 있다. 이러한 문제해결을 위한 지역사회정신보건센터의 적극적 노력이 필요하다.

연 1회 정도 간담회를 통해 정신보건센터에서 제공하는 재활프로그램 등에 대해 안내하고 있으나 그 효과성이 미미한 편이다. 정신의료기관에 비치 및 배부가 가능한 지역자원안내서를 중앙차원에서 제작해서 배부하는 방법도 고려해볼 수 있을 것이다. 무엇보다 퇴원후의 퇴원통지를 담당하는 담당자(원무과, 의사, 간호사 등)들의 지역사회 복귀를 위한 자원연계의 중요성 인식이 중요할 것이다. 이를 위해서는 단기적인 교육보다는 체계화된 교육과 인식개선 프로그램이 필요하며, 성공연계사례에 대한 공유도 필요하다. 퇴원 후 대상자사후관리를 더욱 활성화하여 정신의료기관에서는 대상자 관리의 연속성 유지할 수 있고 지역사회 정신보건센터에서는 병원과의 교류가 활발해져 서로 신뢰감을 형성할 수 있을 것이다. 정례화된 간담회 등이 정신보건사업계획수립과정에서 포함되어야 할 것으로 사료된다.

2. 지역사회 연계체계를 활성화하기 위한 퇴원 후 사후관리체계에 필요한 정신보건센터 역할과 기능의 개편이 요구되고 있다.

2006년 정신보건심판위원들을 대상으로 한 조사에서 사회지지체계의 부족으로 계속 입원율이 증가한다 라는 항목에 91%, 퇴원 후 사후관리가 미흡하다 라는 항목에 62%의 심판위원들이 동의하여 지역사회 지지체계의 부재가 퇴원율에 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

〈심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율〉

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

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

정신보건센터는 예방과 재활을 위한 사업을 광범위하게 진행하고 있다. 이런 환경에서 정신장애인의 발견, 치료, 재활의 과정을 지역센터에서 감당하기에 역부족이다. 지역센터에서 발견과 상담(일부 치료)을 그리고 그 이후에 재활을 사회복지시설에서 담당하고 있으나, 지역별로 센터와 사회복지시설이 없는 곳이 많다. 중앙정부의 노력으로 지역에 정신보건센터가 많이 생겨났으나, 사회복지시설의 증가는 미비한 수준이다.

지역사회에 이용가능한 정신보건기관의 인프라 자체가 부족하여 연계 자체가 이루어지기 어려운 곳들이 있다. 사회복지시설이나 주거시설은 특히나 부족한 실정이다. 지역사회 정신보건센터를 중심으로 인프라 구축을 위한 지속적인 노력이 이루어져야 할 것이다. 이를 위해 각 지역중심의 실태조사를 근거로 한 필요성과 당위성을 확보하여 예산이나 하드웨어를 확보하기 위한 노력들이 이루어져야 할 것으로 생각된다. 미국이나 선진국과는 달리 우리나라는 공영의료보험체제로 되어 있으며, 부양이나 치료의 책임이 가족에게 너무나 많이 주어지고 있는 상태로 이에 대한 사회적 개입의 범위가 더 증대될 필요가 있을 것이다.

퇴원이 임박한 환자군을 선별하여 퇴원환자교육이나 지역사회로 유도하는 여러

가지 장치나 사업이 이루어지려면 현재의 센터가 개입하는데 한계가 있다. 이러한 역할에 센터의 역할이 강화되어야 할 것이다. 이에 대한 정책적 보완이 필수적으로 이루어져야 할 것이다.

3. 지역사회정신보건센터의 공공성이 확립될 수 있는 법인화가 추진되어야 한다.

지역사회 정신보건센터는 법적위치가 모호하여 유관기관에서 바라보는 입장이 모호하다. 일선에서 일하다보면 종종 정신보건센터가 보건소 산하시설인가? 아님 위탁기관 시설인가? 라는 질문을 많이 받는다.

공공성이 확립되지 않는 상태에서 정신장애인 재활과 사례관리 수행은 한계가 많다. 정신의료기관에서 퇴원한 정신장애인들이 위기를 경험할 때 혹은 초발한 정신장애인들의 인권을 침해받지 않는 한도 내에서 정신보건법에 근거한 위기개입 서비스를 받으려면 서비스를 제공하는 주체인 정신보건센터의 법적지위가 확보되어야 한다. 공공성이 미확보 된 상태에서는 각 지역에 근무하는 공무원이나 유관기관 종사자들의 견해차이가 좁혀지지 않거나 협조관계가 원활하지 않을 수 있다. 이러한 구조적 문제는 종종 지역사회에서 발생하는 정신질환자에 대한 민원을 대하면서 드러나곤 한다. 이러한 문제뿐 만이 아니라 지역사회정신보건사업의 방향을 설정할 경우 보건소와 위탁기관 간의 방향성의 차이, 협력정도, 지역적 여건의 차이등에 따라 갈등요인이 많은 것이 현장의 실정이다.

정신보건센터의 업무는 공공성이 높은 반면 운영시스템은 민간이 위탁하는 시스템으로 인해 지역사회정신보건센터의 역할이나 기능이 모호해지는 구조적 문제가 있다. 이에 대해 법적인 보완과 정부차원의 강력한 정책지원과 예산지원이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

우리나라 정신보건예산은 정신보건사업예산과 국민건강증진기금으로 구성되어

있다.4) 2009년 국비로 책정된 보건예산은 5조114억원이고, 그 중 정신보건사업예산으로 책정된 금액은 0.6%에 해당하는 780억원이다. 750억원 중 5대 국립병원과 정신요양시설에 지원되는 금액은 총 732억원으로 정신보건사업예산의 97%에 해당하는 반면, 사회복지시설에 관련된 예산은 15억원에 지나지 않는다. 즉 우리나라의 경우 사회복지시설보다는 정신의료기관 등에 월등히 많은 예산을 지원하고 있음을 알 수 있다. 이러한 상황에서 인적자원이 중요한 정신보건센터의 기능향상을 도모하는 것이 한계가 있다.

4. 지역사회 정신보건센터 업무가 정신건강증진업무와 만성정신장애인재활업무가 분리될 필요가 있다.

대부분 센터에서 아동청소년 치매 업무 등으로 만성정신장애인의 재활업무가 기본만 유지되거나 축소되는 경향이 있다. 이러한 관점에서 기존의 업무 투입방식이 변경될 필요가 있으나 중앙차원에서의 업무배분 방식의 틀은 실적이나 성과위주의 평가방식이 존재하므로 센터자체의 노력만으로는 역부족이다. 제한된 지방자치단체예산에 의존하는 현재의 시스템으로는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신장애인들에게 제공되는 사례관리 투입업무가 뒷순위로 밀리거나 아예 행정가들의 관심 밖으로 밀려나는 경우가 종종 있다.

각 지역의 특성에 적합한 사례관리서비스 제공체계를 확립하기 위해서는 서비스 제공자인 인적자원이 그 분야에만 전문적 역량을 집중할 수 있는 여건이 필요하다.

그러나 업무가 명확히 구분되지 않는 현재의 방식에서는 정신보건센터의 기능을 만성정신장애인 재활중심으로 역량을 강화하여 체계적인 재활프로그램을 운영하여 서비스 이용자인 정신장애인들의 만족도를 높이기 어려운 실정이다. 이에 대한 중앙차원에서의 조정노력이 선행되어야만 지역사회정신보건센터의 역할이 재정립될 수 있는 기반이 마련될 수 있을 것이다.

4) 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서

5. 정신보건센터 실무자(전문요원)의 역량강화가 필요하다.

정신보건센터의 기능이 확대되고 역할에 대한 책임성 강화에 필수요건은 근무하는 실무자들의 역량이라고 해도 과언이 아니다. 사람이 사람에게 제공되는 더군다나 정신질환이라는 질병의 사회적 낙인과도 부딪혀야 하는 정신장애인들에게 가장 1차적으로 만남을 갖게 되는 정신보건실무자들이 제대로 된 역량을 갖추지 못할 경우 만족도나 서비스의 질은 낮아질 수 밖에 없다. 그러므로 실무적인 역량을 높일 수 있도록 정부차원에서의 정책적 지원이 현행보다 확대되어야 할 것이다.

1회성의 단기교육 프로그램보다는 전문적이고 체계적인 중재프로그램에 대한 적응능력을 키워나가야 할 것이다. 다른 유관기관들(예: 건강가정지원센터 등)에서 제공되는 서비스와 유사하다면 정신보건센터의 존재의 의미도 유명무실해질 수 있다.

좀 더 차별화된 정신보건전문요원들이 제공될 수 있는 서비스 이용자의 만족도를 높일 수 있는 효과성이 검증된 프로그램이 개발되어야 할 것이며 이에 대한 실무자들의 적응능력이 강화되어야 할 것이다.

6. 정신장애인 당사자 및 가족의 옹호활동을 적극적으로 지원해주어야 한다.

정신장애가 다른 장애에 비하여 당사자 및 가족활동이 부족한데, 정신보건센터에서 담당인력이 평균 1명 이하일 것이다. 지역 센터에서 만성정신장애인 관리사업에 투입되는 인력이 주로 신규 및 연차가 낮은 직원들로 투입되고 센터의 다양한 사업들에 같이 참여하게 되는데, 이런 현상은 담당자가 새로운 사업을 구성하기보다 작년과 비슷한 사업을 하게 된다. 당사자 및 가족활동을 광역단위의 센터들이 방향성과 자원을 갖고 지역센터를 이끌어야 한다. 가시적인 성과를 보여주어 지역센터의 참여를 독려할 수 있을 것이다.

사회복귀시설을 비롯한 다양한 지역사회생활지원 서비스가 지방자치단체의 일

반조세에 의존하고 있어 서비스 공급이 절대적으로 부족한 상황이다. 이는 곧 가족의 부담으로 연결되는데, 2008년 국가인권위원회가 실시한 ‘재가 정신장애인 및 가족의 생활실태조사’에서도 정신장애인에 대한 보호와 치료에 드는 비용에 부담을 느낀다고 응답한 가족이 62.5%로 나타났다.⁵⁾

7. 외래치료명령제에 대한 실효성을 살리기 위한 대책이 필요하다.

정신보건법 제 37조의 2 (외래치료명령)

- ① 정신의료기관의 장은 제 24조 및 제 25조에 따라 입원 등을 한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원 등을 하기 전 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 자로서 대통령령으로 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동의를 받아 시장·군수·구청장에게 1년 이내에서 외래치료명령을 청구할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료명령의 청구를 받은 때에는 기초정신보건심의위원회의 심의를 받아 1년 이내에서 외래치료를 명할 수 있다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제 2항에 따라 외래치료명령을 한 때에는 지체 없이 본인 및 그 보호의무자와 외래치료명령을 청구한 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.
- ④ 시장·군수·구청장은 제 2항에 따라 외래치료명령을 받은 자가 그 외래치료명령에 불응하여 치료를 중단할 때에는 그 자가 자신 또는 타인을 해할 위험성의 정도에 대한 평가를 위하여 그 자에게 국·공립의료기관에서 평가를 받도록 명할 수 있다.

이상과 같은 외래치료명령제의 실효성을 높이기 위한 방안이 궁극적으로는 지역사회 정신보건센터의 역할과 기능을 강화하기 위한 전략의 하나로 구상되어야 할 것이다. 그러나 최근 개정된 개인정보보호법에 의하면 개인정보에 대한 동의여

5) 김문군 등(2008). 재가정신장애인 및 가족의 생활실태조사, 국가인권위원회


부가 중요한 상황에서 국가의 강제적 개입이 어느정도 실효를 발휘할 수 있을지에 대한 묘안은 떠오르지 않는다. 다만 이법을 실제 활용한 사례를 근거로 효과성이나 정책적 대안의 방향을 설정해나가는 것이 필요하다고 본다.

8. 주거 및 직업재활에서 지역정신보건센터 자체의 경쟁력이 확보되어야 한다.

센터에 문의하는 내용 중 ‘그럼 센터에서 상담 말고 도와줄 수 있는 것이 뭐가 있나요?’라는 질문을 받는데, 지역센터 실무자들은 사례관리 서비스를 하며 대상자들이 필요로 하는 사회·경제적인 문제에 접근을 어려워한다. 지역에 있는 복지관련 기관들에 비해 사업 범위가 넓은 반면 예산과 인력이 적다. 사회·경제적인 서비스 제공을 위해 네트워크를 활용하여 자원을 확보하고 기존의 사업들을 개편하여 센터 자체적으로 사회·경제적인 서비스 제공을 마련해야 한다. 예를 들면, 직업재활 훈련비, 단기 주거훈련, 정신보건사업지침에 있는 교통비 등을 들 수 있다.

일부 정신건강 센터는 별도의 직업재활팀과 주거서비스팀을 구성하여 서비스를 제공하고 있으나 대부분은 열악하고 그나마 걸음마단계이다. 센터를 중심으로 통합사례관리를 하여 대상자의 욕구와 상황에 따른 서비스를 제공해야 한다. 앞으로 풀어야 할 문제가 산적해 있다 그러나 우리는 이를 극복해야한다. 직업재활서비스를 제공한다고 센터 프로그램실 한 칸에 마련된 자리에서 인가공작업을 하거나 온 좋게 회사에 연결되어도 그 후의 불안한 상황들 …….

퇴원한지 얼마 되지 않아 부모와 같이 있는 것이 스트레스인데도 센터에서 알려주는 주거서비스는 고작 낯선 환경에서 몇 개월 이상 고생해야한다는 것이 정신장애인 주거서비스의 현 주소이다.



정신장애인의 사회복귀 확대를 위한 지역사회시설의 과제 및 역할

발표 : 문용훈 한국사회복귀시설협회장

정신장애인의 사회복귀확대를 위한 지역사회시설의 과제 및 역할

문용훈
(태화샘솟는집 관장,
한국사회복귀시설협회장)

국가인권위원회 보고서

- 국가인권위원회에 감사
- 인권보고서 이후 연구에 대한 기대
: 지역사회분야에 대한 관심
차기 실천계획(Action Plan)과 점검

정책의 우선순위 (사회복지시설의 가치)

- 10년 전부터 들어오던 이야기
- 먼저 시스템확보를 위하여 센터 예산부터... 자살문제가 심각하니 ... 어르신 인구가 늘어나서... 청소년들이 문제인데... 이래서 저래서... 나중에 좋은 시절이 옵니다.



사회적 낮은 가치의 결과

09년 중앙정신보건 예산
: 750 억원

별로로 가치 : 3,893억원

- 중앙정부의 낮은 사회복귀 시설예산(09년 15억 3%)
- 민간자원 동원의 실패로 실제 저조한 지역사회정신보건 인프라 증가율
- 계속되는 정신병상수 증가
- 불필요한 장기입원
- 만성 정신질환자에 대한 관심 감소와 정신장애인에 대한 편견



사회복귀시설 변화추이(推移)

- 협회가입시설 -

	2008	2009	2010	2011
계	178	199	203	213
이용	82	86	86	83
입소	11	15	17	19
주거	72	84	83	87
병행	11	14	17	24

지역별 변화

-협회가입시설-

	서울	경기	인천	강원	대전 충청	대구	경북	부산 경남 울산	광주	전남	전북	제주
'09	78	22	7	1	25	13	11	15	9	3	13	2
'10	77	21	8		30	13	13	16	8	2	13	2
'11	82	23	8	1	30	13	13	17	8	2	14	2
	+4	+1	+1	0	+5	0	+2	+2	-1	-1	+1	0

사회복귀시설의 역할

- 정신보건법 시행령 시행규칙 10조 : 사회복귀시설의 종류 및 사업
- 별표6 '사회복귀시설의 이용 및 운영에 관한 기준' (정신보건법 초기와 거의 변화 없음)
- 사회재활활동 - 정신질환자의 일상생활 관리, 사회적응능력 향상 또는 대인관계증진을 위한 개별 또는 집단활동
- 직업재활활동 - 어느 정도 작업능력이 있는 정신질환자의 작업능력향상과 직업재활을 위하여 사회복귀시설 내 외부에서 실시하는 활동

기존의 역할 규정

- 규정 활용 : 시설설치 및 운영지침, 업무점검, 평가 및 인증의 기준
- 장점 : 사회복귀시설의 운영의 표준화
성공공식 - 반복활용, 확대적용
- 단점 : 사회복귀시설 운영의 다기능화와 특성화에 장벽

성공의 덫(Success Trap) : 편중, 관성, 고착 => 다른 것
을 못하게 됨



지역사회시설의 과제

- 정신장애인들의 사회복귀 확대를 위한 역할 충실화
- 정신장애인들의 삶에 맞춘 서비스 구성

=>사회복귀서비스 사례관리 성과지표의 명확화



지역사회시설의 과제

- 지역성을 고려한 서비스의 인정
- 전문가의 함정 벗어나 지역의 다양한 사회복지자원과의 연대

=> 시설서비스의 다기능화와 특성화



거주권

정신장애인의 탈시설화와 정상화, 지역사회통합과 자립을 위해서 주거보장은 가장 기본적이고 필수적인 권리이다.

거주개념의 확대



국가인권위원회 조사(2008)

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

주거서비스의 필요성

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

기존거주서비스

- 주거서비스는 시설이다.
(등급이 있다)
- 직선적 연속체 모형 :
논리적으로 명쾌하지만
사실상 이러한 순차적
이전은 현실에서 일어
나기 어렵고, 입소자 에
게는 스트레스나 프로
그램 이탈의 원인이 될
수 있다.



생활을 다루는 주거복지로 전환

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

사례 : 독립생활 준비하기

- 영구임대아파트를 들어가는 데 처음에는 실망을 했음. 집이 너무 협소하고 작았기 때문.
- 하지만 도배도 새롭게 하고 ... , 필요한 살림살이 구입
 - 냉장고, 세탁기, 전기밥솥, 전자레인지, 가스렌지, TV, 장롱 세트 등
- 이후에는 나만의 공간이 탄생했다는 것이 큰 기쁨이었음.



사례 : 독립생활의 경험

- 내 집을 갖고 사는 것에 대한 즐거움.
- 주변의 아주머니들과 함께 지내면서 인사와 대화를 나누는 것이 즐거웠고, 그들과 함께 지내면서 그들에게 무엇인가를 주고받으면서 지낼 수 있어야겠다는 생각이 들었음.
- 친구들이 내 집으로 와서 즐겁게 먹으면서 이야기를 할 수 있다는 점이 좋았음
- 공과금의 종류가 많다는 점
 - 자동이체고지서를 적성하는 방법이 어려웠음. 자동이체를 신청할 때 당황스러움
 - 세금을 내는 날짜를 지키는 것도 어려움.
- 생활적인 면(반찬등 마련)
 - 반찬을 해 먹는데 재료를 사러 나가보니 마땅한 곳이 없어서 동네시장에서 반찬을 사서 먹고 있음.

지역사회실천과 주거복지

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

자립생활지원서비스 전환과제

- 자립생활가정을 위한 공간확보 : 보건복지부나 지방자치단체의 정신보건정책과 와 국토해양부(LH, SH공사)의 협의
- 주변 영역 프로그램과의 적절한 연계성 모색 :
 - 흑 백의 논리에서 벗어나기
 - 시설서비스의 특성화와 다기능화 고려
 - 예산의 확대 = 기존 서비스 + 사회서비스(활동보조인 사업)+ 장애인 장기요양보험제도 예산활용
 - 정신보건이력관리시스템 활용

고려할 점

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

노동권

일할 권리와 직업을 자유롭게 선택하며 적당하고 유리한 노동조건을 확보하며 실업에 대한 보호를 받을 권리를 지닌다.

-세계인권선언문-

2008년 전국 장애인실태조사



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

정신장애인 절반 기초생활수급자

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



장애인 절대빈곤층 비율

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

2006 남찬선의 연구



© Some rights reserved by delta407

노동권의 문제

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



국민기초생활보장법의 소득공제에 대한 정신장애인의 제도적 차별

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

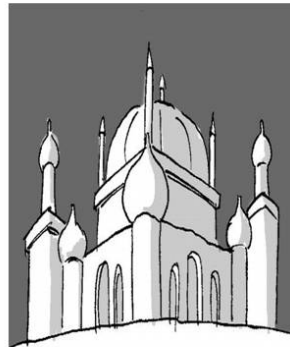
'장애인노동자 최저임금 적용예외 규정'

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



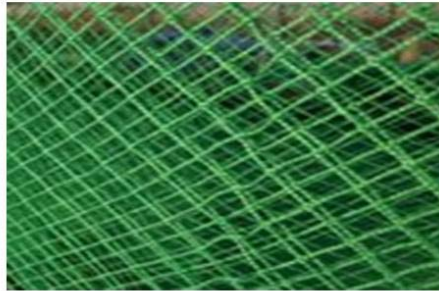
공공기관의 특성

- 갑과 을 중 갑의 역할에 익숙하다 - 균형이 필요
- 상황에 대한 대처에서 책임성과 융통성 중 책임성을 우선 순위로 둔다 - 노유자시설, 보장시설, 소득공제제도에 대한 해석



사회적 자본확대

- 네트워크, 신뢰, 규범



사회복귀 활성화를 위한 전제

- 사회복귀시설이 구조적 취약성을 극복하기 위한 정부의 적극적인 역할 필요
- 민간자원 참여를 위한 전략적인 정책제시
- 정신보건전달체계간의 연대 촉진
- 직업재활을 비롯한 종합시설에 정부와 지방자치단체의 직접 또는 위탁운영
- 다양한 예산지원방식의 고려
- 개별화되고 인권증진을 담은 사례관리 지표 마련

인프라 확충은 공공부분의 몫

- 정신보건법 제 4조 (국가 등의 의무)
- 정신보건법 제 4조의 2 (실태조사)
- 정신보건법 제 4조의 3 (정신보건사업계획의 수립)
- 정신보건법 제 15조 (사회 복귀시설의 설치 운영)
- 공공부분 투자의 예 :
halfway house
공공주거시설
아이존

2008년 서울시 시설예산 및 재원규모

구분	사 회 복지관	노인	장애인	아동	여성 가족	부랑인 노숙인	정신 보건	지역 자활	합계
1억 미만	-	38 (15.0)	14 (5.4)	-	-	11 (21.5)	41 (60.3)	-	104 (12.4)
1억~5억	1 (1.1)	132 (52.2)	144 (55.8)	20 (31.7)	11 (57.9)	29 (56.8)	22 (32.4)	18 (58.1)	377 (45.0)
5억~10억	1 (1.1)	13 (5.1)	17 (6.6)	19 (30.1)	5 (26.3)	4 (7.8)	-	6 (19.4)	65 (7.8)
10억~50억	93 (97.8)	54 (21.3)	75 (29.1)	19 (30.1)	3 (15.8)	4 (7.8)	4 (5.9)	7 (22.6)	259 (30.9)
50억 이상	-	1 (0.4)	4 (1.5)	3 (4.8)	-	1 (2.0)	-	-	9 (1.1)
무응답	-	15 (5.9)	4 (1.5)	2 (3.2)	-	2 (4.0)	1 (1.5)	-	24 (2.9)
합계	95 (100.0)	253 (100.0)	258 (100.0)	63 (100.0)	19 (100.0)	51 (100.0)	68 (100.0)	31 (100.0)	838 (100.0)

장애인복지관 운영현황

- 2010년현황-

총계	174 개소
위탁	130개소
직영	43개소
공단	1개소



민간부분 참여확대 방안

- 개인 시설운영증가 (주거제공시설 등)
- 예산지원방식의 변화
- 사회복지법인, 학교법인 등 공공성을 가진 비영리법인의 참여 저조
- 사회복지체계로의 편입 고려(지역사회시설로서의 역할)
- 주간재활이나 직업재활시설 개소 및 운영 시 자부담 비용 증가
- 기타

운영주체

구분	'11년 장애인복지관 (협회등록기관)	사회복지시설 (2011년 평가대상)
사회복지법인	103	78
재단법인	21	8
학교법인	6	5
의료법인	0	12
사단법인	48	11
시설관리공단	1	0
지자체운영	6	0
기타	6	49
계	191	163

2008년 서울시 복지시설 평균예산액 (단위:천원)

구분	사회 복지관	노인	장애인	아동	여성가족	부랑인 노숙인	정신보건	지역자활
평균 예산액	1,543,894	711,242	878,536	1,413,071	677,346	525,116	224,422	604,624

**삶은 프로그램에 우선한다.
공동체의 힘은 전문가 개인보다
강하다 .**

탈수용화, 인권 그리고 사회담론

토론 : 이영문 중앙정신보건사업지원단 단장

우선 최용성, 문용훈 두 선생님의 구체적 발제에 적극 찬성한다.

두 분의 발제에 담긴 요구는 정신장애인의 지역사회 삶을 위한 최소한의 장치가 되어야 한다. 정신보건센터와 사회복귀시설의 기능론, 예산의 뒷받침은 가장 필수적인 요소임에도 변죽만 울리는 정신보건정책의 실체에 전문가의 한 사람으로서 너무 송구스럽다.

정신장애인이 지역사회내에서 살 수 있어야 한다는 것은 단순한 보건복지 정책의 범주를 넘어서는 사회담론이다. 장애인 전체의 비중으로 다루어져야 하고, 정신보건 영역의 단순한 장기 입원 문제만이 아닌, 탈시설화 운동과 궤적을 같이 가져가야 한다.

오늘 논의되는 정신보건센터, 사회복귀시설 정도의 정신보건정책으로는 결코 답을 수 없는 사회담론의 최우선에 위치하여야 한다. 다른 나라 정신보건정책의 역사속에 탈수용화가 논의되는 것이 이러한 연유이다.

그러나 우리나라 정신보건과 복지의 담론에서 탈수용화로서의 담론은 매우 취

약하다. 수많은 장애인 정책이 관료주의, 냉담한 사회와의 치열한 투쟁의 결과 얻어진 것에 비한다면, 정신보건정책은 상대적으로 민관학 연계라는 허울 좋은 프레임에 기대어 전문가들 중심의 혹은 제공자 중심의 서비스에 골몰하였고, 공공성 확립에 대한 철학이 부재한 국가 관료주의, 더 나아가 정치적 야심으로만 가득한 지방자치제의 이기적 운영 등이 얽힌 결과정도에 머무르고 있다. 우리는 과연 전문가들이 가진 기득권을 반납하고 지역공동체 운영으로서의 정신장애인 당사자 중심의 사회운동을 펼칠 수 있을 것인가?

토론자의 자괴적인 반성으로부터 국가인권위원회의 추락한 위상까지, 몇 가지를 지역사회, 탈수용화라는 담론속에 짚어 보고자 한다.

첫째, 정신보건정책은 그 시대의 사회철학을 담보로 하며, 이를 반영한다. 과연 우리시대의 사회철학은 존재하는 것인가? 그렇지 않다. 국가인권위원회 자체의 독립성에 대한 반대가 있고, 인권을 마치 편향된 이념의 산물로 치부하는 현재 상황을 고려할 때, 탈수용화라는 거대 담론은 형성되기가 어렵다. 유럽과 미국을 비롯한 모든 나라의 정신보건정책에 탈수용화가 미친 영향은 실로 거대하다. 하나의 정신보건정책이 그 시대 정치의 방향을 결정짓는 일이었기 때문에 찬성과 반대가 치열하였다. 우리나라도 예외가 아닐 것이다. 더불어 살아가려는 공존의 철학이 존재하지 않는 한, 탈수용화 정책이 중앙정부로부터 채택되기는 불가능에 가깝다. 가장 단순한 예로 탈수용화 이후 정신장애인들의 삶이 지역사회로 돌아오지 않을 것을 확신하는 전문가와 공무원들의 안이함은 어디서 기인하는 것인가?

또한 공공성이 확립되지 않는(그렇다고 국립 및 공립 병원이 모두 공공성이 있다는 것은 물론 아니다) 80% 이상의 정신병상이 모두 민간 서비스 제공자들의 양심에 기대어 운영되기만을 바라는 것은 과연 대한민국이라는 국가의 존재가 공무원들의 자리매김만을 해주는 것은 아닌가? 여전히 수많은 대학병원은 탈수용화에 관심조차 없고, 정신과 전문의들은 입원병상을 가져야만 존립할 수 있다고 판단하고 있다.

둘째, 우리나라의 가족은 개인의 삶에 가족이 지대한 영향력을 미친다. 정신장애인의 경우는 더욱 그러하다. 개인의 삶과 가족의 삶은 반드시 일치하지 않은 경우가 많다. 임상적 경험에서 보면, 치료진은 가족들과 더 가깝다. 필자의 경우에도 그러하였다. 결국 당사자가 탈수용화 결정과정에서 배제된 상황이 전국적으로 모든 입·퇴원 시설에서 반복되고 있는 것이다. 그러나, 가족의 입장에서 보면, 우리 사회가 정신장애인을 돌보고, 지지해주는 구조로 보이지는 않을 것이다. 지나치게 경쟁적이고, 약자에 대한 편견이 가득한 곳으로 인식된다. 대부분은 가족들의 인식이 정확하다. 우리 사회는 여전히 정신장애인에 대한 편견이 가득하다. 또한 입원 혹은 입소에만 국가의 지원이 이루어진다. 퇴원후 삶을 도와줄 국가의 수단이 부재한 것이다. 이러한 정치, 사회 및 가족과 시설의 입장이 한치의 오차도 없이 맞물려 돌아가는 것이 바로 탈수용화를 방해하는 요인들이 된다.

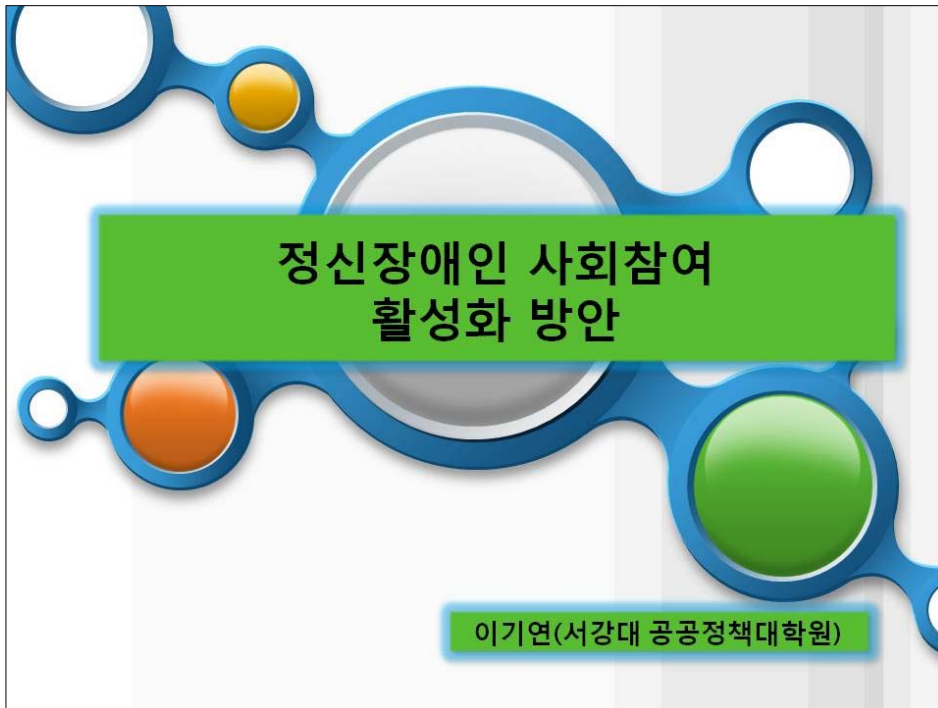
마지막으로 결국 인권위원회를 비롯한 탈수용화 정책의 옹호자들이 풀어야 할 과제는 위의 장애물에 대한 반대 논리를 실천하는 것이다. 인권은 눈에 보이지 않는 사물이다. 에밀 뒤르케임이 언급한 유명한 경구를 생각해보자. 모든 사회현상을 사물으로써 취급하라. 개인적 갈등의 결과로만 여겨지던 자살에 대한 담론을 사회적 현상으로 규정한 일이 대표적이다. 탈수용화에 대한 정책을 실현시키려면, 인권에 대한 담론이 일반화되어야 한다. 지난 7-8년간 인권위가 우리 사회에 던진 인권의 중요성은 그런 의미에서 매우 중요한 여정이었다. 사회통합을 전제로 한 새로운 보건정책이 정치의 방향을 결정짓는다면, 다시 말해, 사회자본의 핵심으로 인간에 대한 가치를 부여하고, 이를 재화의 개념으로 받아들일 수 있다면, 우리는 이를 사회투자국가라고 부를 수 있을 것이다. 최근에 발표된 레가툼(Legatum) 번영지수에서 사회적 자본에 대한 항목이 지나치게 낮은 것을 고려해야 한다. OECD 국가 중에서 일본과 한국이 가장 낮은 점수를 받은 것은, 사회적 자본과 인간의 자유에 대한 항목뿐이다.

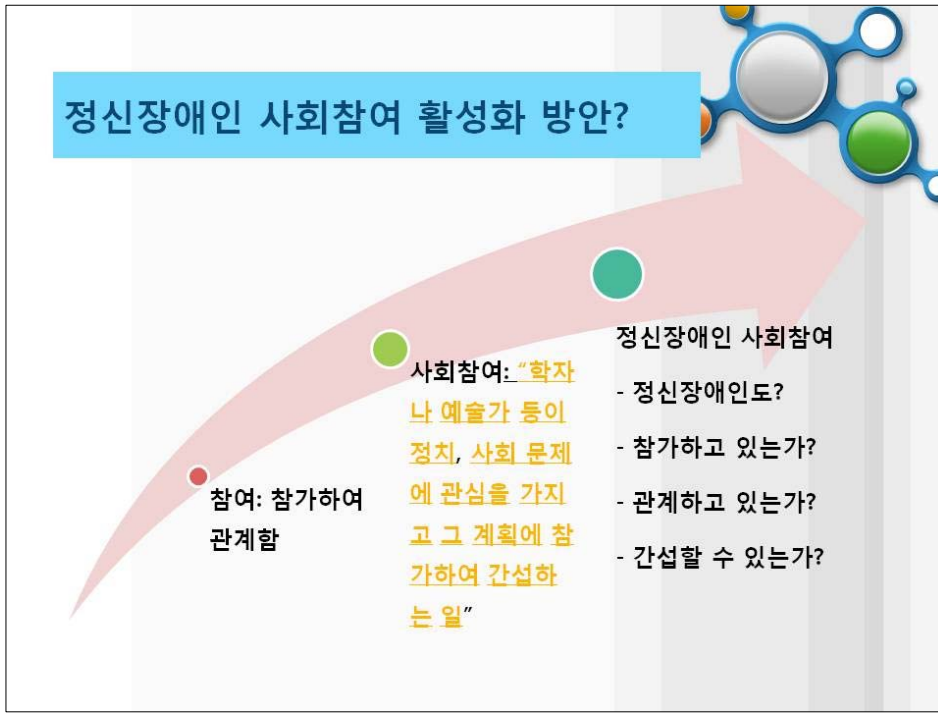
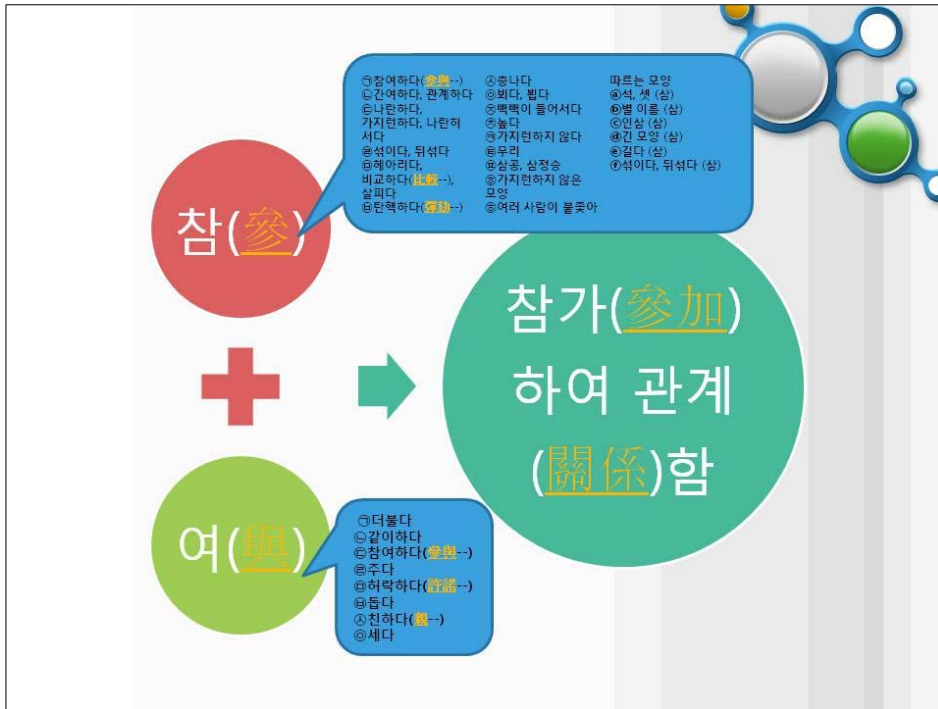
퇴원 후 지역사회로 돌아간 정신장애인들이 사회적 자본의 일원이 되려면, 질환 자체로부터 스스로를 보호할 수 있는 구체적인 제도적 장치가 필요하다. 정신장애인에 대한 지역사회 돌봄서비스가 매우 구체적이고 전문적이어야 할 이유가 여기에 있다. 오늘 논의되는 두 분의 발제 원고에 적힌 제도적 장치는 최소한의 요구일 뿐이다. 이들의 재입원은 편견을 더욱 조장할 뿐만 아니라, 개인적 자유를 억압하며, 경제 및 사회적 자본을 잠식시키는 결과를 낳는다. 현재의 정신보건센터나 사회복지시설에 더욱 많은 사회투자가 이루어지고, 표준서비스 체계를 적용할 수 있다면, 정신장애인들의 지역사회 지지체계는 가능한 모델이 될 것이다. 또한 지역사회내 공공후견인 제도의 도입이 나이가 많은 정신장애인들이나. 지지체계가 취약한 정신장애인들에게 확실한 도움이 될 수 있다. 결국, 탈수용화 이후의 정신장애인에 대한 지지체계가 얼마나 촘촘하게 짜여지는가에 따라, 사회적 자본의 가치가 결정될 수 있다. 우리나라 많은 정책가들에게 정신장애를 앓은 사람들의 사회적 가치를 언제까지 무시하며 성장할 것인가를 다시금 묻고 싶다.

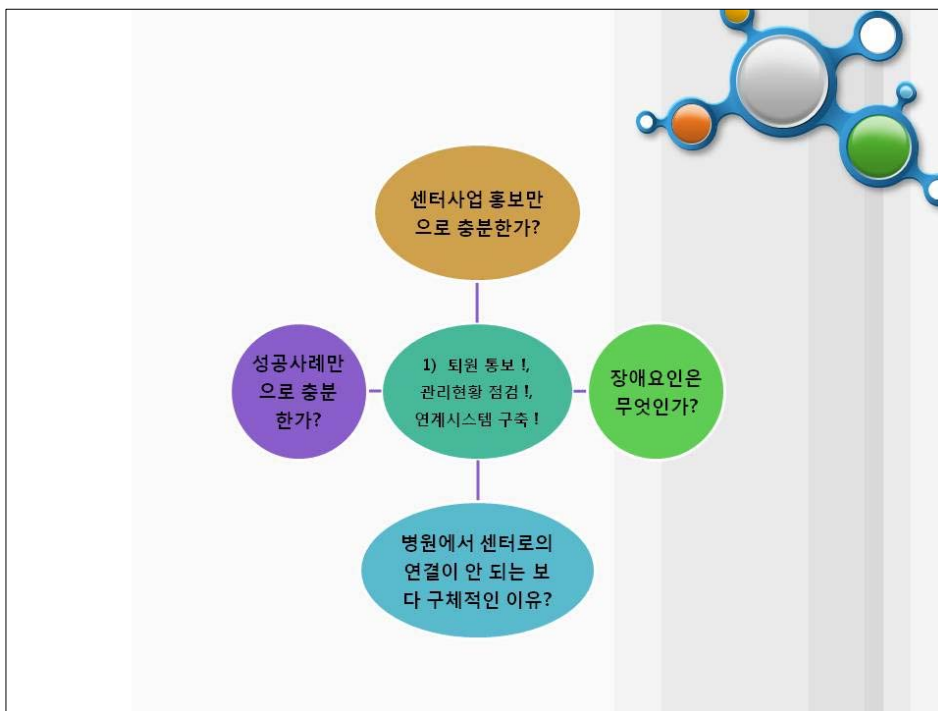
국가인권위원회의 10년을 축하한다. 하나의 당부를 하자면, 국가인권위원회가 국가의 행정부서처럼 일해서는 안된다는 것이다. 전문성을 가지지 않지만, 사회담론으로 볼 때, 혹은 사회정의로 볼 때 문제가 있다고 인권위가 스스로 판단하는 일들에 대해 선점효과로서 사회를 이끌어 가야 한다. 물론 필자를 포함한 전문가들의 안이함도 깨우쳐 주기를 기대한다. 또한 어렵게 획득한 자율성과 독립성을 스스로 훼손하는 모순에 쌓여 있는 현재의 국가인권위원회가 아닌, 사회담론을 강하게 이끌고 행정부서의 안이한 공무집행을 질타할 수 있는 공론의 장이 되기를 희망한다.

정신장애인 사회참여 활성화 방안

토론 : 이기연 이화여자대학교 사회복지학과 교수







2) “지역사회 연계체계를 활성화하기 위한 퇴원 후 사후관리체계에 필요!, 그러나 이를 위해 정신보건센터 역할과 기능의 개편안 마련하여 퇴원 후 사후관리의 책임성을 강화하는 것이 주장의 근거로 적절한가? 오히려 이 자료는 센터 외 좀 더 다양한 인프라 구축의 필요성을 제기하는 것은 아닌가?”

심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율

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

출처: 박경규 외(2006), 지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사, 국가인권위원회, 박종익 외(2008), 장기입원의 구조적 원인과 지속요인, 국가인권위원회 p150, 자인용

센터가 복합적인 기능을 수행해야 한다는 의미?
지역의 다양한 인프라 구축의 책임성을 가져야 한다는 의미?
타당한가?
가능한가?
센터도 위탁기관인데...
책임성의 갈대기 현상?

2) “지역사회 정신보건센터를 중심으로 인프라 구축을 위한 지속적인 노력이 이루어져야 할 것이다.”

공공성 확립 위한 방안 모색 필요성에
적극적 동의! 법인화의 장단점?

재활업무에 대한 보호된 가치부여, 사업의
우선순위 설정에 대한 개입 필요에 적극
동의!

3) “지역사회정신보건센터의 공공성이 확립될 수 있는
법인화가 추진되어야 한다.”

4) “지역사회 정신보건센터 업무가 정신건강증진업무와
만성정신장애인재활업무가 분리될 필요가 있다.”

만족도
제고

+

효과성
제고

+


근거 기반
실천

5) 실무자
역량강화

1) 정신보건전문요원에 대한
기대역량에 대한 분명한 기준
확립 필요!

2) 수련 교육에 대한 점검


3) 보수교육체계 마련



6) 정신장애인 당사자 및 가족의 옹호활동을 적극적으로 지원해주어야 한다.

How?
당사자와 가족활동지원?
중앙정부의 재정지원?

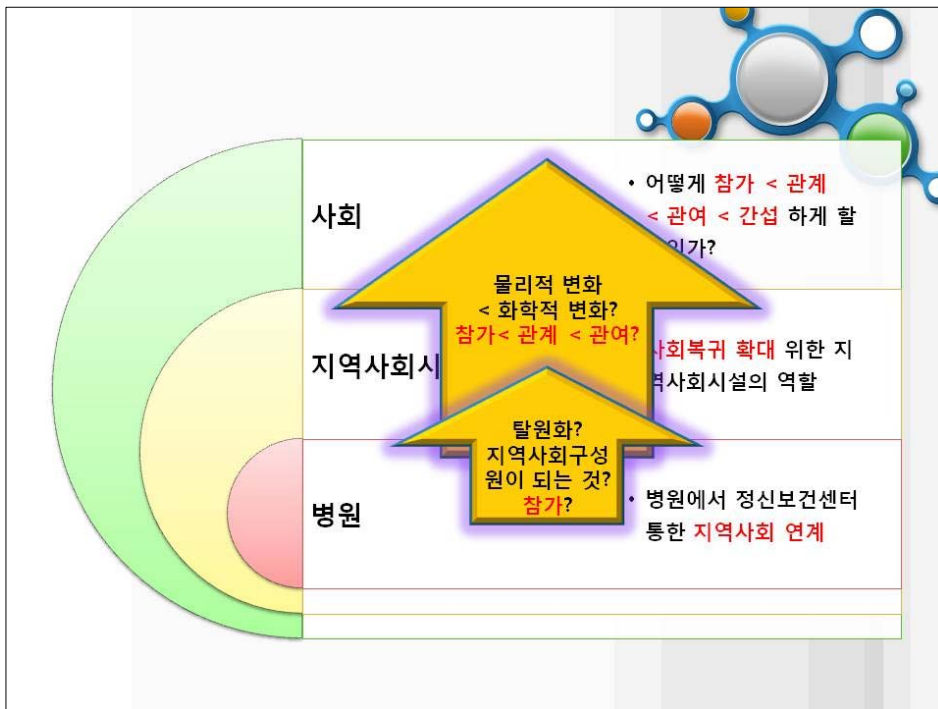
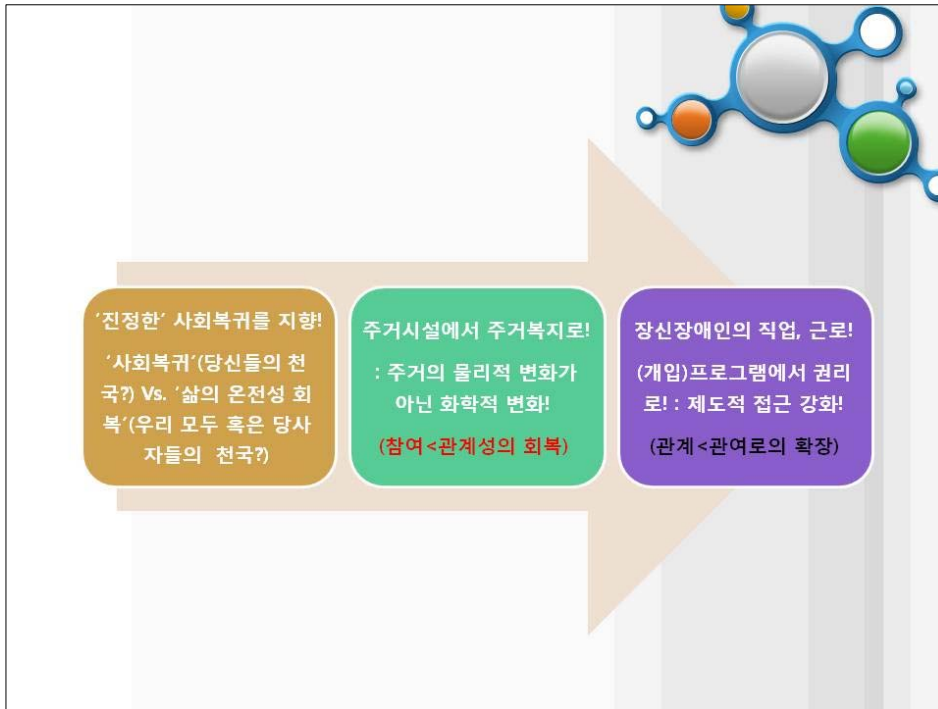
사업수행기관의 단위프로그램만으로 활성화될 수 있을 것인가?
좀 더 제도적 접근이 필요한 단계는 아닌가? (예, 각종 의사결정 기구 참여비율 의무화, 등)
서비스제공자집단의 옹호활동에 한계는 없는가?(좀 더 중립적인 조직활동방안 마련)




8) 주거 및 직업재활에서 지역정신보건센터 자체의 경쟁력이 확보되어야 한다.

누구와 경쟁 해야 하는가?
사례관리를 위한 서비스 메뉴를 어디까지, 얼마나 확장할 것인가?

센터의 주거 및 직업재활서비스 확장의 의미는 직접서비스 제공의 기능보다는 포괄적인 욕구에 반응하기 위한 노력과 주거 및 직업재활의 중요성인식 및 관련 자원, 인프라 구축에 좀 더 많은 에너지를 쏟아야 한다는 의미로 전환되어야 하는 것은 아닌가?







정신장애인의 참여와 소비자관점

토론 : 권오용 한국정신장애연대 사무총장, 변호사

I. 우리나라 정신장애인/환자의 장기입원과 차별의 실태

2008년 장애인실태조사(변용찬 외, 2009)에서 15대 장애영역 중 정신장애인은 여가, 결혼, 직업, 대학교육, 정보화 등 사회생활에 필수적인 지표에서 가장 열악한 상태에 있으며, 가족의 차별과 폭력, 성폭력에 노출되어 있으며, 사회적 차별을 가장 심각하게 지각하고 있는 것으로 나타났다.

1950년대에 정신질환의 증상을 제어할 수 있는 약물이 개발되어 미국, 영국, 유럽국가등 선진국에서는 1950년대 후반부터 탈원화(deinstitutionalization)의 원칙을 세우고 이를 실천하였다. 그 결과 미국과 유럽, 심지어 이웃나라 일본까지도 대규모 정신병원이나 요양시설에 수용되어 있던 정신질환자들을 지역사회로 복귀시키고 특별히 입원치료가 필요한 환자들에 대하여는 단기치료와 위기개입 위주의 임상전략을 강조하는 지역사회 중심의 정신건강서비스(Community Mental Health Service)가 일반화 되었다.¹⁾ 이것은 정신병의 증상인 망상, 환청, 환시 등 정신이상 증세와 심리적인 불안을 제어할 수 있는 정신약물이 개발되었기 때문에 약물

1) 김혜련외1, 정신건강론(2001) p.29, 학지사

을 복용하면 정신질환도 통제될 수 있게 되었기 때문이다.

그러나 우리나라는 1995년도에 정신보건법이 제정되어 실행된 이후 정신질환에 대하여 의료보험과 의료급여에 의한 정신병원 입원위주로 되어 있어 정신질환자는 대부분 정신병원이나 요양원에 장기간 입원. 수용하고 있고 지역사회에 거주하기 위하여 필요한 거주시설을 비롯한 시설과 전문 인력의 인프라가 없다시피 하여 지역사회복지 서비스가 제공될 수 있는 체계가 갖추어져 있지 않기 때문에 정신질환자는 사회복지적인 혜택과 시민사회 공동체 내의 삶에서는 제외되어 소외 되고 있는 실정이다.

정신질환자가 의료보호대상자로서 병원에서 입원하여 있을 경우 입원진료비를 국가에서 부담해 주고 있으나, 퇴원하여 지역사회에 있을 경우에는 주로 가족의 도움에 의지할 수밖에 없는데 그나마 가족들의 지지를 받을 수 없는 환자들은 지역사회에 머무를 곳이 없고 정부의 경제적인 지원도 없기 때문에 병원이나 요양원을 떠나서는 살 수가 없는 것이다. 이러한 현실에서 가족의 동의에 의한 비자의(강제) 입원율이 90% 가깝고 보호할 가족이 없거나 가족이 퇴원을 거부하면 계속 입원을 할 수 밖에 없다.²⁾

환자의 장기입원을 억제하고자 정신보건법에 의한 정신보건심판위원회의 퇴원 심사제도가 마련되어 있어도 이들을 돌볼 수 있는 지역사회내의 장. 단기 주거 또는 주간보호시설 인프라와 지역사회에서 정신질환자에게 제공되는 지역사회 사회복지서비스나 간호서비스에 대하여는 의료보험과 의료급여가 지급되지 않기 때문에 환자들이 퇴원하여도 마땅히 지낼 곳이 없어 법적으로는 마땅히 퇴원시켜야 할 환자들이 퇴원명령을 쉽게 내릴 수도 없다.

또 현재 의료급여 정신질환자 입원의 포괄수가가 지나치게 낮게 책정되어 있어 실효성이 입증된 약물을 치료받지 못하고, 장기입원과 부작용이 높은 싼 약물만 처방받고 있는데 이러한 약물의 장기사용으로 부작용이 고착화되어 중독 상태인 안면이상, 신체불균형, 언어표현장애 등의 이상을 일으켜 사회복지귀를 더욱 어렵게

2) 2008년도 총 입원 또는 입소환자 72,214명 중 자의입원 환자는 13%, 비자의입원은 87%(국가인권위원회 회보고서, 2009.)

하고 있는 현실이다.

이러한 정신질환자에 대한 지역사회서비스 제공의 인프라가 없는 가운데 2009년도 정신과의 진료비는 1조7,102억 원으로서 2007년도 1조3,691억원에 비교할 때 2년 사이에 3,411억 원이나 증가한 것인데 그중 입원진료비는 전체 정신과진료비의 65%나 되었다. 정신과 입원진료비 중에서 의료급여 정신과 입원진료비는 5,693억 원으로 2007년도 4,357억 원에 비교할 때 30.7%나 증가하였다.(2010. 11. 건강보험심사평가원 발표) 참고로 미국은 2001년도 정신질환자에 대한 보험료지출통계 중 22%가 입원진료비용(SAMHSA 통계그래프)이었던 것에 비교할 때 우리나라에서 정신과 의료비 보험급여의 65%가 입원진료비로 쓰이는 것은 미국과 비교할 때 우리나라의 정신질환자의 탈원화와는 거리가 먼 현실을 분명하게 반영하고 있다.

국가인권위원회 보고서에 의할 때 우리나라의 정신질환자의 2008년도 평균 재원기간은 628일으로서 이미 25년 전인 1986년도 미국은 정신질환자의 평균 재원기간 15일(Leon Ginsberg)이었던 것과 비교할 때 정신질환자의 탈원화에 있어서는 미국, 영국, 유럽국가 등 선진국에 비교하여 30년 이상 뒤처지고 있다.

II. 호주 정신보건서비스와 정책의 중심이념인 소비자관점

정신보건서비스의 제공에 있어서 서비스이용자들인 정신장애인/정신질환자를 소비자로 간주하고 정신보건서비스의 계획, 실행, 평가의 전 과정에 있어서 정신장애인/정신질환자들과 그들의 가족 보호자들의 참여를 보장함으로써 정신보건서비스의 이용자와 보호자들의 자기결정권을 보장하고 인권을 보호함과 아울러 서비스의 책임성과 질을 높이려는 태도, 경향 또는 관점을 소비자중심의 정신보건서비스(consumer-centered mental health service), 소비자관점(consumer perspectives) 또는 소비자이슈(consumer issue) 등 여러 가지 용어로 일컫고 있다.

소비자관점은 주로 의료, 보건서비스에서 환자 또는 그의 가족의 참여와 자기결

정권을 보호하는 의료윤리의 차원에서 발전되어 왔는데 사회복지서비스 등 타 서비스 분야에도 그 적용이 확대되었다.

정신보건서비스 영역에서 첫째로 소비자인 정신장애인/환자 또는 그 가족보호자들의 참여는 그들의 권리일 뿐 아니라 둘째로 이용자와 그들의 가족보호자들이 서비스의 계획, 실행, 평가 등 전 과정에 참여토록 하는 것은 정신보건서비스의 책임성을 높이고 이용자와 가족들의 욕구를 반영하여 서비스의 질을 높이는 가장 좋은 방법이라는 두 가지의 기본적인 원리에 기초한다.

정신보건에서 의료서비스나 사회복지서비스 제공에 있어서 소비자이론의 관점이 대두되기 전의 전통적인 관점은 전문가들인 정신보건의료서비스 또는 사회복지서비스 제공자들이 서비스이용자들에 대한 의료 또는 사회복지서비스의 계획, 실행, 평가의 모든 과정에서 이용자들의 이익을 위한다고 생각되면 그들이나 가족들의 동의여부에 상관없이 일방적으로 결정하고 서비스를 제공하는 가부장적인 관점(paternalism)이 일반적이었다.

정신보건서비스 이용자들이나 그 가족보호자들의 참여와 자기결정권을 보장하는 소비자관점은 호주에서 1992년도에 국가정신보건정책을 수립할 때 공식적으로 도입된 후 이어지는 각종 정신보건정책이나 법안에서 계속 재확인 되고 있는 중심 이념이 되었다.

호주에서는 국가정신보건전략(National Mental Health Strategy)의 일부로서 호주 연방과 주 정부들은 소비자와 보호자들이 지명한 사람들로 공적인 자문기구들을 설립하였는데 이러한 자문기구들은 소비자와 보호자의 이익 또는 관심을 가장 높은 단계의 의사결정과 정책 개발에 반영되도록 하였다.

호주에서의 조사연구에 의할 때 소비자관점에서 소비자들과 보호자들의 욕구는 정신보건서비스 제공자들이 소비자들인 서비스이용자와 그들의 가족 보호자들을 인격적으로 대하고 그들의 관심사와 염려들에 대하여 경청해 주는 것이다.

즉, 예를 들자면 대상자들이나 가족들의 전화에 대하여 응답전화를 하는 것, 비

판단적인 태도, 대상자들에 대하여 한 사람의 지적인 인간으로서 존중하며 대우하는 것, 경청하는 것 등이다.³⁾

Ⅲ. 결어

소비자중심의 서비스는 정신보건서비스의 가장 높은 정책 수립으로부터 프로그램의 기획, 실행, 평가에 이르기까지 서비스이용자인 정신장애인과 그 가족보호자들의 참여를 보장할 뿐 아니라 정신보건서비스의 제공에 대하여 이용자들이 선택 또는 거절할 권리까지 보장해 주는 것이다. 소비자이론은 정신보건서비스 이용자와 그 가족들의 인격과 자기결정권의 존중이라는 인권의식과 정의에 기초하고 있다.

우리나라에서는 정신보건서비스 이용자들인 정신장애인과 그 가족 보호자들이 모든 의사결정과 자원의 배분에 참여하지 못하고 소외되고 있는 것이 현실이다.

이러한 상황에서 소비자관점의 이념과 가치는 정신보건서비스를 이용하는 정신장애인과 그 가족들에게 절실히 필요한 내용일 것이다.

한편 정신보건서비스를 제공하는 각 구나 광역정신보건센터의 운영자들, 더 나아가 지방자치단체나 국가의 정신보건담당자들도 정신보건서비스이용자들인 정신장애인과 그들의 가족보호자들이 서비스의 계획, 실행, 평가 등 전 과정에 참여토록 하는 소비자관점의 가치가 정신보건서비스의 책임성을 높이고 서비스이용자와 가족들의 욕구를 반영하여 서비스의 질을 높이는 가장 좋은 방법이며 정신장애인의 인권의 한 내용이라는 사실을 확실하게 인식하고 정신보건정책의 수립과 정신보건서비스의 제공에서 소비자관점의 이념과 가치를 실천하기를 바란다.

3) 이상의 내용은 Margaret Alston과 Jennifer McKinnon 교수가 편집한 교과서 ‘사회사업, 실천분야 (Social Work, Fields of Practice, 옥스포드대학교 출판사)’ 중 Robert Bland의 논문 “정신보건사회사업 (Social Work in Mental Health)”을 요약하였다.

별첨



핵심추진 과제별 이행여부 현황

연도	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
1	자의입원 원칙의 정신보건법 명문화	<ul style="list-style-type: none"> 「정신보건법」(이하 ‘법’이라 함)제2조 제5항 규정을 ‘… 항상 자발적 입원을 우선적으로 고려하여야 한다.’로 개정 	이행	정신보건법 전부개정안 (이하 ‘전부개정안’이라 함) 제2조 제5항 → 자의입원 우선적 고려
		<ul style="list-style-type: none"> 법 제6조에 ‘정신보건시설의 설치·운영자는 입원치료가 필요한 정신질환자가 자발적으로 입원할 수 있도록 가능한 모든 노력을 기울여야 한다.’로 별도의 항 신설 	이행	
2	정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’ 구분	<ul style="list-style-type: none"> 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 시장·군수·구청장에 의한 입원과 같이 ‘진단을 위한 입원’과 ‘치료를 위한 입원’으로 나누어 규정 환자가 입원에 동의하지 않는 경우 정신보건심판위원회에서 적정성 심사 	미이행	보건복지부, 전문가 및 관련 단체와 지속적 논의 필요
3	보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건강화	<ul style="list-style-type: none"> 법 제24조 제2항 제1호 개정 “환자가 정신의료기관 등에서 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우”에서 “입원치료를 받지 않으면 상태가 악화될 우려가 큰 경우”로 변경 제2호 개정 “환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요가 있는 경우”에서 “자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 경우”로 변경 	미이행	보건복지부, 전문가 및 관련 단체와 지속적 논의 필요

연도	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
4	정신요양시설 입소절차 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 현행 법은 정신의료기관 입원 절차와 정신요양시설 입소 절차를 동일하게 규정하고 있어 입원치료가 필요한 환자도 요양시설에 입소하는 경우가 빈번하게 발생 - 그러므로 요양시설 입소심사를 정신의료기관이 정신보건심판위원회에 의뢰하여 정신보건심판위에서 대상 환자의 치료 필요성 여부 및 상태를 판단하여 입소 및 계속입원 여부 결정하도록 별도의 규정 신설 	미이행	보건복지부에 따르면 정신요양시설 운영 방향에 대한 연구 후 입소절차 등 검토 예정이므로 추후 이행 상황 모니터링
5	계속입원심사 기준 개정	<ul style="list-style-type: none"> • 계속입원심사 청구서에 적시되어 있는 심사 기준 항목 중 ‘정신의학적 상태’를 제외한 나머지 항목 삭제 	미이행	해당 내용은 심사청구서에 기재되는 것으로 추후 정신보건법 시행규칙 개정 시 반영 여부 검토
6	계속입원심사 기간 단축	<ul style="list-style-type: none"> • 계속입원심사 기간을 3개월 단위로 변경 	미이행	입원기간이 장기화되는 근본원인을 부각시키고, 이에 대한 지속적인 문제 제기 필요
7	정신보건심판 위원회의 역할 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 계속입원심사 시 2회 이상 연속해서 서류심사만으로 대체할 수 없도록 명시 	미이행	현재 보건복지부에서 ‘정신보건심판위의 효율적 운영방안 및 계속입원치료심사 지침’에 대한 정책 연구를 진행하고 있는바, 추후 동 연구결과에 대한 검토 필요
		<ul style="list-style-type: none"> • 중앙정신보건심의위원회가 계속입원심사와 관련한 모니터링 및 실질적인 지도·감독을 수행 	미이행	전부개정안에 따르면 중앙정신보건심의위원회 자체가 폐지되고 국민건강증진정책심의위원회로 그 업무가 이관되는바, 광역정신보건심의위원회에서 수행하는 것이 바람직함

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		<ul style="list-style-type: none"> 정신보건심판위원회 위원에 ‘인권단체 활동가 혹은 시민참여단 등 공익단체에서 추천한 자’ 1인을 포함되도록 개정 	부분 이행	<p>전부개정안 제40조 제6항 → 정신보건심의위원 자격에 ‘정신질환을 치료하고 회복한 자’, ‘인권전문가’ 등을 추가하였으나 정신보건심판위원으로 필수적으로 선정해야 하는 대상은 아님</p>
8	인신보호법 개정 및 고지 의무화	<ul style="list-style-type: none"> 법에 정신의료기관 등의 장은 「인신보호법」의 내용 및 법원의 구체청구에 대한 권리가 있음을 입원 및 입소 당사자에게 사전 고지하도록 규정 	부분 이행	<p>전부개정안 제8조에 정신보건법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알리고 필요 서류를 비치하도록 되어 있는바, 시행규칙 개정시 고지 내용에 인신보호청구에 관한 내용이 포함되는지 여부 확인 필요</p>
9	시장·군수·구청장이 보호 의무자인 경우 퇴원 후 보호체계 의무화	<ul style="list-style-type: none"> 법 제24조에 다음과 같은 별도의 조항 삽입 “시장·군수·구청장은 정신보건심판위원회의 의견을 들어 퇴원 후 거주할 주거시설 및 제공되어야 할 정신보건 서비스의 유형 및 방법과 이를 제공할 기관 또는 단체를 명시한 퇴원계획을 세워야 한다.” 	이행	<p>전부개정안 제35조 제8항 → 시장·군수·구청장이 보호의무자인 경우 정신질환자의 퇴원 후 재활과 사회복귀를 할 수 있도록 거주시설 확보를 위한 계획 수립 의무 부과</p>
10	지역사회 연계 절차 강화	<ul style="list-style-type: none"> 법 제26조의 3에 제2항 신설하여 환자 또는 보호의무자에게 퇴원 후 지역사회에서 정신보건 서비스를 받을 수 있음을 설명하고, 동의한 환자에 대해서는 정신과전문의와 정신보건센터 정신보건전문요원이 함께 퇴원계획을 수립할 수 있도록 명문화 법 제37조의 2 외래치료명령제도에 “정신의료기관의 장으로 하여금 외래치료명령을 받은 환자가 정신보건센터에 연계될 	이행 미이행	<p>전부개정안 제39조 → 해당 정신보건센터 및 보건소는 퇴소한 정신질환자 및 그 보호의무자와 상담하여 정신질환자의 사회적응 및 복귀를 지원 방안을 강구</p> <p>현재 보건복지부에서 ‘외래치료 명령제도 운영 지침’에 대한 정책 연구를 진행하고 있는바, 추후 동 연구</p>

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		<p>수 있도록 적극적으로 노력하여 한다.”라는 내용 삽입</p> <ul style="list-style-type: none"> • 법 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원조치 해제)와 제37조(임시퇴원 등)를 위 내용에 상응하는 수준으로 개정 		결과에 대한 검토 필요
11	공공이송체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인의 이송과 관련하여 「소방기본법」 제35조의 규정에 따른 구급대나 「정신보건법」 제26조(응급입원) 규정과 같이 경찰과 소방공무원 등 공공이송체계를 통해서만 이송될 수 있도록 개정 	부분 이행	<ul style="list-style-type: none"> - 전부개정안 제36조 제8항 및 제37조 제2항 - 전부개정안 제36조(시장·군수·구청장에 의한 입원)와 제37조(응급입원)의 경우 환자 호송이 공무적 성격을 띠는 점에서 제35조 보호의무자에 의한 입원의 경우와 차이가 있음. - 인권 보호 측면에서 보호의무자에 의한 입원의 경우에도 공공이송체계를 도입할 필요가 있음
12	공공위기 개입 서비스 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 공공위기개입 서비스 구축을 위해 보건복지부 콜센터, 국립정신병원과 정신보건센터의 24시간 전화상담 서비스를 개설하고 경찰 및 구급대와 연계 • 법 제26조 제2항의 ‘이에 동의한’을 ‘정신보건전문요원이 이에 동의한 경우’로, 같은 법 시행령 제8조 제1항 ‘호송할 수 있다.’와 제2항 ‘동승할 수 있다.’를 ‘하여야 한다.’로 개정 	검토중 이행	<p>구체적인 정책 검토 및 예산 확보가 수반되어야 함</p> <p>전부개정안 제37조 제2항 → 응급입원 시 경찰관 또는 구급대원에게 호송도움 요청 가능. 요청을 받은 경찰관 또는 구급대원은 타당한 사유가 없는 한 이에 응해야 함</p>
13	공공후견인 제도 도입	<ul style="list-style-type: none"> • 법에 ‘보호의무자가 없거나, 보호의무자가 정신장애인의 이익을 대변하기 어렵다고 보이는 경우’ 환자의 주거·직업·교육·치료에 관한 결정을 대변할 후견인을 선정할 수 있는 조항 신설 	미이행	동 권고사항은 민법과도 관련되어 있으므로 법 체계적 검토 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
14	치료 과정 및 환경에 대한 고지 및 권리 명시	<ul style="list-style-type: none"> • 법 제6조의 ‘권리와 권리의 행사에 관한 사항’을 문서로 제공하도록 개정하고, 문서에는 1) 동법에서 보장하고 있는 권리의 내용에 대한 구체적 적시 2) 입·퇴원 절차와 방법 3) 환자 및 보호자가 정신보건심판위원회와 법원, 국가인권위원회 등에 처우 개선, 퇴원 및 권리구제를 요청할 수 있다는 사실 등을 반드시 포함하도록 하고, 이와 관련한 별칙규정을 별도로 마련 	이행	<p>전부개정안 제8조 제1항 및 제76조 제1항 → 정신보건시설의 설치·운영자는 입원한 정신질환자에게 동 법에 의한 권리와 권리 행사 방법 고지 및 필요서류 비치. 이를 위반하면 100만원 이하 과태료 부과</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • 법 제5장에 ‘정보 제공’에 관한 조항을 신설하여 다음과 같은 내용 명시 1) 입·퇴원 관련 절차 및 외부교통권을 포함한 구체적 권리구제 절차 	이행	<p>전부개정안 제8조 → 정신보건시설의 설치·운영자는 입원한 정신질환자에게 동 법에 의한 권리와 권리 행사 방법 고지 및 필요서류 비치</p>
		<ul style="list-style-type: none"> 2) 입원상태 및 치료 상황에 대한 설명과 치료방향에 대하여 정보를 제공받을 권리 	이행	<p>전부개정안 제8조 제2항 및 제29조 → 정신질환자와 그의 동의를 얻은 보호의무자는 환자의 의료기록 열람 가능</p>
		<ul style="list-style-type: none"> 3) 자신의 정보를 원칙적으로 자유롭게 열람할 수 있는 권리 	이행	
15	개인정보 보호에 관한 기준 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환자에 관련된 기록열람에 대해 자격요건에 제한을 두고, 이용범위에 대한 일정한 지침을 제시하도록 「의료법」 개정 	이행	<p>전부개정안 제29조 → 정신질환자와 그의 동의를 얻은 보호의무자의 경우에 한하여 환자의 의료 기록 열람을 가능토록 함</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • 개인정보의 이용 범위를 생명을 위협하는 위기상황, 공공의 안전, 심각한 병적 상태에 대한 예방 등으로 제한하고, 정보공개가 이루어진 경우 그 내용 및 목적, 근거 등을 통지 	미이행	<p>이용 범위와 관련된 사항은 정신보건법 시행령이나 시행규칙에서 규정해야 할 사항으로 추후 시행령 및 시행규칙 개정시 반영 여부 검토</p>

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
16	통신의 자유 및 면회, 방문 등 외부소통권 제한에 대한 규정 개정	<ul style="list-style-type: none"> • 법 상 통신 및 면회의 자유를 제한할 경우 구체적인 절차에 따라 의료적 목적 달성 여부를 판단하여 시행 	이행	<p>전부개정안 제61조 → 전문의 지시에 의한 의료적 목적이 아닌 경우 통신·면회의 자유 제한 금지</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • ‘행동제한’의 범위를 규정하고 있는 「정신보건법 시행령」 제20조를 다음과 같이 개정하고, 이와 관련된 벌칙조항 마련 - 서신 및 사전검열 무조건 금지 - 소포 및 물품은 필요한 경우 제한적으로 당사자의 앞에서 개봉 - 구체적인 사정에 따르지 않은 일률적인 제한 금지 	이행	<p>- 전부개정안 제62조 및 제72조 → 전문의 지시에 의한 의료적 목적이 아닌 경우 통신·면회의 자유 제한 금지. 위반시 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금</p> <p>- 추후 정신보건법 시행령 개정시 구체적 내용 반영 여부 검토</p>
17	격리·강박 기준 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 격리 및 강박에 관한 사항을 지침이 아닌 시행령에 규정. 신설된 시행령에 격리·강박의 구체적 적용 범위, 즉시설명 의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자의 상태 확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무 등 포함 	이행	<p>- 전부개정안 제61조 제1항 및 제4항 → 전문의 지시에 의해 의료적 목적에 한해서 격리·강박 시행. 세부기준은 보건복지부령으로 정함</p> <p>- 현재 보건복지부에서 ‘격리 및 강박 지침’에 대한 정책 연구를 진행하고 있는바, 추후 동 연구결과에 대한 검토 필요</p>
18	작업치료 규정 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 「정신보건법 시행규칙」에 치료목적, 대상자의 기능 평가, 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램 등을 진료기록부나 작업일지에 기재할 사항으로 규정하고, 작업 	검토중	<p>전부개정안 제63조에 따르면 정신질환자의 작업활동과 관련하여 작업의 시간, 위험성 여부와 작업의 장소 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정하게 되어 있고, 현재 보건복지부에서 ‘작업치료 지</p>

연번	핵심 추진과제	권고 내용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		<p>장 명, 대상자의 적합성 및 작업내용, 작업조건, 기대효과, 대상자 평가표 등을 포함한 작업치려 관련 별지서식 도입</p> <ul style="list-style-type: none"> • 작업치료를 행할 수 있는 대상기관을 재활훈련실이 설치된 의료기관으로 한정 • 치료 목적으로 볼 수 없는 작업치료에 대해서는 노동을 강요한 것과 동일하게 벌칙 규정 		<p>침'에 대한 정책 연구를 진행중이고 있는바, 추후 보건복지부령 개정 사항과 동 연구결과에 대한 검토 필요</p>
19	정신의료기관 인력 기준 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 현재의 의료인력 기준을 선진국 수준으로 강화 	검토중	<p>정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검</p>
20	의료급여 수가의 실질화	<ul style="list-style-type: none"> • 의료급여 수가를 건강보험 수가와 동일한 수준으로 현실화 	부분 이행	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 수가 입원 19.5%, 외래 10% 인상 - 보건복지부에 따르면 건강보험 수가와 비교하여 외래의 경우 중별 68% (의원급 91%) 정도임 - 입원의 경우 정확한 통계는 없음 - 외래치료의 경우를 보았을 때 아직 의료수가가 건강보험수가와 동일한 수준으로 현실화되었다고 보기는 어려움
21	차등수가제 평가항목 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 평가항목에 시설 및 장비 기준, 서비스 제공 내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원을 포함 	검토중	<p>정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • 환자의 재원일수와 관련하여 180일 이후의 5%와 360일 이후의 10%를 적정입원일수 이후 크게 차감하도록 조정하고, 30일 이내의 재입원은 계속입원기간으로 간주 	미이행	<p>보건복지부는 이 부분이 개선되었다고 회신하였으나 국가보고서를 확인한 결과 예전과 동일함</p>

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
22	정신요양시설의 기능 정립	<ul style="list-style-type: none"> 정신요양시설을 단계적으로 입소생활시설과 주거제공 시설의 형태로 전환. 외래진료 가능토록 기능 재정립 	검토중	정책 검토·시행에 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
23	정신요양시설의 환경 개선	<ul style="list-style-type: none"> 인력 및 예산 지원 강화, 현행 정원에 따른 보조금 지원 방식과 함께 별도로 프로그램별 운영비 지원 	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
24	만성 및 난치성 환자 진료 및 연구를 위한 전문기관 설립 운영	<ul style="list-style-type: none"> 법 제14조를 다음과 같이 개정 “국가는 정신보건의 향상을 도모하기 위하여 정신보건 연구를 위한 기관을 국립정신병원 내에 설치하여야 한다.” 	부분 이행	<p>전부개정안 제14조 및 제25조</p> <p>→ 전부개정안 제14조는 보건복지부장관 및 시·도지사로부터 하역금 국·공립정신병원의 설치 의무를 부과하고 있으나 구체적으로 국립병원 내에 정신보건연구를 위한 기관을 설치할 것을 강제하지는 않고 있음. 다만 제25조에서 국·공립정신의료기관이 지역사회정신보건사업의 활성화를 담당하도록 규정되어 있으므로, 동 규정을 근거로 추후에 이행 여부 점검 필요</p>
25	정신보건시설 모니터링 시스템 강화	<ul style="list-style-type: none"> 법 제39조의 내용 중 ‘정신보건시설에 대한 설치 및 운영에 대한 지도·감독’을 ‘현지조사를 통한 지도·감독’으로 개정. 관계기관과의 연계 강화 명문화 	미이행	정신보건시설에 대한 조사의 실효성을 담보하기 위해서라도 현지조사를 명문화할 필요가 있음
		<ul style="list-style-type: none"> 건강보험심사평가원의 정신의료기관 적정성 평가 정기화 	미이행	보건복지부, 건강보험심사평가원과 지속적인 논의 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
26	미신고 시설에 대한 조사 및 정비	<ul style="list-style-type: none"> 『사회복지사업법』의 시설의 평가대상에 미신고 시설을 포함하여 미신고 시설에 대한 조사를 정기적으로 하고 지속적으로 관리·감독하도록 개정 	이행	<ul style="list-style-type: none"> '06년까지 보건복지부 미신고시설 양성화사업 진행 현재 이정선 국회의원실(한나라당)과 탈시설정책위원회에서 미신고시설 실태조사를 진행 중이므로, 동 조사 완료 후 보고서 검토 필요
27	정신보건센터의 기능 재정립	<ul style="list-style-type: none"> 법 제3조 제2항의 정신보건시설의 정의에 정신보건센터 포함. 다음과 같은 조문으로 제6항 신설 “정신보건센터라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가, 상담 및 치료 연계 및 사례관리, 정신보건심판위원회의 지원, 지역사회와의 연계 등의 업무를 수행하는 시설을 말한다.” 	이행	<p>전부개정안 제3조 → 추후 정신보건법 시행령 개정 시 정신보건센터의 업무로 정신보건심판위원회 지원이 포함되는지 점검 필요</p>
		<ul style="list-style-type: none"> 사회복지시설과 정신보건센터의 역할 구분. 사회복지시설은 사회복지 훈련 및 주거·입소 서비스를 제공하고 그 외 정신질환자 평가, 상담, 사회복지시설 연계, 사례 관리 등의 업무는 정신보건센터가 수행하도록 개정 	이행	<p>전부개정안 제3조·제22조 및 제26조 → 정신질환자 사회복지시설과 정신보건센터의 정의 및 역할 명시</p>
28	정신보건센터의 설치 의무화	<ul style="list-style-type: none"> 법 제13조의2의 규정을 개정하여 시·군·구 정신보건센터 설치 의무화 및 시·도별 광역정신보건센터 설치 강화. 광역정신보건센터가 시·군·구의 지역정신보건사업 총괄·조정하는 방안 강구 	부분 이행	<ul style="list-style-type: none"> 애초 2. 4. 입법예고한 전부개정안 제26조에 따르면 ‘광역정신보건센터와 기초정신보건센터’를 설치한다.’고 되어 있었으나, 이후 법제처 자구심사에서 바로 설치 의무를 부과하게 되면 현실과 부합하지 않아 위법 상황이 지속될 수 있고, 현재 정신보건센터 설치를 확대하

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
				고 있으므로 일단 임의규정으로 두기로 함 - 보건복지부에 따르면 정신보건센터를 '09년 158개소에서 '10년 5개소를 확충하였고, 앞으로도 지속적으로 확충할 예정임
29	정신보건센터의 법인화	<ul style="list-style-type: none"> • 센터의 독립성을 확보하고 업무를 객관화·표준화·공공화할 수 있도록 정신보건센터를 법인화하는 방안 필요 	미이행	법인화의 이득에 대한 지속적인 홍보 및 공론화 필요
30	정신보건센터 인력기준 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 지역인구와 정신질환 유병률을 감안하여 정신보건센터의 시설 인력 기준을 마련하고 이를 「정신보건법 시행규칙」 내에 명시 	미이행	추후 정신보건법 시행규칙 개정 시 해당 사항 반영 여부 점검
31	정신장애인 주택 및 주거시설 확충	<ul style="list-style-type: none"> • 주거가 취약한 정신장애인의 경제적 상황 및 기능적 수준, 연령 등을 고려한 단계적 주거시설의 설치 필요. 공공주택 임대사업 활용 	검토중	2010년 위원회 실태조사 과제로 '정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사 - 기초생활보장·주거권을 중심으로'를 선정하여 과제 연구 수행 중
32	이용시설 및 프로그램 다양화	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인의 기능회복과 치료를 위한 다양한 프로그램의 개발 	검토중	구체적인 프로그램 개발에 시간이 필요하므로 지속적인 점검 필요
		<ul style="list-style-type: none"> • 국가 및 지자체가 일정 비율만큼 사회복지시설을 신고·설치하도록 적극적인 조치 필요 	이행	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지시설 '09년 211개소에서 '10년 상반기말 225개소로 확대 - 전부개정안 제21조는 현행대로 사회복지시설의 설치를 재량사항으로 두고 있는 점은 문제점
33	시설이용료 부과방식 변경 및 면제	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램별로 이용료 지불, 불필요한 프로그램 이용료 경감, 퇴원 후 1년 이내 시설이용료 면제 방안 고려 	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검

연번	핵심 추진과제	권고 내용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
34	평가 강화 및 인센티브제 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 시설 평가항목에 시설 및 프로그램 확충, 정신의료기관과의 연계 구축 상황 등을 평가할 수 있는 항목 포함하고, 평가점수에 따라 인센티브 제공 • 법 18조의2를 개정하여 평가기간을 3년에서 2년 이내로 단축 	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
35	정신보건예산 확대 및 효율적 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 세계적 수준으로 정신보건예산 확대 • 외래치료를 권장하고 외래치료 전환으로 발생하는 차액을 의료급여 환자에 대한 신약 사용, 재활서비스 등에 투입 	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
36	지역 예산 기준 고지 및 균형발전예산 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙정부 차원에서 지자체의 정신보건예산 투입비, 사회복지시설 및 서비스의 확충률 등을 감안하여 최소 정신보건예산 확보기준 고시하여 이행 강제 • 지역균형발전예산을 활용하여 지역별 편차 해소 	검토중	정책 검토·시행에 예산 및 시간이 필요한 과제로 장기적 관점에서 이행 여부 점검
37	가족에 대한 지원 확대 및 자조모임 활성화	<ul style="list-style-type: none"> • 장애연금의 도입, 장애수당 제도의 수급대상 확대 및 급여의 증액, 재가정신장애인보호수당 제도 도입 	미이행	<ul style="list-style-type: none"> - 현행 「장애연금법」에 따르면 수급권자는 ‘18세 이상의 중증장애인’으로 규정되어 있음 - 장애연금 수급권자 확대, 장애수당의 운용 방식 등 관련 제도에 대한 심층적 검토 필요
		<ul style="list-style-type: none"> • 전문가 자문 그룹 운영, 낙인·편견 해소 운동 및 관련 취업 프로그램의 운영, 인권상황 점검을 위한 모니터링 활동 	이행	<ul style="list-style-type: none"> - 전문가 자문그룹으로 중앙정신보건사업지원단이 설치되어 있음 - 당사자 및 관련 단체 등과의 지속적인 협의를 통해 점진적으로 진행해야 될 과제임

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
		<ul style="list-style-type: none"> 정신보건기관 운영위원회에 당사자 및 가족의 참여를 시설운영규칙에 포함 	미이행	추후 정신보건법 시행령 및 시행규칙 개정 사항 점검
38	정신과 전문의의 진단에 의하지 않은 직업선택의 자유 제한 금지	<ul style="list-style-type: none"> 정신과 전문의가 특정 업무를 수행할 수 없다고 진단한 경우에만 직업선택의 자유를 제한할 수 있도록 개정 	이행	전부개정안 제3조 제1호 및 제42조 → ‘기능저하 정신질환자’와 ‘일반정신질환자’를 구분하여 직업선택의 자유의 제한을 완화하였고, ‘기능저하 정신질환자’도 정신보건심판위원회에서 ‘면허·자격취득 및 특정업무나 활동을 수행할 수 있는지에 대하여 적격성 심사’를 받을 수 있도록 함
39	정신병자, 정신이상자, 정신미약자와 같은 추상적 용어의 정비	<ul style="list-style-type: none"> 각 법령에서 사용되고 있는 정신병자 등과 같은 추상적 용어를 정비하여 자의적 해석의 여지 축소 	이행	장애인차별금지법과 관련하여 상충법령 정비중
40	보험가입 차별 금지	<ul style="list-style-type: none"> 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험률 판단에 따라 보험가입을 승낙·거절하거나, 계약 이후 보험금을 차등 지급·제한하는 방안 모색 	검토중	<ul style="list-style-type: none"> 장애인차별금지법 제17조와 관련된 내용으로 현재 진정사건조사를 통해 개별적 해결 방안을 모색하고 있음 추후 장애인의 보험가입 등에 관한 가이드라인 연구 필요
41	병명개정	<ul style="list-style-type: none"> 의학적 타당성, 치료적 효용성, 사회적 합의수준과 효과 등을 고려한 병명 개정. 민관합동으로 ‘정신분열병 명칭변경위원회’를 한시적으로 설치하여 이를 추진 	검토중	<ul style="list-style-type: none"> 지난 5. 4. 대한정신분열병학회와 대한신경정신의학회가 ‘정신분열병의 병명 개정과 편견해소를 위한 공청회’를 통해 ‘조현긴완증’, ‘사고긴완증’, ‘통합이완증’ 등 대체 병명 제안 후속 과정 모니터링 필요

연번	핵심 추진과제	권 고 내 용	이행여부	이행사항 및 검토 의견
42	인권교육 및 의무 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 전문교육기관으로 지정. 경찰과 소방 공무원 중 정신장애인 관련 담당자를 지정하여 인권교육을 이수하도록 개정 	미이행	<ul style="list-style-type: none"> - 전부개정안에 대한 의견 표명에서 해당 사항을 권고하였으나 보건복지부는 인권교육기관 지정은 보건복지부 장관의 권한사항이라며 불수용 통보 - 추후 보건복지부의 정신보건 종사자 등에 대한 인권교육 실태 모니터링 필요
43	대중매체 등을 통한 지속적인 인식개선 및 홍보	<ul style="list-style-type: none"> • 국가정신보건사업계획 중 정신질환에 대한 인식개선사업의 일환으로 다큐멘터리, 광고 등을 활용 	검토중	지속적인 관심과 노력 필요

국가인권위원회 설립 10주년 기념 토론회 「정신장애인 인권 보호를 위하여」

| 인 쇄 | 2011년 11월

| 발 행 | 2011년 11월

| 발행인 | 현 병 철 (국가인권위원회 위원장)

| 발행처 | 국가인권위원회 조사국 장애차별조사1과

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

| 전 화 | (02) 2125-9832 | F A X | (02) 2125-9848

| Homepage | www.humanrights.go.kr

| 인쇄처 | 도서출판 한학문화

| 전 화 | (02) 313-7593 | F A X | (02) 393-3016

발간등록번호 11-1620000-000333-01

사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함

