

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000478-01

정신장애인 인권증진을 위한 토론회

정신요양시설 기능과 입소자 인권보호를 중심으로

- 일시 : 2013. 11. 18.(월)
14:00~18:00
- 장소 : 프레지던트 호텔 31층 슈벨트홀
- 주최 : 국가인권위원회

인 사 말

안녕하십니까.

국가인권위원회 위원장 현병철입니다.

먼저, 정신장애인의 인권 향상을 위해 일선에서 헌신해오고 계신 여러분께 감사의 인사를 드립니다.

우리는 비록 길지 않은 시간이지만 이 사회에서 장애인에 대한 편견을 극복하고 이들의 권리를 찾아주며, 확대하고 보장하고자 하는 노력을 통해 많은 결실을 만들어 가고 있습니다. 물론 이러한 노력에는 장애를 가진 당사자의 무수한 난관을 넘는 노력이 그 중심에 있었습니다.

그럼에도 아직 정신장애인이 느끼는 사회적 현실은 여전히 관행으로 굳어진 많은 왜곡된 시각을 넘어서야 하고, 동시에 사회의 일원으로서도 역할을 할 기회나 욕구를 실현할 제도적 기반이 부족하다는 것에 좌절을 경험하는 것일 겁니다.

정신장애인은 우리 사회에서 많은 권리가 제약되어온 대표적인 소수자라고 할 것입니다. 이들에 대해 국가와 지역사회가 보다 세부적이며 적극적인 보호와 지원 방안을 고민하고 마련해야할 의무가 있습니다. 특히, 정신질환을 앓고 있거나 경험을 가진 많은 분들이 그동안 치료와 요양의 대상으로서만 바라보는 시각과 환경으로 인해 시설에만 머물도록 강요당한 것은 아닌지 구체적인 고민과 대안을 마련해야할 것입니다.

우리 위원회도 그러한 방향에서 장애인 인권증진을 위한 중장기 계획을 비롯하여 정신장애인에 대한 편견 해소를 위한 실태조사와 관련 정책, 제도 개선을 검토하고 때론 현장 방문조사 등을 통해 국가나 사회가 해야 할 역할과 구체적 방안을 제시하고자 하며, 앞으로도 더욱 힘을 쓸 것입니다.

오늘 토론회는 그간 정신장애인에 대한 요양과 재활 등을 위해 각 지역사회에서 중요한 기능을 해온 정신요양시설이 어떠한 방향으로 보다 더 정신장애인의 권리를 실현시키고 기회를 보장하기 위한 역할을 해나갈 것인지를 고민해보는 자리라고 봅니다.

우리 위원회는 매년 개인적 또는 집단으로 구제를 요청하는 많은 진정사건들이 접수되고 있습니다. 그 중 올해만 해도 정신장애와 관련한 시설 사건이 전체 다수 인보호시설 사건의 70% 가량을, 장애인에 대한 인권침해 사건의 60% 이상을 차지하고 있습니다.

우리 위원회에 접수되는 다양한 진정사건은 한편으로는 우리 사회에서 어떠한 분야에서 또는 어떠한 사람들이 힘들어 하고, 관심이 필요한지를 살펴볼 수 있는 축소판이라고도 볼 수 있습니다. 그런 점에서 정신장애인들이 이용하고 필요로 하는 시설에 대한 관심이 과거 어느 때보다 더 높아지고 있는 것을 느낍니다.

그래서 여러분들이 함께 논의하는 정신요양시설의 제도나 기능은 시설의 문제만이 아니라 정신장애인에 대한 보다 발전된 사회적 관심과 제도의 뒷받침을 고민하고자 하는 중요한 의미를 가진다고 할 것입니다.



오늘 이 행사는 정신장애인과 시설 당사자 분들, 그리고 관련 부처와 전문가 분들의 토론을 통해 의견을 공유하고 우리 위원회가 검토할 과제에 도움은 물론 더 진전된 논의로 이어지는 자리가 되길 기대합니다.

마지막으로 바쁘신 가운데도 토론회에 참석해주신 여러분께 감사의 말씀을 드리며 여러분의 가정에 항상 건강과 행복이 깃드시길 기원합니다.

2013년 11월 18일

국가인권위원회 위원장 **현 병 철**

프로그램 ■■■

- ❖ 일시 : 2013. 11. 18. (월) 14:00 - 18:00
- ❖ 장소 : 프레지던트 호텔 31층 슈벨트홀 (서울 중구 을지로 16)
- ❖ 주최 : 국가인권위원회

구 분	내 용	시 간
개회사 및 인사말	❖ 현병철 (국가인권위원회 위원장)	14:00~14:15 (15')
<1부 토론>	정신요양시설의 제도적 보완과 장기적 발전방안	
주제토론	<ul style="list-style-type: none"> • 발제 : 홍선미 (한신대학교 교수) • 토론 : 우용호 (정신요양시설 정심원 원장) 김문근 (대구대학교 교수) 이중규 (보건복지부 정신건강정책과장) • 좌장 : 심상돈 (국가인권위원회 조사국장) 	14:20~15:30 (70')
	질의응답	15:30~15:50 (20')
<2부 토론>	정신요양시설 입소자 인권보호와 시설종사자 처우	
주제토론	<ul style="list-style-type: none"> • 발제 : 고재욱 (관동대학교 교수) • 토론 : 조영균 (정신요양시설 한울빌리지 원장) 권오용 (한국정신장애연대 사무총장) 손덕순 (용인송담대학교 교수) • 좌장 : 심상돈 (국가인권위원회 조사국장) 	16:20~17:30 (70')
전체토론	질의응답 및 전체토론	17:30~18:00 (30')
폐 회		

목 차 ■■■

- 제1부 정신요양시설의 제도적 보완과 장기적 발전방안 1
 - 정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방안 3
발제: 홍선미 (한신대학교 교수)
 - 정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방향 45
토론: 우용호 (정신요양시설 정심원 원장)
 - 정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방향 토론문 61
토론: 김문근 (대구대학교 교수)
 - 토 론 73
토론: 이중규 (보건복지부 정신건강정책과장)

- 제2부 정신요양시설 입소자 인권보호와 시설종사자 처우 75
 - 정신요양시설 입소자 인권과 시설종사자 처우 77
발제: 고재욱 (관동대학교 교수)
 - 보편적 시각으로 바라본 인권 - 시설 종사자의 입장에서 - 119
토론: 조영균 (정신요양시설 한울빌리지 원장)
 - 정신요양시설 입소자 인권보호에 관한 토론 125
토론: 권오용 (한국정신장애연대 사무총장)
 - 정신요양시설 입소자 인권과 종사자 처우에 관한 토론 133
토론: 손덕순 (용인송담대학교 교수)

제1부

정신요양시설의 제도적 보완과 장기적 발전방안

- 발제 : **홍선미** (한신대학교 교수)
- 토론 : **우용호** (정신요양시설 정심원 원장)
김문근 (대구대학교 교수)
이중규 (보건복지부 정신건강정책과장)
- 좌장 : **심상돈** (국가인권위원회 조사국장)

발제

정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방안

홍선미
 (한신대학교 교수)

1. 정신요양시설에 관한 이해

1) 정신요양시설 현황 및 이용실태

■ 정신요양시설 현황

가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 보호를 제공하는 정신요양시설은 무허가 기도원이나 시설에 수용되어 있는 정신질환자의 치료와 요양을 위한 대책을 마련하고자 1984년 보건사회부가 정신질환 종합대책을 수립하여 정신장애인을 보호하고 있는 무허가 시설을 양성화하면서 지금에 이르고 있다. 정신요양시설은 1990년 중반까지 전체 정신병상수의 50% 이상을 유지하면서, 1997년에는 총 78개소로 늘어났으나 일부가 사립정신병원, 사회복지시설로 전환되고 현재는 총 59개소(11,414명, 2011년도 12월 31일 기준)가 운영 중에 있다. 정신보건시설 입원(입소)의 78.3%를 차지하고 있는 정신의료기관의 수가 늘면서 우리나라 병상수 증가의 요인이 되고 있는데 비해, 정신보건시설 입원(입소)의 13.3%를 차지하고 있는 정신요양시설은 90년대 이후 양적으로 감소추세에 있음을

알 수 있다(보건복지부, 2012).

〈표 1〉 정신요양시설 설치현황

1985년도	1990년도	1997년도	1998년도	1999년도	2000년도	2012년도
47개소	74개소	78개소	67개소	63개소	55개소	59개소
			9개소 정신의료기관전환, 1개소 사회복지시설전환, 1개소 폐쇄조치	4개소 정신의료 기관 전환	8개소 정신의료 기관 전환	

* 출처: 보건복지부(2012). 2011 보건복지백서

■ 정신요양시설의 설치기준

정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙에 따르면, 정신요양시설은 사회복지법인이나 비영리법인이 시장·군수·구청장의 허가를 받아 운영하는 시설로서 위생과 안전, 접근성 등을 고려한 쾌적한 곳에 설치하여야 하며 입소자의 요양보호에 적합한 구조와 시설을 구비하여야 하는 것으로 되어있다. 정신요양시설의 물리적 환경에 관한 구체적 기준은 제2조(설치기준 및 수용인원)에서 정하고 있는데, 입소자 1인당 3.3제곱미터 이상의 거실 면적기준과 1실 정원을 10인 이하로 하는 규정이 있다. 보건복지부의 2013년도 정신건강사업안내에 따르면, 정신요양시설 관련 사업추진방향으로 ‘정신보건시설의 요양 및 치료 환경 대폭 개선’을 포함시켜 노후된 시설에 대한 물리적 환경을 개선하도록 하고 있다(보건복지부, 2013a). 그러나 장애인복지시설의 설치에 대한 장애인복지법의 기준과 달리 정신보건법에서는 정신요양시설의 시설규모에 관한 기준과 이용절차에 관한 규정이 결여되어 있고 서비스 최저기준도 마련되어 있지 않다. 따라서 기능보강 수준을 넘어 대규모 시설에 대한 물리적 환경변화가 용이하지 않으며 기본적으로 물리적 접근이 용이하지 않은 곳에 위치한 시설들에 대한 지역사회와의 분리의 문제를

줄이는데 한계가 있다.

■ 정신요양시설의 기능

정신보건법 제3조, 5항 정신요양시설에 관한 조항에 따르면, 정신요양시설은 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜서 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 의미한다. 정신요양시설이 장기적인 케어를 필요로 하는 요양과 지역사회로의 전환을 위한 사회복귀를 동시에 제공하는 시설로 정의됨에 따라, 입소자의 진료, 투약, 건강관리 및 요양보호 등 건강관리 서비스 뿐 아니라 작업치료 및 사회복귀훈련을 통한 지역사회 복귀지원 서비스 등을 동시에 제공하면서 기능 간 혼란을 주고 있다. 서동우 외(1999)는 정신요양시설이 정신질환자, 정신지체, 알코올 중독 등 치료가 매우 어려운 정신질환자들이 가장 많이 입소해 있는 시설이라고 정의하면서 만성정신질환자 입소시설임을 강조하고 있다. 실질적으로는 장기적인 요양보호 대상자들을 위한 시설로서 기능하고 있으나 법상에 규정된 사회복귀 지원기능을 위해 사회복귀시설이나 지역사회 내 유관기관들과 어떻게 차별화된 역할을 수행하며 사회복귀의 성과를 어느 수준에서 강조할 것인가는 명확하지 않다.

■ 정신요양시설의 대상

정신요양시설의 입소대상은 정신과 전문의에 의하여 정신질환자로 진단된 자로서 본인이 시설입소를 원하는 경우이거나, 정신과 전문의에 의하여 정신요양시설 입소가 필요하다고 진단된 정신질환자로서 정신보건법 제21조제1항의 규정에 의해 보호의무자가 또는 제21조 제3항의 규정에 의해 시장·군수·구청장이 보호의무자가 되어 시설 입소를 시키고자 하는 경우에 입소하게 된다. 병원과 마찬가지로, 정신요양시설은 자의와 비자의 입소 모두 가능하다. 정신요양시설 입소자

11,072명의 입소유형을 분석한 결과에는, 자의에 의한 입소는 1,078명으로 전체 입소자의 9.7%에 불과하며 보호의무자에 의한 입소가 6,646명으로 60.0%, 시군구청장에 의한 입소가 3,348명으로 30.2%를 차지하여 비자의입소비율이 매우 높음을 알 수 있다. 비자의 입소인 경우에는 보호의무자 규정에 따라 본인의 의사에 반하더라도 입소가 가능하기 때문에 정신병원과 마찬가지로 가족 및 이해당사자간의 갈등에 의해 비자발적인 감금의 문제가 발생할 가능성이 크다. 또한 정신의료기관과 마찬가지로 정신요양시설에서는 입소기간 만료일 30일 전까지 계속 입소심사 청구서를 제출하고 계속입소심사¹⁾를 받도록 하고 있다. 심사시에는 계속입소가 필요하다는 정신과전문의의 진단서와 보호의무자의 계속입소동의서를 구비하도록 되어있다. 비자의입원 및 장기입원의 문제를 줄이기 위한 장치로 계속입소심사 제도를 두고 있으나, 정신요양시설 입소기간이 평균 10년인 점을 감안할 때 적합한 절차에 따라 입·퇴소 관리가 이루어지고 있는가에 관한 모니터링이 필요하며 사회복귀를 위한 지역사회자원과 지지체계가 부족한 상황에서 장기요양을 필요로 하는 만성정신질환자의 입소기간을 줄이기 어려운 실정이다.

■ 정신요양시설 이용실태

2013년 국정감사자료에 따르면 전국 59개 정신요양시설 입소자 1만 1,072명 가운데 5년 미만 입원자는 3,335명(30.1%), 5-9년은 2,118명(10.1%), 10-14년 2,648명(23.9%), 15-19년 1,050명(9.5%), 20-30년 1,412명(12.8%), 30년 이상의 장기입소자도 509명(4.6%)인 것으로 조사되었다. 중앙정신보건사업지원단(2012년)에서도 정신보건시설 재원자가 가장 많은 정신요양시설의 경우 5년 이상 장기 재원자가 66.95%

1) 정신의료기관 및 정신요양시설 입퇴원 기간 및 절차를 합리적으로 개선하기 위해 정신건강증진법으로의 정신보건법 전부개정안이 2013년 5월 23일 입법예고되고 11월말 확정될 예정에 있다. 본 개정안에 따르면 퇴원심사주기를 현행 입원후 6개월에서 2개월로 단축하고 심사기구인 정신건강증진심의위원회 의 인적구성을 다양화하여 심사의 객관성을 제고하도록 하고 있다(보건복지부, 2013b).

(7,642명)에 이르며, 평균 재원기간이 3,539일에 이르는 것으로 조사되었다. 2009년도에 실시된 정신요양시설 조사에 따르면, 정신요양시설 입소자의 시설 이용기간은 10년 이상 20년 미만이 1,813명(25.6%)로 가장 많았으며, 다음으로 5년에서 10년 미만은 1,712명(24.2%), 1년 이상 3년 미만은 1,125(15.9%), 3년에서 5년은 941명(13.3%), 1년 미만은 676명(9.6%) 순으로 나타났다.

연령별로는 41세부터 50세 사이가 가장 많으며, 전체 9,437명 가운데 3,362명으로 36.5%를 차지했다. 그 다음으로 51세부터 60세 사이가 2,753명(29.1%), 31세부터 40세 사이가 1,476명으로 15.5%였다. 20세 이하는 18명(0.1%), 81세 이상은 23명(0.1%)으로 나타났다(정인원 외, 2008). 10대부터 80대 이상의 다양한 연령층이 정신요양시설을 이용하고 있으나, 50세 이상의 고령자가 전체의 약 45%를 차지하고 있으며 인구 고령화로 인해 입소자의 평균연령도 지속적으로 높아질 전망이다.

〈표 2〉 재원기간별 분포

(단위: 명, %)

전체	5년 미만	5~10년 미만	10년~14년 미만	15~20년 미만	20년~24년 미만	25~30년 미만	30년~34년 미만	35~40년 미만	40년 이상
11,072 (100.0)	3,335 (30.1)	2,118 (19.1)	2,648 (23.9)	1,050 (9.5%)	731 (6.6%)	681 (6.2%)	332 (3.0%)	157 (1.4%)	20 (0.2%)

2) 정신요양시설 관련 정책 및 서비스

(1) 정신요양시설 관련법

정신요양시설의 근거법령으로는 정신보건법, 정신보건법 시행규칙, 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙이 있다. 정신요양시설은 『사회복지사업법』과 『정신보건법』에 따라 설치·운영 된다. 사회복지사업법은 기본적인 시설 설치,

시설의 개폐, 최대 수용인원(300인 이하), 시설운영위원회 운영 등 시설설치 및 운영에 관한 기본적인 사항을 규정하고 있다. 『정신보건법』에서는 정신요양시설의 설치 및 운영(제9조~제11조), 시설설치의 폐쇄 및 기록보존의무(제18조), 평가와 청문(제18조 3~제20조) 등 설치·운영·감독 기준을 정하고 있다. 또 제52조에 의해 보조금을 지급할 수 있도록 하고 있으며 ‘운영비 및 기능보강사업비’를 국고보조금으로 지원하고 있다. 구체적인 설치·운영기준은 정신보건법 제10조 ④항에 의해 시행령에서 정하도록 되어 있다.

정신요양시설과 관련하여 정신보건법 제정 당시에는 정신의료법인을 두어 정신요양시설을 정신요양병원으로 전환하도록 하였다. 법안 부칙 제3조에서 7년 이내에 이 법에 의한 시설 기준에 적합하게 요양을 위해서는 정신요양병원으로, 재활과 사회복귀를 위해서는 사회복귀시설로 정신요양시설을 전환하고자 하였다. 그러나 정신보건법 제3차 개정(1997년 12월 31일, 법률 5486호)시, 정신요양병원 조항이 삭제되면서 정신요양병원으로의 전환이 무효화되었고, 정신요양시설은 현재 까지 이어지고 있다.

한편 정신요양시설은 사회복지시설이면서 정신보건시설이라는 이유로 정신보건법 뿐만 아니라 관련법들(사회복지사업법, 의료법, 장애인복지법 등)의 적용을 동시에 받고 있다. 정신보건법은 사회복지사업법 제2조에 의해 사회복지사업법과는 특별법이자 하위법 관계에 있다. ‘특별법 우선의 원칙’에 따라 정신보건법에 특별한 규정이 있는 경우 사회복지사업법보다 우선적으로 적용되며(사회복지사업법 제3조 제1항), 법 개정 시에도 상위법인 사회복지사업법에 부합되도록 해야 한다(사회복지사업법 제3조 제2항). 정신보건법 제10조(정신요양시설의 설치·운영 등) 제6항에서는 “이 법에 규정한 것을 제외하고는 사회복지사업법 중 사회복지

시설에 관한 규정을 준용한다”라고 하여 상위법인 사회복지사업법의 적용을 받고 있음을 알 수 있다.

정신요양시설에서의 인권보장 관련 법적기준 들은 아래의 표와 같이 대부분 정신보건법과 시행규칙 등에 제시되어 있다. 제43조제1항을 위반하여 정신질환자를 정신보건법 또는 다른 법령에 의한 시설 외의 장소에 수용한 자, 제 43조제2항을 위반하여 정신보건시설의 장 또는 그 종사자로서 정신보건시설에 입원한 정신질환자에 대하여 폭행 또는 가혹행위를 한자, 제44조제1항을 위반하여 특수치료를 행한 자, 제52조제5항을 위반하여 보조금을 목적 외에 사용한 자는 징역 5년 이내 2천만원 이하의 벌금에 처하도록 되어있다. 또한 국가인권위원회법 제57조에 의해 진정서 작성 방해 시 3년 이하 1천만 원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다.

〈표 3〉 정신요양시설 입소자 인권보장 법적 기준(정신의료기관 공통)

구분	내용
치료 및 처우에 대한 정보제공 및 고지된 동의	<ul style="list-style-type: none"> - 정신의료기관 등에 입원 등을 하고 있는 자 또는 그 보호의무자는 시장, 군수, 구청장에게 자신 또는 당해 입원환자의 퇴원 또는 처우 개선을 청구할 수 있다(정신보건법 제 29조). - 정신보건법 제24조제5항, 제25조제8항, 제29조1항에 따라 입원사유, 퇴원 청구권, 처우개선을 요구권이 있음을 서면으로 통지하여야 한다.
강제노동 금지	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건시설의 장은 재원자에 대하여 정신과전문의의 지시에 의한 의료 또는 재활의 목적이 아닌 노동을 강요해서는 아니된다(정신보건법 제41조). [2008. 3. 21개정, 2009.3. 22 시행] - 정신의료기관 등에서의 작업요법은 1일 6시간 및 1주 30시간(월 외의 경우 1일 8시간 1주 40시간), 재활훈련실, 작업훈련실 등 작업에 필요한 시설을 갖춘 일정한 장소DP서 전문가의 지도하에 실시하며 작업을 통한 수익금은 해당 환자에게 지급하도록 함(시행규칙 제13조의 3). <p>※ 2008년 법 개정에 의해 신설됨.</p>

구분	내용
비밀누설의 금지	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자에 관련한 직무를 수행한 자는 법에서 특히 규정한 경우 이외 직무 수행 중 알게 된 타인의 비밀을 누설하거나 발표하여서는 아니됨(정신보건법 제 42조).
수용 및 가혹행위 금지	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건법에 의한 인가시설외의 장소에서의 수용 금지(제 43조 ①항) - 정신보건시설의 장과 종사자에 대해 재원자에 대한 폭행·가혹행위 금지(정신보건법 제43조제2항) ※ 2008년 법 개정에 의해 신설됨.
행동제한의 금지	<ul style="list-style-type: none"> - 정신의료기관등의 장은 정신질환자에 대하여 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유, 면회의 자유 기타 대통령령이 정하는 행동의 자유를 제한할 수 있음(정신보건법제45조). ※ 2008년 법 개정에 의해 ‘정신의료기관’을 ‘정신의료기관등’으로 개정하여 정신요양시설 및 사회복귀시설을 포함하도록 개정함.
환자의 격리·강박제한	<ul style="list-style-type: none"> - 격리·강박 등의 신체적 제한을 가하는 것은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로만 행하도록 함. - 격리는 당해 시설 안에서 행하여져야 함. - 정신의료기관등의 장이나 종사자가 제 1항에 따라 격리·강박을 시행하는 경우 정신과전문의의 지시에 따라야 하며 진료기록부에 기재하도록 함. - 격리 및 강박지침(2003) 제정 시행 중. ※ 2008년 법 개정에 의해 강박을 추가함.
사회복귀 촉진 및 권익보호 단체·시설 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복귀촉진 및 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하고 이에 필요한 비용을 보조할 수 있도록 함(정신보건법 제 48조).
모니터링	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건법에 의해 정신요양시설의 경우 관할 행정청이 반기 1회 지도·감독을 실시하도록 되어 있으며, 진정 및 투서가 있을 경우 수시 점검 및 행정조치를 할 수 있도록 하고 있음(보건복지부 정신보건사업지침). - 정신보건법에 의해 광역정신보건심의위원회에서 감독과 시정, 평가를 실시할 수 있음(정신보건법 제 28조 ②항). - 국가인권위원회가 필요하다고 의결한 경우 시설에 대한 방문조사를 실시할 수 있음(국가인권위원회법 제 24조).

구분	내용
이의제기 및 권리구제	<p>【정신보건심의위원회】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 처우개선 및 치료행위에 대해 정신보건심의위원회에 이의를 제기할 수 있으나 이의를 제기할 권리로 정하고 있지 않음. - 기초정신보건심의위원회에서 이의제기된 치료행위, 처우개선에 대한 심사를 하도록 되어 있음(정신보건법 제 28조 ③항). - 정신보건심의위원회는 정신질환자에 대한 인권침해행위를 알게 된 때에는 국가인권위원회에 조사를 요청할 수 있음(정신보건법 제 28조 ⑥항). <p>【국가인권위원회】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 국가인권위원회법 제 31조에서 시설수용자의 진정권을 보장하고 있으며, 제31조 ⑧항에 의해 시행령에서 진정서작성과 제출 보장을 위한 시설의 이행조치와 필요사항을 정하고 있다.
정신보건시설 종사자 인권교육	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙단위 연 1회, 시·도별 집합교육 및 순회교육 분기별 1회, 시·군·구 주관아래 정신보건기관별 환자 권익보호 책임자 지정 및 교육 실시 - 정신보건법 기본이념, 정신질환자 인권보호·권리구제·권익증진, 퇴원의 청구심사 등 권익보호 및 지원에 관한 사항에 대한 인권교육 실시 - 인권교육은 보건복지부장관이 지정하는 국가인권위원회, 국·공립정신병원, 정신보건사업을 수행하는 비영리법인, 인권교육 기관 등에 참석하거나 인권교육전문가에 의한 방문교육 <p>※ 2008년 법 개정에 의해 보완됨</p>
의사결정 참여	<ul style="list-style-type: none"> - 복지시설 등의 구성원은 장애인의 의사에 반하여 과중한 역할을 강요하거나 장애를 이유로 정당한 사유 없이 의사결정과정에서 장애인을 배제하여서는 아니 된다고 규정하고 있다(장애인차별금지및권리구제에관한법률 제 30조).

이외 보건복지부는 정신보건시설에서의 인권침해에 대한 언론보도 및 인권위 실태조사와 권고 등 문제제기에 따라 2004년 정신보건시설 재원자의 권익을 보호하기 위해 정신보건사업지침에 『정신질환자권익보호』를 신설하였다. 동 방안은 입·퇴원관리, 폐쇄적 시설운영에 따른 환자 권익제한에 대한 지도·감독, 정신보건기관 종사자 등 전문가에 대한 환자권리 보호 교육, “작업치료지침” 및 “격리 및 강박지침” 준수, 실장(방장)제도 폐지, 시·도 지방정신보건심의위원회 시민단

체 참여 권장, 정신보건기관 운영회의체 구성 운영 권장, 정신질환 치료에 관한 정보제공 활성화 이상 8가지 항목에 관한 행정지침을 담고 있다. 시설운영 지도·감독을 통해 동 지침을 위반할 경우 시·도지사 또는 시·군·구청장은 부적합 시설에 대한 행정조치를 취할 수 있다. 행정조치의 내용은 현장 시정조치, 수시 및 특별 점검 실시, 동일 위반사항 재적발 또는 행정처분 미 이행 시 처벌강화 및 불이익 조치를 취하도록 하고 있다. 그러나 동 방안은 정신보건시설에서의 인권침해가 사회적 문제로 제기되면서 임시적 방안으로 마련되었으나 그 내용이 포괄적이고 추상적이며 행정청이 지도·감독 시 권장사항으로 제시될 뿐 법적효력을 갖고 있지는 못한 한계를 갖는다.

(2) 중증정신질환자 보호정책

이미 오래전부터 대부분의 국가에서 정신보건정책의 목표를 지역사회 중심의 포괄적인 정신보건체계 구축과 사회통합적인 사회복귀를 도모하는 방향으로 설정하고 적극적인 지역사회보호체계를 운영하고 있다. 세계 각국은 병상수를 급격히 또는 점차적으로 줄이고 있으며, 탈시설화와 함께 지역사회 내 보호를 추진하기 위한 지역사회중심의 정신보건정책과 전략을 수립하여 실행하고 있다. 우리나라는 정신보건법 제정이 되면서 정신장애인에 대한 국가차원의 책임이 인식되기 시작하였고 정신장애인의 보호, 재활, 복귀에 관한 국가 개입이 시작되었다. 그러나 우리나라의 정신보건정책은 국가주도로 이루어지기 보다는 민간부문에 대한 의존도가 높게 진행되었으며 현재도 정신의료기관과 정신요양시설, 사회복귀시설 대부분이 민간에 맡겨져 운영되고 있다. 국가의 소극적인 정신보건정책과 민간중심의 사업운영체계는 장기입원 및 수용중심의 정신보건체계를 구조적으로 변화시키는데 어려움을 준다. 또한 시설중심의 정신보건체계는 정신보건자원의 비균형적 배분과 시설 내 인권문제로 이어지면서 현 정신보건체계의 문제점을 드러내고 있다.

국가정신건강정책에 기초한 우리나라 정신건강정책 수준을 건강수준의 기준이 되는 가용성, 접근성, 수용성, 질 등의 네 가지 요소²⁾를 적용하여 검토하면 다음과 같다. 첫째, 가용성은 권리보장 차원에서 한 국가 내에 제대로 기능하는 공공보건의 의료시설, 재화, 서비스 및 프로그램이 충분한 양으로 이용 가능해야 함을 의미한다. 1995년 정신보건법이 제정된 이후 지난 15년간 지역사회정신보건사업이 수행되었으나 우리나라의 정신보건시설과 재화, 서비스에 대한 투입은 정신병원이나 요양시설 중심의 치료시설에 치우쳤다. 따라서 정신장애인의 사회복귀를 위한 지역사회의 이용시설과 일반인의 정신건강을 위한 공공정신건강인프라에 대한 공공재원의 투입이 매우 낮고 결과적으로 보편적인 정신건강서비스의 이용성이 매우 떨어질 수밖에 없다. 둘째는 접근성이다. 보건의료시설, 재화, 서비스프로그램이 차별 없이 누구에게나 접근 가능하여야 한다는 것으로 보건의료에 대한 동등한 접근 즉 보건의료에 대한 권리(right to health care)로 이해될 수 있으며, 경제적 접근성, 물리적 접근성, 정보접근성의 원칙을 포함한다. 우리나라의 건강보험 보장률에 따른 의료서비스의 경제적 접근성 차이가 발생하는 것과 더불어 정신장애인을 위한 사회복귀시설 및 재활시설, 일반인을 위한 일차적 상담기관 등이 매우 부족함에 따라 물리적 접근성이 큰 영향을 미칠 수 있다. 또한 정신요양시설의 경우에도 고령자나 이증진단자가 갖는 입소의 어려움으로 인해 접근성이 제한되는 문제가 발생하고 있다. 셋째는 수용성으로서 정신건강서비스가 갖는 사회적 편견과 낙인으로 인해 서비스에 대한 심리적 거리감이 존재한다. 선진 국가들이 국가정신건강정책에서 중요하게 다루고 있는 대국민 홍보나 사회적 편견해소를 위한 사업개발과 사회적 차별을 구조화시키는 법적 차별을 시정하기 위한 노력이 부족하다. 또한 일반인이 정신장애인 시설에 대해 갖는 혐오로 인해 지역사회로부터 분리된 대규모요양시설이나 독립주거나 소규모 지역사회 주거시설의 형태로

2) 김희연(2010). 저소득 취약계층 건강보호 방안 연구. 경기개발연구원에서 재인용.

전환되는데 어려움을 주고 있다. 넷째는 서비스의 질이다. 서비스의 질을 평가하는 기준은 의료비 지출이나 전문의료인력의 수준 등 다양한 보건지표를 활용한다. OECD Health Data(2010)에 따르면, 국내총생산(GDP) 대비 의료비 지출 현황이 6.4%로 우리나라는 OECD 국가 중 세 번째로 낮은 비율을 차지하고 있어 전반적인 의료인력 및 인프라확충이 제한될 수밖에 없다. 정신건강 수준의 향상과 정신질환의 치료 및 보호를 위한 사회적 합의의 수준에 따라 시설예산과 의료수가, 전문인력 등 정신건강서비스의 양과 질이 절대적으로 영향을 받게 된다. 또한 지역사회중심의 통합적 서비스를 제공할 국가와 지역사회의 의무가 법적·제도적으로 명확히 규정되는 않는 한 실효성 있는 국가정신건강정책의 수립과 정신건강서비스의 확대는 한계가 있을 수밖에 없다.

(3) 중증정신질환자 보호서비스

정부차원에서 정신장애인보호서비스에 대해 본격적으로 개입한 시기는 1980년대 중반에 보건사회부가 미인가시설을 양성화하고 정신질환 종합대책을 수립한 때부터이다. 이 시기는 정신병상 확대정책을 통해 대형 정신병원과 정신요양시설이 설치되고 정신병상수가 빠르게 증가하였다. 우리나라 정신의료기관 병상수 추이를 보면, 1984년을 기준으로 할 때 정신과병원 병상수는 약 13배 증가하였으며 정신요양시설 병상수는 약 1.6배 증가한 것으로 나타났다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 대부분의 OECD 국가들은 수용 중심에서 지역사회정신보건서비스로 정신건강정책의 기조를 바꾸면서 정신병상수를 감소시키는 것과 반대 양상을 보이고 있다.

보건복지부를 중심으로 제시되고 있는 우리나라 정신보건서비스의 방향은 다음과 같다. 첫째, 지역사회 중심의 종합적인 정신보건 서비스 제공을 위해서, 정신보

건센터를 중심으로 지역사회 내에서 정신질환자 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 촉진하고 정신질환자 관리체계를 구축하도록 운영지원을 확대해 나간다는 것이다. 또한 사회복귀시설 확충을 통해 정신질환자를 정신의료기관 또는 정신요양시설에 입원(소)시키지 아니하고 사회적응훈련과 작업훈련 등을 실시하여 조기에 사회에 복귀할 수 있도록 지원하는 것이다. 둘째, 요양 및 치료 환경 개선을 위해서 정신요양시설의 운영을 내실화하고 여건을 개선하는 것이다. 정신질환자의 요양과 보호수준 및 질 향상을 위해 각종 정신보건서비스(일상생활, 건강진단, 진료 및 투약, 의료기관 이용, 정신재활 및 사회복귀훈련 등) 제공을 내실화한다. 간호사와 생활지도원의 2교대를 실시하고, 노후시설 등 기능보강 예산을 지원하는 것이 주요 변화이다. 또한, 정신의료기관의 치료환경 개선을 위해 자발적 입원을 유도하고, 입·퇴원시 절차 준수 등 관리를 철저히 하는 일이다. 셋째, 정신보건서비스 전달 및 연계 체계를 강화하기 위해, 정신보건센터, 사회복귀시설, 알코올상담센터, 정신의료기관, 정신요양시설 상호간에 연계체계를 구축하는 것이다.

그러나 이와 같은 정부의 정신질환자에 대한 보호서비스개선 방향에도 불구하고 장기입원 및 수용환자의 재원기간은 감소하지 않고 있다. 2011년 현재 전국 정신보건시설의 평균 재원기간은 251일로 8개월이 넘고 있으며, 정신요양시설의 경우는 평균 재원기간이 3,539일로 약 10년간의 장기입소가 이루어지고 있다. 재원기간도 2007년도 2,914일에서 2009년도 3,231일, 2011년도 3,539일로 지속적으로 늘고 있다(중앙정신보건사업지원단, 2012). 정신질환자의 재원에 대한 적절성 평가를 실시한 결과 임상적 필요에 의하지 않은 부적절한 정신병원의 입원이나 정신요양시설의 입소가 과반수이상인 54.4%를 차지하고 있다. 여전히 정신질환에 대한 부정적인 인식과 보호자의 부담, 부족한 지역사회 지지체계로 인해 정신질환자의 탈원화 및 지역사회 정착이 어려워 대체적 시설보호 비율이 높게 유지되고

있다. 지역사회중심의 정신보건서비스 확충이나 서비스기능의 차별화가 충분하지 못하며 병원이나 요양시설로부터 정신보건센터나 사회복귀시설로의 연계와 의뢰 과정이 체계화되지 못하고 있다는 평가가 있다. 또한 지역사회의 정신보건서비스의 거점으로서 다양한 정신보건 및 복지서비스의 조정기능을 담당하는 정신보건센터가 의료법인에 의해 운영되면서 제 기능을 충분히 발휘하고 있지 못하다는 문제제기도 있다.

무엇보다 정신요양시설의 치료와 요양, 사회복귀 기능이 혼재되면서 정신요양 시설에 장기적으로 입소하고 있는 만성중증정신장애인에 대한 접근이 명확하지 않은 것이다. 정신요양시설은 의료기관이 아니기 때문에 의료인력 기준이 낮음에도 불구하고 치료적 욕구에 대해 적절한 정신의료 및 일반의료서비스를 제공하기 어렵다. 또한 장기보호를 필요로 하는 만성중증정신질환자 중심이기 때문에 사회복귀시설과 같은 적극적인 재활 및 사회복귀프로그램이 제공되기 어렵다. 즉 치료와 보호, 지역사회복귀라는 각기 다른 목표가 한 시설 내에 동시에 적용됨에 따라 입소자의 욕구와 기능수준에 따라 접근하기 어렵고 기관운영과 서비스제공과정에서도 혼란이 발생할 수 있다. 지역사회복귀가 가능한 기능수준의 입소자인 경우에도 적극적인 사례관리가 동반되지 않는 경우 지역사회 주거로 이어지기 어려우며 개별예산제가 아닌 인두제 방식의 시설급여를 받는 입소자인 경우 지역사회의 사회복귀서비스의 이용이 제한되는 문제가 있다.

2. 정신장애인 요양보호 관련 해외 사례

1) 영국

영국은 1990년대 국민보건서비스 및 지역사회보호법(National Health Service and Community Care Act)에 따라 적극적인 지역사회보호정책을 추진하고 있다. 이 정책의 핵심은 서비스의 기획, 조정, 급여지급의 책임을 지방정부의 사회서비스국으로 일원화하고 모든 정신보건서비스를 필요로 하는 사람들은 공적 사정체계에 의한 장애와 욕구평가에 따라 필요한 서비스를 제공받도록 하는 것이다. 따라서 우리나라의 정신요양시설 개념과 같은 케어홈에 입소하려면 반드시 사회서비스국 지방사무소를 통해 사정(Assessment)을 받아야 한다. 시설별로는 국가서비스최소기준과 같은 형태로 물리적 기준 이외에 시설에서 제공되어야 할 서비스 내용을 제시하고 이용자 중심의 서비스제공이 이루어지는가를 감독하며 이를 온라인상의 정보공개를 통해 이용자선택권을 강화하고 있다.

또한 우리나라에서 운영하고 있는 정신보건심판위원회와 달리 영국의 정신보건심판위원회(Mental health Review Tribunal)는 정신보건법에 의해 설치되지만 대법관에 의해 위원이 지명되는 독립적인 조직체로서 정신질환자의 구금을 검토할 수 있는 권한과 강제적인 보호에 대해 소송할 권리를 부여하고 있다. 영국에는 14개의 전국보건서비스지역(National Health Service Regions)에 14개의 정신보건심판위원회가 있다. 대법관은 정신보건심판위원회에 법조인, 의료인과 일반시민을 지명한다. 이외에도 국무성장관으로부터 위임된 기구인 정신보건법위원회(The Mental Health Act Commission)는 법조인, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 정신과 의사, 시민 등으로 구성된 다학제간 기구로서 병원이나 요양시설 내 입소자들을 개별적으로 방문하여 모니터링하는 기능을 갖는다.

2) 미국

미국은 1980년대 요양시설 등 대규모 시설에서의 인권문제가 제기되면서, 요양 시설 입소자들의 기본적 권리와 삶의 질 개선을 위한 전면적인 개혁을 위해 1987년에 요양시설개혁법을 제정하였다. 요양시설개혁법은 영국의 국가서비스최소기준과 같이 요양서비스를 제공할 목적으로 설치 운영되는 모든 시설에 공통적으로 적용되는 것으로서, 입소자의 권리를 다음과 같이 상세하게 규정하고 있다.

- 학대, 잘못된 처치, 방치로부터 자유로울 권리
- 신체적 구속에서 자유로울 권리
- 사생활의 권리
- 의학적, 신체적, 심리적, 사회적 요구를 수용받을 권리
- 생활인과 가족들의 그룹에 참여할 권리
- 존엄하게 대우받을 권리
- 자기결정을 실행할 권리
- 자유롭게 의사소통할 권리
- 자신의 케어 플랜 검토에 참여하고 케어, 처우, 설비조건 변경시 사전에 완전한 고지를 받을 권리
- 차별이나 보복없이 이의를 제기할 권리

1995년의 요양시설개혁법 시행령에서는 주정부가 15개월에 최소 1회 이상 예고 없이 비정기적으로 입소자 대면조사를 포함하여 입소자의 권리와 케어의 질, 시설 내에서 제공되는 서비스들에 관한 조사를 시행하도록 하고 있다. 조사결과가 요양 시설 요건에 부합하지 않는 경우에는 요양시설개혁법의 집행절차가 개시된다. 일부 위반사항에 대해서는 시정 기회를 갖게 되나 강제집행 단계로 가면 시정계획

에 대한 주정부의 모니터링 이외에 민사상의 벌금조치, 건강보험 및 의료급여 승인 및 지급거부, 허가취소 등의 제재조치가 취해진다.

영국과 마찬가지로 미국에서도 이용적정성심사를 통해 의료관리체계에 대한 서비스 비용의 통제와 재정적 책무성을 향상시키고 있다. 일반적인 서비스적정성 심사는 담당행정부서와 서비스제공자로 구성된 심사위원들의 검토와 논의를 거치고 있으나, 고비용의 입원치료 및 요양서비스에 대해서는 병상관리위원회(Bed Control Committee)에서 엄격한 기준을 적용하여 심사하고 있다. 정신요양시설은 중장기 입소를 위해 2-9개월간의 서비스제공기간을 허용하고 있다. 한편 미국국회는 『정신장애인권리장전』을 제정하였는데, 정신요양시설 입소시 입소자 개인의 자유를 최대한 보장하고 이를 제한할 경우 치료 목적과 법규정, 해당 법원의 명령 범위 등을 명시하도록 되어 있다. 또한 각 개인별 치료 및 서비스계획, 이에 대한 정기적인 검토와 재평가, 적절한 사생활 보장과 인도적인 치료 환경에 대한 권리 등을 보장하며 각 입소자에게 적합한 언어와 용어로 해당되는 모든 권리를 고지하도록 하고 있다. 또한 미국 의회는 요양시설개혁법, 정신장애인권리장전 등에 기술된 권리를 이해하고 보호하기 위한 목적으로 정신장애인 P&A시스템을 각 주 정부가 구축하도록 하고 있다. 정신장애인 P&A(Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness) 기관들은 권한과 책임기제를 갖고 정신장애인의 권리를 보호·옹호하기 위해 정신장애인보호 또는 치료시설에서의 학대와 방임사례를 조사하도록 위임 받고 있다.

3) 호주

호주는 1980년대에 각 주별로 정신보건법을 제정하였으나, 1990년대 들어 연방 정부 주도의 정신보건계획이 세워지면서 실질적인 지역사회중심의 정신보건서비스

스체계가 구축되었다. 호주의 특징은 영국과 유사하게 지역별 관리 구조를 갖는 것이다. 각 주별로 평균 인구를 단위로 하여 담당구역을 정하고 팀접근 방법으로 서비스를 제공한다. 구체적으로 서비스 제공은 일차적 정신보건관리체계를 따르는데, 일반의(General Practitioners, GPs)가 문지기 역할을 수행하면서 진행한다. 일반의가 환자를 일차적으로 판단하여, 민간 정신보건 전문인력 혹은 지역 내 공공 부문의 정신보건서비스로 의뢰한다(Mental Illness Fellowship of Australia Inc, 2007). 호주는 정신병원을 대체하는 수단으로 정신보건전문인력이 상주하는 거주 시설을 두고 정신질환노인이나 치매를 동반한 정신장애인에게 요양서비스를 제공한다.

4) 일본

일본은 1890년도에 정신병자감호법이 제정되었으나 정신질환자들로부터 사회성원을 보호하는데 우선순위를 두었기 때문에, 정신질환자를 위한 치료와 복지법 이라기 보다는 사회질서와 안녕을 위한 법의 성격을 가졌다. 이 법은 1950년에 정신위생법 제정되면서 폐지되었고, 1987년 정신보건법이 제정되었다. 처음 제정된 일본의 정신보건법에서는 정신장애인의 의료 및 보호, 사회복귀, 예방을 강조하고 있으나 우리나라와 유사하게 복지보다는 의료중심의 성격을 갖고 있다. 1995년도에 정신보건법이 개정되면서 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(정신보건 복지법)로 명칭이 바뀌면서 의료에 한정하지 않고 장애수당을 포함하는 포괄적인 서비스로 확대되었다. 2004년도에는 후생노동성에 정신보건복지대책본부가 세워져 「정신보건의료복지의 개혁 비전」을 제시하고 「입원의료중심에서 지역생활중심으로」라는 방침을 추진하고 정신보건의료복지체계의 재편을 진행하였다.

일본의 정신보건서비스의 특징 가운데 하나는 치료, 요양, 재활 및 사회복귀의

단계를 구분하고, 각 단계에 맞는 전달체계와 서비스를 제공하고 있다는 점이다. 일본에서는 정신병원을 고도 의료서비스와 요양서비스로 기능을 분화시키고 집중적인 치료가 필요한 환자들은 치료병동에서 고도 의료서비스를 받도록 하고, 요양이 필요한 환자들은 지역사회로 가기 전에 정신요양병상군에서 장기 요양을 받고 요양 이후에 지역사회의 사회복지시설로 옮겨서 재활 및 복귀서비스를 받도록 하고 있다. 이와 같은 병원의 기능분화는 1992년 의료법개정에 따라 이루어진 것으로서, 요양병상군은 장기요양에 대응하는 환경으로서 엄격한 설치 및 인력기준이 요구되고 있다. 세부 설치기준에는 작업치료실, 생활기능회복훈련실, 상담실, 식당, 면회실, 샤워실 등이 갖추어져야 하며, 환자1인당 병실면적은 5.8제곱미터, 1병실당 6병상 이하로 하고 있다. 의사는 의사법에 정하는 상근 정신보건지정의 2명 이상이어야 하고, 케어인력은 입원환자 수/3, 케어인력의 최소 필요수의 50% 이상은 간호사 또는 간호조무사여야 한다. 기타인원으로, 작업치료사는 작업치료의 경험있는 간호사, 간호조무사, 상근 정신보건사회복지사 혹은 임상심리사를 둘 수 있다. 우리나라에서는 각 서비스 전달체계마다 치료, 요양, 재활 및 복귀서비스가 혼재되어 있으며, 정신요양시설도 치료로부터 요양, 재활, 사회복지서비스가 모두 제공되도록 되어 있어 일본과 같이 명확한 시설기능이 요구된다.

3. 정신요양시설 입소자의 인권관련 자료

정신보건법에서는 입소자의 권리보장에 대한 내용을 제5장(권익보호 및 지원)에서 정하고 있는데, ‘비밀누설의 금지’, ‘수용 및 가혹행위 금지’, ‘행동제한의 금지’ 등을 포함하고 있다. 또한 보건복지부는 2004년 정신보건지침에 『정신질환자 권익보호』를 추가하여 ‘폐쇄적 시설운영에 따른 환자 권익제한에 대한 지도·감독, 실장(방장)제도 폐지, 정신질환 치료에 관한 정보제공, 정신보건기관 종사자

등 전문가에 대한 환자권리 보호 교육 실시 등을 규정하고 있다. 지침 위반 사례가 적발 될 경우에는 시·도지사 또는 시·군·구청장은 행정조치를 취할 수 있으나, 지침은 지도 감독시 참고사항일 뿐 법적 효력을 갖고 있지 못하기 때문에 실효성이 적으며 시설종사자와 관리감독을 맡고 있는 공무원들의 인권감수성이 낮고 입소자 인권 침해에 대한 인식이 부족하여 개선되기 어려운 한계가 있다.

‘수용 및 가혹행위 금지’는 정신보건시설의 인권침해상황이 지속적으로 제기되면서 2008년 법 개정에 의해 신설된 조항이다. 정신요양시설의 경우, 근무인력 부족을 이유로 실장이나 방장 등을 통해 환자 통제를 하게 되면서 언어적·물리적 폭력이나 가혹 행위 등이 발생하게 된다. 국가인권위 진정사건 중에는 폭력 241건, 성폭력 22건 등 신체적 안전과 관련한 사례가 많다. 2008년도 재원자 실태조사결과, 정신보건시설 재원자 중 약 10%의 응답자들이 폭력이나 가혹행위를 당한 경험이 있으며 복지부지침에서 폐지하도록 되어있는 실장(방장)제도가 45%나 유지하는 것으로 조사되었다.

‘격리나 강박’은 치료적 목적에 따라 정신과 전문의의 지시에 따라 안전하게 격리가 이루어지고 불법적인 강박행위가 발생하지 않도록 하여야 한다. 정신요양시설은 정신의료기관에 비해 시행 횟수가 낮게 나타나고는 있으나, 상주하는 정신과 전문의가 없는 정신요양시설에서 격리(15.1%)와 강박(8.2%)이 시행되고 있는 점은 문제로 인식될 필요가 있다. 격리나 강박을 시행할 경우에는 격리나 강박의 필요성과 이유를 설명하여야 하나, 정신요양시설의 강박 경험자 중 16.7%는 강박의 이유와 설명을 듣지 못하였다고 응답하였다. 정신요양시설에서 경험한 강박의 빈도는 5회 미만(75%)으로부터 20회 이상 강박을 당한 경우(8.3%)까지 다양하게 나타나고 있으며, 강박은 보호실에서 이루어지고 있다. 강박에 사용된 도구는 형질이

라는 응답이 다수이나(33.3%) 기타의 도구로 강박을 당했다는 응답(41.7%)과 무응답비율(25%)이 다른 시설에 비해 높게 나타나고 있다. 격리 및 강박 지침에서는 최소 1시간 마다 신체활동(혈압, 호흡, 맥박 등)을 측정하고, 2시간 마다 팔다리를 움직여줘야 한다고 규정하고 있음에도 불구하고, 강박시 의료진이 규칙적으로 관찰하였는가에 대해 정신요양시설 입소자의 58.3%만 그렇다고 답하였으며, 16.7%는 강박 시 적절한 식사와 식수 등이 공급되지 않았다고 응답하였다.

‘행동제한의 금지’는 정신보건시설의 입소자에 대한 전화사용이나 편지왕래, 면회와 외출 등을 금지하는 행위를 제한하는 것으로써, 2008년 개정 이전에 ‘정신의료기관’으로만 되어 있던 것을 ‘정신의료기관 등’으로 개정하여 정신요양시설을 포함하고 있다. 국가인권위원회 진정사건 중 외부와의 소통 제한은 면회·외출·외박 금지 83건, 전화·서신 제한, 검열 205건으로 비자의 입원 및 퇴원거부 다음으로 진정건수가 많은 것이다. 국가인권위원회의 정신보건시설 실태조사 결과, 편지·전화 사용제한과 검열 등의 행동제한이 있으며 이에 대한 별다른 조치가 취해지지 않은 것으로 나타났다. 편지를 자유롭게 주고받는 경우는 53.2%에 불과하였으며 나머지는 편지 수 제한(2.4%), 직원이 먼저 읽어보는 경우(6.4%), 편지사용 금지(4.9%), 무응답(33.2%) 등으로 나타났다. 전화사용도 일정기간 이후에 사용가능하도록 자의적인 권리제한이 이루어지거나(52.9%), 전화사용을 위한 별도 공간이 없거나(45%), 전화 사용시 직원이 동석하여 체크하는 것(10%)으로 나타났다. 면회 역시 47.5%는 일정기간이 지나야 면회가 가능하며 면회 시 직원 동석이 이루어지는 경우도 6%나 되었다. 조사과정에서 재원자들은 “입원 이후 외출이나 외박을 1번도 못했다”, “7년 동안 입원 중에 외출을 해 본 적이 없다”, “산책 좀 시켜주면 좋겠다”, “아버지가 돌아가셨는데 알려주지 않았다” 등을 호소하여 정신보건시설에서 입소자에 대한 행동제한의 정도가 매우 심각한 수준에서 일상화되어 있는

것으로 나타났다. 현행 법률에서는 시설에서의 행동제한을 최소화하며 의료적 필요에 의한 경우로 제한하고 있다. 그러나 치료적 연관성을 입증하기 어려운 상태에서 자의적인 기준에 따라 환자나 입소자를 임의적으로 등급화하여 전화사용 및 외출과 외박, 면회 등을 제한하는 행동제한이 포괄적으로 이루어지고 있다. 시설 내 가혹행위와 마찬가지로, 입소자에 대한 행동제한 역시 폐쇄적인 대규모 시설 구조와 관련성이 깊다. 폐쇄적인 대규모 시설구조를 소규모화하고 개방적으로 개편하며, 국제기준에 따라 의료적 필요성에 의해서만 구체적이고 엄격하게 행동제한을 한정하고, 행정지침 뿐 아니라 이용자들에게 명확한 기준을 제시하여 사회적 격리를 최소화할 필요가 있다.

‘사생활침해’와 관련하여, 정신요양 시설의 공간구조가 운영의 편리성으로 인해 재원자의 사생활보장이 어려워져 수용소 형태³⁾의 시설들이 신설되는 것으로 나타났다. 특히 정신요양시설은 현행법상 설치목적이 정신장애인의 장기요양 및 사회복귀훈련임에도 불구하고 시설 구조는 병원과 유사한 형태로 지어져 운영되는 것으로 조사되었다. 또한 입소인의 편의시설에 대한 인식도 적어 면회실이나 운동장 등이 대부분 없었으며, 화장실과 욕실 등에 감시카메라가 과다하게 설치되거나, 현행 시설운영규정에 남녀혼합 수용을 금하고 있음에도 남녀혼합 수용이 이루어진 경우도 있다. 일부 요양시설에서는 상시적인 관찰이 필요한 환자가 아님에도 불구하고 사생활보호가 어려운 개방 병실을 운영하면서 적정 수용인원기준을 넘

3) 개방형구조는 정신병동과 외부 사이에 위압적이지 않은 격리시설만을 설치한 채 그 내부에서는 차단시설을 최소화한 건축구조로 치료와 인권을 함께 고려한 형태이다. 폐쇄형 구조는 기존의 정신병원에서 많이 발견되는 구조로 복도를 가운데로 하여 양 옆에 병실이 나란히 배치되어 있으며 복도의 양쪽에는 창문으로 가로막혀 있다. 재원자를 위한 공간은 최소화되어 있으며 철창을 사이로 재원자와 종사자사이에 위계적인 질서가 존재하며 외부와의 소통도 쉽지 않다. 최근 미신고시설 양성화정책이후 인가시설로 새롭게 진입한 시설들에서 많이 발견되는 수용소형 시설은 강당형태의 폐쇄된 공간에 침대를 놓거나 혹은 가슴 높이로 공간을 구획한 다음 침상을 배치한 형태로 재원자들의 사생활보장이 불가능하고 관리감독이 원활한 치료감호소를 모델로 한 시설들이다.

어 1방에 40~50명을 수용하여 입소자들이 탈의조차 하기 힘든 시설⁴⁾도 발견되었
 다. 국가인권위원회는 감시카메라설치에 의한 사생활침해 및 인간의 존엄성에 대
 한 침해정도가 크며 정신의료기관과 요양시설에 과다하게 설치되어 있다는 문제
 의식에 따라 2005년 3월 14일 보건복지부장관에게 ‘정신의료기관의 CCTV 설치·
 운영에 관한 법률적 근거와 기준을 마련할 것’을 권고한 바 있으나 아직까지 마련
 되지 못하고 있다. 현행 물리적인 시설기준만을 정하고 있는 정신보건시설 설치
 운영규정이 정신요양시설 입소자의 적절한 인권보장과 최적의 서비스제공이 가능
 한 구조로 바뀔 수 있도록 지침을 국제기준에 따라 구체적이고 명확하게 보완할
 필요가 있다.

〈표 4〉 폐쇄적 시설운영에 따른 환자 권익 사례

- 편지·전화 사용제한 및 검열
- 위생, 오락과 운동, 목욕과 용변 모습 노출 등 프라이버시 및 사생활 침해
- 특정 종교 신앙 및 행사 참석 강요 등 종교자유 침해
- 초과 과밀 수용에 따른 환자 사생활 보호 조치 미흡
- 화재 발생 등 비상사태 발생시 환자의 안전 확보 곤란
- 국가인권위 진정함 설치와 진정절차 고지 의무 위반

‘작업치료’와 관련하여, 2003년 정신보건시설과 미신고시설 등에서 재원자에 대
 한 작업치료를 병자한 강제노동이 문제로 제기되었고 이로 인해 작업지침이 제정
 되었다. 『작업치료지침』에서는 작업치료를 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진
 시키기 위한 작업활동으로 정의하고 ‘기초적인 작업치료, 사회적응을 위한 작업치
 료, 사회복귀를 위한 작업치료, 직업재활’ 등 4단계 과정으로 구분하고 있다. 또한

4) 2008 정신보건시설 실태조사(정인원 외, 2008) 결과, 한 방 사용인원이 평균 8.3명으로 방당 7~13명이
 사용하는 경우가 60% 정도로 가장 많았으며 14명 이상이 한 방을 사용하는 경우도 6.5%인 것으로 나
 타났다. 그러나 방문을 통한 시설환경조사결과 최대 40~50여명의 재원자들이 치료감호소와 같은 형태
 의 시설에서 침상만을 놓고 사방이 트인 개방형 시설에서 생활하는 경우도 발견되었다.

원내 작업치료의 종류, 작업자의 시간관리, 참여자의 임금을 개인통장을 통해 관리하도록 하고 작업일지 작성을 의무화하였으며, 작업장 관리자에 대한 년 2회 교육 실시의무와 참여자에 대해 월 1회 평가를 실시하도록 하였다. 이후 2008년 정신보건법 전면개정에 의해 제 46조 2(입원환자 등에 대한 작업요법) 조항을 신설하여 2009년 3월 22일부터 시행되었다. 동 조항은 정신의료기관등의 장은 입원환자의 치료 또는 입소자의 사회복귀 등에 도움이 된다고 판단되는 경우에는 본인의 동의를 얻어 입원환자나 입소자의 건강을 해치지 아니하는 범위 내에서 정신과 전문의가 지시하는 방법에 따라 단순 작업을 실시하도록 하는 것이며, 정신요양시설의 경우에는 정신과전문의의 지도를 받아 정신보건전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다. 또한 정신의료기관 등의 장은 재원자에게 작업을 시킨 경우에는 진료기록부 또는 작업치료일지에 그 내용을 기록하여야 하며, 작업의 시간, 위험성 여부 및 장소 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지가족부령으로 정하도록 하였다. 2008년 11월에는 정신보건법 시행규칙을 일부개정하여 ‘작업시간을 1일 6시간 및 1주 30시간(원외 작업의 경우 1일 8시간 및 1주 40시간을 초과하지 못하도록 하였으며 재활훈련실, 작업훈련실 등 작업에 필요한 시설을 갖춘 일정한 장소에서 전문가의 지도하에 실시하며, 작업을 통한 수익금은 해당 환자에게 지급’하도록 하였다. 그러나 이러한 제도개선사항에도 불구하고 작업요법을 병자한 강제노동은 정신보건시설의 대표적인 인권침해사례로 알려져 있고, 국가인권위원회 진정사건 중에서도 124건에 이르러 부당한 작업요법 또는 강제노동이 빈번하게 이루어져 왔음을 알 수 있다. 2008년 재원자 실태조사 결과에 의하면, 사회복지시설의 경우는 100%가 원하는 경우만 작업활동에 참여하는 반면, 정신요양시설의 경우 25%가 강제노역의 경험이 있는 것으로 나타났다. 작업요법에 대한 임금 통장관리에 대해서 사회복지시설의 경우는 응답자 전원이 통장을 직접 관리하거나 정기적으로 확인하는 것으로 나타난 반면, 정신요양시설은 어떻게 관리되

고 있는지 모르는 경우가 3.3%, 통장으로 들어온다는 이야기만 들은 경우가 15.6%로 나타났다.

90% 이상의 시설이 민간에 의해 운영되는 우리나라에서는 종교법인 또는 종교재단에서 설립한 사회복지법인과 종교인에 의해 운영되는 경우가 많다. 이와 같은 시설에서는 재원자들에게 대한 종교 강요가 이루어질 가능성이 높다. 인권위 진정사례 중 재원자들에게 예배참여를 강요하는 사례가 보고되었으며(진정일자 2006.8, 결정일자 2007.2), 이 진정사건에 대해 인권위는 헌법 제 19조에서 정한 종교의 자유를 침해한다고 판단하여 피진정시설에 대하여 강제적인 찬양행사와 찬양대회 개최를 중지할 것을 권고한 바 있다. 그러나 아직까지 일부시설에서는 종교 강요가 이루어지고 있으며, 실제로 2008년 재원자실태조사시 2.7%가 특정종교 강요 경험이 있는 것으로 응답하였다. 이전의 미신고시설 조사⁵⁾에서 31.9% 시설에서의 종교 강요에 비해서는 매우 낮은 수치로서, 복지부 지침에 단속대상으로 명시되어 관리 감독이 되면서 개선되었을 가능성도 있다.

알권리와 관련한 이용자권리도 정신요양시설입소자의 경우에 침해 또는 보장되지 않는 것으로 파악된다. 재원자를 대상으로 ‘입·퇴원(소) 과정에 대한 정보제공 실태’를 조사한 자료에 따르면, 입·퇴소 과정에서 적절한 정보제공을 통한 알권리 및 고지된 동의절차가 제대로 지켜지지 않는 것으로 나타나고 있다. 정신요양 시설에 재원중인 응답자의 58.9%가 ‘퇴원(소) 또는 처우개선을 청구 할 수 있는 권리’를 인지하지 못하는 것으로 나타나 시설유형 중 가장 낮은 인지율을 보이고 있다. 서면 또는 구두로 입·퇴원(소)과정에 대해 자세한 설명을 들은 경우도 정신요양시설이 13.1%로 매우 낮은 수치를 보이고 있다. 퇴원(소)심사 청구 및 과정

5) 박숙경(2005). “미신고복지시설 인권실태 민관합동 조사결과 보고”. 조건부신고복지생활인인권확보를위한연대회의 외.

에서 환자의 참여와 자기결정권에 대해 재원자들이 어떻게 느끼고 있는가를 조사한 결과, ‘퇴원(소)을 원해도 무시 또는 퇴원(소)이 이루어지지 않는다’는 응답이 정신요양시설의 경우 58.2%(정신의료기관 평균 30%)에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 정신장애인 인권침해 구제 방안

구분	현황 및 한계
<p>장애인복지법 제 84조⁶⁾에 의한 심사 청구</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지법에 의한 조치에 이의가 있는 경우에 신청하게 되어 있다. 따라서 정신보건법에 의한 정신보건시설에서의 조치에 대한 이의제기에 해당하지 않는다. 현재 정신요양시설은 장애인복지법에서 정한 장애인시설에 해당되지 않는다. - 해당 실시기관으로 이의제기를 하도록 되어 있으나 구체적 절차가 마련되어 있지 않으며 이용자에게 고지가 이루어지지 않는다. - 해당 실시기관으로 이의제기를 하기위해서도 권리옹호지원이 필요하지만 지원이 되고 있지 않는다.
<p>국가인권위원회 진정</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 보호와 옹호서비스 성격이 아닌 권고를 통한 권리구제제도이다. - 현재 인권위의 인력과 제도적 권한, 전문성으로는 정신장애인 시설에서 발생하는 인권침해로부터 피해자를 안전하고 신속하게 구제하기 어렵다. - 2001년 11월 25일 국가인권위원회가 설립된 이후 2008년 2월 29일 까지 인권위에 접수된 정신보건관련시설 인권침해진정사건은 모두 1,218건에 이르렀으나 이중 구제조치가 권고된 사건은 112건에 불과하다. 구제조치가 권고된 사건은 전체 9%정도에 그치며 이중 30건이 고발, 합의가 4건에 이른다⁷⁾. 당사자의 입장에서는 고발이 이루어진 후에 또다시 위협과 불안한 상황에서 보호조치를 받지 못하고 기다릴 수밖에 없다.
<p>정신보건심의위원회에 대한 이의제기</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건법 제28조 정신보건심의위원회가 ‘이의제기 된 치료행위, 처우개선, 퇴원 및 계속입원 여부에 대한 심사를 하도록 되어 있다. - 그러나 접근 가능한 이의제기절차가 마련되어 있지 않고, 환자나 거주인에게 사전 고지가 되지 않거나 형식적으로 되어 있다. - 환자의 참여가 보장되고 있지 않으며 상설기구가 아닌 위원회의 성격으로 필요한 옹호와 보호를 지원할 수 없다.

6) 제84조 (심사청구) ①장애인, 장애인의 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자는 이 법에 따른 복지조치에 이의가 있으면 해당 장애인복지시설기관에 심사를 청구할 수 있다. ②장애인복지시설기관은 제1항에 따른 심사청구를 받은 때에는 1개월 이내에 심사·결정하여 청구인에게 통보하여야 한다.

구분	현황 및 한계
행정심판·소송 또는 사법절차에 의한 구제	<ul style="list-style-type: none"> - 전문적인 법조인의 지원이 필요한데 비용, 물리적 여건 등 접근이 어렵다. - 시간과 비용이 많이 들고 법조인이 정신장애인에 대한 이해가 없거나 편견을 가진 경우가 많다. 따라서 전문적인 옹호지원이 필요하다.
민간단체에 의한 권리옹호 신청	<ul style="list-style-type: none"> - 공식적인 조사권한 등이 없어 접근이 어렵다. - 정신보건법 제 48조에서 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호 유성하고 이에 필요한 비용을 보조할 수 있도록 되어 있으나 정신장애인의 권리옹호를 지원하는 민간단체는 찾아보기 어렵다.

4. 정신요양시설 관련 이슈와 개선방향

1) 정신요양시설의 명확한 기능 정립

■ 정신보건법상의 시설정의와 기능

정신보건사업안내에 따르면 정신요양시설은 “정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”로 정의되어 있다. 사업목적은 “가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 요양보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회복귀를 도모“하는 것이다. 시설정의와 목적에 제시된 바에 따르면 정신질환자의 사회복귀가 중요한 목표이며 사회복귀가능한 자에 대해서는 퇴소 또는 사회복귀시설 등으로의 전원조치를 하며 이를 위해 요양보호뿐 아니라 적절한 훈련을 제공하도록 되어 있다. 정신요양시설의 기능이 요양인지, 치료인지, 보호인지, 복귀인지, 거주인지 모호하므로 정신보건서비스체계 내에서 담당할 기능과 특성에 맞는 현실적이고도 구체적인 개념 정의가 요구된다.

③제2항에 따른 심사·결정에 이의가 있는 자는 「행정심판법」에 따라 행정심판을 제기할 수 있다.
 7) 조형석, “정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향”, 「복지동향」(2008. 120:34-43).

정신장애인 요양시설과 사회복지시설(입소생활시설, 주거제공시설, 공동생활가정 등) 간 기능과 역할에 관한 규정을 명확하게 하되 시설과 정신장애인, 가족 등 관련주체의 의견을 청취하고, 보다 면밀한 제도 검토를 통해 보다 개방적이고 이용자 중심의 시설로 개편될 수 있도록 전환할 필요가 있다. 현행 정신요양시설을 생활시설로 전환하고, 기존의 다양한 형태의 주거제공시설은 소규모 주거시설로 통합하여 요양 목적을 겸한 생활시설과 소규모 공동생활가정의 형태로 분류체계를 조정할 필요가 있다.

■ 정신의료기관과 정신요양시설간 역할

정신의료기관은 급성환자에 대한 입원·외래 치료를 제공할 목적에서 설치 운영되며, 정신요양시설은 만성정신장애인에게 요양, 거주, 사회복지 지원을 제공할 목적에서 설치 운영되는 시설이다. 전자는 의료적 치료를 위해 후자는 장기요양 등 사회복지서비스를 제공하기 위한 시설이다. 따라서 정신의료기관은 의료법과 정신보건법의 적용을 받으며, 정신요양시설은 사회복지사업법과 정신보건법의 적용을 받는다. 그러나 정신요양시설에는 요양이나 사회복지서비스가 아닌 치료를 요하는 만성 정신질환자들이 함께 있어 준병원과 같이 장기 폐쇄병상을 운영하는 경우가 많다. 그럼에도 정신요양시설은 치료기관이 아니기 때문에 정신질환자에게 충분한 의료적 서비스를 제공해 주지도 못하고 있는 현실이다. 정신의료기관은 급성정신장애인을 위한 단기치료기관으로 정신요양시설은 만성정신장애인을 위한 장기 돌봄시설로 기능할 수 있도록 시설편제 및 인력구조 등을 개편해야 할 필요가 있다. 이 경우 축락의 제도를 폐지하고 외래진료를 통해 치료를 받을 수 있도록 하는 방안도 고려할 필요가 있다.

■ 정신요양시설의 사회복귀기능의 실효성

정신보건법(제3조 제5호)의 개념 정의를 보면, 정신요양시설은 “정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀를 위한 훈련을 행하는 시설”로 정의되어 있다. 이 정의는 요양과 사회복귀를 함께 포함하고 있다는 점이 특징이다. 이 의미가 제대로 살려지기 위해서는, 정신요양시설이 정신의료기관과 사회복귀 중간 서비스 전달체계로서 정신의료기관에서 의뢰된 만성정신장애인을 입소시켜서 폐쇄병동이 아닌 개방시설에서 요양하게 하면서 전문적으로 사회복귀훈련을 시켜서 지역사회(가정이나 사회복귀시설 등)로 복귀시키는 기능을 해야 한다. 그러나 실제로 정신요양시설에 있는 정신장애인들은 지역사회에서 스스로 살아갈 능력이 없거나, 무연고자들이 많으며 가족의 지지가 매우 낮은 사람들이기 때문에 지역사회로 복귀하기 보다는 장기입소자로 남는 경우가 대부분이다. 정신보건법상 규정되어 있는 정신요양시설의 개념과 실제 운영되고 있는 정신요양시설의 개념이 이와 같이 서로 일치하지 않음에도 불구하고 지역사회 다른 기관들(정신병원, 정신보건센터, 사회복귀시설)과 유사한 사회복귀프로그램을 운영하는 경우가 있다. 따라서 기능이 떨어지는 장기거주자에게 적합한 일상생활이나 여가활동지원, 재활 프로그램 등을 차별화하여 운영할 필요가 있다.

2) 양질의 보호를 위한 시스템 구축

■ 공적 사정체계에 의한 입소적정성 판정 및 퇴소절차

정신의료기관의 경우는 치료를 위한 정신과 의사의 판단에 따라 입원이 결정된다. 현행법상 정신요양시설의 경우도 정신과 의사의 진단에 따라 스스로 원하거나, 보호의무자에 의해 입소하도록 되어있다. 정신요양시설의 경우 시장·군수·구청장의 허가를 받아 설립되고, 보조금을 받아 운영되는 시설이며, 수용을 통한

기본권침해가 크게 이루어지는 공공시설임에도 불구하고 입소가 이루어지는 과정에 공적 전달체계가 개입하고 있지 못하다. 현행 제도상으로는 개인 또는 보호자에 의한 입소가 이루어진 후 사후에 입소상황을 행정감독기관에 보고하도록 되어 있어 ‘선 입소 후 조치제도’로 이루어지고 있다. 이러한 과정에서 부적절한 입소와 장기입소가 이루어지며, 입소과정에서 충분한 정보를 제공받고 선택을 할 기회를 갖기 어렵다. 결과적으로 불필요하고 과도하며 본인동의를 이루어지지 않은 입소는 인권침해로 이어질 수 있다. 따라서 공공정신보건시설 입원(소)과정 뿐 아니라 치료와 서비스를 필요로 하는 모든 사람들에 대해 공공기구로부터 욕구판정과 서비스에 대한 사정을 받을 권리를 보장하는 개선이 필요하다.

이를 위해서는 정신보건법에 정신장애인요양시설에 입소를 원하는 모든 정신장애인의 경우 영국의 사정체계(Assessment System)나 미국의 예비자격 및 이용적정성 심사(Pre Admission Screening)와 같은 사정체계를 의무화하여 정신보건시설 입소 전 정확한 정보를 제공받고, 정신장애인의 욕구와 입소필요성을 종합적으로 판단하여 최후의 대안으로 정신보건시설 입소가 이루어 질 수 있도록 할 필요가 있다. 우리나라는 정신보건시설 입소 적정성 심사는 전체 정신장애인에 대한 공공사정체계의 일환으로 실시하되 영국의 NHS 지역트러스트와 유사하게 국민건강보험공단 지사에서 적정성심사가 이루어질 수 있으나 미국처럼 사회복지시설에 대한 관리감독기능을 하고 있는 지자체에서 직영하거나 민간위탁 시스템을 통해 진행하는 것이 가능하다. 현행법상 정신보건심판위원회운동을 시·군·구에서 공공사정시스템을 병행하여 운영할 수 있으나 지역편차가 크며 지역에 따라서는 정신보건시설이 없는 경우도 있으므로 시·도별로 입소적정성심사를 위한 사정시스템을 구축하고 실시할 의무를 부과할 수 있다.

퇴소와 관련해서는, 정신요양시설에 입소해 있는 정신장애인들은 정신보건법에 의거하여 6개월을 기준으로 계속입소 여부를 심사받도록 되어 있다. 이를 위해 시설장은 입소기간 만료일 30일 전까지 계속입소심사청구서를 시도지사에게 제출하도록 되어 있다. 그러나 퇴소와 관련하여 여러 문제점들이 나타나면서 정신장애인 요양시설의 재원기관은 줄지 않고 있다. 정신요양시설의 정신장애인들은 경제적으로 취약한 상태에 있고, 손상, 기능장애, 사회적 불리가 심각하며 가족으로부터의 지지가 낮은 편이다. 정신요양시설에서 어느 정도 정신과적인 상태가 나아져서 퇴원하더라도, 혼자서 살아갈 수 있는 능력이 부족하고 집에서 가족의 지지를 잘 받게 되는 경우가 드물다. 따라서 퇴원 후에 증상이 다시 재발되어 재입소하는 경우가 대부분이다. 현재의 퇴원명령제도는 이러한 지지체계의 부족으로 인해 탈시설화되지 못하는 점을 충분히 고려하지 않는 상태에서 시행되고 있다. 입소 전 이용적정성 심사과정을 통해 경제적 능력, 입소필요성, 원하는 시설 유형 및 지역자원 상태를 종합적으로 판정하여 최선의 선택이 이루어지도록 하되, 퇴소가 필요할 경우 즉시 퇴소가 가능하도록 하여 지역사회 지원체계와 연계(보건소와 정신보건센터 연계 구축을 통해 가동)하여 적극적인 지역사회 복귀방안이 동시에 마련되어야 하겠다.

■ 시설운영과 관련한 상시적인 모니터링 체계

정신보건법 제4조에서 정신장애인의 복지증진에 대한 국가와 지방자치단체의 책임을 규정하고 있음에도 불구하고, 2005년도 사회복지 예산 지방이양 이후에 예산 지원 수준은 증가하지 못하고 있으며 각 지역별 재정자립도, 지방자치단체장의 관심도에 따라 보조금 지원 수준도 각기 다르다. 안정적인 예산지원의 필요성으로 인해 2015년부터는 지방재정보전대책에 따라 중앙정부로 이관되어 지방정부의 재정부담은 감소하게 되나 관리감독의 역할이 소홀해질 가능성이 있다. 사회복지시

설 관리안내(보건복지부, 2013c)에 따르면 정신요양시설 운영위원회를 두고(사회복지사업법 제36조제2항 및 시행규칙 제24조제1항) 해당 시군구소속의 관계공무원이 반드시 참여하도록 권고하고 있다.

시설 운영에 관한 지도·감독과 관련해서는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 정신요양시설 운영전반에 대한 행정지도·감독을 반기마다 1회 이상 실시하도록 하고 있다. 또한 진정·투서 등이 있을 경우 보건복지부, 시·도에서 수시 또는 특별점검을 실시할 수 있도록 되어 있다. 그러나 예고된 형태로 조사가 실시되며, 방문조사 및 재원자 면담조사를 통한 이용자 의견청취가 의무화되고 있지 않고, 조사 내용에 대한 체크리스트 등이 마련되어 있지 않아 관할 행정 담당자의 인권감수성 및 재량에 따라 지도감독 내용의 편차가 크며 담당직원의 업무가 과중한 경우에 서류중심으로 형식적인 수준에서 조사가 이루어지기 쉽다. 부당한 행위가 적발되는 경우에는 행정처분과 해당시설에 대한 특별관리가 이루어질 수 있으나 명시적인 점검사항과 기준들이 제시되어 있지 않으며 반복적으로 적발되거나 행정처분을 이행하지 않는 경우의 불이익이나 처벌로 인한 예방효과가 크지 않을 수 있다. 관리 감독 기준을 강화하여 방문 및 입소자 대면조사가 이루어지도록 하며 시설의 개방성과 이용자 중심의 서비스제공여부를 평가하도록 모니터링 기준을 마련하도록 한다. 정신보건심의위원회에서도 시설을 방문 조사할 수 있도록 되어 있으나 비상설 협의체로 운영되고 있기 때문에 사실상 조사가 이루어지지 않고 있으므로 가급적 광역정신보건심의위원회와 연계조사를 진행하도록 하고 방문조사결과를 1개월 이내에 시·도지사에게 보고하는 의무를 부과하도록 한다. 인권침해 상황 등이 발견될 경우 즉시 행정 조치를 취하도록 하고, 방문조사 및 행정조치 결과에 대해 공개할 의무를 부과할 필요도 있다. 이와 같은 역할을 수행하기 위해 미국의 주정부들은 민간 또는 당사자 차원에서 권리옹호제도인 정신장

에인 P&A(Protection & Advocacy)시스템을 운영하고 있다. 우리나라에서도 정신장애인보호시설에서의 인권상황을 모니터링하기 위한 공적체계가 미흡한 점을 보완하기 위해서는 시설내 인권침해를 예방하고 피해자를 신속하게 파악하도록 P&A(Protection & Advocacy)시스템 도입을 고려하여야겠다.

■ 이용자의 알권리 보장 및 권리구제

『정신보건법』 제9조(정신보건시설의 설치·운영자의 의무) 정신보건시설의 설치 운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 정신보건법에 의한 권리와 권리의 행사에 대해 알릴 의무를 부과하고 있다. 『장애인차별금지및권리구제』 제30조에서는 복지시설의 장이 정당한 사유 없이 장애인을 의사결정과정에서 배제하지 못하도록 규정하고 있다. 그러나 정신의료기관이나 정신요양시설에 입원(소)하는 과정에서 대부분의 재원자들은 병원과 요양시설로부터 충분한 정보를 제공받지 못하며 형식적인 입원(소)신청(동의)서를 작성하는 경우가 많다. 정신의료기관의 경우 입원통지서에 환자의 법적 권리를 명시하고 있으나 정신요양시설의 경우는 입소동의서 양식에 권리고지조차 되고 있지 않다. 현재 입소 및 치료과정에서 당사자의 동의를 필요로 하는 경우는 법에서 정한 특수치료를 제외하고 대부분의 치료에 대한 동의를 요건으로 하고 있지 않다. 따라서 재원자들은 병원 또는 요양시설로부터 입원(소)사유, 서비스에 관한 정보, 처우개선 요구권, 계속입원(소) 심사 및 퇴원(소) 신청에 대한 권리를 제대로 고지 받지 못하고 있다.

우리나라의 경우에는 주요 인권 항목이 원칙적인 수준에서 정신보건사업지침의 지도감독사항으로 제시되어있을 뿐 법적 구속력이 없다. 따라서 지도감독은 행정부 재량에 따라 형식적으로 이루어지기 쉽다. 이러한 상황은 실장(방장)제도 존속, 미신고시설이 아직까지 남아있는 점, 화장실 등에 감시카메라가 설치된 시설들,

초과과밀 수용 실태, 과거 폐쇄형 시설보다 더욱 심각한 수용소형 시설 신축 결과 등에서 드러난다. 따라서 현재 정신보건지침에서 다루고 있는 관리감독기준 차원의 환자(이용자) 인권보호 및 권익보호 지침 내용을 국제기준에 따라 정신보건시설에 수용된 재원자들의 권리로써 정신보건법에 명시할 필요가 있다. 정신요양시설 입소시 모든 이용자에 대해 당사자가 참여한 가운데 의무적으로 입소동의 및 서비스이용 계약이 이루어지도록 한다. 입소 및 서비스 계약 표준안을 마련하여 공통양식으로 사용하도록 하며 계약내용에 대해 충분한 정보제공 및 시설생활과 관련한 권리고지가 이루어지도록 한다. 정신요양시설 내 재원자들의 권리항목을 게시판에 고지하도록 의무화하고, 입원동의서, 처우개선 신청서 등 관련 서식과 함께 이의제기를 위한 진정서 양식을 배치하도록 의무화 하여 이의제기 및 권리구제절차에 대한 접근성을 강화한다.

■ 생활지원 및 보호 기능의 전문화를 위한 인력기준 및 처우

현재 정신요양시설에는 전문의료진과 정신보건전문인력이 적정하게 배치되어 있지 못한 상황이다. 정신요양시설의 인력기준과 처우수준을 살펴보면 요양과 사회복지촉진을 위한 훈련을 제공하기 위한 시설의 기능에 비해 전문적인 서비스를 제공하도록 훈련을 받은 정신보건전문가들이 확보되기 어려운 실정이다. 정신보건전문요원 1인 이외에 상시적인 프로그램 지원을 할 전문인력이 부족하며, 그나마 시설장이 겸하는 경우에는 별도의 전문요원을 두지 않을 수 있다. 또한 간호사가 정신보건전문요원 업무를 겸할 수 있도록 되어 있어 의료인력 이외에 사회복지 지원을 위한 사회복지 전문인력이 배치되지 않는 경우도 가능하다. 정신과 전문의도 촉탁의 제도에 따라 상근이 아닌 주 8시간 이상근무로만 제시되어 있다. 정신과 촉탁의 한 명이 한 달에 1~4회씩 평균 수백명의 입소자 진료를 담당하면서 장기요양으로 인한 정신과적, 내과적 의료문제에 대한 치료적 접근성이 용이하지 않

을 수 있다. 정신요양시설에서 생활하는 정신장애인들에게 적절한 의료, 전문적인 복지서비스를 제공하기 위한 적정수의 의료진과 정신보건전문인력기준에 관한 규정을 법에 명시하고 이를 확충하기 위한 방안을 마련할 필요가 있다. 아울러 정신요양시설의 종사자에 관한 처우는 별도의 조항없이 시도내 생활시설 인건비에 준하도록 되어 있으며 수당 등은 시설장 재량에 따르는 경우가 많기 때문에, 정신요양시설 종사자의 처우개선을 위한 조항도 마련할 필요가 있다.

3) 인권보호를 위한 장기요양보호체계의 재구조화

■ 대규모의 생활시설의 구조변화

정신보건시설에서 인권침해가 발생하는 근본적 이유는 정신보건시설의 대규모, 폐쇄적 구조 등 물리적 환경이라 할 수 있다. 현행법상 정신요양시설의 경우에 촉탁의 1인외 40인당 간호사 1인, 생활보조원 25인당 1인으로 되어있어 일정규모 이상을 유지해야 전문인력을 확보할 수 있도록 대규모 유인구조를 갖고 있다. 또한 한방에 10명 정도의 사람들이 생활하도록 허용한 현행 기준 역시 과밀한 수용으로 인한 문제점으로 이어지면서 시설내 학대와 폭력 등을 유발시키는 원인이 되고 있다. 특히 방장제도 등은 폐쇄적인 대규모 시설의 구조적 요인이 큰 것으로 파악되고 있다. 이에 따라 장기요양을 위해 쾌적하고 안정된 환경을 제공해야함에도 불구하고 지나치게 대규모시설로 운영되면서 시설관리차원에서 격리·강박 등 시설내 인권침해가 발생하기도 한다.

현행 법제도 및 운영 실태는 정신의료기관과 정신요양시설을 명확하게 구분하고 있지 못하다. 정신의료기관과 정신요양시설의 기능이 명확하게 구분될 필요성에 근거하여, 의료인력의 제한으로 치료를 충분히 받지 못한 정신요양시설 입소자 가운데 일부는 적절한 의료서비스제공이 가능한 정신병원에서 치료를 받도록 하

며, 정신요양시설은 지역사회 장기돌봄시설로 전환하도록 하는 안이다. 80% 이상의 재원자가 장기재원중인 실태를 개선하는 방안으로 정신의료기관은 본래 목적대로 급성 환자를 위한 단기 입원시설과 6개월까지 장기입원이 가능한 요양병원⁸⁾으로 이원화하여 운영하도록 한다. 정신요양시설을 정신병원으로 전환하는 안은 의료기관으로서의 전문성 확보차원에서 문제가 되어 정신보건법 제3차 개정(1997년 12월 31일, 법률 5486호)시 정신요양병원 조항이 삭제되면서 무효화된 바 있기 때문에, 장기요양병동은 정신병원의 일부를 기능전환하여 운영하도록 한다. 장기요양병동의 경우 정신요양시설에 비해 의료인력기준이 강화되어야 하나 다학문간 팀제를 통해 치료이외에 만성정신질환자의 복합적이고 다양한 욕구에 대하여 접근하는 것이 필요하다.

현행 정신요양시설은 규모 축소 등을 통해 보다 개방적이고 소규모화된 주거시설로 전환하여 장기돌봄이 필요한 만성 정신장애인을 위한 서비스를 제공하도록 한다. 현재의 사회복지시설은 일상생활에서 수발을 필요로 하는 고연령의 정신장애인과 심각한 수준의 증증 정신장애인들에게 충분한 수발과 재활서비스를 장기간 제공하기에는 부족하기 때문에 장기돌봄시설로서의 기능을 추가하여 정신장애인의 주거시설 선택의 폭을 확대하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 정신장애인 주거시설의 기능별 전문화를 통해, 수발과 재활을 중심으로 하는 요양보호의 기능을 갖는 돌봄시설과 일상적인 주거와 지지서비스를 제공하는 소규모주거시설, 사회복지훈련을 지원하기 위한 단기입시주거시설(transitional housing) 등 기능별로 주거시설을 확충하도록 하는 변화가 필요하다.

8) 노인장기요양의 경우에도 의료적 욕구가 큰 1,2등급 환자는 노인요양병원과 같이 전문의료인들이 상주하되 병실료를 대학병원의 80%로 책정하여 운영되는 시설에 6개월까지 입원하도록 하고 있다.

■ 지역사회 장기주거지원시설의 확충

정신요양시설의 구조적인 문제를 개선하기 위해서는 영국이나 미국 등 대부분의 국가에서는 대규모 폐쇄형 입소시설을 없애고 소규모 개방형 시설에서 장기돌봄 및 주거지원서비스를 받을 수 있도록 개선해왔다. 호주에서는 입원병동에서 퇴원한 후에 좀 더 치료와 보호가 필요한 경우에 1~2년간 머무를 수 있는 장기보호시설(Continuing care units)을 운영하고 있다. 일반적으로 25명 내외가 생활하는 시설에 20명 내외의 직원이 일하며 의료적 욕구가 많은 거주자를 위해 간호사가 24시간 근무하도록 하고 있다. 우리나라에서도 정신장애인 요양시설 서비스의 기능과 역할에 대한 전반적인 재검토와 함께, 만성 정신장애인의 요양(nursing)과 돌봄(care), 주거지원(housing)이 가능한 시설의 규모로 전환할 필요가 있다. 거주지나 기타 지역사회지지체계가 없기 때문에 실질적인 사회복귀가 어려웠던 장기재원자들의 경우 지역의 개방적 환경에서 장기적으로 생활하면서 불필요한 입원이나 입소를 줄일 수 있어 정신병상감소와 의료재정에 긍정적 기여를 할 수 있기 때문이다. 이와 관련하여 보건복지부는 장애인시설을 2009년부터 30인 이하로 신축규모를 제한하고, 기존 대규모시설을 2013년까지 30인 이내 소규모시설로 전환할 계획⁹⁾을 발표한 바 있다. 기존 대규모시설의 소규모화는 자산대체 방식에 의해 기존 대규모 병원형 시설을 소규모 빌라형태로 재건축하거나, 소규모 시설로 분산 전환하는 방식으로 추진하는 방안이다. 그러나 정신요양시설의 경우에는 도심으로부터 멀리 떨어진 곳에 위치한 곳이 많기 때문에 지역사회 내 또는 지역사회와 근거리에서 개방적인 장기거주시설로 운영하고자 하는 목적과 일치하지 않아 이와 같은 기능전환이 어려우며 결과적으로 기존 시설에 대한 별도의 대책이 필요할 수 있다. 현행 300인 규모의 정신장애인 요양시설을 소규모의 정신장애인

9) 보건복지부는 장애인시설의 경우(현재 100명 이상의 대규모시설이 89개소 전체시설의 29.9%. 2006년 말 기준) 40인 이하의 '소규모 시설' 신축을 권장하고('08), 향후 신축규모를 30인 이하로 제한('09). 기존 대규모시설을 30인 이내 소규모시설로 전환(2013까지)하는 계획을 제시하였다.

생활시설로 단계적으로 축소하는 방안을 추진할 필요가 있으며, 이 때 정원 50인 이하의 시설로 운영되고 있는 입소생활시설(사회복지시설 유형중 정신질환자 생활시설)의 규모를 고려하여 30~50인 규모의 정신장애인장기주거지원시설을 설치하는 것을 고려할 수 있다. 현재 59개 시설에 입소해있는 11,072명(2013년 기준)을 30~50인 이하의 시설입소로 전환할 경우 220~370개소 가량 추가하여야 지역사회에 거주 공간을 확보할 수 있으며 여기에 현재 병원에 장기입원중인 만성정신질환자를 고려하면 그 이상의 주거시설이 설치되어야 가능하다. 또한 2008년 정신병원과 정신요양시설 재원자에 대한 조사결과 대다수의 재원자가 장기수용 또는 수용이 필요한 질환상태가 아닌 것으로 조사되었기 때문에, 이들 입소자의 일부는 시군구별 1개소 지원을 원칙으로 하는 10인 이하의 주거제공시설(사회복지시설 유형중 정신질환자 생활시설)이나 공동생활가정(사회복지시설 유형중 정신질환자 지역사회재활시설) 등에서의 주거지원이나 생활도 가능할 것이다.

한편 지역사회 중심의 정신장애인 보호체계가 마련되기 위해서는 재가 정신장애인에 대한 의료 및 생활지원서비스의 스펙트럼을 확대함으로써 지역사회중심 재가요양을 유도하면서 정신병원의 본래기능을 회복할 수 있는 방안을 동시에 마련하여야 한다. 일본의 경우 지역사회서비스를 개호 급부, 훈련 급부, 지역생활지원사업 등으로 나누고 있는데, 정신장애인의 경우 지체장애인과 달리 수발성격의 단순한 활동지원서비스보다는 (사회적응)훈련서비스와 지역생활지원 서비스 등이 장기재가돌봄의 중요한 서비스로 포함될 필요가 있다. 그러나 정신요양시설은 보건의료전달체계가 행정을 담당하고 있기 때문에, 재가돌봄에 필요한 포괄적인 서비스제공을 위해서는 보건과 복지서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 서비스전달체계의 구축이 수반되어야 한다. 특히 장애인장기요양보장제도가 활동지원 제도로 축소되었음에도 불구하고 장애인복지서비스전달체계를 통해 서비스의 접

근성을 확보하는 방안이 마련되어야 하겠다. 기능이 현저히 떨어지는 경우에는 장
 기주거시설에서 보호하지만 그 이외에는 지역사회 내 정신보건서비스네트워크를
 통해 사회복지시설이나 정신보건센터에서 제공하는 재활 프로그램을 이용함으로
 써 지역사회내 활동을 촉진시키도록 한다. 또한 정신장애인들의 최적의 치료를 받
 을 권리(정신보건법 제2조 2항)가 충분히 보장받지 못하는 것으로 지적되고 있는
 정신요양시설의 촉탁의제도는 지역사회내에서 정신장애인에 대한 포괄적이며 지
 속적인 치료를 가능하게 하며 불필요한 입원을 예방하는 차원에서 주치의 제도로
 전환하는 것을 긍정적으로 검토할 수 있다(신영전, 2006).

■ 정신장애인 삶의 질 개선에 대한 정부의 책임성

정신보건법 제4조에서 국가와 지방자치단체가 정신장애인의 복지증진에 책임지
 도록 규정하고 있음에도 불구하고, 정신장애인의 보호는 가족과 민간에게 책임을
 과도한 책임이 지워지고 있다. 이는 치료를 위한 정신병원 설립은 강제조항(제8
 조)으로 되어 있으면서, 정신요양시설의 설치 및 운영은 임의조항으로 사회복지법
 인 및 기타 비영리 민간법인에 위임(제10조)하고 있다는 점에서도 나타난다. 정신
 장애는 만성적, 퇴행적 질환이기 때문에 지속적인 치료 및 재활 과정이 요구된다.
 또한 본인 의사와 상관없이 가정과 사회로부터 격리되어 시설에서 생활하는 장애
 인은 비장애인과 동등한 인간으로서의 지위를 갖고 있지만 인간으로 누려야 할
 기본적 권리와 자유의 많은 부분이 제한당하는 차별을 경험한다. 특히 사회적으로
 자신과 타인에게 해를 끼칠 가능성이 있다는 이유로 장기수용 구조 속에서 격리
 되어 치료를 받는 시설 정신장애인의 경우 일상적으로 심각한 인권의 사각지대에
 놓이는 경우가 많다. 지역사회보호체계를 중심으로 정신장애인 치료뿐만 아니라,
 요양, 재활, 복지 서비스가 국가의 적극적이고 주도적인 계획 하에 운영되고 민간
 은 이에 협력하는 체계를 만들어 가는 것이 바람직하다. 이와 같은 변화를 위해서

는 포괄적인 제도적 개선과 권리보장에 대한 국가차원의 의무를 강화하는 것이 강조된다. 외국의 경우, 정신장애인을 부적절한 시설 환경으로부터 지역사회로 탈시설화하는 과정에서, 정상화의 관점에서 이들이 필요로 하는 서비스를 제공하고 지역사회 중심의 서비스 환경을 총체적으로 조성하는 방향으로 법에 기반을 둔 제도적 변화를 강력히 이뤄왔다. 즉, 법·제도, 정부의 책임과 관리의 의무, 사회적 인식 등 복합적인 구조의 변화를 위한 국가 차원의 장기적이며 체계적인 접근이 정신장애인의 사회적 권리가 보장되는 사회로의 변화를 가져올 수 있다. 무엇보다 근거 없는 시설치료나 보호를 줄이고 지역사회 중심의 통합적 서비스를 제공할 국가의 존중과 보호의 의무 수준은 정신장애인의 생존이나 복지문제에 관심을 갖고 이들이 지역사회에서 살아가면서 겪는 실생활에서의 문제들에 대한 다양한 지원을 통해 구체화될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 국가인권위원회(2009). 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』.
- 김희연(2010). 『저소득 취약계층 건강보호 방안 연구』. 경기개발연구원.
- 박숙경(2005). 『미신고복지시설 인권실태 민관합동 조사결과보고』. 조건부신고복지시설 생활인 인권확보를 위한 공동대책위원회.
- 보건복지부(2013a). 『2013년 정신건강사업안내』.
- _____ (2013b). 정신보건법 전부개정안 보도자료(2013. 5. 21).
- _____ (2013c). 『2013년도 사회지시설 관리안내』.
- _____ (2012). 『2011 보건복지백서』.
- 서동우 외(2009). 『전국정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』. 한국보건사회연구원.
- 신영전(2006). 전국민 주치의제도의 새로운 접근, 『가정의학회지』, 27(5): 489-500.

- 신영전 외(2006). 『정신장애자 인권개선을 위한 법제연구』. 국가인권위원회.
- 정인원 외(2008). 『정신보건시설실태조사』, 국가인권위원회.
- 조형석(2008). 정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향. 『복지동향』, 120호: 34-43.
- 중앙정신보건사업지원단(2012). 『정신보건사업지원단 사업보고서』.
- 최일섭 외(2007). 『정신요양시설의 장기발전전략방안』. 한국정신요양협회.
- 홍선미 외(2009). 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축』. 국가인권위원회.
- Mental Illness Fellowship of Australia Inc(2007). The mental health service delivery framework in NSW. Mental Illness Fellowship Victoria.
- OECD(2010). OECD Health Data 2010. www.oecd.org/health/healthdata.
- World Health Organization(2009). Improving Health Systems and Services for Mental Health. Geneva: Switzerland, WHO Press.

토론

정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방향

우용호

(정신요양시설 정심원 원장)

정신장애인의 인권과 관련해서 환자와 가족 모두 원치 않는 고통을 받게 되는 것이 바로 지금의 현실이다. 정신장애인의 권익보호 차원에서 각종의 규제조치를 해 놓고 있지만 실제 정신보건시설에서는 적은 인력과 열악한 시설로 인해 정신 장애인에게 적절한 서비스를 제공하지 못하고 있는 실정이다.

정신장애인의 인권에 관해 정신보건시설 입장에서 살펴보면 정신보건법의 제정 이후 국내 정신장애인의 인권 문제는 대대적인 편견해소 캠페인과 정책상의 의지(사회복지시설평가, 인센티브 제도의 시행)로 상당한 진전을 보여 왔다. 그러나 여전히 정신장애인에 대한 인권 침해의 문제는 여전하다. 구체적인 인권 침해로는 여러 가지가 있지만 두 가지 큰 맥락적인 내용으로는 정신장애인의 인간다운 생활을 할 권리의 침해와 제도적 침해로 요약할 수 있다.

정신요양시설과 정신장애인에 대하여 위와 같은 인권침해 주장이 제기된 지 십 수 년이 지난 현재에도 정책적인 사항이나 시설 운영 전반에 관한 측면에서 크게 개선된 부분은 아직도 미비하다. 현재 정신요양시설은 대내외적인 정책 변화에 영

향을 받아 외부환경 측면(법, 제도, 정책), 내부적 측면(정체성 및 전문성), 지역사회 관계측면(교류 및 개방)에서 문제에 직면하여 있으며 그에 관한 개선이 요구되는 상황이다.

정신요양시설이 향후 정신보건 정책 방향에 능동적으로 대처하고 적응 방안을 모색하기 위해서는 관련법과 정부의 정신보건정책 방향을 정확하게 파악하고 정부의 정책적 측면에서 급변하는 정신보건 서비스 전달 체계를 파악하는 것이 매우 중요하다. 이러한 사항을 고려하여 정신요양시설이 앞으로 나아가야 할 방향으로 몇 가지 희망적인 방안을 제시하고자 한다.

정신요양시설은 정신보건법에 의해 설치된 시설로서 지역사회에서 의뢰된 정신장애인을 입소시켜서 재활과 요양 그리고 사회복귀 촉진을 위한 훈련을 위한 다양한 기능을 하고 있는 중요한 시설임에도 불구하고 현재 정신요양시설은 타 사회복지 시설에 비해 재정, 인력, 시설 측면에서 열악한 상황을 면치 못하고 있는 실정이다.

하여 본 토론회에서는 정신요양시설의 제도적 보완과 장기적인 발전방향을 모색함으로써 정신요양시설 뿐만 아니라 나아가 정신보건 정책 체계가 정신장애인의 욕구에 합당하고 제도적으로도 발전적이고 합리적인 방향이 제시되었으면 하는 바램이다.

1. 정신요양시설의 이슈 및 문제점

가. 현황 및 문제점

1) 역사적 배경

1995년 정신보건법 제정당시 정신요양시설을 정신보건시설로 분류하고 7년의 유예기간을 두고 정신요양병원 또는 사회복지시설로 전환하도록 하였다. 그러나 정신병원으로 전환 시 소요되는 재정적인 부담을 이유로 1997년 전환 했거나 전환 중인 정신요양시설에 대해서만 1999년까지 전환을 허용한다는 방식으로 관련 조항이 개정되면서 지금의 형태로 존속 하게 되었다.

1996년 말 총 78개소였던 정신요양시설이 1999년 말까지 21개소가 민간 정신병원으로, 1개소는 사회복지시설로 전환하였으며, 2013년 현재 전국에 59개의 정신요양시설이 운영되고 있으며 총 10,940명의 정신장애인이 입소하여 생활하고 있다.

2) 정신요양시설의 기능불명확

현재 정신보건법(제3조 제5호)은 정신요양시설을 정신장애인의 요양과 사회복지촉진을 위한 훈련을 행하는 시설로 규정하고 있어, 정신의료기관과 사회복지시설의 중간단계 시설로 기능하도록 하고 있다.

그러나 2011년 정신요양시설의 입소자의 67%가 5년 이상 장기입소자이며, 31.6%가 무연고자로 사회적·가족적 지지체계가 부족한 만성정신장애인에게 의식주와 기본적인 의료서비스를 제공하는 장기거주시설의 기능을 하고 있다.

2011년 기준 입소자의 진단별 분포를 보면 조현병(정신분열병)이 86%, 조울병 1.4%, 우울증 0.7%, 알코올중독 1.5%, 지적장애 5.4%, 치매 0.2%, 간질 1.2%, 기타

3.6% 등으로 나타나 다양한 진단을 가진 사람들이 정신요양시설에 입소해 있지만 제공되는 서비스는 다양한 진단의 욕구에 부응할 수 있을 정도로 다양하게 제공되지는 못하고 있다.

현재 정신요양시설의 법적 규정 및 입소자의 특성을 살펴볼 때 정신의료기관, 사회복지시설과 서비스 차별성을 찾아보기 힘들어 입소자의 임상증상, 사회적 기능, 사회적 지지체계 등을 고려한 시설 기능 개편 및 이에 따른 입소자의 재분류가 필요하다.

3) 부적절한 장기입소

장기입원에 대한 중앙정신보건사업지원단(2012년)의 조사결과 자료를 보자면 정신요양시설의 경우 5년 이상 장기입소자가 66.95%(7,642명)이고 평균 재원기간이 3,539일(9년 7개월)에 이르며 정신장애인 대다수가 정신요양시설에 한번 입소하면 평생을 시설에서 생활할 가능성이 높게 보인다. 또한 아래 <표 1> 인구 10만 명당 정신의료기관(정신보건시설) 입원환자 수 및 비율표에서 의료급여 1종의 정신장애인의 건강보험대비정신의료기관 입원률이 72.8%(3,555명)이며, 정신보건시설 입원률이 95.8%(5,011명)로 조사되었다. 이는 정신장애인의 임상증상을 기준으로 할 경우 입소자들이 정신과적 치료 목적 보다는 퇴원 후 경제적 어려움과 거주지 문제로 장기 입원해 있다고 판단되므로 이들을 위한 장기거주 기능이 포함된 장기요양 시설이 필요하며, 현재 입원 중인 정신장애인을 재분류하여 할 필요가 있다.

〈표 1〉 인구 10만명 당 정신의료기관(정신보건시설) 입원환자수 및 비율표

(단위: 명, %)

정신의료기관 (정신보건시설)		인구 10만명당 정신의료기관 입원 환자수(정신요양시설 포함) 및 상대적비율					
	입원(입소) 환자수	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
건강보험	24,065 (25,784)	30.6 (35.7)	33.4 (37.3)	34.6 (38.6)	41.2 (44.7)	45.4 (48.6)	48.8 (52.3)
의료급여 1종	38,652 (54,483)	3,103.3 (4,649.3)	2998.2 (4311.3)	3172.5 (4530.5)	3280.2 (5024.4)	3171.8 (4858.4)	3555.0 (5011.0)
건강보험대비 입원율		101.4 (130.2)	89.8 (115.6)	91.7 (117.4)	79.6 (112.4)	69.9 (100.0)	72.8 (95.8)
의료급여 2종	2,611 (2,627)	561.9 (583.0)	577.9 (578.5)	595.6 (608.1)	485.7 (486.8)	477.1 (522.2)	500.0 (503.1)
건강보험대비입원율		18.4 (16.3)	17.3 (15.5)	17.2 (15.8)	11.8 (10.9)	10.5 (10.7)	10.2 (9.6)

* 자료: 2011년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.

4) 낮은 수준의 치료 및 재활서비스

전국 59개 정신요양시설의 정원은 평균 241명 정도이나 대부분의 시설이 시설 내에 정신과 전문의가 상주하지 않고, 촉탁의가 주1회 정도 정신요양시설을 직접 방문하여 다수의 입소자를 진료함으로써 치료의 질적 저하가 우려되는 실정이다. 또한 정신장애인의 재활서비스 및 직업재활서비스 등의 재활훈련에 필요한 인적자원이 다른 직능 사회복지생활시설에 비해 정신요양시설이 열악하다.

〈표 2〉 사회복지생활시설별 인력지원 기준

구 분	시 설	정신요양시설	장애인생활시설	노인요양시설 (30인 이상)
①	간호사	68인당 2인	1명	25명당 1명
②	생활지도원 또는 생활복지사	28인당 2인	5인당 1명	-
③	사무원	시설당 2인 (100명 이상)	30인 이상 1명	-
④	정신보건전문요원	시설당 1인 (남, 여 각 1인)	-	-
⑤	작업지도원	시설당 1인	-	-
⑥	사회재활교사	-	30인 이상 1명	-
⑦	작업치료사	-	30인당 1명	또는 물리치료사 1명
⑧	요양보호사	-	-	2.5명당 1명

〈표 2〉에서 ①, ②, ⑧이 정신장애인의 일상생활을 지원할 수 있는 직접적인 인력기준이라고 볼 수 있는데 예를 들어 100명의 클라이언트를 모시고 생활한다면 정신요양시설의 경우 단수를 적용하여 12명, 사회복지시설의 경우 14명, 장애인생활시설의 경우 21명, 노인요양시설이 44명으로 다른 사회복지 생활시설에 비해 정신장애인의 생활안정과 지원에 필요한 인력지원기준이 위와 같이 정신요양시설이 가장 열악하다는 것을 알 수 있다. 이는 최소한의 전문 인력으로 시설을 운영하도록 하고 있어 사회복지훈련 및 재활서비스 제공에 한계가 있다.

이에 적절한 치료가 이루어지기 위해서는 입소자가 직접 병·의원을 방문하여 진료 받도록 하여 진료의 질 향상 및 입소자의 외출 빈도와 진료 접근성을 높일 필요가 있고, 사회복지 훈련이 필요한 대상자는 다수의 전문 인력이 배치되어 정신요양시설에서 양질의 사회복지훈련이 이루어 질 수 있도록 할 필요가 있다.

2. 정신요양시설의 발전방향에 대한 제안

1) 정신요양시설의 명확한 기능 정립

정신요양시설에는 요양이나 사회복지서비스가 아닌 치료를 요하는 만성 정신장애인들이 함께 있어 정신의료기관에 준하는 장기 폐쇄병상을 운영하는 경우가 많다. 그럼에도 정신요양시설은 치료기관이 아니기 때문에 정신장애인에게 충분한 의료적 서비스를 제공해 주지도 못하고 있는 현실이다. 또한 정신요양시설이 정신의료기관과 사회복지시설 중간 서비스 전달체계로서 정신의료기관에서 의뢰된 만성 정신장애인을 입소시켜서 폐쇄병동이 아닌 개방시설에서 요양하게 하면서 전문적으로 사회복지훈련을 시켜서 지역사회로 복귀시키는 기능을 해야 한다. 그러나 실제로 정신요양시설에 있는 정신장애인들은 지역사회에서 스스로 살아갈 능력이 없거나, 연고가 없는 분들이 많으며 가족의 지지체계가 매우 낮은 사람들이 대부분이기 때문에 지역사회로 복귀하기 보다는 장기 입소자로 남는 경우가 대부분이다.

이러한 문제를 해결하는 방법으로 정신의료기관은 급성 정신장애인을 위한 단기치료기관으로 정신요양시설은 만성 정신장애인을 위한 장기 거주시설로 기능할 수 있도록 재편성하여야 한다고 본다.

정신요양시설에 입소중인 정신장애인 재배치 분류를 통해 입소자 본인의 결정, 임상증상, 사회적기능, 지지체계 등을 고려하여 정신요양시설에 입소하고 있는 대상자를 의료적치료 대상자군(그룹1), 장기요양보호 및 거주대상자군(그룹2), 사회복지훈련 대상자군(그룹3)으로 분류하여 그룹2, 그룹3에게는 만성정신장애인을 위한 요양, 거주, 사회복지지원을 제공하고 그룹1은 현재보다 더 적극적인 촉탁의

제도와 외래진료를 통해 치료를 받을 수 있도록 시설편제 및 인력구조 등을 개편해야 할 필요가 있다.

정신요양시설의 장기거주시설로의 기능 개편은 현재의 정신보건 전달체계가 안고 있는 단선적 케어 시스템의 한계를 극복해줄 수 있다. 정신장애는 재발 위험성이 높고 만성화되는 경향이 크므로 재발과 안정을 반복하는 정신장애인의 특성이 고려 될 수 있는 케어 시스템이 필요하다. 그러나 현재의 케어 시스템은 정신의료기관이나 정신요양시설에 입소(입원) 한 후, 어느 정도 정신적 증상이 안정화 되면 지역사회로 복귀시키는 단선적 과정을 전제로 구성되어 있다.

이에 정신장애인이 자기결정권을 가지고 지역사회내의 주거시설에서 생활한다면 장기입원환자가 차지하는 정신의료기관의 병상을 감소시켜 고비용의 입원의료를 줄임으로써, 사회적비용의 경제적 효율을 가져올 수 있다.

〈표 3〉 정신의료기관의 정신질환 입원 수가 및 식대

입원기간 기관등급	1일당 정액수가		
	입원후 1~180일	입원후 181~360일	입원후 361일 이상
G1(종합병원)	51,000원	48,450원	45,900원
G2	47,000원	44,650원	42,300원
G3	37,000원	35,150원	33,300원
G4	33,000원	31,350원	29,700원
G5	30,800원	29,260원	27,720원

구분	일반식 (산모식 포함)	치료식(완제품으로 된 경관유동식 포함)	멸균식	분 유
금액	3,390원 (1식당)	4,030원 (1식당)	9,950원 (1식당)	1,900원 (1일당)

* 자료: 보건복지부 고시 제2013-133호, 2013.10.1. 시행.

위 <표 3> 정신의료기관의 정신질환 입원 수가 및 식대표를 참고로 정신장애인들이 정신의료기관에 입원하였을 경우를 가정하여 사회적비용을 계산을 해보자면, 정신의료기관 중 가장 많은 G2등급의 정신의료기관에 입원 후 181~360일 1일당 정액수가 44,650원을 적용하여 1개월(30일) 입원수가는 1,339,500원이며 식비 305,100원(일반식)으로 총 1,644,600원 정신장애인 1인당 매월 사회적비용이 지출되는 것으로 계산된다. 이 계산은 여러 가지 경우의 수가 적용되지 않은 일반적 계산이지만 이 결과 값만으로도 정신장애인이 지역사회 및 주거시설에서 생활하였을 경우 사회적 비용을 줄일 수 있는 것으로 파악 할 수 있다.

국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)수립 자료에서 정신과 요양급여 항목의 신설을 통해 입원에 투입되는 재정을 지역서비스로 전환하는 것을 검토하고 정신과 요양급여 항목의 신설과 이에 대한 수가 책정을 주요 전략으로 제시하고 있다.

2012년 심사평가원의 통계자료에 의하면 정신의료기관의 경우 급성기 치료를 마치고 퇴원한 정신장애인이 7일 이내에 재입원하는 확률이 약 54%로 조사 되었으며, 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)수립 자료에서는 대부분의 정신의료기관은 수용 위주의 장기입원형태를 취하고 있으며, 2009년을 기준으로 정신의료기관의 평균입원일수는 161일로, 평균 재원 기간이 10~35일 수준인 다른 OECD 국가들에 비해서 지나치게 높은 편이다. 또한 2010년 전국 시군구의 정신보건센터가 약 160개가 설치되었지만, 정신의료기관의 병상 수는 여전히 증가하는 경향을 보이고 있으며, 이는 정신보건법의 영향력 범위의 한계와 더불어 분리된 재정조달체계에 기인한 모순적 결과라고 견해를 밝히고 있다.

〈표 4〉 정신의료기관 정신병상수의 변화추이

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
정신 의료 기관	국·공립	7,805 (404)	7,829 (405)	7,956 (412)	7,781 (403)	7,833 (406)	7,940 (411)	8,043 (417)	7,363 (382)	7,978 (413)	7,815 (405)
	사립	21,880 (2,140)	21,866 (2,139)	33,395 (2,180)	22,463 (2,198)	23,856 (2,334)	24,618 (2,409)	28,384 (2,777)	37,922 (3,711)	34,525 (3,378)	46,820 (4,581)
	소계	29,685 (1,005)	30,277 (1025)	30,240 (1,024)	30,244 (1,028)	31,689 (1,073)	32,558 (1,103)	36,427 (1,234)	45,285 (1,534)	42,503 (1,440)	54,635 (1,851)
정신 의료 시설	(종합)병원 정신과	16,188 (784)	18,170 (880)	18,841 (880)	21,736 (1,053)	26,773 (1,297)	29,335 (1,421)	25,667 (1250)	20,004 (969)	26,342 (1,276)	19,479 (944)
	정신과 의원	3,995 (366)	3,696 (338)	4,310 (395)	6,170 (566)	5,298 (486)	6,360 (583)	7,608 (697)	7,089 (650)	6,569 (602)	5,898 (541)
	소계	20,183 (640)	21,866 (693)	23,151 (734)	27,906 (885)	32,071 (1,017)	35,695 (1,131)	33,275 (1,055)	27,093 (859)	32,911 (1,043)	25,377 (804)
소 계		49,868 (817)	52,143 (853)	53,391 (921)	58,150 (952)	63,760 (1,044)	68,253 (1,118)	69,702 (1,141)	72,378 (1,185)	75,414 (1,235)	80,012 (1,310)
정신요양시설		13,840 (166)	13,886 (166)	13,850 (166)	14,049 (168)	14,296 (171)	14,609 (175)	14,235 (170)	14,325 (172)	14,145 (169)	13,920 (167)
총 계		63,708 (444)	66,029 (460)	67,241 (469)	72,199 (505)	78,056 (547)	82,862 (573)	83,937 (581)	86,703 (600)	89,559 (620)	93,932 (650)
전체인구		47,640 (118)	47,925 (118)	48,199 (119)	48,294 (120)	48,497 (120)	49,269 (122)	48,877 (121)	49,773 (123)	50,515 (125)	50,734 (126)

* 출처: 2011년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.

위 <표 4> 정신의료기관 정신병상수의 변화추이를 보면 정신요양시설은 지속적으로 정신병상수가 감소하는 반면, 정신의료기관은 꾸준히 병상수가 증가되는 것으로 조사 되었다. 이에 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)수립에서는 만성병원에서 재원적절성이 낮은 이유로 환자의 보호자 측과 병원 측 모두 퇴원에 대한 필요성이 적기 때문이며, 국가인권위원회 보고서에 의하면 입원을 지속시키는 강력한 요인 두 가지로 의료급여 1종과 보호자 동의입원으로 분석하였으며, 정신의료기관에 6개월 이상 장기 입원하고 있는 환자의 보호자 중 49.2%는 이들에게 주거

시설이 제안되었을 때 퇴원을 고려한다는 결과를 보고하고 있다.

2) 정신요양시설의 사회복귀훈련(직업재활훈련) 기능의 활성화 필요

지역사회정신보건 사업의 목표는 정신장애인이 지역사회에서 지원적 서비스를 이용하면서 기능을 유지하고 최종적으로는 취업을 통하여 사회통합을 구현하는 것이라고 볼 수 있다. 하지만 우리나라의 경우 장애인 직업재활 서비스는 전반적으로 부족한 상황이며, 정신장애인을 위한 직업재활 서비스는 특화되어 있지 못한 상황이다. 2004년부터 2008년에 이르기까지 장애인 직업재활 시설은 236개소에서 364개소로 증가하였으나 지역사회 거주 정신장애인이 참여할 수 있는 직업 훈련 프로그램 2004년 10개소에서 2008년 13개로 증가해 수적인 면에서나 증가폭에 있어서 미미한 수준이다. 즉 우리나라 직업재활 프로그램은 재활훈련을 제공할 수 있는 기관의 수가 상대적으로 부족한 것이다(국가정신보건 5개년 계획수립, 2010).

〈표 5〉 사회복지시설별 프로그램비 지원비교표

구분	장애인직업재활시설 (2010년 기준)	정신요양시설 (2013년 기준)
프로그램 지원 보조금	최고 243,000원/1인	16개 시·도 중 4개 지역 지원 서울 3개소 185,760원/1인, 연 부산 3개소 1,000,000원/시설당, 연 울산 1개소 1,340,000원/시설당, 월 전북 4개소 80,000원/1인, 연 * 정신요양시설 59개소 중 48개소는 프로그램 지원보조금 전무.

위 <표 5> 사회복지시설별 프로그램비 지원비교표에서 정신요양시설 59개소 중 48개소가 프로그램예산을 지원 받지 못하고 있으며, 지원 받고 있는 11개소도 다

양한 정신사회재활프로그램 등의 소요되는 예산을 고려한다면 직업재활훈련을 시행하기에는 재정적 부담과 직업재활훈련 전문 인력의 부족으로 사회복귀훈련의 기능을 할 수 없는 것으로 파악되었다. 이에 정신장애인의 성공적인 사회복귀 훈련과 정신장애인의 직업재활 훈련시설의 부족 현상 해소 및 중증정신장애인에 대한 양질의 사회재활서비스 제공을 위해서는 사회재활프로그램(직업훈련)예산, 전문인력의 지원, 지리적접근성을 확보할 수 있는 이동수단 등을 정신요양시설에 제공함으로써 정신보건법상의 사회복귀촉진을 위한 훈련시설의 본 기능을 강화 및 활성화시킴으로써, 치료 및 재활을 위한 서비스의 중복적 운영과 이로 인해 발생되고 있는 행정력 및 사회적비용을 경감시킬 수 있을 것으로 본다.

3) 고령(노인) 정신질환자에 대한 대안마련

아래 <표 6> 입원(입소)환자의 연령별 분포도를 보면, 정신의료기관 및 정신보건시설의 입원(입소)환자의 분포도를 보면 50세 이상의 정신장애인이 54.9%(42,935명)으로 정신장애인 고령화가 진행되고 있는 것으로 파악 할 수 있다.

<표 6> 입원(입소)환자의 연령별 분포도

(단위: 명, %)

	전체	중간 연령	10세 미만	10~ 19세	20~ 29세	30~ 39세	40~ 49세	50~ 59세	60~ 64세	65세 이상	미상
2006 총계	65,498 (100.0)	45.91세	78 (0.1)	738 (1.1)	4,168 (6.4)	13,060 (19.9)	21,418 (32.7)	15,033 (23.0)	5,236 (8.0)	5,767 (8.8)	-
2007 총계	66412 (100.0)	46.27세	19 (0.0)	689 (1.2)	3,801 (6.5)	11,850 (18.8)	21,604 (32.3)	16,458 (23.4)	5,272 (7.5)	6,609 (9.9)	120 (0.2)
2008 총계	68,110 (100.0)	47.76세	10 (0.0)	762 (1.1)	3,708 (5.4)	10,919 (16.0)	21,391 (31.4)	17,978 (26.4)	5,521 (8.1)	7,338 (10.8)	483 (0.7)
2009 총계	70,815 (100.0)	48.64세	48 (0.1)	841 (1.2)	3,450 (4.9)	10,196 (14.4)	21,591 (30.5)	19,886 (28.1)	5,934 (8.4)	8,110 (11.5)	759 (1.1)

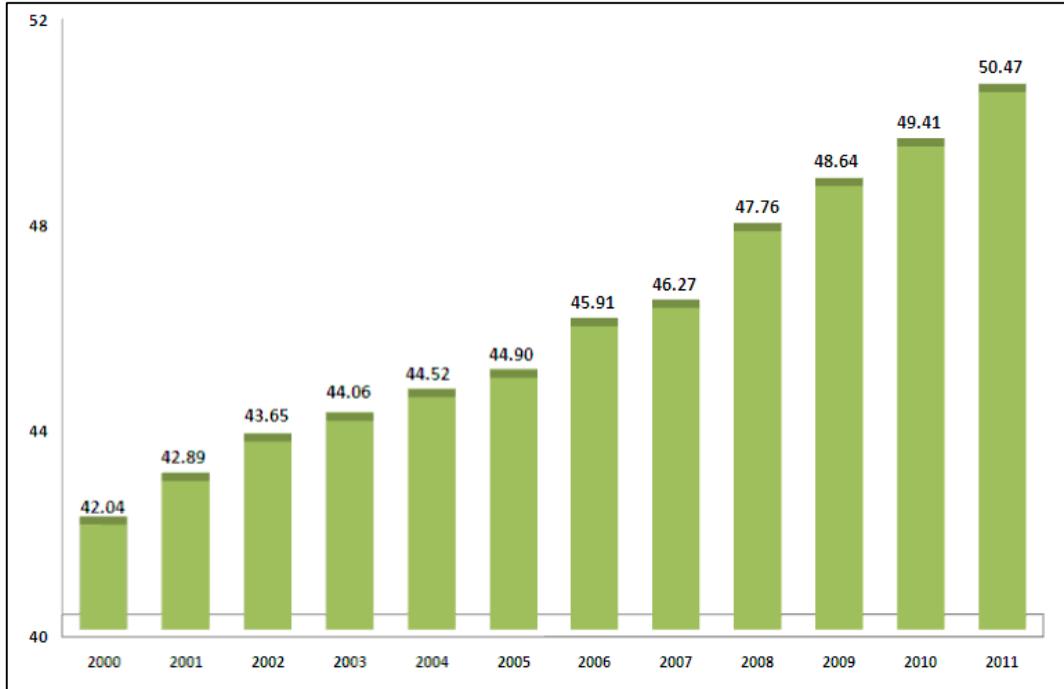
	전체	중간 연령	10세 미만	10~ 19세	20~ 29세	30~ 39세	40~ 49세	50~ 59세	60~ 64세	65세 이상	미상
2010 총계	75,282 (100.0)	49.41세	39 (0.1)	963 (1.3)	3,621 (4.8)	10,071 (13.4)	21,990 (29.2)	22,225 (29.5)	6,671 (8.9)	9,068 (12.0)	634 (0.8)
2011 총계	78,637 (100.0)	50.47세	8 (0.0)	943 (1.2)	3,458 (4.4)	9,376 (11.9)	21,917 (27.9)	24,571 (31.2)	7,339 (9.3)	10,520 (13.4)	505 (0.6)
국립 정신 병원	2,698 (100.0)	42.84세	- (0.0)	76 (2.8)	246 (9.1)	668 (24.8)	933 (34.6)	557 (20.6)	112 (4.2)	106 (3.9)	- (0.0)
공립 정신 병원	3,432 (100.0)	49.96세	- (0.0)	24 (0.7)	157 (4.6)	391 (11.4)	1,040 (30.3)	1,079 (31.4)	328 (9.6)	397 (11.6)	16 (0.5)
사립 정신 병원	39,361 (100.0)	50.41세	5 (0.0)	290 (0.7)	1,645 (4.2)	4,745 (12.1)	11,231 (28.5)	12,600 (32.0)	3,658 (9.3)	4,799 (12.2)	388 (1.0)
종합 병원 정신과	4,202 (100.0)	47.71세	- (0.0)	228 (5.4)	372 (8.9)	593 (14.1)	1,040 (24.8)	1,021 (24.3)	350 (8.3)	550 (13.1)	48 (1.1)
병원 정신과	12,243 (100.0)	51.83세	2 (0.0)	172 (1.4)	493 (4.0)	1,330 (10.9)	3,124 (25.5)	3,550 (29.0)	1,072 (8.8)	2,460 (20.1)	40 (0.3)
정신과 의원	5,287 (100.0)	48.59세	1 (0.0)	147 (2.8)	373 (7.1)	750 (14.2)	1,428 (27.0)	1,439 (27.2)	464 (8.8)	683 (12.9)	2 (0.0)
정신 요양 시설	11,414 (100.0)	52.48세	- -	6 (0.1)	172 (1.5)	899 (7.9)	3,121 (27.3)	4,325 (37.9)	1,355 (11.9)	1,525 (13.4)	11 (0.1)

* 출처: 2011년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.

또한, <표 7> 연도별 정신보건기관 입원환자의 중간연령 변화추이를 보면, 2000년 42.04세에서 2011년 50.47세로 고령화가 지속되고 있음을 예측 할 수 있다.

〈표 7〉 연도별 정신보건기관 입원환자의 중간연령 변화 추이

(단위: %)



* 출처: 2011년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.

이러한 현실로 인해 우리나라는 앞으로 10년이 채 지나지 않아 정신보건 사업에 있어 고령(노인)정신장애인에 대한 문제가 두각 될 것이다.

정신장애인의 고령화 현상에 대비하여, 이들을 위한 장기거주시설로써 기능 할 수 있도록 정신요양시설을 재정비할 필요성이 부각되고 있다. 노년기에 접어들고 있는 정신장애인을 위하여 노인보호서비스, 안전사고 예방 등 노인 친화적 주거시설이 갖추어질 수 있도록 하는 노력이 선행되어야 할 것이다. 만성적이고 장기적 문제에 노출되어 있는 정신장애 노인에 대한 지원이 매우 부족한 실정이므로 정신요양시설의 기능 개편 및 분리를 통한 정신장애 노인을 장기적으로 요양시키는 정신요양시설의 경우 현재의 중증장애인 생활시설과 같은 재정지원, 인력지원이

반드시 필요할 것이다. 또한 노인정신장애 생활시설의 노령입소자의 정신건강 및 생활의 안정을 도모할 수 있는 제도적 보완의 필요성이 시급하다.

참고문헌

- 국가인권위원회(2011). 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 김문근(2012). 정신장애인 장기요양서비스 정립방안 연구, <정신보건과 사회사업>, p.116~144.
- 김창곤(2000), 정신질환자의 인권-정신요양시설을 중심으로-, 정신보건사회사업학회 2000년 춘계학술대회, p.211~226.
- _____ (2000). 정신요양시설의 운영실태에 관한 일 고찰, 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료.
- 김철권(1999). 정신질환자의 인권, 정신보건 4(1), 한국정신사회재활협회.
- 박수천(1999). 정신보건법상의 인권, 정신보건4(1), 한국정신사회재활협회.
- 보건복지부 건강정책국 정신건강정책과(2013), 2013년 정신건강사업안내.
- 보건복지부 고시 제 2013-133호, 2013.10.1. 시행.
- 보건복지부(2010). 정신요양시설의 한국적 모형개발 연구-물리적 환경 및 운영 프로그램을 중심으로-.
- 중앙정신보건사업지원단(2011). 2011년도 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 최일섭·고기숙(2007). 정신장애인의 서비스 이용, 가족지지, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향-정신요양시설 거주 정신장애인을 중심으로, 정신보건과 사회사업, p.331~359.
- 한국정신요양협회(2008). 정신요양시설의 장기 발전 전략 방안 연구.

토론

정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방향 토론문

김문근
(대구대학교 교수)

1. 발제문에 대한 의견

홍선미 교수님의 발제문은 정신요양시설에 관한 총체적인 검토를 제공하고 있어 본 토론자가 그동안 정신요양시설에 관련된 제반 정책적 변화와 현황을 이해하는데 유용한 기초자료가 되었다. 무엇보다도 발제자가 정신요양시설의 기능과 정체성의 혼란에 관한 문제를 제기하고, 이와 더불어 정신요양시설의 서비스와 인권보장을 향상시키기 위한 제반 이슈에 대한 논의를 함께 다룸으로써 미시적 접근과 거시적 접근을 균형 있게 고려하고 있다는 점은 매우 인상적이었다.

본 토론자는 우선 거시적 차원에서 정신요양시설의 기능과 정체성 확립과 관련해 역사적 검토와 함께 노인과 장애인분야의 장기요양서비스 도입이라는 정책 환경의 변화를 고려하여 정신요양시설의 기능 및 정체성 확립 방안을 논의하였다. 아울러 정신보건법의 한계로 야기되는 정신요양시설 입·퇴소절차의 개선과 관련하여 논의를 보충하였다.

2. 국내 정신보건정책의 전개과정과 정신요양시설의 정체성 확립의 필요성

정신보건법 시행(1997)으로 인한 지역사회 정신재활시설(사회복지시설)의 도입, 정신장애를 법정장애로 규정한 장애인복지법 개정법률의 시행에 따른 정신장애인 등록 실시(2000), 국가인권위원회의 정신장애인인권 및 국가정신보건정책에 관한 관심과 옹호(2001~2009), 노인장기요양보장제도의 시행(2008)과 장애인차별금지법의 시행(2008), 장애인활동지원제도 시행(2011), 민법개정에 따른 성년후견제도 시행(2013) 등 정신장애인을 둘러싼 정책 환경은 지난 15년 동안 급변하였다. 이러한 정신장애인 정책 환경의 변화는 그만큼 정신요양시설의 전통적 기능과 운영방식에 있어서도 재검토를 요구하는 외부의 힘으로 작용하고 있는 것이 현실이다. 이제는 단순히 정신요양시설의 기능을 과거처럼 정신의료기관과 지역사회의 정신장애인서비스기관 사이의 중간기관으로 설정하고 때때로 치료, 요양, 사회복지를 위한 재활 등을 복합적으로 요구하는 것이 타당한지 의문시 되고 있다.

국내 정신보건정책의 전개과정에서 정신요양시설은 각각 상이한 기능 혹은 역할이 기대되었던 것으로 볼 수 있다. 따라서 현 시점에서 정신요양시설의 기능이나 역할에 대한 논의는 과거 정신요양시설이 어떠한 기능이나 역할을 요구받았는가를 고려하여야 할 것이다.

1983년 KBS 탐사보도프로그램 추적 60분 ‘긴급점검-기도원’을 통해 미인가 시설에 수용된 정신장애인의 인권침해가 이슈화될 당시 정신의료기관은 턱없이 부족하였고 정신요양시설은 정신질환자를 사회로부터 격리하여 집합적으로 보호하는 기능을 담당하였다. 하지만 1985년 이후 정부의 외국차관지원을 통해 민간 정신의료기관이 대대적으로 확충되기 시작하자 정신요양시설은 상대적으로 정신의료기관에 비해 치료적 기능이 부재하며 인권침해가 심각한 기관으로 인식되게 되었다. 1995년 정신보건법 제정 시에 정신요양시설은 정신의료기관으로 전환하거

나 사회복지시설로 전환하도록 규정했던 것은 당시 정신요양시설에 대한 정책당국의 관점이 매우 부정적이었으며, 정신요양시설은 치료기능이나 지역사회재활기능 어느 것에도 적합하지 않은 기관으로 인식되었음을 시사한다. 당시 지역정신보건기관의 확대와 정신의료기관의 치료에 관한 규정을 강화하고 있었기에 치료나 재활과는 거리가 있고 대규모 수용보호시설로만 인식되던 정신요양시설의 기능에 대해서도 재검토하는 계기가 되었을 것으로 보인다.

그러나 1997년 정신보건법 시행 후 곧 정신보건법 개정이 이루어졌고, 이때 정신요양시설의 정신의료기관 혹은 사회복지시설로 강제적 전환을 규정했던 법조항은 폐지되었다. 이러한 법개정을 통해 기존의 정신요양시설의 존치시켰던 것은 정책결정에 개입된 정치적 영향력의 결과일 수도 있겠고, 한편으로는 정신요양시설에 입소해 있던 정신장애인들에 대해 마땅한 보호의 대안이 없어 소극적 의미에서 정신요양시설이 그 기능과 역할을 인정받은 결과일 수도 있을 것이다.

하지만 발표자의 원고에서 인용된 바와 같이 1997년까지 증가하던 정신요양시설은 1998년부터 2000년에 걸쳐 정신요양시설 21개는 정신의료기관으로 전환하였고, 1개는 사회복지시설로 전환하였다. 정신요양시설의 정신의료기관으로 전환은 법률에 의한 강제가 아니라 자발적 결정이었으므로 정신요양시설보다는 정신의료기관이 시설운영주체로서는 비전문적 서비스를 제공한다는 오명을 벗을 수 있고, 재정적인 면에서도 더 매력이 있었을 개연성이 있다.

2000년 이후에는 정신보건법의 개정, 국가인권위원회의 정신장애인 인권옹호 노력, 시민사회의 관심 등이 어우러지면서 정신요양시설은 폐쇄적인 장기수용시설로서 인권보호의 사각지대가 아닌가 하는 우려의 대상이 되었다. 더불어 지역정신보건센터와 사회복지시설이 확대되면서 정신요양시설은 정신의료기관과 지역사회 정신보건기관 사이에서 중간자적 역할을 요구받게 된다. 현 정신보건법에서 정신요양시설에 대해 정신의료기관과 같은 입원규정을 적용하고, 재활 및 사회복지

귀를 위한 서비스까지 요구한 것은 정신요양시설에 대한 복합적이고도 모호한 역할기대를 보여준다.

현재 정신요양시설의 기능과 역할의 재정립은 정신보건정책 내부의 환경뿐만 아니라 장애인복지정책 및 사회정책 환경의 변화도 함께 고려하여 논의되어야 한다. 장애인복지 일반에서는 장애의 사회적 모델이 널리 수용되고 있으며, 대규모 시설을 소규모 지역사회시설로 전환하고, 장애인의 자립생활이 강조되고 있다. 뿐만 아니라 국내장애인권리협약의 발효(2006), 장애인차별금지 및 권리구제에 관한 법률의 시행(2008), 장애인활동지원제도의 도입(2011), 정신적 장애인과 관련 있는 성년후견제도의 시행(2013) 등 다양한 제도적 변화가 있었다. 이제 최중증 장애인이 아니라면 가급적 지역사회에서 소규모 주거를 제공하고 관련된 지원서비스들을 총동원하여 지원함으로써 지역사회에서의 통합된 생활을 보장하는 것이 장애인복지의 정책방향으로 굳어지고 있다.

이러한 정책환경의 변화를 고려할 때 여전히 전통적인 정신요양시설로서 기능하는 50여개의 시설들에 대해 어떠한 사회적 역할을 기대하는 것이 바람직한가? 이러한 정책환경의 변화를 논의로 한 채 정신요양시설에서 서비스 질의 향상과 인권보호의 향상을 논의하는 것은 근시안적이며, 결과적으로 정신요양시설이 정신장애인의 인권과 복지에 기여하도록 하는데 한계가 뚜렷하다.

3. 정신장애인 장기요양서비스와 정신요양시설의 기능정립

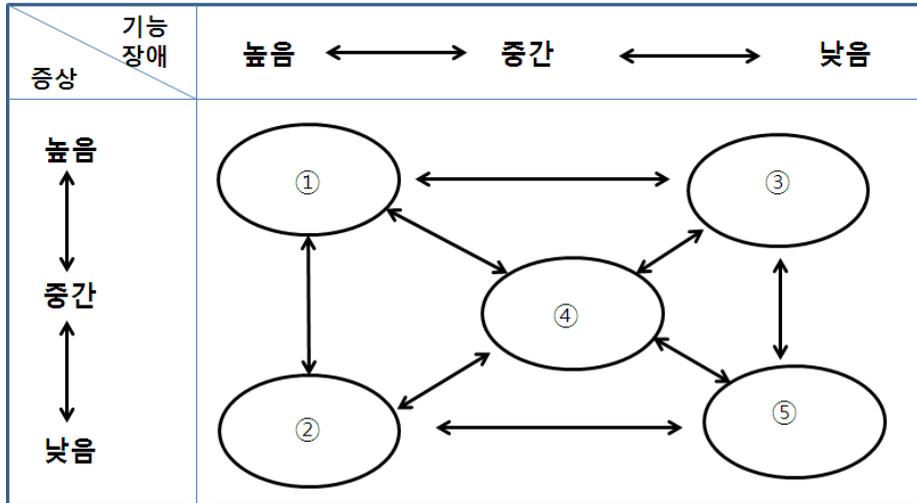
정신요양시설의 제반 문제점들은 정신요양시설의 본질적 기능과 정체성의 미확립에서 오는 혼란을 반영하고 있다. 앞서 검토한 바와 같이 정신요양시설은 정신보건정책의 전개과정에서 독립적으로 서비스 기능을 인정받기 보다는 정신의료기관과 지역사회재활기관 사이에 중간자적 위치에서 치료, 보호, 재활(사회복귀)이

라는 복합적 기능을 요구받았던 것이 사실이다. 입원치료와 시설수용 중심의 보호 체계에서 탈시설과 지역사회정신보건으로 정신보건정책의 흐름이 변경되는 해외의 경향과는 달리 국내에서는 입원치료 및 시설수용과 지역사회정신보건의 동시 확대로 있다. 더불어 장애인복지 일반과 정신적 장애인에 관한 제도적 환경의 변화로 인해 정신요양시설의 정체성 혼란은 가중되고 있다. 이러한 혼란을 해결하는 방안은 정신보건서비스 스펙트럼을 제대로 정립하는 것이다. 정신보건서비스 스펙트럼을 정립함에 있어 정신요양시설의 기능을 무엇으로 할 것인지는 노인장기요양보험제도의 시행, 장애인복지정책의 전반적 변화 방향과 일관되어야 할 필요성이 있다.

이런 관점에서 본 토론자는 정신질환이라는 손상과 정신장애라는 기능장애가 구별될 수 있음을 규명하고, 이 두 영역의 결합 양상에 따라 만성정신장애인에게 요구되는 장기요양서비스를 유형화 한 바 있다(김문근, 2012). 이러한 유형화에 근거하여 과거의 정신보건서비스의 이용행태를 살펴보면 정신의료기관의 증설로 입원병상이 어느 정도 확보된 이후에는 정신질환증상이 중간정도 이상이라면 대부분 정신의료기관에 일정기간 입원하여 치료 및 보호를 제공하는 것을 당연시하였다. [그림 1]의 ①, ③, ④에 걸쳐 있는 정신장애인들에게는 정신의료기관의 입원치료가 일차적 서비스로 간주되었다. 치료를 통해 어느 정도 증상이 완화되었으나 지역사회에서 돌볼 사람이 없거나 보호자가 있더라도 보호를 기피하는 경우에는 정신의료기관에 지속적으로 입원이 되거나 정신요양시설을 대안으로 이용하는 경향이 있었던 것이다. 이 과정에서 정신요양시설은 정신의료기관과 지역사회보호 사이의 중간적 성격을 요구받게 된 것이다. 하지만 정신요양시설 입소자의 입소기간이 장기화되는 이면에는 보호자가 없거나 보호자가 있더라도 지역사회의 정신장애인 보호 및 지원체계가 미비하여 보호자가 순수하게 보호의 책임을 전적으로 담당하기에는 너무나 부담이 과중한 현상과 관련이 있었을 것으로 추정되고 있다.

지역사회의 정신보건서비스 전달 인프라는 여전히 부족하고 미흡한 것이 사실이다. 농어촌지역의 경우 정신보건센터나 사회복지시설이 미설치된 곳이 많아 가족의 보호부담을 경감해 주기에는 한계가 있으며(김문근 외, 2013), 도시지역에서도 정신보건센터와 사회복지시설 간의 유기적 연계를 통해 외래치료 관리, 사회적 재활 및 직업재활 지원, 자립생활지원을 빠짐없이 제공하기에는 한계가 많다. 도시지역에서 정신보건센터나 사회복지시설을 중심으로 사례관리체계가 견실히 구축되기를 기대하고 있지만 현실은 그렇지가 못하다(이용표 외, 2012). 하지만 정신보건법이 제정된 1995년경에 비해 정신보건센터와 사회복지시설(주거제공 시설을 포함)은 대대적으로 확대되었고, 지역정신보건을 담당하는 주체들의 역량도 향상되었다. 따라서 정신건강관리와 재활서비스, 일상생활지원 등이 이루어진다면 지역사회 생활이 가능한 정신장애인이 지역사회와 격리된 정신요양시설에서 장기간 수용될 필요는 없다. 단지 일부 정신장애인에게는 지속적인 치료에도 불구하고 정신질환의 증상이 상당히 남아 있고, 일상생활기능장애 및 사회적 역할수행 상의 장애가 두드러지는 고연령 정신장애인에 대해서는 정신요양시설을 통한 보호 제공이 여전히 필요할 수도 있다. 기존의 노인장기요양시설이 치매환자뿐만 아니라 정신장애인도 보호할만한 역량을 갖추기 전에는 정신장애인을 위한 장기요양시설에 대한 필요도 제기될 수 있기 때문이다.

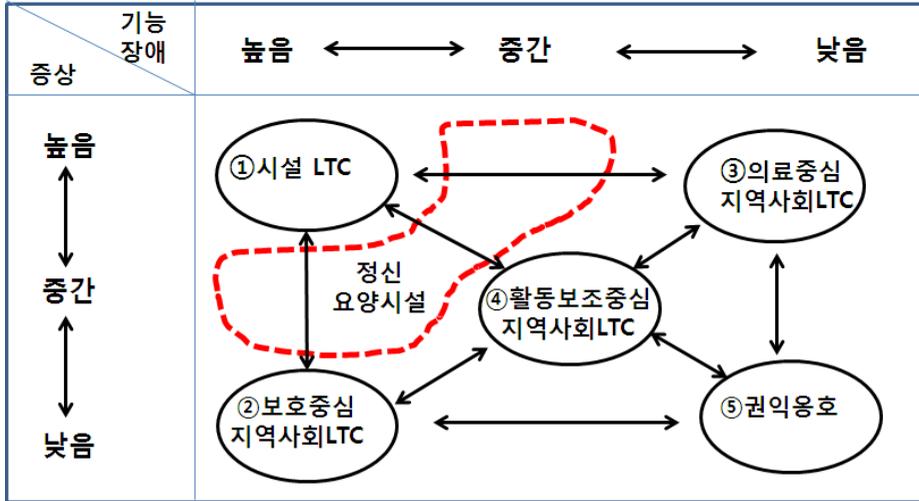
[그림 1] 정신장애인의 증상과 기능장애의 결합 유형



* 출처: 김문근(2012)의 그림을 기초로 함.

장애인분야에서는 지역사회 자립생활을 강조하며, 노인복지분야에서는 치매나 중풍 등으로 인해 중증기능장애가 있는 노인에 대해 시설요양보호를 제공하고 있다. 이러한 변화 속에서 정신요양시설의 기능 및 역할 정립은 부득불 만성정신장애인이 지닌 정신과적 증상과 기능장애가 어떻게 결합되는가에 따라 상이한 서비스를 유형화하여 매칭하는 논의를 통해 이루어져야 할 것이다. 본 토론자의 연구에 의하면 [그림 1]의 다양한 상황에 있는 정신장애인들에게는 [그림 2]와 같은 차별화된 장기요양서비스가 구축될 필요가 있는 것으로 나타났다(김문근, 2012).

[그림 2] 만성적인 장애의 양태와 적합한 장기요양서비스(LTC)유형



* 출처: 김문근(2012:128)의 그림을 수정함.

증상과 기능장애가 모두 심각한 ①번의 경우는 장기요양병원을 신설하여 그 기능을 할당하는 편이 바람직하다. 만일 정신요양시설이 증상과 기능장애가 모두 심각한 정신장애인을 보호하려 한다면 의료서비스관련 기준이 한층 강화될 필요가 있다. 이는 현행 정신요양시설이 의료시설이 아니라 사회복지시설로 간주되는 현실을 고려할 때 실현 가능성이 낮다.

정신요양시설이 여전히 사회복지시설로서 정체성을 가지면서 안정화된 정신질환증상 관리와 일상생활기능장애가 심각한 정신장애인을 위한 시설요양보호서비스 제공 시설로 자리매김하려 한다면 이에 적합한 집단은 [그림 1]의 ①과 ②의 중간지점에 위치하는 정신장애인, ①과 ③의 중간지점에 있는 정신장애인, ①과 ④의 중간지점에 해당하는 정신장애인들(점선 영역)을 대상으로 하여야 할 것이다. 그런데 흥미로운 점은 [그림 2]에서 보듯 이러한 영역은 정신의료기관을 기반으로 하는 정신장애인장기요양병원과 그 기능이 겹치거나 각각 보호, 활동보조, 치료관리에 중점을 둔 지역사회기반의 장기요양서비스(현재의 정신보건센터 및

사회복지시설의 일부 서비스 기능)와 기능이 중복될 우려가 있다. 따라서 아주 이상적인 관점에서 정신요양시설의 고유기능과 정체성을 확립하려면 현행 정신보건법의 치료 및 재활서비스 중심의 이분법적 접근을 지양하고, 치료, 재활(자립지원 포함), 요양이라는 삼분법적 접근을 채택할 필요가 있다. 정신보건법이 규정한 정신요양시설의 기능은 의료도 아니고 재활도 아닌 중간자적 위치에서 역할의 혼란을 부추길게 아니라 장기요양이라는 새로운 서비스를 규정함으로써 고유의 시설요양기능을 할당하는 방안을 고려할 필요가 있다(김문근, 2012). 그렇지 않다면 1999년 정신보건법 제정 당시 규정했던 바와 같이 정신요양병원으로 전환 또는 지역사회기반의 재활이나 장기요양서비스를 제공하는 사회복지시설로의 전환이 필요할 것이다.

4. 정신요양시설 서비스 개선과 입소절차의 개선

발제자는 정신요양시설의 서비스 및 인권보장을 개선하기 위해 상시적인 모니터링, 입소의 적절성 사정과 관리, 퇴소 보장, 시설 내 이용자의 알권리와 동의절차 등을 강조하였다. 이러한 제반 사항들은 재론의 여지가 없이 정신요양시설 운영자들의 자발적인 노력, 지방자치단체의 정기적인 모니터링과 평가, 국가인권위원회 및 정신장애인 인권옹호집단의 감시와 모니터링 등을 통해 다각적으로 추진되어야 할 것이다.

하지만 기존의 정신보건법 규정에 의한 권리보호, 국가인권위원회법에 의한 인권옹호, 인신보호법에 의한 법률적 구조, 사회복지사업법에 의한 시설평가 등은 어느 정도 정신요양시설에서의 인권보호와 서비스 향상에 기여하였지만 여전히 한계가 있었다. 정신보건법의 정신보건심판위원회, 국가인권위원회 제소, 인신보호법령의 법률구조, 사회복지사업법에 근거한 지방자치단체의 관리감독은 대개

인권침해와 같은 구체적 문제가 발생한 연후에 개입하는 정도에 그치고 있다. 예방적 차원에서 이루어지는 개입은 정신보건법 규정에 의한 종사자 인권교육 정도에 그치고 있다.

유독 정신장애인의 인권보호에 관해서만 이러한 한계가 두드러지는 이유는 무엇일까? 본 토론자는 정신장애인의 인권보호가 취약한 현실은 정신보건서비스를 규정하는 정신보건법이 정신장애에 관해 지니고 있는 인식론적 한계와 그로 인한 법규정의 한계와 관련이 있다고 본다(김문근, 2013). 첫째, 정신보건법은 ‘정신질환자’라는 명시적 용어를 사용함으로써 정신질환과 구별되는 정신장애를 인정하지 않는 경향이 있다. 정신질환과 구별되는 장애로서 정신장애가 존재하므로 정신질환과 구별되는 정신장애에 대한 재활, 자립지원, 장기요양 등의 서비스가 규정되어야 한다(김문근, 2012).

둘째, 정신보건법은 사회의 적절한 지원과 편의제공이 이루어지지 않아 발생하는 사회적 장애개념을 충분히 인정하지 않으며 치료법학의 논리에 치중하므로 정신장애인에 대한 차별금지와 권리옹호규정이 취약하다(김문근, 2013). 이는 국제장애인권리협약(2006), 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(2008)과 상치된다. 향후 정신보건법은 정신질환과 구별되는 정신장애를 규정하고, 장애인에게 보편적으로 적용되는 국제규범과 국내규범을 존중하여 정신장애인의 인권보호규정을 대폭 강화할 필요가 있다.

셋째, 현 정신보건법은 정신질환으로 인해 치료가 필요한 상태와 의사결정능력이 결여 또는 제한된 상태를 구별하여 규정하지 않고 있다(김문근, 2013). 개정민법에 의한 성년후견제도가 지난 7월부터 시행 중에 있다. 그렇다면 이제 정신질환이 있더라도 의사결정능력이 있다면 본인의 의사를 존중하여 자의입원 규정을 준용하고, 의사결정능력에 제한이 있다면 성년후견제도의 원칙을 준용하도록 정신보건법을 개정할 필요가 있다.

이러한 정신보건법 규정의 개정이 전제되어야 정신장애인을 장기간 수용·보호하는 정신요양시설의 서비스와 인권보호의 향상도 기대할 수 있을 것이다. 아래에서는 성년후견제도 시행을 고려하여 정신장애인의 정신요양시설 입소절차의 변화를 제안하고자 한다.

현행 정신보건법에 의하면 정신의료기관과 정신요양시설은 동일한 입원과 퇴원 규정을 적용하도록 하고 있어 정신요양시설로의 비자발적 입소 가능성은 여전히 높다. 이러한 현실에서 입소를 청구하는 자가 보호자든 지방자치단체의 장이든 정신장애인의 자발적인 의사를 존중하지 않을 개연성이 높다. 정신보건법을 엄밀히 해석한다면 입원은 자신과 타인에게 위해를 끼칠만한 정신질환에 걸려 있는 경우에 정신과 의사의 진단에 근거해 입원이 이루어지며, 입원을 허용하는 것은 치료를 통해 그러한 위험성을 완화, 해소할 수 있음을 기대하기 때문이다. 하지만 정신요양시설에서는 병원에 준하는 치료가 제공되지 않으므로 정신요양시설 입소에 대해 보호자나 지방자치단체장의 의사와 의사의 진단소견만으로 입소를 허용하는 것은 심각한 문제일 것이다.

특히 보호자가 없어 지방자치단체장의 결정으로 정신의료기관이나 정신요양시설에 입소하고 있는 정신장애인 중 의사결정능력이 미약한 사람들에 대해서는 민법의 성년후견제도에 근거하여 공공성년후견인 지정이 필요하다. 그동안 정신보건법은 무연고 정신장애인에 대해 일상적인 후견을 담당할 주체가 없어 지방자치단체장의 신청에 의해 정신의료기관에 입원하거나 정신요양시설에 입소시켜 장기간 수용보호를 제공하도록 허용함으로써 정신장애인의 시설수용을 조장한 면이 없지 않다. 이제 지방자치단체장은 민법의 규정에 근거하여 필요하다면 성년후견을 신청하여 가정법원의 결정에 따라 공공성년후견을 제공하도록 하여야 할 것이다. 성년후견인이 지정된다면 그들의 지원을 통해 정신장애인들은 지역사회 의 소규모 주거시설과 지역사회재활시설 이용을 병행함으로써 지역사회 복귀가 가능해

질 것이다.

민법 제947조의2를 준용한다면 가정법원의 결정으로 성년후견이나 한정후견 상태에 있는 정신장애인의 정신요양시설 입소를 위해서는 성년후견인이 가정법원의 허가가 필요하다. 즉, 성년후견인이라 하더라도 스스로 정신장애인의 정신의료기관 입원이나 정신요양시설 입소를 결정할 수는 없고, 가정법원의 승인을 얻어야 하므로 비자발적인 정신의료기관 및 정신요양시설 입소는 어느 정도 억제하는 효과가 있을 것으로 기대된다. 이러한 민법 규정에 근거한 성년후견제도는 지역사회에 거주하는 무의무탁한 정신장애인의 정신요양시설 입소를 억제하는 장치로 기능할 수 있을 것으로 기대된다. 뿐만 아니라 정신요양시설에 입소하고 있는 정신장애인에 대해서는 그 보호와 관련하여 성년후견인의 개입, 성년후견감독인과 가정법원의 후견감독을 통해 이중, 삼중으로 그 인권과 복지의 보장을 강화할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김문근(2012). “정신장애인 장기요양서비스(Long Term Care) 정립방안 연구”, 정신보건과 사회사업 제40권 제3호, 118-146.
- _____(2013). “정신장애인 관련 법령의 정신장애개념과 정신보건법의 정신장애개념 개정 방향에 관한 연구”, 사회복지연구 44(2):293-321.
- 김문근 외(2013). 경상북도 농어촌 생애주기별 맞춤형 복지모델 개발, 경북행복재단.
- 이용표 외(2012). 지적·자폐성, 정신 장애인의 탈시설과 고용을 위한 장애인정책 연구, 가톨릭대학교 산학협력단·서울특별시의회.

토론

토
론

이종규
(보건복지부 정신건강정책과장)

제2부

정신요양시설 입소자 인권보호와 시설종사자 처우

- 발제 : 고재욱 (관동대학교 교수)
- 토론 : 조영군 (정신요양시설 한울빌리지 원장)
권오용 (한국정신장애연대 사무총장)
손덕순 (용인송담대학교 교수)
- 좌장 : 심상돈 (국가인권위원회 조사국장)

발제

정신요양시설 입소자 인권과 시설종사자 처우

고재욱
(관동대학교 교수)

I. 들어가는 말

우리나라에서 그동안 정신 장애인에 대한 보호는 일반적으로 가족에 의해 이루어져 왔고 가족이 더 이상 보호에 대한 기능을 다할 수 없게 되면 사설(私設) 정신요양원이나 기도원 등에 맡겨지기도 했으며 정부차원에서는 국립, 시립정신병원을 운영하는 상태에 이르렀을 뿐 적극적인 개입은 이루어지지 않았던 것으로 보인다. 그러나 사설요양원의 비리 등이 사회 문제화 되면서 정부는 1985년에 정신보건 법안을 마련했으나 인권침해, 수용소의 양성화라는 각계의 반대에 부딪혀 결국 폐기되고 말았다. 또 1990년에도 종전의 법안에 대한 문제점을 다소 보완한 후 합법화를 시도했으나 전문가 집단의 반대로 법안통과가 좌절된 바 있다. 그럼에도 불구하고 정신 장애인으로 인한 문제가 끊이지 않자 법무부가 범죄예방대책의 차원에서 정신보건법 제정에 개입하게 되었다. 보건복지부는 정신보건법 입법을 재추진할 계획을 발표하였고 오랜 계류기간을 거쳐 1995년 법안이 통과되었다.

그러나 이렇게 어렵게 통과된 정신보건법의 내용은 아직도 구체적인 해결방안을 제시하기에는 미흡하다. 우리나라의 정신보건사업은 최근에 정신병원 위주의

입원치료시설 내에서 새로운 치료기법들 즉 치료공동체(therapeutic community), 주간병원(day hospital), 각종 집단용법 및 활동, 가족치료 등이 소개되는 등의 발전이 있기는 하지만, 종래의 입원치료와 수용보호위주의 소극적이고 의료적인 모델을 벗어나지 못하고 있다. 전반적으로 재활분야의 사업이 부진하고, 퇴원한 정신장애인의 사회복귀를 위한 생활훈련과 직업훈련 등의 중간시설이 전무한 실정이어서 적절한 지도와 훈련을 받으면 자립이 가능한 환자들까지도 요양시설이나 무인가 수용소, 기도원 등에서 수용보호를 받는 실정이다. 더군다나 정신요양시설 환자 65%는 5년 이상 장기입소자로 밝혀져 인권침해 우려가 제기되고 있다. 보건복지가족부의 ‘정신요양시설 입소자 재원기간 현황’ 자료에 따르면 5년 이상 입소자는 무려 7천 850명에 이른다. 10년 이상 입소자도 무려 44%나 됐다. 정신요양시설에 장기입소자가 많은 이유는 보호자가 정신질환이 있는 가족을 정신요양원에 입소시키고 주소를 이전하거나 연락을 끊는 등 의도적으로 보살핌을 포기하는 경우가 많은 데 따른 것이다. 정신요양시설은 요양과 사회복귀 촉진을 돕기 위한 기관인 만큼 증상이 어느 정도 회복된 후에는 일상생활을 하면서 치료를 받을 수 있도록 하는 장치가 필요하다는 지적이 제기되고 있다. 또한 정신보건시설에서 인권 침해가 사회적 논란이 된 지 오래되었으며 정신 질환자들의 인권보호를 위한 안전장치를 마련하여야 한다. 또한 2013년 7월 1일부터 시행되고 있는 성년후견제도 도입에 따른 요양원 환우들의 의사결정 및 자기결정권에 대한 범위를 매뉴얼 및 지침이 또한 마련되어야 할 것이다. 한편 종사자들도 복지 욕구의 다양화로 현장의 고학력의 계약직 종사자들이 종전에 비해 증가하고 있습니다. 이들은 같은 학력의 사회복지사로서 상대적인 박탈감으로 인한 경제적, 정신적 상실감은 사회복지 사명감을 저해하며, 심지어 자칫 사회복지에 속물적인 근성을 가지는 것이 아닌가라며 스스로에 대한 죄의식을 느끼게 하기도 합니다. 계약직 사회복지사 역시 일반 사회복지사 못지않게 역량을 발휘하며 보조자가 아닌 전문성을 필요로 하는

전담인력으로서의 역할을 요구합니다. 열악한 사회복지 현장 종사자들에 대해서
마저도 상대적인 빈곤에서 벗어나지 못해 직장에서도 본연의 업무에 전념하지 못
하고 다른 일자리를 알아보기 위해 전전공공하는 안타까운 사례가 많습니다.

종사자가 정당한 처우를 받고 행복할 때 시설 거주자들이 행복해질 수 있다는
가장 기본적인 원리를 정부와 지방자치단체에서는 잊지 말아야 할 것입니다.

II. 정신요양시설 현황 과 입소자인권

1. 정신요양 시설의 일반 현황

정신보건법 제 3조에 의하면 “정신요양시설이라 함은 이 법에 의하여 설치시설
로서 정신 의료기관에서 의뢰 된 정신질환자와 만성질환자를 입소시켜 요양과 사
회복귀 촉진을 우이한 훈련을 행하는 시설을 말한다”. 라고 정의하고 있다. 그러
나 정신요양시설에 대한 정의는 전문가들 간에도 합의가 이뤄지지 않고 있고(노
봉근, 2006). 정신보건 전달체계가 법에서 정의한 것과 같이 의료기관을 통해서 요
양시설로 의뢰 및 연계가 현실적으로 이뤄지지 않고 있다. 현대 사회에 날로 높아
지는 인권 의식과 더불어 각종 인권 문제에 대한 관심이 쏠리는 가운데, 정신장애
인의 비인권적인 입원과 치료 형태에 대한 논의가 한층 거세지고 있다.

중앙정신보건사업지원단에 의하면, 현재 한국의 정신장애인의 정신 의료 기관
병상 수는 2011년 기준 8만을 넘어섰고, 이중 78.6%가 강제 입원을 하고 있으며,
21.4%만이 자의 입원하는 것으로 나타났다. 이는 가까이 위치한 일본의 자의 입원
률 64.2%와 비교했을 때 자의 입원 21.4%마저도 따로 갈 곳이 없거나, 가족들의
설득으로 스스로 입원하는 경우가 포함돼 있어 진정한 자의 입원 환자 비율은 더
낮은 수치일 것으로 보인다.

〈표 1〉 정신의료기관 병상수

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
병상수	31,696	36,837	43,876	46,832	49,868	51,561	53,391
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
병상수	58,150	63,760	68,253	69,702	72,378	75,414	80,012

* 1998-2011년 정신의료기관병상수 추이 ©중앙정신보건사업지원단(2012) 2011년 사업결과보고서 및 보건복지부(2011) 2010 보건복지통계연보

정신질환자에 대한 인권침해 문제가 지속적으로 제기돼 온 가운데, 정신요양시설에 입원한 환자 절반이 10년 이상 장기입원하고 있다는 결과가 발표돼 관심을 끌고 있다. 이러한 사실은 새누리당 김현숙의원(비례대표, 보건복지위, 여성가족위)이 보건복지부로부터 제출받은 「전국 59개 정신요양시설 입소자 재원기간」을 분석한 결과를 보면 59개 정신요양시설의 입원환자는 총 11,072명인데, 이중 5년 미만 입원자는 3,335명(30.1%)이었음. 5~9년은 2,118명(19.1%), 10~14년 2,648명(23.9%), 15~19년은 1,050명(9.5%), 20~24년 731명(6.6%), 25~29년 681명(6.2%), 30~34년 332명(3.0%), 35~39년 157명(1.4%), 40년 이상 동안 입원한 자도 20명(0.2%)이나 되는 것으로 밝혀지고 있다.

〈표 2〉 정신요양시설 재원기간 현황(2013.6월 기준)

구분	계	5년 미만	5~9년	10~14년	15~19년	20~24년	25~29년	30~34년	35~39년	40년 이상
생활자수(명)	11,072	3,335	2,118	2,648	1,050	731	681	332	157	20
비율(%)	100	30.1	19.1	23.9	9.5	6.6	6.2	3.0	1.4	0.2

* 출처: 보건복지부, 2013.9.

또한, 2013.6월 기준으로 정신요양시설 입소자 11,072명의 입소유형을 분석한 결과, 자의에 의한 입소는 1,078명으로 9.7%에 불과한 것으로 드러났다. 보호의무자에 의한 입소가 6,646명으로 60.0%, 시군구청장에 의한 입소가 3,348명 30.2%를 차지하고 있다.

〈표 3〉 정신요양시설입원자 입소유형별 분류(2013.6월 기준)

(단위: 명)

구분	계	자의입소	보호의무자에 의한 입소	시군구청장에 의한 입소
입소자수 (비중)	11,072 (100%)	1,078 (9.7%)	6,646 (60.0%)	3,348 (30.2%)

* 출처: 보건복지부, 2013.9

정신요양시설 입소자들에 대한 가족들의 평균 방문수를 알아본 결과, 생활인 1인당 연평균 가족방문수가 5년 미만인 경우 2.6번임에 반해 10년~14년은 2.1번, 20년~24년인 경우 1.4번, 30년~34년 1.1번, 40년 이상의 경우 0.5번인 것으로 나타나, 장기입원환자일수록 가족들과의 관계가 점차 소원해지는 것으로 밝혀졌다.

〈표 4〉 전국 정신요양시설 입소자들에 대한 가족들의 평균 방문수('12. 1월 ~ 12월)

(단위: 명, 건)

입소기간별 생활인수(A)								
5년 미만	5~9년	10~14년	15~19년	20~24년	25~29년	30~34년	35~39년	40년 이상
3,102	1,794	1,544	1,282	918	758	403	171	21

연간 총 가족 방문수(B)								
5년 미만	5~9년	10~14년	15~19년	20~24년	25~29년	30~34년	35~39년	40년 이상
7,916	3,754	3,264	2,052	1,280	806	455	155	10

생활인 1인당 연평균 가족방문수(B/A)								
5년 미만	5~9년	10~14년	15~19년	20~24년	25~29년	30~34년	35~39년	40년 이상
2.6	2.1	2.1	1.6	1.4	1.1	1.1	0.9	0.5

* 출처: 보건복지부, 2013.9.
 주: 정신요양시설 총 59개소 중 52개소 취합자료.

이러한 현실에 대해 김현숙 의원은 “정신요양시설은 모든 정신질환자의 기본적인 권리의 존중, 최적의 치료받을 권리의 보장, 부당한 차별대우의 금지 등을 목적으로 만들어진 정신보건법에 그 근거 규정을 두고 있다. 하지만 이렇게 장기입원환자가 많고 사망사례가 증가하는 것을 보면 인권침해 가능성을 배제할 수 없고, 치료에도 긍정적인 영향을 미친다고 볼 수 없다”고 지적하며, 따라서, “조기사회복귀를 위한 프로그램이나 자살방지 프로그램, 가족과 함께 하는 프로그램 등을 개발할 필요가 있으며, 이와 동시에 장기입원환자에 대한 정확한 실태조사와 정신질환자들의 인권보호를 위한 안전장치를 조속히 구축해야 한다”고 강조하고 있다.

2. 인권에 대한 이해

1) 인권의 개념

인권(Human Rights)을 한마디로 정의하는 것은 어렵지만 ‘사람이기 때문에 당연히 가지는 권리’, ‘사람답게 살아가기 위해서라면 반드시 누구에게나 보장되어야 하는 권리’라 할 수 있다. 즉, 인간이라면 누구나 가지는 기본적인 필수적인 요소이며 보편성을 가지고 있는 개념이다(오혜경, 2008). 인권은 인종, 성별, 장애, 국적, 경제적 및 사회적 지위, 종교, 정치적 신념 등과 상관없이 누구에게나 어디에서나 인정되는 권리이며 천부적이며 자연법상의 권리이다. 그리고 인간이 자유롭게 평등하게 자신의 정체성을 실현하고 자율성을 확보해 나간다는 기본적인 가치

는 광범위한 동의를 가지며 역사를 초월하는 것이라 할 수 있다(김충희, 1986). 인 권은 인간인 이상 항구적으로 보장되는 권리이며 어떤 경우에도 침해하거나 제한 할 수 없으며 민주화된 국가의 헌법은 국민 또는 시민의 기본적 인권으로 보장함 으로써 그 합리성과 정당성을 획득 할 수 있다(윤찬영, 2005).

▶ 우리나라

헌법 제10조에 ‘모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보 장할 의무를 지닌다.’라고 선언하고 있다. 이는 인간의 존엄성이라는 가치를 위해 국민의 권리와 국가의 의무를 법적인 권리로 명시하고 있는 것이다. 인권의 기본 적가치인 인간의 존엄성이 구체적인 법적 권리로서 혹은 한국가나 공동체 국제 사회가 합의한 규범적 질서 속에서 도덕적 권리로 승인되어 보장되며 제도적 차 원에서 구체적 제도와 법의 형태로 발현되는 현실성은 인권의 개념에서 매우 중 요한 요소이다(김충희, 2004).

우리나라에서는 2001년 법률 6481호 6로 제정된 국가인권위원회 법 제2조 1호 1에서 ‘인권’에 대해 ‘헌법 및 법률에 보장하거나 대한민국이 가입 및 비준한 국 제 인권 조약 및 국제관습법에서 인정하는 인간으로 존엄과 가치 및 자유와 권리’ 라고 정의하고 있다. 또한 국가인권위원회는 ‘버지니아 권리장전과 프랑스 인권 선언에서 인권 또는 인간의 권리로 표현된 것이 독일에서는 기본권이라는 말로 사용되고 있다. 엄밀한 의미에서 인권과 기본권은 동일한 개념이 아니다.

인권은 인권사상을 바탕으로 하여 인간이 인간이기 때문에 당연히 누리는 인간 의 천부적 권리를 의미하지만 기본권은 헌법이 보장하는 국민의 기본적 권리를 의 미하기 때문이다. 그러나 각국의 헌법에서 보장하고 있는 기본권은 자유권적 기본 권을 중심으로 하고 있을 뿐만 아니라 그 밖의 정치적·경제적·사회적기본권 등도

인간의 권리와 보완관계에 있는 것이기 때문에 인권과 기본권을 동일시하여도 무방하다고 할 수 있다’라고 정의하고 있다(권영성, 2008; 국가인권위원회 재인용).

2) 인권과 기본적 자유

우리가 충분히 성장할 수 있도록 하고 우리의 인성·지성·재능 그리고 양심을 사용하게 하며, 우리의 정신적 욕구는 물론 다른 욕구들을 만족시켜 준다. 인권과 기본적 자유는 인간 각자에게 내재된 존엄과 가치가 존중되는 삶을 추구하는 인류의 끊임없는 욕구에서 비롯된다. 인권과 기본적 자유를 부정하는 것은 개인에게도 비극일 뿐만 아니라 사회적·국가적 차원에서도 폭력과 갈등의 씨앗을 뿌림으로써 사회적·정치적 혼란과 문제를 초래하게 된다. 세계인권선언의 셋째 문장에서 명확히 하고 있는 바와 같이 인권과 인간 존엄에 대한 존중은 세계의 자유와 정의, 그리고 평화의 기초이다(UN, 1987).

3) 인권에 대한 권리

인권은 다음 몇 가지 권리로 구분해 볼 수 있다.

첫 번째, ‘소극적 권리’는 개인의 자유를 박탈하는 어떠한 것으로부터도 해방을 보장하도록 고안된 권리다.

두 번째, ‘적극적 권리’는 경제적·사회적·문화적 권리를 의미하며, 사회정의의 실현, 결핍으로부터의 자유, 사회·경제·문화생활에의 참여를 보장하는 것을 목표로 하고 있다.

세 번째, 모든 사람은 세계인권선언에 규정된 권리와 자유가 완전하게 보장되는 사회질서와 국제질서에 대한 자격을 집합적으로 보유하고 있음을 의미 한다. 인권의 개념은 억압에 저항되는 소극적 단계에서 출발하여 인간의 물질적·비물질적 욕구가 충족될 권리와 자원의 생산과 분배가 있어서 평등하게 참여할 권리 등을

긍정하는 적극적 단계로 발전되어 왔음을 알 수 있다. 이러한 인권의 관점에 대한 인간의 의무라는 개념이 부가되어야 한다. 즉 인간의 의무는 인권과 함께 동시에 준수되어야 한다(이혜원 역, 2005).

4) 인권의 특성

① 보편성

어떤 조건에도 구애받지 않고 모든 인간이 누려야 한다.

② 천부성

인간 고유의 권리이다.

③ 항구성

지속적으로 적용되어야 한다.

④ 불가침성

본질적인 부분을 절대로 침해할 수 없다.

- ▶ 인권의 특성이 이러하므로 정신장애인 역시 당연히 인권의 주체가 되며 그 보장의 대상이 된다고 하겠다(김기태 외, 2002).

5) 인권의 유형

인권은 세 가지 흐름 또는 세대를 걸쳐 발전되어 왔다. 이러한 분류는 사회복지를 인권실천 활동으로 구조화 하는데 중요하다(고명석, 2008).

(1) 제1세대 인권

1세대 인권은 시민권과 정치권으로 지칭되는데, 이는 18세기 자유주의적 정치철학의 발달과 계몽주의에 그 기원을 둔다. 제1세대 권리는 개인주의에 기반하고 있으며, 민주주의와 시민사회를 효과적이고 공정하게 조직화하는데 필수적인 것

으로 간주되는 기본적 자유에 관심을 집중한다. 신체의 자유, 투표권, 언론의 자유, 집회의 자유, 공정한 재판과 법 앞의 평등, 사생활 보장, 종교의 자유, 차별(국가인권위원회 법은 차별 사유로 성별, 종교, 장애, 나이, 사회적 신분, 출신지역, 출신국가, 출신민족, 신체조건, 혼인여부, 임신 또는 출산, 가족형태 또는 가족상황, 인종, 피부색, 사상 또는 정치적 의견, 형의 효력이 실효된 전과, 성적 지향, 학력, 병력 등을 규정하고 있음)받지 않을 권리 등이 포함된다.

→ 이 권리들은 개인의 가치에 대한 자유주의적 견해에 기초하며, 공권력 등으로부터 보호하는 것이 강조되기 때문에 소극적인권리로 지칭되기도 한다(국가인권위원회, 2008).

(2) 제2세대 인권

2세대 인권은 경제적, 사회적 그리고 문화적 권리로 알려진 권리들이다. 이는 개인 또는 집단이 인간으로서의 잠재성을 완전히 실현할 수 있도록 하는 다양한 형태의 사회적 급여와 서비스 등을 받을 권리로서 취업할 권리, 적정 임금을 받을 권리, 적절한 의식주에 대한 권리, 교육을 받을 권리, 적절한 의료 보호를 받을 수 있는 권리, 사회보장에 대한 권리, 노령기에 존엄 있게 대우받을 권리, 적당한 레크리에이션과 여가에 대한 권리 등을 포함한다.

제2세대 인권은 18세기 자유주의가 아니라 19세기와 20세기의 사회민주주의 또는 사회주의, 그리고 여타 집단운동에 그 지적 기원을 둔다. 제2세대 권리는 국가가 훨씬 능동적이고 적극적인 역할을 할 것을 의미하기 때문에 적극적 권리로 지칭된다. 국가는 제1세대 권리처럼 단지 권리를 보호하기 보다는 다양한 사회적 급여를 통하여 이러한 권리의 실현을 실질적으로 보장하도록 기능할 것을 요구받는다.

→ 이 권리는 국가로 하여금 보다 자원을 집중적으로 투입하는 강력한 역할을 요구 하고 있다. 따라서 제1세대의 공민권과 정치권보다 더 논쟁의 대상이 되며, 그

에 대한 법적보장은 흔히 취약한 상태에 머물고 있다(국가인권위원회,2008).

(3) 제3세대 인권

3세대 인권은 집단적 수준에서 정의될 때에만 의미가 통하는 권리들이다. 즉 제3세대 인권은 그 실현에 의해 개개인이 명백히 혜택을 볼 수 있지만, 그 것은 개개인에게 적용되기 보다는 지역사회, 전체 국민, 사회 또는 국가에 해당되는 권리들이다. 경제개발에 대한 권리, 세계무역과 경제성장으로부터 혜택을 받을 권리, 결집력 있고 조화로운 사회에서 살 권리, 그리고 오염되지 않은 공기에서 숨 쉴 권리, 깨끗한 물을 마실 권리, 자연을 경험할 권리 등과 같은 환경권을 포함한다. → 이러한 집단적 권리는 식민지 국민들의 자기결정권을 쟁취하고자 하는 투쟁, 환경 운동가들의 투쟁, 식민주의와 지속 불가능한 경제적·사회적 개발에 대항한 투쟁 등에 의해 20세기에 들어서야 실질적으로 인권으로 인식되었다. 제3세대 인권을 조약과 협정으로 성문화하는 것은 아주 초기단계에 머물고 있으며, 그 권리를 보호하거나 실현하기 위한 법적 기제는 초보적 형태 이외에는 아무 것도 없다(국가인권위원회, 2008).

3. 정신장애인의 인권과 성년후견인 제도: 제3자의 변화

정신보건법에 의한 강제 입원 중 가장 많이 행해지는 유형이 보호입원이다. 보호입원은 민법상 부양의무자, 후견인 또는 시장, 군수, 구청장이 정신보건법상 보호의무자가 되어 보호의무자 2인(2인이 안될 경우 1인도 가능)의 동의하에 정신질환자가 강제입원 되는 구조를 가지고 있다. 정신보건법 제21조 제1항에 의하면, “정신질환자의 민법상의 부양의무자 또는 후견인은 정신질환자의 보호의무자가 된다.”라고 규정하고 있다. 보호 의무자가 될 수 없는 결격사유로는 1)금치산자 및 한정치산자, 2) 파산선고를 받고 복권되지 아니한 자, 3) 당해 정신질환자를 상대

로 한 소송이 계속 중인 자 또는 소송한 사실이 있던 자와 그 배우자 4) 미성년자, 5) 행방불명자를 규정하고 있다.

보호의무자가 여럿 있을 경우 보호의무의 순위는 부양의무자, 후견인의 순위에 의하여 부양의무자가 2인 이상인 경우에는 민법 제976조의 규정에 따르도록 하고 있으며, 보호의무자가 없거나 부득이한 사유로 인하여 보호의무자가 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지를 관할하는 시장, 군수 또는 구청장이 그 보호의무자가 된다. 위 규정에 의하면, 보호의무자는 1) 1차적으로 정신질환자의 민법상의 부양의무자 또는 후견인, 2) 2차적 보충적으로 주소지 관할 시장, 군수, 구청장이다. 그런데 위 보호의무자 조항은 다음과 같은 문제점이 있다. ① 정신보건법에 의한 보호의무자는 직계혈족 및 배우자, 생계를 같이하는 친족 등 통상 여러 사람이 되므로 그에 대한 순서를 법정해 놓는 것이 타당해 보이나, 현재는 민법을 준용해 법원에 청구하는 방식으로 보호의무자의 순위를 정하도록 규정해 놓고 있는데, 민법상으로도 부양의무자 순위를 정하는 청구는 실제 거의 활용되고 있지 않고 있다. ② 보호의무자 순위를 민법상 부양 의무자를 먼저 두고, 그 다음으로 후견인을 두고 있으나, 민법상으로는 후견인이 통상 피후견인의 재산과 신상보호 의무가 있어 부양의무자의 지위보다 앞서는 점을 고려해 볼 때 후견인을 부양의무자의 후순위로 설정한 것은 문제가 있다.

강제입원에 있어 후견인의 권한과 역할은 모든 후견인이 강제입원을 시킬 수 있는 동의권을 가진다고 볼 것인지 논란의 여지가 있다. 일본의 경우 정신보건복지법상 우리의 성년후견과 한정후견에 해당하는 후견인과 보좌인과 동의권한이 부여되어 있고, 우리의 특정후견에 해당하는 보조인은 동의권한이 부여되어 있지 않다. 우리 개정민법도 특정후견의 경우에는 후견인이 가정법원의 허가를 받아 치료 등을 목적으로 정신병원 등에 입원시키거나 의료행위에 대한 동의를 하는 조

향을 준용하지 않고 있다. 따라서 특정후견인은 정신보건법상 강제입원의 동의권
 한을 가지지 않는다고 볼 것이다. 한편, 법원으로부터 권한을 부여받은 성년후견
 인이나 한정후견인은 위 개정민법 규정이 적용되므로 정신보건법상 강제입원의
 동의 권한을 가진다고 볼 것이다.

다음으로, 후견인이 있을 경우 그 후견인만이 정신보건법상 강제입원의 동의권
 을 가지고 되는지, 아니면 부양의무자인 가족들이 우선하여 동의권을 가지는지 문
 제될 수 있다. 앞서 본 바와 같이 현행 정신보건법은 부양의무자인 가족들의 동의
 권이 우선하는 것으로 규정하고 있으나, 개정민법의 후견인에게 피후견인에 대한
 신상보호에 관한 결정권을 부여하고 있고, 법원의 치료 목적의 입원 등의 경우 가
 정법원의 허가를 통한 사법심사도 행해지고 있으므로, 정신보건법을 개정하여 후
 견인이 있을 경우 민법상 부양의무자는 보호의무자로서 강제입원의 동의권한을
 부여하지 않는 것으로 할 필요가 있다. 끝으로, 후견인은 피후견인의 가족인 경우
 가 많은데 후견인이 민법상 부양의무자이면서 동시에 국가로부터 선임된 후견인
 으로서의 지위를 겸유하는 경우 부양의무자인 가족의 지위에서 강제입원의 동의
 권한이 있고, 이러한 지위에서 동의하는 경우에는 후견인의 임무수행이 아니므로
 가정법원의 허가가 필요 없다고 볼 것인지 문제가 있다. 생각건대, 후견인의 지위
 와 부양의무자로서의 지위를 함께 겸유하는 가족이라도 후견인의 지위가 우선한
 다고 보아 강제 입원에 있어서는 후견인의 임무를 수행하는 것이라고 보아 개정
 민법이 요구하는 가정법원의 허가를 받아야 한다고 해석되어야 할 것 이다. 즉,
 국가가 선임한 후견인의 임무는 공적인 것으로 이해하여야 하고, 가족이라는 사적
 인 관계에 우선한다(신권철, 2013 재인용 및 재구성)

4. 인권침해 사례 논의

▶ case 1. 의료급여 전환, 5년 간 병원 전전

현재 경기도의 한 사립정신병원에 입원 중인 A씨(여.49)는 1990년에 처음 조울증 진단을 받고 입원했다. 이후 총 10회 이상 여러 병원을 옮겨 다니며 입원했다고 한다. 최근 2년 간은 아예 지역사회에 거주한 경험이 없다. 가족들은 환자의 퇴원에 부정적이다. 환자 스스로 증상을 두려워하고, 살 공간이 부족해서이다. 환자는 발병 이후 입퇴원을 반복했고, 결혼 상태를 간신히 유지하면서 지역사회에서 통원치료를 받으며 지낼 만한 수준이었다고 한다. 투병생활로 남편과 10년 전부터 별거상태인 환자는 친정에서 살고 있었는데, 2003년 Y병원에 입원해 있을 때 계속되는 경제적 부담 때문에 정부의 도움을 받고자 이혼했고, 이후로는 한 병원에서 6개월을 지내고 다른 병원으로 옮기는 방식으로 장기입원 상태에 있게 됐다고 한다. 퇴원하고 싶었지만, 집에서 “재발하면 다른 병원에 옮겨야 하니 오래 있겠다”고 했다는 것. 가족은 환자가 집을 나가라는 환청 때문에 가출할 정도로 상태가 나빠 병원에 장기입원 했다고 설명했다.

▶ case 2. 알코올 의존증 때문에 반복적으로 입원 중인 환자

현재 경북 지역의 사립정신병원에 입원 중인 B씨(남.66)는 1989년에 알코올 의존증 진단을 받고, 조사 당시의 입원을 포함하여 총 15회 이상 정신과 전문병원에 입원했다. 그 중 6개월 이상의 장기입원이 2차례였다. 현재는 2007년 9월 이후 1년 1개월째 입원하고 있다. 환자는 가족이 더 이상 자신의 회복을 믿어주지 않는 것 같다고 하였다. 환자는 처음 발병 이후에는 직업을 갖고 통원치료를 받을 수 있는 수준이었지만, 퇴원을 하면 또 술을 마시고 집안에서 물건을 부수며 아내에게 폭행을 가하는 등 문제가 반복되었다고 한다. 환자는 금주를 긍정적으로 생각하며 퇴원하고 싶어 했지만, 환자의 아내가 “환자가 다시 술을 마시고 폭력적인

행동을 하면 감당할 수가 없을 것 같다”고 해서 입원을 하고 있다.

▶ case 3. 거주지가 없어 퇴원하지 않고 계속 병원에 있으려는 환자

현재 대구 지역의 정신요양원(사회복지시설)에 입원 중인 C씨(여.37)는 1998년에 정신분열병 진단을 받고 총 3회 정신전문병원·정신요양원에 입원했고, 지금 요양원에서 3년째 입원 중이다. 환자는 독립된 생활은 불가능해도 지지가 뒷받침된다면 생활이 가능할 것으로 보이나, 형제·자매가 환자를 돌봐줄 여력이 되지 않는 상태였다. 환자는 지역 내에 정신보건 서비스가 있다는 말을 들은 적도 이용한 적도 없다고 한다. 환자는 갈 곳이 없어 퇴원하고 싶지 않다고 하였으며, 다만 큰언니가 면회를 좀 더 자주 왔으면 좋겠다고 하였다.

정신병원이나 정신요양시설은 교도소와 함께 ‘총체적 통제시설’로 분류된다. 이 유가 무엇이건 해당 시설에 들어오는 순간 외부와의 접촉은 제한되고, 모든 행동이 통제대상이 된다는 뜻이다. 정신병원은 치료가 목적이고, 교도소는 교화를 위한 장소인 만큼, 시설은 해당 목적을 수행하면서 수용된 사람들의 삶의 질을 최소한 일반인의 평균치 정도로 유지해야 한다. 그러나 이들 시설에 들어와 있는 사람들은 일반인보다 한 단계 낮은 처우를 받아온 게 사실이다.

국가인권위원회는 12월 17일 전국 정신의료기관·정신요양시설 등 72개 시설 환자 1만 2,889명을 상대로 진행한 ‘2008 정신장애인 인권실태조사’ 결과를 발표했다. 조사 결과에 따르면, 전체 입원환자 중 17.5%(2,258명)만이 본인 의지대로 입원한 반면, 82.5%가 보호자와 시·도지사, 경찰 등 타인에 의해 강제로 입원한 것으로 나타났다.

특히, 본인이 스스로 입원에 동의하는 경우에도 반 이상(58.6%)의 입소자가 보

호의무자에 의한 입원을 했다고 응답했다. 이에 대해 동국대 정인원 정신과 교수는 “자의입원이 아닌 보호의무자에 의한 입원으로 입원유형을 유도하는 것은 명백히 ‘치료에 대한 자기결정권’을 침해한 것으로 판단할 수 있다”고 주장했다.

▶ case 4. ‘환자권리’ 알고 있는 환자 절반도 안돼

2008년 3월 21일 개정된 정신보건법 제29조 1항에는 ‘정신의료기관 등에 입원 등을 하고 있는 자 또는 그 보호의무자는 시장·군수·구청장에게 자신 또는 당해 입원환자의 퇴원 또는 처우개선을 청구할 수 있다’고 명시하고 있다.

하지만, 환자의 권리를 입소자가 알고 있는지에 대한 조사내용을 보면, 사회복지시설을 제외한 1,926명의 입소자 중 813명(42.2%)이 이 사항을 알고 있을 뿐, 1,015명(52.7%)의 나머지 응답자는 퇴원 및 처우개선 관련 법안에 대해 전혀 모르고 있다.

시설유형별은, 정신의료기관 중에서 국립정신병원의 입소자가 가장 많이 인지한 반면, 정신과 의원의 입소자가 인지율이 가장 낮았다. 정신요양시설의 입소자는 정신의료기관에 비해 인지율이 더 낮아, 정신과 의원의 입소자보다도 더 낮은 인지율을 보였다.

정인원 교수는 “아무리 병식(病識)이 없는 정신질환자라 하더라도 환자는 입원하기 전에 입원에 관련된 정보를 제공받을 권리가 있다”며 “입원에 대한 정보를 제공받았다고 답변한 환자는 42.2%에 불과하고, 그나마도 자세한 설명을 듣거나 서면으로 통지를 받은 입소자 수는 24.1%로 더욱 적다”고 지적했다.

이어 “환자를 속이거나 모르게 해서 입원한 경우는 그 자체로 환자들의 인권을 침해하는 것이며, 또 해당 환자와 의료진 사이에 치료적 관계를 형성하는 데에도 악영향을 줄 수 있다”고 우려했다.

▶ case 5. 정신의료기관에 40년 이상 입원한 사람도

정신병 치료시설에 입원한 환자들의 평균 입원기간은 668일로 조사됐다. 이는 영국의 10배, 독일의 25배, 이탈리아와 비교하면 무려 50배 긴 기간이다. 이 중 입원기간이 10년 이상인 환자가 80명에 이르렀으며, 무려 40년 이상(488개월) 입원한 사람도 발견됐다.

2006년을 기준으로 우리나라 정신병 환자의 입원일 수는 평균 247일이며(정신요양시설의 경우 2,630일), 이 중 6개월 이상 장기입원자가 55.5%, 3개월 이상이 68.9%인 것으로 조사됐다. 한 기관이나 시설에서 퇴원한 환자가 지역사회에 머물지 못하고 바로 다른 기관에 입원하는 것을 의미하는 ‘횡수용화’도 28% 정도 발견됐다. 다른 병원이나 시설에서 퇴원 후 바로 입원한 경우는 15%정도로 조사됐다. 환자를 입원시킨 보호자들은 자해나 타해의 위험이 있거나 증상이 심각하게 악화되었기 때문이라는 입장이다.

또, 거주지에 ‘전혀 문제 없다’는 응답은 55%, ‘매우 문제 많다’가 24.3%여서, 환자들이 퇴원 후에 갈 곳이 마땅치가 않다는 점이 장기입원의 중요한 요인이 될 수 있음을 시사하고 있다.

강원대 박종익 정신과 교수는 “장기입원 환자의 보호자는 여러 가지 측면에서 지역사회 복귀에 매우 부정적인 시각을 가지고 있으며, 단순히 경제적인 지원이나 제도적인 보완만으로는 장기입원을 줄이기 쉽지 않다”면서, “거주시설 등의 확대를 통해 단계적인 탈원화(脫院化)를 시도하는 방법이 비교적 가능성이 높은 대안”이라고 제안했다.

▶ case 6. 이유 모른 채 강박...언어·신체·성적 폭력 경험하기도

몸을 움직이지 못하게 한 뒤 보호실 등에 수용하는 강박 경험이 있는 입소자는 28.9%(574명)였다. 이들 중 34.7%는 강박 전후에 어떠한 설명도 듣지 못했으며,

14.5%는 강박 중 언어적·신체적·성적 폭력을 경험한 것으로 조사됐다.

반면, 정신보건시설의 종사자들은 구타나 개인정보 유출, 환자 개인 재산의 사용 관련 사항 등은 명백한 인권침해라고 인지하고 있었으나, 환자의 동의 없는 입원 결정이나 격리·강박 등의 환자 행동통제는 정신질환의 특수성으로 취급하여 인권침해라는 인식도가 상대적으로 낮았다.

강박 경험 관련 문항에 대한 응답에서는 다른 종류의 문항에 비해 전반적으로 무응답률이 높다는 점이 특기할 만하다. 그 이유에 대해 조사를 실시한 정인원 교수는 “강박을 당한 경험자체가 입소자의 자존감을 상하게 하여 더 이상 떠올리고 싶지 않아 대답을 하지 않을 수 있고, 강박 경험 자체가 대상자에게 극심한 공포와 두려움을 유발시켜 무의식적 억압과정에 의해 당시의 상황에 대한 기억을 못할 수도 있다”고 추정했다. 이러한 경향은 강박 시행에 대한 설명이 없을 경우 더욱 심하게 나타나는 양상을 보였다.

“현행 ‘격리 및 강박 지침’에 따른 기록을 철저히 하고, 환자 60인당 1실 등 시설 규모에 따라 다른 규모의 격리실을 확보해야 한다”고 전했다. 격리실은 다른 환자들에게 공개되지 않도록 구분되어 있어야 하며, 격리실 내에 자해를 방지할 수 있는 충격완충재가 사용되어야 한다.

또, “현재의 제도로는 촉탁의(정신병 의사)가 정신요양시설의 불법이나 편법을 묵인 내지는 방조할 여지가 많아, 촉탁의 제도를 전임제로 하는 안을 적극 검토해야 하며, 현재 주당 8시간 이상의 최소규정도 주당 16시간 등으로 상향 조정해야 한다”고 주장했다.

▶ case 7. 수용시설과 장비도 문제 투성이

노후화된 정신요양기관의 시설 및 장비는 개선돼야 할 부분이다. 인권위 조사에 의하면, 전체적인 건물의 외양과 상태를 보면 정신의료기관과 요양기관 모두 과거의 시설과 최근에 지은 시설과의 격차가 상당히 컸다는 평가이다. 일부 기관은 방문이 훼손된 경우도 있었다고 한다. 최근 건축된 건물들은 대체로 양호하여 기존 시설과 편차가 커서 정신질환자들의 설문조사에서도 “지옥과 천국의 차이”라는 답변이 나왔다고 한다.

또, 정신질환자 중심, 즉 사용자 중심의 설계가 되어 있지 않다는 점도 문제이다. 간호원실(사무실)·목욕시설·프로그램실 등은 법규상 필요에 의하여 설치됐을 뿐, 환자의 접근이 어려운 위치이거나 다목적으로 사용되는 경우가 많았다고 한다. 근무자가 시설 내를 관찰하고 상담하기 어려운 위치에 있는 경우도 있다는 지적이다. 폐쇄병실인 경우에 별도 위치의 목욕실이 자유롭게 사용되기를 기대하기는 불가능한 일이라고 한다.

과도한 CCTV의 설치로 사생활 침해가 일어나기도 한다. 병실 전체, 화장실 전체가 노출되는 CCTV는 정신질환자가 속옷을 갈아입을 때조차 노출을 피할 수 없음을 나타낸다.

정신장애인에 대한 편견 해소 등의 인식 변화도 필요하다는 지적이다. 정신질환자에 대한 사회적 인식이, 정신질환자의 인권을 존중해야 한다는 점은 인정하면서도, 여전히 정신질환자에 대한 감정은 두렵고 개인적 관계를 갖거나 이해관계가 얽히는 데 대해서는 부정적이다. “정신질환자에 대한 이중적 태도는 심리적 상호작용을 전제로 하는 진정한 사회통합을 방해할 뿐 아니라, 정신질환자의 자존감을 저하시키고 정신보건 서비스의 접근을 망설이게 한다”며 “결국 이것이 정신병적 증상을 악화시켜 사회적응을 방해한다”고 지적했다(서미경, 2010). 정신병원에 강제입원(비자발적 입원)한 환자들의 퇴원 여부를 결정하는 정신보건심판위원회의

결정이 형식적으로 이뤄지고 있다는 지적이 제기됐다.

5. 인권 유형과 정신요양서비스 항목

영역	하위영역	개별 항목
건강권	1. 건강 증진 및 치료	의료, 간호, 물리치료, 작업치료, ADL 및 기타 재활요법 등
	2. 위생관리	의복, 청소, 목욕, 대소변, 양치, 용모단장, 전염병, 식중독 등
	3. 영양관리	급식, 간식, 특별식 등
주거권	1. 안전한 생활	실종, 시설 내 안전사고, 화재 등
	2. 주거생활	시설의 쾌적성, 편의성, 접근성, 안정성, 집단활동실, 생활실 환경
인간존엄권	1. 존엄한 존재로 대우받을 권리	평등, 행복추구, 집단과 개인의 생활시간 등
	2. 안전한 생활	신체적 학대, 방임 등
경제권	1. 노동권	강제노동, 치료적 목적의 노동행위 등
	2. 물품 및 금전관리	수당 및 기초노령연금, 개인소유물품 및 지참금 관리, 요양급여자부담 등
	3. 장제서비스	임종, 장례, 유류품 처리 등
문화생활권 및 정치·종교 자유권	1. 여가문화생활	음악, 미술, 레크리에이션 등 문화생활 참여 등
	2. 정치 및 종교활동	투표참여, 종교활동 참여 등
교류 및 소통권	1. 가족 및 사회관계 유지	외출, 외박, 외부활동 참여, 면회 서비스정보 등
	2. 동료노인의 인권	동료환우의 사생활보호, 존엄한 대우, 집단따돌림, 폭언과 폭행 등
	3. 시설종사자의 인권	서비스 요구 수준, 종사자의 인권보호 등
자기결정 및 선택권	1. 입소와 퇴소	시설요양급여와 시설생활에 대한 충분한 정보 제공과 자기결정, 생활규범 설명 등

영역	하위영역	개별 항목
자기결정 및 선택권	2. 서비스 선택 및 변경	요양 및 서비스급여 정보, 서비스 정보제공과 선택, 서비스 변경, 가족통지 등
	3. 정보통신생활	우편, 전화, 인터넷 이용 등
	4. 사생활보호 및 비밀보장	생활환우의 개인 정보 보호, 생활실 환경 등
	5. 생활고충 및 불평 처리	생활상담, 사례관리, 불평 및 건의절차 등
	6. 이성교제, 성생활 및 기호품	음주, 흡연 등

6. 현황과 과제: 함께 생각해 봅시다.

1) 장애인복지법에 의한 정신장애인의 장애인복지권의 차별

장애인복지법 제2조1)에 의하여 정신질환이 있어 장애가 있는 정신장애인도 분명히 장애인으로 포함되어 있다. 그런데 장애인복지법 제15조는 정신보건법의 적용을 받고 있는 정신장애인에 대하여는 장애인복지법 제34조 제1항 제2호와 3호의 적용에서 제외하고 있다. 정신장애인에 대하여 적용이 제외되고 있는 내용은 “2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것”이다. 이러한 규정에 의하여 정신장애인은 장애인복지시설의 이용과 서비스제공에서 누락되어 있기 때문에 장애인복지관의 이용과 장애인 복지

- 1) 장애인복지법 제2조 (장애인의 정의 등) ① “장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

적인 각종 서비스로부터 제외되어 있는 것이다(강희원, 정신장애인과 기본적인 권, 2010. 4. 19. 국회 정신장애인 인권토론회 발제).

그동안 장애인의 인권과 복지에 대하여 여러 장애인인권활동가와 장애인 당사자, 가족들의 노력의 결과로 큰 진보가 있었지만 정신장애인은 상대적으로 이러한 진보와 결실에서 제외 되어 있었고 그 원인은 장애인 복지법 제 15조의 적용제외 규정 때문이다. 보건복지부 내에서 유독 정신장애인에 대한 모든 정책 수립과 집행은 정신보건 정책과에서 만 취급하고 다른 장애인부서나 복지부서에서는 취급하지 않고 있는 것도 위 법조항 때문이다.

한편 사회복지사업법은 1995년도 정신보건법의 제정 이전에는 제2조에 사회복지사업의 정 의에서 『“사회복지사업”이라 함은 다음 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인보호·직업보도·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관운영·정신질환자 및 라완치자 사회복지에 관한 사업 등 각종 복지사업과 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하는 사업을 말한다.』고 규정하였었다.

그런데 새로 제정된 정신보건법 부칙 제6조(다른 법률의 개정)에서 『사회복지사업법 중 제 2조제1항 본문중 “정신질환자”를 삭제한다.』고 규정하고, 사회복지사업법 제2조는 『“사회복지사업”이라 함은 다음 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인보호·직업보도·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관운영 및 라완치자 사회복지에 관한 사업 등 각종 복지사업과 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하는 사업을 말한다.』고 개정하여 정신질환자에 대한 사회복지사업을 사회복지법에서 제외한 것이다(사회복지사업법은 1997. 8. 22. 전부개정(1998. 7. 1.시행)을 통하여 종전처럼 제2조 정의에서 “정신질환자의 사회복지에 관한 사회복지사업”을 사회복지사업의 정의에서 다시 집어넣었다). 이와 같이 정신보건법이 제정되면서 사회복지사업법에서 규정하

던 정신질환자에 대한사회복지사업이 삭제된 후 정신질환자에 대한 사회복지기관이나 시설은 정신보건법에 의한정신의료기관 또는 정신요양원이나 사회복지시설로 전환되었다.

이와 같이 장애인복지법과 사회복지사업법에서 정신장애인 또는 정신질환자에 대하여 법적용을 배제한 것은 정신보건법 제정 이후 우리나라에서 병상수와 의료비 지출이 증가하고 입원이 장기화되고 있는 현상과 무관하지 않다. 정신질환자의 탈원화를 위하여는 정신질환자가 지역사회에서 거주하며 적절한 치료와 보호를 받기 위한 사회복지사업법과 장애인복지법 상의 각종 혜택과 시설·서비스의 이용이 필수적임에도 이에서 배제된 것은 근본적으로 정신질환자가 머무를 곳을 정신보건법에서 규정하고 있는 정신병원이나 요양원 등 정신의료기관이나 사회복지시설로 제한한 것으로서 정신장애인의 인권보장을 위하여 지역사회를 기반으로 한 최소제한서비스의 원칙을 비롯한 MI원칙을 위반함과 동시에 국제인권법에 배치되고 탈원화에 역행하는 조치였던 것이다.

정신장애인을 다른 장애인들과 구분하여 정신보건법에서 규정하고 있는 것은 그동안 정신장애인들을 환자로서만 취급하여 정신병원이나 정신요양원에서 수용하여 약을 처방하며 관리하고 이들에 대한 직업재활이나 복지서비스에는 관심이 없었던 관행이 지속되고 있는 것에 불과하고 다른 장애인과 정신장애인을 구분하여 정신장애인에 대하여 장애인복지법의 적용을 배제하고 사회복지사업의 대상에서 제외할 아무런 이유가 없다.

정신보건법은 그 본질상 보건·의료법으로서 그 내용에 정신장애인의 인권이나 복지에 관한 내용을 담아내기에는 근본적으로 한계가 있다. 또 정신보건법이 보건·의료법의 성격을 갖기 때문에 정신보건법에 규정된 제도와 정책을 실행하는 것은 보건·의료인들이 될 수밖에 없고 담당 공무원의 부서도 보건관련과가 될 수밖에 없기 때문에 인권이나 복지는 1차적인 관심에서 밀려날 수밖에 없다. 정신장

애인에 대한 장애인 복지권을 박탈하는 장애인복지법의 차별규정을 삭제하여 장애인복지서비스를 받도록 하는 것은 정신장애인의 지역사회 거주와 지역사회에서의 최소제한적인 대안 서비스에 대한 권리보장을 위하여도 매우 중요한 의미가 있다.

2) 시설 운영개선을 위한 기본방향

첫째, 시설운영의 책임성과 공공성을 제고하여야 한다. 시설은 정부의 재정지원을 받아서 운영되고 있다는 점에서 정부와 국민에 대하여 시설운영의 책임성과 공익성을 지켜야 한다.

둘째, 시설서비스의 전문성을 제고하여야 한다. 시설은 단순 수용 보호하는 차원에서 벗어나 사회복귀가 가능하도록 다양하고 전문적인 프로그램을 실시하여야 한다.

셋째, 정부지원의 확대와 지도감독을 강화하여야 한다. 시설에서 이루어지는 보호와 서비스가 시설생활자의 문제와 욕구를 적절하게 충족시켜 줄 수 있도록 정부의 보조금지원 수준을 점진적으로 향상시켜 나가야 하며, 이와 동시에 지원에 따르는 정부의 지도감독이 시설운영의질을 높일 수 있도록 전문성을 갖추고 이루어져야 한다.

넷째, 시설의 사회화를 촉진하여야 한다. 시설운영을 개방화하고 지역사회와의 교류를 확대하여 시설운영의 합리성을 높여 나가야 하며, 이를 토대로 장기적으로는 지역사회보호 체계를 구축해 나가도록 해야 한다(운영비, 인건비, 생계비 현실화).

3) 운영시스템을 개선하기 위한 과제

첫째, 시설이 제공하는 보호수준을 향상시키고 시설생활자에 대하여 질 높은 전문서비스를 실시하고(영양, 환경, 서비스)

둘째, 시설생활자의 인권을 보장해 주고
 셋째, 시설운영의 투명성과 민주성을 높이는 것이다.
 넷째, 이를 위해서는 무엇보다 시설의 운영과 서비스에 대한 국가의 책임을 강
 화하는 것이 필요하다(심재호 외, 2000).

4) 시설생활자를 위한 전문적 서비스의 제공

시설생활자의 사회복귀를 위해 다양한 사회심리적인 서비스, 사회재활프로그램
 등이 필요하다. 이 과정에서 시설생활자의 욕구를 최우선적으로 반영하고, 시설생
 활자의 권익을 절대적으로 존중하여야 한다. 이처럼 시설생활자의 욕구에 부합하
 는 서비스가 제공될 수 있도록 조직의 구조를 재정비하고 시설직원의 능력을 개
 발해 나가야 하며, 이를 위해서는 현재처럼 직원의 자격요건만을 제시하는 것에
 그치지 말고 직원교육을 체계화하여 지속적으로 지원해 나가야 한다. 또한 서비스
 나 프로그램 실시에 필요한 외부 자원(ex, 공동모금회 등)을 확보하기 위해 최대한
 노력해야 한다.

5) 시설종사자의 처우개선 및 법정인원의 확보

서비스의 품질은 인력의 수준에 따라 좌우되는 경향이 크다. 따라서 시설에 종사
 하는 인력에 대한 보수체계를 개선하여 보다 유능한 인력을 끌어 들이도록 해야
 한다. 현재 우리나라도 질 높은 서비스를 제공하고 시설을 보다 합리적으로 운영하
 기 위해서 정부기관이 시설에 대한 규제 및 평가 작업을 실시하고 있지만, 시설종
 사자들에 대한 처우개선이 이루어지지 않는 상황에서는 이러한 노력들은 한계가
 따른다. 또한 법정인원의 확보를 위해서는 사회복지시설을 운영하고 있는 재단이
 나 법인의 노력도 중요하지만, 지방자치단체들이 시설로 하여금 법정인원을 채울
 수 있도록 시설종사자들에 대한 인건비지원의 기준을 대폭 상향조정해야 한다.

6) 입법 예고 및 개정안

보건복지부가 입법예고한 전면 개정안을 살펴보면 크게 ▲명칭 변경 ▲정신질환자 범위 축소 ▲법의 목적에 ‘사회복귀’ 용어 ‘재활’로 대체 ▲비자발적 입·퇴원 관련 제도 개선 ▲정신보건심의위원회의 구성 인원 등의 내용으로 모아진다.

현행법 : 정신보건법 ⇨ 개정안 : 정신건강증진법

명칭변경내용조항 : 정신보건법 전면개정안 참조

우선, 정신보건정책 구조를 기존의 ‘중증 정신질환자 입원치료’에서 ‘정신건강 증진 및 조기 발견·치료’ 중심으로 변화하겠다는 취지 아래 현행 ‘정신보건법’이란 명칭을 ‘정신건강증진법’으로 바꾼다.

현행법 : ‘정신질환자’라 함은 정신병·인권장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다. →의학적 의미의 모든 정신질환자 포괄

개정안 : ‘정신질환자’란 사고장애·기분장애·망상·환각 등 정신질환으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다. 또한 성년후견인의 역할이 추가되어야 할 것이다.

7) 정신장애인·정신보건서비스에 대한 올바른 인식 정립

정신 장애인에 대한 교육이 질병 명 중심으로 이뤄지다보니 이들을 치료의 대상으로만 인식하고 한 인간으로서의 권리를 간과하기 쉽다.

→ 정신장애에 대한 이해와 접근법을 아는 것도 중요하지만 이들을 원조하는 위치에 있는 전문가들로부터 이들을 먼저 동등한 인격과 권리를 갖는 대상으로 이해하고 접근하는 것이 필요하다.

8) 자기결정권 존중

서구에 비해 한국 사회는 개인 스스로 결정하고 이에 대해 책임지며 타인들을 이를 존중하는 분위기가 상대적으로 약한 편이다. 또한 입원이나 프로그램 참여 등에서 정신 장애인의 자기결정권은 쉽게 간과되고 있는 현실이다.

→ 따라서 한국 정신보건실천현장에서 활동하는 정신보건전문가들은 각 단계마다 민감하게 자기결정권을 인식하고 배려해야 하며 이를 촉진해야 할 것이다.

9) 기관 간 연계 및 연대 강화

클라이언트 중심으로 언제든지 협력이 가능할 때 서비스의 질이 향상되고 궁극적으로 클라이언트의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 다른 기관과 연계 및 연대하는 기능을 수행하는 것이 필요하다.

→ 전문가의 머릿속에는 각기 다른 기능을 수행하는 기관들이 제 역할을 수행하면서 전체 서비스를 완성하는 큰 그림이 있어야 한다.

10) 서비스의 다양화

정신보건과 관련된 서비스를 다양화해야 한다. 병원도 클라이언트의 욕구와 상태에 따라 다르게 이용할 수 있는 다양한 체계를 갖춰야 하며, 지역사회기관도 빈틈없이 스펙트럼을 채울 수 있는 다양성을 구비해야 한다.

→ 이것이 연속성 있는 서비스를 만들고 클라이언트의 서비스 선택권과 자유권을 보장하는 방법이다.

11) 철학이 있는 서비스

인권보장을 실현하고 있는 선진사례들을 보면 기관과 자신의 철학이 있으며 그

속에 인권에 대한 확고한 의식을 엿볼 수 있다.

→ 즉, 자신이 제공하고 있는 서비스의 철학에 대해 분명히 말할 수 있어야 하며, 그 안에 확고한 인권의식이 자리 잡을 수 있어야 한다.

12) 개별화된 서비스

정해진 틀을 고집하기보다는 융통성을 발휘하여 최대한 개별화된 서비스를 제공하려는 노력을 기울여야 한다.

→ 개별화된 서비스를 제공하기 위해서는 그만큼 숙련성과 전문성이 필요하다. 결국 질 높은 서비스는 인권을 보장하는 서비스로 연결된다.

13) 작은 변화 시도하기

인권보장을 위해서는 일상의 작은 변화도 도움이 되는데 서비스 시설의 인간적인 배려와 아늑함, 가정과 같은 분위기는 청결하고 쾌적한 주건 환경 보장도 인권과 관련되어 있었다.

→ 작은 시도도 ‘환경권’과 관련된 개선책이 될 수 있다.

14) 문화적 특성을 살려 창의적으로 접근하기

다른 기관에서 제공해 온 서비스, 너무 오랫동안 진행해 온 프로그램을 답습하지 말고, 우리 대상자의 특성을 살피고 이들에 맞고 이들이 가장 잘할 수 있는 서비스를 개발하려는 노력을 기울여야 한다.

→ 고정관념과 매너리즘에 벗어나서 최대한 클라이언트의 잠재력을 끌어 올리고 그들의 행복을 증진할 수 있는 프로그램을 강구할 것이 요구된다.

15) 지역사회가 함께 하는 서비스 개발

서비스와 프로그램을 기관 내부로 국한하지 말고 기관 밖에서 일반인과 함께 하는 것을 개발하는 것이 필요하다. 클라이언트와 그 가족에게만 국한된 서비스로서는 정신장애인의 인권 개선에 한계가 있을 수밖에 없다(월1회 만물시장 열기).
→ 옹호와 대변과 같은 좀 더 적극적이고 개방적인 노력이 요구된다.

16) 실천교육의 지평 넓히기

정신 장애인에 대한 서비스 제공능력을 향상시키기 위해서는 인권이 보장받을 수 있는 환경조성을 위해 옹호와 대변, 네트워크 및 자원개발 등에 대해서도 중요하게 다루는 것이 요구된다.
→ 현장에서 일하는 과정 속에서도 지속적인 교육과 훈련을 통해 이 부분에 대한 지식과 기술을 개발하고 적용해가야 한다(최명민, 2012).

Ⅲ. 정신요양시설의 종사자 처우에 대한 고민

과거 우리나라 복지는 종사자들이 자선과 봉사를 강조하는 현장에 있었으나, 현재는 복지수요가 전문화되고 구체적으로 세분화되어 종전의 단순 봉사의 개념으로 복지환경의 변화에 효율적으로 대응하기에는 어려운 실정입니다. 따라서 시설 종사자 역시 전문 직업적 개념으로 그 패러다임의 변화가 요구되는 것이 현실이다.

기본적으로 복지는 1차적으로 국가가 책임을 져야 한다는 것이 우리나라의 현실입니다. 그러나 공공부문에서 이 모든 부분을 담당하기에는 제도적으로 제약이 받는 부분이 많습니다. 이에 지역사회의 참여가 중요한 만큼 민간 부분의 역할이 강조되고 있습니다. 이러한 변화로 인해 더 이상 사회복지 시설 종사자들에게 희

생과 봉사를 강요하기에는 자칫 전문성을 저해할 수도 있을 것입니다.

현재 우리나라는 기초생활보장제도를 제외하고는 사회복지시설 대부분이 민간 부문에 위탁하거나 직영하는 방식으로 각종 복지서비스가 전문 인력인 사회복지사들을 중심으로 제공되고 있습니다. 국민의 안녕과 행복을 위한 국가의 중요한 책무인 공공복지서비스의 많은 부분을 민간부문이 일선에서 담당하고 있습니다.

현실은 공공복지서비스를 국가와 함께 담당하고 있는 민간 고학력 사회복지 종사자는 생계의 어려움과 높은 이직률을 초래하고 있습니다. 경력이 있고 유능한 사회복지 인력을 직접적인 실천 현장에서 확보하지 못함으로써 매년 증가하는 복지예산에 비해 낮은 복지 체감 도는 서비스의 비효율성을 단적으로 보여주는 예입니다.

이를 위해서는 시설 종사자 처우개선에 대한 정부와 지방자치단체의 확고한 의지와 노력이 필요하다고 하겠습니다.

사회복지에 있어 공공 부문과 민간 부문의 역할 구분과 원활한 상호협력은 효율성을 배가시킬 수 있을 것입니다. 공공부문의 종사자들은 호봉이 높음에 따른 운영비의 어려움을 체감하지 못합니다. 그러나 민간 부문의 높은 호봉은 운영비의 상대적인 축소로 운영난을 가져옴으로써 경험이 많은 전문 인력을 확보하기에는 어려움이 따르는 것이 사실입니다.

이를 위해서는 먼저, 종사자 보수는 반드시 일반운영비와 구분해서 지원이 되도록 정부에서 제시한 인건비 가이드라인이 지방자치단체의 재정자립도에 따른 보수산정에 차등이 이루어지지 않도록 정부가 전담해야 합니다. 그리고 지자체에서는 종사자 보수 외의 기타운영비 부분을 전담하는 체계로 개선되어야 합니다. 이렇게 하면 정부와 지방이 열악한 사회복지시설 종사자에 대한 보수 등 지원체계를 안정적으로 구축할 수 있을 뿐만 아니라, 지역별, 시설유형별로 다양한 수준으로 보수가 지급되고 있는 불합리성이 개선되리라고 생각됩니다. 또한 복지 욕구의

다양화로 현장에도 고학력의 계약직 종사자들이 종전에 비해 증가하고 있습니다. 이들은 같은 학력의 사회복지사로서 상대적인 박탈감으로 인한 경제적, 정신적 상실감은 사회복지 사명감을 저해하며, 심지어 자칫 사회복지에 속물적인 근성을 가지게 되는 것이 아닌가라며 스스로에 대한 죄의식을 느끼게 하기도 합니다. 계약직 사회복지사 역시 일반 사회복지사 못지않게 역량을 발휘하며 보조자가 아닌 전문성을 필요로 하는 전담인력으로서의 역할을 요구합니다. 열악한 사회복지 현장 종사자들에 대해서마저도 상대적인 빈곤에서 벗어나지 못해 직장에서도 본연의 업무에 전념하지 못하고 다른 일자리를 알아보기 위해 전전공공하는 안타까운 사례가 많습니다.

종사자가 정당한 처우를 받고 행복할 때 시설 거주자들이 행복해질 수 있다는 가장 기본적인 원리를 정부와 지방자치단체에서는 잊지 말아야 할 것입니다. 이에 구체적인 사항을 열거해 보도록 한다.

1. 정신보건전문요원의 역할과 직무 스트레스 중요

스트레스가 정신보건 종사자에게 유독 독특하게 나타나는 것은 아니다. 대다수의 사람들이 다소간의 스트레스는 어느 정도 경험하고 있지만 그것은 삶에서 주어지는 것이기 때문에 그렇다. 그러나 다른 직종과는 구별되는 정신보건 분야만의 독특한 직무환경이 존재한다. 정신보건전문요원이라 함은 정신보건 분야에 관한 전문지식과 기술을 가진 자로서 정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건 임상심리사로 분류할 수 있다. 정신보건전문요원은 지역사회정신보건사업을 담당할 전문 인력으로서 정신보건 정책의 방향이 수용위주에서 재활 및 사회복지 위주로 전환됨에 따라 지역사회정신보건의 중요성에 대한 인식이 확대되어 감에 따라 그 역할의 범위 및 기능이 확대되고 있다(정신보건전문요원교재, 2007).

2. 직무수행 인력상의 처우문제

정신보건사업은 실제로 여러 전문직들이 각각 전문분야에 맞는 역할을 분담하는 동시에 팀워크를 원칙으로 하는 분야(박미은, 1991)이며, 지역사회에서 가용한 모든 인적자원을 동원하는 다학제간 접근(이충순 외, 1997)이 강조되는 활동이다. 그러나 이충순 등은 본질적으로는 팀 접근에 찬성하나 이러한 경험이 적은 국내에서는 실행의 단계에서 협조관계를 구축하지 못하고, 자기 전문 분야에 대한 처우와 권리확보에 몰두하여 타 분야를 비방하거나 비협조적이 되며, 책임의 한계가 모호해지는 현상이 나타난다는 점을 지적하고 있다. 이 외에 인력부분에서 쟁점이 될 수 있는 것은 지나치게 부족한 전문가의 수이다.

이충순 등의 연구에 의하면, 미국 지역정신보건센터의 각 전문분야별 인력 수에 대한 기준으로 도시지역의 경우 약 40만 명 이내의 인구집단을 관할 구역으로 하며, 각 구역 내에서 포괄적이고 연속적인 서비스를 제공하기 위해서는 한 센터 당 최소한 20명 이상의 전문 인력과 10명 이상의 비전문 인력이 필요하다고 제안하고 있다. 그러나 실제로 우리나라의 시설 종사자의 경우에는 인구수에 비례하여 전문 인력이 절대적으로 부족한 현상이다. 결국 전문영역별 팀 접근을 위한 최소 기본단위조차 구성하기 어려운 실정이다. 또한 전문 인력 확보에 관한 문제는 보수체계와 관련 있다. 막중한 인건비 지출에도 불구하고 과중한 업무 상황에서 다른 전문기관에 준 하는 보수를 보장할 수 없기 때문에 업무에 필요한 요원을 충분히 확보할 수 없는 어려움을 가지고 있다고 밝히고 있다.

3. 시설 종사자의 처우 개선 논의

다양한 프로그램과 수준 높은 서비스를 제공하고 입소자의 “삶의 질”을 향상시키기 위해서는 수용자들과 함께 생활하며 프로그램 서비스를 지원하는 종사자의

역할이 무엇보다도 중요하다. 특히 전문적 소양과 자격을 갖춘 종사자의 확보가 필요하다(이보라, 2001). 또한 종사자들이 자유롭고 편안한 환경에서 그들의 전문적 능력을 발휘할 수 있도록 종사자의 처우 개선이 요구된다.

처우는 대상자의 취급이나 대우방법을 결정하는 것을 의미한다. 사회복지에는 사회복지에 종사하는 직원의 처우와 사회복지서비스를 이용하는 대상자의 처우 등 두 가지가 있으나(대구대학교 사회복지연구소, 1985) 여기서는 장애인 복지시설에 근무하는 직원의 처우에 대하여 관심을 갖는다. 시설근무자의 처우란 시설의 경영자가 시설의 근무자의 직위, 직종, 역할 등의 신분에 걸맞게 임금, 근로시간, 휴가, 인간적 대우 등으로 대접하는 것을 말한다(김만두, 1991).

입소자에게 직접적으로 영향을 주는 시설 종사자의 처우 및 개선방향을 살펴보면 다음과 같다.

1) 인재 육성

보수교육이란 어떤 분야에 진입하기 위한 공식적인 교육요소를 이미 완수한 전문가들이 받는 훈련이라고 정의내릴 수 있다. 보수교육은 전문지식과 기술을 보충하기 위한 것으로 다양한 형태로 제공된다. 세미나, 교육훈련, 자격프로그램, 공인된 교육과정, 워크숍, 회의, 자기학습, 학위과정, 소집단 등을 의미할 수 있다(유수현, 2004). 보수교육의 궁극적인 목적은 클라이언트에 대한 서비스의 질적인 향상에 있기 때문에 사회복지시설 종사자에 대한 계획적이고 구체적이며, 정기적인 보수교육이야말로 절대적으로 필요한 것이다.

아울러 사회복지시설 종사자들의 보수교육은 지방분권화 시대를 맞이하여 지방자치 나름대로 특화된 교육이 필요하며 교육수료에 따른 인센티브가 주어지도록 제도화 되어야 한다. 또한 교육의 주관 및 관리는 관 주도 또는 지역협의체 및 협

의회 등이 말아야 한다(이보라, 2001). 사회복지인력의 열악한 근무환경은 보수교육 상의 문제점에서도 찾아볼 수 있다. 현재 보수교육은 보건복지인력개발원과 한국사회복지사협회, 시설종별협의회에서 실시되고 있다. 그러나 모든 사회복지인력을 위한 충분한 보수교육이 실시되지 못하고 있다고 인식되고, 사회복지인들이 원하는 수준에는 미치지 못하고 있다는 평가가 내려지고 있다. 아울러, 보수교육의 문제는 시설의 종사자 수의 부족과도 맞물려 있다. 생활시설에서 현재와 같은 2교대제가 많은 상황에서는 보수교육을 받기위해 종사자들이 시간을 할애할 수 없는 문제가 있다. 그리고 보수교육은 주로 중앙에서 실시하고 있기 때문에 지방에서 근무하는 시설 종사자의 참여가 어려운 실정이다.

이를 위해 교육장소나 교육 내용을 전문적으로 결정해야 하고 지역별교육단을 구성하여 시설 방문 형 교육프로그램의 운영을 고려해 보아야한다고 지적하였다. 아울러 사회복지협의회를 중심으로 인근지역의 학계와 전문가 집단과 연계하여 사회복지시설의 종별 기능에 부합되는 교육프로그램을 개발하여 정기적인 보수교육 기회를 제공해야 한다고 하였다(한의회, 2004).

2) 후생 복지

후생복지란 적극적 업무 수행 촉진을 위한 동기 부여 수단으로서 보수이의 부가 편익을 제공하는 간접 보상이다. 후생 복지는 고용주와 피고용인 쌍방 간 이해관계가 일치하는 수준에서 업무적 보상이 이루어지는 보수 부분에서 커버할 수 없는 다양한 복지 방식으로 동기 부여에 의한 직무 만족, 직무 몰입의 과정에서 심리적인 욕구를 채워주는 특징을 가진다. 쌍방 간 협의된 업무 적 보상인 후생 복지는 종사자들을 위한 각종 휴게 시설, 퇴직금을 포함한 연금, 공제회 제도, 및 건강지도, 사회보험제도, 수당 등으로 나타나게 된다(이귀애, 2003).

3) 승진, 인사 체계

승진이 개인과 시설에 주는 영향은

첫째, 개인의 성공에 대한 기대를 충족시킴으로써 사기의 양양을 기할 수 있다.

둘째, 개인의 능력을 발전시킨다.

셋째, 인적자원능력을 효율적으로 이용할 수 있다고 하였다. 수당은 시설의 재정 형편에 따라 시설장과 종사자가 협의하여 부수 기준을 달리 정하여 지급한다. 승진의 기회도 마찬가지로 강한 상징적인 중요성을 지닌다. 승진의 기회는 많은 사람들에게 의해 과거 수행에 대한 인정과 미래에 대한 안정감을 제공하는 것으로 여겨졌다(이귀애, 2003).

따라서 직무수행에 따른 공정한 평가로 종사자들이 인사제도에 있어서 신뢰할 수 있도록 여건을 조성하여야 하며, 또한 사회복지 시설에 알맞은 조직 체계 도입을 통하여 승진의 기회를 확대하고, 포상규정 등을 마련하여 종사자들로 하여금 근무 의욕을 높여 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 하여야 한다(김영수, 2006).

4) 근로여건: 근로기준법 초과근무

근무여건은 임금 이외의 노동조건, 냉난방시설, 업무 공간, 시설과 설비 등 근무자의 책임을 효율적으로 수행할 수 있게 하는 환경을 총칭하는 것으로 근무환경에 말한다. 즉, 효과나 능률의 극대화를 도모하기 위해서는 무엇보다도 그 직업에 알맞은 근무 여건의 정비를 필요 요건으로 하고 있다. 따라서 종사자들의 근무부담의 과장 부담은 생활인들의 보호업무의 효과와 능률을 저하시키고 종사자들의 자질 향상과 전문성 신장을 저해할 뿐 아니라 종사자들의 사기를 저하시키게 된다. 이와 같은 근무 부담은 직접적으로 신체적, 정신적 피로를 안겨주어 생활인들의 보호에 막대한 지장을 초래하며 간접적으로는 시설 운영 및 사회복지에 관한 전반적인 불만 요인이 된다(김옥희, 2002).

5) 인간관계

인간관계는 인간 상호간에 일어나는 관계를 뜻하는 것으로 개개인이 사회적, 심리적 만족을 얻으면서 협동하여 일할 수 있도록 직장의 환경과 분위기를 조성함으로써 종사자 전체로 하여금 근무 의욕을 고도로 양양시켜 행정 및 경영의 능력화를 도모하는 관리 수단이 된다. 즉, 개개인들 상화작용을 통하여 신뢰관계를 형성한 민주적인 분위기에서 상호존중과 이해와 협조 속에 인간관계가 이루어진다면 직·간접적으로 입소자의 생활에 긍정적 영향을 주게 된다. 인간관계 요소로 동료와의 관계원만과 지지와 인정, 상급자와의 관계원만과 지지와 인정, 기관(시설)장관계원만과 지지와 인정, 수급자로부터 인정과 존경, 지역주민과 일반인들로부터 전문적 지위와 능력 인정 등으로 분류하고 있다(김옥희, 2002).

6) 사회적 인정

자기가 한 일에 대한 칭찬, 비난, 신용 등이 사회적 인정이다. 현재 사회복지시설 종사자의 지위는 전문직임에도 불구하고 단순히 생활인을 돌보는 사람으로 생각하는 사회적 통념 때문에 낮게 평가되고 있다. 생활인의 삶의 질을 향상시키고 자립과 재활로 사회의 구성원으로 성장시키는 직업에 자부심과 긍지를 가지고 맡은바 직무를 수행 할 때 생활인에 대한 책임감과 직업에 대한 만족도가 높아진다(김옥희, 2002).

4. 종사자들의 감정노동 대처 및 위험관리 매뉴얼 제작

사회복지사들은 클라이언트와 끊임없이 대면하면서 그들의 욕구를 충족시켜주는 서비스를 제공하기 위해 수용적이고, 관용적이고, 이해심 많고, 도우려는 사람이어야 한다는 암묵적인 요구를 받는다. 그러므로 서비스제공 과정에서 클라이언

트에 대한 분노, 불친절, 비관적 느낌 등이 떠오를 때 이러한 느낌을 억누르고 수용적인 감정을 유발하고자 감정조절에 많은 노력을 기울인다. 이는 조직에 의해 정해지고 요구되는 감정표현이 종사자들에 의해 수행되는 서비스의 중요한 구성요소가 되기 때문이다. 특히 클라이언트를 대상으로 하는 서비스의 특성상 감정적 관리를 위한 노동력 소모로 육체노동 못지않은 소진을 느낄 수 있다(임지영, 2008). 따라서 사회복지에서의 서비스 수행은 감정적으로 큰 노력이 필요하며 그러한 태도와 감정은 관리가 필요한 노동으로 보는 것이 마땅하지만 다른 서비스 조직에 비해 복지서비스 조직에서는 종사자들의 이러한 노력을 대부분 직업적인 소명과 투철한 봉사 및 원조정신 등의 개인의 윤리적인 문제로 생각하여 왔기 때문에 이러한 감정 관리를 노동으로 보지 않았다(이유정, 2004). Hochschild(1983)는 서비스 노동에 종사하는 사람들은 육체노동과 정신노동 이외에도 그것들과 차별화 될 수 있는 또 하나의 노동을 수행하고 있음에 주목하고 이를 ‘감정노동’이라고 명명하였다. 감정노동은 종사자들의 조직의 요구와 자신의 실제 감정의 차이에서 발생하는 감정적 부조화에 따라 스트레스를 유발하게 되고 스트레스는 종사자들의 직무에 대한 만족감을 떨어뜨리고 결과적으로 이직률을 높이는 요인이 되고 있는 것이다. 또한 시설의 장비, 환경, 서비스, 언어, 인력에 대한 위험관리가 필요하다.

IV. 결론

현행 정신보건법과 하위법령에 의한 정신질환자의 비자의(강제) 입원과 정신보건 심판위원회의 계속입원심사 제도와 그 운영은 정신질환자에 대한 인권보호와 효과적인 치료와 재활, 사회복귀의 관점에서 볼 때 여러 가지 결함을 안고 있다. 그중 가장 중요한 것은 정신질환자에 대한 정신과전문의의 진단에 의하여만 강제

입원과 계속 입원이 가능하여 장기입원의 폐해를 낳고 있는 것이다. 따라서 전국에 설치되어 있는 정신보건센터의 정신보건사회복지사로 하여금 정신질환자의 비자의 입원이나 정신보건심판위원회의 심판에 있어서 환자와 그 가족 또는 환경과 그 밖의 요소에 대한 사정을 실시하게 하고 그 보고서를 작성하게 하여 이를 토대로 입원과 계속입원 심사를 하게 된다면 정신질환자의 입원여부에 대한 실질적인 평가가 가능하게 되어 입원의 남용을 막고 정신질환자의 인권신장에 기여할 수 있을 것으로 생각한다.

시설의 중요기능은 일상생활의 원조 및 가정의 대리적 기능 그리고 치료, 개선 교육 등의 전문적 기능이다. 이러한 시설의 역할은 그 기능에 따라 생활서비스를 위한 기능(주거, 급식, 보건, 기타 생활서비스), 치료훈련서비스를 위한 기능(치료, 처우, 교육, 훈련), 원조서비스를 위한 기능(인간관계, 사회관계의 조정) 등의 다양성을 갖고 있다. 시설의 운영목표는 거주자들의 보호, 상담, 치료 및 재활 등을 위한 개별적 서비스를 제공하는 것이다. 이를 위해 종사자들의 전문성을 확보해야 한다.

따라서 적절한 인재의 양성·확보와 병행하여 서비스 제공에 있어서 전문직의 역할 및 위상을 명확히 할 필요가 있다(이인재, 1995; 김태성, 1997). 게다가 이러한 전문직에 의한 서비스에 더하여 자원봉사, 가족 등에 의한 정신적인 지지도 필요하다. 또한 서비스의 제공과정, 평가하는 서비스의 내용에 관한 기준을 설정할 필요가 있다. 시설, 설비, 인원배치 등의 외형적인 기준에 대해서는 질의 저하를 가져오지 않도록 유의하고, 탄력화를 도모하기 위해 직무분석을 통한 종사자 배치기준에 대한 재검토가 필요할 것으로 생각된다.

앞으로 사회안전망의 한 부분으로서 시설의 역할은 더욱 막중해 질 것으로 전망되고 있다. 시설이 부여받은 기능을 제대로 수행하기 위해서는 무엇보다도 먼저 우수한 인력을 확보해야 한다. 이를 위해서는 시설 인력에 대한 처우가 향상되어

야 하고, 종사자의 근무여건이 개선되어야 한다. 이 중에서도 2부제의 도입은 시급히 이루어져야 할 부분이다. 장애인시설을 중심으로 시설직원들의 권리 찾기 운동이 시작되고 있다(임성만, 2000)는 점을 감안해 보더라도 시설 종사자에 대한 처우개선은 시급히 이루어야 할 과제이며, 그 결과 시설 거주자의 인권도 향상될 수 있을 것이다. 또한 종사자들의 감정노동 과 시설의 위험관리에 대한 연구가 지속되어야 한다.

참고문헌

- 『사회복지실무자의 사회적 위상』, 『한국사회복지의 선택』, 나남출판, 1995.
- 강대혁, 김선옥(2011). 국내정신보건 서비스 현황과 정신과 작업치료사의 역할.
- 고명석(2008). “사회복지생활시설 종사자의 인권의식에 관한 연구”, 서울기독교대학교 대학원 국내박사학위논문.
- 국가인권위원회(2010). 인권침해유형별 국가인권위원회 진정실태.
- _____ (2008). 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사.
- 권영성(2008). 헌법학원론, 법문사.
- 김기태, 황성동, 최송식, 박봉길, 최말옥(2002). 정신보건복지론, 양서원.
- 김남주(2001). 장애인생활시설 종사자의 직무환경과 소진과의 관계에 관한 연구, 석사학위 논문, 가톨릭대학교.
- 김만두(1991). “아동복지시설 종사자의 처우”, “경제발전과 아동복지”, 한국아동복지 시설협회.
- 김상균, 오정수, 유채영(2003). 사회복지윤리와 철학, 나남출판.
- 김옥희(2002). “시설근무형태 변경에 따른 근무환경 변화와 직무만족도 비교 연구”, 목원대학교 산업정보대학원 사회복지학과 석사학위 논문.
- 김완진(2011). “지역사회정신보건센터 종사자의 직무스트레스와 대처유형에 관한 연구”, 공주대학교 일반대학원 국내석사학위논문.
- 김충희(2004). “정신보건영역 사회복지사의 인권감수성 연구”, 이화여자대학교 석사학위논문.

- 김태성(1997). “사회복지학, 사회복지전문직, 그리고 사회복지 교육제도”, 『사회복지연구』, 제9권, 서울대학교 사회복지연구소.
- 김통원(1998). 사회복지 수용시설 평가제의 도입과 대비 전략, 한국사회복지협회 발표논문.
- 노봉근(2006). “정신요양시설이 사회복지사 처우 및 역량강화” 한국정신보건 사업학회.
- 대구대학교 사회복지연구소(1085). “사회복지사전”, 경진사.
- 데일리메디팜 www.dailynedipharm.com
- 박미은(1991). “정신보건사업에서 사회사업가의 역할-정신보건법을 중심으로”, 한국사회복지학(17집), 한국사회복지학회, 87-107.
- 박선녀(2002). “정신요양시설이 사회복지사의 직무만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 신라대학교 석사학위 논문.
- 법제처 <http://law.go.kr>
- 변기지, 홍혜숙(2002). 응급실간호사와 일반병동 간호사의 직무스트레스와 만족도, 경북간호과학지.
- 변용찬(2000). “사회복지시설의 운영개선방안”, 『보건복지포럼』 42, 한국보건사회연구원.
- 변용찬 · 이상영 · 이상헌(1996). 사회복지수용시설의 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원.
- 변용찬 외(1996). 『사회복지 수용시설의 1황과 정책과제』, 한국보건사회연구원.
- _____ (1999). 『사회복지시설 거주자의 건강증진을 위한 보건환경 개선방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부.
- 보건복지부(2000). 정신지체인 생활시설의 문제와 개선방향, 사회복지시설 평가보고서.
- _____ (2002). 사회복지시설현황.
- 서동우, 조맹제, 김윤희, 김진학, 김광기, 문용훈 등. 2007년 중앙정신보건사.
- 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실(1994). 정신보건의 현황과 정책개발.
- 신유찬(1997). 『인간존중의 경영』, 다산출판사
- 심재호(1999). “생활시설의 개선대안으로서의 운영위원회”, 『복지동향』 제17호, 참여연대.
- _____ (2003). 미신고 사회복지시설에 대한 고찰.
- 양옥경(1996). 지역사회정신건강, 나남출판.
- 오혜경(2008). “인권과 장애인복지실천”, 사회복지리뷰.

- 유수현(2004). “사회복지사 보수교육 법제화를 위한 공청회, 사회복지사의 보수교육제도 개정 방향 발표자료”.
- 윤찬영(2000), “정신장애인의 인권운동”, 한국정신보건사회사업학회.
- _____ (2005). “기본적 인권으로서의 복지권의 이해”, 복지동향.
- 이완영(2008). “사회복지시설의 입소자의 인권에 관한 연구”, 송실대학교 대학원 국내석사학위논문.
- 이인재(1995). 『사회복지실무자의 사회적 위상』, 『한국사회복지의 선택』, 나남출판.
- 이종복(2001). “미신고사회복지시설의활성화방안에관한연구”, 『사회과학연구』 제5집, 평택대학교사회과학연구소
- 이충순, 박종원, 한은선, 황태연, 이주훈, 이종국, 고영(1997). 현대 정신보건과 지역사회, 경기도 의료법인 용인정신병원.
- 이혜원 역(2005). 인권과 사회복지실천.
- 인권통계(2012). 국가인권위원회.
- 임규진(1982). 교육 행정가의 행정 유형과 교사의 직무만족과의 관계. 교육행정연구, 1(1), 65.
- 임성만(2000). “장애인시설 직원들의 권리찾기 운동”, 『월간 복지동향』, 2000. 11.
- _____ (2001). “장애인시설의 보육사 2교대 근무 여건의 마련이 그 어떤 개혁과 변화보다 시급하다”, 『월간 복지동향』, 2000. 10.
- 전재일 · 이성희(2001). “사회복지시설의정책방안에관한연구”, 『사회복지개발연구』 7, 2, 사회복지개발연구원
- 정신전문요원수련교재(2007). 『한국정신보건사회사업학회편』, 양서원.
- 중앙정신보건사업지원단(2009). 정신질환자 법적 차별 개선대책.
- 참여연대사회복지위원회編(2002). “미신고시설양성화방안의문제점과과제”, 『복지동향』 통권 제48호, 참여연대사회복지위원회.
- 최명민(2012). 정신보건사회복지의 이론과 실제, “정신장애인의 인권과 권익옹호”.
- 한국장애인복지시설협회, 『장애인생활시설 생활보조원의 근무실태와 개선대책』, 한국장애인복지시설협회 내부자료, 2000. 10.
- 한의회(2004). 사회복지사 보수교육 법제화를 위한 공청회: 사회복지사의 보수교육제도 개정방향 토론 자료.



홍현숙(2007). “정신질환자 인권증진을 위한 제도분석”(1): 강제 및 응급입원제도, 정신 건강정책포럼 1: 25-39.

<http://blog.naver.com/mhnhnr?Redirect=Log&logNo=50039997572>

www.humanrights.go.kr

Hochschild, A. R.(1983), *The Managed Heart*, Berkeley & Los Angeles, CA: University of California Press.

UN Center for Human Rights(1994). *Human Rights and social work*, 학지사.

United Nations(1987). *Human Rights: Questions and Ansters*.

토론

보편적 시각으로 바라본 인권 -시설 종사자의 입장에서-

조영군

(정신요양시설 한울빌리지 원장)

인권이란 인간의 자유와 권익을 위해 존재한다. 보편적이고 개별적으로 나누어 질 수 없으며, 본질은 도덕성으로부터 나오고, 그 무엇보다도 우선한다는 특성을 지닌다.

우리나라에서 2001년 국가인권위원회가 활동을 시작한 이래 시설인권과 관련된 구체적 행동은 2010년 보건복지부가 장애인거주시설 인권보호 권장기준을 마련하면서 복지현장에서도 인권에 관점을 둔 접근이 본격화 되었다.

그 결과 지난 몇 년 동안 장애인 시설에서 이용인의 인권에 대한 관심과 변화는 매우 비약적인 증가와 발전이 있었다고 할 수 있다. 특히 제도권 내의 시설들은 이용자의 인권과 관련하여 지속적인 직원교육을 통하여 인권에 대한 감수성을 높이는데 노력해 왔다.

이 시점에서 상대적으로 관심 밖의 대상이었던 시설 종사자의 인권에 대해 생각해 보고자 한다.

시설종사자의 인권을 생각해보기 위해서는 현재 정신보건시설의 상황에 대한

이해가 필요하다.

먼저 시설외적 환경을 정책적 측면과 서비스 전달체계의 측면으로 나눠 살펴보면, 현 정신보건사업의 정책방향은 입원치료에 치중하고 있다고 할 수 있다. 이는 현재의 정신보건시설의 병상수를 1984년과 비교해보면 정신과병원 병상은 약 13배 증가하였고, 정신요양시설 병상은 약 1.6배 증가하였다. 이는 우리나라의 정신보건사업에서 입원치료가 꾸준히 증가하였음을 짐작할 수 있다. OECD 국가들에서 1950년대 이후로 정신장애인에 대한 인식의 변화와 함께 탈시설화가 진행되면서 입원중심의 정신보건사업이 지역사회 중심으로 변화하였으나 우리나라는 1995년 정신보건법을 제정하면서 지역사회 중심의 정신보건사업을 강조하며 정신보건시설 설치를 통해 지역사회 중심의 정신보건사업을 주장하였음에도 실질적 정책방향은 그와는 반대로 가고 있다는 것을 볼 때 정신장애인의 지역사회로의 진입은 앞으로도 해결해 나가야할 사항들이 많이 있을 것으로 생각된다.

그리고 서비스 전달체계 부분을 살펴보면 관련법에서는 사회복지를 위한 전달체계나 각 정신보건시설의 특성별 기능에 관하여는 따로 규정이 없다. 의료 전달체계에서도 보건소, 사회복지시설, 정신요양시설, 각급 정신의료시설, 기타 연관기관의 기능에 대하여만 일부 규정이 있을 뿐, 시설간의 역할이나 조정 등을 통한 통합적이고 종합적인 접근체계나 퇴원 이후의 조치 또는 이용기관 선정 등의 서비스체계관련 방향설정이 없다.

다음으로 시설 내부의 환경중 이용자 대비 직원의 인력지원 기준을 살펴보면, 시설 유형별 현재 직접 서비스를 담당하는 생활지도원(생활복지사) 직종 직원의 보건복지부 인건비 지원기준은 정신요양시설의 경우 법상 지원기준은 입소자 25

인당 1명을 배치토록 하고 있으나 보건복지부 실제 지원 기준은 28명당 1인으로 지원되고 있고 이나마 시도별로 지원기준이 다르다. 장애인 거주시설(단기거주시설, 공동생활가정 제외)의 중증장애인, 영·유아장애인 4.7명당 2명의 생활지도원을 지원하고 있다. 또한 장애아동 4명당 1명, 지적·시각장애인 5명당 1명, 지체 및 청각·언어장애인 10명당 1명을 지원하도록 되어있으며 이 기준도 각 지자체별로 지켜지지 않는 곳도 있다. 양로 시설의 경우 요양보호사 입소자 12.5명당 요양보호사 1명, 노인요양시설의 경우 입소자 2.5명당 요양보호사 1명을 배치토록 하고 있다.

또한 직원의 인건비 지원내용을 살펴보면 연장근로수당도 제한적으로 지원하며, 그나마 지원기준이 다르거나 지원하지 않는 시도도 있다. 휴일 및 야근수당은 아예 지원되지 않는 등 임금 최소 지원 기준인 근로기준법에서 정한 지원 기준조차 충족하지 못하는 실정이다.

이러한 시설 내·외부의 열악한 상황은 시설종사자가 근무기관의 정체성에 대한 고민과 서비스 제공방법이나 방향에 대한 혼란을 겪게 만들고 근로환경의 열악성으로 인해 조기 소진되어 경력직 종사자의 이탈과 능력 있는 신규직원의 현장진입을 방해하는 요소로 작용한다. 결과적으로는 종사자의 인권이 침해받아 제공 근로의 질을 떨어뜨리고 이는 이용자의 인권 신장에도 바람직하지 못한 영향을 미치는 등 악순환을 발생시키고 있다.

그리고 정신요양시설종사자들이 갖는 또 하나의 어려움은 시설을 바라보는 외부의 시선에서 자유로울 수 없다는데서 시작한다. 미인가시설이나 극소수의 일부 시설에서 발생하는 문제가 모든 시설의 문제로 일반화되어 매도된다든지 또는 요

양시설의 성격상 만성적이고도 누구에게도 보호받지 못하는 이용자의 특성으로 인한 장기입원이 마치 이용자 인권의 침해인양 비춰지는 현실 속에서 직업에 대한 자긍심이나 만족도가 높아질 수 있는지? 과연 이와 같은 환경에서 시설종사자들이 할 수 있는 일이 무엇이 있을까? 반문하게 된다. 근무 환경적 측면에서도 잠재적으로는 폭력성이나 자해의 위험을 지니고 있는 정신장애인 들을 혼자서 28명이나 보살펴야하는 그것도 2교대나 3교대의 근무방식을 취한다면 1명의 근무자가 50명이나 75명 이상의 이용인 들에게 서비스를 제공해야한다는 현실 속에서 시설종사자들은 그들의 인권을 어떻게 보호받을 수 있을까? 스스로가 인권의 사각지대에 놓여있는데 이용인들에게 양질의 서비스를 제공하고 인권을 보호해줄 수 있을까? 생각해보게 된다.

결론적으로 종사자의 인권보호차원에서 정부의 인건비 지원기준은 기관이나 시설의 종류 또는 장애의 구분에 따라 차등해서 지원하는 것이 지양되어야 한다고 생각한다. 중증장애인이나 장애아동 혹은 지체장애이거나 지적장애, 또는 정신장애인을 보살피는 일에 경중이 있을 수 없으며 365일 24시간 서비스를 제공해야 한다는 점에서 현장에서 어려움을 겪지 않도록 현실적 지원이 고려되어야 한다.

또한 시설에서도 종사자의 인권보호를 위한 노력이 필요하다. 예를 들면 종사자의 권리에 관한 규정 마련과 근무 중 이용자의 폭력이나 위협으로부터 본인을 지킬 수 있는 행동요령이나 시설 내 피난처 등을 설정하는 등의 필요가 있다.

이러한 노력들을 바탕으로 시설 종사자의 인권이 보호되었을 때 비로소 이용자의 인권보호와 발전에도 긍정적 영향을 미칠 수 있을 것이다.

참고문헌

- 2013 서울특별시장초청 사회복지법인·시설 운영자 정책간담회 자료집.
- 김덕래(2012). <복지타임즈 전문가칼럼 오피니언> 정신건강 보건체계 개선해야[18대 대선에 바란다 - 15개 사회복지 직능단체장 연속 기고⑥](등록/발행일:2012-07-30).
- 고명석(2008). 사회복지생활시설 종사자의 인권의식에 관한 연구.
- <근로기준법에 적법한 시설운영과 종사자 처우개선을 위한 3교대 도입 방안 마련 토론회> 자료집 (사)한국장애인복지시설협회 2013.
- 박태영(2007). 사회복지시설에서의 인권에 대한 소고.
- 오병선, 박종보, 김비환, 홍성필, 박경서(2011). <인권의 해설> 국가인권위원회.
- 정책토론회 <정신장애인 지원방안을 위한 다각적 논의> 자료집 (재)한국장애인개발원 2013.

토론

정신요양시설 입소자 인권보호에 관한 토론

권오용

(한국정신장애연대 사무총장)

1. 정신요양시설에 관한 정신보건법 규정

정신요양시설은 “정신보건법에 의하여 설치된 시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.”(정신보건법 제3조 제5호) 현행법상 정신요양시설은 사회복지법인 기타 비영리법인이 보건복지부장관의 허가를 받아 설치·운영할 수 있다. 허가 받은 사항 중 보건복지부령이 정하는 중요한 사항을 변경하고자 하는 때에도 또한 같다(정신보건법 제10조제1항).

정신요양시설에서는 요양과 사회복귀를 위한 훈련을 보건복지부장관이 정하는 바에 의하여 시행하고, 보건복지부장관 또는 시·도지사는 정신요양시설의 장에게 정신질환자의 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련에 지장이 없는 범위 안에서 지역주민·사회단체·언론기관 등이 정신요양시설의 운영상황을 파악할 수 있도록 당해 시설의 개방을 요구할 수 있다. 정신요양시설의 설치기준, 수용인원, 종사자의 수 및 자격, 이용 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정하고, 정신요양시설에서 요양과 사회복귀를 위한 훈련을 실시할 때 의료와 관련된 부분

은 정신건강의학과 의사의 자문을 받아야 한다(정신보건법 제10조제2항 내지 제7항). 한편 정신보건법 제12조의2에 의하면 “1. 제23조제2항 또는 제24조제4항·제6항 본문을 위반하여 정신질환자를 퇴원 또는 퇴소(이하 “퇴원 등”이라 한다)시키지 아니한 행위 2. 제36조제1항 후단을 위반하여 정신질환자를 퇴원시키지 아니한 행위 3. 제40조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 진단 없이 정신질환자를 입원 또는 입소(이하 “입원 등”이라 한다)시키거나 입원 등을 연장시킨 행위”에 대하여 금고 이상의 형을 선고받고 5년이 경과되지 아니한 자 또는 그가 대표자로 있는 법인은 정신요양시설 또는 정신의료기관을 설치하거나 개설할 수 없도록 하고 있다. 이와 같이 현행 정신보건법은 정신요양시설에 대하여 설치를 매우 어렵게 하고 실제로 최근 꽤 오랫동안 새로운 요양시설의 설치를 허가해주지 않고 있고 철저히 관리, 감독하고 있다. 이것은 발제자가 지적한 내용과 같이 정신요양시설의 입소자들이 가족으로부터도 외면을 받고 있어 퇴소하여도 갈 곳이 없는 사회적 약자이므로 특별히 보호하고 인권침해를 막기 위하여 철저히 관리하기 위한 것으로 보인다.

그런데 정신요양시설에의 입소와 퇴소에 관한 규정은 정신보건법상 보호 및 치료에 관한 제3장에서 자의입소(제23조), 보호의무자에 의한 비자의 입소(제24조), 입소의 연장에 관하여 규정하고 있고, 정신요양시설에의 입소 및 퇴소절차는 정신의료기관에의 입원 내지 퇴원절차와 동일하게 되어 있는데 이것은 정신요양시설도 일종의 정신의료기관과 마찬가지로 사실상 정신질환자에 대한 장기수용의 목적으로 이용되고 있기 때문이고 이러한 사실은 발제자가 제시한 모든 통계자료에 의할 때 분명히 드러나고 있다.

2. 정신요양시설과 입소자 인권의 현황

발제자의 발표와 같이 현재 최근 2013년 6월 현재 전국 59개의 정신요양시설에 관한 통계자료에서 총 입소자 11,072명 중 5년 이상 입소자가 3,335명으로서 30.1%나 되고 자의에 의한 입소가 9.7%에 불과한 반면, 나머지 대부분의 입소자는 모두 보호의무자나 시. 군. 구청장에 의한 비자의 입소 환자라는 사실은 충격적인 내용이다.

이러한 정신요양시설 운영의 현실은 “정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀”(제1조 목적)라는 정신보건법 제정의 목적과 “①모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다. ②모든 정신질환자는 최적의 치료와 보호를 받을 권리를 보장받는다. ③모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다. ⑤입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다. ⑥입원중인 정신질환자는 가능한 한 자유로운 환경이 보장되어야”한다는 정신보건법의 기본이념(제2조)과 정신요양시설 운영의 현실은 전혀 맞지 않는 것으로 보인다.

3. 유엔장애인권리협약과 정신장애인의 인권

유엔장애인권리협약은 제1조에서 “정신적 손상(mental impairment)”에 의한 정신장애를 명시하였고 제3조에서는 차별금지의 원칙과 자기결정권의 보장, 제4조에는 각국 정부가 장애인에 대하여 차별하는 현행법과 제도, 관행을 장애인권리협약의 내용에 맞게 고치도록 명령하고, 제12조는 장애인의 법 앞에서 동등한 인정으로 장애인의 법적 능력의 완전성과 의사결정의 조력에 관한 제도를 만들고 기존

의 성년후견제를 비롯한 의사결정의 대리제도를 폐지할 것을 규정하였고, 제14조 자유권에 관한 규정은 장애를 이유로 한 자유의 박탈을 금지하고, 제15조, 17조에서는 고문·학대를 받지 아니하고, 신체적·정신적 완전성에 대한 권리를 규정하고, 제19조는 지역사회에서 자립하여 생활할 권리, 제25조에서는 자유로운 자발적 동의에 의한 건강보호와 치료를 받을 권리에 대하여 규정하고 있다.

이러한 장애인 권리협약의 정신장애와 관련한 규정은 기존 국제규범인 정신의료의 향상과 정신질환의 치료에 관한 MI원칙에서 환자의 최선의 이익을 위하여 최소제한적인 대안이 없을 경우 “자해 또는 타해의 위험성”, “판단능력이 없는 환자의 치료”를 위한 목적으로 본인의 동의를 받지 아니하고 강제적인 치료개입을 허용하던 기존 체제의 패러다임을 변경한 것으로서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 어떠한 이유로도 강제적인 치료 명목의 개입이나 강제입원 내지 입소를 금지한 것이다.¹⁾

관련하여 유엔 고문방지협약에 관한 특별보고관은 어떠한 이유로도 정신장애를 이유로 자유를 박탈하는 강제입원과 강제치료는 장애인권리협약 제14조의 규정에 위배되는 것으로 해석하는 내용의 보고서를 유엔총회에 제출하였다.²⁾ 특별보고관

1) 유엔 장애인권리위원회는 엘살바도르, 오스트레일리아, 오스트리아, 파라과이, 아르헨티나, 중국, 헝가리, 페루, 스페인, 튀니지 등 10개국에 대한 장애인권리협약 이행보고서에 대한 심의를 마치고 최종 권고안을 발표하였는데 일관되게 정신의료기관에의 강제입원, 강제치료, 강제입소에 대하여 장애인권리협약 제14조 내지 제17조에 위반된다는 점과 “자해 또는 타해”를 이유로도 정신장애인에 대한 강제적인 의료개입은 허용되지 않는다는 점을 분명히 하였다.

2) UN General Assembly A/HRC/22/53

68. Involuntary commitment to psychiatric institutions has been well documented.⁸³ There are well-documented examples of people living their whole lives in such psychiatric or social care institutions.⁸⁴ The Committee on the Rights of Persons with Disabilities has been very explicit in calling for the prohibition of disability-based detention, i.e. civil commitment and compulsory institutionalization or confinement based on disability.⁸⁵ It establishes that community living, with support, is no longer a favourable policy development but an internationally recognized right.⁸⁶ The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory. Article 14, paragraph 1 (b), of the Convention unambiguously states that “the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty”. Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on

은 더 나아가서 강제입원 또는 수용한 상태에서 강제적인 약물투입과 전기충격치료 등 비인도적인 의료개입행위는 그 정도에 따라서 고문에 해당할 수도 있다는 점을 명백히 하였다.³⁾

4. 뉴욕 주의 인권소송 결과 등

뉴욕 주에서는 인권옹호자들 소송단과 뉴욕 주 간의 장기간의 소송 끝에 뉴욕 주 내 23개의 대형 요양원에 거주하는 2,500명의 모든 정신질환자들에 대하여 환자들이 독립하여 아파트에서 거주하며 수시로 사회사업가 등의 전문 사례관리자의 방문을 받고 생활하도록 하는 조정에 응하여 뉴욕주지사는 적어도 2,000개의 새로운 주택을 마련하기로 하는데 합의하였다. 이러한 소송은 2003년도에 뉴욕의

the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness (A/HRC/10/48, paras. 48, 49).

3) 위 유엔총회 보고서 A/HRC/22/53

69. Deprivation of liberty on grounds of mental illness is unjustified if its basis is discrimination or prejudice against persons with disabilities. Under the European Convention on Human Rights, mental disorder must be of a certain severity in order to justify detention.⁸⁷ The Special Rapporteur believes that the severity of the mental illness is not by itself sufficient to justify detention; the State must also show that detention is necessary to protect the safety of the person or of others. Except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of “unsound mind”.⁸⁸ As detention in a psychiatric context may lead to non-consensual psychiatric treatment,⁸⁹ the mandate has stated that deprivation of liberty that is based on the grounds of a disability and that inflicts severe pain or suffering could fall under the scope of the Convention against Torture (A/63/175, para. 65). In making such an assessment, factors such as fear and anxiety produced by indefinite detention, the infliction of forced medication or electroshock, the use of restraints and seclusion, the segregation from family and community, etc., should be taken into account.⁹⁰

장애인 인권협회의 의장 클립 주커(Cliff Zucker)가 주정부를 상대로 소송을 시작한 이후 요양원에 장기간 거주하던 정신질환자들은 성장의 자유와 능력과 함께 다시 독립을 찾게 된 것이다.⁴⁾

최근 일본은 정신보건법 개정으로 정신의료기관을 정신질환자들의 거주시설로 전환하려는 움직임을 보이는데 대하여 인권활동가들은 또 다른 정신장애인 시설을 만들어 수용하는 것은 정신장애인의 지역사회에서 자립하여 생활할 권리에 배치되는 것이라고 하며 반대하고 있다.

5. 발제자의 의견과 관련한 제언

장애인복지법 제15조에 의하여 정신장애인에게 장애인복지시설의 이용과 장애인복지서비스에서 제외하는 규정은 불합리한 차별로서 동 규정은 삭제되어야 한다. 현재 정신보건법에 의한 정신장애인들에 대한 시설은 정신의료기관과 정신요양시설, 사회복지시설로서 매우 제한되어 있고 정신장애인에 대하여 장애인으로서 장애인복지법이 규정하고 있는 장애인복지서비스의 이용을 제한할 합리적인 이유는 없다고 본다.

한편 정신요양시설을 이용하는 정신질환자들에게 정신요양시설은 사실상 장기주거를 위한 요양원의 기능을 하고 있는 것이 현실이다. 따라서 정신요양시설의 운영과 시설을 개선하는 것과 아울러 정신요양시설을 사회복지사업법 또는 장애인복지법에 의한 장애인복지시설로 전환하여 규정하고 정신질환자들의 자발적인 의사에 의하여 입. 퇴소와 이용에 있어서 자유와 자율권을 부여하는 것이 장애인 권리협약이나 우리나라 헌법과 장애인차별금지법 등 인권에 부합하는 방향으로 생각된다.

4) 2013년 7월 24일자 월스트리트 저널 기사.

한편 성년후견제도는 장애인권리협약 제12조가 장애인의 법 앞에서의 동등한 인정의 권리를 보장하며 의사결정의 대리제도인 성년후견제도를 폐지하고 장애인의 법적능력행사의 조력을 위하여 장애인의 자기결정권을 보장하고 장애인의 의지와 희망, 선호에 따라 의사결정을 조력하기 위한 제도를 마련하도록 한 취지에 반하는 점을 주의하여야 할 것이다.⁵⁾

한편 영국의 2005년도 정신능력법에서도 정신질환자들에 대하여는 동법에 의한 성년후견제도가 적용되지 않는 것은 정신질환으로 인한 정신장애인에 대하여 법원이 무능력판정과 후견인을 지정하여 재산이나 신상보호를 후견인에게 맡기는 것은 적절치 않기 때문인 것이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 민법과 보건복지부의 정신보건법 전부개정안에서 정신질환자의 입원과 퇴원에 대한 의사결정을 성년후견인이 하도록 한 것은 매우 부당하고 큰 폐단을 가져올 수 있는 위험한 발상이므로 이에 대하여는 조속히 대안을 마련하여야 할 것이라고 생각한다.

발제자가 정신요양시설 입소자에 대한 자율성 등 인권을 존중하고 정신요양시설 입소 이용자의 개별적인 욕구를 존중한 질 높은 서비스를 제공하여야 한다는 의견과 입소하는 정신질환자에 대한 개별적인 사정을 실시하여 인권침해를 방지한다는 의견은 전적으로 동의하고 필요한 것으로 공감하고 있다.

6. 결 어

정신의료기관과 정신요양시설에의 비자의 입원과 수용의 인권침해적인 현실은 정신보건법 제24조 이하의 비자의 입원 등에 관한 규정은 정신질환자 본인의 정신능력과 상관없이 제3자인 가족보호자나 시·군·구청장의 동의만 받고 정신과

5) 이와 관련 유엔장애인권리위원회는 각국 정부에 대한 최종권고안에서 성년후견제도를 폐지하고 의사결정을 조력하는 제도를 마련할 것을 예외 없이 권고하고 있다.

전문의 1인의 의료적인 판단만으로 병원과 시설에 강제로 수용할 수 있도록 되어 있기 때문이다. 이러한 정신보건법의 규정은 현재 전 세계적으로 유래가 없는 법제로서 우리 헌법의 정신과 국제법인 유엔장애인권리협약에 위배됨이 명백하다. 이러한 사실은 캐나다 온타리오 주에서 한국의 정신건강시스템을 인권침해적인 내용으로 판단한 것과 금년 초 한국정부에 대하여 정신보건개혁을 권고한 OECD 전문가 등이 지적한 바도 있다.

따라서 정신요양시설 입소자들의 인권현실을 개선하기 위하여 가장 시급한 조치는 인권침해를 낳고 있는 정신보건법의 위헌적인 규정을 삭제하고 정신요양시설을 자유와 자율에 의하여 이용할 수 있도록 사회복지기관으로 변경하고 서비스의 질을 높여 주거할 곳이 없는 정신질환자 또는 정신장애인들이 편안하게 거주 또는 요양할 수 있는 시설로 바뀌어야 할 것이다.

토론

정신요양시설 입소자 인권과 종사자 처우에 관한 토론

손덕순

(용인송담대학교 교수)

겨울의 문턱에서 정신요양시설 입소자들의 인권과 종사자 처우에 관해 함께 논의할 수 있는 기회를 갖게 된 것에 대해 매우 감사합니다. 오늘의 논의가 차가운 겨울을 지내는 입소자들과 종사자들에게 봄을 기다리는 희망과 새로운 시작이 되길 기대해 봅니다.

발제자의 원고에서 정신요양시설 입소자의 인권과 관련된 사례와 문제, 증진을 위한 과제, 종사자에 대한 처우 개선방안 등에 대해 제시하신 부분은 충분히 동의합니다. 다만 다음과 같이 몇 가지 점에서 논의를 해보고자 합니다.

전반적으로 제시된 원고내용은 정신요양원의 현실보다는 정신병원 위주의 내용으로 현재 정신요양원의 현황에 대해 좀 더 분석이 되었으면 제시된 과제나 개선방안에 대한 논의가 구체적이었을 것으로 봅니다. 제안하신 과제들이 너무 선언적인 것은 아닌지, 그리고 현실적으로 구현하기 위해서는 어떠한 점들이 고려되어야 할 것인지 고민이 됩니다. 저는 클라이언트 입장에서 제시하신 부분에 대한 논의를 통해 향후 과제들을 함께 고민하고자 합니다.

1) 장애인복지시설이용이 과연 클라이언트중심의 해결방안인가 하는 것입니다. 장애인복지법에 의한 정신장애인의 장애인복지권의 차별이 해소될 수 있는가 입니다. 현재 요양시설에 입소자들이 장애인복지시설을 이용할 수 있도록 하는 것은 법적인 측면에서 이상적으로 통합되어야 하나 현재 각각의 기관들이 처한 상황으로 볼 때 과연 클라이언트인 정신장애인들에게 충분한 최적의 서비스를 제공할 수 있는가는 의문입니다. 현재 클라이언트의 입장에서 볼 때 과연 인권중심의 개입 방안인지 고민해야 할 부분으로 보입니다.

2011년 12월 정신요양시설 입소자 현황

계	10세 미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세 이상	연령 미상
11,406	-	6	191	906	3,135	4,192	1,421	1,454	101

* 출처: 정신요양시설협회 내부자료 참조. 2013년 정신보건사회복지사 수련교재, 손덕순.

현재 요양시설 입소자들은 고령화율이 매우 높습니다. 정신요양시설 고령화 정도는 입소입원의 26%가 60세 이상 노인으로 이미 초고령사회에 와 있습니다. 50세 이상은 62.8%로 현재 요양시설은 고령화정도가 심각합니다. 이는 지역사회 장애인 기관도 마찬가지로 고민을 하고 있습니다. 대상자의 고령화 현실은 기관의 기본적 사업지침과는 별개로 매우 빠르게 현장은 변화하고 있습니다. 이러한 현실에서 과연 장애인복지시설과의 연계는 장애인복지시설에서 정신장애인에게 전문적 서비스를 제공할 수 있는지 의문입니다. 의료적인 부분보다 복지서비스가 더 필요한 대상이기는 하나 정신과적인 부분에서도 지속적으로 관리와 개입이 필요한 부분이 분명히 있기 때문에 또 다른 차별이나 인권침해 양상이 드러나지 않을까 하는 고민이 됩니다. 또한 마찬가지로 노인복지전달체계인 장기요양시설과는 어떻게 연계할 것인지 고민이 되는 현실입니다. 기존 지역사회체계로 통합하기 위

한 준비가 되지 않는 이상 통합은 매우 어려운 일로 보입니다. 독일의 경우를 보면 정신장애인들도 통합된 재활기관에서 그들의 특성을 이해하고, 문제가 발생되면 대처할 수 있는 인력들이 배치된 상태에서 서비스가 진행되고 있습니다. 이는 향후 전체 정신보건과 복지체계의 연계 시스템을 어떻게 그려갈 것인가와 맥락을 같이 합니다.

2) 장기입원과 입원경로에 대한 부분입니다. 자의입원 비율이 낮고, 보호자에 의한 입원과 시군구 의뢰 입원이 많은 것으로 나타나는데, 과연 보호자에 의한 입원이 절대적인 강제입원에 해당되는 것인지 의문이 듭니다. 가족이나 클라이언트 입장에서는 현재 서비스체계에서 선택권이 제한된다는 점이 문제입니다. 현재 대상 자입소자현황을 보면, 입소기간이 10년 이상인 경우가 50.8%로 절반이상을 차지하고 있고, 대부분 의료급여환자인 경우가 많습니다. 질환별로 보면 만성정신분열병이 가장 많습니다. 입원경로로 제시하신 자료는 전체 정신의료기관의 입원율을 제시하신 것으로 보입니다. 대부분의 조사에서 요양시설의 강제입원이 가장 높은 것으로 나타나지만 현재 요양시설 입소는 대부분 보호자에 의한 입소가 가장 높습니다. 물론 이 부분 자체가 인권침해소지를 가지고 있으나 입소자의 특성상 가족 및 사회적 지지체계가 없는 경우가 많고, 입소자의 연령이 높음으로 인해 가족체계의 보호에서는 벗어나 있는 대상자들입니다. 이로 인해 정신요양시설은 전체 사회에서 요보호를 필요로 하는 대상자들의 마지막 생활터전이라고 해도 과언이 아닙니다. 장기입원의 원인은 연령, 결혼상태, 경제상태, 의료보장형태, 가족지지 정도, 진단명, 발명연령, 입원횟수, 증상정도, 기능정도 등이 영향을 미칩니다. 지역사회보호를 지향하는 현재에서 요양시설의 필요성에 대해 문제를 제기하는 경우도 있습니다. 하지만 이들이 최적의 서비스를 받을 수 있는 전달체계가 지역사회에 있는지, 충분한지는 고민해봐야 할 사항입니다. 현재 지역사회 중심의 재활

서비스 제공기관은 필요한 공급량의 10% 정도(국가인권위원회, 2009). 장기보호가 문제가 될 소지는 있지만 이들의 특성을 고려하고 정신보건시설의 지역사회보호 서비스의 차별화(주거 및 사회적 지원 등)를 기하지 않는 이상 이들의 인권은 또 다시 사각지대로 내몰릴 수밖에 없을 것으로 보입니다. 현실적으로 클라이언트 입장에서 보호수준의 향상과 질 높은 전문서비스에 대한 고민이 새롭게 되어야 할 것으로 보입니다.

3) 시설생활자를 위한 전문적 서비스 제공강화에 전적으로 동의하는 바입니다만, 이 또한 현실적인 서비스 개발이 요구되어야 합니다. 현재 입소자들의 현황에서도 보았듯이 고령화가 심각한 상태입니다. 이를 대처하기 위한 시설과 국가의 노력이 요구됩니다. 현재 치료프로그램들은 정신과적인 측면에서 필요한 서비스를 제공하고 있습니다. 물론 신체적 질환이 증가하고 있기 때문에 이에 대한 대처도 보건인력에 의해 제공됩니다. 하지만 긴 시설생활이나 지속된 장애로 인해 적절한 요구를 하지 못하는 상황이 더 많습니다. 체념해 온 결과라고 봅니다. 그러므로 생애주기별로 노년기에 필요한 서비스들은 개발되고 실행되어야 할 부분입니다. 오랜 기간 동안 정신과적인 문제에 적응해 있는 입소자들의 경우는 급성환자들과는 다른 양상을 보입니다. 물론 의사소통이 어려운 분들도 많기 때문에 프로그램을 개발하고 시행하는데 어려움이 있습니다. 더불어 치료의 효과성을 제고하거나 증명하기 어려운 실정입니다. 그럼에도 노년기 적응의 문제와 현재 삶에 대해 함께 고민하는 과정은 최소한의 인권보장이 아닐까 생각합니다. 지역사회현장에서 노인복지 현장의 다변화와 서비스내용들은 평등의 가치를 볼 때도 시설입소자에게도 동일하게 제공되어야 할 것으로 보입니다. 이를 위해서는 시설 실무자들의 역량강화와 노력이 필요합니다. 또 다른 측면으로 현재 입소자들의 고령화로 인해 신체적인 문제를 가진 대상자들이 증가할 것으로 예상됩니다. 그렇다면 이들

에 대한 직접 케어 서비스 요구도 증가할 것으로 보입니다. 생활지원서비스 이외에도 노령화로 인한 문제들을 어떻게 서비스 할 것인지에 대한 논의 또한 시작되어야 할 것으로 보입니다.

4) 사례에서 보면, 요양시설의 낙후성을 제시하셨는데 현재 정신요양시설 환경은 사회복지시설 평가를 통해 지속적으로 개선되어지고 있는 실정입니다. 더불어 기능보강사업을 통해 현실화 되어가는 과정에 있습니다. 향후에도 오래된 시설에 대한 개선노력은 지속적으로 강화될 필요가 있습니다. 더불어 더 중요한 부분은 시설의 노후문제보다는 지역사회와의 네트워크 강화가 필요합니다. 평가지표의 하나로 시설에서 노력하고 있지만 이 또한 입소자의 특성과 시설의 위치로 인해 접근성의 문제가 제기되고 있습니다. 시설 실무자들의 노력이 무색할 만큼 지역사회 연계는 한계를 지닙니다. 그럼에도 정신장애인에 대한 편견해소 노력과 지역사회와 지속적으로 함께 하려는 시설의 적극적인 노력이 필요합니다. 지역사회 네트워크 강화를 통해 발제자가 말씀하신 기존의 장애인복지체계와의 연계나 통합서비스 제공이 강화될 수 있을 것으로 보입니다. 이를 통해 폐쇄성으로 인한 인권문제를 예방하고, 지역사회 내에 거주하는 장애인들이 누릴 수 있는 권리들을 시설 입소자들도 함께 누릴 수 있을 것입니다.

5) 종사자 처우에 대한 문제는 제시하신 내용들은 모두 바람직한 방안을 제시하신 것으로 보입니다. 현재 종사자들은 낮은 임금과 부족한 전문 인력 문제, 업무 부담이 크고, 이로 인해 클라이언트의 욕구나 문제해결을 위한 프로그램 개발과 질적인 서비스 제공을 기대하기 어려운 실정입니다. 2교대 하면서 추가근무를 해야만 기본적인 생활을 유지할 수 있는 실정입니다. 3교대로 변경하는 것을 추진하는 것은 매우 의미 있는 개선으로 보이지만 절대적인 임금수준의 향상을 필요한

실정입니다. 3교대로 전환하면서 인원이 확보되면 욕구에 근거한 서비스 개발과 제공이 좀더 확대될 수 있을 것으로 보입니다(시설의 특성을 고려한 인력활용방안). 클라이언트의 인권보장을 위해서는 전문 인력들의 확보가 질적인 서비스로 연결되는데 현재 요양시설의 정신보건전문요원들은 1-2명 정도에 불과하고, 요양 시설에서 자격을 가진 전문 인력들의 직무만족은 자격이 없는 종사자들에 비해서 낮은 것으로 나타나고 있습니다(채은희, 이호영, 2004). 생활지도원의 전문적 역량을 강화하는 것도 필요하다. 정신요양시설에서 입소자들에게 전문적 서비스 제공과 질적인 보호수준의 향상을 위해서는 종사자들의 처우개선이 필요합니다.

사회적 지지체계가 부족한 정신장애인들의 보호를 위한 정신요양시설의 역량강화는 매우 중요한 사안입니다. 인권이 단순히 먹고, 입고, 자는 것에 국한되지 않은 현실입니다. 최소한의 재정과 최소한의 인력으로 정신요양시설 입소자의 인권 보장은 이루어질 수 없습니다. 전체 사회 속에서 정신요양시설의 현재를 보면, 개선되어야 할 부분이 너무도 많습니다. 지속적인 관심과 클라이언트 관점의 인권(주거선택, 안정된 생활, 사회참여권리 등)보장이 절실한 실정입니다. 이를 위해, 첫째, 정신보건과 복지시스템의 맥락에서 시설간 역할규명과 조정이 필요합니다. 둘째, 입소대상자들의 특성을 고려한 서비스 제공노력이 필요합니다. 셋째, 입소자들에게 생애주기별 최적의 서비스를 받을 권리를 보장해야 합니다. 넷째, 지역 사회와의 연계노력이 요구됩니다. 다섯째, 종사자 처우 및 역량강화를 위한 노력이 요구됩니다. 더불어 정신요양시설에 대한 다양한 연구들이 이루어져야 할 것으로 보입니다. 정신병원과 동일선상에서 보는 관점은 클라이언트의 특성을 고려하지 않은 것입니다. 향후 지속적인 관심과 현실적인 대안들을 공유할 수 있는 이런 자리가 많아지길 기대합니다.

참고문헌

- 국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축.
- 손덕순(2012). 정신보건사회복지사 수련교재, 정신보건사회복지사협회.
- 정인원 외(2008). 정신보건시설 채용자 및 시설 실태조사.
- 채은희 · 이호영(2004). 우리나라 정신요양시설 종사자의 직무만족도에 관한 연구.

정신장애인 인권증진을 위한 토론회

| 인 쇄 | 2013년 11월
| 발 행 | 2013년 11월
| 발행인 | **현 병 철** (국가인권위원회 위원장)
| 발행처 | **국가인권위원회 장애차별조사2과**
| 주 소 | (100-842) 서울특별시 중구 무교동길 41
금세기B/D (을지로1가 16번지)
| 전 화 | (02) 2125-9989 | F A X | (02) 2125-0925
| Homepage | www.humanrights.go.kr
| 인쇄처 | 도서출판 **한학문화**
| 전 화 | (02) 313-7593 | F A X | (02) 393-3016

발간등록번호 11-1620000-000478-01

사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함.