

인권정보자료실  
Mk.b.2

W 5-1 21

4 "장애인인권 어디까지?" <정책토론회자료집>

# 정신보건정책과 장애인의 인권

4 정책토론회자료집 「정신보건정책과 장애인의 인권」

장애우권익문제연구소

서울시 서초구 방배1동 922-16 진일빌딩 2층  
전화 : (02) 521-5364 전송 : (02) 584-7701

값 3,000원

장애우권익문제연구소

Mk.b.2

일시 : 1994. 6. 28(화) 오후 2:00 ~ 5:00

장소 : 장애우권익문제연구소

장애우권익문제연구소

4 “장애인인권 어디까지?” <정책토론회자료집>

## 정신보건정책과 장애인의 인권

장애우권익문제연구소

## 장애우권익문제연구소가 마련하는 정기 정책토론회

### <일정>

사회는 점점 발전하고 있지만 장애인은 각종 제도와 권리로부터 소외되고 있습니다.

정당한 한 사람의 인격체로서 생존권조차 제대로 보장받지 못하고 있는 것이 우리의 현실입니다. 장애인들이 삶의 도처에서 또다른 '장애'로 부딪치는 '비인권'지대를 해부하고 점검하는 자리를 마련합니다. 장애우권익문제연구소에서 매월 한 차례씩 갖는 정책토론회는 장애인 인권에 관한 주제를 다섯 가지로 나누어 매번 주제발표와 토론으로 진행하며 인권의 실태를 알아보고 대안을 찾아보는 자리입니다.

장애인, 그리고 인권문제에 관심이 있는 분은 누구나 참여할 수 있습니다.

3. 29(화) '인권'의 의미, 장애인과의 상관성  
오후 2:00 ~ 5:00 주제발표 : 서준식(인권운동사랑방 대표)  
토론자 : 권도용(한신대 재활학과 교수)
4. 26(화) 각종 공채시험 탈락을 통해서 본 장애인의 인권  
오후 2:00 ~ 5:00 주제발표1 : 조창영(변호사)  
주제발표2 : 윤찬영(전주대 사회복지학과 교수)  
사례발표 : 최일권(공무원)
5. 27(금) 성폭력과 여성장애인의 인권  
오후 2:00 ~ 5:00 주제발표 : 신혜수(전주한일신학대학 사회복지학과 교수)  
토론자 : 이진복(시설문제연구회)  
사례발표 : 남정현(충북여성민우회 사무국장)
6. 28(화) 정신보건정책과 장애인 인권  
오후 2:00 ~ 5:00 주제발표1 : 김병후(인의협. 연희신경정신과의원 원장)  
사례발표 : 이철용(작가. 장애우권익문제연구소 이사)  
주제발표2 : 조홍식(서울대 사회복지학과 교수)
7. 26(화) 장애인복지시설 건립반대와 장애인 인권  
오후 2:00 ~ 5:00 주제발표 1 : 박태영(피어선대학 사회복지학과 교수)  
주제발표 2 : 차성환(전주한일신학대학 사회복지학과 교수)

## 차례

---

### 주제발제 1

정신보건정책과 인권 .....	9
김병후(인의협·연희신경정신과 원장)	

### 사례발표

이철용(작가·전국회의원)

### 주제발제 2

각국 정신보건법과 인권 .....	30
조흥식(서울대학교 사회복지학과 교수)	

부록 .....	49
----------	----

- 1>정신질환자의 보호 및 정신보건관리 향상을 위한 국제연합의 원칙
- 2>정신보건법 입법 예고안(수정안)
- 3>정부안 정신보건법안과 수정안과의 비교
- 4>정신요양원의 운영실태와 개선방안
- 5>정신보건 관련 통계자료

◇ 주제발표 1 ◇

## 정신보건정책과 인권

김병후 (인의협·연희신경정신과)

## 정신보건정책과 인권

김병후(연희 신경정신과)

정신질환 환자들은 스스로 자신의 권리를 주장하지 못한 채 기본적인 자유마저 유지하지 못하고 사는 경우가 대부분이다. 일반인들은 지나친 편견때문에 환자들을 별종의 인간인 것처럼 대한다. 그들의 고통이 어떻게 사회로부터 격리되는 것이 자연스러운 현상이라고도 생각한다. 이들은 단지 어떤 종류의 질병을 앓고 있는 환자일뿐이다. 치료되어 병전의 직장을 유지하고, 훌륭한 인간 관계를 회복하는 것은 고혈압이 치료된후 직장에 복귀하는 것처럼 흔히 볼 수 있는 현상일 뿐이다. 결코 회복이 불가능한 영구적 장애를 가진 사람들은 아니다. 설사 이들의 장애 정도가 회복불능의 상태라 하더라도 이들을 평생 정신병원이나 요양원에 살게 해야 한다는 법적 윤리적 정당성은 어느 곳에도 없다.

1991년 UN은 '정신질환 환자의 보호 및 정신보건 관리향상을 위한 국제연합의 원칙'(UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)를 정기총회에서 채택하였다. 원칙 1에서는 '정신질환 환자는 인간적으로 대우받고 인간으로서의 고유한 존엄성에 대해 존중받아야 하고', 원칙 3에서 '정신질환자는 가능하면 지역에서 거주하고 근로할 수 있는 권리를 가진다'라고 규정하고 있다. 정신질환 환자의 고통은 일반인들과 어울려 살지 못하고, 의료환경이 보장되지 않는, 그리고 외부인에게는 공개를 거부하는 정신병원이나 정신질환자 수용시설에 자신의 의지와 상관없이 강제로 장기 입원 하는데에 있다. 적어도 그들의 입원은 자신들의 이익을 위해서 이뤄지는 것은 아니다. 만일 환자들이 입원하지 않고 인간적인 대우를 받고, 지역에 살면서 치료받을 수 있다면 인권 문제의 해결은 어려운 일은 아니다. 설사 강제 입원하더라도 '최단기간(원칙 16)' 동안만 입원하도록 하는 장치가 있다면 또 많은 인권문제가 해결될 것이다. 하지만 불행하게도 우리나라에서는 이러한 UN의 원칙은 지켜지지 않고 있을 뿐 아니라 향후에도 가까운 시일내에 교정될 가능성이 적다. 그것은 우리의 정신보건정책이나 제도가 준비되어 있지 않기 때문이다.

이제까지 우리나라에서 엄격한 의미의 정신보건정책은 존재하지 않았었다. 정신질환자의 비참한 수용생활이 언론에 보도된 기도원사건(1983) 후에 기도원을

사회복지시설인 정신요양원으로 합법화시킨 것이었으나, 1980년 후반의 정신병상 확충계획과 같이 정신질환자를 수용시킬 시설을 늘린 것 이외에는 뚜렷한 정책이 없었다. 1992년 정신보건법을 입법예고하기 위해 공청회를 열고 각계의 토론 결과 당시의 정신보건 현실의 부정적 상황에 대한 인식을 하게 되었다. 이러한 낙후된 정신보건 상황에서 정신질환 환자의 인권을 보장할 수 있는 여러 장치와 제도를 정신보건법의 제정전에 검토해 보고자 한다.

## A>정신건강 영역에서의 인권 (Human Rights in Mental Health)

### 1. 정신질환에 대한 일반인의 편견과 의학적 진단에 의한 낙인

사람들은 용납할 수 없는 행동을 하는 사람에게 '미친놈'이라는 욕을 한다. 이해할 수 없는 행동을 하는 사람들을 '정신병자' 같다고 표현한다. 엽기적인 살인사건이 발생하였을 때 일반인들은 "정신질환자"의 소행을 먼저 의심한다. 이러한 견해는 정신질환 환자와의 직접 경험을 통해서 얻어지는 경우는 극히 드물다. 편견에 의하여 굳어진 경우가 대부분이다. 실제로 정신질환을 앓고 있는 환자들이 꼭 그러한 행동을 하는 것은 아니다. 엽기적인 살인행위나 패륜아적인 범죄행위는 정신질환을 앓고 있지 않은 사람들에 의해 자행되는 경우가 대부분이다. 정신보건의 전문가들은 이러한 편견의 존재를 기회가 있을 때마다 일반인에게 홍보한다. 그럼에도 불구하고 일반인들의 정신질환에 대한 편견은 고정되어 변화되지 않는다.

정신질환을 앓고 있는 사람들이 위와 같은 예의 행동을 할 것 이라고 생각하고 정신질환은 치료되지 않는 만성질환으로 알고 있기 때문에 환자들은 사회로부터 격리되어야 한다고 생각한다. 새로 발병하는 환자들은 자신도 발병 전 이와같은 편견하에 살았으므로 자신에게 정신질환이라는 진단이 내려지는 것에 강력히 반발한다. 뿐만 아니라 치료과정에서 투약을 중지하면 정신질환이라는 낙인에서 벗어나는 것으로 여겨 끊임없이 투약을 포함한 치료를 거부한다. 1953년 정신병치료제가 발견된 이후 정신질환의 치료와 관리는 획기적으로 발전했음에도 불구하고 아직도 대부분의 환자가 재발을 반복하는 것은 환자들이 치료를 종결하는 것이 정신질환으로 벗어나는 길이라고 여겨 의학적 권고를 무시하고 투약을 중지하기 때문이다.

편견은 일반인뿐만 아니라 정부 관리를 포함한 전문직종사자에게까지 널리

퍼져있다. 경찰은 엽기적이고 패륜적인 범죄를 정신이상자의 소행으로 추정한다. 수많은 범죄중 정신질환 환자에 의한 범죄는 유독 언론의 주목을 받는다. 정신질환자에게는 운전면허를 주지 말아야 한다는 주장은 정부측에서 나왔다. UN 원칙 1의 2항에서는 '정신질환자는 인간적으로 대우받고' 4항에서는 '정신질환을 이유로 어떠한 차별대우도 있어서는 안된다'고 되어 있다. 정신과 의사들도 같은 주장을 반복하지만 UN 회원국으로서 당연히 UN의 원칙을 받아들여야 하는 우리나라 법무부와 경찰등 정부기관은 이러한 견해를 받아들이지 않고 있다.

편견은 정신병과 같은 심한 질병을 앓고 있는 환자뿐 아니라 정신과의사가 진단하는 모든 질병군의 환자에게 까지 확대되었다. 즉, 심리적인 원인에 의해 치료받는 모든 환자들에게 정신질환자로서의 편견을 적용시킨다. 단순한 불면이나 신경성 위염을 앓아도 정신과에서 치료를 받으면 만성적인 정신적 결함이 있는 것으로 오인 받기도 한다. 선진국에서는 이러한 편견을 제거하기 위하여 진단명을 바꾸는 노력도 기울이고 패륜적범죄를 일으키는 반사회적 성격장애자들을 '정신병질자(Psychpaths)'로 분류하여 정신질환자로부터 분리시키는 노력을 하기도 하였다. 하지만 새로운 진단명을 사용해도 예전과 같은 편견으로부터 자유로워지지는 않았다.

편견의 교정은 진단명의 변화나 특정질병을 정신질환으로부터 제외시킴으로서 얻어지는 것이 아니라 새로운 정신보건체제의 도입으로부터 시작된다. 즉, 정신질환자가 일반국민과 함께 지역에서 살면서 치료받는 제도를 도입하지 않고, 현재와 같이 정신병원이나 정신요양원에서 장기 격리되는 정책을 시행할 때는 편견은 교정될 수 없다. 그러므로 선진국에서는 지역사회 정신의학으로 그러한 편견들을 교정시키려는 노력을 하여 왔다. 가까운 시일내에 환자를 장기수용시키는 모든 정신병원을 폐쇄시키고, 지역내의 단기치료시설인 일반의료체계를 이용시킴으로서 이러한 문제를 해결하는 노력을 시행하고 있다. 즉, 편견의 교정은 현대의학에서 가능하다고 되어 있는 정신질환자의 치료 및 지역내에서의 삶을 보장함으로써 시작된다. UN의 원칙 3에서는 '모든 정신질환자는 가능한 지역사회에서 거주하고 근로할 수 있는 권리를 가진다'라고 규정하여 환자들이 일반국민과 어울려 살도록 유도하고 있다. 국민들이 정신질환을 앓고 있는 환자들이 바로 옆에서 근로하면서 자신의 삶을 영위하는 것을 직접 체험하지 않고서는 이러한 편견은 사실 교정되지 않는다. 실제로 일반인들 중에서 환자와의 접촉을 통해 환자들이 충분히 사회생활을 할 수 있다는 것을 보아 온 많은 사람들은 환자에 대한 편견을 가지고 있지 않다.

정부안에는 '과거에 정신질환을 앓았다는 이유로 교육과 고용의 기회를 박

탈당하지 않는다(제38조)'라는 조항이 있다. 편견을 교정하기 위한 조항 같지만 실제로는 현재 정신질환을 앓고 있는 환자에게는 기회를 박탈할 수도 있다는 뜻이다. 이는 입안자들조차 정신질환에 대한 편견을 갖고 있는 것을 의미한다. 시민권의 보장에서 다시 언급하겠지만 정신질환 환자들도 일반질병을 앓고 있는 환자들처럼 국민으로서의 시민권이 보장되어야 한다는 정신이 현대의 정신보건에서의 교과서적 주장이다.

## 2. 자유를 적게 제한하는 치료의 적용(Least Restrictive Alternatives)

포괄적인 정신건강 프로그램을 적용하는 많은 나라에서 환자들이 치료와 재활 프로그램을 선택할 때 가장 제한을 적게 주는 방향으로 하도록 규정한다. 치료시 가능하면 입원을 피하고, 입원이 필요할 때는 단기 입원을 시행토록 한다. 즉, 환자의 자유를 가능하면 제한하지 않는 정책을 시행한다. 궁극적 목적은 환자들이 지역에서 살면서 일과 학업을 계속 할 수 있고 자유롭게 이동하고 자신의 재산을 관리토록 한다.

이러한 정책을 정신보건법에 명시하는 나라는 많다. 하지만 이러한 정신이 실행되기 위해서는 정신보건 전문가들이 올바른 훈련을 받아야 한다. 입원시설의 전문가는 환자들의 입원을 가능하면 피하면서 입원기간을 짧게 하도록 하고, 재활 프로그램을 담당하는 전문가는 불필요하게 오래 참여토록하여 환자들이 자신의 일을 하는 것을 방해하지 말도록 하여야 한다. 입원을 대체할 지역내의 재활 프로그램이 존재하여야 입원시키는 치료율을 줄일 수 있고, 적절한 전문가가 있어야 짧은 기간내에 재활을 시행할 수 있다. 그렇다고 그러한 프로그램이 없을시에 장기입원이 정당화되는 것은 아니다.

가능하면 간단한 형태의 치료로서 환자가 사회에 적용할 수 있도록 하여야 한다. 치료가 가능하다면 입원이나 재활 프로그램도 시행하지 않고 단순한 외래 치료만으로 환자가 사회에 적용할수록 좋다. 하지만 불필요한 입원을 시키고 그 입원을 연장시키는 것은 병원의 경영을 위한 경우가 많고, 불필요하게 재활 프로그램에의 장기적인 참석을 권유하는 것은 전문가들이 자신의 일할 영역을 넓히려는 이기심에서 비롯되기도 한다. 이를 방지하기 위해서는 전문가 자율적인 자정이 필요하다. 만일 효율적인 자정이 되지 못한다면 국가가 지정하는 정신보건 감시관(Inspector)이 이 기능을 하여야만 한다.

하지만 정부안에서는 전문가의 진단 없이는 입원을 연장할 수 없다는 조항(37조)정도만 있어 의료진들에게 덜 구속적인 치료를 해야할 의무를 지우고 있는 것이다. UN의 원칙에서는 덜 구속적인 환경에서 --덜 구속적이고 덜 관입적

인 치료를 받을 권리를 규정하고 있다(원칙 9). 물론 증상의 정도에 따른 환자들의 치료개입 정도에 대한 우리나라 정신보건 전문가들의 합의된 의견조정이 있어야 덜 구속적인 치료개입을 해야 한다는 정신을 실현시킬 수 있다. 하지만 아직 우리나라에서는 이에 대해서는 전문가 개개인의 윤리적 측면에서 다루고 있지 학문적인 토대위에 관심을 받고 있지는 못하다. 의료수가를 포함한 제반 상황 또한 환자들에 대한 불필요한 구속적 치료를 조장하고 있다.

## 3. 치료받을 권리(Right to treatment)

정신의학 문헌이나 법학문헌에서 '치료받을 권리'에 대한 내용이 늘어 왔다. 이 권리는 신체장애자, 정신박약 그리고 정신질환을 앓고 있는 환자들에 대한 권리에 대한 국제선언들에 포함된다. 넓은 의미로 말한다면 국가가 제공하는 국민의 건강에 대한 의무의 하나라고도 할 수 있다. WHO는 '인종, 종교, 정치적인 신념, 그리고 사회경제적인 조건의 구별없이 최고의 건강을 향유하는 것은 인간의 기본적인 권리이다'라고 규정하고 있다. 이러한 관점에서 '치료받을 권리'는 인간의 당연한 권리중 하나이다.

미국에서는 강제입원이 집행될 때 치료와 재활을 받을 권리를 기본적으로 보장하도록 한다. 입원은 환자를 치료하기 위해 필요한 것이다. 입원후 최소한의 치료가 보장되지 않는다면 강제입원이나 입원은 정당화 될 수 없다. 하지만 우리나라에서는 정신요양원이나 기도원같이 치료가 존재하지 않는 기관에의 강제 입원까지 관례적으로 허용되고 있다. 정신병원에도 현대 우리나라 정신의학의 수준에서 볼 때 최소한의 치료에 근접하지도 않는 수용치료를 시행하면서 환자들을 대규모로 수용시키고 있다. 그리고 정부는 그러한 병원과 시설에 국민의 세금으로 무한정 지원하고 있다. 미국 대법원은 '위험하지 않은 환자들을 최소한의 치료없이 강제입원 시키는 것은 헌법에 위배된다'는 입장을 견지하고 있다. 미국의 관점에서 본다면 우리나라의 대부분의 정신질환자 입원및 수용시설은 헌법을 위반하고 있는 셈이다.

유럽의회는 정신건강 영역을 포함한 일반적인 인권에 대해 인권위원회 인권 3조항에서 '최소한의 관리를 받을 권리'를 명시하고 있다. 이조항은 비인간적인 치료를 금지하고 '치료받을 권리'를 갖도록 한다. 하지만 위원회에서는 그와같은 명시를 구체화시킬 수는 없었다. 왜냐하면 최소한의 치료에 대한 객관적 규정이 쉽지 않을 뿐더러 치료를 제공하지 못하기 때문에 대안없이 환자를 퇴원시켜야 한다는 것은 궁극적으로 환자에게 손해를 줄 수도 있기 때문이다.



환자의 자유와 건강을 찾기 위해 행하여 지는 치료가 시행되지 않는 한 환자는 구금될 수 없다는 것이 치료받을 권리이다. 치료가 없다면 환자에 대한 어떠한 제한(restriction)도 정당화 될 수 없다. 단, 타인에 대해 위협한 환자의 경우는 예외적으로 적용될 수는 있다. 하지만 이 경우에도 법적으로 지정된 기관이나 집행유예의 형식을 빌려서라도 환자의 치료와 재활에 대한 노력은 계속 하여야 한다. 궁극적으로 치료받을 권리가 보장되기 위해서는 입원 및 외래 서비스의 질이 향상되어야만 할 것이다. 정부도 치료환경의 개선에 대해서는 관심을 기울이고 있지만 정부안에는 기본이념에서 최적의 치료를 받을 권리가 있다(2조)라는 선언적인 조항이 있을 뿐 구체적인 안은 없는 상태이다.

#### 4. 치료를 거부할 권리(Right to refuse treatment)

일반의료의 영역에서 환자는 치료를 거부할 수 있다. 하지만 수술을 하지 않으면 생명이 지장이 있는 경우 일반 의사들도 가족을 설득하거나 환자에게 있을지도 모르는 부정적 결과를 강조함으로써 수술을 받도록 유도시킨다. 정신과에서는 일반 의료에서보다 훨씬 많은 치료거부의 경우를 볼 수 있다. 일반 의료의 경우 환자는 고통 때문에 '병'이 있다는 사실 자체는 인정한다. 하지만 정신질환을 앓고 있는 환자들은 대부분 자신이 '정신질환'을 갖고 있다는 사실 자체를 부정한다. 자신이 병이 있다는 사실 자체를 인식하기 거부하는 환자들에게 치료를 받도록 권유하는 것 자체가 치료의 시작이 되는 경우가 대부분이다. 하지만 환자가 자신의 병을 인정하는 상태로까지 가기에는 '치료'가 있어야만 가능하다. 그래서 치료를 거부할 권리는 일반 질병의 경우와는 다르게 보장되어야 한다.

그래도 자발적으로 입원한 환자가 치료를 거부할 때는 그의 의견을 존중하여야 한다. 자발적인 입원인 경우는 퇴원자체를 본인이 결정하기 때문이다. 퇴원도 결정할 수 있는데 치료를 강제로 한다는 것은 법적 타당성이 없다. 만일 의료진이 환자의 치료를 위해 입원상태를 연장하기 위해서는 환자가 타인 및 자신에게 위협하다는 것을 증명하여야 한다. 환자가 입원상태는 유지하면서 투약을 포함한 치료를 거부할시에는 일반 의료에서와 같이 치료에 대한 환자의 승낙(consent to treatment)를 받아야만 한다.

하지만 강제입원의 경우는 보다 복잡하다. 강제입원은 법적으로 환자에게 강제적인 치료가 필요하다는 것을 명령한 상태이다. 그런데 환자가 치료를 거부한다고 투약을 포함한 치료를 시행하지 않고 입원상태만 연장시킨다는 것은 강제입원의 법적 정당성을 지키지 않는 셈이다. 즉, '치료받을 권리-치료를 하지

않으면서 입원을 하여서는 안된다'를 침해하는 결과가 된다. 정신보건법상의 강제입원, 정신보건 심의위원회의 토의를 거친 경우, 그리고 사법적인 명령에 의한 입원인 경우는 강제입원이 환자의 강제보호와 강제치료를 이미 결정한 것이기 때문이다. 이 경우 환자가 자신을 보호할 수 있는 것은 '치료받을 권리'를 주장하는 것이다.

특수한 치료 예를 들어 인슐린 쇼크요법, 전기 충격요법 그리고 정신외과 수술 등을 강제입원된 경우를 포함하여 환자에게 시행할 때에는 약물치료를 포함한 일반치료와는 다른 절차를 거치게 한다. 전기충격요법이 안전한 치료 방법 이긴 하지만 과거에 환자를 관리하는 다른 목적으로 사용된 적이 많아 본인이나 가족의 동의를 얻은후 시행하도록 규정하는 나라가 많다. 정신외과수술인 경우 나라에 따라 독립된 기관의 검토를 거치게 하거나 구소련과 같이 사용자체를 완전 금지하기도 하고 대만과 같이 교학기관(우리의 대학병원)에서만 시행을 가능케 하기도 한다. UN에서는 원칙11의 14항에 '정신외과 수술 등 관입적 및 비가역적치료는...환자의 건강요구에 도움이 되며, 환자가 동의서를 제출한 경우로 한정하고, 환자가 동의서를 제출할 능력이 없을 때는 독립적인 심사후에 승인되어야 한다'고 규정하고 있다.

정부안에서는 제41조에서 특수치료의 제한 항목에서 이를 다루고 있다. 하지만 전기충격요법, 인슐린 혼수요법, 정신외과요법은 정신의료기관이 구성하는 협의체에서 결정하고 본인이나 보호자의 동의를 받아야 한다고 규정하고 있어, 그러한 치료가 환자의 건강에 도움이 되어야 한다는 전제조건에 대한 규정없이 의료진의 결정과 보호자의 동의로서 정신외과요법이 시술될 수 있도록 되어 있다. 하지만 실질적으로 그러한 수술이 시행되는 적은 거의 없었다.

#### 5. 시민권의 보장

불특정 사람들에게 차를 돌진시키는 범죄를 행한 사람이 정신질환을 치료 받는 환자였고, 그가 직업적으로 택시운전을 하었다고 언론에 대대적으로 보도된 적이 있었다. 운전면허를 담당하는 부서인 경찰청은 정신질환을 앓고 있는 사람들에게 운전면허를 줄 수 없고, 설사 갖고 있다면 면허를 취소해야 한다는 결정을 내린 적이 있다.

정신의학회 등이 반발하였지만 아직도 면허시험을 볼 때 정신질환으로 군복무를 안한 사람이나 제대한 사람에게는 운전할 수 있다는 진단서를 받아 오게하고 있다. 이러한 행위가 헌법정신에 위배된다는 생각을 갖고 있는 사람들은 적다. 물론 일본법을 참고로 한 도로교통법에서 정신질환을 앓고 있는 사람들에게 면허를 주지 말라고 되어 있기는 하다. 하지만 국제법상 질병을 앓고 있

는 사람에게 시민권을 제약한다는 것은 잘못이다.

UN의 원칙1의 4항에서 '정신질환을 이유로 어떠한 차별대우도 있어서는 아니된다.'라고 명시되어있다. WHO는 정신질환은 고전적인 시민권 즉, 선거권과 같은 영역에서도 차별을 받지 말아야 할뿐 아니라 재산을 소유할 수 있는 권리, 운전면허, 전문직에 종사할 수 있는 권리, 면허를 취득할 수 있는 권리, 결혼과 이혼에서도 차별을 받지 말아야 한다는 견해를 갖고 있다. 이것은 정신질환을 앓고 있는 모든 환자에게 제한을 두지 말아야 한다는 의미보다는 제한은 환자를 위해서 존재하거나 병의 양상과 진행 과정상 범위와 시간상으로 제한을 둘 수 있다는 의미이다.

정부안에서는 정신질환 환자의 시민권의 보장에 대해서는 기본이념에서 '인간으로서의 존엄과 가치가 보장되어야 한다'고 규정하고 있으나 권익보호조항에서 '과거에 정신질환을 앓았다고 교육과 고용의 기회를 박탈당하지 말아야 한다'고 규정하고 있다. 그러나 이는 현재 정신질환을 앓고 있는 사람의 권리를 제한 한다는 뜻을 내포하고 있어 심각한 인권침해의 소지가 있다. 이전의 법안들에 비해서 환자권익에 대한 조항이 늘어나 그 정신을 반영한다는 의미는 있지만 WHO나 UN에서 권장하고 있는 시민권의 보장과는 아직은 차이가 많이 난다.

#### 6. 정신질환 환자에 대한 옹호자그룹과 환자대표모임

환자에 권리를 보호하기 위해서는 법률의 제정만으로 되는 것은 아니다. 당사자들이 지속적으로 자신들의 입장을 밝혀야 한다. 그러나 정신질환 환자들은 자신들의 입장을 공개적으로 밝히기를 꺼려한다. 그래서 환자의 권리를 옹호해주는 집단이나 환자들의 대표자집단을 결성하고 활동하게 해주는 것이 정신보건의 중요한 부분이라는 인식이 늘어 왔다.

1960년대 미국 뉴욕주에서는 'Mental health information services'라는 프로그램을 도입하였다. 법률가들이 참여하고 사회사업가들이 고용되어 환자의 권익옹호를 위한 사업에 참여하였다. 비슷한 시기에 환자대표모임도 결성되었다. 종합병원에 입원했던 환자들 중심으로 환자들의 대표모임이 결성되었다. 이 모임은 간호사들이 모임의 결성에 도움을 주었다. 영국에서는 이와같은 프로그램이 National Association for Mental Health에서 제안하여 시작되었다.

일본에서는 가족모임이 활성화되어 있다. 우리나라에서도 현실적으로 가족모임이 우선 결성되어 환자의 권익옹호사업을 시작하여야 환자의 권리가 사회적 보장을 받을 수 있을것이다. 샘솟는집에서 가족모임을 하고 있고, 적은수의

병원에서 가족모임이 결성되어는 있지만 아직은 환자의 권익신장에 대한 일을 하기 보다는 모여서 전문가들의 강의를 듣는 수준에 머물고 있다. 가족모임이 활성화 안되는 가장 큰 이유는 정신과 의사들이 관심을 두지 않고 있기 때문이다. 당분간 우리나라에서 환자들이 나서서 자신들의 권익을 주장하기는 힘들 것 같다. 병원이나 시설단위에서 가족모임이 활성화되고 이모임들이 연합하여 가족회를 구성하여야 할것이다.

Mental Health Association과 같은 전문인들의 모임체도 환자의 권익을 옹호하는 입장을 견지할 수 있다. 현재 젊은 정신과의사, 사회사업가, 간호사들이 구성원인 정신보건연구회가 소모임으로 활동하고 있다. 여기에 법률가, 종교인, 그리고 정신보건에 관여하는 학자, 관리 그리고 정치인들이 참여하고 조직을 확대시키면 정신건강의 증진을 포함하여 환자의 권익신장에 크게 기여 할것으로 기대된다.

이러한 집단들이 정신병원내부를 개방할 것을 요구하고 직접 병동내에 들어가 사실확인을 하는 것만으로도 입원중인 환자들의 인권은 상당부분 개선될 것이다. 선진국에서 정신병원의 내부가 공개된 것은 실제 환자였던 저자나 기자들이 실상을 책으로 또는 기사로 국민들에게 알렸었다. 이러한 작업이 선진국에서는 20세기 초 그리고 1950년 전후하여 일어남으로서 정신병원에서의 장기수용의 폐해가 알려지고 환자들이 정신병원을 떠나 지역에 있는 단기입원치료시설에서 단기치료를 받고 지역내에 거주하며 치료를 받도록 하는 지역사회 정신보건사업운동을 일으키는데 크게 기여하였다.

정부안에는 아무 기술이 없으며 정신의학회등 전문가단체에서도 이에 대한 인식을 못하고 있어 이러한 활동이 태동되기 어렵게 구조되어 있다. 이러한 단체의 활동을 법으로 규정하는 경우는 거의 없다. 하지만 적어도 전문가단체들이 이러한 단체의 활동을 지지하거나 초기의 태동을 도와주어야 하는데 그런 점에서 우리나라 정신보건 전문가들의 인식은 아직 그를 못 따라 가는 것 같다. 소비자 운동차원에서 적절한 치료환경을 제공하기 위한 운동이 궁극적으로는 전문가들이 좋은 환경에서 일할 수 있는 셈이 된다. 하지만 아직 이러한 운동을 적대적으로 보는 경우가 많다. 특히 의사들에게서 그러한 경향이 심하다.

#### 7. 의학연구 대상이 될 경우에서의 정신질환자의 인권

의학연구는 궁극적으로 치료기술의 증진을 위해 필요하다. 새로운 치료기술은 검증되고 평가받아야 한다. 하지만 이러한 연구가 대상이 되는 환자의 인권을 침해할 수도 있다. 세계의학협회는 Helsinki선언에서 의학적 연구시 환자로

부터 동의(informed consent)를 받아야 하는 것 뿐 아니라 독립된 윤리위원회에서 연구계획이 검토되어야 한다고 선언하였다. 하지만 강제입원된 만성정신질환자들인 경우 환자들의 동의를 받는것도 어려운 일이지만 설사 환자가 동의를 하였다고 하더라도 그 결정이 informed consent라고 할 수 있는지는 검토되어야 한다.

#### 8. 발병과 재발시의 폭력적 행동과 환자들의 인권

일반인들은 정신질환 환자들이 위험하다고 생각한다. 범죄행위를 할 때 보통사람들이 이해하기 힘든 행동양상을 보이기 때문이다. 하지만 일반인들에 비해 더 높은율의 범죄행위를 하는것은 아니다. 연구에 의하면 정신질환 환자에 의한 범죄는 전체 범죄행위에서 극히 적고 일반인들과 비슷한 율로 범죄를 저지르거나 더 적게 범죄행위를 한다고 되어 있다. 그럼에도 불구하고 일반인들은 환자들에게 과학적 사실과는 다르게 과도하게 피해의식적 사고를 한다.

환자들 중에는 발병이나 재발시 폭력적인 행동을 하는 경우도 있다. 그래서 일반인들중 이러한 행위를 한적이 있는 환자들은 평생 격리수용되어야 한다는 견해를 갖고 있는 사람들이 많다. 실제로 약물치료가 개발되기 전에는 이러한 사회를 보호하기 위해 환자들을 수용되어야 한다는 견해가 우세하였다. 하지만 1950년대이후 이러한 이유로 환자가 장기간 정신병원에 수용되어야 한다는 정책을 고수하고 있는 선진국은 없다. 어느나라든 환자들을 지역에서 일반국민과 어울려 살면서 치료받아야 한다는 것이 정설로 되어있다.

하지만 과거에 폭력적 행동을 한 환자를 퇴원시키려 할때 의사들은 혹, 환자가 다시 그러한 행동을 하지 않을까를 우려하여 퇴원을 기피하는 경우가 많다. 어떤 나라에서는 법적으로 퇴원후의 난폭행동에 대한 의사의 책임을 면죄하도록 함으로서 이러한 경향을 없앨려고 시도하기도 한다. 하지만 정신질환 환자의 범죄행위가 있을때 이들의 범죄율이 일반인에 비해 낮거나 비슷함에도 불구하고 언론등에서는 퇴원시킨 의사에게 그 책임을 묻는 경우가 많다. 그렇다고 환자들을 무작정 정신병원에 평생 수용하는 과거 수용소시대로 되돌아 갈 수는 없다. 전과자들이 반복범죄할 확률은 환자들에 비해서 훨씬 높다. 하지만 아무리 범죄행위를 많이 한 전과자라도 형기를 마치면 출옥하여야 한다. 그가 범죄를 다시 저질렀다고 출옥시킨 법무부와 정부를 비난할 수는 없는 것과 마찬가지로, 즉, 퇴원은 모든 환자에게 적용되어야 하며 과거의 난폭 행위 때문에 퇴원을 시킬 수 없다는 것은 구실에 불과하다.

정부안에서는 환자들이 지역에 살면서 치료받아야 한다는 정신이 명시되어 있지 않다. 우리나라에서는 치료감호 제도가 있어 정신질환범죄 환자들에게는 정신보건법상의 새로운 규정은 그렇게 필요하지는 않는다. 하지만 범죄행위를 하지 않았지만 과거의 난폭행위를 한 적이 있는 환자들은 정신보건법상에서 다루게 된다. 이러한 환자들을 위한 특수치료시설이 필요한지는 더 연구를 해야 할 필요는 있다. 특히 가족들에게 폭력적 난동을 하는 알콜중독자 환자들을 일반병동에서 치료해야 하는지는 검토해야 한다. 반대로 상대적으로 경미한 폭력적 행동을 한 환자들은 관례상 장기입원될 가능성이 많은 것이 우리의 현실이다.

### B>강제 입원되는 환자를 보호하기 위한 장치 (Protective measures for compulsory admitted patients)

#### 1. 강제입원의 요건과 절차

UN의 원칙(1991) 4에 의하면 정신질환의 판정은 국제적으로 승인된 의학적 기준에 의해 내려져야 하며 정치, 경제 사회적지위 등의 이유를 근거로 내려지면 안되고 과거에 입원했던 경력만으로 정신질환의 판정을 정당화해서는 안된 다라고 규정하고 있다. 원칙 15에서는 정신보건시설에 입원할 때 강제입원을 피하기 위한 노력을 하여야 한다고 규정하고 있고, 강제입원은 원칙 16에 규정하고 있다. 정신질환때문에 환자 본인 및 타인에게 절박한 위해의 가능성이 높은 것으로 판단될 때와 정신질환이 심하여 판단의 장애가 있을 때, 그 환자를 입원시키거나 수용시키지 않으면 심각한 악화가 초래되고, 입원 이외의 최소의 구속적 치료로 적절한 치료를 할 수 없다고 판단될 때 강제입원을 시행할 수 있다고 되어 있다. 이러한 판단은 공인된 자격있는 정신보건종사자가 원칙 4에 의하여 정신질환에 이환되어 있음을 진단하여야 한다. 강제입원은 승인된 의료인에 의해 결정되어지는 경향이 늘어나고 있다. 사법적이나 행정적으로 결정하는 경향이 이전에는 많았다. 하지만 WHO Expert Committee 에서는 의료인에 의한 강제입원을 권유하고 있다. 1955년 WHO에서 실시한 각국의 정신보건법의 비교에서 37개국중 19개국에서 의료인에 의한 강제입원이 시행되고 있었고, 1975년 시행한 연구에서는 43개국중 39개국에서 의료인에 의한 강제입원이 시행되었다. 그 외에 행정적 절차에 의한 입원은 관찰입원과 응급입원이 많았다.

강제입원은 대개 2명의 정신과의사가 동일한 진단과 위험도의 일치하에 이

뤄진다. 나라에 따라서는 1명의 사회사업가가 입원이 필요하다고 판단할 때는 1명의 정신과의사의 판단으로 시행되기도 한다(영국). 하지만 일본의 경우처럼 실질적으로는 강제입원의 형태이면서 보호자가 입원을 원하는 경우는 정신과의사 1명의 진단과 판단으로 강제입원이 이뤄질 수 있게 한 나라도 있다. 우리의 경우도 이를 동의입원(제21조)이라고 규정하여 1명의 정신과의사가 입원을 결정하게 하고 있다. 용어는 자발적 입원과 같이 되어 있지만 실제로는 환자입장에서 강제입원이다.

강제입원이 행해질 수 있는 기관에 대한 규정이 되어 있는 나라도 있다. 대표적인 예가 이탈리아이다. 이탈리아에서는 1978년 법에서 정신병원에는 새로 발병하는 환자가 입원하지 못하게 하였고, 2년의 경과조치후에는 과거에 정신병원에 입원하였던 환자들도 강제입원을 하지 못하도록 규정하였다. 나라에 따라 차이는 있지만 점차로 정신병원은 강제입원의 대상이 될 수 없도록 여러 장치를 마련하는 경우가 많다. 그것은 치료받을 권리에서 언급한 바와 같이 정신병원은 환자에게 최소한의 치료를 제공하기 어렵기 때문이다. 적은 단위의 지역에 있는 일반병원의 정신과가 강제입원의 주시설로 이용되고 있다. 그러나 우리나라는 정신병원이 주된 강제입원 대상시설이고 요양원마저도 만성환자일 경우 강제입원이 될 수 있는 시설로 규정되어 있다. 입원절차상의 문제는 적더라도 입원대상시설의 문제 즉, 치료받을 권리의 문제가 보다 크다. 강제입원의 인권 소지 문제는 선진국처럼 입원기간이 한달미만으로 단축되면 현실적으로 큰문제는 안된다. 강제입원 자체에 대한 규정을 강화하는 것보다는 입원기간을 단축시키는 노력이 입원절차에서 오는 인권문제 해결에 더 큰 기여를 한다. 실제로 입원절차를 까다롭게 하는 나라에서는 입원절차의 해제마저도 까다로워져 장기입원이 조장되는 경향이 있었다.

## 2. 강제입원에 대한 사법적 심의(Judicial review of compulsory admission)

일반적으로 개인의 자유를 제한해야 할 필요가 있을 때는 법적인 근거에 의해 이뤄져야만 한다. International covenant of Civil and Political Right(1983)나 Universal Declaration of Human Right에서 보는 바와 같이 이는 인권침해를 막기 위한 최소한의 조치이다. 이러한 원칙은 강제입원 당하는 정신질환 환자에게도 동일하게 적용되어야 한다. 강제입원은 개인의 자유를 극도로 제한하는 점에서 일반법의 인신구속과 마찬가지로 때문이다.

법률전문가가 의학전문가보다 정신질환 환자의 판정에 있어서 더 정확한 판단을 내릴 근거는 사실은 없다. 아마도 사실은 그 반대일 것이다. 하지만 의학적인 판단도 잘못을 할 수는 있다. 사법적 검토는 강제입원의 판단의 정확성을

기하기 위해서라기 보다는 공정성을 보장하기 위하여 필요한 제도인 것이다.

일반법에 있어서 인신구속에 대한 법적인 보장은 공개적인 청문의 기회일 것이다. 이는 법정에서 이뤄진다. 그러한 절차는 지체없이 혹은 가능한한 빨리 진행되어야 할 것이다. 일반법의 여러 절차를 강제입원에 적용할 필요는 없지만 강제입원에 있어서도 공개적인 청문의 기회는 있어야 한다. UN의 원칙 17에서는 이러한 기능을 심사기관에 부여한다. 이 심사기관은 국내법에 의해 설치된 사법기관 또는 독립적이고 공정한 기관이어야 한다고 규정하고 있으며 1인 이상의 정신보건전문가에 의한 조력을 받을 것을 명시하고 있다.

강제입원이 행하여지기 전에 공개적인 청문(Public hearing)제도가 있는 대표적인 나라가 미국이다. 19세기의 유럽 정신보건법에도 이러한 절차가 존재하였다. 하지만 이러한 제도에서는 공개적인 사법적 청문을 피하기 위해 응급입원의 절차를 많이 사용하게 된다. 1975년 WHO연구시는 43개법중 13개법이 강제입원 전 사법적인 검토가 이뤄지거나 사법부에 의해서 강제입원이 이뤄지고 있었다. 하지만 대부분의 법에서는 강제입원 전 법률적인 검토나 사법부의 명령에 의한 강제입원제도를 사용하고 있지 않았다.

대신 강제입원후 법적인 청문이 가능한 제도가 대부분 이뤄지고 있었다. UN원칙도 이제도로써 설명되어지고 있다. 대표적인 법이 영국법이다. 이 법에서는 이러한 심의기관으로 Mental Health Review Tribunal이 있었다. 강제입원후 환자들은 이기관에 입원의 부당성을 호소할 수 있다. 하지만 1959년 제정된 이 법에서는 청문의 기회는 1년에 한번만이 허용되었다. 그것은 피해망상환자들의 반복적인 호소를 제한하기 위함이었다. 하지만 1971년 조사해보니 강제입원 환자의 3.5%만이 이를 사용하여 예측한 것처럼 많은 환자들의 호소는 없었다.

현재는 사법적인 심의는 강제입원이 시행된 후 정신보건심의위원회에서 이뤄지도록 하는 것이 대부분의 나라에서 시행되고 있다. 이 위원회는 정신과의사, 법률가, 종교인 기타 정신보건전문가들이 함께 위원회를 구성토록 하고 있다. 우리나라 정신보건법안에서는 정신보건심의 위원회가 있다.

## 3. 입원기간에 의한 입원의 자동해제

현대 정신의학에서 정신질환 환자의 인권을 위해 중요하게 생각하는 것이 입원기간이다. 아직 우리나라에서는 환자의 입원기간 단축이 필요하다는 학문적인 연구나 입원기간의 단축이 환자에게 도움을 준다는 학회의 의견은 공식화되어있지 않을 정도로 정신의학분야가 낙후되어 있다. 입원기간의 단축은 정신의학계가 빨리 이뤄내야 하는 시급한 과제이다. UN 원칙16에서는 강제입원되

는 환자의 입원기간은 최단기간에 이뤄져야 한다고 되어 있다. 미국의 경우 정신분열증환자의 평균 입원기간은 12-14일로 극히 단축되었다. 이는 1950년대 이전 평균 13.1년이나 1960년대의 6-7년에 비해서 혁신적으로 줄여져 왔다. 1950년대 후반 정신질환 치료제가 개발된 이후 이들 약제들이 사용된 결과이다. 1980년대에는 35일이었던 입원기간이 이제는 그 반이하로 줄어든 것이다.

반면 우리나라의 정신의학계 또한 정신질환에 사용되는 약물을 현재 사용하고 있음에도 불구하고 미국에 비해서는 지나치게 길다. 국가가 치료비를 지불하는 저소득층의 경우는 정신병원에 입원하는 경우는 평균 2-3년, 정신요양원인 경우는 평균 5년을 입원시킨다. 자비부담의 경우도 정신병원인 경우는 자세한 통계는 없지만 수개월 이상을 입원시키고 있다. 우리나라 정신질환 의 입원비가 월평균 50만원-90만원에 불과하여 미국의 800만원-900만원의 10분의 일밖에 안 되는 사정을 감안한다고 하여도 너무 길다. 대학병원도 정신질환 환자인 경우는 2개월이나 된다.

UN의 원칙에서의 최단기간은 학자들 사이에 30일 이내라고 보는 것이 정설이다. 1981년 개정된 Irland법에서는 검사와 평가를 위한 입원은 48시간이내에 이뤄져야 한다고 되어 있다. 치료를 위해서는 최소한 7일에서 28일까지의 입원을 연장할 수 있다고 되어 있다. 이 이상의 연장을 위해서는 두명의 자문 정신과 의사(Consult Psychiatrists)가 동의를 해야 한다. 그러면 3개월까지 연장할 수 있고, 이후 최장기간이 1년까지 연장을 시킬 수가 있다고 되어 있다. 이전부터 장기적으로 입원 되어왔던 환자들인 경우에는 2년마다 정기적으로 자동으로 심의위원회에 의해 심의 되도록 되어 있다. 위원회는 입원이 합당치 않고, 입원치료가 환자의 건강과 안전을 위해 그리고 타인들을 보호하기 위해 필요 없다고 판단되면 퇴원을 명령할 수 있도록 규정하고 있다. 그래서 이 법은 새로 입원하는 경우에는 최단기간의 입원 그리고 장기입원환자의 경우는 정기적인 점검의 필요성이라는 UN의 원칙에 합당한 것으로 평가 받고 있다.

입원기간의 자동해제조항이 없다면 우리나라의 정신병원의 운영실태상 거의 퇴원이 이뤄지지 않을 가능성이 있다. 정부안 법에는 강제입원후 3개월에 퇴원하도록 되어 있으나 연장시킬 수 있다고 되어 있다. 법이 애매하게 되어 있어 최장입원기간이 명시되어 있지 않아 서류를 작성하면 무한정 입원시킬 수도 있게 되어 있다. 실제로 국가가 치료비를 지불하는 생활보호 환자들인 경우에 3개월마다 서류를 작성하면서 거의 평생을 정신병원에 수용당하고 있는 환자들을 쉽게 볼 수 있는 것이 우리의 현실이다. 정신요양원에는 이러한 규정마저도 없다. 만일 정신과 의사들이 개혁되지 않고 지금처럼 단기입원을 시키지 않는다면 모든 강제입원 환자는 관례상 3개월까지 입원하게 되어 UN의 원칙에 의한 최

단시간의 입원을 해야한다는 규정을 지키기 어려울 것이다.

#### 4. 정기적인 입원상태점검(Pediodic review)과 시설검사관(Inspector)

선진국에서도 과거에는 정신병원이 형무소보다 열악한 수용소의 형태를 취하고 있었다. 그래서 과거 정신보건법에는 정신병원을 방문하여 시설의 문제점을 파악하도록 하는 위원회를 둔적이 있었다. 이 위원회는 지도자급 시민들로 구성되며 이들은 시설을 방문하여 환자들의 고충을 듣고 시설측에 의견을 개진하고 정부에 대해 개선에 대한 의견을 제공토록하는 장치가 있었다. 1975년 WHO보고서에도 43개법중 13개의 법에서 이러한 장치를 보유한 법이 있었다. 1959년 이전 영국법에도 비슷한 장치가 있었다. 현행 스코틀랜드법에는 이러한 제도는 존재하여 좋은 결과를 얻고 있다.

1945년 Irland법에도 Inspector제도는 있었다. 이들은 1년에 한번 등록된 시설을 방문하였다(정부중앙정신병원인 경우는 1년에 두 번). 어느 때라도 정신병원을 방문하여 환자들로부터 입원의 타당성에 대한 불만을 듣고 이를 처리하고 시설의 설비, 관리와 치료의 형태 그리고 치료인력의 적정성등을 평가하였다. 방문결과를 보건부에 보고하였다. 이들은 의사들이었다. 하지만 1981년 개정 법에서는 이 제도를 축소시켰다. 이유는 그동안 이들의 역할로 정신보건현실이 개선되어 왔고 입원기간이 단축되면서 심의관들의 역할은 축소되었기 때문이다. 이것은 정신보전이 향상된 선진국의 경우이다.

한편으로 환자들의 입원상태 점검을 정기적으로 검토를 하는 제도가 있어 왔다. 초기에는 병원당국에 보고의무가 있었다. 하지만 시설이나 병원 당국의 정기적인 보고업무는 병원환경의 변화에 아무 변화도 주지 못했다. 내용은 환자가 사망하거나 도주한 것 이외에는 '지난보고와 같음 또는 변화가 없음'이 전부였다. 그래서 환자들에 대한 점검을 특별히 지정하여 하게 하거나 정신과 의사가 보고를 하도록 발전시켜 왔다.

이제는 이 두가지 제도를 발전시켜 정신보건심의위원회에서 정기적으로 환자들을 접촉하고 정기적으로 시설의 문제점을 파악하도록 한다. 입원기간이 단축되면서 환자들의 수가 줄어들어 정신병원에의 점검이 이전보다는 더 효율적으로 이뤄질 수 있게 되었기 때문이다. 그리고 단기입원 환자들에게는 이제도가 필요없이 장기적으로 수용중인 환자들에게 집중적으로 접근할 수 있게 되기도 하였다. 하지만 병원시설에서의 문제점 특히 치료인력의 부족과 같은 문제는 정부에서 지원하는 비용이나 의료비 문제가 관련되어 지적된다고 하더라도 교정되기 어려운 적도 있다.

Irland에서는 1981년 법에 축소된 Inspector의 역할을 향후에는 강화시킬 것이라는 견해를 정부가 찬성하고 있다. 이들은 정신과 의사, 사회사업가, 심리사, 간호사들이 팀을 이뤄 정신병원뿐 아니라 정신질환 환자가 수용되거나 관리되고 있는 모든 시설을 방문하여 환자 관리 및 치료상황과 시설설비 등에 대한 생산적 의견을 제시할 것이다. 정신보건심의위원회가 이 역할을 맡아야 한다는 의견이 많다.

우리나라와 같이 과거 선진국 수용소 수준의 정신병원과 정신요양원에 대부분의 환자가 수용되고 있는 상태에서는 Inspector제도의 도입이 필수적으로 필요하다. 그 동안 이들 우리나라 시설에는 현직 국회의원의 방문도 차단되는 적이 있었다. 이러한 상태에서는 이들 시설에서의 인권침해 상황은 교정되기 어렵다. 정부안에는 정신보건심의위원회가 시설을 방문할 수도 있다고 되어 있지만 대정부안에는 정신보건심의위원회가 시설을 방문할 수도 있다고 되어 있지만 대개는 자신의 부당한 입원을 항의하기 위한 환자들과의 면담만이 이뤄지게 되어 있다. 정기적으로 시설을 방문하여 보고서를 작성해야 이들 낙후된 시설의 발전을 기할 수 있을 것이다.

#### 5. 치료거부로 장기수용되는 환자들에 대한 외래치료 명령제 (Outpatient commitment)

정신질환 환자 중 장기입원 환자들은 퇴원시는 투약 등 치료를 거부하여 상태가 악화되는 환자들이다. 이들 환자들 중에는 정신병원이나 정신요양원에서 강제로 투약이 이뤄지는 상황에서는 일반인처럼 생활할 수도 있거나, 주위의 최소한의 도움으로 지역에서의 사회생활이 가능한 환자들도 대다수이다. 환자가 효율적으로 치료되어 자신들이 병에 대한 인식을 가져 스스로 병을 관리하게 한다면 그것이 최선의 방법이다. 하지만 만성적으로 정신병원이나 정신요양원에 장기 수용되어 있는 환자들은 그들 자신의 삶이 장기적인 입원으로 폐쇄되었다고 생각하여 정신과의 치료에 대해 부정적인 견해를 갖고 있어 투약을 거부하는 경우가 대부분이다. 이러한 편견은 병에 이환되기 전부터 갖고 있는 경우가 많다. 그래서 환자들은 끊임없이 투약을 거부하려 한다.

입원치료는 가장 비용이 많이 드는 치료방법이다. 또한 환자의 인권을 가장 제한하는 치료방법이다. 이러한 경우 환자에게 외래치료명령(Out-patient Commitment)을 시행한다면 평생의 수용생활을 방지할 수 있다. 이 제도는 현재 미국의 26개주에서 법으로 명시되어 있다. Washington D.C.의 경우 15년 이상 외래치료명령을 시행하여 왔다. 이에 대한 연구결과를 보면 외래치료명령제의 도입으로 입원기간이 짧아지고 재입원률이 낮아진다고 한다.

외래치료명령을 내릴 수 있는 환자는 현재는 정신질환이 있으나 회복된 상태이고, 치료중단시 증상이 악화되어 위험한 상황을 일으킬 수 있고, 명령을 내리지 않으면 투약을 하지 않는 경우이다. 이밖에 입원을 결정할 당시 환자가 투약만 유지하면 호전될 것이라고 판단되는 환자에게는 입원을 방지할 수도 있다. 치료명령을 어기면 자동으로 강제입원이 결정된다. 정부안에는 언급이 없다. 우리나라와 같이 불필요한 장기입원이 많으면서 환자들이 투약을 거부하여 상태가 나빠질 것이라는 시설과 보호자의 우려 때문에 퇴원이 이뤄지지 않는 환자들에게 시행하면 입원비용의 절감과 보호자들의 환자투약에 따른 불편함을 제거시킬 수가 있어 정신보건의 발전에 기여할 수 있다.

#### 6. 병동내의 환자 권리와 적절한 치료환경의 제공

환자의 치료받을 권리에서도 언급되지만 입원시 환자에게 적절한 최소한의 치료환경을 제공하지 못한다면 그 입원은 정당화될 수 없다. 특히 강제입원과 같이 환자 자신이 입원을 원하지 않는 경우에는 치료환경을 제공하지 않으면서 강제로 인신구속을 시킬 수는 없다. 그러나 역사적으로 정신병원은 외부사람들에게 내부를 공개하지 않음으로서 인권의 사각지대에 머물러 있었다. 이를 교정하기 위하여 법적으로 방문위원회가 그 기능을 하게 하거나 Inspector제도로써 전문가들이 정기적인 감시기능을 하도록 하기도 한다.

정신병원의 치료환경을 증진시키기 위해 미국에서는 정신병원에 대한 시설기준을 정해 정기적으로 각 병원들이 이 기준에 맞는가를 보고토록 하였다.

병원설치기준합동위원회(Joint Commission on accreditation of Hospital)의 정신병원 설치기준 협의회(Accreditation Council for Psychiatric Facilities)는 연구를 통하여 정신병원의 설치기준의 표준을 정하였다. 이 기준은 병실의 환경, 치료 프로그램, 치료인력, 안전기준 그리고 행정절차등이 포함되어 있다. 아직 우리나라에는 이러한 시도가 없었으나, 금년도에 보사부에서 연구계획중이다.

UN원칙 13에 정신보건시설에 입원중인 환자는 한 인간으로 인정받을 수 있는 권리, 통신의 자유 그리고 종교의 자유를 가질 권리가 있으며 시설의 환경 및 생활여건은 비슷한 연령의 정상인과 가능한 유사하게 제공되어야 한다고 되어 있다. 환자들에게 강제노동을 시켜서는 아니되며, 자신의 의지에 의해 일할 때는 적당한 보수를 받아야 한다고 되어 있다.

정부안에는 병동내의 환경에 대한 특별한 기술은 없다

## 결론

정신질환 환자의 인권을 보호하기 위한 정신보건 정책과 이를 실행하기 위한 여러 장치들을 검토하여 보았다. 하지만 이러한 장치들중 많은 부분은 아직은 우리나라에서 시행되지 않는 것이 대부분이다. 정책없이 무방비상태로 있을 때는 어느나라나 대형정신병원이 늘고 장기입원하는 환자의 수가 계속 증가한다. 지금까지의 우리 정신상황이 그러하였다. 정신보건법의 입법단계에 다다른 우리로서는 부정적인 정신보건현실을 법을 통하여 교정할 수 있는 시점에 있기 도 하다. 하지만 정부안 정신보건법에서 보는 바와 같이 아직은 미흡한 면이 많다. 특히 환자들이 지역에서 일반인들과 함께 살면서 치료받을 수 있는 지역사회 정신보건에 대한 법적 뒷받침이 부족하다. 적어도 환자들이 장기간 강제 수용되지만 않는다면 정신질환 환자에게 대한 인권문제는 해결되기가 어렵지는 않다.

### <참고문헌>

- 1) 정부안 정신보건법(1993)
- 2) 일본정신보건법(1987)
- 3) 정신보건연구회, 우리나라 정신보건정책 수립을 위한 제언(1993.5)
- 4) 정신보건연구회 '90년대 정신보건정책, 그 발전적 대안에 대하여(1993.2) 정신보건정책토론회'
- 5) 김병후(1993), '정신보건정책의 방향', 대한사회 정신의학 Vol.3 No.1.1993
- 6) 김 병후 한국 정신분열증의 실태 및 현황, 광주세브란스 정신병원 개원기념 학술세미나, (1993.11)
- 7) Department of Health in Irland Green Paper on Mental Health, Dublin (1992)
- 8) Mulhearn J and Momeny G The Psychiatric Hospital Today-A Quality Profile (1976)
- 9) Roth. M. Bluglass R Psychiatry, Human Rights and Law, London, Cambridges University Press (1985)
- 10) UN Principles for the Protection of Persons with Mental illness and for the Improvement of the Mental Health Care (1991)
- 11) WHO The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives edited by Curran WJ. Harding TW, Geneva, World Health Organization (1978)

◇ 사례발표 ◇

-비디오 상영-

## 신생정신요양원

이철용 (작가·전국회의원)

◇ 주제발표 2 ◇

## 각국 정신보건법과 인권

-영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로-

조흥식 (서울대 사회복지학과 교수)



# 각국 정신보건법과 인권

-영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로-

조홍식 (서울대 사회복지학과 교수)

## I. 서론

본 글의 주목적은 영국, 미국, 일본, 대만을 중심으로 하여 이들 나라의 기존 정신보건법의 주요 내용 중에서 정신질환자 인권과 관련된 내용을 비교 검토함으로써 우리나라에서 사회복지법으로서의 정신보건법의 제정, 시행에 따른 바람직한 환자의 인권보호 지침 및 보완해야 할 사항들을 살펴보는 데 있다.

오늘날 대다수 선진 복지국가에서는 정신질환 문제를 사회문제로 보고 정신보건 사업이 정신질환의 예방, 치료, 재활 및 사회복지의 일련의 과정에서 잘 수행되도록 사회복지적 차원에서의 법적인 뒷받침을 해오고 있다. 즉 정신질환을 사회에서의 하나의 일탈행위로 간주하여 강제성을 띤 장기 수용으로 대처해 오던 종래의 방식에서 벗어나, 정신질환자를 범죄자나 위협한 인물로 다루지 않고 이들이 지역사회에서 안정되고 효과적인 치료를 받으면서 생활할 수 있도록 하는 사회복지적 관점에서의 법적 근거를 마련해 온 것이다.

우리나라에서도 1968년 이후 꾸준히 정신보건법의 제정에 대한 관심과 함께 입법을 시도해 왔지만 인권 문제와 결부되어 제정이 늦춰지고 있는 실정이다.

1968년에 대한신경정신의학회(PNPA)와 대한의학협회가 공동심의 채택한 「정신위생법」안을 정부에 상정했으나 정부의 예산부족의 이유로 기각되었으며 그 후에도 PNPA가 1978년, 1980년 두번에 걸쳐 정부에 법안을 상정했으나 기각되었다. 1983년 기도원 사건을 계기로 하여 보사부는 KNPA, 의학협회 등 관계전문기관의 자료, 각국의 입안사례를 참고하여 법안 마련을 추진하여 보사부는 1985년 9월 21일에 입법예고(보사부 공고 제 85-53호)를 하고 11월 14일 국무회의에서 법안심의를 통과시킨 뒤 11월 22일 국회에 제출하였으나 관련집단 즉, KNPA, 대한변호사 협회, 요양시설협회, 한국사회복지협의회 등의 반대로 보류되었다. 1986년 정신보건법 저지공동대책 위원회(한국기독교교회협의회 인권위원회 등 18개 재야단체)가 결성되어 이 위원회는 정신보건법의 악용소지, 인권문제, 요양원의 양성화 반대, 국가의 재정책임 부재 등을 쟁점으로 정신보건법 제정에 관하여 반대 의사표명을 하였다. 그 후 1990년 9월 25일에 보사부는 중

전 법안의 문제점을 보완하여 다시 입법화를 시도하였으나, 전문가 집단(장애 우권익문제연구소, 인도주의실천의사협의회, 대한의료사회사업가 협회 등)의 반대로 법안의 상정은 유보되었다. 그런 중에 1991년 대구 나이트클럽 방화사건과 여의도 광장 자동차 질주사건이 터지자 법무부가 정신질환과 연관시켜 범죄예방 차원에서 정신보건법 제정에 개입하기 시작했다. 이에 보사부는 1992년 1월 정신보건법의 재추진 계획을 밝히고 4월 29일, 6월 3일 두 차례 공청회를 거쳐 최종 법안을 마련하여, 법제처에 제출했으나 법적 내용의 미비로 인해 재차 보사부에서 보완작업을 하게 되었다. 그후 11월 6일 국무회의에서 최종 의결됨으로써 92년말 정기국회에 접수시켜 93년 정기국회 보사분과위에서 다루어졌으나 통과되지 않고 재차 보사부에 이첩되어 있는 상태에 있다.

본 연구 대상으로는 현재 시행되고 있는 법으로 1983년 영국 정신보건법, 1980년 미국 정신보건체계법(Mental Health System Act), 1987년 일본 정신보건법, 1990년 대만 정신위생법 등인데, 첫째, 이상 각국 정신보건법 제정 역사를 간단히 살펴 보고, 둘째 각국 정신보건법 내용을 환자의 인권과 밀접히 관련되고 있는 입원(특히 강제구금)과 퇴원 사항, 환자의 권리 사항 등을 중심으로 분석한 후, 마지막으로 앞으로 제정될 우리나라 정신보건법에 반드시 채택되어야 할 인권과 관련된 주요 내용을 제시하고자 한다.

## II. 각국의 정신보건법 제정 역사

우리나라에서는 아직 정신보건법이 제정과정에 있지만 많은 나라에서는 20세기 이전부터 입법을 해 온 것을 알 수 있다. 각국의 입법례를 보면, 프랑스는 1900년 이전에 동법률을 제정하여 실시해 오고 있고, 호주, 브라질, 덴마크 등은 1930-40년 경에, 캐나다는 1970년 경에 정신보건 관계법률을 제정하여 운영해 오고 있다. 본 연구의 대상인 영국, 미국, 일본, 대만의 입법 역사를 보면 다음과 같다.

### 1. 영국

영국은 1890년 정신이상법(Lunacy Act)을 시작으로 1930년 정신치료법(The Mental Treatment Act), 1959년 정신보건법(The Mental Health Act), 1981년 개정된 정신보건법안(The Mental Health(Aemndment) Bill), 1983년 정신보건법(The Mental Health Act)에 이르고 있다.

### 2. 미국

미국은 1946년에 국민정신보건법이 통과되어 국민정신건강 연구소(National Mental Health Institute)가 설립됨에 따라 정신건강에 관한 조사와 실천을 위한 훈련을 시행하였다. 1963년에 연방정부법인 정신지체 시설과 지역사회 정신보건 센터설립법(Mental Retardation Facilities & Community Mental Health Centers Construction Act)이 공법 88조 164항(Public Law 88-164)로 1963년 10월 31일 의회에서 승인되었다. 강제성을 띤 장기적인 입원형태보다는 지역사회 기반의 자율적이고 통원위주의 치료에 중점을 두어 효과적인 치료를 제공받을 수 있는 법적 근거를 만들었다. 그후 1971년 알콜리즘과 중독치료법(The Uniform Alohcholism and Intoxication Act)을 거쳐 이전의 법을 수정·보완하여 1980년 정신보건체계법(Mental Health Systems Act)을 제정하였다. 이 법은 지역사회정신건강센터를 중심으로 해당 지역사회에 거주하는 정신질환자 및 일반인 모두에게 포괄적인 정신건강 서비스를 제공하도록 하였다.

### 3. 일본

일본은 1874년에 처음으로 공립 전광원설립의 규정이 만들어졌다. 이때에는 정신질환자를 수용·보호하는 정도에 그쳤고 치료는 이루어지지 않았다. 그후 1890년에 정신병자 감호법을 제정하였다. 이는 일본 최초의 정신질환자 보호법으로 정신질환자를 사회로 부터 격리하고 대신 환자로부터 사회성원을 보호하는데에 비중을 두었다. 1919년 정신병원법이 제정되어 각 부현(府縣)에 정신병원을 설치할 것을 규정하였다. 그후 1950년에 정신위생법이 제정되면서 체계적인 입원절차를 법문화하였다. 동시에 이전의 정신병원법과 정신병자감호법은 폐기되었다. 1965년에 정신위생법 제 4차 개정을 거쳐 1984년 우도궁(宇都宮) 병원 사건(정신병원의 환자가 남자 간호사에 의하여 구타당하고 살해된 사건으로 이 사건에 대한 보도는 특히 야당인 사회당의 지탄대상이 되었고 국제연맹의 인권위원회 다루어져 그 당시 일본의 정신위생법에 문제가 많이 있다는 비판을 받게 된 사건)을 계기로 1987년에 제정된 정신보건법이 현재 시행되고 있다.

### 4. 대만

대만은 1980년 장애인복지법(The Social Welfare Aots for Handioaped)에 이어 1990년 11월 23일 정신위생법이 국회에서 통과되었다.

이들 국가들의 정신보건법의 변천 역사를 보면 공통적으로 발견되는 내용이 있다. 즉 첫째, 환자 자신 및 그 가족의 인권을 최대한으로 보장하는 것으로 개

정되어 오고 있다는 점인데, 특히 입원할 때부터 퇴원할 때까지 가능한 한 환자 자신과 그 가족의 의견을 최대한 존중해 주며 강제입원의 가능성을 최소화 한다는 점이다. 둘째, 점차적으로 수용보호 및 정신병원내 장기 입원치료 위주에서 예방과 재활을 강조하는 지역사회 정신건강과 관련된 조치들을 법안에 직접 반영해 오고 있다는 점이다. 셋째, 정신건강과 관련하여 법률가, 의사, 심리학자, 간호사, 사회사업가 등 다양한 전문인력의 확충과 교육 및 배치 등과 관련된 내용을 법안에 성문화시킨다는 점이다. 넷째, 사회복지법으로서의 성격을 가짐으로서 국가의 예산 확보 및 지원방법 등 국가의 책임 규정이 명확히 법적으로 제시되고 있는 점이다.

### III. 각국의 정신보건법 내용 분석

정신보건법에 포함되는 내용은 각 나라의 정치, 경제, 사회, 문화적 여건과 정부의 정신보건정책의 의지와 방향에 따라 다소 차이가 날 수 있다. 그러나 1977년 세계보건기구(WHO)에서는 정신보건입법의 지침을 촉진하고자 할 때나 기존 법률을 개정, 보완하고자 할 때에는 다음과 같은 10가지 항목을 참조하여 안을 세우도록 권장하고 있다.

1. 강령 및 목적 2. 책임(의무)부서 3. 예산(국고보조 등) 4. 집행 또는 운영기구 5. 연구 및 교육훈련 6. 정신의료 제도 7. 환자의 권리보호 8. 정신의료 인력 등의 확보 및 시설감독 9. 정신치료 약물 및 기타 치료법 등의 규제 10. 규제권한의 위임 등이다.

위의 사실에 의거하여 WHO는 특히 1. 강제입원 및 보호 2. 정신감정을 받기 위한 유치 3. 정신질환자 관리를 위한 국가의 지원 등은 필수적으로 법적인 규정을 명확히 해 놓아야 함을 강조하고 있다.

이제부터 영국, 미국, 일본, 대만 등 4개국의 정신보건법의 내용을 환자의 인권과 관련하여 1. 환자의 보호 및 치료 2. 환자의 권리 등을 중심으로 하여 살펴보고자 한다.

#### 1. 환자의 보호 및 치료: 강제구금(입원)과 퇴원

각국의 정신보건법은 환자가 자신의 병을 판단할 수 있는 능력이 없기 때문에 자신을 해롭게 하거나 타인을 위해할 가능성이 있을 경우에는 강제입원에 불가피함을 강조함으로써 강제입원의 정당성을 인정하고 있다. 여기서는 강제입원의 근거, 신청, 결정 담당기관, 의학적인 증명, 거주기간, 이의, 강제입원에 대

한 주기적인 검토, 퇴원절차 등이 각국마다 어떠한 유사성과 차별성을 보이는지 알아보려고 한다.

#### (1) 영국

1983년 개정된 영국의 정신보건법은 1959년의 법에 비해서 환자의 치료를 위해 간섭할 수 있는 권한을 축소하고 환자의 권리를 확대한 것과 환자의 강제입원의 경우 환자의 위험성보다는 치료가능성에 우선권을 둔 것이 특징이다.

강제입원의 종류로는 사정을 위한 입원(admission for assessment), 치료를 위한 입원(admission for treatment), 긴급입원(admission for assessment in cases of emergency) 등이 있다.

#### 1) 사정을 위한 입원

사정을 위한 입원은 개인이 일정한 기간내에 사정(또는 치료에 수행된 사정)을 위해 병원에 구금하는 것을 보증할만한 상태나 특징을 가지고 정신질환을 겪고 있는 경우나 개인 자신의 건강 및 다른 이의 보호를 위해 구금이 필요한 경우이다.

강제구금에 대한 의학적인 근거로서, 2명의 의사가 강제입원에 대해 일치된 의견을 보여야 한다. 이 2명의 의사는 함께 또는 별도로 검사해야 한다. 별도로 검사할 경우 5일 이내의 간격을 두고 검사해야 한다. 환자와 개인적인 친분이 있는 의사는 제외된다. 이들 중 1명은 정신과 의사이어야 한다.

신청은 신청날짜가 끝나는 14일 이내에 환자를 만난 가장 가까운 친척(the nearest relative)이나 승인된 사회사업가에 의해 가능하다. 가까운 친척이 강제입원에 대해 반대한다는 것을 관리(officer)나 지방보건당국(Locality Health Authority)에 통보할 경우, 사회사업가는 입원을 신청할 수 없다. 입원신청이 실질적이고 부당하게 연기할 필요가 없다고 판단될 때 사회사업가는 입원신청을 하기 전에 가까운 친척과 의논해야 한다. 시간상 가능하지 않을 경우, 사회사업가는 가장 가까운 친척이 환자를 퇴원시킬 수 있는 힘이 있다는 정보를 통보해야 한다.

입원기간은 입원 날로 시작해서 28일이다. 더이상의 구금이 필요하지 않는 한 마지막 날에 환자를 퇴원시켜야 한다.

환자를 퇴원시킬 수 있는 권한은 담당의사, 병원 관리자 또는 가장 가까운 친척이 갖는다. 그러나 담당의사가 환자가 위험하다고 판단할 경우, 병원경영자는 가장 가까운 친척에 의한 환자의 퇴원을 막을 수 있다. 여기에 대해, 가장 가까운 친척은 28일 이내에 정신보건심판위원회에 이의를 신청할 수 있다. 환자 또한 구금된 첫번 14일 이내에 정신보건심판위원회에 이의를 신청할 수 있다.

#### 2) 치료를 위한 입원

환자의 치료를 위해 강제구금되는 근거들이 변화되어 왔다. 단지 '어떤 다른 질환이나 정신적인 무능함(disability)'으로 어려움을 겪고 있다는 근거로 환자를 입원시키는 일은 가능하지 않게 되었다. 그 대신 '치료가능성(treatability)'을 필요조건으로 대치시켰다. 치료를 통하여 환자들의 문제가 경감되고, 지역사회에서 잘 적응하도록 원조되고, 환자의 상태가 악화되는 것을 막는데 도움이 될 수 있는 전망이 있을 때만 치료를 위한 강제입원이 성립된다. 또한, 환자의 안전이나 건강 또는 타인의 안전을 위해 필요하고, 비공식적인 입원이 가능하지 못할 때 치료를 위한 강제입원이 적용된다.

신청은 환자의 가장 가까운 친척이나 사회사업가가 할 수 있다. 사회사업가는 가능하다면 환자의 가장 가까운 친척과 강제입원에 관해 상의해야 한다. 가장 가까운 친척이 반대하는 경우에는 사회사업가는 신청할 수 없다. 신청자는 신청하기 14일 이전에 개별적으로 환자를 만나야 한다.

의학적 증명은 사정을 위한 입원과 동일하다. 환자에 대한 2명의 의사의 진단이 일치할 보여야 한다. 검사는 동시에 혹은 별개로 진행되는데, 별도로 진행될 경우에는 그 간격이 5일을 넘지 말아야 한다. 2명의 의사중 1명은 정신과 의사이어야 한다.

입원 기간은 6개월을 원칙으로 하고 환자의 상태를 보아 6개월, 그 다음에는 12개월 식으로 입원이 연장된다. 환자는 담당의사가 환자의 위험성을 문제삼지 않는 한, 담당의사나 병원 경영자, 환자의 가장 가까운 친척에 의해 퇴원할 수 있다.

담당의사가 환자의 위험성을 통보하면 퇴원이 중지된다. 가까운 친척은 환자의 이익을 위해 통보된 28일 이내에 정신보건심판위원회에 이의를 신청할 수 있다. 환자 또한 입원 6개월내에 정신보건심판위원회에 항소할 수 있다. 이때 병원경영자는 구금된지 첫번째 6개월 기간내에 소송권리를 행사하지 않는 환자 에 대해 정신보건심판위원회에 환자의 사례를 의뢰해야 한다. 즉, 6개월내에 친척이나 사회사업가의 이의신청이 없어도 6개월마다 정신보건심판위원회가 자동적으로 환자의 퇴원여부를 심사한다.

### 3) 긴급상황에서의 입원

사정입원을 위한 긴급신청이 목적이다. 긴급입원에서는 이전부터 환자를 이미 알고 있는 의사(가정의) 1명의 진단으로, 가장 가까운 친척이나 사회사업가에 의해 신청된다. 신청자는 환자를 긴급입원에 신청하기 24시간 전에 개별적으로 만나야 한다. 긴급사태를 확증하기 위해서이다. 그것이 불가능할 경우에는 2차적인 의학적 의견을 필요로 한다. 환자가 의학적 검사를 끝난 후 또는 신청이 효력을 발생하기 시작해서 24시간 이내에 환자를 병원에 우송한다. 입원기간은 72시간이다. 2차적인 의학적 의견이 제시되지 않는 한 72시간 후에 퇴원시켜야

한다. 입원이 연장될 필요가 있을 경우에는 사정입원의 절차를 밟게 된다. 긴급입원에서는 '치료에 대한 동의'는 수반되지 않는다. 항소의 권한도 인정되지 않는다.

### (2) 미국

미국의 정신보건체계법은 입원을 4가지 종류로 구분하고 있다. 즉, 비공식입원(informal admission), 자발적 입원(voluntary admission), 일시적 입원(temporary admission), 비자발적 입원(involutary admission)이다. 비자발적 입원이 강제입원에 속한다.

강제입원은 환자 자신의 병에 대한 지각이 없는 상태에서 환자 자신이나 타인에게 해를 끼치게 될 때의 조치 방도이다. 신청은 환자의 친척이나 친구 등의 주변 사람들에 의해 주로 이루어진다. 환자가 의뢰되면, 2명의 정신과 의사가 진단을 하고 입원의 타당성을 검토한다. 이때 두 사람의 일치된 의견이 요구되며 동시에 진단이 이루어진다.

강제입원이 이루어지면 환자의 권리를 위해 환자의 보호자나 가장 가까운 친척에게 서문으로 보고해야 하고, 환자는 법적 고문인과 접촉할 수 있고 그를 통하여 환자 자신의 입원의 부당함을 법정에 소송할 수 있다. 소송의 결과, 재판관에 의해 환자의 입원이 부당하다고 판결이 날 경우 환자를 즉시 퇴원시켜야 한다.

입원기간은 60일이다. 만일, 이 기간이 지났는데도 의사에 의해 강제입원이 필요하다고 판단될 경우, 환자의 상태는 정신과 의사, 일반 의료진, 변호사 및 병원과 관련 없는 일반 시민으로 구성된 이사회에 의해 정기적으로 검토하도록 규정하고 있다.

### (3) 일본

일본의 경우, 강제입원은 2가지의 형태로 이루어진다. 도도부현지사에 의한 공권력에 의한 입원조치와 보호의무자와 정신보건지정의 동의에 의한 입원조치이다.

#### 1) 도도부현 지사에 의한 강제입원

도도부현 지사가 특정 개인이 정신질환의 가능성이 보인다고 신청인으로 부터 신고를 받으면, 신고된 개인을 정신보건지정의에게 진찰을 의뢰하고 그 결과에 따라 강제입원 여부를 결정하는 형태의 강제입원이다.

입원조치의 기준은 "...정신장애인이고 의료 및 보호를 받지 아니하면 정신장애로 인해 자신을 다치게 하거나 타인에게 해를 줄 우려가 있다고 인정될 때는 ..."으로 규정하고 있다. 이때 자해 및 타인에 대한 해를 결정하는 기준으로

자해는 자살을 포함하여 자신의 신체를 손상시키는 것을 말하며 타인을 해하는 것은 단순한 신체의 손상 뿐만 아니라 명예·재산 또는 사회적 법익에 손상을 입히는 것까지 포함하고 있다. 일본법에서는 여기에 관해 법 제23조부터 제29조에 이르기까지 자세하게 서술하고 있다.

신청자격인은 일반인 및 업무상 관계 인물이 정신질환의 의심이 있다고 생각되는 경찰관, 검사, 판사, 교도소장, 교정기관의 장, 일반병원의 장 등이다. 신청인은 의심이 되는 사람에 대하여 정신질환유무를 진단받도록 도도부현 지사에게 서면으로 신청하도록 의무화하고 있다. 신청을 받은 도도부현 지사는 2명 이상의 정신보건지정의를 선임하여, 이 진단결과에 따라 환자에게 합당한 치료대책이 수립된다. 정신보건지정의에 의한 진단을 받게 될 경우, 도도부현 지사는 진찰을 받게 될 본인의 보호임무를 맡고 있는 자에게 진찰 일시 및 장소를 통지한다. 또한 후견인, 친권을 행사하는 자, 배우자 그 외 현재 보호의 임무를 맡고 있는 자는 진찰에 입회할 수 있는 권한이 부여된다. 지정의에게는 공무집행과 같은 권한을 부여하고 있어, 진단과정에서 누구도 진단을 방해하지 못한다.

지정의에 의해 진단을 받은 환자가 자신 또는 타인에게 해를 끼칠 우려가 있다고 일치된 결론을 내리게 되면, 환자 또는 보호의무자의 동의 없이도 도도부현에 의한 강제입원 조치가 이루어진다.

강제입원된 환자가 입원의 부당함이나 치료의 부당성을 항소하거나 가족들에 의해 의료시설이 제대로 되어 있지 않다고 항소가 들어올 때는 도도부현은 '정신의료심의회'에 그 일에 관해 심사하도록 권한을 부여하고 '정신의료심의회'의 심사결과를 따른다.

입원한 환자가 입원을 계속하지 않아도 정신장애로 인해 자기자신이나 다른 이들을 해할 우려가 없다는 지정의의 판단이 있을 때, 그 자가 수용되어 있는 정신병원이나 지정병원의 관리자는 이를 도도부현 지사에게 통보하여 곧바로 퇴원시킨다.

강제입원의 절차를 밟을 시간적 여유가 없고 환자가 타인 또는 그 자신을 해할 우려가 큰 응급상황인 경우에는 1명의 지정의만의 결정으로도 긴급입원이 가능하다. 긴급입원 경우에는 72시간 내에 다른 지정의의 진찰을 거쳐 동의를 얻어서 지방자치단체 장에 의한 강제입원 절차를 마쳐야 한다.

## 2) 보호의무자와 정신보건지정의의 동의에 의한 강제입원

### (가) 의료보호입원

정신병원 관리자는 지정의의 진찰 결과 정신장애인이므로 또한 보호를 위해 입원할 필요가 있다고 진단될 때 입원시킬 수 있다. 본인의 동의가 없어도 보호자의 동의만 있으면 입원이 가능하다. 입원기간은 4주간이다.

### (나) 가입원

정신병원관리자는 지정의에 의한 진찰결과, 정신장애의 의심이 있어 진단하는데에 상당한 시일이 필요하다고 볼 때, 본인의 동의가 없어도 보호의무자의 동의가 있을 때는 임시로 정신병원에 입원시킬 수 있다. 기간은 3주년을 초과하지 않는다.

### (4) 대만

대만의 정신위생법은 제21조에서 강제입원을 규정하고 있다. 강제입원의 조건은 중환자가 다른 이들이나 자기 자신에게 상해를 입힐 우려가 있거나 혹은 상해 경험이 있어서 병원입원의 필요가 있다고 인정되는 경우이다. 2명 이상의 의사의 감정결과에 근거한다.

대만의 정신위생법은 제21조에서 강제입원을 규정하고 있다. 강제입원의 조건은 중환자가 다른 이들이나 자기 자신에게 상해를 입힐 우려가 있거나 혹은 상해 경험이 있어서 병원입원의 필요가 있다고 인정되는 경우이다. 2명 이상의 감정결과에 근거한다.

담당기구는 중앙위생주관기관이 지정하는 정신의료기구이다. 경찰기구도 이에 관여하고 있다. 경찰기구는 정신질환자나 혹은 정신질환자로 의심되는 자를 발견하거나 통지받은 자 중에서 다른 이들이나 자신에게 위해를 입힐 우려가 있거나 과거에 그러한 경력이 있는 자는 정신의료기구로 즉시 호송하여 치료를 받도록 규정하고 있다.

입원기간은 전일입원과 비전일입원으로 나뉘어진다. 전일입원의 경우, 치료의 필요성이 있을 때는 감정할 수 있는 기간으로 7일을 잡고, 그러하지 않은 경우에는 30일로 제한하고 있다. 단 2인 이상의 전문의사의 감정을 거쳐 계속 입원하여 치료할 필요가 있을 경우에는 병원에 계속 입원해야 한다.

최대한의 강제입원 기간은 6개월이며, 계속시에는 환자에 대한 새로운 심사가 요구된다. 항소의 권한이나 통로는 없다.

## 2. 환자의 권리

영국, 미국, 대만은 법적으로 별도의 장을 만들어 명시하고 있지만, 일본은 그렇게 하고 있지 않다.

### (1) 영국

1) 구금된 환자는 '83년 법에서는 '59년 법에서 가능하지 못했던 정신보건심판위원회에 그의 사례를 검토할 것을 직접적으로 항소할 수 있게 되었다. 사정

과 치료를 위해 강제입원된 경우에 적용된다.

2) 환자의 치료에 대한 동의는 특정 치료가 시행되기 전에 요구된다. 만일, 환자가 동의를 표시할 수 없거나 혹은 합리적이지 못하게 동의를 거부할 경우에는 이차적인 독립적인 정신과의사의 의견이 일치하고 그 환자를 알고 있는 비의료인과의 상의 후에만 치료가 가능하다. 특수치료는 임상팀의 다른 성원들과 의사의 상의 후에 독립적인 정신과의사의 임상 승인과 더불어 독립적인 패널에 의사의 상의 후에 독립적인 정신과의사의 임상 승인과 더불어 독립적인 패널에 의한 승인서명과 환자의 통보된 동의로만 가능하다. 그러나 긴급한 치료의 경우에는 동의나 이차적 의견없이 시행이 가능하다. 강제입원과 관련시켜 보면, 긴급한 상황에서 입원에서는 치료에 대한 동의가 적용되지 않고 사정과 치료를 위해 구급된 환자는 치료에 대한 동의를 요구할 수 있는 권리를 가진다.

3) 정신질환자는 혼자서 힘으로 그 자신을 적절하게 관리를 못하는 경우가 많다. 거기에는 사회의 방관이나 잘못 치료된 것, 외부로부터 철회된 것 등의 요인들이 작용한다. 1983년 법에서는 치안판사의 허가로 의사와 다른 한 사람을 동반한 경찰이 환자를 72시간동안 안전한 장소에 대피시켜 환자의 보호받을 권리를 지켜 준다.

4) 보건과 사회적 서비스 당국은 구급된 환자들이 병원에서 퇴원후 사후보호를 받을 수 있도록 의무화하였다. 즉 환자 자신의 욕구와 지역사회에서의 재활에 따른 사회사업가의 지원이나 호스텔, 그룹 홈과 같은 숙박시설 등을 제공받는 것이다.

## (2) 미국

1980년 정신건강체계법에서 정신질환자의 권리를 보장해 주는 권리장전(Bill of Rights)을 법령화시켰다는 점에서 의의를 갖는다. 정신질환자는 치료를 받을 권리와 치료를 거부할 권리를 가진다.

특히 치료를 받을 권리는 다음과 같이 언급되고 있다. 즉, 개인적 자유가 지지되고 치료 및 적절한 법이 요청되고 공평한 명령의 범위내에서만 자유를 제한하는 상황에서 정신질환자는 적절한 치료와 관련 서비스를 받을 권리이다.

치료를 받을 권리와 치료를 거부할 권리의 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1) 개별화되고 문서화된 치료나 서비스 계획에 대한 관리와 개혁에 기반한 치료를 받을 권리
- 2) 치료에 관련된 서비스 욕구에 관해 주기적으로 검토하고 재사정 할 권리
- 3) 프로그램이나 시설에서 퇴원한 후, 제공받는 서비스를 수정할 수 있는 권리
- 4) 정신건강 서비스를 계획할 때 정신질환자의 능력에 맞는 적당한 방법으로

계속 해서 참여할 수 있는 권리

5) 서비스 계획에 대한 개발과 주기적인 수정에 참여할 수 있는 권리

6) 환자의 상태와 이해력에 적절한 용어와 관련된 설명을 제공받을 권리

7) 치료양식과 과정에 관한 자발적이고 문서화된 재가가 없을 경우에는 치료 계획에 따른 치료방법 및 과정을 밟지 않아도 되고 실험에 참여하지 않을 수 있는 권리

8) 계속되는 절차 및 기대되는 이익과 대안적 치료에 따른 이익, 잠재적인 불안과 위험에 대한 합리적인 설명의 권리 및 그러한 장애와 관련된 적절한 보호와 그러한 재가를 취할 수 있는 권리

9) 치료 방법과 치료과정 및 책임을 지고 있는 전문가의 문서화된 명령에 의해 제공되지 않은 구속과 격리가 있다면 응급상황에서의 구속과 격리로부터 자유로울 수 있는 권리

10) 인간적인 치료환경을 요구할 수 있는 권리

11) 개인 기록에 대한 비밀보장의 권리

12) 특정한 경우(1. 정보가 비밀로 유지되어야 한다는 보장하에 제 3자에 의해 제공된 기록에 있어서의 정보. 2. 담당 전문가가 정보에 대한 접근이 환자의 건강에 해롭다고 서면으로 결정을 내린 자료들)를 제외한 상황에서 정신건강 치료 기록에 접근할 수 있는 권리

13) 주거치료 시설 혹은 입원치료시설에 입원한 사람의 경우, 다른 이들과 개인적으로 대화하고 전화·우편을 이용하며 정기적으로 계획된 시간에 방문객을 만날 수 있는 권리. 단, 담당 정신건강 전문요원이 서면으로 적합한 이유를 근거로 다른 이들과의 접촉을 부인하는 경우는 제외된다.

14) 입원과 그 이후 환자의 상태와 이해능력에 적합한 용어와 언어로서 적절하게 정보를 제공받을 권리, 불평을 할 수 있는 권리, 적절한 프로그램이나 시설내의 보호 서비스를 받을 권리

15) 주 정신건강체계내에서의 보호서비스 권리

16) 자격을 갖춘 옹호 등에 접근할 수 있는 권리

17) 현재의 기관을 종료할 경우, 다른 적절한 정신건강 서비스 제공자에게 위탁받을 권리 등이다.

## (3) 일본

일본은 별도로 장을 정하여 환자의 권리에 대한 조문을 만들어 놓고 있지 않다. 단지 분산적으로 환자의 권리에 관해 언급하고 있다.

1) 환자의 치료받을 권리이다. 법 48조에서 정신과 치료기관이 아닌 기관에서

환자를 수용하여 치료할 수 없다는 것을 명문화시키고 있다.

2) 강제입원의 경우, 환자가 입원의 부당성, 치료의 부당성을 제소하거나 가족들에 의해 의료시설이 제대로 되어 있지 않다고 항소를 할 경우 지방자치단체의 장 또는 후생성대신은 지체없이 '정신의료심의회'에 그 일을 심사하게 하고 심사결과는 해당치료기관에 보내어져 그 결정을 반드시 따르게 하고 있다. 심사결정은 퇴원명령, 시설개선의 명령, 진료체계 개선의 명령 등이 있다. 이를 어기는 정신보건지정의와 지정병원은 자격 상실여부를 논할만큼 엄격하다.

(4) 대만

대만은 제4장 제36조에서 제40조에 걸쳐 환자의 권리에 대한 조항을 별도로 다루고 있다. 내용을 살펴보면 다음과 같다.

제36조에서는 선언적인 의미로 정신질환자의 인격과 합법적 권위는 존중과 보장을 받아야 하며 멸시되거나 학대 혹은 불법적으로 이용되어서는 안된다고 선언하고 있다. 구체적인 현실에서도 정신질환자의 권리를 보호·고무하고 있다. 정신질환자의 치료시에 필요한 녹음·녹화·촬영도 환자와 보호자의 승인을 필요로 하고 있다. 병원에서 생활하고 있는 동안의 통신의 자유·면회의 자유도 인정하고 있다. 물론 환자의 병세 혹은 치료에 도움이 되지 않을 경우에 한해서 정신의료기구에 의해 제한되고 있다.

정신질환자의 관련 기구들이 환자의 권리를 침해했다고 판단되는 경우에도 각 기관에 이의할 수 있도록 제도적 뒷받침을 하고 있다. 위생주관기관이 이러한 임무를 수행하고 있다.

또한 노동행정주관기구를 통한 환자의 사회복귀를 위한 재활교육에 관한 정부차원의 계획이 있다. 특이한 것은 정신질환자도 다른 일반인과 마찬가지로 납세의 의무를 가져 제41조에서 환자나 그 부양자는 마땅히 세금을 납부해야 한다고 의무를 다하는 시민으로서의 정신질환자의 상(像)도 고려하고 있다. 이 경우에는 정신질환자의 심한 정도 및 가정의 경제형편을 고려해주고 있다.

이외에도 특수치료 예를 들면, 전기충격치료, 인체실험과 관련된 치료연구, 중앙위생주관기관기구가 공고한 치료실시의 경우, 환자의 서면동의를 구하도록 되어 있다.

IV. 결론, 우리나라 정신보건법의 적용

우리나라 정신보건법의 제정 및 시행과 관련하여 인권문제에 참조가 될 수

있는 여러가지 사항을, 각국의 정신보건법 내용을 토대로 이슈별로 정리하면 다음과 같다.

첫째, 정신보건법에서 가장 논의의 여지가 많은 부분이 환자의 인권과 직접 관련되는 강제입원에 대한 이슈이다. 대다수의 국가에서 강제입원은 '본인과 타인에 대한 위협의 소지가 있음으로.....' 식으로 강제입원의 정당성에 대한 공감대가 형성되어 있다. 문제는 강제입원이 부당하다고 판단될 경우, 강제입원에 대한 강한 법적 행사권한에 상응하는 항소조치가 제도적으로 뒷받침되어 있는가 하는 점이다.

영국 정신보건법의 경우는 강제입원에 대한 항소를 심의하는 정신보건심판위원회의 독자적인 기구외에도 정신보건법위원회에게 환자의 권리를 보호하기 위한 별도의 임무수행을 인정하고 있다. 정신보건법에서 정신보건법위원회를 단일 조항으로 명시하고 있는 점에서도 알 수 있듯이 정신질환자의 인권을 보호하려는 정부의 각별한 의도를 알 수 있다.

미국 정신보건체제법도 유사한 제어장치가 마련되어 있다. 강제입원 기일이 60일로 되어 있는데, 이 기간이 지난 후에도 의사에 의해 강제입원이 불가피하다고 판단될 경우, 정신과 의사, 일반의료인, 변호사 및 병원과 무관한 일반시민 등으로 구성된 이사회가 환자의 상태를 정기적으로 검토하도록 제도화되어 있다.

일본은 도도부현지사에 의한 강제입원의 경우, 도도부현지사의 권한이 막강하다. 즉, 도도부현지사는 강제입원 신청을 접수하는 역할 뿐만이 아니라 강제입원에 대한 항소를 접수하는 역할도 겸하고 있다. 강제입원 신청이 들어올 경우에는 도도부현지사가 지정의에게 진찰을 의뢰하고, 항소가 들어올 경우에도 도도부현지사가 '정신의료심의회'에 심사권한을 부여한다. 지정의와 보호자의 동의에 의한 강제입원의 경우에는 항소권한이 부여되고 있지 않다.

이외에도 미국과 대만의 법은 환자의 권리에 대한 별도의 조항도 명시되어 있고 치료 상황에서의 환자의 권리 침해가능성도 고려하여 자세한 예들까지도 명시하고 있다. 특히, 대만의 정신위생법은 '환자의 치료받을 권리'를 명시하면서 이를 어기는 기관에게 벌금을 징수한다는 내용도 못박고 있다.

따라서 우리나라에서도 정신보건법에 1) 환자의 권리에 대한 별도의 조항을 명시하고, 2) 치료 상황에서의 환자의 권리 침해 가능성도 고려하여 '환자의 치료받을 권리'를 명시하면서 이를 어기는 기관에게 벌금을 징수하는 내용을 삽입해야 하며, 3) 가장 중요한 강제입원과 관련하여 강제입원이 부당하다고 판단될 경우, 이에 대한 강한 법적 행사권한에 상응하는 항소조치를 법의 내용에 명시해야 하며, 4) 영국에 설치되어 있듯이, 강제입원에 대한 항소를 심의하는

정신보건심판위원회와 환자의 권리를 보호하기 위한 별도의 임무수행을 하는 정신보건법위원회와 같은 기구를 설치하도록 법에 명시해야 한다. 참고로 영국의 이 두 기구의 내용에 대해 살펴보면 다음과 같다.

정신보건심판위원회는 정신보건법에 의해 설치되었지만, 그 구성원은 대법관에 의해 지명되는 독립적인 조직체이다. 정신보건심판위원회는 환자들에게 그들의 구금을 검토할 수 있는 기회를 제공하고 환자들이 강제적으로 병원에 있어야 하고 보호하에 있어야 하는 것에 대해 불만을 가질 때 소송을 할 수 있는 권리를 부여하고 있다. 영국에는 14개의 전국보건서비스지역(National Health Service Regions)에 14개의 정신보건심판위원회가 있다. 대법관은 정신보건심판위원회에 법조인, 의뢰인과 일반시민을 지명한다. 일반시민은 국무성장관(Secretary of State for Social Services)과의 상의후에 지명되는데, 이들은 사회적 서비스에 관한 지식을 소지하거나 대법관의 적절하다고 판단되는 별도의 능력이 있어야 한다. 이러한 국무성장관은 구금된 환자와 관련해서 법에 의해 부과된 의무들의 수행과 권한행사를 감독하는 총괄적인 책임을 갖는다. 또한 의료인도 국무성장관과의 상의 후에 지명되고, 보통 원로 정신과 의사가 이에 해당된다. 의료인은 환자를 개인적으로 검사하고, 필요한 임상적 연구를 수행하고, 환자의 일상적 상태에 대한 기록을 남겨야 한다. 이러한 목적을 위해 위원회가 열리기 전에 병원을 종종 방문해야 한다. 법조인은 대법관에 의해 지명되고 필요한 법적 지식을 가져야 한다. 법조인이 위원회의장이 된다.

그리고 강제입원에 대한 소송을 검토하는 청문회는 보통 병원에서 개최된다. 청문회는 공식적 또는 비공식적 형태를 띠고 있다. 여기서, 비공식적 청문회는 위원회가 특정인의 참관을 허용할 수 없는 특별한 이유가 있지 않는 한, 검토신청에 관심 있는 모든 이에게 허용되고 있다. 위원회가 적절하다고 판단되면 신청자, 책임당국과 개인들이 참가할 수 있는 권리를 부여하는 즉, 증인을 요구하고 있는 것이다. 그런, 공적 청문회는 공식적 청문회가 허용된 상황에서만 고려된다.

1959년 법에서 위원회는 환자의 퇴원과 구금을 정당화하는 정신장애의 분류를 재범주화하는 것에만 관여했고, 강제구금된 환자에 대한 권한은 없었다. 강제구금에 관한 절차들과 권한들이 강제입원과 구금에 관여하는 사람들과는 별개인 특정기구에 의한 면밀한 조사가 필요하다는 사회적 여론에 따라, 1983년 영국 정신보건법에서는 강제 입원·구금된 환자들을 보호하는 기구로서 정신보건법위원회를 설치하였다. 1983년 영국 정신보건법에서 정신보건법위원회의 설치하는 가장 혁신적이다. 정신보건법위원회는 법에 관한 작업을 모니터하는 여러 보건관련 전문가들(multi-disciplinary health authority)의 모임이다. 위원회의 의

장과 성원들은 위원회의 설립의도에 상응하는 적절한 경험과 대표성을 갖는 인사가 선택된다. 국무성장관(Secretary of State)은 전문가들과 의논하여 이들을 지명한다.

위원회는 의장과 12명의 법조인, 12명의 간호사, 12명의 심리학자, 12명의 사회사업가, 12명의 시민, 22명의 정신과 의사로 구성된다. 정신과 의사의 경우 이차적 의견진술과 임상검사를 수행해야 하는 별도의 의무가 있다. 이들은 위원회가 관심을 가지는 사회문제에 대한 지식과 경험을 근거로 임명되어 4년까지 일하게 된다. 정신보건법 위원회의 주요한 기능은 다음과 같다. 1) 치료에 대한 동의에 관한 독립적인 의학적 의견을 제공한다. 2) 법에서의 구금력을 검토한다. 3) 실천 강령을 준비한다. 4) 병원과 요양원(nursing home)에서 구금된 환자를 방문하고 인터뷰하고 개인적인 불만을 조사한다. 특히 환자들의 생각이 병원경영자에 의해 만족스럽지 않게 반영되지 않았다고 보는 불만이나 환자들에게 주어진 의무이행과 권한행사에 관한 불만 등에 주목한다.

정신보건법위원회는 국무성장관으로부터 위임된 기구로써, 임무를 수행하는데 중앙정부의 지원을 받는다. 위에서 언급된 정신보건법위원회의 기능을 좀 더 보완하면, 정신보건법위원회는 병원이나 요양원에 구금된 환자들을 개별적으로 방문하여 인터뷰하도록 되어 있다. 적어도 1년에 1번 방문하도록 되어 있으나 특별한 경우에는 한달에 1번 방문하도록 하고 있다. 또한, 구금된 환자를 조사하고 검사할 경우에는 치료기록을 요구할 수 있는 권한도 정신보건법위원회에 부여하고 있다. 위원회의 활동영역은 비공식적 환자(informal patients)를 포함하는 것까지 확대된다. 정신보건법위원회는 설립 다음 해와 그 다음 매 2년마다 활동기록을 국무성장관에게 제출하도록 법에 의해 규정되어 있다. 국무성장관은 그 복사본을 국회에 제출하게 된다.

둘째, 정신질환자의 실질적인 인권이 보장되려면 이들에 대한 지역사회에서의 재활 대책을 법적으로 보장해야 한다. 즉 정신보건법에서 정신질환자의 예방, 재활과 관련하여 지역사회기반의 정신보건 서비스에 대한 구체적인 배려를 명시해야 하는데, 특히 구체적인 서비스 내용, 프로그램 및 급부에 대한 규정을 명시해야 하는 것이다.

미국 정신보건체계법은 그 자체가 지역사회를 기반으로 하는 정신건강 서비스에 주력하고 있다. 이는 정신건강에 대한 개념 정의에서 잘 나타나고 있다. 즉 정신건강을 단순히 정신질환(mental illness)의 부재로 보지 않는다는 점이다. 사람들이 직면하고 있는 위험정도(degree of being at risk)에 따라 분류되어야 한다고 보고 있다. 따라서 정신건강 서비스는 분권화되고 지역사회 기반이 되어



야 한다는 것이다.

영국은 1960년대의 시봄 보고서(Seebom Report) 이후 지역사회 기반의 정신보건 정책이 전반적인 국가정책이 추구하는 바와 맞물리고 있다.

일본에서의 지역사회 정신건강은 2중적 체계를 갖는다. 즉 병원 정신의학(hospital psychiatry)과 공중보건(public health)이 그것인데, 이 중 일본의 지역사회 정신건강은 공중보건 형태라고 말할 수 있으며 보건소를 중심으로 서비스가 이루어지고 있다.

대만은 '70년대 말 부터 시작하여 지역사회정신건강 서비스에 대한 체계적인 준비를 하였다. 특히 1976년 10월에 룽산 지구(Lon-san Distriot)에 시 보건국(City Health Department), 타이페이 시 정신의료센터(TCPC : Taipei City Psychiatric Center)의 공동노력으로 정신건강센터를 설립하여 다각적인 서비스를 제공하고 있다.

셋째, 정신보건정책에서 예산문제는 적극적인 정신질환자의 인권과 관련하여 이루어지는 국가책임의 척도가 된다. 영국, 미국, 대만, 일본 4개국은 강제입원 시 국가가 그 비용을 보조하고 있는 것이다.

넷째, 환자의 인권과 직접적으로 관련된 요양원(요양복지시설)의 감독문제가 전문적이며, 체계적으로 잘 이루어져야 한다는 점이다. 요양원의 경우 국립정신병원장이 감독하게 되어 있지만 실제로는 행정기관의 편의에 의해 이루어져왔으며, 요양원은 이전에 장기격리, 비공개적인 성격을 띠어 사회적으로 문제시되어 온 기관이어서, 비전문적인 정부기관의 차원에서 감독되는 것은 무리라고 본다. 따라서 영국의 정신보건법위원회와 같은 중립성을 띤 독자적인 감시기구가 필요하리라 본다.

다섯째, 정신보건법에는 인권과 관련된 일관성 있는 정신보건 정책과 기획을 위한 정신보건 관련 연구기관 및 전문위원회의 설치규정이 있어야 한다. 영국, 미국, 일본, 대만의 4개국의 정신보건법은 모두 별도로 국가차원의 연구기관을 두어 국민정신 건강에 관한 과학적이고 효과적인 연구들을 수행하도록 하고 있다. 우리나라의 정신보건법에도 이에 대한 성문화가 요구된다고 하겠다.

#### <참고문헌>

- 1) 김이영, "정신보건법의 문제점들(1)-강제입원 및 그와 관련된 문제-", 「정신건강연구」 제 10집, 1991, pp.154-171
- 2) 김혜련, "정신보건법 제정과정에서 나타난 관련 집단에 관한 연구", 「한국사회복지학」 제18호, 1991, pp. 1-24
- 3) 대만, 「정신위생법」, 1990
- 4) 미국, 「정신보건체계법(The Mental Health System Act)」, 1980.
- 5) 보사부 담당관, "정신보건법의 제정과 정책방향" 「대한신경정신의학회 춘계 학술대회 심포지움」, 1985, pp.25-26.
- 6) 영국, 「정신보건법(The Mental Health Act)」, 1983.
- 7) 일본, 「정신보건법」, 1987.
- 8) 조홍식, 김혜련, "각국 정신보건법 내용 연구" 「사회복지연구」 제4호, 한국사회복지연구회, 1992, pp. 213-250.
- 9) Curran, W.J & Harding, T. W., *The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives*, WHO, 1978.
- 10) Sasaki Yuji, "Community Mental Health in Japan," *Problems and Prospects in Community Mental Health: Proceeding of International Symposium on Community Mental Health*, Seoul National University Hospital, 1989, pp. 32-41.
- 11) Yeh, E.K., "Community Mental Health Services in Taiwan: The Model of Taipei City Psychiatric Center", *Problems and Prospects in Community Mental Health: Proceeding of International Symposium on Community Mental Health*, Seoul National University Hospital, 1989, pp. 42-55.
- 12) Segal, S. P., "Community Mental Health," *Handbook of the Social Services*, N.J.: Prentice-Hall, Inc. 1981.

## 부록>

- 1> 정신질환자의 보호 및 정신보건관리 향상을 위한 국제연합의 원칙
- 2> 정신보건법 입법 예고안(수정안)
- 3> 정부안 정신보건법안과 수정안과의 비교
- 4> 정신요양원의 운영실태와 개선방안
- 5> 정신보건 관련 통계자료

## 정신질환자의 보호 및 정신보건관리 향상을 위한 국제연합의 원칙

(1991년 12월 17일 총회에서 채택됨)

### 적용

이 원칙이 적용됨에 있어 장애, 민족, 색깔, 성, 언어, 종교, 정치적 견해, 국가, 인종적 또는 사회적 태생, 법적 또는 사회적 지위, 연령, 재산, 또는 출생들을 이유로 차별되어서는 아니된다.

### 정의

이 원칙에서 사용하는 용어는 다음과 같이 정의된다.

“변호인”이라 함은 법적으로 혹은 다른 자격이 있는 대리인을 말한다.

“독립기관”이라 함은 국내법에 의해 규정된 적법하고 독립적인 기관을 말한다.

“정신보건관리”는 한 개인의 정신상태에 대한 분석과 진단 및 정신질환 또는 간주되는 정신질환에 대한 치료 관리 및 재활을 포함한다.

“정신보건시설”이라 함은 정신보건관리가 그 일차적 기능이 되는 모든 시설 혹은 시설의 단위를 말한다.

“정신보건종사자”는 의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사 또는 정신보건관리와 관련된 특수한 기술이 있으며 적절하게 훈련된 자격이 있는 자를 말한다.

“환자”는 정신보건관리를 받는 자를 말하며, 정신보건시설에 입원한 적이 있는 자도 포함한다.

“대리인”이라 함은 법률에 의해 모든 면에서 환자의 권익을 대신하거나 환자를 대신하여 권리를 행사하는 의무가 있는 자를 말하며 미성년자의 부모와 국내법에 의해 규정된 법정대리인을 포함한다.

“심사기관”이라 함은 정신보건시설에 타의임원 혹은 수용된 사람을 원칙 17조에 의거하여 심사하기 위해 설치된 기관을 말한다.

### 일반 제한 조항

이 원칙에 밝혀진 권리의 행사는 법에 의해 규정되거나 환자 혹은 타인의 건강 및 안전을 보호할 필요가 있거나 공공의 안녕, 질서, 건강 및 가치관, 혹은 타인의 기본권리 및 자유를 보호할 필요에 의해서만 제한된다.