

W3^S A
5-1 1

인권정보자료실
Mk.b.3

1

정신보건 현실과 정신보건법

— 정신보건 향상을 위한 공청회 —

정신보건법공동대책위원회
 (대표 : 이돈명, 김찬국, 송월주, 홍성우, 김성재)

민주사회를 위한 변호사 모임
 한국기독교교회협의회 인권위원회
 불교인권위원회
 천주교정의구현전국연합 인권위원회
 인도주의실천의사협의회
 정신보건정책을 연구하는 정신과의사모임
 장애우권익문제연구소

Mk.b.3
인권정보자료실

일 시 : 1992년 10월 10일 오후 2시~5시
 장 소 : 프란체스코 교육관
 주 최 : 정신보건법공동대책위원회

차량방 자료

정신보건 현실과 정신보건법

— 정신보건 향상을 위한 공청회 —

일 시 : 1992년 10월 10일 오후 2시~5시
장 소 : 프란체스코 교육관
주 최 : 정신보건법공동대책위원회

정신보건법 입법예고

— 1차 공청회 자료집 —

1993년 10월 10일 발간 : 1권
정신보건법 입법예고 : 1권
정신보건법 입법예고 : 1권

차 례

• 머리말

- 13 발제 1 한국 정신보건의 현실
배기영(정신과 전문의)
- 19 발제 2 정신보건법과 인권
유선영(변호사)
- 43 발제 3 정신병원 경영의 실상과 문제점
이정환(용인정신병원 이사장)
- 45 발제 4 수용화와 대형정신병원
이호영(연세대 의대 정신과 교수)
- 49 현장보고 정신요양원의 실태와 문제점
이철용(전 국회의원)
- 51 사례 1 이제 저는 아무도 믿을 수 없습니다
사례 2 정신질환자도 사람입니다
- 61 부록 1 정신보건법 입법 예고안
- 72 부록 2 서울시의 대형 정신병원 건립 계획에 대하여
- 73 부록 3 성명서

한국의 열악한 정신보건 현실을 염려하면서

정부는 지난 9월 정신보건법을 입법예고 했습니다. 이법은 강제입원이라는 인신구속조항이 있어 국민의 기본권을 침해할 수 있으므로 입법여부가 국민적 관심사였습니다. 현대의 정신보건법은 강제입원이 남용되지 못하게 하고 환자로 추정되는 국민이 강제입원되더라도 치료를 받아 사회로 복귀토록 하는데 그 목적을 두고 있습니다. 그러기 위해서는 강제입원이 되는 곳 즉, 병원의 치료 환경이 적정수준을 가져야만 할 것입니다.

그러나 우리는 정부의 과잉 병상증설계획 때문에 지난 10년간 요양원 수용환자가 무려 6배, 정신병원 입원환자는 4배 증가하여 80년대 초반 7000명 정도가 입원해 있던것이 현재는 5배 이상인 35,000명이상이 정신요양원이나 정신병원에 입원 중입니다. 이 숫자는 우리에게 필요하다고 추정되는 병상수인 2만 병상을 넘어서고 있습니다. 즉, 15,000명 정도의 환자는 입원이 필요하지 않음에도 불구하고 입원되어 있다는 것입니다.

지난 10년간의 이러한 급속한 병상증설 정책은 필요한 의료인력의 확충없이 무계획적으로 이뤄졌습니다. 주로 증설된 시설은 그곳이 요양원이든 정신병원 이든 치료인력의 적절한 충원없이 이뤄짐으로써 명색이 병원임에도 의사 1인이 입원환자를 300명이나 보는 곳도 있습니다. 결국 환자를 치료하기 위해 지어진 병원이 환자를 치료하기 보다는 정신병원의 특성상 폐쇄병동의 역할 즉, 형무소와 같은 기능만 담당하고 있습니다.

우리에게 필요한 것은 정신질환을 앓는 국민이 있을 때 그를 조기에 치료 받게 하여 치료받지 않았을 때의 위험한 행동으로부터 다른 국민을 보호하고 환자 또한 보호받게 하기위한 치료시설입니다. 그러기 위해서는 현재의 치료시설

이 적절한 치료환경을 제공하도록 하는 것이 순서일 것입니다. 그러나 불행하게도 그동안 증설되어온 시설들은 치료환경을 제공하기는 커녕 우리사회에서 가장 어두운 장소가 되었습니다.

정신요양원이나 정신병원들은 환자를 퇴원시키지 않아 늘 병상이 부족할 수 밖에 없습니다. 특히 국고부담환자들의 경우, 생활보호대상 인구가 전체인구의 7% 내외이면서도 정신병상의 60% 이상을 점유하고 있는 현실을 볼때, 이들 시설에서 환자의 관리가 어떻게 되고 있는지를 충분히 예측할 수 있는 것입니다. 이 환자들은 비용을 부담하지 않는다는 이유로 대부분 자비부담 환자들의 병실과는 다른 열악한 환경에서 형기없는 수용생활을 하고 있습니다.

이러한 현실에서 서울시는 1000병상의 정신병원을 추가로 지어 민간에게 위탁경영케 한다는 발표를 하였습니다. 우리의 시설현황은 초기에는 정신요양원이 그리고 후에는 이들 정신요양원 부속병원으로서의 정신병원이 대부분이었습니다. 이러한 사립정신병원은 경영을 우선 할 수 밖에 없습니다. 환자를 적절히 퇴원시키면 병상의 대부분은 비게 됩니다. 그러나 반대로 퇴원을 시키지 않으면 늘 병상이 부족할 수 밖에 없습니다. 결과적으로 환자수가 병상수를 결정하는 것이 아니라 병상수가 환자수를 결정하게 됩니다. 이제 서울시에서 1000 병상을 지어 민간에게 위탁시키면 어디선가 1000명의 환자가 모여 이 병상을 채우게 될 것입니다. 그리고 다른 지방자치단체에서도 동일한 병상증설정책을 시도하게 될 것이고 결국에는 또 다른 5000명이 정신질환자로 수집되어 수용되어야만 합니다.

다른나라의 정신보건법은 이러한 병상에 의한 환자공급을 중단키 위해 각 병원의 치료환경을 호전시키고, 환자가 적절히 치료받아 한 국민으로서 사회에서 생활할 수 있도록 되어 있습니다. 우리의 법안에도 미약하나마 정신병원의 규모와 수를 제한할 수 있다는 규정이 들어가 있기는 합니다. 그럼에도 불구하고 법이 확정되지도 않은 상태에서 서울시가 서둘러 이러한 계획을 발표한 것은 어딘가 뻔뻔치 못한 구석을 보여줍니다.

정신보건법이 아무리 좋게 입안되더라도 이와같이 정신병원의 대형화가 조장

된다면 그 결과가 어떨지 자명한 일입니다. 우리의 정신보건 현실은 정확한 통계나 전문가의 견해보다는 민간정신병원 경영인들의 의견이 반영되어 온 것이 사실입니다. 정신질환자들의 불행한 삶을 담보로 무리한 경제적 이익을 취하려는 사람들이 없어야 할 것입니다.

정신보건법 공동대책위원회는 법에 대한 논의에 앞서 우리의 정신보건 현실을 알기 위하여 이번 공청회를 준비하였습니다. 이 공청회에서 토의된 내용을 중심으로 보다 객관적이고 정확한 우리의 정신보건 현실을 파악한 후에 법을 입법하는 것이 타당하다고 생각합니다. 더구나 입법예고된 상태에서 정신보건에서 가장 나쁘다는 정신병원의 대형화를 부추기는 이러한 행정은 바로 이 법이 제정된 후에도 환자나 국민을 위한 법이 되기보다는 일부 특정인들을 위한 법이 될 것을 예측케 합니다. 그러므로 정부는 우선 위탁경영시킨 시설에 대한 관리 및 조사를 먼저 시행하여 우리의 정신보건현실이 어떤지를 파악한 후에 법을 입법하여야만 될 것입니다. 그리고 서울시의 1000병상 증설정책과 이를 민간에 위탁하게 하는 경영방침은 즉각 철회되어야 할 것입니다.

1992. 10. 10

정신보건법공동대책위원회

한국 정신보건의 현실

배기영 정신부 전문의

우리의 정신보건이 진상인지 그 전체의 실정이나 전적으로 밝히려는 일이 없다. 그러나 정신보건의 현실에 대해서는 장기간의 정찰과 그 대략을 지적할 수 있다. 사실상의 대안있는 움직임은 얼마만큼 이루어진 것일까? 지적을 해서 일단 정신과만이 유일하였고, 경제적으로 파산한 병상수준 유지와 사회적지에 한층 증가시키는 것에 불과한 것이다. 우리나라의 정신과 전문의의 평균수령을 가늠하고, 또 사회적응능력에 대한 평가와 정신과 전문의의 수를 가늠하여 우리의 정신보건 현실을 대략적으로 파악한다.

1. 한국의 정신병상수

우리나라의 정신병상은 법제 통과일 수를 제외하고는 증가 추세에 있다. 다. 정신병원 및 임상연구 병상수가 1980년대부터 다른 병상수에 비해 증가하기 때문에 증가하여, 1990년 현재 전체 정신병상수는 31,541병상이다. 이 수치는 세계보건기구(WHO)가 권장하는 인구 1인당 0.5-0.7(우리나라 인구는 약 4천만)로 볼 때 2만-2만5천) 병상을 훨씬 넘어섰으며, 일본은 1인당 0.5-0.7 병상수 정도를 필요하다는 인구 1인당 0.4(우리나라 인구는 약 4천만) 병상수의 거의 2배의 정신병상수가 있다는 현상이 뚜렷한 관계가 있다. 다음 표에서 대략적으로

한국 정신보건의 현실

연도	서울시립정신병원	민간위탁정신병원	총 병상수
1980년	1,000	80	1,080
1985년	1,000	150	1,150
1990년	1,000	2,500	3,500
1995년	1,000	4,500	5,500

배기영(정신과 전문의)

한 나라의 정신보건이 건강한지, 그 정책이 바람직한지 단적으로 말하기는 쉽지 않다. 그러나 정신보건의 현실에 대해서는 정신병원의 병상수와 그 대책을 가지고 말할 수 있다. 쇠사슬에 매어있는 환자들을 풀어주고 인도적인 치료를 하기 시작한 데서 현대 정신의학이 출발하였고, 세계적으로 과도한 병상수를 줄이고 사회복귀에 힘을 쏟기 시작한 지가 벌써 오래 전이다. 우리나라 전체 및 서울의 병상수를 가지고, 또 서울시립정신병원의 직영 및 민간위탁병영을 비교하며 우리나라의 정신보건 현실을 얘기하겠다.

1. 한국의 정신병상수

우리나라의 정신병상은 벌써 충분한 수를 지나 과도하지 않나 우려될 정도이다. 정신병원 및 요양원의 병상수가 1980년대부터 다른 병상수에 비해 몇배나 가파르게 증가하여, 1990년 현재 전체 정신병상수는 31,541개다. 이 숫자는 세계보건기구(WHO)가 권장하는 인구 천 명당 0.5~0.7(우리나라 인구를 약 4천만으로 볼 때 2만~2만8천) 병상을 훨씬 넘어섰으며, 탈보트가 쓴 정신과교과서에서 필요하다는 인구 천 명당 0.4(우리나라 만6천) 병상의 거의 두 배다.

정신병상수가 많다는 현실이 무엇이 문제인가? 다음 표에서 나타나듯이 병

상수가 늘어나는 데 비례하여 평균입원일수가 두 배이상 늘어났고, 1년간 정신요양원에서 퇴소하는 비율이 최고 약 30%에서 22%로 줄어서 입원이 길어지는 경향이 뚜렷하다.

연 도	정신병원병상	평균입원일	병상이용률(%)
1985	4,156	44	94.3
1986	4,693	68	99.9
1987	7,347	74	80.1
1988	9,386	72	68.4
1989	10,803	94	89.8

연 도	요양원수	연말현재소자	입 소 자	퇴소자(1년간퇴원율, %)
1985	47	10,719	5,302	2,932 (27.3)
1986	52	12,538	4,954	3,135 (25.0)
1987	65	14,835	6,688	4,391 (29.5)
1988	71	16,250	5,696	4,281 (26.3)
1989	73	17,047	4,573	3,776 (22.2)

입원기간이 길어지는 현실은 무엇이 문제인가? 환자가 만성화, 수용화되어 사회복귀가 더욱 어려워져서 또다시 입원을 해야하는 악순환이 일어난다는 점이다. 장기입원은 단기입원후 외래치료보다 비용면에서 8~10배나 더 들지만 효과면에서 더 낫다는 증거가 없다. 저소득층을 위한 의료보호의 인구가 의료보험의 1/10이나 정신병원에 입원된 수가 비슷하고, 의료보호의 입원비용지출이 보험이나 다른 과 질환과 비교하여 근 10배 차이가 나는 걸로 볼 때, 엄청난 비율의 보호환자가 정신병원에 장기입원되어 있음을 알 수 있다. 산업화, 탈농화, 도시화, 소가족화하는 사회에서 환자를 돌볼 길 없는 가난한 가족들은 비인도적인 환경인 걸 알 때조차 하릴없이 무료로 입원시키고, 정신병원에는 병상이용률과 경영에 큰 도움이 되니 누구하나 막아서기 어렵다.

병상수가 증가하는 데 따른 또 다른 문제는 병원보다 요양원의 병상수가 더 빨리 늘어나는 것과 병원 가운데도 바람직한 치료적 병상보다 대형정신병원의 병상수가 더욱 빨리 증가하는 점이다. 현재 의료보험에서는 입법예고중인 정신보건법안의 정신보건전문요원을 채용하고 있는 이상적인 병원과 의사 1명당 6배나 많은 입원환자를 보는 대형정신병원에 별 차이를 두지 않는다. 악화가 양화를 구축하는 경제학적인 현실이다.

2. 서울의 정신병상수

서울시에서 자체 분석한 자료는 서울의 정신질환자가 2.2%, 그 중 입원이 필요한 사람이 2만명이나 되지만 현재 확보된 병상은 2천개 뿐이어서 병상이 대단히 부족한 실정이기 때문에 급히 천 병상을 증설해야 한다는 것이다. 이 분석은 그 자체에 두 가지 틀린 점이 있다.

첫째 이 분석은 '정신질환의 이환상태와 관리방안에 대한 연구'(1989. 7. 보사부발간)에 근거한 것으로 보인다. 이 논문은 전 인구의 2.16%가 정신과환자이며, 그중 11.6%가 입원이 필요하다고 잘못 알려졌다. 그 저자조차 자신의 의도와 달리 이해, 인용된다는 뜻을 밝힌 것으로 알고 있다. 그 논문 중에 정신과환자는 정신과에서 치료하는 모든 질환을 말하는 것이다. 그리고 입원이 필요하지 않을 수도, 필요할 수도 있는 정신병환자가 인구의 0.233%이고, 그중 11.6%가 입원이 필요하다고 했다. 따라서 서울의 인구를 천만으로 볼 때 전체 정신병환자는 23,300명이고, 입원이 필요한 사람은 2,700명으로 보는 게 옳다.

둘째 시립정신병원 600병상(용인 400, 응암동 200), 청량리정신병원 450, 국립정신병원 900 등 2천병상이라고 했다. 그러나 빠뜨린 수련병원 600병상, 종합병원 300, 개인의원 700을 합친 1,600병상을 더하면 3,600병상이 되어 앞에 논문에 따른 2,700병상의 3.1배를 넘는다.

물론 WHO 등의 권장 병상수에 모자라긴 하지만, 서울과 주변 수도권은 실제로 정신병원의 밀집해 있어 환자를 입원시킬 병실이 충분하기 때문에 이제

서울에는 환자를 사회에 복귀시키는 시설이 필요한 현실이다.

3. 서울시립정신병원의 직영 및 민간위탁경영의 비교

현재 서울시립정신병원은 응암동에서 200병상을 직접 운영하고 있으며, 용인정신병원에서 400병상을 민간위탁경영을 하고 있어 두 경우를 비교할 수 있는 좋은 기회다. 거칠게나마 환자 200명을 기준으로 치료의 비용-효과를 단순 비교해보니 다음 표와 같다.

	시직영병원	민간위탁병원
의사수	7인	1-2인
평균입원기간	54일	약 4년
4년간 치료환자수	5,400명	200명
의료보호 1일진료비 입원	5,200원	12,750원
의료보호 1일 진료비 외래	1,160	
의료보호 1년진료비 / 명	64만	465만

치료효율면에서 무려 26배나 차이가 남을 알 수 있고, 의사수를 7배 많다고 쳐도 거의 4배의 차이가 난다.

즉 그만큼 엄청나게 장기입원을 시키는 걸 알 수 있으며 비용면에서도 7배 이상 차이가 남을 알 수 있다. 따라서 천 병상을 민간에 위탁하여 경영할 경우, 시가 직영하는 40병상 미만의 효율에 불과하며, 예산은 연간 777배가 넘는 40 억원 이상 낭비가 된다.

민간위탁의 경우 무기한 장기입원시켜 병실도 가득 채우고, 진료비도 두 배 이상 지급되니 경영상태가 시가 직영하는 것보다 좋을 수 밖에 없다. 서울시에 서 민간위탁을 주려는 이유 중 하나가 이 경영효율이라고 한다. 위에서 보는 것처럼 민간위탁의 경영 효율이 높을수록 시예산이 많이 나가는데 누구를, 무엇

을 위한 효율인지 한심한 현실이다.

4. 제언

현재 우리나라 전체 및 서울의 정신병상수는 벌써 적정수준을 넘어서고 있다. 입법에 고중인 정신보건법안에서는 '효율적인 의료의 제공을 위하여 필요한 경우 정신의료시설의 규모를 제한할 수 있다'는 조항은 있으나 실제 늘어나는 걸 막기도 어려울뿐 아니라 설립된 다음에는 이웃나라 일본의 잘못된 본보기처럼 줄이거나 없애기는 거의 불가능할 것이다. 적정한 병상수에 대한 충분한 조사, 연구, 합의가 이루어질 때까지 새정신병원, 요양원의 설립과 증설은 연기되어야 한다. 또 기존의 병상을 더욱 치료적이고 인도적인 환경으로 변화시킬 수 있는 여러 제도와 정책을 연구, 시행해야 할 것이다.

장기 입원이나 요양이 필요한 소수를 제외하고 대부분의 환자는 단기입원후 외래진료로 더 큰 이득을 볼 수 있다. 이렇게 해서 절약되는 막대한 사회적 비용을 환자들의 이른 사회복귀와 정신보건의 향상을 위해 쓰여져야 할 것이다.

정신보건법과 인권

— 정신질환자의 인권보호와

정신보건 현실의 향상을 위하여 —

유선영(변호사·민주사회를 위한 변호사 모임)

I. 들어가는 말

1. 우리나라 정신보건 현실의 핵심적 문제들

(1) 정신병상의 급속한 증설과 문제점

우리나라의 대형정신병원은 1980년대 후반부터 급속히 증가하여 현재 전체 병상수의 2/3 이상을 차지하고 있는 바, 정신병상은 1985년에 4,156 병상에서 1990년 17,000 병상으로 단기간에 급속하게 증가하였다. 이러한 현상은 정부가 정신병상확충계획을 만들어 병상수의 증가에만 정책을 기울였고 사실 정신병원 건립을 정부에서 무계획적으로 지원하여 온 당연한 결과이다.

① 병상수 증가의 문제점

선진국에서는 1950년대 이래로 정신병상수를 대폭적으로 줄여왔는데, 미국의 경우 1956년 56만 병상이던 것이 1981년 13만 병상으로 줄었다. 우리나라의 경우 WHO 권장병상수는 2만 5천 병상인데 비해 현재의 실병상수는 3만 5천 병상인 것으로 알려져 있으므로 병상수의 더이상의 증가는 억제되어야 한다.

② 대형정신병원의 문제점

대형정신병원은 경영상의 이유로 환자의 수용을 통해 경영이익을 확보한다는 것은 선진제국에서 이미 밝혀진 사실이다. 따라서, 환자에 대한 적절한 치료를 하지 못한 채 수용화 현상만을 초래하여 정신보건현실을 오히려 악화시키므로 이러한 현상은 반드시 억제되어야 할 것이다.

③ 사설 대형병원의 문제점

대형사립정신병원은 그 경영상의 이익을 위하여 병상수를 줄이려고 하지 않는다. 선진제국들이 정신병상수를 대폭적으로 줄여온 것과는 달리 일본이 32만에 해당하는 정신병상을 아직까지 줄이지 못하고 있는데 이유는 정부가 대형사립정신병원을 허용하였고 이러한 대형사립정신병원은 환자를 단순수용하여 경영상의 이익 때문에 그 병상수를 감축하려고 하지 않기 때문이다. 따라서, 대형사립정신병원의 설립은 철저히 봉쇄되어야 할 것이다.

(2) 정신요양시설과 그 문제점

우리나라는 ① 치료능력이 있는 시설로서 종합병원 정신과, ② 법적인 치료기관이면서도 수용기능만을 행하고 있는 대형 정신병원과 정신과의원, ③ 비의료시설이면서 정신질환자를 수용하는 시설로서 정신요양원, ④ 비의료시설이면서 법적으로 인가받지 못한 시설로서 사설기도원이 있다.

① 정신병상의 실질적 성격

그런데 이러한 정신병상의 75% 이상이 명칭만 정신요양원 또는 정신병원이지 사실은 수용시설이다.

② 정신질환자의 구성과 입원기간

수용된 정신질환자의 70%가량이 생활보호대상자이고 평균입원기간은 4년이다. 그 이유는 이러한 생활보호대상자의 경우 의료보호법이나 생활보호법에 의하여 정부보조금(1992. 7. 1. 현재 월 45만원)이 나오게 되므로 환자의 보호자는 외래치료를 포기하고 입원의 필요성과 관계없이 입원결정을 하고 병원측

에서는 비록 의료보험보다 수가는 낮지만 치료가 아니라 단지 수용함으로써 병상의 가득을 높이고 단순수용으로 인한 경영상의 이익을 얻고자 하는 데 있다고 보여진다.

③ 시설기준

정신병원의 경우는 의료법에 의하여 설립되는 것으로 환자 20인당 의사 1인의 시설기준을 갖추어야 하나 1990년 현재 전문정신병원의 국공립병원은 병상 2,150에 의사 25명으로 의사 1인당 환자 47.7명, 사립정신병원의 경우 5,264 병상에 의사 69명으로 의사 1인당 76.3명에 불과하다. 특히 정신요양원의 경우는 의료법에 의하여 설립되는 것이 아니라 사회복지사업법에 의하여 설립되는 것으로 시설기준이 단지 의사 또는 촉탁의사 1인이상이라고 규정하고 있는데, 거의 모든 정신요양원이 촉탁의제도를 도입하고 달리 의사를 고용하고 있지 않은 실정이다. 그런데 촉탁의는 시간제 계약에 의한 의사로 현재는 환자를 직접 진료하지 않고 단지 서류에 의하여만 투약결정만 하고 있는 실정으므로 엄격한 의미에서 정신과 의사는 정신요양원에 없다고 보는 편이 옳다고 할 것이다. 이러한 실정에서 치료의 중요한 영역의 하나인 사회복지를 위한 재활시설은 전혀 찾아볼 수 없다고 하더라도 과언이 아니다.

(3) 소결론

결국, 정신병환자의 치료에 있어서 가장 급기시하여야 할 사항인 정신병원의 대형화, 이로 인한 환자의 장기수용과 수용화 현상, 약물치료나 심리요법등과 함께 치료의 궁극적 목표인 사회복지를 위한 시설의 미비등이 우리나라 정신보건현실의 핵심적 문제라고 할 것이다. 따라서, 정신보건법은 이러한 정신보건현실을 올바른 방향으로 향상시킬 수 있도록 제정되어야 할 것이다.

2. 정신보건법제정 논의과정과 그 문제점

(1) 제정논의과정

우리나라에서 정신보건법의 제정이 최초로 제안된 것은 1968년 대한신경정신 의학회에 의해서였다. 이 학회의 안은 개정되기 이전의 일본의 정신위생법을 모방한 것으로 예산등의 이유로 정부차원에서 받아들여지지 않았다. 70년대에 들어와서도 학계에 의해 한두차례 거론되었으나 결실을 맺지 못했다. 그 후 80년대에 들어오면서 기도원사건들을 계기로 정부쪽에서 법제정을 추진하여 1985년 정부와 여당에 의하여 그 초안이 마련되었으나 그 초안이 “자기 및 타인에게 위해를 줄 우려가 있고 공공질서유지에 중대한 위해를 줄 우려”가 있으면 시 도지사등 행정기관이 정신과외사의 의견을 들어 정신질환자를 강제로 입원시킬 수 있게 하고 퇴원에 대하여는 아무런 절차도 규정하고 있지 않았다. 이에 대하여 대한신경정신의학회, 법조, 재야에서 인권침해와 정권안보에 악용될 우려가 높다는 이유로 거세게 반발하였고 재야에서는 18개 단체가 정신보건법저지 공동대책위원회까지 구성하고 한국기독교협의회가 공청회를 여는 등 악법성토의 여론에 밀려 국회에 상정되었던 그 법안은 1986년 12월 국회회기종료로 자동폐기되는 식으로 처리되고 말았다. 보사부는 1990년 7월 “공공의 질서유지에 중대한 위해를 줄 우려”라는 내용을 삭제하고 정신질환자의 인권을 염두에 두는 몇개의 법적 장치를 마련하였다. 이에 대하여도 법의 취지가 치료보다도 격리수용에 있고 강제입원과 관련한 문제점, 정신요양원의 양성화의 문제점등과 관련하여 논란의 대상이 되었다. 그리하여 1991년 2월 민자당과의 당정회의에서 시기가 적절하지 않다는 이유로 보류되었다. 그러다가 1991년 11월 김기춘 법무부장관이 범죄예방차원에서 정신보건법의 제정 필요성을 들고 나와 다시 제정논의가 다시 시작되었다. 그리하여 1992년 1월 보사부는 정신보건법 재추진의사를 밝힘과 동시에 5월경에 공청회를 거쳐 오는 9월 정기국회에 이법을 상정할 계획을 짜놓고 있었고 같은해 6월 3일 기존의 정신보건법안을 수정한 정신보건법안에 대한 공청회를 열고 9월 정신보건법안을 입법예고를 하여 정기국회에 상정할 예정이다.

(2) 제정논의과정의 문제점

앞서 살펴보는 바와 같이 정신보건법 제정논의 과정은 그 기간만으로 보면 약 25년간 지속되어 왔다고 할 것이다. 그러나, 정신보건법의 입법의 필요성을 인정하면서도 그동안 수차례에 걸친 법안의 작성과정은 단지 외국의 입법례, 그것도 정신보건 분야에서는 후진국 수준에 머물러 있다고 평가되는 일본의 정신보건법을 토대로 그 개별규정의 수정 과정만을 거치면서 법안의 성안과 폐기만을 몇차례 반복하였을 뿐이다. 정신보건법을 제정하기 위하여는 우리나라 정신보건 현실에 대한 면밀하고도 정확한 조사연구를 하여 정신보건 현실에 대한 정확한 인식을 기초로 정신보건 현실의 향상과 그 방향성을 제시할 수 있는 정신보건 정책을 수립하고 이를 실현하는 법률적 수단으로 정신보건법이 제정되어야 할 것이다. 그럼에도 불구하고 장기간에 걸친 법제정 논의 과정에서 단지 법안의 상정과 폐기만이 몇차례 반복되었을 뿐, 이러한 정신보건현실에 대한 조사연구와 정신보건정책의 수립이 전혀 없었다. 결론적으로 현행 정신보건법 제정은 이 법이 규정하고자 하는 현실에 대한 정확한 인식은 물론 이 법으로 실현하고자 하는 현실개선에 대한 비전도 없이 추진되고 있다고 할 것이다.

3. 정신보건법과 인권

흔히 정치범 또는 정신병환자가 아닌 사람이 정신병환자로 강제수용당할 우려가 있다는 점을 지적하면서 정신보건법이 인권을 침해할 수도 있으므로 그 제정에 반대하는 견해가 있다. 물론 이러한 우려는 이미 다른 나라에서 선행하고 있었고 매우 타당한 것이며 정신보건법이 이러한 악용의 소지가 있다면 이는 철저히 보완되어 그 가능성을 차단하여야 할 것이다. 비록 위와같은 우려에 찬 견해가 정신병환자의 인권에 대하여 이를 무시하여도 좋다는 것으로 생각되지는 않지만, 적어도 정신병환자의 인권을 소홀히 하고 그에 대한 인식이 소극적이라는 관점에서는 당연히 비판받아야 할 것이다.

정신보건법은 정신병환자의 권리와 이익을 위하여 제정되어야 하는 법임에는

여러말 할 필요가 없다고 할 것이다. 정신병환자의 인권을 단지 의사에 반하여 강제수용당하지 않고 수용생활중에 가혹행위를 당하지 않는 것등으로 수동적이고 소극적인 개념으로 파악하는 것은 잘못된 생각이다. 정신병환자란 그 증상이 어떠한 간에 결국 치료를 요하는 환자이고 또한 사회에 적절하게 적응하지 못한 사람임에 틀림없다. 그러므로 정신병환자의 인권은 적절한 치료를 받을 권리 및 사회에 복귀할 수 있는 권리라는 의미로서 능동적이고 적극적인 개념으로 파악하여야 할 것이다. 따라서 정신보건법은 정신병환자의 치료와 그 사회복귀를 위한 서비스를 정부가 제공하여 주는 복지법으로 성격을 가지는 것이고 또 그래야만 하는 것이며 단지 강제수용의 법률적 근거만을 제공하는 법이어서는 안된다.

II. 정신보건법안의 검토와 그 문제점

1. 환자의 정의와 범위

(1) 법안

“정신질환자”라 함은 정신과 전문의가 진단한 정신질환을 가진 자를 말한다고 정의하고 있다.

(2) 문제점

정신과에서 치료하는 모든 환자가 강제입원의 대상이 되는 것처럼 오해를 줄 소지가 있다. 강제입원 절차에서 강제입원대상이 되는 환자와 그렇지 않은 환자는 구분되기 마련이지만 일반국민의 정신병에 대한 이해가 오해와 편견에 가득찬 현실을 감안한다면 그 개념 정리를 좀더 세분화하고 명확하게 하여야 할 필요가 있다. 실제로 보사부가 1989. 7. 발간한 “정신질환의 이환상태와 관리

방안에 대한 조사연구”에서도 전체정신과 영역의 질환자 총수가 국민의 2.16%인데 그중 90%정도가 불면증등 노이로제환자이고 1년동안 정신과 외래를 한번이라도 방문하였던 지질성 정신병, 기타 정신병, 알콜중독등의 정신질환이 10만명당 233명이라고 연구발표되었다. 그런데도 마치 전체 정신과 영역의 총환자가 중증의 정신과 환자이고 1년동안 정신과 외래를 한번이라도 방문하였던 지질성 정신병, 기타 정신병, 알콜중독등의 정신질환자는 모두 입원을 요하는 환자로 이해되는 엄청난 편견과 오해를 확산시켰던 점에 비추어 본다면 정신질환자의 개념의 정리는 반드시 필요하다고 할 것이다.

2. 국가의 의무에 대하여

(1) 법안

국가와 지방자치단체의 의무로 “국민의 정신건강을 향상시키며 정신질환을 예방하고 정신질환자의 의료 및 장애극복과 사회복귀 촉진을 위해 연구 조사와 지도 상담등 필요한 조치를 취하여야 한다”고 규정하고 있다(제4조).

(2) 문제점과 그 대안

정신질환은 다른 질병보다도 전체 사회의 건강을 판단하는 기초가 되므로 국가와 지방자치단체의 보다 적극적인 노력이 요구된다고 할 것이다. 위 규정은 단지 선언적 의미만을 가질 뿐 구체적으로 국가에 대하여 어떠한 조치를 강제하지는 못하는 것으로 보인다. 특히, 정신보건에 대한 보건정책이 없는 상황에서는 더욱 그렇다. 따라서, 이러한 포괄적인 규정과 함께 좀더 명확하고 구체적인 조치를 규정하는 것이 필요하다. 정신질환(마약복용, 알콜중독, 청소년들의 본드흡입, 자살등을 포함)에 교육과 홍보 및 정신질환의 연구 및 이에 대한 정책개발을 위한 연구기관의 설립등의 구체적인 조치를 명시하여야 한다.

3. 제7조 정신의료시설의 설치 및 지정에 대하여

(1) 법안

“국가와 지방자치단체는 정신병원 또는 사회복지시설을 설치 운영하여야 한다”고 규정하고 있다(동조 제1항)

(2) 문제점

정신의료시설로 정신의료기관, 정신요양원, 사회복지시설을 규정하고 있음에도(제3조 제2호) 국가와 지방자치단체는 정신요양원의 설치, 운영은 제외하고 있다. 비록 제11조에서 국가 또는 지방자치단체가 요양복지시설을 설치 운영할 수 있다고 규정하고 있으나 이는 제7조의 의무규정이 아니므로 결국, 정신요양원은 정신의료시설중 유일하게 국가 또는 지방자치단체의 의무로 규정되지 않은 셈이다. 사실 정신의료시설의 문제점은 경영상의 이익 추구를 위하여 환자의 치료보다 단순 수용으로 인하여 대형 수용시설화 될 소지가 있음은 선진제국의 정신보건 역사에서 이미 밝혀진바 있고 또한 정신요양원만 유독 국가와 지방자치단체의 설치 운영의무가 면제되는 것은 이해할 수 없다.

(3) 대안

“국가와 서울특별시, 직할시 및 도 (이하 “시·도”라 한다)는 정신의료기관, 정신요양원 및 사회복지시설을 설치 운영하여야 한다.”

4. 제11조 제4항에 대하여

(1) 법안

“요양의료시설에서의 환자의 입퇴원, 요양 및 사회복지를 위한 훈련등 의료에 대하여는 정신과 전문의의 지도에 따라 행해져야 한다”고 규정하고 있다.

(2) 문제점과 그 대안

① 우선 정신의료기관에 대하여는 이와같은 원칙적인 규정이 없다. 이 조항에서 이를 규정하는 것은 조항의 표제와 어울리지 않지만 이를 반드시 규정하여야 할 것이다.

② ‘지도’(指導)라는 용어는 그 의미가 자칫 비의료인의 주도적 개입을 허용하는 것으로 인식될 소지가 있으므로 오히려 ‘결정’(決定)이라는 용어를 사용하는 것이 적절할 것 같다.

5. 제12조 정신의료시설의 기준등에 대하여

(1) 법안

“정신의료시설의 시설, 장비의 기준, 의료인등 종사자의 수 및 자격등에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다(제12조 제1항). 보건사회부장관은 정신의료시설의 규모를 제한할 수 있다(동조 제2항)”라고 규정하고 있다.

(2) 문제점과 그 대안

① 정신의료시설에는 의료법에 의한 정신의료기관이 포함되는데(제3조 제2호) 정신보건법이 의료법에 대하여는 특별법이므로 정신의료기관은 의료법에 의하여 설치되면서도 설치허가의 판단근거가 되는 그 시설기준은 정신보건법에 의하여 정하여지는 모순이 있다. 입법의도가 정신의료기관에 대하여 의료법에 우선하여 정신보건법에 특별기준을 정하려고 하는 것인지 불명확하다.

② 정신의료시설의 시설, 장비 및 의료인등 종사자의 수 및 자격등은 복지법의 하나로서 환자에게 치료 및 재활서비스를 제공하여 주는 정신보건법의 기본이념으로 볼 때 핵심적인 사항이다. 특히, 정신병원, 정신요양원등 현재의 정신요양시설의 열악한 환경등을 생각하면 이러한 중요한 사항을 정신보건법에 규정하여야 하고 하위법령에 위임하여서는 아니될 것이다. 또한 정신요양원은 장기입원을 요하는 환자를 입원시키는 기능이 있다고 규정하고 있으므로(제3조 제4항) 정신의료기관과 마찬가지로 치료기능을 담당하고 있어 그 시설기준은

정신의료기관과 동일한 수준이어야 하며 또한 사회복지를 위한 시설기준도 마련하여야 할 것이다.

③ 대형정신병원의 폐해는 이미 지적한 바와 같다. 따라서, 정신의료시설의 대형화는 정신보건에 있어서는 반드시 봉쇄하여야 할 사항이다. 우리 정신보건법 공동대책위는 1992. 9. 28. 서울시의 대형정신건립에 대한 기자회견에서 정신의료시설의 규모를 200병상으로 제한할 것을 제안한 바 있다. 제12조 제2항은 “보건사회부장관은 정신질환자에 대한 효율적인 의료의 제공을 위하여 필요한 경우 정신의료시설의 규모를 200병상의 규모내에서 제한 할 수 있다”고 보다 확실히 규정하여야 할 것이다. 현재 이 이상의 규모의 정신병상을 보유하고 있는 정신병원등에 대하여는 경과조치를 두어야 할 것이다.

6. 제13조 정신병원등의 위탁경영에 대하여

(1) 법안

“이미 설치한 정신병원 또는 사회복지시설을 의료법인, 정신의료법인 기타 비영리법안에 위탁하여 운영하게 할 수 있다”고 규정하고 있다(동조 제1항).

(2) 문제점과 그 대안

서울시는 현재 위탁경영을 하고 있는 바, 시 직영일 경우 환자 30인에 의사 1인이나 민간위탁시 경우는 환자140명에 의사 1인을 채용하고 직영일 경우 환자의 1일 입원비가 5,200원인데 반하여 민간위탁의 경우 15,000원을 주고 민간위탁병원은 월 45만원의 입원비중 월 7만원만을 사용하는 것으로 알려졌다. 그리고 경영자는 경영상의 이익을 위하여 환자의 장기수용을 초래하는 것이 현실이다. 또한 이러한 경영을 위탁받는 것이 이권화 될 소지가 있다.

따라서, 우선 현재 위탁경영되고 있는 현실의 면밀한 조사가 선행되어야 할 것인데 종국적으로는 민간 위탁경영은 폐지하는 것이 타당하다고 생각된다. 위탁경영을 하는 것이 불가피하다고 하더라도 다른 경우와는 달리 엄격한 감독,

관리 및 보고체계와 그 제제방법등이 충분히 고려되지 않으면 안된다.

7. 제18조의 보호의무자의 의무에 대하여

법안은 보호의무자의 의무에 대하여만 규정하고 있고 그 권리에 대하여는 아무런 규정이 없다. 보호의무자의 권리로 규정되어야 할 사항은 ① 환자의 입원시(그입원절차와 상관없이) 환자의 입원의 결정근거, 환자에 대한 예상입원기간, 치료방법, 치료계획등에 대하여 알 권리, ②환자의 치료기록을 언제든지 열람할 수 있는 권리, ③ 환자를 언제든지 면회할 수 있고 시설에의 접근권등이다.

또한 보호의무자의 의무에 대하여는 현재 보호의무자가 환자를 입원시키고 연락을 두절하거나 주소를 변경하는 경우가 많으므로 연락장소나 주소를 변경하는 경우 1주일 이내에 정신의료시설에 통지하도록 하는 규정을 신설할 필요가 있다.

8. 제19조 자의입원에 대하여

(1) 법안

자의입원의 경우는 정신질환자의 입원신청서를 받아 입원이 행해지는 것으로 규정되어 있고(제1항), 정신질환자가 퇴원신청을 하는 경우는 지체없이 정신질환자를 퇴원시켜야 한다(제2항)고 규정하고 있다.

(2) 문제점과 대안

① 입원절차에 대하여

자의입원형식은 얼마든지 가장될 수 있어 입원이 필요하지 않은 환자가 입원되는 경우가 얼마든지 발생할 수 있다는 점을 고려하여야 할 것이다. 비록 제11조 제4항의 문제점에서 살펴본 바와 같이 관련하여 생각하면 입원과정에 정신과 전문의의 결정에 따라야 하지만, 본조에서도 아무리 자의입원의 경우라고

정신과 전문의의 입원결정이 있어야 한다고 규정하여야 한다.

또한 입원환자가 입원하기 전에 입원결정을 한 정신과 전문의는 ① 입원이 필요한 구체적이고 명확한 사유, ② 입원기간, ③ 치료방법과 치료계획, ④ 언제든지 퇴원청구를 할 수 있다는 점을 서면으로 환자의 입원전에 입원환자 및 보호의무자에게 통지하여야 한다고 규정하여 이러한 서면을 토대로 입원환자가 최종적으로 입원결정을 자의적으로 판단하도록 하여야 한다.

② 퇴원절차에 대하여

자의입원의 경우 비록 언제든지 퇴원신청을 하면 퇴원할 수 있지만, 입원결정을 한 정신과 전문의는 일정기간이 경과하면 환자가 퇴원하여도 좋은 지에 대하여 정기적으로 결정하고 이를 환자와 보호의무자 및 감독기관(법안의 시도지사 또는 중립적 감독기관의 신설시 이러한 감독기관)에게 통지하여 퇴원결정을 할 수 있도록 하여야 한다. 법안에서 강제입원의 경우 3개월 기간을 설정한 것과 관련하여 생각하면 이러한 정기적인 기간은 우선 적어도 3개월을 생각할 수 있다. 그러나, 비록 그 정기적인 기간에 대하여는 전문가가 결정할 일이지만, 1980년대 말 현재 미국에서는 평균입원기간이 35일임을 감안한다면 이러한 법정입원 해제기간인 3개월은 그 적정성을 재고할 필요성이 있다.

9. 제20조 동의입원에 대하여

(1) 제1항 및 제2항에 대하여

자의입원의 경우와 마찬가지로 입원결정을 한 정신과전문의는 ① 입원이 필요한 구체적이고 명확한 사유, ② 입원기간, ③ 치료방법과 치료계획, ④ 퇴원절차 ⑤ 입원에 대한 불복절차 ⑥ 보호의무자의 권리와 의무등을 적시한 서면으로 보호의무자에게 통지하여야 한다고 규정할 필요가 있다.

(2) 제3항내지 제5항의 퇴원절차에 대하여

① 법안

보호의무자로부터 퇴원신청이 있는 경우, 지체없이 퇴원시키고(제3항), 환자로부터 퇴원청구가 있는 때는 정신과 전문의의 의견을 들어 보호의무자에게 퇴원신청을 하도록 통지하여야 하고(제4항) 환자의 입원에 동의한 보호의무자는 위 통지를 받은 때에는 지체없이 환자의 퇴원을 신청하여야 한다(제5항)고 규정하고있다.

② 문제점과 대안

법정입원의 경우 3개월마다 퇴원여부를 심사하는 것처럼 규정하고 있는데 동의입원의 경우도 자의입원에 대하여 이미 살펴본 바와 같이 3개월이 경과하면 정기적으로 퇴원여부를 정신과전문이가 진단한 다음 그 결과를 보호의무자, 환자 및 감독기관(법안의 시도지사 또는 중립적 감독기관의 신설시 이러한 감독기관)에게 통지하도록 하여야 하고 환자나 보호의무자는 정신과전문이의 입원 계속결정에 대하여 불복절차를 거치도록 하는 것이 필요하다.

현재 정신보건현실에서 보호의무자가 환자를 입원시키고는 연락을 두절하거나 정신과의사의 퇴원청구에 고의로 불응하여 퇴원이 안되고 있는 경우가 매우 많고 이러한 사유가 평균 4년이라는 장기간을 입원하여야 하는 현실로 나타나고 있다. 보호의무자는 퇴원의 통지를 받은 때에는 퇴원을 신청하도록 규정하고 보호의무자가 이에 응하지 않을 경우에 대하여 과태료 처분을 규정하고 있으나(제50조 제1항 제3호) 이로써 자발적이지 않은 수용상태를 해제할 수는 없다. 이러한 경우에는 제17조 제3항에 규정한 보호의무자가 없는 경우와 마찬가지로 취급하여 시장, 군수, 또는 구청장이 퇴원청구를 하도록 규정하여야 한다.

10. 제21조 평가입원에 대하여

(1) 법안

시도지사는 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 인정되는 자에 대하여 2주간에 한하여 국가나 지방자치단체가 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에서 입원 또는 진단을 받도록 할 수 있으며(제1항, 제3항) 입원 및

진단조치시 보호의무자 또는 보호를 받고 있는 자에 대하여 진단일시 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다(제4항).

(2) 문제점과 그 대안

① 평가를 위한 시도지사의 입원조치는 2주간내의 실질적인 인신구속이라는 결과가 된다. 그런데 앞서 살펴본 바와 같이 1980년대 말 현재 미국에서는 정신질환자의 평균입원기간이 35일임을 감안한다면 단순한 진단을 위한 2주간의 기간은 너무 길다고 할 것이므로 그 기간에 대하여 재고하여야 할 것이다. 또한 평가입원의 경우, 그 수용상태는 다른 입원상태와는 엄격히 구분되어야 하고 입원으로 인한 자유의 제한은 단지 입원되어 있다는 것을 제외하고는 원칙적으로 금지되어야 하며 제한하더라도 평가를 위하여 반드시 필요하고 적절한 내용에 국한되어야 한다는 점을 명시하여야 한다.

② 평가입원이 실질적인 인신구속이 되므로 시도지사가 평가입원을 결정한 경우, 진단일시 및 장소 뿐만 아니라 위험성 판단의 구체적이고 수긍할 만한 구체적인 증거를 보호의무자, 보호를 받고 있는 자, 평가를 하게 될 정신과전문자에게 제시하여야 한다고 규정하여야 한다. 아울러 시도지사가 평가입원신청을 하기위하여는 반드시 신청전 5일전에 1회이상 정신병환자를 면담하도록 규정하는 것이 바람직하다.

③ 평가입원에 이은 강제입원을 하기 위하여는 입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 결론이 있어야 하므로(제22조 제1항), 시도지사의 진단 및 입원조치는 병원에 하는 것이 아니라 정신과 전문의 2인을 특정하여야 하고 아울러 제22조 제21항의 2인 이상도 의뢰를 받은 정신과 전문의 2인으로 수정되는 것이 바람직하다.

④ 평가입원을 위한 불복절차를 마련하는 것이 필요하다. 이는 입원의 불복절차를 차후에 살펴보겠다.

11. 제22조 법정입원에 대하여

(1) 법안

시도지사는 평가입원의 진단결과 입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과의사의 일치된 결론이 있는 경우 정신의료기관 지정 정신의료기관에 입원조치를 의뢰하고(제1항) 입원조치시 정신질환자 또는 보호의무자에 대하여 입원이 필요한 사유와 퇴원심사등의 청구에 관한 사항을 서면으로 통지하여야 한다(제3항).

(2) 문제점과 그 대안

① 평가입원에서 살펴본 바와 같이 평가입원을 위한 진단을 정신과전문의 2인으로 지정하여 의뢰하면 “2인 이상”에서 “2인의”로 수정되어야 한다.

② 정신과 의사의 진단결과

정신과의사의 진단결과라는 것은 강제입원을 결정하는 근거가 된다. 따라서, 평가입원을 의뢰받은 정신과전문의는 ㉠ 입원이 필요한 구체적이고 명확한 사유 ㉡ 입원기간 ㉢ 치료방법과 치료계획등을 명시하여야 한다는 규정이 필요하다.

③ 법정입원의 결정권자

법정입원의 결정권자에 대하여 일본법과 마찬가지로 우리나라 법안은 시·도지사로서 하였다. 이에 대하여는 정신보건심의위원회와 관련하여 자세히 살펴보기로 하되 법원에 의한 결정은 아니더라도 적어도 시도지사보다 중립적인 제3기관에 의하여 결정되어야 할 것이다.

12. 정신보건심의위원회에 대하여

(1) 구성

① 법안

정신보건심의위원회는 보건사회부장관 및 시·도지사의 자문에 응하고 부당입원, 퇴원심사를 하고(제24조 제2항), 위원은 정신과 전문의, 판사, 검사 또

는 변화사의 자격이 있는 자 및 정신보건에 관한 전문지식과 기술을 가진 자 중에서 보건사회부장관 및 시도지사가 임명 또는 위촉한다(제3항)고 규정하고 있다.

② 퇴원심사에 대하여

정신병환자의 강제입원 및 퇴원에 대하여는 환자의 질병을 치료하기 위하여는 그 자유를 구속하여도 좋다는 의료계의 주장인 보호주의(Paternalism, Medical Model)와 강제입원은 인신구속이라는 실질적인 의미가 있으므로 형사사법절차에 의한 제한이 있어야 한다는 법조계 및 인권단체의 주장(justice model, legal model)이 대립하고 있다.

㉠ 국제인권규약 : 1976년 발효되고 우리나라도 가입한 국제인권규약B조약(시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약) 제9조 제4항은 “체포 또는 구금에 의하여 자유를 박탈당한 자는 법원이 그 구금이 적법인가 여부를 지체없이 결정하는 것 및 그 구금이 적법이 아닌 경우에는 그 해방을 명할 수 있도록 법원에서 절차를 취할 권리를 가진다”고 규정하고 있다. 그런데, 정신병환자와 관련하여 이 조항의 해석에 관하여는 유럽인권법원의 네덜란드에 대한 Winterwerp판결(1977)과 X vs. United Kingdom(1981)이 있다. 이 판결들은 B규약 제9조 제4항에서 말하는 법원이란 반드시 사법법원일 필요는 없고 법원이라고 부를만한 것이어야 하는데 ① 행정 및 사건당사자로부터의 독립성, ② 사법절차의 보장도 가지는 사법적 기관이면 아니면 안되는 것이라 판시하고 있다. 현재 미국, 서독, 네덜란드는 법원을 심사기관으로 하고 있고 영국은 정신보건심사회(Mental Health Review Tribunal)를 그 심사기관으로 하고 있다.

㉡ 미국의 경우 : justice model의 대표적인 나라는 미국으로 일련의 연방대법원 판결로 그 절차와 원칙을 판시하여 왔는 바, O'Connor vs. Donaldson 판결은 정신장애라는 이유만으로 강제입원을 정당화할 수 없다고 하였다. 따라서, 강제입원절차는 형사소송법에 유사한 엄격한 절차가 요구되는 것으로 하급심은 판결하게 되었다. 이에 따라 정신병원에 입원시키는 것이 매우 엄격하게 되자

형사시설 기타의 시설에 들어가 있는 자 또는 입원되지 않고 거리를 떠도는 자도 증가하여 왔다고 한다. 그래서 미국정신의학협회는 Stone을 중심으로 The Model State Law on Civil Commitment of the Mentally Ill이라는 모범법전을 만들었는데, 이는 justice model의 범위내에서 가급적 medical model을 받아들여려고 한 것이다. 법원의 허가없이 의사의 진단에 의하여 14일의 기간동안 강제입원할 수 있되 5일이 경과하면 환자는 법원에 심사의 청구를 할 수 있고 정규의 입원은 법원의 심리에 의하여 30일의 강제입원이 허용되고 그 강제입원의 사유로 중한 정신장애 요건을 엄격하게 규정하고 있으며 이 입원은 병원의 허가에 의하여 60일을 연장할 수 있고 다시 180일 씩을 연장할 수 있다고 규정하고 있다.

㉢ 영국의 경우 : 영국은 1959년 정신보건법을 제정하면서 법원에 의하지 않는 강제입원을 인정하였다. 이에 대하여 국내적으로 인권단체의 비판과 함께 전국정신의료협회의 비판이 가해지자 정부는 Butler 위원회를 만들어 조사 검토시켜 1975년 그 보고서가 공표되었다. 네덜란드에 대한 Winterwerp판결(1977)과 X vs. United Kingdom(1981)이 내리자 영국은 1983년 정신보건법을 개정하여 대법관이 임명하는 법조인, 의사, 사회인의 3인으로 구성되고 법조인이 주재자가 되는 정신보건심사회(Mental Health Review Tribunal)를 그 심사기관으로 하였다.

③ 우리나라 법안의 문제점과 그 대안

법안은 강제입원의 결정권자를 시·도지사가 하도록 규정하고 퇴원심사는 정신보건심사위원회에 의하도록 규정하고 있으나 심사위원을 시·도지사가 임명하도록 규정하고 있다. 이는 국제인권규약에서 말하는 중립적인 법원이 될 수 없다. 법안에 의하여 강제입원의 결정을 하는 시·도지사는 전문인인도 아니며, 중립적인 기관도 아니며 단순한 행정절차에 불과하여 실질적 인신구속을 정당화할 어떠한 기관도 될 수 없으며, 퇴원청구를 심사하게 될 정신보건심사위원회가 얼마나 독립적이고 실질적인 활동을 할 수 있는 지는 의문이다. 특히, 자문에 응한다고 규정한 취지로 보아서 더욱 그렇다. 이에 대한 전면적인 재검토

가 필요하다. 적어도 영국의 경우에서와 같은 중립적인 정신보건심사위원회의 구성과 활동이 보장되지 않는다면 국제인권위원회의 제소등을 통하여 그 인권침해의 구제를 신청한다면 인권침해의 비난을 국제적으로 받을 수 있다는 점을 명심하여야 한다.

(2) 절차에 대하여

① 법안

심사청구자를 환자와 보호의무자로 하고(제25조제1항), 청구절차등은 보건사회부령으로 정하고(같은 조제2항) 심사를 할 때에 당해 심사와 관련된 청구자와 당해질환자를 의료보호하고 있는 시설의 장의 의견을 청취하여야 하고(제27조 제2항), 관계자의 의견을 청취할 수 있다(동조 제4항)고 규정하고 있다.

② 문제점과 그 대안

본 법안은 앞서 말한 바와 같이 심사권자를 대폭 변경하여야 하고 또한 그 절차도 사법심사절차에 준하는 절차를 거쳐야 한다. 이를 일일이 지적하기는 벅차고 전면적으로 수정되어야 한다. 몇가지 점만을 지적한다면 청구절차는 적정절차 원리에 의한 본질적인 부분으로 이를 보건사회부령으로 정하여서는 안 되고 (이는 마치 보석이나 구속적부심절차를 법무부령으로 정하는 것과 같다) 반드시 모법에 규정하여야 하며 청구시 변호인 선임권을 인정하고 심사위원회는 사법절차와 같은 신문을 할 수 있도록 하여야 하며(단순한 청취가 아니라 감정증인이나 증인신문과 같은), 환자의 진료기록 및 관계기록에 대한 열람청구권의 강제성, 진료담당 의사의 소환신문, 시설의 방문에 의한 검증권한, 심사에 상당한 기일이 소요되고 필요한 경우를 대비한 수용이나 특정치료에 대한 정지를 명하는 임시처분, 특히 부당입원의 경우 그 신속한 심사를 위한 절차, 심의의 공개성여부등 수없이 많은 사법적 절차가 필요하다.

(3) 심사의 범위에 대하여

① 법안

부당입원, 퇴원심사 또는 처우개선 조치를 들고 있다(제25조 제1항).

② 문제점과 그 대안

㉠ 처우개선 조치의 경우에 특정치료에 대한 거부, 부당한 자유의 제한등을 포함하는 개념으로 해석되나 이를 분명히 포함하는 것으로 명시하는 것이 바람직하다.

㉡ 부당입원에 대하여는 입원의 형식에 따라 바로 위에서 말한대로 그 절차를 모법에 상세히 규정하는 것이 바람직하다.

13. 제31조 가퇴원에 대하여

(1) 법안

가퇴원은 지정정신의료기관의 설치 운영자는 가퇴원시킬 수 있고(제31조 제1항) 가퇴원시 3월기간에 한하여 그 경과를 관찰할 수 있다(제2항)고 규정하고 있다.

(2) 문제점과 그 대안

① 가퇴원시킬 수 있는 자를 지정정신의료기관의 설치운영자로 규정하고 있으나 구태여 이에 국한시킬 필요는 없으며 정신의료기관, 정신요양원을 포함시켜야 할 것이다.

② 가퇴원 후 재입원 또는 종국적인 퇴원으로의 이행여부에 대한 규정이 없다. 따라서, 단순히 관찰기간만이 있을 뿐 종국적인 퇴원으로 여겨지나 이에 대한 명확한 규정이 필요하다.

14. 제32조 법정입원의 해제에 대하여

(1) 법안

법정입원의 경우 3개월 경과후 법정입원을 해제하고(제1항) 2인이상의 정신

과전문의에 의한 진단 또는 정신보건심의위원회의 심사결과 입원을 계속할 수 있다(제2항)고 규정하고 있다.

(2) 문제점과 그 대안

① 3개월기간의 경과이후에도 2인이상의 정신과전문의의 진단으로 계속 입원을 할 수 있다고 하고 있으나 2인이상의 정신과 전문의의 진단결과를 정신보건심의위원회의 입원계속 결정과 동일시 할 수 없으므로 이는 삭제되어야 할 것이다. 따라서 3개월월 경과후 시설의 설치 운영자가 자동적으로 심사위원회의 퇴원심사를 청구하도록 규정하는 것이 바람직하다고 할 것이다.

② 아울러 자의입원이나 동의입원의 경우도 정신과전문의의 퇴원결정에도 불구하고 환자가 이를 포기하는 경우에도 마찬가지로 자동적으로 심사위원회의 퇴원심사청구를 하도록 하는 규정이 필요하다. 영국의 정신보건법은 환자가 위원회에 퇴원신청을 할 수 있는 권리를 행사하지 않으면 병원경영자는 첫번째 6개월 후에 그 검토를 위하여 환자의 사례를 위원회에 보내야 한다고 규정하고 있다.

15. 벌칙규정에 대하여

(1) 제49조 제1호의 허가없이 요양복지시설을 설치운영한 자는 제48조에서 규정하고 있는 비밀누설자나 수용시설의 시설에 수용한자와 비교하여 훨씬 중함에도 불구하고 경한 처벌을 규정한 것은 형평에 반한다.

(2) 제49조 제2호의 정신질환자의 유기자에 대한 벌칙은 형법상의 유기죄의 형이 3년이하의 징역, 자기 또는 직계존속을 유기한 경우 10년이하의 징역임에 비추어 불균형.

(3) 제49조 제3호내지 5호는 감금죄에 해당할 수 있는데도 형법 제276조의 5년이하의징역형과 비교하여 형평성을 상실.

(4) 제50조의 제1항 제6호 7호는 환자의 권익보호와 행동제한의 금지에 위

반한 자로써 중대한 범죄행위가 될 수 있음에도 이를 단순히 과태료처분하는 것은 부당하다.

16. 부칙 제2조 정신요양시설의 양성화에 대하여

이는 앞서 살펴본 정신의료시설의 시설기준등과 관련하여 재검토하여야 하며 현재의 요양시설이 매우 열악한 환경임을 고려할 때는 매우 선별적으로 양성화하여야 한다. 그러므로 법안의 이러한 부칙 규정에 앞서 현재의 정신요양시설의 시설현황에 대한 조사 검토가 선행되어 이를 토대로 현재의 정신요양시설을 어떻게 처리할 것인가 하는 정책적 문제를 결정하여야 마땅하고 이러한 현실에 대한 조사 검토가 없이 일률적으로 양성화하는 것은 매우 위험스러운 일이라고 아니할 수 없다. 또한 2년간의 유예기간은 일률적으로 규정할 것이 아니라 모법에서 정한 시설기준중 보다 단기간에 갖추 수 있는 것은 단기간에 반드시 시설을 갖추도록 규정하여야 한다.

17. 부칙 제3조 환자에 대한 경과조치에 대하여

강제입원의 경우도 3개월 경과후 입원조치를 해제하도록 규정하고 있는데 1년간 유예기간은 1년간의 사실상의 인신구속을 허용하는 것으로 매우 무책임한 일이다. 정신요양시설의 양성화에 대하여 앞서 말씀드린 바와 같이 이 문제도 현재의 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원되어 있는 환자의 현황에 대한 조사 검토가 선행되어 이를 토대로 입원환자를 어떻게 처리할 것인가 하는 정책적 문제를 결정하여야 하지 이러한 현실에 대한 조사 검토가 없이 일률적으로 양성화하는 것은 매우 위험스러운 일이라고 아니할 수 없다. 법안자체만으로 보더라도 법정입원의 해제기간을 3개월로 규정하고 있으므로 2년간의 유예기간은 너무나 장기이고 오히려 시행당시 3개월이 경과한 환자는 퇴원심사기관에 의한 퇴원절차를 1~2개월내에 취하도록 하는 것이 전체 입법취지에 부합할 것

이다.

18. 보충적으로 규정하여야 할 사항들

(1) 정신요양원에 대하여

정신요양원을 자칫 재활시설이 아니라 수용시설로 변모될 가능성이 높으므로 수용시설화를 봉쇄하기 위하여는 제12조에서 이미 살펴본 대로 그 시설기준을 엄격하게 규정하여야 하며 이를 규정할 때에도 수용시설보다는 재활시설과 재활프로그램의 개발에 주안을 두어서 규정하여야 한다.

(2) 사회복지시설에 대하여

환자의 사회복지시설에 대하여는 이를 설치할 수 있고(제7조, 제11조) 이용 및 운영에 대하여 보건사회부령으로 정한다(제11조 제5항)고 규정한 것외에는 없다. 환자의 재활을 위하여는 사회복지시설과 그 정책적인 면에 대한 상세한 규정이 필요하다.

(3) 정신병연구기관이 설립에 대하여

정신보건사업의 정책개발, 정신병연구, 의료전달체계, 효과적인 치료방법의 개발을 연구하는 연구기관을 설립하고 이를 지원하는 것을 법적 근거를 마련하여야 한다.

Ⅲ. 결론

이상으로 우리나라 정신보건현실의 몇가지 핵심적 문제점을 살펴보고 이를 향상 개선시키기 위한 정신보건법의 문제점을 살펴보았다. 그러나, 본법안의

주요내용은 단지 환자를 입원시키고 퇴원시키는 절차에 대한 규정으로 환자입원의 법적근거 제시에만 국한되고 환자의 치료와 재활에는 전혀 규정을 두고 있지 않으며 시설기준등 핵심적인 문제들을 보건사회부령으로 위임하고 있다. 물론, 법안에 모든 것을 규정하는 것은 법기술상 어려운 점이 있는 것도 사실이다. 그러나, 이와같이 하위법령에 그 본질적이고 핵심적인 사항들을 위임한 것은 오히려 그동안에 정신보건현실에 대하여 정신병상의 급속한 확충이외에는 다른 정신보건정책이 전혀 없었던 점의 당연한 결과라고 생각된다.

그리고, 정신보건법이 마땅히 해결하여야 할 글썽머리에 살펴본 정신보건현실의 핵심적 문제들인 정신병원의 대형화, 정신병환자의 장기입원으로 인한 수용화현상, 사회복지시설의 미비등 어떠한 문제도 해결하지 못하고 있다.

따라서, 연구가 매우 부족한 논의를 마치면서 올바른 정신보건의 제정을 위하여는 다음과 같은 조치가 필요하다고 주장한다.

(1) 우선 우리나라 정신보건현실에 대한 확실한 조사와 검토를 위하여 정신과 전문의, 법조인을 중심으로 한 정부의 조사위원회를 설립하여야 한다. 아무에게도 그 시설을 공개하지 않는, 심지어 국회의원도 출입할 수 없고 오히려 구타당하고 나오는 현 상황을 감안한다면 이러한 조사위원회는 실질적인 조사와 검토에 필요한 충분한 권한이 부여되어야 하고 현정신요양시설이나 정신병원의 경영자와 같은 이해관계인은 배척되어야 할 것이다. 미국에서 모범법전을 제정하기 위한 대통령직속의 조사위원회, 영국의 1983년 정신보건법개정전의 1975년 Butler위원회등과 같은 사례가 이미 있다.

(2) 이러한 조사위원회의 보고서를 기반으로 단순한 입원절차만을 규정하는 것이 아니라 기존정신의료시설의 전반적 재검토, 환자의 재활을 위한 사회복지정책등을 포함한 정신보건정책을 수립하고 이에 대한 재원조달등을 확보하여야 한다. 그러한 연후에 이러한 올바른 정신보건정책을 뒷받침하는 법적인 근거로서 정신보건법을 제정하여야 한다.

(3) 이러한 조사위원회의 활동기간동안 현재의 정신병상수는 현재 수준으로 동결하여야 한다.

정신보건법을 제정할 필요성이 있느냐 여부를 묻는 것은 우문에 지나지 않는다. 정신보건법을 제정할 필요성이 있다고 하고 또한 제정된다고 하여서 정신보건 현실이 향상되는 것이 아님은 너무나 명백하기 때문이다. 보건사회부가 1992. 9. 입법예고한 정신보건법안은 단순한 추상적인 개념으로서의 법안일 뿐이며 정책실현이나 정신보건현실의 향상을 위한 법은 아니다.

정부는 그동안 정신보건현실을 향상시킬 수 있는 시간을 너무나 낭비하여 왔다. 무엇을 어떻게 하여야 할지는 명백하다. 법제정보다 정신보건현실의 조사와 검토, 연구가 선행되어야 한다. 결국, 정신보건현실의 조사와 정신보건정책의 수립을 위한 조사연구위원회 설립과 정신의료시설의 현수준동결을 위한 법을 정신보건법에 우선하여 제정하여야 할 것이다.

정신병원 경영의 실상과 문제점

이정환 (용인정신병원 이사장)

정신병원은 정신장애 환자 진료뿐만 아니라 개인적으로 주위 사회에 적응할 수 있는 방법을 연구하여 환자 개개인의 적응(adaptation)을 도와주는 것을 목적으로 한다. 인류의 역사는 이와 같은 환경에 대한 적응의 반복이라고도 여겨져서 굳굳히 발전해 왔다.

개인의 발달은 환경에 적응하고, 환경은 개적으로부터 점차 환경정착을 위한 과정, 나아가서는 사회적 대한 적응을 통해 인간은 성숙해 간다.

이 과정에서 적응이 어렵다거나 이를 거부할 경우 개인은 적응의 부족(adaptation defect) 혹은 적응의 장애(adaptation disorder)를 받게 될 수 있다. 결국 환경에 대한 적응은 한 인간에게 환경에서 인간에게 살 수 있는 힘을 부여하는 것이다. 살아남기 위해서라도 아니면 살고 싶어서라도 인간은 환경에 적응하게 되는 것이다. 이런 과정에서 추위를 견디지 못하여 감기에 걸리는 적응의 정신행위나 정신요양제 등의 특이한 환경 이득으로 적응이 일어난다고 볼 수 있는데, 그 결과로 일어나는 것이 정신질환자의 무응답(institutionalization) 현상이다.

기부자로서의 정씨가 국으로 사면이고 인적기능을 지닌 사람으로서도 '지적'이 없으며 '지적'이란 말도 없고 '정신'이란 사고·행위의 현상을 지칭하는데 말 수가 되는 것에서 인간은 과연 어떻게 적응해 나가기 되었는가.

수용화와 대형 정신병원

이호영(연세대 의대 정신과 교수)

정신의학 종사자로서 환자진료를 할 때나 개인적으로 주변 사람을 접하게 될 때 우리는 인간의 환경에 대한 적응(Milieu adaptation)이 매우 중요한 자아기능(Ego function)임을 알게 된다. 인류의 역사는 이와 같은 환경에 대한 적응의 반복이었고 그 과정속에서 꾸준히 발전해 왔다.

개인의 발달도 마찬가지로 편안하고 안정된 가정으로부터 점차 학교생활에 대한 적응, 나아가서는 사회에 대한 적응을 통해 인간은 성숙해 진다.

이 과정에서 적응이 어렵다거나 이를 거부할 경우 개인은 적응력 부족(Adaptation defect) 혹은 적응력 장애(Adaptation disorder)라는 명어를 뒤집어 쓰게 된다. 결국 환경에 대한 적응은 한 인간에게 환경내에서 안정되게 살아갈 수 있는 힘을 부여하는 것이다. 살아남기 위해서라도 아니면 살고 싶어서라도 인간은 환경에 적응하게 되는 셈이다. 이런 관점에서 우리는 인간의 환경에 대한 적응이 정신병원이나 정신요양원 등의 특이한 환경 아래서도 똑같이 일어난다고 볼 수 있는데 그 결과로 생겨난 것이 정신질환자의 수용화(Institutionalization) 현상이다.

외부세계와의 접촉이 극도로 제한되고 인지기능을 작동시킬 새로운 자극이 없으며 미래를 향한 창조적이고 진취적인 사고가 오히려 현실을 지탱하는데 방해가 되는 환경하에서 인간은 과연 어떻게 적응해 나가야 하겠는가.

미국 Stanford대학의 생태학(Ecology) 연구소의 Moos등은 정신병원내의 건물구조를 계속 변경해 가며 그 기관내의 정신질환자나 정신병원 종사자들의 병원내 삶이 어떻게 달라지는가를 연구하고 있다. 그들의 연구에 의하면 더 많은 출입문을 만들고 더 밝은 벽 색깔과 더 낮은 계단 등이 사람들로 하여금 자유로움을 더 느끼게 하고 미래에 대한 희망을 더욱 고취시킨다는 것이다.

즉, 환경의 변화가 정신질환자로 하여금 스스로 자신의 치유가능성을 향상시킨다는 것이다.

정신병원이나 정신요양원내에서 정신질환자로서의 나머지 삶을 죽일 수 밖에 없는 우리의 정신보건 현실.

이 같은 구조속에서 그가 현재 정신질환을 앓고 있는가의 여부는 두번째 중요한 문제이다. 그를 정신질환자로 진단하게끔 하던 증상등이 사라졌다해도 그를 사회의 구성원으로서 받아들이는 건전한 사회환경이 존재하지 않을 때 그는 다시 자신의 환경에 적응하기 위해서라도 망상·환청 등 자신을 정신질환자로 만들었던 증상을 다시 재현할 수 밖에 없는 것이다.

점차 대형화·민간화 경영으로만 치닫는 우리의 정신보건 현실은 환자들을 더욱 치료될 수 없는 상황으로 몰고 있고 치료적 환경이 아닌 수용적 환경으로의 악화가 계속 되고 있는 것이다.

가정으로부터 버림받고 사회로부터 외면 당한 정신질환자들이 정신병원이라는 제한된 환경속에서 살아가려면 그는 탈수용화(Deinstitutionalization)이후의 삶을 상상하거나 과거의 즐거웠던 기억을 하나 들씩 떠올리고 기다림보다는 즉각적인 보상에 습관화 되며 주변과의 관계형성을 귀찮아 하고 미래가 없는 은둔생활을 하려고 할 것이다. 이것이 바로 수용화 현상 증후군이다. 병원 밖으로 나갈 수도 없고 설혹 우여곡절 끝에 자유의 몸이 되었다 하더라도 그를 기다리는 것은 차가운 현실 뿐이다.

정신질환자의 치료는 폭 넓은 사회의 도움을 필요로 한다.

한 예로, Adolf Meyer는 1898년 당시, 미국 연방정부에 미국내 정신질환자 수용시설(Asylum)에 대한 고찰을 한 후, 이들 기관들의 수용화 현상을 보고하고

시정방향 등을 건의하였다.

그가 제시한 보고서의 요지는 정신질환자의 치료에 있어 연방정부를 중심으로 한 사회의 책임을 더 부여하고 참된 교육을 통해 정신질환의 올바른 이해를 증진시키자는 것이었다.

과거 Samuel Tuke(1784-1857), Benjamin Rush(1745-1813), Dorothea Dix(1802-1887) 등과 같은 개혁자들의 노력에 힘입어 현재 유럽·미국 등 선진국의 정신보건사업은 탈수용화라는 국제적 조류를 타고 입원치료보다는 정신질환자가 사회속에서 살아가며 치료받는 외래치료 중심의 모델로 바뀌고 있다. 수용화 현상으로 빚어진 인간 능력의 파괴, 무기력감, 혼돈감 등의 문제를 집중적으로 분석하고 이의 개선을 위해 노력하고 정신질환자들이 다른 사회 구성원들과 동일한 위치에서 정당하게 치료받을 수 있는 권리를 사회각처에서 요구하고 있는 것이다.

한 정신질환자를 인도적 차원에서 치료하려는 의지보다 그가 속한 사회의 안정만을 도모하려는 집단이기주의가 팽배할 때 수용화 현상의 골은 더욱 깊어질 것이고 정신병원의 기능 또한 치료를 지향하는 소규모 운영보다는 수용을 주 목적으로 하는 대형화 현상으로 치닫게 될 것이다.

지금이라도 우리의 정신보건 현실을 냉철히 돌아보고 과감한 개혁을 향한 용기와 신념이 필요한 시기라고 생각하며 뜻있는 정신과 의사들의 책임감 있는 행동을 바라는 바이다.

이제 정신요양원의 실태와 문제점

이철용(전 국회의원)

이 내용은 이미 결산명세서에 입원한 경향을 보면
이들 정신의 처함을 알고자 하겠으나 본인은
가족과의 간섭이 노골적이 될까봐도 모르는 지극히
정신적인 면에서 모종의 두려움과 전율
그대로 녹취한 것입니다

가: 45년
학: 1대
성: 남
군: 서울

정신요양원에 입원하였습니다. 병명은 정신질환이었습니다. 주로
피해당사자 시달리셨습니다. 현재 처법은 없습니다. 할말이 사라진 것은 75년도
29년되었습니다. 또 정신은 과잉이 처음 들어가서 피해당사자 시달리. 들어있
습니다. 병명은 없습니다. 내과질환 후 단계 간혹 발병을 합니다. 첫 번
째는 75년 12월 25일이 병치외로 원이었습니다. 2개월간 입원했습니다. 본인은
Chlorpromazine 100mg 3번 먹으면 좋아집니다. 첫 약물이 투약7일째
7월간 입원하면서, 직장을 그만두게 되었습니다. 세 번째는 80년 2주간 입원
한다면, 처법에 따라갈 수 있었을 텐데, 하는 것입니다.
그후 2년은 다른 병원에 다녔습니다. 대기업에 근무하는 것입니다. 다시 본인이
에 다녔습니다. 의사인용 일일이 하다가 재발이 되게 되었습니다. 이후

정신요양원 수용 생활 체험기

(원인배우) 10

이제 저는 아무도 믿을 수 없습니다

이 내용은 원래 정신병원 등에 입원한 경험을 가진 환자가
직접 자신의 체험을 발표하기로 하였으나 본인뿐 아니라
가족과의 관계가 노출되어 발생할지도 모르는 피해를
염려하여 환자의 요청에 따라 환자가 진술한
그대로 녹취한 것입니다.

나 이 : 46세
학 력 : 대졸
성 별 : 남
군복무 : 유

3개월전 한 정신요양원에서 퇴원하였습니다. 병명은 정신분열증입니다. 주로 피해망상에 시달렸습니다. 현재 직업은 없습니다. 발병이 시작된 것은 75년도, 29세때였습니다. 첫 증세는 회사사 처음 들어가서 피해망상에 시달리는 것이었습니다. 환청은 없었습니다. 대학졸업 후 군에 간 후 발병한 것입니다. 첫 입원은 75년 12월 29일인 경희의료원이었습니다. 2개월간 입원했습니다. 본인은 시.피(Chlorpromazine)를 2주만 먹으면 좋아집니다. 첫 직장이 수사기관이라 2개월간 입원하면서 직장을 그만두게 되었습니다. 제 생각에는 그때 2주만 입원했더라면 직장에 복귀할 수 있었을 텐데, 하는 것입니다.

그후 2년은 다른 직장에 다녔습니다. 대기업에 6개월을 다니다 다시 선박회사에 다녔습니다. 회사일을 열심히 하다가 재발이 된 것 같았습니다. 약은 시.

피를 100미리그램을 먹었습니다. 의사들이 직장을 그만두게 한 것 같아 관계가 좋지 못했습니다. 그래서 스스로 약을 사다 먹었습니다. 그의 서울대병원에도 4번 입원했습니다. 그래도 이때는 한두달 입원하다 퇴원하여 직장에 다녔습니다. 한번은 상태가 나빠져 거리를 헤매다가 시립정신병원에 입원했습니다. 상태가 좋아져 2개월후 퇴원하였습니다. 그러다가 모 정신병원에 입원하게 되었습니다. 이곳의 의사들은 불친절하였습니다. 너무 거만하고 제 이야기를 잘 들어주지 않았습니다. 그래서 5개월간 입원했습니다. 그전에 기도원에도 1년 있었습니다.

결혼은 발병후 30세에 했습니다. 이번에 요양원에서 퇴원 후 이혼수속을 하여 주었습니다. 결혼 당시 아내는 병의 유무를 알고 있었습니다. 아내가 직접 약을 먹어 본 적도 있었습니다. 아내는 그약을 먹고 집 근처에 가서 쓰러졌다고 하더군요. 발병이 반복된 것은 지금만 그런것은 아닙니다. 젊었을 때 아픈 몸으로 과도하게 일을 했기 때문이 아닌가 합니다. 재발이 되면 머리가 혼란스러우니까 혼돈되고 그러면 아내가 병원에 데려갑니다. 첫 발병시는 심했습니다. 내가 수사관인데도 자신이 간첩인 것 같은 생각이 들었습니다. 그 다음은 텔레비전에서 내 얘기를 하는 것 같았습니다. 입원치료를 하면 정상인과 같은 생각이 돌아옵니다. 결국 정신요양원에 7년간 입원했습니다.

기도원은 84년도에 입원했습니다. 평창동에 있는 기도원에서 죽을 고생을 하였습니다. 기도원에 가게 된 것은 아내와의 불화 때문이었습니다. 그래서 아내에게 버림받고 재발이 된 것이었습니다. 아이는 딸이 둘 있습니다. 직장에 다닐 때는 아내가 뒷바라지를 해주니까 문제가 안 되었습니다. 그래서 병원에 다닐 때도 한달 정도 입원하고 복직을 하였습니다. 재발이 되고 나면 자리를 옮길 수 밖에 없었습니다. 대부분 사람 취급을 안하기 때문이죠. 사무실에서 밥을 굶으면서 일을 하다가 회식을 하게 되었습니다. 그리고 빈속에 술을 먹어 만취가 된 상태로 재발하기도.....

기도원에 가게 된 것은 가족이 버려서입니다. 가족들도 지쳤을 테니까. 동생과 제수가 기독교를 알아서 그 기도원에 넣었습니다. 어머니가 가끔 면회를 왔

었습니다. 기도원에서는 약을 주지 않았습니다. 음식을 마구 시켜서 75킬로의 몸무게가 32킬로까지 줄었습니다. 살이 모두 에너지로 소비된 것 같습니다. 기도원에서는 혼돈스러워서 기억을 할 수 없습니다. 결국 가족이 퇴원시켰습니다. 퇴원후 어머니 집에 있었습니다.

몸이 허약하여 대소변을 어머니가 받아냈습니다. 6개월쯤 지나자 회복이 되었습니다. 그때는 약을 안 먹어도 회복이 되었습니다. 그래서 약이 필요치않다고 생각하게 되었습니다. 그런데 어머니와 갈등이 생겼습니다. 제가 월남전에서 벌어들인 돈을 형제들을 위해서 사용한 것을 알게 되었습니다. 그 사실을 알고 난 후에는 어머니와 사이가 나빠졌습니다. 그래서 어머니에게 욕을 하고 그래서 가족들이 저를 버리게 되었다고 생각합니다. 내 자신이 생각하기로는 당시의 분노는 병때문만은 아닌것 같습니다. 그리고 기도원에 1년씩 넣은 것 때문에 분노가 가라앉지 않았습니다. 결국 모 정신병원에 입원했습니다. 5개월 있었습니다. 시.피를 먹을때보다는 회복이 느렸습니다. 그리고 가족이 요양원으로 데려갔습니다. 고려장으로 가게 된 것이죠. 퇴원인 줄 알았는데 요양원으로 데려갔습니다.

요양원에서는 한달에 2~3번 의사가 와서 약을 처방했습니다. 요양원에서는 시.피 200밀리를 먹었습니다. 처음에는 3~4개월 정도 형이 면회를 오다가 안 왔습니다. 나중에는 어머니가 1년에 한번 면회를 오셨습니다. 어머니는 요양원에 있을 때 돌아가셨습니다. 요양원에서는 봄 가을에 산책은 시켜주었습니다. 400명이 수용되어 있습니다. 처음 지을 때는 깨끗했지만 지금은 오래되어 피부병이 잘 생깁니다. 잘 때는 칼잠을 잡니다. 요양원에는 직원이 있고 보조 간호원이 둘이 있습니다. 요양원에는 적응하기 힘든 환자가 많이 있습니다. 망상에 고착되어 살아가는 사람들이 많았습니다. 가족이 오는 사람은 10%이고 나머지는 고려장이죠. 퇴원은 가족에 의해 이뤄집니다. 도망가는 사람들도 많습니다.

'요양원'이 아니라 '수용소'라고 부르는 것이 더 낫습니다. 잔혹 행위도 많고, 재발하면 무조건 때립니다. 상태가 나빠지면 제가 생각하기에 약을 주면 되는데 요양원에서는 때립니다. 그리고 직원들이 스트레스가 쌓이면 환자에게 분풀

이를 합니다. 어머니가 돌아가시면서 유언을 해서 퇴원하게 되었습니다. 외박을 세달 시작하다가 퇴원을 하였습니다. 누이가 볼 때 7년을 입원한 것이 불쌍하니까 퇴원을 시켜준 거죠. 아직 누이가 제 상태를 확신치 못하므로 생활비만 30~50만원 줍니다. 생활해보니까 그 돈이면 남는 것 같습니다. 남는 돈은 애들을 만날 때 주기도 합니다. 생각해보니까 술 때문에 재발이 잘 되는 것 같습니다.

술을 먹는 것은 미치는 행동입니다. 정상인은 그 미친 상태에서 다음날 회복이 되지만 환자들은 회복이 안되는 것 같습니다. 요양원에 입원한 것은 너무 억울합니다. 개·돼지취급을 받았으니까 어떻게 해서든 좋아져서 퇴원해야 되니까 노력했습니다. 저는 의사들을 믿지 않습니다. 저에게 좋은 충고를 해주지 않았습니다. 요즘은 약을 안 먹습니다. 그래도 괜찮습니다. 이제는 발병시의 상태를 아니까 평정을 유지하려고 생각합니다. 요양원에 있는 환자의 10%는 저와 비슷하다고 생각합니다. 분열증 환자는 장기수용이 필요없다고 생각합니다. 거기에 왜 있어야 합니까? 재발 때문에 요양원에 있는 것은 알지만 의사들은 재발이 안 되는 것을 알려주어야 합니다. 제 생각으로는 술과 커피가 재발시키는 것 같아요. 가족을 이끌어 가야한다는 것이 부담이었던 것 같습니다. 모정신병원에서 요양원으로 끌려가지 않았다면 글썽 회사는 계속 다닐 수 없을 것 같고, 축산을 공부했으니까 축산을 하고 살았겠죠. 저는 농촌에서 살았으니까.

요양원에서 맞을 때는 호되게 맞습니다. 그리고 시.피를 오래 먹어서인지 몸이 좋지않습니다. 그래서 현재는 체력을 회복시키려고 매일 운동을 합니다. 식사하는 직접 제가 만들어서 먹습니다. 아내와 애들은 지금도 가끔 만납니다. 이혼은 지난달에 해주었습니다. 우리들은 여자와 사는 게 스트레스가 생기는거니까 혼자 사는 것이 더 좋습니다.

이제는 실속 있게 살고 싶습니다. 요양원에 있는 사람들은 못 나옵니다. 처음에는 가족들이 돈을 대주다가 나중에는 국가에서 대주는 의료보호환자가 됩니다. 7년동안 있으면서 40%정도만 퇴원한 것 같습니다. 나가도 딱한 사람도

있습니다. 나갔다가 1년이면 다시 들어옵니다. 요양원이 아니라 수용소인데 억압과 풀어주는 것을 반복하니까 있을 곳이 못됩니다. 때리면 맞고…….

이런 요양원을 비영리 기관에서 운영했으면 합니다. 예를 들어 기독교나 불교등 종교기관에서 운영한다면 천당이 되는거죠. 저는 요양원이 없어져야 한다고 생각치는 않습니다. 그곳에 있어야 한다고 생각되는 환자도 있습니다. 그곳에 있을 수도 있고, 뺏다를 칠 수도 있다고 생각합니다. 그러나 그렇게 심하게 하면 안 되지요. 환자를 개·돼지 취급하고.

보호자가 데려가면 놔두어야지 국가가 반대를 하면 어떻게 합니까? 약은 안 먹겠습니다. 재발할 때는 약 먹는 것을 잊어버리기는 합니다. 그러나 지금은 7년간 고생했더니 약을 먹고 싶지 않습니다. 그 곳에는 약을 오래 먹어 폐인이 된 노인환자가 많습니다. 저는 7년간 수용생활을 한 후 국가관이 바뀌어졌습니다. 저는 월남전도 참전했고, 군에서 특수훈련도 받았습니다. 그리고 공무원이었습니다. 이전에는 누구보다도 국가관이 투철했습니다. 그러나 이제는 국가라는 개념이 달라졌습니다. 이러한 현상이 있게 놔두는데 국가가 무슨 필요가 있습니까? 어떻게 2주면 좋아지는 환자를 7년씩 수용하게 합니까? 저는 의사들도 신용치 않습니다. 대학병원에 있을 때도 의사들은 자주 만나주질 않았습니다. 그래도 대학병원은 호텔과 같습니다. 하지만 모 정신병원이나 요양원은 시설이 형편 없었습니다. 사람 사는 곳이 아닙니다.

모 정신병원의 의사들은 1주일에 한번정도 만나주면서도 거만했습니다. 환자들을 자신보다 낮은 인간으로 취급하는 것 같았습니다. 저는 의사들은 무용지물이라고 생각합니다. 타이틀만 있죠. 저는 누구에게도 해를 주어본 적이 없는 사람입니다. 그런데 어찌서 인생의 제일 중요한 시기에 7년간이나 수용생활을 해야 합니까? 가족과의 불화가 있었던 것도 사실입니다. 그리고 그러한 것이 병 때문이었다는것도 인정할 수 있습니다. 그러나 그렇다고 국가가 이를 방치해야 합니까? 제가 피해망상을 갖고 있다는 것을 인정합니다. 그러나 이제 저는 아무도 믿을 수 없습니다. 지난 7년간이 그것을 증명해줍니다.

정신질환자도 사람입니다

나 이 : 35세
성 별 : 남
학 력 : 대학중퇴

저는 정신과에 4차례 입원한 적이 있습니다. 제가 입원 했던 곳에 대해 말하겠습니다. 그 병실은 50여평 되는 곳에 남자 환자만 40여명이 입원해 있습니다. 모서리에는 조그마한 방이 4개가 있어 직원들이 자고 간혹 끝발이 센 환자들이 사용합니다. 나머지 35명의 환자들은 마루처럼 넓은 공간에서 지내다가 밤이 되면 칼잠을 잡니다. 바닥은 시멘트 바닥에 장판지만 깔아 놓았습니다. 난방이 되는지 안 되는지도 모릅니다. 낮에는 그래도 앉아 있을 공간이 있지만 잠을 자게 될 때는 자리가 부족합니다. 그래서 한 사람이 차지하는 공간은 의자폭 정도 됩니다. 그리고 머리 위와 발 밑에도 같은 형태로 자게 됩니다. 자다가 깨서 화장실에 갈 때는 어쩔 수 없이 다른 사람의 몸을 밟게 됩니다. 그래서 싸움이 일어나기도 합니다. 머리 위에서는 발꼬랑내가 나고 발을 뺨치면 다른 환자의 머리를 건드리게 되어 싸움이 일어나기 일쑤입니다.

환자들은 8년이나 입원한 사람도 있습니다. 환자의 반 정도는 퇴원되지 않습니다. 낮시간 동안에 하는 일이란 고스톱을 치는 것 밖에 없습니다. 간혹 환자가 외래에 불러 나가 면담을 하기도 합니다. 제 경우는 두달 동안에 두 번 의사와 면담을 했습니다. 한번은 입원할 때이고 한번은 퇴원을 결정할 때입니다. 의사는 1주일에 한번 병동에 올라옵니다. 그리고 환자들에게 악수를 하면서 수

고했다고 하는 것으로 회진은 끝이 납니다. 저는 그 의사를 개 X X라고 생각합니다.

그 병동에는 화장실이 하나밖에 없습니다. 환자들이 변비에 잘 걸리지만 그래도 아침이면 5~6명씩 화장실의 순서를 기다립니다. 아침에는 늘 급해서 바닥에 변을 보는 환자가 생깁니다. 그러면 신문지를 깔고 변을 눕니다. 냄새가 진동합니다.

면회는 아무때나 시켜줍니다. 그러나 보통 입원해서 한달은 지나야 면회가 가능합니다. 병원측에서는 늘 퇴원을 시킬수 없다고 하지만 보호자들과 싸우다 시피 하여 퇴원하였습니다. 가족들에게 그곳이 개·돼지우리만도 못하다고 하면 믿어주질 않습니다. 제가 입원하기를 싫어해서라고 생각합니다. 그리고 면회실은 깨끗하게 해놓았기 때문에 가족들이 생각하기에 병실도 깨끗할 것으로 생각합니다. 병원측에서는 절대로 병실을 공개하지 않습니다. 제가 병원 욕을 하면 가족들은 환자의 말이라고 믿어주질 않습니다.

처음에 그 병원에 입원할 때는 지옥에 끌려간 줄 알았습니다. 철장으로 자물쇠가 채워진 곳을 두군데를 지나 병실로 들어갔습니다. 피해망상에 휩싸여 있는 상태라 그렇치 않아도 무서운데 조그마한 공간에 너무 많은 사람들이 있었습니다. 간혹 난동을 부리면 직원들이 그 환자를 때리고 그리고 옆에 있는 환자들도 직원편을 들어 같이 구타를 합니다. 다행히 저는 맞지는 않았습니다. 입원 첫날은 무서워서 잘 수가 없었습니다. 결국 수면제를 먹고서야 잠을 청할 수가 있었습니다. 저는 가족들을 저주했습니다. 아마도 가족들이 나를 버릴려고 이런곳에 처박아 놓었다고 생각했습니다. 절대로 이곳은 병원일리가 없다고 생각했습니다. 지금도 그곳에 끌려갈까 두렵습니다. 더욱이 피해망상 환자는 모든 것을 의심할 수 밖에 없는데 그곳은 망상이 없어도 사람들이 나를 평생 가두기 위해 만든 곳이 아닌가 생각할만큼 돼지우리과 같은 곳이었습니다.

저는 지금 조그마한 가게를 하고 있습니다. 결혼도 하였습니다. 이제는 가게도 확장을 할까 생각중입니다. 그러다가 정신질환자에게는 운전면허를 취소한다는 것을 신문을 통해 보았습니다. 저같은 사람은 운전을 할 수 없습니까?

정신보건법 입법 예고안

제1장 총 칙

제1조 (목적) 이 법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지하게 함을 목적으로 한다.

제2조 (기본이념) 모든 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치 및 최적의 치료를 받을 권리는 보장되어야 한다.

제3조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "정신질환자"라 함은 정신과전문의가 진단한 정신질환을 가진 자를 말한다.
2. "정신의료시설"이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관, 정신의료원 및 사회복귀시설을 말한다.
3. "정신의료기관"이라 함은 의료법에 의한 정신병원, 정신과병원 및 병원급이상의 의료기관에 설치된 정신과를 말한다.
4. "정신요양원"이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 장기입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복귀 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.
5. "사회복귀시설"이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로써 정신질환자를 입원시키지 않고 사회복귀 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

제4조 (국가등의 의무) 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키며, 정신질환을 예방하고 정신질환자의 의료 및 장애극복과 사회복귀의 촉진을 위해 연구·조사와 지도·상담등 필요한 조치를 취하여야 한다.

제5조 (정신보건전문요원) ① 보건사회부장관은 정신보건분야에 관한 전문지식과 기술을 가진 자에게 정신보건전문요원의 종별에 따르는 자격증을 교부할 수 있다.

② 정신보건전문요원의 종별은 임상심리사, 정신의료사회복지사로 한다.

③ 정신보건전문요원의 종별에 따르는 업무의 범위·한계 및 자격, 등급, 자격증의 교부절차 등은 대통령령으로 정한다.

제6조 (국민의 의무) 국민은 정신질환자의 장애극복 및 사회복귀노력에 협조하여야 한다.

제2장 정신의료기관 등

제7조 (정신의료시설의 설치 또는 지정) ① 국가와 서울특별시, 직할시 및 도(이하 "시·도"라 한다)는 정신병원 또는 사회복지시설을 설치·운영하여야 한다.

② 서울특별시, 직할시 및 도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 제1항의 규정에 불구하고 지역실정에 따라 국가 또는 지방자치단체 외의 자가 설치·운영하는 정신의료기관을 지정하여 활용할 수 있다. 이 경우 당해 정신의료기관의 설치·운영자와 미리 협의하여야 한다.

③ 시·도지사는 제2항의 규정에 의하여 지정된 정신의료기관(이하 "지정정신의료기관"이라 한다)에 대하여 예산의 범위안에서 운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

제8조 (정신의료법인의 설립허가) 정신요양원 또는 사회복지시설(이하 "요양복지시설"이라 한다)의 설치를 목적으로 하는 법인(이하 "정신의료법인"이라 한다)을 설립하고자 하는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건사회부장관의 설립허가를 받아야 한다.

제9조 (설립허가의 취소) 보건사회부장관은 정신요양법인이 다음 각호의 1에 해당하는 때에는 그 설립허가를 취소할 수 있다.

1. 정관으로 정한 사업 외의 사업을 한 때
2. 설립된 날로부터 2년 이내에 의료복지시설을 개설하지 아니한 때
3. 정신의료법인이 개설한 요양복지시설이 제15조의 규정에 의하여 개설허가가 취소된 때
4. 보건사회부장관이 감독상 발한 명령을 위반한 때

제10조 (의료법의 준용) 정신의료법에 관하여 이 법에 규정한 것을 제외하고는 의료법중 의료법에 관한 규정을 준용한다.

제11조 (의료복지시설의 설치·운영) ① 국가 또는 지방자치단체는 요양복지시설을 설치·운영할 수 있다. 다만, 시·군·구가 이를 설치하고자 할 때에는 관할 시·도지사의 승인을, 시·도가 이를 설치하고자 할 때에는 보건사회부장관의 승인을 얻어야 한다.

② 정신의료법인 기타 비영리법인으로서 시·도지사의 허가를 받은 자가 아니면 정신요양원을 설치·운영할 수 없다.

③ 정신과전문의, 임상심리사, 정신의료사회복지사, 정신의료법인 기타 비영리법인으로서 시·도지사의 허가를 받은 자가 아니면 사회복지시설을 설치·운영할 수 없다.

④ 요양복지시설에서의 환자의 입·퇴원 요양 및 사회복지를 위한 훈련등 의료에 관하여는 보건사회부장관이 정하는 바에 의하여 정신과 전문의의 지도에 따라 행해져야 한다.

⑤ 요양복지시설의 이용 및 운영에 관한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

⑥ 사회복지시설은 영리를 목적으로 운영되어서는 아니된다.

제12조 (정신의료시설의 기준등) ① 정신의료시설의 시설·장비의 기준, 의료인 등 종사자의 수 및 자격등에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

② 보건사회부장관은 정신질환자에 대한 효율적인 의료의 제공을 위하여 필요한 경우 정신의

료시설의 규모를 제한할 수 있다.

제13조 (정신병원등의 위탁·폐지·휴지등) ① 시·도는 제7조 제1항의 규정에 의하여 설치한 정신병원 또는 사회복지시설을 의료법인·정신의료법인 기타 비영리법인에 위탁하여 운영하게 할 수 있다.

② 시·도가 제7조 제1항의 규정에 의하여 설치한 정신병원 또는 사회복지시설을 폐지하거나 휴지하고자 할 때에는 보건사회부장관의 승인을 얻어야 한다.

③ 정신의료법인 기타 비영리법인이 제11조의 규정에 의하여 설치한 요양복지시설을 폐지하거나 휴지하고자 할 때에는 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 미리 시·도지사에게 신고하여야 하며, 당해 시설의 설치자가 시·군·구인 경우에는 시·도지사의 승인을, 시·도는 보건사회부장관의 승인을 얻어야 한다.

제14조 (유사명칭의 사용금지) 이 법에 의한 정신의료시설·정신의료기관·정신의료법인·요양복지시설·정신요양원·사회복지시설이 아니면 각각 당해 명칭 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.

제15조 (허가취소등) ① 보건사회부장관 또는 시·도지사는 요양복지시설이 다음 각호의 1에 해당하는 때에는 보건사회부장관이 정한 바에 따라 1년의 범위안에서 기간을 정하여 그 사업의 정지를 명하거나 허가를 취소할 수 있다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 설치한 요양복지시설에 대하여는 그러하지 아니하다.

1. 제12조 제1항의 규정에 의한 시설·장비 및 의료인의 기준에 미달하게 된 때
2. 제11조제4항의 규정에 위반한 때
3. 제28조 제1항의 규정에 의한 명령에 불응한 때
4. 정당한 사유없이 제34조의 규정에 의한 보고를 하지 아니하거나 허위의 보고를 한 때 또는 관계공무원의 조사를 거부·방해 또는 기피한 때
5. 제11조 제2항의 규정에 의한 정신의료법인 기타 비영리법인이 그 설립허가가 취소되거나 해산된 때
6. 제13조 제3항의 규정에 위반한 때

② 보건사회부장관 또는 시·도지사는 정신의료기관이 제1항 제3호 또는 제4호에 해당하거나 제22조 제2항의 규정에 위반하는 때에는 당해 정신의료기관에 대하여 보건사회부장관이 정한 바에 따라 1년의 범위 안에서 기간을 정하여 당해 사업의 정지 또는 폐쇄를 명하거나 허가를 취소할 수 있다.

③ 보건사회부장관 또는 시·도지사는 요양복지시설이 제1항 제1호에 해당하여 사업의 정지를 명하거나 허가를 취소하고자 하는 경우에는 기간을 정하여 시정을 명한 후 이에 응하지 아니한 때에 이를 행하여야 한다.

제16조 (청문) 보건사회부장관 또는 시·도지사가 제15조 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 처분을 하고자 하는 경우에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 미리 해당 처분의 상대방 또는 그

대리인에게 의견을 진술할 기회를 주어야 한다. 다만, 당해 처분의 상대방 또는 그 대리인이 정당한 사유없이 이에 응하지 아니하거나 처분, 상대방의 주소불명등으로 의견 진술의 기회를 줄 수 없는 경우에는 그러하지 아니하다.

제3장 보호 및 치료

제17조 (보호의무자) ① 정신질환자의 후견인·배우자·친권자 또는 부양의무자는 정신질환자의 보호의무자가 된다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자는 보호의무자가 될 수 없다.

1. 행방불명자
2. 당해 정신질환자를 상대로 소송을 제기하고 있는 자 또는 소송을 제기한 사실이 있었던 자와 그 배우자 및 직계존비속
3. 금치산자 및 한정치산자
4. 파산선고를 받고 복권되지 아니한 자
5. 자격정지 이상의 형의 선고를 받고 그 집행중에 있는 자
6. 미성년자

② 보호의무의 순위는 제1항 본문에서 열거하고 있는 보호의무자 순으로 한다. 다만, 당해 정신질환자의 보호를 위하여 필요한 경우 이해관계인의 청구에 따라 법원이 그 순위를 변경할 수 있다.

③ 제1항의 규정에 의한 보호의무자가 없거나 보호의무자가 그 의무를 행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 시장·군수 또는 구청장이 그 보호의무자가 된다.

제18조 (보호의무자의 의무) ① 보호의무자는 피보호자인 정신질환자로 하여금 적절한 치료를 받도록 노력하여야 하며, 또한 정신과전문의의 진단에 의하지 아니하고 입원 및 입원의 연장을 하여서는 아니된다.

② 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자가 자기 또는 타인을 해하지 아니하도록 노력하여야 하며, 정신과전문의의 진단에 따라 환자가 입원조치될 수 있도록 협조하여야 한다.

③ 보호의무자는 정신질환자의 재산상의 이익등 권리보호를 위하여 노력하여야 하며 정신질환자를 유기하여서는 아니된다.

제19조 (자의입원) ① 정신의료시설의 설치·운영자는 정신질환자를 입원시키는 경우 본인의 신청에 의하여 입원이 행해질 수 있도록 노력하여야 하며, 입원조치시 당해 정신질환자로부터 입원신청서를 받아야 한다.

② 정신의료시설의 설치·운영자는 제1항의 규정에 의거 입원한 정신질환자가 퇴원신청을 할 경우에는 지체없이 당해 정신질환자를 퇴원시켜야 한다.

제20조 (동의입원) ① 정신의료시설의 설치·운영자는 정신질환자의 보호의무자의 동의가 있는 경우 정신과전문의가 입원이 필요하다고 진단한 때에 한하여 당해 정신질환자를 입원시킬 수 있으며, 입원조치시 당해 보호의무자로부터 입원 동의서를 받아야 한다.

② 정신의료시설의 설치·운영자는 제1항의 규정에 의한 조치를 취한 경우에는 지체없이 당해 정신질환자에게 당해 입원조치를 취한 사실과 제25조의 규정에 의한 퇴원심사등의 청구에 관한 사항을 서면으로 통지하여야 한다.

③ 정신의료시설의 설치·운영자는 제1항의 보호의무자로부터 퇴원신청이 있는 경우에는 지체없이 당해 정신질환자를 퇴원시켜야 한다.

④ 정신의료시설의 설치·운영자는 제1항의 규정에 따라 입원된 정신질환자로부터 퇴원의 청구가 있는 때에는 정신과전문의의 의견을 들어 제1항의 보호의무자에게 퇴원신청을 하도록 통지하여야 한다.

⑤ 제1항의 규정에 따라 환자의 입원에 동의한 보호의무자는 제4항의 규정에 의한 통지를 받은 때에는 지체없이 당해 환자의 퇴원을 신청하여야 한다.

제21조 (평가입원) ① 시·도지사는 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 인정되는 자에 대하여 직권으로 정신과전문의에게 당해자의 증상과 적정한 치료조치의 평가를 위한 입원 및 진단을 받도록 할 수 있다.

② 제1항 규정에 의한 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준은 중앙정신보건심의위원회의 의견을 들어 보건사회부장관이 정한다.

③ 제1항의 입원 및 진단은 국가나 지방자치단체가 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에서 행해져야 하며, 그 기간은 2주간에 한한다.

④ 시·도지사는 제1항의 규정에 의한 입원 및 진단 조치시 당해자의 보호의무자 또는 보호를 맡고 있는 자에 대하여 진단일시 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다.

제22조 (법정입원) ① 시·도지사는 제21조의 규정에 의한 진단결과 당해질환자에 대한 입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 결론이 있을 경우 당해 질환자에 대해 직권으로 국가나 지방자치단체가 운영하는 정신의료기관 또는 지정정신의료기관에 입원치료를 의뢰할 수 있다.

② 지정정신의료기관의 설치·운영자는 제1항의 규정에 의한 입원치료를 의뢰받은 때에는 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

③ 시·도지사는 제1항 규정에 의한 입원조치시 당해 정신질환자 또는 보호의무자에 대하여 입원이 필요한 사유와 제25조의 규정에 의한 퇴원심사등의 청구에 관한 사항을 서면으로 통지하여야 한다.

제23조 (등급입원) ① 정신질환자로 추정되는 자로서 그가 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견한 자는 상황이 매우 급박하여 제19조 내지 제22조의 규정에 의한 절차에 따를 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해자에 대한 응급입원조치를 의

퇴할 수 있다.

- ② 제1항의 규정에 의한 입원조치를 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관은 정신의료기관까지 당해자를 호송한다.
- ③ 정신의료기관의 설치·운영자는 제1항의 규정에 의하여 입원 의뢰된 자에 대하여 72시간에 한하여 응급입원조치할 수 있으며 정신과전문의의 진단결과 계속 입원이 필요한 때에는 제19조 내지 제22조의 규정에 의한 절차에 따라 입원조치를 취하여야 한다.

제4장 퇴원의 청구·심사 등

제24조 (정신보건심의위원회) ① 정신보건에 관하여 보건사회부장관 및 시·도지사의 자격에 응하고 제27조의 규정에 의한 심사를 하기 위하여 보건사회부장관 소속하에 중앙정신보건심의위원회를, 각 시·도지사 소속하에 지방정신보건심의위원회를 둔다.

- ② 정신보건심의위원회의 위원은 5인 이상 15인 이내로 하고 임기는 2년으로 한다.
- ③ 위원은 정신과전문의와 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 자 및 정신보건에 관한 전문지식과 기술을 가진 자 중에서 보건사회부장관 및 시·도지사가 임명 또는 위촉한다.
- ④ 정신보건심사위원회의 운영 및 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제25조 (부당입원·퇴원심사등의 청구) ① 정신의료시설에 입원중인 자 또는 그 보호의무자는 시·도지사에게 자신 또는 당해 입원환자에 대한 부당입원·퇴원심사 또는 처우개선조치를 청구할 수 있다.

- ② 제1항의 청구 절차등은 보건사회부령으로 정한다.

제26조 (심사의의뢰등) ① 시·도지사는 제25조 제1항의 규정에 의한 청구를 받은 때에는 즉시 당해 청구내용을 지방정신보건심의위원회에 심사의의뢰하여야 한다.

- ② 시·도지사는 제1항의 청구내용이 2이상의 시·도의 관할에 속하거나 당해 지방 정신보건심의위원회에서 심사할 수 없는 때에는 즉시 그 심사에 관한 사항을 보건사회부장관에게 이송하고 그 사실을 당해 청구자에게 통보하여야 한다.

제27조 (퇴원등의 심사) ① 지방정신보건심의위원회가 제26조의 규정에 의한 심사를 의뢰받은 때에는 이를 즉시 심사하여 그 결과를 시·도지사에게 통지하여야 한다.

- ② 지방정신보건심의위원회는 제1항의 규정에 의한 심사를 함에 있어 당해 심사와 관계된 청구자와 당해 질환자를 의료보호하고 있는 시설의 장의 의견을 청취하여야 한다.
- ③ 제2항의 규정에 불구하고 지방정신보건심의위원회가 이를 청취할 필요가 없다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다. 다만, 이 조항은 퇴원등의 청구자에게 유리한 경우에 적용한다.
- ④ 지방정신보건심의위원회는 제2항에 규정한 사항 외에 제1항의 심사를 함에 있어 필요하다

고 인정될 때에는 관계자의 의견을 청취할 수 있다.

제28조 (퇴원명령등) ① 시·도지사는 제27조 제1항의 규정에 의한 지방정신보건심의위원회의 심사결과를 통보받은 즉시 이를 청구자에게 통보하고 심사결과에 따라 정신의료시설의 설치·운영자에 대하여 당해 환자를 퇴원시키도록 명령하거나 처우개선을 위하여 필요한 조치를 취하도록 명령하여야 한다.

- ② 시·도지사는 제25조의 규정에 의한 청구를 한 자에 대하여 당해 청구에 관련된 정신보건심의위원회의 심사결과 및 이에 따른 조치내용을 청구서 접수일부터 30일이내에 통지하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 기간내에 통지하지 못할 때에는 그 사유를 명시하여 그 사실을 통지하여야 한다.

제29조 (재심사청구) ① 퇴원심사등의 청구를 한 자가 제28조 제1항에 의한 시·도지사의 심사결과통보에 대하여 불복이 있거나 제28조 제2항에서 정한 기간내에 통보를 받지 못한 경우에는 보건사회부장관에게 재심사를 청구할 수 있다.

- ② 제1항의 심사청구절차는 보건사회부령으로 정한다.

제30조 (재심사의 의뢰등) ① 보건사회부장관은 제29조 제1항의 재심사청구를 받거나 제26조 제2항의 규정에 따라 시·도지사로부터 심사청구 사항을 이송받은 때에는 즉시 그 내용을 중앙정신보건심의위원회에 심사 의뢰하여야 한다.

- ② 중앙정신보건심의위원회의 심사에 관한 사항은 제27조를 준용하고 보건사회부장관의 퇴원명령등에 관한 사항은 제28조를 각각 준용한다.

제31조 (가퇴원) ① 제22조 제2항의 규정에 의하여 입원조치된 환자(이하 "법정입원환자"라 한다)를 입원시키고 있는 지정정신의료기관의 설치·운영자는 2인 이상의 정신과전문의의 진단결과 당해 환자의 증상에 비추어 그 자를 일시 퇴원시켜 경과를 보는 것이 적당하다고 인정될 때에는 그 자를 퇴원시키고 즉시 그 사실을 입원조치를 의뢰한 시·도지사에게 통보하여야 한다.

- ② 시·도지사는 제1항의 규정에 의한 통보를 받은 때에는 당해자의 입원일로부터 3월의 기간에 한하여 그 자에 대한 경과를 관찰할 수 있다.
- ③ 제1항과 제2항의 규정에 의한 통보 및 관찰의 내용과 절차에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

제32조 (법정입원의 해제) ① 시·도지사는 법정입원환자가 입원조치된 후 3월이 경과하면 당해 환자에 대한 법정입원조치를 해제하여야 한다.

- ② 제1항의 규정에 불구하고 시·도지사가 당해자를 계속 입원시킬 수 있는 경우는 2인 이상의 정신과전문의에 의한 진단 또는 정신보건심의위원회의 심사결과 당해 질환자가 퇴원시 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 명백히 인정되는 진단 또는 심사결과가 있는 경우에 한한다.
- ③ 제1항의 규정에 불구하고 당해 질환자등의 퇴원청구에 대해 정신보건심의위원회의 심사결

과에 따라 계속 입원조치하였을 때에는 당해심사 또는 진단결과에 따른 입원조치후 3월이 경과한 때에 법정입원조치를 해제한다.

제33조 (무단퇴원자에 대한 조치) ① 정신의료시설의 설치·운영자는 입원중인 정신질환자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는자가 무단으로 퇴원하여 그 행방을 알 수 없는 때에는 관할경찰서장에게 다음 사항을 통지하여 수색을 요구할 수 있다.

1. 퇴원자의 주소·성명·성별 및 생년월일
2. 입원일 및 퇴원일시
3. 증상의 개요 및 인상착의
4. 보호의무자 또는 이에 준하는 자의 주소·성명

② 경찰관은 제1항의 규정에 의한 수색을 요구받은 자를 발견한 때에는 즉시 그 사실을 당해 정신의료시설에 통지하여야 한다. 이 경우 경찰관은 당해 환자 인도시까지 24시간에 한하여 그 자를 경찰관서, 병원, 사회복지시설등에 보호할 수 있다.

제34조 (감독) ① 보건사회부장관 또는 시·도지사는 정신의료시설의 설치·운영자로 하여금 당해 시설에 관하여 필요한 보고를 하게 하거나 관계공무원으로 하여금 당해 시설의 장부·서류 기타 운영상황을 조사하게 할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의한 조사를 하는 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 제시하여야 한다.

③ 보건사회부장관은 요양복지시설에서의 환자의 입·퇴원, 요양 및 사회복지를 위한 훈련등 환자의 의료에 관한 사항을 국립정신병원장에게 감독하게 할 수 있다.

제5장 권익보장 및 지원

제35조 (입원금지등) ① 정신과전문의의 진단에 의하지 아니하고는 정신질환자를 정신의료기관 또는 정신요양원에 입원시키거나 입원을 연장시킬 수 없다.

② 제1항의 규정에 의한 진단의 시기등에 관하여는 보건사회부령으로 정한다.

제36조 (권익보호) ① 누구든지 과거에 정신질환자였다는 이유로 교육 및 고용의 기회를 박탈당하거나 기타 불공평한 대우를 받지 아니한다.

② 정신질환자와 그 보호의무자 또는 그 보호자의 동의를 구하지 아니하고는 환자에 대하여 녹음·녹화·촬영을 할 수 없다.

제37조 (비밀누설의 금지) 이 법에 의거 정신질환자에 관계된 직무를 수행하는 자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 직무의 집행에 관해 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다.

제38조 (수용금지) 이 법 또는 다른 법령에 의해 정신질환자를 의료보호 할 수 있는 시설 의

의 장소에 정신질환자를 수용시킬 수 없다.

제39조 (특수치료의 제한) ① 정신질환자에 대한 전기충격요법, 인슐린수면요법, 마취하최면요법, 정신외과요법 및 기타 대통령령으로 정하는 특수치료행위는 당해 정신의료기관이 구성하는 협의체에서 결정하되 본인 또는 보호의무자의 동의를 받아야 한다.

② 제1항의 협의체는 2인 이상의 정신과전문의와 대통령령이 정하는 정신보건에 관한 전문지식과 기술을 가진 자로써 구성하며, 운영절차 등은 대통령령으로 정한다.

제40조 (행동제한의 금지) ① 정신의료시설의 설치 운영자는 정신질환자에 대하여 통신의 자유, 면회의 자유 기타 보건사회부 장관이 정하는 행동을 제한할 수 없다.

② 정신의료시설의 설치, 운영자가 제1항의 규정 외의 사항에 대하여 행동을 제한할 경우에도 의료를 위하여 필요한 최소한의 범위 안에서 이를 행하여야 한다.

제41조 (경제적 부담의 경감) 국가와 지방자치단체는 정신질환자 및 보호 의무자의 경제적 부담을 경감하고 정신질환자의 사회복지를 촉진하기 위하여 세제상의 조치, 의료비의 경감·보조 기타 필요한 지원을 할 수 있다.

제42조 (직종의 개발 등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환이 회복된 자가 직무 훈련 및 지도를 받을 수 있도록 노력하고 이들에게 적절한 직종의 개발과 보급을 위해 노력하여야 한다.

제43조 (단체의 보호육성) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회복지 촉진을 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하도록 노력하여야 한다.

제44조 (비용의 부담등) ① 국가와 지방자치단체는 제21조 및 제22조의 규정에 의한 진단 및 치료에 소요되는 비용의 전부를 부담한다. 다만, 당해 환자 또는 보호의무자가 비용을 부담할 능력이 있다고 인정될 때에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 부담한 비용의 일부 또는 전부를 수납할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의한 비용에 대한 국가와 지방자치단체 간의 부담비율등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제45조 (비용의 징수) 요양복지시설의 설치·운영자는 그 시설을 이용하는 자로부터 보건사회부장관이 정하여 고시하는 비용수납 한도액의 범위안에서 그에 소요되는 비용을 징수할 수 있다.

제46조 (보조금등) ① 국가는 대통령령이 정하는 바에 따라 지방자치단체가 정신의료기관 또는 요양복지시설을 설치하는데 소요되는 비용을 보조한다.

② 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 따라 요양복지 시설의 설치·운영자 또는 제43조의 규정에 의한 단체나 시설에 대하여 예산의 범위 안에서 그 설치운영 또는 사업에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

③ 제2항의 규정에 의한 보조금등은 그 목적외에 사용할 수 없다.

제47조 (보조금의 반환명령) 국가 또는 지방자치단체는 요양복지시설 또는 제43조의 규정에 의한 단체나 시설의 설치·운영자가 다음 각 호의 1에 해당하는 때에는 이미 교부한 보조금의

전부 또는 일부의 반환을 명할 수 있다.

1. 사업의 목적 외에 보조금을 사용한 때
2. 허위, 기타 부정한 방법으로 보조금을 교부 받은 때
3. 이 법 또는 이 법에 의한 명령에 위반한 때

제6장 벌 칙

제48조 (벌칙) 다음 각호의 1에 해당하는 자(국가 및 지방자치단체를 제외한다)는 3년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제37조의 규정에 위반한 자. 다만, 이 자에 대한 공소는 고소가 있어야 한다.
2. 제38조의 규정에 위반하여 정신질환자를 수용한 자

제49조 (벌칙) 다음 각호의 1에 해당하는 자(국가 및 지방자치단체를 제외한다)는 1년 이하의 징역 또는 100만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제11조 제2항·제3항의 규정에 위반하여 허가 없이 요양복지시설을 설치·운영한 자
2. 제18조 제3항의 규정에 위반하여 정신질환자를 유기한 자
3. 제19조 제2항 또는 제20조 제3항의 규정에 위반하여 퇴원을 시키지 아니한 자
4. 제28조 제1항의 규정에 의한 퇴원명령 또는 처우개선 명령에 응하지 아니한 자
5. 제35조의 규정에 위반하여 정신과전문의의 진단없이 정신질환자를 입원시키거나 입원을 연장한 자 및 이에 동의한 자
6. 제39조의 규정에 위반하여 특수치료를 행한 자

제50조 (과태료) ① 다음 각호의 1에 해당하는 자(국가 및 지방자치단체를 제외한다)는 100만원 이하의 과태료에 처한다.

1. 제13조 제3항의 규정에 의한 신고를 하지 아니하거나 허위의 신고를 한 자
 2. 제14조의 규정에 위반한 자
 3. 제20조 제2항·제4항 또는 제5항의 규정에 위반한 자
 4. 제22조 제2항의 규정에 위반한 자
 5. 제34조의 규정에 의한 보고를 하지 아니하거나 허위의 보고를 한 자 또는 관계 공무원의 조사를 거부·방해하거나 기피한 자
 6. 제36조 제1항 또는 제2항의 규정에 위반한 자
 7. 제40조 제1항 또는 제2항의 규정에 위반한 자
- ② 제1항의 규정에 의한 과태료는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건사회부 장관 또는 관할 시·도지사(이하 "관할관청"이라 한다)가 부과·징수한다.
- ③ 제2항의 규정에 의한 과태료 처분에 불복이 있는 자는 30일 이내에 관할관청에 이의를 제

기할 수 있다.

- ④ 제2항의 규정에 의한 과태료 처분을 받은 자가 제3항의 규정에 의하여 이의를 제기한 때에는 관할 관청은 지체없이 관할 법원에 그 사실을 통보하여야 하며, 그 통보를 받은 관할 법원은 비송사건절차법에 의한 과태료 재판을 한다.
- ⑤ 제3항의 규정에 의한 기간내에 이의를 제기하지 아니하고 과태료를 납부하지 아니한 때에는 국세 또는 지방세 체납처분의 예에 의하여 이를 징수한다.

제51조 (양벌규정) 정신의료법인 기타 비영리법인의 대표자, 대리인, 사용인, 기타 종사자가 그 법인의 업무에 관하여 제48조 내지 제50조의 규정에 의한 위반행위를 한 때에는 그 행위자를 벌하는 외에 당해법인에 대해서도 각 본 조의 벌금형을 병과한다.

제52조 (권한의 위임) 보건사회부장관 또는 시·도지사는 대통령령이 전하는 바에 의하여 이 법에 의한 권한의 일부를 시·도지사나 시장·군수 또는 구청장에게 위임할 수 있다.

부 칙

- ① (시행일) 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.
- ② (정신질환자요양시설에 대한 경과조치) 이 법 시행당시 사회복지사업법에 의하여 설치된 정신질환자 요양시설의 설치·운영자는 이 법 시행일부터 3월 이내에 그 사실을 관할 시·도지사에게 신고하여야 하며, 이 경우 당해 시설은 이 법에 의한 정신요양원으로 본다. 다만, 이 법 시행후 2년 이내에 이 법에 의한 시설기준에 적합하게 이를 갖추어야 한다.
- ③ (정신의료기관 및 정신질환자 요양시설에 입원중인 자에 대한 경과조치) 이 법 시행당시 정신의료기관 또는 사회복지사업법에 의하여 설치된 정신질환자 요양시설에 입원중인 자에 대하여는 이 법 시행후 1년 이내에 이 법에 의한 입원요건을 갖추어야 한다.
- ④ (공립정신요양원에 대한 경과조치) 이 법 시행당시 시·도가 설치하여 운영하거나 의료법인 기타 비영리법인에 위탁하여 운영중인 공립정신요양병원은 이 법에 의한 정신병원으로 본다. 다만, 이 법 시행후 2년 이내에 이 법에 의한 시설기준에 적합하게 이를 갖추어야 한다.
- ⑤ (정신의료기관에 대한 경과조치) 이 법 시행당시 의료법에 의하여 설치·운영중인 정신의료기관은 이 법 시행후 2년 이내에 이 법에 의한 시설기준에 적합하게 이를 갖추어야 한다.

서울시의 대형 정신병원 건립계획에 대하여

정신보건법 공동대책위원회(한국기독교교회협의회 인권위원회, 천주교 정의구현전국연합 인권위원회, 불교 인권위원회, 민주사회를 위한 변호사모임, 인도주의실천의사협의회, 장애우권익문제연구소, 정신보건정책을 연구하는 정신과의사모임)는 국민의 정신건강증진과 정신질환을 앓을 가능성이 있거나 앓고 있는 국민의 인권을 보호하기 위한 단체이다.

정부의 정신보건법안이 입법예고된 상태에서 서울시가 대형정신병원을 건립하여 민간에게 위탁경영케 한다는 것은 정신질환자 관리를 단순수용시키자는 의도를 드러내고 있는 것이다. 특히 이들 대형 정신병원은 환자를 잘 퇴원시키지 않고 몇 년씩 장기 수용시킴으로 병의 만성화를 초래할 뿐 환자에게는 아무 도움을 주지 못하고 있는 것이 현재의 실정이다. 이러한 장기수용은 환자 치료에는 도움을 주지 못하면서도 막대한 시 재정을 소비시킨다. 결국 정신질환을 앓은 적이 있는 사람들의 인신구속을 담보로 경제적 이익을 취하는 사람들의 입장만 대변코자 하는 것이다. 우리는 150억원 이상이 소요되는 이 예산이 소수의 민간경영자를 위해 쓰여지기 보다는 진실로 정신질환자의 치료를 위해 사용되어야 한다고 생각한다.

이에 따라 서울시의 대형 정신병원 설립 계획이 얼마나 부당한가를 설명하고자 한다.

서울시는 대형정신병원 설립근거에 관하여 "시가 자체분석한 정신질환자는 전 시민의 2.2%이고 이중 입원을 요하는 환자는 2만여명에 이르나 시내에는 시립정신병원(용인위탁 400병상, 응암동직영 200병상, 청량리정신병원 450병상, 국립정신병원 900병상 등 2000병상)에 불과하여 병상이 부족하기 때문에 서울시에서 1000병상을 지어 민간정신병원 2곳, 개인의원 1곳, 정신요양원 3곳 등 6곳 중 한 곳을 선택하여 위탁경영시키겠다"고 한다.

1. "시가 자체분석한 정신질환자는 2.2%이고 이중 입원을 요하는 사람이 2만명이다"라는 발표에 대하여

서울시는 위와같은 자체분석을 한 사실이 없다. 위에서 2.2%라는 것은 보사부 발간 <정신질환의 이환상태와 관리방안에 대한 조사연구>(1989. 7)에서 전체 정신과 영역의 총 질환빈도가 2.16%이고 이중 11.6%가 입원을 요하는 환자라고 한 논문을 인용한 것이다. 그러나 이 논문의 해석이 잘못되었다는 것은 보사부, 정신과 학회 등의 전문가들에게 이미 알려진 사실이다.

즉 2.16%는 정신과 영역의 환자 총 빈도수이고 이중 90% 정도는 불면증과 신경성위염 등의 노이로제 환자라는 사실은 정신보건에 관여하는 사람들에게는 상식과 같은 일이다. 그러므로 입원할 가능성이 있는 환자는 0.233%에 불과하다. 이 숫자는 서울시로 볼때 2만3천명이다. 이

중에는 1년중 단 한차례 정신과 외래를 방문했던 사람들까지 포함한 환자총수이다. 그런데 서울시가 이 숫자만큼 병상이 필요하다고 주장하는 것은 병상수를 늘려 이익을 취하려는 사람들의 의견을 서울시가 따라준 것에 불과하다.

2. 서울시의 "2,000병상만을 보유하고 있어 병상이 부족하다"는 발표에 대해

위 2,000병상 이외에 서울시에는 수련병원 20개소 (600명 입원), 종합병원 9개소 (300명 입원), 개인의원 22개소 (700명 입원) 등 1,600병상이 더 있다. 게다가 전국 전체 병상의 전체 병상의 50% 이상이 수도권에 산재해 있는 사실에 비추어 볼 때 (8,000병상 이상) 서울지역에 병상이 부족하다는 주장은 병상을 늘리고자 하는 의도를 보여준다.

참고) 한나라에 정신질환자를 입원할 병상에 대한 규정의 참고문헌.

1. 정신과 교과서에는 인구 1,000명당 0.4병상이 필요하다고 한다.
— 정신의학교과서 Talbott (1988, p1161-1178)
2. 세계보건기구(WHO) - 인구 1,000명당 0.5~0.7병상

위에서 보듯이 서울시 인구가 1,000만명으로 볼 때 정신과 교과서에 의하면 4,000병상이 필요하고, 세계보건기구에 의하면 5,000~7,000병상이 필요하다는 것이다.

3. 서울시는 병상수를 늘리려고 하지만, 세계의 정신보건 추세는 정신병상을 줄이고 있다.

선진국의 경험으로는 대형 정신병원일수록 치료에 도움을 주지 못하고 수용만 시켜온 관계로 1950년대 이후 수용병상을 '탈원화'(약제의 개발 후 치료가 가능해져 병상수를 줄이고 환자를 사회에 환원시키는 노력)를 시켜왔다. 미국은 전체 병상의 75%를 줄여왔다(1955년 56만병상에서 1980년대말 13만병상으로). 현재 우리나라 역시 수용병상이 너무 많이 지어져 일정부분 규모를 축소시켜야 하는데 서울시는 반대로 민간 대형 정신병원 건립을 주장하고 있다. 아마 서울시의 대형 정신병원 건립의도는 전문가의 의견을 토대로 한 것이 아니고 민간병원 경영자의 요구에 의한 것 같다.

4. 대형 정신병원을 민간에게 위탁 경영시키고자 하는 의도에 대해

- 1) 수용병원의 규모를 축소시키는 나라는 있어도 우리처럼 단숨에 1000병상을 세우려는 나라는 없다. 그것도 현재 2800명 이상을 수용하고 있는 거대병원에 경영권을 주겠다는 것은 도대체 이해할 수가 없다(전 유럽을 통틀어 2000병상이 넘는 정신병원은 없다).
- 2) 서울시는 1000병상이 얼마나 큰지 현실 감각이 없는 것 같다. 현재 우리나라 종합병원 중 모든 임상과를 합쳐서 1000병상이 넘는 병원은 서울대병원, 세브란스병원 그리고 서울중앙병원 밖에는 없다.

3) 특히 대형 정신병원을 경영하는 나라는 일본과 우리나라 밖에는 없다. 그리고 일본은 바로 위와 같은 이유로 해서 선진국 중 정신보건 현실이 가장 반인권적인 나라로 낙인찍혀 있다.

참고) 일본에서 1950년대 이후 정신의학의 조류가 되어왔던 탈원화가 이뤄지고 있지 않은 이유 — 세계각국에서 수용을 목적으로 하는 대형 정신병원은 20세기 중반까지 무한대로 늘어났다. 그러나 아무리 규모를 늘려와도 병상은 늘 부족했다. 이유는 환자를 거의 퇴원시키지 않으므로 항상 새로운 병상을 필요로 했다. 결국 국가재정을 위협할 정도로 병상이 늘어날 수 밖에 없었다. 그래서 1950년대 이후 어느 나라나 정신보건법을 제정하여 강제로 이들 병원의 규모를 축소시켜왔다. 치료가 가능해졌기 때문에 장기수용을 시킬 이유가 없어졌기 때문이다.

그러나 일본의 경우는 병상수가 줄지 않았다. 이유는 구미 각국처럼 대형 정신병원이 국공립이 아니라 민간인들이 경영하였기 때문이다.

(일본정신질환자 가족협의회-이사장 아오노 도시오 간 <마음의 병 상담실>)

4) 그럼에도 불구하고 서울시는 초대형 정신병원 민간병원에 다시 대형 정신병원을 위탁경영시키겠다고 한다. 이는 현재도 열악한 우리 정신보건현실을 더욱 악화시킬 것이다.

5. 민간 대형 정신병원의 건립과 폐해

우리나라 민간 대형 병원은 1980년대 후반부터 지어지기 시작하여 현재 전체 병상의 2/3 이상을 차지하고 있다. 외국에서는 탈원화의 주 대상이 되어 규모가 축소되어 가는데 이런 단일 정신병원이 커지는 것은 정신보건정책에 대한 한국의 왜곡된 상황과 밀접한 관계가 있다.

첫째, 그 동안 정부는 정신병상 확충 계획을 만들어 병상수의 증가에만 정책을 기울여왔다. 특히 민간인들의 병원건립을 정부에서 무계획적으로 지원하였다.

둘째, 결과적으로 정신병상은 2~3년에 2배정도 증가하여 왔다(1985년 4,156병상에서 1990년 17,000병상으로). 특히 이들 경영자들은 정신과에 대하여 문의한들이 대부분이었으며 오히려 비의료인들이 대다수를 차지하고 있다. 따라서 환자의 치료보다는 환자수용에 따른 경제적 이익을 우선으로 하였다.

셋째, 이들 병원들은 규모가 워낙 크고 갑자기 동일 형태의 병원들이 한꺼번에 건립되어 정상적인 형태로는 환자를 채울 수가 없었다(대학병원 정신과는 정원이 30명 정도에 불과함에도 병상을 전부 채우기가 힘들다. 그런데 이보다 보통 10배 또는 100배 정도의 큰 병원이 환자를 채운다는 것은 쉽지 않다). 그러므로 치료비를 국가에서 부담하는 환자들로 채울 수 밖에 없었다. 따라서 전 인구의 7%에 불과한 생활보호대상자 중에 있는 환자들을 주로 하여 거의 퇴원없이 장기간 수용함으로써 매년 환자수를 늘리고 병상규모를 늘려왔다. 이들 환자들은 국가에서 일률적으로 치료비를 부담하는 관계로 병원은 치료노력은 하지 않고 수용만 시켜 막대한 이익을 취

득하여 왔다.

참고) 1. 70만명정도에 불과한 1종 생활보호대상자중에 있는 환자들이 나머지 4200만명에 있는 환자들과 같이 총 수용병상의 50%정도를 차지한다는 것은 재미있는 현상이다.

2. 한 예로 민간 대형정신병원은 국민의 93%이상을 대상으로 하는 의료보험환자 300명 수용하는 반면 국민의 7%이내를 대상으로 하는 생활보호대상환자는 2,500명이나 수용하고 있다.

6. 국공립병원의 민간경영위탁 실상

현재 용인정신병원에 서울시에서 400명을 위탁경영시키는 것이 좋은 예이다. 병원이 세워지기까지는 정부에서 자금을 전적으로 대준다. 환자들은 한번 입원하면 거의 퇴원이 안되며 환자들의 치료노력은 사실상 포기되어 있다. 경영자는 환자 수만 채우면 환자 한 명당 월 45만원이 어김없이 정부로부터 나온다. 실상은 수용이면서도 정부로부터 명목적으로는 치료비용을 받는다. 서울시는 경영합리화를 위해 민간인에게 경영을 위탁시키겠다고 하는데 이의 실상을 알아본다.

1) 민간위탁병원인 경우 의사 등의 의료인력은 직영체제에 비해 현저히 적다.(서울시 직영일 경우 환자 30인에 의사 1인, 그러나 민간위탁시에는 환자 140명에 의사 1인을 채용한다.)

2) 서울시는 직영일 경우 일일 입원비가 5,200원이고 민간위탁인 경우는 15,000원이다.

3) 민간위탁시 대부분의 병원은 정신요양원(치료기관이 아닌 수용소이다)을 운영하고 있으며 이에 준한 정도로 환자를 관리한다.(월 45만원의 입원비를 정부로부터 받고 실제로는 한 환자당 월 7만원 정도를 사용한다면 경영상 흑자를 낼 것은 뻔한 사실이다. 민간위탁인 경우 직영의 3배이상 입원비를 받고 의료인력에 대한 규제나 감시를 받지 않으므로 당연히 경영상 이익을 취할 수 밖에 없다. 그러나 병원은 환자를 치유시키는 곳이지 장기수용시키는 곳이 아니다.)

실상비교(환자 200인을 기준)

	시직영병원	민간위탁병원
월총 입원료 (1종 환자 기준)	3,120만원	9,000만원
의사 수	7인	12인
평균입원기간	54일	1460일(1년에 20% 미만이 퇴원하는 현실에 근거)
이 시설에서 4년동안 치료한 환자수	5,407명	200명
환자 1인당 4년간의 치료 비용	220만원	2,160만원

위 도표와 같이 현 직영병원은 평균 환자 1인당 220만원으로 환자를 치료하여 사회에 복귀토

록 하였으나 민간위탁병원은 4년 기준으로 할 때 2,160만원을 사용하였음에도 불구하고 치료와 사회복귀는 불가능하다. 이러한 현상을 수용화 현상이라고 한다. 어떠한 경로에 의한 지는 모르나 서울시는 생활보호대상 환자들에게 1년 기준 540만원씩을 추가부담하면서 1,000병상의 수용소를 지으려고 하는 것이다. 이는 1년에 54억이라는 서울시 예산을 민간경영자들에게 주어 낭비시키겠다는 의도로 볼 수 밖에 없는 것이다.

7. 대안제시

1) 정신병원의 대형화는 환자치료에는 전혀 도움이 되지 못하므로 계획을 백지화 하여야 한다. 그리고 예산은 정신질환자 치료와 함께 사회로 복귀시킬 수 있는 기관에서 치료비용으로 사용될 수 있도록 해야 한다.

2) 특히 정신병원과 같은 공익사업을 민간에 위탁시키겠다는 것은 막대한 시예산을 낭비하겠다는 의도로 밖에 볼 수 없다.

3) 현 직영체제의 병원을 현대화 시켜야 한다.

현대화는 아래와 같아야 한다.

가) 정신병원의 규모는 200명을 넘지 말아야 한다.

나) 병원경영의 합리화를 위해서는 생활보호대상 환자들이 입원료를 적어도 민간병원 수준으로 지불하여야 한다(시직영 1일 입원료-모든 치료행위로 포함 5,200원, 민간경영인 경우는 15,000원-실제로는 수용시키는 비용). 민간병원에 수용시키는데에는 월 45만원의 입원료를 받는데 비해 현 직영병원은 치료행위를 함에도 월 15만 6천원을 받는 것은 어불성설이다.

다) 병원장은 정신과 전문의를 채용하여야 한다.

라) 환자들을 위해서는 현재 민간에게 위탁경영시키는 국공립 병원도 시가 직영하여야 한다.

마) 시예산을 더이상 수용비용으로 낭비시키지 말고 환자를 치료하고 사회에 복귀하도록 하는 비용으로 사용되어야 한다.

4) 서울시의 대형정신병원건립계획 및 시립정신병원 민간 위탁경영에 대해 공개토론을 하여 시의 정신보건정책을 국민앞에서 평가 받아야 한다.

1992. 9. 28

정신보건법 공동대책위원회

•부록 3•

성명서

— 서울시의 대형 정신병원 건립 계획에 대한 우리의 견해 —

정부는 정신보건법을 입법예고하였다. 이 법은 강제입원이라는 인신구금의 내용이 들어있어 국민의 기본권을 위협할 소지가 있다. 법의 운영 여부에 따라 정신질환자에게는 형기없는 수용생활을 강요할 수도 있다. 특히 치료환경이 열악하여 치유될 수 있는 환자들을 오히려 만성화시킬 우려가 있는 정신요양원이나 대형정신병원에의 강제입원은 조심스럽게 이뤄져야 하고 정신병원의 대형화는 반드시 지양되어야 하는 것이다. 이에 우리는 올바른 정신보건법의 제정과 정신보건 상황을 증진시키기 위해 1992년 9월 16일 정신보건법 공동대책위원회를 구성하였다.

정신보건법은 국민의 정신건강을 증진시키고, 환자들에게는 적절한 치료환경을 제공해주어 환자의 사회복귀를 촉진시킬 수 있도록 제정되어야 한다. 그럼에도 불구하고 서울시는 9월초 1000병상 규모의 대형 정신병원 건립 계획을 발표하였다. 이제까지의 관례상 서울시의 1000병상 증설은 타 지방자치단체까지 파급되어 전국적으로 4000병상 이상을 증설케 할 것으로 예상된다. 그것도 현재 가장 반인권적인 병실환경과 퇴원을 거의 시키지 않는 우리나라 최대의 거대 정신병원(2800병상)을 포함한 6군데 민간경영자에게 위탁시키겠다는 것이다.

우리의 정신질환자 입원 및 수용 시설은 이미 3만5천 병상을 넘어 세계보건기구에서 우리나라에 적절하다고 제시한 2만병상을 훨씬 넘어서고 있고, 수도권 지역에 전체 병상의 50%가량 산재하고 있는 현실에서 다시 대표적인 수용병원에 1000병상을 추가로 위탁경영시킬 경우 국민의 정신건강은 중대한 위협을 받게 될 수 있다. 따라서 우리는 다음과 같은 입장을 밝히는 바이다.

1. 모든 전문가들이 정신병원의 대형화를 반대하고 있음에도 불구하고 서울시는 어떤 근거에서 1000병상의 거대 병원이 필요하다는 것인지 그 근거를 밝혀야 한다.

2. 정신질환자는 치료를 받아야 하는 환자다. 서울시는 서울시가 용인정신병원에 위탁 경영시키고 있는 시립정신병원에 입원된 환자들 적절한 치료를 받지 못한 채 단순히 수용되어 살아가는 사실을 알고 있는가. 서울시는 1000병상을 추가하여 용인정신병원에 위탁하기 전에 그곳의 인권상황을 우선 조사하라.

3. 정신보건의 궁극적 목표는 환자가 치료를 마치고 사회에 복귀하여 국민으로서의 권리를 부여받고 살아가는 것이다. 서울시는 수용시설에 투자할 기금을 정신질환의 예방과 치료복귀시설에 투자할 용의는 없는가.

4. 이미 민간에게 위탁경영시키는 시립정신병원이 치료 기능을 상실하고 있다면 이를 직영하여 환자의 인권을 보호하여야 한다.

5. 필요 병상수, 정신보건 상황의 현실, 대형 정신병원과 정신요양원의 반인권적 상황, 이 시설에 장기수용함으로 초래된 수용화 현상, 바람직한 정신보건 대안을 논의한 후 계획이 입안되어야 한다.

6. 거대 정신병원 건립과 이의 민간위탁 방침을 즉각 철회하라.

1992년 9월 28일

정신보건법공동대책위원회

민주사회를 위한 변호사 모임

한국기독교교회협의회 인권위원회

불교인권위원회

천주교정의구현전국연합 인권위원회

인도주의실천의사협의회

정신보건정책을 연구하는 정신과의사모임

장애우권익문제연구소

메 모