

정신보건의 역사적 변화선상에서 본 우리나라 정신보건법의 문제와 개선안

Mental Health Policy and Law in Korea

서동우 한국보건사회연구원 연구위원

본 논문은 사회경제적 조건에 따라 변화하는 정신질환의 질병관과 그에 따른 정신보건서비스 체계 등 세계 정신보건의 역사적 흐름 속에서 우리나라 정신보건법의 의의와 그 개선점을 정리하고자 하였다. 특히 30여년에 걸쳐 농경사회에서 산업사회를 거쳐 후기산업사회로 변화하며, 사회경제적 변화가 매우 압축적으로 일어나고 있는 우리나라는 그에 따른 정신보건체계의 기반에 지속적인 역동성을 주고 있는 상황이며, 이에 따라 정신보건법과 관련제도의 변화도 이에 맞는 변화가 필요한 상황이다.

이에 사회경제적 변화와 이에 따른 가족개념의 변화, 인권의식의 변화 등 정신보건법의 기반 변화에 맞추어 우리나라 정신보건법이 개선되어야 할 부분들을 정신질환자의 입원절차와 정신보건시설의 개방화, 정신질환자의 삶의 질 및 사회대중의 안전 등의 측면에서 정리하여 제시하였다.

1. 정신보건의 변화과정

1) 정신질환과 정신보건의 역사적 변화

정신보건의 역사, 즉 정신질환자에 대한 사회적 대우와 접근의 역사는 정신질환¹⁾의 질병관에 의해 규정된다. 정신질환의 질병관은 의학, 더 나아가 과학의 패러다임속에서 정신질환을 어떻게 볼 것인가에 의해 결정되고, 이는 더 나

아가 그 시대와 사회의 사회경제적 발전단계에 의해 영향을 받는다. 자연에 의해 무력하게 영향을 받으며 살아가는 농경사회에서는 정신질환에 대해서 초자연적인 현상으로 이해했다. 노동생산성이 떨어지는 정신질환의 특성상 부정적인 질병관은 사탄과 마귀의 역사로 해석되었고, 이에 따라 정신질환에 대한 사회의 대응도 종교적 치료가 주를 이루었다. 종교적 도그마가 지배하던 서구 중세와 같은 시대에서는 정신질

환자에 대해 혹독한 종교적 탄압으로 대응했다.

기술 발전과 함께 생산성이 증대된 산업사회에서는 종교적 세계관이 세속적인 세계관으로 전환되고, 진화론과 유전론과 같은 과학적 패러다임이 사회를 지배하기 시작하였다. 이에 따라 정신질환에 대한 질병관도 악마의 역사에서 질병으로 이해되기 시작하여 쇠사슬에서 정신질환자를 해방시키는 1차적인 발전이 있었다. 그러나 기계적 유물론, 유전론과 우생학적 진화론이 결합하면서 정신질환은 치료되지 않고, 유전되며, 열등한 질병으로 규정되었다. 또한 지역 사회와 가족의 지지체계에서 벗어나 산업화된 도시속에서 도시민민과 섞여서 살거나 부랑생활을 하게 된 정신질환자들은 일반 대중과 물리적으로 가까워지면서 폭력적이고 전염병을 옮기는 사회적 위험인이라는 낙인까지 덧붙여졌다. 결국 산업사회에서는 정신질환의 폭력성, 유전되는 불치병 환자로서의 낙인은 정신질환자로부터 사회를 방어하는 사회방위적 접근과 열등한 자손을 퍼뜨리지 못하게 하는 우생학적 접근이 결합해 시설 수용의 역사를 시작한다. 수용된 시설은 대체로 종교시설부터 시작하여 사회복지시설 형태를 거쳐 정신병원이라는 형태로 변화하였다.

20세기 중반에 이르러 의학의 발달로 정신질환의 생물학적 원인이 점차 규명되면서 환청이나 망상과 같은 정신병적 증상에 대한 조절이 가능한 약물이 개발되었다. 이 과정에서 정신질환의 질병관은 기계론적 유전론에서 벗어나 유전적, 생물학적 요소와 함께 환경의 중요성도

동시에 고려되기 시작하였다. 또한 복지국가개념의 도입과 인권의식 제고는 정신질환자의 인권에 대해서도 관심을 갖게 되었다. 이로 인해 후기 산업사회에서는 정신질환의 질병관은 정신질환이 뇌의 질병이며, 완치는 어렵다 하더라도 적절한 약물치료와 환경제공으로 관리가 가능한 만성질환이라는 것이다. 물론, 일부 정신질환자는 여전히 난치성 정신질환으로 장기간 병원에 입원되어 있어야 하나, 많은 정신질환자는 적절한 기간동안의 입원치료후 퇴원하여 적절한 약물치료와 재활치료를 받으면 어느 정도의 사회통합이 가능하다는 것이다. 이로 인해 지역사회내에서 가정과 가까운 곳에서 정신보건서비스를 제공하는 '지역사회정신보건' 체계가 시작되었다. 또한 자발적 치료를 거부하는 정신질환의 특성상 조기발견을 통해 조기에 치료체계에 편입시킴으로써 치료효과를 높이고, 지역사회내 정신질환에 대한 농경사회나 산업 사회적 편견을 감소시키기 위한 정신보건사업을 수행하고자 일정 인구마다 정신보건센터를 설치운영하기 시작한다. 이 과정에서 대형 정신병원을 축소하고, 상당수 정신병원내 입원환자를 지역사회로 퇴원시켜 거주시설에 거주하면서 정신보건센터를 통해 관리하게 되었다.

비교적 급격히 진행된 지역사회정신보건의 정신보건체계 변화는 많은 유럽국가에서의 성공과 달리 미국에서는 정신병원의 축소과정에서 퇴원한 정신질환자중 상당수가 치료체계에 이탈하여 노숙인이 되거나 마약 등 각종 범죄와 관련되어 교정시설에 수용되면서 일면 실

1) 정신보건 역사를 기술하고 있는 본 장에서의 '정신질환'은 주로 정신분열병이나 조울증과 같은 만성 중증 정신병(chronic severe mental illness)을 의미하나 본장의 일부 문장과 다른 장에서는 신경증, 알코올중독, 정신지체, 치매, 아동기 정신질환 등을 포함한 국제질병분류체계(ICD-10)에서의 모든 정신질환은 물론, 간질이나 자살과 같은 관련된 정신건강문제를 포함하여 광의로 사용되기도 함.

패했다는 지적도 받고 있다.

우리나라가 정신보건법 등 대부분의 정신질환 관련 법제도를 답습한 일본의 경우는 대부분의 서구 선진국과 달리 인구밀도가 높고, 정신질환 등 다양성에 대한 사회적 포용도가 낮아 입원된 정신질환자의 적극적인 탈원화를 통한 지역사회정신보건체계로의 전환이 서구 선진국보다 느린 편이다. 또한 정신병상의 대부분이 민간부문이라 직접적인 정신병상 축소정책이 어려운 환경이다. 이로 인해 인구당 정신병상수가 우리나라의 2.5배정도에 이르고 있는데, 이는 서구 선진국이 산업사회적 정신보건체계에서 정신병상이 가장 많았던 수준이다. 일본 역시 그 정점을 지나 서구 선진국의 변화과정을 답습하며, 최근 10년간 정신병상수가 서서히 감소하고 있다. 그러나 일본은 서구 선진국과 달리 민간부문이 대부분인 정신병상을 직접적으로 축소시키지는 못하고, 외래와 낮병원 치료수가 입원치료에 비해 상대적으로 인상하는 등 정신의료서비스 수가구조를 개혁하며 정신병상과 재원기간을 감소시키고 있다.

2) 우리나라 정신보건의 변화

1970년대까지 우리나라에서는 농경사회에서 흔히 보이는 정신질환에 대한 질병관을 갖고 있었다. 다소의 미신적인 질병관이 있었으나 씨족사회가 발전한 대가족제도의 농촌형 지역사회에서 정신질환자는 사회속에서 비교적 통합되어 살아가고 있었다. 특히 농사일은 노동의

특성상 공간적·시간적 제약이 적어 정신질환자가 수행하기에는 큰 어려움이 없었고, 이로 인해 기본적인 생산성을 소유한 노동력으로 활용되면서 살아갈 수 있었다. 정신질환으로 인한 가족의 부담은 대가족제도하의 많은 가족구성원이 공동으로 흡수되었고, 평균수명도 짧은 편이어서 일부 부랑인이 있었지만 정신질환이 사회적 부담이나 사회적 문제로 발전하지 않는 편이었다.

그러나 1970년대에 들어서 우리나라는 몇 십년간의 짧은 기간에 선진외국에서 몇 세기동안 경험했던 사회경제적 변화를 압축적으로 경험하면서 짧은 기간동안 농경사회에서 자본주의적 산업사회로 전환되었다. 이에 따라 우리나라는 광범위한 변화가 사회의 전 분야에서 빠르게 일어나게 되었다. 산업화와 도시화가 빠른 속도로 일어나면서 전통적인 가족형태인 대가족제도가 붕괴되면서 빠른 속도로 핵가족화가 진행되었다. 이에 따라 정신질환자에 대한 가족의 역할과 부양기능이 점차로 축소되기 시작하였고, 공업화와 함께 진행된 도시화는 인구의 이동성을 증가시키면서 전통적 지역사회의 공동체적 기반을 약화시키면서 정신질환자에 대한 지역사회의 태도에도 변화를 맞게 되었다.

산업화의 진행은 정신질환자가 참여할 수 있는 생산 활동의 범위를 급속히 감소시켰고, 이에 따라 정신질환자들의 생산성(지역사회와 가족 내에서의 경제적 효용성)이 감소하면서 정신질환자는 사회와 가족의 '더 무거운 짐'으로 여겨지기 시작하였다. 또한 도시화로 인한 거주지

역의 인구밀도 증가는 정신질환자의 물리적 위험성에 대해 더 민감하게 되었다. 사적·공적 지지체계에서 유리되어 적절한 치료와 기초적인 생활보장 없이 방치된 일부 정신질환자가 폭력이나 범죄에 연루되었지만, 실제 빈도보다 더욱 과장되어 매스 미디어에 보도되면서 정신질환자는 위험하다는 사회적 편견이 심화되었고, 이는 다시 정신질환자의 기본적 삶의 토대를 약화시켜가면서 악순환의 고리를 형성했다. 특히 농촌 경제의 피폐와 함께 동반된 이농현상과 함께 형성된 도시화는 좁은 공간에 많은 빈민을 거주하게 하였는데, 도시속에서 정신질환자는 기본적인 가족과 사회지지체계의 약화로 적절한 치료와 보호를 받지 못하고 가정폭력이나 범죄 등 사회적 문제에 휘말리게 되면서 정신질환자의 폭력성 또는 범죄성이 강조되는 사회방위적 시각을 낳게 되었다. 이는 많은 선진국에서 산업혁명이후 20세기 중반까지 겪었던 초기 산업사회에서 겪었던 현상을 압축적으로 반복한 것이 되었다.

그 동안 전통적인 가족제도와 지역사회가 흡수하던 정신보건 서비스에 대한 수요가 사회로 표출되기 시작했으나 체계적인 정신보건서비스 체계 미비와 정신병상의 부족, 의료보장제도 및 시설보호제도의 미비는 지역사회에서 격리된 미인가시설로 하여금 정신질환자 관리를 담당하도록 하였다. 1970년대 과학과 인본주의를 포용하지 못한 채 우리나라의 전통적인 미신적 요소와 자본주의적 물신숭배 요소를 적극적으로 융합해가면서 양적 성장을 하던 일부 기독교

와 몇몇 종교가 정신질환자의 격리적 수용이라는 사회적 필요와 만나게 되면서 정신질환자를 수용하는 소위 무허가기도원이 탄생하게 되었다. 즉, 전부는 아니더라도 대규모로 정신질환자를 격리수용한 대부분의 기도원은 정신질환자들의 인권을 대가로 경제적 이득을 취하고자 하는 사업이, 과학을 비종교적이라고 배척하는 근본주의적 종교의 탈을 쓰면서 탄생하였다고 할 수 있다.

결국 미인가시설에서의 비치료적이며, 비인권적인 정신질환자 관리가 만연하였고, 미인가 시설에서 격리되며, 인권침해를 받았던 정신질환자가 탈출하여 제보가 방영된 KBS TV의 '추적 60분'을 통해 비참한 기도원의 실상이 사회의 관심을 받게 되었다. 국가는 더 이상 정신질환자를 최소한의 인권보장도 없는 상태에서 방치할 수 없었고, 선진국에서 16세기 이후 종교적 도그마와 쇠사슬에서 정신질환자를 해방하면서 취했던 종교모델과 초기 산업사회에서의 비의료적 수용모델에서 의료적 수용모델로의 전환정책을 택하게 되었다. 즉, 정신질환을 종교적 문제나 단순 수용의 대상에서 치료의 대상으로 보면서 최소한의 인권과 치료가 보장이 되는 정신병원과 정신요양시설 제도를 확대하여 추진하게 된 것이다. 정신병상 확대정책은 생활보호제도(의료급여제도) 및 시설보호제도(정신요양시설 및 부랑인시설 등의 사회복지시설 운영)의 확충과 맞물리면서 급속히 진행되었다. 이 과정에서 단순 방치나 단순 수용에서 정신요양시설과 정신병원 입원으로 전환되었으나 정

신질환자를 위협한 잠재적 범죄자로 보면서 격리하는 사회방위적 시각은 확대 재생산되었다.

1980년대 중반이후 2000년대에 이르기까지 지속된 정신병상 확대정책은 많은 대형 정신병원과 정신요양시설을 탄생시켰고, 부랑인시설의 정신질환자 수용을 증가시켰다. 이에 따라 우리나라의 정신보건서비스 체계를 장기입원과 수용위주의 서비스 체계로 만들면서 우리나라는 서구 선진국의 산업사회적 특성에 맞는 정신보건체계의 정점에 다다르게 되었다. 그러나 가족의 지지체계가 어느 정도 남아 있는 우리나라는 서구 선진국의 산업사회적 정신보건체계의 정점에서의 정신병상수의 1/2에서 1/3 정도 수준에 있다. 또한 최근 지역사회정신보건사업의 확대를 추진하고 있기 때문에 서구 선진국이나 일본보다는 그 정신병상수의 정점이 낮을 것으로 보인다. 다만, 우리나라 가족의 지지체계가 급속히 약화되고 노인인구의 증가나 출산율 저하의 속도가 세계에서 가장 빠른 것을 고려하면, 지역사회정신보건 서비스의 확대에도 불구하고, 5년에서 10년까지는 정신병상수가 지속적으로 증가할 것으로 보인다.

1995년 강제입원에 대한 법적 절차를 규정하고, 정신질환의 인권을 개선하며, 지역사회정신보건의 확대를 취지로 정신보건법이 제정되었다. 지역사회정신보건을 위한 정신보건법의 실질적 지원은 미흡했으나 정신보건법 제정을 기점으로 해서 잠재되었던 정신질환자와 가족의 정신질환자 재활과 사회통합에 대한 욕구가 분출되고, 한국정신사회재활협회나 정신보건센

터 등에서 실시한 가족교육과 대한정신보건가족협회 운영 등을 통해 정신보건서비스 소비자 환자와 가족들의 의식변화가 진행되었다. 또한 정부의 노력과 정신보건센터 등을 통한 지역사회 내에서의 대국민 홍보를 계기로 지역사회정신보건사업에 대한 일반국민과 공무원의 인식의 폭이 넓어지게 되었다. 지역사회정신보건서비스에 대한 투자도 적게나마 시작되었고, 서울과 경기지역을 중심으로 지역사회정신보건서비스를 제공하는 인프라가 구축되고 전국으로 확대되기 시작하였다. 그러나 아직 전체 정신보건체계에 큰 영향을 줄 정도로 지역사회정신보건서비스 중심의 구조조정이 일어난 것은 아니라고 할 수 있다.

일반적으로 사회경제 문명(하부구조)이 먼저 변화하고, 이에 따라 정신 문화(상부구조)가 시간을 두고 따라간다. 앞서 언급되었듯이, 서구 선진국이 몇 세기에 걸쳐 일어난 농경사회에서 후기산업사회(정보사회)로의 변화가 30년 사이에 압축적으로 일어나는 우리나라에서 황적으로 보면, 동시대에 농경사회적 특성과 산업사회적 특성, 후기산업사회적 특성이 지역적 편차를 두고 공존하며, 농경사회, 산업사회와 후기산업사회의 각 시대의 사회적 문제를 한꺼번에 떠안고 있다고도 할 수 있다. 종적으로 보면, 점차 후기산업사회로 변화하고 있으나 더 빨리 변화하는 사회경제적 문명과 이를 따라가는 정신적 문화의 괴리가 서구 선진국보다 크다.

정신질환에 대해서도 마찬가지다. 황적으로는, 정신질환에 대한 질병관이 농경사회의 초자

연적인 질병관과 산업사회의 사회방위적 질병관, 후기산업사회의 과학적 질병관이 공존하고 있고, 이에 따라 정신질환에 대응하는 정신보건체계도 점이나 굵과 같은 농경사회적 대응방식과 미인가시설, 정신요양시설, 정신병원과 같은 산업사회적 대응방식, 대학병원의 정신과나 정신보건센터와 같은 후기산업사회적 대응방식이 공존한다. 이에 따라 정신요양시설과 정신병원 등 수용과 격리위주의 정신보건서비스가 가장 큰 비중을 차지하고 있으나 서울과 경기도, 대도시를 중심으로 정신과 외래치료, 대학병원 정신과, 정신보건센터가 입지를 넓혀가고 있는 상황이다. 물론, 농촌지역에는 아직도 초자연적인 질병관과 이에 맞는 종교적인 치료가 행해지고 있다. 종적으로는, 정신질환의 질병관은 사회방위적 질병관이 주류를 차지하고 있으며, 서울과 경기도 등 좀 더 앞선 지역이나 중상층 계층에서 과학적 질병관으로 조금 더 빨리 변화하고 있는 상황이다.

그러나 전반적으로 정신질환의 질병관과 정신보건체계의 변화는 일반적인 사회경제적 변화나 이에 따른 정신문화적 변화보다 10년에서 20년 정도의 시간적 차이를 두고 따라가고 있다. 대부분의 국민이 갖고 있는 정신질환에 대한 사회방위적 질병관(후기 산업사회적 시각에서 보면, 사회적 편견)과 이에 맞는 장기입원중심의 정신보건체계는 진취적인 후기산업사회적 의식구조(상부구조)를 갖고 있는 사람들에게는 당장 개혁해야 할 후진적인 체계인 것이다.

2. 우리나라 정신보건법의 특성과 개선점

1) 우리나라 정신보건법의 개요

우리나라 정신보건법은 1995년 제정되어 몇 차례의 개정을 거쳐 오늘에 이르고 있는데, 현재에도 개정안이 정부안과 의원안이 국회 상임위에서 계류중이며, 개정가능성이 높다. 우리나라 정신보건법은 일본의 정신보건법을 80~90% 정도 번역하다시피 하여 제정되었지만, 개정과정에서는 정신보건정책을 추진하고 정신보건법 운용상의 문제점을 해결하는 과정에서 자체적인 필요에 의해 개정되었다.

총 6장 59조 및 부칙으로 구성되어 있는 정신보건법은 제1장 '총칙'은 정신보건법의 목적과 기본이념, 용어의 정의, 국가 및 국민의 의무 등을 규정하고 있다. 제2장 '정신보건시설'은 각종 정신보건시설의 설립 및 폐지 등을 규정하고 있다. 제3장 '보호 및 치료'는 정신질환자의 입원과 관련된 법적 요건과 절차를 규정하고 있다. 제4장 '퇴원의 청구 및 심사'는 정신질환자의 퇴원 및 퇴원청구와 관련된 정신보건심판위원회의 운영에 대해 규정하고 있다. 제5장 '권익보호 및 지원등'에서는 정신질환자의 인권보호와 권익신장을 위한 지원 관련 규정이 있다. 마지막으로 제6장 '벌칙'에서는 앞선 법규정에 대한 벌칙 조항이 제시되고 있다.

우리나라 정신보건법은 대부분의 국가의 정신보건법과 같이 헌법이 보장하는 인권이 정신

질환자에게도 적용될 수 있도록 하는 조항과 타인과 사회일반대중의 인권을 보장하기 위해 정신질환자의 인권을 법적 절차에 의해 제한하는 절차를 규정하는 조항이 모두 있는 법이라고 할 수 있다. 즉, 정신질환자의 인권이 정신질환의 특성으로 인해 유린되기 쉽다는 점과 정신질환의 특성상 적절한 치료를 거부하고, 이로 인해 사회 공중에게 위해를 끼침으로써 다른 사람들의 인권을 침해할 수 있다는 양면성을 고려하여 대부분의 인권보장국가에서는 정신보건법을 제정하여, 정신질환자의 인권보호 및 차별금지 와 정신질환자의 신체의 자유 등 권리 제한에 대한 규정을 제도화하고 있는 것이다.

우리나라 정신보건법의 전체적인 성격은 대체로 정신질환에 대한 산업사회의 사회방위적 질병관에서 후기산업사회의 과학적 질병관으로 이행하는 과도기적 성격의 법이라고 할 수 있다. 기존의 장기입원 중심의 산업사회적 정신보건체제에서 지역사회정신보건으로의 전환을 지향하고 지역사회정신보건체제 구축, 개방적 치료를 통한 인권과 권익보호 등을 규정하고 있으나 실질적인 행정적 부담과 예산이 뒷받침이 되지 않은 선언적인 수준에 머물러 있는 조항이 많기 때문이다.

2) 정신보건법의 주요 쟁점 및 개선안

정신보건법에서 입원 환자는 가능한 자발적인 입원이 권장되고, 본인의사에 반하는 입원은 자신 및 타인을 해할 위험이 있는 경우로 그 기

준을 제한하며, 응급입원을 제외하고 보호의무자의 동의와 정신과전문의의 진단에 의해서 입원이 되거나 입원이 연장되도록 하고 있다. 이는 정신보건법 제정 이전 무인가시설이나 정신요양시설에서 법적 절차 없이 정신질환자가 수용되는 상황의 개선을 위해 도입된 제도이다.

정신질환자 강제입원에 있어서 보호의무자의 주도적 권한과 정신과전문의의 최종 결정 권한은 우리나라 정신보건법의 특성인데, 이는 일본의 제도를 답습한 결과이다. 대부분의 동남아시아 국가가 가족에게 정신질환자의 강제입원에 주도적 권한을 주고, 대신 정신장애인에 대한 부양의무를 부과하고 있다. 서구 선진국은 가족의 강제입원 주도 권한을 회수하면서 성인 정신장애인의 부양의무와 치료비를 사회가 전적으로 담당하고 있다. 즉, 정신장애인의 재산과 소득이 없으면, 백만장자 부모라도 부양의무와 치료비 지급의무가 없고, 대신 강제입원에 대한 권한도 없는 실정이어서 정신질환자에 대한 가족(보호의무자)의 강제입원 권한은 부양의무와 맞물려 있는 상황이다.

정신과전문의의 입원 결정에 있어서의 최종 권한도 서구 선진국은 정신질환자가 강제입원될 경우 대체적으로 24시간내지 72시간내에 지역 판사가 정신의료기관을 방문하여 정신과의사의 의견을 듣고 환자를 면담한 뒤 입원여부를 판단한다. 일정 기간이 지난 후에 입원 연장 여부도 같은 방식으로 한다.

부모 가족간의 부양의무로 표현되는 가족제도는 가족제도 전통의 유지를 위해서 뿐 아니라

가족 부담이 사회 부담화되는 과정의 비용(세금) 상승을 막고자 하는 목적도 있다. 또한 정신과전문의의 최종 판단으로 정신질환자의 강제입원을 결정하는 것은 정신장애인의 인권과 막대한 사법적 비용을 맞바꾸고 있다고도 할 수 있다.

서구 선진국처럼 부모 자식간의 부양의무도 보편적으로 적용할 수 없는 사회분위기가 되면, 우리나라도 정신보건법에서 가족에 의해 강제입원이 주도되는 정신보건법이 개정될 수 있을 것이며, 사법 서비스가 대중화되는 시점에 서구와 같이 정신질환자의 강제입원의 최종 권한이 사법기관에 의해 결정되는 방향으로 개선되어야 할 것으로 보이나 그 이전이라도 정신보건법의 법적 절차라도 준수하도록 하고, 다음의 사항에 대해 점진적인 개선을 추진할 수 있을 것이다.

(1) 보호의무자 범위의 축소

<법 제21조제1항: 정신질환자의 민법상의 부양의무자 또는 후견인은 정신질환자의 보호의무자가 된다>

민법상 부양의무자로 되어 있는 보호의무자의 범위를 축소하는 것이다.

1안으로는 부양의무자인 보호의무자가 없는 경우 시군구청장이 보호의무자를 대신하도록 되어 있는 조항을 삭제하고 시도지사에 의한 입원으로 통합하는 안이다. 물론, 종합병원과 국립의료기관으로 제한된 입원기관과 6개월로

되어 있는 입원기간의 제한은 보호의무자에 의한 입원과 동일하게 제한을 해제하는 것이 현실에 맞을 것이다. 또한 시도지사에 의한 입원시 의료급여환자나 행려환자가 아닌 환자에 대해 치료비중 본인부담금을 국가에서 지원하는 제도적 보완이 필요하다.

2안은 1안에 덧붙여 추진할 수도 있는데, 보호의무자의 범위에서 생계를 같이 하는 방계혈족을 제외하는 것이다. 직계혈족과 배우자만 가능하도록 하는 안이다. 3안은 1안과 2안과 동시에 할 수 있는데, 직계혈족이나 배우자도 생계를 같이 하는 경우로 제한하는 것이다. 4안은 보호의무자에 의한 입원을 폐지하여 서구 선진국과 유사한 수준으로 개정하는 안이다.

(2) 보호의무자의 우선순위에 대한 법의 미비사항 보완

<법 제21조제2항: 보호의무자 사이의 보호의무의 순위는 부양의무자, 후견인의 순위에 의하며 부양의무자가 2인 이상인 경우에는 민법 제976조의 규정에 따른다>

여러 명의 보호의무자의 의견이 다를 때 누가 우선순위를 갖게 할 것인가는 민법상의 규정에 따르도록 되어 있으나 명확하지 않고 구체적인 지침이 없어 일선에서 혼란이 종종 발생한다. 입원과정에서는 차순위자만 동행했더라도 입원절차는 진행할 수 있으나 추후 선순위자가 의견을 달리하고 퇴원을 요구하거나 차순위자의 퇴원요구를 반대할 경우 선순위자의 의견을 우

선 고려하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

(3) 정신과전문의의 권한 축소

<법 제24조제1항: 정신의료기관의 장은 정신 질환자의 보호의무자의 동의가 있을 때에는 정신과전문의가 입원이 필요하다고 진단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원시킬 수 있으며, ...>

정신과전문의가 정신질환자 입원과정에서 너무 많은 권한이 있다는 비판이 있으며, 이는 일면 타당한 비판이다. 우리나라와 유사한 제도와 문화를 갖고 있는 일본을 제외한 선진국에서는 정신과전문의의 권한이 의료적 판단에 국한되어 있고, 응급상황에서의 입원 이후 입원연장 또는 퇴원여부는 정신과전문의의 의료적 판단을 참고해서 사법체계에서 결정하는 경우가 많다. 사법체계의 사회적 비용이 막대한 우리나라에서 현행 제도는 비용을 최대한 절감하는 제도라고 할 수 있다. 사회적 비용을 더 투입하고자 하는 사회적 합의가 있다면, 개선이 가능한 부분이다.

이에 대한 개선책을 3단계로 살펴보면 다음과 같다. 1안으로는 2주일의 입원기간 후 다른 정신과전문의의 입원이 필요하다는 진단이 추가되어야 연장되도록 하는 것이다. 이 경우 다른 정신과전문의는 국공립의료기관에 근무하는 정신과전문의가 담당하고, 관련 비용도 국공립의료기관이나 국가에서 부담하는 것이 바람직하다. 2안으로는 현행 6개월마다 하도록 되어

있는 정신보건심판위원회의 계속입원심사 청구기간을 3개월로 단축하는 것이다. 그러나 현재에도 월 700~800건을 서류로 심사하며 내실 있는 심사가 되지 않고 있는 몇몇 시도에서는 심사가 더욱 부실화할 가능성이 높다. 3안으로는 서구 선진국처럼 입원 후 일정시간내 지역판사가 병원을 방문해서 간이법정을 열고 정신과 의사의 소견과 환자의 의견을 청취하고 계속입원 여부를 판정하는 것이다. 현재의 정신질환자의 입원건수를 고려해 추가되어야 할 판사의 인력과 이를 행정적으로 뒷받침하는 예산 및 인력의 충원이 필요할 것이다.

(4) 정신보건심판위원회의 운영 개선

<법 제27조제2항: 제31조, 제35조 및 제36조의 규정에 의한 심사를 하기 위하여 중앙 및 지방정신보건심위원회 안에 정신보건심판위원회를 둔다.>

정신질환자의 계속입원여부와 퇴원 및 처우 개선 청구를 심사하기 위해 시도마다 설치된 정신보건심판위원회는 앞서 언급되었듯이 심사건수에 비해 심판위원회의 심사여력이 부족하여 내실 있는 심사가 어려운 시도가 많다. 일본처럼 시도에 2개 이상의 심판위원회를 두고 권역별로 활동하는 방안을 1차적으로 고려할 수 있을 것이다. 인권위원회에서 권고하여 보건복지부 정부개정안에 포함된 시군구별 설치안은 심판위원회에 포함된 법조인과 대학교수 등 심판위원을 시군구별로 위촉하기가 어렵고, 정신

병원이나 정신요양시설의 소재에 따라 심사건수의 편차도 심해 문제가 많은 개선안이라고 할 수 있다. 마지막으로 일본이 쓰고 있는 방법인면서 현실적으로 우리나라에서도 효과적이면 서도 가능한 방법이 현재 서울시에서 시행하고 있는 방법이다. 광역정신보건센터를 설치운영하면서 주요 기능에 심판위원회를 지원하도록 하는 것이다. 심층 심사가 필요한 환자에 대해 심판위원회 개최 이전에 정신보건센터 정신보건사업요원이 병원과 시설을 방문하여 미리 면담을 하고 그 보고서를 심판위원회에 제출함으로써 내실 있는 심사가 되도록 하는 안이다.

(5) 자의입원 제도 개선

<법 제23조제2항: 정신의료기관의 장은 제1항의 규정에 의하여 입원한 환자로부터 퇴원신청이 있는 경우에는 지체없이 퇴원시켜야 한다>

우리나라 정신보건법에서도 자발적 입원은 권장되고 있으나 현실에서 보호의무자와 병원의 기피로 활성화되고 있지 못하고 있다. 이로 인해 일본의 자의입원비율이 60%를 차지하고 있는데 반해 우리나라의 자의입원율은 10%에 불과하다. 이는 여러 가지 이유가 있겠으나 우리나라의 자의입원제도는 일본이나 서구 선진국과 달리 자의입원환자가 퇴원을 원하면 언제든지 퇴원시켜야 하기 때문으로 보인다. 대부분의 환자가 입원 후 불편함과 갑갑함, 생경한 환경에의 적응 등으로 자발적으로 입원해도 곧바로 퇴원하고 싶은 것이 현실인데, 보호의무자와

의 상의없이 퇴원하는 것은 치료목적을 달성하지 못하는 경우가 많아 보호의무자가 꺼리게 된다. 특히 자해나 타해의 위험이 아주 높아도 자의입원환자의 퇴원은 막을 수 없다. 치료비 정산없이 환자가 퇴원하게 되는 것과 하루이틀 입원 후 퇴원할 경우라도 수많은 의무기록을 작성해야 하는 의사, 간호사의 불편도 병원 입장에서는 자의입원을 꺼리는 현실적인 이유가 되고 있다.

일본과 서구 선진국에서는 자의입원환자도 자해나 타해의 위험이 있을 경우 72시간내에 보호의무자의 동의를 얻거나 시도지사의 결정에 따라 퇴원을 보류할 수 있도록 되어 있다. 물론, 환자가 불복할 경우 청구에 따라 심판위원회나 지역판사의 심사를 받을 수 있다. 심판위원회의 내실 있는 심사제도의 보완과 함께 우리나라 자의입원제도의 개선이 있으면, 보다 많은 환자가 자의로 입원하여, 환자의 자기결정권이 실질적으로 확대되는 효과를 기대할 수 있을 것이다.

(6) 무연고 정신질환자의 입원관련 제도의 개선

<법 제21조제3항: 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 시장·군수 또는 구청장이 그 보호의무자가 된다>

정신질환자 입원과 관련하여 가장 어려운 문제 중 하나가 무연고자 문제이다. 현 제도하에서

는 무연고자의 퇴원은 매우 어렵게 되어 있다. 인수가 없는 상태에서 퇴원시켰을 경우 발생하는 다양한 안전사고의 가능성에 대해 의료기관이나 시설은 부담감이 있는 것이 사실이다. 환자의 적절한 외래치료는 물론 환자를 위해 헌신적으로 돌볼 수 있는 가족과 주거지 보유 여부와 생존에 필요한 경제적 능력, 이에 따라 외래치료 중단 가능성에 차이가 큰 경우는 퇴원을 할 정도의 질병 수준에도 큰 차이가 있게 된다. 가족의 지지체계가 전무한 무연고자는 증상개선 정도와 사회적 기능은 물론, 지속적인 치료의 지 및 병식이 아주 높아야 퇴원후 안전하고 생산적인 삶의 영위가 가능하나 현행 정신보건법상 보호의무자로 되어 있는 시군구청장이 아무런 역할을 하고 있지 않기 때문에 장기입원의 이유가 된다.

이를 개선하기 위해서는 무연고자의 퇴원이 무작정의 퇴원이 아니고, 시군구청장이 인수하도록 하면서 시군구청장이 명목상이 아닌 실질적인 보호의무자 역할을 할 수 있도록 제도의 보완이 필요하다. 이렇게 되면, 퇴원한 무연고자를 위해서 시군구청장이 더 많은 단기입소시설을 설치하도록 하고, 더 나아가 시군구에서 무연고환자가 발생하지 않게 하기 위하여 평소에 정신질환자가 치료를 중단하며 가족을 힘들게 하거나 방치되어 행려환자가 되지 않도록 노력하게 될 것이다. 또 다른 문제중 하나는 무연고환자의 퇴원후 치료중단으로 인한 높은 재발률이다. 이를 낮추기 위해 퇴원후 지역사회에서 기초생활수급권자(의료급여대상자)가 되는 데

필요한 기간(2주~4주) 동안 약물치료가 중단되지 않도록 퇴원후 의료급여혜택을 한시적으로 주어야 한다.

중장기적으로는 성인후견인제도를 도입하여 서구 선진국과 같이 정신보건센터의 정신보건사업요원이 성인후견인 역할을 수행하며, 시군구청장의 보호의무자 역할을 위임받아 돌볼 수 있도록 하는 것이 필요하다.

(7) 미인가시설 수용 정신질환자 해결

<법 제43조: 누구든지 이 법 또는 다른 법령에 의하여 정신질환자를 의료보호할 수 있는 시설외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니된다>

가장 큰 인권의 사각지대이면서, 가장 무시되고 있는 정신장애인의 인권과 권익은 미인가시설내 수용된 정신장애인이다. 미인가시설은 정신질환인지도 분명치 않고, 입원시키는 사람이 보호의무자가 실제로 맞는지 확인도 없고, 계속 입원심사제도도 없다. 종교시설이라는 주장하에 정기적인 공무원의 지도감독도 없고, 평가제도도 없다. 정신장애인이 시설내에서 구타를 당하거나 굶어도 외부에서 알 길이 없고, 심지어 사망해도 불법적으로 처리되기도 한다. 국가인권위원회도 미인가시설은 관리대상시설이 아니기 때문에 사각지대이다.

정신질환자가 수용된 미인가시설이 아직도 전국적으로 매우 많지만, 이에 대한 체계적인 조사나 지도 감독은 거의 없었다. 복지부가 추

진하는 미인가시설의 법정시설화 시책을 통해 일부 시설이 제도권으로 들어오기도 하고, 일부는 여기에서 제외되고 있다. 과거 미인가시설을 대대적으로 정신요양시설로 양성화한 뒤 겪었던 정신장애인 인권 침해 역사를 고려할 때 미인가시설 양성화는 정신장애인 수용시설에 대해서는 예외가 되어야 한다. 폐쇄적으로 운영한 미인가시설은 오랜기간 정신보건법을 위반하며, 심각한 위법행위와 인권침해를 하면서 유지되어 왔기 때문에 양성화되어서는 안된다. 그런 시설 운영관행은 양성화된 뒤에도 계속될 가능성이 높기 때문이다. 따라서 개방적으로 운영되었던 일부 미인가시설을 제외하고는 정신장애인 수용 미인가시설은 모두 폐쇄되어야 한다.

(8) 병원내 개방적 환경유지와 신체의 자유

<법 제45조: ①정신의료기관의 장은 정신질환자에 대하여 의료를 위하여 필요한 경우에 한하여 통신의 자유, 면회의 자유 기타 대통령령이 정하는 행동의 자유를 제한할 수 있다. ②정신의료기관의 장이 제1항의 행동을 제한하는 경우에는 최소한의 범위에서 이를 행하여야 하며 그 이유를 진료기록부에 기재하여야 한다>

정신보건법에서는 가능한 개방적인 환경을 유지하고, 환자의 격리는 최소한으로 줄이고, 치료나 보호 목적이외에는 격리를 금지하고 있다. 자해 및 타해 위험이 현저히 높은 경우 최소한의 격리와 강박을 하되, 그 절차를 자세히 규정하고 있다. 최근 국가인권위원회의 권고에 따

라 보건복지부에서는 보다 강화된 강박 격리 규정을 정신보건법에 두고자 개정중이다.

정신의료기관이나 정신요양시설, 부랑인시설 등의 장기입원입소시설에는 가능한 한 개방적인 환경에서 정신질환자들이 생활할 수 있도록 하여야 한다. 어느 정도의 정신과적 증상이 남아 있는 정신질환자를 개방적 환경에서 생활하도록 할 경우에는 개방적 환경에서 생활이 가능한지 여부 판단을 위해 자해나 타해의 가능성에 대한 정확한 평가가 수시로 가능해야 하며, 이를 위해서는 오히려 개방병동이 폐쇄병동보다 전문적인 인력이 더 많이 필요한 실정이다. 그러나 현재 이에 대한 건강보험이나 의료급여, 정신요양시설의 재정적 배려는 없는 편이다.

자살이나 타해 등의 가능성에 대한 완벽한 정신질환자의 평가는 현실적으로 불가능하다. 이런 한계속에서 치료환경을 보다 개방적으로 운영하게 되면 확률적으로 일정수준의 안전사고는 발생하기 마련이다. 그러나 이러한 안전사고가 발생했을 경우 그간의 법원의 판례는 안전사고에 대한 의료기관이나 시설의 책임을 무겁게 물어왔으며, 보다 엄격한 환자관리를 주문해왔다. 환자의 자살이나 타해로 인한 의료분쟁이 발생할 경우 의료기관이나 시설이 부담하는 배상금이나 보상금의 빈도가 많아지고 액수가 점점 더 커지는 현실에서 제도적인 국가의 뒷받침이 없는 한 시설의 개방화는 획기적으로 개선될 가능성은 없어 보인다.

최근 발생한 정신의료기관에서 발생한 방화 사건은 방화 화재는 화재보험에서 보상을 해주

지 않게 된다. 방화사건은 화재보험에서 보상도 안 되는 실정이라 사상자가 여러명 발생하는 대형사고시 피해자와 피해보상에 대한 합의를 하지 못한 운영자는 파산하고 구속된다. 화장실에서 발생한 자살사건으로 인한 의료분쟁 재판에서는 주의의무를 소홀히 한 의료기관에 거액의 배상금을 판결했고, 그 병원은 화장실에 CCTV를 설치한 사건은 국가 인권위원회에서 사생활 침해를 이유로 요구하는 CCTV 폐쇄와 사고방지를 위한 현실사이의 고민을 보여주고 있는 또 하나의 사례가 된다.

따라서 전염병 예방법에서 공익을 위한 예방접종이 불가피한 피해에 대해 국가가 보상을 해주듯이 정신질환자의 인권신장을 위해 활성화된 개방병동이나 낮병동에서의 안전사고, 조기 퇴원 이후 발생하는 안전사고에 대해서는 의료기관이나 시설보다는 국가가 공동으로 책임을 지는 제도적 뒷받침이 없을 경우 현실적인 개방과 시설과 의료기관 내에서의 자유가 쉽게 증대될 것 같지 않다.

(9) 정신질환자의 삶의 질 보장

<법 제2조제2항: 모든 정신질환자는 최적의 치료를 받을 권리를 보장받는다>

사회권은 정신장애인의 인간다운 생활을 보장하고, 최적의 치료를 받을 권리를 보장한다. 미성년 정신질환자는 특별히 치료, 보호 및 교육을 받을 권리를 보장하고 있으며, 정신장애인이 적절한 직업지도, 직업훈련을 받을 수 있도록

하도록 하여 사회에 참여할 권리도 보장하고 있다.

사회권은 자유권에 비해 사회적 합의가 더 중요한 인권이다. 즉, 정신장애인의 삶의 질이나 치료수준을 결정하는 시설예산과 의료수가 등이 정부와 국회의 예산결정과정을 거쳐 일종의 사회적 합의로 결정된다. 즉, 우리가 세금을 더 내면 정신장애인의 삶의 질이 높아지고, 치료약의 종류와 시설내 의사, 간호사, 사회복지사 등 치료인력의 숫자가 달라질 수 있는 것이다.

의료급여 정신질환자의 경우 행위별수가제가 적용되고 있는 건강보험대상자와 달리 일당정액제가 시행되고 있다. 일당정액제는 필요한 치료를 충분히 제공하지 못하도록 유인체계가 되어 있어서 양질의 서비스 제공에 문제가 있는 제도이다. 그러나 일당정액제보다 더욱 문제가 되는 것은 수가수준이 건강보험대상자에 비해 50~60% 수준밖에 되지 못하여 저소득층 환자들이 차별을 받고 있다는 것이다. 의료급여 환자에 대한 차별적인 저수가 및 일당정액제로 인해 식사의 질, 치료인력의 양과 질, 치료공간의 크기, 치료약물의 종류에서 매우 큰 차별을 받고 있고, 이로 인해 치료기간이 길어지는 부작용이 초래되고 있다.

동일한 정신질환자를 소득에 따라 국가가 제공하는 서비스의 수준이 인권이 침해받을 정도로 크게 차별하는 것은 명백히 문제가 있으므로 시급히 그 차이를 감소시켜야 할 것이다. 행위별수가제로 지원되는 신체질환 의료급여환자와 달리 이 차별은 정신질환자에게만 적용되고 있으므로 이 문제는 정신질환자에 대한 국가의

차별이며, 저소득층에 대한 국가의 차별이다.

(10) 사회대중의 안전과 정신질환자의 인권의 타협 : 외래치료명령제의 도입

정신장애인의 인권과 권익을 향상시키기 위해서는 고려할 사항 중에는 가족과 사회 일반대중의 인권과 안전을 무시할 수 없다. 정신질환자는 일반적으로 사회대중에 대한 범죄의 비율은 일반인과 비슷한 수준이나 그 가족에 대한 폭력은 그 비율이 매우 높은 편이다. 따라서 가족들의 안전과 인권은 특별히 보호받아야 하는 상황이다. 이를 위해서는 가정 내에서 정신질환자나 알코올중독자로 인한 폭력이 발생할 경우 가정폭력방지법, 아동복지법 등에 의거 경찰이 보다 적극적으로 개입하여야 한다. 공권력의 적극적인 개입은 가족의 안전과 인권을 보호함과 동시에 향후 정신질환자에 의한 가정폭력을 감소시키는 예방효과도 있다. 또한 가족이 정신질환자를 정신보건시설에 장기 입원시키지 않게 하고, 덜 포기하게 하는 효과도 있다. 즉, 정신질환자의 인권에도 도움이 된다는 것이다.

사회일반대중의 안전도 진지하게 고려해야 한다. 심심하면 언론에 보도되는 정신장애인에 의한 범죄사건은 정신질환에 대한 사회적 편견을 강화시키고, 격리수용에 대한 사회적 여론이 조성됨으로써 결과적으로 일반 정신장애인의 인권과 권익을 침해하게 된다. 따라서 정신질환으로 인한 범죄나 안전사고를 감소시키는 것은 일반인을 위해서 뿐 아니라 정신장애인의 인권

과 권익을 위해서도 매우 중요하다. 이를 위해서는 지역내 방치된 정신질환자를 적극 발견하고, 적절한 치료를 받도록 하는 정신보건사업이 더욱 활발히 시행되어야 하며, 이 과정에서 저소득층 정신질환자와 그 가족에게 치료비 지원이 필요하다. 경제적 문제로 치료의 사각지대에서 방치되는 정신질환자는 최소한 없어야 할 것이다.

정신질환으로 인한 범죄나 사고, 가정폭력 등의 병력이 있는 정신장애인이 입원 치료 후 퇴원해서 임의로 치료를 중단하여 다시 범죄나 사고, 가정폭력 등을 반복하는 경우 외래치료명령제에 의해 강제로 외래치료를 받도록 하는 제도의 도입이 필요하다. 강제적인 외래치료가 인권을 침해한다는 주장이 있으나 이는 정신질환자에 의한 범죄나 사고예방이 전체 정신질환자의 인권을 위해서 얼마나 부정적인 결과를 초래하는지를 고려해야 하고, 외래치료가 담보되지 않을 경우 범죄나 사고 경력이 있는 정신질환자는 보호자나 사회에 의해 장기 격리되는 현실을 고려할 때 외래치료명령제도는 가족과 사회뿐 아니라 정신장애인 본인을 위해서도 바람직한 제도이며, 장기입원환자를 감소시키는 데도 유용할 것으로 보인다.

3. 결 론

정신질환자의 기본적 인권은 보건복지부나 지방자치단체, 국가인권위원회 등 국가기관의

더욱 활성화된 행정적 지도와 처벌을 통해서 적극 보장되어야 한다. 특히 정신보건시설에 대한 직접적인 지도감독권한이 있는 시도나 시군구 공무원과 정신보건심판위원회 위원들의 정신질환자 인권에 대한 의식제고를 위한 노력과 정신보건기관 종사자들의 인권의식 제고가 중요하다. 정신장애인의 인권과 권익을 위하여 치료자와 행정 공무원들이 좀 더 불편해지더라도 감수할 용의가 있어야 한다.

더 나아가서 후기산업사회에 맞는 정신질환자의 질병관과 정신보건체계의 도입을 위한 정신보건법의 개선이 필요하다. 그러나 이를 위해

서는 아직도 정신질환에 대해 실제 이상의 두려움을 갖고 있는 일반국민의 생각과 매스미디어의 변화가 필요하다.

또한 정신질환자가 그 권리를 누리기 위해서는 국가가 예산을 확보해서 실질적인 보장이 가능하도록 지원해야 하는, 국가와 사회의 투자가 필요한 영역이다. 즉, 최적의 치료와 재활을 받을 사회적 권리는 정신보건예산 및 정신과 의료급여수가의 향상과 합리적인 운용과 밀접한 관계를 맺고 있고, 이에 대한 사회적 합의가 도출되어야 할 것이다. **보건복지**