

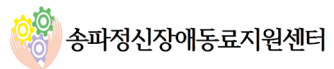


동의입원제도의 문제점과 정신병원 입·퇴원 과정 인권보장을 위한 긴급 토론회

일시 2020. 11. 2. (월) 오후 2시~4시

장소 이룸센터 지하1층 누리홀

공동주최



동의입원제도의 문제점과 정신병원 입·퇴원 과정 인권보장을 위한 긴급 토론회 일정

시간	구분	발표자
13:30~14:00	접 수	
14:00~14:10	인사말	국회의원 인재근
		노태호 (장애우권익문제연구소 소장)
좌 장		이성재 (법무법인 로직 변호사)
14:10~14:30	사례 발표	김강원 (장애우권익문제연구소 인권정책국장)
14:30~14:40	토론1	염형국 (공익인권법재단 공감 변호사)
14:40~14:50	토론2	이용표 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수)
14:50~15:00	토론3	김재완 (송파정신장애동료지원센터 활동가)
15:00~15:10	토론4	신석철 (송파정신장애동료지원센터 센터장)
15:10~15:20	Tea Break	
15:20~15:30	토론5	이인영 (국가인권위원회 조사관)
15:30~15:40	토론6	남윤영 (국립정신건강센터 의료부장)
15:40~15:50	토론7	권오용 (정신장애인권연대 카미 대표이사)
15:50~16:00	토론8	김한숙 (보건복지부 정신건강정책과장)
16:00~	종합토론 및 폐회	

❖❖ 사례발표: 동의입원제도를 악용한 부당한 강제입원사례 보고 및 현행 정신병원 입원절차의 문제점	1
김강원 (장애우권익문제연구소 인권정책국장)	
❖❖ 토론 1: 동의입원제도의 문제점	17
염형국 (공익인권법재단 공감 변호사)	
❖❖ 토론 2: 토론문	29
이용표 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수)	
❖❖ 토론 3: 정신장애 당사자의 관점에서 바라본 정신 의료 시스템의 개선점	37
김재완 (송파정신장애동료지원센터 활동가)	
❖❖ 토론 4: 정신장애인이 지역사회에서 행복한 자립생활을 영위하기 위해서 필요한 서비스	43
신석철 (송파정신장애동료지원센터 센터장)	
❖❖ 토론 5: 토론문	51
이인영 (국가인권위원회 조사관)	
❖❖ 토론 6: 토론문	55
남윤영 (국립정신건강센터 의료부장)	
❖❖ 토론 7: 토론문	59
권오용 (정신장애인권연대 카미 대표이사)	
❖❖ 토론 8: 토론문	67
김한숙 (보건복지부 정신건강정책과장)	

〈사례 발표〉

동의입원제도를 악용한 부당한
강제입원사례 보고 및 현행 정신병원
입원절차의 문제점

김 강 원 (장애우권익문제연구소 인권정책국장)

동의입원제도를 악용한 부당한 강제입원사례 보고 및 현행 정신병원 입원절차의 문제점

김 강 원 (장애우권익문제연구소/ 인권정책국장)

1

진정사건개요

가. 상담 접수 개요

피해자 김○○은 부친과 두 여동생이 있는 사람으로, 2020. 6. 20. 장애우권익문제연구소로 위 피해자 김○○의 첫째 동생 김△△가 상담을 의뢰해 왔습니다.

김△△의 상담 내용은 김○○은 지적장애인으로 정신질환자가 아니며, 자해 및 타해 위험도 없는데 부친과 둘째 여동생이 모의하여 김○○을 ○○정신병원에 강제로 입원시켰다고 하였습니다. 강제입원을 시킨 사유는 김○○이 지적장애인이므로 부양과 돌봄의 부담으로 집에서 데리고 있기가 어렵고(통영시 거주자로서 지역사회 서비스도 거의 없고 낮 동안 가족들도 일을 해야 하므로 데리고 있기가 어렵다고 함), 김○○ 앞으로 나오는 기초생활 수급비 등 국가의 보조금은 김○○의 부친 및 막내동생이 모두 가로채고 있다는 것이었습니다.

장애인시설도 있는데 정신병원으로 보낸 이유를 물었더니, 이미 장애인시설에 보낸 적이 있고, 정신병원에 가기 이전에도 장애인시설에서 살고 있었는데 김○○이 장애인시설을 답답해 하여 스스로 시설을 퇴소하여 집

으로 돌아왔고, 집에서 데리고 있기를 거부하는 부친으로 인해 정신병원으로 입원을 시킨 것이라고 하였습니다.

또한 김△△는 현재 광주 모 지역에서 생활하고 있으며, 자신이 살고 있는 광주 지역에는 지역사회 복지서비스도 많고 하니 임대주택을 얻어주고 활동지원과 장애인복지관 등 복지자원을 연계하고 인근에서 조금만 도와준다면 충분히 살아갈 수 있을 것이라고 하였습니다.

이러한 상황에서 정신장애인도 아닌 본인의 오빠 김○○이 정신병원에 갇혀 있는 것은 도저히 이해할 수 없으며, 부친과 막내동생(김□□)이 평소에도 김○○과 불화가 있고 오로지 김○○의 돈을 노리고 정신병원에 가둬 놓는 것은 잘못된 것이라고 김○○의 퇴원과 지역 자립을 도와달라는 요지의 진술이었습니다.

이에 장애인의 인권확보, 특히 지역사회 자립과 정착을 지향하며, 정신장애인의 인권과 강제입원문제에 문제인식을 크게 느끼고 있던 진정인은 김○○의 입원절차의 적절성과 퇴원의사를 확인하고 필요한 경우 김○○을 퇴원시키고 자립을 돕기로 하였습니다.

나. ○○정신병원 방문과 피해자 김○○의 진술내용

2020. 7. 9. 진정인의 직원들은 피해자의 첫째 동생 김△△와 동행하여 오전 11시경 ○○정신병원을 방문하였고, 면회신청을 통해 피해자가 입원한 2층 폐쇄병동 입구의 면회실에서 면담을 실시하였습니다.

피해자는 2018년 8월 입원하였다고 하며, 동생을 보자 눈물을 흘리며 “내가 여기 왜 있냐, 여기가 양로원도 아닌데 내가 여기 왜 갇혀 있어야 되느냐.”라고 진술하였고, 계속 “머리가 너무 아프다.” 라고 말하였습니다. 진정인의 직원들이 입원하게 된 경위와 입원에 동의하였는지를 묻자, “아버지가 택시를 태워서 끌고 왔다.” “입원을 원치 않았고 동의한 적도 없다.” “서류 같은데 서명한 적도 없다.” 라고 진술하였습니다. 피해자는 지적장애가 있어 조리 있게 말을 하지는 못하였으나 자신의 의사와 감정을 충분히 언어로 표현할 수 있는 사람이었습니다.

또한 퇴원여부를 확인하였을 때에도 ‘당장 퇴원을 하고 싶다’고 명확하게 의사표현을 하였고, 고향인 통영에서 살지, 동생 김△△가 살고 있는 광주에서 살지(김○○의 진술에 따르면 돌아가신 친모가 생존해 있을 때 주로 친모와 큰 동생인 본인은 오빠 편을 많이 들었고, 친부와 둘째 동생은 오빠와 불화하여 다툰 적이 많다고 함)를 선택적으로 묻자, 분명하게 동생 김△△가 살고 있는 광주에서 살고 있다고 답하였습니다.

다. 퇴원신청 및 원무과장의 대응 등

김○○의 명확한 퇴원의사를 확인한 진정인의 직원들과 김○○는 (자·타해 위험이 없었다는 김△△의 진술 및 김○○ 면담 결과 입원 형태가 보호의무자 입원은 아닌 것으로 추정하고) ○○정신병원 원무과장을 만나 김○○의 입원 형태를 묻고 퇴원의사를 전달하였으며, 즉시 퇴원신청을 하겠다고 밝혔습니다.

○○정신병원 원무과장은 김○○의 입원형태는 동의입원이며, 입원에 동의한 보호자가 퇴원에도 동의하지 않으면 퇴원은 불가하다는 입장을 밝혔습니다. 그 자리에서, 진정인의 직원들은 항의하며, 정신건강복지법 제42조를 제시하고, 동의입원인 경우에도 원칙적으로 지체 없이 퇴원을 시켜야 하며, 전문의 진단으로 치료 필요성이 있는 경우에 72시간 까지만 퇴원을 거부할 수 있음을 알리자 원무과장은 그제서야 2층 폐쇄병동으로 전화를 걸어 “김○○씨 퇴원 신청 하라고 해!” 라고 강압적인 목소리로 지시하였습니다.

또 원무과장은 어쨌든 72시간 까지는 퇴원을 거부할 수 있으니 72시간 내에 퇴원 여부를 결정하겠다고 하였고, 진정인의 직원들이 김○○은 입원환자이며 지적장애 등으로 인해 퇴원이 거부되어도 대응하기 어려우니 진정인 또는 김△△에게도 결과를 통지해 달라고 요구하였으나 원무과장은 ‘그것은 알아서 할 문제’라는 취지로 답하였습니다.

또 원무과장은 입원에 동의한 보호자인 친부가 퇴원에 동의하면 모든 문제가 해결되니 지금이라도 전화를 걸어 친부의 동의를 받으라 하였고, 김○○가 친부에게 전화를 걸었으나 친부는 고성을 지르며 김○○를 오히려 야단을 쳤고, 이에 진정인의 직원이 전화를 바꾸어 달라고 하여 김○○이 퇴원을 원하고 있으며 퇴원할 경우 진정인 단체에서 자립 등 필요한 지원을 하겠다, 퇴원을 동의해 달라고 부탁했지만 김○○의 친부는

“거기 있으면 전액 무료인데 왜 나와야 하느냐.”라고 하면서 “계속 거기에 있어야 한다.”고 완강하게 대답을 하였습니다. 이러한 전 과정역시 진정한 이 녹음을 해 두었습니다.

결국 김○○의 퇴원을 돕지 못한 채 진정한 직원들과 김△△는 발길을 돌려야 했고, 돌아오는 길에 김△△의 남편과 짧은 통화를 하였는데, 김△△의 남편은 “○○정신병원 옆에는 통영 장례식장이 있는데, 정신병원에 평생 사람 가둬두고 죽으면 그 장례식장에서 장례를 치른다, 그 곳 무서운 곳이다”라는 취지로 진술 하였습니다.

라. 이후 진행상황

며칠의 시간이 지나고, 퇴원 여부에 대해서 진정한 사무소에서 연수 중인 변호사가 확인을 한 결과, 진정한 직원들이 다녀 간 바로 다음날 김○○의 친부가 ○○정신병원에 방문하였고, 그날 바로 보호의무자 입원으로 전환되었다는 통보를 받았습니다. 그러나, 동의입원에서 보호의무자 입원으로 단 하루만에 전환되면서, 보호의무자 입원의 요건인 자해 또는 타해의 위험이 어떻게 인정된 것인지, 복수 전문의의 치료 필요성에 대한 판단이 어떻게 하루만에 전격적으로 이뤄질 수 있었는지에 대해서는 매우 의문스러울 수밖에 없었습니다.

또 자해 또는 타해의 위험이 없고 정신과 치료전력이 없다는 김△△의 진술의 사실여부를 확인하기 위하여 김○○이 통영 정신병원 입원 전 약 10년간이나 거주했다고 하는 장애인거주시설에도 전화를 걸어 시설 거주 시 자해나 타해가 있었는지, 정신과 치료 전력이 있는지 물었으나 그런 사실이 없었다는 답변을 들었습니다.

가. 정신질환자가 아닌 지적장애인에 대한 부적절한 입원조치

위 사건의 당사자는 정신질환전력이 없는 지적장애인이다. 정신질환자나 정신장애인이 아닌 지적장애인·자폐성장장애인에 대한 정신병원 입원이나 정신과 약물 오·남용 문제는 반드시 짚고 넘어가야 할 문제다.

지적장애·자폐성 장애는 정신질환이나 장애가 아니며 치료가 가능한 장애가 아니다. 그럼에도 ‘말썹을 일으킨다’, ‘돌보기 어렵다’는 이유로 정신병원에 입원시키는 사례가 매우 많음은 관련자라면 누구나 알고 있는 불편한 진실이다.

입원절차의 문제와는 주제가 벗어난 이슈로 보일 수도 있지만 이는 병원 입원의 가장 기본적인 전제인 ‘치료 필요성’, 내지는 ‘입원 필요성’의 판단이 얼마나 자의적일 수 있는지를 대표적으로 보여주는 중요한 문제이다.

나. 입원 절차에서의 본인 의사 왜곡

당사자 김○○은 본인이 입원에 동의한 적 없다고 명확하게 진술하였다. 동의서 등에 서명한 기억도 없으며 부친에 의해서 강제로 택시에 태워져 끌려온 것이라고 진술하였다. 만일 이것이 사실이라면 이는 중대한 문제로서 병원과 입원시킨 보호자는 형사처벌의 대상이 된다. 설령 서명이 있고 진정한 것이라 해도 입원의 의미, 입원 시 받게 될 처우와 치료, 입원 기간 등에 대해 제대로 설명을 하고 이해를 했는지 의문이

다. 나아가 이러한 의문을 가지고 있어도 이를 해소할 만한 수단이 전혀 없는 것이 문제다.

다. 의문스러운 퇴원의사 확인

현행 정신건강복지법 제41조 제3항은 정신의료기관 등의 장은 자의 입원 등을 한 사람에 대하여 입원등을 한 날로부터 2개월마다 퇴원 등을 할 의사가 있는지를 확인해야 한다. 과연 이 규정은 지켜졌을까? 지켜졌다면 퇴원절차가 왜 진행되지 않았을까? 여기서 나가고 싶다며 흘린 당사자의 눈물은 과연 무엇이였을까?

이어지는 질문은 또 있다. 병원측이 퇴원을 거부하는 경우 지체 없이 거부사실 및 55조에 따른 퇴원심사청구를 할 수 있다는 사실 및 청구 절차를 서면으로 통지해야 한다. 과연 이 절차는 지켜졌을까? 지켜졌다고 한들 지적장애인인데다 장기간 정신과 약물 치료를 받고 있는 당사자가 그 내용을 이해하고 퇴원심사청구절차를 단독으로 진행할 수 있는가? 또한 당사자에게는 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알리고, 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다(제45조). 과연 이 절차는 지켜졌을까? 설령 지켜졌더라도 당사자가 이 절차를 밟을 수 있는가? 이 문제가 과연 사건 당사자 혼자만의 문제인가?

라. 하루 만에 결정된 전환입원

연구소 활동가들이 다녀간 당일 병원측에서 보호의무자인 당사자의 친부에게 연락을 한 것으로 추정되고 바로 다음날 보호의무자가 병원을

방문, 즉시 입원의 형태는 보호의무자 입원으로 전환된다. 이토록 쉽게, 빠르게, 전격적으로, 오로지 보호자의 의사에 의해서 보호의무자 입원으로 전환된다는 것은 동의입원이 보호의무자 입원을 우회하는 수단일 뿐임을 보여준다. 자해 또는 타해의 위험은 누가, 무엇을 근거로 판단했을까? 단지 병원측의 판단이면 된다. 자·타해 위험 요건 없이 동의입원한 당사자는 왜 병원에 입원하는 동안 자·타해 위험을 갖게 되었을까? 또 복수 의사의 진단은 어떻게 단 하루만에 이뤄졌을까? 해당 병원의 의사의 진단은 그렇다 치고, 다른 병원 의사는 과연 당사자를 대면진단하고 입원 필요성이 있다고 판단을 했을까?

3

사건을 통해 본 입원절차의 문제점 (동의입원 중심)

동의입원 제도는 정신장애 당사자들과 장애인단체들이 제기한 구 정신보건법 헌법소원에 이은 정신보건법 전부개정을 통해 새로 도입된 입원의 유형으로 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받아 입원하는 형태이다. 어찌되었든 정신질환자가 직접 입원을 신청한다는 측면에서 보건복지부는 이를 ‘자의입원’으로 분류하면서 법 개정 이후 자의입원률이 증가하고 비자의입원(보호의무자 입원)이 감소하고 있다고 보고하고 있다.

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」
시행 이후 입원 유형별 비중 현황

(단위: 명)

시점	입원 환자	자의 입원	동의 입원	보호의무자에 의한 입원			행정입원
				소계	친족 등	사군 구청장	
2016년 12월 31일	69,162 (100%)	26,545 (38.4%)	-	42,523 (61.5%)	39,586 (57.2%)	2,937 (4.2%)	94 (0.1%)
2017년 4월 30일	66,958 (100%)	27,877 (41.6%)	-	38,977 (58.2%)	36,269 (54.2%)	2,708 (4.0%)	104 (0.2%)
2017년 6월 23일	66,688 (100%)	30,536 (45.8%)	5,150 (7.7%)	29,002 (43.5%)	29,002 (43.5%)	-	2,000 (3.0%)
		35,686(53.5%)					
2017년 8월 21일	67,605 (100%)	31,066 (45.9%)	8,023 (11.9%)	26,166 (38.7%)	26,166 (38.7%)	-	2,350 (3.5%)
		39,089(57.8%)					
2017년 12월 29일	66,658 (100%)	31,274 (46.9%)	10,822 (16.2%)	22,050 (33.1%)	22,050 (33.1%)	-	2,512 (3.8%)
		42,096(63.1%)					
2018년 4월 23일	66,523 (100%)	30,171 (45.4%)	11,623 (17.5%)	22,169 (33.3%)	22,169 (33.3%)	-	2,560 (3.8%)
		41,794(62.9%)					

※ 자의입원 유형은 자의입원·동의입원을, 비자의입원 유형은 보호입원(보호의무자에 의한 입원)·행정입원(시·군·구청장에 의한 입원)을 뜻함 (출처: 보건복지부)

하지만 위 표에서 확인할 수 있듯이 전체 입원환자의 수와 순수한 자의입원의 비율은 법 개정 이전에 비하여 큰 변화는 눈에 띄지 않으며, 동의입원의 증가가 동의입원을 포함한 전체 자의입원의 비율을 높이고 있는 것으로 보인다.

단도직입적으로 동의입원제도는 법 개정으로 보호의무자 입원 요건이 강화되면서 강제입원이 어렵게 되자 강제입원을 우회하고 입원환자수의 감소를 막고자 만들어진 입원의 유형으로 보인다. 그 문제점을 구체적으로 지적하자면 다음과 같다.

첫째, 입원환자의 입원의사를 담보(확인)할 수 있는 수단이 아무것도 없다. 이는 순수한 ‘자의입원’도 마찬가지로 가지고 있는 문제일 것이나, 동의입원은 손쉽게 보호의무자 입원으로 전환이 가능하고(전환입원), 악용가능성에 따라 본인 의사 왜곡 문제가 더욱 심각할 것으로 우려된다. 본인의 입원의사는 ‘진정한 의사’여야 하며, ‘충분한 정보전달’과 ‘완전한 이해’가 전제 되어야 한다. 그러나 현행 제도 하에서 본인의 의사가 진의인지 여부를 확인할 길이 없다. 예를 들면, ① 입원의 의미 자체를 인지하지 못하거나 입원신청서의 내용, 입원 시 본인이 처하게 될 상황이나 처우, 치료에 대해 이해하지 못한 채 형식적인 서명행위를 하는 경우, ② 동행한 보호의무자의 강요나 억압 또는 기망에 의하여 억지로 입원신청을 하는 경우, ③ 보호자 또는 병원 측에 의하여 서명 자체가 위조되는 경우 등 본인 의사가 왜곡되거나 조작될 우려가 크고, 이 진정사건에서 이러한 우려는 현실이 되었다고 할 것이다.

지적장애와 자폐성장애, 정신장애를 포함한 정신적 장애인들은 사회 참여나 자립의 영역에서는 의사무능력자로 취급되며 은행거래가 거절되

거나 계약의 효력이 부인된다. 그러나 이렇게 누군가에게 돈이 되면서도 본인의 인신을 구속하는 중대한 사안인 병원이나 시설입퇴소의 경우에는 완전한 의사능력자로 취급되면서 의사결정 지원이 이뤄지지 않는다. 최근 보건복지부에서 절차보조사업을 시범운영하고 있음을 알고 있지만 현재 충분한 성과를 거두고 있는지 의문이다. 절차보조는 법적, 제도적으로 보장되어야 하며 입/퇴원이나 치료여부, 방식 등을 결정하는 중요한 절차에는 필수적인 참여가 보장되고 실질적인 역할이 가능해야 한다. 또 절차보조인의 지식역량과 장애감수성, 당사자중심의 태도 등 역량도 매우 중요할 것으로 보이며, 궁극적으로 모든 입원 환자에게 보장되어야 한다.

둘째, 제도의 목적이 불분명하다, 아니 뻔히 보인다. 입원 필요성이 있고 본인이 입원을 원한다면 자의입원으로 입원 하면 된다. 자해 또는 타해의 위험이 있고 치료의 필요성이 있다면(보호의무자 입원제도의 타당성은 별론) 보호의무자 입원을 하면 된다. 대체 동의입원은 왜 있는 것인가? 정신질환자의 치료비 납부를 보증하기 위한 것이라는 이유를 들은바 있지만 납득이 되지 않는다.

셋째, 손쉽게 보호의무자 입원으로 전환이 가능하다. 사례의 경우 퇴원을 신청한 당일에 병원에서 보호의무자에게 연락을 했고, 익일 보호의무자 입원으로 전환 됐다. 이것이 하루 만에 가능하다는 것도 의문이지만 법에는 동의입원의 경우에도 퇴원신청 즉시 퇴원 조치해야 한다고 규정 되어 있으나 이는 보호의무자가 동의한 경우일 뿐 보호의무자의 동의가 없으면 72시간 동안 시간을 주고 보호의무자 입원으로 전환된다. 명목상 자해 또는 타해의 위험을 요건으로 하나 자해 또는 타해의 위험의 판단 역시 병원 측이 판단하면 그만이고 입원환자가 재심사나

입원적합성심사위원회 개최 등을 청구하면서 스스로를 방어하기는 매우 어려워 보인다.

사례의 경우에도 당사자는 자·타해 위험을 요건으로 하지 않는 동의입원 환자였다. 입원 전에 자·타해 위험이 없던 사람이 병원에 입원하면 자타해 위험이 생기는가? 그렇다면 병원은 대체 왜 들어가는가? 다른 병원 의사 1인의 동의를 포함한 의사 2인의 진단은 하루 만에 이뤄질 수 있는가? 주치의는 그렇다 치고 다른 병원 의사는 대면진단을 한 것일까?

이제 솔직해지자, 동의입원은 강제입원을 쉽게 하기 위해서 만든 입원제도이다. 들어갈 때는 자의이나 나갈 때는 아니다? 법 개정전보다 정신장애인의 인권은 훨씬 후퇴했다. 나쁜 제도의 거짓된 운영이 세상을 속이고 있다.

4

결론

본 토론회는 국가인권위원회의 진정사례를 토대로 구체적인 사례를 통해 확인할 수 있는 현행 입원제도, 특히 동의입원의 문제점을 밝히고 개선방안을 모색하기 위한 것으로, 하나의 사례로 입원제도 전반의 문제점과 개선방안을 모두 논의하기에는 한계가 있지만 정신보건법 전부 개정 이후에도 정신장애인의 인권 현실은 조금도 변함이 없다는 사실을 보여주고 있다.

발제에서 모든 대안을 제시할 수는 없지만 적어도 몇 가지 언급은 하고 넘어갈 필요가 있다. 첫째, 강제입원을 우회하는 변칙적인 수단인 동의입원은 없어야 한다. 둘째, 입원절차에서의 절차보조(의사결정지원)이 확대되어야 하며 이는 단순히 동료지원·상담 차원이 아닌 정당한 참여권한을 보장받고 필요한 모든 입원환자에게 절차적 권리로 보장되어야 한다. 또 퇴원신청과 재심사 신청, 입원적합성심사위원회 개최 요청 등의 모든 절차가 모든 입원환자들에게 실질적으로 보장되어야 한다. 셋째, 궁극적으로 비자의 입원은 없어야 한다. ‘장애를 이유로 한 자유의 박탈을 전제하고 있는 현행 법률 조항을 폐지하고, 모든 유형의 정신보건 서비스를 포함하여 보건서비스가 당사자의 자유로운 사전 동의에 근거하도록 조치를 취할 것’을 권고한 2014년 유엔장애인권리위원회의 최종견해를 준수해야 한다.

입원 절차를 문제 삼는 것도 궁극적으로는 탈원화를 향한 것이다. 토론회를 준비하며 동의입원 폐지시의 현실적인 어려움에 대한 전문가와 가족들의 의견을 들었다. 위기 쉼터 하나 없는 현실에서 입원 이외에는 대안이 없다는 것이다. 복지서비스 부재, 주거 및 소득 문제, 자립지원 서비스 등 이 갖춰지지 않은 상황에서의 탈원화는 사회적 비용과 가족의 희생을 야기한다는 것이다. 그러나 어떤 자립생활 운동이 모든 복지서비스가 확충된 이후에 전개 되었나? 탈원화와 자립생활 운동이 오히려 모든 권리와 서비스 확충을 견인하는 강력한 동력이 된다. 이 토론회가 법 개정 이후 잠잠했던 정신장애 인권운동의 도화선이 되기를 바란다.

〈토론1〉

동의입원제도의 문제점

염 형 국 (공익인권법재단 공감/ 변호사)

동의입원제도의 문제점

염 형 국 (공익인권법재단 공감/ 변호사)

1. 국가인권위원회 진정사건상의 문제점

우선 부당한 강제입원 사례와 관련된 국가인권위원회 진정사건과 관련한 문제점을 지적하고자 한다. 인권위 진정서에서 드러난 사실관계는 다음과 같다.

40대 남성 A씨는 정신과 치료 전력이나 정신질환 증세가 없고, 가족에 의해 장애인거주시설에 보내져 오랫동안 생활하였다. 그런데 A씨가 장애인시설을 담당해하면서 스스로 시설을 퇴소하여 집으로 돌아왔고, 집에서 데리고 있기를 거부하는 부친이 둘째딸과 공모하여 A씨를 정신병원에 동의입원의 형식을 밟아 입원시켰다. 동의입원은 환자와 보호자의 동의가 모두 필요하다. 2018년 8월경 A씨를 경남 통영시 모 정신병원에 '동의입원'형태로 입원되었다.

이를 뒤늦게 알게 된 첫째딸은 자신의 오빠인 A씨가 정신병원 폐쇄병동에 있을 이유가 없다며 정신병원에 퇴원을 요청하였으나, 정신병원측은 입원에 동의한 보호자의 동의 없이 퇴원시켜줄 수 없다며 퇴원을 거부하였다. A씨는 장애인권단체 활동가와의 면담과정에서 “내가 여기 왜 있느냐, 입원을 원하지 않았고, 동의한 적도 없다.”고 진술하였다. 장애인권단체의 도움으로 정신병원에 다시 퇴원신청을 하였으나, 병원측이 가족에게 연락하여 퇴원신청 다음날 '보호의무자 입원(강제입원)'으로 전환시켰다.

40대 성인인 A씨는 자신의 거처를 스스로 결정할 수 있는 권리가 있음에도 불구하고 지적장애가 있다는 이유로 가족은 본인의 의사를 전혀 묻지 않고 A씨를 장애인거주시설에, 그리고 정신병원에 보냈다. 장애인거주시설이든, 정신병원이든 입소절차1)·입원절차2)가 엄연히 존재하지만, 관련법에 의해 장애인 당사자 본인의 의사는 확인되지 않거나, 깡그리 무시되거나,

- 1) 장애인거주시설 이용절차는 장애인복지법 제60조의2에서 규정하고 있다. 장애인복지법 제60조의2(장애인 거주시설 이용절차) ① 장애인 거주시설을 이용하려는 자와 그 친족, 그 밖의 관계인은 보건복지부령으로 정하는 서류를 갖추어 시장·군수·구청장에게 장애인의 시설 이용을 신청하여야 한다. ② 제1항에 따라 시설 이용을 신청받은 시장·군수·구청장은 제32조의4에 따른 서비스 지원 종합조사 결과 등을 활용하여 이용 신청자의 시설 이용 적격성 여부를 심사하고 그 결과에 따라 시설 이용 여부를 결정하여야 한다. <개정 2017. 12. 19.> ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따른 이용 신청자의 시설 이용 적격성 및 제79조제2항에 따른 본인부담금을 결정하여 이용 신청자와 시설 운영자에게 통보한다. ④ 시설 이용자가 제1항부터 제3항까지의 절차를 거치지 아니하고 시설을 이용하는 경우, 시설 운영자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 사례를 시장·군수·구청장에게 보고하여야 하며, 시장·군수·구청장은 이용 적격성 여부의 확인 등 필요한 조치를 취하여야 한다. ⑤ 시설 운영자는 이용 신청자와 서비스 이용조건, 본인부담금 등의 사항을 포함하여 계약을 체결하고, 그 결과를 시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다. <개정 2017. 12. 19.> ⑥ 제5항에 따른 계약은 시설을 이용할 장애인 본인이 체결하는 것을 원칙으로 하되, 지적 능력 등의 이유로 장애인 본인이 계약을 체결하기 어려운 경우에 한하여, 대통령령으로 정하는 자가 계약절차의 전부 또는 일부를 대행할 수 있다.

장애인복지법 시행령 제36조의11(장애인 거주시설 이용계약절차의 대행자) 법 제60조의2제6항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 순서에 따른 자를 말한다. <개정 2015. 12. 15.>

1. 「민법」에 따른 장애인의 후견인
 2. 장애인의 배우자 또는 부양의무자인 1촌의 직계혈족
 3. 장애인의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지명하는 사람
- 2) 정신병원에의 동의입원절차는 정신건강복지법 제42조에서 규정하고 있다. 정신건강복지법 제42조(동의입원등) ① 정신질환자는 보호의무자의 동의를 받아 보건복지부령으로 정하는 입원등 신청서를 정신의료기관등의 장애인에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 입원등을 할 수 있다. ② 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자가 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다. 다만, 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원등을 신청한 경우에는 정신건강의학과전문의 진단 결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관등의 장은 퇴원등의 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원등을 거부할 수 있고, 퇴원등을 거부하는 기간 동안 제43조 또는 제44조에 따른 입원등으로 전환할 수 있다. ③ 정신의료기관등의 장은 제2항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 환자 및 보호의무자에게 그 거부 사유 및 제55조에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있음을 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다. ④ 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자에 대하여 입원등을 한 날부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.

보호자의 동의로 대체된다. 본인 집에서 장애인거주시설과 정신병원 등으로 자신의 거처를 이전하는 것은 개인의 삶에서 매우 중요한 의미를 담고 있기 때문에 본인의 진정한 의사를 확인하는 것이 가장 중요함에도 불구하고, 지적장애를 가지고 있다는 이유로 현실에서는 그 의사가 철저히 무시되거나 왜곡되고 있는 것이다.

40대 성인 지적장애인 A씨는 분명 장애인거주시설에서 ‘본인이 거주’하는 것도, 정신병원에서 ‘본인이 입원’하는 것도 원하지 않았기 때문에 장애인거주시설에서 스스로 퇴소하였고, 정신병원에 퇴원의사를 밝혔다. 그런데 장애인복지법 제60조의2 제6항에서 장애인거주시설 입소시에 지적장애인 본인의 의사는 “장애인 본인이 계약을 체결하기 어려운 경우”로 판단되어 가족에 의해 대행될 수 있도록 규정하고 있다.

우리나라의 여러 보건복지 관련법령은 법원 등의 관리·감독받지 않는 의사결정대행자(보호자, 친족, 보장기관, 지자체 공무원 등)가 장애인 당사자를 권한 없이 대행하도록 방임·조장하고 있다. 보호 내지 선행이라는 사회적 인식 속에서 방치·방임·조장되는 무권한자의 의사결정대행으로 인하여 장애인 당사자의 자기결정권은 더욱 위축되고, 의사결정지원제도의 도입은 고사하고 현행 성년후견제도조차 사회에서 외면받고 있는 실정이다. 그러나 계약 및 법률행위와 관련한 가장 기본이 되는 민법에서 행위능력이 부족한 이들을 위한 성년후견제도를 마련하여 법률행위의 대리나 동의권행사를 법원이 선정한 성년후견인에 의하도록 규정하고 있음에도 이를 무시한 채 가족 등에 의해 계약 등의 법률행위를 대행하도록 하는 것은 법률 체계적합성에도 부합되지 않는 잘못된 입법이다. 따라서 무권한자의 의사결정대행을 가능하도록 하는 보건복지 관련 규정들은 속히 삭제되어야 할 것이다.

2. 동의입원 요건으로서의 ‘동의’

정신병원에의 동의입원절차는 정신건강복지법 제42조 제1항에서 ‘①“정신질환자는” ②보호의무자의 동의를 받아 ③보건복지부령으로 정하는 입원 등 신청서를 정신의료기관등의 장에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 입원등을 할 수 있다’고 규정되어 있다. 정신의료기관에 입원을 하는 주체는 ‘정신질환자 본인’이지 ‘보호(의무)자’가 아니다.

동의입원(형식으로 정신병원에 입원하는) 계약의 주체가 정신질환자 본인이기 때문에 그러한 계약이 유효한 계약이 되기 위해서는 다음 2가지 조건이 전제되어야 한다.

우선 장애인차별금지법에 따라 동의입원 계약과정에서 정당한 사유 없이 장애인 당사자를 의사결정과정에서 배제하여서는 안되고, 정신질환자(정신적 장애인) 본인이 스스로 의사결정을 내릴 수 있도록 정당한 편의를 제공하여야 한다. 여기서의 정당한 편의제공은 정신적 장애인이 비장애인들과 동등하게 계약체결 과정에 주도적으로 참여할 수 있도록 알기 쉽게 충분히 설명을 하는 것이다. 정신적 장애인이 동의입원 계약 내용에 대해 충분히 정보를 전달받고 이를 이해한 상태에서 본인 스스로 계약 체결 여부를 결정할 수 있도록 하여야 한다.

만약 그러한 설명이 여러 사정에 의해 여의치 않은 경우라고 하면 정신적 장애인이 의사결정을 내릴 수 있도록 지원하는 조력인을 두어야 한다. 정신적 장애인의 의사결정 조력인은 보호자 또는 정신의료기관(또는 장애인시설)과 이해관계가 없는 제3자로서 정신적 장애인 본인이 의사결정을 내릴 수 있도록 의사소통을 지원하는 역할을 하는 것이지, 의사결정을 대신하는 역할을 하는 것은 아니다.

그러나 현행 동의입원은 입원하는 정신적 장애인이 입원계약의 주체가 되지 못할 뿐만 아니라 철저히 계약의 객체로 전락한 상황이다. 동의입원은 보호(의무)자가 계약주체가 되어 병원 측과 입원계약을 체결하고, 정신적 장애인 본인은 계약내용에 대해 전혀 모른 채 문서에 싸인하라고 하여 싸인을 하는 형식적인 서명만으로 이루어지거나, 보호자 가족이 강압 또는 기망으로 서명을 하거나, 아예 보호자 또는 병원 측에 의해 서명 자체가 위조되는 등, 정신적 장애인 본인이 주도하여 보호자의 동의를 받아 입원을 하는 (개정법이 전제로 하였을) 원래의 동의입원의 모습과는 한참 거리가 있다.

이처럼 현행 동의입원제도는 원래의 개정입법의 의도 또는 취지와 다르게 운용되고 있기 때문에 어떤 형식으로도 개선되어야만 한다. 장애인차별금지법상의 정당한 편의제공이 이루어진 상태에서 본인이 주체적으로 계약을 체결할 수 있도록 제도를 개선하거나, 그렇지 않으면 동의입원 자체에 대한 근본적인 존폐를 논의하여야 할 것이다.

3. 퇴원 과정에서의 문제점

정신병원 퇴원과정의 문제점은 2가지 차원에서 짚고자 한다.

첫째는, 정신병원 퇴원이 순수한 자의입원이 아닌 한 동의입원이든, 보호의무자에 의한 입원이든 보호의무자의 퇴원동의 유무에 의해 좌지우지된다는 점이다. 아무리 본인이 정신병원에서 퇴원을 원한다고 하더라도 보호의무자가 퇴원 동의를 하지 않으면 정신병원 측은 당사자를 퇴원시킬 수 없거나 퇴원시키지 않는다. 한 개인의 거주이전의 자유가 다른 개인에 의해 전적으로 결정되고 있는 것이다.

지난 2016년 9월 헌법재판소는 당시 정신보건법상의 보호의무자에 의한 입원 조항에 대해 헌법불합치 결정(헌법재판소 2016. 9. 29. 선고 2014헌가9 결정)을 내리면서 다음과 같이 그 취지를 밝혔다.

보호의무자에 의한 입원은 정신질환자의 신체의 자유를 인신구속에 버금가는 수준으로 제한하므로, 정신질환자 본인에 대한 치료와 사회의 안전 도모라는 측면에서 긍정적인 효과를 긍정하더라도 그 과정에서 신체의 자유 침해를 최소화하고 악용·남용가능성을 방지하며, 정신질환자를 사회로부터 일방적으로 격리하거나 배제하는 수단으로 이용되지 않도록 해야 한다. 정신질환자를 신속·적절하게 치료하고, 정신질환자 본인과 사회의 안전을 도모한다는 공익을 위한 것은 인정되나 심판대상 조항은 환자의 이의절차와 청문 등 절차를 따로 두지 아니한 채 단지 보호의무자 2인의 동의와 정신과 전문의 1인의 판단만으로 정신질환자에 대한 강제입원이 가능하도록 하여 지나치게 환자의 기본권을 침해한다.

현재 결정 이후 시행되고 있는 개정 정신건강복지법에서는 보호의무자에 의한 입원제도를 개선하여 진단을 위한 입원과 치료를 위한 입원으로 단계를 나누고 치료를 위한 입원의 경우에 정신과 전문의 2인의 진단을 거치고, 입원적합성심사위원회의 심사까지 받도록 하였다. 이처럼 강제입원제도의 요건 및 절차를 강화하여 과연 정신병원 강제입원제도는 개선되었는가? 표면상으로만 보면 보호의무자에 의한 입원비율이 개정법 시행 전인 2016년에 61.5%에서 개정법 시행 후인 2018년에 22.2%로 대폭 낮아졌고, 반면에 자의입원 비율은 38.4%에서 45.5%로 높아졌고, 강제입원이 아닌 자의입원의 한 형식인 동의입원제도는 17.5%의 비율을 기록하여 OECD 국가 중에 유독 우리나라만 현저히 높았던 강제입원 비율은 여타 선진국 수준으로 낮추는 성과를 보였다. 그러나 정신병원 입원환자 수는 2016년에 69,162명에서 2018년에 65,523명으로 겨우 3,639명이 감소하여 큰 변화가 없다.

입원적합성심사위원회에서 입원이 적합하지 않아 퇴원하여야 한다고 심사한 비율은 겨우 1.4%에 그치고 있다.³⁾ 현재 자의입원 또는 동의입원 형식으로 입원하고 있는 정신질환자(정신장애인) 중에서 정말로 본인의 자의로, 본인이 의사결정을 하여 정신병원에 입원하고 있는 사람의 수는 몇 명이나 될까? 자의입원 또는 동의입원 형식의 입원환자에 대한 전수조사가 필요한 지점이다.

둘째로, 정신질환자(정신장애인) 본인이 퇴원을 원하고, 정신병원(또는 입원적합성심사위원회·정신보건심판위원회) 측도 퇴원해도 괜찮다고 판단하더라도 정작 지역사회에 정신장애인이 가족과 함께 했던 거처 외에 별도로 자립하여 살 수 있는 공간이 없다. 지역사회에서 사회적응을 위한 훈련과 생활지도를 하는 정신재활시설의 수는 고작 338개소에 불과하고, 입소정원은 2,529명에 불과하다. 먹고 자고 하는 거주를 하지 않고 단순히 이용만 할 수 있는 이용시설의 정원도 고작 4,186명 뿐이다.⁴⁾ 정신병원에 6만명이 넘게 입원되어 있는데, 지역사회에서 이용가능한 시설 정원은 거주이용을 합하더라도 6,715명에 불과하여 정신병원 입원 인원의 10%에 불과하다. 정신장애인이 이용가능한 임대주택 내지 지원주택은 아예 통계조차 잡히지 않을 정도로 극히 미미한 실정이다.

정신병원에서 퇴원하더라도 갈 수 있는 곳이 가족과 함께 사는 집 밖에 없는 상황에서 정신병원(또는 입원적합성심사위원회·정신보건심판위원회) 측도 가족이 반대하는 퇴원을 차마 결정할 수 없다. 정신장애인들의 지역사회에서 살 권리를 보장하기 위해서 지역사회 복지기반을 지금 당장 대폭 확충하지 않으면 안된다.

3) 보건복지부 2018년 9월 5일자 보도자료 ‘입원적합성심사위원회, 비자의입원 환자의 권리를 다시 한 번 살핀다’ 내용 참조

4) 마인드포스트 2019년 9월 16일자 보도 ‘여전히 부족...정신재활시설 입소 인원 인구 10만 명당 4.9명 불과’ 내용 참조

4. 정신병원 입원제도의 개혁방안

가. 단기적 개혁방안

정신병원 입원제도의 단기적 개혁방안으로, 정신병원 입원과정에서 정신질환자의 권익을 보호하기 위한 절차보조인 제도를 도입하고, 입원심사를 현행 입원적합성심사위원회가 아닌 법원이 맡도록 하는 방안이다. 현행법은 입원적합성심사위원회로 하여금 정신질환자의 입원 타당성을 심사할 수 있도록 하고, 2차 진단의사에 의해 입원 과정을 재검토하도록 하는 등 전 부개정되기 전의 구 정신보건법보다 정신질환자의 인권보호를 위한 제도적 장치를 강화하려 하였으나, 모두 서류심사이고 청문이 아닌 조사원의 대면 조사만을 진행하고 있어 적법절차의 요청을 충족하지 못하고 있다. 이에 입원 과정에서의 환자의 권익을 보호하기 위한 절차보조인을 도입하여 법적인 절차를 명문화하고 환자의 권익을 보호할 필요가 있다. 또한 비자의 입원의 절차적 요건으로, 그간 환자 가족들에게 과도한 책임을 지웠던 보호의무자제도를 폐지하고 정신질환자 강제입원에 대한 법원의 사법심사절차를 도입하여 적법절차의 요청을 충족시키고 독립성을 보장하여 정신질환자의 권익보호를 강화하는 내용으로의 정신건강복지법 개정이 필요하다.⁵⁾

나. 장기적 개혁방안 - 집단수용 형식의 정신병원 입원제도를 언제까지 유지할 것인가?

특히 최근 코로나19 상황에서 절대적으로 밀집 접촉을 피해야 하는 현 시점에서 집단수용 방식의 정신병원 입원제도를 언제까지 유지할 것인지에 대한 근본적인 질문을 지금 바로 던져야 한다. 청도 대남병원에서 발생한

5) 지난 20대 국회 때 이러한 취지를 담아 윤일규 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안이 발의되었으나, 임기만료로 폐기되었다. 윤일규 의원 대표발의안은 대한신경정신의학회에서 자체적으로 연구하여 제안한 법안이기도 하다.

코로나19 집단감염 사태는 집단시설(의료기관, 폐쇄병동)의 구조적 취약성이 집단감염과 직결될 수 있음을 보여준 대표적인 사례에 해당한다. 질병관리본부의 코로나19 국내 사망자 현황 자료에 따르면 2020. 2. 19. 기저질환으로 정신질환을 앓았던 청도대남병원 환자가 코로나19 국내 첫 사망자였으며, 이후 기저질환으로 정신질환을 앓던 청도대남병원 환자 6명이 2월 중 추가로 사망하였다. 2020. 2. 26. 기준으로 청도대남병원에 입원 중이던 106명의 정신질환자 중 103명, 환자 외 대남병원 의료인 및 직원 9명이 코로나19에 감염된 것으로 확인되었으며 감염자 대부분이 대남병원내 폐쇄형 정신병동에서 감염되었다.⁶⁾

집단시설의 경우, ①밀집된 공간에 다수의 인원이 거주하는 점, ②구조적 취약성으로 감염발생시 코호트 격리가 유의미한 조치가 되기 어려운 점, ③그림에도 불구하고 일률적이고 과도한 (예방적) 코호트 격리조치 또는 면접 금지가 취해질 가능성이 상당한 점, ④장기적인 거주로 사회적 관계 및 연고 등이 단절되어 자가격리 등 시설에서 나가야 할 필요성이 발생하더라도 시설 밖에서 독립적으로 거주할 장소를 찾기 어려운 점 등 때문에 감염병에 취약한 계층에 해당하며 그에 따른 근본적인 조치가 필요하다. 감염병 예방적 측면에서 집단시설에 거주하는 장애인에 대한 근본적인 조치는 장애인이 집단시설이 아닌 지역사회에서 살아갈 수 있도록 탈원화하는 것이다.

국제사회에서는 오랫동안 장애인의 집단시설 거주 의 여러 문제점을 인식하여 탈원화탈시설로의 전환을 바람직한 방향으로 인식하고 있다. 우리나라가 지난 2008년 12월에 국회에서 비준한 유엔장애인 권리협약 제19조는 장애인이 특정한 주거 형태를 취할 것을 강요받지 아니할 것과, 지역사회에의 통합이 필요함을 규정하고 있다.

6) 질병관리본부 중앙방역대책본부 보도자료, “코로나바이러스감염증-19 국내 발생 현황(2월 29일)” 참조

제19조 자립적 생활 및 지역사회에의 동참

이 협약의 당사국은 모든 장애인이 다른 사람과 동등한 선택을 통하여 지역 사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 가짐을 인정하며, 장애인이 이러한 권리를 완전히 향유하고 지역 사회로의 통합과 참여를 촉진하기 위하여, 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 여기에는 다음의 사항을 보장하는 것이 포함된다.

(가) 장애인은 다른 사람과 동등하게 자신의 거주지 및 동거인을 선택할 기회를 가지며, 특정한 주거 형태를 취할 것을 강요받지 아니한다.

(나) 장애인의 지역사회에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외되거나 분리되는 것을 방지하기 위하여 필요한 개별 지원을 포함하여, 장애인은 가정 내 지원서비스, 주거 지원서비스 및 그 밖의 지역사회 지원 서비스에 접근할 수 있다.

(다) 일반 국민을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등하게 장애인에게 제공되고, 그들의 요구를 수용한다.

<토론2>

토 론 문

이 용 표 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수)



토 론 문

이 용 표 (가톨릭대학교 사회복지학과/ 교수)

이 사례에서 드러나고 있는 문제는 다음과 같이 정리해볼 수 있습니다.

첫째, 돌봄의 대안으로 부친은 정신병원을 선택한다.

둘째, 불명확한 기준과 동의에 의해 동의입원 형식으로 입원된다.

셋째, 입원 이후 부친은 생계급여나 장애연금을 대신 수령한다.

넷째, 동의입원에 문제가 제기되자 보호입원으로 용이하게 전환한다.

다섯째, 이러한 과정에서 권익문제연구소 이외 문제를 제기하는 옹호자가 없다.

토론자의 관점에서는 이 사례에서 드러나는 이해관계자의 행위는 구조적 행동입니다. 즉 우리 사회가 형성해놓은 정신질환자(정신장애인) 관련 법제의 구조 하에서 적응적으로 행동하는 이해관계자들의 모습입니다. 달리 말한다면 동의입원의 문제 자체에서만 연유하기 보다는 전체적인 관련 제도 하에서 바라보아야만 이해할 수 있는 행위라는 것입니다. 따라서 동의입원 과정에서 의사결정을 지원하는 절차보조제도의 수립과 함께 이 사례의 토대를 형성하는 제도의 문제점에 대한 개선이 동시에 이루어질 필요가 있습니다. 이러한 관점에서 동의입원제도의 개선과 함께 전반적인 제도의 개선이 필요한 영역을 제시해보고자 합니다.

1. 입원과정에서의 권익옹호제도의 한계

본 사례에서 보는 것처럼 동의입원의 경우 진단기준이나 절차가 모호하며, 당시의 동의능력을 확인하거나 동의를 표현하는 과정에서 대한 의사결정을 지원하는 권익옹호제도가 부재합니다. 그리고 시범사업 중인 절차보조제도는 자의입원으로 분류되는 동의입원은 범주의 바깥에 있습니다. 더욱이 절차보조제도의 대상이 되는 비자의입원에서도 입원 당시의 시점에서는 절차보조가 이루어지지 않습니다. 동의입원에서 입원 당시 의사결정을 지원하는 제도 도입이 필요합니다. 그리고 예방적 차원에서 이러한 문제를 보완하기 위해서는 미국의 사전정신의료의향서 제도의 도입을 검토할 필요가 있습니다. 즉 정신적 위기상황에 봉착하기 전에 입원에 관한 의사결정 대리인을 미리 지정하거나 입원을 할 때 입원유형, 선호 병원 및 의료진 그리고 입원생활에서 본인이 원하는 것을 문서로서 보건소나 정신건강복지센터에 등록하는 제도를 도입할 필요가 있습니다. 이러한 제도하에서는 입원의 동의에 관한 판단이 사전에 결정될 수 있어 동의의 모호함을 제거할 수 있고, 입원기간도 현저하게 감소할 것이며 입원생활에서의 인권침해 요소도 감소할 수 있을 것입니다.

2. 장애인복지법 제15조

정신질환자는 장애인복지법 제15조를 이유로 대부분의 장애인복지서비스와 전달체계에서 배제되어 왔습니다. 보편적 장애인서비스의 경우 직업재활시설 이용을 제외하면 정신장애인은 이용할 수 있는 서비스가 거의 없으며, 활동지원서비스는 인정조사표상 이용이 불가능하도록 구조화되어 있습니다. 단지 양적으로 매우 부족한 정신재활시설만 정신건강복지법이 규정하고 있을 뿐입니다. 정신건강복지법에서 공동생활가정과 같은 주거를 제공하는 시

설은 이용기간의 제한이 없는 일반 장애인공동생활가정과는 달리 3년으로 이용기간이 제한되어 있습니다. 2017년 1,000명을 대상으로 한 실태조사에서는 약물복용률 97.7%인 것에 비하여, 정신재활시설에 다니지 않는 정신질환자의 취업률은 약 15%에 불과한 것으로 나타났습니다. 이 결과는 약물 치료를 아무리 받아도 장애(disability)가 엄연하다는 사실을 보여줍니다. 현행 법구조처럼 보건의료전달체계로 정신질환자의 복지서비스를 운영한다면 타장애영역과의 격차는 점점 더 커질 것으로 보입니다. 이러한 복지격차를 해소하여 지역사회 돌봄이 가능하기 위해서는 장애인복지법 제15조를 폐지하고 정신장애인복지지원법 제정이 시급한 과제라고 생각합니다.

3. 정신건강복지센터의 민간 정신의료기관 위탁제도 및 운영방식

현행 보건의료체계에서 정신질환자(정신장애인)의 지역사회서비스 조정은 정신건강복지센터의 기능입니다. 그런데 지역사회의 정신건강복지센터는 대부분 정신의료기관이나 그 운영법인에 위탁·운영되고 있습니다. 종종 정신질환자 관리사업은 주로 사례관리(업무성격은 방문간호와 유사)라고 명명되는 방식으로 진행되는데 지역사회 서비스의 조정기제로서 사례관리와는 거리가 있는 운영방식입니다. 실제 사례관리의 목적은 주거, 취업 그리고 사회활동 등을 촉진하기 위해서 적합한 지역자원에 연결하는 것이지만, 실제적으로 주된 임무는 증상 및 약물복용 점검이 되고 있습니다. 이러한 문제는 현재 사례관리체계를 보건의료전달체계가 주도하면서 나타나는 태생적 한계로 보입니다. 환자관리라는 관점에서 사례관리를 이해하는 한 평가 도구도 그 틀 내에서 형성되기 때문에 개선의 여지가 크지 않아 보입니다. 토론자의 관점에서 정부가 추진하는 커뮤니티케어에서 정신건강복지센터는 입원에 의존하지 않는 위기관리체계를 운영하는 것이 필요해보입니다. 현재처럼 증상이나 약물관리의 문제가 발생하면 병원으로 의존하는 업무양식

은 커뮤니티케어를 오히려 저해하는 결과를 가져올 것입니다. 정신보건센터(정신건강복지센터)가 확대되면서 정신병상이 급증하게 된 중요한 원인의 하나가 변질된 사례관리의 운영방식이라고 하겠습니다. 1차적으로는 정신건강복지센터 위탁운영의 폐지하여 공공성을 회복하고 운영방식을 정신질환자 사회진출을 위한 방식으로 개선할 필요가 있습니다. 궁극적으로는 지역사회 서비스는 장애인복지전달체계와 통합되어 운영되어야 합니다.

4. 기초생활보장제도의 문제

정신질환자가 있는 수급가정(2-3인 가정)의 경우, 2018년 기준으로 정신질환자의 몫으로 매월 352,497~250,816원의 생계급여가 지급되었습니다. 그런데 정신질환자가 30일 이상 입원을 하게 되면 생계급여가 월 183,390원이 감액되지만 가족들은 여전히 잔여 생계급여를 지급받고 식대 자부담분을 별도로 지급됩니다. 그리고 중증장애인에게 지급되는 장애인연금 월 250,000원과 부가급여를 가족들이 수령할 수 있습니다(우리나라 제도는 가족수령을 인정하고 있음). 반면 정신요양시설에 당사자가 입소하게 되면 생계급여는 오롯이 정신요양시설로 지급됩니다. 돌봄의 부담이 큰 취약가정으로는 정신병원에 입원시킬 경제적 유인이 생기게 됩니다(김문근, 2019). 이러한 기초생활보장제도의 구조는 수급자 가족들의 입장에서 직접돌봄(가족돌봄), 정신요양시설 그리고 정신의료기관이라는 선택지에 쉽사리 정신의료기관을 선택하는 유인을 제공할 수 있습니다.

5. 정부정책과 역행하는 복지 및 의료급여 재정분담 구조

기초생활수급자의 입원 의료급여는 중앙정부에서 80%를 분담하며 1종 의료급여의 경우 가족은 부담이 전혀 없습니다. 정신요양시설의 경우에는


운영비의 70%를 중앙정부가 부담합니다. 이에 비해 정신건강복지법의 유일한 지역사회서비스 제공기관이라고 볼 수 있는 정신재활시설 운영비는 중앙정부의 부담없이 지방자치단체가 전액을 부담합니다. 이러한 재원부담 구조에서 지방자치단체의 이해관계는 가족과 일치하게 됩니다. 즉 지역사회에서의 부담을 회피하면서 돌봄 비용을 절감하게 되는 것입니다. 실제 이러한 재정분담구조를 형성하고 운영하는 중앙정부가 이해관계자들의 행동에 가장 책임이 있다고 봅니다.

오늘 토론의 핵심적인 쟁점은 ‘동의입원의 비동의성’ 혹은 ‘동의입원 과정에서 당사자 의사결정에 대한 절차보조의 부재’일 것입니다. 현재 이 제도는 자의입원을 가장한 비자의입원으로 의심받고 있습니다. 정부의 입장에서 국격과 맞지 않는 높은 비자의입원 비율을 공식통계에서 조금이라도 낮추고 싶겠지만, 있는 그대로의 현실을 인정하고 성찰하지 않으면 진정한 국격의 성장은 이루어지기 어려울 것입니다. 정신건강에 관한 모든 해결방법을 입원으로 귀착시키는 제도를 거부하는 용기가 우리 모두에게 필요한 때입니다.

〈토론3〉

정신장애 당사자의 관점에서 바라본 정신 의료 시스템의 개선점

김 재 완 (송파정신장애동료지원센터 활동가)



나의 트라우마와 내가 생각하는 정신 의료 시스템의 개선점에 대하여

김 재 완 (송파정신장애동료지원센터/ 활동가)

저는 조현병을 가지고 있는 당사자 활동가 김재완입니다
저는 1994년 경에 발병해서 지금까지 회복의 여정을 걸어오고 있습니다
저는 부모님을 친부모님이 아니라고 의심하는 증상으로 발병을 했습니다
발병 후 몇 개월을 서울 시내를 헤매면서 친부모님을 찾으라고 보냈습니
다. 그렇게 몇 개월을 보내고 대학 선배님들의 손에 이끌려 정신병원 이란
곳에 상담을 받게 되었습니다. 상담 결과 관계 망상증이라고 진단받게 되
었고 곧바로 강제입원을 하게 되었습니다. 저는 발병 후 지금까지 그 외에
세 차례 더 입원경험이 있습니다.

지금 생각해보면 처음 두 차례의 강제입원보다는 나중의 두 차례의 자의
입원경험이 치료의 경과도 좋았고 병동 생활도 더욱 쉬웠던 것 같습니다.

저는 그런 병동 생활에서 몇 가지 트라우마도 가지고 있습니다. 가장 처음
입원 시 저는 제가 입원이 되는지 모르는 상태였습니다. 단지 처음 보는
여자 간호사에 이끌려 폐쇄 병동에 들어가게 되었고 곧 입원 수속이 이루
어졌습니다. 저는 제가 병동에 감금되었다고 생각했고 난동을 부리게 되었
습니다. 저는 곧 남자 간호사에게 제압되었고 침대에 묶인 후 코끼리 주사
라고 하는 진정제를 맞고 잠들게 되었습니다. 그렇게 시작된 병동 생활은
제게 지금까지도 생각나는 여러 고통을 가져왔습니다. 아무도 내가 왜 병

원에 감금되었는지 말해주지 않았고 언제 병원에서 퇴원할 수 있는지도 말해주지 않았습니다. 저만 혼자 어느 외진 곳 수용소에 감금된 느낌이었습니다. 그렇게 몇일이 지나자 복용하는 약의 용량이 늘기 시작했고 부작용이 나타났습니다. 손발이 떨리고 침이 나왔으며 변비가 심해졌고 눈도 초점이 맞지 않아서 글을 읽을 수도 없었습니다. 이번에도 또한 누구도 부작용이 왜 생기고 어떠한 부작용이 생기는지 말해주지 않았습니다. 저는 부작용에 대한 설명도 못 들어서 부작용인지도 모르고 단지 내가 폐인이 되가고 있구나 하는 생각뿐이었습니다. 언제 이 고통이 끝나는지, 퇴원이란게 가능하기는 한지도 모르는데 저는 혼자 그 많은 고민과 고통을 감내해야 했습니다.

지금 생각해보면 다소 비인간적이며 당사자를 하나의 인격체로 보기보단 치료가 필요한 환자로만 생각하는 처사라고 보여집니다.

이러한 강제입원 제도는 지양해야 한다고 많은 당사자와 활동가들이 주장하고 있고 요 몇 년간 이러한 주장이 인정을 받게 되어서 의료현장에서의 변화도 체감하고 있습니다.

이러한 주장이 힘을 받고 있지만 언론이나 매체에서 가끔씩 정신장애인들이 저지르는 범죄와 사고를 보도하곤 합니다. 그런 기사를 접할 때마다 같은 정신장애인으로서는 안타까운 마음과 이런 사고로 다시 강제입원의 필요성이 대두되지 않을까 하는 걱정이 커지는 것이 사실입니다. 그러나 이러한 사고를 단지 정신장애의 한 증상으로만 보기엔 무리가 있습니다. 대한민국은 음주에 관해서 관대한 문화를 가지고 있습니다. 사실 우리는 거의 매일 뉴스에서 음주로 인한 사건, 사고를 접하곤 합니다. 음주운전으로 인한 교통사고부터 상해, 가족내 폭력등 그 유형도 다양합니다. 그러나 그렇다고 해서 음주를 법으로 금지하진 않습니다. 아마도 술은 기호 식품이

고 성인이라면 자신의 판단에 음주 여부를 맡겨야 된다는 생각이 널리 퍼져있기 때문입니다. 우리 정신장애인의 사건 사고도 이러한 면에서 봐야 되지 않을까요. 많이 알려진 통계이지만 사실 정신장애인의 범죄율은 비장애인의 것보다 낮다고 합니다.

저는 그래서 자타해의 위험이 높을 때를 제외하고는 강제입원은 지양해야 한다고 생각합니다.

정신장애 당사자는 환자 이전에 온전한 인격을 가진 사람이고 또한 의료행위에 소비자이기도 합니다. 정신장애 당사자를 이러한 관점에서 본다면 현재 정신장애 의료시스템의 많은 부분이 개선될 수 있을 거라고 생각합니다.


저도 가끔씩 지하철이나 길거리에서 정신장애인을 보곤 합니다. 우리 사회에 그런 정신장애인들을 무엇인가 모자르는 사람이 아닌 사회에 존재하는 여러 다양한 사람 중의 하나로 보는 아량을 기대할 수 없는 것일까요?

정신장애인을 배척하거나 불쌍한 사람이 아닌 우리 사회가 지닌 여러 다양한 면의 하나로 생각할 수 있는 성숙한 사회가 어서 오기를 바라면서 글을 마칠까 합니다.

〈토론4〉

정신장애인이 지역사회에서 행복한 자립생활을 영위하기 위해서 필요한 서비스

신 석 철 (송파정신장애동료지원센터 센터장)



정신장애인이 지역사회에서 행복한 자립생활을 영위하기 위해서 필요한 서비스

신 석 철 (송파정신장애동료지원센터/ 센터장)

‘자립생활’의 의미란 장애인 당사자가 자신의 결정권을 행사할 때, 타인의 개입 또는 보호를 최소한으로 하여 자기 의지대로 선택하여 결정하는 것 모든 일련의 행동을 의미한다. 또한, 당사자는 **재활서비스의 수혜자가 아닌 자립생활패러다임의 소비자**이며 더 나아가 **공급자로서의 권리를 지닌** **당당한 주체이자** **인권을 보장받아야 할 가치 있는 존재**이다.

하지만 정신건강복지법에 정신질환자 등에 대한 자립생활 지원의 법적 근거가 미비하고 이로 인해 예산지원이 이루어지지 않아 **정신장애인 및 정신질환자의 자립생활 지원 자체는 사실상 국가의 사각지대에 방치되어** 있는 것이 현시점의 상황이다. 이와 같은 현실에서 **정신질환자 및 정신장애인의 자립생활은** **묘연하고 가족의 부담이 과중되어** **당사자의 고립 및 은둔한 생활로** 도태되고 있다.

이런 상황을 극복하기 위해 정신건강복지법에 **정신장애인 및 정신질환자립생활 지원에 관한 법적근거를 마련을 하여** 당사자들이 **자기결정권과 자기선택권을 존중받으며** **지역사회에서 온전한 건강한 자립생활을 영위할 수 있도록** 몇 가지를 제안하고자 한다.

1) 재활패러다임에서 자립생활패러다임으로 전환

2017년 5월 30일 정신장애인 탈원화를 위한 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 법률(이하 '정신건강복지법')이 시행되었지만, 정신장애인 당사자의 입장이 적절하게 반영되지는 못하였다고 생각한다.

따라서 정신장애인 당사자의 입장이 수용되어야 할 부분들이 아직도 많이 존재하고 있고 특히, 전문가 중심의 한시적이고 지엽적인 서비스로 인하여 당사자 중심의 서비스나 자기결정권이 간과되고 있는 것이 현실이다. 이러한 상황 속에서 국가가 진정한 정신장애인 탈원화를 원한다면 기존에 존재하고 있는 패러다임에서 전환이 적실히 필요한 상황이다. 정신질환 및 정신장애인 당사자들이 지역사회에서 행복한 자립생활을 영위하기 위해서는 아래 표와 같이 자립생활패러다임으로 전환하는 것이 절실히 필요하다고 생각한다.

※재활패러다임과 자립생활패러다임의 차이점은 아래 표를 참조

항목	재활패러다임	자립생활패러다임
문제정의	신체적 손상/작업기술의 결여 심적 부적은 동기와 협력의 부족	전문가, 가족의 의존/ 부적절한 지원 서비스 건축물의 장애/경제적 장애
문제의위치	개인에게	환경 안에/재활 과정에
문제의 해결	의사, 물리치료사, 직업치료사 직업재활상담원 의한 전문적 개입	동료상담/옹호/자조/소비자주권 사회적 장애의 제거
사회적 역할	환자/클라이언트	소비자
통제 주체	전문가	소비자
요구되는 결과들	최대한의 ADL(일상생활활동)/유급취업/ 심리적 적응/중지된 동기화/완벽한 신변처리	자기관리/최소한의 제한된 환경 생산성(사회적 경제적)

2) 보편적 장애인복지전달체계 배제 - 정신장애인은 명칭만 장애인

장애인복지법에서 정의하고 있는 '장애인의 정의'에 포함되는 정신장애인은 보편적인 장애인 복지전달체계에서 배제를 경험하며 정신질환자를 대상으로 하는 「정신건강복지법」에 따라서 제공되는 서비스만을 받고 있다. 또한, 엄연히 '장애인'임에도 불구하고 '질환자'라는 의료적 관점에서 정신장애인을 설명하려고 있고, 약물복용과 정신과적으로 치료만 하면 모든 문제가 해결된다는 오만한 전문성을 가지고 정신장애인의 삶을 재단하고 진단을 내리고 있는 것이 현재 정신건강시스템에 현주소라고 생각한다.

발표자는 정신장애인은 단순히 약물복용과 정신과적 치료만으로 삶의 개선되지 않는다고 생각한다. 이 현황을 개선하기 위해서는 타 장애 유형과 마찬가지로 인간다운 삶과 권리보장을 위하여 자립생활에 필요한 서비스들을 제공해야 하며 이를 위해선 현행 장애인복지법 15조폐지 및 동법 시행령 13조는 즉각 폐지해야 한다고 주장한다.

3) 정신장애인 활동보조인 서비스 제도화

장애인복지법 제55조(활동지원급여의 지원)에 의하면 국가와 지방자치단체는 중증장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여 및 활동보조서비스 지원에 대해 명시되어 있다. 하지만 장애인 복지법 15조로 인해서 서비스를 제안하고 있고, 인정조사표는 신체장애인에 기초 설계되었기 때문에 중증정신장애인만으로 활동지원급여 대상이 되는 것이 어렵다. 그러므로 정신장애인 특성을 고려한 활동지원급여를 신설하거나 수정해야 할 필요성이 있다고 생각한다.

4) 정신장애인 소득 보장

직업은 단순히 돈을 버는 것을 넘어 인간의 능력과 개성을 표하는 통로이다. 또한, 사람과 사람을 만나는 기회의 장이며 서로 협력하고 배울 수 있는 교육의 창구이자 기본적인 삶을 유지할 수 있는 경제적 수단이라고 생각한다. 그러나 정신장애 당사자는 이러한 기회마저 박탈을 당하고 있다.



자료원: 장애인경제활동실태조사(한국장애인고용공단 고용개발원, 2019) 재구성

2019년 전체인구의 15세 이상 고용률은 61.5%인데 반해 장애인구의 고용률은 34.9%, 중증장애인의 고용률은 20.9%로 낮은 수치이다. 그중에서도 정신장애인은 11.6%로 전체 고용률의 1/5수준에 불과한 최하위로 나타났다.

이는 장애인 경제활동이 전체인구에 대비해 열악한 상태이며, 그중에서도 정신장애인 경제활동이 가장 취약하다는 것을 의미한다. 한편 등록장애인 장애인고용공단을 통해 적은 수입의 일자리라도 지원할 기회가 생기지만 장애등록을 하지 않은 정신질환자의 경우 비당사자 경쟁에서 우위를 점해야만 취업의 문이 열린다.

그러나 정신질환자 또한 장애등록이라는 꼬리표만 없지, 그들도 우리와 같은 동료로서 정신과적 어려움으로 인해 직장생활에서 고생을 경험하기 때문에 등록 장애인보다 취업이 더욱 어려운 것이 현실이다. 정신장애 당사자의 장애등록은 자신이 장애인임을 인정하는 부담감을 넘어, 우리 사회에 만연해 있는 사회적 차별과 편견을 직면해야 한다는 두려움이 공존한다.

우리를 위협하고, 사회로부터 격리되어야 할 사람으로 여기는 사회적 편견 때문에 장애등록을 피하고, 설령 장애등록을 신청하더라도 잘 받아들여지지 않아 어려움이 가중되고 있다.

발표자가 주장하는 위 상황들의 극복 방안은 다음과 같다.

1. 정신건강복지법 개정 또는 발달장애인 특별법처럼 정신장애인복지 지원법 개정
2. 정신장애 등록 여부 상관없이 정신장애인 취업지원센터를 설립, 정신 질환 및 정신장애인의 취업 지원
3. 현재 정신질환자 자격·면허 취득 제한 28개 법률 개정

마지막으로 헌법 제10조에 의하면 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 또한, 헌법 제11조에 의하면 모든 국민은 법 앞에 평등하다.

하지만 우리는 그동안 행복하지 않았고, 법 앞에서 평등하지 않았다고 생각한다. 이 자리를 빌려 앞으로 정신장애인도 행복하고 평등하게 살아갈 수 있는 지역사회가 조성되길 바란다.

〈토론5〉

토 론 문

이 인 영 (국가인권위원회 조사관)

MEMO

MEMO

〈토론6〉

토 론 문

남 윤 영 (국립정신건강센터 의료부장)

MEMO

MEMO

〈토론7〉

토 론 문

권 오 용 (정신장애인권연대 카미 대표이사)



토 론 문

권 오 용 (정신장애인권연대 카미 대표이사)

1

발제에 대하여

지적 장애인을 정신병원에 장기간 입원시키는 방식으로 사실상 수용하는 정신의료기관의 관행에 대하여 문제제기를 한 것은 큰 의미가 있다. 보건복지부의 정신건강제도 관련 연구 과제를 여러 차례 수행한 서울시립대 신권철 교수는 정신병원에 입원중인 환자의 약 30% 이상이 지적·자폐 장애인이라고 설명한 것을 기억하고 있다.

지적장애·자폐성 장애인도 심리적, 정신적인 어려움을 겪을 수 있기 때문에 필요한 경우 정신의료기관에서 진료를 받고 약물처방을 받는 의료적인 도움이 필요하다. 그러나 문제는 가족이나 지역사회에서 이러한 장애인들을 돌보기가 힘들다는 이유로 정신의료기관 수용이라는 방법을 취하는 것은 큰 문제임에도 지금까지 심각한 문제제기가 없었다.

2014년 유엔장애인권리위원회에 제출된 KAMI 보고서에 용인정신병원에
서 지적장애 여성을 입원시켜 강제치료를 하는 과정을 아래와 같이 보고하
였다.

“3) Ms Lee (42) with developmental disability (IQ 55) had been
hospitalized 6 times in a psychiatric hospital in Yong-in city Kyung-ki-do
province.

2004.2.16. - 2005.3.5.

2006.9.8. - 2006.12.13.

2007.6.26. - 2007.8.22.

2008.6.26. - 2011.2.28.

2011.3.1. - 2011.4.6.

2014.1.2. - ?

She did not have hallucination or delusion but she was forced to take
forced medication and treatment and too often restrained because of her
low intelligence to understand and follow the hospital staffs' instructions.
A psychiatric hospital where are psychiatric sanatoriums also has more
than 2,000 psychiatric inpatients.”

위 내용은 지능지수 55의 지적장애 42세 여성을 10년간 수개월에서 수년
까지 6회나 입원시켜 강제치료를 제공하고 지적장애로 인해 잘 이해하지
못함에도 불구하고 강제 약물복용을 거부하면 자주 강박을 실시한 인권침해
사례입니다. 이러한 보고에 대하여 유엔 장애인권리위원회는 대한민국에
대한 최종견해에서 다음과 같이 우려를 표시하고 권고하였다.

“제14조 신체의 자유와 안전

25. 위원회는 「정신보건법」의 기존 조항과 동법의 개정 초안이 장애를 근거로 한 자유의 박탈을 허용한다는 사실에 우려를 표한다. 또한 위원회는 정신장애인의 자유롭고 고지된 동의 없이 이루어진 장기간 시설 수용화를 포함한 시설 수용화의 비율이 매우 높다는 점에 대해 우려를 표한다.
26. 위원회는 당사국이 정산·지적장애를 포함하여 장애를 근거로 한 자유의 박탈을 허용하는 기존의 법률 조항을 철폐하고 모든 정신보건서비스를 포함한 보건서비스가 당사자의 자유롭고 고지된 동의를 바탕으로 제공되도록 보장하는 조치를 채택할 것을 권고한다. 또한 위원회는 법률이 개정될 때까지 병원 및 특수 시설에서 벌어지는 장애인에 대한 모든 경우의 자유박탈을 검토하고, 검토과정은 항소 가능성을 포함할 것을 권고한다.
27. 위원회는 재판을 받기에 부적합한 것으로 판단된 장애인들에게 대한민국에서 공정한 재판을 받을 권리를 보장하기 위해 현재 시행중인 안전조치나 보호조치에 대한 정보가 부족한 점에 대해 우려를 표한다. 당사국이 제공한 정보에 따르면, 장애인에 대한 법률조력인의 지명과 무죄판결의 선고를 제외하고, 대한민국이 재판을 받기에 부적합한 것으로 간주된 장애인들에게 제재에 상응하는 실제적인 조치에 관해서는 어떠한 정보도 제공되지 않았다.
28. 위원회는 장애인에게 공정한 재판과 적법절차를 보장해주는 절차적인 편의를 구축할 것을 권고한다. 또한 위원회는 장애인에게 다른 사람과 동등하게 적법절차를 보장해주기 위하여, 형사사법제도상의 재판 부적합 판정을 없앨 것을 권고한다.

제15조 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유

29. 위원회는 정신병원 내에서 정신장애인이 동방 감금과 상습적인 구타, 강박, 과도한 약물치료 등을 포함한 잔인하고, 비인도적이거나 굴욕적인 대우로 간주되는 상황에 처해 있음에 우려를 표한다.
30. 위원회는 당사국이 장애인이 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 및 처벌에 처해지도록 하는 강제치료를 폐지할 것을 촉구한다. 시설수용이 지속되는 한, 위원회는 당사국이 장애인단체의 참여를 보장하는 효과적인 외부의 독립적인 모니터링 메커니즘의 구축을 통하여, 정신병원에 수용되어 있는 장애인을 모든 유형의 폭력, 학대 및 학사로부터 보호할 것을 촉구한다.”

3

국가인권위원회의 권고

국가인권위원회는 16진정0197900 진정사건에서 보건복지부 장관에게 “정신의료기관에 입원 중인 지적장애인 현황에 대한 실태조사를 실시하고, 입퇴원 과정 등에서의 구체적인 편의제공 방안을 마련하기 바란다.”고 권고한 바 있다.

위 진정사건의 피해사례는 1급 지적장애인을 본인의 의지나 선호와 관계 없이 자의입원 정신병원에 입원시켰는데 처방된 정신약물 복용으로 다리가 풀려서 뒤로 크게 넘어졌으나 응급조치를 제대로 하지 않아 7시간 방치되어 있다가 종합병원으로 옮긴 뒤 3시간 만에 사망한 사건이었다.

위 권고 후 보건복지부가 지적장애인의 정신병원 입원실태에 대한 조사를 실시하였는지 알 수 없지만 그러한 보도나 자료를 본 바는 없다.

4

결 어

장애에 대한 정신과 의료의 개입은 필요한 최소한에 그쳐야 한다. 유엔 장애인권리위원회가 권고한 내용과 같이 바와 같이 우리 정부는 정신건강 복지법에 의한 자유를 박탈하여 비자의로 수용하거나 입원하는 법률 규정은 폐지하여야 하고 당사자의 자유롭고 고지된 동의를 바탕으로 정신과 의료서비스가 제공되어야 한다.

“위원회는 당사국이 정신·지적장애를 포함하여 장애를 근거로 한 자유의

박탈을 허용하는 기존의 법률 조항을 철폐하고 모든 정신보건서비스를 포함한 보건서비스가 당사자의 자유롭고 고지된 동의를 바탕으로 제공되도록 보장하는 조치를 채택할 것을 권고한다. 또한 위원회는 법률이 개정될 때까지 병원 및 특수 시설에서 벌어지는 장애인에 대한 모든 경우의 자유 박탈을 검토하고, 검토과정은 항소 가능성을 포함할 것을 권고한다.”

아울러 위 2016년 국가인권위원회가 보건복지부 장관에게 권고한 정신의료기관 내 입원되어 있는 지적장애인의 실태에 대하여 하루 빨리 조사하여야 한다. 어떤 정신병원은 장애인 생활시설 보다도 훨씬 열악한 시설에 지적장애인, 자폐장애인을 입원이라는 명목으로 수용하고 있다는 사실을 전해 들었다.

정신의료기관이 지나치게 많은 환자들을 장기간 수용하여 약물치료를 제공하는 것은 진정한 의미에서 의료행위로 보기 어렵다고 생각한다. 이러한 관행은 인권침해 그 자체에 지나치지 않는다. 그럼에도 유엔과 국가인권위원회로부터 시정에 대한 권고를 받은 지 오래 지난 이 시점까지도 지적장애인과 자폐장애인 등을 치료를 위한 목적이 아닌 정신의료기관 시설수용의 행태가 계속 되는 것에 대하여 우리 사회는 심각한 문제의식과 개선을 위한 노력이 필요할 것이다.

〈토론8〉

토 론 문

김 한 숙 (보건복지부 정신건강정책과장)

동의입원제도의 문제점과 정신병원 입·퇴원과정 인권보장을 위한 긴급토론회

발행일 2020년 10월 30일

발행처 국회의원 인재근

서울시 영등포구 의사당대로 1 국회의원회관 806호
전화 02)784-8091 이메일 ijgalso@daum.net
홈페이지 <http://www.ijk.or.kr>

사단법인 장애우권익문제연구소

서울시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 303호
전화 02)2675-5364 이메일 cowalk1004@daum.net
홈페이지 <http://www.cowalk.or.kr>

송파정신장애동료지원센터

서울시 송파구 송이로 167 은선빌딩 2층
전화 02)400-0718 이메일 peer_supported@naver.com

사단법인 정신장애인권연대 카미

서울시 영등포구 의사당대로 22, 2층 인큐베이팅룸
전화 02)741-2060 이메일 kamihumanright@hanmail.net

한국정신장애인지립생활센터

서울시 관악구 봉천동 945-7 2층
전화 02)878-9968 이메일 kmdpcil@daum.net

ISBN 979-11-85498-88-1 93330

