



일 잘하는 실력 국회

입법영향분석보고서

2019. 12.

제42호

정신질환자 비자의 입원제도의 입법영향분석



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

정신질환자 비자의 입원제도의 입법영향분석

이만우(보건복지여성팀장)

2019. 12. 23.



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

입법영향분석보고서는

국회에서 제·개정된 후 일정기간이 지난
주요 법률의 입법영향을 분석하는 보고서로
수시 발간되고 있습니다.



동 보고서는 아래와 같은 절차와 외부전문가의 자문을 거쳐 작성되었습니다.

구 분	내 용
주제 선정	2019. 6. 11.
초고 작성기간	2019. 4. 10. ~ 2019. 10. 29.
초안 검토	입법영향분석 TF
외부 전문가 자문	2019년 10월 29일(화) 오후 2시(국회입법조사처 제2세미나실) - 입법영향분석 세미나 발표 및 토론 김준 사회문화조사실장(사회) 이만우 보건복지여성팀장(발표) 이해국 가톨릭대학교 정신건강의학과 교수(지정토론)
실무위원회 검토	2019년 11월 21일(목) 오후 2시(사회문화조사실장실) - 김 준 사회문화조사실장 정경윤 사회문화조사심의관 이만우 보건복지여성팀 팀장 정준화 과학방송통신팀 입법조사관
간행물 심의위원회 의결	2019년 12월 05일(목) 오후 3시 - 위원장: 김하중 국회입법조사처장 - 위 원: 조기열 정치행정조사실장 이신우 경제산업조사실장 김 준 사회문화조사실장 이복우 기획관리관

요 약

2016년 5월 29일 舊 「정신보건법」 전면 개정으로 탄생한 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이른 바 ‘정신건강복지법’)에 의해 변화된 비자의 입원제도(강제입원제도)는 ‘탈수용화’를 통해 정신질환자의 인권과 치료권을 보장하고, 지속가능한 지역사회 정신건강서비스의 연계·통합 제공체계의 구축을 목표로 하는 것이다. 다시 말해, 정신질환자를 정신의료기관으로부터 지역사회로 이동시켜 인권침해 요소를 없애고 지역사회에서 치료, 재활 및 사회복귀의 기반을 다지고자 비자의 입원요건 등을 강화한 것이다.

그러나 보호의무자에 의한 입원유형을 중심으로 비자의 입원요건 등을 강화한 것이 과연 ‘탈수용화’를 가져오고 있는지, 환자의 인권을 보호하고 치료권을 확보·향상시키는 방향으로 나아가고 있는지에 대해서는 의문시되고 있다. 지역사회 정신질환 관리체계가 미성숙한 상황에서 입원치료를 필요로 하는 정신질환자들을 지역사회에 방치하게 되어 일종의 ‘치료의 사각지대’를 형성하는 것이 아닌가라는 비판이 제기되고 있다.

그럼에도 불구하고, 보건복지부는 비자의 입원제도의 개선에 따라 법 시행 이후 비자의 입원율이 지속적으로 하락 추세를 보이고 있으며, 전체 입원 환자 수도 다소 감소하였다고 발표하였다. 이러한 변화는 자·타해 위험이 없는 환자는 의료진이 환자와 가족에게 치료 필요성을 지속적으로 설득하고, 환자가 스스로 결정하여 자의입원으로 전환함에 따른 결과라고 한다.

이에 본 보고서에서는 2017년 5월 30일 현행 정신건강복지법 시행일 직후를 초점으로 한 비자의 입원제도의 입법영향분석, 즉 비자의 입원요건 등의 강화가 ‘탈수용화’를 통한 환자의 인권과 치료권의 보호·향상을 가져왔는지를 양적, 질적 연구를 통합한 mixed methods로 확인하고자 했다. 양적 분석으로

서 국민건강보험 진료비 청구 자료(정신건강의학과 입원 및 외래서비스 이용 내역)를 분석대상으로 준실험적 방법론(quasi-experimental design)의 종류인 단절적 시계열(Interrupted Time Series) 방법을 적용하였다. 질적 분석으로서 환자와 환자 가족, 의료진(의사/간호사), 인권단체, 정책전문가를 대상으로 한 개별 면담과 초점집단면담(Focus group interview)을 진행한 후 생산된 전사 자료(transcripts)를 코딩 및 클러스터링하여 주제 분석을 하였다.

먼저, 양적 분석은 ‘탈수용화’의 현황, 진행 과정 및 결과를 확인하는 것이다.

첫째 동일병원 재입원율은 2017년 법 시행 직후 퇴원 후 7일, 30일 이내의 경우 유의하게 감소하는 경향이 있었으나 90일 이내의 경우는 유의한 변화는 없었다. 법 시행 직후 비자의 입원요건의 강화 등 개선된 비자의 입원제도의 ‘탈수용화’ 효과가 단기적으로 드러난 것이라고 볼 수 있으나, 결국 법 시행 이전으로 회귀하는 추세를 보여주는 것으로 보아, 또한 다른 병원 재입원율은 지속적인 추이의 변화를 확인할 수 없었으므로, 제도의 정책효과는 미미한 것으로 보인다.

둘째, 퇴원 후 외래방문율과 지속관리율은 2017년 법 시행 직후 증가하였으나 지속적인 추이의 변화는 나타나지 않았다. 특히 지속관리율의 경우 이전에 증가하던 추이가 2016~7년 이후에는 감소하는 것으로 나타났다. 비자의 입원제도가 ‘탈수용화’를 추동할 수 있도록 지역사회 정신의료서비스가 체계적으로 이루어지지 못하고 있다는 것이다.

셋째, 최초입원율과 퇴원율도 2017년 법 시행 이후 유의한 변화가 관찰되지 않았다. 비자의 입원제도의 개선이 동기화한 ‘탈수용화’가 지역사회 정신건강서비스에 의해 적절하게 지탱되지 못하고 있다는 것이다.

다음으로, 질적 분석은 법 개정이 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보에 미친 영향, 그리고 법 개정의 부작용 및 재개정 사항에 대한 이해관계자들

의 이야기 분석이다.

첫째, 법 개정이 주로 비자의 입원의 절차적 정당성에 초점이 맞추어져 있어 인권보호에는 다소 긍정적일 지라도 정신질환자에 대한 급성기 입원치료를 지연시키는 부작용을 낳을 수 있다는 우려가 제기되었다. 이는 정신질환자를 위한 돌봄 및 지지의 지역사회 인프라가 충분히 구비되지 않은 상황에서 입원요건을 강화시켜 필요한 치료서비스의 제공을 어렵게 만들었다는 것이다.

둘째, 인권과 치료권이 대립되는 구도가 형성되어 있는 바, 인권 프레임이 치료서비스의 제공을 방해하고 있다는 주장과 인권보호를 위해 비자의 입원에 대한 안전장치를 만들어야 한다는 주장이 대립되고 있었다.

셋째, 보호의무자에 의한 입원유형이 비자의 입원의 대세를 이루면서 가족의 부양부담이 커지고 있으며, 응급입원과 행정입원 시행의 절차적 어려움 등을 법 시행의 부작용으로 이해관계자의 다수가 지적하였다. 따라서 법제도 개선사항으로 비자의 입원요건 등의 강화로 인한 부작용을 제어하는 수단으로 사법입원제도의 도입 등이 제안되었다.

또한, 지역사회 정신재활시설이나 주거시설 등 정신질환 관리시스템이 미비한 상태에서 ‘탈수용화’를 강행할 경우 노숙인이나 교도소 수감자의 증가로 이어진다는 ‘펜로즈 가설(penrose hypothesis)’을 우리의 상황에서 입증한 연구를 그 밖의 영향분석으로 소개하였다.

끝으로, 양적, 질적 분석 결과에 기초하여 비자의 입원제도를 개선하고, ‘탈수용화’를 본격적으로 추진하기 위한 개선방안을 제시하였다.

첫째, 보호의무자의 범위를 확대해야 한다. 보호의무자의 자격요건이 민법의 부양의무자 규정을 준용하고 있어 생계를 같이 하지 않으면 보호의무자로 인정되기 어렵기 때문에 치료적 접근성이 제약되고 있다. 생계를 달리 하더라도 형제, 자매, 친척, 후견인, 환자를 돌보는 자 등 환자에게 치료서비스를 제공할 수 있도록 실제 보호자가 보호의무자가 되어 입원신청을 할 수 있도록

해야 한다. 주요 선진국에서도 보호의무자의 자격요건을 일률적으로 제한하지 않음을 알 수 있다.

둘째, 사법입원제도를 도입·실시함으로써 정신질환자의 인권과 자기결정권을 보장하는 차원에서 비자의 입원치료의 결정에 환자와 그 가족의 의견이 보장되는 공공 행정체계가 확보되는 것과 동시에 다양한 지역사회 재활 및 복지 인프라를 구축해야 한다. 그리고 사법입원제도의 도입·실시에 보호의무자에 의한 보호입원제도, 응급입원제도, 입원적합성심사제도 등의 개선을 비롯하여 기존 입원의 요건, 심사 및 통제 관련 제도적 장치들의 조정과 폐지 및 보완이 뒤따라야 할 것이다.

셋째, ‘탈수용화’의 추진을 저해하는 핵심 장애 요소 중 하나가 바로 퇴원 후 정신질환자의 지역사회 자립을 위한 주거 문제이기에, 환자가 정신의료기관으로부터 지역사회로 나오도록 자립지원 통해 지역사회 정착을 유도하는 서비스를 지탱하는 ‘중간 집’을 설치·운영해야 한다. ‘중간 집’ 설치·운영을 위해서는 우선 주거지 확보가 필수적이고, 환자의 증정도 및 일상생활기능에 따른 ‘중간 집’ 모형을 다양하게 제시·운영할 필요가 있으며, ‘중간 집’ 이용 후 환자가 지역사회로 어떻게 편입되어야 하는가에 대한 구체적인 서비스 프로그램도 마련해야 할 것이다.

차 례

□ 요약

I. 입법영향분석의 배경과 필요성 / 1

1. 분석대상 법률의 개관	1
가. 분석대상 법률	1
나. 입법 배경과 목적	3
다. 심의 경과	9
라. 주요 내용	12
2. 입법영향분석의 필요성	15
가. 제도의 개요	15
나. 분석의 필요성	25
3. 자료와 분석방법	28

II. 관계 부처 및 이해관계자 의견 / 35

III. 입법영향분석 / 42

1. 입법목적의 달성 여부 분석	42
가. ‘탈수용화’에 미친 영향	42
나. 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보에 미친 영향	53
2. 그 밖의 영향분석	71

IV. 개선방안 / 75

1. 보호의무자의 범위 확대	75
-----------------------	----

2. 사법입원제도의 도입·실시	77
3. ‘중간 집’ 설치·운영을 통한 지역사회 정신질환자 주거 지원	80

V. 결론 / 84

참고문헌

부록: 관계부처 및 이해관계자의 의견

표 차례

[표 1] 비자의 입원요건 등의 강화: 법률 개정 사항들	6
[표 2] 병합 심사 「정신보건법」 개정 법률안	10
[표 3] 정신보건법 개정 법률안의 핵심 내용과 대안 반영	11
[표 4] 2016년 전면 개정 현행 정신건강복지법의 법률체계: 총 8장 89조	13
[표 5] 자의입원의 주요 변화 내용	16
[표 6] 동의입원의 주요 변화 내용	17
[표 7] 보호의무자에 의한 입원(보호입원)의 주요 변화 내용	19
[표 8] 행정입원의 주요 변화 내용	21
[표 9] 응급입원의 주요 변화 내용*	23
[표 10] 현행 정신건강복지법 입원제도 개요	24
[표 11] 법 시행 이후 정신의료기관 입원환자 현황	26
[표 12] 면담 대상자 목록	54
[표 13] 정신의료기관 전체 병상 비율과 교도소 수감자 비율과의 관계	72
[표 14] 민간 정신의료기관 병상 비율과 교도소 수감자 비율과의 관계	73

그림 차례

[그림 1] 자의입원 절차	16
[그림 2] 동의입원 절차	17
[그림 3] 보호의무자에 의한 입원 절차	20
[그림 4] 행정입원 입원절차	22
[그림 5] 응급입원 절차	23
[그림 6] 법 시행 이후 정신의료기관 입원환자 현황	27
[그림 7] 연구설계	30
[그림 8] 2016년 개정에 따른 법 시행의 효과 예측	31
[그림 9] 면담내용 기반 주제 분석방법: 코딩 및 클러스터링	33
[그림 10] 재입원율: 추세(2006.1.~2018.10.)	42
[그림 11] 재입원율: 7일 이내 동일 병원	43
[그림 12] 재입원율: 7일 이내 다른 병원	43
[그림 13] 재입원율: 30일 이내 동일 병원	44
[그림 14] 재입원율: 30일 이내 다른 병원	44
[그림 15] 재입원율: 90일 이내 동일 병원	45
[그림 16] 재입원율: 90일 이내 다른 병원	45
[그림 17] 외래방문율: 추세(2006.1.~2018.10.)	46
[그림 18] 퇴원 후 7일 이내 외래방문율	47
[그림 19] 퇴원 후 30일 이내 외래방문율	47
[그림 20] 지속관리율: 추세(2006.1.~2018.10.)	48
[그림 21] 지속관리율: 월별(2015.1.~2019.1.)	49
[그림 22] 최초입원률: 추세(2006.1.~2018.10.)	50
[그림 23] 최초입원률: 월별(2015.1.~2019.1.)	50
[그림 24] 퇴원율: 추세(2006.1.~2018.10.)	51
[그림 25] 퇴원율: 월별(2015.1.~2019.1.)	51

I. 입법영향분석의 배경과 필요성

1. 분석대상 법률의 개관

가. 분석대상 법률

- 이 보고서의 분석대상 법률과 조항은 정신질환자 비자의 입원(흔히 ‘강제 입원’) 제도를 규정하고 있는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제43조(보호의무자에 의한 입원 등) 등임
- 2016년 5월 29일 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)으로 법률명을 변경하면서까지 전면 개정된 (2017.5.30. 시행) 이 제43조의 핵심은 보호의무자에 의한 비자의 입원요건 등의 강화임
 - 보호의무자에 의한 입원(보호입원)의 대상요건(제2항제1호제2호), 신청(제1항), 절차(제4항), 기간 연장(제5항제6항), 그리고 입원통제(입원적합성심사, 제45~ 제49조) 등 입원제도의 모든 측면이 이전보다 강화되었음

제43조(보호의무자에 의한 입원 등) ① 정신의료기관 등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2명 이상(보호의무자 간 입원등에 관하여 다툼이 있는 경우에는 제 39조제2항의 순위에 따른 선순위자 2명 이상을 말하며, 보호의무자가 1명만 있는 경우에는 1명으로 한다)이 신청한 경우로서 정신건강의학과전문의가 입원 등이 필요하다고 진단한 경우에만 해당 정신질환자를 입원 등을 시킬 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원 등을 할 때 보호의무자로부터 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 입원 등 신청서와 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.

② 제1항 진단에 따른 정신건강의학과전문의의 입원 등 필요성에 관한 진단은 해당 정신질환자가 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우 그 각각에 관한 진단을 적은 입원등 권고서를 제1항에 따른 입원등 신청서에 첨부하는 방법으로 하여야 한다.

1. 정신질환자가 정신의료기관등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도

또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우

2. 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험을 말한다. 이하 같다)이 있어 입원 등을 할 필요가 있는 경우

③ 정신의료기관등의 장은 정신건강의학과전문의 진단 결과 정신질환자가 제2항 각 호에 모두 해당하여 입원 등이 필요하다고 진단한 경우 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.

④ 정신의료기관등의 장은 제3항에 따른 진단 결과 해당 정신질환자에 대하여 계속 입원 등이 필요하다는 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의(제21조 또는 제22조에 따른 국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과전문의가 1명 이상 포함되어야 한다)의 일치된 소견이 있는 경우에만 해당 정신질환자에 대하여 치료를 위한 입원 등을 하게 할 수 있다.

⑤ 제4항에 따른 입원 등의 기간은 최초로 입원 등을 한 날부터 3개월 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 구분에 따라 입원 등의 기간을 연장할 수 있다.

1. 3개월 이후의 1차 입원 등 기간 연장: 3개월 이내

2. 제1호에 따른 1차 입원 등 기간 연장 이후의 입원 등 기간 연장: 매 입원 등 기간 연장 시마다 6개월 이내

⑥ 정신의료기관등의 장은 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우에만 제5항 각 호에 따른 입원 등 기간의 연장을 할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원 등 기간을 연장할 때마다 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 기간 이내에 그 연장에 대한 심사를 청구하여야 한다.

1. 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의(제21조 또는 제22조에 따른 국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과전문의가 1명 이상 포함되어야 한다)가 입원 등 기간을 연장하여 치료할 필요가 있다고 일치된 진단을 하는 경우

2. 제1항에 따른 보호의무자(이하 “신청 보호의무자”라 한다) 2명 이상(제1항에 따른 입원 등 신청 시 신청 보호의무자가 1명만 있었던 경우에는 1명으로 한다)이 제5항에 따른 입원 등의 기간 연장에 대한 동의서를 제출한 경우

⑦ ~ ⑪ (생략)

나. 입법 배경과 목적

(1) 입법배경

- 정신질환의 예방 및 치료 등에 관한 사항을 규율하는 ‘정신보건법(mental health law)’은 그 규율대상이 사실상 자기결정능력에 제한이 있는 정신질환자라는 점에 특성이 있음
 - 정신질환자에 대한 사실상의 구금 및 강제 치료를 법적으로 규율하여 그들을 보호하는 한편, 일정 범위의 강제입원을 법적으로 뒷받침하는 것임
- 대부분의 국가들이 의료법 이외에 정신질환의 국가적 차원의 관리를 위해 ‘정신보건법’을 따로 제정하듯이, 우리나라도 1995년 舊 「정신보건법」(이하 「정신보건법」)을 제정하여 여러 차례 개정을 거쳐 오다가 2016년 5월 정신건강복지법으로 전면 개정되었고, 2017년 5월 시행되기에 이룸
- 「정신보건법」은 제정 당시부터, 또 이후 개정과정에서도 의료계와 환자 단체 등을 중심으로 항상 서로 다른 방향에서 비판이 제기되어 왔음
 - 정신질환자에 대한 강제 입원 및 치료는 정신질환자에 대한 암묵적 통제인가, 아니면 그들의 정신건강을 회복시켜 사회에 복귀시키기 위한 불가피한 조치이자 그들의 인권을 보장하는 수단인가
 - 비자의 입원, 즉 강제입원에 부과하고 있는 각종 규제는 정신질환자에 대한 조기 치료적 개입을 가로막은 부당한 것인가, 아니면 정신질환자의 인권을 보호하기 위해서는 불안하지만 불가피한 안전장치인가
 - 특히, 제정 이래 가장 광범위하게 이루어진 2016년 개정은 종전보다 엄격한 규제 장치, 즉 정신건강의학과 전문의 2인의 진단요건을 추가하여 의료적 처치가 필요한 환자에 대한 치료적 접근성이 제한된다는 비판과 부당한 강제입원 등에 대한 규제는 여전히 미흡하다는 비판을 동시에 받고 있음

- 실제로 「정신보건법」의 제·개정 과정을 추적하면, 이러한 양가적이고 상반된 두 방향에서 병렬적으로 진행되어 왔음을 알 수 있음
 - 근대적 정신질환 관리를 위한 치료적 접근성의 확보, 즉 ‘탈수용화’¹⁾를 통한 지역사회 정신보건체계를 구축하는 과정에서 정신질환자에 대한 사회적 차별을 배제하고 그들의 인권을 보호하기 위해 비자의 입원을 규제하는 것임
- 비자의 입원요건 등의 강화와 관련하여, 1995년 제정으로부터 2016년 전면 개정까지 주요 개정 내용은 다음과 같음([표 1] 참조)
 - 자의입원(자의입원과 동의입원)과 비자의 입원(보호입원과 행정입원), 입원 방식이 크게 2범주 4유형으로 유지·고정되었으며, 자의입원에 대해서는 72시간 내 비자의 입원으로의 전환을 폐기하고, 정기적 퇴원 의사를 확인하도록 했을 뿐만 아니라 그 기간이 크게 단축되었음
 - 보호의무자에 의한 입원의 경우 실체적으로는 종래의 자·타해 위험 ‘또는(OR)’ 치료의 필요성 요건을 자·타해 위험 ‘및(AND)’ 치료의 필요성 요건으로 바꾸고, 정신질환자의 정의에 “독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는”을 삽입하여 의료적 차원을 넘어 일상생활 능력을 기준으로 하는 기능적 차원을 추가하였음
 - 절차적으로는 보호의무자 1인의 동의로 족하였던 것을 보호의무자 2인의 동의(이후 신청)로 바꾸었을 뿐만 아니라, 그들이 보호의무자임을 확

1) ‘탈수용화(脫收容化, de-institutionalization)’란 정신의료기관이나 정신요양시설에 수용되어 있던 정신질환자를 지역사회로 돌려보내 치료 및 재활에 임하게 하여 사회복지를 도모하는 지역사회 정신보건과 정신건강사회복지의 정책원리이자 목표임 (Sealy, P.A., “The Impact of the Process of Deinstitutionalization of Mental Health Services in Canada: An Increase in Accessing of Health Professionals for Mental Health Concerns.” *Social Work in Public Health*, 2012. 27(3): 229-237). 우리의 경우 대부분 정신질환자들이 정신의료기관에 입원해 있는 상황이므로, ‘탈수용화’는 ‘탈원화(脫院化, de-hospitalization)’를 의미함(탈수용화 ≒ 탈원화)

- 인할 만한 서류를 징구할 책임을 정신의료기관의 장에게 부여하고, 그것의 위반에 대하여 따로 형사처벌 규정을 두기에 이르렀음
- 또한, 정신건강의학과 전문의 1인의 진단으로 6개월까지 입원시킬 수 있었던 것을 2주로 단축하고 2인 이상의 서로 다른 기관 소속 전문의의 진단이 있어야 (상기 2주를 산입하여) 3개월까지 추가입원 시킬 수 있게 됨
 - 위 6개월이 지난 뒤 계속입원 결정 시 지방정신보건심의위원회가 심사하게 하는 것에 1998년부터 인신보호법에 의한 구제절차가 추가되었고, 2016년 개정에 의해 1개월 내 입원적합성심사위원회의 심사가 추가되었음
 - 응급입원과 행정입원의 요건에는 큰 변화가 없었으나 이는 두 제도가 이미 상당히 엄격한 요건 하에서만 운용할 수 있게 되어 있었고, 실제로 그다지 운용되지 아니하였다는 것이 확인되었음
 - 이러한 흐름에 대한 반동으로 2016년 개정으로 보호의무자 1인의 동의 하에 환자 본인의 자의로 입원한 경우 72시간 이내에 비자의 입원으로 전환할 수 있게 하는 새로운 입원유형(동의입원)이 도입되었음
- 이상 일련의 개정은 자의입원과 보호의무자에 의한 입원, 행정입원으로 이루어진 1995년 「정신보건법」이 설정한 기본 구도를 벗어나지 않고, 그것을 전제로 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보를 위하여 각각의 요건을 추가하는 식으로 반복되었음([표 1] 참조)
- 2016년 전면 개정도 크게 다르지 않으며, 개정법이 도입한 새로운 제도는 주로 정신질환자에 대한 복지지원(법 제4장 제33조~제38조)으로, 그나마도 권리 의무 규정이 아닌 목표와 재정투입의 근거 규정에 불과함
 - 다만, 그 동안 법률 개정 때마다 강화되어온 보호의무자에 의한 입원통제가 2016년 전면 개정에 이르러서는 행정입원에 의한 입원통제를 넘어 비자의 입원체도의 근간으로 자리매김 되었다는 점에서 그 의미가 있음

[표 1] 비자의 입원요건 등의 강화: 법률 개정 사항들

	1995년	1998년	2000년	2004년	2008년	2016년
보호의무 자에 의한 입원		자·타해 위험 ‘또는’ 치료의 필요성	보호의무자 2인 등의	보호의무자 2인 등의	자·타해 위험 및 치료의 필요성	보호의무자 2인 등의·신칭
			보호의무자 확인 서류 징구	보호의무자 확인 서류 징구	보호의무자 확인 서류 징구, 미징구 형사처벌	
		정신건강의학과 전문의 1인 (진단 및) 임원 권고	정신건강의학과 전문의 1인 (진단 및) 임원 권고	정신건강의학과 전문의 1인 (진단 및) 임원 권고	정신건강의학과 전문의 1인 (진단 및) 임원 권고 → 2주간 평가입원	
		정신의료기관의 장 임원 결정	정신의료기관의 장 임원 결정	정신의료기관의 장 임원 결정	서로 다른 기관의 소속 정신건강의학과 전문의 2인(그 중 1인은 국공립 소속 또는 보건복지부 지정 진단·치료기관 소속 전문의)	정신의료기관의 장 임원 결정 (2주) 3개월 (갱신은 6개월)
행정입원		자·타해 위험	자·타해 위험	자·타해 위험	정신건강의학과 전문의/정신보건전문요원 → 행정기관 (2인) 진단의뢰 → (2인) 진단 → 행정기관의 임원 처분 → 지정정신의료기관 임원	정신건강의학과 전문의/정신보건전문요원 → 행정기관 (2인) 진단의뢰 → (2인) 진단 → 행정기관의 임원 처분 → 지정정신의료기관 임원
		시·도지사	시·도지사	시장·군수·구청장	특별자치시장·특별자치도지사 추가	(2주) 3개월
		계속임원(필수), 퇴원청구(임의) - 시도지사 등(지방정신건강심의위원회)	계속임원(필수), 퇴원청구(임의) - 시도지사 등(지방정신건강심의위원회)	계속임원(필수), 퇴원청구(임의) - 시도지사 등(지방정신건강심의위원회)	계속임원(필수), 퇴원청구(임의) - 시도지사 등(지방정신건강심의위원회)	
입원통제		시·도지사 시설개방요구권	시·도지사 시설개방요구권	시·도지사 시설개방요구권	입원적합성심사위원회 (1개월 내)	인신보호법
				인신보호법		인신보호법

(2) 입법목적

- 2006년 전면 개정 현행 정신건강복지법의 입법목적은 제1조(목적) 및 제2조(기본이념)에서 명시되어 있음
- 입법목적은 “정신건강 친화적인 환경 조성함으로써” (즉, ‘탈수용화’를 통한 상호 제한적인 성격을 지닌 정신질환자의 인권 보호와 치료받을 권리, 즉 치료권 확보임

제1조(목적) 이 법은 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(기본이념) ① 모든 국민은 정신질환으로부터 보호받을 권리를 가진다.

② 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고, 최적의 치료를 받을 권리를 가진다.

③ 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.

④ 미성년자인 정신질환자는 특별히 치료, 보호 및 교육을 받을 권리를 가진다.

⑤ 정신질환자에 대해서는 입원 또는 입소(이하 “입원등”이라 한다)가 최소화되도록 지역 사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 하며, 정신건강증진시설에 자신의 의지에 따른 입원 또는 입소(이하 “자의입원등”이라 한다)가 권장되어야 한다.

⑥ 정신건강증진시설에 입원등을 하고 있는 모든 사람은 가능한 한 자유로운 환경을 누릴 권리와 다른 사람들과 자유로이 의견교환을 할 수 있는 권리를 가진다.

⑦ 정신질환자는 원칙적으로 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가진다. 특히 주거지, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 복지서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중받는다.

⑧ 정신질환자는 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리를 가진다.

⑨ 정신질환자는 자신과 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리를 가진다.

- 상기 입법목적에 의해 볼 때, 2016년 법률 개정의 취지는 다음과 같이 세 가지로 요약할 수 있음
 - 비자의 입원요건 등의 개선으로 인권보호 장치를 획기적으로 강화함
 - 현행 보호의무자에 의한 입원은 위헌법률 심판에서 헌법불합치 결정을 받았으며²⁾, 이 자체는 UN 「정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙」(UN Principles for the Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care)에도 일치한다고 볼 수 없기 때문임³⁾
 - 비자의 입원치료의 완전 폐지는 현실적으로 곤란하나 인권보호를 위한 지속적인 제도 개선은 반드시 필요함
 - 개정의 핵심 내용은 모든 비자의 입원에 대한 입원적합성심사 및 치료입원 전 2주간 진단입원 도입(제45조~제48조), 복수 전문의에 의한 입원 결정 등 입원요건·절차 강화(제43조), 퇴원의사 확인 주기 단축(1년 → 2개월)(제42조) 등임
 - 정신질환자에 대한 차별 해소 및 복지서비스 제공의 법적 근거를 마련함

- 2) 2016년 9월 29일 헌법재판소는 재판관 전원 일치 의견으로, 위헌법률심판 대상 조항, 즉 보호의무자 2인의 동의와 정신과 전문의 1인의 입원 진단이 있으면 강제입원이 가능하도록 한 「정신보건법」 제24조제1항 제2항은 신체의 자유에 대한 과잉침해금지원칙을 위반하여 헌법에 합치되지 아니하고, 입법자의 개선입법이 있을 때까지 계속 적용된다는 결정을 선고했는데(“계속적용 헌법불합치”) 입법시한을 정하지는 않았음(헌재결, 2016.9.29. 선고 2014헌가9). 이 결정에서는 인신보호, 신체의 자유 등 기본적 인권 침해문제가 주요 쟁점이지만, 입법개선의 시한이 없는 계속적용 헌법불합치 결정을 한 점도 눈여겨볼 만한 문제임(김선화·이만우, 「정신질환자 보호입원 규정 헌법불합치 결정의 의미와 입법개선 과제」, 『이슈와 논점』 제1205호, 국회입법조사처, 2016). 이는 보호의무자에 의한 강제입원에 대해 목적은 정당하나 절차에 있어서는 위헌이라는 것임
- 3) 이른 바, MI Principle에서 자·타해 위험을 이유로 입원하는 경우 정신보건 전문가 1인의 판단으로 강제입원이 가능하고, 치료의 필요성을 이유로 입원하는 경우에는 독립된 또 다른 1인의 정신보건 전문가의 두 번째 진단을 수행하도록 권고하고 있어 치료적 접근성과 인권보호를 동시에 강조하고 있음

- 가벼운 우울증만 치료받아도 법적 정신질환자가 되어 화장품 제조 판매업 등 여러 자격취득이 원천 차단되고⁴⁾, 「장애인복지법」 제15조에 따라 일부 장애인 복지서비스 제한 등 불이익이 발생함
- 개정의 핵심 내용은 정신질환자 범위를 “독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는(제3조제1호)” 경우로 축소 정의, 고용 및 직업 재활지원, 평생교육, 가족에 대한 정보제공 및 교육 등 복지서비스 근거(제4장제33조~제38조) 마련 등임
- 전 국민에 대한 생애주기별 정신건강증진사업의 법적 근거를 마련함
 - 2016년 기준 평생 동안 한 번 이상 정신질환에 이환된 적이 있는 사람의 비율(정신질환 평생 유병률)은 25.4%(남 28.8%, 여 21.9%)로 약 1300만 명(2017년 기준 전체 인구 5147만 명 중, 치매 제외) 규모로 추정되며⁵⁾, 정신건강은 전 국민의 문제이나 정신질환자의 조기 발견·개입 등 국민 정신건강증진사업의 근거는 부족함
 - 개정의 핵심 내용은 일반 국민 대상 정신건강증진사업을 수행할 수 있는 근거로서 ‘정신건강증진의 장’(제2장제7조~제18조 등) 신설

다. 심의 경과

□ 국회보건복지위원회 대안의 제안 경위 및 제안 이유

- 다음 4건의 「정신보건법 개정법률안」 및 「정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안」이 발의되어 보건복지위원회에 각각 상정한 후 제안 설명 및 검토보고와 대체 토론을 거쳐 법안심사소위원회에 회부함
- 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소 정의하고, 전 국민 대상의

4) 「사회복지사업법」 등 총 25개 법률에 의거하여 정신질환자가 특정 자격증을 취득하는 것을 금지하고 있음
 5) 보건복지부, 『2016년도 정신질환 실태 역학조사』, 2017.

정신건강증진의 장을 신설하며, 비자의 입·퇴원 제도를 개선하고, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하는 등 현행 법률상 미흡한 점을 개선·보완하려는 것임

[표 2] 병합 심사 「정신보건법」 개정 법률안

법률안명	발의자	의안 번호	발의일 (회부일)	상정일
정신보건법 전부개정법률안	정부	9081	2014. 1. 16. (2014. 1. 17.)	제323회 국회(임시회) 제2차 전체회의 2014. 4. 11.
정신보건법 일부개정법률안	최동익 의원 등 10인	11747	2014. 9. 19. (2014. 9. 22.)	제332회 국회(임시회) 제2차 전체회의 2015. 5. 1.
정신보건법 일부개정법률안	이명수 의원 등 11인	15141	2015. 5. 14. (2015. 5. 15.)	제337회 국회(정기회) 제8차 전체회의 2015. 11. 9.
정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안	김춘진 의원 등 13인	16215	2015. 7. 24. (2015. 7. 27.)	제337회 국회(정기회) 제8차 전체회의 2015. 11. 9.

- 제337회 국회(정기회) 제8차 법안심사소위원회(2015.11.25), 제340회 국회(임시회) 제1차 법안심사소위원회(2016.2.16.) 및 제342회 국회(임시회) 제1차 법안심사소위원회(2016.4.29.)에서 이상 4건의 법률안을 병합하여 심사한 결과, 이를 통합·조정하여 보건복지위원회 대안을 마련함
- 제342회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회(2016.4.29.)에서 법안심사소위원회에서 심사 보고한 대로 4건의 법률안에 대해서는 각각 본회의에 부의하지 아니하고, 법안심사소위원회가 마련한 대안을 위원회안으로 제안 의결함
 - 상임위 대안 의결: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(제명 변경)
 - ◆ 제342회 국회 제1차 보건복지위원회(2016.4.29.) 비용추계서 생략 의결

□ 병합 심사 법률안의 핵심 내용과 대안 반영된 내용은 다음의 [표 3]과 같음

[표 3] 정신보건법 개정 법률안의 핵심 내용과 대안 반영

법률안명	핵심 내용 및 대안 반영
정신보건법 전부개정법률안 (정부)	<p>(핵심 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「정신보건법」 → 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」으로 변경 - 정신건강증진사업 규정 및 정신건강증진의 장(章) 신설 ○ 정신질환자 범위 축소 ○ 비자의 입·퇴원 제도 개선 등 <p>(반영 내용) 대부분 반영</p>
정신보건법 일부개정법률안 (최동익 의원)	<p>(핵심 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 보호의무자의 순위: 부양의무자 → 후견인(현행 제21조제2항)에서 후견인 → 부양의무자로 변경 <p>(반영 내용) 보호의무자 순위 등 주요 내용이 대안에 포함됨</p>
정신보건법 일부개정법률안 (이명수 의원)	<p>(핵심 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 동의입원제도 신설 ○ 보호의무자에 의한 입원요건 강화 ○ 행정입원(시장·군수·구청장에 의한 입원) 활성화를 위한 제도개선 - 입원 기간 연장 및 계속입원 제한 연장 등 - 행정입원 신청권자에 경찰관 추가 ○ 입·퇴원 관리시스템 등 비자의 입원 감시체계 구축 ○ 퇴원 등 명령 다양화 : 퇴원·입시퇴원·처우개선 → 외래치료명령, 조건부퇴원, 전원, 자의입원 등으로의 전환 추가 <p>(반영 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 다만 비자발적 입원 중 경찰관을 행정입원 신청권자로 포함시키는 것은 오용가능성을 고려하여 수정반영 ○ 신청권자인 정신과 전문의 및 정신보건 전문요원에게 경찰이 요청 가능
정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안(김춘진 의원)	<p>(핵심 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 정신장애인의 권리보장과 다양한 복지지원 시책을 규정 <p>(반영 내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 복지서비스 제공 근거 등 기본 취지나 내용이 대안에 포함

라. 주요 내용

- 2016년 전면 개정 정신건강복지법의 주요 내용은 다음과 같음
 - 법률의 명칭을 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」로 변경함
 - 법 적용 대상인 정신질환자의 정의를 “독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람”으로 한정함(제3조제1호)
 - 정신건강증진의 장을 신설하여 일반국민에 대한 정신건강 서비스 제공 근거를 마련함(제7조부터 제18조까지)
 - 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공 근거를 마련함(제33조부터 제38조까지)
 - 환자 본인 및 보호의무자의 동의로 입원을 신청하고, 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호필요성이 인정되는 경우 72시간의 범위에서 퇴원을 거부할 수 있는 동의입원 제도를 신설함(제42조)
 - 보호의무자에 의한 입원 시 입원 요건과 절차를 강화하여 진단입원 제도를 도입하고, 계속 입원 진단 전문의 수 및 소속을 서로 다른 정신의료기관에 소속된 정신과 전문의 2명 이상(그 중 국공립 정신의료기관 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관에 소속된 정신과 전문의가 1명 이상 포함되도록 함)으로 하며, 계속입원 심사 주기를 단축함(제43조)
 - 시장·군수·구청장에 의한 행정입원제도의 개선을 위하여 보호의무자에 의한 입원의 유형 중 하나인 시장·군수·구청장이 보호의무자가 되는 경우를 삭제하고, 경찰관이 행정입원 신청을 요청할 수 있는 근거를 마련하며, 행정입원 기간을 보호의무자에 의한 입원 기간과 같이 조정함(제44조 및 제62조)

- 각 국립정신병원 및 대통령령으로 정하는 기관 안에 입원적합성심사위원회를 설치하여, 보호의무자 또는 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우 입원사실을 3일 이내에 위 위원회에 신고하도록 하고, 위원회는 입원의 적합성 여부를 1개월 이내에 판단하도록 하는 등 입원 단계 권리구제 절차를 강화함(제45조부터 제49조까지)
- 정신건강심의위원회의 결정 유형을 퇴원, 임시퇴원, 처우 개선 조치 외에도 외래치료명령 조건부 퇴원, 3개월 이내 재심사, 다른 정신의료기관 등으로의 이송, 자의입원 또는 동의입원으로의 전환 등으로 다양화함(제59조)
- 입원 환자의 회전문 현상, 입원의 장기화, 반복되는 재입원의 문제를 통제하기 위하여 입원·퇴원 등과 관련된 관리시스템을 구축하도록 함(제67조)
- 「정신보건법」상 정신질환자 범위 규정을 인용하고 있는 다른 법률의 경우에는 각 자격제도 등의 특성 및 법적 안정성을 고려하여 해당 법률의 규정이 개정되기 전까지는 정신질환자 범위가 그대로 적용되도록 부칙에 경과조치 규정을 마련함(부칙 제7조)

[표 4] 2016년 전면 개정 현행 정신건강복지법의 법률체계: 총 8장 89조

구분	조문 구성
제1장 총칙	제1조(목적) 제 2조(기본이념) 제3조(정의) 제4조(국가와 지방자치단체의 책무) 제5조(국민의 의무) 제6조(정신건강증진시설의 장의 의무)
제2장 정신건강증진 정책의 추진 등	제7조(국가계획의 수립 등) 제8조(시행계획의 수립·시행 등) 제9조(정신건강증진 관련 주요정책의 심의) 제10조(실태조사) 제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등) 제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 등의 추진 등) 제13조(학교 등에서의 정신건강증진사업 실시) 제14조(정신건강의 날) 제15조(정신건강복지센터 의 설치 및 운영) 제16조(정신건강연구기관 설치·운영) 제17조(정신건강전문요원의 자격 등) 제18조(정신건강전문요원의 결격사유)
제3장 정신건강증진시설의 개설·설치 및 운영 등	제19조(정신의료기관의 개설·운영 등) 제 20조(과징금처분) 제21조(국립·공립 정신병원의 설치 등) 제22조(정신요양시설의 설치·

구분	조문 구성
	운영) 제23조(정신건강의학과전문의의 자문) 제24조(정신요양시설의 폐지·휴지·재개 신고) 제 25조(정신요양시설 사업의 정지, 설치허가 취소 등) 제26조(정신재활시설의 설치·운영) 제27조(정신재활시설의 종류) 제28조(정신재활시설의 폐지·휴지·재개신고) 제29조(정신재활시설의 폐쇄 등) 제30조(기록보존) 제31조(정신건강증진시설의 평가) 제32조(청문)
제4장 복지서비스 제공	제33조(복지서비스 개발) 제34조(고용 및 직업재활 지원) 제35조(평생교육 지원) 제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원) 제37조(지역사회 거주·치료재활 등 통합 지원) 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육)
제5장 보호 및 치료	제39조(보호의무자) 제40조(보호의무자의 의무) 제41조(자의입원 등) 제42조(동의입원 등) 제43조(보호의무자에 의한 입원 등) 제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원) 제45조(입원 등의 입원적합성심사위원회 신고 등) 제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등) 제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등) 제48조(입원적합성의 조사) 제49조(입원적합성심사위원회 위원 등의 제척) 제50조(응급입원) 제51조(신상정보의 확인) 제52조(퇴원 등의 사실의 통보)
제6장 퇴원 등의 청구 및 심사 등	제53조(정신건강심의위원회의 설치·운영) 제54조(정신건강심사위원회의 설치·운영) 제55조(퇴원 등 또는 처우개선 심사의 청구) 제56조(정신건강심의위원회에의 회부) 제57조(퇴원 등 또는 처우개선 심사의 심사) 제58조(정신건강심사위원회 위원의 제척·기피·회피) 제59조(퇴원 등 명령의 통지 등) 제60조(재심사의 청구 등) 제61조(재심사의 회부 등) 제62조(시장·군수·구청장에 의한 입원의 해제) 제63조(임시 퇴원 등) 제64조(외래치료 명령 등) 제65조(무단으로 퇴원 등을 한 사람에 대한 조치) 제66조(보고·검사 등) 제67조(입·퇴원 등 관리시스템)
제7장 권익보호 및 지원 등	제68조(입원 등의 금지 등) 제69조(권익보호) 제70조(인권교육) 제71조(비밀누설의 금지) 제72조(수용 및 가혹행위 등의 금지) 제73조(특수치료의 제한) 제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지) 제75조(격리 등 제한의 금지) 제76조(직업요법) 제77조(직업훈련 지원) 제78조(단체·시설의 보호·육성 등) 제79조(경제적 부담의 경감 등) 제80조(비용의 부담) 제81조(비용의 징수) 제82조(보조금 등) 제83조(권한의 위임 및 업무의 위탁)
제8장 벌칙	제84조(벌칙) 제85조(벌칙) 제86조(벌칙) 제87조(벌칙) 제88조(양벌규정) 제89조(과태료)
부칙	시행일, 시범사업의 특례, 다른 법률의 개정 등

주: 굵은 글씨는 개정 및 신설 조항

2. 입법영향분석의 필요성

가. 제도의 개요

- 「정신보건법」이 2016년 전면 개정됨에 따라 개선된 현행 정신건강복지법 상 자의입원이든 비자의입원이든 입원제도가 크게 변화하였음

(1) 자의입원

(가) 자의입원(법 제41조)

- 정신질환자나 그 밖에 정신건강상 문제가 있는 사람⁶⁾이 정신의료기관에 자신의 의지에 따라 입원하는 입원유형임
- 「정신보건법」에서는 1년마다 자의입원 또는 퇴원의사를 확인해야 했던 것이 현행 정신건강복지법에서는 2개월로 단축되었음
- 자의입원 환자가 퇴원 의사가 있어 퇴원 신청을 한 경우 지체 없이 퇴원시켜야 하는 것은 동일함

6) 현행 정신건강복지법에서 정신질환자의 법적 개념이 “망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람(제3조제1호)”으로 축소되면서 정신질환자 범주에 포함되지 않은 정신건강상 문제가 있는 사람이 입원 대상에 추가되었음. 이렇게 정신질환자의 개념을 축소한 주요 의미는 “독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는지” 여부에 초점이 있음. 정신의학적 진단에 따른 정신질환자 중 정신질환으로 고통 받아 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람이 정신질환자가 되는 것임 또한, 법 제3조제7호에서 정신질환자와 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람을 ‘정신질환자등’이라 하며, 이러한 사람들은 정신재활시설을 이용할 수 있는 사람으로 정하고 있음. 따라서 정신건강상 문제가 있는 사람이 정신질환자의 외연이라고 볼 수 있으며, 시행령(대통령령) 제2조(정신재활시설 이용자의 범위)에서 기질성 정신장애, 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애 등을 정신건강상 문제가 있는 사람으로 정하고 있어, 알코올 중독에 따른 장애가 심하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 경우 정신질환자라고 볼 수 있는 것임

[표 5] 자의입원의 주요 변화 내용

자의입원	정신건강복지법(제41조)	정신보건법(제23조)
입원대상자	정신질환자 정신건강상 문제가 있는 사람	정신질환자
자의입원 확인	2개월 마다	1년에 1회 이상
퇴원 절차	퇴원 신청의 경우 지체 없이 퇴원 가능	

[그림 1] 자의입원 절차



자료: 보건복지부·국립정신건강센터, 「환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도」, 2018.

(나) 동의입원(법 제42조)

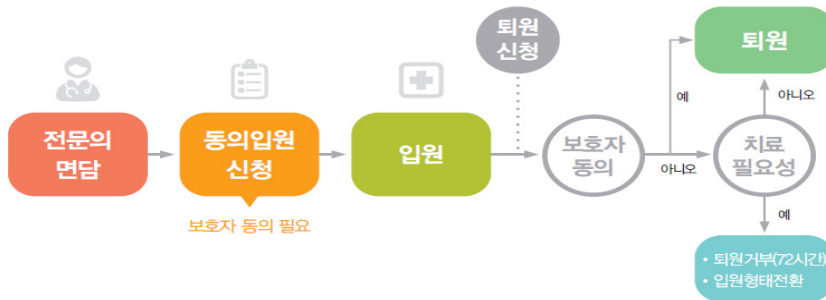
- 정신질환자의 자의 신청 및 보호의무자의 동의를 받아 정신의료기관에 입원을 하는 입원유형임
- 동의입원은 자의입원의 한 유형으로서 종래의 자의입원과 차이가 있음
 - 동의입원은 정신질환자만이 입원 가능한 유형이고, 동의입원을 위해서는 본인의 입원의사와 함께 보호의무자 1인의 입원 동의가 필요함
 - 환자가 보호의무자 동의 없이 퇴원을 신청한 때, 정신건강의학과 전문의의 진단 결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 72시간 동안 정신의료기관의 장이 퇴원을 제한할 수 있음

- ◆ 그 기간 동안 비자의 입원(보호입원·행정입원)으로 전환 가능함

[표 6] 동의입원의 주요 변화 내용

동의입원	정신건강복지법(제42조)	정신보건법
입원대상자	정신질환자	없음
입원요건	환자 본인의 신청 + 보호의무자 1인의 동의	
퇴원의사 확인	2개월 마다	
퇴원	<ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 신청 경우 지체 없이 퇴원 - 보호의무자의 동의 없이 퇴원 신청 경우 치료와 보호의 필요성이 있다고 인정 시 72시간 퇴원 제한 가능 - 퇴원 제한 기간 보호입원 또는 행정입원으로 전환 가능 	

[그림 2] 동의입원 절차



자료: 보건복지부·국립정신건강센터, 「환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도」, 2018.

(2) 비자의 입원

(가) 보호의무자에 의한 입원(보호입원, 법 제43조)

- 보호의무자 2명 이상의 동의·신청에 의한 입원유형임. 다만, 환자가 입원치료를 받을 만한 정도·성질의 정신질환을 가지고, 자신의 건강·안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(‘자·타해 위험’)이 있어 입원을 할 필요성(‘입

- 원치료의 필요성’)이 있다고 정신건강의학과 전문의가 진단한 경우 가능함
- 「민법」 제976조 후견인과 부양의무자 중 후견인이 우선순위임(법 제39조제2항)
 - 기존 피성년 후견인 및 피한정 후견인, 파산선고를 받고 복권되지 않은 사람, 해당 정신질환자를 상대로 한 소송이 계속 중인 사람 또는 소송한 사실이 있었던 사람과 그 배우자, 미성년자, 행방불명자 등 뿐 아니라, 교정시설 또는 치료감호시설에 수용되어 있는 경우, 고령·질병·장애 등으로 보호의무자로서의 의무를 이행할 의사능력이 현저히 부족하다는 의사의 진단 또는 법원의 결정이 있는 경우, 정신질환자에 대한 부양의무의 이행을 서면으로 거부 또는 포기한 경우, 그 밖에 보호의무자로 의무를 이행하기가 힘들다고 보건복지부장관이 인정하여 고시하는 부득이한 사유로 보호의무자로 의무를 이행할 수 없는 사람은 보호의무자가 될 수 없음(법 제39조제1항 등)
 - 「정신보건법」에서는 정신과 전문의 1인의 입원 권고로 입원이 신청되고 유지되었지만, 현행 정신건강복지법에서는 첫 2주 이내의 진단입원 기간 이후에는 서로 다른 정신의료기관의 정신건강의학과 전문의 2인(그 중 1인은 국·공립 정신의료기관 또는 보건복지부 장관이 지정한 정신의료기관 소속 전문의)의 일치된 소견과 최초로 입원 등을 한 날부터 1개월 이내 입원적합성심사위원회의 심사결과 입원적합 통지가 있어야만 입원치료가 유지될 수 있음
 - 입원기간 연장 심사 주기는 「정신보건법」의 때 6개월에서, 초기 심사주기가 3개월로 단축되었음. 이후 연장은 정신의료기관의 장이 정신건강심사위원회에 입원기간 연장 심사를 청구하여 승인받으면 6개월까지 가능함(최초 입원 시 3개월 → 최초 연장 이후 3개월 → 이후 6개월 주기)
 - 입원기간 연장 심사의 요건은 최초 입원과 동일하게 입원을 신청했던 보호의무자 2명의 동의와 서로 다른 정신의료기관에 속한 전문의 2인의 입원치료의 필요성 및 자·타해 위험 진단이 필요함
 - 최초 입원 후 3일 이내에 입원적합성심사위원회에 입원 신고를 하여야 하고,

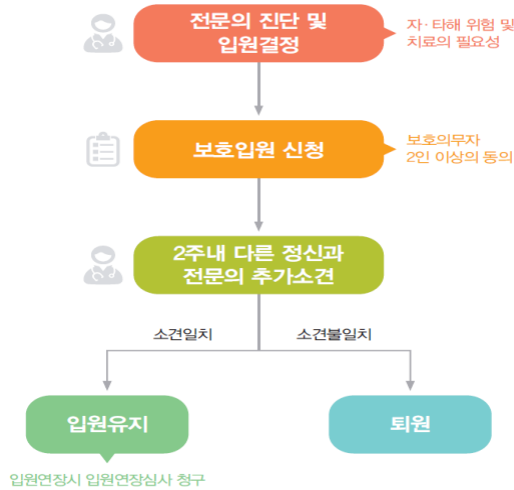
입원적합성심사위원회 소속 조사원의 환자 대면조사(신청자 및 직권조사 대상자에 한함)와 1개월 이내 입원적합성심사위원회 소속 조사원에 의한 심사 및 결정을 받아야 함(‘18.5.30. 부터 시행)

- 만약 입원적합성심사위원회가 입·퇴원 부적합으로 판정하여 정신의료기관에 통보하면 지체 없이 퇴원시켜야 함

[표 7] 보호의무자에 의한 입원(보호입원)의 주요 변화 내용

보호입원	정신건강복지법(제43조)	정신보건법(제24조)
보호의무자	<ul style="list-style-type: none"> - 보호의무자 2명 이상 신청 - 후견인 우선 - 보호의무자가 될 수 없는 사람 추가 규정 	<ul style="list-style-type: none"> - 보호의무자 2명 동의 - 부양의무자 우선
입원요건	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자 - 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환 - 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험 - 상기 모든 요건을 갖추어야 함 	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자 - 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환 또는 자신의 건강이나 안전, 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요
입원기간	<ul style="list-style-type: none"> - 최초 입원 후 2주 이내 두 번째 전문의 진단이 있어야 2주 이상 입원 가능 - 최초 입원 후 1개월 내 입원적합성심사위원회의 입원적합 여부 통지가 있어야 1개월 이상 입원 가능 - 최초 입원 후 3개월 이내 정신건강심사위원회 연장 심사 및 승인 필요 - 최초 연장 심사 이후 3개월 이내 입원기간 연장 심사 및 승인 필요 - 이후 6개월 간격으로 입원기간 연장 정신건강심사위원회 연장 심사 및 승인 필요 	6개월(매 6개월마다 정신보건심판위원회 입원기간 연장 심사 및 승인 필요)
정신건강의학과 전문의 진단	입원 연장 심사 청구시마다 2인의 전문의 진단 필요(그 중 1인은 국·공립 정신의료기관 또는 보건복지부 장관이 지정한 정신의료기관 소속 전문의)	1인의 정신건강의학과 전문의 진단 필요
보호의무자 연장 동의	보호의무자 2명 이상 동의	보호의무자 2명
퇴원 절차	정신의료기관의 장은 퇴원신청 경우 지체 없이 퇴원시키는 것이 원칙이지만 보호입원의 요건(입원치료 필요성 + 자·타해 위험성)이 지속되고 있는 경우 퇴원 거부 가능, 환자 또는 보호의무자는 퇴원 등 심사청구 가능	

[그림 3] 보호의무자에 의한 입원 절차



자료: 보건복지부·국립정신건강센터, 「환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도」, 2018.

(나) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원
(행정입원, 법 제44조)

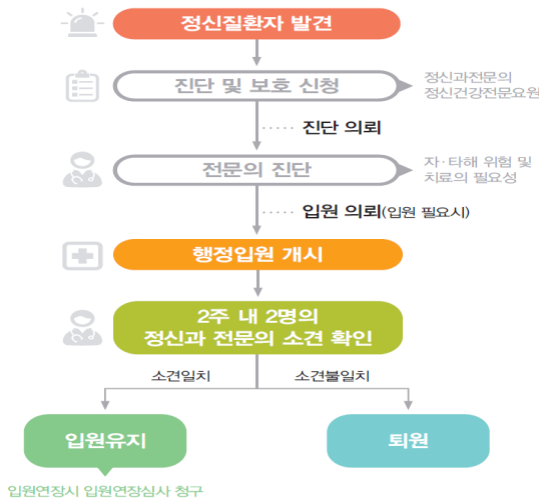
- 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 자에 대하여, 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원의 진단 및 보호신청과, 그에 따른 전문의의 진단에 따라 시장·군수·구청장이 환자를 지정정신의료기관에 입원토록 하는 입원유형임
- 진단과 보호신청의 자격은 정신건강의학과 전문의와 정신건강전문요원으로 동일하지만, 현행 정신건강복지법에서는 경찰관이 행정입원을 위한 진단과 보호신청을 요청할 수 있는 권한이 추가되었음
- 전문의가 자·타해 위험이 있어 증상에 대한 정확한 진단이 필요한 경우 지자체장은 2주 범위에서 기간을 정해 입원시킬 수 있는데, 최초 입원 후 2주 이내 두 번째 의사의 진단이 있어야 치료를 위한 계속입원 의뢰가 가능함

- 보호입원과 달리 2인 이상의 전문의는 서로 다른 기관 소속일 필요는 없음
- 보호입원과 마찬가지로 최초 입원 후 1개월 이내 입원적합성심사위원회의 입원적합 통지가 있어야 1개월 이상 입원이 가능함('18.5.30. 시행)
- 「정신보건법」에서는 정부나 지자체가 설치·운영하는 정신의료기관에 행정입원을 의뢰할 수 있었으나, 현행 정신건강복지법에서는 보건복지부장관이나 지자체장이 지정한 정신의료기관에 행정입원을 의뢰할 수 있음
- 「정신보건법」에서는 3개월이 경과하면 입원조치를 해제하여야 하고, 2인 이상의 전문의 진단 또는 정신보건심판위원회 심사결과가 있는 경우 3개월 이내로 그 기간을 연장할 수 있었으나, 현행 정신건강복지법에서는 최초 입원 후 3개월, 최초 심사 후 3개월, 이후 6개월 간격으로 입원기간 연장이 가능함
- 입원기간 연장을 위해서는 전문의 2인 이상의 진단과 정신건강심사위원회의 심사를 통한 연장 결정이 필요하지만, 보호입원과 달리 2인 이상의 전문의는 서로 다른 기관 소속일 필요는 없음

[표 8] 행정입원의 주요 변화 내용

행정입원	정신건강복지법(제44조, 제62조)	정신보건법(제25조, 제36조)
입원대상자	정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 자	정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자
입원 의뢰와 기간	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강전문요원 또는 정신건강의학과 전문의 요청 - 지자체장의 진단 의뢰 및 전문의 진단 - 지자체장의 입원 의뢰(2주, 지정 정신의료기관) - 2인 이상 전문의 입원치료 필요성 진단 - 지자체의 치료를 위한 계속입원 의뢰(3개월, 지정 정신의료기관) 	
입원연장	<ul style="list-style-type: none"> - 전문의 2인 이상 진단 - 정신건강심사위원회의 입원연장 심사(최초 입원 시 3개월, 최초 입원 연장 이후 3개월, 그 이후 매6개월마다) - 최초 입원 이후 1개월 이내 입원적합성심사위원회 심사 	<ul style="list-style-type: none"> - 전문의 2인 이상의 진단 또는 정신보건심판위원회의 입원연장 심사(최장 6개월 이후 연장 불가)

[그림 4] 행정입원 입원절차



자료: 보건복지부·국립정신건강센터, 「환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도」, 2018.

(다) 응급입원(법 제50조)

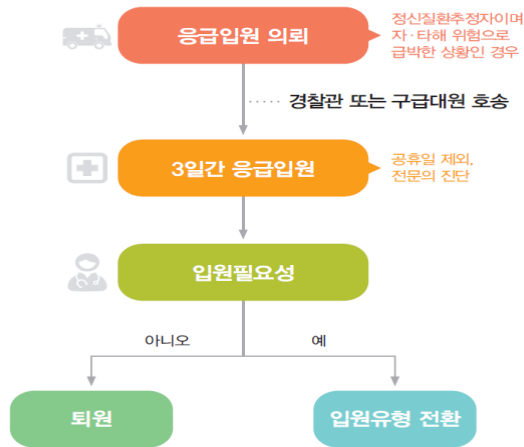
- 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람이, 그 상황이 매우 급박하여 제41조부터 제44조까지의 규정에 따른 자의입원, 동의입원, 보호입원, 행정입원 등을 시킬 시간적 여유가 없을 때 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 그 사람에 대한 응급입원을 의뢰하는 입원유형임
- 이에 동의한 경찰관 또는 구급대원은 정신의료기관까지 그 사람을 호송하고, 정신의료기관의 장은 제1항에 따라 응급입원이 의뢰된 사람을 3일 이내(공휴일 제외)의 기간 동안 응급입원을 시킬 수 있음
- 정신건강의학과 전문의 진단 후 계속 입원할 필요가 없으면 즉시 퇴원하고, 자타해 위험 및 입원치료의 필요성 있는 경우 보호입원이나 행정입원으로 입원유형의 전환이 가능함

[표 9] 응급입원의 주요 변화 내용*

응급입원	정신건강복지법(제50조)	정신보건법(제26조)
입원대상자	정신질환로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람	정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자
입원 신청과 기간	- 상황이 매우 급박하여 다른 입원을 시킬 시간적 여유가 없을 때 누구든지 발견한 사람이 의사(반드시 정신건강의학과 전문의일 필요 없음)와 경찰관 동의를 받아 정신의료 기관에 응급입원 의뢰 - 경찰관 또는 구급대원의 정신의료기관 호송 - 정신의료기관의 장이 응급입원 환자에 대해 3일(공휴일 제외) 내 입원가능 - 전문의 진단 후 계속 입원 할 필요가 없으면 즉시 퇴원 - 다른 입원으로 전환하지 않으면 3일(공휴일 제외)의 입원기간 만료로 퇴원	
입원유형 전환	자타해 위험 및 입원 필요성 있는 경우 72시간의 입원기간 내에 보호입원이나 행정입원으로 입원 절차 진행 시작	

* 현행 정신건강복지법의 응급입원은 「정신보건법」의 응급입원과 큰 차이 없음

[그림 5] 응급입원 절차



자료: 보건복지부·국립정신건강센터, 「환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도」, 2018.

7) 따라서 응급입원은 일종의 과도기 입원유형이라고 볼 수 있기 때문에, 비자의 입원유형으로 간주하지 않음. 응급입원은 대부분 보호입원으로 전환됨

(3) 자의입원과 비자의 입원: 제도 비교 및 개요

[표 10] 현행 정신건강복지법 입원제도 개요

	자의입원(제41조)	동의입원(제42조)	보호입원(제43조)	행정입원(제44조)
유형	자의입원		비자의 입원	
대상 요건	정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람	정신질환자	입원 치료 필요한 정신질환 및 (and) 자·타해 위험	정신질환으로 자·타해 위험 발견 → 정신과전문의 또는 정신보건 전문요원의 신청
입원 신청	본인이 입원 신청서 제출	본인의 신청 + 보호의무자 동의	보호의무자 2인의 신청 (※ 부득이한 경우 1인)	시장·군수· 구청장
입원 절차	별도 절차 없음		정신과 전문의 1인 입원권고 ⇒ 2주 간 진단입원 ⇒ <u>소속이 다른</u> <u>정신과 전문의</u> <u>2인이</u> 일치된 소견으로 입원 (치료입원) 확정	정신과 전문의 1인 입원권고 ⇒ 2주 간 진단입원 ⇒ <u>정신과 전문의</u> <u>2인이</u> 일치된 소견으로 입원 (치료입원) 확정
기간	제한 없음		3개월 간	
입원 신고	해당 없음		3일 내 신고	
입원 적합 성의 심사	해당 없음		국립정신병원 등에 설치된 입원적합성 심사위원회가 심사 (최초 입원일로부터 1개월 이내)	
퇴원 의사 표시	본인의 신청 (2개월마다 퇴원의사 확인필요)		본인 또는 보호의무자의 신청	시장·군수·구청장 의 입원해제
퇴원 제한	신청하면 지체없이 퇴원	정신과 전문의 진단으로 최대 72시간 제한 가능	입원요건 충족시 퇴원거부 가능	해제하면 지체없이 퇴원
입원 연장 요건	해당없음	해당없음 (72시간내 비자발적입원으로 전환 필요)	<u>소속 다른</u> <u>정신과전문의 2인</u> <u>소견 + 보호의무자</u> <u>2명이상</u> 동의 * 3개월(1차) + 6개월연장	2인이상의 전문의 판단 * 3개월(1차) + 6개월연장

나. 분석의 필요성

- 2016년 전면 개정으로 탄생한 현행 정신건강복지법으로 강화된 비자의 입원요건 등은 ‘탈수용화’를 통해 정신질환자들의 인권과 치료권을 보장하고, 이 환자들을 위한 지속가능한 지역사회 정신건강복지서비스의 통합 제공 체계의 구축을 목표로 함
- 비자의 입원요건 등의 강화 결과, 보호의무자 2명의 ‘동의’ 및 ‘신청’을 전제로 입원절차가 까다롭게 됨에 따라 보호의무자가 실제로 입원과정을 주도하게 되고, 비자의 입원유형(보호입원+행정입원) 중 보호의무자에 의한 입원이 대세를 이루게 되었음
- 하지만, 보호의무자에 의한 입원유형을 중심으로 비자의 입원요건 등의 강화가 과연 ‘탈수용화’를 가져오고 있는지, 환자의 인권과 치료권을 보호·향상시키는 방향으로 나아가고 있는지에 대해서는 의문시되고 있음
- 지역사회 정신질환 관리체계가 미성숙한 상황에서 입원치료를 필요로 하는 정신질환자들을 지역사회에 방치하게 되어 일종의 ‘치료의 사각지대’를 형성하는 것이 아닌가라는 비판이 제기되고 있음⁸⁾
- 이러한 비판이 현실화된다면, 법 개정의 취지인 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보라는 (상호 제한적일 수 있는) 정책적 가치추구의 ‘균형’이 상실될 수도 있다는 우려도 있을 수 있음
- 그럼에도 불구하고, 보건복지부는 비자의 입·퇴원 절차 개선에 따라, 법 시행 이후 비자의 입원율이 지속적으로 하락 추세를 보이고 있으며, 전체 입원 환자 수도 다소 감소하였다고 발표하였음⁹⁾

8) 윤제식·김창윤·안준호, 「정신건강복지법 비판: 비자의 입원요건을 중심으로」, *Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2018. 57(2): 145-156.

9) 보건복지부 보도자료, “정신건강복지법 시행 1년, 자의입원은 증가·비자의입원은 감소”, 2018년 5월 24일 자.

- 비자의 입원유형 비율은 법 시행 후 2018년 12월 31일 기준 34.6%로, 2016년 12월 31일 기준 61.6%와 비교하여, 27.0%p 대폭 하락한 것으로 나타났음
- 비자의 입원유형 중 행정입원 비율은 0.1%(94건)에서 4.1%(2,746건)으로 증가하여, 상대적으로 인권보호에 유리한 비자의 입원유형이 늘어났음
- 자의입원 유형 비율은 법 시행 후 2018년 12월 31일 기준 65.4%로, 2016년 12월 31일 기준 38.4%와 비교하여, 27.0%p 대폭 상승한 것으로 나타났음

[표 11] 법 시행 이후 정신의료기관 입원환자 현황

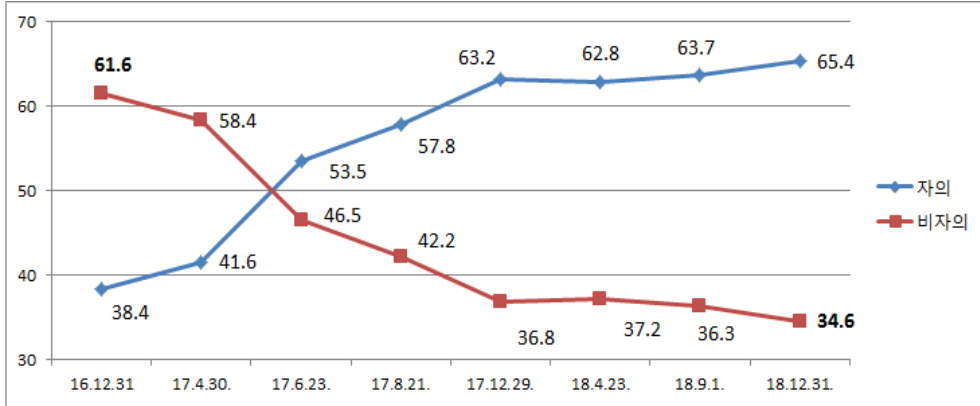
(단위: 명)

시점	입원환자	자의입원	동의입원	보호의무자에 의한 입원			행정입원
				소계	친족 등	사군구청장	
'16.12.31.	69,162 (100%)	26,545 (38.4%)	-	42,523 (61.6%)	39,586 (57.2%)	2,937 (4.2%)	94 (0.1%)
'17.4.30.	66,958 (100%)	27,877 (41.6%)	-	38,977 (58.2%)	36,269 (54.2%)	2,708 (4.0%)	104 (0.2%)
'17.6.23.	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%)					
'17.8.21.	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%)					
'17.12.29.	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 (63.2%)					
'18.4.23.	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 (62.8%)					
'18.9.1.	67,429 (100%)	30,274 (44.9%)	12,682 (18.8%)	21,677 (32.1%)	21,677 (32.1%)	-	2,796 (4.1%)
		42,956 (63.7%)					
'18.12.31.	66,027 (100%)	30,085 (45.6%)	13,073 (19.8%)	20,123 (30.5%)	20,123 (30.5%)		2,746 (4.1%)
		43,158 (65.4%)					

자료: 보건복지부 제출자료, 2019.11.5.

[그림 6] 법 시행 이후 정신의료기관 입원환자 현황

(단위: %)



자료: 보건복지부 제출자료, 2019.11.5.

- 한편, 법 시행 이후 자의입원을 포함한 전체 입원 환자 수는 '16년 말 대비 현재 3.8%(2,639명) 감소하였음
 - 정신의료기관 입원 환자 수가 6만9,162명 ('16.12.31.)에서 6만6,523명 ('18.4.23.)으로 줄어 듦
- 이러한 변화는 자-타해의 위험이 없는 환자는 의료진이 환자와 가족에게 치료 필요성을 지속적으로 설득하고, 환자가 스스로 결정하여 자의입원으로 전환함에 따른 결과라고 함
- 그러나 이러한 분석은 비자의 입원요건 등의 강화가 ‘탈수용화’를 추동하고 있는 지에 대한 보다 객관적이고 실증적인 입법영향분석을 요구함
 - 보호의무자에 의한 입원이 법 시행 이후 43.5%(‘17.6.23.)에서 33.1%(‘17.12.29.)로 감소했다가 이후 30% 이상 일정 비율로 고정되어 비자의 입원 비율의 대부분을 차지하고 있음
 - 보호의무자에 의한 입원의 영향을 탐구하는 것이 비자의 입원제도의 입법영향 분석을 수행하는 데 현실적인 고려임

- 따라서 ‘탈수용화’의 현황, 진행과정 및 결과를 확인·분석하는 양적 방법과 정신질환자의 인권을 보호하고 치료권을 향상시키는 결과를 가져왔는가를 확인·분석하는 질적 방법을 통합한 연구방법(mixed methods)으로 정신건강 복지법의 재개정을 위한 입법개선의 시사점을 도출하고자 함
- 특히, 사법입원제도의 도입·실시에 따른 보호의무자에 의한 입원제도의 개선 및 ‘탈수용화’의 추진을 위한 지역사회 정신건강서비스 제공의 기본 방안을 제시할 수 있을 것임

3. 자료와 분석방법

가. 자료

- 자료원
 - 국민건강보험공단 진료비 청구 자료(정신건강의학과 입원 및 외래서비스 이용 내역)
 - 환자 및 환자 가족, 의료진(의사/간호사), 정책전문가 등에 대한 개별 면담과 초점 집단면담(focus group interview: FGI)으로 생산된 전사 자료(transcripts)
- 분석대상
 - 2005(2015)~2019년 ICD-10 진단코드(주상병+부상병 코드) F20.*-F29.*(조현병, 분열 및 망상장애)로 진단받은 조현병(정신분열병) 환자에 한정함
 - 중증정신질환자에는 조현병 환자 이외에 F30.*(조증 삽화), F31.*(양극성 정동장애), F32.1-3*(중등도의 우울증 및 심각한 우울증), F33.1-3*(재발성 우울성 장애)에 해당하는 환자도 포함되지만, 조현병 환자가 중증정신질환자 중 대부분을 차지하고 입·퇴원의 변화를 가장 투명하게 보여줄

수 있기 때문임

- 정신건강의학과 외래진료는 주 진단이 모든 F코드인 외래 청구 건을 기준으로, 1개월은 30일로 산출함
- 환자 및 환자 가족(보호의무자) 9명, 의료진 5명, 정책 관련자 3명 등의 담화 기록
- 독립변수(정책 개입, policy intervention)
 - 2016년 법률 전면 개정: 2017년 5월 30일 개정법 시행 시점 기준
- 결과변수(핵심 결과, main outcome)
 - ‘탈수용화’ 관련 지표들
 - 월별 조현병 재입원율: 동일/다른 병원 7일/30일/90일 재입원율
 - 월별 조현병 외래방문율: 퇴원 후 7일/30일 외래방문율
 - 월별 조현병 지속관리율: 퇴원 후 6개월간 월 1회 이상 외래방문율
 - 월별 조현병 최초입원율, 퇴원율
 - 비자의 입원요건 등의 강화가 인권 및 치료에 미친 영향에 관한 이야기, 의견, 해석, 주장들

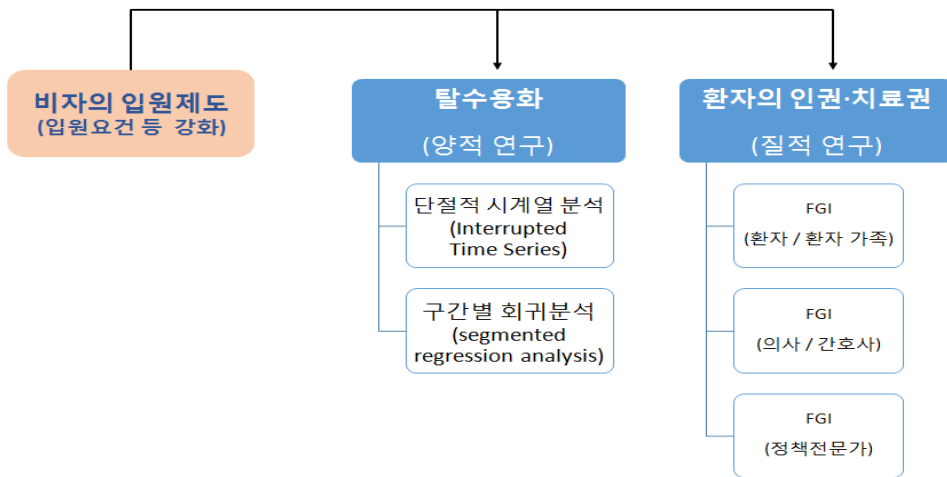
나. 분석방법

- 비자의 입원요건 등의 강화가 ‘탈수용화’를 통한 환자의 인권 보호와 치료권 확보에 어떤 영향을 가져왔는지를 양적 연구과 질적 연구를 통합한 연구방법(mixed methods)으로 확인하고자 함
- 양적으로는 준실험 설계(Quasi-experimental Design)의 종류인 단절적 시계열 분석(Interrupted Time Series Analysis)을 적용함

- 질적으로는 환자와 환자 가족, 의료진, 정책전문가 등을 중심으로 한 FGI 등 면접조사를 수행함

□ 연구설계(Research Design)

[그림 7] 연구설계



□ 양적 분석모형

- 단절적 시계열(Interrupted Time Series) 분석

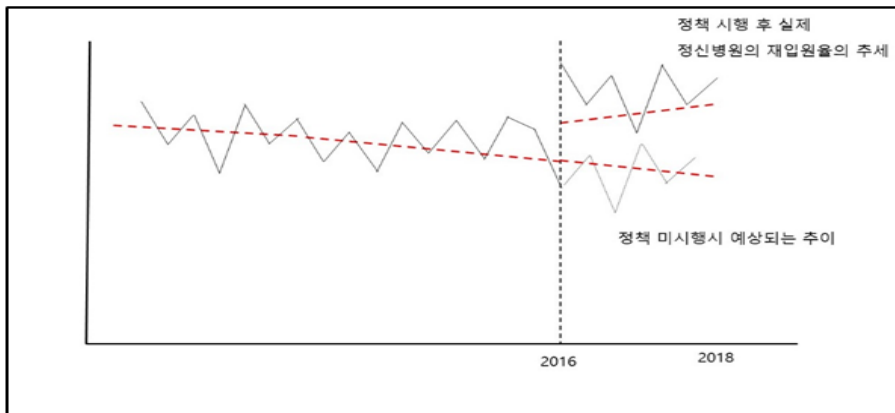
- 법 개정이 경시적(longitudinal) 추세에 단절된 변화가 있는지를 통계적으로 검증하는 방법임

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 T + \beta_2 X_t + \beta_3 TX$$

- T: 시간(연도), X_t : 정책 전후 더미변수로 독립변수(0=사업 전, 1=사업 후), $Y_t = t$ 시간에서의 결과변수, β_0 : 정책 이전의 절편, β_1 : 정책 전의 기울기, β_2 : 정책 후의 기울기, β_3 : 정책 전후 기울기의 곱하기(정책의 효과가 있다면 유의한 차이를 보임)

- 구간별 회귀분석(segmented regression analysis)
 - 단절적 시계열 연구에서 개입의 효과를 평가하는 방법임
 - 입법영향분석을 위해 시계열 자료에서 나타날 수 있는 계절성(seasonality)과 자기상관(autocorrelation)의 영향을 보정하고 분석함
- 2016년 개정에 따라 법 시행 후 회귀선 추세에 단절된 변곡점이 발생한다면, 결과변수가 비자의 입원요건 등의 강화로 인한 것으로 해석가능하며 다음의 통계적 근거로 입법영향분석이 가능함
 - 법 개정 직후 결과지표의 변화량(절편 변화 관찰, 단기 효과)
 - 추세의 변화 (기울기 변화 관찰, 장기 효과)

[그림 8] 2016년 개정에 따른 법 시행의 효과 예측



- 양적 연구가설(질문): “비자의 입원요건 등의 강화가 실제 ‘탈수용화’를 가져 오지 못했다/못할 것이다.”
 - 2016년 개정 및 법 시행 이후 정신의료기관의 재입원율, 외래방문율과 지속관리율, 그리고 최초입원율과 퇴원율의 변화가 있었는가, 있었다면

그 추세는 어떠한가? 등

□ 질적 분석모형

○ 자료수집 방법: 개별 면담과 FGI로 진행함

- 개인정보 등과 같은 민감한 부분이 있어 개별 면담을 원칙으로 하되, 필요 시 FGI를 수행함
- ◆ 3~5명이 함께 모여 연구 주제에 대해 자신의 경험과 생각을 이야기하는 FGI는 다른 대상자들과의 상호작용하면서 면담을 수행함

○ 면담 진행형식: 반구조화된 면담(semi-structured interview)

- 개방형 4~5개의 주요 질문을 사용하되, 면담 진행 상황에 따라 질문 순서나 속도, 폭과 범위를 유연하게 변화하면서 피면담자의 반응을 끌어냄

○ 대상자 선정 방법

- 면담 주제에 대해 풍성하게 이야기할 수 있는(information-rich) 대상자를 의도적 표집(purposive sampling)함
- 면담자에게 주제에 대해 잘 알고 있는 대상자를 추천받는 방법인 눈 굴리기 방식(snow-balling)을 이용하여 대상자를 모집함
- 면담 대상자는 총 22명이고, 그중 정책전문가(policy makers) 3명, 인권단체(advocacy group) 5명, 의료진(mental health professional) 5명, 환자 및 환자 가족(clients & family) 9명임

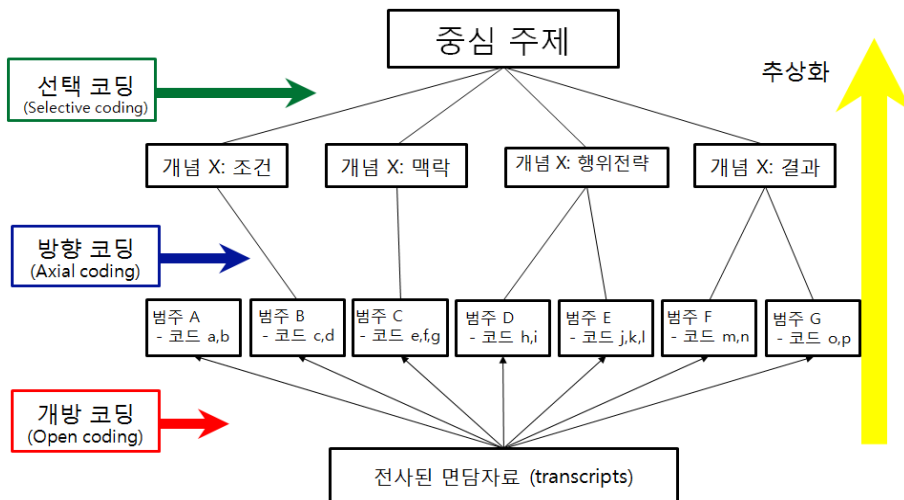
○ 주제 분석방법(thematic analysis)

- 전사 작업: 개별 면담 및 FGI 내용이 녹음된 음성 파일 활자화(text) 작업
- 자료 분석방법: 코딩(coding) 및 클러스터링(clustering)
- ◆ 먼저 개방 코딩(coding)을 통해 주요 자료에 이름을 붙이고 이를 분류한 후, 코딩된 자료를 하위 범주 및 속성으로 분류하여 개념을 추출함

으로써(방향 코딩, axial coding), 각 개념 간의 관계를 재정리하고 최종적으로 해당 중심 주제를 도출함(선택 코딩, selective coding)

- ◆ 이는 전사된 면담자료에서 각각의 맥락을 고려하여 귀납적 방식으로 (최종적으로 ‘탈수용화’로 인한 인권과 치료권 변화로 수렴되는) 중심 주제를 끌어올리는 반복적 비교분석 방법 절차임

[그림 9] 면담내용 기반 주제 분석방법: 코딩 및 클러스터링



- 질적 연구가설(질문): “2016년 법 개정으로 인한 비자의 입원요건 등의 강화가 실제 환자들의 인권과 치료권에 있어서 어떤 변화를 가져왔는가?”
- 정책 변화로 인한 인권과 치료권 변화에 대한 경험과 의견 청취를 위한 주요 질문지를 작성하여 면담조사 시 다음과 같은 주요 질문을 하였음
 - ◆ 질문1: 최근 법이 개정된 이후에 병원 입원절차를 경험하신 적이 있다면 당시 상황을 설명해주세요. 비자의 입원(강제입원)이 보다 강화된 이후로 환자/보호자 분으로서 달라진 점은 무엇일까요? 좋아진 점이나

불편해진 점이 있나요?

- ◆ 질문2: 2016년도에 「정신보건법」이 전면 개정되고 나서 가장 크게 달라진 점은 무엇이라고 생각하나요? 환자의 인권 측면(자기결정, 자립성, 사생활 존중, 존엄성)에서 달라졌다고 느끼셨나요? 아니면 치료를 받을 권리에서 중대한 변화가 있었다고 느끼셨나요?
- ◆ 질문4: 법이 개정된 이후에 환자의 인권이 어떤 측면에서 존중되고 있다고 생각하시나요? 법 개정 이후로 환자의 치료권이 향상되고 있다는 것은 무엇을 보면 알 수 있나요?
- ◆ 질문4: 장기입원이 가능하지 못해 퇴원하였을 때의 불편하거나 힘들었던 점이 있다면 무엇일까요? 이야기해주세요.
- ◆ 질문5: 정신건강복지법이 다시 개정된다면 어떠한 부분을 바꾸거나 보완해야 한다고 생각하시나요? 특히 비자의 입원요건 등과 관련해서 말씀해주세요.

II. 관계 부처 및 이해관계자 의견

□ 관계 부처 및 이해관계자 의견조회 방법

○ 의견조회 대상은 다음과 같음

- 보건복지부 정신건강정책과, (사)대한신경정신의학회, (사)대한간호협회 정신간호사회, (사)대한정신장애인가족협회, (사)정신장애인인권연대 카미(KAMI)

○ 의견조회 방법은 관계 부처 및 이해관계자들에게 다음과 같은 개방형 질문지를 보내 답변을 받는 방식으로 진행함

2016년 전면 개정된 현행 ‘정신건강복지법’ 상 보호의무자 2인의 입원 동의 및 신청 등 정신질환자에 대한 비자의 입원요건 등이 강화되어 있습니다.

1. 이러한 비자의 입원요건 등의 강화가 지역사회 정신질환관리를 위한 ‘탈수용화’의 정책방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 낳아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

1.-1. 비자의 입원요건 등의 강화가 ‘탈수용화’에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는 무엇입니까?

1.-2. 비자의 입원요건 등의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는 무엇입니까?

2. 현행 ‘정신건강복지법’은 그 입법목적인 정신질환자의 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각하십니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

3. 현행 법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

□ 의견조회 경과

- 2019년 10월에 실시한 의견조회 결과, 보건복지부를 비롯하여 5개 기관 또는 단체가 답변서를 보내 옴¹⁰⁾

□ 질문1.-1. : 비자의 입원요건 등의 강화에 대한 긍정적 의견

- 정신건강복지법에 따라 입원요건을 강화한 것은 불필요한 강제입원의 감소를 유도하는 효과가 있어 ‘탈수용화’에도 기여할 것임(보건복지부)
- 정신질환자 지원을 위해 지역사회 복지서비스를 강화하고자 다음과 같은 내용의 서비스 제공 사업을 진행 중임(보건복지부)
 - 정신재활시설 확충 및 재활 활동, 낮병원 활성화, 지역사회 통합 돌봄 선도사업, 정신의료기관 외래치료, 정신건강복지센터 사례관리 등
- 다수의 정신병원들이 급성기 증상을 최대한 빨리 완화하지도 지역사회 내에서 정신질환자 거주를 준비하지도 않고 환자들이 장기 입원하는 것을 방조하고 있음. 특히 의료급여 환자들의 경우 정신병원들이 정액급여를 최대한 오래 받으려고 빨리 퇴원시키지 않는 경우가 많음(대한정신장애인가족협회)
 - 비자의 입원요건 등의 강화가 단순히 치료적 접근성을 제한한다는 주장은 적합하지 않음
- 비자의 입원요건의 강화는 ‘탈수용화’를 위하여 필요한 퇴원 또는 퇴소한 정신질환자가 지역사회에서 필요한 도움과 서비스를 받기 위한 조건을 마련하였지만, 변화를 위한 정책 추진 조치를 취하지 못하고 있을 뿐임(정신장애인인권단체 카미)
 - 정신건강복지법은 정신병원과 시설 위주의 지나친 의료관점의 현행 정신건강서비스의 부작용을 담고 있는 것임

10) 이하 관계 부처 및 이해관계자 의견은 각 기관이 보내온 의견서의 내용을 요약한 것임. 의견서의 전문은 이 보고서의 부록 참조.

- 질문1.-2. : 비자의 입원요건의 강화에 대한 부정적 의견
 - 비자의 입원요건의 강화가 치료의 사각지대를 만들고 있다는 것에 대해 해당 사항이 없다고 답변함(보건복지부)
 - 비자의 입원요건의 강화로 인해 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다는 견해를 피력함(대한신경정신의학회)
 - 비자의 입원요건의 강화와 입원적합성심사위원회의 임원심사를 통한 조기 퇴원 유도는 지역사회 정신질환관리가 미성숙한 우리나라의 경우 매우 위험한 발상임(대한신경정신의학회)
 - 이탈리아 ‘바살리아법’에 의거해 국립정신의료기관을 폐쇄함에 따라 ‘탈수용화’를 진행했던 방법을 기계적으로 답습한 결과에 불과하다고 함
 - 이탈리아는 국립정신병원(전체 병상의 72.6%)에서 정신질환자 입원을 대부분 담당했지만, 우리나라의 경우는 정신의료에서 민간부문이 95% 이상에 달하는 구조임
 - 이탈리아는 탈수용화에 대비해서 병원 밖을 나간 환자들에게 치료를 제공할 수 있는 시설을 충분히 구비하고 있었지만(2011년 기준 정신건강센터 전국 1398개, 인구 6048만 명), 우리나라의 경우 광역 및 지역 정신건강복지센터가 243개(2018년 기준, 인구 5147만 명)에 불과함
 - 이탈리아는 체계적인 정신응급의료체계를 갖추고 실제 작동하고 있어 필요한 강제치료와 강제입원의 허용이 적극적이지만, 우리의 현실은 전체 시스템의 작동은 고사하고 현장의 이송단계에서도 문제가 있음
 - 비자의 입원요건의 강화는 인권보호 측면에서는 개선된 부분이 있지만, ‘탈수용화’를 위한 지역사회 인프라 구축이 안 되어 있는 상태에서 환자가 법의 취지와는 다르게 치료 및 보호, 안전과 관련해서는 문제점이 있다고 함(대한간호협회 정신간호사회)

- 정신질환과 정신장애인에 대한 사회적 편견으로 치료를 받는 것을 두려워하게 되어 치료 접근이 어려운데, 환자와 가족을 지원할 수 있는 정보의 제공과 치료 접근을 유도할 수 있는 시스템의 미비, 지역사회 인프라 부족이 근본적인 원인임
- 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 내 정신건강재활서비스의 확충과 함께 이루어졌다면 성공적인 ‘탈수용화’를 향하여 나아갈 수 있었지만, 정신병원이 아닌 지역사회에서 치료와 재활을 할 수 있는 대안이 마련되어 있지 않아 환자 보호자들이 환자를 보살피는데 어려움을 겪고 있음(대한정신장애인가족협회)
- 정신질환을 경험하는 환자들이 기존의 정신약제 치료뿐만 아니라 지역사회에서 환자와 가족들의 다양한 요구들을 만족시키는 정신재활서비스가 필요함
- 현재 보건복지부가 지역사회 내 정신건강재활서비스 확충을 위해 기울이는 사업을 보면, 오히려 ‘탈수용화’를 방해하고 있는 것처럼 보임(대한정신장애인가족협회)
- 비자의 입원요건 강화라는 제도 변화보다 선행해야 할 것은 지역사회 내에서 정신질환자들과 그들의 가족들이 인간적인 삶을 사는 데 필요한 정신재활서비스의 강화가 우선임
- 질문2 : 법 개정의 취지 또는 입법목적의 달성 여부에 대한 의견
 - 정신건강복지법의 개정으로 정신질환자의 강제입원을 감소시키고 환자 인권 보장에 기여하고 있음(보건복지부)
 - 정신질환자는 정신건강복지법에 의한 자의입원을 통해 본인의 치료 의지에 따라 자유롭게 입원 및 퇴원을 할 수 있음
 - 치료의 필요성과 자-타해 위험성을 모두 충족해야 하는 전례 없는 비합리적

인 비자의 입원요건은 현장에서 정신질환자를 이송해야 하는 경찰관, 정신건강전문요원에게 적용 불가능한 기준이라 정신질환자의 이송 자체를 꺼리는 기피현상이 발생하고 있음(대한신경정신의학회)

- 그 결과 정신질환자의 치료가 중단되는 등 치료권이 희생되는 결과가 유발됨
- 법의 취지는 인권 보호와 치료권 확보이지만, 법의 취지에 맞게 시행하는데 현실적인 한계를 가지고 있어 법 집행의 실효성이 없는 상태임(대한간호사협회 정신간호사회)
 - 전 국민 대상으로 정신장애인에 대한 인식개선이 필요하며, 지역에서의 정신건강증진사업이 적극적으로 이루어질 수 있어야 하지만, 지역의 현실은 응급대응시스템도 미흡하고 정신건강복지센터의 사례관리자 인력도 부족하여 원활한 개입이 어려운 상태임
 - 병원에서 지역사회 환자가 퇴원하는 과정에서 퇴원 전 간호 및 퇴원 교육, 지역사회 정신재활시설로의 연계가 필요하지만, 정신건강간호사 등 정신건강전문요원 인력이 부족하여 실효성을 거두기 어려운 상황임
 - 인권 보호와 치료권 확보를 위해서는 관련 인프라가 형성되어야 하는 것이 선결과제이나 이에 대한 계획과 내용은 미흡하여 적절한 치료에 접근할 수 없는 상황임
- 인권을 보호하기 위하여 만들어진 법이 환자들과 가족들의 삶의 질을 저해하고 있으며, 정신건강복지법의 입법목적을 달성하기 위해서는 서비스의 확충이 필요함(대한정신장애인가족협회)
 - 지역사회 내 정신재활서비스의 강화가 요구되며, 위기관리 서비스체계를 시급히 구축하여 급성기 증상을 경험하고 병식을 잃은 환자들이 빨리 증상을 완화할 수 있도록 함
- 정신질환자가 희망을 가지고 약물처방을 비롯한 전문가의 도움을 받으면서

자율성과 자기관리의 방식으로 장기간의 다양한 도움과 자존감의 회복, 직업과 사회의 각종 활동에의 참여를 통한 의미 있는 삶을 살아가는 ‘회복 관점’에 임할 때 현행 정신건강복지법은 인권보호와 치료권 확보에 기여할 것임 (정신장애인인권연대 카미)

- 현행 정신건강복지법이 만성질환인 정신질환에 대하여 입원과 강제치료 중심으로 구성되어 있음이 가장 큰 문제임
- 「장애인복지법」 제15조는 정신질환을 가진 장애인이 정신건강복지법에 의한 서비스에 한정되고 장애인복지서비스에서는 제외되고 있는 바,
- 정신건강복지법은 의료기관 및 정신재활시설로 한정된 서비스만 규정하고 있고, 그 외 장애인으로서 살아가는데 필요한 지역사회 서비스와 자립생활의 도움에 대한 내용을 결여하고 있음

□ 질문3 : 현행 법 재개정의 필요성 및 재개정 사항에 대한 의견

- 현재 정신건강복지법의 개선 사항을 발굴하기 위하여 ‘개정 정신건강복지법의 평가 및 제도개선 연구’ 용역을 추진 중임(보건복지부)
- 비자의 입원요건이 합리적으로 개선되어야 함. 자·타해 위험이나 치료의 필요성 중 하나만 충족되면 비자의 입원을 위한 평가를 위해 환자를 이송할 수 있어야 함(대한신경정신의학회)
 - 반면 완화된 입원요건으로 강제입원의 남용 우려가 있으면, 이를 면밀하게 감시하기 위한 사법입원제도의 도입을 검토해야 할 것임
- 정신질환자의 적절한 치료와 재활, 지역사회 통합을 위해서는 입원치료 환경의 개선, 병원과 지역사회의 연결, 지역사회에서 적절한 서비스를 받을 수 있는 인프라 확충을 도모하는 방향에서 정신건강복지법 개정을 제안함(대한간호사협회 정신간호사회)
 - 정신의료기관이 치료적인 기능을 하기 위해서는 정신의료기관의 개설·운

- 영 등(동법 제19조) 개정(치료 및 간호 요구도에 맞는 서비스 제공, 인력 기준 개정 등)
- 정신재활시설의 설치·운영(동법 제26조) 개정(전국 지자체 의무 설치 등)
- 정신건강증진시설의 평가(법 제31조) 개정(의료기관 인증제도 운영에서 유예기간 및 개설허가 정지 등)
- 보호의무자에 의한 입원 개선(정신질환자 본인의 동의능력 결여 경우 입원요건 변경 등)
- 국가 및 지자체에서 응급입원 가능한 정신의료기관을 지정하고 재정지원을 수행함(법 제50조 개정)
- 지역사회에서의 치료 연속성 부재를 해결하는 차원에서 개선방안이 도출되어 할 것임(대한정신장애인가족협회)
 - 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 것보다 시설화된 서비스를 제공하는 공급자들에게 더 많은 재원이 사용되기 때문임. 실제로 2017년 정신재활시설이 사용한 재원은 전체 정신건강서비스 총지출의 약 4%에 불과하였다고 함
- 정신질환자가 지역사회에서 자유롭고 자발적인 질 높은 의료와 사회서비스를 받고 회복할 수 있도록 하는 원칙과 정책, 이를 실현하는 거버넌스와 예산, 연구기관 등을 규정함으로써 정신질환자의 의사결정능력을 지원할 수 있는 권익옹호, 법률 구조, 사전 지시 등 정신질환자의 권리와 이를 실현하는 내용의 법률을 새로 제정하거나 정신건강복지법의 전면 개정이 필요함(정신장애인인권연대 카미)
 - 현행 정신건강복지법 개정안(이른 바, ‘카미법안’)을 제출함

Ⅲ. 입법영향분석

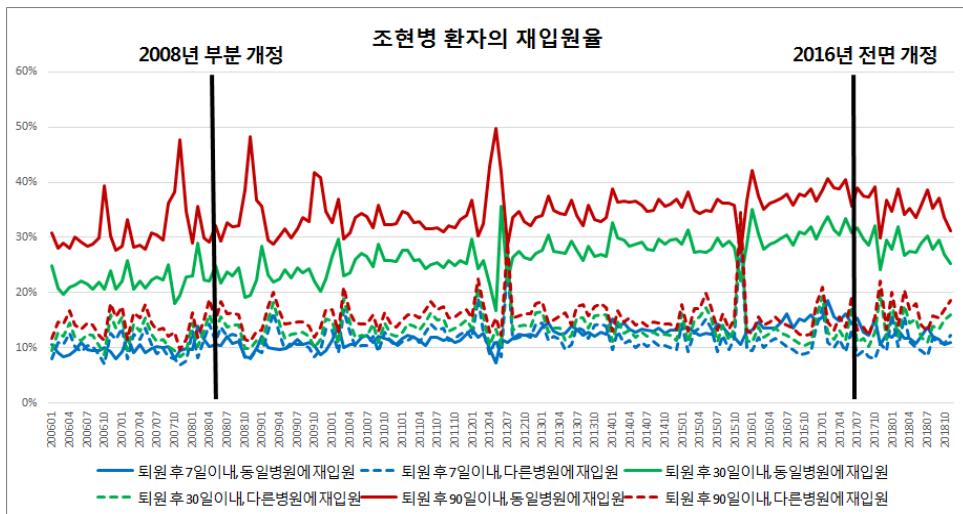
1. 입법목적의 달성 여부 분석

가. ‘탈수용화’에 미친 영향

(1) 재입원을

- 월간 조현병 퇴원환자 중 퇴원 후 특정기간(7일/30일/90일) 내 동일 상병으로 재입원한 환자 수 ÷ 월간 조현병 퇴원환자 수(동일 병원/다른 병원)
- 퇴원 후 90일 이내 동일 병원 재입원률이 가장 높고(평균 30~40% 대)이고, 7일 이내가 동일·다른 병원 재입원률이 가장 낮은 편임(평균 10% 대)

[그림 10] 재입원율: 추세(2006.1. ~ 2018.10.)



주: 2008년 부분 개정(보호의무자 2인 동의 등)은 2016년 전면 개정으로 인한 입원 요건 강화정책 개입의 영향에 대한 사전적 추이 예시임

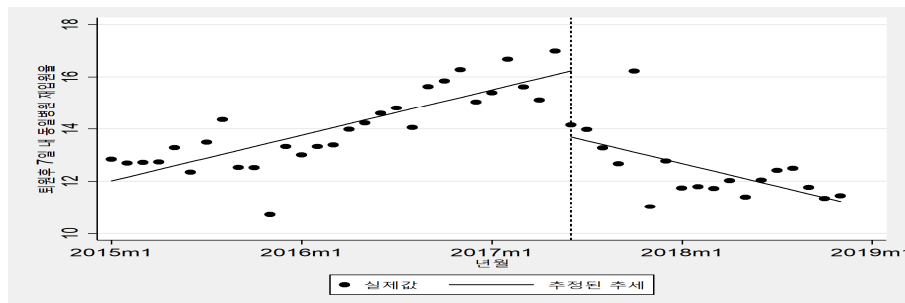
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 7일 이내 동일 병원 재입원율은 2.55%p (95% CI: -3.76, -1.33) 유의하게 감소하였고($p < 0.05$), 이후 월간 0.15%p씩 유의하게 감소하는 경향을 보임

[그림 11] 재입원율: 7일 이내 동일 병원

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)



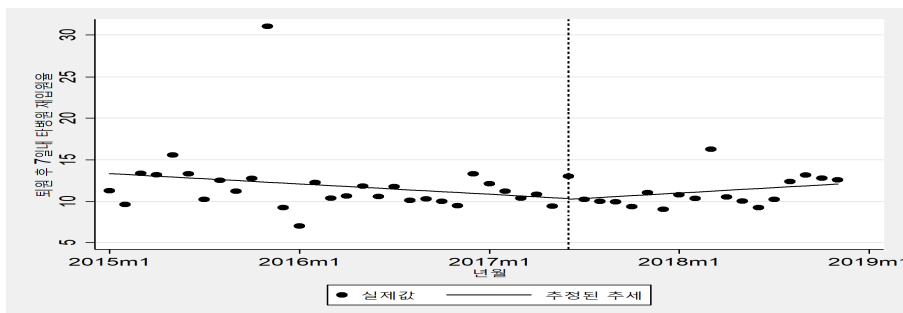
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 7일 이내 다른 병원 재입원율은 개정 직후 및 장기 추세변화에서 통계적으로 유의한 변화가 관찰되지 않음

[그림 12] 재입원율: 7일 이내 다른 병원

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)

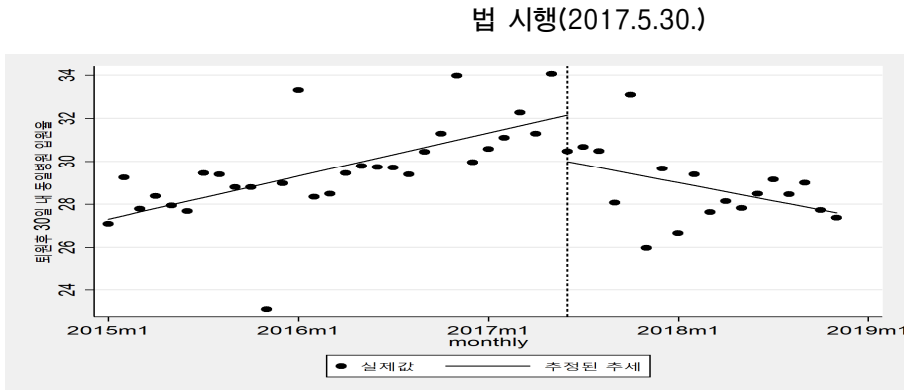


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 30일 이내 동일 병원 재입원율은 2.2%p (95% CI: -4.03, -0.32) 유의하게 감소하였고($p < 0.05$), 이후 월간 0.14%p씩 유의하게 감소하는 추이를 보임

[그림 13] 재입원율: 30일 이내 동일 병원

(단위: %)

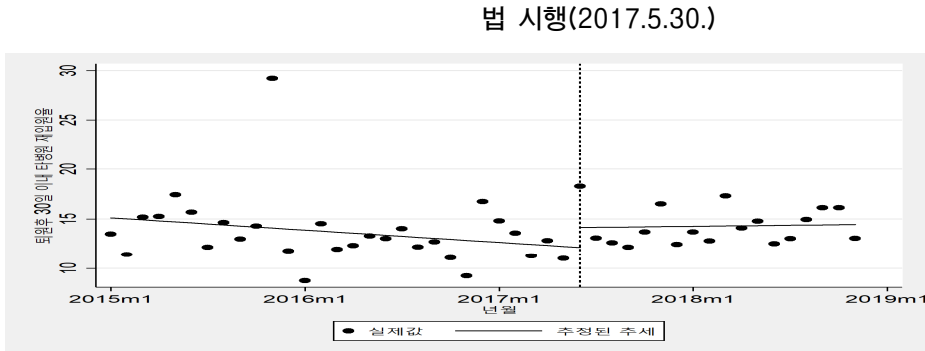


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 30일 이내 다른 병원 재입원율은 개정 직후 및 장기 추세변화에서 통계적으로 유의한 변화가 관찰되지 않음

[그림 14] 재입원율: 30일 이내 다른 병원

(단위: %)

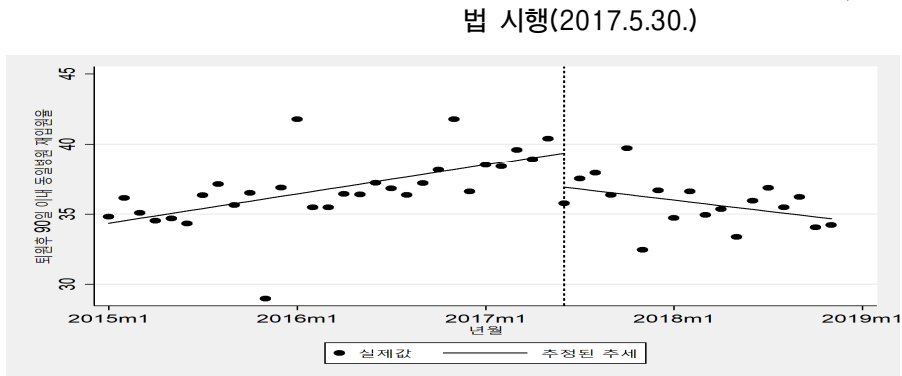


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 90일 이내 동일 병원 재입원율은 2.46%p (95% CI: -4.30, -0.61) 감소하였고 월간 0.13%p씩 감소하는 추이를 보임($p < 0.05$)

[그림 15] 재입원율: 90일 이내 동일 병원

(단위: %)

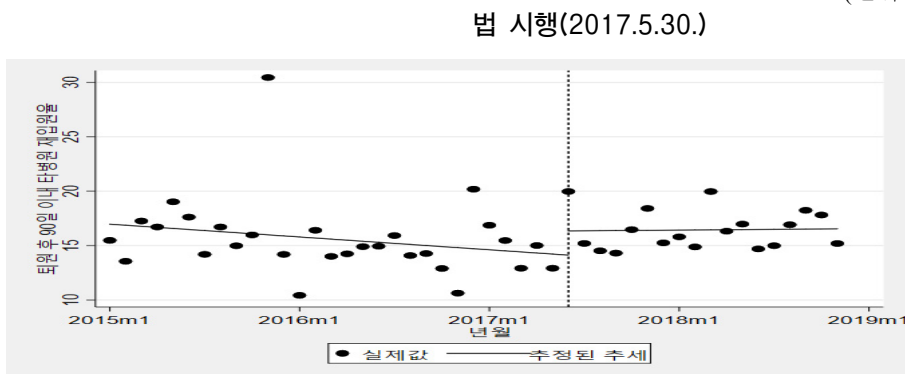


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 90일 이내 다른 병원 재입원율은 개정 직후 및 장기 추세변화에서 통계적으로 유의한 변화가 관찰되지 않음

[그림 16] 재입원율: 90일 이내 다른 병원

(단위: %)

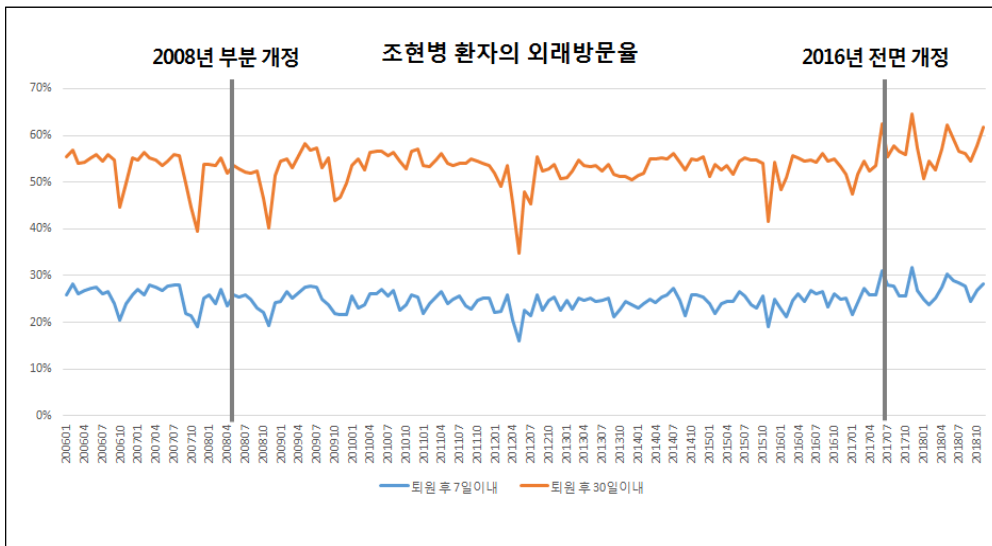


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

(2) 외래방문율

- 월간 조현병 퇴원 환자 중 퇴원 후 특정 기간(7일/30일) 내 주진단 F코드로 외래 방문한 환자 수 ÷ 월간 조현병 퇴원 환자 수
- 퇴원 후 7일 이내 외래방문율은 20~30%대이고, 30일 이내 외래방문율은 평균 40~60%대임
- 2016년 전면 개정 직후 퇴원 후 30일 이내 외래방문율이 조금 상승하여 60%를 상회하는 현상도 보임

[그림 17] 외래방문율: 추세(2006.1.~ 2018.10.)



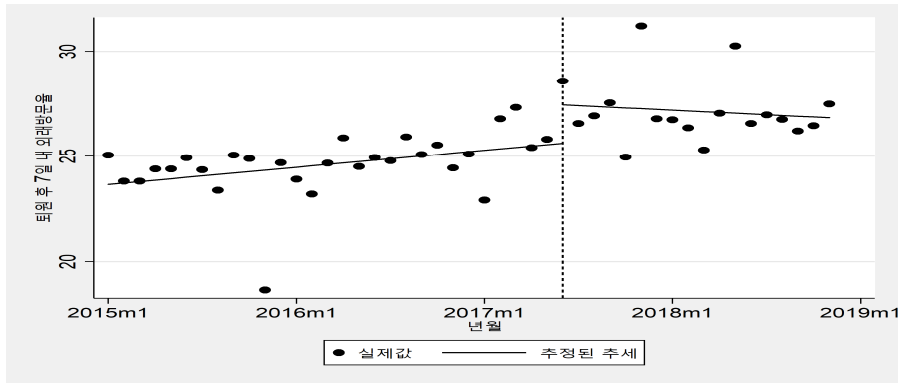
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 퇴원 후 7일 이내 외래방문율은 3.0%p (95%CI: 1.89 4.11) 유의하게 상승하였으나(p<0.001) 장기적인 추세의 유의미한 변화는 없었음

[그림 18] 퇴원 후 7일 이내 외래방문율

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)



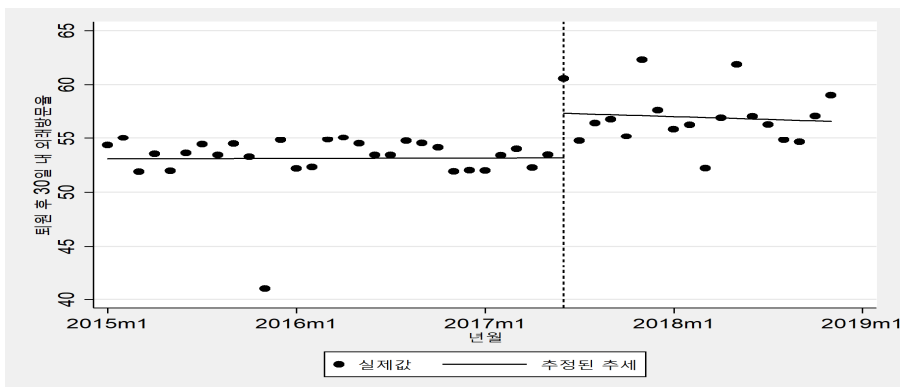
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 퇴원 후 30일 이내 외래방문율은 4.2%p (95%CI: 2.22 6.23) 유의하게 상승하였으나(p<0.001) 장기적인 추세의 유의미한 변화는 없었음

[그림 19] 퇴원 후 30일 이내 외래방문율

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)



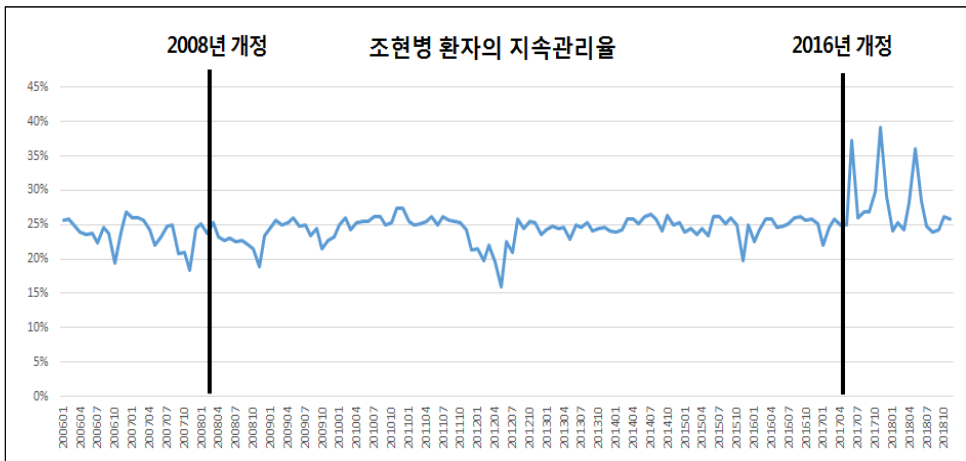
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 그럼에도 불구하고, 퇴원 후 7일 이내든 30일 이내든 향후 외래방문율의 월 평균 변화는 다시 하락세로 개정 이전과 유의한 추세 차이는 없을 듯함

(3) 지속관리율

- 월간 조현병 퇴원 환자 중 퇴원 후 6개월 간 월 1회 이상 주진단 F코드로 지속적으로 외래 방문한 환자 수 ÷ 월간 조현병 퇴원 환자 수
- 조현병 환자의 지속관리율은 평균 20~30% 대를 유지하다가 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 40%에 근접할 정도로 상승했다가 다시 평균치를 유지하고 있음

[그림 20] 지속관리율: 추세(2006.1. ~ 2018.10.)



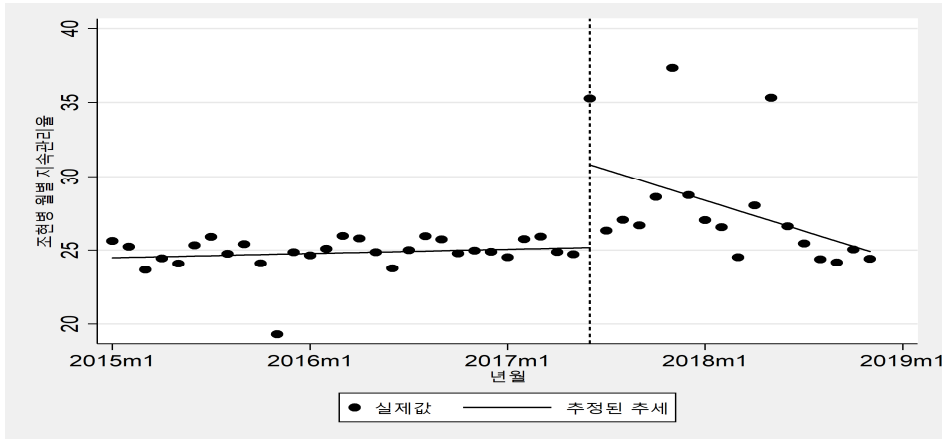
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2006년 전면 개정 및 법 시행 직후 5.8%p (95%CI: 2.35 9.26) 유의하게 상승 하였으나(p<0.05), 이후 월간 0.35%p씩 (95%CI: -0.63 -0.07) 감소하는 추이를 보임(p<0.05)

[그림 21] 지속관리율: 월별(2015.1.~2019.1.)

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)



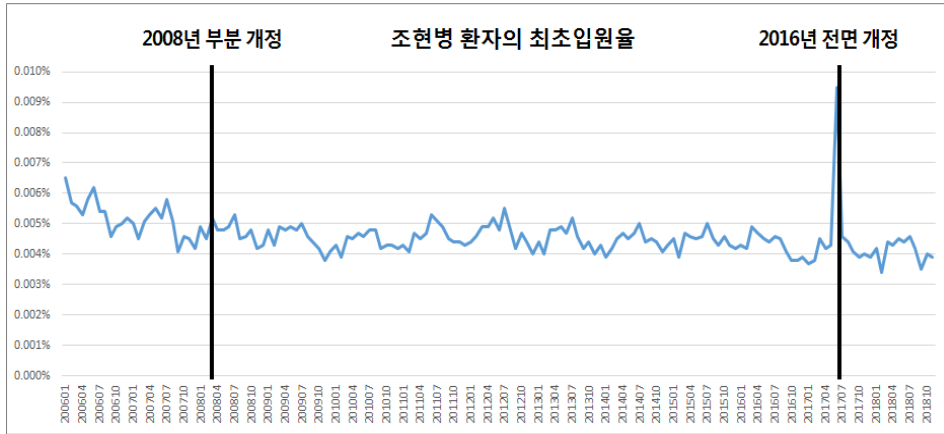
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

(4) 최초입원률

- 해당 월 기준 지난 1년 간 동일 상병 입원경험이 없었던 조현병 입원 환자 수 ÷ 월간 총 인구 수
- 조현병 환자 최초입원율은 0.004~0.006%의 평균치를 유지하는 것이 상례인데,¹¹⁾ 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 0.01에 이르기까지 부분적으로 급격한 상승 사례를 확인할 수 있지만, 다시 평균치 이하로 감소하는 추세임

11) 조현병 환자 전체 수는 총 인구의 약 1% 정도라고 하는 것이 합리적 예측임

[그림 22] 최초입원률: 추세(2006.1. ~ 2018.10.)



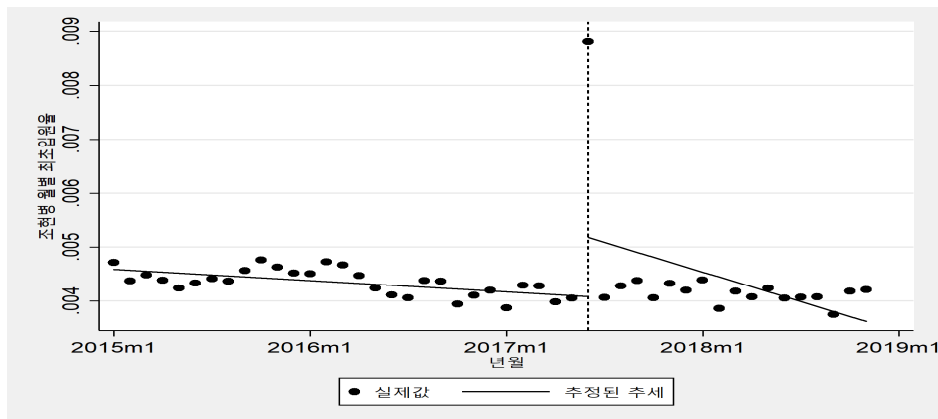
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 및 법 시행 직후 급격한 상승 건 수가 확인되지만, 이후 월 평균 0.000001%p 감소하는 추이를 보이고 있으며($p < 0.01$), 향후 유의한 변화를 추론하기는 어려움

[그림 23] 최초입원률: 월별(2015.1. ~ 2019.1.)

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)

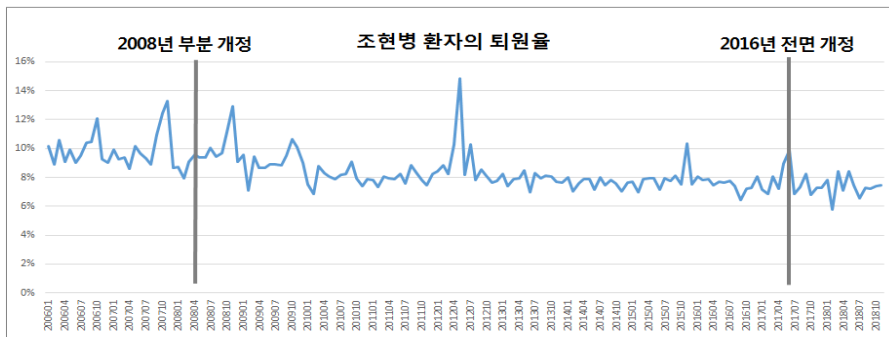


자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

(5) 퇴원율

- 월간 조현병 퇴원환자 수 ÷ 매월 15일 기준 조현병 입원환자 수
- 조현병 환자 퇴원율은 지난 약 20년 간 8~10% 정도의 평균치를 유지하고 있지만, 2016년 전면 개정 이후 약간 평균치가 감소함

[그림 24] 퇴원율: 추세(2006.1.~2018.10.)



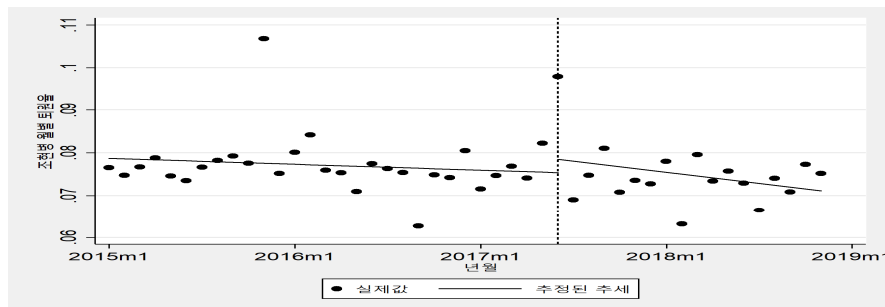
자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

- 2016년 전면 개정 이후 월 평균 0.0004%p 감소하는 추이를 보이기도 했으나(p<0.05) 단기적으로 법 시행 직후 유의한 변화는 없었음

[그림 25] 퇴원율: 월별(2015.1.~2019.1.)

(단위: %)

법 시행(2017.5.30.)



자료: 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.

(6) 양적 분석 결과: 요약 및 소결

- 재입원율: ‘탈수용화’의 현황 지표(← 비자의 입원요건 등의 강화)
 - 동일병원 재입원율은 2008년 개정 이후 지속적으로 증가하는 추이를 보이다가 2016년 전면 개정 및 2017년 법 시행 직후 감소하는 경향이 확인되었음
 - 퇴원 후 7일, 30일 이내 동일병원 재입원율은 법 시행 직후 유의하게 감소하는 것으로 확인되었으나 90일 이내 재입원율의 유의한 변화는 없었음
 - 법 시행 직후 비자의 입원요건의 강화 등 개선된 비자의 입원제도의 ‘탈수용화’ 효과가 단기적으로 드러난 것이라고 볼 수 있으나, 90일 이후 재입원율은 그 감소 폭이 줄어들어 법 시행 이전의 상태로 회귀하는 추세를 보이는 것은 제도 또는 정책의 영향이 미미해지고 있음을 드러냄
 - 다른 병원 재입원율은 2017년 법 시행에도 불구하고 지속적인 추이의 변화를 확인할 수 없었음
 - 퇴원 후 7일, 30일, 90일 이내 다른 병원 재입원율 모두 유의한 추세변화를 확인하기는 어렵지만, 30일, 90일 이내 재입원율은 법 시행 이전보다 오히려 다소 상승하는 형상을 보이기도 함
 - 비자의 입원제도의 ‘탈수용화’ 효과를 단기적으로도 확인할 수 없음
- 외래방문율과 지속관리율: ‘탈수용화’의 과정 지표(← 정신의료서비스 제공)
 - 퇴원 후 외래방문율과 지속관리율은 2016년 전면 개정 및 2017년 법 시행 직후 증가하였으나 지속적인 추이의 변화는 나타나지 않았음
 - 퇴원 7일이든 30일이든 외래방문율은 법 시행 직후 단기적으로 유의하게 상승하였으나, 이후 장기적인 추세의 유의한 변화는 없을 것으로 보임. 특히 지속관리율의 경우 이전에 증가하던 추이가 2016~7년 이후에는 오히려 감소하는 것으로 나타남

- 비자의 입원제도가 ‘탈수용화’를 추동할 수 있도록 지역사회 정신의료서비스가 체계적으로 이루어지지 못하고 있음을 드러냄
- 최초입원율과 퇴원율: ‘탈수용화’의 결과 지표(← 정신건강서비스 제공)
 - 최초입원율과 퇴원율의 경우 2017년 법 시행 이후에도 유의한 변화가 관찰되지 않았음
 - 최초입원율의 경우 법 시행 후 아주 미미하게 감소되는 추세도 보이기도 했으나 이후 유의한 변화를 추적하기 어렵고, 퇴원율의 경우 법 시행 직후 단기적으로도 유의한 변화가 확인되지 않았음
 - 비자의 입원제도의 개선이 동기화한 ‘탈수용화’가 지역사회 정신건강서비스에 의해 적절하게 지탱되지 못하고 있음을 드러냄
- 양적 분석의 한계 및 향후 과제
 - 진료내역 자료의 한계로 인해 입원 경로 및 입원유형별 변화를 구분하기 어려우므로, 전반적인 추세의 평균 차이를 유의하게 확인하는 준실험적 방법론을 적용함으로써 이를 보완할 필요가 있음
 - 향후 정신질환의 임상특성, 지역, 의료기관 중별에 따른 지표 분석을 수행함

나. 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보에 미친 영향

- 이하의 영향분석은 현행 정신건강복지법의 비자의 입원제도가 미친 영향에 대해 이해관계자들(정책전문가, 인권단체, 의료진, 환자 및 환자 가족 등) 개별 면담과 FGI를 통해 얻어진 자료에 대한 질적 분석 결과임¹²⁾

12) 이러한 질적 분석은 대한신경정신의학회 발주 정책연구용역 연구진에 의해 수행되었으며, 본인은 “정신질환자의 비자의 입원요건 강화정책이 탈수용화 및 환자 인권에 미친 영향”을 분석하기 위한 전문가 간담회를 열어 그 내용을 종합·정리하였음 (국회입법조사처, 2019.10.8.)

- 질적 담화자료에 대한 분석은 다음의 3가지 주제로 수행되었음
 - 법 개정의 문제점은 무엇이고, ‘탈수용화’를 추동하고 있는가
 - 법 개정이 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보로 이어지고 있는가
 - 법 개정의 부작용은 어떤 것이며, 법률 재개정 사항은 무엇인가
- 면담 대상자는 정책전문가 3명, 인권단체 5명, 의료진 5명, 환자 당사자 및 가족 보호의무자 9명임([표 12] 참조)

[표 12] 면담 대상자 목록

번호	분류	위치	ID	특성	
1	정책전문가	공공기관장	P1	정신과 전문의, 대학병원 교수, 공공기관 재직	
2		센터장	P3	현 정신건강복지센터 센터장	
3		교수	P4	현 국립병원 의료부장, 현 국립대학교 교수	
4	인권단체	단체대표	A1	정신질환자에 국한되지 않은 인권옹호 단체	
5		단체대표	A2	당사자 출신의 인권변호사	
6		단체직원	A3	정신장애인 인권옹호 단체 사무처장	
7		단체대표	A4	당사자(조현병) 출신 인권단체 대표	
8		단체직원	A5	인권단체 경력 7년 직원	
9	의료진(FGI)*	개원의	M1	현대정신분석학회 이사, 대학병원 외래교수, 전 정신건강 복지센터 센터장	
10		국립병원장	M2	국립, 300병상 이상	
11		진료부장	M3	국립, 300병상 이상	
12		진료과장	M4	국립, 300병상 이상	
13		팀장	M5	S시 G구 정신건강복지센터 근무 정신보건간호사	
14	환자 및 가족	환자	사고장애	C1	조현병, 동료 지원가 활동, 자의입원 경험
15			사고장애	C2	조현병, 치료감호소 12년째 수감 중
16			사고장애	C3	조현병, 치료감호소 3년째 수감 중
17			사고장애	C4	조현병, 초발 3개월 전, 부모와 함께 생활
18			기분장애	C5	조울증, 초발 20여년 전, 1인 가구 생활
19		가족	어머니	F1	조울증 보호자(1년), 응급입원 후 동의입원 전환
20			어머니	F2	조현병 보호자(5년), 동의입원
21			어머니	F3	조현병 보호자(20년), 동의입원, 가족강사

* 환자 가족(F1)과 인권단체 변호사(A2), 그리고 본인이 참여하여 진행함(2019.9.25.)

(1) 「정신보건법」 개정과 ‘탈수용화’

(가) 2016년 「정신보건법」 전면 개정의 문제점

- 2016년 「정신보건법」이 전면 개정된 배경에는 헌법재판소가 비자의 입원 절차가 헌법불합치 부적격 판정을 내렸기에 신속한 입법개선의 ‘압박’이 있었다고 함
 - 환자 당사자나 인권단체, 의료진 등 이해관계자들이 한자리에 모여 합의를 위한 충분한 토의가 진행되지 않고 법 개정이 졸속으로 이루어졌다고 함
- ‘탈수용화’를 추진하는 법 개정이 필요했지만 이를 뒷받침할 재정 및 인프라 확보에 대한 구체적 방안 없이 비자의 입원이 환자 당사자의 자율성과 존엄성을 침해할 수 있다는 이유로 입원의 절차적 정당성에 초점이 맞추어져 법 개정이 이루어졌다고 함
 - 인권단체에서도 법 개정 당시 환자와 그 가족의 자율성 증진이라는 측면에서 환영했지만, 이러한 주장은 개정 내용에 담기지 않고 비자의 입원요건 등의 강화가 주 내용으로 채워진 것을 의아하게 생각함

옛날의 정신보건법에 비해서는 진일보 했지만, 지금 이 상태가 대체 뭘니까? 정신건강복지법으로 전면 개정된 것도 사실 모든 초점이 어떻게 비자의 입원을 합법적으로 법의 테두리에서 하는 것에 초점이 맞춰져 있어요. 그런 사회 치안적인 성격을 다 벗어났다고 할 수는 없죠. 제가 볼 때, 실제 정신질환자들의 치료나, 아니면 지역사회에서 통합이 되도록 하기 위한 뭐 재기를 위한 이런 내용은 아무것도 없어요. 복지에 관련된 조항도 허울만 있고 그죠? 어떻게 잘 처리해야 된다는 건 아무것도 없어요.

전면개정안은 기본이념이라던지 이런 게 아주 잘 되어있어요. 세월이 많이 지나고도 법안을 여러 번 되돌아봤을 때 이념은 아주 잘 되어있어. 그렇지만 그런 건 작동을 하지 않고 있죠. 그게 문제인 거죠. 좋은 거는 작동을 하지 않고 정신건강복지법에서 작동하는 거는 강제입원에 관련된 조항만 현실에서 작동해요. 그러니까 그게 문제인 거죠. (A5, 인권단체 7년 경력 스텝)

(나) ‘탈수용화’의 현황

- 「정신보건법」 개정의 목표는 정신질환자들이 정신의료기관에서 퇴원하여 정신재활시설이나 사회복지시설 등 지역사회로의 복귀에 그 목적이 있지만, 이러한 ‘탈수용화’가 얼마나 이루어졌는지 정책전문가와 환자 당사자를 면담한 결과는 그렇지 않다고 함
- 지역사회 정신질환 관리의 재정적 기반과 시설·인력 인프라가 마련되지 못했기 때문이라고 함
- 법 개정에 따라 지역사회 정신건강복지센터의 역할이 중요해지고 지역사회의 각종 시설 등 인프라를 동원하여 제공 서비스를 통합하는 정신건강복지서비스의 패러다임의 변화를 긍정적으로 받아들이지만,
- 센터가 지역사회 정신질환 관리의 중추 기능을 발휘하기에는 역부족이라고 함. 센터 예산은 시도별 지자체 예산에 크게 의존하고 있는데, 현재 수도권 일부 지자체를 제외하고 예산 지원이 턱없이 부족하다고 함

제일 중요한 게 돈이고 그걸 실제로 할 정부의 의지가 없어요 왜냐하면, 재활 시설, 사회복지시설에 대한 예산이 2005년도에 지방정부로 이양됐어요. 전에는 주로 매칭이었는데 이제는 지방자치단체가 100% 책임지고 돈을 내요. 그러면서 서울, 경기도만 100개씩 있고 나머지 지역은 하나도 없는 곳도 있어요 지방자치단체에서 그런 걸 하나. 그것도 기껏해야 대여섯 명 데리고 있는데 그 비용을 대지 않아. (P4, 현 지역정신보건센터장)

- ‘탈수용화’를 추진할 지역사회 기초 단위인 센터의 재정 확보 및 시설 지원에 대한 구체적 방안 없이 비자의 입원요건 등을 강화하다 보니, 법 개정의 취지와는 상반되게 퇴원한 환자는 오히려 집 밖으로 더더욱 나오지 않게 되었고 입원도 하지 못하게 되었다고 함

퇴원시킨 이후에는 아무것도 없어. 똑같은 일이 또 일어나는 것이야. 법에 그거에 대한 명확한 게 없어. 그리고 센터가 총괄하게 되어있는데 지금도 본인이 거부해도 보호의무자가 동의하면 센터는 등록하게 되어있고 행정입원 시킨 환자들은 지자체가 본인 동의와 무관하게 등록하는 거죠. 문제는 10명 중 1명 꼴로 등록을 한다는 거죠. 대부분 거부해. 본인이 거부하면 끝이야. 본인의 동의 없이 하는 걸 인권단체가 또 반대하잖아. 보호의무자가 동의하면 하게 되어있는데 그걸 보호의무자가 거부할 이유가 뭐가 있어. 실제로 전화하면 보호의무자가 거부해요. 초발 같은 경우에는 등록되는 거에 대한 편견이 있어요 (P4, 현 지역정신건강복지센터장)

- 결국, 정신질환자들을 위한 돌봄 및 지지의 지역사회 인프라가 충분히 구비되지 않는 상태에서 정신의료기관 입원요건만을 강화한 것은 치료 및 재활 서비스를 받기 어려운 상황을 만들었다고 것임
- 한편, 환자 당사자는 형식적이고 반복적 서비스 프로그램에 대한 반감을 표명하는 것으로 ‘탈수용화’의 진행 현황에 부정적 견해를 드러냈음
- 일부 정신질환이 있는 당사자는 지역사회라는 것이 실존하는 것인지, 실체가 있는지에 대해 모르겠다며 반문했으며, 매일 형식적이고 반복적인 프로그램을 운영하는 것에 대해 진정성이 없다고 판단하면서, 그나마 운영되고 있는 서비스조차 이용하는 것을 꺼렸음

근데 본인도 그럴 의지가 없고 그 지역사회라는 게 도대체 뭔가. 감도 잡을 수 없고 물론 사회복지사 선생님이 왔다 갔다 하면서 무슨 정신보건 사회복지사가 있다고 하는데 저희도 다 알아요. 뭐 하는지. 해봐야 별거 아니라는 거. 뭐 영화나 같이 보러 다니고 (C5, 20년 전 조울증 발병)

(2) 치료권 확보와 인권 보호

(가) 치료권 확보

(a) 정책전문가

- 지역사회 정신건강서비스의 모든 영역에서 전문적 역량 강화가 요구됨

- 법 개정 이후 지역사회 내 정신의료기관, 정신건강복지센터 등 관련 모든 기관 내 정신보건인력의 전문성 확보가 필수적이며, 전반적인 정신보건 패러다임의 변화가 이루어지고 있다는 점은 긍정적 변화임
- 지역사회 정신보건 관련 기관에서 근무하고 있는 의사, 간호사, 사회복지사 등의 직업적 전문성이 요구됨에 따라 지역사회에서 제공되는 정신건강서비스가 더 체계적이고 지속적인 형태로 제공될 필요성이 커지면서, 치료적 임상을 중시하는 기존 의학 중심의 관념을 탈피하여 사회복지와 연계되는 현장을 고려하는 회복 모델의 도입은 긍정적으로 평가됨

정신보건법이 바뀌고 나서는, 의사는 잘 치료하고 지역사회를 연결시키는 것까지 우리에게 명확히 요구되고 정부에서는 지역사회에서 그분들이 수용되어 있다가 나왔으니까, 제대로 생활할 수 있는 인프라를 만드는 게 요구가 되고, 또 사회복지나 지역사회 서비스를 할 수 있는 정신보건 간호사들이나 이런 분들에게는 그 분들을 잘 관리할 수 있는 스킬과 전문성이 요구됐죠 서비스 역량과 퀄리티를 키워야 하거든요. 그래서 판이 달라졌어요. 저는 그게 되게 의미가 있다고 생각해요 (P3, 현 정신건강복지센터장)

- 입원적합성심사는 실질적으로 무의미하고 예산 낭비라고 지적함
- 응급상황이나 입원 당시 상황에 대해 알지 못하는 의사가 차후 이를 평가하여 입원적합성을 심사하는 것이 실상 무의미하다고 하면서, 이러한 입원적합성 심사제도는 인적 자원이 부족한 상황에서 예산 낭비라고도 표현하였음

그 사람(환자) 상태에 대해서 그 당시(입원) 상황을 진단했던 의사만이 아는데... 그걸 아니라고 해서 그 뒷감당을 할 수 없는 거예요. 왜냐면 정신건강 상태는 변화하고 눈에 보이지 않는 거라는 거죠 (중략) 굳이 남의 병원에 와서 그것도 인적 자원도 없는 국립병원에 있는 의사들이 와서 이런 입원에 대한 판정을 해주는 것 그 자체가 굉장한 예산 낭비예요 (P1, 정신과 전문의, 공공기관장)

- 응급상황 시 정신건강의학과 위기개입서비스는 매우 혼란스럽다고 함
 - 정신질환자가 갑작스럽게 증상을 드러내는 위기상황 때 정신건강의학과 위기개입서비스에 대한 법적 기준이 마련되지 않아서 응급실을 내원한 환자에 대한 ‘응급환자 분류체계’가 모호하다는 의견이 있었음

문제는 응급의료에 관한 법률에 정신과 환자에 대한 섹션이 없어서, 응급 정신 보건법과 의료법의 응급 환자들이 생겼을 때 지금은 병원에서는 어떤 환자를 보고 트리아지(triage)에 의해서 분류하고, 전문가에게 더 연결할지, 아니면 퇴원시킬지, 다른 병원에 보낼지 이런 분류작업이 지금 안 돼요 그냥 입원을 하는 거예요 (P3, 현 정신건강복지센터장)

(b) 인권단체

- 장기입원 정신질환자들의 ‘탈수용화’를 위한 지역사회 기반이 마련되지 않은 상태이기 때문에, 대부분의 퇴원 환자들이 지역사회 서비스를 제공받지 못한 채 방치되고 있다고 이야기함

탈시설을 했다고 해도 집에만 여전히 갇혀있고 고립되어 있고 관계가 단절되어 있으면 여전히 마찬가지일 수 있어. 병원에만 있지 않을 뿐이지... 그래서 가족들과의 관계, 친구들과의 관계, 그다음 학교에 가고 싶은 사람들은 학교에 가고 직장에 다닐 수 있는 사람들은 직장에 다니면서 노동도 하고 취미도 하고 여가도 즐기고 자기 생활을 실제로 할 수 있는 단계까지 갈 수 있는 것인가. 그리고 가도록 하고 있는가? 그 지점이 저는 가장 중요하다고 생각해요 (중략) ... 근데 병원 시설도 너무 부족하고 의료진도 부족하고 사회복지사도 부족하고 사회복지에 쓰이는 국가 예산도 부족하고 모든 게 부족하기 때문에 병원에 가둬 놓고 입원시키는 게 제일 편하고 쉽다는 거죠 (A1, 인권단체 대표)

(c) 의료진

- 질 높은 치료서비스를 제공할 수 있는 환경을 조성하는 것이 매우 중요하다고 함

- 환자들을 격리한 채 ‘수용소’와 다름없는 치료 환경이라면, 환자가 병원에 입원했던 경험을 부정적으로 형성하는 것은 당연하고, 개별 면담이 충분하게 이루어지는 등 질적 수준이 보장된 치료를 제공하는 것이 중요하다고 함

치료의 질을 높이는 것도 굉장히 중요해요 사실은 입원만 시켜놓고 그냥 가둬만 놓고 약이나 주고 왜 약이 필요한지 이 약은 무슨 부작용이 있는지 일일이 설명하는 사람이 얼마나 있겠어요. 그러니까 병원에 대형병원에 그냥 입원을 시켜서 수용 위주로만 관리하다 보면 그냥 입원해서 감옥살이하다 나오는 거거든요. 그죠? 그러니까 나오면 반감 생기고 그러는 거 아니에요 ... 제대로 치료를 해야지. 그러면 제대로 치료할 수 있는 여건을 만들어 주느냐도 봐야지. 충분히 면담을 하고 뭘 했을 때 대한 보상이 주어져서 그만큼 시간을 할애해서 환자를 치료할 수 있는 여건이 되고 면담도 하고 인지행동 치료도 하고 여러 가지 치료를 같이 환자의 치료 회복을 위해서 하는 게 별로 없다는 말이에요 증상이 좋아지고 하는 것도 문제지만 그게 약만 가지고 되는 건 아니에요 그 사람을 얼마나 인간답게 대하고 치료를 열심히, 인격적인 대우를 해주면서 치료를 했느냐가 중요한 거 아니에요? (FGI, M2, 국립 300병상 의료진)

- 자·타해 위험성이 높은 정신질환자를 응급입원 시킨 후 72시간 동안 보호자를 찾지 못하거나 환자가 동의하지 않으면 퇴원을 해야 하는데, 이러한 상황에서 정신질환자들이 치료를 받지 못한 채 지역사회로 내몰리는 경우가 많이 있다고 함
- 보호의무자가 입원 동의를 하지 않거나 보호자를 찾지 못할 경우 행정입원으로 전환하기에는 시간이 부족하고 공공기관의 협조가 잘 이루어지지 않기 때문이라고 함

보호자가 와서 환자 입원에 대해 계속 동의를 하지 않는다거나, 보호자를 못 찾게 되면 72시간 이후에는 그냥 나가야 하는 거예요 (중략) ... 현실은 응급입원했다가 노숙하던 사람은 다시 노숙하려 나가고요, 그러다 또 범 죄하고, 그러다 범 죄가 반복되다 보면 결국은 입건이 되면서, 체포되어서 정신 감정으로 오는 경우가 많이 있거든요 (FGI, M4, 국립 300병상 입원치료 의료진)

(d) 환자

- 비자의 입원을 경험했던 환자는 입원 당시 상황을 되돌아보았을 때 자신이 정신의료기관에 입원해야 한다는 사실을 받아들이기가 힘들었지만, 오히려 입원치료를 받으면서 자신의 병을 알게 된 계기가 되었다고 함
- 강제입원 절차는 크게 문제가 되지 않고 오히려 자신의 병을 알게 된 계기가 되거나 재발 시 도와줄 사람이 없는 상태에서 입원이라도 할 수 있도록 도와 주었기에 오히려 다행이었다고 함

강제입원을 안 당했으면 내가 병 있는지도 몰랐다. 병을 알게 된 계기가 있었다. 다 그런가 봐요. 다 병에 대한 안 좋은 인식만 가지고 있지 실제로 병원이 어떤지 모르고 ... 그런데 강제입원이 좋았다는 사람이 많았어요 (C1, 15년여 전 조현병 발병)

- 또 다른 환자는 갑작스러운 입원보다 더 끔찍했던 열악한 입원치료의 환경이 문제였다고 토로함
- 강제입원 절차보다도 또다시 병이 재발했고 지금 입원해있다는 사실이 더 절망적이었고, 입원 동안 만난 냉소적이고 진정성이 없는 의료진의 태도, 사생활이 무시되는 집단 수용에 대한 반감으로 입원이 싫다고 함

예전에 있었던 병원도 보면 환자는 백 명 가까이 되는데 의사는 몇 명 안 되는 상태에서 그냥 쓱 둘러보고 막 아 ... 그런 열악한 환경이 저는 보호자 입원에 의한 인권침해보다 더 큰 열악함으로 와 닿았어요 (P5, 20년 전 조현병 발병 경험이 있는 당사자 출신 인권단체 대표)

(e) 보호의무자(가족)

- 환자 보호자는 급성기 입원치료가 지연되는 것에 대해 안타까움을 표현함
- 자의입원이 아닌 보호의무자에 의한 입원을 진행하고자 할 때 보호자 2명이

상의 동의를 필요한 데, 이러한 상황에서 가족 중 1명이 입원 당시 부재하거나 협조가 어려운 경우가 있기 때문이라고 함

자기가 여기가 아프니까 응급실로 가겠다는 거예요 그래서 할 수 없이 개를 응급실로 데려갔어요 나는 개가 어디 도망갈까 봐 걱정했는데, 할 수 없이 응급실로 가서 괜히 고생해서 ... 아침에 진료 받은 애가 9시가 넘어서 응급실 퇴원해서 입원했어요 저 혼자는 (입원이) 안 되네요. 아빠가 오셔야 한대요. 아빠가 퇴근해서 오시느라고 늦어졌죠 (중략) ... 진짜 너무 피가 말라요 애가 증상이 안 좋아지는 거 빨리 보이면서도 어떻게 빨리 조치를 해야 빨리 좋아질 텐데. 애는 약을 먹으면 증상이 꼭 좋아지는 애예요. 저는 입원을 꺼리지는 않아요 증상 때문에 하는 거니까. 본인도 그렇고 ... (F2, 조현병 대상자의 보호자)

- 또 다른 환자 보호자는 지역사회로의 전환을 안내하는 퇴원 서비스를 제공받아 만족감을 표현함
- 정신의료기관에서 퇴원하면서 환자와 보호자에게 아무런 지역사회 서비스에 대한 정보를 제공하지 않아서 답답했는데, 최근 재입원 당시에는 입원 기간에 지역사회로의 전환을 준비하는 서비스를 제공하고 있다는 것임

그 이전에는 뭐 안내받은 게 없어요 정신보건센터라던가 재활 기관 이런 걸 아무것도 몰라서. 엄마 교육도 없었고 ... 그런 게 그 당시(2015년)에는 전혀 없었어요 근데 S대 병원에서 올해부터 달라졌어요 3월에 복지사 선생님 통해서 퇴원계획 세워주시고 같이 셋이서 같이 기관 방문했어요 외출해 가지고 미리 입원하면서 ... 그리고 퇴원할 때는 주치의 선생님이 지역정신보건센터 등록할 거냐 그것도 물어보시더라고요 그것도 바뀐 거죠 그래서 그것도 해달라고 했죠 (F2, 5년 전 조현병 발병된 환자의 어머니)

(나) 인권 보호

(a) 정책전문가

- 부당한 비자의 입원에 대한 안전장치를 마련하는 것이 필요함

- 입원요건 등을 강화하는 제도가 마련됨으로 인해 환자들이 입원하는 과정에서 적법 절차를 위반하거나 인권침해가 있을 수 있는 경우를 제어할 수 있다는 의견이 제시되었음

환자들에 대한 최소한의 안전장치는 됐다고 믿어요 불편하긴 해도 환자들에게 항변할 수 있는 찬스가 왔다는 게 좋고 물론 혼란은 있죠 (P3, 현 국립정신건강 복지센터 직원)

- 정신건강의학과 전문의가 환자의 인권을 보호하지 못하고 있다는 우려가 대두되면서 인권과 치료권이 대립되는 구도가 형성됨
- 치료적 온정주의에 따라 입원절차를 진행했던 의사들이 입원절차에 있어 조심스러워지고, 강압성을 띠는 것이 자칫 범법자가 될 수 있다는 위협을 느끼면서 환자의 인권을 침해하는 일종의 가해자가 될 수 있다는 딜레마에 빠지게 됨에 불구하고, 다른 누군가를 구속할 권력을 가질 수 없기에 환자의 자율성과 인권을 존중해야 한다는 것임

정신과 의사라고 하는 직업의 숙명이 일단 가해자라는 거예요 인권에 대한 가해자일 수밖에 없는 것이라고요 (중략)... 의사들이 “이 사람을 입원시켜야 합니다”라는 것은 임상적 판단인데, 거기에다가 사법적 칼을 들이셨단 말이죠 어 입원절차를 어겼어? 사법절차를 가하는 거죠 그렇게 해서 60명이나 기소된 사건이 작년엔 있었던 거죠 그래도 환자의 인권을 보호하는 차원에서 진료가 이루어져야 하는 것이 시대의 요구가 아닌가요 (P1, 정신과 의사, 대학병원 교수)

- 반면에, 책임감이 없는 정신질환자가 범죄를 저질렀을 경우 구형을 내리지 않고 치료감호를 받게 하는 것과 같은 이유로 병식이 없고 책임감을 물을 수 없는 정신질환자에게 자율성을 허용하는 것이 오히려 문제될 수 있으므로, 치료서비스를 제공하는 것이 치료권과 인권을 동시에 보장하는 방법이 될 수 있다고 함

강제입원이 됨에 따라 환자나 가족이 반감을 가지는 것은 강압적인 태도의 경찰관, 권위적이고 냉소적인 의사, 그리고 질 낮은 치료서비스로 인해 좋지 않는 경험을 하면서 발생한 것으로 보입니다. 제 환자 중에서는 의사들이 고통에 대한 감수성과 소통 능력이 부족하다고 한 적도 있었고, 20여년 간 조울증을 앓아 왔지만 치료적 관계를 통해 라포를 형성하게 된 경우는 이번이 처음이라고 말한 환자도 있었어요. 실제로 개방병동에 입원하더라도 불편함과 안 좋은 기억을 가진 환자들이 많고 이를 치료적 관계로 이끌어내지 못하는 감당하지 못하는 의사도 많습니다. 일차적으로 1명의 의사가 케어할 환자가 너무 많은 것 문제가 되는 것이지만 이렇게 환자에게도 불편하고 의사도 치료적 역할을 다하지 못하는 것은 단순히 업무량의 문제가 아니라 근본적으로 고민해야 할 것입니다. (M1, 전 대학병원 정신건강의학과 교수, 개원의)

(b) 인권단체

- 정신의료기관 입원에 대한 환자의 자기결정권이 강화되었다고 함
 - 정신질환자가 스스로 병식을 가지고 있다면, 증상관리를 약물로 수행할 수 있는 자기결정권이 강화되었다고 받아들여지고 있었음

옛날에는 전화 한 통이면 됐거든요 쉽게 사람을 그냥 신체 구속시킬 수 있었어요 그런데 그런 사람들한테는 모르겠어요 하지만 저로서는 자기결정권이 훨씬 강화된 환경으로 변한 거예요 그리고 법률 조항에서 이제 저는 저를 강제 입원시킬 소위 말하는 조항이 없어졌어요 그러니까 훨씬 신변이 안전해진 거죠 그러니까 저 같은 사람도 있다는 거예요 그리고 나서는 삶이 나아졌어요 물론 당사자 운동을 하기 때문인지 모르겠지만, 저는 굉장히 강제입원 때문에 피해를 많이 받은 사람이었기 때문에, 법률이 개정된 이후에는 저는 더 이상 강제 입원시킬 조항이 없기 때문에 강제입원 못 시켜요 (A4, 당사자 출신 인권단체 대표)

- 행정입원이 강압적 형태로 이루어지는 경향이 있기 때문에 안전지대 없는 ‘경찰의 사냥터’가 되었다고 생각함
 - 환자들의 자기결정권이 전보다 강화되었지만, 보호의무자에 의한 입원과 마찬가지로 행정입원도 강압적으로 이루어지는 입원형태라는 점에서 부정적인

시각이 존재하였음

지금 경찰들이 엄청나게 환자들을 잡아가지고 다 행정입원 시키고 있어요 지금 많이 늘었어요 왜냐하면, 지역에 안전지대가 없으니까 증상이 악화되었을 때 지역에서 문제가 일어나거든요 그럼 사냥감이 되는 거예요 잡아다가 처넣고 ... 지금 그러고 있어요 (중략) ... 자기결정권에 의해서 입원을 안 해도 되는 컨디션이라 하면, 여기(쉼터) 잠깐 있다가 다른 방식으로 접근을 해야 해요 강제 입원을 논하기 전에 이거부터 먼저예요 응급에 대해서 어떻게 할 것인가, 어떤 장치를 해놓을 것인가 이게 먼저거든요 (A4, 당사자 출신 인권단체 대표)

(c) 의료인

- 인권 보호의 프레임은 역설적으로 환자의 치료권을 확보하지 못하는 상황을 유발할 수도 있다고 함
- 입원치료의 결정에서 정신장애인의 자기결정권이 강화되면서 급성기에 정신병적 증상이 악화되어 의사소통이 되지 않거나 병식이 전혀 없는 환자들은 제대로 치료를 받지 못하고 있다고 함

병식(insight)이 전혀 없는 환자가 지금 치료를 받아야 하는데, 자기가 치료를 받아야 되는지 말아야 되는지 완전히 모르는 상태잖아요 그런 환자한테 인권 따지면서 너 입원 할래? 퇴원할래? 아니면 외래 갈래 뭐 할래? 이 사람이 인권적으로 그래 네가 한다고 했으니까 ... 이 사람은 이제 살이 20키로 빠지고 몸도 안 좋아지고 집에서 부모님 맨날 때리고 이걸 누구를 위한 인권인지 모르겠는거예요 (M5, G구 정신보건간호사)

(d) 환자

- 최근 들어 정신질환자의 범죄 사건이 언론에 의해 주목받으면서 정신질환자를 위한 인권옹호활동으로 인해 입원요건이 강화가 되었던 사실이 오히려 사회적 반감을 초래할 수 있다는 두려움을 표현함

- 오히려 입원요건의 강화 이전보다 다른 측면에서 정신질환자의 인권 침해가 일어나는 부작용을 초래할 수 있다고도 함

정신장애인들의 인권문제를 보호해주는 쪽으로 강화하다 보면 오히려 사회의 반발을 불러일으키는 거죠 그 조현병인 사람이 살인한 사건, 조울증인 사람이 의사를 살인한 사건. 거 봐! 이렇게 되면서 더 무서운 반동으로 정신질환 있는 사람들을 억누르게 되더라는 거예요 그때 어떤 얘기까지 나왔었냐 하면 정신장애인들을 다 데이터베이스화 되어야 한다는. 이런 주장까지 나왔어요 그런 법률까지 정해야 한다고 그러면은 저 같은 사람은 완전 취업도 팡이고 이제는 완전 그냥 집에 돈이 있는 것도 아니고 그냥 인생이 나락으로 던져져 버리는 거예요 그런 두려움을 말하는 거예요 (중략) ... 환자들의 인권을 덜 보호해줘야 한다. 이게 아니라 너무 균형 없는 시각으로 접근했을 때 그 반동도 일어나서 더 인권침해가 생길 수도 있고 이런 것들이 두렵다는 거죠 (C5, 20년 전 조울증 발병)

(e) 보호의무자(가족)

- 정신질환자는 사회적 편견으로 고통받고 있으며, 장애인을 위한 복지정책이 확대되는 움직임 속에서도 배제되어 복지혜택을 누리지 못하고 있다는 의견이 제시되었음
- 정신질환자의 가족들은 장애인에 대한 사회적 편견으로 인해 힘들어도 자신들의 목소리를 내지 못하고 ‘숨어서 울고 있다’라고 호소하였음

국가에서도 편애한다는 얘기에요 근데 우리 장애인은 특별히 외부로 표출할 수 없는, 숨어있는 장애인이 많다는 얘기에요 그러니까 울지도 못해요 왜 인식 개선 때문에 (중략)... 혼사에도 길이 막혀요 왜냐하면, 정신병은 유전이라는 생각을 많이 하시기 때문에 사실은 그거는 극히 작은 부분인데 잘못 알려져서... 그러니까 부모들이 나서지를 못해요 왜 남아있는 다른 형제자매 때문에 그래서 어디 가서 사진 찍고 한다. 그러면 다 숨어요 (F3, 20년여 전 조현병 발병된 환자의 어머니)

(3) 법 개정의 부작용 및 재개정 사항

(가) 법 개정 이후의 부작용

- 정책전문가, 의료진, 환자 가족, 일부 인권단체 운영자 등 이해관계자들이 보호입원의 요건과 절차가 까다로워지면서 급성기 입원치료가 지연되는 서비스 제공의 사각지대가 발생하고 있다는 것을 일관되게 지적하고 있음
- 가족이라 하더라도 부모·형제·자매가 적극적으로 입원절차에 개입하지 못하는 상황 등으로 인해 돌보는 마음으로 입원시키려 해도 즉각적으로 입원치료를 받을 수 없는 경우를 말함
- 환자 가족들은 보호의무자의 동의·신청에 의한 입원이 입원유형 중 대세를 이루면서 이에 대한 가족의 부양부담이 커질 수밖에 없다고 함
- 보호의무자에 의한 입원은 일본과 한국에만 있는 제도로서 돌봄 책임을 가족에게 전가시키는 것으로 알려져 있고, 재산권 문제로 입원시키거나 돌보는 것이 힘들어 방치할 가능성이 항상 존재하기 때문에 이 입원유형을 경계하는 것이 필요하다고 함
- 우리의 경우 공공부조와 사회수당 등 복지급여와 달리 정신건강서비스의 제공은 환자 개인을 단위로 이루어지는 것이 타당한 것이나 보호의무자에 의한 입원제도는 가족과 일종의 계약을 맺는 방식으로 서비스가 제공되는 ‘부양의무제’ 형태로 실행되고 있음
- 이로 인해 가족의 부양부담이 커지고 환자 개인이 받게되는 치료서비스의 수혜도 제한적일 수밖에 없음

그냥 가족들도 너무 지쳐서 포기하게 되는 그런게 저는 국가가 이 개인과 관계를 맺을 때 일대일로 관계를 맺어서 한 사람 한 사람 개인 삶의 질을 생각해 줘야 하는데, 이 개인을 개인과 직접 만나지 않고 가족과 관계를 맺으려고 하는

거죠 그래서 국가는 이제 가족을 통해서만 개인을 돌보는 것처럼, 그래서 여기에 가장 큰 문제점으로 들어갈 수 있게 탈시설, 탈수용화, 지금 우리가 이야기하고 있는 비자의 입원도 결국에 병원에서 나가자는 거잖아요. 그래서 이 탈수용화 문제가 여기에 관련이 있고, 그리고 부양의무제, 가난한 사람이든 장애인이든 국가지원금을 받을 때 부양의무 대상자가 있으면 지원금을 뺏어버리는 거예요 (F3, 조현병 환자 30년 보호자, 가족장사)

- 응급입원과 행정입원을 시행하는데 어려움이 발생하고 있다고 함
 - 일부 의료진과 정책전문가들은 자·타해 위험이 있을 때 위기개입이 필수적이므로 경찰관이 정신건강복지센터의 직원과 함께 출동하여 적극적으로 입원을 진행할 필요가 있음에도 불구하고, 경찰관과 정신보건전문요원의 상호협력 체계가 부족하다고 판단함
 - 경찰 인력 내 정신질환에 대한 이해를 바탕으로 하여 전문적으로 훈련된 인력이 없는 상황이기에 응급 여부를 확인하고 이송하는 절차가 원활하지 못하다는 것임
 - ◆ 경찰관이 정신병적 발작과 흥분상태를 판단하기가 어렵고 입원을 하고 나서 환자에게 고소를 당할까 봐 걱정하고 있는 사례
 - ◆ 자살 시도를 한 경우에도 바로 응급입원을 진행하지 않고 정신보건전문요원의 도움을 청하는 사례
 - ◆ 경찰이 출동하더라도 적극적으로 경찰이 나서지 않아 보호자만 전전긍긍하게 되기에 등 떠밀리듯이 입원절차가 전가된 사례 등
 - 응급실 내 정신보건 전문요원이 상주하거나 비상근직 호출 체계도 확립되어 있지 않아 환자들을 전문적으로 진료할 수 없는 상황임
 - 응급실에 정신보건 전문요원이 배치되어 있지 않아 위기 상황 때 환자와 가족으로서의 적극적인 대처를 기대하기가 어려운 상황이라고 함

응급실에서 안정을 취해줄 수 있는 사람 그런 분이 있고 사회복지사 선생님도 계시고 간호사 선생님도 계시고 그러면 얼마나 좋아. 사회복지사 선생님 계시면 상담이라도 하고 힘든 거 이야기하고 이러면 애가 금방 좋아지고 안정되죠 저희는 그런 기술이 아직 없잖아요 응급실에도 애를 보면 알 수 있는 분이 있으면 바로 입원할 수 있게끔 ... (F2, 5년여 전 발병된 조현병의 모친)

- 병원 입장에서는 행정입원의 경우, 가족 중 아무도 책임을 지지 않으려는 경향이 있어 인수할 보호자를 만들기 위해 보호입원으로 입원유형을 바꿀 수 밖에 없는 애로사항이 있음
- 인권단체에서는 환자의 증상이 갑자기 악화되었을 때 지역사회에서 거주할 수 있는 ‘쉼터’ 등과 같은 보호시설이 충분치 않은 상태에서 아무런 지원 없이 병원으로 다시 내모는 것이 행정입원이라고 함

(나) 법제도 개선사항

- 비자의 입원요건 등의 강화로 인해 드러난 부작용을 제어하는 수단으로 사법입원제도를 고려해 볼 수 있음
- 보호입원이나 행정입원을 하게 될 때 정신건강의학과 전문의가 임상적 판단을 하되, 입원적정성 평가를 병원위원회가 하도록 병원마다 설치하거나 순회판사제를 시행하는 방법이 있을 수 있음
 - 보호의무자나 주민의 신고가 들어와 입원하고 나서 일정 기간 대기하면서 의사가 임상 판단을 하고 최종 판정은 2주 내 위원회에서 하는 것으로 함
 - 다만, 정신과적 전문 지식을 가지고 있는 법조계 인력이 준비되어 있어야 하므로 실효성이 문제가 될 수 있으니 외국에서 실시하고 있는 순회판사제를 통해 입원적합성을 판단할 수 있을 것으로 기대함

의사가 신이 아닌 이상, 의사가 모든 기준에 책임을 져야 해. 난 입원을 권했을 뿐이고 그거를 본인이 판단하는데 필요한 입원이라면 행정적으로 도와주어야 하는데 ... 그리고 판단 자체도 하는 걸 ... 판단하는 걸 병원 사법위원회에서

한다는 뜻이에요 사법입원이라는 것이 있는 것이 아니고 사법위원회에서 이제 이걸 줄여 가지고 사법입원제도라고 하는 건데, 입원을 시켜 놓으면 순회 판사라든지, 순회 법조인들이 병원을 돌아다니면서 부당한 사례가 있으면 당사자가 나오고 뭐 보호자가 나올 수 있고 주치의가 있고 거기서 입원상태 판단을 다른 사람이 불러온 다른 멤버들이 이렇게 하는 거지, 사법입원제도는 ... (P1, 정신건강의학과 전문의, 전 국립정신병원장)

- 인권단체에서는 정신질환자에게 강압적이지 않은 안전지대로서 지역사회에서의 ‘쉼터’가 필요하다고 함
- 법 개정 이전에 문제가 되었던 가족 간 재산문제 등으로 인한 부당한 강제입원을 사전에 차단할 수 있는 장치로서 행정입원을 긍정적으로 평가하기도 했지만, 행정입원 역시 강압적이라는 점에서 부정적 시각이 여전히 존재하였음
 - 정신질환자의 증상이 악화될 때 행정입원을 바로 시행하기보다는 중간 안전지대인 ‘쉼터’가 있기를 바라고 있음

지역에 안전지대(‘쉼터’)가 없으니까 증상이 악화되었을 때 지역에서 문제가 일어나거든요 잡아다가 처넣고 잡아다가 처넣고 ... 지금 그러고 있어요 ... 자기 결정권에 의해서 입원을 안 해도 되는 컨디션이라 하면, 여기(‘쉼터’) 잠깐 있다가 다른 방식으로 ... (A4, 환자 출신 인권단체 대표)

- 다양한 환자들을 위한 차별화된 치료 및 재활서비스 제공 방안을 모색해야 함
- 정신질환은 환자가 초발인지와 재발인지에 따라, 또한 중등도 및 약물의 치료 순응도에 따라 매우 다름에도 불구하고, 이를 고려하지 않은 채 몇 가지의 단일 형태로 구분하여 입원치료를 하는 것은 온당치 못하다고 함
 - 다양한 환자들의 상황과 사례가 있는 만큼 차별화된 방안을 모색하는 것이 필요하다고 이야기되었음

단순하게 그냥 몇 가지 입원제도를 통해서 그 전체, 그 다양한 다양성을 보이는 환자들의 스펙트럼을 다 끌어안는 해결책이 아니에요 여러가지 제도 이게 안

되면 저렇게, 저게 안 되면 저렇게. 여러 가지 좀 방안을 만들어야 할 거 같아요
(FGI, M2, 국립 300 병상 의료진)

2. 그 밖의 영향분석

- 현재 지역사회에 정신재활시설, ‘중간 집’ 등 정신질환 관리시스템이 체계적으로 마련되어 있지 않은 상태에서 ‘탈수용화’가 진행될 경우 치료의 사각지대가 생기고 노숙인이나 범죄자의 증가로 이어질 가능성이 있음
- 정신의료기관의 환자 수와 교도소 수감자 수의 역의 상관관계를 밝힌 펜로즈 가설(Penrose hypothesis)의 입증 필요성이 제기됨에 따라 ‘탈수용화의 역할’에 대한 별도의 영향분석이 요구됨
 - ‘탈수용화’가 진행됨에 따라 정신병동의 수용자 수 감소는 정신질환자가 퇴원을 하거나 혹은 더 이상 입원이 안 될 경우 범죄를 통해 교도소로 이동 수감될 가능성이 높다는 것임¹³⁾
 - 2016년 법 개정은 ‘탈수용화’를 추진하는 방향에서 이루어졌으나 지역사회 정신건강서비스 전달체계가 취약하고, 투입되는 예산이 다른 질병 관련 예산에 비해 적기 때문에¹⁴⁾ ‘탈수용화’로 인한 펜로즈 가설이 입증될 수 있음
- 펜로즈 가설의 성립 여부를 확인하기 위해 대검찰청 공개자료(1996~2016)와 국가정신건강현황 3차 예비조사 자료(2017)에서 시계열 자료를 수집하여 정신의료기관의 종류에 따른 인구대비 병상 비율과 인구대비 교도소 수감자

13) Penrose, L.S., Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology*, 1939. 18(1): 1-15.

14) 우리나라의 경우 보건의료 총예산 중 정신건강 관련 예산은 약 6%에 불과하며, 정신건강과 관련된 공공 재원의 투입이 매우 제한적이므로, 현행 지역사회 정신질환 관리의 체계 및 서비스는 민간 정신의료기관에 의존하고 있음(Roh, S., et al., *Mental health services and R&D in South Korea. International Journal of Mental Health Systems*, Vol.10 No.1, 2016. p.45).

및 정신질환자 비율의 변화에 대한 연관성을 국가의 사회경제적 수준과 인구 대비 노숙자 비율을 통제하고 분석한 연구가 있음¹⁵⁾

- 국가의 사회경제적 수준을 반영하는 실업률, 지니 계수 및 노숙인 비율을 각각 통제하여 시계열 회귀분석을 실시함

□ 분석 결과는 다음과 같음

- 정신의료기관의 전체 병상 비율(독립변수)과 교도소 수용자 비율(종속변수) 사이 음(-)의 관계를 보이므로, 펜로즈 가설은 한국에서도 성립됨
 - [표 13]은 교도소 수감자 비율과 정신의료기관 전체 병상 비율과의 관계를 드러내고 있는 바, Model 1에서 두 변수간의 관계는 전체 병상 비율과 교도소 수감자 비율로 음($\beta=-0.72$)의 상관관계를 보여줌($p<0.001$)

[표 13] 정신의료기관 전체 병상 비율과 교도소 수감자 비율과의 관계

	Model 1				Model 2			
	Coef.	p	95%CI		Coef.	p	95%CI	
전체병상비율	-0.72	<0.001	-1.02	-0.42	-0.16	0.147	-0.38	0.06
실업률					0.09	<0.001	0.06	0.11
지니계수					-6.46	<0.001	-8.70	-4.23
	Model 3				Model 4			
	Coef.	p	95%CI		Coef.	p	95%CI	
전체병상비율	-0.33	0.136	-0.78	0.12	-0.22	0.104	-0.50	0.06
노숙인 비율	-1.40	0.150	-3.41	0.61	-1.09	0.078	-2.33	0.16
실업률					0.14	0.035	0.01	0.26
지니계수					-2.91	0.055	-5.92	0.09

주: Model 1(단변량 선형 회귀분석), Model 2(실업률과 지니 계수 통제변수 삽입 보정), Model 3(Model 1에 노숙인 비율 통제), Model 4(Model 3에 실업률과 지니 계수 각각 통제변수 삽입 보정)

자료: 허중호 등, 「한국은 Penrose hypothesis가 적용되는가? 탈수용화와 범죄율과의 관계」, 대한신경정신의학회 정책연구용역 보고서, 2018. p.14.

15) 허중호 등, 「한국은 Penrose hypothesis가 적용되는가? 탈수용화와 범죄율과의 관계」, 대한신경정신의학회 정책연구용역보고서, 2018.

- 종별 정신의료기관(공공/민간) 병동 비율과 교도소 내 정신질환자 비율 간의 관계를 분석한 결과, 교도소 수감자 비율이 공공 정신의료기관 병상 비율과 는 모든 모델에서 유의한 결과를 드러내지 않았으나, 인구대비 민간 정신의 료기관의 병상 비율은 교도소 수감자 비율과 음(-)의 관계를 나타냈음
 - 민간 정신의료기관의 병상 비율이 증가할 경우 전체 교도소 수감자 비율 이 상대적으로 감소하는 경향성을 확인할 수 있었음
 - ◆ 특히 지니 계수, 실업율과 노숙자 수 등 국가 단위의 사회경제적 상황 을 보정한 후에도 음(-)의 관계가 유지되었음($\beta=-0.61$, $p=0.014$)

[표 14] 민간 정신의료기관 병상 비율과 교도소 수감자 비율과의 관계

	Model 1				Model 2			
	Coef.	p	95%CI		Coef.	p	95%CI	
민간 병상비율	-0.44	<0.001	-0.55	-0.33	-0.17	0.018	-0.31	-0.03
실업률					0.08	<0.001	0.05	0.10
지니계수					-4.95	0.001	-7.50	-2.39
	Model 3				Model 4			
	Coef.	p	95%CI		Coef.	p	95%CI	
민간 병상비율	-0.91	0.003	-1.41	-0.41	-0.61	0.014	-1.06	-0.17
노숙인 비율	-4.16	0.003	-6.46	-1.87	-2.96	0.011	-4.99	-0.93
실업률					0.06	0.252	-0.06	0.18
지니계수					-2.82	0.024	-5.15	-0.50

자료: 허중호 등, 「한국은 Penrose hypothesis가 적용되는가? 탈수용화와 범죄율과의 관계」, 대한신경정신의학회 정책연구용역보고서, 2018. p.15.

- 이는 민간 정신의료기관을 중심으로 ‘탈수용화’가 진행될 경우 교도소 내 정 신질환자 수감자를 포함한 교도소 수감자 비율의 증가라는 결과로 이어질 수도 있음을 시사하고 있음
- 이러한 분석 결과에 따라 다음과 같은 정책과제를 제시할 수 있을 것임
 - 민간 정신의료기관들이 공공적 역할을 수행할 수 있도록 운영지도 및 지원

이 필요하며, ‘탈수용화’의 추진을 위한 지역사회 치료적 자원의 조직화 및 보건복지 통합서비스 제공의 전문적 역량 강화를 위한 세부 방안이 필요함

- 현행 정신장애 범죄자에 대한 처우 또한 치료감호를 통한 수용 중심으로 설계되어있는 것을 개선하여 사법과 의료의 통합서비스가 제공될 수 있도록 검사가 치료감호를 청구할 때 원칙적으로 정신건강의학과 전문의의 진단을 받은 후 청구하도록 의무를 부여하는 방안을 고려할 수 있음

IV. 개선방안

- 비자의 입원요건의 강화 등 관련 입원제도의 입법영향에 대한 양적, 질적 분석 결과, 다음의 제도 개선사항을 추출할 수 있음
 - 비자의 입원제도의 변화는 ‘탈수용화’를 추동하고 있지 못하고 있음을, 또한 이러한 입원제도의 변화가 일부 인권 개선의 여지는 있으나 치료권 확보에 그다지 도움을 주지 못하고 있음을 추론할 수 있음
 - 우선 비자의 입원제도의 개선과 관련하여, 나아가 ‘탈수용화’를 정책적으로 추진하기 위한 수단을 발굴하는 방향에서 개선방안을 제시함

1. 보호의무자의 범위 확대

- 보호의무자에 의한 입원요건이 까다로워 입원치료가 필요한 환자가 입원을 하지 못하거나 치료가 지연되는 부작용이 이해관계자들을 통해 빈번히 보고되고 있으므로, 입원요건을 개선해야 한다는 목소리가 커져가고 있음
 - 치료서비스 지연 등의 부작용뿐만 아니라 보호의무자에 의한 입원은 가족의 부양부담을 가중시키기도 하여 환자 인권을 유린하는 상황으로 이어지는 경우도 발생함
- 보호의무자에 의한 입원은 가족이 동의·신청하고 의사가 입원을 결정하는 방식이지만, 보호의무자의 자격요건이 지나치게 까다롭게 규정되어 있어 입원이 필요해도 어려운 경우가 많음
 - 보호의무자의 범위가 민법의 부양의무자 규정을 준용하고 있어 법률 전문가가 아니라면 보호의무자에 해당하는지 알기 어려운 경우가 있고, 실질적인 보호의무자가 있어도 입원이 불가능한 경우가 있음

- 형제, 자매, 가까운 친척 등 환자에게 이로운 결정을 하고 실질적인 보호자 역할을 할 수 있어도 생계를 같이 하여야만 보호의무자로 인정되는 등 보호의무자의 자격요건이 까다롭기 때문임
- 미국에서는 비자의 입원을 개시하기 위한 신청자로서 39개 주에서 ‘관계있는 성인(relevant adult)’이 청원 또는 신청서를 법원에 제출하여 강제입원을 개시할 수 있고 입원 신청자를 친족 등에 국한하지 않고 비교적 넓게 규정해 놓았음¹⁶⁾
- 영국에서는 응급 상황에서 ‘정신건강 전문가(mental health professional)’ 또는 ‘가까운 친척(nearest of the patient)’이 입원 신청을 할 수 있는 것으로 규정하고 있음¹⁷⁾
 - 가까운 친척은 부모, 자녀, 배우자뿐 아니라 형제, 자매, 삼촌이나 조카 등으로 넓게 규정하고 있고, 친족이 아닌 환자를 보호하고 있는 사람도 인정하고 있어 입원 신청을 할 수 있는 보호자의 자격요건을 일률적으로 제한하지 않음
- 독일에서는 비자의 입원 중 민법 상 입원의 경우 후견인의 신청으로 이루어지고, 공법 상 입원의 경우 최초의 입원 신청은 후견인, 가족, 경찰 등에 의해 이루어지며, 1인으로 충분함¹⁸⁾
- 일본에서는 가족을 포함하여 배우자, 친권행사자, 부양의무자, 후견인 또는 보좌인 중 1인 동의로 비자의 입원을 할 수 있는 제도가 의료보호 입원이라는 이름으로 있음

16) Washington State Institute for Public Policy, Involuntary civil commitments: common questions and a review of state practices. 2015. p.25.

17) Mental Health Act 1983, Part II, section 26. London: Parliament of the United Kingdom, 1983.

18) Park KC. Legal basis for the mentally ill and housing mentally ill in Germany. Ewha Law Journal Vol. 19 No. 4, 2014. pp.357-394.

- 가족이 입원 결정의 주체가 되는 입원으로 한국의 보호의무자에 의한 입원과 유사한데, 보호자 2인이 아닌 1인 동의로 입원 가능함
- 주요국의 비자의 입원 시 보호의무자의 요건을 조사한 결과 대부분 보호의무자의 범위가 우리나라보다 비교적 넓게 인정되었고, 보호의무자 2인의 동의를 요구하는 경우는 찾아보기 어려움
- 보호의무자의 범위를 정신건강복지법의 입법 취지에 걸맞게 확대하여 규정해야 할 것임
- 민법이 부양의무자를 정한 목적과 정신건강복지법이 보호의무자를 정한 목적이 상이하므로 그 대상자도 역시 상이해야 함. 생계를 달리 하더라도 형제, 자매, 친척, 후견인, 환자를 돌보는 자 등 환자에게 치료서비스를 제공할 수 있도록 실제 보호자가 보호의무자가 되어 입원 신청을 할 수 있도록 해야 함

2. 사법입원제도의 도입 · 실시

- 현행 정신건강복지법에서 보호의무자의 범위가 매우 제한적이고 보호의무자 2인 동의 규정이 인권 보호를 위해 만든 것이기는 하지만, 인권 보호의 긍정적 영향은 미흡하고 그 절차적 정당성만을 추구하는 형국이 되어 버림
- 환자의 인권 침해 우려는 보호의무자의 자격요건을 제한하거나, 심지어 보호의무자의 수를 늘리는 것으로 해소되지 않을 가능성이 있기 때문에 입원치료의 심사기능을 강화하는 방식으로 접근하는 것이 필요함
- 보호의무자가 비자의 입원을 실질적으로 결정하는 것은 가족 간 이해관계에서 생기는 인권 침해로부터 자유로울 수 없기에, 보호의무자는 입원 의뢰의 역할에 한정하고, 정신의학적 판단과 환자의 상태 및 가족의 지지환경을 종합적으로 고려하여 사법기관이 입원 결정을 하는 것이 바람직함

- 사법입원제도는 현재 정신질환자의 비자의 입원에 대해 보호의무자와 의사가 책임을 지고 있는 데, 이를 사법기관이 책임지도록 해서 환자의 인권을 보호하고 가족 부담을 덜어주며 의료인을 안전하게 보호하자는 취지를 가지고 있음
- 중증 정신질환자 모두를 강제 입원시키는 것이 아니라 강제입원의 결정을 보호의무자와 정신과 전문의가 아닌 사법적 심사를 통해 제도화하는 것임
- 사법입원제도를 도입·실시함에 있어서 핵심은 정신질환자의 인권과 자기 결정권을 보장하는 차원에서 비자의 입원치료의 결정에 환자와 그 가족의 의견이 보장되는 공공 행정체계가 확보되는 것과 동시에 다양한 지역사회 재활 및 복지 인프라를 구축하는 것임
- 사법입원제도 역시 ‘탈수용화’의 맥락에서 도입·실시되어야 하며, 이를 위한 체계적인 입원감시체계가 마련되고 지역사회 복지프로그램이 제공되어야 함
- 비자의 입원요건 등의 개선과 ‘탈수용화’ 정책 추진의 관점에서 사법입원 제도를 이야기하면, 그 도입·실시의 방법에 대한 논의¹⁹⁾보다 기존 입원요건, 입원심사 또는 입원통제 관련 제도적 장치들의 조정과 폐지 및 보완에 대한 논의가 중요함
- 특히 보호입원 제도의 개선은 필수적이라 보이는 데, 앞에서 기술한 보호의무자의 범위 확대와 더불어 가족이 비자의 입원치료 결정의 배타적인 법적 권한을 부여받는 형태가 아니라 절차보조인의 역할로 대체되어야 할 것임
- 일정 범위로 확대된 보호의무자가 보호입원 절차에 관여할 수 있게 하거

19) 입원심사의 결정 주체가 법원인가 아니면 독립행정기관, 즉 준사법기관 MHRT(Mental Health Review Tribunal)인가, 그리고 입원심사의 시기 또는 방식으로 조기심사방식인가 아니면 중기심사방식인가 등이 쟁점으로 부각됨(이만우, 「정신질환자 사법입원제도 도입 논의의 배경과 쟁점 및 과제」, 『이슈와 논점』 제1567호, 국회입법조사처, 2019)

- 나 그들에게 입원절차 개시의 신청권만을 주는 방안을 고려할 수 있음
- 정신건강의학과 전문의 2인 진단의 폐기도 고려해야 할 것임. 2인 진단은 사법기관의 독립적 심사가 이루어지는 한 필요하지 않을 뿐만 아니라 그 목적과 기대 효과에 비해 과도한 비용을 유발하고 급성기 치료적 개입을 어렵게 만드는 측면이 있음
 - 입원적합성심사위원회는 기본적으로 서류심사만으로 입원 부적합성을 결려내는 한계 때문에 사법심사가 이루어지면 그 의미가 반감될 수 있기 때문에, 정신보건 전문가로 구성된 위원 인력을 확보하여 실질적인 대면 조사를 강화하든지 아니면 ‘순회판사제’로 대체될 필요가 있음
 - 입원요건으로 자·타해 위협과 치료적 필요성을 and가 아닌 or로, 즉 선택적으로 규정하되, 후자에 대해서는 자기결정 능력의 결여 또는 부족을 추가로 규정하여 치료적 개입 절차와 인권 보호의 절차가 대립되지 않도록 함
 - 정신질환자나 정신질환자로 의심되는 자를 정신의료기관까지 적법하게 호송하여 진단을 받게 할 수 있도록 응급입원제도를 보완할 필요가 있음
 - 비자의 입원의 절차를 모두 진행할 시간적 여유가 없을 때 치료가 지연되어 위험 상황을 방지하는 것이 응급입원제도의 취지이지만, 현재 응급입원의 활용도는 매우 낮은 편임. 왜냐하면 응급입원 시 경찰관의 동의가 필수적이기 때문임
 - 현재 경찰관의 동의와 일반의의 진단이 있으면 응급입원이 가능하지만, 경찰관이 환자의 자·타해 위협에 대해 정확한 이해를 할 수 없거나 또는 너무 좁게 이해할 수 있기 때문에 응급이송을 할 수 없는 경우가 있음
 - 시급한 치료가 필요한 응급 환자는 보호자나 경찰이 함께 내원하지 않아도 의학적 진단에 따른 결정으로 입원 신청이 가능하도록 응급입원 절차를 개선할 필요가 있음²⁰⁾

20) 미국 대부분 주에서는 의사, 정신보건 전문가 또는 정신보건 분야 공무원 등이

- 응급입원 후 즉시 3일의 기간 내에 정신건강의학과 전문의의 대면 진료, 보호의무자의 동의 등 다른 비자의 입원과 동일한 절차를 거쳐 계속 입원 여부를 결정하도록 하므로, 응급입원 절차를 간소화해도 환자의 인권 침해 가능성은 낮을 것으로 보임
- 사법입원제도가 여전히 인권 보호와 치료권 확보라는 상호 배제적인 프레임에서 작동할 수밖에 없는 현실에서, 단순히 비자의 입원율의 하락과 재입원기간의 단축이 중요한 것이 아니라 불필요한 계속입원과 재입원 및 ‘사회적 입원’을 억제하고 필요한 최초입원을 허용하여 정신질환자에 대한 초기 집중 치료를 강화하는 방향으로 제도가 도입·실시되어야 함
- 사법입원제도가 정착되기 위해서는 절차보조인 제도가 동반됨으로써 환자 당사자와 가족이 계속입원 결정에 참여할 수 있게 하여 환자의 인권보호를 위한 투명성과 공정성을 확보하고, 병원치료와 지역사회 연계 서비스를 결합시켜 ‘탈수용화’를 위한 지역사회 정신건강 인프라를 구축하는 것이 필수적임

3. ‘중간 집’ 설치·운영을 통한 지역사회 정신질환자 주거 지원

- 현재 지역사회 정신질환 관리가 부실한 이유는 2016년 전면 개정 및 법 시행 이후 정신질환자 재입원율이 그다지 유의미한 변화를 보이지 않고 있다는 것으로도 충분히 알 수 있음
- 재입원율이 하락하지 않는 이유, 다른 말로 병원에서 퇴원하기 어렵고 증상의 재발과 심지어 무관하게 다시 병원 신세를 질 수밖에 없는 이유에 대한 응답으로 ‘퇴원 후 살 곳이 없기 때문에’라고 응답한 비율이 가장 높음²¹⁾

응급입원을 결정하도록 하여 다른 비자의 입원에 비해 입원요건이 완화되어 있는데, 정신보건 분야와 무관한 경찰의 동의를 필수 요건으로 제시하고 있지는 않음 (Washington State Institute for Public Policy, 2015)

- 이로부터 ‘탈수용화’의 추진을 저해하는 핵심 장애 요소 중 하나가 바로 퇴원 후 정신질환자의 지역사회 자립을 위한 거주 문제라고 할 수 있음
- ‘중간 집’은 정신질환자가 정신의료기관로부터 지역사회로 나오도록 자립지원 통해 지역사회 정착을 유도하는 서비스를 지탱하는 것임
 - 인권단체에서 이야기하는 재입원 상황 발생 시 일종의 보호시설인 지역사회 ‘쉼터’와는 그 성격과 기능이 다름
 - ‘중간 집’은 지역사회 정신건강 인프라, 보건과 복지가 통합된 정신건강 서비스가 제공되는 전달체계의 시설 기반이자 토대라고 할 수 있음
- 보건복지부는 단기 훈련형 주거서비스 제공, 재활 훈련, 집중 사례관리 및 지원 인력배치 등을 통해 퇴원 후 정신질환자의 지역사회 복귀를 지원하는 ‘중간 집’을 운영할 계획임
- ‘중간 집’은 기초정신건강복지센터별로 1개소 이상 설치될 예정인데, ‘자립 체험주택’²²⁾ 이용 후 자립이 가능할 것으로 판단되는 경우 ‘케어안심주택’²³⁾ 및 방문관리 연계 등을 통해 자립 지원을 한다고 함²⁴⁾
- 정신질환자의 지역사회 자립을 지원하는 ‘중간 집’ 운영을 위해서는 다음

- 21) 국가인권위원회가 실시한 ‘병원에서 퇴원하지 않는 이유’에 대한 조사에 따르면, ‘퇴원 후 살 곳이 없기 때문에’라고 답변한 응답자가 조사대상 정신질환자 전체 655명 중 158명(24.1%)으로 가장 많았음(국가인권위원회, 『정신장애인의 거주·치료 실태조사』, 2018)
- 22) 정신의료기관 퇴원 후 지역에 정착하기 어려운 정신질환자가 3-6개월 간 머무르면서 자립훈련(일상생활 훈련, 약물증상 교육, 직업교육 연계 등)이 필요한 ‘중간 집’임
- 23) 정신질환자 2-3명이 공동 생활하는 주거를 제공하고, 이 주거의 1-2가구 당 1명의 지원인력(사례관리사)을 배치하여 정신질환자가 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 ‘중간 집’임
- 24) 보건복지부 보도자료, “정신의료기관·정신요양시설 비자의입원·입소에 대한 입원 적합성심사 시행”, 2018년 5월 24일 자.

의 사항을 고려해야 할 것임²⁵⁾

- 첫째, ‘중간 집’ 시범사업을 진행하면서 주거지 확보가 필수적인데, 어떻게 주거지를 충분히 확보해서 필요한 서비스를 제공할 것인가를 논의해야 할 것임
 - 주거지 확보는 임대료 등 필요한 재원을 마련하는 것이 기본이지만, 공공임대 형태의 주거지를 통해 단순히 서비스 연계나 정보 제공에 머물지 않고 ‘탈수용화’를 위해 정신질환자에게 실질적이고 필수적인 서비스를 확대함으로써, 근본적으로 서비스 제공환경을 개선하면서 진행되어야 함
- 둘째, 규모나 돌봄 범위에 따라 형식적으로 구분된 자립체험주택이나 케어안심주택 뿐만이 아니라 정신질환자의 중증도 및 일상생활기능에 따른 ‘중간 집’ 모형을 다양하게 제시·운영할 필요가 있음²⁶⁾
 - 정신의료기관에서 나와 주거 지원을 받는 경우와 재가 정신질환자가 독립할 경우 거주조건이 다를 수 있음에도 불구하고, ‘중간 집’ 형태가 다양하지 않기 때문에 환자 당사자의 주거서비스 선택권이 보장되지 않는다고 볼 수 있기 때문임
- 셋째, ‘중간 집’ 이용 후 정신질환자가 지역사회로 어떻게 편입되어야 하는가에 대한 구체적인 서비스 프로그램을 마련하여야 함
 - 현재 상태로는 ‘중간 집’을 이용한 정신질환자가 원 가정으로 돌아가든, 직접 재활시설을 찾던 본인 스스로 알아서 지역사회로 돌아갈 수밖에 없으므로, 환자에 대한 개인별 지원계획을 수립하고 제공 서비스를 선정·

25) 이만우, 「정신질환자 대상 ‘커뮤니티케어’ 선도사업의 보완 과제」, 『이슈와 논점』 제1601호, 국회입법조사처, 2019.8.

26) 이와 관련하여, 보건복지부는 정신장애인 주거시설 기반 사회복지지원(‘중간 집’) 연구용역을 발주한 상태임. 그 연구내용 중 3개의 주거모형(중간집 모형, 지원주택 기반의 공동 관리모형, 독립주거지원 사례관리 모형)을 개발하고 각 주거모형에 적합한 대상, 주거 비용, 자립적인 주거 생활 유지를 위한 서비스(기초생활보장지원 등)를 제시한다고 함(보건복지부 보도자료, 2018.5.)

- 조정하는 등 일종의 사례관리를 체계적으로 조직할 필요가 있음
- 이러한 기능을 담당하는 조직(‘케어안심창구’ 등)에 정신건강 전문인력의 적절하게 배치할 수 있도록 적정 예산을 편성할 필요도 있음
- ‘중간 집’ 설치·운영이 지역사회 정신질환 관리를 위한 정신재활 또는 사회복지 서비스 제공 인프라를 체계적으로 구축하는 실험이라는 점은 분명함
- 이러한 인프라 구축은 서비스의 연계로만 이루어질 수 없고, 서비스 제공의 양과 방식을 결정하는 지역사회 자원과 서비스 대상자별 특성을 고려하여 퇴원 후 사례관리 대상 정신질환자에게 필요한 서비스의 확대가 동반되어야 함
 - 지자체가 ‘중간 집’ 시범사업을 본격적으로 추진하려면 해당 지역의 정신의료기관의 긴밀한 협력이 필수적인 데, 병원 기반 사례서비스 사업을 적극 시행할 필요가 있음
 - 협력 정신의료기관을 선정하고 기관의 수준과 특성에 따라 중증 정신질환자의 치료 및 회복, 재활에 대한 집중 사례관리를 조직할 수 있는 서비스 제공방식을 개발하여 지역사회 서비스 제공 인프라 부족의 공간을 메워 가야 할 것임²⁷⁾

27) 이와 관련하여, 서울시의 ‘정신장애인 자립생활주택 시범사업’은 집중 사례관리 서비스의 조직화 형태로 주목할 만함

V. 결론

- 2016년 「정신보건법」 전면 개정은 ‘탈수용화’의 정책적 추진으로 이어지지 못하고 치료서비스의 지연 등 각종의 의도치 않은 부작용을 초래하고 있는 것으로 확인됨
- 현재 지역사회 정신질환 관리의 미성숙은 여전히 ‘횡수용화’²⁸⁾ 등 다양한 종류의 ‘탈수용화의 역설’을 드러내고 있으며, 이로 인한 인권침해의 가능성 또한 있다고 생각함
- 이러한 부작용을 방지하고 인권과 치료권을 갈등 없이 보호·확보하기 위해 현행 비자의 입원제도의 문제점을 수정하고, ‘탈수용화’를 추진하기 위한 입법 및 정책과제로 보호의무자의 범위 확대, 사법입원제도의 도입·실시, 그리고 ‘중간 집’ 설치·운영을 통한 지역사회 정신질환자 주거 지원 등을 제시하였음
- 먼저, ‘탈수용화’를 지속적으로 추진하기 위해서는 정신보건 관련 전체 예산을 확대할 필요가 있을 뿐만 아니라 지역사회 자원의 조직적 연계·동원 및 인력과 시설 등 인프라 확충을 통해 정신질환자에 대한 체계적인 보건 복지 통합서비스 공급체계를 구축해야 할 것임
- ‘탈수용화’ 정책 추진은 정신질환자들이 정신병원 등 ‘수용시설’에서 단순히 나가는 것이 아니라 지역사회에서 적절한 치료와 재활 및 복지 등 지역사회 정신건강서비스를 제공받을 수 있어야 하는 것이기 때문임

28) ‘횡수용화(trans-institutionalization)’는 지역사회 정신질환 관리가 미성숙함으로 인해 대형 정신병원에서는 입원 환자가 줄어들더라도 지역사회에 200명상 이하 소규모 민간 정신병원이 늘어나 이른 바 ‘다른 문’을 통해 환자가 입원하는 ‘회전문’ 현상을 의미함. 즉 지역사회 정신건강서비스 제공프로그램에 포섭되지 못하고 병원에서 병원으로 또는 시설로 재입원(소)하는 현상을 말함

- 다음으로, 입원 감소와 지역사회 복귀 및 재활 등 ‘탈수용화’ 정책의 일차적 목적을 달성하기 위해서는 정신의료기관의 공공적 역할·기능의 재정립 등 정신건강서비스 제공 서비스의 다층적 연계·통합을 기획·실행할 수 있는 정신질환 위기관리체계의 구축이 요구됨
- 정신질환자가 정신의료기관에서 지역사회로 나오게 되었지만 가족이 방관할 경우 현재 지역사회 정신건강 인프라가 부족함에도 불구하고, 복약관리와 복지서비스가 집중적으로 필요하며 자·타해 위험 때문에 위기관리 차원에서 의료기관과 복지시설이 실질적으로 네트워크되는 적절한 자원동원 프로그램이 동반되어야 함
- 끝으로, ‘탈수용화’ 정책은 정책 결정자뿐만 아니라 정신건강서비스 제공자와 관련 이해관계자들을 비롯한 다양한 정책과정의 참여자들의 밀접한 협력을 기반으로 하는 거버넌스가 요구됨
- 탈수용화 정책을 통해 얻고자 하는 적절한 장·단기적 목표의 수립 여부와 해당 목표 달성을 위한 접근방법 등에 대한 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 및 관련 이해관계자들의 필요한 합의 도출이 ‘탈수용화’ 정책 성공 여부의 관건이라고도 할 수 있음

참 고 문 헌

- 국민건강보험공단 진료비 청구 자료(정신건강의학과 입원 및 외래서비스 이용 내역), 2019.9.
- 국립정신건강센터 제출자료, 2019.9.
- 국회입법조사처 입법영향분석 데이터 분석자료, 2019.10.
- 보건복지부, 『2016년도 정신질환 실태 역학조사』, 2017.
- 보건복지부 정신건강정책과 제출자료, 2019.11.
- 보건복지부 보도자료, “정신의료기관·정신요양시설 비자의입원·입소에 대한 입원 적합성심사 시행”, 2018년 5월 24일 자.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 『환자 및 보호자를 위한 알기 쉽게 보는 정신건강 의학과 입·퇴원제도』, 2018.
- 국가인권위원회, 『정신장애인의 거주·치료 실태조사』, 2018.10.
- 김선화·이만우, 『정신질환자 보호입원 규정 헌법불합치 결정의 의미와 입법개선 과제』, 『이슈와 논점』 제1205호, 국회입법조사처, 2016.10.
- 윤제식 등, 『정신건강복지법 비판: 비자의 입원요건을 중심으로』, Korean Neuropsychiatr Assoc. Vol.57 No.2. 2018. pp.145-156.
- 이동진, 『인권존중과 탈수용화를 위한 정신건강복지법 재개정』, 대한의사협회 의료정책연구소, 2018.
- 이만우, 『정신질환자 사법입원제도 도입 논의의 배경과 쟁점 및 과제』, 『이슈와 논점』 제1567호, 국회입법조사처, 2019.3.
- 이만우, 『정신질환자 대상 ‘커뮤니티케어’ 선도사업의 보완 과제』, 『이슈와 논점』 제1601호, 국회입법조사처, 2019.8.
- 허중호 등, 『한국은 Penrose hypothesis가 적용되는가? 탈수용화와 범죄율과의 관계』, 대한신경정신의학회 정책연구용역보고서, 2018.

Mental Health Act 1983, Part II, section 26. London: Parliament of the United

- Kingdom, 1983.
- Park KC. Legal basis for the mentally ill and housing mentally ill in Germany. Ewha Law Journal Vol. 19 No. 4, 2014. pp.357-394.
- Penrose, L.S., Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. British Journal of Medical Psychology, 1939. 18(1): 1-15.
- Roh, S., et al., Mental health services and R&D in South Korea. International Journal of Mental Health Systems, 2016. 10(1): 34-52.
- Sealy, P.A., The Impact of the Process of Deinstitutionalization of Mental Health Services in Canada: An Increase in Accessing of Health Professionals for Mental Health Concerns. Social Work in Public Health, 2012. 27(3): 229-237.
- Washington State Institute for Public Policy, Involuntary civil commitments: common questions and a review of state practices. 2015.

부록: 관계부처 및 이해관계자의 의견

가. 보건복지부의 의견

1. 이러한 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 정신질환관리를 위한 ‘탈수용화’의 정책방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 낳아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

- 정신건강복지법 개정에 따른 입원요건의 강화로 정신질환자 입원이 감소되지 않음. 정신건강복지법에 따라 입원요건을 강화한 것은 불필요하고 비인권적인 강제입원을 줄이려는 의도로 탈수용화만을 위한 것이 아니며, 불필요한 강제입원의 감소가 입원의 감소를 유도하는 효과가 있어 탈수용화에도 기여할 것으로 기대하고 있음

- 1-1. 비자의 입원요건의 강화가 ‘탈수용화’에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는 무엇입니까?

- 정신질환자 지원을 위해 지역사회 복지서비스를 강화하고자 아래 내용을 추진하고 있음

서비스	개요	추진 현황
정신재활 시설 확충	기능보강 예산 지원을 통해 시설을 확충함으로써 사회적응 훈련 및 재활서비스 기능 강화	(‘19) 정신재활시설 2개소 신축 진행 중으로 ‘20년 상반기 완공 예정
낮병원 활성화	조기 퇴원, 탈원화 및 지역사회 돌봄 제공의 기반이 되는 낮병원을 적극 설치·운영할 수 있도록 수가 개선 추진	‘19.12월까지 시범사업 실시기관 선정 후 ‘20.1월부터 건보 시범사업 수가 적용 추진
지역사회 통합돌봄 선도사업	정신질환자의 지역사회 정착을 위해 지역-의료기관 연계, 자립 체험주택 운영 등 통합서비스 제공	공모를 통한 사업 수행 지자체 선정(‘19.4월, 화성시), 지역사회 통합돌봄 ‘의료기관 퇴원지원사업’ 및 ‘자립체험주택 운영’(‘19.11월 중순 서비스 제공 예정)

- 정신의료기관 퇴원 후 조치 : 정신의료기관 퇴원 후 정신질환자에 대한 관리는 정신의료기관 외래치료, 정신건강복지센터 사례관리, 정신재활시설 재활 활동 등으로 이루어짐
 - (정신의료기관 외래치료) 외래치료 중단은 정신질환의 악화와 재입원으로 이어지므로, 정신의료기관의 장은 보호의무자의 동의 하에 비자의입원 환자에 대해 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있음
 - (정신건강복지센터 사례관리) 방문 및 내소 상담, 투약관리, 전화상담, 정신의료기관 연계 등 정신질환자 사례관리
 - ◆ 퇴원 시 정신질환자 본인의 동의를 얻어 보건소 또는 정신건강복지센터에 서비스 연계
 - (정신재활시설 재활활동) 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복지측진을 위한 사회적응·재활 훈련 실시

<지역사회 정신건강증진사업 등록자 현황>

(연도 말 기준, 단위 : 명)

구분	2016	2017	2018
합계	94,765	92,291	88,395
정신건강복지센터	78,933	77,014	72,569
정신재활시설	6,674	6,464	6,622
중독관리통합지원센터	9,158	8,816	9,204

* 출처 : 정신건강현황 예비조사 결과보고서 등

1-2. 비자의 입원요건의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는 무엇입니까?

- 해당사항 없음

2. 현행 ‘정신건강복지법’은 그 입법목적인 정신질환자의 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각합니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

- 정신건강복지법의 개정으로 정신질환자의 강제입원을 감소시키고, 환자 인권 보장에 기여하고 있음
 - 최근 정신건강복지법 개정(2019.10.24. 시행)으로 정신건강증진시설의 장은 퇴원(소) 환자에게 필요한 정보*를 제공하기 위해 정신보건수첩을 비치하고 퇴원(소) 시 안내하도록 함
 - ◆ 퇴원 후 증상관리 방안, 정신건강복지센터 및 정신재활시설 안내, 정신과적 응급상황 발생 시 대처방안 등
- 정신질환자는 정신건강복지법에 의한 자의입원을 통해 본인의 치료 의지에 따라 자유롭게 입원 및 퇴원을 할 수 있음

3. 현행법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

- 현재 정신건강복지법의 개선 사항을 발굴하기 위하여 ‘개정 정신건강복지법의 평가 및 제도개선 연구’ 용역을 추진 중에 있음
- 해당 연구용역 완료 시 보고하도록 하겠음

나. (사)대한신경정신의학회

1. 이러한 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 정신질환관리를 위한 ‘탈수용화’의 정책방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 낳아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

1-1. 비자의 입원요건의 강화가 ‘탈수용화’에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는 무엇입니까?

1-2. 비자의 입원요건의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는 무엇입니까?

- 부작용으로 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 판단됩니다. 먼저 ‘탈수용화’를 구현하기 위해 입원요건의 강화를 통해 입원을 어렵게 하고 입원적합성심사위원회의 입원심사로 조기에 퇴원을 시켜 정신의료기관의 입원환자를 지역사회로 내보내려는 의도는 매우 위험한 발상입니다. 이는 이탈리아의 바살리아법에 의한 국립정신의료기관의 폐쇄를 통해 탈수용화를 진행했던 방법을 기계적으로 답습한 결과인데 이는 아래의 3가지 이유로 결과 심각한 부작용이 우려됩니다.
- 첫째, 이탈리아는 정신질환자의 입원을 대부분 국립정신병원에서 담당(전체 병상의 72.6%가 국립정신의료기관이 점유)했고 우리나라의 경우는 정신의료의 민간부분이 95% 이상에 달하는 구조입니다. 즉, 이탈리아는 국가가 치료를 책임지는 체계이고 우리는 거의 모든 부분이 민간주도입니다. 민간의료는 유인책으로 변화시켜야지 규제를 통해 병상을 줄여가려 하면 의료기관의 경영악화로 파산하거나 의료가 더욱 더 왜곡됩니다.
- 둘째, 이탈리아는 전국에 낮은 문턱을 가진 정신건강센터가 모든 종류의 정신질환에 대한 의료서비스를 제공했고 이는 전국적으로 1398개 (2011년 통계, 이탈리아 인구 6048만명)에 달하여 우리나라의 경우 광역 및 지역정신건강센터가 243개 (2018년 통계, 우리나라 인구 5147만명) 밖에 안 되는 우리의 현실과는 엄청난 차이를 보입니다. 즉, 이탈리아는 탈수용화에 대비해서 병원 밖을 나간 환자들에게 치료를 제공할 수 있는 시설을 충분히 갖춘 상태였습니다.
- 셋째, 이탈리아는 체계적인 정신응급의료체계를 갖추고 실제 작동되고 있어 필요한 강제치료와 강제입원의 허용에 적극적이었지만 우리는 이런 체계가 현재까지 작동되고 있지 못합니다. 우리의 현실은 전체 시스템의 작동은 고사하고 현장의 이송단계에서 빠져되고 있는데 시립은평

병원과 국립정신건강센터에서 비자의입원에 관련해서 경찰, 보호자와 의 료진과의 갈등으로 의료진을 진료거부로 고소하려했던 사건들이 그 예 로 들 수 있을 것입니다.

- 2017년 국민건강보험공단 발표에 의하면 우리나라에서 조현병으로 치료받은 환자는 약10만명에 불과하다고 합니다. 통상 인구의 1%의 유병률을 가진 조 현병은 우리나라에 50만명 정도가 있다고 추산되는데 치료는 20%정도만 받 고 있다고 추정됩니다. 또한 2011년 정신질환실태조사 결과에 의하면 우리 나라 전체 인구의 27.6%가 정신질환을 가지고 있는데 이 중 15.3%만이 치료 를 받고 있어 미국의 39.2%, 호주 34.9%, 뉴질랜드 38.9% 에 비하면 낮은 수 준인데 이런 현실을 무시하고 치료권을 희생시키는 현행 정신건강복지법의 개정을 서둘렀다는 것은 무리한 처사로 보입니다.

- 개정 이후 눈에 띄게 늘어난 사건사고는 대중의 정신질환에 대한 편견을 악화하고 있습니다. 이는 직접적으로 정신질환자의 치료문턱을 높이고 지역사회로의 복귀를 어렵게 합니다. WHO는 2001년 ‘정신장애에 대한 낙 인은 정신질환 치료에서 가장 심각한 장애가 되고 있다’고 하였습니다. 현재의 우리사회의 정신질환에 대한 편견과 낙인효과는 역사상 최악의 상태입니다. 효율적인 정신응급의료체계를 갖추지 못한 상태에서 개정으 로 치료권이 희생된 결과 많은 인식개선사업을 해왔던 사람들은 망연자 실하고 있는 상태입니다. 실제 2018년 수원의 정신건강센터 건립을 지역 주민이 반대한 사례가 있고 최근 주거지역과 너무 가깝다는 이유로 소규 모 정신병원 허가를 반대하는 일도 있었습니다.

2. 현행 ‘정신건강복지법’ 은 그 입법목적인 정신질환자의 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각합니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용 을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

- 현재의 2014헌가9 구정신보건법 24조 헌법불합치에 대한 결정문에서 지적된

정신질환자의 권리를 보호할 수 있는 절차로서 고지와 청문 절차를 주문하고 있는데 입적심의 서류심사와 조사원에 의한 조사는 이를 만족시키지 못합니다.

- 정신과 전문의 1인의 자의적 판단과 권한의 남용가능성을 배제하기 위한 제도로서 서로 다른 소속의 전문의 2인과 국공립 또는 독립적이고 객관적인 의료기관 소속의 2차진단의에 의한 2인 진단제도를 도입했는데 이는 아직도 정착되지 못하고 계속 유예상태에 있습니다. 애초에 충분한 2차 진단의도 확보 못한 상태에서 시행되어 제도의 개선이 안 되고 있습니다.
- 무엇보다도 치료의 필요성과 자타해 위험성을 모두 충족해야 하는 전례 없는 비합리적인 비자의 입원 요건은 전문적 식견을 가진 정신건강의학과 전문의도 판단하기 어려운 난해한 기준일 뿐 아니라 현장에서 정신질환자를 이송해야 하는 경찰관, 정신건강전문요원에게는 적용 불가능한 기준이라 정신질환자의 이송자체를 꺼리는 기피현상이 일어나고 있습니다.
 - 이로서 정신질환자의 치료가 중단되고 실제 개정 이후의 고 임세원 교수 사건, 진주사태 등 정신질환자에 의한 사건사고는 이런 잘못된 개정으로 인한 결과라고 보지 않을 수 없습니다.

3. 현행법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

- 비자의 입원의 요건이 합리적으로 원위치 되어야 합니다. 자타해 위험이나 치료의 필요성 중 하나만 충족되면 비자의입원을 위한 평가를 위해 이송될 수 있어야 하고 철저한 전문가의 소견을 얻기 위한 절차를 밟도록 해야 합니다. 이는 현재 무너져버린 치료권을 다시 복구하기 위한 조치입니다.
- 반면 완화된 입원 요건으로 비자의 입원의 남용우려가 없다고 볼 수 없기에 이를 면밀하게 감시하기 위한 사법입원제를 도입해야 합니다. 이로서 실질적인 환자인권의 보호를 위해 고지와 청문을 실현할 수 있게 될 것이며 이때

환자의 대체적 의사결정을 돕기 위한 절차보조인의 도입도 고려해야 합니다.

다. (사) 대한간호사협회 정신간호사회

1. 이러한 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 정신질환 관리를 위한 탈수용화의 정책 방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 낳아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

- 비자의입원 요건 강화는 인권보호 측면에서 개선된 부분이지만 탈수용화를 위한 지역사회 인프라 구축이 안 되어 있는 상태임
 - 정신장애인에 대한 사회적 혐오와 편견이 만연한 상황에서 열악한 정신의료기관의 현실 등과 맞물려 자발적인 치료접근이 어려운 상태로 비자의 입원요건에 해당하는 환자가 법의 취지와는 다르게 치료 및 보호, 안전과 관련하여 문제점이 있다고 보임

1-1. 비자의 입원요건의 강화가 “탈수용화”에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는 무엇입니까?

1-2. 비자의 입원요건의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는 무엇입니까?

- 질환의 특성상 당사자 뿐만 아니라 일부 보호자(가족포함)도 병식이 없는 경우가 많음
- 병식이 있다고 하더라도 보호자가 대상자에 대해 강제입원 후 추후 퇴원 후 감당해야하는 일들에 대한 부담으로 보호의무자의 동의를 얻기가 어려운 경우가 있음
- 과거 대비 최근에는 보호자의무자 역할을 하지 않거나(환자방임, 치료방치),

가족의 해체 등으로 비자의 입원을 위한 서명이나 서류상의 제출을 위한 행정적 처리를 실행하는데 번거로움을 표현하며 병원까지 동행하지 않으려는 사례들이 빈번함

- 보호자의 입원 동의(2인 또는 1인)가 오히려 치료적 접근성을 제한하는 경우가 발생하기도 함
- 특히 보호의무자 입원의 경우 정신병적증상과 자타해 위험, 2가지 조건이 충족되어야 입원이 가능함. 정신병적 증상(심한 환청, 망상으로 일상생활의 어려움이 발생함에도)이 현저하여 치료가 즉시 필요함에도 자타해 위험성이 보이지 않다면 비자의 입원을 시키기 곤란하여 결국은 치료 적기를 놓치게 되어 환자는 만성화의 길을 가게 되고 결국은 황폐화된 기능 상태를 초래하게 됨. 즉, 치료가 필요한 상황인데 정신병적 증상만 있어서는 비자의 입원이 안되므로 위험상황에 이를 때까지 치료적 개입을 하지 못하는 문제가 발생함. 가족들 또한 이 부분에 많은 어려움이 있음
- 행정입원의 경우 보호자의 동의가 없어도 가능하나, 보호자가 있는 경우 보호의무자에 의한 입원을 우선 고려하지 않을 수 없어 보호의무자를 조회, 연락하는 등의 시간적, 행정적 소모가 큼
- 정신질환은 개인이 감당하기 힘든 질환으로 보호의무자가 감당하는 것에는 한계가 있으며, 국가적 자원의 개입이 적극적으로 필요함
- 정신질환과 정신장애인에 대한 사회적 편견으로 치료를 받는 것을 두려워하게 되어 치료접근이 어려운 점, 환자와 가족을 지원할 수 있는 정보의 제공과 치료에의 접근을 유도할 수 있는 시스템의 미비, 지역사회 인프라 부족이 근본적인 원인이라고 사료됨

2. 현행 “정신건강복지법”은 그 입법목적인 정신질환자의 인권 보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각합니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용

을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

- 법의 취지는 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있으나 법의 취지에 맞게 시행되는 것에는 심각한 현실적인 한계를 가지고 있어 실효성이 없는 상태임
 - 실제 지역사회 현장에서 정신질환자들이 편견 없이 치료의 장으로 유입이 되기 위해서는 전국민을 대상으로 하는 정신장애인 인식개선이 필요하며 지역에서의 정신건강증진사업이 적극적으로 이루어질 수 있어야 함. 하지만 지역의 현실은 응급대응시스템도 미흡하고 정신건강복지센터 사례관리자의 인력도 턱 없이 부족하여 원활한 개입이 힘든 상황임
 - 특히 병원에서 지역사회로 환자가 퇴원하는 과정에서 퇴원 전 간호 및 퇴원교육, 지역사회 및 정신재활시설로의 연계가 매우 중요함. 2019년 10월 24일 개정된 정신건강복지법 시행령에서 퇴원환자에 대한 정신보건수첩 등 각종 정보 안내 및 자료를 비치하도록 의무화한 것이 제대로 작동되기 위해서는 정신의료기관의 정신간호사 및 정신건강전문요원 등의 역할이 중요하나 간호인력이 턱없이 부족하여 형식적으로 시행되어 실효성을 거두기 힘든 상황임
 - 또한 퇴원 후 정신장애인이 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스 확충이 중요한데, 법에는 평생교육, 재활 등의 명목상의 조항들이 있으나 현실에서 정신질환자와 가족들이 선택하고 이용할 수 있는 인프라가 상당히 부족함
 - 인권보호와 치료권을 확보하려면 관련 인프라가 형성되어야 하는 것이 선결과제이나 이에 대한 계획과 내용은 미흡하여 치료 및 재활에서 악순환의 연결고리에서 적절한 치료에 접근할 수 없는 상황에 있음
 - 법 개정에 앞서 구조적인 문제를 먼저 파악후 근본적인 문제를 먼저 다루어야함

3. 현행법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

- 정신질환자의 적절한 치료와 재활, 지역사회 통합을 위해서는 입원치료환경의 개선, 병원과 지역사회의 연결, 지역사회에서 적절한 서비스를 받을 수 있는 인프라 확충을 함께 고민하고 해결해 나가야 함. 이를 위한 정신건강복지법의 개방 방향은 다음과 같이 제안함
- 정신의료기관이 치료적인 기능을 하기 위해서는 정신의료기관의 개설·운영 등 (법 제19조)에 대한 개정 필요
 - 정신의료기관의 병동은 급성기 응급병동, 회복기 병동, 만성재활병동, 소아 청소년 병동 등으로 나누고 시설 및 인력기준, 치료 프로그램 등을 구분하여 수가체계등을 달리하여 치료 및 간호요구도에 맞는 서비스를 제공하여 적극적인 치료가 이루어지도록 하는 것이 필요함. 이에 따른 인력기준 개정은 최우선과제임
 - 현재 응급입원시 응급입원을 받을 수 있는 시설과 인력을 갖춘 병원이 부족한 실정임
 - 좋은 치료환경에서 적극적인 치료를 받은 환자는 치료가 필요한 경우 입원에 대한 협조
 - 현재 대부분의 정신병원은 정신의료기관이 의료법에서 요양병원으로 분류됨에 따라 만성 환자 위주로 생활시설화 되어 있어 국가의 의료비 지출이 적극적인 치료보다는 격리 수용에 지출되는 구조임. 적극적인 치료적 기능을 위해 병동을 구분하여 운영하도록 하위법령에서 법 개정이 필요함
- 정신재활시설의 설치운영(법 제26조) 개정 필요
 - 현행법에서는 ①‘국가 또는 지방자치단체는 정신재활시설을 설치 운영할 수 있다’라고 되어 있어 정신재활시설 확충이 잘 안 되고 있어 모든 지방자치단체는 의무적으로 정신재활시설을 운영하도록 개정 필요

- 정신장애인에 대한 편견으로 법인에서 개설하는데 어려움이 있어 확산에 어려움이 있으므로 전국의 모든 지자체에 의무적으로 설치하도록 하면 이후 비영리단체나 법인에서 설치운영도 원활히 진행될 수 있을 것으로 보이며 사회적 합의가 수월해질 것임
- 정신건강증진시설의 평가(법제31조)개정이 필요함
 - 의료기관인증 및 평가에서 법 제 31조 제⑤항 보건복지부장관은 정신건강증진시설 평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 행정적·재정적 지원을 할 수 있도록 되어 있으나 정신의료기관 인증 및 정신건강증진시설 평가에서 인센티브가 없어 평가 및 인증을 거부하고 무력화되어 가는 실정임. 특히 환자안전과 치료의 질향상을 위한 인증제도나 평가가 장려되지 않는 열심히 하는 기관마저 의욕을 상실하고 있는 상황에서 이 제도가 무력화되어 가고 있음. 또한 계속 평가를 거부하거나 응하지 않는 경우 유예기간을 두고 개설허가를 정지할 수 있도록 하는 등의 조항이 필요함
 - 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 환자의 안전 및 치료의 질향상을 위해 소요된 경비의 일부를 예산 범위 내에서 지원하도록 개정 필요
- 보호의무자에 의한 입원 개선 의견
 - 입원치료 또는 요양을 받을만한 정도 또는 성질의 정신질환이 있고 정신질환자 본인의 동의능력이 결여된 경우에 보호의무자에 의한 입원이 가능하도록 입원요건 변경하여 정신병적 증상이 악화가 된 경우 병식결여로 치료를 거부하는 경우 자타해 위험이 모호하더라도 입원이 가능하도록 한다면 치료받을 수 있는 시기에 적절한 치료 접근이 용이할 것으로 보임
- 지역사회 통합을 위한 인프라 구축이 우선되어야 함

- 정신의료기관-정신건강복지센터-정신재활시설-정신요양시설-당사자단체, 가족단체의 기능의 순기능과 역기능을 기관들이 보완하도록 총체적인 시스템구축부터 법에 명시되어 재정비되어야 함
- 법 제50조 응급입원에서 국가 및 지자체에서는 응급입원이 가능한 정신의료기관을 지정하고 필요한 재정을 지원할 수 있도록 개정이 필요함
 - 응급입원은 24시간 정신건강의학과 전문의 상주하고 정신과적 응급상황에 대한 대처 등으로 많은 인력이 필요하며 이에 대한 지원이 필요함(응급입원수가 현실화)
 - 정신응급에 대한 인프라가 반드시 있어야 함. 위기 및 응급상황에서 안전한 치료 셋팅을 마련하는 것은 국가가 책임지고 수행해야 할 과제라고 생각함. 정신응급 병상의 의무 확보가 절실히 요구됨(정신응급센터를 위한 의료인, 관련 인력 배치, 병상셋팅, 정신응급수가 개선 등)
- 비자의 입원 관련하여 자타해 위험에 대한 판단의 주체(당사자, 보호자, 경찰, 정신건강의학과 의사, 정신건강전문요원, 이웃주민, 법조인등)에 따라 혼란이 되고 있으며 상황에 따라 지역현장에서는 갈등상황이 발생하고 있음
 - 정신건강복지센터 전문요원들의 부담과 역할의 모호, 신분의 불안정, 개입의 한계(주, 야간 개입, 입원병상 확보, 행정적 개입의 어려움 등)등이 체계적으로 정립되지 않으면, 정신질환자와 가족, 이웃의 어려움과 힘듦은 지속될 것으로 사료되어 관련자들과 협의를 거쳐 구체적인 역할 구분이 필요함

라. (사) 대한정신장애인가족협회

1. 2016년 전면 개정된 현행 ‘정신건강복지법’ 상 보호의무자에 의한 입원 동의 및 신청 등 정신질환자에 대한 비자의 입원요건이 강화되어 있습니다.

이러한 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 정신질환 관리를 위한 탈수용화의 정책 방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 낳아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

▶ 답변

- 비자의 입원요건 강화가 지역사회 내 정신건강재활서비스의 확충과 함께 이루어 졌다면 성공적인 ‘탈수용화’를 향하여 한국사회가 발전할 가능성이 있었다고 생각합니다.
- 2017년 5월 31일부터 시행된 ‘정신건강복지법’은 병식(illness insight)이 없는 환자들이 비자의 입원되는 것은 어렵게 만들어 놓아서 환자의 의사에 반하는 입원의 빈도는 줄였지만, 이들 환자들이 정신병원이 아닌 지역사회에서 치료와 재활할 수 있는 대안은 전혀 마련하지 않았기 때문에 환자들의 보호자들이 환자를 보살피는데 큰 어려움을 겪고 있습니다.
- 지역사회 내에 치료옵션이 전무하기 때문에 정신병원 입원 이외에는 정신병적 증상(psychotic symptoms)을 보이고 병식을 상실한 환자들을 위해 가족들이 선택할 수 있는 것은 강제입원밖에 없습니다.
 - 이런 현실을 무시하고 2016년에 개정된 정신건강복지법은 비자의입원만 어렵게 만들고 저희 가족이 도움을 청할 수 있는 어떤 서비스나 행정기관도 확충하지 않았습니다. 그럼에도 불구하고 가족들은 비자의 입원을 쉽게 시키는 제도개혁만 하는 현재의 의원입법안들에는 철저히 반대합니다.
- 비자의 입원 제도가 개선되어 한다는 것에는 공감하나, 그런 제도변화에 앞서 지역사회 내에서 정신질환을 경험하는 환자들이 기존의 정신약제 치료뿐만 아니라 환자와 가족들의 다양한 요구들을 만족시키는 지역사회 내에서 이용할 수 있는 정신재활서비스가 필요합니다.

2. 비자의 입원요건의 강화가 “탈수용화”에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는 무엇입니까?

▶ 답변

- 비자의 입원요건의 강화가 ‘탈수용화’를 목표로 하지만 현재 보건복지부가 지역사회 내 정신재활서비스 확충을 위하여 기울이는 노력을 보면 오히려 ‘탈수용화’를 방해하고 있습니다.
- 안인득 방화·살인사건에서 목도했듯이, 지역사회 내에서 환자와 가족들이 회복하고 생산적인 시민으로 사는 것을 지원하는 지역사회 내 정신재활 서비스는 전혀 없다면 정신질환에 대한 낙인을 강화시키는 강력 범죄나 가족 및 지역 주민들과의 갈등을 확산시킬 위험이 있습니다.
 - 다시 한 번 더 말씀드리지만, 비자의 입원을 더욱 빈번하게 할 수 있는 제도변화보다는 지역사회 내에서 정신질환 환자와 그들의 가족들이 인간적인 삶을 사는데 필요한 정신재활서비스 강화가 우선되어야 합니다.

3. 비자의 입원요건의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는 무엇입니까?

▶ 답변

- 가족들과 환자들은 알고 있습니다. 현재 대한민국의 정신병원이 비자의 입원을 통하여 제공하는 치료가 혁신되어야 한다는 것ですよ. 대한민국의 다수의 정신병원들이 급성 증상을 최대한 빨리 완화시키고 지역사회에서 거주한 준비를 시키지는 않고 환자들이 장기입원을 하는 것을 방조하고 있습니다.
- 2015년 현재 대한민국에 거주하는 조현병 환자들은 한번 입원을 하면 평균 약 221일 동안 병원에 머무는 반면, OECD 국가들의 경우는 약 49.1일 동안

입원했습니다. 탈수용화가 더 진행된 미국이나 이태리의 경우 평균 입원기간이 약 10일에 불과합니다.

- 이런 큰 차이를 만드는 주요한 원인이 병원이 환자를 바라보는 태도입니다. 한국의 의료급여환자들의 경우 1일 입원할 때 정액급여를 정신병원이 받게 되는데 병원이 환자들을 빨리 퇴원시키지는 않고 이런 정액급여를 최대한 오랫동안 받으려는 태도를 취하는 경우가 빈번합니다.
- 반면, 미국과 이태리나 다른 서구국가들은 급성기 증상이 완화되고 병식이 생기고 나면 정신재활훈련에 집중하고 사회복지사들이 지역사회 내 정신재활기관 및 비정신보건기관 (예: 학교)들이 퇴원하는 환자들을 맞이할 준비를 시킵니다. 이런 변화 없이 비자의 입원요건의 강화가 치료적 접근성을 제한한다는 주장은 적합하지 않습니다.
- 상세내용은 아래 문헌을 참고해주세요.
 - 권오용, 김민, 오현성, 김혜성, 박인환, 최희승, . . . 김혜영. (2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사. 서울: 국가인권위원회 & 예인법률사무소.

4. 현행 “정신건강복지법”은 그 입법목적인 정신질환자의 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각합니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

▶ 답변

- 인권을 보호하기 위하여 만들어진 법이 환자들과 가족들의 삶의 질을 일부 저해하는 부분이 있습니다. 그럼에도 불구하고 중요한 발걸음이었습니다. 현행 ‘정신건강복지법’의 입법 목적을 달성하기 위해서는 서비스들의 확충이 요구됩니다.

○ 두 가지 영역의 서비스 강화가 요구됩니다.

- 첫째, 지역사회 내 정신재활서비스가 강화되어야 합니다. 미국의 지역사회 정신건강서비스 전문가인 Patrick W. Corrigan 교수는 다음과 같은 지역사회 내 정신재활서비스들이 필요하다고 주장하였습니다(Corrigan, P. W. (2016). Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press).
- ◆ 아래의 서비스들은 미국 애리조나 주에서는 대부분 미국 메디케이드의 요양급여로서 운영되고 있습니다.
- ◆ 1. 정신질환자가 지역사회 내에서 회복하는데 필요한 자원, 지원, 장애물에 대한 수집,
- ◆ 평가, 분석
- ◆ 2. 정신질환자가 지역사회 내에서 겪는 편견과 차별을 없애기 위한 옹호활동
- ◆ 3. 신체만성질환을 겪는 정신질환자들을 위한 신체적 질환 및 정신질환/약물중독
- ◆ 관리서비스
- ◆ 4. 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강
- ◆ 증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장, 경찰 및 기타 응급상황전문가 등을 상호
- ◆ 연계를 촉진하는 서비스
- ◆ 5. 증상완화와 재발방지를 위한 복약관리를 향상시키는 서비스
- ◆ 6. 독립주거를 위한 생활준비, 건강 및 증상관리, 평생교육 등 일상생활을 지원하는 서비스

- ◆ 7. 정신질환자 가족들의 건강한 삶과 삶의 질을 향상시키는 정보제공과 교육 서비스
- ◆ 8. 응급상황을 지원하기 위한 위기개입 및 긴급방문과 같은 비약물적 서비스
- ◆ 9. 정신질환과 직접적 및 간접적으로 연관된 폭력 및 분노를 완화시키는 서비스
- ◆ 10. 질병 또는 부상으로 의료기관을 이용할 때 정신질환을 이유로 치료를 거부당하
- ◆ 거나 심각한 장애물을 경험할 때 이를 해결하는 서비스
- ◆ 11. 정신질환자가 경험하는 약물중독, 과도한 음주 및 기타 중독증상을 치료하기 위한
- ◆ 중독이해 교육, 단주회복 훈련 등 비약물적 서비스
- ◆ 12. 정신질환자 및 그들의 가족들을 위한 동료지원가 서비스
- ◆ 13. 취업 전 정보수집, 업체개발, 취업지원, 알선, 유지를 포함하는 직업재활서비스
- ◆ 14. 입원치료기관 원활한 입소 및 퇴소를 위한 연계 및 지원 서비스
- ◆ 15. 정서안정과 스트레스 관리를 위한 문화-예술-여가-체육활동 서비스
- ◆ 16. 정신질환자의 안정화와 가족 휴식제공을 위한 쉼터 서비스
- ◆ 17. 정신의료기관에서 이루어지는 퇴원계획수립 및 지역사회서비스와 연계서비스

- 둘째, 위기서비스체계 (crisis services system)이 지역사회 내에서 급성기 증상을 경험하고 병식을 잃은 환자들이 최대한 빨리 증상을 완화시키는 데 요구됩니다. 미국의 약물중독 및 정신건강국 (Substance Abuse

and Mental Health Services Administration: SAMHSA)은 다음과 같은 서비스들을 위기서비스체계가 제공해야한다고 미국 52개 주 정부에게 요구하고 있습니다

- ◆ 1. 경찰의 정신질환자가 연관된 범죄사건처리 역량 및 긴급입원 수행 능력을 높이기 위하여 위기개입훈련 및 기타 훈련 및 위기대처 프로토콜 개발 및 실행
- ◆ 2. 위기가 발생했을 때 정신건강전문가로 구성된 24시간 위기개입팀이 경찰 및 기타 응급전문가들과 함께 동행하여 정신질환 관련 전문성을 제공
- ◆ 3. 광역자치단체 내에 정신질환자들이 도움을 요청할 수 있는 24시간 운영하는 위기 핫라인을 제공. 이 위기 핫라인은 기존 119와 112와 협력하여 위기서비스체계에 소속된 다양한 전문가들이 유기적으로 활동하도록 지원
- ◆ 4. 급성기를 23시간동안 안정화시키는 응급정신외래서비스를 제공하는 정신의료기관을 지역적 안배를 고려하여 배치 또는 지정
- ◆ 5. 급성기를 겪는 환자에게 동료지원가서비스를 제공
- ◆ 6. 급성기 증상을 경험할 것을 대비하여 환자들이 사전치료동의서를 작성, 보관, 및 활용할 수 있는 서비스 제공
- ◆ 7. 급성기 증상 경험 시 이성적 판단이 불가능한 경우 사전치료동의서를 시행하고 본 동의서 정보를 공유할 수 있는 기관들에 대한 개인정보보호법에 대한 예외조항 적용

○ 자세한 내용을 아래 문헌을 참고해주세요.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Crisis services: Effectiveness, cost-effectiveness, and funding strategies. ((SMA)-14-4848). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health

5. 현행법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

▶ 답변

- 지역사회 내에서 치료받을 수 있어야 합니다. 무조건 입원치료가 “최적의 치료”인양 주장하면 안됩니다. 현재 왜 한국의 정신건강서비스 전달체계는 장기 입원 및 시설 중심 서비스 전달체계를 유지하고 있을까요?
- 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 것보다 시설화된 서비스를 제공하는 서비스 공급자들에게 더 많은 재원이 사용되고 있습니다. 지역사회에서 제공하는 서비스의 주된 공급자인 정신재활시설이 2017년에 사용한 재원은 전체 정신건강서비스 총지출의 약 4%에 불과했습니다(보건복지부, 국립정신건강센터, 2019)
 - 정신의료기관 중 입원서비스를 제공하는 병원과 지역사회에서 외래서비스를 제공하는 공급자 역시 재원 불평등에 노출되어 있는 것으로 보입니다.
- <표 1>은 국민건강보험공단의 데이터를 사용해 2008년부터 2017년까지의 입원 일수 또는 정신 및 행동건강 관련 의료비를 비교한 결과입니다.
 - 그 결과, 정신의학 전문의들 역시 외래 치료보다는 입원 치료를 하는 것에 대한 금전적 유인을 경험할 것으로 추정됩니다. 예를 들어, 2017년에 입원 치료를 받은 조현병 및 망상성장애(F20-F29) 환자의 경우 같은 질환으로 외래 치료를 받은 환자에 비해 진료비를 약 11.09배 더 쓴 것으로 나타났습니다.
 - 이에 더해 2008년 대비 2017년 1인당 진료비 증감률을 계산한 결과, 정신 및 행동장애(F00-F99; G40-G41)로 입원한 환자 1인당 진료비 평균 금

액이 2008년 대비 2017년에 98% 증가한 데 반해 외래 환자는 같은 기간 동안 1인당 진료비 평균 금액이 29% 증가하는 데 그쳤습니다.

- 수가제도 치료비는 정신과 의사의 임상 결정에 영향을 미쳐 입원 환자의 평균 입원 일수가 증가하는 유인으로 작용했을 수 있습니다. 한편 미국은 1986년 정신건강 관련 비용의 42%를 입원 치료에 사용했으나, 이 비율은 2009년에 26%로 감소했습니다(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)

표 1. 국민건강보험공단에서 정신 및 행동건강 진단을 받은 환자의 2008년과 2017년의 평균 진료비(공단 부담금 + 환자 자기부담금), 2008년 대비 2017년 1인당 진료비 증감 절대액 및 비율(F00-F99; G40-41)

구 분	계	2008년 1인당 진료비	2017년 1인당 진료비	2008년 대비 2017년 1인당 진료비 증감액	2008년 대비 2017년 1인당 비용 증감률
치매(F00-F03)	합계	2,812	4,084	1,272	45%
	입원	7,009	13,090	6,081	87%
	외래	683	740	57	8%
알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)	합계	2,137	2,686	549	26%
	입원	4,633	6,865	2,232	48%
	외래	217	288	71	33%
조현병 및 망상성장애 (F20-F29)	합계	2,244	3,023	779	35%
	입원	6,581	10,762	4,181	64%
	외래	943	970	27	3%
기분(정동성)장애(F30-F39)	합계	468	561	93	20%
	입원	3,008	4,441	1,433	48%
	외래	345	424	79	23%
신경증적, 스트레스와 관련된 장애(F40-F48)	합계	180	260	80	44%
	입원	1,342	1,557	215	16%
	외래	161	239	78	49%
정신 및 행동장애(F00-F99; G40-G41)	합계	648	1,115	467	72%
	입원	4,777	9,456	4,679	98%
	외래	317	409	91	29%
치매를 제외한 정신 및 행동 장애(F10-F99; G40-G41)	합계	513	633	120	23%
	입원	3,959	6,023	2,064	52%
	외래	300	365	65	22%

주: F-11-F19 - 기타 정신 및 행동장애는 총비용에 포함되었지만 한정된 공간으로 인해 표에서는 생략됐음. 괄호 안 숫자는 2008년 대비 2017년의 가치 하락 정도를 나타냄

- 재정적 문제에 더해 치료의 연속성이 상실된 지역사회 정신건강서비스체

계 역시 장기 입원과 시설치료를 강화해 왔다고 봅니다. 종류와 수의 측면에서 제한적인 한국의 지역사회 정신건강서비스가 진료를 원활하게 제공하는 데 장애 요소가 되는 것과 촉진 요소가 되는 것이 무엇인지에 대해서는 광범위한 연구가 이뤄지지 않았습니다.

○ 그러나 한국의 치료 연속성과 지역사회 정신건강서비스를 이해하기 위한 연구가 전무했던 것은 아닙니다. 2018년에는 중증 정신질환자, 환자의 가족, 지역사회 서비스 공급자가 인지한 지역사회 정신건강서비스의 치료 연속성에 대한 통합 연구가 이루어졌습니다(권오용 외, 2018)

- 정량 조사에 따르면 많은 중증 정신질환자가 정신건강복지법에 따라 각 지자체에 설립된 지역사회 정신보건센터 또는 기타 지역복지센터를 이용하는 것으로 나타났습니다(권오용 외, 2018).

- 그러나 심층 면접이 포함된 정성 데이터를 분석한 결과, 서비스 공급자가 환자의 다양한 요구와 증상을 거의 고려하지 않는 것으로 드러났다(권오용 외, 2018). 환자, 환자 가족 및 지역사회의 정신건강서비스 공급자는 공급자들 간 서비스 연계(care coordination)를 위한 공식 또는비공식 메커니즘 부재에 대해 지속적으로 불만을 제기했습니다(권오용 외, 2018).

○ 이러한 상황에서 입원 치료(장기 입원으로 이어지는 경우가 많음)는 중증 정신질환자가 지역사회에 거주하면서 증상이 재발했을 때 선택할 수 있는 유일한 치료 방법이었습니다. 미디어에서는 미사여구를 사용하여 반대 주장을 하고 있으나, 한국 문헌 자료 및 지역사회에서의 치료 연속성 부재는 시설치료를 대해 확고히 자리 잡은 편견을 보여 주고 있습니다(박종언, 2019).

마. (사)정신장애인인권연대 카미(KAMI)

1. 이러한 비자의 입원요건의 강화가 지역사회 정신질환관리를 위한 ‘탈수용

화'의 정책방향으로 나아가고 있다고 생각하십니까? 아니면 오히려 부작용을 나아 치료서비스 제공의 사각지대를 만들고 있다고 생각하십니까?

○ 답변: 아닙니다.

- 2016년도 전면개정 된 현행 정신건강복지법은 보호의무자에 의한 입원 요건과 절차가 강화되었지만 '탈수용화'를 위하여 필요한 퇴원 또는 퇴소한 정신질환자가 지역사회에서 필요한 도움과 서비스를 받기 위한 변화에 대하여 소극적인 내용이므로 사실상 '탈수용화'의 정책방향으로 나아가도록 변화를 촉진하지 못하고 있습니다.

○ 정신건강복지법은 그 내용이 정신병원과 시설 위주의 지나친 의료관점의 현행 정신건강서비스의 부작용을 그대로 담고 있습니다.

- 한편 개정법률 시행 이후 과거 응급구조단(129)의 불법행위에 의한 환자 이송의 관행이 줄어들어 법원의 판결태도와 정신의료기관의 입원관행의 변화가 관련이 되는 것 같지만 실질적인 내용보다 형식적인 서류요건과 진단절차 등에 치중한 내용이고 실제로 지역사회 현장에서 정신질환에 의한 응급 상황시 필요한 팀이나 훈련 등은 없이 개정법률이 시행됨으로써 혼란이 빚어지고 있습니다.

○ 아래 두 질문은 위 답변으로 대체합니다.

- 1-1. 비자의 입원요건의 강화가 '탈수용화'에 따른 지역사회 정신질환 지지체계를 구축하는 방향으로 나아가고 있다면 그 근거는?
- 1-2. 비자의 입원요건의 강화가 정신질환자에 대한 치료적 접근성을 제한하여 서비스의 사각지대를 만들고 있다면 그 이유는?

2. 현행 '정신건강복지법'은 그 입법목적인 정신질환자의 인권보호와 치료권 확보에 기여하고 있다고 생각하십니까? 그렇지 않다면 어떤 측면에서 부작용

을 지적할 수 있고, 그 원인은 무엇이라고 보십니까?

- 현행 정신건강복지법은 정신질환의 치료가 만성질환인 정신질환에 대하여 입원과 강제치료 중심입니다. 정신질환자가 희망을 가지고 약물처방을 비롯한 전문가의 도움을 받으면서 자율성과 자기관리의 방식으로 장기간의 다양한 도움과 자존감의 회복, 직업과 사회의 각종 활동에의 참여를 통한 의미 있는 삶을 살아가는 “회복” 관점에 의할 때 현행 정신건강복지법은 인권보호와 치료권 확보에 모두 미치지 못하는 매우 후진적인 법률이라고 생각합니다.
- 장애인복지법 제15조는 정신질환을 가진 장애인이 정신건강복지법의 서비스에 한정시키고 장애인복지서비스에서는 제외하고 있는 바, 정신건강복지법은 의료기관, 정신재활시설로 한정된 서비스만 규정하고 있고, 그 외 장애인으로서 살아가는데 필요한 지역사회 서비스와 자립생활의 도움에 대한 내용이 결여되어 있습니다.

3. 현행법의 재개정이 필요하다면, 개선되어야 할 사항은 무엇입니까?

- 유엔 장애인권리협약 제12조, 14조, 15조, 16조, 19조, 25조의 내용과 정신에 의할 때 현행 정신건강복지법은 정신장애를 의료적인 관점과 정신질환자의 강제치료와 관리 등 자유와 자기결정권의 제한을 규정하고 있기 때문에 위 유엔강행규범에 반할 뿐 아니라 지나치게 의료적인 관점으로 의료시설과 전문가, 국가의 관리적인 차원의 시대에 뒤떨어진 법률입니다.
- 정신질환자가 지역사회에서 자유롭고 자발적인 질 높은 의료와 사회서비스를 받고 회복할 수 있도록 하는 원칙과 정책, 이를 실현하는 거버넌스와 예산, 연구기관 등을 규정하고 정신질환자의 의사결정능력을 지원할 수 있는 권익옹호, 법률구조, 사전지시 등 외국에서 현재 개혁 중인 정신질환자의 치료와 서비스에 관한 법률과 함께 정신질환자의 권리와 이를 실현하는 내용

의 법률을 새로 제정 또는 정신건강복지법의 전면개정이 필요합니다.

4. 기타

- 첨부 카미 법안은 현행 정신건강복지법과 관련 정신건강복지서비스가 지역사회에 마련되어 ‘탈수용화’를 실현할 수 있는 개정안인데 참고로 첨부합니다.

입법영향분석보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제41호	여성새로일하기센터 제도의 입법영향분석	2019.12.20.	전윤정
제40호	전자단기사채 제도의 입법영향분석	2019.12.13.	기준하
제39호	에너지 바우처 제도의 입법영향분석	2019.12.5.	유재국
제38호	학업중단 숙려제의 입법영향분석	2019.12.3.	허민숙
제37호	「공익신탁법」의 입법영향분석	2018.12.31.	황현영
제36호	「공공토지의 비축에 관한 법률」의 입법영향분석	2018.12.26.	장경석 강재구
제35호	자동차 대체부품 인증제도의 입법영향분석	2018.12.24.	김영석
제34호	「협동조합 기본법」의 입법영향분석	2018.12.24.	김민창 김재환 정도영
제33호	단말기 부정이용 명의도용 방지 〔「전기통신사업법」 제32조의4~6〕의 입법영향분석	2018.12.20.	장은덕
제32호	「방위사업법」 상 중소기업자 우선선정 품목지정제도(제18조제7항)의 입법영향분석	2018.12.19.	김도희
제31호	조세특례 성과평가 제도의 입법영향분석	2018.12. 5.	송민경
제30호	60세 이상 청년 의무화의 입법영향분석	2018. 11. 9.	김 준
제29호	현금영수증 의무발급제도의 입법영향분석	2018.10.18.	박인환
제28호	「약사법」 제86조(의약품 부작용 피해구제사업)의 입법영향분석	2017.12.29.	김주경
제27호	「동물보호법」 제12조(등록대상동물의 등록)의 입법영향분석	2017.12.29.	유제범

호 수	제 목	발간일	집필진
제26호	「친환경자동차법」의 전기자동차 구매지원제도에 관한 입법영향분석	2017.12.29.	최준영
제25호	「저작권법」 제25조(학교교육 목적 등의 이용)의 보상금 징수 및 미분배 보상금 활용에 대한 입법영향분석	2017.12.29.	이덕난
제24호	종합금융투자사업자 제도(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제77조의2 등)의 입법영향분석	2017.12.28.	조대형
제23호	「입양특례법」의 입법영향분석	2017.12.11.	김 준
제22호	「이동통신단말장치 유통구조 개선에 관한 법률」의 입법영향분석	2017. 12. 4.	장은덕
제21호	납세자보호관 제도 (「국세기본법」 제81조의16)의 입법영향분석	2017.10.10.	김영찬 박인환
제20호	「문화예술진흥법」 제15조의4 (문화이용권의 지급 및 관리)의 입법영향분석	2016.12.30.	김휘정
제19호	두루누리 사회보험료 지원제도 관련 법률의 입법영향분석	2016.12.30.	김 준
제18호	「병역법」 중 산업기능요원제도의 입법영향분석	2016.12.29.	김예경
제17호	「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」 제18조의4(재입국 취업 제한의 특례)의 입법영향분석	2016.12.29.	한인상
제16호	「국세기본법」 제84조의2 (포상금의 지급) 제1항의 입법영향분석	2016.12.29.	김영찬
제15호	「도로교통법」 제148조의2 제1항제1호(상승 음주운전자 가중처벌)에 대한 입법영향분석	2016.12.09.	권용훈
제14호	「정보통신망법」 상 사이버 명예훼손 조항의 입법영향분석	2016.12.08.	최진응
제13호	「상법」 제368조의4(전자적 방법에 의한 의결권의 행사)의 입법영향분석	2016. 11. 23	황현영
제12호	「국가초고성능컴퓨터 활용 및 육성에 관한 법률」의 입법영향분석	2016. 11. 01.	권성훈
제11호	「민사소송 등에서의 전자문서 이용 등에 관한 법률」 제3조제1호의 입법영향분석	2016. 10. 31.	박지영
제10호	「고령친화산업 진흥법」 제8조(고령친화산업 표준화) 및 제12조(우수제품 등의 지정·표시)의 입법영향분석	2016. 10. 10.	원시연
제9호	「전자문서 및 전자거래 기본법」 중 공인전자주소제도의 입법영향분석	2016. 09. 09.	심우민

호 수	제 목	발간일	집필진
제8호	불법대부광고에 이용된 전화번호 중지제도 관련 입법영향분석	2016. 06. 30.	최지현
제7호	건설기계 수급조절 제도의 입법영향분석	2016. 06. 24.	김진수
제6호	「전자어음의 발행 및 유통에 관한 법률」 제6조의2 (전자어음의 이용)의 입법영향분석	2015. 12. 31.	황현영
제5호	「말산업 육성법」의 입법영향분석	2015. 12. 30.	유제범
제4호	「국제개발협력기본법」 제7조~제13조(국제개발협력정책 추진체계)의 입법영향분석	2015. 12. 29.	유웅조
제3호	「장사 등에 관한 법률」 제16조 (자연장지의 조성 등)의 입법영향분석	2015. 11. 30.	원시연 장경석
제2호	「근로기준법」 제33조 (부당해고 등의 구제명령에 대한 이행강제금)의 입법영향분석	2015. 11. 30.	한인상
제1호	「청년고용촉진특별법」 제5조 (공공기관의 청년 미취업자 고용의무)의 입법영향분석	2015. 11. 30.	김준

입법영향분석보고서 제42호

발 간 일 2019년 12월 23일
발 행 김하중
편 집 사회문화조사실 보건복지여성팀
발 행 처 국회입법조사처
서울특별시 영등포구 의사당대로 1
TEL 02·788·4720
인 쇄 경성문화사 (TEL 02·786·2999)

1. 이 책자를 허가 받지 않고 복제하거나 전재해서는 안 됩니다.
 2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
 3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 'NARS 발간물'에 게시되어 있습니다.
-

ISSN 2465-9355

발간등록번호 31-9735042-0001402-14

© 국회입법조사처, 2019



입법영향분석보고서

국회에서 제개정된 후 일정기간이 지난
주요 법률의 입법영향을 분석하는 보고서로
수시 발간되고 있습니다.

NARS

07233 서울시 영등포구 의사당대로 1 (국회입법조사처)
Tel 02. 788. 4510(代) www.nars.go.kr

발간등록번호 31-9735043-0001403-14
ISSN 2465-9355

