

www.humanrights.go.kr
사람이 사람답게 사는 세상



2016

2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

일 시 : 2016. 9. 29.(목) 14:10~17:10

장 소 : 국가인권위원회 11층 인권교육센터

주 제 : 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에
관한 법률」의 평가와 과제



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

- ▣ 일시 : 2016. 9. 29.(목) 14:10 ~17:10
- ▣ 장소 : 국가인권위원회 11층 인권교육센터
- ▣ 주제 : 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 평가와 과제

▣ 토론회 진행

시 간	내 용
14:10~14:15	자리정리
14:15~14:20	▣ 사회 : 장애차별조사 1과장 박성남 좌장 : 국가인권위원회 장애인차별시정위원회 위원장 이경숙
14:20~14:45(25)	발제 1 : 「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제(입·퇴원중심으로) 법무법인 공감 변호사 염형국
14:45~15:10(25)	발제 2 : 「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제(복지정책 중심으로) 가톨릭대학교 사회복지학 교수 이용표
휴식(10)	
15:20~15:35(15)	토론 1 : 「정신보건법」개정안 요약 보건복지부 정신건강정책과
15:35~15:50(15)	토론 2 : 「정신건강복지법」에 대한 의견(당사자 입장에서) 한국정신장애인연대, 정신장애와인권파도손 대표 이정하
15:50~16:05(15)	토론 3 : 「정신건강복지법」에 대한 의견 대한정신건강재단, 새하늘병원 원장 오승준
16:05~16:20(15)	토론 4 : 「정신건강복지법」에 대한 의견 전 경기광역정신건강증진센터장 아주편한병원 교육원장 이영문
16:20~16:35(15)	토론 5 : 「정신건강복지법」에 대한 의견 사회복귀시설협회장, 태화샘솟는집 관장 문용훈
16:35~17:00(25)	질의 및 종합토론
17:00~17:10(10)	마무리 및 종료



목 차

【 발제 】

- 「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제(입·퇴원중심으로) 9
 공익인권법재단 공감 염형국 변호사
- 「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제(복지정책을 중심으로) 31
 가톨릭대학교 사회복지학과 이용표 교수

【 토론 】

- 「정신보건법」개정안 요약 63
 보건복지부 정신건강정책과
- 「정신건강복지법」에 대한 의견(당사자 입장에서) 71
 한국정신장애인연대, 정신장애와인권 ‘파도손’ 이정하 대표
- 「정신건강복지법」에 대한 의견 91
 대한정신건강재단, 새하늘병원 오승준 원장
- 「정신건강복지법」에 대한 의견 99
 아주편한병원 이영문 교육원장
- 「정신건강복지법」에 대한 의견 107
 한국사회복지시설협회장, 태화샘솟는집 문용훈 관장

【 부록 】

- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법 119
- 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」요약 (2009. 10. 26.) 167



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

발제

「정신건강복지법」에 대한
평가와 과제(입·퇴원중심으로)

법무법인 공감 염 형 국 변호사



「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제 (입·퇴원 중심으로)

공익인권법재단 공감 염형국 변호사

1. 들어가며

정신장애인¹⁾을 폐쇄병동에 가두어 두는 방식에서 벗어나 지역사회로의 복귀를 도모하는 이른바 ‘탈원화’는 정신장애인의 인권보장을 목적으로 1950년대부터 수립되어 발전해온 정신보건 의 가장 중요한 철학이자 이념이다. 가장 성공적 사례로 꼽히는 영국의 경우 탈원화에 의해 환자의 만족도와 삶의 질이 비약적으로 향상되었으며 홈리스로 전락하는 비율은 1%가 되지 않았고 재입원 또한 거의 발생하지 않았으며 증상변화도 없었고 오히려 스스로의 관리능력과 사회교류능력이 향상되었고 비용도 병원입원방식보다 적게 소요되는 것으로 드러났다.²⁾ 탈원화로 나아가는데 있어 환자의 자기선택권을 강화한 정신보건법의 개정은 주요한 동력이 되었 습니다. 영국은 1959년, 미국은 1963년부터 관련법을 제·개정하여 탈원화를 추동해왔다.³⁾

반면 한국은 아직도 폐쇄병동에의 장기입원을 통한 격리 정책을 답습하고 있다. 이와 같은 정신병원 입원을 통한 격리 정책은 오히려 정신장애를 만성화하고 시설 수용 자체로 무기력해 지고, 사회로의 복귀를 스스로 거부하는 등 시설병을 유발하며, 폐쇄 정신병원에서 발생하는 비인간적 통제와 처우 등이 정신장애인의 인권을 침해하고 있는 점, 입원 치료의 장기화로 고

1) 정신보건법에서는 ‘정신질환자’ 라는 용어로, 장애인복지법에서는 ‘정신장애인’ 이라는 용어로 사용된다. 양자간 범주가 약간 차이가 있으나, 이번 정신보건법 전면개정으로 그 대상이 거의 일치하게 되었다. 이하 원고에서는 ‘정신장애인’ 과 ‘정신질환자’ 용어를 혼용한다.
2) 김연옥, 2010., 「영국의 정신장애인 탈원화 경험에 관한 연구」 사회과학연구, 5-6쪽 참조.
3) 영국의 1959년 정신보건법 제정 및 1983년 정신보건법 개정, 미국의 1963년 Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Center Construction Act 제정 등. 김연옥, 위의 글, 3쪽과 10-11쪽 참조.

비용의 재정적 부담이 대두되고 있는 점(신창식의 2007) 등 다양한 의료적, 사회적, 재정적 문제들을 촉발시켜 왔다.⁴⁾

2. 정신보건법의 변천

가. 정신보건법의 제정

해방 이후 1950년대부터 민간이나 종교단체들에 의해 행려자나 정신질환자, 부랑인을 격리·수용하는 시설들이 설치·운영되었다. 이들 시설은 긴급한 복지서비스나 의료서비스를 제공하기 위한 것이라기보다는 이들을 사회로부터 격리하여 수용하는 것이 주된 목적이었다. 이들 수용시설은 행정기관의 관리·감독의 사각지대이어서 시설 내에서 폭력, 성폭력, 학대, 강제노동, 착취, 심지어는 살인까지 인권유린이 빈발하였다.

1960년대 이후 보건복지부와 대한신경정신의학회 중심으로 정신보건법의 입법을 시도하였다. 그러나 정부의 예산부족, 인권단체의 반발 등으로 번번히 입법이 좌절되었다. 그러다가 1991년 ‘거성관 나이트클럽 방화사건⁵⁾’과 ‘여의도 광장 질주사건⁶⁾’이라는 사회적으로 굉장히 문제가 된 사건들이 연이어 발생하자 법무부는 이를 정신질환과 연관시켰고, 범죄예방 차원에서

4) 이상 문헌연구자료에 관하여는 김연옥, 위의 글, 2쪽 참조. 특히 정신병원에의 입원이 환자에게 더욱 심각한 장애를 가져온다고 보고하고 있는 연구들에 관하여 위의 글 6쪽 참조.

5) 거성관 나이트클럽 방화 사건개요

1991년 10월 17일 오후 9시 57분 경 대구직할시 서구 비산동에 위치한 나이트클럽 거성관에서 김모씨(당시 29세)가 나이트클럽 안에 있던 무대 위에 휘발유를 뿌리고 소지하고 있던ライター로 불을 질러 나이트클럽 안에 있던 손님들 중 16명이 사망하고 13명이 중경상을 입었다. 범인 김모씨는 자신의 친구 3명과 대구시 내에서 맥주 6병 정도 마신 뒤 2차로 거성관에 들어갔으나, 종업원이 옷차림이 누추하다는 이유로 입장을 거부한데 대해 격분, 나이트클럽에서 약 80여m 떨어진 인근 주유소에서 휘발유 3천원 어치(6L)를 구입, 뒷문으로 들어가 불을 질렀다.

6) 여의도광장 질주 사건개요

1991년 10월 김모씨(당시 21세)는 시력이 나빠지는 이유로 직장에서 해고당한 것에 대해 앙심을 품고 자신이 근무했던 모 양말공장 사장의 승용차를 훔쳤다. 서울 여의도광장에 차를 몰고 나온 직후, 오후 4시 35분 경 그곳에 나와있는 시민들을 향해 시속 100km로 돌진했다. 이 사고로 자전거를 타고 놀던 윤00(당시 5세)와 지00(당시 12세) 등 2명이 목숨을 잃었고, 김00(당시 15세) 등 21명이 중경상을 입었다. 김모씨는 차가 멈춘 직후 밖으로 나와 여중생 1명을 흉기로 위협, 인질극을 벌이다 시민들에게 격투 끝에 붙잡혔다.

정신보건법 제정에 개입하기 시작하였다. 이에 따라 국회에서 정신보건법 제정 논의가 급물살을 타기 시작하였고, 논의를 거쳐 1995년 12월 30일 정기국회 본회의를 통과하였다. 이후 법 시행을 위한 준비 작업을 거쳐 1998년 4월부터 정신보건법이 시행되었다.

나. 정신보건법의 개정과정

1) 1차 개정 [법률 제5486호, 1997.12.31. 시행 1998.4.1.]

정신보건시설을 정신의료기관·정신질환자사회복지시설 및 정신요양시설로 하고 정신요양병원을 제외하며, 시·도지사가 지역사회정신보건사업을 지원하도록 지정할 수 있는 정신의료기관의 범위를 정신병원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치되어 있는 정신과에서 정신과의원까지로 확대하였다.

2) 2차 개정 [법률 제6152호, 2000.1.12., 시행 2000.7.13.]

시·도지사가 정신의료기관을 지정하여 당해 정신의료기관으로 하여금 지역사회정신보건사업을 지원하도록 하는 제도를 폐지하였고, 자의로 입원한 정신질환자에 대한 퇴원중지제도를 폐지하여 당해 환자의 퇴원에 대한 자율성을 보장하고 인권침해의 소지를 없애고자 하였다.

3) 3차 개정 [법률 제7149호, 2004.1.29., 시행 2004.7.30.]

정신질환자의 처우개선을 고려하여 정신의료기관이 시설기준 등에 미달하게 된 때에는 허가를 취소하거나 폐쇄 또는 사업의 정지를 명할 수 있도록 하였고, 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하기 위하여 국가 및 지방자치단체에게 보건소 또는 국·공립 정신의료기관에 정신보건센터를 설치할 것을 의무화하였다.

한편 사회복지시설 설치 등의 신고수리 업무와 사업의 정지 등의 행정처분을 할 수 있는 권한을 시·도지사로부터 시장·군수·구청장에게 이양하고, 지역사회정신보건사업의 전문적이고 집중적인 지원을 위하여 보건복지부장관과 시·도지사는 중앙 및 지방 정신보건사업지원단을 각각 설치·운영할 수 있도록 하였다.

4) 4차 개정 [법률 제8939호, 2008.3.21., 시행 2009.3.22.]

정신보건시설의 설치·운영자 및 종사자에게 인권교육을 이수하도록 요구하였고, 이 때 보건복지가족부장관이 전문교육기관을 지정할 수 있도록 하였다. 정신보건시설의 장은 입원 중인 정신질환자에 대하여 의료 또는 재활 목적이 아닌 노동의 강요나 폭행·기혹행위를 할 수 없도록 하고, 입원환자 등에 대한 작업요법 및 강제노동을 금지하였다. 한편 정신의료기관등의 장은 자의입원환자에 대하여 1년에 1회 이상 퇴원의사를 확인하고, 이를 진료기록부에 기재하도록 명문화하였고, 정신보건시설의 장은 본인 또는 보호의무자의 동의를 얻어 퇴원 등 사실을 정신보건센터 또는 보건소에 통지하도록 하였다. 그리고 보호의무자에 의한 입원 시 보호의무자 2인의 동의를 받도록 하고, 정신보건심의위원회의 심사결과에 따라 퇴원 등의 명령을 받은 경우에는 즉시 퇴원 등을 시키도록 하는 등 보호의무자에 의한 입원환자의 입원 및 퇴원절차를 정비하였다.

5) 5차 개정 [법률 제12071호, 2013.8.13., 시행 2013.8.13.]

헌법재판소가 업무정지기간의 상한을 법률에 명시하지 아니한 채 하위법령에 포괄적으로 위임하고 있는 「의료기기법」 제32조 제1항 부분에 대하여 헌법불합치결정을 내린 취지를 반영하여 이 법의 정신요양시설에 대한 사업정지 기간 상한을 1개월로 명시하였다.

다. 기존 정신보건법 검토

정신보건법 제정의 주된 이유는 제정 당시 기도원 등 사각지대에 놓여있는 수용소에서 정신질환자들의 인권이 유린되는 상황과 정신질환자들에 의해 발생 가능한 범죄들에 대한 예방이 필요하다는 것이었다. 그러나 정신보건법의 제정·시행으로 정신의료기관의 병상수의 증가와 입원, 수용의 장기화라는 정신질환자에 대한 시설수용화가 급속하게 이루어지게 되었다. 현재 정신병동의 약 8만 병상 중 강제입원 비율은 약 70%에 달하고, 국가인권위원회에 정신보건 시설과 관련한 진정건수(입·퇴원절차, 격리·강박, 사생활침해 등)만 하더라도 연간 3,300여건에 이르고 있다. 이는 정신보건법 제정의 주된 이유에도 반하는 결과이고, 정신질환자 탈시설이라는 전세계적인 조류에도 역행하는 것이다. 그러나 이러한 현상은 기존 정신보건법의 사회방위적 성격과 본질에서 나타난 필연적인 결과라고 볼 수 있다. 정신질환자의 지역사회통합 지원을 위하여 설립된 정신보건센터는 정신질환자의 지역사회통합을 위한 지원기관으로서의 역할을 제대로 수행하지 못하였다.

또한 기존 정신보건법은 의료법의 특별법·사회방위법으로서의 성격을 가질 뿐 사회복지를 포괄하는 복지입법의 성격을 갖고 있다고 보기는 어렵다. 기존 법조문 중에 사회복지에 관한 내용은 ‘사회복지시설의 설치·운영’에 관한 조문과 정신보건전문자격 중에 ‘정신보건사회복지사’를 둔 것에 불과한 정도이다. 오히려 사회복지시설에 관한 조항을 정신보건법에 규정함으로써 정신장애를 가진 정신질환자들에 대한 복지서비스전달체계는 장애인복지체계에서 제외되어 보건소 산하의 의료체계로 다루어지고 있어서 정신보건법에서도, 장애인복지법에서도 제대로 된 복지서비스를 지원받기 어려운 복지의 사각지대에 처해왔다.

그렇다면 정신보건법 제정 후 이루어진 5차례의 개정으로 정신질환자에 대한 인권침해를 예방하고 권익을 강화하였는지를 보면, 위에서 살펴본 바와 같이 5차례에 걸쳐 개정내용은 제정 당시와 비교하여 입원요건을 강화하고 퇴원요건을 완화하는데 그친다. 입원요건을 강화함에도 본인의 의사를 고려하기 보다는 보호의무자의 수를 1인에서 2인으로 변경하는 등 비본질적인 개정에 그치고 있어 실제로 정신질환자의 인권보장을 위한 특단의 조치를 취한 바 없이 흘러왔다.

3. 기존 정신보건법상 강제입원제도의 위헌성

가. 보호의무자에 의한 입원의 내용 및 구조

기존 보호의무자에 의한 입원조항을 살펴보면, 정신질환자의 민법상의 부양의무자 또는 후견인이 정신질환자의 보호의무자가 된다(기존 법 제21조 제1항). 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 당해 정신질환자의 주소지(주소지가 없거나 알 수 없는 경우에는 현재지)를 관할하는 시장·군수 또는 구청장이 그 보호의무자가 된다(기존 법 제21조 제3항).

정신의료기관의 장은 정신질환자의 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인의 동의로 한다)가 있고 정신과전문의가 입원이 필요하다고 진단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원시킬 수 있으며, 입원시 당해 보호의무자로부터 보건복지가족부령이 정하는 입원동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다. 정신과전문의는 정신질환자가 입원이 필요하다고 진단한 때에는 당해 정신질환자가 ①환자가 정신의료기관내 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우 또는 ②환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원할 필요가 있는 경우에 해당된다고 판단한다는 의견을 기재한 입원권고서를 첨부하여야 한다(기존 법 제24조). 입원기간은 6월 이내로 한다. 다만, 정신의료기관의 장은 6월이 경과한 후에도 계속입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단이 있고 보호의무자가 제1항의 규정에 의한 입원동의서를 제출한 때에는 매 6월마다 시·도지사에게 계속입원치료에 대한 심사를 청구하여야 한다. 정신의료기관의 장은 입원동의서를 제출한 보호의무자로부터 퇴원신청이 있는 경우에는 지체없이 당해 환자를 퇴원시켜야 한다. 다만, 정신과전문의가 정신질환자의 위험성을 고지한 경우에는 정신의료기관의 장은 퇴원을 중지할 수 있다. 이 경우 보호의무자는 즉시 지방정신보건심의위원회에 이의를 신청할 수 있다(기존 법 제24조).

이러한 보호의무자에 의한 입원에 대해 사인 간의 계약으로 파악하는 것은 적당하지 않다.

사인 간의 계약으로 제3자의 신체를 강제로 구속하는 합의를 하는 것은 허용될 수 없기 때문이다. 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원조항은 국가가 법에 의해 사적인 주체인 보호의무자와 정신의료기관의 장에게 정신질환자를 입원시킬 수 있는 공법상 강제권한을 부여한 것으로 보여진다. 그러나 사적인 주체인 정신의료기관의 장에게 강제입원을 실행할 권한이 부여되어 있다고 보는 경우에 공법상 권한 실행이 정신의료기관의 사적인 이익의 실현과 직접 관련이 있다는 점에서 이해의 충돌 내지 모순에 부딪히게 된다.⁷⁾

나. 기존 보호의무자에 의한 입원조항의 위헌성

정신질환자의 보호 및 치료를 위한 입원에 관하여 기존 정신보건법 제23조 내지 제26조에서 규율하고 있다. 이들 입원 유형은 크게 정신질환자 본인의 의사에 기한 i) 자의입원, 환자 본인의 의사에 기하지 아니한 ii) 비자의입원으로 분류할 수 있으며, 비자의입원은 다시 ① 법 제24조 ‘보호의무자에 의한 입원’, ② 법 제25조 ‘시장·군수·구청장에 의한 입원’, ③ 법 제26조 ‘응급입원’ 등으로 세분화할 수 있다. 정신보건법은 모든 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치 보장·최적의 치료와 보호를 받을 권리 보장·정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우금지·자발적 입원 우선 등의 기본이념을 천명하고 있기에, 정신질환자 본인의 의사에 따른 자의입원에 비하여 비자의입원의 요건이 더 엄격해야 마땅하다. 또한 비자의입원의 3가지 유형 중에서도 본인의 의사에 반하는 정도가 클수록 요건이나 절차가 더욱 엄격하게 규정되어야만 한다. 법 제23조 내지 제26조 입원의 구체적인 내용들을 표로 정리하면 다음과 같다.

7) 박인환, “정신장애인의 인권과 사회통합의 관점에서 본 2016년 정신건강증진법의 평가와 과제”

〈표〉 기존 정신보건법에 따른 정신병원 입원유형별 세부사항 정리

	제23조 자의입원	제24조 보호의무자에 의한 입원	제25조 시장·군수·구청장 에 의한 입원	제26조 응급입원
입원주체	본인	보호의무자 2인(예외적 1인) 이상	시장·군수·구청장	누구나
진단입원 동의주체	-	진단입원 부존재	정신의학과 전문의의 동의	의사와 경찰관의 동의
치료입원 동의주체	-	정신의학과 전문의	2인 이상의 정신의학과 전문의	제23조 내지 제25조에 따름
치료입원 판단기준	-	1. 치료를 받을만한 정 도나 성질의 정신질 환 존재 또는 2. 환자 자신이나 타인 의 위험성	환자 자신이나 타인의 위험성	환자 자신이나 타인의 안전을 해칠 중대한 위험성 및 상황의 긴급성
입원기간 단위	-	6개월(치료입원)	2주(진단입원) 3개월(치료입원)	72시간(진단입원) 제23조 내지 제25조에 따름(치료입원)
중간심사 의무	연 1회 이상	6개월마다	3개월마다	제23조 내지 제25조에 따름
퇴원 요건	언제나 가능	정신의학과 전문의의 심사결과에 따름	2인 이상의 정신의학과 전문의 or 정신보건심판위원회의 심사결과에 따름	제23조 내지 제25조에 따름

기존 법 제24조 입원유형은 제25조 내지 제26조 입원유형에 비하여 요건, 절차 등 모든 면에서 간략하게 규정되어 있다. 법 제25조에서는 지속적인 치료입원의 필요성을 판단하는 과정에서 정신의학과 전문의 2인 이상의 일치된 소견을 요하고 있어 법 제24조에서 전문의 1인의 소견만을 요구하는 것에 비해 더 엄격한 기준을 요구하고 있다. 그밖에 치료입원의 필요성을

판단하는 기준 역시 법 제26조, 제25조, 제24조 순으로 완화되어 있으며, 치료입원의 기간단위 및 치료입원 필요성에 관한 중간심사 기간단위 또한 법 제24조의 보호의무자에 의한 입원이 다른 종류의 입원에 비해 완화되어 있다.

법 제24조 제3항에 의하면, 보호의무자에 의한 입원은 입원기간의 단위가 6개월로 상당히 긴 편이다. 반면에 법 제25조 시장·군수·구청장에 의한 입원은 그 입원기간이 3개월이며(법 제36조), 법 제26조의 응급입원의 경우에는 진단입원 기간이 72시간으로 규정되어 있을 뿐 치료입원 기간은 법 제23조 내지 제25조의 규정을 그대로 따르고 있다. 그러나 법 제24조의 입원에는 ‘자기 또는 타인에 대한 위험’ 요건을 입원 여부 판단을 위한 필요조건으로 규정하지 않고 있다. 법 제25조 또는 제26조의 비자입원이 정당화될 수 있는 주요한 근거인 긴급성 내지 위험성 요건을 요구하지 않고 있음에도 불구하고 법 제25조의 경우보다 오히려 더 긴 입원 기간을 두고 있다. 이는 위험성과 입원기간 사이에 불균형을 초래하여 비례의 원칙에 명백히 어긋나는 규정이다.

게다가 여타 입원 유형들과 달리 유독 보호의무자의 입원의 경우 진단입원과 치료입원을 구분하지 않고 입원절차를 한꺼번에 규율하고 있다. 진단입원 결과 치료입원이 불필요한 경우를 얼마든지 생각해볼 수 있고, 진단입원이 치료입원의 남용을 방지하기 위한 중간심사절차의 기능을 담당할 수도 있으므로 시장·군수·구청장에 의한 입원과 마찬가지로 진단입원과 치료입원을 구분할 필요가 있을 것으로 보인다.

그간 정신보건법 24조 보호의무자에 의한 입원 조항으로 인해 솔하게 많은 강제입원 피해자들이 양산되었다. 언론에 보도된 정신병원 강제입원 피해사례는 빙산의 일각에 불과하다. 강제입원 과정 자체도 응급환자 이송단이 집에 들이닥쳐 다짜고짜 목을 조르고, 팔을 묶는 등 불법체포인 경우가 많다. 응급환자 이송단은 가족이 동의하기만 하면 응급차량에 태워 정신병원에 보내 가족의 요청대로 ‘못 나오게’ 하면 되고, 당사자가 멀쩡하던 정신병이 있던 전혀 상관하지 않는다.

그러나 절차의 보장이 바로 인권보장의 핵심이다. 범죄를 저지른 피의자·피고인에 대한 절차가 강화된 것도 이러한 맥락이다. 99명의 범인을 풀어주더라도 1명의 국민도 억울함이 없도록 하는 것이 적법절차의 요청이다. 하물며 범죄자에 대해서도 적법절차 원칙이 지켜지고 있음에도 정신장애인은 정신질환이 있다는 이유만으로 이러한 원칙이 지켜지지 않았다.

정신병원 강제입원 여부에 관해 환자가 입원하게 될 정신병원 소속 정신과 의사 1인이 전적으로 판단하고 있다. 정신과 영역은 고도의 전문영역으로 정신과의사의 판단을 존중하여야 하지만, 정신과 병원 운영에 관해 직접적 이해당사자인 점이 충분히 고려되어야 한다. 이는 개인의 선의에 맡길 수 있는 문제가 아니다. 치료의 부분은 정신과 의사의 판단에 따라야 하나, 인신구속의 부분은 사법기관이 판단하라는 것이 헌법 12조 신체의 자유 조항의 요청이다.

복지부는 긴급하게 치료가 필요한 경우가 있기 때문에 절차를 복잡하게 해서 안 된다고 주장한다. 그러나 긴급하게 치료가 필요한 경우 정신보건법 26조 응급입원 절차에 따라 입원을 하도록 하면 된다. 그러나 응급입원은 전체 입원 중 0.1%만 차지하여 거의 활용되지 않고 있다. 긴급하게 치료가 필요한 경우에는 보호의무자에 의한 입원이 아닌 응급입원 규정에 따라 입원을 하면 된다. 또한 정신보건법 24조 보호의무자에 의한 입원 조항에서 보호의무자가 환자 본인을 대신하여 입원동의권한을 갖도록 한 것은 보호의무자가 환자 본인의 이해를 가장 잘 대변할 것을 전제로 하고 있다. 그러나 현실에서는 입원환자의 1/4 정도가 가족과 의료진이 속여서 입원하였다고 응답하였고, 그중 1/3은 보호자의 동행도 없이 입원하고 있다.

한편 개정민법상 새로운 성년후견제도에 의하면 피성년후견인은 자신의 신상에 관하여 단독으로 결정하는 것을 원칙으로 하고 있고, 정신병원 등에 격리하는 경우에 후견인은 반드시 가정법원의 허가를 받아야 한다. 그러나 기존 정신보건법에 따르면 법적 대리권도 부여받지 못한 보호의무자가 동의권한을 행사하여 법원의 판단도 거치지 않은 채 입원시켜 격리할 수 있도록 규정하고 있다. 이는 정신장애인 본인의 자기결정권을 최대한 보장하려는 개정민법의 취

지를 몰각시키는 규정이고 체계정당성에도 위배된다.

전세계적으로 정신장애인의 인권보장을 위해 폐쇄정신병동에 가두는 방식에서 지역사회로의 복귀를 도모하는 ‘탈원화’, ‘지역사회통합’이 정신보건의 가장 중요한 이념이 된지 오래이다. 주요국가 중 유독 우리나라만이 강제입원을 통한 격리정책을 유지·확대시키고 있어 세계적 추세에 역행하고 있다. 지난 2016년 4월 14일 헌법재판소 대법정에서는 정신보건법 24조 보호의무자에 의한 입원조항에 대한 공개변론이 개최되었다.⁸⁾ 정신보건법 보호의무자에 의한 입원조항에 대한 헌법재판소의 위헌결정은 우리나라가 탈원화, 지역사회통합 정책으로 전환할 매우 중요한 계기가 될 것이다.

4. 입·퇴원 관련 정신보건법 개정에 대한 평가

가. 개정 정신보건법의 경과 및 주요내용

1) 정신보건법 개정 경과

2013년부터 정신장애인 당사자단체를 중심으로 정신보건법 개정 및 강제입원제도 개정의 움직임이 본격화되었다. 당시 정신보건법 폐지 공동대책위원회가 결성되어 정신보건법 폐지를 요구하는 국가인권위 집단진정을 제기하였고, 그 이듬해인 2014년 1월 정신보건법상 강제입원조항에 대해 헌법재판소에 헌법소원을 제기하였다. 복지부에서는 그 즈음에 정신보건법 전부개정안을 국회발의하였다. 2014년 5월에는 서울중앙지방법원에서 정신병원에 입원한 정신질환자의 인신구제청구사건 진행 중 정신보건법상 강제입원조항에 관해 헌법재판소에 위헌법률심판

8) 위 조항에 관해 헌법재판소에서 공개변론이 열리게 된 경위는 다음과 같다. A씨는 이 조항에 의해 2013년 11월 자녀 2명의 동의와 정신건강의학과 전문의의 입원 진단으로 정신병원에 강제 입원되었다. A씨는 "정신병원에서 입원치료를 받을 만한 정신질환자가 아님에도 보호의무자의 동의로 강제 입원이 됐다"며 서울중앙지방법원에 인신보호법에 따른 인신구제청구를 제기하였다. A씨의 대리인은 인신구제청구사건이 심리 중에 위 보호의무자에 의한 입원조항에 대해 법원에 2014년 2월 위헌법률심판제청 신청을 하였다. 이에 서울중앙지법은 A씨의 신청을 받아들여 "강제입원은 보호자와 정신질환자의 이해충돌 우려에 대한 대책이 없고, 정신질환자의 신체의 자유 및 자기결정권을 침해한다"는 취지로 같은해 5월 헌법재판소에 위헌법률심판을 제청하였다. 헌법재판소는 각계의 의견을 듣고자 2016년 4월 위 조항에 관한 공개변론을 개최하였다.

제정을 하였고, 2016년 4월 헌법재판소에서 위 조항에 대한 공개변론이 열렸다.

2015년 1월 정신장애인복지지원법 제정 공동행동이 결성되어 2015년 7월 국회 김춘진 의원을 통해 정신장애인복지지원법을 발의하였다. 국회 보건복지위원회에서는 2015년 하반기에 정신장애인복지지원법안 및 복지부의 정신보건법 전부개정안에 관해 연달아 공청회를 개최하여 의견을 청취하였다. 국회 보건복지위원회에서는 정신장애인복지지원법안 및 복지부의 정신보건법 전부개정안을 통합한 위원회 대안을 마련하여 2016년 4월 위 대안을 통과시켰고 위 대안은 2016년 5월 국회 본회의를 통과하여 2017년 5월 30일부터 시행될 예정이다. 국회를 통과한 법안은 우선 법령칭을 『정신보건법』에서 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』로 변경하였고, 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소, 전 국민 대상의 정신건강증진의 장 신설, 비자의 입원·퇴원 제도 개선, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공 추가 등의 내용을 담고 있다.

2) 개정 정신보건법의 주요내용

- 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 행정입원 제도 개선을 위하여 보호의무자에 의한 입원의 유형 중 하나인 시장군수구청장이 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).
- 종전의 「정신보건법」 상 정신질환자 범위 규정을 인용하고 있는 다른 법률의 경우에는 각 자격제도 등의 특성 및 법적 안정성을 고려하여 해당 법률의 규정이 개정되기 전까지는 종전의 「정신보건법」 상 정신질환자 범위가 그대로 적용되도록 부칙에 경과조치 규정을 마련함(부칙 제7조).

나. 개정된 정신보건법 관련 논란

진면개정된 정신보건법에 대해 대한신경정신의학회 등 이해관계자 단체들은 강하게 비판하고 있는 상황이다. 대한신경정신의학회 측은 “정신질환자의 인권이나 제대로 치료되지 않았을

때 생길 수 있는 문제들을 가장 많이 고민하고 있는 게 전문가들이다. 그러나 국회에서 법안을 심의하면서 전문가의 의견은 전혀 반영하지 않았다. 그렇다보니 임상 현장에서 실행될 가능성이 전혀 없어 보이는 내용들도 있다. 전국에 130개 이상 존재하는 법원조차 신속성과 접근가능성이 문제점을 제기되는 현실에서 전국적으로 5개에 불과한 국립정신병원이 주관이 돼 입원적합성 심사위원회를 설치하고 연간 수십만건에 달하는 보호의무자에 의한 입원의 적합성을 판단한다는 것은 실효성이 없다.”고 반대하였다.⁹⁾

또한 정신장애인 당사자단체인 한국정신장애인연대 측은 “국회 본회의에 상정하려는 전부개정안은 강제입원과 장기입원의 피해를 더욱 심화시킬 조항들이 있다. 전부개정안을 보고 최근 잠을 제대로 자지 못하고 있다. 정신장애인이 길거리를 배회하다가 경찰에 끌려가게 될 판이기 때문이다.”라며 강하게 비판하였다¹⁰⁾ 그리고 정신의료기관협회는 “간혹 불거지는 불법입원을 막기 위해 방대한 조직을 새롭게 만드는 것은 재정과 인력 낭비다. 국립정신병원에 입원적합성 평가위원회를 만들지 않아도 기존 정신보건심판 위원회의 계속치료 여부 심사, 심평원 적정성 평가 및 현지조사 등 많은 제도가 있다. 개정안의 대한 관련단체임에도 의견수렴 절차도 일체 생략됐다. 개정안을 알게 된 것도 상임위 통과 후 3일 후에 제 3자를 통해 알게 됐다. 사전협의, 조정, 공청회, 의견협조, 회의 등의 절차가 없이 비밀리에 처리됐다”고 반발하였다.¹¹⁾

다. 개정 정신보건법에 대한 평가

1) 정신질환자 정의 축소(법 제3조 제1호)

개정법은 정신질환자의 정의를 ‘사고장애, 기분장애, 망상, 환각 등 정신질환으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람’으로 하여 장애인복지법상 정신장애인 개념과 유사하게 축소시켰다. 정신보건법의 적용대상이 되는 정신질환자의 범주를 축소시킬

9) “정신건강증진법 개정엔 공감, 그러나 줄속개정은 반대”
<http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=174574>
10) 정신장애계, ‘정신보건법전부개정안 통과 적극 반대’
<http://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=15551>
11) 국립병원이 민간병원 심사? 정신보건법 개정 집단반발
<http://www.medicaltimes.com/News/1104744>

으로써 경증 우울증 환자의 정신과 치료 편의를 도모하려는 것이다. 그러나 이러한 정신질환자 범주 축소는 중증 정신질환자에 대한 기존의 사회적 편견과 낙인을 더욱 강화시키는 결과를 낳을 수 있을 뿐 아니라 경증 우울증 환자 진료의 보험처리, 약물중독이나 알콜중독자의 정신질환자 시설이용 등에 있어 문제가 발생할 수 있다.

2) 동의입원제도 신설(법 제42조)

개정법에서는 동의입원 조항을 신설하였다. 정신질환자는 보호의무자의 동의를 받아 정신의료기관등에 입원을 할 수 있다. 입원을 한 정신질환자가 정신의료기관의 장에게 퇴원을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원을 시켜야 한다. 다만, 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원을 신청한 경우에는 정신건강의학과전문의 진단 결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관등의 장은 퇴원 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원을 거부할 수 있고, 퇴원을 거부하는 기간 동안 법 제43조(보호의무자에 의한 입원) 또는 제44조(시장·군수·구청장에 의한 입원)에 따른 입원으로 전환할 수 있다.

이는 당사자의 의사에 따라 입원하되 보호자의 동의를 받도록 하는 것으로 서구에는 있으나 한국과 일본에만 없는 조항이었다. 그동안 자의입원을 하려 해도 병원측에서 진료비나 퇴원수속 등에 대한 부담 때문에 보호의무자에 의한 입원으로 하도록 유도해 온 기존의 관행을 개선하고, 강제입원 비율을 줄이기 위해 신설한 것이다. 본인이 퇴원하고자 하는 경우 언제든지 퇴원할 수 있고, 정신과 의사가 필요하다고 판단하는 경우에 최대 72시간 동안만 퇴원을 거부할 수 있다. 강제입원으로 전환할 경우 강화된 요건을 다시 충족해야 하기 하지만, 기존의 자의입원이 동의입원으로 전환될 소지가 다분하고, 강제입원으로 전환할 수 있게 하여 자의입원을 제한될 우려도 있다.

3) 경찰신청에 의한 행정입원(법 제44조 제2항)

경찰관은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견한 경우 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원에게 그 사람에 대한 진단과 보호의 신청을 요청할 수 있고, 이러한 경찰의 신청을 받은 정신건강의학과전문의등은 시장·군수·구청장에게 그 사람에 대한 진단과 보호를 신청할 수 있다고 하여 경찰이 행정입원을 요청할 수 있는 근거를 마련하였다.

행정입원에서 경찰관에 대한 입원 요청권 부여로 인해 공권력 남용이 우려된다는 지적이 많다. 특히 지난 2016년 5월 발생한 강남역 살인사건 관련하여 경찰이 이 사건을 정신질환자의 문지마 범죄라고 서둘러 결론 내리고, 이러한 범죄 재발을 막기 위해 정신질환자 위험도 체크리스트를 일선 경찰에 배포하고, 필요시 정신질환자를 적극적으로 행정입원조치하는 체계를 구축하겠다는 대책을 내놓으면서 경찰에 의한 마구잡이식 정신질환자 강제입원이 우려된다는 목소리가 커졌다. 관련 개정법 내용은 정확하게는 경찰에게 행정입원 신청권을 바로 부여하는 것이 아니라 정신과 의사나 정신건강전문요원에게 행정입원 신청을 요청할 권한을 주는 것이다. 행정입원 관련된 경찰의 공권력 남용에 대한 비판의 목소리가 커지자 경찰은 ‘흉기를 소지하거나 다른 사람을 지속적으로 폭행·협박하는 등 명백하고 긴급성이 인정되는 정신질환자’에 한해 보충적으로 정신병원 행정입원 요청 등의 조치를 하겠다고 밝혔다. 그럼에도 경찰의 요청권한이 남용되지 않도록 철저한 감시와 견제가 필요한 것은 물론이다.

4) 입원 요건의 강화 및 진단입원 및 치료입원의 분리(법 제43조)

이번 개정법에서는 보호의무자에 의한 입원조항이 대폭 강화되었다. 우선 입원요건에 있어서 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 위험이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우의 두 요건을 모두 충족시키는 경우(기존 법에서는 ① 또는 ②의 요건 중 어느 하나만 충족시켜도 입원이 가능하였다)에만 입원을 시킬 수 있도록 강화시켰다.

정신건강의학과전문가가 정신질환자가 입원이 필요하다고 진단한 경우 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있고, 진단 입원 결과 해당 정신질환자에 대하여 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 입원을 하도록 하여 진단을 위한 입원과 치료를 위한 입원을 분리시켰다.

이러한 입원요건의 강화에 대해 정신의학계는 복잡한 절차로 정신질환자의 입원이 더 어려워져 이들에 대한 치료가 힘들어질 것이고, 환자를 적시에 치료하는 것이 그들의 인권을 보호하는 것임에도 적시 치료를 어렵게하여 정신질환자의 인권을 오히려 침해하는 독소조항이라고 비판하고 있다.

그러나 정신질환도 하나의 질환이다. 다른 질환의 경우 치료를 할 것인지 말 것인지를 전적으로 본인의 의사에 맡겨져 있음에도 유독 정신질환에 대해서는 그러한 본인의 의사는 전혀 고려되지 않았다. 본인의 의사능력이나 치료의사는 전혀 도외시 한 채 보호의무자 2인의 동의만 있으면 본인 의사에 반한 강제입원 치료가 가능하였다. 의사능력이 있고 치료를 거부하는 정신질환자에 대해서 본인이 원하지 않는 치료를 강제하고 격리하며, 사지를 강박하여 옷을 모두 벗겨 기저귀만 채워놓는 경우가 지금도 정신병원 현장에서 비밀비재하게 벌어지고 있다. 보호의무자가 보호입원을 청구하는 것 자체는 인정하더라도 보호의무자와 정신과 전문의가 자신의 이득을 위해 정신질환 당사자를 입원시키는 인권침해적 상황은 더 이상 법이 허용하여서는 안 될 것이다.

5) 입원적합성심사위원회의 설치(법 제46조~제48조)

이번 개정 정신보건법에서는 입원 단계에서 입원적합성 여부를 심사하는 입원적합성심사위원회를 도입하였다. 법 제46조는 보호의무자에 의한 입원(제43조) 및 행정입원(제44조)에 따른 입원등의 적합성을 심사하기 위하여 각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관 안에 입원적합성심사위원회를 설치하도록 하였다. 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 해당 정신질환자의 입원등의 적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다.

정신병원 강제입원의 적합성을 심사하기 위해 이번에 신설하는 입원적합성심사위원회의 심사 대상은 한 해 175,000건으로 추정된다. 이 업무를 위해 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관으로 국립정신병원 5곳 외에 기관 수를 늘린다고 해도 얼마나 꼼꼼히 심사할 수 있을지 의문이 든다. 입원적합성심사위원회는 잘 감시하지 않으면 형식적 서류심사기관으로 전락할 수 있다. 그리고 민법에 의하면 후견인이 피성년후견인을 치료 목적으로 정신병원 등에 격리하기 위해서는 가정법원의 허가를 얻도록 규정하고 있는데(민법 제947조의 2), 개정 정신보건법에서는 정신질환자의 강제입원시에 법원의 허가가 아닌 입원적합성심사위원회의 심사를 거치도록 하고 있어 민법과의 체계적합성에 위배된다.

한편 현재 헌법재판소에 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원조항에 대한 심판이 진행 중이다. 헌법재판소에서 위 조항에 대해 법원의 심사가 필요하다는 취지로 위헌 또는 헌법불합치 결정을 내릴 경우에 그러한 취지에 따라 강제입원조항에 대한 개정이 추가로 필요하다. 지난 2016년 2월에 발표한 복지부의 ‘정신건강종합대책’에서는 장기적으로 사법기관이 입원여부를 심사하는 것으로 예정하고 있다.

6) 입·퇴원 관리시스템 구축(법 제67조)

이번 정신보건법 개정을 통해 획기적으로 도입된 것은 입·퇴원 관리시스템의 구축이다. 보건복지부장관은 정신의료기관등의 입·퇴원등을 관리하기 위하여 입·퇴원등관리시스템을 구

축·운영하여야 한다. 기존에 정신병원이 계속입원심사를 면탈하기 위해서 입원한지 6개월이 임박한 정신질환자를 다른 병원으로 전원시켰다가 재입원시키거나 보호자나 정신병원 측이 법원의 인신구제청구절차를 무력화시키기 위해 해당 병원에서 퇴원시키고 곧바로 다른 병원에 재입원시키는 등 ‘회전문 현상’이 관행처럼 이루어졌다. 이러한 폐단을 막기 위해서는 해당 정신질환자의 입·퇴원기록을 추적하여 관리하는 시스템 마련이 시급하였는바, 이번 법 개정을 통해 이 시스템이 도입된 것이다. 입·퇴원 관리시스템 구축을 통해 회전문 현상을 막고, 불필요한 입원이 근절되어야 한다.

5. 결론_ 앞으로의 과제

다양한 통계를 통해 확인되고 있듯, 보호의무자에 의한 강제입원은 장기입원을 통한 격리정책을 유지·확대하는 가장 주요한 제도적 근거가 되어왔다.¹²⁾ 정신장애인의 치료 및 재활에 관한 패러다임이 변화하는 세계적 추세에 한국사회만 역행하고 있는 실정이다. 기존 정신보건법은 정신질환자의 정신병원 입원은 최대한 간이한 절차를 통해 가능하도록 하고, 퇴원은 어렵게 하여 정신질환자의 장기입원을 방임·방치하였고, 정신병원 퇴원 이후 지역사회에서 생활하는 데에 필요한 각종 지원에 관한 내용은 거의 규정하지 않는 한계를 가지고 있었다.

정신장애인의 지역사회 통합된 삶은 현장 외에도 학계, 심지어 의료계도 공감하는 추세이다. 지난 19대 국회에서 정신보건법의 개정논의가 활발하였고 정신병원 강제입원의 요건 및 절차를 강화하고, 정신장애인들의 탈원화와 지역사회 정착을 위한 근거를 마련하는 정신보건법 전면개정이 이루어졌다. 개정 정신보건법이 올바로 시행되기 위해서는 우선 개정법 취지에 부합되는 하위법령이 제정되어야 하고, 법시행을 실질화할 수 있도록 정부의 정책 또한 정신병원 입원환자 지원에서 지역사회 통합 복지지원으로 변화해나가야 한다. 복지부와 지자체는 지역사회 통합을 위한 정신질환자 자립지원사업 시범실시를 통해 정신질환자가 정신병원이 아닌 지

12) 2012년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서에 따르면 자의입원 비율은 2012년 기준 24.1%에 불과하고 75.6%가 강제입원에 해당한다. 강제입원 중 이 사건 심판대상 조항에 따른 보호의무자에 의한 입원 비율은 65.9%에 달하고 있다.



역사회에서 거주할 수 있는 기반을 하나씩 만들어야 한다. 무엇보다 정신질환자에 대한 편견 해소를 위한 인식개선활동과 지속적인 권리옹호 활동이 병행되어야 한다.

이번 정신보건법 전면개정을 통해 한국사회가 세계적 패러다임 변화에 발맞춰 정신장애인의 탈원화-지역사회통합 정책으로 나아가는 중요한 계기가 되기를 간절히 기대한다.

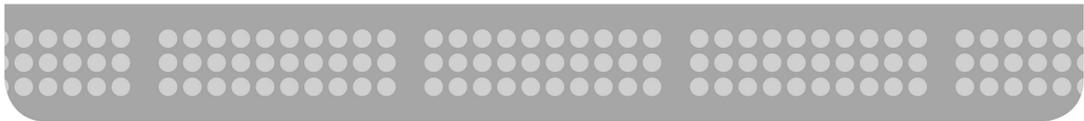


2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

발제

「정신건강복지법」에 대한 평가와
과제(복지정책을 중심으로)

가톨릭대학교 사회복지학과 이 용 표 교수





「정신건강복지법」에 대한 평가와 과제(복지정책을 중심으로)

가톨릭대학교 사회복지학과 이용표 교수

I. 서론

개정된 법률을 평가하기 위한 접근방법은 입법의 최종 결과물에 대하여 특정한 규범적 기준을 가지고 그 충족여부와 미비점을 분석하는 방법이 있다. 이러한 분석방법의 경우 법률의 향후 개정방향을 제시해줄 수 있고 이해집단들이 어떠한 목표를 가지고 활동을 해야 하는지 알려준다는 점에서 장점을 가진다. 그러나 이러한 접근방법은 이전 법률과의 관계에서 개정법이 가지는 통시적인 의미를 포착하는 데에는 일정한 한계를 가진다. 즉 법률이 어떤 이유에서 그리고 어떠한 역동적 과정을 거쳐 현 상태로 개정되었는지 드러내지 못한다. 이러한 최종 결과물에 대한 규범적 평가의 한계를 극복하기 위해서는 개정법률의 입법과정에 대한 분석이 동시에 필요하다. 입법과정의 역동성에 대한 분석은 개정법률이라는 최종결과물에 산출되는 과정에 관한 이해를 넓힘으로써 개정법률이 남긴 과제들이 향후 어떻게 다루어질 것인지 그리고 개정법률이 향후 어떠한 방향에서 변화의 경로를 겪을 것인지 예측 가능성을 높일 수 있다.

2016년 5월에 개정된 ‘정신건강증진및정신질환자복지지원등에관한법률’(이하 정신건강복지법)은 정부의 ‘정신건강증진법안’과 김춘진 의원 등이 발의한 ‘정신장애인복지지원등에관한법률안’등을 병합한 국회 보건복지위원회의 대안으로 입법되었다. 정부는 애초 ‘정신건강증진법’으로의 명칭 개정을 포함한 정신보건법 전부개정안을 국회에 제출하였으며, 김춘진 의원 등이 발의한 ‘정신장애인복지지원등에관한법률안’은 정신장애인 당사자옹호단체, 장애인단체, 인권단체 등의 연대조직이 작성한 초안을 의원들이 수용함으로써 발의되었다. 그리고 앞의 두 법안 이외 두

개의 정신보건법 개정안¹³⁾이 병합된 심사된 결과로 정신건강복지법이 탄생한 것이다. 이러한 정신건강복지법의 입법과정은 이 법이 최종적으로 산출된 법률내용만으로 평가하기 어려운 많은 역동적인 과정을 거쳐 입법되었음을 시사한다. 특히 법률의 명칭에 정부안의 정신건강증진 뿐만 아니라 ‘복지지원’이 도입된 상황이나 결과는 단지 현 단계에서 법률이 담고 있는 복지지원의 내용을 넘는 입법적 의미를 지닐 수 있다.

본 글은 정신건강복지법의 복지지원 관련 내용에 초점을 두어 입법과정을 분석평가해보고, 개정법률 내용에 관하여 관련법률과의 비교를 통하여 평가해보고자 한다. 그리고 이를 토대로 향후 정신장애인(정신질환자) 복지정책 확대와 발전을 위한 과제를 제시하고자 한다.

II. 다중흐름모형(The Multiple Streams Approach)을 활용한 정신건강복지법 입법과정 분석

1. 다중흐름모형

정책결정에 관한 다중흐름모형¹⁴⁾은 정책의 의제설정이나 결정과정이 기본적으로 비합리성을 가진다고 보는 Cohen(1972)의 쓰레기통모형을 확장시킨 모형이다. 쓰레기통모형에서 정책이란 합리적으로 이루어지는 것이 아니라 문제, 해결책, 참여자, 선택의 기회가 쓰레기통 안에서 혼재해 있다가 어떤 특정 시점에 우연히 정책으로 산출된다는 것이다.¹⁵⁾ 다중흐름모형은 쓰레기통모형의 이러한 가정을 받아들여 정책결정의 시간적 요소를 강조하면서 다른 한편으로는 정책결정과정을 주도한 의사결정자 혹은 정책결정자의 역할을 간과하지 않는다는 측면에서 쓰레기통모형과 다르다.¹⁶⁾ 즉 다중흐름모형에서는 정책과 관련된 문제의 흐름(Problem Stream),

13) 2015년 5월 이명수 의원등이 발의한 일부개정안과 2014년 9월 최동익 의원 등이 발의한 일부개정안이 병합 심사되었음

14) Kingdon, John W.(1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. New York: Happer Collins Publisher.

15) 정우철·우창빈(2015). 다중흐름모형을 활용한 정책과정 분석: 치매특별등급제도의 정책변동과정에 대한 분석. *한국정책학회보* 제24권 3호: 437-469

16) 앞의 논문

정책의 흐름(Policy Stream), 정치의 흐름(Politics Stream)이 각기 독립적인 흐름 속에 있다가 어떠한 계기에 의하여 커플링(Coupling)되는 순간 정책의 창(Policy Window)이 열린다고 보며,¹⁷⁾ 이러한 상황에서 정책결정을 이끌어내는 정책혁신가(Policy Entrepreneurs)의 역할을 강조한다.

1) 문제의 흐름

문제의 흐름은 관련정책의 여러가지 상황들 중에서 정책입안자나 시민들이 다루길 원하는 다양한 조건으로 구성된다.¹⁸⁾ 실제 정책에서 발생하는 모든 비합리적 상황들이 정책의제가 되지는 않는다. 어떠한 상황에 대하여 정책적 개입이 필요하다고 인식될 때 비로소 문제가 되는 것이다. 즉 문제는 외부적 상황이나 사건 자체가 아니라 인식적이고 해석적 요소라고 볼 수 있다.¹⁹⁾ Kingdon은 정책결정자들이 정책과 관련한 상황들을 문제로 인식하는 기제를 지표, 초점사건, 문제정의, 가치, 비교 범주 등으로 제시하고 있다.²⁰⁾

지표(indicator)는 문제의 심각성에 정량적으로 판단할 수 있도록 하는 함축적 수치로서 정신장애인정책에서는 강제입원률, 평균입원일수, 빈곤율 등이 그 예가 된다. 문제 정의는 특정한 사건이나 상황에 관한 인식과 해석에 관련되는 것으로서 사건이 정책입안자나 시민들에게 정책적 개입이 필요하다고 인식되는가에 관련된다. 이러한 문제정의는 구체적으로 가치적 판단, 다른 집단이나 국가간 비교, 범주 구분 등을 통하여 정책상의 문제의 흐름을 형성하거나 폐기된다.

2) 정책의 흐름

17) 임다화권기현(2015). 정책결정에 있어서 Kingdon의 다중흐름모형의 실증적 접근: 한국의 대외원조 정책을 중심으로. 한국정책학회보 제24권 1호: 201-224

18) Zahariadis, Nikolaos. 2007. The Multiple Streams Framework: Structure, Limitation, Prospects. Paul A. Sabatier, ed. Theories of the Policy Process, 2nd ed. Boulder, CO: Westview Press.

19) 이동규양고운(2013). 다중흐름모형을 적용한 정책과정 연구: 소말리아 피랍행위에 대한 정부의 대응변화를 중심으로. 한국위기관리논집 제9권 제9호: 121-144

20) Kingdon, John W., 앞의 책

정책의 흐름은 확인된 문제에 대하여 시스템 내에서 떠다니는 정책해결책들의 지속적 흐름으로서 정책공동체에서 채택되기 위해 경쟁하는 아이디어들의 집합을 의미한다.²¹⁾ Kingdon은 이러한 흐름을 구성하는 요소로서 정책대안들, 정책공동체, 옹호, 정책혁신가, 실현가능성, 합의 등을 제시하였는데,²²⁾ 정책공동체는 의회직원, 정부관료, 학자, 시민사회단체 및 인권단체의 정책가 등이 해당된다고 볼 수 있다. 그리고 정책대안이나 아이디어를 실현시키기 위해 정책을 선도하는 옹호자가 정책혁신가로 지칭된다.

정책공동체에 의해 형성된 정책대안이나 아이디어가 최종대안이 되는 조건은 다음과 같은 3가지로 나누어볼 수 있다.²³⁾ 첫째, 정책대안이 정책입안자의 가치에 부합하는 대안인가와 관련된 가치수용성이다. 둘째, 제도적/재정적, 기술적으로 시행 가능한 대안인가와 관련된 기술적 타당성이다. 셋째, 대안과 상호관련된 집간간의 관계는 어떠한가와 관련된 합의이다.

3) 정치의 흐름

정치의 흐름은 국가적 분위기, 조직화된 정치적 영향력, 행정부 또는 입법부의 변화에 따른 시기 그리고 정치흐름 내에서 합의 형성을 위한 협상과정에서의 권력이나 자원 등의 요소로 구성된다.²⁴⁾ 국가적 분위기는 관련정책에 영향을 미칠 수 있는 다수 사람들의 보편적인 인식이나 생각이다. 이러한 분위기는 집권세력에 의해 조장될 수도 있으며 다른 한편으로는 집권 세력이 여론조사를 통해 분위기를 감지할 수도 있다. 조직화된 정치적 영향력은 이익단체의 압력, 정치적 동원 그리고 정치엘리트들의 행태를 통해서 나타나며,²⁵⁾ 정책혁신가에 의해 주도 될 수 있다. 입법부나 행정부의 변화는 국회 관련위원회의 위원 변화, 행정부 장관이나 고위관련 교체 등이 새로운 정치의 흐름을 형성할 수 있다.

21) Zahariadis, Nikolaos., 앞의 책; 이동규·양고운, 앞의 논문에서 재인용

22) Kingdon, Jonn W., 앞의 책

23) 이동규·우창빈·강민규(2015), 다중흐름모형을 적용한 정책과정 연구: 게임물등급위원회의 설립·폐지부터 게임물관리위원회로의 신설까지의 입법과정을 중심으로, GRI연구논총 제17권 제1호: 71-105

24) Kingdon, Jonn W., 앞의 책; 이동규·양고운(2013) 앞의 논문에서 재인용

25) Kingdon, Jonn W., 앞의 책

2. 정신건강복지법 입법과정의 평가와 과제

1) 정신건강복지법 입법과정에서의 문제의 흐름

우리 사회에서 1997년 정신보건법 시행 이후 정신장애인 문제를 제기한 최초의 국가기관은 국가인권위원회였다. 그 배경에는 국가인권위원회 설립후 2001년부터 2006년 6월까지접수된 진정사건의 가장 많은 진정인은 정신장애인이었다는 것이다. 정신장애인 관련 진정사건 406건에 포함된 진정내용 1,126건을 분석해보면, 보호의무자 혹은 제3자에 의한 정신의료기관에의 강제입원, 부당하게 행려환자로 처리된 강제입원 등과 같은 강제입원문제가 269건(23.9%)으로 가장 많았다. 그리고 입원생활 중에 일어나는 부당한 격리와 강박, 신체적 언어적 폭력 등의 가혹행위(17.7%), 면담과 치료, 의료진의 부족과 같은 부적절한 치료행위의 문제(15.8%)가 그 뒤를 잇는 중요한 진정내용이었으며, 부당한 퇴원불허, 계속입원심사 누락, 강제이송, 서류상으로만 이루어지는 퇴원처리 등과 같은 퇴원문제에 관한 진정도 173건(15.4%)에 이르렀다. 이러한 문제에 대응하기 위하여 국가인권위원회는 2007년부터 국가보고서 발간을 위한 실태조사를 실시하여 다양한 의견수렴을 거쳐 2009년 11월에 이르러 정신장애인 ‘인권보호와 증진을 위한 국가보고서’를 발간하였다. 그 주요내용은 입·퇴원 및 치료·재활과정에서 인권보호를 강화하고 지역사회에 기반을 둔 정신보건의료서비스체계로의 전환을 권장하는 것이었다.²⁶⁾

국가인권위원회의 국가보고서 발간에도 불구하고 정신장애인 문제는 변화의 전기를 마련하지 못하였다. 정신보건법이 시행된 1997년 이후, 정신병상수는 지속적으로 증가하여 1998년 31,696병상에서 2011년 80,012병상으로 14년간 2.5배 이상 증가하였다.²⁷⁾ 이는 1980년 이후 OECD국가의 인구 1,000명당 병상 증가율에 역행하는 추세로, OECD국가 중 이 기간 중 정신병상이 증가한 나라는 우리나라 외에 일본, 터키로 나타났으나 증가율은 터키 0.01, 일본 0.09로 우리나라(0.49)에 비해 매우 미미한 것이었다.²⁸⁾ 그리고 2011년 입원환자 중 자의입원 환

26) 정신장애인인권 국가보고서 실무추진단(2008). 정신장애인 인권상황 국가보고서 사업. 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임 변화. 인권위원회 토론회 자료집 : 245-255

27) 보건복지부(2011). 2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 77면

자는 21.4%에 불과하여 강제입원의 비율이 78.6%에 이른다.²⁹⁾ 입원일수의 중간값은 국립정신병원 256일, 공립정신병원 267일, 사립정신병원 208일로 매우 장기화되어 있는 것으로 나타났다.³⁰⁾

이와 같은 상황에서 2012년 서울특별시의회와 서울특별시는 정신장애인 탈원화와 관련된 연구보고서를 발간하였다. 서울특별시의회의 정책보고서는 서울시의 정신장애인 탈원화를 위한 정책과제를 1) 탈시설 추진을 위한 공적 책무성 강화 2) 대안적 주거지원의 확대 및 다양화 3) 지역사회생활지원서비스 확충 4) 정신의료기관 및 요양시설 개선 5) 서비스재원 조달방법 및 체계 개선 등 다섯 가지로 제시하였다. 한편 서울시에서 시립정신병원과 정신요양시설 이용자 292명을 대상으로 실시한 탈원/탈시설 욕구조사³¹⁾에서는 75%인 219명은 현재 재원중인 기관을 나가고 싶다고 응답하였으며, 시설별로는 정신의료기관 입원자의 경우 87.7%, 정신요양시설 62.3%가 퇴원(퇴소)을 원하는 것으로 나타났다. 퇴소시기에 관해서는 정신의료기관의 경우 즉시(54.4%), 6개월 이내(20.0%) 등에 응답이 집중되어 탈원화 욕구가 매우 절실한 것으로 나타났다.

2014년 보건복지부의 용역연구로 수행된 ‘정신보건법상 압퇴원제도 개선방안’ 연구³²⁾는 정신보건법의 개선방향을 물화된 정신질환자에게 ‘인격적 주체의 복원’이라는 관점에서 접근해야 한다고 제시하고 있다. 이를 위해 ① 법의 성격을 치안입법에서 복지입법으로 ② 대상을 위협성이 있는 정신질환자에서 도움이 필요한 정신질환자로 ③ 이념을 격리와 치료에서 사회복지와 자립생활로 ④ 실제 범목적을 사회의 보호에서 환자의 지원으로 법을 개정할 것을 권유하고 있다.

같은 해 한국장애인개발원 발간한 ‘정신장애인 지역사회통합 방안연구’³³⁾는 정신장애인의 심각한 사회적 배제와 빈곤상황을 보고하고 있다. 연구에 따르면 우리나라 전체인구 39.0%가 비경제활동인구임에 반해 전체 장애인구의 과반수 이상인 61.5%가 비경제활동인구로서 비장애인

28) 보건복지부(2011). 2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 80면
 29) 보건복지부(2011). 2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 104면
 30) 보건복지부(2011). 2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 108면
 31) 박경수 · 이용표 · 장혜경 · 노수희(2012). 장기재원 정신장애인의 당사자 관점에서의 탈원화 실태조사. 서울특별시
 32) 신권철 등(2014). 정신보건법상 압퇴원제도 개선방안. 보건복지부
 33) 조윤화 등(2014). 정신장애인 지역사회통합 방안연구. 한국장애인개발원

에 비해 약 1.6배이며, 특히 정신장애인은 85.7%가 비경제활동인구로서 전체장애 평균(61.5%)의 1.4배 정도 많은 것으로 나타났다.³⁴⁾ 뿐만 아니라 고용상태에 있는 경우에도 월 평균 임금 수준도 53만원으로, 자폐성 장애 38만원 다음으로 낮은 수준인 것으로 나타났다.³⁵⁾

정신장애인의 빈곤상태는 타 장애와 비교할 때 가장 열악한 상황에 있는 것으로 나타났다. 전체 국민기초생활 장애수급자 중 지체장애가 36.8%, 뇌병변 15.3% 다음으로 정신장애 13.4%로 나타났지만, 장애유형별 수급률은 추정 정신장애인 103,894명 중 59,220명(57.0%)이 기초생활보장급여 수급자로서 모든 장애유형 중 가장 높은 수급률을 나타내고 있다. 이는 정신장애인의 과반수 이상이 절대빈곤상태에 있다는 것이다.³⁶⁾

〈표1〉 정신장애인의 국민기초생활보장 수급 여부 및 형태(2011년)

(단위 : %, 명)

총계	국민기초수급대상자 여부		전체 추정장애인 수	추정 장애인 중 수급자		전체 인구 중 수급 비율	등록장애인 수
	비수급	수급		추정 수급자 수	비율		
전체 계	-	-	2,611,126	443,095	(100.0)	0.87	2,519,241
평균	83.0	17.0	-	-	-	-	-
지체	87.7	12.3	1,325,877	163,083	(36.8)	0.321	1,333,429
뇌병변	78.5	21.5	316,309	68,006	(15.3)	0.134	260,718
시각	87.8	12.2	256,841	31,335	(7.1)	0.062	251,258
청각	87.9	12.1	278,337	33,679	(7.6)	0.066	261,067
언어	82.3	17.7	21,049	3,726	(0.8)	0.007	17,463
지적	67.0	33.0	153,332	50,600	(11.4)	0.100	167,479

34) 앞의 책

35) 앞의 책

36) 조윤화 등(2014), 앞의 책

총계	국기초수급대상자 여부		전체 추정장애인 수	추정 장애인 중 수급자		전체 인구 중 수급 비율	등록장애인 수
	비수급	수급		추정 수급자 수	비율		
자폐	89.4	10.6	16,238	1,721	(0.4)	0.003	15,857
정신	43.0	57.0	103,894	59,220	(13.4)	0.117	94,739
신장	79.9	20.1	58,500	11,759	(2.7)	0.023	60,110
심장	68.1	31.9	18,508	5,904	(1.3)	0.012	9,542
호흡기	73.3	26.7	19,249	5,139	(1.2)	0.010	14,671
간	87.1	12.9	9,289	1,198	(0.3)	0.002	8,145
안면	89.2	10.8	2,426	262	(0.1)	0.001	2,715
장루·요루	93.7	6.3	16,705	1,052	(0.2)	0.002	13,098
간질	56.0	44.0	14,572	6,412	(1.4)	0.013	8,950

주 : 2011 장애인실태조사의 국민기초생활보장수급여부, 전체 추정장애인수를 기준으로 추정 장애인 중 수급자와 전체인구 중 수급비율을 추정함.

출처 : 김성희 외(2011). 「2011 장애인실태조사」. 보건복지부-한국보건사회연구원. 통계청. 주민등록인구 데이터

출처 : 조운화 등(2014). 정신장애인 지역사회통합 방안연구. 한국장애인개발원

2011년 장애인 실태조사에 따르면, 재가 정신장애인의 '집의 소유형태'는 자가 소유율이 42.8%로서 모든 장애유형들 중에서도 가장 자가소유율이 낮은 것으로 나타났다. 정신장애인의 32.5%가 월세에 거주하고 있었다. 이러한 사실은 향후 정신건강복지정책에서 주거문제가 매우 중요한 정책과제임을 보여주고 있다.

〈표2〉 집의 소유 형태

(단위 : %)

	노병변	시각	청각	언어	지적	자폐	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	계	
	61.2	58.1	54.2	64.9	50.6	54.1	56.7	42.8	52.8	49.5	56.3	68	43.2	59.4	52.6	58.9
전세	11.9	8.5	12.5	10.2	20.1	11.3	26.1	15.5	18.0	8.3	5.9	7.3		9.8	7.7	11.6
월세1)	16.4	19.5	21.4	14	19.4	18.7	12.1	28.2	18.6	27.5	20.3	17.3	27.0	18.8	33.1	17.9
월세2)	3.0	3.8	3.1	2.7	7.7	7.1	3.1	4.3	4.1	5	9.1	4.5	-	-	5.2	3.5
무상	7.5	10.1	8.9	8.3	2.3	8.8	2	9.3	6.6	9.6	8.4	2.8	29.9	12.0	1.5	8.1
전체	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

주 : 1) 보증금있는 월세임.

2) 보증금없는 월세임.

출처 : 김성희 외(2011). 「2011 장애인실태조사」. 보건복지부-한국보건사회연구원. 조윤화 등 (2014). 정신장애인 지역사회통합 방안연구. 한국장애인개발원에서 재인용

기존 정신보건법에 의해 형성된 정신보건체계에 대한 문제인식의 흐름은 비자의 입퇴원제도 및 치료과정에서의 권리침해 문제와 정신장애인 복지서비스 배제문제로 요약될 수 있다. 그리고 고이와 같은 문제 인식의 흐름은 정신건강복지법 입법과정에서 민간단체들에 의해 그대로 계승되었다. 즉 인권 침해요소가 다분한 정신보건법 자체를 폐지하지는 KAMI의 주장은 입·퇴원 및 치료·재활과정에서 인권보호를 강조한 입장이었고, 지역사회에서의 생존을 위한 복지서비스 체계 도입을 주장하는 지역사회생존권연대의 입장은 탈원화를 위한 지역사회 기반의복지 서비스를 강조하고 있었다. 그러나 정부는 2014년 정신건강증진법안을 발의할 때까지 정신질환을 가진 사람들에 대한 복지서비스 도입은 정책의제로 설정하지 않고 있었다.

2) 정신건강복지법 입법과정에서의 정책의 흐름

문제의 흐름이 정책의 흐름으로 연결되고 정책적 대안이 등장하는 것이 합리적인 정책의 과정이라고 할 수 있겠지만 어떤 문제가 정책대안의 의제설정에 포함되는가하는 것은 이해당사자의 권력관계나 정치적 상황과 관련된다. 앞서 서술한 문제의 흐름은 국가인권위원회, 지방자치단체, 장애인단체, 인권옹호단체 등에서 정책적 의제설정을 요구하거나 일부 정책의제로 설정되는 경우가 있었지만 실제적 정책대안으로 연결되지 못하고 명목적이고 형식적인 수준의 대안만이 채택되어왔다. 이러한 과정은 그동안의 정신보건법 개정과정에서 잘 드러난다. 정신보건법은 1992년 정부에 의한 제안되어 3년간 국회 논의를 거쳐 1995년 12월 30일 의결되었고, 이후 4차례 주요 개정이 이루어졌다. 여기에서 그 개정과정을 간략히 정리해보면 다음과 같다.

(1) 1995년 제정 당시의 정신보건법

1995년에 제정 정신보건법은 기존의 의료관행상 이루어지던 강제입원을 합법화하고 정신요양원의 기능을 전환하는 것이 주요내용이다.³⁷⁾ 이 법에서 입원방식은 자의입원(제24조), 보호 의무자의 동의와 정신과전문의 진단에 의한 동의입원(제25조), 자타해의 위험이 있는 정신질환자에 대한 진단 및 보호신청과 사도지사의 진단의뢰에 의한 평가입원(제26조), 평가입원 환자에 대한 장기입원 결정에 의한 사도지사입원(제27조) 그리고 누구든 급박하여 다른 입원조치를 취할 수 없는 경우 의사 및 경찰관의 동의에 의한 응급입원(제28조) 등으로 구분하였다. 그리고 정신보건시설은 정신의료기관, 정신요양병원, 사회복지시설로 구분하고 기존의 정신요양원은 이 법 시행후 7년 이내 정신요양병원이나 사회복지시설로 전환하도록 함으로써 기존의 사회복지사업법 제2조에 근거하여 운영되고 있던 정신요양원은 폐지하도록 하고 있었다.

그러나 이 법은 자의입원을 규정하고 있으나 자의입원 환자의 퇴원요청을 정신의료기관의 장이 중지할 수 있도록 하고 있으며, 퇴원 이후의 복지대책으로는 사회복지시설 이용만을 규정하고 있다.

37) 신권철 외 4인, 「정신보건법상 압퇴원제도 개선방안」, 보건복지부, 2014, 10면

(2) 1997년 정신보건법 전부개정

정신보건법은 1997년 3월1일부터 시행되자마자 의원입법에 의해 ‘정신요양병원’제도를 폐지하고 정신요양시설을 신설하는 개정안에 국회에 상정되어 그해 12월 국회를 통과하게 되었다. 즉 개정 법률은 정신요양병원을 폐지하는 대신 정신요양원을 정신요양시설로 제도화하였다. 그리고 정신요양시설도 정신의료기관과 같은 강제입원 시스템의 적용대상으로 규정함으로써 정신질환자에 대한 격리수용이 존치되도록 하는 제도적 환경을 형성하게 되었다. 이는 의료집단이 전통적으로 사회복지법인에 의해 운영되어왔던 정신요양원이 정신요양병원으로 전환하는 것에 대하여 병상의 무분별한 증가를 초래한다는 이유로 반발하였기 때문이다.³⁸⁾

(3) 2000년 정신보건법 일부개정

2000년 정신보건법 일부개정은 ‘국민의정부’ 개혁의 차원에서 이루어졌다. 개정된 주요내용은 1) 정신질환자의 범주에서 알코올 및 약물중독이 추가되었고, 2) 자의입원 환자의 퇴원요청을 정신의료기관의 장이 중지하고 강제입원으로 전환할 수 있도록 하는 제도가 폐지되었으며, 3) 사회복지시설에서의 정신질환자 사회복지를 위한 훈련 등 의료에 정신과전문의의 지도에 따라 행하여야 한다는 내용이 개정되어 ‘의료’, ‘정신전문의의 지도’가 삭제되고 대신 보건복지부장관이 정하는 바에 의해 행하여져야 하는 것으로 개정되었다.

그러나 2000년 개정이 개혁의 차원에서 이루어졌다고 하지만 개정 법률은 알코올이나 약물 문제를 가진 사람들을 합법적으로 수용할 수 있는 길을 터주는 결과를 가져왔다. 다만 사회복지시설의 경우 어느 정도 운영의 독립성을 확보할 수 있게 되었다.

(4) 2004년 정신보건법 일부개정

38) 한국사회복지시설협회 편, 「정신보건의 이해와 실천패러다임」, 이엠커뮤니티, 2006, 56면

2004년 정신보건법 개정 법률은 1999년부터 설치하여 시범사업으로 운영해오고 있던 정신보건센터의 법적 근거를 마련하는 것을 주요내용으로 한다. 즉 지역사회정신보건사업을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하고 중앙과 지방에 정신보건사업지원단을 설립하기 위한 근거규정을 마련한 것이다. 그리고 이전부터 정신의료기관이나 정신의료기관 운영법인에 위탁하는 관행에 대한 법적 근거가 이때 마련되었다. 결과적으로 정신의료기관이 주도하는 재활은 의료재활이라는 영역에 초점을 두게 됨으로써³⁹⁾ 취업 및 주거를 지원을 중심으로 사회적 영역의 재활이 위축될 수밖에 없는 구조적 요인이 공고화되었다.

(5) 2008년 정신보건법 일부개정

2008년 정신보건법 일부개정은 같은 해 국가인권위원회의 정신질환자 인권증진을 위한 국가보고서의 권고사항에 대응하는 개정이었다. 국가인권위원회는 정신보건법과 관련하여 보호의무자에 의한 강제입원, 지역사회치료명령제, 정신장애인 인권 개선을 위한 지역사회 사례관리 및 제도화 방안 등 관련 법제도를 정비하여 정신장애인의 권리확보를 위한 정신보건서비스체계 개선방안을 제시하였다. 이에 따라 개정법률의 주요내용은 1) 자의입원 환자에 대하여 1년에 1회 이상 퇴원의사를 확인하도록 하였으며, 2) 보호의무자에 의한 입원의 요건을 기존 보호의무자 1인에서 2인의 동의로 강화하였고 3) 강제입원의 대안으로 외래치료명령제를 도입하였다. 그러나 지역사회에서의 정신질환자 복지 강화를 위한 정신보건서비스체계 개선방안은 개정안에 포함되지 못했다.

(6) 정부의 2014년 정신보건법 전부개정안 발의

2013년 5월 23일 정부는 ‘정신보건법 전부개정안’을 입법예고하였다. 전부개정안의 골자는 (1) 정신질환 이력으로 인한 불이익을 완화하기 위하여 정신질환의 범위를 축소(안 제3조)하고, (2) 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위해 국가와 지방자치단체의 정신질환 조기발견

39) 하지만, 「정신보건센터 사례관리실천의 조직화에 관한 제도적 문화기술지」, 가톨릭대 박사학위논문, 2016. 4면

체계를 구축(안 제13조)하며, (3) 정신보건센터의 명칭을 정신건강증진센터로 변경하여 그 기능을 강화(안 제10조~제18조) 강화하고, (4) 국립정신연구기관의 설립 근거를 마련하는 것이다. 그리고 (5) 기존에 인권침해 소지가 있어 문제가 되고 있던 비자발적 입·퇴원 관련 제도를 개선(안 제36조)하는 것이다. 이 전부개정안은 일부수정을 거쳐 2014년 1월 16일(의안번호 1909081호)국회에 제출되었다.

(7) 정신보건법 개정상황을 통해본 정책의 흐름

신권철은 2008년까지 정신보건법 개정의 흐름을 (1) 지역사회 케어의 제도적 기반 마련과 (2) 입원에 있어 환자 권리보장의 개선에서 파악한다.⁴⁰⁾ 제도적으로 정신보건센터 신설, 외래치료명령제 도입, 사회복지시설 종류의 확대 등의 지역사회케어체계가 마련되었으며, 입원제도에서 퇴원중지제도 폐지, 보호의무자에 의한 입원요건의 강화 등이 이루어졌다는 것이 그 근거이다. 한편 한국사회복지시설협회는 정신보건법 개정의 흐름은 정신보건센터의 정신의료기관 위탁제도를 통하여 민간 정신의료기관이 정신보건체계에 대한 지배력을 강화하면서 강제입원을 보편화시키는 과정으로 평가하였다.⁴¹⁾ 이러한 상반된 평가는 명목상의 법률 개정과 법제의 실제적 운영상의 차이에서 연유하는 것으로 볼 수 있다. 즉 정신보건법 개정을 통한 형식적 지역사회케어체계 구축 및 입원 환자 권리보장 강화가 실제로 강제입원이나 장기적인 입원 상황을 개선하기보다 악화시켜왔기 때문에 제도발전에 대한 평가와 제도운영에 대한 평가가 상이하게 나타난다고 볼 수 있다.

2013년 정부의 정신보건법 전부개정안 입법예고는 그 동안 핵심적 문제의 흐름을 형성해왔으나 정책의 흐름에 반영되지 못한 정신장애인의 지역사회 복지서비스가 정책의제로 설정되는 계기를 마련하였다. 즉 입법예고를 계기로 결성된 ‘정신장애인지역사회생존권연대’⁴²⁾는 기자회견(2013년 7월 8일)을 통해 정신보건법 전부개정안에 대한 반대성명을 발표하였다.⁴³⁾ 주요 반

40) 신권철 외 4인, 「정신보건법상 압퇴원제도 개선방안」, 보건복지부, 2014, 10면

41) 한국사회복지시설협회 편, 「정신보건의 이해와 실천패러다임」, 이엠커뮤니티, 2006, 56면

42) ‘정신장애인지역사회생존권연대(이하 생존권연대)’는 정신보건법 전부개정안에 반대하는 대한정신보건가족협회, 한국정신장애인연합, 한국정신장애연대(KAMI), 한국장애인단체총연맹, 한국장애인단체총연합회, 한국장애인복지학회 등 6개의 단체로 구성되었다.

43) <http://beminar.com/detail.php?number=5592>비마이너, 2013년 7월 8일, 정신장애인지역사회생존권연대

대이유는 개정안이 (1) 정신보건법 제1조의 '사회복귀'라는 목적(제1조)을 삭제함으로써 정신장애인 탈원화와 지역사회중심 정신장애인 복지정책에 관한 요구에 역행하고 있으며, (2) 정신장애인 인권침해와 무분별한 정신병상 증설의 원인이 되고 있는 정신보건법상의 보호의무자에 의한 입원(제24조)과 같은 강제입원 조항의 개정이 미온적이며, (3) 정신보건센터 명칭을 정신건강증진센터로 변경하고 있을 뿐 정신장애인 복지서비스의 사각지대를 형성하는 정신보건전달체계 개선방안이 부재하다는 것이다.⁴⁴⁾ 즉 정부는 정신건강증진을 위한 의료적 대책을 입법이유로 내세우면서 지역사회에서의 정신질환자들의 생존기반이 되는 복지서비스에 대한 대안을 제시하지 않았기 때문에, 사실상 정신질환자들이 지속적으로 병원에 머물 수밖에 없는 환경을 유지시키고 있다는 것이다. 그리고 정신장애인 탈원화와 지역사회복귀정책 추진을 위해 '정신장애인 권리보장과 복지지원에 관한 법률' 제정의 필요성을 주장하였다.⁴⁵⁾

'정신장애인지역사회생존권연대'는 공익인권법재단 공감, 전국장애인부모연대, 전국장애인차별철폐연대, 한국장애인단체총연맹, 한국장애인단체총연합회, 한국정신장애인연대, 한국정신장애인연합, 한국정신장애인자립생활센터, 한국장애인복지학회 등 단체들과 정신보건법바로잡기공동대책위원회를 구성하여 '정신장애인 권리보장과 복지지원에 관한 법률'의 입법운동을 추진하였으며, 이후 공대위를 중심으로 '정신장애인복지지원법추진공동행동(이하 공동행동)'을 결성하여 개정법률이 통과될 때까지 활동을 지속하였다. 2014년 12월 2일 입법토론회를 통하여 제안된 '정신장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률(안)'은 수차례 공청회를 통하여 법안명('정신장애인 복지지원 등에 관한 법률', 의안번호 16215) 등 일부 수정이 이루어졌으며, 마침내 2015년 7월 24일 김춘진 의원 등 13인의 발의로 국회 보건복지상임위원회에 상정되었다.

발의안은 이 법의 제안이유를 '현행 장애인 관련법은 신체적 장애인 위주의 지원과 보호 등

공식출범

44) 정신장애인지역사회생존권연대는 반대성명서에서 정신보건법 전부개정안은 '정신보건법이 가진 정신질환자에 대한 인권침해성 조항, 정신장애인 복지서비스의 사각지대를 형성하는 분절적 정신보건전달체계 그리고 비자발적 입원을 지속시키는 왜곡된 재원조달체계의 문제는 정신보건현장과 학계가 지속적으로 문제를 제기해왔다. 그러나 최근 보건복지부가 입법예고한 정신보건법 전면개정안은 이와 같은 현장과 학계의 의견이 철저히 무시된 채 대부분 의료계의 이해관계만을 고려한 편파적 내용으로 제안되어 있다. 개정안의 주요골자는 정신보건법의 명칭을 정신건강증진법으로 변경하면서, 법적 정신질환의 범주를 축소하고 정신건강증진사업 규정 신설, 전국민 정신질환 조기발견 체계구축, 국립정신건강연구기관 설치 등을 새로운 내용으로 담고 있다. 결국 개정안은 정신질환자의 인권보장 강화, 의료독점 전달체계 개선, 재원조달체계 혁신의 기반 마련 등의 요구가 전체적으로 무시되고 있다.' 고 주장하였다.

45) 이용표·김도희(2016). 마포구 정신장애인 사망사건을 통해본 정신보건법제의 개선방안. 법과정책연구. 제 16집 제1호

을 규정하고 있으며, 정신보건법은 병원 입원과 치료 등 의료적인 부분에 중점을 두고 있어 정신장애인의 사회적 통합을 위한 지원과 권리보호에 큰 도움이 되지 못하고 있는 상황이다. 이에 정신장애인이 기본적인 경제적·문화적 생활을 유지하고 일반국민과 동등한 삶을 살 수 있도록 정신장애인의 특성과 욕구를 반영한 고용·평생교육·지역사회 복귀 등의 복지서비스 지원 방안, 정신장애인복지지원센터 설립 등의 통합적인 지원체계 마련 방안 등을 규정한 법률을 제정하려는 것⁴⁶⁾이라고 설명하고 있다.

정신장애인 복지지원 등에 관한 법률의 주요내용은 (1) 정신장애인의 의사를 최대한 존중하여 정신장애인의 특성 및 복지 욕구에 적합한 체계적인 지원과 효과적인 권리보장에 필요한 사항을 규정함으로써 정신장애인의 사회참여를 촉진하고 정신장애인이 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 하며(안 제1조), (2) 보건복지부장관은 정신장애인의 자립과 사회참여를 촉진하기 위하여 정신장애인지원종합계획을 5년마다 수립하도록 하고(안 제7조), (3) 국가와 지방자치단체는 정신장애인을 위하여 복지서비스 개발, 고용 및 직업훈련 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 소득보장, 지역사회 거주·복귀 지원, 심리·사회적 재활지원 등을 실시하도록 하고(안 제15조부터 제22조까지), (4) 보건복지부장관은 정신장애인에 대한 통합적인 지원체계를 마련하기 위하여 중앙정신장애인복지지원센터를 설치하도록 하고, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 복지서비스 대상자의 심사, 정신장애인의 권리보호 활동, 정신장애인과 그 가족에 대한 상담 등을 담당하는 지역정신장애인복지지원센터를 설치하도록 하며(안 제26조 및 제27조), (5) 국가와 지방자치단체는 정신장애인의 자립과 사회참여를 제고하기 위하여 정신장애인자립생활센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공할 수 있도록 한다(안 제35조)는 것이다.⁴⁷⁾

이 법안은 정신보건법이 지역사회에서 생활하는 정신질환자들에게 제공하는 사회복지서비스로서 사회복지시설만을 규정하고 지역사회정신보건사업이 의료적 지원에 중점을 두고 있었던 것과 비교한다면, 고용 및 직업훈련 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 소득보장, 지역사회 거주·복귀 지원, 심리·사회적 재활지원 등 구체적인 복지지원 내용을 포

46) 이용표·김도희(2016). 마포구 정신장애인 사망사건을 통해본 정신보건법제의 개선방안. 법과정책연구. 제 16집 제1호

47) 앞의 논문

함한다. 이러한 복지지원이 장애인영역, 특히 발달장애인에게 이미 법제화된 서비스라고 본다면 정신보건법 적용대상자들에게 장애인복지법적용을 배제할 수 있도록 한 규정(제15조)이 결과적으로 정신장애를 가진 사람들이 여타 장애인영역에 비하여 얼마나 많은 장애내부의 차별을 받고 있는가하는 것을 잘 드러내고 있었다. 또한 의료법의 특별법인 정신보건법은 정신장애인이 정신의료기관으로부터 퇴원 이후 지역사회에서 생활하는 데에 필요한 주거, 취업, 일상활동 등 각종 복지서비스 지원에 관하여 많은 한계를 가지고 있다는 것이 정신장애인복지지원에관한법률안을 통해 잘 드러나게 되었다.

정신보건법 제정 이후 정책의 흐름은 중앙정신보건사업지원단을 중심으로 한 정신의료집단에 의해 주도되었다. 즉 중앙정신보건사업지원단 구성원의 대부분을 차지하고 있는 정신과전문 의 집단이 정책의제를 설정하고 정신보건법 개정이나 정부 정신보건정책을 이끌어왔다. 다만 2008년 정신보건법 개정은 국가인권위원회의 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 권고에 대응하는 성격이라는 점에서 주도성이 약화되는 계기가 되었지만 국가인권위원회의 권고사항 중 지역사회의 복지서비스 강화는 전혀 반영되지 않았다는 측면에서 본다면 정책의 흐름을 결정하는 주체는 변동이 없었다고 할 수 있다. 그러나 정신건강복지법의 입법과정에서는 그동안 형성되지 않았던 새로운 정책선도집단이 등장하였다. 즉 정신장애인지역사회생존권연대에서 출발하여 '정신장애인 복지지원 등에 관한 법률'의 입법운동을 전개하고 정신건강복지법을 탄생시킨 정신장애인복지지원법추진공동행동이라는 새로운 정책선도집단이 나타났다. 이러한 집단의 등장은 향후 정신건강복지정책의 흐름에서 정신의료집단이 그동안 향유하던 독점적 지위가 변화하였음을 의미한다.

3) 정신건강복지법 입법과정에서의 정치의 흐름

문제의 흐름과 정책의 흐름은 정부의 정신보건법 전부개정안(정신건강증진법안)이 발의될 때까지 결합하지 못하였다. 정신질환자의 입·퇴원 및 치료과정에서의 인권침해의 문제에는 정부의 개정안이 일정 부분 이전보다 강화된 대책을 내놓았지만 지역사회의 복지서비스 강화 요구에는 정부 대안이 부재하였다.

김춘진 의원등이 발의한 ‘정신장애인 복지지원 등에 관한 법률’에 대한 정부의 의견⁴⁸⁾은 (1) 정신장애인의 인권보호를 위해서는 입원중심의 정신장애인 체도를 개선할 필요가 있으며 지역 사회복귀를 위한 복지지원 강화가 필요하다는 점에서 법안의 제정 취지에는 동감하나, (2) 장애의 고착성이 계속적 치료가 필요하여 병원과 지역사회를 넘나드는 보건과 복지의 통합적 접근이 필요하여 치료적 접근과 사회통합을 위한 지원체계를 이원화하는 것은 신중한 검토가 필요하고 (3) 정신보건법에 따른 정신보건센터가 설치운영되고 있어 새로운 전달체계를 구축하는 것은 현실적 어려움이 있으며 동법안의 제정 취지는 정신보건법 관련 규정 보완을 통해 달성 가능할 것으로 판단된다는 것이다.

이와 같은 정부의 의견에 따라 국회 보건복지위원회 법안심사소위원회는 정부의 정신건강증진법안, 김춘진 의원 등 13인이 발한 정신장애인복지지원등에관한법률안, 최동익 의원 등 10인이 발의한 정신보건법 일부개정 법률안 그리고 이명수 의원 등 11인이 발의한 정신보건법 일부개정 법률안 등 4건 법률안을 병합하는 이른바 ‘정신건강증진및정신질환자복지지원등에관한 법률안’을 대안으로 마련하여 2016년 4월 임시국회에서 심의하게 되었다. 이러한 과정을 거쳐 정신건강복지법이 국회를 통과하게 된 정치적 흐름은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 정신보건법상 보호의무자에 의한 입원제도는 위헌법률심사의 대상이 되어 심사중에 있었다. 2015년 6월 서울지방법원은 헌법재판소에 이 조항에 대한 위헌심사를 제청하였으며 2016년 4월 14일 헌법재판소는 공개변론을 진행하였다. 이러한 심사 자체는 정부에 대하여 정신보건법 개정의 큰 압력으로 작용할 수 있는 상황에 있었다. 즉 위헌 결정 이후의 혼란을 최소화하기 위해서는 정부의 선제적 법률 개정이 필요한 상황이었다고 볼 수 있다.

둘째, ‘정신장애인 복지지원 등에 관한 법률’의 발의를 정치적으로 대표하는 의원이 당시 보건복지위원장이었다. 정부로서도 위원장 발의의 법률에 대한 정치적 무게를 감안하여야 하는 상황이었다. 김춘진 위원장은 2008년 정신보건법 개정 당시부터 이 법안에 많은 관심을 지속적으로 표시하였으며 실무를 맡은 보좌진 역시 정신보건법의 문제점에 관한 이해가 높았다.

셋째, 19대 국회 보건복지위원회는 ‘발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률(이하 발달장애인법)’을 심사한 경험을 가지고 있었다. 이는 정신장애인의 복지 강화를 설득하기 좋은 여건

48) 보건복지부 장애인정책과 국회제출자료, 2015년 8월 24일, 정신장애인 복지지원에 관한 법률안 검토

이 되었다고 볼 수 있다.

넷째, 정부측면에서 보면 현 정부의 분위기는 예산이 소요되는 신규 입법을 극도로 자제하는 것이었다. 구체적으로는 보건복지부 관료들은 신법을 추진하는 것은 입법을 포기하고 정치적 상징성만을 남기는 행위로 이해하고 있었다. 이러한 분위기는 장애인정책국에서 정신보건법을 보완을 통해 복지서비스 강화가 달성 가능하다는 의견서를 제출한 핵심적 맥락이었다고 볼 수 있으며 다른 한편으로는 두 법률안이 병합되는 결정적 계기가 되었다.

다섯째, 보건복지부 보건의료정책국 관료들과 공동행동 활동가들의 소신과 적극적인 의회 및 이해관계자에 대한 설득작업이 있었다. 입법활동의 중국적 지점은 심사에 참여하는 의원들과 이해관계가 상반된 단체들에 대한 설득작업이다. 당시 정신건강복지법안은 의료단체들로부터는 진단입원제도나 입원적합성심사제도와 같은 강제입원 통제제도 도입이 졸속적이고 비현실적이라는 비판에 직면하고 있었으며, 일부 정신장애이용호단체로부터는 입퇴원과정의 인권침해적 요소가 여전히 잔존해있다는 비판을 받고 있었다. 이러한 상황에서 보건의료정책국 관료들과 공동행동 활동가들은 보건복지위원회와 법제사법위원회 의원들에 대한 적극적인 설득작업을 통해 정신건강복지법 통과에 주도적 역할을 담당하였다.

4) 입법과정의 평가와 과제

입법과정의 평가는 문제의 흐름, 정책의 흐름, 정치의 흐름이 결합하여 하나의 정책의 창이 열리는 과정에서 관련단체의 역할의 그 의미를 중심으로 논의한다.

첫째, 문제의 흐름에서 국가인권위원회는 중요한 역할을 수행하였다. 국가인권위원회는 2007년-2008년 동안 ‘정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서’ 발간사업을 통하여 국가기관으로서는 최초로 정신보건법제에 대하여 문제를 제기하였다. 그리고 정신보건법제의 개선방향을 입·퇴원 및 치료·재활과정에서 인권보호를 강화하고 지역사회에 기반을 둔 정신보건복지서비스체계의 전환으로 제시하였다. 이러한 국가인권위원회의 입장은 앞서 제시한 바와 같이 입법과정에서 당사자단체나 인권단체들에 의해 그대로 계승되었다. 그러나 정책의 흐름에서 인권 보호를 일부 강화하는 데에는 국가인권위원회의 기여는 있었으나 복지서비스 강화에는 별

다른 영향을 미치지 못했다고 평가된다. 이는 국가보고서의 한계가 아니라 국가인권위원회의 한계라고도 볼 수 있다.

둘째, 정책의 흐름을 결정적으로 변화시킨 것은 정신장애인당사자단체, 인권옹호단체 그리고 장애인단체 등의 연대조직이었다. 정신보건법제가 가진 문제는 국가인권위원회의 국가보고서가 나타나기 전부터 학자들에 의해 제기되고 있었다. 국가보고서에 의한 권고사항이 나온 후에도 정부의 대안은 매우 형식적이고 명목적인 수준에 머무는 것이었다. 실제 강제입원이나 장기입원에 관한 지표는 별다른 변화가 없었다. 정책의 흐름의 변화는 이전 문제의식과 별다른 차별성이 없는 정부의 정신건강증진법 입법예고 이후 결성된 정신장애인지역사회생존권연대가 등장한 이후부터 나타났다. 특히 정신장애인지역사회생존권연대는 입퇴원 및 치료과정의 인권보호 강화라는 이전부터 이어온 정책의제를 넘어 지역사회 생존권, 즉 지역사회 복지서비스 형성을 정책아젠다로 설정하는 데에 성공하였다. 이는 우리나라 정신보건제도 발달사에서 최초로 정신장애인 당사자집단이 활동하고 정책과정에서 성과를 거둔 사례가 될 것이다.

셋째, 정치의 흐름에서 정신보건정책의 역학관계 변화가 나타났다. 그것은 정책의제를 설정하고 정치의 흐름에 영향을 미칠 수 있는 정책혁신가로서 정신장애인당사자단체와 인권옹호집단의 연대조직의 등장이다. 정신보건법 제정 이후 줄곧 정책의제를 설정하고 정치의 흐름에 영향을 미치는 집단은 정신의료집단이었다. 그러나 정신보건법의 명칭이 정신건강복지법으로 개정된 것에서도 시사하는 바와 같이 복지문제를 지속적으로 정책의제로 설정할 수 있는 정책혁신가가 등장하였다. 이는 향후 정신건강복지정책의 흐름에서 정신의료집단이 그동안 향유하던 독점적 지위가 변화하였음을 의미한다.

입법과정은 중요한 정책과제를 남기고 있다. 정신건강증진법과 정신장애인복지서비스지원에 관한 법률에 대한 국회 보건복지위원회 대안의 형성과정에서 정신건강증진 및 ‘정신장애인’ 복지서비스지원에 관한 법률로 통합할지 개정법처럼 ‘정신질환자’로 할지에 대한 논란이 되었다. 당사자단체들이 정신질환자라는 용어에 동의한 이유는 사회복지시설을 이용하는 정신질환자 중 정신장애로 등록하지 않은 사람들이 시설이용자격을 박탈 당하지 않을까 하는 우려가 컸기 때문이다. 그러나 개정법안의 경우 법의 적용대상을 정신질환자로 규정함으로써 지속적으로 보건 의료정책의 범주에서 복지서비스가 다루어질 수밖에 없는 한계를 여전히 내포하고 있다. 결국

법명칭상의 ‘정신질환자’를 ‘정신장애인’으로 개정해야 하는 것이 중요한 정책과제가 되고 있다. 왜냐하면 법안명칭이 개정되어야만 발달장애인법처럼 정신건강복지법을 장애인복지법의 특별법이라는 법률체계상 위치를 명확히 함으로써 전반적인 장애인복지의 발전과정에서 소외되지 않을 수 있는 토대를 마련할 수 있다고 보기 때문이다.

Ⅲ. 타법과의 비교를 통한 정신건강복지법 복지지원 관련조항의 평가와 과제

법의 적용대상

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
적용대상	-(정신질환자)망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람	(정신질환자) 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자	(정신장애인) 정신질환으로 인한 장애를 가진 자로서 이러한 정신적 장애로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자 -(장애인복지법 시행규칙 별표1.) 정신질환은 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애 등	장애인복지법상 지적장애인, 자폐성장애인

장애인복지법에서 ‘정신장애인’은 정신질환으로 인한 장애로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말하는데, 여기서의 정신질환은 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애 등을 의미한다(장애인복지법 시행규칙 별표1). 새로 개정된 정신건강복지법은 정신질환자를 망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데에 중대한 제약이 있는 사람이라고 규정한다. 정신질환의 증상적 기준에 따를 때 장애인복지법과 정신건강복지법의 정신장애인과 정신질환자 정의는 유사하다. 다만 장애인복지법이 일상생활이나 사회생활의 제약을 모두 포괄하고 있는 반면, 정신건강복지법은 일상생활의 제약만을 규정하고 있다. 일상생활의 장애는 일반적으로 독립적 의식주문제 처리 및 자기관리와 관련된 기능적·수단적 측면에 초점을 둔 개념이고 사회생활의 장애는 관계

의 형성 및 유지능력에 초점을 둔 개념이라고 본다면, 반복성 우울로 사람들을 피해 집안에서만 생활하지만 기본적 의식주문제를 해결하고 있는 사람은 장애인복지법상 정신장애인이지만 정신건강복지법의 정신질환자 범주에는 속하지 않을 수 있다. 이 경우 정신질환자 중 일상생활이나 사회생활의 상당한 제약이 있는 사람을 장애인으로 특별히 보호한다는 사회적 상식과 어긋나는 문제가 발생한다. 또한 일상생활이라는 개념 해석의 문제일 수 있지만 정신건강복지법의 정신질환자 개념은 과도하게 축소하게 되면 개정법이 규정하고 있는 서비스 수급자격과 관련하여 서비스마다 시행령에서 다르게 규정함으로써 체계의 혼돈을 가져올 수 있다. 그리고 기존 장애인복지체계와 정신건강복지체계의 서비스 및 급여 자격기준을 명확히 하기 위해서는 장애인복지법의 정신장애인 개념과의 관계 정립이 중요한 정책과제가 된다.

2. 정책추진체계

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
정 책 추 진 체 계	(종합계획) -정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 기본계획 수립(5년) (지원단) 중앙정신건강복지사업지원단(복지부소속) 지방정신건강복지지원단(시·도소속) (위원회) 광역정신건강심의위원회(시·도소속) 기초정신건강심의위원회(시군구소속) 입원적합성심사위원회(국립정신병원 등) (실태조사, 3년주기) -지역보건의료계획과 연계	(종합계획) 국가정신보건사업계획 수립(5년) (위원회) 중앙정신보건심의위원회(복지부소속) 광역정신보건심의위원회(시·도소속) 기초정신보건심의위원회(시군구소속) (실태조사, 5년주기)	(종합계획) 장애인정책종합계획 수립(5년) (위원회) 장애인정책조정위원회(총리소속) 장애인정책조정실무위원회(복지부소속) 지방장애인복지위원회(지자체) (실태조사, 3년주기)	(실태조사, 3년주기) -장애인실태 조사와 함께 실시 가능

정신건강복지법의 정책추진체계는 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 기본계획을 5년 단위로 수립하도록 하고 있으며, 사업추진을 위해 복지부에 중앙정신건강복지사업지원단을 두고 광역단위에서 지방정신건강복지지원단을 두고 있다. 위원회조직으로는 퇴원청구 및 심사와 관련하여 광역 및 기초정신건강심의위원회가 설치되고, 입원과 관련하여 국립정신병원 등에 입원적합성심사위원회를 두도록 하고 있다.

정책추진체계와 관련한 중요한 과제는 지원단이나 위원회의 구성문제이다. 이 문제는 정신보건법이나 정신건강복지법의 기본적 성격과 관련된다. 정신보건법이나 정신건강복지법은 정신질환자의 입원, 치료 그리고 퇴원 전과정에 걸친 정신과전문의의 권한을 통제하기 위한 법이다. 단순한 치료목적을 위해 강제입원을 강요하지 못하도록 하고, 퇴원을 원하는 환자의 퇴원을 막을 때는 합리적인 근거와 절차에 따르도록 하며, 치료내용 및 과정에서도 인권 침해를 방지하고자하는 법이 정신보건법이나 정신건강복지법이다. 그리고 경제적 이해관계 측면에서본다면 사회복지나 지역사회 복지서비스는 의료기관이나 의사의 이해관계에 반하는 측면이 분명히 존재한다. 실제 1995년 정신보건법 제정 이후 여러 차례의 법 개정과정에서 의료기관이나 단체는 정신질환자의 복지 증진을 위한 법개정에 무관심한 태도를 견지해왔다. 법이 규율하는 내용과 정신의료집단의 상반된 이해관계에도 불구하고 법의 목적 및 이념을 추진하기 위한 지원단이나 위원회의 위원구성은 의사자격소지자가 대다수이다.⁴⁹⁾ 즉 법에 의한 통제를 받을 대상이 대부분 정책을 결정해왔다. 시행령 작업에서 정신건강복지사업지원단이나 정신건강심의위원 구성의 전면적인 개혁은 개정법의 취지를 살리기 위해 반드시 이루어져야 한다.

그리고 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 기본계획에서 정신질환자 탈원화를 위한 구체적인 목표와 추진계획이 시행령에 포함되어야 한다. 정부는 정신건강증진법안 제안과정에서 사회복지라는 용어의 삭제가 탈원화의 포기가 아니라고 주장하였다. 이 주장이 설득력을 얻기 위해서는 제7조의 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 기본계획의 내용에 탈원화계획을 시행령에 추가하고 명확한 목표를 제시해야한다.

49) 서울특별시의회연구보고서(2012)에 따르면 2012년 현재 서울시정신보건심의위원회 전체위원을 직업별로 구분하면 14명 중 6명이 의사로 가장 많고, 변호사명, 간호사 1명, 사회복지사 1명 등으로 구성되어 있다. 당사자, 가족, 인권옹호단체, 지역사회서비스제공기관, 주거정책 전문가 등의 참여는 확인하기 어렵다. 그리고서울시 정신보건사업지원단은 전체 위원 13명 중 9명이 의사로 구성되어있다.

3. 서비스신청

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
서비스신청 및 선정	서비스 신청과 관련된 규정은 없음 복지서비스 신청 관련 사항은 사회복지사업법에서 일반적으로 규정(지자체로 신청→복지 요구 조사→제공 서비스의 결정→제공 계획 수립)	서비스 신청과 관련된 규정은 없음 복지서비스 신청 관련 사항은 사회복지사업법에서 일반적으로 규정(지자체로 신청→복지 요구 조사→제공 서비스의 결정→제공 계획 수립)	장애인 등록 신청(지자체)→국민연금공단 심사→지자체 통보→대상자 확정 및 등록증 발급 자녀교육비, 장애수당 등의 현금급여의 신청에 관한 사항 규정 서비스 신청과 관련된 규정은 없음 복지서비스 신청 관련 사항은 사회복지사업법에서 일반적으로 규정(지자체로 신청→복지 요구 조사→제공 서비스의 결정→제공 계획 수립)	서비스 신청(지자체)→개인별지원 계획 수립 신청(선택사항)→지역 발달장애인지원 센터에 계획 수립 의뢰→지자체 승인 서비스제공기관에 통보 및 연계

발달장애인법은 서비스신청에 관한 규정을 가지고 있다. 반면 개정법을 물론 기존 정신보건법, 장애인복지법에는 서비스신청에 관한 규정이 존재하지 않는다. 선발국의 사례에서 보듯이 장애인복지의 중국지점에서 국가가 보호해야하는 장애인은 발달장애인과 정신장애인이다. 발달장애인법에서 서비스신청제도를 둬으로써 지역사회에 거주하고 있는 전체 발달장애인을 등록하게 하여 생애주기별로 생활에 필요한 서비스, 즉 주거, 교육, 취업, 여가활동에 관한 다양한 서비스에 관한 개별계획을 수립하고 서비스제공기관에 연결관리할 수 있는 체계가 수립되었다. 향후 정신장애인 영역에서 서비스신청에 관한 규정을 마련하는 것은 정신장애인 사회서비스발전에 가장 중요한 과제 중 하나로 등장한 것으로 볼 수 있다.

4. 서비스 및 급여

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
서비스 및 급여	-고용 및 직업 재활, 평생교육, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원, 가족에 대한 정보제공 과 교육	직업지도, 경제적 부담의 경감 등을 위해 노력 -지역사회정신보건사업 : 정신보건시설간 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리	고용 및 직업훈련, 교육, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 소득보장 제도 개선 노력 지원 재활 및 자립지원, 의료비 지원, 산후조리도우미, 자녀교육비, 자동차 지원, 보조건 보급, 자금대여, 생업 지원, 자립훈련비, 생상품 구매·인증, 고용촉진, 공공시설 우선이용, 장애수당, 장애아동수당, 활동지원급여, 장애동료간 상담 등	고용 및 직업훈련지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육 활동 지원, 소득보장 제도 개선 노력, 거주시설·주간활동·돌봄 지원 등 성년후견제 이용지원, 의사소통지원, 정밀진단비용 지원, 재활 치료 및 발달재활서비스 지원, 보호자 정보제공, 교육, 보호자 상담지원, 휴식지원

서비스 및 급여에 관한 규정을 살펴보면 기존 정신보건법의 ‘직업지도, 경제적 부담의 경감 등을 위해 노력’라는 명목적이고 빈약한 서비스 및 급여관련 조항에 비교할 때 조금의 진전이 있었다. 그러나 평생교육을 제외하고 나면 직접적인 국가지원의 근거가 결여되어 있으며, 발달장애인법과 비교할 때는 성년후견제 이용지원, 의사소통지원, 정밀진단비용 지원, 재활치료 및 발달재활서비스 지원, 보호자 상담지원, 휴식지원 등의 규정이 결여되어 있다. 따라서 정신보건법에서 정신건강복지법으로의 개정이 실제적으로 정신장애를 가진 당사자에게 도움이 되려면 발달장애인법과 같은 구체적이고 다양한 서비스 및 급여 근거조항의 마련이 중요한 정책적 과제가 아닐 수 없다.

5. 지원센터

정신건강복지법은 정신보건센터의 명칭을 정신건강복지센터로 개정하였다. 실제 정부안에서는 정신보건센터를 정신건강증진센터로 개정하려하였으나 법안의 병합과정에서 정신건강복지센터로 개정되었다. 개정법의 규정 자체로는 기존의 정신보건센터 기능을 함축적으로 표현하고

있을 뿐 차이를 발견하기 어렵다. 실제 센터 명칭에 복지가 포함됨으로써 기대되는 기능의 변화는 정신건강복지센터의 설치운영에 관한 시행령에서 다루어질 수밖에 없다. 여기에서도 발달장애인은 중요한 표준을 제공한다. 시행령에서는 적어도 광역센터에서 복지서비스 연구 및 개발, 인식개선, 인권모니터링 등의 기능이 포함된 필요가 있으며, 기초센터 수준에서는 개인별 지원계획 수립, 정보제공 및 연계, 주거지원, 교육지원, 사회서비스지원, 권리옹호, 옹호 및 지지단체 육성, 후견지원 등이 포함되어야 최소한의 개정으로 인한 변화가 나타날 수 있다.

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
지 원 센 터	<p>정신건강복지센터 : 정신건강증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하기 위해 광역 및 시군구단위로 설치운영 (정신건강에 관한 전문성이 있는 단체·기관에 위탁가능)</p>	<p>정신보건센터 : 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시 (보건소 또는 국공립정신의료기관에 설치하거나 정신보건시설, 학교, 법인 등에 위탁 가능)</p>	<p>별도 규정 없음 사회복지사업법은 욕구조사, 보호대상자별 서비스 계획 수립 등을 지자체가 하도록 하고 있음</p>	<p>중앙발달장애인지원센터(복지부) -연구, 복지정보 디비 구축, 서비스 지침 마련 및 교육, 인식개선 홍보, 프로그램 개발, 모니터링 권리구제, 후견인 추천 등 지역발달장애인지원센터(지자체) -개인별 지원계획 수립, 정보 제공 연계, 교육지원, 홍보, 상담지원, 보호자 감독, 후견인 감독 지원 및 후견업무 지원, 권리구제 동료상담을 위해 발달장애인 채용</p>

정신건강복지법은 정신건강복지센터를 정신건강에 관한 전문성이 있는 단체·기관에 위탁할 수 있도록 하고 있다. 이러한 규정은 향후 센터 기능으로 서비스신청권을 부여하는 데에 장애요소가 될 수 있다. 그리고 현재까지의 정신보건센터 위탁정책은 정신질환자를 지역사회에서 보호하려는 정책을 왜곡시킨다는 것을 충분히 실증되었다고 본다. 적어도 정신의료기관이나 정

신의료기관을 운영하는 법인은 위탁대상에서 제외되어야 한다. 따라서 정신건강에 관한 전문성을 갖추고 있으면서 정신병상을 운영하는 주체를 어떻게 형성할 수 있는가 하는 문제가 중요한 정책과제가 된다. 만약 그러한 주체를 형성할 수 없다면 개정은 중요한 정책과제가 된다.

6. 시설

정신건강복지법은 사회복지시설의 명칭을 정신재활시설로 개정하였다. 최초의 정부 정신건강증진법안에서 제1조(목적)에서 사회복지라는 용어를 삭제하면서 동시에 시설명칭도 변경하는 안이 제안되었다. 당시 정부가 정신질환자 탈원화라는 정책목표를 스스로 포기했다는 의미로 받아들여져 비판의 대상이 되었다. 정신재활(Psychiatric Rehabilitation)은 정신건강분야에서 기존의 증상관리 중심의 의료패러다임을 비판하고 기능력 향상과 자원연계를 강조하는 패러다임을 의미한다. 즉 정신질환을 가진 사람이 지역사회에서 살기 어려운 이유는 증상 때문이 아니라 생활에 필요한 사회기술이 부족하기 때문이라는 것이 패러다임의 골자이다. 따라서 이 패러다임은 사회기술의 향상과 자원연계를 통해 지역사회생활을 유지하는 것을 지원하고자 한다. 기왕에 개정된 바에는 이러한 용어의 의미가 정책에 적절하게 반영되기를 기대해본다.

	정신건강복지법	정신보건법	장애인복지법	발달장애인법
시설	국공립정신병원 정신요양시설 정신의료기관 정신재활시설 -생활시설 -재활훈련시설	국공립정신병원 정신요양시설 정신의료기관 사회복지시설 -정신질환자생활시설 -정신질환자지역사회재활시설 -정신질환자직업재활시설 -중독자재활시설 -정신질환자생산물판매시설 -정신질환자종합시설	의료재활시설 거주시설 지역사회재활시설, 직업재활시설, 중증장애인자립생활지원센터 생산물 판매시설	

정신재활시설은 생활시설과 재활훈련시설로 분류되고 있다. 이러한 분류는 생활시설이 아니면 모두 재활훈련을 위한 시설로 간주한다는 의미를 내포한다. 그러나 현실에서 직업재활시설은 훈련의 기능에 그치는 것이 아니라 임금을 받아 생활을 유지하는 기능을 수행한다. 재활시설로 명칭을 부여하고 훈련을 주목적으로 하는 시설은 세분류를 하는 것이 개념상 더욱 명확했을 것이다. 결국 시행령작업에서 해결해야 할 많은 과제들이 등장한다.

여기서 기존의 시설들을 생활시설과 재활훈련시설의 틀로 재배치하는 시행령 작업에서 고려되어야 하는 과제를 제시하면 다음과 같다. 첫째, 기존 정신보건체계에서 필수적인 시설이지만 그동안 체계 내에 존재하지 않았던 '위기쉼터'가 새로운 시설로 포함되어야 한다. 지금까지 정신의료기관 응급실 활용논리에 위기쉼터 설치 정책의제로 설정되는 장애요인이 되었다. 그러나 응급실이 단기간 위기상황에서 적절한 보호를 제공하고 지역사회로 복귀하는 기능을 수행할 수 있다고 보기에 정신의료집단이 신뢰를 상실한 것이 현실이다. 둘째, 퇴원한 정신질환자가 주거를 마련하여 지역사회에 정착하는 초기과정을 지원하는 지역사회전환지원센터의 설치근거가 마련되어야 한다. 선발국가들의 지역사회보호(community care) 정책은 우선적으로 가정집과 유사한 거주장소를 제공하고 주거생활을 지원하는 Housing First 정책으로 나아가고 있다. 시설을 공급하기보다 거주장소와 주거생활지원서비스를 제공하는 지역사회전환지원센터가 새로운 시설개념에 도입될 필요가 있다. 셋째, 행정관행상 일반 장애인복지체계에서 설치를 거부하고 있는 정신질환자 자립생활센터 설치근거 마련되어야 한다. 넷째, 공동생활가정은 장애인복지체계와 상이한 정신건강복지체계에서 존립이 힘든 시설이다. 장애인복지체계에서는 기존 거주시설을 중심으로 공동생활가정이 운영되기 때문에 관리운영이 가능하다. 그러나 정신건강복지체계는 정신의료기관이나 정신요양시설을 중심으로 관리운영되는 체계가 아니다. 공동생활가정을 유지하기 위해서는 공동생활가정을 관리하는 공동생활가정지원센터를 설치하거나 지역사회전환지원센터 기능을 이 영역까지 확대할 필요가 있다고 본다.

IV. 결론

이 글은 먼저 정신건강복지법의 입법과정에 관한 평가를 통해 정신장애인당사자단체와 인권

옹호단체의 연대조직이라는 새로운 정신건강복지정책 주도집단 등장의 의미를 살펴보았다. 그리고 입법과정의 과제로 여전히 정신건강복지법이 보건의료정책의 영향에 있다는 문제를 제시하고 향후 정책과제로 제시하였다. 그리고 정신건강복지법의 내용을 법 적용대상, 정책추진체계, 서비스신청, 서비스 및 급여, 지원센터, 시설 등으로 나누어 평가하고 과제를 제시하였다.

전체적으로 정신건강복지법을 평가한다면 여전히 입·퇴원 및 치료·재활과정에서의 인권보호 강화와 지역사회에 기반을 둔 정신보건복지서비스체계로의 전환은 미완의 과제이다. UN장애인권리협약을 중심으로 살펴본다면 향후 해결해야할 과제들이 산적하며, 발달장애인법과 비교할 때도 많은 개정작업이 필요하다. 그래도 희망적인 것은 정신건강복지법제가 기존의 정신의료집단의 정책에서의 독점적 지위에 변화가 나타났으며, 새로운 정책주체로서 정신장애인 당사자단체가 등장한 것이다. 그리고 정신보건법에서 정신건강복지법으로의 범명칭 개정을 통해 지금이 비어있을지라도 미래 정신장애인 복지서비스를 담을 그릇을 마련한 것도 중요한 성과라고 하겠다.

참고문헌

- 박경수 · 이용표 · 장혜경 · 노수희(2012). 장기재원 정신장애인의 당사자 관점에서의 탈원화 실태 조사. 서울특별시
- 보건복지부(2011). 2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서
- 보건복지부 장애인정책과 국회제출자료, 2015년 8월 24일, 정신장애인 복지지원에 관한 법률안 검토
- 신권철 등(2014). 정신보건법상 입·퇴원제도 개선방안. 보건복지부
- 이동규·양고운(2013). 다중흐름모형을 적용한 정책과정 연구 : 소말리아 피랍행위에 대한 정부의 대응변화를 중심으로. 한국위기관리논집 제9권 제9호: 121-144
- 이동규 · 우창빈 · 강민규(2015). 다중흐름모형을 적용한 정책과정 연구 : 게임물등급위원회의 설립 · 폐지부터 게임물관리위원회로의 신설까지의 입법과정을 중심으로. GRI연구논총 제17권 제1호: 71-105
- 임다화·권기현(2015). 정책결정에 있어서 Kingdon의 다중흐름모형의 실증적 접근: 한국의 대외 원조 정책을 중심으로. 한국정책학회보 제24권 1호: 201-224
- 정신장애인권 국가보고서 실무추진단(2008). 정신장애인 인권상황 국가보고서 사업. 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임 변화. 인권위원회 토론회 자료집: 245-255
- 이용표 · 김도희(2012). 마포구 정신장애인 사망사건을 통해본 정신보건법제의 개선방안. 법과 정책연구. 제16집 제1호
- 이용표 · 최영광 · 김현민 · 노수희 · 이유경(2012), 「지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설과 고용을 위한 장애인 정책 연구」, 서울특별시의회.
- 정우철·우창빈(2015). 다중흐름모형을 활용한 정책과정 분석 : 치매특별등급제도의 정책변동과정에 대한 분석. 한국정책학회보 제24권 3호: 437-469
- 조윤화 · 이용표 · 권오용 · 이선화 · 이의정 · 강경희 · 노수희, 「정신장애인 지역사회통합 지원방안 연구」, 한국장애인개발원, 2014

하지선, 「정신보건센터 사례관리실천의 조직화에 관한 제도적 문화기술지」, 가톨릭대 박사학위
논문, 2016. 4면

한국사회복지시설협회 편, 「정신보건의 이해와 실천패러다임」, 이엠커뮤니티, 2006. 56면

Kingdon, Jonn W.(1995). Agendas, Alternatives and Public Policies. 2nd ed.
New York: Happer Collins Publisher.

Zahariadis, Nikolaos. 2007. The Multiple Streams Framework: Structure,
Limitation, Prospects. Paul A. Sabatier, ed. Theories of the Policy Process.
2nd ed. Boulder, co: Westview Press.



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

토론

「정신보건법」 개정안 요약

보건복지부 정신건강정책과



정신보건법 개정안 주요내용



1. 법안 추진경과

- **정신보건법 전부개정안**(정부입법, '14.1월)
- **정신보건법 일부개정안**(최동익의원, '14.9월, 이명수의원, '15.5월)
- **정신장애인 복지지원에 관한 법률안**(김춘진의원, '15.7월) **병합심의**
⇒ 상임위 대안 의결(4.29, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(제명 변경)), 본회의 통과(5.19)

2. 법안 주요내용

□ 정신질환자 개념 축소

- 정신질환자 범위를 독립적인 일상생활을 하는 데 중대한 제약이 있는 사람으로 축소 정의

□ 정신건강증진사업의 규정

- 일반국민 대상의 성별?생애주기별 정신건강 서비스 제공 근거 마련

□ 복지서비스 근거 마련

- 중증정신질환자와 가족에 대한 복지서비스 지원근거 마련

2. 법안 주요내용

□ 입?퇴원 제도 개선

- (동의입원제도 신설) 본인신청과 보호자 동의로 입원, 퇴원 신청 시 정신과 전문의 진단으로 72시간까지 제한 가능
- (보호의무자에 의한 입원제도 개선) 입원요건 강화*, 치료입원 전 2주간 진단입원 제도 도입, 계속입원 심사 주기 단축(6개월 ? 3개월)
 - 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 전문의 2명 이상(이중 1명은 복지부 장관 지정 정신의료기관 소속)의 일치된 소견으로 입원치료 필요성 및 자해 또는 타해 위험이 있을 것
- (시장?군수?구청장에 의한 입원제도 보완) 시장?군수?구청장을 보호의무자로 하는 규정을 삭제, 경찰관이 전문의 또는 정신보건전문요원에게 행정입원 신청을 요청할 수 있도록 규정
- (입원적합성 심사위원회 구성?운영) 비자의 입원은 3일내 입원 사실을 신고 → 국립병원 및 대통령령이 정하는 기관에 설치한 입원적합성 심사위원회가 입원 필요성을 서면 또는 대면 심사

3. 기대효과

- 정신질환자 개념 축소로 정신병력이 있는 경증환자의 사회적 차별 감소 기대
- 동의입원제도 도입, 보호의무자에 의한 입원 및 행정입원제도 개선, 입원적합성 심사제도 도입 등으로 비자의입원으로 인한 인권 침해 가능성 축소
- “정신건강 증진의 장” 신설로 정신질환자 치료·보호 뿐 아니라 일반 국민의 정신건강 증진 및 정신질환 예방·조기개입 기대

[참고]

비자의 입원제도 주요 변경 내용

보호의무자에 의한 입원제도 개선

구분	현행(제 24조)	대안(제 43조)
입원요건	입원치료가 필요한 정신질환 또는(or) 자?타해 위험	입원치료가 필요한 정신질환 및(and) 자?타해 위험
입원절차	보호의무자 2인의 동의 + 정신과전문의 1인 진단 ⇒ 6개월 간 입원	보호의무자 2인의 신청 (보호의무자 순서 변경 후견인)부양의무자 순) + 정신과전문의 권고 ⇒ 2주 간 진단입원 ⇒ 소속이 다른 정신과 전문의 2인이 치료입원이 필요하다고 진단 시 입원(치료입원) 확정 ⇒ 3개월 간 입원가능(최초입원일 기준)
입원 적합성 심사	없음	3일 이내 입원사실 신고 ⇒최초 입원일부터 1개월 내 입원적합여부 판단* ※ 국립정신병원 등에 입원적합성심사위원회 설치 ※ 입원적합성 심사는 행정입원에도 공통적용 사항
계속입원 심사	정신과전문의 1인 판단 + 보호의무자의 동의 ⇒ 6개월마다 계속입원 심사	소속이 다른 정신과전문의 2인 판단 + 보호의무자 2명 이상 동의 ⇒ 3개월*마다 계속입원 심사 * 2회 실시 후 6개월마다 심사

(현행) 자의입원?보호입원 및 (신설) 동의입원 비교

입원명칭	자의입원(제 23조)	보호입원(제 24조)	동의입원 (신설, 제 42조)
입원유형	자발적	비자발적	자발적
내용	입·퇴원 자유 (일반적 입원과 同)	입·퇴원 모두 제한	입원 자유·퇴원 제한 가능(72시간)
입원요건	정신질환	입원 필요한 정신질환 또는 자 타해 위험	정신질환
보호의무자 동의	필요 없음	원칙 2인 동의	수 제한 없음(1인 동의 가능)
입원연장	1년마다 퇴원의사 확인 외에 없음	6개월마다 계속 입원 심사	2개월마다 퇴원의사 확인
설명 및 권리고지	없음	입원사유 등 통보	72시간 퇴원제한 설명 및 퇴원 제한 시 권리고지

행정입원제도 개선

구분	현행	개정안
보호의무자의 범위에 시장·군수·구청장 포함 여부	보호의무자에 의한 입원의 한 종류로 시장, 군수, 구청장이 보호의무자가 되는 경우를 규정	시장, 군수, 구청장이 보호의무자가 되는 규정을 삭제
행정입원 신청권자	정신과전문의 또는 정신보건전문요원	정신과전문의 또는 정신보건전문요원 + 경찰관이 신청권자에게 신청을 해 줄 것을 요청 가능
행정입원 기간 (안 제 44조 및 제 62조)	최장 6개월(최초 3개월, 1회 연장 3개월) 2주 진단입원 + 3개월 + 3개월(1회)	최초 치료 입원 기간을 6개월로 연장, 계속 입원 2주 진단입원 → 3개월 + 3개월 + 6개월(계속) * 입원사실 신고(입원일부터 3일내) 및 입원적합성 심사(입원한 날부터 1개월)
행정입원 결정권자 (안 제 44조)	시장·군수·구청장	시장·군수·구청장



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

토론

「정신건강복지법」에 대한 의견
(당사자 입장에서)

한국정신장애인연대, 정신장애와인권 '파도손' 이 정 하 대표



「정신건강복지법」에 대한 의견 (당사자 입장에서)

한국정신장애인연대, 정신장애와인권 ‘파도손’ 이정하 대표

들어가며

앞서 발제문의 내용을 면밀히 읽어보았고 검토하며 개정정신보건법의 조항이 상세하게 설명되었기에 이장에서는 구체적인 조항은 논하지 않고 핵심사항만 논하고자 합니다. 먼저 저는 총11번의 입원 중 3번의 자의입원 일반내과병동과 8번의 폐쇄병동 강제입원을 겪은 강제입원 피해당사자로서 깊은 트라우마로 인해 지금현재도 고통을 겪고 있습니다. 이에 법안의 명칭이 “정신건강복지법”으로 불러지는 것에 동의하지 못하여 개정정신보건법으로 전개하겠습니다. 개정안에 복지의 내용이 신설된 것은 긍정적인 부분이라 할 수 있습니다. 그러나 정신보건법의 가지고 있는 사회적 병폐의 양상을 온몸으로 겪고 살아온 피해당사자의 입장에서 정신건강을 망쳐온 정신보건법의 인권박탈요소를 그대로 유지한 개정안에 동의하지 못하며, 정신질환자라는 인권침해적 명칭이 불러온 차별과 편견속에서 법안 명칭이 오히려 편견을 조장한다는 측면을 강조하고 싶습니다. 더불어 정신질환자를 ‘독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람’이라는 정의 또한 경증이었다가도 얼마든지 중증이되기도 하고, 경증과 중증을 넘나드는 정신장애인의 특징을 간과하고 정의자체가 지독한 편견속에 나온 것 아닌가 싶습니다. 중증의 일상생활이 불편할지라도 정신장애인은 의사소통이 가능한 사람들임을 간과하고 있습니다. 정신장애인 당사자로서 개정 정신보건법에 대한 몇가지 핵심 사안을 짚어보겠습니다.

당사자가 보는「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

1. 인본주의 실종.

‘정신질환자’로 표현된 정신건강에 문제가 생긴 사람은 전적인 객체로서 본인의 의사와 선호가 무시되는 정신과 의료와 보건 복지서비스의 대상으로 국가가 기획한 시설들(정신병원, 요양원, 사회복귀시설, 재활시설)에 배치되어 살아가야 하는 구상이 정신보건법이 만들어내는 황당한 현실

2. 개정 정신보건법의 법률안은 법률안을 볼 줄 아는 당사자가 판단하면 처음부터 중범죄자 취급을 하고 있다.

3. 의료 서비스 주체인 병원과 소비자인 환자의 관계가 철저한 주인과 노예의 구조

4. 사회적 합의가 없었고, 당사자 단체들의 극렬한 반대에 불구하고 직접적용 대상자인 당사자를 배제하고 대상으로만 보는 사물논리의 법

5. 선언적 복지의 내용으로 장애인복지법에서의 배제조항을 존치시키는 또 다른 차별.

6. 기존의 정신보건법에 성찰은 없고 정신의료 집단의 이해관계와 사회복지계의 이해관계가 만들어낸 기형적 법안으로 천문학적 세금이 투입이 되면서도 정작 정신장애인 당사자의 삶과 회복 지역사회 통합에 대한 구체성이 없다.

7. 법안이 시행이 되면 각기의 시스템적 모순이 복잡해 지므로 실제적 현실의 기능이 작용하게 되어 사회전반에서 정신보건법이 일으킨 보이지 않는 인간성 파괴에 대한 고찰이 없는 것.

8. 철저한 정치적 논리와 사업과 대상으로써의 설정으로 강제입원이 줄어든다 하더라도 다른 양상으로 피해자가 계속해서 양산 되는 지능화된 강제입원의 조항증가.

9. 전면개정안이 통과되면서 더욱더 반인권적 악법인 정신보건법을 폐지하기 어렵게 되었다는 것. 이것이 전체 피해당사자들을 절망하게 한다는 것.
10. 허울뿐인 인권을 내세우면서 본질은 정신의료 권력의 수익구조 확대, 사회복지계의 시설증가. 당사자의 자기결정권 박탈은 더욱 다양성화 됨.
11. 선언적 복지의 내용으로 협조하고, 관계된 당사자들이나 일부의 복지서비스(?)가 제공되면서 당사자간의 갈라치기와 분열.
12. 법안의 진행과정에서 보여진 당사지들에 대한 인격무시와 물건과도 같은 취급. 핵심키워드를 쥐고선 카르텔을 형성하여 "너희들의 주인은 우리가. 찌그러져서 주는 먹이나 먹어라"식의 지독한 자본주의적 물신의 태도와 정신병원의 행태와 다를바 없는 대규모 폭력행사. 이로 인한 심각한 건강의 손실. 생명에 대한 위협.
13. 법안 명칭이 바뀜으로써 그 내용적 모순을 감추며 위장한 법안의 제목 판단력 흐림

정신보건법의 본질

정신보건법의 줄기는 강제입원조항과 장기입원조항을 기둥으로 한다. 이것이 정신보건법의 기본 메커니즘이다. 미사여구로 치장되고 정상적 단어의 나열을 해석하며 조항을 문장으로 읽는 것은 말장난이다. 법은 현실이고 현실은 법으로써 돌아간다. 그렇기에 법률은 현실의 사회적 맥락을 해석해야 한다. 만민에게 영향을 끼치는 법은 선택적으로 취사되고 강화되거나 사회구성원의 필요에 의해서 쓰여 진다. 몇 개의 핵심조항이 있고 나머지는 줄기다. 조항은 카르텔을 형성한다. 이것이 핵심이다. 정신보건법의 그 취지와 반대로 가족공동체를 해체시킨다. 어떤 개인에게 개인의 신체자유를 구속할 수 있는 키를 주어졌다. 의사는 이해관계가 있는 개인이다. 이러한 방식의 법률구조는 각 개인들의 힘의 역학관계로 뻗어나간다. 집단내 에서 제일 약한 곳에서 모순이 응집됐을 때 터진(번아웃 등)구성원,그 제일 약한 모순의 응집체가 터졌을 때 겨냥한다. 그리고 모순의 원인이 일으킨 결과를 뒤집어 쓴다, 책임전가.책임회피로

사용된다. 반복생산 되면서 착취는 광범위해진다. 빠르게 공동체가 비인간화되고 무너진다. 한 개인의 신체의 자유 구속은 인생 자체를 전멸시킨다. 조항은 총알이며 무기다. 이는 날라 가서 박히는 그 대상을 제거한다. 이러한 구조는 의료가 아니다. "사회구성원 축출"법이다. 낙인과 누명이 자동으로 장착되고 의도를 가진 개인은 "축출"을 통해 이득을 취한다. 이 구조를 견고 하기 위해 언론플레이가 이어진다. 위험한 인물로 세뇌하는 것은 정신보건법이 정신장애인의 편견과 혐오를 조장하는 가장 큰 원인이다. 사회가 양극화되면서 나타나는 극도의 불평등에서 발생하는 여러 강력사건들이 정신장애와 만나면 거기서 모든 논의는 끝난다. 그렇게 결론내림으로써 사회적 책임과 문제해결에 대한 회피가 반복됨으로써 우리사회는 수습하기 어려운 경지로 병이 들었다. 이 법이 사냥을 하고 다니는 사람은 이 사회에 해를 끼치는 사람들이 아니라 대다수가 사회구조적 모순의 피해자들 이란것이바로 이 사회가 뺏속까지 병든 중요한 핵심이다. 사회안전망 이라는 미명아래 사회가 안전해 졌는가?

[방아쇠효과]

어떤 여성이 성폭력을 겪고 가해자를 고발하지 못하면서 심각한 심리적 충격 속에서 깊은 우울증에 빠진다. 여성은 자살시도를 하였고 가족에 의해 발견되어 극적으로 살아난다. 119가 출동했고 응급조치 후 정신과 폐쇄병동에서 3달간 치료라는 이름의 감금상태에서 약물이 투약 된다. 그녀는 이후로 평생 약을 먹어야 한다는 진단이 내려졌고, 진단명이 조울증이 되었다. 시시때때로 자해를 하면서 그녀는 악화되었고 가족과의 사이도 완강하게 나빠졌다. 폐쇄병동에 강제입원 시키려는 부모와 싸우다가 가출한 그녀는 거리를 떠돌다가 거리를 지나는 남성에게 하룻밤 재워달라고 하며 모텔로 들어갔다. 그녀는 점점 더 악화되어갔다. 아무도 그녀를 이해 하거나 하지 않았고, 그녀의 가족은 괴롭기만 했다. 그녀의 진단명은 조현병으로 진행됐다 어느 날 양 팔목에 칼을 긋고 난폭하게 집안의 집기를 부숴다. 그렇게 그녀는 다섯 번 째 강제 입원이 되었다.(폐쇄병동에서 만난 어떤 여성환자의 실제이야기다.)

약물요법이 일반화되면서 사회적 리비도의 흐름이 문제가 아니라, 개인의 심리상태가 문제라는 전도현상이 생겼다. 예를 들어 사회적 사건에 의해서 충격을 받아 심각한 외상 후 스트

레스를 받은 사람에게 이러한 사회적 사건이 재발되지 않는 사회환경을 구성하려는 노력이 중요한 것이 아니라, 약물요법을 통해서 개인의 심리적인 영역을 조절하는 것이 우선이라는 생각이 지배적이게 된다.

이른바 방어쇠효과라고 불리는 사회적 배치는 방어쇠를 당긴 사람은 책임이 없고, 탄환에 맞아 쓰러진 사람의 정신 상태에 문제가 있다는 전도된 발상주의가 자리 잡게 된다.

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 (이하 개정 정신보건법)

정신보건법은 사실상 당사자의 치료나 사회복귀와는 거리가 멀고 관리·통제·격리의 법안이다. 과거에는 지역사회에서 함께 살아갔던 정신장애인도 주거공간이 정신병원에 감금이 되거나 시설로 이동됐다. 정부는 이것을 보호라고 하고 있고, 병원에선 치료라고 하고 있다. 명백한 인권침해며 인생의 모든 것을 박탈하는 학살과 다름없다. 강제입원의 트라우마는 아무리 건강한 사람이라도 평생 씻지 못할 상처를 남기며, 장기입원으로 이어지는 제도는 사회적 기능을 상실하게 한다. 합법적으로 인신매매라고 할 수 밖에 없는 백주대낮에도 납치가 성행을 하고 무차별적 인권박탈을 가져왔던 한국의 정신의료집단의 범죄행위는 역사의 심판대상이다.

이러한 쟁점 사안을 가지고 잔인한 인권유린의 현실을 바로잡기 위하여 2013년 정신보건법 폐지 공동소송단이 출범했고, 국가인권위에 정신보건법 폐지를 위한 198인의 강제입원·장기입원피해자 집단진정을 하고 2014년 헌법재판소에 정신보건법 제24조 폐지를 위한 헌법소원을 하였다. 그 후 정신보건법 폐지 공동대책위원회에서 정신보건법 바로잡기로 공동대책위원회로 바뀌면서 정책적 방향을 연구하고 여러 차례 토론회가 진행이 됐다. 이때까지만 해도 쟁점은 강제입원과 장기입원을 어떻게 문제해결 할 것인가가 주요쟁점이었다.

2015년 ‘정신장애인 복지지원법 추진 공동행동’으로 명칭이 바뀌고 복지가 쟁점이 되었다.

근본적으로 문제가 되었던 강제입원과 장기입원에 대한 문제해결보다 복지에 중점을 두면서 인권침해와 복지라는 완전하게 상반된 결코 섞이기 어려운 기형적 법안이 개정정신보건법이다. 정신건강을 비즈니스의 영역과 사업화의 영역으로 가져왔고, 기존 정신보건법이 일으켰던 사회적문제가 존치된다.

만민에게 해당되고 모두가 지켜야할 규칙들은 아무리 좋은 취지고 많은 사람들의 의견(토론)을 거쳤어도 서두르지 말고 꼼꼼히 분석하고 먼 훗날 부작용이 나타날 것까지 검토해야지 함부로 제정할 수 있는 것이 아니다.

그런데 이번에 개정된 "정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률"은 탁상행정으로 그것도 졸속으로 긴급히 만들었다는 것은 그것을 이용해 기득권이 되려는 의도가 다분히 보이는 입법과정의 문제도 드러난다. 물론 복지라는 쟁점이 포함된 긍정적면이 없는 것은 아니다. 그러나 사안의 중대성은 모호한 복지보다 사회적 구성원의 생명과 직결된 중요한 부분이기 때문에 함부로 판단을 해서는 안되고 신중해야 하는 것이다. 정치적이고 힘의 논리로써만 강조되는 것으로써 많은 문제점을 가지고 있고, 이는 정신보건법을 폐지하고 자유를 찾고 자기 결정권을 갖고자 하는 피해당사자들을 절망으로 빠뜨렸다. 법안 통과이전에 이미 정신장애인들의 피해가 속출했다. 한국정신장애인협회의 사무국장은 스트레스 속에서 재발을 했고 현재까지 낫지 않고 있다. 한국정신장애연대(KAMI)의 사무국장 역시 법안 저지를 하기 위해 뛰어다니다 급격하게 건강이 악화되고 여러 군데 병원을 옮겨 다니다 폐렴과 호흡곤란으로 중환자실에서 뇌사상태라는 선고까지 나오며 생명이 위독했다. 인공호흡기를 끼고 과도한 약물투약으로 Neuroleptic Malignant Syndrome 신경이완 악성 증후군 (NMS)가까스로 생명이 살아났다. 또한 법안통과 이전부터 내용을 알게 된 당사자들의 스트레스가 급격해져 건강이 악화되었고, 우려하고 예상했던 그 모든 일들이 현실에서 그대로 진행이 되었다. 그럼에도 불구하고 법안을 추진했던 정부나 공동행동은 전혀 상관없는 것으로 치부를 하고 흡사 기계와도 같은 일관된 법안의 긍정성만 강조하는 양상에서 당사자들은 더욱더 절망을 느끼게 됐다. 개정 정신보건법은 앞서 설명한 매커니즘이 가장 중요하다 그러므로, 강제입원 조항을 중점으로 봐야한다. 기존의 정신보건법의 3개 조항이 5개 조항으로 늘어났으며 조항이 의미하는 것은 처음부터 법안 자체가 정신장애인을 "잠재적범죄자" 취급을 하고 있다는 것이다. 이는 강남역 살인사건과 연결되며, 경찰의 마녀사냥에 빌미를 주는 조항이 되었다. 이 부분은 국회 속기록에서 법안심사소위원회의 회의내용 중 경찰의 의도가 명백한 의도가 드러난다.

- 문정림 위원 아니, 개인적인 게 아니지요. 모든 게 예비던스 베이스인데, 이명수 의 원님이 내셨는데 근거 자료 같은 것 저 제출된 것 본 적이 없어요. 경찰이 요청을 하려고 했는데 몇 건이나 되고 어떤 사례가 이렇고, 이런 사례를 본 적이 없어요. 그러면 경찰서도 해야 되고 소방서도 해야 되고 모든 것을 발견할 수 있는 것은 포지티브리스트로 다 넣어야지요.
- 경찰청수사2과 안성식 위원님, 말씀 중에 죄송합니다. 수사2과의 안성식이라고 합니다. 지금 말씀드릴 사례가, 시간상 주요 사례를 말씀드리면, 지금 가정하기에는 이렇습니다. 위원님. 그런데 정신질환이 있는데 경미범죄를 범한 경우에 지금 치료감호 이외에는 특별한 강제 수단이 없어서 현재 또 내부 석방 절차를 밟고 있습니다. 그런데 얼마 전에 실제로 사례를 얘기를 안 할 수가 없는데 일명 세칭 트렁크 살인 사건 잘 알고 계실 겁니다. 트렁크에 살해한 시신을 넣고 유기한 범행인데, 이 경우에는 전과 2..2범인데 여러 가지 경미한 범죄를 범했을 때 전부 석방 조치가 됐던 사람입니다. 그래서 이 당시에 이런 사례가 있었어요.
두 번째가 살인범이었는데 이 살인 저지르기 4일 전에 과도를 들고 경찰에 검거된 적이 있는데 경남에 있었던 사례입니다마는, 전과 30범입니다. 그래서 이 경우에도 경찰이 본 건과 같은 우리가 추진하고 있는 명확한 법적 근거를 주신다면 아마 좀 더 적극적으로……
- 문정림 위원 그런데 두 분 다 정실질환이 있었다라는 얘기가 없었어요. 지금 두 번째 환자는 정신질환자였다는 얘기도 없었잖아요.
- 경찰청수사2과 안성식 지금 이 경우에도 지적장애로 판명된 사항이고……
- 문정림 위원 지금 그런 설명 없이 그냥……
(4월29일 보건복지위원회 법안소위 회의록 중에서)

2건의 살인사건 그것도 정신질환과 관련 입증도 안된, 한건은 지적장애로 판명되었음에도 정신질환이 위험하므로 입원이 필요하다는 예로 들며 정신보건법 만든 과정이 회의록에 나온다.

5월11일 당사자단체들은 국회 앞에서 개정 정신보건법의 결사반대 기자회견을 했고 국회에 반대의견서를 제출했다. 5월12일 이룸센터에서 열린 토론회에서 보건복지부에서는 경찰의 요구 조건을 넣어주지 않으면 법안자체가 통과 할 수 없다고만 이야기 했을 뿐이다. 기존과 달라진 것이 없다고만 했다. 그 자리에서 당사자단체의 참석자들 모두 법안을 반대했고 이후로도 침예하게 대립하게 되었으며 현재까지 계속되고 있다.

5월17일 강남역 10번 출구 인근 공용화장실에서 일어난 엽기적인 살인사건에 대해 경찰이 정신장애 범죄로 결론 내렸다.

정신질환자 관리에 대한 강신명 경찰청장의 의지는 지난 19일 국회 본회의를 통한 정신보건법 전부개정 과정에서 이미 강하게 드러나고 있다. 정신보건법에 따르면 보호의무자(가족) 외에 정신질환자를 강제로 입원시킬 수 있는 자는 정신과전문의 또는 정신보건전문요원의 신청을 받은 시·군·구청장밖에 없다. 이번 개정 과정에서 경찰은 자신들도 정신질환자의 행정 입원을 신청할 수 있게 해달라고 요구했다.

5월23일 강신명 경찰청장은 “경찰관이 치안활동 중 정신질환으로 타인에게 해를 끼칠 우려가 있는 사람을 발견하면 ‘행정입원’, ‘응급입원’ 등 적극적인 조치를 하겠다”고 발표했다. 뿐만 아니라 “성범죄 우려자에 등록제를 적용하듯이 정신질환자의 경우 자료를 보건소와 병원, 경찰서 등에서 공유하면서 일정 기준에 의해 점검하는 제도”도 만들겠다고 공언했다.

강신명 청장의 발표에 따르면, 앞으로 경찰은 범죄 우려가 있는 정신질환자의 명단을 미리 확보하고, 현장에서 식별할 수 있는 체크리스트와 신속히 강제 입원시킬 수 있는 매뉴얼을 만들 계획이다. 행정입원의 수월성을 위해 경찰과 긴밀히 협조할 지정 병원까지 둘 계획도 발표했다. 강남역 살인 사건 보도에 빠짐없이 달리는 댓글 “제발 미친놈들 길거리 못 돌아다니게 국가가 좀 관리해라”는 요청에 정확히 부응하는 계획이다.

(강신명 경찰청장, 강남역 사건으로 형제복지원 부활 꿈꾸는가?)

강남역 살인사건에 대한 경찰의 숨은 의지가 드러났다 - 2016년05월20일 비마이너 기사중



[5월11일 국회 앞 정신보건법 전부개정안 통과 반대 기자회견 - 사진출처 : 비마이너]

이런 중차대한 문제는 축소하고 모호한 복지와 시행령만을 강조하며 현실적으로 경찰에 끌려가느니 자살하겠다는 당사자와 외출도 못하고 집에만 있어야 하나, 당사자들을 공포에 떨게 하는 현실은 못본 채 못들은 채 하고 있다. 개정 정신보건법의 과급효과는 사회적 광범위한 정신장애인에 대한 혐오와 마녀사냥까지 확대 재생산 했다. 바로 그러한 부분들이 통과된 법안을 받아든 당사자단체의 활동가들에게 빠르게 익혀졌고 강력하게 반대를 했던 핵심적 이유다. 이는 기본적인 인권 없이는 복지도 그 무엇도 의미가 없다. 사회가 구조적으로 변화를 꾀할 때 반작용은 심해진다. 참으로 무책임함이다. 기본권박탈을 근거로 간 복지가 복지인가? 19대 국회 말미에 통과됨과 동시에 경찰청의 작전이 개시되었다. 언론에는 더욱 더 많은 사건이 매일 뉴스로 올라왔고 강력사건은 모두 정신장애인 타이다. 라고 하면 끝났다. 이 문제는 완전히 분리시킨 채 개정 정신보건법의 효용성·실효성·사업성 논의와 시행령만 강조되고 있다. 직접 적용대상인 당사자는 쏟아지는 혐오와 증오의 각종 언론의 댓글과 일상생활 속에서 박해는 수위가 더욱 높아졌다. 이는 정신의료집단도 부족해서, 사회복지계·인권단체그룹까지 정신장애인을 억누르는 형태로, 과거보다 주인노릇과 갑질을 하는 대상이 더욱 많아진 것의 연장선상에서 필연일 수밖에 없다. 정신장애인 인권이란 미명하에, 현실의 정신장애인 당사자들의 인권은 더욱 추락했다. 이 문제는 법안을 키워드를 쥔 주체가 당사자를 배제한데 따른 문제에서 비롯된다. 법안통과과정에서의 폭력양상은 사회적 대규모 폭력양상과 결코 다르지 않았다.

이는 무엇을 의미하는가? 개정 정신보건법이 일으킬 문제의 예고편이다. 혐오가 대세인 시대, 금기와 낙인의 보편화시대, 증오의 확산. 그 끄트머리에 정신장애인 당사자들이 있다.

(7월1일까지 확인된 전국의 경찰서와 정신병원 MOU 협약체결 현황)

개정 정신보건법이 일으킬 사회적 현상이 어디로 향하고 있는지 보여주는 현실

▲ 강남역 살인사건 관련 보도

뉴스 **정렬도** 최신 11-20 / 약 11,800건 [관련기사 보기](#)



['문지마 살인' 부른 망상, 국내 50만명 정신분열증 앓고있다](#) 2016.05.22 | 뉴스1 | 다음뉴스
 벌어진 끔찍한 살인사건의 범인은 정신분열증을 앓고 있는 환자다. 일면식도 없는 사람에게 대한 '문지마 살인'의 배경은 정신분열증이 원인으로 지목되고...



[정신질환 범죄자 치료감호행, 지난해 1천명](#) Down Top 5시간전 | 연합뉴스 | 다음뉴스
 가해자는 시동생, 피해자는 형수였다. 가해자인 고모(60)씨는 조현증, 일명 **정신 분열증**을 앓고 있었다. 형이 자신이 맡겨둔 돈을 쉽게 돌려주지 않자 형...



[국내 10명 중 1명 정신분열증 환자..인권 논란에 관리 어려움](#) 2016.05.22 | MBN | 다음뉴스
 국내 10명 중 1명 정신분열증 환자..인권 논란에 관리 어려움 **정신분열증/사건-연합뉴스** 서울 강남역 인근 주점에서 벌어진 '화장실 살인' 사건을 둘러싸...

[국내 정신분열증 환자 50만, 인권 논란에 관리 어려움](#) 2016.05.22 | 연합뉴스 | 다음뉴스
[정신분열증 환자 50만, 5명중 1명만 치료받아](#) 2016.05.22 | 연합뉴스TV | 다음뉴스



[\[신율의출발새아침\] 범죄 일삼는 정신질환 따로 있어, 伊 국가가 관리](#) 10시간전 | YTN | 다음뉴스
 안녕하세요. ◇ 신율: 노만희 회장님께서도 강남역 문지마 살인 사건의 피의자, **정신분열증**을 앓고 있었다는 이야기 들으셨죠? ◆ 노만희: 네, 저도 언론을...

[범죄 일삼는 정신질환 따로 있어, 伊 국가가 관리](#) 10시간전 | YTN RADIO
["범죄 일삼는 정신질환, 따로 있어"](#) 8시간전 | 블루투데이

진실은 경찰청 공식 범죄통계 자료에서 증명된다.

- ▶ **예수병원, 전주완산경찰서와 정신질환자 보호 업무협약**
 [업코리아 - 2016. 6. 28.]
<http://www.upkorea.net/news/articleView.html?idxno=63686>
- ▶ **대구 남부서, '정신질환자 연계 치료'...배성병원과 업무협약 체결**
 [포커스뉴스 - 2016. 6. 28.]
<http://www.focus.kr/view.php?key=2016062800110133491>
- ▶ **완주경찰-마음사랑병원, 정신질환자 보호 MOU체결**
 [전라일보 - 2016. 6. 27.]
<http://www.jeollailbo.com/news/articleView.html?idxno=486448>
- ▶ **'정신질환자 효율적인 보호' 세종署-은혜기독병원 협약**
 [충청투데이 - 2016. 6. 28.]
<http://www.cctoday.co.kr/?mod=news&act=articleView&id:idxno=986032>
- ▶ **[의약단신] 예수병원, 완산경찰서와 정신질환자 보호 협약**
 [의학신문 - 2016. 6. 27.]
http://www.bosa.co.kr/umap/pnp_view.asp?pk=133820
- ▶ **익산경찰서, 미래병원과 정신질환자 보호 업무협약**
 [전라일보 - 2016. 6. 24.]
<http://www.jeollailbo.com/news/articleView.html?idxno=486359>
- ▶ **광양경찰서-하동 우리들병원, 정신질환자 보호조치 위한 MOU 체결**
 [NSP통신 - 2016. 6. 25.]
<http://www.nspna.com/news/?mode=view&newsid=177134>
- ▶ **대전유성서, 대전시립정신병원과 MOU**
 [국제뉴스 - 2016. 7. 1.]
<http://www.gukjenews.com/news/articleView.html?idxno=508102>
- ▶ **대구 달서경찰서-허병원-달서구정신건강증진센터 MOU**
 [대구일보 - 2016. 7. 1.]
<http://www.idaegu.com/?c=10&uid=343839>
- ▶ **함양·산청署-진주정신병원 '협력'**
 [경남도민신문 - 2016. 6. 29.]
<http://www.gndomin.com/news/articleView.html?idxno=114343>
- ▶ **영주署-새희망병원, 정신질환자 보호조치 MOU**
 [경상매일신문 - 2016. 6. 30.]
http://www.ksmnews.co.kr/default/index_view_page.php?idx=144689&part_idx=276
- ▶ **수성서-충동병원 정신질환자 관련 응급상황 대비 업무협약**
 [대구신문 - 2016. 6. 29.]
<http://www.idaegu.co.kr/news.php?code=pe03&mode=view&num=201383>
- ▶ **강릉경찰서-동인병원 정신질환자 보호조치 업무협약**
 [뉴스 1 - 2016. 6. 29.]
<http://news1.kr/photos/view/?2005316>
- ▶ **덕진경찰-전북대병원, 정신질환자 보호조치 효율화 '맞손'**
 [뉴스 - 2016. 6. 25.]
http://www.newsis.com/ar_detail/view.html?ar_id=NISX20160624_0014174836&cid=10201&pID=10200
- ▶ **음성경찰서, 음성소망병원과 정신질환자 구호 등 협약**
 [대전일보 - 2016. 6. 24.]
http://www.daejonilbo.com/news/newsitem.asp?pk_no=1218967
- ▶ **천안서북署-충무사랑병원, 정신질환자 응급의료 MOU**
 [뉴스 1 - 2016. 6. 23.]
<http://news1.kr/articles/?2699794>
- ▶ **정읍경찰서-정읍참조은병원 정신질환 보호조치 간담**
 [전북도민일보 - 2016. 6. 23.]
<http://www.domin.co.kr/news/articleView.html?idxno=1113681>
- ▶ **통영경찰서, 통영정신병원과 업무협약 체결**
 [뉴스 - 2016. 6. 23.]
http://www.newsis.com/ar_detail/view.html?ar_id=NISX20160623_0014171611&cid=10812&pID=10800
- ▶ **천안동남서 - 해강병원 정신질환자 보호조치 협약**
 [충청투데이 - 2016. 6. 23.]
<http://www.cctoday.co.kr/?mod=news&act=articleView&id:idxno=985326>

[경찰청 2014년 범죄통계 자료]
<http://www.police.go.kr/portal/main/contents.do...>

- 미성년범죄 772,80건
- 여성범죄자 316,007건
- 남자 범죄자 1,712,435건
- 학생 범죄자 86,841건
- 전과범 범죄자 826,063건
- 외국인범죄자 28,456건
- 공무원 범죄자 9,361건
- 정신장애범죄자 6,265건

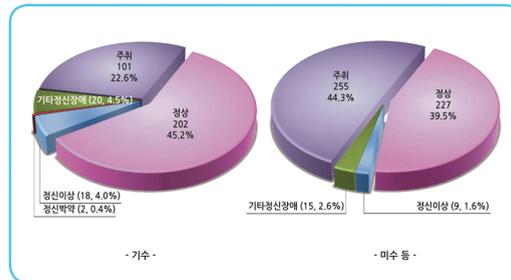
[남자 범죄자 1,712,435건 중 음주 384650건 정상 620207건 정신이상 1308건]
 [여자범죄자 316007건 중 정상 164780 주취 40834건 정신이상 571건]
 [강간범죄는 정상인 40.6%, 주취 30.4%, 정신이상 0.1%]
 [살인범죄자 범행시 정신상태 정상인 45.2%, 주취22.6%, 정신이상 4.6%]

[살인범죄자 범행시 정신상태 정상인 45.2%, 주취22.6%, 정신이상 4.6%]

〈표 - 21〉 살인범죄자 범행시 정신상태 단위 : 명, %

정신상태	구분		미수 등		계	
	검거인원	구성비	검거인원	구성비	검거인원	구성비
정신상	202	45.2	227	39.5	429	42.0
정신이상	18	4.0	9	1.6	27	2.6
정신박약	2	0.4	0	0.0	2	0.2
기타정신장애	20	4.5	15	2.6	35	3.4
주취	101	22.6	255	44.3	356	34.8
미수	104	23.3	69	12.0	173	16.9
계	447	100.0	575	100.0	1,022	100.0

〈그림 - 23〉 살인범죄자 범행시 정신상태 (미수 제외, 단위 : 명)



● 살인범죄자의 범행 시 정신상태를 살펴보면, 정신이상이나 정신박약 등 정신장애를 겪고 있었던 범죄자는 살인기수 4.4%(정신이상 4.0%, 정신박약 0.4%), 살인미수 등은 1.6%(정신이상 1.6%, 정신박약 0.0%)으로 소수인 것으로 나타남. 반면, 주취상태에서 범행을 저지른 비율이 살인기수 범죄의 22.6%, 살인미수 등 범죄의 44.3%로 높게 나타남

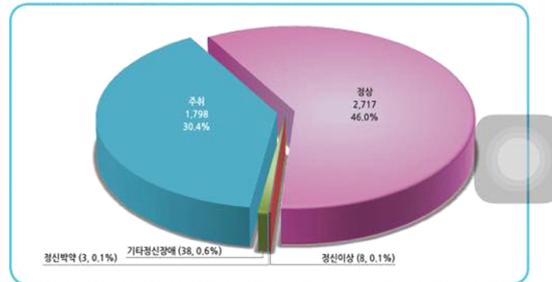
〈출처 : 사이버경찰청 2014경찰범죄통계〉

[강간범죄는 정상인 40.6% , 주취 30.4% ,정신이상 0.1%]

<표 - 40> 강간범죄자 범행시 정신상태

정신상태	구분	경거인원	구성비
정상		2,717	46.0
정신이상		8	0.1
정신박약		3	0.1
기타정신장애		38	0.6
주취		1,798	30.4
미상		1,342	22.7
계		5,906	100.0

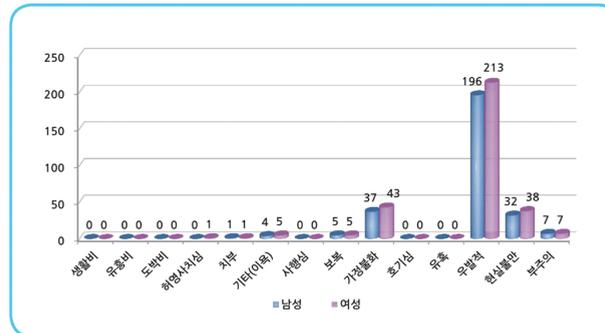
<그림 - 44> 강간범죄자 범행시 정신상태 (미상 제외, 단위: 명)



- 강간범죄자가 정신이상인 경우는 0.1%, 정신박약이 0.1%로 극히 적은 반면, 정상인 상태에서 범행을 저지른 경우는 46.0%로 전체 강간범죄자의 절반에 가까운 수준으로 나타남
- 강간범죄에서 범죄자가 주취상태에서 범행을 저지른 경우는 30.4%로 나타남

[살인사건 동기는 "우발적" "가정불화" "현실불만"의 순서, "묻지마 범죄"라는 조어는 "우발적" 또는 "현실불만"의 동기에 포함되는 종류의 사건을 애매모호하게 지칭]

<그림 - 27> 살인미수범죄자 성별 범행동기 (기타·미상 제외, 단위: 명)



- 살인미수범죄자의 범행동기를 살펴보면, 우발적인 경우가 29.8%로 가장 높게 나타남. 그 다음으로 가정불화가 8.3%, 현실불만이 3.6% 순으로 나타남. 살인미수 등 범죄자의 범행동기도 기수범과 같은 순으로 나타나는데, 우발적인 경우가 37.0%로 가장 높고, 가정불화가 7.5%, 현실불만이 6.6% 순으로 나타남
- 살인미수범죄자 범행동기별 성별차이를 살펴보면, 범행동기별 순서는 우발적, 가정불화, 현실불만 순으로 같음. 남성(32.6%)이 여성(28.1%)에 비해 우발적인 비율이 조금 더 높게 (1.2배) 나타남
- 살인미수등 범죄자의 경우도 남녀 모두 우발적, 가정불화, 현실불만 순으로 나타남. 하지만 남성(38.3%)의 경우 우발적인 경우가 여성(27.0%) 보다 1.4배 높게 나타나고 여성은 가정불화(9.5%)나 현실불만(9.5%)의 비율이 남성(각 7.2%, 6.3%) 보다 조금 더 높게 나타남

<출처 : 사이버경찰청 2014경찰범죄통계>

실제 현실에선 정신장애인의 범죄가 극히 저조한데도 이런 편견과 혐오가 확산되는 것은 정신병원 산업의 수익구조 때문이다. 숙박업과 다를 바 없는 수용소에서 경찰공조까지 카르텔이 확대되다 보니 중범죄자 몰이가 개정정신보건법의 가장 중요한 쟁점이라는 것을 강조하고 싶다. 의도가 명백한 조항은 어떤식으로 던 구체화된다. 조항을 문장으로써 읽는 것은 의미가 없다. 독소조항은 그 모든 좋은 긍정성을 덮어버리기에 충분하다. 단 하나의 조항으로도 학살이 자행된다. 한국의 지난 20년간의 정신보건법의 역사는 “학살”의 역사다. 이것이 당사자의 관점이며, 삶의 조건과 인생을 박탈당한 산 것도 죽은 것도 아닌 투명인간 취급되는 또한 피해당사자의 입장이다. 이로인한 심각한 편견과 심화된 혐오는 더욱더 심각해지고 있는 양상으로 치닫고 있다. 이것이 정신보건법이 일으킨 사회적 현상이었으며 개정안에서는 더욱 촘촘한 카르텔을 형성되게끔 강제입원조항이 늘어나면서 지능화되었다. 세부적 조항을 통제하고 철저히 감시라는등 무책임하고도, 대안도 없는 발언이다. 당사자들의 한결같은 요구 자기결정권보장이고, 핵심을 거세해버린 변화는 왜곡된 결과들을 재생산하고 왜곡된 피해자를 양산한다. 혐오와 증오의 대상으로부터 풀려날 수 있는 유일한 근본책은 정신보건법폐지가 될 수밖에 없다.

“복지란 어려운 사람들이 수치스럽게 구걸하는 것이 아니라 당당하게 자신이 살아갈 권리를 가지도록 하는 것인데 이땅의 지배계급들은 민중들을 쥐어짜 혈세를 탕진하며 통제인원 늘리는 걸 복지라 주장한다.”

개정 정신보건법의 주요문제점

1. ‘정신질환자’ 의 정의 (제3조 제1호)
2. 입원의 또 다른 이름, ‘동의입원’ 조항 신설 (제42조)
3. 개선되지 않은 ‘보호의무자에 의한 입원’ (제43조)
4. 경찰관도 정신병원 입원 ‘신청’ 을 할 수 있다. (제44조)
5. 강제입원 요건을 심사한다? ‘입원적합성심사위원회’ 신설 (제45조~제49조)
6. 정작 ‘복지지원’ 은 어디? 알맹이 없는 껍데기뿐인 개정안강제입원의 또 다른 이름, ‘동의입원’ 조항 신설 (제42조)

정신보건법과 장애인복지법

장애인복지법 제15조 에서는 정신보건법 적용받는 장애인(정신장애인)에 대해서 장애인복지법의 적용을 배제하고 있으며, 이는 장애인차별금지법- 정신장애인에게만 사실상 유명무실하게 해놓은 조항이다.

[정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 명시된 복지조항은 앞서 주장한 것과 마찬가지로 매우 선언적이며 모호하다. 그 모든 내용은 장애인복지법에 있는 내용이며 장애인복지법에서 훨씬 체계적이며, 현실적이다. 장애인복지법 15조의 차별조항을 삭제하고, 법률안 개정을 하는 것이 여타의 신체장애인과 신체질환자들과의 차별을 금지하고 평등한 복지서비스를 받도록 방향으로 가야 하는 것이 올바른 길이다. 분리적용 고수를 하는 이유는 무엇인가?

탈원화를 넘어 탈시설로

용인정신병원의 경우 갈 곳이 없는 환자는 퇴원과 동시에 다른 병원으로 이송이 되었다. 강제퇴원이란 정신병원에 맞지 않는 용어다. 강제이송 되었다. 그러나 환자인권을 운운하는 노동조합에서조차도 퇴원하는 환자들에게 그 어떤 정보도 제공 하지 않았다.

용인정신병원에 방문하여 대화를 해봐도 진정으로 정신장애인을 위하는 마음보다는 일자리 유지가 먼저다. 당사자들과 대화도 꺼려하였다. 국회에서 토론회 할 때도 당사자는 배제되었으며, 환자본인 의사를 존중한다는 생각은 아예 없다. 그 오랜 세월 용인정신병원의 엄청난 인권 유린 상황은 당사자 사회에서 유명했다. 그럼에도 그동안 누구하나 환자들의 상황을 이야기한 적 없고, 본인의 정리해고 앞에서 환자인권 운운하는 것은 충분한 반성이 있었는지 묻고 싶을 지경이다. 두 번째는 환자의료수가를 올려서 보호라는 이름의 감금을 한다는 것이 용인정신병원에 입원했던 당사자의 말을 그대로 옮겨본다. “장기입원 혜택주겠다는 건가?” 앞으로 다칠 정신병원 폐지에 직업인 종사자들은 고용보장 투쟁으로 맞설 것인가?

또한 당사자들은 병원의 담장에서 시설의 울타리로 옮겨지는 탈원화를 원하지 않는다.

당사자들이 원하는 것을 환자를 감금하는 댓가로 병원에 지불되는 국민의 혈세를 장기입원 피해자들에게 생활비로 지급하기 바란다. 원하는 곳에서 거주할 수 있고 살아갈 수 있도록 하

는 것이 그동안의 쟁점을 치루는 길일 것이다. 복지라는 미명하에 피해자들에게 시혜를 베푸는 식의 시설의 논리나 사회복지의 논리는 지독히도 비인간적인 것이다. 제도와 법을 만든 국가와 정부에 책임이 있으며, 국가폭력의 피해자로서 예우를 해야 할 것이다. 그것이 모두를 위한 길이다. 다양한 정책들이 추진되고 있으므로 이 지점에서 당사자의 주장을 삼는 것이다.

결론

물론 개정 정신보건법을 추진했던 공동행동이나 보건복지부등 그간의 노력과 헌신을 모두 부정하는 것은 물론 아니며, 좋은 취지였을 거라고 생각한다. 그러나 당사자들에게 도전개전 상황에는 더 이상 문제가 복잡해지는 것보다, 정신보건법 폐지로 사고를 전환하고 미래를 모색하며 다 같이 함께 살지는 것이 당사자들의 간절한 마음이다.

당사자 운동가들은 더 이상 우리의 문제를 타인에 의해, 기득권 집단에 의해 좌지우지되며 생명을 유린당한 이 모든 조건을 강요하는 사회를 거부하고 전면전을 선포했다. 전국의 당사자들에게 알리고, 전면적인 정신보건법 폐지투쟁에 돌입했다. 피해당사자들은 절대 정부와 타협하는 것을 받아들일 수 없으며, 당사자단체들은 지난 7월 서울시의회 대회의실, 8월에는 대구 문화예술회관 달구벌홀에서 개정 정신보건법 대토론회를 직접 개최 하였고, 서울 광화문 일대에서 정신보건법 폐지 집회를 3차례 진행을 했고 계속 확대할 것이다.

상식이 안 통하는 정신장애인판. 사람의 생명을 유린하는 것을 아무것도 아니라고 생각하는 직업인과 종사자들 모두 각성을 해야 할 것이며, 감금을 치료라고 억지 부리는 뻔뻔함의 극치와 살인과 고문을 그토록 반복하고도 처벌도 되지 않았던 정신과 의사들, 흰 가운 악마들에게 언제까지 의료라는 이름의 고문을 방치할 것인가? 약물이 발달하여 충분히 지역사회에서 살아갈 수 있는 제반 조건들을 무시하고 개혁하지 않았던 비극의 역사를 반성하고 인식을 전환해야 한다.

정신의료는 의료의 길을 가기 바라며 다른 질병과 차별 없이 환자 돌봄 서비스를 해야 할 것이다. 지금 당장 바꾸지 못한다고 해서 더한 독소조항을 허용한 것은 용납할 수 없다.

더 이상 이런 식의 기만과 위선은 참을 수 없다. 이것이 당사자 단체의 입장이며, 전국에 사는 당사자들의 바람이다. 자유를 달라! 헌법의 기본권을 보장하라! 복지도 본래의 의미의 복지를 실행할 것을 요구한다. 이것이 가족도 당사자도 사회도 함께 건강해지는 길이다.

“정신보건법 폐지하라!”

UN 장애인권리협약 전부이행하라.

장애인복지법 제15조 정신장애인 차별 조항 삭제하라.

폐쇄병동을 개방화시키고 문을 열 것을 요구한다.

장애인복지법, 의료법 건강기본법 차별 없이 적용하라.



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

토론

「정신건강복지법」에 대한 의견

대한정신건강재단, 새하늘병원 오 승 준 원장



「정신건강복지법」에 대한 의견

대한정신건강재단, 새하늘병원 오승준 원장

정신보건복지정책은 정신질환으로 어려움을 겪게 된 분들에게 행복한 삶을 되돌려 주는데 목적이 있습니다. 암이나 맹장염이 생기면, 일상생활을 영위할 수 없고, 행복에서 멀어지기 때문에 치료의 장으로 들어오게 됩니다. 이것이 인간의 삶에서 의료가 중요한 이유입니다. 따라서, 고대로부터 의료에는 많은 투자가 이루어지고 수많은 인재들이 인류를 질병으로부터 구원하기 위해 노력해 왔던 것입니다.

뼈 골절을 발생한 이후 수술 및 기타 치료 후, 완전히 회복되는 경우도 있지만, 변형이나 약화로 인해 보조기를 필요로 하게 되는 경우도 있습니다. 이와 비슷하게 정신질환에도 적절한 치료가 이루어진 후, 기능손상(functional disability)을 수반하는 경우가 있고, 그렇지 않고 완전히 회복되어 자신의 삶으로 돌아가는 경우도 있습니다. 정신질환은 수술처럼 극단적인 방법으로 치료하는 것이 아니기에 대부분 자신의 삶 영역에서 일상생활을 유지해가면서 치료를 병행해가는 경우가 많습니다. 요즘에는 그 중요성이 널리 알려진 우울장애, 공황장애, ADHD 등이 대부분 완전히 회복되는 정신질환의 예입니다. 정신증, 조울증, 정신지체, 발달장애 등은 많은 경우에 기능손상을 동반하며, 기능손상의 정도에 따라 집에서 치료받으면서 나름의 생활을 유지해 가는 경우도 많습니다. 유능한 의사는 환자분의 뚜렷한 증상이 어느 정도인지, 그로 인한 기능손상은 정확히 어느 정도인지, 그래서 어떤 치료 계획을 세울지, 어떤 약을 최소한의 정도에서 어느 정도 복용하는 것이 좋은지 결정할 수 있어야 합니다. 이 과정에는 기능손상에 따른 향후 재활치료계획이 필수적인 경우가 대부분입니다. 기능손상이 있는 정신질환을 따로 분류해서 얘기하는 것은 이번 정신보건법 개정안에서 정신질환자의 범위를 축소하고 있는 것과 맥락을 같이 한다고 볼 수 있습니다. 다만, 정신질환에는 지속적인 기능손상을 수반하지 않으면서도 적극적인 치료를 필요로 하는 경우도 매우 많으므로 이번 정신보건법 개정안에서 이 부분들에 대한 논의가 강조되지 않는 것으로 보여 아쉬운 마음은 드는 면은 있습니다. 더구나

외국과 다르게 우리나라 정신보건에서 매우 큰 부분을 차지하고 있는 중독질환, 특히 알콜중독에 대한 논의가 활발하지 않은 것은 중요한 부분을 간과하고 있다고 보여집니다.

요즘에는 의료의 여러 영역에서 팀접근(team approach)이 유용하고도 필수적인 것으로 인식되고 있지만, 예전부터 정신의학에서는 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 보호사, 자원봉사자, 가족 등이 모두 협력하여 치료의 장을 열어가야 한다는 데에 깊은 공감대를 형성하고 있었으며 환자를 위하여 가장 좋은 방법이 무엇인지 협의하고 토론하는데 많은 수고와 노력을 기울여 왔습니다. 이 것이 확대되어 외래진료, 입원진료, 정신건강증진센터, 중독재활통합지원센터, 사회복지시설 등이 만성정신질환 치료의 큰 그림을 이루어 오도록 발전해 오고 있습니다. 이러한 각 부분들이 서로 협력하고 조화를 이루어 정신보건복지서비스라는 하나의 흐름을 만들어 가야할 것입니다. 최근 10여년간 정신질환 치료의 한 축을 이루는 정신건강증진센터, 중독재활통합지원센터, 사회복지시설 등은 많은 발전을 해오고 있다고 판단됩니다. 물론, 앞으로도 더 발전하고, 성숙한 모습이 필요하기도 하며 수도권 집중 및 예산, 인력에 대해 고민하고 있는 것은 정신보건에 관심 있는 사람이라면 누구나 알고 있을 것입니다.

이에 비해서 정신의료기관들은 이러한 시대정신에 발맞추어 발전하지 못하고 있는 것이 사실인 것으로 보입니다. 특히 정신질환 입원진료시설 중 일부는 2013년부터 시행된 의료기관평가인증원의 1차 정신보건시설 인증조사 및 평가가 없었다면 지금까지도 별다른 변화 없이 과거의 모습 그대로 유지하고 있었을 것 입니다. 인증조사를 통해 직원들에 대한 교육 및 시설에 대한 개선, 치료프로그램에 대한 고민 등에, 정신의료기관 경영진뿐만 아니라 일선 근무자들까지도 함께 관심을 가지게 된 것은 우리나라 정신보건시스템의 발전에 중요한 초석이라고 생각합니다.

인증원의 인증조사 및 평가에도 불구하고 현재 우리나라 정신의료기관들은 상당수가 GNP 3만불 시대에 걸맞지 않은 모습과 시스템을 가지고 있는 것으로 보입니다. 우리나라 의료수준 및 시설은 우수한 외국의 표본이 되기도 하며, 최근에는 수출 분야로 의료가 중요하게 대두되고 있기도 합니다. 그러나, 우리나라 정신의료기관 시스템은 후진국으로라도, 외국으로 수출하기에는 다소 난감할 것이라고 여겨집니다. 그만큼 정신의료기관의 현재 모습은 고민하고 생각해야 할 부분이 많은 것이 현실입니다.

정신보건법의 개정 논의가 이루어질 때마다 저를 비롯한 수많은 정신건강의학과 의사들은 법 개정을 통해 우리나라 정신의료기관이 더욱 건강하게 개선될 수 있기를 간절히 기대하였습니다.

니다. 2016년 5월 정신보건법 개정안이 국회 본회의에 상정되었을 때도 내용을 뜯어보고, 논의해보며 정신의료기관 뿐 아니라 국가 전체의 정신보건복지 시스템의 변화를 고대하였습니다.

마침내 정신보건법 개정안은 국회 본회의를 통과하였고, 그 법안은 상당히 많은 변화를 제시하고 있습니다. 그로 인해 우리나라 정신보건복지시스템은 무척 많은 변화를 앞두고 있는 것으로 보여 집니다. 대단히 환영할만한 일입니다. 이제는 정신재활시설의 발전 및 활성화와 더불어 최일선에서 정신질환을 치료하고 있는 정신의료기관이 지금보다 더 건강하고 성숙된 모습으로 변화해 갈 수 있도록 방법을 모색해야 할 것입니다.

좀 전에 기술한 것처럼 정신의료기관은 상당히 긴 시간동안 발전하지 못하고, 변모하지 못하고 있습니다. 정신보건복지시스템의 시대정신을 반영하지 못하고 있는 것입니다. 일부 개별적으로 노력하고 있는 병원들이 늘어나는 추세이기는 하나, 여전히 대부분의 정신의료기관들은 소수의 간호사와 사회복지사, 의사들이 최소한의 비용을 들여 큰 탈 없이 안정적으로 장기간 입원을 유지하여 환자의 가족과 사회의 안녕에 기여하는데 의미를 두고 있는 형편입니다.

우리가 바라는 건강하고 성숙한 정신의료기관의 모습은 외래진료와 입원진료가 조화를 이루어 적절한 진료서비스를 제공하고 입원치료가 필요한 경우 환자 본인이 최대한 자발적으로 치료를 요청하며, 의료시설은 집처럼 안락하며 쾌적한 환경이면서, 일정 수준이상 회복된 경우에는 지역사회에 연계하여 집으로 돌려보내 집 주변에서 정신재활 서비스를 받을 수 있도록 하고, 심각한 기능손상으로 지속적인 도움과 감독을 요하는 경우에는 호전될 때까지 병원에 입원하면서 자신의 인격이 유지되고 가족들과 편안한 관계를 만들 수 있도록 도와주는 것이라고 할 수 있겠습니다.

앞서가는 외국의 많은 정신병원들은 우리와 다르게 자의입원 비율이 매우 높고, 환자의 폭력성향이 제한적입니다. 정신병원의 시설은 매우 쾌적하며 근무하고 있는 인력은 넉넉하여 환자분들과 자주 대화할 수 있고 수준 높은 각종 치료 프로그램이 입원병동 내에서 이루어집니다. 탁 트인 창을 가지고 있는 경우가 많으며 정원을 가지거나, 넓은 운동시설을 야외에 가지고 있는 경우가 많습니다. 폐쇄병동 내에도 상대적으로 넓은 공간이 제공되고 그 곳에서 다수의 치료진과 대화하고 마음을 안정시킵니다. 극단적인 행동을 하는 경우 이용되는 보호실도 상당히 쾌적하고 다치지 않도록 설계되었으며 이용하는 빈도도 재원환자 수에 비하면 매우 적은 편입니다.

이번 정신보건법 개정안을 통해 우리나라 정신의료기관도 이런 모습이 되기를 간절히 소망

하는 바입니다. 정신병원의 과거와 현재가 안타깝고 어려운 상황이기 때문에 정신병원을 비판만 해서선 발전을 이룰 수 없습니다. 적절한 제도를 만들고, 충분한 투자를 해 주어야 합니다. 우리나라 전체 국가보건예산에서 정신보건에 투자되는 비용은 3% 정도입니다. 여타 OECD 국가들은 10% 내외 수준으로 투자하며 국민 건강에 '정신건강'이 차지하는 중요성을 강조하며 실천하고 있습니다. 다른 OECD 국가들에 비교한다면 1/3 수준으로 정신보건에 관심을 가지고 있다는 뜻으로도 해석할 수 있겠습니다. 이렇게 제한적인 투자를 하면서 선진국처럼 세련되고 훌륭한 정신보건 서비스를 요구한다면 그 업무는 정신보건시설 종사자들의 부담이 될 수밖에 없습니다. 정신의료서비스의 질적 향상을 위하여 정신의료기관에 대한 투자를 수반하여야 한다는 것은 이미 2013년 OECD 정신보건 권고안에도 포함되어 있는 내용입니다. 정신의료기관에 대한 우리 사회의 투자가 환자분들의 치료 환경에 직접적인 기여가 되도록 감시하고 보고받도록 하는 것은 반드시 수반되어야 할 것입니다. 정신의료기관에 대해 투자를 늘리면서, 의료기관 인력구조의 향상, 의료시설의 표준화된 개선, 재활프로그램 및 재활시설로의 연계 등에 대해서 적극적인 논의 및 평가가 필요할 것으로 판단됩니다. 단순히 입원을 얼마나 오래했느냐를 기준으로 수가체계를 결정한다고 해서 입원중인 환자분들의 삶의 질에 변화가 생기지는 않을 것입니다. 입원을 어렵게 하고, 입원기간을 줄인다고 해서 입원중인 환자분들의 의료수준 향상을 담보해주는 것은 아닐 것입니다. 억울하고 불법적인 입원을 하게 된 분들이 없도록 하는 것 뿐 아니라, 치료가 필요한 것이 확실한 분들에게 적절하고 수준 높은 정신보건서비스가 제공될 필요가 있는 것입니다.

입원기간 장기화 등과 관련되어 정신병원내에서의 직원들의 환자에 대한 폭력 및 폭언, 강제노역 등이 사회적으로 문제가 되는 경우가 다수 있었으며 이는 반드시 근절되어야 할 것이 당연합니다. 이와 마찬가지로 우리나라 정신보건시설에 근무하고 있는 종사자들도 너, 나 할 것 없이 폭력과 폭언, 과중한 업무량에 노출되어 있습니다. 최근 연구에 의하면 우리나라 정신보건시설 종사자들의 90%이상이 환자로부터의 폭력 및 폭언에 노출된 것으로 보고되고 있습니다. 대부분 휴머니즘에 입각하여 정신의학분야에서 근무를 시작하게 되지만, 종사자 한 사람이 감당해야할 환자수가 너무 많고, 수시로 폭언을 들으며 간혹 폭력에도 노출된다보면 걱정선에서 타협을 하게 되어 "정신질환은 원래 치료가 잘 안 되고, 발전이 없나 보다"라고 포기하게 되는 경우가 많아지는 것입니다. 우리나라 정신병원에서 장기간 입원을 하게 되는 것과 적은 인력으로 많은 환자를 감당하는 것이, 정신병원내에서 환자 또는 종사자 폭력성향 상승의 중요한 요인으로 작용해 왔습니다. 선진국 수준에 걸맞게 정신보건시설 인력구조를 개선하는 것은 정신질환 치료의 인권적 흐름에서 필수적이며 즉각적인 조치가 필요한 부분으로 생각됩니다.

과거 정신보건법 이전 시대뿐 아니라 1995년 처음으로 정신보건법이 도입된 이후에도 우리나라 정신의료기관은 주로 수용 및 격리를 우선하는 기능으로, 최소한의 비용으로 운영하도록 유도되어 왔습니다. 그러다 보니 대부분의 오래된 정신병원들은 일반 병원에 비해 좁고, 열악한 시설로 운영되어 왔습니다. 최근에 설립된 정신병원들도 요즘의 다른 의료기관에 비하면 결코 쾌적한 환경이라고 말 할 수 없습니다. 외국의 좋은 정신병원들은 시설 및 환경에서 일반병원들에 비추어 손색이 없는 정도로 잘 갖추어 진료하고 있습니다. 오히려 더 넓고 개방적이라고 할 수 있을 정도입니다. 여기가 병원인지, 휴양지인지 구분이 안 갈 정도인 곳도 다수입니다. 인권의 측면에서 본다면 재원기간이 비교적 긴 편인 정신의료기관의 시설개선은 매우 중요한 부분입니다. 건강하고 성숙한 정신병원이 되려면 환자분들이 입원하고 싶은 마음이 들 정도로 쾌적한 시설을 제공할 수 있어야겠습니다.

마지막으로 '진료전달체계'입니다. 사람이 몸이 좋지 않으면 일단 동네의원을 가서 진료를 받고, 거기서 감당하지 못하면 주변 병원을 가고, 거기서도 해결이 안 되면 대형병원을 찾게 됩니다. 대형병원은 일반병원들이 감당할 수 없는 질환을 해결하기 위한 충분한 시설 및 인력을 갖추고 중증질환에 대해 진료에 임합니다. 정신의료서비스는 이러한 진료전달체계에서 예외입니다. 오히려 감당하기 어렵고, 중증 정신질환일수록 대형병원보다는 중소민간병원에 입원하게 되는 경우가 허다합니다. 우리나라 정신의료기관에서는 국립병원이나 공립병원이나, 민간병원이나 그 역할에 차이가 없습니다. 규모가 큰 정신병원이나 규모가 작은 병원이나 차이가 없습니다. 다만, 국립법무병원만이 예외적인 환자를 모두 감당하다보니 매년 입원환자수가 폭증하는 실정입니다. 이제는 병원들마다 그 기능과 역할을 다양화하고 그에 맞게 수가체계를 개편하는 것이 필요할 때라고 판단되는데, 이번 정신보건법 개정안에는 이런 내용이 포함되어 있지 않은 것으로 보입니다. 급성기 환자를 주로 진료하는 정신병원, 만성 환자를 주로 진료하는 병원, 중증 난치성 환자를 주로 진료하는 병원 등으로 구분되어야 하고 가족들로부터 멀리 떨어져 입원하는 것이 아니라 자신이 살던 곳에서 가까운 병원에서 진료 받을 수 있도록 하고, 국공립병원은 입원적합성심사, 행정입원, 응급입원 등에 집중하도록 함으로서 응급이송문제, 보호자에 의한 불법입원문제, 재활서비스로의 연계활성화 등에서 모두 도움이 될 것입니다. 그리하여 정신적인 문제를 경험하는 분이 외래치료만으로 충분하거나, 입원치료 후 독립적으로 생활할 수 있게 되거나, 입원치료 후 재활시설에서 정신재활서비스에 연계되도록 하거나, 추가적으로 입원치료 하면서 가족들과 원만한 관계를 만들어 가는 것으로 나누도록 할 수 있습니다.

정신보건법 개정을 즈음하여 제도 및 정책에 대해서 여러 가지 제안을 하고 있는 것으로 보입니다. 이러한 모든 제안은 정신질환자 및 가족들의 행복을 위한 것으로 보입니다. 숭고한 '가치'를 실현하기 위해서는 실천적인 '대안'이 필요한 것처럼 우리 사회에서 정신보건복지에 대해 더욱 큰 관심을 가지고 직접적인 투자를 늘려가야 할 것입니다. 비용은 현재대로 두고 서비스만 개선되기를 기대해서는 정신보건복지 종사자들에게만 과도한 짐을 지우거나, 과거를 답습하는 수준에서 머물기 쉬울 것이기 때문입니다. 적어도 OECD 평균 수준의 정신보건예산을 투입하여 정신의료기관이 건강하고 성숙하게 커 나갈 수 있도록 하는 것이 반드시 필요할 것입니다.



2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

토론

「정신건강복지법」에 대한 의견

아주편한병원 이영문 교육원장



「정신건강복지법」에 대한 의견

아주편한병원 이영문 교육원장

1. Why mental health act?

이 글에서는 WHO 기준에 맞춰 정신보건법(Mental Health Act)이라는 용어로 법에 대한 기술을 통일하고자 한다. 구체적으로는 2014년 정부안으로 발의된 ‘정신건강증진법’이라는 용어를 반대하기 때문인데, 정신보건법과 정신건강증진법은 다른 내용을 담고 있어야 한다는 생각이 있다. 즉, mental health service와 mental health promotion은 구분이 되어야 하는 개념이다. 또한 ‘정신보건서비스’라고 할 때는 입원시설에서의 치료 관점이 강조되는 것이고, ‘정신건강서비스’로 쓸 때는 지역사회 중심의 재활과 복지의 개념이 포함되어 있는 것이다.

또한 ‘정신건강증진’이라는 용어를 쓸 때는 정신질환의 개념을 넘어서 예방과 정신질환에 이환되지 않은 일반 인구를 대상으로 하는 정신건강서비스가 이루어질 때 쓸 수 있는 용어이다. 굳이 만들어야 할 법이 많다면 정신건강증진을 위한 별도의 법안을 만드는 것보다는 비예산법이 ‘예산법’이 될 수 있도록 ‘mental health system act’가 필요할 것이다. 예를 들어 미국의 1946년 ‘정신보건법’, 1963년 ‘정신보건센터와 지적장애센터 건립법’, 1978년 ‘지역사회정신보건 지지체계(CSP)’ 등과 영국의 1990년 ‘care act or health and social act’ 등이 더 필요하다. 여전히 우리는 기획재정부가 아무런 관심도 기울이지 않는 비예산법에 편가르기와 상호비난에 열을 올리고 있다.

마지막으로 ‘정신건강복지법’이라고 쓰지 않는 이유는 ‘정신보건’의 개념이 보건과 복지의 결합이 전제된 용어로 쓰이기 때문이다. 또한 다른 장애의 개념과 달리 정신장애에 대한 서비스는 보건과 복지의 종결점이 구분되지 않는다. 따라서 ‘장애인 복지법’이 적합한 용어이지, 굳이 ‘장애인 건강복지법’ 혹은 ‘장애인 보건법’이라고 하지 않는 이유와 같다. 참고로 일본은 개정된 정신보건법을 ‘정신보건복지법’으로 명명하고 있는 유일한 국가이다.

2. What' s the issues?

이번에 전면 개정된 정신보건법(2016)을 둘러싼 논란이 거세다. 정신건강에 관련된 모든 단체에서 불만이 터져 나온다. 새로 제정된 법규에 담긴 내용을 둘러싼 논란을 추려보면 다음과 같다.

- 1) 정신질환에 대한 정의, 치료와 재활에 대한 개념
- 2) 정신의료기관 입퇴원을 둘러싼 당사자 인권
- 3) 정신보건서비스 제공에 대한 보건과 복지의 방법론 등으로 구분할 수 있다

정신보건법 자체의 성격 규정에 대한 논란을 요약하자면 다음과 같다

- 1) 사회방위적 정신보건법에 대한 비판
- 2) 사회보장적 정신보건법에 대한 요구
- 3) 사회통합적 정신보건법으로서의 위치설정에 대한 갈망

위와 같은 논란외에도 법 통과를 둘러싼 절차적 문제까지 거론되고 있다. 절차적 문제에 대해서는 토론에서 제외시키고자 한다. 이용표 교수가 발제한 내용에 있듯이 법 개정 과정에 의료집단의 영향력이 줄고 정신장애인 당사자와 인권과 복지 관련 집단의 영향력이 강화되었다고 보는 시각이 있다는 정도로 줄이려고 한다. 정신보건법 제정에는 다양한 시각의 참여와 영향이 매우 중요하기 때문에 이를 긍정적 변화로 받아들여야 한다고 생각한다.

3. What's debates?

엄형국 변호사 발제에 대한 토론을 하자면,

탈원화와 탈수용화를 정신보건법과 연계시켜야 한다는 것이고

핵심적 내용은 입퇴원을 둘러싼 당사자 자기결정권 강화, 정신장애인에 대한 사회권 강화 등으로 요약될 수 있다.

당사자 인권이 더 중요하게 받아들여져야 하는 방향성이 절대적으로 맞다고 판단한다. 다만 정신보건법에 탈수용화 개념을 모두 담을 수는 없다. 정신보건법은 '탈수용화'라는 사회적 담론을 가운데 놓고 보면 일부 요소에 지나지 않기 때문이다.

사회적 편견을 줄이려면, 정신질환의 범위가 더 포괄적이어야 한다. 간질환에 누구나 이환될 수 있기 때문에 굳이 간경화증 환자만을 명시하지 않듯이, 정신질환은 다음과 같은 영국 정신보건법 개정안처럼 간결하면서도 사회통합적이어야 한다.

2007년 개정된 영국 정신보건법은 정신질환의 범위를 다음과 같이 정의하고 있다.

Mental disorder means any disorder or disability of the mind.

경증의 정신질환이든 중증 정신질환의 분리를 통합하는 정의를 내렸다. 여기에는 종교적 신념이나 이념의 차이를 인한 정신건강 관련 문제는 제외된다. 또한 알코올과 약물과 연관된 질환도 배제된다. OECD 대다수 국가의 정신보건법은 별도의 알코올 중독과 마약 중독 치료에 대한 법률을 제정하고 있기 때문이다.

우리나라 상황에서도 이제는 알코올과 중독관련 법안이 제정되어 치료와 재활이 이루어진다면 불필요한 강제입원이 현저하게 줄어들 것이다. 또한 기존 조현병이나 기분장애 중심의 치료기관과 구분된다면 인권 관련 문제도 개선될 수 있을 것이다.

정신보건법 하나로 모든 정신건강 문제를 다룰 수는 없다. 중독관련문제와 이동정신건강에 대한 예가 그러하다. 또한 의료보장은 사회보장의 핵심적 요소이다. 따라서 정신장애에 대한 불평등으로 지적되고 있는 의료급여 수가의 문제는 mental health parity act와 같은 새로운 법안이 필요한 것이다.

이용표 교수의 정신보건법 개정과정에 대한 다중흐름모형은 신선한 분석이었다. 굳이 아쉬운 점을 보태자면 분석에 그치지 않고 대안제시에 대한 흐름이 필요하다는 것과 기존 정신보건법에 대한 입법영향평가가 선행되었으면 하는 점이다. 보통 입법이 된 이후에 10년이나 20년이 되는 시점에 입법영향평가가 이루어진다. 기존의 자료들을 모아 입법이 어떠한 변화를 이끌었는가를 분석보완하는 것이 필요하다. 국회입법처와의 공동 작업이 필요한 시점이다.

4. What's philosophy and direction?

정신보건법에 담긴 철학은 사회방위(social defense), 사회보장(social security), 사회통합적(social inclusion or integration)관점으로 대별될 수 있다.

초기의 정신보건법이 사회방위적 요소가 많았지만, 사회보장에 대한 관점도 포함되어 있다고 봐야 한다. 인권침해 요소와 당사자 권리강화 등이 포함된 사회통합적 시각이 여전히 이번 개정안에서도 보이지 않는다는 것이 아쉽다.

이번 개정안에서 사회방위적 성격이 여전히 강하다고 보는 이유는 행정입원이 시군구청장에 의한 입원보다 더 사회보호 성격이 크기 때문이다.

또한 시군구청장의 의무가 모두 삭제되었기 때문에 더욱 행정입원에 있어 경찰의 구속권이 강화될 것으로 보인다. 결론적으로 사회통합적 성격이 분명하게 작용되어 정신장애 당사자들을 위한다면, 이는 삭제됨이 더 타당하다.

행정부 법안을 포함한 세 집단의 의원입안이 절충되는 과정에서 이번 개정 법안은 법정신이 표방해야 할 뚜렷한 사회철학의 방향이 모호해진 것으로 보인다. 시행령과 시행규칙에서 이를 보완하는 작업이 뒤따르겠지만, 모법의 규정이 애매한 것은 수정이 불가능하다.

법안은 수정되는 것이 마땅한 순리이기에 모순된 내용과 중복된 내용은 과감히 털어내는 실용이 필요할 것으로 보인다. 예를 들어 입원적정성 평가는 한 마디로 탁상행정일 것이다.

국공립 기관의 확대가 필요한 것은 공적 정신보건체계를 위해 당연히 필요한 것이지만, 입원적정성 평가와 같은 일을 위해 확대된다는 것은 큰 모순이다.

굳이 입원적정성 평가를 하겠다면 정신건강심의위원회 기능이 확대되는 것을 전제로 모든 입원이 아닌 논란이 되는 입원에 대한 적정성 평가를 하는 정도가 적절할 것으로 보인다.

사족이지만 'Appropriateness Evaluation Protocol or Procedure(AEP)'의 용어번역으로 본다면, '적정성'보다는 '적절성'이 더 타당한 용어가 될 것이다.

5. Who care?

두 사람 발제의 공통된 아쉬움 하나는 정신보건서비스의 가장 중요한 요소인 치료와 재활에 있어 정신과 의사를 비롯한 의료서비스의 평가절하 문제이다. 장기 입원의 원인을 정신요양시

설이나 정신병원의 기관 문제로 국한시켜서는 안된다. 비도덕적 집단이 어느 곳이나 있지만, 개인적 요인을 확대해서 시스템 요인에서 제거하는 모순을 범해서는 안된다. 지나친 의료화를 경계하는 모형으로 지역서비스 모형이 필요했듯이 거시적 안목의 정신보건 로드맵을 보아야 한다.

정신보건은 한 축의 힘만으로 구축되는 것이 아니다. 지역서비스 모형은 치료공동체의 철학이 담긴 것이어야 한다. 복지만능이나 인권만능의 문제로 풀 수 있는 것이 아니다. 중요한 것은 누가 하는 것이 중요한 것이 아니라 무엇을 어떻게 할 것인가를 고민해야 하는 것이다.

정신질환의 치료와 재활과 인권은 함께 가는 것이고, 복지는 이러한 시스템이 작동하는 매트릭스가 되어야 한다. 사회방위적인 요소는 줄이고 사회보장적 요소는 증가시킨 사회통합모형으로서의 정신보건법이 만들어지기를 기대해 본다.

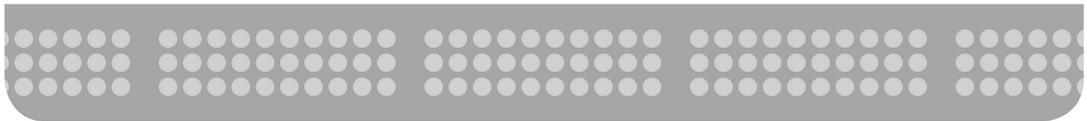


2016 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

토론

「정신건강복지법」에 대한 의견

한국사회복귀시설협회장, 태화샘솟는집 문용훈 관장





「정신건강복지법」에 대한 의견

한국사회복귀시설협회장, 태화샘솟는집 문용훈 관장

먼저 국가인권위원회에서 개정된 정신보건법과 관련하여 토론의 장을 마련하여 준 것에 감사의 인사를 드린다. 그동안 국가인권위원회에서는 정신장애인의 차별·편견을 위한 실태조사, 정신장애인 인권증진을 위한 세미나, 정신장애인의 지역사회적응을 위한 실태조사 등 정신장애인에 관련하여 지속적인 연구와 세미나를 진행하였다. 특히 장애인 인권증진 중장기 계획 전략목표 중 다중적 차별을 겪고 있는 장애인을 위한 사회적 기반 구축 대상에 정신장애인을 포함하여 3가지 추진방향을 제시하였다. 이와 관련하여 한국사회복귀시설협회와 사전에 회의를 진행하여 장애인복지법과 정신보건법의 이중구조로 인하여 정신장애인들이 지역사회 서비스를 받는데 차별적인 내용을 논의 되었고 이를 해소 하는 계획 내용 중 일부 내용(장애인 기초생활수급자 소득감면제도 개선 등)은 수정이 되었으나 여전히 남아있는 상황이다.

이러한 추진방향의 내용이 개정된 법에서 어떻게 발전될 수 있을지와 현재 정신보건 영역에서 논의가 되고 있는 입·퇴원에 문제에 대하여 염형국 변호사의 발제문 내용을 토론하고자 한다.

1. 정신장애인에 대한 서비스 전달체계의 불균형

2015년 현재 정신보건시설은 2,068개입니다. 시설 중 정신의료기관 1402개(68.3%)이고 의료기관 중 국공립병원이 18개, 민간의료기관 1,384개 (98.7%)로 민간의료기관에 대한 의존이 높은 상황입니다. 정신보건센터(정신건강증진센터)는 224개 (15광역센터, 209개 기초센터)이며 중

독관리통합지원센터가 50개이다. 반면 정신요양시설은 59개, 사회복지시설은 333개 (이용 4,436명/ 입소 2,541명 = 6,977명) 가 운영중이다. (2016년 정신보건사업안내)

① 정신질환자에 대한 서비스가 병원과 요양시설 등 입원·소위주로 설계

정신보건시설 중 의료기관이 68.3% / 정신요양시설 정원 1만2천여명 => 현 시점에서 정신 의료기관과 정신요양시설에 입소된 정신질환자는 6만 5천 ~ 7만 내외이다. 이들 중 입원·소가 당장 필요 없는 입원·소자들에게 대한 연구는 과거부터 되어왔으나 입원을 대체할 수 있는 서비스에 대한 구체적인 실행계획이나 정부의 의지와 예산투지는 되지 못하는 상황이며 더나가 과거 부랑인시설인 노숙인 시설에 1만1천여명은 이러한 수치에서 제외되어 있는 것(60%이상)이 정신질환을 가지고 있는 것으로 추정됨) 입을 감안한다면 더욱 심각한 상황이라고 볼 수 있다.

② 사회복지시설 이용/입소정원 문제

현재 사회복지시설의 전체 정원은 등록장애인 대비 7%, 중증정신질환자 국민 1% 대비 1.4% → 사회복지시설은 서울에 36%, 수도권(서울, 경기, 인천) 52.3% 집중되어 있어 지역에 따라 서비스 선택권이 제안되어 있는 상황이며 지방이양이 된 이후 소규모 시설인 공동생활가정만 늘어나고 있는 상황이다.

③ 지역사회지원서비스에 대한 정부차원의 명확한 역할 필요

정신보건법 시행규칙 [별표 6]을 정신장애인의 삶에 맞춘 내용으로 변화하며 다양한 서비스 내용이 제공될 수 있도록 바뀌어져야 지역중심의 논의와 경험이 만들어질 것이며 지역중심에 예산을 투자하는 의지가 필요한 상황. 예산의 집중적인 투자가 힘들다면 기존 사회복지 영역에서 진행되고 있는 사업에 정신보건사업을 어떻게 접목시키고 협력을 구하는 방안이 진행되어야 한다.

2. 영국의 노숙인 정책에 대한 의미

영국의 노숙이 정신장애인들이 삶의 질이 향상되고 만족도가 높아지면서 노숙으로 다시 전락하는 비율이 획기적으로 감소하는 이유는 무엇일까? 「영국의 노숙자연구원인과 정책을 중심으로」 자료를 중심으로 다시 이 문제를 점검해보았을 때, 영국의 1965년에서 2001년까지 노숙인 실태를 다음과 같이 보여주고 있다.

1965년 - 965명

1990년 이후 거리노숙자의 수가 감소 시작

1991년 - 2,703명/ 런던광역권에는 전체 노숙인의 (1,275명)47%

1992년 - 이후 런던 노숙자를 1년에 두 번 측정

1998년 - 2,000명 / 런던 거리노숙자 621명, 영국 거리노숙자를 1850명으로 집계

2001년 - 550명으로 획기적으로 감소

위의 도표를 통해 확인할 수 있는 점은 1991년부터 2001년, 10년 사이에 영국에서 발견되는 노숙인 전체 수는 2,703명에서 550명으로 79.6%라는 획기적인 변화를 확인할 수 있었다.

또한 1991년부터 전체 노숙인 수를 2,000여명 대를 유지해오다가 1998년 이후 3년 만에 획기적으로 그 수가 감소한 것은 특별한 이유가 있었음을 추측하게 한다.

첫째, 영국 정부는 1990년 보수당이 주도한 RSI(Rough Sleepers Initiative)와 1998년 노동당 정부가 설립한 RSU(Rough Sleepers Unit)의 효과이다.

RSI를 통한 재정지출은 1990년부터 1996년까지 2억 파운드(4천억원)이었고, 1999년까지 추가로 7,300만 파운드(1,500억원)을 사용하였다. 1990년대를 통틀어서 한 해 평균 500억원을 거리노숙자 문제를 해결하는데 사용했다. 알코올, 약물, 정신질환 노숙인들을 위한 전문센터를 운영하면서 노숙인 쉼터의 새로운 정보체계를 유지하기 위해 모니터링 체계까지도 갖추었다.

둘째, 1996년 영국의 보수당 정부는 거리노숙자 문제를 해결하기 위하여 법정홈리스의 자격 조건을 완화하는 주택법(1996년)을 제정하였는데, 이때에 홈리스에게 최우선으로 공공임대주택을 제공할 수 있도록 하였다고 하였다.

이러한 영국의 노숙인 정책의 핵심은 주거공간을 제공하는 것을 정부의 의무로 한 주택법의 개정이지만 정신질환 노숙인들에게 지역사회에서 제공되는 통합적인 지원을 통해 성공적인 성과를 이루어낸 것으로 볼 수 있다. 즉 탈원화 정책의 시행과 지역사회 지원 서비스가 균형을 이루었으며 여러 기관들의 상호 협력하여 정책을 입안하고 집행하는 (Multi-agency working)을 추구한 것이다.

3. 사회복귀시설 현황과 필요수

2015년 12월 현재 333개의 정신질환자의 사회복귀시설 전체이용자는 7,032명임.

전국민의 1%를 중증정신질환자로 추정* 할 때 현재(2015. 12)의 사회복귀시설 정원을 고려하면, 사회복귀시설을 이용할 수 있는 정원은 지자체당 4명이며, 이마저도 사회복귀시설이 수도권에 집중(사회복귀시설 52.3%)된 점을 감안하면 티무니없이 부족한 상태임.

* 2016년 보건복지부 개정정신정보건법 주요내용 중 [참고 : 정신질환자 등 개념 및 규모]

구분	인구수(명)	시설정원	중증정신질환자 1% 추정 수	중증정신질환자 1% 대비 정원비율
서울	10,022,181	2,401	100,222	2.4%
부산	3,513,777	421	35,138	1.2%
대구	2,487,829	447	24,878	1.8%
인천	2,925,815	180	29,259	0.6%
광주	1,472,199	192	14,722	1.3%
대전	1,518,775	426	15,188	2.8%
울산	1,173,534	70	11,735	0.6%
세종	210,884	38	2,109	1.8%

구분	인구수(명)	시설정원	중증정신질환자 1% 추정 수	중증정신질환자 1% 대비 정원비율
경기	12,522,606	756	125,226	0.6%
강원	1,549,507	63	15,495	0.4%
충북	1,583,952	325	15,840	2.1%
충남	2,077,649	397	20,777	1.9%
전북	1,869,711	617	18,698	3.3%
전남	1,908,996	78	19,090	0.4%
경북	2,702,826	391	27,029	1.5%
경남	3,364,702	120	33,647	0.4%
제주	624,395	110	6,244	1.8%
계	51,529,338	7,032	515,297	1.4%

[출처 : 2015년 보건복지부 사회복귀시설현황, 2015년 국가통계포털 행정구역별 총인구]

정신보건시설 및 관련시설에 입원(소) 중인 정신질환자의 탈원화 추진시 정실질환자 수용에 대한 지역사회내 사회복귀시설의 필요개소

4. 대상자에 대한 논의

개정된 정신보건법에서 최초 논의한 내용 중 대상자에 대한 축소이다. 염변호사님은 등록 정신장애인과 개정된 법의 장애인이 같은 범위로 이야기 하고 있으나 이는 좀 더 협의가 되어야 할 내용이다. 가까운 일본의 경우 사회적 합의를 통하여 정신장애인보건복지수첩 등록 유무와 장애인종합지원법에 있어 서비스 이용에 있어 무관하게 진행한 내용을 살펴볼 필요가 있겠다. 이러한 제도의 지원에 따라 장애인종합지원법 제4조에 정신보건 및 정신장애인복지에 관한 법률 제5조에 규정한 정신장애인(발달장애인지원법 제2보2항에 규정한 발달장애인을 포함) 하여 약 320만명이 서비스의 대상자로 되어 있어 한국의 경우보다 13배정도로 서비스를 받고

있는 상황이다. 물론 절차와 서비스조사과정이 있기는 하지만 사회적 합의가 된다면 그 대상은 조정이 가능한 예로 볼 수 있다.

5. 여전히 남아 있는 장애인 관련한 서비스의 제외

장애인실태조사에 의하면 정신장애인의 취업이나 거주환경이 타 장애인에 비하여 열악하게 조사되어 있다. 이러한 조사의 결과 중 일부는 장애인관련 서비스의 제외에서 발생하고 있다는 것을 부인하기는 어려운 상황이다.

■ 정신장애인의 경제적 상황

주관적으로 하층이라고 생각 : 81.5%(정신장애), 67.4%(전체장애)

장애인 국민기초생활보장 수급여부 : 54.5%(정신장애), 16.9%(전체장애)

국민연금 가입여부 : 10.0%(정신장애), 35.0%(전체장애)

취업상황 : 비장애인 월급여 329만원 / 일반장애인 153만원 / 정신장애인 56만원

■ 정신장애인의 거주상황

일반장애인의 주요서비스 욕구 : 소득>의료>고용>주거

정신장애인의 주요서비스 욕구 : 주거>소득>고용>의료

향후 살고 싶은 주거유형 : 88.5% 일반주택, 공동생활가정 3.3%, 거주시설 1.5%, 요양시설 7.0%

자가현황 : 정신장애 44.0%, 전체장애 58.5%

보증금 5백만원 이하 : 정신장애 47.9%, 전체장애 22.9%

월세 10만원 미만 정신장애 51.8%, 전체장애 30.2%

→ 열악한 거주환경으로 밀어내는 상황

이처럼 장애인관련 서비스 중 정신장애인이 받기 어려운 내용이나 제도적으로 신청이 되지 않는 몇 가지 예를 들어보고자 한다.

1. 「중증장애인의 취업유지율 제고를 위한 직무지원인 지원사업」에서 배제

장애로 인해 취업초기에 직장적응에 어려움을 겪는 「중증장애인의 취업유지율 제고를 위한 직무지원인 지원사업」에서 정신보건시설의 정신장애인은 배제됨

[신청자격이 「장애인복지법」 제58조에 의한 장애인복지관, 동법 제63종에 의한 장애인단체 중 직업재활사업을 수행하는 기관으로 한정]

「장애인복지법」 제58조(장애인복지시설)

① 장애인복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. **장애인 거주시설** : 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설
2. **장애인 지역사회재활시설** : 장애인을 전문적으로 상담·치료·훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설
3. **장애인 직업재활시설** : 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설
4. **장애인 의료재활시설** : 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료 재활서비스를 제공하는 시설
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설

② 제1항 각 호에 따른 장애인복지시설의 구체적인 종류와 사업 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

「장애인복지법」 제63조(단체의 보호·육성)

- ① 국가와 지방자치단체는 장애인의 복지를 향상하고 자립을 돕기 위하여 장애인복지단체를 보호·육성하도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 예산의 범위 안에서 제1항에 따른 단체의 사업·활동 또는 운영이나 그 시설에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 보조할 수 있다.

2. 정신장애인에 대한 자립생활지원 전무

장애인의 경우 「장애인복지법」에 의거 자립생활이 가능하도록 다양한 서비스를 지원하고 있으며, 시설을 이용한 장애인이 탈시설 할 경우 자립정착금을 별도로 지원하고 있으나, 정신장애인의 경우 자립할 수 있는 그 어떤 지원도 없어 자립생활이 어려운 상황임

[「장애인복지법」 제53조, 제54조, 제55조, 제56조에 의거 장애인은 일상생활 또는 사회생활을 원할 수 있도록 자립생활을 지원하고 있음]

「장애인복지법」 제53조(자립생활지원)

국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조서비스 또는 장애인보조기구의 제공, 그 밖의 각종 편의 및 정보제공 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

「장애인복지법」 제54조(중증장애인자립생활지원센터)

- ① 국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인자립생활지원센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공한다.
- ② 제1항의 규정에 따른 중증장애인자립생활지원센터에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 중증장애인자립생활지원센터에 예산의 범위에서 운영비 또는 사업비의 일부를 지원할 수 있다.

「장애인복지법」 제55조(활동지원급여의 지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 중증장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있다.
- ② 국가 및 지방자치단체는 임신 등으로 인하여 이동이 불편한 여성장애인에게 임신 및 출산과 관련한 진료 등을 위하여 경제적 부담능력 등을 감안하여 활동보조인의 파견 등 활동보조서비스를 지원할 수 있다.

「장애인복지법」 제56조(장애동료간 상담)

- ① 국가와 지방자치단체는 장애인이 장애를 극복하는 데 도움이 되도록 장애동료 간 상호 대화나 상담의 기회를 제공하도록 노력하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 장애동료 간의 대화나 상담의 기회를 제공하기 위한 구체적인 사업 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

현재 모든 단체나 법률안 관련 세미나에 참석하거나 의견을 들어보면 대부분이 입·퇴원 문제에 집중되고 있다. 개정법에서 복지서비스에 대한 내용이 있기는 하지만 예산이 반영되지 못했다는 이야기와 발달장애인처럼 장애인복지관에 서비스 내용을 연결하게 될 것이라고 한다. 이도 한 가지 방법이겠지만 예산을 연결하는 것으로 서비스의 연계나 사업이 확산이 될 수 있을지는 좀 더 부처간의 협의, 종사자의 이해와 서비스내용, 연계관련 장벽 등이 면밀하게 논의될 필요가 있다. 현재처럼 예산이나 서비스의 기관이 불균형이 되어 있는 상황과 의료예산의 지역사회 활용이 되지 않는다면 드라마틱한 예산의 증가와 서비스의 변화는 일어나지 않을 수도 있도록 다시 법률 개정에 대한 의견이 나올 수 있다. 또한 장애인아에서도 더 이상 「장애인복지법」 제15조의 이유로 정신장애인을 별도로 구별하는 것은 폐지되는 것이 바람직하며 장애에 대한 서비스 전체를 묶어 문제가 되는 장벽을 일괄 해결하여야 할 것이다.

다행스러운 것은 최근 장애인시설 단체들과 지속적인 접촉을 통하여 몇 가지 합의는 되어가고 있지만 제도적인 내용은 정부의 책임이 있는 상황이다.

또한 의료기관에서 퇴원 후 지역사회서비스를 연계하는 것을 의무적으로 되어있지 않다면 의료서비스와 지역서비스의 분절은 해결되지 않을 가능성이 있다. 정신보건 시스템을 만들어 가는 계획은 되어 있으나 이를 현재 지역에서 진행되는 시스템과 연동작업이 함께 진행되어야 할 것이며 복지서비스 내용이 어디에서 어떻게 다루어져야 할지 이를 누구의 의무로 지정할지 논의가 반드시 되어야 할 것이다.



2016년 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

부록

부록 1 : 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법

부록 2 : 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」 요약(2009. 10. 26.)

부록 1 : 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법

정신보건법 전부개정법률안(대안)

의안 번호	18700
----------	-------

제안연월일 : 2016. 5.
제안자 : 보건복지위원장

1. 대안의 제안경위

가. 다음 4건의 「정신보건법 개정법률안」 및 「정신장애인 복지지원 등에 관한 법률안」이 발의되어 보건복지위원회에 각각 상정한 후 제안 설명 및 검토보고와 대체토론을 거쳐 법안심사소위원회에 회부함.

의안명	발의자	의안번호	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.

나. 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 우리위원회 대안을 마련함.

다. 제342회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회(2016. 4. 29)에서 법안심사소위원회에서 심사 보고한 대로 4건의 법률안에 대해서는 각각 본회의에 부의하지 아니하기로 하고, 법안심사소위원회가 마련한 대안을 위원회안으로 제안하기로 의결함.

※ 제342회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회(2016. 4. 29.) 비용추계서 생략 의결

2. 대안의 제안이유

정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소 정의하고, 전 국민 대상의 정신건강증진의 장을 신설하며, 비자의 입원·퇴원 제도를 개선하고, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하는 등 현행 법률상 미흡한 점을 개선·보완하려는 것임.

3. 대안의 주요내용

- 가. 법률의 명칭을 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」로 변경함.
- 나. 법 적용 대상인 정신질환자의 정의를 ‘독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람’으로 한정함(안 제3조제1호).
- 다. 정신건강증진의 장을 신설하여 일반국민에 대한 정신건강 서비스 제공 근거를 마련함(안 제7조부터 제18조까지).
- 라. 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(안 제33조부터 제38조까지).
- 마. 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(안 제42조).

법률제호

정신보건법 전부개정법률안

정신보건법 전부를 다음과 같이 개정한다.

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

제1장 총칙

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.

제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “정신질환자”란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.
2. “정신건강증진사업”이란 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업을 말한다.
3. “정신건강복지센터”란 정신건강증진시설, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(이하 “사회복지시설”이라 한다), 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 제33조부터 제38조까지의 규정에 따른 정신질환자 복지서비스 지원사업(이하 “정신건강증진사업등”이라 한다)을 하는 다음 각 목의 기관 또는 단체를 말한다.
 - 가. 제15조제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 국가 또는 지방자치단체가 설치·운영하는 기관
 - 나. 제15조제6항에 따라 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받아 정신건강증진사업등을 수행하는 기관 또는 단체
4. “정신건강증진시설”이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 말한다.
5. “정신의료기관”이란 주로 정신질환자를 치료할 목적으로 설치된 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
 - 가. 「의료법」에 따른 의료기관 중 제19조제1항 후단에 따른 기준에 적합하게 설치된 병원(이하 “정신병원”이라 한다) 또는 의원
 - 나. 「의료법」에 따른 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과로서 제19조제1항 후단에 따른 기준에 적합한 기관
6. “정신요양시설”이란 제22조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설을 말한다.
7. “정신재활시설”이란 제26조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람(이하 “정신질환자등”이라 한다)의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말한다.

제4조(국가와 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.

- ② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 모든 차별 및 편견을 해소하고 차별받은 정신질환자등과 그 가족의 권리를 구제할 책임이 있으며, 정신질환자등과 그 가족에 대한 차별 및 편견을 해소하기 위하여 적극적인 조치를 하여야 한다.

제5조(국민의 의무) 모든 국민은 정신건강증진을 위하여 국가와 지방자치단체가 실시하는 조사 및 정신건강증진사업등에 협력하여야 한다.

제6조(정신건강증진시설의 장의 의무) ① 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등이 입원등을 하거나 사회 적응을 위한 훈련을 받으려고 하는 때에는 지체 없이 정신질환자등과 그 보호의무자에게 이 법 및 다른 법률에 따른 권리 및 권리행사 방법을 알리고, 그 권리행사에 필요한 각종 서류를 정신건강증진시설에 갖추어 두어야 한다.

- ② 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등의 치료, 보호 및 재활과정에서 정신질환자등의 의견을 존중하여야 한다.
- ③ 정신건강증진시설의 장은 입원등 또는 거주 중인 정신질환자등이 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며 자유롭게 생활할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ④ 제1항에 따라 정신질환자등과 그 보호의무자에게 알릴 권리의 종류·내용, 고지방법 및 서류 비치 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제2장 정신건강증진 정책의 추진 등

제7조(국가계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 “국가계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.

- ② 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)는 국가계획에 따라 각각 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 “지역계획”이라 한다)을 수립하여야 한다. 이 경우 해당 지역계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획과 연계되도록 하여야 한다.

- ③ 국가계획 또는 지역계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.
1. 정신질환의 예방, 상담, 조기발견, 치료 및 재활을 위한 활동과 각 활동 상호 간 연계
 2. 영·유아, 아동, 청소년, 중·장년, 노인 등 생애주기(이하 “생애주기”라 한다) 및 성별에 따른 정신건강증진사업
 3. 정신질환자의 조기퇴원 및 사회적응
 4. 적절한 정신건강증진시설의 확보 및 운영
 5. 정신질환에 대한 인식개선을 위한 교육·홍보, 정신질환자의 법적 권리보장 및 인권보호 방안
 6. 전문인력의 양성 및 관리
 7. 정신건강증진을 위한 교육, 주거, 근로환경 등의 개선 및 이와 관련된 부처 또는 기관과의 협력 방안
 8. 정신건강 관련 정보체계 구축 및 활용
 9. 정신질환자와 그 가족의 지원
 10. 정신질환자의 건강, 취업, 교육 및 주거 등 지역사회 재활과 사회참여
 11. 정신질환자에 대한 복지서비스의 연구·개발 및 평가에 관한 사항
 12. 정신질환자에 대한 복지서비스 제공에 필요한 재원의 조달 및 운용에 관한 사항
 13. 그 밖에 보건복지부장관 또는 시·도지사가 정신건강증진을 위하여 필요하다고 인정하는 사항
- ④ 보건복지부장관과 시·도지사는 국가계획 및 지역계획의 수립·시행에 필요한 자료의 제공 및 협조를 관계 행정기관, 정신건강증진시설 및 관련 기관·단체 등에 요청할 수 있다. 이 경우 요청받은 기관·시설·단체 등은 자료의 제공이 법령에 위반되거나 정상적인 업무수행에 뚜렷한 지장을 초래하는 등의 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ⑤ 국가계획 및 지역계획을 수립할 때에는 「장애인복지법」 제10조의2에 따른 장애인정책종합계획과 연계되도록 하여야 한다.
- ⑥ 보건복지부장관은 5년마다 정신질환자의 인권과 복지증진 추진사항에 관한 백서를 발간하여 공표하여야 한다.
- ⑦ 국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제8조(시행계획의 수립·시행 등) ① 보건복지부장관과 시·도지사는 각각 국가계획과 지역계획에 따라 매년 시행계획을 수립·시행하여야 하고, 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 매년 관할 시·도의 지역계획에 따라 시행계획을 수립·시행하여야

한다. 다만, 시·도지사나 시장·군수·구청장이 지역계획의 시행계획 내용을 포함하여 「지역보건법」 제7조제2항 및 제8조에 따라 연차별 시행계획을 수립·시행하는 경우에는 본문에 따른 시행계획을 별도로 수립·시행하지 아니할 수 있다.

- ② 보건복지부장관은 국가계획 및 지역계획의 시행 결과를, 시도지사는 해당 지역계획의 시행 결과를 각각 대통령령으로 정하는 바에 따라 평가할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 시행계획의 수립·시행에 필요한 자료의 제공 및 협조에 관하여는 제7조제4항을 준용한다. 이 경우 “보건복지부장관과 시·도지사”는 “보건복지부장관과 시·도지사 및 시장·군수·구청장”으로, “국가계획 및 지역계획”은 “국가계획 및 지역계획의 시행계획”으로 본다.
- ④ 제1항에 따른 시행계획의 수립절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(정신건강증진 관련 주요정책의 심의) 보건복지부장관은 다음 각 호의 사항에 관하여 「국민건강증진법」 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 받아야 한다.

- 1. 국가계획의 수립
- 2. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 체계와 제도의 발전

제10조(실태조사) ① 보건복지부장관은 5년마다 다음 각 호의 사항에 관한 실태조사(이하 “실태조사”라 한다)를 하여야 한다. 다만, 정신건강증진 정책을 수립하는 데 필요한 경우 수시로 실태조사를 할 수 있다.

- 1. 정신질환의 인구학적 분포, 유병률(有病率) 및 유병요인
 - 2. 성별, 연령 등 인구학적 특성에 따른 정신질환의 치료 이력, 정신건강증진시설 이용 현황
 - 3. 정신질환으로 인한 사회적·경제적 손실
 - 4. 정신질환자의 취업·직업훈련·소득·주거·경제상태 및 정신질환자에 대한 복지서비스
 - 5. 정신질환자 가족의 사회·경제적 상황
 - 6. 그 밖에 정신건강 증진에 필요한 사항으로서 보건복지부령으로 정하는 사항
- ② 실태조사와 정신건강증진 관련 지도업무를 수행하기 위하여 시·도에 담당 공무원을 둘 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 실태조사를 하는 데 필요한 자료를 제공하도록 정신건강증진시설 및 대통령령으로 정하는 관련 기관·단체 등에 요청할 수 있다. 이 경우 요청받은 정신건강증진시설 및 관련 기관·단체 등은 자료의 제공이 법령에 위반되거나 정상적인 업무수행에 뚜렷한 지장을 초래하는 등의 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ④ 실태조사는 필요한 경우 「장애인복지법」 제31조에 따른 장애인 실태조사와 함께 실시할 수 있다.

⑤ 실태조사의 시기, 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등) ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위하여 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하여야 한다.

② 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 교육·상담 등의 정신건강증진사업을 시행한다.

③ 제2항에 따른 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 정신건강증진사업의 범위, 대상 및 내용 등은 대통령령으로 정한다.

제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등) ① 보건복지부장관은 제7조제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.

② 시·도지사는 관할 구역에서의 제7조제3항 각 호에 관한 정신건강증진사업등, 시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다) 간 연계체계 구축 및 응급 정신의료 서비스 제공 등 광역 단위의 정신건강증진사업등을 수행하며, 시장·군수·구청장이 제8조제1항 본문에 따른 지역계획의 시행계획이나 같은 항 단서에 따른 지역보건의료계획의 시행계획에 따른 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.

③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제7조제3항 각 호에 관한 정신건강증진사업등을 수행한다.

④ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 정신건강증진사업등을 시행하는 경우에 정신건강복지센터, 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장의 관련 활동이 서로 연계되도록 하여야 한다.

⑤ 제1항에 따른 정신건강증진사업등에 관하여 자문·지원하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 중앙정신건강복지사업지원단을 두고, 제2항에 따른 정신건강증진사업등에 관하여 자문·지원하기 위하여 시·도지사 소속으로 지방정신건강복지사업지원단을 둔다.

⑥ 제5항에 따른 중앙정신건강복지사업지원단 및 지방정신건강복지사업지원단의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제13조(학교 등에서의 정신건강증진사업 실시) ① 다음 각 호에 해당하는 기관, 단체, 학교의 장 및 사업장의 사용자는 구성원의 정신건강에 관한 교육·상담과 정신질환 치료와의 연계 등의 정신건강증진사업을 실시하도록 노력하여야 한다.

1. 국가 및 지방자치단체의 기관 중 업무의 성질상 정신건강을 해칠 가능성이 높아 정신건강증진사업을 실시할 필요가 있는 기관으로서 대통령령으로 정하는 기관

2. 「초·중등교육법」 및 「고등교육법」에 따른 학교 중 대통령령으로 정하는 학교
3. 「근로기준법」에 따른 근로자 300명 이상을 사용하는 사업장
4. 그 밖에 업무의 성질이나 근무자 수 등을 고려하여 정신건강증진사업을 실시할 필요가 있는 기관·단체로서 대통령령으로 정하는 기관·단체
 - ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 정신건강증진사업의 효율적인 시행을 위하여 그 구체적 내용 및 방법 등에 관한 지침 시행, 정보 제공, 그 밖의 필요한 사항의 권고를 할 수 있다.
 - ③ 보건복지부장관은 제1항 각 호의 기관·단체·학교 및 사업장 중 구성원의 정신건강 증진을 위하여 적극적으로 노력한 기관 등을 선정·공표할 수 있으며, 해당 기관·단체·학교 및 사업장에 대하여 지원을 할 수 있다.

제14조(정신건강의 날) ① 정신건강의 중요성을 환기하고 정신질환에 대한 편견을 해소하기 위하여 매년 10월 10일을 정신건강의 날로 하고, 정신건강의 날이 포함된 주(週)를 정신건강 주간으로 한다.

- ② 국가와 지방자치단체는 정신건강의 날 취지에 적합한 행사와 교육·홍보사업을 실시할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 정신건강의 날 행사 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영) ① 보건복지부장관은 필요한 지역에서의 제12조제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

- ② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.
- ③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조제3항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 “보건소”라 한다)에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.
- ④ 정신건강복지센터의 장은 정신건강증진사업등의 제공 및 연계사업을 수행하기 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에 정신질환자 본인이나 제33조에 따른 보호의무자(이하 “보호의무자”라 한다)의 동의를 받아야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.
- ⑥ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강증진사업등을 정신건강에 관한 전문성

이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.

- ⑦ 시·도지사는 소관 광역 정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 기초 정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.
- ⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제16조(정신건강연구기관 설치·운영) 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무 수행을 위하여 국립정신건강연구기관을 둘 수 있다.

1. 뇌(腦)신경 과학에 관한 연구
2. 정신질환 치료 및 재활을 위한 중개(仲介)·임상 연구
3. 정신건강증진 서비스 전달체계 개선에 관한 연구
4. 정신질환과 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공
5. 정신건강증진 전문가 양성 및 정신건강증진시설 종사자 훈련
6. 국가계획의 수립 및 실태조사의 지원
7. 국가정신건강정책의 수행을 위한 국립정신병원의 지원
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 업무

제17조(정신건강전문요원의 자격 등) ① 보건복지부장관은 정신건강 분야에 관한 전문지식과 기술을 갖추고 보건복지부령으로 정하는 수련기관에서 수련을 받은 사람에게 정신건강전문요원의 자격을 줄 수 있다.

- ② 제1항에 따른 정신건강전문요원(이하 “정신건강전문요원”이라 한다)은 그 전문분야에 따라 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사로 구분한다.
- ③ 보건복지부장관은 정신건강전문요원의 자질을 향상시키기 위하여 보수교육을 실시할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따른 보수교육을 국립정신병원, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 대통령령으로 정하는 전문기관에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 보건복지부장관은 정신건강전문요원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소하거나 6개월 이내의 기간을 정하여 자격의 정지를 명할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제2호에 해당하면 그 자격을 취소하여야 한다.
 1. 자격을 받은 후 제18조 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우
 2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 자격을 받은 경우

3. 고의 또는 중대한 과실로 제6항에 따라 대통령령으로 정하는 업무의 수행에 중대한 지장이 발생하게 된 경우

⑥ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 정신건강전문요원 업무의 범위, 자격·등급에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하고, 수련과정 및 보수교육과 정신건강전문요원에 대한 자격증의 발급 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제18조(정신건강전문요원의 결격사유) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 정신건강전문요원이 될 수 없다.

1. 피성년후견인
2. 이 법이나 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 법을 위반하여 금고 이상의 형을 선고받고 그 집행이 끝나지 아니하거나 집행을 받지 아니하기로 확정되지 아니한 사람
 - 가. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」
 - 나. 「마약류 관리에 관한 법률」
 - 다. 「모자보건법」
 - 라. 「보건범죄 단속에 관한 특별조치법」
 - 마. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」
 - 바. 「사회복지사업법」
 - 사. 「시체 해부 및 보존에 관한 법률」
 - 아. 「약사법」
 - 자. 「응급의료에 관한 법률」
 - 차. 「의료기사 등에 관한 법률」
 - 카. 「의료법」
 - 타. 「지역보건법」
 - 파. 「혈액관리법」
 - 하. 「후천성면역결핍증 예방법」
 - 거. 「형법」 중 제233조, 제234조(제233조의 죄에 의하여 작성된 허위진단서등을 행사한 사람만 해당한다. 이하 같다), 제235조(제233조 및 제234조의 미수범만 해당한다), 제269조, 제270조제2항·제3항, 제317조제1항 및 제347조(거짓으로 진료비를 청구하여 환자나 진료비를 지급하는 기관·단체를 속인 경우만 해당한다)

제3장 정신건강증진시설의 개설·설치 및 운영 등

제19조(정신의료기관의 개설·운영 등) ① 정신의료기관의 개설은 「의료법」에 따른다. 이 경우 「의료법」 제36조에도 불구하고 정신의료기관의 시설·장비의 기준과 의료인 등 종사자의 수·자격에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 보건복지부령으로 따로 정한다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 금고 이상의 형을 선고받고 그 형의 집행이 끝나거나 집행을 받지 아니하기로 확정된 후 5년이 지나지 아니한 사람 또는 그 사람이 대표자로 있는 법인은 정신의료기관을 개설하거나 설치할 수 없다.

1. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항 또는 제62조제1항 후단을 위반하여 정신질환자를 퇴원이나 임시 퇴원을 시키지 아니한 행위
2. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 대면(對面) 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 정신의료기관에 입원을 시키거나 입원의 기간을 연장한 행위

③ 보건복지부장관은 정신질환자에 대한 지역별 병상 수급 현황 등을 고려하여 정신의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 정신의료기관의 규모를 제한할 수 있다.

1. 300병상 이상의 정신의료기관을 개설하려는 경우
2. 정신의료기관의 병상 수를 300병상 미만에서 기존의 병상 수를 포함하여 300병상 이상으로 증설하려는 경우
3. 300병상 이상의 정신의료기관을 운영하는 자가 병상 수를 증설하려는 경우

④ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 정신의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 1년의 범위에서 기간을 정하여 시정명령을 할 수 있다.

1. 제1항 후단에 따른 정신의료기관의 시설·장비의 기준과 의료인 등 종사자의 수·자격에 미달하게 된 경우
2. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항 또는 제62조제1항 후단을 위반하여 정신질환자를 퇴원이나 임시 퇴원을 시키지 아니한 경우
3. 제59조제1항제1호부터 제6호까지(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제66조제4항에 따른 명령에 따르지 아니한 경우
4. 정당한 사유 없이 제66조제1항에 따른 보고를 하지 아니하거나 거짓으로 보고를 하는 경우, 관계 서류를 제출하지 아니하거나 거짓의 서류를 제출하는 경우 또는 관계 공무원의 검사를 거부·방해 또는 기피하는 경우나 같은 조 제2항에 따른 관계 공무원과

정신건강심의위원회 위원의 심사를 거부·방해 또는 기피한 경우

5. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원시키거나 입원 기간을 연장한 경우
- ⑤ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 정신의료기관이 제4항의 시정명령에 따르지 아니한 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 1년의 범위에서 사업의 정지를 명령하거나 개설허가를 취소하거나 시설의 폐쇄를 명령할 수 있다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에 따른 행정처분의 세부적인 기준은 그 위반행위의 유형과 위반의 정도 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.
- ⑦ 정신의료기관에 관하여는 이 법에서 규정한 것을 제외하고는 「의료법」에 따른다.

제20조(과징금처분) ① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 정신의료기관이 제19조제5항에 해당하여 사업의 정지를 명하여야 하는 경우로서 그 사업의 정지가 이용자에게 심한 불편을 주거나 그 밖에 공익을 해칠 우려가 있는 경우에는 사업의 정지 처분을 갈음하여 5천만원 이하의 과징금을 부과할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 과징금을 부과하는 위반행위의 유형 및 위반 정도 등에 따른 과징금의 금액과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 과징금을 내야 할 자가 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 「지방세외수입금의 징수 등에 관한 법률」에 따라 징수한다.

제21조(국립·공립 정신병원의 설치 등) ① 국가와 지방자치단체는 국립 또는 공립의 정신의료기관으로서 정신병원을 설치·운영하여야 한다.

- ② 국가와 지방자치단체가 정신병원을 설치하는 경우 그 병원이 지역적으로 균형 있게 분포되도록 하여야 하며, 정신질환자가 지역사회 중심으로 관리되도록 하여야 한다.
- ③ 제1항에 따른 정신병원은 제12조제1항부터 제3항까지에 따른 정신건강증진사업을 수행하고 정신건강증진사업 인력에 대한 교육·훈련을 담당한다.

제22조(정신요양시설의 설치·운영) ① 국가와 지방자치단체는 정신요양시설을 설치·운영할 수 있다.

- ② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지법인(이하 “사회복지법인”이라 한다)과 그 밖의 비영리법인이 정신요양시설을 설치·운영하려는 경우에는 해당 정신요양시설 소재지 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장의 허가를 받아야 한다.
- ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 금고 이상의 형을 선고받고 그 형의 집행이 끝나거나 집행을 받지 아니하기로 확정된 후 5년이 지나지 아니한 사람 또는 그 사람이

대표자로 있는 법인은 정신요양시설을 설치할 수 없다.

1. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴소나 임시 퇴소를 시키지 아니한 행위
2. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 정신요양시설에 입소시키거나 입소의 기간을 연장한 행위
- ④ 제2항에 따라 허가를 받은 자가 허가받은 사항을 변경하려는 경우에는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 입소 정원을 변경하려는 경우에는 변경허가를 받아야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신요양시설의 장에게 정신질환자의 요양생활에 지장이 없는 범위에서 지역주민·사회단체·언론사 등이 정신요양시설의 운영상황을 파악할 수 있도록 그 시설의 개방을 요구할 수 있다. 이 경우 정신요양시설의 장은 정당한 사유가 없으면 그 요구에 따라야 한다.
- ⑥ 정신요양시설의 설치기준·수용인원, 종사자의 수·자격 및 정신요양시설의 이용·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제23조(정신건강의학과전문의의 자문) 정신요양시설의 장은 정신요양시설에서 요양 서비스를 제공할 때 의료와 관련된 부분은 대통령령으로 정하는 바에 따라 정신건강의학과전문의를 자문하여야 한다.

제24조(정신요양시설의 폐지·휴지·재개 신고) 정신요양시설을 설치·운영하는 자가 그 시설을 폐지·휴지(休止)하거나 재개(再開)하려는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미리 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.

제25조(정신요양시설 사업의 정지, 설치허가 취소 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신요양시설이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 1년의 범위에서 기간을 정하여 시정명령을 할 수 있다.

1. 제22조제4항을 위반하여 신고하지 아니하거나 변경허가를 받지 아니한 경우
2. 제22조제6항에 따른 설치기준, 수용인원, 종사자의 수·자격 또는 이용·운영에 관한 기준을 위반한 경우
3. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴소 또는 임시퇴소를 시키지 아니한 경우
4. 제59조제1항제1호부터 제6호까지(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제66조제4항에 따른 명령에 따르지 아니한 경우
5. 정당한 사유 없이 제66조제1항에 따른 보고를 하지 아니하거나 거짓으로 보고를 하는 경

우, 관계 서류를 제출하지 아니하거나 거짓의 서류를 제출하는 경우 또는 관계 공무원의 검사를 거부·방해 또는 기피하는 경우나 같은 조 제2항에 따른 관계 공무원과 정신건강 심의위원회 위원의 심사를 거부·방해 또는 기피한 경우

6. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입소시키거나 입소 기간을 연장한 경우
 - ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신요양시설이 제1항의 시정명령에 따르지 아니한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 1개월의 범위에서의 사업의 정지 또는 정신요양시설의 장의 교체를 명령하거나 설치허가를 취소할 수 있다.
 - ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신요양시설을 설치·운영하는 사회복지법인 또는 비영리법인의 설립허가가 취소되거나 법인이 해산된 경우에는 설치허가를 취소하여야 한다.
 - ④ 제1항 및 제2항에 따른 행정처분의 세부적인 기준은 그 위반행위의 유형과 위반의 정도 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.
 - ⑤ 정신요양시설에 관하여는 이 법에서 규정한 것을 제외하고는 「사회복지사업법」에 따른다.

제26조(정신재활시설의 설치·운영) ① 국가 또는 지방자치단체는 정신재활시설을 설치·운영할 수 있다.

- ② 국가나 지방자치단체 외의 자가 정신재활시설을 설치·운영하려면 해당 정신재활시설 소재지 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 신고한 사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요한 사항을 변경할 때에도 신고하여야 한다.
- ③ 정신재활시설의 시설기준, 수용인원, 종사자 수·자격, 설치·운영신고, 변경신고 및 정신재활시설의 이용·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 국가 또는 지방자치단체는 필요한 경우 정신재활시설을 사회복지법인 또는 비영리법인에 위탁하여 운영할 수 있다.
- ⑤ 제4항에 따른 위탁운영의 기준·기간 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제27조(정신재활시설의 종류) ① 정신재활시설의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 생활시설 : 정신질환자등이 생활할 수 있도록 주로 의식주 서비스를 제공하는 시설
2. 재활훈련시설 : 정신질환자등이 지역사회에서 직업활동과 사회생활을 할 수 있도록 주로 상담·교육·취업·여가·문화·사회참여 등 각종 재활활동을 지원하는 시설
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설

② 제1항 각 호에 따른 정신재활시설의 구체적인 종류와 사업 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제28조(정신재활시설의 폐지·휴지·재개신고) 제26조제2항에 따라 정신재활시설을 설치·운영하는 자가 그 시설을 폐지·휴지하거나 재개하려면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미리 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.

제29조(정신재활시설의 폐쇄 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신재활시설이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 1년의 범위에서 기간을 정하여 시정명령을 할 수 있다.

1. 제26조제2항 후단에 따른 변경신고를 하지 아니한 경우
2. 제26조제3항에 따른 정신재활시설의 시설기준, 수용인원, 종사자 수·자격, 설치·운영신고, 변경신고 또는 이용·운영에 관한 사항을 위반한 경우
- ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신재활시설이 제1항의 시정명령에 따르지 아니한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 1년의 범위에서의 사업의 정지 또는 정신재활시설의 폐쇄를 명령할 수 있다.
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신재활시설을 설치·운영하는 사회복지법인 또는 비영리법인의 설립허가가 취소되거나 법인이 해산된 경우에는 시설의 폐쇄를 명하여야 한다.

제30조(기록보존) ① 정신건강증진시설의 장은 다음 각 호의 사항에 관한 기록을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 진료기록부 등에 작성·보존하여야 한다.

1. 입원등 당시의 대면 진단 내용
2. 제41조제3항 및 제42조제4항에 따른 퇴원등의 의사 확인
3. 제42조제2항에 따른 퇴원등의 신청 일시 및 퇴원등의 거부 사유
4. 제43조제6항에 따른 입원등의 기간 연장에 대한 심사 청구 및 결과
5. 투약 등의 치료 내용을 적은 진료기록
6. 제73조에 따른 특수치료에 관한 협의체의 회의 내용
7. 제74조에 따른 통신과 면회의 자유 제한의 사유 및 내용
8. 제75조에 따른 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한의 사유 및 내용
9. 제76조에 따른 작업요법의 내용 및 결과
10. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항
- ② 정신건강증진시설의 장은 입원등을 한 사람이 제1항에 따른 기록의 열람·사본발급 등 그 내용확인을 요구하면 그 요구에 따라야 한다.

- ③ 정신건강증진시설의 장은 「의료법」 제21조에도 불구하고 보호의무자가 입원등을 한 사람의 동의서와 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 제출하고 제1항에 따른 기록의 열람·사본발급 등 그 내용확인을 요구하면 그 요구에 따라야 한다. 다만, 입원등을 한 사람이 사망하거나 의사능력이 미흡하여 보호의무자가 입원등을 한 사람의 동의를 받을 수 없는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 서류로 그 동의서를 갈음할 수 있다.
- ④ 정신건강증진시설의 장은 제3항에도 불구하고 입원등을 한 사람에게 해가 되는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 제3항에 따른 보호의무자의 요구에 따르지 아니할 수 있다.

제31조(정신건강증진시설의 평가) ① 보건복지부장관은 정기적으로 정신건강증진시설에 대한 평가(이하 “정신건강증진시설평가”라 한다)를 하여야 한다. 다만, 「의료법」 제58조에 따른 의료기관 인증 또는 「사회복지사업법」 제43조의2에 따른 사회복지시설평가로 정신건강증진시설평가를 갈음할 수 있다.

- ② 정신건강증진시설의 장은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 정신건강증진시설평가를 받아야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가에 관한 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가의 결과를 공표하여야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관은 정신건강증진시설평가 결과가 우수한 정신건강증진시설에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 정신건강증진시설평가의 주기·범위·절차, 정신건강증진시설평가 업무의 위탁, 평가결과의 공표 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제32조(청문) 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 행정처분을 하려면 청문을 하여야 한다.

1. 제17조제5항에 따른 정신건강전문요원의 자격취소
2. 제19조제5항에 따른 정신의료기관의 개설허가의 취소 또는 시설 폐쇄명령
3. 제25조제2항에 따른 정신요양시설의 설치허가의 취소
4. 제29조제2항에 따른 정신재활시설의 폐쇄명령
5. 제70조제4항에 따른 인권교육기관의 지정 취소

제4장 복지서비스의 제공

제33조(복지서비스의 개발) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다.

② 제1항에 따른 연구지원체계 구축에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제34조(고용 및 직업재활 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 한다.

② 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항의 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제35조(평생교육 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 「교육기본법」 제3조 및 제4조에 따른 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 별로 「평생교육법」 제2조제2호의 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따라 지정된 평생교육기관에 대하여 예산의 범위에서 정신질환자를 위한 교육과정 운영에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

③ 제1항에 따른 평생교육기관의 지정기준과 절차, 정신질환자를 위한 교육과정의 기준, 교육제공인력의 요건 등은 교육부장관이 보건복지부장관과 협의하여 정한다.

제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원) 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다.

제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원 및 퇴소(이하 “퇴원 등”이라 한다)가 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원을 위하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제38조(가족에 대한 정보제공과 교육) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질

환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다.

- ② 제1항에 따라 제공하는 정보와 교육의 내용·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5장 보호 및 치료

제39조(보호의무자) ① 「민법」에 따른 후견인 또는 부양의무자는 정신질환자의 보호의무자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보호의무자가 될 수 없다.

1. 피성년후견인 및 피한정후견인
 2. 파산선고를 받고 복권되지 아니한 사람
 3. 해당 정신질환자를 상대로 한 소송이 계속 중인 사람 또는 소송한 사실이 있었던 사람과 그 배우자
 4. 미성년자
 5. 행방불명자
 6. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 부득이한 사유로 보호의무자로서의 의무를 이행할 수 없는 사람
- ② 제1항에 따른 보호의무자 사이의 보호의무의 순위는 후견인·부양의무자의 순위에 따르며 부양의무자가 2명 이상인 경우에는 「민법」 제976조에 따른다.

제40조(보호의무자의 의무) ① 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자가 적절한 치료 및 요양과 사회적응 훈련을 받을 수 있도록 노력하여야 한다.

- ② 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자가 정신의료기관 또는 정신요양시설(이하 “정신의료기관등”이라 한다)에 입원등을 할 필요가 있는 경우에는 정신질환자 본인의 의사를 최대한 존중하여야 하며, 정신건강의학과전문의가 정신의료기관등에서 정신질환자의 퇴원등이 가능하다고 진단할 경우에는 퇴원등에 적극 협조하여야 한다.
- ③ 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자가 자신이나 다른 사람을 해치지 아니하도록 유의하여야 하며, 정신질환자의 재산상의 이익 등 권리보호를 위하여 노력하여야 한다.
- ④ 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자를 유기하여서는 아니 된다.

제41조(자의입원등) ① 정신질환자나 그 밖에 정신건강상 문제가 있는 사람은 보건복지부령으로 정하는 입원등 신청서를 정신의료기관등의 장에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 자의입원등을 할 수 있다.

- ② 정신의료기관등의 장은 자의입원등을 한 사람이 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다.
- ③ 정신의료기관등의 장은 자의입원등을 한 사람에 대하여 입원등을 한 날부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.

제42조(동의입원등) ① 정신질환자는 보호의무자의 동의를 받아 보건복지부령으로 정하는 입원등 신청서를 정신의료기관등의 장에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 입원등을 할 수 있다.

- ② 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자가 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다. 다만, 정신질환자가 보호의무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원등을 신청한 경우에는 정신건강의학과전문의 진단결과 환자의 치료와 보호 필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관등의 장은 퇴원등의 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원등을 거부할 수 있고, 퇴원등을 거부하는 기간 동안 제43조 또는 제44조에 따른 입원등으로 전환할 수 있다.
- ③ 정신의료기관등의 장은 제2항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 환자 및 보호의무자에게 그 거부 사유 및 제55조에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있음을 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.
- ④ 정신의료기관등의 장은 제1항에 따라 입원등을 한 정신질환자에 대하여 입원등을 한 날부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.

제43조(보호의무자에 의한 입원등) ① 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2명 이상(보호의무자 간 입원등에 관하여 다툼이 있는 경우에는 제39조제2항의 순위에 따른 선순위자 2명 이상을 말하며, 보호의무자가 1명만 있는 경우에는 1명으로 한다)이 신청한 경우로서 정신건강의학과전문의가 입원등이 필요하다고 진단한 경우에만 해당 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원등을 할 때 보호의무자로부터 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 입원등 신청서와 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.

- ② 제1항 전단에 따른 정신건강의학과전문의의 입원등 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 입원등을 할 필요가 있는 경우
- ③ 정신의료기관등의 장은 정신건강의학과전문의 진단 결과 정신질환자가 제2항 각 호에 모두 해당하여 입원등이 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 입원등이 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 입원등을 하게 할 수 있다.
 - ⑤ 제4항에 따른 입원등의 기간은 최초로 입원등을 한 날부터 3개월 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 구분에 따라 입원등의 기간을 연장할 수 있다.
 1. 3개월 이후의 1차 입원등 기간 연장: 3개월 이내
 2. 제1호에 따른 1차 입원등 기간 연장 이후의 입원등 기간 연장: 매 입원등 기간 연장 때마다 6개월 이내
 - ⑥ 정신의료기관등의 장은 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우에만 제5항 각 호에 따른 입원등 기간의 연장을 할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원등 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 입원등 기간을 연장하여 치료할 필요가 있다고 일치된 진단을 하는 경우
 2. 제1항에 따른 보호의무자(이하 “신청 보호의무자”라 한다) 2명 이상(제1항에 따른 입원등 신청 시 신청 보호의무자가 1명만 있었던 경우에는 1명으로 한다)이 제5항에 따른 입원등의 기간 연장에 대한 동의서를 제출한 경우
 - ⑦ 정신의료기관등의 장은 제6항에 따른 입원등 기간 연장의 심사 청구에 대하여 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 제59조(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따라 퇴원등 또는 임시 퇴원등(일시적으로 퇴원등을 시킨 후 일정기간이 지난 후 다시 입원등 여부를 결정하는 조치를 말한다. 이하 같다) 명령의 통지를 받은 경우에는 해당 정신질환자를 지체 없이 퇴원등 또는 임시 퇴원등을 시켜야 한다.
 - ⑧ 정신의료기관등의 장은 제1항이나 제3항부터 제5항까지의 규정에 따라 입원등을 시키거

나 입원등의 기간을 연장하였을 때에는 지체 없이 입원등을 한 사람 및 보호의무자에게 그 사실 및 사유를 서면으로 통지하여야 한다.

- ⑨ 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람 또는 보호의무자가 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 그 사람을 퇴원등을 시켜야 한다. 다만, 정신의료기관등의 장은 그 입원등을 한 사람이 제2항 각 호에 모두 해당하는 경우에는 퇴원등을 거부할 수 있다.
- ⑩ 정신의료기관등의 장은 제9항 본문에 따라 입원등을 한 사람을 퇴원등을 시켰을 때에는 지체 없이 보호의무자에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 하고, 제9항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원등을 신청한 보호의무자에게 그 거부사실 및 사유와 제55조에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다.
- ⑪ 제4항 및 제6항제1호에 따른 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 진단은 해당 지역의 정신의료기관등 또는 정신건강의학과전문의가 부족한 사정이 있는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 구체적인 시행방안을 달리 정하여 진단하도록 할 수 있다.

제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원) ① 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견하였을 때에는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사람에 대한 진단과 보호를 신청할 수 있다.

- ② 경찰관(「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원과 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원을 말한다. 이하 같다)은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견한 경우 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원에게 그 사람에 대한 진단과 보호의 신청을 요청할 수 있다.
- ③ 제1항에 따라 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 즉시 그 정신질환자로 의심되는 사람에 대한 진단을 정신건강의학과전문의에게 의뢰하여야 한다.
- ④ 정신건강의학과전문의가 제3항의 정신질환자로 의심되는 사람에 대하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정한 경우에 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 그 사람을 보건복지부장관이나 지방자치단체의 장이 지정한 정신의료기관(이하 “지정정신의료기관”이라

한다)에 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.

- ⑤ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따른 입원을 시켰을 때에는 그 사람의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 지체 없이 입원 사유·기간 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다.
- ⑥ 제4항에 따라 정신질환자로 의심되는 사람을 입원시킨 정신의료기관의 장은 지체 없이 2명 이상의 정신건강의학과전문의를에게 그 사람의 증상을 진단하게 하고 그 결과를 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 서면으로 통지하여야 한다.
- ⑦ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제6항에 따른 진단 결과 그 정신질환자가 계속 입원할 필요가 있다는 2명 이상의 정신건강의학과전문의를의 일치된 소견이 있는 경우에만 그 정신질환자에 대하여 지정정신의료기관에 치료를 위한 입원을 의뢰할 수 있다.
- ⑧ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제7항에 따른 입원 의뢰를 한 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 정신질환자와 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 계속하여 입원이 필요한 사유 및 기간, 제55조에 따라 퇴원등 또는 처우개선의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 지체 없이 서면으로 통지하여야 한다.
- ⑨ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제3항과 제4항에 따라 정신질환자로 의심되는 사람을 진단하거나 입원을 시키는 과정에서 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험한 행동을 할 때에는 「119구조·구급에 관한 법률」 제2조에 따른 119구급대의 구급대원(이하 “구급대원”이라 한다)에게 호송을 위한 도움을 요청할 수 있다.
- ⑩ 지정정신의료기관의 지정기준, 지정취소 및 지정취소 기준, 지정 및 지정취소 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제45조(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등) ① 제43조 또는 제44조에 따라 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 입원등을 시킨 즉시 입원등을 한 사람에게 입원등의 사유 및 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알리고, 입원등을 한 사람의 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다.

- ② 제1항에 따른 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 날부터 3일 이내에 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 입원등을 한 사람의 주민등록번호를 포함한 인적사항, 입원등 일

자, 진단명, 입원등 필요성, 대면조사 신청 여부 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 신고하여야 한다.

제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등) ① 보건복지부장관은 제43조 및 제44조에 따른 입원등의 적합성을 심사하기 위하여 제21조에 따른 각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관(이하 “국립정신병원등”이라 한다) 안에 입원적합성심사위원회를 설치하며, 각 국립정신병원등의 심사대상 관할 지역은 대통령령으로 정한다.

② 입원적합성심사위원회는 입원심사소위원회를 설치하여 제43조 및 제44조에 따른 입원등에 대한 적합성 여부를 심사하여야 한다.

③ 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내로 하고, 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다.

1. 정신건강의학과 전문의
2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람
3. 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원
4. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족
5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람
 - 가. 정신건강증진시설의 설치·운영자
 - 나. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람
 - 다. 정신질환을 치료하고 회복한 사람
 - 라. 그 밖에 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람

④ 입원심사소위원회는 5명 이상 15명 이내로 하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉한다.

⑤ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회는 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다.

⑥ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 위원의 임기는 2년으로 하되, 연임할 수 있다.

⑦ 입원적합성심사위원회에는 간사 1명을 두되, 간사는 위원장이 해당 국립정신병원등 소속 직원 중에서 지명한다.

⑧ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 구성, 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등)

- ① 입원적합성심사위원회의 위원장은 제45조제2항에 따라 신고된 입원등을 입원심사소위원회에 회부하여야 하고, 입원등을 한 사람이 피후견인인 경우에는 관할 가정법원에 입원 사실 등을 통지하여야 한다.
- ② 입원심사소위원회는 제1항에 따라 회부된 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하여야 한다.
- ③ 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 정신의료기관등의 장은 제3항에 따라 입원등의 부적합 통지를 받은 경우에는 해당 입원등을 한 사람을 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에 따른 입원심사소위원회의 개최·심사보고 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제48조(입원적합성의 조사)

- ① 입원적합성심사위원회의 위원장은 제47조제1항에 따라 입원심사소위원회에 회부하기 전에 입원등을 한 사람이 대면조사를 신청하거나 입원등의 적합성이 의심되는 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 직권으로 그 국립정신병원등의 소속 직원(이하 “조사원”이라 한다)에게 해당 정신의료기관등을 출입하여 입원등을 한 사람을 직접 면담하고 입원등의 적합성, 퇴원등의 필요성 여부를 조사하게 할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 해당 정신의료기관등의 장에게 다음 각 호의 사항을 요구할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 이에 협조하여야 한다.
1. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람 및 정신의료기관등의 종사자와의 면담
 2. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람의 진료기록 및 입원등의 기록의 제출
 3. 정신의료기관등에의 출입 및 현장확인
 4. 그 밖에 입원등 적합성을 확인하기 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 조사대상자에게 보여주어야 한다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따른 조사원의 자격, 정신의료기관등에의 출입, 면담 등 조사 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제49조(입원적합성심사위원회 위원 등의 제척)

제46조 및 제47조에 따른 입원적합성심사위원회

및 입원심사소위원회의 입원등의 심사에서 심사 대상이 되는 사람이 입원등을 하고 있는 정신의료기관등에 소속된 위원은 제척(除斥)된다.

제50조(응급입원) ① 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 그 상황이 매우 급박하여 제41조부터 제44조까지의 규정에 따른 입원등을 시킬 시간적 여유가 없을 때에는 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 그 사람에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.

② 제1항에 따라 입원을 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관 또는 구급대원은 정신의료기관까지 그 사람을 호송한다.

③ 정신의료기관의 장은 제1항에 따라 응급입원이 의뢰된 사람을 3일(공휴일은 제외한다) 이내의 기간 동안 응급입원을 시킬 수 있다.

④ 제3항에 따라 응급입원을 시킨 정신의료기관의 장은 지체 없이 정신건강의학과전문 의에게 그 응급입원한 사람의 증상을 진단하게 하여야 한다.

⑤ 정신의료기관의 장은 제4항에 따른 정신건강의학과전문 의의 진단 결과 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는 정신질환자로서 계속하여 입원할 필요가 있다고 인정된 경우에는 제41조부터 제44조까지의 규정에 따라 입원을 할 수 있도록 필요한 조치를 하고, 계속하여 입원할 필요가 없다고 인정된 경우에는 즉시 퇴원시켜야 한다.

⑥ 정신의료기관의 장은 제3항에 따른 응급입원을 시켰을 때에는 그 사람의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 입원이 필요한 사유·기간 및 장소를 지체 없이 서면으로 통지하여야 한다.

제51조(신상정보의 확인) ① 정신건강증진시설의 장은 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 시설을 이용하는 사람의 성명, 주소, 보호의무자 등의 신상정보를 확인하여야 하며, 신상정보가 확인되지 아니하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신상정보의 조회를 요청하여야 한다.

② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 조회 요청을 받은 경우 그 대상자의 신상정보를 확인하고 그 결과를 정신건강증진시설의 장에게 통보하여야 한다.

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 조회 요청 대상자의 신상정보를 확인하기 어려운 경우 관할 경찰서장에게 신상정보의 확인을 요청할 수 있다.

제52조(퇴원등의 사실의 통보) ① 정신의료기관등의 장은 제41조부터 제44조까지 또는 제50조에 따라 정신의료기관등에 입원등을 한 사람이 퇴원등을 할 때에는 보건복지부령으로 정하

는 바에 따라 본인의 동의를 받아 그 퇴원등의 사실을 관할 정신건강복지센터의 장 또는 보건소의 장(관할 지역에 정신건강복지센터가 없는 경우만 해당한다)에게 통보하여야 한다. 다만, 정신건강의학과전문의가 퇴원등을 할 사람 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 동의로 본인의 동의를 갈음할 수 있다.

- ② 제1항에 따라 퇴원등의 사실을 통보받은 정신건강복지센터의 장 또는 보건소의 장은 해당 퇴원등을 할 사람 또는 보호의무자와 상담하여 그 사람의 재활과 사회적응을 위한 지원방안을 마련하여야 한다.

제6장 퇴원등의 청구 및 심사 등

제53조(정신건강심의위원회의 설치·운영) ① 시·도지사와 시장·군수·구청장은 정신건강에 관한 중요한 사항을 심의 또는 심사하기 위하여 시·도지사 소속으로 광역정신건강심의위원회를 두고, 시장·군수·구청장 소속으로 기초정신건강심의위원회를 둔다. 다만, 정신의료기관등이 없는 시·군·구에는 기초정신건강심의위원회를 두지 아니할 수 있다.

- ② 광역정신건강심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의 또는 심사한다. 다만, 특별자치시 및 특별자치도에 두는 광역정신건강심의위원회에서는 다음 각 호의 사항 외에 제3항 각 호의 사항을 심의 또는 심사한다.

1. 정신건강증진시설에 대한 감독에 관한 사항
2. 제60조에 따른 재심사의 청구
3. 그밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

- ③ 기초정신건강심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의 또는 심사한다.

1. 제43조제6항에 따른 입원등 기간 연장의 심사 청구
2. 제55조제1항에 따른 퇴원등 또는 처우개선의 심사 청구
3. 제62조제2항에 따른 입원 기간 연장의 심사
4. 제64조에 따른 외래치료 명령
5. 그밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

- ④ 광역정신건강심의위원회는 10명 이상 20명 이내의 위원으로 구성하고, 기초정신건강심의위원회는 6명 이상 12명 이내의 위원으로 구성하며, 위원의 임기는 각각 2년으로 한다.

- ⑤ 광역정신건강심의위원회 및 기초정신건강심의위원회(이하 “정신건강심의위원회”라 한다)의 위원은 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 각각 임명 또는 위촉하되, 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다. 다만, 제5호나목부터 라목까지의

어느 하나에 해당하는 사람의 경우 광역정신건강심의위원회에는 3명 이상을, 기초정신건강심의위원회에는 2명 이상을 포함하여야 한다.

1. 정신건강의학과전문의
2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람
3. 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원
4. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족
5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람
 - 가. 정신건강증진시설의 설치·운영자
 - 나. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람
 - 다. 정신질환을 치료하고 회복한 사람
 - 라. 그 밖에 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람
- ⑥ 정신건강심의위원회는 정신질환자에 대한 인권침해 행위를 알게 되었을 때에는 국가인권위원회에 조사를 요청할 수 있다.
- ⑦ 정신건강심의위원회는 심의 또는 심사를 위하여 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심의 또는 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다.
- ⑧ 정신건강심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제54조(정신건강심사위원회의 설치·운영) ① 정신건강심의위원회의 업무 중 심사와 관련된 업무를 전문적으로 수행하기 위하여 광역정신건강심의위원회 안에 광역정신건강심사위원회를 두고, 기초정신건강심의위원회 안에 기초정신건강심사위원회를 둔다.

- ② 광역정신건강심사위원회 및 기초정신건강심사위원회(이하 “정신건강심사위원회”라 한다)는 정신건강심의위원회의 위원 중에서 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 임명한 5명 이상 9명 이내의 위원으로 구성한다. 이 경우 위원은 제53조제5항제1호에 해당하는 사람, 같은 항 제2호에 해당하는 사람 및 같은 항 제3호에 해당하는 사람 중에서 각각 1명 이상, 같은 항 제5호나목부터 라목까지의 어느 하나에 해당하는 사람 2명 이상을 포함하여야 한다.
- ③ 정신건강심사위원회는 월 1회 이상 위원회의 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다.
- ④ 정신건강심사위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제55조(퇴원등 또는 처우개선 심사의 청구) ① 정신의료기관등에 입원등을 하고 있는 사람 또는 그 보호의무자는 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 입원등을 하고 있는 사람의 퇴원등 또는 처우개선(제76조에 따른 작업요법의 적정성 여부를 포함한다. 이하 같다)에 대한 심사를 청구할 수 있다.

② 제1항에 따른 청구절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제56조(정신건강심의위원회에의 회부) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제43조제6항 및 제55조제1항에 따른 심사 청구를 받았을 때에는 지체 없이 그 청구 내용을 소관 정신건강심의위원회 회의에 회부하여야 한다.

제57조(퇴원등 또는 처우개선의 심사) ① 정신건강심의위원회가 제56조에 따른 회부를 받았을 때에는 지체 없이 이를 정신건강심사위원회에서 심사하여 그 결과를 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다.

② 정신건강심사위원회가 제1항에 따라 심사를 할 때에는 심사 대상자가 입원등을 하고 있는 정신의료기관등의 장의 의견을 들어야 한다. 다만, 제55조제1항에 따른 처우개선에 관한 사항의 심사를 할 때에는 그 의견을 듣지 아니할 수 있다.

③ 정신건강심사위원회가 제1항에 따라 심사를 할 때에는 「의료법」 제21조에도 불구하고 정신의료기관등의 장이나 심사 대상자 또는 그 보호의무자에게 진료기록부와 제30조제1항 각 호에 해당하는 기록의 제출을 요구할 수 있다.

제58조(정신건강심사위원회 위원의 제척·기피·회피) ① 제57조에 따른 정신건강심사위원회의 입원등 기간의 연장과 퇴원등 또는 처우개선의 심사에서 그 사람의 입원등을 결정하였던 위원과 그 사람이 입원등을 하고 있는 정신의료기관등에 소속된 위원은 제척된다.

② 입원등 기간의 연장, 퇴원등 또는 처우개선의 심사를 청구한 자는 정신건강심사위원회의 위원에게 공정한 심사를 기대하기 어려운 사정이 있는 경우에는 위원회에 기피 신청을 할 수 있고, 위원회는 이를 결정한다. 이 경우 기피 신청의 대상인 위원은 그 심사에 참여하지 못한다.

③ 제1항에 따른 제척 사유에 해당하는 위원은 스스로 해당 안건의 심사에서 회피(回避)하여야 한다.

제59조(퇴원등 명령의 통지 등) ① 제57조제1항에 따라 정신건강심의위원회로부터 보고를 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 심사 청구를 접수한 날부터 15일 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 명령 또는 결정을 하여야 한다. 이 경우 제4호 또는 제5호의 명령 또는 결정은 심사 대상자인 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의가 있는 경우에 한정하여 할 수 있다.

1. 퇴원등 또는 임시 퇴원등 명령
 2. 처우개선을 위하여 필요한 조치 명령
 3. 3개월 이내 재심사
 4. 다른 정신의료기관등으로의 이송
 5. 제41조의 자의입원등 또는 제42조의 동의입원등으로의 전환
 6. 제64조에 따른 외래치료 명령
 7. 입원등 기간 연장 결정
 8. 계속 입원등 결정
- ② 제1항 후단에 따른 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의는 정신건강의학과전문 의사 그 사람의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 청구 또는 동의로 갈음할 수 있다.
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에도 불구하고 부득이한 사유로 제1항 본문에 따른 기간 내에 명령 또는 결정을 하지 못할 때에는 10일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.
- ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제43조제6항 및 제55조제1항에 따른 심사 청구를 한 사람, 해당 정신질환자 및 해당 정신의료기관등의 장에게 지체 없이 제1항에 따른 명령 또는 결정의 내용을 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 제3항에 해당하는 경우에는 기간 연장의 사유와 그 기간을통지하여야 한다.

제60조(재심사의 청구 등) ① 제43조제6항에 따른 심사 청구의 대상인 정신질환자와 그 보호의무자, 제55조제1항에 따른 심사 청구를 한 사람 및 제64조제2항에 따른 외래치료 명령을 받은 정신질환자 및 그 보호의무자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 시·도지사에게 재심사를 청구할 수 있다.

1. 제59조제4항에 따라 통지받은 심사 결과에 불복하거나 심사 기간 내에 심사를 받지 못한 경우
 2. 제64조제2항에 따른 외래치료 명령에 불복하는 경우
- ② 제1항에 따른 재심사 청구의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제61조(재심사의 회부 등) ① 시·도지사가 제60조제1항에 따른 재심사의 청구를 받았을 때에는 즉시 그 청구 내용을 광역정신건강심의위원회의 회의에 회부하여야 한다.

- ② 광역정신건강심의위원회의 심사에 관하여는 제57조를, 위원의 제척·기피·회피에 관하여는 제58조를, 시·도지사의 퇴원등 명령의 통지 등에 관하여는 제59조를 준용한다. 이 경우 “특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장”은 “시·도지사”로 본다.

③ 제2항에서 준용하는 제57조에 따라 특별자치시·특별자치도의 광역정신건강심사위원회에서 재심사 청구를 심사하기 위하여 그 광역정신건강심사위원회를 구성하는 경우에 당초 제57조에 따라 심사에 참여하였던 위원을 제외한 해당 광역정신건강심사위원회 위원으로 재심사를 위한 광역정신건강심사위원회를 다시 구성한다. 이 경우 제54조제2항 후단은 적용하지 아니한다.

제62조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원의 해제) ① 특별자치

시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제44조제7항에 따라 입원한 정신질환자에 대하여 최초로 입원을 한 날부터 3개월 이내에 입원을 해제하여야 하며, 입원의 해제 사실을 그 정신질환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 그 정신의료기관의 장은 지체 없이 그 정신질환자를 퇴원시켜야 한다.

② 제1항에도 불구하고 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 2명 이상의 정신건강의학과전문의가 진단하고 소관 정신건강심사위원회에서 심사한 결과 그 정신질환자가 퇴원할 경우 정신질환으로 인하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 명백하다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 입원등의 기간을 연장할 수 있다.

1. 제1항에 따른 3개월 이후의 1차 입원 기간 연장: 3개월 이내
2. 제1호에 따른 1차 입원 기간 연장 이후의 입원 기간 연장: 매 입원 기간 연장 시마다 6개월 이내
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 입원 기간을 연장하여 정신질환자를 입원시켰을 때에는 그 정신질환자와 보호의무자 또는 그 사람을 보호를 하고 있는 사람에게 입원 기간의 연장이 필요한 사유와 기간을 서면으로 통지하여야 한다.

제63조(임시 퇴원등) ① 제43조 또는 제44조에 따라 정신질환자를 입원등을 시키고 있는 정신

의료기관등의 장은 2명 이상의 정신건강의학과전문의가 진단한 결과 정신질환자의 증상에 비추어 일시적으로 퇴원등을 시켜 그 회복 경과를 관찰하는 것이 필요하다고 인정되는 경우에는 3개월의 범위에서 해당 정신질환자를 임시 퇴원등을 시키고 그 사실을 보호의무자 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.

② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항의 경우 또는 제59조(제61조 제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따라 임시 퇴원등 명령의 통지를 한 경우에는 그 정신질환자가 임시 퇴원등을 한 후의 경과를 관찰할 수 있다.

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 관찰한 결과 증상의 변화 등으로 인하여 다시 입원등을 시킬 필요가 있다고 인정되는 경우에는 2명의 정신

건강의학과전문의의 의견을 들어 임시 퇴원등을 한 정신질환자를 재입원 또는 재입소(이하 “재입원등”이라 한다)를 시킬 수 있다. 이 경우 재입원등의 기간은 재입원등을 한 날 부터 3개월을 초과할 수 없다.

제64조(외래치료 명령 등) ① 정신의료기관의 장은 제43조와 제44조에 따라 입원을 한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있다.

- ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료 명령의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있다.
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 한 때에는 지체 없이 정신질환자 본인 및 그 보호의무자와 외래치료 명령을 청구한 정신의료기관의 장 및 외래치료 명령을 수행하게 될 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 한다.
- ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람이 그 외래치료 명령에 따르지 아니하고 치료를 중단할 때에는 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는지를 평가하기 위하여 그 사람에게 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다. 이 경우 해당 명령을 받은 사람은 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정정신의료기관에서 평가를 받아야 한다.
- ⑤ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람에게 평가를 받도록 명령하는 경우 구급대원에게 그 사람을 정신의료기관까지 호송하도록 요청할 수 있다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 평가한 결과 외래치료 명령을 받은 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 없다고 인정되는 경우에는 외래치료 명령을 철회하고, 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 조치를 하여야 한다.
 1. 제41조에 따라 자의입원등을 신청하게 하는 것
 2. 제42조에 따라 동의입원등을 신청하게 하는 것
 3. 보호의무자에게 제43조제1항에 따른 입원등 신청을 요청하는 것

4. 제44조제7항에 따라 입원하게 하는 것(제1호부터 제3호까지의 조치에 따르지 아니하는 경우만 해당한다)

⑦ 국가와 지방자치단체는 외래치료 명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있다.

제65조(무단으로 퇴원등을 한 사람에 대한 조치) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 하고 있는 정신질환자로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는 사람이 무단으로 퇴원등을 하여 그 행방을 알 수 없을 때에는 관할 경찰서장 또는 자치경찰기구를 설치한 제주특별자치도지사에게 다음 각 호의 사항을 통지하여 탐색을 요청할 수 있다.

1. 퇴원등을 한 사람의 성명·주소·성별 및 생년월일
2. 입원등의 날짜·시간 및 퇴원등의 날짜·시간
3. 증상의 개요 및 인상착의
4. 보호의무자 또는 보호를 하였던 사람의 성명·주소

② 경찰관은 제1항에 따라 탐색 요청을 받은 사람을 발견한 때에는 즉시 그 사실을 해당 정신의료기관등의 장에게 통지하여야 한다.

③ 제2항에 따라 통지를 받은 정신의료기관등의 장은 즉시 정신질환자를 인도받아야 한다. 다만, 그 정신질환자를 즉시 인도받을 수 없는 부득이한 사정이 있는 경우 경찰관은 그 정신질환자를 인도할 때까지 24시간의 범위에서 그 정신질환자를 경찰관서·의료기관·사회복지시설 등에 보호할 수 있다.

제66조(보고·검사 등) ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신건강증진시설의 설치·운영자의 소관 업무에 관하여 지도·감독을 하거나 보건소로 하여금 지도·감독을 하도록 하여야 하며, 연 1회 이상 그 업무에 관하여 보고 또는 관계 서류의 제출을 명하거나, 관계 공무원으로 하여금 해당 시설의 장부·서류 또는 그 밖의 운영상황을 검사하게 하여야 한다.

② 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 공무원과 정신건강심의위원회의 위원으로 하여금 정신건강증진시설에 출입하여 입원등을 한 사람을 직접 면담하여 입원등의 적절성 여부, 퇴원등의 필요성 또는 처우에 관하여 심사하게 할 수 있다. 이 경우 심사를 한 관계 공무원과 정신건강심의위원회의 위원은 그 심사 결과를 지체 없이 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 검사·심사를 하는 관계 공무원과 정신건강심의위원회의 위원은 그 권한을 나타내는 증표를 지니고 관계인에게 보여주어야 한다.

④ 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제2항에 따른 심사 결과에 따라 정신건강증진시

설의 장에게 그 정신질환자를 퇴원등을 시키도록 명령하거나 처우개선을 위하여 필요한 조치를 하도록 명령할 수 있다.

- ⑤ 정신건강증진시설의 장은 제4항에 따라 퇴원등을 시키는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 관할 보건소장과 정신건강복지센터의 장에게 그 사실을 통보하여야 한다. 다만, 정신질환자나 보호의무자가 통보하는 것에 동의하지 아니하는 경우에는 그러하지 아니하다.

제67조(입·퇴원등관리시스템) ① 보건복지부장관은 정신의료기관등의 입원등 및 퇴원등을 관리하기 위하여 입·퇴원등관리시스템을 구축·운영하여야 한다.

- ② 정신의료기관등의 장은 제1항에 따른 입·퇴원등관리시스템에 제45조제2항에 따라 신고한 내용 및 대통령령으로 정하는 퇴원등의 사항을 등록하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 입·퇴원등관리시스템에 등록된 정보는 입원등 및 퇴원등의 심사와 관련된 경우 등 대통령령으로 정하는 경우를 제외하고는 「개인정보 보호법」 제2조에 따른 처리를 하여서는 아니 된다.
- ④ 보건복지부장관은 정신질환자가 퇴원등을 한 후에 제1항에 따른 입·퇴원등관리시스템에 등록되어 있는 본인 기록의 일부 또는 전부에 대하여 삭제를 요청하는 경우 지체 없이 해당 기록을 삭제하고 그 사실을 본인에게 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제1항에 따른 입·퇴원등관리시스템의 구축·운영에 관한 사항을 대통령령으로 정하는 기관에 위탁할 수 있다.

제7장 권익보호 및 지원 등

제68조(입원등의 금지 등) ① 누구든지 제50조에 따른 응급입원의 경우를 제외하고는 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 정신의료기관등에 입원등을 시키거나 입원등의 기간을 연장할 수 없다.

- ② 제1항에 따른 진단의 유효기간은 진단서 발급일부터 30일까지로 한다.

제69조(권익보호) ① 누구든지 정신질환자이거나 정신질환자였다는 이유로 그 사람에 대하여 교육, 고용, 시설이용의 기회를 제한 또는 박탈하거나 그 밖의 불공평한 대우를 하여서는 아니 된다.

- ② 누구든지 정신질환자, 그 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람의 동의를 받지 아니하고 정신질환자에 대하여 녹음·녹화 또는 촬영하여서는 아니 된다.
- ③ 정신건강증진시설의 장은 입원등을 하거나 정신건강증진시설을 이용하는 정신질환자에게

정신건강의학과전문의의 지시에 따른 치료 또는 재활의 목적이 아닌 노동을 강요하여서는 아니 된다.

제70조(인권교육) ① 정신건강증진시설의 장과 종사자는 인권에 관한 교육(이하 “인권교육”이라 한다)을 받아야 한다.

- ② 보건복지부장관은 인권교육을 하기 위하여 인권교육기관을 지정할 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정한 인권교육기관에 교육과정의 운영에 드는 비용의 일부를 예산의 범위에서 보조할 수 있으며, 제2항에 따라 지정을 받은 인권교육기관은 보건복지부장관의 승인을 받아 교육에 필요한 경비를 교육대상자로부터 징수할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정을 받은 인권교육기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소하거나 6개월 이내의 기간을 정하여 업무를 정지할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하면 그 지정을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
2. 제5항에 따라 보건복지부령으로 정하는 지정요건을 갖추지 못하게 된 경우
3. 인권교육의 수행능력이 현저히 부족하다고 인정되는 경우

⑤ 인권교육의 시간·대상·내용·방법, 제2항에 따른 인권교육기관의 지정요건 등 지정 및 제4항에 따른 인권교육기관의 지정취소·업무정지 처분의 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제71조(비밀누설의 금지) 정신질환자 또는 정신건강증진시설과 관련된 직무를 수행하고 있거나 수행하였던 사람은 그 직무의 수행과 관련하여 알게 된 다른 사람의 비밀을 누설하거나 공표하여서는 아니 된다.

제72조(수용 및 가혹행위 등의 금지) ① 누구든지 이 법 또는 다른 법령에 따라 정신질환자를 보호할 수 있는 시설 외의 장소에 정신질환자를 수용하여서는 아니 된다.

② 정신건강증진시설의 장이나 그 종사자는 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 시설을 이용하는 사람에게 폭행을 하거나 가혹행위를 하여서는 아니 된다.

제73조(특수치료의 제한) ① 정신의료기관에 입원을 한 사람에 대한 전기충격요법·인슐린혼수요법·마취하최면요법·정신외과요법 그 밖에 대통령령으로 정하는 치료(이하 “특수치료”라 한다)는 그 정신의료기관이 구성하는 협의체에서 결정하되, 본인 또는 보호의무자에게 특수치료를 관하여 필요한 정보를 제공하고, 본인의 동의를 받아야 한다. 다만, 본인의 의사능력이 미흡한 경우에는 보호의무자의 동의를 받아야 한다.

② 제1항에 따른 협의체는 2명 이상의 정신건강의학과전문의와 대통령령으로 정하는 정신건강 증진에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람으로 구성하며, 그 운영 등에 필요한 사항

은 대통령령으로 정한다.

제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다.

② 정신의료기관등의 장은 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 제한하는 경우에도 최소한의 범위에서 하여야 한다.

제75조(격리 등 제한의 금지) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 할 수 없다.

② 정신의료기관등의 장은 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 입원등을 한 사람을 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 하는 경우에도 자신이나 다른 사람을 위협에 이르게 할 가능성이 뚜렷하게 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위협을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에만 제1항에 따른 신체적 제한을 할 수 있다. 이 경우 격리는 해당 시설 안에서 하여야 한다.

제76조(작업요법) ① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람의 치료, 재활 및 사회적응에 도움이 된다고 인정되는 경우에는 그 사람의 건강상태와 위험성을 고려하여 보건복지부령으로 정하는 작업을 시킬 수 있다.

② 제1항에 따른 작업은 입원등을 한 사람 본인이 신청하거나 동의한 경우에만 정신건강의학과전문의가 지시하는 방법에 따라 시켜야 한다. 다만, 정신요양시설의 경우에는 정신건강의학과전문의의 지도를 받아 정신건강전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다.

③ 제1항에 따른 작업의 시간, 유형 또는 장소 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제77조(직업훈련 지원) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환으로부터 회복된 사람이 그 능력에 따라 적당한 직업훈련을 받을 수 있도록 노력하고, 이들에게 적절한 직종을 개발·보급하기 위하여 노력하여야 한다.

제78조(단체·시설의 보호·육성 등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회적응 촉진과 권익보호를 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하고, 이에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

제79조(경제적 부담의 경감 등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자와 그 보호의무자의 경제적 부담을 줄이고 정신질환자의 사회적응을 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조나 그밖에 필요한 지원을 할 수 있다.

제80조(비용의 부담) ① 국가 또는 지방자치단체는 제44조에 따른 진단과 치료에 드는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있다.

② 제1항에 따른 비용의 부담에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제81조(비용의 징수) 정신요양시설과 정신재활시설의 설치·운영자는 그 시설을 이용하는 사람으로부터 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비용징수 한도액의 범위에서 시설 이용에 드는 비용을 받을 수 있다.

제82조(보조금 등) ① 국가는 지방자치단체가 설치·운영하는 정신건강증진시설에 대하여 그 설치·운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

② 국가는 지방자치단체가 수행하는 제12조제2항 및 제3항에 따른 정신건강증진사업등, 정신건강심사의위원회와 정신건강심사위원회 운영 및 제66조제1항에 따른 지도·감독을 하는 데에 드는 비용을 보조할 수 있다.

제83조(권한의 위임 및 업무의 위탁) ① 이 법에 따른 보건복지부장관 또는 시·도지사의 권한은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 일부를 시·도지사, 제16조에 따른 국립정신건강연구기관의 장, 국립정신병원등의 장 또는 시장·군수·구청장에게 위임할 수 있다.

② 보건복지부장관은 이 법에 따른 업무의 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 정신건강 관련 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

제8장 벌칙

제84조(벌칙) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제40조제4항을 위반하여 정신질환자를 유기한 자
2. 제41조제2항, 제42조제2항, 제43조제9항 또는 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴원등을 시키지 아니한 자
3. 제43조제7항을 위반하여 퇴원등의 명령 또는 임시 퇴원등의 명령에 따르지 아니한 자
4. 제45조제2항을 위반하여 입원적합성심사위원회에 신고하지 아니한 자
5. 제59조제1항제1호(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따른 퇴원등의 명령 또는 임시 퇴원등의 명령에 따르지 아니한자
6. 제62조제1항 후단을 위반하여 정신질환자를 퇴원시키지 아니한 자
7. 제66조제4항에 따른 퇴원등의 명령에 따르지 아니한 자
8. 제67조제3항을 위반하여 정보를 처리한 자

9. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원등을 시키거나 입원등의 기간을 연장한 자
10. 제72조제1항을 위반하여 정신질환자를 이 법 또는 다른 법령에 따라 정신질환자를 보호할 수 있는 시설 외의 장소에 수용한 자
11. 제72조제2항을 위반하여 정신건강증진시설의 장 또는 그 종사자로서 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 시설을 이용하는 사람에게 폭행을 하거나 가혹행위를 한 사람
12. 제73조제1항을 위반하여 협의체의 결정 없이 특수치료를 하거나 정신의료기관에 입원을 한 사람 또는 보호의무자의 동의 없이 특수치료를 한 자

제85조(벌칙) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제19조제5항 또는 제29조제2항에 따른 사업의 정지명령 또는 시설의 폐쇄명령을 위반한 자
2. 제25조제2항에 따른 사업의 정지명령 또는 정신요양시설 장의 교체명령을 위반한 자
3. 제26조제2항 진단을 위반하여 신고를 하지 아니하고 정신재활시설을 설치·운영한 자
4. 제67조제4항을 위반하여 기록을 삭제하지 아니한 자
5. 제69조제3항을 위반하여 입원등을 하거나 정신건강증진시설을 이용하는 정신질환자에게 노동을 강요한 자
6. 제71조를 위반하여 직무수행과 관련하여 알게 된 다른 사람의 비밀을 누설하거나 공표한 사람
7. 제74조제1항을 위반하여 입원등을 한 사람의 통신과 면회의 자유를 제한한 자

제86조(벌칙) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제30조를 위반하여 기록을 작성·보존하지 아니하거나 그 내용확인을 거부한 자
2. 제41조제3항 또는 제42조제4항을 위반하여 퇴원등을 할 의사가 있는지 여부를 확인하지 아니한 자
3. 제43조제1항 후단을 위반하여 입원등 신청서나 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받지 아니한 자
4. 제43조제6항을 위반하여 입원등 기간 연장에 대한 심사 청구기간을 지나서 심사 청구를 하거나, 심사 청구를 하지 아니하고 입원등 기간을 연장하여 입원등을 시킨 자
5. 제50조제5항을 위반하여 즉시 퇴원시키지 아니한 자
6. 제51조제1항을 위반하여 신상정보의 확인이나 조회 요청을 하지 아니한 자
7. 제59조제1항제2호부터 제6호까지(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따른 결

장명령을 따르지 아니한 자 또는 제66조제4항에 따른 처우개선을 위하여 필요한 조치 명령을 따르지 아니한 자

8. 제67조제2항을 위반하여 입·퇴원등관리시스템에 제45조제2항에 따른 신고 내용 및 퇴원 등의 사항을 등록하지 아니한 자
9. 제69조제2항을 위반하여 동의를 받지 아니하고 정신질환자에 대하여 녹음·녹화 또는 촬영을 한 자
10. 제75조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 지시에 따르지 아니하고 신체적 제한을 한 자
11. 제76조제2항을 위반하여 입원등을 한 사람의 신청 또는 동의 없이 작업을 시키거나 정신건강의학과전문이나 정신건강전문요원이 지시한 방법과 다르게 작업을 시킨 자

제87조(벌칙) 제22조제5항 후단을 위반하여 정당한 사유 없이 시설 개방 요구에 따르지 아니한 자는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제88조(양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제84조부터 제87조까지의 어느 하나에 해당하는 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제89조(과태료) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제6조제1항을 위반하여 권리 및 권리행사방법을 알리지 아니하거나 권리행사에 필요한 서류를 정신건강시설에 갖추어 두지 아니한 자
2. 제24조에 따른 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고를 한 자
3. 제28조에 따른 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고를 한 자
4. 제42조제3항을 위반하여 퇴원등 거부사유 및 퇴원등 심사를 청구할 수 있음을 통지하지 아니한 자
5. 제43조제8항을 위반하여 입원등 또는 입원등 기간 연장의 사실 및 사유를 통지하지 아니한 자
6. 제43조제10항을 위반하여 퇴원등 거부 사실 및 사유나 퇴원등 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구절차를 통지하지 아니한 자
7. 제48조제2항 후단을 위반하여 입원적합성심사위원회의 조사에 협조하지 아니한 자
8. 제63조제1항을 위반하여 임시 퇴원등 사실을 통보하지 아니한 자

9. 제66조제1항 및 제2항을 위반하여 보고를 하지 아니하거나 거짓으로 보고를 한 자, 관계 서류를 제출하지 아니하거나 거짓 서류를 제출한 자 또는 관계 공무원이나 정신건강심의위원회 위원의 검사·심사를 거부·방해 또는 기피한 자
 10. 제69조제1항을 위반하여 교육, 고용, 시설이용의 기회를 제한 또는 박탈하거나 그 밖의 불공평한 대우를 한 자
- ② 제1항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 부과·징수한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.

제2조(행정처분기준에 관한 적용례) 제25조제1항의 개정규정은 이 법 시행 후 같은 항 각 호에 따른 시정명령의 사유가 발생한 경우부터 적용한다.

제3조(입원등의 입원적합성 심사 등에 관한 적용례) 제45조부터 제48조까지의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 입원등을 시킨 경우부터 적용한다.

제4조(입퇴원등관리시스템 등록에 관한 적용례) 제67조의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 입원등을 시킨 경우부터 적용한다.

제5조(입원등 기간 연장에 관한 특례) 정신의료기관등의 장은 이 법 시행 전에 최초로 입원등을 한 후 3개월이 경과한 정신질환자에 대하여 이 법 시행일부터 1개월 이내에 퇴원등을 시키거나 제43조제6항의 개정규정에 따른 심사 청구를 하여야 한다.

제6조(시범사업의 특례) 보건복지부장관은 부칙 제1조에도 불구하고 이 법 시행일부터 1년까지의 기간 동안 제45조부터 제48조까지 및 제67조에 따른 입원적합성 심사 및 입퇴원등관리시스템 운영의 적정을 기하기 위하여 보건복지부장관이 고시하는 지역에서 시범사업을 실시할 수 있다.

제7조(정신질환자 범위에 관한 경과조치) 종전의 「정신보건법」 제3조제1호를 인용하고 있는 다음 각 호의 법률 규정은 제3조제1호의 개정규정에도 불구하고 다음 각 호의 법률 규정이 개정되기 전까지는 종전의 「정신보건법」 제3조제1호에 따른다.

1. 「공중위생관리법」 제6조제2항제2호 및 제6조의2제7항제1호
2. 「국민영양관리법」 제16조제1호
3. 「노인복지법」 제39조의13제1호
4. 「노인장기요양보험법」 제32조의2제2호

5. 「말산업 육성법」 제13조제1항제2호
6. 「모자보건법」 제15조의2제2호
7. 「사행행위 등 규제 및 처벌 특례법」 제6조제2호다목
8. 「수산생물질병 관리법」 제37조의3제1호
9. 「수상레저안전법」 제5조제1항제2호
10. 「수상에서의 수색·구조 등에 관한 법률」 제30조의3제2호
11. 「수의사법」 제5조제1호
12. 「식품위생법」 제54조제1호
13. 「실험동물에 관한 법률」 제25조제1호
14. 「야생생물 보호 및 관리에 관한 법률」 제46조제3호
15. 「약사법」 제5조제1호
16. 「영유아보육법」 제16조제2호
17. 「응급의료에 관한 법률」 제37조제1호
18. 「의료기기법」 제6조제1항제1호
19. 「의료기사 등에 관한 법률」 제5조제1호
20. 「의료법」 제8조제1호
21. 「장사 등에 관한 법률」 제29조의4제2호
22. 「장애인복지법」 제74조제1항제1호
23. 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제29조제1호
24. 「축산법」 제12조제2항제2호
25. 「화장품법」 제3조제2항제1호

제8조(국가계획 및 지역계획에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 후 제7조의 개정규정에 따라 최초로 수립·시행하는 국가계획 및 지역계획은 이 법 시행 후 「지역보건법」 제7조에 따라 최초로 수립·시행하는 지역보건의료계획의 시기에 맞추어 수립·시행하여야 한다.

- ② 보건복지부장관과 시·도지사는 제1항에 따라 국가계획 및 지역계획을 수립·시행할 때까지는 종전의 제4조의3에 따라 수립한 국가정신보건사업계획 및 시·도의 지역정신보건사업계획의 시행기간을 연장 또는 단축하는 등의 방법으로 해당 계획을 조정하여 시행할 수 있다.

제9조(정신건강복지센터의 설치 및 운영에 관한 경과조치) 이 법 시행 당시 종전의 규정에 따라 설치된 정신보건센터는 제15조의 개정규정에 따른 정신건강복지센터로 본다.

제10조(정신보건전문요원에 관한 경과조치) 이 법 시행 전에 종전의 규정에 따라 정신보건전문

요원의 자격을 받은 사람은 제17조의 개정규정에 따라 정신건강전문요원의 자격을 받은 것으로 본다.

제11조(정신건강전문요원의 결격사유에 관한 경과조치) ① 제18조제1호의 개정규정에 따른 피성년후견인에는 법률 제10429호 민법 일부개정법률 부칙 제2조에 따라 금치산선고의 효력이 유지되는 사람을 포함하는 것으로 본다.

② 이 법 시행 당시 정신건강전문요원이 이 법 시행 전에 발생한 사유로 제18조의 개정규정에 따른 결격사유에 해당하게 된 경우에는 같은 개정규정에도 불구하고 종전의 규정에 따른다.

제12조(정신재활시설에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 당시 종전의 제16조제1항제1호에 따른 정신질환자생활시설은 제27조제1항제1호의 개정규정에 따른 생활시설로 본다.

② 이 법 시행 당시 종전의 제16조제1항제2호 및 제3호에 따른 정신질환자지역사회재활시설 및 정신질환자직업재활시설은 제27조제1항제2호의 개정규정에 따른 재활훈련시설로 본다.

제13조(정신요양시설의 변경 허가 등에 관한 경과조치) 이 법 시행 전에 변경허가를 받은 정신요양시설 설치·운영자는 제22조제4항의 개정규정에 따라 변경신고를 하거나 변경허가를 받은 것으로 본다.

제14조(보호의무자에 관한 경과조치) ① 이 법 시행 전에 종전의 제21조제1항 및 제2항에 따른 보호의무자가 한 행위는 제39조제1항 및 제2항의 개정규정에 따른 보호의무자가 한 행위로 본다.

② 제39조제1항제1호의 개정규정에 따른 피성년후견인 및 피한정후견인에는 법률 제10429호 민법 일부개정법률 부칙 제2조에 따라 금치산 또는 한정치산 선고의 효력이 유지되는 사람을 포함하는 것으로 본다.

제15조(정신건강증진시설의 장의 고지의무에 관한 경과조치) 이 법 시행 당시 정신질환자나 정신건강상 문제가 있는 사람을 입원등 또는 훈련시키고 있는 정신건강증진시설의 장은 이 법 시행 후 1개월 이내에 정신질환자 등에 대하여 제6조의 개정규정에 따른 고지의무를 이행하여야 한다.

제16조(자의입원등을 한 사람의 퇴원등 의사 확인에 관한 경과조치) 이 법 시행 전에 자의입원등을 한 사람의 경우 정신의료기관등의 장은 제41조제3항의 개정규정에도 불구하고 이 법 시행일부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.

제17조(정신보건심의위원회 등에 관한 경과조치) 이 법 시행 당시 종전의 제27조에 따라 설치된 광역정신보건심의위원회 또는 기초정신보건심의위원회는 제54조의 개정규정에 따라 설치된 광역정신건강심의위원회 또는 기초정신건강심의위원회로 본다.

제18조(정신보건심판위원회에 관한 경과조치 등) ① 이 법 시행 당시 종전의 제27조에 따라 설치된 광역정신보건심판위원회 또는 기초정신보건심판위원회는 제54조의 개정규정에 따라 설치된 광역정신건강심사위원회 또는 기초정신건강심사위원회로 본다.

② 이 법 시행 전 종전의 제24조제3항, 제29조제1항 및 제34조제1항에 따라 심사 또는 재심사 청구된 사항은 제43조제6항, 제55조제1항 및 제60조제1항의 개정규정에 따라 심사 청구 또는 재심사 청구된 것으로 본다.

③ 제2항에 따라 심사 청구 또는 재심사 청구된 사항에 대해서는 이 법 시행일부터 15일 이내에 제59조제1항의 개정규정에 따른 명령 또는 결정을 하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 본문에 따른 기간 내에 명령 또는 결정을 하지 못할 때에는 10일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

제19조(행정처분에 관한 경과조치) 이 법 시행 전의 위반행위에 대한 행정처분에 관하여는 종전의 규정에 따른다.

제20조(다른 법률의 개정) ① 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제43조제2항 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.

② 국민건강증진법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제5조제2항제5호를 제6호로 하고, 같은 항에 제5호를 다음과 같이 신설한다.

5. 다른 법령에서 위원회의 심의를 받도록 한 사항

③ 국민기초생활 보장법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제32조제4호를 다음과 같이 한다.

4. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조에 따른 정신요양 시설 및 같은 법 제26조에 따른 정신재활시설

④ 낚시 관리 및 육성법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제29조제2항제2호 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.

⑤ 노인복지법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제39조의17제1항제9호를 다음과 같이 한다.

9. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조에 따른 정신건강복지센터 및 정신건강증진시설

⑥ 농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법 일부를 다음과 같이 개정한다.

- 제16조제1항 중 “「정신보건법」 제10조에 따른 정신요양시설 및 같은 법 제15조에 따른 사회복지시설”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조에 따른 정신요양시설 및 같은 법 제26조에 따른 정신재활시설”로 하고, 같은 조 제2항 중 “「정신보건법」 제13조에 따른 지역사회정신보건사업”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제12조에 따른 정신건강증진사업”으로 한다.
- ⑦ 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
제15조제2항제7호 중 “「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터”를 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터”로 한다.
- ⑧ 보호시설에 있는 미성년자의 후견 직무에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
제2조제1호다목을 다음과 같이 한다.
다. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조에 따른 정신요양시설 및 같은 법 제26조에 따른 정신재활시설
- ⑨ 사회복지급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
제13조제2항제9호 중 “「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터”를 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터”로 한다.
- ⑩ 사회복지사업법 일부를 다음과 같이 개정한다.
제2조제1호아목을 다음과 같이 한다.
아. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」
- ⑪ 성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
제14조제1항 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.
- ⑫ 실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
제6조제3항 및 제11조제1항제1호 중 “「정신보건법」 제3조제3호”를 각각 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호”로 한다.
- ⑬ 아동복지법 일부를 다음과 같이 개정한다.
제29조의3제1항제11호를 다음과 같이 한다.
11. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조에 따른 정신건강복지센터, 정신건강증진시설, 정신요양시설 및 정신재활시설
- ⑭ 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제10조제2항제17호를 다음과 같이 한다.

17. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터, 같은 조 제5호에 따른 정신의료기관, 같은 조 제6호에 따른 정신요양시설 및 같은 조 제7호에 따른 정신재활시설의 장과 그 종사자
 - 제38조제2항 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.
 - ⑮ 위치정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제26조제2항제3호 중 “정신보건법 제3조제4호의 규정에 의한 정신질환자사회복지시설(국가 또는 지방자치단체가 설치·운영하는 시설에 한한다)의 장, 정신보건법 제3조제5호의 규정에 의한 정신요양시설의 장”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조에 따른 정신요양시설의 장 및 같은 법 제26조에 따른 정신재활시설(국가 또는 지방자치단체가 설치·운영하는 시설로 한정한다)의 장”으로 한다.
 - ⑯ 유선 및 도선 사업법 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제12조제5항제1호 및 제18조제2항제1호 중 “「정신보건법」”을 각각 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.
 - ⑰ 의료법 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제3조제2항제3호라목 중 “「정신보건법」 제3조제3호”를 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호”로 한다.
 - ⑱ 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제13조제2항 중 “「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터”를 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터”로 한다.
 - ⑲ 장애인복지법 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제15조 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.
 - 제59조의4제2항제7호를 다음과 같이 한다.
 - 7. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터의 장과 그 종사자
 - ⑳ 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 일부를 다음과 같이 개정한다.
 - 제329조의 제목 중 “정신보건”을 “정신건강증진”으로 하고, 같은 조 제목 외의 부분 중 “「정신보건법」 제10조제4항, 제10조의2, 제11조제2항, 제13조제3항·제5항·제7항, 제15조제4항, 제17조, 제18조제4항, 제26조의3 본문, 제28조제9항, 제29조제2항, 제34조제2항,

제37조제4항 및 제39조제5항 본문”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제12조제6항, 제22조제6항, 제24조, 제25조제4항, 제26조제3항, 제28조, 제29조제4항, 제52조제1항 본문, 제53조제8항, 제55조제2항, 제60조제2항, 제63조제4항 및 제66조제5항 본문”으로 한다.

- ② 중증장애인생산물 우선구매 특별법일부를 다음과 같이 개정한다.

제2조제2항제3호를 다음과 같이 한다.

3. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제27조제1항제2호의 재활훈련시설

- ② 치료감호 등에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.

제34조제2항 중 “「정신보건법」 제13조제3항에 따른 정신보건센터(이하 “정신보건센터”라 한다)”를 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터(이하 “정신건강복지센터”라 한다)”로 한다.

제36조의2 중 “「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터”를 “정신건강복지센터”로 한다.

제44조의4 중 “「정신보건법」”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」”로 한다.

제44조의6 중 “「정신보건법」에 따른 정신보건전문요원”을 “「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 정신건강전문요원”으로 한다.

제21조(다른 법령과의 관계) 이 법 시행 당시 다른 법령에서 종전의 「정신보건법」 또는 그 규정을 인용하고 있는 경우에 이 법 가운데 그에 해당하는 규정이 있으면 종전의 규정을 갈음하여 이 법 또는 이 법의 해당 규정을 인용한 것으로 본다.

부록 2 : 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」 요약(2009. 10. 26.)⁵⁰⁾

1. 입·퇴원 과정에서의 적정절차 마련

- 정신장애인의 신체의 자유 등과 같은 기본적 인권을 보장하기 위해서는 무엇보다 입·퇴원 과정에서의 적정절차를 마련하는 일이 시급하다. 이를 위해서는 정신의료기관 입원 시 ‘진단입원’과 ‘치료입원’을 구분하여 입원절차를 구체화하고, 보호의무자에 의한 입원에 있어 대상 환자에 대한 요건을 강화하며, 특히 정신요양시설의 입소절차를 엄격화하여야 한다. 또한 불필요한 장기입원을 제한하기 위한 계속입원심사가 본래의 기능을 제대로 발휘할 수 있도록, 정신보건심판위원회의 역할을 강화하고, 초기 입원요건에 준하도록 심사기준을 개정하고, 기간을 3개월로 단축할 필요가 있다.
- 입원 적정절차를 강화한다고 해도 퇴원 과정에 대한 관리가 부재하면 입원이 장기화되거나 횡수용화될 가능성이 높으므로 퇴원과정에 대한 적정절차를 마련하는 일도 함께 고려되어야 한다. 이를 위해서는 퇴원 전 정신보건센터 정신보건전문요원이 정신의료기관 내 치료진과 함께 퇴원 계획을 수립할 수 있도록 하여 지역사회 연계율을 높이고, 특히 시장군수구청장이 보호의무자인 환자에 대해서는 퇴원 후 보호계획 수립을 의무화하도록 하는 방안이 필요하다.
- 입·퇴원 과정과 마찬가지로 정신장애인은 이송 과정에서도 인권침해를 경험하게 되는데, 이는 보호의무자에 의한 입원의 경우 입원요건을 미리 갖추고 이송되는 경우가 많아 ‘이송이 곧 입원’이라는 등가가 성립되에도, 이를 시설등급구조단이라는 민간기관에게 담당하도록 함으로써 거주이전의 자유 및 자기결정권을 사인(私人)에 의해 침해받도록 구조화되어 있기 때문이다. 이를 개선하기 위해서는 위기상황 시 경찰과 소방공무원, 정신보건전문요원이 함께 투입될 수 있도록 공공위기 개입 서비스 및 공공이송체계를 구축할 필요가 있다.
- 위와 같은 사항은 무엇보다 비자의 입원이 관행화되어 있는 우리사회의 모순에서 기인하므로 이를 개선하기 위해서는 「정신보건법」 내에 자의입원 원칙을 명문화하는 조항을 포

50) 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」 (p226~230)

함할 필요가 있다. 또한 부당하게 인신의 자유를 제한당하고 있는 정신장애인들이 효과적이고 실질적인 구제를 받을 수 있도록 「인신보호법」의 내용을 개정하고 고지를 의무화하는 방안도 필요하다. 더불어 보호의무자가 없거나 보호의무자가 부득이한 사정으로 인하여 그 역할을 수행할 수 없는 정신장애인이 사회로부터 방치되는 일이 없도록 공공후견인을 제공할 필요가 있다.

2. 정신보건시설 내 권리보장 및 치료환경 개선

- 정신보건시설에 입원한 환자라 하더라도 인간으로서 누릴 수 있는 기본적인 권리를 박탈해서는 아니된다. 그러나 국내 정신장애인의 경우, 판단력의 장애를 이유로 다른 환자들에게는 당연한 권리로 인식되고 있는 치료과정에 대한 고지, 개인정보 보호, 통신의 자유와 신체의 자유가 쉽게 침해되고 있는 현실이다. 이를 개선하기 위해서는 「정신보건법」 내에 정보제공에 관한 조항을 신설하여 정신보건시설에 입원한 모든 환자들이 치료과정 및 환경, 권리 등에 대해 고지받을 수 있도록 하고, 진료행위에 방해가 되지 않는 범위 내에서만 통신의 자유와 면회방문의 자유가 제한될 수 있도록 하며, 개인의 정보는 최대한으로 보호하고, 격라강박이 필요한 경우에도 적법한 절차를 통해서만 최소한으로 시행될 수 있도록 할 필요가 있다.
- 또한 정신장애인이 하루 빨리 회복되어 사회로 복귀하기 위해서는 입원기간 동안 최적의 치료와 서비스를 제공받아야 하며, 이를 위해서는 시설 내에 적정 의료인력과 시설이 마련되어야 한다. 그러나 우리나라는 환자 수 대비 의료인력 기준이 낮아 양질의 서비스가 제공되기 힘든 구조이며, 따라서 정신의료기관의 인력기준을 선진국에 상응하는 수준으로 상향 조정하여 서비스의 질을 향상시킬 필요가 있다.
- 또한 현행 차등수가제는 의료인력 수와 입원일수를 주요 평가항목으로 하고 있어 의료의 질을 향상시키거나 사회복귀를 촉진하는 데 크게 기여하고 있지 못하므로 차등수가제 평가항목에 시설기준 및 장비기준, 서비스제공내역, 지역사회 연계율, 평균재원일수, 퇴원을 등을 포함하여 서비스의 질을 높이고 지역사회 보호 중심의 치료환경을 조성해 나가는 방안이 필요하다.
- 한편, 의료급여제도는 소득과 재산이 매우 적거나 희귀 난치성 질환에 걸린 환자를 위한 제도임에도 불구하고 정신과 진료의 경우 일당정액제를 적용함으로써 건강보험환자에 비해 낮은 질의 서비스를 제공하는 경우가 많다. 아울러 이로 인해 의료급여 환자는 입원이 장기화될 수 있으며, 이를 개선하기 위해서는 의료급여의 수가를 건강보험 수가와 동일한

수준으로 현실화시켜 의료급여 환자가 건강보험 환자와 마찬가지로 양질의 서비스를 제공 받을 수 있도록 하는 방안이 필요하다.

- 또한 국내 「정신보건법」 상 정신요양시설은 의료와 재활의 기능을 지닌 중간시설로 규정되고 있으나, 부족한 의료인력과 예산으로 인해 실제로는 고연령 입소자의 장기거주지로서의 역할을 담당하고 있는 현실이므로 시설의 현실적인 기능을 고려하여 지역사회 생활시설과 재활시설로 기능을 재정립하여야 한다. 만일, 질환이 만성화되어 현행 정신의료기관이나 요양시설에서의 치료가 어려운 환자가 있다면, 이들은 만성 및 난치성 환자를 위한 전문기관을 설립하여 최적의 치료를 제공받을 수 있도록 하여야 한다.
- 그 외에도 정신보건시설에 대한 모니터링을 강화하여 부당하게 입퇴원을 반복하는 시설에 대해 처벌하고, 신고되지 아니한 시설에 의한 불법 의료행위 및 감금행위를 방지하는 방안도 마련함으로써 정신장애인이 법이 허용한 시설 내에서 최적의 치료를 제공받을 수 있도록 할 필요가 있다.

3. 지역사회 중심의 정신장애인 치료

- 정신장애인의 경우 퇴원 후 지역사회에 적절히 연계되지 못하면 사회에 방치되거나 재입원될 가능성이 높으나 현재 우리나라에는 퇴원환자와 지역사회에 거주 중인 환자들이 이용할 수 있는 시설이 매우 부족한 실정이다. 이를 개선하기 위해서는 지역사회 연계체계의 강화, 정신장애인 사회복귀시설의 확충, 정신보건 복지예산의 확대 및 효율적 운영, 가족 및 자조모임 지원 등을 통해 지역사회를 기반으로 한 정신보건 서비스를 정착시킬 필요가 있다.
- 이를 위해서는 먼저 정신의료기관과 정신보건센터 간 연계강화를 통해 퇴원환자가 필요한 서비스를 즉시 제공받을 수 있도록 하여야 하며, 구체적으로는 각 사군구에 정신보건센터의 설치를 의무화 및 법인화하고, 그에 준하여 인력기준을 강화하며, 이들로 하여금 퇴원환자 및 정신질환자에 대한 평가·상담·치료연계 및 사례관리 및 지역사회와의 연계 등을 담당하도록 하여야 한다.
- 현재 국내에는 정신장애인이 이용할 수 있는 주거시설과 사회복귀시설이 매우 부족한 실정이므로 주거시설과 사회복귀시설 및 관련 프로그램을 확대하고 다양화하여야 하며, 사회복귀시설의 이용료를 변경하여 부담을 줄여 불필요한 장기입원을 막고 정신장애인의 사회복귀를 촉진하여야 한다. 이를 위해서는 사회복귀시설 지원을 위한 정신보건복지 예산

및 중앙정부의 지원 확대가 필요하며, 지역예산기준 고지 및 균형발전예산 지원을 통하여 지역별 정신보건 서비스의 편차를 줄이는 방안이 강구되어야 한다.

- 또한 정신장애인과 가족의 경우 가족들이 경험하는 경제적인 보호부담과 다양한 차별과 편견으로 인하여 스스로 목소리를 내기 어려운 점을 고려하여 정신장애인 가족에 대한 지원확대와 자조모임을 적극 지원하여야 하며 정신보건복지 관련 법령의 재개정 및 정책 수립 과정과 평가에 있어 가족과 당사자의 의견이 실질적으로 반영되도록 하여야 한다.

4. 정신장애인에 대한 차별과 편견 해소

- 정신장애인에 대한 편견은 차별로 이어지고, 이러한 차별은 다시 편견을 강화할 수 있으므로 ‘정신분열증’과 같은 부정적인 의미의 병명은 이해관계자들의 의견수렴을 거쳐 개명하고, ‘정신병자’, ‘정신이상자’, ‘정신미약자’와 같이 편견을 조장하는 용어들을 정비하여야 한다.
- 또한 「헌법」은 인간의 존엄성과 행복추구권, 직업선택의 자유 등을 규정하고 있으나, 정신장애인들은 직업선택의 자유를 제한하고 민간보험 가입을 거절하는 각종 차별적 법령으로 인해 「헌법」이 보장한 권리를 향유하고 있지 못하고 있는 바, 이에 대해서는 정비 및 개정이 필요하다.
- 한편, 정신장애인에 대한 편견은 대중매체의 영향이 가장 큰 것으로 밝혀졌으며, 이는 오히려 대중매체가 편견을 극복하는 가장 효과적인 도구가 될 수 있다는 것을 의미한다. 따라서 대중매체에 대한 지속적인 권고와 홍보를 통해 정신장애인에 대한 대중의 차별과 편견을 해소할 필요가 있다.
- 마지막으로, 「정신보건법」에 따르면 정신보건시설의 설차운영자, 종사자는 매년 정기적으로 인권교육을 받아야 하나, 지정된 전문교육기관 중에는 국가인권위원회의 피진정기관이거나 「정신보건법」에 대한 이해가 부족한 기관이 일부 포함되어 있다. 그러나 정신보건시설에 대한 인권교육은 「헌법」상의 기본권과 「정신보건법」, 그리고 관련 국제기준에 대한 기본지식을 토대로 인권적 관점에서 시행해야 하는 것이므로, 인권에 대한 전문적 기관인 국가인권위원회의 인권교육을 이수한 기관에 한하여 실시될 수 있도록 하여야 하며, 교육 대상 역시 정신장애인의 이송을 책임질 경찰과 소방공무원으로 확대할 필요가 있다.

2016년 정신장애인 인권증진을 위한 토론회

| 인 쇄 | 2016년 9월
| 발 생 | 2016년 9월
| 발 행 인 | 이 성 호(국가인권위원회 위원장)
| 발 행 처 | 국가인권위원회 장애차별조사1과
| 주 소 | (04551) 서울특별시 중구 삼일대로 340 나라키움저동빌딩
| 전 화 | (02)2125-9967 | F A X | (02)2125-0924
| Homepage | www.humanrights.go.kr
| 인 쇄 처 | 한국장애인유권자연맹
| 전 화 | (02)313-7593 | F A X | (02)393-3016

ISBN 978-89-6114-498-93330

사전승인 없이 내용의 무단복제를 금함

이 저작물은 국가인권위원회가 지적재산권을 전부 소유하지 아니한 저작물이므로 자유롭게 이용(변경, 복제, 배포, 사업적인 용도 사용 등)하기 위해서는 반드시 해당 저작권자의 허락을 받으셔야 합니다.

