

정신건강복지법 개정에 따른 지역사회 정신건강 서비스 개선 방향*

김 나 은¹⁾ 제 철 응²⁾ 최 기 흥[†]

2017년 5월에 구 정신보건법이 약 20년 만에 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)로 개정 시행되었다. 개정된 정신건강복지법은 범목적 및 보호대상, 정신질환에 대한 정의에 있어 주요한 변화가 있었다. 이는 정신건강증진 정책의 추진 방향에 있어 주요한 영향을 미칠 뿐 아니라, 정신병원 입·퇴원 과정에도 주요한 변화와 사회적 논의를 이끌고 있다. 특히 비자발적 입원을 위해서는 자·타해 위험여부와 치료 필요성 조건을 동시에 충족해야 하며, 입원 적합성에 대한 보다 엄격한 평가가 요구되도록 법조항이 형성되었다. 이러한 변화가 비자발적 입원 과정에서 정신장애인의 인권을 보호하는 절차라고 옹호하는 주장과 적정한 시기에 제공되어야 하는 치료권이 보장되지 못할 수 있다는 주장이 양립하면서 사회적 논란이 지속되고 있다. 더구나 중증정신질환과 범죄 사건들이 미디어에 왜곡되어 보도되면서, 정신질환자에 대한 사회적 낙인 해소, 당사자의 인권 보호, 적정한 시기에 응급치료를 제공할 수 있는 시스템의 마련, 지역사회에서 정신사회재활을 제공하는 인프라 구축에 대한 논의가 지연되고 있다. 따라서 본 논문에서는 정신건강복지법의 주요 개정사항을 간략하게 요약하고, 입·퇴원 과정과 함께 입·퇴원 과정에서 논란이 되는 쟁점들을 논의하였다. 마지막으로 지역사회 기반 회복모델의 관점에서 현재 다양한 지역사회 정신사회 재활 영역에서 전문 심리서비스를 제공하기 위해 필요한 국가의 지원과 심리학자의 역할을 논의하였다.

주요어 : 정신건강복지법, 법 개정, 치료권, 인권, 심리-사회-생물학적 모델, 정신재활

* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임
(NRF-2019S1A3A2099593).

1) 고려대학교 심리학과 학생, E-mail: naeun.kim25@gmail.com

2) 한양대학교 법학전문대학원 교수, E-mail: cuje@hanyang.ac.kr

† 교신저자: 고려대학교 KU마음건강연구소, 고려대학교 심리학과 교수, 서울시 성북구 안암동

Fax: 02-3290-5390, E-mail: kchoi1@korea.ac.kr

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 주요 개정 요약

정신건강복지법 개정 목적, 기본이념 및 정신
질환자의 정의에서의 변화

구 정신보건법과 2016년 이를 대체해 입법
된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스
지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법이라고
한다)은 법목적 및 보호대상, 정의에서 차이를
보인다. 먼저 제1조 법목적과 관련해서 구 정
신보건법의 궁극적 목적은 “국민의 정신건강
증진”이라고 기술되어 있는데 비해(정신보건
법, 1995), 정신건강복지법에서는 이에 더하여
“정신질환자의 인간다운 삶”이라는 목적을 추
가했다. 또한 구체적 규정 사항에 정신건강
친화적인 환경 조성 및 정신질환자의 재활·
복지·권리보장 등 조건을 추가했다(정신건강
복지법, 2016).

제2조 기본이념에서도 국민이 정신질환으로
부터 보호받을 권리 및 정신질환자의 각종 복
지 및 필요한 도움을 받을 권리와 자기결정권
및 자신과 관련된 정책의 의사결정에 참여할
수 있는 권리 등을 추가적으로 명시(정신건강
복지법, 2016)하여 정신질환자의 인권 보호에
보다 집중한 면을 보인다. 또한 제5항에서 정
신질환자에 대해서는 입원 또는 입소가 최소
화되도록 지역 사회 중심의 치료가 우선적으
로 고려되어야 한다고 명시함으로써(정신건강
복지법, 2016), 정신질환자의 치료에 있어 탈
원화가 중심적으로 고려되어야 함을 밝히고
있다.

제3조 제1호 정신질환자의 정의에서 기존
정신보건법에서는 “정신병·인격장애·알코올

및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진
자”로 대부분의 정신질환자를 포괄하도록 기
술되어 있었지만(정신보건법, 1995), 개정 정신
건강복지법에서는 “망상·환각·사고나 기분
의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활
을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람”으로
정의하여 독립적으로 생활할 수 없는 상대적
으로 중증인 정신질환자로 한정했다(정신건강
복지법, 2016).

마지막으로 제2장 정신건강증진 정책의 추
진 등(제7조에서 제18조)에서 일반국민 및 경
증 정신질환자에 대한 정신건강 서비스 제공
근거를 마련(정신건강복지법, 2016)함으로써,
기존의 의료모델을 넘어 보다 예방적이고 인
권 친화적인 정신건강 서비스 수립을 목표로했
다(표 1).

정신건강복지법상 입·퇴원 제도

정신건강복지법상에는 다섯 가지의 입원 제
도가 있으며, 이 중 자의입원과 동의입원은
환자 본인의 동의하에 이루어지며, 보호입원,
행정입원 그리고 응급입원은 비자발적 입원
절차를 밟는다(그림 1). 정신건강복지법 제17
조에서는 정신건강전문요원의 자격을 규정하
고 있으며, 전문분야에 따라 정신건강임상심
리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사
로 구분하고 있다(정신건강복지법, 2016). 이들
은 정신건강 현장에서 정신질환자들의 치료와
복지를 위해 일하며, 행정입원 의뢰, 입원적합
성 심사 등 입·퇴원과 관련된 다양한 업무를
수행하므로, 상호간의 긴밀한 협력 및 관련
정보의 이해와 숙지가 요구된다. 정신건강전
문요원뿐만 아니라, 대학 학생상담센터 및 지
역사회 정신건강 관련 기관에서 일하는 임상

표 1. 구 정신보건법과 개정 정신건강복지법의 주요 강조점의 변화

법 목적	정신보건법(제1조)	정신건강복지법(제1조)
구체적 목적	1. 정신질환의 예방 2. 정신질환자의 의료 및 사회복귀	1. 정신질환의 예방·치료 2. 정신질환자의 재활·복지·권리보장 3. 정신건강 친화적인 환경 조성
궁극적 목적	국민의 정신건강증진	1. 국민의 정신건강증진 2. 정신질환자의 인간다운 삶
대상자	정신보건법(제2조)	정신건강복지법(제2조)
국민	없음	정신질환으로부터 보호받을 권리
정신질환자 (공통)	1. 인간의 존엄성과 가치 보장 2. 부당한 차별대우 금지 3. 미성년 정신질환자의 특별한 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리	최적의 치료를 받을 권리
	최적의 치료와 보호를 받을 권리	최적의 치료를 받을 권리
정신질환자	입원치료 시 자발적 입원의 권장	1. 입원(입소)의 최소화 2. 지역사회 중심 치료의 우선적 고려 3. 자의입원의 권장
	입원 중 자유로운 환경의 보장 및 자유로운 의견 교환 보장	입원 중 자유로운 환경을 누릴 권리와 자유로운 의견 교환을 할 수 있는 권리
	없음	1. 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대해 스스로 판단하고 결정할 권리 2. 주거지, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 복지서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중 자신에게 법률적, 사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리 자신과 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리

심리전문가, 정신건강임상심리사, 상담심리전문가, 그리고 중독심리전문가 및 정신건강증진기관에서 근무하는 건강심리전문가 역시 직무상 이러한 절차와 밀접한 연관이 있다. 일례로 학생상담센터에서 근무하는 상담심리전문가는 초기 발병을 하거나 자·타해 위협과 정신증을 보여 의뢰된 내담자를 만날 수 있다.

이러한 경우 추후 병원이나 정신건강임상심리사에게 의뢰를 하더라도, 정신건강복지법에 명시된 입·퇴원 조항을 알고 있어야 내담자 및 보호자에게 절차에 따른 서비스를 제공하는 것이 가능하다. 또한 이러한 지식을 이용하면 법적 절차를 따르지 않음으로 인해 발생할 수 있는 문제를 미리 예방하여 내담자뿐만

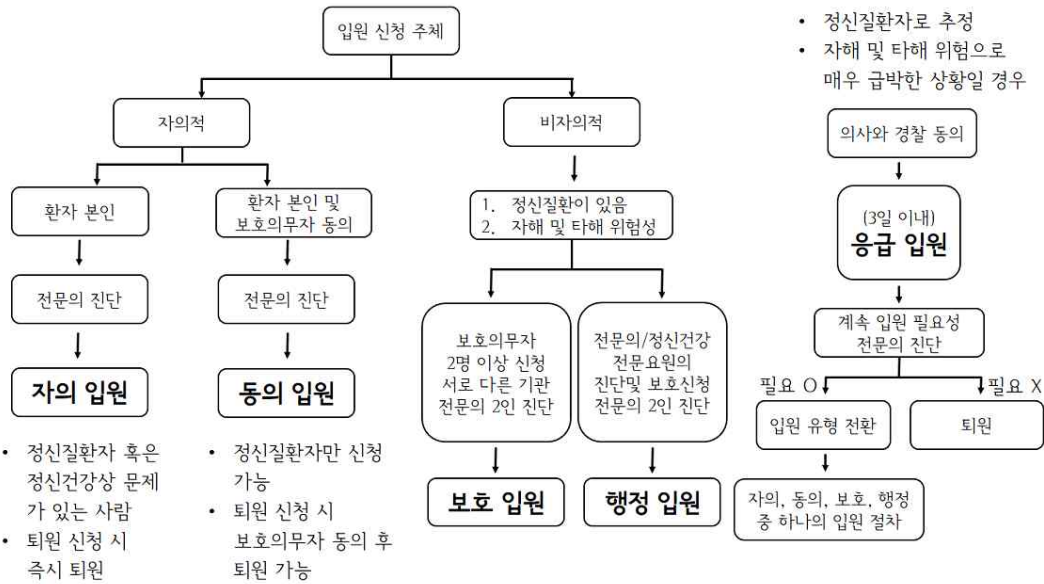


그림 1. 정신건강복지법상 입원의 종류

아니라 전문가 자신도 보호할 수 있다. 이와 같이 각 정신건강 관련 영역의 전문가들은 입원제도에 대한 이해에 더해 자신 일하고 있는 기관에서 각 상황에 맞도록 적정한 서비스를 제공할 역량을 갖추는 필요가 있다. 이에 본 논문에서는 법 개정과 관련하여 변화한 입원제도에 대한 설명과 함께 여러 가지 논의점들을 소개하고 논의하도록 하겠다.

동의입원제도 신설

정신건강복지법 제42조에 환자 및 보호의무자의 동의를 받아 입원을 신청하고, 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호필요성이 인정되는 경우 72시간의 범위에서 퇴원을 거부할 수 있는 동의입원제도를 신설했다. 또한 동조 제4항에 입원한 날부터 2개월마다 퇴원할 의사가 있는지 확인하도록 했다(정신건강복지법, 2016)(표 2).

보호입원제도 개선

정신건강복지법 제43조에 정신질환자가 정신의료기관등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우(이하 치료필요성)와 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우(이하 자·타해 위험성) 두 조건 모두를 갖춘 경우에 한하여, 2주간 진단입원을 거쳐 서로 다른 정신의료기관의 정신과 전문의 2인의 일치된 소견이 있을 경우에만 보호의무자에 의한 입원을 할 수 있도록 했다. 입원기간은 최초 입원일부터 3개월 이내로 하고 이후 심사를 거쳐 1차 기간 연장 시 3개월, 이후 6개월씩 입원 기간을 연장할 수 있도록 했다(정신건강복지법, 2016)(표 2).

기존 정신보건법에는 보호의무자 2인의 동의 및 정신과 전문의 한 사람의 소견서만 있

으면 입원이 가능했던 점, 그리고 이후 6개월마다 입원 연장이 가능했던 점과 비교할 때 보다 엄격한 절차를 설정하였다. 제철웅(2017)은 이러한 변화는 부당한 입원을 줄이고 환자의 권익보호에 기여하려는 의도를 반영하며, 보호의무자에 의한 입원 등 요건을 지방자치단체(이하 지자체) 장애 의한 입원의 요건과 함께 함으로써 사회보호가 비자의입원의 목적임을 보다 확실하게 드러낸 것으로 평가하였다. 다만, 후속 논문에서 부양의무자나 후견인에게 보호의무를 부과하는 것은 민법 등 별개 법과 외국의 사례 등과 비교해 보았을 때 명백히 과중한 의무임을 밝혔다(제철웅, 2018).

행정입원제도 개선

시장·군수·구청장에 의한 행정입원 제도를 현실화하기 위하여 정신건강복지법 제44조에서 기존 정신보건법에서 보호의무자에 의한 입원의 유형 중 하나였던 시장·군수·구청장이 보호의무자가 되는 경우를 삭제하여 행정주체에 의한 입원 조항을 하나로 통일하였다. 또한 행정입원 신청 요청권자에 경찰관을 추가했다(정신건강복지법, 2016). 실제로 행정입원이 필요한 상황에 가장 자주 처하는 공무원은 경찰임에도 기존 정신보건법의 경우 경찰은 자·타해 위험이 매우 명백하고 급박하여, 다른 방식으로 입원시킬 시간적 여유가 없는 경우에 한해 정신의료기관에 응급입원만 의뢰할 수 있었던 것에 비해, 개정 시 요청권자에 경찰을 추가함으로써 제도의 실용성을 개선했다(표 2). 행정입원의 경우, 구 정신보건법 하에서 전체 입원의 약 0.2% 정도를 차지하였는데 정신건강복지법 개정 이후 2017년에는 약 3.3% 정도로 확대되었다(국립정신건강센터,

2018a). 하지만, 이 수치의 변화는 구 정신보건법 제21조 보호의무자에 의한 입원 요건 유형 중 제3항 시장·군수·구청장이 보호의무자가 되는 경우가 개정법에서는 행정입원으로 변경된 것이 반영된 것으로 보인다. 2019년 몇 가지 범죄 사건들로 인해 정신질환 범죄자 대응에 대한 경찰 내부지침이 변화하면서 경찰을 통한 행정입원의 비율이 증가했을 가능성이 있지만, 현재까지의 통계로는 확인할 수 없다. 행정입원은 전반적으로 다른 유형 입원에 비해 매우 낮은 수치인데, 행정입원이 지자체의 입장에서 비용적인 부담이 높고 인권침해에 대한 부담을 지고 있어 노숙자나 무연고자와 같은 행정입원이 아닌 수단으로 입원하기 곤란한 경우에 한정해서 고려되는 것으로 보인다. 백중우(2019)는 행정입원을 할 경우 지자체가 병원 비용을 부담해야 하지만, 해당 예산 편성 규정이 없는 점과 민원 및 소송 등의 우려로 인해 보호의무자가 있을 때 지자체가 나서지 않는 점을 들어 행정입원이 효용성이 낮은 제도라고 지적하였다(신성식, 김은지, 이운호, 남궁민, 2019). 2019년 발생한 진주 방화살인사건의 경우에도, 피의자의 형이 가족에 의한 강제입원을 시행하기 어려워(즉, 보호입원 절차를 진행하기 위해 과거 입원기록을 받으려면 본인의 위임장이 있어야 하지만, 당사자가 입원을 거부하고 있는 상황에서는 위임장을 받기가 불가능했던 점) 행정입원 절차를 진행하려고 했지만, 해당 시청에서 거부되어 진행이 되지 않았다고 보고되었다(박은주, 2019). 앞서 언급하였듯이 비자의입원이 사회보호의 목적으로 시행되는 제도라면, 행정입원 중심으로 이루어지는 것이 바람직할 것이다. 그런데 행정입원이 실효성을 갖기 위해서는 병원, 지역사회 정신건강 관련 기관, 경찰,

그리고 지자체에서 행정입원과 관련된 절차와 예산을 마련하는 것이 필수적이다. 행정입원이 적절히 시행될 경우 가족의 부담을 줄이고, 가족과 당사자 모두를 보호하기 위한 방안으로 활용될 수 있을 것으로 보인다. 현행 보호의무자에 의한 입원의 경우 보호의무자가 과중한 심리적, 경제적, 법률적 부담을 지게 되며, 만약 보호의무자가 비자의입원을 신청할 경우, 추후 보호의무자와 정신질환을 지닌 당사자 간 관계가 악화될 위험이 있기 때문이다(제철웅, 2018). 따라서 행정입원의 실효성과 가족 및 정신질환자 당사자의 경험에 대해서는 지속적인 사례 연구가 이루어져야 할 것이다.

입원적합성심사위원회 설치

제45조부터 제49조 사이에 입원적합성심사위원회의 설치 및 운영, 심사, 조사 등에 관한 법률을 마련하여 각 국립정신병원 등에 입원적합성심사위원회를 설치하고 보호의무자 또는 시장·군수·구청장에 의한 입원의 적합성 여부를 1개월 이내에 판단하도록 하는 등 최초입원 단계에서 권리구제절차를 강화했다(정신건강복지법, 2016).

제46조에 명시된 입원적합성심사위원회의 구성을 살펴보면, 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하도록 되어 있다. 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하는 방식으로 선정된다. 위원들은 다음 각 요건에 해당하는 사람들 각 1명 이상으로 구성되어야 하는데, ① 정신건강의학과전문의, ② 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람, ③ 정신건강복지센터

소속 정신건강전문요원, ④ 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족, ⑤ 그리고 그 밖에 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람(정신건강증진시설의 설치·운영자, 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람, 정신질환을 치료하고 회복한 사람, 정신건강 관계 공무원·인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람) 총 5개 요건이 있다(정신건강복지법, 2016).

정신건강심의위원회 결정 유형 다양화

개정 정신건강복지법에서는 기존 정신보건심의위원회를 정신건강심의위원회로 개편하면서 심사만을 전문으로 하는 정신건강심사위원회를 정신건강심의위원회 내부에 두었다. 광역정신건강심의위원회는 10명 이상 20명 이내의 위원으로 구성하고, 기초정신건강심의위원회는 6명 이상 12명 이내의 위원으로 구성하며, 위원의 임기는 각각 2년으로 정했다. 또한 위원 자격요건은 입원적합성심사위원회와 마찬가지로 두었는데, 이 중 위 ⑤에 해당하는 사람은 광역정신건강심의위원회에는 3명 이상, 기초정신건강심의위원회에는 2명 이상 두도록 했다(정신건강복지법, 2016).

기존 정신보건심의위원회의 경우 퇴원·임시퇴원·처우 개선 조치의 3가지 결정으로 제한되었던 것에 비해서 정신건강복지법 제59조에서는 정신건강심사위원회의 결정 유형을 퇴원·임시퇴원·처우 개선 조치 외에도 외래치료명령 조건부 퇴원, 3개월 이내 재심사, 다른 정신의료기관 등으로의 이송, 자의입원 또는

동의입원으로서의 전환 등 다양하게 설정했다(정신건강복지법, 2016).

입·퇴원 관리시스템 구축

동법 제67조에서 보건복지부 주관으로 입·퇴원과 관련된 관리시스템을 구축하여 정신의료기관 등의 장들로 하여금 입원적합성신고 내용 및 대통령령으로 정하는 퇴원등의 사항을 등록하게 만들(정신건강복지법, 2016)으로써 입원 환자의 회전문 현상, 입원의 장기화, 반복되는 재입원의 문제를 통제하려고 노력했다.

요약하면 개정 정신건강복지법의 입원 관련 조항에서는, 구 정신보건법에 비해 비자의입원의 목적이 사회보호임을 보다 분명하게 밝혔으며, 그 과정에 있어서도 최초 입원은 다양한 경로로 가능하나, 이는 신청자가 누구인지에 대한 차이에 있고, 임무와 권한은 국가 및 지방자치단체에게 부여되었음을 명확히 하였다. 전체적인 과정을 조망해 보면, 1차적으로 정신의료기관 등의 장이 비자의입원을 개시할 권한과 그 후 3개월간 지속될 최초 입원등을 결정할 권한을 가진다. 이러한 권한 행사의 적법성을 국가가 설치 운영하는 입원적합성심사위원회가 점검한다. 마지막으로 3개월의 최초 입원 등 이후 이어지는 계속입원은 지자체의 장이 책임을 지며, 정신건강심사위원회의 심사를 받아 결정한다(제철웅, 2017).

개정 정신건강복지법의 강조점

개정 정신건강복지법은 몇 가지 주요한 변화를 강조한다. 첫 번째로, 정신질환자의 부당한 입원 방지와 권리보호를 위해 비자의입원

에 대한 공적 개입을 강화시켰다. 대면조사 신청권에 대한 권리고지 및 서면확인 절차를 도입했고, 보호입원 및 행정입원 환자를 관리하는 병원을 국가기구가 관리·감독하도록 했다. 또한 입원적합성심사위원회를 설치해 입원이 적절한지를 심사하도록 함으로써 입원의 합법적 근거를 부여했다. 즉, 입원에서 퇴원까지의 과정에서 책임과 권한이 일차적으로 국가 및 지방자치단체에 부여되며, 정신의료기관등의 장 등은 그 권한을 일부 위임받은 것이다(제41조에서 50조).

두 번째로, 독립된 국가적 입원심사기구 시스템을 도입했다. 최초 입원심사기구로서 독립된 의료심사기구인 입원적합성심사위원회를 설치했고, 계속 입원심사기구로 정신건강심의위원회 내부에 정신건강심사위원회를 유지하여 입원심사기구를 이원화했다. 마지막으로 법원 인신보호청구를 과거와 같이 유지하여 독립된 사법심사기구로 하여 사실상 사법심사기구와 의료심사기구를 모두 두고 있다고 할 수 있다.

제철웅(2017)은 이에 대하여 비자의입원의 결정 권한 소재를 명확히 하여 비자의입원의 결정이 적법성을 갖추지 못할 때, 국가 및 지방자치단체, 그 외 책임 있는 정신의료기관 및 위원회 등이 법적 책임의 대상이 되도록 하는 정신건강정책적 함의를 지니고 있다고 평가하였다. 자·타해 위험성에 있어서 시간적 급박성과 위험성의 현저함이 모두 충족되는 경우에만 제한적으로 비자의입원을 사용하고, 그렇지 않은 경우에는 회피해야 한다는 것이다.

세 번째로, 정신장애인에 대한 차별적, 권리제한적 내용을 담았던 구 정신보건법과 비교할 때, 정신건강복지법은 우리나라의 정신건

표 2. 정신건강복지법상 변화된 입·퇴원 절차 정리 및 내용 요약

입원유형	내용
<p>자의입원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인이 신청 후 전문의 진단으로 입원 • 정신질환자 및 정신건강상의 문제가 있는 사람 신청 가능 • 퇴원신청이 있을 경우 지체 없이 퇴원할 수 있음 • 2개월마다 퇴원 의사를 확인해야 함 	
<p>동의입원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인 및 보호의무자 1명의 동의가 있을 때 신청 • 정신질환자만 신청 가능하며 전문의 진단 후 입원 • 자의입원과 마찬가지로 2개월마다 퇴원 의사 확인해야 함 • 퇴원신청이 있을 경우 보호의무자의 동의가 있으면 즉시 퇴원 • 하지만 동의가 없을 경우 치료 및 보호 필요성 여부에 따라 72시간까지 퇴원 거부할 수 있음 (그 사이에 보호입원이나 행정입원으로 전환 가능) 	<p style="text-align: center;">치료와 보호 필요성이 없는 경우</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">퇴원거부 → 입원형태전환</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">치료와 보호 필요성이 있는 경우</p>
<p>보호입원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 입원치료가 필요한 정신질환자가 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있는 경우 • 전문의 권고와 보호의무자 2명 이상의 신청으로 2주 이내 진단을 위한 입원 • 입원 유지를 위해 2인의 전문의 진단 필요 (서로 다른 기관 전문의 2인의 일치된 소견) • 입원 유지 시 3개월 간 입원 가능, 연장을 위해서는 연장심사 해야 함 	

표 2. 정신건강복지법상 변화된 입·퇴원 절차 정리 및 내용 요약 (계속)

입원유형	내용
행정입원	
	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자가 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있는 경우 정신건강전문요원 또는 전문의의 진단과 보호 신청 정신질환자가 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있는 경우 경찰관이 정신건강전문요원 또는 전문의에게 진단과 보호 신청 요청 전문의 진단 결과에 따라 지정정신의료기관에 2주 이내의 진단을 위한 입원 입원 유지를 위해 2인의 전문의 진단 필요 입원 유지 시 3개월 간 입원 가능, 연장을 위해서는 연장심사 해야 함
응급입원	<p style="text-align: center;">입원형태 전환</p> <ul style="list-style-type: none"> 정신질환자로 추정되는 사람이 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 크고, 다른 입원 절차를 진행할 시간적 여유가 없이 급박하게 응급 입원 치료를 해야 하는 경우 의사와 경찰관의 동의를 받아 입원 의뢰 가능 경찰관 또는 구급대원의 정신의료기관 호송 가능 72시간 이내 입원(공휴일 제외)이며 전문의 진단 후 퇴원 여부 결정 (계속 입원 필요시 입원 유형 전환)

출처: 국립정신건강센터(2018b)

강 관련법을 정신장애인복지입법으로 전환했다는 합의가 있다. 보다 구체적으로, 정신질환자에 대한 주거·고용·평생교육·복지서비스 등을 지원하는 조항이 들어갔고, 정신질환자의 재활·복지 및 자기결정권·철차참여권·도움을 받을 권리 등 각종 권리를 보장하도록 하는 조항도 신설·강화되었다(제69조에서 제79조).

정신건강복지법 재개정과 관련된 주요 쟁점 및 개선 사항

2016년 정신질환으로 인한 평균 입원기간을 OECD 주요 국가들과 비교해 보면, 영국 37.7일, 스위스 27.5일, 독일 25.1일, 프랑스 22.7일 등 최소 9.4일(벨기에)에서 최대 40.6일(체코) 사이에 있는 데 비해, 우리나라는 145.7일로 4배에서 6배 이상 긴 것으로 나타났다(OECD, 2018) 원인으로서는 그간 장기 입원이 상대적으로 수월했던 점, 병원 퇴원 이후 병원에서 이루어진 정신재활 및 치료 서비스와 지역정신건강복지센터 등과의 연계가 잘 이루어지지 않거나, 지역사회에서 정신사회재활, 심리서비스, 재발방지와 위기개입 및 위기대응 시스템을 갖추지 못한 것 등의 이유가 있을 것이다. 정신건강복지법 시행 후 2017년 말 기준 비자의입원율은 2016년 말 61.7%에서 37.9%로 축소되었으나, 중증정신질환자의 평균 재원 기간은 124.5일로 여전히 높다(국립정신건강센터, 2018a). 따라서 평균 입원기간을 줄이고 보다 효과적인 치료와 재활을 시행하기 위해서는 입원 절차의 개선, 입원병동과 지역사회 정신건강 기관들 간의 치료와 재활의 긴밀한 연계, 지역사회에서 제공할 수 있는 근거-기반의 서

비스 인프라 구축, 당사자 및 가족의 적극적 개입을 보장하는 등의 다각적인 해결책이 모색되어야 할 것이다. 이러한 해결책을 모색하는 과정에서 2019년 국회에서 진행되었던 정신건강복지법의 재개정 논의와 함께 주요 논쟁이 제기되었다. 비자의입원과 지역사회 치료를 두개의 큰 주제로 하여 쟁점을 짚어 보았다.

비자의입원의 요건

현재 비자의입원은 정신질환자의 상태에 관한 실질은 동일하지만 비자의입원의 경로가 각기 다른 행정입원과 보호입원으로 구분되어 있다. 행정입원은 정신건강의학과 전문의, 정신건강전문요원, 또는 경찰의 신청으로 지방자치단체의 장이 비자의입원을 결정하는 반면, 보호입원은 정신의료기관의 장이 결정한다. 이 중 행정입원은 2018년 12월 기준 전체 비자의입원 22,869명 중 단 12%만을 차지할 만큼 적게 사용되고 있다(보건복지부, 2019). 행정입원의 비용원(源)이 명확하게 편성되어 있지 않아 예산 시행에 어려움이 있고, 환자관리책임이 해당 행정기관에게 부과되기 때문에, 지방자치단체 등에서 행정입원 제도를 제대로 활용하지 않았기 때문이다(보건복지부, 2019). 이에 비자의입원의 주체 역할이 보호의무자에게 편중됨에 따라 정신질환자 가족의 부담이 가중되고, 재발 위험성 있는 정신질환자가 지역사회에서 적절한 제도적 지원과 치료를 받을 수 없었다.

행정입원과 보호입원 모두에서 정신질환자는 자·타해 위험과 치료필요성 두 요건을 모두 충족할 경우 입원하게 되어 있다. 자·타해 위험과 치료필요성 두 가지가 모두 충족되

어야 함을 명시한 정신건강복지법은 이전 법에 비해 비자의입원의 요건을 한층 강화한 것이다. 또한 입원 연장과 관련하여 개정 정신건강복지법에서는 행정입원과 보호입원은 서로 다른 전문의 2명의 소견 혹은 입원적합성심사위원회의 심사 결과가 요구되고, 동의입원의 경우에도 치료필요성이 있다는 의사의 판단에 따라 퇴원을 거부하거나 입원기간을 연장할 수 있다(정신건강복지법, 2016). 이는 과거 정신보건법보다는 엄격한 기준이나, 환자의 의사와 상관없이 입원기간을 연장할 수 있는 제도에 대해 치료필요성이 있다는 이유만으로 강압성이 수반되는 비자의입원을 유지할 수 있는지에 대해서는 인권 문제가 제기되었다. 정신보건법 제24조에 대한 헌법불합치 결정인 2016. 9. 29 2014헌가9 결정에서 헌법재판소는, 법조문상 요건인 “입원치료·요양을 받을 정도의 정신질환” 및 “자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전” 요건이 추상적이고 포괄적이며, 이를 판단할 구체적인 기준이 마련되어 있지 않아 남용가능성이 크다고 판단하였다. 이에 따라 정신건강복지법을 개정할 때는 비자의입원에 대하여 자·타해 위험과 치료필요성 양 요건을 보다 명확하게 규정하고, 이들을 동시에 충족하지 않으면 입원시킬 수 없도록 하는 엄격한 기준을 도입하여 남용가능성을 줄였다(김도희, 2016).

관련된 국제규범인 ‘정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN 원칙’(약칭 MI원칙)과 ‘유엔 장애인권리협약(CRPD)’를 살펴보면, MI원칙 중 제16원칙에서 “비자의입원은 (a) 정신질환으로 인하여 즉각적인 또는 임박한 자신 또는 타인을 해할 중대한 개연성이 있는 경우, 또는 (b) 정신질환이 심각하고 판단력이 손상된 사람의 경우 그를 입원시키지

아니하면 상태가 중대하게 악화될 개연성이 있거나 최소 침해적 대안의 원칙에 따를 때 정신의료기관에의 입원으로만 제공될 수 있는 적절한 치료를 제공하지 못하게 될 경우에 한하여 허용되고, 어느 경우든 국내법이 정하는 자격 있는 정신의료인의 진단을 거쳐야 한다.”(United Nations, 1991)고 명시하고 있다. 즉, MI원칙에서는 자·타해 위험이나 치료필요성 중 한 가지 조건만을 충족해도 비자의입원이 가능하도록 되어 있으나, 치료필요성에 대해서는 “정신질환이 심각하고 판단력의 손상”이라는 기준 및 “최소 침해적 대안의 원칙”에 따를 것을 요구하는 등 보다 엄격한 기준을 명시하고 있다.

반면 CRPD 제14조 제1항은 “비장애인과 평등한 기반 하에서” 신체의 자유를 보장해야 하며, 장애를 이유로 한 자유박탈을 해서는 안 된다고 규정하고, 장애인권리위원회는 2015년 9월 제14차 회의에서 CRPD 제14조(신체의 안전 및 자유)에 대해 채택한 일반평석에서 정신질환을 이유로 한 비자의입원은 CRPD 제14조 위반임을 명백히 하였다. CRPD 제14조 일반평석은 장애를 이유로 한 일체의 자유박탈이 “절대적으로 금지”된다는 내용으로, 각국 정신보건법상의 비자의입원은 “자·타해 위험 혹은 치료의 필요성과 같은 요건의 여부와 상관없이 폐지되어야 하고, 책임능력이 없는 사람에 대한 보안처분 등도 폐지되어야 한다”는 것이다(United Nations, 2006). CRPD 협약이 정신장애인 본인의 건강이나 이익, 혹은 타인의 안전에 반하는 경우에도 비자의입원을 “절대적으로” 금지한다고 할 수 있는지에 대해 의문을 제기하는 견해도 있다. 이동진(2018)은 헌법상의 평등과 자유는 합리적 차별과 필요한 제한을 전제한다는 점에서, 비자의입원이

적절히 설계되는 한 정신보건법상 비자의입원 자체가 절대적으로 금지되고 위헌이라는 이해는 세계 각국에서 아직까지 찾아보기 어려우며, CRPD에 대한 장애인권리위원회의 해석 논거가 미흡한 점, 그리고 기본적으로 장애인권리위원회는 CRPD의 법적 해석 권한을 갖지 않는 점을 들어 이러한 해석이 적절하지 않다고 주장했다. 그러나 정신질환 이외의 질환치료를 이유로 정신건강복지법에서 정한 내용처럼 비자의입원하는 경우가 없다면, 현행 정신건강복지법의 비자의입원이 CRPD 제14조 위반인 것을 부정하기는 어려울 것이다.

결론적으로 비자의입원치료의 도입 목적 및 필요성에 비추어 생각할 때 비자의입원 기준을 고려함에 있어 자·타해 위험성과 치료필요성 양측을 모두 포함해야 하는가 그렇지 않은가의 논쟁의 핵심은, 사회안전을 보장하기 위해 질환을 앓고 있는 사람의 신체적 자유를 박탈해서 강제치료하는 것을 어느 범위까지 허용할 것인가, 사회안전을 위해 자기결정권이라는 인권을 어느 범위까지 침해할 수 있는가를 둘러싼 관점의 차이라고 할 수 있다.

비자의입원의 의사결정구조

우리나라 현행법 및 제도는 정신질환의 치료와 관련하여 타자적 의사결정구조로 되어 있어, 의사결정과정에 있어서 정신과 전문의 및 심의위원회 등의 의견이 중심으로 작용하고, 당사자의 의견은 대체로 반영되지 못했다. 구체적으로 비자의입원의 과정에서 당사자가 의견을 낼 수 있는 부분은 입원적합성신청위원회 대면조사 신청 혹은 퇴원 청구 등 소극적인 부분에 그치며, 의사결정과정에서 정신과 전문의 및 심사위원회의 일방적이고 타

자적인 심사로 진행된다. 정신질환자의 경우 일반인에 비해 상황판단 및 의사결정능력이 떨어지거나 도움이 필요한 경우가 있으나, 인권 보장 및 치료효율성을 위해 치료의 전 과정에 있어 환자 본인의 의사가 적극적으로 반영될 수 있는 제도적 장치는 필수적이다. 정신질환자의 자율성 존중은 CRPD 및 UN MI원칙 등 앞서 언급한 국제원칙에서도 강조하고 있는 사항이다(이동진, 2018). 또한, 심각한 정신질환으로 인해 판단능력이 손상되어 주체적으로 의사결정을 행할 능력이 떨어지는 환자의 경우에도, 그의 이익을 최대한 보장하기 위해 대리인이나 절차보조인으로 하여금 의사결정을 돕게 하는 방법을 검토해야 한다(박종익, 박현정, 권도현, 2019). 따라서 치료과정에 있어 환자의 의사능력을 최대한 반영할 수 있는 지원적 의사결정구조의 실현을 위해 정신질환자의 의사결정 및 선택을 지원해 줄 동료 지원가 및 법·상담·임상 등에 전문성을 가진 절차보조인 제도를 도입할 필요가 있다. 이는 최근 정신장애인 단체들이 입·퇴원 및 치료과정, 지역사회 재할 전반에 있어 정신장애인이 주체가 되어야 한다는 당사자주의에 입각하여 주장하는 바이기도 하다(박종언, 2019). 이러한 필요에 대응하여 2019년 10월 15일 발의된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 2022896)에서 절차보조사업을 입법화하고자 하는 시도가 있었다.

보건복지부는 정신건강복지법 제2조와 제4조에 근거하여 2018년 10월부터 2019년 6월까지 비자의입원 환자 또는 비자의입원 상황에 처한 정신질환자의 입원, 치료, 퇴원에 관한 의사결정을 지원하는 서비스인 절차보조사업을 전국 3개 기관(서울 지역은 파도손, 경기

지역은 우리다움, 부산 지역은 침묵의 소리와 부산광역정신건강복지센터)에 위탁하여 8개월간 시범사업을 실시하였다(보건복지부, 2018d). 그러나 절차보조 사업의 핵심인 동료지원가의 위치가 팀원으로 한정되며, 정신건강전문요원의 동반 없이 단독으로 일할 수 없고, 인력수급 상황에 따라 정신건강전문요원으로 대체할 수 있도록 해 놓았다는 점이 한계로 지적되었다(김도희, 2018). 이에 대해 절차보조인 사업 전반이 정신장애인의 자기결정권 강화와 권익침해 감소에 기여하기보다는 기존의 의료계 주도 정신장애 치료 모델에 귀속되어 있다는 항의가 제기되기도 했다(고혜지, 2018).

한편 보건복지부 절차보조인 사업의 모델이 된 영국의 IMHA(Independent Mental Health Advocacy)는 병원이나 정부 기관으로부터 독립되고 비밀이 보장된 서비스를 제공한다. 또한 지역사회 돌봄(community care)기관이나, 재활시설에도 방문 서비스를 제공할 수 있다. 마지막으로, 보건복지부 시범사업의 경우 절차보조인의 법적 권한이 없어 병동에 입원한 환자에 대한 접근성이 제한된 문제가 있었던 것에 비해, 영국의 정신건강법은 환자가 IMHA 지원가와 만날 수 있는 권리를 법적으로 보장하고 있다(IMHA, 2019).

비자의입원 입원적합성심사

정신건강복지법 제46조에서는 입원적합성심사위원의 요건을 규정하고 있다. 이 중 제3항의 정신건강전문요원의 경우 동법 제17조에서 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사로 명시하고 있다. 그러나 이들 직업군은 각각 다른 교육 훈련과 전문성을 지니고 있으며, 다른 전문 업무를 수행하

고, 정신질환자에 대한 평가 시 서로 다른 측면의 정보를 제공한다. 하지만 정신건강복지법상에는 이러한 전문 직역이 개별적으로 명시되지 않고, 정신건강전문요원으로 뭉뚱그려져 있다. 즉, 정신건강전문요원의 세 직역(정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사, 정신건강간호사)의 전문인 중 한 직역만 포함해 되는 요건으로 되어 있어, 정신질환자에 대한 정확한 근거 기반 평가를 내리기 어렵다.

또한 비자의입원은 그 본질상 행정처분으로 해석될 수 있는 것으로, 환자의 신체의 자유에 대한 침해를 그 내용으로 하고 있다(제철웅, 2018). 따라서 비자의입원이 헌법 제12조상의 적법절차의 원칙을 준수하기 위해서는 입원적합성조사에 있어서 엄격하고 까다로운 심사로 환자의 이익을 최대한 보장할 수 있도록 해야 한다(박종익, 박현정, 권도현, 2019). 그러나 현행 입원적합성심사위원회 입원적합성심사는 입원 환자에게 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실과, 이를 위해 대면조사를 받을 수 있는 권리를 구두 및 서면으로 고지할 뿐 이에 대한 선택은 환자에게 맡기고 있다. 서면으로 이루어지는 적합성심사의 경우 정확한 평가를 보장하기 어려운바, 특별한 사정이 없는 한 모든 환자에 대해서 대면조사를 포함한 입원적합성평가를 실시하도록 하는 것이 보다 바람직하다.

비자의입원의 치료환경

비자의입원의 궁극적인 목표는 결국 치료가 필요한 사람들에게 체계적이고 효과적인 치료·재활서비스를 제공하여 회복을 돕는 것이다. Murphy와 동료들(2017)은 강제입원 중 사람들이 어떻게 대우받느냐에 따라 치료의 강

압성으로 인한 정신적 외상에서 회복될 수도 있고, 외상이 악화될 수도 있다고 주장하였다. 또한 환자 당사자가 비록 원하지 않는 치료를 받는 상황이라도, 어떤 방식으로 치료를 받느냐에 따라 치료 효과성과 치료 관계의 질에 유의미한 차이가 존재한다고 보고하였다. 이러한 차이에 있어 핵심적인 치료 요인은 ‘인간 중심적인 접근’이다. 즉, 안전하고 사려 깊은 환경에서 소속감을 느끼고, 자신의 의사를 존중받고, 자유롭게 표현하고, 보호받는다는 경험을 하는 것이 중요하다. 이러한 ‘인간 중심적’ 치료 환경이 보장된다면 환자들은 입원 이후 입원 치료뿐 아니라 외래치료에도 적극적으로 참여하게 된다. 환자 스스로가 치료가 자신의 일상을 개선하는데 도움이 된다는 점을 깨닫기 때문이다(Davidson, 2017). Chieze 등 (2019) 역시 정신과 내원 환자들에 대한 강제력 행사의 효과성과 관련된 체계적 문헌연구에서 환자에 대한 격리나 강박은 환자에게 부정적 영향을 미치는데, 환자와의 치료적 관계가 이러한 강제적 조치에 대한 인식을 변화시켜 그 영향을 약화시킬 수 있다고 보고했다.

현재 우리나라에서 비자의입원 이후에 제공되는 치료적 환경이 어떠한지에 대해서는 논란이 있다. 이정하(2018)는 정신장애인들의 경우 급전 문제 및 주변인들의 이해 부족으로 인해 억압적이고 열악한 환경에서의 강제입원이 반복되면서 증상이 악화되고, 치료와 관련해 트라우마가 생긴다고 증언했다. 법과 제도의 보완과 함께 비자발적 입원 이후 제공되는 치료가 강압성으로 인해 치료 동기를 저하시키고 외상적인 경험으로 기억되어 치료에 대한 회피 및 저항을 낳지 않도록, 입원병동에서의 동기강화, 지지적 환경 제공을 포함한 치료적 개입에 대한 개선과 논의가 지속적으

로 이루어져야 할 것이다.

지역사회 정신사회재활 서비스

우리나라의 중증정신질환의 치료와 재활은 전통적으로 의료모델에 입각하여 입원중심 치료 서비스에 의존하는 구조이다. 입원 남용을 방지하는 제도들이 제대로 작동하지 않는 점도 있지만, 퇴원 이후 적응을 돕고, 입원치료와 일상생활 사이의 완충작용을 해 주는 지역사회 심리서비스가 상당히 미비하기 때문이기도 하다.

미국의 경우 2014년 Excellence in Mental Health Act를 제정하여 각 주에서 이 법안을 선택하도록 제안하였고, 이를 통해 정신건강 관리서비스에 대한 접근성을 높이고 정신질환을 지닌 당사자가 보다 쉽게 효과적인 치료를 받을 수 있도록 하였다. 이 법률안의 핵심 사항은 Certified Community Behavioral Health Clinic(CCBHC)에 대한 연방 정부 지침을 정한 것으로, CCBHC를 통해 경제사정과 관계없이 치료를 필요로 하는 외래 환자들에게 종합적인 정신건강관리서비스를 제공하도록 했다. 이러한 서비스에는 24시간 위기개입, 즉각적 위기평가 및 검사, 치료계획수립, 사례관리, 가족 및 동료지지 확보, 퇴역·현역 직업군인에 대해 특화된 치료, 신속하고 접근성 있는 치료서비스 등이 포함되었다(National Council of Behavioral Health, 2017). 이를 위해 CCBHC에서는 근거기반평가 및 실천을 할 수 있는 자격을 갖춘 정신건강전문가, 즉 진단·평가·치료 서비스를 독립적으로 제공할 수 있을 정도의 임상 경력과 교육을 받아 면허증이나 국가인증 자격증을 취득한 심리학자를 채용하도록 되어 있다(National Council of Behavioral Health,

2017). 현재 우리나라에서는 국가전문자격인 정신건강임상심리사 1급과 2급을 발급하고 있으나, 독립적인 진단·평가·치료 서비스를 제공할 수 있는 정신건강임상심리사는 주로 병원에서 근무하고 있고, 전체 정신건강임상심리사 중 약 6.8%만이 정신건강복지센터에서 근무하는 등(보건복지부, 2018c) 지역사회 정신건강기관에서의 활동이 제한된 상태이다. 이는 고용의 불안정 및 해당 전문성을 보장하지 않는 지역사회 정신건강 제도 등으로 인한 것으로 보인다. 일례로 정신건강임상심리사 1급의 경우, 대학원에서 석사를 졸업하고 병원 등의 기관에서 3년간의 강도 높은 수련을 받은 후, 자격검정시험을 통과한 이후에 전문가 자격을 받을 수 있음에도 불구하고, 이들의 교육과 수련이 경력으로 인정되지 않으며, 지역사회 기관에서 맡게 되는 일이 전문적인 심리학적 서비스가 아니거나, 타 정신건강전문 영역의 업무에 치중되는 상황이다. 유득권 등(2018)은 정신건강복지센터 근무 현장에서 임상심리사, 간호사, 사회복지사 간 업무 분장이 모호하여, 정신건강임상심리사들이 심리평가 및 심리치료 업무에 전념할 수 없거나, 과도한 사례 부담으로 인해 맞춤형 심리서비스를 제공하기 어려워 전문성을 발휘하기 어려운 환경에 놓인 문제를 보고하였다. 이러한 현실에서 미봉책으로 산업인력공단 임상심리사 2급 자격자가 지역사회에서 일하고 있지만, 이들이 전문적 심리학적 서비스를 제공하는 데에는 한계가 있고 실습 수련 등 자격 관리 체계에 대한 우려가 높다. 구체적으로, 산업인력공단 임상심리사 2급의 경우 정신병리, 심리평가, 심리치료 등 분야에서 학부 수준 정도의 교육과 이해를 요구하므로 전문성에 제한이 있다. 또한 실습 기관과 수퍼비전을 포함

한 실습 과정이 모호하게 정의되어, 비전문가나 비전문 기관에서 실습을 받는 등 체계적이지 않은 자격관리가 문제가 된다.

지역사회 전문 심리사회 서비스

우리나라에서 체계적인 지역사회 전문 심리사회 서비스가 미비한 이유에는 법, 제도 및 예산 문제가 핵심적으로 작용한다. 광범위한 의료법 개념을 바탕으로 건강보험과 의료급여를 아우르는 보험 제도를 통해 지역사회 서비스를 포함한 다양한 심리서비스를 제공하는 미국에 비해, 우리나라의 의료법과 건강보험법에서는 보험 적용 대상을 의료인에게만 한정하고 있다(유득권, 이영호, 2018). 우리나라의 지역사회 정신건강복지센터에서 근무하는 정신건강전문요원 제도는 영국의 제도와 다소 유사한 형태를 띠고 있다고 볼 수 있지만, 예산 지원에서는 영국과 상이하다. 영국의 국민건강서비스(National Health Service)는 국가 기관으로 인증된 심리학자를 양성하는 과정을 지원한다. 우리나라 정신건강복지센터의 예산은 의료 보험이나 의료 급여에서 지원되지 않고 정부의 일반 예산에서 지급되는데 비해, 영국의 NHS는 일반 세금(general tax)과 국가 보험(national insurance)에서 지원을 받는다. 이러한 예산을 바탕으로 NHS는 자격을 갖춘 심리학자를 교육하는 대학기관과 수련기관에 예산을 지원하고, 이 과정을 통해 양성되고 인증받은 심리학자는 병원, 지역사회센터, 일반 건강센터, 사회서비스, 학교, 구치소, 심리치료 보급 향상(Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) 서비스 등에 고용되어 전문심리학적 서비스를 국민에게 제공한다. 전문 심리학자를 양성하고 인증하기 위해 영국 NHS에서는 대

학 기관 및 졸업 후 수련 기관을 인증하며, 이러한 기관에 교육과 수련을 위한 예산을 지원한다. 2018년 기준 22,960명의 심리학자가 등록되어 국민에게 전문 심리서비스를 제공하고 있으며(Health Careers, 2018), 등록된 심리학자는 임상심리학자, 상담심리학자, 범죄심리학자, 학교심리학자, 건강심리학자 등이 있다.

우리나라의 경우 2018년 국가 정신건강 관련 예산 중 단 4% 가량만이 지역사회 정신건강 서비스에 사용되었으며, 96% 이상이 병원 등 의료서비스에 할당되었다. 이러한 예산부족으로 인해, 지역사회 정신건강복지센터에 근무하는 정신건강전문요원(정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사, 정신건강간호사)은 고용불안정 속에서 전문가로서 대우받기보다는 사회봉사를 강요당하고 있다.

일례로, 우리나라의 경우 일반예산에서 지급되는 정신건강복지센터의 예산에는 사업비와 인건비가 분리되지 않는다. 이로 인해 경험이 많은 임상가의 근속 연수가 증가할수록 인건비가 늘어나고, 자동적으로 센터에서 사용할 사업비가 부족하게 된다. 즉, 사업비의 부족으로 인해 경험 있는 임상가를 오랫동안 고용하지 못하거나, 임상가 자신이 열악한 근무 조건 속에서 전문가로서 자신의 전문적 영역에 대한 서비스를 제공하지 못하면서 일종의 심리적 소진을 경험하는 등, 근속 연수가 오래된 경험 있는 임상가가 근무하는 것이 어려운 상황에 놓이게 되는 것이다. 2016년 국립정신건강센터 연구에 의하면 정신건강복지센터 종사자 중 비상근인력이 61.7%에 달하고, 근속연수 역시 평균 3.3년으로, 이는 정신건강복지센터 서비스의 전문성을 심각하게 저해하는 요인이다. 서울시의 경우 '시간 선택제 공무원', '임기제 공무원' 제도가 정신건강전문

가에게도 적용이 되면서, 직급문제 등으로 고용승계가 되지 않고, 10년 이상의 경력자들이 그만두거나 다른 지역으로 옮기는 등의 문제도 발생하고 있다. 또한 몇몇 경우 정신건강 영역의 전문성을 갖추지 않은 보건소가 직영 운영을 하게 되면서, 정신건강과 복지에 대한 이해도가 낮아 정신건강서비스의 전문성이 보장되지 않는다.

전문적 심리사회서비스 제공을 위해서는 차세대 교육, 수련 및 지속적인 지도감독(수퍼비전)을 지역사회 서비스 기관들 내에서 제공하는 것이 중요함에도 불구하고, 현재의 지역사회 정신건강 영역에서는 이러한 심리서비스를 교육, 수련 및 제공할 수 있는 체계가 갖추어져 있지 않다. 구체적으로 정신건강임상심리사 2급 요원이 지역사회 정신건강 기관에 고용된 이후 1급으로 승급할 수 있는 제도에 보완이 필요하다. 첫 번째로, 현행 제도 하에서도 정신건강임상심리사 2급을 취득한 사람이 지역사회에서 5년간 관련 기관에서 경력을 쌓으면 1급 승급 기회를 갖지만, 이들이 지역사회에서 5년간 일하면서 필요한 전문 수퍼비전과 수련을 받을 수 있는 체계와 제도가 미비하다. 따라서 5년 경력을 쌓는 동안 받아야 하는 적절한 수퍼비전과 수련 요건을 명시해야 하고, 이러한 요건을 충족할 수 있도록 지역사회 정신건강 기관에서 수련 기회 제공과 지원 체계가 마련되어야 한다. 또한 현재 지역사회 정신건강 기관에 정규직으로 고용되어 전문 심리 수퍼비전을 제공할 수 있는 정신건강임상심리사 1급의 수가 상당히 제한되어 있다. 따라서 지역사회 기관에서 1급 승급을 위한 수퍼비전과 수련을 안정적으로 제공하기 위해서는, 정신건강임상심리사 1급의 의무 고용, 컨소시엄 구성을 통한 전문 수퍼비전 제

공, 심리 전문가 양성을 위한 국가의 지원 등이 보장되어야 할 것이다. 두 번째로, 심리/재활 상담, 심리 평가, 수퍼비전, 프로그램 평가, 심리사회 프로그램 개발, 사례개념화 및 치료 계획 수립과 같은 정신건강임상심리사 1급의 전문성이 지역사회 정신건강 영역의 서비스에 실질적으로 반영될 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 현재는 1급과 2급의 전문성이 모호하게 정의되어 있어, 2급 혹은 기타 전문적인 훈련을 받지 않은 타 정신건강 인력이 1급의 업무를 대체하면서 정신건강임상심리사 1급의 업무가 왜곡되고 이로 인해 소비자들이 전문적인 서비스를 받지 못하고 있다. 이는 1급과 2급의 업무 영역에 대한 명확한 구분, 1급 요원 고용 의무화, 고용 안정성 마련 등을 통해 해결될 수 있을 것이다. 세 번째, 원성두 등(2018)은 임상심리 전공자는 매년 늘어나고 있는데 이에 비해 수련기관은 한정되어 있다는 점을 지적하였으며, 대안으로 수련기관을 다양하게 확대하는 동시에 임상심리사 2급의 공급을 확대하여, 지역사회로 편입하는 방안을 제시했다. 이러한 대안을 실현하기 위해서는 2급 인력의 공급과 수련을 1급 승급 제도와 연계해야 하며, 1급과 2급의 업무 분담을 확고하게 하여, 심리서비스의 전문성을 확보하는 동시에 지역사회에서 일하는 정신건강임상심리사 1급과 2급의 직업 안정성을 보장할 수 있어야 한다.

마지막으로 지역사회에서 일하는 정신건강임상심리사를 양성하기 위한 또 다른 방안 중 하나로, 심리학회와 임상심리학회는 지역사회 정신건강 인력을 양성하는 대학원 과정을 인증하는 제도를 도입하고, 교육 인증을 받은 임상심리 전공 대학원에서 대학원 과정 동안 지역사회 기관에서 수련을 받을 수 있는 제도

를 마련하며, 이들이 대학원 석사 졸업과 동시에 정신건강임상심리사 2급 자격을 받을 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요해 보인다(최기흥, 2017). 지역사회 정신건강 영역에 관심을 갖고 있는 인력이 졸업 후 1급 취득을 위해 의료 기관에서 다시 3년의 수련을 시작하는 대신, 대학원 졸업과 동시에 정신건강임상심리사 2급을 취득한 후 지역사회 정신건강 관련에서 2급으로 고용되어 일하는 동시에 1급 승급을 위한 수퍼비전과 수련을 받을 수 있는 제도가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 앞에서 제시했던 지역사회 기반 수련 제도 마련(예, 정신건강임상심리사 2급이 지역사회에서 일하면서 수련을 받는 동안 전문 수퍼비전이 제공되도록 컨소시엄을 구성하고, 보건복지부와 한국 심리학회, 한국임상심리학회 등이 지원하고 적정 교육과 수퍼비전을 제공하는 등), 1급 수련 감독자의 고용 확대 등의 지원이 뒷받침 되어야 한다. 이를 통해 지역사회 정신건강영역에서 전문성과 경험을 충분히 지닌 정신건강임상심리사 1급이 지속적으로 양성되고 이들이 지역사회 정신건강 영역에서 서비스를 제공하는 선순환을 만들 수 있을 것이다.

이러한 장/단기적 해결 방안이 조속히 논의되고 정착될 때, 현재 지역사회에 정신건강임상심리사의 공동화 현상으로 인한 서비스의 부재를 매울 수 있을 뿐 아니라, 미래에 정신건강임상심리사가 지역사회에서 전문성을 쌓아 서비스를 제공할 인프라를 확립해 갈 수 있을 것으로 예상된다.

회복 기반 지역사회 정신건강 서비스 모델

현재 우리나라의 정신질환자의 치료 및 재

활에 가장 필요한 부분 중 하나는 퇴원 과정과 지역사회 회복 기반 서비스의 연계라 볼 수 있다. 급성기 증상으로 인해 병원에서 입원치료를 받는 동안, 의료 및 심리사회적 개입을 통해 증상을 스스로 관리할 수 있음을 확인하고, 재발 방지를 위한 기술 등을 습득하고, 재발 방지 계획을 세우며, 치료팀(가족, 보호자 혹은 절차보조인 등)과 퇴원 후 치료 계획을 세운 이후 퇴원이 이루어져야 할 것이다. 퇴원 이후에는 치료와 재활을 지속하고 사회 적응을 도울 회복 기반 지역사회 정신건강 서비스를 받을 수 있어야 한다. 현재의 제도와 상황에서는 퇴원 환자가 반복적으로 재입원 하거나 입원 기간을 연장하면서 탈원화를 지연시키고, 재활을 늦추며, 정신질환을 지닌 개인과 가족의 삶을 위협하고, 각종 사회 문제로 연결되어 사회적 비용을 발생시키는 등 다양한 문제를 야기할 수 있다. 일례로, 정신질환자의 퇴원 후 30일내 자살률은 100명당 0.2명(OECD 평균은 0.1명)으로 일반인 자살률의 7.5배에 달한다(OECD, 2018; 보건복지부, 2018a). 이러한 통계는 정신질환자의 퇴원과 지역사회 복귀 시, 정신증 증상 경감에만 초점을 두고, 개인의 대처 기술이나 회복 과정을 돕는 서비스가 부족하기 때문일 수 있다.

미국의 경우 대부분의 주에서 적극적 지역사회치료(Assertive Community Treatment, ACT) 제도를 도입하여 지역사회 기반의 정신건강서비스 제공 모델을 형성하고 있다. ACT는 비상근 정신건강의학과 전문의, 간호사, 사례관리자, 심리학자, 재활전문가 및 동료환자지원가 등으로 구성된 다학제 팀을 구성하여 만성 중증 정신질환자를 주 대상으로 하여 지역사회에서 치료하는 제도이다. ACT의 주요 특징으로는 적은 사례부담(인당 10명 정도), 통합적

서비스 지원, 적극적·지지적 서비스, 24시간 위기개입, 환자가 살고 있는 지역사회에서 치료 진행 등이 있다. 또한 서비스를 거부하거나 회피하는 사람들에게도 반복적인 접촉을 통해 치료를 받도록 유도한다(Pratt, Gill, Barret & Roberts, 2013). ACT는 다양한 연구에서 입원 치료 대비 비용효율성이 높았고, 환자의 삶의 질 및 치료 동기를 높이고 재입원 확률과 입원일수를 낮추는데 유의미한 기여를 했다고 평가받았다(Dharwadkar, 1994; Hambridge & Rosen, 1994; Udechuku et al., 2005; Ye et al., 2016).

우리나라 역시 이런 제도를 시행하기 위해 2016년 구 정신보건법을 탈원화 중심의 정신건강복지법으로 개정하고, 기초정신건강서비스 제공 주체인 지역사회정신건강복지센터를 늘리는 등 노력을 기울여 왔다. 하지만 예산 및 인력 부족으로 인해 내실화된 서비스를 제공하기 어려워 그간은 개인병원이나 일부 지역에서만 소수 인원으로 서비스가 제공되어 왔을 뿐, 중앙정부나 광역시·도 지자체 주도의 사례관리 기반 통합적 지원 서비스는 전무하다시피 했다.

보건복지부에서는 이러한 문제를 해결하고자 2012년부터 광주시를 보건복지부 정신보건 시범사업 지역으로 선정하고, 5년간 정신건강복지센터 중심으로 각종 정신건강증진사업, 자살예방사업 및 중증 정신질환자에 대한 조기중재 통합재활 서비스를 시범 제공하였다. 그 결과 타 지역에 비해 입원일수와 입원횟수가 줄고, 정신질환 조기발견 효과가 발생하는 등 의미 있는 성과를 보고하였고, 이러한 사업을 확대 실시할 계획을 밝혔다(보건복지부, 2019). 또한 2019년 5월 발표한 「중증정신질환 보호·재활 지원을 위한 우선조치방안」 보고

서에서는 의료기관과 정신건강복지센터 간 연계를 보다 긴밀하게 할 방안을 제시하였다. 하지만 이러한 정신건강복지센터 중심의 사업과 의료기관과 정신건강복지센터 간 연계 강화가 여전히 의료 모델에 기반하고 있기 때문에, 다학제와 소비자 중심의 회복기반 서비스를 지향하여 개선되어야 하는 과제를 남기고 있다. 한 가지 예로, 의료기관과 정신건강복지센터의 연계 강화를 통해 본인의 동의를 얻어 퇴원 사실을 정신건강복지센터에 통보하면 센터에서 동의를 받아 사례관리서비스를 제공하려는 계획을 밝혔는데, 여전히 의료 중심 의사결정 속에 소비자의 의견과 다학제 전문가의 개입이 보장되지 않고 있다.

또한 2019년 10월 24일부터 시행 예정인 정신건강복지법 개정안에 자·타해 위험 행동으로 입원한 환자가 퇴원 후 치료가 중단되면서 증세가 급격히 악화될 우려가 있을 경우 환자의 동의 없이도 정신건강심의위원회의 심의를 통해 퇴원 사실을 통보할 수 있도록 했는데, 이 과정에서 환자의 인권이 침해되지 않도록 엄격한 평가 가이드라인을 마련해 두어야 할 것이다. 이러한 평가가 포괄적이고 체계적으로 실시되고 정착되는 것은 합당한 예산 없이는 불가능할 것이다.

최근 들어 소비자 중심의 회복기반서비스에 대한 욕구가 매우 높아지고 있다. 응급입원이나 강제입원이 아닌 위기쉼터에서의 안정과 휴식, 일상쉼터 이용 등으로 급성기 삽화에 대처하는 등, 의료 모델에 기반한 입원치료 및 재활시설이용을 넘어서는 당사자 기반의 지역네트워크 활성화가 요구되고 있다. 이러한 요구를 반영하여 2019년 10월 15일 발의된 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안’(의안번호

2022896)에는 위기쉼터와 일상쉼터를 재활시설의 일종으로 포함시키고 있다. 지역사회 재활시설의 경우 과중한 업무 부담으로 인해 응급환자들의 경우 입소를 거부당하는 경우가 있는데, 병원과 지역사회 시설을 연결하는 중간 고리로서 빠른 평가와 적절한 처치로 환자의 급성기 증상을 완화시키고 재활시설로 연계하는 의료 기반 응급 기관의 설립을 주장하는 의견도 존재한다(Zeller, 2019).

다학제 팀

정신질환자의 현재 증상, 개인 병력 및 이력을 고려하여 자·타해 위험성, 치료필요성에 대한 정확한 근거기반평가 및 치료를 하기 위해서는 정신건강의학과 전문의, 정신건강 임상심리사, 정신건강간호사 및 사회복지사 등 다학제적 배경을 가진 전문가가 서로 협력하는 것이 필수적이다(김성완, 2018). 여기에서 중요한 것은 다학제 전문가의 협력인데, 이는 한 직역이나 전문가가 의사결정을 내리는 것이 아니고, 각 전문가들이 자신의 의견을 동등하게 표현하고, 그 의견을 수렴할 수 있는 제도와 장치가 마련되어야만 달성할 수 있다. Liberman 등(2001)은 다학제 팀은 서로 다른 영역의 전문성을 보유한 팀원들이 협력하여 서비스 제공에 있어 각자의 전문성을 유지하면서 동시에 통합한 서비스를 제공할 것을 강조했다. 이를 통해 환자에게 유리한 결과를 보장할 수 있으며, 팀원 간 다양성 확립을 통해 환자 개개인의 필요에 맞춘 유연한 개입을 할 수 있기 때문이다.

하지만 현재 우리나라에서는 정신건강전문요원의 고용 불안정, 각 직역의 전문성이 인정되거나 보장되지 못하는 점 등으로 다학제

팀 접근이 활발하게 적용되기 어렵다. 지역사회 기반 정신질환자 돌봄 체계에 대한 그간의 논의는 정신과 전문의가 치료를 전담하는 외래치료 중심 방식으로 전개되었다. 2020년 4월부터 시행 예정인 정신건강복지법 일부개정안에서도 정신질환자에 대한 지역사회 제도 개선 역시 외래치료명령제도의 강화 형태로 이루어졌다. 또한, 정신건강심의위원회와 입원적합성심사위원회는 법적으로 인력 구성에 대한 의무가 어느 정도 정해져 있지만, 이 또한 앞서 언급한 것과 같이 정확한 의미에서의 다학제 팀에는 미치지 못한다.

특히 지역 정신건강복지센터나 중소 병원의 경우, 치료 패러다임의 차이, 예산 및 인력부족으로 인해 다학제 팀이 운영되기 어려운 실정이다. 그간 국가정신건강정책이 탈수용화 중심으로 전환되면서 지역사회 정신건강복지센터의 필요성이 높아졌고, 그 결과 지역사회 정신건강복지센터의 수는 2007년 97개에서 2017년 243개로 증가했다(국립정신건강센터, 2018a; 보건복지부, 2018b). 그러나 예산 및 인력 지원은 그에 미치지 못하여, 2019년 기준 정신건강복지센터의 경우 한 명의 직원이 평균 60명의 환자를 관리해야 하며(보건복지부, 2019), 정부의 정신질환 관련 예산 책정 역시 전체 보건 예산의 1.56%로(중앙정신건강복지사업지원단, 2019) WHO 권고치인 5%에 한참 미달한다. 다학제 팀 확립을 위해서는 팀 수준과 개인 수준 모두에서 경쟁력을 갖추는 것이 중요한 만큼(Liberman, 2001), 개별 구성원들의 고용안정성과 전문성 보장이 중요하다. 각각의 정신건강전문요원의 특성을 고려하여 직급과 보수를 산정하고, 전문성에 맞는 서비스를 할 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요하다.

보건복지부는 2019년 5월 발표한 「중증정신질환 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안」에서 주요 거점병원에 정신건강의학과 전문의, 사회복지사, 임상심리사, 간호사 등으로 구성된 다학제 사례관리팀을 설치하여 병원기반으로 사례관리를 할 수 있도록 하고, 장기적으로는 정신건강복지센터와의 연계성을 통해 지역사회 사례관리로 전환할 수 있도록 하는 제도를 도입하겠다고 밝혔다. 하지만 이러한 초기 다학제 제도를 정착시키기 위해서는 안정적으로 다학제 전문가를 고용할 수 있는 제도와 예산이 뒷받침되어야 하고, 의료 중심의 위계적 의사결정에서 벗어나, 각 학제 전문인력이 각자의 전문적 서비스를 합리적 의사결정을 통해 제공할 수 있는 제도가 정착되어야 한다.

다학제 팀의 구성이 최근 십 년 이상 예산 및 인력을 고려하지 않은 채 시행된 정신건강복지센터 제도의 경우, 다학제 전문인력이 자신의 전문성을 충분히 서비스할 수 없고 전문가가 전문성을 축적하면서 일하지 못해 실효성이 떨어지는 결과를 낳았다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 명확한 예산 마련, 다학제 팀 서비스의 정비, 정신건강산업 종사자의 근무조건 개선, 인력 확충이 우선되어야 할 것이다. 보다 구체적으로, 미국의 ACT와 같은 다학제 팀 기반 서비스에서는 보다 종합적이고 조직적인 서비스 제공을 위해 정신건강의학과 전문의, 간호사, 심리학자, 사회복지사뿐만 아니라 동료지원가 등이 팀원으로 활동한다(Stein, 1998). 우리나라 역시 다학제 팀 구성에 있어 기존의 정신건강전문요원에 더해 절차보조인 사업, 동료지원서비스 등을 통해 동료지원가를 추가하고, 사회복지센터나 고용지원센터와 연계하여 진로전문가를 편입하는 방

법을 고려할 수 있다.

또한, 다학제 팀을 통해 환자의 이익을 극대화할 수 있는 개별화되고 특화된 서비스를 제공하기 위해서는 당사자뿐만 아니라 당사자의 가족과 사회적 지지집단 등 주변인의 적극적인 참여가 필요하다(Liberman, 2001). Williams 등(1999)은 정신질환에 대한 다학제 접근의 초기 모델에 관한 연구에서, 기존 방식과 비교할 때, 팀원과 환자 간 역할 공유가 많아지는 다학제적 접근이 환자들로부터 더 많은 지지를 받았음을 보고했다. 이러한 점을 고려할 때 정책 수립과 더불어 당사자와 가족들이 치료계획 및 팀 접근 전반에 적극적으로 참여할 수 있도록 보장하는 구체적 법적 근거를 정신건강복지법 개정 시 마련하는 것이 필요하다. 일례로 영국의 Mental Health Act의 경우, 입원(sectioning) 및 외래치료(community treatment order) 등 정신과 치료 과정에서 환자에게 모든 정보를 제공하고, 환자의 질문에 답하고 의견을 수용할 것을 명시하고 있다(Mental Health Act, 2007 (UK)).

결 론

1999년 미국 대법원은 Olmstead v. L.C. Case에서 지역사회에서 치료받으며 생활할 수 있는 정신질환자의 경우 자의입원이라 하더라도 정신병원에 입원하게 하는 것은 미국 장애인법에 위배되며, 국가는 지역사회 치료를 필요로 하는 정신장애인에게 그러한 서비스를 제공할 의무가 있다고 판결했다(Scotellaro, 1999; Teitelbaum, Burke, & Rosenbaum, 2004). 이 판결은 미국의 정신장애인 복지 정책이 시설중심에서 지역사회중심 서비스로 바뀌게 되는 전

환점이 되었다. 그로부터 20년이 지났지만, 우리나라의 정신장애인 관련 정책의 변화는 아직 더딘 편이다. 2016년 정신건강복지법 개정 이후부터 탈시설화를 목표로 한 움직임은 꾸준히 있어왔지만, 제도의 미비로 실효성 면에서 유의미한 변화가 크지 않았다. 이러한 점에서 현재 보건복지부에서 지역사회 정신건강 서비스의 필요성을 인식하고 관련 정책을 다수 제안하고 있는 것은 희망적이다. 또한, 이러한 변화의 과정에서 여러 쟁점들이 제기되고, 다소 혼란을 겪는 것도 필연적인 일일 것이다. 이 논문에서는 2016년 개정된 정신건강복지법을 중심으로 구 정신보건법과 비교하여 변화한 점 및 입원절차를 개괄하고, 최근의 변화에 대한 목소리와 맞물려 제기되고 있는 여러 쟁점들을 살펴보았으며, 마지막 단락에서는 이 과정에서 정신질환을 지닌 당사자와 가족들의 인권을 보호하고, 적절한 치료를 받을 수 있도록 입원병동과 지역사회에서 전문적이고 다학제적인 심리사회 서비스 제공이 필요하다는 점을 강조하였다. 이를 위한 예산과 제도적 장치를 마련하는 것의 중요성과 함께 미국과 영국의 예를 통해 국가에서 자격을 갖춘 심리학자를 양성하고, 수련하며, 이들이 등록되어 지역사회에서 국민들에게 전문 심리학적 서비스를 제공하게 할 방안에 대해 논의하였다. 앞으로 일어날 일련의 변화가 정신질환자들의 인권 보장과 회복을 돕는 방향으로 이루어지기 위해서는 지속적인 논의의 제기와 법적·제도적 보완이 필요할 것이다.

참고문헌

고혜지 (2018. 10. 29). 정신장애인 단체 “정신

- 질환자 절차보조사업 유명무실”. 서울신문. <https://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20181029500078> 에서 자료 얻음.
- 국립정신건강센터 (2016). 정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전 방안 연구. gwmh.or.kr/UploadFiles/Data_n/정신건강증진센터%20운영실태%20분석%20및%20발전%20방안%20연구%20최종보고서.pdf에서 자료 얻음.
- 국립정신건강센터 (2018a). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. http://ncmh.go.kr/kor/common/file_download.jsp?&filename=%A1%DA%20%20C1%A4%BD%C5%B0%C7%B0%AD%C7%F6%C8%B2%204%C2%F7%20%BFB9%BA%F1%C1%B6%BB%E7%20%B0%E1%B0%FA%BA%B8%B0%ED%BC%AD.pdf&file=/2019/04/20190422182214997028_1.pdf&board_id=SNMH_BOARD&seq=8477&idx=1에서 자료 얻음.
- 국립정신건강센터 (2018b). 정신건강복지법에 따른 입·퇴원 절차 안내. http://www.ncmh.go.kr/kor/common/file_download.jsp?&filename=180528%C1%A4%BD%C5%B0%C7%B0%AD%BA%B9%C1%F6%B9%FD%BF%A1%20%B5%FB%B8%A5%20%C0%D4%A1%A4%C5%F0%BF%F8%C0%FD%C2%F7%BE%8%B3%BB.pdf&file=/2018/05/20180528110256124156_1.pdf&board_id=SNMH_BOARD&seq=8338&idx=1에서 자료 얻음.
- 김도희 (2016). 보호입원제도 존속의 한계성에 관하여: 정신보건법 제 24 조 제 1 항 등의 헌법불합치 결정을 중심으로. *사회보장법연구*, 5(2), 1-39.
- 김도희 (2018. 10. 29). 절차보조사업 이대로는 안 된다. 마인드포스트, <http://www.mindpost.co.kr/news/articleView.html?idxno=990> 에서 자료 얻음.
- 김성완 (2018). 조현병 환자를 위한 정신사회적 중재. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 57(3), 235-243.
- 박은주 (2019.04.19.). 안인득 형 “2주 전, 동생 입원 신청 거절당해...관공서도 답 안 줬다”. 국민일보, <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0013245535&code=61121211&cp=nv>에서 자료 얻음.
- 박종언 (2019. 10. 16). “당사자주의 원칙 지키고 장애인복지법 15조 폐지 공동 투쟁 진행해야”. 마인드포스트, <http://www.mindpost.co.kr/news/articleView.html?idxno=2838>에서 자료 얻음.
- 박종익, 박현정, 권도현 (2019). 강제입원과 관련된 입원적합성심사위원회의 법적 의미에 대한 고찰. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 58(1), 38-46.
- 보건복지부 (2018a). *자살예방 국가행동계획*. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=44&CONT_SEQ=343649 에서 자료 얻음.
- 보건복지부 (2018b). *2018 정신건강사업안내*. http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=4000&CONT_SEQ=293261&FILE_SEQ=252565에서 자료 얻음.
- 보건복지부 (2018c). *2018 정신건강 전문요원 실태보고서*. http://www.ncmh.go.kr/kor/common/file_download.jsp?&filename=2018%20%20C1%A4%BD%C5%B0%C7%B0%AD%0%FC%B9%AE%BF%E4%BF%F8%20%BD%C7%20%20C1%B6%BB%E7%20%BA%B8%B0%ED%B0%AD.pdf&file=/2019/01/20190130154545153

- 237_1.pdf&board_id=SNMH_BOARD&seq=8423&idx=1에서 자료 얻음.
- 보건복지부 (2018d). *정신질환자 절차보조 시범사업 계획*.
- 보건복지부 (2019). *중증정신질환자 보호 재활 지원을 위한 우선 조치방안*. <http://www.korea.kr/common/download.do?fileId=186773568&tblKey=GMN>에서 자료 얻음.
- 신성식, 이은지, 김윤희, 남궁민 (2019.04.22). “안인득 위협하니 강제입원을”... 형의 호소, 국가가 거절했다. *중앙일보*, <https://news.joins.com/article/23447075?cloc=joongang>에서 자료 얻음.
- 원성두, 최 선, 배금예, 배대석, 이준석 (2018). 정신건강전문요원으로서의 임상심리학자의 현재와 미래. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37(suppl.1), 13-23.
- 유득권, 이영호 (2018). 한국과 미국의 정신건강서비스 체계 비교. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37(suppl.1), 24-32.
- 이동진. (2018). 인권준중과 탈수용화를 위한 정신건강복지법 재개정. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 1-230.
- 이정하 (2018). 사람으로 살고 싶은 정신장애인 당사자들. *후견과 신탁*, 1(2), 177-188.
- 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 (2016).
- 중앙정신건강복지사업지원단 (2019). *NMHC 정신건강동향 vol.5*. Retrieved from http://ncmh.go.kr/kor/common/file_download.jsp?&filename=NMHC%20%C1%A4%BD%C5%B0%7%B0%AD%B5%BF%7%E2%20vol_5.pdf&file=/2019/01/20190114150747204193_1.pdf&board_id=SNMH_BOARD&seq=8420&idx=1
- 제철웅 (2017). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 시행과 치료, 입원, 퇴원 절차에서의 정신장애인 지원 방안. *서울법학*, 25(3), 227-267.
- 제철웅 (2018). 비자의입원 절차의 정신질환자를 위한 절차지원제도 도입에 관하여. *법조*, 67(1), 547-592.
- 최기홍 (2017). 임상심리학자의 역할: 지역사회 정신건강 영역. 한국임상심리학회 추계 학술대회 발표. 10월 27일. 서울: 세종대학교. 미간행.
- Chieze, M., Hurst, S., Sentissi, O., & Kaiser, S. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491.
- Davidson, L. (2017). Minimizing Coercion Through Person-Centered Care. *Psychiatric Services*, 68(11), 1093-1093.
- Dharwadkar, N. (1994). Effectiveness of an assertive outreach community treatment program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(2), 244-249.

- Hambridge, J. A., & Rosen, A. (1994). Assertive community treatment for the seriously mentally ill in suburban Sydney: a programme description and evaluation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(3), 438-445.
- Health Careers. (2018). *Health Psychologist*. <https://www.healthcareers.nhs.uk/printpdf/316>에서 자료 얻음.
- IMHA (2019). *Know Your Rights*. <https://www.imha.vic.gov.au> 에서 자료 얻음.
- Lieberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E., & Tsang, H. W. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331-1342.
- Mental Health Act 2007* (UK)
- Murphy, R., McGuinness, D., Bainbridge, E., Brosnan, L., Felzmann, H., Keys, M., ... & Higgins, A. (2017). Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatric Services*, 68(11), 1127-1135.
- National Council of Behavioral Health. (2017). *What is a CCBHC*. Retrieved from <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2017/11/What-is-a-CCBHC-11.7.17.pdf>
- OECD. (2018). *OECD Health Status*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 자료 얻음.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2013). *Psychiatric rehabilitation*. Academic Press.
- Scotellaro, L. C. (1999). The Mandated Move From Institutions to Community Care: Olmstead v. IC. *Loy. U. Chi. LJ*, 31, 737.
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. WW Norton & Co.
- Teitelbaum, J., Burke, T., & Rosenbaum, S. (2004). Law and the Public's Health. *Public Health Reports*, 119(3), 371-374.
- Udechuku, A., Olver, J., Hallam, K., Blyth, F., Leslie, M., Nasso, M., ... & Burrows, G. (2005). Assertive community treatment of the mentally ill: service model and effectiveness. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 129-134.
- United Nations General Assembly. (1991) *The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*, Retrieved from <https://undocs.org/en/A/RES/46/119>
- United Nations General Assembly. (2006) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, <https://undocs.org/en/A/RES/61/106>에서 자료 얻음.
- Williams, B., Cattell, D., Greenwood, M., LeFevre, S., Murray, I., & Thomas, P. (1999). Exploring 'person centredness': user perspectives on a model of social psychiatry. *Health & social care in the community*, 7(6), 475-482.
- Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6), 532-541.
- Zeller. (2019. 8. 20). Hospital-Based Psychiatric Emergency Programs: The Missing Link for Mental Health Systems. *Psychiatric Times*,

<https://www.psychiatrictimes.com/mental-health/hospital-based-psychiatric-emergency-programs-missing-link-mental-health-systems/page/0/2>에서
자료 얻음.

1차원고접수 : 2019. 08. 20.

2차원고접수 : 2019. 10. 29.

최종게재결정 : 2020. 1. 09.

Current Status and Future Directions for Community Mental Health Services After the amended Mental Health Welfare Act in South Korea

Naeun Kim¹⁾

Cheolung Je²⁾

Kee-Hong Choi^{1),3)}

¹⁾Department of Psychology, Korea University

²⁾School of Law, Hanyang University

³⁾KU Mind Health Institute, Korea University

The Korean Mental Health Act was amended to Act on the Improvement of Mental Health and the Support for Welfare Services for Mental Patients (in short, Mental Health Welfare Act) in May 2017. The revised act had major changes in the objective of the law, people who are subject to legal protection, and the definition of the term mental illness. These changes (e.g., involuntary hospitalizations requiring both the need for treatment and threat of harm to self or others, and rigorous assessment requirements applied in the admission to and discharge from inpatient units) are expected to greatly influence the direction of policy for the promotion of mental health, and foster social discussion on the process of hospitalization and discharge of people with mental disorders in Korea. Controversial debates persist (e.g., human rights protection of people with mental disorders vs. guaranteed right for timely treatment). Moreover, as the recent media highlighted criminal cases that might be related to severe mental illness, the need for the optimal infrastructure to provide psychosocial rehabilitation in our community and to provide emergency care at an appropriate time gained great attention. Licensed clinical psychologists are mental health professionals with expertise in the psychosocial evaluation process of severe mental illness and non-pharmaceutical psychosocial treatments. Thus, accurate understandings about these recent legal changes and the debates should be made to ensure proper treatment and human rights of their clients. The current study summarized the major revisions of the amended Mental Health Welfare Act including the changed hospitalization and discharge processes, discussed controversial issues relevant, and suggested a future role of clinical psychologists within a recovery-oriented psychiatric rehabilitation paradigm.

Key words : Mental Health and Welfare Act amended, right to treatment, biopsychosocial model, psychiatric rehabilitation