



정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론회

| 일 시 | 2019. 3. 29(금) 13:30~18:00
| 장 소 | 국회 도서관 소회의실
| 주 관 | 서울사회복지공익법센터
| 주 최 | 국회의원 김상희,
정신건강서비스정상화촉구공동대책위원회
| 기 획 | 한국후견신탁연구센터

인사말



국회의원 김상희
(더불어민주당, 부천시소사)

반갑습니다. 더불어민주당 국회의원 김상희입니다.

바쁘신 가운데에도 “정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론회”에 참석해 주신 모든 분들에게 감사드립니다.

지난 해 12월 정신질환자가 휘두른 흉기에 숨진 故 임세원 교수 사망사건을 계기로 국회에는 관련 법률 개정안이 무려 20여건이나 발의될 정도로 사회적 관심이 높습니다.

의료기관에서 폭행사건이 일어나지 않도록 하기 위한 적극적 조치가 필요하다는 공감대가 형성된 것이지요. 그런데 이 과정에서 모든 정신장애인이 범죄자인 것처럼 몰아가고, 환자의 진료받을 권리까지 침해하는 제안이 속속 나오고 있어 심히 우려되는 상황입니다.

국가인권위원회의 발표에 따르면, 非정신장애인에 의한 범죄율이 1.4%인 반면, 정신장애인의 범죄율은 0.1%로 정신장애인이 대부분 범죄자라는 인식은 매우 잘못된 것입니다. 잘못된 인식으로 인해 정신장애인의 인권이 침해되는 일은 없어야 할 것입니다.

지난 2016년 「정신보건법」이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」로 명칭이 바뀌고 주요 내용도 정신장애인에 대한 지원을 강화하는 방향으로 개정된 바 있습니다. 당시 개정 취지는 국민의 정신건강증진을 1차적 목표로 삼고, 지역사회에서의 치료와 재활을 2차적 목표로 하여 과도한 입원치료를 최소화하고자 하는 것이었습니다.

특히 강제입원 요건을 강화하여 정신장애인들의 인권 침해를 막고자 했습니다. 이러한 취지가 제대로 반영되고 있는지 점검해야 할 이 시점에, 불의의 사고로 인해 오히려 법이 거꾸로 가는 것 아닌지 정신장애인 당사자들은 깊이 우려하고 있습니다.

오늘 토론회는 정신장애인들에게 필요한 서비스가 무엇인지 점검하고, 정신장애인들이 지역사회 내에서 비장애인과 어울려 지낼 수 있는 지원방안을 마련하기 위한 자리입니다. 함께 해주신 당사자 분들과 전문가 분들께서 고견을 많이 주실 것으로 기대합니다.

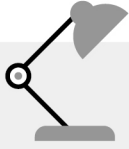
공동주최에 함께 해주신 <정신건강서비스 정상화 촉구 공동대책위원회>와 <서울사회복지공익법센터>에 깊은 감사를 드립니다.

토론회 좌장을 맡아주신 「태화샘솟는집」문용훈 관장님, 발제를 맡아주신 「(사)정신장애와 인권 파도손」이정하 대표님, 가톨릭대학교 사회복지학과 이용표 교수님, 한양대학교 법학전문대학원 제철웅 교수님 감사드립니다.

토론에 나서주신 「한국정신재활시설협회」임주설 정책위원장님, 「한국정신요양시설협회」송현섭 정책위원님, 「대한정신장애인가족협회」박천웅 서울지부 회원님, 「한국정신건강복지센터협회」전준희 회장님, 「서울사회복지공익법센터」김도희 변호사님, 보건복지부 홍정의 정신건강정책과장님 모두 감사합니다.

오늘 토론회에서 제안해주시는 내용들을 면밀히 검토하여 정책에 반영할 수 있도록 노력하겠습니다. 고맙습니다.

2019년 3월 29일
국회의원 김상희



진행순서

시간	구분	토론자/발제자
13:30~14:00		접수
사회 : 박재우 소장(서초열린세상 시설장)		토론회 좌장 : 문용훈 관장(태화샘솟는집)
14:00~14:10	축사	<input type="checkbox"/> 국회의원 김상희
14:10~14:40	발제1	<input type="checkbox"/> 한국 정신장애인의 삶과 희망 - 당사자가 희망하는 정신건강서비스 (사단법인 정신장애와 인권 파도손 대표 이정하)
14:40~15:10	발제2	<input type="checkbox"/> 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축 (가톨릭대학교 사회복지학과 교수 이용표)
15:10~15:40	발제3	<input type="checkbox"/> 유엔장애인권리협약 및 선진국의 정신건강서비스 제공 관련 법제의 동향과 우리나라의 과제 (한양대 법학전문대학원 교수 제철웅)
15:40~16:00		휴식
16:00~17:00 (60분)	토론1	<input type="checkbox"/> 정신재활시설 관점에서 보는 정신건강복지서비스체계의 구축 (한국정신재활시설협회 정책위원장 임규설)
	토론2	<input type="checkbox"/> 정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론문 (한국정신요양시설협회 정책위원 송현섭)
	토론3	<input type="checkbox"/> 토론문 (대한정신장애인가족협회 서울지부 박천웅)
	토론 4	<input type="checkbox"/> 토론문 (한국정신건강복지센터협회 회장 전준희)
	토론 5	<input type="checkbox"/> 정신건강복지서비스 정상화를 위한 몇 가지 생각들 (서울사회복지공익법센터 변호사 김도희)
	토론 6	<input type="checkbox"/> 토론문 (보건복지부 정신건강정책과 과장 홍정익)
17:00~17:40		종합토론

목 차



발 제

- 발제 1. 한국 정신장애인의 삶과 희망 - 당사자가 희망하는 정신건강서비스·1
(사단법인 정신장애와 인권 파도손 대표 이정하)
- 발제 2. 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축..... 29
(가톨릭대학교 사회복지학과 교수 이용표)
- 발제 3. 유엔장애인권리협약 및 선진국의 정신건강서비스 제공 관련
법제의 동향과 우리나라의 과제..... 41
(한양대 법학전문대학원 교수 제철웅)



토 론

- 토론 1. 정신재활시설 관점에서 보는 정신건강복지서비스체계의 구축· 119
(한국정신재활시설협회 정책위원장 임구설)
- 토론 2. 정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론문..... 127
(한국정신요양시설협회 정책위원 송현섭)
- 토론 3. 토론문..... 133
(대한정신장애인가족협회 서울지부 박천웅)
- 토론 4. 토론문..... 139
(한국정신건강복지센터협회 회장 전준희)
- 토론 5. 정신건강복지서비스 정상화를 위한 몇 가지 생각들..... 143
(서울사회복지공익법센터 변호사 김도희)
- 토론 6. 토론문..... 149
(보건복지부 정신건강정책과 과장 홍정익)
- [부록]** 정신건강복지서비스 정상화 방안..... 151
(정신건강서비스 정상화 촉구 공동대책위원회)

발제 1. 한국 정신장애인의 삶과 희망
- 당사자가 희망하는 정신건강서비스

사단법인 정신장애와 인권 파도손 대표 이정하





한국 정신장애인의 삶과 희망

당사자가 희망하는 정신건강서비스

(사)정신장애와 인권 파도손
이 정 하

이 세상 끝이 어딘지 가보는 경험

“차라리 교도소는 징역 채우고 나갈 수라도 있는데 여기는 언제 나가지도 모르고..”

시설의 시간표

모두 다른 시설에서 사는, 서로 다른 이름을 가진 천 오백 명의 사람들의 삶은 무서우리만치 유사했다.

대부분의 사람들은 자신의 방에서 꼼짝없이 있었다. 직원의 도움 없이는 꼼짝할 수 없는 외상장애가 있거나, 오랜 시설 생활로 무기력하거나, 정해진 시간 외 정해진 장소외 이동이 불가하다는 규칙을 몸에 익혔거나하는 이유 등.

정책이 변화하여 시설 내 프로그램실, 휴게실 등의 다양한 공간이 마련되어 있지만, 사람들은 그 게 있는지조차 몰랐다. 어제와 오늘이 구분되지 않는 하루를 꼬박 천일 넘게, 십 년이 넘게, 수십 년을 넘도록 보내온 사람들의 목소리는 희미했다. 그러나 그 희미한 목소리, 몸짓, 표정 속에서도 그리움, 무기력, 갈망이 잔뜩 묻어났다.

한국 장애인 탈시설 운동과 자립주택의 사회적 의미(2018)
조아라(장애와인권발바닥행동 상임활동가)

“아플 때는 가고 싶은 병원이 없고,
퇴원하려면 지역에 거주할 공간이 없다”



“한국 정신장애인들의 트라우마”

강제입원
정신병자
정신병원
강제투약

·
·

“정신병원 증후군”을 아시나요?

(긴급하며 시급한)주거지원의 필요성



2016년 12월 기준 전체 장애인거주시설 거주자수: **30,980**명
(보건복지부, 2017)



2016년 12월 기준, 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원·입소자수
79,401명(국립정신건강센터, 2016).



그러나 정신의료기관이나 정신요양시설에 머무는 정신장애인들이 퇴원하지 못하는 이유로 꼽는 것 중 퇴원해도 “갈 곳”이 없기 때문이다.

이처럼 정신장애인이 지역사회에서 거주하는 데는 여러 층위의 장애물들이 존재하고 있음.

대규모의 사회적 배제와 격리/ 인권 후진국!

“정신장애인들은 질환을 안고 더불어 일평생을 살 수 밖에 없는 구조에 놓여있다. 질환을 가지고 삶을 영위하는 것이 무조건적으로 부정적인 것이 아님에도 불구하고 정신장애인은 다양한 어려움에 직면한다.”

1. 정신건강영역의 사회서비스가 발달하지 않고 이용자인 당사자를 중심으로 하지 않는 전문가중심의 통제와 관리.
2. 행정편의주의의 한국적 자본주의 하에서 당사자는 정신보건의 시스템이 가하는 가공할 기본권이 박탈되는 경험
3. 인간이 살아가야 할 건강권 마저 잃어가는 경험과 관련된 것

(예를 들어 장기적으로 약물관리를 하며 살아야 하면서도 약물에 대해서 고지하거나 제대로 설명해주는 의사는 드물었다. 약을 강조하는 것에 비하여 다른 것들은 너무나 간과되었다. 우리가 간과하지 말아야 할 것은 치료와 재활은 분리된 개념이 아니라는 것이다.

상처

죽기보다 싫었던 강제입원

“자기결정권 박탈”

당사자의 그림



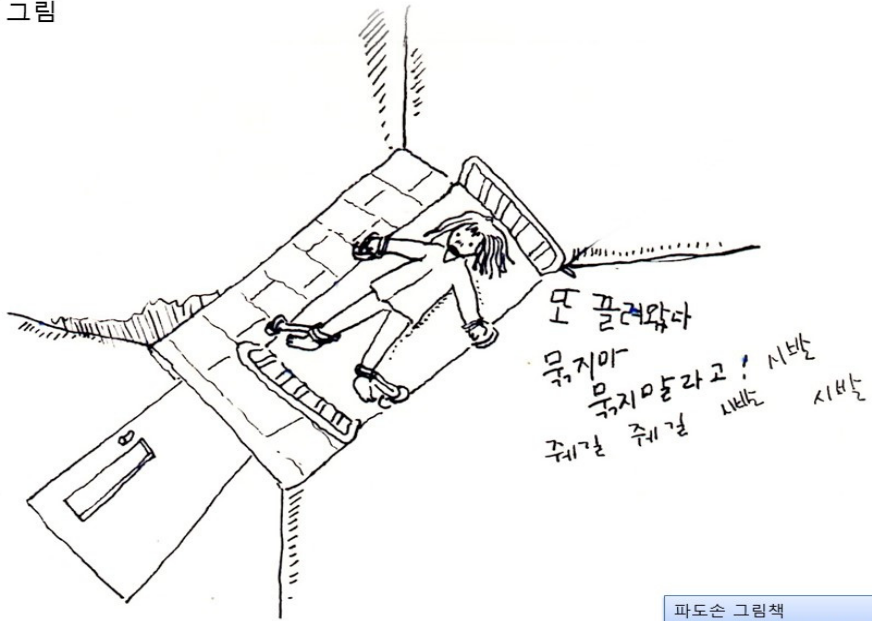
파도순 그림책
"나는 정신장애인이다"중

당사자의 그림



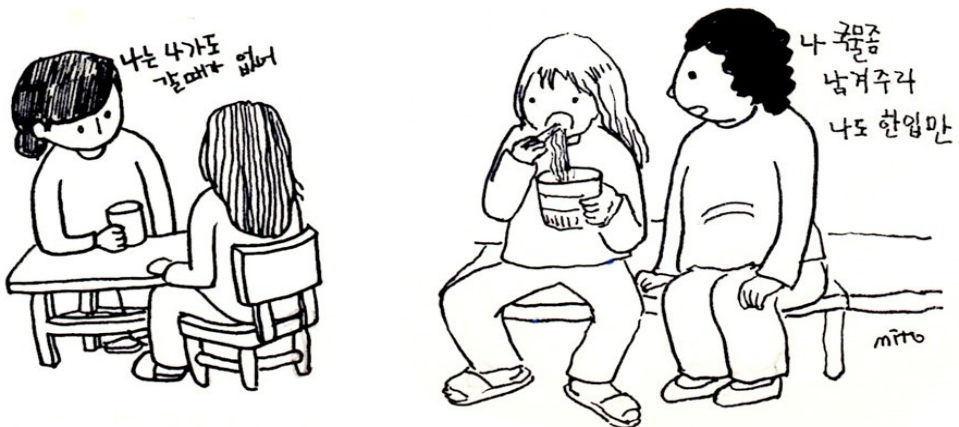
파도순 그림책
"나는 정신장애인이다"중

당사자의 그림

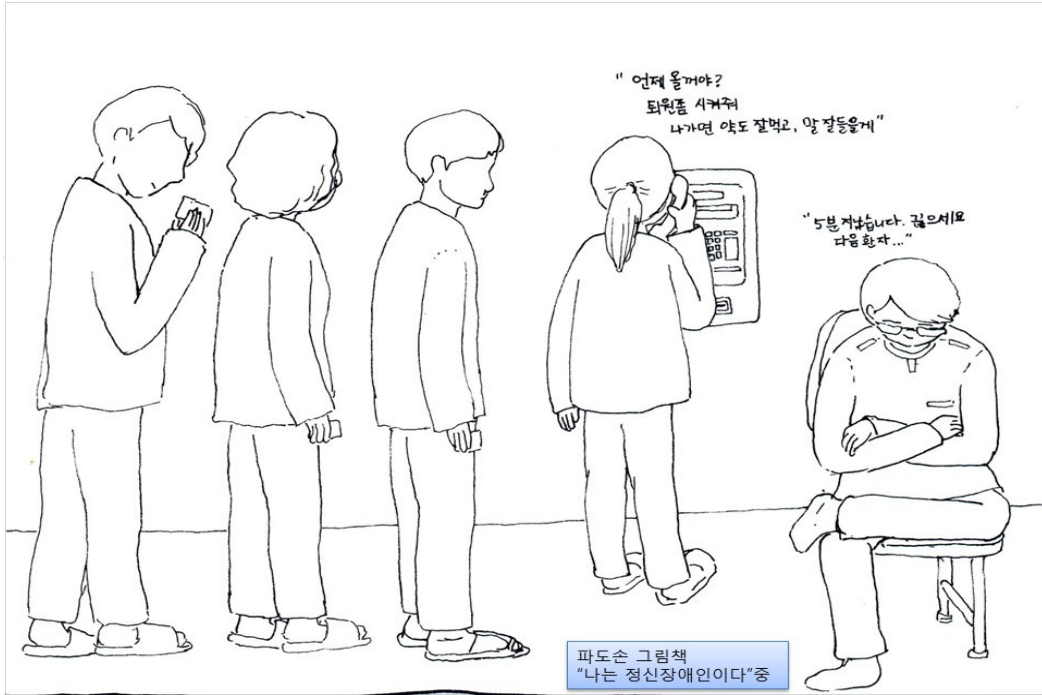


파도손 그림책
"나는 정신장애인이다"중

당사자의 그림

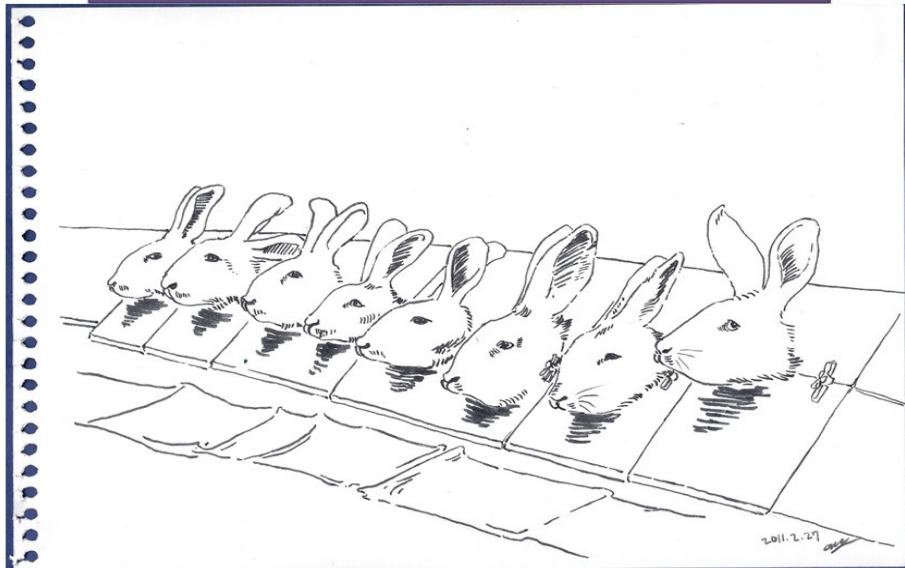


파도손 그림책
"나는 정신장애인이다"중



당사자의 그림

한국 정신장애인



실험용 토끼 2011년 폐쇄병동 에서 드로잉

당사자의 그림

차라리 사형을 시켜라.....



언니 초코파이 줄게 그만둬

S언니는 스프살때 정신병원에 들어와서
다룬다섯살이 되었다고 했다.



우리가 떠나겠다.
정신장애인 이주할 섬을 달라!

→ 구호는 진심입니다.



2019.2.8 임세원법 공청회에
서 당사자들의 절규

당사자의 그림



나는 어디로 가고 약만 남았을때....

파도손 그림책
"나는 정신장애인이다"중

**폐허가 된 삶을 복원해줄 시
스템이 필요하다.**

상처를 치유하는 묘약은 무엇일까?

내게 잘못을 저지른 대상으로부터
듣고 싶은 말은
"그땐 그럴 수 밖에 없었어."가 아닌
"정말 미안해"라는 진심 어린 사과다.

“네 잘못이 아니야..”

전후 맥락의 중요성

- 현장은 상대적이며 상태적이다.
- 급성기도 언제나 예고편이 있다.
- 강제입원의 트라우마는 경험을 통해서만 치유된다.



어려운 점

- 가족갈등 상황에서 가족의 비협조
(당사자만 문제라고 생각하는 편협)
- 긴급구조를 위한 경제적 지원 전무 (**가장중요!**)
- 위급시에 믿고 연락할 곳이 없는 사회
- **강제입원 피해당사자들의 심리적 불안을 이해하지 않는 모든 사람들**
- 병원이외의 대안이 없는 병원의 일방통행
- 상급병원과 환경 나쁜 병원의 극단적 치료환경 차이
- 언제나 사건은 밤에 터진다. 지원인력의 부재

사람이 약이다.

이해심, 공감,

증세를 언어로 듣는 것.

보고, 듣고, 느끼고, 믿는 것

위기를 진정시키는 것에 대하여 고민할 것

1. 원칙
2. 소통방식의 개발
3. 단계별 전략
4. 비폭력
5. 회복관점

23

한국 정신장애인의 특수성을 반영한 제도

불안으로 점철된 일상생활

특히 강제입원 피해당사자들의 트라우마는

상상을 초월함

(정신병원에서 인권유린의 경험과 학대에 대한 기억)

“강제입원 트라우마”
“정신병원 트라우마”



제도와 법은 무엇을 위해 작동해야 하는가?

24

질문

과거사 문제

과거의 가해자들이 옹호자가 될 수 있는가?

당신은 받아들일 수 있는가?

“현장은 무엇을 해야 하는가?”

 근본적인 마인드의 변화

25

최소의 침해의 원칙

**선택의 최대화
강제의 최소화**

당사자에게 필요한 것

희망 그리고
당사자에 대한 지원

패러다임의 전환

당사자 중심주의

당사자의 욕구 기반!

“정신건강서비스는 누구를 위하여?”

정신건강 패러다임 전환

패러다임 전환의
3대 원칙

자기결정권 존중

(강제조치의 배제)

지역사회 기반 다학제적 서비스

(주거, 직업, 상담 포함)

정신건강서비스이용자의

동료지원의 전면화



정신질환, 정신장애 치유를 위한 세 가지

1. 당사자(환자)중심
2. 지역사회 기반
3. 통합서비스 제공

정신질환, 정신장애 사회통합 위한 세 가지

1. 교육
2. 주거
3. 일자리

회복의 조건1

존엄한
치료환경

자유롭고

존중 받고

이해 받는

당사자(환자) 중심의 치료환경!

급성기 → 아급성기 → 회복기(안정기) 치료를 위한 병원환경은 평균적으로 충분한 입원치료가 필요하다.
환우가 비교적 장시간의 입원치료를 하기 위해서는 환경이 편안하고 자유로워야 한다.

급성기의 일시적인 보호병실의 입실이 필요 하더라도 급성기 이후에는 환우가 원하는 자유롭고 존중하는 치료의 경험이 회복과 일상생활의 지지로서의 삶의 안전지대가 될 수 있다. 후유증이 최소화 되고 충분한 휴식과 안정은 사회복귀의 발판이 된다.

기능퇴행에 있어서-

“치료와 재활은 분리된
개념이 아니다”

명칭변경의 필요성

❖ 정신장애인 ⇨ 사회심리적장애인 or 심리사회적장애인

부정적 낙인의 핵심

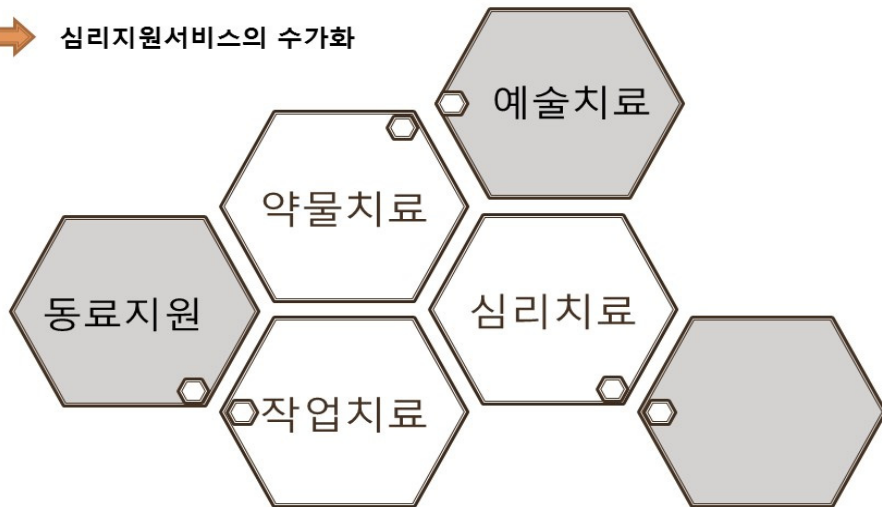
❖ 정신병원 ⇨ 정신건강휴양센터
정신건강 일시(위기)쉼터

사회심리적 장애를 가진 사람들(people with **psychosocial disabilities**, 우리나라에서는 정신장애인으로 명칭하고 있음)

Psychosocial Disability : UN CRPD 공식명칭

선택지의 다양화

➔ 심리지원서비스의 추가화



회복의 조건2

일자리가
회복이다

적성과 강점

Real Pay

Real Job

당사자들의 요구

정신장애인 “옹호지원센터”의 건립

정신장애인 동료지원가 고용

당사자의 사회통합을 위한 공식적인 제도

공적영역에서의 문제해결을 위한 당사자중심의 제도

치료환경 개선의 촉진과 지역사회로의 진출

상처 입은 치유자 (wounded healer)

-Karen Taylor-

“그렇다. 왜냐하면 상처가 있는 사람들이 오히려 더 잘 할 수 있다. 보건 전문가든 동료든 자기의 경험을 공유할 수 있는 사람. 실제적으로 원주민이나 부족사회에서는 트라우마를 겪은 사람이 샤먼이 되거나 현자(賢者)로 불렸다. 그 경험이 있었기 때문에 그렇다. 의도적으로 그런 상처를 느끼도록 교육을 받는다는 것 그런 식으로 유도가 돼서 샤먼이 되거나 한다.”

상처가 상처를 치유하다

운디드 힐러(wounded healer)는 상처 입은 치유자다.

자신의 상처를 잘 이겨내고 소화시켜 같은 아픔을 가진 사람에게 더 깊이 공감하고 더 큰 희망으로 다가갈 수 있기 때문이다.

★아픈 상처를 딛고 일어난 사람에게 주어지는 최고의 명예다. ★

그렇다고 꼭 상처가 많아야만 좋은 힐러가 되는 것은 아니다. 상처 있는 모든 사람이 힐러가 될 수 있는 것도 아니다.

♥고통 속에 흘린 눈물이 '나'를 넘어서야 한다. ♥

내가 흘린 눈물만큼 다른 사람의 눈물을 이해하고 그 눈물을 말끔히 닦아줄 수 있을 때 힐러가 되는 것이다.

스위스의 정신의학자인 칼 융은 모든 치유자는 상처 입은 사람이라고 했다. 진정한 치유자는 내 상처를 극복함으로써 다른 이들을 치유하는 사람이다.

- '운디드 힐러'는 아픈 상처를 딛고 일어난 사람에게 주어지는 최고의 명예다-

“당사자의 전문가는 당사자다”
(경험보다 소중한 학습은 없다)

**동료전문가 양성,
동료전문가의 고용**

“당사자의 품성이 중요하다”

선택지의 다양화

“그림의 떡”

공공임대주택 지원!

현실-임대주택의 당첨이 어렵다.
살곳이 없어 병원
돌봐주는이가 없어서 병원
고시원과 쪽방을 전전하면서..
가족으로 부터 독립을 원하지만...

로드맵 그리기와 연구개발?

실천

“실행의 구체성과 목표”
“정보의 제공”
“교육의 기회”

정부의 의지! 문제

탈원화, 탈시설화

커뮤니티 케어?

당사자들의 우려와 희망

재원 확보

전달체계

행정, 집행..
종사자가 먼저..
운영비..
사업비..
예산 부족..
기타 등등..

증발

당사자?

당사자에 대한 직접지원이 없는 전달체계

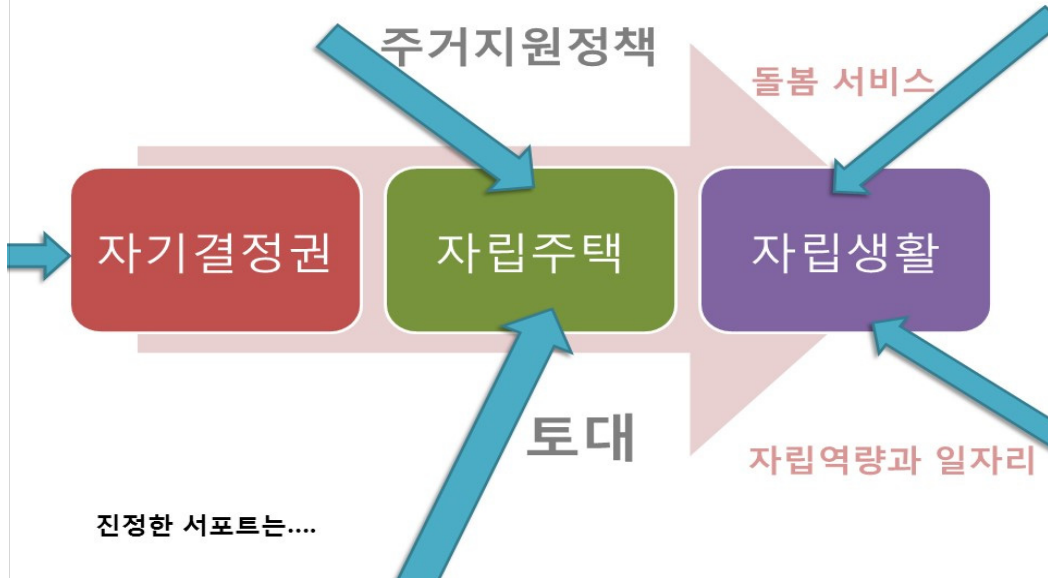
집이 없는 나라.
공공주택을 주세요...

동료지원가의 육성과 제도화. 당사자의 전문성으로 월급 받고 일하게 해주세요.

부족한 생활비와 식비, 시장 바우처라도 주세요....

제발 좀 “자유롭게 살고 싶은 당사자들”

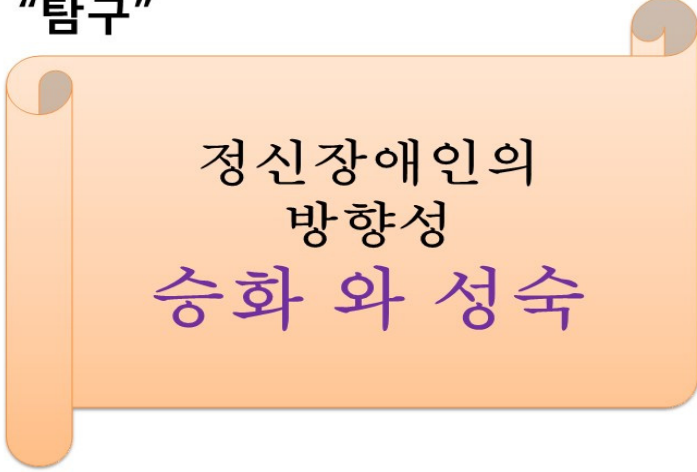
당사자에 대한 직접지원 개발/ 맞춤형지원 및 서비스



회복의 핵심, YOYO원칙

You Own Your Own!
당신의 주인은 당신이다!

“탐구”



정신장애인의
방향성
승화 와 성숙

어떤 인생이건 가까이서 보면 정상은 없다..
투병 속의 소중한 자산이 깨달음에 이를 때 당사자는 인생의 지평선을
만난다.

발제 2. 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축

가톨릭대학교 사회복지학과 교수 이용표



바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축

1. 바람직한 정신건강복지서비스체계 모색의 기초

- 정정보건법은 1995년에 제정되어 2016년 정신건강복지법으로 전부개정될 때까지 6차례 부분적으로 개정되면서 우리나라 정신건강정책의 근거법이 되어왔음. 그러나 이 기간 동안 정정보건법은 강제입원을 보편화시키고, 지역사회서비스의 부재라는 상황을 고착시키는 결과를 초래함으로써 정신장애를 가진 당사자들의 삶을 피폐화시켰음.
- 이러한 시대적 배경과 정책환경에서 탄생한 정신건강복지법은 강제입원의 요건을 엄격하게 하고 최소한의 복지서비스 근거를 마련하였으나 입원자의 수 감소는 미미할 뿐만 아니라, 복지 영역에서도 전달체계상의 기능이 애매한 하프웨이하우스 시범사업이 전부인 것이 현실임.
- 이에 정신장애인당사자단체를 중심으로 정신건강서비스정상화추구공동대책위원회를 결성하여 당사자단체가 주도하는 토론회를 통하여 국가에 요청하는 정신건강복지법안을 마련하였음.
- 이 발제문은 당사자가 국가에 요청하는 정신건강복지법안에 기초한 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축방안임

2. 바람직한 정신건강복지전달체계 구축의 목적과 방향

■ 정신건강복지전달체계 구축의 목적

- 심각한 정신질환이 있더라도 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 하면서 최대한 빠른 시일 내에 일상생활로 복귀할 수 있도록 지원하고,
- 정신질환자 장기입원 및 입소로 인해 인간으로서의 존엄한 삶을 살아갈 기회가 박탈당하거나 침해되는 구조적 문제를 해소하기 위해,
- 지역사회 기반 치료, 재활 그리고 회복 및 자립생활을 지원할 수 있는 통합적 정신건강복지서비스체계를 구축함

■ 정신건강복지전달체계 구축의 방향

- 급성기 정신질환자에 대한 예방적 개입 및 조기개입이 가능할 수 있는 체계를 구축하여 정신질환이 만성화되는 것을 최대한 방지하고,
- 정신의료기관에의 장기입원을 억제하고 급성기 환자에 대한 양질의 치료환경을 제공하도록 하고,

- 급성기가 지난 환자는 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 받음으로써 빠른 시일 내에 지역사회에서 정착하는 것을 지원하기 위한 서비스체계를 구축함
- 지역사회로의 빠른 복귀와 지역사회생활이 가능하도록 하기 위해 주거, 직업, 일상활동, 쉼터 등의 서비스를 체계적으로 지원할 수 있는 서비스체계를 구축함
- 정신건강복지서비스 이용과정에서 발생하는 모든 권익 및 인권 침해에 대한 권익옹호서비스 체계를 수립함.

3. 정신건강복지전달체계의 정책적 목표와 그 내용

■ 정신건강복지전달체계 목표와 정책내용

정책목표	접근방법	정책방안
급성기 정신질환자를 위한 쉼터 및 응급대응체계의 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 자기결정권의 보장 • 자해, 타해의 위험에 대한 신속한 대응 	<ul style="list-style-type: none"> • 급성기 정신질환자가 안정을 취하면서 치료와 회복에 대해 스스로 선택할 수 있는 가능성을 최대한 넓히고 (위기쉼터, 집중회복센터, 응급입원), • 자해, 타해의 위험이 있는 경우 전문성 있는 대응팀이 신속히 접근하여 정신질환자를 안정시키고 치료와 연계 될 수 있게 지원(응급대응팀). • 응급상황 대응을 위한 다양한 서비스를 제공함. 위기 쉼터, 집중안정화센터, 공공직영 응급 단기병상 등 대응 서비스 확충!
강제입원, 강제 치료, 강제관리의 최소화	<ul style="list-style-type: none"> • 인신구속, 강제치료, 강제 관리는 최후의 수단으로 최단기간, 최소한으로 하고, • 정신질환자의 자기결정권을 최대한 존중하기 위해 당사 자옹호서비스와 권익옹호 서비스를 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 보호의무자 입원, 동의입원 폐지, 강제입원은 지자체장에 의한 입원으로 일원화 • 강제입원 요건 강화 및 기간 단축 • 강제입원에서의 당사자 옹호 및 권익옹호의 강화 • 입원적합성심사소위원회의 대면 심사 필수화 • 외래치료명령을 지역 <u>정신건강복지서비스 이용명령</u>으로 전환하여 치료, 재활, 회복 지원을 받도록 지원 • 정신건강복지센터 직원의 전환지원계획 수립의무화
급성기 정신질환에 대한 대응 소홀로 인한 국가와 지방자치단체의 책임강화	<ul style="list-style-type: none"> • 급성기 정신질환자에 대한 지원 및 제3자 보호를 국가의 책임으로 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 급성기 질환자에 대한 복지지원 또는 치료와의 연계 미비로 가족 또는 제3자가 피해를 입은 경우 국가와 지방자치단체가 책임을 지도록 법제화함으로써 가족 및 사회의 우려를 덜어 줌
지역사회 기반	위기상황 또는 퇴원후 일시 주거, 회복 역량강화(최장	<ul style="list-style-type: none"> • 전환지원시설을 집중회복센터(하프웨이하우스)로 개념 전환하고, 이를 의료기관등으로 정의

정책목표	접근방법	정책방안
치료-회복을 위한 중간매개기능 강화	2~3개월	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자는 위기상황 정신질환자 및 퇴원 정신질환자로 함. • 집중회복센터 거주자에 대한 정착예정지역 정신건강 복지센터 직원의 전환지원계획 수립의무화
통합적 지역사회 복지서비스체계 구축	개별서비스보다 당사자와 가족의 주도적 참여 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자 및 가족자조집단 활성화 • 동료지원서비스 제도화 • 정신건강복지서비스에의 당사자 운영조직 확대
	주거지원서비스 확충	<ul style="list-style-type: none"> • 공공임대주택 활용을 통한 지원주택 확충 • 정신건강복지센터에 신청하여 주거지원서비스를 받을 수 있게 함 • 주거지원서비스를 받는 사람이 재활서비스를 받을 수 있도록 상호 연계를 강화
	재활서비스를 직업, 상담, 교육, 문화 등으로 서비스 중심으로 다변화	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환자 일자리 확대와 외래의료비 지원 • 특수한 욕구에 부합하는 평생교육기관 확대 • 취업지원프로그램 확대
	정신장애인(정신질환자) 복지 서비스 전달체계의 신설 및 정신건강정책과의 조정기구 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부 정신건강복지국 및 정신장애인복지과 신설 • 광역지자체 단위에서 정신장애인복지과 및 광역 지역 사회정신장애인지원센터, 정신건강정책과의 조정기구 신설 • 기초지자체 단위에서 장애인복지과 소관 지역사회정신 장애인지원센터 및 정신장애인지역사회생활지원협의체 신설
	지역사회 서비스 조정체계 공공성 강화 및 기능조정	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지센터 중심 지역사회 위기지원체계 수립 • 정신건강복지센터는 응급입원, 응급대응센터 연계 등 지역위기관리체계 관리, 정신건강심의위원회 운영에 초점 • 정신장애인지역사회지원센터는 위기쉼터, 정신재활 시설, 주거·직업·평생교육·일상활동지원 등 서비스, 당사자옹호 등 권익옹호서비스 관리 • 지역사회 자조단체 및 자생적 옹호단체 육성 기능 강화
	지역사회에서의 정신건강 복지정책의 재구축	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지센터의 국민정신건강증진사업 개발(타켓 대상별 접근) 및 수행 • 정신건강복지센터의 위기 정신질환자 및 입원 정신 질환자의 지역 사회 서비스 연계 기능 강화 • 정신건강복지법상의 정신질환자 개념 이외에 정신건강 서비스 이용자 개념을 추가하여 지역사회 기반 정신 건강서비스 이용을 받을 수 있는 사항을 규율
정신요양시설 기능 전환	<ul style="list-style-type: none"> • 정신요양시설을 정신의료기관 등에서 기타 정신건강 	

정책목표	접근방법	정책방안
		<p>서비스 제공시설 중 주거지원시설로 모두 전환하여 개방시설화하고, 동시에 강제입소를 원천적으로 불가능하게 하되,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 돌봄수요의 필요성에 따라 소규모 요양시설 혹은 주거지원시설 등으로 전환 • 시설 최저기준 마련
권익옹호체계 구축	입원자의 의료와 생활에 관한 자기결정권 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 의료에 관한 자기결정권 보장을 위한 법개정 • 모든 입원환자에 대한 절차보조 지원 의무화 • 당사자단체 입원자 면접권 제도화
	정신의료기관과 정신요양시설의 개방 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 원칙적으로 개방병원 및 개방시설로 전환 • 정신의료기관 최저기준 마련
	지역사회 권익옹호체계 수립	<ul style="list-style-type: none"> • 독거 혹은 정신질환자만으로 구성된 가구를 대상으로 한 권익옹호서비스 제공 • 사전위기지원지시서 등록관리
기존 입원환자의 퇴원촉진체계 구축	정신의료기관 입원자수 및 입원일수 축소	<ul style="list-style-type: none"> • 병원내 퇴원준비 의료수가 도입 • 모든 6개월 이상 입원에 대한 절차보조서비스 도입
재원확보방안	지역사회 기반 치료, 재활로 전환함으로써 절약되는 의료급여예산 및 국민의 정신건강 증진을 위한 목적세	<ul style="list-style-type: none"> • 정신병원에 지급되는 의료급여 예산의 예상 감축액(현 병상의 10% 이하로 줄이는 것이 지역사회 기반 정신건강서비스 정상화)만큼을 별도의 목적예산으로 전환시켜 지역사회 기반 서비스 제공 예산으로 활용 • 최상위층 개인 소득세 부담자가 납부하는 소득세액 중 5% 이내의 범위에서 기금조성-지역사회 기반서비스 제공예산으로 활용 • 지역사회기반 서비스제공기관의 부존재-장기입원, 장기입소의 악순환이 있기 때문에, 초기에는 의료급여 삭감 부분이 적을 수 있음. 따라서 초기에는 최상위층 개인 소득세 부담자의 납부 세액에서 일정비율을 지역사회 기반 확충을 위해 활용하도록 하고(5년간), 점진적으로 의료급여 예산 감축 부분에서 조달되는 재원을 증가시키는 방향으로 설계

1) 급성기에 병원 응급실에만 의존하지 않고, 당사자가 선택할 수 있는 다양한 서비스를 제공하여 응급 병상도 그 중 하나로 포함시켜 상호 질 높은 서비스로 경쟁할 수 있는 체계를 구축하는 것이 나을 것임.

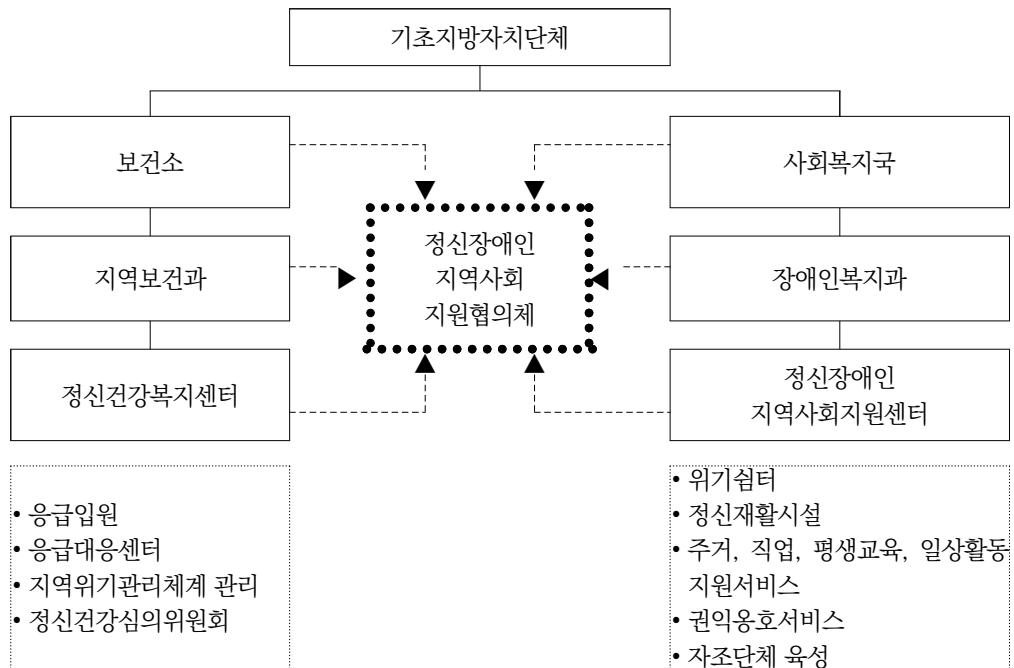
4. 정신건강복지전달체계의 개편방향

■ 정신건강복지서비스 정상화를 위한 서비스 전달체계 구상

역할	책임기관	제공되는 서비스	서비스제공기관
<ul style="list-style-type: none"> 전체 사업계획 	보건복지부 (정신건강복지국 및 정신장애인복 지과 신설)	<ul style="list-style-type: none"> 예산배분위원회 자문-심의를 거쳐 전체 계획수립 정신장애인정책조정위원회 중앙정신장애인지역사회지원센터 	
<ul style="list-style-type: none"> 광역 내의 정책 조율 직접 서비스 제공기획 	광역자치단체(정 신장애인복지과, 정신건강정책과 장애인복지정책의 조정기구 신설)	[보건정책부서] <ul style="list-style-type: none"> 응급입원 응급대응(콜)센터 입원적합성심사위원회 정신건강심의위원회 집중회복센터 [광역정신장애인지역사회지원센터] <ul style="list-style-type: none"> 정신장애인복지계획 수립 정신재활시설 운영관리 주거, 직업, 평생교육, 일상활동 지원계획 수립 및 프로그램 개발 및 운영 복지정책과 정신건강정책과 연계 및 조정 	<ul style="list-style-type: none"> 자격 갖춘 기관에 위탁
<ul style="list-style-type: none"> 각 서비스 중 기초자치단체 사정에 따라 필요한 것을 제공 	기초자치단체(장 애인복지과 소관 정신장애인지역 사회 지원 센터 신설)	[보건소] <ul style="list-style-type: none"> 응급입원 집중회복센터 정신건강심의위원회 사전위기지원지시서 등록관리 등 위기관리체계 운영 [장애인복지과 소관의 정신장애인 지역사회지원센터] <ul style="list-style-type: none"> 위기쉼터 정신재활시설 주거, 직업, 평생교육, 일상활동 지원 프로그램 개발 자조단체 육성 권익옹호서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 직영 또는 위탁 정신 건강복지센터 기타 자격 갖춘 기관에 위탁

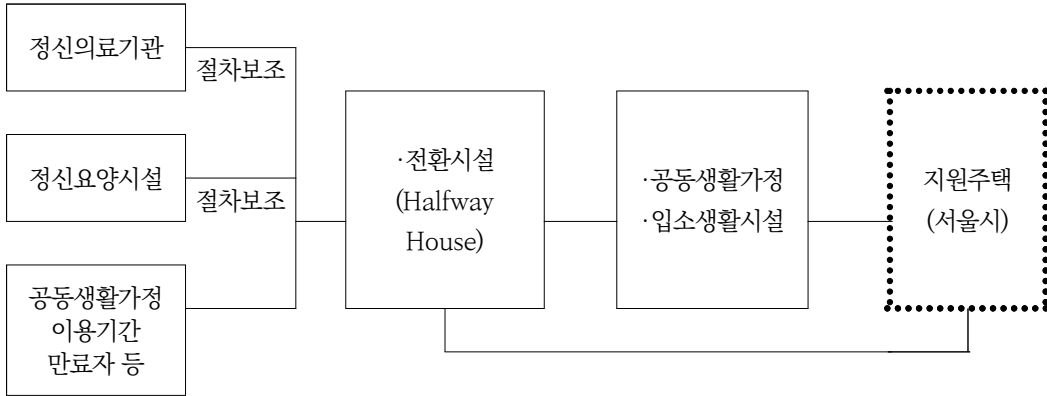
- 국가단위의 장애인정책과 지역사회정신건강정책의 연계 및 조정을 위해 복지부에 정신장애인정책조정위원회를 두고 정신건강복지국과 정신장애인복지과를 신설함
- 광역단위에서 장애인정책과 지역사회정신건강정책의 연계 및 조정을 위해 광역자치단체에 정신장애인복지과와 정신장애인지역사회지원센터를 신설함
- 기초단위에서 장애인정책과 지역사회정신건강정책의 연계 및 조정을 위해 기초자치단체에 장애인복지과 소관 정신장애인지역사회지원센터를 신설함
- 정신건강전달체계는 광역단위에서 응급입원, 응급대응(콜)센터 그리고 집중회복센터를 관리·운영하고, 기초단위에서 응급입원 및 집중회복센터 의뢰, 사전위기지원지시서 등록관리 등 위기관리체계를 운영함
- 정신장애인지역사회지원센터는 광역단위에서 정신장애인복지계획수립, 주거·직업·평생교육·일상활동 지원계획수립 및 프로그램 개발과 운영, 정신건강정책과의 연계 및 조정 등 업무를 수행하고, 기초단위에서 위기쉼터, 정신재활시설, 주거·직업·평생교육·일상활동 지원, 권익옹호서비스 그리고 자조단체 육성 등의 기능을 수행함.

■ 기초지방자치단체 수준에서의 서비스 전달체계 개편



5. 주거지원체계 개편방향

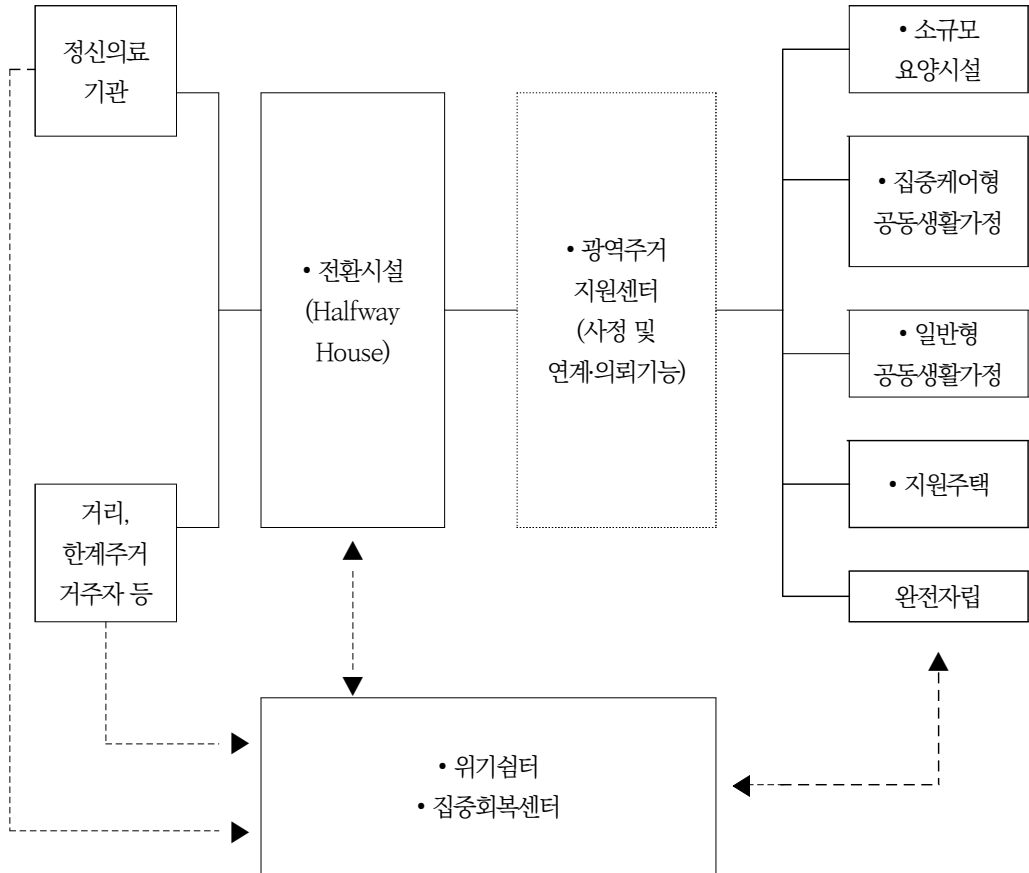
□ 현행 정신건강복지법상의 주거서비스 흐름도와 문제점



- 현행 정신건강복지법상의 주거지원서비스는 정신의료기관이나 정신요양시설 퇴원/퇴소자가 지역사회에 정착하는 과정에서 거주할 장소가 없는 경우 전환시설의 도움을 받도록 설계되어 있음. 그리고 전환시설은 일정기간 내에 공동생활가정이나 입소생활시설로 의뢰하도록 하고 있음.
- 그러나 현실적으로는 정신의료기관이나 정신요양시설 퇴원/퇴소자를 적절하게 전환시설로 연결하는 체계가 미흡함. 현재 시범사업 중인 절차보조서비스가 활성화되는 것을 기대할 수 있지만 공식적인 체계가 수립될 필요가 있음.
- 전환시설은 일시 거주자들을 공동생활가정이나 입소생활시설로 의뢰하는 기능을 수행하도록 하고 있으나 일부 지자체를 제외하면 욕구에 비하여 시설 공급량이 매우 미미한 실정임
- 또한 공동생활가정이나 입소생활시설은 이용자의 기능이나 개인적 환경상황에 상관없이 모두 3년이라는 이용기간의 제한을 두고 있음. 이와 같은 주거지원정책은 당사자들이 이용기간 종료 후 지역사회를 떠돌아다니거나 쉼자리 재입원하는 구조적 문제를 만들고 있음. 이러한 문제에 대응하기 위하여 서울시는 자체 조례 제정을 통하여 지원주택을 정신질환자에게 공급하는 정책을 시행할 예정으로 있음.
- 그리고 선발국가들과는 달리 당사자가 생활상의 정신적 위기에 봉착하였을 때 일시적으로 입원하지 아니하고 보호받을 수 있는 공간이 없음.
- 종합적으로 본다면, 현행 정신건강복지법의 주거지원서비스는 절대적으로 공급량이 부족하며, 공동생활가정이나 입소생활시설은 이용기간을 제한하고 있으나 그 후속대책이 미흡함. 그리고 정신의료기관이나 정신요양시설에서 지역사회로의 이동을 체계적으로 지원하는

체계가 결여되어 있으며 지역사회 생활에서 경험할 수 있는 일시적 위기상황에서 보호할 수 있는 체계가 존재하지 않음.

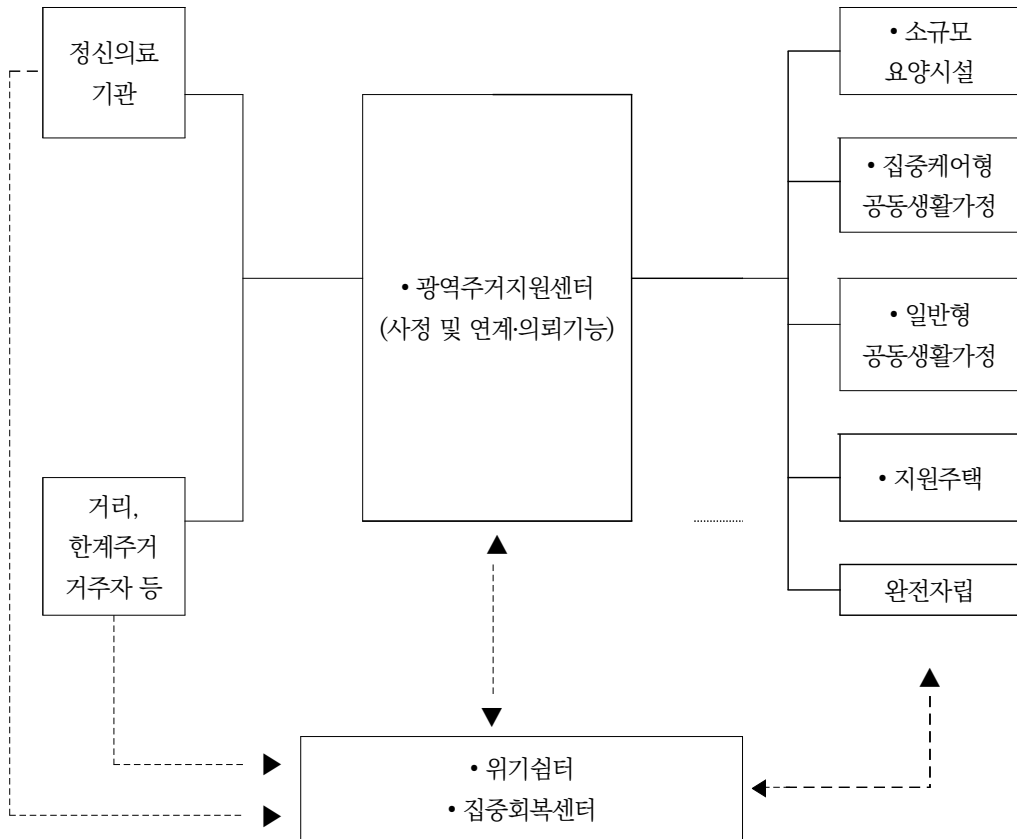
□ 과도적 주거지원서비스 개편방안



- 주거지원체계의 개편방향은 먼저 첫째, 이용자의 다양한 욕구, 기능 그리고 지원체계의 상황에 따라 주거형태를 다양화하고 둘째, 전체 주거지원체계를 연결하고 조정하는 체계를 수립 하며 셋째, 정신요양시설은 소규모 집중케어기능을 가진 시설로 재편하는 것임.
- 먼저 정신의료기관 퇴원자, 한계주거 거주자 그리고 거주할 곳이 없는 정신장애인은 전환 시설에서 일시적으로 거주함. 이 기간 중 광역단위 주거지원센터는 욕구, 기능 그리고 가족 등 지원체계의 상황에 따라 거주지를 찾아 의뢰함. 의뢰할 거주지는 소규모 정신요양원, 집중 케어형 공동생활가정, 일반형 공동생활가정 그리고 지원주택 등으로 다양화함.

- 현행 체계에서 이용기간 제한을 두고 있는 공동생활가정은 케어의 필요에 따라 이용기간의 제한이 없는 집중케어형 공동생활가정과 지원주택으로 이동이나 자립을 목표로 하는 일반 공동생활가정으로 세분화함.
- 그리고 정신의료기관에서 퇴원후 회복을 위한 지원이 더 필요한 사람이나 소규모 정신요양원, 집중케어형 공동생활가정, 일반형 공동생활가정 그리고 지원주택 등 거주자가 회복을 위한 지원을 받을 수 있는 집중회복센터와 지역사회 거주자가 일시적 위기를 극복할 수 있도록 휴식과 지지를 제공하는 위기쉼터를 설치함.
- 소규모 요양시설은 이용인원이 30인이 넘지 않도록 하며 집중케어를 제공할 수 있는 인력을 배치함. 기존 정신요양시설은 개방체계하에서 공동생활가정, 직업재활시설 그리고 지원주택으로 활용될 수 있도록 전환계획을 수립함

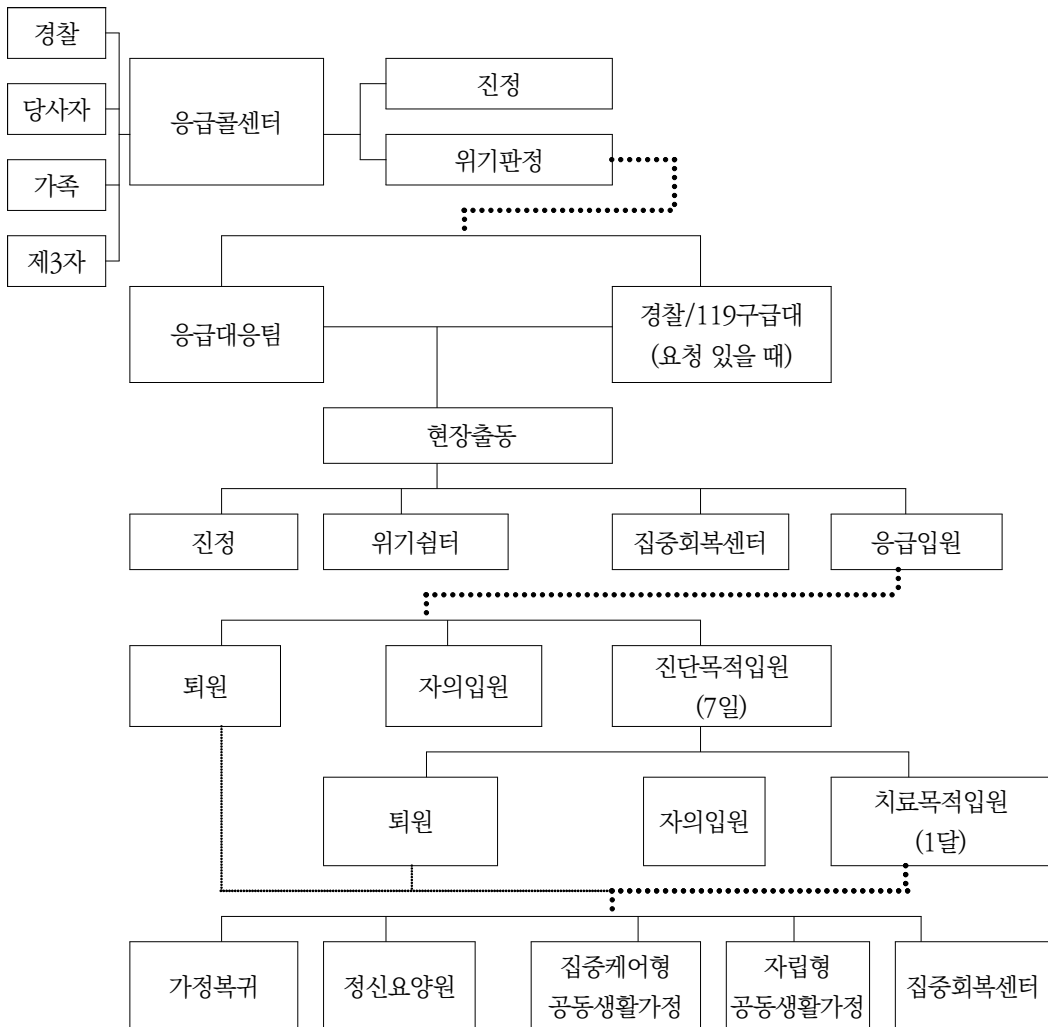
□ 장기적 주거지원서비스 개편방안



- 장기적인 주거지원체계는 더욱 단순한 구조로 이행함. 즉 단기입원중심의 정신건강복지체계가 수립되면 퇴원자의 이전 지역사회 지원체계가 소실되기 않기 때문에 거주장소를 찾기 위해 머무르는 전환시설(하프웨이하우스)의 기능은 축소되거나 폐지될 수 있음.
- 단기입원중심의 정신건강복지체계에서는 전환시설에 대한 욕구가 감소하는 반면, 지역사회에서 위기에 대응하고 회복을 도모하는 위기쉼터 혹은 집중회복센터의 수요가 높아지기 때문에 전환시설은 집중회복센터나 위기쉼터로 전환을 할 수 있음

6. 위기서비스체계

■ 급성기 정신질환자에게 제공될 정신건강복지서비스 흐름도



정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론회

- 위기상황에 있는 당사자나 이를 발견한 경찰, 가족 그리고 제3자가 응급대응(콜)센터로 연락하는 경우, 지원이 필요한 위기라고 판정이 되면 상황에 따라 광역단위의 응급대응팀과 경찰/119구급대가 현장으로 출동함.
- 현장출동으로 위기가 해결되지 않는 경우, 의료적 지원보다 일시적 보호를 위한 문제에 대해서는 위기쉼터로 의뢰함.
- 의료적 지원의 필요가 있는 경우 당사자가 동의한다면 집중회복센터로 의뢰되며, 당사자가 의료적 지원의 필요에도 불구하고 동의하지 않는 경우 비자의입원의 형태로 응급입원토록 지원함.
- 응급입원후 지속적인 입원치료의 필요성이 명백한 경우 진단목적입원에 의뢰할 수 있으며, 진단결과에 따라 치료목적입원으로 전환할 수 있음.

■ 퇴원 후 또는 급성기 이후 지역사회에 통합되어 생활하는 것을 지원하는 서비스

퇴원 또는 급성기 이후의 정신질환자의 주거형태					
가정	주거제공 목적의 기타 정신건강서비스 제공시설				
	정신요양원	집중케어형 공동생활가정	자립형 공동생활가정	집중회복 센터	지원주택
<ul style="list-style-type: none"> • 일상 가정으로 복귀 	<ul style="list-style-type: none"> • 거동이 불편하여 혼자서 일상생활을 하기가 어렵고, 돌아갈 가정이 없는 정신질환자의 장기주거 	<ul style="list-style-type: none"> • 본인의 필요에 따라 다양한 형태의 장기주거를 지원받을 수 있는 공간 	<ul style="list-style-type: none"> • 완화된 지원을 받으면서 주거지원을 받으면서 일상으로의 복귀를 준비 • 주거 기간은 1년 단위로 함. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2~3 개월 일시적으로 거처하는 곳 • 생활기능회복, 재활, 회복을 하는 공간 	<ul style="list-style-type: none"> • 본인이 직접 공공임대주택을 계약하고 일정한 서비스를 받으면서 자립
↑↓					
<ul style="list-style-type: none"> • 개인 맞춤형 직업훈련 • 직업 연계활동 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 본인 및 가족 문제 해결 역량 지원 상담 • 질환 관련 상담 	<ul style="list-style-type: none"> • 본인 및 가족의 위기상황 대응 교육 • 동료지원가 양성 교육 • 동료지원가 리더 양성 	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자의 자조모임 결성 지원 • 당사자 자기옹호, 집단옹호 역량 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 급성기 정신질환자에게 24시간 7일간 일시적인 쉼터를 제공 • 식사, 휴식, 상담을 제공하고, 치료 등을 연계 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신적 문제로 어려움을 겪는 누구라도 이용할 수 있는 자유롭고, 개방적 공간, 그러나 고도의 조직적 환경 지원
직업관련	상담관련	교육관련	자조모임지원	위기쉼터	일상쉼터
재활시설이 제공하는 서비스				기타 정신건강서비스 제공시설	

발제 3. 유엔장애인권리협약 및 선진국의 정신건강서비스 제공 관련 법제의 동향과 우리나라의 과제

한양대 법학전문대학원 교수 제철웅



정신건강증진서비스 정상화 방안의 개요

한양대 법학전문대학원 교수 제철웅

개요

2

01 국내적 배경

02 국제적 배경

03 최근 입법안의 문제

04 정신건강증진서비스 정상화 방안

- 우리 사회의 여건
- 윤일규 의원 등 최근 입법안의 문제점
- 윤일규 의원 입법안의 문제점

- 독일의 강제입원 제도
- 미국의 강제입원 제도
- 캐나다, 아일랜드의 강제입원 제도
- 정신질환에 대한 선진국의 정책의 특징

- 정신건강증진서비스 정상화방안의 특징
- 제공되는 정신건강서비스의 내용
- 정신건강서비스 이용에서의 강제를 최소화하는 방안
- 정신건강서비스 이용과정에서 자기결정권 행사의 지원
- 정신건강서비스 제공의 법적 형식
- 정신건강서비스 제공 자원



국내적 배경

1. 국내적 배경

4

■ 정신건강복지법의 기본이념(제2조)을 구체화하기 위해

- 기본이념의 중핵인 지역사회 기반 정신건강증진서비스 확충
- 정신질환자 및 정신건강서비스 이용자들이 개인맞춤형 서비스 이용할 수 있도록 보장
- 강제(강제입원, 강제치료, 강제관리)가 필요한 경우에서조차 이용자의 자기결정권 행사 권장, **강제 최후의 수단으로, 최소한의 범위에서, 최단기간만 작동되도록** 하고,
- 모든 단계에서 동료, 당사자옹호서비스, 권익옹호서비스 제공하여 서비스 제공 과정이 서비스 이용자 친화적으로 이루어지도록 보장함으로써,
- 정신건강서비스 이용에 대한 스티그마를 최소화, 정신건강에 문제가 있을 경우 조기에 서비스 이용할 수 있는 환경 조성, 국민 전체의 정신건강증진에 이바지 하기 위한 것임



02

국제적 배경

- 독일의 강제입원 제도
- 미국의 강제입원 제도
- 캐나다, 아일랜드의 강제입원 제도
- 정신질환에 대한 선진국의 정책의 특징

2. 국제적 배경

6

■ 치료, 재활, 회복은 다학제적 접근 필요하다는 인식, 국제적으로 보편화

→ 동시에 정신건강서비스가 다양하게 제공되고 있음에도 불구하고, 동시에 이용자의 인간으로서의 존엄성, 자기결정권 존중에 기반하지 않은 강제입원, 강제치료는 부작용(인권침해가 필연적으로 수반되어 본인이 느끼는 고통이 트라우마적 수준일 수 있다는 것)이 많다는 경험에 기반, 서비스제공 인권친화적으로 바꿈으로써 자발성 극대화

→ 이를 제도적으로 보장하기 위한 국제적 노력의 일환으로 장애인권리협약 제12조는 자기결정권 존중, 자기결정권 행사 지원 제도화해야 한다고 규정, 인신구속 수반하는 강제입원은 다른 질환과 평등하지 않는 한 장애인권리협약 위반임을 명백히 함(제14조)

2. 국제적 배경

7

■ 치료, 재활, 회복은 다학제적 접근 필요하다는 인식, 국제적으로 보편화

- 선진국은 응급상황에서의 비자의 입원 제외하면, 강제입원 최소화함. 응급상황에서 비자의 입원한 환자에게 자의입원 권고, 본인이 거부하거나 동의하지 않을 때 비로소 짧은 기간만 강제입원 허용, 이 때에도 환자의 옹호와 의사결정지원 서비스를 의무화함으로써 강제입원이 주는 사회적 낙인과 트라우마 최소화
- 장애인권리협약 비준하지 않은 미국(인구 3억 2천)도 정신병원 병상은 4만개 미만, 그 병상도 자의입원 환자가 대부분 차지. 병원입원 기간도 대부분 2주 넘지 않음. 다른 선진국 역시 동일함. 포르투갈은 인구 10만명당 비자의입원환자 수는 6명에 불과(우리나라로 환산하면 3,000명 수준)

2. 국제적 배경

8

■ 치료, 재활, 회복은 다학제적 접근 필요하다는 인식, 국제적으로 보편화

- WHO 역시 종래의 MI 원칙을 폐기하고, 정신질환 행동계획(Mental Health Action Plan 2013-2020) 통해 폐쇄병동의 강제입원 해서는 안되며, 지역사회 기반 치료와 재활, 정신건강 서비스에서의 다학제적 접근 강조
- 당사자의 권익옹호와 자기결정권 행사 지원에 더 많은 비중을 두도록 정신건강정책이 바뀌어야 한다고 권고

2. 국제적 배경

9

■ 치료, 재활, 회복은 다학제적 접근 필요하다는 인식, 국제적으로 보편화

- 동시에 정신건강서비스가 다양하게 제공되고 있음에도 불구하고, 동시에 이용자의 인간으로서의 존엄성, 자기결정권 존중에 기반하지 않은 강제입원, 강제치료는 부작용(인권침해가 필연적으로 수반되어 본인이 느끼는 고통이 트라우마적 수준일 수 있다는 것)이 많다는 경험에 기반하여, 서비스제공을 인권친화적으로 바꿈으로써 자발성을 극대화하고 있음
- 이를 제도적으로 보장하기 위한 국제적 노력의 일환으로 장애인권리협약 제12조는 자기결정권 존중, 자기결정권 행사의 지원을 제도화해야 한다고 규정하고, 인신구속을 수반하는 강제입원은 다른 질환과 평등하지 않는 한 장애인권리협약 위반임을 명백히 함(제14조)

2. 국제적 배경

10

■ 독일의 강제입원제도

	정신보건법(라인란트팔츠 주)	민법
정신질환자가 지자체내 발생 하였을 때 조치	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체의 정신건강과에서 안내, 상담, 약물복용, 심리상담, 재활, 휴식 등의 다양한 서비스 직접 제공하거나 제공 비영리기관 연계 • 매우 다양한 공동체기반정신건강서비스제공기관 (community based mental health service agencies) 	-
응급상황 발생	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체의 정신건강과에서 안내, 상담, 약물복용, 심리상담, 재활, 휴식 등의 다양한 서비스 직접 제공하거나 제공 비영리기관 연계 • 매우 다양한 공동체기반정신건강서비스제공기관 (community based mental health service agencies) 	-

2. 국제적 배경

11

■ 독일의 강제입원제도

	정신보건법(라인란트팔츠 주)	민법
강제입원 필요한 경우	<ul style="list-style-type: none"> • 생명, 신체, 건강, 기타 타인의 중대한 법익이 현재 상당한 정도로 침해될 우려가 있고, 다른 방법으로 그 위험을 회피할 수 없는 경우 강제입원조치가 가능(현재위험이란 정신질환으로 적절 손해가 야기되거나 언제라도 야기될 수 있는 상황 의미) • 지방자치단체가 법원에 강제입원을 신청(신청일로부터 최대한 1주일 이전에 작성된 진단서 첨부, 강제입원이 필요하며, 다른 방법으로는 위험을 회피하기 어렵다는 점 기재하여야 함) • 법원 판결 확정되어야 비로소 입원 가능함. 강제입원 기간 정하되, 그 사이 위험이 없어지면 언제라도 퇴원 시켜야 함. 그렇지 않을 경우 형사 및 민사 책임 부담 	-

2. 국제적 배경

12

■ 독일의 강제입원제도

	정신보건법(라인란트팔츠 주)	민법
응급입원 필요한 경우	<ul style="list-style-type: none"> • 강제입원 요건이 모두 갖추어 졌지만, 위 절차를 다 밟기 어려운 경우 먼저 입원 시키되, 최대 48시간 이내 법원 강제입원 신청 하여야 함 • 법원에서 임시강제입원명령이 내려지지 않는 한 결정 내려지기 전까지 본인은 퇴원 시켜야 함 	-

2. 국제적 배경

13

■ 독일의 강제입원제도

	정신보건법	민법
현재 상당한 정도로 자해 또는 타해의 위험 없지만 치료 필요한 경우	-	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환으로 자살하거나 현저한 자해 할 위험 있고, 정신질환의 조사, 치료를 위해 입원이 필요하지만 본인이 정신질환 등으로 이를 인식하지 못하는 경우 후견인, 지속적 대리인이 후견법원에 신청하여 입원 허가(기간특정하여야 함) 결정을 받은 후 입원시킬 수 있음 늦어도 1년이 지나면 자동 퇴원. 이전에 연장신청이 없었고, 장기 입원이 필요한 경우 최대 2년이 지나면 자동 퇴원시켜야 함. 연장 하려면 다시 신청을 하여야 함. 최대 4년이 넘는 경우는 해당 의사나 의료기관의 감정을 받아서는 안 됨 입원요건이 충족되지 않으면 언제라도 퇴원시켜야 함

2. 국제적 배경

14

■ 독일의 강제입원제도

	정신보건법(라인란트플츠 주)
본인의 권리보호	<ul style="list-style-type: none"> 강제입원의 요건이 충족되지 않았음에도 강제입원을 시키면, 형사 및 민사 책임 추궁할 수 있음 본인의 가족과 후견인에게 통지 법원절차에서 무료로 절차보조인 선임하여 본인의 이익 옹호
	민법
	<ul style="list-style-type: none"> 법원의 결정 이후에 강제입원 가능 강제입원 허가 받았더라도 의 요건이 충족되지 않았음에도 강제입원 시키면, 형사 및 민사 책임 추궁할 수 있음 법원절차에서 무료로 절차보조인을 선임하여 본인의 이익 옹호

2. 국제적 배경

15

■ 미국의 강제입원제도

	정신보건법	의사무능력법 (Mental Incapacity Law)
정신질환자가 지자체에서 발견 되었을때의 조치	<ul style="list-style-type: none"> 지자체의 정신건강과에서 안내, 상담, 약물복용, 심리상담, 재활, 휴식 등의 다양한 서비스 직접 제공하거나 제공 비영리기관에 연계. 매우 다양한 공동체기반정신건강서비스 제공 기관 (community based mental health service-agencies)이 있음 	-
정신질환으로 자해, 또는 타해의 현저한 위험이 현재 또는 임박한 시점에 있을 것으로 인정 되는 때	<ul style="list-style-type: none"> 지자체의 정신건강과에서 안내, 상담, 약물복용, 심리상담, 재활, 휴식 등의 다양한 서비스 직접 제공하거나 제공 비영리기관에 연계. 매우 다양한 공동체기반정신건강서비스 제공 기관 (community based mental health service-agencies)이 있음 	-

2. 국제적 배경

16

■ 미국의 강제입원제도

	정신보건법	의사무능력법
강제입원 절차	<ul style="list-style-type: none"> 위의 요건이 갖추어졌다고 판단될 경우 72시간(뉴욕, 캘리포니아) 또는 48시간(버지니아) 응급입원 가능한 경찰, 지자체 책임자 등에 의한 응급입원 응급입원 기간이 지났지만, 위 요건이 지속되고 또 자의 입원, 자의 치료 거부할 시, 보다 정밀한 진단과 치료 위한 강제입원 결정(캘리포니아의 경우 14일), 먼저 집행, 즉시 강제입원에 대한 심사(사법심사 또는 위원회, 위원회인 경우 법원에 연계되지 않음) 정신질환자의 강제입원만 전문으로 다루는 법원에서 직원(판사이거나 판사에 의해 임명된 전문가)이 3일 이내 직접 본인 대면하여 강제입원 요건이 갖추어졌는지를 대면심문하고 심문 종료 후 즉시 결정. 서면 결정문은 직후 발송함(캘리포니아). 연장 할 때에도 동일한 절차를 거침(연장 기간은 주마다 다름(72시간-14일-14일-30일-100일인 경우, 3개월-6개월인 경우 등) 	-

2. 국제적 배경

17

■ 미국의 강제입원제도

	정신보건법	의사무능력법 (Mental Incapacity Law)
본인의 권리보호	<ul style="list-style-type: none"> 중립적 지위에 있는 응호자가 대면심문 출석. 응호자는 본인의 희망 응호하는 것이 주된 임무임 본인이 거부하지 않고, 가족이 희망하는 경우 대면심문 절차에 참여할 수 있음 	-
정신질환으로 인한 치료 목적으로 입원이 필요하지만 본인이 입원에 대한 의사 결정 하지 못하는 경우	-	<ul style="list-style-type: none"> 후견인이 후견법원 (probate court)에 신청하여 입원시킬 수 있음

2. 국제적 배경

18

■ 캐나다, 아일랜드 강제입원 제도

→ **캐나다**의 많은 주와 아일랜드의 경우 폐쇄정신병원에의 강제입원 없애고, 폐쇄정신병동에 강제입원 당했던 피해자들에게 모두 개인보상 하였음

→ **아일랜드**에서는 자해, 타해의 현저한 위험이 현재 또는 임박하였을 때 정신병원에 강제입원 가능함. 24시간의 진단을 마친 후 진단과 치료 위해 입원이 필요하다고 판단되면 21일 동안 강제입원 시킬 수 있음. 이 때 위원회의 심사 받게 됨. 21일 이후 계속입원이 필요하면 3개월 동안 같은 절차를 거쳐 입원시킬 수 있음

2. 국제적 배경

19

■ 캐나다, 아일랜드 강제입원 제도

→ 캐나다 BC의 경우 정신질환자가 마땅히 갈 주거가 없다는 이유로 정신보건법에 따라 정신 병원에 입원시켜서는 안 됨. 또 병원 약물치료로 회복될 수 없는 어떤 장애(지적장애)가 있는 사람도 정신병원에 입원시켜서는 안 됨

→ 강제입원은 2명의 의사가 진단서를 작성하여야 하는데, 여기에는 정신질환이 있고, 법에서 정해진 병원이나 시설에서 치료 필요하고, 치료와 돌봄, 감독이 없으면 상당한 정도의 정신적 또는 신체적 손상이 초래되거나 자기나 타인의 보호가 되지 않고, 자의로 입원하기에 적절하지 않은 경우(거부하거나 동의할 수 없는 경우) 1개월 간 강제입원이 가능 그 후 계속입원은 1개월-3개월-6개월의 순서임. 3인의 전문가로 구성된 정신건강재심위원회에서 대면심사 하여 강제입원 적법성 확인함. 이에 불복할 경우 법원에 항고할 수 있음



03

최근 입법안의 문제점

- 우리 사회의 여건
- 윤일규 의원 등 최근 입법안의 문제점
- 윤일규 의원 입법안의 문제점

3. 최근 입법안의 문제점

21

■ 우리사회의 여건

- 우리는 국민의 인권을 중요하게 생각하는 나라로, 과거 발생하였던 제도적 인권침해 드러내고 이에 대한 보상조치 적극 나설 만큼 각 정부의 인권존중의식이 낮지 않음
- 21세기 들어서는 발달장애, 치매 겪는 장애인에 대해 시설이 아닌 지역사회 기반 서비스 제공하기 위해 예산 급격히 늘리고 있음
- 그러나 어떤 질한도 본인 의사 반하여 강제입원, 강제치료, 강제관리를 하지 않지만, 유독 정신질환 겪는 사람들에 대해서는 인신의 자유 구속하여, 강제적인 치료를 지속해 오고 있음. 이로써 장애인권리협약 제12조, 제14조, 제15조, 제16조, 제17조 심각하게 위반하고 있음

3. 최근 입법안의 문제점

22

■ 우리사회의 여건

- 강제입원 최소화하고 지역사회 기반 재활과 회복 촉진하기 위해, 강제입원 요건 엄격하게 하여 지역사회기반 치료, 재활, 회복이 가능한 환경을 만들기 위해 정신건강복지법을 개정한 후, 강제입원 비율 급격히 줄었으나 퇴원환자 줄지 않았음. 이는 지역사회 기반 재활과 회복 위한 기반이 없기 때문임
- 자의든, 강제든 정신병원에 장기입원하는 것은 자기결정권 침해가 동반사로 일어날 위험 환경에 노출되는 것이고, 감정과 느낌을 표현하는 생동하는 한 인간으로서 삶을 희생시키는 것이어서 심리적, 정신적 충격이 클 수 밖에 없음. 그런 경험이 있는 사람이 퇴원할 경우 약물 복용과 병원치료 더 기피할 가능성이 높음. 이런 현 상황에서 다시 강제입원, 강제치료, 강제관리 강화하게 된다면 한 인간의 삶 파괴하기에 이르게 될 것임

3. 최근 입법안의 문제점

23

■ 우리사회의 여건

- 강제입원, 강제치료, 강제관리는 **제도적 폭력**이자 **억압**. 이는 어느 한 개인의 잘못이 아니라, 우리 사회 전체가 범하는 **집단범죄, 집단적 잘못**
- 이를 시정하기 위해서는 제대로 된 인간존중의 철학이 있어야 하며, 실천할 의지가 있어야 함. 이런 철학과 의지는 어느 한 순간 갑자기 생기는 것이 아니라, 인권과 권리에 기반하여 제도 개선하여 사회 환경 바꿈으로써 비로소 형성되고 발전할 수 있음
- 지금이야말로 정신질환에 대한 편견에 기반한 각종의 제도적 잘못을 혁신적으로 시정해 나갈 시점. 정신질환 앓는다는 이유로 자유를 박탈당했던 정신장애인에 대한 제도적 보상으로, 나아가 국민 전체의 정신건강 향상 위한 사회개혁 일환으로서, 더 많은 인력과 예산이 최우선적으로 정신장애인 지역사회 기반 재활 회복에 투입되어야 함

3. 최근 입법안의 문제점

24

■ 윤일규 의원 등 최근 입법안의 문제점

- 윤일규 의원 입법안은 유엔 **장애인권리협약 제14조 위반**될 뿐 아니라(이 협약은 헌법 제6조에 의해 국내법과 같은 효력이 인정되기 때문에 적어도 국가는 이를 준수하여야 할 국내법상의 책임이 있음), 의료적 관점에서 보더라도 **세계보건기구(WHO)의 정신건강행동계획 2013-2020에 위반**
- **외래치료명령** 역시 약물복용에 중점을 둔 강제치료라는 점에서는 매우 낙후한 제도로서, 선진국에서는 찾아보기 어려움. Outpatient treatments를 외래치료명령이라고 번역하는 것부터 잘못
- **지역사회 기반 정신건강서비스 이용 어떻게 촉진할 것인가에 대한 관심 없음**

3. 최근 입법안의 문제점

25

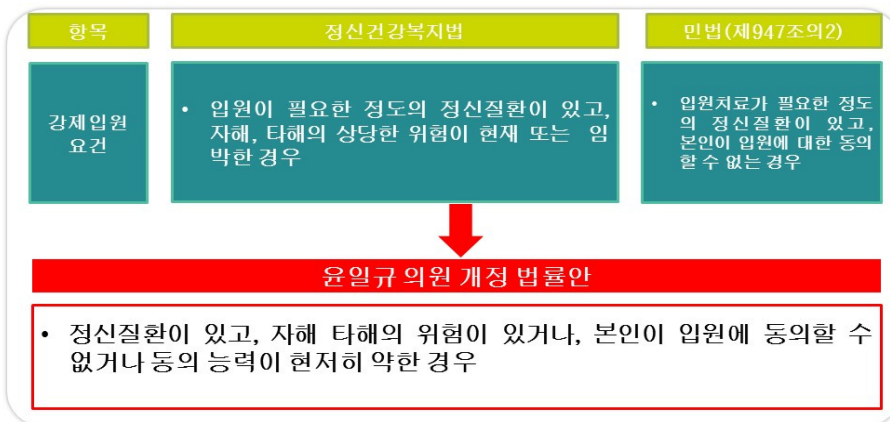
■ 윤일규 의원법안의 문제점

- 윤일규 의원 입법안은 유엔 **장애인권리협약 제14조 위반**될 뿐 아니라(이 협약은 헌법 제6조에 의해 국내법과 같은 효력이 인정되기 때문에 적어도 국가는 이를 준수하여야 할 국내법상의 책임이 있음), 의료적 관점에서 보더라도 **세계보건기구(WHO)의 정신건강행동계획 2013-2020에 위반**
- **외래치료명령** 역시 약물복용에 중점을 둔 강제치료라는 점에서는 매우 낙후한 제도로서, 선진국에서는 찾아보기 어려움. Outpatient treatments를 외래치료명령이라고 번역하는 것부터 잘못
- **지역사회 기반 정신건강서비스 이용 어떻게 촉진할 것인가에 대한 관심 없음**

3. 최근 입법안의 문제점

26


■ 윤일규 의원입법안의 문제점



3. 최근 입법안의 문제점

27

■ 윤일규 의원입법안의 문제점

항목	정신건강복지법	민법(제947조의2)
강제입원 절차	<ul style="list-style-type: none"> 후견인, 보호의무자 	<ul style="list-style-type: none"> 신상 결정이 있는 후견인
		
윤일규 의원 개정 법률안		
<ul style="list-style-type: none"> 배우자, 4촌 이내의 친족, 동거인, 신상 결정 권한 있는 후견인 		

3. 최근 입법안의 문제점

28

■ 윤일규 의원입법안의 문제점

항목	정신건강복지법	민법(제947조의2)
강제입원 흐름	<ul style="list-style-type: none"> 진단목적의 입원(기간 정함이 없으나 기간은 응급 입원 기간 초과할 수 없다고 보아야 할 것임) 정확한 진단을 위한 입원(최대 2주일) 치료 위한 입원(최초입원일로부터 최대 3개월) 최초 입원일로부터 1개월 내에 입원적합성 심사위원회에서 입원의 적법성을 심사함. 적법하지 않다고 판단되면 즉시 퇴원시켜야 함 계속입원(3개월-6개월-6개월). 이 때 정신건강심의위원회의 결정 거침 	<ul style="list-style-type: none"> 가정법원에 신청하여 입원병원 및 입원기간 정한 허가를 먼저 받아야 함 허가 심판이 확정된 후, 정신병원에 입원 시켜야 함

3. 최근 입법안의 문제점

29

■ 윤일규 의원입법안의 문제점

항목	정신건강복지법	민법(제947조의2)
	강제입원 흐름	
	↓	
	윤일규 의원 개정 법률안	
	<ul style="list-style-type: none"> • 2주의 진단을 위한 입원 • 계속입원 필요하다고 판단할 경우 2주가 지나기 전에 가정법원에 계속입원 심사 청구 • 가정법원은 심사 청구가 접수된 때로부터 2주일 이내 심문기일 정함 • 심문 후부터 결정이 고지될 때까지 계속 입원 시킬 수 있음. 결정에 대해서는 불복 가능하기 때문에 결정이 확정되지 않았다면(확정은 고지 후 2주일이 지나야 함) 그 기간이 지나서야 확정됨. 결정을 1개월 이내로 수정하였지만, 훈시규정으로 해석할 여지가 있음. 그렇지 않더라도 가사소송법체계 때문에 기간 해석이 달라질 수 있음.가장 큰 문제는 계속입원의 기간을 법으로 정한 것이 없음. 	

3. 최근 입법안의 문제점

30

■ 윤일규 의원입법안의 문제점

항목	정신건강복지법	민법(제947조의2)
문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 입적심의 대면심사가 강제되지 않았다는 점 • 입적심 심사기간 1개월은 인신구속의 위험성에 비해 너무 길다는 점 	
	↓	
	윤일규 의원 개정 법률안	
	<ul style="list-style-type: none"> • 가정법원은 당사자 보호를 위한 목적으로 활동하는 기관인데, 타해 방지 목적의 강제입원 관할권도 가짐으로써 인신보호법에 따른 구제절차 무력화 • 자해, 타해의 상당한 위험이 현재 또는 임박하지 않았지만 치료가 필요한 경우 먼저 후견인의 신청에 의해 가정법원의 허가를 얻어야 하는데, 이 법률안은 민법 개정 없이 민법 규정 무력화 • 강제입원을 쉽게, 오랫동안 하려는 것이 이 법률안의 주된 입법목적임이 드러남 • 장애인권리협약 제14조, 헌법 제11조에 위반되는 매우 위험한 규정, 가정법원 비롯한 사법부 명성에 악영향 끼칠 법률안임 	



04

정신건강증진 서비스 정상화 방안

- 정신건강증진서비스 정상화방안의 특징
- 제공되는 정신건강서비스의 내용
- 정신건강서비스 이용에서의 강제를 최소화하는 방안
- 정신건강서비스 이용과정에서 자기결정권 행사의 지원
- 정신건강서비스 제공의 법적 형식
- 정신건강서비스 제공 자원

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

32

■ 정신건강증진서비스 정상화 방안의 특징

→ 정신건강서비스를 **약물복용**이라고 인식하던 **낮은 패러다임**을 버리고, 안정된 주거와 휴식, 직업, 자기와 가족의 문제에 대응할 수 있는 역량을 키우기 위한 상담과 교육, 여가 역시 정신건강서비스이며 **치료(treatments)**이며, **약 복용은 수많은 치료(treatments)=정신건강서비스의 일부**라는 관점 채택하고,

→ 정신건강서비스 이용자의 개인적 욕구와 필요성을 기준으로 **개인 맞춤형 정신건강 서비스**가 제공되도록 보장하고,

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

33

■ 정신건강증진서비스 정상화 방안의 특징

- 정신건강서비스의 이용을 '강제' 하는 것은 언제나 최후의 수단으로, 필요한 범위에서 최소한, 최단기간만 적용되도록 하며, 정신건강서비스 이용자가 현재 또는 임박한 현저히 위험한 단계 벗어나는 즉시 본인의 선택에 따라 병원에서 나와 지역사회 기반 재활과 회복 받을 수 있게 보장하며,
- 모든 정신건강서비스 제공과정에서 겪는 고통이 전달되고 해결될 수 있도록 하며,
- 나아가 정신건강서비스 이용자가 의학적 관점에서 완치 또는 상당한 정도로 회복되지 않더라도, 일상생활을 할 수 있는 단계에 접어들면, 본인의 희망에 따라 정신건강서비스 제공자로 복귀할 수 있도록 보장함으로써, 정신건강서비스 이용에 편견과 차별, 사회적 낙인을 최소화하는 것을 중심으로 마련되었음

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

34

■ 정신건강서비스 이용자란

- 정신건강복지법에 규정된 정신질환자
- 정신건강에 문제가 있다고 느끼는 사람
: 정신건강복지법에 따른 서비스(약물복용, 상담, 재활, 직업훈련, 동료지원, 권익옹호 등등)를 제공받을 수 있는 주체의 범위를 확대함

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

35

■ 정신건강서비스 제공자란

- 정신질환의 경험이 있는 동료, 당사자옹호서비스제공자, 권익옹호서비스 제공자, 본인이 지정하거나 법에 의해 규정되어 지원과 감독을 받는 보호자
- 정신건강전문요원, 정신건강사회복지사
- 정신건강전문의, 정신건강간호사
- 심리상담사

: 등이 다학제적 협력 체계에 기반하여, 각 기관에서 각자의 전문분야마다 자기 책임 하에 직무 수행하되, 각 기관이 제공하는 전체 서비스과정에서는 평등하게 의사결정과정에 참여하는 것을 보장함으로써 역할의 차이가 사회적 신분이나 상하의 차이로 전락하지 않도록 하여 명실상부한 다학제적 협력체계 구축

: 정신건강복지서비스의 제공에 의료진을 비롯한 간호, 심리상담, 사회복지, 동료지원 등 다양한 분야의 사람들이 공동으로 참여하여야 한다는 관점 취함

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

36

■ 제공되는 정신건강서비스의 내용

- **쉼터** : 위기쉼터(급성기 휴식과 요양, 필요한 경우 치료와의 연계를 위한 공간), 일상생활 쉼터(식사와 휴식, 레크레이션, 취미활동, 사교 등)
- **응급대응서비스** : 자해, 타해의 위험이 있다고 판단되는 상황에 개입하여 상황을 진정 시, 당사자가 필요로 하는 서비스 이용할 수 있도록 촉진시키는 역할
- **정신병원** : 급성기 정신질환자의 치료에 집중
- **주거지원서비스** : 거주하는 정신건강서비스 이용자에게 집중회복센터(병원 또는 위기쉼터에서 나와 회복기를 거쳐 지역사회에서 생활할 수 있는 역량을 키우는 최단기 지원 주거시설), 보통지원(병원치료를 받지 않은 채 약물복용, 재활, 회복 지원을 받는 단기 및 중기 지원주택), 단순지원(공동생활가정 등 안정된 주거공간에서 최소한의 지원을 받으면서 장기간 거주할 수 있게 보장하는 것), 장기요양지원 등을 제공

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

37

■ 제공되는 정신건강서비스의 내용

- **재활** : 직업훈련, 직업연계, 정신건강서비스 이용자 및 가족 문제 해결역량 배양을 위한 상담, 정신건강서비스 이용자 및 가족 교육(급성기 위험 행동을 진정시키기 위한 다양한 방법을 포함한 교육) 등
- **당사자옹호서비스** : 정신건강서비스 이용과정에서의 자기결정권 행사를 지원
- **권익옹호서비스** : 정신건강서비스 이용과정에서 직면하는 모든 고충, 권리 및 인권침해에 대응하고, 동료지원활동가를 모집, 교육, 양성하는 서비스

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

38

■ 정신건강서비스 이용에서의 강제를 최소화하는 방안

- **폐쇄정신병동 모두 없애고**, 현재의 매우 위험한 자해, 타해의 위험이 있는 환자를 일시적으로 격리하여 안정을 취할 수 있게 하는 **격리실은 두되**, 그 운영도 지자체장의 감독 하에 두도록 하며, **모든 정신병원엔 일반 병원과 크게 다르지 않은 환경** 하에 운영하도록 함
- 응급입원 이외의 강제입원 절차를 일원화 : 보호의무자의 신청, 동의입원 없애고, 행정입원만 존치. 후견인이 민법에 따라 가정법원의 사전 허가를 받아 본인의 동의를 갈음하여 입원시킬 수 있는 것에는 영향을 미치지 않음(민법 제947조의 2)
- 강제입원 기간의 단축 : 응급입원 또는 급성 상태 안정 및 치료 목적 입원 72시간, 진단목적 입원 7일, 치료목적의 입원기간은 최초 입원일로부터 1개월, 계속입원도 1개월로 각각 단축

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

39

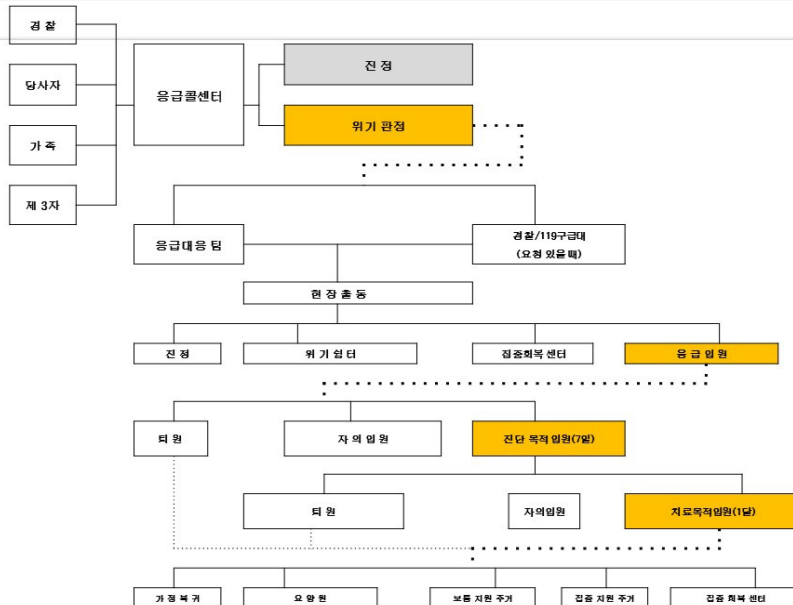
■ 정신건강서비스 이용에서의 강제를 최소화하는 방안

- 강제입원 적합성 판단 : 입원심사소위원회에 상근위원 1인, 비상근위원 1인으로 함께 2인이 직접 본인 대면 하에 치료목적 입원 신청 후 3일 이내 심사 판정. 심사절차에는 반드시 당사자 옹호서비스가 제공되도록 법제화함.
- 외래치료명령을 지역 정신건강서비스 이용 명령으로 변경
- 강제입원, 지역정신건강서비스 이용명령이 필요한 시점에서도 본인은 자의입원, 자의 이용을 선택할 수 있게끔 서비스 이용환경 개선
- 이 모든 절차에 보호자만이 아니라, 당사자옹호서비스의 지원 받을 수 있게 함

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

40

■ 흐름도



4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

41

■ 정신건강서비스 이용과정에서 자기결정권 행사의 지원

- 본인이 선택하고 등록한 보호자가 의사결정과정에 참여하여 본인을 지원할 수 있도록 함 (단, 미성년자는 예외). 본인은 보호자가 어떻게 의사결정 지원해야 할지 미리 정할 수도 있음.
- 강제와 관련된 조치에는 당사자옹호서비스를 제공하도록 함으로써 본인의 의사 확인, 본인의 자기결정권이 존중될 수 있도록 지원하는 이중의 안전장치 마련
- 정신건강서비스 이용과정에서 경험하는 모든 고충은 권익옹호기관에 연락하여 상담, 조사, 지원이 가능하도록 하여
- 정신건강서비스 이용과정에서 인권이 침해될 소지 없애고, 본인이 자기결정권 행사할 수 있게 최대한 지원함으로써 정신건강서비스 이용으로 낙인이나 트라우마를 겪는 것 최대한 방지

4. 정신건강증진 서비스 정상화 방안

42

■ 정신건강서비스 제공의 법적 형식

- 권리로서의 정신건강서비스 이용청구권 : 정신질환자로서 개인적으로 지원이 필요한 사람에게 권리 인정
 - 국가 및 지방자치단체의 책임으로서 제공되는 서비스 : 정신건강복지법 제3조의 정신질환자가 아니라 하더라도 정신건강에 문제가 있는 모든 사람이 이용할 수 있는 정신건강서비스는 국가와 지방자치단체가 재원이 확보되는 범위에서 제공
- : 위 두 가지 형태로 정신건강서비스가 제공되도록 함. 앞의 것은 필수적으로 제공, 뒤의 것은 예산 범위에서 제공할 수 있는 것임

■ 정신건강서비스 제공 자원

- 약물치료 및 입원치료 : 건강보험, 의료급여, 병원만이 아니라 지역 정신건강서비스 중 약물치료의 경우도 이 재원에서 제공. 종전과 동일
- 기타 정신건강서비스 중 당사자의 권리인 부분 : 기존의 사회복지재원(기초생활보장법, 중앙정부 및 지방정부의 복지예산, 장기요양보험 등)은 그대로 활용. 탈정신병원으로 발생하는 의료급여 절약분, 사회적 약자의 정신건강증진을 위한 별도 재원(최상위 계층의 개인에게 부과되는 소득세 중 5% 이내의 범위에서 매년 일정 부분) 정신건강서비스 정상화 기금으로 조성, 필요한 재원 마련함
- 국가와 지방자치단체의 책임으로 제공되는 서비스 : 기존과 마찬가지로 국가의 사회복지 예산으로 충당
- 사회적 약자의 정신건강증진을 위한 별도 재원의 관리 : 필요한 예산의 비율, 배분 등에 관하여는 독립된 예산배분위원회를 설치하여 심의 거쳐 확정하도록 함.

우리의 철학

- ✓ 정신질환에 대해 부끄러움을 느끼지 않도록 사회환경을 개혁 하여야 하고, **No Shame!**
- ✓ 정신질환에 걸린 것을 비난하지 말고, 한 사람을 정신 질환에 걸리게 만드는 사회 환경을 성찰하여 개혁해야 하며, **No Blame!**
- ✓ 정신질환의 예방과 치료, 회복을 어느 한 사람의 탁월한 역량, 우수한 전문성에 기대하지 말고, 평범한 모든 사람이 평등하게 힘을 합쳐 지원할 수 있는 환경을 만들어야 한다. **No Fame!**

- No Shame, No Blame, No Fame!의 철학에 기반함

정신건강복지법 개정 방향

1. 국민의 정신건강증진을 위한 구체적 조치를 도입

(1) 취지

국민의 정신건강증진은 정신건강복지법의 가장 중요한 목표의 하나임. 국민의 정신건강 환경이 정신질환을 발생시키는 중요한 요인이 되기 때문에 국민의 정신건강 환경을 개선하는 것이 정신질환 예방을 위해 효과적임. 그런데 국민의 정신건강은 경제, 문화, 교육 등 다방면에 걸친 것이므로, 정신건강복지법 차원에서 모든 것을 망라할 수는 없음. 그럼에도 불구하고 정신건강 복지법 차원에서 국민의 정신건강 증진을 위한 구체적 조치를 도입할 필요가 있음.

(2) 내용

지역 정신건강복지센터의 기능에 국민의 정신건강증진을 위한 대책(생애주기별 또는 대상자별 목표 계층에 대한 정신건강증진사업의 추진)을 포함시키고(찾아가는 서비스), 정신건강복지법상의 정신질환자가 아니라 하더라도 일반 국민으로 정신 건강에 문제가 있다고 여겨지는 사람이 개방적이고 자유로운 그러나 고도의 조직적인 환경에서 치유를 경험할 수 있는 공간으로 일상쉼터를 제공할 수 있도록 함(찾아 오게 하는 서비스).

2. 정신질환 당사자의 지위 강화

정신건강복지법 제2조의 기본이념을 실현하기 위해 정신질환자의 당사자의 지위를 강화할 필요가 있음. 이를 위해

(1) 정신질환자의 자기결정권 존중과 의사결정지원 강화

- 자기결정권 존중을 제도화하는 것(가령 사전의료지시서, 사전요양지시서 등의 등록제도)
- 정신건강서비스에 대한 고충을 전달할 수 있도록 함(정신장애인 권익옹호기관의 신설)
- 정신건강서비스 이용과정에서 본인이 정한 의사결정지원자(본인이 선택한 사람으로 법률에 따른 자격요건을 갖춘 사람)의 조력을 받을 수 있도록 하는 것
- 정신질환 당사자 자조모임, 네트워크의 결성에 국가와 지방자치단체는 재정지원을 강화하여 자기옹호, 집단옹호를 제도적으로 가능하도록 함.
- 정신병원 입원 또는 강제입원, 강제치료, 강제관리를 받는 대상자의 의사결정지원을 위해 당사자옹호서비스를 제공함.

(2) 정신질환자에게 지역사회 기반 치료, 요양, 재활, 자립지원을 가능하게 하여 차별과 낙인 없는 치료, 재활, 회복을 지원함

- 현행 정신건강서비스가 정신의료기관, 정신요양원, 정신재활시설로 단순화되어 있는데, 정신질환자의 개인적 욕구를 충실히 반영하기 위해 정신의료기관, 집중회복센터(급성기 질환자 또는 퇴원 질환자가 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 위한 역량 강화를 위해 단기간(최장 2~3개월) 체류하면서 치료, 휴식, 재활, 회복을 지원하는 기관), 정신재활시설, 기타 정신건강서비스 제공 시설로 다변화함.
- 정신건강서비스 제공에 대한 국가와 지방자치단체의 책임을 강화하여, 자기 돌봄이 어려운 정신질환이 있는 사람이 지역사회에서 타인의 도움을 받으면서 독립생활이 가능할 수 있도록 주거공간과 지원인력을 확보하도록 함.

(3) 정신질환자의 국가와 지방자치단체에 대한 사회보장급부 청구권을 신설

- 정신질환으로 1개월 이상의 치료 또는 요양이 필요한 사람은 누구라도 본인이 거주하거나 거주할 지역에서 타인의 지원을 받아 독립하여 생활할 수 있게 해 줄 것을 지방자치단체의 장에게 청구할 수 있게 함.
- 이 경우 지방자치단체의 장은 신청자에게 필요한 주거공간, 지원 등을 조사한 후 필요한 지원을 제공하여야 한다. 지원이 필요하다고 판단한 경우 신청 후 지원 제공까지의 기간 동안에 소요된 경비는 실비변상하여야 한다. 지방자치단체의 장의 결정에 대해서는 언제든지 불복할 수 있다. 불복은 행정심판과 행정법원 두 가능성을 모두 인정하되, 손해배상청구의 형식을 경우 민사법원에 제소하는 것도 가능하도록 함(지방자치단체의 의무위반에 대한 불복절차의 일반 원칙).

(4) 정신병원을 비롯한 정신건강 서비스 제공자의 자격요건을 강화하여, 서비스 이용자의 인권을 존중하는 것에 소홀함이 없도록 함.

- 정신병원의 장과 직원은 인권교육을 이수하여야 한다.
- 정신병원 이외의 시설은 다음 요건을 정관에 규정한 법인으로 이 법의 취지를 실천할 수 있는 의지가 있는 기관에 위탁하여야 한다. 다만 적당한 사단법인이 없는 경우에는 지방자치단체가 그 공무원을 채용하여 직영하여야 한다.
 - : 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있어야 하며
 - : 법인이 운영하는 모든 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 불문한다)에는 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영하여야 한다.

3. 정신질환 치료환경의 개선

- (1) 폐쇄병동의 폐쇄를 큰 원칙으로 함. 중증 정신질환자를 위한 격리실은 둘 수 있음. 이에 관한 것은 정신병원에 관한 규정에서 두도록 함. 정신병원에는 대신 격리공간을 둘 수 있도록 하지만, 격리공간에 입원시키기 위해서는 현재 위험한 행동을 하고 있고, 다른 방법으로는 위험행동을 저지할 수 없는 경우여야 하며, 이에 관하여는 지방자치단체의 감독을 받도록 함.
- (2) 급성기 정신질환자에 대한 조기개입이 가능하도록 함으로써 본인의 보호만이 아니라 가족 및 제3자의 보호에 만전을 기하도록 함. 이를 위해 응급대응 시스템을 강화하도록 함: 24시간 운영하는 응급콜센터, 응급대응팀이 급성기 정신질환자에게 접근하여 진정시키거나 본인의 욕구에 맞게끔 필요한 다양한 정신건강서비스를 이용할 수 있도록 지원함(위기센터, 집중 회복센터, 응급입원 등). 이 때 서비스 제공기관까지 이송책임을 지도록 함. 정신질환으로 인해 자해, 타해의 위험이 있다고 판단하는 사람은 누구라도 응급대응팀에 요청할 수 있고, 응급대응팀은 출동할 의무를 부과함.
- (3) 강제입원 절차의 강화: 정신질환에 대한 치료가 필요하다고 판단됨에도 불구하고 자의입원 치료를 받기를 거부하는 자로서 다음 각호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 1개월을 한도로 비자 의입원 치료를 받을 수 있다.
 - 6개월 이내 자살, 중대한 자해, 타인에 대한 폭행, 상해 기타 유사한 위험성을 보인 전력이 있고,
 - 강제입원 치료 이외에는 치료 가능성이 없다고 판단되는 경우여야 함.
이 때 위 두 요건 중 어느 하나라도 충족되지 않은 경우 언제든지 퇴원시켜야 함. 본인은 불법감금을 이유로 구제신청, 손해배상청구 등을 할 수 있음,
 - 강제입원은 응급입원 72시간, 진단-치료 목적의 입원 7일(최초입원일로부터), 치료 목적의 입원 1개월(최초 입원부터)로 단축하고,
 - 치료목적의 강제입원이 필요하다고 판단할 경우에는 신청 후 3일 이내에 입원적합성심사 위원회의 대면 심사를 받아 결정하도록 함.
 - 모든 강제입원에는 보호자만이 아니라 당사자옹호서비스 제공기관의 본인 대면이 가능하도록 하고, 입적심 절차, 인신구제법상의 불복절차에서 본인을 지원할 수 있도록 함.
- (4) 자의입원이라 하더라도 정신병원에는 1개월 이상 입원할 수 없는 것을 원칙으로 함. 다만, 다음 요건 중 어느 하나를 갖춘 경우 예외로 함.
 - 정신질환 이외의 다른 질환이 있어서 그 질환의 치료에 입원이 필요하고, 정신질환치료가 부수하는 경우

- 병원에 입원하지 않고는 정신질환의 치료가 사실상 불가능하다고 판단되는 경우
- 기타 보건복지부령으로 정하는 경우

4. 정신병원 강제입원을 엄격하게 함으로써 생길 수 있는 가족 및 국민의 우려 해소

응급대응팀은 24시간 7일 동안 근무하도록 하고, 연락을 받고 위기개입이 필요하다고 판단한 경우 즉시 현장에 출동하도록 의무화하고, 경찰 또는 119 구급대에 지원을 요청할 경우 이들이 이를 거부할 수 없도록 하고, 이 의무를 위반하여 본인, 가족, 제3자에게 손해가 발생한 경우 국가 및 지방자치단체, 법적 요건이 충족될 경우(고의 또는 중대한 과실로 현장 출동을 지체한 경우) 응급대응팀, 경찰 또는 119 구급대 개인도 필요한가 최소한 민사상의 손해배상책임을 지도록 규정함으로써 인력부족의 빌미로 국민의 보호에 소홀함이 없도록 함.

5. 예산지원을 법정화

- 인구 3억 2천만명의 미국은 정신병상이 39,000 여개에 불과하고(인구 10만명당 병상 12개), 포르투갈은 인구 10만명당 병상이 6개에 불과함. 현행 정신건강복지법상의 강제입원요건을 준수하고 동법 제2조의 기본이념만 존중하더라도 정신병상은 5,000개 이하로 대폭 감소될 수 있을 것임. 그러나 정신병원 병상이 줄지 않는 이유는 지역사회 기반 치료, 재활, 회복이 가능하도록 하는 체계가 아직 미비하고, 당사자옹호서비스를 비롯한 권익옹호서비스 제공이 없기 때문임. 정신건강복지법 개정으로 지역사회 기반 치료, 재활, 회복의 방향을 구체화하면 정신병원 병상은 현재의 10% 이하로 줄 것으로 예상됨. 그 경우 정신병원에 지급되는 현재의 의료급여액의 90%가 남게 됨. 의료급여 예산은 정부의 일반예산에서 나오기 때문에 그 감축액을 지역사회 기반 치료, 재활, 회복에 투입할 수 있음.
- 그러나 초기에는 정부의 별도 예산을 투입하여 지역사회 치료, 재활, 회복 기반을 구축할 필요가 있음. 국민 간의 큰 소득격차도 정신건강 악화 환경 중의 중요 요인이 되기 때문에 국민 중 최상위 소득세 납세의무자가 납부하는 소득세 중 5% 이하의 범위의 조세수입을 정신질환자의 정신건강증진에 사용하게 되면 상생의 정신을 구현할 수 있게 되어 정신질환자만이 아니라 국민 전체의 정신건강증진에도 크게 기여할 수 있을 것임.
- 지난 25년간 강제입원의 피해를 입은 정신질환자에 대한 집단적 피해보상 차원에서도 국가가 이런 방식으로 재정지원을 의무화할 필요가 있음.

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안

제안이유

- 정신질환자에 대한 오랜 치료에도 불구하고 수년간, 또는 수십년간 정신병원 또는 정신요양 시설에 감금되어 약물치료를 받고 있는 사람이 적지 않음. 이들은 거동이 가능하지만 정서적, 감정적 생동감을 상실한 채 인간성을 박탈당하고 있음.
- 정신질환은 개인이 감당하기 어려운 극심한 정신적 스트레스 상황에 직면할 때 발병할 개연성이 더욱 높기 때문에, 그러한 환경에 노출되지 않도록 하거나 그런 환경에 노출되더라도 정신적 스트레스를 완화시켜 줄 다양한 방안을 마련함으로써 정신질환의 발생을 예방하는 것이 중요함. 설사 정신질환이 발병하였다 하더라도 조기에 치료를 받고 또 정신질환자가 노출된 주변의 사회적 환경을 개선하게 되면 치료될 확률이 훨씬 높아짐. 이런 이유 때문에 정신질환은 예방, 조기개입과 조기치료가 중요한 질병임.
- 우리나라는 극심한 경쟁, 낙오자에 대한 사회적 외면, 낯선 것에 대한 거부와 기피 등의 사회현상으로 인해 정신적 스트레스를 받는 사람이 많은데, 특히 정신질환자에 대한 사회적 편견과 외면은 심각한 상태임. 감옥을 연상하게 하는 폐쇄병동에서의 정신질환치료, 수 십년간 입·퇴원을 반복하면서 사회생활을 더 이상 할 수 없는 상태에 이른 만성 정신질환자 등으로 인해 정신질환에 대한 사회적 낙인은 매우 심각한 상태임. 이런 이유로 많은 사람들이 정신질환에 걸리더라도 치료받기를 기피하여 질환이 만성화된 이후에, 그것도 강제적으로 치료를 받게 되어 치료의 효과도 낮고, 열악한 치료환경으로 인해 강제입원 경험이 있는 사람들의 정신병원에 대한 트라우마 역시 심각하여 퇴원 후 질환치료를 더욱 기피하는 악순환을 낳고 있음.
- 만성화 된 상태에서의 강제치료, 장기입원, 치료기피의 악순환의 고리를 끊고자 2016년 개정된 “정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법이라 함)”은 종전의 “정신보건법”의 병원에서의 강제입원, 강제치료의 패러다임을 근본적으로 변화시켜 국민 일반의 정신건강을 증진시키는 것을 최고의 목표로 삼음으로써 정신질환의 예방에 중점을 두고자 하였음(동법 제2조 제1항). 또한 정신질환이 발생하더라도 치료환경을 개선하여 정신질환이 발생하더라도 조기치료를 받을 수 있는 사회환경을 조성하기 위해 지역 사회 치료를 우선시하고, 입원치료가 필요하더라도 자의입원을 우선하며, 강제입원은 엄격한 요건 하에서 최소한도로만 실시하며, 강제입원이 되더라도 최대한 질환자의 인권을 존중하고 본인의 의사결정을 지원하고자 하였음(동법 제2조 2항 이하).

- 그러나 개정 “정신건강복지법”은 시행 당시부터 일부 전문가집단의 반발에 직면하여 시행 자체가 무산될 위기에 처함으로써 개정법의 취지를 실현하기 위한 다양한 후속조치를 취할 기회를 잃어 버렸음. 정신건강복지법의 입법취지를 실현시킬 후속 조치가 없는 상태에서 한편에서는 치료환경의 개선은 거의 이루어지지 않았고, 다른 한편에서는 국민의 높아진 인권의 식으로 정신질환 당사자들은 폐쇄병동에서의 치료에 대한 거부감은 극도로 심화되었음. 이런 사회환경 하에 정신병원에서 강제입원과 강제치료를 받은 경험 있는 일부 극소수 환자에 의한 폭력사태가 발생하기도 하였음.
- 정신질환자에 대한 현재의 정책의 문제는 개정 정신건강복지법의 기본이념을 구현하는 정책이 없기 때문이라는 진단 하에, 동시에 유엔 장애인권리협약의 비준국으로서 동 협약 제14조, 제15조, 제16조, 제17조의 정신을 구현하고, 세계보건기구의 정신건강행동계획 2013-2020(WHO Mental Health Action Plan 2013-2020)의 권고를 참고하여, 정신건강복지법 제2조에 규정된 기본이념을 최대한 구현함으로써 정신질환의 예방, 조기치료, 조기개입을 가능하도록 치료환경을 근본적으로 개선하고, 정신질환에 대한 사회적 낙인효과를 최소화하기 위해 정신질환을 경험한 당사자들의 자조모임과 인권운동을 전면적으로 지원함으로써 정신질환 당사자들의 고유한 권리였으나 그동안 박탈되었던, 의료진과 대등한 의료계약 당사자로서의 권리를 행사할 수 있도록 하여, 간접적으로 정신질환 치료환경 개선에 기여하고자 함.
- 강제입원은 신체의 자유를 보장한 헌법 제12조에 대한 중대한 예외를 두는 것이어서, 헌법 정신에 따라 그 예외를 최소화할 필요가 있음. 그래야만 의료진이 안심하고 치료에 전념할 수 있음. 강제입원을 최소화함으로써 정신질환을 앓고 있는 사람들이 지역사회에서 안전하게 치료와 회복을 할 수 있는 다양한 제도적 장치와 이를 뒷받침할 수 있는 재정방안이 확보될 수 있게 법제화함

☞ 주요내용

- 가. 정신건강복지법 제2조 제1항의 국민의 정신건강증진을 위한 조치를 구체화하기 위해, 정신질환자 개념 이외에 정신건강복지서비스 이용자 개념을 도입하여 이들도 정신건강복지서비스를 이용할 수 있도록 하고(제3조 1의2), 기초 정신건강복지센터의 기능 중 하나로 국민의 정신건강증진사업을 포함시키도록 하며(제3조 제3호, 제15조), 정신건강에 문제가 있다고 생각하는 누구라도 자유롭게, 개방적인, 그러나 고도 조직적인 환경에서 치유의 경험을 할 수 있도록 일상쉼터 서비스를 지역 차원에서 제공하도록 함(제29조의3)
- 나. 치료에서의 자기결정권 존중, 의사결정지원, 정신질환자의 권익옹호 등 정신건강복지법의 기본이념(제2조 제6항 내지 제8항)을 구체화하기 위해, 의료현장에서 정신질환자의 자기

결정권 존중의 내용을 구체화하고(제2조의2), 자발성 없는 보호의무자 개념 대신 당사자의 자발성에 근거한 보호자 개념의 도입, 등록된 사전의료지시서를 통한 자기결정권 행사, 당사자용호서비스제공, 권익옹호기관의 신설 등을 규정함으로써(제40조, 제52조의2) 정신건강서비스 이용자의 권익을 존중하여, 최소한 정신건강서비스 제공자와 대등한 위치에서 치료, 재활, 회복 서비스를 받을 수 있게 보장함.

- 다. 급성기 정신질환자의 개인적 욕구와 필요성에 부합하는 다양한 서비스를 효과적으로 제공함으로써 본인, 가족 및 제3자의 보호에 만전을 기하기 위하여, 24시간 7일 내내 운영하는 광역자치단체마다 지역적 필요성을 충족시킬 수 있는 응급대응센터를 설치하고(제15조), 급성기 정신질환자가 이용할 수 있는 서비스를 응급입원만이 아니라, 위기쉼터, 집중회복센터 등으로 다변화하고(제29조의2, 제29조의3), 각 서비스 제공기관으로의 이송을 응급대응센터가 책임을 지되, 필요하면 경찰, 119 급급대의 지원을 받을 수 있도록 규정함(제50조).
- 라. 지역사회 치료, 재활, 회복의 기반 강화를 실효성 있게 하기 위하여, 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설로 되어 있는 현행의 정신건강증진시설을 정신의료기관, 집중회복센터, 정신재활시설, 쉼터(위기쉼터, 일상쉼터)로 다변화하여 개인별 욕구와 필요성에 따른 서비스가 제공될 수 있게 하고(제3조 6호, 8호), 그 서비스의 내용을 위기쉼터, 지원주택, 직업재활, 상담, 교육 등으로 다양화시키도록 그 기본내용을 법률로 구체화하고(제22조 이하, 제26조 이하), 나아가 이런 서비스 제공을 국가와 지방자치단체의 책임으로 규정할 뿐 아니라 일정 요건을 갖춘 정신질환자의 권리로 규정함으로써(제6조의2). 지역사회 기반 치료, 재활, 회복 서비스의 확충을 위한 법적 장치를 마련함.
- 마. 정신질환자와 가족을 정신건강복지서비스 제공과정에 참여시킴으로써 정신건강복지서비스 제공자로 하여금 당사자에 대한 이해를 심화시키도록 지원하고 동시에 정신질환자와 가족이 경험으로 체득한 정신질환에 대한 대응방법을 유사한 경험을 겪는 다른 정신질환자와 가족에게 전달하여 공동체적 유대를 강화하여 정신질환으로부터의 회복을 촉진하고, 이를 통해 정신질환에 대한 사회적 낙인을 최소화하기 위하여, 정신질환자가 자신과 관련된 정책에 관여할 권리가 있다고 규정하였으나 이를 구체화하는 규정이 없었음. 이에 정신질환자가 국가 정책 수립에 참여하도록 제도적으로 보장하고(제7조 제7항), 정신질환 경험 있는 당사자들이 사회복지서비스 제공과정에 임직원으로 적극적으로 참여하도록 하며(제15조, 제22조, 제24조), 동료지원가 양성을 체계화하여 이들이 정신건강복지서비스 제공자로 참여하게 할 뿐 아니라(제15조 제4항, 제52조의2 제1항 제4호), 정신장애인 단체 및 가족 단체가 정신건강복지서비스 제공자로 참여할 수 있도록 지원함(제38조의2).

바. 정신병원을 일반병원과 거의 동일한 환경을 갖추도록 함으로써 정신질환 치료를 일반질환 치료와 다르지 않게 함으로써 정신질환에 대한 사회적 낙인을 최소화하기 위해, 폐쇄정신 병동을 폐쇄하여(제19조의2) 강제입원이 되더라도 개방병동에 입원하는 것을 원칙으로 하며, 현재의 극심한 자해, 타해의 위험이 있고 그 위험을 막을 다른 방도가 없을 때 한시적으로 격리실에 격리할 수 있도록 하였고(제19조의2), 면회와 통신의 제한은 엄격한 요건 하에 사전 허가를 받도록 하며(제74조), 작업치료라는 명목으로 정신병원에서 강제노동을 하는 관행을 없애기 위해 작업치료는 반드시 외부 재활시설을 이용하도록 하고(제76조), 모든 치료에 본인의 동의를 전제로 하되 위험한 치료 역시 본인의 의사를 확인하고, 당사자옹호서비스를 이용할 수 있게 하였음(제39조, 제40조).

사. 강제입원, 강제치료, 강제관리를 최소화하여 정신질환자의 인권보호에 만전을 기하여 정신 질환에 대한 사회적 낙인을 최소화하기 위해, 입원치료는 자의입원을 원칙으로 하고, 불필요한 자의입원을 줄이고, 본인의 자의입원 의사를 확인하기 위한 방안을 마련하였고(제40조, 제41조), 강제입원의 책임을 가족에게 떠 넘기는 것을 원천적으로 막음으로써 정신질환으로 인해 가족붕괴가 초래되는 현상을 원천 봉쇄하기 위해 보호의무자제도, 보호의무자에 의한 입원제도를 없애고, 강제입원은 모두 지방자치단체의 책임으로 전환하였으며(제43조 삭제, 제44조), 강제입원은 범죄자 아닌 사람을 그것도 영장 없이 인신구속하는 것이어서 헌법 제12조에 대한 중대한 예외이고, 강제입원 경험자가 정신병원과 정신과의사에 대한 트라우마를 겪고 그로 인해 병원치료를 기피할 수도 있기 때문에 강제입원 절차를 엄격하게 할 뿐 아니라, 헌법 위반의 소지를 없애기 위해 강제입원의 기간을 최소화하고(제44조, 제47조), 입원단계를 응급입원, 진단입원, 치료입원, 계속치료입원으로 구분한 후, 진단입원은 7일로 줄이고, 치료입원도 1개월로 단축하였음(제44조). 또한 치료입원 신청일로부터 3일 이내 본인, 권리옹호자, 정신과 의사가 출석하여 입원적합성심사소위원회가 대면조사하여 적법성 여부를 판단하도록 하고, 판단기준에 관하여도 법률에 직접 규정함(제46조, 제47조 개정, 제48조 삭제). 계속입원의 결정도 신청일로부터 7일 이내에 하도록 하였음(제59조). 나아가 외래치료명령제도를 변경하여 자발성에 기반한 다양한 정신건강복지서비스를 이용할 수 있게 지원하되, 본인이 정당한 이유 없이 거부할 경우 2개월의 한도로 지역사회 기반 정신건강복지서비스 이용을 강제하도록 변경하였음.

아. 강제입원, 강제치료, 강제관리를 엄격하게 하고, 최대한 자발성에 근거한 치료, 재활, 회복을 유도하는 정책이 실효성을 거두는 것은 단기간에 쉽지 않은 일일 수 있다는 점으로 인한 국민의 우려를 불식시키기 위해, 응급대응센터, 정신건강복지센터, 119구급대의 신속 대응을 제도화하고, 신속대응을 하지 못함으로써 제3자가 손해를 입은 경우 각 기관을 설치·운영

할 책임 있는 국가, 지방자치단체가 손해배상책임을 지도록 규정함으로써 국민의 안전 보호를 실효성 있게 담보하였음(제44조, 제50조, 부칙 제2조).

자. 지역사회 기반 치료, 재활, 회복을 위한 기반 구축은 예산과 불가분의 관계가 있기 때문에 이를 실현하기 위해, 정신병원 입원환자의 축소로 발생할 의료급여 지원액의 축소분과 최상위의 고소득 개인의 소득세의 일부로 기금화하도록 법제화함으로써 최고고소득자가 정신질환자의 지역사회 통합과 인권환경 개선에 기여한다는 자부심을 느낄 수 있고, 사회통합에도 기여할 수 있게 하며, 예산의 책정과 배분에 정신건강서비스 제공에 이해관계를 가진 여러 집단의 민주적이고 합리적 참여를 보장하기 위해 예산배분위원회를 별도로 설치하여 그 자문을 필수적으로 거치도록 하였음(제82조의2).

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부개정법률안

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부를 다음과 같이 개정한다.

제2조의2를 다음과 같이 신설한다.

제2조의2 (자기결정권존중과 의사결정지원)

① 치료, 입원과 퇴원, 입소와 퇴소에 관하여 정신질환자는 스스로 결정할 수 있는 것으로 추정한다. 정신질환자와 의사소통이 어려울 경우 쉬운 언어, 다른 대체의사소통방법을 활용하더라도 본인의 의사를 확인하기 어렵다는 것이 입증되지 않는 한 그 추정을 깨뜨릴 수 없다.

② 제1항에도 불구하고 스스로 의사결정할 능력이 없다고 판단할 만한 상당한 이유가 있는 때에는 제40조의 옹호서비스제공자가 정신질환자의 욕구, 감정, 선호도, 희망 등을 확인한 경우 이를 정신질환자의 의사로 인정할 수 있다.

③ 이 법에 따르지 않고서는 누구라도 정신질환자의 의사에 반하여 치료, 입원, 입소를 하거나 이를 계속해서는 아니 된다.

제3조 1의2를 다음과 같이 신설한다.

1의2. “정신건강서비스이용자”란 정신건강상의 문제로 일상생활영위에 어려움을 겪는 사람으로서 이 법에 따른 정신건강증진 및 복지서비스(이하 정신건강복지서비스라 한다)를 이용하는 사람을 말한다.

제3조 3호 중 “지역사회에서의 정신건강증진사업 및 제33조부터 제38조까지의 규정에 따른 정신질환자 복지서비스 지원사업(이하 “정신건강증진사업등”이라 한다)을 하는”을 “정신건강서비스이용자가 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 위한 서비스를 이용할 수 있게 연계하는 것을 주된 목적으로 하는”으로 개정하고, 제4호 중 “정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설”을 “정신의료기관, 집중회복센터, 정신재활시설, 쉼터(위기쉼터, 일상쉼터)”로 개정한다.

제3조 제6호를 다음과 같이 신설한다.

6. “집중회복센터”란 급성기 정신질환 또는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자의 치료, 재활, 회복을 위한 정신건강서비스를 다학제적으로 제공하기 위해 제29조의2조에 따라 설치되는 기관을 말한다.

제3조 제7호 중 “정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람(이하 “정신질환자등”이라 한다)의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는”을 “대통령령으로 정하는 정신건강복지서비스이용자의 재활과 회복에 필요한 직업훈련, 상담, 교육, 기타

이 법 제4장에 따른 복지서비스를 제공하는”으로 개정하고, 제8호를 다음과 같이 신설한다.

제6조제2항 중 “의견을 존중하여야 한다.”를 “자기결정권을 존중하여야 한다. 자기결정권을 행사에 어려움이 있는 경우에는 제39조, 제40조에 따른 의사결정지원자의 조력을 받도록 하여야 한다.”로 하고, 같은 조 제3항 중 “정신질환자등이 인간으로서의 존엄과 가치를 보장 받으며 자유롭게 생활할 수 있도록 노력하여야 한다..”를 “정신질환자등의 신체의 자유, 활동의 자유를 제한하거나 박탈하여서는 아니된다. 이를 제한하거나 박탈할 경우에는 이 법에 따른 절차를 준수하여야 한다.”로 하고, 같은 조 제4항 중 “그 보호의무자”는 “ 제39조의 보호자”로 하고, “사항은”을 “사항, 제2항에 따른 의사결정지원자에 관한 사항은”으로 한다.

제6조의2를 다음과 같이 신설한다.

제6조의2 (정신질환자의 사회서비스 청구권)

① 국가와 지방자치단체는 자기 돌봄이 어려운 정신질환자가 지역사회에서 타인의 도움을 받으면서 독립생활이 가능할 수 있도록 상담, 주거공간, 기타 지원 제공 등 정신건강복지서비스를 사회서비스로 제공하여야 한다.

② 정신질환자로서 다음의 요건을 충족하는 사람은 주소 또는 거소가 있는 지역의 지방자치단체의 장에게 타인의 지원을 받으면서 독립하여 생활할 수 있도록 사회서비스를 제공해 줄 것을 청구할 수 있다.

1. 정신질환의 치료 및 회복이 필요한 자로서,
2. 치료와 회복을 위해 주거, 일상생활 수행, 사회생활 수행, 직업의 준비 등을 위한 지원이 필요하고,
3. 자력으로 이를 해결할 수 없는 경우

③ 지방자치단체의 장은 제2항에 따른 신청이 있을 경우 지체 없이 신청자에게 필요한 주거, 일상생활, 사회생활, 직업 준비 등에 필요한 지원을 조사하여 필요한 지원을 제공하여야 한다. 지원이 필요하다고 판단한 경우 신청 후 지원 제공까지의 기간 동안에 소요되었거나 소요되었어야 할 비용도 보상하여야 한다.

④ 지방자치단체의 장은 제2항의 청구권 행사에 따른 의무 이행에 있어서 청구권자의 소득수준, 일상생활, 치료, 영양상의 필요성을 고려하여 비용의 일부를 부담하게 할 수 있다.

⑤ 제3항의 보상의 기준, 제4항의 비용부담의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

⑥ 제2항, 제3항, 제4항에 따른 지방자치단체의 장의 결정에 대해서는 법원에 불복할 수 있다. 그 불복은 정신질환자의 국가 및 지방자치단체에 대한 손해배상청구에 영향을 미치지 아니한다.

제7조 제7항 중 “절차 등에 관하여 필요한 사항은”을 “절차 등을 위한 의사결정을 위한 자문기구(위원회 등 명칭여하를 불문한다)에는 정신질환 경험이 있는 당사자가 5분의 1 이상

참여하도록 보장하여야 한다. 그 밖에 필요한 사항은 ”으로 한다.

제15조 제1항 중 “필요한 지역에서의 제12조제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.”를 “제12조제1항에 따른 사업을 수행하기 위해 국립 정신건강복지센터를 설치·운영하여야 한다.”로 하고, 같은 조 제2항 중 “관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.”를 “응급치료, 응급입원, 기타 응급조치가 필요한 사람에게 적절한 응급 정신건강복지서비스를 제공할 수 있도록 광역 정신건강 응급대응센터를 설치·운영하여야 한다.”로 하고, 같은 조 제4항을 다음과 같이 개정한다.

④ 광역 정신건강 응급대응센터 및 기초 정신건강 복지센터는 다음 각 호의 자격을 갖춘 직원을 필수적으로 채용하여야 한다.

1. 정신건강의학과전문의
2. 정신건강전문요원
3. 사회복지사
4. 정신질환치료의 경험이 있는 당사자로 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 자
5. 기타 상담 자격 있는 자로 보건복지부령으로 정한 자

제15조 제5항 중 “정신건강복지센터”를 “광역 응급대응센터 및 기초 정신건강복지센터”로 하고, 제6항을 다음과 같이 개정한다.

⑥ 제2항, 제3항의 센터는 정관에 다음 각 호의 사항을 규정한 전문성 있는 법인에게 위탁하여야 한다. 이 때 세부절차는 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 정하도록 한다.

1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것
2. 법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우에는 각각)에 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.

제15조 제7항 중 “광역정신건강복지센터”를 “광역응급대응센터”로 하고, 같은 조 제8항 중 “정신건강복지센터의 설치·운영”을 “응급대응센터 및 정신건강복지센터의 설치, 직원채용·보수·교육과 훈련, 기타 운영”으로 한다.

제19조의2를 다음과 같이 신설한다.

제19조의2(폐쇄 정신병동의 금지) ① 병상 있는 정신의료기관은 폐쇄병동을 두어서는 아니 된다. ② 위험한 행동을 할 위험성이 높고, 이를 다른 방법으로 제지하는 것이 현저히 어려운 환자가 있을 경우 그 환자 또는 제3자를 보호하기 위한 격리실은 운영할 수는 있다. 정신질환자를 10분

이상 격리실에 격리하면 지체 없이 관할 지방자치단체의 장에게 보고하여야 한다. 격리실 운영 기준, 감독방안 등은 보건복지부령으로 정한다.

제22조를 다음과 같이 개정한다.

제22조(지원주거시설의 설치·운영)

① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 치료, 재활, 회복에 필요한 지원 정도에 따라 집중지원, 보통지원, 장기요양지원 등의 목적으로 지원주거시설을 설치·운영하여야 한다.

② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지법인(이하 "사회복지법인"이라 한다)과 그 밖의 비영리 법인이 지원주거시설을 설치·운영하려는 경우에는 해당 지원주거시설 소재지 관할 특별자치 시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장의 허가를 받아야 한다.

③ 다음 각 호의 내용을 정관에 규정한 법인이 아니면 제2항의 허가를 하여서는 아니된다.

1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것
2. 법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우에는 각각)에 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.

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 지원주거시설을 운영할 때에는 다음 각 호를 준수하여야 한다.

1. 1인 1실의 독립된 생활의 보장. 단, 부부가 가족생활을 하거나 재활의 필요가 있을 때 2인 1실로 할 수 있다.
2. 출입과 활동의 자유의 보장
3. 사생활의 보장
4. 입소자의 개인적 필요에 따른 지원조치의 보장

⑥ 지원주거시설의 설치기준·수용인원, 종사자의 수·자격 및 지원주거시설의 이용·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제23조를 삭제한다.

제24조의 제목“(정신요양시설의 설치·운영)”을“(지원주거시설의 폐지·휴지·재개 신고)”로 하고, 같은 조 제1항의 “정신요양시설”을 “지원주거시설”로 한다.

제25조의 제목“(정신요양시설 사업의 정지, 설치허가 취소 등)”을“(지원주거시설 사업의 정지, 설치허가 취소 등)”로 하고, 같은 조 제1항 중 “정신요양시설”을 “거주지원시설”로 하며, 같은 항 제3호, 제4호, 제5호, 제6호를 삭제하고, 같은 조 제2항 “정신요양시설”을 “지원주거시설”로 하며, 같은 조 제3항 중 “정신요양시설”을 “지원주거시설”로 하고, 같은

조 제5항 중 “정신요양시설”을 “지원주거시설”로 한다.

제26조 제1항 중 “정신재활시설”을 “정신질환자의 재활과 회복에 필요한 직업훈련, 상담, 기타 교육을 수행하는 정신재활시설”로 하고, 제2항을 다음과 같이 개정한다.

② 국가나 지방자치단체는 정관에 다음 각호의 내용을 규정한 법인에게 재활시설의 설치·운영을 위탁하여야 한다.

1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것
2. 법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우에는 각각)에 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.

제26조 제4항을 다음과 같이 개정한다.

④ 재활시설의 설치·운영의 비용은 허가한 국가 또는 지방자치단체의 장이 부담하되, 제4항의 보건복지부령으로 정한 기준을 충족하여 운영할 수 있는 비용을 보장하여야 한다.

제26조 제5항 중 “위탁운영의 기준·기간 및 방법”을 “비용부담의 기준·위탁기간 및 방법”으로 한다.

제27조 제1항 제1호 “1. 생활시설: 정신질환자들이 생활할 수 있도록 주로 의식주 서비스를 제공하는 시설”을 “1. 주거시설: 주거공간에서 치료, 재활, 회복의 지원이 제공되는 제22조의 지원주거시설”로, 같은 항 제2호 중 “재활훈련시설”을 “재활지원시설”로, 같은 항 제2호 중 “상담·교육·취업·여가·문화·사회참여”를 “직업훈련 및 취업지원, 재활과 회복에 필요한 각종 상담, 정신질환자 당사자 및 가족에 대한 교육과 상담”으로 한다.

제29조의2를 다음과 같이 신설한다.

제29조의2(집중회복센터) ① 국가 또는 지방자치단체는 급성기 또는 회복기 정신질환자의 치료, 재활, 회복에 필요한 다양한 욕구를 충족시키기 위해 지역별로 집중회복센터를 설치하여야 한다.

② 급성기 정신질환자 또는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자는 2개월의 한도로 치료, 재활, 회복을 위해 집중회복센터를 이용할 수 있다. 그 기간은 1회 연장할 수 있다.

③ 집중회복센터에는 정신건강전문의, 정신건강전문요원, 사회복지사, 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 동료지원가 등을 두어야 한다.

④ 집중회복센터의 직원구성, 설치기준, 운영방법, 재정지원 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제29조의3을 다음과 같이 신설한다.

제29조의3(쉼터등) ① 국가 또는 지방자치단체는 정신건강에 문제가 있는 사람의 일시적 휴식과 안정을 위해 쉼터를 설치·운영하여야 한다.

② 쉼터의 종류는 다음과 같다.

1. 위기쉼터: 심한 정신질환 또는 그와 유사한 증상을 겪는 자가 일시적인 안정을 취하기를 희망할 경우 그에게 필요한 숙식, 상담, 휴식을 제공할 수 있는 공간을 말한다.
2. 일상쉼터: 정신건강상의 문제를 겪는 사람에게 동료상담, 여가, 문화활동, 사회참여 등의 활동을 제공하는 공간을 말한다.
- ③ 제2항 각 호에 따른 쉼터의 구체적인 종류, 사업 수행기관, 지원 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제38조의2를 다음과 같이 신설한다.

제38조의2 (정신질환 당사자·가족 단체의 우선지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환을 경험한 당사자 또는 그 가족으로 구성된 단체가 제22조 내지 제29조의2, 제33조 내지 제38조의 복지서비스를 개발·제공하는 기타 정신건강서비스 제공 시설을 운영할 수 있도록 지원하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 제33조 내지 제38조의 복지서비스 제공을 위한 예산계획을 매 5년마다 수립하여야 한다.
- ③ 제1항에 따른 복지서비스 제공에는 정신질환 경험이 있는 당사자가 서비스 제공에 직접 참여하도록 해야 한다. 그 자격요건은 보건복지부령으로 정한다.

제39조를 다음과 같이 개정한다.

제39조(보호자)

- ① 정신질환자의 치료와 요양, 그 목적으로 정신병원 또는 주거지원시설에 입원 또는 입소하는 것, 정신병원 또는 주거지원시설에서 퇴원 또는 퇴소하는 것, 퇴원, 퇴소 후의 치료, 요양, 재활 등에 관한 정보를 얻어 정신질환자의 결정을 지원하기 위해 보호자를 두고 등록하게 할 수 있다.
- ② 미성년 정신질환자의 보호자는 다음 각 호의 순위로 정한다.

1. 친권자

2. 친권자가 없거나 친권자가 정신과 질병 치료에 관하여 친권을 행사할 수 없는 경우 정신과 질병 치료에 관한 있는 미성년후견인

3. 미성년자와 거주를 같이 하면서 실질적으로 돌보는 자 중 지방자치단체의 장이 정한 자. 단, 미성년자의 의사를 존중하여야 한다.

③ 성년 정신질환자의 보호자는 다음 각 호의 순위로 정한다.

1. 본인이 미리 지정한 자

2. 정신질환자와 거주를 같이 하면서 실질적으로 돌보는 자 중 지방자치단체의 장이 정한 자. 단, 본인의 의사에 반하여 지정할 수는 없다.

3. 제1호, 제2호의 자가 없는 경우, 지방자치단체가 지정한 자. 단, 본인의 의사에 반하여 지정할 수 없다.

④ 정신질환자는 본인이 지정한 보호자에게 입원등과 치료, 퇴원 등에 관한 자신의 동의권을 대리 행사하도록 권한을 부여할 수도 있다. 이 때 보호자는 본인의 지시에 좇아 본인의 최선의 이익을 존중하여야 한다.

⑤ 보호자의 지정, 변경, 해임, 보호자의 등록과 증명, 제4항에 따라 보호자에게 부여된 대리권의 증명 등에 관한 세부사항은 대통령령으로 정한다.

제40조를 다음과 같이 개정한다.

제40조(절차보조사업)

① 정신질환자가 이 법에서 정한 정신의료기관에 제44조에 따른 입원(이하 비자의입원이라 한다)을 할 필요가 있거나 제64조에 따라 외래정신건강서비스이용명령이 신청된 경우 비자의 입원의 개시, 지속, 퇴원 및 퇴소, 지역사회정신건강증진서비스이용명령 등의 절차에서 본인의 의사, 희망, 욕구 등이 반영될 수 있게 지원하기 위해 국가와 지방자치단체의 장은 절차보조 사업을 수행하여야 한다.

② 제1항의 사업으로 지방자치단체의 장은 돌볼 가족이 없거나 본인이 지정한 보호자 없는 정신 질환자로서 제41조의 자의입원을 하거나 자의입원을 하려고 하는 자를 위해서도 당사자용호 서비스를 제공하여야 한다.

③ 당사자용호서비스제공자는 제41조, 제44조, 제47조, 제52조, 제63조, 제64조, 제73조에서 다음 각 호의 권한을 가진다.

1. 본인 및 보호자의 면회. 본인 및 보호자가 거부하는 경우에는 그러하지 않다.
2. 본인으로부터 위임받은 범위에서 본인의 의료 및 기타 신상에 관한 자료열람권
3. 본인이 제2호에 따른 지시를 할 의사능력이 없는 경우에는 치료, 입원, 입소, 퇴원, 퇴소에 서의 본인의 권리의 범위에서 의견개진권

④ 당사자용호서비스 제공자는 제47조, 제54조, 제55조, 제56조, 제57조, 제64조, 제73조에 관련된 절차에서 다음 각호의 권한을 가진다.

1. 진단, 심사과정에 참여할 권한
2. 의견 진술권

⑤ 당사자용호서비스 제공자의 자격, 선발, 비용상환, 보수, 증명 등 절차지원사업에 관한 세부 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조 제1항 중 “제출함으로써 그 정신의료기관등에”을 “제출하여 최대 1개월을 한도로 그 정신의료기관에”으로 하고, 제2항을 다음과 같이 개정한다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 요건 중 하나를 충족한 경우에는 1개월을 초과하여 입원 할 수 있다.

1. 정신질환 이외의 다른 질환이 있어서 그 질환의 치료에 입원이 필요하고, 정신질환치료가 부수

하는 경우

2. 병원에 입원하지 않고는 정신질환의 치료가 사실상 불가능하다고 판단되는 경우

3. 그 밖에 보건복지부령으로 정한 특별한 사유가 있는 경우

제41조 제3항을 다음과 같이 개정한다.

③ 보건복지부 장관이 선임한 권익옹호기관은 자의입원 환자를 언제든지 방문하여 환자의 의사 결정을 지원할 수 있다. 다만, 환자가 명시적으로 거부한 경우에는 그러하지 아니하다. 권익옹호기관의 선정 및 방문 방법 등의 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.

제42조 및 제43조를 각각 삭제한다.

제44조 제1항 중 “또는 정신건강전문요원은”을 “정신건강전문요원, 제15조에 따라 설치된 광역 응급대응센터 또는 기초 정신건강복지센터의 직원은 ”으로 하고, 같은 조 제2항, 제3항, 제4항, 제5항, 제6항, 제7항, 제8항, 제9항, 제10항을 각각 다음과 같이 개정한다.

② 다음 각 호의 사람은 제15조에 따라 설치된 광역 응급대응센터, 지역 정신건강복지센터에 제1항의 신청을 해 줄 것을 요청할 수 있다. 요청을 받은 응급대응센터는 지체없이, 지역 정신건강복지센터는 24시간 이내에 필요한 조치를 취할 의무가 있다.

1. 정신질환자의 가족,

2. 정신질환자와 1년 이상 동거하는 자, 3. 제39조의 보호자,

4. 경찰관(「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원과 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원을 말한다. 이하 같다)

5. 그 밖에 정신질환자로부터 피해를 입을 우려가 있다고 생각하는 자

③ 제1항, 제2항에 정신질환자로 의심되는 사람을 신고 또는 신청하는 사람이 진단이나 입원 과정에 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험한 행동을 할 우려가 있다고 판단할 때에는 응급대응센터의 장, 지역 정신건강복지센터의 장 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 「119구조·구급에 관한 법률」 제2조에 따른 119구급대의 구급대원(이하 "구급대원"이라 한다)의 호송 지원을 해 줄 것을 신청할 수 있다. 이 때 119 구급대원은 호송의무가 있다.

④ 제1항에 따라 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 즉시 그 정신질환자로 의심되는 사람에 대한 진단을 정신건강의학과전문의를 의뢰하여야 한다.

⑤ 제4항의 정신질환자로 의심되는 사람을 진단한 정신건강의학과전문의는 응급치료와 진단이 필요하다고 판단될 경우 72시간 이내에 비자의입원시킬 것을 정신의료기관의 장에게 요청할 수 있다. 정신의료기관의 장은 72시간 이내의 비자의입원을 결정할 수 있다. 이 때 지체 없이 정신건강의학과전문의를 진단과 정신의료기관의 장의 결정문을 담아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

⑥ 제5항에 따라 정신질환자로 의심되는 사람을 입원시킨 정신의료기관의 장은 다음 각 호의 요건이 충족된다는 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 진단이 있는 경우 1개월 이내의 치료를 위한 입원을 결정해 줄 것을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 서면으로 신청할 수 있다.

1. 정신질환자가 정신의료기관에서 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우

2. 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 즉시 또는 임박한 구체적 위험(보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험을 말한다. 이하 같다)이 있어서 입원을 할 필요가 있는 경우. 단, 임박한 구체적 위험성의 판단에는 6개월 이내 자살 시도, 중대한 자해, 타인에 대한 폭행, 상해 기타 유사한 위험성을 보인 전력 등의 구체적 증거도 포함되어야 한다.

⑦ 제6항의 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 신청을 접수한 날로부터 3일(공휴일은 제외) 이내에 입원적합성심사위원을 파견하여 치료목적의 입원의 적합성 여부를 환자를 대면하여 청문하도록 하여야 한다.

⑧ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제7항에 따른 대면 청문 결과 아래 각호의 요건이 충족되었다고 판단하면 최초 입원일로부터 기산하여 1개월을 초과하지 않는 범위에서 기간을 정하여 치료를 위한 입원을 명할 수 있다.

1. 제6항의 각 호의 요건이 진단 목적의 입원 이후에도 존속하고 있다는 점,
2. 치료를 계속하지 않으면 제5항 각호의 요건이 지속될 가능성이 매우 높다는 점
3. 환자가 자의로 입원하여 치료하는 것을 여전히 거부하고 있다는 점
4. 외래치료를 받을 가능성이 매우 낮다는 점

⑨ 정신의료기관의 장은 입원 목적의 치료에도 불구하고 제6항 각호의 요건을 모두 충족할 경우에는 입원치료기간이 만료하기 7일 전까지 1개월 이내의 기간을 정하여 입원기간의 연장을 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청할 수 있다.

⑩ 정신의료기관의 장으로부터 제9항에 따른 입원 기간 연장 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제56조에 따라 정신건강심의위원회에 회부하여 그 심사결과를 토대로 퇴원, 임시퇴원(일시적으로 퇴원을 시킨 후 일정 기간이 지난 후 다시 입원 여부를 결정하는 조치를 말한다. 이하 같다)을 명령할 수 있다. 입원을 연장할 때에는 기간을 정하여 하여야 하고, 최초입원기간이 만료하는 때로부터 1개월을 초과할 수 없다.

제44조 제11항, 제12항, 제13항, 제14항, 제15항, 제16항을 각각 다음과 같이 신설한다.

⑪ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제3항에 따른 입원을 시켰을 때에는 그 사람의 동거 가족 또는 보호자 또는 보호하고 있는 사람에게 지체 없이 입원 사유·기간 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다. 이 때 이 법에서 정한 입원, 퇴원 결정에 대해 이의를 제기할 수

있다는 사실과 그 청구절차를 서면으로 통지하여야 한다. 입원기간 중의 처우개선에 대해서도 동일하다.

⑫ 제3항, 제5항 제8항, 제9항에 따라 입원 기간 중 제4항 또는 제7항의 요건중 하나가 없어졌다고 합리적으로 판단되는 경우 정신병원의 장은 지체 없이 입원한 자를 퇴원시키고, 그 사실을 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 통지하여야 한다.

⑬ 정신의료기관에 입원한 사람, 동거가족 또는 보호자는 언제나 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 퇴원을 신청할 수 있다. 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신건강심의위원회에 회부하여 그 심사결과를 토대로 퇴원을 명할 수 있다.

⑭ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 입원을 한 사람을 퇴원시켰을 때에는 지체 없이 보호자 또는 동거가족에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 한다. 제12항에 따른 퇴원신청에도 불구하고 이를 기각하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원을 신청한 보호자, 또는 동거가족에게 그 거부사실 및 사유 및 제60조에 따라 퇴원의 제 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다.

⑮ 지정정신의료기관의 지정기준, 지정취소 및 지정취소 기준, 지정 및 지정취소 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

⑯ 입원한 정신질환자 또는 보호자는 언제나 인신구제법에 따라 퇴원을 신청할 수 있다. 제44조에 따른 절차는 정신질환자의 지방자치단체, 정신의료기관의 장 및 정신과의사에 대한 손해배상청구에는 영향을 미치지 아니한다.

제45조 제목 “(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등)”을 “(입원의 입원적합성심사위원회 신고 등)로 하고, 같은 조 제1항 중 ”입원등“을 ”입원“으로 ”정신의료기관등“을 ”정신의료기관“으로 하며, ”알리고, 입원등을 한 사람의 대면조사 신청 의사를 구두 및 서면으로 확인하여야 한다.“를 ”알려야 한다“로 한다.

제46조 제1항 중 “제43조 및 ”을 삭제하고, “입원등”을 “입원”으로 하고, 같은 조 제2항 중 “제43조 및”을 삭제하고, “입원등”을 “입원”으로 하며, 제3항 중 “포함하여”를 “포함하여 다음 각 호에 해당하는 사람 중에서”로 하고, “각각 1명 이상을 포함하여야 한다.”를 “1명 이상을 상근위원으로 두어야 한다. ” 로 하고, 같은 조 제4항 중 “5명 이상 15명 이내의 위원으로 구성하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉한다.”를 “심사가 필요할 때마다 1인의 상근위원과 1인의 비상근위원 2명으로 구성한다.”로 하고, 제5항을 다음과 같이 개정한다.

⑤ 입원적합성심사소위원회는 제44조 제6항에 따라 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 치료 목적 입원의 신청을 받은 날로부터 3일 이내 직접 병원을 방문하여 제44조

제8항의 요건이 충족되는 지 여부를 심사하여야 한다.

제47조 제2항 중 “제1항에 따라 회부된 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하여야 한다.”를 “정신건강의학전문회의 소견과 본인 및 당사자옹호서비스 제공자의 진술을 청문한 후 지체 없이 제44조 제8항의 요건 충족 여부를 판단하여 입원적합성심사위원회의 위원장에게 구두로 통지하여야 한다. 다만, 본인이 원하지 않을 때에는 본인의 출석 없이 심사할 수 있다. 입원심사소위원회의 의견이 상반될 경우에는 입원요건을 충족하지 않은 것으로 간주한다.”로 하고, 같은 조 제3항 중 “최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등”을 “제3항의 통지를 받은 후 지체 없이 구두로 정신의료기관”로 하고, “입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다.”를 “입원의 적합 또는 부적합 여부를 통지하여야 한다. 서면 통지는 구두통지 후 3일 이내에 하여야 한다.”로 하며, 같은 조 제6항을 다음과 같이 신설한다.

⑥ 제44조에 따른 입원을 한 정신질환자 또는 제39조의 보호자는 입원적합성심사위원회의 결정과 무관하게 언제라도 인신보호법에 따라 퇴원을 신청할 수 있다. 이 때 제40조에 따른 당사자옹호서비스를 이용할 권리가 있다.

제48조를 삭제한다.

제50조 제1항 중 “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.”를 “언제라도 광역 정신건강 응급대응센터에 연락하여 위기쉼터 또는 집중회복센터에 이송하거나 응급입원을 의뢰할 수 있다.”로 하고, 제2항을 다음과 같이 개정한다.

② 응급대응센터는 24시간 근무하여야 하며, 응급 연락을 받은 경우 지체없이 출동하여야 한다. 이 때 제1항의 요건이 충족되었다고 합리적으로 판단한 경우 당해 정신질환 의심자를 즉시 위기쉼터, 집중회복센터 또는 정신의료기관까지 호송하여야 한다. 응급대응센터의 119 구급대 지원요청에 관하여는 제44조 제3항을 준용한다.

제52조의2를 다음과 같이 신설한다.

제52조의2 (정신질환자를 위한 권익옹호기관의 설치)

① 국가는 정신질환자가 적절한 치료와 복지서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위해 다음 각 호의 업무를 담당하는 중앙장애인권익옹호기관을 설치·운영하여야 한다.

1. 제2항에 따른 지역 정신장애인권익옹호기관에 대한 지원
2. 정신장애인의 자기결정권 행사를 지원하기 위한 프로그램의 개발과 운영

3. 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 교육 및 홍보

4. 이 법에서 정한 정신질환 경험 있는 당사자로 활동하고자 하는 인력의 모집, 교육, 양성

② 정신장애인의 권익을 옹호하여 적절한 치료와 복지서비스를 받을 수 있도록 하기 위해 다음 각 호의 업무를 담당하는 지역장애인권익옹호기관을 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도에 둔다.

1. 정신장애인의 자기결정권 행사의 지원

2. 입원 상황에 처한 정신질환자의 의사결정지원

3. 재활시설, 주거지원시설 및 정신병원에서의 정신질환자의 권리 및 인권 침해 진정, 신고에 대한 조사

4. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인학대 예방과 관련된 업무

③ 정신장애인권익옹호기관의 장은 제1항 및 제2항에 따른 업무를 수행하기 위하여 필요한 경우 관계 기관의 장에게 사실 확인이나 관련 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 자료 제공을 요청 받은 관계 기관의 장은 정당한 사유가 없으면 요청에 따라야 한다.

④ 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사는 다음 각호의 요건을 갖춘 비영리법인을 지정하여 정신장애인 권익옹호기관의 운영을 위탁하여야 한다.

1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것

2. 정신질환으로 치료 경험이 있는 사람으로서 보건복지부령에 따른 교육과정을 이수한 사람이 직원의 2분의 1을 초과할 것.

⑤ 정신장애인권익옹호기관의 설치기준·운영, 정신질환자 당사자 활동가 양성, 상담원의 자격·배치기준, 운영 수탁기관 등의 지정, 위탁 및 비용지원 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제53조 제1항 제1호 중 “제43조제6항에 따른 입원등 ”을 “제44조제9항에 따른 입원”로 하고, 같은 항 제5호를 다음과 같이 개정한다.

5. 제74조에 따른 통신과 면회의 자유 제한신청

제53조 제1항 제6호를 다음과 같이 신설한다.

6. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

제56조 중 “제43조제6항 및 ”을 삭제한다.

제59조 제목 “(퇴원등 명령의 통지 등)”을 “(퇴원 명령의 통지 등)”으로 하고, 같은 조 제1항 중 “15일”을 “7일”로 하며, “입원등”을 “입원”으로 하고, 같은 항 제1호의 “퇴원등”을 “퇴원”으로 하고, 같은 항 제3호를 삭제하고, 같은 항 제4호 중 “정신의료기관등”을 “정신의료기관”으로 하며, 같은 항 제5호를 삭제하고, 같은 항 제6호의 “외래치료명령”을 “지역 정신건강 증진서비스 이용 명령”으로 하고, 같은 항 제7호, 제8호의 “퇴원등”을 각각 “퇴원”으로 하며, 같은 조 제4항의 “정신의료기관등”을 “정신의료기관”으로 한다.

제60조 제1항 중 “제43조제6항”을 “제44조제9항”으로 하고, “보호의무자”를 “보호자”로 하며, “외래치료명령”을 “지역사회 정신건강증진서비스 이용명령”으로 한다.

제62조를 삭제한다.

제63조 제목 “(임시 퇴원등)”을 “(임시퇴원)”으로 하고, 같은 조 제1항 중 “제43조 또는”을 삭제하고, “입원등”을 “입원”으로 하고, “정신의료기관등”을 “정신의료기관”으로 하며, “퇴원등”을 “퇴원”으로 하고, “3개월의 범위”를 “비자의입원 잔여기간의 범위”로 하며, 같은 조 제2항 중 “퇴원등”을 “퇴원”으로 하고, 같은 조 제3항 중 “입원등”을 “입원”으로 하며, “퇴원등”을 “퇴원”으로 하고, “재입원 또는 재입소(이하 “재입원등”이라 한다)”를 “재입원”으로 하며, “재입원등을 한 날부터 3개월”을 “잔여기간”으로 한다.

제64조의 제목 “외래치료 명령 등”을 “(지역사회 정신건강증진서비스 이용명령 등)”으로 하고, 같은 조 제1항 중 “제43조와”와 “보호의무자의 동의를 받아”를 각각 삭제하고, “1년의 범위에서 외래치료 명령” “2개월의 범위에서 지역사회 정신건강증진서비스 이용명령”으로 하며, 제2문으로 “이 때 해당 정신질환자가 거주하는 지역의 정신건강복지센터의 장과의 협의를 미리 거쳐야 한다.”를 추가하며, 같은 조 제2항 중 “외래치료명령”을 “지역사회 정신건강증진서비스 이용명령”으로 하며, “소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있다.”를 “먼저 정신질환자 본인, 보호자, 당사자옹호서비스 제공자를 참여시켜 본인의 동의를 얻도록 노력하여야 한다. 본인의 동의를 얻지 못하거나 동의를 얻을 수 없는 경우에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 2개월의 범위에서 기간을 정하여 정신건강증진서비스 이용을 명령할 수 있다.”로 하며, 제3항을 다음과 같이 개정한다.

③ 본인의 동의 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장의 명령에 의해 정신건강증진서비스를 제공할 때에는 미리 정신건강증진서비스 제공자의 동의를 받아야 한다.

제64조 제4항 중 “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.”를 “지역정신건강증진서비스를 이용하여야 할 사람이 이에 따르지 아니하고, 제44조의 요건을 충족하였다고 의심할 만한 상당한 이유가 있다고 판단할 때에는 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다.”로 하고, 같은 조 제5항 중 “외래치료명령을 받은”을 “지역정신건강증진서비스를 이용하여야 할”로 하고, “구급대원에게”를 “응급대응센터에”로 하며, 제2문으로 “이 때 제50조를 준용한다.”를 추가하며, 같은 조 제6항 중 “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”를 “지역정신건강증진

서비스를 이용하여야 할 사람이 제44조 제6항의 요건을 충족하지 않았다고 인정되는 경우에는 지역 정신건강증진서비스 이용을 명령한 경우 이를 철회하고, 제44조 제6항의 요건을 충족하였다고”로 하며, 같은 항 제2호, 제3호를 각각 삭제하고, 같은 항 제4호를 다음과 같이 개정한다.

4. 제44조에 따라 입원하게 하는 것(제1호의 조치에 따르지 아니하는 경우만 해당한다)

제68조 제목 및 제1항 중 “입원등”을 “입원”으로 한다.

제73조 제1항 제1문 중 “또는 보호의무자에게 ”를 “삭제하고, 같은 항 제2문 중 ”보호의무자의 동의를 받아야 한다”를 ”제39조의 보호자(제39조의 보호자가 없을 경우 제40조의 당사자이용서비스제공자)의 참여 하에 당해 치료가 본인의 욕구와 희망에 반하지 않는다는 확인을 받아야 한다.”로 한다.

제74조 제1항 중 “치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다.”를 “통신과 면회의 자유를 제한해서는 아니된다. 다만, 정신건강의학과전문의가 치료의 목적으로 통신과 면회의 자유를 제한할 필요가 있다고 판단할 경우 정신의료기관의 장은 그 사유, 시간을 정하여 지방자치단체의 장의 허가를 얻어야 한다.”로 하며, 제2항을 다음과 같이 개정하고, 제3항을 그 다음과 같이 신설한다.

② 지방자치단체의 장은 필요한 최소한도의 범위가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한하는 것을 허가해서는 아니된다.

③ 정신의료기관의 장은 어떤 경우에도 제40조의 당사자이용서비스 제공자가 정신질환자를 대면하는 것을 거절해서는 아니된다.

제75조를 삭제한다.

제76조 제1항 중 “정신의료기관등”을 “정신의료기관”으로 하고, “입원등”을 “입원”으로 하며, “그 사람의 건강상태와 위험성을 고려하여 보건복지부령으로 정하는 작업을 시킬 수 있다.”를 “당해 정신의료기관에 소속되지 않은 재활시설의 장에게 직업재활을 의뢰할 수 있다.”로 하고, 같은 조 제2항 중 “작업”은 “직업재활”로 하고, “입원등”은 “입원”으로 하며, “다만, 정신요양시설의 경우에는 정신건강의학과전문의의 지도를 받아 정신건강전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다.”는 삭제한다.

제82조의2를 다음과 같이 신설한다.

제82조의2 (예산지원) ① 제6조의2, 제52조의2에 필요한 예산은 다음 각 호의 정부예산으로 충당한다.

1. 정신병원 입원환자의 축소로 인해 발생할 것으로 추정되는 의료급여예산액
 2. 최고세율 소득세 부담 납세의무자로부터 징수한 소득세의 5%이내.
- ② 제1항의 예산의 확정 및 배분(지방자치단체에 대한 교부를 포함)을 위해 정신질환 당사자 단체의

대표, 권익옹호, 복지, 심리, 간호, 의료, 재정 분야 전문가로 구성된 별도의 예산위원회를 설치하여 자문을 거쳐야 한다.

③ 제3항의 예산배분위원회의 구성, 권한, 직무에 관한 세부사항은 대통령령으로 정한다.

제84조 제1호, 제2호를 각각 다음과 같이 하고, 제3호를 삭제하고, 제5호, 제7호의 “퇴원등”을 각각 “퇴원”으로 하고, 제9호의 “입원등”을 “입원”으로 하며, 제12호의 “사람 또는 보호 의무자의 동의 없이 ”를 “사람의 동의 또는 제39조의 보호자(보호자가 없을 경우 제40조의 당사자옹호서비스제공자)의 확인을 받지 않고 ”로 한다.

1. 제19조의2 제2항을 위반한 자

2. 제40조에 따른 절차보조사업을 부당하게 방해한 자

제86조 제2호를 다음과 같이 하며, 제3호, 제4호를 각각 삭제하고, 제8호, 제10조, 제11호를 각각 그 다음과 같이 한다.

2. 제41조제2항을 위반하거나 제41조제3항의 조사를 허용하지 아니한 자

8. 제67조제2항을 위반하여 입·퇴원관리시스템에 제45조제2항에 따른 신고 내용 및 퇴원의 사항을 등록하지 아니한 자

10. 제74조를 위반한 자

11. 제76조를 위반한 자

제89조 제1항 제4호, 제5호, 제6호를 각각 삭제하고, 제8호 중 “퇴원등”을 “퇴원”으로 한다. 부칙을 다음과 같이 신설한다.

부칙

제1조 이 법은 공포 후 2년이 경과한 날부터 시행한다.

제2조 응급대응센터, 정신건강복지센터, 119 구급대가 제44조 제2항, 제10항, 제50조의 규정에 위반하여 그 직무를 수행하지 못함으로써 정신질환자로부터 제3자가 피해를 입은 경우 그 제3자는 각 기관의 설치·운영의 책임이 있는 광역지방자치단체, 기초지방자치단체 또는 국가에 손해 배상을 청구할 수 있다.

[신구조문대조표]

현행	개정안
<p>(신설)</p>	<p>제2조의2 (자기결정권존중과 의사결정지원)</p> <p>① 치료, 입원과 퇴원, 입소와 퇴소에 관하여 정신질환자는 스스로 결정할 수 있는 것으로 추정한다. 정신질환자와 의사소통이 어려울 경우 쉬운 언어, 다른 대체의사소통방법을 활용하더라도 본인의 의사를 확인하기 어렵다는 것이 입증되지 않는 한 그 추정을 깨뜨릴 수 없다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 스스로 의사결정할 능력이 없다고 판단할 만한 상당한 이유가 있는 때에는 제40조의 당사자 옹호서비스제공자가 정신질환자의 욕구, 감정, 선호도, 희망 등을 확인한 경우 이를 정신질환자의 의사로 인정할 수 있다.</p> <p>③ 이 법에 따르지 않고서는 누구라도 정신질환자의 의사에 반하여 치료, 입원, 입소를 하거나 이를 계속 해서는 아니 된다.</p>
<p>제3조 (정의)</p> <p>1. 생략</p> <p>(신설)</p> <p>2. 생략</p> <p>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.~나. 생략</p> <p>4. "정신건강증진시설"이란 정신의료기관, <u>정신요양 시설 및 정신재활시설</u>을 말한다.</p>	<p>제3조 (정의)</p> <p>1. 좌동</p> <p>1의2. "정신건강서비스이용자"란 정신건강상의 문제로 일상생활영위에 어려움을 겪는 사람으로서 이 법에 따른 정신건강증진 및 복지서비스(이하 정신건강복지서비스라 한다)를 이용하는 사람을 말한다.</p> <p>2. 좌동</p> <p>3. "정신건강복지센터"란 정신건강증진시설, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(이하 "사회복지시설"이라 한다), 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 <u>정신건강복지서비스 이용자</u>가 지역사회에서 <u>치료, 재활, 회복을 위한 서비스를 이용할 수 있게 연계하는 것을 주된 목적으로 하는</u> 정신건강증진사업을 하는 다음 각 목의 기관 또는 단체를 말한다. 가.~나. 좌동</p> <p>4. "정신건강증진시설"이란 정신의료기관, <u>집중회복센터, 정신재활시설, 쉼터(위기쉼터, 일상쉼터)</u>를</p>

현행	개정안
<p>5. 생략</p> <p>6. "정신요양시설"이란 제22조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설을 말한다.</p> <p>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 생활 지도를 하는 시설을 말한다.</p>	<p>말한다.</p> <p>5. 생략</p> <p>6. "집중회복센터"란 급성기 정신질환 또는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자의 치료, 재활, 회복을 위한 정신건강복지서비스를 다학제적으로 제공하기 위해 제29조의2조에 따라 설치되는 기관을 말한다.</p> <p>7. "정신재활시설"이란 제26조에 따라 설치된 시설로서 대통령령으로 정하는 정신질환자 또는 정신건강서비스이용자의 재활과 회복에 필요한 주거, 직업 훈련, 상담, 교육, 기타 이 법 제4장에 따른 복지서비스를 제공하는 시설을 말한다.</p>
<p>제6조(정신건강증진시설의 장의 의무)</p> <p>① 생략</p> <p>② 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등의 치료, 보호 및 재활과정에서 정신질환자등의 의견을 존중하여야 한다.</p> <p>③ 정신건강증진시설의 장은 입원등 또는 거주 중인 정신질환자등이 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받으며 자유롭게 생활할 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 제1항에 따라 정신질환자등과 그 보호의무자에게 알릴 권리의 종류·내용, 고지방법 및 서류비치 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>제6조(정신건강증진시설의 장의 의무)</p> <p>① 좌동</p> <p>② 정신건강증진시설의 장은 정신질환자등의 치료, 보호 및 재활과정에서 정신질환자등의 자기결정권을 존중하여야 한다. 자기결정권을 행사에 어려움이 있는 경우에는 제39조, 제40조에 따른 의사결정지원자의 조력을 받도록 하여야 한다.</p> <p>③ 정신건강증진시설의 장은 입원등 또는 거주 중인 정신질환자등의 신체의 자유, 활동의 자유를 제한하거나 박탈하여서는 아니된다. 이를 제한하거나 박탈할 경우에는 이 법에 따른 절차를 준수하여야 한다.</p> <p>④ 제1항에 따라 정신질환자등과 제39조의 보호자에게 알릴 권리의 종류·내용, 고지방법 및 서류비치 등에 관하여 필요한 사항, 제2항에 따른 의사결정지원자에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p><신설></p>	<p>제6조의2 (정신질환자의 사회서비스 청구권)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 자기 돌봄이 어려운 정신질환자가 지역사회에서 타인의 도움을 받으면서 독립 생활이 가능할 수 있도록 상담, 주거공간, 기타 지원 제공 등 정신건강복지서비스를 사회서비스로 제공하여야 한다.</p>

현행	개정안
	<p>② 정신질환자로서 다음의 요건을 충족하는 사람은 주소 또는 거소가 있는 지역의 지방자치단체의 장에게 타인의 지원을 받으면서 독립하여 생활할 수 있도록 사회서비스를 제공해 줄 것을 청구할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환의 치료 및 회복이 필요한 자로서, 2. 치료와 회복을 위해 주거, 일상생활 수행, 사회생활 수행, 직업의 준비 등을 위한 지원이 필요하고, 3. 자력으로 이를 해결할 수 없는 경우 <p>③ 지방자치단체의 장은 제2항에 따른 신청이 있을 경우 지체 없이 신청자에게 필요한 주거, 일상생활, 사회생활, 직업 준비 등에 필요한 지원을 조사하여 필요한 지원을 제공하여야 한다. 지원이 필요하다고 판단한 경우 신청 후 지원 제공까지의 기간 동안에 소요되었거나 소요되었어야 할 비용도 보상하여야 한다.</p> <p>④ 지방자치단체의 장은 제2항의 청구권 행사에 따른 의무 이행에 있어서 청구권자의 소득수준, 일상생활, 치료, 요양상의 필요성을 고려하여 비용의 일부를 부담하게 할 수 있다.</p> <p>⑤ 제3항의 보상의 기준, 제4항의 비용부담의 기준은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>⑥ 제2항, 제3항, 제4항에 따른 지방자치단체의 장의 결정에 대해서는 법원에 불복할 수 있다. 그 불복은 정신질환자의 국가 및 지방자치단체에 대한 손해배상 청구에 영향을 미치지 아니한다.</p>
<p>제7조</p> <p>①~⑥ 생략</p> <p>⑦ 국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>제7조</p> <p>①~⑥ 좌동</p> <p>⑦ 국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등을 위한 의사 결정을 위한 자문기구(위원회 등 명칭여하를 불문한다)에는 정신질환 경험이 있는 당사자가 5분의 1 이상 참여하도록 보장하여야 한다. 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영)</p> <p>① 보건복지부장관은 필요한 지역에서의 제12조</p>	<p>제15조(정신건강복지센터등의 설치 및 운영)</p> <p>① 보건복지부장관은 제12조제1항에 따른 사업을</p>

현행	개정안
<p>제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.</p>	<p>수행하기 위해 국립 정신건강복지센터를 설치·운영하여야 한다.</p>
<p>② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.</p>	<p>② 시·도지사는 응급치료, 응급입원, 기타 응급조치가 필요한 사람에게 적절한 응급 정신건강복지 서비스를 제공할 수 있도록 광역 정신건강 응급대응센터를 설치·운영하여야 한다.</p>
<p>③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조 제3항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 기초 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.</p>	<p>③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서 제7조 제3항에 따른 정신건강증진사업 중 관할 구역 주민의 실제 수요에 부응하는 서비스를 제공하도록 하기 위해 기초 정신건강 복지센터를 설치·운영하여야 한다.</p>
<p>④ 정신건강복지센터의 장은 정신건강증진사업등의 제공 및 연계사업을 수행하기 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에 정신질환자 본인이나 제39조에 따른 보호의무자(이하 "보호의무자"라 한다)의 동의를 받아야 한다.</p>	<p>④ 광역 정신건강 응급대응센터 및 기초 정신건강복지센터는 다음 각 호의 자격을 갖춘 직원을 필수적으로 채용하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신건강의학과전문의 2. 정신건강전문요원 3. 사회복지사 4. 정신질환치료의 경험이 있는 당사자로 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 자 5. 기타 상담 자격이 있는 자로서 보건복지부령으로 정하는 자
<p>⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.</p>	<p>⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 광역 응급대응센터 및 기초 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.</p>
<p>⑥ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강증진사업등을 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.</p>	<p>⑥ 제2항, 제3항의 센터는 정관에 다음 각 호의 사항을 규정한 전문성 있는 법인에게 위탁하여야 한다. 이 때 세부절차는 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 정하도록 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것 2. 법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우

현행	개정안
<p>⑦ 시·도지사는 소관 <u>광역정신건강복지센터</u>의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 기초정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p> <p>⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 <u>정신건강복지센터</u>의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>에는 각각)에 <u>이용자대표자회의</u>를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.</p> <p>⑦ 시·도지사는 소관 <u>광역 정신건강 응급대응센터</u>의 운영 현황 등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 <u>기초정신건강복지센터</u>의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.</p> <p>⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 <u>응급대응센터 및 정신건강복지센터</u>의 설치, 직원채용·보수·교육과 훈련, 기타 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>
<p><신설></p>	<p>제12조의2(정신장애인지정책임관의 지정 등) ①중앙행정기관의 장은 해당 기관의 <u>정신장애인지정</u>을 효율적으로 수립·시행하기 위하여 소속공무원 중에서 <u>정신장애인지정책임관</u>을 지정할 수 있다.</p> <p>②제1항에 따른 <u>정신장애인지정책임관</u>의 지정 및 임무 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>
<p><신설></p>	<p>제19조의2(폐쇄 정신병동의 금지) ① 병상 있는 정신의료기관은 <u>폐쇄병동</u>을 두어서는 아니 된다.</p> <p>② 위험한 행동을 할 위험성이 높고, 이를 다른 방법으로 제지하는 것이 현저히 어려운 환자가 있을 경우 그 환자 또는 제3자를 보호하기 위한 격리실은 운영할 수는 있다. <u>정신질환자</u>를 10분 이상 격리실에 격리하면 지체 없이 관할 지방자치단체의 장에게 보고하여야 한다. 격리실 운영기준, 감독방안 등은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제22조(정신요양시설의 설치·운영)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 <u>정신요양시설</u>을 설치·운영할 수 있다.</p>	<p>제22조(지원주거시설의 설치·운영)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 <u>정신질환자</u>의 치료, 재활, 회복에 필요한 지원 정도에 따라 집중지원, 보통지원, 장기요양지원 등의 목적으로 <u>지원주거시설</u>을 설치</p>

현행	개정안
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>1. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴소나 임시 퇴소를 시키지 아니한 행위</p> <p>2. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문 의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 정신요양시설에 입소시키거나 입소의 기간을 연장한 행위</p> <p>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.</p> <p>⑤ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신요양시설의 장에게 정신질환자의 요양 생활에 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.</p> <p>⑥ 정신요양시설의 설치기준·수용인원, 종사자의</p>	<p>· 운영하여야 한다.</p> <p>② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지법인(이하 "사회복지법인"이라 한다)과 그 밖의 비영리법인이 지원주거시설을 설치·운영하려는 경우에는 해당 지원주거시설 소재지 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장의 허가를 받아야 한다.</p> <p>③ 다음 각 호의 내용을 정관에 규정한 법인이 아니면 제2항의 허가를 하여서는 아니된다.</p> <p>1. 이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것</p> <p>2. 법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우에는 각각)에 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.</p> <p>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.</p> <p>⑤ 지원주거시설을 운영할 때에는 다음 각 호를 준수하여야 한다.</p> <p>1. 1인 1실의 독립된 생활의 보장. 단, 부부가 가족 생활을 하거나 재활의 필요가 있을 경우 2인 1실로 할 수 있다.</p> <p>2. 출입과 활동의 자유의 보장</p> <p>3. 사생활의 보장</p> <p>4. 입소자의 개인적 필요에 따른 지원조치의 보장</p> <p>⑥ 지원주거시설의 설치기준·수용인원, 종사자의</p>

현행	개정안
수·자격 및 정신요양시설의 이용·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	수·자격 및 지원주거시설의 이용·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
제23조(정신건강의학과전문의의 자문) 정신요양시설의 장은 정신요양시설에서 요양 서비스를 제공할 때 의료와 관련된 부분은 대통령령으로 정하는 바에 따라 정신건강의학과전문의에게 자문하여야 한다.	삭제
제24조(정신요양시설의 폐지·휴지·재개 신고) 정신요양시설을 설치·운영하는 자가 그 시설을 폐지·휴지(휴지)하거나 재개(재개)하려는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미리 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.	제24조(지원주거시설의 폐지·휴지·재개 신고) 지원주거시설을 설치·운영하는 자가 그 시설을 폐지·휴지(휴지)하거나 재개(재개)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. ~2. 생략 3. 제41조제2항, 제42조제2항 본문, 제43조제7항·제9항 본문, 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴소 또는 임시 퇴소를 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 경우, 관계서류를 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	제25조(지원주거시설 사업의 정지, 설치허가 취소 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 지원주거시설이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 1년의 범위에서 기간을 정하여 시정명령을 할 수 있다. 1. ~2. 좌동 3. 삭제 4. 삭제 5. 삭제

현행	개정안
<p>6. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문 의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입소시키거나 입소 기간을 연장한 경우</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 <u>정신요양시설이 제1항의 시정명령에 따르지 아니한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 1개월의 범위에서의 사업의 정지 또는 정신요양시설의 장의 교체</u>를 명령하거나 설치허가를 취소할 수 있다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 <u>정신요양시설을 설치·운영하는 사회복지법인 또는 비영리법인의 설립허가가 취소되거나 법인이 해산된 경우에는 설치허가를 취소하여야 한다.</u></p> <p>④ 생략</p> <p>⑤ <u>정신요양시설에 관하여는 이 법에서 규정한 것을 제외하고는 「사회복지사업법」에 따른다.</u></p>	<p>6. 삭제</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 <u>지원주거시설이 제1항의 시정명령에 따르지 아니한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 1개월의 범위에서의 사업의 정지 또는 지원주거시설의 장의 교체</u>를 명령하거나 설치허가를 취소할 수 있다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 <u>지원주거시설을 설치·운영하는 사회복지법인 또는 비영리법인의 설립허가가 취소되거나 법인이 해산된 경우에는 설치허가를 취소하여야 한다.</u></p> <p>④ 좌동</p> <p>⑤ <u>지원주거시설에 관하여는 이 법에서 규정한 것을 제외하고는 「사회복지사업법」에 따른다.</u></p>
<p>제26조(정신재활시설의 설치·운영)</p> <p>① 국가 또는 지방자치단체는 <u>정신재활시설을 설치·운영할 수 있다.</u></p> <p>② 국가나 지방자치단체 외의 자가 <u>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.</u></p> <p>③ 생략</p> <p>④ 국가 또는 지방자치단체는 필요한 경우 <u>정신재활시설을 사회복지법인 또는 비영리법인에 위탁하여</u></p>	<p>제26조(정신재활시설의 설치·운영)</p> <p>① 국가 또는 지방자치단체는 <u>정신질환자의 재활과 회복에 필요한 주거, 직업훈련, 상담, 기타 교육을 수행하는 정신재활시설을 설치·운영하여야 한다.</u></p> <p>② 국가나 지방자치단체는 <u>정관에 다음 각호의 내용을 규정한 법인에게 정신재활시설의 설치·운영을 위탁하여야 한다.</u></p> <p>1. <u>이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것</u></p> <p>2. <u>법인이 운영하는 이용시설(정신건강복지센터, 재활시설, 응급대응팀 등을 복수로 운영하는 경우에는 각각)에 이용자대표자회의를 두고, 프로그램의 내용, 직원의 채용과 배정, 서비스의 내용 등에 대해 의견을 듣고 반영할 것.</u></p> <p>③ 좌동</p> <p>④ <u>정신재활시설의 설치·운영의 비용은 허가한 국가 또는 지방자치단체의 장이 부담하되, 제4항의 보건</u></p>

현행	개정안
<p>운영할 수 있다.</p> <p>⑤ 제4항에 따른 위탁운영의 기준·기간 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>복지부령으로 정한 기준을 충족하여 운영할 수 있는 비용을 보장하여야 한다.</p> <p>⑤ 제4항에 따른 비용부담의 기준·위탁기간 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제27조(정신재활시설의 종류)</p> <p>① 정신재활시설의 종류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. <u>생활시설</u>: 정신질환자들이 생활할 수 있도록 주로 <u>의식주 서비스</u>를 제공하는 시설</p> <p>2. <u>재활훈련시설</u>: 정신질환자들이 지역사회에서 직업 활동과 사회생활을 할 수 있도록 주로 <u>상담·교육·취업·여가·문화·사회참여</u> 등 각종 재활활동을 지원하는 시설</p> <p>3. <u>생략</u></p> <p>② 생략</p>	<p>제27조(정신재활시설의 종류)</p> <p>① 재활시설의 종류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. <u>주거시설</u>: 주거공간에서 치료, 재활, 회복의 지원이 제공되는 제22조의 지원주거시설</p> <p>2. <u>재활지원시설</u>: 정신질환자들이 지역사회에서 직업 활동과 사회생활을 할 수 있도록 주로 <u>직업훈련 및 취업지원, 재활과 회복에 필요한 각종 상담, 정신질환자 당사자 및 가족에 대한 교육과 상담</u> 등 각종 재활활동을 지원하는 시설</p> <p>3. <u>좌동</u></p> <p>② <u>좌동</u></p>
<p><신설></p>	<p>제29조의2(집중회복센터) ① 국가 또는 지방자치단체는 급성기 또는 회복기 정신질환자의 치료, 재활, 회복에 필요한 다양한 욕구를 충족시키기 위해 지역별로 집중회복센터를 설치하여야 한다.</p> <p>② 급성기 정신질환자 또는 정신의료기관에서 퇴원하는 정신질환자는 2개월의 한도로 치료, 재활, 회복을 위해 집중회복센터를 이용할 수 있다. 그 기간은 1회 연장할 수 있다.</p> <p>③ 집중회복센터에는 정신건강전문의, 정신건강 전문요원, 사회복지사, 이 법에 따른 자격요건을 갖춘 동료지원가 등을 두어야 한다.</p> <p>④ 집중회복센터의 직원구성, 설치기준, 운영방법, 재정지원 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p><신설></p>	<p>제29조의3(쉼터등) ① 국가 또는 지방자치단체는 정신건강에 문제가 있는 사람의 일시적 휴식과 안정을 위해 쉼터를 설치·운영하여야 한다.</p> <p>② 쉼터의 종류는 다음과 같다.</p> <p>1. <u>위기쉼터</u>: 심한 정신질환 또는 그와 유사한 증상을</p>

현행	개정안
	<p>겪는 자가 일시적인 안정을 취하기를 희망할 경우 그에게 필요한 숙식, 상담, 휴식을 제공할 수 있는 공간을 말한다.</p> <p>2. 일상쉼터: 정신건강상의 문제를 겪는 사람에게 동료상담, 여가, 문화활동, 사회참여 등의 활동을 제공하는 공간을 말한다.</p> <p>③ 제2항 각 호에 따른 쉼터의 구체적인 종류, 사업 수행기관, 지원 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
〈신설〉	<p>제38조의2 (정신질환 당사자·가족 단체의 우선 지원)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 정신질환을 경험한 당사자 또는 그 가족으로 구성된 단체가 제22조 내지 제29조의2, 제33조 내지 제38조의 복지서비스를 개발·제공하는 기타 정신건강서비스 제공시설을 운영할 수 있도록 지원하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 제33조 내지 제38조의 복지서비스 제공을 위한 예산계획을 매 5년마다 수립하여야 한다.</p> <p>③ 제1항에 따른 복지서비스 제공에는 정신질환 경험이 있는 당사자가 서비스 제공에 직접 참여하도록 해야 한다. 그 자격요건은 보건복지부령으로 정한다.</p>
제39조 (보호의무자) 제39조(보호의무자)	<p>제39조(보호자)</p> <p>① <u>정신질환자의 치료와 요양, 그 목적으로 정신병원 또는 주거지원시설에 입원 또는 입소하는 것, 정신병원 또는 주거지원시설에서 퇴원 또는 퇴소하는 것, 퇴원, 퇴소 후의 치료, 요양, 재활 등에 관한 정보를 얻어 정신질환자의 결정을 지원하기 위해 보호자를 두고 등록하게 할 수 있다.</u></p> <p>② 미성년 정신질환자의 보호자는 다음 각 호의 순위로 정한다.</p> <p>1. 친권자</p> <p>2. 친권자가 없거나 친권자가 정신과 질병 치료에</p> <p>① 「민법」에 따른 후견인 또는 부양의무자는 정신질환자의 보호의무자가 된다. 다만, 다음 각 호의</p>

현행	개정안
<p>어느 하나에 해당하는 사람은 보호의무자가 될 수 없다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>② 제1항에 따른 보호의무자 사이의 보호의무의 순위는 후견인·부양의무자의 순위에 따르며 부양 의무자가 2명 이상인 경우에는 「민법」 제976조에 따른다.</p>	<p>관하여 친권을 행사할 수 없는 경우 정신과 질병 치료에 관한 있는 미성년후견인</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 미성년자와 거주를 같이 하면서 실질적으로 돌보는 자 중 지방자치단체의 장이 정한 자. 단, 미성년자의 의사를 존중하여야 한다. <p>③ 성년 정신질환자의 보호자는 다음 각 호의 순위로 정한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 본인이 미리 지정한 자 2. 정신질환자와 거주를 같이 하면서 실질적으로 돌보는 자 중 지방자치단체의 장이 정한 자. 단, 본인의 의사에 반하여 지정할 수는 없다. 3. 제1호, 제2호의 자가 없는 경우, 지방자치단체가 지정한 자. 단, 본인의 의사에 반하여 지정할 수 없다. <p>④ 정신질환자는 본인이 지정한 보호자에게 입원등과 치료, 퇴원 등에 관한 자신의 동의권을 대리 행사하도록 권한을 부여할 수도 있다. 이 때 보호자는 본인의 지시에 좇아 본인의 최선의 이익을 존중하여야 한다.</p> <p>⑤ 보호자의 지정, 변경, 해임, 보호자의 등록과 증명, 제4항에 따라 보호자에게 부여된 대리권의 증명 등에 관한 세부사항은 대통령령으로 정한다.</p>
<p>제40조 (보호의무자의 의무)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>제40조(절차보조사업)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 정신질환자가 이 법에서 정한 정신의료기관에 제44조에 따른 입원(이하 비자의입원이라 한다)을 할 필요가 있거나 제64조에 따라 외래정신건강서비스이용명령이 신청된 경우 비자의입원의 개시, 지속, 퇴원 및 퇴소, 지역사회정신건강증진서비스이용명령 등의 절차에서 본인의 의사, 희망, 욕구 등이 반영될 수 있게 지원하기 위해 국가와 지방자치단체의 장은 절차보조사업을 수행하여야 한다. ② 제1항의 사업으로 지방자치단체의 장은 돌볼 가족이 없거나 본인이 지정한 보호자 없는 정신질환자로서 제41조의 자의입원을 하거나 자의입원을 하려고 하는 자를 위해서도 당사자옹호서비스를 제공

현행	개정안
<p>하며, 정신질환자의 재산상의 이익 등 권리보호를 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>④ 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자를 유기하여서는 아니 된다.</p>	<p>하여야 한다.</p> <p>③ 당사자이용호서비스제공자는 제41조, 제44조, 제47조, 제52조, 제63조, 제64조, 제73조에서 다음 각 호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 본인 및 보호자의 면회, 본인 및 보호자가 거부하는 경우에는 그러하지 않다. 2. 본인으로부터 위임받은 범위에서 본인의 의료 및 기타 신상에 관한 자료열람권 3. 본인이 제2호에 따른 지시를 할 의사능력이 없는 경우에는 치료, 입원, 입소, 퇴원, 퇴소에서 본인의 권리의 범위에서 의견개진권 <p>④ 당사자이용호서비스 제공자는 제47조, 제54조, 제55조, 제56조, 제57조, 제64조, 제73조에 관련된 절차에서 다음 각호의 권한을 가진다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진단, 심사과정에 참여할 권한 2. 의견 진술권 <p>⑤ 당사자이용호서비스 제공자의 자격, 선발, 비용상환, 보수, 증명 등 절차지원사업에 관한 세부 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제41조 (자의입원등)</p> <p>① 정신질환자나 그 밖에 정신건강상 문제가 있는 사람은 보건복지부령으로 정하는 입원등 신청서를 정신의료기관등의 장에게 제출함으로써 그 정신의료기관등에 자의입원등을 할 수 있다.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 자의입원등을 한 사람이 퇴원등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다.</p> <p>③ 정신의료기관등의 장은 자의입원등을 한 사람에 대하여 입원등을 한 날부터 2개월마다 퇴원등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다.</p>	<p>제41조 (자의입원)</p> <p>① 정신질환자나 그 밖에 정신건강상 문제가 있는 사람은 보건복지부령으로 정하는 입원 신청서를 정신의료기관의 장에게 제출하여 최대 1개월을 한도로 그 정신의료기관에 자의입원을 할 수 있다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 요건 중 하나를 충족한 경우에는 1개월을 초과하여 입원할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환 이외의 다른 질환이 있어서 그 질환의 치료에 입원이 필요하고, 정신질환치료가 부수하는 경우 2. 병원에 입원하지 않고는 정신질환의 치료가 사실상 불가능하다고 판단되는 경우 3. 그 밖에 보건복지부령으로 정한 특별한 사유가 있는 경우 <p>③ 보건복지부 장관이 선임한 권익옹호기관은 자의</p>

현행	개정안
	<p>입원 환자를 언제든지 방문하여 환자의 의사결정을 지원할 수 있다. 다만, 환자가 명시적으로 거부한 경우에는 그러하지 아니하다. 권익옹호기관의 선정 및 방문 방법 등의 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
제42조(동의입원등)	삭제
제43조(보호의무자에 의한 입원등)	삭제
<p>제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원)</p> <p>① <u>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.</u></p> <p>② <u>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 <u>정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원에게 그 사람에 대한 진단과 보호의 신청을 요청할 수 있다.</u></u></p> <p>③ <u>제1항에 따라 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 즉시 그 정신질환자로 의심되는 사람에 대한 진단을 <u>정신건강의학과전문의에게 의뢰하여야 한다.</u></u></p>	<p>제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원)</p> <p>① <u>정신정신건강의학과전문의, <u>정신건강전문요원, 제15조에 따라 설치된 광역 응급대응센터 또는 기초 정신건강복지센터의 직원은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견하거나 신고를 받은 때에는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사람에 대한 진단과 보호를 신청할 수 있다.</u></u></p> <p>② <u>다음 각 호의 사람은 제15조에 따라 설치된 광역 응급대응센터, 지역 정신건강복지센터에 제1항의 신청을 해 줄 것을 요청할 수 있다. 요청을 받은 응급대응센터는 지체없이, 지역 정신건강복지센터는 24시간 이내에 필요한 조치를 취할 의무가 있다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>정신질환자의 가족</u> 2. <u>정신질환자와 1년 이상 동거하는 자</u> 3. <u>제39조의 보호자</u> 4. <u>경찰관(「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원과 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원을 말한다. 이하 같다)</u> 5. <u>그 밖에 정신질환자로부터 피해를 입을 우려가 있다고 생각하는 자</u> <p>③ <u>제1항, 제2항에 정신질환자로 의심되는 사람에 신고 또는 신청하는 사람이 진단이나 입원 과정에 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험한 행동을 할 우려가 있다고 판단</u></p>

현행	개정안
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>⑥ 제4항에 따라 정신질환자로 의심되는 사람을 입원시킨 정신의료기관의 장은 지체 없이 2명 이상의 정신건강의학과전문의에게 그 사람의 증상을 진단하게 하고 그 결과를 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 서면으로 통지하여야 한다.</p>	<p>할 때에는 응급대응센터의 장, 지역 정신건강복지센터의 장 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 「119구조·구급에 관한 법률」 제2조에 따른 119구급대의 구급대원(이하 "구급대원"이라 한다)의 호송 지원을 해 줄 것을 신청할 수 있다. 이 때 119 구급대원은 호송의무가 있다.</p> <p>④ 제1항에 따라 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 즉시 그 정신질환자로 의심되는 사람에 대한 진단을 정신건강의학과전문의에게 의뢰하여야 한다.</p> <p>⑤ 제4항의 정신질환자로 의심되는 사람을 진단한 정신건강의학과전문의는 응급치료와 진단이 필요하다고 판단될 경우 72시간 이내에 비자의입원시킬 것을 정신의료기관의 장에게 요청할 수 있다. 정신의료기관의 장은 72시간 이내의 비자의입원을 결정할 수 있다. 이 때 지체 없이 정신건강의학과전문의의 진단과 정신의료기관의 장의 결정문을 답아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.</p> <p>⑥ 제5항에 따라 정신질환자로 의심되는 사람을 입원시킨 정신의료기관의 장은 다음 각 호의 요건이 충족된다는 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 진단이 있는 경우 1개월 이내의 치료를 위한 입원을 결정해 줄 것을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 서면으로 신청할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환자가 정신의료기관에서 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우 2. 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 즉시 또는 임박한 구체적 위험(보건

현행	개정안
<p>⑦ <u>특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제6항에 따른 진단 결과 그 정신질환자가 계속 입원할 필요가 있다는 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 일치된 소견이 있는 경우에만 그 정신질환자에 대하여 지정정신의료기관에 치료를 위한 입원을 의뢰할 수 있다.</u></p> <p>⑧ <u>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.</u></p> <p>⑨ <u>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.</u></p> <p>⑩ <u>지정정신의료기관의 지정기준, 지정취소 및 지정취소 기준, 지정 및 지정취소 절차 등에 관하여</u></p>	<p>복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 위험을 말한다. 이하 같다)이 있어서 입원을 할 필요가 있는 경우. 단, 임박한 구체적 위험성의 판단에는 6개월 이내 자살 시도, 중대한 자해, 타인에 대한 폭행, 상해 기타 유사한 위험성을 보인 전력 등의 구체적 증거도 포함되어야 한다.</p> <p>⑦ 제6항의 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 신청을 접수한 날로부터 3일(공휴일은 제외) 이내에 입원적합성심사위원을 파견하여 치료목적의 입원의 적합성 여부를 환자를 대면하여 청문하도록 하여야 한다.</p> <p>⑧ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제7항에 따른 대면 청문 결과 아래 각호의 요건이 충족되었다고 판단하면 최초 입원일로부터 기산하여 1개월을 초과하지 않는 범위에서 기간을 정하여 치료를 위한 입원을 명할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제6항의 각 호의 요건이 진단 목적의 입원 이후에도 존속하고 있다는 점. 2. 치료를 계속하지 않으면 제5항 각호의 요건이 지속될 가능성이 매우 높다는 점 3. 환자가 자의로 입원하여 치료하는 것을 여전히 거부하고 있다는 점 4. 외래치료를 받을 가능성이 매우 낮다는 점 <p>⑨ 정신의료기관의 장은 입원 목적의 치료에도 불구하고 제6항 각호의 요건을 모두 충족할 경우에는 입원치료기간이 만료하기 7일 전까지 1개월 이내의 기간을 정하여 입원기간의 연장을 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청할 수 있다.</p> <p>⑩ <u>정신의료기관의 장으로부터 제9항에 따른 입원기간 연장 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도</u></p>

현행	개정안
<p>필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>지사·시장·군수·구청장은 제56조에 따라 정신건강심의위원회에 회부하여 그 심사결과를 토대로 퇴원, 입시퇴원(일시적으로 퇴원을 시킨 후 일정기간이 지난 후 다시 입원 여부를 결정하는 조치를 말한다. 이하 같다)을 명령할 수 있다. 입원을 연장할 때에는 기간을 정하여 하여야 하고, 최초입원기간이 만료하는 때로부터 1개월을 초과할 수 없다.</p> <p>⑪ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제3항에 따른 입원을 시켰을 때에는 그 사람의 동거 가족 또는 보호자 또는 보호하고 있는 사람에게 지체 없이 입원 사유·기간 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다. 이 때 이 법에서 정한 입원, 퇴원 결정에 대해 이의를 제기할 수 있다는 사실과 그 청구절차를 서면으로 통지하여야 한다. 입원기간 중의 처우 개선에 대해서도 동일하다.</p> <p>⑫ 제3항, 제5항 제8항, 제9항에 따라 입원 기간 중 제4항 또는 제7항의 요건중 하나가 없어졌다고 합리적으로 판단되는 경우 정신병원의 장은 지체없이 입원한 자를 퇴원시키고, 그 사실을 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 통지하여야 한다.</p> <p>⑬ 정신의료기관에 입원한 사람, 동거가족 또는 보호자는 언제라도 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 퇴원을 신청할 수 있다. 신청을 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 정신건강심의위원회에 회부하여 그 심사결과를 토대로 퇴원을 명할 수 있다.</p> <p>⑭ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 입원을 한 사람을 퇴원시켰을 때에는 지체 없이 보호자 또는 동거가족에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 한다. 제12항에 따른 퇴원신청에도 불구하고 이를 기각하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원을 신청한 보호자, 또는 동거가족에게 그 거부사실 및 사유 및 제60조에 따라 퇴원의 제</p>

현행	개정안
	<p>심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다.</p> <p>⑮ 지정정신의료기관의 지정기준, 지정취소 및 지정취소 기준, 지정 및 지정취소 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>⑯ 입원한 정신질환자 또는 보호자는 언제든지 인신보호법에 따라 퇴원을 신청할 수 있다. 제44조에 따른 절차는 정신질환자의 지방자치단체, 정신의료기관의 장 및 정신과의사에 대한 손해배상청구에는 영향을 미치지 아니한다.</p>
<p>제45조(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등)</p> <p>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.</p> <p>② 생략</p>	<p>제45조(입원의 입원적합성심사위원회 신고 등)</p> <p>① 제44조에 따라 입원을 시키고 있는 정신의료기관의 장은 입원을 시킨 즉시 입원을 한 사람에게 입원의 사유 및 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받을 수 있다는 사실을 구두 및 서면으로 알려야 한다.</p> <p>② 좌동</p>
<p>제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등)</p> <p>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.</p> <p>② 입원적합성심사위원회는 입원심사소위원회를 설치하여 제43조 및 제44조에 따른 입원등에 대한 적합성 여부를 심사하여야 한다.</p> <p>③ 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음</p>	<p>제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등)</p> <p>① 보건복지부장관은 제44조에 따른 입원의 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.</p> <p>② 입원적합성심사위원회는 입원심사소위원회를 설치하여 제44조에 따른 입원에 대한 적합성 여부를 심사하여야 한다.</p> <p>③ 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 다음 각 호에 해당하는 사람 중에서 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건</p>

현행	개정안
<p>각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다.</p> <p>1.~5. 생략</p> <p>④ <u>입원심사소위원회는 5명 이상 15명 이내의 위원으로 구성하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉한다.</u></p> <p>⑤ <u>입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회는 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다.</u></p> <p>⑥~⑧ 생략</p>	<p>복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 <u>1명 이상을 상근위원으로 두어야 한다.</u></p> <p>1.~5. 생략</p> <p>④ <u>입원심사소위원회는 심사가 필요할 때마다 1인의 상근위원과 1인의 비상근위원 2명으로 구성한다.</u></p> <p>⑤ <u>입원적합성심사소위원회는 제44조 제6항에 따라 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 치료 목적 입원의 신청을 받은 날로부터 3일 이내 직접 병원을 방문하여 제44조 제8항의 요건이 충족되는 지 여부를 심사하여야 한다.</u></p> <p>⑧ 좌동</p>
<p>제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등)</p> <p>① 생략</p> <p>② <u>입원심사소위원회는 제1항에 따라 회부된 입원 등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사 결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하여야 한다.</u></p> <p>③ <u>입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원 등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</u></p> <p>④ ~ ⑤ 생략</p>	<p>제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등)</p> <p>① 좌동</p> <p>② <u>입원심사소위원회는 정신건강의학전문의의 소견과 본인 및 당사자이용호서비스 제공자의 진술을 청문한 후 지체 없이 제44조 제8항의 요건 충족 여부를 판단하여 입원적합성심사위원회의 위원장에게 구두로 통지하여야 한다. 다만, 본인이 원하지 않을 때에는 본인의 출석 없이 심사할 수 있다. 입원심사소위원회의 의견이 상반될 경우에는 입원요건을 충족하지 않은 것으로 간주한다.</u></p> <p>③ <u>입원적합성심사위원회의 위원장은 제3항의 통지를 받은 후 지체 없이 구두로 정신의료기관의 장에게 입원의 적합 또는 부적합 여부를 통지하여야 한다. 서면 통지는 구두통지 후 3일 이내에 하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</u></p> <p>④ ~ ⑤ 좌동</p> <p>⑥ <u>제44조에 따른 입원을 한 정신질환자 또는 제39조의 보호자는 입원적합성심사위원회의 결정과 무관하게 언제든지 인신보호법에 따라 퇴원을 신청할</u></p>

현행	개정안
	수 있다. 이 때 제40조에 따른 당사자옹호서비스를 이용할 권리가 있다.
제48조(입원적합성의 조사)	삭제
<p>제50조(응급입원)</p> <p>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 응급 입원을 의뢰할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따라 입원을 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관 또는 구급대원은 정신의료기관까지 그 사람을 호송한다.</p> <p>③ ~⑥ 생략</p>	<p>제50조(응급입원)</p> <p>① 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 언제든지 광역 정신건강 응급 대응센터에 연락하여 위기쉼터 또는 집중회복센터에 이송하거나 응급입원을 의뢰할 수 있다.</p> <p>② 응급대응센터는 24시간 근무하여야 하며, 응급 연락을 받은 경우 지체없이 출동하여야 한다. 이 때 제1항의 요건이 충족되었다고 합리적으로 판단한 경우 당해 정신질환 의심자를 즉시 위기쉼터, 집중 회복센터 또는 정신의료기관까지 호송하여야 한다. 응급대응센터의 119 구급대 지원 요청에 관하여는 제44조 제3항을 준용한다.</p> <p>③ ~⑥ 좌동</p>
<p><신설></p>	<p>제52조의2 (정신질환자를 위한 권익옹호기관의 설치)</p> <p>① 국가는 정신질환자가 적절한 치료와 복지서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위해 다음 각 호의 업무를 담당하는 중앙장애인권익옹호기관을 설치·운영하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제2항에 따른 지역 정신장애인권익옹호기관에 대한 지원 2. 정신장애인의 자기결정권 행사를 지원하기 위한 프로그램의 개발과 운영 3. 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 교육 및 홍보 4. 이 법에서 정한 정신질환 경험 있는 당사자로 활동하고자 하는 인력의 모집, 교육, 양성 <p>② 정신장애인의 권익을 옹호하여 적절한 치료와 복지서비스를 받을 수 있도록 하기 위해 다음 각 호의</p>

현행	개정안
	<p>업무를 담당하는 지역장애인권익옹호기관을 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도에 둔다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>정신장애인의 자기결정권 행사의 지원</u> 2. <u>입원 상황에 처한 정신질환자의 의사결정지원</u> 3. <u>재활시설, 주거지원시설 및 정신병원에서의 정신질환자의 권리 및 인권 침해</u> <u>진정, 신고에 대한 조사</u> 4. <u>그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인학대 예방과 관련된 업무</u> <p>③ <u>정신장애인권익옹호기관의 장은 제1항 및 제2항에 따른 업무를 수행하기 위하여 필요한 경우 관계기관의 장에게 사실 확인이나 관련 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 자료 제공을 요청받은 관계기관의 장은 정당한 사유가 없으면 요청에 따라야 한다.</u></p> <p>④ <u>보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사는 다음 각호의 요건을 갖춘 비영리법인을 지정하여 정신장애인 권익옹호기관의 운영을 위탁하여야 한다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>이사의 5분의 1 이상은 정신질환으로 치료받은 경력이 있는 사람으로 둘 것</u> 2. <u>정신질환으로 치료 경험이 있는 사람으로서 보건복지부령에 따른 교육과정을 이수한 사람이 직원의 2분의 1을 초과할 것.</u> <p>⑤ <u>정신장애인권익옹호기관의 설치기준·운영, 정신질환자 당사자 활동가 양성, 상담원의 자격·배치기준, 운영 수탁기관 등의 지정, 위탁 및 비용지원 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</u></p>
<p>제53조(정신건강심의위원회의 설치·운영)</p> <p>① ~② 생략</p> <p>③ <u>기초정신건강심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의 또는 심사한다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>제43조제6항에 따른 입원등 기간 연장의 심사 청구</u> 	<p>제53조(정신건강심의위원회의 설치·운영)</p> <p>① ~② 생략</p> <p>③ <u>기초정신건강심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의 또는 심사한다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>제44조제9항에 따른 입원 기간 연장의 심사 청구</u>

현행	개정안
2. ~ 4. 생략 5. <u>그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항</u> ④ ~ ⑤ 생략	2. ~ 4. <u>좌동</u> 5. <u>제74조에 따른 통신과 면회의 자유 제한신청</u> 6. <u>그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항</u> ④ ~ ⑤ 생략
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.	제56조(정신건강심의위원회에의 회부) 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제55조제1항에 따른 심사 청구를 받았을 때에는 지체 없이 그 청구 내용을 소관 정신건강심의위원회 회의에 회부하여야 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. 생략 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 ②~③ 생략 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,	제59조(퇴원 명령의 통지 등) ① 제57조제1항에 따라 정신건강심의위원회로부터 보고를 받은 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 심사 청구를 접수한 날부터 7일 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 명령 또는 결정을 하여야 한다. 이 경우 제4호의 명령 또는 결정은 심사 대상자인 입원을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의가 있는 경우에 한정하여 할 수 있다. 1. 퇴원 또는 임시 퇴원 명령 2. 좌동 3. 삭제 4. 다른 <u>정신의료기관</u> 으로의 이송 5. 삭제 6. 제64조에 따른 <u>지역 정신건강증진서비스 이용 명령</u> 7. 입원 기간 연장 결정 8. 계속 입원 결정 ②~③ 좌동 ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제55조제1항에 따른 심사 청구를 한 사람, 해당 정신질환자 및 해당 <u>정신의료기관</u> 의 장에게 지체 없이 제1항에 따른 명령 또는 결정의 내용을 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 제3항에 해당하는 경우에는 기간 연장의 사유와 그 기간을 통지하여야

현행	개정안
제3항에 해당하는 경우에는 기간 연장의 사유와 그 기간을 통지하여야 한다.	한다.
<p>제60조(재심사의 청구 등)</p> <p>① 제43조제6항에 따른 심사 청구의 대상인 정신질환자와 그 보호의무자, 제55조제1항에 따른 심사청구를 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.</p> <p>1.~2. 생략</p> <p>② 생략</p>	<p>제60조(재심사의 청구 등)</p> <p>① 제44조제9항에 따른 심사 청구의 대상인 정신질환자와 그 보호자, 제55조제1항에 따른 심사청구를 한 사람 및 제64조제2항에 따른 지역사회 정신건강증진서비스 이용명령을 받은 정신질환자 및 그 보호자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 시·도지사에게 재심사를 청구할 수 있다.</p> <p>1.~2. 좌동</p> <p>② 좌동</p>
제62조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원의 해제)	삭제
<p>제63조(임시 퇴원등)</p> <p>① 제43조 또는 제44조에 따라 정신질환자를 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 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.</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항의 경우 또는 제59조(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따라 임시 퇴원등 명령의 통지를 한 경우에는 그 정신질환자가 임시 퇴원등을 한 후의 경과를 관찰할 수 있다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 관찰한 결과 증상의 변화 등으로 인하여 다시 입원등을 시킬 필요가 있다고 인정되는 경우에는 2명의 정신건강의학과전문의의 의견을 들어 임시 퇴원등을 한 정신질환자를 재입원 또는 재입소(이하 "재입원등"이라 한다)를 시킬 수</p>	<p>제63조(임시 퇴원)</p> <p>① 제44조에 따라 정신질환자를 입원을 시키고 있는 정신의료기관의 장은 2명 이상의 정신건강의학과전문의가 진단한 결과 정신질환자의 증상에 비추어 일시적으로 퇴원을 시켜 그 회복 경과를 관찰하는 것이 필요하다고 인정되는 경우에는 비자의입원 잔여기간의 범위에서 해당 정신질환자를 임시 퇴원을 시키고 그 사실을 보호자 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항의 경우 또는 제59조(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따라 임시 퇴원 명령의 통지를 한 경우에는 그 정신질환자가 임시 퇴원을 한 후의 경과를 관찰할 수 있다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 관찰한 결과 증상의 변화 등으로 인하여 다시 입원을 시킬 필요가 있다고 인정되는 경우에는 2명의 정신건강의학과전문의의 의견을 들어 임시 퇴원을 한 정신질환자를 재입원을 시킬 수 있다. 이 경우 재입원의 기간은 잔여기간을 초과</p>

현행	개정안
<p>있다. 이 경우 재입원등의 기간은 재입원등을 한 날부터 3개월을 초과할 수 없다.</p>	<p>할 수 없다.</p>
<p>제64조(외래치료 명령 등)</p> <p>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 <u>보호의무자의 동의를 받아</u> 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있다.</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료 명령의 청구를 받았을 때에는 <u>소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여</u> 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 한 때에는 <u>지체 없이</u> 정신질환자 본인 및 그 보호의무자와 외래치료 명령을 청구한 정신의료기관의 장 및 외래치료 명령을 수행하게 될 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 한다.</p> <p>④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람이 그 외래치료 명령에 따르지 아니하고 치료를 중단할 때에는 <u>그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는지를 평가하기 위하여</u> 그 사람에게 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다. 이 경우 해당 명령을 받은</p>	<p>제64조(지역 정신건강복지서비스 이용명령)</p> <p>① 정신의료기관의 장은 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 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 2개월의 범위에서 지역사회 정신건강복지서비스 이용명령을 청구할 수 있다. 이 때 해당 정신질환자가 거주하는 지역의 정신건강복지센터의 장과의 협의를 미리 거쳐야 한다.</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 지역사회 정신건강증진서비스 이용명령의 청구를 받았을 때에는 먼저 정신질환자 본인, 보호자, 당사자옹호서비스 제공자를 참여시켜 본인의 동의를 얻도록 노력하여야 한다. 본인의 동의를 얻지 못하거나 동의를 얻을 수 없는 경우에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 2개월의 범위에서 기간을 정하여 정신건강증진서비스 이용을 명령할 수 있다.</p> <p>③ 본인의 동의 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장의 명령에 의해 정신건강증진서비스를 제공할 때에는 미리 정신건강증진서비스 제공자의 동의를 받아야 한다.</p> <p>④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 지역 정신건강증진서비스를 이용하여야 할 사람이 이에 따르지 아니하고, 제44조의 요건을 충족하였다고 의심할 만한 상당한 이유가 있다고 판단할 때에는 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다. 이 경우 해당 명령을 받은 사람은 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정</p>

현행	개정안
<p>사람은 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정정신의료기관에서 평가를 받아야 한다.</p> <p>⑤ <u>특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람</u>에게 평가를 받도록 명령하는 경우 <u>구급대원에게 그 사람을 정신의료기관까지 호송하도록 요청할 수 있다.</u></p> <p>⑥ <u>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.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 생략 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) <p>⑦ 생략</p>	<p>정신의료기관에서 평가를 받아야 한다.</p> <p>⑤ <u>특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 지역 정신건강증진서비스를 이용하여야 할 사람에게 평가를 받도록 명령하는 경우 응급대응센터에 그 사람을 정신의료기관까지 호송하도록 요청할 수 있다. 이 때 제50조를 준용한다.</u></p> <p>⑥ <u>특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 평가한 결과 지역 정신건강복지서비스를 이용하여야 할 사람이 제44조 제6항의 요건을 충족하지 않았다고 인정되는 경우에는 지역 정신건강복지서비스 이용을 명령한 경우 이를 철회하고, 제44조 제6항의 요건을 충족하였다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 조치를 하여야 한다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 좌동 2. 삭제 3. 삭제 4. 제44조에 따라 입원하게 하는 것(제1호의 조치에 따르지 아니하는 경우만 해당한다) <p>⑦ 좌동</p>
<p>제68조(입원등의 금지 등)</p> <p>① 누구든지 제50조에 따른 응급입원의 경우를 제외하고는 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 <u>정신의료기관등에 입원등을 시키거나 입원등의 기간을 연장할 수 없다.</u></p> <p>② 생략</p>	<p>제68조(입원의 금지 등)</p> <p>① 누구든지 제50조에 따른 응급입원의 경우를 제외하고는 정신건강의학과전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 <u>정신의료기관에 입원을 시키거나 입원의 기간을 연장할 수 없다.</u></p> <p>② 좌동</p>
<p>제73조(특수치료의 제한)</p> <p>① 정신의료기관에 입원을 한 사람에 대한 전기충격요법·인슐린혼수요법·마취하최면요법·정신외과요법, 그 밖에 대통령령으로 정하는 치료(이하 "특수</p>	<p>제73조(특수치료의 제한)</p> <p>① 정신의료기관에 입원을 한 사람에 대한 전기충격요법·인슐린혼수요법·마취하최면요법·정신외과요법, 그 밖에 대통령령으로 정하는 치료(이하 "특수</p>

현행	개정안
<p>치료"라 한다)는 그 정신의료기관이 구성하는 협의체에서 결정하되, 본인 또는 보호의무자에게 특수 치료에 관하여 필요한 정보를 제공하고, 본인의 동의를 받아야 한다. 다만, 본인의 의사능력이 미흡한 경우에는 보호의무자의 동의를 받아야 한다.</p> <p>② 생략</p>	<p>치료"라 한다)는 그 정신의료기관이 구성하는 협의체에서 결정하되, 본인에게 특수치료에 관하여 필요한 정보를 제공하고, 본인의 동의를 받아야 한다. 다만, 본인의 의사능력이 미흡한 경우에는 제39조의 보호자(제39조의 보호자가 없을 경우 제40조의 당사자옹호서비스제공자)의 참여 하에 당해 치료가 본인의 욕구와 희망에 반하지 않는다는 확인을 받아야 한다.</p> <p>② 좌동</p>
<p>제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 사람에 대하여 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한할 수 없다.</p> <p>② 정신의료기관등의 장은 치료 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 통신과 면회의 자유를 제한하는 경우에도 최소한의 범위에서 하여야 한다.</p>	<p>제74조(통신과 면회의 자유 제한의 금지)</p> <p>① 정신의료기관의 장은 입원을 한 사람에 대하여 통신과 면회의 자유를 제한해서는 아니된다. 다만, 정신건강의학과전문의가 치료의 목적으로 통신과 면회의 자유를 제한할 필요가 있다고 판단할 경우 정신의료기관의 장은 그 사유, 시간을 정하여 지방자치단체의 장의 허가를 얻어야 한다.</p> <p>② 지방자치단체의 장은 필요한 최소한도의 범위가 아니면 통신과 면회의 자유를 제한하는 것을 허가해서는 아니된다.</p> <p>③ 정신의료기관의 장은 어떤 경우에도 제40조의 당사자옹호서비스 제공자가 정신질환자를 대면하는 것을 거절해서는 아니된다.</p>
<p>제75조(격리 등 제한의 금지)</p>	<p>삭제</p>
<p>제76조(작업요법)</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>제76조(작업요법)</p> <p>① 정신의료기관의 장은 입원을 한 사람의 치료, 재활 및 사회적응에 도움이 된다고 인정되는 경우에는 당해 정신의료기관에 소속되지 않은 재활시설의 장에게 직업재활을 의뢰할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 직업재활은 입원을 한 사람 본인이 신청하거나 동의한 경우에만 정신건강의학과전문의가 지시하는 방법에 따라 시켜야 한다.</p>

현행	개정안
<p>③ 생략</p> <p>〈신설〉</p>	<p>③ 좌동</p> <p>제82조의2 (정신건강서비스기금)</p> <p>① 제6조의2, 제52조의2에 필요한 비용은 다음 각 호의 정부예산으로 조달된 정신건강서비스기금에서 지급한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 정신병원 입원환자의 축소로 인해 발생할 것으로 추정되는 의료급여 예산액에 상응한 국고보조금과 지방자치단체의 출연금 최고세율 소득세 부담 납세의무자로부터 징수한 소득세의 5%이내. <p>② 제1항 각호의 예산의 확정 및 기금액의 배분(지방자치단체에 대한 교부를 포함)을 위해 정신질환 당사자 단체의 대표, 권익옹호, 복지, 심리, 간호, 의료, 재정 분야 전문가로 구성된 별도의 정신건강 서비스정상화기금 심의위원회(이하 심의위원회라 한다)를 설치하여 자문을 거쳐야 한다.</p> <p>③ 제3항의 심의위원회의 구성, 권한, 직무에 관한 세부사항은 대통령령으로 정한다.</p>
<p>제84조(벌칙)</p> <p>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 제40조제4항을 위반하여 정신질환자를 유기한 자 제41조제2항, 제42조제2항, 제43조제9항 또는 제47조제4항을 위반하여 정신질환자를 퇴원등을 시키지 아니한 자 제43조제7항을 위반하여 퇴원등의 명령 또는 임시 퇴원등의 명령에 따르지 아니한 자 생략 제59조제1항제1호(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따른 퇴원등의 명령 또는 임시 퇴원등의 명령에 따르지 아니한 자 	<p>제84조(벌칙)</p> <p>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 제19조의2 제2항을 위반한 자 제40조에 따른 절차보조사업을 부당하게 방해한 자 삭제 좌동 제59조제1항제1호(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따른 퇴원의 명령 또는 임시 퇴원의 명령에 따르지 아니한 자

현행	개정안
<p>6. 생략</p> <p>7. 제66조제4항에 따른 퇴원등의 명령에 따르지 아니한 자</p> <p>8. 생략</p> <p>9. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문 의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원등을 시키거나 입원등의 기간을 연장한 자</p> <p>10. 생략</p> <p>11. 생략</p> <p>12. 제73조제1항을 위반하여 협의체의 결정 없이 특수치료를 하거나 정신의료기관에 입원을 한 사람 또는 보호의무자의 동의 없이 특수치료를 한 자</p>	<p>6. 좌동</p> <p>7. 제66조제4항에 따른 퇴원의 명령에 따르지 아니한 자</p> <p>8. 좌동</p> <p>9. 제68조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문 의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원을 시키거나 입원의 기간을 연장한 자</p> <p>10. 좌동</p> <p>11. 좌동</p> <p>12. 제73조제1항을 위반하여 협의체의 결정 없이 특수치료를 하거나 정신의료기관에 입원을 한 사람의 동의 또는 제39조의 보호자(보호자가 없을 경우 제40조의 당사자이용호서비스제공자)의 확인을 받지 않고 특수치료를 한 자</p>
<p>제86조(벌칙)</p> <p>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>1. 생략</p> <p>2. 제41조제3항 또는 제42조제4항을 위반하여 퇴원등을 할 의사가 있는지 여부를 확인하지 아니한 자</p> <p>3. 제43조제1항 후단을 위반하여 입원등 신청서나 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받지 아니한 자</p> <p>4. 제43조제6항을 위반하여 입원등 기간 연장에 대한 심사 청구기간을 지나서 심사 청구를 하거나, 심사 청구를 하지 아니하고 입원등 기간을 연장하여 입원등을 시킨 자</p> <p>5. ~ 7. 생략</p> <p>8. 제67조제2항을 위반하여 입·퇴원등관리시스템에 제45조제2항에 따른 신고 내용 및 퇴원등의 사항을 등록하지 아니한 자</p> <p>9. 생략</p> <p>10. 제75조제1항을 위반하여 정신건강의학과전문</p>	<p>제86조(벌칙)</p> <p>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>1. 좌동</p> <p>2. 제41조제2항을 위반하거나 제41조제3항의 조사를 허용하지 아니한 자</p> <p>3. 삭제</p> <p>4. 삭제</p> <p>5. ~ 7. 좌동</p> <p>8. 제67조제2항을 위반하여 입·퇴원관리시스템에 제45조제2항에 따른 신고 내용 및 퇴원의 사항을 등록하지 아니한 자</p> <p>9. 좌동</p> <p>10. 제74조를 위반한 자</p>

현행	개정안
<p>의의 지시에 따르지 아니하고 신체적 제한을 한 자</p> <p>11. 제76조제2항을 위반하여 입원등을 한 사람의 신청 또는 동의 없이 작업을 시키거나 정신건강의학과전문이나 정신건강전문요원이 지시한 방법과 다르게 작업을 시킨 자</p>	<p>11. 제76조를 위반한 자</p>
<p>제89조(과태료)</p> <p>① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다.</p> <p>1. ~3. 생략</p> <p>4. 제42조제3항을 위반하여 퇴원 등 거부사유 및 퇴원 등 심사를 청구할 수 있음을 통지하지 아니한 자</p> <p>5. 제43조제8항을 위반하여 입원등 또는 입원등 기간 연장의 사실 및 사유를 통지하지 아니한 자</p> <p>6. 제43조제10항을 위반하여 퇴원등 거부 사실 및 사유나 퇴원등 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구절차를 통지하지 아니한 자</p> <p>7. 생략</p> <p>8. 제63조제1항을 위반하여 임시 퇴원등 사실을 통보하지 아니한 자</p> <p>9. 생략</p> <p>10. 생략</p> <p>② 생략</p>	<p>제89조(과태료)</p> <p>① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다.</p> <p>1. ~3. 죄동</p> <p>4. 삭제</p> <p>5. 삭제</p> <p>6. 삭제</p> <p>7. 죄동</p> <p>8. 제63조제1항을 위반하여 임시 퇴원 사실을 통보하지 아니한 자</p> <p>9. 죄동</p> <p>10. 죄동</p> <p>② 죄동</p>
<p><신설></p>	<p>부칙</p> <p>제1조 이 법은 공포 후 2년이 경과한 날부터 시행한다.</p> <p>제2조 응급대응센터, 정신건강복지센터, 119 구급대가 제44조 제2항, 제10항, 제50조의 규정에 위반하여 그 직무를 수행하지 못함으로써 정신질환자로부터 제3자가 피해를 입은 경우 그 제3자는 각 기관의 설치·운영의 책임이 있는 광역지방자치단체, 기초지방자치단체 또는 국가에 손해배상을 청구할 수 있다.</p>

현행	개정안
	<p>제3조 인신보호법 제10조의2를 다음과 같이 신설한다.</p> <p>제10조의2(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 따른 신청의 특례) ① 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법이라 한다) 제44조, 제50조에 따라 비자의입원한 정신질환자가 이 법에 따라 구제청구를 한 경우 신청 접수일로부터 3일(공휴일은 제외한다) 이내에 심문기일을 열어야 한다.</p> <p>② 심문은 신청인이 입원하고 있는 정신병원에서 진행하여야 한다.</p> <p>③ 심문에는 신청인과 정신건강복지법 제41조의 당사자옹호서비스제공자(신청인의 변호인이 있는 경우에는 신청인의 희망에 따라 변호인으로 갈음할 수 있다), 정신건강의학전문회의 의견을 직접 청문하여야 한다.</p> <p>④ 심문을 종료한 후 법관은 정신건강복지법 제44조, 제50조 위반 여부를 즉시 구두통지하여야 한다. 결정문은 제13조에 따른다.</p>

〈인신보호법 일부개정법률안〉

현행법	개정안
없음	<p>제10조의2(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 따른 신청의 특례) ① 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법이라 한다) 제44조, 제50조에 따라 비자의입원한 정신질환자가 이 법에 따라 구제청구를 한 경우 신청 접수일로부터 3일(공휴일은 제외한다) 이내에 심문기일을 열어야 한다.</p> <p>② 심문은 신청인이 입원하고 있는 정신병원에서 진행하여야 한다.</p> <p>③ 심문에는 신청인과 정신건강복지법 제41조의 당사자옹호서비스제공자(신청인의 변호인이 있는 경우에는 신청인의 희망에 따라 변호인으로 갈음할 수 있다), 정신건강의학전문과의 의견을 직접 청문하여야 한다.</p> <p>④ 심문을 종료한 후 법관은 정신건강복지법 제44조, 제50조 위반 여부를 즉시 구두통지하여야 한다. 결정문은 제13조에 따른다.</p>

토론 1. 정신재활시설 관점에서 보는 정신건강복지서비스체계의 구축

한국정신재활시설협회 정책위원장 임규설



정신재활시설 관점에서 보는 정신건강복지서비스체계의 구축

한국정신재활시설협회

복지서비스 내용을 명문화한 ‘정신건강복지법’으로의 전면개정은 지역사회 정신질환자(이하 ‘당사자’)에 대한 서비스 내용이 보건증심에서 복지영역으로 확대하겠다는 정부의 확고한 의지가 포함되었다고 생각합니다. 이는 당사자가 지역사회에서 더불어 함께 살아갈 수 있도록 의료적 치료를 넘어 지역사회 내 다양한 복지서비스를 통한 삶의 질을 개선하고자 하는 정상화의 바람이었습니다.

그러나 법 개정 이후 복지서비스 구체적 기준마련과 재원마련에 대한 책임성이 불거지면서 어디서 재원을 마련할 것인지, 누가 서비스를 얼마나 지원할 것인지에 대한 서비스 공급주체와 기준량에 대한 모호성이 깊어지고 있습니다. 여기에 정부는 지역사회 내 정신건강서비스기관의 증가에도 불구하고 정신건강복지서비스전달체계에 대한 명확한 방향성을 제시하지 못하고 있는 상황입니다.

이로 인해 지역사회 서비스 기관은 서로간의 역할 중복과 서비스 제공에 대한 상호 연계와 협력 체계의 분절화가 진행되어 있고, 이에 대해 현장에서는 수년전부터 지역사회 내 서비스 기관에 대한 역할정립과 기능분화에 대한 필요성을 제기하여 왔지만, 이에 대한 정립은 지금까지도 이루어지지 못하고 있습니다.

이러한 상황에서 지역사회 내 바람직한 정신건강복지서비스체계 구축을 위한 토론 회가 마련된 것은 환영할 일이고, 이 자리에 초대해 주신 것에 감사의 말씀을 드립니다. 이 자리를 통해 지역사회 내 바람직한 정신건강복지서비스체계구축이 마련될 수 있기를 기대하며, 정신재활시설의 관점에서 바라보는 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축에 대한 몇 가지 내용을 제안해 보고자 합니다.

첫째, 정신건강복지서비스체계를 구성하는 지역사회 내 서비스 기관의 기능과 역할을 명확히 재정립해야 합니다. 지역사회 내 서비스 기관의 역할은 당사자가 요구하는 서비스를 제공하는 것이며, 다양한 자원연계를 통한 지역사회 내 지지체계를 마련해 주는 것이라 생각합니다.

그러나 서비스 제공기관은 서비스의 단계화나 대상자 구분의 기준이 뚜렷하지 못하여 저마다의 기관에서 중복서비스를 경쟁하듯이 심화시키고 있으며, 특히 낮병원과 정신건강복지센터, 보건소,

정신재활시설의 중복서비스는 역할에 대한 단계화를 통해 분담이 필요한 상황입니다.

지역사회 내 정신건강서비스 기관의 역할정립에 대한 논의는 어제 오늘의 문제가 아니었으나, 정부가 서비스 기관의 역할정립과 기능에 대한 명확한 기준을 제시하지 못하면서 현재 지역 내 서비스기관 자체적으로 자생하기 위한 역할이 자리매김하였고, 이로 인한 중복서비스와 기관 간 상호연계가 원활하게 이루어지지 못하고 있습니다.

이렇듯 자생을 위한 몸부림으로 자리잡은 서비스 기관들의 역할은 공급주체기간의 협의를 통해 조정될 수 있는 부분이 아니며, 명확한 제도를 통한 기관의 기능과 역할을 분담해야 한다고 생각합니다.

정신건강서비스 공급주체간의 역할정립과 기능분화, 상호연계와 협력체계의 근본적인 문제들을 해결하지 못하고, 서비스전달체계만을 새롭게 구축한다면 모래위에 기둥을 세우 것과 같은 것입니다.

지역사회정신건강보건서비스 전달기관의 기능분담 현황

	제도화된 기능	공식적 기능	실제 수행 기능
정신병의원	치료 (입원, 외래)	입원치료 외래치료 작업치료 사회복귀훈련	입원치료 외래치료 작업치료 사회복귀훈련(사회재활) 주거제공 + 시설보호
낮병원	치료 (부분입원)	규정되어 있지 않음	치료(외래치료) 보호(주간보호) 재활(사회재활)
보건소	공중보건 정신보건행정	정신보건행정 포괄적 지역사회정신보건사업 (예방, 치료, 재활, 정신보건관련 간접서비스 일체)	정신보건행정 진료 사례발굴 및 관리 방문간호 주간보호 사회재활 예방사업
정신건강복지센터	지역사회 정신보건	보건소에서 위탁받은 포괄적 지역 사회정신보건사업 (예방, 치료, 재활, 정신보건 관련)	치료(진료, 방문간호) 사례발굴 및 관리 보호(주간보호)

	제도화된 기능	공식적 기능	실제 수행 기능
		간접서비스 일체)	재활(사회재활, 직업재활) 예방사업 사회적지지 제공
정신재활시설	재활	재활(사회재활, 직업재활) 주거제공	보호(주간보호) 재활(사회재활, 직업재활) 주거제공 사회적지지 제공
정신요양시설	요양보호	요양보호 재활	주거제공 + 시설보호 외래치료 재활(사회재활, 직업재활)
중독통합지원센터	중독자재활 (알코올, 약물, 마약, 인터넷등)	예방, 재활, 사회적지지 제공	예방 재활(사회재활, 직업재활) 주간보호 사회적지지 제공

[출처: 2003. 김문근, 지역사회 정신보건서비스 전달체계내에서의 역할분담과 연계방안] 수정

둘째, ‘정신건강복지법 시행규칙 [별표9]’ 정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준’에 대한 개정과 ‘정신건강사업 안내’에 정신재활시설의 유형별 사업운영의 구체적인 내용이 필요합니다.

‘정신건강복지법’으로 전부개정되어 법률은 변화하였으나, 정신재활시설의 설치, 운영과 관련된 내용은 기존 정신보건법에서 제시된 내용과 큰 변화 없이 현재까지 적용되고 있는 상황입니다.

‘정신건강복지법 시행규칙 별표9’에 의한 정신재활시설 운영은 ‘입소와 이용’만을 기준으로 구분하고 있어, 시설유형은 생활시설, 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 아동·청소년정신건강지원시설, 중독자재활시설, 생산품판매시설, 종합시설로 이전보다 세분화되었으나 구체적인 시설의 목적, 대상자에 따른 운영기준, 서비스 내용은 전무한 상태입니다.

또한, 당사자가 요구하는 서비스 수준은 20년 전과 비교할 때 권리옹호, 자기결정 등의 측면에서 상당한 수준 차이를 발생시키고 있어 당사자 눈높이에 맞는 서비스 내용과 당사자에게 필요한 사업운영으로 수정되어야 합니다.

셋째, 정신재활시설의 서비스 최저기준과 이용자 권리에 대한 기준마련이 필요합니다. 장애인복지시설의 경우 ‘서비스 안내 및 상담, 개인의 욕구와 선택, 이용자의 참여와 권리 등’ 총 9개 항목에 대한 서비스 최저기준을 적용하여 시설을 운영함과 동시에 서비스를 제공해야 하는 종사자에게 실무적인 교육을 병행하여, 장애인복지시설이 서비스에 대한 최저기준 이상을 유지할 수 있도록 하고 있습니다.

장애에 관한 문제를 사회적문제로 바라보는 것과 같이, 정신질환은 더 이상 개인이 극복해야 할 문제가 아닌 우리 사회가 함께 고민하고 넘어야 할 공동과제로 바라봐야 한다면, 시설의 서비스 최저기준이 갖는 의미를 고민해야 합니다.

제가 생각하는 시설의 서비스 최저기준에 관한 의미는 서비스를 지원하는 과정 속에서 당사자의 권리가 얼마나 보장되며 제공되고 있는가입니다. 당사자 어떤 서비스를 받아야 할지 모르는 상황에서는 수동적인 서비스의 수혜자로서 인식될 것이지만, 자기결정에 따른 서비스를 요구하고 결정할 수 있을 때 선택의 권리를 가진 서비스 주체자로 인식될 것입니다.

이러한 과정 속에서 정신재활시설의 서비스 최저기준과 이용자 권리 기준은 시설을 이용하는 당사자가 받아야 할 권리는 물론이고 당사자의 참여와 선택, 최적의 환경조성이라는 전제 속에서 당사자의 능력개발, 일상생활, 직원관리, 시설운영 등 전반에 관한 사항을 고려하는 내용일 것입니다.

<p>1. 서비스 안내 및 상담</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준 1: 서비스 이용자 안내 ■ 기준 2: 이용 상담 ■ 기준 3: 욕구와 서비스의 적합성 검토 ■ 기준 4: 예비방문 ■ 기준 5: 서비스 결정, 서비스 제공 조건 및 퇴소 <p>2. 개인의 욕구와 선택</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준 6: 사정 ■ 기준 7: 개별 서비스 이용계획 <p>3. 이용자의 참여와 권리</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준 8: 의사결정 ■ 기준 9: 참여 ■ 기준10: 위험관리 ■ 기준11: 비밀보장 	<p>6. 개별지원</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준21: 개별지원 ■ 기준22: 건강관리 ■ 기준23: 약물관리 ■ 기준24: 노화와 사망 <p>7. 환경</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준25: 시설과 설비 ■ 기준26: 개인침실- 공간요구 ■ 기준27: 개인침실- 가구와 시설물 ■ 기준28: 화장실과 욕실 ■ 기준29: 공용 공간 ■ 기준30: 보조기구와 설비 ■ 기준31: 위생과 감염예방 <p>8. 직원관리</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ■ 기준12: 학대 등으로부터의 보호 ■ 기준13: 이의제기 <p>4. 능력개발</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준14: 개인적인 발절 ■ 기준15: 교육과 직업 ■ 기준16: 지역사회연계와 네트워크 <p>5. 일상생활</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준17: 여가 ■ 기준18: 관계 ■ 기준19: 사생활 ■ 기준20: 식사 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 기준32: 역할 ■ 기준33: 자격과 자질 ■ 기준34: 직원구성 ■ 기준35: 훈련과 개발 ■ 기준36: 지도감독과지지 <p>9. 시설운영</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 기준37: 질 관리 ■ 기준38: 정책과 절차 ■ 기준39: 기록유지 ■ 기준40: 안전의 실천
--	--

핵심영역: 개인의 욕구와 선택, 이용자의 참여와 권리, 환경

기본영역: 능력개발, 일상생활, 개별지원

일반영역: 서비스안내 및 상담, 직원관리, 시설운영

[출처: 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권]

넷째, 통합적 정신건강전달체계 모형에 대한 선도사업을 제안하고자 합니다. 당사자가 퇴원하거나, 지역에 고립된 경우 사회복귀와 일상생활을 가능하게 지원할 수 있는 통합적 전달체계가 마련되어야 합니다.

현재까지의 학술보고서에 관한 통합적 정신건강전달체계는 정신건강영역에 국한된 통합적 모델이 제시되고 있지만, 당사자가 지역사회에서 살아가려면 정신건강영역뿐 아니라 사회복지영역에서도 다양한 복지서비스가 제공되어야 할 것입니다.

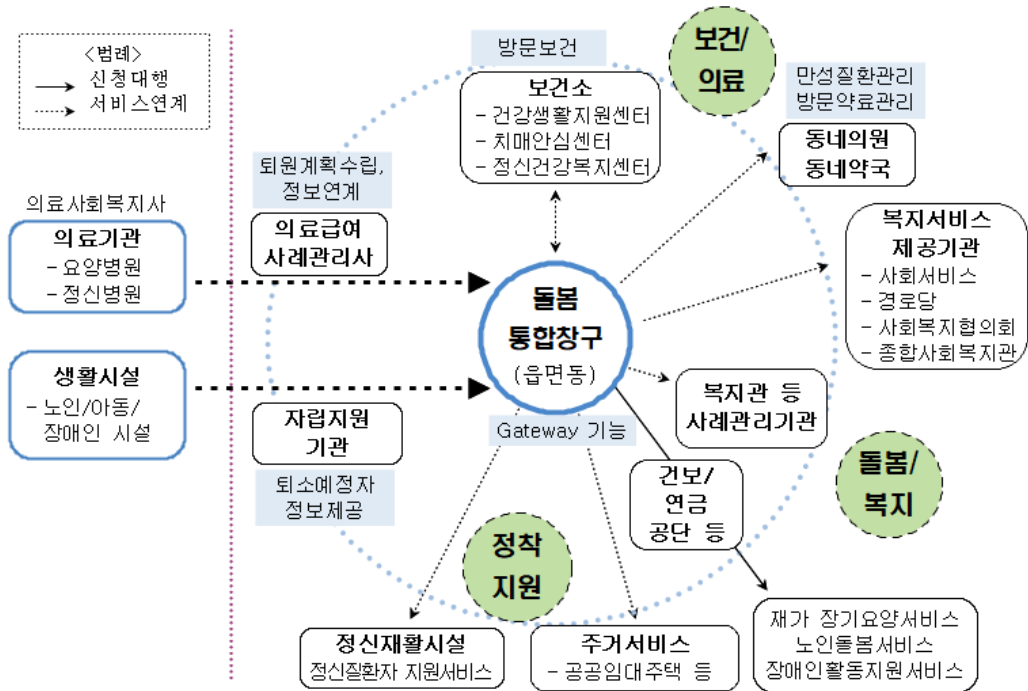
얼마 전 정부는 커뮤니티케어를 통해 지역 내 취약계층을 대상으로 다양한 복지서비스를 제공하여 이용자들이 지역사회에서 활동하고 병원이나 시설이 아닌 본인이 살고자 하는 지역사회에서 살아갈 수 있도록 뒷받침하는 사회서비스 혁신의 시작점이 될 것이라고 발표하였습니다.

하지만, 정부가 제시하는 정신질환 당사자에 대한 커뮤니티케어는 전국 1개소의 중간집(halfway house, 6인 정원시설, 4인 전문인력, 1년 365일 근무체제)제공을 통한 복지서비스를 전달하고자 하는 것이 고작이며, 이것 역시 이용기간이 만료되면 그 이후 당사자 스스로가 지역사회에서 어떻게 지지체계를 마련해야 하는 것인지에 대해서는 전혀 대책이 없는 상황입니다.

더 이상 당사자가 병원과 시설을 오가며 생활하는 것이 아닌 지역사회에서 본인이 원하는 삶을 살아가기 위해서는 정신건강영역과 사회복지영역이 모두 포함된 통합적인 정신건강전달체계의 마련이 필요하고, 이에 대한 선도사업이 적극적으로 추진되어야 합니다.

정신재활시설이 수도권인 서울과 경기권에 집중되어있으며, 지자체의 의지와 노력에 따라서 시범사업을 시작으로 유형별 다양성을 노력하고 있습니다. 서울에 경우 서울시가 적극적인 관심과 예산지원을 통해 아동청소년을 위한 정신재활시설 ‘아이존’ (현재 10곳), 서울형 지역사회 전환시설(4곳), 주거지원사업 자립형 공동생활가정(2곳), 서울시립 정신장애인 직업재활시설 (1곳) 등 시범사업을 시작으로 정신질환자 재활유형의 다양한 접근을 시도하고 있습니다.

정부가 주도적으로 지자체가 정신질환자의 생애주기별 개입이 가능한 정신재활시설을 설치 운영할 수 있는 전달체계를 개발하고 보급하여 현실적인 지역사회 서비스 구축을 위한 노력이 필요하다고 할 수 있습니다.



[출처: 2018. 보건복지부 ‘돌봄통합창구의 서비스 종합 안내기능 개념도(안)’ 수정]

다섯째, 정신재활시설의 인프라 확충에 관한 이야기입니다. 얼마 전 국립공주병원에 ‘다울터’라는 정신재활시설을 설치한 사례가 있었습니다. 이는 정부가 국립정신병원의 유휴공간을 활용

하여 정신재활시설의 인프라를 확충하겠다는 내용을 반영한 것으로 국립공주병원은 이러한 내용을 대대적으로 홍보하며, 치료와 사회복귀라는 통합지원을 강조하였습니다.

하지만, 정신재활시설 설치에 당사자의 지역사회 적응능력을 높이기 위해 지역사회로의 접근이 용이하고 대중교통 이용이 편리한 곳에 설치하는 것을 원칙으로 하고 있습니다.

지역사회 내 정신재활시설의 인프라 확충이 안 된다는 이유로 과거에 정신병원 내 정신재활 시설을 설치하고, 정신질환자가 지역사회로 나오지 못하고 병원과 시설만을 오가는 회전문현상을 우리는 이미 수많은 사례를 통해 경험해 왔음에도 불구하고 정신재활시설의 인프라 확충에 대한 정부 방안이 이런 정도라면 지역사회 내 정신건강복지영역에 무엇을 기대해야 할지 답답합니다.

저는 정부에 오히려 묻고 싶습니다. ‘정신재활시설이 늘어나지 않는다고, 국립정신병원의 유휴 공간에 정신재활시설을 설치하는 것이 타당한지, 정부정책방향이 정신재활시설 목적에 맞는 사업을 선도하여 이끌어가는 주체가 되어야 하지 않을까요?’ 탈원화를 역행해서라도 어떤 형태로든 늘리기만 하면 된다는 식의 호구지책의 대책마련은 철회되어야 하며, 구체적이고 실현 가능한 정신재활시설의 인프라 확충에 대한 고민이 있어야 할 것입니다.

이상 저의 바람과 답답함을 토대로 제안사항을 말씀드렸고, 오늘 이 자리를 통해서 정신건강 영역의 전달체계가 바람직하게 마련되길 기대합니다.

감사합니다.

토론 2. 정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론문

한국정신요양시설협회 정책위원 송현섭

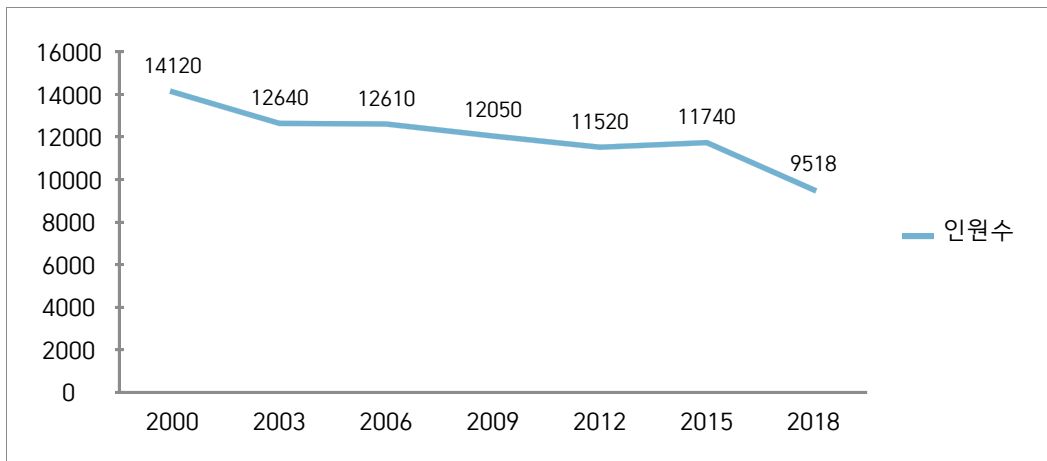


정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론회

송현섭(한국정신요양시설협회 정책위원)

1995년 제정된 정신보건법에서 정신요양시설이란 정신보건시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀추진을 위한 훈련을 행하는 시설로 정의하였으며 2016년 개정된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)에서는 정신요양시설이란 정신건강증진시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설을 말한다고 정의하였다 하지만 이번에 발의된 정신건강복지법 일부개정 법률안에서는 정신요양시설은 더 이상 존재하지 않는다. 제3조 정의에서 정신건강증진시설에 정신요양시설은 삭제되었고 제22조에서 정신요양시설의 설치 운영이 지원주거시설의 설치 운영으로 개정되어 있다. 제3조의 정신건강증진시설의 유형 중 정신의료기관과 정신재활시설의 설치 운영 사이에 있는 것으로 보아 지원주거시설의 명확한 정의가 필요하다. 또한 정신요양시설을 더 이상 “정신의료기관 등”에서 정신건강서비스 제공시설 중 주거지원시설로 전환하여 정신의료기관과 동일한 입퇴원 기준을 적용하지 않은 것으로 보아 신규 보호입원이 거의 전무한 현실과 요양서비스의 중요성은 여전히 인식하고 있음을 알 수 있다.

〈연도별 전국 정신요양시설 생활인 총원〉

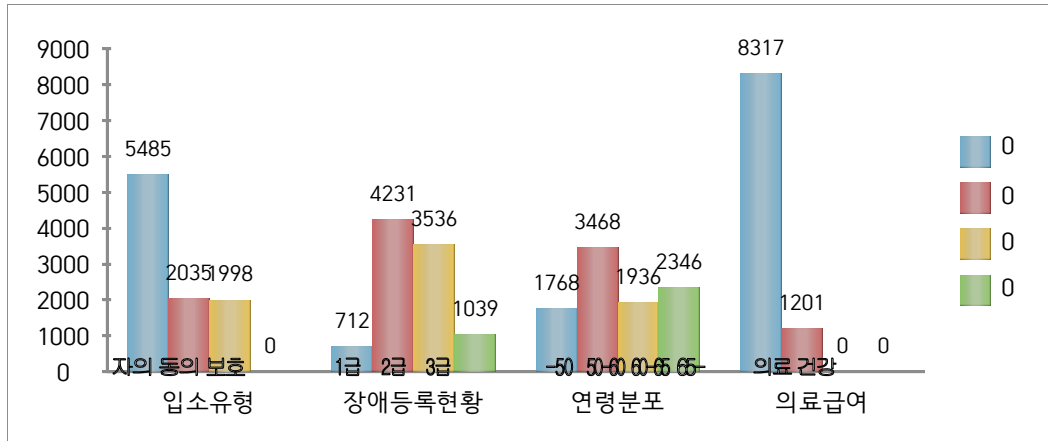


〈출처:정신요양시설협회〉

위의 표와 같이 연도별 전국 정신요양시설 생활인 총원을 보면 2000년 14,120명에서 매년 감소하여 2018년 9,518명으로 감소하였다. 특히 정신건강복지법으로 개정된 이후인 2015년과

2018년 사이는 급격한 감소폭을 보이고 있다.

2018년 12월 31일 기준 전국 59개 정신요양시설에 정원 13,225명에 현원 9,518명으로 현원은 정원의 71%를 차지하고 있다.



〈출처:정신요양시설협회〉

현원의 입소유형을 보면 자의입소 5,485(57.6%)명, 동의입소 2,035(21.3%)명, 보호의무자에 의한 입소 1,998(20.9%)명으로 전체의 약80%가 자의 및 동의 입소이다. **정신장애 등급 1-3급이 8,479명으로 전체의 89%**를 차지하며 연령분포에서는 표에서와 같이 50세에서 60세까지가 3,468(36%)명, 60세 이상이 4,282(45%)명으로 **10년 안에 80%이상이 60세 이상이 될 것으로** 예상된다. 또한 의료급여 1종이 8317명으로 87%를 차지하고 있다. 따라서 2019년 현재 정신요양시설은 자발적 또는 보호자와 동의 후 입소한 노인 정신장애인에게 거주, 요양, 생활지원, 지역사회생활 지원 등을 위하여 필요한 서비스를 제공하고 있다.

정신건강복지법은 국민의 정신건강증진을 위한 구체적인 조치를 도입해야하며 특히 생애주기별 또는 대상자별 목표 계층에 대한 정신건강증진 사업을 추진한다고 하였다. 현재 정신요양시설의 생활인들을 보면 위에서도 언급했듯이 생애주기별 또는 대상자별 목표 계층이 뚜렷하다. 첫째 수급권자이므로 주거지원 둘째 정신장애 셋째 노령화이다

첫째 “주거지원”을 고려해 보면

이용표교수님의 발표문에서 정신요양시설 기능전환 부분에서 정신요양시설을 모두 주거지원 시설로 전환하여 돌봄 수요의 필요성에 따라 소규모 요양시설 혹은 주거지원시설 등으로 전환한다고 하셨는데 소규모요양시설은 30인 미만이고 공동생활가정은 6인일 경우 단순하게 계산

해서 현재 정신요양시설에 거주하고 있는 약1만 명의 생활인들을 정신장애등급 1-2급 5천명을 소규모요양시설로 3급인 3천5백명을 집중케어형 공동생활가정으로 나머지 1천5백명을 일반형 공동생활가정으로 전환한다고 가정할 경우 소규모요양시설이 약170개, 집중케어형 공동생활가정이 약600개, 일반형이 약250개가 필요하다. 단순히 정신요양시설 거주자만 고려한 것이고 정신의료기관까지 감안한다면 몇 배의 시설이 더 필요할 것이다. 따라서 발표문에서도 언급하셨듯이 먼저 절대적으로 공급량이 부족한 주거지원서비스를 제공하는 시설을 갖추어 놓고 정신요양시설의 단계적인 소규모화로의 전환이 필요하다고 생각된다. 사회적인 인프라가 구축되면 지난 15년간 정신요양시설에서 정신재활시설로의 이동이 있었듯이 서비스 이용 당사자들의 욕구에 따라 다양한 서비스를 선택할 기회가 많아질 것이다. 또한 기존에 정신요양시설에서 담당 하였던 장기지원주거시설 기능을 정신건강복지법에 도입함으로써 현실을 어느 정도 반영하였다고 볼 수 있다. 하지만 지원주거시설을 집중지원, 보통지원, 장기요양지원 등의 목적으로 지원 주거시설을 설치 운영할 때 현재 정신요양시설에서 생활하고 있는 만성정신장애를 가지고 있으며 노령화된 생활인들에 대한 고려가 충분히 반영되어 생활할 수 있는 인원과 종사자 수 및 자격 등이 정해지길 바란다.

두 번째 “정신장애”를 고려해 보면

정신장애 1,2급의 경우 개인위생, 일상생활지원, 의사소통 등 기본적인 생활은 물론 보다 폭 넓은 복지서비스를 제공 받아야 함에도 불구하고 장애인복지법 제15조에 “장애인 중 「정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다”라고 하여 정신장애인이라는 이유로 많은 차별을 받고 있다. 정신건강복지법에서는 정신질환에 대한 예방, 조기치료, 재활, 사회복귀에 중심이 있어서 장기적인 정신질환치료로 인해 정신장애를 갖고 있는 장애인들에 대한 언급이나 지원은 부족한 상태이다. 장애인복지법에서 장애인거주시설은 “시설 이용자의 거주, 요양, 생활지원, 지역사회생활 지원 등을 위하여 필요한 서비스를 제공하여야 한다.” 라고 규정하였는데 이는 현재 정신요양시설에서 정신장애인들에게 제공하고 있는 서비스와 거의 일치하고 있다. 한 예로 한 법인 안에 장애인 거주시설과 정신요양시설이 함께 있는 경우 같은 중증 장애인데도 인력이나 서비스지원에서 엄청난 차이가 나고 있다. 실제 현장에 가보면 쉽게 확인할 수 있을 것이다. 정신장애인도 장애인복지법에 준하는 복지서비스를 정신건강복지법에 명시하던지 아니면 장애인복지법의 적용을 받을 수 있도록 장애인복지법 제15조의 개정이 필요하다. 장애인들이 장애인거주시설에서 복지서비스를 받는 것처럼 정신장애인들도 정신장애인거주시설에서 같은 복지서비스를 받을 수 있도록 법 개정이 이루어져야 한다.

세 번째 “노령화”를 고려해 보면

현황에서와 같이 2018년12월 기준 60세 이상이 4282명으로 45%를 차지하고 있으며 5년 후 60%이상이 10년 후에는 전체 생활인의 80%이상이 60세이상의 고령화가 되므로 현재의 정신요양시설은 노인정신요양시설이 될 것이다. 노인복지법에서는 노인주거복지시설로서 양로시설, 노인의료복지시설로서 노인요양시설 그리고 의료시설로 노인요양병원 등 어르신들을 대상으로 다양한 복지서비스와 의료서비스 제공하고 있다. 하지만 이들 시설에서는 만성정신질환과 정신장애를 갖고 있는 노인들의 입소를 꺼려하는 것이 현실이다. 노인들이 노인요양원에서 요양서비스를 제공받는 것과 같이 노령화된 만성정신질환자들이 노인정신요양시설에서 정신요양서비스를 제공받는 것은 당연하다. 또한 정신질환과 노인성질환을 복합적으로 가지고 있는 생활인들이 대부분이므로 치료와 돌봄 의료서비스를 제공하는 노인요양병원과 같이 정신건강전문요양가정의학과 내지 내과의사가 상주하는 노인정신요양병원의 필요성도 앞으로 대두될 것으로 생각한다.

결론적으로 장애인과 노인에 대한 복지서비스는 그 중요성이 강조되어 예산지원도 지방에서 중앙으로 환원되었다. 정신건강증진서비스와 함께 정신건강복지서비스에 대한 중요성을 간과해서는 안 될 것이다. 정신건강복지법에도 정신건강복지시설로 정신요양시설, 정신장애인거주시설, 노인정신요양원 등의 정의가 있어 정신장애 특히 노인정신장애 복지서비스에 대한 중요성을 인식하고 복지서비스를 제공하고 있음을 보여 주어야 할 것이다. 또한 사회적으로도 정신질환에 대한 편견을 받고 있는데 복지서비스에 대한 편견도 이에 못지않다. 장애인거주시설이나 양로시설, 노인요양원을 감금시설이라고 하지 않듯이 정신건강복지시설도 이에 준하는 환경을 조성하여 이러한 편견을 해소해야 할 것이며 정신장애인이 거주하는 정신건강복지시설은 장애인복지법에 준하는 인력과 지원을 받아 정신장애인의 복지증진에 최선을 다해야 할 것이다.

토론 3. 토론문

대한정신장애인가족협회 서울지부 박천웅



토론문

박천웅(대한정신장애인가족협회 가족지부)

제철웅 교수님이 발표하여 주신 내용들이 평소에 제가 관심 갖고 있던 부분을 총망라 해주셔서 무척 반가웠습니다. 이중 1) 개인맞춤형 서비스 2) 낙인 방지 3) 인간 존중 4) 약물 위주의 치료 벗어나기 5) 국민 전체의 정신건강 향상을 위한 사회개혁 등의 키워드를 엮어서 제 의견을 말씀 드려 보겠습니다.

1. 당사자들의 낙인 방지와 인격 존중

우선 개정법안에 있는 “정신질환자”라는 용어가 제가 어려서부터 들어 왔던 경험이 있어서인지 무섭게 보이고 무의식적으로 피하고 싶은 상대라는 마음이 듭니다. 우리가 약물을 복용하고 있는 조현병, 조울증 당사자를 “정신질환자”로 부르는데 비하여, 약물을 복용하지 않지만 주변 사람을 심하게 괴롭히는 반사회적 성격, 자기애적 성격을 가진 사람을 “정신질환자”라고 말하지 않는 것 같습니다. 심리치료에서는 이들을 성격장애로 분류합니다. “정신질환자”라는 용어 대신 “정서 불균형”, “불안정애착” 등의 순화된 다른 용어로 바뀌었으면 합니다.

“정신질환자”라는 용어를 통해 사회적 낙인은 계속되고, 당사자 본인은 회복 과정에서 “나는 정신병 환자로 낮기 힘들어!”하고 자기 낙인을 갖고 우울감을 가지며 “죽고 싶어”라는 생각을 반복적으로 하면서 불안해 하고 심한 경우 뇌에서 자살을 실행을 하도록 명령하게 되는 원인이 됩니다. 그래서 회복을 잘 하기 위하여 낙인 과정을 잘 관리하여야 하는데, 낙인 관리는 초기 치료시부터 치료의 전 과정에서 매우 중요해 보입니다.

심리 치료 상담에서 “치료”는 당사자가 스스로 회복의 순간을 알아차리면서 꾸준히 변화시켜 나가는 것이며 상담자는 당사자가 알아차리는 기회를 갖도록 “상담”하여 도와주는 것입니다. 이 표현은 한 원로 의사의 가르침이며 요즘 심리상담계에서 일반화된 개념입니다. “정신질환자”라는 명칭은 병원 치료를 목적으로 한 진료 대상임을 연상케 하고, 당사자 스스로 회복의 순간을 알아차리는 경험과 능력을 박탈할 가능성이 있어 보입니다. 약물 복용을 제외하고 심리치료 과정만 보면 조현병 당사자도 일반인과 같이 무조건적 수용, 공감적 반응은 동일한 과정이어서 “정신질환자”라는 용어가 무의미하게 보입니다. 사회적 낙인을 없애려면 이런 기본적인 부분부터 개선되어야 할 것 같습니다.

2. 약물 위주의 치료 벗어나기와 심리치료에 대하여

많은 정신증 가족들이 약물의 한계를 극복하고 심리 치료를 동시에 받기를 원하고 있습니다. 그리고 개정 법안의 취지처럼 예방, 조기 개입, 조기 치료를 목적으로 하려면 재활 단계를 가기 전에 치료를 강화할 필요가 있어 보이는데 현재 약물 위주로 되어 있는 것을 심리치료와 가족 교육을 강조하고 싶습니다. 심리치료와 가족교육은 사회교육, 재활치료 전 과정에서 이용 대상이 됩니다.

1990년대 이후 리스페달 등 부작용이 적은 비정형 정신치료 약물이 개발되면서 정신증 당사자들이 사회 활동이 많아지면서 정신치료에 약물 치료가 대세가 되고 있습니다. 하지만 약물로 인지 능력과 정서는 많이 개선되나, 일반인처럼 활동하기 위하여 필요한 고급 정서와 대인 관계와 창의력을 높이기 위해서는 약물 치료만으로는 절대적 한계를 보이고 있습니다. 약물은 호르몬에 관한 생물학적 환경 문제 이외에 다른 환경적 요소와 성격의 문제 내면의 깊은 습관적 문제를 해결하기 어렵습니다. 깊은 성격의 문제는 심리 치료를 통하여 뇌 신경에 영향을 주어 해결하여 줍니다. (뇌의 가소성)

조현병 치료과정에 종사하는 “심리상담사”는 선발과 교육 과정이 엄격해야 된다고 봅니다. 현재 심리 상담사들이 많이 배출되고 국가자격증, 민간단체 자격증이 많이 강화되어 있지만, 조현병 치료가 약물 위주로 고착된지 오래 되어서 기존의 유능한 상담사들도 조현병 임상의 경험이 많이 부족한 편이라 일정 기간 조현병과 맞는 심리상담사 선발과 보수교육 체계를 별도로 준비할 필요가 있다고 보입니다.

사회복지사나 기타 정신보건종사자도 상담을 하려면 어느 정도 수준의 조현병 치료를 할 수 있는 수준 이상으로 수련을 받아야 할 것 같습니다. 조현병 상담사는 조현병에 맞는 무조건적 수용을 하고, 공감적 응답을 할 수 있어야 하는데, 그러려면 자기 자신의 정신적 부정적인 삶의 대사물이 당사자에게 투사되지 않도록 정화되어 있어야 합니다. 그렇지 않을 경우 당사자 심리 상태가 퇴행되어 임세원 살해 사건과 유사한 사건 발생이 예상 되며 한편으로는 당사자의 가까운 청춘의 길고 긴 시간을 낭비되게 됩니다.

이러한 전문적에 준하는 심리상담 수련이 어느 그룹보다도 필요한 주체가 있는데 바로 가족입니다. 가족은 24시간 당사자와 같이 생활하므로 의사, 심리상담사, 사회복지사가 아무리 잘 해도 같이 생활하는 가족의 영향력을 따라갈 수 없습니다. 어느 정도의 심리상담 수준에 오르면 각 당사자에 대해서 가족이 가장 전문가일 수 있고 국가 경제적으로 보아도 가장 효율적인 그룹

으로 보입니다. 그러나 현재의 현실은 많은 부모들이 방임하여 당사자가 만성화에 이르게 되고 사회적 폐해를 끼치기도 합니다. 정부는 가족의 교육에 많은 투자를 하는 것이 장기적인 효과에서 우선 순위가 높다고 보겠습니다.

3. 평생교육과 취업지원 프로그램 (이 용표 교수님 발표)

- 평생교육 : 부모를 준전문가 이상 집단으로 키우기 위한 교육에 충분한 국가 예산 지원이 있으면 합니다.
- 취업지원 프로그램 : 당사자들이 취업된 경우들이 대부분 기능이 단순한 일로 제한되어 있는 것을 보는데, 저의 호전된 상담 사례를 참고로 하여 보면 조현병 당사자도 단순한 기능을 탈피하여 일반인처럼 자기의 잠재능력을 다 할 수 있는 교육과 일을 수행할 기회가 제공되었으면 합니다. 이 경우 주의할 점은 많으나, 일반인처럼 업무를 하며 급여가 높아지면 자존감 회복이 무척 빠르며 이 과정에서 편집증, 피해 망상등이 둔화되거나 사라지게 되고, 업무의 정확성이 높아지게 됩니다. 당사자의 심리적 갈등을 꾸준히 관찰하며 업무를 지도하여 줄 직장 상사 또는 업무 관리자가 부모와 같은 준전문적인 심리상담사 과정을 가져야 될 필요해 보입니다. Nancy McWilliams는 조현병 치료에서 조현병 당사자들의 높은 상상력과 창의력을 주시 하라고 권고합니다. (정신분석적 사례 이해에서, 1999)

4. 정신치료에 대한 사회적 책임과 국민 전체의 정신건강 향상을 위한 사회개혁

우리 국민은 6.25 전쟁, 일제 강점기, 그리고 지난 50년간 급속한 경제성장을 위하여 무한 경쟁 체제 속에서 자기를 희생하고 살아 왔습니다. 자기 희생의 부산물 들은 부정적 에너지로 변하여 사회적, 가족적 대물림 속에서 사회 정신적 에너지가 취약한 가족이나 개인을 찾아서 화산이 터지듯 분출하여 정신적, 신체적 증상으로 나타납니다. 이러한 환경적인 측면에서 볼 때 정신증 치료에 대하여 개인과 가족만의 노력으로는 커다란 한계가 있고 사회적, 국가적 차원에서 폭 넓은 지원과 예방의 책무가 필요해 보입니다.

앞으로 4차 산업 혁명이 다가 오면서 동반될 사회적 변화를 대비하기 위하여 국민적 정신건강 시스템의 개혁이 중요해 보입니다. 조현병이나 일반인의 심리치료 환경은 동일하게 적용됩니다. 사회심리학도 기초는 정신분석에서 시작되었습니다. 50만이 안 되는 조현병 당사자에 대한 집중 투자되어 연구되어 실행되는 경험은 5000만 전 국민을 위하여 적용할 수 있는 무척 큰 사회적 자산입니다. 세계 10대 경제대국이며 무기 수출 강국인 우리 나라가 심리치료 연구 분야에서는 수십년 뒤떨어져 있는 불모지입니다. 우리나라에서 국가적 차원으로 연구에 투자해야 할 중요한 분야로 보입니다.

우리 사회는 종교, 정치, 경제 각계의 리더 그룹 층이 개인적으로나 조직적으로 분열, 부인 등 원시적 방어 기제(심리학 용어)를 흔히 쓰고 있으며, 반사회적, 반윤리적 행동을 서슴치 않아 국민적 불안 수준이 높고 또한편으로는 일반 국민들의 사고 및 행동 체계도 리더 그룹을 모방하는 국가적 퇴행의 현상을 흔히 목격합니다. 다른 사례로 여성들의 일자리 평등화를 위하여 영아원에 0세반, 1세반이 트랜드가 되었습니다. 현재 알려진 발달심리학 입장으로 볼 때 18개월, 또는 36개월까지 생모가 직접 양육할 것을 권장하며 그렇지 않을 경우 대리모가 공감적 응답 능력이 부족하면 조현병, 조울증 등 정신증의 원인이 되는데, 영아원 확대 정책에 발달심리학 전문가들의 검증이 있었던 것인지, 아니면 방치하여 20년 후 정신증 시장을 양산하는 체제로 가게 되는 것인지 궁금합니다. babysitter가 기존에 있던 직종이기는 하나 짧은 기간에 영아원이 전 국가적으로 확장되고 있어서 출산율은 급격히 줄고 있는 상황이라 우려가 증폭됩니다.

정신건강 전문가와 종사자들은 우리 사회의 다른 그룹과 달리 승고한 정신 관련 일을 업으로 하고 있거나 봉사를 하고 있기 때문에 무의식적 심리작용을 숙지하고 있어야 하며 자신의 정신적 난관을 일정 수준 정화한 후 타인과 사회에 대한 작용을 행사하여야 할 의무가 있다고 봅니다. 우리 사회의 다른 그룹과 달리 분열, 부인하지 말고 심리학 용어로는 첫째도 공감 둘째도 공감, 일반적인 말로는 첫째도 합심 둘째도 합심하여 우리가 활동하는 본질은 개인적인 목표보다 정신적인 어려움을 겪고 있는 당사자와 사회에 공헌한다는 기본 정신을 놓치지 않았으면 합니다.

국민 전체의 정신건강 향상을 위한 사회개혁의 일환이 될까 싶어서 한 말씀 드립니다.

5. 맺음말

한 의사분으로부터 소개받은 '해외 정신과 의사 6인의 선언문'을 소개합니다.

- 1) 근거를 기반으로 한 치료법을 제공하라.
- 2) 가능하면 사회에서 지내게 하라. 급여를 정상인보다 몇배 지불한다.
- 3) 가족들에게 정부가 철저히 교육 지원하라.
- 4) 정책을 가능하면 조현병을 업고 있는 곳으로 직접 투자하라.
- 5) 새로운 치료법 개발에 정부가 돈을 직접 투자하라.
- 6) 일반인의 인식 개선에 돈을 아끼지 마라

어느 하나도 순위를 뒤로 미룰 수 없는 금과옥조의 선언문입니다. 6명의 현인이 제안한 6가지 제안이 우리 정부와 각 관련 기관의 정신문화 선도에 중요한 6마리 기수가 되는 견인차가 되어 주었으면 합니다.

토론 4. 토론문

한국정신건강복지센터협회 회장 전준희



토론문

전준희(한국정신건강복지센터협회)

현재 정신건강복지센터의 서비스는 정신장애 당사자 입장에서 볼 때 서비스의 질이 나빠지고 있습니다. 정신건강복지센터는 1995년 정신보건법 제정이래 정신사회재활이라는 부르는 사업에 치중하여 운영되어 왔습니다. 사례관리를 중심으로 주간재활프로그램, 직업재활프로그램, 정신장애인 가족모임 등이 사업의 주 내용이었습니다. 그러다보니 정신건강복지센터와 정신재활시설(구. 사회복지시설)의 차별성이 크지 않았습니다. 정신재활시설이 수도권에 집중되어 있어서 서울과 경기도에서는 정신재활시설이 주간재활과 직업재활프로그램 중심으로 운영되었다면 정신건강복지센터는 사례관리를 중심으로 제공하면서 상호 보완적인 역할을 수행했습니다. 한편 수도권이남에서는 정신건강복지센터와 정신재활시설 모두 운영하기에 열악한 환경으로 주로 정신건강복지센터가 사례관리와 재활프로그램을 소수의 인력으로 제공하고 있었습니다. 그러나 2000년대 중반부터 자살예방사업이 국가적인 차원에서 강화되면서 정신건강복지센터의 주요 사업중에 하나가 생명존중 및 자살예방사업이 되었습니다. 저는 이때부터 정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할이 구분되기 시작했다고 생각합니다. 이후 세월호사건, 메르스사태에서 정신건강복지센터는 재난정신건강사업을 실시하게 되었고 그 외에도 아동청소년정신건강사업, 중독예방사업 일부지역에서는 치매관리사업까지 실시였습니다. 하지만 정신건강복지센터의 예산이 사업의 증가와 맞물려 대폭적으로 증가한 것이 아니다보니 여러 가지 사업들의 비중을 조정하게 되었고 정신장애 당사자를 위한 사업의 비중이 점차 줄어들게 되었습니다.

또한 이러한 예산부족은 인력부족으로 이어지게 되었는데 정신건강복지센터 인력의 이직률은 지역사회에 나와 있는 보건복지기관들중에 가장 짧은 수준입니다. 그러다보니 사례관리와 같은 장기간에 걸친 당사자와 정신건강전문요원간의 상호작용으로 이루어지는 프로그램에서 정신장애 당사자와 가족들의 불만이 큼니다. 자주 바뀌는 직원때문인거죠. 평균 근속기간이 38.1개월로 지역자활센터보다 더 일찍 그만두는 기관입니다.

제철용교수의 발제에서 다뤄지는 내용에서 정신건강서비스의 근본적인 예산문제를 해결하기 위한 대책이 언급되고 있습니다. 현재의 정신건강서비스를 위한 재원은 건강증진기금에서 나오고 있습니다. 그러나 건강증진기금에서 나오는 예산의 증가만으로 정신건강서비스가 안정적이 되기에는 한계가 있습니다. 왜냐하면 정신건강복지센터 운영예산의 경우 지방자치단체의 역량에 따라 지원가능 여부가 결정되는 측면이 많기 때문입니다. 현재 정신건강복지센터의 예산 중 중앙정부 즉 복지부예산 나오는 예산은 적게는 15% 많게는 50%이며(지자체에 따라 다릅니다) 그

나머지 운영예산은 지자체가 마련해야 하는 구조입니다. 그러다보니 서울과 경기도, 광역시급의 지자체의 경우엔 어느정도 예산이 감당이 되지만 열악한 지자체일수록 예산확보가 어렵습니다. 그래서 의료급여에서 절약된 금액과 건강보험에서 절약된 금액을 지역사회정신보건 예산으로 확보해야 한다는 점에서 매우 동의하는 바입니다. 그러나 그 방법론은 간단치 않다고 합니다. 미국이나 대만처럼 건강보험 예산이 지역사회에서 제공되는 서비스에 적용되는 근본적인 구조를 갖고 있지 않은 우리나라 현실에서 정책적 합의만이 아닌 사회적 합의도 필요할 수 있기 때문입니다.

이용표교수의 발제에 대해 말씀드리자면 제안하신대로 지역사회 정신장애 당사자를 위한 서비스와 서비스제공기관은 증가해야 합니다. 응급대응팀을 운영하고 24시간 365일 동안 근무를 하도록 하고 집중회복센터도 운영되어야 하는데 이 정도의 서비스를 제공하려면 적어도 국가 기관에서 운영해야 하고 권한과 책임이 충분한 인력들이 근무해야 합니다. 그러나 실현가능성이 있을지 의문이 듭니다. 이미 정신건강복지센터 민간위탁운영으로 20년동안 운영하면서 종사자 고용이 매우 안좋은 상황이 된 것을 보면 또 하나의 불안정한 기관을 만드는 것은 아닐지 우려됩니다. 또 하나는 행정적으로 보건과 복지의 통합이 전제되지 않으면 기초지자체내에 정신건강 복지센터를 주관하는 보건소와 정신장애인 복지를 주관하는 장애인복지과가 공존하는 것이 쉽지 않을 것이기 때문입니다. 그냥 만들면 되는 것이 아니기 때문입니다. 우리는 이미 정신장애인 당사자를 위한 행정적 지원이 일원화되어 있지 않고 여러부서에서 다뤄지면서 여러 가지 불이익을 당하고 있습니다. 이를 위해서 숙원과도 같은 장애인복지법 15조에서부터 여러 법개정이 필요하고 중앙정부의 행정부처간의 통합적인 노력이 선행되어야 할 것입니다.

정신장애 당사자를 지원하는 일은 본래 어렵다고 배웠습니다. 그래서 어떤 특정한 사람들만이 아닌 다양한 당사자의 목소리와 가족의 목소리 그리고 정신건강의학과 전문의를 비롯한 사회복지, 간호, 임상심리, 법전문가, 공무원, 정치인이 함께 고민하고 힘을 모아야 한다고 했습니다. 굉장히 어려운 과제입니다만 우리가 이를 위한 논의기구를 만들 것을 제안드리고 싶습니다. 탈원화와 지역사회재활환경 개선을 위한 논의하는 기구가 필요하다고 제안드립니다.

마지막으로 얼마전 ‘파도손’에 기관견학을 다녀온 우리 센터 정신건강전문요원의 소감을 말씀드립니다. “당사자분들의 말씀에 제가 가지고 있던 관점이 깨지는 것을 느꼈어요. 정신장애를 가지고도 최소한의 약을 먹고 자신의 세계관을 가지고 자신있게 살아갈 수 있는 삶을 이분들은 원하신다는 것을 알았어요. 앞으로 제 직장생활에 나침반이 되어줄 것 같아요” 당사자와 가족이 잘 사는 사회를 만드는 데에 함께 하겠습니다.

토론 5. 정신건강복지서비스 정상화를 위한 몇 가지 생각들

서울사회복지공익법센터 변호사 김도희



정신건강복지서비스 정상화를 위한 몇 가지 생각들

서울사회복지공익법센터 변호사 김도희

1. 토론회에 임하며

지난 달 윤일규 의원이 대표발의한 정신건강복지법 개정안을 보고 형언하기 힘든 여러 감정이 교차하였다. 정신질환자를 위해 헌신한 의사의 안타까운 죽음 앞에서, 다시는 이와 같은 일이 반복되지 않도록, 또한 지역사회에서 정신질환으로 고통받는 이들이 잘 회복할 수 있도록 길을 닦고자 하는 바람은 모두가 같을 것이라 믿는다. 그러나 같은 목적지를 바라봄에도 어떤 길을 택할 지에 대한 사람들의 생각은 그 수만큼이나 참 많기도 다르구나 싶었다. 윤일규 의원안은 내용도 내용이지만 더욱 받아들이기 어려웠던 이유는 법안에 당사자의 목소리가 들어있지 않다는 점이었다. 그런 와중에 당사자단체와 조력단체들이 정신건강서비스 정상화 촉구 공동대책 위원회를 꾸리고, 법개정안을 마련하여 오늘의 토론회를 개최할 수 있어 더없이 감사하고, 다행스럽다.

이번 발제문들은 정신건강복지서비스 전반을 큼지막하게 다루면서도 미시적인 부분들도 놓치지 않고 있어 어느 때보다 토론회의 의미가 크다고 생각된다. 중앙정부와 지방정부의 정신건강복지서비스 전달체계의 획기적 개편을 담으면서 동시에 지역사회 이행에 가장 우선적으로 필요한 주거서비스와 위기지원서비스의 내용을 단계적·구체적으로 제시하고 있다. 또한 정신의료기관의 입·퇴원제도에 대해서도 상당한 변화를 요구하고 있다. 정신건강서비스 이용자 확대, 정신의료기관의 개방화, 입원 및 심사기간 단축, 긴급대응 미조치에 대한 국가책임화, 권익옹호단체 신설과 당사자단체의 면접권 보장, 사전위기지원지시서 도입 등 어느 하나 시급하지 않고 중요하지 않은 것이 없기에 충분히 동의한다. 다만, 발제문 중에 좀 더 첨언하거나 공론화했으면 하는 내용을 몇 가지만 짚어보고자 한다.

2. 전달체계에 대한 소견

우선 큰 틀에서 전달체계의 문제를 이야기하고 싶다. 발제에서는 보건복지부 내에 정신건강복지국 정신장애인복지과 신설하고 나아가 광역과 기초에 지역사회정신장애인지원센터를 구축해야 한다고 강조하고 있다. 복지부 내에 새로운 국을 만드는 것이, 새로운 전달체계를 신설하는 것이 현실적으로 가능하냐의 문제를 논하는 것은 아니다. 꼭 필요한 일이라면 아무리 힘들더라도 관철시켜야 한다. 다만 우려하는 것은, 정신장애인이 장애의 영역에서 사각지대로 좌시되어 온 역사를 극복하는 방법으로서 정신장애인의 복지를 따로 떼어 독자적인 전달체계를 만드는 것이

과연 최선의 선택인지에 대한 고민이다. 물론 하나의 정답은 없다. 해보지 않고 알 수 없는 부분이기도 한다. 하지만 이러한 선택이 장기적으로 정신장애 영역이 타 영역과 다름을 자인하는 결과로 보여지지 않을까 하는 걱정이다.

일본의 경우 과거 정신보건법이 정신보건복지법이 되었다가 장애인종합지원법으로 변천되어 온 역사가 있다. 우리와 내용은 조금 다르지만 정신장애를 의료 고유의 영역으로 여기고 치안의 방식으로 문제를 해결하려 했다는 점에서 유사점이 있다. 그러나 현재 일본은 장애인종합지원법 이후 신체·지적·정신의 3장애를 구별하지 않고 필요한 복지서비스를 제공하고 있다. 복지지원의 창구를 일원화하고(우리로 치면 동주민센터), 활동지원도 신체장애인 중심에서 정신적 장애인도 평등하게 이용할 수 있도록 변화하였다. 한편으로 정신보건복지법도 기능하고 있다. 복지서비스를 따로 떼어 장애인종합지원법으로 통합하면서, 정신보건복지센터에서는 지역사회이행에 중점을 두고, 퇴원등심사청구, 복지수첩(각종 이용료 면제), 외래치료비 지원 정도의 내용을 남겨 놓고 있다. 커뮤니티케어의 본질은 복지와 보전이 어떻게 함께 가느냐라고 생각한다. 커뮤니티 케어에 대해 우려를 표하는 많은 사람들은 보전이 빠진 채 혹은 부족한 채 추진되고 있다는 사실을 지적한다. 정신장애인에 대한 케어가 보건과 복지 사이에서 방치되고 있는 가장 큰 이유다. 오히려 정부에서 추진하는 커뮤니티케어가 제대로 시행되기 위해서라도 복지와 보전을 결합한 커뮤니티 케어로의 통합이 정신장애인의 복지에 적용되도록 주장해야 하지 않을까.

3. 입원적합성심사제도에 대한 소견

입원적합성심사제도에 대해서도 조심스러운 입장이다. 누군가의 권리와 의견을 존중하는 것은 마주하고 경청하는 데서 시작된다. 그러기 위해서는 심사를 하는 사람과 받는 사람의 입장에 서기 이전에 이야기를 하는 사람과 듣는 사람이 자리할 공간이 있어야 한다. 어떤 극악한 범죄를 저지른 사람도 일방의 의견만으로 판단해서는 안 되며, 이는 헌법과 이를 구체화한 형사소송법의 원칙이기도 하다. 입원적합성심사 역시 이러한 점을 고려하여 조사원 방문 제도 등을 도입하였으나 국립정신병원 소속 조사원이 환자를 대면한 비율은 입적심 시행 첫 3개월 간 16.5%에 그쳤다. 여전히 서면 심사의 원칙을 벗어나지 못하고 있는 것이다. 아무리 입적심을 실시한다 해도, 모든 입적심 위원이 환자를 직접 대면하여 의견을 청취하지 않는다면 결국 입적심 위원 중 실제 환자를 대면했던 위원의 발언에 힘이 실릴 수밖에 없다. 그 주체는 의료인일 가능성이 높고, 의료인이 이미 가지고 있는 의학적 권위에 경험적 권위까지 더해지면 결과적으로 권위를 가진 자의 견해에 의존하게 될 가능성이 크다.

실제로 외국의 예를 보면, 강제입원과 장기입원의 문제가 적은 국가일수록 입원여부를 판단

하는 심사기구에서 의료인이 중심이 되지 않고, 서면심사가 아닌 대면심사를 원칙으로 하는 경향이 두드러진다. 우리나라의 입적심은 그 중간정도에 있다고 판단되는데, 2016년 법 개정 당시부터 입적심이 의료인이 중심이 되는 기구로서 기능할 것이라는 예측은 크게 빗나가지 않았고, 민간 의료기관 위주의 구조에서 국공립 정신의료기관이 할 수 있는 역할도 한계가 드러나고 있다. 입적심 시행 첫 3개월간 8,495건 중 입원심사소위원회의 결정에 따라, 비자의입원·입소 중 퇴원·퇴소한 비율은 1.4%(115건)인데, 이는 그동안 형식적이라 비판받아왔던 정신보건심판위원회의 퇴원률 4%에도 현저히 미치지 못하는 수치다. 따라서 향후에는 사법기구나 준사법기구에 의한 대면심사 원칙의 제도로 개편할 필요가 있다고 생각한다. 이 때의 사법심사는 정신건강심의위원회보다 인용률이 낮으며 여전히 서류심사를 원칙으로 하는 입원적합성심사를 폐지하고, 대면심사를 원칙으로 하면서 보다 객관적인 공정성을 담보하는 수단으로서의 심사를 의미한다.

다만, 사법심사나 준사법심사를 당장 시행하는 것은 현실적으로 어려움을 안다. 당장 순회재판을 할 것인지, 전담재판부를 둘 것인지, 입원 연장심사까지를 법원에서 한다고 할 때 어느 정도의 인력과 예산이 수반되는지 등에 대한 고려나 고민부터다. 사법입원에 따른 조사 및 진단 인력(환자대면조사원, 환자진단의사)과 심문절차를 지원할 국선변호인, 호송인력, 판사인력 증원, 사법부에 의한 입·퇴원관리시스템 도입 등의 인적·물적 자원과 예산의 준비가 필요하다. 법관을 교육하는 일도 만만치 않다. 생각건대 준비하는 기간만 해도 최소한 3년 이상을 잡아야 한다. 그때까지는 입적심을 가지고 갈 수밖에 없기 때문에 발제에서도 대면심사 원칙을 강조하는 등 입적심의 개선을 요구하는 것 같다. 그런 차원에서 현재의 입적심에 대한 제안을 드리고 싶다. 대면조사를 원칙으로 하는 것을 전제로, 조사원의 역할을 보다 투명하고 구체적으로 주는 것은 어떨까. 입원 환자가 조사원 대면조사신청을 하려면 입원신고서에 조사원 대면조사 신청 유무에 체크하도록 되어 있는데 조사원의 역할이 무엇인지, 조사원이 왜 필요한지 등의 충분한 설명이 이루어지는지를 확인하기 어렵다. 차라리 조사원을 국립정신건강센터의 직원이 수행하는 보조기관이 아니라 독립된 기관으로서 선발하여 당사자들을 입적심 대면 이전부터 의무적으로 당사자를 만나 입적심이란 제도의 취지와 절차를 충분히 설명하고, 절차보조인 등의 선임을 돕고, 그 외 객관적인 사실을 조사하고 보고서를 작성하여 입적심에서 자료로 활용할 수 있도록 하면 어떨까.

3. 절차보조인제도에 대한 소견

사법심사제도를 도입한다면 절차보조인의 역할은 누구보다 중요해 질 것이다. 절차보조인은 국선변호사와도 다르고, 후견인, 진술조력인과의 다르리라 예상된다. 개정안에는 국선절차보조인

선임규정을 두고 있을 뿐 절차보조인의 정의, 자격, 범위 등이 명확하지 않다. 절차보조인 시범 사업 인력양성과정 교육에 참여한 적이 있는데, 다들 자신의 위치에서 열심히 하고 있지만 절차보조인에 대한 상(像)은 달라 보였다. 절차보조 시범사업을 위한 교육을 담당하고 있는 국립정신건강센터에서는 절차보조인제도의 목적으로 정신질환자가 입원 치료 과정에서 치료의 필요성 등을 이해하는데 도움을 주고, 각종 절차를 보조하여 정신질환자가 치료 과정에 자기 주도적으로 참여할 수 있도록 한다고 하고 있다. 또한 정신질환자에 대한 정서적 지지와 공감 등을 통해 힘든 치료 과정을 잘 이겨낼 수 있도록 하고, 퇴원 시에도 지역사회의 지속적 치료·재활서비스 등을 연계하여, 정신질환자가 건강한 삶을 누릴 수 있도록 한다고 한다.

사실상 정신장애인의 입·퇴원 지원하는 절차보조라는 것인데 시작부터가 왜곡된 사업이 제대로 시행될 수 있을지 걱정이 앞선다. 개정안에 적시된대로 비자의입원의 개시, 지속, 퇴원 및 퇴소 등의 절차에서 권리침해가 발생하지 않도록 보조하는 제도임을 명확히 하여야 한다. MI원칙에 따른 절차보조제도는 변호인을 선임하고, 진술조력하고, 자료요청 및 기록을 열람하고, 대면진술하고, 증인신청을 하고, 강제입원심사의 공개여부를 결정하고, 결정이유에 대한 서면 통지를 받도록 하는 일들을 들고 있다. 우리나라의 상황과는 매우 다름을 알 수 있다. 새로운 제도를 도입하는 것이니만큼 쉽지 않음을 모르는 바 아니다. 그러나 헌법재판소의 헌법불합치 결정에 따른 절차보조인사업은 아니라고 말할 수 있을 것 같다. 아직 제도의 초기이니 지금이라도 제도를 바로잡아 주시기를 바란다.

토론 6. 토론문

보건복지부 정신건강정책과 과장 홍정익



memo

[부록] 정신건강복지서비스 정상화 방안

정신건강서비스 정상화 촉구 공동대책위원회



정신건강복지서비스 정상화 방안

정신건강서비스 정상화 촉구 공동대책위원회

■ 정신건강복지서비스 정상화의 목표

- 심각한 정신질환이 있더라도 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 하면서 최대한 빠른 시일 내에 일상생활로 복귀할 수 있도록 지원하고,
- 정신질환으로 인해 장기입원 및 장기입소되어 인간으로서의 존엄한 삶을 살아갈 기회가 박탈당하거나 침해되는 구조적 문제를 해소하기 위해,
- 지역사회 기반 치료, 재활 회복, 및 자립생활을 지원할 수 있는 통합적 정신건강복지 서비스 체계를 구축하려는 것

이것이 정신건강복지 서비스 정상화의 목표입니다.

■ 정신건강복지서비스 정상화를 위한 방안

- 국민 일반의 정신건강증진 환경을 조성하고,
- 급성기 정신질환자에 대한 예방적 개입 및 조기개입이 가능할 수 있는 체계를 구축하여 정신질환이 만성화되는 것을 최대한 방지하며,
- 정신의료기관에 장기입원하는 것을 억제하는 대신 급성기 정신질환자에 대한 양질의 치료를 제공하도록 하고,
- 급성기가 지난 환자는 지역사회에서 치료, 재활, 회복을 받음으로써 빠른 시일 내에 지역사회에서 정착하는 것을 지원하기 위한 서비스체계를 구축하는 것을 내용으로 하며,
- 이를 위해 주거, 직업, 일상 활동, 쉼터 등의 서비스를 체계적으로 지원하고,
- 정신건강복지서비스 이용과정에서 발생하는 모든 권익 및 인권 침해에 대한 권익옹호서비스 체계를 수립함으로써

위의 목표를 실현하려고 하는 것입니다.

■ 정신건강복지서비스 제공의 전체 구조

권리	정신건강복지서비스 내용		
<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지서비스 선택권 정신건강복지서비스 거부권 지역사회 회복을 우선할 권리 동료지원을 비롯한 권익옹호를 받을 권리 	<p style="text-align: center;">정신건강 복지서비스 이용자</p>	↔	<p style="text-align: center;">정신건강 복지서비스 제공자</p> <ul style="list-style-type: none"> 위기쉼터(24/7 서비스) 응급대응센터(24/7 콜센터, 현장 파견 대등 포함) 병원 입원 및 치료(급성기 중심) 기초정신건강복지센터(대국민, 대 정신질환자) 집중회복센터(위기쉼터 및 병원에서 나온 이용자 대상) 지원주거 서비스(집중지원, 보통지원 주거, 장기요양지원) 그 밖의 재활서비스(직업재활, 상담, 당사자 교육) 일상생활 쉼터(식사, 수면, 레크레이션 등) 자조모임 지원
권익옹호단체(장애단체 등)			
<ul style="list-style-type: none"> 옴부즈만 기능: 권익옹호서비스 동료지원권익옹호 활동가 양성서비스 당사자옹호서비스 제공 등 			

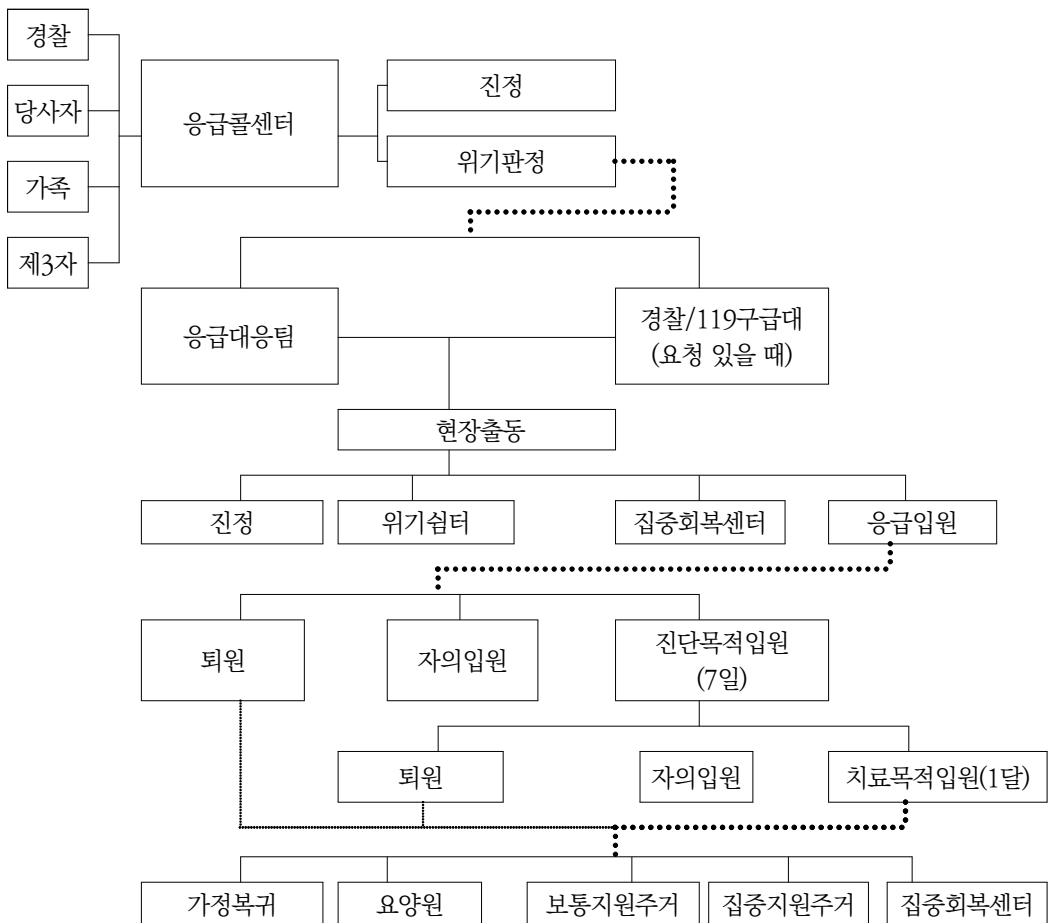
- 정신건강복지서비스 제공이 정상화되면 정신건강복지서비스 이용 관계는 위와 같은 구조가 될 것입니다.

■ 일반 국민을 위한 정신건강복지서비스 제공이란?

- 국민의 정신건강증진은 정신건강복지법의 가장 중요한 목표의 하나입니다. 국민의 정신건강 환경이 나빠지면 정신질환이 발생될 개연성도 그만큼 더 높아지기 때문입니다. 지나친 경쟁, 무심코 자녀와 가족의 인권을 침해하거나, 약자나 장애인의 인권을 침해하는 것, 학교, 직장에서의 역할 배분을 인격적 상하관계로 오해하여 학생, 후배, 하급직원의 인권을 침해하는 것 등이 국민의 정신건강을 악화시키는 주범입니다. 이런 인권침해적 환경을 개선하는 것이 국민의 정신건강 환경을 개선하는 것이고, 그것이 정신질환의 예방에 효과적입니다.
- 국민의 정신건강증진은 이처럼 경제, 문화, 교육 등 다방면에 걸쳐 진행되어야 할 것이므로, 정신건강복지법 차원에서 모든 것을 다 할 수는 없습니다. 그럼에도 불구하고 정신건강복지법 차원에서 국민의 정신건강 증진을 위한 구체적 조치를 도입할 필요가 있습니다.

- 이를 위해 정신적 문제로 어려움을 겪는 모든 사람들이 지역사회 기반 정신건강복지서비스를 이용할 수 있도록 '정신건강복지서비스 이용자'라는 포괄적 개념을 법률에 도입하고, 동시에 지역 정신건강복지센터의 기능에 국민의 정신건강증진을 위한 대책(교사, 고객 대응 직업군 등에 도전적 행동 또는 문제행동 진정방법, 긍정적 행동 지원방법 등 교육, 정신건강위험집단에 대한 정신건강교육 등 대국민정신건강증진사업 추진)을 포함시키며(찾아가는 서비스), 정신건강복지법상의 정신질환자가 아니라 하더라도 일반 국민으로 정신 건강에 문제가 있다고 여겨지는 사람이 개방적이고 자유로운 그러나 고도의 조직적인 환경에서 치유를 경험할 수 있는 공간으로 일상쉼터를 제공할 수 있도록 할 것입니다(찾아오는 서비스).

■ 급성기 정신질환자에게 제공될 정신 건강복지서비스 흐름도



* 급성기 정신질환자는 응급입원을 할 수도 있지만, 위기쉼터나 집중회복센터에서 휴식, 치료, 재활을 받을 수 있습니다.

■ 퇴원 후 또는 급성기 이후 지역사회에 통합되어 생활하는 것을 지원하는 서비스

퇴원 또는 급성기 이후의 정신질환자의 주거형태					
가정	주거 지원	정신재활시설(주거시설)			집중회복센터
		요양원	보통지원주거	집중지원주거	
<ul style="list-style-type: none"> 일상가정으로 복귀 	<ul style="list-style-type: none"> 복지서비스를 주거 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 거동이 불편하여 혼자서 일상생활을 하기가 어렵고, 돌아갈 가정이 없는 정신질환자의 장기 주거 	<ul style="list-style-type: none"> 본인의 필요에 따라 다양한 형태의 장기 주거를 지원받을 수 있는 공간 	<ul style="list-style-type: none"> 완화된 지원을 받으면서 주거지원을 받으면서 일상으로의 복귀를 준비 주거 기간은 1년 단위로 함. 	<ul style="list-style-type: none"> 2~3개월 일시적으로 거처하는 곳 생활기능회복, 재활, 회복을 하는 공간



<ul style="list-style-type: none"> 개인 맞춤형 직업훈련 직업 연계활동 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 본인 및 가족 문제 해결 역량 지원 상담 질환 관련 상담 	<ul style="list-style-type: none"> 본인 및 가족의 위기상황 대응 교육 동료지원가 양성 교육 동료지원가 리더 양성 	<ul style="list-style-type: none"> 당사자의 자조모임 결성 지원 당사자 자기옹호, 집단옹호 역량 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 급성기 정신질환자에게 24시간 7일 간 일시적인 쉼터를 제공 식사, 휴식, 상담을 제공하고, 치료 등을 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 정신적 문제로 어려움을 겪는 누구라도 이용할 수 있는 자유롭고, 개방적 공간, 그러나 고도의 조직적 환경 지원
직업관련	상담관련	교육관련	자조모임지원	위기쉼터	일상쉼터
기타 정신재활시설이 제공하는 서비스				기타 정신건강복지서비스 제공기관	

• 주거시설에 있으면서 필요하다면, 본인의 욕구와 필요에 따라 자유롭게 재활시설 및 기타 정신건강서비스 제공시설을 이용할 수 있게 함으로써, 개인 맞춤형 지원이 가능하도록 합니다.

■ 정신병원을 일반 병원과 다르지 않게 환경을 개선합니다.

- 감옥처럼 보였던 정신병원의 폐쇄병동은 폐지됩니다.
- 정신병원에 입원하면 가족도 면회가 어려웠지만, 가족, 보호자, 당사자옹호서비스제공자, 권익옹호기관의 직원 등은 언제라도 본인을 면회할 수 있습니다. 지금까지와는 달리 정신병원에서 외부와의 통화가 통제되지 않습니다.
- 외부산책이 되지 않았거나 제한된 시간만 가능하였지만 이제는 외부산책, 동료와의 대화, 외부와의 연락 등에 제한이 없어질 것입니다. 신체의 자유를 구속하는 조치는 반드시 사전허가를

받도록 하고, 자해, 타해의 현저한 위험이 있는 긴급한 경우에만 본인과 주변 사람의 보호를 위해 별도의 격리실에 격리시킬 수 있습니다. 이 때에도 즉시 지방자치단체의 장에게 보고하도록 합니다.

- 정신병원에 있더라도 일반병원에 있는 것과 다르지 않도록 할 것입니다.

■ 강제입원, 강제치료, 강제관리는 최후의 수단으로만 사용됩니다.

- 정신질환의 치료, 치료를 위한 입원은 항상 본인의 의사를 존중해서 스스로 결정하도록 합니다. 강제치료인 외래치료명령을 없애고, 대신 지역사회 정신건강서비스 이용명령으로 변경해서 예외적인 경우 단기간 강제관리를 받을 수 있게 합니다.
- 그러나 자해, 타해의 현저한 위험이 있고, 본인이 진정되지 않으며, 다른 치료나 진정방법이 없는 부득이 한 상황에서 단기간 강제입원 하게 됩니다.
- 강제입원은 응급입원 또는 최초 안정 및 진단을 위해 72시간 동안 가능하고, 본인이 진정되어 퇴원을 하거나 치료의 필요성을 인식하고 자의입원을 하게 권장됩니다. 그러나 자해, 타해의 현저한 위험이 여전히 있고 또 치료의 필요성이 있는지를 진단하고 치료할 필요가 있을 때 7일간 추가 강제입원 될 수 있습니다. 그 이후 퇴원, 자의입원으로 전환하지 않고, 자해, 타해의 위험이 여전히 높으면 최대 1개월 한도로 치료목적의 강제입원이 가능합니다.
- 강제입원 초기부터 보호자, 당사자옹호서비스 제공자가 정신질환자를 만나 자기결정권을 행사하도록 지원합니다. 입원적합성심사위원회의 위원은 치료목적 강제입원 신청 후 3일 이내에 보호자, 당사자옹호서비스 제공자, 정신건강전문의 출석 하에 직접 본인을 대면해서 강제입원 적법성을 판단합니다. 강제입원 중에도 정신질환자는 본인을 위로하는 많은 사람을 만남으로써 자기결정권에 따라 치료를 받게 격려 받게 됩니다.
- 그동안 부모나 가족이 강제입원에 적극적으로 나섬으로써 가족관계가 오히려 파괴되어 정신 질환자가 돌아갈 곳이 없어지는 불행이 반복되어 왔습니다. 그러나 모든 강제입원은 지방자치단체장의 결정으로만 가능하도록 변경합니다.

■ 정신질환자, 가족이 정신건강서비스 제공과정에 참여하게 됩니다.

- 이제까지 정신건강서비스는 의사, 간호사, 정신건강전문요원, 사회복지사 등이 독점적으로 제공해 왔습니다. 이 과정에서 당사자나 가족의 목소리가 무시되거나 경시되는 어려움을 겪었습니다. 이를 개선하기 위해 어느 정도 회복된 정신질환자, 가족이 정신건강서비스 제공과정에 적극적으로 참여하게 됩니다.

- 정신건강복지센터, 정신재활시설, 기타 정신건강서비스 제공시설의 임직원에 당사자나 가족을 필수적으로 선임하도록 함으로써 서비스 제공과정에 당사자의 목소리나 의견이 반영될 수 있도록 합니다.
- 회복된 정신질환자가 동료지원가로, 권익옹호자로 정신건강서비스 제공과정에 적극 참여하게 됩니다. 이들은 광역 응급대응팀, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 기타 정신건강서비스 제공 시설, 권익옹호기관, 당사자옹호서비스제공기관의 직원으로 채용되어 활동할 수 있도록 제도적으로 보장합니다.
- 나아가 당사자단체와 가족단체가 정신건강복지법상의 복지서비스 제공을 할 수 있도록 지원을 받게 됩니다.

■ 정신건강복지서비스 제공 주체의 변화

현행 참여기관		⇒	개선방안에서의 참여기관	
정신의료기관등	정신의료기관		정신의료기관	정신의료기관
	정신요양시설	정신의료기관 및 재활 시설·기타 정신건강 서비스 제공시설의 중간단계	집중회복센터	
정신건강복지센터	광역센터	정신건강복지센터	광역응급대응센터	
	기초센터		기초정신건강복지센터	
정신재활시설	생활시설	기타정신건강복지서비스 제공기관	• 위기쉼터 • 일상쉼터	
	재활시설		• 지원주거시설 • 장기지원주택 • 직업재활-직업연계 • 상담 • 교육 • 자조모임 기타	
		권익옹호서비스	• 당사자옹호서비스 • 중앙 및 광역 권익옹호센터	

- 정신의료기관에서 정신요양시설을 제외하고, 대신 집중회복센터를 정신의료기관 및 주거·재활 시설의 중간시설로 별도로 두고, 정신과의사, 정신건강전문요원, 사회복지사, 자격 있는 동료 지원가, 기타 상담 자격 있는 자로서 보건복지부령으로 정한 사람 등을 배치하여 지역사회에서 정신건강복지서비스를 제공하도록 합니다.

- 정신건강복지센터 중 광역센터를 광역 응급대응센터로 전환합니다.
- 정신재활시설은 주거시설과 정신재활시설로 구분합니다. 그 밖에 별도의 정신건강복지서비스 제공기관으로 위기쉼터, 일상쉼터 등이 있습니다.
- 정신재활시설은 이용 인력 중심이 아니라 제공 서비스 중심으로 지원하는 체계를 구축하도록 하고, 서비스별도 인력구조를 개편합니다.
- 정신건강서비스 전달체계에 권익옹호 서비스를 포함시킵니다.

■ 예산의 뒷받침

- 정신건강복지서비스를 정상화하려고 재원이 있어야 합니다.
- 먼저 복잡한 행정절차에 드는 비용이 대폭 감축될 것입니다. 정신요양시설 최초 입소 및 계속 입소를 위한 절차비용이 없어집니다. 입원적합성심사위원회의 조사관제도가 없어짐으로써 절차 비용을 줄일 수 있습니다. 그리고 강제입원절차가 최소화되기 때문에 강제입원 절차를 유지하기 위한 각종의 행정비용이 절감됩니다.
- 무엇보다 정신병원에 지급되는 의료급여가 대폭 삭감됩니다. 미국은 인구 3억 2천만명에 정신병상이 39,000여개에 불과합니다. 우리는 인구 5천만명에 정신병상이 7만개가 훨씬 넘습니다. 정신건강서비스가 정상화되면 정신병상이 현재의 10% 이하로 줄게 될 것이고, 입원환자 수도 항시적으로 5,000여명을 넘지 않을 것입니다. 따라서 정신병원에 지급되는 의료급여가 90% 이상이 절감될 것입니다. 의료급여는 정부와 지방자치단체의 예산으로 기금을 조성하여 지출되는데, 감축이 예상되는 금액만큼 지역사회 기반 정신건강서비스 기금의 재원으로 투입할 여력이 생깁니다.
- 정신병원에서 퇴원하지 못하는 주된 이유의 하나는 갈 곳이 없기 때문입니다. 정신건강서비스 정상화를 위해 정부의 재정지원이 먼저 선행되어야 합니다. 우리나라에서 최고세율의 소득세를 내는 연소득 10억 이상의 납세자가 기왕에 내는 세금 중 5% 이하를 지역사회 기반 정신건강서비스 정상화 기금의 재원으로 투입할 수 있습니다. 이를 통해 빈부격차, 학력격차, 소득격차, 역량격차로 인해 정신적 고통을 겪는 정신질환자에게 큰 위안이 되고, 상생의 사회환경을 조성할 수 있을 것입니다.
- 정신질환자는 지난 25년간 폐쇄병동에 강제입원되어 강화된 약물치료로 인간으로서의 기능이 현저히 떨어지는 피해를 입었습니다. 그들의 인권이 침해된 것은 독재정권 시절 민주화투쟁으로 감옥에 가거나 피해를 입은 사람을 훨씬 능가합니다. 이들에 대한 집단적 피해보상으로 정부가 상생목적의 예산을 마련하지 않을 이유가 없습니다.