2026 KOREA MENTAL HEALTH REFORM
INTERNATIONAL CONFERENCE

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

일시 : 2026년 6월 26일 10:00~17:00
장소 : 스카우트빌딩 스카우트홀

국회의원 김예지 국회의원 서미화

사단법인 장애우권익문제연구소 KMDA 한국정신장애인연합회 Korea Mental Disorder Association DLG 법무법인 디엘지

국가인권위원회 KOFDO 사단법인 한국장애인단체총연맹 Korea Federation of Disability Organizations 송파정신장애동료지원센터

bkl 법무법인(유한)태평양 bkl 재단법인 동천 Access to Justice Knowledge Hub

2026 KOREA MENTAL HEALTH REFORM
INTERNATIONAL CONFERENCE

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

2026년 6월 26일 (금)

10:00~17:00

스카우트빌딩 스카우트홀(영등포구 국회대로62길 14, 1층)

초청 연사

SESSION 1 정신건강개혁의 해외사례와 함의

Victor Lizama _멕시코
Red Orgullo Loco México 대변인

Yeni Rosa Damayanti _인도네시아
Transforming Communities for Inclusion (TCI Global) 공동대표

SESSION 2 입원심사제도 및 권익옹호

Song-Lih Huang _대만
국립 양밍 교통대학교 공중보건연구소 교수
Covenants Watch 설립자

Kimia Randall _호주
Australian Centre for Disability Law(ACDL) 변호사
Mental Health Tribunal Lawyer, NSW

국회의원 김예지 국회의원 서미화

사단법인 장애우권익문제연구소 KMDA 한국정신장애인연합회 Korea Mental Disorder Association DLG 법무법인 디엘지 국가인권위원회 KOFDO 사단법인 한국장애인단체총연맹 Korea Federation of Disability Organizations

송파정신장애동료지원센터 bkl 법무법인(유한)태평양 bkl 재단법인 동천 Access to Justice Knowledge Hub

2026 Korea mental Health Reform
International Conference

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

인사 말씀

인사말

국민의힘 국회의원 **김 예 지**

여러분, 안녕하십니까.
국민의힘 국회의원 김예지입니다.

‘정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스’에 오신 모든 분을 환영합니다. 뜻깊은 컨퍼런스를 함께 준비해주신 서미화 의원님과 장애우권익문제연구소, 한국정신장애인연합회, 법무법인 디엘지, 국가인권위원회, 한국장애인단체총연맹, 송파정신장애동료지원센터, 법무법인 태평양, 재단법인 동천, Knowledge Hub를 비롯한 모든 관계자 여러분께 감사드립니다. 또한, 바쁘신 가운데 한국을 방문해주신 해외 참가자 여러분과 발제를 맡아주신 Victor Lizama님, Yeni Rosa Damayanti님, Song-Lih Huang님, Kimia Randall님, 정제형 변호사님, 그리고 토론으로 함께해주신 모든 분께 감사드립니다.

현재 우리나라는 정신장애 당사자와 권익옹호 활동가들의 노력에 힘입어 당사자 중심의 정신건강정책으로 나아가고 있습니다. 최근 발표된 제3차 정신건강복지기본계획에는 정신의료기관 입원환자에 대한 격리·강박 최소화를 위한 공적 책임 강화와 정책결정 과정에서의 당사자 참여 확대 등이 담겼습니다.

하지만 여전히 정신건강정책은 가족에게 과도한 책임을 지우는 구조를 벗어나지 못하고 있으며, 이송체계 역시 상당 부분 민간에 의존하고 있습니다. 보호의무자에 의한 입원 과정에서 당사자의 권리가 충분히 보장되지 못하게 되며, 지역사회 복귀가 아닌, 장기입원으로 이어지는 문제도 지속되고 있습니다. 또한, 정신의료기관에서의 격리·강박으로 인한 환자 사망사건을 비롯하여 안전관리, 인권침해와 관련한 문제가 반복적으로 제기되고 있어 제도 개선이 시급히 필요한 상황입니다.

이러한 문제들을 개선하기 위해 저는 국회 보건복지위원회 위원으로서 정신질환자의 권리 보장을 위해 정신의료기관 입원환자에 대한 격리·강박을 제한하는 「정신건강복지법 일부개정법률안」을 대표발의하였으며, 지난해 9월에는 보호의무자 입원제도를 폐지하고 환자 이송체계를 행정입원을 통해 국가와 지방자치단체가 책임지도록 하는 「정신건강복지법 일부개정법률안」을 대표발의했습니다.

오늘 이 자리에서 논의되는 멕시코, 대만, 호주 등 여러 국가의 정신건강개혁 경험과 유엔 장애인권리협약에 기반한 이행 과제들을 경청하고, 우리나라에서도 정신장애인의 권리가 실질적으로 보장될 수 있는 권익옹호 체계를 마련하기 위해 입법적 노력을 이어가겠습니다.

다시 한번 오늘의 컨퍼런스에 함께해주신 모든 분께 감사드리며, 여러분의 건강과 행복을 기원합니다.

감사합니다.

인사말

더불어민주당 국회의원 **서 미 화**

안녕하십니까.
소리로 보는 시각장애인,
국회 보건복지위원회 소속 국회의원 서미화입니다.

「2026년 정신건강 개혁을 위한 국제 컨퍼런스」 개최를 진심으로 환영합니다. 이번 행사를 함께 준비해 주신 김예지 의원님을 비롯해 장애우권익문제연구소, 법무법인 디엘지, 국가인권위원회, 한국정신장애인연합회, 한국장애인단체총연맹, 송파정신장애동료지원센터 등 공동주최 기관 관계자 여러분께 깊은 감사 드립니다.

이번 컨퍼런스는 정신건강 당사자의 권리 보장과 인간다운 삶을 위한 제도개혁 방안을 모색하고, 국제사회의 경험을 통해 우리 사회의 과제를 함께 논의하는 뜻깊은 자리입니다. 귀한 경험과 통찰을 나누기 위해 먼 길을 마다하지 않고 함께해 주신 국내외 발표자와 토론자 여러분께도 감사드립니다.

우리 사회는 그동안 정신건강 문제를 치료와 관리의 영역에서 살펴왔습니다. 그러나 이제는 당사자의 자기결정권과 지역사회에서 살아갈 권리, 그리고 인간의 존엄을 중심에 두는 권리 기반 접근으로 나아가야 합니다.

특히 비자의입원 제도와 입원심사 절차, 권익옹호체계에 대한 사회적 논의가 어느 때보다 중요한 시점입니다. 최근 여러 사건을 통해 정신건강 영역에서도 인권 보장과 제도적 개혁의 필요성이 더욱 분명해지고 있습니다. 당사자의 의사와 선택이 존중되고, 권리가 침해되지 않는 체계를 만드는 것이 우리의 과제입니다.

오늘 공유될 해외 사례는 우리 사회가 나아갈 방향을 모색하는 데 소중한 이정표가 될 것입니다. 서로 다른 제도와 경험 속에서 얻은 교훈이 한국의 정신건강 정책과 법·제도 개선으로 이어지기를 기대합니다.

저 역시 장애당사자 국회의원이자 보건복지위원으로서, 당사자의 권리가 더욱 두텁게 보장될 수 있도록 제도 개선과 정책 마련에 최선을 다하겠습니다.

이번 컨퍼런스가 국제 인권규범에 부합하는 정신건강개혁의 실질적인 해법을 모색하는 자리가 되길 기원합니다.

감사합니다.

2026년 6월 26일

국회의원 서미화

인사말

국가인권위원회 위원장 **안 창 호**

안녕하세요 국가인권위원회 위원장 안창호입니다.
오늘 <정신건강개혁을 위한 국제 컨퍼런스>에서 여러분을 만나게 되어 반갑습니다.

우선 오늘 이 자리를 함께 준비해 주신 국회 서미화 의원님과 김예지 의원님, 그리고 인권단체 등에 감사의 말씀 드립니다.
또한 오늘 발제를 위해 한국에 와 주신 빅토르 리사마 시에라(Victor Lizama Sierra) 인권활동가, 예니 로사 다마얀티(Yeni Rosa Damayanti) 정신건강협회 의장, 송리 황(Song-Lih Huang) 국립양밍교통대학교 교수, 키미아 랜달(Kimia Randall) 변호사님께도 감사와 환영의 말씀을 드립니다.

오늘 컨퍼런스 주제와 맞닿아 있는 정신의료기관의 보호입원제는 10년 전 헌법재판소에서 헌법불합치 결정을 내린 제도입니다. 그때 저는 헌법재판관으로 재직하였습니다.
당시 헌법재판소는 보호입원제도가 입원치료가 필요한 정신질환에 대한 기준이 없는 점, 정신질환자의 권리 보호 절차가 없는 점 등을 고려할 때 침해의 최소성에 어긋나고, 정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 수 있는 적절한 방안이 마련되지 않아 지나치게 기본권을 제한하고 있어 법익의 균형성에도 어긋난다고 보았습니다.

10년 전 헌법재판소 판결 이후 정신보건법은 정신건강증진법으로 개정되었고, 보호 입원제도도 당시보다 절차적으로 나아진 면이 없지 않습니다. 그러나 보호입원제는 정신질환자의 치료 절차 이전에 우리 헌법에서 보호하고 있는 한 인간에 대한 신체의 자유에 대한 문제입니다. 따라서 절차가 일부 바뀌었다고 해서 보호입원제가 가진 근본적인 인권의 문제인 정신질환자의 신체의 자유는 여전히 과제로 남아 있습니다.

오늘 컨퍼런스는 바로 이 과제를 풀기 위해 국내외 전문가들이 모인 자리입니다. 멕시코, 호주, 대만, 인도네시아의 정신건강 제도를 공유하면서 보호입원제 너머 신체의자유를 보장할 다양한 사회적 법적 상상력들이 펼쳐지길 바랍니다.
그 상상력에 오늘 모이신 전문가들과 이 자리를 함께 하시는 여러분들의 지혜와 열정이 더해져 정신질환자의 신체의 자유를 보호할 수 있는 대안을 찾을 수 있기를 바랍니다.

끝으로 오늘 행사를 위해 함께 해주신 한국장애인단체총연맹, 장애우권익문제연구소, 법무법인 디엘지, 한국정신장애인연합회, 송파정신장애동료지원센터, 법무법인 태평양 등에게 감사의 마음을 전합니다.

인사말

한국장애인단체총연맹 공동대표 **채 태 기, 고 선 순, 김 재 원, 신 동 일**

안녕하십니까, 한국장애인단체총연맹 공동대표 채태기, 고선순, 김재원, 신동일입니다.

오늘 「정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스」 개최를 진심으로 축하드립니다. 먼저 뜻깊은 자리를 마련해 주신 장애우권익문제연구소 김성재 이사장님과 관계자 여러분께 깊이 감사드립니다. 아울러 이 자리를 함께 만들어 주신 김예지 의원님, 서미화 의원님, 국가인권위원회, 한국정신장애인연합회, 송파정신장애동료지원센터, 재단법인 동천, 법무법인 디엘지, 그리고 Access to Justice Knowledge Hub를 비롯한 모든 공동 주최·후원 기관과, 멀리서 귀한 경험을 나누기 위해 함께해 주신 멕시코, 인도네시아, 대만, 호주의 전문가 여러분께도 환영과 감사의 마음을 전합니다.

우리는 정신건강을 더 이상 개인과 가족만의 짐으로 둘 수 없다는 뜻으로 이 자리에 모였습니다. 정신건강은 누구나 살아가며 마주하는 삶의 기본 과제입니다. 특히 정신장애인에게 자기결정권과 권익옹호는 지역사회에서 한 사람의 시민으로 살아가기 위한 권리의 기반이며, 존엄과 일상, 그리고 자립을 가능하게 하는 사회적 조건입니다.

그러나 우리 사회의 현실은 여전히 많은 과제를 안고 있습니다. 보호의무자에 의한 비자의 입원제도는 입원과 치료의 책임을 온전히 가족에게 떠넘기며 당사자와 가족 모두에게 깊은 부담을 지워 왔고, 그 과정에서 정작 당사자의 목소리는 충분히 들리지 못했습니다. 입퇴원 심사제도의 실효성, 당사자의 곁에서 자기결정권 행사를 지원하는 절차보조와 독립적인 권익옹호 체계의 미비 또한 오랫동안 우리 사회가 풀어야 할 숙제로 남아 있습니다.

유엔 장애인권리협약과 장애인권리위원회 역시 우리 정부에 강제입원의 단계적 개선과 의사결정지원 체계 마련을 거듭 권고해 왔습니다. 이제는 당사자의 목소리를 중심에 두고, 협약의 정신에 기반한 근본적인 개혁을 함께 이뤄 나가야 할 때입니다. 당사자가 배제된 제도는 아무리 정교해도 그들의 삶을 바꾸지 못하기 때문입니다.

오늘 이 자리는 정신건강 분야의 개혁을 앞서 추진해 온 여러 나라의 경험과 지혜를 나누고, 이를 우리 사회의 현실에 비추어 깊이 있게 논의하는 소중한 장입니다. 멕시코와 인도네시아의 당사자 주도 개혁 사례, 그리고 대만과 호주의 입원심사제도 및 권익옹호 경험은, 한국의 비자의 입원제도 개선과 권익옹호체계 구축의 방향을 모색하는 데 든든한 디딤돌이 되리라 믿습니다. 국내 전문가와 당사자, 정책 담당자가 한자리에서 머리를 맞대는 토론 또한 해외사례를 우리 현실에 맞게 녹여 내는 값진 논의의 장이 될 것입니다.

한국장애인단체총연맹은 정신장애인을 포함한 모든 장애인이 차별받지 않고, 자신의 삶을 스스로 결정하며 지역사회에서 존엄하게 살아갈 수 있는 사회를 만들기 위해 변함없이 함께 하겠습니다. 오늘 이 자리에서 모인 지혜와 연대가 우리 사회 정신건강제도 개혁의 뜻깊은 출발점이 되기를 진심으로 기원합니다.

감사합니다.

인사말

법무법인 디엘지 대표변호사 **조 원 희**

존경하는 내외 귀빈 여러분, 그리고 오늘 「정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스」에 참석해 주신 국내외 전문가, 당사자, 가족, 활동가, 연구자 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 무엇보다 이번 국제컨퍼런스를 공동으로 준비해 주신 모든 공동주최기관 관계자 여러분께 진심으로 감사드립니다.

특별히 정신건강정책과 인권 증진을 위해 지속적으로 노력해 오신 **서미화 의원님**과 **김예지 의원님**께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 두 의원님께서 보여주신 초당적 관심과 협력은 정신장애인 인권이슈를 특정 영역의 과제가 아니라 우리 사회 전체가 함께 책임져야할 공공의 의제로 확장하는 데 중요한 전환점이 되었습니다. 오늘 이 자리가 마련될 수 있었던 데에는 두 의원님의 헌신적인 지원이 큰 힘이 되었습니다.

아울러 이번 논의의 깊이를 더해 주기 위해 귀중한 경험과 통찰을 나누어 주시는 해외 패널 여러분께 특별한 감사의 말씀을 드립니다. 특히 인도네시아, 대만, 멕시코, 호주에서 참여해 주신 전문가 여러분은 각기 다른 제도적·문화적 환경 속에서 정신건강 체계의 변화와 인권 중심 접근을 실천해 오신 소중한 경험을 공유해 주고 계십니다. 여러분의 참여는 한국 사회뿐 아니라 서로 다른 국가들이 함께 배우고 성장할 수 있는 귀중한 연결의 장을 만들어 주고 있습니다.

오늘날 정신건강 영역의 변화는 한 국가의 경계를 넘어 전 세계적으로 진행되고 있습니다. 입원 중심의 체계에서 지역사회 기반의 지원과 회복 중심의 접근으로의 전환, 그리고 당사자의 자기결정권과 권리 보장을 강화하는 흐름은 이제 국제적 공통의 과제가 되었습니다.

이러한 변화 속에서 우리는 서로의 경험을 통해 배우고, 서로의 한계를 통해 성찰하며, 서로의 실천을 통해 더 나은 제도를 만들어 갈 수 있습니다. 정신건강개혁은 어느 한 나라의 완결된 모델을 따르는 것이 아니라, 다양한 경험이 교차하며 끊임없이 발전해 나가는 과정이라고 생각합니다.

우리 사회 역시 중요한 전환의 시점에 서 있습니다. 정신건강서비스의 접근성과 질을 높이는 동시에 당사자의 권리와 선택을 존중하는 제도적 기반을 더욱 강화해야 합니다. 이를 위해서는 보건의료, 복지, 법률, 학계, 시민사회, 그리고 당사자가 함께 참여하는 폭넓은 협력과 국제적 연대가 필요합니다.

법무법인 디엘지는 공익과 인권을 법률가의 중요한 책무로 인식하며 다양한 사회적 의제에 참여해 왔습니다. 특히 정신건강 영역에서는 당사자의 권리 보장과 사회통합을 위한 법·제도 개선에 지속적인 관심을 기울여 왔습니다. 앞으로도 국내외 전문가 및 시민사회와 협력하며 보다 인권 친화적이고 포용적인 정신건강체계 구축에 힘을 보태겠습니다.

이번 국제컨퍼런스가 각국의 경험과 지혜를 공유하는 자리를 넘어, 국경을 초월한 연대와 협력을 통해 새로운 정책적 상상력과 실천을 확장하는 출발점이 되기를 기대합니다.

다시 한번 참석해주신 모든 분들게 감사드리며, 오늘 컨퍼런스의 성공적인 개최를 진심으로 기원합니다.

감사합니다.

2026년 6월 26일

법무법인 디엘지 대표변호사 조원희

인사말

장애우권익문제연구소 이사장 **김 성 재**

안녕하십니까, 장애우권익문제연구소 이사장 김성재입니다.

「정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스」에 참석해 주신 국내외 참가자 여러분께 진심으로 감사드립니다. 특히 먼 길을 마다하지 않고 한국을 찾아주신 멕시코, 인도네시아, 대만, 호주 발표자 여러분께 깊은 환영의 말씀을 드립니다.

행사가 잘 운영될 수 있도록 함께해 주신 김예지 의원님, 서미화 의원님과 한국정신장애인연합회, 법무법인 디엘지, 국가인권위원회, 한국장애인단체총연맹, 송파정신장애동료지원센터, 재단법인 동천, Knowledge Hub에 감사드립니다. 또한 라운드테이블과 지정토론에 참여해 주시는 당사자 단체, 학계, 법조계, 의료계, 정부 관계자께도 연대와 감사의 마음을 전합니다.

우리 사회는 오랫동안 정신질환이 있는 사람을 치료와 보호의 대상으로 바라보며 병원과 시설 중심의 정신건강체계를 유지해 왔습니다. 그 과정에서 입원 결정과 치료 과정에 대한 당사자의 참여는 충분히 보장되지 않았고, 비자의입원을 둘러싼 절차적 권리 보장과 권익옹호의 필요성은 지속적으로 제기되어 왔습니다. 최근 몇 년간 발생한 춘천 예현병원 251시간 50분 격리·강박 사망사건, 부천 W진병원 격리·강박 사망사건, 울산 반구대병원 폭행 사망사건 등 참혹한 인권침해 사례들은 우리에게 근본적인 제도 변화를 요구하고 있습니다.

국제사회는 이미 정신건강정책의 방향을 분명하게 제시하고 있습니다. 유엔 장애인권리위원회는 대한민국에 비자의입원과 강제치료, 격리·강박 관행을 재검토하고, 입원 과정에서 당사자의 의사와 권리가 실질적으로 보장될 수 있는 체계를 마련할 것을 권고한 바 있습니다. 이제 우리에게 필요한 것은 단순히 입원 여부를 심사하는 절차를 넘어, 당사자의 권리를 보호하고 절차적 정당성을 확보할 수 있는 권익옹호체계를 구축하는 일입니다.

오늘 이 자리에서는 각 나라가 걸어온 개혁의 과정과 성과, 그리고 한계를 공유하게 됩니다. 이러한 경험은 한국 사회가 앞으로 나아갈 방향을 모색하는 데 소중한 밑거름이 될 것입니다. 정신건강개혁은 당사자와 가족, 의료계, 법조계, 학계, 시민사회, 정부가 함께 고민하고 협력해야 하는 사회적 과제입니다. 오늘의 논의가 단순한 의견 교환에 그치지 않고, 보다 인권적이고 공정한 정신건강 제도를 만들어 가기 위한 실질적인 정책과 제도 개선으로 이어지기를 기대합니다.

장애우권익문제연구소는 정신장애 당사자의 존엄과 자기결정권이 존중되는 사회를 만들기 위해 앞으로도 최선을 다하겠습니다.

오늘 국제 컨퍼런스가 정신건강개혁을 위한 의미 있는 전환점이 되기를 바라며, 참석해 주신 모든 분들께 다시 한번 감사드립니다.

감사합니다.

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

❖ 행사 일정

구분	시간	내용
세션 1 정신건강개혁의 해외사례와 함의	09:30~10:00	**접수**
	10:00~10:30 (30분)	**인사 말씀 및 사진 촬영** - 국민의힘 김예지 국회의원 - 더불어민주당 서미화 국회의원 - 한국정신장애인연합회 신석철 상임대표 - 한국장애인단체총연맹 고선순 공동대표 - 법무법인 디엘지 조원희 대표변호사 - 재단법인 동천 유욱 이사장
	10:30~11:20 (50분)	**발제 1. 멕시코의 정신건강개혁 과정과 함의** - Victor Lizama Red Orgullo Loco México 대변인 **발제 2. CRPD 기반, 당사자 주도의 정신건강개혁 방안** - Yeni Rosa Damayanti TCI-Global 공동대표
	11:20~12:20 (60분)	**라운드테이블 (좌장 : 장애우권익문제연구소 이성재 이사)** - 한국정신건강전문요원협회 이용표 협회장 - 한국정신장애인자립생활센터 위은솔 소장 - 송파정신장애동료지원센터 강정욱 활동가 - 공익인권법재단 공감 조인영 변호사 - 국가인권위원회 차별시정국 전민영 국장
	12:20~14:00	**오찬 및 네트워킹**
세션 2 입원심사제도 및 권익옹호	14:00~15:15 (75분)	**발제 1. 대만의 입원심사제도 개편의 성과와 과제** - Song-Lih Huang 국립 양밍 교통대학교 공중보건연구소 교수 **발제 2. 호주의 비자의입원제도와 정신건강 권익옹호** - Kimia Randall ACDL 변호사 **발제 3. 한국의 비자의 입원제도 개선과 권익옹호로의 방향성** - 법무법인 이공 정제형 변호사
	15:15~15:30	**쉬는 시간**
	15:30~16:40 (60분)	**지정토론 (좌장 : 법무법인 디엘지 염형국 변호사)** - 경기우리도 이한결 대표 - 대한정신장애인가족협회 이재성 정책위원장 - 서울대학교 사회복지학과 강상경 교수 - 서울시립대학교 법학전문대학원 신권철 교수 - 대한신경정신의학회 이해우 법제이사 - 국립정신건강센터 정신건강사업부 이강희 부장 - 보건복지부 정신건강정책과 우경미 과장
	16:40~17:00	**종합토론 및 폐회**

2026 Korea mental Health Reform
International Conference

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

세션 1. 정신건강개혁의 해외사례와 함의

발제 1 멕시코의 정신건강개혁 과정과 함의

Victor Lizama 대변인
Lizama Red Orgullo Loco Mexico

멕시코 정신건강 개혁의 과정과 함의

By Víctor Lizama

Korea Mental Health Reform International Conference
Seoul, Korea · June 26, 2026

"이 분노로부터 행동이 시작되었다. 우리는 미결구금(pretrial detention) 관련 법을 바꾸기 위해 노력하고, 환자들에게 자신의 법적 권리를 알리며, 환자들을 위한 헌법적 보호장치를 강화하고 있다. 궁극적으로는 인간의 존엄을 훼손하고 해를 끼치는 정신의학 시스템을 종식시키고, 이를 진정한 안식처로 대체하고자 한다. 그곳은 사람들이 자신의 존재가 겪는 고통에 대처하기 위해 잠시 머물 수 있는 공간이어야 한다. 우리는 이러한 고통이 '질병'으로 낙인 찍히는 것이 아니라, 인간의 기본적 필요보다 부와 재산, 권력을 우선시하는 사회체제의 자연스러운 결과로 이해되는 세상을 지향한다."

주디 챔벌린(Judi Chamberlin)
에세이『On Our Own』중에서

수용에서 지역사회로

오랫동안 정신적 고통에 대한 지배적인 대응 방식은 수용(confinement)이었다.

차이, 위기, 그리고 고통은 질병, 위험 또는 무능력으로 해석되었다. 그 결과 많은 사람들이 지역사회, 가족, 의사결정 과정, 그리고 자신의 목소리로부터 분리되었다.

멕시코 정신건강 개혁은 다른 질문을 제기한다.

사람을 어디에 수용해야 하는가가 아니라, 그 사람이 존엄성, 자유, 자율성을 가지고 지역사회에서 살아가기 위해 어떤 지원이 필요한가를 묻는다.

'정신건강' 개념에 대한 비판적 관점

멕시코의 정신사회적 장애인 공동체의 일원이자 과거 정신건강 서비스 이용자, 그리고 활동가로서 나는 '정신건강'이라는 개념과 그 개념을 중심으로 구축된 체계에 대한 비판적 성찰에서 출발하고자 한다.

이 체계는 역사적으로 정신질환 또는 정신장애가 있다고 규정된 사람들의 존엄성과 권리에 영향을 미쳐 온 제도, 학문, 서비스, 실천을 포함한다.

이 체계는 종종 억압, 차별, 배제를 정당화해 왔으며, 특히 역사적으로 주변화된 집단에 대해 그러했다.

또한 정신적 안녕을 매우 제한적인 사회적 기능 기준에 따라 정의해 왔는데, 이러한 기준은 서구 중심의 문화적 가정, 계급 위계, 가부장제, 이성애 중심 규범에 의해 형성되었다.

광기 자기관리(SELF-MANAGEMENT OF MADNESS)

강렬한 정신적·정서적 고통은 많은 사람들에게 영향을 미친다.

차별을 재생산하지 않으면서 이러한 고통을 이해하고 대응하기 위해, 지역사회 기반 및 권리 기반의 새로운 패러다임이 등장하였다.

이 발표에서 특히 중요한 것 가운데 하나가 '광기 자기관리(Self-Management of Madness)'이다.

광기 자기관리는 정신의학적 개입의 대상이 되었던 사람들이 세계 여러 지역에서 발전시켜 온 상상력, 지식, 실천을 결집한 개념이다.

이 운동의 중요한 선례 가운데 하나는 활동가이자 정신의학 생존자(survivor)인 주디 챔벌린의 에세이 『On Our Own』이다.

광기 자기관리(SELF-MANAGEMENT OF MADNESS)

이 접근은 집단주의, 상호지원, 수평적 구조, 환경 존중, 사회정의, 인간 해방에 기반하고 있다.

정신사회적 장애인의 지식과 실천은 오늘날 정신사회적 안녕을 이해하는 방식을 변화시키는 데 필수적인 요소가 되었다.

이러한 지식과 실천은 정신의학적 억압에 맞서 싸워온 공동체로부터 등장했으며, 저항과 연대를 통해 변화를 위한 도구를 만들어 왔다.

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
1. 기원과 배경

멕시코 매드 프라이드 네트워크(Mexico Mad Pride Network)는 정신건강 및 중독 개혁을 둘러싼 권익옹호 과정 속에서 등장하고 성장하였다.
이 네트워크는 집단적 조직화, 권리 옹호, 그리고 정신사회적 장애인, 현재 및 과거 정신건강 서비스 이용자, 정신의학 생존자, 광인(mad) 및 신경다양인(neurodivergent)의 직접 참여를 기반으로 발전해 왔다.
다원적 플랫폼으로 설립된 이 네트워크는 당사자의 경험과 집단적 기억에 기반해 발언한다.
또한 정신건강 정책이 정신의학 체계의 영향을 가장 크게 받는 사람들의 목소리 없이 설계될 수 있다는 생각에 도전한다.

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
2. 정치적 목적과 지향

이 네트워크는 인식 제고, 집단행동, 권리 옹호, 변혁적 실천을 통해 정신사회적 장애인의 완전한 사회적 포용을 촉진한다.

그 활동은 인권 접근에 기반하며 성인지 관점, 교차성(intersectionality), 장애 관점을 통합하고 있다.

이러한 관점에서 네트워크는 존엄과 정의가 실현되는 또 다른 가능한 세계를 상상한다.

또한 고통(distress)을 정치적 문제로 드러내며, 정신사회적 장애인을 위한 문화적·정치적 지평으로서 '망상할 권리(Right to Delusion)'를 재정립한다.

멕시코 매드 프라이드 네트워크는 정신건강, 정신사회적 장애, 인권과 관련된 법률 체계와 공공정책의 변화를 목표로 지속적인 권익옹호 활동을 전개해 왔다.

이 네트워크는 국가 차원의 개혁 과정뿐 아니라 국제적 협의 및 규범 형성 과정에도 참여해 왔다.

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
3. 권익옹호와 국제 참여

국내 영향

- 2022년 정신건강 및 중독 관련 일반보건법(General Health Law) 개정 참여
- 2023년 국가 민사·가사절차법(National Code of Civil and Family Procedures)에 반영된 법적 능력(legal capacity) 개혁 참여

국제 참여

- 「탈시설화 가이드라인(비상상황 포함)」(유엔, 2022) 협의 과정 참여
- 「정신건강, 인권 및 입법: 지침과 실천」(세계보건기구, 2023) 협의 과정 참여

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
4. 집단 활동과 공적 실천

2019년 이후 네트워크는 정신사회적 장애인이 주도하는 참여, 정치교육, 대중 인식 제고, 권리 옹호 활동을 추진해 왔다.

주요 활동은 다음과 같다.

- 정신건강과 인권에 관한 경험전문가 포럼 (멕시코시티, 2018)
- 정신사회적 장애와 매드 문화(Mad Culture) 가을학교 (2020, 2021)
- 매드 정의(Mad Justice)와 정신이견(Psychodissidence) 포럼 (멕시코시티, 2023)
- 매드 아티비즘(Mad Artivism) 축제 'Locxfest' (멕시코시티, 2023)
- 2019년부터 매년 개최되고 있는 매드 프라이드 행진(Mad Pride March)

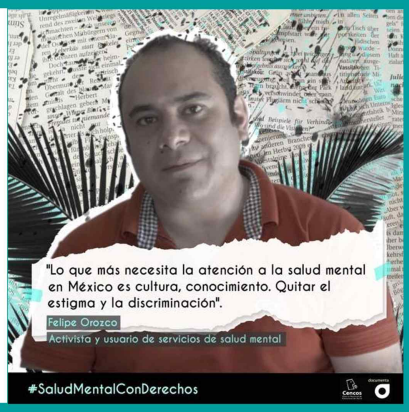
멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
5. 증언과 살아있는 경험(lived experience)

"밤에 누군가가 나를 공격할까 봐 두려웠습니다. 그리고 나는 쇠사슬에 묶여 있었기 때문에 스스로를 방어할 수 없을 것이라고 생각했습니다."

펠리페 오로스코(Felipe Orozco)

『쇠사슬에 묶여 살아가는 정신건강 문제 당사자들』
Human Rights Watch, 2020



멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
5. 증언과 살아있는 경험(lived experience)

"그것은 엄청난 고문이었습니다. 신체적 고문, 심리적 고문이었고, 고문을 목격해야 했으며, 사람들이 고문하는 장면을 보아야 했습니다. 또 내가 다른 사람을 때리지 않으면 그들이 나를 때릴 것이었기 때문에 다른 사람을 때려야 했습니다. 정말로, 왜 그렇게 많은 일을 겪어야 했는지 알 수 없었고, 상상조차 할 수 없었으며, 이해할 수도 없었습니다."

"페르난다(Fernanda)"

수용 중의 고문: 정신건강 문제를 가진 여성들에 대한 처벌
Documenta, 2023

멕시코 매드 프라이드 네트워크 소개
5. 증언과 살아있는 경험(lived experience)

"가장 왜곡된 형태의 시설수용은 형사절차를 통해 이루어지는 것이다. 이는 '건강권'을 명분으로 거리에서 생활하거나 문제적 약물 사용을 하는 정신사회적 장애인에게 수용과 치료를 강요하는 방식이다."

빅터 리사마

유엔 장애인권리위원회 제29차 회기
2023년 8월

멕시코의 시설 중심 정신건강 돌봄 연혁

2022년 개혁을 이해하기 위해서는 멕시코의 시설 중심 정신건강 돌봄의 오랜 역사를 살펴볼 필요가 있다.

다음 연표는 최초의 수용 병원부터 2022년 개혁이 가져온 법적 전환에 이르기까지, 시설수용 중심 모델의 발전 과정에서 중요한 순간들을 보여준다.

멕시코의 시설 중심 정신건강 돌봄 연혁

1567년 — 산 이폴리토 병원(Hospital of San Hipólito)
멕시코시티에서 베르나르디노 알바레스 수사(Friar Bernardino Álvarez)가 설립하였다.
아메리카 대륙에서 '정신질환자'로 간주된 사람들을 위한 최초의 병원으로 평가된다.
식민지 시기 동안 운영되었으며, 독립 이후에도 거의 한 세기 동안 존속하였다.

1910년 — 라 카스타네다 종합수용소(La Castañeda General Asylum)
독립 100주년을 기념하며 근대화의 상징으로 개원하였다.
20세기 동안 멕시코의 대표적인 정신병원이 되었다.

1968년 — 라 카스타네다 폐쇄
구스타보 디아스 오르다스 대통령 재임 시기에 폐쇄 및 철거되었다.
이는 제도적 변화를 의미했지만 수용소 모델 자체를 해체하지는 못했다.
많은 관행은 분산된 정신병원 네트워크 안에서 계속 유지되었다.

2000년 — 미겔 이달고 모델(Miguel Hidalgo Model)
제도혁명당(PRI)의 71년 집권 이후 정치적 전환기에 도입되었다.
지역사회 기반·권리 기반 모델로 제시되었으나 실제로는 정신병원의 중심성을 약화시키지 못했고 생의학적 접근의 우위를 유지하였다.

2022년 — 일반보건법 개정
정신건강 및 중독 관련 개혁은 인권, 지역사회 기반 돌봄, 충분한 설명에 근거한 동의(informed consent), 탈시설화를 중심으로 하는 규범적 전환을 가져왔다.
이는 수용소 중심 정신의학 모델을 넘어서는 방향을 제시하였다.

멕시코의 시설 중심 정신건강 돌봄 연혁

이 역사는 법적·제도적 변화가 항상 돌봄의 실질적 변화를 만들어낸 것은 아니라는 점을 보여준다.

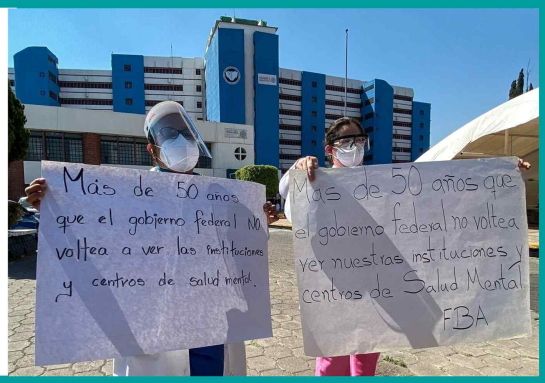
한 시설의 폐쇄가 곧 수용의 종식을 의미하지는 않았으며, 이후의 개혁들 또한 자립생활이나 지역사회 지원을 보장하지 못했다.

따라서 2022년 개혁은 분리와 격리에서 자율성, 권리, 지역사회에서의 삶으로 나아가기 위한 더 긴 투쟁의 일부로 이해되어야 한다.

2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

2022년 개혁 이전 멕시코의 정신건강 체계는 대체로 정신병원, 분리수용, 그리고 취약한 지역사회 돌봄 체계를 중심으로 운영되었다.

법률, 공공정책, 예산은 예방, 1차 의료, 외래 서비스, 정신사회적 지원, 지역사회 자립생활보다 입원치료를 우선시하였다.



2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

1. 국제인권기준

CRPD CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

미주인권선언(American Declaration), 산살바도르 의정서(Protocol of San Salvador), 미주인권협약(American Convention on Human Rights)은 건강권을 인정하고 있다.

미주인권재판소는 이 권리를 경제적·사회적·문화적 권리에 대한 실질적 접근을 보장하기 위한 즉각적 조치와 점진적 조치를 모두 요구하는 것으로 해석해 왔다.

정신건강 분야에서는 알마아타 선언(1978), 오타와 헌장(1986), 카라카스 선언(1990)이 1차 의료, 건강증진, 지역사회 참여, 그리고 정신의료의 지역사회 서비스·종합병원·인권보호 중심 재구조화를 촉진하였다.

이러한 기준들은 수용소 모델에 도전했지만, 멕시코에서는 30년 이상 실질적으로 이행되지 못했다.

2006년 채택되고 2007년 멕시코가 비준한 장애인권리협약(CRPD)은 자율성, 법적 능력, 자립생활, 의사결정 지원을 인정함으로써 이러한 전환을 더욱 강화하였다.

이 관점에서 의료화(medicalization), 강제, 시설수용은 권리 기반 돌봄 모델과 양립할 수 없다.

2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

2. 정책, 재정, 그리고 실패한 전환

기존 정책들은 탈시설화를 실현하지 못했다.

2000년 지역사회 기반·권리 기반 모델로 제시된 미겔 이달고 모델 역시 병원 중심성을 줄이거나 효과적인 자립생활 경로를 마련하지 못했다.

재정 구조 또한 이러한 체계를 강화하였다.

대부분의 예산은 정신병원 운영에 사용되었으며, 지역사회 서비스, 1차 의료, 예방, 생활지원 서비스는 충분히 발전하지 못했다.

2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

3. 인권침해와 강제(coercion)

보고서들은 정신병원, 진료소, 재활센터, 보호시설, 교정시설에서 심각한 인권침해가 발생하고 있음을 기록하였다.

여기에는 동의 없는 치료, 비자의 입원, 격리, 신체 억제, 강제 투약, 안전하지 않은 전기경련치료, 비인도적 수용이 포함되었다.

이러한 관행은 자유권, 신체적·정신적 온전성, 충분한 설명에 근거한 동의, 사생활, 자립생활, 접근성, 존엄한 대우를 침해하였다.

일부 사례는 고문 또는 잔혹·비인도적·굴욕적 처우에 해당할 수 있었다.
- 충분한 설명에 근거한 동의 없이 자유를 박탈당함
- 가족, 지지체계, 지역사회 생활과의 접촉이 제한됨
- 격리와 신체 억제가 처벌 또는 통제 수단으로 사용됨
- 시설 내 신체적·심리적·성적 폭력 발생
- 위생, 식사, 시설환경, 돌봄 조건이 인간의 존엄성과 양립할 수 없는 수준임

2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

4. 동의, 자율성, 법적 능력

법과 관행은 이용자의 자율성과 법적 능력을 제한하였다.

그 결과 비자의 입원, 강제 치료, 그리고 적절한 지원 없이 가족, 시설 또는 공공기관이 당사자를 대신하여 결정을 내리는 것이 가능하였다.

2022년 개혁 이전 멕시코 정신건강 체계의 상황

5. 국가의 책임과 면책

감독 체계는 인권침해를 예방·기록·조사·처벌하기에 지나치게 취약했다.

진정 제기는 드물었고, 현장 방문은 드물게 이루어졌으며, 권고 역시 수용소 모델 자체에 문제를 제기하기보다는 개별 사례에 국한되는 경우가 많았다.

또한 국가는 지역사회 서비스, 주거, 의사결정 지원, 돌봄의 연속성, 정당한 편의 제공을 보장하지 않은 채 돌봄 책임을 가족에게 전가하였다.

그 결과 방임, 전이시설화(transinstitutionalization), 사회적 배제가 더욱 강화되었다.

정신건강 분야의 실패한 법률 개혁 과정

2022년 개혁 이전에도 멕시코에서는 정신건강에 관한 별도의 법률을 제정하기 위한 여러 입법 시도가 있었다. 그러나 이러한 법안들 중 상당수는 생의학적 관점을 유지하거나, 강제적 조치를 허용하거나, 심리사회적 장애인의 권리·자율성·법적 능력을 충분히 보장하지 못한다는 비판을 받았다.

1. 국가 정신건강법안 발의(하원, 2017)

- **최초 발의**: 해당 법안은 제63대 연방의회(LXIII Federal Legislature) 기간 중 국민행동당(PAN) 소속 레티시아 암파라노 가메스(Leticia Amparano Gámez) 하원의원이 발의했다.
- **추가 지지**: 같은 회기 동안 녹색당 소속 의원들도 국가 정신건강법 제정을 위한 법안을 공동 발의하고 추진했다.
- **주요 내용**: 정신건강에 관한 국가 차원의 법률을 제정하는 것이 목적이었다. 주요 내용으로는 기존 정신병원을 국가 정신건강시스템 돌봄 네트워크 산하 시설로 대체하고, 미겔 이달고(Miguel Hidalgo) 모델의 핵심 요소인 지역사회 정신건강센터를 중심축으로 삼는 방안이 포함되었다.
- **입법 경과**: 법안은 최종 승인되지 못했으며 상임위원회 단계에 계류된 채 종료되었다.

정신건강 분야의 실패한 법률 개혁 과정

2. 일반 정신건강법안(일명 '바뉴엘로스 법안') 발의(상원, 2020)

- 발의자: 노동당(PT) 소속 지오반나 바뉴엘로스 데 라 토레(Geovanna Bañuelos de la Torre) 상원의원이 발의했다.
- 주요 제안: 독립적인 「일반 정신건강법(General Mental Health Law)」을 제정하는 것이었다.
- 주요 비판: 해당 법안은 비자의적 입원, 강제 치료, 심리사회적 장애인의 법적 능력 제한을 허용할 수 있다는 우려로 비판을 받았다.
- 경과: 2020년 3월 상임위원회를 통과해 같은 해 7월 29일 본회의 표결이 예정되었으나, 국가인권위원회(CNDH), 시민사회 단체, 그리고 '권리 기반 정신건강 연대(Mental Health with Rights Collective)'의 압력으로 인해 논의가 중단되고 철회되었다. 이후 2020년 9월 공개의회(Open Parliament) 절차가 소집되었다.

정신건강 분야의 실패한 법률 개혁 과정

이러한 상황 속에서 '권리 기반 정신건강 연대(Mental Health with Rights Collective)'에 참여하고 있던 심리사회적 장애인들은 해당 법안에 대해 분명한 반대 입장을 밝혔다. 이들의 입장은 다음 세 가지 핵심 요구를 중심으로 구성되었다.

- 차별을 재생산하거나 권리를 제한할 수 있는 어떠한 특별 정신건강법에도 반대할 것
- 직접적인 영향을 받는 당사자들을 대상으로 공개적이고, 접근 가능하며, 포괄적이고, 투명한 협의 절차를 보장할 것
- 낙인, 차별, 폭력이 없는 인권 기반의 지역사회 정신건강 모델을 구축할 것

정신건강 분야의 실패한 법률 개혁 과정

공개의회(Open Parliament) 절차에 대한 입장

"지오반나 바뉴엘로스 상원의원 측이 작성한 일반 정신건강법안이 상원의 임시회에서 승인 안건으로 상정되지 않았으며, 현재 상원과 연방 하원에서 관련 논의가 진행되고 있는 상황을 고려하여, 우리 단체의 입장과 원칙을 다음과 같이 공개한다.

1. 우리는 그 내용이 무엇이든 별도의 정신건강법 제정을 지지하지 않는다.

2. 우리는 차별적 편견을 포함하거나 권리를 제한하는 어떠한 법률·규정 개정에도 참여하거나 이를 지지하지 않을 것이다. 특히 심리사회적 장애인의 법적 능력을 제한하는 내용에는 반대한다.

3. 정신건강 관련 법·제도 개혁은 정신건강 서비스를 이용하는 사람들과 심리사회적 장애인, 그리고 일반 대중의 필요에 부응해야 한다.

4. 우리는 당사자들이 참여할 수 있는 공개적이고 접근 가능하며 포괄적인 협의 절차를 요구한다. 이러한 절차를 보장하는 것은 국가의 의무이다.

5. '공개의회(Open Parliament)'라는 절차는 접근 가능하고 포괄적이며 투명해야 한다. 또한 충분한 논의 기간이 보장되어야 하며, 그 결과가 실제 입법 과정에 반영되어야 한다.

6. 심리사회적 장애인으로 구성된 우리 단체의 제안과 의견은 멕시코에서 낙인, 차별, 명시적·암묵적 폭력이 없는 횡단적 지역사회 정신건강 모델을 구축하고 강화하기 위한 전략과 제도를 만드는 데 목적이 있다.

우리의 입장은 「세계인권선언」, 「장애인권리협약(CRPD)」, 그리고 「멕시코 합중국 헌법」에 근거하고 있다. 우리는 시민들이 연방의회에서 진행되는 입법 과정을 면밀히 주시하고, 정신건강 법·제도 개혁에 참여하는 사회적 주체들의 활동을 관심 있게 지켜볼 것을 촉구한다.

우리 없이 우리에 관한 것은 결정하지 말라(Nothing about us, without us)."

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

2022년 정신건강 및 중독 분야 개혁은 지속적인 옹호 활동, 사회적 참여, 그리고 시민사회와 공공기관 간의 대화를 통해 이루어진 성과였다.

이 과정에서 '권리 기반 정신건강 연대(Mental Health with Rights Collective)'는 논의의 중심을 인권, 자율성, 충분한 설명에 기반한 동의(informed consent), 그리고 지역사회 기반 지원체계로 전환하는 데 중요한 역할을 했다.

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

1. 구성과 관점

이 연대체는 다음과 같은 다양한 주체들로 구성되었다.
-심리사회적 장애인, 현재 및 과거 정신건강 서비스 이용자, 향정신성 물질 사용자, 활동가, 학계 전문가, 인권, 장애, 마약정책 분야에서 활동하는 시민사회단체

구성 단체로는 다음이 포함되었다.

- Human Rights Watch, Documenta, Disability Rights International, Mexico Mad Pride Network

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

2. 개혁 과정에서의 역할

정신건강 서비스 체계의 직접적인 영향을 받는 당사자 조직들은 인권침해 사례를 기록·문서화, 정책적 요구사항 정리 및 제안, 이해관계자 간 합의 형성, 입법 논의를 보다 포용적이고 권리 기반의 방향으로 이끌기 등의 역할을 수행했다.

이들의 참여는 정신의료 체계의 영향을 가장 크게 받는 사람들의 목소리 없이 개혁을 설계할 수 없음을 보여주었다.

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

3. 주요 기여

- 사회적 참여: 시민사회단체 간의 연대와 협력을 통해 지속적인 대화가 이루어졌으며, 이는 개혁 과정을 강화하는 기반이 되었다.
- 증거와 기록: 정신건강 서비스 내 인권침해에 대한 조사와 분석이 법·제도 개혁의 근거를 제공했다.
- 당사자 경험: 현재 이용자, 과거 이용자, 생존자(survivors), 그리고 향정신성 물질 사용자들이 개혁 의제 형성에 직접 참여했다.
- 지속적인 옹호 활동: 연대체 결성부터 개혁안 시행까지 약 5년에 걸친 지속적인 활동이 이루어졌다.
- 전략적 대응: 생의학적 관점을 유지하거나 권리를 제한하는 법안과 정책 제안에 적극적으로 대응하고 문제를 제기했다.

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

3. 주요 기여

이러한 노력들은 조직된 당사자들, 시민사회단체, 그리고 공공기관 간 협력을 통해 이루어진 혁신적인 개혁 과정을 가능하게 했다. 또한 이번 경험은 법률과 제도의 변화가 단순히 정부 주도가 아니라, 당사자의 삶의 경험(lived experience), 집단적 조직화, 공공 옹호 활동, 그리고 다양한 주체 간 연대 구축을 통해 실현될 수 있음을 보여주었다.

2022년 개혁의 핵심 주체, '권리 기반 정신건강 연대'

4. 현재 입장과 이행 과제

'권리 기반 정신건강 연대'는 현재도 개혁 내용이 실제 공공정책으로 구체화되고, 안정적인 재정 지원이 확보되며, 실질적인 지역사회 서비스가 구축될 수 있도록 지속적으로 활동하고 있다. 연대체는 2024년 성명을 통해 법적 개혁은 이미 이루어졌지만 '이를 현실에서 효과적으로 이행하는 과제는 여전히 남아 있다'고 강조했다.

정신건강 및 중독 분야 개혁의 주요 특징

2022년 5월 공포된 정신건강 및 중독 분야의 「일반보건법(General Health Law)」 개정은 역사적인 법적 전환점이었다.

이 개혁은 정신건강 정책의 중심을 시설 수용(institutionalization)과 강제(coercion)에서 벗어나 지역사회 기반 지원, 인권, 충분한 설명에 기반한 동의(informed consent), 그리고 의사결정 지원(supported decision-making)으로 이동시켰다.

이 개혁이 전달하는 핵심 메시지는 명확하다: 정신건강 서비스는 격리와 강제에 기반해서는 안 된다.

정신건강 및 중독 분야 개혁의 주요 특징

1. 개혁의 네 가지 핵심 축

- 지역사회 기반 지원(Community-based care): 위험 감소 및 피해 감소 전략을 포함한 포괄적·외래 중심·지역사회 기반·1차 의료 서비스를 강화한다.
- 탈시설화(Deinstitutionalization): 신규 단일 목적 정신병원 설립을 금지하고 기존 시설을 외래진료센터 또는 종합병원으로 전환하도록 함으로써 수용시설 중심의 정신의료 모델을 단계적으로 해체한다..
- 강제로부터의 보호(Protection against coercion): 이용자의 권리를 인정하고, 격리·강제적 신체억제·잔혹하고 비인도적이거나 굴욕적인 처우를 받지 않을 권리를 보장한다.
- 자율성과 의사결정(Autonomy and decision-making): 충분한 설명에 기반한 동의를 보장하고, 개인이 자신의 의사와 선호에 따라 결정할 수 있도록 지원체계를 마련한다.

정신건강 및 중독 분야 개혁의 주요 특징

2. 국제적 평가

세계보건기구(WHO)는 2022년 멕시코 개혁을 정신건강과 인권 분야에서 가장 진보적인 법적 체계 중 하나로 평가했다.

"...멕시코에서는 2022년 개정된 일반보건법에 따라 모든 정신건강 치료와 입원은 자발적이어야 한다. 또한 격리, 신체억제, 그리고 잔혹하고 비인도적이거나 굴욕적인 처우에 해당하는 모든 행위가 금지된다. 이 법은 정신건강 분야에서 자유롭고 충분한 설명에 기반한 동의에 어떠한 예외도 인정하지 않는다. 또한 정신건강 문제를 이유로 특정 개인이 충분한 설명에 기반한 동의를 제공할 능력이 없다고 간주할 수 없도록 규정하고 있다. 이는 비자의적 입원과 강제 치료가 더 이상 멕시코에서 허용되지 않는다는 것을 의미한다. 다만 법 개정만으로는 충분하지 않으며, 정치적 의지, 적절한 정책, 충분한 인적·재정적·기술적 자원, 그리고 실제 서비스와 지원체계가 함께 마련되어야 한다.이러한 조치들은 법률상의 규정을 현실 속 변화로 전환하기 위해 필수적이다."

『정신건강, 인권 그리고 법률(Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice)』
세계보건기구(WHO), 2024

정신건강 및 중독 분야 개혁의 주요 특징

3. 개혁 이후의 진전

개혁 이후 멕시코는 여러 제도적 진전을 이루었다. 국가 정신건강 및 중독위원회가 설립되었고, 새로운 국가 정신건강 모델이 추진되었으며, 지역사회 정신건강·중독센터 네트워크가 확대되었다. 또한 교육과 감독 체계도 구축되었다.

이러한 조치들은 중요한 진전이지만, 법 개정만으로 사람들의 삶이 변화하는 것은 아니다. 개혁이 실질적으로 이행되기 위해서는 충분한 예산, 서비스, 주거 지원, 지역사회 지원체계, 사회적 참여, 그리고 독립적인 감독 체계가 뒷받침되어야 한다.

정신건강 및 중독 분야 개혁의 주요 특징

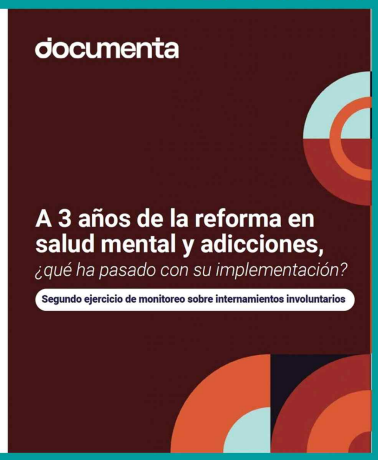
4. 법과 현실의 간극

법과 현실 사이의 간극은 여전히 매우 크다. Documenta의 2025년 모니터링에 따르면 정신병원 입원자 4,364명 중 3,606명(82.6%)이 비자의적으로 입원한 것으로 나타났다.

또한 500명 이상이 20년 넘게 장기 입원 상태에 있는 것으로 확인됐다.

이러한 수치는 문제가 아직 해결되지 않았음을 보여준다. 법은 바뀌었지만 많은 시설 중심의 관행은 여전히 지속되고 있는 것이다.

병원이 계속해서 방치와 수용의 공간으로 기능하는 한, 이번 개혁은 실현되지 못한 약속으로 남게 될 것이다.



멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

2026년 3월, 유엔 장애인권리위원회는 멕시코의 장애인들이 특히 시설 환경에서 심각하고 조직적이며 체계적인 인권침해를 겪고 있다는 구조적 양상을 확인했다.

이 보고서는「장애인권리협약 선택의정서」제6조에 따른 조사 절차에 따라 작성되었으며, 방임, 폭력, 충분한 설명에 기반한 동의의 부재, 가해자에 대한 책임 규명의 부재, 그리고 피해 회복 및 배상의 부재 등을 기록했다.

멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

1. 구조적 인권침해로서의 시설수용

위원회는 현재의 상황이 개별적 실패의 결과가 아니라 구조적인 분리·배제 시스템의 결과라고 결론지었다.

시설수용은 장애인을 지역사회 생활로부터 분리시키고, 종종 본인의 동의 없이 정신병원, 보호시설, 사회복지시설, 그리고 규제되지 않은 민간 시설에 수용하는 방식으로 이루어지고 있다

멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

2. 시설수용의 규모

보고서는 시설수용이 매우 광범위하게 이루어지고 있으며, 현재 이용 가능한 통계조차 실제 규모를 과소평가하고 있을 수 있다고 경고했다.

- 약 12만 명의 장애인이 시설에 수용되어 있으며, 이 가운데 약 2만 6천 명은 아동이다.
- 다른 추정에 따르면 최대 14만 명의 장애아동이 어떤 형태로든 시설보호를 받고 있는 것으로 나타난다.
- 위원회는 전체적으로 약 26만 명의 장애인이 멕시코에서 고립된 환경에서 생활하고 있는 것으로 추정했다.

멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

3. 위원회가 확인한 시설 내 실태

위원회는 2024년 7월 현지 방문을 통해 시설 내 방임, 폭력, 그리고 충분한 설명에 기반한 동의의 부재를 확인했다. 주요 조사 결과는 다음과 같다.

- **장기 방치**: 단기 체류를 목적으로 설계된 시설에 입소한 사람들이 효과적인 지원이나 자립생활 계획 없이 수십 년간 머무르는 사례가 확인되었으며, 일부는 최대 35년 동안 시설에 머물렀다.
- **폭력과 굴욕적 처우**: 시설수용은 고문, 학대, 착취, 가족과의 분리, 강제 낙태, 강제 불임수술 등에 노출되는 결과를 초래했다.
- **비자의적 입원과 강제 치료**: 공공시설과 민간시설 모두에서 강압적 관행이 계속되고 있는 것으로 나타났다.

멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

4. 면책, 피해회복의 부재, 그리고 신뢰할 수 있는 통계의 부족

위원회는 대부분의 인권침해 사건이 독립적이고 효과적이며 공정하게 조사되지 않았다고 지적했다.

제재, 피해 회복, 책임 규명의 부재는 면책 상태를 지속시키고 시설 중심의 관행이 계속 유지되도록 만들고 있다.

보고서는 또한 장애인의 수, 거주 장소, 생활환경 등에 관한 정확한 통계가 부족하다는 점을 강조했다.

아울러 정부가 국내에서 운영되는 민간시설과 지역사회 기반 시설에 대한 완전한 정보를 보유하고 있지 않다고 경고했다.

멕시코에 대한 유엔 장애인권리위원회 보고서 (2026년 3월)

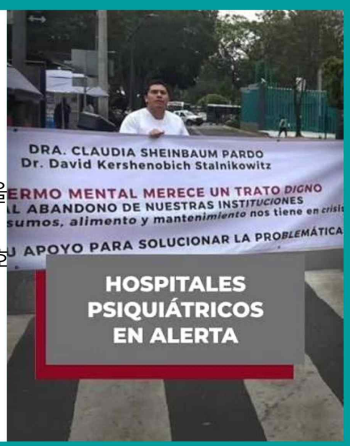
5. 긴급 권고사항

위원회는 이러한 인권침해 양상에 대응하기 위해 멕시코 정부가 시설 수용 체계를 해체하고 지역사회 기반 대안을 구축할 것을 촉구했다. 주요 권고사항은 다음과 같다.

- 시설수용 종식을 앞당기고 지역사회에서의 자립생활을 보장할 것
- 충분한 설명에 기반한 동의 없이 이루어지는 강제 입원과 강제 치료를 금지할 것
- 장애인과 모든 시설에 대한 국가 차원의 등록체계를 구축할 것
- 발생한 인권침해에 대해 조사·처벌·피해회복 조치를 시행할 것
- 개인지원서비스, 주거 지원, 인권 기반 정신건강 서비스를 포함한 지역사회 서비스를 개발할 것

최근의 위기 : 기본권으로서의 식량권

최근 멕시코시티 공공 정신병원에서 발생한 식량 부족 사태는 시설수용의 위험성을 극명하게 보여준다.
입원 환자와 의료진이 식량과 같은 가장 기본적인 필요조차 충족받지 못하는 상황은 단순한 행정적 문제가 아니다. 이는 잔혹하고 비인도적이거나 굴욕적인 처우에 해당할 수 있는 환경이 존재함을 드러낸다.
이번 위기는 또한 전체시설(total institution)이 어떻게 의존성과 취약성을 집중시키는지를 보여준다.
시설이 제대로 기능하지 않을 경우, 그 안에 수용된 사람들은 자신을 보호하거나 시설을 떠나거나 다른 곳에서 지원을 받을 실질적인 방법이 없는 경우가 많다.
그렇기 때문에 이러한 위기는 수용을 강화하는 것이 아니라 탈시설화를 더욱 앞당기는 계기가 되어야 한다.



앞으로 나아가기 위한 과제

앞으로 나아가기 위해 멕시코에는 명확하고 지속적인 정책 과제가 필요하다.

- 지역사회 정신건강 서비스와 심리사회적 지원체계를 강화할 것
- 자립생활, 주거, 고용, 지원서비스를 위한 충분한 재정을 보장할 것
- 의료인력을 대상으로 인권, 충분한 설명에 기반한 동의, 비강제 원칙에 관한 교육을 실시할 것
- 서비스 이용자와 생존자(survivors)의 참여를 보장하는 독립적 감독체계를 구축할 것
- 시설수용에 관한 신뢰할 수 있는 공공 데이터를 생산할 것
- 정의 실현, 피해 회복, 기억의 보존, 재발 방지 보장을 실현할 것

개혁은 실제 삶의 변화로 평가되어야 한다

멕시코의 정신건강 및 중독 분야 개혁은 역사적인 전환의 문을 열었다.

그러나 정신건강이라는 이름 아래 사람들이 여전히 시설에 갇혀 있고, 침묵을 강요받으며, 방치되고 있는 한 그 문이 열린 것만으로는 충분하지 않다.

개혁의 성공은 법 조항의 개수로 평가되어서는 안 된다. 시설을 떠날 수 있는 실질적인 가능성, 자신의 몸에 관한 결정을 스스로 내릴 수 있는 권리, 집에서 살아갈 수 있는 환경, 관계를 맺을 수 있는 기회, 지역사회 지원을 받을 수 있는 체계, 그리고 두려움 없이 살아갈 수 있는 삶과 같은 구체적인 현실의 변화로 평가되어야 한다.

단 한 사람이라도 정의와 피해회복 없이 시설에 남겨져 있는 한, 인간의 존엄에 대한 사회의 책임은 여전히 다하지 못한 것이다.

이러한 변화는 더 이상 미룰 수 없다.

지금 시작되어야 한다.

왜냐하면 심리사회적 장애인의 삶은 소중하기 때문이다.

UNTIL MADNESS, ALWAYS!

Thank you

Víctor Lizama

Disability Consultant and
Spokesperson for the Mexico Mad Pride Network
victor.lizama.sierra@gmail.com

발제 2 CRPD 기반, 당사자 주도의 정신건강개혁 방안

Yeni Rosa Damayanti 공동대표
TCI-Global

지원과 함께하는 자유
글로벌 사우스(GLOBAL SOUTH)에서의 심리사회적 장애인 주도의 정신건강 개혁

인도네시아와 글로벌 운동으로부터의 교훈

왜 이 논의가 중요한가

정신건강 개혁은 단지 기술적(technical) 문제가 아니다. 인권을 위한 투쟁이다.

- 이것은 자유, 법적 능력, 존엄, 신체의 완전성, 그리고 지역사회에서 살아갈 권리에 관한 문제이다.
- 이 개혁은 반드시 심리사회적 장애인 당사자가 직접 주도해야 한다.
- 개혁은 병원, 심판원(tribunals), 또는 서비스 개선에만 머물러서는 안 된다.
- 사회적 배제를 만들어내는 **전체 생태계(ecosystem of exclusion)** 를 다루어야 한다.

CRPD에 기반한 개혁이란 무엇인가?

CRPD 기반 개혁은 **체계의 근본적인 토대**를 바꾸는 것이다.

- 기존: 질병, 위험, 무능력, 통제
- 새로운 관점: 인격, 평등, 자율성, 지원, 포용(inclusion)

CRPD의 핵심 원칙:

- 법 앞의 평등한 인정
- 자유와 신체의 안전
- 고문과 폭력으로부터의 자유
- 신체의 완전성
- 지역사회에서의 자립생활과 포용
- 자유롭고 충분한 설명에 근거한 동의에 기반한 의료

왜 심리사회적 장애인의 리더십은 타협할 수 없는 원칙인가

"우리 없이 우리에 관한 것은 없다(Nothing about us without us). " 이것은 단순한 구호가 아니다. 정의를 실현하기 위한 조건이다.

- 심리사회적 장애인이 주도하는 개혁은 타협할 수 없는 원칙이다. 왜냐하면 우리는 이 체계를 **내부에서 경험한 사람들**이기 때문이다.
- 우리는 도움이 어떻게 통제로 바뀌는지 알고 있다. 우리는 동의 없는 치료가 무엇을 의미하는지 알고 있다. 가족, 의사, 시설, 종교기관, 국가가 우리의 몸과 삶을 대신 결정할 때 그것이 무엇을 의미하는지 알고 있다.
- 많은 폭력은 사회 안에서 너무도 자연스럽게 받아들여지고 있다. 예를 들어 사람들은 이렇게 말한다. "적어도 먹을 것은 주잖아.", "적어도 지붕 아래 살고 있잖아.", "적어도 안전하잖아."
- 그러나 우리는 묻는다. 누구에게 안전한가? 무엇으로부터 안전한가? 그리고 그 대가는 무엇인가? 우리의 리더십이 없다면, 개혁은 **새로운 언어로 같은 폭력을 반복하는 것**에 불과할 수 있다.

법적 능력이 출발점입니다.

법적 능력이 없다면, 다른 모든 권리는 취약해집니다.

CRPD 제12조는 장애인이 다른 사람과 동등한 법적 능력을 향유한다는 점을 인정할 것을 요구합니다.

이는 다음을 의미합니다.

- 우리는 보호의 대상이 아니라 권리의 주체입니다.
- 우리는 자신의 삶에 관한 결정을 내릴 권리가 있습니다.
- 우리의 의사와 선호는 존중되어야 합니다.
- 장애를 이유로 우리의 의사결정 권한을 부정해서는 안 됩니다.
- 지원은 우리의 자기결정권을 대체하는 것이 아니라 강화해야 합니다.

대리의사결정이 아니라 지원의사결정

지원이 필요할 때, 해답은 대체가 아니라 지원입니다.

대리의사결정에서는

- "전문가가 가장 잘 안다. “
- "가족이 가장 잘 안다. “
- "심사기구가 결정할 것이다. “
- "당사자는 자신의 상태를 제대로 인식하지 못한다. “
- "이것이 당사자의 최선의 이익이다."

지원의사결정에서는

- "당사자는 무엇을 원하는가? “
- "당사자가 결정하기 위해 어떤 지원이 필요한가? “
- "당사자는 누구를 신뢰하는가? “
- "어떻게 의사소통을 접근 가능하게 만들 수 있는가? “
- "어떻게 당사자의 의사와 선호를 존중할 것인가?"

적법절차는 강제를 정당화할 수 없습니다

더 질서정연한 강제 시스템도 결국 강제일 뿐입니다.

- 심리를 한다고 해서 강제치료가 사라지는 것은 아닙니다.
- 법률대리인이 있다고 해서 자유 박탈이 사라지는 것은 아닙니다.
- 심사제도가 있다고 해서 대리의사결정이 없어지는 것은 아닙니다.
- 전문가가 우리의 선택에 동의하지 않는다고 해서 우리의 의사를 무시할 정당성이 생기는 것은 아닙니다.
- 장애를 이유로 한 구금은 단지 심사기구나 전문가 패널의 검토를 받는다고 해서 CRPD에 부합하게 되는 것이 아닙니다.

동의는 다른 사람이 대신할 수 없습니다

자유롭고 충분한 설명에 근거한 동의는 반드시 당사자로부터 나와야 합니다.

- 치료에 관한 결정은 정신과 의사, 변호사, 가족, 후견인, 법원, 심사기구 또는 '최선의 이익'을 판단하는 위원회로 넘겨져서는 안 됩니다.
- 특히 다음과 같은 고위험 개입에서는 더욱 그렇습니다.

- 강제투약, 신체억제와 격리, 비자의입원, 강제치료명령, 실질적인 동의 없는 전기경련치료(ECT)

- 동의는 단지 서류에 서명하는 것이 아닙니다.
- 동의는 심사기구의 승인을 의미하는 것도 아닙니다.
- 어떠한 심사기구나 전문가 패널도 당사자 자신의 동의를 대신할 수 있어서는 안 됩니다.

심사기구(전문가 패널)는 우리의 목표가 아닙니다

심사기구(전문가 패널)는 절차를 만들 수는 있습니다.
그러나 절차가 곧 정의는 아닙니다.

- 핵심 질문은 "누가 우리를 대신해 결정해야 하는가?"가 아닙니다.
- 핵심 질문은 "왜 누군가가 우리의 신체와 자유, 치료에 대해 결정할 권한을 가져야 하는가?"입니다.
- 강제입원, 강제치료 또는 강제명령을 승인하는 심사기구는 여전히 강제 시스템의 일부입니다.

우리의 목표는 의사결정 권한을 심리사회적 장애인 당사자에게 다시 돌려주는 것입니다.

인도네시아: 시설수용의 두 가지 얼굴

시설수용은 의료 영역과 비의료 영역 모두에서 존재한다.

의료 영역(보건 부문):

- 정신병원과 정신과 병동
- 실제 동의 없는 강제 약물치료, 신체 억제, 격리실, 전기경련치료(ECT), 기타 강압적 관행

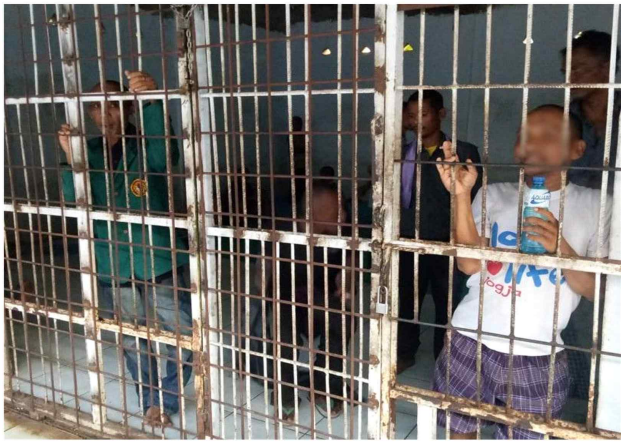
비의료 영역(사회복지부문 / 지방정부):

- 사회재활시설, 민간시설, 종교시설, 비공식 수용시설
- 결박 및 사슬, 감금, 신체적 폭력, 정서적 폭력, 성폭력, 방임, 비위생적인 환경, 굶주림, 외부 세계와의 단절

비의료 시설("Panti"), 중부 자바 브레베스(Brebes)
(2019년 Andrea Starr 촬영)

이 소녀는 발목이 쇠사슬에 묶인 채 2년 동안 이곳에서 생활하고 있었습니다. 안타깝게도 저희가 방문한 이후, 이 소녀는 해당 시설에서 사망했습니다.

중부 자바의 두 개 시설. 오른쪽 사진은 1인 독방(one-person cell) 입니다. 시설 전체가 약 2.5m × 1m 크기의 독방들로 이루어져 있습니다. 거주자들은 밤낮으로 이 독방 안에서 생활했습니다. 방 한쪽 구석에 뚫린 작은 구멍 하나가 화장실 역할을 했습니다.



자카르타에서 약 45분 거리에 있는 브카시(Bekasi)의 두 시설 거주자들은 밤낮으로 이 감방 같은 공간에서 생활하며, 식사 시간에만 밖으로 나올 수 있습니다. 매트리스조차 없습니다. 많은 사람들이 이미 수년째 이곳에서 생활하고 있습니다. (*사진: IMHA, 2024*)

시설수용의 규모와 보이지 않는 사각지대

우리가 집계할 수 있는 것은 현실의 일부에 불과하다.

- 인도네시아에는 약 **15,155개의 정신병원 입원 병상**이 있습니다.
- 권익옹호 활동과 인권 모니터링에서는, 약 **101개의 비의료 시설**(인도네시아어로 ***panti sosial***, 사회재활시설)에서 최대 **13,500명 정도**가 생활하고 있는 것으로 추정하고 있습니다.
- 그러나 실제 숫자는 이보다 훨씬 많을 가능성이 높습니다. 많은 민간시설, 종교시설, 비공식 시설, 지방 시설들은 정부에 등록되어 있지 않거나, 정부의 관리 · 감독을 받지 않으며, 정보를 공개하지도 않기 때문입니다.
- **이것이 가장 큰 사각지대입니다.** 많은 국가에서 가장 심각한 시설수용은 항상 정신병원에서만 발생하는 것이 아닙니다. 대부분의 경우, **비의료 영역(사회복지시설)** 에서 발생합니다.
- **그리고 이러한 시설들은 종종 간과됩니다.**.
- 개혁이 병원에만 집중된다면, 우리는 의료체계 밖에서 감금되어 살아가는 수많은 사람들을 놓치게 됩니다.

시설 문제를 해결하기 위한 첫 번째 과제: 프레임을 바꾸는 것

정부와 사회가 시설수용을 바라보는 방식:

- 그들은 자신과 타인에게 위험하다.
- 적어도 누군가는 돌보고 있다.
- 적어도 먹을 것은 있다.
- 적어도 머리 위에 지붕은 있다.
- 가족에게는 다른 선택이 없다.
- 그들은 의식이 없기 때문에 어떤 처우를 받더라도 알지 못한다.

심지어 일부 인권단체와 장애인단체조차도 사회복지시설을 중대한 인권 문제로 즉각 인식하지 못했습니다.

그래서 우리는 시혜와 **사회복지의 언어**에서 인권의 언어로 전환해야 했습니다:

- **자유의 박탈**
- **자의적 구금**
- **폭력**
- **착취와 학대**
- **고문과 가혹행위**
- **법적 능력의 부정**
- **지역사회 지원의 부재**

전략적 전환

이를 통해 우리는 인권단체, 법률지원단체, 여성단체, 그리고 인권 분야에서 활동하는 정부 관계자들과 새로운 연대를 구축할 수 있었습니다.

이를 통해 사람들은 이것이 단순한 사회문제가 아니라, 인권의 위기(human rights crisis)라는 점을 이해하게 되었습니다.

정신건강 영역을 넘어 연대를 구축하기

- 탈시설은 혼자서 이룰 수 없습니다.
- 심리사회적 장애인 단체가 주도해야 하지만, 폭넓은 연대가 필요합니다.
- 이 과정은 장애인단체들 사이에서도 결코 쉽지 않았습니다.
- 우리는 토론회, 대중교육, 전시회, 영상, 리플릿, 그리고 생존자들의 증언을 통해 사회적 이해를 넓혀 나갔습니다.
- 또한 인권단체, 법률지원단체, 여성단체, 그리고 정부 내 개혁을 지지하는 관계자들과도 연대했습니다.
- 중요한 것은 우리의 리더십을 다른 누군가로 대체하는 것이 아니라, 우리의 의제가 가진 정치적 힘을 확대하는 것입니다.

주요 연대 파트너:

- 장애유형 간 연대단체
- 인권단체
- 법률지원단체
- 여성단체
- 권리를 지지하는 생존자와 가족
- 개혁을 지지하는 정부 관계자
- 국회의원 및 국가인권기구

권익옹호는 하나의 길만 있는 것이 아니다: 서로 다른 정부 부처에는 서로 다른 전략이 필요하다

정부 부처마다 역할과 권한, 사용하는 언어, 그리고 정치적 이해관계가 서로 다릅니다. 같은 문제라도 기관에 따라 서로 다른 언어와 접근방식이 필요합니다.

- 사회복지부처: 보호, 재활, 최소 기준, 모니터링, 민원 및 고충처리
- 보건 부처: 동의, 강압, 양질의 지역사회 기반 서비스 접근
- 국가인권기구: 자의적 구금, 고문, 폭력, 법 앞의 평등
- 기획 · 재정부: 사회보장, 장애인 지원, 예산 개혁
- 국회: 법 개혁, 책무성

법 개혁은 필요하지만, 그것만으로는 충분하지 않습니다

탈시설은 반드시 사회보장과 장애인지원을 포함해야 합니다.

많은 고소득 국가들과 달리, 인도네시아와 글로벌 사우스의 많은 저 · 중소득 국가에서는 자립생활을 가로막는 큰 장애물이 존재합니다:

- 적절한 장애인지원체계가 없거나, 전혀 존재하지 않습니다.
- 대부분 실업급여, 장애연금, 공공주택, 식료품 지원이 없습니다.
- 많은 사람들이 전적으로 가족의 선의에 의존하여 살아갑니다.
- 가족이 그들을 거부하면 생존 자체가 매우 어려워집니다.

따라서 탈시설을 이야기할 때는 신중해야 합니다. 지원체계를 마련하지 않은 채 단순히 "내일 모든 시설을 폐쇄하자"고 말할 수는 없습니다. 지원 없는 자유는 방치가 될 수 있습니다.

그러나 이것이 시설이 정당화된다는 의미는 아닙니다. 오히려 우리의 투쟁에는 '지원받을 권리(the right to support)'가 반드시 포함되어야 한다는 의미입니다.

글로벌 사우스의 현실: 지원 없는 자유는 방치가 될 수 있습니다

탈시설은 반드시 사회보장과 장애인지원을 포함해야 합니다.

많은 고소득 국가에서는 아직 완전하지는 않지만 일정한 사회보장제도가 존재합니다. 그러나 인도네시아를 비롯한 글로벌 사우스의 많은 저 · 중소득 국가에서는 자립생활을 가로막는 큰 장애물이 존재합니다.

- 적절한 장애인지원체계가 없거나, 전혀 존재하지 않습니다.
- 대부분 실업급여, 장애연금, 공공주택, 식료품 지원이 없습니다.
- 많은 사람들이 전적으로 가족의 선의에 의존하여 살아갑니다.
- 가족이 그들을 거부하면 생존 자체가 매우 어려워집니다.
- 따라서 탈시설을 이야기할 때는 신중해야 합니다. 지원체계를 마련하지 않은 채 단순히 **"내일 모든 시설을 폐쇄하자."** 라고 말할 수는 없습니다. **지원 없는 자유는 방치가 될 수 있습니다.**

그러나 이것이 시설이 정당화된다는 의미는 아닙니다. 오히려 우리의 투쟁에는 '지원받을 권리'가 반드시 포함되어야 한다는 의미입니다.

탈시설을 위한 이중 접근 전략

Track 1: 즉각적인 보호

지금 당장 폭력을 멈춰야 합니다

- 결박, 신체 억제, 격리, 학대, 방임, 강제적 관행을 종식한다.
- 모니터링 및 진정(불만 제기) 시스템을 구축한다.
- 폐쇄된 시설을 개방한다.
- 외부와의 연락, 정보 접근, 법률지원을 받을 권리를 보장한다.

Track 2: 장기적인 전환

완전한 탈시설을 구축해야 합니다

- 지역사회 기반 장애인지원체계를 구축한다.
- 사회보장을 확대한다.
- 주거, 소득, 의료, 동료지원, 활동지원(personal assistance)을 보장한다.
- 사람들이 안전하게 시설을 떠날 수 있는 경로를 마련한다.

이 두 가지 접근은 반드시 함께 추진되어야 합니다.
즉각적인 보호에만 집중한다면, 시설은 조금 덜 폭력적이 될 뿐 여전히 시설로 남게 됩니다. 반대로, 장기적인 탈시설만 이야기하고 즉각적인 보호를 외면한다면, 오늘도 사람들은 계속해서 고통을 겪게 됩니다.

CRPD 기반 개혁의 다섯 가지 핵심 축

- 법 앞의 평등
  - 법적 능력 인정, 의사결정지원, 후견에 기반한 배제의 폐지
- 강압과 폭력으로부터의 자유
  - 강제치료 금지, 자의적 구금 금지, 고문 및 가혹행위 금지
- 지역사회 기반 지원
  - 동료지원, 활동지원, 위기지원의 대안, 포용적인 서비스
- 사회보장과 경제적 정의
  - 소득, 주거, 교통, 식량, 공공요금 지원, 건강보장
- 리더십과 책무성
  - 심리사회적 장애인 주도의 모니터링, 권익옹호, 법 개혁, 이행점검

"심사기구(전문가 패널)"를 대신할 것은 무엇이어야 하는가?

통제 시스템에서 지원 시스템으로

- 심리사회적 장애인이 주도하는 동료지원(Peer Support)
- 당사자의 의사와 선호를 기반으로 하는 지원의사결정 네트워크와 사전계획(Advance Planning)
- 비강제적 위기지원, 지역사회 기반 정신건강지원, 개인지원(Personal Assistance), 장애인지원
- 주거, 소득, 사회보장, 당사자가 선택한 독립적 권익옹호, 그리고 생존자 주도의 모니터링과 책임성 체계

운동이 결코 놓쳐서는 안 되는 것은 무엇인가?

긴 투쟁을 위한 전략적 원칙

- 강압을 중심에 두는 개혁을 받아들이지 말 것.
- 시설을 바꾸지 않은 채 이름만 바꾸는 것을 용납하지 말 것.
- 법적 능력과 탈시설을 분리하지 말 것.
- 자유와 지원을 분리하지 말 것.
- 폭넓은 연대를 구축하되, 생존자 당사자의 리더십을 지킬 것.
- 국제 인권 메커니즘을 전략적으로 활용할 것.
- 지금도 시설 안에 있는 사람들의 목소리를 운동의 중심에 둘 것.

맺음말: 개혁은 목적지가 아닙니다

우리의 목표는 더 나은 감옥이 아닙니다.

우리의 목표는 지원과 함께하는 자유입니다.

- 정신건강 개혁은 **장애정의(Disability Justice)** 가 되어야 합니다.
- 탈시설은 **지역사회 포용** 이 되어야 합니다.
- 보호는 **권리** 가 되어야 합니다.
- 돌봄은 **지원** 이 되어야 합니다.
- 우리의 운동은 **모든 사람이 존엄, 자율성, 그리고 소속감을 가지고 살아갈 수 있을 때까지 계속되어야 합니다.**

감사합니다
gamsahabnida

라운드테이블

이용표 협회장
한국정신건강전문요원협회

이번에 정신건강문제로 어려움을 겪고 있는 사람들의 인권 개선을 위한 국제 연대활동으로 한국을 방문해주신 멕시코의 Victor Lizama 씨와 인도네시아의 Yeni Rosa Damayanti 씨에게 뜨거운 환영의 마음을 전하고 싶습니다. 정신건강문제를 가진 사람들의 인권에 관하여 공통의 관심으로 모여서 각국의 인권 현실과 좋은 사례를 서로 배우고 연대하는 활동은 모든 국가의 정신장애인 인권을 개선하는 데에 많은 도움이 될 것이라고 확신합니다.

Yeni 씨의 발제에서 발제자는 “정신건강 개혁을 병원·입원절차·서비스 개선의 문제가 아니라, CRPD에 기반한 인권과 장애정의의 문제로 보아야 한다”고 주장합니다. 특히 심리사회적 장애인은 ‘위험·무능력·통제’의 대상으로 다루어져서는 안 되며, 법적 능력, 자율성, 동의, 지역사회에서 살아갈 권리, 폭력과 강제로부터의 자유를 보장받아야 한다고 강조합니다.

인도네시아의 Yeni Rosa Damayanti씨 발제의 핵심 주장은 다음과 같이 요약될 수 있습니다.

첫째, 정신건강 개혁은 심리사회적 장애인 당사자가 주도해야 한다. “우리 없이 우리에 관한 것은 없다”는 구호가 단순한 참여 원칙이 아니라, 폭력과 통제를 반복하지 않기 위한 정의의 조건이라고 봅니다.

둘째, 시설수용 문제는 정신병원에만 국한되지 않는다. 인도네시아 사례처럼 사회복지시설, 종교시설, 민간시설, 비공식 수용시설 등 비의료 영역에서도 감금, 결박, 폭력, 방임, 외부와의 단절이 발생하므로, 개혁은 병원 중심을 넘어 전체 수용 생태계를 다루어야 한다고 주장합니다.

셋째, 탈시설은 단순히 시설을 폐쇄하는 것이 아니라 지역사회에서 살아갈 수 있는 지원체계를 만드는 과정이어야 한다. 지원 없는 자유는 방치가 될 수 있으므로 주거, 소득, 의료, 동료지원, 활동지원, 위기지원, 사회보장 등이 함께 마련되어야 한다는 것입니다.

넷째, 개혁은 법 개혁만으로 충분하지 않다. 법적 능력 인정, 강제치료 금지, 자유로운 동의, 폭력 방지, 진정제도, 모니터링, 구제수단, 예산, 지역사회 지원이 함께 작동해야 실제 변화가 가능하다고 강조합니다.

결론적으로 발제자는 정신건강 개혁의 목표가 “더 나은 감옥”을 만드는 것이 아니라 “지원과

함께하는 자유"를 실현하는 것이라고 주장합니다. 즉, 심리사회적 장애인이 통제·보호·격리의 대상이 아니라, 지역사회에서 존엄과 자율성, 소속감을 가지고 살아가는 평등한 시민으로 인정받아야 한다는 것이 발제문의 핵심입니다.

<표1> 인도네시아, 멕시코, 한국의 정신장애인 인권관련상황 비교

비교 항목	인도네시아	멕시코	한국
전체 인구	약 **2억 8,349만 명**	약 **1억 3,086만 명**	약 **5,175만 명**
1인당 국민소득 (2024년)	4,910달러	12,850달러	36.750달러
정신건강법제	독립 정신건강법 았음	독립 정신건강법 있음	독립 정신건강복지법 있음
정신건강예산 비율 (2020년)	정부 보건지출 중 **2.0%**	정부 보건지출 중 **1.8%**. * WHO Atlas 2024에서는 0.3%로 보고	정부 보건지출 중 **2.4%**
정신병원에 사용되는 예산 비율 (2020년)	정신건강예산 중 **66.1%**	정신건강예산 중 **62.7%**	정신건강예산 중 약 **90%(정신요양시설 포함)***
10만 명당 정신병원 병상수(2020년)	**4.19개**	**2.80개**	**45.44개**
10만 명당 지역사회 거주시설 병상수 (2020년)	**0.74개**	**0.13개**	자료 미제시
핵심 인권문제	• 파숭, 즉 결박·감금 • 비공식시설수용, 종교·민간·사회복지시설 내 자유박탈 • 강제치료, 가족책임	• 정신의료기관 내 인권침해 • 비자의입원, 강제치료 • 신체·화학적 억제 • 지역사회 대안 부족	• 비자의입원, 장기입원·시설화 • 격리·강박, • 지역사회주거·지원 부족

*** 정신병원에 사용되는 예산 비율에 관한 한국 자료는 2024년 기준으로 직접 산출**

<표1>은 인도네시아, 멕시코, 한국의 정신장애인 인권관련상황을 WHO 자료를 통해 비교하였습니다. WHO 자료에 근거해서 본다면 3개국가이 가진 핵심인권문제는 표현만 다를 뿐 동일한 문제입니다. 즉 3개국가가 봉착하고 있는 정신장애인 인권문제는 1) 정신의료기관 비자의 입원제도, 2) 정신의료기관내 격리·강박 등 인권침해, 3) 장기입원과 지역사회지원체계의 미발달 등 3가지로 요약될 수 있습니다.

국가 간 비교를 통해 드러나는 정신장애인의 인권문제의 함의는 두가지로 정리해볼 수 있습니다.

첫째, 3개 국가 모두 독립된 정신건강법제를 가지고 있습니다. 그러나 법률의 규정은 명목화되면서 실체적으로는 장기입원, 격리·강박, 지역사회서비스 부재 등의 인권적 문제를 개선하고 있지 못합니다. 결국, 법률의 존재나 정신건강예산만으로 정신장애인 인권문제의 개선은 자동적으로 이루어지는 것이 아니라는 것입니다.

둘째, 탈시설, 지역사회서비스 확충, 병원 및 시설내의 인권 개선 등의 문제는 국가의 경제적 상황과 크게 연관되는 않는다는 것입니다. OECD 국가들의 경우 정신의료기간 입원기간이 짧고 지역사회서비스가 발달되었다는 측면에서 본다면 국가의 경제적 상황이 정신장애인의 인권문제를 좌우하는 요인으로 볼 수 있습니다. 그러나 한국의 경우 1인당 국민소득 측면에서 다른 두 나라보다 나은 상황에 있지만 국가 정신건강예산의 90%를 정신의료기관 및 정신요양시설 운영비로 소모함으로써 지역사회서비스를 발전시킬 재정적 역량이 위축된 구조를 가지고 있습니다. 정신장애인의 인권문제는 단순히 정신건강예산의 문제가 아니라는 것을 보여줍니다. 오히려 중요한 것은 국가가 정신장애인을 어떻게 인식하고 어떤 처우를 하는가의 문제라고 할 수 있겠습니다. 정신건강문제가 있는 사람을 위험한 환자라고만 인식하고 의료기관을 동원하여 통제하는 정책에서는 정신건강예산이 증가할수록 오히려 정신장애인의 인권은 점점 약화될 수 있을 것입니다.

결론적으로 Yeni Rosa씨가 발제한 내용은 정신건강정책에 대한 매우 깊은 고민과 성찰이 담긴 훌륭한 통찰이라고 생각합니다. 정신장애인에게 억압적인 인권상황의 개선을 위하여 제언하고 싶은 것은 정신건강정책에 대한 주도권은 당사자에게 주어져야 한다는 것입니다. 정신건강예산은 법적 능력 인정, 강제치료 금지, 자유로운 동의, 폭력 방지, 진정제도, 모니터링, 구제수단, 동료지원 등 권익옹호체계와 지역사회서비스체계 구축에 우선적으로 투입되어야 한다는 것입니다. 감사합니다!

위은솔 소장
한국정신장애인자립생활센터

한국의 CRPD 기반 정신건강 개혁과 당사자 주도 운동의 과제

먼저 의미 있는 두 분의 발표 잘 들었습니다. 연대의 마음을 갖고 먼 걸음 해주셔서 깊이 감사드립니다.

발표에서 제시해주신 CRPD 기반 개혁의 방향과 '누가 우리를 입원시킬 수 있는가, 누가 우리에게 약물을 투여할 수 있는가, 누가 우리를 대신해 결정할 수 있는가, 누가 우리의 자유를 제한할 수 있는가, 누가 우리의 삶을 관리할 수 있는가, 누가 우리를 대신하여 말할 수 있는가'라는 질문은 정신건강 체계가 가진 권력관계를 매우 본질적으로 드러내는 질문이라고 생각했습니다.

또한 '우리 없이 우리에 관한 것은 없다'는 구호를 단순한 참여의 문제가 아니라 정의를 위한 조건이라고 설명하신 점에도 깊이 공감했습니다. 이 구호는 한국의 정신장애 운동에서도 항상 빠지지 않는 중요한 구호입니다. 특히 당사자들은 도움이 통제로 바뀌는 순간이 무엇인지, 동의 없는 치료가 무엇인지, 그리고 가족·의사·시설·국가가 자신의 삶을 대신 결정할 때 그것이 무엇을 의미하는지를 직접 경험한 사람들이라는 말씀에 깊은 울림이 있었습니다. 그러한 경험을 한 세계 각지의 당사자들이 이 자리에 함께 모여 이야기를 나누고 있다는 사실이 저에게는 더욱 특별하게 다가왔습니다. 그런 점에서 저는 멕시코와 인도네시아에서 개혁을 이끈 두 분의 고견을 듣고자 질문거리들을 추려봤습니다. 질문 이전에 한국의 상황을 간략하게 설명하려고 합니다.

우리나라의 정신건강 체계에서 내 공동생활가정, 지역사회전환시설과 같은 주거시설은 정신재활서비스의 한 부분을 차지하고 있으며(보건복지부, 2024)[1], 서울시를 포함한 일부 지방자치단체에서는 지원주택과 자립생활주택 서비스를 제공하고 있습니다(블루터치, 2025[2]).

한편 UN 사회권위원회는 적절한 주거를 구성하는 요소로 ▲점유의 법적 보장 ▲서비스·시설 및 인프라에 대한 가용성 ▲비용의 적정성 ▲거주 가능성 ▲접근성 ▲위치 ▲문화적 적절성을 제시하고 있으며(국가인권위원회, 2020[3]), UN 장애인권리협약 제19조는 장애인이 다른 사람과 동등하게 거주지와 동거인을 선택할 권리, 특정한 주거형태를 강요받지 않을 권리, 그리고 지역사회에서 살아가기 위한 주거지원과 개별지원에 접근할 권리를 명시하고 있습니다. 이러한 기준에서 보면 현재 우리나라의 많은 주거서비스 역시 발표에서 지적하신 수용 중심 시설의 문제로부터 자유롭지 못한 상황입니다.

또한 우리나라의 정신의료기관 병상 수는 폐쇄병상 약 5만 5천 병상, 개방병상 약 1만 1천

1) 보건복지부 (2024). 2025년 정신건강사업안내. 보건복지부 정신건강정책과·정신건강관리과·자살예방정책과.
2) 블루터치 (2025). 자립생활주택/지원주택. https://blutouch.net/facility/housing
3) 국가인권위원회 (2020). 주거권 국제기준 자료집: 적정한 주거에 대한 권리, 강제퇴거 관련. 국가인권위원회, 19-22.

병상 수준이며(Sohn et al., 2024[4]), 정신요양시설은 2024년 기준 59개소에 약 7,566명이 거주하고 있습니다(국립정신건강센터, 2025)[5]. 2022년에는 8,249명이 거주하고 있었는데(국립정신건강센터, 2022[6]), 상당수가 고령층이라는 점을 고려할 때 감소한 683명의 인원이 지역사회 전환보다는 사망에 의한 결과일 가능성도 조심스럽게 추측하게 됩니다.

이처럼 한국 역시 CRPD를 기준으로 한 근본적인 개혁이 반드시 필요한 상황이라고 생각합니다. 다만 현재 한국의 당사자 운동 내부에서 다양한 논쟁이 존재하기에 다음과 같은 질문을 드리려고 합니다.

1. 한국의 당사자 진영 내부의 갈등과 탈시설 논쟁을 어떻게 다루어야 할까?

당사자의 위기 상황이나 급성기에는 병원이 반드시 필요하다고 주장하는 당사자들이 있으며, 이들은 반정신의학이나 비판정신의학과 일정한 거리를 두어야 한다고 주장합니다. 또한 일부 주거 서비스 이용자들은 현재 시설에서의 삶을 선호하며 퇴소를 원하지 않기도 하고, 특히 발달장애인 영역에서는 부모들이 탈시설 정책에 강하게 반대하기도 합니다.

시설을 대체할 충분한 지역사회 기반 서비스와 지원체계가 마련된다면 시설을 옹호하는 논리는 상당 부분 약화될 것이라고 생각합니다. 그러나 '더 좋은 치료'를 외치며 정신의료 체계의 필요성을 피력하는 당사자 진영과는 여전히 상당한 간극이 존재합니다.

저희 역시 의사나 정신의료 자체가 사라져야 한다고 주장하는 것이 아닙니다. 발표에서도 언급하셨듯이, 누군가가 우리를 입원시키고, 약물을 투여하고, 대신 결정하고, 자유를 제한하는 구조가 사라져야 한다고 이야기하는 것입니다. 다시 말해 내가 선택한 병원, 내가 선택한 약물, 내가 선택한 지원이 가능한 환경을 만들고자 하는 것입니다.

발표자께서는 탈시설과 CRPD 기반 개혁을 둘러싼 당사자 내부의 갈등과 의견 차이를 어떻게 다루어야 한다고 생각하시는지 궁금합니다. 특히 의료와 관련하여 의견 차이가 큰 당사자 진영과는 어떤 방식으로 대화하고 연대할 수 있을지 고견을 듣고 싶습니다.

2. '망상할 권리(Right to Delusion)'를 실제 실천에서 어떻게 옹호할 수 있을까?

멕시코 발표에서 소개해주신 '망상할 권리(Right to Delusion)'에 관한 논의가 매우 인상 깊었습니다. 저는 현재 동료지원센터인 한국정신장애인자립생활센터를 운영하고 있으며, 자주 만나고 있는 한 당사자가 있습니다. 그분은 자신이 재벌가의 딸이며, 인조인간이고, 일루미나티의 일원이며, 가짜 어머니에 의해 인간으로 살아가고 있다고 이야기합니다.

저희 센터에서는 그러한 이야기를 망상이라고 규정하거나 교정하려 하지 않습니다. 오히려 그 사람이 경험하고 있는 세계와 의미체계를 존중하며 그 사람이 경험하는 세계와 그 안에서 느끼는 감정, 어려움에 연결되는 방식으로 소통하고 있습니다. 반면 그분이 이용하는 다른 청년 정신재활시설에서는 그러한 이야기를 하면 비난받거나 부정당한다고 합니다. 그래서 그분은 저희에게 "이곳에서는 내 이야기를 망상으로 취급하지 않아 감사하다"고 이야기합니다. 하지만

4) Sohn JH, Lee BC, Park S, Oh GH, Kim HR, Kim NY, Park SY, Seok JH. Health Insurance Issues and Future Prospects Related to Korean Mental Health Care: Adult Mental Health and Hospitalization Services. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2024 May;63(2):83-95.

5) 국립정신건강센터 (2025). 2025 상반기 전국 정신건강관련 기관 현황집. 국립정신건강센터.

6) 국립정신건강센터 (2022). 국가 정신건강현황 보고서 2022. 국립정신건강센터

동시에 그분은 반복적으로 “내가 실수한 것은 아닌가”, “내가 비난받을 행동을 한 것은 아닌가”를 저희에게도 지속적으로 확인하곤 합니다.

그래서 저는 ‘망상할 권리’를 실제 실천의 수준에서 어떻게 이해해야 하는지 궁금합니다. 이러한 경우 우리는 어떤 방식으로 그 사람의 경험을 존중하면서도 동시에 사회적으로 고립되지 않도록 지원할 수 있을지 고민이 깊어집니다. 현재 저희가 하고 있는 방식이 ‘망상할 권리’를 옹호하는 실천이라고 볼 수 있는지, 아니면 오히려 그 사람이 다른 사람들과 더욱 단절되고 특정 공간인 저희 센터에서만 적응하도록 만드는 결과를 낳게 되는 것은 아닌지 또다른 고민이 생기기도 합니다.

이에 발표자께서는 ‘망상할 권리’를 어떤 방식으로 옹호하는 것이 바람직하다고 생각하시는지 궁금합니다.

3. 신경다양인과 우리는 위기지원 현장에서 어떻게 만날 수 있을까?

저희 센터는 동료주도(peer-led) 방식의 24시간 위기쉼터인 관악동료지원쉼터를 운영하고 있습니다. 이 과정에서 매드 경험과 신경다양성을 동시에 가진 이용자들을 만나기도 합니다. 이럴 때 저희는 매드 경험을 가진 동료지원인으로서 지원 과정에 어려움을 느끼기도 합니다. 우리가 그들을 잘 알지 못해 상대방에게 상처를 주지는 않을지, 어떤 방식의 의사소통이 더 적절할지, 어떤 방식으로 연결되는 것이 상대를 더욱 존중하는 것인지 고민하게 됩니다. 현재는 정당한 편의제공이 무엇인지 묻고, 지금 어떤 상태를 경험하고 있는지 확인하며, 상대방의 속도에 맞추어 질문하고 지원하는 방식을 사용하고 있습니다. 그러나 위기 상황은 특히 변화 가능성이 크고 민감하기 때문에 더욱 세심한 접근이 필요하다고 생각합니다.

발표자께서는 신경다양인과 만나는 지점에서, 특히 위기지원 상황에서 상대방을 존중하면서도 효과적으로 연결될 수 있는 방법에 대해 어떤 조언을 주실 수 있을지 궁금합니다.

4. 멕시코는 어떻게 2022년 정신건강 개혁을 만들어낼 수 있었는가?

멕시코는 2022년 매우 중요한 정신건강 개혁을 이루어냈습니다. 한국에서도 멕시코와 유사한 방식으로 오랫동안 권익옹호 활동과 법 개정을 위한 노력이 이어지고 있지만 변화의 속도는 매우 더딥니다.

멕시코에서 이러한 개혁을 가능하게 만들었던 가장 중요한 계기나 전환점은 무엇이었는지 궁금합니다. 특히 결정적인 사건이나 사회적 변화, 혹은 운동 진영 간의 연대 경험이 있었는지도 듣고 싶습니다.

또한 발표에서는 법 개혁 이후에도 여전히 당사자가 마주한 현실은 변화가 더디다는 것을 말씀하셨습니다. 그렇다면 발표자께서는 법과 현실 사이에 이러한 간극이 발생하는 가장 큰 이유를 무엇이라고 생각하시는지, 그리고 그 간극을 줄이기 위해 현재 멕시코의 당사자 운동이 어떤 전략과 실천을 이어가고 있는지 듣고 싶습니다.

풍성한 논의와 다양한 관점의 교류를 기대하며 질문을 마치고자 합니다. 다시 한 번 한국의 초대에 응해주신 두 발표자께 감사드립니다.

라운드테이블

강정욱 활동가
송파정신장애동료지원센터

정신장애인의 지역사회 삶과 인권에 대한 한국 당사자의 의견

안녕하십니까. 저는 한국에서 정신장애인 동료지원 활동을 하고 있는 당사자입니다.

먼저 오늘 이 자리에 함께해 주신 멕시코와 인도네시아의 활동가분들께 감사의 말씀을 드립니다. 저는 두 나라의 사례를 통해 정신장애인의 인권과 지역사회 정신보건 체계가 단순히 법과 제도의 문제만이 아니라, 사회 전체의 가치와 인식의 문제라는 생각을 하게 되었습니다.

멕시코의 사례를 보며 매우 인상 깊었던 점은 강제입원을 법적으로 전면 금지하였다는 점입니다. 이는 정신장애인의 자기결정권과 자유를 존중한다는 측면에서 매우 중요한 진전이라고 생각합니다. 그러나 동시에 현실에서는 갈 곳 없는 정신장애인들이 '아넥소스(Anexos)'라고 불리는 법의 외곽에 있는 사설 재활시설로 유입되고 있다는 점도 함께 보게 되었습니다.

인도네시아의 사례 역시 비슷한 고민을 안고 있는 것처럼 보였습니다. 인도네시아는 법적으로 파숭(Pasung)이라고 불리는 신체 구금을 금지하였습니다. 하지만 현실에서는 지역사회 서비스와 예산, 인프라가 부족하여 일부 당사자들이 전통 치유시설이나 종교 기반 수용시설에서 생활하고 있다고 들었습니다.

저는 멕시코와 인도네시아의 사례를 들으며 한국의 정신보건체계에 대해 다시 생각하게 되었습니다. 제가 느끼기에 멕시코와 인도네시아의 어려움은 상당 부분 예산과 인프라의 부족에서 비롯된 문제입니다. 물론 이것은 매우 심각한 문제입니다. 그러나 한편으로는 경제가 발전하고 국가의 재정 여건이 나아지며 시민사회의 역량이 성장한다면 개선될 수 있다고 생각합니다.

반면 한국은 조금 다른 문제를 안고 있다고 생각합니다. 저는 한국의 정신보건체계가 처음부터 잘못된 방향으로 설계되었다는 생각을 종종 합니다. 한국 사회에는 오랫동안 두 가지 인식이 존재해 왔습니다.

첫 번째는 "정신장애인은 아무것도 할 수 없기 때문에 정신병원에 입원해야 한다"는 인식입니다.

두 번째는 "정신장애인은 위험하고 강력범죄를 저지를 수 있기 때문에 사회로부터 격리해야 한다"는 인식입니다.

첫 번째 인식은 정신장애인이 지역사회에서 살아갈 수 있는 가능성을 사회가 애초에 인정하지 않게 만들었습니다. 그 결과 지역사회 지원서비스를 확충하기보다 정신병원 병상을 늘리는 방향으로 정책이 발전해 왔다고 생각합니다.

두 번째 인식은 더욱 심각한 문제를 만들어냈습니다. 한국의 언론은 정신질환과 강력범죄를 자주 연결하여 보도해 왔고, 시민들은 정신장애인을 잠재적 범죄자로 인식하게 되었습니다. 물론 실제 범죄는 극히 일부 사례에 불과하지만, 특정 사건이 발생할 때마다 정신질환이 강조되면서 편견은 더욱 강화되었습니다.

그 결과 정신장애인이 지역사회에서 살아갈 수 있도록 지원하는 예산은 충분히 확보되지 못한 반면, 병원 입원과 시설 중심의 서비스에는 더 많은 자원이 투입되는 구조가 만들어졌다고 생각합니다. 저는 이것이 한국 정신보건체계의 가장 안타까운 부분이라고 생각합니다. 지역사회에서 살아갈 수 있는 권리를 보장하기 위해서는 주거, 소득, 동료지원, 위기지원 서비스, 권익옹호 체계가 필요합니다. 그러나 사회가 정신장애인을 위험한 존재로 바라본다면 이러한 정책은 우선순위에서 밀려날 수밖에 없습니다.

오늘 이 자리를 통해 해외 활동가분들께 두 가지를 여쭙고 싶습니다.

첫 번째 질문입니다.
한국에서는 여전히 많은 언론과 시민들이 정신질환자를 잠재적 범죄자로 인식하는 경향이 존재합니다. 이러한 사회적 낙인과 편견이 멕시코와 인도네시아에서도 존재하고 있는지 궁금합니다. 또한 해외 참가자 여러분께서는 한국의 이러한 사회적 낙인과 편견 문제를 해결하기 위해 어떤 전략이 필요하다고 생각하시는지 의견을 듣고 싶습니다.

두 번째 질문입니다.
멕시코와 인도네시아는 현재 지역사회 정신보건체계를 구축하는 과정에서 예산과 인프라의 한계를 겪고 있는 것으로 보입니다. 앞으로 두 나라의 경제가 발전하고 정신보건 관련 예산이 증가하게 된다면, 시민들의 인식은 지역사회 정신보건을 지지하는 방향으로 발전할 것이라고 보시는지 궁금합니다. 또는 한국처럼 병원 중심 체계와 정신장애인에 대한 사회적 낙인이 강화되는 방향으로 흘러갈 위험은 없는지, 두 나라의 향후 전망에 대한 의견을 듣고 싶습니다.

오늘 이 토론을 통해 각국의 경험을 공유하고, 정신장애인이 시설이나 병원이 아니라 지역사회에서 시민으로 살아갈 수 있는 길을 함께 모색할 수 있기를 기대합니다.

감사합니다.

라운드테이블

조인영 변호사
공익인권법재단 공감

1. 시설·입원 환경에서의 약물 과다투여 (Chemical Restraint)

한국 상황

- 시설 거주 심리사회적 장애인에 대해 행동통제 목적의 과도한 약물 사용이 이루어지고 있음
- 강제입원 시 기존 복용 약물과 무관하게, 또는 기존 약물에 추가하여 진정(sedation) 목적의 약물이 투여됨
- 응급입원의 경우 최대 3일간 강제로 약물이 투여됨. 기존에 약물 복용하지 않았던 경우임에도 진정제 등이 강제로 투여되는 것에 대한 인권침해 문제제기

고민점

- 치료 목적과 통제·진정 목적의 약물 사용을 구분할 기준이 불명확함
- 화학적 강박(chemical restraint)에 대한 별도의 절차적 통제나 모니터링 체계가 부재함

해외 참가자에게 질문

- Chemical restraint를 물리적 강박과 별도로 규제하는 법령이나 가이드라인이 있는지
- 응급상황에서의 강제 약물투여에 대해 사후 심사(독립기구의 검토, 이의제기 절차 등)가 마련되어 있는지
- 약물 사용량·종류에 대한 기록·보고 의무나 외부 점검 제도가 있는지

2. 병식 부재로 지역사회 지원 연계가 거부되는 경우

한국 상황

- 자타해위험성은 있으나 입원이 아닌 지역사회 지원을 연계하려 할 때, 본인이 정신질환을 인정하지 않아(병식 부재) 지원 자체를 거부하는 경우가 발생
- 이 경우 입원도 아니고 지역사회 지원도 아닌 사각지대에 놓임

고민점

- 자기결정권 존중과 위험 개입 사이의 균형을 어떻게 잡아야 하는지
- 비자의적 입원을 피하면서도 실효적으로 개입할 수 있는 중간 단계의 제도가 한국에는 부재함

해외 참가자에게 질문

- 병식이 없는 당사자에 대해 입원을 대체할 수 있는 강제성 없는 개입 모델(예: 위기쉼터, outreach team, peer support 기반 접근)이 실제로 작동하는 사례가 있는지

- 이런 경우 의사결정지원(supported decision-making) 제도를 구체적으로 어떻게 운용하는지
- 거부권을 존중하면서도 위험을 관리하는 실무 지침이 있는지

3. 보호의무자 제도의 공백 — 홈리스 위법 강제입원 사건

한국 상황

- 가족이 없는 홈리스가 정신병원에 위법하게 강제입원된 사건. 자타해위험성 평가가 부실했고, 보호자 부재로 입원 사실이 외부에 전혀 통지되지 않아 퇴원·구제절차가 작동하지 못함
- 현재 인권위 진정 및 소송 진행 중
- 현행 제도는 통지 대상을 '보호의무자'로 한정하는데, 이혼·가정폭력 등으로 보호의무자가 자격을 상실했거나 당사자와 장기간 단절된 경우에도 외부에 통지할 규정이 없음

고민점

- 보호의무자가 없거나 부적격한 경우, 입원 사실을 누구에게도 알리지 못해 사실상 외부와 단절된 상태로 장기 구금되는 구조적 위험
- 당사자가 직접 보호자(또는 신뢰할 수 있는 제3자)를 지정할 수 있는 절차가 있는지 불명확함

해외 참가자에게 질문

- 보호자/가족이 없거나 연결이 단절된 경우, 입원 사실을 통지하거나 독립적인 권리보호자(advocate, independent mental health advocate 등)를 배정하는 제도가 있는지
- 당사자가 사전에 또는 입원 시점에 자신의 연락 대상자·대리인을 지정할 수 있는 법적 장치(advance directive, nominated person 등)가 있는지
- 무연고자·홈리스 입원 환자에 대한 별도의 안전장치나 독립적 심사 절차가 있는지

4. 아동·청소년 강제입원 증가와 발달장애·학습장애 아동의 장기 구금

한국 상황

통계

- 15-19세 정신질환 치료 수진자 131,556명 (2023년, 입원 포함 전체 실인원) — 조현병 진료율은 인구 10만 명당 111.2명으로 전 연령대 중 가장 낮으나, 주요우울장애는 2,257.2명으로 상당히 높음 (「국가 정신건강현황 보고서 2023」)
- 0~19세 정신과 치료 환자 수는 2021년 27만 4천 명에서 2025년 43만 1천 명으로 급증 (2026년 정부 발표)
- 2025년 10대 청소년 자살자는 396명으로 역대 최다, 2021년 273명에서 4년 만에 약 45% 증가
- 최근 5년간 인구 10만 명당 청소년 자해·자살 시도가 68.9% 급증

제도적 문제

- 아동·청소년의 강제입원이 증가하고 있으며, 입원 과정에서 격리·강박, 약물사용이 동반됨
- 아동·청소년에 대해서는 성인과 구별되는 입원 제한 기준이 별도로 존재하지 않음
- 입원 경로가 다양함: 아동보호시설·장애아동보호시설 등 시설에서 정신병원으로 입원이 이루어지는 경우, 그리고 보호자(부모 등)에 의해 입원이 이루어지는 경우가 모두 존재
- 학습장애·지적 장애가 있는 아동의 경우 입원 여부가 전적으로 보호자(또는 시설)의 결정에 맡겨져 있어, 성인이 될 때까지 장기간 입원 상태로 남는 경우가 발생

고민점

- 아동·청소년 정신과 치료·입원이 급증하고 있음에도, 이를 규율하는 연령별 특별 기준이나 절차가 부재함
- 시설에 의한 입원과 보호자에 의한 입원이 혼재되어 있어, 누가 입원을 결정하고 그 결정을 누가 검증하는지에 대한 책임 구조가 불분명함
- 아동 본인의 의견이 반영되거나 독립적으로 심사받을 절차적 장치가 부족함
- 청소년 자살·자해 급증이라는 위기 상황 속에서, 치료 접근성 확대와 강제입원 남용 방지라는 두 가지 과제를 동시에 다뤄야 하는 어려움

해외 참가자에게 질문

- 아동·청소년 정신과 입원에 대한 별도의 법적 기준(입원 요건, 기간 제한, 정기 재심사 등)이 있는지
- 아동보호시설·장애아동시설에 거주 중인 아동이 시설의 판단으로 정신병원에 입원되는 경우, 이를 일반 보호자 입원과 다르게 규율하는 절차가 있는지
- 지적장애 등 의사파악이 어려운 아동의 경우 보호자 결정권을 어떻게 제한하거나 보완하고 있는지 (독립적 심사기구 개입, 법원 허가 등)
- 아동 본인의 의견 청취나 대리인(advocate) 선임을 보장하는 절차가 있는지
- 청소년 자살·자해 급증에 대응하면서도 강제입원에 의존하지 않는 위기개입 모델(crisis intervention, 학교 기반 지원 등)의 실제 운용 사례가 있는지

5. 정신병원 내 사망사건에 대한 처벌·배상 절차 부재

한국 상황

- 격리·강박 중 사망, 의료진 또는 다른 환자에 의한 폭행으로 인한 사망 등 위법성이 명백한 사건이 발생
- 그러나 한국에는 소송 외에 별도의 처벌이나 배상을 위한 행정적·제도적 절차가 존재하지 않음

고민점

- 개별 소송에만 의존해야 하므로 피해 구제의 접근성이 떨어지고, 재발 방지를 위한 구조적 조사·제재 메커니즘이 없음

해외 참가자에게 질문

- 정신병원 내 사망사건에 대해 독립적인 조사기구(independent investigation body)가 있는지, 그 권한과 절차는 어떠한지
- 소송과 별도로 행정적 제재나 배상을 신속히 받을 수 있는 제도(국가배상, 피해자 기금 등)가 있는지
- 이런 사건이 시설 운영 인허가나 의료진 자격에 미치는 영향(면허 취소, 시설 폐쇄 등)을 규정한 절차가 있는지

전민영 국장
국가인권위원회 차별시정국

정신의료기관의 시설 환경과 인권

Ⅰ. 인권적 관점에서의 정신의료기관 시설 환경
Ⅱ. 정신의료기관 시설 환경 관련 인권침해 사례
Ⅲ. 정신의료기관 시설환경 개선 정책 권고

전민영
국가인권위원회 차별시정국장

본 자료는 국가인권위원회에서 2026년 5월 28일 의결한 '정신의료기관의 시설환경 개선' 정책권고 내용을 요약한 것으로, 최종 결정문은 차이가 있을 수 있음

Ⅰ. 인권적 관점에서의 정신의료기관 시설 환경

병동의 물리적 환경과 정신질환 회복의 상관관계

▲ Ulrich. R. S. (2018)
정신병동 디자인이 환자의 공격 행동을 감소시켜, 강제주사와 신체강박 감소

▲ 조정원(2017)
보호실 환경 개선 후
환자의 자해횟수와 자해중증도, 물품훼손 횟수, 강박횟수 감소

▲ Rodriguez-Labajos, L.(2024)
병동의 디자인이 환자뿐 아니라 의료진의 복지, 안전, 성과, 만족에도 영향

해외사례

▲ 미국
1인 병실, 개방형 간호사실, 자연채광, 저자극 조명 및 소음 저감 조치 등이
정신질환자의 스트레스 감소, 격리·강박 감소, 환자-의료진 간 상호작용에
긍정적인 영향을 미친다는 선행 연구결과에 따라
정신병동 디자인 설계

▲ 호주
정신과 병동의 공간 재구성이 환자의 행동과 안전성에 미치는 영향을 분석하여
성별 특성에 따라 공간을 달리 설계

해외사례

▲ 노르웨이

조명·온도를 정신질환자가 직접 조절할 수 있을 때
자율성과 통제감이 상승되어 의료진과 긍정적인 치료적 관계가 형성된다고 보고
병실 조도를 환자가 스스로 조절할 수 있도록 설계

▲ 덴마크

자연광이 풍부한 병실에서 우울삽화 환자의 입원기간이 단축된다는
임상결과를 근거로 병동 설계 초기 단계부터 채광을 핵심 요소로 고려

국제인권조약(유엔고문방지협약)

협약 채택일 1984. 12. 10./ 발효일 1987. 6. 26./ 당사국 수 175/ 국내적용일 1995. 2. 8.
선택의정서 채택일 2002. 12. 18./ 발효일 2006. 6. 22./ 당사국 수 95/ 대한민국 미가입

▲ 유엔고문방지협약 일반논평 제2호(2008)

고문방지 의무는 모든 구금·보호시설에 적용되며,
정신의료기관 및 사회복지시설도 포함

▲ 유엔고문방지협약 선택의정서에 따른
유엔고문예방소위원회의 일반논평 제1호(2024)

공 ·사립을 막론하고, 국가가 규제·허가·위탁하고
사실상 출입을 통제하는 시설은 모두 고문방지협약의 적용대상

국제인권조약(유엔고문방지협약)

▲ 유엔총회 Nowak 보고서(A/63/175, 2008. 7. 28.)
고문 특별보고관 Mafred Nowak은
수용시설의 과밀, 열악한 위생, 영양 및 의료의 방임,
장기간의 격리·강박이 학대에 해당할 수 있다고 보고

▲ 인권이사회 Méndez 보고서(A/HRC/22/53, 2013. 2. 1.)
과밀, 비위생적 환경, 불충분한 의료 등을 포함한
열악한 구금환경은 잔혹·비인도적 또는 굴욕적 처우,
처벌에 해당한다고 보고

유럽인권재판소 판결

▲ M.S. v. Croatia(2015)
▲ Rooman v. Belgium(2019, Grand Chamber)

신체의 자유 박탈이 적법하려면,
그 수용장소와 조건이 목적에 부합하여야 하며,
부적절한 환경에서의 수용은,
본래 치료적 목적의 입원이어야 할 것을
처벌적 또는 자의적 감금으로 '변질 ' 시킬 수 있으며,
따라서 부적절한 시설에의 강제입원은
' 치료 목적 없는 감금'에 해당한다고 판단

국내 대법원 판결

▲ 대법원 2017. 4. 28. 선고 2015도12325 판결

입원환자가 건물 아래로 투신하여 사망한 사건과 관련,
병원장은 정신질환자들이 언제든지 자살하거나 탈출을
시도할 가능성이 있으므로
이를 방지하기 위한 충분한 조치를 하여야 하고,
창문의 유리창에 별도의 보호철망을 설치하거나
유리가 창틀에서 떨어져 나가지 않도록
건물을 유지, 보수, 관리할 책임이 있음에도
그 의무를 하지 않았으므로 업무상과실치사로 인정된다고 판단

국내 대법원 판결

▲ 대법원 2025. 6. 12. 선고 2024고단3311 판결

정신의료기관 폐쇄병동 입원환자가 병실 창문 앞의 수직구조대를
발판삼아 창문이 조금밖에 열리지 않도록 고정하는 피스를
빼버리고 창문 밖으로 추락사한 사건에 대해,
피해환자가 입원 전후 보인 언동과 증상에 비추어 그에게 자살
내지는 병원으로부터 탈출을 시도할 위험성이 있음이 충분히
인지되었을 것인데,
피해자가 추락하기까지 불과 4초밖에 걸리지 않았을 정도로
시설관리가 부실했고, 인근 유사 정신의료기관에 비추어서도
시설점검의 정도가 심히 소홀한 점,
동일 병원에서 과거 유사한 사고가 발생한 이력이 있는 점 등 감안,
병원장에게 업무상과실치사 적용하여 1년 6개월의 금고형 선고

Ⅱ. 정신의료기관 시설 환경 관련 인권침해 사례

환자 밀집 및 환기 미흡으로 인한 집단감염 (20진정0144100)

▲ 2020. 2. 19. 2명의 코로나19 확진을 시작으로,
2022. 2. 27. 입원환자 104명 중 102명 확진(1명 사망)

▲ 이격거리 없는 온돌식 밀집 병상, 환기시설 부족 등이 집단감염의 주된 원인으로 지적

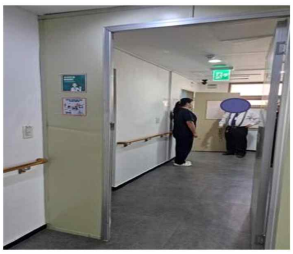
▲ 보건복지부 실태조사 후 이격거리 조정 등 병동환경 개선의 신호탄이 된 사건

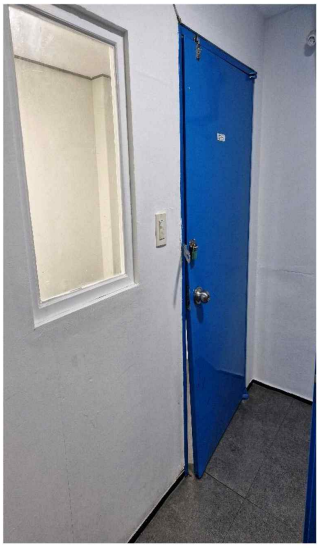
열악한 보호실 환경으로 인한 환자 사망 (진정 미접수, 2024. 11. 인권위 방문조사)

▲ 2024. 4. 19. 격리 중이던 환자가 보호실 벽과 침대 사이에 몸이 껴 사망한 채 발견

▲ 2024. 11. 18. 인권위 방문조사 결과,
보호실 면적: 가로 1.0m - 세로 2.3m
보호실~간호사실 간 직선거리 20m(3개 문 통과)

(사진출처: 2024. 10. 18. 한겨레보도)





(사진출처: 2024. 11. 18. 인권위 방문조사 시 촬영)

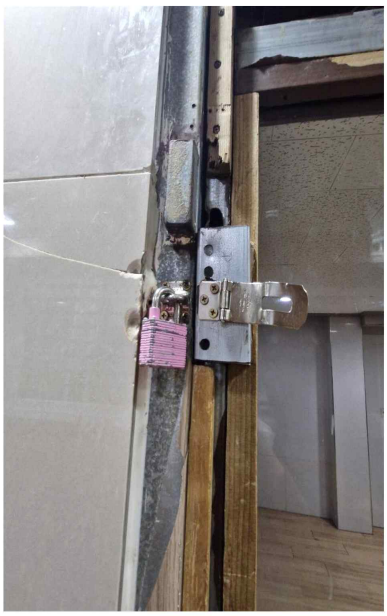
안전장치 미흡으로 인한 환자 사망

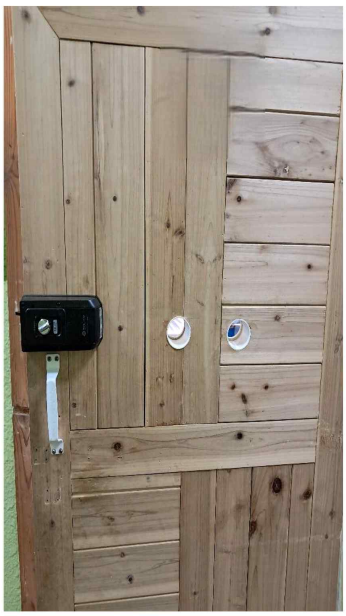
▲ (2022년) 남성병동 샤워실 창틀에 환자가 목을 매어 자살 (24직권0001200)

▲ (2023년) 안전장치가 미흡한 4층 창문에서 환자 추락사 (수원지법 안산지원, 병원장 1년6개월 실형 선고)

▲ (2024년, 2025년) 흡연실이 설치된 병원 옥상에서 환자 추락사

병실문 잠금장치에 따른 부당 감금(직권조사)





화장실CCTV 설치로 인한 사생활 침해 (18진정044900)

▲ 남성변기 위 CCTV 설치, 안내판 미부착

남녀혼합병동 화장실에서의 성폭행 피해 (23진정0462600)

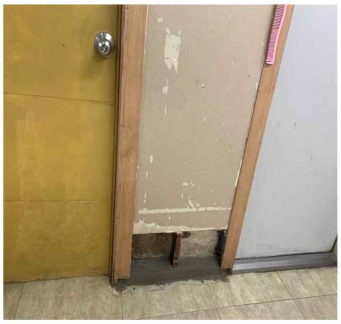
▲ 2022. 12. 13. 23:00경, 폐쇄병동에서 입원치료 중이던 23세 남성 환자가 15살 여학생을 화장실에서 성폭행

▲ 사건발생 병동은 남성병실과 여성병실이 같은 층에 있고, 여자화장실 1개와 남성화장실 2개가 나란히 배치되어 있음. 당시 가해자는 화장실에 가는 여학생 뒤를 따라 들어가 성폭행하였고, 병원측은 CCTV상 가해자가 단순히 화장실에 가는 것으로 알았다고 진술

위생소홀로 인한 해충 피해(22진정0745000)

▲ 진정인은 하루 평균 20마리의 빈대를 잡고 있고 빈대에게서 피가 툭툭 터질 정도로 심각하게 물리는데, 병원측이 피부과 외진을 거부한다고 진정

▲ 조사결과, 2019년경부터 병동에 빈대가 확산되기 시작하여 와상환자 집중병동에 가장 심각하게 확산된 것으로 확인



국가인권위원회 권고 주문

▲ 정신의료기관 부당 격리 등 직권조사(20직권0001500)
피조사병원장에게, 채광·통풍이 가능한 시설로 개선할 것 등 권고
보건복지부장관에게, 도심 밀집지역에 소재한 빌딩형 건물에서 폐쇄병동을 운영하고 있는 정신의료기관들을 대상으로 병실의 채광, 통풍, 환기, 실외산책 및 운동 등에 대해 실태조사하고, 정신의료기관 시설환경 최저기준을 마련할 것 권고

▲ 정신의료기관 격리·강박 방문조사(24방문0001200)
보건복지부장관에게, 보호실 규격 및 설비 기준 마련 권고

▲ 입원환자 폭행 등 사망사건 직권조사(24직권0001200)
피조사병원장에게, 청소담당자 고용, 적절한 환기 및 파손 외장재 보수 등 병동환경 개선 권고

Ⅲ. 정신의료기관 시설환경 개선 정책 권고

정신의료기관 시설환경 개선 재도개선 권고(초안)

정신질환자를 열악한 시설 환경에서 수용하는 행위는
본래의 '치료'목적을 '감금'의 목적으로 변질시켜
「헌법」 제10조가 보장하는 개인의 존엄성과 인격권,
제12조의 신체의 자유를 침해할 소지가 있고,
대한민국 정부가 가입한 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약」 및
「고문방지협약」이 금지하는 굴욕적·비인도적 처우에 해당할 수 있으므로,
정신질환자가 안전하고 쾌적한 병동환경에서 치료받고
하루빨리 지역사회에 복귀할 수 있도록
보건복지부장관에게 권고합니다.

감사합니다.

2026 Korea mental Health Reform
International Conference

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스

세션 2. 입원심사제도 및 권익옹호

발제 1 대만의 입원심사제도 개편의 성과와 과제

Song-Lih Huang 교수
국립 양밍 교통대학교 공중보건연구소

강제 입원: 대만 정신건강법의 변천

황송리(Song Lih Huang), 의학박사, 이학박사

인권정책센터, 코벤언츠 워치

비자발적 입원과 CRPD

권리	제한/침해	정책적 개입
고문 또는 기타 잔혹하고 비인도적이며 모욕적인 대우로부터의 권리 (CRPD 제15조)	신체적 또는 화학적 구속 격리 구금	1. 법적 금지 2. 민원 및 구제 3. 모니터링 (보건부 및 지방 정부) 4. 국가예방기제(NPM)(점검)
건강권 (사전 동의) (CRPD 제25조)	환자의 의사에 반하는 약물 투여	1. 최후의 수단이어야 함 2. 친근하고 지지적인 환경 (소테리아 병동)
신체의 자유 (CRPD 제14조)	1. 적법한 절차 없는 구금 2. 대안이 없는 구금	1. 행정 심사 절차 (법률에 규정된 바에 따라) 2. 사법 절차 3. 지역사회 치료/지원 조치
법적 능력 (다양한 대안 중에서 정신적 고통을 어떻게 다룰지에 대한 결정) (CRPD 제12조)	의학적 모델 진단 및 약물 치료 (지원 대신) (특히 약물에 반응이 좋지 않은 환자의 경우)	대안 마련 1. 급성 발작 시 (휴식 시설, 동료 지원) 2. 치료를 위한 (오픈 다이얼로그, 소테리아 하우스 등)

고문 및 기타 잔인하고 비인도적이며 모욕적인 대우 또는 처벌에 대한 협약 선택의정서

또는 처벌에 관한 협약

Dis4.: Gelleral 2016
년 1월 26일

원문: 영어

고문 및 기타 잔인하고 비인도적이며 모욕적인 대우 또는
처벌 방지 소위원회

고문 및 기타 잔혹하고 비인도적이며 모욕적인 대우 또는 처벌 방지를 위한 소위원회의, 사전 동의 없이 시설에 수용되어 의료적 처치를 받는 사람들의 권리에 대한 접근 방식•

3

강제 정신과 입원의 법적 기준 및 동향: 간략한 검토 및 대만에 대한 시사점

대만

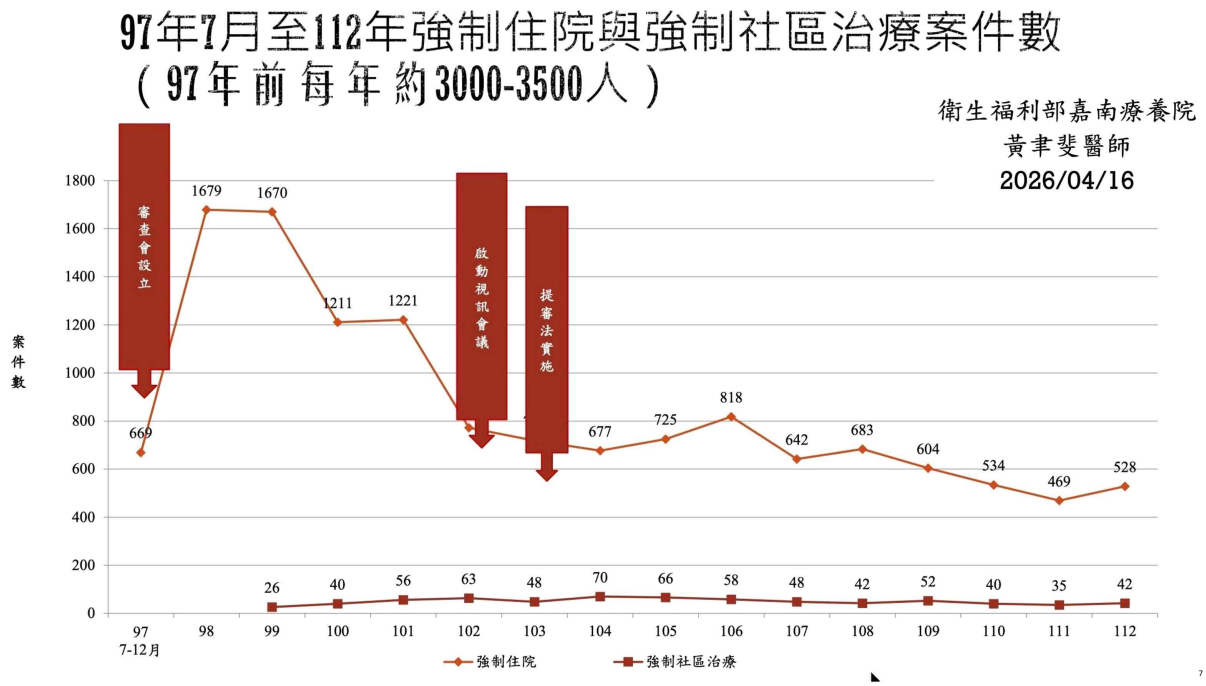
정신의학 저널 (타이베이) 제31권 제1호 2017

Table 1. Trend of national health insurance (NHI) and compulsory psychiatric admissions in Taiwan

Year	Compulsary admission number	NHI admission number	Ratio (%)
2005	3,565	11,4451	3.1
2006	3,129	11,3814	2.7
2007	3,171	11,4892	2.8
2008	1,140	11,4838	1.0
2009	1,679	11,7821	1.4
2010	1,696	12,3941	1.4
2011	1,211	12,6326	1.0
2012	1,221	12,7508	1.0
2013	772	12,6444	0.6
2014	718	12,7521	0.6

4

특징	진정한 자발적 입원	사실상 비자발적 입원/강제입원
의사결정	환자 본인의 내적 선택	법적 강제력의 위협 가족 구성원의 설득
인지상태	입원 조건 및 규정을 완전히 이해함	혼란스럽거나, 과도하게 약물 투여를 받았거나, 정신이 명확하지 않은 상태
병동 퇴원	즉시 퇴원 가능 또는 자의퇴원서(AMA) 서명 후 퇴원 가능	퇴원 요청이 정신과 의사에 의해 거부되며, 비자발적 입원(강제 입원) 절차를 유발할 수 있음
		병원 측에서 퇴원 시 가족 구성원의 동행을 요구하는 경우가 많음



1990년 정신건강법 원문

- **제21조**
- **중증 환자가** 타인이나 자신에게 해를 가할 명백한 위험에 처해 있거나 이미 해를 가하는 행위를 저질렀으며, **전문의로부터 전일제 입원 치료가** 필요하다고 진단받은 경우, **후견인은** 환자가 **정신의료기관에** 가서 입원 절 차를 완료할 수 있도록 도와야 한다.
- 전항에서 언급한 중증 환자가 주간 입원 치료를 거부하는 경우, 해당 환자는 2명 이상의 전문의로부터 진찰을 받아야 한다. 주간 입원 치료가 필요하다는 것이 서면으로 확인된 경우, 해당 환자는 **강제 입원** 대상이 된다. 이러한 강제 입원은 **중앙 보건 관할 당국이** 지정한 정신의료기관에서 이루어져야 한다.
- 전항의 진찰이 전일 입원 형태로 이루어지는 경우, 진찰을 위한 입원 기간은 7일로 제한한다.

강제 입원에 관한 정신건강법의 변천

- 2008년부터는 다음 두 가지 사항을 결정하기 위해 위원회(강제 정신질환 지역사회 치료 심사위원회)가 설치되었다.
  - 강제 지역사회 치료
  - 강제 입원
  - 이전에는 별도의 신청 절차가 필요했으나
- 2022년 정신건강법 개정
  - 사법심사 청구 (제67조)
  - 전문 판사 1명을 재판장으로 하고 전문 지식이 있는 비전문 판사 2명으로 구성된 재판부
  - 6개의 지방법원이 지정됨
  - 2026년 8월 1일 발효

9

정신건강법(2022), 제53조

- 강제 정신질환 지역사회 치료 심사위원회(이하 '심사위원회')는 정신질환에 대한 강제 지역사회 치료와 관련된 사항을 심사한다.
  - 2007년에 처음 도입되었으며, 위원회는 지역사회 치료와 강제 입원을 모두 심사한다
- 7명의 위원으로 구성: 전문의, 간호사, 작업치료사, 심리학자, 사회복지사, 환자 권리 및 이익 옹호 단체 대표, 법률 전문가 및 기타 관련 전문가.
- 심사위원회를 소집할 때, 심사위원회는 심사 대상 사건의 당사자 또는 이해관계자에게 출석하여 설명

  을 할 것을 통지하거나, 직원을 파견하여 당사자 또는 이해관계자를 방문하고 조사할 수 있다.

10

중증 정신질환자 진단서
강제 입원 신청을 위한

- 강제 입원 기준:

1. 중증 환자
   - 정신 질환으로 추정되는 진단
   - 현실과 동떨어진 정신 상태를 보임 (기이한 행동이나 사고 등 환자의 상태 설명)
   - 자신의 일을 처리할 수 없음 (아래 체크리스트 참조)
2. 자해 또는 타인·자신에 대한 가해 위험
3. 중증 환자는 타인이나 자신에게 해를 가했거나 해를 입을 위험에 처해 있으며, 전일 입원 치료가 필요하다는 진단을 받았습니다. 중증 환자는 이러한 치료를 거부하므로, 긴급 입원을 진행해야 합니다. _____월 _____일로부터 긴급 입원을 개시해야 합니다.

11

자신의 일을 처리할 능력이 없음을 보여주는 증거

(현실과 동떨어진) 증상으로 인해, 환자는 다음을 수행할 수 없습니다.

[ ] 1. 도움 없이는 개인 위생 및 식사 등 기본적인 생활 기능을 수행할 수 없음

[ ] 2. 사회적 기능을 유지할 수 없음

[ ] 3. 사고, 인지 및 판단 기능을 유지할 수 없음

[ ] 4. 의료 서비스 이용과 관련된 의료적 결정에 필요한 중요한 정보를 이해할 수 없음

[ ] 5. 의료 서비스 이용과 관련된 중요한 의료 정보를 충분히 기억할 수 없음

[ ] 6. 의료 서비스 이용과 관련된 의료적 결정에 필요한 중요한 정보를 활용하거나 고려할 수 있다

[ ] 7. 자신의 의료적 결정을 표현할 수 있음

[ ] 8. 기 타: _____

12

정신질환에 대한 강제 검사 및 강제 지역사회 치료 심사위원회의 운영에 관한 규정

2013년 6월 21일

- **제4조**
- 심사위원회는 심사를 수락한 사건의 성격에 따라, 이 법 제15조 제2항에 규정된 범주 중에서 7명 이상의 위 원을 초청하여 심사를 진행할 수 있다.
- 전항의 심사는 원칙적으로 회의를 통해 실시한다. ... 위원장은 참석자 중에서 선출한다.
- 심사회의는 제1항에 규정된 자의 3분의 2 이상이 출석하고, 출석한 위원의 3분의 2 이상이 동의하는 경우에만 허가 결정을 할 수 있다. ...
- 전항에서 말하는 허가는 이 법 제41조 제3항, 제42조 제2항 또는 제45조 제2항·제3항에 규정된 **강제입원**, **강제입원 연장**, **강제지역사회치료** 또는 **강제지역사회치료 연장에** 대한 허가를 의미한다.

13

비자발적 입원 심사위원회 심사 결과₩ (2008-2022)

日期	審查案件數/件	許可數	不許可	% permitted	不許可率
97 年 7 月至 12 月	669	578	91	86.4%	13.6%
98 年 1 月至 6 月	863	782	81	90.78%	9.22%
98 年 7 月至 12 月	816	773	43	94.73%	5.27%
99 年 1 月至 6 月	909	858	51	94.38%	5.61%
99 年 7 月至 12 月	787	753	34	95.68%	4.32%
100 年 1 月至 6 月	650	625	25	96.15%	3.85%
100 年 7 月至 12 月	601	578	23	96.17%	3.83%
101 年 1 月至 6 月	691	666	25	96.38%	3.62%
101 年 7 月至 12 月	586	568	18	96.93%	3.07%
102 年 1 月至 6 月	447	425	22	95.08%	4.92%
102 年 7 月至 12 月	388	372	16	95.88%	4.12%

日期	審查案件數/件	許可數	不許可數	% permitted	不許可率
107 年 1 月至 6 月	351	326	25	92.88%	7.12%
107 年 7 月至 12 月	339	312	27	92.03%	8.65%
108 年 1 月至 6 月	380	353	27	92.89%	7.11%
108 年 7 月至 12 月	345	317	28	91.88%	8.12%
109 年 1 月至 6 月	321	295	26	91.90%	8.10%
109 年 7 月至 12 月	335	302	33	90.15%	9.85%
110 年 1 月至 6 月	263	245	18	93.16%	6.84%
110 年 7 月至 12 月	311	297	14	95.50%	4.50%
111 年 1 月至 6 月	285	260	25	91.23%	8.77%
111 年 7 月至 12 月	219	206	13	94.06%	5.94%

2022년 정신건강법 제57조

강제 지역사회 치료

- 강제 지역사회 치료 항목은 다음과 같으며, 여러 항목을 병용할 수 있다:
  1. 약물 치료;
  2. 혈액 또는 소변 내 약물 농도 검사;
  3. 알코올 또는 기타 중독성 물질에 대한 선별 검사;
  4. 심리 치료; } 2022년에 추가됨
  5. 재활 치료;
  6. 환자의 질병 상태 악화를 방지하거나 일상생활 적응 능력을 향상시킬 수 있는 기타 조치.

15

2022년 정신건강법, 제57조

의무적 지역사회 치료

- 관할 지방 당국은 … 필요한 경우 다음 사항을 집행하기 위해 경찰 또는 소방서의 협조를 요청할 수 있다:

  1. 경찰: 중증 환자에 대한 의무적 지역사회 치료를 지원하고, 현장의 질서를 유지하며, 관련 인원의 신변 안전을 확보한다;
  2. 소방서: 중증 환자를 의무 지역사회 치료를 시행하도록 지정된 기관 또는 단체로 이송하여 치료를 받도록 한다.

- 전항에 명시된 환자에 대해, 지정 정신의료기관은 제59조 제2항부터 제4항에 따라 응급입원을 개시하고 강제 입원 신청 여부를 평가할 수 있다.
- 병원들은 의무 치료를 효과적으로 시행할 방법이 없다며 불만을 토로하고 있다.

16

정신건강법 제59조

2026년 8월 1일 시행

1. 타인이나 자신에게 해를 끼치거나 해를 끼칠 위험이 있는 중증 환자 중 전문의가 전일 입원이 필요하다고 진단한 경 우, 그 보호자는 중증 환자가 정신의료기관에 입원할 수 있도록 도와야 한다.
2. 전항에 언급된 중증 환자가 주간 입원을 거부하는 경우, 관할 당국은 정신의료기관을 지정하여 응급 입원을 집행하고,
   관할 당국이 지정한 2명 이상의 전문의에게 강제 진단을 의뢰할 수 있다. 단, 외도나 오지에서는 1명의 전문의만으로도
   강제 진단을 실시할 수 있다.
3. (온라인 영상·음성 장비의 사용)
4. 강제 진찰 후에도 여전히 전일 입원이 필요하다고 판단되고 중증 환자가 이를 거부하거나 의사표시를 할 수 없는 경우, 지정
   된 정신의료기관은 지체 없이 강제 입원 기본 정보 및 보고서를 작성하여야 한다. 또한 중증 환자와 보호자의 의견 및 기타
   관련 진단서를 첨부하여 법원에 강제 입원 결정을 청원하여야 한다.

17

정신건강법 제60조

- 긴급 입원 기간은 … 7일로 하며, 이 기간 동안 중증 환자의 권리와 이익이 보장되고 필요한 치료가 제공되어야 한다. 강제 검사는 긴급 입원일 다음 날부터 3일 이내에 완료되어야 한다.
- 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우, 지정 정신의료기관은 즉시 긴급입원을 중단하고 관할 당국에 이를 통보하여 야 한다:
  1. 의무적 검사 결과 강제 입원이 필요하지 않다고 판명된 경우;
  2. 중증 환자가 주간 입원 치료를 받기로 동의하거나 질병 상태가 호전되어 더 이상 긴급 입원이 필요하지 않은 경우;
  3. 법원이 강제 입원 청구를 기각한 경우;
  4. 법원이 긴급 입원 중지 청원 또는 항소를 타당하다고 인정한 경우;
- (이미 제출된 경우, 강제입원 청구의 취하)
- (보건복지부는 절차 및 서식에 관한 규정을 마련하여야 한다)

18

정신건강법 제62조

- 긴급 입원 기간 중 중증 환자가 법정 대리인으로서 선임된 변호사가 없는 경우, 지정 정신 의료기관은 필요한 법률 지원을 제공하기 위해 중앙 관할 당국에 보고하여야 한다.
- 중앙 관할 당국은 전항에 명시된 신고 접수 및 지원 서비스를 처리하기 위해 법률구조원 또는 기타 민간 기관에 이를 위탁할 수 있다.

19

정신건강법 제67조

- 이 법에 규정된 중증 환자의 강제 입원, 긴급 수용의 종료 및 강제 지역사회 치료의 종료와 관련된 1심 재판은 1명 의 판사를 재판장으로 하고 2명의 전문 배심원으로 구성된 합의를 통해 진행된다.
- 전항의 사안을 심리하는 법원은 심리가 종료되는 즉시 평의하여 판결을 선고하여야 한다. 평의 시에는 다음의 규 정을 준수하여야 한다:

  1.전문 배심원과 판사는 재판 절차 전 과정에 참여하여야 한다
  절차에 참여하여야 한다.
  2. 심의 중에는 전문의로 구성된 전문 배심원
  의사와 환자 권리 및 이익 옹호 단체 대표로 구성된 전문 배심원 및 판사는 순차적으로 의견을 진술하여야 한다.
  3. 심의 결정은 다수의
  의견을 바탕으로 한다.

20

정신건강법 제68조

- 전문 배심원에는 중앙 당국이 지명한 정신과 의사 1명과 환자 옹호 단체 대표 1명이 포함되어야 한다.
- ....
- 전문 비전문 판사는 중앙 관할 당국의 추천을 받아 사법원 사법선임위원회에서 선정하며, 사법원장에게 제출되어 3년의 임기로 임명된다.
- ...
- ...

21

- 비정부기구(NGO)들이 우려하는 몇 가지 사안은 아직 마련 중인 절차와 관련되어 있다

22

I. 전문 비전문 판사의 자격, 선출 및 해임 절차

- **1. 환자 권리 및 이익 옹호 단체의 대표자들은 법원 절차에서 어떤 역할을 수행할 것 으로 기대되는가?**

a. 전문적 지식;

b. 회복을 촉진하는 지원 모델;

c. 자해 또는 타인에게 해를 끼치는 행동을 유발할 수 있는 대인 관계 및 환경적 요인

d. 상기 요인을 완화하기 위한 조치 및 필요한 자원을 권고하는 것.

23

- **2. 보건복지부의 권고 절차**
- a. 보건복지부는 환자권리대변인의 자격 요건을 어떻게 확인하고 선정하는가?
- b. 보건복지부는 전문성에 부합하도록 심사위원회 교육을 어떻게 구상하고 구성하고 있습니까?

24

- **3. 부적합한 전문 배심원에 대한 퇴출 절차**
- 전문 비전문위원이 부적합한지 여부는 누가, 어떤 기준에 따라, 어떤 상황이나 시점에서, 그리고 어떤 형태의 성과 평가를 통해 결정해야 합니까?

25

II. 교육

- **1. 임명 전 교육**
- 첨부 *3* 참조
- a. 대만정신의학회 — 심사위원회 / 정신건강부서.
  b. 사법원

- **2. 재직 중 연수**
- a. 내용 및 형식;
  b. 필수 연수 시간.

26

III. 법원 절차

- **1. 전문 배심원에게 그들의 권리와 그 권리의 행사에 관한 안내**
- "합동 심사단"은 언제 구성됩니까? 전문 배심원들은 언제부터 의견을 제시할 수 있습니까?
- **2. 심리 전 준비 절차**
- a. 이러한 절차의 목적은 무엇인가?
- b. 이 절차는 판사 단독으로 주재합니까? 전문 배심원들은 참석합니까?
- c. 절차 규칙은 어떠한가?

27

3. 심문 절차

- a. 입원 당시 이용 가능한 정보;
- B. 입원 기간 중 치료 및 회복에 관한 자료, 특히 환자가 이미 1개월 이상 장기 입원 중인 경우 (평균 입원 기간은 30~40일).
  i. 입원 기간 중 심리학, 사회복지, 간호 및 작업치료 담당자가 작성한 평가 보고서;
  ii. 이러한 자료는 당연히 제공되어야 하는가, 아니면 심리 전 절차 중에 결정되어야 하는가?
- c. 공식 청문회에는 누가 참석할 수 있거나 참석해야 하는가? 예를 들어, 환자가 보호자가 청문회에 서 퇴장하도록 요청할 수 있는가? 환자가 "지정된 지원자"를 동반하도록 초대할 수 있는가?
- d. 강제 입원 기준. 심리가 비교적 늦은 시점에 진행되므로, 그 성격상 강제 입원 종료에 대한 재검토에 더 가깝
  습니다.
  i. 자해 또는 타인에게 해를 끼칠 위험은 어떻게 평가해야 합니까?
  ii. 입원 1개월이 지난 후에도 자해 또는 타인에게 해를 끼칠 위험이 여전히 기준으로 남아야 합니까?

28

- e. “적절성 검토”: 강제 입원 하의 치료 계획 및 간호 계획이 회복에 기여하는지 여부.
  i. 치료 목표: 병원에 이번 입원 기간 동안 달성될 것으로 예상되는 목표를 제시하도록 요청해야 합니다;
  ii. 입원 중 치료 계획: 약물 치료 및 기타 치료 방법;
  iii. 입원 중 간호 계획: 생리적, 심리적, 사회적 차원(생물심리사회적 차원)에 걸친 간호 및 재활/회복 계획;
  iv. 병원이 과도한 신체 구속이나 격리 등 잔혹하거나 비인도적, 또는 모욕적인 처우를 포함한 부적절한 치료를 어떻게 방지하는지, 그리고 그러한 치료가 발생할 경우 어떤 민원 제기 및 구제 절차가 마련되어 있는지;
  v. 회복 중심 치료, 퇴원 준비 계획 및 지역사회 복귀를 동시에 이행하고, 재입원(회전문 효과)을 방지하기 위해 보호자에게 충분한 지원을 제공하는 것.

29

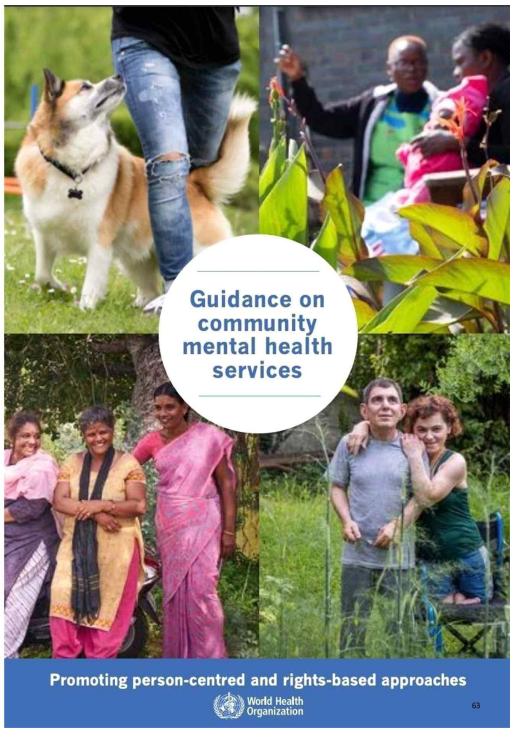
- f. “필요성 검토”: 대안 조치의 가용성 및 접근성.
  i. 정보 수집 및 평가 수행 책임은 누구에게 있는가?
  ii. 증명의 책임은 누구에게 있는가?
- g. 절차에 관한 지침.

30

WHO와 CRPD의 공동 목표

개인 중심적이고 회복 지향적이며 인권 기준을 준수하는 지역사회 기반 정신건강 서비스

1. **Mental health crisis services**
2. **Hospital-based mental health services**
3. **Community mental health centres**
4. **Peer support mental health services**
5. **Community outreach mental health services**
6. **Supported living for mental health**
7. **Comprehensive mental health service networks**



정신과 약물: 피해 감소 접근법 (윌 홀 Will Hall)

	질병 중심 관점	약물 중심 관점
약물이란 무엇인가	의학적 질환/장애에 대한 치료	유용할 수 있지만 위험도 동반하는 정신 작용 물질
약물은 어떻게 작용하는가?	약물은 뇌 내의 비정상적인 화학적 불균형 및 질병 과정을 교정합니다	약물은 모든 향정신성 물질과 마찬가지로 뇌에서 비정상적인 화학적 과정을 유발하며, 여기에 위약 효과와 기대감이 더해집니다
언제 사용해야 할까요?	특정 정신 장애가 있을 때	약물 효과에 대한 특정 경험이 상황에 유용할 때
왜 유용한가?	치료 효과는 기저 질환 과정에 대한 약물의 작용에서 비롯됩니다	치료 효과는 향정신성 약물에 의해 유발된 변형된 상태에 있을 때 나타난다
대상?	질병의 증상	이를 복용하는 모든 사람의 신체와 정신
위험은 어떠한가?	질병을 치료하기 위해서는 약물의 위험이 불가피하다	약물의 위험은 심각할 수 있으며, 처방받은 목적보다 더 나쁠 수도 있다
패러다임?	"당뇨병에 대한 인슐린처럼"	"사회적 불안에 대한 알코올처럼"
핵심 질문?	정신 질환이 있으신가요?	이 약은 위험성에 비해 당신에게 유용합니까?

Moncrieff & Cohen, "정신과 약물은 어떻게 작용하는가?" (British Medical Journal, 2009)에서 발췌

소테리아 하우스의 치료 원칙

- 로렌 모셔(NIMH), 룩 치옴피(스위스), 페사흐 리히텐베르크(이스라엘)
- **강요 없는 환경**
- **약물 사용 최소화**
- **공동체 및 지지적인 환경**
- **평등주의적 구조**
- **심리사회적 지원**
- **전인적 활동**
- **비시설 환경**
- **통합 지원**

68

베를린의 소테리아 병동

70

발제 2 호주의 비자의 입원제도와 정신건강 권익옹호

Kimia Randall 변호사
Australian Centre for Disability Law(ACDL)

Australian Centre for Disability Law

2026년 6월

호주 장애인법센터
Australian Centre for Disability Law

Mental health law and practice in NSW – Australia
호주 뉴사우스웨일스주(NSW) 정신건강법과 실무

Australian Centre for Disability Law

Part 1 – NSW 정신건강법 및 정신건강법(Mental Health Act) 개요

Part 2 – 정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal, MHRT)의 역할과 지역사회 정신건강 치료

개요

Australian Centre for Disability Law

오늘 이 자리에 초대해 주셔서 감사합니다.

PART 1에서 다룰 내용

- 정신건강 법체계의 기본 원칙
- 정신건강시설에 대한 비자의 입원 및 구금(강제입원) 절차
- 정신건강시설에서의 비자의 치료(약물치료 및 전기경련치료 포함)
- 퇴원 요청권 및 퇴원 거부에 대한 불복권
- **격리와 강박을 포함한 치료 및 돌봄의 법적 기준**

PART 2에서 다룰 내용

- 정신건강심판원(MHRT)의 소개 및 법적 권한
- 지역사회 강제치료와 지역사회치료명령(CTO)

몇 가지 기본 정보...

- NSW에는 3종류의 지정 정신건강시설이 있다:

- 정신건강 응급평가센터(PECC)
- 정신건강 평가 및 입원치료시설
- 지역사회 정신건강센터

- NSW 공공 정신건강체계는 15개 지역보건구(Local Health District)로 구성된다.

- 시드니 대도시권 6개
- 농촌 및 지역권 9개

- 공공체계와 별도로 민간 정신건강서비스 체계도 존재한다. 다만 비자의 입원 환자는 위험성이 높다고 판단될 수 있으므로 일반적으로 공공체계에서 치료를 받는다.

- NSW의 대부분 대형 종합병원에는 정신건강 병동이 있으며, 독립 정신병원도 운영되고 있다.

2007년 정신건강법의 목적

Australian Centre for Disability Law

- NSW에서는 정신건강 상태를 가진 사람에 대한 자의·비자의 치료 모두가 2007년 정신건강법에 의해 규율된다.

- **법의 5가지 주요 목적"**

  - 정신질환자 또는 정신장애인의 적절한 치료와 돌봄을 제공하고 회복을 촉진한다.
  - 지역사회 돌봄시설을 통한 치료와 지원을 촉진한다.
  - 자의입원을 우선하되 필요할 경우 비자의 입원을 가능하게 한다.
  - 개인의 권리를 보호하면서 본인 또는 타인의 안전을 위한 치료를 제공한다.
  - 당사자와 돌봄 제공자가 치료 및 돌봄 관련 의사결정에 참여하도록 한다. 가족이나 돌봄제공자는 주요 사건에 대한 통보를 받을 권리와 퇴원계획 과정에 참여할 권리를 가진다.

- **회복지향 실천(Recovery-Oriented Practice):** 당사자가 일정 수준의 자율성을 유지하고 자신의 건강 관련 결정에 참여하도록 한다.
- 소비자(Consumer) 개념: 정신건강 실천에서 소비자는 수동적 서비스 수혜자가 아니라 자신의 치료와 회복에 적극적으로 참여하는 존재를 의미한다.

법의 기본 원칙

Australian Centre for Disability Law

최소제한 원칙 (Least Restrictive Care) 정신건강시설은 안전하고 효과적인 치료가 가능한 범위 내에서 가장 제한이 적은 환경에서 치료를 제공해야 한다.

이는 비자의 입원 여부를 판단하는 핵심 기준이다.
비자의 치료 대상자는 다음과 같은 조치를 받을 수 있다.

- 동의 여부와 관계없이 병원 치료를 받을 수 있음
- 병원에 머물도록 강제될 수 있음
- 출입이 통제될 수 있음
- 필요한 경우 격리 또는 강박될 수 있음
- 무단이탈(AWOL) 시 강제로 병원에 복귀될 수 있음
- 지역사회치료명령(CTO)의 대상이 될 수 있음

정신건강시설 내 비자의 구금절차

Australian Centre for Disability Law

정신건강시설에서 개인은 언제 구금되는가? 가장 일반적인 방식은 **'Schedule 1'이라고 불리는 의료증명서**가 작성되는 경우이다. 이 증명서는 일반의(General Practitioner), 보호자(carer), 경찰, 구급대원 또는 치안판사(Magistrate)에 의해 작성될 수 있다.

정신건강시설에서 계속 구금하기 위해서는 일정한 절차를 거쳐야 하며, 여기에는 의학적 진단 요건이 포함된다. 이 과정에서 의료진은 해당 개인이 **'정신질환자(mentally ill)'** 또는 **'정신장애인(mentally disordered)'** 인지를 평가하기 위해 Form 1 문서를 작성한다.

법은 개인의 구금에 관한 일반적인 제한을 규정하고 있다. 즉, 권한 있는 의료책임자(Authorised Medical Officer)가 다음과 같은 의견을 가진 경우에만 개인은 비자의 입원되거나 정신건강시설에 계속 구금될 수 있다.

- 해당 개인이 '정신질환자(mentally ill)' 또는 '정신장애인(mentally disordered)'에 해당할 것, 그리고
- 안전하고 효과적인 치료와 양립할 수 있는 더 덜 제한적인 형태의 돌봄이 해당 개인에게 적절하고 합리적으로 이용 가능하지 않을 것.

권한 있는 의료책임자가 이러한 의견을 갖고 있지 않다면, 해당 개인을 구금해서는 안 된다.

만약 해당 개인이 '정신질환자(mentally ill)'로 판단되면, 그는 **'심사대상자(assessable person)'** 가 되며 가능한 한 신속하게 **정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal)** 에 회부되어 정신건강심리(Mental Health Inquiry)를 받아야 한다. 이후 심판원은 해당 개인의 계속 구금 여부를 심사하게 된다.

정신건강시설 내 비자의 구금절차

Australian Centre for Disability Law

- **정신건강법상 '정신질환자(mentally ill person)'의 정의는 무엇인가?** 개인의 정신기능을 일시적 또는 영구적으로 심각하게 저해하는 상태로서 여러 특성을 가진 경우를 말한다. 해당 개인에 대한 **돌봄(care), 치료(treatment) 또는 통제(control)** 가 다음의 목적을 위해 필요하다고 판단되어야 한다. 1) 본인을 심각한 위해로부터 보호하기 위하여, 또는 2) 타인을 심각한 위해로부터 보호하기 위하여

- 또한 해당 개인의 현재 상태뿐만 아니라, **향후 상태가 악화될 가능성**도 고려되어야 한다.

- **법이 보장하는 보호장치: 다음의 사유만으로는 '정신질환자' 또는 '정신장애인'으로 판단될 수 없으며, 정신건강시설에 구금되어서도 안 된다.**
  - 강한 정치적 의견이나 신념을 가지고 있거나 정치활동을 하는 경우
  - 종교적 의견이나 신념을 가지고 있거나 특정한 인생관을 가진 경우
  - 성적 선호 또는 성적 지향을 가지고 있거나 성적 활동을 하는 경우
  - 비도덕적 또는 불법적인 행동을 하거나 반사회적 행동을 하는 경우, 또는 알코올이나 약물을 사용하는 경우
  - 지적장애 또는 발달장애가 있는 경우
  - 경제적 또는 사회적 지위, 특정 문화집단 또는 인종집단의 구성원이라는 이유

인권 기반 접근

Australian Centre for Disability Law

- 비자의 입원된 사람은 구두 및 서면으로 된 **권리고지서(Statement of Rights)** 를 제공받아야 한다.
- 당사자는 자신이 이해할 수 있는 언어로 권리를 설명 받아야 한다. 통역이 필요한 경우에는 통역서비스가 제공되어야 한다.
- 당사자의 보호자(carer) — 법에서는 지정보호자(Designated Carer) 또는 주된 돌봄제공자(Principal Care Provider)라고 부름 — 는 비자의 입원 후 24시간 이내에 통보받아야 한다.
- 법은 다음과 같이 규정하고 있다.:
  - 소비자의 자유에 대한 모든 제한과 권리, 존엄성 및 자존감에 대한 침해는 상황상 필요한 최소한에 그쳐야 한다.
  - 연령, 성별, 종교, 문화, 언어, 장애 또는 성적 정체성과 관련된 특별한 필요를 인정하여야 한다.
  - 18세 미만의 사람은 발달 수준에 적합한 서비스를 제공받아야 한다.
  - 원주민(Aboriginal) 및 토레스해협제도민(Torres Strait Islander)의 문화적·영적 신념과 관행은 존중되어야 한다.
  - 치료계획 및 회복계획 수립 과정에 소비자가 참여하도록 최대한 노력해야 하며, 퇴원계획 과정에서 당사자의 의견과 의사를 고려해야 한다.
  - 병원은 당사자의 동의능력을 지속적으로 평가하고, 치료 및 회복계획을 이해할 능력이 부족한 사람을 지원해야 한다.
  - 보호자는 비자의 입원된 사람과 관련한 특정 정보 및 주요 사건에 대해 통보받을 권리가 있다.

약물 투여

Australian Centre for Disability Law

- 당사자가 비자의 환자인 경우, 치료팀은 약물의 종류, 투여 빈도, 투여 용량을 결정한다.
- 정신건강시설은 약물을 투여할 때 다음과 같은 방법을 사용할 수 있다.
  - 경구 투여, 근육주사(IMI 또는 depot), 정맥주사
  - 당사자가 약물 투여를 거부하는 경우 합리적인 수준의 물리력을 사용하여 약물을 투여할 수 있다.
- 그러나 약물은 과도한 용량으로 투여되어서는 안 된다.
- 약물 투여를 승인한 의료인은 약물의 가능한 부작용을 충분히 고려해야 하며, 적절한 치료에 필요한 최소 용량만을 처방해야 한다. 특히 정신건강심판원(MHRT) 출석 시 당사자가 의사소통을 할 수 없을 정도의 상태가 되어서는 안 된다.
- 정신건강시설은 다음과 같은 의무를 가진다.:
  - 약물은 당사자의 건강, 치료 또는 진단상의 필요를 위해서만 사용해야 하며, 처벌 목적이나 타인의 편의를 위해 사용해서는 안 된다.
  - 약물은 당사자의 건강상 필요에 부합해야 하며 정기적으로 검토되어야 한다.
  - 당사자에게 치료, 대체 치료방법, 예상되는 부작용에 관한 적절한 정보를 제공해야 한다. 이를 통해 당사자가 자신의 회복을 주도할 수 있도록 지원해야 한다.

전기경련치료(ECT)

Australian Centre for Disability Law

- ECT는 전신마취 상태에서 최소한의 전류를 사용하여 경련을 유발하는 치료이다. 치료 횟수는 질환의 특성에 따라 달라진다.
- ECT 사용은 엄격하게 규제된다. 승인된 시설에서만 시행 가능하며, 관련 경험을 가진 전문가만 시행이 가능하고 재정적 이해관계 또는 이해충돌은 공개되어야 한다.
- **ECT 승인에 대한 MHRT의 역할**– 비자의 환자에 대한 ECT는 당사자가 충분한 설명에 근거한 동의를 할 능력이 있으며 실제로 동의한 경우, 또는 당사자가 충분한 설명에 근거한 동의를 할 능력이 없고, MHRT에서 ECT가 적절하고 타당한 치료이며 당사자의 안전 또는 복지를 위해 필요하다고 판단한 경우에만 가능하다.
- **보건부는「NSW ECT 최소 실무 기준(Guidelines: ECT Minimum Standards of Practice in NSW)」을 마련하고 있으며, 해당 지침은 ECT 제공의 모든 영역에 적용된다.**
- **언제 충분한 설명에 근거한 동의(Informed Consent)가 가능한가?** 다음 사항을 이해할 수 있는 경우이다
  - 치료의 성격
  - 치료의 목적
  - 치료의 효과
  - 예상되는 위험과 이익
  - 대체 치료방법에 관한 정보

퇴원 요청권 및 퇴원 거부에 대한 불복

Australian Centre for Disability Law

- 비자의 입원 환자는 스스로 퇴원할 수는 없지만, 언제든지 시설의 권한 있는 의료책임자(Authorised Medical Officer)에게 퇴원을 요청할 수 있다. 의료책임자는 이 요청에 대해 3영업일 이내에 답변해야 한다.
- 퇴원 요청은 구두 또는 서면으로 할 수 있다.
- 권한 있는 의료책임자가 퇴원을 거부하거나 정해진 기간 내에 답변하지 않는 경우, 당사자는 그 결정에 대해 정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal, MHRT)에 불복을 제기할 수 있다.
- MHRT는 권한 있는 의료책임자의 지위를 대신하여 심사하게 되며, 당사자가 정신질환자(mentally ill person)가 아니거나 더 덜 제한적인 형태의 돌봄이 가능하다고 판단될 경우 퇴원을 결정해야 한다.
- MHRT는 이러한 불복 사건을 정기적으로 다루고 있다.
- 치료팀은 의료책임자 및 기타 임상인력의 서면 보고서를 제출하며, 심문에서는 구두 증언도 이루어진다.
- 병원의 퇴원 거부 결정에 대해 당사자가 불복할 수 있는 권리는 중요한 보호장치이자 권리이다. 이를 통해 치료팀은 이용 가능한 의학적 근거에 비추어 왜 계속적인 비자의 구금이 필요한지 설명해야 한다.

정신건강시설 내 격리(Seclusion) 및 강박(Restraint)의 사용

Australian Centre for Disability Law

- NSW 정신건강시설에서는 도전적 행동(challenging behaviours)을 보이는 환자와 관련된 위험을 관리하기 위해 격리와 강박이 정기적으로 사용된다.
- 그 법적 근거는 시설 내 모든 환자, 방문자 및 직원에 대해 부담하는 보통법상 주의의무(common law duty of care)이다. 이는 심각하고 임박한 신체적 위해를 예방하기 위한 것이며, 합리적이고 비례적으로 행사되어야 한다.
- 정신건강법 자체는 격리, 진정(sedation), 강박을 직접 규율하지 않는다. 그러나 그 사용은 다음 원칙에 기초한다.
  - 사람들은 가장 덜 제한적인 환경에서 가능한 최선의 치료와 돌봄을 받아야 한다.
  - 개인의 자유에 대한 제한과 권리, 존엄성, 자존감에 대한 침해는 상황상 필요한 최소한에 그쳐야 한다.

- 트라우마 기반 접근(Trauma-informed care)은 NSW의 모든 보건서비스 환경에 적용된다. 서비스는 일부 환자가 경험한 트라우마의 영향을 고려하여 제공되어야 하며, 재트라우마화를 방지해야 한다. 격리와 강박은 매우 트라우마적인 경험이 될 수 있으며, 고통을 증가시키고 과거의 트라우마 기억을 촉발할 수 있다.

- 엎드린 자세(prone position)의 사용은 최소화되어야 한다. 이는 당사자에게 심각하게 증가된 위험을 수반한다. 실제로 돌연사가 발생한 사례도 있었다. 직원들은 기도, 호흡 또는 혈액순환을 방해하는 방식으로 강박해서는 안 된다.

정신건강시설 내 격리(Seclusion) 및 강박(Restraint)의 사용

Australian Centre for Disability Law

- 격리와 강박은 덜 제한적인 대안이 시도되거나 검토된 이후에도 필요한 경우에 한하여 최후의 수단(last resort)으로만 사용되어야 한다.

- NSW 보건인력은 다음의 경우에만 격리와 강박을 사용할 수 있다.
  - 안전하다고 판단되는 경우
  - 심각하고 임박한 위해를 예방하기 위한 최후의 수단인 경우
  - 적법한 의료적 치료를 제공하기 위한 경우
  - 예방 전략을 포함한 덜 제한적인 대안이 시도되거나 검토된 이후인 경우
  - 위험수준에 비례하는 경우
  - 필요한 최소한의 시간 동안만 사용하는 경우
- 임상적 모니터링은 필수적이며, 개인의 정신상태 및 인지상태 평가와 활력징후 모니터링을 포함해야 한다.
- 모든 격리 및 강박 사례는 보고를 위해 별도의 등록부(Register)에 기록되어야 한다. 이 등록부는 NSW 보건부(Ministry)와 Official Visitors Program에 제공된다.

공식방문관 프로그램
(The Official Visitors Program)

Australian Centre for Disability Law

- Official Visitor는 NSW 정신건강법 2007에 따라 정신건강부 장관이 임명한다.
- Official Visitors Program의 목적은 "정신건강 돌봄에 인간성을 유지하는 것(keep the humanity in mental health care)"이다. 이러한 점검은 비자의 정신건강 체계에 들어온 사람들의 인권이 간과되지 않도록 하기 위한 것이다.
- Official Visitor는 무엇을 하는가?
  - NSW 전역의 지정 정신건강시설 및 지역사회 정신건강서비스를 정기적으로 방문하여 정신건강 돌봄이 인간적이고 존엄한 방식으로 제공되고 있는지 확인한다.
  - NSW 전역의 정신건강 병동은 월 1회, 응급실은 3개월마다 방문한다. 다만 누구든지 언제든지 전화나 이메일로 프로그램에 연락할 수 있다.
  - 체계 안에 있는 사람들의 경험을 이해하고 그들의 우려를 경청한다. 도움이 필요한 이용자에게 지원, 조언 및 권익옹호를 제공하며, 이용자의 목소리가 경청되고 존중받도록 한다.
- 이용자가 적절한 돌봄을 받고 권리가 보호되고 있는지 확인하기 위해 진료기록과 격리·강박 등록부(Seclusion and Restraint Registers) 등을 검토한다.
- 시설을 점검하고 중요한 공공 정신건강 문제, 환자 안전 문제, 돌봄 또는 치료 문제를 Principal Official Visitor에게 보고하는 것도 중요한 역할이다.
- 또한 지정 보호자 또는 주 돌봄제공자가 제기한 문제를 포함하여 정신건강 체계 내에서 발생하는 문제들이 적절히 해결될 수 있도록 이용자를 위한 옹호자 역할을 수행한다.

정신건강심판원

Australian Centre for Disability Law

- 정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal)은 정신건강법에 따라 설립된 전문 법률기구(specialist legal body)이며, '준사법기관(quasi-judicial body)'이다.
- 정신건강심판원은 비자의적으로 구금된 이용자(consumers)를 심사할 수 있는 광범위한 권한을 가지고 있다. 그 목적은 비자의 정신건강 서비스를 받는 사람들(병원 및 지역사회 모두)의 권리를 보호하는 것이다.
- 일반적으로 단독 법률위원이 진행하는 정신건강심리(Mental Health Inquiry)를 제외하면, 각 심판부는 3인의 위원으로 구성된다 ; 변호사, 정신건강의학과 전문의, 기타 적절한 자격을 갖춘 위원
- 심문(Hearings)은 가능한 한 비공식적으로 진행되어야 하며, 화상회의(AVL link) 또는 병원 현장에서 대면으로 진행될 수 있다.
- 심문은 원칙적으로 공개된다. 다만 비공개로 진행해야 할 사유가 있는 경우 예외로 한다. 모든 심문은 녹음되며, 결정에 대해서는 구두 및 서면 이유가 제공된다.
- 이용자는 심문 과정에서 통역사를 둘 권리가 있으며, 자신을 지원하기 위해 친구나 가족을 동반할 수 있다. 또한 평상복을 입고 참석할 수 있다.

정신건강심판원

Australian Centre for Disability Law

정신건강심판원은 다음과 같은 권한을 가진다.

- 의사가 정신건강시설에 개인을 구금하기로 결정한 경우, '심사대상자(assessable person)'의 최초 구금을 심사하고, 비자의 환자 명령(Involuntary Patient Order)을 내려 정신건강시설에서의 계속적인 구금을 승인하거나, 또는 지역사회치료명령(Community Treatment Order) 유무와 관계없이 이용자를 퇴원시킬 수 있다.
- 정신건강시설에 있는 이용자의 비자의적 지위(구금 상태)를 정기적으로 심사한다. 일반적으로는 첫 해에는 3개월마다, 이후에는 6개월마다, 적절한 경우에는 12개월마다 심사한다.
- 권한 있는 의료책임자(Authorised Medical Officer)의 퇴원 거부 결정에 대한 불복 사건을 심리한다.
- 지역사회치료명령(CTO)을 발령, 변경, 취소할 수 있으며, 치안판사(Magistrate)의 CTO 결정에 대한 불복도 심리한다.
- 비자의 환자에 대한 전기경련치료(ECT)를 승인한다.
- 정신건강시설에 구금된 환자에 대한 수술을 승인한다.
- NSW 공공후견·신탁기관(NSW Trustee)에 의한 재산관리 명령을 발령하거나 취소할 수 있다.

- 이용자는 변호사의 대리를 받을 권리가 있다.

NSW 법률구조공단(Legal Aid NSW)의 전문 부서인 정신건강권익옹호서비스(Mental Health Advocacy Service)는 심판원 사건의 대부분에 대해 무료 법률대리를 제공한다. 다만 모든 사건에 해당하는 것은 아니다. 무료 법률 대리는 정신건강심리(Mental Health Inquiries)인 경우, 대부분의 전기경련치료(ECT) 신청 사건, 16세 미만 이용자에 대한 모든 심문의 경우에만 제공된다.

지역사회 내 강제치료

Australian Centre for Disability Law

- 지역사회치료명령(Community Treatment Order, CTO)은 지역사회에 거주하는 사람에 대한 강제적 정신건강 치료를 승인하는 제도이다. CTO의 적용을 받는 사람은 '대상자(affected person)'라고 불린다.
- CTO는 정신건강심판원(MHRT) 또는 치안판사(Magistrate)가 발령하는 법적 명령으로, 당사자가 수용해야 하는 치료의 조건을 규정한다.
- CTO는 정신건강 문제가 있는 사람이 병원이 아닌 지역사회에서 치료를 받을 수 있도록 한다. 이는 당사자가 자발적으로 치료를 수용하지 않을 경우에도 치료를 지속하도록 하기 위한 제도이다.
- CTO는 최대 12개월까지 발령될 수 있으나 일반적으로는 6개월 동안 발령된다. 연속하여 여러 건의 CTO가 발령될 수 있다. 실제로 매우 흔한 일이며, 어떤 이용자는 수년 동안 CTO 상태에 있을 수도 있다.
- 누가 CTO를 신청할 수 있는가? 일반적으로 병원의 권한 있는 의료책임자(Authorised Medical Officer) 또는 지역사회 정신건강센터의 책임자(Director of Community Mental Health)

- **CTO를 발령하기 위해서는 정신건강심판원이 다음 사항을 확인해야 한다.**
  - CTO가 안전하고 효과적인 치료와 양립 가능한 가장 덜 제한적인 대안(least restrictive alternative)으로서 당사자에게 도움이 될 것
  - 정신건강기관이 적절한 치료계획을 가지고 있으며 이를 실행할 수 있을 것
  - 당사자가 과거 정신질환 진단을 받은 적이 있는 경우, 적절한 치료를 거부한 이력이 있을 것

지역사회치료명령(CTO)

Australian Centre for Disability Law

치료계획(Treatment Plan)이란 무엇이며 무엇을 포함해야 하는가?

- 치료계획은 제안된 치료에 대한 개요(outline of the proposed treatment)를 포함해야 한다. 여기에는 약물치료, 상담, 재활이 포함될 수 있다. 또한 치료계획에는 치료를 받는 방법, 서비스 제공 빈도, 서비스 제공 장소가 명시되어야 한다.
- 신청 사실에 대한 통지도 이루어져야 하며, 통지 기간은 대상자가 당시 정신건강시설에 입원 중인지 또는 지역사회에 거주 중인지에 따라 달라진다.
- 대상자(affected person)는 CTO를 준수해야 하며, 지역사회치료 책임자(Director of Community Treatment)는 CTO에 따라 약물이 투여되고 서비스가 제공될 수 있도록 필요한 모든 합리적 조치를 취할 수 있다.
- A치료계획을 수행하는 사람은 명령을 집행하기 위한 목적으로 대상자의 거주지가 있는 토지에는 동의 없이 들어갈 수 있다. 다만 주거공간(dwelling) 내부까지 들어갈 수는 없다. 실제로는 이용자의 집 앞에 초대받지 않은 채 서 있는 상황을 의미하기도 한다.

지역사회치료명령(CTO) 위반

Australian Centre for Disability Law

- 실제로 지역사회에서 CTO 적용을 받는 사람들은 연락이 되지 않거나 사례관리자(Case Manager)를 만나기 위한 약속에 나타나지 않거나 약물을 투여받지 않음으로써 CTO를 위반하는 경우가 있다.
- CTO에 포함되는 약물 대부분은 근육주사(IMI) 형태로 제공된다. 이는 경구약 복용 여부를 확인하기 어려운 경우가 많기 때문이다.
- 정신건강법은 CTO 위반 시 따라야 할 절차를 규정하고 있다.
- 구두 경고(verbal warning)와 서면 위반통지서(breach notice)가 이루어진 후, 지역사회 정신건강팀의 책임자는 '위반명령(breach order)'을 발령할 수 있다.
- 위반명령은 대상자를 특정 정신건강시설로 이송하여 평가와 치료를 받게 하는 명령이다. 경찰관은 가능하다면 해당 사람을 발견·확보(apprehend)하고 정신건강시설로 이송하는 것을 지원해야 한다. 경찰은 영장 없이도 사람을 확보하기 위해 건물에 진입할 수 있으며, 필요한 경우 물리력을 사용할 수 있다. 이후 의학적 평가 절차가 진행되어야 한다.
- CTO는 명령 기간이 종료되면 효력을 상실한다. 따라서 치료팀이 계속해서 지역사회 강제치료를 유지하기 원한다면 새로운 CTO를 다시 신청해야 한다.

질문?

Australian Centre for Disability Law

- 오늘 많은 내용을 다루었습니다.
- 질문이 있으시면 자유롭게 말씀해 주십시오.

발제 3 한국의 비자의 입원제도 개선과 권익옹호로의 방향성

정제형 변호사
법무법인 이공

한국 비자의 입원제도 개선과 권익옹호로의 방향성

/

2026. 6. 26.

정제형 변호사

법무법인 이공

01

한국 비자의입원 제도의 문제점

유엔장애인권리협약과 비자의입원

- **유엔장애인권리협약**

모든 장애인의 존엄성과 권리를 보장하고자 평등, 비차별의 원칙에 따라 마련된 규범

장애인의 권리 보장 법적, 제도적 장치로 국제적 기준으로 기능

- 제12조 법 앞에서의 평등
- 제14조 신체의 자유 : 장애인의 자유는 불법 또는 임의적으로 침해되지 않고, 자유 침해는 어떤 법에도 근거하지 않으며, **장애여부로 인한 자유 침해는 그 어떠한 경우에도 정당화될 수 없다.**
- 제15조 고문 또는 잔혹, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 및 처벌로부터의 자유

01 한국 비자의입원 제도의 문제점

유엔장애인권리협약과 비자의입원

유엔장애인권리위원회 1차 대한민국 정부의 1차 보고서에 대한 심의 및 권고(2014)

- 정신장애나 지적장애 등 장애에 기반한 자유박탈조치를 허용하는 현존 법령의 폐지
- 설명이 수반된 당사자의 자유로운 동의에 기반한 정신보건서비스 마련
- 장애를 가진 사람에 대해 잔혹하거나 비인도적, 굴욕적으로 치료(처우)하거나 벌하는 강제치료의 폐지
- 정신병원 내에서의 폭력, 학대, 모든 형태의 불법적 치료를 예방하기 위하여 장애단체의 대표성을 보장하는 효과적인 외부의 독립적 모니터링 시스템 마련

유엔장애인권리위원회 2차·3차 병합 대한민국 정부의 2,3차 보고서에 대한 심의 및 권고(2022)

- 자·타해 위험과 손상에 근거하여 비자의적으로 자유를 박탈하는 것을 허용하는 관련 법률 조항들의 폐지
- 심리사회적장애인 및/또는 지적장애인이 임의적이고 강제적인 치료, 특히 격리로 귀결되는 치료에 종속되지 않도록 이를 보장하는 모니터링 체계를 마련

유엔장애인권리협약과 비자의입원

Cf. 유엔 고문방지위원회(Committee against Torture) 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약(고문방지협약)에 대한 최종견해(2024)

현행 동의입원과 관련해, 보호자가 동의하지 않으면 퇴원이 거부되고, 대신 보호자의 의한 '보호입원'으로 변경된 사례 등을 우려하며, ▲비자발적 입원 관련 법률을 개정할 것을 권고했다. 또한 ▲입원적합성심사를 대면 중심으로 진행하고, ▲정신장애인이 독립적이고 비밀이 보장되는 접근 가능한 이의제기 매커니즘 확립, ▲관련 기관의 학대 혐의에 대해 즉각적이고 철저한 조사, 그리고 ▲학대 의심자에 대한 기소 및 ▲유죄로 판결되면, 행위의 심각성에 따라 처벌하고 피해자에게 효과적인 구제책을 제공할 것을 권고

01 한국 비자의입원 제도의 문제점

유엔장애인권리협약과 비자의입원

- 비자의입원은 정신장애인(심리사회적장애인)의 법적 능력을 부정하고 기본적 권리를 박탈하는 조치
- 의료적 치료 방법을 선택할 권리, 정신과 및 기타 보건·의료 전문가에 의한 강제 치료는 법 앞에서 평등할 권리에 대한 침해
- 정신의료기관 비자의입원은 기본적으로 인신구속적 성격, 감금하고 구속하는 행위 자체로 정신장애인의 의사에 반하여 자유를 박탈하는 조치, 어떠한 경우에도 정당화될 수 없음
- 정신의료기관 비자의입원시 허용되는 신체적 화학적 구속, 격리, 구금 조치는 요건을 갖추더라도 잔혹하고 비인도적이거나 굴욕적인 대우로부터의 자유 침해

➡ 장애인권리협약, 고문방지협약 등에 의하면 **정신의료에서의 강압적 조치의 폐지**를 요청

비자의입원제도의 위헌성

헌법재판소 2016. 9. 29. 선고 2014헌가9 결정 [정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청]

재판관 전원 일치 의견으로 구 정신보건법의 보호입원 조항이 신체의자유를 침해한다고 보아 위헌을 선언

…입원의 필요성이 인정되는지 여부에 대한 판단권한을 정신과전문의 1인에게 전적으로 부여함으로써 그의 자의적 판단 또는 권한의 남용 가능성을 배제하지 못하고 있는 점(…) 보호입원 제도로 말미암아 사설 응급이송단에 의한 정신질환자의 불법적 이송, 감금 또는 폭행과 같은 문제도 빈번하게 발생하고 있는 점, 보호입원 기간도 최초부터 6개월이라는 장기로 정해져 있고, 이 또한 계속적인 연장이 가능하여 보호입원이 치료의 목적보다는 격리의 목적으로 이용될 우려도 큰 점, 보호입원 절차에서 정신질환자의 권리를 보호할 수 있는 절차들을 마련하고 있지 않은 점, 기초정신보건심의회의 심사나 인신보호법상 구제청구만으로는 위법·부당한 보호입원에 대한 충분한 보호가 이루어지고 있다고 보기 어려운 점…

목적의 정당성과 수단의 적절성은 인정하나, 정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 수 있는 적절한 방안을 마련하지 아니함으로써 지나치게 기본권을 제한함 침해의 최소성과 법익의 균형성 인정 x

01 한국 비자의입원 제도의 문제점

정신건강복지법상 비자의입원제도의 개정

2016. 5. 19. 헌법재판소 결정 전, 국회 구 정신보건법을 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 '정신건강복지법'이라 한다)으로 전면개정

- 입원제도 관련 동의입원제도 신설
- 보호의무자에 의한 입원 및 행정입원의 요건 강화

(보호의무자 2인 동의 정신건강의학과 전문의 2인 진단, 치료필요성 and 자·타해위험성)

- 입원적합성심사위원회 신설, 그러나 기초정신보건심의회 역할하는 정신건강심의위원회와 이원화

헌법재판소의 헌법불합치 결정 이전에개정된 것이어서 헌법재판소가 제시한 기준, 그리고 2006년 제정된 UN 장애인권리협약 등이 제시하는 국제적 기준을 담지는 못하고 있다는 비판

정신건강복지법상 입원제도 개정안 발의

- 2023. 2. 14. 보호의무자 조항 삭제, 비자의입원(보호의무자에 의한 입원, 행정입원)을 행정입원으로 일원화(기존의 보호의무자와 같이 생계를 함께하는 자 등이 행정입원을 신청할 권한), 동의입원 폐지, 절차조력인 제도 신설, 입원적합성심사위원회 및 정신건강심의위원회의 대표성 강화 등을 내용으로 하는 정신건강복지법 개정안 발의(인재근 의원안)

➡ 2024. 1. 2. 절차조력서비스 신설, 2026. 1. 3. 부터 시행

- 2025. 9. 25. 보호의무자의 보호의무 조항 삭제, 보호의무자에 의한 입원 및 동의입원 폐지, 입퇴원시 행정입원 및 입원적합성심사 제도 보완하는 내용의 정신건강복지법 개정안 발의(김예지 의원안)

01 한국 비자의입원 제도의 문제점

정신건강복지법상 비자의입원제도의 개선

- 2010년 이후 국회에서는 10년 동안(2010년~2019년) 법원이 강제입원심사를 하는 이른바 '사법입원' 관련 법안(법원이 강제입원심사를 하도록 하는 법안)이 7개나 발의
- 그러나 사법입원에 관하여, 정신건강 이해가 있고 즉시 입원 적부를 심사할 수 있을만큼의 인력 양성과 예산 확보의 어려움, 전문적 영역에서의 감정인 등의 판단을 존중하는 법원의 현실, 사회적 낙인 강화 우려 등으로 법원이 강제입원 여부를 심사하는 방식의 사법입원에 대해서는 비판이 多, 통과되지 못함

결국, 비자의 입원제도는 장기적으로 폐지되는 방향으로 가야 하나, 충분한 대안적 치료나 당사자 회복을 도울 수 있는 지역사회의 지지체계가 마련될 때까지 절차적으로 입원과정에서 당사자의 의사결정권 보장, 보호의무자 등 가족이나 의사가 아닌 국가가 강제적 입원(인신구속)에 대한 결정과 통제를 하는 방향의 개정안이 필요

02

현행 입원 및 퇴원등 심사제도의 한계

입원적합성심사위원회

입원적합성심사위원회 : 보호의무자에 의한 입원 및 행정입원에 대해 최초입원의 적부 여부를 심사하는 기관

- 국립정신병원 등에 설치되는 기관으로서 온전한 독립성·중립성을 갖춘 기관으로 보기 어려움
- 1개월 이내에 입원적합성심사를 하도록 하고 있어서, 위법·부당한 입원에 대한 즉각적인 구제 불가
- 입원적합성심사 소위원회 위원들 합의체를 구성하여 각 심사대상사건의 서면(기록)을 심사하여 다수결로 입원적합성 여부를 결정하는 방식, 회의 당 심사 건이 많아 실질적 심사 불가능, 형식적 서면심사
- 다수의 정신건강의학과전문의 위원 참여, 독립성, 중립성 보장이 어려움
- 소위원회 위원 구성이 소위원회 별로 상이하고 당사자 위원 등 없이 심사되는 경우도 있음
- 입원 환자에 대한 대면조사할 수 있으나 인력 등의 한계로 인하여 대면조사 거의 이루어지지 못함
- 절차적 기본권(변호인 선임, 대면 의견진술권, 증거 제출 등)이 충분히 보장되어 있지 못함

정신건강심사위원회

정신건강심의위원회 : 행정입원에 대한 입원 연장 및 퇴원청구 등의 심사기관

- 입원적합성심사위원회와 분리되어 지방자치단체 산하 위원회로 운영되는 문제
- 지역별로 정신건강심의위원회의 구성과 운영상 차이가 존재
- 시장·군수·구청장이 심사위원을 임명하고, 시장·군수·구청장이 의뢰한 입원 연장심사 등을 의뢰받아 입·퇴원 여부를 결정하고 있어 심사의뢰기관으로부터 독립되어 있다고 보기 어려움
- 광역정신건강심사위원회의 심의가 열리는 횟수가 매우 적고, 불복절차 기능하지 못하고 있음
- 정신건강심사위원회가 높은 비율로 입원연장결정, 다수의 장기입원 환자, 치료의 필요성, 자타해위험성 등 떨어졌는데도 사회적으로 격리된 정신장애인들 양산
- 형식적 서면심사 절차적 기본권(변호인 선임, 대면 의견진술권, 증거 제출 등)이 충분히 보장되어 있지 못함

02 현행 입원 및 퇴원등
심사 제도의 한계

국가인권위원회의 권고

국가인권위원회 강제 입원심사와 관련해 보건복지부에 아래 내용 권고(2021, 정신장애인 인권보고서)

- 입원심사기관의 일원화
- 위원구성에서 중립성과 독립성 강화
- 심사방식의 대면심사로의 전환
- 입원심사결정에 대한 법원 불복기회 마련
- 심사결과의 개별 서면 통지

그밖에 국가인권위원회 여러 진정사건에서 유사한 취지의 권고, 2023년에도 국가인권위원회 정신병원에 장기간 '강제 입원'(비자의 입원) 중인 환자의 입원 연장심사는 대면심사를 원칙으로 개선할 필요가 있다고 권고

03

정신건강복지법 개정안

입원 등 심사제도개정안

- 이원화된 심사기관(입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회)의 일원화 : 정신건강심판위원회(가칭)
- 보건복지부 산하 독립적이고 중립적인 기관으로 구성(중앙정신건강심판위원회와 지방정신건강심판위원회)
- 심판위원회의 심판범위는 기존의 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회의 심사 범위
(입원등의 적합성 조사 및 심사, 입원연장심사, 퇴원청구심사, 처우개선심사, 외래치료지원심사)
- 업무 시 인권침해나 학대 사실 알게 되었을 때 즉각적으로 국가인권위원회 조사나 수사기관 신고 의무
- 심판위원회 소속 위원의 중립성과 독립성 확보를 위한 조항 (제척, 기피, 회피, 심판업무 관련 임기 보장 등)

입원 등 심사제도개정안

- 정신건강심판위원회 위원의 수는 각 관할 위원회 업무 고려하여 규모를 결정할 수 있도록 함
- 관할 지방정신건강심판위원회 총 위원 중 위원장이 지정하는 3인의 위원이 입원적합성심사(호주 심판원 제도, 대만 참심원 제도와 유사)
- 입원연장 및 퇴원 등 심사도 마찬가지로 3인의 위원이 심사
- 3인의 위원은 판사, 검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람이 주심위원, 정신건강의학과전문의, 정신질환을 경험하고 있거나 경험한 사람(단, 위원이 부족한 경우 공익적 제3자(정신건강과 인권에 관한 전문지식 또는 경험있는 사람, 정신질환자 보호와 재활을 위해 노력한 가족 등))이 할 수 있도록 함

03 정신건강복지법 개정안

입원 등 심사제도개정안

- 심사는 대면 심문 후 결정, 심문 방식은 심사대상자에게 심문기일과 장소를 통지하고 심문기일에 심사대상자가 출석할 수 있도록 하거나 심리위원이 심문기일을 정하여 정신의료기관에 방문하여 대면으로 심리
- 제한적·예외적 원격영상심문 허용
- 비자의입원시 즉각행정입원 진단을 위한 입원 기간인 2주안에 심사할 수 있도록 함
- 심문 시 입원등을 한 사람은 제38조의2에 따른 절차조력인의 조력을 받을 수 있고 변호인을 선임할 수 있음
- 입원적합성심사, 퇴원등 심사시 변호인이 없는 경우 국선 대리인 또는 보조인을 할 수 있음

※ 개정안의 상세한 내용은 별지 개정안 참고, 컨퍼런스 논의를 바탕으로 추후 수정 보완 예정

개정안의 쟁점

- 입원적부여부를 심사하는 입원적합성 심사 or 입원 여부를 결정하는 입원 등 심사?
- 중앙정신건강심판위원회의 장 임명권, 자격, 위원의 자격은?
- 독립성과 중립성을 보장하기 위해서는 독립된 기관이어야 하는데, 실무 운영의 주체?
- 3인의 심판위원을 어떻게 구성할 것인지? 재판부와 같이 자동 배정될 수 있는 구성?
- 입원적부심사, 퇴원등심사, 입원 등 연장심사의 기간(3일, 14일, 한달)
- 국선변호인 또는 절차조력인 등 절차적 권리 보장의 정도와 방법
- 입원 기간 (2개월 이내, 1회 한하여 2개월 연장)

03 정신건강복지법 개정안

권익옹호로의 방향성

- 2026. 1. 정신건강복지법 절차조력인 및 공공후견 관련 조항이 개정된 이후, 입원한 당사자에 대한 절차조력인의 면회 절차가 수월해지고, 절차조력인의 도움을 받아 인신구제청구를 하는 사례가 느는 등 현장의 변화 관찰
- 엄밀하게 입원등, 퇴원등 심사 기구를 정신건강심판위원회(또는 심판원)으로 개선하는 것은 신체적 자유를 제한하는 비자의입원 절차를 중립적이고 객관적으로 판단하는 준사법적 절차 구성, 공정하고 투명하게 절차가 이루어질 수 있도록 국가의 통제를 강화하는 의미, 부당한 인신구속과 기본권 침해 예방
- 비자의입원 절차에서의 절차적 권리(대면진술권, 변호인, 절차조력인의 조력권 등)을 보장하는 것은 당사자가 본인의 권리와 이익을 대변할 수 있도록 하는 권익옹호적 측면이 있음
- 장기적으로는 독자적인 권익옹호체계, 당사자에 대한 학대와 차별, 부당한 처우 등에 대응하는 기관 필요
- 정신의료기관 모니터링, 감독하고 시정을 위해 필요한 적절한 조치를 취할 수 있는 행정적 관리감독체계 필

감 사 합 니 다

Thank you ☺

/

정제형 변호사

법무법인 이공

<표> 정신건강복지법 입원적합성심사위원회 등 개정안	
현 행	개 정 안
제38조의2(절차조력) ① 국가 및 지방자치단체는 정신질환자등이 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 정신건강증진시설에서 퇴원등을 할 때 정신질환자등의 의사가 충실히 전달되고 반영될 수 있도록 도와주는 절차조력서비스를 제공할 수 있다. ② 절차조력인은 정신질환자등의 입원등 및 퇴원등의 과정에서 정신질환자등의 동의를 받아 다음 각 호의 행위를 할 수 있다. 1. 입원등 또는 퇴원등 절차와 관련한 서류작성 및 정신질환자등의 의견개진 보조 2. 입원적합성심사, 퇴원등 또는 처우개선 심사 등 입원등·퇴원등 관련 심사에 참여하여 정신질환자등의 의사소통 조력 및 의견개진 보조 3. 제55조에 따른 퇴원등 또는 처우개선 심사의 청구,「인신보호법」에 따른 구제청구 등 각종 신청행위의 보조 4. 정신질환자등의 통신 및 면회 보조 5. 정신질환자등의 의료나 그 밖의 신상에 관한 자료 열람 및 수령. 이 경우 의료에 관한 자료를 열람하거나 수령할 때에는「의료법」제21조 제3항 제2호에 따른 요건에 해당하는 경우로 한정하며, 그 밖의 신상에 관한 자료를 열람하거나 수령할 때에는 명시적인 위임을 받은 경우로 한정한다. 6. 그 밖에 정신질환자등의 의사결정지원과 권리보장을 위하여 보건	제38조의2(절차조력) ① 국가 및 지방자치단체는 정신질환자등이 정신건강증진시설에 입원등을 하거나 정신건강증진시설에서 퇴원등을 할 때 정신질환자등의 의사가 충실히 전달되고 반영될 수 있도록 도와주는 절차조력서비스를 제공하여야 한다. 다만, 정신질환자등이 서비스를 이용하지 않겠다는 명시적인 의사를 표현한 경우에는 서비스를 제공하지 않을 수 있다. ② 절차조력인은 정신질환자등의 입원등 및 퇴원등의 과정에서 정신질환자등의 동의를 받아 다음 각 호의 행위를 할 수 있다. 1. 입원등 또는 퇴원등 절차와 관련한 서류작성 및 정신질환자등의 의견개진 보조 2. 입원적합성심사, 퇴원등 또는 처우개선 심사 등 입원등·퇴원등 관련 심사에 참여하여 정신질환자등의 의사소통 조력 및 의견개진 보조 3. 제55조에 따른 퇴원등 또는 처우개선 심사의 청구,「인신보호법」에따 른 구제청구 등 각종 신청행위의 보조 4. 정신질환자등의 통신 및 면회 보조 5. 정신의료기관의 약물치료 및 신체적 제한에 대하여 정신질환자등의 의견개진 보조 6. 정신질환자등의 의료나 그 밖의 신상에 관한 자료 열람 및 수령. 이 경우 의료에 관한 자료를 열람하거나 수령할 때에는「의료법」제

복지부령으로 정하는 행위	21조 제3항 제2호에 따른 요건에 해당하는 경우로 한정하며, 그 밖의 신상에 관한 자료를 열람하거나 수령할 때에는 명시적인 위임을 받은 경우로 한정한다. 7. 그 밖에 정신질환자등의 의사결정지원과 권리보장을 위하여 보건복지부령으로 정하는 행위
제43조(보호의무자에 의한 입원등) ①~④(생략) ⑤ 제4항에 따른 입원등의 기간은 최초로 입원등을 한 날부터 3개월 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 구분에 따라 입원등의 기간을 연장할 수 있다. 1. 3개월 이후의 1차 입원등 기간 연장: 3개월 이내 2. 제1호에 따른 1차 입원등 기간 연장 이후의 입원등 기간 연장: 매 입원등 기간 연장 시마다 6개월 이내 ⑥ 정신의료기관등의 장은 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우에만 제5항 각 호에 따른 입원등 기간의 연장을 할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원등 기간을 연장할 때마다 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 기간 이내에 그 연장에 대한 심사를 청구하여야 한다. 1. 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의(제21조 또는 제22조에 따른 국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과 전문의가 1명 이상 포함되어야 한다)가 입원등 기간을 연장하여 치료	제43조(보호의무자에 의한 입원등) ①~④(기존과 동일, 생략) ⑤ 제4항에 따른 입원등의 기간은 최초로 입원등을 한 날부터 2개월 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 구분에 따라 입원등의 기간을 연장할 수 있다. 1. 3개월 이후의 1차 입원등 기간 연장: 2개월 이내 ⑥ 정신의료기관등의 장은 다음 각 호의 모두에 해당하는 경우에만 제5항 각 호에 따른 입원등 기간의 연장을 할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 입원등 기간을 연장할 때마다 관할 지방정신건강심판위원회에 입원기간 만료일 1개월이 되는 날로부터 만료일 전 14일이 되는 날까지의 기간 이내에 그 연장에 대한 심사를 청구하여야 한다. 1. 서로 다른 정신의료기관등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과전문의(제21조 또는 제22조에 따른 국립·공립의 정신의료기관등 또는 보건복지부장관이 지정하는 정신의료기관등에 소속된 정신건강의학과 전문의가 1명 이상 포함되어야 한다)가 입원등 기간을 연장하여 치료할 필요가 있다고 일치된 진단을 하는 경우

할 필요가 있다고 일치된 진단을 하는 경우 2. 제1항에 따른 보호의무자(이하 "신청 보호의무자"라 한다) 2명 이상(제1항에 따른 입원등 신청 시 신청 보호의무자가 1명만 있었던 경우에는 1명으로 한다)이 제5항에 따른 입원등의 기간 연장에 대한 동의서를 제출한 경우 ⑦ 정신의료기관등의 장은 제6항에 따른 입원등 기간 연장의 심사 청구에 대하여 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 제59조(제61조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)에 따라 퇴원등 또는 임시 퇴원등(일시적으로 퇴원등을 시킨 후 일정 기간이 지난 후 다시 입원등 여부를 결정하는 조치를 말한다. 이하 같다) 명령의 통지를 받은 경우에는 해당 정신질환자를 지체 없이 퇴원등 또는 임시 퇴원등을 시켜야 한다. ⑧ ~ ⑨ (생략) ⑩ 정신의료기관등의 장은 제9항 본문에 따라 입원등을 한 사람을 퇴원등을 시켰을 때에는 지체 없이 보호의무자에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 하고, 제9항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원등을 신청한 보호의무자에게 그 거부 사실 및 사유와 제55조에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다. ⑪ (생략)	2. 제1항에 따른 보호의무자(이하 "신청 보호의무자"라 한다) 2명 이상(제1항에 따른 입원등 신청 시 신청 보호의무자가 1명만 있었던 경우에는 1명으로 한다)이 제5항에 따른 입원등의 기간 연장에 대한 동의서를 제출한 경우 ⑦ 정신의료기관등의 장은 제6항에 따른 입원등 기간 연장의 심사 청구에 대하여 관할 지방정신건강심판위원회 위원장으로부터 제48조의2 제6항에 따라 퇴원등 또는 임시 퇴원등(일시적으로 퇴원등을 시킨 후 일정 기간이 지난 후 다시 입원등 여부를 결정하는 조치를 말한다. 이하 같다) 명령의 통지를 받은 경우에는 해당 정신질환자를 지체 없이 퇴원등 또는 임시 퇴원등을 시켜야 한다. ⑧ ~ ⑨ (기존과 동일, 생략) ⑩ 정신의료기관등의 장은 제9항 본문에 따라 입원등을 한 사람을 퇴원등을 시켰을 때에는 지체 없이 보호의무자에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 하고, 제9항 단서에 따라 퇴원등을 거부하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원등을 신청한 보호의무자에게 그 거부 사실 및 사유와 제48조의2 제1항에 따라 퇴원등의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다. ⑪ (기존과 동일, 생략)
제45조(입원등의 입원적합성심사위원회 신고 등) ① 제43조 또는 제	제45조(입원등의 정신건강심판위원회 신고 등) ① 제43조 또는 제44

44조에 따라 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 입원등을 시킨 즉시 입원등을 한 사람에게 입원등의 사유 및 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 의하여 입원적합성심사를 받게 된다는 사실을 구두 및 서면으로 알려야 한다. ② 제1항에 따른 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 날부터 24시간 이내에 제46조에 따른 입원적합성심사위원회에 입원등을 한 사람의 주민등록번호를 포함한 인적사항, 입원등 일자, 진단명, 입원등 필요성, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 신고하여야 한다.	조에 따라 입원등을 시키고 있는 정신의료기관등의 장은 입원등을 시킨 즉시 입원등을 한 사람에게 입원등의 사유 및 제46조에 따른 관할 지방정신건강심판위원회에 의하여 입원적합성심사를 받게 된다는 사실을 구두 및 서면으로 알려야 한다. ② 제1항에 따른 정신의료기관등의 장은 입원등을 한 날부터 24시간 이내에 제46조에 따른 관할 지방정신건강심판위원회에 입원등을 한 사람의 주민등록번호를 포함한 인적사항, 입원등 일자, 진단명, 입원등 필요성, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항을 신고하여야 한다.
제46조(입원적합성심사위원회의 설치 및 운영 등) ① 보건복지부장관은 제43조 및 제44조에 따른 입원등의 적합성을 심사하기 위하여 제21조에 따른 각 국립정신병원 등 대통령령으로 정하는 기관(이하 "국립정신병원등"이라 한다) 안에 입원적합성심사위원회를 설치하며, 각 국립정신병원등의 심사대상 관할 지역은 대통령령으로 정한다. ② 입원적합성심사위원회는 입원심사소위원회를 설치하여 제43조 및 제44조에 따른 입원등에 대한 적합성 여부를 심사하여야 한다. ③ 입원적합성심사위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 각 국립정신병원등의 장으로 하며, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다. 1. 정신건강의학과전문의 2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람 3. 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원	제46조(정신건강심판위원회의 설치 및 운영 등) ① 보건복지부장관은 다음 각호에 따른 업무를 수행하기 위하여 정신건강심판위원회를 설치하며, 정신건강심판위원회는 중앙정신건강심판위원회와 지방정신건강심판위원회로 구분한다. 1. 제43조 또는 제44조에 따른 입원등의 적합성 조사 및 심사에 관한 업무 2. 제48조의2 제1항에 따른 퇴원등 심사에 관한 업무 3. 제48조의2 제1항에 따른 처우개선 심사에 관한 업무 4. 제43조 제6항 및 제62조 제2항에 따른 입원등 기간 연장 심사에 관한 업무 5. 제64조에 따른 외래치료지원 결정에 관한 업무 6. 그밖에 다른 법률이나 보건복지부령에서 정신건강심판위원회의 소관으로 정하는 업무 ② 중앙정신건강심판위원회는 지방정신건강심판위원회의 처분에 대한

4. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족 5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람 가. 정신건강증진시설의 설치·운영자 나.「고등교육법」 제2조에 따른 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람 다. 정신질환을 치료하고 회복한 사람 라. 그 밖에 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람 ④ 입원심사소위원회는 5명 이상 15명 이내의 위원으로 구성하고, 입원적합성심사위원회 위원 중 위원장이 임명 또는 위촉한다. ⑤ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회는 월 1회 이상 회의를 개최하여야 한다. 다만, 심사 사항이 없는 달에는 그러하지 아니하다. ⑥ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 위원의 임기는 2년으로 하되, 연임할 수 있다. ⑦ 입원적합성심사위원회에는 간사 1명을 두되, 간사는 위원장이 해당 국립정신병원등 소속 직원 중에서 지명한다. ⑧ 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 구성, 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	재심사사건 및 다른 법률에서 그 권한에 속하는 것으로 규정된 사건을 관장한다. ③ 지방정신건강심판위원회의 명칭·위치 및 관할구역은 대통령령으로 정하고 해당 관할구역에서 발생하는 사건을 관장하되, 둘 이상의 관할구역에 걸친 사건은 입원등을 한 사람의 소재지를 관할하는 지방정신건강심판위원회에서 관장한다. ④ 중앙정신건강심판위원회 위원장은 제2항에 따른 당해 정신건강증진시설의 소재지를 관할하는 지방정신건강심판위원회에서 처리하기 곤란한 사정이 있는 경우에는 직권으로 또는 관계 당사자나 지방정신건강심판위원회 위원장의 신청에 따라 지방정신건강심판위원회를 지정하여 해당 사건을 처리하게 할 수 있다. ⑤ 중앙정신건강심판위원회는 중앙정신건강심판위원회, 지방정신건강심판위원회의 운영, 위원회가 처리하는 사건의 지정방법 및 조사관이 처리하는 사건의 지정방법, 그 밖에 위원회 운영에 필요한 사항 등을 정할 수 있다. ⑥<신설> 정신건강심판위원회는 제1항 각호에 따른 업무를 수행하며 정신질환자에 대한 인권침해 행위를 알게 되었을 때에는 국가인권위원회에 조사를 요청하여야 하고, 정신질환자에 대한 학대 등 범죄를 알게 된 때에는 수사기관에 신고하여야 한다.
<신설>	제46조의2(정신건강심판위원회 위원의 구성) ① 정신건강심판위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성한다. 위원장은 보건복지부장관이 임

	명하고, 위원은 위원장의 추천으로 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하되 다음 각 호에 해당하는 사람 중 각각 1명 이상을 포함하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 정신질환자 단체의 의견을 청취할 수 있다. 1. 정신건강의학과전문의 2. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람 3. 정신질환을 경험하고 있거나 경험한 사람 4. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 정신건강에 관한 전문지식과 경험을 가진 사람 가.「고등교육법」 제2조에 따른 학교에서 심리학·간호학·사회복지학 또는 사회사업학을 가르치는 전임강사 이상의 직에 있는 사람 나. 정신질환자의 보호와 재활을 위하여 노력한 정신질환자의 가족 다. 그 밖에 정신건강 관계 공무원, 인권전문가 등 정신건강과 인권에 관한 전문지식과 경험이 있다고 인정되는 사람 ② 정신건강심판위원회 위원의 수는 위원장을 포함하여 20명 이상 70명 이하의 범위에서 정신건강심판위원회의 업무량을 고려하여 대통령령으로 정한다. ③ 정신건강심판위원회 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. ④ 정신건강심판위원회 위원이 궐위(闕位)된 경우 보궐위원의 임기는 전임자 임기의 남은 기간으로 한다. 다만, 정신건강심판위원회 위원장 또는 상임위원이 궐위되어 후임자를 임명한 경우 후임자의 임기는 새로 시작된다.

	⑤ 임기가 끝난 정신건강심판위원회 위원은 후임자가 위촉될 때까지 계속 그 직무를 집행한다. ⑥ 그밖에 정신건강심판위원회 위원 및 위원장의 추천절차, 그 밖에 위원과 위원장의 위촉, 위원의 처우에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제47조(입원적합성심사위원회의 심사 및 심사결과 통지 등) ① 입원적합성심사위원회의 위원장은 제45조제2항에 따라 신고된 입원등을 입원심사소위원회에 회부하여야 하고, 입원등을 한 사람이 피후견인인 경우에는 관할 가정법원에 입원 사실 등을 통지하여야 한다. ② 입원심사소위원회는 제1항에 따라 회부된 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사결과를 입원적합성심사위원회의 위원장에게 보고하여야 한다. 이 경우 입원등을 한 사람은 입원심사소위원회에 의견을 진술할 수 있다. ③ 입원적합성심사위원회의 위원장은 최초로 입원등을 한 날부터 1개월 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. ④ 정신의료기관등의 장은 제3항에 따라 입원등의 부적합 통지를 받은 경우에는 해당 입원등을 한 사람을 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다. ⑤ 제1항 및 제2항에 따른 입원심사소위원회의 개최·심사·보고 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	제47조(정신건강심판위원회의 입원심사 및 심사결과 통지 등) ① 정신건강심판위원회의 위원장은 제45조 제2항에 따른 입원등 신고가 있을 시 지체없이 위원 중 3인을 심리위원으로 배정하여 신고된 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하도록 하고, 입원등을 한 사람이 피후견인인 경우에는 관할 가정법원에 입원 사실 등을 통지하여야 한다. ② 정신건강심판위원회의 위원장은 위원 중 제46조의2 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 위원을 각 1인씩 심리위원으로 배정하여야 하고, 제3호의 위원이 부족한 경우 제46조의2 제1항 제4호의 위원을 심리위원으로 배정할 수 있다. 주심위원은 제46조의2 제1항 제2호에 따른 위원으로 한다. ③ 심리위원은 제1항에 따라 회부된 입원등에 대하여 입원등을 한 사람 및 정신의료기관의 장을 최초로 입원등을 한날로부터 14일 이내에 심문하고 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 심사하여 그 심사결과를 정신건강심판위원회의 위원장에게 보고하여야 한다. ④ 제3항에 따른 심문을 할 때 입원등을 한 사람은 제38조의2에 따른 절차조력인의 조력을 받을 수 있고 변호인을 선임할 수 있다. 이

	경우 정신의료기관등의 장은 절차조력인과 변호인이 입원등을 한 사람과 통신 또는 면담을 요청할 때 협조해야 한다. ⑤ 3항에 따라 심문을 하는 때에는 심사대상자에게 심문기일과 장소를 통지하고 심문기일에 심사대상자가 출석할 수 있도록 하거나 심리위원이 심문기일을 정하여 정신의료기관에 방문하여 대면으로 심리한다. 이 경우 제45조제2항에 따라 신고한 정신의료기관등의 장은 심사대상자가 입원심사를 받을 수 있도록 협조하여야 한다. ⑥ 중증정신질환자의 건강상 문제 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 대면심문이 어렵다고 인정되는 경우에 한하여 동영상과 음성을 동시에 송수신하는 장치를 이용한 원격영상심문을 진행할 수 있다. ⑦ 관할 지방정신건강심판위원회 위원장은 제3항에 따른 심사결과를 보고받으면 지체없이 최초로 입원등을 한 날부터 14일 이내에 정신의료기관등의 장에게 입원등의 적합 또는 부적합 여부를 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 통지의 방법과 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. ⑧ 관할 지방정신건강심판위원회 위원장은 제7항에 따라 입원등의 부적합 여부를 통지하는 경우 제64조에 따른 외래치료지원을 결정하여 통지할 수 있다. ⑨ 정신의료기관등의 장은 제7항에 따라 입원등의 부적합 통지를 받은 경우에는 해당 입원등을 한 사람을 지체 없이 퇴원등을 시켜야 한다. ⑨ 그 밖에 심문·심사·보고 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한

	다.
제48조(입원적합성의 조사) ① 입원적합성심사위원회의 위원장은 제47조제1항에 따라 입원심사소위원회에 회부하기 전에 입원등을 한 사람이 대면조사를 신청하거나 입원등의 적합성이 의심되는 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 직권으로 그 국립정신병원등의 소속 직원(이하 "조사원"이라 한다)에게 해당 정신의료기관등을 출입하여 입원등을 한 사람을 직접 면담하고 입원등의 적합성, 퇴원등의 필요성 여부를 조사하게 할 수 있다. ② 제1항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 해당 정신의료기관등의 장에게 다음 각 호의 사항을 요구할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 이에 협조하여야 한다. 1. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람 및 정신의료기관등의 종사자와의 면담 2. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람의 진료기록 및 입원등의 기록의 제출 3. 정신의료기관등에의 출입 및 현장확인 4. 그 밖에 입원등 적합성을 확인하기 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항 ③ 제1항 및 제2항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 조사대상자에게 보여주어야 한다. ④ 제1항 및 제2항에 따른 조사원의 자격, 정신의료기관등에의 출입,	제48조(입원적합성의 조사 및 심사) ① 정신건강심판위원회의 위원장은 제47조 제1항에 따른 입원적합성심사 및 제48조의2 퇴원등심사시 원격영상심문 등을 하거나 보완조사가 필요한 경우 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 정신건강심판위원회등의 소속 직원(이하 "조사원"이라 한다)에게 해당 정신의료기관등을 출입하여 입원등을 한 사람을 직접 면담하고 입원등의 적합성, 퇴원등의 필요성 여부를 조사하게 할 수 있다. ② 제1항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 해당 정신의료기관등의 장에게 다음 각 호의 사항을 요구할 수 있다. 이 경우 정신의료기관등의 장은 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 이에 협조하여야 한다. 1. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람 및 정신의료기관등의 종사자와의 면담 2. 정신의료기관등에 입원등을 한 사람의 진료기록 및 입원등의 기록의 제출 3. 정신의료기관등에의 출입 및 현장확인 4. 그 밖에 입원등 적합성을 확인하기 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항 ③ 제1항 및 제2항에 따라 조사를 수행하는 조사원은 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 조사대상자에게 보여주어야 한다. ④ <신설> 제2항 제1호에 따른 면담을 할 때에는 입원등을 한 사람

면담 등 조사 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	은 제38조의2에 따른 절차조력인과 변호인의 조력을 받을 수 있다. ④ 제1항 및 제2항에 따른 조사원의 자격, 정신의료기관등에의 출입, 면담 등 조사 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제55조(퇴원등 또는 처우개선 심사의 청구) ① 정신의료기관등에 입원등을 하고 있는 사람 또는 그 보호의무자는 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 입원등을 하고 있는 사람의 퇴원등 또는 처우개선(제76조에 따른 작업치료의 적정성 여부를 포함한다. 이하 같다)에 대한 심사를 청구할 수 있다. <개정 2020. 4. 7.> ② 제1항에 따른 청구절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 제57조(퇴원등 또는 처우개선의 심사) ① 정신건강심의위원회가 제56조에 따른 회부를 받았을 때에는 지체 없이 이를 정신건강심사위원회에서 심사하여 그 결과를 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다. ② 정신건강심사위원회가 제1항에 따라 심사를 할 때에는 심사 대상자 및 심사 대상자가 입원등을 하고 있는 정신의료기관등의 장의 의견을 들어야 한다. 다만, 제55조제1항에 따른 처우개선에 관한 사항의 심사를 할 때에는 그 의견을 듣지 아니할 수 있다. ③ 정신건강심사위원회가 제1항에 따라 심사를 할 때에는 「의료법」 제21조에도 불구하고 정신의료기관등의 장이나 심사 대상자 또는 그 보호의무자에게 진료기록부와 제30조제1항 각 호에 해당하는 기록의	제48조의2(퇴원등 또는 처우개선의 심사) ① 정신의료기관등에 입원등을 하고 있는 사람 또는 그 보호의무자는 대통령령에 따라 관할 지방정신건강심판위원회의 위원장에게 입원등을 하고 있는 사람의 퇴원등 또는 처우개선(제76조에 따른 작업치료의 적정성 여부를 포함한다. 이하 같다)에 대한 심사를 청구할 수 있다. ② 정신건강심판위원회의 위원장은 제1항에 따라 퇴원등 심사 청구가 신고된 경우 지체없이 위원 중 3인을 심리위원으로 배정하여 심사하도록 한다. ③ 퇴원등 또는 처우개선 심사시 심리위원의 배정, 심문의 방법 및 기간 등은 제47조 제2항, 제3항, 제4항, 제5항, 제6항을 준용한다. ④ 지방정신건강심판위원회가 제2항에 따라 심사를 할 때에는 「의료법」 제21조에도 불구하고 정신의료기관등의 장이나 심사대상자 또는 그 보호의무자에게 진료기록부와 제30조제1항 각 호에 해당하는 기록의 제출을 요구할 수 있다. ⑤ 제4항에 따라 심리위원으로부터 보고를 받은 정신건강심판위원회 위원장은 심사 청구를 접수한 날부터 14일 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

제출을 요구할 수 있다. 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. <개정 2019. 4. 23.> 1. 퇴원등 또는 임시 퇴원등 명령 2. 처우개선을 위하여 필요한 조치 명령 3. 3개월 이내 재심사 4. 다른 정신의료기관등으로의 이송 5. 제41조의 자의입원등 또는 제42조의 동의입원등으로의 전환 6. 제64조에 따른 외래치료 지원 7. 입원등 기간 연장 결정 8. 계속 입원등 결정 ② 제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의는 정신건강의학과전문의가 그 사람의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 청구 또는 동의로 갈음할 수 있다. ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에도 불구하고 부득이한 사유로 같은 항 각 호 외의 부분 전단에 따른 기	사람의 청구 또는 동의가 있는 경우에 한정하여 할 수 있다. 1. 퇴원등 또는 임시 퇴원등 명령 2. 처우개선을 위하여 필요한 조치 명령 3. <삭제> 4. 다른 정신의료기관등으로의 이송 5. 제41조의 자의입원등 또는 제42조의 동의입원등으로의 전환 6. 제64조에 따른 외래치료 지원 7. 입원등 기간 연장 결정 8. 계속 입원등 결정 ⑥ 제5항 각 호 외의 부분 후단에 따른 입원등을 하고 있는 사람의 청구 또는 동의는 정신건강의학과전문의가 그 사람의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 청구 또는 동의로 갈음할 수 있다. ⑦ 지방정신건강심판위원회의 위원장은 제5항에도 불구하고 부득이한 사유로 같은 항 각 호 외의 부분 전단에 따른 기간 내에 명령 또는 결정을 하지 못할 때에는 7일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다. ⑧ 지방정신건강심판위원회의 위원장은 제43조 제6항 및 제48조의2에 따른 심사 청구를 한 사람, 해당 정신질환자 및 해당 정신의료기관등의 장에게 지체없이 제5항에 따른 명령 또는 결정의 내용을 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 제7항에 해당하는 경우에는 기간 연장의 사유와 그 기간을 통지하여야 한다.

간 내에 명령 또는 결정을 하지 못할 때에는 10일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다. ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제43조제6항 및 제55조제1항에 따른 심사 청구를 한 사람, 해당 정신질환자 및 해당 정신의료기관등의 장에게 지체 없이 제1항에 따른 명령 또는 결정의 내용을 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 제3항에 해당하는 경우에는 기간 연장의 사유와 그 기간을 통지하여야 한다.	
	제48조의3(입원등 기간 연장심사) ① 관할 지방정신건강심판위원회는 제43조 제6항 및 제62조 제2항에 따라 입원등을 하고 있는 사람에 대한 입원등 연장 여부를 심사하여 입원등 기간을 연장 결정할 수 있다. ② 입원등 기간 연장심사의 심사 기간 및 방법에 대해서는 제47조 제2항, 제3항, 제4항, 제5항, 제6항을 준용한다. ③ 지방정신건강심판위원회의 위원장은 해당 정신질환자 및 해당 정신의료기관등의 장에게 지체없이 입원등 기간 연장심사 결정의 내용을 서면으로 통지하여야 한다.
<신설>	제48조의4(국선변호인의 선임) ① 입원등의 한 사람이 제47조에 따른 입원적합성심사 및 제48조의2에 따른 퇴원등 심사, 제48조의3에 따른 입원등 기간 연장 심사 시 변호인이 없는 때에 정신건강심판위원회는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요하다고 인정될 경우 직권에 의하거나 입원등을 한 사람 또는 보호의무자의 신청에 따라 변호인을 선

	정하여야 한다. ② 제1항에 따라 선임된 국선변호인은 입원등을 한 사람과 보호의무자 등의 의견을 청취하여 입원등을 한 사람의 의사에 따라 성실히 변호해야 한다. ③ 제1항에 따라 선정된 변호인에게 지급하는 비용에 대하여는 「형사소송비용 등에 관한 법률」을 준용한다.
제49조(입원적합성심사위원회 위원 등의 제척) 제46조 및 제47조에 따른 입원적합성심사위원회 및 입원심사소위원회의 입원등의 심사에서 심사 대상이 되는 사람이 입원등을 하고 있는 정신의료기관등에 소속된 위원은 제척(除斥)된다.	제49조(정신건강심판위원회 위원 등의 제척) 제47조에 따른 입원적합성심사 및 제48조의2에 따른 퇴원등 또는 처우개선 심사, 제48조의3에 따른 입원등 기간 연장 심사에서 심사 대상이 되는 사람이 입원등을 하고 있는 정신의료기관등에 소속된 위원과 그 사람의 입원 등을 결정한 위원은 제척(除斥)된다. ② 퇴원등 또는 처우개선 심사를 청구한 자는 정신건강심판위원회의 위원에게 공정한 심사를 기대하기 어려운 사정이 있는 경우에는 위원회에 기피 신청을 할 수 있고, 위원회는 이를 결정한다. 이 경우 기피 신청의 대상인 위원은 그 심사에 참여하지 못한다. ③ 제1항에 따른 제척 사유에 해당하는 위원은 스스로 해당 안건의 심사에서 회피(回避)하여야 한다.
제62조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원의 해제) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제44조제7항에 따라 입원한 정신질환자에 대하여 최초로 입원을 한 날부터 3개월 이내에 입원을 해제하여야 하며, 입원의 해제 사실	제62조(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원의 해제) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제44조제7항에 따라 입원한 정신질환자에 대하여 최초로 입원을 한 날부터 2개월 이내에 입원을 해제하여야 하며, 입원의 해제 사실

을 그 정신질환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 그 정신의료기관의 장은 지체 없이 그 정신질환자를 퇴원시켜야 한다. ② 제1항에도 불구하고 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 2명 이상의 정신건강의학과전문의가 진단하고 소관 정신건강심사위원회에서 심사한 결과 그 정신질환자가 퇴원할 경우 정신질환으로 인하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 명백하다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 입원등의 기간을 연장할 수 있다. 1. 제1항에 따른 3개월 이후의 1차 입원 기간 연장: 3개월 이내 2. 제1호에 따른 1차 입원 기간 연장 이후의 입원 기간 연장: 매 입원 기간 연장 시마다 6개월 이내 ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 입원 기간을 연장하여 정신질환자를 입원시켰을 때에는 그 정신질환자와 보호의무자 또는 그 사람을 보호를 하고 있는 사람에게 입원 기간의 연장이 필요한 사유와 기간을 서면으로 통지하여야 한다.	을 그 정신질환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 그 정신의료기관의 장은 지체 없이 그 정신질환자를 퇴원시켜야 한다. ② 제1항의 입원 기간 만료 전, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 2명 이상의 정신건강의학과전문의의 진단을 받아 입원한 정신질환자가 계속하여 입원할 필요가 있다고 인정하는 경우, 기간 만료 14일 전까지 연장 결정을 청구하여야 한다. 연장 청구는 1회로 제한하며, 그 연장된 기간 또한 2개월을 초과할 수 없다. ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 관할 지역 정신건강심판위원회에서 심사한 결과 그 정신질환자가 퇴원할 경우 정신질환으로 인하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 명백하다고 인정되는 경우에는 입원등의 기간을 연장할 수 있다. ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 입원 기간을 연장하여 정신질환자를 입원시켰을 때에는 그 정신질환자와 보호의무자 또는 그 사람을 보호를 하고 있는 사람에게 입원 기간의 연장이 필요한 사유와 기간을 서면으로 통지하여야 한다.
제64조(외래치료 지원 등) ① ~ ② (생략) ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항 및 제2항에 따른 외래치료 지원의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심사위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자를 지원할 수 있다.	제64조(외래치료 지원 등) ① ~ ② (기존과 동일, 생략) ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항 및 제2항에 따른 외래치료 지원의 청구를 받았을 때에는 관할 지방정신건강심판위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자를 지원할 수 있다.

④ ~ ⑦ (생략) ⑧ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제3항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람에 대하여 정신건강의학과전문의가 치료 기간의 연장이 필요하다고 진단하는 경우에는 소관 정신건강심사위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료 지원을 연장할 수 있다. ⑨~⑩ (생략)	④ ~ ⑦ (기존과 동일, 생략) ⑧ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제3항에 따라 외래치료 지원 결정을 받은 사람에 대하여 정신건강의학과전문의가 치료 기간의 연장이 필요하다고 진단하는 경우에는 관할 지방정신건강심판위원회의 심사를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료 지원을 연장할 수 있다. ⑨~⑩ (기존과 동일, 생략)

지정토론

이한결 대표
경기우리도

인권을 말할 때, 덜 침해적인 것은 존재할 수 없다.

안녕하세요. 사단법인 경기우리도 이사장, 이한결입니다.

심리사회적 장애인의 권리는 한국 뿐아니라 여러 국가에서 제한되어 왔습니다. 그 권리 침탈의 역사 속에서 장애계는 유엔 장애인권리협약 등 국제조약을 통해 탈취 당한 권리에 대해 이야기하기 시작했습니다.

심리사회적 장애인의 권리는 위기 상황을 포함하여 예외적 상황에서도 보장되어야 합니다. 권리를 보장하는데 있어, 덜 침해적인 것은 허용될 수 없습니다. 예를 들면 COVID-19 상황에서 가장 취약했던 것은 심리사회적 장애인이었습니다. 당시 최초 사망자는 20년간 정신병원에 수용된 상태였으며, 몸무게는 40kg 남짓이었습니다. 해당 병원에서만 100여명이 집단감염 되었고 사망자가 속출했습니다. 정부 대응은 감염된 사람들을 또 다른 정신병원으로 분산수용 하는 것이었습니다.

저를 포함하여 한국의 심리사회적 장애인들은 강제 치료 및 입원에 대해 저항을 해왔습니다. 비자발적 입원을 폐지하기 위해 국회의원과 함께 보호의무자에 의한 입원을 폐지하는 안을 발의하기도 하였고, 병동 내에서 이루어지는 기계적 강박을 원천적으로 차단하는 법안을 발의하기도 하였습니다. 우리는 유엔 장애인권리협약에 따른 건강권의 측면에서 고지된 동의에 따른 치료와 질이 높은 서비스를 요구해왔습니다. 많은 변화를 이끌지 못하였으나 그래도 진일보한 결과들을 만들어낼 수 있었습니다. 예를 들면, 병원이 아닌 지역사회에서 위기에 대한 지원을 교환하는 동료지원쉼터, 비강압적 방식으로서의 오픈 다이얼로그 도입, 동료지원인 법적 지위 확보, 절차조력 서비스, 사전의료의향서 논의 등입니다.

그러나 한국사회를 포함하여 많은 국가들이 여전히 심리사회적 장애를 이유로 신체의 자유를 박탈하고, 지역사회에서 살 권리를 제한하고 있습니다.
한국의 심리사회적 장애인 단체는 의료적 모델에서 벗어나 인권 모델로 나아가기 위해 고군분투하고 있습니다. 우리는 보호의무자에 의한 입원, 동의입원 등을 폐지하고 궁극적으로는 모든 형태의 장애를 이유로 한 입원 제도를 폐지하는 것을 목표하고 있습니다. 그 과정에서 나오는 '법원 판단에 의한 입원', 한국에서 사법입원으로 논의되고 있는 것을 반대하고 있습니다.

<사진 1>

사법입원 제도를 도입하려는 주류 사회의 움직임과 저항하는 심리사회적 장애인 단체

2023년 8월, 심리사회적 장애와 범죄를 연관시켜 사법입원 제도를 도입하려는 움직임에 저항	2025년 10월, 국회에서 사법입원제도 도입하려는 움직임에 출석하여 저항

○ **대만**

누군가는 사법 입원이 지금보다 인권을 보장하는 방법이라고 이야기합니다. 하지만 저는 인권을 말할 때, 덜 침해적인 방식은 존재할 수 없음을 말씀드리고자 합니다. 또 그러한 방식을 선택했을 때, 침해받는 부분이 정당화될 위험이 있다고 생각을 합니다.

그러한 측면에서 황교수님의 발제는 자유 박탈이 다양한 측면에서 권리를 제한하고 있음을 보여줍니다. 실제 한국은 국제사회를 기망하고 있습니다. 대표적인 제도가 동의입원입니다. 동의입원은 자발적 입원으로 분류되지만, 실상은 본인이 원할 때 퇴원 하지 못하는 제도로 사실상 강제 입원과 같습니다. 2024년 한국의 강제입원은 20,203건으로 36.4%라고 이야기합니다. 하지만 동의입원을 포함할 경우, 11,486건이 증가하고 비율은 약 50% 이상이 됩니다.

동의입원을 심사할 수는 없으나 보호의무자에 의한 입원과 행정입원으로 강압적인 입원 상태에 놓인 사람들의 입원 적합성을 심사하는 위원회가 존재합니다. 저는 해당 위원회에서 외로운 싸움을 해나가고 있습니다. 황 교수님께서 지적한 것과 같이 실제 입원한 사람을 만날 수 있는 기회가 0에 수렴되고 충분한 자료를 검토하고 이의를 제기할 수 있는 시간도 역부족합니다. 또한 의료적 시각으로 평가하는 9:1의 관점에서 1의 역할로 다른 이야기를 하는 것은 상당한 어려움입니다. 한편, 심사에 저와 같은 당사자가 참여하는 것도 그 자체로도 큰 어려움이 될 수는 있습니다. 그럼에도 참여하는 이유는 1명이라도 억울한 입원이었음을 이야기하는 것이 필요하다고 생각하기 때문입니다.

한편, 지역사회 치료 명령은 한국 사회에서 활성화되어 있지 않습니다. 이유는 지역사회 치료 명령에 대한 재원 부담과 절차상 번거로움, 그리고 비교적 입원이 쉽다는 측면이 지역사회 치료 명령보다는 방임 후 입원을 결정하는 것이라 예측하고 있습니다. 하지만 황교수님께서 지

적하신 것과 같이, 저는 치료 명령은 강제성을 지역사회로 확대하고 더 많은 사람들을 강압적인 방식으로 정신보건 시스템에 종속시키는 것이라 생각합니다.

황교수님이 제안주셨던 고민의 지점들은 실제 한국에서 충분한 숙의 없이 누군가 결정하면 진행될 가능성이 높습니다. 만약 우리가 힘이 부족하여 사법입원이 통과되고 또 치료명령이 활성화된다면 말씀주신 고민들을 한국에서 할 수 있도록 제안하는 것이 필요해보입니다.

○ 호주 뉴사우스웨일스주

호주와 한국이 문화적으로 많이 다름을 느낍니다. 키미야 변호사님께서 설명대로 호주는 움직이는 것처럼 느껴집니다. 예를 들면, 권리 제한에 따르는 최후의 수단적 성격, 정보 접근 및 의사결정 조력, 약물 복용의 최소량, 불복 절차 등을 보장하고 있다고 생각이 듭니다. 한국의 경우에는 이러한 것들을 굉장히 정교하게 법률로써 정의하거나 지침을 통해 규정하지 않으면 지켜지지 않습니다. 대부분의 민간 정신병원이기 때문에 수익이 되지 않는다면, 번거롭다면 이를 쉽게 무시합니다.

한편, 지난 내한 당시에도 한국에 도입할 필요성을 느낀 공식 방문관(The official visitors program)은 인상적입니다. 한국에서 개인정보보호법 때문에 도입이 제한될 수 있으나 충분히 검토할만한 제도라고 생각됩니다. 벽처럼 느껴지는 정신병원의 두꺼운 문을 열고 사람들이 오고간다는 것만으로도 인권적 개선이 많이 이루어지지 않을까 생각합니다.

한국에서도 의료계와 일부 법조계를 중심으로 사법입원 제도가 아닌, 심판원제도에 대한 논의가 있었습니다. 준사법기구로서 기능하는 것을 고려하는 방식이나 당사자단체는 그 기구에 의료인이 포함되는 것을 반대하고 있습니다.

○ 한국

정제형 변호사님은 법조계와 시민단체, 그리고 당사자단체와 함께 입법위원회 위원장으로 활동하고 계십니다. 그 안에서 심리사회적 장애인 단체의 의견과 우려를 수렴하여 국내 권익옹호 체계를 함께 만들어가고 있습니다.

국내에는 좋은 치료를 이야기하면서도 좋은 치료가 있다면 강제치료는 문제가 되지 않는다는 생각이 팽배합니다. 아무리 맛있는 음식이더라도 먹고 싶지 않는다면 그 자체로 폭행이 될 수 있습니다. 이처럼, 아무리 좋은 치료라고 할지라도 강제적인 개입의 방식을 가지고 있다면 그것은 심각한 권리침해이자 폭력이 됩니다.

이러한 심각한 권리침해 자체를 원천적으로 차단하는 방법은 강제적인 개입을 폭력으로 규정하고 이를 근절하는 것입니다. 국가들은 이를 알고 있지만 현실화하는 것은 많은 장벽에 가로막혀 있습니다. 그래서 차선책으로 법원에 의한 판단이나 별도의 위원회를 두는 방식 등 차

선책을 통해 권리침해를 조금이나마 완화하고자 하는 노력을 기울이고 있습니다. 그러다보니 아쉬운 점은 권리침해를 완화한다고 권리침해가 아니게 되는 것이 아님에도 권리침해가 아니라는 생각을 하게 될 수도 있고, 또 그러한 법률로서 규제된 절차를 거쳤으니 그 정도의 권리침해는 정당화될 위험도 가지고 있습니다.

정체형 변호사의 발표는 한국의 무지막지한 인권침해를 완화하는데 도움이 될 것으로 생각됩니다. 해당 법안이 통과되면, 강제입원을 당한 사람은 심판위원회에 하루 안에 통보하고 그 위원회는 그 사람을 대면하여 14일 이내에 입원 여부를 판단합니다. 그 과정에서 인권침해나 피해를 알게될 경우, 국가인권위원회나 수사기관에 의뢰할 수 있도록 하고 있습니다. 다만, 아쉬운 점은 이러한 위원회에 '정신건강전문의'가 포함되는 것이 적절한 것인지에 대한 의문입니다. 한국의 경우, 이미 강제입원을 하게된 경우 의사의 진단으로 입원이 필요하다는 것이 판단된 상태입니다. 도제식으로 교육이 되는 소수의 정신과 의료계 내에서 서로 다른 이야기를 하는 것은 매우 어려운 실정입니다. 따라서 굳이 정신과전문의를 포함하는 것이 어떤 도움이 될지는 고민이 필요해 보입니다.

우려되는 점은 기존의 입원적합성심사위원회에서 수행했던 기능을 수행하면서 기존의 위원들이 심판위원회에 포함될 가능성이 높아 보입니다. 기존의 입원적합성심사위원회의 2024년 소위원회 개최 건수가 930건임을 감안했을 때, 심사된 사람은 2만여명으로 예상됩니다. 그 중 퇴원한 사람은 443명으로 약 1~2%일 것으로 예상됩니다. 의사들끼리 의견이 일치하지 않아서 퇴원한 경우는 0건이었으며 '증빙서류 미비(149)', '자타해 위험성 불명확(92)', '이송과정의 적법성 불인정(66)' 등 세 가지 순입니다.

과연 기존의 인력들이 대면한다고 심리사회적 장애인의 말을 신뢰해줄까요? 인식론적 부정의와 같이 우리의 말을 신뢰할 준비가 되어 있을까요? 그렇지 않을 수도 있다는 것이 제 생각입니다. 실제 입원적합성심사위원회의 변호사, 정신건강전문요원, 간호사, 정신과전문의 등은 당사자의 표현보다는 가족이나 다른 사람의 말에 신뢰성을 높이 주는 경향이 있었습니다. 대면한다 하더라도 강제적인 개입이 이미 크나큰 인권침해이기 때문에 심리사회적 장애인의 입장에서 보수적으로 이야기를 더 잘 경청하려 들지 않을 것 같다고 생각이 듭니다. 그러면 우리는 이 개인들을 어떻게 변화시킬지도 함께 고민할 수밖에 없습니다.

이상 시간관계상 이러한 고민과 생각에 대해 발제자분들께서 간략하게나마 답변을 부탁드리며 토론 마치겠습니다. 감사합니다.

지정토론

이재성 정책위원장
대한정신장애인가족협회

보호입원제도의 문제점과 개선방향

Ⅰ. 보호입원

정신질환자의 입원제도는 환자의 치료와 사회안전을 동시에 고려해야 하는 매우 민감한 영역이다. 특히 본인의 의사와 관계없이 이루어지는 보호입원은 환자의 신체의 자유와 자기결정권을 제한할 수 있기 때문에 엄격한 법적통제와 공정한 입원 심사절차가 요구된다.

우리나라는 유엔 장애인권리협약(CRPD)에서 보호입원을 폐지하라고 권고 받았음에도 불구하고 당사자의 자기결정권과 신체의 자유을 박탈하고 장기입원과 인권침해가 지속적으로 제기되어왔으며 현재도 여전히 보호입원제도는 계속 진행되고 있다.

구 정신보건법체계에서 2017년 정신건강복지법으로 넘어오면서 보호입원제도가 대폭 개편되었고 입원적합성심사제도를 시행하게 되었으며,

현행 정신건강복지법 제43조 보호입원(보호의무자에 의한 입원)제도는 자타해 위험이 있는 정신질환자를 보호하고 치료하기 위해 마련된 제도이지만, 가족에게 지나친 책임을 전가하고 환자의 인권침해 우려와 실효성 면에서 오랫동안 사회적 논쟁의 중심에 있어왔고 특히 환자의 인권보호와 적시치료라는 두가지 가치가 격렬하게 충돌하고 있기에 꾸준히 폐지해야 한다는 비판을 받아 왔다.

따라서 현재의 보호입원제도의 문제점을 분석하고 보호입원을 최소화 내지 폐지할 수 있는 향후 개선방향을 모색하는 것은 중요한 과제라 할 수 있다.

Ⅱ. 보호입원제도 개념과 현황

1. 보호입원의 개념

현행 정신건강복지법 제43조는 보호의무자의 동의에 의한 입원을 규정하고 있다. 보호입원은 정신질환자가 치료의 필요성과 자·타해 위험성을 보일 경우 보호의무자의 신청과 전문의 진단을 통해 본인의 의사와 무관하게 강제 입원시키는 제도이다.

2. 성립요건

정신질환으로 인한 자·타해 위험성이 심각하여 입원치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의의 진단이 있어야 하고, 환자가 입원치료를 거부하는 경우, 정신건강의학과 전문의 대면진단 및 보호의무자 2인 이상의 신청을 받아 보호입원을 진행하고 있는바. 2명의 의사 소견을 받도록 되어있고 일치하지 않으면 입원할 수 없도록 하고 있다.

3, 입원 적합성 심사 제도

2017년 정신건강복지법(제46조) 시행 이후 보호입원 환자는 국가 차원의 입원적합성심사를 받도록 변경되었으며, 이는 불필요한 강제입원을 방지하기 위한 장치로 마련되었다.

이는 입원 시 권리고지를 받을 때 입원적합성심사 대면조사를 신청하면 조사원과 대면조사가 이루어지게 되며. 입원일로부터 1개월 이내에 완료되고 최초 입원기간은 3개월이며 입원기간을 연장할 필요가 있는때는 심사를 거치게 하는 제도이다.

아울러 정신질환자의 비자의 입원이 정말 필요한지를 국가가 심사위원회를 통하여 다시 확인하는 제도이며 국립정신건강센터 심사위원회에서 입원필요성, 자·타해 위험성, 입원절차 적법성. 치료지속 필요성을 심사하여 입원을 결정하고 있다.

4. 정신의료기관 입원유형별 현황

자의적 입원			비자의적 입원			응급입원		비자의입원률
자의	2023년	2024년	보호	2023년	2024년	2023년	2024년	2023년
	23,646	23,754		15,273	14,810	225	224	36.5%
동의	11,713	11,486	행정	5,039	5,393			2024년
계	35,359	35,240		20,312	20,203	225	224	36.4%

(출처: 국가데이터 처)

① 2023년 자의입원은 35,359명, 비자의 입원 20,312명으로 비자의 입원률 36.5%이고, 2024년 자의입원 35,240명으로 비자의 입원 20,203명으로 비자의 입원률 36.4%를 차지하여 거의 변동이 없으며,

보호입원은 전년에 비해 1.5%감소하고, 행정입원은 3.3% 증가함. 이는 보호입원이 장기입원이 축소되고 지역사회 치료가 확대된 연유라 할 수 있으며, 행정입원은 점점 증가추세임.

Ⅲ. 보호입원제도의 문제점

1. 환자의 자기결정권 및 인권침해와 신체자유 박탈

이는 보호입원의 문제점뿐만 아니라 비자의 입원 전부의 문제점임.

① 보호의무자 2인 이상의 동의와 의사 2인의 진단만으로 환자의 인신을 구속할 수 있어, 환자의 본인 의사에 반하는 입원이 남용될 여지가 있다.

② 입원 과정에서 환자 본인이 소명하거나 거부할 수 있는 절차적 정당성이 부족하고 권리 보장이 미흡하다.

2. 보호의무자(가족)의 과도한 부담

① 보호입원 결정을 가족이 도맡아야 하므로 가족 간의 갈등을 유발하고, 환자와 가족 간의

신뢰가 깨지며 극심한 갈등이나 천륜을 끊는 듯한 죄책감을 유발한다.
② 현대 사회의 1인 가구 증가나 가족 해체로 인해 '보호의무자 2인' 조건을 충족하기 어려운 경우가 많고, 재산 분쟁 등 사적 이익을 위해 제도를 악용하는 범죄 사례가 발생할 수 있다.

3. 형식적 심사 문제

입원 후 1개월 이내에 '입원적합성심사위원회(입적심)'심사가 적합했는지? 심사를 마치고 병원과 환자 측에 통보토록 되어 있으나, 대다수의 심사가 서면으로만 진행되어 환자의 상태를 면밀히 파악하기 어렵고 의사의 기록지에 전적으로 의존하여 파악하기 때문에 심사위원회가 이를 검증하기 어렵다. 특히 강압성과 자·타해 위험성 판단이 다소 모호하기에 입원적합성 판단에 혼선이 올 수 있다.

4. 치료 및 사회 복귀 인프라 부족

입원 치료가 환자의 회복과 사회 복귀보다는 수용중심의 의료환경으로 격리와 수용에 치중되어 있어, 퇴원 후 사회에 적응하지 못하고 다시 입원하는 '회전문 현상'이 반복되고 있다.

Ⅳ. 개선 방안

1. 공공의료시스템 체계확립

① 공공이송체제를 실시하여 정신질환자의 위기 상황 발생 시 가족이 사설 구급대를 부르는 것이 아니라, 지자체와 경찰, 소방이 협력하여 안전하게 이송하는 공공이송 시스템이 구축되어야 한다. (정신응급이송팀구축)
② 가족에게 책임을 지우는 보호입원 대신 국가책임제를 실시하여 지자체장이 책임지는 행정입원을 보다 적극적으로 활용할 수 있도록 법적·재정적 지원을 넓혀야 한다. (현재는 행정입원도 가족이 치료비 부담)

2. 입원적합성심사 강화

① 형식적인 서면 중심의 심사에서 벗어나 환자를 직접 대면하는 대면심사를 확대하고 진술을 듣는 청문 절차를 의무화한다.
② 최초 진단 내린 병원 외에 객관성을 담보할 수 있는 국공립 병원 전문의의 교차 진단 시스템이 더 엄격하게 작동해야 한다.

3. 지역사회 중심의 정신건강 인프라 구축

① 입원을 시키지 않더라도 지역사회 내에서 통원 치료를 강제하거나 지원할 수 있는 외래치료 지원제를 활성화한다.
② 퇴원 후 바로 사회로 복귀하기 어려운 환자들이 머물며 재활할 수 있는 중간 거주 시설(낮병원과 중간집)과 커뮤니티케어 시스템을 획기적으로 확충해야 한다.

4. 준사법기관(정신건강 심판원) 심사 도입

① 강제입원의 최종 결정을 가족이나 의사에게만 맡기지 않고, 독립된 전문 준사법기관이 심사하여 결정하도록 한다.(영국,호주일부주:정신건강심판원) 이는 결정의 공정성을 확보하여 환자의 인권을 보호하고, 가족들을 죄책감과 책임 부담에서 해방시킬 수 있다.

지정토론

강상경 교수
서울대학교 사회복지학과

정신건강 개혁 : 입원 심사 제도 및 권익옹호를 중심으로

1. 국제 기준의 핵심 방향

○ 인권 관점이 생존권과 건강권을 넘어 사회권과 자기결정권 보장을 강조하면서, 정신건강 복지서비스 접근의 국제적 기준도 **치료, 재활, 사회모델 실현 과정에서 '사람중심 권리기반 실천'을 강조하는 인권모델**을 추구하고 있다. (강상경 외, 2022; 2023).

인권	생존권	건강권	사회권	자기결정권
정책모델	치료모델	재활모델	사회모델	인권모델
관점	선별주의 (문제중심 사후접근 - 개인)		보편주의 (보편적 사회안전망 - 환경)	
UN 기준	ICD (1954)	ICIDH (1980)	ICF (2001)	CRPD (2006)
정신건강 모델/접근	치료모델/치료	재활모델/재활	사회모델 / 사회안전망	인권모델 / 자기결정권
핵심 욕구 및 제도 – 자존				4. 의사결정지원/동료지원 (자기결정권/권익옹호)
핵심 욕구 및 제도 – 심리 사회적			3. 심리지원 및 사회참여지원제도 (고용, 교육, 심리 - 정당한 편의)	3. 심리지원 및 사회참여지원제도 (고용, 교육, 심리 – 정당한 편의, 자기결정)
핵심 욕구 및 제도 – 심리 사회적		2-2. 복지서비스 제도 (재활)	2. 복지서비스 제도 (재활, 회복)	2. 복지서비스 제도 (재활, 회복 - 자기결정)
핵심 욕구 및 제도 – 안전		2-1. 보건복지서비스 보장 제도 (돌봄)	2. 보건복지서비스 보장제도 (돌봄, 회복)	2. 보건복지서비스 보장제도 (돌봄, 회복 - 자기결정)
핵심 욕구 및 제도 – 안전	1. 의료보장제도 (질병 치료)	1. 의료보장제도 (질병 치료 및 예방)	1. 의료보장제도 (치료, 예방, 증진)	1. 의료보장제도 (치료, 예방, 증진 - 자기결정)
핵심 욕구 및 제도 – 생존	0. 소득보장제도 (기초생활보장 = 의, 식, 주)			

○ 국제 기준은 단순히 "강제 입원 절차를 엄격히 심사"하는 것에 그치지 않고, 당사자의 생존과 안전은 물론 교육이나 취업 등 회복의 전 과정에서 자기 결정권을 강조하고 있다. 즉, 국제적 기준은 **강제입원·강제치료·격리·강박을 줄이는 것은 물론, 당사자 회복에 필요한 지역사회 기반 지원을 전제하고 있다. 자기결정이 어려운 당사자를 위해서는 의사결정 지원을 하고, 치료, 재활, 회복의 전 과정에서 인권 중심 실천이 이루어질 수 있도록 권익옹호를 강화할 것을 규정하고 있다. 이를 위해 국제사회의 지침**은 정신건강 법제가 차별과 인권침해를 줄이고, 당사자의 자기 결정권과 지역사회 생활권을 보장해야 한다는 점을 명시하고 있고, 시설·병원 중심 체계가 아니라 지역사회 생활을 가능하게 하는 지원체계로 전환할 것을 요구하고 있다.

2. 한국 현황과 문제

○ 한국은 2017년 정신건강복지법 시행 이후 보호입원 요건을 강화하고, 비자의입원에 대해 입원적합성심사위원회가 심사하는 구조를 갖췄다. 이 개정은 입원 감소와 재원기간 단축 효과를 냈지만, 동시에 응급실 방문 증가라는 부작용도 확인되었다. 2017년 법 개정 이후 정신병적 장애·기분장애 환자의 입원과 입원 기간은 감소했으나, 응급실 방문은 증가해 위기상황 관리 체계 보완이 필요하다는 분석이 나온다.

○ 논자에 따라 다를 수 있지만, 이 주제와 관련된 한국의 문제로는 다음과 같은 사항들이 있다. 첫째, 입원적합성심사가 **사후·서류 중심**으로 운영되어 당사자 진술, 가족관계, 병원 내 권력관계, 대안적 지원 가능성을 충분히 검토하기 어렵다는 점이다. 둘째, 퇴원심사와 퇴원계획이 지역사회 주거·소득·활동지원·위기대응과 강하게 연결되지 않다는 점이다. 셋째, 당사자가 독립적 법률지원·동료지원·절차보조를 충분히 받기 어렵다는 점이다.

3. 대만과 호주 NSW주의 시사점

○ 대만은 2022년 정신위생법 개정에서 환자 권익 보호와 지역사회 생활 지원을 법 목적에 명시했다. 법은 환자 권익 보호, 지역사회 치료, 지역사회 재활, 환자·가족·권익옹호단체 참여를 포함한다. 특히 정신건강 관련 위원회 구성에서 환자·가족·권익옹호단체 대표가 최소 3분의 1을 차지하도록 한 점이 중요하다. 대만은 “의료전문가 중심 판단”에서 “법률·지역사회·당사자 참여형 심사”로 변화한 것으로 평가된다.

○ NSW주는 Mental Health Review Tribunal이 비자의 치료, 지역사회치료명령, 장기입원, 법정정신의학 사건 등을 심리한다. 정신건강 관련 사안에 대해 필요에 따라 무료 법률정보·상담·지원을 제공하고, Official Visitors가 시설을 방문해 환자의 권리와 치료 관련 논의 및 판단을 한다는 점이 강점이다.

4. 한국 정신장애인 권익옹호 현황과 문제

○ 한국에도 장애인권익옹호기관, 국가인권위원회, 정신건강복지센터, 입원적합성심사위원회, 퇴원·처우개선 청구 등이 존재한다. 그러나 정신장애 특화 권익옹호는 약하다. 장애인권익옹호기관은 장애인 학대 대응 전문기관으로 2024년 10월 기준 전국 20개소가 운영되고 있으나, 주된 통계와 대응은 발달장애 학대에 집중되어 있다. 즉, 정신장애인의 병원 내 권리 침해, 강제입원 절차, 격리·강박, 퇴원 거부, 지역사회 배제, 보험·고용·주거 차별에 대한 **전문적·상시적 옹호체계가 약하다.** UN 장애인권리위원회는 한국에 대해 심리사회적 장애인이 보편적 장애인복지서비스에서 배제되는 문제와 장애 판정의 의학모델을 인권모델로 전환할 필요를 지적했다.

5. 개선 방안

○ 개선의 방향성은 명확하다. 단순 법 개정이 아니라 정신건강 관련 치료, 재활, 회복 서비스 신청 및 제공 과정을 당사자 자기결정에 기반한 “사람 중심 권리 기반 실천”이 가능하도록 법, 제도, 서비스, 등의 정신건강 생태계를 혁신하는 것이다. 구체적 예로는 다음과 같은 것을 고려해 볼 수 있다.

⊙ 입원 적합성 심사를 **독립 입·퇴원 심판 기구**로 단계적으로 전환 - NSW처럼 (준사법적) 심판 기구가 대면 심리, 법률 대리, 당사자 진술, 가족·지역사회 지원계획을 함께 검토.

⊙ 비자의 입원 심사에서 **법률지원과 절차 보조 원칙화** – 최소한 보호입원·행정입원·응급입원 당사자에게 무료 법률상담, 심사 출석권, 동료지원가 또는 권익옹호인 참여권을 보장.

⊙ 퇴원 심사를 “퇴원 여부 판단”이 아니라 **퇴원계획 승인 절차**로 변경 – 퇴원 전 주거, 외래 예약, 위기 연락망, 약물·심리 사회 지원, 소득·활동 지원, 가족지원 계획 수립.

⊙ 정신장애인 권익옹호를 장애인권익옹호기관 안의 부수 기능이 아니라 **정신장애 특화 옹호 체계**로 강화 – 기능은 병원 방문, 권리 고지, 격리·강박 모니터링, 입퇴원 심사 조력, 진정·소송 지원, 퇴원 후 지역사회 연계까지 포함.

⊙ 강제입원 감축의 전제조건으로 24시간 위기대응팀, 위기쉼터, 집중사례관리, 동료지원, 지원주택, 방문치료, 가족지원 예산 확대 (생태계 구축)

○ 결론적으로 한국의 핵심 과제는 **입원 통제의 절차화**를 넘어 **강제입원을 줄일 수 있는 지역사회 대안과 독립 권익옹호를 제도화**하는 것이다.

신권철 교수
서울시립대학교 법학전문대학원

토론문
: 강제입원심사기관에 관한 논의를 중심으로

1. 인사말

저는 정신장애법(Mental disorder and Law)을 연구하는 연구자로서 본 컨퍼런스에 토론자로 참여하였습니다. 이번 컨퍼런스의 주제인 강제입원심사제도와 관련하여 대만 정신위생법 개정에 따른 강제입원제도의 변화를 소개해 주신 대만의 Song-Lih Huang 교수님께 감사드리고, 호주 뉴사우스웨일즈주의 정신건강법(Mental Heath Act)과 정신건강심판원(Mental Health Review Tribunal)을 소개해 주신 키미아 랜달(Kimia Randall) 변호사님에게도 감사드립니다.

대만과 호주 뉴사우스웨일즈 주의 강제입원제도는 한국의 강제입원심사제도 개선에 여러 시사점을 제공해 줍니다. 이하에서는 대만과 호주 뉴사우스웨일즈 주의 강제입원심사제와 관련해 궁금한 사항을 중심으로 간단한 질문을 드리고자 합니다.

2. 대만과 관련하여

1) 대만의 강제입원 현황에 대하여

대만은 1990년 정신위생법 제정 후 초기에는 강제입원 심사기관을 두지 않다가 2007년 법을 개정하여 정신질병강제감정·강제지역사회치료심사회(精神疾病強制鑑定·強制社區治療審查會. 이하 '강제치료심사회'라 합니다)를 두게 된 것으로 알고 있습니다.

황 교수님이 발표해 주신 슬라이드상의 통계를 보면 법 개정 전에는 약 3,000~3,500건 정도였으나 최근에는 연간 수백 건 수준이라고 적혀 있습니다. 저는 강제입원 연간심사건수를 대만, 일본, 한국을 비교해 본 적이 있는데, 2023년 기준으로 강제입원 심사건수는 대만은 570건, 한국은 31,459건, 일본은 276,999건으로 확인되었습니다.[7)]

각 국의 인구(대만 2,341만 명, 한국 5,162만 명, 일본 약 1억 2,463만 명)[8)]를 감안하여 보더라도 위와 같은 연간 강제입원 심사건수의 큰 편차는 설명하기 어려운 부분이 있습니다. 일본과 한국이 정신병상 수가 많은 나라이기는 하지만 대만의 강제입원 심사건수는 전 세계적으로 비교해 보더라도 압도적으로 적습니다.

---

7) 신권철, 강제입원제도와 사법적 통제, 사법정책연구원, 2025, 395면 표.
8) https://datacommons.org/ranking/Count_Person/Country/Earth?h=Earth&hl=ko

대만의 강제입원건수가 적은 이유에 대해서 대만의 정신병원 담당자에게 들은 바로는 회색지대의 사람들, 즉 의사결정력이 부족한 정신장애인들의 경우는 병원에 강제입원되는 것이 아니라 입소시설에서 거주하는 경우가 많다고 들었습니다. 그러나 의사결정능력이 부족한 정신장애인의 경우 입소시설에 본인의 의사와 무관하게 입소하는 것은 강제적 성격을 가지는 것이어서 정당화되기는 어려울 것입니다. 하지만 그러한 사정이 있더라도 대만의 강제입원심사 건수가 극소수인 이유는 어디엔가 있을 것입니다. 대만의 강제입원 심사건수가 연간 수백 건 밖에 없는 이유가 무엇인지 구체적인 설명을 듣고 싶습니다.

2) 대만의 강제입원심사제도인 참심원(參審員) 제도에 관하여

대만은 국제연합(UN)의 회원국이 아니어서 장애인권리협약을 비준하지 못하였음도 불구하고, 협약을 비준한 국가들 이상으로 노력하고 있는 것으로 알고 있습니다. 한국은 장애인권리협약 이행법이 제정되지 않고 있으나 대만은 2014년 장애인권리협약 이행법을 제정하여 장애인권리협약 및 그 구체적 이행을 위한 노력을 지속하고 있습니다.

대만은 2022년 정신위생법을 전부개정하여 새로운 강제입원심사기관으로 법원 판사와 정신과 의사 및 환자권익단체 대표를 참심원(參審員)으로 두어 함께 심사하여 입원 여부를 합의하여 결정하는 제도를 두었습니다. 그 모델로 삼은 것은 영국의 심판원(tribunal) 제도로 알고 있습니다. 위와 같은 강제입원 심사제도와 관련하여 다음과 같이 질문을 하고자 합니다.

① 대만은 2022년 정신위생법 개정 전까지는 강제입원심사기관으로 의사 등 전문가의 합의체인 강제지역사회치료심사회(強制社區治療審查會)를 두어 결정해 왔는데 왜 법원 판사와 참심원이 함께 결정하는 것으로 변경하게 되었는가?
② 2022년 정신생위법 전부 개정에 UN 장애인권리협약(CRPD)가 영향을 미쳤는가?
③ 새로운 강제입원심사제도 도입과정에서 대만 내에서 새로운 심사제도를 반대하거나 비판하는 논쟁은 없었는가?
④ 지난 2년 간 각 지역에서 법원의 판사와 의사, 환자권익단체 대표가 참여하는 모의재판을 진행하면서, 화상재판을 하는 경우도 많았던 것으로 아는데, 그러한 모의재판에서 통해 얻은 교훈은 무엇인가?

3. 호주 뉴사우스웨일즈 주 정신보건법

1) 치료감호 환자(Forensic patient)

호주 뉴사우스웨일즈 정신보건법(NSW Mental Health Act) 중 치료감호 환자(Forensic patient)에 대해서 정신보건심판원이 강제입원 등을 결정하는 것으로 알고 있습니다.

한국의 정신건강복지법(Mental Health Wellbeing Act)은 정신질환으로 범죄를 저지른 사람에 대한 강제입원이나 강제치료를 규정하는 부분은 없습니다. 한국은 독일과 같은 대륙법계 국가들과 유사하게 치료감호법(Medical Treatment and Custody Act)에 따라 형사절차를 진행하여 치료감호 판결을 받아 별도의 독립된 국립정신병원에서 치료를 받도록 하고 있습니다.

반면에 호주 뉴사우스웨일즈의 경우 정신보건법에 따라 정신건강심판원(MHRT)에서 범죄를 저지른 사람에 대한 재판(청문)을 열어 치료에 관한 결정을 합니다. 이러한 포렌식 환자의 숫자가 작년에 발간된 연간 보고서에 따르면, 연간 661명이고 청문(심문. hearings)의 횟수는 1,446건이라고 합니다.[9)]

정신보건심판원(MHRT)은 범죄를 저질러서 정신보건심판원으로 넘겨진 포렌식 환자에 대하여 어떤 결정이나 처분을 할 수 있는지, 그리고 포렌식 환자는 어떻게 지역사회로 복귀할 수 있는지 궁금합니다.

2) 정신보건심판원(MHRT)에 관하여

호주 뉴사우스웨일즈 주의 정신보건심판원(MHRT)은 3인으로 구성되는데 법조인(Legal Member)인 판사(judge)나 치안판사(magistrate)가 의장이 되어 청문을 진행하고, 정신과 의사(Psychiatrist)로 명확한데, 세 번째 위원(a third suitably qualified member. OSQM)은 명확해 보이지 않는다. 세 번째 위원은 어떤 자격을 가져야 하고 일반적으로 강제입원 심사 시 어떤 역할을 하는지 궁금합니다.

3) 강제입원 심사방식에 관하여

2019년 NSW MHRT 사무실을 방문하였을 때 화상으로 심사를 하는 것을 방청한 적이 있습니다. 심사장소는 심사위원들이 환자가 있는 정신병원을 방문하는 경우도 있다고 들었는데, 화상심사의 비율과 병원 방문 심사의 비율이 대략적으로 어느 정도인지 궁금하고, 화상심사와 병원 방문 심사의 장점과 단점을 알려주시면 감사하겠습니다.

9) NSW Mental Health Review Tribunal, Annual Report 2024/25, 10page.

지정토론

이해우 법제이사
대한신경정신의학회

지정토론

이강희 부장
국립정신건강센터 정신건강사업부

지정토론

우경미 과장
보건복지부 정신건강정책과

MEMO

MEMO

2026 KOREA MENTAL HEALTH REFORM
INTERNATIONAL CONFERENCE

정신건강개혁을 위한 국제컨퍼런스