

## 정신보건법 개정의 의의와 시사점 토론문

충남광역정신건강증진센터

부센터장 김도윤

1995년도에 제정되어 1997년 3월부터 시행된 기존의 정신보건법은 2016년 5월 19일 전면 개정되어 2017년 5월 30일부터 새로운 “정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률”로 시행되게 됩니다. 이에 충남사회복지연구회에서 정신보건법 전부개정안에 대한 의의와 문제점 및 시사점을 살펴보고자 이 워크숍을 개최한 것에 대해 감사드립니다. 특히 오랫동안 정신장애인의 탈수용화와 인권보호에 앞장 서오신 권오용변호사님께서 주제발표를 해주신 것에도 감사드립니다. 지난 20여 년간 현장에서 일해왔던 정신보건전문요원의 입장에서 토론에 임하고자 합니다.

저는 세가지 쟁점에 대해 토론하고자 합니다.

첫째, 정신질환자의 비자발적 치료에 대한 부분입니다. 그동안 우리나라에서 가장 문제가 되었던 것은 바로 이 강제입원 및 장기치료에 대한 부분입니다. 우선 비자발적 입원은 치료효과, 인권의 관점 등에서 쟁점이 되고 있으며, 한중일을 중심으로 정신과 전문의에게 전권을 맡기고 있지만 서구 다른 나라들은 독립된 위원회와 같은 합의체 기구나 법원과 같은 사법기관에서 입원여부를 결정하고 있습니다. 이번 법 개정에서 비자발적 입원은 정신과 전문의의 판단에 맡기는 것은 동일하나 장기입원이 까다로워졌습니다.

기존 보호의무자에 의한 입원, 시장군수구청장에 의한 입원, 응급입원이었던 비자발적 입원 조항이 동의입원이 추가되고 심사절차가 강화되었습니다. 보호의무자 2명과 정신과 전문의의 판단으로 2주간의 진단입원을 하게 되고 2주 이상 입원이 필요하면 소속이 다른 정신과 전문의 2명이 일치된 소견을 보여야 하며, 최초 입원 후 1개월 이내에 국립병원 등에 설치된 입원적합성심사위에서 입원 적합성을 심사해 입원 지속 여부를 결정해야 합니다. 또한 입원 기간도 최초 입원을 한 날부터 3개월 이내로 제한해 기존보다 3개월 단축했습니다. 퇴원여부는 별도 설치되는 ‘정신건강심의위원회’에서 심의해 결정합니다. 기존의 정신보건심판위원회의 기능과 유사한 것으로 광역, 기초 정신건강심의위를 통해 입원, 퇴원, 외래치료 명령 등을 심사하게 됩니다.

진단입원과 외부심사제도를 강화한 것은 장기입원을 막겠다는 취지로 이해되지만 한해 수십만건에 이르는 보호의무자에 의한 입원을 어떻게 5개 국립병원에서 입원적합성을 통해 심사할 수 있을지 의문이며 퇴원과 관련해서도 기존 정신보건심판위원회가 서류심사만으로 대부분 계속입원을 결정했던 폐해가 개선될 수 있을지도 의문입니다.

앞으로 비자발적 입원은 최대한 억제되어야 하며, 입원기간도 최소화해야 한다는 원칙은 반드시 지켜져야 한다고 생각합니다. 이를 위해 법 재개정을 통해 제3의 독립기구에서 심사를 하는 것이 필요하며, 개정된 법에 의한 비자발적 입원에 대해서는 현재 입원적합성 위원회 구성이 의료진 중심으로 꾸려지고 관련 전문가, 인권단체, 당사자 단체 등이 구색 맞추기로 참여하는 것이 아니라 반드시 동등한 숫자의 비율로 구성되어야 한다고 생각합니다.

둘째, 탈수용화와 지역중심의 서비스, 인권강화와 관련된 부분입니다. 본 법 제10조 정신요양시설의 설치 및 운영 등의 조항을 보면 이해하기 힘든 점이 발견됩니다. 정신요양원의 설치와 운영을 국가, 지방단체, 사회복지법인, 비영리법인으로 주체를 명시하고, 이전 시도지사의 허가에서 시장, 군수, 구청장으로 허가권을 낮추었습니다. 개정된 법에서는 장기입원을 까다로운 절차와 보험수가 동결로 막겠다고 하면서 장기수용의 한축인 정신요양원 허가는 제도적으로 완화된 것은 모순이며 이는 입법과정에 모종의 야합이 있는 것이 아닌가 하는 의구심마저 듭니다.

앞으로 정신병원의 병상수와 요양시설의 정원수를 국가에서 과감하게 줄여야 하는데, 이번 법개정으로 과연 탈수용화가 이루어 질 수 있을지는 의문입니다. 독립주거 지원, 소규모 공동생활가정, 자립지원센터, 다양한 직업관련 서비스 기관, 취업활동 참여 등 지역중심의 서비스 관련 인프라 확충 없는 입원억제란 결국 정신장애인의 방치 내지 또 다른 문제의 시작이라고 밖에 볼 수 없습니다. 국가에서 만성 정신장애인에 대한 책임을 져야 하는 시기가 도래했다고 생각합니다.

세 번째, 정신장애인의 복지와 관련된 부분입니다. 현행 정신보건법에서는 규정이 없지만 개정된 법에서는 제33조~38조에 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활지원, 평생교육지원, 문화, 예술, 여가, 체육활동 지원, 지역사회 거주, 치료, 재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등에 대해 명시하고

있습니다.

기존 장애인법주에는 포함이 되면서도 정작 장애인복지법에서는 배제되고 정신보건법 적용을 받아왔던 차별상황 보다는 진일보했다 하더라도 정신장애인 복지를 위한 국가의 예산확보 및 구체적 실행방안이 빠진 선언적 의미 정도밖에는 의의가 없다고 생각합니다. 탈수용화, 지역중심의 서비스는 법제화 뿐만이 아니라 국가의 예산이 수반되어야 달성할 수 목표라고 생각합니다. 안타깝게도 정신보건법 전면 재개정안은 비용 미첨부 법안으로 결국 법제화만 이루어진 반쪽짜리 법안으로 과연 현실에서 어떻게 작용할지 기대보다는 실망을 하게 됩니다.

그리고 정신장애인의 복지서비스를 제공하게 될 기존의 정신보건센터는 정신건강복지센터로 개명을 하게 됩니다. 20년의 세월을 보낸 공공정신보건사업의 주체 정신보건센터는 초창기 만성정신장애인의 재활서비스에서 아동청소년 정신건강서비스, 생애주기별 정신건강서비스, 자살예방사업, 정신적외상에 대한 심리지원 서비스에 이르기까지 그 사업의 방향과 사업량이 수십배 증가하였습니다. 그러나 인력과 예산은 현실을 반영하지 못하고 늘 불안정한 고용형태와 실적압박과 같은 행정주의의 편의성으로 인해 정체성과 전문성을 잃어가고 있습니다. 이런 상황에서 예산확보와 인력의 증가없이 개정된 법에 따라 정신장애인에 대한 복지서비스까지 담당하는 것은 거의 불가능에 가깝다고 생각합니다.

결론적으로 이 시대 가장 큰 편견과 사회적 배제의 희생양이자 인권유린의 섬처럼 남아있는 정신장애인이 보다 인간다운 삶을 살도록 하는 것은 더 이상 선택사항이 아니라 우리사회의 의무라고 생각합니다. 일부 정신병원, 정신요양원, 사회복지시설에서 이루어지는 인권유린과 정신장애인을 통한 부의 축적은 더 이상 방치해서는 안된다고 생각합니다. 가족과 사회의 무관심, 전문가의 이기주의가 이를 방치하고 있는 현실입니다. 지속적으로 법의 재개정을 통해서 정신장애인의 회복과 삶을 지원해야 하며 이를 위해서는 양식 있는 의료진, 전문가, 당사자, 가족, 인권단체의 연대와 지속적인 개혁이 필요합니다. 치료공동체는 성숙한 개인, 민주주의, 연대에 기반합니다.