

국내 조현병 환자의 현황과 적정 치료를 위한 제언

An update on the current status of patients with schizophrenia
and policies for optimization of treatment in South Korea



»»» 연구위원장

권준수 한국과학기술한림원 정회원, 서울대학교 교수

»»» 연구부위원장

이영문 국립정신건강센터 센터장

»»» 연구위원

김 윤 서울대학교 교수

김재진 연세대학교 교수

박정근 한국조현병회복협회 이사

백종우 경희대학교 교수

신권철 서울시립대학교 교수

이동우 대한신경정신의학회 정책연구소장

이충헌 KBS 사회부 팀장

최명민 백석대학교 교수

최준호 한양대학교 교수

문선영 서울대학교병원 임상강사, 간사

요약문

1. 우리나라 조현병 관리정책의 문제가 심각하다.

최근 조현병 관련 범죄의 반복적 발생으로 사회적 우려가 고조된 바 있다. 특히 미성년자를 포함한 5명이 사망하고 17명의 중상자를 낸 진주 방화살인사건(2019.4.17.)의 경우 범행 이전 주민들의 반복된 신고가 있었음에도 치료로 이어지지 못하여 많은 우려와 여론적 공분을 샀다. 이외에도 임세원 교수 사건(2018.12.31.), 창원 조현병 살인사건(2019.4.24.) 등에서 공통적으로 조현병을 비롯한 중증정신질환자가 관련되었다. 이들 사건에서 피의자는 대개 조현병 증상이 명확함에도 치료를 받지 않거나 중단한 상태였으며, 재발상태에서의 망상 등의 병적 증상이 범행 발생과도 밀접한 관련이 있는 것으로 여겨졌다. 여러 명의 사상자가 반복적으로 발생함에도 다음 사고를 막을 수 없었던 점에서 우리나라 조현병 치료·관리시스템의 여러 문제점과 함께 중증정신질환자 치료·보호에 국가 책임이 강조되고 있다.

2. 조현병은 초기관리가 가장 중요하다.

조현병은 뇌 신경세포의 이상으로 발생하는 신경정신질환의 일종으로, 전 세계적으로 약 1%의 유병률을 보인다. 조현병 치료는 크게 세 가지 갈래로 요약할 수 있다. 첫째, 병의 급성기에 최대한 빨리, 효과적인 치료를 통해 안전과 치료반응을 함께 도모하는 것. 둘째, 급성기 이후 일부 증상이 잔류하는 환자를 대상으로 재발을 막기 위한 유지치료와 함께 사회·직업적 복귀를 촉진하는 것. 셋째, 만성기 환자 개별 기능에 적합한 주거·복지재활을 통해 탈시설화·지역사회복귀를 도모하는 것이다.

특히, 처음 발병 이후 약 3~5년 간 급성기 치료 결과에 따라 병의 장기적 예후가 결정된다. 이에 따라 각종 선진국들의 조현병 관리프로그램은 모두 초기집중개입을 중심으로 짜여져 있다. 즉, 초기 집중치료가 예후를 호전시키고 사회·직업적 기능을 향상시키므로

일시적으로 비용이 더 발생하더라도 중장기적 사회적 간접비용의 감소에 미치는 영향이 큰 것으로 보고 초기관리에 힘쓰는 것이다.

3. 조현병의 효과적 치료, 관리를 위해 정신건강복지법 개선이 필요하다.

2016년 헌법재판소의 보호의무자에 의한 강제입원 헌법불합치 판결 이후 2017년부터 시행된 정신건강복지법은 정신질환자의 사회복귀 촉진을 주 구호로 삼았다. 개정법 시행 이후 전체 입원의 70% 이상을 차지하였던 보호의무자에 의한 입원(이하 보호입원) 절차가 대폭 강화됨에 따라 보호입원 비율은 30%대까지 감소하였으나, 대부분이 동의입원 형태로 전환되며 연간 입원한 정신질환자 수는 3.9% 감소에만 그쳐 실질적인 탈시설화, 사회복귀로 이어지지는 못했다는 아쉬움을 남겼다. 또, 개정법에서는 정신질환자의 복지서비스(고용·교육·문화서비스·지역사회 통합 지원 등)에 관한 규정을 신설하여 정신질환자 지역사회 복귀 발판의 근거를 마련하는 변화를 이루어냈으나, 정신건강 인프라 및 사회적 인식의 부족으로 정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 지원체계에는 여전히 큰 한계가 있는 실정이다. 한편, 강제입원 절차가 지나치게 엄격해져 치료 사각지대에 놓이며 사건사고로까지 이어지는 사례가 발생하여 개정법의 문제점도 꾸준히 지적되고 있다.

또한, 우리나라 정신보건법의 골자라 할 수 있는 보호의무자 제도는 외국에서 유례를 찾아보기 힘들며, 시대역행적이라는 비판이 오래도록 있어왔다. 적기 치료와 사회 치안을 위해 그 역할이 중요한 응급입원, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원(이하 행정입원)의 경우 복잡한 절차와 보호입원의 존재로 인해 소극적으로 운용될 수밖에 없는 실정으로, 조현병의 효과적 치료와 관리를 위해서는 조현병 치료를 규정하고 있는 정신건강복지법의 개선이 필수적으로 선행되어야 한다.

요약문

4. 조현병 및 중증정신질환에 대한 치료 시스템 개선이 필요하다.

조현병은 처음 발병 이후 약 3~5년 간 급성기 치료 결과에 따라 병의 장기적 예후가 결정된다. 즉, 초기 집중치료가 예후를 호전시키고 사회·직업적 기능을 향상시키지만 우리나라 조현병 치료 통계에 따르면 발병 후 치료 받기까지의 기간(DUP, Duration of Untreated Psychosis)은 약 56주로 WHO에서 권고하는 12주보다 상당히 길며, 예후에 가장 중요한 시기(Critical period)인 첫 6개월, 12개월 간 약 52%, 48%의 환자가 정기적 외래치료를 받지 않는다. 퇴원 1개월 내 외래치료 지속률 또한 62%(WHO 가입국 중앙값 73%), 재입원율은 37.8%(OECD 회원국 평균 11~13%)에 이르는 등 초기집중치료와 유지치료까지 기대에 못미치고 있는 실정이다. 더불어 만성기 환자는 재활 등을 통해 일상 생활 및 사회적 기능저하를 막아야 하나 병원치료 이후 지역사회 연계가 미흡하고, 개별 환자 수준에 적합한 재활서비스의 부재, 지역별 재활기관의 편차 및 부족, 정신재활 전문 인력 부족 등의 정신건강 인프라 미흡으로 인해 조현병 환자의 원활한 탈시설화 및 지역사회 복귀는 아직 요원하기만 하다.

5. 민간주도에서 국가주도로 조현병 정책 패러다임 변화가 필요하다.

정신건강복지법 시행(2017.5.30.)으로 정신보건정책방향이 조기발견, 조기치료, 사회 복귀 촉진으로 변화했지만, 여전히 정신건강 인프라(시설, 인력) 및 사회적 인식 부족으로 퇴원 후 지역사회 복귀가 지연되고, 개별 환자에 대한 지역사회 지원 또한 한계가 있는 실정이다.

현재 우리나라 조현병 치료의 대부분은 보호의무자(가족)의 입원 의뢰를 통해 민간 의료기관에서 시작되고 있다. 그러나 첫 치료 이후 의료기관-지역사회 간의 연계부족 및

지역사회 정신건강서비스 인프라 부족으로 지속적 관리는 제대로 이루어지지 못하고 있다. 질병 만성화에 따른 치료요양비용부담의 증가, 적절한 요양서비스에 대한 불만족 등에 착안하여 단계별 요양서비스를 급여화했던 치매국가책임제의 사례처럼 조현병 및 중증 정신질환의 지역사회케어는 적극적 지원과 요양급여수가화를 통해 유인을 발생시키고 공적 관리체계 아래에서 운영될 때 작동할 수 있을 것으로 예상된다.

조현병 등 정신질환의 경우 초기 집중치료 및 지속관리로 사회·직업 복귀를 도모할 때 사회적 간접비용 감소가 매우 클 것이므로 인권과 복지를 고려한 국가의 과감한 지원이 필요하다 또, 일반인과 달리 정신질환자 범죄는 적절한 응급대응과 빠른 치료 제공으로 예방 가능하므로 정책적 투자에 따라 큰 사회적 효과를 볼 것으로 기대된다(대부분 치료중단과 고립 이후 증상 악화된 경우 자타해위험이 발생).

한편, 일선에서는 보호자 사망 이후 정신장애인의 치료, 생활, 거취에 대한 우려가 매우 크다. 즉, 보호자 생전에는 정신질환자의 생활을 관리하고 치료를 도모해야 한다는 보호 의무자의 의무를 가까스로라도 이행하나, 보호자 사망과 함께 정신질환자의 치료뿐 아니라 일상생활마저도 불확실한 상황에 놓이게 될 것에 대한 우려가 클 수밖에 없는 것이다. 그러나 이에 대한 뚜렷한 해결책이 없다. 효과적인 경제 설계를 할 수 없을 가능성이 큰 정신장애인에 대해 민간영역은 믿을 만한 신탁으로 작용하기 어렵다. 질병이 고착되어 일상기능이 저하된 정신장애인의 기초적 생활 보장은 민간에서 해결할 수 없기에 국가가 직접 이 취약한 계층의 후견인으로서 나서는 것이 무엇보다 필요하다.

요약문

6. 우리나라 조현병 및 중증정신질환 정책의 개선을 위한 해결 방안으로 다음과 같이 정책 및 법제도적 제안을 하고자 한다.

결론: 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책

정책적 제안

중증정신질환 국가책임제

■ 정신응급시스템

1. 응급·행정입원 활성화를 위한 법제도 개정(보호의무자 폐지, 신청입원제도 신설) [국회]
2. 응급·행정입원, 외래치료명령 치료비 전액 지원 [국회, 보건복지부]
3. 응급호송 조항 신설, 관련기관 공조 [국회, 의료·경찰·소방기관]
4. 정신응급병상 확보(응급·집중치료 지원 수가, 급·만성기 병상 구분) [보건복지부]
5. 병원-경찰-소방기관 정신응급중앙협력체계 구축 운영 (예: 24시간 운영 콜센터 형식) [보건복지부]

■ 초기정신질환 집중치료지원

1. 의료기관-정신건강복지센터 연계 프로그램 콘텐츠 다양화를 통한 사례관리 활성화 [보건복지부]
2. 포괄적 조기중재프로그램 표준화 및 수가 지원을 통한 병·의원급 보급 [관련학회, 보건복지부]
3. 급성기 정신병상 확충(초기집중입원치료 수가 지원, 급·만성 병상 구분) [보건복지부]
4. 중증정신질환으로 진행 가능한 초기정신질환 치료비용 지원(일부 진단코드에 한하여 산정특례 보장 확장) [보건복지부]
5. 한국적 치료 모델 개발을 위한 대규모 연구 투자 [과학기술정보통신부, 식품의약품안전처]
6. 중증정신질환 치료제 연구개발 투자 [보건복지부, 과학기술정보통신부, 식품의약품안전처]

■ 정신건강서비스 인프라 확충

1. 정신보건예산 5배 이상 증액 및 국가주도 주거·생활서비스 제공 [보건복지부]
2. 중증정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도 도입 [국회, 보건복지부]
3. 고용지원(supported employment)제도 도입 및 중앙국가적 지원 [보건복지부, 고용지원센터, 한국장애인고용공단]
4. 개인별 기능수준에 적합한 단계별 재활서비스 개발을 위한 투자 [보건복지부]
5. 지속적 치료를 도모하는 의료기관-지역사회의 유기적 재발방지시스템 개발 [보건복지부, 정신건강증진센터]
6. 정신건강인력 양성 및 증원 [보건복지부]

■ 정신질환 인식개선사업

1. 중증정신질환 관련 사건사고 언론보도지침 제작·준수 [관련학회, 보건복지부, 언론사]
2. 동료지원가 양성 및 환자-동료지원가 연결을 통한 낙인 극복 및 회복 증진프로그램 운영 [보건복지부, 정신건강증진센터]
3. 대중인식 개선을 위한 공익적 교육·광고 확대 [보건복지부, 네이버 등 포털사이트]

국내 조현병 환자의 현황과 적정 치료를 위한 제언

An update on the current status of patients with schizophrenia and policies for optimization of treatment in South Korea

결론: 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책

법제도적 제언

■ 정신질환 예방, 관리 및 치료를 위한 정신건강복지법 개선 제언

1. 보호의무자 제도·입원의 폐지 및 신청입원 제도 신설 [국회]
2. 비자의입원에 대해 독립적심사기구를 통해 심사(사법기관 혹은 정신건강심판원제도 활용) [국회]
3. 강제입원 유형의 통합 [국회]
4. 응급호송 조항 신설 [국회]
5. 비자의입원 심사 시점(28일) 단축에 대한 논의 [국회]

■ 기타 법적제도 제언

1. 정신장애인의 장애인복지법 차별조항 폐지 및 신체장애인과 동일한 복지 혜택 제공 [국회]
2. 중증정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도 도입 [국회]

목차



I. 서론

1. 조현병은 어떤 병인가?	2
2. 우리나라 조현병 현황 및 치료 현실	19
3. 조현병 관련 사건사고의 원인과 대중적 인식	48

II. 조현병 환자의 인권과 치료: 서로 충돌할 수밖에 없는가?

1. 정신질환자의 인권 담론: 인권인가? 치료인가?	60
2. 우리나라 정신건강복지법의 현황과 문제점	73
3. 정신응급체계의 필요성	86

III. 조현병 치료 시스템의 문제점과 지향점

1. 우리나라 조현병 치료 시스템의 현황과 문제점, 그리고 해결방안	98
2. 조현병과 사회적 낙인 - 그 형성 기제와 극복 방안	109
3. 국내 조현병 연구개발의 현황과 문제점, 그리고 향후 방향	123

IV. 조현병 환자는 가족이 책임진다?

1. 조현병 환자의 가족으로 산다는 것은	136
2. '보호의무자'의 의무: 우리나라 정신건강복지법의 '특수성'	145
3. 중증정신질환 국가 책임제	155

V. 결론

1. 정책적 제언	167
2. 법적 제도 개선 제언	175

참고문헌	182
------	-----

목차



표목차

〈표 1.1〉 DSM-5 조현병 진단 기준	3
〈표 1.2〉 조현병의 양성 및 음성증상	4
〈표 1.3〉 슈나이더의 1급 증상	4
〈표 1.4〉 환청체험에 대한 일반인 반응	8
〈표 1.5〉 조현병 환자의 대표적인 입원 적응증	14
〈표 1.6〉 정신건강문제 유형 및 경험 빈도	21
〈표 1.7〉 조현병 치료 현황	28
〈표 1.8〉 정신의료기관 및 정신요양시설의 입원·입소자 진단별 현황	29
〈표 1.9〉 정신의료기관 및 정신요양시설의 입원·입소자 입원유형별 현황	30
〈표 1.10〉 정신의료기관 입원환자의 입원유형 현황	32
〈표 1.11〉 정신의료기관 입원환자의 재원기간	35
〈표 1.12〉 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문율	36
〈표 1.13〉 중증정신질환자 퇴원 후 재입원 현황	36
〈표 1.14〉 연도별 시/도별 정신의료기관 낮병원 이용자 현황	38
〈표 1.15〉 기관종류에 따른 시도별 정신의료기관 낮병원 이용 현황	39
〈표 1.16〉 연도별 기관별 등록(이용)자 현황	40
〈표 1.17〉 연도별 시/도별 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 재활프로그램 이용자 현황	41
〈표 1.18〉 연도별 기관별 등록(이용)자의 진단별 현황	42
〈표 1.19〉 연도별 기관별 등록(이용)자의 직업별 현황	43
〈표 1.20〉 정신건강 관련 기관에서 근무하는 상근인력 및 정신건강전문인력 수(2019년)	44
〈표 1.21〉 기관 유형별 사례관리자 1인당 사례관리 대상자 수(2019년)	45
〈표 1.22〉 시도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수(2019년)	46
〈표 1.23〉 시도별 인구 1인당 정신보건 예산(2019년)	47
〈표 1.24〉 주요 사건사고의 주요 이슈와 추정진단	51
〈표 1.25〉 정신건강복지법 개정 전후 뉴스검색 결과	52
〈표 2.1〉 강제입원제도 개편을 위한 정신건강복지법 개선 제안	83
〈표 3.1〉 정신건강 관련 R&D 중 조현병 관련 R&D 비중	127

〈표 3.2〉 질환별 정신건강 관련 R&D 비중	127
〈표 4.1〉 정신장애인에 대한 법적 차별 요인	137
〈표 4.2〉 정신장애인에 대한 사회적 인식에서의 차별 요소	138
〈표 4.3〉 정신장애인이 사회 구성인으로서 겪는 차별 요소	139
〈표 4.4〉 조현병 당사자 및 가족들이 원하는 삶	144
〈표 4.5〉 중증정신질환 국가책임제 세부내용	163
〈표 5.1〉 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책	166
〈표 5.2〉 2017년 개정 정신건강복지법의 주요 변화	176
〈표 5.3〉 강제입원 최소요구 조건의 국가별 비교	177
〈표 5.4〉 중증정신질환자의 인권과 치료권리를 위한 정신건강복지법 개선 요약	178

목차

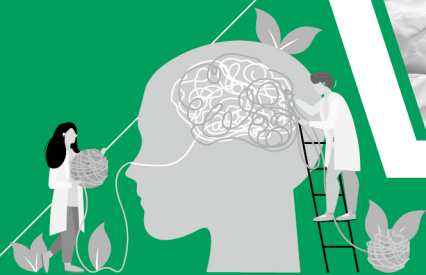


그림목차

[그림 1.1] 조현병 환자에서 환청경험 시 청각피질의 활성화	7
[그림 1.2] 연령, 발병, 치료에 따른 조현병의 자연경과	10
[그림 1.3] 조현병의 진행에 따른 치료 반응	12
[그림 1.4] 우리나라 성인인구 우울감 경험률	20
[그림 1.5] OECD 국가 우울감 경험률	20
[그림 1.6] 정신질환 평생 유병률	21
[그림 1.7] 정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률	22
[그림 1.8] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국가별 비교	22
[그림 1.9] 정신질환에 대한 인식 및 태도	24
[그림 1.10] 진료받고 있는 조현병 환자 연간 숫자	25
[그림 1.11] 연도별 비자입원율	33
[그림 2.1] 정신질환에 대한 사회적 인식	89
[그림 3.1] 우리나라와 외국의 정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률	99
[그림 3.2] 정신의료기관 유형별 입원환자 재원기간	100
[그림 3.3] 중증정신질환자의 정신의료기관 유형별 입원환자 분포(2018년)	100
[그림 3.4] 우리나라와 OECD 국가의 1인당 의료비와 1인당 정신의료비 비교	102
[그림 3.5] 정신의료기관 유형별 재원일수 중앙값과 인구 10만 명당 정신병상 수	103
[그림 3.6] 시군구 지역정신건강서비스의 책임성 강화	108
[그림 3.7] 조현병 관련 뉴스의 동시출현 네트워크	111
[그림 3.8] 최근 10년 간 정신질환 범죄자 수(2007~2016년)	112
[그림 3.9] 인구 10만 명당 현행 형법 위반 사건(범죄) 발생건수	113
[그림 3.10] 생활정도별 정신장애 범죄자 비중	115
[그림 3.11] 정신건강에서 사회적 낙인과 거버넌스 부족에 의한 악순환 구조	116
[그림 3.12] SCI, SCIE 영문학술지에 실린 연도별 조현병 관련 국내 논문의 수	125
[그림 3.13] 연도별 조현병 관련 R&D 투자	126
[그림 3.14] 연도별 조현병 관련 R&D 투자의 특성 비교	128
[그림 3.15] 연도별 조현병 관련 R&D 투자의 건당 평균 연구비	129

[그림 3.16] 연도별 조현병 관련 R&D 투자 내용 분석	130
[그림 3.17] 연도대상 질환에 대한 우선순위 평가	131
[그림 4.1] 정신장애인이 사회 구성인으로서 겪는 차별 요소	139
[그림 4.2] 정신장애인의 판정기준 개선 제언	141
[그림 4.3] 진료거부 환자들을 위한 다양한 진료 서비스 도입	141
[그림 4.4] 조현병 및 중증정신장애인 기본소득보장	141
[그림 4.5] 정신질환자 자립을 위한 지원서비스 도입	142
[그림 4.6] 중증정신질환자 앞의 두 갈래 길	155
[그림 4.7] 중증정신질환 관리체계의 문제점	156
[그림 4.8] 중증정신질환 치료관리 시스템 업그레이드 전략	158
[그림 4.9] 치매국가책임제	161

I. 서론





1 조현병은 어떤 병인가?

가. 조현병이란?

1) 역학

조현병은 과거 정신분열병이라 불렸던 질환으로 지역, 인종, 문화적 특성과 상관 없이 전 세계적으로 약 1%의 유병률을 가진다. 조현병의 발생률은 성별 간 거의 비슷하며, 남자는 10대 후반~20대, 여자는 20대 중반~30대 중반 사이의 연령에서 호발하고, 여성에서 더 좋은 경과를 띠는 경우가 많다.

조현병 환자는 일반인에 비해 결혼, 출산률이 낮다. 이에겐 증상과 병의 진행뿐 아니라 병으로 인한 사회적 낙인, 조현병 환자들의 낮은 경제사회적 지위 등도 영향을 미치는 것으로 판단된다.

2) 진단

조현병의 경우 임상적 진단기준을 통하여 진단하게 된다. 전 세계적으로 가장 널리 쓰이는 것은 DSM-5(Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition) 진단체제로, 1) 망상, 2) 환각, 3) 와해된 언어 혹은 행동, 4) 긴장증적이거나 심하게 혼란된 행동, 5) 음성 증상(감소된 정서표현이나 무의욕증) 중 2가지 이상의 기준을 최소 1개월 이상 만족하며, 이러한 증상으로 인한 일상생활 기능의 장애가 최소 6개월 이상 지속될 때에 진단한다.

표 1.1 DSM-5 조현병 진단 기준

- A. 다음 증상 중 둘(혹은 그 이상)이 1개월 기간(성공적으로 치료가 되면 그 이하) 동안의 상당부분의 시간에 존재하고, 이들 중 최소한 하나는 (1) 내지 (2) 혹은 (3)이어야 한다.
- (1) 망상
 - (2) 환각
 - (3) 와해된 언어(예: 빈번한 탈선 혹은 지리멸렬)
 - (4) 극도로 와해된 또는 긴장성 행동
 - (5) 음성증상(예: 감퇴된 표현 혹은 무의욕증)
- B. 장애의 발병 이래 상당 부분의 시간 동안 일, 대인관계 혹은 자기 관리 같은 주요 영역의 한 가지 이상에서 기능 수준이 발병 전 성취된 수준 이하로 현저하게 저하된다(혹은 아동기, 청소년기에 발병하는 경우 기대 수준의 대인관계적, 학문적, 직업적 기능을 성취하지 못함).
- C. 장애의 지속적 징후가 최소 6개월 동안 계속된다.
- D. 조현정동장애와 정신병적 양상을 동반한 우울 또는 양극성 장애는 배제된다.
- E. 장애가 물질(예: 남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다.
- F. 자폐스펙트럼장애나 아동기 발병 의사소통장애의 병력이 있는 경우, 조현병의 추가 진단은 조현병의 다른 필요 증상에 더하여 뚜렷한 망상이나 환각이 최소 1개월(성공적으로 치료되면 그 이하) 동안 있을 때에만 내려진다.

자료: 대한신경정신의학회(2017)

3) 조현병? 정신분열병?

표준국어대사전에 따르면 조현(調絃)이란 현악기의 음율을 고른다는 뜻으로, 2011년에 우리나라에서 공식적으로 정신분열병(精神分裂病)에서 조현병(調絃病)- 정신의 조율에 있어 어려움·병이 있다는 뜻 - 으로 병명이 개정되었다. 정신분열병은 1937년에 한자에서 유래한 일본의 명칭을 그대로 차용하여 우리나라에서 사용되었는데, 명칭에서 오는 오해와 거부감으로 인해 치료뿐 아니라 사회적 편견·낙인 등을 조장할 수 있어 개정의 근거가 되었다.

나. 증상

조현병의 증상은 생각, 지각, 감정, 판단, 행동 등의 다양한 영역에서 나타나며, 주로 양성증상, 음성증상의 두 가지 큰 축으로 구분한다.

표 1.2 조현병의 양성 및 음성증상

양성증상	
환각	환청, 환시, 환촉, 환취, 환후 등. 환청이 가장 흔함
망상	피해망상, 과대망상, 종교망상, 관계망상, 사고전파, 사고주입, 사고중단
괴상한 행동	난폭, 흥분, 괴이한 옷차림과 외모, 괴이한 사회적 행동, 반복-상동적 행동
음성증상	
정동둔마	의사표현시 얼굴표정, 손동작, 제스처 등의 부족과 결여
감정적 철퇴	감정적인 표현/반응이 줄어들며, 주변의 상황에 대한 감정적 투자가 적음
사회적 고립	지인, 활동, 흥미가 없고 주로 혼자서 지냄

자료: 대한신경정신의학회(2017)

1) 양성증상

양성증상에는 조현병에서 가장 특징적이라고 할 수 있는 환각과 망상이 포함된다. <표 1.3>에서는 슈나이더의 1급 증상을 기술하고 있다. 이는 1900년대 초에 소개된 것으로 현대정신의학에서 진단적 목적으로 사용되고 있지는 않으나 조현병의 특징적 양성증상을 기술하여 조현병에서의 양성증상에 대해서 이해할 수 있는 자료가 되고 있다.

표 1.3 슈나이더의 1급 증상

- 자신의 생각이 목소리로 크게 들리는 환청 (가청사고)
- 자신에 대해서 서로 대화를 나누거나 논쟁을 벌이는 환청 (대화/논쟁환청)
- 자신에 대해 지속적으로 논평하는 형태의 환청 (논평환청)
- 외부의 힘(예: x레이, 최면, 텔레파시 등)에 의해 신체적으로 영향을 받는다는 망상 (신체 피동체험)
- 다른 사람이나 외부의 힘이 자신의 생각을 빼앗아 가거나 (사고탈취), 반대로 자기 생각이 아닌 것을 자신에게 집어넣는다는 망상 (사고주입)
- 자기의 생각이 널리 전파되어 다른 사람들이 다 알고 있다는 망상 (사고전파)
- 정상적으로 지각한 것에 대해 지극히 개인적인 의미를 부여하여 해석하는 망상 (망상적 지각)
- 외부로부터 자신의 의지, 감정, 충동에 영향을 받거나 강요당한다는 망상 (조종망상)

자료: 대한신경정신의학회(2017)

가) 환각

환각이란 외부자극이 없음에도 불구하고 마치 있는 것처럼 지각(知覺)하는 현상을 의미하는 것으로, 질적으로는 실제 지각과 비슷하다. 환각은 조현병에서만 보이는 특징적 증상은 아니며, 기분장애나 섬망 등 신체질환의 악화시, 그리고 여러 약물로도 유발될 수 있다. 환각은 그 종류에 따라 환청(幻聽), 환시(幻視), 환촉(幻觸), 환후(幻嗅) 등으로 구분하며, 조현병에서 가장 흔히 동반되는 것은 환청이다. 사람의 목소리가 가장 흔하며 그 밖의 소리(예: 삐삐, 우웅거리는 소리)나 음악으로 경험하는 경우도 있다. 질적으로는 한 개인에서도 치료에 따라 환청이 뚜렷하고 크게 들리다가 작고 웅얼거리거나 속삭이는 형태로 바뀌기도 하며, 특정 단어나 문장의 반복(예: 자신의 이름을 반복적으로 부르는 환청)으로 경험될 수도 있다.

사람의 목소리로 뚜렷하게 경험되는 환청의 경우 환자 개인에 미치는 영향이 더 클 수 있으므로 그 내용에 따라 <표 1.3>에서 가청사고(audible thoughts; 可聽思考), 대화, 논쟁환청, 논평환청 등으로 구분되어 서술하기도 한다. 치료받지 않거나 치료반응이 부족한 조현병 환자의 경우 이런 환청에 ‘반응’하여 대꾸를 하거나, 환청에 대응하여 논쟁을 하는 경우가 있다. 이런 경우, 외부에서 제 3자가 볼 때에는 실제 자극이 존재하지 않는 상태에서 환자가 ‘혼잣말’을 하는 것으로 보인다.

나) 망상

망상이란 그 사람의 교육적, 사회·문화적 배경과 환경을 고려하더라도 사실이 아닌 것을 사실이라고 확신하는 잘못된 믿음을 뜻한다. 조현병에서만 발생할 수 있는 증상은 아니며 기분장애, 망상장애, 여러 신체질환의 악화 상태, 약물사용장애에서 동반될 수 있다. 보다 넓은 스펙트럼으로 본다면 일반인구에서도 논리·이성적으로 잘못된 사고·믿음이 존재함을 우선적으로 이해할 필요가 있다.

망상은 그 종류에 따라 피해망상, 색정망상, 질투망상, 관계망상, 빈곤·허무망상, 종교망상, 과대망상 등으로 다양하다. 특히 주의를 요하는 것은 공고화된 피해망상, 색정·질투망상이다. 공고화(鞏固化; consolidated)된 망상이란 실재가 아님에도 불구하고 현실의 인물을 포함하는 체계화된 망상세계가 확립된 상태를 뜻한다. 이렇듯 공고화된 망상이 존재할 경우 망상에 따른 행동으로 인해 타인에게 피해가 발생할 가능성이 존재하므로

환자의 시급한 치료 및 망상의 대상자가 되는 이와와 분리 등이 꼭 필요한 상태로 이해할 수 있겠다. 안타까운 예로 2018년 12월 31일 임세원 교수 사건 피의자 체포 당시 ‘의사가 머릿속에 있는 소형폭탄을 제거해주지 않아 범행을 저질렀다’고 진술한 것, 2017년 4월 울산에서 조현병으로 치료받던 40대 남성이 모친에 대한 피해망상으로 어머니를 살해한 사건, 2019년 4월 아파트에 불을 지르고 대피하는 주민들을 상대로 흥기난동사건을 벌이고 윗집 주민을 살해했던 진주 아파트 방화살인사건 등이 있다. 이들 모두 조현병 증세를 보이고 있었으며, 치료를 제대로 받지 않거나 중단한 상태였다는 점이 특기할 만하다.

2) 음성증상 및 인지증상

음성증상이란 조현병의 발병 혹은 질병의 진행에 따라 점차적으로 감정표현이나 욕구가 감소되는 듯 보이고(정동둔마), 주변 사람들이나 사회적인 상황에 대한 관심이 떨어지며 반응조차 더더지는 총제적인 증상을 뜻한다(무쾌감증, 무의욕증). 음성증상이 심한 경우는 발병 전에는 무리 없이 하던 활동이나 사회적인 모임 등 참여에 어려움이 발생하거나, 아예 참여하고자 하는 의지가 부족한 것처럼 비춰질 수 있다.

인지증상은 주로 조현병의 경과가 길어짐에 따라 나타나게 되는데, 집중력, 기억력, 다양한 인지 실행기능 등의 손상으로 나타난다. 나이가 중장년에 불과함에도 여러 인지 결핍을 보이며 인격이 황폐화되는 듯한 조현병의 만성적 경과에 착안하여 근대 정신의학의 아버지로 일컬어지는 에밀 크레펠린(Emil Kraepelin)은 조현병을 조기치매(早期癡呆; dementia praecox)라고 부르기도 하였다.

3) 기타 증상

앞서 언급된 증상 외에도 와해, 불수의적 운동과 같은 연성 신경학적 징후 등 여러 증상이 조현병에 동반될 수 있다. 그 중 치료에 큰 영향을 미치는 것 중에는 병식 결여가 있다.

병식(病識; insight)이란 자신의 현재 증상이나 어려움이 질병, 즉 자신의 내부에서 기인한 것이며 이로 인해 치료를 받을 필요성이 있다는 자율적 인식을 뜻한다. 비단 조현병뿐 아니라 여러 경증증정신질환, 더 나아가서는 기타 내외과적 질환에서도 병식 결여가 있을 수 있으며, 치료 필요성에 대해 왜곡된 인식을 갖게 되기 때문에 치료를 방해하는 큰 요인으로 작용할 수 있다. 조현병 환자에서 병식이 결여되었을 경우 환청, 망상과 같은 병적인

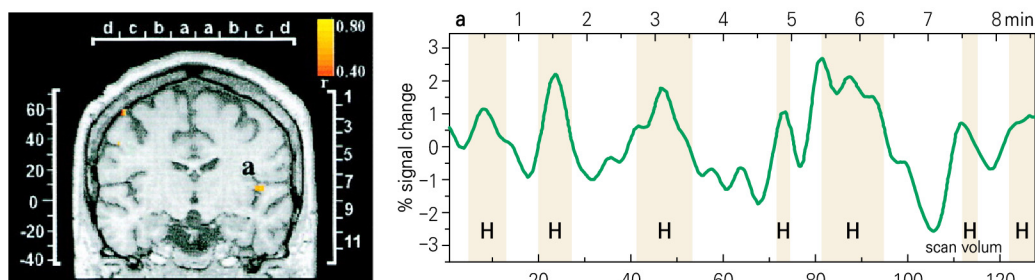
증상을 실제로 존재하는 것으로 믿고 이에 반응하여 행동하며, 치료의 필요성을 느끼지 못하고 치료를 거부하는 등의 결과로 이어질 수 있다.

4) 조현병에 대한 질적 이해의 시도

조현병의 가장 특징적 증상이라고 할 수 있는 환청은 일반인이 일상적으로 경험할 수 있는 영역을 넘어서 있다. 따라서 환청이 어떤 것이고 이것이 들린다면 어떤 느낌일지 상상을 해볼 수는 있지만, 경험적 영역에 대한 이해도는 떨어질 수밖에 없다.

환청에 대해 조금 더 이해하기 위한 흥미로운 연구자료를 하나 소개하고자 한다. 정상적인 청각 자극의 경우 헤슬이랑(Heschl's gyrus)에 인접한 측두엽 청각피질에서 처리되어 자극으로서 인지된다. Dierks *et al.*(1999)은 환청을 현재 경험하고 있는 조현병 대상자에 대해 기능적뇌자기공명영상(functional magnetic resonance imaging)을 통해 환청을 들을 때 뇌활성화 영역을 조사한 연구에서 환청경험 시 청각적 자극이 부재한 상태에서도 헤슬이랑이 활성화되는 결과를 보고하였다(〈그림 1.1〉 참조). 즉, 일반인에서는 청각 자극이 존재할 때에만 활성화되는 뇌영역이 조현병 환자에서는 청각 자극 없이도 활성화되며, 이럴 때에 실제 소리가 들리는 듯한 환청을 경험하게 된다는 것이다.

그림 1.1 조현병 환자에서 환청경험 시 청각피질의 활성화



※ 좌측 뇌자기공명영상 사진에서 (a)는 좌측 헤슬이랑(Heschl's gyrus)으로, 청각피질영역에 속한다. 우측 그래프에서 H는 대상자가 환청을 경험한 순간을 의미하고, y축 영역은 (a) 좌측 헤슬이랑에서의 활성화 변화를 나타낸다.

한편, 2017년 4월 방영된 EBS <다큐 시선>에서는 정신질환 및 환청체험을 주제로 다루었다. 정신건강의학과 전문의의 의견을 참고하고 지역정신건강센터에서 60여명의 실제 조현병 환자를 인터뷰하여 환청을 재구성한 녹음을 들으며 환청을 체험해보는 것이다

(〈표 1.4〉 참조). 경험자들은 2시간여 해당 녹음을 들으며 일상생활을 지속했는데, 옆 사람의 목소리도 제대로 안 들리거나, 간단한 질문에 제대로 대답하지 못하고 집중을 못하는 것은 다반사였다. 또한 느닷없는 환청의 내용에 대해 두려움, 공포, 당혹스러움을 느끼기도 하였고, 환청에서 반복해서 말하는 이름에 대해서 곱씹게 되기도 하였다. 조현병 환자가 경험하는 환청 역시 주변의 청각 자극과 경쟁하며(즉, 환청이 크게 들리면 주변의 실제적 청각자극이 잘 들리지 않거나, 환청이 작게 들린다면 주변의 큰 소리는 잘 들을 수 있는 등), 환청 내용에 대해 곱씹게 되거나 이로 인한 감정반응(예: 분노, 두려움 등)을 겪을 수 있다.

표 1.4 환청체험에 대한 일반인 반응

“이 소리를 들으며 일상생활을 하기란 불가능했다. 200자 원고지 5매 분량의 기사를 쓰는 한 시간 동안 환청을 들었다. 기사 문장과 목소리가 헛갈려 글자를 자주 틀렸다. 겹쳐 들리는 목소리에 화가 폭발할 때도 있었다. 그럴 땐 군것질을 하거나 자극적인 영상을 보는 등 의식적으로 더 강한 자극을 찾아 그쪽에 집중했다. 동료들에게 일부러 말을 걸어 주의를 돌리고 화제를 전환했다. 미리 준비해 둔 우황청심환을 먹으며 신경안정 효과를 노리기도 했다. 그러다 도저히 참을 수 없다 싶을 때, 급하게 귀에서 이어폰을 뺐다.”

“(조현병) 환자들을 이해할 수 있었던 것 같아요. 내가 집중을 해야하는 곳에 집중을 못하고, 옆에 있는 사람 목소리도 잘 안 들리게 되더라고요.”

“(체험하며 들었던) 안 좋은 말은 ‘죽어’, ‘그만둬’ 같은 말들. 이상하게 체험 중에 ‘박정숙’이라는 이름이 계속 들렸는데 그 분 이름이 계속 기억에 남더라. 누군지는 모른다.”

자료: 문지영(2017)

이런 시도는 환청이 무엇인지 제대로 가늠하기 어려운 일반인들에게 조현병에 대한 개념적 이해를 돕고, 일부 편견의 해소에도 기여할 수 있다는 점에서 그 시도가 높게 평가된다. 이런 유도환청(誘導幻聽)이 조현병에 대한 일반인의 공감(empathy) 증진에 기여한다는 연구결과가 있기도 하다.

다. 원인

과거에는 조현병의 원인을 사회환경이나 가족·대인관계와 같은 심리사회적 요인에서 찾고자 하는 시도도 있었으나, 수십 년 간에 걸친 연구결과의 축적에 따르면 조현병은 여러 신경생물학적 이상을 동반하는 뇌의 질환으로 이해하여야 한다. 다만 조현병의 원인으로 유전, 환경, 신경전달물질, 신경생리학적 이상 등을 포함한 여러 가지 병태생리학적 가설이 제시되었음에도 질병의 명확한 원인에 대해서는 아직 규명되지 못한 실정이다.

최근 공신력 있게 받아들여지는 조현병 가설은 뇌 여러 부위의 연결성의 저하로 인해 (dysconnection hypothesis) 조화로운 협응(協應)이 저하되며 활성화·억제 균형의 문제가 초래되어 조현병 증상이 발생하고 병이 진행된다는 것이다. 우리나라에서 정신분열병에서 조현병으로 병명을 개정한 것과도 맥을 같이 하는 것으로 이해할 수 있다.

한편, 조현병 원인을 밝혀내고 치료에 대한 새로운 지평을 넓히기 위해 여러 방면의 연구들이 활발하게 진행되어 왔다. 이를 통해 현대 의학은 조현병 양성증상의 신경생물학적 기전, 조현병 만성화에 따른 뇌구조적 저하 등에 대한 이해를 얻게 되었다.

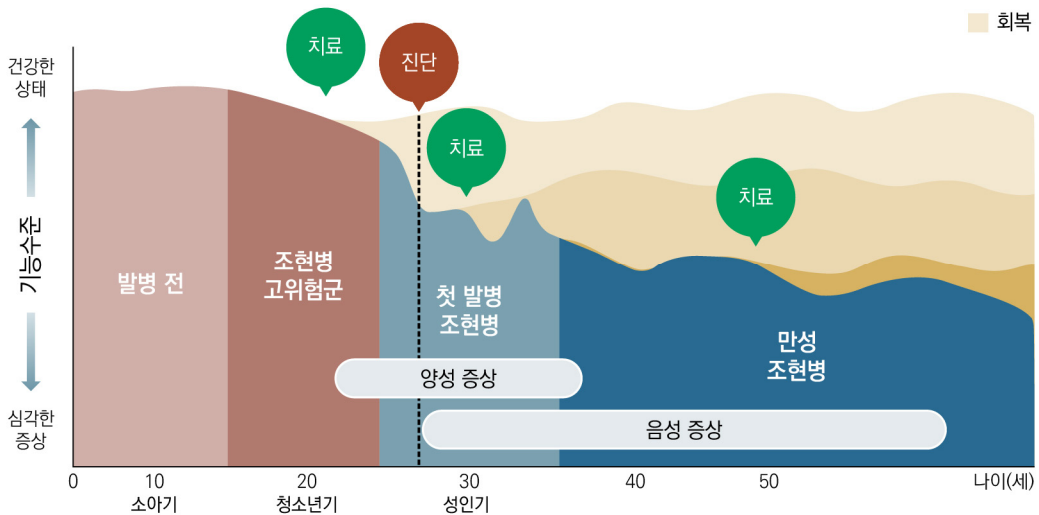
먼저, 조현병 양성증상 발생에 가장 큰 기여를 하는 것은 뇌 선조체(striatum) 부위의 도파민과다로 인한다는 도파민가설(dopamine hypothesis)이 우세하다. 이에 더불어 초발 조현병 환자에서는 뇌의 광범위한 기능연결성의 저하 및 국소적 뇌 부위의 활성화정도 변화 또한 보이게 된다. 조현병에서는 시상피질(視床皮質; thalamo-cortical) 연결성의 문제가 시사되는데, 외부 자극의 일차적인 신경학적 처리를 담당하는 시상(視床; thalamus), 고위 인지집행기능을 수행하는 대뇌 피질(皮質; cortex) 사이 연결성 문제로 외부 자극의 인식과 반응이 일반인과 달라지며, 음성·인지증상 또한 동반된다는 것이다. 이러한 신경생물학적 이상은 대개 조현병의 진행에 따라 지속되거나 심화되지만, 적절한 치료를 거칠 때 적어도 일시적으로는 호전 및 완화되는 경과를 가진다.

조현병이 진행되고 만성화됨에 따라 뇌 여러 부위의 기능·구조학적 저하를 동반하게 된다. 이러한 뇌의 기능·구조적 변화는 치료받지 않은 기간, 재발의 횟수 등에 비례하여 더 심화되므로, 조현병의 만성화 방지와 예후 개선을 위해서는 1) 집중적인 초기치료와 2) 지속적 유지치료(maintenance therapy)의 중요성이 강조된다 할 수 있겠다.

라. 경과

조현병은 주로 10대 후반에서 30대 사이 연령에서 첫 발생하며, 우울증이나 불안장애 등의 경증 정신질환과 달리 만성(慢性) 경과를 띠게 된다. 조현병의 근대적 개념수립에 큰 기여를 한 것으로 평가되는 에밀 크레펠린(Emil Kraepelin)의 조기치매(早期癡呆; dementia praecox)라는 명칭에도 이러한 개념이 포함되어 있다. 크레펠린은 조현병에서 비교적 어린 나이에(조발성; praecox) 질병이 진행되어가며 음성·인지증상을 포함하여 황폐화되어가는(치매; dementia) 만성적 경과를 밟는다는 것에 착안하여 조현병을 조기치매라 명명하였다. 이렇듯 치료에도 불구하고 질병이 진행하며, 병전 상태로의 완전한 회복이 어렵다는 것이 조현병과 다른 경증증정신질환을 구분짓는 가장 큰 방점일 것이다.

그림 1.2 연령, 발병, 치료에 따른 조현병의 자연경과



1) 급성기

첫 발병 시 환청, 피해망상 등 양성증상 그리고 이로 인한 행동적 문제가 두드러질 수 있다. 양성증상은 대개 항정신병약물 치료를 통해 많은 부분이 호전된다. 양성증상의 정도가 호전되면 급성증상이 어느 정도 조절된 것으로 여겨 재발을 막기 위한 유지치료단계로 넘어가게 된다. 이 때 치료에의 비순응(非順應; nonadherence) - 약을 불규칙적으로 복용하거나, 원하는 약만 골라 투약하거나, 약 복용을 거부하는 등 - 은 급성기 증상의

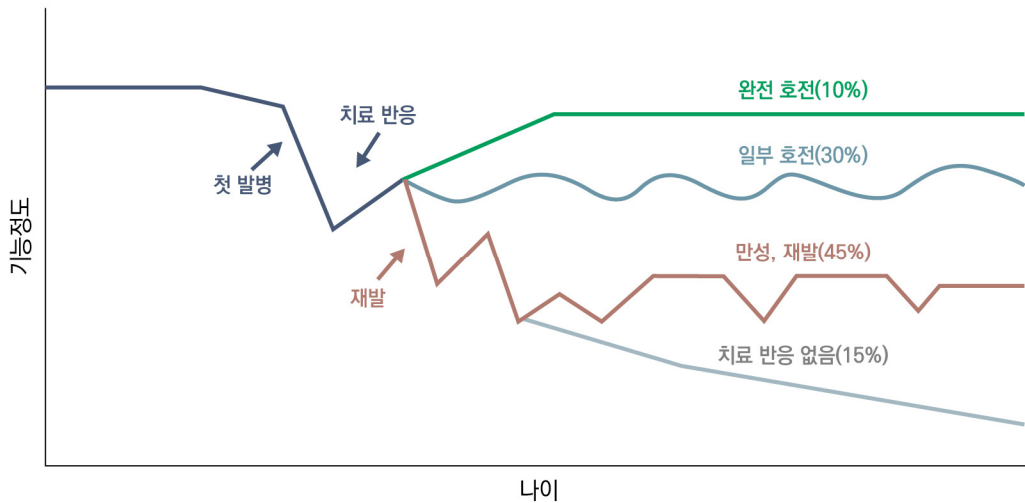
재발(再發; recurrence)로 이어질 수 있는데, 급성기 증상이 치료되지 못하고 지속되는 기간이나 재발의 횟수가 늘어남에 따라 치료 반응뿐 아니라 장기적 경과에도 악영향이 크기 때문에 적절한 유지치료를 지속하는 것이 매우 중요하다. 한편, 치료를 지속함에도 일시적 증상 악화나 재발을 경험할 수 있는데, 이런 경우도 빠른 개입을 통해 치료 반응을 얻는 것이 경과(prognosis) 측면에서 중요하다.

2) 만성 단계

첫 발병으로부터 시간이 지나고 수차례의 재발을 거치면 만성 단계로 넘어가게 되는데, 이때는 잔류 양성증상뿐 아니라 음성증상, 인지증상 등이 환자 및 가족의 삶 제반에 큰 영향을 끼치게 된다. 음성, 인지증상으로 인해 이전에 무리 없이 하던 직업활동이 어려워지며, 사회활동의 감소로 인해 집에서만 홀로 위축되어 지내는 생활 등이 문제가 된다.

조현병 치료에 있어 환자, 보호자 및 치료진에게 가장 큰 애로사항은 첫 발병 후 시기가 지나며 치료에 반응을 보이는 환자의 분율(分率)이다. 약 10%에서는 완전히 호전된 상태를 유지, 30% 정도는 일부 호전 상태를 유지하며, 45%에서는 만성화 및 반복된 재발을 경험하고, 나머지 15%에서는 치료 반응의 부족 상태가 지속된 채로 만성화를 거치게 된다는 것이다 (<그림 1.3> 참조). 치료반응을 획득하고 유지하는 것이 조현병의 진행과 만성화를 막는 데에 가장 중요한 요인으로 볼 수 있는 면목이다.

그림 1.3 조현병의 진행에 따른 치료 반응



마. 치료

조현병 치료에 있어 가장 중요한 목표 두 가지는 1) 급성기 삽화의 심각도와 빈도를 줄이고, 2) 적절한 개입을 통해 직업사회적 기능을 최대한 유지할 수 있도록 하는 것이라고 할 수 있다. 특히 2)를 위해서는 환자의 기능, 이전 삽화, 이전 치료 반응, 환자 주변의 제반상황 모두를 고려한 통합적 치료접근이 필수적이다.

정신치료, 정신재활 등의 접근도 개별 환자를 위해 중요하나, 기본적으로 약물치료 없이 급성삽화의 재발과 만성화를 막을 수 없기 때문에 약물치료는 현대정신의학의 조현병 치료전략의 가장 근간으로 작용한다.

1) 약물치료

앞서 논의된 것처럼 급성 삽화를 치료하고 재발을 막기 위한 유지치료에는 항정신병약물(抗精神病藥物; antipsychotic agent)이 필수적이다. 항정신병약물은 1950년대부터 시장에 소개되었는데, 1세대 항정신병약물의 경우 근긴장증, 정좌불능증, 약물유발 파킨슨증상, 지연성운동장애와 같은 부작용이 심하다는 문제가 있었고 2세대 항정신병약물이 개발되며

이런 부작용적 측면은 크게 개선되었다. 항정신병약물은 공통적으로 도파민수용체의 길항(拮抗; antagonism)을 통해 작용한다. 환각, 망상 등 양성증상은 주로 조현병 환자 선조체 도파민과다에 의해 발생하는 것으로 이해되는데, 이런 과다 현상을 약물의 길항작용을 통해 수용체 단계에서 감소시킴으로써 양성증상의 상당 부분은 큰 호전을 보이는 경우가 많다.

통상적 약물치료에도 치료 반응이 부족하여 심한 양성증상이 지속되는 경우 다른 종류의 항정신병약물로 교체하거나 여러 항정신병제제의 병합을 통해 치료를 꾀한다. 전체 조현병 환자의 약 20~50%에서는 3가지 이상의 항정신병약물을 충분 기간 이상 사용함에도 부족한 치료효과를 보이는데, 이를 치료 저항성(treatment resistance)으로 판단하여 클로자핀(clozapine)을 시도하게 된다. 클로자핀은 여러 항정신병약물 중 가장 효과가 뛰어난 것으로 알려져 있다. 다만 1% 이하의 클로자핀 사용 환자에서 무과립구증(agranulocytosis)이라는 치명적 혈구 감소증으로 감염에 매우 취약해질 수 있어 정기적인 혈액검사가 필수적이며, 체중 증가, 침분비 과다 등의 부작용이 있어 대개 초기 치료에서는 고려되지 않고 있다.

2) 약물치료의 중요성

조현병은 재발을 막기 위한 약물 유지치료가 매우 중요하다. 초기에 충분한 치료 반응을 획득하지 못하거나 잦은 재발이 있을 경우 치료를 다시 시작하더라도 증상의 관해(寬解; remission; 증상이 질병 이전 상태로 모두 없어지는 것을 뜻함)에 이르지 못하고 증상이 잔류하는 상태가 지속될 수 있다. 이는 질환의 만성화로 연결되어 중장기적인 기능 정도가 저하되며 조현병으로 인한 개인·사회·국가적 비용의 막대한 증가로 이어지게 된다.

재발로 이어지는 가장 흔한 원인은 약물치료에 대한 비순응이며, 약을 자의적으로 조절하여 복용하거나 투약중단할 경우 1년 내에 30%에서 재발을 경험한다. 잦은 재발은 치료 반응의 감소, 필요한 투약량의 증가, 치료 기간의 연장, 직업사회적 기능의 저하, 경제적 부담 증가 및 사회 복귀의 어려움으로 이어진다. 반면, 약물치료에 성실히 임할 경우 그렇지 않은 경우에 비하여 입원 횟수가 줄어들고, 일시적인 악화가 있더라도 치료 반응이나 회복 기간 면에서 빠른 효과를 볼 수 있는 것으로 생각된다.

3) 입원치료의 적응증

대부분의 조현병 치료는 외래 통원을 통해 이뤄진다. 입원치료가 꼭 필요한 경우는 아래와 같다 (〈표 1.5〉 참조). 조현병을 포함한 정신질환자의 입원이 필요할 경우 정신건강복지법에서 지정하는 입원 형태에 따라 입원을 진행해야한다. 2017년 개정된 정신건강복지법에서는 환자 본인의 동의가 필수적인 1) 자의입원, 2) 동의입원 그리고 환자 본인의 동의가 없이도 정해진 절차에 따라 진행될 수 있는 3) 보호의무자에 의한 입원, 4) 시·군·구청장에 의한 입원, 5) 응급입원 등 다섯 가지 입원 형태를 규정하고 있다. 각 입원 종류 및 절차에 대해서는 다음 장에서 보다 구체적으로 다루기로 한다.

표 1.5 조현병 환자의 대표적인 입원 적응증

-
- (1) 자신이나 타인을 해칠 우려가 있을 때
 - (2) 증상이 심해 자신을 잘 돌보지 못하여 신체적 건강이 위협받을 때
 - (3) 생활하는 환경이 병의 경과에 나쁜 영향을 주기 때문에 격리시킬 필요가 있을 때
 - (4) 정확한 진단을 위해 지속적인 관찰이나 특수한 검사가 필요할 때
 - (5) 전기경련요법이나 환경치료와 같은 특수한 치료를 해야할 때
-

자료: 대한신경정신의학회(2017)

4) 직업·사회재활

가) 필요성

조현병의 경우 다른 정신질환과는 달리 만성적인 경과를 가지며 시간이 지남에 따라 음성·인지증상이 전반적으로 악화되는 것을 앞서 살펴본 바 있다. 항정신병약물은 양성 증상을 줄이고 재발을 감소시키는 등 조현병 치료에 큰 획을 그었으나, 안타깝게도 만성화를 막거나 음성·인지증상을 호전시키는 효과는 거의 없는 것으로 알려져 있다.

질환의 만성화 외에도 잦은 재발로 인한 사회적 고립은 조현병 환자의 직업사회적 복귀를 더더욱 어렵게 한다. 조현병에서는 질환의 발병과 진행으로 인한 여러 가지 직업사회적 기능이 영향을 받으므로, 환자 개개인에게 적합한 수준의 직업·사회적 자극을 가능한 초기에서부터 제공하는 것이 중요하다. 사회·직업재활은 그 특성으로 인해 병원 기반의 치료와는 달리 지역사회적인 역할이 중시될 수밖에 없다. 이를 담당하는 기관으로는 낮병원, 지역사회 정신보건센터, 정신재활센터 등이 있다.

나) 현황

사회경제적 활동력이 가장 왕성한 시기에 발병하여 만성화를 거치는 조현병 환자의 사회적응을 돕고 질환으로 인한 경제적 비용을 감소시키는 데에는 사회·직업재활이 필수적이다. 그러나 2017년 기준 중증정신질환자의 지역사회 재활서비스 이용률은 4.6%에 그쳤으며, 지역사회 등록 정신질환자 취업률은 16.2%로 추산되었다. 이는 2017년 기준 전체 장애인 경제활동 인구참가율인 36.5%, 전체 인구 고용률 60.2%에 비하여 매우 낮은 수준이다. 또, 지역사회 중증정신질환자 사례관리를 담당하는 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 40.2명이었으며(2017년 기준), 지역별 편차가 커 충청남도의 경우 1인당 110.6명의 수치를 나타냈다.

5) 조현병 단계별 치료전략

가) 급성기

조현병 급성기에는 조기집중치료가 원활히 이루어져야 한다. 급성기 조현병 증상이 명확하나 치료를 거부하는 경우는 치료를 위해 비자의입원을 시행할 수 있는 법적 장치가 뒷받침되는 것이 필수적이다. 또한, 급성기 환자가 제대로 치료받을 수 있도록 급성기 병상 확보를 통한 급성기 정신의료체계를 강화하고, 불안정한 급성기 환자의 응급상황에 대처할 수 있는 응급정신의료체계 구축이 필요하다. 특히 이런 응급정신의료체계의 경우, 병원간의 연계를 통한 가용 입원병상 등의 정보 공유뿐 아니라, 경찰, 소방대원을 주축으로 한 협조시스템, 응급위기관리팀 구성이 동반될 때에 현행 정신건강복지법에서 문제되고 있는 환자 이송에 대한 문제를 해결하며 급성기 치료를 시행할 수 있을 것이다.

나) 유지기

유지기의 경우, 환자가 병식 부족 등으로 치료를 중단하지 않고 꾸준히 지속치료를 받을 수 있도록 돕는 장치가 필요하다. 이를 위해 지역 정신보건센터 사례관리 인력 증원을 통한 지역사회 인프라를 확충하여 적정 질 이상의 사례관리가 이루어질 수 있도록 하는 것이 중요하다. 또한, 병원에서의 치료와, 지역사회 사례관리로 이분되는 현행 시스템에서 벗어나, 병원과 지역사회를 잇는 가교적 사례관리 과정을 확립함으로써 환자들이 병원 치료를 시작하여 원활하게 지역사회 사례관리로까지 이어질 수 있게끔 하는 것이 필요하다.

다) 회복기

회복기에는 환자의 증상이 만성증증화되는 것으로부터 회복의 패러다임으로 전환할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 이를 위해 지역사회를 기반으로 한 생활, 주거, 고용 복지 체계를 구축하여 환자가 적절한 생활을 유지할 수 있도록 도와야 하겠다.

바. 사회경제적 비용

1) 경제적 비용

2016년 연구에 따르면 조현병의 사회적 비용은 국가별로 연간 1조 원에서 많게는 129조 원까지 추산되었다. 이중 50~85%는 간접비용에 해당했다. 대부분 경제선진국에서 추산된 것이었지만 이러한 결과는 조현병의 사회경제적 비용이 막대함을 단적으로 시사한다.

2) 장애보정생존연수(DALY, disease-adjusted life year)

장애보정생존연수란 건강하게 살 수 있는 기간이 어떤 질환으로 인해 얼마만큼 사라졌는지 측정하는 지표로, 세계보건기구(WHO, World Health Organization)에서 각 질환별, 국가별 건강수준을 비교하는 지표로 사용된다. 높게 추산될수록 질병으로 인해 좋지 못하게 영향 받는 삶의 기간이 늘어남을 뜻한다. 조현병의 경우 15~44세 성인연령의 장애보정생존연수 8위로 상위 10위권 내에 있어 사회경제적으로 가장 활발해야 할 성년 연령에서 질환으로 인한 손실의 정도가 매우 큰 것이 짐작된다.

3) 조기사망률의 증가

조현병 환자의 경우 남성은 평균 수명에 비해 약 15년, 여성은 약 12년씩 기대수명이 낮은 것으로 추산된다. 급성기 증상으로 인한 불의의 사고나 자살 등의 문제도 이에 기여하는 바가 있겠으나, 기본적으로 조현병은 만성질환으로 조현병 증상 자체로 인한 사망률은 전체 조현병 환자의 사망 원인에서 그리 높지 않다. 대신, 조현병 환자 사망 원인 중 가장 흔한 것은 허혈성 심장질환(주: 협심증, 심근경색 등을 뜻함)과 암인 것으로 보인다. 특기할

만한 것은 조현병 환자가 허혈성 심장질환, 암으로 인해 사망하는 경우 일반 인구에 비해 이들 질환을 처음 진단받고 이전에 치료받지 못했을 가능성이 훨씬 높았다는 것이다.

여기에서 시사점은 다음과 같다. 첫째, 조현병 환자는 병의 증상, 약물치료의 부작용, 낮은 사회경제적 지위 등 여러 요인으로 허혈성 심장질환과 같은 성인병에 취약하다는 것이다. 허혈성 심장질환은 당뇨, 고혈압, 좌식생활, 운동부족, 비만 등과 긴밀한 연관성을 지니는 것으로 알려져 있다. 둘째, 조현병 환자 사망 시 해당 신체질환으로 이전에 치료 받았을 가능성이 낮았다는 것은 조현병 환자의 전반적 보건의료접근에 대한 취약점을 시사한다. 항정신병약물이 개발된 이후 여러 임상 보건학자들은 조현병 환자의 전반적 수명이나 건강정도가 향상될 것으로 예상하였으나 실제로는 일반인구와 비교했을 때 더욱 급격한 악화를 보였다는 결과도 이를 뒷받침한다. 종합하면, 향후 조현병 환자의 전반적 건강 및 보건의료접근 개선을 위한 경제적, 정책적 보완책이 더욱 필요한 실정임을 알 수 있다.

4) 자살률

조현병 환자는 일반 인구에 비해 높은 자살시도율 및 자살률을 보인다. 전체 조현병 환자 중 5%가 자살로 생을 마감하게 되며, 전체 조현병 환자의 20~40% 정도가 평생 1회 이상 자살을 시도하는 것으로 알려져 있다. 우울증과 마찬가지로, 조현병 환자 역시 우울삽화가 있을 때, 이전 자살시도력이 있을 때, 최근 상실을 경험하였을 때 자살 위험도가 높았다. 다만 조현병에서는 첫 발병 연령이 늦었을 때, 정신적으로 붕괴(disintegration)될 것 같다는 두려움이 있을 때, 병식이 존재할 때 더 증가하는 것을 보였는데, 이런 결과는 조현병 자체에 대한 두려움과 좌절 등이 조현병 환자의 자살 위험을 높일 수 있다는 것을 시사한다.

위와 같이 조현병 자체의 특수성이 자살에 영향을 끼칠 수 있음을 고려하면, 적극적 질병교육, 조현병 환자의 사회로의 통합시도, 편견과 낙인 줄이기 등의 인식개선이 필요할 것으로 보인다.

5) 치료저항성 조현병

안타깝게도 전체 조현병 환자의 15~20%에서는 클로자핀을 비롯한 여러 종류의 항정신병약물을 사용함에도 치료 반응이 없거나 부족하다. 이런 경우 전기경련치료(electroconvulsive or electrostimulation therapy), 경두개자기자극술(transcranial magnetic stimulation)이나 경두개직류자극술(transcranial direct current stimulation) 등의 신경자극치료(neuromodulation therapy)가 부가적으로 사용되기도 한다. 다만 다섯명 중 한 명의 조현병 환자에서는 적절한 치료 효과를 얻지 못함에도 불구하고 치료 저항성 조현병 환자의 다음 치료 단계에 대해서는 명확한 치료방침이 없다는 것이 현대 정신의학이 해결하지 못하고 있는 큰 문제 중 하나이다.

앞서 조현병으로 인한 연간 사회경제적비용이 국가별로 최소 1조 원~129조 원 가량 추산된다는 것을 짚은 바 있다. 치료 저항성 조현병은 일반 조현병에 비해서 총 3~11배에 이르는 비용이 소모되어, 부족한 치료여건에 비해 이로 인한 사회경제적 비용은 매우 막대하다고 할 수 있다.

2 우리나라 조현병 현황 및 치료 현실

가. 전반적 정신건강 현황

우리나라 조현병과 기타 중증정신질환 치료 현황에 대해 알아보기 앞서, 전반적 정신건강 관련 지표들을 살펴보고자 한다.

1) 정신건강 현황

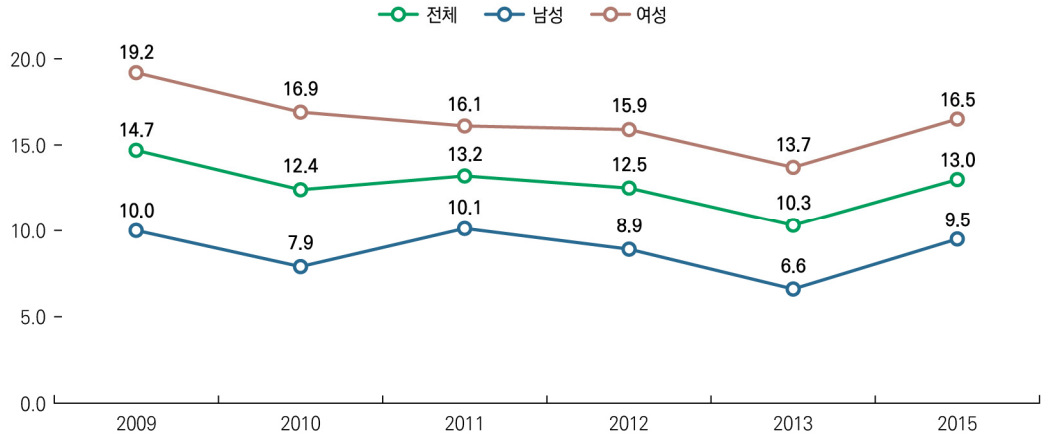
2017년 우리나라 성인인구의 우울감 경험률은 11.2%로 집계되었다(OECD 29개국 평균 10.7%에 비해 0.5%p 높음) (<그림 1.4>, <그림 1.5> 참조). 2018년 집계된 총 자살 사망자는 13,670명, 인구 10만 명당 자살률 26.6명에 달하여 OECD 국가 중 1위에 해당되며, OECD 평균 11.5명에 비해 2배 이상 높은 수치이다(전 세계적으로는 4위에 해당).

2019년 조사 결과, 총 62.2%의 국민이 지난 1년 간 정신건강문제를 경험하였다고 답했으며, 국민 1인당 평균 2.2개의 정신건강문제를 경험한 것으로 집계됐다. 정신건강문제 유형별로는 심각한 스트레스(37.6%)가 가장 많았고, 수일 간 지속된 우울감(30.3%), 생활에 불편을 줄 정도의 기분변화(30.2%) 순이었다. 정신건강문제 경험응답비율은 2018년 조사에 비해 소폭 상승한 결과였다 (<표 1.6> 참조).

2016년 우리나라 정신질환 평생유병률은 25.4%으로 전인구 4명 중 1명은 평생 1회 이상의 정신질환을 경험하는 것으로 나타났다 (<그림 1.6> 참조). 조현병, 양극성장애, 조현정동장애로 인해 전반적 기능장애가 동반되는 중증정신질환자는 약 52만 명으로, 전 인구의 1%에 해당되며, 이 중 정신장애 등록인원은 10만 명 가량으로 19%의 등록률을 보이고 있다. 한편, 정신질환자 정신건강서비스 이용률은 22.2%로, 2011년 15.3%에 비하면 개선된 수치이나, 정신질환에 이환된 인구 중 실제 정신건강서비스를 이용한 비율은 여전히 낮은 수치에 머물러 있는 것을 알 수 있다 (<그림 1.7>, <그림 1.8> 참조).

그림 1.4 우리나라 성인인구 우울감 경험률

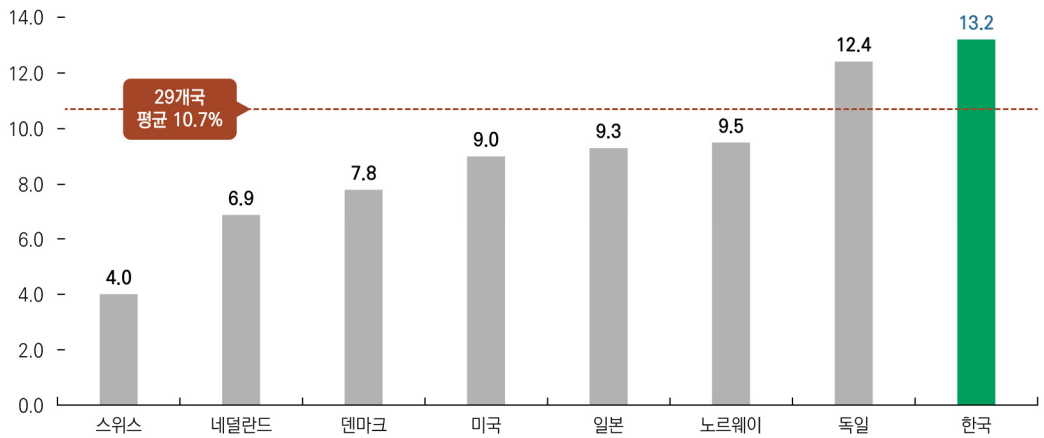
(단위: %)



자료: 질병관리본부(2016); 국립정신건강센터(2018b)

그림 1.5 OECD 국가 우울감 경험률

(단위: %)



자료: 통계청(2015); 국립정신건강센터(2018b)

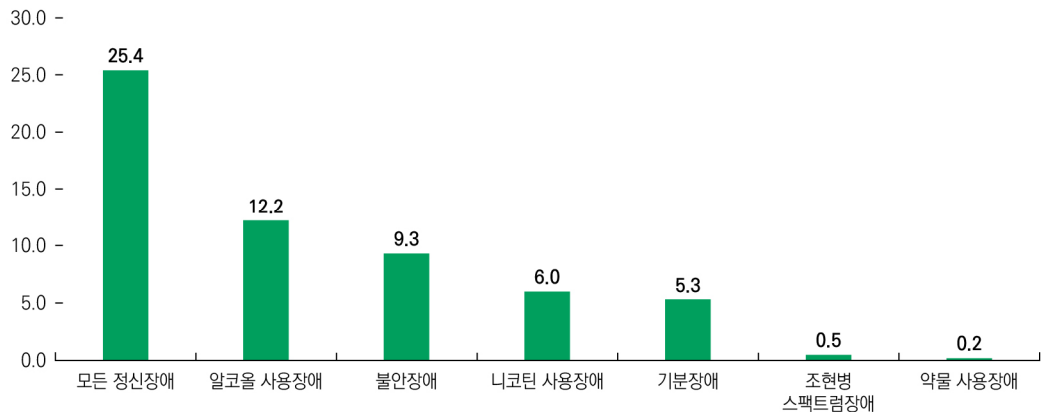
표 1.6 정신건강문제 유형 및 경험 빈도

정신건강문제 유형	2018년	2019년	전년대비
수 일간 지속되는 우울감	29.1	30.3	1.2%p
생활에 불편을 줄 정도의 기분변화	29.1	30.2	1.1%p
자제할 수 없는 분노 표출(폭력행위 등)	11.7	13.7	2.0%p
수 일간 지속되는 불안	25.0	27.9	2.9%p
수 일간 지속되는 불면	24.1	24.9	0.8%p
심각한 스트레스	38.6	37.6	-1.0%p
자살생각	9.0	9.5	0.5%p
건망증으로 인한 일상생활 장애	19.5	22.5	3.0%p
환청, 환시, 망상적 생각	6.4	7.1	0.7%p
알코올 문제	5.8	8.9	3.1%p
약물중독		2.4	-
도박중독	3.8	1.8	-2.0%p
기타 중독(게임 중독 등)	12.4	7.0	-5.4%p

자료: 국립정신건강센터(2019); 국립정신건강센터(2020a)

그림 1.6 정신질환 평생 유병률

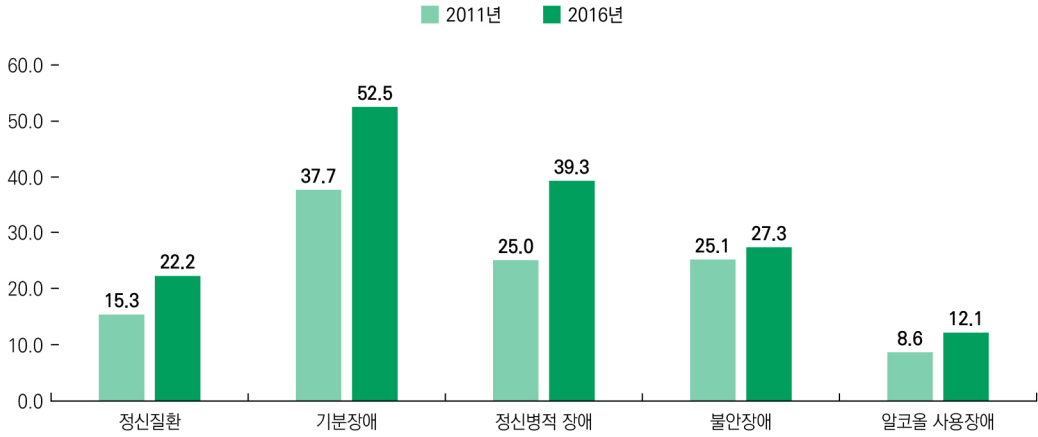
(단위: %)



자료: 홍진표 외(2016); 국립정신건강센터(2018b)

그림 1.7 정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률

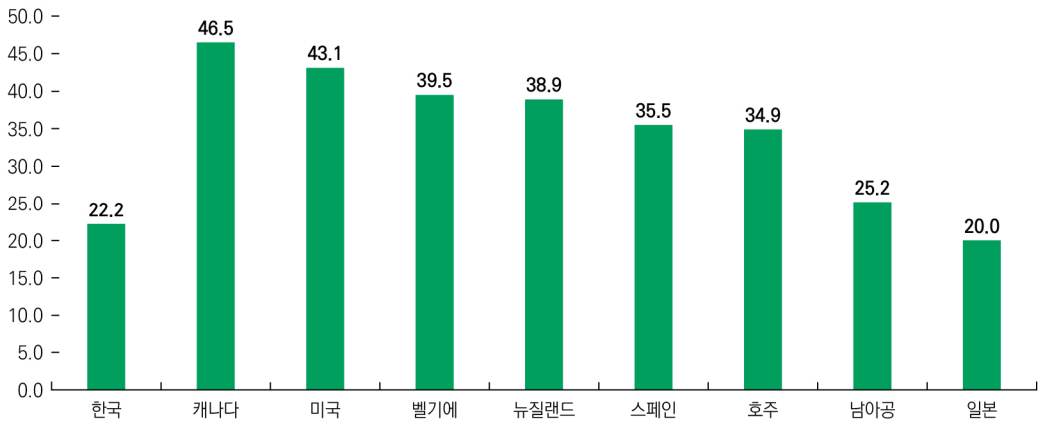
(단위: %)



자료: 홍진표 외(2016); 국립정신건강센터(2018b)

그림 1.8 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국가별 비교

(단위: %)



자료: 홍진표 외(2016); 국립정신건강센터(2018b)

2) 정신질환에 대한 인식

가) 긍정적 인식

2018년 조사시 <누구나 정신질환을 겪을 수 있다>에 82.3%가 그렇다고 응답, <정신질환이 있는 사람들도 일반적인 삶을 살 수 있다>에 63.6%가 그렇다고 응답하였다.

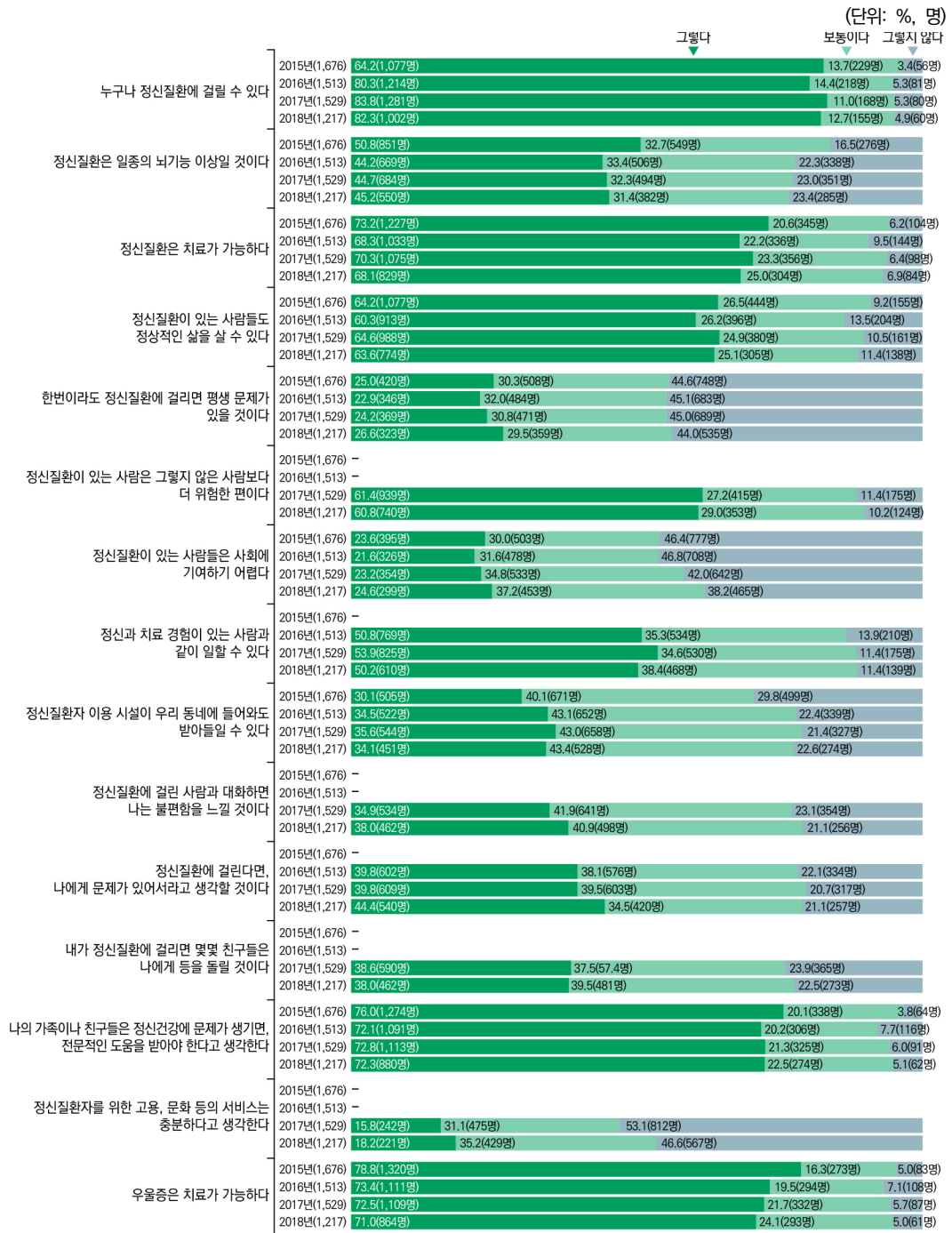
나) 부정적 인식

<정신질환자 이용 시설이 우리 동네에 들어와도 받아들일 수 있다>에 대해서는 오직 34.1%에서만 그렇다, 43.4%는 보통이다, 22.6%는 그렇지 않다고 응답했다. <정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다>에는 60.8%에서 그렇다고 응답하였고, 아니라고 응답한 비율은 오직 10.2%였다. 또, <정신과 치료 경험이 있는 사람과 같이 일할 수 있다>에 대해 50.2%에서 그렇다고 응답하였으나, 38.4%에서 보통이다, 11.4%에서 아니라고 답하여 총 49.8%는 보통 혹은 아니라고 응답하였다 (<그림 1.9> 참조).

다) 추세

전반적인 정신건강, 정신질환에 대한 인식은 시간이 지나며 좋아지는 추세이나, 실질적인 개인 생활권에 대한 질문에서는 정신질환자에 대한 차별과 거리두기가 뚜렷함을 엿볼 수 있다. 2015~2018년 변화추이를 살펴보면 큰 변동은 없으나 2017년에 비해 2018년에 정신질환에 대한 긍정적 인식에 대한 4문항 모두 긍정응답이 감소한 것으로 나타났다. 2019년에도 2018년과 비등하나 <정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다>에 대한 긍정응답이 60.8%에서 64.5%로 증가하였다.

그림 1.9 정신질환에 대한 인식 및 태도



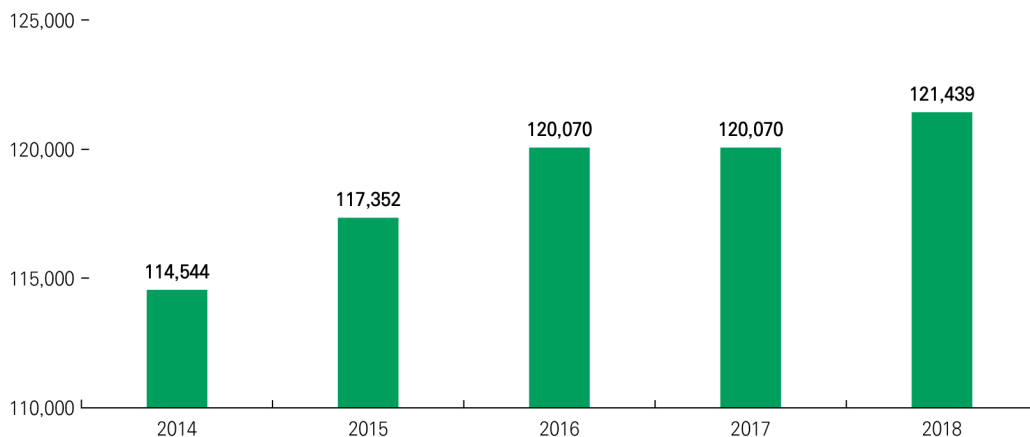
자료: 국립정신건강센터(2018b)

나. 조현병 현황

2016년 조사 결과 우리나라 조현병 평생 및 1년 유병률은 각각 0.5%, 0.2%로 집계되었다. 진료를 받고 있는 조현병 환자 수는 2018년 121,439명으로, 2014년 대비 약 6% 증가하였다 (<그림 1.10> 참조). 이는 실질적으로 환자 수가 증가한 것을 의미하기보다, 정신질환에 대한 인식이 전반적으로 개선되며 치료를 찾는 환자가 증가한 것으로 해석하는 것이 타당할 것으로 보인다.

그림 1.10 진료받고 있는 조현병 환자 연간 숫자

(단위: 명)



자료: 박기찬(2017)

다. 정신건강복지법과 입원 형태

1) 정신건강복지법

가) 정신건강복지법과 입원 형태

2016년 개정된 정신건강복지법에서는 1) 자의입원, 2) 동의입원, 3) 보호의무자에 의한 입원, 4) 시장·군수·구청장에 의한 입원, 5) 응급입원의 총 5가지 입원 형태를 규정하고 있다. 이 중 자의입원, 동의입원은 환자 본인의 동의를 필요로 하며, 나머지 세 가지 입원은 환자의 동의 없이 요구되는 조건에 입각하여 비자의입원을 진행할 수 있다.

나) 우리나라 정신보건법의 역사

우리나라의 정신보건법은 1995년에 제정되어 수차례 부분적 개정을 거치며 사용되고 있었다. 그러던 중, 2016년 9월 헌법재판소에서 보호의무자에 의한 입원(이른바 강제 입원) 조항의 헌법불합치 결정이 있었고, 이에 따라 2016년 《정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률》로 전면개정 되어 2017년부터 시행되고 있다.

1995년 제정된 우리나라의 정신보건법은 일본의 1980년대 정신보건법의 영향하에 그 기본이 수립되었다. 다만 당시 일본 정신보건법은 1900년 초에 그 기본 틀이 잡혀 1995년 당시 일본 내에서도 당시의 상황을 제대로 반영하지 못한다는 문제로 개정을 앞두고 있던 법안이었다.

2) 우리나라 정신보건법의 특수성 - 보호의무자 제도

우리나라 정신보건법은 크게 응급입원, 자의입원, 비자의입원 세 가지 형태로 정신질환자의 입원을 구분하며, 비자의입원의 세부형태로 행정입원과 보호의무자에 의한 입원이라는 큰 틀을 1995년 법 제정 당시부터 유지하고 있다. 보호의무자에 의한 입원 조항을 살펴보면, 전 세계적으로 유례없이 가족에게 많은 의무와 권한을 주고 있는 것을 알 수 있다. 가족이라는 존재는 정신질환자와 너무 밀접하게 연관되어 있기에, 강제입원 절차에 있어 법적, 치료적 절차보다 가족의 편의가 더 크게 작용하게 되는 부작용이 많이 발생하였다. 예를 들면, 상속, 이혼 시 재산적 이해관계로 인하여, 혹은 단순히 부양하기 힘들어 입원을 유도하는 경우가 많았다는 것이다 (이동진, 2018). 가족이 너무 많은 권한을 가지면 다른 사람이나 외부의 개입이 어려운데, 이는 보호의무자에 의한 입원 비율에도 그대로 반영되어 있음을 확인할 수 있다. 2016년까지의 통계를 보면 연간 정신질환자 입원 건수 중 약 60~70%가 비자의입원이었으며, 비자의입원 중 보호의무자에 의한 입원이 약 80~90%를 차지한다. 또, 정신보건법 개정 후인 2018년의 통계를 보더라도 비자의입원 비율 자체는 30%대로 감소하였으나, 비자의입원에서 보호의무자의 의한 입원이 차지하는 비율은 85% 정도로 그대로 유지되고 있는 것을 알 수 있다.

3) 보호의무자 제도의 문제점

보호의무자 제도의 문제점은 첫째로, 정신질환자가 부족한 병식으로 인해 치료의 필요성을 인정하지 않을 때에 보호의무자에게 치료에 대한 설득과 보호의 필요성을 과도하게 규정 짓고 있다는 점이다. 실제로, 조현병 급성기에 환자가 동의하지 않는 상태에서 보호입원의 형태로 비자의입원을 진행할 때에 환자가 퇴원 이후 보호자에 대한 원망, 분개감을 품게 되는 경우가 종종 발생하며, 이러한 점을 우려하여 가족들은 입원 필요성을 느끼면서도 필요한 조치를 취하지 못하는 경우가 흔하다.

둘째로, 일부 환자들이 꼭 입원치료가 필요한 상황에서도 치료의 사각지대에 놓이게 될 수 있다는 것이다. 비자의입원 중 보호입원이 압도적인 비율(80~90%)을 차지하는 우리나라 현황상 응급입원이나 행정입원이 가능한 입원 병상 수도 부족할 뿐 아니라 응급, 행정입원을 시행하기 위한 행정적인 절차에 소요되는 시간도 길다. 이로 인해 보호의무자로서의 역할을 할 수 있는 보호자가 없거나, 보호의무자가 입원에 소극적인 경우, 꼭 입원이 필요한 상황에도 입원 가능한 병원을 찾아 2~3일 이상 병원들을 전전하거나 입원병상이 존재하여도 절차적인 문제로 인해 입원이 불가능해지는 사례가 다수 존재한다.

위 경우 모두에서 결과적으로는 치료가 필요한 정신질환자가 적시에 치료받지 못함으로써 조기집중치료의 지연, 중장기적 치료 효과와 예후 저하를 비롯한 치료적 측면에서의 비용 증가뿐 아니라 응급상황이나 각종 사건사고의 발생 등으로 인한 사회적 비용으로도 이어지게 된다.

라. 조현병 치료 실태

1) 조현병 치료 현황

2016년까지의 자료에서 외래 및 입원을 통해 진료 받는 조현병 환자 수와 진료비는 매년 증가추세를 보였다 (<표 1.7> 참조).

조현병 입원 환자 수는 2012년 대비 2016년에 9,394명(13.5%) 증가하였고, 진료비는 약 558억(9.0%) 증가하였다. 또, 2017년 연간 조현병 입원환자 수는 42,907명이었으나 2019년 56,214명으로 13,307명(31%) 증가하는 추세를 보였다. 입원일수는 2012년 대비

2016년에 2.5% 증가하였으나, 1인당 입원일수는 18일(-9.7%) 감소하였다. 또한 정신의료 기관 및 정신요양시설 입원·입소자 진단별 연간현황에서 조현병 환자는 매년 약 50~60%에 해당하며, 2017년 기준 조현병이 55.6%, 양극성 정동장애 4.6%, 우울증 4.7%, 알코올 사용장애 19.6%로 나타났다 (<표 1.8> 참조).

외래환자의 경우 2012년 대비 2016년 18,300명(9.9%) 증가하였고, 진료비는 약 12억 (1.0%) 증가하였다. 1인당 평균 외래진료 횟수는 2012년 대비 2016년 0.7일(-7.5%) 감소하였다.

표 1.7 조현병 치료 현황

구분		2012	2013	2014	2015	2016
입원	환자 수(명)	69,469 (-)	69,320 (-0.2%)	69,493 (-0.2%)	72,331 (4.1%)	78,863 (9.0%)
	진료비(천원)	617,292,092 (-)	629,011,038 (1.9%)	642,625,164 (2.2%)	669,276,078 (4.1%)	673,108,502 (0.6%)
	내원일수(일)	12,808,678 (-)	12,926,383 (0.9%)	13,035,896 (0.8%)	13,249,317 (1.6%)	13,126,054 (-0.9%)
	1인당 내원일 수(일)	184.4 (-)	186.5 (1.1%)	187.6 (0.6%)	183.2 (-2.4%)	166.4 (-9.1%)
외래	환자 수(명)	185,188 (-)	186,268 (0.6%)	189,416 (1.7%)	16,252 (3.6%)	203,488 (3.7%)
	진료비(천원)	128,461,293 (-)	132,09,070 (2.8%)	133,560,230 (1.1%)	132,834,102 (-0.5%)	128,709,207 (-2.4%)
	명세서(건)	1,736,624 (-)	1,753,466 (1.0%)	1,772,784 (1.1%)	1,793,913 (1.2%)	1,765,800 (-1.6%)
	1인당 평균 외래진료 횟수	9.4 (-)	9.4 (0.4%)	9.4 (-0.6%)	9.1 (-2.3%)	8.7 (-5.1%)

주: ()는 전년도 대비 증가율을 의미함
자료: 박기찬(2017)

표 1.8 정신의료기관 및 정신요양시설의 입원·입소자 진단별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	조현병	양극성 정동장애	우울증	알코올 사용장애	정신지체	치매	신경증	뇌전증	기타
2000 총계	50,990 (100.0)	32,740 (64.2)	1,929 (3.8)	1,575 (3.1)	6,803 (13.3)	1,960 (3.8)	1,824 (3.6)	497 (1.0)	837 (1.6)	2,825 (5.5)
2001 총계	53,714 (100.0)	34,523 (64.3)	2,013 (3.7)	1,562 (2.9)	7,589 (14.1)	2,090 (3.9)	1,806 (3.4)	754 (1.4)	783 (1.5)	2,594 (4.8)
2002 총계	54,604 (100.0)	34,027 (62.3)	2,006 (3.7)	1,512 (2.8)	8,615 (15.8)	2,243 (4.1)	2,297 (4.2)	714 (1.3)	750 (1.4)	2,440 (4.5)
2003 총계	57,426 (100.0)	35,025 (61.0)	2,211 (3.9)	1,670 (2.9)	9,770 (17.0)	2,378 (4.1)	2,137 (3.7)	742 (1.3)	506 (0.9)	2,987 (5.2)
2004 총계	59,205 (100.0)	36,138 (61.0)	2,352 (4.0)	1,796 (3.0)	10,226 (17.3)	2,484 (4.2)	2,105 (3.6)	559 (0.9)	520 (0.9)	3,025 (5.1)
2005 총계	62,117 (100.0)	37,174 (59.9)	2,489 (4.0)	2,139 (3.4)	11,179 (18.0)	2,582 (4.2)	2,113 (3.4)	569 (0.9)	602 (1.0)	3,270 (5.2)
2006 총계	65,498 (100.0)	38,153 (58.3)	2,572 (3.9)	2,061 (3.1)	12,631 (19.3)	2,853 (4.4)	2,505 (3.8)	697 (1.1)	541 (0.8)	3,485 (5.3)
2007 총계	66,412 (100.0)	37,860 (57.0)	2,842 (4.3)	2,064 (3.1)	13,993 (21.1)	3,014 (4.5)	2,355 (3.5)	632 (1.0)	462 (0.7)	3,190 (4.8)
2008 총계	68,110 (100.0)	38,947 (57.2)	2,896 (4.3)	2,407 (3.5)	14,473 (21.2)	2,903 (4.3)	2,328 (3.4)	533 (0.8)	882 (1.3)	2,741 (4.0)
2009 총계	70,815 (100.0)	40,057 (56.6)	2,662 (3.8)	2,398 (3.4)	15,409 (21.8)	3,247 (4.6)	2,461 (3.5)	583 (0.8)	377 (0.5)	3,621 (5.1)
2010 총계	75,282 (100.0)	42,027 (55.8)	2,655 (3.5)	2,874 (3.8)	16,176 (21.5)	3,458 (4.6)	2,862 (3.8)	712 (0.9)	965 (1.3)	3,553 (4.8)
2011 총계	78,632 (100.0)	42,969 (54.6)	2,963 (3.8)	2,844 (3.6)	17,862 (22.7)	3,715 (4.7)	3,168 (4.0)	654 (0.8)	476 (0.6)	3,986 (5.1)
2012 총계	80,569 (100.0)	43,650 (54.2)	3,136 (3.9)	3,073 (3.8)	18,347 (22.8)	3,862 (4.8)	3,292 (4.1)	712 (0.9)	373 (0.5)	4,124 (5.1)
2013 총계	80,62 (100.0)	43,746 (54.4)	3,218 (4.0)	3,263 (4.1)	18,183 (22.6)	4,170 (5.2)	3,021 (3.8)	605 (0.8)	482 (0.6)	3,774 (4.7)
2014 총계	81,625 (100.0)	44,405 (54.4)	3,362 (4.1)	3,173 (3.9)	18,237 (22.3)	4,496 (5.5)	2,808 (3.4)	595 (0.7)	457 (0.6)	4,092 (5.0)
2015 총계	81,105 (100.0)	44,398 (54.7)	3,569 (4.4)	3,505 (4.3)	17,753 (21.9)	4,211 (5.2)	2,714 (3.3)	595 (0.7)	422 (0.5)	3,938 (4.9)
2016 총계	79,401 (100.0)	43,174 (54.4)	3,422 (4.3)	3,426 (4.3)	16,507 (20.8)	4,496 (5.7)	2,777 (3.5)	722 (0.9)	475 (0.6)	4,402 (5.5)
2017 총계	77,161 (100.0)	42,907 (55.6)	3,561 (4.6)	3,588 (4.7)	15,104 (19.6)	3,905 (5.1)	2,845 (3.7)	443 (0.6)	405 (0.5)	4,403 (5.7)
정신의료기관 소계 (1,554개)	67,441 (100.0)	34,482 (51.1)	3,464 (5.1)	3,467 (5.1)	15,052 (22.6)	3,323 (4.9)	2,773 (4.1)	427 (0.6)	401 (0.6)	4,052 (6.0)
국립정신병원 (6개)	2,029 (100.0)	1,177 (58.0)	136 (6.7)	49 (2.4)	116 (5.7)	126 (6.2)	18 (0.9)	5 (0.2)	13 (0.6)	389 (19.2)
공립정신병원 (12개)	2,903 (100.0)	2,107 (72.6)	125 (4.3)	74 (2.5)	260 (9.0)	169 (5.8)	50 (1.7)	20 (0.7)	17 (0.6)	81 (2.8)

구분	전체	조현병	양극성 정동장애	우울증	알코올 사용장애	정신지체	치매	신경증	뇌전증	기타
시립정신병원 (136개)	29,820 (100.0)	16,726 (56.1)	1,336 (4.5)	869 (2.9)	6,949 (23.3)	1,426 (4.8)	811 (2.7)	152 (0.5)	118 (0.4)	1,433 (4.8)
종합병원정신과 (198개)	3,957 (100.0)	1,936 (48.9)	331 (8.4)	493 (12.5)	418 (10.6)	148 (3.7)	143 (3.6)	73 (1.8)	22 (0.6)	393 (9.9)
병원정신과 (181개)	25,764 (100.0)	11,049 (42.9)	1,266 (4.9)	1,742 (6.8)	6,759 (26.2)	1,391 (5.4)	1,555 (6.0)	162 (0.6)	21 (0.8)	1,627 (6.3)
정신과의원 (1,021개)	2,968 (100.0)	1,487 (50.1)	270 (9.1)	240 (8.1)	550 (18.5)	63 (2.1)	196 (6.6)	15 (0.5)	18 (0.6)	129 (4.3)
정신요양시설 (59개)	9,720 (100.0)	8,425 (86.7)	97 (1.0)	121 (1.2)	52 (0.5)	582 (6.0)	72 (0.7)	16 (0.2)	4 (0.0)	351 (3.6)

자료: 국립정신건강센터(2018b)

2) 입원 유형별 현황

가) 정신건강복지법 개정 이전(2017년)

2017년 말 기준 정신의료기관 및 정신요양시설의 입원(입소)자 중 자의입원(입소) 47.3%(36,465명), 보호의무자에 의한 입원(입소) 가운데 가족이 보호의무자인 경우 31.4%(24,234명), 시장·군수·구청장에 의한 입원 3.3%(2,514명)로 나타났다 (<표 1.9> 참조).

표 1.9 정신의료기관 및 정신요양시설의 입원·입소자 입원유형별 현황

(단위: 명, %)

구분	계	자의 입원 (입소)	동의입원 (입소)	보호의무자에 의한 입원(입소)			시장·군수· 구청장에 의한 입원	응급입원
				보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수· 구청장	기타업소 ¹⁾		
2001 총계	60,079 (100.0)	4,041 (6.7)	-	39,167 (65.2)	16,871 (28.1)	-	-	-
2002 총계	61,066 (100.0)	3,946 (6.5)	-	40,263 (65.9)	16,857 (27.6)	-	-	-
2003 총계	64,083 (100.0)	4,182 (6.6)	-	41,853 (65.9)	17,293 (26.3)	755 (1.2)	-	-
2004 총계	65,349 (100.0)	5,024 (7.7)	-	44,024 (67.4)	15,618 (23.9)	683 (1.0)	-	-
2005 총계	67,895 (100.0)	6,036 (8.9)	-	45,958 (67.7)	15,316 (22.6)	585 (0.9)	-	-
2006 총계	70,967 (100.0)	6,534 (9.2)	-	49,935 (70.4)	13,919 (19.6)	579 (0.8)	-	-

구분	계	자의 입원 (입소)	동의입원 (입소)	보호의무자에 의한 입원(입소)			시장·군수· 구청장에 의한 입원	응급입원
				보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수· 구청장	기타업소 ¹⁾		
2007 총계	70,516 (100.0)	6,841 (9.7)	-	51,028 (72.4)	11,961 (17.0)	686 (0.9)	-	-
2008 총계	68,110 (100.0)	9,387 (13.8)	-	50,425 (74.0)	7,476 (11.0)	822 (1.2)	-	-
2009 총계	74,919 (100.0)	12,087 (16.1)	-	50,575 (67.5)	11,154 (14.9)	851 (1.1)	176 (0.2)	76 (0.1)
2010 총계	75,282 (100.0)	15,271 (20.3)	-	51,714 (68.7)	7,027 (9.3)	910 (1.2)	251 (0.3)	109 (0.1)
2011 총계 ²⁾	78,637 (100.0)	16,833 (21.4)	-	53,533 (68.1)	6,853 (8.7)	1,45 (1.3)	323 (0.4)	50 (0.1)
2012 총계	80,569 (100.0)	19,441 (24.1)	-	53,105 (65.9)	6,737 (8.4)	1,013 (1.3)	230 (0.3)	43 (0.1)
2013 총계	80,462 (100.0)	21,294 (26.5)	-	51,132 (63.5)	6,320 (7.9)	1,401 (1.7)	262 (0.3)	53 (0.1)
2014 총계	81,625 (100.0)	24,266 (29.7)	-	49,792 (61.0)	6,235 (7.6)	1,159 (1.4)	147 (0.2)	26 (0.0)
2015 총계	81,105 (100.0)	26,064 (32.1)	-	47,235 (58.2)	6,432 (7.9)	1,200 (1.5)	131 (0.2)	43 (0.1)
2016 총계	79,401 (100.0)	28,285 (35.6)	-	43,643 (55.0)	6,021 (7.6)	1,300 (1.6)	94 (0.1)	58 (0.1)
2017 총계	77,161 (100.0)	36,465 (47.3)	12,325 (16.0)	24,234 (31.4)	-	1,570 (2.0)	2,514 (3.3)	53 (0.1)
정신의료기관 소계 (1,554개)	67,441 (100.0)	31,061 (46.1)	10,814 (16.0)	21,827 (32.4)	-	1,172 (1.7)	2,514 (3.7)	53 (0.1)
국립정신병원 (6개)	2,029 (100.0)	509 (25.1)	202 (10.0)	207 (10.2)	-	1,100 (54.2)	9 (0.4)	2 (0.1)
공립정신병원 (12개)	2,903 (100.0)	1,149 (39.6)	392 (13.55)	1,086 (37.4)	-	3 (0.1)	267 (9.2)	6 (0.2)
시립정신병원 (136개)	29,820 (100.0)	12,301 (41.3)	4,683 (15.7)	11,517 (38.6)	-	23 (0.1)	1,285 (4.3)	11 (0.0)
종합병원정신과 (198개)	3,957 (100.0)	2,065 (52.2)	775 (19.6)	1,017 (25.7)	-	6 (0.2)	83 (2.1)	11 (0.3)
병원정신과 (181개)	25,764 (100.0)	13,183 (51.2)	3,941 (15.3)	7,713 (29.9)	-	38 (0.1)	866 (3.4)	23 (0.1)
정신과의원 (1,021개)	2,968 (100.0)	1,854 (62.5)	821 (27.7)	287 (9.7)	-	2 (0.1)	4 (0.1)	-
정신요양시설 (59개)	9,720 (100.0)	5,404 (55.6)	1,511 (15.5)	2,407 (24.8)	-	398³⁾ (4.1)	-	-

주: 1) 국립법무병원에 입원한 감호치료 대상자 등

2) 2011년부터 노숙인 시설 입소자 제외

3) 정신요양시설은 후견인을 통한 입소

자료: 국립정신건강센터(2018b)

나) 정신건강복지법 개정 이후(2018, 2019년)

〈표 1.10〉는 2018, 2019년 동안의 연간 정신의료기관 입원유형 현황을 나타낸다.

표 1.10 정신의료기관 입원환자의 입원유형 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	자의적 입원			비자의적 입원 (B)	보호의무 자에의한 입원		응급 입원	기타	비자의 입원율(%) B/(A+B)
		자의적 입원 (A)	자의 입원	동의 입원		보호의무 자에의한 입원	시장·군수·구청장에 의한 입원			
2018년 전체	66,108	43,170	30,092	13,078	21,795	19,049	2,746	65	1,078	33.5
기관유형	정신병원	32,666	19,204	13,032	6,172	12,372				39.2
	종합병원 정신과	4,169	2,942	2,080	862	1,212				29.2
	병원 정신과	26,820	18,751	13,477	5,274	8,031				30.0
	정신과의원	2,453	2,273	1,503	770	180				7.3
지역	수도권	20,900	14,954	9,292	5,662	5,895	5,061	834		28.3
	전라권	8,738	6,265	4,379	1,886	2,466	2,249	217		28.2
	경상권	25,878	15,393	12,174	3,219	10,413	9,000	1,413		40.4
	강원도	2,075	1,899	1,349	550	163	16	27		7.9
	충청권	8,517	4,659	2,898	1,761	2,858	2,603	255		38.0
2019년 전체	65,436	43,665	29,792	13,873	20,616	17,298	3,318	107	1,048	32.1
기관유형	종합병원 정신과	3,743	2,740	1,829	911	999				26.7
	병원 정신과	42,653	29,349	20,122	9,227	13,151				30.9
	정신병원	16,904	9,545	6,468	3,077	6,363				40.0
	정신과의원	2,136	2,031	1,373	658	103				4.8
지역	수도권	20,749	15,255	9,226	6,029	5,399	4,433	966	65	26.1
	전라권	8,599	6,374	4,284	2,090	2,218	1,901	317	4	25.8
	경상권	25,519	15,436	11,936	3,500	10,007	8,369	1,638	29	39.3
	강원권	1,992	1,798	1,353	445	191	162	29	3	9.6
	충청권	8,577	4,802	2,993	1,809	2,801	2,433	368	6	36.8

자료: 국립정신건강센터(2019), 국립정신건강센터(2020a)

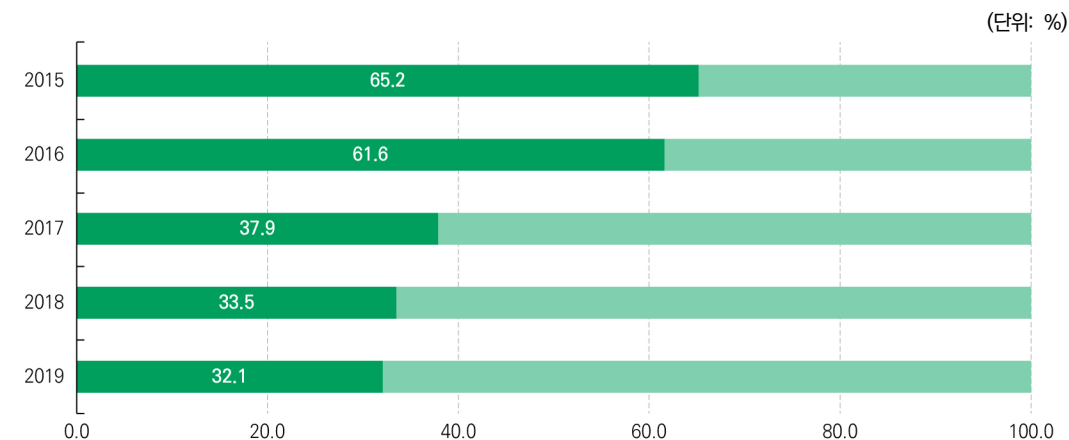
2018년 통계에서는 정신건강복지법 개정 이후 비자의입원율의 감소를 확인할 수 있다. 달리 특기할만한 점은 전체입원에 비해 극히 미미한 시장·군수·구청장에 의한 입원 및 응급입원율이다. 전체 연간입원 66,108건 중 약 65.3%에서 자의적 입원(자의입원과 동의 입원을 합한 수치)을 하였으며 나머지 약 35%가 비자의입원에 해당하는데, 전체 입원 중 약 28.8%에서 보호의무자에 의한 입원을, 약 4.15%에서 시·군·구청장에 의한 입원을, 약 0.09%에서만 응급입원을 진행하였다. 즉, 전체 비자의입원 중 약 82%가 보호의무자에 의한 입원에 해당하고, 약 11%가 시·군·구청장에 의한 입원, 오직 0.2%에서만 응급입원에 해당하는 것을 알 수 있다.

2019년은 2018년과 대체적으로 유사한 경향을 보이거나 비자의입원 비율이 소폭 감소 하였으며(33.5% → 32.1%), 시장·군수·구청장에 의한 입원, 응급입원 전체 수가 소폭 증가(2,811명 → 3,425명)하였다. 비자의적 입원 전체 중 보호의무자에 의한 입원이 차지하는 비율은 2018년 87.1%에서 2019년 83.4%로 소폭 감소하였으나 여전히 전체 비자의적 입원 중 80% 이상을 차지하고 있는 양상을 보인다.

다) 비자의입원율

2017년 정신건강복지법 개정 후 환자 그리고 보호의무자 1인의 동의를 통한 동의입원 형태가 신설됨에 따라 2017년 전후 우리나라 비자의입원율의 비율은 약 60%에서 30%대로 대폭 감소한 것을 볼 수 있다.

그림 1.11 연도별 비자의입원율



자료: 국립정신건강센터(2020a)

라) 문제점

우리나라 비자의입원을 및 입원유형 현황을 살펴볼 때에 시사되는 문제점이 있다. 첫째, 비자의입원율의 전반적 감소는 기존의 타인 주도 치료 시스템에서 정신질환자 본인 주도의 치료로 패러다임의 변화를 시사하므로 긍정적인 면이 크다. 그러나 한편으로 전체 비자의 입원의 80% 이상을 차지하고 있는 보호의무자에 의한 입원 요구조건 및 절차가 대폭 강화되면서 입원 문턱이 높아져, 치료가 꼭 필요하나 본인의 치료의사가 없는 정신질환자가 치료의 사각지대에 놓일 수 있다는 문제가 꾸준히 제시되고 있다. 이는 치료의 지연, 치료 기회의 상실뿐 아니라 사회적으로 치명적인 사건사고로 이어질 가능성도 존재하기에 문제의 함의가 크다.

둘째, 비자의입원 중 보호의무자에 의한 입원이 압도적 비율을 차지하며 시·군·구청장에 의한 입원, 응급입원 비율이 극히 미미하다는 점이다. 자해 혹은 타해의 위험이 동반될 때에 비자의입원의 결정주체로서 보호의무자를 규정하고 있는 국가는 거의 전무하다. 실제로도 1) 자·타해위험성으로 입원치료가 필요함에도 보호의무자가 나서지 못하여 입원을 못하는 사례, 2) 입원치료의 지속이 필요하나 보호의무자의 반대로 퇴원 후 문제가 발생하는 사례가 각각 다수 존재한다. 치료의 시작 혹은 종료와 관련하여 개별 보호의무자의 권한과 책임이 너무 강력하다는 것이다. 또, 보호입원의 대체로 역할 해야 하는 시·군·구청장입원, 응급입원의 극히 낮은 수치는 절차적 어려움으로 인한 즉각적 입원 결정의 어려움으로 의료현장에서 제대로 활용되고 있지 못한 현실을 단적으로 보여주고 있다. 이러한 현황은 보호입원이 오랜 법적 토대로서 이미 현실로 자리 잡아온 우리나라에서 보호의무자에 의한 입원제도의 대대적인 수정과 개편 없이는 그 해결 방안이 모호하다.

2020년 4월 경찰청 브리핑에 따르면 2019년 4월 여론적 공분을 샀던 진주 아파트 방화살인사건 이후 연간 응급입원, 행정입원율의 증가를 보였다고 한다. 2018년 9월~2019년 3월 사이 행정입원 월평균 18.1명, 응급입원 월평균 320.3명이었으나 2019년 4월~2020년 3월 사이에는 행정입원 월평균 38.5명, 응급입원 월평균 586.6명으로 증가하였다는 발표였다. 이는 이전까지 피동적으로만 진행되던 응급입원, 행정입원 체계가 보다 더 작동하게 되었다는 점에서 긍정적이나, 여전히 존재하는 제도적 장벽을 고려한다면 임상치료현장의 현실을 고려한 법적 제도적 개선이 필요하겠다.

3) 연간 재원기간

2019년 정신의료기관 입원환자의 재원기간 중앙값은 31일로 나타났으며, 1개월 미만이 51,427명(54%), 1~3개월이 30,207명(31%)으로 전체 입원환자의 85%가량을 차지하였다.

표 1.11 정신의료기관 입원환자의 재원기간

(단위: 명, 일)

구분	전체	중앙값 (일)	1개월미만	1~3개월	3~6개월	6개월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상
실인원 ¹⁾	95,944	31	51,427	30,207	15,111	9,278	8,369	1,923	911	228
기관 종류	종합병원 정신과	22,083	17	16,857	4,964	822	384	365	54	32
	병원 정신과	55,832	38	26,587	18,611	10,120	6,292	5,589	1,240	631
	정신병원	19,673	44	8,688	6,151	3,581	2,139	2,095	570	220
	정신과 의원	3,989	34	1,919	1,141	691	483	320	59	28

자료: 국립정신건강센터(2020a)

마. 퇴원 후 치료 현황

중증정신질환 관리에 있어 가장 중요한 것은 1) 치료가 제대로 시작되는가, 2) 치료가 시작되었다면 제대로 유지되는가 하는 것이다. 앞서 ‘치료가 제대로 시작되는가’에 관련한 현황을 살펴보았다. 그렇다면 ‘치료가 제대로 유지되고 있는가’?

1) 퇴원 후 치료지속률

중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문율은 2019년 65.7%로 2018년 64.0%에 비해 소폭 증가하였다. 통상적인 정신과 진료에서 1개월 이내 간격으로 외래진료를 하는 것을 고려하면, 뒤집어 말해 중증정신질환으로 입원치료를 받았음에도 약 35%의 환자는 외래치료를 제대로 받지 않는다는 것을 의미한다.

외국 통계에서는 세계보건기구 발표상 36%의 국가에서 퇴원 후 75%이상의 외래방문율을 보였다. 우리나라 수치는 전 세계 상위 62%에 속하여 평균보다 낮은 축에 속한다.

표 1.12 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문율

구분	2018년 퇴원환자 수(A)	퇴원 후 1개월 내에 정신과 외래를 방문한 환자 수(B)	1개월 이내 외래 방문 환자 수 비율(B/A)
2018년 전체	52,710명	33,738명	64.0%
2019년 전체	49,819명	32,709명	65.7%

자료: 국립정신건강센터(2020a)

2) 퇴원 후 재입원 비율

2019년 중증정신질환자 퇴원 후 동일병원 재입원 비율은 3개월 내를 기준으로 할 때 36.3%로 집계되었다. 이는 2018년 25.0%에서 증가한 수치이다. 현재 수치로는 3명 중 한 명의 중증정신질환자는 치료반응 부족 혹은 치료 지속 어려움 등의 요인으로 3개월 내에 다시 입원한다는 것이 된다.

표 1.13 중증정신질환자 퇴원 후 재입원 현황

구분		재입원한 실인원(명)	재입원율(%)
2018년 퇴원환자 수		54,376	
7일 내	전체병원 재입원	4,044	7.4
	동일병원 재입원	5,822	10.7
30일 내	전체병원 재입원	9,128	16.8
	동일병원 재입원	7,497	13.8
3개월 내	전체병원 재입원	13,593	25.0
	동일병원 재입원	9,107	16.7
2019년 퇴원환자 수		51,517	
7일 내	전체병원 재입원	8,283	16.1
	동일병원 재입원	3,889	7.5
30일 내	전체병원 재입원	14,138	27.4
	동일병원 재입원	8,648	16.8
3개월 내	전체병원 재입원	18,687	36.3
	동일병원 재입원	12,626	24.5

자료: 국립정신건강센터(2020a)

바. 정신재활 현황

1) 정신의료기관 낮병원 이용자 현황

2017년 정신의료기관에서 낮병원을 운영하고 있는 기관은 92개소이며, 주로 서울, 부산, 경기 지역에서 운영률이 높았다. 또한 연간 정신의료기관 낮병원 이용자수는 증가추세를 보이고 있다.

2) 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 현황

정신재활시설 및 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터의 재활프로그램 평균 이용자 수는 2017년 7,884명으로 전년 대비 대폭 감소한 수치를 보였다. 기관별 이용자 비중은 정신재활시설이 가장 높게 나타났다.

표 1.14 연도별 시/도별 정신의료기관 낮병원 이용자 현황

(단위: 명, %)

구분	계 (1,554개)	국립정신병원 (6개)	공립정신병원 (12개)	사립정신병원 (136개)	종합병원정신과 (198개)	병원정신과 (181개)	정신과의원 (1,021개)
2000 총계	577 (100.0)	112 (20.1)	50 (9.0)	87 (15.6)	145 (26.0)	40 (7.2)	123 (22.1)
2001 총계	696 (100.0)	128 (18.4)	51 (7.3)	87 (12.5)	173 (24.9)	96 (13.8)	161 (23.1)
2002 총계	675 (100.0)	132 (19.6)	158 (23.4)	92 (13.6)	179 (26.5)	19 (2.8)	95 (14.1)
2003 총계	794 (100.0)	146 (18.4)	243 (30.6)	56 (7.1)	204 (25.7)	46 (5.8)	99 (12.5)
2004 총계	806 (100.0)	160 (19.9)	67 (8.3)	119 (14.8)	308 (38.2)	51 (6.3)	101 (12.5)
2005 총계	757 (100.0)	144 (19.0)	79 (10.4)	89 (11.8)	228 (30.1)	71 (9.4)	146 (19.3)
2006 총계	930 (100.0)	155 (16.7)	63 (6.8)	133 (14.3)	218 (23.4)	232 (24.9)	129 (13.9)
2007 총계	916 (100.0)	147 (16.0)	64 (7.0)	72 (7.9)	177 (19.3)	250 (27.3)	206 (22.5)
2008 총계	1,114 (100.0)	126 (11.3)	46 (4.1)	122 (11.0)	262 (23.5)	136 (12.2)	422 (37.9)
2009 총계	1,717 (100.0)	156 (9.1)	39 (2.3)	160 (9.3)	426 (24.8)	259 (15.1)	677 (39.4)
2010 총계	1,547 (100.0)	98 (6.3)	44 (2.8)	345 (22.3)	225 (14.5)	246 (15.9)	589 (38.1)
2011 총계	1,317 (100.0)	95 (7.2)	53 (4.0)	282 (21.4)	276 (21.0)	241 (18.3)	370 (28.1)
2012 총계	1,428 (100.0)	99 (6.9)	63 (4.4)	373 (26.1)	250 (17.5)	226 (15.8)	417 (29.2)
2013 총계	1,395 (100.0)	111 (8.0)	76 (5.4)	309 (22.2)	232 (16.6)	270 (19.4)	397 (28.5)
2014 총계	1,564 (100.0)	114 (7.3)	72 (4.6)	366 (23.4)	226 (14.5)	314 (20.1)	472 (30.2)
2015 총계	1,707 (100.0)	78 (4.6)	75 (4.4)	356 (20.9)	394 (23.1)	322 (18.9)	482 (28.2)
2016 총계	1,370 (100.0)	20 (1.5)	81 (5.9)	317 (23.1)	208 (15.2)	351 (25.6)	393 (28.7)
2017 총계	1,747 (100.0)	34 (1.9)	117 (6.7)	238 (13.6)	272 (15.6)	601 (34.4)	485 (27.8)
서울	304 (100.0)	-	40 (13.2)	23 (7.6)	50 (16.4)	24 (7.9)	167 (54.9)
부산	436 (100.0)	-	30 (6.9)	117 (26.8)	137 (31.4)	74 (17.0)	78 (17.9)
대구	399 (100.0)	-	1 (0.3)	7 (1.8)	1 (0.3)	389 (97.6)	-
인천	93 (100.0)	-	-	-	-	66 (71.0)	27 (29.0)
광주	51 (100.0)	-	1 (2.0)	45 (88.2)	-	-	5 (9.8)
대전	9 (100.0)	-	-	-	9 (100.0)	-	-
울산	-	-	-	-	-	-	-
세종	-	-	-	-	-	-	-
경기	286 (100.0)	-	-	35 (12.2)	42 (14.6)	48 (16.7)	162 (56.5)
강원	20 (100.0)	14 (70.0)	-	-	6 (30.0)	-	-
충북	-	-	-	-	-	-	-
충남	-	-	-	-	-	-	-
전북	109 (100.0)	-	45 (41.3)	-	18 (16.5)	-	46 (42.2)
전남	20 (100.0)	20 (100.0)	-	-	-	-	-
경북	7 (100.0)	-	-	7 (100.0)	-	-	-
경남	4 (100.0)	-	-	4 (100.0)	-	-	-
제주	9 (100.0)	-	-	-	9 (100.0)	-	-

주: 연중 1일 평균내원환자 수
 자료: 국립정신건강센터(2018b)

표 1.15 기관종류에 따른 시도별 정신의료기관 낮병원 이용 현황

(단위: 명)

구분	전체 ³⁾	정신병원	종합병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원
실인원	4,363	1,034	552	1,734	1,083
서울	764	108	136	177	346
부산	631	295	115	228	0
대구	845	20	16	809	0
인천	347	0		244	104
광주	136	101	0	34	
대전	63		62	0	0
울산	7	0	0	7	0
세종	0	0	0	0	0
경기	984	189	147	214	452
강원	79	50	13	16	0
충북	25	0	0		24
충남	74	57	14	0	
전북	231	119	11	0	101
전남	31	31	0	0	0
경북	59	56	0	3	0
경남	28		16	4	0
제주	78	0	22	0	56

주: 1) 저인의료기관 소재지 기준으로 시·도별 현황을 분석하였음.

2) 낮병원 서비스를 다른 기관 또는 다른 시도에서 2회 이상 이용한 사람이 있을 수 있으므로, 세부 기관 종류 및 시도별 실인원 합계와 전체 값은 다를 수 있으며, 개인 식별 문제로 일부 값은 미공개함.

3) 2018.1.1. ~ 12.31. 에 수집된 실인원 연간자료임.

자료: 국립정신건강센터(2018b)

표 1.16 연도별 기관별 등록(이용)자 현황

(단위: 개소, 명)

구분	기관수	등록(이용)자수
2001 총계	121	32,165
2002 총계	153	33,244
2003 총계	163	37,047
2004 총계	184	41,320
2005 총계 ¹⁾	220	48,492
2006 총계	250	55,885
2007 총계	298	64,330
2008 총계	398	78,941
2009 총계	415	76,209
2010 총계	428	86,605
2011 총계	478	78,655
2012 총계	515	88,482
2013 총계	591	93,591
2014 총계	597	96,424
2015 총계	621	91,650
2016 총계	624	94,765
2017 총계	641	92,291
정신재활시설	349 ²⁾	6,461
기초정신건강복지센터	227	76,348
기본형정신건강증진사업 ³⁾	15	666 ⁴⁾
중독관리통합지원센터	50	8,816

주: 1) 2005년부터 아동청소년 정신보건사업 등록자 포함

2) 국고보조금 미지원 시설 포함

3) 정신건강복지센터 미설치 지역에서 보건소 기본형정신건강증진사업의 형태로 수행하는 경우를 의미함

4) 일부지역에서 자료 미제출

자료: 국립정신건강센터(2018b)

표 1.17 연도별 시/도별 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 재활프로그램 이용자 현황

(단위: 명,%)

구분	계	정신재활시설	정신건강복지센터		중독관리 통합지원센터
			기초형	기본형	
2000 총계	1,473 (100.0)	693 (47.0)	780 (53.0)	-	-
2001 총계	2,715 (100.0)	1,200 (44.2)	812 (29.9)	703 (25.9)	-
2002 총계	3,044 (100.0)	1,393 (45.8)	838 (27.5)	813 (26.7)	-
2003 총계	3,904 (100.0)	1,798 (46.1)	888 (22.7)	1,218 (31.2)	-
2004 총계	6,795 (100.0)	2,872 (42.3)	1,784 (26.3)	2,139 (31.5)	-
2005 총계	6,858 (100.0)	2,533 (36.9)	2,047 (29.8)	2,278 (33.2)	-
2006 총계	7,755 (100.0)	2,706 (34.9)	2,335 (30.1)	2,161 (27.9)	553 (7.1)
2007 총계	5,727 (100.0)	2,811 (49.1)	1,613 (28.2)	1,061 (18.5)	242 (4.2)
2008 총계	6,737 (100.0)	3,125 (46.4)	2,277 (33.8)	536 (8.0)	799 (11.9)
2009 총계	7,501 (100.0)	3,360 (44.8)	2,267 (30.2)	523 (7.0)	1,351 (18.0)
2010 총계	12,093 (100.0)	3,543 (29.3)	6,041 (50.0)	1,102 (9.1)	1,407 (11.6)
2011 총계	16,436 (100.0)	4,304 (26.2)	8,281 (50.4)	1,697 (10.3)	2,154 (13.1)
2012 총계	16,901 (100.0)	4,439 (26.3)	8,386 (49.6)	1,169 (6.9)	2,907 (17.2)
2013 총계	16,889 (100.0)	4,678 (27.7)	8,853 (52.4)	727 (4.3)	2,631 (15.6)
2014 총계	16,912 (100.0)	4,600 (27.2)	9,103 (53.8)	550 (3.3)	2,659 (15.7)
2015 총계	16,056 (100.0)	4,636 (28.9)	8,287 (51.6)	418 (2.6)	2,715 (16.9)
2016 총계	12,045 (100.0)	4,994 (41.5)	5,625 (46.7)	220 (1.8)	1,206 (10.0)
2017 총계	7,884 (100.0)	4,240 (53.8)	3,156 (40.0)	58 (0.7)	430 (5.5)

자료: 국립정신건강센터(2018b)

3) 정신재활 이용자 진단별 현황

진단별 분포를 제시한 <표 1.18>에 의하면(2017년 기준), 전체 등록(이용)자 중 조현병 진단이 36.0%으로 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 우울증 20.2%, 아동청소년 정신 건강문제(질환) 13.6%, 중독 11.9% 등 순이었다. 2017년 ‘치매국가책임제’를 실시함에 따라 치매안심센터를 신설하여 치매 진단을 가진 등록(이용)자의 경우 2016년에 비해 감소한 것을 볼 수 있다.

4) 정신재활 이용자 직업별 현황

등록(이용)자의 직업별 현황을 제시한 <표 1.19>를 보면(2017년 기준), 등록(이용)자의 20.1%가 취업 중인 것으로 나타났다. 취업자의 직업 중 단순노무(5.7%)가 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 서비스직(3.4%), 기타직종(3.3%), 농어업(3.0%) 순이었다.

표 1.18 연도별 기관별 등록(이용)자의 진단별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	조현병	양극성 정동장애	우울증	중독질환	정신지체	지메	신경증	뇌전증	아동청소년 정신건강 문제(질환)	기타
2000 총계	10,626 (100.0)	5,833 (54.9)	526 (5.0)	692 (6.5)	494 (4.6)	404 (3.8)	980 (9.2)	14 (1.4)	439 (4.1)	-	1,114 (10.5)
2001 총계	32,165 (100.0)	14,950 (46.5)	1,170 (3.6)	1,022 (3.2)	2,094 (6.5)	2,766 (8.6)	5,586 (17.4)	47 (1.5)	2,173 (6.8)	-	1,933 (6.0)
2002 총계	33,244 (100.0)	15,877 (47.8)	1,408 (4.2)	1,119 (3.4)	2,216 (6.7)	2,385 (7.2)	5,832 (17.5)	34 (1.0)	2,186 (6.6)	-	1,872 (5.6)
2003 총계	37,047 (100.0)	17,890 (48.3)	1,594 (4.3)	1,331 (3.6)	2,234 (6.0)	2,224 (6.0)	6,659 (18.0)	43 (1.2)	2,399 (6.5)	-	2,279 (6.2)
2004 총계	41,160 (100.0)	19,079 (46.4)	1,747 (4.3)	1,619 (3.9)	4,102 (9.9)	2,147 (5.2)	6,887 (16.7)	43 (1.1)	2,258 (5.5)	-	2,834 (6.9)
2005 총계	48,492 (100.0)	22,024 (45.4)	1,957 (4.0)	2,023 (4.2)	4,493 (9.3)	1,970 (4.1)	8,151 (16.8)	43 (0.9)	2,098 (4.3)	2,515 (5.2)	2,829 (5.8)
2006 총계	55,965 (100.0)	23,856 (42.6)	2,491 (4.4)	2,699 (4.8)	5,238 (9.4)	2,393 (4.3)	12,541 (22.4)	64 (1.2)	2,151 (3.8)	3,294 (5.9)	677 (1.2)
2007 총계	64,330 (100.0)	25,384 (39.5)	2,779 (4.3)	3,296 (5.1)	6,762 (10.5)	2,422 (3.8)	12,533 (19.5)	65 (1.0)	2,037 (3.2)	4,223 (6.6)	4,243 (6.6)
2008 총계	78,941 (100.0)	33,141 (42.0)	3,215 (4.1)	6,143 (7.8)	7,217 (9.1)	2,857 (3.6)	12,963 (16.4)	64 (0.8)	1,815 (2.3)	5,479 (6.9)	5,467 (6.9)
2009 총계	76,209 (100.0)	34,264 (45.0)	3,566 (4.7)	7,114 (9.3)	8,317 (10.9)	2,535 (3.3)	6,746 (8.9)	69 (0.9)	1,228 (1.6)	8,720 (11.4)	3,026 (4.0)
2010 총계	86,605 (100.0)	35,555 (41.1)	3,671 (4.2)	9,428 (10.9)	9,110 (10.5)	1,482 (1.7)	10,685 (12.3)	66 (0.8)	1,105 (1.3)	11,278 (13.0)	3,625 (4.2)
2011 총계	78,655 (100.0)	32,823 (41.7)	3,563 (4.5)	11,088 (14.1)	8,901 (11.3)	169 (0.2)	1 (0.0)	82 (1.0)	55 (0.1)	14,466 (18.4)	6,768 (8.6)
2012 총계	88,482 (100.0)	33,695 (38.1)	4,271 (4.8)	13,990 (15.8)	10,642 (12.0)	176 (0.2)	49 (0.1)	80 (0.9)	35 (0.0)	17,595 (19.9)	7,223 (8.2)
2013 총계	93,591 (100.0)	36,401 (38.9)	4,333 (4.6)	19,118 (20.4)	10,365 (11.1)	180 (0.2)	20 (0.0)	85 (0.9)	59 (0.1)	15,922 (17.0)	6,338 (6.8)
2014 총계	96,424 (100.0)	36,080 (37.4)	4,473 (4.6)	21,364 (22.2)	10,300 (10.7)	132 (0.1)	-	73 (0.8)	39 (0.0)	16,940 (17.6)	6,360 (6.6)
2015 총계	91,650 (100.0)	34,652 (37.8)	4,631 (5.1)	21,440 (23.4)	11,344 (12.4)	159 (0.2)	4 (0.0)	63 (0.7)	25 (0.0)	14,553 (15.9)	4,211 (4.6)
2016 총계	94,537 (100.0)	33,095 (35.0)	4,758 (5.0)	17,823 (18.9)	11,313 (12.0)	416 (0.4)	2,634 (2.8)	61 (0.7)	405 (0.4)	13,684 (14.5)	9,794 (10.4)

구분	전체	조현병	양극성 정동장애	우울증	중독질환	정신지체	지메	신경증	뇌전증	아동청소년 정신건강 문제(질환)	기타
2017 총계	92,274 (100.0)	33,161 (36.0)	5,043 (5.5)	18,642 (20.2)	10,953 (11.9)	238 (0.3)	19 (0.0)	603 (0.7)	341 (0.4)	12,566 (13.6)	10,708 (11.6)
정신재활 시설	6,461 (100.0)	4,986 (77.2)	451 (7.0)	250 (3.9)	269 (4.2)	100 (1.5)	1 (0.0)	16 (0.2)	38 (0.6)	-	350 (5.4)
기초 정신건강 복지센터	76,333 (100.0)	27,785 (36.4)	4,572 (6.0)	18,248 (23.9)	1,918 (2.5)	107 (0.1)	17 (0.0)	585 (0.8)	300 (0.4)	12,484 (16.4)	10,317 (13.5)
기본형 정신건강 증진사업 ¹⁾	662 (100.0)	390 (58.9)	20 (3.0)	144 (21.8)	30 (4.5)	31 (4.7)	1 (0.2)	2 (0.3)	3 (0.5)	-	41 (6.2)
중독관리 통합지원 센터	8,818 (100.0)	-	-	-	8,736 (99.1)	-	-	-	-	82 (0.9)	-

주 : 1) 일부 지역의 데이터 미제출로 총계 차이 있음.

2) 2017년부터 알코올/약물 사용장애 이외 모든 중독 포함됨.

자료: 국립정신건강센터(2018b)

표 1.19 연도별 기관별 등록(이용)자의 직업별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	관리자	전문직	사무직	서비스직	판매직	농어업	기능직	제조업	단순노무	기타직종	무직	미파악
2013 총계	76,162 (100.0)	-	550 (0.7)	866 (1.1)	3,011 (4.0)	-	4,125 (5.4)	810 (1.1)	909 (1.2)	5,305 (7.0)	3,176 (4.2)	57,410 (75.4)	-
2014 총계 ¹⁾	77,684 (100.0)	-	583 (0.8)	857 (1.1)	3,108 (4.0)	-	3,810 (4.9)	955 (1.2)	967 (1.2)	5,404 (7.0)	3,070 (4.0)	58,930 (75.9)	-
2015 총계	75,141 (100.0)	-	613 (0.8)	883 (1.2)	3,048 (4.1)	-	3,151 (4.2)	829 (1.1)	813 (1.1)	4,996 (6.6)	4,722 (6.3)	56,086 (74.6)	-
2017 총계	77,386 (100.0)	111 (0.1)	631 (0.8)	873 (1.1)	2,622 (3.4)	339 (0.4)	2,344 (3.0)	865 (1.1)	711 (0.9)	4,441 (5.7)	2,556 (3.3)	56,298 (72.7)	5,595 (7.2)
정신재활 시설 ²⁾	4,404 (100.0)	-	16 (0.4)	104 (2.4)	352 (8.0)	-	7 (0.2)	34 (0.8)	206 (4.7)	571 (13.0)	81 (1.8)	3,033 (68.9)	-
기초정신 건강복지 센터	64,102 (100.0)	49 (0.1)	277 (0.4)	422 (0.7)	1,444 (2.3)	266 (0.4)	2,132 (3.3)	280 (0.4)	356 (0.6)	2,811 (4.4)	1,866 (2.9)	48,679 (75.9)	5,520 (8.6)
기본형 정신건강 증진사업	117 (100.0)	-	-	-	-	-	12 (6.8)	-	-	-	1 (0.6)	164 (92.7)	-
중독관리 통합지원 센터	8,703 (100.0)	62 (0.7)	338 (3.9)	347 (4.0)	826 (9.5)	73 (0.8)	193 (2.2)	551 (6.3)	149 (1.7)	1,059 (12.2)	608 (7.0)	4,422 (50.8)	75 (0.9)

주 : 1) 정신건강복지센터 등록자 중 아동청소년은 제외함.

2) 정신재활시설의 경우 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설의 현황임.

자료: 국립정신건강센터(2018b)

5) 정신재활 예산

2016년 정신의료기관의 예산은 건강보험과 의료급여를 합하여 4조 2천억 원이었음에도 정신재활서비스기관의 예산은 2017년 1,890억 원에 불과하여 지역사회 정신재활서비스가 극단적으로 부족하였다. 지역사회 재활서비스를 확대하고 서비스의 질을 높이는 것이 불가능한 현행 의료법, 국민건강보험법, 정신건강복지법 등 관련 제도의 개선이 필요하다(권오용 외, 2018).

사. 정신건강인력, 예산 현황

1) 정신건강인력 현황

우리나라 인구 10만 명당 정신건강전문인력 수는 2019년 17.6명으로 2018년 16.4명에서 소폭 증가한 수치이다. 이는 세계보건기구 통계상 경제소득 중상위권 수준에 해당하는데, 경제소득 상위권 25개 국가의 인구 10만 명당 정신건강전문인력 수는 평균 64.25명이었다.

표 1.20 정신건강 관련 기관에서 근무하는 상근인력 및 정신건강전문인력 수(2019년)

(단위: 명, %)

시·도	상근인력 총계(T)	전문인력 계(S)	상근인력 대비 전문 인력 비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력 수	
				상근 인력 수 (T/인구수)*10 ⁵	전문 인력 수 (S/인구수)*10 ⁵
전국	23,348	9,096	39.0	45.2	17.6
서울	4,051	1,951	48.2	41.9	20.2
부산	1,765	713	40.4	52.3	21.1
대구	1,239	457	36.9	50.9	18.8
인천	1,127	411	36.5	38.3	14.0
광주	841	385	45.8	56.3	25.8
대전	762	300	39.4	50.5	19.9
울산	391	143	36.6	34.1	12.5
세종	86	33	38.4	26.0	10.0
경기	4,701	1,886	40.1	35.5	14.2

시·도	상대인력 총계(T)	전문인력 계(S)	상대인력 대비 전문 인력 비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력 수	
				상대 인력 수 (T/인구수)*10 ⁵	전문 인력 수 (S/인구수)*10 ⁵
강원	738	256	34.7	48.7	16.9
충북	804	244	30.3	49.5	15.0
충남	1,336	445	33.3	61.1	20.3
전북	998	450	45.1	55.3	25.0
전남	1,076	370	34.4	60.7	20.9
경북	1,387	398	28.7	52.1	14.9
경남	1,780	555	31.2	53.1	16.6
제주	266	99	37.2	40.3	15.0

자료: 국립정신건강센터(2020a)

사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 2019년 34.2명으로 2018년 40.8명에서 소폭 개선된 수치를 보인다.

표 1.21 기관 유형별 사례관리자 1인당 사례관리 대상자 수(2019년)

(단위: 명)

구분	계	기초 정신건강복지센터	중독관리통합 지원센터	자살예방센터 ¹⁾
등록 정신질환자 수(A)	81,161	72,651	7,726	784
사례관리자 수(B)	2,375	2,135	212	28
사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수(A)/(B)	34.2	34.0	36.4	28.0

주: 1) 독립형 자살예방센터만 포함. 부설형 자살예방센터의 자료는 정신건강복지센터에 포함됨.
자료: 국립정신건강센터(2020a)

표 1.22 시도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수(2019년)

(단위: 명)

시도	등록 정신질환자 수	사례관리자 수	사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수
전국	81,161	2,375	34.2
서울	11,397	257	44.3
부산	3,838	184	20.9
대구	2,343	82	28.6
인천	5,166	116	44.5
광주	3,071	105	29.2
대전	1,096	48	22.8
울산	1,131	48	23.6
세종	456	12	38.0
경기	22,042	625	35.3
강원	5,453	157	34.7
충북	5,087	114	44.6
충남	4,036	100	40.4
전북	1,963	93	21.1
전남	3,266	106	30.8
경북	3,795	164	23.1
경남	5,248	133	39.5
제주	1,773	31	57.2

자료: 국립정신건강센터(2020a)

2) 정신건강예산 현황

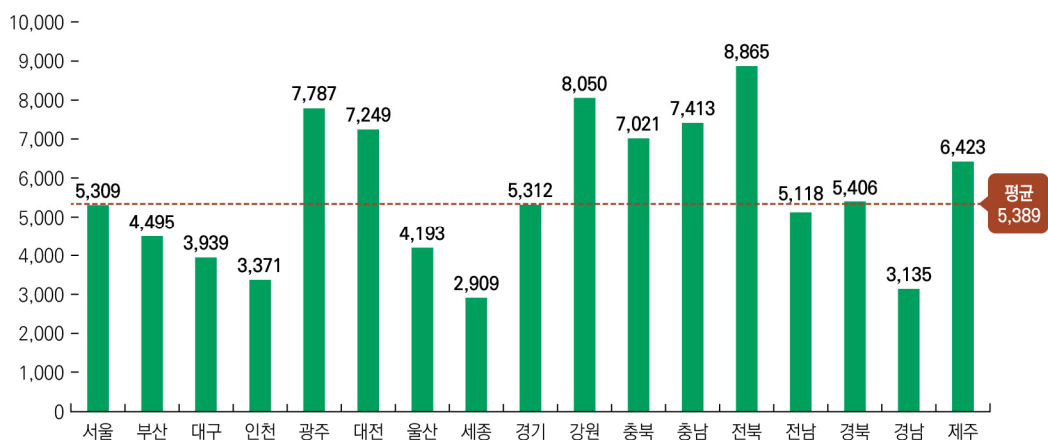
2019년 기준 우리나라 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산은 5,389원으로 2018년 4,791원에서 소폭 증가하였다. 세계보건기구 중앙값은 \$2.5(2020년 기준 약 3,070원)이었으며, 우리나라 예산수치는 지역적으로 비교할 때 아프리카/동남아시아, 서태평양, 동지중해 국가 평균보다는 높았으나 아메리카 \$11.8(약 14,490원), 유럽 \$21.7(약 26,647원)에는 한참 미치지 못하는 예산 수준임을 가늠할 수 있다.

표 1.23 시도별 인구 1인당 정신보건 예산(2019년)

(단위: 명, 천원, 원)

시·도	인구수	정신건강예산	인구 1인당 지역사회 정신건강예산
전국	51,709,098	278,672,839	5,389
서울	9,662,041	51,300,286	5,309
부산	3,372,763	15,159,383	4,495
대구	2,432,442	9,581,590	3,939
인천	2,943,992	9,923,885	3,371
광주	1,493,571	11,630,978	7,787
대전	1,508,753	10,936,233	7,249
울산	1,146,561	4,807,473	4,193
세종	331,136	963,287	2,909
경기	13,237,797	70,323,347	5,312
강원	1,516,629	12,209,343	8,050
충북	1,625,607	11,414,098	7,021
충남	2,187,752	16,218,788	7,413
전북	1,803,291	15,985,544	8,865
전남	1,772,926	9,074,488	5,118
경북	2,664,642	14,406,343	5,406
경남	3,349,656	10,501,653	3,135
제주	659,539	4,236,120	6,423

(단위: 원)



자료: 국립정신건강센터(2020a)

3 조현병 관련 사건사고의 원인과 대중적 인식

가. 서론

2018년 12월 31일 발생한 고 임세원 교수의 비극은 이틀 후 유가족의 호소로 변화가 시작되었다. 끔찍한 사고로 조현병에 대한 편견과 격리에 대한 사회적 주장이 비등해질 상황에서 유족은 ‘안전한 진료환경과 마음이 아픈 사람이 편견과 차별 없이 쉽게 도움을 받을 수 있는 치료환경’을 고인의 유지로 밝힌 바 있다. 최악의 상황에서 이러한 호소는 국민의 마음을 움직였고 안전한 진료환경과 중증정신질환에 대한 대책의 사회적 논의가 시작되는 계기가 되었다. 그러나 2019년 4월부터 진주 방화사건 등 조현병과 관련한 심각한 사고가 연이어 발생하면서 현실에서는 몇 개월 후 정신사회재활시설이나 정신병원의 설치를 반대하는 지역사회 또는 정치인의 주장이 난무하는 등 편견이 악화되어 온 것 또한 엄연한 사실이다. 실제 2019년 국가인권위 보고서에 의하면 2008년 조사와 비교해서 2019년에는 사회적 편견과 차별이 가족이 느끼는 어려움의 1위로 높아졌다. 가족들이 현재 우리사회의 편견해소를 복지지원 확대보다 국가의 우선적인 지원과 서비스로 인식하는 상황이 되었다. 본 보고서에서는 최근 발생한 조현병 관련 사건사고의 현황과 원인을 분석하고 이에 대한 대중적 인식과 정책적 제언을 정리해보고자 한다.

나. 조현병 관련 사건사고의 현황

1) 조현병과 범죄

국내 정신보건법의 출발은 중증정신질환 관련 사고로 시작하였다고 해도 과언이 아니다. 20세 환자에 의한 여의도 광장 차량질주사건과 지역농민의 대구 거성관 나이트 방화사건이 발생하자 당시 법무부장관은 정신질환자의 범죄를 막기 위해 ‘정신보건법’ 제정을 제안하였고 보건사회부가 1992년 ‘정신보건법안’을 국회에 제출하여 3여년의 심사과정을 거쳐 1995년 12월 정신보건법이 제정되었다.

일반적으로 조현병 환자의 범죄율은 일반인보다 높지 않으며 국내에서도 대개 5분의 10분의 1 수준에 불과하다고 보고된다. 반면 급성기 또는 재발의 시기에 강력범죄의 발생은 일반인보다 높은 것으로 알려져 있다. 국내 통계로 2019년 김민주 등은 조현병 환자의 범죄율은 0.1% 수준으로 일반인의 5분의 1 정도로 보고하였다. 그러나 동일 연구에서 살인과 방화 등의 중범죄 비율은 조현병에서 일반인보다 5배로 높다. 살인의 경우 비율로 볼 때 조현병은 0.5%로 일반인(0.1%)의 5배라는 보고가 있다는 점에서 조현병과 연관된 강력범죄의 우려가 있다.

양적으로는 경찰청이 발표한 최근 5년 간 국내 전체 살인사건은 △2013년 929건 △2014년 913건 △2015년 929건 △2016년 914건 △2017년 825건이었고 같은 기간 정신질환자에 의한 살인사건은 △2013년 58건 △2014년 64건 △2015년 66건 △2016년 73명 △2017년 72건이었다. 전체 살인사건 가해자 중 정신질환자의 비율은 △2013년 6.24% △2014년 7.0% △2015년 7.1% △2016년 7.98% △2017년 8.72%다. 우리나라 전체 조현병 환자의 비율이 0.5~1% 수준으로 볼 때 비율로서는 낮지 않는 수치이다.

국회 입법조사처가 발행한 보고서에 의하면 정신질환 전체 범죄자 수는 2007년 5,726명에서 2016년 8,343명으로 최근 10년 간 조금씩 증가하는 추세이다. 또한 정신질환자 범죄 중 강력범죄의 비중은 2015년 9.71%로 비정신질환자의 비중(1.46%) 보다 높은 실정이다. 그러나 이러한 통계 자체가 검시관의 평가 등 전문적 평가로 이루어진 것은 아니며 경찰통계로 작성되었다는 점에서 단순히 조현병을 가진 개인에 의한 것인지 증상이 관련된 것인지 또는 다른 요인에 의해 발생한 것인지 구분하기는 현재로서는 어려운 상태이다.

그러나 조현병 관련 강력범죄의 특성은 증상에 의한 것일 경우 일반인이 상식적인 수준의 이유를 추정하기 쉽지 않다. 언론 등에서 ‘묻지마 범죄’로 표현되기도 하여 더욱 오래 기억되는 각인효과를 가진다. 2019년 진주 아파트 방화살인사건 이후로는 ‘조현병 포비아’라는 신조어가 회자되기도 하였다. 해외의 체계적 리뷰에서도 조현병 환자의 경우 범죄는 일반인보다 낮지만 초발 또는 재발 시기에 적절한 치료가 없을 때 강력범죄는 증가할 수 있는 것으로 보고되고 있다.

사실 조현병 관련통계에서 큰 관심을 받지 못하지만 사망원인에서 자살은 전체환자의 10~15%로 매우 높다. 일반인보다 15~25년 낮은 평균수명에 영향을 줄 수준으로 심각한 상황이다. 중앙심리부검센터의 심리부검결과 정신질환을 앓고 있는 개인이 자살로 사망한 경우 약물복용은 15% 수준에 그치고 있었다. 결국은 자·타해위험이 있는 시기에 어떠한 시스템이 이를 예방할 수 있는가가 논의의 핵심이 될 필요가 있다.

2) 조현병 관련 주요 사건사고의 특징

2016년 이후 발생한 조현병 관련 주요 사건사고는 <표 1.24>와 같다. 대부분의 언론에 주요기사로 보도되었고 국민적 충격을 준 사건이다. 강남역 사건의 경우 여성혐오도 이슈가 된 바 있으나 검찰조사과정에서 피해망상이 부른 범죄로 규정되었고 2017년 대법원은 징역 30년과 20년의 치료감호, 전자팔찌 부착명령을 선고한 바 있다. 오패산 살인사건의 경우에도 2019년 1월 8일 대법원에서 무기징역이 확정되었다. 전과 9범으로 9년 4개월 간 교도소에서 복역 중 조현병으로 진단받은 바 있었다.

경북 영양군 경관 사망사건의 경우 피의자는 이미 7년 전 폭행치사의 전과가 있었다. 이후 재판에 대한 보도는 찾기 힘든 상태이다. 고 임세원 교수 사망사고의 경우는 피의자는 입원 시 진단은 조울증으로 보도되었으나 초기입원진단이었고 이후 현재까지 경과로 볼 때 조현병이 의심되는 상황이다. 동생 집 앞에서의 난동으로 경찰에 신고된 바 있으나 범죄 경력은 없었다. 진주 아파트 방화살인사건의 경우는 22명의 사상자가 발생하였다. 안인득 역시 폭행으로 치료감호를 선고받은 바 있고 2016년 치료가 중단되었다. 현재 고등법원에서 무기징역을 선고받고 대법원에 상고한 상태이다.

언론보도와 재판기록을 통해 비교한 주요 6개 사건의 공통점은 예외 없이 이전에 조현병 진단을 받은 바 있으나 조현병 치료가 사고 당시 중단되었다는 사실이다.

표 1.24 주요 사건사고의 주요 이슈와 추정진단

년도	사건	검색 키워드	보도 건수
2016	강남역 화장실 살인사건	강남역 화장실	1,850
		문지마 살인	2,651
		살인 AND(김성민 OR 화장실)	3,240
		여성혐오 AND(강남역 OR 화장실)	970
	오패산 터널 총격사건	오패산	919
		성병대	580
		김창호 경감	412
2018	경북 영양군 경찰관 피습사건	경찰 피습	312
	강서구 PC방 살인사건	강서구 PC방 살인	1,610
		피의자 김성수	1,005
2019	임세원 교수 사건	임세원	1,468
	진주 아파트 방화살인사건	진주 방화	2,097
		안인득	1,276

다. 사건사고와 관련한 대중적 인식

국립정신건강센터가 시행한 대국민 정신건강지식 및 태도조사에 따르면 (한국갤럽·국립정신건강센터, 2018) 국민 10명 중 6명(59.9%)은 지난 1년 간 정신건강문제를 경험하고, 이 중 30%는 일상생활 또는 사회활동에 제약받은 적도 있는 것으로 나타났다. 그럼에도 불구하고 39.5%는 어느 누구에게도 도움을 요청한 적이 없는 것으로 보고되었다.

국민 10명 중 8명(82.3%)은 누구나 정신질환에 걸릴 수 있다고 생각하지만, 치료가 가능하다고 생각하는 비율은 68.1%, 정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다고 생각하는 비율은 63.6% 수준이었다.. 특히 국민의 10명 중 6명(60.0%)은 ‘정신질환이 있는 사람은 일반인에 비해 위험하다’란 인식을 가지고 있었다, 반면, 독일의 경우 정신질환자들이 예측 불가능하다고 응답한 비율은 49.6% 였으며, 공격적이고 난폭한 행동을 한다고 응답한 비율은 약 25%로 조사되어 상대적으로 낮았다.

또한 Kim 등(2000)이 1998년 3월부터 2000년 2월까지 2년 동안 동아일보와 조선일보에서 정신질환에 대해 설명한 기사를 분석한 결과, 부정적인 기사가 69.9%로 긍정적인 기사에 비해 5배 이상 많은 것으로 나타났으며 부정적인 기사들이 주로 다룬 내용은 “정신장애인은 위험하거나 난폭하며 범죄를 잘 저지른다”, “정신장애인은 엉뚱하고 특이하며 사회적 기능을 잘 수행하지 못한다”는 등의 내용이 포함되었다.

국가인권위보고서(2019)에 따르면, ‘정신질환’으로 검색한 결과, 네이버에서는 2015년 대비 2017년에 202건 증가하였으며, 빅카인즈는 677건 감소하였다. ‘정신질환’과 ‘범죄’와 관련된 기사는 네이버 861건, 빅카인즈 136건 증가하였다. ‘조현병’ 관련 기사는 네이버 대상 3,248건, 빅카인즈 대상 1,040건 증가하였으며, ‘조현병’과 ‘범죄’ 관련 기사는 네이버 1,096건, 빅카인즈 357건 증가하였다. 동시에 2017년 ‘조현병’ 관련 기사 보도 건수는 2015년 대비 약 4배, ‘조현병’과 ‘범죄’ 관련 기사는 약 10배 증가하였다.

정신건강복지법과 주요 정신질환자의 사건 관련 키워드를 중심으로 검색한 결과, 2015년 49건 대비 2016년 595건으로 증가하였으며, 2017년 406건, 2018년 433건으로 감소 경향을 보이다가 2019년 1,128건으로 급증하였다. 시기별 주요 보도 사건을 보면, 2016년 강남역 화장실 살인사건과 오패산 터널 총격사건, 2018년에는 경찰관 피습사건과 강서구 PC방 살인사건이 있었다. 이후 상대적으로 피해가 컸던 2019년 임세원 교수 피습사건과 진주 아파트 방화살인사건으로 관련 뉴스 보도 건수가 늘어난 것으로 보인다. 실제 정신질환과 관련한 뉴스의 총량보다 범죄관련 검색어가 포함된 보도의 비율이 급증하여 이러한 사건과 그에 따른 보도가 편견의 악화와 관련되었을 가능성을 제기한다.

표 1.25 정신건강복지법 개정 전후 뉴스검색 결과

(단위: 건)

구분	네이버			빅카인즈		
	2015년	2017년	증감	2015년	2017년	증감
정신질환	13,090	13,292	+202	3,535	2,858	-677
정신질환+범죄	1,178	2,039	+861	410	546	+136
조현병	848	4,096	+3,248	254	1,294	+1,040
조현병+범죄	81	1,177	+1,096	49	406	+357

라. 조현병 관련 사건사고와 시스템의 부재

1) 응급상황에서의 시스템의 차이

● 장면 1

심각한 타해의 병력이 있는 한 환자가 보호의무자에 의한 입원으로 치료중이다. 치료비에 부담을 느낀 어머니는 자식의 퇴원을 주치의에게 요청하였고 주치의의 만류에도 불구하고 그는 퇴원하였다.

● 장면 2

자·타해위험이 있는 한 환자가 지역사회에서 발견되었다. 시민의 신고로 출동한 경찰에 의해 응급정신건강병원 지정응급실로 이송되었고 72시간 동안 입원되었다. 위험은 지속적이었고 주치의는 법원의 심사를 청구하였다. 소규모 청문회가 열렸고 절차보조인이 환자를 대리하였다. 이를 담당하는 법정은 정신질환 전문의 판사를 비롯하여 심리학자, 사회복지사, 그리고 전문치료기관 담당관 등이 이후의 치료와 사회복귀까지 관여한다.

장면 1은 한국이다. 작년 영양 경찰 사망사건에서 실제 벌어졌던 상황이다. 경찰의 조사에 따르면 조현병으로 입원한 경력이 있었고 7년 전 폭행치사의 전과가 있음에도 입원비가 부담되었던 노모에 의해 퇴원하였으며, 퇴원 후 노모와 생활하며 최근 약을 먹지 않으면서 증상이 악화되어, 경찰이 몇 차례 출동했으나 결국 한 명의 경찰이 사망하고 다른 한 명이 중상을 입는 사고에 이른 것으로 보도되었다.

장면 2는 미국이다. 자·타해위험에 대한 안전의 확보가 최우선적으로 여겨지며 항상 신체구속이라는 인권문제가 제기되는 강제입원의 결정은 법원을 통해 이루어지며 법원도 입원뿐 아니라 치료와 사회복귀까지 이어지는 체계를 갖추고 있다.

이러한 사례는 동일한 질환도 그 사회가 어떠한 치료와 지원체계를 갖느냐에 따라 다른 결과를 보일 수 있다는 것을 보여준다. 현재 우리나라의 정신건강복지법은 2016년 개정을 통해 2017년부터 시행되고 있지만 이러한 문제를 해결하지 못하고 있다. 여기서 미국 등 해외와 비교하여 사각지대는 다음과 같다

- 가) 보호의무자에 의한 입원제도는 퇴원 시 자·타해위험의 상태와 관련 없이 보호 의무자의 동의철회만으로도 퇴원이 가능하다.
- 나) 폭행치사의 전과가 있었음에도 외래치료지원제 등은 당시에는 보호의무자의 동의가 있어야 시행되는 법조항에 의해 유명무실하였다.
- 다) 퇴원 후 집으로 찾아가는 퇴원 후 사례관리나 지역사회 사례관리는 전혀 없었고 치료는 바로 중단되었다.
- 라) 재발한 상태에서 경찰이 3번 출동하였지만 정신건강전문가의 지원은 없었다.
- 마) 경찰이 입원을 시키려 했어도 어머니의 동의가 없으면 입원이 불가능했다. 실제 법 조항만으로는 행정입원이 가능하나 보호의무자가 있는 경우 현실에서는 거의 진행 되지 않으며 치료비도 지원되지 않았다.
- 바) 경찰이 응급입원을 결정했다고 해도 공공병상에 경찰을 위한 응급병실이 준비되어 있지 않아 경찰은 입원시킬 병원을 찾아 적게는 수 시간 길게는 종일을 헤메어야 한다.

2) 중증정신질환과 국가의 책임

2016년 강남역 살인사건, 2018년 영암군 경관 사망사건, 그리고 2018년 마지막 날 고 임세원 교수의 비보는 우리사회가 다시는 겪지 않아야 할 비극이다. 이러한 사건이 보도 되면 중증정신질환자를 강력히 처벌하고 격리해야 한다는 사회적 주장이 비등해진다. 하지만 강제와 격리 또는 처벌의 강화로 문제를 해결할 수 있을까? 처벌의 강화가 급성기 정신증상에 효과적일 것일지는 회의적이다.

우리나라에서는 1995년 정신보건법이 시행되었다. 이전까지 대부분의 환자가 비인가 요양원에 있었던 점을 감안하면 이 당시로는 진보였다. 그러나 위험의 외주화는 단지 산업 현장에만 있었던 것은 아니다. 국공립병원이 비자의입원을 담당해온 서구와 달리 국내에서는 95%가 사립정신병원에 맡겨져 왔다(국공립정신의료기관 18개소, 민간정신의료기관 1,431개소, 2017년 기준). 이마저 의료급여정액제 등 의료보험에 비해 낮은 수가로 조기 발견 조기치료의 선순환이 아니라 만성화 수용화가 장기간 진행되어온 상황이다. 따라서 현재 시점에서도 국내에서는 여전히 조현병 환자를 지역사회에서 치료하고 지원할 시스템은

부족하다. 우리나라에서 퇴원환자는 정신건강복지센터로 연계될 수 있는데 비율은 5%미만이다. 지역사회에서의 치료를 의무화하는 외래치료지원제는 작년 한해 전국에서 불과 4건 시행되었다. 정신건강복지센터가 전국에 설치된 것은 분명한 진보이나 의료서비스를 갖추지 못했고 한명의 사례관리자가 적게는 수십 명 많게는 100여 명을 관리하는 실정이다. 예산은 건강증진기금을 통하나 직원의 근무안정성은 낮다. 결국 시스템의 부재가 사고의 첫 번째 원인으로 볼 수 있다.

2017년 (구)정신보건법에 대한 헌법재판소의 위헌심판을 앞두고 정신건강복지법 개정안이 공청회 한 번 없이 국회를 통과하였다. 서울법대 이동진 교수는 인적 물적 자원의 구축이 이뤄지지 않은 채 법적 틀만 바꾸는 손쉬운 개정으로는 실제 문제가 해결될 수 없고, 오히려 더 큰 왜곡을 가져올 수 있다고 우려한 바 있다. [2] 실제 준비가 부족한 상태에서 시행된 개정법이 사고와 편견의 악순환에 기여한 바가 없는지 냉정하게 평가할 시점이다.

실제 사건과 사고의 증가로 편견은 악화되었고 또 다시 중증정신질환에 대한 편견과 차별로 인해 치료접근성은 매우 낮다. 보건복지부 정신건강실태조사에 따르면 전체국민 중 4명 중 1명은 전 생애에 걸쳐 한 번 이상 우울, 불안 등 정신건강의 문제를 경험하고 있다. 그럼에도 불구하고 정신건강의 문제가 발생 시 우리 국민 중 약 15%만이 정신건강 서비스(의료+상담의 평생이용률)를 이용하여 미국 39.2%, 호주 34.9%, 뉴질랜드 38.9%(1년이용률)에 비하여 매우 낮은 실정이다. 왜 정신건강서비스를 이용하지 않았냐는 질문에 1위는 ‘몰라서’ 였다. 스스로 해결할 수 있는 문제로 판단한 것이다. 2위는 ‘알고도’ 였다. 차별과 편견이 장벽으로 작용한 것이다. ‘몰라서’를 해결하려면 교육과 인식개선이 필요하다. 그리고 주변에 다양한 서비스가 이용가능 해야 한다. 고 임세원 교수가 자살예방을 위해 개발했고 70만 명의 국민이 수료한 보고, 듣고, 말하기와 같은 프로그램이 정신건강 전반에도 필요하다. 미국의 경우 Mental Health First Aid 라는 이름으로 다양한 민관 협력의 방식으로 지역사회에서 교육을 제공하고 있다. ‘알고도’를 해결하려면 차별과 편견을 없애야 한다. 보험가입제한과 같은 실제적 차별과 함께 편견 없이 치료를 받을 수 있는 환경의 개선이 필요하다.

산업화에 따른 인구구조의 변화는 정신건강치료와 관리시스템의 변화를 요구하고 있다. 이제 1인 가구가 전체 가구에서 1위를 차지하는 변화된 인구구조에서 더 이상 환자와 가족만의 힘으로 중증정신건강의 문제를 해결할 수 없기 때문이다. 1998년 노부모를

누가 부양하느냐는 질문에 88%가 자식이라고 답했다. 그 비율은 2018년 30% 이하로 감소하였다. 반면 사회 등이라는 대답이 50%를 넘게 되었다. 이 시점에서 치매국가책임제가 대선공약으로 추진된 배경이다. 가족구조의 변화는 대가족 중심으로 중증정신질환을 가족이 돌보던 시스템은 더 이상 작동하지 않는다. 그렇다면 결국 부모는 고령에 지병이 있고 형제자매는 한두 명인데 자신의 핵가족을 돌보기도 어려운 상황이라면 중증정신질환이 있는 경우 지역사회에 방치될 위험은 오히려 전보다 높아질 수밖에 없다.

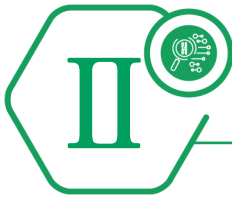
결국 이러한 문제를 해결하려면 중증정신질환 국가책임제와 같은 수준으로 좋은 치료 환경과 지역사회 케어를 도입해야 하는 시점이다. 1995년 정신보건법 제정의 시기에 많은 사람은 국가를 믿지 않았다. 1995년 국회는 정신보건법으로 가족과 정신과의사에 의한 비자의입원을 법제화한다. 국가기관에 의한 신뢰가 낮았던 시기 입원 결정은 민간에 맡겨졌다. 비인가요양시설에 있던 환자들이 병원으로 이동한 것은 한 발 진보였다. 하지만, 호전된 사람도 보호자가 원치 않으면 오래 입원되었다. 위험이 높다고 만류해도 보호자가 원치 않으면 퇴원하였다. 이 과정에서 보호자에 대한 지원은 열악했고 급성기와 만성 입원의 구분도 전달체계도 없었다. 급성기 병상에서 많은 치료진의 집중적 도움을 받아야 할 사람이 의사가 60명을, 간호사 한 명이 100명을 돌보는 만성정신병원에 입원되었다. 최후의 수단이 되어야 할 격리와 강박은 트라우마를 남겼다. 2017년 정신건강복지법으로 개정되었지만 아직 보호의무자에 의한 입원은 여전히 존재하고 지역사회 치료환경은 선언에 불과한 실정이다.

지금 시기 필요한 중증정신질환 국가책임제를 위해서는 보호의무자에 의한 입원에서 사법 또는 정신건강심판원을 통한 행정입원으로 필수적인 입원의 절차적 정당성을 확보하고 급성기 병동과 만성기 병동을 분리하는 변화가 필요하다. 대만의 경우 급성기 병동의 의사는 20명 미만의 환자를 보지만 만성병동의 의사는 100명까지도 본다. 다만 입원과 동시에 적극적인 재활프로그램이 진행된다. 의료전달체계 상 만성병동은 급성기 병동을 거쳐야만 갈 수 있다. 결국 힘든 시기 본인이 먼저 찾고 싶은 좋은 치료환경이 제공되고 지속적인 재활이 필요하면 만성병동을 거쳐 지역사회로 나아가 지속적인 지원을 받을 수 있는 시스템이 쉽게 도움을 받을 수 있는 환경의 핵심일 것이다. 안전을 위해 경찰이 우선적으로 의료기관을 보호하는 일, 안전수가 등 여러 방안이 제시되고 있지만 예방을 위해 가장 근본적 해결책은 지역사회에 방치되지 않고 조기발견과 조기치료 시스템이다. 치료환경이 제대로 만들어져야 안전 역시 보장될 수 있을 것이다.

세계보건기구는 ‘건강’을 ‘신체와 정신의 완전한 사회적 안녕’이라고 정의함으로써 정신 건강의 중요성을 강조한 바 있다. 보건복지부 정신건강실태조사에 따르면 전체국민 4명 중 1명은 전 생애에 걸쳐 한 번 이상 우울, 불안 등 정신건강의 문제를 경험하고 있다. 2015년 정신질환의 사회경제적 질병부담은 7조 7,916억 원 수준으로 높으며 직접비용에 비해 간접비용이 2배 수준으로 생산성 손실로 인한 사회경제적 비용이 더 큼을 보여주고 있다. 전 질환대상 총비용 대비 5.1%에 해당하며 전체 질병 부담 중 6% 수준이다. 2019년부터 임세원법이라는 명칭으로 응급서비스 강화, 의료기관기반 또는 지역사회 적극적 사례 관리, 외래치료명령제, 사법입원 등 서구 대부분의 나라가 이미 1970년대부터 시행하고 있는 여러 정신건강서비스와 제도의 도입이 국회에서 논의되며 사회적 이슈가 되고 있다. 1인 가구가 전체 가구에서 1위를 차지하는 변화된 인구구조에서 더 이상 환자와 가족에게만 중증정신건강의 문제의 책임을 떠넘겨서는 이 문제의 해결은 요원하다. 좋은 치료환경을 제공하여 스스로 조기에 치료받게 하는 것, 지역사회에 다양한 커뮤니티케어서비스를 도입 하는 것 그리고 무엇보다 정신건강에서 공공의료의 책임성이 강조되는 시점이다.

Ⅱ. 조현병 환자의 인권과 치료: 서로 충돌할 수밖에 없는가?





조현병 환자의 인권과 치료: 서로 충돌할 수밖에 없는가?

1 정신질환자의 인권 담론: 인권인가? 치료인가?

가. 인권과 치료의 교차·편향·충돌

1) 인권과 치료의 공통분모

정신질환자의 인권과 치료가 현실에서 부딪히게 되는 이유는 인권과 치료가 함께 공유하는 공통분모가 있기 때문이다. 그 공통분모는 바로 인간이다. 치료는 의료적 관점에서 인간을 유기체로 바라보고서 인간의 질병에 대한 대응책으로 인간의 신체를 침습할 수 있는 치료라는 방식을 제시한다. 반면에 인권은 법적 관점에서 인간을 추상적인 권리의무의 주체인 법인격으로 바라보고서 보이지 않는 인간의 자유와 권리에 대한 침해의 대응책으로 권리의 보장을 제시한다. 서로 인간을 바라보기는 하지만 하나는 현실적·구체적 인간을, 다른 하나는 인격적·추상적 인간을 전제하여 그 관점은 다른 것이다.

정신질환자의 강제치료는 인권과 치료가 어떤 방식으로 대립하게 되는지 잘 보여준다. 환자의 인권 중 하나인 자기결정권은 환자와 의사 사이의 치료관계에서 보장되어야 하는 대표적 권리이다. 환자 동의 없는 치료는 허용될 수 없다는 원칙은 긴급한 상황(자해나 응급치료 시)이나 사회적 위해상황(감염병의 치료와 예방)에서는 예외적으로 허용된다. 그러나 일반적으로는 동의 없는 치료는 정당성을 인정받을 수 없다.

정신질환 치료 또한 환자의 동의를 통해서 정당성을 부여받는다. 그러나 정신질환 치료는 환자 동의 없는 치료에 대해 폭넓게 정당성을 부여받는다. 그 정당화 사유가 바로 자·타해 위험 및 치료 필요성이라는 요건과 그것을 승인하는 법적 절차이다.

법은 그 강제적 치료과정에서 환자의 인권이 덜 침해받을 수 있도록 각종의 인권보장 장치를 마련한다. 즉, 정신질환자 개념을 한정하고, 치료의 필요성과 가능성을 요구하며,

사전에 치료를 심사하고 승인하는 기관을 두고, 치료가 결정된 후의 이의제기 절차와 방식, 환자를 지원할 수 있는 조력인을 마련하는 것이 그것이다. 이는 강제치료 외에 강제입원의 경우에도 유사하게 요구되는 인권보장 장치들이기도 하다.

위와 같은 인권보장 장치는 치료의 즉시성이나 효과성을 시기적으로 늦추거나 반감시키는 측면이 있지만 동시에 환자를 권리의무를 지닌 법적 주체로 대접하는 기능을 한다. 예컨대 강제치료나 입원과정에서 환자의 의사를 묻지도 않고, 치료의 내용을 설명하지도 않으며, 오로지 치료를 위해 살아 있는 유기체로서만 접근한다면 환자는 자신의 자율성과 의지가 없는 대상으로서, 치료의 객체로서 전락할 위험이 발생한다.

2) 인권과 치료의 교차지점

치료는 눈에 보이는 환자의 증상이나 질병을 대상으로 한다. 치료 효과 또한 객관적 검사와 신체적·정신적 기능을 평가하여 확인할 수 있다. 그러나 인권은 눈에 보이는 환자가 아니라 눈에 보이지 않는 환자의 인격(법주체성)을 존중한다. 그러한 인격은 사회적으로 표현된 상징물이어서 각 사회에 따라 공감하는 내용과 수준에 차이가 있고, 사회적 변화를 겪는다.

근대 이후 서구에서부터 제도화된 정신질환자의 강제입원은 인권의 진전과 정신의료의 발전에 따라 지속적으로 새로운 모습으로 전개되었다. 한국사회에서 해방 이후 강제입원에 대한 사회적 인식의 변화를 보면 지금의 우리의 모습을 반추해 생각해 볼 수도 있다. 1980년대까지 치료적 조치가 불가능한 미인가시설에 법적 근거도 없이 본인의 의사에 반하여 수용된 정신질환자의 상황을 보며 누군가는 필요악으로, 누군가는 그냥 악으로 보았다.

1980년대까지 법원의 판결은 i) 교회 전도사가 가족의 요청으로 환자를 가두어 두고서 사망시켰더라도 그 방법이 사회통념상 허용되는 것이라며 감금죄 기소에 대해 무죄를 선고하고 (대법원, 1980),¹⁾ ii) 가족과 행정기관에 의해 맡겨진 정신질환 부랑인을 주로 수용해 왔던 형제복지원 원장에 대해서는 수용과 강제노역이 정당한 직무행위나 사회적 상당성이 인정되는 정당행위라며 감금죄 기소에 대해 무죄를 선고하였다 (대법원, 1989년).²⁾

1) 경향신문(1980). “대법원 무죄확정”, 경향신문(1980.02.20.).

2) 대법원 1988. 3. 8. 선고 87도2671 판결 및 대법원 1988. 11. 8. 선고 88도1580 판결.

1980년대까지는 법령의 근거가 없더라도 가족이나 국가의 요청에 의해 정신질환자를 강제수용하는 것은 필요악으로 보아 허용되어야 한다는 사회적 인식이 인권의 보루라는 법원까지도 압도한 것이다.

이후 1995년 정신보건법의 제정으로 정신질환자의 입원은 법이 정한 요건과 절차를 갖추어야만 합법적인 것으로 인정되었지만 실제 의료현실의 일부에서는 그 요건과 절차를 준수하기는 어려웠다. 2016년에는 법령의 근거(형식적 합법성)를 갖춘 가족에 의한 보호 입원제도마저 헌법재판소에 의해 국제기준에 따른 인권보호적 관점에서 헌법불합치(헌법 불합치 결정은 위헌결정의 하위유형임) 결정이 되었다 (헌법재판소, 2016).³⁾ 이는 지난 50여 년 동안 사회적 인권의식이나 법적 기준이 변화되어 온 모습을 보여준다.

정신질환자에 대한 강제치료 또한 다양한 접근방식이 이용되었다. 서구의 경우 20세기 초반까지는 정신질환에 대한 치료수단은 빈약하여서 정신병원이나 시설입소의 방식이 주로 활용되었으나 1950년대 이후 정신과 약물의 발전으로 지역사회 내에 거주하면서 약물을 통한 외래치료가 활성화되었고, 이로 인해 1960년대 이후에는 탈원화(탈시설)이라는 사회적 운동과 정책이 마련될 수 있었다.

최근에는 치료의 관점을 다양화하여 약물 외에도 사회·심리적 치료나 재활과 회복을 위한 사회서비스, 그리고 더 나아가 지역사회에서의 사회적 삶을 보장하기 위한 권리까지도 환자의 회복을 위한 수단으로서 접근하고 있다. 세계보건기구가 2012년 이후 제안하고 있는 정신보건 서비스에 있어 QualityRights(소중한 권리) 운동 또한 이러한 관점을 보여 주고 있다 (WHO, 2012).⁴⁾ 이는 정신질환자에 대한 치료의 하나로서 인권 또한 포섭가능함을 보여주는 시도라 할 수 있다.

3) 강제치료와 자기결정권의 관계

환자에 대한 치료의 목적은 무엇인가? 그것은 건강의 회복, 즉 유기체의 정상성을 복구하는 것이라 할 수 있다. 그 수단으로서의 치료는 환자의 신체에 대한 관리와 통제, 침습(侵襲)을 필요로 한다. 그러한 신체적 통제는 환자 자신의 신체적 자유를 제약하게 되므로 그 신체적 제약의 정당화 근거로서 환자의 동의를 필연적으로 요구한다. 환자의 동의와

3) 헌법재판소 2016. 9. 29. 2014헌가9 결정(정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청)

4) WHO, WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, 2012.

상관없이 치료가 정당성을 확보하기 위해서는 신체의 주인인 환자 바깥에서 그 정당성을 얻어야 하는데, 이는 환자 자신의 건강의 회복이라는 치료 목적과는 다른 것이 될 수밖에 없다.

환자는 원칙적으로 자신의 판단·선택·결정에 따라 치료를 받거나 거부할 수 있는 자기 결정권이 보장되는데, 이러한 환자의 자기결정권은 제3자가 대체하거나 대리할 수 없다 (대법원, 2009).⁵⁾ 또한 대법원은 환자의 자기결정권은 환자의 생명보호 못지 않게 존중해야 할 대등한 가치가 있는 것으로 평가될 때가 있음을 지적하며, 수혈거부의사를 밝힌 환자의 수술과정에서 응급상황이 발생하였음에도 수혈을 하지 않은 의사에 대해 업무상과실치사의 무죄를 판단하기도 하였다 (대법원, 2014).⁶⁾

정신질환자의 자기결정권도 원칙적으로 위와 같은 관점에서 바라보아야 하겠지만 그 판단능력이나 의사결정능력에 부족함이 있어 의사표현을 하지 못하거나 병식(病識)의 부재로 치료를 거부하는 경우에 어떤 기준으로 자기결정권을 존중해야 하는지 문제가 된다.

독일 연방헌법재판소 판례는 헌법(독일기본법)과 UN 장애인권리협약을 고려하여 환자의 의사에 반한 정신질환 치료의 목적은 자기결정권을 행사할 수 있는 정신적 능력을 회복 시키는 것에 있다고 보았다 (박귀천, 2014). 여기서 정신질환자에 대한 강제적 치료는 자기결정권 행사능력을 확보하기 위한 수단, 즉 환자 개인의 인권보장을 위한 수단으로서 강제치료가 인정된 것이다. 이는 자기결정권이라는 환자의 인권을 실제 행사할 능력을 얻기 위해서 강제치료를 끌어들이 수 있음을 보여준 것이다.

4) 인권과 치료의 편향지점

위에서는 인권과 치료가 교차하는 영역 또는 강제치료가 자기결정권 행사를 위한 조력 수단이 되는 지점을 살펴보았다. 이는 인권이 치료를 포섭하거나 치료가 인권을 포섭할 가능성이 있음을 보여준다. 반대로 인권과 치료가 교차하는 영역에서 어느 한쪽에 편향적일 때 어떤 상황이 발생하는지를 예로서 제시해 보기로 한다.

1995년 제정된 정신보건법은 자의입원 환자가 퇴원을 요청하는 경우라도 계속입원의 필요성이 있으면 퇴원을 제한하고 강제입원으로 전환할 수 있도록 하였다. 이후 퇴원제한이

5) 대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

6) 대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결.

인권침해의 소지가 있다는 이유로 2000년 자의입원 환자에 대한 퇴원제한 조항은 삭제되었다. 퇴원제한 법조항의 삭제로 입원과 퇴원이 완전히 자유로운, 다시 말하면 환자의 입·퇴원에 관한 자기결정권이 온전히 보장된 법조문이 마련된 것이다. 그러나 가족과 병원원 환아의 치료가 더 지속될 수 있기를 바라면서 이후 자의입원 유형은 적당하지 않다고 보아 강제입원인 가족에 의한 보호입원 유형을 더 선호하게 되면서 환자의 현실적인 입·퇴원 선택은 더욱 제한되었다. 이는 입원환자 유형을 비교해 보면 알 수 있는데 1999년 약 10%의 자의입원 비율이 2000년에는 일시적으로 약 6%로 감소하게 된 것을 보면 알 수 있다 (보건복지부 등, 2001).⁷⁾ 이는 법적 당위와 의료적 현실에서 발생하는 대립이라 할 수 있다.

반대로 치료편향적인 현실이 법제도와 인권을 어떻게 잠식하는지를 본다. 2016년 정신건강복지법⁸⁾은 강제입원요건의 강화, 입원절차에서 지정진단의사(추가진단의)제도, 조사원 제도, 입원적합성심사제도를 두어 환자가 강제입원과정에서 의견진술과 공정한 심사를 받을 권리를 보장하고자 하였다. 이러한 강제입원절차와 심사의 엄격함은 2017년 이후 강제입원 비율을 60%대에서 30%대로 낮추었다.

반면에 강제입원심사과정에서 환자의 절차적 권리 보장과 관련해서 보면 입원요건을 판단할 수 있는 자료는 빈약하고, 절차적 위법을 확인할 수 있는 자료도 부족해 심사기관은 빈약한 자료 속에서 자·타해위험성과 치료 필요성을 대부분 인정하면서 약 98.5%에 이르는 강제입원승인율 (메디게이트, 2019)⁹⁾을 보이고 있다. 이는 강제입원심사기관을 새롭게 둔 제도적 의미를 강제입원의 현실이 압도하여 퇴색시키고 있는 것이다.

참고로 우리와 유사한 제도를 가지고 있는 일본은 우리보다 더 높은 99.99%의 강제입원 승인율을 보이는 반면 (일본 후생노동성, 2016),¹⁰⁾ 대만은 2007년 정신위생법을 개정 후 강제입원 비율이 약 1% 내외로 떨어져 서구 선진국보다도 훨씬 낮은 강제입원 비율을

7) 서동우 외(2002). “2001년 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서”, 지역정신보건사업기술지원단·한국보건사회연구원·보건복지부. <표 2.16>, <표 2.17> 참조.

8) 정식명칭은 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’이나 이하에서는 법제처의 법령약칭에 따라 ‘정신건강복지법’으로 약칭한다.

9) 윤영채(2019). “강제입원 후 입원적합성심사위원회 통한 퇴원·퇴소, 1.5% ‘불과’”, 메디게이트(2019.10.21.).

10) 일본은 정신의료심사회가 가족에 의한 의료보호입원 신청에 대해 승인하는 비율은 매년 100% 수준(99.99%)이며, 입원계속이 불필요하다고 보는 건수는 연간 약 20만여 건의 의료보호입원 신청 중 2건 내지 5건 내외에 불과하다(일본 후생노동성의 아래 홈페이지 참고자료 참조)

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikaku/000129677.pdf>(2020. 4. 12. 최종방문)

유지하고 있다. 이는 제도나 문화의 차이라기보다 강제입원을 바라보는 사회적 시각이 치료와 인권 사이의 양 극단 사이의 어느 지점쯤에서 형성되어 있는지와 관련이 있음을 보여준다.

나. 인권과 치료의 이면(裏面)으로서 강제 - 충돌

1) 강제의 정당화 근거

정신질환자에 대해 ‘치료를 보장해야 한다’ 또는 ‘인권을 보장해야 한다’라는 주장의 이면(裏面)에는 타자성이 담보되어 있다. 즉, 스스로의 주체적 목소리라기보다는 타인들의 목소리로 주장되는 것들이다. 거기에는 물질적(육체적) 차원의 ‘신체’와 추상적(정신적) 차원의 ‘인격’이 마치 서로 대립하는 것처럼 보이지만 실제 그것은 강제성만 제외한다면 서로 대립할만한 것이 없다. 즉, 치료에 환자의 동의가 있다면 그것은 자기결정권의 실현 이어서 인권을 침해하는 것이 아니다. 즉, 치료와 인권이 대립하는 지점은 강제성이 법적으로나 사실적으로 허용될 때만 문제된다.

강제성이 있는 치료는 그 정당성을 마련하기 위해 현재까지 두 가지 방식을 취해 왔다. 첫 번째로는 대체의사결정자의 동의로 환자의 동의를 대신하는 방식이다. 서양에서는 후견인이, 그리고 동양에서는 가족이 동의를 대신할 수 있는 결정권자로서 인정받아 법적으로든, 사실적으로든 오랫동안 환자를 대신하는 결정권자로 활약해 왔다. 즉 후견인이나 가족에게 환자의 동의(결정)를 대신할 수 있는 권한을 부여해 환자의 입원이나 치료에 정당성을 부여해 온 것이다.

두 번째로는 국가가 사회적 안전(타해위험을 포함한다)을 위해 공권력의 행사와 그 일환으로서 치료나 입원의 강제를 허용하는 방식이다. 이는 감염병 환자에 대한 격리와 강제 치료와 같이 치료가 사회적 안전을 담보할 수 있기 때문에 강제적임에도 정당성을 부여 받게 된다.

첫 번째 대체의사결정자에 의한 강제치료(입원을 포함)방식은 정신질환자의 자기결정권과 자율성을 보장하는 각 국의 헌법적 구조하에서 세계적으로 점차 그 정당성에 의문이 제기되고 있다. 특히 UN 장애인권리협약 제12조(법 앞의 동등한 인정)에 근거한 2014년 장애인

권리위원회의 일반논평(general comment)은 세계 각 국에 대체의사결정자에 의한 강제 입원제도의 폐지와 강제치료의 폐지를 권고하면서 각 국의 후견인이나 가족에 의한 강제 입원 및 강제치료제도는 변화를 맞이하고 있다.

두 번째로 국가에 의한 강제치료방식은 정신질환이 있는 환자를 위한다는 명분보다는 자·타해위험을 막기 위한 격리(입원)가 주요 목적이어서 그 권한의 남용을 막기 위해 입원 요건과 절차가 환자의 신체의 자유 보장 차원에서 더 엄격하게 규제되고 있다. 여기서는 주로 국가의 공권력 행사조치에 대한 국민의 인권 보장이라는 측면이 강조된다.

2) 강제입원과 치료의 현실적 이유 - 부양부담

환자의 치료나 인권을 말하기에 앞서 한국 사회의 정신병원 입원 현실은 일부 특수성이 있다. 이는 서구사회에서는 찾아보기 힘든 것들로 일본 정도에서만 유사한 상황을 발견할 수 있다. 정신질환자 입원 현실의 특수성을 구체적으로 보면, 가족에 의한 입원이 다수를 차지하고, 사실상 정신병원이나 정신요양시설을 거주지로 한 장기입원의 형태가 많으며, 지역사회 내에 거주나 직업을 마련하지 못한 환자들에 대해 가족이 부양부담을 덜기 위한 현실적 이유로 정신병원을 활용하고 있다는 점이다.

이러한 입원을 한국과 일본에서는 통상 사회적 입원(지역사회 내 생활여건이 마련되지 않아서 퇴원이 가능함에도 불구하고 퇴원을 하지 못하는 정신질환자의 입원계속상태를 의미하는 말)이라 하는데, 이는 입원의 목적이 치료나 치안을 위한 것이 아님을 보여주는 것이기도 하다. 즉 치료라는 말의 현실의 이면에는 가족의 부양부담을 덜기 위한 입원, 지역사회 내에 거주할 곳이 없어서 발생하는 입원 등이 적지 않아 이러한 입원은 치료 목적이라는 정당성을 상실한다. 정신요양시설 또한 상근하는 정신과 전문의가 없다는 점에서 치료 목적을 제도적으로 담보조차 하지 못하는 점에서 그 시설의 존재 자체의 정당성(특히, 강제입소가 허용된다는 점에서)을 확보하기가 어렵다.

3) 입원 현실에서 강제의 유형(치료와 인권의 충돌지점)

정신의료에서 강제가 없다면 그것은 일반의료와 동일하게 취급될 것이다. 그러나 정신 의료에서는 강제의 필요성이 인정되기 때문에 의료법이 아닌 정신건강복지법에서 별도로 강제의 근거가 되는 법조문을 두고, 그에 따라 강제적 조치(강제호송, 강제입원, 강제치료,

격리·강박)가 허용이 된다. 정신건강복지법이 허용하고 있는 이와 같은 강제적 조치들은 환자의 인권이라 할 수 있는 신체와 자유를 정면으로 관리·통제하는 것이어서 늘 헌법과 법률, 사법심사의 대상이 된다. 만약 위의 조치들이 환자의 동의에 근거한 것이라면 그것은 환자 본인의 선택에 의한 결정(자기결정)이어서 인권침해라는 오명은 사라진다. 결국 인권 침해의 문제는 법령상 허용되는 강제적 조치이더라도 법령 자체가 인권침해의 요소가 있다든지, 법령 자체는 문제가 없으나 실제 강제적 조치를 실시하는데 법령을 위반하였다든지 하는 경우에만 눈에 보이지 않던 인권이 수면 위로 떠오르게 된다.

구 정신보건법에 의한 가족에 의한 보호입원제도가 약 20여 년 간 아무런 문제가 없는 것처럼 시행되어 오던 중 입원 당사자에 의해 위헌법률로 문제가 제기되고, 결국 2016년 최종적으로 헌법재판소로부터 위헌임을 확인받게 되었다. 이후에는 가족에 의한 보호입원 제도가 헌법상 기본권(인권)인 신체의 자유를 침해하는 법제도로 인식되는 것을 보면 우리가 현재 합법적이라 생각하는 법제도나 관행도 누군가의 문제제기로 인권침해행위로 공인될 수 있음을 늘 상기해야 한다. 이하에서는 정신의료 현실에서 강제되어지는 몇 가지 제도가 가진 인권침해의 요소를 검토해 보기로 한다.

가) 강제호송

정신건강복지법에 따르면 국가에 의한 강제입원이라 할 수 있는 응급입원과 행정입원의 경우에는 119 구급대원이나 경찰을 동원하여 호송을 강제할 수 있는 법적 근거를 마련해 두고 있다. 그러나 가족에 의한 보호입원의 경우에는 국가의 경찰이나 119 구급대원의 지원을 받을 수 있는 법적 근거를 마련해 두지 않고 있다. 그로 인해 가족은 환자를 정신 의료기관까지 데리고 가는데 어려움을 겪으면서 대다수가 사설응급이송단을 활용하고 있다. 그러나 가족이나 사설응급이송단은 모두 환자에 대해 강제력을 행사할 수 없는 사인(私人)일 뿐이어서 현재의 대부분의 강제적 호송은 불법, 즉 인권침해(불법적인 신체의 침해로 폭행과 감금, 주거침입에 해당)에 해당한다.

서구의 국가들은 이러한 문제를 고려해 호송에 있어서도 법원의 결정에 의한 영장을 발부하거나 강제력의 행사가 가능한 경찰이나 구급대원만이 강제호송이 가능하도록 하는 법령규정을 두고 있다. 한국도 최근에는 사설응급이송단의 강제호송은 위법한 행위임을 인식하고서 법원이 민사상 손해배상책임과 형사처벌을 부과하고 있으며, 더 나아가 입원

적합성심사위원회와 법원이 강제로송의 위법을 들어 입원부적합 판정 또는 퇴원결정을 하여 퇴원시키는 사례도 나오고 있다.

강제로송은 강제입원을 불법으로 만드는 최초의 계기이며, 최초의 폭력의 시작이라 할 수 있다. 이러한 폭력과 불법을 해소할 수 있는 가장 효율적인 방법은 i) 지금의 불법이송 관행을 단절하고 국가 공권력인 119 구급대원과 경찰이 의무적으로 담당하도록 법령에 규정하고, ii) 사설응급이송단에 대해서는 응급환자이송업 허가의 취소 및 정지, 해당 응급구조사 자격의 취소 및 정지, iii) 사설응급이송단에 의해 이송되는 환자의 입원 시 강제여부 확인 및 확인서류 보관 등의 조치이다.

나) 강제입원

가족에 의한 강제입원은 이미 국내적으로는 2016년 헌법재판소가 헌법불합치 결정을 하였고, 국제적으로는 UN 장애인권리위원회가 대체의사결정자에 의한 강제입원제도라는 이유로 폐지를 권고하고 있다. 즉, 가족에 의한 강제입원은 정신장애인의 환자의 입·퇴원에 대한 의사결정권을 침해하는 것이라는 관점이 일반적으로 공론화된 것이다. 이는 강제입원 자체를 폐지하라는 의미가 아니라 가족이나 후견인의 의사와 무관하게 중립적이고 독립적인 입원심사기관에 의한 입·퇴원 결정시스템을 구축하라는 의미라 할 수 있다.

한국의 강제입원제도는 1995년 구 정신보건법 제정 당시에는 가족에 의한 보호입원과 시·도지사(이후 시·군·구청장)에 의한 행정입원으로 구분되어 그 절차와 요건이 서로 달랐다. 2016년 정신건강복지법 제정을 통하여 보호입원은 가족의 동의가 아닌 가족의 신청으로 바뀌고, 입원요건과 절차에 있어서도 행정입원과 동일하게 지정진단의사(추가 진단의)의 진단과 입원적합성심사를 거치도록 하여 가족에 의한 입원 결정이 되지 않도록 제도적 개선이 이루어졌다.

그러나 여전히 가족이 보호입원에 있어 그 시작과 끝을 사실상 결정하고 있고, 입원적합성심사 또한 형식적 서면심사에 그치면서 그 승인율이 약 98.5%에 이르러 가족에 의한 보호입원의 실질적 심사기관으로는 작동하지 못하고 있다. 이러한 점을 감안하여 20대 국회(2016.6.~2020.5. 임기)에서는 가족이 보호의무자로서 환자를 입원시키는 보호입원 제도를 폐지하고, 현행 강제입원심사기관인 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회를 폐지하고, 가정법원의 판사가 전체 강제입원을 심사하는 사법입원제도를 도입하는 정신

건강복지법 개정안 3건이 국회의원들에 의해 발의되었으나 2020년 5월 말 국회 임기만료로 모두 폐기되었고, 21대 국회(2020.6.~현재)에서는 이와 관련된 입법안이 발의되지는 않은 상태이다.

다) 강제치료

서구의 강제입원은 대체로 법원의 판사가 재판절차를 통해 그 입원여부를 결정하고, 주로 국공립병원 위주로 강제입원을 허용하기 때문에 그 입원절차의 합법성이나 정당성을 의심하지는 않는다. 그래서 서구에서는 강제입원을 문제 삼는 경우보다는 입원 후 강제치료의 인권침해 여부가 더 중요한 주제로 부각되고 있다. 특히, 약물의 강제적 복용이나 주입, 약물을 통한 화학적 강박 등은 강제입원과 다른 별도의 정당화 사유가 필요하게 되었다. 한국은 아직 강제입원의 절차적 정당성의 문제가 주요한 이슈로 논의되고 있어 강제치료의 문제는 논의의 대상으로 테이블에 오르지조차 못하고 있는 상황이다.

한편, 지역사회 내에서의 강제치료와 관련해서는 2019년 이후 지역사회 내에서의 정신질환 범죄위험에 대한 대응책의 하나로 2008년 정신보건법을 개정하여 외래치료명령제도를 도입하였으나 사실상 2018년까지 10년 동안 거의 시행되지 않아 사문화되어 있었다. 이를 활성화하기 위해 2020년 4월부터는 외래치료지원제도로 명칭을 바꾸어 정신건강심사위원회의 심의·의결로 지역사회 환자에 대해 치료를 명령하고, 일정 소득층 이하에 대해서는 그 치료비용을 국가가 부담하도록 하여 시행하고 있으나 여전히 활성화되지는 않은 상태이다.

반면에 2016년부터 개정된 치료감호 등에 관한 법률(이하 ‘치료감호법’이라 한다)에 의해 법원의 치료명령제도가 시행되었는데, 범죄로 인해 재판을 받는 정신질환 피고인에 대한 법원의 치료명령제도는 정신건강복지법의 외래치료지원(명령)제도에 비해 활성화되어 있다. 치료명령제도는 법원이 정신질환이 있는 피고인에 대해 집행유예(선고유예 포함)를 하면서 보호관찰관의 감독하에 1년 내지 5년의 기간 동안 외래치료를 의무로서 받도록 하는 제도이다.

생각건대, 정신건강복지법에 의한 외래치료지원(명령)제도나 치료감호법에 따른 치료명령제도나 모두 환자의 동의 없는(의사에 반한) 치료라는 점에서 인권침해의 소지가 있으나 국가의 행정기관이나 사법기관이 위협이나 범죄를 이유로 법에 근거한 절차와 요건에

따라 진행하도록 하는 점에서 위험이라 보기는 어렵다.

또한, 신체의 자유가 장기간 제약될 수 있는 강제입원보다는 외래치료가 자유의 침해가 적다는 점에서 강제입원에 대한 대안적 조치로 지역사회 내 강제치료가 활용될 수 있고, 정신건강심사위원회의 외래치료지원(명령)이나 법원의 치료명령은 모두 그 당사자의 동의나 적극적인 협조하에서도 이루어질 수 있고, 환자의 치료비용도 국가가 지원 가능하다는 점에서 환자 입장에서라도 실제적 유용성이 있는 제도로 활용할 수 있다.

라) 격리·강박

정신건강복지법은 정신의료기관 내 입원환자에 대한 격리·강박을 원칙적으로 금지시키고, 예외적으로 치료 또는 보호의 목적으로 정신과 전문의 지시에 따라 이루어지는 경우에만 격리나 묶는 등의 신체적 제한(이하 ‘강박’이라 한다)을 허용한다(제75조 제1항).

격리·강박은 역사적으로 일정한 수용시설 내에서의 질서와 안전을 위해 이루어지는 시설 내 제재조치 또는 보호조치로 활용되어 왔다. 현재 정신건강복지법 외에도 범죄로 인한 수감자(형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 제95조 내지 제99조 보호실 및 진정실 수용과 보호장비의 사용 등)와 피치료감호자(치료감호법 제25조의3 격리 등 제한의 금지)를 대상으로 한 격리·강박이 허용되고, 의료법상으로는 의료기관이 환자 안전에 대한 위해 방지 목적으로 신체를 묶는 등의 신체보호대 사용을 허용하고 있다(의료법 시행규칙 별표 7).

병원이나 시설 내 격리·강박은 사실상 외부적 통제가 어렵고, 환자의 신체에 직접적·적극적 조치를 가하는 행위이며, 시설 내 환자의 폭력이나 위험행위를 제지하기 위한 것이 일반적이어서 집단 내 제재로서의 성격도 가지고 있어 그 관리자나 집행자에 의해 남용될 우려가 상존한다. 법령에는 여러 가지 통제장치(격리·강박 지침, 격리·강박 기록 보존, 모니터링 의무 등)를 두고 있으나 그 위반 여부를 확인하기 어렵고, 실제 소수이기는 하지만 격리·강박의 결과 상해나 사망에 이르는 사고도 발생한다.

이와 관련해 격리·강박에 있어서도 환자의 자기결정권 보장을 위해 한국 법원은 정신병원 내 격리·강박으로 인한 사망사건(강박 후 폐동맥혈전색전증으로 인한 사망사건)에서 격리·강박 전에 환자에게 격리·강박에 대한 설명을 해 주지 않은 것이 환자의 자기결정권을 침해한 것으로 보아 손해배상책임을 인정하였다 (대법원, 2018).¹¹⁾

11) 대법원 2018. 6. 28. 선고 2017다204681 판결.

독일 연방헌법재판소 또한 장시간의 물리적 강박조치에 관해서도 환자의 기본적 자유권을 침해할 수 있기 때문에 그 허용과 관련해서는 별도의 사법적 결정을 받을 것을 요구하고 있다(독일연방헌법재판소, 2018).¹²⁾ 격리·강박과 관련하여 위와 같은 사전 설명의무를 요구(한국 대법원)하거나 사전에 법원의 결정을 받도록 하는 것(독일 연방헌법재판소)은 모두 격리·강박을 엄격하게 제한하기 위한 최근의 요구들로서 제시된 것이다. 즉, 정신병원 내 격리·강박을 바라보는 법적 시선이 보다 엄격해지고 있는 것이다.

다. 법을 통한 인권 및 치료 담론의 재구성 - 치안 담론의 극복

위에서 우리는 인권과 치료가 교차, 편향, 충돌하는 지점이 어디인지 살펴보았다. 그 중에서도 인권과 치료가 충돌하는 지점은 치료가 환자의 의사에 반하여 이루어질 때, 즉 치료를 목적으로 강제성이 있는 조치들(강제호송, 강제입원, 격리·강박, 강제치료)이 이루어질 때 인권과 정면으로 부딪히게 된다. 그러나 그 충돌을 할 때에야 비로소 진정한 치료란 무엇인가? 그리고 환자의 인권이란 무엇인가?를 우리는 고민한다. 그 충돌이 없다면 우리는 맹목적으로 한쪽만을 형식적으로 사고하고, 옹호하게 될 뿐이다.

법은 인권 및 치료 담론과 그 충돌에 대해 한 차원 높은 시점을 제공할 수 있다. 즉, 법은 환자의 치료가 필요한 현실적 상황과 인권이 필요한 당위적 상황을 위에서 굽어보면서 환자를 어떤 상황에서도 단순한 생명체로서가 아니라 주위세계와 연결된 현실적 법주체로서 정립하고자 한다. 즉, 그의 온전한 생명과 신체의 보전을 위해 치료 필요성을 수궁하면서도 동시에 그의 인간적 존엄과 사회적 관계의 보전을 위해 인간화된 자유제한의 방식을 고민하는 것이 바로 법인 것이다.

치료와 인권은 서로 충돌하면서 서로의 장단점을 발견한다. 인권은 실제의 생존과 회복에는 무기력하고, 치료, 특히 강제적 치료는 인격적 처우에 무관심하다. 둘은 서로를 존중하며, 스스로를 후퇴시킬 줄 알아야 한다. 법은 두 가지 관점을 모두 고려하면서 그것을 조정하는 역할을 할 수 있고, 해야 한다.

12) 독일연방헌법재판소 아래 홈페이지 참조.

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/EN/2018/bvg18-062.html>
(2020. 4. 30. 최종방문)

정신질환에 대한 대응과 관련된 인권과 치료 담론에서 실제 누락된 또 하나의 담론은 ‘치안’이다. 강제입원은 실은 치안적 요소를 지니고 있다. 정신보건법과 정신건강복지법은 애써 숨기고 있으나 강제입원의 요건으로 제시된 ‘자·타해위험’이란 결국 범죄와 치안에 대한 위험을 의미한다. 우리 헌법재판소 또한 보호입원에 대한 헌법불합치 결정을 하면서도 강제입원 자체는 환자 본인뿐만 아니라 사회안전을 지키기 위한 것이어서 그 입법목적이 정당하다고 하였다.

인권과 치료의 담론 뒤편에서 그것을 보이지 않게 관리하는 담론은 치안 담론이라 할 수 있다. 우리의 정신보건법이 만들어진 사회적 배경은 1991년의 무차별 범죄였고, 2019년 수십여 개의 정신건강복지법 개정안이 제출되었던 것은 그 직전의 임세원 교수 사건과 진주 방화사건에서 불거진 사회적 요구에서 비롯된 것이었다. 거기에는 늘 정신질환으로 인한 위험을 해결하라는 치안적 요소가 담겨 있다. 그리고 이러한 치안적 요소가 강해지는 시기에는 치료 담론과 인권 담론은 자신의 역할을 제대로 하지 못한 채 치안 담론에 압도 당한다. 2019년 제출된 수십여 개의 정신건강복지법 개정안들 중 일부는 그래서 인권적 측면과 치료적 측면을 무시한 채 마치 치안이 정신건강복지법의 목적인 것처럼 새로운 것들을 써 내려갔다.

그러나 법은 이와 같은 사회적 열기 또한 진정시켜야 하고, 다시 인권과 치료의 목적을 치안에 대립하여 상기시키면서 동시에 사회의 안전 또한 포용하며 새로운 균형추를 정립해 나가야 한다.

2 우리나라 정신건강복지법의 현황과 문제점

가. 정신건강복지법의 변천과 현황

1) 개관

1995년 정신보건법 제정 이후 2016년 정신건강복지법(정식 명칭은 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’이나 이하에서는 법제처의 법령약칭에 따라 ‘정신건강복지법’으로 약칭한다)으로 명칭을 바꾼 이후 현재까지도 정신건강복지법은 지속적으로 개정의 대상이 되고 있다.

20대 국회(2016년 6월~2020년 5월)에서는 약 40여 개의 정신건강복지법 개정안이 제출되었고, 그 중 반 정도가 처리되고, 나머지 반 정도는 2020년 5월 말 국회 임기만으로 폐기되었다. 2020년 6월 시작된 21대 국회 또한 정신건강복지법의 개정을 통하여 무언가를 도모할 것이다. 그 도모할 무언가는 지난 20여 년의 변화들 속에서 찾을 수 있다.

법의 변화는 사회의 변화를 추동하기도 하고, 거꾸로 사회의 현실을 받아들이기도 한다. 1995년 정신보건법은 사회의 현실을 감안한 소극적인 것이었다면 2016년 정신건강복지법은 당위적 목표를 추동하기 위한 적극적인 것이었다. 그리고 법의 변화에는 그것을 추동하는 사회적 가치와 인식들이 내포되어 있고, 현실적으로는 집단의 이해와 그 반영 또는 실패가 들어 있다.

예컨대 1995년 구 정신보건법 제정 당시 폐지했던 정신요양시설이 2년 만에 법의 전면 개정을 통해 다시 부활한 것이나 2020년 3월 정신건강작업치료사를 정신건강전문요원의 하나로 포함시킨 법 개정안의 국회 통과는 2010년 이후 여러 번의 법안 통과 실패 이후에 얻은 결과이다. 이는 정신의료를 둘러싼 집단적 이해의 대립과 충돌이 시기에 따라 변화했음을 보여주는 결과이기도 하다. 이하에서는 정신보건법 제정 이후의 25년 간의 법 개정 과정을 통해 무엇이 변화하고, 무엇이 변화하지 않았는지를 살펴보면, 그 속에서 변화의 의미와 한계를 제시해 보고자 한다.

2) 정신보건법 제정 경과

정신보건법의 역사를 보면, 해방 이후 1959년 보사부에서 최초로 입안을 하였다는 기사가 있고 (조선일보, 1959)¹³⁾, 이후 대한신경정신의학회와 신경정신과 의사들이 적극적으로 정신보건법의 입안을 주창해 왔다 (경향신문, 1968).¹⁴⁾ 이 무렵에는 강제입원의 근거되는 법이 없었기 때문에 정신병원은 가족에 의한 강제적 입원 형태를 현실로서 받아들여 왔다. 예컨대, 1963년 제정된 국립정신병원 운영규정에 따르면 환자의 가족 등이 입원을 신청하면서 서약으로서 환자의 치료결과에 대한 이의제기 금지, 퇴원하는 환자의 신병 인수 의무를 부담하도록 하고, 퇴원 결정은 의사가 제청하여 병원장이 결정하도록 하였다 (국립정신병원 운영규정, 1963).¹⁵⁾

이후 1980년대에는 TV 시사 프로그램을 통해 미인가 요양시설의 정신질환자에 대한 열악한 처우가 확인되면서 정신질환자의 인권개선에 대한 사회적 요구가 확산되었다. 이를 이유로 1985년 정부는 최초로 정신보건법안을 입안하여 국회에 제출하였다. 그러나 1985년의 정부법안(무인가요양원의 양성화, 강제입원요건 완화 등)은 의료단체를 포함한 각종 사회단체(대한변호사협회, 정신보건법 저지 공동대책위원회)와 야당의 반대로 인해 국회 임기만으로 폐기되었다.

1990년 초에는 여의도 광장 질주사건과 대구 거성관 나이트 방화사건으로 정부, 그 중에서도 법무부장관이 위험한 범죄자에 대한 예방대책으로 정신보건법을 제정하겠다고 나섰다. 이는 정신보건법을 치료가 아니라 치안을 위한 법으로 생각했던 정부의 태도를 반영한 것이기도 하다. 1992년 정부가 국회에 제출한 정신보건법은 3여 년 간의 논의를 거쳐 1995. 12. 30. 국회를 통과하여 1년 뒤인 1996. 12. 29. 시행되었다.

정신보건법 제정의 배경을 보면 i) 정신요양원 등 수용시설의 비인간적 처우라는 인권적 측면, ii) 정신질환 범죄의 사회적 위험에 대한 인식이라는 치안적 측면, iii) 사회의 발전에 따른 정신질환의 증가에 대한 치료적 측면이 모두 복합적으로 반영된 결과라 할 수 있다.

1995년 제정된 정신보건법은 정신질환에 대한 국가적 관리체계(정신보건시설, 정신보건전문요원 등)를 만들고, 정신질환자의 입원방식(자의입원, 보호입원, 평가입원, 시·도

13) 조선일보(1959). “정신보건법 - 보사부서 입안”(1959.07.16.); 동아일보(1959). “정신보건기구를 설립, 건전한 정신배양 각종범죄를 예방토록”(1959.12.09.).

14) 경향신문(1968). “서둘러야 할 정신위생법 제정”, 경향신문(1968.11.30.).

15) 대한민국 관보 제3398호, 1963. 3. 18., pp.16-17. 보건사회부령 제102호.

지사에 의한 행정입원, 응급입원)과 권익보호를 위한 규정을 두었다. 위 입법내용과 관련해서는 주로 1987년 일본 정신보건법을 참고하였고, 법안의 제정과정에서는 당사자단체나 가족단체보다는 정신과 전문의를 중심으로 한 전문가단체의 참여가 있었지만 기본적으로는 정부(보건복지부) 관료의 책임하에 만들어진 법안이라 할 수 있다.

정신보건법 제정 이후 법제도적으로는 정신병원을 포함한 정신보건시설 입원과 수용의 합법적 근거가 마련되었고, 정신질환자에 대한 국가 개입방식이 치안 외에도 치료와 복지의 측면에서 접근하는 것이 가능하게 되었으며, 의료급여 환자로서 입원하는 사람들에게 대해서는 입원비용의 전액 국가부담이 이루어지게 되었다. 현실적으로는 법 시행 이후 점차 정신질환이 의료화 되어 정신과 전문의의 역할(권한과 책임)이 강화되고, 정신질환자의 수용장소가 시설에서 병원으로 전환되면서 정신병상이 지속적으로 증가하기 시작하였다.

3) 정신보건법 제정 이후의 주요 법 개정(1997년부터 2015년까지)

가) 1997년 정신요양시설의 부활

1996년 말부터 시행된 정신보건법은 시행되자마자 위기에 직면한다. 그 가장 큰 문제는 기존의 정신(질환자)요양시설의 폐지에서부터 시작되었다. 기존에 정신질환자를 수용해 온 다수의 정신(질환자)요양시설들이 법의 폐지계획(7년 이내 폐지)에도 불구하고 잔존하면서 그 살아남기를 꿈꾸어 결국 1997. 12. 31. 정신보건법이 전면개정되어 강제입소가 가능한 정신요양시설로 부활하게 된다. 이는 제정 정신보건법에 의해 정신의료기관과 정신요양병원으로 정신질환자의 입원을 의료기관으로 통일하여 의료화하려던 기획이 실패하게 된 것을 의미하는 것이기도 하다. 이러한 실패했던 기획은 23년이 지난 2019년 1월 한 국회의원이 발의한 정신건강복지법 개정안(2019. 1. 25. 의안번호 18323)을 통하여 다시 정신요양시설의 10년 내 폐지를 규정하였지만 이 또한 2020년 5월 국회 임기만료로 폐기되었다.

나) 2000년 및 2004년 법 개정

2000년대 초반 두 번에 걸쳐 이루어진 정신보건법 개정의 내용은 요약하면 다음과 같다.

- i) 정신질환 개념에 알코올 및 약물중독을 명시적으로 포함시킴(2000년)
- ii) 자의입원 환자에 대한 퇴원중지 및 강제입원으로의 전환 규정 삭제(2000년)
- iii) 정신보건센터 및 정신보건사업지원단 설치의 근거규정 신설(2004년)
- iv) 사회복지시설 신고수리와 행정처분권자를 시·도지사에서 시·군·구청장으로 이양(2004년)

위와 같은 법 개정은 정부가 일정한 방향성을 가지고서 전반적인 정신보건시스템을 개선한 것이라기보다는 필요에 따라 산발적으로 특정 부분에 대한 법률상 근거를 마련하기 위한 것(시·군·구청장의 사회복지시설 신고수리와 행정처분)이거나 이미 해석이나 운영을 통해 시행 중이던 것(예컨대, 정신보건센터와 정신보건사업지원단)에 대해 법률상 근거만 마련한 것이다. 위의 두 번의 법개정 자체는 기존에 이루어진 정신보건시스템에 별다른 변화를 주지는 못하였다.

다) 2008년 법 개정

2008년의 정신보건법 개정은 환자 인권보장을 핵심에 둔 개정이라 할 수 있다. 구체적인 주요 내용은 아래와 같은데, 이는 정신보건법 시행 10년의 문제점에 대한 소극적인 개선책을 반영한 것이라 할 수 있다.

- i) 정신보건시설 운영·종사자에 대한 인권교육의 실시
- ii) 자의입원 환자에 대한 매년 정기적인 퇴원의사 확인의무
- iii) 보호입원을 보호의무자 1인의 동의에서 2인의 동의로 강화하여 강제입원을 제한
- iv) 시·도지사 소속의 지방정신보건심의위원회 및 심판위원회를 기초자치단체인 시군구 소속으로 기초정신보건심의위원회 및 심판위원회를 설치하도록 하여 계속입원심사 및 퇴원심사의 적정을 기하도록 함
- v) 외래치료명령제도의 도입
- vi) 입원환자의 강제노동의 금지와 작업요법 신설

위와 같은 개정, 특히 보호입원에서 보호의무자 1인 동의에서 2인 동의로 엄격히 하여 보호의무자에 의한 입원을 통제하면서 보호입원 비율은 이후 감소하고, 자의입원 비율은 그에 반비례하여 조금씩 증가하는 결과를 가져왔다. 그러나 그것이 정신보건시스템 전체에 미친 영향은 크지 않았다. 한편, 외래치료명령제도의 2008년 도입에도 불구하고 이후 10년 동안 활용은 거의 되지 않은 것과 같이 법제도의 개선에도 불구하고 정신의료 현실에 아무런 영향을 미치지 못한 것도 있다.

4) 정신건강복지법과 그 이후의 개정(2016년부터 2020년까지)

가) 2016년 정신건강복지법으로의 변화

제정된 지 20여 년이 된 구 정신보건법은 2016년 성년이 되며 새로운 전환을 맞는다. 그 첫 번째는 정신보건법이 정신건강복지법으로 전면개정된 것이고, 두 번째는 정신보건법의 보호입원제도가 헌법재판소로부터 헌법불합치결정을 받은 것이다 (헌법재판소, 2016).¹⁶⁾ 이 두 가지 사건은 지난 50여 년 간 사실적으로 또는 법적으로 허용해 온 가족에 의한 정신질환자 입원의 법적 정당성을 사회적으로 의심하게 되는 계기가 되었다. 그 결과 적어도 가족에 의한 입원을 옹호하는 사회적 공론을 형성할 수는 없었다.

또한 2016년 정신건강복지법으로의 개정과 보호입원 헌법불합치 결정에는 정신장애인 당사자단체와 권익옹호단체의 적극적 활동이 있었다. 이는 국내적으로는 정신장애인 복지 지원법안 제출, 위헌소송의 제기와 국가인권위원회 집단 진정 제기 등의 활동으로, 국제적으로는 2014년 UN 장애인권리위원회에 NGO 보고서 및 의견 제출 등의 활동으로 한국 정부에 대해 국제기구를 통해 정신장애 관련 구체적인 권고가 이루어지게 하였다.

2016년 정신건강복지법으로의 전면개정은 i) 정신장애단체와 권익옹호단체의 국·내외적 활동과 입법참여, ii) 기존의 일본 정신보건법 모델에서 벗어난 독자적인 입원심사제도 (입원적합성심사위원회, 조사원제도, 지정진단의사제도, 국가 입·퇴원관리시스템의 도입), iii) 한국이 비준한 UN 장애인권리협약 등 국제적 기준에 호응하기 위한 노력 등이 기존의 개정과정과는 차이가 나는 점이라 할 수 있다.

정신건강복지법은 2017년 5월 30일부터 시행되었는데, 그 시행을 전후하여 입원요건과 절차가 까다로워진 보호입원과 보호입소는 자의입원이나 자의입소로 전환하는 일이 많아

16) 헌법재판소 2016. 9. 29. 2014헌가9 결정.

졌고, 법 시행 이후에는 보호의무자인 가족이 관여하는 새로운 자발적 입원 형태인 동의입원 방식으로의 입원이 크게 늘어났다. 구체적으로 보면, 법 시행을 전후(2016년 말부터 2018년 말까지)하여 보호입원의 비율은 60%대에서 30%대로 떨어졌고, 자발적 입원(자의입원과 동의입원)은 30%대에서 60%대로 증가하였다 (보건복지부 보도자료, 2019).¹⁷⁾

정신의료기관 입원환자의 숫자는 2016. 12. 31. 기준으로 69,162명에서 법 시행 직전인 2017. 4. 30.에는 66,958명으로 줄어 4개월 만에 2,200여 명이 감소하였으나 법 시행 이후부터는 감소폭이 둔화하여 그 1년 8개월 뒤인 2018. 12. 31. 기준으로는 66,027명으로 줄어 약 930명만 감소하였다.

이와 같은 정신건강복지법 시행결과에 대해서는 법 개정으로 인해 지역사회복귀(탈수용화)가 실제 이루어진 것은 아니라는 지적이 있지만 (이만우, 2019),¹⁸⁾ 한편으로는 입원유형의 변화와 입원환자의 축소에 더하여 정신건강복지법령에 의해 정신장애인에 대한 지원과 각종 위원회 참여를 확대하는 등으로 정신장애인과 주변의 이해관계인 사이의 역학관계를 변화시키고 있는 점이 더 중요하다는 지적이 있다 (신권철, 2018).¹⁹⁾

나) 2017년 이후의 법 개정

2017년 5월 정신건강복지법 시행 이후에는 주로 강제입원심사를 법원의 판사가 하는 사법입원을 중심으로 입법개선 논의가 전개되어 왔다. 2020년 5월에는 3개의 사법입원법안(정신건강복지법 개정안)이 국회 계류 중에 있었으나 2020년 6월 21대 국회가 개원하면서 모두 임기만료로 사법입원법안이 폐기되어 사법입원 논의는 2020년 6월 이후 원점에서 다시 시작될 수밖에 없게 되었다.

2019년에는 진주 방화사건과 임세원 교수 사건을 계기로 정신질환 범죄로 위한 위험을 정신건강복지법의 개정을 통해 막고자 하는 여러 법안이 제안되었다. 그 법안의 내용들을 보면, i) 강제입원 요건의 완화, ii) 경찰관과 구급대원을 통한 응급호송체계의 강화, iii) 경찰관의 행정입원 의뢰 허용, iv) 퇴원 정신질환자 개인정보의 관할 경찰관서 통보, v) 응급입원 진단 및 치료비용의 국고 부담과 같이 경찰을 통한 정신질환자 호송과 입원 의뢰 및 퇴원하는 위험 환자에 대한 관리가 개정법안들의 주요 내용이다. 이러한 치안

17) 보건복지부(2019). “중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치방안”, 참고 9. 정신의료기관 입원환자 현황, p.30.

18) 이만우(2019). “정신질환자 비자의입원제도의 입법영향분석”, 국회입법조사처. p.75.

19) 신권철(2018b). “정신건강복지법의 시행과 입법평가”, 입법평가연구, 제13호. pp.15-58.

목적의 개정법안과 관련해 국가인권위원회는 2019년 2월 정신질환자의 인권을 침해하는 차별입법이라는 의견을 표명하기도 하였다 (국가인권위원회, 2019).²⁰⁾

위와 같은 치안적 측면의 의원입법들에 대해서는 대체로 보건복지부 또한 개정법안으로서 수용이 곤란하다는 취지의 의견을 제출하였다. 위와 같은 치안적 목적의 개정입법안들 중 소수는 그 내용을 일부 조정하여 개정법률로 의결되었으나 대다수의 경우에는 2020년 5월 20대 국회 임기만료로 폐기되었다. 참고로 2017년 정신건강복지법 시행 이후 현재까지 주요하게 개정된 내용들은 다음과 같다.

- i) 국가트라우마센터 설치·운영규정 신설(제15조의2, 2018년)
- ii) 중독관리통합지원센터 설치·운영규정 신설(제15조의3, 2018년)
- iii) 입원환자의 퇴원 시 환자 및 보호의무자에게 정보제공 신설(제6조, 2019년)
- iv) 퇴원하는 환자의 동의 없이도 일정한 요건과 절차하에서 환자 개인정보의 정신건강 복지센터 통보 허용(제52조, 2019년)
- v) 지역사회 환자에 대한 외래치료지원(명령) 허용(제64조, 2019년)
- vi) 의료법 개정에 따라 요양병원과는 독립된 정신병원 유형 신설(제3조, 2020년)
- vii) 공립정신병원의 운영과 위탁에 관한 규정 신설(제21조의2, 2020년)
- viii) 정신건강전문요원의 새로운 직역으로 정신건강작업치료사 신설(제17조, 2020년)

2018년 이후의 법개정들을 보면, i) 국가트라우마센터, 중독관리통합지원센터, 공립 정신병원 등 이미 운영되고 있는 센터나 병원의 운영근거와 운영방식을 법률에 두기 위한 것이고, ii) 2019년 초반의 정신질환 범죄로 인해 개정되었다고 볼 수 있는 부분은 퇴원하는 환자의 동의 없는 환자 개인정보의 정신건강복지센터 통보와 지역사회 환자에 대한 외래치료지원(명령)제도로의 개선을 들 수 있다. 다만 위와 같은 퇴원환자 통보제도와 외래치료지원(명령)제도는 단순히 치안적 목적이라고만 보기는 어렵고, 치료적 목적도 내포하고 있다고 볼 것이다.

20) 국가인권위원회(2019). “인권위, 국회의장에 「정신건강복지법」 일부법을 개정안에 의견표명”, 국가인권위원회 보도자료 (2019.03.20.).

2020년에는 의료법에 정신병원 유형이 규정되지 않아 정신병원이 요양병원 허가를 받아 운영하고, 인증이나 평가에 있어 요양병원 관련 규정의 적용을 받는 문제점이 있었다. 이를 해소하기 위해 의료법에 별도로 정신병원 유형을 신설하면서 정신건강복지법도 그에 따른 개정을 하게 되었다. 또한, 정신건강전문요원의 하나로 정신건강작업치료사가 법 개정을 통해 인정되어 2022년 4월부터 정신질환자의 정신적·사회적 재활과 기능장애의 회복을 돕는 역할을 맡도록 하였다.

나. 정신건강복지법의 문제점과 개선방안

1) 무엇이 문제인가?

법이 현실만을 반영한다면 현실은 변화하지 않을 것이고, 법이 당위만을 추구한다고 한다면 현실은 결국 따로 움직이게 될 것이다. 법은 현실과 적당한 이격거리를 두어야 하면서도 동시에 현실을 규율할 수 있어야 한다.

사람들은 법이 현실을 바꿀 수 있는 도구라고 생각하기 때문에 법이 바뀌면 현실도 바뀐다고 생각한다. 그러나 바뀐 현실에 대한 평가는 각자의 이해에 따라 다르게 표현된다. 어떤 것이 좋아진 것인지, 나빠진 것인지를 가치기준을 서로 공유하지 않고자 하는 이해관계인들의 의식과 의도들로 인해 결과는 서로 다르게 표현된다.

정신건강복지법에 대한 입법평가와 개선방향에 대해서는 이미 몇 개의 연구결과가 있고, 객관적인 수치들도 일부 공개되어 있다. 그러나 우리는 거기서 서로 합의할 수 있는 가치기준과 개선방안을 마련할 수 있을지 대체로 의심부터 하게 된다. 얼굴 없는 국가를 향해 인력과 예산을 들여 무엇을 하라는 정책과 개선방향을 제시하는 것은 쉽고, 개인의 책임도, 집단의 책임도 따르지 않는다. 그러나 각자의 이기심을 뒤로 물려서게 만들 수 있는 논의들을 만들어 나가는 것은 어렵고, 어떤 때는 불가능해 보이기도 한다.

현실과 달리 법은 현실의 사람과 사회를 넘어선 상징으로서 작용할 수 있다. 강제입원 제도의 폐지를 요구하는 한쪽 끝과 강제입원제도의 요건 완화와 확대를 요구하는 다른 한쪽 끝에서 현실의 대립과 갈등이 표출되더라도 법은 스스로의 가치와 원칙으로 양쪽을 모두 견인해내야 하고, 그 가치와 원칙에 공감하도록 사회의 당위적 목소리를 만들어내야 하고,

그렇게 할 수 있다. 사람들은 그런 이유로 모두 법을 쥐고 싶어하는 것이다.

법 또한 스스로의 이상형이 있다. 정신건강복지법의 문제점을 지적한다는 것은 정신건강 복지법의 이상적 기준을 두고서 그에 못 미치는 현재의 법을 지적해야 하는 것이다. 그러한 이상형은 현재의 현실을 기준으로 삼을 수 없다. 예컨대, 50년 전처럼 가족이 미인가 시설에 맡기는 것이 현실이니 그것을 법으로 제도화해야 한다고 주장할 수는 없는 것처럼, 사회적 현실 자체가 법의 모델형이 될 수는 없다.

2) 무엇이 목적인가?

정신건강복지법은 짧은 역사를 지녔다. 그의 아버지의 이름은 가족에 의한 입원이 위헌이라는 오명(汚名) 속에서 사라진 구 정신보건법이다. 정신건강복지법 또한 그런 오명을 다시 받게 될지 모를 운명에 있다. 구 정신보건법이 위헌이 된 이유는 헌법이 요구하는 몇 가지 자유와 원칙을 저버렸기 때문이다. 정신건강복지법마저 위헌이 된다고 하면 강제 입원제도는 치료라고 하는 그 목적의 정당성마저 의심받게 될 수 있다.

정신건강복지법이 그 존재의 근거를 찾기 위해서는 치료와 인권에 기반해야 한다. 정신 건강복지법의 목적은 치료 및 복지이며, 동시에 그 과정에서의 인격적 처우를 담보하기 위한 것이다. 그것이 법의 내용이 되어야 한다. 과거의 역사 속에서 강제입원제도를 두고 있던 서구 각 국의 정신보건법은 초기에는 치안의 목적을 내포하고 있었으며, 그것을 탈각(脫却)시키기 위한 100여 년의 노력이 지금 서구 국가들의 치료와 복지를 중심으로 한 정신보건법으로의 전환이라 할 수 있다.

한국 또한 구 정신보건법의 탄생에서부터 치안의 목적이 있었고, 그 목적은 사회적으로 이슈가 되는 정신질환 범죄가 터지면 언제든지 표면화되어 정신건강복지법을 치안입법으로 만들기 위한 개정안들이 넘쳐나게 된다. 앞서 본 2019년 이후의 정신건강복지법 개정안들 중 일부는 이러한 방향성을 가지고 있었지만 사회의 적극적인 호응을 받지 못한 채 곧 폐기되었다. 정신건강복지법이 치안입법으로 넘어가게 되면, 과거 서구의 역사에서처럼 환자는 범죄자로, 의료인은 간수로, 정신병원은 교정시설로 사회적으로 간주될 위험이 발생한다.

정신건강복지법은 시계추처럼 흔들리는 사회의 여론에 따라 치안적 방향을 쫓아가서는 안 될 것이고, 그러기 위해서는 이 분야의 모든 이해관계인의 진지한 노력과 사회적 여론에

대응한 반론의 제기가 필요하다. 아울러 우리의 현행 정신건강복지법이나 정신병원이 그러한 사회적 안전을 위한 목적과 어느 정도 관련되어 있는지 검토가 필요하다.

3) 무엇이 원칙인가?

보통의 의료에 있어 환자의 인권과 치료가 충돌하면 환자의 자기결정권이 치료보다 존중된다. 이는 인간이 자신의 생명과 신체를 타인의 결정에 맡길 수 없는 존재임을, 자신의 생명과 신체를 단독으로 결정할 수 있는 존재임을 드러낸다. 이는 환자(그가 곧 치료만 받으면 살 수 있는 환자라 하더라도)의 동의 없는 치료는 원칙적으로 허용되지 않는다는 법원칙에서 드러난다. 그러나 정신질환으로 인한 치료에서는 이러한 원칙은 멈추고, 예외로서 치료가 환자의 동의를 우선하는 방식을 취하고 있다.

정신건강복지법은 이러한 예외의 상황들을 규정하고 있는 법이다. i) 자발적 입원의 원칙(제2조 제5항)을 내세우고서는 예외로서 강제입원을 허용하고, ii) 정신질환자의 의료행위의 동의나 거부에 대한 자기결정권 보장을 원칙으로 내세우면서(제2조 제7항) 동의 없는 특수 치료를 허용하고, iii) 통신과 면회의 자유는 제한할 수 없다고 원칙을 규정하면서(제74조 제1항) 동시에 정신과 전문의 지시에 따른 경우에는 예외적으로 허용하고(제74조 제2항), iv) 격리·강박은 금지된다고 원칙을 선언하면서(제75조 제1항), 그 예외를 규정(제75조 제2항)하는 방식으로 환자의 의사에 반한 조치들을 허용하고 있다. 그리고 이러한 예외 여부를 판단하고, 결정하고, 집행하는 것은 법에 의해 정신의료기관의 장에게 부여되어 있다.

위와 같은 병원시설 내에서의 처우는 시설 내 질서와 안전 및 환자의 보호를 위해 마련 되어 있지만 늘 남용될 우려도 있고, 실제 남용되기도 한다. 위와 같은 원칙적 금지와 예외적 허용을 가르는 기준은 헌법이나 정신건강복지법이 표현하고 있는 사람의 존엄과 자기결정권이다. 그 존엄함은 타인결정을 불허하며, 정신질환자의 자기결정권은 그를 둘러싼 타인들에게 설명하고, 선택지를 제공하고, 이의제기의 기회를 부여할 의무를 부담 시킨다. 스스로 결정할 수 없거나 그 능력이 부족한 상황의 환자를 치료하는 치료적 공간에서는 그 공간을 지배하고, 관리하는 사람들이 자신의 의무가 무엇인지를 늘 상기해야 하고, 법은 그러한 의무를 일깨워주는 수단이기도 해야 한다. 정신건강복지법이 그러한 원칙과 의무를 일깨워주는 데 충분한지 진지하게 검토해 보아야 한다.

4) 무엇을 할 것인가?: 강제입원제도 개편을 위한 제언

위에서 우리는 정신보건법과 정신건강복지법의 짧은 역사(약 25년)를 살펴보았다. 법의 개정은 사회적 문제와 그에 대한 대응을 반영한다. 2020년 11월 현재 정부는 정신건강 복지법에 따라 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 5개년 국가계획(이하, ‘국가계획’이라고만 한다)을 수립 중에 있다.

국가계획에는 강제입원 심사기관의 통합과 개편, 장기입원환자의 지역사회 주거와 생활 기반 마련, 정신장애 동료지원가를 통한 절차보조인 제도 마련 등 기존에 비해 다양하고, 구체적인 제도와 사업을 계획하고 있다. 특히 새로운 제도와 사업의 기반에는 정신질환자의 자기결정권, UN 장애인권리협약과 같은 기본원칙들이 제시되어 있다.

그 중에서 강제입원제도 개편에 관한 몇 가지 제언을 해 보자면 다음과 같다.

표 2.1 강제입원제도 개편을 위한 정신건강복지법 개선 제언

법적 제언	상세 내용
신청입원 제도 신설	특정 범위의 친족 혹은 후견인이 정신질환자의 치료 필요성이 있다고 판단할 때 입원을 신청할 수 있으며 정신과 전문의 1인의 진단하 일정 기간(3~14일, 논의 필요) 입원 가능
보호의무자 제도, 보호의무자에 의한 입원 폐지	신청입원, 응급입원, 행정입원을 통해 비자의입원을 할 수 있으며 각 입원 모두 독립적심사기구를 통해 입원적합성에 대한 심사가 이루어짐. 즉, 가족, 경찰관, 정신건강의학과 전문의 모두 입원의 신청이 가능하나 입원 적합성 여부 및 입원유지의 결정은 독립적심사기구의 판단에 의하게 됨
비자의입원 독립적심사기구 마련 (입원적합성심사위원회 폐지)	사법심사 혹은 정신건강심판원을 통한 독립적 심사를 정해진 기간 이내(3~14일, 논의 필요) 이행하되, 당사자 직접 혹은 화상 대면을 의무화하는 방향으로 도입 사법심사형: 친족 혹은 후견인에 의한 입원 허가처럼 가사비송절차를 따르도록 함 정신건강심판원형: 의료인, 임상심리사, 사회복지사, 법조인 등이 공동으로 심리
강제입원 유형의 통합	보호의무자에 의한 입원제도를 폐지하고 신청입원제도를 신설하되, 비자의입원 독립적심사기구에 의한 심사 이후에는 행정입원 형태로 모든 비자의입원을 통합함
응급호송제도 신설	일반인의 신청: 자·타해위험 및 위험의 현저성 급박성을 전제로 경찰관 또는 119 구급대원에게 호송 요청 자·타해위험에도 불구하고 급박성 요건이 갖추어지지 않았거나 치료 필요성의 목적: 독립심사 기구의 비자의입원절차에 따른 수검명령 및 그 집행으로 호송 가능 경찰관 직접 발견한 경우 자·타해위험 현저할 때 급박성 요건없이 119 구급대원의 응원하 호송 허용
비자의입원 심사 시점 논의	외국 예에서는 3일 내로 심사하는 조기(early)형과 28일 이내로 심사하는 중기(middle)형이 있음. 우리나라 입원적합성심사위원회는 28일 내로 심사하도록 되어 있어 중기형에 해당하나, 인권적 측면에서 28일은 지나치게 길다는 비판이 존재함. 3일 이내로 심사하는 것이 가장 이상적이겠으나 현실적인 여건을 고려하여 5일, 7일, 10일, 14일 등의 기한을 고려해볼 수도 있겠음

(가) 보호의무자에 의한 입원 폐지, 신청입원제도 신설

위에서 본 바와 같이 가족에게 보호의무를 지우는 기존의 보호의무자제도를 폐지하고, 가족은 입원이나 퇴원의 신청 등 환자의 지원을 위한 역할로 전환할 필요가 있다. 또한, 치료 필요성에 따른 입원신청제도를 신설하는 것이 꼭 필요한데, 치료 필요성은 대부분 외국 국가에서 정신질환자의 입원 요건 중 하나로 인정하고 있는 것이며 조현병 환자의 적정치료를 위해 꼭 필요할 뿐만 아니라 정신응급상황 및 그로인한 사건사고를 줄이는 데에도 기여할 것으로 여겨진다. 당사자의 자기결정권은 자신을 도울 사람을 스스로의 선택으로 정하는 것도 중요하므로 호주 일부 주에서 시행하는 것과 유사한 환자가 지정할 수 있는 지정조력인(가족이나 동료 지원이 포함) 제도를 두어 지정조력인이 환자의 입원 생활에 대한 지원이나 환자의 의견을 전달하는 역할을 하게 하는 제도도 고려할 수 있다.

(나) 비자의입원 독립적심사기구에 의한 입원심사와 입원절차의 통합

다음으로, 현재의 정신건강복지법의 입원심사기관인 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회를 통합하여 보건복지부 산하의 중립적이고 독립된 기관으로 사법기관에 의한 사법심사 혹은 가칭 정신건강심판원을 운영하여 최초입원, 입원연장, 퇴원청구, 처우개선, 외래치료지원 등을 서면심사가 아닌 대면심사를 원칙으로 하는 준사법적 절차로 운영한다.

아울러 준사법적 절차에 따르는 의견 진술, 증거 제출, 절차적 대리인의 선임, 대면심문 등의 규정이 필요하고, 결정에 대한 불복이 있는 경우 그 불복을 인신보호재판의 청구로 간주하여 법원이 인신보호재판 절차에 따라 진행하도록 한다.

(다) 강제입원 유형의 통합(보호입원과 행정입원의 통합)

보호입원과 행정입원으로 양분된 채로 보호입원에 철저히 치우쳐있는 현재의 왜곡된 강제입원 방식을 개선하기 위해서는 입원의 신청자격은 가족과 권한 있는 후견인(기존 보호입원의 신청권자임), 경찰관(기존 응급입원의 신청권자임), 정신건강의학과 전문의(기존의 행정입원 신청권자임)로 한정하고, 비자의입원 독립적심사기구의 심사 후에는 현재의 행정입원에 준하는 절차를 적용하여 일정기간 이상의 강제입원이 가족의 것이 아닌 국가에 의한 것임을 제도적으로 확정할 필요가 있다.

(라) 응급입원제도의 개편(응급호송제도 신설)

현재의 응급입원은 환자의 이송을 담당하여야 할 국가기관인 경찰과 119 구급대원의 회피로 민간이송단에 의한 불법적인 강제이송이 주를 이루고 있다. 이미 불법적인 강제 이송은 이송단 직원뿐만 아니라 가족도 폭행, 감금 등의 형사처벌 대상이 되고 있지만 개별적 형사처벌만으로 문제가 해결되지는 않고 있다. 이러한 불법적 이송의 문제를 제도적으로 해결하기 위해서는 경찰과 구급대원의 이송을 의무로서 규정하고, 경찰과 119 구급대원, 정신건강복지센터 직원이 이송팀이 되어 환자의 설득, 구급, 안전 등을 함께 담당하게 할 필요가 있다. 현재 경찰은 응급입원에 대한 동의권한을 임의적으로 행사하여 환자의 이송을 회피하고, 119 구급대원은 경찰이 없으면 이송하지 않는 등 이송체계에 있어 국가가 가진 책임을 회피하고 있다는 점에서 문제의 심각성이 있다.

(마) 비자의입원 심사시점에 대한 논의

비자의입원에 대한 독립적심사기구의 심사의 시점에 대해서는 본 보고서만으로 단정적으로 제안하기는 어려우나, 외국 예에는 3일 이내로 심사하는 조기(early)형과 28일 이내로 심사하는 중기(middle)형이 있으며, 현행법상 입원적합성심사위원회에 의한 심사는 28일 이내에 이루어지고 있는데 28일이 너무 길다는 인권적인 비판이 존재한다. 3일 이내로 심사하는 것이 가장 이상적이겠으나 현실적인 여건을 고려하여 5일, 7일, 10일, 14일 등의 기한을 고려해볼 필요가 있다.

3 정신응급체계의 필요성

가. 의학적 측면: 조현병의 치료전략

정신의학적 치료의 최종 목표는 질병으로 인한 기능 손상의 완전한 회복이다. 이는 정신 질환의 본질과 상관없는 의학의 이상적인 목표로서 다른 신체질환에서도 끊임없이 도달하기 위해서 설정하는 치료의 지향점이다.

현재 조현병의 치료성과는 최종 목표와는 동떨어져 있어 보인다. 대다수의 환자들이 회복 되지 못하고 만성적인 경과를 보인다. 조현병으로 첫 입원 치료 후 5년에서 10년 추적 관찰한 연구들의 결과를 보면 10~20% 정도의 환자들이 좋은 결과를 가지는 것으로 되어 있다. 절반 정도의 환자는 결과가 좋지 않아 반복적인 입원, 증상의 악화, 우울 삽화의 경험 등을 하는 것으로 알려져 있다. 그러나 모든 조현병 환자가 좋지 않은 경과를 가지는 것은 아니다. 20~30%의 환자들은 어느 정도 정상적인 삶을 살 수 있는 것으로 추정된다.

조현병의 경과(course)에 대한 연구결과의 공통점은 ‘일정하지 않다’라는 것이다. 일정 하지 않은 경과는 치료결과(outcome)의 직접적인 영향일 것이며 결과에 영향을 주는 예측인자를 찾아내서 유리한 경과를 도출하도록 노력하는 것이 임상의학의 임무라고 할 수 있다. 나쁜 경과에만 주목할 필요가 없으며 질병이 우리에게 보여주는 양상을 잘 관찰 하고 희망을 찾아서 치료자원을 집중하도록 해야 한다.

질병의 어느 시기가 가장 치료에 중요한가라는 단순한 질문은 이러한 점에서 의미가 있다. 연구결과들은 이구동성으로 질환의 첫 5~10년 안에 가장 큰 변화를 겪는다고 지적 한다. 또한 이 시기 내의 좀 더 의미 있는 특징으로 ‘치료받지 않은 기간(DUP, duration of untreated psychosis)’과 ‘결정적 시기(critical period)’를 든다.

첫째, 치료받지 않은 기간(DUP)에 대한 의미는 초발 조현병 환자의 초기 경과에 집중된 관찰 결과로서 도출되었는데 증상이 발생된 후 치료를 받기 위해 의료기관을 접촉한 때 까지의 지연시간으로 정의한다. 이 시기가 짧을수록 치료결과가 좋다는 것이다. 둘째, 결정적 시기(critical period)는 치료초기의 초기 치료결과에 의해 중기와 후기의 질병 경과가 결정되는 점을 들어 초기 치료의 중요성을 강조한 내용으로 조현병 치료에 있어 우리에게 많은 시간이 주어지지 않음을 경고한다.

현재 조현병의 치료는 2차 예방에 중점을 두고 있다. 질병의 성격상 발생 자체를 억제할 수 있는 1차 예방단계 또한 궁극의 목표이며 조현병의 발병 전 전구기(prodromal period)에 나타나는 변화에 집중한 조기 정신병(early psychosis)의 개념과 개입전략으로 활발한 치료적 접근이 실천되고 있고 중요한 개입전략이다. 동시에 현재와 같은 불량한 치료성적을 보이는 문제를 해결하기 위해선 조현병으로 진단된 후 조기발견, 조기에방에 가능한 치료자원을 집중하는 것은 필수적으로 평가된다. 또한 치료자원으로 효과적인 그리고 가장 과학적인 접근은 근거기반치료(evidence based treatment)를 준수하는 치료법을 선별해야 함은 말할 것도 없다. 근거기반치료는 근거기반의학의 산물이며 근거기반의학은 최상의 연구결과와 임상전문기술 그리고 환자의 가치체계의 통합을 목표로 한다 (Dave Sackett, 1996).

초발 조현병 환자의 정신병적 증상은 항정신병약물의 복용으로 1~2달 내에 70% 이상에서 뚜렷한 개선이 나타나며 재발을 줄이기 위한 항정신병약물 효과는 NTT(number need to treat)²¹⁾ 3으로 표현되는데 이미 근거기반의학을 통해 확립된 타 질환의 약물치료 효과로서 고혈압약의 심장병 예방효과는 NTT 100, 아스피린의 중풍예방 NTT 3000, 고지질혈증약물의 심장병 예방효과는 104로서 항정신병약물의 초기 및 중기 이후 치료효과는 뚜렷하다. 항정신병약물은 조현병 치료에 있어 토대(cornerstone)가 된다. 또한 치료의 최적화를 위해서는 약물치료를 근간으로 하는 정신사회적 중재를 함께 제공한다. 세계 각국에서는 조현병 치료를 위한 치료가이드라인으로 표준치료의 기준을 제공하는데 2005년 세계정신과학회(WPA, world psychiatry association)에서 그 당시 출판된 20여 개의 가이드라인에 대한 조사를 하였다. 거의 모든 가이드라인이 공통적으로 정신사회적 치료의 효과가 약물치료를 대체하는 것으로 보고 있지는 않다. 다만 약물치료만으로 개선할 수 없는 영역을 보완하여 약물치료를 단독으로 시행했을 때 보다 효과적이라는 평가를 하였다.

대다수의 조현병 환자들은 심각한 폭력성으로 인한 범죄를 저지르지 않는다. 많은 연구들이 일반인에 비해 적은 범죄율을 보임을 증명한다. 다만 정신병적 상태(psychosis)와 폭력성이 관련이 있고 그러므로 발병 초기에 정신병적 상태를 흔히 보이는 조현병 또한 이 시기에 높은 폭력성을 보인다. 특히, 살인과 같은 중한 형태의 폭력성은 치료전 약물을 복용하지 않은 상태에서 절반 이상이 일어난다고 알려져 있다 (Large & Nielssen, 2011).

21) 해당 약의 효과를 얼마나 많은 사람에게 투여할 때 유의하게 확인할 수 있는지 나타내는 것으로 숫자가 작을수록 효과가 크다고 본다.

이 시기는 의학적 치료가 시급하고 안전에 대한 확보가 절실한 상태이다. 특히 병식이 확립되지 않은 병의 초기라 스스로 치료를 받은 경우는 드물고 주변인에 의해 의료기관으로 인도되며 거의 모든 경우 법이 허용되는 범위와 비자의적인 환경 속에서 정신의학적인 치료가 시작되는 경우가 대부분이다. 이 시기는 조현병 환자에게 가장 위험한 시기지만 매우 적절한 치료적 개입 타이밍이다. 아직 병의 시작이며 안전을 확보하여 약물치료와 같은 효과적인 개입이 시작된다면 병식을 얻을 수 있는 기회이다. 이 병식은 이후의 치료에서 환자의 자발적인 동기를 유발하며 지속적인 치료를 가능하게 한다.

참고로 적절한 치료적 개입이 이루어져 치료권에 머무르는 조현병 환자의 폭력적 행동은 이웃에 살고 있는 일반인과 동일한 정도라는 연구가 있다 (Steadman *et al.*, 1998). 이 연구는 맥아더재단에서 시행하였는데 입원 치료 후 1년 간 밀접한 추적 관찰을 통해 항정신병약물 치료를 잘 받고 있는 환자들의 경우에서 폭력성이 현저하게 호전됨을 보고하였다. 조현병의 초기치료에 근거중심원칙에 따라 효과적인 치료를 적용하게 되면 안정적인 경과로 이어질 수 있는 좋은 예후인자로 작용할 수 있음을 알 수 있다.

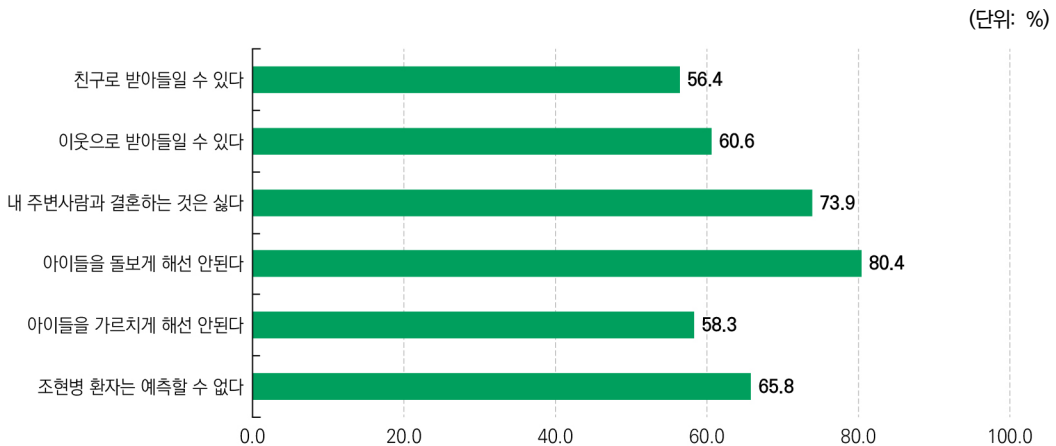
나. 사회적 측면: 낙인효과와 사회적 편견

정신질환에 대한 사회적 인식의 개선은 오랜 세월 지속적인 노력으로 이루어졌다. 미셸 푸코의 책 ‘광기의역사’에서 대중에게 알려진 ‘바보들의 배(Das Narrenschiff)’는 중세의 정신질환에 대한 인식과 처분이 어떠했는가를 단적으로 보여준다.

특히, 신의 의지를 핑계로 죽음으로 몰아넣는 정신질환에 대한 사회적 광기는 오싹할 정도이다. 사회를 유기체로 본다면 현재도 본질적인 차이는 없다고 생각된다. 여전히 ‘다름’을 경계하고 배척한다. 물론 사회적 인식은 바뀌어서 프랑스 혁명의 큰 변혁의 시기에 활동했던 필리페 피넬의 도덕적 치료(le traitement morale)라는 의사로서의 일관된 치료적 자세가 현대 정신의학의 효시라 불리면서 추앙받게 되었지만 이는 전문가 그룹에서의 명성과 계몽이었고 무엇보다 프랑스혁명이라는 개방적인 사회분위기로 정신질환자들은 쇠사슬로부터 해방되는 변화가 가능했다 (하지현, 2016). 역사적으로 기록되는 변화들이 정말 우리의 인식의 저변을 바꾸었는지는 알 수 없다. 언제나 우리의 궁금증은 일부 역사학자나 전문가들만이 아는 역사적 사건, 사실이 동시대나 이후의 모든 평범한 사람들의

정신에 스며들었을까 하는 것이다. 피넬의 생각을 환자들을 돌보면서 그 숭고함을 깨닫고 의사들이 모델링하고 정신을 본받는 것도 중요하다. 하지만 모든 치료는 결국 정신질환자가 병에서 회복되어 원래의 삶의 터전으로 돌아가는 것이 목표가 되어야 하고 그러기 위해선 정신질환자를 품어줘야 할 지역사회를 구성하는 일반인들, 그들의 이웃들의 인식이 변화해야하기 때문이다.

그림 2.1 정신질환에 대한 사회적 인식



자료: 이연희, 한국보건사회연구원, 정신보건과 관련한 사회적 낙인에 대한 조사연구(2008)

〈그림 2.1〉에서 보듯이 우리 사회의 인식은 다소 이중적이거나 절충적이다. 사회적 관계는 받아들이나 좀 더 가까운 혈육의 영역에서는 잠재된 공포가 발현되는 듯하다. 그 공포는 ‘예측할 수 없음’을 기반으로 하는 것으로 생각되고 인간의 공포와 불안에 기반으로 한 사회적 낙인은 참으로 변화하기 어려울 것으로 예상할 수 있다.

2001년 WHO는 정신장애에 대한 스티그마는 정신질환 치료에서 가장 심각한 장애가 되고 있다고 천명한 바 있다. 그 결과 한해의 85%의 중증정신질환자들이 치료를 받지 않는 것으로 조사되었고 (Demyttenaere *et al.*, 2004) 우리나라의 경우도 2011년 정신질환 실태조사 결과에 따르면 평생 한 번 이상 정신질환을 경험한 사람은 전체 인구의 27.6%로, 이 중 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하면 14.4%로 성인 6명 중 1명꼴인 것으로 나타났다. 하지만 정신질환 경험자 중, 정신건강 상담 및 치료를 받은 비율은 15.3%에 불과해 약 85%의 이환자가 정신의료서비스를 이용한 적이 없는 것으로 조사됐다. 국내의

정신의료서비스 이용률은 선진국인 미국(39.2%), 호주(34.9%), 뉴질랜드(38.9%)에 비하면 매우 낮은 수준이다.

또한 편견 관련 연구에서 매우 강력하고도 일관성 있게 강조되고 있는 주요 영향 요인은 대중매체로 특히, 영상매체는 특정집단에 대한 이미지 형성에 매우 강력하고 때로 결정적인 역할을 하는 것으로 보고되고 있다. 정신질환자에 대한 대중매체의 문제점은 다음의 4가지로 요약된다. 첫째, 부정성의 반복적, 일관적, 과장적 제시이다. 이는 대중매체의 공정성과 객관성을 결여로 지적된다. 둘째, 정확성이 결여되어 있다. 정신질환자로 추정되는 사람이 사건사고의 중심에 설 때, 매체는 빠른 보도와 선정성을 노린 의도를 가지고 정확한 사실 확인에 최선의 노력을 경주하지 않는다. 셋째, 언어사용에 문제가 있다. 경멸적, 비하적 용어를 여과 없이 사용해서 대중의 편견을 부채질 한다. 넷째는 기타 다양한 매체 활용 기법을 통한 편견 조장이 일어난다. 관련 사건사고를 영상으로 전달 시에 불안정한 느낌의 배경음악을 삽입해서 불안을 조장한다든지 사건사고와 직접 관련 없는 공포스러운 사진이나 장면을 삽입하는 것을 말한다 (서진환 외, 2012). 사실 영상매체를 통한 다양한 편견이 만들어지는 과정을 분석하면 대개 대중매체의 통제를 통한 사회적 편견의 개선은 매우 어려운 과정임을 알 수 있다.

대중매체를 통한 사회적 편견에 대한 관련 학회, 사회단체의 대응은 주로 정신질환의 범죄위험성에 대한 잘못된 정보를 바로잡는 것에서 시작되었고 홍보사업을 통한 대중에게 연구결과를 알기 쉽게 다듬어 사실을 알리는 한편 방송심의와 보도관련 협조를 구하는 작업 등이 주로 인식개선사업의 방향이었다. 하지만 위의 한국보건사회연구소의 연구결과를 다시 살펴보면 왜 그간의 적극적인 인식개선사업에도 편견은 쉽게 개선되지 않는지 이해될 수 있는데 이는 대중의 인식은 정신질환자들이 일반인에 비해 범죄율이 높다고 잘 못 알고 있어서가 아니라 예측할 수 없다는 불안에 기초하기 때문이다.

2018년 수원시는 통합정신건강센터를 건립하는 과정에서 지역주민들과 갈등을 빚었다. 시는 팔달구 매산로에 일대부지를 매입하여 알코올 약물중독과 각종 정신질환 전력자를 치료하는 국내 최초의 통합정신건강센터를 건립할 예정이었다. 이에 주민들은 선정된 부지 주변에 매산초등학교와 매산유치원이 있어 아이들의 안전에 위협이 될 수 있다면서 건립에 대해 반발을 하였다. 정신건강센터는 정신질환자의 탈수용화를 추진하는 중심된 시설로서 지역사회에 가까이 있어야 하나 우리의 현실은 지역사회의 주민들의 반대가 만만치 않은 실정이다.

2019년 6월 오산시에선 세교신도시 아파트 단지 근처에 설립되는 정신병원에 대하여 주민들이 반대하고 이런 주민들의 민원을 인지한 지역구 출신 국회의원과 설립의사, 관련 주무관청 그리고 법원의 공방이 벌어지는 소란이 있었다. 지역사회로 회귀하는 정신질환자에게 밀접한 거리에서 치료를 제공하고자 하는 의료기관의 등장을 지역주민은 위험요소로 인지하고 반대하는 풍토는 이후에 다른 지역에서 유사한 사례를 발생하게 되었다.²²⁾

현재 지역사회의 폐쇄성은 다각적인 분석이 필요하고 총체적인 대책이 필요하겠지만 지역사회에 널리 퍼져있는 불안을 제거하기 위한 구성원이 신뢰할 수 있는 사회시스템이 필요하다. 우리는 예고 없는 화재 발생의 위험을 인지하고 있지만 화재의 발생 시에 망설임 없이 신고를 할 수 있고 이를 전담하는 효과적인 소방시스템의 존재를 알고 있기 때문에 사회적 불안이 야기되지 않듯이 지역사회의 구성원이 국가의 효과적인 정신질환 치료 시스템을 인지하면 사회적 편견의 실제적인 개선이 있을 것으로 생각된다. 이는 정신질환자들의 사회복귀를 돕고 탈수용화를 가속화하며 무엇보다 지역주민의 포용을 얻어내는 선순환이 있을 것으로 보여 현재 답보상태인 지역사회 정신의학의 진전을 이루어내는 효과도 기대된다.

다. 정신응급체계의 선결조건

1) 응급의료체계

우리나라의 응급의학회는 1989년도 설립되었다. 30년이 넘는 역사 속에서 끊임없는 발전을 하여 현재는 응급의료의 핵심이 되는 권역응급의료센터가 300명상 이상의 병원에 35개가 설치되어 있다. 이는 응급의료에 관한 법률 제26조 1항에 의한 공적투자이고 같은 법률 2항에 따라 중증응급환자 중심의 진료, 재난대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무, 권역 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육훈련 그리고 권역 내 다른 의료기관에서 이송되는 중증응급환자에 대한 수용 등의 업무를 맡고 있다. 현재 응급의료에 관한 법률 제30조 5항에는 정신질환자 응급의료센터의 지정 등에 대한 조항이 신설되어 있으며(2019. 8. 27) 관련 시행규칙은 보건복지부령 제711호로 2020년

22) 박민욱(2019). “인천시 정신병원 허가 불허... 의협 “사회적 편견 가속화””, 메디파나뉴스(2019.08.09.).

2월 28일부터 시행되고 있다. 시행규칙은 정신질환응급의료센터의 지정기준을 하여 시설 기준을 갖추고 보건복지부 장관에게 신청하여 기관지정을 받도록 절차를 마련해 놓고 있다.²³⁾ 현재 2019년 말부터 보건복지부에선 관련 시범사업을 수행하고 있어 제도 마련에선 거의 완성단계에 도달했다.

2) 응급이송체계

급성기 정신병적 상태의 조현병 환자의 응급의료체계는 정확한 상태파악과 진단 그리고 적절한 입원 형태를 판단하는 전문의와 조우하게 하는 이송체계가 중요하다. 안전하고 병식이 없는 조현병 환자의 이송에서 심각한 법적 문제가 생성되는데 신체적 자유를 제한하고 물리적 강제를 동원하는 것이다. 이송의 과정은 아주 민감한 법률적 문제가 있고 전문의와 조우하기 위해 어쩔 수 없는 강제를 사용했고 그 결과 전문의의 판단이 비자의 입원이 필요한 상태라고 판단했다고 하더라도 그 과정이 불법적이었던 것은 합리화되지 못한다고 못 박고 있다(대법원 2001.2.23. 선고 2000도4415).

다른 질환의 이송과정과 달리 민감한 법적 문제로 사설구급시스템은 비자의적 입원이 전제로 되어 있는 급성기 정신병적 상태의 환자를 다루지 못하여 능률적이라고 해도 도입되지 못한다. 정신질환자의 강제적인 사설 구급차량에 의한 호송은 법치주의에 대한 중대한 위협으로까지 언급되고 있는데 법은 비자의입원이 보호의무자에 의하여 부당한 인신구급의 수단으로 악용될 때 수반되기도 하는 점에 주목하고 있기 때문이다. 그러므로 현재 제도의 활성화를 위한 정신응급체계의 구축에서 이송체계가 가장 중요한 걸림돌이 되어 있다.

3) 의료전달체계

의료에서 병의 모든 과정을 한 의료기관과 한 담당의사가 전담한다면 가장 적절할 것으로 생각된다. 하지만 조현병은 장기간의 만성적인 경과를 보이는 경우, 특히 입원치료가 요구되는 상황에서 병동의 인적구성과 기능적 배치에 따라 전담기관으로 분화할 수밖에 없고 정신응급의료 상황이 마무리되면 이후 적절한 의료기관으로 이송하여 지속적인 치료를 받도록 하는 기능을 정신응급의료기관이 가지고 있어야 한다. 응급에 대응하도록 하는 기관의 운영은 고비용이 소요되며 이를 집중하여 권역단계 정도의 응급의료기관에 부여하는

23) 보건복지부(2019). “정신응급의료기관 지정 시범사업”, 정신건강정책과-6900호(2019.12.16.).

것이 효율적일 뿐 아니라 이송과 입원과정에 법적인 결정과 지원을 빈틈없이 할 수 있어 인권침해적인 요소를 없앨 수 있다.

4) 국공립과 민간의료기관의 역할분담

태생적으로 국공립이라고 해서 또는 민간시설이라고 해서 효율적이거나 준법적이라고 단언할 수 없다. 정신질환의 치료를 국가가 얼마나 공적영역에서 수행할 의지가 있는지가 기준이 될 듯하다. 흔히 치매국가책임제와 같이 조현병이 갖는 사회적 문제점과 인권의 사각지대가 될 수 있는 위험성을 적극적으로 해결하기 위한 포석이 전반적인 기반을 변경시킬 수 있을 것으로 보인다. 과거 국립정신병원의 기능은 열악한 정신질환자의 치료를 개선하고자 노력하였지만 너무 소극적인 투자로 보건소와 같은 낮은 수준의 기초의료 서비스를 제공하는 데 그치고 말았다. 2016년 국립정신의료기관의 핵심이 되는 국립정신건강센터가 설립되었고 정신건강의 새로운 표준 선도를 위해 더불어 사는 삶을 위한 진료, 공공정신보건의 새 질서 구축, 정신건강 증진을 위한 근거확보 연구의 비전(vision)을 선포하였다. 보다 과감한 투자가 필요할 것으로 보이는데 특히, 전국에 분포된 5개 국립정신병원은 입·퇴원 과정을 법적으로 감수하는 입원적합성심사위원회를 운영하고 있어 합법적인 절차를 위한 법률서비스를 제공할 수 있다. 단지, 아직은 자체응급의료시설은 신체적 문제를 동반한 정신질환의 응급상황에 대처할 정도는 아닌 것으로 보인다.

5) 종합병원 정신건강의학과 기능 위축

초발 정신병의 경우 자세한 진단과 기질적인 원인의 배제를 위해 종합병원의 정신건강 의학과에서 치료를 시작하는 것이 바람직하다. 그러나 상대적으로 신체질환을 담당하는 타과에 비해 수익모델이 없고 전반적인 의료기관의 경영압박으로 인해 병실폐쇄, 인적자원 확보의 어려움 등으로 인해 점차 입지가 줄고 있다. 특히, 급성기 응급입원 시 필수라고 할 수 있는 폐쇄병동은 타과 환자의 입원이 안 되는 배타적인 면을 가지고 있어 활용도가 떨어진다고 판단하여 병동축소를 위한 경영진의 압력도 심하다. 실제 상급종합병원의 정신건강의학과 폐쇄병동은 2011년 1,021병상에서 2018년 말 기준 857병상으로 약 200개의 병상이 사라졌다.²⁴⁾ 점차 상급종합병원은 필수적인 중증질환의 급성기 고위험도 환자의

24) 2019년 의료법 일부개정 법률안. 국회보건복지부 상임위 신상진 의원.

진료보다는 신경증 진료를 위한 외래중심체제를 강화하고 있어 신체질환이나 외상을 동반된 중증정신질환 진료의 관문인 응급의료센터를 갖추고 있어도 안전과 집중치료를 위한 폐쇄 병동의 병상 수 부족으로 실제 정신응급의료 기능을 수행하기 어려운 경우가 많다.

라. 결론 및 제언

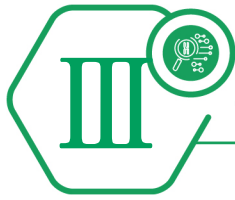
온전하게 의료적인 입장으로만 서술될 수 없고 인권과 법률적인 입장에서 지나친 강조는 정당한 의료행위를 위축시켜 오히려 정신질환자의 치료받을 수 있는 권리를 침해하는 경우도 있을 수 있다. 2016년 개정된 정신건강복지법은 부분적으로 부족하고 부분적으로는 과도한 면이 있다. 먼저 비자의입원의 실체적 기준과 관련해서는 비교법적으로 우리 법이 압도적으로 엄격한 입장임이 확인되고 있다. 대다수의 나라에서 자·타해위험을 독자적인 입원사유로 규정하고 있고, 동의능력의 결여를 전제로 치료의 필요성이 인정되는 경우를 또 다른 독립적인 입원사유로 인정하지만 우리법은 자·타해위험과 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 동시에 갖추어져야만 비자의입원의 요건이 갖추어진 것으로 본다.

의료적인 행위가 의학적 기준이 아닌 보험인정기준을 따라 실제적인 행위기준을 만들어 가듯이 실제 정신질환자의 치료에선 법의 강화로 인해 준법행위가 제일 중요한 의료행위의 기준이 되고 있다. 결국 의료인은 중증정신질환자의 치료를 좀 더 전략적으로 가져가야 하고 의학적 기준을 더욱 더 명확하게 세울 필요가 있다. 조현병의 치료에선 조기발견과 조기치료에 자원을 집중하여야 하고 응급의료에 치중하는 방향으로 의료적인 제한점을 타파해 나가야 한다. 아마도 정신응급체계의 효율적인 가동은 여러 가지 문제를 해결해 나갈 수 있을 것으로 예상되고 정책적 고려와 법률적 개정 또한 초기 조현병 환자의 효율적 치료를 위해 유기적으로 움직일 때 모든 제도와 정책의 틀 속에서의 의료의 기능도 환자 중심으로 발휘되어 의료의 본질적인 목표를 이룰 수 있을 것으로 본다. 이 목표를 이루기 위해선 현실적으로 응급행정입원 활성화를 위한 법제도 개정이 필요할 것으로 보인다. 응급이라는 상황이라고 해서 현재의 법 정서에선 명백한 탈법행위의 관행화는 허용되지 않기 때문이다. 먼저 보호의무자 폐지가 필요하다. 현재와 같이 다양한 응급상황에도 보호자의 통보, 입회, 행위주체가 아니라면 입원은 이루어지지 않는 제한점을 끊어내야 한다. 특히, 무연고자와 가족과의 이해관계 충돌로 인하여 탈법이 일어날 수 있는 가능성은

배제되어야 하기 때문이다. 현재의 보호의무자에 의한 입원에서 보듯 입원을 주도한 주체에게 치료비 부담이 부여된다. 그러므로 보호의무자가 아닌 행정기관이 주도하는 경우에는 응급행정입원 및 외래치료명령 치료비가 전액 지원이 되어야 응급상황에서의 행정응급입원이 활성화된다. 행정응급입원의 실제 현장에서의 강제를 동원할 권한이 없는 자의 이송은 법의 입장에서 강제입원이 결과적으로 도움이 되었다고 해서 그 과정이 합리화될 수 없다. 그러므로 효율뿐 아니라 절차적 정당성을 구현하기 위한 의료기관-경찰-소방기관 정신응급중앙협력체계와 같은 기구가 필요하다. 의료-경찰-소방 각각의 역할을 유기적으로 작동하기 위해선 복잡다단한 과정이 있고 누군가의 조율이 필요한데 이러한 협력체계만이 법률에 따르고 의료의 궁극의 목표달성을 응급상황에서 구현하도록 할 수 있을 것으로 보인다.

Ⅲ. 조현병 치료 시스템의 문제점과 지향점





조현병 치료 시스템의 문제점과 지향점

1 우리나라 조현병 치료 시스템의 현황과 문제점, 그리고 해결방안

가. 문제

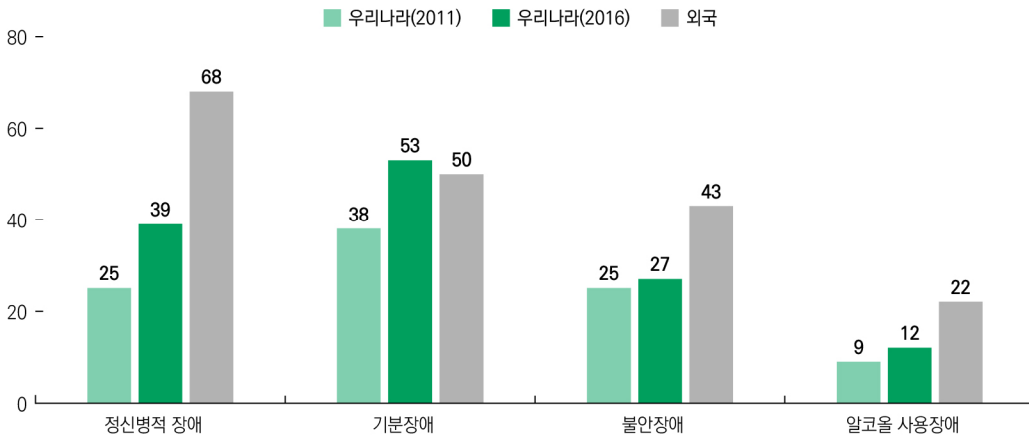
1) 낮은 치료율

우리나라의 조현병을 포함한 정신질환의 치료율은 개선되고 있으나, 외국에 비해 여전히 낮은 수준이다 (<그림 3.1> 참조). 조현병이 포함되는 정신병적 장애의 경우 정신건강서비스 이용률은 2011년 25%에서 2016년 39%로 크게 개선되었으나, 외국의 68%에 비해 여전히 낮은 수준이다.¹⁾²⁾

조현병 환자에서 정신건강서비스를 이용하지 않는 이유는 병식이 없어서(82%), 저절로 좋아질 것이라고 생각(59%), 치료받는 것이 알려질까 두려워서(41%)가 중요한 이유로 조사되었다. 이 같은 낮은 치료율은 정신질환의 만성화되는 중요한 이유로 작용한다.

1) 홍진표 외(2016). “2016년도 정신질환실태 조사”, 보건복지부 삼성서울병원.

2) Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B.(2004). “The Treatment Gap in Mental Health Care”, Bulletin of the World Health Organization, 82(11), pp.858-866.

그림 3.1 우리나라와 외국의 정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률

참고: 외국의 경우 정신병적 장애는 조현병의 값, 기분장애는 양극성 장애의 값이며, 불안장애는 generalized anxiety disorder의 값임.

2) 높은 장기 입원율과 재입원율³⁾

조현병과 같은 중증정신질환은 초기에 집중적으로 치료하면 상태가 호전되고 증장기적으로 예후가 좋아질 가능성이 높아진다. 하지만 우리나라 의료기관 중 종합병원 정신과에 입원하는 환자를 제외하고는 1개월 이내⁴⁾의 재원기간의 단기집중치료를 받는 환자의 비율이 낮다 (<그림 3.2> 참조). 종합병원 정신과는 단기집중치료기관이라고 할 수 있으나, 병원 정신과, 정신과의원, 정신병원은 모두 단기입원이 전체 입원의 약 40% 정도에 불과하다.

중증정신질환 초발 환자가 단기집중치료가 어려운 병원정신과, 정신과의원, 정신병원에 입원하는 경우 만성화로 인해 장기입원을 하는 경우가 많았다.⁵⁾ 초발환자의 장기입원 경험률⁶⁾은 최초 입원기관 유형에 따라 큰 차이가 있었다. 최초 입원기관이 상급종합병원인 경우 장기입원경험률은 3.1%, 종합병원은 8.3%였던 반면 정신과의원은 19.5%, 정신병원은 26.6%였다. 이 같은 장기입원으로 인해 정신과의원이나 정신병원에 입원한 환자의 연간 진료비가 상급종합병원이나 종합병원에 최초 입원한 환자에 비해 더 많았다.

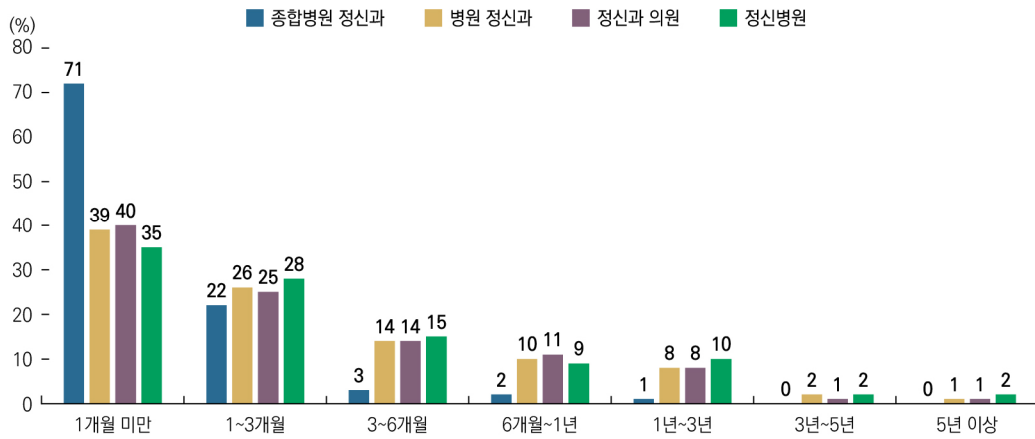
3) Alwan NA, Johnstone P, Zolese G(2008). "Length of Hospitalisation for People with Severe Mental Illness", The Cochrane database of systematic reviews.

4) 일반적으로 평균재원일수 28일을 기준으로 단기병원(short-stay hospital)과 장기병원(long-stay hospital)을 구분한다.

5) 서수경·김 윤·박종익·이명수·장홍석·이선영·이진석(2009). "우리나라 정신질환자의 의료이용 현황과 장기입원 관련 요인", Journal of Preventive Medicine and Public Health, 제42권 제6호. pp.416-423.

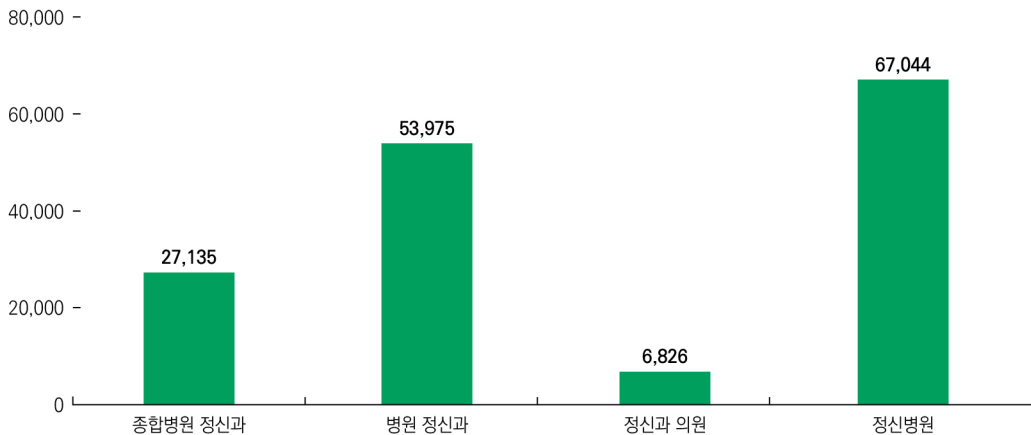
6) 초발 입원 이후 3년 이내에 해당 입원의 재원일수가 180일 이상인 입원을 경험한 경우 장기입원을 경험한 것으로 정의하였으며, 퇴원 후 재입원까지의 간격이 30일 이내인 경우 입원기간이 계속되는 계속입원으로 간주하였다.

그림 3.2 정신의료기관 유형별 입원환자 재원기간



중증정신질환자의 단기집중치료가 가능한 종합병원정신과에 입원하는 환자는 전체 중증정신질환 입원환자 154,980명 중 18%인 27,135명에 불과하다 (<그림 3.3> 참조).⁷⁾

그림 3.3 중증정신질환자의 정신의료기관 유형별 입원환자 분포(2018년)



7) 국립정신건강센터(2019). “국가 정신건강현황 보고서 2018”.

3) 지역사회 정신건강서비스의 부족

조현병 환자의 지역사회 복귀를 촉진하기 위해서는 단기집중치료와 함께 외래 및 지역사회 정신건강서비스가 제공되어야 한다. 하지만 지역사회 정신건강서비스가 부족해서 의학적으로 입원하지 않아도 될 환자들이 입원하고 있고, 결국 장기입원과 만성화로 이어지고 있다.

중앙정신보건사업지원단 보고에 의하면 지역사회 정신건강서비스가 필요한 중증정신질환자 중 85% 중 14%만이 지역사회서비스를 받고 있었고, 의학적으로 입원이 필요한 환자는 15%에 불과하지만 실제 입원한 환자는 34%에 달했다.

나. 원인

1) 정신건강분야에 대한 차별적 재정 배분

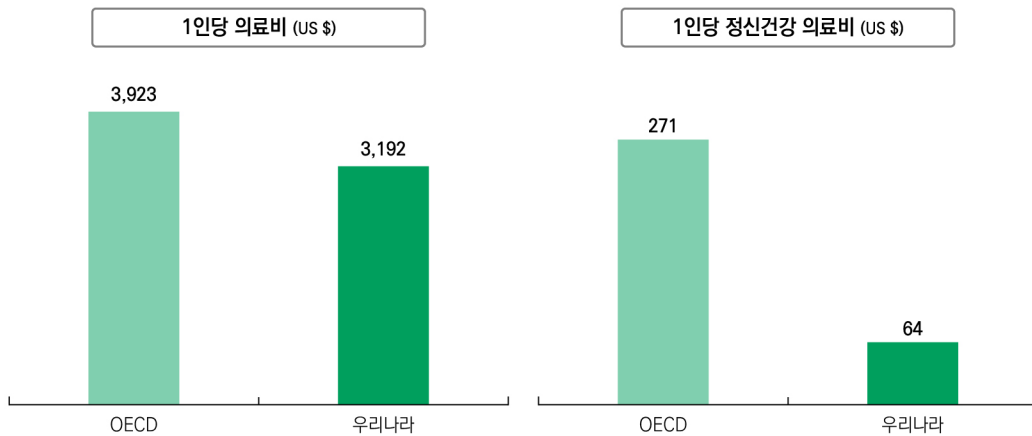
우리나라는 OECD 국가에 비해 적지 않은 의료비를 사용하고 있으나, 전체 의료비에서 정신건강의료비가 차지하는 비중은 2.0%로 OECD 국가의 6.9%에 비해 1/3 수준에도 미치지 못한다. 이 같이 정신건강분야에 대해 재정지출이 적은 이유는 정신과 진료에 대해 너무 낮은 수가를 책정하고 있거나, 정신건강서비스에 대해 건강보험을 적용하지 않고 있기 때문이다.

예를 들어 장기입원과 단기입원을 구분하지 않고 있는 건강보험수가는 사실상 비급여 진료비 없이 단기입원치료를 불가능하게 하고 있으며, 결국 높은 진료비 본인부담과 적자로 인해 종합병원 정신과의 입원기능이 점차 축소되고 있다. 이와 함께 주거서비스와 주간 재활, 사례관리와 같은 지역사회 정신건강서비스에 대해 건강보험이 급여하지 않고 있는 것도 정신건강분야에 대한 재정지출이 차별적으로 이뤄지는 중요한 구조적 원인이다. 지역사회 정신건강서비스가 부족하기 때문에 결국 의학적으로 입원할 필요가 없는 많은 환자들이 입원을 선택할 수밖에 없게 만들고 있다.

따라서 정신건강분야에 대한 적정 수준의 재원을 배분하고 이를 기반으로 선진국과 같이 조현병을 포함한 중증정신질환에 대해 단기집중치료에 대한 적정 수가를 설정하고 지역

건강서비스에 대해 건강보험을 적용하는 지역사회 중심 정신건강체제로 전환해야 한다. 예를 들어 현재 전체 의료비의 약 2% 수준에 불과한 정신건강의료비를 2022년부터 매년 약 3천억 원(전체 의료비의 0.3%에 해당) 가량 늘려나가 2032년에 5% 수준에 도달하도록 할 수 있다. 이 과정에서 재정투자를 지렛대로 건강보험과 의료급여, 지방자치단체의 건강 관련 예산을 지방자치단체 단위로 총액관리체계를 구축할 수 있다. 이는 정신질환자의 의료서비스에 대한 접근권을 보장하는 동시에 정신건강 진료비 지출의 효율화를 통해 지속가능한 정신건강의료체계를 구축하는 방안이다.

그림 3.4 우리나라와 OECD 국가의 1인당 의료비와 1인당 정신의료비 비교



2) 정신병상의 과잉공급

우리나라 정신병상 수는 선진국에 비해 매우 많다, 인구 10만 명당 정신병상 수는 183 병상으로 OECD 국가의 평균 병상 수 52병상에 비해 약 3.5배 많다 (<그림 3.5> 참조).⁸⁾ 이는 환자와 그 가족이 집에서 치료받는 대신에 병원 입원을 선택할 수밖에 없는 치료환경과 외국과 달리 민간이 정신병원을 설립하고 병상을 자유롭게 늘릴 수 있는 정책 환경이 어우러져 생긴 결과이다. 건강보험수가가 낮아 입원환자에 대한 단기집중치료가 사실상 불가능하고 사례관리와 같은 지역사회건강서비스에 대해서는 건강보험이 적용되지 않아 환자와 그 가족은 병원 입원을 선택할 수밖에 없다. 대부분 OECD 국가는 정신병원을

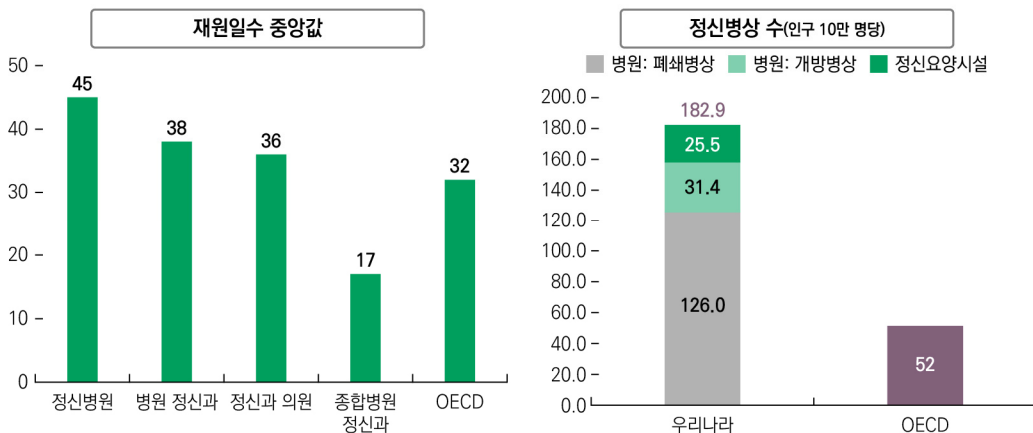
8) 국립정신건강센터(2019). “국가 정신건강현황 보고서 2018”.

국가가 설립하거나 미국처럼 민간 병원이 많은 경우에도 병원을 세우고 병상을 늘리는 것에 대해 정부가 적극 개입하고 있다.

조현병 환자를 포함한 중증정신질환자에 대한 단기집중치료와 지역사회 정신건강서비스를 활성화하면 정신병상에 대한 수요가 줄어들게 된다. 의학적으로 꼭 입원할 필요가 없는 환자들이 입원하지 않아도 되고 장기입원도 줄어들 것이기 때문이다. 기존 연구에 의하면 정신과 입원환자 중 약 45%가 의학적으로 입원할 필요가 없는 환자였다.⁹⁾ 우리나라 정신병원의 재원일수 중앙값은 45일로 OECD 국가 평균 32일에 비해 1.4배 길다.

이 때문에 지나치게 많은 정신과 입원병상은 조현병 치료체계를 단기집중치료와 지역사회 중심 치료체계로 전환하는 데 장애요인으로 작용하고 있다. 조현병을 포함한 중증정신질환에 대한 치료체계를 성공적으로 개편하기 위해서는 정신병원을 포함한 정신의료기관의 역할을 재편하는 과정에서 기존 정신의료기관의 병상은 줄더라도 역할과 재정이 위축되지 않도록 해야 한다. 예를 들어 미국의 ACO(Accountable Care Organization)처럼 기존 정신병원을 특정 지역의 정신의료서비스 제공을 책임지고 운영하는 책임의료체계를 운영기관으로 전환하는 방안도 고려할 수 있다.¹⁰⁾

그림 3.5 정신의료기관 유형별 재원일수 중앙값과 인구 10만 명당 정신병상 수



9) 이영문·김현수·이호영(1999). “한국 정신보건시설 입원/입소에 대한 자원 적절성 분석”, 신경정신의학, 제38권 제5호. pp.973-984.

10) National Association of State Mental Health Program Directors(2016). “Integrating Behavioral Health into Accountable Care Organizations: Challenges, Successes, and Failures at the Federal and State Levels”.

3) 분절화된 재정과 정신건강전달체계

조현병을 포함한 중증정신질환자를 적절하게 치료하기 위해서는 약과 검사와 같은 전통적인 의료적인 서비스뿐만 아니라 사례관리와 교육상담과 같은 지역사회서비스가 필요하다. 하지만 우리나라에서는 조현병 환자에게 이 같은 서비스가 통합적으로 제공되지 못하고 있다. 정신건강 재정체계가 정신진료기관의 의학적인 서비스에 대한 진료비를 보상하는 건강보험 및 의료급여와 예산을 재원으로 지방자치단체가 사례관리와 같은 지역정신건강서비스에 사업비를 지원하는 체계로 분절화되기 때문이다. 정신의료기관들과 지역사회 정신건강 서비스 제공기관들 사이에도 환자를 의뢰하거나 연계하는 일은 드물게만 이루어지고 있다.

조현병과 같은 정신질환을 잘 치료하기 위해서는 이들에게 필요한 다양한 서비스를 지속적이고 통합적으로 제공하는 것이 중요하다. 분절화된 재정체계는 정신질환자에게 서비스를 제공할 책임과 그 결과에 대한 책임을 누구에게도 부여하기 어렵게 만든다. 그 결과 보건복지부와 건강보험 또는 지방자치단체 중 어느 누구도 조현병과 같은 중증정신질환자의 서비스 이용과 건강에 대해 책임을 지지 않는 구조가 형성된다.

따라서 조현병 환자와 같은 중증정신질환자를 잘 치료하기 위해서는 통합된 재정을 기반으로 다양한 의료서비스와 함께 지역사회서비스를 유기적으로 연계하고, 서비스 제공과 그 결과에 대한 책임을 지는 주체가 명확해야 한다. 분절된 재정체계로는 치료 효과도 재정의 효율성도 담보하기 어렵다.

다. 문제 해결 전략

1) 건강보험에서 정신질환에 대한 차별 철폐

조현병 환자가 적절한 진단과 치료를 받을 수 있도록 보장하려면 건강보험과 의료급여의 정신건강분야에 대한 제도적인 차별을 해소해야 한다. 먼저 건강보험 급여에서 정신질환에 대한 차별을 해소해야 한다. 신체질환을 진단하고 치료하는 효과적인 생의학적 서비스인 약물과 검사, 수술에 대해 건강보험을 적용하는 것과 마찬가지로 정신질환을 진단하고 치료하는 데 필요한 정신사회서비스에 대해서도 건강보험이 폭넓게 적용되어야 한다. 현재 조현병을 포함한 정신질환자는 상담과 교육, 사례관리, 직업재활 등과 같은 필수적인

정신사회재활서비스를 받지 못하고 있다. 건강보험이 적용되지 않거나 적용되더라도 서비스의 횟수, 적응증, 제공량이 매우 제한적이다. 이들 서비스에 건강보험이 적용되면 차별 금지 원칙에 의해 의료급여에서도 이들 서비스가 급여대상에 포함되어야 한다.

2) 의료급여에서 정신질환에 대한 차별 철폐

건강보험 대비 의료급여에 대한 차별도 철폐되어야 한다. 건강보험은 정신질환에 대해서도 행위별수가제를 적용하고 있지만, 의료급여에서는 정신질환자에 대해서는 입원과 외래 모두 정액지불방식을 적용하고 있다. 입원환자에서는 입원 1일당 정액과 외래환자에서는 외래방문당 정액진료비가 책정되어 있다. 정신질환과 같이 비교적 서비스의 종류와 양이 정형화되어 있는 경우 정액제 지불방식을 사용할 수 있지만, 그런데 책정된 정액진료비의 수준이 낮아 정액지불방식이 환자 진료의 질을 떨어뜨리고, 결국 환자 상태를 악화시키거나 만성화시키는 심각한 문제를 일으키고 있다.

장기적으로는 정신건강분야에 적절한 재정배분이 이뤄진다는 전제하에 건강보험 및 의료급여와 예산을 통합하여 정신의료기관이 제공하는 의료서비스뿐만 아니라 지역사회 정신건강서비스 제공기관이 제공하는 정신사회재활서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 한다.

3) 단기집중치료의 활성화

기존 조현병을 포함한 중증정신질환에 대한 치료의 낮은 효과성과 효율성을 개선하기 위해서는 단기집중치료 후에 지역사회로 복귀하는 체계가 만들어져야 한다. 이를 위해 단기입원 기준을 마련하고 이에 대한 적절한 건강보험 수가를 책정함과 함께 단기입원 병원을 구분해서 관리해야 한다. 단기입원병원은 의료 인력, 서비스의 내용, 재원일수 등을 기준으로 지정하고, 서비스의 질, 지역사회복귀율, 환자의 삶의 질 등의 단기집중치료의 성과를 기준으로 재정적 인센티브를 제공해야 한다.

4) 시군구의 지역주민 정신건강에 대한 책임성 강화

시군구의 지역주의 정신건강에 대한 서비스 제공책임과 정신건강 관련 재정지출에 대한 책임성을 강화하기 위해 시군구와 건강보험이 총액 기반으로 중증정신질환에 대한 재정계약을 하는 체계를 구축한다.

시군구 서비스 제공책임을 강화하기 위해 정신건강센터의 중증정신질환자에 대한 사례 관리기능을 강화하고, 이를 기반으로 적절한 서비스를 받을 수 있도록 보장한다. 재정책임을 강화하기 위해 시군구 중증정신질환자의 정신건강재정지출의 총액을 설정하고, 이를 기반으로 건강보험과 시군구 지방자치단체가 재정지출의 책임을 공유한다.

라. 조현병 치료체계 구축

1) 조현병 치료 전달체계 구축

기존 의료법에 따라 정신병원, 병원정신과, 정신과의원으로 구분된 정신의료기관을 단기입원기관과 장기입원기관의 유형으로 구분한다. 단기입원기관에 대해 집중치료가 가능한 수준의 적절한 수가를 책정한다. 여기에서 적절한 수가는 종합병원 정신과의 비급여 본인부담진료비가 발생하지 않는 수준을 의미한다. 의료급여와 건강보험의 급여 기준을 통일하여 의료급여에 대한 차별이 발생하지 않도록 한다. 이 같은 단기집중치료 중심의 조현병 치료 전달체계를 구축함으로써 새로운 환자들이 만성화되고 장기입원하는 것을 막을 수 있다.

하지만 조현병 환자가 적절한 치료를 받을 수 있도록 하기 위해서는 퇴원 후에도 지역사회에게 적절한 관리가 이뤄져야 한다. 이를 위해 단기입원기관이 퇴원 이후에 지역사회에서의 정신건강서비스를 포함하여 일정기간 지속적으로 책임지고 서비스를 제공하는 ‘중증정신질환자 책임진료기관’으로 기능을 확대하는 방안을 고려할 수 있다. 등록된 환자에 대해 외래, 지역사회재활, 사례관리서비스 등을 포괄적으로 제공하고 환자에게 제공된 서비스의 질과 절감된 진료비를 고려하여 단기입원기관에 재정적 인센티브를 제공할 수 있다.

장기입원기관은 만성화된 환자에 대한 장기적인 입원서비스를 안정적으로 제공하는 것을 역할로 한다. 조현병을 포함한 중증정신질환자의 환자의 약 절반은 장기입원이 필요한 환자일 것으로 추정된다.

기존 종합병원 정신과는 단기입원기관으로, 정신병원은 대부분 장기입원기관으로, 병원정신과와 정신과 의원은 단기입원기관과 장기입원기관으로 선택적으로 분화될 것으로 추정된다.

2) 지역정신건강서비스에 대한 건강보험 급여 확대

지역정신건강서비스에 대해 건강보험을 적용하여 부적절한 입원을 억제하고 지역사회에서의 삶을 보장한다. 미국을 비롯한 여러 선진국의 건강보험과 국가보건의료서비스에서 제공하고 있는 사례관리, 주간재활, 방문진료서비스, 영양서비스, 상담 및 교육에 대해 급여를 확대한다.¹¹⁾ 그밖에 주거서비스, 식사서비스, 이송서비스, 24시간 상담 및 돌봄 서비스 등에 대한 급여 적용도 고려할 필요가 있다. 지역정신건강서비스에 건강보험이 적용되어야 단기집중치료 후 퇴원한 환자에 대한 지역사회에서의 적절한 관리가 가능해진다.

지역정신건강서비스는 행위별수가제 방식으로 진료비를 지불할 수도 있지만 인두제 방식을 가미한 혼합지불제도 방식으로 설계하면 서비스 제공의 효율성을 높일 수 있다. 예를 들어 행위별수가제로 비용의 70%를 보상하고 나머지 30%는 1인당 지역정신건강 서비스 이용량과 진료비를 기준으로 한 인두제 방식으로 보상할 수 있다. 이러한 혼합지불 방식을 통해 지역사회 정신서비스를 통해 조현병 환자의 재활, 지역사회 복귀, 재입원 방지와 같은 목적으로 달성하는 데 기여할 수 있다.

3) 시군구 중심 지역정신건강서비스 책임 제공체계 구축

조현병 환자와 같은 중증정신질환자가 사회복귀하기 위해서는 주거, 식사, 이동, 직업 훈련을 포함한 다양한 복지서비스도 필요하다. 이 같은 복지서비스는 건강보험이나 의료 급여를 적용하기 어렵다. 따라서 의료서비스 및 지역정신건강서비스와 함께 복지서비스가 조현병 환자를 중심으로 유기적으로 연계되도록 하기 위해서는 시군구가 조현병 환자를 책임지고 관리하는 체계가 마련되어야 한다.

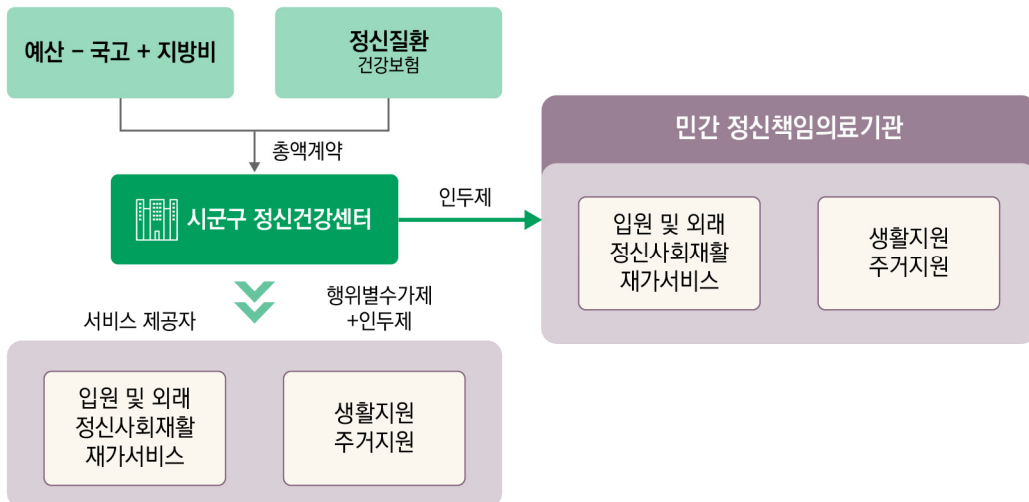
시군구 조직으로 정신건강센터를 설치하고, 이 센터의 사례관리팀이 조현병 환자에 대한 평가와 등록, 사례관리 기능을 담당하도록 함으로써 의료서비스 및 지역정신건강서비스와 함께 복지서비스가 통합적으로 제공되는 체계를 구축할 수 있다. 시군구 정신건강센터는 사례관리기능을 지렛대로 다양한 지역정신건강서비스를 제공하는 제공자를 관리할 수 있다. 정신의료기관 중 일부는 정신건강센터의 사례관리기능을 직접 가지고 조현병 환자를 책임지고 관리하는 ‘중증정신질환자 책임진료기관’일 수 있다.

11) MACPAC. "Behavioral health services covered under HCBS waivers and 1915(i) SPAs"(www.macpac.gov/subtopic/behavioral-health-services-covered-under-hcbs-waivers-and-spas/)

시군구 정신건강센터가 조현병 환자를 책임지고 관리하는 과정에서 건강보험 및 의료급여 서비스를 남용하는 부작용이 발생할 수 있다. 건강보험과 의료급여의 재정적 지속가능성을 보장하기 위해서는 시군구가 서비스 제공 책임과 함께 재정지출에 대해서도 책임을 지도록 해야 한다. 이를 위해 시군구와 건강보험이 총액 기반으로 조현병 환자를 포함한 중증정신질환에 대한 재정계약을 하는 체계를 고려할 수 있다. 시군구별 예상재정지출액은 시군구의 인구 수와 재정자립도, 등록된 중증정신질환자의 수와 중증도 등을 합리적으로 추정할 수 있다. 예상재정지출액을 산출하는 구체적인 방법은 건강보험정책심의위원회와 같은 사회적 합의기구를 통해 결정되어야 한다.

시군구의 조현병 환자 치료에 지출된 비용이 예상지출액을 초과할 경우 시군구와 건강보험이 이를 일정 비율로 분담하고, 예상지출액에 미치지 못할 경우 절감된 금액을 마찬가지로 시군구와 건강보험이 공유한다. 이 같은 기전을 통해 재정지출에 대한 책임을 시군구와 건강보험이 공유하는 체계를 구축할 수 있다. 건강보험과 시군구의 건강보험이 재정손실 또는 재정절감액을 공유하는 비율은 시군구의 재정자립도에 따라 차등할 수 있다. 예를 들어 재정자립도에 비례하여 시군구의 재정 분담률을 높일 수 있다.

그림 3.6 시군구 지역정신건강서비스의 책임성 강화



2 조현병과 사회적 낙인 - 그 형성 기제와 극복 방안

인류는 역사적으로 인간이 접하는 새로운 사물이나 사태를 정확히 이해하고 자신들의 안전과 번영을 도모하기 위한 지속적인 노력을 견지해 왔다. 이는 언제나 참된 지식뿐 아니라 불안과 잘못된 선입견과 편견이 서로 얽히며 진전되는 과정이었다. 조현병도 그 예외는 아니다. 실제로 동서양을 막론하고 오랜 인류의 역사에는 조현병 등 정신질환자를 이해하고 도우려는 노력과 더불어 그들에 대한 편견과 낙인도 함께 존재해 왔다고 할 수 있다.

지금까지 조현병에 대한 개별 분과학문의 접근은 상당한 진척을 보여 왔고 과학적 성과를 거두어온 것이 사실이다. 앞에서 살펴본 바와 같이 조현병에 대한 생물학적, 의학적 접근은 물론이고 심리적, 사회적, 법적, 경제적 논의 등에 있어서 발전을 거듭해 왔다. 그러나 인류는 아직 조현병이 왜 발생하는지(예를 들어, 개인적, 집단적, 사회적 원인 등)? 어떻게 온전히 치료할 수 있는지? 또는 우리 사회에 조현병이 존재한다는 것이 과연 어떤 의미인지? 등과 같은 조현병의 원인이나 그 문제의 실체를 완전히 파악하지는 못하고 있는 상황이다.

그런데 이와 같이 대상에 대한 불완전한 이해 속에서 어떤 결론을 내리려고 하면 그 공백의 틈에 우리의 두려움, 불안, 조급함, 성마름이 끼어들기 십상이다. 그리고 제대로 잘 모르는 대상에 대한 과도하고 성급한 결론은 불행하게도 사회적 편견, 사회적 낙인, 그리고 사회적 배제로 드러나게 된다는 것을 역사적 사실들이 말해 주고 있다. 그렇다면 조현병과 조현병 환자에 대한 향후 우리 사회의 인식과 태도를 어떤 방식으로 구성해 가는 것이 바람직할 것인가? 라는 과제를 마주하게 된다. 그런 측면에서 이 장에서는 조현병에 대한 사회적 낙인의 현황과 형성 기제 등을 다각도로 살펴보고 우리 사회가 어떤 노력을 기울여야 할 것인지, 그 대안을 논해보고자 한다.

가. 조현병에 대한 사회적 낙인과 관련 현황 분석

낙인이란 깊게 불명예를 안겨주는 속성으로서 낙인이 찍히는 대상은 전인적 인간의 취급을 받지 못하며 부패하고 지탄받는 대상으로 전락하게 된다 (Goffman, 1963). 또한 낙인은 낙인찍히는 사람의 부정적인 속성으로 고정된 것이 아니라 그 속성으로부터 기인하는 인지적 고정관념(Stereotype), 감정적 편견(Prejudice) 등을 모두 포함하는 연속적인 과정을 의미한다 (Overton and Medina, 2008; 김현지 외, 2019). 따라서 낙인이 사회적으로 주어질 때 그 낙인의 대상은 존재를 부정당하며 삶의 기반이 위협받을 정도의 억압을 경험하지 않을 수 없다.

실제로 정신장애인은 친구, 가족, 직업, 이성관계 등 삶의 거의 모든 영역에서 사회적 낙인으로 인한 차별을 경험하며 (Thornicroft *et al.*, 2009), 따라서 이러한 사회적 낙인은 정신장애인의 자존감을 감소시키고 적절한 치료행위를 저해하는 회복의 장애물로 작용하는 것으로 보고되고 있다 (Jorm, 2000). 그 이유는 조현병으로 대표되는 정신장애인은 모자라거나 무슨 일을 저지를지 모른다가나 위험하기 때문에 정상이 아닌 이상한 사람들이라는 인식이 형성되어 있기 때문이다. 김용득과 유동철(1999)은 지적장애와 정신질환으로 인한 정신장애의 경우 여러 일탈적 역할(연민, 자선, 위협, 질병, 비인간, 조소, 아이, 죽음)에 공통적으로 직면하게 되지만 정신장애의 경우 지적장애와 달리 ‘공포’가 추가된다고 보았다. 이처럼 정신장애인에 대한 사회적 태도는 동정과 이해도 있지만 두려움도 공존하는 것으로 조사되어 왔다 (양옥경, 2001).

그런데 최근 한국사회에서 조현병과 관련된 이런 우려와 그에 따른 낙인은 더욱 심화되는 양상이다. 그 핵심에는 조현병을 잠재적 범죄 요인으로서 위험하다고 보는 인식이 존재한다. 우선 2008년~2019년의 포털사이트 데이터에 대한 빅데이터 분석연구에 따르면 (주소희·이경은, 2019), 조현병 관련 핵심단어 분석에서는 환자, 치료, 진단, 약, 환청, 망상과 같은 질병 중심의 이미지가, 네트워크 분석에서는 범죄자라는 인식이 강하게 드러나 조현병 환자는 ‘아프거나 나쁜’ 사람들로 인지되고 있음이 확인된다. 또한 2000년부터 2019년 5월까지 조현병 관련 지상파 군과 종편 군을 모두 포함한 정신분열병/조현병 관련 뉴스를 텍스트 마이닝 기법을 활용하여 분석한 결과에서는 정신분열병에서 조현병으로 개명한 2011년을 기점으로 볼 때 사회적 인식이 더 부정적으로 변했다는 결과를 제시하였다. 그러나 이것은 병명 개정이 주 요인이라기보다는 개정 이후 점차 조현병과 관련된 갈등

프레임과 범죄 관련 키워드가 포함된 기사가 급증한 반면 의학적 프레임의 기사가 급감한 것이 원인으로 분석되었다. 이로 인해 대중은 정확한 의학적 지식을 접할 기회를 잃고 조현병 환자는 위험하다는 편견이 더 강화되었다는 것이다 (〈그림 3.7〉 참조).

그림 3.7 조현병 관련 뉴스의 동시출현 네트워크



자료: 김현지 외(2019)

이처럼 조현병 등 정신질환에 대한 인식이 더 개선되기보다 오히려 퇴보하고 있는 현상은¹²⁾ 그동안 사회적 편견해소를 주요 목표로 삼아온 정신건강정책 (관계부처합동, 2016)이 그다지 실효를 거두지 못하였음을 보여준다. 이는 2019년에 시행된 최근 대중을 상대로 한 인식조사 결과, 정신질환에 대한 부정적 인식 중 ‘정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험하다’고 생각하는 경우가 64.5%를 차지하는 것에서도 확인된다 (현대리서치컨설팅, 2019). 결국 현재 정신질환 및 정신질환자에 대한 인식은 범죄 사건들에 초점을 둔 ‘위험성’으로 의미화되고 있는 것을 확인할 수 있다.

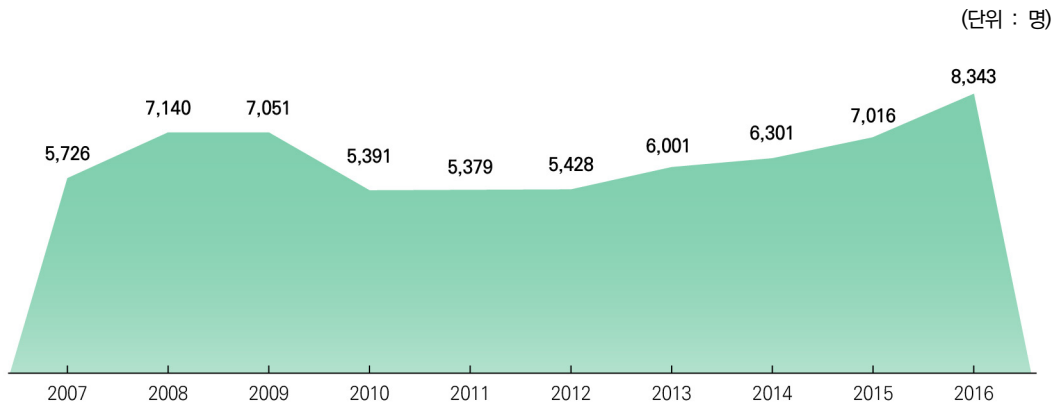
그렇다면 이처럼 조현병 등 정신질환과 범죄와의 관련성에 대한 대중의 인식은 어떤 사실을 근거로 한 것일까? 한 마디로 이러한 사회적 인식의 변화가 실제로 관련 범죄가

12) 2003년에 수행된 한덕웅과 이민규의 연구에 따르면 2003년 기준으로 그 전 20년 간은 정신질환에 대한 편견이 감소하고 정신질환자에 대한 태도도 동정적인 방향으로 변화되었다고 보고되었다.

과거에 비해 증가한 때문인지, 아니면 다른 요인들이 작용하고 있는 것인지 살펴볼 필요가 있다. <그림 3.8>는 2018년 기준 최근 정신질환 범죄 추이다.

이 그림에서 보듯이 실제로 정신질환 전체 범죄자 수는 2007년 5,726명에서 2016년 8,343명으로 2010년 이후 꾸준히 증가하고 있다. 특히 정신질환자 범죄 중 강력범죄의 비중은 2015년 9.71%로 비정신질환자의 비중인 1.46%를 상회하고 있는 것으로 조사되고 있다 (이만우, 2018). 이러한 현상과 더불어 강남역 살인사건과 진주 방화살인사건 등 사회적 관심이 집중된 일련의 사건들을 통해 정신질환과 범죄의 관련성은 대중의 뇌리에 확고하게 잡게 된 것으로 보인다.

그림 3.8 최근 10년 간 정신질환 범죄자 수(2007~2016년)



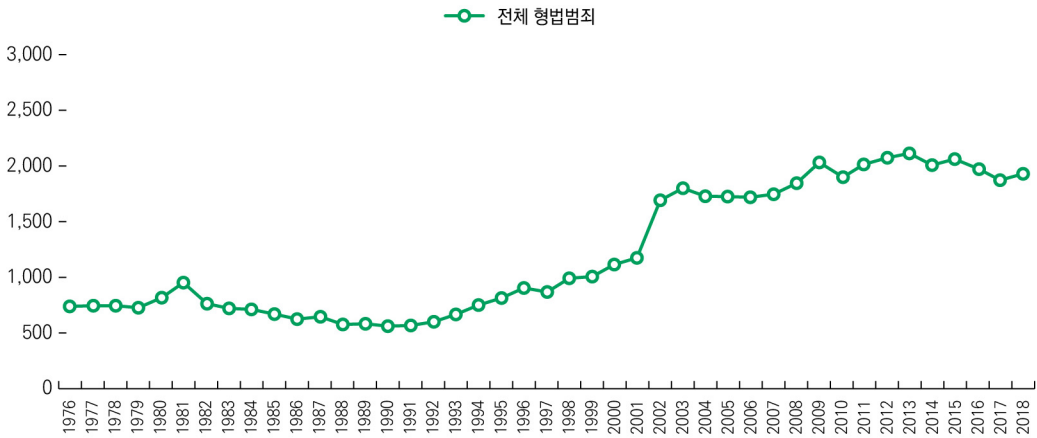
자료: 이만우(2018)

다만 이것이 정신질환을 범죄의 주원인으로 보는 근거가 될 수 있는지에 대해서는 좀 더 고찰이 필요하다. 우선 전체 범죄추이를 놓고 보면 정신질환 관련 범죄만 증가한 것이 아니라 이 시기에 전체적으로 범죄율도 증가하는 양상이었다. 따라서 정신질환자들 사이에서만 범죄만 급증한 것으로 보기는 어렵다. 특히 최근 조현병 등 정신질환자의 규모도 같이 증가하고 있기 때문에¹³⁾ 그 비율상으로 일반인에 비해 정신질환자의 범죄 비율이 높다고 보기에는 다소 무리가 있다.

13) 건강보험심사평가원 국민관심질병통계에 따르면 최근 5년 간 조현병 환자는 ▲2014년 114,544명 ▲2015년 117,352명 ▲2016년 119,162명 ▲2017년 120,070명 ▲2018년 121,439명으로 매년 증가추세로 2014년 대비 2018년은 6% 가량 환자가 증가했다.

그림 3.9 인구 10만 명당 현행 형법 위반 사건(범죄) 발생건수

(단위 : 건)



출처: 검찰청, 「범죄분석통계」, 통계청, 「장래인구추계」

실제로 비정신질환자 범죄율에 비해 정신질환자 범죄율은 낮게 나타나고 있다.¹⁴⁾ 다만 정신질환자 범죄의 경우 범행동기에서 우발적인 경우가 41.2%, 부주의가 4.1%. 기타가 35.4% 차지하고 있는 점은 주목할 만하다. 반면 재산상 이득(80%)이나 보복(0.2%)등의 비율은 낮아서 상대적으로 논리적 사유에 의해 저질러지는 것이 대부분인 일반 범죄행위와 차이가 있다고 할 수 있다 (대검찰청, 2019). 그런데 이렇듯 통상 논리적으로 납득할 만한 사유 없이 행해지는 강력범죄는 소위 ‘묻지마 범죄’로 일컬어진다. 바로 이 ‘묻지마’라는 개념은 조현병 환자의 통제불가능성과 이해불가능성과 같은 대중의 인식과 결합하면서 공포심을 증폭시켜왔다고 할 수 있다.

한국사회에서 흔히 통용되는 ‘묻지마 범죄’라는 용어는 원래부터 존재했던 것이 아니라 비교적 최근에 형성된 개념이다. ‘묻지마 범죄’에 대한 김민정(2017)의 계보학적 연구에 따르면, ‘묻지마’라는 용어가 사회현상을 설명하는 개념으로 언론에 처음 등장한 것은 1998년 “묻지마 투자”로서 이후 이 개념은 비판받아 마땅한 무분별한 행태를 의미하는 용어로 사용되어 왔으며 2000년 4월 26일 한국일보의 “‘묻지마 살인’ 광풍”이란 제목으로 ‘묻지마’와 ‘범죄’가 결합하는 기사가 등장하면서부터 잠재적 피해자의 공포를 증폭시키는 방식으로 그 의미가 변하게 되었다. 이후 2012년 8월 공공장소에서 불특정 다수에게 상해를

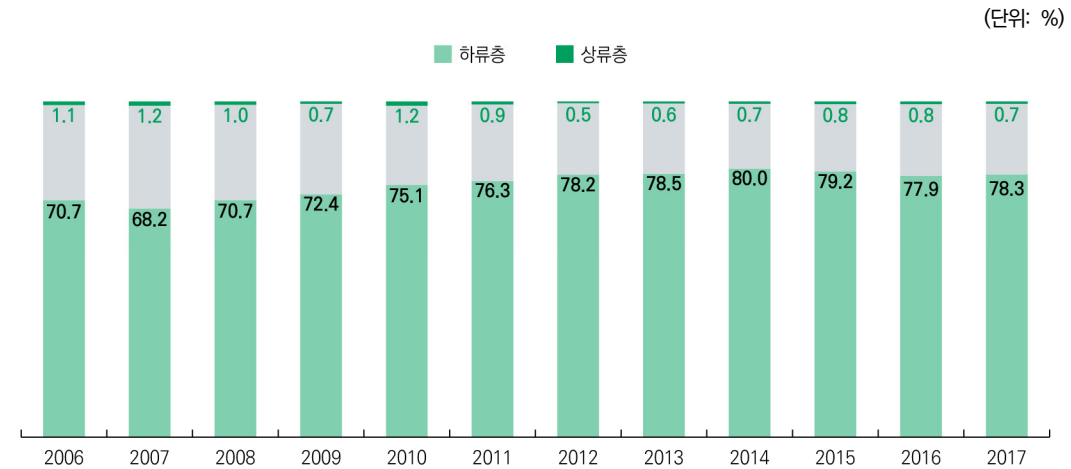
14) 2017년 범죄분석 통계에 따르면 정신질환자 범죄율은 0.136%로 같은 기간 전체 인구 범죄율 3.93%보다 28.9배나 낮으며, 강력범죄를 저지른 비율 또한 0.014%로 전체 강력범죄율 0.065%보다 약 5배 정도 낮은 현황을 보인다 (대검찰청, 2018).

가한 범죄가 2건 연속 발생하면서 ‘묻지마 범죄’는 미디어를 넘어 지식과 형사정책의 언어로 굳어지게 된 것으로 보인다 (김민정, 2017). 이처럼 묻지마 범죄가 부각되기 시작한 시기는 바로 정신분열병에서 조현병으로 개명된 시기와 거의 일치한다. 따라서 이때를 기점으로 정신질환자에 대한 대중의 인식이 범죄와 관련된 편견으로 강화된 것은 (김현지 외, 2019) 병명의 개정이라기보다 ‘묻지마 범죄’라는 개념이 정신질환자와 함께 대중에게 각인되기 시작한 데에서 그 원인을 찾을 수 있겠다.

김민정(2017)은 ‘묻지마 범죄’의 가해자로 특히 조현병 환자 등 정신질환자가 부각되게 된 데에는 몇 가지 요인들이 작용하였다고 보았다. 우선 당시 사회적 분위기 상 ‘비상식적’ 범행 동기나 그것이 발현될 수 있었던 사회적 맥락에 대해서는 ‘묻지’ 않은 채, 누구나 언제든지 범죄 대상인 피해자가 될 수 있다는 사실만이 과도하게 부각되었다는 점, 그리고 당시 수행된 심리학 차원의 연구들이 ‘묻지마 범죄’를 처음부터 ‘범죄자’의 개인문제로 한정하고 편향된 조사표본을 이용하여 연구함으로써 그 대안이 정신질환 범죄자 처벌에 초점이 맞춰졌다는 점이 지적되었다. 또한 유사 사건들(혐오범죄, 랜덤범죄, 토리마사건 등)을 경험한 선진국과 달리, 피해자 입장이 아닌 가해자 유형에 초점을 두고 충분한 공론 과정을 거치지 않았다는 점도 지적되었다. 그 결과 ‘묻지마 범죄’의 원인으로 사회 구조나 젠더 구조 등에 대한 비판적 논의를 촉구했던 다양한 시각들은 배제되고 공동체적 책임에 대한 논의의 기회도 갖지 못하였다는 것이다. 그렇게 ‘묻지마 범죄’는 탈맥락화된 채 ‘묻지마 범죄’의 잠재적 가해자로서 ‘정신질환자’에 대한 두려움과 낙인을 재생산하고 이후에도 이러한 틀을 벗어나지 못하고 있다는 분석이다 (김민정, 2017).

이러한 입장에서 조금만 더 들여다보면 정신질환자, 또는 정신장애인의 범죄는 그 뒤에 가려진 다른 요인들과 온전히 분리하기는 어렵다. 일례로 정신질환자 범죄도 단지 질병의 문제라기보다는 경제적 요인이 작동한다. <그림 3.10>에서 보듯이 2011~2018년 정신장애범죄자 생활정도·혼인관계 및 부모관계를 살펴보면 강력범죄 639건 중 하류층은 477명(76%), 중류층 156명(24%), 상류층 6(0.01%)명으로 나타나고 있다. 또한 혼인 여부도 정신질환자 범죄에 점차 영향을 미치고 있는 것으로 나타나고 있는데, 2006년에는 정신장애 범죄자 중 미혼이 2,216명이었으나 점차 미혼 범죄자 수가 증가하여 약 10년 뒤인 2017년에는 미혼자가 5,646명에 달하는 것으로 조사되었다. 이러한 현상은 정신질환뿐 아니라 경제적 어려움과 사회적 고립과 소외가 범죄행위와 무관하지 않다고 볼 수 있다 (김도년, 2019).

그림 3.10 생활정도별 정신장애 범죄자 비중



자료: 김도년(2019)

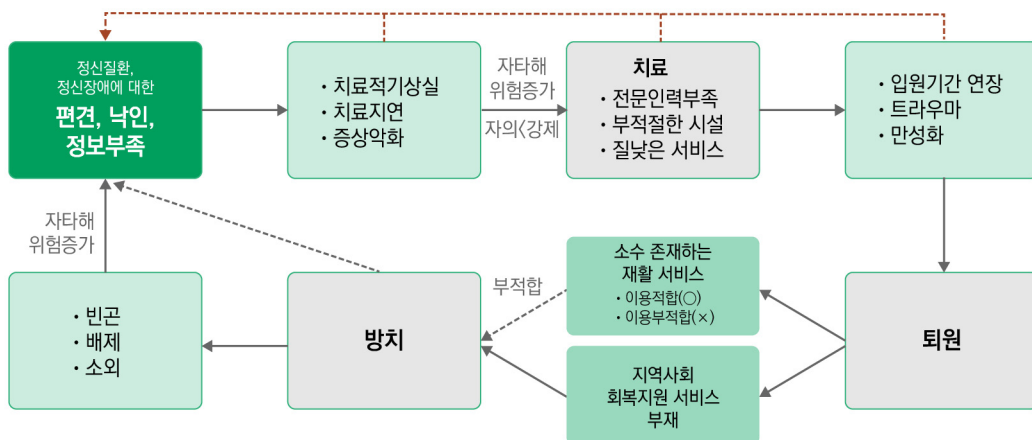
정신질환과 폭력성과의 관련성에 관한 외국 연구과 문헌들에서도 정신질환 증상과 더불어 그 맥락을 고려해야 한다는 점을 강조하고 있으며 여기에는 이전 폭력 피해경험과 같은 트라우마, 직업, 대인관계, 생활상의 스트레스 사건, 사회적 지지의 손상, 약물남용 등이 작용하는 것으로 보고되고 있다 (Silver and Teasdale, 2005; Driessen *et al.*, 2006; Kopel, 2015). 이처럼 정신질환자 범죄와 관련된 연구들을 보면 선진국들은 특정 대상, 즉 정신질환자에 대한 혐오를 조장할 수 있는 개념규정에는 상당히 신중한 입장을 보이고 있음을 알 수 있다.

이처럼 조현병에 대한 사회적 낙인에 신중해야 하는 실용적 이유는 사회적 낙인으로 인해 조현병 환자 당사자에게 큰 고통을 야기함과 동시에 사회적으로도 그 폐해가 크기 때문이다. 실제로 조현병 등에 의한 정신장애인을 대상으로 한 연구에 따르면 정신장애인들은 ‘강제적 정신의학 영역에서의 차별’, ‘사회 속에서의 차별’, ‘언론 및 미디어에서의 차별’, ‘연애와 결혼에서의 차별’뿐 아니라 ‘가족 안에서의 차별’도 경험하고 있는 것으로 나타나고 있다. 삶의 모든 영역에서 남과 같이 인간다운 대우를 받지 못하는 고통을 겪고 있다는 것이다 (송승연 외, 2018). 그런데 이러한 사회적 낙인과 그로 인한 차별의 경험은 스스로에게도 파괴적일 뿐 아니라 타인에 대해서도 공격적인 반응으로 표출될 수 있다. 우선 사회적 낙인은 외부에만 존재하는 것이 아니라 자기 스스로 내면화하게 된다. 사람들은 낙인찍힌 사람에게 그에 해당하는 행동을 기대하고 그의 정체성을 낙인에 국한된 역할로

제한하며 낙인 당사자 역시 이를 학습하고 내면화하여 자기개념화 하는데 이와 같이 지각된 낙인은 경제, 직업, 윤리, 자존감, 대인관계, 사회 적응, 삶의 만족에 부정적인 영향을 미치는 것으로 조사되고 있다 (서미경·김정남, 2004). 그런데 이러한 자기낙인은 직접적으로 자존감과 주인의식을 떨어뜨리고 이차적으로 우울증과 삶의 질 저하를 초래하기 때문에 효과적인 치료를 위해서도 자기낙인의 정도가 고려되어야 한다 (한정현·김철권, 2018). 또한 정신장애인의 낙인지각이 높을수록 자아존중감이 낮아지고 이것이 분노를 조절하기 보다는 억압하거나 표출하는 방식으로 이어지게 하는 것으로 나타났다 (김수연, 한창근, 2019). 이는 정신장애인이 낙인을 지각할수록 자·타해의 위험성이 높아질 수 있음을 의미한다.

결국 조현병 환자에 대한 사회적 낙인은 조현병 환자에 대한 부정적 반응과 차별을 통한 사회적 기회의 차단으로 이어지고 이러한 과정에서 조현병 환자의 삶의 조건이 열악해지며 스트레스가 증가하여 증상의 악화와 통제력 상실로 귀결되기 쉽다고 할 수 있다. 또한 일반 시민의 입장에서 조현병에 대한 사회적 낙인을 갖게 되면 자신이나 주변에서 정신과적 증상을 경험하더라도 이러한 차별을 피해 질병을 숨기게 되므로 의료서비스 접근성이 저하되어 질병의 악화를 경험할 수 있다. 그리고 이러한 질병 악화나 재발은 사회적 낙인을 더욱 공고하게 할 수 있다. 이처럼 정신질환에 대한 사회적 편견과 낙인, 그리고 정보부족이 가져오는 악순환을 그림으로 정리하면 다음과 같다.

그림 3.11 정신건강에서 사회적 낙인과 거버넌스 부족에 의한 악순환 구조



자료: 윤석준 외(2019)

나. 조현병에 대한 ‘사회적’ 낙인의 의미

지금까지 살펴본 바와 같이 조현병에 대한 사회적 낙인은 고정된 것이 아니라 시대와 사회 상황에 따라 변모되어 왔다. 그렇기 때문에 사회적 낙인에서 우리가 관심을 기울여야 하는 부분은 ‘낙인’의 개념과 내용 못지않게 ‘사회적’이라는 단어의 의미라고 하겠다.

물론 사회적 낙인은 조현병에게만 주어지는 것은 아니다. 어떤 대상에 대한 ‘사회적 낙인’이 부여되는 것은 인간의 역사가 자신의 본질, 즉 인간 스스로를 이해하려는 시도의 점철이라는 사실에서 기인한다고 볼 수 있다. 소크라테스 이후 “너 자신을 알라”는 명제는 인간과 세상에 대한 이해를 위한 노력의 기반이 되어 왔으며 인류역사는 곧 전체 인구에 대해, 그리고 각 세부집단에 대한 ‘정체성’을 규명해 보려고 했던 노력의 연속이라고 할 수 있다. 이처럼 인간은 자신뿐 아니라 잘 모르는 집단에 대해 이름을 지어 불러왔고 그런 측면에서 낙인, 즉 스티그마(stigma)는 인간사회의 존재론적 필연인 것처럼 여겨지기도 한다. 그러나 이러한 낙인은 대상에 대한 불완전한 이해에서 출발하여 그 대상을 비인간화 하는 억압과 차별로 작용하므로 우리는 낙선 존재에 대해 성숙한 태도를 갖고 편견과 낙인을 극복하려는 노력을 경주해 가야 할 책임이 있다 (김현경, 2015).

이러한 관점에서 보면 조현병은 인류 역사에서 줄곧 충분히 설명이 되지 않은 세계였으며 조현병 환자는 대표적인 ‘타자(他者, others)’였다고 할 수 있다. 최근 과학의 발달에 의해 그 원인 규명과 치료법이 크게 발전하고 있으나 긴 인간의 역사 속에서 조현병의 증상은 인간이 이해할 수 없는 미지의 영역으로 존재해 왔으며 현대에 와서도 그 실체가 완전히 파악되지 못하고 있는 것이 사실이다. 따라서 인류는 조현병을 비롯한 정신장애인에 대해서 시대 상황에 따른 제한적인 지식의 폭 안에서 이해할 수밖에 없었고 따라서 그 시대정신에 따라 이들을 각기 다른 방식으로 호명(呼名)해 왔다. 대표적으로 정신질환을 이해할 수 없는 ‘광기’로 보고 이들을 광인의 배에 태워 바다로 떠나보내기도 했고 종교재판을 통해 ‘마녀’로 몰아 핍박하며 죽이기도 했다. 또한 근대에 와서도 나찌에 의해 집단학살의 희생자가 되기도 했다. 이와 같이 과거의 극단적인 사회적 낙인은 주로 공동체로부터 물리적으로 배제하고 추방하는 것으로 귀결되었다고 할 수 있다 (Foucault, 2004).

이에 비해 유동적인 현대사회에서는 사회경제적 변화에 따라 대규모 시설과 같은 고체적인 추방의 공간이 사라지고 있기 때문에 정신질환자도 일반 시민과 같은 공간에서 살아야

하는 상황이 되었다. 따라서 사회적 낙인도 과거와는 다른 복잡한 양상을 보이고 있다. 바우만(2009)은 현대사회가 유동적이 되면서 정상과 비정상이라는 기준이 모호해짐에 따라 비정상이라는 애매한 도덕적 범주를 범죄적 성격으로 규정하여 이들에 대한 관리를 정당화하고 합법성을 부여하는(legitimate) 경향이 있다고 보았다. 조현병 환자는 이러한 도덕적 판단과 '범죄화(criminalization)'의 주 대상이라고 할 수 있다. 그 결과 조현병 환자는 이제 우리와 '다른' 존재라기보다는 우리의 안전을 위협하는 '위험한' 존재라는 사회적 낙인을 통해 정체성을 구성하게 되며 따라서 사회는 이들 집단에 대한 보호나 돌봄의 의무보다는 규율에 의한 통제와 관리의 권한을 부여받게 되었다는 것이다. 이 경우 정신장애인이 거주하는 지역사회는 인권이나 복지의 공간이기보다는 치안의 공간으로 변질될 가능성이 높아질 수밖에 없다는 분석이다 (최명민 외, 2016).

이처럼 과거 조현병에 대한 접근이 종교적이고 관습적이며 물리적인 차원이었다면 현대 사회에서는 정치경제학 차원의 관리 및 통제와 더불어 문화적인 혐오와 차별이 복합된 방식으로 작동하고 있다고 할 수 있다. 혹자는 그래도 현대사회에서는 과거보다 정신장애인이 인권이 향상된 것이 아니냐고 할 수 있을 것이다. 물론 그런 측면이 있는 것은 분명하다. 그러나 인권 개념도 합리적, 이성적 인간상에 기초한 권리와 의무의 관계 속에서 형성되어 온 개념이기 때문에 그만큼 조현병 환자의 인권문제는 보편적 인권에 비해 뒤늦게 관심이 주어졌다. 뿐만 아니라 오히려 데카르트 이후 사고하는 인간의 합리성과 과학성이 중요한 권위를 행사하게 된 근대에 와서 조현병은 더 비이성적이고 불가해한 존재로서 낙인이 가중된 측면도 있다 (Foucault, 2004). 또한 산업발전을 위해 인력이 중요했던 과거에는 재활훈련 등을 통해 생산에 참여할 수 있는 잠재적 노동력으로서 사회적 가치를 인정받을 수 있었지만 인력이 남아도는 현대 산업구조하에서 이들의 설 자리는 더욱 줄어들고 있는 것이 작금의 현실이다 (김기덕·최명민, 2014).

이러한 분석에 근거해 보면 조현병을 바라보는 태도나 인식은 과학적이거나 보편적이라기 보다는 역사적이고 정치적이며 문화적인 현상이라고 할 수 있다. 다시 말해서 조현병 자체는 어떤 객관적 현상이라 하더라도 그에 대한 사회적 인식으로서 낙인은 우연적, 상황적, 맥락적 산물로서 관습(convention)이자 사회적 계약(contract)으로 볼 수 있다는 것이다. 그런 측면에서 “혐오와 차별은 자연적이지도 않고 본능적이지도 않으며 선험적이지도 않다. 혐오와 차별은 역사적이며 사회적이고 이데올로기적 (김기덕, 2019).”이라고 할 수 있다.

이것이 결코 조현병이나 그로 인한 문제의 실체가 없다는 주장은 아니다. 다만 현재 조현병에 대해 밝혀진 것과 우리가 아는 것은 과학, 즉 분과학문(discipline) 차원의 불완전한 지식이며 따라서 여전히 그 빈틈에서 오해와 편견이 존재할 수 있다는 것이다.

다. 조현병에 대한 사회적 낙인의 극복 방안

인간해방의 이상을 지향하며 이를 저해하는 제도적, 환경적 제약의 철폐를 추구해 온 근대의 흐름 속에서도 조현병 등 중증정신질환으로 인한 정신장애인은 판단능력의 제한성과 자·타해의 위협이라는 제약조건으로 인해 현대사회에서 형사상 범죄자를 제외하고는 거의 유일하게 자유구속과 생활격리가 합법적으로 허용되는 대상으로 남아있다(최명민 외, 2016). 여기에는 지금까지 살펴본 바와 같이 조현병에 대한 과학적 접근의 놀라운 발전에도 불구하고 여전히 조현병의 총체적 실체뿐 아니라 이를 제대로 파악하지 못하는 부정적 사태에 대해 충분히 접근하지 못하고 있는 우리의 현실이 반영되어 있다. 이처럼 조현병과 관련된 사태는 과학적 문제일 뿐 아니라 사회적 문제로서 보다 총체적인 노력이 요구된다고 하겠다.

따라서 이러한 상황에서 우리가 취해야 할 가장 기본적인 태도는 기존 지식의 한계를 인정하고 어떻게 하면 이 문제에 대해 보다 적절할 태도를 취할 것인지에 대해 성찰적으로 접근하는 것이라고 하겠다. 앞서도 언급한 바와 같이 충분히 알지 못하는 상태에서 생기는 두려움과 조급함이 사회적 낙인을 불러일으킨다는 점에서 이러한 문제일수록 더욱 조심해서 다루려는 태도가 요구되기 때문이다.

그러므로 조현병이라는 사태에 적절히 대응하기 위해서는 우선 개별과학인 분과학문과 같이 쪼개져 있는 일부 관점만으로는 결코 총체적 접근이 될 수 없음을 인식하고 각 분과학문을 통합하는 총체적인 접근을 추구해야 한다. 막연한 학제 간 연구의 차원이 아니라 이 사태를 총체적으로 접근하기 위해 각 분과학문의 한계를 반성하고 서로 이해하고 자극하면서 힘을 합할 수 있는 시스템을 구축해야 한다. 이를 통해 조현병에 대한 지식의 공동 연쇄 고리가 작동될 수 있어야 한다. 여기에 당사자가 포함되어야 하는 것을 물론이다.

그런데 이처럼 분과학문의 성취가 학문의 장벽을 넘지 못하고 단절되지 않도록 학제 간 소통과 협력을 통해 총체적 접근이 이뤄지기 위해서는 구심적 역할을 수행할 정부차원의

노력이 중요하다. 조직구조, 예산, 인력 등을 통해 이러한 학제 간 통합적 접근이 가능하도록 적극적으로 지원되어야 한다. 특히, 현재 조현병 등 정신질환의 영역은 보건담당 조직에서만 다루고 있기 때문에 향후 어떻게 보건과 복지의 결합을 통해 보다 총체적인 접근을 시도할 수 있느냐가 관건이 될 것이다. 우선 조현병 환자들의 입장에서는 사회경제적 상황에 상관 없이 적기에 충분한 치료를 받을 수 있는 보건의료서비스 체계의 구축과 더불어 지역사회에서 정신장애인의 특수성과 인간으로서 보편성에 근거한 주거, 직업, 교육, 문화 등 삶의 전반을 지원할 수 있는 복지서비스 시스템이 요구된다. 이는 현행 정신건강복지법이 규정하고 있는 내용의 구현이라고도 할 수 있다.

더불어 조현병과 관련된 문제는 과학적 문제일 뿐 아니라 사람의 문제이고 사회적 문제라는 점을 간과해서는 안 된다. 따라서 이에 대한 보다 윤리적이고 철학적인 접근이 요구된다. 그런 차원에서 ‘나와 분명하게 다른 저 이질적인 존재가 여기 존재하는 그 이유는 무엇일까?’, ‘타자의 존재이유와 그 정당성을 우리는 어떻게 받아들여야 할까?’, ‘이러한 이질적인 존재를 나는 어떻게 대하여야 하고 결국 어떻게 같이 살아가야 하는가?’와 같은 존재에 답해야 하는 철학적 접근으로서 타자윤리학적 접근(김기덕, 2016)에 주목할 필요가 있다. 이러한 타자윤리를 대표하는 학자로는 에마누엘 레비나스(Emmanuel Levinas)를 들 수 있는데 그는 타자라는 존재는 인간의 인식으로 모두 파악될 수 없는 무한한 존재이므로 우리 인식의 한계를 인정하고 그 이질적인 존재의 이유와 정당성을 이해하려는 노력을 기울여야 한다고 보았다. 그리고 그들에 대해 ‘형제’로서의 ‘책임’을 가져야 한다고 주장하였다. 그 외에도 리코르(Ricouer), 왈쩌(Walzer), 데리다(Derrida), 호네트(Honneth) 등과 같은 현대 철학자들이 타자윤리적 논의를 전개해 오고 있다. 리코르는 너와 나 사이의 ‘호혜성 또는 상호성’을 강조하며 타자를 ‘친구’로 규정하는 데에 비해, 자유주의 정치철학자인 왈쩌는 타자를 ‘이교도’로 간주하며 ‘관용’을 강조한다. 한편 해체주의 탈근대론자인 데리다는 서로 취약한 존재로서의 자신과 타자의 관계 속에서 타자를 ‘손님’으로서 ‘환대’할 것을, 그리고 비판이론가인 호네트는 타자를 ‘사회구성원’으로서 ‘인정’할 것을 주장하고 있다(김기덕, 2016; 최명민·이현정, 2018).

인식개선활동 역시 사회적 낙인으로 고통 받는 조현병 환자를 위한 윤리적 차원의 접근이라고 할 수 있다. 현대사회에서는 우선 그 중심에 있는 언론과 미디어의 역할에 주목하지 않을 수 없다. 그런 점에서 조현병에 대한 정확한 정보를 전달하고 원인이 불분명한 사건들을 조현병과 단정적으로 관련지어 보도하는 행태나 조현병에 대한 부당하고 부정적

이미지를 확산할 수 있는 미디어 콘텐츠를 제어할 수 있는 가이드라인이 필요하다. 서구에서는 조현병 등 정신질환에 대한 편견해소를 위해 일찍이 대중매체를 활용해 왔으며 실제로 그 효과성이 입증된 사례들이 존재한다 (주소희·이경은, 2019). 그 중에서도 미국의 당사자 단체인 NAMI의 언론과 미디어 모니터링 활동은 잘 알려져 있다. 우리나라에도 이런 역할을 수행할 주체가 필요하다고 하겠다. 이 활동의 주체는 정부보다는 민간이, 서비스 제공자보다는 서비스 이용자 즉, 당사자가 주축이 되는 것이 바람직할 것이다. 또한 보다 적극적인 인식개선 사업으로 반(反)낙인 혹은 편견극복 프로그램들을 더 많이 개발하고 공급하는 것도 하나의 방안이 될 수 있다. 특히 이런 목적의 프로그램의 경우 그 내용이 중요한데 선행연구에 따르면 정신장애가 생물학적 장애라는 사실을 강조하는 것은 대중과 전문가의 지식차이를 줄이고 개인의 책임을 물을 수 없는 장애에 대해 대중들이 동정적 반응을 보일 것이라 기대하지만 실제로는 대중에게 두려움을 강화시켜 사회적 거리감을 증가시킬 수 있음이 보고되고 있다 (박근우·서미경, 2012). 따라서 정신장애에 대한 낙인인 접근은 과거 여성, 흑인, 동성애 등 사회적 소수자에 대한 접근방식과 같이 시민권, 참여권, 평등권 등 정신장애인의 기본적 권리를 강조하고 완전한 사회참여를 통해 만족스러운 삶을 영위하는 회복의 중요성을 강조하는 것이 보다 효과적이라는 것이다. 이를 위해서는 특히 정신장애를 극복하고 있는 이들의 경험을 보다 생생히 접할 수 있는 다양한 프로그램 개발이 필요하다고 하겠다.

인식개선과 치료 및 회복을 위한 인프라 구축은 조현병에 대한 사회적 낙인 감소를 위한 주요 대안이 될 수 있겠지만, 앞에서 살펴본 바와 같이 조현병 등 정신질환자에 대한 사회적 낙인은 현대사회의 사회경제적, 문화적, 윤리적 차원에서 복합적으로 작용하며 정체성의 정치학이 작용하기 때문에 기존의 인식개선사업이나 보건의복지 제도와 같은 외부 지원만으로는 일정한 한계를 가질 수밖에 없다. 이러한 상황에서 가장 효과적인 돌파구 중의 하나는 당사자 스스로 한계 상황에 도전하는 것이다. 사회에 의해 주어진 낙인으로서의 정체성을 그대로 수용하는 것이 아니라 당사자 스스로 규정하고 이름 붙인 새로운 ‘나’와 ‘우리’로서 정체성, 다시 말해 스스로 붙이는 ‘이름’인 새로운 ‘낙인’으로 기존의 낙인을 넘어서자는 것이다. 이를 달리 표현하면 낙인과 혐오의 ‘재전유(re-appropriation)’라고 할 수 있다. 전유란 무언가를 차지한다는 의미이며 재전유란 정해진 기능이나 개념과 다른 목적과 방식으로 이를 사용하는 것을 의미하는데 일반적으로 페미니즘 운동에서 전략적으로 사용된다 (한국문학평론가협회, 2006). 정신건강 영역에서 재전유의 대표적인 예로는

유럽을 중심으로 시작되어 세계 곳곳에서 열리고 있는 ‘페스티벌 매드(Festival MED)’를 들 수 있다. 또한 국제적으로 유명해진 일본의 〈베텔의 집〉에서 취하고 있는 관점이기도 하다. 일례로 여기서는 증상대회를 열어 환자 스스로 자신의 증상을 연구한 내용을 발표하며 이 중 가장 심각한 증상을 가진 사람에게 상을 수여하기도 한다.

이런 기존의 형식을 뛰어넘는 창의적 방식을 시도함으로써 조현병 환자 스스로 자신들을 ‘병이 있어도, 좀 이상해도 즐겁고 흥미롭고 행복한 삶’을 사는 새로운 인류로 규정하기도 하고 ‘조현병을 가진 사람도 내 삶을 하나의 예술 작품으로 만들어 갈 수 있다’는 발상의 전환을 시도한다. 이는 근대 이성주의의 담론에 끌려 들어가지 않겠다는 저항이자 이성으로 알지 못한다고 해서 우리를 그 잣대로만 평가하지 말라는 당사자 입장의 표명이라고 볼 수 있다.

이처럼 사회적 낙인을 극복하기 위해서는 그 당사자가 주축이 되는 것이 가장 바람직하고 효과적이라고 할 수 있다. 이것은 정신건강 시스템을 효과적으로 개선하고 사회적 낙인을 줄여가고 있는 선진국들의 공통점이라고 할 수 있다. 따라서 관련 전문가들은 당사자 활동이 활발히 전개될 수 있도록 지원하고 연대함으로써 더 큰 목소리를 내는 동시에 조현병을 가진 다양한 사람들의 스펙트럼을 고려하는 개별화 접근을 유지하고자 하는 노력을 기울여가야 할 것이다.

우리나라에서도 최근 당사자 활동이 그 어느 때보다 활발하게 진행되고 있다. 대표적으로 파도손과 같은 단체는 전문가에게만 기대어 수동적으로 받기만 했던 프로그램들 대신 당사자가 주축이 되어 ‘동료지원가’를 양성하고 활발히 활동하고 있다. 그렇다고 해서 정부나 전문가 단체를 배척하는 것이 아니라 서로 연대하고 필요한 경우 공공 재정을 지원 받아 활동을 전개하고 있다. 이러한 활동을 통해 조현병이 나쁘기만 한 것이 아니라 그 안에서도 긍정적인 면이 존재하며 나름대로 의미 있는 삶이 가능함을 보여주고 있다.

Kant는 잘 알지 못하는 대상에 대해 어떻게 접근할 것인지에 대한 사회적 약속은 그 사회의 수준을 말해주는 것이라고 한 바 있다. 향후 우리가 조현병이라는 이 문제에 어떻게 접근해 가는가 하는 것은 우리 사회의 성숙도를 증명해 가는 척도가 될 것이라 해도 과언이 아닐 것이다.

3 국내 조현병 연구개발의 현황과 문제점, 그리고 향후 방향

가. 조현병 연구개발의 특성 및 국내 연구 실적

1) 조현병의 특성

조현병은 일차적으로 젊은 사람들의 병으로서, 10대 말 내지 20대 초 발병이 전형적이다. 인구의 약 1%가 젊은 나이에 조현병의 희생자가 되어, 많은 환자들이 사회생활에 온전히 참여하지 못하고 있다. 그래서 현실 적응의 측면에서 여러 정신질환 중에 조현병이 가장 파괴적이라고 할 수 있다. 조현병으로 인한 의료비용과 노동력 감퇴의 경제적 손실을 고려하면 국가와 사회에도 막대한 경제적 부담을 지우는 병이기도 하다.

현재 조현병은 현상학적 소견을 기반으로 진단이 되며, 지각장애(환각), 추론적 사고의 장애(망상), 목표 지향적 행동의 장애(무욕증), 감정표현의 장애(정동둔마) 등 매우 다양한 증상과 징후를 포함하는 이질성 증후군으로 간주될 수 있다. 이 병에만 유일하게 있는 병징적인 것, 즉 모든 환자들에서 공통적으로 존재하는 증상이나 징후가 없다. 그런 점에서 조현병은 알츠하이머병(기억) 혹은 조울증(기분)처럼 전형적으로 단일 정신/뇌 체계에 영향을 미치는 다른 대부분의 정신질환들과는 다르다.

2) 조현병 연구의 특성

현재까지의 유전학과 분자생물학에 기반한 기초과학적 연구는 조현병의 단일 혹은 다양한 병인을 찾아내 현상학적 진단을 넘어선 원인적 진단을 가능하게 할 수 있는 바이오마커를 찾아내는 데 집중되었다. 세계적으로 막대한 양의 연구가 시행되어 수많은 논문 발표를 통해 상당한 지식의 진보를 보여주었지만, 아직 궁극적 목표 달성에는 이르지 못하고 있다. 이러한 미진한 목표 달성에도 불구하고, 조현병과 관련된 각종의 문제들을 해결할 수 있는 궁극적 열쇠는 근본적 병인 규명과 이에 따른 원인적 치료에 있기에 기초과학적 연구는 앞으로도 끊임없이 투자하고 도전해야 할 분야이다.

현재까지의 연구결과 조현병 발병과 관련하여 연구자들이 공통적으로 인정하고 있는 사실 중의 하나는 신경발달장애가 기저에 있다는 것이다. 즉, 조현병은 신경발달 이상의

결과 어떠한 특정 뇌영역 혹은 특정 신경세포의 손상 대신 서로 연결되는 방식에 손상이 일어나 신호전송의 고장으로 이어지는 연결이상 증후군(misconnection syndrome)이다. 이러한 병리는 근래 행하여진 수많은 뇌영상 연구와 뇌 전기생리학적 연구들을 통해 증명되어 왔다. 이러한 병리를 바탕으로 조현병의 생물학적 진단을 가능하게 하기 위한 진단적 연구들이 시행되어 왔지만 아직 확실한 성과를 내지는 못하고 있는 형편이다.

신호전송의 이상은 도파민을 포함한 여러 신경전달물질 체계의 교란으로 이어지며, 이를 바로 잡는 약물의 투여가 조현병 치료의 가장 기본적 양식임은 주지의 사실이다. 항정신병 약물의 개발과 사용으로 조현병 치료의 새로운 지평이 열렸고, 계속해서 신약이 개발되어 임상에 사용되면서 조현병 환자들의 삶의 질 향상에 엄청난 기여를 했다. 그러나 계속된 신약의 도입이 부작용 개선 부분에서는 상당한 발전을 이루었지만, 치료 효과의 개선 부분에서는 미진한 형편이다. 이에 따라 조현병 환자들의 병의 경과가 만성화함을 효과적으로 막지 못하고 있으며, 향후 신약개발 R&D의 방향은 만성적, 파괴적 병의 경과를 단절시킬 수 있는 획기적 치료효과를 보이는 약물의 발견에 있다고 할 것이다. 한편, 약물치료의 한계를 고려하여, 이를 보완할 수 있는 새로운 치료기술들이 많이 개발되고 있으며, 이에선 진단 및 치료 분야에 이용 가능한 최신의 첨단기술 발전이 배경이 되고 있다.

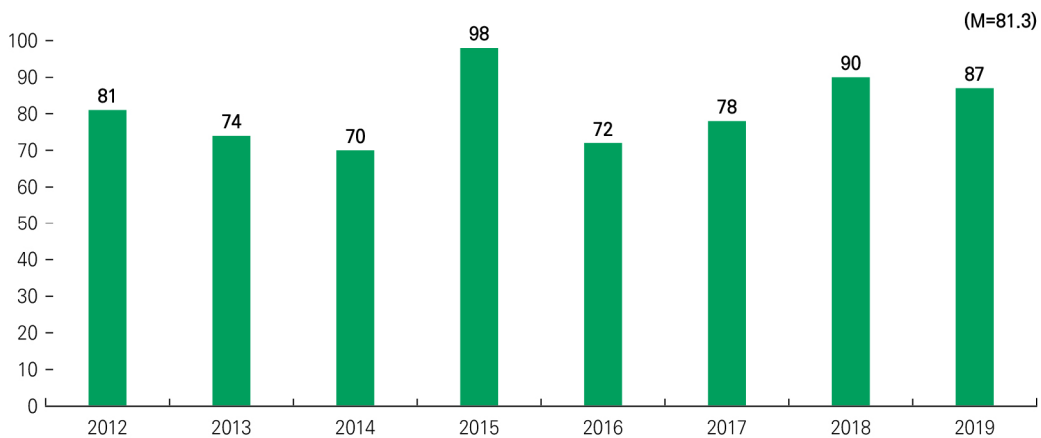
3) 국내 조현병 연구 실적

국내 조현병 연구 논문들은 1999년 창간된 ‘대한조현병학회지’를 통해 지난 20년 간 꾸준히 발표되어 왔다. 조현병 연구 전문지인 이 학술지는 연 2회 발간되며, 연간 10~20 편의 논문이 실리고 있다. 또한 대한신경정신의학회 공식 학술지인 ‘신경정신의학’에도 조현병 관련 논문이 상당수 실려 왔다. 정신건강의학과 영역에서 새로운 연구방법론이 생길 때마다, 국내에서는 다른 정신질환보다 조현병 연구에 선도적으로 적용되는 경향이 있었다. 이에 따라 국내 조현병 관련 논문들도 어느 한 분야에 치중되지 않고, 가능한 모든 연구방법론이 총망라되어 있다는 것이 특징이다.

국내 조현병 연구의 실적이 SCI, SCIE 저널에도 상당한 양이 실리고 있다. 사실 최근 국내 조현병 관련 논문들이 상기한 대한조현병학회지나 신경정신의학 같은 국문 저널보다 외국의 영문 저널에 훨씬 많이 발표되고 있다. 2012년부터 2019년까지 8년의 기간을 대상으로 PubMed에서 검색한 국내 조현병 관련 논문의 수를 살펴보면, 연평균 81.3개

였다. 연도별 숫자의 증감을 보면 2012년 81편에서 2019년 87편으로 약간 증가한 정도이며, 2015년에 98편으로 특별히 많았던 해를 제외하면 전체적으로 큰 변동은 없는 편이다 (〈그림 3.12〉 참조). 이러한 양상으로 볼 때, 국내 연구자들이 꾸준히 조현병 관련 연구를 수행해오고 있으며, 세계적으로도 비교적 수준 높은 연구성으로 인정받고 있으나, 연구의 양적인 측면에서는 정체되어 있다고 할 수 있다.

그림 3.12 SCI, SCIE 영문학술지에 실린 연도별 조현병 관련 국내 논문의 수



자료: PubMed 검색 결과

나. 국내 조현병 R&D 투자의 현황

1) 조현병 연구에 대한 국가 연구비 지원 현황

가) 연도별 조현병 관련 연구비

국가과학기술지식정보서비스(NTIS) Database를 이용하여 2012년부터 2019년까지 지원된 조현병 관련 R&D 연구과제 현황을 조사하였다. NTIS 검색 기능을 이용하여 “조현병”을 키워드로 검색을 한 후, 그 결과를 그림 2에 정리하였다. 검색된 연구과제 중에서 조현병만을 대상으로 하지 않더라도 정신병, 조기정신증, 항정신병약물 등의 조현병 관련 연구과제는 모두 분석에 포함시켰으며, 조현병과 직접적 관련이 없는 광범위한 주제 (예: 일반적 기억 기전 연구, 정신질환 변화 추세 등)의 연구과제는 제외하였다. 또 2018년에

범부처전주기신약개발 R&D의 일환으로 신규기전의 조현병 치료제 개발 지원에 19억 원이 지원되었는데, 이는 당해 년에 예외적으로 큰 금액이 지원되어 이를 분석에 포함시키면 전체적 연구비 지원 추세를 왜곡시킬 수 있어서, 본 분석에서는 제외하였다.

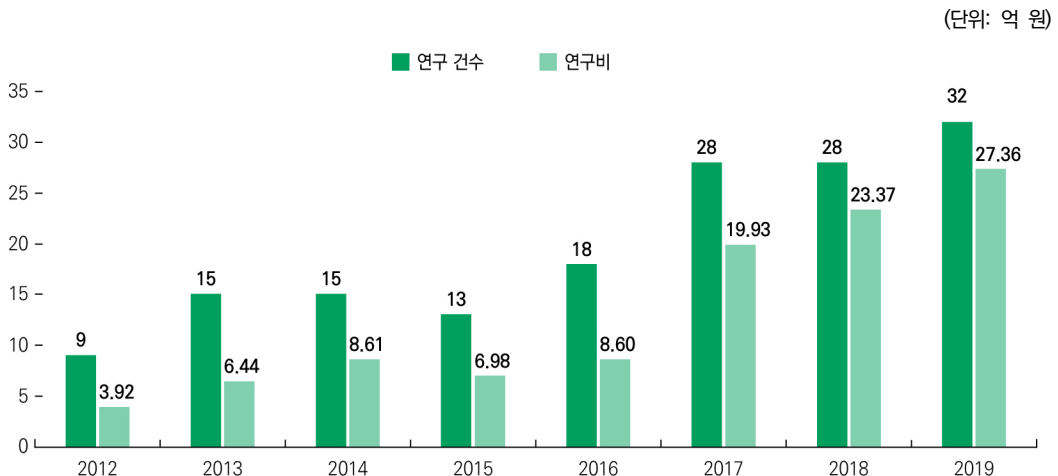
(1) 연도별 조현병 관련 R&D 투자 건수

지원된 연구과제의 수를 살펴보면, 2012년부터 2016년까지는 평균 14.0건을 보이다가, 2017년을 기점으로 증가하여 2017년부터 2019년까지는 평균 29.3건으로 2.1배 증가된 양상을 보였다.

(2) 연도별 조현병 관련 R&D 투자비 규모

조현병 관련 R&D 투자비는 2012년부터 2016년까지는 평균 6.91억 원으로 10억 원 미만을 유지하다가, 2017년을 기점으로 증가하여 2017년부터 2019년까지는 평균 23.55억 원으로 3.4배 증가된 양상을 보였다. 2017년 이후의 R&D 투자비의 증가는 투자 건수의 증가뿐 아니라, 이전에는 없었던 연 2억 원 이상의 비교적 큰 단위 연구지원이 3건 이상 포함됨에 따른 결과로 분석된다.

그림 3.13 연도별 조현병 관련 R&D 투자



자료: NTIS 분석 결과(2018년 범부처전주기신약개발 R&D 19억 원 제외)

나) 정신건강 관련 R&D 대비 조현병 관련 R&D의 비중

(1) 연도별 조현병 관련 R&D 투자의 비중

정신건강 관련 R&D 중 조현병 관련 R&D의 비중을 살펴보면, 2013년부터 2016년까지는 평균 2.28%로 낮은 비중을 유지하였으며, 조현병 관련 R&D 투자 규모가 2배 이상 증가한 2017년에도 그 비중은 3.79%로 그리 높지 않았다 (<표 3.1> 참조).

표 3.1 정신건강 관련 R&D 중 조현병 관련 R&D 비중

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
정신건강 관련 R&D(백만 원)	26,529	30,626	38,630	41,578	52,595
조현병 관련 R&D(백만 원)	644	861	698	860	1,993
비중(%)	2.43	2.81	1.81	2.07	3.79

자료: NTIS 분석 결과

(2) 질환별 정신건강 관련 R&D 투자의 비중

정신건강 관련 R&D 투자를 정신질환 부문별로 살펴보면, 2008년의 경우 정신질환 공통을 제외한 순위에서 조현병의 비중은 기분장애와 발달장애에 이어 3순위였다 (<표 3.2> 참조). 조현병의 비중은 2012년에도 기분장애와 중독에 이어 3순위를 유지하였으나, 2016년에는 중독, 기분장애, 발달장애, 불안장애, 자살에 이어 6순위로 떨어졌다. 이러한 비중 감소는 정신건강 관련 R&D 투자에서 조현병은 상대적으로 국가적 관심이 감소했음을 의미한다.

표 3.2 질환별 정신건강 관련 R&D 비중

(단위: %)

구분	2008년	2012년	2016년
기분장애	25.5	19.5	16.3
발달장애	7.1	9.9	15.8
조현병	5.3	11.3	3.8
자살	0.2	5.3	5.1
중독	4.2	11.6	18.9
불안장애	1.9	2.0	7.7
정신질환 공통	55.8	40.4	32.4
합계	100	100	100

자료: NTIS 분석 결과, 국립정신건강센터(2020b)

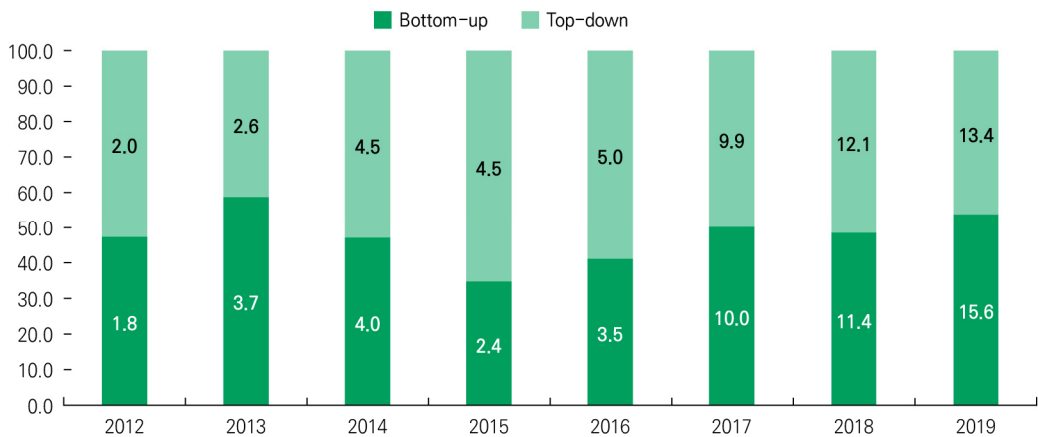
다) 조현병 관련 국가 연구비 지원에 대한 질적 분석

(1) 연구과제 선정 특성에 따른 비교

과학기술정보통신부 지원 뇌과학원천기술개발이나 보건복지부 질환극복기술개발처럼 RFP에 따라 연구비가 지원되는 투자를 Top-down 연구로 분류하고, 과학기술정보통신부 및 교육부 지원의 개인기초연구처럼 RFP 없이 자유공모로 지원된 투자를 Bottom-up 연구로 분류하여, 그 비율을 연도별로 살펴본 결과는 <그림 3.14>와 같다.

그림 3.14 연도별 조현병 관련 R&D 투자의 특성 비교

(단위: 억 원)



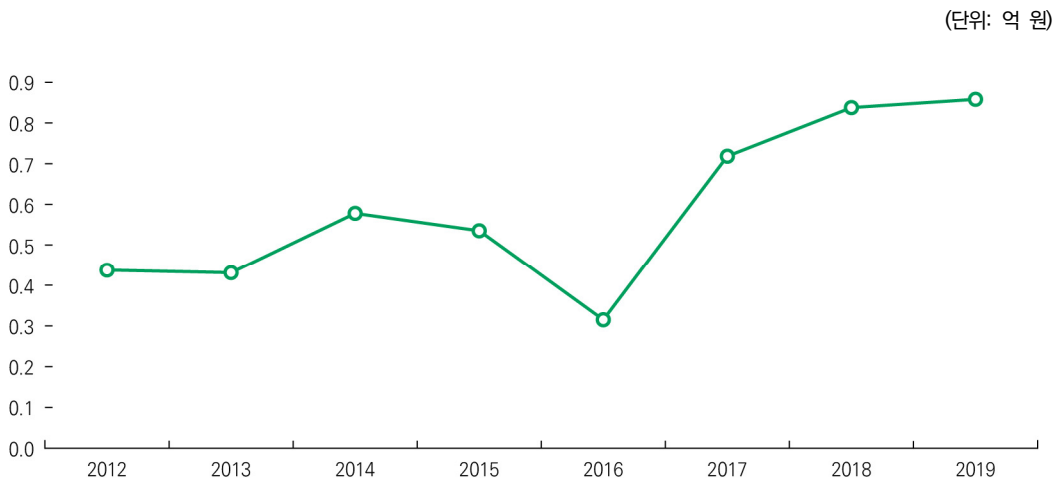
자료: NTIS 분석 결과(2018년 범부처전주기신약개발 R&D 제외)

조현병 관련 R&D 투자가 상대적으로 적었던 2012년부터 2016년까지는 Top-down 대 Bottom-up 비율이 평균 54.7% 대 46.3%로 Top-down 연구비가 약간 많았다. 그러나 조현병 관련 R&D 투자가 증가한 2017년부터 2019년까지는 Top-down 대 Bottom-up 비율이 평균 46.9% 대 53.1%로 Bottom-up 연구비가 약간 더 많았음을 알 수 있다. 이는 국가 보건의료 R&D가 증가에 따라 정신건강 관련 R&D도 증가하면서, 조현병 관련 R&D의 총 규모가 증가하였지만, 이러한 증가의 배경에는 조현병을 목표로 한 국가적 지원의 증가보다 연구자들의 자발적 연구 참여 증가의 역할이 더 컸음을 의미한다.

(2) 연구과제 건별 총 연구비

조현병 관련 R&D 투자가 상대적으로 적었던 2012년부터 2016년까지는 조현병 관련 연구과제의 건당 평균 연구비가 6,000만 원이 되지 않았다 (<그림 3.15> 참조). 조현병 관련 R&D 투자가 증가한 2017년 이후 건당 평균 연구비가 증가하기는 하였으나 평균 9,000만 원을 넘지는 않았다. 이는 조현병 관련 연구에 대한 투자가 많은 연구자들이 협력하는 공동연구의 형태보다는 한 연구자 중심의 개인연구 형태로 실행되었음을 방증한다.

그림 3.15 연도별 조현병 관련 R&D 투자의 건당 평균 연구비

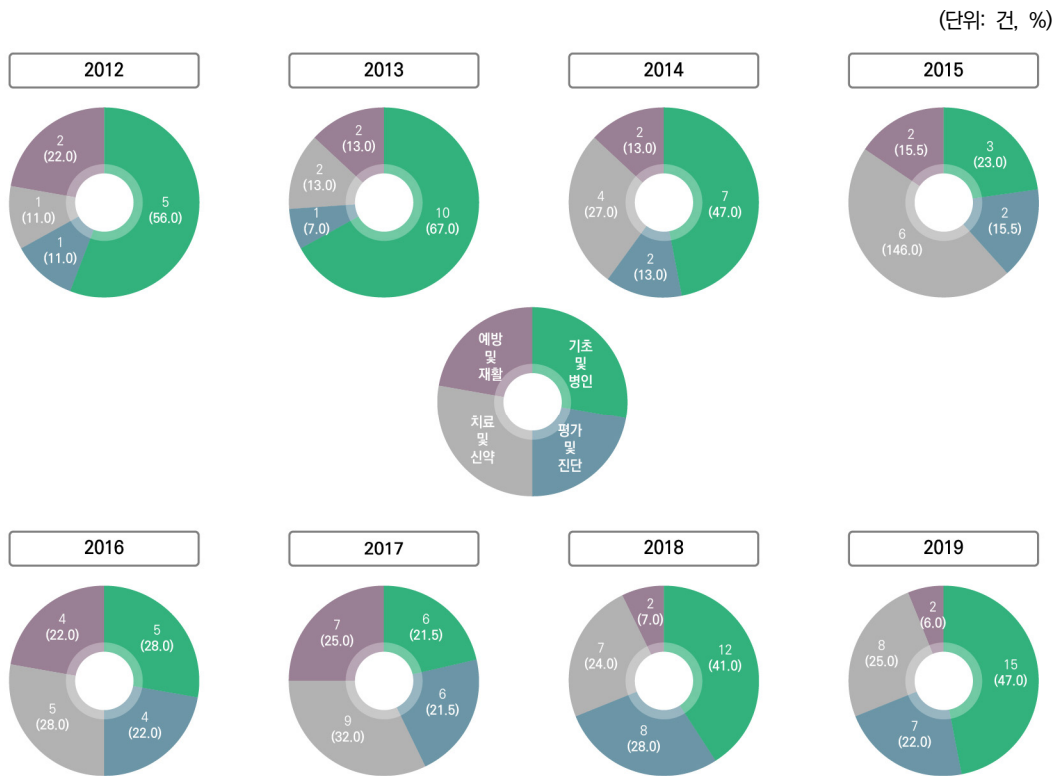


자료: NTIS 분석 결과(2018년 범부처전주기신약개발 R&D 제외)

(3) 연구내용 분류에 따른 연구 투자 비율

조현병 관련 연구를 기초 및 병인 규명 연구, 평가 및 진단 기술 연구, 치료기술 및 신약 개발 연구, 예방 및 재활 관련 연구 등 네 가지로 분류하여, 연도별 연구비 투자의 비율을 살펴보았다 (<그림 3.16> 참조).

그림 3.16 연도별 조현병 관련 R&D 투자 내용 분석



자료: NTIS 분석 결과(2018년 범부처전주기신약개발 R&D 제외)

연간 조현병 관련 R&D 투자의 건수가 15건 이하였던 2012년부터 2014년까지는 기초 및 병인 규명 연구가 전체의 50% 이상을 차지하였는데, 이러한 양상은 2015년부터 2017년까지는 20%대로 축소되었다가, 2018년과 2019년에 그 비율은 다시 증가해 40%대를 유지했다. 기초 및 병인 규명 연구 비율의 상대적 축소는 평가 및 진단 기술 연구와 치료 기술 및 신약개발 연구 비율의 상대적 증가로 이어진다. 이러한 변화는 분자생물학적 기초 기술, 뇌영상 기술, 뇌 전기생리적 측정 기술, 새로운 치료장비 개발 등의 기술적 발전이 임상적 진단 및 치료 분야에 적극적으로 도입됨에 따른 결과인 것으로 추정된다. 즉, 기술적 발전에 따라 조현병에 대한 임상 연구방법론도 상당히 다양화되고 있다고 볼 수 있다.

2) 연구대상에 대한 인식

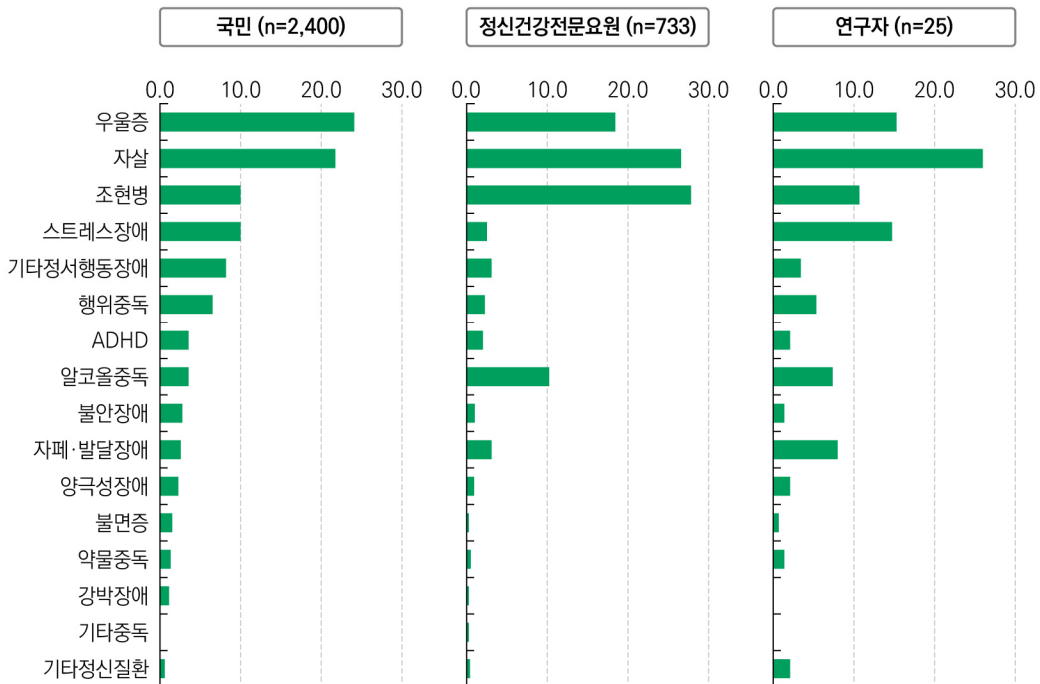
가) 연구대상 질환에 대한 우선순위 평가

국립정신건강센터 국가정신건강연구개발사업 기획보고서(2020)에 따르면, 국가가 우선적으로 투자해야 된다고 생각하는 정신질환에 대하여 1순위로 꼽은 질환의 순위에서 국민들은 우울증과 자살에 이어 3번째 높은 비율로 조현병을, 정신건강 관련 연구자들은 우울증, 자살, 스트레스장애에 이어 4번째 높은 비율로 조현병을 꼽았으며, 그 비율은 국민들과 연구자 모두에서 10% 내외였다 (<그림 3.17> 참조). 이에 비해 정신보건의료 기관에 근무하는 정신건강전문요원들은 28% 가량으로 조현병을 1위로 꼽았으며, 그 뒤로 자살과 우울증을 꼽았다.

그림 3.17 연도대상 질환에 대한 우선순위 평가

(단위: 억원)

질문: 국가가 우선적으로 투자해야 된다고 생각하시는 정신질환은 어느 것입니까? (1순위)



이처럼 우울증과 자살에 우선적으로 투자해야 한다는 인식은 유병률이 높은 우울증과 국내에서 빈도수가 높은 자살에 대한 국민들의 강한 문제의식과 연관이 되며, 이에 따라 국가의 연구비도 이 부분에 집중됨에 따라 정신건강 관련 연구자들 역시 국민들과 비슷한 인식을 갖게 되었다고 볼 수 있다. 그러나 임상 및 지역사회에서 실무 일을 하고 있는 정신건강전문요원들은 국민들이나 연구자들과는 달리 조현병에 더 우선적으로 투자해야 한다고 답을 하고 있는데, 이는 우리 사회의 정신건강 문제에 대해 현장에서는 조현병을 더 심각하게 인식하고 있음을 반영한다.

다. 조현병 연구개발 투자의 향후 방향

- 1) 최근 정신건강 관련 분야에 대한 R&D 투자가 확대되면서 조현병에 대한 R&D 투자도 확대된 양상이다. 그러나 정신건강 R&D 투자 대비 조현병 R&D 투자의 비율이 5% 미만으로 그 비중이 크지 않다. 실제 조현병에 대한 투자 비율이 2016년 조사에서는 6순위까지 떨어졌는데, 이는 국가적 관심이 감소하고 있음을 반영하고 있다. 또한 조현병이 연구대상 질환에 대한 우선순위 평가에서 국민들 및 연구자들에서 3순위, 정신건강전문인력들에서 1순위로 평가된 결과와 상당히 배치되고 있다. 즉, 조현병에 대한 현실적 문제 인식에 비해 R&D 투자의 비중이 떨어지고 있어, 사회적 문제 해결에 R&D를 집중하는 방침이라면 모순되는 상황이 이어지는 것이므로, 이에 대한 시정이 필요할 것이다.
- 2) 조현병에 대한 국가적 관심은 불행하게도 조현병 환자의 엽기적 강력범죄의 발생과 연관되어 왔다. 앞에서 살펴보았듯, 비중이 아주 커진 것은 아니지만, 그래도 2017년에 조현병 R&D 투자의 비율이 약간 증가한 바 있다. 그리고 그 배경에 2016년 발생하여 국민적 우려를 불러일으킨 강남역 살인사건이 일정 부분 기여했을 가능성이 있다. 강남역 사건 이후에도 엽기적 사건들이 계속되어 조현병 관련 범죄가 사회적 문제로 대두된 것이 사실이다. 이러한 사회문제 해결을 위해 법적, 제도적 개선이 필요할 것이나, 보다 근본적인 해결책은 의학적 발전을 토대로 가능할 것이다. 즉, 조현병을 제대로 진단하고 치료함으로써 환자의 치료 경과를 좋게 해야, 문제 환자의 발생도 예방할 수 있을 것이다. 그러나 조현병의 진단과 치료 기술에 아직 미진한 부분이

많은 근본적 해결책을 제시할 정도의 의학적 토대가 마련된 것은 아니다. 따라서 이를 위한 국가적 R&D 투자의 뒷받침이 필요하나, 현재 조현병에 대한 투자 비중은 객관적 인식보다 훨씬 못 미치는 형편이다.

- 3) 최근 조현병 R&D 투자에서 Bottom-up 비율이 증가했다는 결과에서 보듯, 조현병을 타겟으로 국내 연구진들이 꾸준히 활동하고 있으며, 실제 연구성과도 논문을 통해 국제 학술지에 상당량이 꾸준히 발표되고 있다. 그러나 건당 R&D 투자비가 낮게 유지되고 있다는 사실은 조현병에 대하여 다학제 연구가 부족함을 의미하기도 한다. 조현병 연구의 오랜 역사에도 아직 미진한 부분이 너무도 많고, 사회적 문제는 해결 되지 못한 채 남아있음을 고려해 조현병 연구는 다학제적 접근이 강화될 필요가 있으며, 이를 위한 R&D의 전략적 지원이 필요할 것이다.

IV. 조현병 환자는 가족이 책임진다?





조현병 환자는 가족이 책임진다?

1 조현병 환자의 가족으로 산다는 것은

(본 장은 조현병 환우회인 한국조현병회복협회 박정근 이사님께서 작성해주신 조현병 환자 당사자와 가족의 입장입니다)

많은 사람들에게 있어 가족 중 의학적 치료가 필요한 환자가 있다는 것은 힘든 일일 것이다. 그러나 조현병 환자의 가족으로 산다는 것은 힘든 차원을 넘어 일상이 전쟁으로 변모한다. 이 전쟁터에서 별다른 보호 장비 없이 사투를 벌이고 있는 것이 현재 조현병 당사자와 가족들의 힘겨운 삶이다.

조현병 당사자들은 취업조차 어려운 많은 사회적 제약으로 무직자¹⁾가 절반이 넘으며, 장애인 복지 정책에서도 소외되어 많은 조현병 당사자들은 장애인도 비장애인도 아닌 상태에서 최빈곤층의 삶을 살고 있다.

장년이 넘은 조현병 당사자들의 생계조차 국가가 아닌 늙은 부모가 부양의무를 지고 있는 실정이다.

이런 법적, 사회적인 수많은 차별로 인해 조현병 당사자와 그 가족들의 삶은 국가로부터 보호받지 못하고 무너져가고 있다.

본 장에서는 조현병 환자 및 정신장애인에 대한 차별에는 어떠한 것들이 있으며 향후 이러한 문제점들을 해결하여 함께 살아갈 수 있는 방안이 무엇인지 가족의 입장에서 모색해 보고자 한다.

1) 무직 57.6%, 보호작업(정신재활기관 내) 16.0% (정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사, 국가인권위원회, 2018년)

가. 법적 차별 요인

조현병 당사자나 부모들은 다양한 법적 차별에 직면하고 있다.

조현병 환자를 비롯한 정신장애인은 장애인복지법 제15조에 의하여 장애인으로서 당연히 제공받아야 할 장애인 복지 서비스로부터 제외되어 있으며, 동법 제55조에 보장된 장애인 활동지원 급여를 사실상 받지 못하고 있다.²⁾

또한 최저임금법 제7조에 의하여 정당한 노동의 대가인 임금을 받지 못하고 있는 것 역시 부정할 수 없는 현실이다. 직업재활시설이나 보호작업장의 경우 월 3~10만 원 전후의 임금을 지급하는 곳이 대부분이다. 식대나 이용료를 지불하고 나면 오히려 임금은 커녕 사실상 무임금의 노동을 하고 있다. 하물며 많은 사업장들은 직업훈련이란 명목으로 오히려 훈련비를 요구하기도 한다.

표 4.1 정신장애인에 대한 법적 차별 요인

- ▶ 장애인복지법 제15조³⁾-장애인복지 정책에서 제외
- ▶ 장애인활동지원에 관한 법률 제5조 1항⁴⁾-현실에 맞지 않는 인정조사표로 사실상 서비스 대상자 제외
- ▶ 최저임금법 제7조⁵⁾-최저임금적용 제외, 빈곤의 삶 원인 제공
- ▶ 국민기초생활보장법의 부양의무제⁶⁾-가족들의 과도한 부양의무, 당사자 방임, 유기하는 상황 초래
- ▶ 정신건강복지법-재활지원과 복지서비스 제공체계 사실상 전무
- ▶ 사회적 입원-주거 선택자유 침해⁷⁾

2) 장애인복지법 제 15조에서 정신건강복지법과 더불어 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」의 경우 해당 법률의 적용을 받는 것으로 규정하고 있음. 후자의 경우 예우와 지원에 관한 법률인 반면 정신건강복지법은 실질적 서비스 전달체계에 완비되지 않은 상황으로 동일선상에서 적용하기 어려운 부분이 큰 것으로 여겨짐.

3) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령이 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다.

4) (활동지원급여의 신청자격) 혼자서 일상생활과 사회생활이 어려운 장애인. 파주시 심한 정신장애 등록인 615명 중 서비스이용자 0명, 2020년 4월 기준

5) (최저 임금의 적용 제외) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 사용자가 대통령령이 정하는 바에 의하여 노동부 장관의 인가를 받은 자에 대하여는 제6조의 규정을 적용하지 아니한다. <개정 2005.5.31.>

6) 국민기초생활보장법 제2조 5항 '부양의무자'란 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자를 말한다. 다만, 사망한 1촌의 직계혈족의 배우자는 제외한다.

7) 헌법 제16조 (주거보장) 위배-「모든 국민은 주거의 자유를 침해 받지 아니 한다」

나. 사회적 인식 차별의 실태

조현병 당사자가 두려움, 기피의 대상으로 낙인찍힌 것은 어떤 이유인가?

이로 인해 이들의 삶과 가족들의 삶은 얼마나 피해를지고 무너져 가고 있는가?

언론은 조현병 당사자의 강력사건이 발생할 때마다 앞다투어 모든 조현병 당사자가 잠재적 범죄자인 것처럼 여과되지 않는 보도를 내보내 왔다. 또한, 조현병 당사자가 관련된 사실만으로도 여론적으로는 조현병 관련 인식이 매우 악화되곤 한다. 이런 보도는 당사자나 가족들에게 극도의 스트레스를 유발하고 당사자의 재발 원인이 되기도 하며, 조현병 및 정신장애인의 사회복귀를 저지하는 악순환을 초래한다.

표 4.2 정신장애인에 대한 사회적 인식에서의 차별 요소

- ▶ 언론보도의 차별 - 타 장애는 배려해야 할 대상, 정신장애는 기피해야 할 대상으로 묵시적 보도
- ▶ 결혼에 대한 왜곡된 인식 - 유전에 대한 우려, 결혼금지 풍토 조성
- ▶ 공익광고 차별- 타 장애의 경우 인식개선 공익광고 실시, 정신장애 공익광고 전무
- ▶ 일의 능률이 없다 - 취업제한 초래, 정당한 임금을 주지 않는 사회적 풍토 조성
- ▶ 조현병 정신장애인은 폭력적이라는 인식 - 실제 비장애인에 비해 덜 폭력적이다. 재발과 응급환자의 경우 외 대다수 유순한 성품이다.

다. 사회 구성원으로서 겪는 차별

많은 정신장애인 및 조현병 당사자들은 지역사회에서 살지 못하고 짧게는 1~2년, 길게는 20년~30년씩 사회적 입원을 하는 경우가 있다. 이들은 왜 이런 삶을 살 수밖에 없는가? 왜 더불어 함께 살지 못하고 유폐된 것과 같은 삶을 살고 있는가? 국가와 사회는 과연 책임이 없는가?

당사자들은 만성화되기 전까지는 스스로 자립해서 지역사회 속에서 살아가고자 많은 시도를 한다. 취업을 하기위해 다양한 구직활동을 하고, 노후를 생각해서 각종 보험을 들고자 하며, 다양한 직업훈련을 통하여 안정된 직업을 갖기를 원한다.

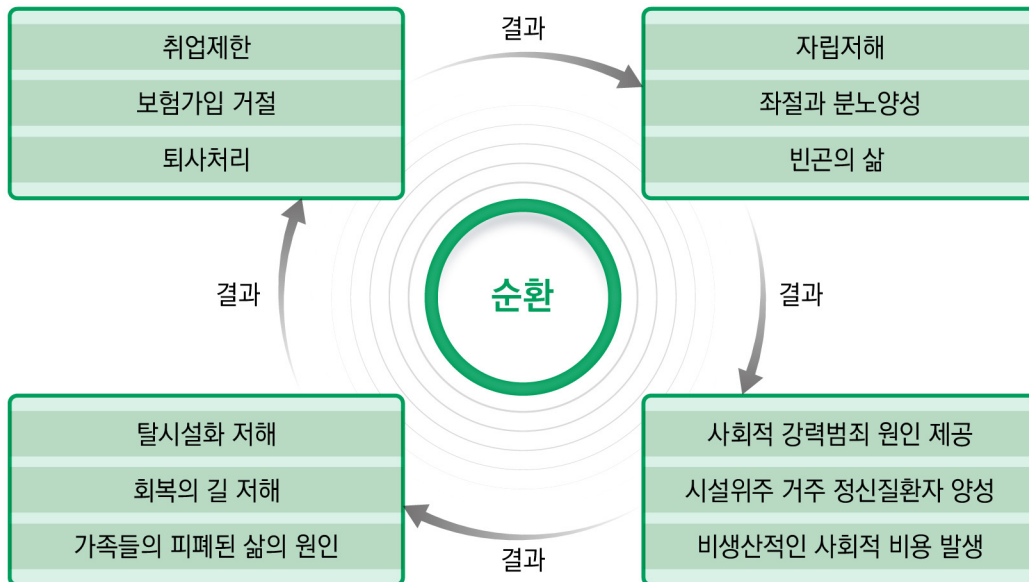
그러나 사회는 헌법에도 보장된 정신장애인의 직업 선택의 자유를 제한하고 있으며, 역시 헌법 제14조에 보장된 거주이전의 자유를 침해하고 있다. 발달장애인의 경우 발달

장애인법에 근거하여 직업훈련⁸⁾과 평생교육⁹⁾을 받고 있는 반면 정신장애인들은 법적 근거가 미흡하여 같은 범주의 정신적장애인임에도 불구하고 국가로부터 장애인 복지서비스 전달체계에서 차별을 받고 있다.

표 4.3 정신장애인이 사회 구성인으로서 겪는 차별 요소

- ▶ 조현병 정신장애인 28개 법령에서 취업제한¹⁰⁾ - 장애인 고용률 대비 11.6%(임시, 일용직 근로자 67%)
- ▶ 보험가입 거절¹¹⁾ - 질병이나 장애를 이유로 각종 보험에서 가입 거절
- ▶ 직장에서 질병을 이유로 퇴사 처리 - 부당한 권고사직, 좌절로 인한 사회적 분노 유발, 자립생활 저해

그림 4.1 정신장애인이 사회 구성인으로서 겪는 차별 요소



8) 발달장애인법 제25조 고용 및 직업훈련 지원

9) 발달장애인법 제26조 평생교육 지원

10) 헌법 제15조 위배-「모든 국민은 직업 선택의 자유를 가진다.」

11) 장애인차별금지법 제4조(차별행위) 1항 위배-「장애인을 장애를 사유로 정당한 사유 없이 제한·배제·분리·거부 등에 의하여 분리하여 대하는 경우」

라. 조현병 환자들이 coming out을 하지 못하는 진정한 이유

조현병 환자나 가족들이 진정 coming out을 하지 못하고 사회적으로 억압된 삶을 살아가게 되는 가장 큰 이유 중의 하나는 조현병 및 중증정신질환에 대한 사회적 낙인 때문이다. Coming out을 할 경우 여러 사회적 상황에서의 낙인만 가중될 뿐 정신장애인으로서 받는 복지서비스 혜택은 사실상 거의 전무하기 때문에 coming out을 하기 보다는 질병을 숨기는 편이 더 이롭게 생각되는 것이다. 중증정신질환에 대한 사회적인 기피 분위기, 취업거부, 결혼거부, 자립생활 지원책 사실상 전무, 복지서비스 사각지대 등의 사유들이 대부분의 고립된 정신장애인 및 그 가족들에게 연대와 상호간의 도움을 통한 회복이 가장 절실함에도 coming out을 막는 요소가 되고 있다.

정부는 그동안 당사자와 가족들의 목소리는 귀 기울이지 않고 정부의 기준과 전문가 집단의 목소리에만 귀 기울여 정부정책에 반영해 왔다.

보호의무자는 정신건강복지법이 복지 서비스는 없으면서 혹시 인적사항의 정보 공유로 인하여 오히려 권리가 침해되거나 보호자 사후 당사자가 정신병원에 감금되어 지역사회에서 살아가지 못할까 봐 막연한 두려움을 갖고 있다.

이런 두려움은 당사자나 가족들이 coming out을 하지 못하게 하는 또 다른 중요한 이유 중의 하나이며 정부로 하여금 정신질환자를 체계적으로 관리하지 못하게 하는 관리 체계의 문제를 야기하기도 한다.

마. 더불어 건강하게 살아가는 방법

이러한 많은 문제점을 상반된 이해관계 속에서 해결해 가면서 다 같이 더불어 건강하고 행복하게 살아가는 방법은 무엇이 있을까? 정부나 사회, 당사자, 가족 등 모두가 현명한 방법을 도출해내야 한다. 불합리한 법적 차별을 철폐하고, 다양한 진료 서비스를 도입하며, 자립을 위한 맞춤형 복지서비스 정책을 수립해야 한다.

1) 정신장애인의 판정기준 개정

그림 4.2 정신장애인의 판정기준 개선 제안



2) 진료거부 환자들을 위한 다양한 진료 서비스 도입

그림 4.3 진료거부 환자들을 위한 다양한 진료 서비스 도입



3) 조현병 및 중증정신장애인 기본소득보장

그림 4.4 조현병 및 중증정신장애인 기본소득보장



4) 정신질환자 자립을 위한 지원서비스 도입

그림 4.5 정신질환자 자립을 위한 지원서비스 도입



5) 장애인복지법 제15조 폐지 - 장애인으로서 복지와 지원서비스의 권리 보장

6) 최저임금법 제7조 관련 - 자립생활을 위한 노동 임금의 현실화, 사업장 수익 감소부분 장애인고용촉진기금 잉여금에서 지원할 수 있는 법적 근거 마련 시급¹²⁾

7) 국민기초생활보장법의 부양의무제 폐지 - 보호자들의 빈곤한 삶 구제

8) 언론보도의 가이드라인 규정 제정 - 보도의 객관적 지침 마련, 차별적 보도 개선

9) 조현병 당사자 낙인 개선을 위한 공익광고 실시 - 사회적 인식 개선, 당사자 연대를 통한 회복 패러다임

12) 2017년 기준 장애인고용촉진기금 잉여금 7,155억 원. p.7. 자료: 고용노동부(2018).

바. 당사자 및 가족들이 원하는 삶

그동안 수많은 편견과 차별 속에서 조현병 당사자나 부모들은 꺾박 받는 삶을 살아 왔다. 당사자들은 이유 여하를 막론하고 지역사회에서 살 수 없는 환경에 처해 있었고 조현병을 이유로 병원에서 유폐된 것과 다름없는 삶을 살아야 했다. 원하는 직업은 선택할 수 없었으며, 정신장애를 이유로 정당한 임금을 지불받지 못하고 살아 왔었다. 치료환경은 열악했고 보장된 소득이 없어 많은 조현병 당사자들은 거처할 곳이 없어 떠돌게 되거나 빈곤의 삶을 살기도 하였다.

대부분 그 가족들도 부양의 의무로 인해 똑같이 빈곤의 삶을 살 수밖에 없었고, 피해를진 가족들은 때론 함께 극단적인 선택을 하기도 했다. 지금도 많은 부모님들은 낯두리처럼 이 힘든 세상에 자식을 홀로 남겨둘 수 없다고 죽을 때 같이 죽는 것이 최선책이라고 말하고 있다. 이는 부정하고 싶은 현실이며 이 말은 조현병 당사자나 그 가족들이 얼마나 힘들게 삶을 지탱해 나가고 있는지 단적으로 보여주는 말이다. 얼마 전 조현병 딸을 23년 간 병간호하다가 지친 어머니가 딸을 살해한 비극적인 사건이 그 경우이다.¹³⁾ 이 사건은 60대 노모가 징역 4년을 선고 받아 청와대 국민청원까지 올라간 사회적 이슈의 사건이었다. 직장마저도 그만두고 23년을 자식을 돌보아 온 부모가 지치고 늙어 더 이상 돌볼 수 없는 처지에서 발생한 비극적 사건으로 과연 국가와 사회는 책임이 없는지, 그 부모에게만 책임을 물을 수 있는지 자문해야 할 때이다.

더불어 행복하게 살아갈 수 있도록 국가가 책임지고 돌보는 시스템이 잘 되어 있었다면 어느 부모가 자식과 함께 극단적인 선택을 하며 또한 이 극단적인 선택을 늘 고민하며 살아가겠는가? 국가와 사회는 조현병 당사자나 그 가족들에게 죽음이라는 선택을 하도록 묵시적으로 강요하는 것은 아닌지 곰곰이 생각해 보아야 할 것이다.

가족들은 다른 질환자나 타 장애인들처럼 차별받지 않고 자유롭게 지역사회에서 살기를 원한다. 자립생활이 가능하도록 다음과 같은 많은 서비스들이 구축되기를 희망한다 (<표 3.6> 참조).

이제는 지쳐가는 조현병 당사자와 그 가족들의 삶의 무게를 국가가 짊어져야 한다. 더는 삶의 사각지대로 그들을 내몰지 말아야 한다. 조현병 정신장애인도 인간답게 살 권리를

13) 이기상(2019). “조현병 딸 23년 병간호.. 돌보다 지친 엄마 비극 선택”, 뉴시스(2020.11.09.).

보장하고 자유롭게 살 권리를 보장해야 한다. 부양 의무에서 벗어나 가족들도 그들의 삶을 살게 하고 짐을 가질 수 있도록 해야 한다. 정신적장애인들의 국가책임제가 반드시 실시되어야 하는 이유들이다.

표 4.4 조현병 당사자 및 가족들이 원하는 삶

-
- ▶ 조현병 관련 낙인과 편견이 해소된 삶
 - ▶ 자유롭고 쾌적한 환경에서 양질의 치료를 받을 수 있는 치료환경 구축
 - ▶ 광역별 정신질환자 전문병원 건립
 - ▶ 부양의무에서 벗어난 삶
 - ▶ 빈곤으로부터 해방된 삶
 - ▶ 차별 없는 직업 선택의 자유가 보장된 삶
 - ▶ 당당하게 지역사회에서 살아갈 수 있는 복지 서비스 구축
 - ▶ 기초생활수급자 선정 기준 완화
 - ▶ 최소한 인간다운 삶을 살 수 있는 기본소득 보장
 - ▶ 자식을 두고 마음 편히 죽을 수 있는 평생계획, 국가책임제¹⁴⁾ 실시
-

14) 치매의 경우 국가책임제를 도입, 국가가 책임지고 돌보고 있는 시스템 구축.

2 '보호의무자'의 의무: 우리나라 정신건강복지법의 '특수성'

가. 정신질환자 보호의무자제도 개관¹⁵⁾

1) 보호의무자제도의 기능과 역할

보호의무자제도는 정신질환자의 가족이나 후견인에게 일정한 권한과 의무를 부과하여 정신질환자를 돌볼 책임을 부과하는 제도이다. 일부 서구(프랑스, 영국, 호주, 미국 등)에서도 가족과 같은 근친자 또는 최근친자(nearest relative)에게 입원신청 등을 할 수 있도록 하여 환자의 입원이나 치료에 개입할 수 있도록 하는 경우가 있으나 근친자들에게 특별한 보호의무를 강제하는 경우는 대체로 유교적 가족주의가 아직 남아 있는 동북아 국가에 한정되어 있다.

보호의무자는 어떤 역할을 하는가? 실제 보호의무자제도의 기능은 강제입원 결정에 집중되어 있다. 구 정신보건법하에서 강제입원의 99%를 차지했던 보호입원(그 중 시·군·구청장이 보호의무자가 되는 입원은 약 10% 내외) 중 대부분은 보호의무자인 가족에 의한 입원이었다. 구 정신보건법은 가족에게 단순히 입원에 대한 동의권과 퇴원을 신청할 수 있는 권리만을 부여했을 뿐인데, 추가적으로 국가가 아닌 정신의료기관측에 입원여부를 결정할 수 있는 권한을 부여하면서 결과적으로는 환자를 입원시키는 것과 퇴원시키는 것은 모두 보호의무자인 가족의 사실적 권한과 책임이 되었다.

법제도적으로 본다면, 보호의무자제도는 가족과 후견인에게 보호의무를 부과하면서 그 의무이행을 위한 수단으로서 동시에 사실상의 강제입원 결정권한을 제공한 것이다. 이는 국가가 자신의 책임을 가족과 병원에 전가하면서 가족과 병원에 제공한 권한부여이기도 하다. 그래서 국가는 구 정신보건법하에서 지난 20년 동안 강제입원제도를 손 대기 어려웠다. 그 권한을 돌려받으면 국가 자신이 책임을 져야하기 때문이었다.

15) 이하의 가.항의 내용은 신권철, 정신건강복지법 해설(입원편), 법문사, 2018, 242-284면의 내용 중 일부를 발췌하여 정리한 것이다.

2) 보호의무자의 의무

보호의무자제도는 가족이나 후견인에게 정신질환자에 대해 일정한 추가적 보호의무를 지우기 위해 마련한 제도이다. 보호의무는 오랜 역사를 통해 나타난 현실(방임이나 유기, 치료의 부재 등) 속에서 부양의무와는 별도로 정신질환으로 인해 발생할 수 있는 여러 상황들에 대해 돌보는 사람들에게 필요한 임무들을 맡겨 놓은 것이다. 그래서 보호의무에는 입원과 퇴원, 치료와 관련된 의무들이 규정되어 있다.

보호의무는 잘 살펴보면, 어머니가 아픈 아이를 돌보면서 책임져야 하는 일들과 유사하게 구성되어 있다. 부양의무가 생존을 유지하도록 하는 것이라면, 보호의무는 치료와 돌봄에 특유한 의무라 할 수 있다. 그러나 이러한 치료에 관한 협조나 돌봄은 법적 의무로 강제되는 것이 쉽지 않다. 정신질환자의 보호의무자인 가족이 입원이나 퇴원에의 협조, 치료를 위한 노력은 그 수준이나 내용이 구체화되기 어렵고, 설령 구체화되더라도 이를 강제할 수 없다.

정신건강복지법은 보호의무자가 정신질환자를 유기한 경우만 형사처벌의 대상으로 삼고 있고(법 제84조 제1호), 그 밖에 나머지 보호의무를 위반한 경우에는 처벌하지 않고 있으며, 보호의무자에게 따로 강제할 수 있는 방법도 없다.

정신건강복지법이 정한 보호의무의 유형을 구분해 보면 i) 치료·요양·훈련·퇴원 시 신병인수와 같은 환자의 신상보호의무, ii) 재산상 이익 등의 권익보호의무, iii) 환자의 자·타해 방지 유의의무 등으로 구분할 수 있다.

보호의무자의 환자에 대한 신상보호의무는 환자 자신의 신상에 대한 자기결정권을 존중 하여서 이루어져야 하고, 재산상 이익 등의 권익보호의무는 보호의무자가 환자의 재산 유지와 보존을 포함해 환자 권익을 옹호하는 의무를 의미한다. 마지막으로, 보호의무자가 부담하는 자·타해 방지 유의의무는 환자 본인이나 타인의 안전에 위협을 야기하지 않도록 유의하는 것이다. 이 의무를 주요한 근거로 하여 보호의무자가 민법상 법정감독의무자로서 환자의 불법행위에 대한 손해배상책임을 지게 된다.

3) 보호의무자의 권한

정신건강복지법은 마치 보호의무자가 의무만 있는 것처럼 규정하고 있다. 그러나 그 의무수행을 위해 곳곳에 보호의무자의 권한을 규정해 두었다. 예컨대 보호입원에 대한

신청권한과 그 입원연장에 대한 동의권한이 그것이다. 보호입원은 오직 보호의무자만이 신청할 수 있고, 그 퇴원청구도 환자 외에는 보호의무자만이 할 수 있다.

보호의무자의 입원, 치료, 퇴원 등에 대한 신청이나 동의권한은 모두 보호의무 수행을 위한 범위 내에서만 허용되며, 그 보호의무 수행을 위한 범위를 이탈하여 권한을 행사하는 경우에는 보호의무자가 권한을 남용한 것이어서 보호의무자 지위를 배제할 필요가 있다. 헌법재판소도 2016년 보호입원 헌법불합치 결정에서 보호의무자가 보호입원에 동의하는 권한을 남용할 우려가 있는 경우에는 보호의무자의 동의권을 제한하거나 부정하여야 함을 지적하였다(헌법재판소, 2016).¹⁶⁾ 참고로 보호의무자는 정신건강복지법상 다음과 같은 권한을 가지고 있다.

- i) 동의입원신청 동의권(법 제42조 제1항)
- ii) 동의입원환자의 퇴원신청 동의권(법 제42조 제2항)
- iii) 보호입원 신청권(법 제43조 제1항)
- iv) 보호입원의 연장에 대한 동의권(법 제43조 제2항)
- v) 보호입원환자의 퇴원신청권(법 제43조 제9항)
- vi) 입원환자를 위한 퇴원 및 처우개선청구권(법 제55조 제1항)

위의 보호의무자의 권한들은 보호의무자가 환자의 입원과 퇴원에 있어 신청권과 동의권을 가지고서 입·퇴원의 결정에 있어 주도적 역할을 할 수 있음을 보여준다. 특히, 보호입원은 보호의무자만이 신청가능하도록 하여 보호의무자에게 특별한 의무와 더불어 특별한 권한을 부여해 준 것이라 할 수 있다. 이러한 입원신청, 입원연장동의, 퇴원제한에 대한 권한은 남용될 경우 환자를 장기간 강제로 입원시켜 둘 수 있는 위험이 있어 적절한 심사기관이나 통제기관이 필요하다. 보호입원 신청의 경우 2명 이상의 보호의무자가 신청하도록 한 정신건강복지법의 규정도 보호의무자들 내부에서 서로 권한을 견제할 수 있도록 한 것이다.

그 밖에도 보호의무자에게는 vii) 특수치료에 대한 보충적 동의권(법 제73조 제1항), viii) 기록열람 및 사본발급을 위한 보충적 요구권(법 제30조 제3항), ix) 각종 통지 및 고지를 받을 권리가 있다.

16) 헌법재판소 2016. 9. 29. 2014헌가9 결정.

4) 보호의무자의 책임

정신질환자의 범죄나 불법행위로 인해 피해를 입은 피해자가 정신질환자의 가족에게 손해배상청구를 하는 소송들이 과거 보호의무자제도를 가진 일본이나 한국에서 여러 번 있었다. 그 소송의 상대방이 되는 사람들은 정신질환자 본인이 아니라 대부분 보호의무자들이다. 즉, 정신건강복지법의 보호의무자제도가 민법이 말한 법정(法定) 감독의무자 제도이기 때문에 보호의무자가 손해배상책임을 부담한다는 논리이다.

실제 일부 소송사례에서는 정신질환자의 불법행위에 대해 민법상의 감독의무자책임을 들어 그 피해자에 대해 i) 보호의무자인 부모에게 손해배상책임을 지도록 한 사례¹⁷⁾, ii) 보호의무자인 남편과 자녀에게 손해배상책임을 지도록 한 사례¹⁸⁾, iii) 보호의무자인 아내에게 손해배상책임을 지도록 한 사례¹⁹⁾, iv) 보호의무자인 어머니에게 손해배상책임을 지도록 한 사례²⁰⁾가 있다.

위에서 본 바와 같이 보호의무자가 환자의 불법행위에 대해 책임을 지도록 하는 것은 과도하다는 이유로 일본은 ‘보호의무자’ 제도에서 의무를 약화시킨 ‘보호자’ 제도로 바꾸었고, 결국에는 ‘보호자’ 제도까지 폐지하였다. 그 이유 중의 하나가 앞서 본 바와 같은 감당하기 어려운 감독의무와 그 의무위반을 이유로 한 손해배상책임이었다.

보호의무자가 부담해야 하는 손해배상책임을 발생이유는 구 정신보건법이 부양의무자인 가족에게 부양의무에 덧붙여 특별한 보호의무를 추가하였기 때문에 발생하는 책임이다. 보통의 부양의무자는 피부양자의 불법행위에 대해 책임을 지지 않는다. 보호의무자라는 이유로 부담하는 손해배상책임은 그래서 과도하고, 합당하지 않은 책임이다.

민법의 자기책임의 원칙은 자기가 할 수 있었는데 하지 않은 것이나 게을리한 것에 대한 책임인데, 보호의무자인 가족이 다른 가족의 불법행위를 저지할 능력이나 가능성은 사실 전무하고, 게다가 오랫동안 대면하지도, 관계하지도 않은 상황에서 감당하기 어려운 손해배상을 부담시키는 사례도 있다. 결국 이러한 방식으로 보호의무자에게 감독책임을 부담하게 한다면, 보호의무자 입장에서는 환자를 입원시켜 두는 것이 유일하게 자신을 위한 안전책이 되어 버린다.

17) 서울중앙지방법원 2007. 11. 30. 선고 2007가단265630 판결.

18) 부산지방법원 2004. 7. 15. 선고 2003가합3075 판결.

19) 서울지방법원 의정부지원 1998. 5. 15. 선고 97가합1812 판결.

20) 수원지방법원 성남지원 2003. 6. 27. 선고 2002가합4326 판결.

나. 주요 동북아국가의 정신질환자 보호자제도²¹⁾

1) 일본

동북아 국가 중에서는 일본이 먼저 법에 의한 근대적 강제입원제도를 갖추었지만 국가 보다는 가족의 권한과 책임을 중시하였다. 일본의 1950년 정신위생법은 가족 등 보호의무자가 도도부현(都道府県, 우리의 시·도에 해당) 지사의 허가를 받아 정신질환자를 정신병원이 아닌 시설에 2개월 내로 보호구속(保護拘束)을 할 수 있도록 하였고(제43조), 보호의무자가 동의하는 때에는 환자의 동의가 없더라도 정신병원의 장이 입원(이른바 ‘同意入院’)시킬 수 있도록 하였다(제34조). 이후 1965년 법 개정으로 보호의무자에 의한 보호구속제도는 폐지되었지만 동의입원제도는 의료보호입원이라는 형태로 가족 등(배우자, 친권자, 부양의무자, 후견인, 보좌인)이 입원환자의 동의를 대신하는 형태로 현재까지 유지되고 있다(일본 정신보건복지법 제33조).

일본의 보호의무자제도는 1900년 정신병자감호법에 의한 감호의무자로부터 시작되었다. 이를 이어받은 1950년 일본 정신위생법의 보호의무자제도가 수십 년 간 정신질환자의 불법(범죄)행위 시 가족에게 과도한 민사상 손해배상책임을 부담시키고, 보호입원에 있어서도 과도한 권한과 책임을 부여한다고 보아 1990년대 이후 그 제도적 정비작업을 시작하였다.

일본은 먼저 1993년 ‘보호의무자’를 ‘보호자’로 명칭을 변경하는 내용으로 법을 개정하였지만 ‘보호자’ 또한 ‘자상타해방지 감독의무(自傷他害防止 監督義務)’가 있다는 이유로 정신질환자의 불법(범죄)행위에 대해 감독의무자로서 손해배상책임을 부담해야 한다는 판례들은 여전히 유지되었다. 보호의무자의 법정(法定)감독의무와 그에 따라 판례에 의해 인정되는 환자의 불법행위에 대한 손해배상의 연대책임²²⁾이 과도하다는 비판이 있어

21) 이하의 나.항의 내용은 신권철, “동북아 국가 강제입원제도의 특성과 가족의 역할 - 한·중·일·대만을 중심으로”, 사회보장법학, 제9권 제1호, 2020, 204-224면의 논문 중 일부를 발췌하여 정리한 것임.

22) 정신위생법 시기인 最高裁判所第一小法廷 昭和58年2月24日 昭和56(オ)1154 判決은 당시 동거가족인 부모가 가정법원에 의해 보호의무자로 지정되어 있지 않았다는 이유로 법정감독의무자 책임을 지지 않는다고 하였는데(https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=66880 최종방문 2020. 4. 12.), 이는 보호의무자로 인정될 경우 법정감독의무자임을 전제로 한 판결이라 할 수 있지만 최근 최고재판소는 치매노인의 철로사고로 철도회사에 손해를 입힌 것에 대해 그 처와 며느리를 상대로 한 법정감독의무자 책임을 묻는 손해배상사건에서는 법정감독의무자 책임을 부인하며 손해배상책임이 없다고 보았다(https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=85714 최종방문 2020. 4. 12.). 한편 정신건강복지법으로 개정되어 보호자 역할을 한 부모에 대해서도 법정감독의무자 지위를 인정한 판결로는 福岡高裁平成18年10月19日 平18(オ)第401号 判決이 있다. 이와 관련된 평석으로는 田口文夫, “心神喪失者が起こした殺人事件と父親の監督義務”, 《判例研究》第104號, 2008, 155면 이하.

1993년 정신보건법을 개정하여 보호의무자의 의무를 대폭 감소한 보호자제도로 변경하였다(田口文夫, 2008).

특히 1999년에도 법을 개정하여 기존에 규정된 ‘자상타해방지 감독의무’를 삭제하였지만 그래도 여전히 민법의 해석을 통하여 민사상 감독의무자로서 손해배상책임을 부담해야 하는 상황이 변하지 않았다. 더 나아가 보호자들이 고령화되는 등으로 실제 보호를 할 능력이 없는 경우가 많아지자 결국 일본은 2013년 법을 개정하여 3년 뒤인 2016. 6. 19. 보호자제도를 폐지하였다. 보호자제도의 폐지에도 불구하고 일본의 현행 정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률(이하 ‘일본 정신보건복지법’이라 한다)은 현재도 가족 등에 의한 동의를 받아 정신질환자를 강제로 입원시킬 수 있는 의료보호입원제도를 유지하고 있다.

2) 대만

1912년 수립된 공화국인 대만(중화민국)은 1970, 80년대까지도 국가의 법령과 정책에 기반한 정신질환의 치료보다는 지역 내에서의 정신질환자 돌봄이 가족이나 종교적 폐쇄 시설의 강제적 입소에 의해 이루어졌다. 이러한 돌봄은 인권침해나 학대가 적지 않았고, 1980년대에는 가정이나 초등학교에서 발생한 정신질환으로 인한 범죄가 사회적 주목을 끌면서 1990년에 대만 정신위생법(精神衛生法)을 제정하는 계기를 만들었다(Wei-Tse Hsu *et al.*, 2017). 1990년 대만의 정신위생법의 제정 계기는 정신질환자의 인권적 보호에 더하여 사회적 안전이라는 치안적 목적을 내포하고 있었다.

1990년 제정된 대만의 정신위생법도 정신질환자의 가족에게 일정한 권한과 임무를 부담하도록 하였다. 1990년 대만 정신위생법은 보호인이 될 수 있는 사람으로 후견인(監護人), 배우자, 부모, 가족(家屬, 공동생활하는 일가친족) 등의 순으로 하고(제14조), 위와 같은 사람들이 없으면 지방자치단체(直轄市·縣·市)가 보호인을 지정할 수 있도록 하였다(제15조).

위와 같은 보호인에 대해서는 정신질환자의 자·타해위험을 피하기 위해 치료를 권장하고, 전문의 진단과 감정에 따른 입원에 협조하고, 퇴원 후에도 지역사회 재활과 치료, 취업 등에 협조할 의무를 부과하고 있다(제18조), 그 중 법정대리인이나 배우자가 그 보호인의

의무를 제대로 수행하지 못하여 다른 사람의 권익을 침해한 경우에는 그 정신질환자와 함께 연대하여 손해배상책임을 부담하도록 하였다(제19조).

대만 정신위생법은 2007년 전문개정되면서 보호인제도에 일부 수정을 가하였다. 먼저 구 정신위생법과 달리 보호인의 순위를 정해 의무적으로 보호인이 되도록 하지 않고, 해당 정신질환자의 이익을 고려해 여러 사람들(후견인, 법정대리인, 배우자, 부모, 가족 등) 중에서 추천과 보호인이 될 자의 동의를 통해 보호인을 두도록 하고, 만약 보호인이 없는 경우에는 지방자치단체(直轄市·縣·市)가 적당한 사람이나 기관을 보호인으로 세울 수 있도록 하였다(제19조).

2007년 개정된 대만 정신위생법은 보호인은 급박한 상황에서 중증 환자에 대한 이송 등 긴급처치(緊急處置)가 가능하고(제20조), 정신질환자와 함께 정신위생법 상의 각종 통지를 받거나 이의제기를 할 수 있도록 하였다. 전반적으로 기존의 보호인 제도를 의무적 지정제도에서 선택과 동의가 가능한 제도로 전환하였고, 보호인의 부담과 책임을 덜고, 정신질환자의 조력인으로써 역할을 하도록 그 기능도 전환시켰다고 볼 수 있다. 특히, 대만은 일본 및 한국과 달리 보호인의 동의에 의한 강제입원제도를 두지 않고 있다는 점에서 제도적으로 가족의 역할을 어느 정도 제한하고 있다.

대만은 1990년 정신위생법을 제정하면서 보호인(후견인, 배우자, 부모, 동거친족)이라는 이름으로 환자에 대한 의무와 책임을 부담시켰다. 대만은 보호인이 환자를 대신해 직접 입원에 동의하는 것은 아니지만 환자의 자·타해위험을 막고, 입·퇴원에 협조하며, 그것을 위반해 타인의 권익을 침해할 때에는 환자와 연대하여 손해배상책임을 부담하도록 하였다(제18조 및 제19조). 그러나 대만도 보호인의 의무와 책임이 과도하다는 점을 고려해 2007년 정신위생법 개정을 통해 후견인, 법정대리인, 배우자, 부모, 친족 중 1인을 추천하여 보호인을 두도록 하고(없을 경우에는 행정기관이 지정), 환자에 대한 응급상황에서의 이송 등의 긴급조치를 할 수 있도록 하였지만, 기존의 보호인의 의무와 손해배상책임 규정은 삭제하였다.

3) 중국

중국은 2012년 정신위생법을 제정하면서 감호인(監護人, 정신질환자의 보호자 역할을 하는 감호인은 배우자, 부모, 성년자녀, 그 밖의 일정한 승인을 받은 친족이나 친구를

말함. 민법통칙 제17조)이 정신질환자의 감호책임과 권익옹호의 역할을 하고(제9조), 구체적으로는 자해행위나 자해위험이 있는 때에는 감호인의 동의로 강제입원이 이루어지고(제31조 전문), 만약 감호인이 부동의할 경우에는 환자를 주거지에서 돌보아야 할 의무를 부과하고 있다(제31조 후문).

그 외에 감호인은 입원수속을 할 수 없는 환자의 입원수속을 대신하고(제36조), 외출을 요구할 수 있으며(제44조), 환자의 권리와 진단, 격리·강박 등에 대해 통보받을 권리를 가지도록 하였다(제37조), 아울러 감호인이 입원치료가 필요한 환자의 입원을 거절해 그 환자가 타인에게 신체적·재산적 피해를 입힌 경우 또는 환자를 유기하거나 감호의무를 불이행한 경우 민사 손해배상책임을 부담하도록 하였다(제78조 및 제79조).

감호인의 임무는 피감호인의 인신과 재산 및 권익을 보호하고, 피감호인의 이익을 위해서만 처분가능하도록 규정하였다(제18조). 정신질환자(精神病人)가 아직 민사행위무능력(제한능력)을 선고받지 않았을 경우 그 이해관계인이 법원에 무능력(제한능력)의 선고를 신청할 수 있다(민법통칙 제19조).

한편, 가족이나 행정기관이 정신질환자의 감호인이 될 경우 그가 법정대리인으로서 입원 시킬 권한이 생기게 하였고, 이로 인하여 재산분쟁, 이혼분쟁, 행정기관에 대한 민원제기 등을 해결할 목적으로 정신병으로 몰아 강제입원을 시키는 강제정신병(被精神病)이라는 사회적 문제도 발생하고 있다.

4) 주요 동북아국가 보호자제도의 시사점

유교적 가족주의 전통이 지속되어 온 동북아국가들(한·중·일·대만)은 서구와 다르게 20세기 중반까지도 가족이 정신질환자를 돌보아 온 오랜 전통이 있어 왔고, 근대적 강제입원제도를 마련한 정신보건법(정신위생법)을 둔 21세기 전후까지도 가족이 정신질환자의 입·퇴원에 결정적 역할을 해 왔다. 그러나 21세기 이후 한·일·대만 각국의 법제는 정신질환자의 보호자 역할을 하는 가족의 권한과 의무를 점차 축소시키고, 가족이 강제입원에 있어 환자와 대립하는 관계에 놓이지 않도록 노력해 왔다.

다. 보호의무자제도의 문제점과 개선방안

한국의 강제입원시스템은 보호의무자인 가족이 입·퇴원에 대한 결단을 하는 것을 계기로 이루어지는 경우가 대부분이다. 이러한 강제입원시스템은 강제입원을 공적인 것이 아니라 사적인 것으로 전환시킨다. 이것이 공적 시스템으로 작용하는 서구의 강제입원제도와 가장 큰 차이점이라 할 수 있다.

보호의무자제도는 가족 부양의무의 연장선상에 있다. 보호의무자에게는 부양의무보다 좀 더 많은 것을 요구하고, 그래서 좀 더 많은 권한이 부여된다. 그러나 그것은 가족에게 좀 더 많은 부담만을 안기는 것이 되었다. 가족이 다른 가족을 강제로 입원시킨다는 것은 그 관계를 회복할 수 없게 만든다. 게다가 국가의 도움도 없이 불법이송업체를 불러야 되고, 퇴원을 바라지 않게 되는 이 과정들은 적어도 가족 서로에게 치유하기 어려운 상처로 남고, 결국 제도적 폭력 대 개인적 폭력의 싸움을 만든다.

보호의무자제도의 현실적 문제점들을 보면 먼저, 과거 일본 정신보건법을 참조하여 보호의무자 사이에 순위제도를 둔 것은 현행 정신건강복지법이 보호의무자의 동등함을 전제로 부여하는 권한들과 충돌한다.

다음으로, 생계를 같이 하는 친족을 보호의무자로 두어 그 동거여부나 지원여부를 별도로 입증하도록 하거나 1인 보호의무자가 인정되기 위해서 다른 가족(조부모나 손자녀 등)이 모두 없음을 입증하도록 하는 것은 보호입원의 순간에 가족과 입원기관, 그리고 심사기관에 과도한 부담을 주고 있다.

끝으로 보호의무자가 되면 환자의 불법행위에 대해 대신 또는 연대하여 법정 감독 의무자로서 손해배상책임을 지는 상황이 발생하는데, 가족에게 사실상 가능하지 않은 무제한의 보호의무와 책임을 요구하는 것이어서 자기책임의 원칙에도 반한다.

역사적으로 보아도 보호의무자제도는 전근대적 일본의 감호의무자제도에서부터 유래한 것이고, 가족이 환자에 대한 보호와 책임을 강제하도록 한 측면이 있다. 이제 보호의무자 제도는 모두를 위해서 바뀌어야 한다. 순수하게 민법상 부양의무만 인정하면 족하다. 추가적인 보호감독의무를 부과하고, 사고가 발생하면 그 보호의무자에게 책임을 지우는 제도는 바뀌어야 한다.

마지막으로 보호의무자제도는 UN 장애인권리협약의 일반논평에서 말하는 전형적인 대체의사결정제도로서 환자의 입원과 치료에서 자기결정권과 자율성을 박탈한다. 그것도 국가에 의한 침해가 아닌 가족에 의한 침해로 구성되어 있다는 점에서 더 큰 문제가 있다.

보호의무자제도가 폐지된다고 하더라도 일본 정신보건복지법처럼 가족은 여전히 입원을 신청할 권한은 있도록 만들어야 할 것이다. 다만, 그 신청과 정신의료기관의 결정으로 강제입원이 완결되는 것이 아니라 국가에 의한 진단과 조사, 심사절차에 따라 입원여부가 결정되는 것이어서 신청권이 인정된다고 하더라도 가족에 의한 입원결정시스템은 아니라 할 것이다.

3 중증정신질환 국가 책임제

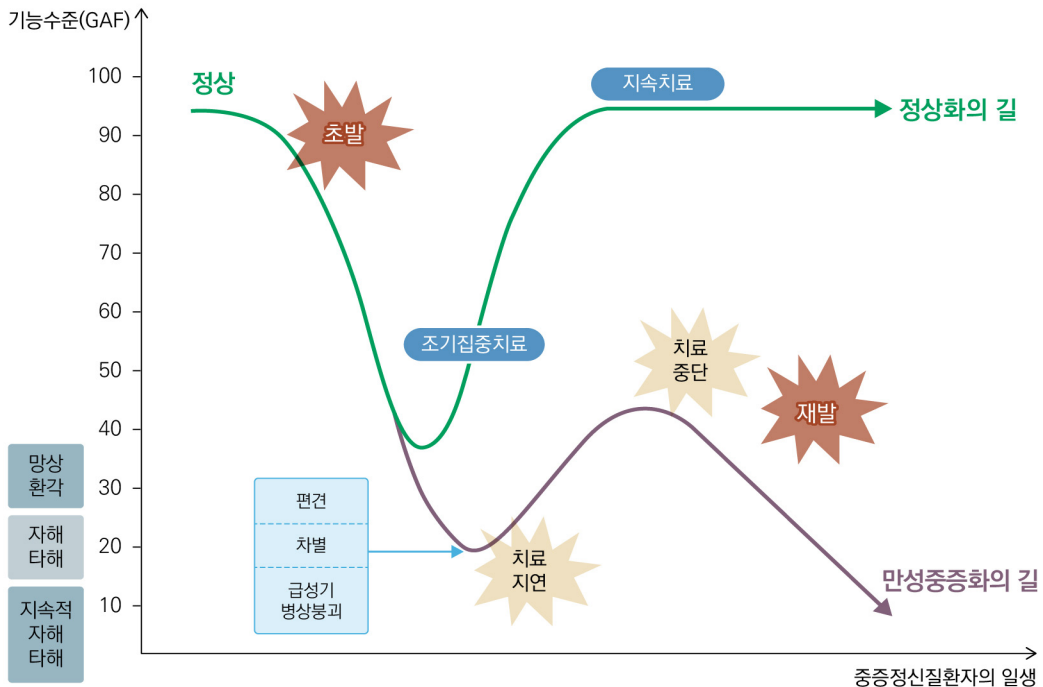
가. 중증정신질환자 앞에 놓인 두 갈래 길

한국 사회에 만연한 편견과 달리, 중증정신질환자가 조기 집중 치료를 받고, 중단 없이 지속 치료를 받을 경우 증상과 기능의 회복으로 정상적인 생활이 가능하다(정상화의 길). 여러 요인으로 인하여 치료 지연과 치료 중단이 이어질 경우 증상의 만성화와 더불어 기능의 퇴행을 초래하게 되는 것이다(만성중증화의 길)

불행하게도 우리 사회에 만연한 정신질환에 대한 편견과 차별, 그리고 최근 수년 간의 급성기 병상의 붕괴로 인하여 다수의 환자가 회복의 길로 가지 못하고 만성화와 퇴행의 길(만성중증화의 길)을 가고 있다.

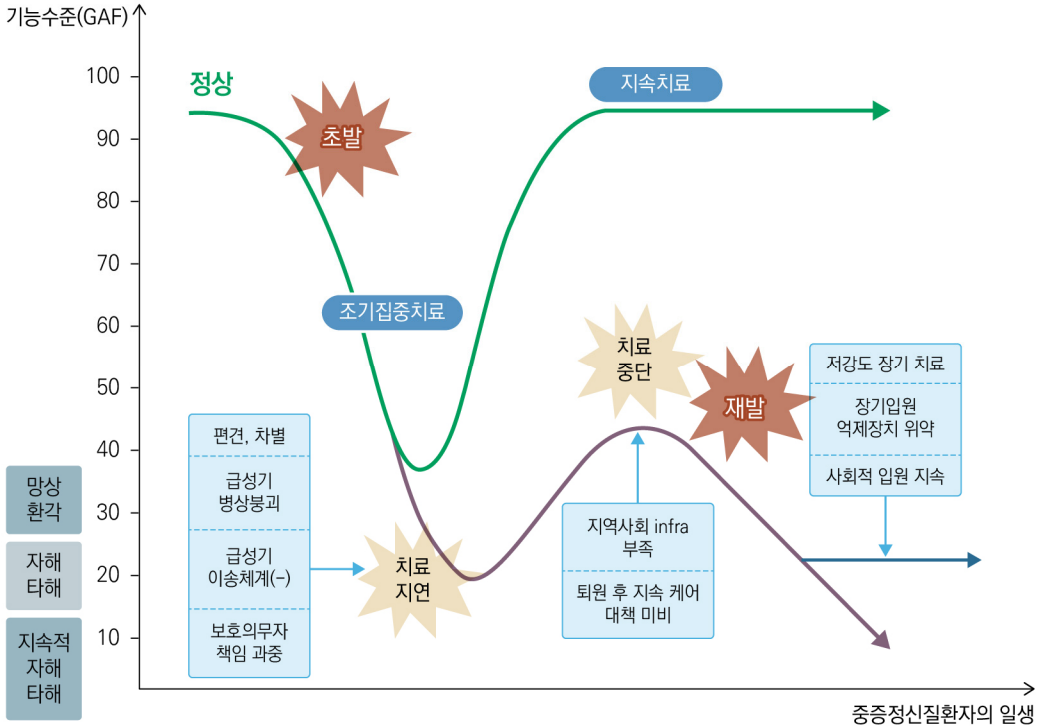
그 결과 정신질환에 대한 부정적 인식이 치료의 지연을 초래하고 증상 악화와 사고 발생으로 이어져 부정적 인식과 편견의 확대라는 악순환이 이어지고 있는 것이 현실이다.

그림 4.6 중증정신질환자 앞의 두 갈래 길



나. 중증정신질환자 관리체계의 문제점

그림 4.7 중증정신질환 관리체계의 문제점



1) 급성기 : 치료 지연요인으로 인해 급성기 집중 치료가 적기에 이루어지지 못함

우리 사회에 만연한 정신질환에 대한 부정적 인식, 차별은 치료가 지연되는 일차적 요인이며, 치료를 완강히 거부하는 환자를 병원으로 호송할 공적 이송체계가 부재하여 병식 없는 환자의 치료가 지연되고 있음이 현실이다.

아울러, 전반적으로 보호의무자의 책임이 과중하며, 핵가족화 추세에도 불구하고 보호의무자 2인의 동의를 필요로 하는 보호입원규정의 비현실성으로 치료가 지연되고 있다.

게다가 급성기 치료 기반마저 붕괴 일로에 있는 바, 지난 10년 간 상급종합병원 및 종합병원의 보호 병상이 400병상 이상 감소하였다. 이는 3~4주간의 연인원 약 5,000명의 환자가 집중 치료 후 빠른 회복의 기회를 박탈당한다는 의미이다.

2) 유지기 : 불안정한 병식으로 인한 치료 중단 위험성을 관리할 체계가 부재

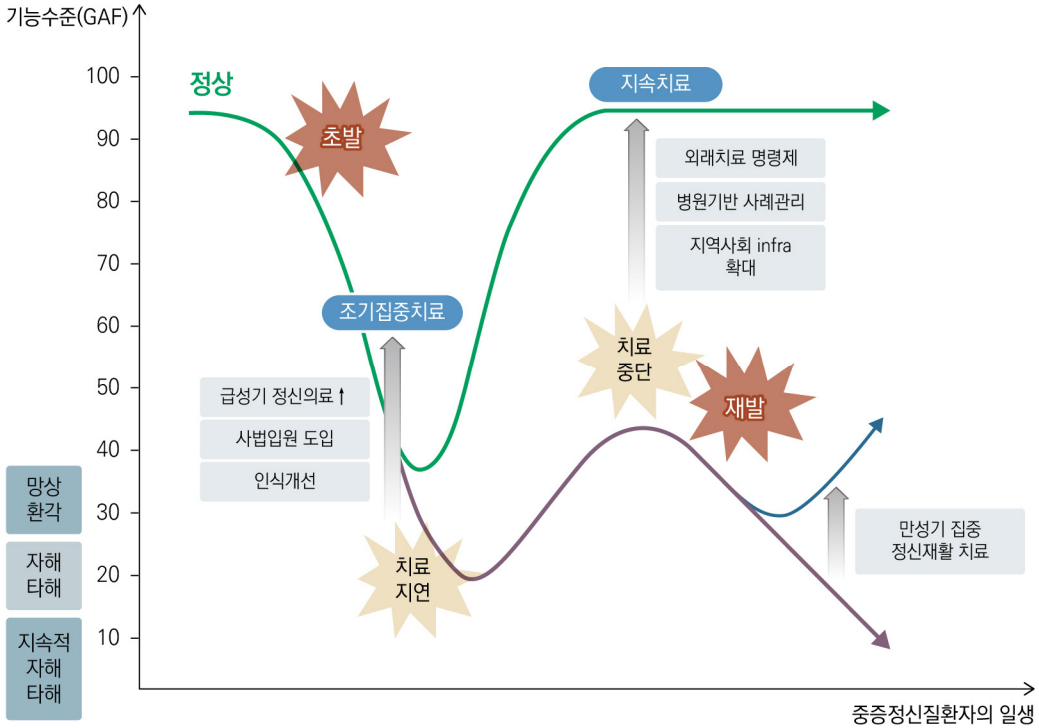
급성기 치료에의 장애 요인을 극복하고 치료가 이루어진 환자들이라 하더라도 지속적인 치료가 담보되기 어려운 상황에 처해 있다. 퇴원 후 치료 지속의 일차적 지원 인력이라 할 수 있는 지역사회 정신보건센터 인력이 절대적으로 부족하며, 퇴원 후 환자의 정신보건센터 및 사회 복귀 시설로의 정보전달 및 연계가 미흡하다.

3) 회복기 : 충분한 회복을 이룰 수 있는 고강도 치료가 제공되지 못함

치료 지연과 치료 중단이 반복되어 만성화된 환자의 경우 회복을 위한 고강도 치료가 필요하나 만성적인 저수가로 인하여 회복에 어려움이 많은 만성 중증정신질환자에게도 저강도 장기 치료만이 제공되고 있다. 게다가 장기입원 억제장치의 취약성으로 장기입원 방지 대책의 대표 격인 차등수가제의 경우 천정 효과로 인하여 입원 기간을 단축할 유인이 되지 못하며, 핵가족화의 심화 및 생활복지, 주거복지체계의 부족으로 사회적 입원의 지속되고 있다.

다. 중증정신질환자 관리체계 문제의 해결 전략

그림 4.8 중증정신질환 치료관리 시스템 업그레이드 전략



1) 급성기 : “치료 지연”에서 “조기 집중 치료”로 전환

급성기의 치료지연을 극복하고 조기 집중 치료가 가능하기 위해서는 무엇보다도 우리 사회의 중증정신질환에 대한 인식을 개선하고 차별을 철폐하는 노력이 선행되어야 한다.

다음으로 급성기 병상 확보 등 정신 의료의 주류화(신체 질환과의 차별 철폐)를 통한 급성기 정신 의료체계가 강화되어야 하며, 응급 후송 등 응급정신 의료체계가 마련되어야 한다.

또한 보호의무자에 대한 과중한 부담을 덜어줄 수 있도록 보호의무자 대신 국가가 중증 정신질환자를 책임지는 사법 입원제도가 전면 도입되어야 한다.

2) 유지기 : “치료 중단”에서 “지속 치료”로 전환

유지기의 지속 치료를 위해서는 무엇보다도 정신보건센터 사례관리 인력 증원 등 지역사회 인프라의 신속한 확충이 되어야 하며, 퇴원 후 일정 기간 병원 기반의 다학제 팀에 의한 가교적(bridge) 사례관리를 도입하여 입원 치료 → 병원 기반 사례관리 → 정신보건센터의 사례관리로 이어지는 3단계 지역사회 안착 과정이 확립되어야 한다.

3) 회복기 : “만성증증화”에서 “회복”으로 전환

만성증증화의 흐름을 회복의 흐름으로 반전시키기 위해서는 만성화되고 퇴행한 환자들에 대한 포괄적 정신 재활 치료의 도입이 선행되어야 하며, 차등 수가제의 천정 효과를 개선한 장기입원 제어 기준이 마련되어야 한다. 아울러 지역사회로 복귀한 정신장애인들을 위한 지역사회 생활 복지, 주거 복지, 고용 복지체계가 구축되어야 한다.

라. 만성 중증 질환 관리 정책 사례: 치매국가책임제의 경우

중증정신질환과 같이 만성화, 중증화의 경과를 보이는 경우에는 의학적 치료만으로는 효과적인 관리가 어려우며, 질병의 전체 경과에 따른 보건의료 및 복지의 복합적 욕구에 대한 관리가 필요하며, 정책에도 이러한 특징이 반영되어야 한다. 먼저 치매국가책임제 이전의 치매관리정책과 그 한계점, 이를 극복하기 위한 치매국가책임제의 설계 과정을 살펴보고, 이러한 노력들이 중증정신질환 관리에 주는 시사점을 살펴보자.

1) 치매국가책임제 이전의 치매관리 정책

치매국가책임제 이전에도 역대 정부들은 치매관리를 위한 많은 정책적 노력을 기울인 바 있다. 2008년에는 ‘이제 치매와 중풍은 국가가 책임져 드립니다’란 슬로건하에 장기요양보험이 출범하였고, 2008년 9월 21일에는 치매극복의 날이 제정되었고 “국가치매관리 종합계획”이 수립, 집행되었으며, 이후 2차, 3차 계획까지 수립, 집행되어 왔다.

1~3차에 걸쳐 수립, 집행되어 온 “국가치매관리 종합계획”의 흐름을 개괄해 보자면

다음과 같다. 장기요양보험이 출범한 2008년에 수립, 시행된 1차 국가치매관리 종합계획에서는 치매의 조기치료를 촉진하기 위해 치매 조기 검진 사업을 전국적으로 확산하고 치매 진단검사비용의 일부와 치매 치료비 본인 부담금을 지원하였다. 2012년 국가치매관리법의 시행과 더불어 수립되고 이듬해에 시행된 2차 국가치매관리 종합계획에서는 기존의 치매 조기검진사업의 강화와 함께 중앙치매센터 - 광역치매센터 - 지역치매센터로 이어지는 치매 관리를 위한 인프라 구축을 우선적인 정책 목표로 하였다. 2016년에 수립되어 현재 시행 중인 3차 국가치매관리 종합계획은 기존의 공급자 중심의 관점에서 전환하여 수요자인 환자와 가족 중심의 지역사회 기반의 연속적인 서비스 체계 구축을 정책 목표로 하였다.

2) 기존 치매관리 정책의 한계와 “치매국가책임제” 공약의 설계

이처럼 다년 간에 걸쳐 다양한 정책적 노력이 제공되고 있었음에도 불구하고 “치매국가책임제”가 제19대 대통령 선거 과정에서 공약으로 제시된 이유는 무엇인가? 그것은 바로 치매 진행 경과별 미충족 욕구 때문이다.

첫째, 치매관리 사업의 중추적 역할을 담당할 지역치매센터가 수도권을 비롯한 일부 지역에만 설치되어 있는 한계로 인해, 초기 치매 단계에서 치매조기검진사업을 통해 치료를 시작한 환자들이 지속적인 치료로 이어지지 못하고 치료가 중단되는 사례가 빈번하고 둘째 중기 치매 단계에서 치매의 정신행동증상(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)이 발생할 경우, 치매요양병원과 시설들의 BPSD에 대한 대처 능력 부족으로 인하여 다수의 환자들이 적절한 치료·요양 서비스를 제공받지 못하고 있으며, 셋째, 후기 치매 단계에 이르러서는 치매의 인지증상, 정신행동증상과 더불어 일상생활기능 장애까지 심화되어 치매환자와 가족들의 의료비 및 요양비 부담이 급증하게 되는데, 이와 같이 치매의 진행단계별로 봉착하게 되는 문제점들을 기존의 치매관리 정책이 해결해 주지 못해온 것이다.

치매국가책임제 공약은 이러한 미충족 욕구들을 해결할 수 있도록 설계되었다, 즉, 첫째, 치매안심센터를 전국적으로 확산하여 치매조기검진에 이은 연속적인 치료관리를 가능케 하고, 둘째, 치매안심병원과 치매안심요양시설의 전국 확산을 통하여 치매 중기에 BPSD가 발생한 환자들을 위한 적절한 치료 및 요양 서비스를 제공하며, 셋째 치매 환자에게 대한 의료비 및 장기요양 비용의 본인부담금 경감을 통해 환자와 가족들의 치료 요양비 부담을 완화하도록 설계된 것이다.

3) 치매국가책임제가 중증정신질환 관리에 주는 시사점

치매국가책임제의 치매 진행 단계별 핵심적 서비스는 첫째, 치매 초기 단계에서의 조기 진단과 연속적 치료, 치매 중기 단계에서의 증상 악화 시에 적절한 치료관리가가능한 입원 병상의 확보, 치매 후기 단계에서의 치료요양비 급증에 대한 가족의 부담 완화로 요약할 수 있다.

이러한 주요 해법은 앞서 제시한 중증정신질환자 관리체계의 개선 방안과 많은 유사성이 있음을 알 수 있다. 문제는 정부로부터 얼마나 강한 정책 실행의지를 유도해 내느냐에 있다 하겠다.

그림 4.9 치매국가책임제



마. 중증정신질환 국가책임제

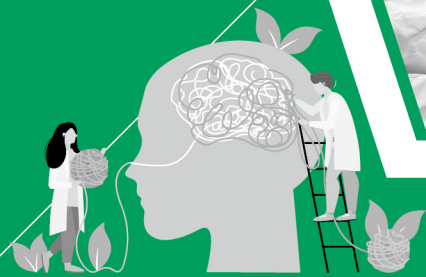
1) 중증정신질환 국가책임제 구축의 원칙

- 가) 급성기(조기) 집중 치료의 원칙 : 급성 초 재발기에 충분한 평가, 안전한 치료환경, 충분한 치료인력에 의한 집중적 치료가 이루어져야 함.
- 나) 포괄적 치료(vs 통합적 치료)를 통한 취약성 해소, 재발 방지의 원칙 : 급성기 증상 해소 이후 스트레스 대처, 사회기술, 사회인지 기능 등의 취약성이 나타나는 바 약물치료와 함께 정신치료, 정신사회 재활프로그램이 촘촘하게 제공되어야 하고, 이에 대한 적절한 건강보험지원이 필요함.
- 다) 유지기 지속 치료의 원칙 : 급성기 이후 유지치료는 가능한 지역사회 기반의 외래 치료 및 지역사회 관리가 기본적 원칙이 되어야 하며(입원 치료, 특히 강제입원 치료는 보호자의 책임이 아닌, 엄정한 기준에 의하여 공공성을 바탕으로 남용되지 않도록 해야 하고, 입원 치료프로그램은 질병 경과에 따라 차등수가제도 등을 통해 그 기능의 회복을 목표로 분화되어야 합니다), 질병 특성상 치료 중단, 스트레스 노출로 인한 재발이 흔한 바, 의료기관 및 지역센터 기반 사례관리서비스가 촘촘히 제공되어야 함.
- 라) 회복기 복합적 서비스 욕구 충족의 원칙 : 적지 않은 환자들에게 기능 감퇴, 사회경제적 위축이 흔히 발생하는 바 의학적 서비스는 물론 환자와 가족에 대한 사회 복지서비스의 제공이 따라야 함.
- 마) 인권 존중의 원칙 : 중증정신질환을 앓고 있는 당사자들의 인권보장, 자기결정권 보장 등을 위하여, 비자의 치료 결정 과정에서 당사자 의견이 보장되는 공공체계가 확보되어야 하며, 다양한 지역사회 재활 인프라가 갖춰져야 함.
- 바) 탈원화 및 지역사회 지향의 원칙 : 중증정신질환 관리의 목표는 탈원화이며, 이를 위한 장기 계속 입원 감시체계의 활성화와 지역사회 주거 복지 인프라 구축이 이루어져야 함.

표 4.5 중증정신질환 국가책임제 세부내용

문제점	해결 방향
■ 급성 초 재발기 치료 지연과 부족 편견, 인식 부족으로 치료 중단 정신질환 사보험 및 건강보험 차별 급성기 병상 붕괴(종합병원 20% 감소) (신체 질환 대비 30% 보험급여) 응급정신의료체계 부재	■ 급성기 및 응급위기 신속 대응 정신의료체계 구축 국가 정신건강 인식개선 콘텐츠 개발 보급 제도적 차별(보험 가입 제한, 건강보험 차별) 철폐 급성기 집중 치료 기반 확충(인력, 시설 기준 강화) 상급종합병원 등에 급성기 보호 병동 설치 의무화 조기정신증 개입을 위한 청년 정신건강 중재센터 설치 경찰, 지역 정신 보건기관 협력 응급위기개입체계 구축 정신 응급의료기관(권역/지역 응급의료센터 등) 지정 운영
보호의무자 책임 과중	보호자 등의 강제입원 폐지-국가 공공체계(법원 등 사법체계)에 의한 비자의입원 결정제도, 응급입원 치료비 지원
■ 치료 중단 및 재발 지속적 외래치료 지원대책 미비 퇴원 후 지속 케어 대책 미비 치료유지와 회복 지원을 위한 지원사회체계 취약	■ 치료 지속성, 통합성 강화 외래치료/지역사회 사례관리 지원제도(준사법적 권고) 의료기관기반 가교형 다학제 집중사례관리 (Bridge Case Management) 당사자 활동가/가족 활동 지원 강화 권역별 전환시설(half way house) 설치 지원
■ 저강도 치료 장기입원 존재 만성기 저강도 치료 탈원화의 제도적 기전 취약 주거 및 직업복지 서비스 취약	■ 실효성 있는 탈원화 정책 만성기 집중 정신 재활치료/기능별 수가 차등화 국가 공공체계에 의한 계속 입원 결정체계 운영 장기입원환자 총조사 신체장애인 수준의 지역사회 주거 복지/직업복지 인프라 확대 (커뮤니티 케어 중 일정 비율 확보)
■ 정신 건강서비스/정책 국가 거버넌스 부재 낮은 정책서비스 투자 우선순위 규모에 걸맞은 거버넌스 부재	■ 국가 정신건강 정책 실행체계 혁신 국가정신건강위원회, 정신건강국 설치 및 보건예산 중 5% 수준으로 정신 보건 예산확보(현재 1.5%)

V. 결론



HELP



표 5.1 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책

결론: 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책	
정책적 제언	
중증정신질환 국가책임제	
■ 정신응급시스템 1. 응급·행정입원 활성화를 위한 법제도 개정(보호의무자 폐지, 신청입원제도 신설) [국회] 2. 응급·행정입원, 외래치료명령 치료비 전액 지원 [국회, 보건복지부] 3. 응급호송 조항 신설, 관련기관 공조 [국회, 의료·경찰·소방기관] 4. 정신응급병상 확보(응급·집중치료 지원 수가, 급·만성기 병상 구분) [보건복지부] 5. 병원-경찰-소방기관 정신응급중앙협력체계 구축 운영 (예: 24시간 운영 콜센터 형식) [보건복지부]	
■ 초기정신질환 집중치료지원 1. 의료기관-정신건강복지센터 연계 프로그램 콘텐츠 다양화를 통한 사례관리 활성화 [보건복지부] 2. 포괄적 조기중재프로그램 표준화 및 수가 지원을 통한 병·의원급 보급 [관련학회, 보건복지부] 3. 급성기 정신병상 확충(초기집중입원치료 수가 지원, 급·만성 병상 구분) [보건복지부] 4. 중증정신질환으로 진행 가능한 초기정신질환 치료비용 지원(일부 진단코드에 한하여 산정특례 보장 확장) [보건복지부] 5. 한국적 치료 모델 개발을 위한 대규모 연구 투자 [과학기술정보통신부] 6. 중증정신질환 치료제 연구개발 투자 [보건복지부, 과학기술정보통신부, 식품의약품안전처]	
■ 정신건강서비스 인프라 확충 1. 정신보건예산 5배 이상 증액 및 국가주도 주거·생활서비스 제공 [보건복지부] 2. 중증정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도 도입 [국회, 보건복지부] 3. 고용지원(supported employment)제도 도입 및 중앙국가적 지원 [보건복지부, 고용지원센터, 한국장애인고용공단] 4. 개인별 기능수준에 적합한 단계별 재활서비스 개발을 위한 투자 [보건복지부] 5. 지속적 치료를 도모하는 의료기관-지역사회의 유기적 재발방지시스템 개발 [보건복지부, 정신건강증진센터] 6. 정신건강인력 양성 및 증원 [보건복지부]	
■ 정신질환 인식개선사업 1. 중증정신질환 관련 사건사고 언론보도지침 제작·준수 [관련학회, 보건복지부, 언론사] 2. 동료지원가 양성 및 환자-동료지원가 연결을 통한 낙인 극복 및 회복 증진프로그램 운영 [보건복지부, 정신건강증진센터] 3. 대중인식 개선을 위한 공익적 교육·광고 확대 [보건복지부, 네이버 등 포털사이트]	

결론: 조현병 및 중증정신질환의 효과적 치료·관리를 위한 대책

법제도적 제안

■ 정신질환 예방, 관리 및 치료를 위한 정신건강복지법 개선 제안

1. 보호의무자 제도·입원의 폐지 및 신청입원 제도 신설 [국회]
2. 비자의입원에 대해 독립적심사기구를 통해 심사(사법기관 혹은 정신건강심판원제도 활용) [국회]
3. 강제입원 유형의 통합 [국회]
4. 응급호송 조항 신설 [국회]
5. 비자의입원 심사 시점(28일) 단축에 대한 논의 [국회]

■ 기타 법적제도 제안

1. 정신장애인의 장애인복지법 차별조항 폐지 및 신체장애인과의 동일한 복지 혜택 제공 [국회]
2. 중증정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도 도입 [국회]

1 정책적 제안

가. 정책적 제안 요약

조현병은 특징적으로 청년기에 발생하여 재발을 거치며 만성화 경과를 거친다. 정신 분열병이라는 명칭에서 2011년 조현병 - 정신의 조울에 있어 어려움·병이 있다는 뜻 - 으로 공식 명칭 개정이 있었다.

질환명 개정으로 종전의 편견과 낙인 해소 효과가 클 것으로 보았으나, 실상 조현병에 대한 대중적 관심은 조현병 관련 범죄가 발생할 때 잠시 집중될 뿐으로 최근 여러 관련 범죄의 발생으로 조현병에 대한 대중적 인식은 더욱 악화되기에 이르렀다.

조현병 관련 국가정책은 크게 (1) 조기집중치료, (2) 정신응급개입, (3) 탈시설 및 지역사회복귀 등 세 가지 주축을 통해 수립되어야 한다. 현재 우리나라 조현병 급성기 치료의 대부분은 보호의무자(가족)의 입원 의뢰를 통해 민간의료기관에서 시작되고 있다. 퇴원 이후 환자 동의가 있을시 지역 정신건강복지센터에서 사례관리를 받기도 하지만, 그 비율이 낮으며 제공 서비스 역시 만성기 정신질환자에 초점이 맞추어져 있다. 즉, 유기적 민관 협력체계의 부재와 전반적 정신건강 인프라 부족으로 현재 조현병 치료체계는 환자와 가족 모두의 수요를 제대로 충족시키지 못하고 있다.

조현병 등 중증정신질환의 효과적 치료와 관리를 위해서는 현행의 민간중심체계보다 국가중심체계로의 패러다임 전환이 필요하다. 따라서 본 보고서에서는 (1) 정신응급시스템, (2) 초기정신질환 집중치료지원, (3) 정신건강서비스 인프라 확충을 통한 지역사회케어, (4) 정신질환 인식개선사업을 큰 축으로 삼는 중증정신질환 국가책임제를 제안한다.

각 영역의 정책적 제언의 구체적 내용은 아래와 같다.

1) 정신응급시스템

가) 필요성 및 기대효과

최근 발생한 일련의 조현병 관련 사건에서 정신응급체계의 미흡점이 다수 드러났다. 이들 사건 피의자의 공통점은 병식이 없고 치료를 받지 않고 있었다는 점이다. 치료 받고 있는 조현병 환자의 범죄율은 일반인에 비해 훨씬 낮으나, 치료가 중단되거나 재발한 상태에서는 환청, 망상 등 병증으로 인한 충동공격성으로 인해 사건사고에 취약한 상태에 놓이게 될 수 있다. 따라서 안전하고 빠른 치료를 도모할 수 있는 정신응급체계 확립은 국가정신보건 개선뿐 아니라 사건사고 감소, 정신질환 인식 개선 등의 포괄적 효과로 이어질 것이다.

나) 제언

효과적 정신응급시스템을 위해서는 첫째, 응급 및 행정입원 활성화가 필수적이다. 정신건강복지법 개정 이후에도 비자의입원의 85% 이상을 보호입원이 차지하고 있다. 병원은 내과적 질환에 비해 보상이 낮고(1/3 수준) 미수금이 발생할 수 있는 응급입원의 활용이 낮고, 지자체에서는 환자관리책임과 비용부담 등으로 행정입원을 소극적으로 운용하고 있는 실정이다. 또한, 본인 혹은 보호자가 입원을 거부하는 상황에서 민원 등의 부담으로 동행 경찰·소방관 역시 응급입원에 소극적인 분위기가 존재한다. 여러 복합적 문제점을 지닌 보호의무자 제도를 단계적으로 폐지하며 비자의입원을 (1) 일정 범위의 친족 또는 후견인을 통한 치료 필요성 목적의 신청입원과 (2) 현저하고 급박한 자·타해위험성을 요건으로 하는 응급·행정입원으로 적정비율로 이원화하여 운용할 수 있게끔 하는 법제도적 변화가 필요하다.

둘째, 응급·행정입원 및 외래치료지원과 관련된 치료비용을 국가·지자체에서 전액지원토록 하는 것이 마땅하다. 정신응급상황은 국가정신보건뿐 아니라 치안과도 직결되는 사안이므로 정신건강복지법 제80조에 따르면 행정입원의 경우 국가 또는 지방자치단체가 진단과 치료에 드는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있도록 규정되어 있으나 현재 실질적 국비 지원체계가 마련되어 있지 못한 상황이다. 치료비 부담주체의 모호성은 비자의적으로 치료를 받아야 하는 정신질환자와 치료를 제공하는 의료기관 모두에게 치료에 대해 소극적으로 임하게 할 수 있다는 점에서 그 폐해가 크다.

셋째, 응급호송에 대한 법조항 신설이 필요하다. 현행법은 정신응급상황에서의 응급호송 과정에 대해 다루고 있지 않아 호송과 관련된 절차적 행정적 문제들이 빈번하게 발생하며 치료에 걸림돌이 되고 있다. 실제로, 2019년 입원적합성심사 부적합 사유 268건 중 ‘환자 이송 중 강압적인 행위로 인해 이송과정의 적합성이 인정되지 않음’이 96건으로 부적합 사유의 1위이자 36%를 차지하고 있어 이송과 관련된 실선에서의 문제가 매우 크다. 외국법 사례에서도 강제입원과 비슷한 맥락에서 응급호송에 대해 규정하는 예가 있으므로 이를 참고하여 우리나라 실정에 맞는 응급호송 법조항 신설이 시급하다.

넷째, 정신응급병상의 확보가 필요하다. 자·타해위험이 동반된 정신응급상황의 정신질환자의 경우 안전한 치료환경뿐 아니라 동반된 신체적 외상이나 기타 내외과적 질환에 대한 통합적 케어가 필요하나, 실제적으로 이를 모두 담당할 수 있는 것은 3차의료기관 정도이다. 그러나 3차의료기관 이상의 정신과 보호병동은 (적자 등의 이유로) 꾸준한 감소 추세에 있다. 정신응급 혹은 급성기 정신질환 집중치료 수가를 지원하고, 급성기 및 만성기 입원을 구분하는 등의 보험제도적 변화로 정신응급병상이 확충·유지될 수 있도록 적절한 유인을 생성하는 것이 필요하다.

다섯째, 의료-경찰-소방청간 신속협력을 위한 중앙협력시스템의 구축이 필수적이다. 현재는 개별 의료기관에 일일이 문의하는 방식으로만 병상존재여부를 확인할 수 있는 문제로 신속한 응급치료가 어려워 치료의 골든타임을 놓치는 경우가 많다. 24시간 운영 콜센터 형식의 중앙정신응급대응처를 신설하고, 내과적 문제가 동반된 급성기 정신질환자 / 내과적 문제가 동반되지 않은 급성기 정신질환자 / 내과적 문제가 동반된 만성 정신질환자 / 내과적 문제가 동반되지 않은 만성 정신질환자를 구분하여 적합한 정신응급의료기관 혹은 정신의료기관으로 연계할 수 있도록 하는 것이 절실하다. 해당 시스템은 중앙적으로

관리하되, 의료·경찰·소방기관에서 열람할 수 있도록 하고 기관별 유기적 공조가 가능할 수 있도록 할 때 가장 그 효과가 클 것으로 기대한다.

2) 초기정신질환 집중치료지원

가) 필요성 및 기대효과

조현병 등 중증정신질환은 초기관리가 잘 안되면 재발을 거쳐 점차 증증도로 진행하여 외래진료, 입원횟수 및 의료비용의 증가, 더 나아가 기능저하로 인한 사회적 간접비용의 증가로 이어지게 된다. 한편 조현병으로 발전할 수 있는 우리나라 초발정신증의 경우 80% 이상의 약물 순응도를 보이는 환자는 1.3%, 20~80%의 순응도를 보이는 환자는 1.7% 가량으로 전체적 치료 순응도가 매우 낮아 적절한 초기관리를 받지 못하는 비율이 매우 높은 실정이다.

호주 및 영국은 초발정신증에 대해 2~3년 이상의 집중 사례관리 및 포괄적 조기중재서비스를 지역사회기관 및 의료기관 합동으로 제공하고 있다. 우리나라에서는 병원과 정신건강증진센터에서 제공하는 초기집중개입 프로그램이 분리되어 있는 실정이다. 외국 선행연구결과를 확인하였을 때 조기발견, 조기치료와 같은 집중적 개입 프로그램을 운영하는 데에 있어 종합적이고 포괄적인 체계가 더 좋은 효과를 보이며, 일시적으로는 직접 치료비용이 증가되나 장기적으로는 사회적 비용 감소에 효과가 큰 것으로 나타났다.

나) 제언

효과적 초기집중개입을 위해서는 현재 상급종합병원 중심으로 제공되는 초발정신증에 대한 관리프로그램을 지역사회 사례관리와 통합하여 치료-지역사회케어를 포괄적으로 제공해야 한다. 현재는 지역사회 프로그램이 주로 만성정신질환자를 타깃으로 하고 있어 보다 기능이 높은 초기정신질환 환자의 수요를 만족시키지 못하여 지역사회케어 활성화의 걸림돌로 작용하고 있다. 콘텐츠 다양화와 함께 학회 중심으로 초기정신질환 관리 프로그램을 표준화시키고, 이를 병·의원급에 교육, 보급하는 체계가 필요하다. 또, 초기관리 프로그램의 효과 검증을 위한 대규모 연구 및 중증정신질환 치료제에 대한 적극적 연구개발 투자는 중장기적 국가 의료·과학기술 발전에도 기여하는 바가 클 것으로 기대된다.

- (1) 의료기관-정신건강복지센터 연계 프로그램 콘텐츠 다양화를 통한 사례관리 활성화 전략
- (2) 포괄적 조기중재프로그램 표준화 및 수가 지원을 통한 병·의원급 보급
- (3) 급성기 정신병상 확충(초기집중입원치료 수가 지원, 급·만성 병상 구분)
- (4) 중증정신질환으로 진행 가능한 초기정신질환 치료비용 지원(일부 진단코드에 한하여 산정특례 보장 확장)
- (5) 한국적 치료 모델 개발 위한 대규모 연구 투자
- (6) 중증정신질환 치료제 연구개발 투자

3) 정신건강서비스 인프라 확충

가) 필요성 및 기대효과

정신질환의 탈시설화, 지역사회케어를 위해서는 사례관리, 사회·직업재활, 주거복지 등의 통합적 관점이 필요하나, 현재 정신건강복지센터는 사례관리를 담당하는 수준에 그치고 있다. 그마저도 사례관리자 1인당 약 60여 명까지의 사례를 담당하는 등 인력부족이 심각한 상황이다. 그 외 정신재활, 주거복지는 수요에 한참 미치지 못하는 공급과 질 부족으로 중증정신질환자 당사자와 보호자 모두 적합한 서비스를 제공받고 있지 못하며 수요와 공급의 불균형이 심각한 실정이다.

미국의 적극적 지역사회 관리(Assertive Community Treatment, ACT)에서는 지역 정신건강센터·병원기반으로 100명 중증정신질환자당 전문의 1명, 사회복지사 10~15명, 직업재활서비스 전문가 1명이 한 팀으로 서비스를 제공한다. 이러한 다학제팀을 통한 접근은 순응도가 좋지 않은 정신질환자의 재발 및 입원기간 감소와 지역사회 적응도모에 효과적인 것이 확인된 바 있다.

한편, 중증정신장애인의 보호자 사망 이후 치료, 생활 문제가 의료실선에서 보호자들의 가장 큰 우려이나, 이에 대한 해결책은 전무한 실정이다.

나) 제언

질병 만성화에 따른 치료요양비용부담의 증가, 적절한 요양서비스에 대한 불만족 등에 착안하여 단계별 요양서비스를 급여화했던 치매국가책임제의 사례처럼 조현병 및 중증 정신질환의 지역사회케어는 적극적 지원과 요양급여수가화를 통해 유인을 발생시키고 공적 관리체계 아래에서 운영될 때 작동할 수 있을 것으로 예상된다.

가장 중요한 것은 **개인별 기능수준에 적합한 단계별 재활서비스의 개발 및 이를 위한 적극적 투자**이다. 치매국가책임제의 경우 치매환자의 기능수준에 따라 재가요양, 데이케어, 야간보호, 요양시설입소 등의 층화된 서비스를 제공한다. 현재 정신건강서비스는 주로 고령의 만성 정신질환자에게 초점이 맞추어져 있어 젊은 연령, 혹은 보다 기능수준이 높은 대상자에게 적합한 서비스가 제공되고 있지는 못하다. 최소 3~4단계 이상으로 층화된 서비스를 제공할 수 있을 때에 질병과 기능단계에 적합한 개입을 통해 적절한 효과를 볼 수 있을 것이다. 구체적으로는 직업, 생활, 주거지원의 세 가지 큰 틀의 서비스 제공이 필요하다.

첫째, 직업생활이 가능한 대상자에게 개별 기능수준에 적합한 고용지원(supported employment) 제도를 도입하고 이에 대해 중앙국가적 지원을 하도록 해야 한다. 정신 질환에 대한 사회적 낙인이 여전한 현실 속에서 정신질환자는 치료력을 숨긴 채 취업하거나, 아예 취업자체가 불가능한 경우가 많다. 따라서 정신질환자 고용을 늘릴 수 있도록 유인을 발생시키고, 이를 통해 다시 여러 기능수준의 일자리를 창출하는 과정이 필수적이다. 이를 위해 정신건강복지센터 혹은 지역사회 정신재활센터에서 대상자 개별 심층상담을 통한 일자리 연결을 담당토록 하는 것이 바람직할 것이다.

둘째, 주거·생활과 관련한 수가 신설 등의 전폭적 지원이 필요하다. 정신요양시설 장기 입소의 문제를 해결하고 진정한 탈시설화를 달성하기 위해서는 주거·생활문제의 해결이 선행되어야 하기 때문이다. 실제로 정신장애인에 대한 2018년 조사에서 자립을 위해 필요한 자원으로 58.8%에서 주택지원을 꼽았다. 그러나 주거서비스에 대한 수요와 공급 불균형이 심각하여 2016년 기준 정신장애인 거주서비스는 총 174개소(정원 2,466명)에서 제공하였으나 주거서비스를 필요로 하는 인구는 16,592명으로 추산되었다. 이렇듯 주거 지원 및 시설은 수요에 비해 공급이 절대적으로 부족하며 민간기관에 의한 시범사업 운영 단계에 있어 중증정신질환자의 지역사회 거주 선택의 폭이 매우 좁은 실정이다. 또, 정신

요양시설 거주인 중 약 60%가 퇴소 의사를 가지고 있었으나, 시설에서 나가기 위해 가장 필요한 것이 생계비 지원(66.2%)이고 시설에서 나갈 수 없는 가장 큰 이유가 경제적으로 자립할 자신이 없기 때문(34.0%)이라는 결과는 경제적 지원을 중심으로 한 탈시설·지역 사회복귀 지원정책 수립의 필요성을 시사한다. 실제로, 탈시설화를 전면에 내세운 정신건강복지법 개정 이후에도 퇴원환자가 크게 늘지 않은 이유로 정신질환자와 가족들은 ‘정신건강·복지서비스가 절대 부족해서’를 꼽았다. 정신요양시설 장기재원 정신질환자의 경우 거주지·생활비가 지역사회 복귀의 가장 첫 번째 걸림돌이 되는 만큼, 주거 및 생활서비스를 요양수가화 하는 등 현재 연간 1,890억 원에 그치고 있는 지역사회서비스 재정지출을 대폭 늘려 국가주도의 주거·생활서비스를 제공해야 한다.

셋째, **지속적 치료를 도모하는 의료기관-지역사회의 유기적 재발방지시스템의 개발과 적용이 필요하다.** 현행 치료체계 및 지역사회사례관리는 의료기관, 혹은 지역 정신보건센터에서 개별적으로 다루어져온 바가 크다. 현재의 독립된 체제에서 벗어나 보다 질 높은 지역사회케어를 의료기관에서의 치료와 연계 지을 수 있는 유기적 재발방지시스템이 필요하다.

넷째, **정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도의 도입이 절실하다.** 보호자 생전에는 정신질환자의 생활을 관리하고 치료를 도모해야한다는 보호의무자의 의무를 가깝스로라도 이행하나, 보호자 사망과 함께 정신질환자의 치료뿐 아니라 일상생활마저도 불확실한 상황에 놓이게 될 것에 대한 우려가 크다. 효과적인 경제설계를 할 수 없을 가능성이 큰 정신장애인에 대해 민간영역은 믿을 만한 신탁으로 작용하기가 어렵다. 따라서 질병이 고착되어 일상기능이 저하된 정신장애인의 기초적 생활보장(평생계획)은 보호자 혹은 민간영역에서의 해결이 어렵기에 국가가 직접 이 취약한 계층의 후견인으로서 나서는 것이 무엇보다 필요하다.

4) 정신질환 인식개선 사업

가) 필요성 및 기대효과

정신질환에 대한 구분짓기, 사회적 낙인과 오해·편견은 정신질환자의 치료 시작에 걸림돌이 될 뿐 아니라 사회통합과 정신질환 회복패러다임에 미치는 악영향 역시 크다. 조현병의 경우 병명의 개정이 있었음에도 여전히 사회네트워크망 등에서 부정적 의미와 연관되어

사용되는 경우가 많다. 특히 정신질환 연관 범죄가 발생한 직후 이런 경향은 더 노골적으로 나타나며, 사건사고와 관련된 제한적이고 자극적인 정보의 언론보도의 악영향은 이루어야 할 수 없다.

한편, 유명인의 자살에 연이은 베르테르효과 등을 확인한 후 우리나라에서는 자살 사건 사고와 관련한 철저한 언론보도지침이 준수되고 있다. 외국에서는 자살뿐 아니라 조현병 등 중증정신질환의 사건사고와 관련된 언론보도지침이 사용되는 예가 있으며, 이런 경우 사건사고 발생 직후에도 사회네트워크망의 정신질환관련 부정적 의견이 평상시와 비교하여 더 증가하지 않았다는 보고가 있다.

나) 제언

- (1) 중증정신질환 관련 사건사고에 대한 언론보도지침 제작·배포·준수
- (2) 동료지원가 양성 및 환자-동료지원가 연결을 통한 낙인 극복 및 회복 증진프로그램 운영
- (3) 대중인식 개선을 위한 공익적 교육·광고 확대

2 법적 제도 개선 제안

헌법재판소의 보호의무자에 의한 강제입원 헌법불합치 판결 이후 2017년부터 시행된 정신건강복지법은 정신질환자의 사회복귀 촉진을 주 구호로 삼았다. 개정법 시행 이후 전체 입원의 70% 이상을 차지하였던 보호의무자에 의한 입원(이하 보호입원) 절차가 대폭 강화됨에 따라 강제입원 비율은 30%대까지 감소하였으나, 대부분이 동의입원 형태로 전환되며 연간 입원한 정신질환자 수는 3.9% 감소에만 그쳐 실질적인 탈시설화, 사회복귀로 이어지는 못했다는 아쉬움을 남겼다. 또, 개정법에서는 정신질환자의 복지서비스(고용·교육·문화서비스·지역사회 통합 지원 등)에 관한 규정을 신설하여 정신질환자 지역사회 복귀 발판의 근거를 마련하는 변화를 이루어냈으나, 정신건강 인프라 및 사회적 인식의 부족으로 정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 지원체계에는 여전히 큰 한계가 있는 실정이다. 한편, 강제입원 절차가 지나치게 엄격해져 치료 사각지대에 놓이며 사건사고로까지 이어지는 사례가 발생하여 개정법의 문제점도 꾸준히 지적되고 있다.

가. 정신건강복지법 개정 전후의 변화 및 현황

개정 정신건강복지법은 동의입원규정 신설을 통해 강제입원 비율을 낮추고 정신질환자 복지서비스 규정의 신설로 지역사회 복귀의 발판을 마련하는 등 긍정적 변화를 이끌어낸 것으로 평가된다. 그러나 한편으로 2016년 헌재 위헌판결 이후 법개정에 들어가 2017년부터 급히 시행됨에 따라 문제점들이 지적되고 있다. 개정 전후 특히 (1) 보호입원 조건 엄격화, (2) 보호입원 절차 엄격화, (3) 입원적합성심사위원회를 통한 강제입원 심사 등 세 가지 변화는 정신질환자의 치료받을 권리와 인권 모두에 걸림돌이 되고 있다 (〈표 5.1〉 참조).

표 5.2 2017년 개정 정신건강복지법의 주요 변화

내용	개정 전	개정 후	문제점	개선방향
보호입원 조건 엄격화	치료 필요성 <u>혹은</u> 자·타해위험성	치료 필요성 <u>그리고</u> 자·타해위험성	치료를 거부하는 정신질환자는 자·타해위험성이 발생하기 전까지 치료 사각지대에 놓이게 됨. 정신질환자 관련 사건 사고의 증가	치료 필요성 혹은 자·타해위험성으로 요건을 일부 완화하여 보호자에 의한 입원신청권을 열어놓되, 독립적심사기구의 판단을 통해 비자의입원 필요성에 대해 판단
보호입원 절차 엄격화	정신과 전문의 1인 진단	서로 다른 정신의료기관 소속 전문의 2인의 진단이 있어야 2주 이상 입원 가능	비자의입원 필요성에 대한 독립적 판단을 담보하기 위함이나 이는 정신과 전문의 2인보다 독립적심사기구를 통해 판단하는 것이 더 적합함	독립적심사기구를 통해 비자의입원 필요성에 대해 판단
입원적합성심사위원회	-	1개월 이내 입원적합성심사위원회 심의	대부분 서류 업무에 그치며 UN MI principle에서 적법절차로서 권고하는 입원인의 직접대면, 변론절차 등을 제공하지 못함	독립적심사기구를 통해 직접 대면 및 변론절차를 제공하고 입원적합성심사위원회는 폐지

첫째로, 보호입원 조건이 종전의 ‘치료 필요성 혹은 자·타해위험성’에서 ‘치료 필요성 그리고 자·타해위험성’으로 대폭 엄격화되었다. 이는 UN장애인권리협약(CRPD)의 권고를 따른 것이나, 실제로 CRPD에 가입한 외국 국가들도 한국만큼 엄격한 기준을 적용하는 예가 없다 (<표 5.2> 참조). 응급입원이 절차적으로 어렵고 소극적으로 운용되며 보호자가 존재할 때 실제적으로 진행이 어려운 점을 고려할 때 강제입원의 거의 유일한 방법인 보호입원 기준이 지나치게 엄격해졌다는 문제점이 지속적으로 제기되고 있다. 실질적 예로 법 개정 이후 병식부족으로 치료를 거부하는 상황에서도 위험성이 아직까지 명확하지 않다는 점 때문에 병이 악화되는 과정을 손 놓고 지켜볼 수밖에 없는 가족들의 고충이 크다. 개정법의 취지는 보호입원의 악용을 방지하고 과도한 보호입원 발생을 줄이려는 것이겠으나, 병식부족으로 인한 자의치료중단과 재발을 막을 수 있는 차선택인 응급입원, 외래치료 명령제가 실질적으로 정착되기 전까지는 치료와 안전을 위해 정신질환, 위험성 혹은 치료 필요성으로 입원기준을 완화하되 독립적심사기구를 통해 빠른 시일 내 입원 적합성을 심사받도록 하는 것이 필요하다.

표 5.3 강제입원 최소요구 조건의 국가별 비교

강제입원 최소요구 조건	해당 국가
정신질환 + 위험성	오스트리아, 독일, 프랑스(응급입원), 네덜란드, 벨기에, 미국, 캐나다 일부 주, 일본, 중국 등
정신질환 + 치료 필요성	이탈리아, 스페인, 스웨덴 등
정신질환 + (위험성 OR 치료 필요성)	영국, 아일랜드 프랑스(정규입원), 덴마크, 노르웨이, 핀란드, 그리스, 포르투갈, 캐나다 일부 주, 호주, 홍콩 등
정신질환 + (위험성 AND 치료 필요성)	대한민국(2016년 개정 정신건강복지법)

둘째, 개정법에서는 보호입원의 절차적 요건을 정신과 전문의 1인 진단에서 2인 진단으로 강화하고, 입원적합성심사위원회를 신설하여 강제입원 1개월 이내 심의를 받도록 했다. 그러나 독립적 기관소속이라 하더라도 이미 입원이 이루어진 상태에서의 전문의 2차진단을 독립적이라 보기 어렵다는 시각이 있으며, 입원적합성심사위원회 역시 강제입원의 적법 절차를 위해 UN MI principle에서 권고하는 입원당사자 대면심리, 변론절차를 제공하지 않고 서류업무에만 그친다는 문제점이 제기되고 있다. 또, 정신질환자의 인권 보호와 온전한 적법절차를 담보하기에는 ‘1개월 이내’로 규정된 입원적합성심사위원회의 심사기일이 지나치게 길다는 의견도 있다.

나. 법적 제도 개선 제안

1) 정신건강복지법 개선 제안

정신보건법(Mental Health Law)의 목적은 치료 및 복지이며 동시에 그 과정에서 인권을 담보하기 위한 것이다. 보통 의료에 있어 환자 인권과 치료가 충돌할 시 자기결정권이 치료보다 존중된다. 이것은 치료만 받으면 살 수 있는 경우라 하더라도 환자의 동의 없는 치료가 허용되지 않는다는 법 해석에서 드러난다. 그러나 정신질환에서는 본인의 치료 거부와 병식부족, 동반된 자·타해위험성 등으로 치료가 환자의 동의보다 우선시되는 예외적인 경우가 발생하게 된다. 정신보건법은 이러한 예외의 상황들을 규정하는 법임에 대한 이해가 인권과 치료가 상충되지 않으며 병행될 수 있는 법적 현실을 위해 필수적이다.

조현병을 비롯한 중증정신질환자의 더 나은 인권과 치료권리를 위하여 아래와 같은 법적 제도의 개선을 제안하고자 한다 (〈표 5.3〉 참조).

표 5.4 중증정신질환자의 인권과 치료권리를 위한 정신건강복지법 개선 요약

법적 제언	상세 내용
신청입원 제도 신설	특정 범위의 친족 혹은 후견인이 정신질환자의 치료 필요성이 있다고 판단할 때 입원을 신청할 수 있으며 정신과 전문의 1인의 진단하 일정 기간(3~14일, 논의 필요) 입원 가능
보호의무자 제도, 보호의무자에 의한 입원 폐지	신청입원, 응급입원, 행정입원을 통해 비자의입원을 할 수 있으며 각 입원 모두 독립적심사기구를 통해 입원적합성에 대한 심사가 이루어짐. 즉, 가족, 경찰관, 정신건강의학과 전문의 모두 입원의 신청이 가능하나 입원 적합성 여부 및 입원유지의 결정은 독립적심사기구의 판단에 의하게 됨
비자의입원 독립적심사기구 마련 (입원적합성심사위원회 폐지)	사법심사 혹은 정신건강심판원을 통한 독립적 심사를 정해진 기간 이내(3~14일, 논의 필요) 이행하되, 당사자 직접 혹은 화상 대면을 의무화하는 방향으로 도입 사법심사형: 친족 혹은 후견인에 의한 입원 허가처럼 가사비송절차를 따르도록 함 정신건강심판원형: 의료인, 임상심리사, 사회복지사, 법조인 등이 공동으로 심리
강제입원 유형의 통합	보호의무자에 의한 입원 제도를 폐지하고 신청입원제도를 신설하되, 비자의입원 독립적심사기구에 의한 심사 이후에는 행정입원 형태로 모든 비자의입원을 통합함
응급호송제도 신설	일반인의 신청: 자·타해위험 및 위험의 현저한 급박성을 전제로 경찰관 또는 119 구급대원에게 호송 요청 자·타해위험에도 불구하고 급박성 요건이 갖추어지지 않았거나 치료 필요성의 목적: 독립심사기구의 비자의입원 절차에 따른 수검명령 및 그 집행으로 호송 가능 경찰관이 직접 발견한 경우 자·타해위험 현저할 때 급박성 요건없이 119 구급대원의 응원하 호송 허용
비자의입원 심사 시점 논의	외국 예에서는 3일 내로 심사하는 조기(early)형과 28일 이내로 심사하는 중기(middle)형이 있음. 우리나라 입원적합성심사위원회는 28일 내로 심사하도록 되어 있어 중기형에 해당하나, 인권적 측면에서 28일은 지나치게 길다는 비판이 존재함. 3일 이내로 심사하는 것이 가장 이상적이겠으나 현실적인 여건을 고려하여 5일, 7일, 10일, 14일 등의 기한을 고려해볼 수도 있겠음

첫째, 시대에 역행하는 보호의무자 제도와 보호입원의 폐지 및 신청입원 제도 신설을 제안한다. 보호의무자 제도는 강제입원을 시킬 수 있는 권리와 책임을 보호자에게 지도록 하였는데, 이것은 가족들에게 매우 큰 부담이기도 했고 한편으로는 사회적 입원이라는 명목의 악용과 꼭 필요한 치료의 결핍들로 작용하기도 했다(가족이 반대하면 응급입원이 실질적으로 불가). 신청입원은 외국의 입원신청제도와 유사한 것으로, 특정 범위의 친족 혹은 후견인이 정신질환자의 치료 필요성이 있을 때 입원을 신청하며, 전문의 1인 진단하 일정기간 내(3~14일 이내, 논의 필요) 입원이 가능하도록 하는 것이다. 신청입원제도의 신설은 치료 필요성과 자·타해위험성이 모두 있어야 가능하며 강제입원의 85% 이상을 차지하는 보호입원의 현행에서 벗어나 치료 필요성이 있을 때 선택할 수 있는 신청입원과,

자·타해위험성이 있을 때 진행 가능한 응급·행정입원으로 강제입원을 효과적으로 이원화할 수 있을 것으로 기대된다. 이는 강제입원을 하는 대다수의 환자가 가족에 의해 입원당하고 있는 기형적 강제입원체계의 정상화로 이어질 것이다.

둘째, 가장 중요한 것으로, 독립적심사기구를 통한 비자의입원에 대한 결정이 절실하다. 현행법에서 규정하고 있는 다른 의료기관의 전문의 2인 진단이나 입원적합성심사위원회의 경우 강제입원에서 가장 문제시되는 구금의 적법성에 대한 해결책이 될 수 없으며, 강제입원의 악용을 막고 정신질환자의 인권을 보호하기 위한 측면에서도 서류업무중심의 현행 입원적합성심사위원회를 폐지하고 입원당사자 직접심리와 변론절차 마련이 가능한 독립심사기구를 두는 것이 적합하다. 외국법에서는 크게 법원 혹은 정신건강심판원 구성을 통해 독립심사기구를 규정하고 있다. 법원에서 담당하는 사법심사의 경우 적법성에 대한 근거가 높으나 그 경험 자체가 스티그마로 작용할 수 있다는 단점이 있는 한편, 여러 직종의 요건으로 이루어진 정신건강심판원은 이런 스티그마에 대한 우려는 덜하지만 강제입원 적법성에 대한 근거는 떨어질 수 있다는 단점을 지닌다.

셋째, 강제입원 유형의 통합이 필요하다. 신청입원, 응급입원 모두 일정 기간 이상 입원의 유지가 필요하다고 판단되는 상황에서는 독립적심사기관의 적법한 심의에 의해 입원적합성과 입원연장의 여부를 결정하도록 하는 방향이 적절하다.

넷째, 응급호송 관련 조항의 신설이 필요하다. 실질적으로 정신질환자와 함께 생활하는 당사자는 가족이나, 급박하고 현저한 자·타해위험성이 동반되지 않는 상황에서 가족이 환자를 합법적으로 의료기관으로 호송할 수 있는 수단에 대해 현행법은 규정하고 있지 않아 지속적으로 문제시되고 있다(입원적합성심사 부적합 판정 1위가 호송과정에서의 문제로 인함). 외국법에서도 응급호송과 응급입원을 분리하여 규정하는 예가 존재하는 바, 응급호송의 요건과 호송을 담당하는 주체에 대해 명시하여 정신응급상황과 정신질환에 대한 적시개입이 호송이라는 절차적 문제로 인해 늦어지지 않도록 개선하는 것이 시급하다.

다섯째, 비자의입원 심사의 시점(현재 28일)에 대한 논의와 재고가 필요하다. 외국 예에서는 3일 내로 심사하는 조기(early)형과 28일 이내로 심사하는 중기(middle)형이 있다. 우리나라 입원적합성심사위원회는 28일 내로 심사하도록 되어 있어 중기형에 해당하나, 인권적 측면에서 28일은 지나치게 길다는 비판도 있다. 3일 이내로 심사하는 것이 가장 이상적이겠으나 현실적인 여건을 고려하여 5일, 7일, 10일, 14일 등의 기한을 고려해볼 수도 있겠다.

2) 기타 법적제도 개선 제언

가) 정신장애인과 장애인복지법

(1) 정신장애인의 정의 및 현황, 그리고 장애인복지법과의 관계

정신장애인이란 장애인복지법 시행규칙에 따라 ‘1년 이상 지속적으로 조현병, 분열형 정동장애, 양극성장애, 반복성 우울장애로 정신과 치료를 받았으며 이중 3개월 이상 약물 치료를 중단하지 않았으며, 전반적기능척도(Global assessment of functioning; GAF)가 60점 이하로 반복적인 증상 혹은 고착화된 질병으로 인한 인격변화 혹은 퇴행이 일상적·대인·사회적 기능상에 미치는 영향이 상당한 경우’로 규정되고 있다.

연도별 장애인 통계에 따르면 2009년부터 2019년까지 등록정신장애인 수는 큰 변동 없이 9~10만 명 선을 유지해왔다. 이는 우리나라 총 인구 대비 0.19%에 해당하는 수치이다. 정신장애인에 해당하는 진단 중 조현병 한 가지만을 고려하더라도 전체 인구 대비 0.5~1%에 해당함을 고려할 때 정신장애인에 합당한 중증정신질환자 대비 실질적 정신장애 등록인구의 비율이 1/5에도 미치지 못하는 수준임을 유추할 수 있다. 미국 사회보장국 발표에 따르면 미국 전체인구의 1.45%¹⁾²⁾가 노동능력을 상실한 등록 정신장애인이었으며, 같은 수치를 우리나라에 적용할 경우 2019년 우리나라 인구 기준 약 75만 명에 해당된다고 한다. 요컨대, 75만 명 중 등록 정신장애인 10만 명을 제외한 약 65만 명은 장애등급을 받지 못하고 각종 복지, 서비스 등에서 배제되고 있는 실정이라 할 수 있을 것이다.

한편, 장애인복지법 제15조에서는 ‘제2조에 따른 장애인 중 <정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률> ... 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다’고 규정하고 있다. 이에 따라 정신장애인은 정신건강복지법에 따른 복지서비스³⁾를 제공받도록 되어있으나 충분한 예산 배정이나 실질적 서비스 전달 체계 개선이 동반되지 못한 실정으로 장애인으로서의 복지혜택의 사각지대에 놓여있다는 우려가 큰 상태이다.

1) 권오용 외(2018), “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사”, 국가인권위원회.

2) 반복성 우울장애를 제외한 조현병(평생 유병률 1%), 제형 양극성장애(평생 유병률 1%) 만을 고려하더라도 전 인구의 2%에 해당하며, 일부 환자군의 경우 전반적기능척도상의 일상생활 기능 저하 기준을 만족시키지 않을 것이라 가정한다면 1.45% 수치는 타당성이 높은 수치로 판단됨.

3) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 복지서비스 개발(제33조), 고용 및 직업재활 지원(제34조), 평생교육 지원(제35조), 문화·예술·여가체육활동 등 지원(제36조), 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원(제37조), 가족에 대한 정보 제공과 교육(제38조)

(2) 제안

첫째, 장애인복지법 제15조는 복지혜택에 있어 다른 신체장애인과 정신장애인을 구분 짓는 차별조항으로 작용하고 있다. 현재의 정신장애 진단 기준을 고려하면 다른 신체 장애인에 비해 정신장애인의 장애정도가 결코 경미하다고 할 수 없다.⁴⁾ 개정 정신건강 복지법 제4장에서 정신질환자의 복지서비스에 대해 규정지은 것은 긍정적 변화임이 분명하나, 대부분 ‘~하여야 한다’선에서 그치고 있어 실질적 복지 서비스의 발판이나 제공주체가 정해지지 못한 채 권고 단계에 이르고 있는 실정이다. 정신건강복지법상의 복지서비스와 관련된 실질적 서비스 전달 체계가 마련된다고 하더라도, 여러 의미에서 ‘질환’과 ‘장애’는 구분되는 것이 합당하며, 신체장애인과 정신장애인 복지를 다른 맥락에서 고려해야 할 현실적 당위성 또는 근거는 매우 빈약해 보인다.

둘째, 추정 중증정신질환자 숫자(약 75만 명)와 등록 정신장애인 수(약 10만 명) 사이의 간극을 줄이기 위한 여러 제도적 도움이 뒷받침 되어야 한다. 이를 위해서는 정신질환, 정신장애에 대한 낙인, 편견, 차별을 해소하고 정신장애에 대한 적합한 복지혜택을 현실화 하는 한편,⁵⁾ 질환의 만성화와 기능저하로 인해 정신장애 등록이 꼭 필요함에도 정신장애 요건⁶⁾으로 인해 장애등록이 어려운 사례가 발생하지 않도록 진단명에 대한 기준은 예외적으로 일부 완화⁷⁾하되, 적합한 심사를 통해 정신장애 가능여부를 판정하는 것이 필요하다.

셋째, 본 보고서에서 제시하는 중증정신질환 국가책임제의 일환으로 정신장애인 보호자 사망 후 국가-지역사회를 후견인으로 하는 평생계획제도의 도입이 필요하다. 효과적인 경제 설계를 할 수 없을 가능성이 큰 정신장애인에 대해 민간영역은 믿을 만한 신탁으로 작용하기 어렵다. 따라서 질병이 고착되어 일상기능이 저하된 정신장애인의 기초적 생활 보장(평생계획)은 보호자 혹은 민간영역에서의 해결이 어렵기에 국가가 직접 이 취약한 계층의 후견인으로서 나서는 것이 무엇보다 필요하다.

4) 정신장애등급에 해당하는 조현병, 양극성장애, 반복성 우울장애는 공통적으로 재발, 만성화의 경과가 전제된 것임. 즉, 질환이 오래될수록 일상생활 기능이 저하되고 일부 증상이 고착화되어 일상·사회생활 상에 전반적인 영향을 미칠 수 있음.

5) 낙인, 편견의 감소와 장애등록으로 인한 실질적 혜택이 수반될 때 사회적인 사유(낙인, 차별 등)로 정신장애 등록을 꺼리는 중증정신질환자의 숫자가 감소할 것으로 기대됨.

6) 정신장애 판정은 조현병, 조현형정동장애, 양극성장애, 반복성 우울장애로 한정되어 있음.

7) 조현병에 해당하지 않으나 장기간 지속되는 정신병적 장애(psychotic disorder), 심한 강박장애(obsessive-compulsive disorder), 저장장애(hoarding disorder), 심한 조현형성격장애(schizotypal personality disorder) 등이 예가 될 수 있음.

참고문헌

- 경찰청(2020). “고위험 정신질환자 응급대응 역량 확충, 행정·응급입원 활성화”, 경찰청, 브리핑 보도자료 (2020.04.22.).
- 경향신문(1968). “서둘러야 할 정신위생법 제정”, (1968.11.30.).
- _____(1980). “대법원 무죄확정”, (1980.02.20.).
- 고용노동부(2018). “제5차 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획”.
- 국가인권위원회(2019). “인권위, 국회의장에 「정신건강복지법」 일부법률 개정안에 의견표명”, 국가인권위원회 보도자료 (2019.03.20.).
- 국가지표체계(2020). <http://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=4262>.
- 국립정신건강센터(2016). “정신과적 응급상황에서의 현장대응안내”.
- _____(2018a). “정신건강전문요원 실태조사 보고서”.
- _____(2018b). “정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서”.
- _____(2019). “국가 정신건강현황 보고서 2018”.
- _____(2020a). “국가 정신건강현황 보고서 2019”.
- _____(2020b). “국가정신건강연구개발사업 기획보고서”.
- 국토교통부(2016). “(행복한 삶, 건강한 사회를 위한) 정신건강 종합대책 국가정책조정회의”, 관계 부처 합동.
- 권오용 외(2018). “정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사”, 국가인권위원회.
- 김기덕(2016). “‘타자 윤리학’을 중심으로 한 서양철학”, 한국사회복지실천연구학회 2016 동계 워크숍 자료집.
- _____(2019). “차별, 배제, 혐오와 사회복지”, 복지이슈 투데이, 제75호. p.4.
- 김기덕·최명민(2014). “바우만(Bauman)의 근대성 이론을 통한 한국사회복지실천의 유동성 분석”, 한국사회복지학, 제66권 제4호, pp.53-75.
- 김도년(2019). “경제 어려울수록 정신질환자 범죄 는다...10명 중 8명이 하류층”, 중앙일보 (2019.04.18.).

- 김민정(2017). “‘묻지마 범죄’가 묻지 않은 것 : 지식권력의 혐오 생산”, 한국여성학, 제33권 제3호, pp.33-65.
- 김수연·한창근(2019). “정신장애인의 사회적 낙인지각이 분노표현에 미치는 영향 : 자아존중감의 매개 효과를 중심으로”, 사회복지연구, 제50권 제3호, pp.33-63.
- 김용득·유동철(2005). “한국 장애인복지의 이해”, 인간과복지.
- 김태현·김소윤·백종우 외(2018). “시립병원 정신건강체계 연계 모델 구축 연구”, 서울특별시 공공 보건의료재단.
- 김현경(2015). “사람, 장소, 환대”, 서울: 문학과지성사.
- 김현지·박서정·송채민·송민(2019). “조현병과 정신분열병에 대한 뉴스 프레임 분석을 통해 본 사회적 인식의 변화”, 한국문헌정보학회지, 제53권 제4호, pp.285-307.
- 대검찰청(2018). “2018 범죄분석”. 통권 제151호.
- _____(2019). “2019 범죄분석”. 통권 제152호.
- 대법원(1988). “대법원 1988. 3. 8. 선고 87도2671 판결”.
- _____(1988). “대법원 1988. 11. 8. 선고 88도1580 판결”.
- _____(2009). “대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결”.
- _____(2014). “대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결”.
- _____(2018). “대법원 2018. 6. 28. 선고 2017다204681 판결”.
- 대한민국 관보 제3398호, 1963. 3. 18., pp.16-17. 보건사회부령 제102호.
- 대한신경정신의학회(2017). “신경정신의학”, 서울: 아이엠이즈컴퍼니.
- 독일연방헌법재판소 홈페이지. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/EN/2018/bvg18-062.html>
- 동아일보(1959). “정신보건기구를 설립, 건전한 정신배양 각종범죄를 예방토록” (1959.12.09.).
- 문지영(2017). ““옆 사람 말도 안 들려” ‘조현병’ 체험한 사람들 반응”, YTN (2017.08.18.).
- 박근우·서미경(2012). “정신장애인의 사회적 거리감에 대한 수정된 귀인정서모형 적용 : 정신장애 유형별 모형비교”, 한국사회복지학, 제64권 제4호, pp.209-231.
- 박기찬(2017). “조현병 환자의 최근 5년 간 진료경향 분석”, HIRA 정책동향, 제11권 제3호, pp.62-75.

- 박민욱(2019). “인천시 정신병원 허가 불허... 의협 “사회적 편견 가속화””, 메디파나뉴스 (2019.08.09.).
- 박재섭 외(2017). “초발 정신질환 치료 현황 및 보장 확대 필요성”, 국민건강보험 일산병원 연구소.
- 백종우(2018). “중증정신질환, 시스템을 바꾸자”, 경향신문 (2018.07.10.).
- 백종우·임정숙·김성남 외(2018). “정신건강복지센터 및 중독관리통합지원센터 업무분석 및 표준화 연구”, 경희대학교 산학협력단.
- 보건복지부(2019). “중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안”. 참고 9. 정신의료 기관 입원환자 현황, p.30.
- 부산지방법원(2004). “부산지방법원 2004. 7. 15. 선고 2003가합3075 판결”.
- 서동우 외(2002). “2001년 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서”, 지역정신보건사업기술지원단·한국보건사회연구원·보건복지부.
- 서미경·김정남(2004). “지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향”, 한국사회복지학, 제56권 제4호, pp.173-194.
- 서수경·김 윤·박종익·이명수·장홍석·이선영·이진석(2009). “우리나라 정신질환자의 의료이용 현황과 장기입원 관련 요인”, Journal of Preventive Medicine and Public Health, 제42권 제6호. pp.416-423.
- 서울대학교병원 N의학정보. <http://www.snuh.org/health/nMedInfo>
- 서울중앙지방법원(2007). “서울중앙지방법원 2007. 11. 30. 선고 2007가단265630 판결”.
- 서울지방법원 의정부지원(1998). “서울지방법원 의정부지원 1998. 5. 15. 선고 97가합1812 판결”.
- 서진환 외(2012). “정신장애인 차별 편견 해소를 위한 실태조사”, 국가인권위원회.
- 수원지방법원 성남지원(2003). “수원지방법원 성남지원 2003. 6. 27. 선고 2002가합4326 판결”.
- 신권철(2018a). “정신건강복지법 해설(입원편)”, pp.242-284, 파주: 법문사.
- _____(2018b). “정신건강복지법의 시행과 입법평가”, 입법평가연구, 제13호. pp.15-58.
- _____(2020). “동북아 국가 강제입원제도의 특성과 가족의 역할 - 한·중·일·대만을 중심으로”, 사회보장법학, 제9권 제1호, pp.204-224.
- 안영(2019). “녹음된 "넣어!" "손 빼!" 2시간 듣자... 참기 힘들었다”, 조선일보 (2019.01.26.).
- 양옥경(1996). “지역사회 정신건강”, 파주: 나남.

- 윤석준 외(2018) “한국인의 질병부담 측정 및 미래예측에 관한 연구”, p.283. 중앙정신건강복지사업지원단.
- _____(2019). “중증·정신장애인 의료체계 실태조사”, 국가인권위원회.
- 윤영채(2019). “강제입원 후 입원적합성심사위원회 통한 퇴원·퇴소, 1.5% ‘불과’”, 메디게이트 (2019.10.21.).
- 윤지환 외(2019). “2019년 국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서”, 국립정신건강센터.
- 이기상(2019). “조현병 딸 23년 병간호.. 돌보다 지친 엄마 비극 선택”, 뉴시스 (2020.11.09.).
- 이동진 외(2018). “인권존중과 탈수용화를 위한 정신건강복지법 재개정”, 대한의사협회 의료정책연구소.
- 이동진(2018). “정신건강복지법의 문제점”, 신경정신의학회보 (2018.04.06.).
- 이만우(2018). “정신질환자 범죄 예방 및 치료 지원을 위한 정책방안”, 이슈와 논점, 제1499호.
- _____(2019). “정신질환자 비자의입원제도의 입법영향분석”, 국회입법조사처.
- 이연희(2008). “정신보건과 관련한 사회적 낙인에 대한 조사연구”, 한국보건사회연구원.
- 이영문·김현수·이호영(1999). “한국 정신보건시설 입원/입소에 대한 재원 적절성 분석”, 신경정신의학, 제38권 제5호. pp.973-984.
- 일본 후생노동성 홈페이지. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000129677.pdf>
- 조선일보(1959). “정신보건법 - 보사부서 입안” (1959.07.16.).
- 조한진 외(2017). “중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사”, 국가인권위원회.
- 주소희·이경은(2019). “빅데이터를 활용한 조현병 인식에 관한 연구”, 정신건강과 사회복지, 제 47권 제4호, pp.34-53.
- 중앙정신보건사업지원단(2015). “국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서”, 보건복지부.
- 질병관리본부(2016). “2015년 국민건강영양조사”.
- 최명민·권자영·김기덕(2016). “정신보건영역의 탈시설화에 대한 사회적 공간이론의 탐색적 적용”, 한국사회복지학, 제68권 제4호. pp.225-246.
- 최명민·이현정(2018). “기독교적 타자윤리를 통한 사회복지실천관계 분석 : 예수 그리스도의 실천을 중심으로”, 신앙과학문, 제23권 제3호, pp.295-321.

- 통계청(2015). “한국의 사회동향 2015” 보도자료 (2015.12.10.).
- 하지현(2016). “정신의학의 탄생”, 서울: 해냄출판사, pp.346-355.
- 한국갤럽·국립정신건강센터(2018). “2018년 대국민 정신건강지식 및 태도조사”, 국립정신건강 센터.
- 한덕웅·이민규(2003). “정신질환에 관한 사회적 표상의 변화 : 1976년과 1995년간의 비교”, 한국심리학회지 : 건강, 제8권 제1호, pp.191-206.
- 한정현·김철권(2018). “조현병 외래환자에서 낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군에서의 임상 요인 비교”, 대한조현병학회지, 제21권 제1호. pp.28-36.
- 헌법재판소(2016). “헌법재판소 2016. 9. 29. 2014헌가9 결정(정신보건법 제24조 제1항 등 위헌제청)”.
- 홍진표 외(2016). “2016년도 정신질환실태 조사”, 보건복지부 삼성서울병원.
- Alwan NA, Johnstone P, Zolese G(2008). “Length of Hospitalisation for People with Severe Mental Illness”, The Cochrane database of systematic reviews.
- American Psychiatric Association(2013). “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)”.
- Ando, S., Clement, S., Barley, E. A., & Thornicroft, G.(2011). “The Simulation of Hallucinations to Reduce the Stigma of Schizophrenia: A Systematic Review”, Schizophrenia Research, 133(1-3), pp.8-16.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H.(2005). “The Stigma of Mental Illness in Germany: A Trend Analysis”, International Journal of Social Psychiatry, 51(3), pp.276-284.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C.(1998). “Early Intervention in Psychosis: the Critical Period Hypothesis”, The British journal of psychiatry, 172(33), pp.53-59.
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B. C., Kotirum, S., Chiou, C. F. & Chaiyakunapruk, N.(2016). “Global Economic Burden of Schizophrenia: A Systematic Review”, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, p.357.
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K. & Sundquist, J.(2013). “Comorbidities and Mortality in Persons with Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study”, American Journal of Psychiatry, 170(3), pp.324-333.

- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P, *et al.*(2004). “Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, The Journal of the American Medical Association, 291(21), pp.2581-2590.
- Dierks, T., Linden, D. E., Jandl, M., Formisano, E., Goebel, R., Lanfermann, H., & Singer, W.(1999). “Activation of Heschl’s Gyrus During Auditory Hallucinations”, Neuron, 22(3), pp.615-621.
- Elkis, H. & Buckley, P. F.(2016). “Treatment-resistant Schizophrenia”, Psychiatric Clinics of North America, 39(2), pp.239-265.
- Foucault M.(1972). “Histoire de la folie a lage classique”, 이규현 역(2004). 광기의 역사, 파주: 나남.
- Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W. & McIntyre, J. S.(2005). “Schizophrenia Practice Guidelines: International Survey and Comparison”, The British Journal of Psychiatry, 187(3), pp.248-255.
- Goffman E.(1968). “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity”, England: Penguin Books.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J.(2005). “Schizophrenia and Suicide: Systematic Review of Risk Factors”, British Journal of Psychiatry, 187(1), pp.9-20.
- Hor, K. & Taylor, M.(2010). “Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review of Rates and Risk Factors”, Journal of Psychopharmacology, 24(4_suppl), pp.81-90.
- Jorm, A. F.(2000). “Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs About Mental Disorders”, British Journal of Psychiatry, 177(5), pp.396-401.
- Kennedy, J. L., Altar, C. A., Taylor, D. L., Degtiar, I. & Hornberger, J. C.(2014). “The Social and Economic Burden of Treatment-resistant Schizophrenia: A Systematic Literature Review”, International clinical psychopharmacology, 29(2), pp.63-76.
- Kim SW, Yoon JS, Lee MS & Lee HY(2000). “The Analysis of Newspaper - Articles on Psychosis”, J Korean Neuropsychiatr Assoc, 39(5), pp.838-848.

- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B.(2004). "The Treatment Gap in Mental Health Care", Bulletin of the World Health Organization, 82(11), pp.858-866.
- Kopel, D.(2015). "Facts about Mental Illness and Crime", washingtonpos (2015.02.20.).
- Large, M. M. & Nielssen, O.(2011). "Violence in First-episode Psychosis: A Systemic Review and Meta-analysis", Schizophrenia Research, 125(2), pp.209-220.
- Lee, Y. S., Kim, J. J. & Kwon, J. S.(2013). "Renaming Schizophrenia in South Korea", The Lancet, 382(9893), pp.683-684.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C.(2001). "The Consequences of Stigma for the Self Esteem of People with Mental Illness", Psychiatric Services, 52(12), pp.1621-1626.
- MACPAC. "Behavioral health services covered under HCBS waivers and 1915(i) SPAs" (www.macpac.gov/subtopic/behavioral-health-services-covered-under-hcbs-waivers-and-spas/)
- National Association of State Mental Health Program Directors(2016). "Integrating Behavioral Health into Accountable Care Organizations: Challenges, Successes, and Failures at the Federal and State Levels".
- NTIS 홈페이지. www.ntis.go.kr
- Overton, S. L. & Medina, S. L.(2008). "The Stigma of Mental Illness", Journal of Counseling & Development, 86(2), pp.143-151.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. & Bostwick, J. M.(2005). "The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination", JAMA Psychiatry, 62(3), pp.247-253.
- PubMed 홈페이지. www.pubmed.com
- Sacket, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S.(1996). "Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't", BMJ, 312, pp.71-72.
- Saha, S., Chant, D. & McGrath, J.(2007). "A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time?", Archives of general psychiatry, 64(10), pp.1123-1131.

- Silver, E. & Teasdale, B.(2005). "Mental Disorder and Violence: An Examination of Stressful Life Events and Impaired Social Support", *Social Problems*, 52(1), pp.62-78.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J. *et al.*(1998). "Violence by People Discharged from Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods", *JAMA Psychiatry*, 55(5), pp.393-401.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. & Leese M.(2009). "Global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination against People with Schizophrenia: a Cross-sectional Survey", *The Lancet*, 373(9661), pp.408-415.
- World Health Organization(2012). "WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities".
- Wei-Tse Hsu *et al.*(2017). "A History of Mental Health Laws in Taiwan", *Taiwanese Journal of Psychiatry* (Taipei), 31(3), pp.196-197.
- 田口文夫(2008). "心神喪失者が起こした殺人事件と父親の監督義務", 《判例研究》第104號.

한림연구보고서 137

국내 조현병 환자의 현황과 적정 치료를 위한 제언

An update on the current status of patients with schizophrenia and policies for optimization of treatment in South Korea

발 행 일 2020년 12월
발 행 처 한국과학기술한림원
발 행 인 한민구
전화 031) 726-7900
팩스 031) 726-7909
홈페이지 <http://www.kast.or.kr>
E-mail kast@kast.or.kr

편집/인쇄 경성문화사 02) 786-2999

I S B N 979-11-86795-63-7 94080
978-89-88706-06-0 (세트)

- 이 책의 저작권은 한국과학기술한림원에 있습니다.
- 한국과학기술한림원의 동의 없이 내용의 일부를 인용하거나 발췌하는 것을 금합니다.



이 사업은 복권기금 및 과학기술진흥기금 지원을 통한 사업으로
우리나라의 사회적 가치 증진에 기여하고 있습니다