

SPECIAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2017;56(1):1-9  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

## 역사적 관점에서 본 정신보건법 전부개정법률에 대한 검토

강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,<sup>1</sup> 고려대학교 법학전문대학원 법학과<sup>2</sup>

박 종 익<sup>1</sup> · 박 현 정<sup>2</sup>

### Critical Review on Amendment Bill of Mental Health Act

Jong-Ik Park, MD, PhD, LLM<sup>1</sup> and Hyun-Jung Park, PhD Candidate<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

<sup>2</sup>Department of Law, Korea University School of Law, Seoul, Korea

The Korean Mental Health Act, enacted in 1995, was entirely amended 20 years later and the amendment was passed by the National Assembly plenary session on May 19, 2015. The amended Mental Health Act reflects the recent rapid changes in the mental health environment and contributes one more step toward securing human rights for people with mental illness. However, after review of some major issues, it is doubtful whether there was sufficient discussion on the national mental health policy and whether a national consensus was obtained. This paper describes some problems within the amended Act and discusses several ways to improve the Act. Patients' autonomy and medical paternalism are typical major concerns in the field of medical ethics. Especially for patients with mental illness, it is difficult to maintain a balance between those two concerns because there is often an inability to assign responsibility for those concerns. Therefore, a revised Act should take into account these two concerns. When creating subordinate legislation ahead of the enactment of the amendments on May 30, 2016, establishment of a more reasonable and efficient system is expected ; if there has been sufficient discussion with related organizations and professionals and sufficient consideration of the realities of various medical fields. Such expectations should improve public mental health welfare.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2017;56(1):1-9

**KEY WORDS** Mental Health Act · Admission by person responsible for protective custody · Involuntary admission · Self-determination.

**Received** December 22, 2016  
**Revised** January 3, 2017  
**Accepted** January 13, 2017

**Address for correspondence**  
Jong-Ik Park, MD, PhD, LLM  
Department of Psychiatry,  
Kangwon National University  
School of Medicine,  
156 Baengnyeong-ro,  
Chuncheon 24289, Korea  
**Tel** +82-33-258-9171  
**Fax** +82-33-254-1376  
**E-mail** lugar@kangwon.ac.kr

## 서 론

헌법은 국가의 근본법이자 최고법이므로 국가의 기본적인 이념과 원리, 그리고 제도를 하위법에 제시하여 구체화하도록 위임한다. 만약 법률을 비롯한 법규명령에서 이에 상반되는 규정을 하는 경우에는 그 효력을 부인하는데, 이것이 우리 헌법상 헌법재판소가 담당하는 위헌법률심판의 기능이다. 헌법 제10조에서 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다.”, “국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.”고 규정하고 있다. 우리나라 정신보건법 역시 헌법의 하위법률로서 헌법의 기본이념을 토대로 제정된 법률이다.

최근 발생한 ‘강남역 살인사건’이 조현병 환자의 피해망상에 의한 것으로 밝혀짐에 따라 정신질환자의 범죄에 대한 사

회적 관심이 증가하였고, 공교롭게도 이틀 뒤인 5월 19일 정신보건법 전부개정안이 국회를 통과함으로써 인권이라는 헌법상의 가치와 시민들을 안전하게 보호해야 한다는 사회방위적인 역할을 조화롭게 법체계 안에서 구현할 수 있을 것이냐에 대한 사회 각 계층의 목소리가 높아지는 계기가 되었다.

이번에 전부개정안의 형태로 전면 개정된 정신보건법은 정신질환자의 범위 축소, 비자의 입·퇴원 제도 개선, 복지서비스 제공에 대한 법적 근거 추가 등 현행 법률상 문제점을 개선·보완하기 위해 2014년 1월 정부가 제출한 정신보건법 전면개정안과 이명수 의원, 최동익 의원, 김춘진 의원이 낸 3개 법안을 병합 심의해서 최종 확정되었다. 그러나 개정안이 통과되는 과정에서 당사자 단체는 물론 대한신경정신의학회뿐만 아니라 여러 전문가 단체와 충분히 논의되지 않은 상태에서 국회의 보건복지상임위원회를 전격적으로 통과하였으며,

이후 본 회의에서 의결되기 한 달 정도의 기간 동안 여러 단체가 비현실적인 제도 신설에 대해서 부정적인 입장을 표하며 개정을 반대했으나 결국은 거의 수정되지 않은 채 최종 확정되었다. 강제입원으로 인한 인권침해의 요소가 여전히 존재한다는 주장<sup>1)</sup>과 불필요한 행정비용만 늘릴 뿐 실제로 강제입원을 억제하는 데 도움이 안 될 것이라는 입장<sup>2)</sup>이 반대의 주요한 골자이다.

정신질환자의 인권에 대해서는 헌법 제10조는 물론 정신보건법 제2조의 기본이념에서도 규정하고 있는 만큼 항상 불가침적으로 존중받고 지켜져야 한다는 사실은 누구도 부인할 수 없는 명제이나 인권을 보호하기 위한 법적 실현방법에 대하여는 장애인 인권단체 그리고 관련 전문가 집단들 어느 쪽으로부터도 확실한 지지를 받지 못하고 있는데 이는 그만큼 정신보건법을 바라보는 시각이 너무나 극명한 차이가 있다는 것을 보여주는 증거이기도 하다. 이에 본고에서는 먼저 정신보건법의 필요성 및 목적을 살펴보고, 정신보건법 제정 및 개정과정 속에서 제기된 여러 논의를 살펴보고자 한다. 더불어 입원이 필요한 정신질환자라면 자해 및 타해의 위험을 방지하기 위하여 불가피하게 격리되어야 할 상황이 발생할 수 있음에도 불구하고 최근 헌법재판소가 정신보건법 제24조 제1항 및 제2항이 헌법에 합치되지 않는다고 결정한 이유가 무엇인지, 이번 헌법불합치 결정이 의미하는 것이 무엇인지를 검토하고 이를 기반으로 정신보건법 전부개정안의 주요개정사항들을 고찰함으로써 향후 정신보건법의 실효성 확보를 위한 입법개선의 방향성을 제시하고자 한다.

## 정신보건법의 필요성 및 목적

우리나라는 1970년 이전까지도 농경사회에서 흔히 볼 수 있는 정신질환에 대한 질병관을 갖고 있었으며, 일반적으로 농경사회에서는 가족이 정신질환자에 대해 1차적인 보호 체계로 작동을 하면서 환자가 일상생활을 영위하는 데 큰 어려움이 없도록 완충기능을 해왔기 때문에 심각한 사회적 문제로 대두되지 않았다.<sup>3)</sup> 하지만 1970년대 이후, 경제발전에 따른 급격한 산업화가 이루어짐에 따라 전통적인 가족형태인 대가족제도가 무너지고 빠른 속도로 핵가족화가 진행되면서 정신질환자에 대한 가족부양능력이 점차 감소되기 시작하였다. 또한, 도시화에 따른 인구 유동성 증가로 인해 전통적 지역사회의 공동체적 기반이 약화되었고, 이로 인해 정신질환자에 대한 사회적 편견이 생겨나기 시작하였다.<sup>4)</sup> 따라서 그동안 전통적인 가족제도와 지역공동체가 흡수하던 정신질환자에 대한 관리체계가 사회적 문제로 떠오르기 시작했으나, 당시에는 정신병상이 많이 부족했고, 지역사회 정신보건서비스

체계 자체가 거의 존재하지 않았다. 결국 사회적으로 차별과 편견이 심했던 정신질환자가 갈 곳은 비인가기도원과 추후 양성화된 정신요양시설밖에 없었으며, 이런 시설들은 치료보다는 실제적으로 정신질환자를 장기간 격리 수용하는 역할을 담당하게 되었다.<sup>3)</sup>

비인가시설에 정신질환자를 감금해 놓고 욕설과 폭력으로 관리하는 관행이 일반적이었던 1980년대 초반 한 기도원에 수용된 정신질환자의 인권실태를 고발한 모 방송국의 프로그램 방영으로 인하여 정신질환자에 대한 사회적 관심이 고조되었다.<sup>4)</sup> 이후 정부는 정신질환자에게 최소한의 인권보장과 체계적인 정신보건서비스를 제공하기 위해서 1984년 10월에 「정신질환관리종합대책」을 수립하고 정신보건법 제정을 추진하였으나 이해단체 및 사회단체의 반대로 인하여 10년 넘게 법 제정을 유보하다가 정신질환자에 대한 일정한 사회적 여론을 조성하고, 정부가 법 제정절차에서 집단들 사이의 이해관계를 조절하여 결국 1995년 12월 30일 법률 제5133호로 제정되었다.<sup>5)</sup>

정신보건법의 기본이념은 정신질환자에 대한 인간으로서의 존엄과 가치 및 최적의 치료와 보호를 받을 권리를 보장하는 것이다. 의료적인 관점에서 보자면 비인가시설에 있거나 집에 방치되었던 상당수의 정신질환자들이 정신의료기관 외래 또는 입원치료를 통해 치료를 받을 수 있게 됨으로써 민간정신의료기관의 숫자는 급속도로 증가되었고, 치료접근성이 상당히 개선되었다. 그러나 헌법재판소는 2013년 기준 정신의료기관에 입원 중인 환자 80462명 중 보호의무자에 의한 비자의적 입원이 59168명으로 전체입원의 약 73.5%에 이른다는 통계가 법에 규정된 또 다른 기본이념인 자발적인 입원의 권장이 임상현장에서는 제대로 실현되지 않고 있다는 근거라고 하면서, 입원치료를 받을 정도의 정신질환이 어떤 것인지에 대한 구체적 기준이 없고 악용될 소지가 있는 데도 이를 막을 제도적 장치가 없다고 지적했다.<sup>6)</sup> 이는 보호의무자가 부양의무에서 벗어나거나 정신질환자의 재산을 뺏기 위한 목적으로 이 제도가 합법적으로 악용될 소지가 있다는 것이다.

더욱이 2016년 초 강제입원을 테마로 한 영화 ‘날, 보러와요’가 상영된 후 강제입원으로 인한 인권침해가 사회적 이슈로 부각되었고, 같은 해 4월 18일 헌법재판소에서 정신보건법 제24조 제1항 및 제2항의 위헌법률심판제청에 대한 공개변론회가 개최되었다. 이처럼 국민적 관심이 고조된 분위기 가운데 입법과정에 난항을 겪으면서도 2016년 5월 19일 정신보건법 전부개정안이 국회를 통과하였다.

그러나 법이 개정되기 이를 전 발생한 ‘강남역 살인사건’이 치료를 중단한 조현병 환자의 피해망상에 의한 소행으로 알려지면서 정신질환자에 의한 범죄로부터 사회의 안전을 지켜

야 할 필요성에 대한 목소리가 높아졌고, 반드시 대립적인 문제는 아니지만 정신질환자의 인권보장과는 불가피하게 잠재적 긴장 관계가 존재하고 있다는 것이 중요한 논점이 되었다.

국가가 시민의 안전을 보장해야 하는 의무와 정신질환자가 입원치료에 대하여 스스로 결정할 수 있는 권리는 반드시 취사선택의 문제일 필요는 없으며, 정신보건법의 궁극적인 제정목적인 정신질환자의 인권보장과 사회 안전의 확보가 조화롭게 달성되도록 하는 것, 즉 정신질환자에 대한 편견으로 인해 사회적 차별이 심화되는 것이 아니라 정신질환자들을 치유하여 지역사회에 어울려 살아갈 수 있는 환경을 조성하는 것이 우리 사회가 달성해야 할 과제라고 보는 것이 더 타당하다.

## 우리나라 정신보건법 제정 및 개정과정

### 정신보건법 제정

우리나라 정신보건법에 대한 최초의 입법 움직임은 1968년에 '대한신경정신의학회'와 '대한의사협회'가 공동 심의하여 채택한 「정신위생법안」을 정부에 건의한 데서 비롯되었다. 그 후 1970년대까지는 정신보건에 대한 국민의 의식부족과 재정지출이 곤란하다는 이유로 정부는 입법을 보류하던 중, 마침내 1984년 10월에 「정신질환관리종합대책」이 수립되어 1차 기관으로 정신과 의원, 보건소, 상담소를, 2차 기관으로 정신병원, 일반병원 정신과, 정신요양원을 각각 지정하였으나 실제 시행 정도는 미흡하였다.<sup>4)</sup>

그 이듬해인 1985년에 정신보건법 제정을 위해 정부안이 국회에 제출되었으나, 시민사회단체 및 이해관계 집단이 주장한 '강제입원 중심의 「정신보건법안」은 인권침해적'이라는 여론에 밀려 결국 1986년 12대 국회의 회기 종료 후에 자동 폐기되기도 하였다.

그러나 1991년 대구 나이트클럽 방화사건<sup>7)</sup>과 서울 여의도 광장 자동차질주사건<sup>8)</sup>이 연이어 발생하며 사회적인 파장을 일으키면서 불특정다수를 대상으로 범죄를 일으키는 문제에 대한 사회방위적인 측면을 고려해야만 했던 정부는 중증 정신질환자들의 치료 필요성에 대하여 심각하게 인식하고 비로소 이들에 대한 지역사회 관리체계를 수립하기 위한 대책 마련에 나섰다.

1992년 1월 보건사회부는 정신보건법 입법의 재추진 계획을 발표하였고, 공청회를 거쳐 입법을 예고하였으며, 결국 11월 국무회의의 심의를 거쳐 제14대 국회에 제출되었다.<sup>9)</sup> 그러나 여전히 이해관계자의 반대에 부딪힌 국회는 정부와 전문가 간의 타협점을 찾고자 노력하였으나, 결국은 실패하였고 상임위원회의 심의를 통과하지 못한 법안은 오랫동안 국

회에 계류되어 있었다.

그 후 민주정부의 수립, 경제적 성장, 인권의식의 발전 등에 힘입어 다시 국회에서 논의되기 시작하였으며, 정신보건 전문가들의 의견을 수렴하고 정신질환자의 인권보장, 사회복지서비스 등을 수정, 보완하여 마침내 1995년 12월 30일 정기국회 본회의를 통과하였고, 이후 1996년 12월 31일 시행령, 1997년 2월 24일 시행규칙이 각각 공포되면서 오랜 노력이 결실을 이루게 되었다.<sup>10)</sup>

### 정신보건법의 개정과정 및 내용

정신보건법이 1995년 제정되면서 우리나라는 정신질환의 예방, 치료, 재활의 개선을 위한 새로운 장이 마련되었다. 우리나라 정신보건법의 전체적인 성격은 대체로 정신질환에 대한 산업사회의 사회방위적 질병관에서 후기산업사회의 과학적 질병관으로 이행하는 과도기적 성격의 법이라고 할 수 있다.<sup>11)</sup> 20년 동안 몇 차례의 개정을 거치면서 정신보건에 대한 국가정책수립에 많은 영향을 주면서 법적근거로 활용되던 정신보건법은 2016년 5월 19일 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률'이라는 이름으로 개정되었다. 이번 개정안은 그동안의 많은 모순점과 한계를 극복하기 위한 전면개정이라는 점에서 매우 중요한 작업임에도 불구하고 주요쟁점에 대한 이해당사자의 의견수렴이 거의 없이 짧은 시간 안에 마련된 법안이기에 때문에 입법목적 달 성하기는커녕 오히려 재정과 인력 낭비 등의 부작용이 적지 않을 것이라는 우려의 목소리가 많다. 따라서 현행 정신보건법이 어떻게 개정되었는지 그 과정 및 주요내용을 살펴봄으로써 이번 개정안이 가지고 있는 의미에 대한 이해를 돕고, 앞으로 시대의 변화에 따라 다시 개정될 수밖에 없는 현실에서 보다 합리적이고 국민적 합의가 도출된 법률안 마련을 위한 근거를 제시해 보고자 한다.

1997년에 처음으로 개정된 정신보건법은 부작용이 많았던 정신요양병원을 폐지하는 것이 핵심이었다. 또한, 기존에는 시·도지사에 의한 입원환자의 경우에만 가퇴원이 가능하였으나, 보호의무자에 의한 입원환자의 경우에도 가퇴원이 가능하도록 절차를 간소화하는 조항이 추가되었다. 그러나 정신보건법 제정 이후 가퇴원제도는 한 번도 적용된 적 없는 사실상 거의 사문화된 조항이었다.<sup>12)</sup>

2000년 정신보건법은 다시 개정되었는데, 지역사회정신보건사업을 지원하도록 하는 시·도지사의 정신의료기관 지정 제도를 폐지하는 등 현행제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선 보완하는 정도에 그쳤다.<sup>12)</sup> 반면 2004년에 추진된 정신보건법 개정안은 지역사회정신보건사업의 보다 효율적인 실행을 위하여 보건소 등에 정신보건센터를 설치하고, 중앙



과 지방에 정신보건사업지원단을 설치하는 등 정신보건법 내에 지역사회정신보건사업 전반에 관한 사항이 포함되어, 정신질환의 치료와 재활을 개인의 차원이 아닌 지역사회의 관점에서 해결할 문제로 점차 확대시켰다. 이외에도 정신의료기관이 법정 기준을 위반할 경우 위반행위의 유형과 정도 등을 참작하여 행정 처분을 할 수 있도록 하는 등의 규정이 신설되었다.<sup>3,13,14)</sup>

한편 장기입원 위주의 정신보건체계에 개선이 없다는 지적<sup>3)</sup>과 국가인권위원회가 처음으로 발간한 정신질환자의 인권침해에 관한 실태조사<sup>15)</sup> 등의 사회적 배경 속에서 탄생한 2008년 개정안은 입·퇴원 절차요건 강화와 정신보건시설에 대한 규제 도입으로 정신질환자에 대한 인권침해의 소지를 줄이고 권익을 강화하려는 것이 핵심내용이었다.<sup>12)</sup> 예컨대 보호의무자 2인의 동의를 요하는 등 입원요건이 강화되고, 자의입원 환자에 대한 퇴원의사 확인이 연 1회 이상 의무화되었다. 또한 정신보건시설의 장이나 그 종사자는 정신건강 증진시설에 입원 등을 하거나 시설을 이용하는 사람에게 폭행이나 가혹행위를 해서는 안 되고, 입원환자 등에 대한 강제 노동을 금지하는 등 규제와 감독이 강화되었다.

이외에도 정신질환자의 입·퇴원여부 및 처우개선 심사의 효율적 운영을 위해 시·도지사 소속으로 설치된 지방정신보건심의위원회를 광역정신보건심의위원회로 전환시키고, 정신의료기관 또는 정신요양시설이 있는 시·군·구에는 시장, 군수 소속으로 기초정신보건심의위원회를 설치하는 규정이 신설되었다.<sup>3,13)</sup> 그리고 중증정신질환자 치료 및 사회안전망 확보를 위한 외래치료명령제도가 도입되었고, 정신보건시설 인권교육이 의무화되었으며, 자의입원 환자의 퇴원 요청을 거부할 경우 5년간 정신의료기관이나 정신요양시설을 개설할 수 없도록 하였다.<sup>3)</sup>

특히 외래치료명령제는 강제입원제도의 대안으로 도입되었으며, 기초정신보건심의위원회의 심의결과를 근거로 기초지방자치단체의 장이 1년 이내에서 외래치료를 명하는 제도로서 지역사회에서 생활하면서도 정신질환자의 치료를 유지할 수 있다는 긍정적인 측면이 있다.<sup>16)</sup> 그러나 실제로 예산 등의 문제로 인하여 유명무실한 조항이 되기도 했지만 제도 자체에 대한 비판적인 시각도 있어서 이 제도는 병원 담을 넘어 지역사회에서까지 치료가 강제되는 것이고, 그 위반에 대한 제재가 자타해 위험에 대한 평가를 위한 것이긴 하지만 결국은 강제입원으로 이어지게 될 것을 우려하는 의견도 있다.<sup>16)</sup>

#### 현행 정신보건법 제24조 규정에 대한 헌법불합치 결정

1997년 3월부터 시행된 정신보건법 덕분에 지역사회에 정신보건센터 및 사회복귀시설이 많이 설치되었고 다양한 정

신재활 프로그램이 시행되었지만 민간의료기관의 병상 수 역시 빠른 속도로 증가하였다. 2015년 국가정신건강현황 예비조사 결과보고서<sup>17)</sup>에 의하면 2014년을 기준으로 정신요양시설을 제외한 정신병상 수는 총 83711개였으며, 이 중에서 국공립정신병원은 7351개로 8.8%에 불과하였다.

또한, 2014년 입원환자 81625명 중에서 보호의무자에 의한 입원 비율이 70.1%, 시장·군수·구청장에 의한 입원은 0.2%, 자의입원은 29.7%였다. 이는 2001년에 비자의입원의 비율이 93.3%였다는 점을 고려하면 많이 개선된 수치이긴 하지만 여전히 서구의 국가는 물론 일본에 비하여도 높다고 할 수 있다. 법 제정 이후 정신보건의 환경이 많이 개선되었음에도 불구하고 최근까지도 정신병원에 대한 인권침해 논란이 가라앉지 않는 가장 중요한 이유는 결국 비자의입원이란 제도 자체, 특히 보호의무자에 의한 입원임을 알 수 있다.

2007년 국회 법제실 보고서<sup>18)</sup>에서는 강제입원에 대한 정신과 의사의 재량권을 인정하면서도 동시에 충분한 연구결과에 의하여 과학적으로 데이터화된 기준이 마련되지 않는다면 의사의 판단결과에 대한 불신과 불복이 생길 수밖에 없다고 지적했다. 강제입원에 대한 법적인 문제제기도 계속 있었는데 보호의무자에 의해 강제입원된 환자들이 2001년부터 현재까지 5회에 걸쳐서 헌법소원심판을 청구하였으나 모두 각하되었고, 2014년 1월에는 한국정신장애연대(Korean Alliance on Mental Illness, KAMI) 등이 공익소송의 일환으로 헌법소원을 신청했으나 역시 각하되었다. 그러나 위 청구인 중 한 명이 자신이 강제입원된 병원장을 상대로 인신보호청구를 하였고, 그 해 5월에 서울중앙지방법원에서 인신보호사건의 심리 계속 중 정신보건법 제24조가 헌법상 신체의 자유 및 자기결정권 등을 침해하였다는 이유로 헌법재판소에 위헌법률심판 제청을 했는데 이것이 결국 수용되었다. 법원에서 위헌제청을 한 이유는 크게 두 가지인데 하나는 환자를 입원시킬 때 요건이 모호하기 때문에 남용 우려가 있다는 것이고, 또 하나는 객관성과 독립성이 보장된 기관에 의한 심사 없이 가족과 의사의 판단만으로 입원이 결정된다는 절차적인 문제에 대한 것이었다.<sup>19)</sup>

결국 2016년 4월 14일 헌법재판소에서 개최된 공개변론에서 해당 규정이 신체의 자유 및 자기결정권을 위반하고 있기 때문에 입원판단 여부는 제3의 독립기관인 사법기관 혹은 행정부가 개입해야 한다는 의견과 강제입원에 대한 오남용 방지대책은 필요할 수 있어도 해당 법률은 인권침해가 아닌 적시 치료인 것이라는 의견이 대립되었다. 이런 가운데 같은 해 9월 29일 헌법재판소는 재판관 전원 일치 의견으로 20년이 넘는 기간 동안 합법적으로 행해졌던 정신보건법 제24조 제1항, 제2항은 신체의 자유를 최소화할 우려가 있지만 이를

방지할 수 있는 방안이 충분하지 않다는 헌법불합치 결정을 내렸다.<sup>6)</sup>

이번 헌법재판소 결정은 재판관 전원의 일치된 의견이었음에도 불구하고, 결정의 효력이 즉시 발생하는 ‘단순 위헌’ 결정이 아닌 ‘헌법불합치’ 결정으로 내려졌다. 헌법불합치 결정이란 해당 법률이 위헌이긴 하나, 즉각 법적 효력을 상실시킬 경우 법적 공백상태에 빠지는 것을 피하기 위해 개정 전까지 한시적으로 법률을 적용하는 것을 말한다. 이는 정신질환자의 보호입원제도 자체가 갑자기 중지되었을 때 기존에 입원해 있는 정신질환자들이 즉각적으로 퇴원을 해야 함으로써 발생할 수 있는 치료의 연속성 문제, 보호자의 현실적인 여건, 지역사회 자립생활 기반의 부족 등으로 인한 여러 파급효과를 고려한 것으로 판단된다.

그러나 앞에서 언급했듯이 2016년 5월에 정신보건법 전부개정안이 국회를 통과하면서 헌법불합치 결정이 난 해당 조항은 이미 개정이 되었다. 예컨대, ‘보호의무자에 의한 입원’은 입원대상이 ‘정신질환이 있거나 자타해 위험이 있는 사람’에서 이 2가지 요건을 모두 충족해야 하는 것으로 수정이 되었으며, 입원요건도 보호의무자 2명의 동의와 전문의 2명의 진단으로 바뀌었다. 또한, 기존에는 입원필요성에 대한 진단입원 기간을 두지 않고 곧바로 치료입원이 가능했으나, 개정된 법에는 행정입원과 같이 입원 시 2주간의 진단입원 기간을 두어 입원 필요성을 판단하는 내용도 추가되었으며, 최초 입원기간은 기존 6개월에서 3개월로 단축되었다. 이외에도 국립정신병원 등에 설치된 입원적합성 심사위원회를 통해 최초 입원 후 1개월 이내에 입원적합성 여부를 판단하는 등 보호의무자에 의한 강제입원을 막는 방향으로 절차가 강화되었다. 이러한 개정안에 대해 현실을 반영하지 못하고, 오히려 행정비용만 낭비하는 조항이 포함되었다는 비판이 커지고 있는 상황에서 개정법이 과연 헌법에 합치하는 것인지에 대한 법적 해석이 앞으로 필요하다는 지적이 있어서 헌법불합치에 대한 논란은 쉽게 수그러들지 않을 것으로 예상된다.

입원이 필요한 경우에 대한 구체적 기준이 제시되지 않은 점, 정신질환이 있다는 이유만으로 당사자의 동의여부를 무시한 채 보호의무자 동의만으로 입원하는 강제입원은 분명히 인권침해 소지가 있고, 악용 가능성이 있어서 좀 더 명확한 절차가 요구된다는 지적이 타당할 수 있다. 그러나 이와 관련하여 일부 의료기관의 탈법적 행위를 모든 정신의료기관의 문제로 일반화하는 오류를 범해서는 안 된다. 입원의 행정적인 절차를 비현실적으로 강화해서 급하게 의료적인 개입이 필요한 상황임에도 오히려 치료를 할 수 없게 만드는 것은 환자의 치료받을 권리 침해와 이로 인한 질병의 만성화, 가족의

부담, 가족과 사회대중의 안전사고 위험 증가 등의 결과를 초래할 수 있다는 점을 간과해서는 안 된다.

이미 우리나라는 강제입원에 의한 인권침해를 방지하기 위해 국가인권위원회법에 의한 진정제도, 인신보호법에서 규정하고 있는 인신보호제도, 정신보건법상의 정신보건심판위원회에의 퇴원 및 처우개선 청구제도와 같은 권리구제절차들이 마련되어 있기 때문에 인권의 사각지대가 발생하는 것은 법 자체의 규정이 없어서라기보다는 법 적용이 활성화되지 않았던 점에 기인한다고 평가된다. 따라서 입원요건을 계속적으로 강화하는 것보다는 기존에 있는 구제제도가 제대로 활용될 수 있는 개선책을 마련하는 데 총력을 기울이는 것이 더 중요하다고 판단된다.

개정법이 헌법재판소 결정문에서 지적된 위헌요소를 다 제거한 법안인지에 대해서는 여전히 논란의 여지가 있다고 볼 수 있다. 왜냐하면 헌법재판소는 개정안에서 신체의 자유를 과도하게 침해하는 요소를 제거하고 제대로 개선된 것인지에 대해서는 판단을 유보하였기 때문이다. 우리나라의 위헌법률심판제도는 ‘구체적 규범통제’에 국한되며, 재판을 하는데 적용되는 법률에 대해서만 법원의 제청에 따라 위헌성을 판단한다. 따라서 이번 결정은 법률이 시행되기 전에 위헌심사가 추상적 차원에서 개괄적으로 이루어질 수 있는 추상적 규범통제제도가 불비한 데서 연유한다고 할 수 있다. 아직 시행되거나 적용되기 전의 법률을 심사하게 되면 입법권에 대한 과도한 침해가 될 것을 우려했다고도 볼 수 있으나, 아직 시행하지 않은 법률이라도 사건 관련성이 인정된다면 심사할 수 있도록 하는 것이 입법경제적인 측면에서도 도움이 될 것이라는 주장도 있다.<sup>20)</sup>

## 정신보건법 전부개정안 주요 쟁점 사항

정신보건법에서 규정하고 있는 실현 목표는 기본적으로 정신질환자에 대한 치료 및 사회복귀를 위한 필요사항을 종합으로써 국민의 정신건강증진에 이바지하고자 하는 데에 있다. 그러나 여전히 정신장애인의 사회복귀를 위한 지역사회 제반시설은 매우 부족하며, 오히려 장기간 격리·수용하는 기능에만 주로 치중해 온 정신병원의 병상 수만 지속적으로 증가한 결과를 초래한 정신보건정책에 대한 비판의 시각이 매우 높다.

이번에 2016년 5월 19일 국회를 통과한 정신보건법 전부개정안은 이런 여론을 감안해서 정신질환자의 범위 축소, 입·퇴원의 절차적 기준 강화, 복지서비스 제공 근거 마련 등 지난 20년간 변화해 온 정신보건 환경을 반영하여 체계적으로 정비하는 것을 주요 골자로 하고 있다. ‘동의입원’이라는 새

로운 형태의 입원을 추가해서 자발적인 입원의 비율을 높이려는 시도를 했고, 보호의무자에 의한 입원을 2주 이상 유지하기 위해서는 정신건강의학과 전문의 2명의 일치된 소견을 요구해서 객관적인 평가를 강화하려는 노력을 했다고는 볼 수 있다. 그러나 불필요한 행정비용이 지나치게 증가될 우려가 있다는 비판에서 자유롭지 못할 뿐만 아니라 입원이 상대적으로 어려워지는 만큼 정신질환자들이 지역사회에서 생활하는 데 필요한 몇 가지 법조항에 대한 예산반영이 병행되지 않았다는 점에서 현실성이 다소 결여되었다고 볼 수 있다. 또한 2016년 9월 헌법재판소가 정신보건법에 대해서 헌법불합치 결정을 한 조항에서 위헌성이 충분히 제거된 것 인지에 대해서는 앞으로도 지속적인 검토가 필요해 보인다. 이에 따라 이하에서는 이번 개정안의 논란이 되고 있는 몇 가지 주요쟁점에 대해서 논의해 보고자 한다.

### ‘정신질환자’에 대한 법적 범위 축소 및 개념의 모호성

현행 정신보건법 제3조는 ‘정신병 · 인격장애 · 알코올 및 약물 중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자’를 정신질환자로 정하고 있어, 질환의 특성이나 중증도와는 무관하게 모든 정신질환이 포함되어 있다. 반면 개정안은 ‘망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람’으로 좁게 정의하였고, 법 적용 대상을 의학적 의미의 정신질환자 모두에서 중증정신질환자로 대폭 축소함으로써 경증정신질환에 대한 사회적 편견을 개선하고 국민 정신건강증진을 도모하는 한편 정신질환자 초기집중치료를 통한 만성화 방지 및 지역사회 통합, 정신질환자의 인권보호 및 복지지원 서비스 강화 등을 추구하였다. 또한 법개정의 취지 및 내용을 고려하여 ‘정신보건법’이라는 명칭도 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’로 변경하였다.<sup>21)</sup> 그러나 법적 정의를 중증정신질환에만 국한함으로써 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’이라는 개정명의 의도와는 오히려 반대로 일반인의 정신건강증진 문제가 축소되는 결과를 초래했다. 또, ‘사회복귀’란 표현을 삭제하고 일률적으로 ‘재활’이란 용어로 대체함으로써 결과적으로는 정신질환자의 범주를 장애인복지법상의 정신장애인과 거의 동일시한 셈이 되었고 치료를 통해 증상이 호전될 수 있는 정신질환의 의료적 특성을 의도적으로 무시해 버렸다. 아울러 우울증 환자들에 대한 낙인을 해소하고 지역사회에서 경증 정신질환 치료를 활성화시키려는 입법취지를 훼손할 우려가 있다는 지적도 있다.<sup>22)</sup>

따라서 정신질환자의 범위가 축소됨에 따른 문제점을 해결하기 위해서는 경증정신질환자 및 일반국민을 대상으로 정

신건강서비스를 제공하기 위한 조항을 별도로 명확하게 규정해야 하며, 정신보건법 제정 이후에 계속적으로 확대되어 온 지역사회 기반의 정신건강증진사업이 위축되는 일이 없도록 보완책을 마련해야 한다. 아울러 입원환자의 상당수를 차지하고 있는 알코올 중독 역시 망상이나 환청이 없는 경우에는 정신질환자의 정의에서 배제되는 역설적인 상황이 발생할 수 있으므로 개정법에 별도로 규정을 하든지 아니면 중독 관리에 관련된 법률을 새로 제정하든지 다양한 해결책을 모색해야 한다.

한편, 정신질환자의 범위를 축소하고자 하는 근본취지는 헌법상 자기결정권, 신체의 자유, 면허 및 자격취득의 기본권 등을 과도하게 제약하는 것을 개선하겠다는 측면에서는 긍정적일 수 있으나 재정립(축소)보다는 각종 자격제한 규정이 실질적 필요성이 있는지 여부를 재고하여 오히려 그 조항들을 삭제하는 것이 바람직하다는 의견도 있다.<sup>23)</sup>

또한 정신질환의 정의가 축소됨으로써 초래될 수 있는 또 다른 쟁점은 입원의 필요성에 대한 적응증의 해석과 관련된 부분이다. 개정법 제43조 보호의무자에 의한 입원요건은 ‘정신질환자가 정신의료기관 등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우’이면서도 동시에 자타해 위험을 가지고 있는 경우로 규정하고 있다. 일반적으로 경증정신질환자라면 자해나 타해의 위험이 있는 경우에만 강제입원이 고려되어야 한다는 점에서 입원요건을 강화한 점은 나름 설득력이 있다. 그러나 중증정신질환이라면 당시에 자타해의 위험이 없더라도 약물치료가 중단되었을 경우에는 그 위험성이 높아지는 과거력을 가지고 있는 환자가 꽤 많으며 임상현장에서는 즉각적인 입원치료를 하는 것이 필요하다는 의견이 다수이다. 따라서 정신질환자의 정의 자체가 중증을 의미하기 때문에 의료적인 측면에서는 바로 입원의 적응증이 된다고 볼 수 있으므로 입원치료에 대한 절차적 규정을 강화하는 것 못지않게 사고를 미연에 예방하기 위해서 신속한 입원이 필요한 경우도 많이 있다는 현실을 고려하지 않았다고 볼 수 있다.

정신질환의 개념 자체는 전문적 수련을 받은 전문의에게도 다소 불명확한 면이 있기 때문에 정신질환자의 명확한 개념을 설정한다는 자체가 불가능하고, 그 모호성은 태생적 한계가 존재한다. 예컨대 보건학에서는 질환의 경우 개인이 느끼는 주관적 측면에서는 illness를 사용하고, 전문가적 판단에 의해 분류되는 측면은 disorder를 쓰는 게 일반적이며, 장애는 보통 disability라는 용어를 사용한다. 따라서 정신질환은 환자입장에서는 mental illness, 의료인 입장에서는 mental disorder를 쓰고, 정신장애는 의학적 측면보다 사회참여나 직업기능에 문제가 되는 측면이 강조되는 경우 mental



disability를 쓰는 것이 옳다고 판단된다. 다만, 많은 국민들은 물론 전문가들도 정신질환과 정신장애를 혼동해서 쓰고 있어서 정신장애(실제는 정신질환을 일컬을 때가 많음)로 써도 mental disorder로 번역하는 것이 혼란 일이다.

뉴질랜드의 정신보건법에 의하면 정신장애의 판단기준을 진단이 아닌 증상의 정도로 개념설정하고 있다. 예컨대 정신장애의 특수성 때문에 현재는 뚜렷한 증상이 없더라도 반복적인 증상을 보이거나 증상이 나타나는 기간 동안 자신이나 타인에게 심각한 결과를 가져올 수 있는 것으로 판단되는 경우에 한하여 강제치료 대상이 되는 정신장애로 보는 것이다.<sup>24)</sup> 이번 개정법이 이전 법의 진단명 위주의 분류에서 증상에 의한 분류로 바뀐 것이 핵심이나 여전히 우리나라는 입원치료가 필요한 정신질환이 어떤 것인지에 대한 구체적인 기준이 없다는 비판을 의료계가 대신 받고 있는 실정이며, 이런 상황이기 때문에 의사가 치료의 목적으로 환자를 강제로 입원시켰을 경우에 객관성이 모호하다는 점에서 인권침해 논란의 희생자가 될 수 있다. 따라서 의료적인 전문성에 기초해서 판단을 할 수 있도록 입원치료를 받을 만한 성질 또는 정도의 정신질환에 대한 법적근거를 명확하게 마련해야 한다. 아울러 정신건강의학과 전문의는 입원이 필요한 정신질환인지에 대한 의견만 제시하고 이에 대한 최종 결정은 사법부를 포함해서 독립적이고 중립적인 기관에서 하는 새로운 제도의 도입에 대해서도 활발한 논의가 필요할 것으로 판단된다.

### 강제입원제도 입원요건 및 절차 강화

법적인 차원에서 본다면 정신질환자의 강제입원은 신체의 자유를 제한하는 감금죄에 해당하므로 위법성이 조각되기 위해서는 입원절차는 물론 입원으로 인한 인권침해를 최소화할 수 있는 규정이 반드시 법률에 근거하여 마련되어야 한다. 이에 따라 정신질환자의 비자의적인 입원과 관련하여 현재의 정신보건법에서 보호입원(제24조), 행정입원(제25조), 응급입원(제26조)이라는 3가지 유형을 규정하고 있다.

그러나 입원요건이 불명확하고 모호함을 가지고 있어, 강제입원이 남용될 경우 부당하게 환자의 인권을 침해할 위험이 있다는 지적은 당사자는 물론 관련 인권단체에서 지속적으로 제기되어 왔으므로 이러한 우려를 불식시키기 위해 이번 개정안은 입원요건과 절차를 강화하고 입원적합성을 판단하기 위한 위원회를 국립정신병원에 두는 등 입원과정에서 환자의 절차적 권리를 강화하는 방안을 마련하려는 의도로 판단된다. 그렇다면 개정법이 기존의 강제입원제도의 문제점에 대한 적절한 해결방안을 제시하였는가에 대한 검토가 필요하다.

먼저 기존의 강제입원제도에서 문제되었던 것은 첫째, 환자의 동의능력존부와 관계없이 보호의무자의 동의에만 의한 입원이 합리적인가에 대한 의문이다. 보호의무자의 동의만으로 환자의 의사에 반하여 입원시키는 것은 환자 본인이 입원에 대한 법률행위를 할 의사능력이 없다는 것을 전제로 하는 것이다. 그런데 정신질환자의 판단능력은 질환의 종류와 중증도에 따라 개인차가 존재함에도 불구하고, 정신질환자의 동의능력 여부가 제대로 심의되지 않은 채 사적관계인 보호의무자의 동의에 의해서만 강제입원여부를 결정하는 것은 환자의 자기결정권 침해 논란으로 이어질 소지가 크다. 이는 환자의 권리적 측면은 물론이고 그동안 입원치료가 장기화된 만성입원으로 이어진 통계수치를 보더라도 비판받을 수 있는 가능성이 충분히 있다. 이에 따라 기존의 자의입원 이외에 본인의 자발적인 의지의 확인과 가족의 동의가 같이 있을 경우 적용할 수 있는 ‘동의입원’이란 새로운 입원유형을 도입한 것은 긍정적인 측면이 있다.

둘째, 보호의무자의 동의와 정신건강의학과 전문의의 진단에 근거하여 강제입원을 결정하는 절차에 관한 문제이다. 환자의 입원은 의사의 판단에 의해 결정되어야 하나, 정신질환은 상태적 변동을 가진다는 특성으로 인하여 이에 대한 표준화된 근거가 명확하지 않아서 환자의 권리가 부당하게 침해될 우려가 높다는 지적<sup>24)</sup>이 있었으며, 헌법재판소의 불합치결정도 입원환자의 계속입원에 대해서는 기초정신보건심의위원회 또는 광역정신보건심의위원회의 심의를 받도록 하고 있지만, 최초 입원 시에는 이러한 심의조차 거치지 않는다는 문제제기<sup>6)</sup>를 하고 있다. 이와 관련해서는 입원적합성심사위원회를 통해서 위험적인 요소를 제거하고자 하였으며, 우선 절차적인 정당성을 보완하기 위한 제도의 도입으로 평가할 수 있다. 그러나 입원단계에서 권리 구제절차를 강화하여 인권침해의 소지를 줄이려는 좋은 취지임에도 불구하고, 전국적으로 5개에 불과한 국립정신병원에 입원적합성심사위원회를 설치하여 입원적정성 평가를 실시한다면, 연간 10만 명에 달하는 보호입원을 심사해야 한다. 특히, 서류심사 이후에 대면조사를 나가야 하는 비율이 얼마나 될 것인지를 가늠하기가 쉽지 않지만 막대한 인력이나 예산이 소요될 것으로 예상된다. 또한 퇴원여부를 심사하는 정신건강심사위원회(현행법의 정신건강심판위원회)와 중복된 위원회를 설치하는 것은 재정과 인력낭비이며, 동시에 실제로 효율적으로 운영될 수 있을 것인지에 대한 진지한 고민 없이 과잉 입법한 것으로 볼 수 있을 것이다.

셋째, 보호의무자에 의한 비자의입원의 경우에는 2주 이상 입원치료를 하기 위해서 소속이 다른 정신과 전문의 2인 이상의 동의를 필요로 하는 조항이 삽입되었다. 이는 최초 입원

과정에서 환자의 절차적 권리를 보장하고자 정신과 전문의 1인의 판단에 근거한 2주 이내의 진단입원과 서로 다른 의료기관(국공립병원이나 지정의료기관 소속 1인을 반드시 포함)의 정신과 전문의 2인의 판단에 근거한 치료입원으로 나누어 규정하고자 한 것이다. 이에 따라 대학병원을 포함한 모든 정신의료기관에서 입원한 지 2주일이 경과하기 전에 외부의 정신건강의학과 전문의를 불러서 진단을 받아야 하며, 그렇지 않을 경우 즉시 퇴원시켜야 한다. 만약 이를 위반할 경우에는 5년 이하의 징역이나 5000만 원 이하의 벌금에 처해지는 매우 중한 처벌을 받아야 한다. 이 법조항은 국가에 의한 이중의 점검장치처럼 보일 수 있으나 실제로는 국공립병원의 부족한 인력 및 예산을 감안하면 현실성 없는 조항으로 판단되며 입법 목적을 달성하기를 기대하기도 힘든 중복행정의 폐해가 우려된다. 따라서 법의 효과를 기대하기 위해서는 단기간에 임용하기가 힘든 국공립병원의 전문의를 대신할 보건복지부장관 지정병원을 최대한 많이 확보하는 수밖에 없다. 그러나 입법자가 굳이 국공립병원을 법조항에 명문화한 의도는 행정기관에 소속된 의사가 국가기관을 대신해서 그 역할을 수행하라는 취지에서 민간기관에 그 역할을 부여하는 것은 법리상 문제의 소지가 많다고 판단된다.

아울러 정신질환의 특성상 단기간의 치료만으로 퇴원하여 바로 집으로 돌아갈 수 있을 정도로 호전되지 못하는 경우가 임상현실에서는 매우 흔하며 2주 이상의 입원이 필요한 경우가 거의 대부분인데 이에 대하여 다른 기관에 소속된 전문의에게 추가로 판단을 요구하는 것은 불필요한 행정비용만 낭비하는 조항으로 판단된다.<sup>2,22)</sup> 또한 외국의 예를 들면서 단기입원이 많다는 점을 지적하는 경우도 있는데 이는 우리나라의 지역사회 인프라가 매우 빈약하다는 사실을 간과하고 있으며 이에 대한 부담은 오롯이 가족에게 돌아갈 수밖에 없다.

이와 관련하여 독일, 네덜란드 등 유럽의 많은 국가들에서는 정신질환자에 대해 법원이 청문절차를 거친 후 계속 입원여부를 판단하고, 미국의 뉴욕 주나 워싱턴 주 사례에서도 법원의 청문절차는 입원여부에 대해 가장 합리적인 판단을 내릴 수 있는 중립적인 심사기구로 인정받고 있다.<sup>25)</sup> 영국은 독립된 기관에서 입원여부를 결정할 수 있어 법원의 기능을 대신하도록 제도화하고 있다. 뉴질랜드는 우리나라의 정신보건심의위원회와 유사하게 지역보건위원회에 설치된 지역정신보건서비스위원회에서 최초의 강제입원여부를 판단한다. 그러나 우리나라와 달리 입원결정에 동의를 할 수 없는 경우, 환자가 법원에 재심을 청구할 수 있어 사법기관의 재평가를 받을 수 있도록 하고 있다.<sup>24)</sup>

이와 같이 외국의 선진국에서도 중증정신질환자에 대한

보호입원제도는 이루어지고 있다. 다만 그 과정에서 사법기관이나 별도의 위원회를 신설해서 객관성을 확보하는 등 악용사례를 방지할 수 있는 제도가 정착되어 있다는 점이 다를 뿐이다. 자기결정이 불가능한 정신질환자의 경우 부득이하게 강제입원이 필요하기 때문에 강제입원 자체를 없애는 것이 관건이 아니라, 불법적·불필요한 입원을 없애 나가는 대책을 강구하는 것이 중요하다. 따라서 우리나라의 경우도 절차적 정당성을 보장하기 위해서 독립적이고 중립적인 제3자(사법부)에게 판단받을 수 있는 절차 마련도 고려해 볼 수 있다. 법원은 보호의무자, 환자, 정신과 의사 등 어느 한쪽의 이해관계에도 치우치지 않고 가장 합리적인 판단을 내리는 중립적 심사기구이기 때문이다. 그러나 무엇보다 가장 중요한 것은 정신질환자가 제대로 보호받고, 치료받을 수 있는 권리인 것이다. 그렇기 때문에 환자의 강제입원의 문제점만을 강조하다가 오히려 적시에 적절한 치료를 받을 수 있는 권리를 침해할 소지가 있다는 점을 간과해서는 안 된다. 결국 환자의 인권은 치료를 통해 지역사회에서 스스로 살아갈 기회와 능력을 가지도록 국가가 제대로 역할을 할 때 최고로 보장받을 수 있는 권리이다.

## 결론

1995년에 제정된 정신보건법이 전부개정안의 형태로 20여 년만인 2016년 5월 19일 국회 본회의를 통과하였다. 이번 개정된 정신보건법 전부개정안은 급속한 정신보건환경의 변화에 탄력적으로 적응하고 정신질환자의 인권보장을 위해 진일보한 점은 분명히 존재하나 주요 쟁점사항들을 검토한 결과 과연 우리나라 정신보건정책에 대한 충분한 논의와 국민적 합의를 통해 이끌어 낸 것인지 의문이 든다. 따라서 본고에서는 개정법의 문제점을 지적하고 개선점에 대하여 논의하고자 하였다.

보통 환자의 자기결정권(autonomy)과 의사의 온정주의(medical paternalism)는 의료윤리적인 측면에서 매우 중요하다. 특히 정신질환자의 경우에는 책임능력이 결여된 상황이 많기 때문에 두 개의 가치를 균형 있게 조화시키는 것이 쉽지 않으며 개정법 역시 이런 측면이 충분히 고려되었어야 했다.

2017년 5월 30일 개정법의 시행을 앞두고 하위법령을 만들 때 관련단체 및 전문가와의 충분한 논의를 통해, 의료계의 현실을 고려한 보다 합리적이고 효율성 있는 제도 마련으로 국민의 정신보건복지 향상에 기여하기를 기대하는 바이다.

**중심 단어 :** 정신보건법 · 보호의무자에 의한 입원 · 강제입원 · 자기결정권.



## Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) Park MS. Major issues of mental health law revision: social welfare meaning and role. Proceedings of the Korea Academy of Mental Health and Social Work 2016 Annual Spring Conference; 2016 May 20; Seoul, Korea. Seoul: The Korea Academy of Mental Health Social and Work Academic Publications; 2016. p.87-90.
- 2) knpa.or.kr [homepage on the Internet]. A statement of opinion for the revision of "Mental health promotion and welfare service support" Act. 2016 May 16 [cited 2016 May 20]. Available from: <http://www.knpa.or.kr>.
- 3) Suh T. History of the Korean Mental Health Act. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010;49:144-148.
- 4) Lee JW, Son DS. Theory of mental health and social welfare. Seoul: Seohyunsa; 2007. p.4-50.
- 5) Shin KC. The legal status of mental illness: exclusion to integration [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2012.
- 6) Court.go.kr [homepage on the Internet]. Constitutional Court of Korea. 2014HearnGa9 decision, 2016. 9. 29 [cited 2016 Oct 30]. Available from: [http://search.court.go.kr/ths/pr/ths\\_pr0101\\_P1.do?seq=0&cname=&eventNum=41196&eventNo=2014%ED%97%8C%EA%B0%809&pubFlag=0&cId=010200&selectFont=](http://search.court.go.kr/ths/pr/ths_pr0101_P1.do?seq=0&cname=&eventNum=41196&eventNo=2014%ED%97%8C%EA%B0%809&pubFlag=0&cId=010200&selectFont=).
- 7) Lee JY. Today 25 years ago: arson disaster following refusal of admission to night club. The Money Today. 2016 Oct 17.
- 8) Choi JA. The news then: reckless driving leading to 23 victims in Yoido Square. KBS News. 2016 Oct 19.
- 9) Kim CJ. Necessity of revision and amendment direction of the Mental Health Law. Seoul: The National Assembly Notification Magazine, National Assembly; 2007. p.8-22.
- 10) Kim JK, Lee JY, Park HJ. Current problems and improvement of Mental Health Law. Inha Law Rev 2013;4:13-36.
- 11) Suh TW. Mental health policy and law in Korea. Health Welf Policy Forum 2007;123:42-56.
- 12) Moon SD. A theory of mental health and social welfare. study on the revision of the Mental Health Act in 2007. J Police Act 2007;5:94-116.
- 13) Law.go.kr [homepage on the Internet]. Mental Health Act [cited 2016 Nov 4]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=59049&ancYd=20030529&ancNo=06893&efYd=20040530&nwJoYnlfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202#0000>.
- 14) Lee DM. A study on the enforcement hospitalization in the Mental Health Law. Korean J Criminology 2001;13:137-163.
- 15) National Human Rights Commission of Korea. Survey on human rights of persons with mental illness. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2009.
- 16) Shin KC. Ideology through the ideals and reality of Mental Health Law. Proceedings of the Korea Academy of Mental Health and Social Work 2016 Annual Spring Conference; 2016 May 20; Seoul, Korea. Seoul: The Korea Academy of Mental Health Social and Work Academic Publications; 2016. p.15-32.
- 17) The National Mental Health Commission. The national report on the results of preliminary survey on the state of mental health in Korea. Seoul: The National Mental Health Commission; 2015.
- 18) Lim BH. The problems and reform of the Mental Health Act. Seoul: National Assembly Legislation Report; 2007.
- 19) Shin KC. Problem analysis and improvement strategy for involuntary admission in Mental Health Act: focusing on the restoration of personal subject turned into reification. Seoul Law Rev 2016;22:637-639.
- 20) Kim SW, Lee MW. The meaning of the constitutional unconformity decision and the legislative improvement task. Seoul: The National Assembly Research Service: Issues and Point; 2016.
- 21) Kim SK. Promotion of national mental health and enhancement of human rights and welfare for mentally ill people. Seoul: The National Assembly Notification Magazine, National Assembly; 2016. p.1-2.
- 22) Yeom HG. Major issues in 'Mental Health Law' revision. Proceedings of the Korea Academy of Mental Health and Social Work 2016 Annual Spring Conference; 2016 May 20; Seoul, Korea. Seoul: The Korea Academy of Mental Health Social and Work Academic Publications; 2016. p.35-59.
- 23) Shin KC. A normative study on the concept of people with mental illness. Korean Lawyers Assoc 2010;59:35-76.
- 24) Shin EJ. The problem and the solution of involuntary admission of the mentally ill. Korean Assoc Med Law 2009;17:2-29.
- 25) Hong SM. Case studies and establishment of advanced models of countries to improve human rights for people with mental illness. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2009.