

ORIGINAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2019;58(4):297-313  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

## 동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교

국립정신건강센터 정신건강사업과

조 근 호 · 장 미

### Comparison of Mental Health Act about Involuntary Admission among 4 East Asian Countries

Keun Ho Joe, MD, PhD and Mi Jang, MD

Department of Mental Health Services, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

**Objectives** The aim of this study was to explore trends associated with the amendment of The Mental Health Welfare Act by comparing involuntary admission processes in Asian countries.

**Methods** We obtained copies of the Mental Health Acts for four East Asian countries – Korea, Japan, Singapore, and Taiwan (China). We then analyzed the contents of the acts including their definitions of mentally ill patients, the types of hospitalization, and the procedures for involuntary admission.

**Results** The Japanese provision for involuntary admission was the prototype used for the Korean system prior to the total revision of the Korean system in 2016. Regardless, Korea and Japan still regard family members as pivotal in deciding on involuntary admission. Taiwan and Singapore acts are characterized by the involvement of government or government-designated medical practitioners, not caregivers, in the hospitalization process. In Taiwan, involuntary admission is decided by a judgment of a review committee and is a task of the government. In Singapore, the opinions of experts are considered when making the initial decision on involuntary hospitalization, whereas a judicial decision is essential for extension of that hospitalization.

**Conclusion** Despite cultural and historical similarities, the systems of involuntary admission were considerably different across the countries. We observed a reduction in the role of family guardians and an increase in the use of more objective screening processes. All four countries were in the process of applying those recommendations from international organizations that were in accordance with their society/culture. There may be a need to partially amend The Mental Health Welfare Act in Korea in order to protect the human rights of psychiatric patients while maintaining a stable therapeutic environment.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(4):297-313

**KEY WORDS** Mental health act · Involuntary admission · Family guardian · Therapeutic environment · Human rights.

Received May 13, 2019  
Revised June 17, 2019  
Accepted July 31, 2019

**Address for correspondence**

Keun Ho Joe, MD, PhD  
Department of Mental Health Services,  
National Center for Mental Health,  
127 Yongmasan-ro, Gwangjin-gu,  
Seoul 04933, Korea  
Tel +82-2-2024-0106  
Fax +82-2-2204-0383  
E-mail unclezo@korea.kr

## 서 론

1995년 정신질환자의 인권 보장과 정신질환의 예방, 치료, 재활의 개선을 위해 제정된 정신보건법은 시행 20년 만인 2016년 5월 가장 큰 변화를 겪었다. 유엔 MI 원칙(UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)<sup>1)</sup>이나 유엔장애인권리협약(United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities)<sup>2)</sup>과 같은 국제적인 권고와 보호의 무자애 의한 비자의 입원에 대한 헌법재판소의 헌법불합치 판결<sup>3)</sup>을 배경으로 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스

지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)’이라는 이름하에 전면 개정된 것이다.

기존 정신보건법에서 정신건강복지법으로의 주된 개정 내용은 정신질환자의 개념 축소, 입원 규정 변화, 사회복지 서비스 지원 규정 신설, 정신건강증진 규정 신설 등이다.<sup>4,5)</sup> 이중 가장 논란이 되었던 부분은 비자의 입원 제도의 변화로 2주의 진단을 위한 입원 기간 이후에도 계속 입원이 필요한 경우 서로 다른 정신의료기관에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과 전문의(국공립 정신의료기관 또는 지정 정신의료기관 소속 정신건강의학과 전문의 1인 이상 포함)의 일치된 소견이 요구되고, 1개월 이내에 입원적합성심사위원회의 심

사를 받도록 하는 것 등이다. 이에 대해서는 여러 논란이 있는데, 독립성과 중립성이 보장되는 국가적 심사기구로서의 기대감을 표현한 의견<sup>6,7)</sup>과 국공립 정신의료기관의 부족한 인력 및 예산을 감안했을 때 현실성이 부족하다는 지적이 있으며,<sup>8,9)</sup> 서로 다른 기관 소속 전문의 2인 진단은 다른 나라에서 유례를 찾아보기 힘들며 현실적으로 시행이 어렵고 불필요한 행정비용만 늘릴 뿐 실제로 비자의 입원을 억제하는 데는 도움이 안 될 것이라는 주장도 있다.<sup>10,11)</sup> 또한, 정신건강심사위원회(구 정신보건법의 정신건강심판위원회)와 중복된 기능의 입원적합성심사위원회를 설치하는 것은 오히려 환자들이 시기적절한 치료를 받지 못하는 결과가 초래될 것이라는 우려도 제기되고 있다.<sup>12)</sup> 최근 고 임세원 교수의 사망 사건 이후 사법치료제도 도입에 대한 목소리 또한 커지고 있는 상황을 고려하면 비자의 입원의 절차 및 심사에 있어 향후 발전 방향을 모색하는 일은 매우 중요할 것이다.

과거 다른 나라의 비자의 입원을 다룬 여러 연구는 주로 독일, 프랑스, 이탈리아, 미국, 뉴질랜드 등 서구의 국가들의 선진 사례를 소개하고 우리나라의 제도와 비교하는 내용이 위주였다.<sup>8,13-15)</sup> 이는 선진적인 제도를 가진 나라를 벤치마킹하고자 하는 의도를 달성하기 위한 시도였을 것이나, 아시아 권에서의 가족의 역할이나 권한과 같은 문화적 특성이 고려되지는 못하였다. 또한 정신질환자의 격리 수용에 대한 변혁과 이들에 대한 권익 보호를 서구에 비해 단기간에 추진하고 있는, 우리나라를 비롯한 주변국들의 상황을 고려한 분석도 아니었다.

따라서 본 논문에서는 지리적, 역사적, 문화적으로 유사점이 많고 비자의 입원 심사에 있어 우리나라와 같이 의료주의를 주로 채택하고 있는 일본, 대만, 싱가포르 등 동아시아 4개국의 정신보건법, 특히 비자의 입원과 관련된 내용과 절차를 비교, 고찰함으로써 향후 국내 비자의 입원 관련 법 조항의 개선 방향을 모색하고자 한다.

## 방 법

우리나라를 포함한 동아시아 4개국에서 정신질환자의 비자의입원과 관련된 법안을 인터넷을 통해 검색하였다. 일본의 경우에는 법무성에서 관리하는 전자정부시스템인 e-Gov(<http://elaws.e-gov.go.jp>)를 통하여 현행 ‘정신보건 및 정신질환자복지에 관한 법률(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)’을 검색하여 해당 법조문을 확보하였다.<sup>16)</sup> 대만의 경우에는 중화민국 입법원의 법률정보시스템인 입법원법률계통(<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm>)에서 ‘정신위생법(精神衛生法)’을 검색하여 법조문을 확인하였다.<sup>17)</sup> 싱가포르는

법무부의 법률정보시스템인 Singapore Status Online(<https://sso.agc.gov.sg/>)을 통해 ‘정신보건법[Mental Health(Care and Treatment) Act]’을 검색하여 법조문을 확보하였다.<sup>18)</sup>

법조문은 각각 일본어, 중국어 및 영어로 되어 있었으나, 인터넷 검색을 통해 해당 법조문을 확보하면, 자동번역이 되어 법안의 주요 내용을 대략적으로 파악할 수 있었다. 일본어의 경우에는 일본어 전공자에게 번역을 의뢰하여 세부 내용을 확인하였다. 대만의 경우에는 현지 정신건강의학과 전문의를 통하여 별도로 영문으로 번역된 법안을 입수하여, 중국어 번역본과 영문 법안을 비교하여 내용을 확인하였다. 싱가포르의 법안은 영어로 작성되어 있어 영문 법안 그 자체로 내용을 파악하였다. 법안의 세부적인 내용 중 확인이 필요한 부분은, 국외 전문가와 직접 접촉하여 의미를 확인하였다.

본 연구에서는 정신보건법 내용 전체를 검토하지 않고, 비자의 입원(특히 보호의무자에 의한 입원)의 절차와 내용을 중심으로 각국의 법조문을 비교하였다. 특히, 비자의 입원의 대상이 되는 정신질환자의 정의, 자의적 입원 및 비자의적 입원 등 입원 유형의 구분, 비자의 입원 대상자의 요건, 각국의 비자의 입원 과정에서 절차, 그리고 비자의 입원 결정에 따른 입원 기간, 비자의 입원의 비용 부담 등도 부가적으로 비교하였다.

## 결 과

### 동아시아 4개국 비자의 입원 관련 법령의 특징

#### 일본 정신보건복지법의 비자의 입원 제도 개관

일본에서 비자의 입원의 절차를 제도화한 정신위생법은 1950년 제정되었다. 이 당시 법 제정의 목적은 제2차 세계대전 이후 방치되어 있던 정신질환자들을 수용하여 적절한 의료 서비스를 제공하는 것이었다. 법 제정 당시부터 일본에서 비자의 입원의 제도는 ‘보호의무자의 동의에 의한 입원’과 도도부현(都道府縣) 지사(우리나라의 시도지사)가 행정적인 조치로서 정신질환자를 입원시키는 ‘조치입원’으로 구성되었다. 1950년 당시 인권 보호의 개념이나 지역사회 돌봄의 개념이 존재하지는 않았으나, 강제입원의 실제 요건이 정립되고, 정신질환자에게 의료 서비스를 제공한다는 개념이 반영된 입법이라고 할 수 있다.<sup>19)</sup>

이후 일본의 정신위생법은 수 차례 수정을 거쳐 오다가 1995년 ‘정신보건 및 정신질환자복지에 관한 법률(이하 정신보건복지법)’로 전면적으로 개정된다. 이는 정신보건복지법과의 통합에 따른 결과였다. 또한 2013년 중요한 개정 사항이 정신보건복지법에 반영되는데, ‘보호자 제도’의 폐지가 그

것이다. 그러나 ‘보호자’라는 명칭이 ‘가족’이라는 명칭으로 변경되었을 뿐, 기존 보호자의 동의에 의해 진행되었던 ‘의료 보호입원’ 조항은 실질적인 차이 없이 유지되었다.<sup>20)</sup> 현행 일본의 정신보건복지법 주요 조항은 다음과 같다.

#### 정신질환자에 대한 정의

일본에서는 정신질환자(일본 정신보건복지법 용어는 ‘精神障害者’임)를 다음과 같이 법률적으로 정의하고 있다. “통합실조증(統合失調症), 정신작용 물질에 의한 급성중독 또는 그 의존증, 지적장애, 인격장애, 기타 정신질환을 가진 사람을 말한다(일본 정신보건복지법 제5조).” 즉, 일본의 정신보건복지법은 우리나라 정신건강복지법에서와는 달리, 기능상 저하의 개념을 포함하고 있지 않다.

#### 입원 유형의 구분

일본의 정신병원 입원 유형은 임의입원, 조치입원, 긴급조치입원(72시간 이내), 의료보호입원, 응급입원(72시간 이내)으로 구분된다. 즉, 임의입원은 우리나라의 자의 입원과 유사하게 환자 자신의 동의에 의해 입원하게 되는 형태이다. 그러나 우리나라의 동의입원과 유사하게 정신과 병원의 관리자의 판단에 따라 비자의 입원으로 입원 유형을 전환할 수도 있다. 조치입원은 우리나라 정신건강복지법 상의 ‘특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원(이하 행정입원)’과 유사하며 긴급한 조치가 필요한 경우 72시간의 범위 내에 긴급조치입원을 강제할 수도 있다. 의료보호입원은 우리나라의 ‘보호의무자에 의한 입원 등(이하 보호입원)’과 유사한데, 시정촌(市町村)장(우리나라의 시군구청장)이 보호의무자가 될 수 있는 조항이 있어, 과거 우리나라의 정신보건법에서의 규정과 유사하다. 이러한 보호입원 절차를 진행할 여유가 없는 긴급한 상황일 경우에 72시간 내에 응급입원이 적용된다.

#### 비자의 입원 대상자의 요건

일본의 조치입원의 요건은 1) 정신질환자일 것, 2) 정신질환으로 인해 자타해의 우려가 있을 것, 3) 의료 및 보호를 위한 입원 필요성이 있을 것 등이다(일본 정신보건복지법 제29조 제1항). 또한 의료보호입원에서의 요건은 1) 정신질환자일 것, 2) 의료 및 보호를 위하여 입원 필요성이 있을 것, 3) 정신질환으로 인해 임의입원에 동의할 상태가 아닐 것 등이다(일본 정신보건복지법 제33조 제1항).

#### 비자의 입원의 절차

조치입원은 우리나라 정신건강복지법상의 행정입원과 유

사한 입원 유형으로 정신질환자이며, 의료 및 보호를 위해 입원시키지 않으면 ‘정신질환으로 인해 자타해 우려’가 있다고 인정되는 때 진행된다. 조치입원은 상기 요건에 해당하는 정신질환자에 대해 진단 및 보호 신청·통보·신고, 후생노동성(우리나라의 보건복지부) 장관이 지정한 정신보건지정의(이하 지정의) 2명의 진찰, 도도부현 지사의 입원 조치의 절차로 진행된다. 즉, ‘정신질환으로 인해 자타해 우려’가 있는 정신질환자의 진단 및 보호를 도도부현 지사에게 신청(누구라도 가능)·통보(경찰관, 검사, 보호관찰소장, 교정시설장, 의료관찰법에 의해)·신고(정신의료기관장에 의해)하고, 도도부현 지사는 신청·통보·신고를 받거나 신청·통보·신고 없는 경우에도 조치입원의 요건에 해당하는 사람에 대해 지정의 2명에게 진찰을 받도록 하여 각 지정의 진찰 결과가 일치할 경우 국립 정신병원 또는 지정 병원에 입원시킬 수 있다. 또한, 도도부현 지사는 ‘정신질환으로 인해 자타해 우려’가 인정되나 신속을 요하고 절차를 취할 수 없는 경우에는 지정의 1명의 진찰을 통해 72시간 이내의 범위에서 국립 정신병원 또는 지정 병원에 입원시킬 수 있다(일본 정신보건복지법 제29조).

의료보호입원은 우리나라 정신건강복지법상의 보호입원과 비슷한 입원 유형으로 행정처분 성격의 조치입원과 달리 의료적 조치의 성격으로 볼 수 있다. 의료보호입원의 대상은 의료 및 보호를 위해 입원할 필요가 있으나 정신질환으로 인해 임의입원을 할 수 있는 상태가 아닌, 즉 동의 능력이 없는 정신질환자이다. 가족 등 1인의 동의, 혹은 가족 등이 없거나 의사를 표시할 수 없는 경우에는 환자의 거주지나 소재지의 시정촌장의 동의와 지정의 1인의 진찰 결과 의료보호입원의 대상임이 판정되면 정신의료기관장에 의해 의료보호입원을 시킬 수 있다. 의료보호입원을 시행한 경우, 정신과 병원의 관리자는 입원 동의자의 동의서를 첨부하여 그 사실을 10일 이내에 보건소장을 거쳐 도도부현 지사에게 보고하여야 한다(일본 정신보건복지법 제33조).

#### 기 타

조치입원에 소요되는 비용은 건강보험으로 산정하고 도도부현이 지불한 경우 국가에서 3/4를 부담하도록 한다. 도도부현 지사는 조치입원을 시킨 정신질환자 또는 그 부양의무자가 입원 비용을 부담하는 것이 가능하다고 인정한 때에는 그 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있다(일본 정신보건복지법 제30조 및 제31조). 정신과 병원의 관리자는 조치입원 및 보호입원을 한 환자의 증상 또는 기타 후생노동성령으로 정하는 사항을 정신의료심사회(이하 심사회)에 정기적으로 보고하여야 한다. 조치입원의 경우에는 최초 6개월까

지는 매 3개월마다, 이후에는 6개월마다 보고해야 하며, 의료보호입원의 경우에는 매 1년마다 보고해야 한다. 심사회는 지정의, 정신 보건 또는 복지에 관한 학식과 경험이 있는 자, 법조인 등 5인으로 구성되며, 서면심사를 통한 합의제로 운영된다(일본 정신보건복지법 제38조).

#### 대만 정신위생법의 비자의 입원 제도 개관

대만의 정신위생법은 1990년 사회적 안전에 대한 논의의 결과로 제정되어 2007년 환자의 인권을 강화하는 내용으로 개정되면서 비자의 입원에 대한 심사기구인 '정신질환강제감정 및 강제지역사회치료심사회(약칭 심사회)'가 도입되었다. 대만의 비자의 입원 유형은 단일한 형태만이 존재하는데, 시(市)나 현(縣) 정부가 주관이 되는 행정처분의 성격으로, 우리나라 정신건강복지법상에서는 행정입원에 가장 가깝다고 할 수 있다. 대만 정신위생법의 주요 조항은 다음과 같다.

#### 정신질환자에 대한 정의

대만의 정신위생법 제3조 제1항에서 '정신질환'은 다음과 같이 정의하고 있다. "사고, 정서, 지각, 인지, 행동 등 정신상태가 비정상적이며, 이로 인해 일상생활 기능에 장애가 발생하여 치료와 돌봄이 필요한 상태; 정신병, 신경증, 알코올 및 약물 중독, 기타 중앙주관기관이 인정한 정신질환을 포함하나 반사회성 인격장애는 제외한다". 또한 법 제3조 제4항에 '중증환자'는, "정신과 전문의로부터 '정신질환'이 있다는 확인을 받은 환자로서, 현실과 분리된 기이한 사고와 엉뚱한 행동을 하여 자신의 사무를 처리할 수 없는 사람"으로 명시하고 있다.

#### 입원 유형의 구분

대만의 정신위생법에서 입원의 유형에 대한 특별한 규정은 없다. 다만, 정신위생법 제5장 제35조에 정신과적 치료 및 돌봄에 대한 유형을 구분하고 있는데, 외래치료, 응급 서비스, 전일(全日)입원, 낮병원, 지역사회 재활, 재가돌봄 등의 서비스가 그 예이다. 다만, 정신위생법 제41조에 전일입원을 강제하는 상황 및 그 절차에 대한 기술이 있으며, 제20조에 시나 현의 주관기관에서 응급상황에 대응하는 절차가 규정되어 있다.

#### 비자의 입원 대상자의 요건

대만에서 비자의 입원을 강제하기 위해서는 다음 4가지 요건을 충족해야만 한다. 이는 1) 정신질환이 있는 중증 환자이며, 2) 자·타해 행위나 위험이 있는 자로서, 3) 2명 이상의 지정 정신과 전문의의 입원이 필요하다는 진단결과가 있

어야 하고, 4) 심사회의 60일간의 치료허가를 받아야 한다(대만 정신위생법 제41조).

#### 비자의 입원의 절차

강제입원 요건에 해당하는 환자는 보호자의 협조하에 입원치료를 진행하는데 환자가 이를 거부할 경우 시나 현의 주관기관은 지정 정신의료기관에 5일 이내로 긴급안치한다(대만 정신위생법 제41조 제2항). 긴급안치 2일 이내로 지정된 정신과 전문의 2인에게 증상과 기능상의 장애, 자·타해 행위 및 위험을 포함한 입원 필요성을 평가하여 진단증명서를 작성하게 하고 환자 및 보호자의 의견서 등을 국가공공보건정보시스템(National Public Health Information System)에 신고한다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 환자권익보호단체 대표, 법조인으로 구성된 심사회(총 7인)는 긴급안치로부터 5일 이내에 서류심사와 화상 인터뷰를 통해 입원치료의 필요성을 의결하고 60일간의 입원을 허가한다(대만 정신위생법 제42조 제1항). 입원 연장이 필요한 경우 입원 기간이 만료되기 전에 지정 정신과 전문의 2명 이상의 진단결과와 심사회의 연장허가를 받고 60일의 입원 기간을 연장할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제2항). 심사회의 결정에 이의가 있는 경우 환자나 보호자는 법원에 입원 중단을 위한 청구를 할 수 있다(대만 정신위생법 제42조 제3항).

#### 기 타

대만의 정신위생법상 비자의적 입원은 시나 현의 행정기관에서 집행하는 행정적인 조치이다. 이러한 성격의 행위에 부합하게 비자의 입원 조치와 관련된 진료비, 행정비 등 전체 지출 비용은 국가에서 부담한다(대만 정신위생법 제26조).

비자의적 입원과 함께 강제적 외래치료명령 제도가 대만 정신위생법에 규정되어 있다. 외래치료명령은 최장 6개월 이내의 범위 이내에서 약물치료, 약물농도 검사, 중독약물 검사, 기타 평가 등이 포함되며, 그 기간을 연장하기 위해서는 심사회의 승인이 필요하다(대만 정신위생법 제45조 및 제46조).

#### 싱가포르 정신보건법의 비자의 입원 제도 개관

싱가포르의 정신질환자를 비자의적으로 입원시키는 데 있어 근거가 되는 법령은 '정신보건(돌봄과 치료)법[Mental Health(Care and Treatment) Act]'이다. 현재 적용되고 있는 법령은 2012년 12월 개정된 법령으로, 우리나라나 일본의 법령이 정신질환자에 대한 복지 서비스에 대한 조항까지 '정신건강복지법'에 포함시키고 있는데 반해, 싱가포르는 정신질환자의 입원치료에 대한 내용에 초점을 맞추어 법조문이 구



성되었다는 데 우선 차이가 있다. 싱가포르 정신보건법의 전문에는 해당 법률의 목적이 명확하게 기술되어 있는데, 지정된 정신의료기관에 정신질환자를 입원, 구금, 돌봄 및 치료의 과정에 대한 내용을 담고 있다고 그 범위를 한정하고 있다.

#### 정신질환자에 대한 정의

싱가포르의 정신보건법에서 정신질환(mental disorder)은 “정신에 장애를 일으킬 수 있는 모든 질환이나 장애”로 정의되어 있다. 용어에 대한 정의가 법에 규정되어 있기는 하지만, 사전적인 의미 수준으로 법률에 규정되어 있을 뿐이며, 우리나라의 정신건강복지법에서와 같이 기능적 수준의 판단을 하고 있지 않다(싱가포르 정신보건법 제2조).

#### 입원 유형의 구분

싱가포르의 정신보건법에서는 입원의 유형에 대해 우리나라나 일본과 같이 구분하고 있지 않다. 자의 입원이나 비자의 입원의 유형 구분만이 아니라 응급입원에 대한 별도의 규정이 있지 않으며, 정신질환자에 대한 입원 수행 절차는 단일한 구조만이 존재한다. 다만, 입원(admission)이라는 용어는 정신건강의학과에 입원하는 모든 경우를 포괄하며, 그 중에서 비자의적 입원의 경우에는 구금(detention)이라는 용어로 기술하고 있다. 일반적으로 ‘구금’이라는 용어는 형이 확정되지 않은 상태에서 신체의 자유를 구속하는 경우를 말하는데, ‘행정입원’이나 ‘보호의무자에 의한 입원’이라는 용어가 아닌 ‘구금’이라는 용어로 비자의적 정신건강의학과 입원을 기술하고 있다는 점은 싱가포르 정신보건법의 독특한 특징이다(싱가포르 정신보건법 제10조).

입원의 유형은 한 가지밖에 없지만, 입원의 기간은 구분하고 있다. 즉, 72시간 이내의 입원, 1개월 이내의 입원, 6개월 이내의 입원, 그 이상 기간의 입원 등으로 기간에 따라 구획되어 있으며, 각각의 연장을 위해서는 소정의 행정적 절차를 거쳐야 한다(싱가포르 정신보건법 제10조).

#### 비자의 입원 대상자의 요건

싱가포르 정신보건법에서는 비자의 입원을 위해 대상자를 경찰이 연행하는 조건으로 1) 정신질환이 있으며, 2) 정신질환으로 인해 자타해 위험성이 있을 것으로 추정되는 사람으로 규정하고 있다. 비자의적 입원의 개시에 있어서 경찰은 의무적으로 개입해야 함을 법 조항에 명시하고 있다. 즉, “모든 경찰관은 정신 착란 상태에 있다고 신고된 사람 및 정신질환으로 인해 자타해 위험이 있는 사람을 연행하여야 한다.”라고 되어 있으며, 이들을 의료인에게 진료를 받도록 하고 필요시 입원 조치를 할 수 있도록 협조하여야 한다고 하

부 조항에 기술되어 있다(싱가포르 정신보건법 제7조). 또한, 정신질환자가 치료를 제대로 받지 않고 방치되어 있는 경우, 경찰관이 방문하여 조사하도록 규정하고 있으며, 방치된 정황이 확인되면 치안판사에게 보고하여 조치를 받도록 하고 있다(싱가포르 정신보건법 제8조).

정신질환자는 비자의 입원을 위해 위와 같이 경찰에 의해 연행되기도 하고, 일반 의료인의 진료 후 의뢰되기도 하는데, 정신의료기관에서 지정 의료인에 의한 진료 후 입원을 결정하는 요건은, 72시간의 입원 및 1개월 이내의 입원에서는 치료의 필요성이며(싱가포르 정신보건법 제10조 제1항 및 제2항), 6개월까지의 연장에 있어서는 1) 비자의 입원을 통한 치료가 필요할 정도의 정신질환이 있고, 2) 환자 자신의 건강이나 안전에 문제가 있거나 환자로 인하여 다른 사람의 안전에 위험이 존재할 경우 등 두 가지 요건을 갖추도록 하고 있다(싱가포르 정신보건법 제10조 제6항).

#### 비자의 입원의 절차

싱가포르에서 정신질환자가 입원을 위해 경찰에 연행되거나 의료인의 진찰에 의해 정신과적 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 지정 의료기관으로 의뢰되어야 한다. 즉, 싱가포르에서는 정신질환자를 비자의적으로 입원시키는 경우 지정된 의료기관 혹은 병동에만 입원시킬 수 있으며, 지정 의료기관의 명단은 보건복지부 장관이 고시하게 된다(싱가포르 정신보건법 제3조). 환자가 의뢰되면, 해당 의료기관의 지정 의료인(designated medical practitioner)은 입원치료가 필요하다는 소견을 가진 경우 72시간의 기간 동안의 입원을 명령할 수 있으며(싱가포르 정신보건법 제10조 제1항), 추가적인 입원 기간이 필요하다는 다른 지정 의료인의 소견이 있는 경우 1개월의 기한 내로 비자의 입원(구금)을 연장할 수 있다(싱가포르 정신보건법 제10조 제2항). 만일 1개월 이상의 입원이 추가적으로 필요한 경우에는, 2명의 지정 의료인(그중 1명은 반드시 정신건강의학과 전문의여야 함)이 해당 소견을 바탕으로 6개월까지 비자의 입원(구금) 연장을 명령할 수 있다(싱가포르 정신보건법 제10조 제3~5항). 즉, 정신질환자에게 입원치료 연장이 필요하다는 지정 의료인의 소견으로 구금 명령이 발효되며, 이 경우 자타해 위험의 유무가 아닌 치료의 필요성으로 판단하게 된다.

6개월을 초과하는 입원이 필요한 경우에는 행위 결정의 과정과 주체가 달라지는데, 이 경우에는 지정 의료인이 명령하는 것이 아니라 조사원의 신청서에 의해 치안 판사가 결정하는 사법적 판단 절차를 거치게 된다. 치안 판사는 조사원의 신청서를 검토하고 및 필요에 따라 추가적 조사를 시행한 후 12개월을 기한으로 구금 연장을 명령하게 된다. 또한, 이후에

도 지속적인 구금이 필요한 경우에는 조사원에 의한 신청 및 치안 판사의 판단 과정을 반복할 수 있다. 치안 판사에 의한 구금 결정에 있어서도 치료의 필요성이 중요한 기준이 된다(싱가포르 정신보건법 제13조).

#### 기 타

싱가포르에서는 조사원(visitor)이라는 제도를 운영하고 있다. 보건복지부 장관은 지정된 정신의료기관마다 12명의 조사원을 배정하는데, 그중 6명 이상은 의료인으로 구성하여야 한다. 조사원은 매 3개월마다 2명으로 짝을 이루어(2인 중 1인은 의료인) 배정된 정신의료기관을 방문해야 하며, 해당 기간 동안 새롭게 입원한 모든 환자를 면담하고, 입원명령서의 내용을 검토하도록 규정되어 있다(싱가포르 정신보건법 제4조 및 제5조). 또한, 정신질환자의 입원이 6개월 이상 필요한지 조사하여 치안 판사에게 보고하여야 하며, 만일 환자에게 퇴원이 필요한 상황이 발생한 경우, 2명으로 이루어진 조사원에 의해 퇴원이 명령될 수 있다(싱가포르 정신보건법 제14조).

#### 대한민국 정신건강복지법의 비자의 입원 제도 개관

2016년 개정된 정신건강복지법은 정신질환자의 입원 제도 전반에 있어 전면적인 개정을 하였으며, 정신질환자의 정의 및 복지 서비스의 제공, 국가 계획의 수립에 이르기까지 사항을 새롭게 반영하였다. 또한, 정신질환자에 대한 권리 구제 항목 또한 강화되었다.

우리나라의 정신건강복지법에서는 ‘제5장 보호 및 치료’에서 정신건강의학과 입원 제도에 대해 기술하고 있다. 그중에서도 가장 먼저 기술된 내용은 보호의무자의 자격 및 의무에 대한 내용이다. 즉, 우리나라에서는 정신질환자의 입원을 법적으로 규정함에 있어, 가장 우선적으로 기술해야 하는 조항이 보호의무자인 것이다. 어떠한 절차를 거쳐 입원을 하더라도, 보호의무자가 존재하는지, 보호의무자가 어떤 책임을 져야 하는지 등의 사항을, 입원 및 퇴원에 대한 다른 규정보다 앞서 명시하고 있다. 이는 우리나라의 입원 제도와 가장 유사한 일본의 정신보건복지법과도 차이가 있는 점으로, 우리나라에서의 정신건강의학과 입퇴원 제도에 있어 보호의무자의 비중이 어느 정도인지를 보여주는 단적인 예가 아닌가 사료된다. 이러한 특징을 포함한 입원 제도의 주요 변화 내용은 다음과 같다.<sup>21)</sup>

#### 정신질환자에 대한 정의

우리나라의 정신건강복지법에서는 “정신질환자”란, 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로

일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.”라고 규정하고 있다(한국 정신건강복지법 제3조). 이는 과거 정신보건법에서의 “정신질환자”라 함은 정신병(器質的 精神病을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다.”라는 조항이 진단명을 한정하고 있으며 환자의 기능적 수준을 반영하고 있지 않아 편견을 조장한다는 지적을 반영하여 개정된 것이다.<sup>22)</sup>

#### 입원 유형의 구분

개정된 정신건강복지법에서는 자의입원, 동의입원, 보호입원, 행정입원, 응급입원 등으로 입원 유형이 변경되었다. 입원의 유형에 따라 입원이 필요한 대상자, 입원을 신청하는 사람, 입원을 결정하는 사람, 퇴원 절차 혹은 퇴원 의사 확인 절차, 입원 기간 연장에 관한 사항 등에 차이가 있으며, 각 사안별로 구분되어 기술하고 있다(한국 정신건강복지법 제5장).

#### 비자의 입원 대상자의 요건

우리나라의 정신건강복지법에서는 보호입원의 요건으로 1) 입원치료를 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환이 있으며, 2) 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원할 필요성이 있는 경우 등 두 가지 사항을 모두 충족하는 것을 요구하고 있다(한국 정신건강복지법 제43조 제2항). 또한 행정입원에 있어서도 정신질환으로 인해 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견하였을 때 신청할 수 있도록 하여 동일한 기준을 적용하고 있다(한국 정신건강복지법 제44조 제1항).

#### 비자의 입원의 절차

정신건강복지법 제43조 제1항에서는 보호입원이 시작되는 절차를 다루고 있다. 즉, 법령에 따르면 보호의무자 2명의 신청과 정신건강의학과 전문의의 진단에 근거해서 정신의료기관의 장에 의해 입원 절차가 개시된다. 행정입원에 있어서는 제44조 제1항에서 제5항까지 지방자치단체의 장이 정신질환으로 자타해 위험이 있다고 의심되는 사람에게 적절한 진단을 위한 입원을 명령함에 있어서, 그 근거가 되는 절차를 우선적으로 기술하고 있다.

보호입원 및 행정입원의 경우, 진단을 위한 입원(이하 진단입원)과 치료를 위한 입원(이하 치료입원)으로 구분지어 놓았다는 점이 현재 우리나라 정신건강복지법 비자의 입원 시작 단계의 특징이다. 진단입원은 2주의 기간 이내 동안 수행할 수 있으며, 진단입원을 거치지 않고서는 치료입원으로 진행할 수 없도록 되어 있다. 만일 정신의료기관의 장이 정신질환

환자를 치료입원으로 전환하여 입원을 유지하고자 할 경우에는 입원치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의 2인의 일치된 소견이 있어야 한다. 이 경우 최소 1명의 정신건강의학과 의사는 국립·공립의 정신의료기관 등 또는 지정 진단 정신의료기관에 소속된 사람이어야 한다는 조건이 있다. 즉, 입원을 개시하는 시점에는 입원 필요성에 대한 정신건강의학과 전문의 1인의 진단이 필요하며, 입원을 유지하기 위해서 2주 이내에 추가적인 정신건강의학과 전문의 1인의 진단을 확보하는 기간을 진단 입원이라고 설정하고 있는 것이다. 또한 정신건강복지법 제68조에는 “정신건강의학과 전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고는 정신질환자를 정신의료기관에 입원 등을 시킬 수 없다.”라고 되어 있어, 입원 전에 진단이 이루어지는 것으로 기술되어 있으나, 재차 2주의 기간을 진단입원으로 명명하고 추가적인 전문의에 의해서 ‘정확한 진단’이 이루어지는 것으로 조문을 구성하고 있다. 그런데 행정입원에 있어서는 입원의 필요성을 입원 전에 정신건강의학과 전문의가 확인하는 ‘진단’과 별도로 진단입원의 과정에서 2인 이상의 ‘진단’을 다시 요구하고 있다. 즉, 각기 다른 시점에, 다른 목적으로, 정신건강의학과 전문의에 의해 수행되는 행위 모두를 ‘진단’이라는 용어로 기술하고 있어 혼란을 야기한다. 또한, 진단을 하는 기준이 의료적인 관점인지, 법률적인 관점인지 불분명하다(한국 정신건강복지법 제43조 및 제44조).

우리나라의 모든 비자의 입원은 입원적합성심사위원회에 신고하도록 되어 있으며(한국 정신건강복지법 제45조), 신고된 입원 사항에 대해 입원적합성심사위원장은 1개월 이내에 적합 혹은 부적합 여부를 정신의료기관의 장에게 통지하도록 되어 있다(한국 정신건강복지법 제47조). 위원장은 조사원으로 하여금 입원신고서류나 진료기록과 같은 기록의 검토, 환자와의 면담 등을 실시할 수 있도록 규정되어 있으며, 소위원회를 개최하여 조사 결과를 토대로 입원의 적합 및 부적합 여부를 심사하도록 하고 있다. 즉, 의사결정은 소위원회에서 하게 되며, 재심이나 불복 혹은 이의제기의 과정 없이 한 번의 심의로 입원적합성의 여부는 마무리되게 된다. 결론적으로, 우리나라에서 정신질환자의 비자의 입원은 입원적합성심사위원회에 신고함으로써 그 절차가 시작되며, 또한 입원적합성심사위원회의 통지를 통해 그 절차가 마무리된다.

기 타

우리나라의 정신건강복지법 제43조 제4항 비자의 입원 시 추가 진단 제도 및 제6항 계속입원 심사 시 추가 진단 제도에 대한 조항은 구체적 절차가 법령에 기술되어 있지 않다는 심각한 문제를 가지고 있다. 즉, 추가 진단을 할 전문의를 어

떻게 지정할 것인지, 그들의 신분은 무엇이며 안전은 어떻게 보장할 것인지, 추가 진단 사무에 대한 보상은 어떻게 하는 것이 적절할 것인지, 이들의 소견은 어떻게 확보할 것이며, 소견 일치 여부를 확인하여 치료를 위한 입원을 허가하는 주체가 누구인지 법령에 기재되어 있지 않으며, 하부 법령에 위임하는 규정도 없다. 현행 정신건강복지법을 시행하기는 하지만, 절차의 불확실성으로 인한 문제점은 시급히 개선되어야 한다.

자의입원 및 동의입원의 경우, 환자의 퇴원 의사를 매 2개월마다 확인하도록 하고 있는 현재의 법 조항은 우리나라 정신건강복지법의 특징 중 하나이다. 이 두 가지 입원의 유형은 환자 스스로가 입원 및 퇴원을 신청하도록 되어 있으나 자신이 퇴원할 수 있다는 사실을 주지하지 못할 수 있다는 입법자의 우려라고 사료되지만, 환자의 퇴원 신청에 대해 정신의료기관이 즉각적으로 반응하지 못한 편견의 결과라고도 할 것이다.

또한, 우리나라의 정신건강복지법 제68조에는 “누구든지 제50조에 따른 응급입원의 경우를 제외하고는 정신건강의학과 전문의의 대면 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 정신의료기관 등에 입원시키거나 기간을 연장할 수 없다.”라는 규정이 있다. 자의입원까지도 정신건강의학과 전문의의 대면 진단에 의해서만 가능하다는 의미이며, 이는 동아시아의 다른 나라 혹은 우리나라의 경우에도 다른 의료 분야에서는 전례를 찾아보기 어려운 규정이다. 이 조항으로 인해 이미 정신건강의학과 전문의의 대면 진료 후 입원 결정 및 예약을 마무리한 자의입원 환자가, 며칠 뒤인 입원 당일 별도로 정신건강의학과 전문의를 대면하는 번거로움이 현장에서 반복되고 있으며, 자의입원을 ‘비공식 입원’으로 대체하고자하는 주장이 제기되는 사유이기도 하다.<sup>23)</sup>

## 동아시아 4개국 비자의 입원 관련 현황 및 법령 비교

지리적으로 비교적 근접한 4개 국가이지만, 비자의 입원의 규모에는 큰 차이가 있다. 일본의 경우 2016년 기준으로 인구는 약 1억 2700만 명에 달하는데,<sup>24)</sup> 비자의 입원은 보호입원 180875명과 조치입원 1502명 등 총 182377명으로 집계되었다.<sup>25)</sup> 대만의 인구는 2016년 기준으로 약 2300만 명이며,<sup>26)</sup> 비자의 입원은 791명이었다.<sup>27)</sup> 싱가포르의 인구는 2018년 기준으로 560만 명에 달하는데,<sup>28)</sup> 비자의 입원의 규모는 9628명이었다(unpublished data).<sup>29)</sup> 그에 비해 우리나라의 총 인구는 2018년 기준으로 5160만 명으로 추계되며,<sup>30)</sup> 비자의 입원 환자의 연 인원은 보호입원과 행정입원을 합하여 3만 8774명이다.<sup>31)</sup> 이를 인구 100000명당 비자의 입원 연 인원수로 환산하면, 일본의 경우 143.6명, 대만의 경우 3.4명, 싱가포르의 경



우 171.9명, 우리나라의 경우 75.1명에 해당한다. 즉, 우리나라를 기준으로 일본은 1.9배, 싱가포르의 2.3배 비자의 입원이 많다. 그에 비해 대만은 우리나라의 4.5% 수준에 불과하다. 싱가포르의 경우 대만의 약 50.6배에 해당하는 비자의 입원이 시행되고 있어 그 차이가 가장 크다. 이러한 비자의 입원의 규모의 차이는 사회적·제도적·법적 환경의 차이와 밀접한 관련이 있을 것이다.

비자의 입원 절차에 대한 동아시아 4개국의 법령의 주요 사항을 표로 정리하면 부록 1과 같다. 4개국의 정신보건법은 그 목적이나 체계가 동일하지는 않으나, 본 연구에서는 강제 입원과 관련되는 사항만을 추려 정리하였다.

### 정신질환자에 대한 정의

우리나라는 정신건강복지법을 개정하면서, 정신질환자의 범위를 축소하여 사회적인 편견과 제약을 해소하고자 하였다. 그리하여 과거 질병 명칭으로 기술하던 조항을 개정하여 증상을 나열하고 기능적 수준을 강조하였다. 그러나 이러한 개정이 본래 의도한 바를 충분히 달성하고 있는지는 여전히 논란의 여지가 있으며, 중독질환이나 치매, 신경증, 소아질환 등이 정신질환자의 범주에 포함되는지 등에 대한 해석 문제로 제기되고 있다.

일본의 정신보건복지법은 정신질환자를 정의함에 있어 과거 우리나라의 정의와 유사하게 질환명으로 구분되어 있다. 이에 반해 대만의 정신질환자에 대한 정의는 질환명과 기능 장애 부분을 보다 명확히 제시하고 있으며, 중증 정신질환에 대한 정의를 부가적으로 명기하여, 법 해석에서의 논란의 여지를 줄였다. 반면 싱가포르의 정신건강법은 정신질환을 포괄적으로 기술하는 것으로 정의를 대신하였다.

### 비자의 입원의 유형

우리나라와 일본은 비자의 입원의 유형을 비자의 입원을 개시하거나 결정하는 주체에 따라 분류하고 있다. 즉, 우리나라에서는 보호입원 및 행정입원의 유형이 있으며, 일본에서는 조치입원과 의료보호입원이라는 유형이 분류되어 있다. 물론 자의적인 입원의 유형 또한 별도의 조항에서 구분하고 있다. 그러나 대만이나 싱가포르에서는 비자의 입원의 유형을 구분하고 있지 않다. 이 두 나라는 입원 결정의 주체와 절차가 단순하고 명료하며, 가족의 개입을 배제한다는 특징이 있다.

### 비자의 입원의 결정 및 보호자의 역할

우리나라에서 보호의무자는, 학자들에 의해 문제점이 지적되었음에도 불구하고, 비자의 입원에서 결정적인 역할을 한다.<sup>32)</sup> 정신의료기관으로 환자를 이송하는 책임도 보호의무자

에게 있으며, 비자의 입원을 신청하는 것도 보호의무자의 몫이다. 별도의 법적 조항은 없지만, 행정입원으로 입원한 환자에게 보호의무자의 존재가 확인되면, 많은 지자체에서 행정입원을 종료하고 보호입원으로 전환한다.

일본에서의 의료보호입원 또한 가족의 역할이 중요하다. 의료보호입원은 보호자가 신청하도록 되어 있으며, 가족이 없는 환자의 경우 도도부현의 지사가 가족을 대신하여 의료보호입원을 시행하도록 하고 있다. 다만, 우리나라의 ‘보호의무자’가 아닌 ‘가족’이라는 명칭으로 용어를 변경하여, 변화하는 현대사회에서의 가족 관계의 다양성을 반영하였으며, 가족의 의무 조항을 삭제하였다. 대만에서는 비자의 입원의 과정에 가족의 신청이나 동의의 조항은 없으며, 비자의 입원이 발생하는 경우 그 과정에 협조하도록 권고하고 있다. 싱가포르에서는 정신질환자를 관리하거나 치료를 지속하도록 하는 의무를 가족에게 지우고 있지만, 정작 입원 과정에는 개입시키지 않는다.

### 정신의료기관 및 정신건강의학과 전문의의 역할

우리나라 보호입원의 경우 입원을 최종적으로 결정하는 권한은 정신의료기관의 장에게 있는 것으로 정신건강복지법에 명기되어 있다. 실제적으로는 정신건강복지법 제47조 제4항에 따라 입원적합성심사 소위원회에 의해 입원 절차의 적합성 여부가 최종적이고 비가역적으로 결정되지만, 법 제43조 제5항에 의거하여 3개월간의 치료를 위한 보호입원을 결정할 권한이 마치 정신의료기관의 장에게 있는 것처럼 기술되어 있다. 그 과정에서 정신건강의학과 전문의는 입원이 필요하다는 소견을 정신의료기관의 장에게 제출하는 역할을 한다.

일본의 경우에는 입원 절차에 관한 심사 제도가 아직 존재하지 않는다. 이에, 정신과 병원의 관리자로 표현된 기관장의 판단에 따라 입원 여부가 결정되는 형태로 입원 과정이 진행된다. 그 과정에서, 국가자격으로서의 정신건강의학과 전문의 제도가 없는 일본에서는, 5년 이상의 임상 경험 혹은 3년 이상의 정신과 임상 경험이 있는 의사 중에 연수와 심사를 거쳐 지정된 의사(지정의)에 의해 입원 필요성을 판정한다. 대만은 비자의 입원의 과정은 시나 현의 주관 부서가 결정한다. 이에 정신과 전문의는 정신의료기관 응급실로 긴급 안치된 환자를 진단하고, 비자의적 입원이 필요한지 여부를 따져 그 절차를 수행하는 역할을 담당하게 된다. 싱가포르는 비자의 입원을 수행할 수 있는 병원이 지정되어 있으며, 그 기관에 소속된 지정 의료인이 치료의 필요성을 판단하고 구금을 명령하게 된다. 즉, 특정 의료인을 해당 업무에 지정함으로써 정신의료기관은 관리 업무를 수행한 것이며, 입원 심사 업무로 특정된 지정 의료인은 법률적 절차의 수행인으로



서 그 권한과 책임을 맡고 있는 것이다.

#### 비자의 입원의 절차

동아시아 4개국의 비자의 입원 절차는 나라마다 저마다의 특성이 있다. 각국의 고유한 의료제도와 법률제도, 정신질환자에 대한 인식 등에 명확한 차이가 있어 단순히 비교하기 곤란하다. 또한, 정신보건법이 태동하고 발달하는 과정에서 사회적 합의의 결과도 현재 집행되는 법률에 반영되어 있다. 이러한 차이점에도 불구하고 그 절차를 비교하기 위해 부록 2로 간략하게 도식화하였다. 대만과 싱가포르의 비자의 입원의 유형이 단일하여 구현이 용이하였으나, 일본이나 우리나라는 여러 유형의 입원이 있어 이를 모두 그림에 포함하는 것이 용이하지 않았다. 이에, 본 연구의 방법에서 밝힌 바와 같이, 우리나라는 보호입원만을, 일본은 의료보호입원만을 그림에 포함하였다.

우리나라의 보호입원은 보호의무자 2인의 신청과 정신건강의학과 전문의의 진단에 의해 시작되는데, 보호입원으로 바로 시작되기도 하고, 동의입원이나 응급입원을 거쳐 보호입원으로 전환되기도 한다. 보호입원은 14일간의 진단입원과 3개월간(진단입원 기간 포함)의 치료입원으로 다시 나뉘며, 진단입원이 치료입원으로 전환되는 데는 국·공립 의료기관에 소속된 다른 정신건강의학과 전문의의 추가 소견이 있어야 하고, 치료입원이 1개월 이상 지속되기 위해서는 입원 적합성심사위원회의 승인이 있어야 한다. 모든 비자의 입원은 3일 이내에 신고되어야 하며, 최초 입원 후 3개월 이상의 치료기간이 필요한 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 계속입원 심사를 받아야 한다.

일본의 의료보호입원은 지정의에 의해 치료가 필요하다고 판단되는 경우, 가족의 동의를 얻어, 정신의료기관의 장이 결정한다. 일본은 아직 비자의 입원의 적절성 여부에 대한 심사 제도가 없다. 정신과 병원의 관리자는, 의료보호입원을 시킨 경우 10일 이내에 입원 조치에 대해 보건소장을 거쳐 도도부현의 지사에게 신고하도록 되어 있다. 일본에서는 비자의 입원을 지속하기 위해서는 정신의료심사회에 매 1년마다 신고하도록 하고 있다.

대만의 경우에는, 자해 및 타해의 위험이 있는 ‘정신질환이 있는 중증 환자’를 발견한 경우, 경찰과 소방관은 그 사람을 신체적인 평가가 가능한 의료기관으로 후송하고, 신체질환이 배제되고 정신과적 치료가 필요하다는 판정을 받은 이후에, 사전에 지정된 정신의료기관 응급실로 긴급안치하도록 법률에서 의무화하고 있다. 자타해 위험이 있는 사람이 긴급안치되며, 해당 지역의 행정기관 담당자가 지정된 정신과 전문의에 의한 진단 및 심사회 신고, 심사회 검토 등의 사항을

관장하게 되며, 60일간의 비자의 입원 여부를 판단하게 된다. 즉, 5일간의 긴급안치 기간은 비자의 입원 기간에 산입하지 아니하며, 비자의 입원에 필요한 전제조건이 충족된 이후에 정식으로 정신의료기관으로의 입원이 강제되게 된다.

싱가포르 또한 비자의 입원 절차에 가족이 결정하는 과정은 없다. 만일 치료를 제대로 받지 않고 방치되어 있는 정신질환자가 있다는 신고가 있거나 민원이 발생하는 경우, 경찰은 그 사람을 치안 판사에게 보고하여 정신의료기관의 진단을 받게 할 것인지 판단받는다. 그 과정에서 자타해 위험성은 별도로 고려하지 않는다. 또는 환자를 진료하다가 정신과 치료가 필요하다고 판단한 의사도 해당 환자를 지정된 정신의료기관에 의뢰할 수도 있다. 경찰관의 연행 과정에 치안판사가 등장하기는 하지만, 입원의 결정은 온전히 지정 의료기관의 지정 의료인의 권한이다. 72시간 안에 추가적인 지정 의료인에 의해 입원 필요성이 인정된다면 1개월의 범위 내에서 비자의 입원은 진행될 수 있다. 만일 환자에게 그 이상의 치료가 필요하다면, 최소 정신과 전문의 1인이 포함된 2인의 지정 의료인에 명령이 있어야 하며, 그 경우 최장 6개월까지의 비자의 입원이 가능하다. 위와 같이 6개월까지의 모든 비자의 입원의 결정은 지정 의료기관에 소속된 지정 의료인의 몫이다. 즉, 싱가포르에서는 일정 기간 이내의 범위에서 치료의 필요성에 대한 의료인의 판단이 다른 의견보다 우선한다. 그 과정에서 매 3개월마다 조사원들이 지정 의료기관을 방문하여 모든 환자를 대면조사하고, 입원 절차 및 처우를 확인한다. 만일, 환자의 입원 기간이 6개월 이상 필요한 경우에는 의료적 소견보다는 치안 판사에 의한 법적 판단을 받게 되는데, 계속입원의 신청은 조사원에 의한다. 즉, 6개월 이내의 판단은 의료적 소견에 의존하며, 장기적인 입원은 사법적 판단에 따르는 구조를 가지고 있다.

이렇듯 동아시아 4개국의 비자의 입원 절차는 저마다 독특한 체계를 갖추고 있다 일본의 경우에는 아직 비자의 입원 개시에 대한 심사제도가 없기 때문에 비교하는 것이 의미가 없지만, 대만의 경우 긴급안치 중 진행된 심사회의 결정 하나의 절차로 심사가 확정된다. 또한 싱가포르의 경우에는 지정 의료인의 명령으로 개시되는데, 이후 진행되는 조사원은 단순히 입원 과정만을 확인하는 것이 아니라, 처우나 병원 환경까지 전반적으로 조사하며, 심각한 환자의 장기 치료를 법원에 신청하는 역할을 맡고 있다. 이에 반해 우리나라는, 추가 진단의 진단, 조사원의 대면조사, 입원적합성심사위원회의 심의, 퇴원 및 처우 개선 청구, 인신 구제 심판, 국가인권위원회 전정 등의 절차가 ‘비자의 입원’이라는 단 하나의 사건을 중복적으로 다루게 되어 있다. 이는 간혹 각 절차의 결론이 상이하거나 다른 절차의 결론을 기다리며 판단을 미루는

등 현장에서의 혼선으로 이어지기도 한다.

싱가포르를 제외한 나머지 모든 나라는 비자의 입원이 발생한 직후 신고하는 제도를 가지고 있다. 우리나라와 대만은 온라인 시스템으로 신고하는 체계를 구축하고 있다. 싱가포르의 신고 제도는 없지만, 매 3개월마다 모든 입원 환자를 조사원이 면담하도록 명문화되어 있어, 비자의 입원 환자에 대한 파악 절차는 가지고 있다. 그런데, 동아시아 4개국 중 비자의 입원의 신고를 성실히 수행하지 않은 이유로 정신의료기관의 장을 처벌하는 규정을 명문화한 나라는 대한민국이 유일하며, 처벌 강도 또한 5년 이하의 징역 혹은 5천만 원 이하의 벌금으로 되어 있어 상대적으로 가혹한 규정을 법안에 담고 있다.

#### 비자의 입원 시 권익 보호 및 권리 고지

우리나라의 정신건강복지법은 제1조에서 정신질환자의 권리와 인간다운 삶을 보장하는 것이 법의 목적임을 명시하고 있고, 제2조에 의료 행위에 있어서 동의나 거부 등 자기결정권을 존중받는다라는 사항을 포함하고 있다. 또한, 제6조는 정신건강증진 시설의 의무에 대해 다음과 같이 기술하고 있다. “정신건강증진 시설의 장은 정신질환자 등이 입원 등을 하거나 사회 적응을 위한 훈련을 받으려고 하는 때에는 지체 없이 정신질환자 등과 그 보호의무자에게 이 법 및 다른 법률에 따른 권리 및 권리 행사 방법을 알리고, 그 권리 행사에 필요한 각종 서류를 정신건강증진 시설에 갖추어 두어야 한다.” 이를 근거로 동법 시행규칙 제2조에는 입원적합성심사나 입원적합성심사위원회 조사원의 대면조사, 처우 개선 청구, 인신구제, 인권위 제소 등 총 9가지 사항에 대해 서면으로 알리면서 구두로 설명하는 것을 정신의료기관 장의 의무로 부과하고 있다. 또한 만일 이러한 규정을 위반하는 경우, 동법 89조에 따라 100만 원 이하의 과태료를 부과하도록 명시되어 있다.

우리나라의 정신건강복지법과는 달리 일본의 정신보건복지법에는 정신질환자의 권익 보호 및 자기결정권, 권리 고지 등에 대한 내용을 기술하고 있지 않다. 다만 일본의 정신보건복지법 제38조 4항에 비자의 입원을 한 환자 혹은 가족이 도도부현의 지사에게 퇴원 혹은 처우 개선을 위한 청구를 할 수 있도록 되어 있으며, 정신의료심사회에서 해당 사안을 심사한다. 이 과정에서 정신의료기관의 관리자는 비자의 입원을 한 환자에게 권리 구제의 절차에 대해 안내하고 있으나, 정신보건복지법의 조문으로 정신의료기관의 장의 의무 사항으로 기술하거나 처벌 조항을 명기하고 있지는 않다.

대만의 경우에는 정신위생법 제1조에 법의 목적으로 환자의 권익을 보호하고 지역사회에서의 삶을 보장하는 것을 기

술하고 있다. 또한, 제36조에 환자가 입원하게 되면 정신의료기관은 질병 상태, 치료 계획, 예후, 입원 이유 및 환자와 보호자의 권리 등에 대해 환자와 보호자에게 설명하도록 명시되어 있다. 그러나 불이행시의 처벌규정은 없다. 만일 환자나 보호자가 심사회에 의해 그들에게 부과된 비자의 입원 조치에 따르기를 거부하는 경우, 정신위생법 제42조에 의거하여 법원에 진정할 수 있으며 법원의 판결에 승복하지 않는 경우 10일 이내에 재심을 청구할 수 있다. 즉, 긴급안치 후 심사회의 비자의 입원 결정에 대한 불복 절차는 법원이 담당하는 것으로 절차가 이루어져 있어, 사법기관은 권리 구제의 영역으로 그 역할을 한정하고 있다.

싱가포르의 경우, 정신보건법의 부제가 ‘보호와 치료를 위한 법률’로 되어 있으며, 입원 과정에 개입하는 주체 및 절차에 대한 내용 위주로 기술되어 있다. 즉, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리 보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 하는 우리나라의 법률과는 그 목적이 달라 정신질환자의 인권에 대한 명시적 언급이 없으며, 입원 과정에서의 권리 구제 절차에 대한 사항이 없다. 권리 고지에 대한 의무사항이 정신의료기관에 있지 않으며, 위반에 따른 처벌 조항 또한 존재하지 않는다. 그러나 6개월을 초과하는 입원의 연장 과정에서 법원이 개입하게 되므로, 조문에 해당 사항이 없더라도 정신질환자의 인권이 심각하게 침해되고 있다고 단정하기는 어렵다.

#### 사법기관의 역할

대만의 경우, 긴급안치 중 진행된 심사회의 비자의 입원 결정에 대해 정신질환자나 그들의 가족이 승복하지 못하는 경우, 법원에 진정을 하는 절차를 가지고 있다. 대만의 심사회는 재심을 할 수 있는 구조를 가지고 있지 않아 심사 결과를 내부 회의로 다시 다룰 수 없으며, 정부의 행정 조치 성격인 비자의 입원 결정에 대한 다툼은 사법부에서 진행하는 것이 법체계에 부합한다.

싱가포르의 경우, 비자의 입원을 통한 치료가 6개월 이상에 걸쳐 시행되어야 한다고 조사원이 판단한 경우, 치안 판사의 명령을 받도록 규정하고 있다. 즉, 6개월 이내 기간의 입원은 의료적 재량권에 위임하지만, 그 이상의 구금은 사법부가 판단해야 한다는 정책이 반영된 법령이라 할 수 있다.

우리나라의 정신건강복지법에서는 법원이 직접 등장하지는 않는다. 다만, 정신질환자가 비자의 입원한 경우, 해당인은 인신보호법 제2조에 따른 ‘피수용자’로 간주하며, 피수용자는 제3조에 의거하여 법원에 구제 청구를 할 수 있다. 즉,

비자의 입원의 적법성 여부에 대한 다툼이 있는 경우, 법원의 판단을 받을 수 있도록 되어 있다.

## 고 찰

정신의학의 역사는, 뇌과학이 발전하고 뇌의 변화가 생각과 행동으로 어떻게 발현되는지에 대한 이해가 깊어지면서 이를 통해 병적 증상을 설명하고 치료법을 개발하는 것과 더불어 중증 정신질환자들에게 새롭게 개발된 치료법들을 활용하여 치료하고 보호할 제도적 조치를 마련하는 과정이었다고 할 수 있다.<sup>33)</sup> 그 와중에 간혹 치료를 강제할 필요가 발생하는데, 전통적으로 의료적 온정주의(medical paternalism)라는 이론으로 그 당위성을 설명하였다. 이는 자기결정권에 제약이 있는 정신질환자에게 의료 전문가가 인도적 입장에서 의사결정을 대신할 수 있다는 논리를 제공하였다.<sup>34)</sup> 그러나 의료인들이 주장하는 최선의 치료가 실제로는 과도하거나 경우에 따라서는 불필요한 개입일 수도 있으므로 사법 체계 안에서 환자에 대한 구금이 결정되어야 한다는 법률주의(legalism)가 대두되었다. 이러한 온정적 의료주의와 법률주의의 치열한 논쟁을 바탕으로 정신질환자에 대한 강제적 입원 제도를 개편해 온 대표적인 국가가 영국이다.<sup>35,36)</sup> 현대 사회에서 온정주의(paternalism)는 더 이상 의료의 영역이 아니며, 사회학 사전에 따른 정의인 ‘정부나 조직이 그 종사자에 대하여 가부장적 가족 관계의 모델에 따라 보호·규제하는 체계를 말한다’로 이해하는 것이 합당하다.<sup>37)</sup> 온정주의와 법률주의의 이론적 토대를 제공한 영국은 기본적으로 국가가 직접 운영하는 National Health Service에 의해 의료 서비스가 제공되고 있으므로, 정신질환자의 강제입원을 결정하는 의료인의 판단을 국가의 온정주의로 간주할 수 있지만, 민간에서 운영하는 의료기관이 대부분인 우리나라의 상황에서는 의료인을 의견을 국가의 온정주의적 판단으로 여길 수는 없다. 2016년 9월 29일 헌법재판소의 강제입원에 대한 헌법불합치 판결에서도 ‘정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 수 있는 적절한 방안을 마련하지 아니함으로써 지나치게 기본권을 제한하고 있다’고 하였으며, 과거 정신보건법이 입원 결정에 있어 제3자에게 판단받을 수 있는 절차를(정부가) 두지 아니하고 있다는 점을 지적하였다.<sup>3)</sup> 즉 2016년 헌법재판소의 판결 이후에, 우리나라에서 의사가 인도주의적이며 의학적인 기준을 바탕으로 치료가 필요하다고 진단한 대상자에게, 입원을 포함한 치료 행위를 어떠한 절차를 통하여 강제할 것이냐는 더 이상 의료인의 고민이 아니라 정부의 숙제가 되었으며, 치료의 필요성과 인권의 존중 사이에서 가치 판단은 국가가 고민할 제도임은 재론의 여지가 없다.<sup>38)</sup>

헌법재판소에서 제시한 제3자에 판단을 받을 수 있는 절차란 다음 세 가지 방향, 1) 제3자 의료인의 판단 : 이해관계가 없는 정신건강의학과 전문의 소견, 2) 강제입원에 대한 심사 기구의 판단, 3) 사법부의 판단 등의 심사 제도로 정리될 수 있다. 현재 우리나라의 정신건강복지법에서는 추가적인 전문의 소견과 입원적합성심사위원회의 판단이라는 두 가지 절차를 도입하고 있다. 그러나 동일 사안에 대한 심사 절차를 여러 가지로 두는 것이 오히려 인권 보호라는 법안의 취지는 제대로 살리지 못하면서 행정적 낭비와 과도한 규제만 초래하고 있다는 비판을 받고 있다.<sup>10)</sup> 본문에서 정리한 바대로 우리나라를 제외한 나머지 어느 국가에서도, 입원이라는 단일 과정에 대한 심사를 여러 기관에 의해 중복적으로 수행하고 있지 않다. 다만, 일본, 대만, 싱가포르 모두 심사 결과에 이의가 있을 경우 재심의 절차를 운영하고 있다. 우리나라 또한 처우 개선 혹은 인신 규제 등의 형태로 재심의 절차는 이미 존재한다.<sup>39)</sup>

정신건강복지법의 여러 개정안 중 국회의원 윤일규 등이 제출한 정신건강복지법 개정안은 가정법원이 모든 비자의입원의 허가 여부를 결정하도록 하고 있는 바,<sup>40,41)</sup> 향후 비자의 입원의 절차가 사법기관의 역할이 보다 강조될 가능성이 높다. 하지만 그 실현 방향에 있어서는 대만이나 싱가포르의 법령을 참고할 필요가 있다. 즉, 현재 전국에 8개밖에 없는 가정법원이 비자의 입원 심사 전체를 맡기보다는 독립된 심사원에 1차적 심사 기능을 맡기고 법원은 재심을 담당하거나, 입원이 장기화될 경우 법원이 그 필요성을 판단하는 것이, 우리나라의 현실에 부합하고 정신질환자의 인권을 실질적으로 보호할 수도 있다.

우리나라 비자의 입원 과정에서 이러한 행정적 낭비 요소보다 더 핵심적인 문제는 보호입원에 있어 정신의료기관 장의 권한과 책임의 모순이다. 개정된 정신건강복지법 및 헌법재판소의 판결에 따라, 추가 진단 제도나 입원심사제도가 국립의료기관의 장(입원적합성심사위원회 위원장)에 의해 운영되고 있다. 즉, 정신의료기관의 장은 치료의 필요성에 대한 판단에 의해 정신질환자를 입원시켰을 뿐, 입원의 적절성에 대한 판단, 유지 및 중단에 관한 권한은 국가에 있으며, 이미 의료진의 판단만으로 결정될 수 없다. 그럼에도 불구하고, 정신보건복지법 제43조 제4항에는 3개월간의 치료입원이 정신의료기관장의 결정 사항인 것처럼 기술되어 있어 법적 논리가 충돌한다. 정신건강복지법에서의 비자의 입원 절차는 위임된 공적인 행정사무로 간주할 수 있으며, 그 과정에서 정신의료기관장의 역할은 공무원수탁사인에 준하여 권한의 위임 근거 및 책무 등을 명시하는 방향으로 법률이 개정될 필요가 있다.



또한 현행 정신건강복지법은 입원 신고, 권리 고지, 각종 행정적 수반 절차의 책임을 모두 정신의료기관의 장의 의무로 규정하고 있으며, 미이행 시 벌칙 조항까지 부과하고 있다. 이 때문에 보호입원에 대한 다툼이 발생하는 경우, 심사에 책임이 있는 주체가 아니며 법적 권한도 없는 정신의료기관의 장이 분쟁의 당사자로 등장하게 된다.<sup>41)</sup> 대만이나 싱가포르와 같이, 비자의 입원에 대한 최종적인 판단을 내린 주체인 국가가 입원 과정을 주도하고 그 책임을 지는 것으로 입법의 목적을 구현할 필요가 있다.

우리나라의 행정입원이나 일본의 조치입원은 지정 정신의료기관에만 입원이 가능하도록 제한하고 있지만, 우리나라의 보호입원이나 일본의 의료보호입원에서는 비자의 입원을 하는 병원에 제한이 없다. 그러나 국가의 행정적 권한을 통하여 진행되는 비자의 입원만을 규정화하고 있는 대만이나 싱가포르는 사전에 지정된 병원에서만 비자의 입원이 가능하도록 법률에서 제한하고 있다. 향후 우리나라의 모든 비자의 입원 또한 국공립 정신의료기관 혹은 지정된 정신의료기관에만 시행이 가능하도록 정책을 변경하는 것이 적절하다.

정신건강복지법으로 개정된 이후에도 비자의 입원에서 가족의 역할에 대해서는 현재에도 많은 문제점이 지적되고 있다. 가족의 형태가 다양해짐에 따라 보호의무자 역할의 자격에 대한 다양한 경우들이 발생하며, 시행규칙 및 고시를 통해 정리하였지만 여전히 애매한 상황들이 발생한다. 그리고 가족 여부 및 그 순위를 파악하기 위한 절차 또한 용이하지 않은 상황이 발생한다. 또한, 보호의무의 신청 권한이 보호의무자에게 있는 이유로, 입원을 시키고자 하는 보호의무자와 입원을 하지 않겠다는 정신질환자 사이의 갈등이 간혹 심각한 폭력으로 이어지기도 한다.

개인의 기본권 강화가 인권의 핵심적 가치가 되어가는 현대 사회에서, 가족이라는 명분으로 타인의 헌법적 권한을 제한할 수 있는 것인가에 대한 의문이 있다. 2016년 헌법재판소의 판결문에 따르면, 구 정신보건법의 보호의무자에 의한 입원 자체는 목적이 정당하다고 하였는데, 그 이유가 ‘정신질환자를 신속·적절하게 치료하고, 정신질환자 본인과 사회의 안전을 지키기 위한 것’이라고 하였다. 이는 의학적 이유와 함께 사회 안전 확보를 위한 행정적 조치가 필요하다는 의미이다. 판결문에서 가족이 개인의 기본권을 어디까지 침해할 수 있는지에 대해서는 다루지 않고 있으나, 치안 확보가 가족의 재량권에 있지 않음은 분명하다. 따라서 사회 안전을 위한 인신구속의 성격이 있는 비자의 입원은 가족의 결정이 아닌 국가의 결정에 따라 이를 수행하는 것이 더 합당할 것이다. 이미 대만이나 싱가포르는 가족 혹은 보호의무자가 비자의 입원의 과정에서 담당하는 법적 역할이 없다. 가족의 중요성

을 강조하는 동일한 동양 문화권 내에 있으면서도, 정신질환자를 비자의적으로 입원시키는 절차에 있어서는 국가 혹은 국가의 위임을 받은 전문가나 사법기관이 주요 역할을 담당한다. 우리나라의 비자의 입원 절차에서 가족의 역할 및 ‘보호의무자에 의한 입원’ 유형이 잔존하고 있는 것은 전근대적 제도와 관념의 산물일 뿐이다.<sup>42)</sup>

권리 고지의 절차나 내용에 있어서도 동아시아 4개국은 명확히 다른 체계를 갖추고 있다. 기존에는 대만의 정신보건법에서 환자의 권익 보호에 대한 내용을 많이 다루고 있었으며, 입원의 행정적 절차를 주로 다룬 싱가포르의 법령에서는 환자의 권리에 대한 언급이 가장 적었다. 우리나라의 법령과 가장 유사하다고 할 수 있는 일본의 정신보건복지법에도 정신질환자의 인권 보장에 대한 언급은 찾아보기 힘들다. 이에 반해 우리나라의 정신건강복지법은, 제1조인 목적에서 권리 보장이 명시되어 있어, 현재의 법률만을 비교한다면 가장 진보적이라 할 수 있다.

그런데, 이러한 전향적인 법령이 사회적 요구나 수용 가능한 현실의 기준에 비해 지나치게 이상적인 조항을 담고 있는 것은 아닌가 검토할 필요가 있다. 2016년 헌법재판소의 판결문에서도, ‘부당한 강제입원으로부터 환자의 권리를 보호할 수 있는 절차의 마련이 필요하다. 예컨대 당사자에 대한 사전 고지, 청문 및 진술의 기회, 강제입원에 대한 불복, 부당한 강제입원에 대한 사법심사, 국가 또는 공적 기관에서 제공하는 절차보조인의 조력과 같은 절차가 보장될 필요가 있다’라고 하였던 바, 사전 고지나 절차에 대한 설명은 비자의 입원 환자의 권리 구체 차원에서 시행하는 것이 적절하다.<sup>3)</sup> 그런데, 현행 정신건강복지법에는 비자의 입원만이 아닌 입원 등을 하는 모든 정신질환자에게 입퇴원 관련 사항을 포함하여 추가적인 권익 보호 사항 9가지를 고지하도록 의무화하고 있으며, 이를 서면과 구두 두 가지 방법 모두 사용하도록 하고 있고, 미이행 시 과태료까지 부과하고 있다. 그런데, 비자의 입원이 국가의 행정사무라고 판단한다면, 이러한 권리를 전달할 의무는 국가에 귀속될 것이며, 그 책임을 정신의료기관의 장에게 전가하는 것은 부적절할 것이다. 만일 편의상 대만에서와 같이 환자의 권리 고지를 정신의료기관의 업무로 규정한다고 하더라도, 미이행에 따른 책임을 정신의료기관에게 부여하는 것은 부당할 여지가 있다. 향후 권익 보장 및 권리 고지의 범위와 내용, 책임 소재 및 과태료 부과와 정당성에 대해서도 재론이 필요하다.

이상과 같이 우리나라를 포함한 동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 법 조항을 검토해 보았다. 그러나 동아시아 4개국의 지리적·문화적 유사성에도 불구하고, 인구 구조 및 비자의 입원 규모에는 큰 차이가 있어 단편적인 측면으로만

비교하는 것은 부적절하다. 또한, 상대적으로 오랜 기간 동안 정신질환자의 구금이나 강제적 치료 적용의 법적 타당성을 따져 왔던 서구와 비교하여 동아시아 4개국의 법령을 일방적으로 폄하하는 것도 불합리하다.

이번 연구를 통해 우리나라를 비롯한 아시아 4개국의 비자의 입원 관련 법 조항을 비교한 결과, 각국은 모두 정신질환자의 인권과 국제사회의 기준을 존중하고, 신장하는 사회적 감수성에 부합하기 위한 노력을 해 가고 있음을 확인하였다. 특히 입원 과정에서 가족의 개입을 배제한 대만이나 장기간 입원에 있어서 판사가 판단하도록 제도화한 싱가포르의 사례는 향후 우리나라의 정신건강복지법의 개선 과정에서 적극적으로 참고할 제도일 것이다.

## 결론

독립된 심사기구의 심의와 의결을 통하든, 판사에 의한 사법적 판단에 따르든 간에, 이제 우리나라는 아무리 심각한 증상을 가진 정신질환자일지라도 의료인 한 사람의 소견만으로는 비자의 입원이 결정될 수 없는 시대에 도달하였다. 대한민국 헌법 제12조 신체의 자유와 제14조 거주·이전의 자유를 제한하는 것은 합리적인 사유와 절차를 법률로 규정하지 않고서는 불가능하며, 이는 2016년 헌법재판소의 판결로 보다 명확하게 되었다. 그렇다고 해서, 현행 정신건강복지법이 환자의 인권을 보장하고, 적절한 치료 제공과 환자의 회복을 촉진하는 법률인지에 대해서는 논란이 있으며, 헌법 불합치 판결 또한 개정 법률의 내용에 대해서는 판단하지 않았다고 결정문에 적시하였다.

본 연구에서 우리나라를 비롯한 일본, 대만, 싱가포르의 정신질환자의 비자의 입원 관련 법조문들을 비교하였다. 그 결과, 일본의 정신보건복지법은 비자의 입원 과정에 대한 심사 제도가 미흡하였으며, 가족의 책임성 또한 ‘동의’라는 형태로 남아 있어, 향후 국제적 기준에 비추어 개정의 여지가 많다. 그에 비해 대만의 경우에는 환자의 인권에 대한 배려, 전문가의 판단에 대한 존중, 엄격한 심사 제도의 운영, 단순하고 신속한 심사 절차, 사법부를 통한 재심의 청구, 비자의 입원 결정에 있어 가족의 개입 배제 등 전반적인 과정에서 참고할 바가 많았다. 안정적인 치안 유지를 중요시하는 싱가포르의 경우에는 지정 의료인이 구금을 명령하는 체계를 갖추고 있는 독특한 제도를 가지고 있었으나, 6개월 이상의 장기입원에는 사법부의 판단을 요구하는 등 인권을 보장하기 위한 보완책도 법안에 반영되어 있었다. 대만이나 싱가포르의 법률에서 위급한 자타해 상황에서 경찰이나 구급대원의 즉각적 개입이 명문화되어 있는 것은, 향후 우리나라의 법률 개

정에서 고려할 만한 조항일 것이다.

동아시아의 국가들은 서로 다른 사회체제를 가지고 있지만, 또한 가족을 중시하는 유사한 문화적 배경을 가지고 있다. 그러한 이유로 우리나라에서는 정신질환으로 인해 입원 등의 의사결정을 적절히 할 능력에 제약이 있다고 판단되는 경우, 가족이 그 결정 권한을 대리할 수 있다는 가치관을 가지고 있었다. 그러나 가족이라는 이유만으로 다른 사람의 기본권을 제한할 수 있는 권한이 있다는 주장은 더 이상 유효할 수 없다. 이에 국가에서 직접 심사를 통해 판단하고 이를 국가기관이 책임지는 방향으로 정신질환자의 비자의 입원 제도가 재정립될 필요가 있다. 또한, 모든 의료기관에서 비자의 입원이 가능한 우리나라의 현 제도 또한 대만이나 싱가포르와 같이 사전 심의를 통해 지정된 특정 의료기관에서만 가능하도록 제한하는 것도 고려해야 할 것이다.

아시아 국가들의 비자의 입원 관련 법안들은 아직 진화의 과정 중에 있다. 대만이나 일본은 이미 개정 작업 중이며, 우리나라의 정신건강복지법 또한 수정의 여지가 많아 여러 개정안들이 발의되고 있다. 향후 보다 면밀한 검토를 통해 환자의 인권 존중과 적절한 치료 제도 구축이라는 중요한 주제가 균형을 찾아갈 수 있기를 기대한다.

**중심 단어** : 정신보건법 · 비자의 입원 · 보호의무자 · 치료 환경 · 인권.

## Acknowledgments

이 연구는 2018년도 대한신경정신의학회 연구재단 이시형 사회정신의학 연구기금으로 수행되었음.

Special thanks for the researchers from foreign countries as follows : Dr. Chiyo Fujii (National Center of Neurology and Psychiatry, Japan), Dr. Kevin Chien-Chang Wu (National Taiwan University Hospital, Taiwan), Dr. Daniel Fung (Institute of Mental Health, Singapore).

## Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) General Assembly of the United Nations. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. [cited 2019 Feb 22]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/en/UN\\_Resolution\\_on\\_protection\\_of\\_persons\\_with\\_mental\\_illness.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf)
- 2) General Assembly of the United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [cited 2019 Feb 22]. Available from: [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/61/106](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/106)
- 3) Constitutional Court of Korea. Decision of the unconstitutionality appeal of Mental Health Act Article 24(1). [cited 2019 Feb 20]. Available from: [https://ecourt.court.go.kr/coelec/websquare/websquare.html?w2xPath=/ui/coelec/dta/casesrch/EP4100\\_M01.xml&eventno=2014%ED%97%8C%EA%B0%809](https://ecourt.court.go.kr/coelec/websquare/websquare.html?w2xPath=/ui/coelec/dta/casesrch/EP4100_M01.xml&eventno=2014%ED%97%8C%EA%B0%809)
- 4) Kim MG. Discourses on Mental Health Act revision and critical

- analysis on Mental Health Promotion and Welfare Service Support Act. Korean J Soc Welf Stud 2016;47:85-111.
- 5) Shin KC. Rebirth of Mental Health Act, the significance and the future. Monthly Welfare Trends 2016;214:5-9.
  - 6) Shin KC. Values and future challenges of suspended unconstitutionality decision on involuntary admission in Mental Health Act. Seoul Law Rev 2017;24:1-45.
  - 7) Jeon JH. Birth of Mental Health and Welfare Law. Monthly Welfare Trends 2016;214:10-15.
  - 8) Park JI, Park HJ. Critical review on amendment bill of Mental Health Act. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2017;56:1-9.
  - 9) Lee EW, Kim W. Measures for the deinstitutionalization and influx of mentally ill patients in communities by the revised Mental Health Act. Issue & Analysis 2017;279:1-20.
  - 10) Yoon JS, Ahn JH, Yoon W, Kim CY. The new Mental Health and Welfare Law in Korea : issues with additional diagnosis by external psychiatrist and the role of Admission Review Committee. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2017;56:146-153.
  - 11) Korean Neuropsychiatric Association. A statement of opinion for the revision of "Mental Health Promotion and Welfare Service Support" Act. [cited 2019 Mar 5]. Available from: <http://www.knpa.or.kr/>
  - 12) Kim HS, Ahn YM, Park JI. Contemplation of legal criteria of psychiatric compulsory admission : including an introduction of US case which can be referred to the assessment of the appropriateness of hospitalization in Korea. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2018;57:43-51.
  - 13) Chung TH. Unconstitutionality of forced hospitalization of the mentally ill patients by the guardians. Kyung-Hee Law Rev 2016;51:121-159.
  - 14) Yang SY. The role of courts in the involuntary admission of the mentally ill patients - compared with the French legislation. Seoul Law Rev. 2017;25:267-305.
  - 15) Shin SJ. Involuntary Admission of Italy. Ewha Law Rev 2017;22:119-142.
  - 16) elaws.e-gov.go.jp [homepage on the Internet]. Tokyo: Ministry of Internal Affairs and Communications [cited 2019 Mar 2]. Available from: <https://elaws.e-gov.go.jp>.
  - 17) lis.ly.gov.tw [homepage on the Internet]. Taipei: Legislative Yuan of the Republic of China [cited 2019 Mar 2]. Available from: <https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm>.
  - 18) sso.agc.gov.sg [homepage on the Internet]. Singapore: Singapore Government [cited 2019 Mar 2]. Available from: <https://sso.agc.gov.sg/>.
  - 19) The University of Seoul Industry Cooperation Foundation. Improvement plan of hospitalization and discharge on Mental Health Act. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2014.
  - 20) Shin KC. The review criteria and operation methods of hospitalization appropriateness review committee. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2018. p.26.
  - 21) law.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: Ministry of Government Legislation [cited 2019 Mar 2]. Available from: <http://www.law.go.kr/>.
  - 22) Shin KC. A normative study on the concept of people with a mental illness. Lawyers Assoc J 2010;59:35-76.
  - 23) Lee DJ. Revision of the Mental Health and Welfare Act for the respect of human rights and deinstitutionalization. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association;2018.
  - 24) e-stat.go.jp [homepage on the Internet]. Tokyo: The National Statistics Center of Japan [cited 2019 Mar 5]. Available from: <https://www.e-stat.go.jp/en>.
  - 25) mhlw.go.jp [homepage on the Internet]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare [cited 2019 Mar 5]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/16/](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/).
  - 26) National Statistics Republic of China. Yearly Statistics. [cited 2019 Mar 5]. Available from: <https://eng.stat.gov.tw/lp.asp?ctNode=2265&CtUnit=1072&BaseDSD=36>
  - 27) Jeon JY, Joe KH, Hwang TY. Official business trip report about Taiwanese mental health system. [cited 2019 Nov 29]. Available from: <https://btis.mpm.go.kr/rpt/selectRpt.do>
  - 28) singstat.gov.sg [homepage on the Internet]. Singapore: Department of Statistics, Singapore Government [cited 2019 Mar 5]. Available from: <https://www.singstat.gov.sg/>.
  - 29) Institute of Mental Health. Total annual numbers of admission and detention of 2018. Singapore: Institute of Mental Health;2019.
  - 30) kosis.kr [homepage on the Internet]. Daejeon: Statistic Korea [cited 2019 Mar 5]. Available from: <http://kosis.kr/index/index.do/>.
  - 31) National Center for Mental Health. Total annual number of Involuntary Admission of Korea, 2018 (forthcoming). Seoul: National Center for Mental Health;2019.
  - 32) Seo DW. Mental Health Policy and Law in Korea. Health and welfare policy forum 2007;123:42-56.
  - 33) Shorter E. Chapter 6. Alternatives. In: Choi BM, editor. A History of Psychiatry. Seoul: Bada Publishing Co.;2009. p.315-391.
  - 34) Brennan TA. Just doctoring: medical ethics in the liberal state. Berkeley, CA: University of California Press;1991.
  - 35) Brown J. The changing purpose of mental health law: from medicalism to legalism to new legalism. Int J Law Psychiatry 2016;47:1-9.
  - 36) Shin KC. Chapter 2. Compulsory administration. In: Shin KC, editor. The Elucidation of Mental Health and Welfare Act. Paju: Bobmunsa;2018. p.97-236.
  - 37) Ko YB. Dictionary of sociology. Seoul: Research Institute of Society and Culture;2000.
  - 38) Roth M, Bluglass R. Psychiatry, human rights and the law. Seoul: Hakjisa;2018.
  - 39) National Center for Mental Health, Ministry of Health and Welfare. The guidance of the process of hospitalization and discharge under the Mental Health and Welfare Act of Korea. Seoul: National Center for Mental Health;2018.
  - 40) Lee CJ. Congressman Yoon IG proposed the amendment of the Mental Health and Welfare Act. Medical Times [online] 2019 Jan 25 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?mode=view&ID=1124072&REFERER=NP>
  - 41) Lee CJ. Non-guilty of the salaried psychiatrists by the supreme court. Medical Times [online] 2019 Mar 18 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1125128>
  - 42) Park IH. The review of the 2016 amended Korean Mental Health Promotion Act from the perspective of human rights and inclusion of persons with mental disabilities. Korean Soc Law and Medicine 2016;17:209-279.



## 부록 1

동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 법률 주요 조항 비교표

	대한민국	일본	대만	싱가포르
비자의 입원의 개시				
비자의 입원의 요건 (입원 개시 시점)	① 치료 필요성 ② 자·타해의 위험	① 정신장애자 ② 치료의 필요성	① 중증 정신질환 ② 자·타해의 위험 ③ 지정 정신과 전문의 2인의 진단 ④ 심사회의 비자의 입원 허가 (5일의 긴급안치 기간 중 구비)	치료 필요성
개시자(開始者)	보호의무자	가족	시·현 주관기관	경찰, 의료인(가족)
보호의무자 권한	보호입원 신청	의료보호입원 동의	명시적 규정 없음	관리 및 협조 의무
입원 결정자	정신의료기관의 장	정신과 병원의 관리자	시·현 주관기관	지정 의료인
정신과 전문의 역할	입원필요 판정 및 진단결과서 발부	입원 필요 판정	진단증명서 발부	1개월 이상의 입원 필요 시 비자의 입원 명령
2인 이상의 진단	14일 이상의 치료입원에서는 필수	의료보호입원은 1인 지정의 진단	긴급안치 기간 중 전문의 2인 진단	72시간 이상 입원에서 필수 (지정 의료인)
비자의 입원 가능 의료기관의 제한	보호입원에서는 제한 없음	의료보호입원은 2인 진단 필수) 의료보호입원에서는 제한 없음	지정 의료기관	지정 의료기관
비자의 입원 심사기구				
심사기구의 명칭	입원적합성심사위원회	없음	정신질환강제감정 및 강제지역 사회치료심사회(이하 심사회)	없음
심사기구의 위치	국립정신병원 등에 설치	없음	행정기관	없음
비자의 입원 신고				
신고의무자	정신의료기관장의 의무	정신과 병원의 관리자의 의무	정신의료기관(긴급안치 시 비자의 입원 신청 서류 제출) (긴급안치 기간 중 심사회에 신고)	없음
신고처	입원적합성심사위원회	도도부현 지사(보건소장 참조)	2일	없음
신고 기일	3일	10일	부분적 활용	없음
온라인 신고 제도	있음	없음	없음	없음
미신고 시 처벌	5년 이하 징역 또는 5천만 원 이하 벌금	없음	없음	없음

대한민국		일본	대만	싱가포르
사법기관의 역할				
비자의 입원 조치에 개입	명시적 규정 없음	명시적 규정 없음	명시적 규정 없음	치안 판사의 역할 - 경찰청에 의한 연행 시 - 6개월 이상 비자의 입원 필요 시 비자의 입원 명령 명시적 규정 없음
기타 사법부의 역할	권리 구제의 일환	명시적 규정 없음	권리 구제의 일환	
입원 시 환자 권의 보호				
환자 인권 보호 명시	제1조 목적에 권리 보장 명시 제2조 기본이념에 인권 보호 조항 명시	명시적 규정 없음	인권 보호 조항 명시	인권 보호에 대한 규정 없으며, 치료 강조 및 방임/방치 금지 명시적 규정 없음
권리 구제 방법 명시	시행규칙 제2조에 9가지 권리 고지 사항 명시	처우 개선 청구 규정 명시	비자의 입원 불복 시 법원에 진정	
권리 고지 의무화	정신의료기관장의 의무	규정 없음	정신의료기관장의 의무	규정 없음
권리 미고지 시 처벌	100만 원 이하의 과태료 부과	규정 없음	규정 없음	규정 없음

우리나라는 보호의무자에 의한 입원, 일본은 의료보호입원, 대만과 싱가포르는 일반적 비자의 입원 절차에 구한함.

