

제160회 한림원탁토론회

코로나19 시대의 조현병 환자 걱정 치료를 위한 제언

일시 : 2020년 6월 30일(화), 15:00

(한국과학기술한림원 유튜브 채널에서 실시간 생중계)



초대의 말씀

최근 많은 이들의 공분을 불러일으킨 창녕 아동학대 사건, 진주 아파트 방화·살인 사건, 그리고 PC방 살인사건 등의 공통점은 바로 조현병과 관련이 있다는 것입니다. 때문에 조현병에 대한 일반 국민들의 시선은 매우 부정적인 것이 사실입니다. 하지만 조현병은 정신질환의 일종으로, 지속적인 치료와 재활이 필요하며 효과적인 치료방법들이 꾸준히 개발되어 환자들 스스로가 독립적인 삶을 영위할 수 있을 정도의 호전을 기대할 수 있는 병이기도 합니다. 때문에 국내 조현병 환자들의 현 상황을 파악하고 우리 현실에 적합한 지역사회 치료나 재활 시스템을 구축해가는 것은 매우 중요하다고 할 수 있습니다.

이번 한림원탁토론회는 코로나 사태 이후 대대적으로 발생하게 될 사회적 변화를 고려한 조현병 환자 적정치료와 재활 시스템 구축에 대해 논의하는 자리로 개최되었습니다. 특히 이번 토론회를 통해 조현병에 대한 일반인들의 편견과 막연한 두려움을 해소해 가는데 일조하고 국내 정신건강 시스템의 나아갈 방향을 제시하고자 하오니 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

2020년 6월

한국과학기술한림원 원장

대한민국의학한림원 회장

한림원탁토론회는 국가 과학기술의 장기적인 비전과 발전전략을 마련하고 국가사회 현안문제에 대한 과학기술적 접근 및 해결방안을 도출하기 위해 개최되고 있습니다.

PROGRAM

사회: 이영문 국립정신건강센터 센터장

시간	구분	내용
15:00~15:10 (10분)	개 회	한민구 한국과학기술한림원 원장 임태환 대한민국의학한림원 회장
15:10~15:50 (40분)	주제발표 1	국내 조현병 환자의 실태 및 현황 권준수 서울대학교 정신과/뇌인지과학과 교수(의약학부 정회원)
	주제발표 2	조현병 환자의 적절한 치료시스템 구축을 위한 제언 김 윤 서울대학교 의료관리학교실 교수
15:50~15:55 (5분)	Break Time	
15:55~16:55 (60분)	지정토론 좌 장 토론자 (가나다순)	이영문 국립정신건강센터 센터장 박정근 한국조현병환우회 이사 백종우 경희대학교병원 정신건강의학과 교수/과장 신권철 서울시립대학교 법학전문대학원 교수(변호사) 이충헌 KBS 사회부 팀장(의학전문기자) 최명민 백석대학교 사회복지학부 교수 홍정익 보건복지부 정신건강정책과장
16:55~17:30 (35분)	자유토론	사전질의 및 실시간 질의 응답
17:30	폐 회	

※ 본 토론회에서 논의된 내용은 한국과학기술한림원의 공식적인 의견이 아님을 알려드립니다.

I

주제발표

주제발표 1. 국내 조현병 환자의 실태 및 현황

- 권준수 서울대학교 정신과/뇌인지과학과 교수(의약학부 정회원)

주제발표 2. 조현병 환자의 적절한 치료시스템 구축을 위한 제언

- 김 윤 서울대학교 의료관리학교실 교수

발표자 약력

사회



이영문

국립정신건강센터 센터장

- 아주대학교 의료인문정신분석전공 겸임교수
- 前 서울시 공공보건의료재단 대표이사
- 前 국립공주병원 병원장

주제발표



권준수

서울대학교 정신과/뇌인지과학과 교수

- 대한뇌기능매핑학회 회장
- 서울대학교 인간행동과학연구소 소장
- 前 대한신경정신의학과 이사장



김 윤

서울대학교 의료관리학교실 교수

- 前 대한의학회 기획조정이사
- 前 건강보험심사평가원 의료평가조정위원회 위원
- 前 서울대학교병원 대외협력실 정책자문위원

주제발표 1 국내 조현병 환자의 실태 및 현황

권 준 수

서울대학교 정신과/뇌인지과학과 교수(의약학부 정회원)

국내 조현병 및 중증정신질환 실태와 치료 현황

서울대병원 정신건강의학과/뇌인지과학과 권준수 교수

목차

서론

- 조현병이란?
- 국내 조현병 환자 및 치료 현황

본론

- 2016년 개정 정신건강복지법 시행 이후 변화
- 정신건강복지법의 문제점
- 대한민국 정신보건 인프라 현황

결론

- 제언 (정신보건 인프라 확충, 정신건강복지법 수정 방안, 중증정신질환 국가책임제의 필요성)
- 코로나 19시대의 정신질환 치료

2020년 대한민국

국민일보

2020년 5월 28일 목요일 012면 종합

“국민 4명 중 1명, 평생 동안 1회 이상 정신질환 경험”

“미친” 사람들과의 인터뷰

정신질환자 장기수용 실태 추적기

정신병에 대한 오해와 진실

국내 조현병 환자 10만명 정도

낙인·편견이 더 위험한 결과 초래
지속적 관리로 회복·일상생활 가능

국립정신건강센터가 올해 초 발간한 국가 정신건강현황 보고서에 보면 정신질환 평생 유병률은 25.4%다. 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상 정신질환을 경험한다는 것이다. 정신질환은 남의 이야기가 아니다. 정신병동에 장기 수용된 환자 상당수는 중증질환인 조현병이나 양극성 정동장애를 앓고 있다. 누구나 겪을 수 있는 질환이지만 동시에 이를 바라보는 사회적인 오해와 편견도 심하다.

국민일보의 27일 이영문 국립 정신건강센터장, 권준수 대한신경정신의학회 전 이사장(서울대병원 정신건강의학과 교수), 김성수 세로운경기도립정신병원장, 조원용 노아병원장, 홍진표 삼성서울병원 정신건강의학과 교수, 이우상

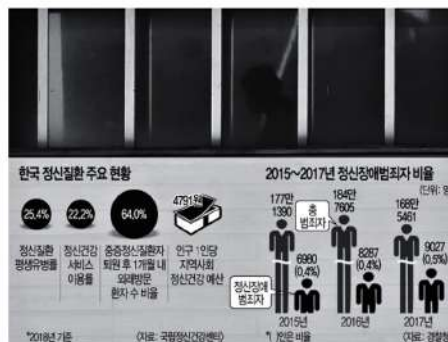
용인정신병원 진료과장의 자문을 받아 오해와 편견을 정리했다.

조현병은 나쁜 상한없는 질환이다?

“전 세계적으로는 평생 유병률이 1%다. 일상 동안 100명 중에 1명은 걸릴 수 있다는 뜻이다. 초등학교 학급에 비교하면 3반에 1명 정도가 나올 정도로 굉장히 흔한 질병이다. 실제 조현병으로 진단을 받고 있는 국내 환자는 10만명 정도다. 인구 규모를 고려하면 실제 환자는 50만명에 이를 것이라는 추정도 있지만 정확하지는 않다. 정신질환을 앓고 있는데 병을 인지하지 못해서 치료받지 못하고 있는 환자도 상당수 있을 수 있다. 조금이라도 평소와 다른 증상을 보이면 적극적으로 병원을 찾아 상담을 받아 볼 필요가 있다.”

조현병은 불치병이다?

“치료의 정의는 전문가 집단에서도 의견이 다양하다. 국제적인 추세는 치료보다 관리나 회복의 개념으로 접근해



야 한다는 것이다. 증상을 아예 없애는 게 목적이 아니라 증상이 일부 있어도 사회 속에서 당사자가 행복하게 살아갈 수 있다면 충분하다고 본다. 세계보건 기구에서도 이러한 회복 개념을 중요하게 여긴다. 초기에 발견할수록 회복이 쉽고, 그 이후에도 꾸준히 적절한 관리를 받으면 일상 생활이 충분히 가능하다. 하지만 현실을 보면 이미 질환이 심각해진 다음에 뒤늦게 병원을 찾는 경우

가 많다.”

조현병 환자는 위험하다?

“조현병 환자라고 더 위험하지는 않다. 적절한 관리를 받지 못하고 방치된 경우에 일부 사건들이 벌어져서 그런 오해가 더 심해진 것 같다. 사건이 발생한 뒤에 환자들의 상태를 보면 대부분 약을 복용하지 않는 등 치료가 중단된 경우다. 치료를 제대로 받지 못하면 망상 증

세 등이 심해져 사건으로 이어지기도 한다. 적절한 치료와 관리가 이뤄진다면 조현병 환자라는 이유만으로 위험하다고 볼 근거는 전혀 없다.”

그런데 왜 자주 조현병 환자에 의한 사건이 발생하는가?

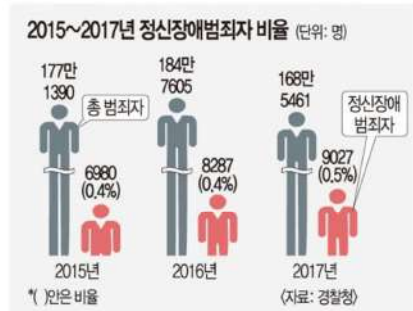
“조현병 환자에 대한 잘못된 사회적인 낙인과 편견, 오해가 낳은 결과물이다. 정신질환자는 위험하다는 편견 때문에 환자들이 실제로 치료받는 것 자체를 두려워한다. 사회적 비난이 심해수록 치료를 기피하는 경향이 강하다. 강력범죄로 한정할 경우 일반인보다 범죄 발생 비율이 높다는 연구도 있지만, 숫자들만 단순히 비교하는 것 자체는 큰 의미가 없다는 게 중론이다. 학계에서는 조현병 환자 자체가 위험한 게 아니라 치료가 중단된 경우에 한해 위험할 수 있다고 본다. 정신질환자들이 쉽게 치료받을 수 있도록 사회가 도와줘야 한다. 정신과 약을 먹고 병원을 찾는 것을 부끄럽게 여겨서는 안 된다. 사회의 낙인과 편견이 더욱 위험한 결과를 초래할 뿐이다. 차별과 배제, 격리는 결코 정답이 될 수 없다.” 전문변 김관 임주은 박세원 기자

imung@kmbil.co.kr

2020년 대한민국

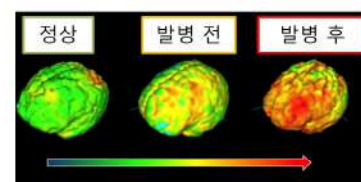
- 2016.02 정신건강종합대책
- 2016.05 강남역 조현병 살인사건
- 2017.05 정신건강복지법 시행
- 2018.06 경북영암 경관사망 사건
- 2018.12.31 고 임세원 교수 사건
- 2019.4 진주방화살인 등 연속적 사고

- 부산의 주거시설 주민반대
- 오산의 정신병원 주민반대



調絃病이란?

- 과거 '정신분열병'이라고 불림.
- 뇌의 기능 이상으로 인해 발생하는 **정신 질환**
- 평생 유병률: 약 1 %
 - 100 명 중 1 명은 평생에 걸쳐 한 번 이상 경험
 - 생각보다 흔한 질환
 - 유병률과 발병률이 전세계 어디서나 비슷
- 호발 연령: 10대 후반 - 30대



조현병

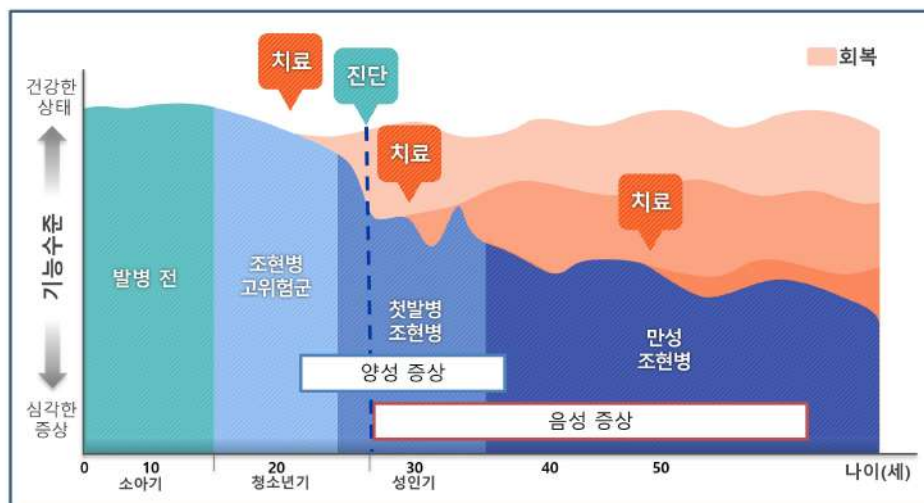
- 정신분열병 (Schizo + Phrene)
 - 명칭에서 오는 오해, 거부감, 편견
- 조현병 (Attunement Disorder)
- 조현 (調 絃), 현악기의 줄을 고르다.
- 뇌기능회로 (絃, string) 가 부적절하게 조율된 질병이라는 의미

THE LANCET



Lee et al., Lancet, 2013

조현병의 단계별 치료 전략

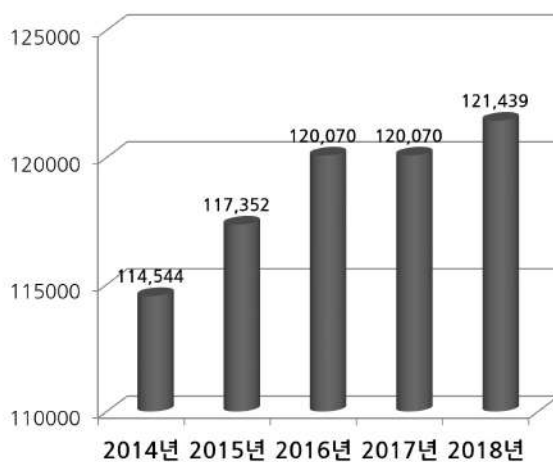


- 과거에는 진단이 늦거나, 치료의 적기를 놓치는 경우가 많았음.
- 발생 후 가능한 빨리 치료를 받거나, 발생 하기 전에 관리가 시작되어야 함.
- 치료를 잘 받을 수록 경과가 좋음

조현병의 단계별 치료 전략

- 급성기: “치료 지연”에서 “조기 집중치료”로 전환
 - 비자의입원시스템에 대한 법적 장치
 - 급성기 정신의료체계 강화
 - 응급정신의료체계 구축 (정보공유시스템, 응급위기관리팀구성, 경찰 협조시스템)
- 유지기: “치료 중단”에서 “지속 치료”로 전환
 - 정신보건센터 사례관리 인력 증원 등 지역사회 인프라 확충
 - 입원치료 → 가교적 사례관리 → 정신보건센터의 사례관리로 이어지는 3단계 과정을 확립
- 회복기: “만성중증화”에서 “회복”으로 전환
 - 정신장애인을 위한 지역사회 생활복지, 주거복지, 고용 복지 체계 구축 필요

국내 조현병 환자수



- 2018년 진료받는 조현병 환자수 121,439명으로, 2014년 대비 6% 증가
- 전체인구 대비 0.2%에 해당
- 실제 환자는 약 50만명 가량으로 추정
 - 약 40만명은 치료받고 있지 않는 것 (?)

건강보험심사평가원, 2018

조현병 의료기관 종별 외래 환자수

구분	2012	2013	2014	2015	2016
외래 환자 수	185,188 (100%)	186,268 (100%)	189,416 (100%)	196,252 (100%)	203,488 (100%)
상급종합병원	23,397 (12.6%)	23,698 (12.7%)	24,505 (12.9%)	24,561 (12.5%)	24,301 (11.9%)
종합병원	28,120 (15.2%)	28,992 (15.6%)	30,241 (16.0%)	31,751 (16.2%)	31,680 (15.6%)
병원	66,873 (36.1%)	66,808 (35.9%)	66,767 (35.2%)	67,435 (34.4%)	64,280 (31.6%)
요양병원	1,791 (1.0%)	2,426 (1.3%)	2,807 (1.5%)	4,872 (2.5%)	15,421 (7.6%)
의원	65,007 (35.1%)	64,344 (34.5%)	65,096 (34.4%)	67,622 (34.5%)	67,806 (33.3%)

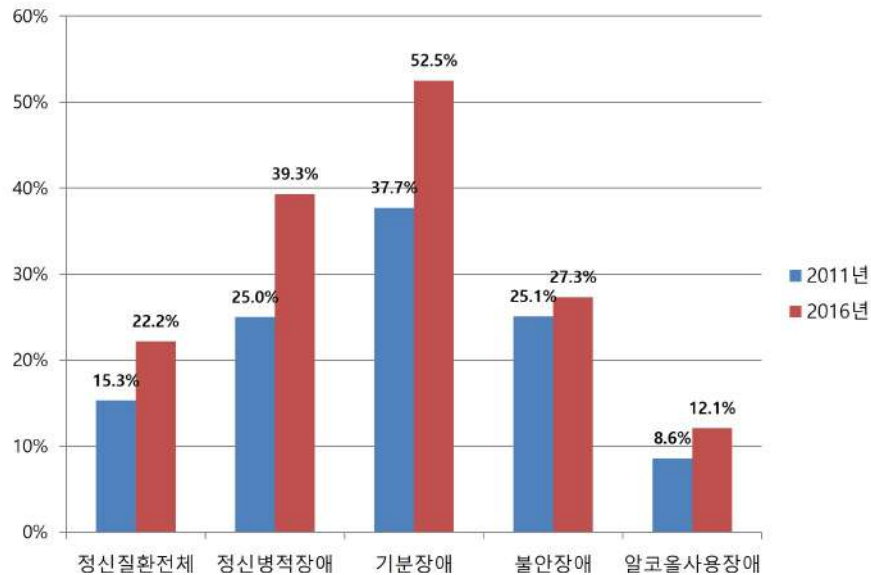
건강보험심사평가원, 2016

조현병 의료기관 종별 입원 환자수

구분	2012	2013	2014	2015	2016
입원 환자 수	69,469 (100%)	69,320 (100%)	69,493 (100%)	72,331 (100%)	78,863 (100%)
상급종합병원	3,081 (4.4%)	3,039 (8.2%)	2,972 (4.3%)	2,959 (4.1%)	2,750 (3.5%)
종합병원	5,715 (8.2%)	5,651 (8.2%)	6,188 (8.9%)	6,050 (8.4%)	5,572 (7.1%)
병원	52,603 (75.7%)	52,583 (75.9%)	52,268 (75.2%)	53,204 (73.6%)	49,335 (62.6%)
요양병원	1,465 (2.1%)	1,960 (2.8%)	2,295 (3.3%)	4,742 (6.6%)	16,365 (20.8%)
의원	6,605 (9.5%)	6,087 (8.8%)	5,770 (8.3%)	5,376 (7.4%)	4,841 (6.1%)

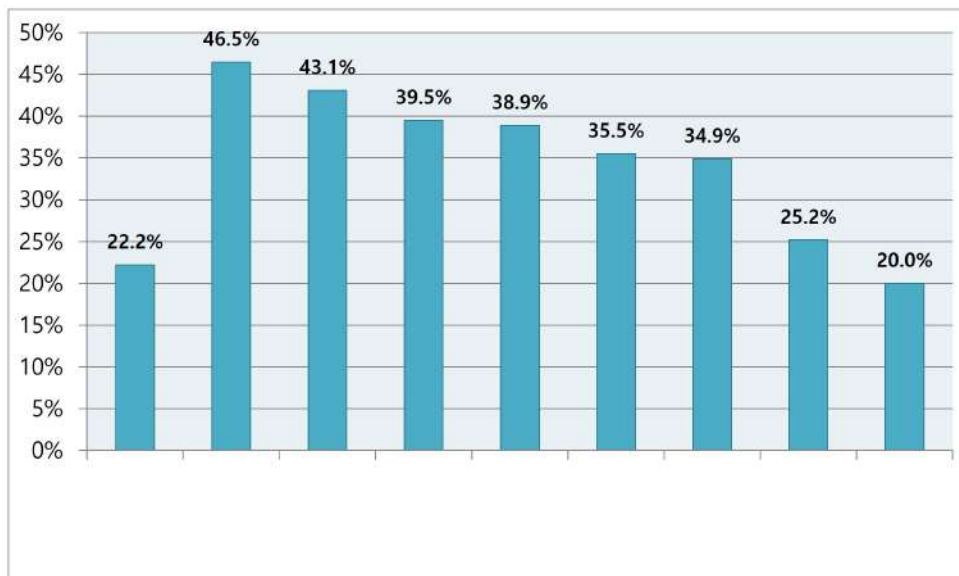
건강보험심사평가원, 2016

정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률



보건복지부, 2017. 2016년 정신건강실태조사

정신질환자의 정신건강서비스 이용률



보건복지부, 2017. 2016년 정신건강실태조사

정신질환에 대해 치료를 받지 않은 이유



보건복지부, 2017. 2016년 정신건강실태조사

조현병 치료에 있어서의 어려움



- 병식(Insight)이 결여된 환자가 많음
 - 병식이란, 자신의 현재 증상이나 어려움이 질병, 즉 자신의 '내부'에서 기인한 것이며 이로 인해 치료를 받을 필요성이 있다는 것에 대한 자율적 인식을 뜻함
 - 자신의 어려움이 질환으로부터 온다는 인식이 없고, 증상이 현실로 경험됨으로 인해 증상으로 힘들어하면서도 치료에 거부적인 경우가 많음
- 병적 증상이 심각하데 본인은 치료받길 거부한다면 어떻게할 것인가?
 - 본인의 의견을 존중하여 병이 심각함에도 치료하지 않아야하는가?
 - 정신질환의 특수성으로 인해, 개인의 치료에 있어 **법적, 제도적 영역이 개입할 수 밖에 없음**

2016년, 강제입원 위헌 판결

정신병원 강제입원은 헌법불일치

헌법재판소, 정신보건법 제24조 위헌 결정

기사입력시간 16.09.29 17:34 | 최종 업데이트 16.09.29 19:21



ⓒ헤디게이트뉴스

[초점] 강제입원 헌법 불일치 결정

2016. 9. 28.

강제입원·퇴원명령 위반...정신병원 16곳 적발

입력 2016.09.28 (12:59) | 수정 2016.09.28 (13:50)



의정부지검 형사5부(신승희 부장검사)는 28일 정신보건법과 국민건강보험법 위반 등의 혐의로 경기북부지역 정신병원 16곳의 원장과 대표, 의사 등 67명을 적발해 이 가운데 6명을 불구속 기소하고 47명을 악식기소했다. 사안이 경미한 13명은 기소유예하고 1명은 기소 중지했다.

2016년 개정 정신건강복지법 골자

1. 정신질환자의 개념 자체를 축소
2. 보호의무자에 의한 입원 절차 강화
 - 전문의 2인 진단 체계, 입원적합성심사위원회
3. 계속 입원 심사 기간의 단축

2016년 개정 정신건강복지법

- 비자의 입원 기준의 변화
 - 치료의 필요성이 존재 *and* 자타해위험성
- 문제점
 - 비자의입원이 힘들어 짐
 - 자타해의 위험성 판단의 문제
 - 보호자의 고통 (빨리 치료를 받아야 하는 경우에도 입원이 어려움, 치료가 늦어지고, 가족들이 힘들어 짐/실제 상당한 민원이 발생 함)
 - 차별을 줄이기 위해서라고 하나, 인권 보장에 도움이 되기보다는 조기에 치료받을 수 있는 권리를 막은 꼴

2016년 개정 정신건강복지법

■ 보호의무자에 의한 입원 절차 강화

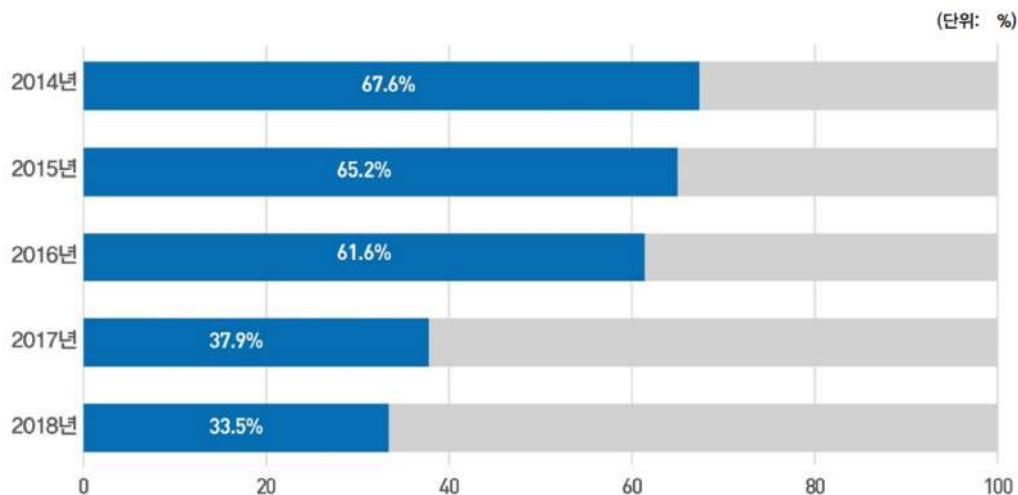
- 서로 다른 병원 소속의 정신건강의학과 전문의 **2인 진단**이 필요
- 적법절차를 마련하기 위한 수단이었으나, 불필요한 업무를 가중시키고 제정의 낭비를 초래
- 입원적합성심사위원회를 두고 있으나, 적법절차를 보장하기보다는 **서류 업무**에 그치고 있음
- 입원적합성심사위원회인지 계속입원심사인지가 불명확

2016년 개정 정신건강복지법

■ 계속 입원심사 기간의 단축

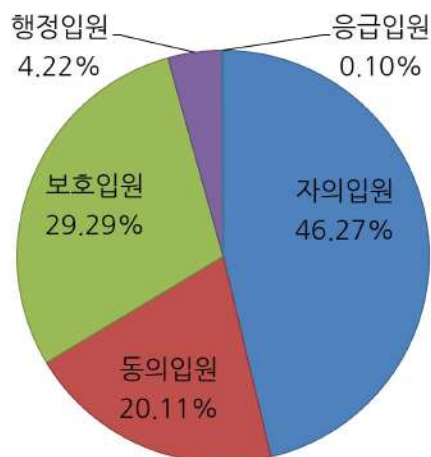
- **6개월**마다 입원 필요성을 평가하던 것을 **2주 후, 3개월 후**로 단축
- 장기입원 및 입원일수를 단축하고자 하는 시도이나, 규제를 통해 입원 절차를 어렵게 하고 입원 일수를 줄이는 것은 탈수용으로 나아가기 보다는 **치료의 사각지대로 작용**
- 실제 전문병원에서 사회적 입원인 경우에는 비자의입원→ 자의입원으로 서류작업으로만 자의입원이 높아짐

연도별 비자의 입원률



보건복지부, 2017. 2016년 정신건강실태조사

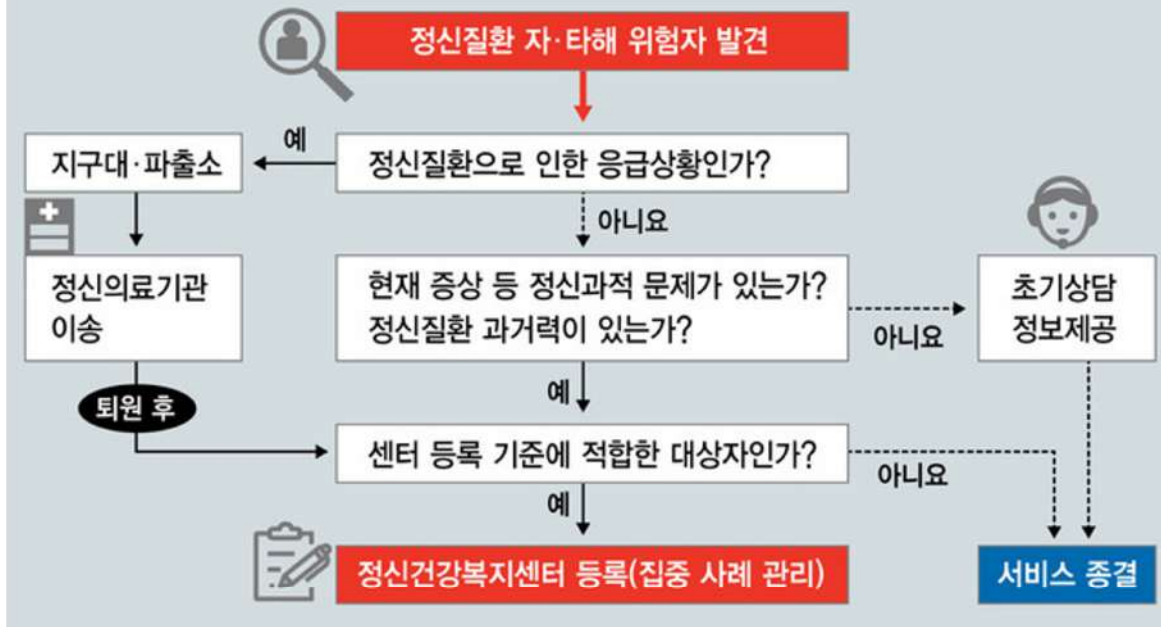
2018년 정신의료기관 입원유형 현황



- 자의입원 30,092명
- 동의입원 13,078명
- 보호입원 19,049명
- 행정입원 2,746명
- 응급입원 65명

정신건강 위기 개입 흐름도

자료: <정신과적 응급상황에서의 현장 대응 안내 2.0> (2018·보건복지부 등)



서울시 행정입원 조치현황

의뢰	미진행	의뢰	미진행
440건	7건	528건	103건
2018년		2019년 (1~7월)	



월별 행정입원 미진행 현황 (2019년)



행정입원 미진행 사유



자료: 자유한국당 김승희 의원실, 그래픽: 김현수

KBS, 자료: 자유한국당 김승희 의원실, 그래픽: 김현수

KBS

KBS, 2019.9.23. '제2의 안인득 막기 위한 '행정입원'... 현실은?

2018. 6. 17.

응급입원 요청과 경찰의 책임 회피, 여러분은 어떻게 하실 겁니까?

✎ 박종언 기자 | ⌚ 승인 2018.06.17 23:41 | 💬 댓글 0

경찰, “사고 치면 증거 찍고 입원절차 받으라”

당사자 친구, “과대망상으로 헛소리를 하고 있는데 증거 제출이라니?”

청와대국민청원게시판에 조현병 당사자의 친구가 글 올려

- A씨의 친구 B씨는 초등학교 5학년 때 어머니가 조울증으로 자살을 했고 중학교 1학년 때는 교통사고 뺑소니로 아버지를 잃었다. B씨는 이후 삼촌과 살게 됐지만 보험금과 양육비를 가로채이고 학대를 받으며 성장했다.
- 7년 전인 26세 때 유전적 요인으로 조현병이 발병했다. 정신보건법이 시행되던 당시에는 강제입원이 동생의 동의만 있으면 가능했기에 친구 B씨는 한두 달 입원하고 치료가 돼 다시 사회로 나왔다.

응급입원 요청과 경찰의 책임 회피, 여러분은 어떻게 하실 겁니까?

✎ 박종언 기자 | ⌚ 승인 2018.06.17 23:41 | 💬 댓글 0

- B씨는 이직을 한 후 스트레스를 받고 조현병이 재발했다. A씨는 연락이 되지 않는 친구를 찾기 위해 경찰에 친구의 증상을 말하고 실종신고를 냈다. 다행히 경찰의 협조로 위치 확인이 됐지만, 그 이후가 문제였다.
- A씨는 “예전처럼 가족 일 인의 동의가 아니라 두 명 이상의 직계가족 동의가 있어야 하는데 친구 B씨의 경우 부모님이 없는 사람은 난처하다”고 토로했다.
- A씨는 “경찰과 동행해 응급입원을 해야 하는데 경찰들이 쉽게 허락을 해 주지 않았다”며 “B씨의 동생이 응급입원을 위해 경찰서(K 파출소) 순경들에게 설명했지만 경찰은 관련 규칙에 대해서 숙지도 안 되어 있고 책임지기 싫어 모르는 척 하는 느낌도 받았다”고 전했다.
- 이어 “담당의도 입원의 필요성에 대해 경찰관을 설득했지만 결론은 자기들은 모르니 사고 치면 증거를 찍고 그때 다시 입원절차를 받으라는 답변이었다”고 주장했다.
- A씨는 “정말 분통이 터졌다”며 “(B씨가) 새벽 2시에 국정원에서 자기를 감시한다며 자기 아이 디어를 지키기 위해 영종도로 간다는 누가 봐도 이상한 소리를 하는데 증거라니요”라고 적었다.
- 이후 A씨는 의사와 함께 경찰에 설득했지만 경찰은 증거 이야기를 한 후 돌아갔다.

응급입원 요청과 경찰의 책임 회피, 여러분은 어떻게 하실 겁니까?

☞ 박종언 기자 | ☞ 승인 2018.06.17 23:41 | ☞ 댓글 0

- 이후 약을 먹이는 과정에서 B씨의 폭력으로 B씨 동생이 머리가 찢어지는 사고를 당했고 A씨는 다시 S 파출소에 도움을 요청했다. 문제는 이렇게 입원해도 72시간 밖에 병원에 머물지 못한다는 점이었다.
- A씨는 “행정입원이라는 게 있어 응급입원 시 전문의의 판단 하에 구청에 요청해 입원시키는 법이 있다는 걸 72시간 퇴원 후 알게 됐다”며 “병원이나 경찰관이 이런 안내를 자세히 했다면 복잡한 일이 발생하지 않았을 것”이라고 지적했다.
- A씨는 “최근 강제입원이 이슈가 되었고 악용되는 경우가 있는 건 맞다”며 “하지만 우리 같은 진정 법의 도움이 필요한 사람은 어떻게 하나?”라며 문제의식을 토로했다.
- A씨는 이어 “친구가 기분이 왔다갔다하고 사고의 위험이 있으니 어떻게 해야 할지 알려달라고 하지만 경찰들은 법 규정을 앞세우고 책임 회피만 하려는 태도만 보였다”며 “사고가 일어나야 강제입원을 시킬 수 있는 법 규정 개선과 경찰들의 태도 개선, K 파출소 경찰관들의 책임 회피에 대한 징계를 원한다”고 글을 맺었다.
- 폭력적으로 변할 수 있는 조현병의 초기 증상을 잡기 위해서는 병원 입원이 시급했다. 그러나 경찰은 위에서 말한 정신질환을 갖고 있거나 자타해의 위험 두 가지 요건을 충족하지 못했기 때문에 책임 회피를 위해 이를 거절했다. 여러분은 어떻게 할 것인가?

2019. 4. 21.

안전위협 ‘정신건강 응급 매뉴얼’은 왜 휴짓조각이 됐나

진주 아파트 참사 피의자 안아무개(42)씨는 사건 전에 정신적 고통을 호소했고, 오물을 쏟아붓는 등 이웃과 마찰도 심했다. 경찰, 주민센터 등이 안씨의 정확한 병명은 몰라도 정신건강 문제가 있다는 사실을 알았을 가능성이 높다.

앞서 보건복지부는 경찰청·소방청·국립정신건강센터와 함께 망상·환각 등으로 인해 자신과 다른 사람의 안전을 위협할 경우 일선 경찰관, 정신건강복지센터 정신건강전문요원, 119구급대 등이 해야 하는 조치를 규정한 ‘정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내’를 내놓았다. 자·타해 위험이 있는 사람을 발견한 지역 주민이나 공공기관 종사자, 경찰관 및 119구급대원 등은 정신건강위기상담전화로 통해 상황을 알리고 상담을 요청할 수 있다. 이런 매뉴얼이 있고 여러번 징후도 있었지만 안씨에 대한 응급조치는 결국 이뤄지지 않았다.

2019. 9. 27 **dongA.com**

119 안타고 가면... 응급실서 내쫓기는 정신질환자들

정신질환 응급입원 '좁디 좁은 문'

폭력성 나타날 상황서 119 불러도 구급대원은 입원 동의 권한 없고
출동 경찰 책임 두려워 소극 대응... 사설 구급차 이송땀 병원서 거부
한밤에 가족관계부 제출 요구도... 전문가 "현장에 맞게 법개정 필요"



2019. 10. 18.

응급입원 가능한 병원 현황 모르는 복지부... “정신건강 국가책임제 도입을”

◇진주참사 이후에도 어려운 응급입원

의료계에서는 안인득처럼 난동을 거둬한 사람에 대해 경찰이 응급입원을 시도했다면 안씨가 일찍 정신과적 치료를 받을 수 있었을 것이라고 지적한다.

그러나 응급입원은 진주참사 당시나 지금이나 시행이 쉽지 않다. 정신질환자가 정신과적 응급상황에서 입원을 하기 위해서는 △환자의 외상 등을 치료하기 위한 응급실 △환자를 안정시키기 위한 보호실 △이후 입원을 이어가는 정신건강의학과 폐쇄병동이 필요한데 이들을 모두 갖춘 의료기관이 드물기 때문이다. 대학병원이라고 사정이 낫지 않다. 수익성이 떨어진다는 이유로 폐쇄병동을 줄여나가는 추세인 탓이다. 국립정신건강센터나 시립은평병원 마저 응급실이 없어 신체 손상이 있는 환자는 돌보지 못한다.

2019. 10. 18.

응급입원 가능한 병원 현황 모르는 복지부… “정신건강 국가책임제 도입을”

◇정부 대책시행 지연

정부도 문제점은 알고 있다. 복지부가 5월 내놓은 대책 중에는 24시간 응급입원이 가능한 정신응급의료기관을 지정하고, 정신질환자 응급입원의 건강보험 수가를 올리는 내용이 담겼다. 정부가 3가지 시설을 모두 갖춘 의료기관을 정신응급의료기관으로 지정하고 그에 맞는 대가를 지급하겠다는 것이다.

그러나 이러한 대책들은 10월 현재까지도 시작도 하지 못했다. 응급의료에 관한 법률을 개정해 응급의료기관 가운데 정신질환자 응급의료센터를 지정할 법적 근거를 마련했지만 실제로 정신응급의료기관으로 지정된 곳은 아직 한 곳도 없다.

비자의 입원 종류별 현행 문제점

	방식	나타나는 문제점
응급입원	경찰관이 의사 동의 얻어 3일간 입원 가능	<ul style="list-style-type: none"> - 병원이 병상 부족 등 이유로 입원 거절하는 사례 - 경찰이 민원 우려해 소극적인 사례
보호입원	보호자(배우자 혹은 직계 가족) 2명 동의로 입원	<ul style="list-style-type: none"> - 보호자 확인 등 서류, 절차가 너무 복잡 - 가족이 환자 보복 우려해 꺼리는 사례
행정입원	의사 진단에 따라 지자체장이 입원 의뢰	<ul style="list-style-type: none"> - 환자, 가족이 완강히 거부하면 집행의 법적 근거가 없음 - 입원비를 누가 부담할 지 모호

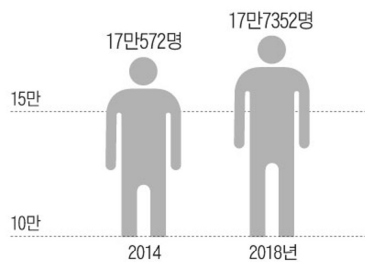
조선일보, 2019. 조현병 환자 입원시키려 밤새 병원 뱅뱅이…6개월 넘게 바뀐 게 없다

한국 정신보건 인프라



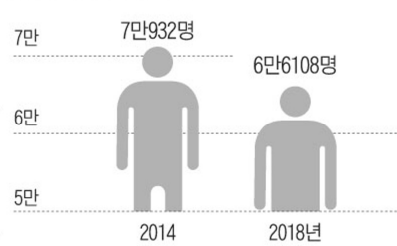
한국 정신보건 인프라

조현병으로 진단 받은 성인 환자



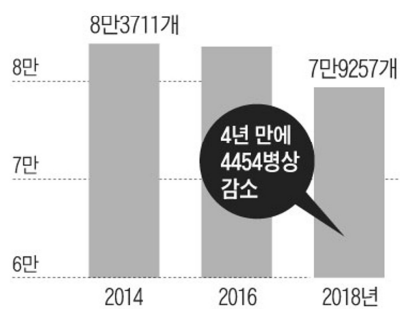
자료: 건강보험심사평가원. 입원환자와 외래환자가 일부 중복되는 경우도 있음.

정신병원 입원환자



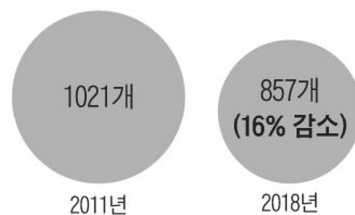
자료: 보건복지부

전국 정신병원 병상



자료: 보건복지부

43개 상급종합병원 정신과 폐쇄병동 병상



자료: 건강보험심사평가원

제언

1. 탈수용: 입원을 어렵게 하는 현행과 같은 규제보다는 실질적 자원의 투자가 필요 (국가보건예산 현재 1.5% → 5% 로 증가)
2. 조현병 및 중증정신질환 국가책임제 (보호자에게 너무 가혹한 현실)
3. 정신응급체계 확립
4. 정신건강복지법 문제점 수정
 - 보호의무자에 의한 입원을 골자로 하는 큰 틀에 대한 근본적 수정
보호의무자에 의한 입원은 시대에 뒤떨어짐
 - 적법절차 마련 - 2인 진단, 입적심은 근본적 해결책이 될 수 없음
 - 환자 이송, 응급/행정입원시 치료 비용 부담 주체 관련 사항의 명료화

코로나19시대와 정신질환

- 코로나19로 인해 원격의료에 대한 논의가 재점화
- 미국의 경우 거의 80~100% 정신과 진료가 현재 원격으로 진행되고 있음 (telemedicine, telepsychiatry)
- 상황적으로 불가피하게 도입되었지만, 생각보다 원격의료는 효용적이고, 정신질환자 치료 진입장벽을 낮출 수 있다는 긍정적 의견이 많음



코로나19시대와 정신질환

- Telepsychiatry의 예상되는 문제점
 - 신체검진 불가
 - 미묘한 징후들의 포착 어려
 - 응급상황에 대한 직접적 대처 불가능
 - 투약에 대한 불순응의 문제
- 그 어떤 경우에도, 대면진료를 완전히 대체할 수는 없을 것
- 그러나 여러 우려에도 불구하고, 편리성 등의 장점으로 코로나19 이후 본격적 원격의료시대가 도래할 가능성이 높음
- 예상되는 여러 문제점들에 대해 미리 대비하며 준비해나가야



주제발표 2 조현병 환자의 적절한 치료시스템 구축을 위한 제언

김 윤

서울대학교 의료관리학교실 교수

조현병환자의 적절한 치료시스템 구축을 위한 제언

2020년 6월 30일
서울대학교 의과대학 의료관리학교실

김 윤

정신질환: 방치된 문제

▶ 2

“한국인은 인정하지 않는 한국의 정신건강문제”

SOUTH KOREA'S MENTAL HEALTH PROBLEM — THAT KOREANS DON'T ADMIT

- ▶ 산업화된 국가 중 한국의 정신건강 수준이 **최악**이지만 한국 사람들은 이를 무시하고 있다.
- ▶ SOUTH KOREA has one of the worst mental health problems in the industrialized world, but KOREAN people routinely ignore symptoms.
- ▶ OECD 국가 중 가장 높은 자살률
- ▶ 정신질환자의 높은 퇴원 후 자살률 - 남 49.7배, 여 45.5배*
- ▶ 증가하는 장기입원 - 정신병상 증가, 재원일수 증가
- ▶ 우울감을 느끼는 노인 28% - 미국 10~15%
- ▶ 스트레스를 받고 있는 사람 95%

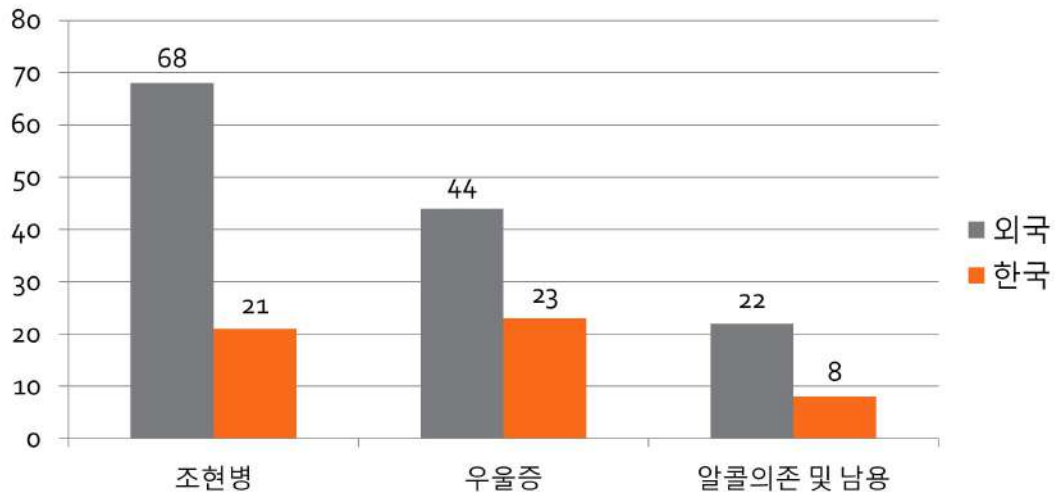
▶ 3

- <https://www.ozy.com/acumen/south-koreas-mental-health-problem-that-koreans-dont-admit/83629>
- Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989-2006. October 2012. *psychres. 2012.09.039*

[1] 정신질환의 낮은 치료율 - 주요 정신질환

- 조현병 환자 치료율은 외국의 1/3 수준에 불과

우리나라와 외국 37개 정신질환 역학조사결과 비교

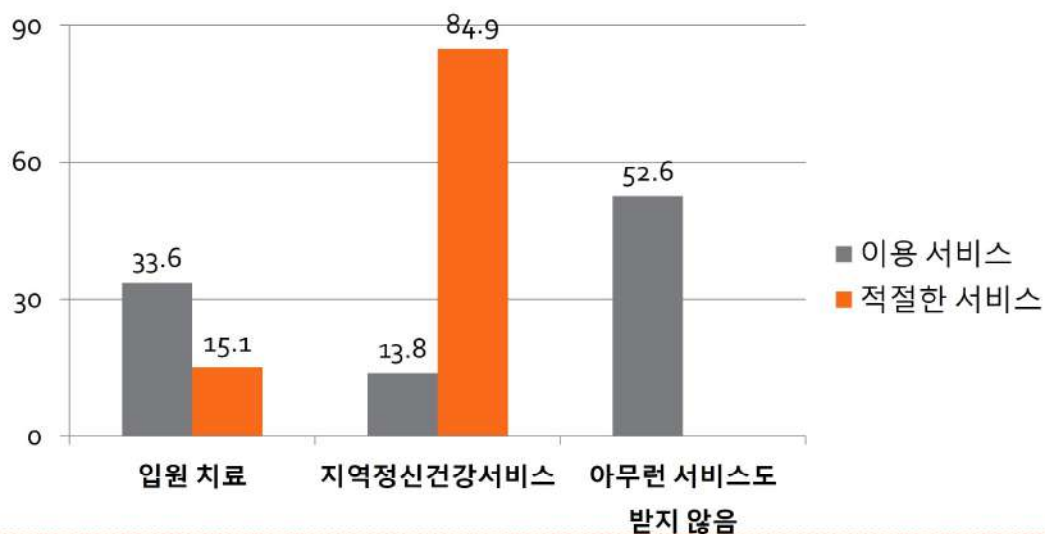


▶ 4

R. Kohn 등. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82: 858-866
조맹제 등. 정신질환실태 역학조사. 2006

[2] 장기입원 과잉 vs. 지역사회서비스 부족

- 입원 부적절 환자 약 1/2
- 정신재활서비스 못 받는 환자 약 7/10



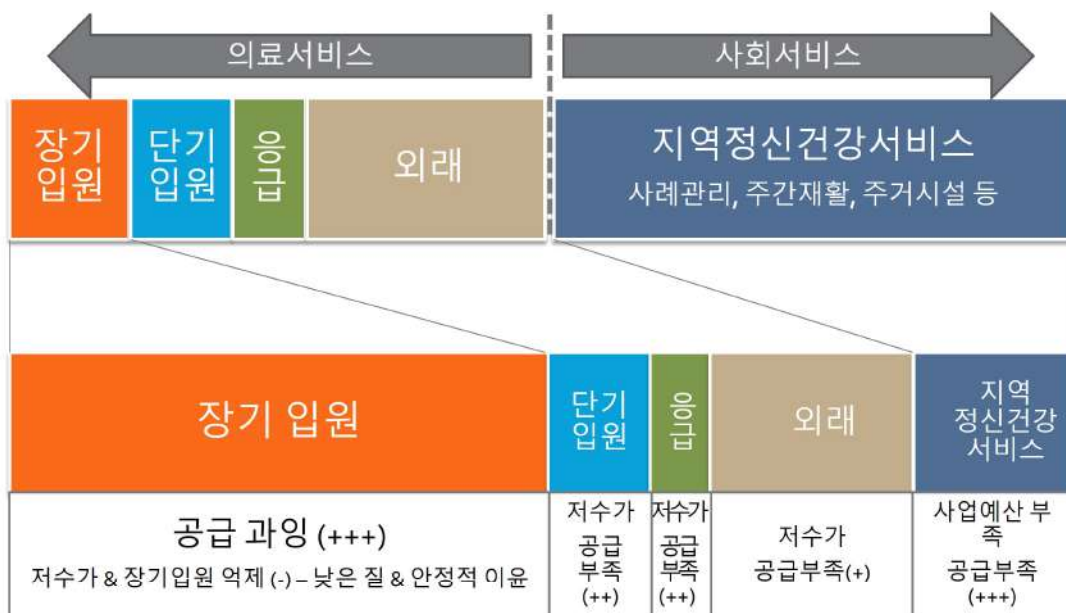
▶ 5

중앙정신보건사업지원단. 정신건강정책 10개년 계획. 2007
이영문 등. 정신질환자 재분류와 정신의료시설 기준 개발 연구. 1995

원인 진단

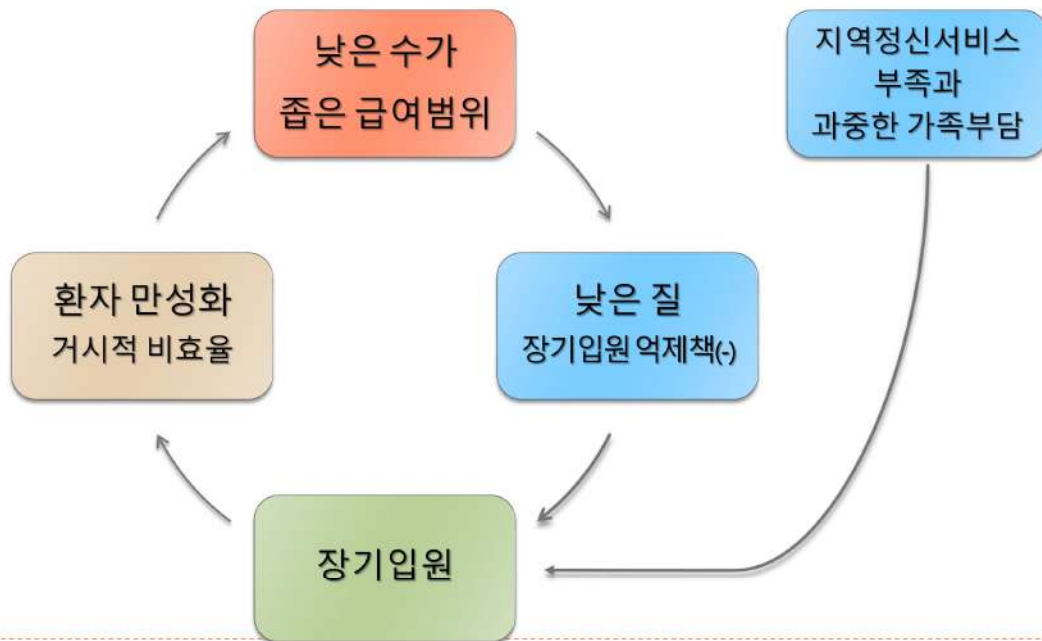
▶ 6

원인[1] 잘못된 자원배분 - 정신건강서비스 공급



▶ 7

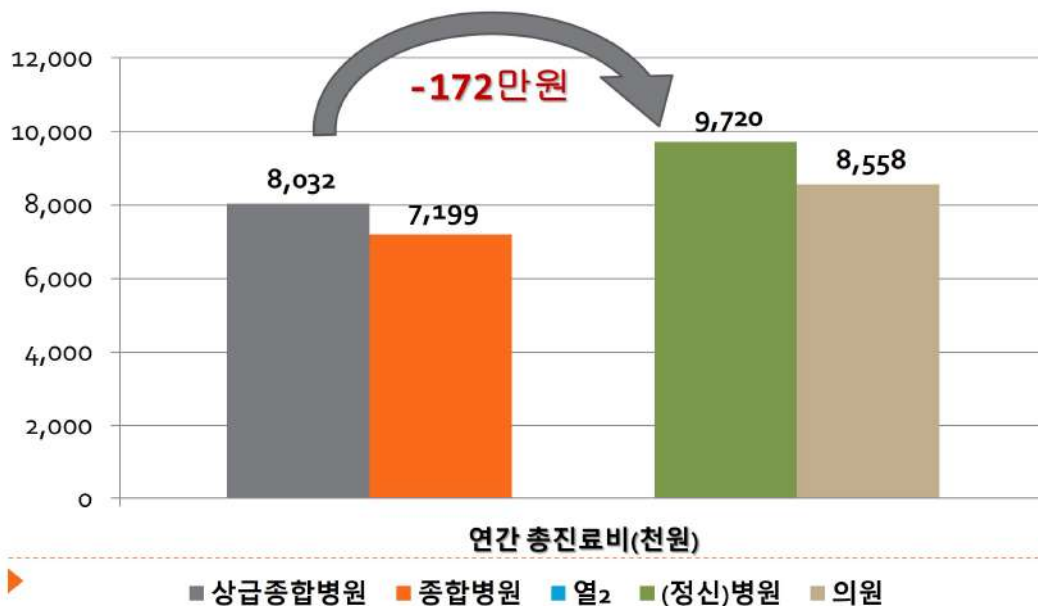
원인[2] 왜곡된 인센티브 - 악순환



8

중증정신질환에서 최초입원기관 유형별 연평균 총진료비

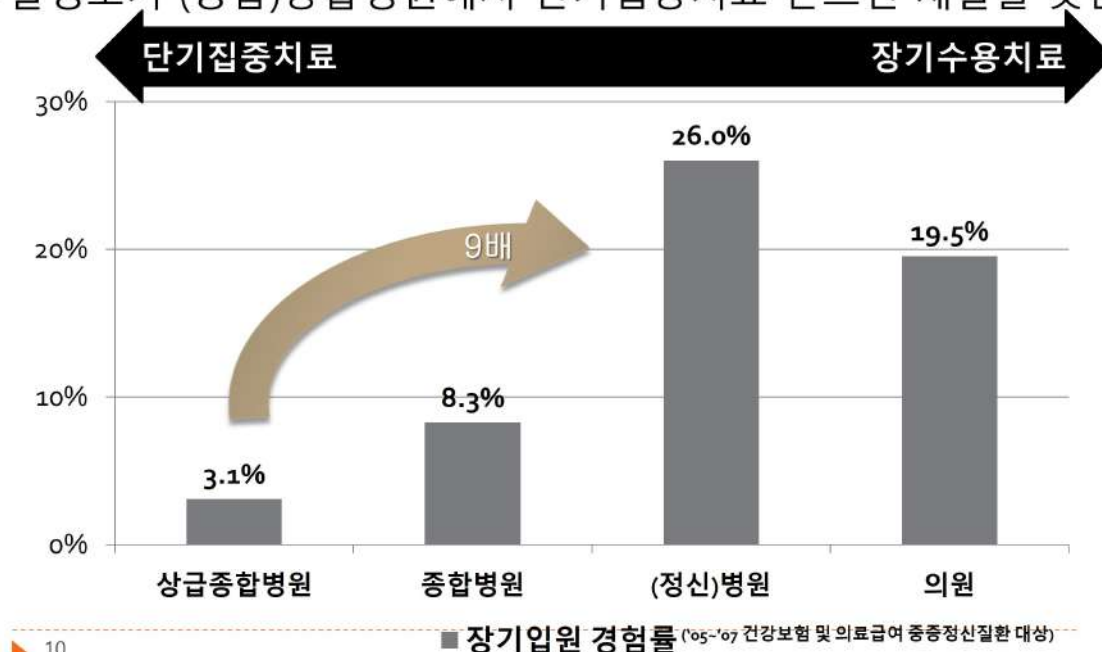
• 진료비 '비싼' 단기입원 대비 '싼' 장기입원이 더 낭비적



9

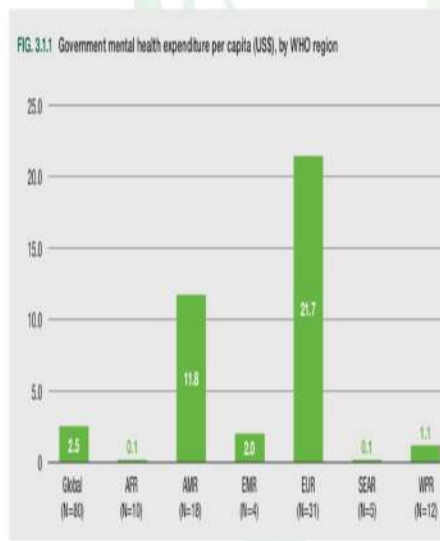
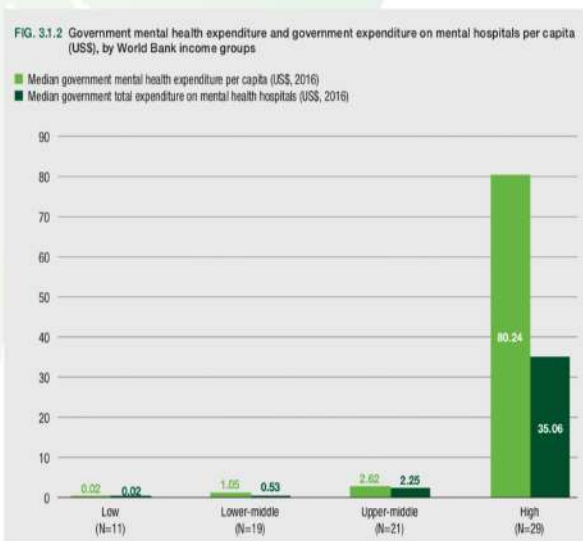
중증정신질환에서 최초입원기관 유형별 장기입원 경험률

- 발병초기 (상급)종합병원에서 단기집중치료 받으면 재발률 낮음

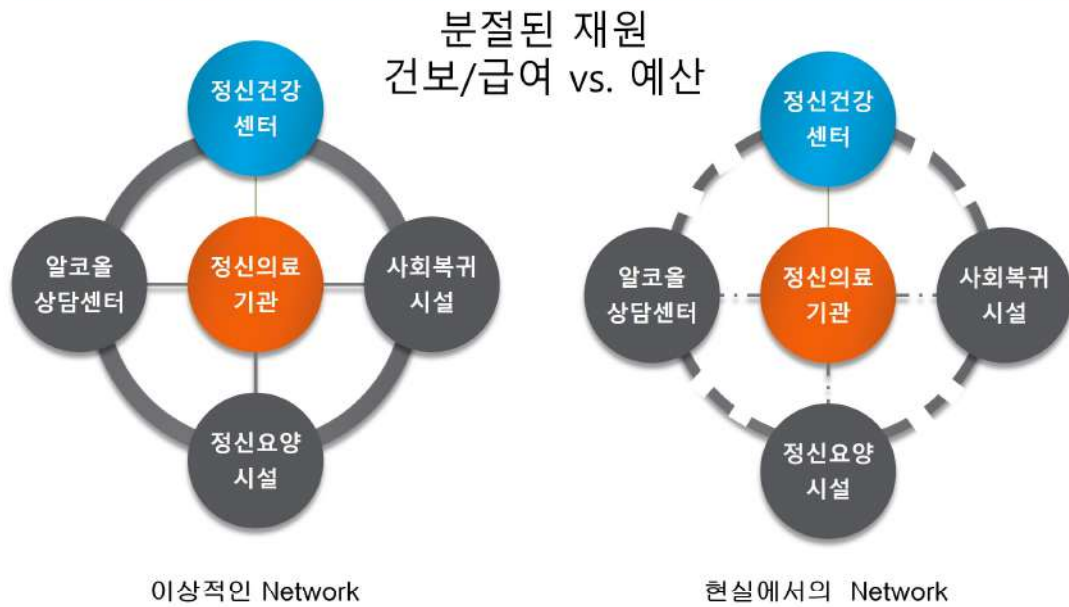


원인[3] 차별적 재정 배분 → 장기입원의 비효율

- ▶ 1인당 정신의료비 지출 \$44.8(2014), 76,370원



원인[4] 분절화된 지역정신보건 전달체계



▶ 12

정신질환자 지역사회 복귀 방안

▶ 13

전략

지역정신건강서비스 확대

= 지역사회서비스에 건강보험 적용

≠ 정신건강사업 예산 확대

▶ 14

[1] 단기집중입원치료에 대한 높은 수준의 급여

- ▶ 정신의료기관의 유형화 – 단기입원 vs. 장기입원
 - ▶ 단기 입원기관 : 일반병원, 짧은 입원기간과 높은 지역사회 복귀율
 - ▶ 장기 입원기관 : 정신병원, 입원환자 상태기준 마련
- ▶ 단기집중 입원치료 = 장기입원 방지
 - ▶ 건강보험 – 보장성 강화를 통해 현재 비급여 진료비 포함 수준 진료비
 - ▶ 의료급여 – 건강보험과 동일한 수가와 급여기준 적용 : 차별금지
- ▶ 단기입원기관의 책임의료서비스 제공
 - ▶ 환자등록관리 - 외래, 지역사회재활, 사례관리서비스 등 포괄적 제공
 - ▶ 행위별수가제와 인두제의 병행 – 예) 80% vs. 20%
 - ▶ 가치에 대상 보상 value-based payment
 - ▶ 보상 기준 : 의료 질(예: 입원율, 삶의 질, 지역사회복귀율)과 효율성 (예: 총 진료비 지출)

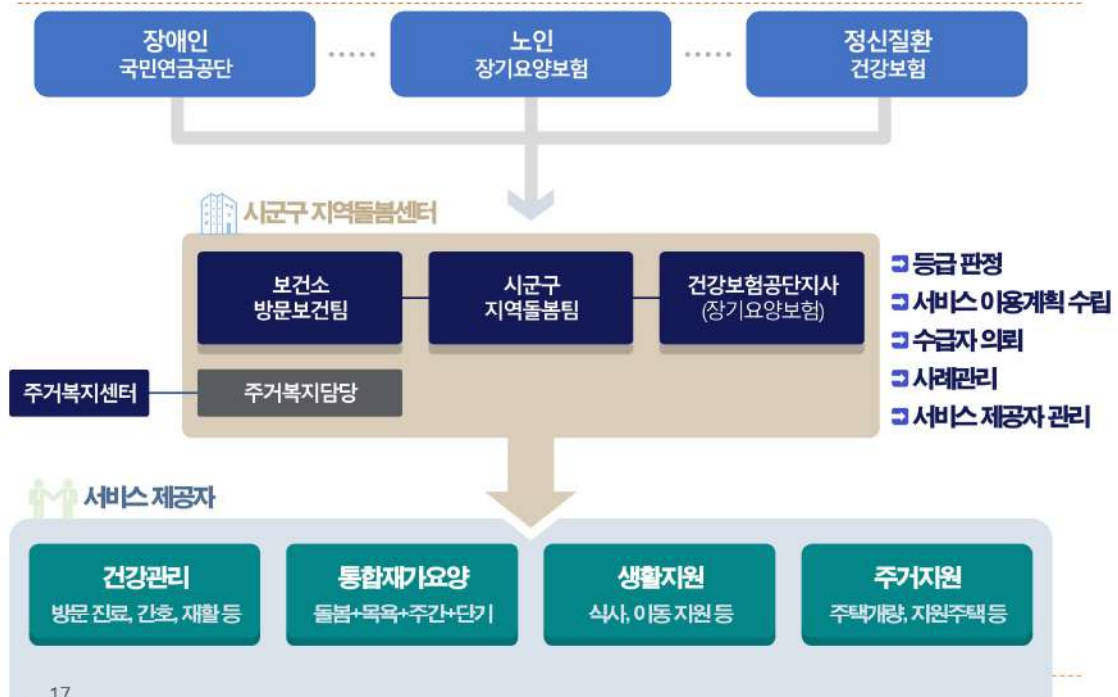
▶ 15

[2] 지역정신건강서비스에 건강보험 급여 확대

- ▶ 정신질환에 대한 차별 해소
 - ▶ 지역정신건강서비스에 대한 건강보험 및 의료급여 적용
- ▶ 초기평가와 환자 등록 : 별도 행위별수가
 - ▶ 등록 : 초기평가결과와 치료계획 등 입력
 - ▶ 환자 동의 기반
- ▶ 환자 사례관리료 – 비대면서비스 보상
 - ▶ 상담 환자사례관리 : Recall 서비스, 전화 상담 등
 - ▶ 의료서비스의 조정 : 의뢰, 퇴원환자 환자 추구관리 등
 - ▶ 환자 중증도 반영한 차등수가 – 예: 월 1~5만원/환자 1인당
- ▶ 주간재활서비스 : 행위별수가
- ▶ 그룹홈 – 예: 월 100만원/명

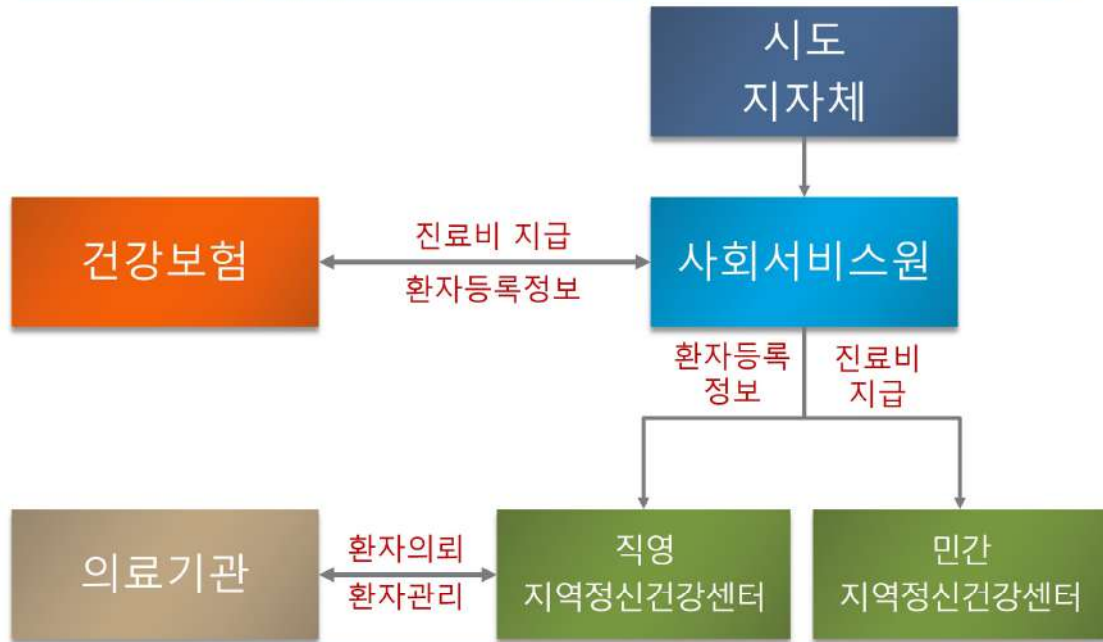
▶ 16

[3] 시군구의 지역정신건강서비스에 대한 책임성 강화



▶ 17

[3] 지역정신건강센터의 건강보험 요양기관화



▶ 18

[5] 재정 전략 - 통합돌봄재정 구축

- ▶ 수급자 - Personal budget
 - ▶ 표준화된 욕구 평가도구 - needs & family resource based
- ▶ 시군구 단위 총 재정 설정
 - ▶ 인구 기반 위험도 보정 - 노인 인구 수, 인구구조, 지역사회경제 수준
 - ▶ 지역 재량 재정 - 포괄보조금 : 예) 총 재정의 5~10%
- ▶ 중앙화된 통합돌봄재정 : 장기요양, 중앙정부 및 지방정부 예산
- ▶ 시군구 수급권 결정과 재정 기여
 - ▶ 시군구의 대상자 욕구 평가와 수급권 결정 권한
 - ▶ 돌봄재정에 대한 기여 의무 - 예) 총 재정의 20%
 - ▶ 총액예산 초과분 부담 의무 - 예) 초과 재정의 40%

▶ 19

건강보험 중심 재정통합과 총액 기반 재정계약

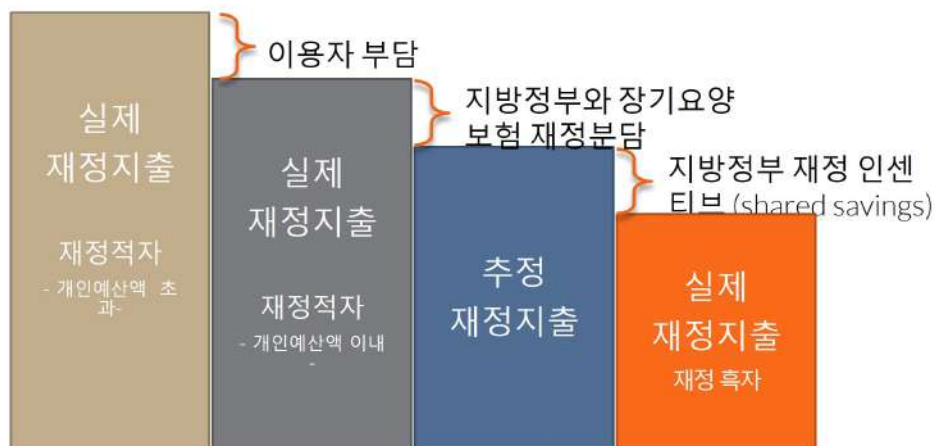
- ▶ '지자체 분담금' 신설 - 지자체 정신건강사업 국비 보조를 분담금으로 전환
- ▶ '시군구별 정신건강재정 총액' 설정 - 재정 절감 시 지자체 분담금 감액, 초과 시 증액



▶ 20

개인예산제 : 개인과 지방정부의 재정 책임성 강화

- 추정 재정지출과 실제 재정지출의 차이 - (+) 재정절감 인센티브, (-) 시군구 추가 보험료
 - 예) 시군구와 건강보험 재정분담률 = 50 : 50
- (가칭) 정신건강재정위원회 구성 - 시군구별 재정배분 방식 결정
 - 구성 - 보건복지부, 시군구청장 협의회, 시도지사협의회 대표, 가입자 대표, 보험자 대표로 구성



▶ 21

[6] 성과 인센티브를 통한 의료질과 효율성 향상

- ▶ 환자 진료결과 인센티브
 - ▶ 재입원율, 지역사회복귀율 등
 - ▶ 효율성 인센티브 지급 – 전제조건, 진료결과에 따른 가산
- ▶ 효율성 인센티브 = savings sharing
 - ▶ 등록환자 대상
 - ▶ $\text{Saving/Loss} = \text{예측 진료비} - \text{실제 진료비}$
 - ▶ 차액 공유 : 이득 우선, 추후 손실도 공유
 - ▶ 공유 비율 : 초기 30% ~ 후기 80%
- ▶ 중증도 보정 : 신뢰도 – savings sharing의 전제조건
- ▶ 지자체 : 시도 및 시군구 급여예산 분담금 감소 효과

▶ 22

정신건강복지법 개정 방안

정신건강복지법 개정 [1]

정신질환에 대한 차별 금지

- ▶ 진료비 지불 - 의료급여 정액제 폐지
- ▶ 급여 적용 - 정신건강서비스에 대한 급여 확대 : 근거 기반
 - ▶ 사례관리, 정신심리상담, 정신사회재활, 주야간보호 등
- ▶ 사회적 낙인과 차별 개선을 위한 노력
- ▶ 외국 사례
 - ▶ 미국 (1996) - The Mental Health Parity Act (MHPA) requires annual or lifetime dollar limits on mental health benefits to be no lower than any such dollar limits for medical and surgical benefits offered by a group health plan or health insurance issuer offering coverage in connection with a group health plan.
 - ▶ 영국 (2012) - the UK also introduced the *Health and Social Care Act*, which enshrined the principle of parity for mental health in law.
 - ▶ 캐나다 (2018) - 1) Publicly fund evidence-based therapies, 2) Improve the quality of care through, 3) Invest in promotion, prevention, 4) Address stigma and discrimination and ensure equitable access, 5) Research mental illness and evaluate health outcomes

▶ 24

정신건강복지법 개정 [2]

정신의료기관 유형과 정신건강수가 설정 권한

- ▶ 정신의료기관 유형 분류와 수가 차등
 - ▶ 단기입원기관 vs. 장기입원기관 - 재원일수, 재입원을 등 기준
 - ▶ 지역정신건강센터, 초발정신질환센터 지정 기준
- ▶ 정신의료기관 유형별 건강수가 설정
 - ▶ 단기입원기관 - 단기집중치료 입원 수가
 - ▶ 지역정신건강센터 - 지역정신건강서비스에 대한 수가 신설
 - ▶ 초발정신질환 수가 - 입원료, 외래 등
- ▶ 참고 : 응급의료법 제23조(응급의료수가의 지급기준) ① 응급의료수가의 지급기준은 보건복지부장관이 정한다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 응급의료수가의 지급기준을 정할 때 제17조에 따른 응급의료기관에 대한 평가 결과를 반영하여 응급의료수가에 차등(差等)을 둘 수 있다.
- ▶ 응급의료관리료, 응급처치에 대한 가산

▶ 25

감사합니다

yoonkim@snu.ac.kr



II

지정토론

좌장: **이영문** 국립정신건강센터 센터장

- **박정근** 한국조현병환우회 이사
- **백종우** 경희대학교병원 정신건강의학과 교수/과장
- **신권철** 서울시립대학교 법학전문대학원 교수(변호사)
- **이충헌** KBS 사회부 팀장(의학전문기자)
- **최명민** 백석대학교 사회복지학부 교수
- **홍정익** 보건복지부 정신건강정책과장

패널 약력

좌장



이영문

국립정신건강센터 센터장

- 아주대학교 의료인문정신분석전공 겸임교수
- 前 서울시 공공보건의료재단 대표이사
- 前 국립공주병원 병원장

주제발표



박정근

한국조현병환우회 이사

- 고양시장애인 통합부모회 회장
- 서울지부 패밀리 강사
- 前 경기고양교육지원청 특수교육 운영위원



백종우

경희대학교병원 정신건강의학과 교수/과장

- 보건복지부 중앙자살예방센터장
- 대한신경정신의학회 법제이사
- 한국자살예방협회 고 임세원추모 자살예방아카데미위원장



신권철

서울시립대학교 법학전문대학원 교수(변호사)

- 前 서울고등법원 판사(노동전담)
 - 前 서울중앙지방법원 판사(의료전담)
 - 前 의정부지방법원 판사
-



이충헌

KBS 사회부 팀장(의학전문기자)

- 연세대학교 의과대학 정신과 전문의
 - 연세대학교 의과대학 정신과 강사
 - 제38회 한국 방송대상 보도기자 상
-



최명민

백석대학교 사회복지학부 교수

- 한국정신사회재활협회 회장
 - 前 한국정신보건사회복지학회 회장
 - 前 중앙정신건강복지지원단 위원
-



홍정익

보건복지부 정신건강정책과장

- 前 질병관리본부 위기대응총괄과장
 - 前 질병관리본부 예방접종관리과장
-

지정토론 1 조현병 환자들의 삶의 질 향상 방향

...

박 정 근
한국조현병환우회 이사

조현병 환자들의 삶의 질 향상 방향

(차별적 복지정책 지원 서비스 개선을 통한
정신장애인 삶의 질 향상 방향 모색)

한국조현병환우회 이사 박 정근

정신장애인 차별 법 조문

장애인복지법 제 15조
(정신장애인 복지 사각지대 원인)

폐지

1. 정신질환자 장애인등록 확대
2. 체계적인 환자 관리
3. Coming out 동기부여

최저임금법 제 7조
(빈곤의 삶 원인 제공)

폐지

1. 최저임금 보장 확대
2. 최저생활 보장

국민기초생활보장법
제2조, 제3조 부양의무제

폐지

1. 정신장애인들의 자존감 향상
2. 가족들의 빈곤한 삶 해소

정신장애인 판정기준 개정 필요

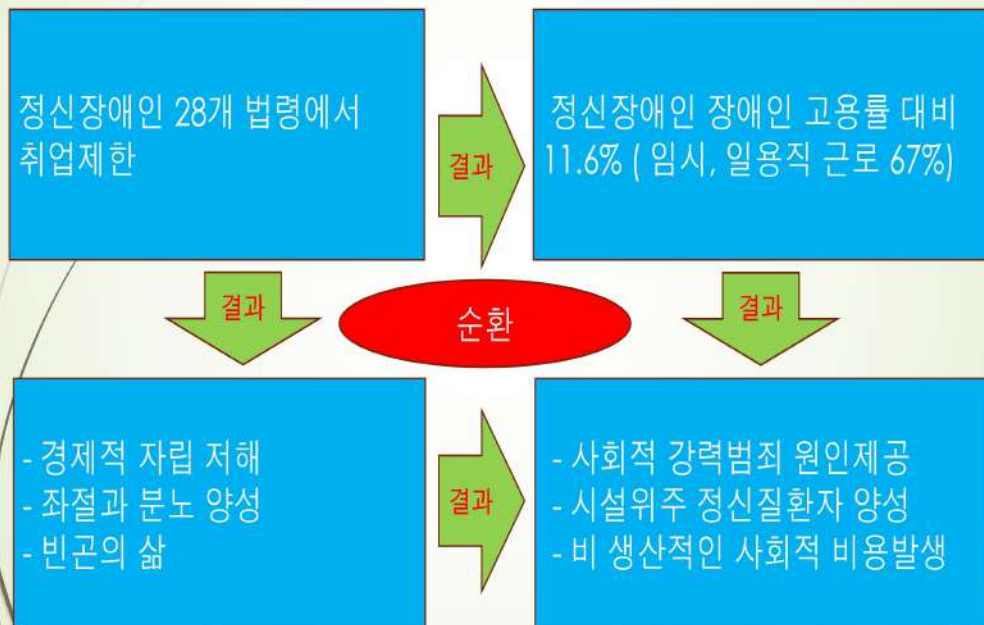
조현 병 정신장애인 판정기준

능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목
이상에서 GAF 척도 41이상 50점 이하 사람

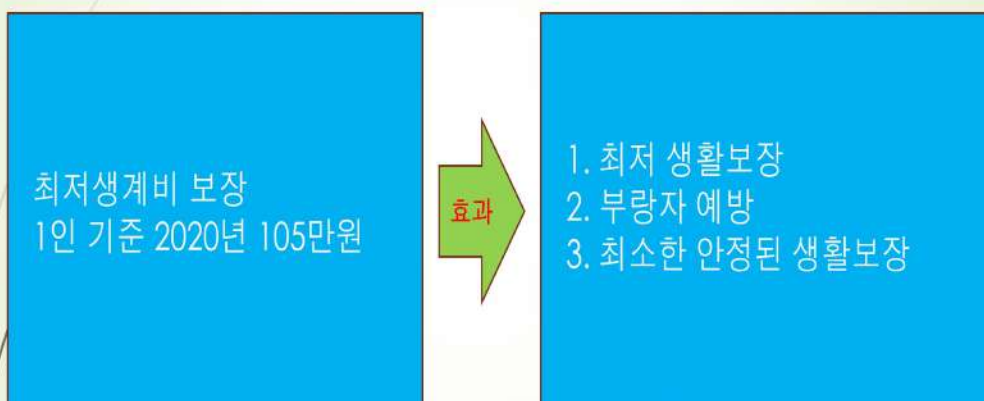
개정

1. 신체적장애인 기준의 판정기준이 문제
2. 판정기준 분리 필요
3. 정신적 장애인 판정기준 도입 시급

정신장애인 취업 제한 법령 철폐 및 의무고용 확대 실시



정신적장애인 기본소득보장 (정신 질환자 및 정신장애인 기본소득보장)



진료거부 환자를 위한 다양한 진료 도입 요구



정신질환자 및 정신장애인 자립을 위한 지원 서비스 도입 시급



당사자 및 가족들이 원하는 삶

- 빈곤으로부터 해방된 삶
- 차별 받지 않는 복지 정책
- 당당하게 세상에서 살 권리보장
- 최소한 인간다운 삶을 살기 위한 기본소득보장
- 자식을 두고도 마음 편히 죽을 수 있는 국가 책임제 실시

함께 손잡고 같이 살아 갑시다.
감사합니다~~~^-^



지정토론 2

백 종 우

경희대학교병원 정신건강의학과 교수/과장



2016년 정신건강복지법 전부개정 및 2017년 시행

구분	개정 전	개정 후
요건	입원치료가 필요한 정신질환 또는(or) 자·타해 위험	입원치료가 필요한 정신질환 및(and) 자·타해 위험
입원절차 (진단요건)	보호의무자 2인의 동의 + 정신과전문의 1인 진단 ⇒ 입원(6개월)	보호의무자* 2인의 신청 * 보호의무자 순서 변경: 후견인>부양의무자 순 + 정신과전문의 권고 ⇒ 진단입원(2주) + 소속*이 다른 정신과 전문의 2인 일치 소견 * 1명 이상은 국립병원 등 복지부 장관이 정하는 소속 ⇒ 치료입원(최초 입원일 기준 3개월)
입원 적합성 심사	-	최초 입원 3일 이내 입원사실 신고 최초 입원 1개월 내 입원적합여부 판단 ※ 국립정신병원 등에 입원적합성심사위원회 설치 및 심사
계속 입원 심사	정신과전문의 1인 판단 + 보호의무자의 동의 (주기) 6개월	소속이 다른 정신과전문의 2인 소견 + 보호의무자 2명 이상 동의 (주기) 3개월, 2회 실시 후 6개월

2017년 정신건강복지법 시행과 강제입원

(단위: 명, %)

연 도				2014	2015	2016	2017	2018
계				81,625	81,105	79,401	77,161	75,626
자의입원(소)				24,266	26,064	28,285	36,465	35,577
				29.7%	32.1%	35.6%	47.3%	47.0%
동의입원(소)				-	-	-	12,325	15,115
							16.0%	20.0%
강제입원(소)				57,333	54,998	51,058	28,318	23,791
				70.2%	67.8%	64.3%	36.7%	31.5%
보호 의무자에 의한 입원	소계			57,186	54,867	50,964	25,804	21,045
	가족	부양 의무자		49,792	47,235	43,643	24,234	20,702
		후견인					1,570	343
	시군구청장			6,235	6,432	6,021	-	-
	행정입원			147	131	94	2,514	2,746
응급입원				26	43	58	53	65
기타 (치료감호소, 법원의 명령에 의한 치료 위탁)				1,159	1,200	1,300	-	1,078

자료원: 개정정신건강복지법 연구, 2020 윤석준 등 고려대학교의료원 산학협력단, 보건복지부

마음이 아픈 사람들이 편견과 차별없이 쉽게 치료와 지원을 받을 수 있는 사회

- 2016 정신건강증합대책
- 2017.5 정신건강복지법 시행
- 2018.6 경북영암 경관사망 사건
- 2018.12.31 고 임세원 교수 사건
- 2019.4 진주방화살인 등 연속적 사고
- 2020.2 청도대남병원 코로나 집단감염
- 2020.4 외래치료지원제 등 개정안 시행
- 2020.5 서울역 폭행사건
- 2020.6 가평 일가족 사망
 - 부산의 주거시설 주민 반대
 - 오산의 정신병원 주민 반대
 - 인권위 조사결과 2020년 편견은 악화



故 임세원 교수님을 추모합니다.
살인을 막지못하는 의료환경에 분노합니다.



<https://youtu.be/821D4BALo54>
https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2019/01/02/2019010201507.html
<http://mn.kbs.co.kr/mobile/news/view.do?ncd=4460923>
<https://m.hankookilbo.com/News/Read/201904191447038526>

정신건강 패러다임의 변화



박영석 기자 / 20171103

트위터 @yonhap_graphics, 페이스북 toney.kr/LeYN1

- 98년 90%에 이르던 가족의 책임
- 2016년 사회의 책임이 절반을 넘게 됨
- 2017년 치매국가책임제의 배경
- 산업화와 핵가족화로 중증정신질환에서도 가족책임에서 변화가 필요한 시점

정신응급상황의 현실과 문제점

사 건	현 실	비 고
영양 경찰관 사망 사건 2018.7.8	살인 경력이 있는 중증환자였으나 어머님의 요청으로 한달 전 퇴원	자,타해 위험이 있더라도 보호의무 자가 퇴원을 원하면 퇴원하게 되는 상황
	퇴원 후 병식 부족과 투약 중단으로 재발	외래치료명령제나 퇴원 후 사례관리체계가 미비. (올4월 외래치료지원 개정법 시행)
	재발한 상태에서 사고 발생 (조현병이 직접적 원인인지는 아직 알 수 없음.)	정신건강응급개입팀 없이 경찰관만 출동
	만일 경찰에 의해 응급실로 이송했 더라도?	보호의무자의 동의 없이 입원이 불가능 응급입원 규정은 있으나 경찰은 주 저하고 입원절차에 경찰에 대한 이 송병원 정보제공이나 지정병원제 가 없어 여러 병원을 전전하게 됨.

LA 였다면?

사 건	현 실	비 고
영양 경찰관 사망 사건 2018.7.8	살인 경력이 있는 중증환자였으나 어머님의 요청으로 퇴원	병력상 외래치료명령대상 사법입원을 통해 평가는 의사가/ 입원과 치료 지속 여부는 판사가 판단
	퇴원 후 투약 중단으로 재발	외래치료지원제와 함께 지역사회 적극적 치료프로그램으로 매일 전 문가가 가정방문- 투약 거부 시 장기 지속형 주사제
	재발한 상태에서 사고 발생	정신건강응급개입과 경찰관이 함께 출동하여 지정병원 응급실로 이송
	경찰에 의해 응급실로 이송	정신건강전문가가 퇴원 또는 72시간 응급입원 결정 이후 자,타해위험성에 근거하여 판사가 지속 입원여부 결정

1998년 뉴욕 캔드라 Kendra 법

- 지하철에서 한 조현병 환자(방치된 상태의)가 뉴욕시민 캔드라를 밀어 사망
- NAMI(미국 정신장애연대)에서 외래치료지원제도 최초 제기
- 피의자였던 조현병 환자 골드스테인도 치료후 법안에 찬성
- 캔드라법이라는 이름으로 통과 현재 영구적 적용 중(치료와 함께 주거,취업서비스 제공)
- 일본도 1964년 라이샤워 대사 피습사건 후 정신과 외래진료지원제도를 시행하여 도쿄의 한 구에서 전체 인구의 5%가 이용



<https://www.nysubway.com/kendra-webdale-kendras-law/>

미국 뉴욕

- 정신건강법정 Mental Health Court
- (전문) 판사가 다학제팀과 함께 비자의입원 또는 외래치료지원제도 심사
- 법원내 정신건강전문가가 서비스 연결 및 의료기관과 연계하여 모니터링



호주 정신건강심판원

- Mental Health Review Tribunal(독립된 준사법기관)
- 법조인, 정신과의사, 기타공익위원 3명으로 위원구성
- 비자의입원과 외래치료지원을 대면 또는 화상회의로 본인의 의견 청문 후 결정
(Psychiatric Treatment Order/ Community Treatment Order)
- 대상자 지원과 관리는 공공병원(연계대학병원) 주치의가 다학제팀과 함께 관리 책임, 불이행시 경찰 지원 하에 입원치료



찾아가는 정신건강서비스

- 미국의 적극적 지역사회 사례관리(매일 전문요원 방문, 전문의도 방문진료)
- 대만은 강제입원은 별도로 관리하고

정신중환자실/퇴원후 가정방문/낮병원/재활센터를 의료보험으로 지원



중증정신질환 국가책임제

입퇴원제도

정신건강심판원 등 인권과 치료보장

- 정신 응급에 대한 공공의 책임성
- 비자의입원 결정을 가족과 의료진에서 사회로

지역사회 중심

지역사회 치료의 지속성과 지원체계

- 찾아가는 보건과 복지 서비스
- 주거서비스
- 정신사회적 재활 및 직업 재활 확대(장애인 복지법 독소조항 삭제 등)

당사자 중심

환자와 보호자, 소비자의 참여 확대

- 동료지원가 제도 활성화
- 심판원 위원 등으로 소비자단체 추천 확대

인프라 구축

현재의 정신건강복지센터의 한계 극복

- 지역사회의 최후의 보루임에도 정신건강의료서비스도, 센터가 직접 제공하는 복지 서비스도 돌봄을 위한 기준도 없는 상황
- 이를 극복할 보다 획기적 투자가 절실함.

지정토론 3

조현병의 치료와 법의 개입

신 권 철

서울시립대학교 법학전문대학원 교수(변호사)

1. 정신장애와 법의 관계

- 왜 환자의 치료에 물리력을 필요로 하는 법을 요구하게 되었는가?
 - ▷ 입원과 치료의 신체적 강제
 - ▷ 강제의 목적과 요건(이른바 자타해 위험성)
- 정신장애인의 자기결정권과 치료 동의는 어떤 방식으로 제약되는가?
 - ▷ 질병의 치료와 환자의 자기결정권의 충돌 문제
 - ▷ 국가와 가족에 의한 환자 동의의 대체
- 조현병(정신분열병)은 어떻게 또 다른 낙인이 되어왔는가?
 - ▷ 병명이 바뀌어도 변함 없는 낙인이 되는 이유
 - ▷ 대상화, 타자화, 범죄화, 명명(命名)의 문제

2. 가족과 국가의 관여와 법적 책임의 문제

- 정신장애로 인한 불법(범죄)행위는 누구의 법적 책임인가?
 - ▷ 법적 책임과 분리된 정신장애의 문제
 - ▷ 자유의지 없는(병적 증상으로 인한) 행위의 귀책가능성 문제
- 가족은 정신장애인의 법적 책임자로서 지속가능한가?
 - ▷ 민법이 규정한 감독의무자로서의 책임 문제
 - ▷ 정신건강복지법이 규정한 보호의무자로서의 책임 문제
- 정신장애인의 보호의무자제도는 폐지되어야 하는가?
 - ▷ 정신장애인의 의사결정을 대신하는 보호의무자의 권한과 책임의 과도함
 - ▷ 정신장애인의 자기결정권 제약의 문제
- 국가와 가족은 어떤 역할을 하여야 하는가?
 - ▷ 국가: 공공의료로서의 정신의료와 지역사회 돌봄의 역할 확대
 - ▷ 가족: 대체의사결정자가 아닌 조력과 지원자로서의 역할 강화

3. 코로나 19와 정신장애

- 대면과 비대면을 구분할 수 있는가?
- 변화된 환경에 사람들은 어떻게 견뎌내거나 견디지 못하는가?
- 의료를 포함한 사회적 돌봄시스템의 연대와 재구축

지정토론 4

대중적 인식과 언론의 역할

이 충 현

KBS 사회부 팀장(의학전문기자)

1. 조현병 환자에 대한 대중의 인식

- ‘안인득 사건’ 등 조현병 환자로 인한 강력 범죄나 사고가 일어날 때만 언론의 관심 집중. 조현병에 대한 편견과 부정적인 시선 많아짐.
- 조현병 환자에 대한 돌봄·재활 시설의 부족 등 구조적인 문제보다는 겉으로 드러난 현상에 집착.
- 약물 투여와 지속적인 재활로 얼마든지 관리 가능한 만성질환이라는 인식 부족.

2. 코로나 사태의 영향

- 코로나 사태 초기, 미지의 전염병에 대한 공포와 불안감으로 혐오와 차별 현상이 눈에 띈.
- 방역당국의 투명한 정보공개로 불확실성이 해소되면서 불안이 줄어들기 시작. 강력한 봉쇄 정책 대신 대중에게 이해를 구하면서 생활방역으로 감염병을 차단하면서 차별과 혐오를 극복하는 계기를 만들.
- 향후 또 다른 감염병으로 인해 불안감이 올라가고 경제가 어려워질 경우 혐오와 차별이 재연 될 가능성 높음. 이 경우 가장 약한 고리인 정신 장애인에게 옮겨갈 가능성 배제하기 힘듦.
- ‘거리두기’가 코로나와 함께 생활하는 시대에 새로운 생활양식으로 자리 잡음. ‘거리두기’는 필연적으로 다른 사람에 대한 관심을 떨어뜨림. 정신 장애인과 같은 힘없고 약한 계층에 대한 무관심으로 이어질 수 있음.
- 감염병에 대한 관심은 폭발적으로 늘었으나 상대적으로 만성질환에 대한 관심은 줄어듦.
- 좀처럼 떨어지지 않는 자살률, 중증 정신장애인의 폭력 사태와 범죄 등으로 인해 보건당국의 정신건강에 대한 관심이 높아지고 있었음. 이에 발맞춰 보건복지부 안에서 정신건강을 담당하는 부처를 확대 개편하는 방안이 논의되고 있었으나 코로나 사태로 인해 동력이 약화된 것으로 보임.
- 유례 없는 ‘록다운’으로 경제가 어려워지면서 약자들의 희생이 커짐. 국내에선 자영업자가 가장 큰 타격을 입음. 자영업자의 어려움은 단기 일자리로 번져 단기 일자리로 생활을 영

위하는 상당수의 정신과 환자들이 일자리를 잃음. 생활이 빠듯해지고 삶이 어려워지면 병원을 찾지 않는 등 관리가 어려워짐. 신종 감염병이 올 때마다 이런 사태가 재연될 가능성 높음.

- 코로나 사태로 돌봄 경제의 중요성(의료, 먹거리, 교육)이 각인됨. 사회의 안녕과 생존을 위해 공공서비스, 재난대응시스템, 건강보험 등이 필수적이라는 사실을 깨달음. 서로 돕고 안전을 지켜주는 게 필요한 만큼 이런 시스템의 필요성 절감. 조현병 환자의 안전과 혹시 모를 범죄를 줄이기 위해 사회적 연대와 돌봄이 필요하다는 것을 깨닫는 계기로 활용 가능.

3. 코로나 시대 조현병 환자 관리에 대한 제언

- 신종 전염병은 향후 더 자주 나타날 가능성이 높음. ‘언택트’ 관리 방안 마련해야.
- ‘사실’과 ‘진실’을 제공해야
- 사실 : 조현병 환자의 범죄율 Vs 강력 범죄율
- 진실 : 조현병은 만성적이지만 약물 치료 등으로 관리하면 비교적 잘 지낼 수 있음. 관리의 사각지대에 놓이면 조현병 환자는 매우 위험할 수 있음.
- ‘포노사피언스’ 1000명에게 저녁 7시 어떤 매체 보는지 설문조사 : 57% 유튜브, 18% 지상파, 9% 케이블(27%만 TV 시청).
- 온라인 강의 활성화. 정신과 영역도 환자 교육 등에 유튜브 등 활용해야
- 조현병에 대한 다양한 사례, 성공적인 극복 사례 제시 필요.

지정토론 5 조현병과 사회적 낙인

최 명 민

백석대학교 사회복지학부 교수

한림원탁토론회
코로나 19시대의
조현병 환자 적정 치료를 위한 제언

조현병과 사회적 낙인

최명민 (백석대학교 사회복지학부)

- 정신질환자에 대한 인식 중 일반인이 가장 높게 동의하는 항목
: 정신질환자의 **"위험성"**
 - 정신질환에 대한 정보를 수집하는 경로
: TV 60.1%, 인터넷 52.6%
- 2019년 국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서(2019, 국립정신건강센터)

노인 폭행, 아이 유괴, 강제 추행... 조현병 환자 범죄 잇달아

"조현병으로 아이 못 알아봐" 창녕 9살 친모 올초부터 치료 안받아

자살 > 자살보안
진주 방화·살인, 조현병 범죄?... '정신질환=위험' 낙인 우려

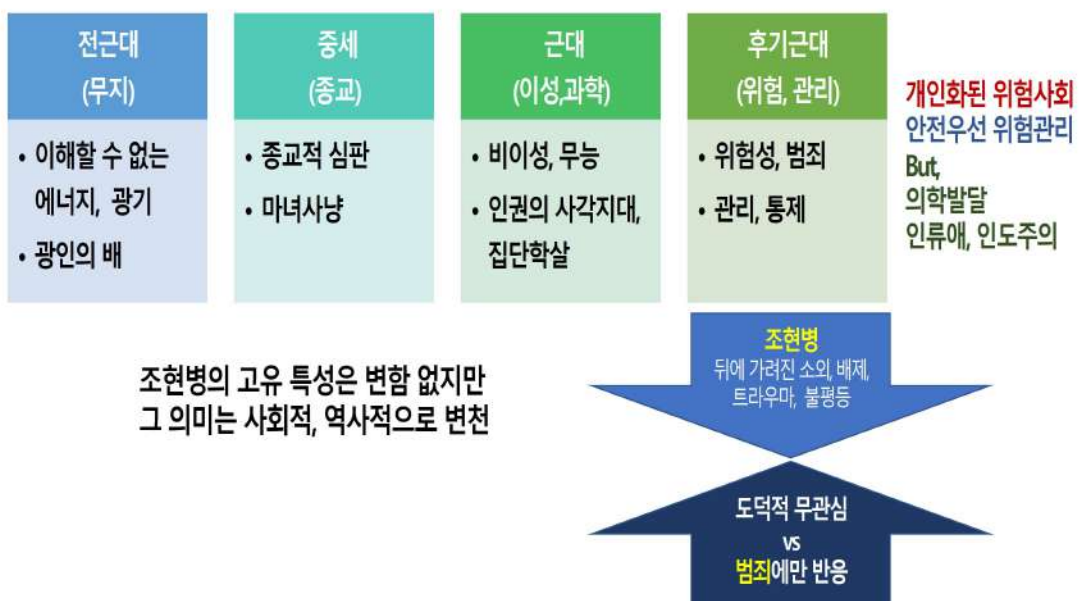


<인터넷 검색 연관어>

조현병으로 대표되는 정신질환자는 위험하다
왜 "사회적 낙인"인가? 사실 아닌가?

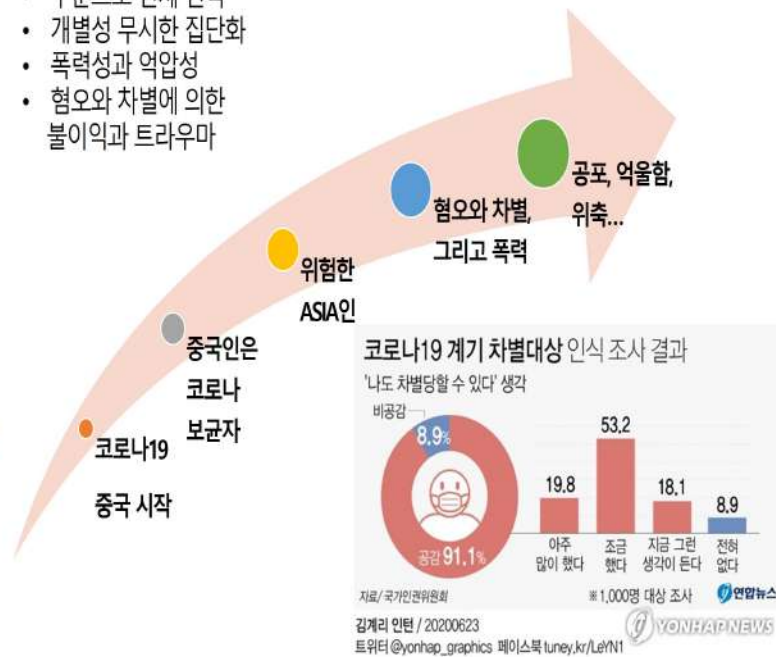


- 사회적 낙인이란 낙인이 절대적 진실이나 과학적 사실보다 "사회적"으로 구성된다는 의미
- 인류는 나/우리과 다른 존재, 이해할 수 없는 존재, 즉 타자(이방인)에 대해 공포심 갖고 이름을 부르며(呼名) 배제나 격리하면서도 알아보려 해왔음



코로나 19로 우리가 전세계적으로 경험하고 있는 "사회적 낙인" 그리고 "차별"

- 부분으로 전체 인식
- 개별성 무시한 집단화
- 폭력성과 억압성
- 혐오와 차별에 의한 불이익과 트라우마



인권위 조사 결과.. "코로나19로 국민의 차별 민감성이 높아져"

코로나 시대의 조현병에 대한 사회적 낙인

"안전"을 위해 사회적 거리두기, 격리의 삶 살아보니 어떠셨어요?

- 한 달도 안 되어 "마음이 힘들다", "정신적으로 이상해지는 것 같다..." - 조현병을 비롯한 정신장애인들의 일상의 삶
- 오죽하면, "다같이 거리두기 하는 삶이 오히려 덜 외로운 면이 있다"고 할지...

코로나로 인해 사회적 위험에 대한 공포와 염려는 더욱 거세지고 이질성에 대한 혐오도 증가할 것

- 더 적극적으로 조현병에 대한 편견 해소와 낙인 감소를 위해 노력하지 않을 경우 혐오와 사회적 배제는 심해질 수 있을 것
- 최근 우리의 인권 감수성 향상이 어떻게 작용할까?

코로나 사태를 통해 일부 정신병동의 열악한 상황,
평생 제대로 된 외출도 못 해보고 치료받으러 나가면서 밖에 나간다고 좋아하던 환자의 모습,
잊지 말았으면...

사회적 낙인은 낙인이라 우리의 태도의 문제이며 따라서 어떤 태도를 취할 것인가? 결단의 문제 라는 의미

- 배제와 통제보다는 평소 돌봄과 지원이 필요한 존재로 받아들이는 것이 필요함
- 이것이 조현병환자 뿐 아니라 우리 모두를 위해서도 좋은 선택임

한림원탁토론회는...

한림원탁토론회는 국가 과학기술의 장기적인 비전과 발전전략을 세우고, 동시에 과학기술 현안 문제에 대한 해결방안을 모색하기 위한 목적으로 개최되고 있는 한림원의 대표적인 정책토론행사입니다.

지난 1996년 처음 개최된 이래 지금까지 100여회에 걸쳐 초중등 과학교육, 문·이과 통합문제, 국가발전에 미치는 기초과학 등 과학기술분야의 기본문제는 물론 정부출연연구소의 발전방안, 광우병의 진실, 방사능, 안전 방제 등 국민생활에 직접 영향을 미치는 문제에 이르기까지 광범위한 주제를 다루고 있습니다.

한림원은 과학기술 선진화에 걸림돌이 되는 각종 현안문제 중 중요도와 시급성에 따라 주제를 선정하고, 과학기술 유관기관의 최고책임자들을 발제자로 초빙하여, 한림원 석학들을 비롯해 산·학·연·정의 전문가들이 심도 깊게 토론을 진행하고 있습니다.

토론결과는 책자로 발간, 정부, 국회와 관련기관에 배포함으로써 정책 개선방안을 제시하고 정책 입안자료를 제공하여 여론 형성에 기여하도록 힘쓰고 있습니다.

■ 한림원탁토론회 개최실적 (2015년 ~ 2020년) ■

회수	일 자	주 제	발제자
87	2015. 2. 24	구제역·AI의 상재화: 정부는 이대로 방치할 것인가?	김재홍
88	2015. 4. 7	문·이과 통합 교육과정에 따른 과학·수학 수능개혁	이덕환, 권오현
89	2015. 6. 10	이공계 전문가 활용 및 제도의 현황과 문제점	이건우, 정영화
90	2015. 6. 25	남북 보건의료 협정과 통일 준비	신희영, 윤석준

회수	일 자	주 제	발제자
91	2015. 7. 1	메르스 현황 및 종합대책	이종구
92	2015. 7. 3	‘정부 R&D 혁신방안’의 현황과 과제	윤현주
93	2015. 9. 14	정부 R&D예산 감축과 과학기술계의 과제	문길주
94	2015. 10. 23	사회통합을 위한 과학기술 혁신	정선양, 송위진
95	2015. 11. 4	생명공학기술을 활용한 우리나라 농업 발전방안	이항기, 박수철, 곽상수
96	2015. 11. 9	유전자가위 기술의 명과 암	김진수
97	2015. 11. 27	고령화사회와 건강한 삶	박상철
98	2015. 12. 23	따뜻한 사회건설을 위한 과학기술의 역할: 국내외 적정기술을 중심으로	박원훈, 윤제용
99	2016. 2. 29	빅데이터를 활용한 의료산업 혁신방안은?	이동수, 송일열, 유회준
100	2016. 4. 18	대한민국 과학기술, 미래 50년의 도전과 대응	김도연
101	2016. 5. 19	미세먼지 저감 및 피해방지를 위한 과학기술의 역할	김동술, 박기홍
102	2016. 6. 22	과학기술강국, 지역 혁신에서 답을 찾다	남경필, 송종국
103	2016. 7. 6	100세 건강과 장내 미생물 과학! 어디까지 왔나?	김건수, 배진우, 성문희
104	2016. 7. 22	로봇 기술과 미래	오준호
105	2016. 8. 29	융합, 융합교육 그리고 창의적 사고	김유신
106	2016. 9. 6	분노조절장애, 우리는 얼마나 제대로 알고 있나?	김재원, 허태균
107	2016. 10. 13	과학기술과 미래인류	이광형, 백종현, 전경수
108	2016. 10. 25	4차 산업혁명시대에서 젠더혁신의 역할	이우일, 이혜숙
109	2016. 11. 9	과학기술과 청년(부제: 청년 일자리의 현재와 미래)	이영무, 오세정

회수	일 자	주 제	발제자
110	2017. 3. 8	반복되는 구제역과 고병원성 조류인플루엔자, 정부는 이대로 방치할 것인가?	류영수, 박최규
111	2017. 4. 26	지속가능한 과학기술 혁신체계	김승조, 민경찬
112	2017. 8. 3	유전자교정 기술도입 및 활용을 위한 법·제도 개선방향	김정훈
113	2017. 8. 8	탈원전 논란에 대한 과학자들의 토론	김경만, 이은철, 박홍준
114	2017. 8. 11	새롭게 도입되는 과학기술혁신본부에 바란다	정선양, 안준모
115	2017. 8. 18	ICT 패러다임을 바꿀 양자통신, 양자컴퓨터의 부상	허 준, 최병수, 김태현, 문성욱
116	2017. 8. 22	4차 산업혁명을 다시 생각한다	홍성욱, 이태억
117	2017. 9. 8	살충제 계란 사태로 본 식품안전관리 진단 및 대책	이항기, 김병훈
118	2017. 11. 17	미래 과학기술을 위한 정책입법 및 교육, 어떻게 해야 하나?	박형욱, 양승우, 최윤희
119	2017. 11. 28	여성과기인 정책 업그레이드	민경찬, 김소영
120	2017. 12. 8	치매국가책임제, 과학기술이 어떻게 기여할 것인가?	김기웅, 묵인희
121	2018. 1. 23	항생제내성 수퍼박테리아! 어떻게 잡을 것인가?	정석훈, 윤장원, 김홍빈
122	2018. 2. 6	신생아 중환자실 집단감염의 발생원인과 환자안전 확보방안	최병민, 이재갑, 임채만, 천병철, 박은철
123	2018. 2. 27	에너지전환정책, 과학기술자 입장에서 본 성공여건	최기련, 이은철
124	2018. 4. 5	과학과 인권	조효제, 민동필, 이종원, 송세련
125	2018. 5. 2	4차 산업혁명시대 대한민국의 수학교육, 이대로 좋은가?	권오남, 박형주, 박규환
126	2018. 6. 5	국가 R&D 혁신 전략 - 국가 R&D 정책 고도화를 위한 과학기술계 의견 -	류광준, 유욱준
127	2018. 6. 12	건강 100세를 위한 맞춤 식품 필요성과 개발 방향	박상철, 이미숙, 김경철
128	2018. 7. 4	제1회 세종과학기술포럼	성창모, 박찬모, 이공래

회수	일 자	주 제	발제자
129	2018. 9. 18	데이터 사이언스와 바이오 강국 코리아의 길	박태성, 윤형진, 이동수
130	2018. 11. 8	제10회 국회-한림원 과학기술혁신연구회 포럼(미래과학기술 오픈포럼) - 미래한국을 위한 과학기술과 정책 -	임대식, 문승현, 문 일
131	2018. 11. 23	아카데미 캐피탈리즘과 책임 있는 연구	박범순, 홍성욱
132	2018. 12. 4.	여성과학기술인 정책, 4차 산업혁명 시대를 준비하는가?	이정재, 엄미정
133	2019. 2. 18.	제133회 한림원탁토론회 - 제17회 과총 과학기술혁신정책포럼 수소경제의 도래와 과제	김봉석, 김민수, 김세훈
134	2019. 4. 18.	혁신성장을 이끄는 지식재산권 창출과 직무발명 조세제도 개선	하홍준, 김승호, 정지선
135	2019. 5. 9.	제135회 한림원탁토론회 - 2019 세종과학기술 인대회 과학기술 정책성과와 과제	이영무
136	2019. 5. 22.	효과적인 과학인재 양성을 위한 전문연구요원 제 도 개선 방안'	곽승엽
137	2019. 6. 4.	마약청정국 대한민국이 흔들린다 마약류 사용의 실태와 대책은?	조성남, 이한덕
138	2019. 6. 28.	미세먼지의 과학적 규명을 위한 선도적 연구 전략	윤순창, 안병욱
139	2019. 8. 7.	공동 토론회 - 일본의 반도체·디스플레이 소재 수출규제에대한 과학기술계 대응방안	박재근
140	2019. 9. 4.	4차 산업혁명 시대 농식업(Agriculture and Food) 변화와 혁신정책 방향	권대영, 김종윤, 박현진
141	2019. 9. 25.	과학기술 기반 국가 리스크 거버넌스, 어떻게 구축해야 하는가?	고상백, 신동천, 문일, 이공래
142	2019. 9. 26.	인공지능과 함께할 미래 사회, 유토피아인가 디스토피아인가	김진형, 홍성욱, 노영우
143	2019. 10. 17.	세포치료의 생명윤리	오일환, 이일학
144	2019. 11. 7.	과학기술 석학의 지식과 경험을 어떻게 활용할 것인가?	김승조, 이은규
145	2020. 2. 5.	신종 코로나바이러스 감염증 대처방안	정용석, 이재갑, 이종구

회수	일 자	주 제	발제자
146	2020. 3. 12.	과총-한림원-연구회 공동포럼: 코로나바이러스감염증-19의 중간점검 - 과학기술적 관점에서 -	김호근
147	2020. 4. 3.	의학한림원-한국과총-과학기술한림원 온라인 공동포럼: COVID-19 팬데믹 중환자진료 실제와 해결방안	-
148	2020. 4. 10.	의학한림원-한국과총-과학기술한림원 온라인 공동포럼: COVID-19 사태에 대비하는 정신건강 관련 주요 이슈 및 향후 대책	-
149	2020. 4. 17.	의학한림원-한국과총-과학기술한림원 온라인 공동포럼: COVID-19 치료제 및 백신 개발, 어디까지 왔나?	-
150	2020. 4. 28.	과총-과학기술한림원-공학한림원-의학한림원 온라인 공동포럼: 의학한림원-과총-과학기술한림원 온라인 공동포럼: Post COVID-19 뉴노멀, 그리고 도약의 기회	-
151	2020. 5. 8.	의학한림원-과총-과학기술한림원 온라인 공동포럼: COVID-19 2차 유행에 대비한 의료시스템 재정비	-
152	2020. 5. 12.	과총-과학기술한림원-공학한림원-의학한림원 온라인 공동포럼: 포스트 코로나, 어떻게 살아남을 것인가? : 정보 분야	-
153	2020. 5. 18.	과총-과학기술한림원-공학한림원-의학한림원 온라인 공동포럼: 포스트 코로나, 어떻게 살아남을 것인가? : 경제·산업 분야	-
154	2020. 5. 21.	젊은 과학자가 바라보는 R&D 과제의 선정 및 평가 제도 개선 방향	김수영, 정우성
155	2020. 5. 25.	과총-과학기술한림원-공학한림원-의학한림원 온라인 공동포럼: 포스트 코로나, 어떻게 살아남을 것인가? : 교육 분야	
156	2020. 5. 28.	지역소재 대학 다 죽어간다	이성준, 박복재
157	2020. 6. 19.	한국과총-과학기술한림원-의학한림원 온라인 공동포럼: 대구·경북에서 COVID-19 경험과 이를 바탕으로 한 대응방안	김신우, 신경철, 이재태, 이경수, 조치흠
158	2020. 6. 17.	과학기술정보통신부 주관 과학기술정책포럼 코로나 이후 환경변화 대응 과학기술 정책포럼	장덕진, 임요업

회수	일 자	주 제	발제자
159	2020. 6. 23.	포스트 코로나 시대의 과학기술교육과 사회적 가치	이재열, 이태억

제160회 한림원탁토론회

코로나19 시대의 조현병 환자 걱정 치료를 위한 제언

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

행사문의

한국과학기술한림원(KAST) 경기도 성남시 분당구 돌마로 42(구미동) (우)13630
전화 (031)726-7900 팩스 (031)726-7909 이메일 kast@kast.or.kr