

# 정신보건사업에서 사회사업가의 역할

- 정신보건법을 중심으로 -

박 미 은\*

I. 서론	가의 역할
II. 정신보건사업의 최근동향과 사회사업가의 역할	IV. 우리나라 정신보건사업의 실태 및 사회사업가의 역할
1. 정신질환 문제해결을 위한 접근과 서비스	1. 정신보건사업의 현황과 문제점
2. 사회사업가의 접근과 역할	2. 사회사업가의 실천현황
III. 정신보건사업의 법적근거로서 정신보건법	3. 정신보건법 제정유목적임과 법안의 문제점
1. 정신보건법의 일반적 내용	V. 정신보건법안에서 사회사업가의 역할
2. 일본 정신보건법과 사회사업	

## I. 서론

오늘날 복지국가를 지향하는 많은 나라에서는 정신질환문제를 사회문제로 간주하고 정신보건사업이 예방 치료 재활및 사회복귀의 일련의 과정에서 잘 수행될 수 있도록 법적 뒷받침을 해오고있다. 영국에서는 1959년에, 미국에서는 1963년에, 그리고 우리나라와 가까운 일본에서도 이미 1950년에 정신보건법들을 제정해서 정신보건사업의 방향과 내용, 정신의료인력의 확보등을 법적으로 보장해오고 있다.

우리나라의 정신보건사업은 종래의 입원치료와 수용보호위주의 소극적이고 의료적 모델(Medical Model)에서 벗어나지 못하고 있다. 따라서 예방이나 재활 분야의 사업은 거의 전무한 실정이다.

정부에서는 1985년에 정신보건법안을 마련한 바 있다. 그러나 그 당시 법안은 정치적 악용등의 인권침해, 수용소의 양성화 그리고 국가의 비예산사업이라

는 각계의 반대에 부딪혀 결국 폐기되고 말았다. 최근들어 정부에서는 종전안의 문제점을 다소 보완한 후, 90년 가을정기국회에서 입법화하려했으나 위와같은 종전법안의 문제점들을 다시 우려하는 각계의 반대로 법안통과가 좌절되었다.

정신보건사업은 여러전문직들의 팀웍(Team Work)을 원칙으로 하는 분야이다. 앞으로 예방 치료 재활 및 사회복지의 영역에서 기존의 사업이 강화되거나 새로운 사업과 시설들이 확대된다면 사회사업가들의 역할은 더욱 늘어날 것으로 전망된다. 따라서 본 연구에서는 정신보건법 제정과 관련하여 법안 및 그 하부규칙에서 규정가능한 사회사업가의 역할을 고찰하는데 목적을 두고 있다. 이를 위해서 정신보건사업에 참여하는 사회사업가 역할의 근거를 제시하며, 일본정신보건법을 주로 참조하고 우리나라 정신보건실태를 고려하여 사회사업가의 역할안을 제시하고자 한다.

## II. 정신보건사업의 최근동향과 사회사업가의 역할

### 1. 정신질환문제해결을 위한 접근과 서비스

정신질환문제에 대한 접근은 시대와 학자에 따라 다소 상이하다. 그러나 몇몇 학자들의 분류에서 그 공통점을 찾아보면 전통적인 의료적 모델(Medical Model)과 이의 한계점을 극복하기 위한 대체모델로서 지역사회정신보건모델(Community Mental Health Model)로 정리해볼 수 있다.<sup>1)</sup>

의료적 모델은 정신질환자 개인에게 문제의 근원이 있는 것으로 보고, 신체질환을 진단하고 치료하듯 정신질환을 취급한다. 또한 개인들은 이미 심한 정신질환에 걸려 스스로나 가족차원에서 대처하기 힘들 때 전문가를 찾는 경향이 있었다. 정신과 의사가 중심이되어 이루어지는 치료는 약물요법, 전기충격요법, 심리정신치료같은 증상제거활동에 치중하였으므로 다양한 전문가들의 참여가 배제되었다.<sup>2)</sup> 따라서 이러한 접근은 환자들에게 사회적 오명초래, 고액의 진료

1) · E. L. Cowen, "Social and Community Interventions" 1973, *Ann. Rev. psycho.*, 24:423~472에서는 Medical Model 과 preventive Model로 구분.

· N. J. Finkel, *Mental Illness & Health*, N. Y.: Macmillan pub. Co. Inc. 1976, pp.93~100에서는 Medical Model 과 preventive Model로 구분했으며

· H. C. Schuberf & F. Baker, *The Mental hospital and human Services*, N. Y.: Behavioral Pub., 1975, p.29에서는 Medical Model 과 Public Model, Problem-in Living Model로 구분,

· NASW, *Encyclopedia of Social Work*, 1977, pp.852~858에서는 Medical Model, Behavior Model, Community Psychiatry-Community Mental Health Model, General System Model, Humanistic Model로 구분했음

2) M. R. Olsen, *Social Work and Mental health*, London: Tavistock pub., 1983, pp.85~86.

비 부담, 예방과 재활기능의 무시라는 이유등으로 비판을 받아왔다.”

의료적 모델의 단점을 극복하기 위해서 대두된 것이 이른바 지역사회정신건강모델이다. 이는 종래의 치료중심적, 증상지향적 접근에서 벗어나 환자들이 거주하고 있는 지역사회내에서 예방 및 사회복귀의 기능을 강조하며 나아가 전지역주민의 정신건강향상에 중점을 두고 있다. 역사적으로 지역사회정신보건이 발전되게 된것은 항정신약물의 개발이나 새로운 치료기법들이 발달에 연유한 것이다. 또한 정신질환에 영향을 미치는 사회적 사실들의 발견으로 정신질환은 개인이나 가족단위의 대처나 단순한 의료적 대처만으로는 힘든 사회문제라는 인식에서 비롯된 것이었다.” 이 접근에서는 예방과 재활등의 확대된 기능수행을 위해서 정신과의사뿐만아니라 사회사업가를 비롯한 다양한 전문가들의 개입이 요청되었고 점차 이들의 역할이 중요해지게 되었다. 지역사회정신보건모델은 많은 나라에서 의료적 모델의 대안으로서 발전해오고 있으나 여러측면에서 비판의 여지를 갖고있다. 즉 체계적 지식기반의 허약과 전문직들간의 역할갈등, 프로그램효과성 측정의 곤란 그리고 지역사회자원통합의 어려움등으로 지속적인 보완이 요구되고 있다.”

이러한 접근변화에 따라 정신보건사업도 여러전문가들의 팀웍을 통해서 다양하게 확대되고 있다. 먼저 병원내에서는 개방병동제(Open-Ward System), 치료적 공동체(Therapeutic Community), 집단치료와 각종 집단활동들이 실시되고 있고 입원기간도 가능한 최소화하고 있다.”

병원에서 입원치료를 받았던 환자들이 지역사회적응을 준비하기 위해서 중간 의집(Half-Way House)과 밤병원과 낮병원등의 부분입원(Partial Hospitalization) 제도, 환자전용호스텔(Hostel), 공동아파트 및 각종 주거시설들을 활용하고 있다. 또한 환자들의 일상의 문제를 상담해주고 간단한 치료를 받을 수 있는 낮보호센터(Day Care Center)와 위기센터(Crisis Center)가 있고 환자전용의 전화상담체계, 우애방문지도등이 있다. 퇴원한 환자들의 사회복귀를 촉진하고 직업재활을 돕기위한 공동작업장과 직업훈련소등이 있고 환자와 그 가족들의 권리를 확보하기 위한 자조모임(Self-Help Group)도 활성화되고 있다.” 예방차원에서

3) David mechanic, "Sociology and public Health : perspectives for Application" *Amer. J. of public Health*, 1972, pp.148~150.

4) N. Gilbert & H. Specht, *Handbook of the Social Service*, N. J : Prentice-Hall, Inc., 1981, pp.168~189.

5) H. Gottesfeld, *Abnormal Psychology : A Community Mental Health perspectives*, Chicago ; Service Research Association(SRA), Inc., 1979, pp.149~151.

6) 이부영, "정신질환의 예방-외국의 경우", *대한의학협회지* 17:3, 1974, pp.159~162.

7) 일본전국사회복지협의회, "정신장애자 의료복지의 세계동향과 일본의 금후(今後)", 월

도 정신보건과 관련된 각종 자문과 교육활동, 그리고 최근의 약남용과 성문 제등에 대한 상담 및 예방프로그램들이 확대되고 있다.<sup>8)</sup> 결국, 최근의 정신보건 사업은 지역사회를 기반으로 덜 제한된 다양한 시설에서 예방과 치료, 재활 및 사회복귀를 촉진하고 환자와 가족의 권리를 최대한 보장해주며 나아가 지역주민의 정신건강을 향상시키는 방향으로 나아가고 있다.

## 2 사회사업가의 접근과 역할

사회사업가들의 역할은 전반적인 정신보건사업의 발전과정과 밀접한 관계속에서 점차 확대되어 왔다. 종래에는 주로 정신병원위주의 치료영역에서 환자들의 정서적이고 환경적인 요인의 통제와 사후보호서비스에 관한 역할을 담당해 왔다. 그러나 1960년대 이후 전개된 지역사회정신건강 운동의 결과로 자문 교육상담과 같은 예방활동과 각종 집단활동 그리고 지역사회조직과 계획등에서 그 역할을 확대해왔다. 이는 사회사업가들이 전통적으로 지역사회조직과 행정, 계획 그리고 클라이언트(Client)집단과 일해온 경험과 능력이 뒷받침 되었기 때문이다.<sup>9)</sup>

사회사업가들은 정신질환의 원인이나 질병자체보다는 질병으로 인한 결과에 관심이 있다.<sup>10)</sup> 또한 정신질환을 한 개인의 붕괴보다는 보다 확대된 집단의 붕괴와 관련이 있는 것으로 보고 환자 및 그를 둘러싸고 있는 가족, 친구, 동료, 지역사회등과의 관계를 고려하는 환경지향적 접근을 따르고 있다.<sup>11)</sup> 이로써 사회사업가들은 정신질환자들의 문제처리능력을 향상시키고, 그의 사회적 기능을 회복시키며 정신질환에 영향을 미치는 사회·경제적 상황을 개선시키는데 일차적인 목적을 두고 있다.

정신보건사업에서 사회사업가의 역할은 주로 정신과 의사, 심리학자, 간호사등의 전문가들과의 팀웍을 통해 이루어지는데, 이를 예방 치료 재활의 영역에서 살펴보면 다음과 같다.<sup>12)</sup>

예방영역에서 사회사업가들은 정신보건교육과 자문, 위기개입과 상담, 그리고 지역사회조직활동을 통해서 정신질환의 조기발견과 조기치료를 돕고, 나아가

간복지, Vol 71, 1988.4, pp.51~57.

9) S. H. Taylor & R. W. Roberts(eds), *Theory and Practice of Community Social Work*, N. Y. : Columbia Univ. Press, 1985, pp.285~287.

10) A. Butler & C. Pritchard, *Social Work and Mental Illness*, BASW : London: The Macmillan Press, LTD., 1983, pp.1~2.

11) *Ibid*, p.105.

12) NASW, *J. of Social Work* Jan. 1981, pp.17~24 그리고 김상규, 전재일; 사회사업론, 형설출판사, 1985. p.371, 그리고 NASW, *J. of social Work*, Sep, Oct, 1986, pp.332~336. 참고.

사회사업가들의 정신건강향상을 돕고 있다.

치료영역에서는 환자개인과 환자집단, 그리고 가족과 관계를 맺고 개별치료 및 집단치료, 각종 집단활동, 그리고 가족치료 및 지역사회 자원동원의 역할을 수행한다.

재활의 영역에서는 퇴원을 앞둔 환자들의 사후보호를 돕고 적절한 지역사회 자원을 동원하기도 한다. 또한 지역사회내 재활 및 사회복지시설에서 일상생활 훈련과 지역사회자원활용방법등을 지도함으로써 원만한 사회 적응이 이루어지도록 돕고있다.

따라서 사회사업가들은 예방, 치료, 재활의 일련의 영역에서 개별치료자 뿐 아니라 집단치료자, 가족치료자, 전문가, 상담가, 지역사회조직가등의 역할을 수행해오고 있다.

### Ⅲ. 정신보건사업의 법적근거로서 정신보건법

#### 1. 정신보건법의 일반적 내용

정신보건법에 포함되는 내용은 각 나라의 여건과 정신보건정책의 방향에 따라 다소 상이할 수 있다. 그러나 1977년 세계보건기구(WHO)에서는 법제정및 개정시 참조할 수 있는 공통적인 지침을 다음과 같이 제시해주고 있다.<sup>13)</sup>

- ① 목적
- ② 책임(의무)부서
- ③ 예산(국고보조등)
- ④ 집행 및 운영기구
- ⑤ 연구 및 교육훈련
- ⑥ 정신의료제도
- ⑦ 환자의 권리보호
- ⑧ 정신의료인력등의 확보 및 시설감독
- ⑨ 정신치료 약물 및 기타 치료법등의 규제
- ⑩ 기타

이와같은 지침을 근간으로 각 나라의 실정을 고려해서 마련되는 정신보건법에는 몇가지 공통적으로 규정되는 내용이 있다. 세계보건기구의 보고서에 따르

13) WHO, *The Law & Mental Health: Harmonizing Objectives*, Geneva, 1977. 보사부담당관, "정신보건정책의 방향과 만성정신질환", 신경정신의학부록, vol. 24, No.3, 1985, pp.23~24에서 재인용

면 ①강제입원 및 보호 ②정신감정을 받기위한 유치, ③정신질환자 관리를 위한 국가의 지원등이다.<sup>14)</sup>

각국의 입법례를 보면, 프랑스는 1900년이전에, 1930~40년경에는 호주, 브라질, 덴마크가, 1930년에는 영국이 1963년에는 미국이 각각 정신보건법률을 제정하여 운용해 오고 있다. 특히 우리나라와 가까운 일본에서도 1950년에 정신위생법을 제정했었고 사회변화에 부응하여 1987년에는 대폭개정을 한 후 현재에 이르고 있다.

우리나라에서 사회복지나 사회보장관련 법률제정시 많이 참조해 오고 있는 영국, 미국, 일본의 정신보건법을 살펴볼때 공통적으로 발견되는 내용이 있다. 즉, 점차적으로 수용보호 및 정신병원내 입원치료위주에서 예방과 재활을 강조하는 조치들을 법안에 직접 반영해 옴으로써 지역사회를 바탕으로 한 정신보건사업을 확대해오고 있는 점이다. 또한 환자자신 및 그 가족의 인권을 최대한 보장하는 방향으로 법안을 개정해 온 점이다. 입원시부터 퇴원에 이르기 까지 가능한 한 환자자신과 그 가족의 의견을 최대한 존중해주며, 강제입원의 경우 그 부당성을 제소할 수 있는 법적장치가 마련되어 있어 인권침해의 가능성을 최소화하고 있다.

본 연구에서는 참고할만한 문헌 및 자료의 입수에 어려움이 있어 일본의 정신보건법안을 중심으로 법개정 내용과 사회사업가의 역할에 대해 고찰해보고자 한다. 최근 우리나라에서 제정시도 되었던 법안은 일본의 정신보건법을 주로 참조하고 있으므로 나름대로 의미가 있을 것으로 생각된다.

## 2. 일본정신보건법과 사회사업가의 역할

일본에서는 1950년에 이전에 시행해오던 「행려병자 및 행려사망자 취급법(1899)」과 「정신병자감호법(1900)」을 폐지하고 「정신위생법」을 제정하여 정신장애자의 관리 및 보호의 공공책임을 제도화하였다. 정신위생법에서는 도도부현(시도읍면)에 정신병원설치를 의무화하고 예방활동을 위한 정신위생센터설치, 그리고 정신장애자들의 인권침해방지를 위한 정신위생심의회와 정신감정의 제도를 도입한데 특징이 있다. 그후 이법은 몇차례 개정되었는데 1965년의 제4차 개정에서는 보건소내 정신위생상담원을 배치하여 재가환자들의 방문지도 및 상담사업을 시행하도록 하였다.

1984년 3월 우도궁(宇都宮)병원에서 남자 간호직원의 폭행으로 환자가 사망

14) Ibid, pp.23~24.

한 사건이 발생하였는데, 이는 국내외적으로 크게 여론화되어 결국 일본정부에서는 1985년부터 법개정에 착수하여 1987년에 정신보건법으로 개칭하여 대폭수정하였다. 1965년 개정 이후 20여년만에 이루어진 이번 개정안에는 그 동안 누적되어온 정신장애자에 대한 인권경시풍조 및 이들의 복지욕구무시, 그리고 병원중심의 치료와 같은 현실문제를 극복하기 위한 의지를 반영하고 있다. 특히 정신장애자들도 다른 장애자들과 마찬가지로 치료이후에는 부족한 대인관계능력과 작업능력 그리고 사회생활능력을 회복하려는 복지욕구를 갖고 있다는 것이 널리 인식됨에 따라<sup>15)</sup> 이번 개정안에는 이들의 자립과 지역사회복귀를 촉진하고자 하는 내용들이 새롭게 추가되었다.

개정된 정신보건법은 종래의 격리주의·입원중심형에서 사회복귀·사회참여형으로 정신의료대책의 방향을 전환하는데 근본적인 목적을 두고있다.<sup>16)</sup> 이 목적을 위해서 정신의료심의위원회 설치, 정신보건지정의제도 도입, 임의입원제 실시, 정신장애자 사회복귀시설에 대한 내용들을 규정함으로써<sup>17)</sup> 정신장애자들에 대한 적절한 의료 및 보호 그리고 이들의 사회복귀를 촉진하며 나아가 모든 국민의 정신건강증진을 도모하려고 하고 있다.

이같은 정신보건법의 발전과정을 볼때 일본에서는 지역사회내에 있는 기존시설인 보건소의 활용뿐아니라 새로운 형태의 사업과 시설을 적극적으로 병행함으로써 정신질환의 치료에서부터 예방및 사회복귀에 이르기까지 정신보건사업을 확대해가는 과정에 있다하겠다. 이는 장기적으로는 영국, 미국 등의 선진국들이 추구하고 있는 지역중심의 정신보건체제로 지향해가고 있다하겠다.

현행 정신보건법에 규정된 사회사업가의 역할의 근거는 다음과 같다. 1965년에 개정된 정신위생법 및 그 하부규정에 명시되어 지금까지 시행되고 있는 내용과 1987년에 개정된 정신보건법에 새롭게 추가된 내용이 있다.

먼저 제1선 행정기관으로서 정신질환의 예방기능을 담당하는 역할을 살펴보면 다음과 같다. 정신위생법(1965)제42조 2항에 보건소내 정신보건업무를 담당하는 직원은 "학교교육법에 의거하는 대학에서 사회복지에 관계하는 과목을 수료하고 졸업한 자와 기타 정령(政令)에서 정하는 자격이 있는자들"로 규정하고 있다. 이규정은 처음으로 사회사업가들이 보건소에서 활동하게 된 법적근거가 된 것이며 그 후 1987년 정신보건법에서도 제5장 제42조에 동일한 규정(단 위생이란 말이 보건으로 바뀜)으로 명시되고 있다.

15) 일본전국사회복지협의회, 앞글, p. 16.

16) 일본 전국사회복지시설경영자협의회, 경영협, 11월호, 1987, p.12

17) 이번개정안의 주요내용

이러한 법규정에 준해서 1966년 2월1일에 위발(衛發)제76호로 제정된 “보건소에 있어 정신위생업무운영요령”을 살펴보면 사회사업가들의 역할을 살펴볼 수 있다. 사회사업가들은 다른 전문가들과의 팀웍을 통해서 정신보건에 관한 상담과 개별지도 및 방문지도를 하며 지역사회내 정신보건실태를 파악하고 지역내 관련기관들간의 긴밀한 연락협조 그리고 환자가족회 등의 협력조직을 육성하며 기타 처리 곤란한 문제들을 전문기관에 의뢰하는 역할을 수행하고 있다.

또한 사회사업가들은 정신보건센터에서 역할을 수행하고 있다. 정신위생법(1965)제7조 2항을 보면 “정신보건센터는 정신위생에 관한 지식의 보급을 꾀하고 정신위생에 관한 조사연구를 행하며 또한 정신위생에 관한 상담 및 지도를 하는데 곤란 또는 복잡한 것을 행하는 시설”로 규정하고 있다. 1987년 정신보건법에도 정신위생에 관한 조사연구사항이 빠졌을 뿐, 동일한 내용으로 규정되고 있다(단, 위생이 보건으로 바뀜)

이러한 규정에 준해서 1969년 3월24일에 위발(衛發) 제194호로 제정되어 지금까지 시행되고 있는 “정신위생센터운영요령”을 보면 사회사업가의 역할을 살펴볼 수 있다. 사회사업가들은 다른 전문가들과의 팀웍속에서 관련기관사람들에게 기술지도 및 원조를 행하며 정신보건관계인들에게 전문적인 교육연수, 정신보건에 대한 지식보급 및 계몽, 각종 조사연구활동 그리고 각종 정신보건상담 및 지역주민들의 참여를 위한 협력조직의 육성과 지역사회자원동원등의 역할을 수행하고 있다.

한편 위에서 살펴본 역할내용에 더해서 이번 1987년 개정안에 새롭게 추가된 정신질환자 사회복귀시설에서 수행하는 역할이 있다. 정신보건법(1987) 제10조를 보면 정신장애자사회복지시설은 입원이 필요없는 정신장애자들의 사회참여와 사회복귀를 촉진하며 지역사회에서 그들의 삶의 질을 확보하기 위한 시설로 규정하고 있다. 여기에는 정신장애로 인해 원만한 가정생활이 어려운 환자에 대해서 필요한 훈련과 지도를 행하는 생활훈련시설과 일정한 작업능력이 있는 환자들의 직업재활과 자립을 돕는 수산(授産)시설이 있다.

1988년 11월 27일에 건발(健發)제143호로 제정된 “정신장애자 사회복귀시설의 설치및 운영요강”에 따르면 사회사업가들은 다른 전문가들과의 팀웍속에서 생활기술및 대인관계기술을 위한 조언과 지도, 통원과 금전사용 및 여가활용에 대한 지도 그리고 직업훈련과 취업 등 독립생활을 하는데 필요한 것을 지도하는 역할을 수행하고 있다.

지금까지 현행 정신보건법과 그 하부규정을 통해 사회사업가들이 어떠한 역할을 수행하고 있는지를 살펴 보았는데 이를 정리하면(표 1)과 같다.



〈표 1〉 일본 정신보건법에서 사회사업가의 역할 및 근거법규

시설 및 기관	근거법규	사회사업가의 역할
보건소	정신보건법 제42조, 제43조, "보건소에 있어 정신위생업무운영요령"(1966.2.1) 衛發제194호	정신보건에 관한 상담 및 지도 정신보건 실태 파악 지역의 관계기관들과 연락협조 협력조직 육성 전문기관에 의뢰
정신보건센터	정신보건법 제7조, "정신위생센터운영요령"(1969.3.24) 衛發제194호	기술지도 및 기술원조 정신보건관계인에게 전문교육연수 정신보건지식보급 및 계몽 각종 조사활동 및 정신보건상담 협력조직육성과 지역사회자원활용
정신장애자 사회복지시설 ① 생활훈련시설 ② 수산시설	정신보건법 제9조, "정신장애자 사회복지시설의 설치 및 운영요강"(1988.11.27) 衛發제143호	생활기술 및 대인관계기술훈련 등원과 금전사용 지도 여가활용 지도 직업훈련과 취업에 관한 지도

자료 : 이 표는 일본 정신보건법과 하부규칙을 중심으로 사회사업가의 역할에 관한 사항을 발췌하여 작성한 것임.

사회사업가들의 역할은 1965년 정신위생법 개정안에서 1987년 정신보건법에 이르는 법개정과정과 밀접한 관련을 갖고 확대되어 왔다. 구체적으로 지역사회 정신보건체제로 대표되는 보건소, 정신보건센터, 정신장애자 사회복지시설에서 다른 전문가들과의 팀웍을 통해서 상담자, 교육자, 지역사회동원자 및 조직가 등의 역할을 수행하고 있다 하겠다.

#### Ⅳ. 우리나라 정신보건사업의 실태 및 사회사업가의 역할

##### 1. 정신보건사업의 현황과 문제점.

1988년 11월말 현재 보사부통계에 따르면 우리나라에는 총인구의 1%인 약 42만명의 정신질환자가 있는 것으로 추산된다. 이들중 16%인 6만7천명정도는 입원치료대상이며 소요병상수는 3만3천5백병상인데, 1988년말 현재 전문병상수는 정신과병원(국, 공립, 사립포함)15개, 종합병원정신과 108개, 정신과의원 164

개를 모두 합해 9천2백여 병상에 머물고 있다. 또한 이들을 수용보호할 수 있는 요양시설은 공립요양원이 5개, 정신요양시설이 69개로 모두 합해 1만7천여 병상이 있다. 따라서 전문병상수와 일차적인 목적이 수용보호에 있는 요양시설의 수용능력수를 모두 합해도 2만6천3백여병상(78.7% 확보)으로 현재 당장 입원가료를 요하는 6만7천여명의 중증환자들 조차 의료혜택을 제대로 받을 수 없는 실정에 있다.

보사부는 앞으로 3개의 국립정신병원과 15개시도에 각각1개씩의 공립요양원을 설치함으로써(현재 5개시도에만 있음)부족한 병상수를 확보하려고 하고 있다. 그러나 정신질환자의 수는 매년 일정비율씩 늘어나고 있고 최근에는 이른바 현대병이라 불리는 불안, 공포, 우울, 신경쇠약등의 각종 스트레스성 신경증적 정신질환이 늘고 있어 입원및 수용보호위주의 대책만으로는 감당하기 어렵게 되었다.

이러한 상황에서의 정신보건사업은 정신병원위주의 입원치료시설내에서 새로운 치료기법들 즉 치료공동체(Therapeutic Community), 낮병원(Day Hospital), 각종 집단요법및 활동, 그리고 가족치료등이 소개되는 등 발전이 있으나<sup>18)</sup> 예방, 재활측면에서는 몇몇 사업이 이루어지고 있을 뿐이다. 1980년부터 사랑발재활원이 사회복지법인으로 개원하여 각종 재활프로그램을 실시해오고 있고 1986년부터 태화사회복지관에서는 퇴원환자들의 사회클럽인 샘솟는 집을 운영해오고 있다. 또한 1975년부터 연세대학교 의과대학 예방의학교실이 중심이 되어 강화지역사회 정신보건사업을 시범적으로 실시해오고 있다. 이러한 사업들이외에는 퇴원한 정신질환자들의 사회복지를 위한 생활훈련과 직업훈련등의 시설은 전무한 실정이다.

결국 우리나라의 정신보건문제는 입원치료와 수용보호차원 뿐아니라 퇴원한 정신질환자들의 사회복지를 돕는 사업과 정신보건에 관한 교육과 계몽, 상담활동과 같은 예방차원의 사업이 절실히 요청되는 상황임에도 불구하고 아직까지 정신질환자가 이미 발생한 후에 대처하는 소극적인 수준을 벗어나지 못하고 있다. 사후대책적인 수준에서도 병원에서 퇴원한 환자들이 지역사회적응을 준비하기위한 중간시설이 없어서 적절한 지도와 훈련을 받으면 자립이 가능한 환자들까지도 결국은 요양시설이나 무인가의 수용소, 기도원등에서 수용보호를 받을 수 밖에 없는 현실이 계속되고 있다.

또한 정신질환을 사전에 예방하거나 정신건강을 증진할 수 있는 전문적인 사업이나 시설은 정부의 지원과 제도적 뒷바침이 없이는 이루어지기 힘든 경향이

18) 서울대병원 및 용인정신병원등에서는 낮병원(Day Hospital)을 운영해오고 있고 연세대학교부속 세브란스병원과 원주 기독교병원, 보훈병원등에서 치료공동체(Therapeutic Community)의 개념을 도입해 실시해오고 있다.

있음에도 정신보건법 제정 노력이 좌절됨으로써 현재 민간차원의 부분적인 사업이외에 뚜렷한 대책이 없는 실정이다.

## 2 사회사업가의 실천현황

입원치료 및 수용보호위주의 정신보건사업에서 이루어지는 사회사업가들의 실천내용을 예방, 치료, 재활의 측면에서 살펴보려고 한다.

먼저 예방측면에서 살펴보면 사회사업가들은 지역사회에 있는 사회복지기관이나 전화상담소 그리고 각종 상담시설에서 일상생활의 경미한 심리적·정서적 문제의 상담이나 전문기관에 의뢰, 그리고 정보제공등과 같이 정신질환의 예방과 조기발견에 관련된 활동을 부분적으로 하고 있다. 그러나 이들은 대부분 정신보건에 관한 전문적인 교육이나 훈련 그리고 일정한 자격요건을 바탕으로 활동하는 것이 아니라 기관 성격에 따라서 자체적으로 계획한 사업이나 프로그램을 통해서 이루어지기 때문에 구체적인 역할내용이나 해당숫자를 파악하는 것은 현실적으로 어려움이 많다.

다음으로 치료측면에서 살펴보면 사회사업가들은 대학병원이나 종합병원의 정신과 및 전문정신병원에서 정신의료사회사업가로서 활동하고 있다. 이러한 병원내 역할의 법적근거는 의료법시행규칙(1982.12.31. 보사부령 제717호로 개정) 제28조의 4(의료인 등의 정원)6항에 의한 것이다. 여기에는 "종합병원에는 사회복지사업법의 규정에 의한 사회복지종사자의 자격을 가진 자 중에서 환자의 경쟁과 재활, 사회복지를 위한 상담 및 지도업무를 담당하는 요원을 1인 이상 둔다"고 규정하고 있다. 그러나 이 규정은 종합병원에는 정신의료사회사업가 이외에도 의료사회사업가, 재활의료사회사업가 등이 함께 있을 수 있어 정신과 업무를 담당하는 정신의료사회사업가를 위한 의무규정이 되지 못하고 있다. 또한 업무내용도 주로 사후조치부분에 한정되어 있고 이들의 자격도 단순히 사회복지사업법에 의한 사회복지종사자로 규정하고 있어 대학졸업이상의 학력과 전문적인 경험없이도 사회복지사자격증을 소지한 사람은 누구든지 참여할 수 있도록 되어있다.

현재 정신의료사회사업가들의 역할을 어느정도 반영하고 있는 규정은 정신과 전문요양취급기관에서 산정하는 의료보험수가 청구기준 분류번호 아-11의 정신의학사회사업이다. 여기에는 사회사업가들이 개인력 검사, 사회사업지도, 가정방문의 업무를 수행하고 있는 것으로 규정하고 있다. 그러나 사회사업가들은 (정신과)병원에서 실시하는 전체프로그램에 개입하여 위의 내용이외에도 가족치료, 각종 집단요법, 지역사회자원동원 및 연결의 업무를 수행하고 있어<sup>19)</sup> 앞

19) 권진숙. 한국정신의료사회사업가의 전문적기능 및 업무에 관한 연구, 이대대학원석사

으로 정신의료사회사업가의 자격 및 역할에 대한 전반적인 검토가 있어야 할 것으로 보인다.

마지막으로 재활 및 요양측면에서 살펴보면 이 분야에서 활동하고 있는 사회사업가들의 대부분은 정신요양시설에 고용되고 있다. 이같은 역할의 법적근거는 사회복지사업법시행령(1984.2.28. 대통령령 제 11365호로 제정) 제13조1항에 의한 것이다. 여기에는 "사회복지법인이 채용해야 할 사회복지사의 수는 당해 법인의 종사자(단, 단순노무에 종사하는 자를 제외한다)총수의 1/3이상이어야 한다"고 규정되어 있다. 그러나 1987년 12월말 현재 사회복지법인 정신요양시설 68개소에 원장, 총무, 보육사 및 보조원, 기타를 포함해서 688명이 종사하고 있는데<sup>20)</sup> 1989년 2월 현재 원장23명, 총무13명, 기타(보조원)7명 등 모두 43명만이 사회복지사의 자격을 갖고 있다. 따라서 이러한 규정은 사실상 사회사업가 고용의 의무규정이 되지 못하고 있고, 환자들의 재활을 위해서는 앞으로 단순히 사회복지사자격증을 소지한 자만이 아니라 정신보건이나 재활에 관한 지식과 경험이 있는 사회사업가를 채용하는 방안이 요청된다 하겠다.

사회사업의 실천현황은 우리나라의 정신보건사업이 치료와 수용보호에 치중되어 있는 현실을 잘 반영해주고 있다. 전반적으로 볼때 사회사업가들은 정신과 병원에서 약60여명<sup>21)</sup>, 정신요양시설에서 약 43명으로 총 100여명이상이 활동하고 있는데 예방이나 재활분야보다는 치료나 요양분야에서 상대적으로 많은 활동이 있는 것은 현재 의료법이나 사회복지사업법 등에서 법적 뒷받침을 받고 있기 때문이라 할 수 있다. 그러나 현행법적 근거들은 단편적이고 비현실적이며 해당규정을 지키지 않았을때 이를 감독하거나 조치하는 제도적 장치가 없는 상태이다. 또한 대부분의 시설들에서는 관계자 재량으로 사회사업가를 채용하는 실정이다. 따라서 정신보건사업에서 사회사업가들의 활동이 보장되기 위해서는 일정한 법적근거가 뒷받침되어야 하겠지만 이에 못지않게 적절하고 실효성있는 내용으로 규정되는 것도 중요하다 하겠다.

### 3. 정신보건법 제정 움직임과 법안의 문제점.

정부에서는 1985년에 점차 심각해지고 있는 정신질환문제에 효율적으로 대처하기 위해서 정신보건법안을 마련한 바있다. 이 법안의 주요골자는 '정신질환의 예방과 보호를 위해' 자기 또는 타인에게 위해를 끼칠 우려가 있다고 인정될 때에는 본인의 의사에도 불구하고' 시도지사가 정신과 의사의 의견을 들어 의료시설이나 사회복지법인인 정신요양원에 강제입원조치를 취할 수 있다는 것이었

학의논문, 1983, p.42.

20) 보사부, 보건사회, 1988, p.214.

21) 1989년 2월 현재 정신요양시설협회 통계

다. 또한 이법은 특별한 별도예상조치가 필요없다고 발표되었다. 그러나 이법안에 대해서 각계에서는 ①인권침해의 가능성 ②수용시설의 양성화 ③정부의 재정책임이 명시되어있지 않고 환자가족이나 민간의료시설에만 책임을 전가시키고 있다는 이유등으로 법안통과를 반대하였고 결국 이법안은 자동폐기되었다.

1990년 8월부터 보사부는 개정된 정신보건법안을 가을 정기국회에 상정시킬 계획을 신문지상을 통해 밝혔다.<sup>22)</sup> 개정된 법안을 보면, 입법취지는 정신질환에 대한 보호 및 치료책임을 국가 및 보호자들에게 의무화시키려는데 두고있다(제3조 국가의 의무, 제13조 보호의무자의 의무). 또한 입원의 형태를 자의, 동의, 법정, 응급입원으로 세분화하여 입원시의 단점을 최소화하였고 강제입원의 경우 악용의 소지를 막기위해서 '정신과전문의 2명 이상의 일치된 진단'이 필요하도록 규정하고 있다. 또한 이미 강제입원이 이루어진 경우라고 환자본인이나 그 보호의무자가 강제입원조치가 부당하다고 여길경우 지역별로 구성된 정신보건심의위원회(제14조)에 퇴원심사를 신청할 수 있도록 하고 있다.

1990년 개정안에 포함되었던 정신보건시설에 대한 규정은 종전안과 동일하다. 즉 보건소 및 보건지소에 정신보건지도원을 배치하는 규정(법안 제5조), 정신건강상담소를 설치할 수 있는 규정(법안 제6조), 그리고 기존의 요양시설을 상담, 요양 또는 재활요법을 실시하는 시설로 양성화하는 규정(법안 제2조 ⑤항)이 규정되고 있다.(단, 종합병원내 정신과 설치의무규정은 빠짐).

1990년 개정안은 종래 비판의 최대쟁점이었던 인권침해조항을 보완하는 내용들이 포함되어 있으나 여전히 많은 문제점들이 제기되고 있다.

첫째, 정신질환자들의 지역사회내 재활및 사회복지차원의 전문시설이나 사업에 대한 규정이 없다. 병원에서 입원치료를 받고 퇴원한 환자들이 지역사회적응과 자립능력을 익히는데 필요한 중간단계의 전문시설들을 설치하려는 규정이 없음으로써 결국 보호의 연결성과 사회복지의 대책이 고려되지 않고 있다. 이는 법안의 목적(제1조)에서도 나타나듯이 정부는 '의료 및 보호'에 일차적인 관심을 두고 있을 뿐 환자들의 재활이나 사회복지는 범제정목적에 포함시키지 않고 있다.

둘째, 정신보건법제정 및 실시과정에서 발생할 수 있는 문제점들을 극소화하고 전반적인 정신보건체계의 방향을 조사연구하며 전문인력의 확충과 교육에 관한 업무를 담당할 연구기관의 설치규정이 없다.

셋째, 인권침해의 소지가 있다. 강제입원의 경우 단지 정신과전문의의 결정에 따라 합법적인 절차없이 최소한 120시간(5일)입원시킬 수 있는 규정들은(제15조 4항과 제18조 3항)<sup>23)</sup> 인신구속의 가능성이 여전히 있다 하겠다. 영국과 일본

22) 1990년 10월현재 대한의료사회사업가협회 통계

23) 조선일보 90년 10월 15일자.

에서는 최소한 72시간(3일)로 규정하고 있다.

네째, 수용소의 양성화 및 정신건강상담소, 그리고 보건소내 정신보건업무강화등으로 요구되는 예산문제에 대해 정부에서는 특별한 예산지원대책없이 여전히 대통령령이나 보건사회부령으로 위임해놓고 있어 정부의 재정적 책임이 분명히 명시되어 있지 않다.

결국 이번 개정안(1990)도 종전안과 마찬가지로 최대의 쟁점이 되었던 인권침해의 가능성과 수용소의 양성화문제, 그리고 정부의 비예산사업과 수용보호위주의 법제정 목적등에 대한 각계의 반대에 부딪혀 다시 자동폐기되고 말았다.

## V. 정신보건법안에서 사회사업가의 역할

앞으로 우리나라의 정신보건법은 그동안 법안 마련과정에서 제기되었던 문제점들을 충분히 고려해서 환자의 인권 및 그 가족의 인권을 최대한 보장하며 예방, 치료, 재활 및 사회복지의 일련의 과정에서 정신보건사업이 잘 이루어지도록 제정되어야 할 것이다. 이를 위해 다음과 같은 과제들을 해결함으로써 접근해 갈 수 있을 것이다.

첫째, 정부는 종래의 격리주의, 입원및 수용보호위주의 정신보건정책에서 벗어나 지역사회를 기반으로 한 정신보건체제로의 방향전환을 시도하며 이를 법안에 적극 반영해야 할 것이다. 즉 현재 국가의 지원없이 발전하기 힘든 예방 및 재활, 사회복지차원의 사업을 시범적으로 설치 운영토록하는 규정이 법안에 포함하는것이 요청된다.

둘째, 환자 및 그 가족의 인권이 최대한 보장될 수 있도록 응급인원의 시간을 종전법안(1990)의 120시간에서 가능한 최소화하고, 강제입원의 부당성여부를 언제든지 지역정신보건심의회에 서면 또는 전화로 신청하도록 그 절차를 간소화해야 한다. 또한 심사청구요구가 없어도 지역정신보건심의회에서 정기적으로 자동심사해줌으로써(현재 영국에서는 강제입원 이후 6개월이후와 그후 매 3년마다 자동심사를 하도록 규정하고 있음) 부당한 인권침해의 가능성을 최대한 방지하는 법적장치의 강구가 요청된다.

세째, 수용소의 양성화등 정신의료시설의 확대 및 개선에 있어 시설운영실태의 감독과 전반적인 정신보건정책의 방향제시를 위해 지역단위의 정신보건심의위원회와 더불어 중앙정신보건심의회 설치가 요청된다.

네째, 정신보건사업의 확대에 요구되는 전문인력의 양성 및 기존인력의 재교육등을 위해서, 그리고 정신보건에 관한 조사연구를 담당하는 정신보건연구원(가칭)의 설립이 요청된다.

끝으로 이러한 과제들이 이루어지도록 국가의 예산확보 및 지원방법이 분명

히 제시되어야 하며, 우리나라에 어울리는 다양한 지역사회정신보건사업과 효과적인 의료전달체계에 대한 충분한 논의가 뒷받침되도록 정부 및 관련단체들의 활발한 연구 및 지원이 필요하다 하겠다. 따라서 우리나라에서 단지 치료 및 수용보호뿐 아니라 예방과 재활, 나아가 전국민의 정신건강을 향상시키는 방향에서 정신보건법이 제정될 때 법적으로 규정될 수 있는 사회사업가의 역할(안)을 다음과 같이 제안하고자 한다. 이를 위해서 1990년에 정부가 1985년안의 개정안으로 마련했었으나 폐기된 상태에 있는 정신보건법안과 정신보건법시행령과 관련해서 1986년 6월 9일에 보사부에 제출했던 「한국사회복지사업협회의 법안 및 시행령에 대한 건의서」, 그리고 1990년 10월에 대한 의료사회사업가협회에서 보사부에 제출했던 「정신보건법제정에 대한 우리의 입장」, 그리고 일본정신보건법을 주로 참조하였다.

먼저 예방측면에서 정신보건법에 포함될 수 있는 내용을 살펴보고자 한다.

여기서는 기존의 시설활용과 새로운 사업의 시도가 모두 요청된다 하겠다. 우선 기존시설을 활용하는 입장에서 보건소 및 보건지소에 정신보건업무를 담당하는 정신보건지도원을 배치하는 방안이 있다(정신보건법안 제5조, 일본 정신보건법 제5장 제42조, 43조). 또한 지역사회내 사회복지시설에 정신건강예방 프로그램을 강화하는 방안이 있겠다.

한편 새로운 형태의 시설로서는 정신건강에 관한 전문적인 상담과 지도를 행하는 정신건강상담소를 설치하거나(정신보건법안 제2조 6항), 예방에 중점을 두고 종합적인 정신보건사업을 실시하는 정신보건센터를 설치하는 방안(일본 정신보건법 제2장 제7조)이 고려 될 수 있다.

따라서 이러한 예방사업에서 사회사업가들이 수행할 것으로 예측되는 최소한의 역할을 일본의 법안내용을 중심으로 다음과 같이 요약해 볼 수 있다.

사회사업가들은 ①정신보건에 관한 각종 상담 및 지도 ②정신보건에 대한 계몽과 홍보 ③정신보건 실태파악 ④정신보건에 대한 자문과 교육 ⑤지역사회 관련기관들과 연락협조 ⑥지역사회자원활용과 개발 ⑦협력조직 육성 ⑧전문기관에 의뢰 등과 같은 일을 수행하는 것으로 규정함으로써 예방사업에 기여할 수 있다.

둘째, 치료측면에서 정신보건법에 포함될 수 있는 내용을 살펴보고자 한다. 여기에는 전문치료시설이나 병상수를 확대하는 방안이 고려될 수 있다. 우리나라 정신보건법안에 규정된 정신과 병, 의원, 병원급이상의 의료기관에 설치된 정신과(예를들어 종합병원정신과나 전문 정신병원)를 늘리거나(법안 제2조), 앞으로 종합병원신설시에는 정신과 설치를 의무화하는 방안이 있다.

이러한 정신과 치료와 관련해서 현재 사회사업가들이 활동할 수 있는 법적근거는 의료법시행규칙(1982년 개정) 제28조의 4(의료인등의 정원)6항이다. 또한

사회사업가들이 수행하는 역할에 대해서는 정신과 전문요양취급기관에서 산정하는 의료보험수가 분류번호 아-11정신의학사회사업이다. 그러나 이러한 규정만으로는 사회사업가의 역할을 제대로 반영하고 있거나 구체적이지 못하여 정신보건법제정시에는 그 하부규정에서 좀더 구체적이고 적절하게 수정·보완된 내용으로 명시될 것이 요청된다.

그러므로 위의 정신의학사회사업규정과 현재 사회사업가들의 역할을 참고하여 정신보건법에서 규정될 사회사업가들의 최소한의 역할은 다음과 같다.

사회사업가들은 ①개인력검사 ②사회사업지도 ③사회조사 ④ 가정방문 ⑤지역사회 자원동원 및 연결 등과 같은 사회사업고유의 역할과 다른 전문가들과 공동으로 할 수 있는 ⑥가족상담 또는 가족치료 ⑦집단치료 ⑧집단요법(활동) 등의 내용으로 규정될 수 있다.

세계, 요양 및 재활측면에서 정신보건법에 포함될 수 있는 내용을 살펴보고자 한다. 현재 우리나라에는 재활을 위한 전문시설이 극히 부족하고 주로 정신요양시설에서 부분적으로 재활이 이루어지고 있으므로 현실적으로 요양영역을 포함시키는 것이 바람직하겠다.

우선, 가능한 모든 요양시설내에 재활기능을 추가 또는 강화함으로써 정신질환자의 재활을 돕는 방안이 검토될 수 있다.(정신보건법안 제2조 5항) 특히 이러한 요양시설의 전문화를 위해서는 국가의 재정적 지원은 물론이고 치료에 적합한 시설로의 전환과 전문직종의 배치등 점진적인 제도적 장치가 모색되어야 할 것이다(대한 의료사회사업가 협회의 '정신보건법제정에 대한 우리의 입장'). 그러나 이방안은 요양시설에 수용된 환자들만을 대상으로 한것으로 병원이나 시설에서 퇴원한 환자들이 지역사회내에서 생활하면서 생활적응능력과 직업재활을 받을 수 있는 시설도 함께 필요하다 하겠다.

따라서 정신질환자의 생활훈련과 직업재활을 위해 일본의 정신장애자 사회복지시설과(일본정신보건법 제2장 제9조)정신질환자의 심리적, 사회적, 직업적인 재활을 위한 정신건강재활센터(동협회의 86년도 건의안과 90년도 '정신보건법제정에 대한 우리의 입장')가 고려될 수 있다.

현재 이 분야에서 사회사업가들이 활동할 수 있는 법적인 근거는 사회복지사업법·시행령(1984년 제정)제13조 1항의 규정이다. 그러나 이 규정은 법적인 강제력이 거의 없을 뿐 아니라 극히 형식적인 규정에 불과하여 앞으로 정신보건법과 관련하부규정에서는 정신요양시설에 사회사업가의 수를 확대하는것뿐 아니라 재활에 관한 지식과 훈련을 마친 자격있는 사회사업가의 채용이 보장되는 것이 요청된다 하겠다.

이러한 요양 및 재활측면에서 사회사업가들이 수행하는 것으로 예측되는 최소한의 역할을 일본정신보건법과 우리나라의 샘솟는 집, 사랑밭 재활원 등에서



수행하고 있는 역할을 참고하여 요약해보면 다음과 같다.

먼저, 정신질환자 요양시설에서는 ①심리사회적 상담 및 지도 ②각종 집단프로그램 실시 ③가족상담 및 방문 ④무연고환자의 후원자연결 ⑤지역사회자원등원과 후원조직 육성 ⑥퇴원후 사후보호서비스제공 등의 역할을 수행하는 것으로 규정될 수 있다.

지역사회내 재활시설에서는 ①개별적인 재활계획상담 ②생활기술 및 대인관계기술훈련 ③통원과 금전사용지도 ④여가활용지도 ⑤직업훈련과 취업에 관한 지도 및 부업실시 ⑥효과적인 프로그램개발 ⑦지역사회자원등원과 후원조직육성 등의 역할을 수행하는 것으로 규정함으로써 요양과 재활사업에 기여할 수 있다.

이밖에 정신보건에 관한 전반적인 연구·조사활동을 담당할 정신보건연구원(가칭)과 정신보건법시행과정에서 발생하는 문제를 심의하고 각종 시설과 사업내용을 감독하고 조사하는 중앙과 지방단위의 정신보건심의위원회의 설치가 요청된다. 여기서 사회사업가들은 ①사회사업가의 훈련과 양성 ②다른 전문가들에게 사회사업에 대한 홍보 및 교육 ③정신질환 의학 및 분포 등에 대한 조사연구 ④환자들의 사회적, 가족적 배경 및 비용부담능력조사 ⑤정신보건사업에 대한 전반적인 점검 및 평가 등의 일을 수행하는 것으로 규정될 것이 기대된다.

지금까지 우리나라 정신보건법제정과 관련해서 규정될 수 있는 최소한의 사회사업가의 역할내용을 살펴보았는데 이를 종합적으로 정리하면 <표 2>와 같다. 사회사업가들의 역할내용은 정신보건법과 그 하부규정에 명시되는 구체적인 사업이나 시설의 성격에 따라서 달라질 수 있으며 또한 다른 전문가들의 역할내용에 따라서 그들과 공동적으로 담당하는 역할과 고유한 역할로 구별될 수 있다. 그러나 정신보건법에서 사회사업가를 정신보건사업 또는 정신보건업무를 담당하는 직원의 자격이 있음을 본 법안에 명시하며, 또한 그 관련하부규정에서 각각의 시설이나 기관의 업무와 관련된 역할의 기본내용을 규정함으로써 예방, 치료, 재활 및 연구영역 전반에 걸쳐 사회사업참여의 법적근거가 마련되는 것이다. 또한 이를 통해서 여러전문가들사이의 원활한 역할분담과 효과적인 팀웍에 기여할 수 있는 것이다.

끝으로 위에서 제안한 사회사업가의 역할이 이루어지기 위해서는 바람직한 정신보건법의 조속한 제정과 사회사업단체들의 조사연구 및 압력행사가 요구된다. 또한 대학과 대학원에서는 정신보건에 관한 교육을 강화하고, 임상에서는 훈련과 실습체계를 강화하여 새로운 사업과 직종에 요구되는 자격있는 사회사업가들이 양성되도록 노력해야 할 것이다. 그리고 우리나라에서 요청되는 새로운 사업과 프로그램과 관련된 방법론적 접근방법과 개입방법에 대한 후속연구가 뒷받침되어야 할 것이다.

〈표 2〉 정신보건법안에서 사회사업가의 역할(안)<sup>24)</sup>

분야	시설 및 기관	현행법적근거	개선사항과 창조법규	사회사업가의 역할(안)
예방	보건소 및 보건지소(정신보건지도원)  정신건강상담소 정신보건센터		정신보건법안 제5조 일본정신보건법 제42조 43조 및 관련하부규정 정신보건법안 제2조6항 일본정신보건법 제7조 및 관련하부규정 지역사회 사회복지기관 활용규정 필요	○정신보건에 관한 각종 상담 및 자료 ○정신보건계몽과 홍보 ○정신보건실태 파악 ○정신보건에 관한 자문과 교육 ○지역사회 자원활용과 개발 ○협력조직 육성 ○전문기관에 의뢰
치료	종합병원정신과 전문정신병원 정신과 의원	의료법시행규칙 제28조의4항6호 정신과 의료보 험수가 청구기 준 아-11정신 의학사회사업	정신의료 사회사업에 대 한 구체적인 규정 추가 필요 지역사회자원동원및 연 결업무 추가 필요	○개인력 검사 ○사회사업지도(Guidance) ○사회조사(Investigation) ○가정방문 ○지역사회자원동원 및 연결 ○기타, 다른 전문가들과 선택 적으로 할 수 있는 가족상담 또는 가족치료, 집단치료, 자 중집단요법(활동).
요양 및 재활	정신요양시설 공립요양원  정신장애자 사회 복지시설 ①생활훈련시설 ②수산시설 정신건강재활 센터	사회복지사업법 시행령 제13조 1항	사회복지법인 요양시설 에서 사회복지사의 자격 규정 강화 필요 정신보건법안제2조5항 일본정신보건법제9조 및 관련하부규정  한국사회복지사회회건의서 대한의료사회사업가협회 의 건의서	1)만성정신질환자 요양시설에서 ○심리·사회적 상담 및 지도 ○각종 집단프로그램의 실시 ○가족과의 상담 및 가정방문 ○무연고환자의 후원자 연결 ○지역사회 자원동원과 후원 조직육성 ○퇴원후 사후보호 서비스 2)지역사회내 재활시설에서 ○개별적인 재활계획 상담 ○생활기술 및 대인관계기술 훈련 및 지도

24) 박미은, 정신보건법에서 사회사업가의 역할에 관한연구, 이대대학원 석사학위논문, 1989. p.49.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○동원과 금전사용자도</li> <li>○여가활용지도</li> <li>○직업훈련과 취업에 관한지도 또는 취업 실시</li> <li>○효과적인 프로그램개발</li> <li>○지역사회 자원동원과 후원조직 육성</li> </ul>
연구	정신보건연구원 정신심의위원회 (중앙및지방단위)		한국사회복지사회협회건의서 대한의료사회사업가협회의 건의서 <ul style="list-style-type: none"> <li>○사회사업가의 훈련과 양성</li> <li>○다른 전문가들에게 사회사업교육 및 홍보</li> <li>○정신질환역학 및 분포등에 대한 조사</li> <li>○기타, 정신보건사업에 대한 점검 및 평가</li> <li>○환자들의 사회적, 가족적 배경조사및 비용부담능력조사</li> </ul>

자료 : 이 표는 일본의 정신보건법과 하부규정, 우리나라 정신보건법안 및 기타 자료를 참고하여 작성

## 참 고 문 헌

- 권진숙, 한국정신의료사회사업가의 전문적기능 및 업무에 관한 연구, 이대대학원 석사학위논문, 1982.
- 김상규, 전재일, 사회사업론, 형설출판사, 1985.
- 대한신경정신의학회, 정신보건법 시행령에 대한 대한신경정신의학회의 안, 1986. 2.20.
- \_\_\_\_\_, 정신보건법에 대한 건의서, 1986.3.17
- \_\_\_\_\_, 정신보건법안에 관한 자료집, 제1집, 1986
- \_\_\_\_\_, 정신보건법안에 관한 자료집, 제2집, 1987.
- 박미은, 정신보건법에서 사회사업가의 역할에 관한연구, 이대대학원 석사학위논문, 1989.
- 보건사회부, 보건사회, 1988.
- 보사부담당관, "정신보건정책의 방향과 만성정신질환", 신경정신의학부록, vol. 24, No. 3, 1985.
- 보사부, 보사부통계연보, 1988.
- 이부영, 정신질환의 예방-외국의 경우, 대한의학협회지, 17.3. 1974.
- 정부, 정신보건법안, 1986, 1990.
- 조선일보, 90.10.15.
- 최재명, 만성정신질환자 재활서비스에 관한연구-사랑발재활원사례를 중심으로 -, 송전대학교 대학원 석사학위논문, 1987.
- 태화사회복지관, 샘솟는집 현황, 1988.
- 한국사회복지협의회, 한국사회복지사협회의 법안 및 시행령에 대한 건의서, 1986. 6.6.
- 대한의료사회사업가협회, 정신보건법제정에 대한 우리의 입장, 1990.10.
- 일본정신보건법, 1965년개정안과 1987년 개정안
- 보건소에 있어 정신위생업무 운영요령(1966.2.1). 위발, 제76호.
- 정신장애자 사회복지시설의 설치 및 운영요강(1988.11.27). 건발, 제143호
- 정신위생센타운영요령(1969.3.24)위발, 제194호.
- 일본전국사회복지사협의회, 월간복지, 제71권 제4호, 1988.
- 일본전국사회복지시설경영자협의회, 경영협, 제11월호, 1987.

- 일본 후생문제연구회, 후생, 제43권 제9호/제12호, 1988.
- Anderson, Green, Community Health, London : The C. V. Mosby Company, 1982.
- Butler, A. & Pritchard, C., Social Work and Mental Illness, BASW ; London : The Macmillan Press, LTD., 1983.
- Cowen, E. L., "Social and Community Interventions", Ann. Rev. Psycho., vol. 24, 1973.
- Finkel, N. J., Mental Illness and Health, N. Y. : Macmillan pub. Co. Inc., 1976.
- Gilbert, n. & Specht, H., Handbook of the social service, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1981.
- Gottesfeld, H., Abnormal Psychology : A Community Mental Health Perspectives, Chicago ; Service Research Association(SRA), Inc., 1979.
- Mechanic, David, "Sociology and Public Health : Perspectives for Application", Amer. J. of Public health, 1972.
- NASW, J. of Social Work, Jan. 1981, Sep. Oct. 1986.
- NASW, Encyclopedia of Social Work, 1977.
- Olsen, M. R., Social Work and Mental Health, London : Tavistock Pub., 1983.
- Taylor, S. H. & Riberts, R. W., Theory and Practice of community Social Work. N. Y : Columbia Univ. Press, 1985.