

# 사회복지법으로서의 정신보건법

양 옥경(이화여대 사회사업학과)

## I. 서론

정신보건법은 그 분류나 존재양식에 있어 사회복지법은 아니지만 실제 내용은 사회복지법의 성격을 지니고 있는 것이 일반적인 예이다. 정신질환자들의 일차적인 입원치료는 의료법에 준한다 하더라도 퇴원 후 계속되는 치료, 사회복지기를 위한 재활치료 및 사회복지 훈련에 관한 사항, 그리고 예방에 관한 것 등 병원 밖에서의 치료 및 재활행위에 관한 법적 근거가 마련되어야 한다. 또한 이들의 인권 및 복지를 보장해 주기 위한 법적 근거가 마련되어야 한다. 이와같은 법적 근거를 마련하기 위해 정신보건법의 제정은 대단히 중요한 의미를 지닌다. 그러나 우리나라에는 아직까지도 정신보건법이 입법되지 못하고 있다. 오랫동안 정부의 예산부족과 인권유린을 지적하는 전문단체들의 반대에 밀려 입법화에 실패를 거듭했던 정신보건법안은 1992년 11월 국회에 제출되어 현재 법안심의중이다.

정부가 입법예고를 거쳐 국회에 제출한 정신보건법안은 제1조에서 “정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복지에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다”라고 명기하고 있는 바와 같이 단순한 정신의료법이라기 보다는 정신장애인들의 권리를 인정하는 엄연한 복지법이다. 그러나 총 6장 55조 부칙 5조로 구성된 그 내용의 대부분이 입원치료 및 보호에만 치중되어 있을 뿐, 예방 및 사회복지를 강조하는 제1조의 정신을 법안 내용에서 뒷받침해주지 못하고 있으므로 인해 자칫 정신의료 및 보호의 법으로 오인될 소지가 다분하다. 총론적인 목적 및 대상규정과 그 실제적인 내용이 조용하지 못함으로 인해 정신보건법 제정의 성과를 대단히 의심스럽게 할 소지가 있다는 것이 3년전 정부가 내놓은 정신보건법안의 가장 큰 문제로 지적된다. 따라서 본 논문에서는 이와같은 법안을 진정한 사회복지법으로서의 정신보건법안으로 그 틀을 갖출 수 있도록 그 내용을 분석해 보고자 한다.

분석은 세계보건기구(WHO)의 정신보건법 제정 지침을 기준으로 본 연구자가 재조정한 틀을 사용하고자 한다. 첫째, 총론, 둘째, 책임주체, 셋째, 정신보건시설, 넷째, 정신보건인력, 다섯째, 치료 및 사회복지 서비스, 여섯째, 재정, 일곱째, 삶의 질의 측면에서 논하고자 한다.

## II. 정신보건법안 형성과정

정신보건법안이 최초로 작성된 때는 1968년으로 대한신경정신의학회가 작성하

여 정부에 건의하였으나 예산부족의 이유로 거절되었다. 이때는 정신보건법이 아닌 “정신위생법”으로 건의하였었다. 그 후 대한신경정신의학회는 10년 뒤인 1978년과 1980년 두번에 걸쳐 입법 건의를 시도하였으나 정부측에서 역시 받아들이지 않았다.

그 후 1983년 한 대중매체사에서 폭로한 소위 기도원사건을 계기로 정신질환자들에 대한 비인간적인 처우에 관한 국민여론이 형성되고 국민정신건강권에 대한 관심이 증대됨에 따라 보건복지부(당시 보건사회부)는 대한신경정신의학회와 관련 전문기관의 자료 및 각국의 입안 사례들을 참고로 정신보건법안 마련을 서둘렀다. 이에 당시 제5공화국 시절인 1985년 정부에서 정신보건법안을 마련하였다. 동년 9월 21일 보건사회부에서 입법예고하였으며 (보사부공고 제85-53호), 11월 14일 국무회의에서 법안을 심의통과시켰다. 동년 11월 22일 법안이 국회에 제출되었으나 관련집단들의 반대에 부딪혀서 보류되었다.

이 법안을 저지하기 위한 “정신보건법 저지 공동대책위원회”가 1986년 8월 23일 대한신경정신의학회를 비롯한 18개 재야단체 (한국기독교 교권협의회 인권위원회 등)를 중심으로 결성되었다. 이들은 동년 9월 정신보건법 저지를 위한 공청회를 개최하여 정신보건법의 악용소지, 인권문제, 요양원의 양성화 반대, 예산의 비책정 문제 등을 중요 이슈로 하여 토론하였다.

그러다가 보건사회부는 1990년 8월, 4년의 공백을 깨고 정신보건법안을 준비하여 가을 정기국회에 상정시킬 계획을 발표하였으며 9월 종전 법안의 문제점을 보완하여 입법화하려 했으나 역시 전문가 집단의 반대로 인하여 법안은 통과되지 못하였다. 그 뒤로 1년 후 1991년 가을 대구에서의 카바레 방화사건과 서울 여의도광장 자동차 질주사건을 계기로 이번에는 법무부가 서둘러 범죄예방대책의 차원에서 정신보건법 제정에 개입하게 되었다.

이에 1992년 1월 보건사회부는 정신보건법을 재추진할 계획을 발표하였다. 대한신경정신의학회 주최로 동년 4월 19일에 정부의 초안에 대한 공청회가 있었으며, 6월 3일에는 보건사회부 주최의 공정회가 개최되었다. 동년 9월 7일 보건사회부는 입법을 예고하였고 (보사부공고 92-51호), 11월 국무회의에서 법안을 심의통과시켰으며 그 후 국회에 법안을 제출하였다. 그러나 전문가들의 반대로 국회 보건사회위원회의 심의를 통화하지 못하고 있다. 이에 국회 보건사회위원회는 1993년 8월 26일 공청회를 개최하게 되었다.

따라서 현재 국회 보건사회위원회는 보건사회부가 1992년 11월에 제출한 정신보건법안을 검토중에 있다. 보건사회위원 중 민주당의 강수림의원은 자신이 법안을 만들어 1995년 현재 민주당의 안으로 채택하려고 하고 있으며, 정부 법안의 문제점을 지적하면서 민주당의 새로운 안으로 국회를 통과하기를 희망하고 있다.

### III. 법안분석

#### 1. 총론

##### (1) 목적 및 기본이념

**제1조 (목적)** 이 법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 한다.

**제2조 (기본이념)** ① 모든 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치는 보장되어야 한다.

② 모든 정신질환자의 최고의 치료를 받을 권리는 보장되어야 한다.

③ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.

정신보건법의 목적 및 기본이념은 매우 좋다고 생각된다. 전국민의 정신건강증진을 목적으로 하고 있는 점과 특히 성장기에 있는 정신질환자에게 교육의 기회를 보장해주는 이념 등은 매우 고무적이다. 그럼에도 불구하고 이후 계속되는 법안의 구체적인 내용에서는 정신질환자만을 대상으로 축소 적용하고 있다는 것이 문제점으로 지적된다. 또한 성장기 정신질환자의 교육보장에 관해서도 구체적인 조항이 마련되어 있지 못하다.

##### (2) 대상

**제3조 (정의)** ① 정신질환자라함은 정신병(기질적 정신증을 포함한다.), 인격장애, 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다.

정신보건법의 대상은 기본적으로는 전국민이며 특히 정신질환자를 1차적 대상자로 하되 만성정신질환자 또는 정신장애인에게 특별한 관심을 두어야 할 것이다. 그렇다면 정신질환자와 만성정신질환자는 누구이며, 또 정신장애는 무엇인지에 대한 정확한 규명이 필요할 것이다.

정신질환자에 대한 논의는 무엇보다도 정신질환을 장애로 규정할 것인지 여부에 대한 논의로부터 시작해야 한다. 법안은 정신질환자를 정신장애를 가진 자로 규정하고 있는데 이것은 많은 오해를 불러일으킬 소지가 있다. 이에 정신질환과 정신장애간의 엄격한 개념 구분이 필요하다.

정신질환이란 질병의 개념이 강조되는 용어인 반면에 정신장애는 정신질환이나 기타의 사유로 인하여 정신적인 결함을 갖게 되어 사회기능에 결함을 초래하는 영구적

혹은 반영구적 상태의 개념까지 포괄하는 용어이다. 노이로제같은 신경증성 정신질환 뿐 아니라 정신질환과는 관계없이 단순히 지능이 부족할 뿐인 정신지체까지도 포함할 수 '기타 비정신병적 정신장애'가 무엇을 의미하는지 명확히 하여야 할 것이다.

정신장애를 가진 자를 정신장애인으로 규정한다면 선행법인 장애인복지법과의 관계 속에서 이들을 어떻게 구분하고자 하는지 의문이다. 현재 장애인복지법에는 정신지체를 가진 자로서의 정신장애인은 포함하고 있으나 그의 정신질환에 의한 정신장애인은 제외하고 있으므로 장애인복지법과의 관계속에서 이들은 어떻게 정의되는지에 관한 명확한 설명이 있어야 할 것이다.

여기서 본인은 정신질환 대신 정신장애의 개념 및 용어를 도입할 것을 제안한다. 그 이유는 치유되지 않은 상태에서는 기능상의 장애를 초래하는 정신질환의 특수성 때문이기도 하지만 재활의 중요성을 고려할 때 더욱 분명해진다. 또한 이미 선행법으로서의 장애인복지법이 있으므로 이들을 정신장애를 가진 장애인으로 규정한다면 장애인복지법에 준하는 다양한 재활, 사회복귀, 기타 복지의 혜택이 있으므로 정의 및 용어의 사용은 매우 중요하다.

### (3) 연 구

**제4조 (국가등의 의무)** 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방하며, 정신질환자의 의료 및 장애극복과 사회복귀 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.

정신건강 및 정신질환과 관련하여 연구하고 조사하는 것은 매우 중요하다. 이를 위해 무엇보다도 이것을 전담하는 전문연구기관으로서 「국립정신보건연구원」의 설립을 강조하지 않을 수 없다. 법안에서는 강제조항으로 하였음에도 불구하고 어느 조항에서도 이에 관한 언급을 찾아볼 수 없다. 참고로 보면, 장애인복지 분야에서는 5년마다 장애인 실태조사를 하여 비록 초보적인 수준이나마 이들의 실태 및 복지현황을 파악하고 있다. 반면에 정신장애인에 대하여는 실태조사조차 전혀 이루어지지 않고 있음으로 인해 그 수조차 제대로 알려져 있지 않다는 것이다. 현재 전국에 93만명으로 추산되어 있는 정신장애인들 중 재가 정신장애인들의 실태는 전혀 알 수 없고 단지 입원진료기관의 19,630명 및 요양시설에 수용되어 있는 사람들 18,168명에 대하여만 매우 제한적으로 조사되어 있을 뿐이다. 전국에 38개 부랑인시설에 수용된 부랑인중 약 5,000명 정도가 정신장애인이며 속칭 기도원이라고 알려진 비인가 수용시설 약 66개에 약 32,521명 정도의 정신장애인이 수용되어 있는 것으로 알려져 있다. 따라서 이들에 대한 전국적이고 정기적인 역학조사와 실태파악이 필요하다. 또한 예방, 치료, 재활, 사회복귀 등과 관련된 다양한 프로그램 등을 개발, 실험해 볼 수 있는 연구기관이 필요하다.

## 2. 책임주체

### (1) 국가의 의무

우리나라의 정신장애인을 위한 복지는 일반적으로 가족에 의해서 행해져 왔으며 국가차원에서 정신장애인의 치료는 국립, 시립정신병원의 운영으로 제한되어 왔다. 그러나 정신장애인 복지는 그 어떤 복지분야보다도 국가의 책임이 요구되고 있는 분야이다. 정신질환자의 치료과정은 만성적, 퇴행적인 질환이라는 질병의 특성상 퇴원후에도 지속적인 치료와 사회적응을 위한 재활 및 사회복귀서비스에 대한 필요성을 갖게 한다. 장기적으로 이러한 서비스를 총괄할 수 있는 시설의 질적 성장과 정착을 위한 제도적 뒷받침이 필요하다.

#### 제4조 (국가등의 의무)

제5조 (국민의 의무) 국민은 정신질환자의 장애극복 및 사회복귀노력에 협력하여야 한다.

제8조 (정신병원의 설치등) ① 국가는 정신병원을 설치·운영하여야 한다.

제12조 (요양·복귀시설의 설치·운영) ① 국가 또는 지방자치단체는 요양·복귀시설을 설치·운영할 수 있다.

② 정신요양법인 기타 비영리법인은 시·도지사의 허가를 받아 정신요양원을 설치·운영할 수 있다.

제43조 (직업지도등) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환으로부터 회복된 자가 그 능력에 따라 적당한 직업지도·직업훈련을 받을 수 있도록 노력하고 이들에게 적절한 직종의 개발과 그 보급을 위하여 노력하여야 한다.

제44조 (단체의 보호·육성) 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자의 사회복귀 촉진을 목적으로 하는 단체 또는 시설을 보호·육성하도록 노력하여야 한다.

법안 4조와 5조는 정신질환의 예방과 정신질환자의 사회복귀에 관하여 국가와 지방자치단체는 국민과 함께 정신질환자 복지증진에 책임을 지도록 규정하고 있다. 정신질환의 예방, 치료, 장애극복과 사회복귀 증진을 위한 연구, 조사, 지도, 그리고 상담 등의 필요한 조치를 국가와 지방자치단체는 취해야 한다고 강제조항으로 명시하고 있다. 그럼에도 불구하고, 치료를 위한 정신병원 설립은 강제조항으로, 사회복귀를 위한 사회복귀시설은 임의조항으로 하고 있어 사회복귀에 관한 국가의 의무는 다분히 명목적인 기술에 지나지 않는 감이 있다. 입원치료를 위하여 법안 총 55조 중에서 20조부터 36조 까지 17개 조항이 입원 및 퇴원에 관한 조항이다. 대조적으로 예방에 관한 조항은 전혀 없으며 또한 사회복귀를 위한 조치에 관련된 조항도 매우 제한적이다. 또한 연구 및 조사 등의 필요한 조치를 취하여야 한다고 분명히 밝혔음에도 불구하고 구체적인 조치에 관련된 조항이 명기되지 않고 있다.

우리나라 복지체제는 민간주도형이다. 특히 의료전달체계는 거의 전적으로 민간에

의존하고 있으며 국가의 책임은 의료보험을 통해 매우 제한적으로 하고 있을 뿐이다. 그러나 환자의 의지에 반하는 강제입원(본 법안에서는 시도지사에 의한 입원으로 규정하고 있다) 및 치료가 가능한 정신질환의 치료 및 관리의 차원에서는 국가가 그 책임영역을 명확히 하여야 한다. 즉, 정신병원은 국가의 책임하에 두고 민간운영이나 민간위탁운영은 가급적 피해야 하며, 사회복지시설은 국가의 책임하에 두되 그 책임을 시설 및 전문인력 확보에 한정하여, 민간에게는 서비스 프로그램의 개발 및 실행의 책임을 두도록 하여야 할 것이다. 또한 사회복지와 관련된 국가의 역할을 명분상의 조항으로 그치지 않게 하기 위해서는 현재의 병원에서의 치료에만 적용가능한 의료보험과 의료보호의 규정을 확대하여 사회복지 재할훈련과 요양에도 적용될 수 있도록 하여야 할 것이다.

직업과 관련된 의무조항에서는 장애인복지법에서 처럼 작업장설치, 고용촉진 등과 같은 규정이 함께 존재해야 할 것이다. 노력은 해야 한다는 것은 강제조항이면서도 강제성을 띄지 못하는 조항이다. 따라서 직업훈련 및 고용과 관련된 강제조항이 있어야 할 것이다. 그러나 만약 이들이 정신장애인으로서는 장애인복지법의 대상자가 된다면 별도의 규정은 필요없을 것이다.

요양시설에 관하여 국가의 책임은 설립 및 운영과 의료보험의 적용, 그리고 무엇보다도 쾌적한 환경, 그리고 열린 시설에서 치료 및 요양을 받을 수 있도록 하는데 두어야 할 것이다.

정신질환의 예방 또한 매우 중요하다. 국가와 지방자치단체는 연구조사에서와 마찬가지로 필요한 조치를 하여야 한다고만 하였지 이것을 위하여 어떤 조치를 취할 것인지 법안 어디에서도 전혀 밝히고 있지 않다. 이에 따라 예방을 위한 상담을 담당하는 정신건강상담센터의 필요성을 강조하지 않을 수 없다. 이를 위해 시설을 설립하기 보다는 그 기능을 할 수 있는 기존의 시설을 활용하는 것이 바람직할 것이다. 따라서 종합사회복지관, 보건소, 보건복지사무소 등의 시설에 이 기능을 담당할 수 있는 조치를 취하는 것이 경제적인 것으로 사려된다.

이렇게 볼 때, 정신보건법안이 제정되기 이전까지의 정신질환자들에 대한 국가의 책임과 민간주도의 역할이 본 정신보건법안으로 인해 크게 변화되는 것은 없다고 하겠다. 반면에 정신질환자 가족들은 사회정책의 미비에서 오는 부담을 가장 크게 느끼고 있으며 본 연구자의 한 연구결과에 의하면 국가의 역할로서 더 적극적인 책임을 기대하고 있다.

국가의 민간에게 책임전가는 법인설치를 보면 더욱 명확히 드러난다.

## (2) 법 인

**제9조 (정신의료법인의 설립허가) 정신요양원 또는 사회복지시설 (이하 "요양 복지시설"이라한다)의 설치를 목적으로 하는 법인 (이하 "정신의료법인"이라한다)을 설립하고자 하는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건사회부장관의 허가를 받아야 한다.**

제12조 (요양·복귀시설의 설치·운영) ② 정신요양법인 기타 비영리법인은 시·도지사의 허가를 받아 정신요양원을 설치·운영할 수 있다.

③ 정신의료법인 기타 비영리법인과 정신과전문의·임상심리사·정신의료사회복지사는 시·도지사의 허가를 받아 사회복지시설을 설치·운영할 수 있다.

⑥ 사회복지시설은 영리를 목적으로 운영되어서는 아니된다.

국가와 지방자치단체는 요양복지시설의 설립의무와 그 운영을, 그리고 국가가 설립한 시설의 운영을 민간에게 이양하는 것을 볼 수 있다. 국가와 민간의 상호협조체계에서 법인은 매우 중요한 역할을 하는데 국가의 보조금 예산책정에 의해 민간주도인지 국가와 민간의 상호협조체계인지가 결정된다고 하겠다. 그러나 본법에서는 법인에 의한 시설의 운영에 국가가 매우 미약한 재정보조만을 해주게 됨에 따라 역시 기존의 민간주도형 복지체제를 그대로 유지하게 됨을 알 수 있다.

또한 6항의 내용은 다른 정신의료시설에서는 명시되지 않은 것으로 사회복지시설에서만 적용되어야 할 타당한 이유를 찾기 어렵다. 따라서 이 조항은 삭제되어야 할 것이다.

### (3) 지도감독

제36조 (보고·검사등) ① 보건사회부장관 또는 시·도지사는 정신의료시설의 설치·운영자로 하여금 당해 시설에 관하여 필요한 보고를 하게 하거나 관계공무원으로 하여금 당해 시설의 장부·서류 기타 운영상황을 검사하게 할 수 있다.

② 보건사회부장관 또는 시·도지사는 대통령령이 정하는 바에 의하여 각 정신보건심의위원회로 하여금 정신의료시설에 출입하여 입원한 정신질환자들에 대하여 입원의 적절성여부, 퇴원의 필요성 또는 처우에 관하여 심사하게 할 수 있다.

제25조 (정신보건심의위원회) ① 정신보건에 관하여 보건사회부장관 및 시·도지사의 자문에 응하고 제28조 및 제32조의 규정에 의한 심사를 하기 위하여 보건사회부장관 소속하에 중앙정신보건심의위원회를, 시·도지사 소속하에 지방정신보건심의위원회를 둔다.

제12조 (요양·복귀시설의 설치·운영) ④ 요양·복귀시설에서의 정신질환자의 입·퇴원, 요양 및 사회복지를 위한 훈련 등 의료에 있어서는 보건사회부장관이 정하는 바에 의하여 정신과전문의의 지도에 따라 행하여야 한다.

지도감독에는 시설 운영에 관한 행정적인 지도감독과 전문적 서비스 내용에 관한 전문적인 지도감독이 있다. 특히 민간에게 위탁한 경우 시설이 규정을 준수하고 있는지에 대한 국가의 지도감독은 철저해야 할 것이다. 정신의료기관에 관련된 기준들을 정함에 있어서는 무엇보다도 전문적인 감독기관을 설정하고 그에 위임하여 전문성을 갖도록 하며, 중립적인 입장에서의 감독이 중시되어야 할 것이다. 대형정신병원의 폐해가 큰 것으로 알려져 있으므로 이에 대한 구체적인 병상규모 제한규정이 필요하며 이는 강제규정으로서 시행령에 포함되어야 할 것이다. 전문적인 서비스에 대한 국가

의 지도감독 역시 중요한데 이는 다양한 전문가로 구성된 전문가 집단에 맡겨져야 할 것이다.

지도감독의 역할과, 대통령의 자문, 입·퇴원 결정 등의 다양하면서도 매우 중요한 역할을 담당하게 되는 정신보건심의위원회는 2항에서 규정했듯이 5-15명의 위원의 수, 2년의 임기 등은 좋다. 그러나 누가 위원이 되는가에 관해서는 좀더 구체적으로 밝히는 것이 좋을 것이다. 3항에서 규정하듯이 판·검사와 변호사 등 법적 지식과 경험을 가진 자가 중요하다면, 정신과전문의 뿐 아니라 정신간호사와 임상심리사도 중요하며 결국에는 사회복지로 구결됨에 따라 임상사회복지사의 참여 역시 위원회 구성상 매우 중요하다고 하겠다. 또한 정신질환 자체에 대한 전문지식이 없는, 또한 편견없는 일반시민의 참여도 중요하게 여겨야 할 것이다. 따라서 이 모든 사람들의 배합으로 이 위원회가 구성되어야 함을 법안에서 밝히는 것이 바람직하다고 사려된다. 또한 중앙위원회와 지방위원회의 역할분담을 명확히 할 필요가 있다.

단, 12조 4항에서의 정신과전문의의 지도에 관한 사항은 요양시설과 사회복지시설을 분리해서 언급하여야 할 것이다. 요양시설에서의 정신질환자의 입·퇴원 및 요양 등 의료 및 간호행위로 간주되는 것은 정신과전문의의 지도에 따라 행해져야 할 것이다. 반면에 입원시설이 아닌 이용시설로 규정되어 있는 사회복지시설에서의 사회복지를 위한 훈련 등은 의료행위가 아니라 사회재활에 초점을 둔 사회적 행위이므로 임상사회복지 전문가의 전문성을 인정하여 필요에 따라 정신과전문의의 자문을 요청할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 사회복지를 위한 훈련까지도 의료라고 규정지으면서 정신과전문의에게 지도감독을 받아야 한다는 것은 사회복지의 개념을 왜곡하는 것일 뿐 아니라 정신과전문을 제외한 나머지 전문인들의 전문성을 무시하는 처사이다.

### 3) 정신보건시설

**제13조 (정의) ② “정신의료시설”이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관·정신요양원 및 사회복지시설을 말한다.**

**제13조 (정신의료시설의 시설기준등)**

법안 제2장에서 정신의료시설에 관해 설명하고 있다. 정신의료시설로서 정신의료기관, 정신요양원, 사회복지시설을 들고 있는데 사회복지시설은 의료시설이 아닌 사회복지시설로 간주되므로 위의 3가지 종류의 시설들을 정신의료시설보다는 정신보건시설로 묶는 것이 더 바람직하겠다. 더구나 정신의료시설과 병원을 통털어 일컫는 정신의료기관과는 혼돈도 된다. 따라서 본인은 법안에서 정의하는 정신의료기관을 정신의료시설로 규정하고자 하며 정신의료시설보다는 정신보건시설이 더 적합한 용어라고 주장하고자 한다.

#### (1) 정신의료시설

**제13조 (정의) ③ “정신의료기관”이라 함은 의료법에 의한 정신병원·정신과의**



원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 말한다.

제8조 (정신병원의 설치등) ① 국가는 정신병원을 설치·운영하여야 한다.

② 서울특별시·직할시 또는 도지사 (이하 "시·도지사"라 한다)는 지역실정에 따라 국가 또는 지방자치단체외의 자가 설치·운영하는 정신의료기관을 지정하여 활용할 수 있다. 이 경우 당해 정신의료기관의 설치·운영자와 미리 협의하여야 한다.

국가 또는 지방자치단체의 국공립정신병원의 설치는 이제 그 병상수와 환자수의 비율로 볼 때 이제 부족하지 않다. 다만 그 운영의 노력이 문제이다. 그럼에도 불구하고 제8조 1항에서는 국가가 정신병원을 설치·운영하여야 한다는 국가의무조항을 두고 있다. 반면에 사회복지시설은 거의 전무함에도 불구하고 제12조 1항에서 "---할 수 있다"라고 임의조항으로 두고 있다. 요양시설은 전국에 76개가 있으며 18,168명을 정원으로 하고 있다.

요양·복지시설에 관하여는 국가의 책임이 명기되지 않아 정신질환자들의 요양과 사회복지에 관해서는 전적으로 민간에게 그 책임을 돌리고 있는데 정신병원으로 하여금 정신요양시설의 역할과 기능까지 담당하도록 하여 정신병원의 정신요양시설화가 되지 않을까 염려된다. 현재 존재하지도 않는 사회복지시설을 설치하면서 국가가 책임을 매우 미약하게 지고 있어 거의 민간에게 떠넘기려하는 듯하다.

<표1> 정신의료시설 현황 (94년 말)

종류	시설수 (%)	병상수 (%)
국립정신병원	4 ( 8.0)	2,350 (11.97)
공립정신병원	11 ( 2.3)	2,609 (13.29)
민영정신병원	24 ( 5.1)	7,024 (35.78)
종합병원 정신과	118 (24.8)	4,077 (20.77)
일반병원 정신과	19 ( 4.0)	2,340 (11.92)
정신과 의원	299 (62.9)	1,230 ( 6.27)
계	475	19,630

출처: 보건복지부, '95 정신보건사업지침, 1995.

<표1>에서 보듯이 정신질환자들의 치료 및 요양을 위해 국가가 인정한 병상은 의료기관의 경우만 보더라도 현재 19,630병상이며 95년 신축계획으로 있는 국립 1개와 공립 1개를 합하면 약 20,447병상이 될 것으로 예상된다 (국립정신병원의 평균 병상수는 587병상이고 공립정신병원의 평균 병상수는 230병상이므로). 여기에 요양기관을

합하면 현재 총 37,798병상이고 95년까지 약 38,615병상이 될 것으로 예상된다. 이것은 세계보건기구가 제안하는 선진국형의 바람직한 병상수를 훨씬 넘는 숫자이다. 세계보건기구는 전체 인구의 0.05-0.07%에 달하는 병상수를 바람직한 병상수로 제안하고 있는데 우리나라에 이 수치를 적용하면 21,000병상에서 29,400병상이 필요하다는 계산이 나온다. 따라서 20,447병상은 제대로 운영만 된다면 충분한 병상수이며, 요양기관까지 합한 38,615병상은 충분하고도 남는 병상수이다. 더구나 선진국에서는 30여 년전부터 대형정신병원의 탈시설화 정책과 지역사회 정신건강이라는 새로운 접근법의 활발한 적용으로 병상수를 대폭 줄여가고 있는 실정이다.

따라서 이제부터 우리나라도 병상확충에만 노력을 기울일 것이 아니라 지역사회를 기반으로 하는 사회복지사업에 노력을 기울여야 할 것이다.

## (2) 사회복지 및 재활시설

제3조 (정의) ⑤ “사회복지시설”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 입원시키지 아니하고 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

제12조 (요양 복지시설의 설치 운영) ① 국가 또는 지방자치단체는 요양 복지시설을 설치 운영할 수 있다.

③ 정신의료법인 기타 비영리법인과 정신과전문의·임상심리사·정신의료사회복지사는 시·도지사의 허가를 받아 사회복지시설을 설치 운영할 수 있다.

④ 요양 복지시설에서의 정신질환자의 입·퇴원, 요양 및 사회복귀를 위한 훈련 등 의료에 있어서는 보건사회부장관이 정하는 바에 의하여 정신과전문의의 지도에 따라 행하여야 한다.

⑤ 요양 복지시설의 이용 및 운영에 관한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

우선 요양시설과 사회복지시설을 요양복지시설로 합성하여 사용하지 말아야 한다. 요양시설은 수용시설이고 사회복지시설은 이용시설로서 두개가 형태 및 기능이 판이하게 다르기 때문이다.

사회복지 및 재활에 관해서는 정신병원의 경우와 마찬가지로 국가가 의무적으로 사회복지시설의 설립을 책임져야 한다. <표1>에서 보듯이 정신의료시설은 이미 그 기본선을 넘고 있으며 반면에 사회복지시설은 현재 전무하다. 그와같은 기능을 해오고 있던 시설을 들어 본다면 알려진 것만 간주할 때 2개 시설에 총 100여명의 정원을 확보하고 있는게 고작이다. 여기에 각 정신병원의 낮병원을 포함한다고 해도 그 수는 많지 않을 것이다 (낮병원의 정확한 수는 파악된 바 없다). 빠른 시일내에 사회복지시설이 설립되어야 할 것이다.

사회복지시설과 관련하여 그 기준, 고용직원, 기능에 대한 언급은 전혀 없이 구체적인 사항을 모두 시행령으로 넘기고 있다. 그러나 이 시설이 매우 생소한 것인 만큼 모든 규정을 시행령에 미루지 말고 최소한의 시설과 장비, 종사자의 수, 자격, 역할 등에기본적인 사항만큼은 모범에서 언급하여야 할 것이다.

사회복지시설은 지역사회(시,군,구: 인구가 많은 대도시의 구는 시설의 규모를 조정할 수 있다)를 단위로 하나의 시설을 갖게 하는 것이 바람직할 것이다. 시설은 이미 지역사회 단위구역(catchment area)당 하나씩 있는 지역사회종합복지관을 활용하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 지역사회종합복지관에 위탁운영하도록 하며, 정부는 복지관 보조금 예산과는 별도로 사회복지서비스를 위한 보조금 예산을 책정하도록 하고, 서비스의 전문성 및 자율성과 독립성을 보장해 주는 지도감독체제를 정립하여야 한다.

이러한 형태의 시설의 크기는 너무 크지도 않고 작지도 않은 것으로 시설 종사자 수는 10인 정도가 적당하며 이용자 수는 30명 정도가 적당하다고 사려된다. 사회복지를 위한 전문가 팀은 임상사회복지사를 중심으로 정신과전문의, 정신과간호사, 임상심리전문가, 작업치료사, 준전문가 등을 포함할 수 있다.

앞에서도 이미 언급한 바 있으나 12조 4항에 대해 다시 한번 그 부당함을 강조하고자 한다. 정신의료사회복지사(임상사회복지사)는 치료, 재활, 요양, 사회복지, 예방에 있어 전문가로서 매우 중요한 역할을 담당하고 있다. 특히 사회복지시설에서 이들의 중요한 역할은 아무리 강조하여도 지나치지 않을 것이다. 정신의료사회복지사는 시도지사의 허가를 받아 독자적으로 사회복지시설을 설치, 운영할 수 있는 독자적인 전문성을 지니고 있음에도 불구하고 정신과 전문의의 지도에 따라 사회복지를 위한 훈련을 행하여야 한다는 것은 업무수행의 비현실적인 적용이라는 점에서 수정되어야 할 것이다. 사회복지를 위한 훈련은 재활치료 등을 포함할 수 있으나 이때의 치료는 의료행위로서의 치료가 아니기 때문에 의료진의 지도를 받아야 할 필요는 없다. 대신에 의료진의 자문을 구할 수는 있다고 판단됨에 따라 지도대신에 자문을 받는 것은 용납될 수 있다.

### (3) 요양시설

제3조(정의) ④ “정신요양원”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정기 입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

제12조 (요양·복지시설의 설치·운영) ② 정신의료법인 기타 비영리법인은 시도지사의 허가를 받아 정신요양원을 설치·운영할 수 있다.

현재 정신질환자요양시설은 의료법이 아닌 사회복지사업법의 규정에 의해 설치, 운영되고 있다. 이 법이 통과하면 부칙 제3조에서 “2년이내에 이 법에 의한 시설기준에 적합하도록 하여야 한다”라고 명시하고 있으나 법안 내용자체에 시설기준이 그 기본조차 밝혀지지 않고 모두 시행령으로 넘기고 있음에 따라 이 법이 통과한다고 하더라도 요양시설은 어떤 형태가 될 것인지에 대한 기본적인 그림이 떠오르지 않는다. 따라서 법제정 후에도 요양시설은 지금의 형태 그대로 존재하게 될 것이라는 판단이다.

정신질환자요양시설은 <표2>에서 보듯이 30명 부터 650명 까지를 정원으로 하고 있어 그 크기도 매우 다양하다. 현재 정원을 초과하고 있는 요양시설도 많다. 요양시설에 수용된 정신질환자들의 실태는 상세히 조사된 바는 없으나 이들의 수용기간은 1년 이상의 장기수용으로 나타나고 있다. 한 요양시설의 예를 들어보면, 10년이상 수용된 사람이 30.8%, 5년-10년간 수용된 사람이 22.1%, 1년-5년간 수용된 사람이 16.7%, 그리고 1년미만이 30.4%로 수용자들의 반 수 이상이 한번 들어오면 5년이상씩 퇴원하지 못하고 장기수용되어 있는 실정이다. 놀라운 것은 수용된 정신질환자들의 51.5%가 굶 등의 무속치료를 포함하는 어떤 형태로도의 치료의 경험이 전혀 없다는 사실이다.

<표2> 정신질환자요양시설 현황 (94년 말)

지역별	시설수	정원	현원	수용비율
서울	1	640	633	98.9
부산	10	3,218	3,147	97.8
대구	3	800	712	89.0
인천	1	100	76	76.0
광주	3	620	630	101.6
대전	4	1,217	1,204	98.9
경기	8	1,821	1,368	75.1
강원	1	165	176	106.7
충북	7	1,750	1,587	90.7
충남	13	2,186	2,298	105.1
전북	5	1,090	1,174	107.7
전남	4	1,173	1,480	126.2
경북	7	1,316	1,442	109.6
경남	8	1,922	1,913	99.5
제주	1	150	159	106.0
계	76	18,168	17,999	99.1

출처: 보건복지부, '95 정신보건사업지침, 1995.

정신요양시설에 종사하는 전문요원은 사회복지사업법에서 설정한 사회복지시설의 설치기준에 따라 채용되는데 이중에서 정신장애인 요양이나 치료에 필요한 전문적인 교육을 받은 의사나 의료/정신의료사회사업가는 1명도 없다. 정신과 의사는 모든 시설에서 촉탁의제도를 채택하여 촉탁의 1명이 1달에 1-4번 평균 238명에 달하는 정신질환자들의 진료를 담당하도록 하고 있으며 의료/정신의료사회사업가에 의한 사회성훈련 등의 재활프로그램은 전무하다. 즉, 정신질환자들의 지속적이고 장기적인 치료 및 사회복지를 위한 실질적인 복지사업을 위하여는 전문적인 프로그램이 전혀 없다는 것을 간접적으로 알 수 있다. 그러나 이같은 요양시설의 문제점을 개선하고자 하는 의지는 법안 어디를 찾아보아도 없다.

물론 요양시설에 오래 있었다는 사실 자체가 문제가 되는 것은 아니다. 또한 요

양시설이 불필요하다는 것도 아니다. 요양시설은 물론 절대적으로 필요한 시설이다. 다만 대단위 폐쇄시설에서 의료혜택은 받지 못한채 오래동안 수용되어 있었을 때 오는 피해가 큰 것으로 알려져 있기 때문에 가급적이면 참된 요양을 위해 존재하는 시설로서 거듭날 수 있도록 국가의 뒷받침이 필요하다는 것을 주장하는 것이다. 이를 위하여는 최대 100명 이하의 중소규모의 시설이 되어야 하며, 열려있는 쾌적한 환경을 보장해주는 의료가 보장되는 시설이어야 한다.

#### 4) 정신보건인력

제7조 (정신보건전문요원) ① 보건사회부장관은 정신보건분야에 관한 전문지식과 기술을 가진 자에게 정신보건전문요원의 자격증을 교부할 수 있다.

② 정신보건전문요원은 임상심리사 및 정신의료사회복지사로 한다.

③ 정신보건전문요원의 업무의 범위·한계 및 자격·등급·자격증의 교부절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

정신보건전문요원로서의 사회복지사를 정신의료사회복지사라는 명칭으로 지칭하는 것은 다소 협소한 의미를 내포하고 있다. 지역사회에 기반을 둔 사회복지시설을 설치, 운영할 수 있는 자로서의 사회복지사는 비단 정신의료 뿐 아니라 지역사회와 관련된 포괄적이면서도 전문적인 지식을 가진 임상적 경험이 있는 자이므로 그 명칭 역시 그와같은 의미가 반영된 것으로 수정되어야 함이 마땅하다. 여기서는 임상사회복지사로 대치될 것을 제안한다.

정신보건전문요원으로서 임상심리사와 정신의료사회복지사만으로 한정지은 것은 다소 제한적이다. 정신보건인력은 그 전문직의 종류가 다양할 수록 바람직하다고 하겠다. 따라서 임상사회복지사 뿐 아니라 임상심리사, 정신간호사, 작업치료사, 직업재활치료사 등도 포함되어야 할 것이다. 여기에 준전문가(paraprofessional)들도 전문요원과 구별되면서 같이 포함되어도 좋을 것이다. 또한 이들의 업무의 범위, 한계, 자격, 등급 등은 대통령령으로 하되 자격증은 각 전문가 단체에서 각 전문직에 대한 자격증을 취득한 것으로 대치하도록 한다.

<표3> 정신보건전문인력 (94년 말)

구분	명	구성비
정신과전문의	1,398	80.5
사회복지사	144	8.3
임상심리사	129	7.4
정신간호사	58	3.3
작업치료사	7	0.4
계	1,736	

출처: 보건복지부, '95 정신보건사업지침, 1995.

## 5) 치료 및 사회복지 서비스

정신보건법은 법안 제1조에서 명시하고 있듯이 정신질환이라는 병리적 상태의 개선에 국한되지 않고 전 국민의 정신건강을 보장하는 법이라고 그 실체를 규정하고 있다. 그럼에도 불구하고 보호 및 치료의 장에서는 제1조의 실체에 조응하는 치료, 예방, 재활, 보호의 내용이 제대로 나타나지 않고 있다. 법안은 제3장 보호 및 치료에서 치료와 보호에 대한 규정을 명시하고 있으나 예방과 재활에 대해서는 아무런 언급이 없다. 뿐만 아니라 제3장의 총 7조항중에서 2조항(18,19조)은 보호의무자에 대한 규정 및 의무에 대해 명시하고 있으며 5조항(20-24조)은 입원에 대해서만 구체적으로 명시하고 있을 뿐 다른 사항에 관해서는 언급이 없다.

그러나 정신질환의 치료는 단순히 입원이나 병리적 상태의 개선이 아니라 이에 따른 재활 및 사회복지와의 연속선상에서 보아야 할 확대된 개념이다. 따라서 정신질환의 치료는 단순히 입원이나 수용이라는 소극적인 차원이 아니라 보다 적극적이고 개방적인 개념으로 대치되어야 하리라고 본다. 또한 정신질환의 발생 뿐만 아니라 재발까지도 예방하도록 하는 조항이 필요하다. 이에 다음과 같은 조항이 신설되어야 할 것이다.

“국가 또는 지방자치단체는 정신질환자가 입원치료 후 재발방지 뿐 아니라 재활 및 사회복지를 위하여 병원으로의 통원치료와 사회복지시설에서의 재활치료 등을 받을 수 있도록 필요한 조치를 하여야 한다.”

- |                    |   |                 |
|--------------------|---|-----------------|
| (1) 입원치료           | } | 3)의 정신보건시설의 내용과 |
| (2) 재활치료 및 사회복지서비스 |   | 중복되는 부분이 많으므로   |
| (3) 요양치료           |   | 생략함             |
| (4) 비자발적인 입원       |   |                 |

**제22조 (평가입원) ①** 시·도지사는 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 명백히 인정되는 자에 대하여 그 증상의 진단과 적절한 치료조치의 평가를 위하여 직권으로 정신의료기관에 입원하게 할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의한 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준은 제25조의 규정에 의한 중앙정신보건심의위원회의 심의를 거쳐 보건사회부장관이 정한다.

③ 제1항의 입원 및 진단은 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에서 행하여야 하며, 그 기간은 2주이내로 한다.

**제23조 (시·도지사에 의한 입원) ①** 시·도지사는 제22조의 규정에 의한 진단 결과 당해 정신질환자에 대하여 입원이 필요하다는 2인이상의 정신과전문의의 일치된 소견이 있는 경우 당해 정신질환자에 대하여 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 제8조2항의 규정에 의하여 시·도지사가 지정하는 정신의료기관에 입원치료를 의뢰할 수 있다.

평가입원을 2주, 시도지사에 의한 입원을 3개월 (33조)로 정해놓은 것과 입원결정에 불복할 경우 퇴원을 청구할 수 있도록 조치한 것등은 매우 바람직하다. 그러나 평가입원을 국가나 지방자치단체가 설치 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에서 행하도록 한 것과, 시도지사에 의한 입원을 시도지사가 지정하는 정신의료기관에 의뢰할 수 있도록 한 것은 바람직하지 못한 결정이라고 생각된다.

물론 응급입원은 아니지만 동의를 얻지 못하는 상황에서 입원을 시켜야 한다는 것은 사태가 급박함을 의미하는데 평가입원은 특히 중앙정신보건심의위원회를 거쳐야 입원이 결정나기 때문에 평가입원의 실용도 면에 있어 매우 떨어진다고 하겠다.

따라서 본인은 평가입원의 대상 기관을 국공립 정신병원으로 한정하는 것을 제안한다. 그 이유는 평가입원과 시도지사에 의한 입원은 그 진단과 치료비의 일부를 국가가 부담할 수 있을 정도로 국가의 책임하에 있는 것이므로 국공립병원이 책임지는 것이 당연하다고 생각된다. 또한 하나의 평가입원사례를 판단하기 위해 중앙정신보건심의위원회가 소집되는 것도 쉽지 않은 일이므로 편의상 정해진 병원에만 평가입원과 시도지사에 의한 입원을 허용하는 것이 바람직하다.

## 6) 재정

정신장애인복지는 그 어떤 분야보다도 국가의 책임이 요구되고 있는 분야인 만큼 국가책임의 부분을 의료비용과 관련하여 살펴보아야 할 것이다. 정신장애로 인하여 수입원에 제한을 갖고 있는 정신장애인들을 위한 치료, 재활, 취업 등에 관한 국가의 의무를 강화해야 할 것이다.

### (1) 부담금과 보조금

**제46조(정부부담금)** ① 국가와 지방자치단체는 제22조(평가입원) 및 제23조(시도지사에 의한 입원)의 규정에 의한 진단 및 치료에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있다.

**제47조(비용의 징수)** 요양·복귀시설의 설치·운영자는 그 시설을 이용하는 자로부터 보건사회보장관이 정하여 고시하는 비용징수한도액의 범위안에서 그에 소요되는 비용을 징수할 수 있다.

**제48조(보조금)** ① 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 요양·복귀시설의 설치·운영자에 대하여 예산의 범위안에서 그 운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

법안에 의하면 국가는 평가입원과 시도지사에 의한 입원에 드는 비용에 관해서만 전부 또는 일부를 부담하고 있으며 사회복지에 드는 비용은 국가보조 가능성의 형태로만 규정하고 있다. 지금까지 사회복지법인 정신요양시설에는 사회복지사업법에 의하여 국가가 사회복지사업비 보조라는 명목으로 정기적인 재정보조를 의무적으로 하고 있던 것에 비해 이번의 법안은 요양시설에 대한 국가책임범위에 있어 차라리 퇴행

하고 있다. 그러므로 국가의 재정부담과 관련된 본 법안의 조항들은 제한적이고 미온적인 명사에서 벗어나 의무조항으로 규정되어야 하며 특히 재활과 사회복귀에 관련된 국가의 보조가 명확하게 제시되어야 할 것이다.

제47조의 법안이 현실적으로 타당하게 적용되기 위해서는 의료보험 및 의료보호 전반에 걸친 제도적인 기반의 수립이 선행되어야 한다. 지금처럼 의료보험제도가 재활 및 사회복귀에 대한 비용을 전혀 보조해 주지 않는 상태에서는 요양복귀시설을 이용하는 정신장애인들에게 과도한 부담을 주게 되는 만큼, 요양복귀시설에서 제공되는 서비스 중 몇개 부분이라도 의료보험 및 의료보호가 적용될 수 있도록 제도적인 변화가 이루어져야 하리라고 본다. 따라서 의료보험 및 의료보호의 적용을 받는다는 조항을 신설해야 한다.

## 7) 삶의 질

### (1) 환자의 권익보장

제46조 (정신의료시설의 설치·운영자의 의무) 정신의료시설의 설치·운영자는 정신질환자와 그 보호의무자에게 이 법에 의한 권리와 권리의 행사에 관한 사항을 알려야 하며, 입원중인 정신질환자가 같은 연령의 정상인과 유사한 환경에서 생활할 수 있도록 노력하여야 한다.

제38조 (권익보호) ① 누구든지 정신질환자이었다는 이유로 교육 및 고용의 기회를 박탈하거나 기타 불공평한 대우를 하여서는 아니된다.

제39조 (비밀누설의 금지등) 이 법에 의하여 정신질환자에 관련된 직무를 수행하였던 자 또는 수행하는 자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 직무의 수행과 관련하여 알게 된 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다.

환자의 권리가 보장되는 조항들이다. 환자의 알권리, 비밀보장 등이 언급되어 있으며, 입원중임에도 불구하고 정상인과 유사한 생활을 보장해주고자 하는 노력은 매우 고무적이다. 제38조의 경우 권익보호는 좋으나 1항에 “정신질환자이었다는 이유로”의 과거형 표현은 적절하지 못하다. 정신질환의 특성인 만성화를 고려할 때 이들중 많은 경우가 심한 증상의 소멸 후에도 계속해서 치료를 받아야 하는 정신질환자임을 감안해 본다면 현재형으로 표기되어야 할 것이다.

### (2) 보호자의무

제19조 (보호의무자의 의무) ① 보호의무자는 피보호자인 정신질환자로 하여금 적절한 치료를 받도록 노력하여야 하며, 정신과전문의 진단에 의하지 아니하고 정신질환자를 입원시키거나 입원을 연장시켜서는 아니된다.

② 보호의무자는 보호하고 있는 정신질환자가 자신 또는 타인을 해치지 아니



하도록 유의하여야 하며, 정신과전문의의 진단에 따라 정신질환자가 입원할 수 있도록 협조하여야 한다.

③ 보호의무자는 정신질환자의 재산상의 이익등 권리보호를 위하여 노력하여야 하며 정신질환자를 유기하여서는 아니된다.

보호자의 의무조항은 좋으나 자칫하여 그러지 않아도 보호의 부담을 겪고 있는 보호자의 책임과 의무만 강조하다가 이들의 권리를 무시하게 되지 않을까 우려된다. 이들도 환자를 돌보면서 환자를 위해 각종 의료 및 재활서비스에 노출되어 있는 클라이언트(consumer)이기 때문이다.

### (3) 환자의 기본권

인간의 기본권인 의식주 중에서 특히 주거와 관련된 것은 국가가 어느정도 책임을 지어야 한다. 부모가 부양중일 때는 그래도 부모에게 의존할 수 있으나 부모가 사망하고 나면 이들을 보호해줄 사람이 없어지며 또한 주거도 안정하지 못함에 따라 이들이 불필요하게 요양시설을 차지하게 되는 경우가 많다. 이들을 요양시설에 방치해두지 말고 지역사회로 돌려보내기 위해서는 작은 시설, 즉, 우리가 살고 있는 공간과 같은 곳에서 정신질환자들이 생활할 수 있도록 해야 할 것이다.

정신장애로 인해 수입원에 제한을 갖고 있는 정신장애인들에게 장애인복지법에서 규정하는 바처럼 장애인연금을 받을 수 있는 법적 조치가 있어야 한다.

## IV. 맺음말

정신보건법은 정신질환자의 치료, 재활, 그리고 보호관리에 관한 기본 골격을 설정할 뿐 아니라, 구체적인 해결방안을 틀지운다는 점에서 대단히 중요하다. 그러나 우리나라의 정신보건법안은 아직까지 구체적인 해결방안을 위한 틀을 보이지 않고 있다. 특히 사회복지법으로서의 정신보건법이 되기 위해서는 법안에 많은 수정이 있어야 할 것이다.

현재 우리나라에서 가장 시급한 것은 정신의료 전달체계의 확립과 시설의 개선이다. 그러나 법안에서는 정신의료 전달체계의 확립은 고사하고 시설의 개선조차도 기대할 수 없는 형편이다.

참고로 복지선진국에서는 이미 30-40년전에 대형시설 중심의 탈시설화를 시작하여 지역사회에 기반을 둔 정신건강센터를 설립하여 지역사회내에서의 사회복지권을 담당하고 있으며 이를 중심으로 질적이고 통합적인 정신보건 서비스의 전달체계를 확립하고 있다. 지역사회와는 비교적 분리되어 존재하는 대형정신병원이나 요양원도 필요하겠지만 지역사회와 비교적 가까운 거리에서 단기간 요양을 필요로 하는 정신장애인이

활용할 수 있는 단기보호시설로서의 소규모 집단거주지 역할을 담당하는 정신요양원도 필요하다. 이를 위한 시설기준, 감독체제의 마련이 중요하며, 감독을 국가적 차원에서 중립적, 전문적으로 이루어져야 할 것이다.

따라서 이와같은 전문적인 사업이 실현되기 위해 사회복지사들은 사례관리의 개념을 활용하는 것이 도움이 될 것이다. 지역사회정신건강의 센터역할을 할 기관으로는 지역사회종합복지관이나 앞으로 보급될 보건복지사무소를 지적하고 싶다.