

국내 정신보건 서비스 현황과 정신과 작업치료사의 역할

강대혁*, 김선옥**

*한서대학교 작업치료학과

**순천제일대학 작업치료과

국문초록

본 연구는 국내 정신보건 서비스 실태와 제도를 조사하여 문제점을 파악하고 외국의 사례와 비교하여 개선방안을 모색하기 위해 시행되었다. 우리나라의 정신보건법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 1995년 제정되었다. 이후 3차례의 개정을 거쳐 최근 정신질환자의 인권보호강화 및 작업요법에 대한 근거 신설(제46조의 2) 등을 주요내용으로 일부 개정되어 '작업요법'이 재활서비스의 중요한 부분으로 명기 되었다. 그러나 국가인권위원회가 2008년 10월부터 12월까지 국·공립병원 3개소와 민간병원 4개소를 대상으로 정신보건시설 방문조사 결과 작업치료부재 또는 종류 부족, 작업치료 계획과 평가, 작업치료일지 작성 미흡, 작업치료의 명목의 화장실·병동 간호사실 청소 및 중증환자 간병 등의 인권 침해사례가 보고 된 바 있다. 이에 대한 근본적인 원인은 부적합한 용어(작업요법)의 사용으로 상위법(정신보건법)과 하위법(시행규칙) 간의 모순을 초래하여 작업치료서비스가 작업치료사가 아닌 비전문가에 의해 제공되고 있는데 기인한다. 따라서 정신보건법 개정 기본 취지인 정신질환자의 인권을 보호하고 양질의 정신보건서비스 제공을 보장하여 정신보건시설 내의 작업치료에 대한 신뢰를 회복하기 위해서는 제도 개선이 시급하다. 즉 정신보건법에 작업치료의 정의와 작업치료사의 업무범위를 명시하고 작업치료사가 정신과 필수인력으로서 종사할 수 있도록 관련 법률개정이 이루어져야 한다. 우선적으로 이러한 제도적 보완이 이루어 질 때 그에 따른 정신과 작업치료사의 전문성 확립도 기대할 수 있을 것이다.

주제어 : 작업치료, 정신보건서비스, 정신보건전문요원

I. 서 론

우리나라 정신장애 추정환자 수는 1996년 약 1백만(김수진, 2000)에서 2006년 약 4백만으로 10년 사이 4배가 증가된 것으로 보고되었다(보건복지부, 2007a). 또한 전반적인 복지에 대한 관심증가와 함께 정신건강에 대한 수요가 급증하여 정신건강서비스의 양적 및 질적 확충이 절실하게 되었다(보건복지부, 2007b). 최근 사회의 변화와 요구로 정신질환자의 인권보호강화, 정신보건서비스 전달

체계 확립, 사회복귀시설의 다양화 및 작업요법에 대한 근거 신설(제46조의 2) 등을 주요내용으로 '정신보건법'이 개정(법률 제8939호, 2008. 3. 21. 일부개정, 2009. 3. 22. 시행)되었다. 이에 따라 정신보건사업을 수행하는 기관 또는 단체의 위탁범위를 확대하고, 지역별 정신보건심의위원회의 구성·운영을 위한 세부적인 사항을 정하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 목적으로, 정신보건법 시행령과 시행규칙 또한 일부 개정되었다(법제처, 2008b, 2008c, 2008d, 2008e).

교신저자 : 강대혁 (daehyuk@hanseo.ac.kr)

* 본 논문은 대한작업치료사협회 정책과제로 수행되었음.

|| 접수일: 2010. 01. 30 || 심사일: 2011. 03. 07

|| 게재승인일: 2011. 03. 18

그러나 현행 정신보건법은 작업치료를 작업치료사가 아닌 정신보건전문요원이 제공하도록 함으로써 법 개정 본래의 취지를 살리지 못하고 있는 실정이다. 특히 국가인권위원회가 2008년 10월과 12월 사이 국·공립병원 3개소와 민간병원 4개소를 대상으로 정신보건시설 방문조사 결과 ‘작업치료부재 또는 종류 부족,’ ‘작업치료 계획과 평가, 작업치료일지 작성 미흡,’ ‘작업치료의 명목으로 인권 침해-화장실·병동 간호사실 청소 중증환자 간병’ 사례가 보고되면서(국가인권위원회, 2008) 정신질환자의 인권을 보호하고 양질의 정신보건서비스 제공을 보장하여 정신보건시설 내의 작업치료에 대한 신뢰를 회복하기 위해 작업치료사의 역할이 주목 받게 되었다.

정신과에서 작업치료의 중요성은 역사적 전통에서 확인 할 수 있다. 작업치료의 탄생은 19세기 초 근대 정신의학의 획기적인 발전을 가져 온 인도주의적 치료(moral treatment) 운동에 그 뿌리를 두고 있다(Gordon, 2009). 방부제(antisepsis), 마취제(anesthesia)의 발명과 더불어 근대 의학의 3대 혁명 중 하나로 꼽히는 인도주의적 치료는 프랑스의 Philippe Pinel과 영국의 William Tuke가 최초로 시행한 정신질환자를 위한 치료법이다. 이 치료법은 당시 정신과 치료법으로 주로 사용되었던 신체적 가혹행위 대신 쾌적한 환경에서의 규칙적인 생활, 취미활동, 생산적인 활동과 같은 개인에게 의미 있는 작업을 통하여 스스로를 돌보고 사회에 참여할 수 있는 기회를 제공하여 보다 효율적으로 정신과 질환을 치료할 수 있다는 신념과 사람에 대한 존중을 기초로 하고 있다(Paterson, 2008). 이렇게 작업치료가 정신과에서부터 출발하여 발전하였지만, 한국의 경우는 6·25이후 전상자 치료를 위하여 도입되면서 정신과 작업치료보다는 정양원(현재, 국립재활원), 동산병원, 삼육재활원, 메리놀병원 등에서 신체질환 치료 중심으로 발전하게 되었고 초기에는 정식 교육기관이 아닌 수련병원을 통해 양성된 소수의 작업치료사에 의해 작업치료서비스가 제공되었다(이미자, 1998). 그러나 2010년 현재 정식 작업치료 교육기관의 수는 48개(4년제: 21개교, 3년제: 27개교, 입학정원: 1,760명)로 늘었고 작업치료사 면허 취득자도 3,500명을 넘어섰으며 현재 입학정원을 기준으로 매년 1,000명 이상의 작업치료사가 배출될 것으로 예상된다(대한작업치료사협회, 2010). 따라서 정신질환자들이 각자에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로

사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료 및 교육하는 작업치료사가 정신과 필수인력으로서 적극적으로 참여해야 할 시점에 와 있다고 하겠다. 특히 정신과 작업치료의 1차 목표는 격리 및 수용이 아닌 사회복귀, 즉 의미 있는 작업을 통한 사회 참여에 초점을 두므로 치료 효과 향상을 통한 정신보건서비스의 질적 개선이 예상된다(Earle, 1999; Gordon, 2009).

따라서 본고에서는 우리나라 정신보건제도의 변화에 맞추어 정신과 작업치료사의 역할을 정립하기 위해 국내 정신보건 서비스 현황과 문제점을 살펴보고 주요 OECD 국가의 사례와 비교하여 개선방안을 제시하고자 한다.

II. 본 론

1. 우리나라 정신보건의 역사

1) 구금시대의 정신보건정책(1984년 이전)

이 시기는 2단계로 나누는데 첫 번째 단계는 정신보건의 낭만적 이상주의 시대로 1945년부터 1960년대 초까지 이르는 시기이다. 해방이후부터 한국전쟁을 거치기까지 보건당국은 창살 없는 현대적 정신병원을 건립했고 아동상담소가 설립되었으며, 대한신경정신의학회 및 정신건강협회가 결성되었다. 이 시기에는 지역사회의 낮은 인식과 신생 국가의 복지 재정 결핍으로 제대로 된 정신보건정책의 마련이 어려웠다(이부영, 1997). 두 번째 단계는 1960년대 초에서 1980년대 초에 이르는 시기이다. 정신장애인에 대한 우생학적 견지에서 강제 불임수술령을 비롯해서 정신장애인을 위협시하여 수용하는 경향이 사회전반에 걸쳐 확산되었다. 정부의 급속한 공업화 위주 정책과 보건복지분야 예산의 부족, 농업인구의 도시유입, 전통적 가치관의 붕괴, 대가족의 핵가족화, 물질지상주의로 인한 정신적, 시간적 여유의 상실 등 여러 요인이 이 현상에 관여하였다(이부영, 1997). 그러나, 이 시기에도 1975년 광주지역에서는 민간의료기관인 성요한병원에서 아일랜드에서 파견된 신부와 수사에 의해서 아일랜드 정신보건모형을 도입하여 정신질환자 입원병동의 개방적 운영, 낮병원과 외래진료의 강화, 가정방문을 포함한 지역사회 중심의 접근법을 적극적으로 실행하였다(최송식, 2008).

2) 입원중심치료의 정신보건정책(1984-1990)

이 시기도 크게 두 단계로 이루어진다. 첫 번째 단계는 정신보건, 특히 환자의 영양과 치료에 대해 정부가 적극적으로 개입하기 시작한 시기이다. 이것은 1983년 TV 시사 프로그램인 '추적 60분'에서 정신장애인의 참상을 방영하면서 촉발되었다. 1984년 보건복지부 정신질환종합대책의 일환으로 전국에 난립하고 있던 무허가 기도원을 일제히 점검하여 시설과 운영상태가 비교적 양호한 곳을 요양원으로 양성화하여 지원하기 시작하였다. 기도원의 복지시설화와 정신과 의사의 파견조치와 함께 전문인력의 부족을 해소하기 위하여 지역의료를 위한 공중보건의 제도를 활용하였다. 한편으로는 정신보건법 제정을 위하여 노력을 기울인 시기이다(최송식, 2008). 두 번째 단계는 일부 정신보건 전문가들이 치료서비스 이외의 예방과 재활 프로그램의 필요성을 주장하였으며 민간단체에서 시범적인 프로그램이 실시되었다. 1986년에 미국의 Fountain House 모델을 도입하여 태화복지관의 '샘솟는 집' 클럽 하우스 활동이 시작되었으며, 연세의료원은 1987년부터 강화도를 시범지역으로, 서울대학병원은 연천군을 시범지역으로 하여 지역사회정신보건사업을 시행하고 많은 연구 결과들을 발표하였다(최송식, 2008).

3) 정신사회재활치료의 개시와 지역사회정신보건 시범사업의 실시(1991년 이후)

이 시기 정신보건사업의 커다란 변화는 두 가지이다. 그 첫째는 1995년 정신보건법의 제정이고 둘째는 지역사회정신보건사업을 시범적으로 실시하였다는 점이다. 또한 1995년에 지역보건법이 통과되면서, 보건소에서 정신보건에 관한 사항, 노인보건사업, 가정방문을 통한 보건의료사업 등을 공적으로 수행할 수 있게 되었다(최송식, 2008). 정신보건법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 1995년 12월 30일, 법률 제 5133호로 제정되었다. 정신보건법의 제정 목적은 사회보장적 차원과 법률적 차원으로 나눌 수 있다. 사회보장적 차원은 정신질환자들에 대해서 개개인을 치료적으로 보호하고, 환자의 가족들과 사회의 안녕을 포함한다. 이에 반해 법률적 차원은 정신질환으로 인한 범죄자들을 사회로부터 격리시킴으로 사회질서를 유지하는 것이다. 이 두 가지 정부 정책의 목적을 달성하기 위해 정신

의료시설 및 재정 확충뿐만 아니라 지역사회 정신 건강 사업을 추가하는 등 많은 연구와 논의 끝에 정신보건법이 제정되었다. 이후 정신보건법은 1회의 전부개정과 3회의 일부개정 과정을 거쳐 현재에 이르고 있다(법제처, 2008a).

4) 정신보건법 제정 배경

우리나라는 근대화에 접어들면서 사회, 경제 환경의 급격한 변화에 따른 정신 건강에 위해한 여러 요인들 또한 급증하게 되었다. 정신질환자의 효율적인 관리를 위한 정신보건법의 필요성이 대두되어 1960년대부터 정신보건법의 제정을 위한 본격적인 움직임이 시작되었다. 대한신경정신의학회에서 1968년에 정신위생법(안)을 만들어 법의 제정을 제안하였으나 1985년까지 법의 제정을 위한 구체적인 활동이 없었다. 1985년 보건복지부(당시 보건사회부)에서 새로운 정신보건법(안)을 입안하여 국회에 상정했으나 관련단체들의 반대로 진전이 없다가 1990년 복지부는 기존의 법안, 관련 학회 안 및 외국의 법을 참고하여 새로운 법안을 1992년 국회에 상정하였다. 이 법은 국회보건복지위원회의 의견 조율을 거쳐 1995년 12월 19일에 대한민국 정신보건법이 국회본회의에서 인준되었다. 이어서 1996년 12월 31일 정신보건법 시행령이 공포되었고, 1997년 2월 28일에 시행규칙이 공포됨으로써 정신보건법은 그 효력을 발휘하기 시작하였다 (김수진, 2000). 이에 앞서 대한신경정신의학회는 1992년 4월 29일 “정신보건법은 과연 필요한가”란 주제로 정신보건법에 대한 공청회를 실시하였으며, 이때 정신장애인들에 대한 양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 정신보건관련 전문직종이 전문 인력으로서 참여할 수 있도록 법적으로 제도화하여야 하고 전문 인력에는 임상심리전문가, 상담심리전문가, 임상심리사, 상담심리사, 사회복지사, 작업치료사, 재활치료사가 포함되어야 한다는 의견을 제출하였으나(염태호, 1992) 정신보건법 제정 당시작업치료사는 정신보건전문요원에서 배제되었다.

2. 국내 정신보건시설 및 정신보건서비스 현황

1) 정신보건시설 현황

정신보건시설은 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신요양시설로 구분한다. 정신의료기관은 의료법에 의한 정신병원·정신과의원 및 병원급 이상의 의료기관에

설치된 정신과를 포함하고, 정신질환자사회복귀시설은 정신보건법에 의하여 설치된 시설로써 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 지칭한다. 정신요양시설은 정신보건법에 의하여 설치된 시설로써 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 의미한다. 지역사회에서 정신보건서비스를 제공하는 정신보건기관 및 시설은 크게 정신보건센터, 국·공립 정신의료기관, 민간정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설, 알코올상담센터로 나눌 수 있다. 총 기관수는 1,555개 기관으로 기관에 따라 주요기능에 차이가 있다 (표 1)(보건복지가족부, 2008).

2) 정신질환 추정환자

보건복지가족부(2008)는 2006년도 “정신질환실태 역학조사”를 토대로 정신질환의 1년 유병율을 발표하였다. 18세 이상 64세 이하 인구의 12.9%로 매년 약 412만 명이 정신질환에 이환되는 것으로 나타났으며, 이중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.3%(약 264만명), 알코올사용장애의 1년 유병율은 5.6%(약 179만명)를 보였다(표 2).

3) 정신보건서비스의 전달체계

보건복지가족부에서 추진하고 있는 정신보건사업의 추진방향은 정신질환에 대한 인식개선 및 정신질환자의 권익을 증진시키고, 지역사회 중심의 종합적인 정신보건서비스를 제공 하는데 중점을 두고 있다. 최근 사업 방향은 아동·청소년의 정신건강상태의 조기검진을 통해 조기중

표 1. 정신보건시설 현황(2007. 6월말 현재)

구분	기관수(개)	주요기능
정신보건센터*	151	정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 및 수행
정신 의료기관	국·공립 18 민간 1,128	정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원 정신질환자 진료
정신요양시설	58	만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설	170	치료·요양하여 증상이 호전된 정신질환자 일상생활·작업훈련, 주거
알코올상담센터	30	알코올중독 예방, 중독자 상담·재활훈련
계	1,555	—

*지방비지원센터 포함

표 2. 정신장애 일년 유병율 및 추정환자 수(성과 연령별 보정)

	남자		여자		전체	
	유병율(%)	추정환자수(명)	유병율(%)	추정환자수(명)	유병율(%)	추정환자수(명)
알코올사용장애	8.7	1,392,826	2.5	402,571	5.6	1,795,397
정신병적 장애	0.4	68,938	0.2	31,645	0.3	100,583
기분장애	2.1	340,596	3.9	611,584	3.0	952,180
불안장애	3.2	511,808	6.9	1,085,321	5.0	1,597,129
모든 정신장애*	13.0	2,085,508	12.9	2,035,576	12.9	4,121,084
니코틴사용장애 제외						

*지난 일 년 사이에 한번이라도 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자.

재가 이루어질 수 있도록 하는데 초점을 두고 있으며, 정신보건시설의 요양 및 치료 환경 개선과 정신보건사업 기반구축을 위해 노력하고 있다(보건복지가족부, 2008).

정신보건서비스의 전달체계를 살펴보면, 정신질환자, 가족 또는 지역주민이 지역사회 내의 보건소를 통해 정신보건센터, 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설, 알코올 상담센터 등의 정신보건기관과 연계하여 정신보건서비스를 제공받게 된다. 여기서 각 지역 보건소는 정신보건서비스의 중추적 역할을 하게 된다. 보건소는 공립정신의료기관에서 진료 및 기술지원을 받을 수 있으며 시도에는 공립정신의료기관, 광역정신보건센터, 지방정신보건심의위원회, 지방정신보건사업지원단이 있고, 보건복지가족부 내에는 국립정신의료기관, 중앙정신보건심의위원회, 중앙정신보건사업지원단이 정신보건서비스를 관리 감독하고 있다.

4) 작업치료 관련 국내 정신보건 서비스 현황

2007년 보건복지부가 발표한 정신보건인력현황과 작업치료사 현황을 비교해 보면(표 3) 국가인권위원회 보고서에서 지적한 작업치료 명목의 인권 침해 사례(국가인권위원회, 2008)가 제도상의 모순에 기인함을 알 수 있다. 2008년 정신보건법 주요 개정 내용 중의 하나로 작업요법(치료)에 대한 근거를 신설(제46조의2) 하였으나 부적절한 용어(작업요법)의 사용으로 상위법(정신보건법)과 하위법(시행규칙) 간의 모순을 초래하여 개정 취지를 전혀 반영하고 있지 못한 실정이다. 즉 정신보건법에서 작업치료서비스를 작업치료가 아닌 타 분야 전문가가 제공할 수 있도록 규정함으로써 정신장애인에 대한 효과적인 재활서비스가 이루어지지 못하고 있다. 정신보건법 개정 기본 취지인 정신질환자의 인권을 보호하고 양질의 정신보건서비스 제공을 보장하여 정신보건시설 내의 작업치료에 대한 신뢰를 회복하기 위해서는 법률에 작업치료의 정의와 작업치료사의 업무범위를 명시하고 작업치료가 정신과 필수인력으로서 종사할 수 있도록 관련 법률개정이 이루어져야 한다.

3. 현행 정신보건 관련법의 문제점

1) 정신보건법

정신보건법(법제처, 2008a) 제46조의2는 ‘입원환자 등에 대한 작업요법’에 대해 규정하고 있는데 여기서 ‘작업요법’은 ‘작업치료’의 일본식 표기(야마네, 2008)이며 의학용어사전에도 ‘작업요법’과 ‘작업치료’는 동의어(occupational therapy)로 정의 되어 있다(지혜근, 2006). 또한 ‘의료기사 등에 관한 법률’에서도 공식 명칭을 ‘작업요법’이 아닌 ‘작업치료’로 사용하고 있으므로(법제처, 2009a) 정신보건법에서도 국가면허명칭인 ‘작업치료’로 수정되어야 한다.

제46조의 2제1항은 ‘정신의료기관등의 장은 입원환자의 치료 또는 입소자의 사회복귀 등에 도움이 된다고 판단되는 경우에는 입원환자나 입소자의 건강상태와 위험성을 고려하여 입원환자나 입소자의 건강을 해치지 아니하는 범위 내에서 공예품 만들기 등의 단순작업을 시킬 수 있다’고 규정하였는데 일단 ‘단순작업’은 노동으로 오해될 소지가 있다. 작업치료에서의 ‘작업’은 치료 목적의 활동이므로 ‘노동’과는 구별되어야 한다(Legault & Rebeiro, 2001; Moll & Cook, 1997). 정신보건법 제41조제3항에도 ‘...의료 또는 재활의 목적이 아닌 노동을 강요하여서는 아니 된다’고 명시되어 있고 보건복지부의 ‘작업치료 지침’ 3-가-①항에 ‘작업치료 및 직업재활은 정신과적 치료의 한 방법으로 적용되어야 하며, 단순한 노동을 위해서 사용되어서는 안 된다’고 명시 되어 있다. 또한 2008년 12월 국가인권위원회가 발표한 ‘정신장애인 인권 국가보고서’에도 단순노동이 인권 침해 사례로 보고되었다. 정신과 작업치료의 목표는 독립적인 기능을 최대화하는 것이다(Davis & Kutter, 1998; Lee et al., 2003). 단순 노동은 작업치료사의 전문적인 평가에 따라 치료 목표로 상호 합의하에 정해졌을 때 치료적 활동이 될 수 있다(Eklund, 2007; Krupa, McLean, Eastabrook, Bonham, & Baksh, 2003). 즉 실제 생활에 필요한 활동을 치료수단으로 사용하여 정신 장애인의 자기 및 집안 관리 능력을 향상시키

표 3. 정신보건 인력 현황

(단위: 명)

분 야	정신과전문의	정신보건 임상심리사	정신보건 간호사	정신보건 사회복지사	작업치료사
계	2,223	1,242	5,004	1,648	12

고, 취업 및 교육을 통한 지역사회 적응을 돕는 것이다 (Legault & Rebeiro, 2001; Mathleen, Giles-Heinz, Filnn, Neighbor, & Bass-Haugen, 2003; McAnanama, Rogosin-Rose, Scott, Joffe, & Kelner, 1999). 따라서 정신보건법에서도 정신장애인의 인권보호와 증진이라는 법률 개정 취지를 명확히 하기 위해 ‘단순작업’을 ‘작업치료’로 수정하여야 한다.

제46조의2제2항은 ‘제1항의 작업은 대상자 본인의 신청이 있거나 동의가 있는 경우에 한하여 실시하여야 하고, 정신과전문의가 지시하는 방법에 따라 실시하여야 한다. 다만, 정신요양시설의 경우에는 정신과전문의의 지도를 받아 정신보건전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다’고 규정하고 있는데 의료기사 등에 관한 법률 제3조와 동법 시행령 제2조에서 작업치료는 작업치료가 제공하도록 명시하고 있다(법제처, 2009a, 2009b). 이미 법률에서 면허가 있는 전문가가 제공하도록 한 작업치료서비스를 타 분야의 전문가가 제공하도록 한 것은 법리 상 모순이므로 정신보건법에서도 법률 간의 일관성을 위해 ‘정신보건전문요원’을 ‘작업치료사’로 수정하여야 한다.

제46조의2제3항은 ‘정신의료기관등의 장은 제1항 및 제2항에 따라 작업을 시킨 경우에는 진료기록부 또는 작업치료일지에 그 내용을 기록하여야 한다’고 규정하고 있는데 이는 정신보건법에서 작업요법과 작업치료를 동의어로 규정하고 있음을 의미 한다. 따라서 작업치료서비스는 작업치료사에 의해 제공되어야 하며 진료기록부에 준하는 작업치료일지 또한 작업치료 서비스를 제공하는 작업치료사가 작성하는 것이 적법하므로 제2항의 ‘정신보건전문요원’을 ‘작업치료사’로 수정하여야 한다.

2) 정신보건법시행규칙

정신보건법 제46조의2제4항과 관련하여 정신보건법시행규칙(법제처, 2008d)에도 제23조의2를 신설하여 작업의 시간, 위험성 여부 및 장소 등에 관한 구체적인 사항을 정하고 있는데 제목을 ‘입원환자에 대한 작업요법’으로 규정하고 있어 이 조항 또한 정신보건법 제46조의2제1항에서와 마찬가지로 ‘작업요법’은 국가면허명칭인 ‘작업치료’로 수정되어야 한다.

제23조의 2제1항은 ‘법 제46조의 2제1항에 따른 정신의료기관에서의 작업은 1일 6시간, 1주 30시간(정신의료기관이 아닌 외부에서 작업을 하는 경우에는 1일 8시간, 1

주 40시간)을 넘어서는 아니 되며, 직업재활훈련실 등 작업에 필요한 시설을 갖춘 장소에서 하여야 한다’고 규정하고 있고 동조 제2항은 ‘제1항에 따른 작업은 그 치료대상자의 신청 또는 동의를 받아 정신과전문의의 지도에 따라 실시하되, 전문요원 또는 작업치료사를 두어 안전한 환경에서 작업이 이루어지도록 하여야 하고, 가위·칼 등 정신질환자 본인 또는 다른 사람을 해칠 수 있는 도구들은 안전하게 사용·관리되도록 하여야 한다’고 규정하고 있는데 ‘작업은 그 치료대상자’에서 ‘작업’이 치료 목적의 활동이라는 명확한 근거가 되므로 ‘작업’은 ‘작업치료’로 수정되어야 한다. 또한 ‘전문요원 또는 작업치료사’라는 문구는 작업치료서비스를 정신보건전문요원이 제공하도록 규정하고 있는데 현재 정신보건전문요원인 사회복지사, 간호사, 임상심리사는 현행법상 작업치료서비스를 제공할 수 없으며 또한 이들은 작업치료서비스에 대한 기본적인 지식을 갖추고 있다고 볼 수 없다. 의료기사등에관한법률 제3조와 동법 시행령 제2조에 ‘작업치료’는 ‘작업치료사’가 제공하도록 명시되어 있으므로 정신보건법시행규칙에서도 법률의 모순을 방지하기 위해 ‘전문요원 또는 작업치료사’를 ‘작업치료사’로 수정하여야 한다.

제23조의2제3항은 ‘제1항에 따른 작업으로 얻은 수입이 있는 경우에는 원자재 구입비용 등 작업에 든 실비를 제외한 금액을 해당 입원환자에게 각 개인별 예금계좌를 통하여 지급하여야 한다’고 규정 되어있는데 보건복지부의 ‘작업치료 지침’ 3-아-①항에는 “작업치료는 치료의 일환으로 시행되므로 모든 작업에 대하여 임금이 지급되지는 않는다”고 명시 되어 있다. 치료를 위해 입원한 치료대상자에게 임금을 지급하는 것 자체가 모순이며 노동부고시 최소임금기준을 따르지 않는 한 항상 인권 침해의 사례로 민원이 발생할 수 있다. 따라서 제3항은 외래 직업재활(보호작업 및 원외작업장 임시취업) 대상 환자에게만 해당되므로 본 조(입원환자에 대한 작업요법)에서는 삭제되는 것이 바람직하다고 하겠다.

이외 정신보건법시행규칙의 [별표 5] ‘사회복지시설의 종사자의 수 및 자격’에서 재활활동요원에 작업치료사를 포함하고 있기는 하나 상위법인 정신보건법에서 작업치료서비스를 비전문가가 제공할 수 있도록 규정하고 있는 한 작업치료서비스의 왜곡으로 인한 인권침해의 가능성이 항상 존재하고 있다고 할 수 있다. 즉 작업치료는 치료 효과에 대한 이론적 근거와 과학적 연구결과를 토대로 작업치

료사에 의해 제공되어야 함에도 불구하고 현재 정신보건 시설 및 기관에서 작업치료가 작업요법이라는 명목으로 비전문가에 의해 제공됨으로써 작업이 치료적 목적이 아닌 노동력 착취와 인권 침해의 논란을 야기하고 있다. 작업치료가 단순노동과 구별되기 위해서는 정규교육과정을 이수하고 국가면허를 취득한 작업치료사가 작업치료서비스를 제공해야 한다.

4. 외국의 정신보건서비스

1) 미국의 정신보건서비스

미국의 정신보건제도는 1946년 국립정신보건법(National Mental Health Act)의 제정을 시작으로 1975년 지역사회정신보건법이 개정되면서 정신보건정책의 전환기를 맞이하였으며 미국의 대표적인 의료사회보장제도인 메디케어(Medicare) 보험에 의해 작업치료서비스가 재택환자에게까지 확대되는 계기를 마련하였다(Earle, 1999). 이를 계기로 정신질환이 각 개인에게 한정된 문제라기보다는 지역사회의 제 요인들이 정신질환의 발생과 유지에 기여한다는 인식의 전환이 이루어졌다. 이에 따라 폐쇄형 병동에의 입원치료보다는 집에서 내원하는 개방형 낮병원 프로그램이 확대되면서 약물치료와 병행하여 사회 적응 프로그램 활성화와 직업재활(보호작업장) 프로그램의 중요성이 강조되었다(오세란, 1992).

미국에서의 정신과 작업치료는 1900년대 초 정신과 전문의에 의해 활동에 참여하는 치료로 시작되어(American Occupational Therapy Association [AOTA], 2006b) 현재에 이르기까지 정신과의 주된 재활프로그램으로 이어져 내려오고 있다. 우리나라의 보건복지부에 해당하는 미국의 보건부(US Department of Health and Human Services [DHHS], 2006)는 작업치료사를 메디케어(공보험) 서비스를 제공할 수 있는 정신과 전문인력에 포함하고 있다. 또한 작업치료 지침서를 통하여 작업치료사가 정신 장애인을 위해 실시하는 평가, 치료계획 수립, 치료활동에 대해 보험급여를 청구할 수 있도록 하고 있으며, 특히 필요한 경우 작업치료사가 독립적으로 정신 장애인의 기능 수준을 평가 또는 재평가를 할 수 있도록 규정하고 있다. 이는 작업치료사가 기능 손상을 가진 정신 장애인을 진단하고 치료하는 핵심 인력임을 의미한다. 메디케어 보험급여 지침서(Medicare benefit policy manual)에 따르

면 오직 면허가 있는 작업치료사만이 정신 장애인의 기능 수준을 평가 또는 재평가를 할 수 있는 지식과 기술 및 경험을 소유하고 있으며 기능이 손상된 경우 어떤 작업치료프로그램이 그 손실된 기능을 회복하거나 향상 또는 보상이 가능한지 판단할 수 있다고 명시하고 있다(DHHS, 2006). 특히 작업치료프로그램의 초점은 입원기간의 단축과 삶의 질 향상에 맞추어져 있다(Moll & Cook, 1997; Rebeiro, Day, Semeniuk, O'brien, & Wilson, 2000; Schultz-Krohn, & Cara, 2000; Strong, 1998; Ward, 2003).

이러한 작업치료의 장점으로 인하여 작업치료사들의 근무분야는 정신병원을 포함하여 연방정부 기관인 군 기관 및 보훈병원뿐만 아니라 지역사회 정신보건센터와 가정방문 서비스까지 확대되고 있다(AOTA, 2006a, 2006c, 2006d). Ceramidas, Forn de Zita, Eklund와 Kirsh(2009)가 미국 정신과 작업치료사 346명을 대상으로 조사한 결과에 의하면 이들의 근무분야는 주정부 기관(32.6%), 지역사회 정신보건센터(31.5%), 연방정부 기관(17.5%) 순으로 나타났다. 치료 대상자(중복응답 가능)는 성인(82.7%), 노인(48.6%), 청소년(32.8%), 소아(20.4%)로 대부분의 작업치료사가 성인을 대상으로 작업치료서비스를 제공하고 있었고 유형별(중복응답 가능)로는 단기입원환자(43.7%), 외래환자(31.3%), 지역사회 정신보건센터(28.2%), 장기입원환자(23.8%), 개인병원 및 기타(20.7%) 순으로 조사되었다. 응답자의 대부분(77.6%)은 임상심리사, 사회복지사, 간호사, 의사와 함께 전문가팀(multi-disciplinary team)을 이루어 근무를 하고 있다고 응답하였다.

2) 영국의 정신보건서비스

영국의 정신보건제도는 1959년 정신보건법이 제정되면서 의료 모델에 의한 정신보건 서비스 전달체계를 마련하였고, 1968년 보건서비스와 국민보건법(The Health Services and Public Health Act)이 제정됨에 따라 지방정부가 가정원조서비스를 제공하는 것에 대하여 법적인 의무와 역할을 맡게 되었다. 1972년 왕립 정신치료대학 설립을 통하여 정신과 전문의가 증가하고 정신의학이 확대되는 계기를 마련하였으며, 1990년 국민보건서비스 및 지역사회보호법(The National Health Services and Community Care Act)에 의해 지역사회 중심의 시설보호

와 주거보호서비스에 공공부문 뿐만 아니라 민간부문의 참여도 이루어지게 되었다. 영국의 작업치료사는 초기부터 정신의료전문가에 포함되어(오혜경, 1996), 2005년 현재 총 26,000여명의 작업치료사 중 약 42%에 해당하는 11,000여명의 작업치료사가 정신보건분야에 종사하고 있다(Brintnell, Haglund, Larsson, & Piergrossi, 2005).

영국에서는 정신건강의 향상과 정신보건 정책의 현대화가 정부시책의 우선순위로 시행되고 있다. 정신 장애로 인한 부정적인 측면들을 최소화하기 위해 정부에서는 새로운 정신보건서비스 전달체계를 수립하고자 꾸준히 노력하고 있으며 이러한 노력의 일환으로 작업치료사의 역할이 강조되고 있다. (Department of Health, 2002, 2005b). 영국 작업치료의 특징은 개인에게 작업적으로 가장 중요한 것이 무엇인지에 초점을 둔다는 것이다 (College of Occupational Therapists, 2006). 예를 들어 경제활동 적령기에 있는 성인이 일을 할 수 없게 된다면 작업치료사의 역할은 개인이 일을 하는데 있어서 걸림돌이 되는 신체적, 정신적, 그리고 환경적 장벽을 극복할 수 있도록 돕는 것이다(Department of Health, 2005b; Department for Work and Pensions, 2004). 즉 어떤 개인이 정신 장애로 인해 실직을 할 위기에 처해 있다면 작업치료사는 그 개인이 필요한 수행 기술을 습득하고 능력을 배양하여 적절한 직장에 복귀할 수 있도록 돕는 것이다. 현재 영국의 정신보건서비스는 사용자들의 필요에 초점을 두고 회복을 촉진하고, 건강 상태를 유지하고, 취업의 기회를 확대하는 방향으로 서비스 전달체계를 재정비하고 있으며 이러한 정부 정책은 정신 장애인이 최대한 독립적으로 일상생활을 할 수 있도록 도와주는 작업치료의 목표와 어느 때보다도 잘 부합하고 있다. 그리고 지난 10년간 개인의 필요에 민감한 정신보건 서비스 개발에 역점을 두어 왔다. (Care Services Improvement Partnership, 2006). 이러한 변화를 위하여 정신 장애인의 사회 복귀를 위한 프로그램 지침서가 개발되었고 (Review Of Mental Health And Learning Disability-Northern Ireland, 2005), 특히 진단 별로 대상을 구분하여 효과적인 작업치료 프로그램이 제공되도록 하였으며 (Department of Health, 2001, 2005a; Scottish Executive, 2005) 지역사회 정신보건센터를 통해 정신 장애인에 대한 지속적인 관리와 서비스 제공이 이루어지도록 제도적으로 뒷받침하고 있다 (National Institute for Mental Health in England, 2005).

3) 일본의 정신보건서비스

야마네(2008)에 의하면 일본의 정신보건 관련 제도는 제2차 세계대전에서 패전한 이후 미국의 영향으로 1950년 정신위생법을 제정하여 병원이나 시설에 정신장애인을 수용하는 정책을 주로 사용하면서 시작되었으며 1964년에 정신과사회복지사제도가 시행되었고, 1965년에는 물리치료사 및 작업치료사법이 만들어지면서 시설내의 작업치료서비스가 실시되었다. 특히, 1974년부터는 작업치료서비스가 의료수가로 법제화 되면서 정식 의료서비스로 자리매김하게 되었다. 1988년에는 정신장애인의 시설 장기수용으로 인한 폐단을 극복하고자 정신장애인의 사회복귀를 목적으로 하는 정신보건법, 1995년에는 정신장애인의 사회복귀를 목적으로 하는 정신보건복지법, 장애자기본법 등이 제정되고, 1996년에는 장애별 국가정책을 수립하고 이를 실시하기 위한 장애자계획이 수립 되었다. 2002년부터 지역사회에 살게 된 정신장애인들에게 주거를 지원하기 위한 정신장애자 자택 거주생활 지원사업이 시행되고, 2006년에는 생활 전체를 지원하는 장애자자립 지원법이 제도화되면서 입원의료에서 지역생활중심으로 서비스의 초점이 옮겨가고 있다.

일본의 정신보건제도는 정신과환자를 대상으로 입원의료서비스, 외래의료서비스, 그리고 지역사회에서의 자립을 지원하기 위한 서비스로 나눌 수 있는데, 그 중에서 작업치료사가 의료수가를 받으면서 담당하는 서비스의 종류에는 입원의료서비스 중 정신과작업치료와 입원생활기술훈련, 그리고 외래의료서비스 중 정신과작업치료, 정신과데이케어, 나이트케어, 단기보호가 포함된다(야마네, 2008). 일본에서는 환자의 회복상태에 따라서, 급성기, 회복기, 유지기, 완화기로 나누고 각각 질적으로 차별화 된 서비스를 제공하며 정신과 작업치료는 정신장애자의 사회기능을 회복시킬 목적으로 실시하는 것으로, 실시하는 작업내용의 종류와 상관없이 실시시간은 환자 1인당 하루에 2시간을 기준으로 한다. 단 치료 목적에 따라 병동이나 실외 등 전용시설 이외에서도 해당요법을 실시할 수 있고, 1명의 작업치료사가 해당요법을 실시한 경우에만 산정한다. 이 경우 1인의 작업치료사가 담당하는 환자 수는 25명을 1단위로 하여 1일 2단위 (50명이내)를 기준으로 한다(이경민, 2008).

4) 주요 OECD회원국과 한국의 정신과 작업치료사 현황 비교

2005년 현재 주요 OECD 회원국의 인구 10만 명당 평균 작업치료사 수는 42.8명이었으며 정신과 작업치료사 수는 7.64명으로 보고되었다(World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2008). 이에 비해 우리나라는 2007년 기준 인구 10만 명당 작업치료사 수는 7명이었으며 정신과 작업치료사 수는 0.02명으로 다른 OECD 국가에 비해 매우 열악한 상황으로 조사되었다(표 4). 또한 OECD 국가가 아닌 대만의 경우 정신과에 종사하는 작업치료사 수는 272명으로 전체 작업치료사(1,261명)의 22% 정도를 차지하는 것으로 나타나 우리나라(0.3%)에 비해 월등히 높은 것으로 조사되었고 인구 10만 명당 정신과 작업치료사 수도 1.29명으로 우리나라의 0.02명에 비해 64배가 넘는 것으로 조사되었다(WFOT, 2008).

III. 결 론

앞에서 살펴본 바와 같이 주요 OECD 국가에서는 작업치료사가 정신과 전문 인력으로서 활동하고 있고 국내 정신보건전문요원 수련교재에도 작업치료사가 정신과 전문 인력으로 명기되어 있다(김규수, 1995). 국가인권위원회

도 정신장애인의 인권 보호와 정신보건 서비스의 질적 향상을 위한 정부 및 관련기관의 지속적인 노력에도 불구하고 그 소기의 목적이 달성되지 못하고 있는 가장 큰 이유 중의 하나는 정신과에서 작업치료 프로그램의 형식적 운영과 전담인력의 부재라고 지적하고 있다(염형국, 2008). 이러한 문제점을 보완하기 위해 보건복지부(2010)도 정신보건시설에서의 재활 및 직업활동 프로그램이 부족하여 정신질환자의 사회복귀 실적이 높지 못함을 인정하고 작업치료사를 정신보건전문요원에 편입하는 내용을 포함 한 ‘정신보건법 전부개정안’을 국회에 상정하여 인준을 기다리고 있는 상태이다. 향후 정신보건법 개정과 함께 정신과 작업치료 보험수가가 현실적으로 책정되어야 작업치료사가 정신과 필수인력으로서 정신장애인에 대한 효과적인 재활서비스를 제공할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 국가인권위원회. (2008). 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사. 2009년 8월 15일 출력. <http://www.humanrights.go.kr>
- 김규수. (1995). 의료사회사업론-이론과 실제. 서울: 형설출판사.
- 김수진. (2000). 우리나라 정신보건법과 정신보건전문요원의 역할. 보건연구정보센터, 3(4), 14-18.

표 4. 주요 OECD 회원국 인구 대비 정신과 작업치료사 현황(2005년 현재)

(단위: 명)

국가	총 인구	작업치료사	인구 10만 명당 작업치료사	정신과 작업치료사	인구 10만 명당 정신과 작업치료사
한국	약 4,854만	3,400	7	12	0.02
일본	약 1억6,521만	38,000	23	4,583	2.77
영국	약 6,046만	26,000	43	11,000	18.19
캐나다	약 3,166만	9,500	30	900	2.84
핀란드	약 616만	1,480	24	590	9.57
독일	약 5,813만	25,000	43	5,000	8.60
벨기에	약 1,132만	6,000	53	800	7.07
아이슬란드	약 22만	134	59	25	11.01
아일랜드	약 382만	765	20	117	3.06
룩셈부르크	약 31만	90	29	25	8.06
스웨덴	약 788만	8,200	104	412	5.23

- 대한작업치료사협회. (2010). 작업치료학교안내. 2010년 12월 14일 출력. <http://www.kaot.org/pms03.asp>
- 법제처. (2009a). 의료기사 등에 관한 법률. 2009년 1월 30일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2009b). 의료기사 등에 관한 법률 시행령. 2009년 1월 30일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2008a). 정신보건법. 2008년 5월 15일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2008b). 정신보건법개정이유. 2008년 5월 15일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2008c). 정신보건법시행령. 2008년 5월 15일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2008d). 정신보건법시행규칙. 2008년 5월 15일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2008e). 정신보건법 일부개정법률안. 2008년 5월 15일 출력. <http://www.law.go.kr>
- 보건복지부. (2007a). 2007 보건복지부백서. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2007b). 정신보건전문요원제도 운영 안내. 서울: 보건복지부.
- 보건복지가족부. (2008). 2008년 정신보건사업안내. 서울: 보건복지가족부.
- 보건복지부. (2010). 정신보건법 전부개정법률안(입법예고안). 2010년 2월 5일 출력. <http://www.mw.go.kr>
- 야마네. (2008, 11). 일본의 정신보건제도와 작업치료. 대한작업치료학회 학술대회, 서울.
- 염태호. (1992, 4). 정신보건법은 과연 필요한가. 정신보건법에 대한 공청회 자료집, 서울.
- 염형국. (2008, 5). 정신장애인 인권침해에 관한 인권위 진정 사례 및 법령 실태. 국가인권위원회 토론회 자료집, 서울.
- 오세란. (1992). 미국의 지역사회정신보건운동 및 관련서비스에 대한 고찰. 한국사회복지연구회, 4(1), 135-162.
- 오혜경. (1996). 영국 지역사회보호 서비스의 생성, 변천 및 평가(정신보거 서비스 중심). 한국정신보건사회복지학회지, 3(1), 99-121.
- 이미자. (1998). 한국 작업치료의 현황과 대안. 대한작업치료학회지, 6(1), 93-105.
- 이경민. (2008, 11). 일본 정신과 의료의 현황과 자격제도. 대한작업치료학회 학술대회, 서울.
- 이부영. (1997). 한국에서의 정신장애자의 정신사회재활: 현황과 과제. 정신보건, 2(1), 3-16.
- 지제근. (2006). 지제근의학용어사전. 서울: 아카데미아.
- 최송식. (2008). 지역사회정신보건과 사례관리실천. 경기: 공동체.
- American Occupational Therapy Association. (2006a). 2006 AOTA workforce and compensation survey: Occupational therapy salaries and job opportunities continues to improve. *OT Practice*, 11(17), 10-12.
- American Occupational Therapy Association. (2006b). *AOTA's statement on mental health practice*. Retrieved August 12, 2008 from, <http://www.aota.org>
- American Occupational Therapy Association. (2006c). *Promotion of OT in mental health systems*. Retrieved August 12, 2008 from, <http://www.aota.org>
- American Occupational Therapy Association. (2006d). *Work trends in occupational therapy*. Retrieved August 12, 2008 from, <http://www.aota.org>
- Brintnell, E. S., Haglund, L., Larsson, Å., & Piergrossi, J. (2005). Occupational therapy in mental health today: A survey and some reflections. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 52, 9-15.
- Care Services Improvement Partnership. (2006). *10 high impact changes for mental health services*. London: Department of Health.
- Ceramidas, D., Forn de Zita, C., Eklund, M., & Kirsh, B. (2009). The 2009 world team of mental health occupational therapists: A resilient and dedicated workforce. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 60, 9-15.
- College of Occupational Therapists. (2006). *Recovering ordinary lives: The strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017, literature review*. London: Author.
- Davis, J., & Kutter, C. J. (1998). Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women

- who are homeless: Implications for future practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 39–44.
- Department for Work and Pensions. (2004). *Building capacity for work: A UK framework for vocational rehabilitation*. London: Author.
- Department of Health. (2001). *National service framework for older people*. London: Author.
- Department of Health. (2002). *Delivering the NHS plan: Next steps on investment, next steps on reform*. London: Author.
- Department of Health. (2005a). *Delivering race equality in mental health care: An action plan for reform inside and outside services and the Government's response to the independent inquiry into the death of David Bennett*. London: Author.
- Department of Health. (2005b). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. London: Author.
- Earle, G. K. (1999). OT's role in mental health home care. *OT Practice*, 4(9), 16–19.
- Eklund, M. (2007). Perceived control: How is it related to daily occupation in patients with mental illness living in the community?. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 535–542.
- Gordon, D. M. (2009). The history of occupational therapy. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. Boyt Schell (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 202–215). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A., & Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 558–565.
- Lee, S. N., Gargiullo, A., Brayman, S., Kinsey, J. C., Jones, H. C., & Shotwell, M. (2003). Adolescent performance on the allen cognitive levels screen. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(3), 342–346.
- Legault, E., & Rebeiro, K. L. (2001). Occupation as means to mental health: Single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 90–96.
- Mathleen, M., Giles-Heinz, A., Filnn, N., Neighbor, M., & Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 220–224.
- McAnanama, E. P., Rogosin-Rose, M. L., Scott, E. A., Joffe, R. T., & Kelner, M. (1999). Discharge planning in mental health: The relevance of cognition to community living. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(2), 129–135.
- Moll, S., & Cook, J. V. (1997). "Doing" in mental health practice: Therapists' beliefs about why it works. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(8), 662–670.
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *NIHME guiding statement on recovery*. London: Author.
- Paterson, C. F. (2008). A short history of occupational therapy in psychiatry. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed., pp. 3–16). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Rebeiro, K. L., Day, D. G., Semeniuk, B., O'brien, M. C., & Wilson, B. (2000). Northern initiative for social action: An occupation-based mental health program. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(5), 493–500.
- Review of Mental Health and Learning Disability–Northern Ireland. (2005). *A strategic framework for adult mental health services: Executive summary*. Belfast, UK: Author.
- Schultz-Krohn, W., & Cara, E. (2000). Occupational therapy in early intervention: Applying concepts from infant mental health. *American Journal of*

Occupational Therapy, 24(5), 550–554.

Scottish Executive. (2005). *The mental health of children and young people: A framework for promotion, prevention and care*. Edinburgh, UK: Author.

Strong, S. (1998). Meaningful work in supportive environments: Experiences with the recovery process. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 31–38.

US Department of Health and Human Services. (2006). *Minutes of the 212th Meeting of the National Advisory Mental Health Council*. Retrieved August 12, 2008, from <http://www.aota.org>

Ward, J. D. (2003). The nature of clinical reasoning with groups: A phenomenological study of an occupational therapist in community mental health. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(6), 625–634.

World Federation of Occupational Therapists. (2008). *Occupational therapy human resources project*. Retrieved December 10, 2008, from <http://www.wfot.org>

Abstract

Current Status of Mental Health Service and the Role of Psychiatric Occupational Therapists in Korea

Kang, Dae-Hyuk^{*}, Ph.D., O.T.R., Kim, Sun-Ok^{**}, M.Sc., O.T.

^{*}Dept. of Occupational Therapy, Hanseo University

^{**}Dept. of Occupational Therapy, Suncheon First College

This study was conducted to find a way to improve mental health service system in Korea by investigating the current status of mental health service system and compare it with that of other countries. The Mental Health Act was legislated in 1995 to prevent the onset of mental disorders and mandate the psychiatric service and rehabilitation for people with mental disorders. It has been revised four times since then. The most recent Mental Health Act revised in 2008 added (article 46-2) occupational therapy service to promote human rights and warrant the legitimacy of occupational therapy in mental health service. The National Human Rights Commission of Korea administered on site inspection of seven mental health institutions (3 public and 4 private) between October and December 2008 and reported the followings: absence or shortage of occupational therapy services, insufficient evaluation process, lack of treatment plans and daily log of occupational therapy, and human rights violation under the name of occupational therapy (i.e., cleaning nursing stations, toilets and taking care of severely disabled persons). These resulted from inappropriate use of the term "occupational therapy" in Korean in the Mental Health Act contradicting between parent law and subordinate law allowing occupational therapy service be provided by unqualified personnel. Therefore, the current Mental Health Act has to be revised to include the definition of occupational therapy and job description of occupational therapist to protect the human rights of the clients and assure high quality services. Once the institutional framework is established, the professional role of occupational therapists can be expected in mental health service.

Key words : Mental health service, Mental health specialist, Occupational therapy