

발간등록번호

11-1352000-000000-00

정책보고서 2018-

정신건강증진시설 시설 및 인력기준 개선방안 연구



전진아·윤형곤·백상숙·허만세·배은마·채수미·윤시문

【책임연구자】

전진아 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

지역사회 정신건강 데이터 기반 근거중심 정신건강사업 전략개발 연구
한국보건사회연구원, 2019(공저)

【공동연구진】

윤형곤 가나병원 병원장

백상숙 연세대학교 보건대학원 국제보건학과 연구교수

허만세 계명대학교 사회복지학과 교수

배은미 태화샘솟는집 부장

채수미 한국보건사회연구원 연구위원

윤시몬 한국보건사회연구원 연구원

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「정신건강증진시설 시설 및 인력기준 개선방안 연구」의 최종보고서로 제출합니다.

2019년 11월

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 전진아

※ 본 보고서의 내용은 연구용역 과제를 수행한 연구진의 개인적인 의견이므로 보건복지부의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구 필요성 및 목적	3
제2절 연구 내용 및 방법	5
제2장 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 고찰	9
제1절 정신의료기관 시설 및 인력 현황	12
제2절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준에 대한 해외 사례 고찰	17
제3절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준의 문제제기	36
제3장 정신요양시설의 시설 및 인력 기준 고찰	55
제1절 정신요양시설의 시설 및 인력 현황	57
제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준의 문제점	64
제3절 정신요양시설과 장애인복지시설의 시설 및 인력 기준 비교	82
제4장 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 고찰	89
제1절 정신재활시설의 시설 및 인력 현황	91
제2절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준의 문제점	100
제3절 정신재활시설과 장애인복지시설의 시설 기준 비교	107
제4절 정신재활시설과 장애인복지시설의 인력 기준 비교	118
제5장 정신건강증진시설의 시설 및 인력 기준 개선방안	131
제1절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선방안	133
제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준 개선방안	145
제3절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선방안	150

참고문헌 155

부록 1. 정신요양원 근무자 업무 매뉴얼 사례 157

표 목차

〈표 1-1〉 정신건강증진시설 설치운영현황	3
〈표 2-1〉 정신의료기관의 시설 및 장비기준	12
〈표 2-1〉 광역시도별 정신의료기관 현황	12
〈표 2-2〉 기관구분별 정신의료기관 현황	13
〈표 2-3〉 설립구분별 정신의료기관 현황	13
〈표 2-4〉 정신의료기관 정신병상 현황	14
〈표 2-5〉 정신의료기관 상근인력 직역 현황	16
〈표 2-6〉 미국 정신병원 의무기록 규정	20
〈표 2-7〉 미국 정신병원 인력 기준	22
〈표 2-8〉 호주 빅토리아주 격리 강박 법적 기준	33
〈표 2-9〉 미국과 한국 정신의료기관 인력 기준 비교	34
〈표 2-10〉 정신의료기관의 시설 및 장비기준	36
〈표 2-11〉 한국 정신의료기관의 종사자 수 및 자격기준	39
〈표 2-12〉 정신병상에 따른 의료인력 배치기준	48
〈표 2-13〉 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준과 지침	51
〈표 2-14〉 한국 국립정신의료기관과 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교	52
〈표 2-15〉 미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교	53
〈표 3-1〉 정신요양원의 종사자 수 및 자격	58
〈표 3-2〉 광역시도별 정신요양시설 현황	59
〈표 3-3〉 정신요양원 종사자 현황	60
〈표 3-4〉 OO정신요양원 근무시간 분석	70
〈표 3-5〉 업무 분야 및 세부 업무 분장 사항	71
〈표 3-6〉 개인 업무 분장	73
〈표 3-7〉 정신요양시설 직종별 지원 기준	77
〈표 3-9〉 정신요양원 입소자의 장애 중증도 연차별 현황	81
〈표 3-10〉 시설의 설치 및 지원기준 비교	83
〈표 3-11〉 장애인거주시설 직종별 지원기준	86
〈표 3-12〉 정신요양원의 종사자 수 및 자격	87
〈표 4-1〉 정신재활시설 유형별 시설 기준	92
〈표 4-2〉 정신재활시설 직위별 자격기준	94

〈표 4-3〉 시설 유형에 따른 종사자 수 기준	94
〈표 4-4〉 광역시도별 정신재활시설 현황	96
〈표 4-5〉 정신재활시설 운영주체 현황	97
〈표 4-6〉 정신재활시설 설치장소 현황	97
〈표 4-7〉 정신재활시설 시설종류 현황	98
〈표 4-8〉 정신재활시설 시설종류별 인력 현황	98
〈표 4-9〉 정신재활시설 vs 장애인복지시설 시설의 공통기준	108
〈표 4-10〉 정신재활시설 생활시설과 장애인복지시설 거주시설 기준 비교	112
〈표 4-11〉 정신재활시설 중 주간재활시설과 장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관 기준 비교	113
〈표 4-12〉 정신재활시설 중 공동생활가정과 장애인복지시설 중 공동생활가정 기준 비교	114
〈표 4-13〉 정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설과 장애인복지시설 중 단기거주시설 기준 비교	116
〈표 4-14〉 정신재활시설 중 직업재활시설과 장애인복지시설 중 보호작업장 기준 비교	117
〈표 4-15〉 정신재활시설 중 종합시설 기준	117
〈표 4-16〉 사회복지생활시설 종사자 기본급 권고기준 적용 직위 분류표	119
〈표 4-17〉 정신재활시설 중 생활시설과 장애인복지시설 중 거주시설 인력 기준 비교	121
〈표 4-18〉 정신재활시설 중 주간재활시설과 장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관의 인력 기준 비교	122
〈표 4-19〉 정신재활시설과 장애인복지시설의 공동생활가정 인력 기준 비교	124
〈표 4-20〉 정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설과 장애인복지시설 중 단기거주시설의 인력 기준 비교	126
〈표 4-21〉 의료지원형 사회복지시설의 입소(이용)인원 산정기준	127
〈표 4-22〉 정신재활시설 중 직업재활시설과 장애인복지시설 중 보호작업장의 인력 기준 비교	129
〈표 5-1〉 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약	133
〈표 5-2〉 기능회복훈련 및 생활관련 시설의 평균면적과 보유율	135
〈표 5-3〉 일본의 병동별 개방도	136
〈표 5-4〉 일본의 병실 규모별 구성 비율(%)	136
〈표 5-5〉 한국 정신병원 항목별 시설 기준	138
〈표 5-6〉 한국 정신건강전문요원의 업무범위	139
〈표 5-7〉 한국 정신의료기관의 기능 및 담당 인력	140
〈표 5-8〉 한국 정신의료기관 치료목적별 병상 운영과 인력 제안	143
〈표 5-9〉 미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교	143
〈표 5-10〉 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약	145
〈표 5-11〉 정신요양시설 인력 설치기준 개선안	149

〈표 5-12〉 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약	150
〈표 5-13〉 정신재활시설의 시설 유형별 인력 기준 설정 시 고려해야하는 사항	154

그림 목차

[그림 2-1] OECD 국가의 인구 1,000명당 연도별 정신과 병원 병상수의 변화	15
[그림 2-2] 미국 병원, 거주시설, 외래기관의 규모	18
[그림 2-3] 호주의 격리율과 퇴원 후 커뮤니티 케어 이용률 추이(2009-2017년)	29
[그림 3-1] 정신요양시설 입소자의 입소유형	61
[그림 3-2] 정신요양시설 입소자의 연령분포	61
[그림 3-3] 정신요양시설 입소자의 장애등록	62
[그림 3-4] 정신요양시설 입소자의 의료보장	63
[그림 3-5] 정신요양시설 입소자의 연고 여부	63
[그림 3-6] 가평꽃동네정신요양원 주·야간 근무상황도	71

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 필요성 및 목적

2017년 5월부터 시행된「정신건강복지법」에 따라 환자의 인권친화적 환경조성과 서비스 질 보장을 위해 정신건강증진시설별 적정인력 기준과 자격, 시설 기준에 관한 개선방안 등을 도출할 필요가 있다. 「정신건강복지법」에 따른 정신건강증진시설로는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설이 포함된다. 현재 정신건강증진시설 설치운영현황은 <표 1-1>과 같다.

<표 1-1> 정신건강증진시설 설치운영현황

구분		기관수	주요 기능
정신의료기관	국공립	20	정신질환자 진료, 지역사회정신건강증진사업 지원
	민간	1,534	정신질환자 진료
정신요양시설		59	만성 정신질환자 요양 및 보호
정신재활시설		349	병원 또는 시설에서 치료·요양후 사회복귀 촉진을 위한 훈련 실시

자료: 보건복지부(2019). 2019년 정신건강사업 안내

정신의료기관의 인력 기준은 다른 병원급 의료기관보다 완화된 인력 기준을 두고 있다. 예를 들어 정신병원 의사의 경우 입원환자 60명 당 1명이지만, 일반 병원은 입원환자 20명당 1명, 그리고 요양병원은 80명까지 2명으로 두고 있다. 특히 과거 정신보건법 제정 이후 인력 기준 변경이 없어 의료서비스 질 저하 문제가 대두되었다.

정신의료기관의 시설 기준과 관련하여 실제 의료기관 내에서의 정신건강의학과 및 정신병동에 관해서도 적절한 공간구성 및 설치기준이 미비하며, 병원급에 대한 필요 공간 구성 및 입지조건에 대한 규정 또한 부족한 실정이다(문하늬 외, 2015). 정신요양시설, 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 역시 구(舊) 정신보건법 시행 당시 만들어진 것으로 기준에 대한 재점검이 필요한 상황이다.

4 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

또한 시설 기준과 관련하여 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설의 서비스 유형이 다름에도 불구하고 규모 및 면적에 큰 차이가 없고, 적정 면적의 필요성에 대한 기준이나 근거가 미비하다는 기존 연구의 문제제기가 있었다(문하니 외, 2016). 이로 인한 각 시설에 대한 구체적인 역할이나 서비스 제공 적정 규모 등을 산정하기에 어려움이 존재해 왔다고 기존 연구는 지적하였다.

정신의료기관의 경우 병상 수와 관련하여 의원급은 50병상 미만의 운영이 가능하지만 이를 지원하는 소요 공간에 대한 계획 기준이 미비하여, 병상 확충에 따른 공간 구성 및 의료서비스 질 관리에 문제점이 있을 수도 있다.

한편 유형이 세분화되어있는 정신재활시설의 경우, 면적, 소요실 유형 등 제한적인 항목에 대해 포괄적인 시설기준을 제시하고 있어 효율적인 규모 검토와 프로그램 운영에의 어려움이 있을 수 있다. 정신재활시설의 경우 세부유형별 특성화된 서비스 제공이 필수적이며, 이를 수행할 수 있는 합리적인 시설 및 장비 기준 구성이 필요하다.

이에 따라 주요 선진국의 시설 및 인력, 장비 기준에 대한 검토와 더불어 국내 정신요양시설, 정신재활시설의 인력, 시설, 장비 보유 현황 파악, 유사한 사회복지시설의 시설 및 인력, 장비 기준과의 비교 검토를 통해 개선방안을 도출할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 문헌고찰 및 전문가 의견조사를 통해 정신건강증진시설의 시설 유형별 적정 인력 기준을 도출하고, 시설 유형별 시설 및 장비 기준 개선 방안을 마련하고자 한다. 즉, 정신건강증진시설의 시설 및 인력 현황에 대한 파악과 더불어 주요 선진국의 정신건강증진시설의 인력 기준, 시설과 장비 기준 파악에 기반한 개선방안 도출할 것이다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

연구 내용은 크게 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 세 유형에 대하여 시설 및 인력 기준의 개선 방안을 마련하는 것으로 구성된다. 각 항목에 대한 연구 내용을 요약하면 다음과 같다.

가. 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선 방안 마련

- 정신의료기관¹⁾의 시설 및 인력 현황
 - 정신의료기관의 설치 운영 현황, 의료기관의 진료과목, 정신병상 현황 분석
 - 정신의료기관의 재원환자 특성 및 의료이용 현황 분석, 정신의료기관의 인력 운영현황 분석
- 정신의료기관의 인력 기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신의료기관 인력 기준에 대한 비판적 검토
 - 정신의료기관 유형별 기준 제안
- 정신의료기관의 시설기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신의료기관 시설 및 장비 기준에 대한 비판적 검토에 기반한 정신의료기관의 시설 기준 제안

나. 정신요양시설의 시설 및 인력 기준 개선 방안 마련

- 정신요양시설의 시설 및 인력 현황
 - 정신요양시설의 인력 현황, 설치 운영 현황 분석
 - 정신요양시설 입소자 특성 및 제공 서비스 분석

1) 정신병원, 병원급 이상 의료기관에 설치된 정신건강의학과를 포함함.

6 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

- 정신요양시설의 인력 기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신요양시설 인력 기준에 대한 비판적 검토
 - 유사한 사회복지시설의 인력 기준에 대한 검토 포함
 - 정신요양시설 적정 인력기준 제안
- 정신요양시설의 시설기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신요양시설의 시설 및 장비 기준에 대한 비판적 검토에 기반한 정신요양시설의 시설 기준 제안

다. 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선 방안 마련

- 정신재활시설의 시설 및 인력 현황
 - 정신재활시설 유형별 인력 현황, 설치 운영 현황 분석
 - 정신재활시설 유형별 입소자/이용자 특성 및 제공 서비스 분석
- 정신재활시설의 인력 기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신재활시설 인력 기준에 대한 비판적 검토
 - 유사한 사회복지시설의 인력 기준에 대한 검토 포함
 - 정신재활시설 인력 기준 제안
- 정신재활시설의 시설기준 개선 방안 마련
 - 국내외 정신재활시설의 시설 및 장비 기준에 대한 비판적 검토에 기반한 정신재활시설의 시설 기준 제안

2. 연구 방법

선행연구 고찰, 국내 현지 기관 방문을 통한 사례 조사, 2차 자료 분석, 그리고 전문가 자문회의 수시 개최를 통하여 연구를 진행하였다.

먼저, 선행연구 고찰의 경우 문헌 및 온라인 자료를 통하여 1) 주요 선진국의 정신건강증진시설 인력 기준 및 활동 현황 분석, 2) 국내외 정신건강증진시설 시설 기준 등에

관한 조사, 그리고 3) 국내 정신질환 치료환경과 유사한 외국의 정신건강증진시설 기준을 조사하였다.

둘째, 국내 현지 기관 방문을 통한 사례 조사의 경우 정신건강증진시설 유형별 시설 및 인력 기준 개선방안 도출을 위해 참고 가능한 국내 현지 기관을 시설 유형별로 선정하여 기관 방문 실시하였다. 이러한 기관방문을 통해 개선이 필요한 인력, 시설 기준에 대한 시사점을 모색하고자 하였다.

셋째, 2차 자료 분석을 통하여 각 연도 정신건강현황조사 보고서 및 보건복지부 내 정신건강증진시설 운영 현황 자료를 활용하여 시설 및 인력 현황 파악하고자 하였다. 2018년 국가정신건강현황조사 보고서, 한국정신요양시설협회 자료 등 2차 자료를 활용하여 일반 현황을 제시하였다.

넷째, 전문가 자문회의 수시 개최는 정신건강증진시설 유형별 적정 인력 기준, 적정 시설 및 장비 기준 개선방안 도출을 위하여 진행하였다. 정신건강증진시설 실무자와 더불어 정신건강 분야 학계 전문가(정신의학, 간호, 사회복지, 임상심리 등)로 구성된 전문가 자문위원회를 구성하여 운영하였다. 이러한 전문가 대상 자문회의를 수시 개최를 통하여 정신건강증진시설 인력 기준 및 시설기준 개선방안 도출에서 고려해야 하는 이슈들에 대한 파악 및 개선방안 마련에서의 의견수렴이 필요한 사항에 대하여 정리하였다.

제 2 장

정신의료기관의 시설 및 인력 기준 고찰

제1절 정신의료기관의 시설 및 인력 현황

제2절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준에 대한 해외 사례 고찰

제3절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준의 문제점

2

정신의료기관의 시설 및 인력 기준 << 고찰

1992년 제정된 정신보건법을 2016년 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하, 정신건강복지법)로 24년 만에 전면개정된 주요 이유는 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소하고, 전 국민 대상의 정신건강증진의 장을 신설하며, 강제 입원·퇴원 제도를 개선하고, 정신질환자에 대한 복지서비스 제공을 추가하기 위한 것이었다. 구체적으로 정신건강복지법 제49조 입원적합성심사위원회의 설치로 최초 입원 단계에서 권리구제 절차를 강화하고 제59조에 따라 정신건강심의위원회의 결정 유형을 퇴원, 임시퇴원, 처우 개선조치, 외래치료명령 조건부 퇴원, 3개월 내 재심사, 다른 정신의료기관등으로의 이송 등으로 다양화하였다.

강제입원을 어렵게 하고 다양한 유형의 퇴원 조치를 마련한 개정은 정신질환자를 더 이상 분리 수용의 대상이 아니라 가능한 한 지역 사회의 구성원으로 살 수 있도록 지원하려는 데 목적이 있다. 그러나 정신의료기관의 시설과 인력 기준은 중증정신질환의 치료환경에 적합하도록 마련되어 있지 않아서 의료기관이 제 기능을 하고 정신질환자가 지역공동체 일원으로 살아가기는 요원하다.

정신의료기관으로는 의료법에 따른 정신과 의원, 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과와 정신건강복지법 제19조에 따른 기준에 적합하게 설치된 정신병원이 있다. 특히 다른 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자 및 만성정신질환자를 대상으로 하는 정신병원의 경우 2009년 의료법 제3조의 개정에 따라 요양병원으로 분류되어왔다. 이는 정신병원에서도 급성기 진료가 이루어져야 있는 현실을 반영하지 않은 분류체계이다. 대체로 의료법의 내용을 준용하고 있는 정신건강의학과외의 경우에도 정신의학적인 치료의 특수성을 반영한 시설과 인력 기준의 마련이 시급한 실정이다. 또한 정신의료기관이 의료법 개정으로 인해 요양병원이 아닌 별도의 의료기관 유형으로 구분됨에 따라 정신병원의 정의를 새롭게 정립하는 것 역시 필요하다.

본 장에서는 정신의료기관의 시설 및 인력 현황을 파악하고, 정신의료기관의 시설 및 인력 기준이 가지고 있는 문제점들을 살펴보았다. 그리고 해외에서는 정신의료기관

의 시설 및 인력과 관련하여 어떠한 기준을 가지고 있는지 역시 고찰하였다.

제1절. 정신의료기관 시설 및 인력 현황

1. 정신의료기관 설치 운영 현황

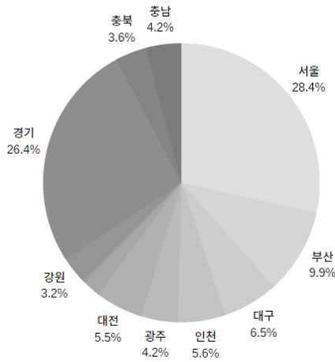
가. 정신의료기관 규모²⁾

2017년 말 기준 전국에 정신의료기관은 총 1,579개소가 있다. 지역별로 보면 서울이 376개소로 가장 많고, 경기도 349개소, 부산 131개소, 대구 86개소, 경남 82개소, 인천 74개소, 대전 73개소, 전북 58개소, 광주 56개소, 충남 55개소, 전남 50개소, 충북 48개소, 울산 27개소, 제주 9개소, 세종 5개소로 분포되어 있다.

〈표 2-1〉 광역시도별 정신의료기관 현황

광역시도	시설 수	광역시도	시설 수
서울	376	강원	42
부산	131	경기	349
대구	86	충북	48
인천	74	충남	55
광주	56	전북	58
대전	73	전남	50
울산	27	경북	58
세종	5	경남	82
		제주	9

(단위: 개소)



자료: 국립정신건강센터 2017년 정신의료기관현황 (모든 정신의료기관 작성)

기관구분별로 보면 정신과의원(입원실無) 953개소, 일반병원 정신과 167개소, 정신병원(민간) 136개소, 종합병원 정신과 116개소, 종합병원정신과(입원실無) 81개소,

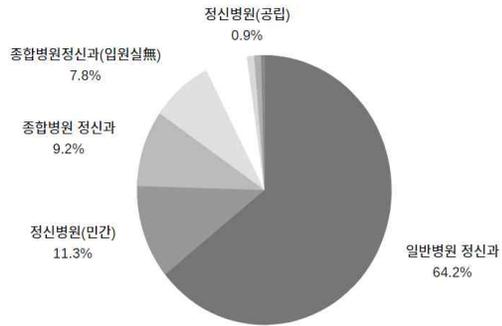
2) 정신의료기관의 시설 현황을 분석하기 위하여 이 연구는 보건복지부 국립정신건강센터에서 제공한 2017년 12월 31일 기준 정신의료기관 현황 자료를 재구성하여 분석하였음.

정신과의원(입원실유) 79개소, 정신병원(공립) 14개소, 일반병원정신과(입원실無) 13개소, 정신병원(국립) 6개소 순으로 나타났다.

〈표 2-2〉 기관구분별 정신의료기관 현황

기관구분	시설 수
정신과의원(입원실無)	953
일반병원 정신과	167
정신병원(민간)	136
종합병원 정신과	116
종합병원정신과(입원실無)	81
정신과의원(입원실유)	79
정신병원(공립)	14
일반병원정신과(입원실無)	13
정신병원(국립)	6

(단위: 개소)



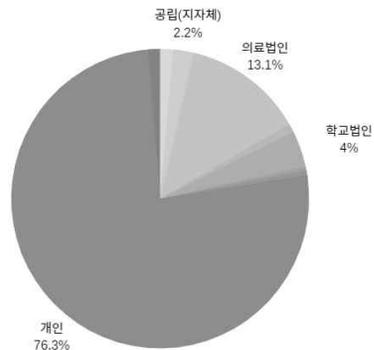
자료: 국립정신건강센터 2017년 정신의료기관현황 (모든 정신의료기관 작성)

설립구분별로 보면 개인 1195개소, 의료법인 205개소, 학교법인 62개소, 공립(지자체) 35개소, 국립 22개소, 재단법인 20개소, 사회복지법인 14개소, 기타민간법인 8개소, 종교법인 6개소 순으로 나타났다.

〈표 2-3〉 설립구분별 정신의료기관 현황

설립구분	시설 수
국립	22
공립(지자체)	35
의료법인	205
사회복지법인	14
학교법인	62
종교법인	6
기타민간법인	8
개인	1195
재단법인	20

(단위: 개소)



나. 정신병상 규모

1,579개소의 의료기관 총 병상 수의 합계는 175,148병상이며, 전체 평균은 217.30병상이었다. 입원실이 없는 기관 유형을 제외하고 총 병상 수가 1개 이상인 정신의료기관의 평균은 306.20병상이었으며, 표준편차는 284.87 병상으로 보고되었다.

한편, 정신과 입원병상 수를 살펴보면 1,579개소의 의료기관 총 병상 수의 합계는 81,276병상이며, 전체 평균은 142.09병상으로 나타났다. 이 중 폐쇄입원병상은 65,619개로 80.7%에 달하며, 개방입원병상은 16,115개로 19.3%로 나타났다. 입원실이 없는 기관 유형을 제외하고 총 병상 수가 1개 이상인 정신의료기관의 평균은 169.33병상임. 표준편차는 146.74 병상으로 보고되었다.

〈표 2-4〉 정신의료기관 정신병상 현황

(단위: 병상)

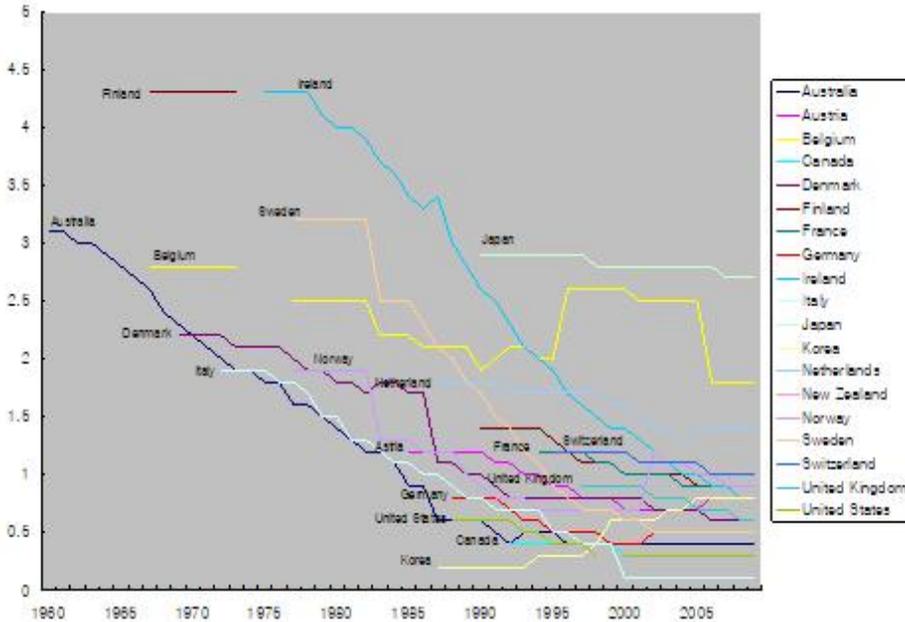
총 병상 수	값	정신과 입원 병상 수	값
합계	175,148	합계	81,276
평균	217.30	평균	142.09
(입원실無제외) 평균	306.20	(입원실無제외) 평균	169.33
(입원실無제외) 표준편차	284.87	(입원실無제외) 표준편차	146.74
최솟값	136	최솟값	1
최댓값	116	최댓값	1,200

자료: 국립정신건강센터 2017년 정신의료기관현황 (모든 정신의료기관 작성)

국내의 정신병상 규모는 다른 국가들과 비교해볼 때 큰 편이다. OECD 국가들의 경우, 인구 1,000명당 병상 수는 1970년대부터 줄어들기 시작하고 1990년대 이후 인구 1,000명당 2.05개 이하의 수준을 유지하고 있다. 같은 동아시아 국가인 일본은 1990년 인구 1,000명당 병상 수가 2.9개이고, 2007년부터 병상 수는 2.7개로 20년 동안 병상 수의 변화가 거의 없을 뿐만 아니라 다른 모든 OECD 국가와 비교해서 가장 높은 병상 수를 가지고 있다.

[그림 2-1] OECD 국가의 인구 100,000명당 연도별 정신과 퇴원환자수의 변화

(단위: 명)



출처: OECD Health Data 2010

다. 정신의료기관 인력 현황

2018년 기준 정신의료기관 상근인력은 총 16,850명이다. 이중 32.9%에 해당하는 5,546명은 정신병원에 근무하고 있으며, 3,246명(19.3%)은 종합병원 정신과에, 4,086명(24.2%)은 병원 정신과에, 3,972명(23.6%)은 정신과 의원에 근무하고 있다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사 정신건강 전문요원으로 구성되는 전문 인력은 5,858명으로 전체 상근인력의 34.8%를 차지하였다.

정신과 전문의 자격을 취득하지 않은 전공의는 총 530명으로, 이들 중 85.3%에 해당하는 452명이 종합병원 정신과에 소속되어 있다. 이밖에 정신건강 전문요원 자격을 취득하지 않은 간호사 4,525명, 사회복지사 460명, 임상심리사 182명이 정신의료기관의 인력으로 집계되었다.

16 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

〈표 2-5〉 정신의료기관 상근인력 직역 현황

구분	상근인력 총계	전문인력 계	정신과 전문의	정신건강 전문요원				전공의	간호사	사회복지사	임상 심리사	기타	
				계	간호사	사회 복지사	임상 심리사						
총계	16,850	5,858	3,273	2,585	1,300	796	489	530	4,525	460	182	5,295	
정신병원	5,546	1,771	681	1,090	623	393	74	74	1,793	127	6	1,775	
	국립	928	338	78	260	215	25	20	50	226	6	0	308
	공립	448	237	67	170	131	29	10	9	91	5	0	106
	사립	4,170	1,196	536	660	277	339	44	15	1,476	116	6	1,361
종합병원 정신과	3,246	1,356	670	686	358	95	233	452	945	123	134	236	
병원 정신과	4,086	1,204	568	636	271	285	80	0	1,489	107	7	1,279	
정신과 의원	3,972	1,527	1,354	173	48	23	102	4	298	103	35	2,005	

자료: 국립정신건강센터 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018, 제4장 정신건강인력현황 p.102에서 재구성.

제2절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준에 대한 해외 사례 고찰

1. 미국

가. 미국의 정신병원 서비스 개요

대부분의 국가들과 마찬가지로 미국도 정신질환자를 수용시설과 주립 병원 등에 장기 입원시켜 사회로부터 격리해왔다. 이런 미국에서 탈시설화를 비교적 빠르게 정착시킬 수 있었던 것은 1965년 메디케이드와 메디케어의 도입에 기인한다(Russakoff, L. M., 2014). 성인(21-64세) 메디케이드 대상자가 정신질환으로 커뮤니티 병원에 입원하는 경우 급여를 지급하지만 그 외 주립 정신병원과 시설 입원에 대해 급여를 제한하여 정신 병원 장기입원 병상이 급격하게 줄었다(Russakoff, L. M., 2014).

미국의 정신질환자는 주로 커뮤니티 종합병원(general community hospitals)의 특수병동(specialty units), 민간 정신병원(private psychiatric hospitals)에서 입원 치료를 받는다. 커뮤니티 종합병원은 커뮤니티 자치 혹은 종교기관에 의해 운영되는 비영리 병원이거나 영리기관 소유 프랜차이즈 병원인데, 비영리인 병원이 많다. 지속적인 탈시설화 정책으로 모든 입원 치료비 가운데 정신질환자 입원치료 비중은 1986년 47.8%에서 2005년 29.1%로 줄었다(Russakoff, L. M., 2014). 반면 항우울제 처방은 55.9 million (1996)에서 154.7 million (2008)로 늘었으며 각종 약물 처방 치료가 정신과 치료의 큰 부분을 차지하고 있다(Russakoff, L. M., 2014).

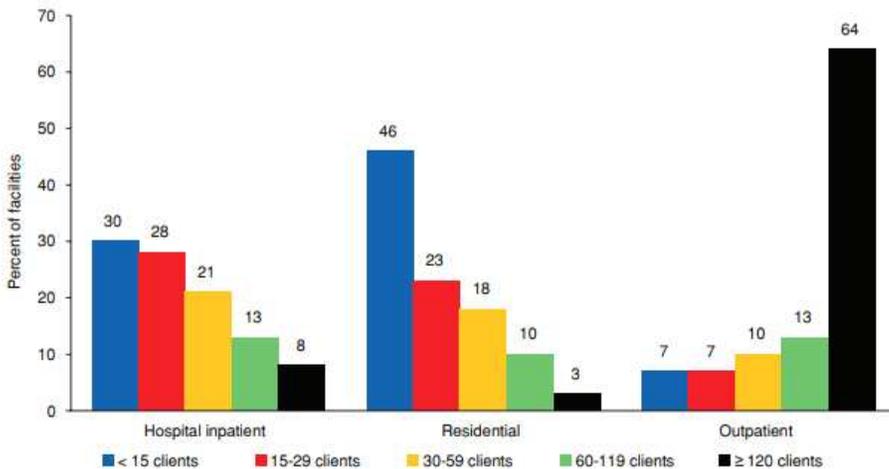
미국의 정신보건서비스 제공기관은 정신병원(psychiatric hospitals), 정신과 설치 종합병원(general hospitals), 거주 치료 센터(residential treatment centers (RTCs)), 커뮤니티 정신보건센터(community mental health centers), 외래(outpatient mental health facilities (including outpatient or day treatment or partial hospitalization mental health facilities))로 나뉜다(U.S. Department of HHS, 2017). 2016년 통계 기준 미국의 정신보건기관은 총 12,172개소이며 이 가운데 정신병원은 689개(공공 208개, 민간 481개) 종합병원은 1,161개, 낮병원이 419개 이다(U.S. Department of HHS, 2017: 50). 비영리 민간기관이 63%, 영리 민간기관이 18%, 공적 자금으로 일부 혹은 전부 운영되는(주 혹은 카운티 운영 혹은 주정

부 에이전트) 기관 수가 19%이다(U.S. Department of HHS, 2017: 10).

병원의 규모는 치료 혹은 서비스 이용 환자수로 분류할 때 병원과 거주시설 모두 소규모가 많다(U.S. Department of HHS, 2017: 13). 환자수가 120명 이상인 대형 병원은 8%로 소수의 주립 병원이며 이 규모는 한국과 비교하면 상대적으로 작다. 58%의 병원이 30인 이하를 기록하고 있다(그림 2-2). 병원 평균 입원 병상 수는 53개이고, 공공정신병원은 상대적으로 많은 평균 162개이다. 정신병원 총 병상 수는 73,184개 종합병원은 총 36,716개로 낮병원을 제외한 입원 병상은 109,900개이다(U.S. Department of HHS, 2017: 52).

[그림 2-2] 미국 병원, 거주시설, 외래기관의 규모

Figure 2.5. Facility size, by service setting: April 29, 2016



SOURCE: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Mental Health Services Survey (N-MHSS), 2016.

병원의 치료방법은 다양하고 병원마다 선택하는 프로그램도 다르지만, 개인상담치료, 그룹상담치료, 인지행동치료요법, 약물치료, 트라우마 치료 순으로 많았다. 부수적인 지원 서비스로는 사례관리, 법원 명령 외래치료, 만성질환관리, 식이요법 및 카운셀링, 교육, 가족 심리상담 등이 있다. 공공정신병원 중 44%가 사법병동을 운영하고 있고, 종합병원은 6%만 운영하고 있다. 즉 미국에서 법원 명령에 따른 외래치료와 입원에 대해 공공 정신병원이 주로 담당한다(U.S. Department of HHS, 2017: 17).

89%의 정신병원과 82%의 종합병원(정신과 설치)이 격리와 강박을 시행하고 있다고 보고했으며(U.S. Department of HHS, 2017: 22), 2016년 국가 전수 조사에서 격리 및 강박의 감축계획 도입을 밝힌 곳은 각각 88%와 82%였다. 반면 대부분의 거주시설(94%)과 외래는 격리, 강박을 사용하지 않고 있다. 전체 정신보건기관의 94%가 질 개선을 위한 보수 교육(continuing education for professional staff)과 환자만족도 조사(periodic client/patient satisfaction surveys)를 필수로 실시하고 있다(U.S. Department of HHS, 2017: 20).

나. 정신병원의 기준에 관한 법조항

미국 법전(United States Code, U.S. Code, U.S.C.)의 1395x(f) 조항에 따르면 정신병원이란 (1) 정신과전문 서비스(psychiatric services), 내과의사(a physician)의 감독 하에 정신질환자의 진단 및 치료를 주로 수행하며, (2)동법 의 병원 운영 요건을 충족하고, (3) 모든 환자에 대한 의료 기록을 유지하고, 메디케어 파트 A에 따라 병원 보험 혜택을 받을 자격이 있는 개인에게 제공되는 치료의 정도와 강도를 결정하는데 필요하다고 장관이 결정한 기록을 유지 관리하며, (4)정신질환자에 대한 능동적인 치료 프로그램을 수행하는 데 필요하다고 장관이 판단하는 직원 요건을 충족해야한다. 1395x(f)(3)과 (4) 조항을 보충할 세부 규칙은 미국연방규정집(Code of Federal Regulations)의 정신병원 의무기록에 관한 사항(§ 482.61 Condition of participation)과 인력 기준(§ 482.62Condition of participation)에서 다루고 있다.

1) 정신과 병원 의무기록에 관한 미국 연방규정

연방규정에 따라 정신과 병원이 관리하는 의무기록은 개인에게 제공하는 치료의 정도와 강도를 결정할 수 있는 높은 수준의 표준을 준수해야한다. <표 2-6>은 환자의 진단과 평가, 정신의학감정, 치료계획, 치료 진행상황 기록, 퇴원계획 등 5개 항목의 세부내용을 요약하고 있다.

〈표 2-6〉 미국 정신병원 의무기록 규정

표준	내용
평가 및 진단	<ul style="list-style-type: none"> • 환자의 법적 상태 • 입원 시점 진단(동반질환 포함) • 환자 및 주요 관계자 진술 • 환자 및 가족 면담 기록: 주거계획, 가족의 태도, 지역사회 자원 연락처, 사회이력 • 필요한 환자에 대한 신경학적 검사 포함 입원 진단
정신의학적감정	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 60시간 이내 • 의료기록 • 정신 상태 기록 • 병의 발현과 입원 정황 • 태도와 행동 • 지적능력, 기억력, 지남력 • 환자 자산목록
개별 종합 치료계획	<ul style="list-style-type: none"> • 진단 • 단기/장기 치료목표 • 특수치료법 • 치료팀원 책임범위 • 진단, 치료, 재활활동을 정당화 할 수 있는 근거기록
치료진행상황	<ul style="list-style-type: none"> • 2개월 간 최소 주1회, 이후 매 한 달 기록 • 수정치료계획 • 계획 재검토 사항
퇴원계획 및 퇴원 요약	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원 요약서, 퇴원 후 관리, 재입원 및 퇴원 후 서비스 계획

자료: Code of Federal Regulations, § 482.61 Condition of participation

(a) 표준: 환자가 입원한 정신질환에 대한 발견 내용과 치료 기록 등을 포함하여 환자 평가 및 진단 정보의 개발.

- (1) 환자식별 자료는 환자의 법적 상태를 포함해야 한다.
- (2) 입원 시점에 잠정 혹은 확정 진단이 이루어져야 하며, 정신과 진단은 물론 동반 질환의 진단도 포함해야 한다.
- (3) 환자 및/또는 주요 관계자가 진술한 입원 사유가 명확히 기록되어야 한다.
- (4) 환자, 가족 등과의 면담 기록을 포함한 사회서비스 기록은 주거 계획, 가족의 태도, 지역사회 자원 연락처 및 사회 이력에 대한 평가를 제공해야 한다.
- (5) 신경학적 검사가 요구되는 경우 입원 검사 때 반드시 포함해야 한다.

(b) 표준: 정신의학 평가. 각 환자는 반드시 다음과 같이 정신의학 감정을 받아야 한다.

- (1) 입원 60시간 이내에 완료되어야 한다.
- (2) 의료 기록을 포함한다.
- (3) 정신 상태의 기록을 포함해야 한다.
- (4) 병의 발현과 입원에 이르게 된 정황을 기록한다.
- (5) 태도와 행동을 기술한다.
- (6) 지적 능력, 기억 기능 및 지남력을 측정한다.
- (7) 환자 자산 목록을 해석이 아닌 묘사/설명적 방식으로 포함시킨다.

(c) 표준: 치료 계획

- (1) 모든 환자는 개별 장점과 장애에 근거한 개별적인 종합 치료 계획을 가지고 있어야 한다. 다음이 서면으로 포함되어야 한다.
 - (i) 입증된 진단
 - (ii) 단기 및 장기 치료 목표
 - (iii) 사용된 특수 치료법
 - (iv) 치료팀의 각 구성원별 책임
 - (v) 진단, 수행된 치료 및 재활 활동을 정당화할 수 있는 기록과 문서
- (2) 환자가 받은 치료는 모든 적극적인 치료 노력을 포함하도록 문서화해야 한다.

(d) 표준 : 치료 진행상황 기록

환자의 담당의, 간호사, 사회복지사 및 (해당 시) 능동적 치료 양식에 주요하게 관련된 담당자는 환자의 치료 진행 상황을 기록해야한다. 메모는 환자의 상태에 따라 결정되지만 처음 2개월 동안 최소한 매주, 그 이후 한 달에 한 번 이상 기록해야 하며, 월 치료계획 또는 수정 치료계획에 따른 진행상황뿐만 아니라 치료 계획에 대한 재검토 권고 사항을 포함해야 한다.

(e) 표준: 퇴원 계획 및 퇴원 요약.

퇴원 시 환자의 상태를 간략하게 요약할 뿐만 아니라 환자의 퇴원 후 관리, 재입원 및 퇴원 후 서비스에 대한 계획을 포함해야한다.

2) 정신과 병원 인력 기준에 관한 미국 연방규정

연방규정에 따라 정신병원은 환자를 평가하고, 개별화된 종합적 치료 계획을 수립하고, 적극적인 치료를 제공하고, 퇴원 계획에 참여할 수 있는 자격을 갖춘 적정 인력수를 확보해야 한다. 임상책임자, 간호책임자, 사회서비스 책임자를 각각 1인씩 두어야 하며, 의사, 간호사, 기술직, 자문, 임상심리사, 사회서비스 전문요원, 치료사, 지원요원, 컨설턴트를 두어 능동적 치료 프로그램과 치료요법 제공이 가능해야한다. 각 병원 별로 제공하는 프로그램에 차이가 있으므로 인력 별 적정 수나 최소 인력 기준을 제시하고 있지 않지만 간호사에 대해서는 충분한 수를 두고 24시간 RN의 가용성을 확보해야한다고 규정에 명시하고 있다. 더불어 각 주에서 최소간호 인력 기준을 법에 마련하고 있어서 연방법을 보완하고 있다.

<표 2-7> 미국 정신병원 인력 기준

인력	업무	비고
① 의료인 ② 기술직 ③ 자문	<ul style="list-style-type: none"> • 환자평가 • 환자 개별 포괄적 치료계획 수립 • 능동적인 치료 제공 • 퇴원 계획 	
입원환자 정신과 서비스 책임자(의료인)	<ul style="list-style-type: none"> • 정신과 집중 치료 프로그램을 운영할 수 있는 리더십 • 임상 책임자(미국 신경정신의학회 시험) • 서비스 및 치료의 질과 적절성에 대한 모니터링 • 프로그램 평가 	
의료인력 (가용성 확보)	<ul style="list-style-type: none"> • 진단, 치료, 수술 등 필요한 의료를 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 외부 인력과 계약 • 종합병원 전원 및 이송 계약

인력	업무	비고
임상심리사/간호사	<ul style="list-style-type: none"> 임상심리서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 외부 인력과 계약 연계
사회서비스 전문인력	<ul style="list-style-type: none"> 사회서비스: 퇴원 계획, 후속 관리, 병원 외부 자원과 정보교환 	<ul style="list-style-type: none"> 최소 한명 석사학위취득자
<ul style="list-style-type: none"> ① 치료사 ② 지원요원 ③ 컨설턴트 	<ul style="list-style-type: none"> 치료활동 프로그램 제공 포괄적 치료 요법 	

주: Code of Federal Regulations, § 482.62Condition of participation

(a) 표준: 병원은 다음 항목을 위하여 적절한 수의 적격한 의료인, 기술, 자문 인력을 갖추어야 한다.

- (1) 환자 평가
- (2) 개별적이고 포괄적인 치료 계획 수립
- (3) 능동적인 치료 제공
- (4) 퇴원 계획

(b) 표준: 입원환자 정신과 서비스 책임자(의료진).

입원환자 정신과 집중 치료 프로그램에서 요구하는 리더십을 갖춘 임상, 서비스 책임자 또는 동등한 자격인의 감독 하에 정신과 입원 서비스가 이루어져야 한다. 의사는 필수적인 정신과 서비스를 제공하기에 충분해야 한다.

- (1) 임상 책임자, 서비스 책임자 또는 이와 동등한 사람은 미국 신경정신의학회 혹은 정골 신경정신의학회(the American Board of Psychiatry and Neurology or the American Osteopathic Board of Neurology and Psychiatry)의 시험을 위한 훈련과 경험 요건을 충족해야 한다.
- (2) 책임자는 의료진이 제공하는 서비스 및 치료의 질과 적절성을 모니터링하고 평가해야 한다.

(c) 표준: 의료 인력의 가용성

필요한 의료, 수술, 진단 및 치료 서비스를 제공하기 위해 기관 내에 의사와 기타 적절한 전문인력을 갖추어야 한다. 기관 내에 적절한 인력이 없는 경우, 외부 공급원과 계약을 체결하여 즉시 가용할 수 있도록 하거나 메디케어에 참여하는 종합병원으로 환자를 전원, 이송하기 위한 협약을 체결해야 한다.

(d) 표준: 간호 서비스

병원에는 정신과 간호서비스의 책임자가 있어야 한다. 책임자 외에, 능동적인 치료 프로그램에 따라 필요한 간호를 제공하고 각 환자에 대한 치료 계획 진행 상황 기록을 유지하기 위해서 등록 간호사(이하 RN), 면허 임상 간호사(licensed practical nurses), 정신보건인력의 적정수를 갖추어야 한다.

- (1) 정신건강의학과 책임간호사는 정신건강의학과 석사학위 또는 이에 준하는 자격을 갖춘 간호사여야 한다. 또한 학제 간 협력 개별 치료 계획 수립에 참여하고, 숙련된 간호 및 치료를 제공하며, 제공되는 간호 관리를 지시, 모니터링 및 평가할 수 있는 역량을 갖추어야 한다.
- (2) RN의 24시간 가용성을 보장해야 한다. 각 환자의 능동적 치료 프로그램에 따라 필요한 간호를 제공할 수 있도록 RN, 면허임상 간호사 및 정신보건인력의 수가 충분해야 한다.

(e) 표준: 임상심리 서비스

병원은 환자의 요구를 충족할 수 있도록 임상심리 서비스를 제공하거나 서비스가 가능하도록 (협약, 연계 등의 조치)해야 한다.

(f) 표준: 사회 서비스

병원에는 제공되는 사회 서비스의 질과 적절성을 감시하고 평가하는 사회 서비스 책임자가 있어야 한다. 서비스는 승인된 표준과 확립된 정책과 절차에 따라 제공되어야 한다.

- (1) 사회 서비스 책임자는 공인된 교육기관에서 석사학위를 취득하거나 정신질환자의 사회서비스 요구에 대한 교육과 경험에 의해 자격을 취득해야 한다. 만일 책임자가 석사학위를 갖고 있지 않다면 적어도 한 명의 직원이 이 자격을 갖추어야 한다.
- (2) 사회 서비스 인력의 책임은 퇴원 계획 참여, 후속 관리를 위한 조치 및 병원 외부 자원과 정보 교환 메커니즘 개발을 포함해야 하며 이에 국한되지 않아야 한다.

(g) 표준: 치료 요법.

병원은 반드시 치료 활동 프로그램(a therapeutic activities program)을 제공해야 한다.

- (1) 프로그램은 환자의 요구와 관심에 적합해야 하며 신체적, 사회심리적 기능을 최적의 수준으로 회복하고 유지하는 방향으로 진행해야 한다.
- (2) 자격 있는 치료사, 지원 요원 및 컨설턴트의 수는 각 환자의 능동적 치료 프로그램과 일관되게 포괄적 치료 요법을 제공해야 한다.

3) 정신의료기관 최소간호사 대 환자 비

미국 캘리포니아 주는 의료서비스 질 향상을 위해 간호사(RN)의 수가 중요하다고 판단하여 주정부 법(Health and Safety Code)에 따라 최소 간호사 대 환자 비 제도(Mandatory Minimum nurse/RN to Patient Ratios Regulation)를 운영하고 있다. 최소 3년마다 모든 병원과 너싱홈(Skilled nursing facilities)에 대한 감독이 불시에 이루어진다. 2013년부터 간호인력 배치 기준을 포함하여 의료기관 개설요건 위반 등에 대한 행정처벌(벌칙금)이 강화되었다. 1회 위반 시 최대 US\$75,000, 2회 US\$100,000, 3회 US\$125,000의 벌칙금을 부과한다. 1992년부터 공론화를 거쳐 2004년 법제화하여 현재는 간호사 인력 기준 등을 대부분 의료기관이 지키고 있다. 약 1%의 의료기관이 벌칙금 등 행정처분을 받고 있다.

간호단위(중환자, 수술실, 응급, 내외과, 정신과 등)별 최소 배치 기준은 전문가 및 실무자의 의견을 수렴하여 결정되었다. 중환자실은 1:2, 응급실은 1:4, 정신병동은

1:6이다. 배치기준은 환자 대 간호사의 활동시간(Nursing hours per patient day)을 기준으로 산정하여 간호사의 인원수 보다는 근무시간을 고려한다. 즉 간호인력의 비번 및 휴일을 고려하여 60% 가산하여 적용하고 있다.

4) 정신과 입원시설 질보고 프로그램

미국의 메디케어는 정신과 입원시설 질 보고 프로그램(The Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting Program, IPFQRP)을 운영하고 있다. 그 대상 기관은 정신병원, 급성기병원 또는 지역거점병원에 설치된 정신병동이다(CMS, 2018). 이 프로그램을 보면 정신과 입원시설의 서비스 질 관리에서 중요하게 고려해야 할 항목을 알 수 있다. 특히 신체적 억압, 격리, 항정신성의약품의 처방 감축, 퇴원과 연속치료 계획, 신체적 문제에 대한 대응이 중요한 것을 알 수 있다.

- 신체적 억압 시간
- 격리 시간
- 적절한 판단에 따른 2개 이상의 항정신성의약품 처방
- 적절한 판단이란 최소 3번 이상 단일요법 시도, 한 개의 복용량 증가 시 다른 의약품 복용량 감소 계획 등
- 퇴원 후의 연속적 치료계획 마련, 다음 단계 의료제공자 연계
- 알코올 및 약물 남용에 대한 선별 검사, 중재 제공, 퇴원 시 처방 및 전원
- 퇴원 후 후속진료 제공
- 흡연 선별검사, 흡연 관련 치료제공, 금연치료제 제공
- 퇴원 환자 정보의 전달, 전달시점의 적절성
- 입원이유, 입원 중 처치, 검사, 결과 요약지, 퇴원시 주진단명, 현 치료약, 환자 지도사항, 사전의료계획, 응급 상황 시 연락 정보, 후속진료계획, 다음단계 의료진/전문가/시설 정보
- 대사장애 검사
- 항정신성의약품 정기 복용자의 BMI, 혈압, 포도당/당화혈색소, 지질판검사 등
- 표준화된 과정과 도구를 통한 정기적 환자경험평가 여부

- 전자의무기록의 사용
- 환자 및 의료기관 종사자 대상 인플루엔자 예방접종
- 계획되지 않은 30일 내 재입원

5) 정신의료기관 보건의료 폭력방지법

미국의 캘리포니아 주는 2016년 보건의료폭력방지법(§ 3342. Violence Prevention in Health Care)을 제정 2017년부터 시행 중이다. 이 법은 홈케어 기관 대상, 정신병원을 포함한 급성기 의료기관을 대상으로 각 기관이 준수해야 할 내용을 구분하여 정하고 있다. 의료기관의 장은 보건의료 폭력방지 계획을 수립하고 이를 시행해야 한다. 특히 법은 보건의료 폭력 방지 계획 수립 및 시행, 고위험군 스크리닝, 평가, 훈련 및 교육 등 인력의 확보를 강조하고 있다. 다음은 법에서 급성기 정신병원에 요구하는 규정이다. 이 법에 따르면 정신병원은 폭력 방지 대책 마련을 위한 책임자를 지정해야 하고 종사자에게 관련 훈련과 교육을 실시해야 한다. 또한 동법은 시설 규정을 두고 있는데, 비상시 도피로, 사각지대를 없애고 조명을 설치, 의료인과 환자 사이에 공격으로부터 보호할 도구 구비, 경보 장치, 출입구 관리, 의약품 저장소, 등이 있다.

1. 계획 수립 및 시행에 대한 책임자 지정
2. 종사자 의견 수렴
3. 종사자 훈련 및 교육
4. 폭력 발생 시 응급 서비스, 지역 경찰 등과 협력체계
5. 종사자 폭력 보고 효과성, 불이익 방지
6. 법 규정 준수
7. 종사자와 의사소통 프로시저
8. 훈련의 개발과 제공
9. 물리적 환경 위해 요소의 평가 및 발굴
10. 고위험군 분석, 스크리닝, 평가
11. 폭력 위험 대응 매뉴얼
12. 사건 발생 후 대응과 조사체계

특히 물리적 환경 위해 요소는 다음과 같은 시설 및 환경 요소를 포함하며, 법에서 제시하는 9가지는 반드시 고려해야하지만 이에 국한되지 않는다. 의료기관 장은 다음의 위해요인을 통제하거나 제거하기 위한 조치를 취해야 한다.

1. 취약한 시간대에 단독으로 일하는 종사자
2. 어두운 조명이나 시야의 사각지대
3. 의료기관 종사자와 폭력 위험이 높은 인물 간 물리적 공격 방지 도구의 부재
4. 비상시 도피 경로의 부재
5. 경보체계의 부재
6. 경보체계가 작동하지 않는 장소
7. 무단출입과 같은 승인 없는 입장이 가능한 출입구
8. 폭력의 도구가 될 수 있는 가구 혹은 장비 등
9. 고가품, 금전, 의약품 등 저장소

폭력 노출 위험이 높은 의료기관은 시설 환경 측면에서 각별한 주의가 필요하다. 취약한 시간대에 단독으로 일하는 종사자가 없도록 인력의 배치를 두어야 한다. 시야의 사각지대가 발생하지 않도록 CCTV, 조명, 건물의 구조 등을 갖추어야 한다. 시설의 장비는 폭력의 도구가 되지 않도록 하거나, 환자와 의료진 간에 물리적 공간이나 도구를 확보해야 한다. 위험한 상황이 발생했을 때 의료진의 도피처나 경보체계를 마련해야 하며 병원 출입구는 보완요원 등에 의해 통제되어야 한다.

2. 호주

가. 호주의 정신병원 서비스 개요

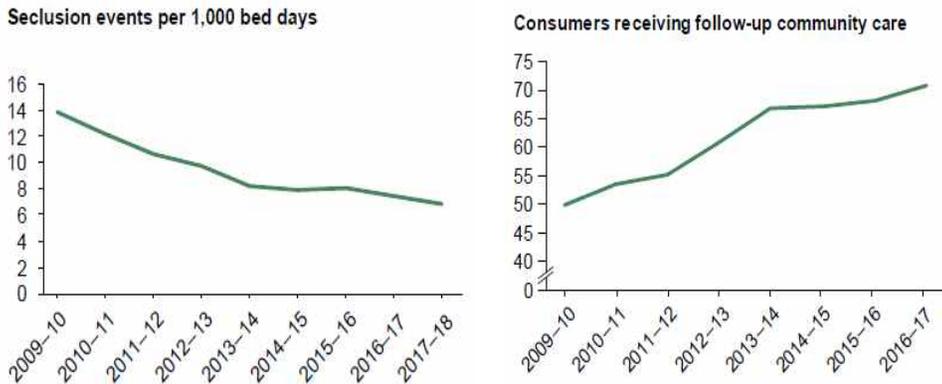
호주 정부는 국가 정신보건의료체계가 사회적 정의, 형평성, 사회적 포용을 추구하는 방향으로 나아가야 한다는 데 공감하고, 1991년 정신건강에 대한 권리와 책임에 관한 성명서(Mental Health Statements of rights and responsibilities)를 발표했

다. 이에 따라 1993-1998년 제1차 국가정신보건계획을 수립하여 정신질환자의 인권을 보호하고 권리를 존중하며 지역 기반 서비스를 확대해갔다. 5년마다 새롭게 추진되는 국가정신보건계획에 따라 장기 병원 입원을 줄이고 지역기반 서비스, 환자와 가족 중심 서비스를 원칙으로 하는 정책 기조가 유지되고 있다.

메디케어가 보장하는 정신보건서비스는 정신과 전문의, 일반의사(GP), 임상심리 상담사가 제공해야하며, 병원, 커뮤니티(GP 클리닉, 커뮤니티 정신보건전문 서비스), 거주 정신보건시설에서 제공될 수 있다. 2018년 기준 정신과전문의는 3,369명, 간호사는 22,159명, 임상심리상담사 26,311명이 있다(AIHW, 2019: 1). 정신과적 증상으로 응급실을 이용 경우는 한 해 평균 286,985건(2017-18년 기준)이다. 공공 병원에서 입원에서 퇴원/다른 기관으로 이송(사망의 경우도 포함) 이 당일 내에 이루어진 경우는 년 61,316건, 민간병원의 당일진료는 년 간 262,172건이었다(AIHW, 2019). 2016-17년 통계 기준 정신병상은 총 10,186개이며 공공정신병원(7,175개=급성기 병상 5,056, 비급성기 2,120개), 민간정신병원(3,011)으로 나뉜다. 평균 재원기간은 14일이며 79% 입원은 공공병원에서 21% 는 민간병원에서 담당한다(AIHW, 2019: 13).

[그림 2-3] 호주의 격리율과 퇴원 후 커뮤니티 케어 이용률 추이(2009-2017년)

(단위: %)



자료: AIHW. (2019). Mental health services—in brief 2019. p.35.

정신과 입원진료의 환자 만족도는 86.2%(뉴사우스웨일즈 주), 78.2%(빅토리아 주)로 높았다. 2017-18년 기준 년 간 2백 5십 만 명이 메디케어(호주 전국민 의료보장제

도) 급여 혜택을 받고 정신보건의료서비스를 이용했으며 4백2십만 건 정신과 의약품 조제가 있었다. 급성 병원에서 2017-18년 한해 11,315건의 격리와 전체 정신보건기관에서 총 16,917건의 신체구속이 있었다. 병원 외 시설 내 격리 혹은 강박률이 매우 낮은 미국과 대조적이다. 한편 1000입원일 당 13.9건이었던 격리는 점차 감소하여 6.9건(2017-18년)을 기록했다(그림 2-2) 병원 퇴원 후 커뮤니티 정신보건 서비스를 받은 경우는 49.8%(2009-10)에서 70.8%(2016-17)로 증가 추세에 있다(AIHW, 2019: 35).

나. 정신병원의 기준에 관한 법제

1) 의료 인력과 공공 정신병원의 문제

호주는 일찍부터 정신질환자의 인권문제 커뮤니티 기반의 정신보건 서비스를 발전시켜왔으며 일차의료에서 일반의(GP)의 정신과적 상담 역량을 강화하여 서비스 접근성을 높여왔다. 이렇게 일차의료와 커뮤니티 중심의 정신보건 서비스에 대해 1985년부터 법제를 마련하고 관련 제도를 정비했던 반면 장기 입원을 줄이고 지속적인 탈원화를 추진하면서 변화에 대비해야 할 급성기 정신과 치료 병상이나 병원의 인력 기준 등은 법제에 마련하고 있지 않았다. 호주는 병원의료서비스의 책임이 주정부에 있으며 관련 법제도 주정부에서 마련한다. 따라서 주마다 차이가 있지만 호주의 가장 많은 인구가 살고 있는 뉴사우스웨일즈 주 정신보건법은 인력 기준과 격리 강박에 대한 기준이 미비하며 비교적 최근 법제를 정비한 빅토리아 주의 경우 관련 기준이 도입되었다.

호주의 커뮤니티 케어가 인구 천 명당 적정 수의 케어 서비스 기관을 두어야한다는 규정을 두고 있는 것과 배치되며, 앞서 기술한 미국이 연방법과 주법에서 의료인력 기준을 법제화 한 것과도 대비된다. 호주의 지역기반 정신보건서비스가 정면교사인 반면 호주의 급성기 정신병원 서비스는 반면교사로 삼을 만하다. 호주는 급성기 정신과 병상은 공공 병원에 집중되어 있으며 대부분의 민간 병원은 응급이나 급성기 환자를 다루지 않는다. 탈원화를 추진하면서 급성기 병상을 줄이고, 늘어나는 서비스 요구에 적시에 대처하지 못했다. 지역사회에 정신질환자가 있는 경우 응급 입원은 오히려 늘어

난다. 대중의 병에 대한 인식과 사회환경의 변화는 서비스 요구의 변호로 이어진다. 공공병원 응급실 정신과 방문이 늘어나고 급성기 병상의 대기자가 늘어가면서 업무 부담을 피해 민간 병원이나 클리닉을 개원하는 전문의가 늘어났다.

호주의 국가 정신보건인력 조사보고서에 따르면 10명 중 9명(91.8%)의 정신과 의사들은 임상지사로서의 주요 역할을 하고 있으며, 그 다음으로 관리자(4.2%), 연구원(1.6%), 교사 또는 교육자(1.3%), 기타(1.1%) 순으로 응답했다. 정신의학과 전문의에게 가장 일반적인 업무 환경은 병원(27.5%), 단독 개인 업무(24.7%), 단체 개인 업무(18.6%) 순이었다(AIHW, 2019). 이러한 특성은 전체 의료 종사자의 특성과 유사하다.

호주 국회의 상원 위원회 정신건강서비스 보고서에 따르면 정신과 전문의 인력과 수요 간에 간극이 존재하는데, 특히 공공 정신병원의 급성기 서비스와 대도시가 아닌 지역의 서비스는 전문의를 보기위해 오랜 기간 기다려야 하는 문제가 있다(Parliamentary of Australia. Senate Committees, 2019). 정신의학과 수련과정은 의학 전공 분야 가운데 유일하게 수련의 수가 지속적으로 줄고 있으며(Parliamentary of Australia. Senate Committees, 2019). 대도시의 경우 인구 십만 명당 16.2명의 전문의가 있지만, 지방의 경우 6.4명에서 내륙과 외지로 갈수록 줄어서 가장 외진 곳은 인구 십만 명 당 2.1 명의 전문의가 있다(AIHW, 2019). 18.4%의 정신의학과 전문의가 65세 이상(2017년 기준)으로 정년을 앞두고 있는 것을(AIHW, 2019) 감안하면 전문의 부족 현상은 계속될 것이다.

시드니모닝헤럴드에 따르면 시드니 정신과 응급실에는 30명에서 50명의 정신의학 평가를 기다리는 대기 환자가 항시 있으며, 이들은 전문의와 정신과 병상 부족으로 제대로 관리되지 못하고 있다. 뿐만 아니라 공공 병원의 업무 강도와 스트레스로 정신의학 전문의는 애초의 직업적 소명을 유지하지 못하고 민간 클리닉이나 병원으로 이직하는 악순환이 계속되고 있다. 2018년 호주 시드니 어린이 병원(the Sydney Children's Hospital)의 정신과 병동은 몇 주간 폐쇄되었는데, 단 한명이던 전문의가 사임하고 인력 충원을 하지 못해서 벌어진 일이었다(The Sydney Morning Herald, May 29, 2019).

미국과 달리 호주는 공공 병원에 일부 법의학 환자(forensic patients), 약물 중독 환자, 지역사회에 퇴원할 수 없는 장기 입원 환자가 섞여 있는데, 이들을 각각 법의학 환경, 외부 약물 중독 전문 시설, 장기 입원을 해야만 하는 환자를 위한 장기요양병상

에서 관리한다면 공공 병원 서비스의 부담이 줄어들 것이라고(The Sydney Morning Herald, May 29, 2019) 인터뷰에 응한 전문가들은(NSW chief psychiatrist Dr Murray Wright, Professor Parker) 말했다. 전문가 의견에 따르면 3개 주요 환자를 공공 급성 병원이 아닌 다른 환경에서 치료함으로써 급성 정신 병원에 대한 압박감을 최대 50%까지 줄일 수 있다.

질 높은 수준의 커뮤니티 기반 정신 보건 서비스를 갖춘 호주가 급성기 정신병상과 전문인력의 부족으로 겪고 있는 문제는 여러 곳에서 드러나고 있다. 2017년 국회 공공 회계위원회 감사보고서(Justice Action, 2017)는 2014년 뉴사우스웨일즈 주의 리즈모아 베이스 병원(The Lismore Base Hospital) 정신과 병동 격리실에서 발생한 사망사건으로³⁾ 작성되었다. 보고서는 이 비극적인 사건의 주요 원인 중의 하나로 부적절한 인력 수와 인력의 자질을 지적했다. 급성 정신병원의 인력 수가 절대적으로 부족하고, 업무 과중과 번아웃 등으로 쉽게 민간이나 커뮤니티로 이직하게 되면서 가장 숙련된 인력이 필요한 급성 정신 병원에는 경험이 부족한 신입 간호인력을 충원할 수밖에 없는 상황이다. 이 사건에 대한 간호기록이나 격리에 대한 보고가 남아있지 않았지만 CCTV 필름이 미디어를 통해 보도되면서 국가 차원의 조사가 진행되었다. 정신병상에 대한 특수 의무기록 보고, 인력 기준 및 관리체계의 부족으로 인해 호주가 겪고 있는 급성기 정신 병상과 격리실 관리 문제는 앞으로 우리나라에서도 발생할 수 있는 문제이다. 뉴사우스웨일즈주 정신보건법(Mental Health Act 2007)은 격리 강박에 대해 법조항이 미비하나 이 사건을 계기로 법 개정을 준비하고 있다. 호주에서 비교적 최근 정신보건법을 개정한 빅토리아 주는 정신보건법(Mental Health Act 2014)에 격리 강박의 기준을 마련하고 있다.

3) Ms. MERTEN 이 100번 이상 격리실에 갇히면서도 제대로 치료 받지 못하고 입퇴원을 반복하였으며, 사건 당일 역시 약물투약 후 격리실에 5시간 이상(11.50pm-5.10am) 갇혀있는 동안 비디오 모니터링만 진행되었다. 약물 부작용과 정신 질환으로 인한 낙상이 최소 25차례 이상 반복되는 동안 간호사, 의사 등 의료진과 단 한 번도 접촉 한 적이 없었으며 차트에 관련 내용이 기록되어 있지 않았다. 환자는 격리실에서 뇌출혈로 사망하였다.

〈표 2-8〉 호주 빅토리아주 격리 강박 법적 기준

항목	근거 조항	내용
시행조건	정신보건법* 제110조/제113조	<ul style="list-style-type: none"> 격리: 자신 혹은 타인에 대한 매우 위중하고 임박한 위해를 방지해야할 필요가 있을 때 시행 할 수 있음
	정신보건법 제113조	<ul style="list-style-type: none"> 신체구속: <ul style="list-style-type: none"> - 자신 혹은 타인에 대한 매우 위중하고 임박한 위해를 방지해야할 필요가 있을 때 - 의학적 치료를 실시할 목적으로 움직임의 제한이 필요할 때
모니터링 및 재평가	정신보건법 제112조	<ul style="list-style-type: none"> 등록간호사(RN) 혹은 등록 의사는 최소 매 15분마다 관찰해야함 권한이 있는 정신건강의학과 전문의는 최소 매 4시간 마다 격리의 필요 정황을 검사해야 함 권한이 있는 정신건강의학과 전문의가 검사할 수 있는 상황이 아닌 경우 전문의 지시에 따라 등록 의사가 최소 매 4시간 마다 격리의 필요 정황을 검사해야 함
	정신보건법 제116조	<ul style="list-style-type: none"> 신체구속중인 환자를 지속적으로 관찰해야 함 RN 또는 등록의사가 최소 매 15분마다 신체구속이 적절한지 리뷰해야 함 권한이 있는 전문의는 최소 매 4시간 마다 필요 정황을 재검사해야 함.
인력	정신보건법 제111조 제114조	<ul style="list-style-type: none"> 사용 지시: 격리를 지시할 수 있는 권한을 가진 정신건강의학과 전문의 권한이 있는 정신건강의학과 전문의가 즉각적으로 가용될 수 없는 상황인 경우 당직 전문의 혹은 당직 시니어 등록간호사(RN), 이 경우 가능한 한 빨리 권한 정신건강의학과 전문의에게 알려야함 전문의를 보고 받고 가능한 빨리 환자를 검사하고 격리의 필요가 있는지 결정해야 함
	정신보건법 제115조	<ul style="list-style-type: none"> 신체구속의 사용 지시: 격리와 동일 <ul style="list-style-type: none"> - 단, 응급 상황인 경우 RN이 신체구속을 승인 할 수 있음 - 이후 권한이 있는 정신건강의학과 전문의 승인을 구해야함. - 신체구속이 더 이상 필요하지 않으면 즉각 중지해야함

주: Mental Health Act 2014, Victoria.

3. 비교를 통한 한국에의 시사점 도출

미국의 경우 정신병원 서비스 표준을 정하고 각 업무를 담당할 충분한 인원수를 갖추도록 명시하면서도 의료, 간호, 사회 서비스 각 책임자와 간호사 외에는 최소 인원 기준을 두지는 않고 있다(표 2-9). 병원마다 제공하는 서비스나 프로그램에 차이가 있을 수 있어서 병원의 특성에 맞게 필요한 인력을 탄력적으로 갖출 수 있는 장점이 있다.

미국과 호주 모두 정신보건인력을 활용하여 프로그램 운영의 보조, 격리 강박 등의 보조, 환자 활동 지원을 하고 있다. 현재 한국의 보호사는 양성화된 인력으로 보기 어

렵다. 필요한 훈련이나 교육을 하고, 관리할 수 있도록 개선해야한다.

이러한 사례를 통하여 한국의 문제점에 대하여 시사하는 바는 다음과 같다.

먼저, 정신병원에서 간호사의 업무 범위가 다양하고 포괄적인데 이들을 간호조무사로 대체할 수 있도록 한 규정은 향후 치료프로그램의 확대 적용이나 탈시설화를 위한 사회복지 프로그램 등을 도입하기에 걸림돌이 될 것으로 보인다.

또한, 병원의 규모나 병상(알코올의존증 등)의 특징을 고려해서 경찰과 비상 연락망을 정신병원까지 확대하는 것에 대해 검토할 수 있겠다. 의료법 시행규칙의 일부 개정으로 입법예고의 내용(보건복지부공고 제2019-637호(2019. 8. 16.))에 따르면 100병상 이상 병원급 의료기관에 경찰청과 연결되는 비상벨과 보안인력배치 1명 이상을 배치하도록 할 예정이다. 다만 신설조항에서 정신의료기관에서 준수하여야 할 보안장비 설치 및 보안인력 배치에 관한 사항은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에서 정하는 바를 따른다고 하였으며, 정신건강복지법 시행규칙에서 해당 내용을 신설하기 위한 작업이 진행 중이다. 당장 보안인력 배치를 정신병원에 적용하기는 어렵다고 하더라도 미국의 지역 경찰 등과의 협력체계를 참고해볼 수 있을 것이다.

셋째, 다른 나라와 비교할 때 정신병원의 기준 인력에 다양한 다학제 인력이 빠진 것은 아쉬운 점이다. 정신건강전문요원의 경우도 입원환자 100명 당 1명을 두도록 해서 해당하는 병원이 아닌 경우 다양한 업무가 간호사에게 집중될 것으로 쉽게 예상이 된다. 우선 정신병원과 정신건강의학과 설치과 병원의 기능을 재정립하고 이를 위해 필요한 서비스, 제공업무 범위를 파악한 후 업무를 담당할 인력을 제안할 필요가 있다.

〈표 2-9〉 미국과 한국 정신의료기관 인력 기준 비교

항목	미국	한국 정신병원 및 병원급 의료기관 설치 정신건강의학과
의사	<ul style="list-style-type: none"> 임상 책임자 1 법정 업무를 담당할 의사 	입원환자 60명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강의학과전공의는 정신건강의학과 전문의 0.5명으로 본다.
간호사	<ul style="list-style-type: none"> 법정 업무를 담당할 충분한 간호사 (최소간호사 대 환자비= 1:6) RN 24시간 가용성 (§ 3342) 취약한 시간대 단독 근무 금지 	입원환자 13명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1의 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.

항목	미국	한국 정신병원 및 병원급 의료기관 설치 정신건강의학과
정신건강전문요원	-	입원환자 100명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강전문요원의 자격취득을 위하여 수련 중인 자로서 수련기간이 1년을 경과한 자는 정신건강전문요원 0.5명으로 본다.
보건의료정보관리사	기술직	종합병원만 해당
사회복지사	사회서비스 전문인력	1명 이상(종합병원만 해당)
약사	자문 인력	100병상 이상인 경우 1인 이상의 약사(병원급 의료기관만 해당, 의료법 시행규칙)
시설안전관리당직근무자	기술직	1명 이상(요양병원기준)
보안인력	지역 경찰 등과 협력체계(§ 3342)	◎ 100 병상 이상 (경찰청과 연결되는 비상벨과 보안인력배치) 1명 이상(병원급 의료기관만 해당, 의료법 시행규칙안)
특징	<ul style="list-style-type: none"> 환자평가, 치료계획 수립, 능동적인 치료 제공, 퇴원 계획 등 법에서 제공하는 서비스 항목을 정하고 이를 담당할 인력을 두도록 함 임상심리사, 정신보건인력, 자문, 치료사, 지원요원, 컨설턴트 등의 인력이 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 임상심리상담사, 정신보건인력에 대한 규정 미흡 특히 정신보건인력은 격리 강박의 훈련된 종사자로 볼 수 있으므로 규정 마련이 필요함 보안인력 규정이 정신의료기관에도 적용될 필요 있음 간호조무사 대체 규정은 정신병원 RN의 업무 범위가 많은 것을 고려하면 개선이 필요

주: Code of Federal Regulations, § 482.62Condition of participation, § 3342. Violence Prevention in Health Care(캘리포니아주), 정신건강복지법 시행규칙 제 11조 제2항에 따른 별표4, ◎의료법 시행규칙의 일부 개정 입법예고의 내용(보건복지부공고 제2019-637호(2019. 8. 16.) 정신건강복지법의 보안인력 기준은 신설 작업 중임,

제3절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준의 문제점

1. 현행 정신의료기관의 시설 및 인력 기준

가. 시설기준

우리나라 정신병원과 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과(병원급 설치과)는 정신건강복지법 시행규칙 제11조 제1항(구체적 사항은 [별표3]에서 제시)에서 정한 시설기준 및 장비를 갖추어야 한다. 본 시행규칙에 의하면 정신병원은 50명 이상이 입원할 수 있는 입원실, 응급실 또는 야간진료실, 진료실, 뇌파검사 및 심전도실, 상담실, 재활훈련실, 임상검사실, 방사선실, 조제실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설과 구급차를 갖추어야 한다. 시설기준에 대한 상세한 사항은 아래 <표 2-10>과 같다.

<표 2-10> 정신의료기관의 시설 및 장비기준

구분	정신병원	병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과	정신과의원
입원실	환자 50명 이상이 입원할 수 있는 병실 1개 이상		입원실을 두는 경우 환자 49명 이하가 입원할 수 있는 병실
응급실 또는 야간진료실	1개 이상	1개 이상	
진료실	1개 이상	1개 이상	1개 이상
뇌파검사 및 심전도실	1개 이상	1개 이상	
상담실	1개 이상	1개 이상 (환자 50명 이상이 입원할 수 있는 병실을 가진 경우만 해당한다)	
재활훈련실	1개 이상	1개 이상 (환자 50명 이상이 입원할 수 있는 병실을 가진 경우만 해당한다)	
임상검사실	1개 이상	1개 이상	

구분	정신병원	병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과	정신과의원
세탁물처리시설	1개 이상	1개 이상	
구급차	1개 이상	1개 이상	

주: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(제11조 제1항 관련), 별표 3
비고:

1. 환자들의 생활에 불편이 없도록 식당·휴게실·욕실 및 화장실 등의 편의시설을 갖추어야 한다. 다만, 입원실을 두지 않는 경우에는 그렇지 않다.
2. 급식 또는 세탁물 처리는 의료기관이 함께 하거나 외부용역으로 처리할 수 있다.
3. 환자 49명 이하가 입원할 수 있는 병실을 가진 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과 경우에는 나목, 라목 또는 사목부터 파목까지의 시설이나 구급차는 다른 진료과와 함께 사용할 수 있다.

가) 입원실

- 1) 환자 1명이 사용하는 입원실의 바닥면적은 6.3m² 이상이어야 하고, 환자 2명 이상이 사용하는 입원실의 바닥면적은 환자 1명당 4.3m² 이상이어야 한다. 다만, 연면적의 합계 중 입원실을 제외한 부분의 면적이 입원실 면적의 2배 이상인 정신의료기관에서 환자 2명 이상이 사용하는 입원실의 바닥면적은 환자 1명당 3.3m² 이상으로 한다.
- 2) 소아용 입원실의 바닥면적은 위 1)의 입원실의 바닥면적의 3분의 2이상으로 한다. 다만, 환자 1명이 사용하는 입원실의 바닥면적은 6.3제곱미터 이상이어야 한다.
- 3) 입원환자(연평균 1일 입원환자를 말한다. 이하 같다) 50명당 보호실 1개를 설치하되, 그 끝수에는 보호실 1개를 추가하고, 보호실에는 자해 등을 예방할 수 있는 안전장치를 갖추어야 한다. 다만, 정신의료기관이 개방병동만으로 이루어진 경우에는 보호실을 두지 않을 수 있다.
- 4) 입원실의 시설 및 비품은 자신 또는 타인을 해할 위험이 예방될 수 있도록 설치하여야 한다.
- 5) 병동 안에는 외부와 신속하게 연락을 취할 수 있는 경보연락장치를 하여야 하고, 환자가 자유롭게 사용할 수 있는 전화를 설치하여야 한다.
- 6) 입원환자 50명 이상인 정신의료기관은 입원실의 100분의 10 이상을 개방 병동으로 운영하여야 한다.
- 7) 입원실의 정원인 입원환자 10명 이하로 한다.

나) 응급실 또는 야간 진료실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하여야 하고 구급용 시설·응급처치장비·의약품 및 신체보호에 사용되는 장비와 병상을 갖추어야 한다.

다) 진료실

정신의료기관에는 정신건강의학과 전문 진료실을 두어야 하며, 입원환자 100명 이상인 정신병원 또는 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과에는 개인 면담실 및 집단 치료실을 설치하여야 한다.

라) 뇌파검사 및 심전도실

뇌파검사 및 심전도검사에 필요한 시설 및 장비를 갖추어야 한다.

마) 재활훈련실

생활훈련 또는 작업훈련에 필요한 도구, 장비 및 안전장치를 갖추어야 한다.

바) 상담실

환자 상담에 적합한 시설을 갖추어야 한다.

사) 그 밖의 사항

임상검사실, 방사선실, 조제실, 소독시설, 급식시설 및 세탁물처리시설의 시설규격은 「의료법 시행규칙」 별표 3의 해당 시설규격(방사선실은 방사선장치를 말한다)을 따르고, 구급차의 시설규격은 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 별표 16 제2호의 일반구급차의 장비기준에 따른다.

추가로, 위 표 제2호3)에 따라 입원환자를 보호실에 두는 경우에는 1명만 입실시켜야 한다.

나. 인력 기준

정신병원 입원환자는 타과질환보다 재원일수가 길고, 정신전문보건의력이 다양한 증상에 개입하게 된다. 그래서 CT, MRI, 수술장비와 같은 고가의 장비보다는 인력관리가 더 중시되고, 이들이 근무할 수 있는 환경과 공간 확보가 의료서비스의 질을 결정하게 된다. 그리고 정신건강 전문인력의 개입여부가 정신병원의 재활치료와 개입에 대한 관심도를 높이고, 지역사회정신보건체계를 만드는 데 중요한 기여를 하게 된다.

우리나라 정신의료기관은 정신건강복지법 시행규칙 제11조 제2항에서 정한 정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준을 갖추어야 한다. 정신의료기관의 인력 규모는 의료기관이 설계하는 진료 방식과 추산하는 적정 진료 서비스량에 따라 차이가 날 수밖에 없다. 또한 다른 나라와 비교할 때 정신병원의 기준 인력에 다양한 다학제 인력이 빠져 있다는 점 역시 개선되어야 한다. 정신건강전문요원의 경우도 입원환자 100명 당 1명을 두도록 해서 해당하는 병원이 아닌 경우 다양한 업무가 간호사에게 집중될 것으로 쉽게 예상이 된다.

〈표 2-11〉 한국 정신의료기관의 종사자 수 및 자격기준

구분	정신병원	병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과	정신과 의원
정신건강 의학과 전문의	입원환자 60명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강의학과 전공의는 정신건강의학과 전문의 0.5명으로 본다.		1명을 두되, 정신건강의학과 전공의는 정신건강의학과 전문의 0.5명으로 본다.
간호사	입원환자 13명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.		정신병원과 같음. 다만 입원환자가 5명 미만이거나 외래환자만을 진료하는 경우에는 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.
정신건강전문요원	입원환자 100명당 1명을 두되, 그 끝수에는 1명을 추가한다. 이 경우 정신건강전문요원의 자격취득을 위하여 수련 중인 자로서 수련기간이 1년을 경과한 자는 정신건강전문요원 0.5명으로 본다.		

주: 1. 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 본다.

2. 낮병동 환자 2명은 입원환자 1명으로 본다.

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙, 별표 4. (제11조2항 관련)

2. 정신의료기관 시설 및 인력 기준의 문제점

가. 시설 기준

본 항목에서는 우리나라 정신의료기관에 필요한 시설기준과 규격 그리고 장비에 대한 사항을 입원실 부문, 진료실 부문, 그리고 편의·안전시설과 설비 부문으로 나누어 어떠한 문제가 있는지를 파악하였다.

1) 입원실 부문

정신건강복지법 시행규칙에 따르면 환자 1명이 사용하는 입원실의 바닥면적은 6.3m² 이상이고, 환자 2명 이상이 사용하는 입원실의 바닥면적은 환자 1명당 4.3m² 이상이 되도록 하고 있다. 정신병원 1인실을 차액병실로 운영하지 않는 이상 1인실과 2인실 바닥면적에 차이가 나도록 한 위 규칙은 규제로 작용할 뿐이고 1인실 적용은 보호실만 적용될 수밖에 없다. 따라서 1인실 규정이 있다면 1인실 이용을 활성화하기 위한 치료방안이 마련되어야 한다.

그리고 연면적의 합계 중 입원실을 제외한 부분의 면적이 입원실 면적의 2배 이상인 정신의료기관에서 환자 2명 이상이 사용하는 입원실의 바닥면적은 환자 1명당 3.3m² 이상으로 하도록 되어 있다. 위 기준은 정신병원이 개방적인 공간을 보다 많이 확보하도록 유도하기 위해서 제정된 것으로 해석된다. 하지만 실제 정신병원들은 위 기준에 준하여 건물 내 폐쇄병동 위주의 운영을 하고 있다. 개방공간에 대한 인센티브는 작용하지 않고, 넓은 개방 공간을 확보한 병원에 대해서는 세금과 비용 부담만 늘어나게 되므로 폐쇄성을 극복하는데 큰 도움이 되지 않는다. 이에 대해 현재 정신병원들이 개방적 공간을 갖도록 유도하기 위해서는 위 규칙 외 별도로 편의시설, 공원시설 등을 구체적으로 제시할 필요가 있다. 그리고 현재 지방세특례제한법 제22조 사회복지법인 등에 대한 감면에 대한 내용 제6항을 보면 의료업에 직접 사용하기 위하여 취득하는 부동산은 취득세와 재산세 감면혜택이 100%이던 것이 2020년 12월 21일까지 50%로 줄어들어 세부담이 늘어나게 된다. 개방공간을 요구하는 정신의료기관의 경우 개방공간에 대한 인센티브는 작용하지 않고, 개방공간 확보에 대한 세금과 비용 부담만 늘어

나게 되므로 이에 대한 시정이 필요하다.

소아병동은 치료자의 개입이 많고 치료에 보호자를 대동하도록 되어 있어 소아 치료에는 특수한 치료와 공간을 요구한다. 소아 환자 1명이 사용하는 입원실의 바닥면적은 6.3제곱미터 이상이 되도록 하였고, 소아용 다인 입원실의 바닥면적은 위 바닥면적의 3분의 2이상으로 하게 되어 있다. 소아전문치료에는 특수한 치료와 공간이 필요함에도 1인실에 대한 인센티브가 제공되지 않고, 다인실은 더 좁은 공간을 허용할 수 있도록 하여 정신의료기관으로 하여금 소아정신전문치료서비스를 제공하기 위한 동기가 작용하지 않는다. 소아치료는 전문화될수록 정신과 외 소아전문 타과의 협진 및 전문시설과 장비가 필요하므로 이에 맞는 시설 및 장비규칙이 마련될 필요가 있다.

입원환자 50명 이상인 정신병원은 입원실의 100분의 10 이상을 개방병동으로 운영하도록 되어 있다. 개방병동의 비율은 정신의료기관의 개방성과 지역사회 연계율을 나타내는 상징적 의미로 해석할 수 있다. 현재 100분의 10 이상이라는 기준을 100분의 20이나 30으로 올리게 되면 다양한 치료욕구를 충족시키면서, 개방성도 높아지고 지역사회 연계율도 높아지게 되지만 상대적으로 정신병원은 직원투입과 시설확장이라는 운영부담을 가지게 된다. 만일 개방병동의 비율을 높이고자 한다면 일본 정신병동 사례에서 보듯이 정신병동의 기능을 구급, 급성기, 일반, 요양, 치매 병동 등으로 구분하고 치매와 같은 특수한 병동 외 개방이 가능한 다른 병동들의 개방비율을 높이도록 하는 것이 한 방법이다.

입원실의 정원인 입원환자 10명 이하로 되어 있다. 일본 정신병원은 대개 6인실까지 운영하는 경우가 많으며 7인실 이상 운영되는 경우도 있으나 사례가 그리 많지는 않다. 우리나라 정신의료기관은 8인실 이상 운영하는 경우가 많으며 이에 의료서비스의 질이 떨어지고 사생활 보장에 있어서도 한계가 생기고 있다. 정신질환은 질환별 특성에 따라 필요한 정신시설과 장비가 구분될 필요가 있으며 이에 대한 병동이나 병실 정책이 필요하다. 우리나라 정신의료기관에 대한 수가체계는 이러한 특수성을 인정하지 않고 있기 때문에 자연스럽게 다인실을 운영할 수밖에 없으며 수가인상이 지체되면 병실당 인구수가 늘어나는 동기로 작용하게 된다. 따라서 바람직한 정신과적 의료서비스를 제공하기 위해서는 병실 당 인구수를 줄일 수 있는 정책이나 시행규칙 마련이 필요하다.

입원환자(연평균 1일 입원환자) 50명당 보호실 1개를 설치하고, 그 끝수에는 보호

실 1개를 추가하도록 하였다. 현재 정신의료기관에서 운영하는 보호실은 관찰병실 또는 안정실 기능과 함께 응급환자 입원실 또는 자·타해 위험환자의 진정을 위한 장소로 복합적으로 이용되고 있다. 그리고 정신의료기관은 응급상황에 대한 시설과 전문인력에 대한 규정이 없고, 현실적으로 수가지원도 없는 상태이므로 자연스럽게 보호실이 격리나 강박이 이루어지는 장소가 되어 왔다. 따라서 관찰병실 또는 안정실 기능과 응급환자 입원실 또는 자타해 진정실 기능을 분리할 수 있도록 응급·급성기 병동을 설치 운영하도록 하거나 타과 지원이 가능한 설치과가 있는 병원에서 응급환자 또는 자·타해 위험환자의 진료가 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

한편 보호실은 이용 목적이 신규환자 또는 응급환자의 정신과적 진정과 금단증상에 대한 대처에 있는 것이 아니라 입원해 있는 환자의 보호와 안정을 위해 사용하는 것이 주목적이다. 따라서 정신의료기관 내 보호실의 용도와 기능이 응급병동이나 구급기 병동 보호병실의 용도와 기능과 다르므로 현재 정신의료기관의 보호실은 정신의료기관에 규정된 허가병상에 포함되지 않는다고 해석할 수 있다. 그리고 보호실은 인권에 민감한 곳이므로 적절한 온도유지와 조명 그리고 즉각적인 치료개입이 가능한지에 대한 시설규정이 있을 필요가 있다.

우리나라에서는 치매질환에 대한 관심이 지극히 높아짐에도 불구하고, 치매에 이환 되면 이를 전문적으로 치료하고 가료할 전문인력과 병동시설을 갖춘 의료기관이 많지 않다. 특히 경증치매는 그 인구가 많지 않아 중증치매에 비해 관심도가 떨어져 있어 이들의 이환시기를 늦추거나 치료할 수 있는 집중치료시설이 필요한 상황이다. 이를 위해 정신병원에서 치매인구들 대상으로 한 치매병동을 운영할 수 있도록 제도적으로 지원하면 사회적 요구를 충족할 수 있는 좋은 계기가 될 것이다.

2) 진료실부문

정신의료기관에는 정신건강의학과 전문진료실을 두어야 하고, 입원환자 100명 이상인 정신병원 또는 병원 설치과에는 개인면담실 및 집단치료실을 설치하게 되어 있다. 현재 정신병원은 급성기 환자 비율이 낮기 때문에 급성기 환자를 위한 진료시설이 차지하는 비중이 높지 않다. 그리고 정신병원은 응급이나 급성기 치료에 대한 관심도가 떨어지면서 진료시설과 장비의 안전기준에도 민감하지가 않다. 따라서 응급환자와

급성기 외래치료가 많은 정신병원이나 병원급 설치과에서는 이와 관련된 진료시설과 장비의 안전기준을 구체화할 필요가 있다.

응급실 또는 야간진료실은 외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하여야 하고 구급용 시설·응급처치장비·의약품 및 신체보호에 사용되는 장비와 병상을 갖추도록 되어 있다. 우리나라 정신병원에서는 응급실에서 이루어질 수 있는 정신과적 응급상황에 대한 집중치료가 지원되지 않으므로 현재로서는 응급실은 임시적으로 대처하는 공간을 의미한다. 앞으로 지역사회에서 발생하는 응급환자 및 고위험 환자의 자해예방과 안전보장을 위한 시설, 장비 그리고 인력에 대한 지원이 이루어질 필요가 있다.

정신의료기관이 개방병동만으로 이루어진 경우에는 보호실을 두지 않을 수 있다고 되어 있다. 우리나라 병동은 폐쇄병동과 개방병동이 분리되어 있어 개방병동 환자가 응급이나 급성 질환이 발생하면 폐쇄병동으로 이동하도록 되어 있다. 개방병동 환자가 계속해서 개방공간에서 입원하기 위해서는 개방병동에서도 보호실, 안전시설 그리고 필요한 치료시설이 확보될 수 있도록 해야 한다.

정신건강복지법 시행규칙에 따르면 뇌파검사 및 심전도실, 상담실, 재활훈련실, 임상검사실, 방사선실 등을 제도적으로 갖추도록 하고 있다. 이들 공간에서 이루어지는 검사, 측정, 훈련, 상담 등은 정신건강전문요원이나 전문자격을 갖춘 사람이 할 수 있는 치료활동이다. 현재 시행규칙에는 이런 시설만 갖추도록 했을 뿐 이들 시설에서 근무할 직원의 자격과 근무형태에 대한 내용이 없다. 따라서 공간 확보만 규정할 것이 아니라 정신치료적 적절성 여부에 따른 근무자격과 근무형태에 대한 기준도 필요하다. 그리고 임상검사와 방사선 측정과 같이 정신치료에 해당하지 않아 사례가 지극히 적은 정신의료기관은 필요한 경우 원외진료 방식으로 의료서비스를 유지하도록 하는 방법도 모색해야 할 것이다.

3) 편의 및 안전시설과 설비 부문

정신병원과 병원급 설치과는 응급의료에 관한 법률 시행규칙에 따라 일반구급차 장비기준에 따른 구급차를 한 대 이상 갖추도록 되어 있다. 병원급 설치과는 구급차를 타 진료과와 함께 사용할 수 있기 때문에 구급차 이용률이 높다. 반면 정신병원에서는 원내 응급으로 타 의료기관으로 이송하는 경우를 제외하면 구급차 이용률이 지극히 낮

다. 따라서 병원급 설치과와 정신병원에서 운영하는 구급차의 운영기준을 차별화할 필요가 있다.

정신의료기관은 환자들의 생활에 불편이 없도록 식당·휴게실·욕실 및 화장실 등의 편의시설을 두도록 되어 있다. 정신병동은 폐쇄병동으로 운영되면서 타과 입원에 비해 상대적으로 입원기간이 길기 때문에 사생활을 보장하고 입원생활 만족도를 높이기 위해서 병실자물쇠, 책상, 의자, 수납장, 로커 등 편의시설이 더 필요할 수 있다. 그리고 입원기간과 질병유형에 따라 시설과 장비가 달라질 수도 있다. 특히 정신과적 재활서비스를 활성화하려고 한다면 병동 내에 조리실·담화실과 같은 생활시설과 체력단련실·음악실 등 기능회복실도 필요할 것이다.

환자 49명 이하가 입원할 수 있는 병실을 가진 병원급 설치과는 응급실, 뇌파검사 및 심전도실, 임상검사실, 방사선실, 조제실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설을 다른 진료과와 함께 사용할 수 있도록 되어 있다. 위와 같은 시설은 의료장비지원이 외주에 의해 가능한 경우 반드시 필요한 시설이 아니므로 선택구정으로 할 필요가 있다. 대신 정신의료기관은 의료장비 못지않게 정신보건전문인력의 역할이 치료에 유의미한 영향을 미치므로 기존 시설은 정신전문요원시설로 대체하도록 정리할 필요가 있다.

나. 인력 기준

정신건강복지법 시행규칙 제11조 제2항(구체적 사항은 [별표4]에서 제시) 정신의료기관 종사자 수 및 자격기준을 보면 정신병원과 병원급 설치과의 치료 기능이 차이가 나는 것을 인정하지 않는다. 의료급여환자의 경우 일일정액수가제를 실시하여 기관등급을 G1에서 G5까지 다섯 등급으로 나누고 인력 기준에 따라 합산수를 차등적으로 지원한다. 이런 차등지원에도 불구하고 가장 높은 G1등급 의료기관이 받는 진료수입은 해당 의료기관이 의료급여환자에게 충분한 정신의료서비스를 제공하도록 할 수 있을 만큼의 동기부여가 되지 못하고 있다.

그리고 우리나라 정신보건전문가들의 전문화 경로를 보면 보건 분야 전문가와 복지 분야 전문가가 분리되어 서로 경합관계를 이루고 있는 것을 볼 수 있다. 재정도 보건이나 복지를 중심으로 일원화되어 있지 않고 건강보험공단 재원과 복지 재원으로 분리되어 있다. 이에 병원에서는 의사와 정신전문요원인 사회복지사 간의 업무 분절화가 생

기기도 하고, 지역사회 현장에서도 병원과 정신건강복지기관 간에 있어 상호 업무교류가 이루어지지 않는 경우가 발생하기도 한다.

정신보건전문요원 간 전문직업주의 경합이 이루어지면서 정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사 등이 통합된 정신보건체계 구축을 위한 비전을 공유하지 못하고 있다. 그뿐만 아니라 작업치료사, 물리치료사 등 정신보건전문요원으로 진입하고자 하는 전문가집단도 전문직업주의 경합으로 인해 정신보건현장에 투입되는데 어려움을 겪고 있다.

1) 정신과 전문의

우리나라 정신과 전공 수련과정을 보면 임상치료에 대한 집중도가 높은 반면 예방과 지역사회에 대한 이해도는 낮은 편이다. 따라서 정신과 전문의들은 정신병원이 전문 진료 중심으로 변화가 이루어지길 바라는 경향이 있고, 지역사회와 재할, 정신건강증진을 위한 분야에 대한 관심도는 낮은 편이다. 정신병원이 지역사회 정신보건체계에 기여하도록 하려면 전공의 수련기간 중 지역사회정신보건기관과 파견수련경험을 갖도록 하여 관심도를 높이는 것이 필요하다. 전공의 수련 정신의료기관에서 전공의 인력 기준 설정 시 위와 같은 사항이 고려되도록 할 필요가 있다. 그리고 최근 진료수가 개편 후 정신과 전문의 개원 붐이 있는데 개원의들의 개원이 예방과 정신건강증진 관련 지표에 긍정적인 영향을 줄 것인지 확인해볼 필요가 있고, 개원 전문의들이 예방과 1차 진료 강화를 비롯한 정신보건의료 전달체계에 기여하도록 할 필요가 있다.

2) 간호사 및 간호조무사

우리나라는 간호사 인력의 공급부족으로 환자 수 대비 정신병원에서 근무하고 있는 간호사수는 절대적으로 부족한 상태이다. 그리고 간병 지원이 가능하지 않다보니 간호 인력이 간병을 지원하고 있으며, 간호사 인력이 우발적 상황에 노출되기도 쉬워 안전 문제도 제기되고 있다. 우선적으로 인력충원이 이루어지는 것이 바람직하겠으나 현실적으로 가능하지 않은 상황에서 간호사 인력을 지원해주는 간호조무사의 활용이 대안으로 작용해 왔다. 하지만 간호조무사의 윤리수준과 업무이해와 숙련도가 간호사에 미

치지 못함으로써 생기는 문제도 있다. 이에 대한 대안 중 하나는 정신병원 간호사의 급여·업무·복지수준이 종합병원이나 병원급 정신과 간호사 수준과 같도록 하는 것인데 이것은 개별 병원의 경영의지에 따라 달라질 수 있는 것이다. 다른 대안 중 하나로 정신병원이 예방, 치료 그리고 재활치료 교육의 장이 되도록 하여 전문 직업교육 현장이 되도록 하여 직원 사기를 높이는 것이다. 또 다른 대안으로 간호조무사 중 정신보건에 대한 이해도가 높은 사람에게 일정 교육수준을 밟게 하면서 준 간호사로 역할을 하도록 양성하는 것도 하나의 방법이 될 것이다.

3) 정신보건전문요원

일본의 정신보건모델은 재활과 자립이 가능한 가정을 중심에 두고 정신장애인의 필요와 요구에 따라 의료기관이나 복지기관을 자유롭게 이용할 수 있도록 설정되어 있다. 우리나라 정신보건모델은 국가기관에서 뚜렷하게 그 모델이 제시된 바가 없고, 정신보건의 중심이 정신의료기관인지, 지역사회 사회복지기관인지, 지역정신보건복지센터인지가 명확하지 않다. 정신보건 전달체계에 대한 개념이 명확하지 않다보니 현장의 보건 담당자와 복지 담당자와의 업무관계도 유기적이지 못하고, 타 부서의 업무지원도 간섭으로 받아들이는 경향이 있다. 정신병원 내에서도 마찬가지로 전문의와 정신보건전문요원 간 업무지시가 있을 경우 협조적으로 작동하지 못하는 경우가 있으며, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사, 정신보건간호사 등 전문요원 간에도 협조적 관계가 이루어지지 못하고 있다. 이에 우선 보건의료에 대한 이해도가 높은 정신보건전문간호사를 정신병원과 지역사회 현장에 투입하여 지역사회와 정신병원을 이어주는 가교자 역할을 하도록 양성할 필요가 있다. 그리고 병원급 설치과는 심리치료를 하면서 전문진료를 지원할 수 있는 임상심리사를 양성하도록 하는 것이 필요하고 그 외 지역사회정신보건체계를 지지하는 작업치료사도 정신과의 주요 치료인력으로 양성할 필요가 있다.

4) 보호사

보호사 직종은 정신의료기관 내 안전과 질서 유지, 쾌적한 삶을 위한 생활보조 등의 역할을 하고 있다. 현재 병원안전에 대한 경각심이 요구되면서 환자수가도 신설되고

있고 새로운 업무와 역할들이 부여되기 시작하면서 이에 대한 보호사의 재교육에도 투자가 이루어져야 할 것이다. 그리고 정신의료기관의 진료체계가 정립되고 보건의료전문가의 전문직업의식이 대두되면서 사전 정신보건교육을 받지 못한 보호사들의 부적절한 업무태도나 낮은 이해도에 대한 문제 제기가 있기 때문에 이에 대한 정신보건 직업교육을 실시하여 보호사의 근무능력을 높일 필요가 있다. 특히 환자 안전수가가 신설되면 병동안전현장의 최일선에 있는 보호사들의 역할이 대두될 것이다. 따라서 보호사 능력이 안전인증이 요구하는 수준에 부응하기 위해서는 정신의료기관에 필요한 국가공인 안전교육을 개설하여 이수하도록 할 필요가 있다.

다. 병원급 설치과의 시설 및 인력 기준 문제

정신건강복지법 시행규칙 제11조 제1항에 따르면 정신병원과 병원급 설치과로서 정신건강의학과는 50병상 미만일 경우 상담실과 재활훈련실만 제외하면 똑같은 규정을 따르도록 되어 있다. 병원급 설치과로서 정신과 병상을 운영하면서 정신과적 치료를 목적으로 병원 운영을 하는 경우 정신병원 시설 및 장비기준에 맞추는데 큰 무리가 없도록 되어 있다.

생각해볼 것은 정신과적 치료를 목적으로 운영하지 않는 경우 의료기관이 운영하는 정신과 진료모델과 진료서비스량에 따라 시설과 설비의 차이가 날 수 있다. 그리고 한국 정신병동체계가 치료유형이나 증상별로 특화되어 있지 않고, 일본의 요양병동 수준의 1일 정액수가제로 통제되어 있어서 현재는 정신병원이나 병원급 설치과의 시설 및 장비기준이 같아도 큰 문제가 없다. 하지만 정신과적 전문치료를 하거나 응급 또는 급성기 치료를 위한 체계를 갖추고자 한다면 정신병원과 병원급 설치과의 시설 및 장비기준이 달라질 수밖에 없을 것이다.

그뿐만 아니라 현재 의료보험환자의 수가체계는 행위별 수가제이고, 의료급여환자의 수가체계는 일일정액수가제로 구분되어 있어 의료서비스의 양과 질이 차이가 날 수밖에 없는 상황인데 시설과 장비는 공통적으로 적용되고 있다. 그리고 한국에서 높은 비중을 차지하는 의료급여환자는 타과 진료비가 1일 정액수가 안에 제한되어 있어서 타과 진료가 병원 내에서 이루어지기 어렵게 되어 있다. 따라서 진료 필요성 때문에 일반병동을 운영하는 경우 정신병원으로 지정되게 된다면 분리되어 있는 일반병동에 대

한 행정적 처리와 인증평가 기준을 적용하는데 어려움이 발생하게 된다.

인력 기준과 관련하여 일본의 경우를 예시로 들어보면 일본은 정신과 병상을 정신질환을 가진 사람을 입원시키기 위한 병상으로 정의하고 있다. 대학병원 등 내과, 외과, 산부인과, 안과 및 이비인후과를 갖는 100 병상 이상의 병원의 정신병상에서는 입원환자에 대해 의사는 16:1, 약사는 70:1, 간호인력은 3:1을 배치하도록 하고 있다. 정신병원은 의사는 48:1, 약사는 150:1, 간호인력은 4:1의 인력규정을 설정하여 병원급 설치과와 운영원칙을 달리 하고 있다. 외래환자와 관련하여 정신과는 80:1, 약사는 75:1, 간호인력은 30:1로 배치할 수 있으며, 영양사는 병상 수 100개 이상 병원에 1명, 방사선사, 사무원 및 기타 종사자는 병원 실정에 따라 적절한 수를 두도록 되어 있다.

정신과 입원에 관한 진료보수 및 주요 요구사항은 정신과구급 입원료1·2, 정신과구급·합병증 입원료, 정신과 급성기 치료 질환 입원료1·2, 급성기 입원대상자 입원의료관리료, 회복기 입원대상자 입원의료관리료, 사회복귀기간 입원대상자 입원의료관리료, 정신병동 입원기본료, 정신요양병동 입원료, 치매치료 질환 입원료1·2, 아동·청소년 정신질환 입원의료관리료로 세밀하게 분류하여 지급하고 있다. 이에 대한 개괄적인 사항은 <표 2-12>를 참고하면 된다.

<표 2-12> 정신병상에 따른 의료인력 배치기준

구분		의료인원 배치			
		의사	간호사	간호조무사	정신보건전문요원
의료법 기준		48:1	6:1	기준 없음	
진료보수기준	정신과 구급입원료	16:1	10:1		정신보건사회복지사 2명
	급성기치료질환 입원료1	48:1	13:1	30:1	정신보건사회복지사 또는 임상심리사 1명
	급성기치료질환 입원료2	48:1	15:1	30:1	정신보건사회복지사 또는 임상심리사 1명
	요양병동1	48:1	30:1	15:1	작업치료사 또는 경력간호사 1명
	치매질환 입원료1	48:1	20:1	25:1	작업치료사 1명
	치매질환입원료2	48:1	30:1	25:1	작업치료사 및 경력간호사 1명

라. 정신의료기관의 격리(실) 및 인력 기준 문제

정신건강복지법 제 75조는 격리 등 제한의 금지에 대해 다음과 같이 명시하고 있다. ① 정신의료기관등의 장은 입원 등을 한 사람에 대하여 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 하는 경우가 아니면 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 할 수 없다. ② 정신의료기관등의 장은 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 입원 등을 한 사람을 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 하는 경우에도 자신이나 다른 사람을 위협에 이르게 할 가능성이 뚜렷하게 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위협을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에만 제1항에 따른 신체적 제한을 할 수 있다. 이 경우 격리는 해당 시설 안에서 하여야 한다.

즉, 위 조항은 정신의료기관 장의 책임 하에 정신건강의학과 전문의의 지시에 따른 제한적 격리와 신체적 제한을 할 수 있도록 했다. 이 경우 타인을 위협에 이르게 할 가능성이 뚜렷하게 높고, 격리 혹은 강박 외의 방법으로 위협을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란할 때 치료 또는 보호의 목적으로만 시행할 수 있다.

정신건강복지법 시행규칙 제 51조는 격리하거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 경우에는 ①사유 및 내용, ②병명 및 증상, ③개시 및 종료의 시간, ④지시자 및 수행자 등 4개호의 사항을 진료기록부에 기재하여야 한다. 다시 말하면 우리 법은 격리 강박을 위한 조건이 타인에 대한 위험성, 치료 또는 보호의 목적성, 정신건강 전문의 지시에 따른 시행, 진료기록부에 기재 사항을 명시하고 있다. 특히 격리실의 운영 및 격리와 강박 수행자에 대한 내용은 없다. 다만 매년 복지부가 발간하는 정신건강사업안내에는 격리 및 강박 지침이 있어 해당 기관은 이를 따르도록 하고 있다.

2019년 지침에 따르면 격리 혹은 신체적 제한을 가하는 상황은 다음과 같은 위험이 임박하고 다른 방법으로 그 위협을 예방 조절하기 어려운 경우 시행하도록 되어 있다.

- ① 자살 또는 자해의 위험이 높음
- ② 폭력성이 높아 다른 사람을 해할 위험이 높음
- ③ 정신적·신체적으로 환자 스스로의 건강을 심각하게 해할 우려가 높음
- ④ 기물파손 등 병동 환경을 심각하게 훼손할 가능성이 높음

- ⑤ 질병과 관련하여 지나친 자극을 줄여 자·타해 위험성을 감소시킬 필요가 높음
- ⑥ 환자가 스스로 충동을 조절할 수 없다고 느껴 강박을 요구하는 경우

다만 이러한 지침은 법적 강제성이 없고 환자의 격리 강박 시 치료행위로 간주되어 수가가 책정되어 있지만 이를 예방할 수 있는 활동이나 상담에 대한 수가의 근거는 미비하고 인력도 부족한 상황에서 환자관리의 편의성에 따른 시행을 묵인하고 있다.

동 지침에 따르면 격리, 강박의 지시는 정신건강의학과 전문의, 해제는 전문의의 권한을 위임받은 의사 또는 간호사가 할 수 있다. 격리, 강박의 시행에서 환자 및 직원의 상해를 방지하기 위해 적정한 수(의사, 간호사가 포함된 2인 이상)의 훈련된 직원들이 수행하도록 최소 인원 지침이 있으나 훈련의 내용이나 직원의 포함범위는 적시되어 있지 않다. 다만, 의료법 시행규칙 36조제6항에 따른 별표 '요양병원 개설자가 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우에 준수해야 할 사항'은 정신병원에도 해당하는 규칙으로 신체보호대 사용을 줄이기 위하여 연 1회 이상 의료인을 포함한 요양병원 종사자에게 신체보호대 사용에 관한 교육을 하여야한다고 명시하고 있다. 그 교육 내용은 신체보호대의 정의, 사용방법, 준수 사항, 신체보호대를 사용할 경우 발생할 수 있는 부작용, 신체보호대 외의 대체수단 및 환자의 권리 등을 포함하여야 한다. 정신병원의 경우 신체보호대를 사용한 신체구속 외에 격리를 실시할 수 있는데 이에 대한 시행 규칙이 없어서 훈련 및 교육에 대한 준수 사항 마련이 시급하다. 더불어 현행 의료법 시행규칙이 고령의 환자에 초점을 맞추어 마련된 만큼 정신병원에 적용할 신체보호대 사용에 관한 사항을 반영한 개선이 필요하다.

〈표 2-13〉 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준과 지침

항목	근거 조항	내용
시행조건	정신건강복지법 ※ 제75조	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과 전문의가 지시한 경우 • 자신 혹은 타인에 대한 위협 가능성이 뚜렷이 높음 • 격리 혹은 신체적 제한 외의 방법으로 위험을 회피하는 것이 어려움 • 해당시설 내에서만 가능
구체적 상황	2019년 보건복지부 지침§	<ol style="list-style-type: none"> ① 자살 또는 자해의 위험이 높음 ② 폭력성이 높아 다른 사람을 해할 위험이 높음 ③ 정신적·신체적으로 환자 스스로의 건강을 심각하게 해할 우려가 높음 ④ 기물파손 등 병동 환경을 심각하게 훼손할 가능성이 높음 ⑤ 질병과 관련하여 지나친 자극을 줄여 자·타해 위험성을 감소시킬 필요가 높음 ⑥ 환자가 스스로 충동을 조절할 수 없다고 느껴 강박을 요구하는 경우
기록	정신건강복지법 시행규칙 제 51조	<ol style="list-style-type: none"> ① 사유 및 내용 ② 병명 및 증상 ③ 개시 및 종료의 시간 ④ 지시자 및 수행자 위 4개 사항을 진료기록부에 기재함
처방 허용시간	2019년 보건복지부 지침	<ul style="list-style-type: none"> • 성인 기준(1회): 격리 12시간, 강박 4시간 이하 • 19세 미만은 성인기준의 50%이내 • 전문의의 평가에 의해 연장할 수 있으나 허용시간의 2배수를 넘지 않도록 노력해야함
모니터링 및 간호	2019년 보건복지부 지침	<ul style="list-style-type: none"> • 격리: 최소 매 1시간 관찰 및 평가 • 강박: 최소 매 30분 관찰 및 평가 (신체 억제대를 사용하는 경우 최소 매 1시간마다 간호사정, 매 2시간마다 적절한 사지운동) • 간호사정 후 이상보고: 혈액순환상태(피부색), 활력증후(혈압, 맥박, 체온, 호흡), 자세, 활동, 외상, 위험행동 여부 등의 이상이 있는 경우 담당의사에 즉시 보고
인력	정신건강복지법 제75조	<ul style="list-style-type: none"> • 책임: 정신의료기관 등의 장 • 지시: 정신건강의학과 전문의
	2019년 보건복지부 지침	<ul style="list-style-type: none"> • 해제: 정신건강의학과 전문의 혹은 그의 권한을 위임받은 의사 또는 간호사 • 수행: 의사, 간호사 포함된 2인 이상의 훈련된 직원
	의료법 시행규칙[별표 4의2]	<ul style="list-style-type: none"> • 요양병원 개설자는 신체보호대 사용을 줄이기 위하여 연 1회 이상 의료인을 포함한 요양병원 종사자에게 신체보호대 사용에 관한 교육을 하여야한다. (신체보호대의 정의, 사용방법, 준수 사항, 신체보호대를 사용할 경우 발생할 수 있는 부작용, 신체보호대 외의 대체수단 및 환자의 권리 등을 포함하여 교육하여야 한다.)
시설 및 장비	2019년 보건복지부 지침	<ul style="list-style-type: none"> • 격리실 혹은 강박실로 명시된 공간에서 하는 것을 원칙으로 함(단 보호복, 헬멧 등 이동이 자유로운 억제도구를 이용한 강박은 예외적으로 적정 장소에서 시행 가능) • 격리 혹은 강박실은 타인으로부터 인격이 보호되는 장소여야 함 • 격리(강박)실은 청결을 유지하여야 하고, 환자 및 의료진의 안전에 위협이 될 수 있는 물건 또는 구조물은 제거 • 벽면 완충재 설치 • 강박도구는 신체 손상을 방지할 수 있는 안전한 재질일 것 • 강박도구는 청결하게 관리하고 주기적으로 소독 또는 세탁

주: ※정신건강복지법(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 약칭)

§ 2019년 정신건강사업안내 [별표 IV 4 1]격리 및 강박 지침,

의료법 시행규칙 36조제6항에 따른 별표 '요양병원 개설자가 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우에 준수해야 할 사항'

〈표 2-14〉는 치료감호법에 따른 국립정신의료기관과 정신건강복지법에 따른 정신의료기관의 격리, 강박의 기준을 비교하고 있다. 치료감호법의 경우 환자의 인권과 사고의 방지를 위해 처방 허용시간을 규정하고 있는데, 보호되어야할 일반 정신질환자의 경우 허용시간의 규정이 없는 것은 아이러니하다.

〈표 2-14〉 한국 국립정신의료기관과 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교

항목	정신의료기관 (정신건강복지법과 하위 시행규칙)	국립정신의료기관 (치료감호법과 하위 시행령)
대상	정신질환자	치료감호대상자
시행조건	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과 전문의가 지시한 경우 • 자신 혹은 타인에 대한 위험 가능성이 뚜렷이 높음 • 격리 혹은 신체적 제한 외의 방법으로 위험을 회피하는 것이 어려움 • 해당시설 내에서만 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 좌동 • (단, 중대한 범법행위 또는 규율위반 행위를 한 경우, 그밖에 수용질서를 문란케 하는 중대한 행위를 한 경우는 격리 등 신체 제한의 금지 경우에 해당하지 않음)
기록	①사유 및 내용 ②병명 및 증상 ③개시 및 종료의 시간 ④지시자 및 수행자 위4개 사항을 진료기록부에 기재함	1. 피치료감호자등의 성명 2. 피치료감호자등의 생년월일 3. 보호조치 사유: 4. 보호조치에 대한 정신건강의학과 전문의의 소견 5. 보호조치 장소 6. 보호조치 방법 7. 보호조치 시작 시기 8. 보호조치 해제 시기 9. 보호조치 기간을 연장한 경우에는 그 기간 연장 사유 및 기간 연장에 대한 정신건강의학과 전문의의 소견 10. 보호조치 중 치료활동, 식사, 용변 등 치우
처방 허용시간	<ul style="list-style-type: none"> • 없음(지침만 존재) 	<ul style="list-style-type: none"> • 격리 보호조치 기간은 15일 이내(시행령 제 7조). 정신건강의학과 전문의 의견에 따라 1회 7일 이내 연장, 계속하여 30일을 초과 할 수 없음 • 보호복 또는 억제대를 이용한 보호조치 시간은 24시간 이내. 단 정신건강의학과 전문의 의견에 따라 1회 24시간 이내 연장 가능
인력	<ul style="list-style-type: none"> • 책임: 정신의료기관 등의 장 • 지시: 정신건강의학과 전문의 	<ul style="list-style-type: none"> • 좌동

주: 치료감호 등에 관한 법률 (약칭: 치료감호법) 제2조, 25조의3, 치료감호 등에 관한 법률 시행령 제 7조의 3

미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교를 보면 미국은 가능한 최소 규정 원칙과 높은 수준의 기록 의무 규정을 두었고, 호주의 경우 모니터링과 재감정 규정을 엄격하게 두어 가능한 최소 규정이 되도록 했다. 우리나라의 경우 이 부분이 우선 개선되어야 할 것이다. 격리와 강박이 불가피하게 필요한 상황이라도, 환자를 잊고 방치하거나 수가가 지급되는 쉬운 관리 방법에 의탁하지 않도록 모니터링, 재감정, 기록의 규정을 개선할 필요가 있다.

〈표 2-15〉 미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교

항목	미국(연방)	호주 (빅토리아주)	한국
근거법	미국연방규정집§ 캘리포니아규정집※	정신보건법 제110-116조	정신건강복지법과 시행규칙
시행조건	<ul style="list-style-type: none"> 자/타인에 대한 신체 위해 위험이 ①즉각적임 환자는 ②훈련된 직원으로부터 격리 혹은 신체구속을 안전하게 받을 권리가 있음 의사의 지시 가능한 최소 구속 원칙 	<ul style="list-style-type: none"> 격리: 자/타인에 대한 위해 위험이 ①위중하고 ②임박함 ✓ 신체구속: <ul style="list-style-type: none"> - 자/타인에 대한 위해 위험이 ①위중하고 ②임박함 - 의학적 치료를 실시할 목적으로 움직임의 제한 	<ul style="list-style-type: none"> ①치료 또는 보호의 목적으로 ②정신건강의학과 전문의가 지시한 경우 ③자/타인에 대한 위험 가능성이 위중함 ④다른 방법으로 위험을 회피하는 것이 어려움 해당시설 내에서만 가능
기록	<ul style="list-style-type: none"> 서면 지시서 환자 치료 계획의 수정 병행 		<ul style="list-style-type: none"> ①사유 및 내용 ②병명 및 증상 ③개시 및 종료의 시간 ④지시자 및 수행자 위4개 사항을 진료기록부에 기재함
모니터링 재감정	-	<ul style="list-style-type: none"> RN 혹은 의사: 매 15분마다 격리실 관찰 정신건강의학과 전문의는 최소 매 4시간 마다 격리여부 재감정 전문이가 업무를 수행할 수 없는 경우, 의사가 대신 ✓ 신체구속 지속적 관찰 ✓ RN, 의사 매 15분 리뷰 ✓ 전문의 매 4시간 재감정 	-
처방 허용시간	-	<ul style="list-style-type: none"> 모니터링과 재감정 시간을 통해 최소화함 1회 최대 제한 규정 없음 	-

54 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

항목	미국(연방)	호주 (빅토리아주)	한국
시설	<ul style="list-style-type: none"> 화재 등 응급상황에 쉽게 제거 가능할 것 격리실은 안전한 구조와 장비를 갖출 것 (캘리포니아 규정집) 	-	-
특징	<ul style="list-style-type: none"> 연방정부법령에 있으며 각주의 자치법령이 보완적으로 존재함 지시자 권한 대리 위계 없음 지시자가 정신과전문이라는 조항이 없음 훈련된 직원, 안전 수행 조건이 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 격리 및 강박의 수준을 구분 지시자 권한 대리 위계 있음 기록 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 격리와 강박의 수준을 구분하지 않음 미국, 호주와 비교할 때 법규정을 매우 기본적으로 제한적임.

제 3 장

정신요양시설의 시설 및 인력 기준 고찰

제1절 정신요양시설의 시설 및 인력 현황

제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준의 문제점

제3절 정신요양시설과 장애인복지시설의 시설 및 인력 기준 비교

3

정신요양시설의 시설 및 인력 기준 고찰

제1절 정신요양시설의 시설 및 인력 현황

1. 시설기준

현재 정신요양시설은 구법인 「정신보건법」 10조 “정신요양원 시설의 설치·운영 등”의 규정에 근거하여 보건복지부령으로 정하는 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 따라 정부로부터 지원을 받아 사회복지법인 산하에서 운영되고 있다. 「정신보건법」은 2020년 6월에 시행되는 「정신건강복지법」으로 약칭되는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」으로 개정되었고, 개정된 법에서는 22조에서 25조에 걸쳐서 정신요양원의 설치·운영에 대하여 규정하고 있다. 이러한 시점에서 개정된 법의 취지를 살리고, 사회 환경의 변화에 대처할 수 있는 정신요양시설의 시설 및 인력 기준에 대한 세밀한 고찰이 필요하다.

1) 설치기준

보건·위생·급수·안전·환경 및 교통편의 등을 충분히 고려하여 쾌적한 곳

입소자의 요양보호에 적합한 구조 및 시설

거실(침실 및 응접실)의 실제면적은 입소자 1인당 3.3㎡ 이상, 1실의 정원은 10인 이하

※ 요양서비스 질 향상 및 생활자의 편의증진을 목적으로 1실의 생활인 수는 6인 이하 권고.

2) 입소인원

‘정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 시행’ 후 신설되는 시설은 정원 300명 이하 제한

시·도지사는 입소정원의 30퍼센트를 초과하지 아니하는 범위 안에서 입소하도록 할 수 있음

거실 1실의 실제 바닥 면적이 33㎡를 넘는 경우 해당 거실의 입소 정원을 10명으로 보아 해당 시설의 입

소 정원 산정

2. 인력 기준

정신요양시설의 인력은 보건복지부령 제 672호 「정신요양시설의 설치기준 및 운영

등에 관한 규칙」 별표 2 “정신요양시설의 종사자의 수 및 자격”에 근거하여 다음과 같은 설치기준과 입소인원을 기준으로 지원하도록 되어있다. 구체적인 정신요양원의 종사자 수 및 자격조건은 <표 3-1>와 같다.

<표 3-1> 정신요양원의 종사자 수 및 자격

구분	종사자의 수 및 자격
시설장	1명
사무국장	1명
정신건강의학과 전문의 또는 촉탁의	1명 이상
간호사	입소자 40명당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1의 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.
생활지도원 또는 생활복지사	입소자 25명당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다.
영양사	1명 이상을 두되, 입소자가 50명 미만인 경우에는 영양사를 두지 아니할 수 있다.
사무원	2명 이상(입소자가 100명 미만인 경우에는 1명 이상)
전문요원	1명 이상을 두되, 여자가 입소할 수 있는 시설의 경우에는 여자 전문요원 1명을 두어야 한다.
작업지도원	1명 이상을 두되, 작업치료사, 사회복지사, 간호사 또는 간호조무사의 자격을 가진 사람이어야 한다.
조리원	입소자 150명까지는 2명 이상을 두고, 입소자가 150명을 넘는 경우에는 그 초과입소자 100명당 1명을 추가하되, 그 단수에는 1명을 더 두어야 한다.
위생원	입소자 100명당 1명
관리인 또는 경비원	1명 이상
안전관리요원	1명 이상

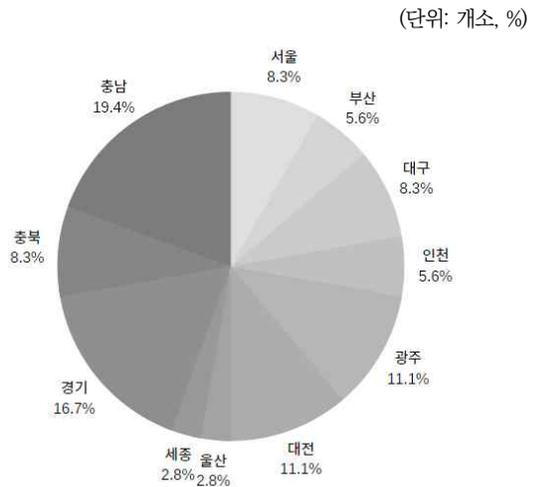
3. 정신요양시설 시설 및 인력 현황

가. 정신요양시설 설치 운영 현황

2017년 말 기준 전국에 정신요양기관은 총 53개소가 있다. 지역별로는 충남 7개소, 경기/경북/경남 5개소, 광주/전남/대전 4개소, 서울/대구/충북 3개소, 부산/인천/전북 2개소, 울산/세종/제주 1개소로 분포되어 있다. 운영 주체의 경우 50개소가 사회복지법인, 3개소가 재단법인이다.

〈표 3-2〉 광역시도별 정신요양시설 현황

광역시도	시설수	광역시도	시설수
서울	3	강원	0
부산	2	경기	6
대구	3	충북	3
인천	2	충남	7
광주	4	전북	2
대전	4	전남	4
울산	1	경북	5
세종	1	경남	5
		제주	1



자료: 국립정신건강센터 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사

나. 정신요양시설 인력 현황

2019년 12월 기준 정신요양원 전체 53개소의 종사자 수는 현원 기준으로 1,996명이고, 이 중 정부지원을 받는 종사자 수는 1,959명이며, 정원은 1,991명이다. 이들에 대한 직종별 현황은 아래의 표와 같다.

〈표 3-3〉 정신요양원 종사자 현황

(단위: 명)

구분	시설장	사무국장	정신과 전문의	영양사	사무원	작업지도원	조리원	위생원	관리인 및 경비원	안전관리요원	기타 (자부담)
정원	59	59	59	59	111	59	235	98	61	59	3
현원	59	58	56	59	102	59	223	80	56	54	7
지원	59	59	55	59	102	58	226	80	57	54	3
구분	간호사			생활지도원 또는 생활복지사			정신보건 전문요원				
	정신보건 간호사	간호사	간호 조무사	정신보건 사회복지사	사회 복지사	기타	간호사	사회 복지사	임상 심리사		
정원	22	234	38	4	656	58	71	43	3		
현원	54	168	72	22	687	36	73	38	3		
지원	40	191	63	4	700	35	73	38	3		

다. 정신요양시설 입소자현황

한국정신요양시설협회에 의하면⁴⁾ 2019년 12월 기준으로 정신요양시설의 입소자는 9,428명이다. 정신요양시설의 입소자를 입소유형, 장애등록, 연령별, 의료보장 종류, 연고 여부에 따라 구분하였다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

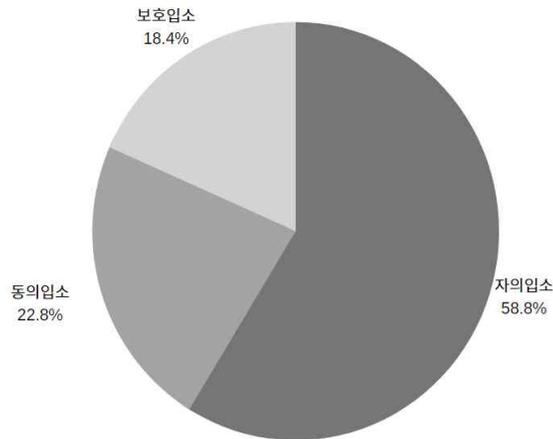
1) 입소유형

정신요양시설 입소자 정원의 총계는 9,428명이다. 이 중 자의입소가 5,540명으로 전체의 58.8%, 동의입소가 2,151명으로 22.8%를 차지하며, 보호입소는 친족과 후견인으로 구분되는데 친족 1,475명 후견인 262명으로 총 1,737명으로 전체의 18.4%를 차지한다.

4) 본 연구에서는 한국정신요양시설협회의 협조를 통하여, 전국정신요양시설 생활인 현황 자료를 제공 받았다.

[그림 3-1] 정신요양시설 입소자의 입소유형

(단위: %)

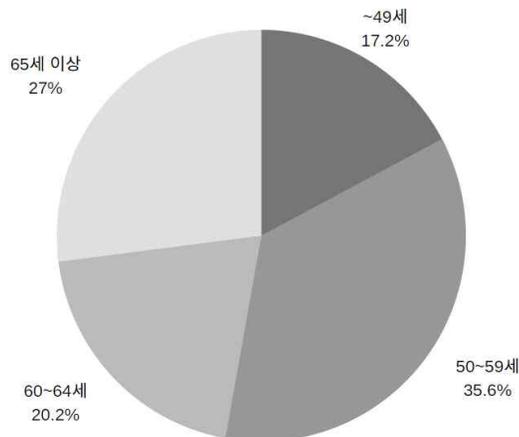


2) 연령별

정신요양시설 입소자 중 50세 이상 59세 이하가 3,356명으로 전체의 35.6%를 차지하며 가장 많았고 그 다음 65세 이상이 2,548명으로 27%, 60세 이상 64세 이하가 1,907명으로 20.2%, 49세 이하가 1,623명으로 17.2% 순이다.

[그림 3-2] 정신요양시설 입소자의 연령분포

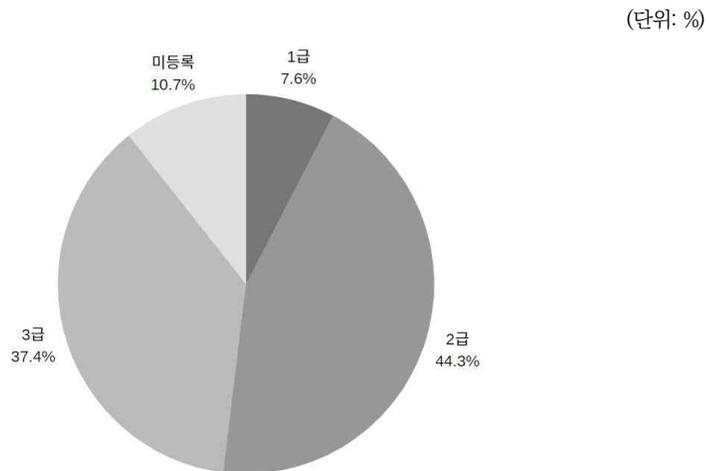
(단위: %)



3) 장애등록

정신요양시설 입소자 중 2급이 4,176명으로 전체의 44.3%를 차지하며 가장 많았고 그 다음 3급이 3,522명으로 37.4%, 미등록자가 1,011명으로 10.7%, 1급은 719명으로 7.6% 순이다.

[그림 3-3] 정신요양시설 입소자의 장애등록

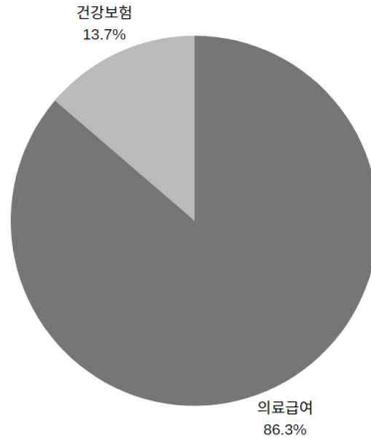


4) 의료보장

정신요양시설 입소자 중 의료급여 수급자는 8,132명으로 전체의 86.3%, 건강보험 수혜자는 1,296명으로 전체의 13.7%를 차지하였다.

[그림 3-4] 정신요양시설 입소자의 의료보장

(단위: %)

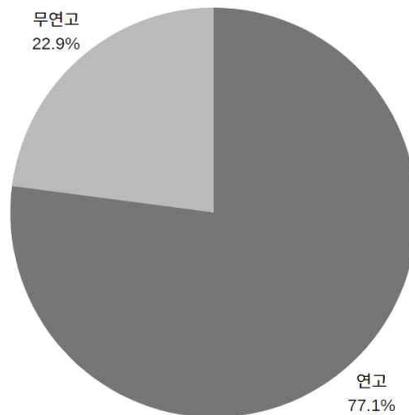


5) 연고 여부

정신요양시설 입소자 중 연고자는 7,265명으로 전체의 77.1%, 무연고자는 2,163명으로 전체의 22.9%이다.

[그림 3-5] 정신요양시설 입소자의 연고 여부

(단위: %)



제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준의 문제점

정신요양시설에 대한 관련 법, 시설 설치 기준 및 운영 규정을 검토하고, 아울러 정신요양시설의 현황 및 운영 실상을 검토하여 드러난 정신요양시설의 시설 및 인력 기준의 문제점은 다음과 같은 3가지 측면으로 논의할 수 있다.

1. 정신요양시설 사업 목적의 복잡성

정신요양시설은 만성정신질환을 겪고 있는 사람들을 집단거주시설에 입소시켜 보호, 치료, 재활 및 사회복귀를 담당해 왔으며, 그 결과로 정신요양시설은 매우 다양한 그리고 전문적인 기능을 복합적으로 수행하여야 하는 생활공간으로 나타났다. 기본적으로 만성정신질환자를 위한 생활시설인 정신요양원에 사회적으로 요구된 이러한 복합적인 기능 때문에 정신요양시설 사업의 목적은 모호하고 복잡하며 때로는 불명확하게 규정되고 있는 실정이다. 따라서 정신요양시설의 시설 및 인력 기준을 보다 합리적으로 개선하기 위하여서는 정신요양시설의 사업목적에 보다 명확히 규정하는 것이 우선되어야 할 것이며, 이는 또한 정신요양시설이 처한 현 상황에 대한 고려가 반드시 필요하다.

(00 요양원 원장) 2017년 이전에 정신증진법 아니 정신건강증진법으로 개정이 되기 전에는 정신요양시설의 요양보호하고 사회복귀가 있었어요. 근데 개정이 되면서 정신요양시설은 요양서비스만 제공한다고 해서 사회복귀가 빠졌어요. 그래서 정신요양시설은 요양서비스를 제공하는데 요양서비스라는 개념을 정책적으로는 두 가지로 보잖아요. 움직일 수가 있으면 대부분 지역사회에 나가서 지역사회 통합을 하라고 그러잖아요. 연계사업을 하던 참여를 하던 아니면 가서 이용을 하던 이런 부분하고 또 거동이 불편하시거나 어려운 분들은 진짜로 안에서 요양서비스 밖에 못 받거든요 그래도 여기 계신 분들을 되도록 지역사회에서 같이 뭔가를 할 수 있는 부분을 하라고 그러잖아요. 그러니까 그런 의미에서의 정신요양시설은 이제 직업 재활이나 아니면 지역사회에 직업을 가지고 독립적인 생활을 한다는 그런 개념보다는 이제는 뭐 아까 전에

계속 얘기를 드렸지만 노인이나 아니면 정신장애를 가지고 있어서 많은 사람들이 그거를 도와주지 않으면 장애인 시설의 활동보조원이나 이런 부분처럼 그 부분에서 같이 붙어주지 않으면 스스로 독립적인 생활을 할 수가 없는 상황이잖아요 그러니까 정신요양시설은 보면 어차피 사회복귀는 목표에서 역할에서 벌써 없어졌는지가 됐고,

(연구자 : 그런데 아직도 이런 저런 곳에 사회복귀에 대해 나와 있잖아요)

(00 요양원 원장) 이런 부분은 사업안내나 조금씩 있긴 있어요. 근데 법에서 있기 때문에 법

에서 벌써 저희 각 시설에서 하는 사업 중에 공동생활가정이나 사회복귀를 하던 사업들을 하고 있었는데 감사에서 다 걸렸어요. 정신요양시설에서 사회복귀사업이 없기 때문에 이 사업들은 사회재활시설로 해서 독립을 하든지 아니면 폐지를 시키시오 이렇게 되어서 정신요양시설은 요양서비스만 제공하는 곳이다 이렇게 벌써 다 정의는 되었습니다.

실제로 2017년 개정 이전의 「정신보건법」에는 “보건복지부장관 또는 시·도지사는 정신요양시설의 장에게 정신질환자의 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련에 지장이 없는 범위 안에서…”(10조 2항), “정신요양시설의 장은 정신요양시설에서 요양과 사회복귀를 위한 훈련을 실시할 때 의료와 관련된 부분은 대통령령으로 정하는 바에 따라 정신건강의학과 의사의 자문을 받아야 한다.”(10조 7항) 라고 명시되어 있으나, 최근 개정되어 2020년 6월에 시행 예정인 「정신건강복지법(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률)(약칭: 정신건강복지법)’에서는 정신요양원에 대한 조항들에서 사회복귀란 단어가 삭제되고, 오직 요양생활이란 단어만 다음과 같이 나타나 있다. “보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신요양시설의 장에게 정신질환자의 요양생활에 지장이 없는 범위에서…”(22조 6항), “제23조(정신건강의학과 전문의의 자문) 정신요양시설의 장은 정신요양시설에서 요양 서비스를 제공할 때 의료와 관련된 부분은 대통령령으로 정하는 바에 따라 정신건강의학과전문의에게 자문하여야 한다.” 하지만 현재 시행되고 있는 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」(보건복지부령 제672호)의 4조에는 여전히 요양과 사회복귀란 단어가 다음과 같이 명시되어 있다. “정신요양시설의 장은 법 제10조제4항에 따라 정신질환자의 요양과 사회복귀를 위한 훈련에 지장이 없는 범위에서 그 보호의무자, 가족 등의 면회를 적극 권장하고, 해당 정신요양시설의 운영에 대하여 환자 및 보호의무자의 의견을 수렴·반영하여야 한다.” 또한 보건복지부가 발간하는 “정신보건사업안내” 2019년 판에서 정신요양시설의 사업 목적을 “보호가 어려운 만성 정신질환자를 정신요양시설에 입소시켜 요양 및 보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회복귀 도모”(p. 265)라고 적시하고 있다. 나아가 2020년에 시행되는 정신요양시설 평가지표 설명 책자(202년도 사회복지시설평가 정신요양원 평가 지표)에도 입소자의 지역사회 연계와 생활기술 및 사회복귀 프로그램 실시여부를 평가함으로써 정신요양시설이 치료에서, 요양 및 보호, 좁은 의미에서의 사회복귀까지를 요구하고 있다. 결과적으로 정신요양원에게 사회적

으로 기대하는 역할은 여전히 복합적인 다기능을 요구하는 것이고 보이며, 이는 향후 정신건강복지법의 시행에 따라 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 등을 현실성 있게 정하기 위해서는 정신요양시설이 제공하는 서비스에 대한 세밀한 검토와 그에 합당한 분명한 사업 목적의 규정이 필요해 보인다.

이상을 종합해 볼 때, 향후 정신요양시설은 사회복지보다는 요양 서비스의 제공이 주된 사업의 목적으로 제시될 수 있는데, 이렇다 하더라도 정신요양시설의 입소자들이 정신질환을 겪고 있는 만성환자라는 점을 고려할 때 증상관리를 위한 치료서비스가 여전히 필요하며, 일상생활을 위한 잔존기능의 유지를 위한 재활서비스 역시 필요할 것이다. 나아가 인권보호의 차원과 사회통합의 차원에서 지역사회와의 연계 서비스 또한 필요해 보인다. 결과적으로 법의 개정과 상관없이 현장의 정신요양시설은 매우 복잡한 다기능을 수행할 수밖에 없으며, 이러한 다기능의 수행을 위한 충분한 시설 및 인력의 지원을 필요로 한다.

2. 정신요양시설 사업 목적의 복잡성에 따른 과도한 업무량

가. 인터뷰 사례 분석

가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 보호 및 요양 서비스를 제공하는 정신요양시설은 입소자들에게는 의식주를 해결하는 거주지이자, 정신질환에 대응하는 치료의 장소이며, 자타의 위해 및 다양한 위험을 예방할 수 있는 보호의 장소이다. 또한 신체 및 심리적 기능의 유지를 위한 재활 및 요양의 장소이며, 타인들과 함께 살아가는 삶의 장이다. 이러한 복합적인 기능을 수행하는 정신요양시설의 인력 구성은 너무나도 열악한 것이 사실이다. 예를 들어 현재의 '정신요양시설의 설치 기준 및 운영 등에 관한 규칙'에 따르면 간호사는 입소자 40명당 1인, 생활지도원 또는 생활복지사는 입소자 25명당 1인, 정신보건 전문요원은 1인 이상, 작업지도원은 1인 이상, 조리원은 입소자 150명까지는 2명 이상, 위생원은 입소자 100명당 1인, 안전관리요원은 1명 이상 등으로 규정되어 있다. 정신요양시설이 수행해야만 한 하는 복합적인 기능을 고려하고, 정신질환으로 인하여 개인의 일상생활능력이 현저히 떨어지고, 나아가 대부분의 입소자가 노화와 신체질환을 겪고 있는 상황을 고려할 때 현재의 인력 기준으로

인권이 보장되고 개인의 존엄이 보장되는 안락한 정신요양시설을 기대하는 것은 매우 힘든 상황이다. 따라서 현재의 정신요양시설은 종사자들의 열정으로 혹은 일부 기능이 수행되지 못한 채 운영되고 있다고 볼 수 있다. 이러한 상황은 정신요양시설의 많은 입소자가 기본적인 보호와 요양 서비스를 제대로 받지 못하는 결과로 이어지고 있음을 주목해야 한다. 다음은 연구를 진행하면서 다루어진 인터뷰 내용이다.

(00 요양원 원장) 우리는 직접 생활인들의 서비스 하고 굉장히 관련 있으니까.. 저희 입장에서 그 분들이 서비스를 제대로 못 받으면 그거 자체가 이분들의 생존권하고 관련이 있어요. 서비스를 제대로 못 받으면 이분들은 의사표현을 못하니까... 우리가 사람이 많아야 이 사람들을 잘 관찰을 하고 우리가 더 많이 보고 그래야 이 사람들이 어디가 불편한지 어디가 좀 문제가 있는지 빨리빨리 체크를 해서 외부 병원에도 보내고 그래서 이분들의 생명이 이렇게 존중되게끔 우리가 관심을 할 수 있는데. 인원이 부족하면 이제 이 사람들은 진짜 그 신기하게. 뭐.. 폐암말기예요. 그런데 돌아가시기는 당구장에 가서 그냥 갑자기 쓰러져서 돌아가셨어요. 근데 부검을 해보니까 폐암말기인거예요. 근데 본인은 하나도 아프다는 얘기를 안 한 거예요. 그러니까 이런 환자들이 정신과환자들이 굉장히 그런 부분이 세요.. 있어요. 그러니까 뭐 예를 들면 돌아가시기 뭐 하루 저녁 전 까지 밥을 잘 드셨어요. 그런데 그 다음날 갑자기 혼수 상태가 오시면서 병원에 갔어요. 그랬더니 이미 상태가 기울어져서 2-3일 있다가 돌아가시는 거예요. 그러니까 정신과 환자분들이 그런 자기보고를 안 하기 때문에 굉장히 많은 사람들이 있어야 이분들을 관찰을 잘 해드리고 이분들이 이렇게 그런 어떤 생존과 관련된 부분에 신경을 많이 써드리는데.. 아마 정신 장애인들의 그.. 어.. 이런 부분들을 확인해보시면 정신장애인의 사망 그.. 평균사망 그.. 연령을 뭐 평균 보시면 틀림없이 아실 거예요. 평균 사망연령이 굉장히 낮아요. 그런 문제 때문에.. 그러니까 일반 사람들은 자기가 아프면 병원에 찾아가고 그런데 우리는 근무자들이 상주해 있어도 이분들이 사실은 그런 것 들을 잘 보고하지 않기 때문에 이분들의 어떤 그런 양성증상이나 음성증상이나 특히 음성증상 때문에 보고하지 않기 때문에 저희가 그거를 다 신경써드리고 확인하고 그래야지만 되는데.. 저희가 인력이 적으면 환자를 다 일일이 그 가서 확인을 못 하니까.. 기본적인 일만 하는데 허덕이다 보니까 이렇게 환자들이 완전히 빅다운이 된 상태가 돼야 아 뭐 일이 생겼구나.. 응급으로 가면 그때는 이미 늦은 거예요. 예.. 그런 일들이 시설에서 자꾸 생기니까 저희도 굉장히 안타깝죠.. 예... 그럴 수 있는 인력이 여력이 안 되니까.. 아예... 근데 이제 이런 것 들을 이.. 사람들.. 주는 사람 입장에서는 정신장애들의 이런 부분의 특성들을 전혀 고려하지 못하는 거예요..

(00 요양원 원장) 우선은 이제 이 사람들이 환자분들이 어떤 사람이기 때문에 사람이 왜 필요한 건지가 사실은 굉장히 중요하잖아요. 정신장애인 그러면 보통 다 걸어 다니고 자기 앞가림 할 수 있는 사람이고 막연하게 그렇게 생각하실 수 있거든요. 근데 정신장애인의 특징은 뭐냐 하면 양성증상과 음성증상으로 나뉘는데 양성증상은 이거는 뭐 환청 환시 이런 거 들려서 그런 것들로 인해서 이 사람들이 뭐 그런 부적응 행동을 한다거나 사람을 때린다거나 뭐 밥을 안 먹는 다거나 이런 행동을 하는 거예요. 이거에 매달려야 하는 시간들이 우리가 굉장히 커요. 이거를 입원을 시키려고 한다고 하면 우리가 병원에 근무자 한사람이 근무자 2명이 한 사람을 입원시키러 가야해요. 그러 한나절 가서 입원시켜야 한다고. 이 사람들은 그렇잖아요. 이 사람이 문제가 있는데 혼자 가다가 얻어맞으면 어떡할 거예요? 운전 하다가 한 사람은 운

전을 해야 하잖아요. 그럼 한 사람은 옆에 있어서 끼우고 가야되잖아요. 그러니까 최소한 2명 이상은 가서 입원시켜야 해요. 그런 양성 증상 때문에 우리가 입원시키고 퇴원시키고 중간에 입원만 시키고 그냥 땡이냐? 중간에 가서 환자가 어떤지 봐야 되니까 그래서 우리가 입원시키고 그런 문제들 때문에 그런 환자들 때문에 또 시간이 그런 것들이 있어요. 또 한 가지는 음성증상 때문에 문제가 뭐냐면 이 사람들이 음성증상에서 가장 음성증상이 뭐냐면 뭐든 의욕이 없는 거예요. 아무것도 하기 싫어하시고 그런 게 있어요. 그런 증상이예요. 근데 그것 중에 가장 안되는 게 씻지를 않아요. 이 분들이 이런 거리에서 정신장애인들이 보면 시켜면서 다니잖아요. 하나도 안 씻어요. 이분들 가서 씻으세요. 그러면요 이렇게 가슴에다가 비누를 문지르고 있는 분도 있고 머리에만 이렇게 닦고 이렇게 닦고 이렇게 하고 옆드려서 있고 이래요. 이분들이 어떤 그 사고에 문제가 생기거든요. 조현병이라는 거 자체가 사고에 문제가 생겼어요. 예를 들어서 기본장애 같은 사람들은 잘 닦아요. 사고에 문제가 없고 기본에 문제가 있는 사람들이니까 또 알코올중독자 이런 분들은 잘 닦아요. 근데 조현병인 사람들은 이 사람들은 스스로 닦질 못해요 그러니까 근무자들이 특히 1급, 2급 이런 사람들은 거의 다 씻어줘야 되고 3급이라 하더라도 근무자들이 등을 밀어줘야 돼요 다. 목욕을 하더라도 스스로 하라고 하면 내가 막 닦아주면서 여기 닦으세요. 그러면 그냥 물 끼얹고 그냥 나가요 아저씨들이 그러니까 아저씨 계속 닦고 있어요. 가슴이 좀 빨갛 때까지 닦아요. 그러면 계속 가슴만 닦고 계산한다고요 그러면 이 사람 다 닦아주고 그 아저씨도 등 밀어주고 이분들이 그제 안 하려고 그래요. 뭐 양치를 해라 그러면 가서 이렇게 숨고 안하는 사람들이 있고 그러니까 그런 사람들 찾아서 양치하세요. 양치하세요. 이렇게 해야지 그러니까 이런 사람들이 그런 특징 있는 거예요. 뭔가 스스로 그런 부분들이 일상생활 자체가 누군가가 이끌어 주지 않으면 스스로 잘 안하려고 하는 거예요 이 사람들이. 뭐 산책을 하더라도 안 하고 있어요. 그러면 우리가 산책을 시키기 위해서 이 사람들을 독려하고 이래서 데리고 나가서 산책을 시켜야 되는 이런 문제가 있어요. 아까 제가 말씀드렸던 제일 그 중요한 문제는 뭐냐면 이 사람들이 아파도 아프다는 얘기를 안 하는 거예요. 옛그제께 어젯밤인가 응급으로 환자가 한명이 의정부 CMC가서 장을 전부 들어내는 수술을 하고 있어요. 지금 했어요. 장루를 달았어요. 이 환자가 변비가 생겼는데 그 부분에 대해서 얘기를 안 해요. 정신과 적으로 사고에 문제가 있으니까 이 머리에 문제가 있으니까 자기가 아픈 거에 대해서 정상적으로 내가 배가 아프다 변비가 생긴 거 같다 이렇게 표현을 못 해요 어떤 환자는 뭐 환파를 먹었어요. 왜 먹었냐고 물어보니까 그걸 먹으니까 머리가 아픈 게 나를 것 같아서 먹었다. 내시경을 해내서 빼냈거든요? 그런 식으로 이 사람들이 배가 아프면 배가 왜 아프는지 자기 나름대로 이상하게 생각을 하기 때문에 표현을 안 했던 거예요 그동안 그래서 오늘 가서 장을 전체 딱 잘라내고 그런 수술을 해야 하는데 그러면 근무자들이 너넬해야 뭐 예를 들어서 그런 사람들을 관찰하고 아니고 눈도 맞추고 배도 만져보고 뭐 이렇게 해야 되는데 이 환자가 워낙 정신과 약만 먹는 사람들이 없어요. 약을 뭐 다른 과를 두 과씩 먹는 사람들이 흔해요. 정신과는 한 번에 쪽 가잖아요. 가가지고 진료를 쪽쪽 보고 나올 수가 있는데 다른과는 검사를 하고 결과를 봐야 되잖아요. 정신과 진료를 보는 거는 엄청 빨리 볼 수 있는데 이 타과는 이제 굉장히 시간이 많이 걸리는 거예요. 환자를 두 명을 데리고 와도 하루 종일 진료를 보는 경우가 있어요. 근데 정신병원에서는 환자가 이런 병이 생기면 다른 병이 생기면 다 퇴원을 시켜버려요. 안 볼라 그러다고요 암이 걸린다거나 뭐 장이 이렇다거나 그러면 병원에서 그냥 퇴원시켜버려요 그냥. 근데 저희 요양원 같은 경우에는 보호자들이 굉장히 약하기 때문에 퇴원을 시키질 못하는 거예요. 그러면 이 사람들을 우리는 다 안고 살아가는 거예요. 그니까 병원 인력 기준은 그 사람들이 그 병원에서 정신과적인 문제만 보는데 인력이 필요한 인력이고 우리는 이 사람들이 진료를 다른 진료를 봐야 되잖아요. 일반 큰 정신병원 큰 대학병원에서는 협진이 되잖아요. 안에도 우리는 시골에 있는데 이 사람들을 모시고 큰 병원까지 한 시간 이상을 가야된다는 말이죠. 그런데 거기서 그렇게 다 진료를 봐줘야 된다고 왔다 갔다 그러면 간호사들이 매일 외진을 계속 나가는 거예요. 응급으로 나가고 계속 이런 상태가 계속 벌어지는 거예요. 그러니까 정신병원에서의 간호사

인력 기준하고 저희가 인력 기준하고 전혀 달라야 되는 거예요. 무슨 얘긴지 이해하시겠죠? 정신병원에 있는 간호사들은 기록만 하면 되는 거예요. 관찰하고 기록만 하면 되는데 우리는 이 환자들을 데리고 입원도 시키고 보호자로 따라가서 진료도 보고 약 타오고 그리고 검사도 하고 검사결과물을 또 다시 쫓아가고 이 일이 정신과 진료 보는 일 보다 이 일이 서너 배가 더 많은 거예요 이 일이. 근데 인력 기준은 정신병원보다 저희가 훨씬 작죠. 간호사가. 이런 문제가 있어요. 실제로 이런 문제가 그러다 보니까 간호사들도 엄청 일이 힘든 거예요. 퇴원을 하는데 우리 외래진료하는 간호사는 10시 11시에 와요 늦게까지 하면 간호사들도 이런 문제들이 있다는 거예요. 병원에서는 저희 어머니도 제가 정신병원에 입원을 시켜드린 적이 있는데 어머니가 의식이 좀 약해지셨어요. 그러가지고 저기 —대학병원에서 응급으로 보내주더라고요. 다른 병원으로 갔더니 거기서 저한테 뭐라고 그러냐면 24시간 외출은 퇴원입니다. 끝. 그래요 그런데 저희는 그럴 수가 없어요. 저희는 입원하잖아요. 그러면은 한 달 입원해 있어도 우리 식구예요. 우리가 한 달 입원해 있어도 우리가 쫓아다니면서 뒷수발 다 해야 해요. 투석환자 있으면은 우리가 데리고 다니면서 투석해야 돼요. 네 그러면은 우리하고 병원세팅에서의 하고는 전혀 다른 세팅이라는 거예요 우리는 그러니까 왜 그러냐하면은 그런 병원에서는 그런 환자를 안 받으려고 하죠? 병원에서는 자기네가 그런 것까지 책임을 못 지니까 근데 우리 세팅에서는 그런 사람들이 우리 세팅으로 많이 들어온다는 거예요. 정신과적으로도 만성화 되어있는 사람들이 우리 쪽으로 많이 들어오다 보니까 자기가 아파도 표현을 안하는 사람들이 많고 또 질병을 가지고 있는 사람들이 저희 쪽으로 많이 온다는 거죠. 계속 관리가 되어야 하는 사람들이 그러다 보니까 간호사 인력도 부족하고 또 그 사람들을 병원으로 모시고 갈래면 간호사가 운전 못하면 생활지도원이 또 모시고 나가야 되고 이런 이 생활인들의 특성 때문에 인력이 보통 그 일반병원보다 훨씬 더 많이 필요하다는 문제가 있다는 거예요 생활인 특성이 그렇다는 거예요.

현재 정신요양시설의 업무가 어떤 내용이며 얼마나 과중한지를 실제 요양원의 사례를 통하여 제시하여 살펴보고자 한다. 이에 앞서 한 가지 언급할 것은 정신요양시설은 집단거주를 하는 생활시설이기에 주간 업무 이외에도 야간의 근무가 필수적인데, 현재 정신요양시설 인력의 지원기준은 설치기준을 토대로 2교대 근무를 전제하여 제공되고 있다.

나. 정신요양시설 주야간 근무자의 근무시간분석

다음은 52시간제와 2020년 300인 이상 사업장 공휴일제도 시행 적용한 한 정신요양원의 근무시간을 분석한 결과이다(2019년 12월 27일 기준).

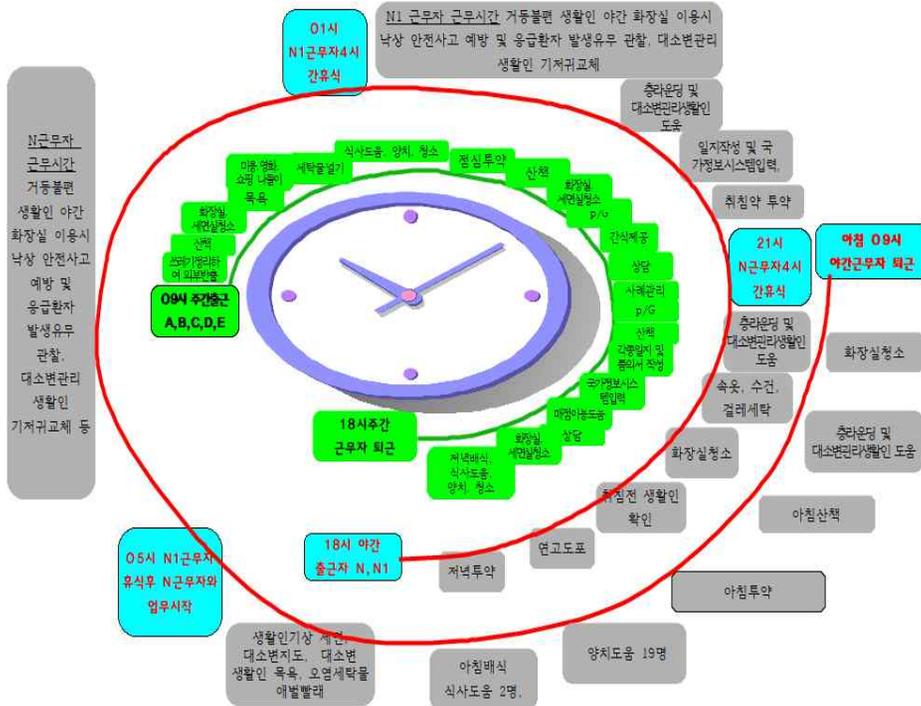
70 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

〈표 3-4〉 OO정신요양원 근무시간 분석

구분		야간 근로시간				시간외 근무시간		심야근로 시간			겹치는 시간
		근무, 휴무시간대				근무 시간대	시간	근무시간대		근무시간	
		근무시간대	휴게시간대	근무시간대	근무시간						
야간 근무자	N 근무자	18-21	21-01	01-09	11시간	06-09	3시간	01-06		5시간	0
	N1 근무자	18-01	01-05	05-09	11시간	06-09	3시간	22-01	05-06	4시간	0

주간 근무자	목욕일 월, 목	9명	A (공간위생담당)	B,B1 (개인위생담당)	C (관리실담당)	D (주간담당)	E (재활서비스담당)
	평일 주 3일	7명	화장실, 세면실, 목욕탕 등 청소 및 쓰레기 분류 및 처리 목욕지원	대소변관리 안되는 분 목욕 및 피복제공, 피복오염자 피복갈아입히기, 대소변 지리는 분들 시간대 별로 화장실 안내 및 대소변 체크, 환자상태 체크 세탁물세탁 및 널기 목욕지원	사무식 내외부 전화응대, 생활인의 필요사항 접수 및 처리, 층 라운딩 생활인 관찰, 생활인 필요물품 비치 청소진행(각방 청소)식사주관 및 청소, 출입문 관리, 안전관리, 식사지원 산책지원	옷방담당, 소모품담당, 생활인 통장관리, 비품관리, 이불관리, 안전 및 소방관련담당, 시설물 현황등, 수전 등 관리, 등 평소 자신이 맡고 있는 일에 대하여 관리함. 층에 응급등 다른 이유로 결원일 생길 경우 자리를 메우는 역할수행	산책, 나들이(미용, 영화관람, 쇼핑, 테마여행, 봄소풍, 가을나들이, 휴양림나들이 등), 행사지원, 목욕지원, 사례관리, 상담, 프로그램진행 일지작성
	휴일주 2일	6명					
	평균 인원	7					

[그림 3-6] 가평꽃동네정신요양원 주·야간 근무상황도



다. A, B, C, D, E 담당 일일업무내용

인력들이 공통적으로 수행하는 업무는 다음의 표와 같다.

〈표 3-5〉 업무 분야 및 세부 업무 분장 사항

업무 분야	세부 업무분장 사항
사무행정	- 개인 업무일지 작성 및 생활인 관찰 일지 작성(사회복지 시스템) - 칭찬일지 작성 - 기안 및 품의서 작성(전자품의서 포함) - 후원자 개발 - 소화기 점검 일지 작성(당직자) - 프로그램 계획서 작성 및 프로그램 진행 , 일지 작성 - 상담일지 작성

72 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

업무 분야	세부 업무분장 사항
	<ul style="list-style-type: none"> - 응급 처치일지 작성 - 면회, 외출, 외박, 휴가 일지 작성(당직자) - 사례관리 인테이크 작성 및 사례관리 검토회의록 작성 - 교육복명서 작성 - 물품신청서 작성 - 자원봉사 일지 관리(당직자)
생활재활	<ul style="list-style-type: none"> - 생활인 건강상태 관찰 및 처치관리 - 생활인 개인위생 도움 업무: 매일 목욕(최OO 외), 매일 소목욕, 이미용, 위생검사(손발톱 정리, 각질관리) - 의복 세탁 및 건조, 세탁물 일괄소독 관리 - 침구류 및 피복정리 - 세탁조 관리(청소 등) - 연하 및 저작곤란자 도움관리(반찬준비, 배식) - 양치질 지원 - 식사 및 간식 지급, 건강보조식품 제공 틀니, 보청기 관리 - 산책 및 운동(걷기운동포함) 지원, 덴스타임 및 국민체조 진행 - 전체 P/G 진행 (교리교육, 레크레이션) - 일상생활지도(식사예절, 개인위생, 대인관계) - 면회, 외출, 외박, 휴가 시 안내 및 교육 - 공간 및 개인위생 업무 - 주, 야간 업무일지 관리 주, 월간 생활인 건강체크 및 투약지원 - 일일 식전 혈당체크지원 응급진료 지원 및 생활인 간병(cmc 입원자 발생 시) - 환경미화 - 개인 사물함 관리(수선, 열쇠관리) - 간담회(생활나누기) 관리 - 칫솔 교체 및 관리(당직자) - 개인용돈 관리 및 매점, 찻집 이용지원 인권, 위생, 안전교육
사회재활	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적응 훈련 P/G 인솔 - 내, 외부 사회복지관련 교육 참여 - 생활인 상담 및 사례관리 - 보호자 연계(공중전화 걸기 등) - 보호자 협의회 참여지원 - 자원 봉사자 관리(오리엔테이션, 봉사내용 안내, 활동일지 받기 등) - 근무자 1인 1 프로그램 진행 - 전체 야외산책 지원 - 자율산책, 1:1 지적장애인 산책(봉사자 지원, 근무자 지원) - 전체 P/G 진행(동영상, 놀이활동, 구연동화, 노래 부르기) - 이동도서관 이용(지역) - 미니도서관 프로그램 활동지원(시설내), 동아리 활동지원

업무 분야	세부 업무분장 사항
	<ul style="list-style-type: none"> - 예방접종 업무 - 병원진료(외진 포함) 및 진료의료 - 투약보조(아침, 저녁: 당직자/ 점심: 간호 팀) - 드레싱 및 연고도포 - 의료용품 소독 - 주간 혈당(식후), 혈압 체크 - 월 건강 체크 및 월 구강검진 - 자의입소자 상담 및 의견서 작성 - 종합 건강검진 추진 및 사후관리 - 응급환자 발생 시 조치 및 병원이송 - 격리강박 업무(진행, 일지작성) - 열 체크 - 일일 의료서비스(라운딩, 드레싱, 외진, 응급, 간병확인, - 치과진료(충치치료, 보철, 틀니, 스켈링, 구강검진 등) - 드레싱 및 연고도포
지역사회	<ul style="list-style-type: none"> - 후원자 모집 - 보호자 연계 서비스 - 지역주민 및 기관과의 협력관계 개발
시설물관리	<ul style="list-style-type: none"> - 전기 안전 점검 - 소화기 점검(소화기 청소 및 점검) - 시설물 안전 점검 - 시설물 보수 수리대장 기입, 수리의뢰 - 생활 실 내 절전, 절수 및 관리(세면대, 변기, TV, 전등교체)

주: 시설의 허가를 받고 시설에서 제공한 업무 내용을 제시하였음.

인력 개개인이 수행하는 업무는 다음과 같다.

〈표 3-6〉 개인 업무 분장

팀장	김OO	
개인 업무	<ul style="list-style-type: none"> - 입, 퇴소자 상담 및 관리 - 신 입소 가족 안내 - 전체가족 정기적 면담 - 근무자 상담 - 신입직원 관리 및 O.T - 직원 교육 관리 - 직원 업무분장 관리 - 자원관리위원회 활동 	<ul style="list-style-type: none"> - 생활인 우편물 접수, 처리 - 층 회합 진행 및 업무관리 - 주간, 월간, 연간 사업계획, 예산 수립 및 실적평가 - 근무표 작성 - 각종 매뉴얼 작성 및 관리 - 개인 보관장애인연금 용돈 관리 (생활인 현금인출 입·출금 확인) - 현금보관함 관리 (현금대장 관리, 영수증 관리) - 사회 복지시스템 통장 내역 입력

74 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

구분	성명	이OO	성명	조O	성명	최OO	성명	박OO	성명	신OO
	직책	간호 조무사	직책	생활 복지사	직책	생활 복지사	직책	생활 복지사	직책	생활 복지사
사무 행정	<ul style="list-style-type: none"> - 이불 방 관리 (드림 세탁기) - 계절별 침구, 베게커버 관리 - 한복관리 - 개인 사물함 관리 - 계절별 신발 관리 		<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지시설 정보시스템 신입소자, 등급, 사진, 특이사항, 변경사항 입력 - 생활인 주민증 <ul style="list-style-type: none"> · 복지카드신청 (사진, 주민증 신청, 서류 작성, 주민증 수령 등) - 분기별 프로그램 계획지원 - 옷방 계절별 의류정리및 관리 (미사복, 일상복, 외출복 등) - 피복· 구료 물품 관리(양말, 속옷,모자, 신발 포함) - 소방, 안전교육 및일지 작성 		<ul style="list-style-type: none"> - 소모품관리 (창고관리) - 카메라 관리, 컴퓨터 사진정리 - 소방· 안전교육 및 일지 작성 - 옷 방 관리 - 분기별 프로그램 계획지원 - 커피 품의서 및 물품관리 - 상담실 정리 관리 		<ul style="list-style-type: none"> - 분기별 프로그램 계획지원 - 예산 품의서 작성 - 소방, 안전교육 및 일지 작성 - 외출, 외박동의서 작성 - 사회적응훈련명단, 차량 섭외 - 월중 행사표 작성 - 욕구 및 만족도 조사(생일잔치, 주방물품 등) - 칫솔소독기 관리 		<ul style="list-style-type: none"> - 비품 관리 대장 관리 - 비품 관리 - 분기별 프로그램 계획지원 - 문화 카드 관리 - 계절여행 프로그램 계획 및 진행 - 소방 안전교육 및 일지 작성 - 옷방 계절별 의류정리 및 리 (미사복, 일상복, 외출복 등) - 피복· 구료 물품 관리(양말, 속옷, 모자, 신발 포함) 	
	개인 업무	뷰티 P/G 노래방 동아리		사회생활기술훈련P/G 고향방문 p/g		한글교육 P/G 놀이활동 동아리활동 지원		일상생활 프로그램 - 화투치기 동아리활동 지원		집단상담 프로그램 - 성서쓰기 동아리

주:

1. 시설의 허가를 받고 시설에서 제공한 업무 내용을 제시하였음.
2. 역할별 일일 업무내용은 부록 참조.

이상과 같이 정신요양시설의 실제 업무의 내용과 양을 살펴보아도, 정신요양시설의 설치기준에 따른 현재 인력 배치는 기준으로는 사회적 지지체계가 현저히 붕괴된 만성 정신질환자들의 보호와 요양, 치료와 재활, 사회통합을 도모하기 보다는 만성 정신질환자들의 사회적 격리 수용의 역할에 그칠 우려가 크다. 정신요양시설은 만성 정신질환자들에게 최후의 거주공간이라는 측면에서 그리고 나아가 요양과 치료에 더하여 안정적인 거주시설로서 입소자들에게 정신건강 복지서비스를 제공하여 삶의 질을 향상시키기 위한 시설이 되어야 한다는 관점에서 인력 기준에 대한 내실화가 반드시 필요하다.

3. 현장의 업무량과 근로기준법을 충족시키지 못하는 지원기준

이미 언급하였듯이 현재 정신요양시설 인력의 지원기준은 정신요양시설 설치 기준을 토대로 2교대 근무를 전제하여 일부 인력을 조정하여 제공하고 있다. 이를 생활지도원 또는 생활복지사를 기준으로 살펴보면 입소자 25명당 1인으로 되어있으나 보건복지부의 지원기준은 주야간 교대 근무를 고려하여 입소자 28명당 2인으로 되어있다. 이는 지금까지 정신요양시설의 설치기준을 개정하지 못한 상황에서 정신요양시설의 현실을 최소로 고려한 결과이었지만, 이마저도 정신요양시설의 역할과 기능에 대한 올바른 인식에 바탕을 두고 있지 못하며, 사회가 요구하는 인권이 존중되는 요양서비스의 제공을 위한 최소한의 근무환경을 만들어 주지 못하는 비현실적인 기준이며, 또한 최근 개정된 근로기준법의 요구를 맞추지 못하는 지원기준이다. 다음은 연구를 진행하면서 수행한 정신요양시설장들과의 인터뷰에서 나온 내용이다.

D : 제가 말씀드리면은요. 여기에 보편은 25명당 1명을 본다 그러잖아요? 그 25명당이라는 그 개념 자체에 휴일은 하나도 안 들어간거죠? 음.. 그러니까 휴일이 저희가 보니까 휴일이 53일이잖아요? 노동자의 날까지 하고 그리고 무급휴일이 52일이예요. 그다음에 연차가 저희 집만 보니까 평균 18일이 나오더라고요! 그다음에 이제 공휴일이 올해 보니까 11일이 나와요. 그러면 실제 25명당 1명을 준다고 하더라도 지금 현재 28명당 2명인데 지원인력이 그러면 결국에는 몇 명을 돌봐야되는 거예요? 적어도 30명, 40명을 돌봐야되는 거예요. 그죠? 그냥 대략적으로 계산을 하더라도. 그러면 실제로 25명을 돌볼려고 하면 제가 계산한 거로 16대1을 줘야 25명을 1인 케어가 되는 거더라고요. 휴일빼고요. 그러면은 정신장애인의 다 대부분이 중증인데 그 중증 장애인들에 대해서 이 장애시설 같으면 이 지적장애인 중증 같으면 4.7명당 1명이잖아요. 그 정신요양원은 중증입에도 불구하고 그냥 3, 40명을 돌봐야 된다고 하면 실질적으로 불가능한 정도예요. 그냥 지켜만 보는 정도예요. 대소변 치우고 하루 24시간 케어를 해야 하는데 그 밤에도 해줘야한다 말이에요. 밤에도 계속 깨어있어야 되는 거예요 그러니까 어떤 시설들은 24시간 근무를 많이해요. 정신요양시설들이 그러면 근로기준법에서도 이미 어긋난거죠. 그렇다면 이런 지원인력 기준에서 정확한 어떤 데이터를 가지고 지원인력 기준이 되지 않는다고 하면 지금 현재 25명당 1명을 준다. 들리는 얘기는 25명당 1명, 25명당 1명, 그 다음에 50명당 1명 그렇게 하는데 3교대로 잡아가지고.. 하는데 그렇다고 하면은 거의 아예 불가능 한거죠.

E : 그러면 지금 요 인력 기준들에 대한 인원들을 맞추고 계신거죠? 요양시설들이 ..지금현재 정원에 따라서. 현원에 따라서. 맞추고는 계신 거죠?

D : 예, 28명당 2명이기 때문예요. 그 인원에 맞춰진거죠. 그러니까 뭐 하루에 그냥 보통 40명꼴을 돌보는 거예요.

E : 그러면 지금 얘기하시는...

F : 저희는 설치기준하고 지원이 달라요. 의료기관같은 경우는 설치기준해가지고 그 인원을 두는데 저희는 이제 보건복지부에서 이 인원가지고 안 되기 때문에 설치기준을 변경할 수가 없었거든요. 그래서 그 중간에 교대 2교대 근무라고 이렇게 해가지고 28명당 2교대를 줘가지고 실제적으로 14명당 1명을 줘요. 지금 그래서 설치기준은 25명당 1명인데 실제로 보건복지부 지원 해주는거는 평균 14명당 1명을 지원해주고 있어요. 이제 현실적으로 벌써 불가능해가지고 계속 이거를 건의를 해서 이정도까지는 갔어요....

E : 그런데 이제 설치기준까지는 가야 된다는 말씀을 하시는 거죠? 지원기준이 아니어도.

F : 그렇죠. 설치기준을 가지고.. 근데 이번에 연구 할 때 만약에 3교대로 가면 지원기준이 아니고 설치기준으로 가잖아요. 설치기준에서 지금 25명당 1명이 되어있으니까 아까 말씀하신 것처럼 1.1.0.5를 준다는 건데 이 설치기준이 변경.. 현실적으로 반영 되지 않으면 그 부분에서 현실을 못 맞춘다는 거죠 그리고 지금 그 14명도 설치기준이 25명 되어있으니까 보건복지부가 정하기 나름이거든요. 근데 이거를 설치기준에서 명확하게 반영을 해주면 거기에 맞게 지원이 되어서 적절한 서비스를 제공해줄 수 있게 그렇게 바꿀 수 있다는 거죠.

E : 그러면 지금 얘기하시는 인력의 유형으로 보면 생활지도원, 생활복지사에 대한 인력이 가장 시급하다고 생각하시는 거죠?

A : 예, 지금 현재 그런 것들이죠.

G : 예, 지금 교대근무자라고 보시면 돼요.

E : 아 인력들이 교대근무를 하니까.

F : 간호사하고 저희는 간호사 하고 생활지도원 또는 생활복지사가.

D : 그 다음에 야간에도 0.5명을 준다고 하는데 실질적으로는 1명을 지원받는 거거든요. 저희가 하루 시간이 결국에 24시간, 28시간 이란 말이죠. 정확하게 따진다고 하면(E : 네, 교대 시간까지 하면) 예, 28시간에 대한 인력 기준이 되어야 하는 거지. 24시간에 대한 인력 기준으로 안되가지고 한다고 하면은 야간에는 보니까 0.5명이 더 들어가더라고요. 1.5가 들어가는 거죠.

G : 네 지금 시설마다 야간에는 휴게시간을 그냥 주고 있어서 늘려놓은 거 밖에는 안되거든요?

A : 휴게시간이 사실은 이제 휴게시간을 준다는 얘기는 그 시간만큼 환자들은 무방비 상태에 있는 거예요. 우리가 52시간을 맞추고 맞춰야 되니까 어쩔 수 없이 휴게시간을 준 거예요. 그런데 어떤 시설은 그 휴게시간동안 쉬었던 직원들이 나가서 우리 쉬지 않았다. 우리 그거 일했다. 그래가지고 한 10년 일한거를 갔다가 고용노동부에 신고해서 다시 받아내는 경우도 생긴 거예요. 근데 그거는 국가에서 해주는게 아니라 그야말로 시설에서 다 배상을 해야되는 거죠. 그것도 시설 입장에서는 굉장히 부담이거든요. 사실 이제 나가서 3년 있다가 그걸 신고해도 되는 거예요. (G : 퇴사후에) 어, 퇴사후에.. 뭐 그러니까 (E : 저희도 마찬가지로, 그런 문제가 있을까 봐 겁내하고 있죠) 저희도 굉장히 그게 이제 법을 맞춰야 되는데 맞추려다가 보니까 사람은 적으니까 어차피 밤에 그냥 5시간씩 자라, 4시간씩 자라 네, 그런데 그 그러면 교대근무자가 있어야 되는 거잖아요. 교대근무자가. 교대근무자가 있으려면 나이트가 저희

같은 경우에는 5층이거든요? 5층이면 교대근무를 할 수 있는 사람이 있어야 되는데 우리 같은 경우에는 증증인 환자들이 많다 보니까 이 교대를 해요 사실은. 교대를 하는데 2층에 가면은 똥싸가지고 막 발라놓은 사람이 있어요. 그러면 다른 근무자가 이 사람을 깨우지 못하니까 와가지고 이거 청소 하다보면은 자기네 층 50분은 비우는 거예요. 네, 그런 상황이 되어버려요. 그리고 응급이 생겨버리면 한 사람이 근무자가 병원으로 환자 데리고 가잖아요 그러면 한 층 그냥 비워버리는 거예요. 그러니까 이게 이런 것들이 사실은 이게 운영을 할러니까 그냥 제가 생각 했을 때 최소 7명은 근무를 해야 이게 야간에 빈 시간이 없이 또 한사람이 응급이 생겨도 한사람이 그냥 나가고, 저희 같은 경우는 응급이 생겨서 나가잖아요. 응급으로다가 뭐 의정부 CMC를 가야 된다 환자가 상당히 안 좋아서 그러면 집에가서 자던 직원 나오라 그래 가지고 이렇게 해야 돼요 사실은 그런 직장이 있어요? 아 끝때려요

E : 어렵죠

D : 그 어려운 정도가 아니에요 왜냐하면 중요한건 아 25명당 1명이라도 좋아요 그런데 휴일은 계산을 안고 25명당 1명이라는 거예요. 그러면 휴일은 누가 근무를 해야 하죠?

현장의 목소리를 종합하여 정리하면, 기존의 정신요양시설 지원기준은 24시간 365일 내내 입소자들에게 서비스를 제공하여야 하는 요양원의 과업을 제대로 반영하지 못하고 있으며, 근로기준법에 상충하는 인력 기준이기에 대대적인 개정이 필요하다. 이러한 개정을 통하여 정신요양시설의 서비스가 요양시설을 거주공간으로 사용할 수밖에 없는 만성 정신질환자들이 정신요양시설이라는 물리적인 공간의 제약을 벗어나 지역사회 한 일원으로서 삶을 펼쳐나가는 사회통합의 가치를 추구하는 삶의 모습을 누릴 수 있을 것이며, 입소자들뿐 아니라 정신요양시설에 근무하는 직원들의 업무 안정성을 높일 수 있을 것이다.

〈표 3-7〉 정신요양시설 직종별 지원 기준

구분	지원기준
시설장	- 시설 1인(시설장은 상근의무). *겸직에 따른 인건비 이중 지원은 불가. 시설장 인건비는 1개 시설에서만 지급.
사무국장	- 시설당 1인

78 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

구분	지원기준
영양사	- 시설당 1인
사무원	- 시설당 2인(입소현원이 100명 미만인 경우에는 1명)
정신건강전문요원	- 입소현원 70명 이상: 시설당 정신건강전문요원 2명(단, 여성 정신건강 전문요원 1인은 반드시 포함하여야 함) - 입소현원 70명 미만: 여성 정신건강전문요원 1명 ※ 입소현원 70명 미만인 남녀공용시설에 2014년 정신건강사업안내 개 정이전에 채용된 정신건강전문요원이 2명인 경우 기존의 기준초과인 력은 해당인력의 퇴직 시까지 계속 인정
작업지도원	- 시설당 1인
조리원	- 입소현원 70명 미만: 2명 - 입소현원 70명~120명: 3명 - 입소현원 121명~200명: 4명 - 입소현원 201명~300명: 5명 - 입소현원 301명~400명 : 6명 - 입소현원 401명 이상: 7명
위생원	- 입소현원 150명이하: 1명 - 입소현원 151명~250명: 2명 - 입소현원 251명~350명: 3명 - 입소현원 351명~450명: 4명 - 입소현원 451명 이상: 5명
관리인 또는 경비원	- 시설당 1인
안전관리요원	- 시설당 1인

또한 현재의 시설설치 기준상의 인력으로는 근로기준법과 같은 관련법의 규정들과 인권존중의 규정들을 맞추어 정신요양시설을 운영할 수 없다. 심지어 현재의 지원기준 상의 인력으로도 정신요양시설은 주 52시간의 근로시간을 지켜서 주어진 과업들을 수 행할 수 없어 보인다. 입소자들의 생활을 책임지는 정신요양시설은 최소한의 자원을 투입하여 최대의 성과를 만들어 내는 효율중심의 운영을 할 수가 없는 것으로 일반 사 업체와 달리 하루도 한 시간도 쉬 없이 돌봄의 서비스가 제공되어야 하는 곳이다. 하지 만 2교대를 상정하는 현재의 인력 지원 기준은 근로기준법에 따른 종사자의 휴일을 고 려하지 못하고 있기에, 지원기준 대로 운영한다면 이론 상 요양원 서비스가 전혀 제공 되지 않는 날들이 생겨난다. 이러한 상황에서 현재의 정신요양시설의 운영은 보편타당 한 운영이 아니라 누군가(종사자 혹은 입소자)의 암묵적인 헌신 혹은 손해로 그리고 관 리감독의 눈돌림으로 운영되고 있다고 보아야 할 것이다. 따라서 365일에 사라진 요양 원의 서비스 제공시간을 편법 없이 채울 수 있도록 그래서 보편타당한 운영을 할 수 있

는 방향으로 인력지원기준을 개정해야 할 것이다.

정신요양시설의 실제 환경에서 현재의 지원기준에 따른 인력 배치가 어느 정도의 업무환경을 가져오는지, 그리고 인력 기준을 12명당 1인으로 다소 향상시켰을 때를 가정하고 3교대 근무를 하는 경우 어느 정도의 생활지도원 인력이 필요한지를 <표 3-8>에 제시하였다. 표에서 보듯이 현재의 지원기준을 준수하여 운영을 하는 경우 실질적으로 주간에는 생활지도원 1인이 28명을 그리고 야간 에는 생활지도원 1인이 96.5명에게 서비스하고 있는 실태이다. 이는 정신요양시설 지원 기준(28명당 2인)이 얼마나 현실에 맞지 않는 미흡한 지원기준임을 보여주고 있다. 아울러 3교대를 시행했을 때 현재의 지원형에서 제외된 종사자의 노동권을 존중했을 때 어느 정도의 인력이 필요한지 그래서 결국 현재의 인력 지원이 얼마나 부족한지를 보여주고 있다. 이러한 결과는 현재의 정신요양시설의 건강한 운영을 기대하는 것은 비현실적으로 보이며, 보편타당한 운영을 위한 시급한 개선이 필요해 보인다. 이러한 고려는 생활지도원뿐만 아니라 간호사, 조리원, 위생원, 정신건강 전문요원에도 함께 적용되어야 할 것이다.

<표 3-8> 00 요양원의 지원 인력 기준에 따라 업무수행 시 부족인력

<p>* 생활지도원(사회복지사포함) : 시설거주자 28명당 2명으로 주, 야로 근무하도록 되어있음.</p> <p>* 요양원 휴일: 134일 주휴일 : 노동자의 날 포함 53일 무급휴일 : 주 40시간 근무제로 52일 연차평균 : 18일 공휴일 : 평균 11일</p> <p>* 1년 365일임을 감안할 때 231일을 근무하게 됨 - ○○ 정신요양원 2020년 기준 시설 거주자 386명으로 28명이 배정됨 - 28명 × 231일 = 6,468일로, 1일 평균 17.7명이 주간과 야간(4명)로 근무하는 상황임. (평균 주간 13.7명으로 1인이 28명, 야간 96.5명에게 서비스하게 됨) - 주간 : 노동 시간 8시간(휴게시간1시간) - 야간 : 노동시간 16시간(할증으로 20시간, 휴게시간 2시간) - 추가노동시간 1인 월 35시간까지 인정으로 월 35시간 × 28명 = 980시간 발생</p> <p>* 3교대 필요인력(추가노동시간 제외) & 입소자 12명당 1인 (주간 기준)일 때</p> <p>인력 기준 : 거주자(380명) ÷ 지원인력 기준 1일 근무자 수 : 근무일수 231일 × 지원인력 기준 ÷ 365일로 하였음</p>

-휴일 포함 최소 필요인력(휴게 8시간당 1시간) -					
근무시간	인력 기준	인력 기준 지원인력	1일 휴게자 수	1일 근무자 수	직원1인이 서비스 해야 할 거주자
07:0~16:00(8시간)	12명당 1인	31.7명	11.7명	20명	19명
11:00~20:00(8시간)	12명당 1인	31.7명	11.7명	20명	19명
20:00~07:00(14시간)	20명당 1인	19명	7명	12명	32명
최소 필요인력		82.4명	30.4명	52명	

5. 노령과 중증장애를 고려하지 않는 인력 지원기준

현 정신요양시설의 인력지원기준은 입소자의 개인적 특성들을 반영하고 있지 못하다. 특히 입소자들이 대부분이 40대 이상이고 65세 이상도 27% 해당하며, 장애정도가 2급 이상인 중증정신장애가 평균적으로 52% 해당하고 있기에, 정신요양시설은 이들에 대한 집중적인 요양 및 보호 서비스가 요구되고 있다. 점점 더 많은 입소자들이 정신질환 뿐 아니라 노인질환과 같은 다양한 신체 질환을 겪게 되면서, 정신요양원은 더 많은 집중적인 돌봄 서비스를 제공하여야 하는 처지에 놓여 있다. 한 요양원의 예를 들면 2019년 한 해 동안 540건의 외부 병원의 일반 진료, 217건의 입원, 심지어 요양 시설 직원들이 외부병원에 입원한 입소자들을 위하여 64일의 간병을 도맡아야 했다. 이러한 입소자의 개인적 특성에 의한 집중적인 돌봄 서비스가 필요하며, 따라서 정신요양시설의 운영이 만성정신질환자의 사회적 관리 차원이 아니라 시설에 입소한 만성 정신질환자의 개별적 특성을 고려하는 입소자 중심의 운영의 방향으로 인력지원기준을 개선할 필요가 있다. 그 한 방법으로서 입소자의 장애중증도를 고려하여 인력을 지원 하는 방안을 일선 현장에서 절실히 요구하고 있다.

현재 정신요양시설 입소자의 장애등급 현황자료에 따르면 장애인등록을 한 정신요양시설 시설 입소자의 52%가 중증장애로 분류될 수 있는 1급, 2급 정신장애인이었다. 이에 따라 생활지도원의 지원인력 기준을 중증장애 입소자에 대해서는 10명당 2인 그리고 경증장애 입소자에 대해서는 24명당 2인으로 개선하면 전체 683명의 추가 인력이 필요한 것으로 추계된다. 장애인등급제가 폐지된 현 시점에서 중증도 판단 기준은 장애연금지급에서 나는 중증과 경증을 사용할 수 있다. 여기서 시설종사자의 고용이란

측면에서 한 가지 고려할 점은 각 시설별 입소자의 증증도에 대한 유동성의 문제이다. 하지만 정신요양시설의 입소자들의 장애등록 3년간 현황을 <표 3-9>에서 살펴볼 때, 장애정도가 각 지역별로 일정분포로 유지되고 있었으며 표에 직접제시하지는 않았지만, 각 시설별 유동성도 크지 않았다. 따라서 장애정도에 따라서 인력 기준을 차별적으로 제공하는 것은 실현가능한 대안으로 보인다.

<표 3-9> 정신요양원 입소자의 장애 증증도 연차별 현황

(단위: 명)

시도	장애등록현황														
	2016					2017					2018				
	계	1급	2급	3급	미등록	계	1급	2급	3급	미등록	계	1급	2급	3급	미등록
총계	10033	884	435	3552	1162	9710	738	4312	3550	1110	9518	712	4231	3536	1039
서울	687	173	191	216	107	621	28	256	232	105	603	31	252	253	67
부산	520	23	189	231	77	504	25	166	230	83	482	23	158	218	83
대구	285	44	159	64	18	360	41	172	129	18	340	43	156	125	16
광주	586	84	316	166	20	577	86	313	162	16	575	82	316	160	17
인천	195	6	85	98	6	213	5	94	104	10	215	8	91	105	11
대전	611	28	180	229	174	582	30	176	223	153	557	29	176	224	128
울산	122	9	60	44	9	117	7	56	43	11	113	7	61	36	9
세종	157	7	72	71	7	148	5	71	65	7	144	9	63	65	7
경기	1409	134	634	465	176	1365	127	606	455	177	1347	123	599	455	170
충북	834	91	318	363	62	795	90	294	349	62	781	81	292	345	63
충남	1246	67	665	421	93	1192	78	631	420	63	1186	77	622	416	71
전북	747	61	302	322	62	726	61	301	306	58	728	53	307	301	67
전남	812	63	425	214	110	806	71	411	212	112	765	69	389	207	100
경북	950	59	420	366	105	862	46	369	350	97	853	43	368	349	93
경남	688	25	339	189	135	669	25	321	187	136	656	21	303	197	135
제주	184	10	80	93	1	173	13	75	83	2	173	13	78	80	2

제3절 정신요양시설과 장애인복지시설의 시설 및 인력 기준 비교

정신요양시설의 인력 및 운영 규정이 정신보건법 초기에 재정되어 전면적인 개정 없이, 현실적인 요구에 맞추어 보건복지부가 설치기준이 아닌 지원기준을 수정하는 방식으로 운영됐다. 따라서 설치기준은 정신요양시설 현장의 요구에 대응하지 못하며, 유사한 사회서비스 시설의 설치 및 운영기준에 비추어도 매우 열악한 상태이다. 이 절에서는 정신요양시설이 생활시설이며, 재활시설이며, 요양시설이라는 관점에서 이와 가장 유사하다고 판단되는 노인양로시설(노인주거복지시설), 노인요양시설(노인의료복지시설), 장애인복지시설(장애인 거주시설)과 비교하여 정신요양시설 및 인력 기준을 검토해 보고자 한다.

1. 시설 설치 기준

정신요양시설은 거주와 치료 및 재활 프로그램을 제공하기에 다양한 목적의 시설 설비(사무실, 상담실, 다락, 식당, 조리실, 화장실, 목욕실, 세탁장, 건조장 운동장 등)를 갖추고 있으며 기능보강사업을 통하여 노후 시설을 개선해 오고 있다. 이러한 시설 설치에 있어서 가장 핵심적인 규정은 1인당 거주면적에 대한 규정인데, 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」[별표 1]에 의하면 거실에 대하여 아래와 같이 규정하고 있다.

- 3) 거실
 가) 적절한 난방 및 통풍시설을 갖추고, 창문은 충분한 일조량을 확보할 수 있는 구조로 설치하여야 한다.
 나) 출입구는 비상재해 시 대피가 쉽도록 복도 또는 넓은 공간에 직접 연결되도록 하여야 한다.
 다) 복도, 다락 등을 제외한 거실의 실제 면적은 입소자 1명당 3.3㎡이상으로 한다.
 라) 거실 하나당 정원은 10명 이하로 하되, 남자와 여자를 함께 수용하는 시설의 경우에는 남자용 거실과 여자용 거실을 구분하여 설치하여야 한다.
 마) 중증 정신질환자 등 일반 입소자와 격리할 필요가 있는 환자의 요양보호를 위하여 격리된 거실을 따로 설치하여야 한다.

정신요양시설은 입소자가 24시간 휴식, 취침 등 일상생활을 할 수 있는 공간임에도 개인이 취침과 개인사물함을 위한 공간에 대한 명시화된 문구가 없다. 이는 정신요양시설이 기본적인 기능이 생활공간의 제공이란 점을 법적 규정들에서 모호하게 제시하

고 있는 데 원인이 있으며, 개인의 인권이 보장이라는 차원에서 향후 분명한 언급이 있을 필요가 있다. 실제로 2017년 정신요양시설 평가 지표에 “침실과 복도”란 평가지표가 있었으나 2020년에 이를 삭제하게 된 것은 시설 설치 기준이 미비 때문으로 볼 수 있다. 그리고 거실에 대한 설치 기준에서 무엇보다도 중요한 것은 “다) 복도, 다락 등을 제외한 거실의 실제 면적은 입소자 1명당 3.3㎡이상으로 한다.”라는 규정인데, 이를 유사한 타 시설들과 비교해 볼 때 개선이 필요하다.

노인양로시설(노인주거복지시설)의 시설설치기준은 「노인복지법 시행규칙 제17조 1항」에 의거하여 입소정원 10명 이상에서 입소정원 1명당 연면적 15.9㎡ 이상의 공간을 확보하여야 한다고 되어 있으며, 노인요양시설(노인의료복지시설)의 경우는 「노인복지법 시행규칙 제22조 1항」에 따라 입소정원 10명 이상에서 입소정원 1명당 연면적 23.6㎡ 이상의 공간을 확보해야 하고, 침실기준은 입소자 1명당 침실면적은 6.6㎡ 이상이어야 한다고 되어 있다. 장애인 복지시설(장애인거주시설)의 경우는 「장애인복지법 시행규칙 제41조」에 따라 지체장애, 뇌병변장애인 시설은 1명당 21.78㎡ 이상, 지적장애인 또는 자폐성 장애인 시설은 1명당 21.12㎡ 이상, 중증장애인 시설은 1명당 18.48㎡ 이상이라고 되어 있다. 시설들 간의 특이성을 고려한다고 하여도 정신요양시설의 설치 기준은 다른 시설들에 비해서 매우 열악하다 볼 수 있다. 시설의 설치기준에서 1인당 면적의 크기를 정함에 있어서 우선적으로 고려해야 하는 것은 인권의 측면에서 정신요양원에 입소한 생활인들에게 일정 정도의 쾌적한 생활공간이 주어져야 한다는 것이다. 따라서 현 1인당 면적의 크기는 개선이 필요해 보이며 노인요양시설의 침실기준(1명당 침실면적은 6.6㎡)을 개선의 기준으로 삼아볼 수 있을 것이다.

〈표 3-10〉 시설의 설치 및 지원기준 비교

구분	정의	자격요건	지원기준(인원)	시설설치기준
정신요양시설	정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설	① 정신건강의학과 전문의에게 의하여 정신질환자로 진단된 자로서 본인이 입소하기를 원하는 자.(자의입소) ②정신건강의학과 전문의에게 의하여 정신질환자로 진단된 자로서 보호의무자의 동의를 받아 시설에 입소하기를 원하는	생활지도원 배치기준: 입소자 25명당 1명을 두되, 그 단수에 1명을 추가한다.	거실의 실제면적은 입소자 1인당 3.3㎡ 이상으로 하고, 1실의 정원은 10인 이하로 하여야 함

84 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

구분	정의	자격요건	지원기준(인원)	시설설치기준
		자. (동의입소) ③정신건강의학과 전문의에 의하여 시설에 입소가 필요하다고 진단된 정신질환자로 보호의무자 2명 이상이 시설 입소를 신청한 자.(보호입소)		
	「정신건강복지법 제3조 6항」	「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 제5조」	「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 제3조」 별표2	「정신요양시설 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙 제2조」 별표1
노인 양로 시설 (노인 주거 복지 시설)	노인을 입소시켜 급식과 그 밖에 일상생활에 편의를 제공함을 목적으로 하는 입소정원 10명 이상 시설	각 목의 어느 하나에 해당하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 자 ① 생계급여 수급자 또는 의료급여 수급자로서 65세 이상의 자 ② 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자 ③ 실비보호 대상자로서 65세 이상의 자 ④ 입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는 양로시설 또는 노인공동생활가정인 경우 60세 이상의 자	요양보호사 배치기준 입소자 12.5명당 1명	입소정원 10명 이상 (입소정원 1명당 연면적 15.9제곱 미터 이상의 공간을 확보하여야 한다.)
	「노인복지법 시행규칙」 [별표 2]	「노인복지법 시행규칙 제14조1항」	「노인복지법 제33조 4항」또는 「노인복지법 시행규칙 제17조 1항」 별표2 참조	「노인복지법 시행규칙 제17조 1항」 별표2 참조
노인 요양 시설 (노인 의료 복지 시설)	치매 · 중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식 · 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설	각 목의 어느 하나에 해당하는 자로서 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 자 ① 노인장기요양보험법 제15조에 따른 수급자 (장기요양급여수급자) ② 생계급여 수급자 또는 의료급여 수급자로서 65세 이상의 자 ③ 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자 ④ 입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는	요양보호사 배치기준 입소자 2.5명당 1명 (치매 전담실은 2명당 1명)	① 입소정원 10명 이상 (입소정원 1명당 연면적 23.6 m ² 이상의 공간을 확보해야 한다.) 다만 노인요양시설 안에 치매 전담실을 두는 경우에는 치매전담실 1실당 정원을 16명 이하로 한다. ② 침실기준 (입소자 1명당 침실면적은 6.6m ²)

구분	정의	자격요건	지원기준(인원)	시설설치기준
		노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 경우 60세 이상의 자		이상이어야 한다.)
	「노인복지법 제34조 1항 1호」	「노인복지법 시행규칙 제18조 1항의14호」	「노인복지법 시행규칙 제22조 1항」 별표4 참조	「노인복지법 시행규칙 제22조 1항」 별표4 참조
장애인 복지 시설 (장애인 거주 시설)	장애유형이 같거나 유사한 장애를 가진 사람들을 이용하게 하여 그들의 장애 유형에 적합한 주거지원 · 일상생활지원 · 지역사회생활 지원 등의 서비스를 제공하는 시설	수급자로서 장애인복지법 제2조에 따른 장애인이어야 한다. ① 수급자가 아닌 경우에는 장애인복지법 제2조에 따른 장애인으로서 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자이어야 한다. ② 입소 또는 이용 시설은 장애유형 · 장애정도 및 연령 등을 고려하여 결정되어야 한다.	생활지도원 배치기준 ① 시설거주자 18세 이상의 경우 10명당 1명 이상 ② 지적장애, 자폐성장애의 경우 시설거주자 5명당 1명 이상 ③ 중증 장애인, 장애인 영유아 거주시설의 경우 시설거주자 3명당 1명 이상	① 지적장애, 뇌병변장애인 시설은 1명당 21.78㎡ 이상 ② 지적장애인 또는 자폐성 장애인 시설은 1명당 21.12㎡ 이상 ③ 중증장애인 시설은 1명당 18.48㎡ 이상
	「장애인복지법 시행규칙 제41조 별표4 참조」	「장애인복지법 시행규칙 제41조 별표5 참조」	「장애인복지법 시행규칙 제41조 별표5 참조」	「장애인복지법 시행규칙 제41조 별표5 참조」

2. 인력 지원 기준

사회복지시설의 인력 구성은 보통 운영 전체를 관리하는 시설장이 있고, 그 아래 행정업무를 담당 인력(사무국장, 사무원 등), 시설관리 담당인력(시설관리인 등), 해당 서비스 담당인력(간호사, 사회복지사 등), 식사, 생활, 위생을 담당하는 인력(영양사, 위생사 등)으로 구성되어 있다. <표 3-11>은 장애인거주시설 직종별 지원기준이고 <표 3-12>는 정신요양시설의 인력 기준인데, 이 둘을 비교하여 보아도 거주가 포함된 시설들 간의 인력 구성과 지원 수준의 유사성을 볼 수 있으며, 차이는 언어 치료사와 같은 서비스 대상자의 특성을 고려한 전문인력의 배치에서 나타난다. 따라서 유사한 업무를 맡아보는 생활지도원 같은 인력의 지원 수준을 살펴봄으로써 정신요양시설의 인력 지원 수준을 간접적으로나마 평가해 볼 수 있을 것이다.

이러한 관점에서 앞서 제시한 <표 3-10>에는 지원기준(인원) 이란 이름으로 유사한 시설들 간에 정신요양시설의 생활지도원과 같은 역할을 하는 인력의 지원기준으로 비

교하여 놓았다. 설치기준 상 정신요양시설의 생활지도원은 1인이 25명을 담당하도록 되어 있는데 반하여 노인요양시설의 요양보호사는 2.5명을, 노인양로시설은 12.5명을, 장애인거주시설의 지적장애, 자폐장애의 경우는 5명을 담당하는 것으로 되어 있어, 정신요양시설의 인력 지원 수준이 타 시설에 비하여 매우 열악함을 알 수 있다.

365일 의식주를 기본으로 제공해야 하는 거주시설은 그 특성상 생활지도원의 역할이 매우 높을 수밖에 없으며, 거주시설의 인권보호와 입소자의 삶의 질의 수준은 생활지도원 인력 배치의 수준에 기본적으로 의존될 수밖에 없다. 생활지도원 1인이 담당해야 하는 입소자의 수가 작을수록 입소자의 복지는 향상될 것이며, 생활지도원 1인이 담당해야 하는 입소자의 수에 대한 비율이 적절할수록 운영의 비용효과성이 높아질 것이다. 이러한 고려에서 생활지도원이 담당해야 하는 과업의 내용과 양에 대한 고려가 필요할 것이며, 이는 시설 종사자의 복지와 연관되어 있다. 이러한 여러 측면들을 함께 고려하여 정신요양시설의 인력 기준의 수준을 반드시 높여야 할 것으로 보인다.

〈표 3-11〉 장애인거주시설 직종별 지원기준

직종명	지원기준
원장	시설당 1명(동일부처 내 타 시설과 시설장을 겸하는 경우는 중복지급불가)
사무국장	시설당 1명, 다만 정원 30인 이상인 시설
사무원	시설당 1명, 다만 정원 30인 이상인 시설
시설관리인	이용장애인 현원 200인 이상 시설당 1명
사회재활교사	시설당 1명, 다만 정원 30인 이상인 시설
영양사	시설당 1명, 다만 1회 급식인원(종사자 포함) 50명 이상인 시설 또는 현원 30명 이상인 시설
간호사	시설당 1명, 중증·아동장애인 현원 150인 이상 1명 추가
물리치료사	중증·지적장애·지체·영유아 장애인 현원 30인 이상 시설당 1명
작업치료사	중증·지적장애·지체·영유아 장애인 현원 30인 이상 시설당 1명 * 다른 전문요원이 이를 겸하고 있을 때에는 그러하지 아니함
청능치료사	청각/언어 장애인 현원 30인 이상 시설당 1명
언어치료사	중증·청각/언어·지적·영유아 장애인 현원 30인 이상 시설당 1명

직종명	지원기준
생활지도원 또는 생활복지사	중증, 영유아장애인 현원 4.7명당 2명 * '이용자 현원 ÷ 4.7 × 2'로 계산한 값을 반올림한 인원수로 지원
	아동장애인 현원 4명당 1명
	지적장애, 시각장애인 현원 5명당 1명
	지체, 청각·언어장애인 현원 10명당 1명
조리원	시설당 2명, 이용장애인 현원 50인이상 1명 추가
위생원	시설당 1명, 다만, 이용장애인 현원 30인이상 시설 * 이용장애인 현원 200인 이상 1명 추가
축탁의사	필요시 시설당 1명

※ 지방자치단체는 이 기준 이상으로 지원되도록 최대한 노력할 것.

※ 중증장애인은 서비스 이용 종합조사에 따라 중증장애인거주시설 입소가 필요하다고 판단된 장애인을 기준으로 하고, 중증장애인거주시설뿐만 아니라 유형별 장애인거주시설 등에 입소되어 있는 중증장애인에 대해서도 동일하게 적용

〈표 3-12〉 정신요양원의 종사자 수 및 자격

구분	종사자의 수 및 자격
시설장	1명
사무국장	1명
정신건강의학과 전문의 또는 축탁의	1명 이상
간호사	입소자 40명당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다. 이 경우 간호사 정원의 2분의 1의 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다.
생활지도원 또는 생활복지사	입소자 25명당 1명을 두되, 그 단수에는 1명을 추가한다.
영양사	1명 이상을 두되, 입소자가 50명 미만인 경우에는 영양사를 두지 아니할 수 있다.
사무원	2명 이상(입소자가 100명 미만인 경우에는 1명 이상)
전문요원	1명 이상을 두되, 여자가 입소할 수 있는 시설의 경우에는 여자 전문요원 1명을 두어야 한다.
작업지도원	1명 이상을 두되, 작업치료사, 사회복지사, 간호사 또는 간호조무사의 자격을 가진 사람이어야 한다.
조리원	입소자 150명까지는 2명 이상을 두고, 입소자가 150명을 넘는 경우에는 그 초과입소자 100명당 1명을 추가하되, 그 단수에는 1명을 더 두어야 한다.

제 4 장

정신재활시설의 시설 및 인력 기준 고찰

제1절 정신재활시설의 시설 및 인력 현황

제2절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준의 문제점

제3절 정신재활시설과 장애인복지시설의 시설기준 비교

제4절 정신재활시설과 장애인복지시설의 인력 기준 비교

4

정신재활시설의 시설 및 인력 기준 << 고찰

제1절 정신재활시설의 시설 및 인력 현황

정신재활시설에 대한 법적기준은 정신건강복지법 시행규칙 「별표7」(시설기준 및 수용인원기준), 「별표8」(종사자의 수 및 자격기준), 「별표9」(이용 및 운영에 관한 기준), 「별표10」(구체적인 종류 및 사업)에 상세히 기재되어 있다. 매 3년 마다 실시하는 보건복지부의 사회복지시설 평가에서도 이를 기준으로 시설을 평가하고 있다. 이처럼 시설 운영의 기준이 되는 시설 및 인력 기준은 1997년 하위법령이 만들어진 이후 크게 바뀌지 않았고 시설유형의 변화에 대한 내용만이 추가된 상황이다.

시설 유형 역시 2009년 구장애인복지시설의 유형을 그대로 받아들인 경향이 있어 사회적변화의 추세가 반영되지 못하고 있다는 평가이다. 시설의 인력 기준과 시설기준을 마련하기 위해서는 시설이 수행해야 할 사업(기능)과 사회적 변화를 반영하는 내용을 고려하여야 할 것이며 이를 위하여 비슷한 유형의 장애인복지시설과 비교하고, 현장의 목소리를 반영하여 현재 시설기준의 현황과 문제점을 알아볼 필요가 있다

1. 시설 기준

정신재활시설의 시설 기준은 정신건강복지법 시행기준 별표7 “정신재활시설의 시설 기준 및 수용기준”에 제시되어 있다. 공통사항으로 가항부터 아항까지 제시하고 있으며, 시설의 세부유형에 따라서 시설별 기준을 별도로 제시하고 있다.

- 가. 대중교통수단을 통한 접근이 편리한 곳에 설립할 것
- 나. 입소자·이용자의 건강·안전 및 생활편의에 적합한 시설을 갖춘 것
- 다. 「화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률」이 정하는 바에 따라 소화설비 등 소방시설을 갖추고, 비상구를 설치하는 등 화재예방, 소화 및 비상대피에 필요한 조치를 할 것
- 라. 겨울에도 상당한 시간의 일조량을 확보할 수 있을 것
- 마. 적당한 냉방장치난방장치 및 통풍장치를 갖춘 것
- 바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실을 갖춘 것
- 사. 정신재활시설의 종류별 규모에 적합한 시설 면적부지면적을 확보할 것

아. 제2호에 따른 생활시설, 제3호에 따른 재활훈련 시설 중 지역사회 전환지원시설, 제4호에 따른 중독자 재활시설 및 제6호에 따른 종합시설이 남녀 공용시설인 경우에는 침실 및 목욕실을 남성용과 여성용으로 구분하고, 제3호에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정의 경우에는 남성 또는 여성만으로 운영할 것

먼저 생활시설은 응접실, 침실, 목욕실, 재활훈련실, 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실, 세탁장 및 건조장을 두도록 하고 있으며 입소자 1명당 4.3㎡ 이상을 권장 면적으로 하고 있다.

가. 시설: 입소자가 24시간 휴식, 취침 등 일상생활을 할 수 있는 공간으로서 응접실과 침실을 말하는 거실 (복도·통로, 관리인 침실, 사무실, 상담실, 다락, 식당, 조리실, 화장실, 목욕실, 세탁장, 건조장 등은 제외 한다)의 면적(이하 이 표에서 "거실면적"이라 한다)은 입소자 1명당 4.3㎡ 이상이어야 함

- 1) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간 포함)
- 2) 침실
- 3) 목욕실
- 4) 재활훈련실
- 5) 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실
- 6) 세탁장 및 건조장

나. 정원: 입소정원 50명 이하

다음으로 재활훈련시설은 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 아동·청소년 정신건강지원시설 다섯 가지 유형으로 분류되며 다음과 같은 기준을 제시하고 있다.

<표 4-1> 정신재활시설 유형별 시설 기준

시설유형	시설기준
주간재활 시설	1) 시설 가) 재활훈련실(면적은 이용자 1명당 3.3㎡ 이상) 나) 휴게실 다) 집단활동실
공동생활 가정	1) 시설: 거실면적은 입소자 1명당 4.3㎡ 이상 가) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간 포함) 나) 침실(입소정원 4명인 시설은 1실당 2명 이하, 입소정원 5명 이상인 시설은 1실당 3명 이하) 다) 목욕실 라) 세탁장 및 건조장 마) 상담실 및 사무실(상담실 및 사무실은 같은 공간 함께 사용 가능) 2) 정원: 입소정원 4명 이상 6명 이하

시설유형	시설기준
지역사회 전환시설	1) 시설: 거실면적은 입소자 1명당 4.3㎡ 이상 가) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간 포함) 나) 침실 다) 목욕실 라) 재활훈련실 마) 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실 바) 세탁장 및 건조장 2) 정원: 입소정원 25명 이하
직업재활 시설	1) 시설 가) 직업재활훈련실(면적이 이용자 1명당 3.3㎡ 이상) 나) 재활상담실, 사무실 및 휴게실(재활상담실, 사무실 및 휴게실은 같은 공간 함께 사용 가능) 다) 근로활동을 위한 시설
아동 청소년 정신건강 지원시설	1) 시설 가) 제1호에 따른 공통사항의 시설(식당 및 조리실은 제외) 나) 휴게실 다) 프로그램실(면적은 이용자 1인당 3.3㎡ 이상)

이밖에 중독자재활시설의 경우 다음과 같이 1) 응접실, 2) 침실, 3) 목욕실, 4) 집단 활동실 또는 직업재활훈련실, 5) 휴게실, 6) 세탁장 및 건조장을 필요로 하며, 입소정원은 50명 이하로 제한하고 거실면적은 입소자 1명당 4.3㎡ 이상을 만족시키도록 하고 있어 생활시설과 유사한 조건을 가지고 있다. 또한 생산품판매시설의 경우 1) 판매장(면적이 33㎡ 이상), 2) 상담실 및 사무실(같은 공간 함께 사용 가능) 두 가지 시설을 요구한다. 마지막으로 종합시설은 2개 이상을 결합한 각각의 정신재활시설이 갖추어야 하는 시설을 모두 만족하여야 하며, 강당 또는 회의실을 추가로 갖추도록 요구하고 있다.

2. 인력 기준

현재 적용되고 있는 정신재활시설 종사자의 수 및 자격기준은 정신건강복지법 시행규칙 별표8 “정신재활시설 종사자의 수 및 자격기준”에 제시되어 있다. 모든 정신재활시설에 공통적으로 적용되는 자격기준 사항은 다음과 같으며, 정신재활시설의 장애에 대한 자격기준과, 재활활동요원, 재활활동보조원, 영양사 총 4가지 조건을 제시하고 있다.

〈표 4-2〉 정신재활시설 직위별 자격기준

직위	조건
정신재활시설의 장	다음의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다. 1) 정신건강의학과 전문의 2) 정신건강전문요원 3) 정신건강증진시설 및 정신재활시설에서 5년 이상 근무한 경험이 있는 자로서 사회복지법인이나 그 밖의 비영리법인의 대표 4) 재활훈련시설 중 공동생활가정의 경우에는 간호사, 사회복지사 또는 임상심리사 면허 또는 자격을 취득한 후 정신건강증진시설 및 정신재활시설에서 5년 이상 근무한 경험이 있는 사람 5) 재활훈련시설 중 직업재활시설의 경우에는 「장애인복지법」 제58조제1항제3호에 따른 장애인직업재활시설에서 5년 이상 근무한 사회복지사 또는 5년 이상 그 시설의 장으로서 운영한 경험이 있는 사람
재활활동요원	다음의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다. 다만, 공동생활가정에 두는 재활활동요원은 간호사, 사회복지사 또는 임상심리사의 자격이 있는 사람으로 한다. 1) 간호사, 사회복지사 또는 작업치료사 자격을 취득한 사람 2) 「국가기술자격법」에 따른 임상심리사 자격을 취득한 사람
재활활동보조원	다음의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다. 1) 정신질환에서 스스로 회복하여 다른 사람을 돌볼 수 있는 사람 2) 정신질환자의 재활 및 사회적응을 위한 지식과 경험을 갖춘 사람
영양사	「국민영양관리법」에 따른 영양사 면허를 취득한 사람

시설 기준과 같이 시설유형에 따라 다른 종사자 수 기준을 제시하고 있는데, 그 내용은 〈표 4-3〉과 같다.

〈표 4-3〉 시설 유형에 따른 종사자 수 기준

구분	세부유형	종사자의 수
가. 생활시설		1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 3) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당) 4) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당)
나. 재활훈련 시설	1) 주간재활시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 이용인원 15명당 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 다) 재활활동요원: 이용인원 20명당 1명(끝수 인원이 11명 이상인 경우 각 1명 추가) 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명(끝수 인원이 16명 이상인 경우 각 1명 추가) 마) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당)

구분	세부유형	종사자의 수
	2) 공동생활가정	가) 시설의 장: 1명 나) 시설의 장은 같은 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 3개까지 공동생활가정을 함께 관리할 수 있다. 다) 시설의 장이 3개의 공동생활가정을 관리하는 경우에는 재활활동요원 1명을 둔다.
	3) 지역사회전환시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 다) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당) 라) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당)
	4) 직업재활시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 1명 다) 재활활동요원: 이용인원 15명당 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명(끝수 인원이 16명 이상인 경우 각 1명 추가)
	5) 아동·청소년정신건강지원시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 이용인원 15명 당 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 다) 재활활동요원: 이용인원 20명 당 1명(끝수 인원이 11명 이상인 경우 각 1명 추가) 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명 당 1명(끝수 인원이 16명 이상인 경우 각 1명 추가)
다. 중독자재활시설		1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 3) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당) 4) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당)
라. 생산품판매시설		1) 시설의 장: 1명 2) 재활활동요원, 관리인 또는 사무원: 1명 이상
바. 종합시설		1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원 가) 이용인원 15명당 1명(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 나) 입소자가 있는 경우에는 입소인원 15명당 1명 추가 배치(끝수 인원이 8명 이상인 경우 각 1명 추가) 3) 재활활동요원, 재활활동보조원 가) 이용인원 30명당 각 1명(끝수 인원이 16명 이상인 경우 각 1명 추가) 나) 입소자가 있는 경우에는 입소인원 10명당 각 1명 추가 배치(끝수 인원이 6명 이상인 경우 각 1명 추가) 4) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당) 5) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당) 6) 이용인원과 입소인원은 중복 계산할 수 없다.

3. 정신재활시설의 시설 및 인력 현황

정신재활시설의 시설 및 인력현황을 살펴보기 위하여 보건복지부 국립정신건강센터의 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사 원자료(raw data)를 광역 자치단체를 기준으로 데이터를 2차 분석한 결과를 제시하였다.

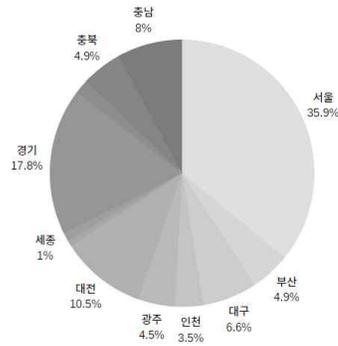
가. 정신재활시설 설치 운영 현황

2017년 말 기준 전국에 정신재활시설은 총 348개소가 있다. 지역별로는 서울 103개소, 경기 51개소, 대전 30개소, 전북 30개소, 충남 23개소, 대구 19개소, 경북 18개소, 부산 14개소, 충북 14개소, 광주 13개소, 인천 10개소, 강원 5개소, 경남 5개소, 전남 4개소, 제주 4개소, 세종 3개소, 울산 2개소로 분포되어 있다.

〈표 4-4〉 광역시도별 정신재활시설 현황

광역시도	시설 수	광역시도	시설 수
서울	103	경기	51
부산	14	강원	5
대구	19	충북	14
인천	10	충남	23
광주	13	전북	30
대전	30	전남	4
울산	2	경북	18
세종	3	경남	5
		제주	4

(단위: 개소, %)



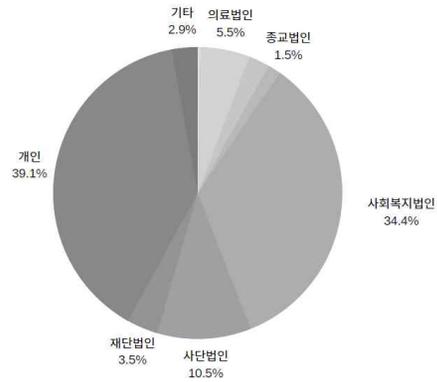
자료: 국립정신건강센터 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사

운영 주체의 경우 개인이 134개소로 가장 많았으며, 사회복지법인 118개소, 사단법인 36개소, 의료법인 19개소, 재단법인 12개소, 기타 10개소, 학교법인 8개소, 종교법인 5개소, 국가 및 지방자치단체 1개소 순으로 나타났다.

〈표 4-5〉 정신재활시설 운영주체 현황

운영주체	시설 수
국가, 지방자치단체	1 (0.3%)
의료법인	19 (5.5%)
학교법인	8 (2.3%)
종교법인	5 (1.5%)
사회복지법인	118 (34.4%)
사단법인	36 (10.5%)
재단법인	12 (3.5%)
비법인 정신의료기관	0 (0.0%)
개인	134 (39.1%)
기타	10 (2.9%)

(단위: 개소, %)



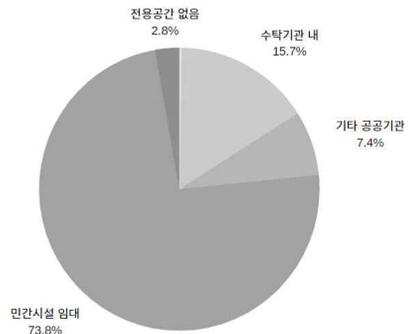
자료: 국립정신건강센터 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사

설치장소의 경우 민간시설 임대 240개소, 수탁기관 내 51개소, 기타 공공기관 24개소, 전용공간 없음 9개소, 보건소 내 1개소 등으로 나타났다.

〈표 4-6〉 정신재활시설 설치장소 현황

설치장소	시설 수
보건소 내	1 (0.3%)
수탁기관 내	51 (15.7%)
기타 공공기관	24 (7.4%)
민간시설 임대	240 (73.8%)
전용공간 없음	9 (2.8%)

(단위: 개소, %)



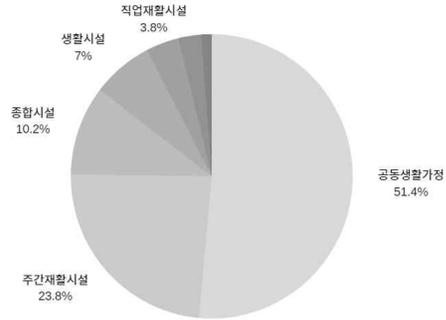
자료: 국립정신건강센터 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사

시설종류의 경우 공동생활가정 177개소, 주간재활시설 82개소, 종합시설 35개소, 생활시설 24개소, 직업재활시설 13개소, 아동·청소년 정신건강지원시설 9개소, 중독 자재활시설 4개소, 지역사회 전환시설 0개소, 생산품판매시설 0개소 순으로 나타났다.

〈표 4-7〉 정신재활시설 시설종류 현황

(단위: 개소, %)

시설종류	시설 수
생활시설	24 (7.0%)
주간재활시설	82 (23.8%)
공동생활가정	177 (51.5%)
지역사회 전환시설	0 (0.0%)
직업재활시설	13 (3.8%)
아동·청소년 정신건강지원시설	9 (2.6%)
중독자재활시설	4 (1.2%)
생산품판매시설	0 (0.0%)
종합시설	35 (10.2%)



자료: 국립정신건강센터 2018년 국가 정신건강현황 2차 조사

나. 정신재활시설 인력 현황

정신재활시설의 인력을 인력 정원 현황을 통해 분석해보면, 총 348개소의 인력의 경우 정원의 총계는 1,676명이었으며, 표준편차는 5.49명, 평균은 4.84명이었다.

시설종류별로 집계한 평균 인력 정원은 다음과 같다. 먼저 생활시설은 6.5명, 주간재활시설은 7.24명, 공동생활가정 2.20명, 직업재활시설 6.31명, 아동·청소년 정신건강지원시설 6.22명, 중독자재활시설 6.25명, 종합시설은 10.26명이었다. 종합하면 공동생활가정에서 평균 인력 정원이 가장 적었으며, 종합시설에서 가장 많았다.

〈표 4-8〉 정신재활시설 시설종류별 인력 현황

(단위: 명)

시설종류	정원 총계	인력 수 (평균)	인력 수 (표준편차)
생활시설	156	6.50	7.41
주간재활시설	594	7.24	7.03

시설종류	정원 총계	인력 수 (평균)	인력 수 (표준편차)
종합시설	349	10.26	4.95
전체	1,676	4.84	5.49

제2절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준의 문제점

1. 생활시설

탈원화가 가속되면서 정신장애인이 지역사회에서 거처를 마련하고 살아가도록 지원하는 거주시설과 서비스의 중요성과 필요성이 점점 더 커지고 있다. 정신재활시설 유형 중에는 생활시설, 공동생활가정에서 주거제공의 기능을 담당하고 있다. 최근 몇몇 자치단체에서는 기존의 시설 유형에 더해 자립생활주택, 체험홈, 위기쉼터, 지원주택 등 새로운 거주 유형에 대해 논의하고 시범적으로 운영하면서 확산하고 있다. 복지부에서도 2017년 법을 개정하면서 지역사회 전환지원시설을 거주시설의 한 유형으로 새로 추가하였다. 그러나 수도권에 편중된 소수의 지역사회 전환지원시설을 제외하고는 그 유형이 과거와 동일하게 생활시설, 공동생활가정, 종합시설로 규정되어 있어 변화가 필요하다.

장애인 거주시설의 경우 2011년 대규모 거주시설에 대한 비판적 분위기 속에서 '장애인복지법'이 개정되면서 거주시설의 정원이 30명을 초과하지 못하도록 규정되었다. 또한 2018년부터는 탈원화와 시설 소규모화를 위한 여러 노력의 일환으로 체험홈과 공동생활시설을 확충하여 운영하고 있다. 정신건강 영역에서도 장애인 거주시설과 마찬가지로 시설의 소규모화와 다양한 주거전달체계 유형을 고려해볼 필요가 있다. 생활시설에 장기 입소하는 것을 방지하고 정원을 감소하기 위해서는 소규모 공동생활가정이나 지역사회에서의 다양한 거주서비스가 제공되고 선택 가능해야 하므로 정원감소와 타 대안 서비스 제공이 동시에 고려되어야 한다.

시설의 정원과 관련해서는 시설 전체의 정원 뿐 아니라 개별 생활실 정원, 즉 몇 명이 함께 거주할 것인지에 대한 규정도 고민해 보아야 한다. 생활시설의 경우 많은 인원이 단체 생활을 하면서 집단을 유지하기 위한 규칙이 존재하기 마련이다. 이러한 규칙은 기관을 유지하는 데에는 도움이 되지만 개인의 자기결정권과 다양성을 침해할 수 있으므로 이러한 문제를 최소화하기 위해 시설과 생활실의 정원에 대한 고민이 필요하다. 공동생활가정의 경우는 입소정원 4명의 경우 1실당 2명 이하, 입소정원 5명 이상인 경우 1실당 3인 이하라는 기준이 마련되어 있으나 생활시설에는 이 기준이 적용되지 않고 있다. 생활시설도 공동생활가정을 고려하여 이에 준하는 기준을 마련할 필요

가 있다.

정신장애인 생활시설의 정원에 대한 조정이 이루어지면 이와 연계하여 직원의 수 역시 함께 고민되어야 한다. 생활시설은 24시간 356일 직원이 상시 근무하며 입소한 정신장애인과 함께 생활하면서 서비스를 제공하고 있다. 현재 노동법이 주 52시간 근무제로 변화되었고, 과거 시설 직원의 숫자가 2교대 근무를 기준으로 책정되었으나 3교대 형태로 전환되어야 한다는 점 등을 고려한다면 직원근무 시간의 탄력적 조정이나 인력 수에 대한 조정도 필요할 것으로 보인다.

2. 주간재활시설

주간재활시설은 정신질환자에게 직업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설이다. 생활시설과 마찬가지로 정신장애인이 지역사회에서 복지서비스의 혜택을 누리며 살아갈 수 있도록 지원하기 위해 확충되어야 하지만, 약 10여 년 동안 시설의 수가 증가하지 않고 있다. 신규 시설을 개소하는 경우 지자체에 따라서는 운영 주체에서 자체적으로 시설 운영을 위한 공간과 인력을 마련하여 초기 약 6개월~1년 혹은 그 이상 사업을 진행한 이후에 예산을 지원하게 된다. 현실적으로는 개별 시설에서 복지부에서 제시하고 있는 시설 규정에 맞춰 6개월 이상 운영을 유지할 만한 여력과 의지를 가진 경우가 드물기 때문에 시설의 증가에는 한계가 있었던 것으로 파악된다. 또한 주간재활시설은 건축물 용도가 노유자 시설인 곳에 설치 신고하고 소방법에 의거하여 소방 설비와 대피시설을 갖추어야 하지만 이러한 건물 용도와 시설설비를 갖추기에는 어려움이 많다. 특히 건물을 임차하여 주간재활 시설을 운영하는 경우 노유자 시설을 임차할 수 없으므로 일반 건축물을 임차하게 되는데, 이 경우 전환에 대한 비용의 부담 뿐 아니라 임대인이 소방 설비를 갖추는 것을 허락하지 않기도 한다. 임차한 건물에서 시설을 운영하는 경우 계약에 따라 사업의 안정성 자체가 좌우되는 상황도 발생하게 된다. 국가계획에 매년 정신재활시설 확충 방안이 들어가 있으나 시설수가 증가되는 데에는 여전히 많은 장벽이 있는 것으로 보인다. 시설을 확보하기 위해서는 시범적으로 복지관등의 다른 사회복지 시설과 마찬가지로 지자체에서 시설을 마련하고 민간에 위탁하여 운영하는 방식도 고려해볼 만하다.

주간재활시설 유형을 장애인복지시설과 비교해 보면 직원 수뿐 아니라 시설의 유형

에도 차이가 있다. 정신재활시설에는 주간재활시설이라는 한 가지 유형만 제시되어 있지만 장애인시설의 경우 주간재활서비스를 제공하는 시설이 주간보호시설, 장애인 체육시설, 장애인생활이동지원센터와 같이 특정 서비스를 제공하는 시설뿐 아니라 종합적인 재활서비스를 지원하는 복지관도 있다. 시설 유형의 경우 규모가 작은 주간재활시설의 경우 장애인복지시설과 마찬가지로 주간보호시설의 기준으로 두되, 규모가 있고 포괄적이고 통합적인 서비스를 지원할 수 있는 경우 장애인복지관에 준하는 인력을 구성하여 다양한 복지서비스를 제공하도록 할 수도 있을 것이다.

서비스 내용 면에서 보면 정신장애인들도 지역사회에서 거주하면서 다양한 복지서비스를 제공받고 싶어 하지만, 정신장애인이 이용할 수 있는 복지서비스가 제한되어 있어 주거재활시설에서 다양한 복지서비스를 제공해야 할 필요가 있다. 그러므로 시설의 기능을 별표 9가 아닌 개정된 정신건강복지법 4장 복지서비스 내용으로 개편하고 이 사업 내용에 따른 인력 기준안을 마련해야 할 것이다.

직원 구성면을 보면, 현재 주간재활시설의 직원도 시설 규모에 관계없이 다른 정신재활시설과 동일하게 제시되어 있다. 그러나 규모가 큰 시설의 경우 행정업무가 많아지게 되는데 현재 시설 인력 기준에는 이러한 부분이 반영되어 있지 않다. 장애인복지시설과 마찬가지로 주간재활시설도 규모에 따라 회계와 총무, 관리업무를 담당하는 사무원이나 관리인을 두는 것도 고려해 볼 필요가 있다.

3. 공동생활가정

공동생활가정은 지역사회에서 생활하는 정신장애인에게 주거를 제공하여 독립생활을 위한 자립역량을 함양하도록 하는 기능을 담당하고 있다. 시설 기준을 보면 시설장 1명에 이용정원은 4명 이상 6명 이하로 규정되어 있다. 공동생활가정의 운영과 관련하여 가장 현안으로 대두되는 어려움은 직원 수이다.

정신재활시설의 공동생활가정의 직원 기준은 2017년 정신건강복지법 개정 이전에 설치 신고된 시설과 그 이후에 신고된 시설이 달리 적용되어 조금 복잡한 상황이다. 2015년 11월 19일 이전에 설치 신고된 주거제공시설 중 정원이 7~10인 정원으로 규모가 큰 시설을 4인 거주의 공동생활가정 시설기준으로 맞춰가는 과정에서 나타나는 현상이다. 기존에는 입소 7~10인 정원의 주거제공시설을 운영하였다. 그러나 이 시설

의 유형이 보장시설로 해석되면서 지역사회 시설로서 맞지 않는다는 문제, 노유자시설의 기준에 맞춰서 시설을 개조해야 하는 문제, 지역사회에 친화적이고 시설화를 축소하는 개념이 강조되면서, 개정된 법에서는 4~6인 정원의 공동생활가정으로 전환하게 하였다. 이 과정에서 현재의 시설기준은 법 개정 이전에 신고된 시설과 이후 신고한 시설로 이원화되어 있다. 즉 과거에 설치 신고한 주거시설의 경우 기존과 마찬가지로 7~10인 정원에 직원 2명이 근무하고 있고, 새로 설치 신고한 공동생활가정은 4~6명 정원에 시설장 1명이 근무하고 있다. 기존에 설치 신고된 7~10인 시설을 소규모화하여 2개 시설로 운영하는 경우 동일 건물 내 독립된 주거공간을 결합하여 공동생활가정 1개소로 운영 가능하다. 또한 1명의 시설장이 3개의 소규모 공동생활가정을 운영하는 경우에는 1인 시설장에 추가적으로 재활활동요원 1명을 더 배치하고 있다. 4~6인 정원 시설에 1인 시설장이 근무하고 있는 공동생활가정의 경우 주 52시간과 휴게시간 예외조항 폐지에 의하여 근로기준법에 가장 취약해 질 수 있는 환경이어서 시설역할에 따른 지원(대체인력 등)과 운영방안이 필요한 상황이다. 또한 1명의 시설장이 3개소를 운영하는 경우 시설의 경우 12명의 회원에 2명의 직원이 근무하게 되어 이러한 시설 유형은 어려움이 더 커진다. 지침을 마련할 당시에는 인근 지역 내 3개 시설을 운영하므로 운영의 효율성이 있어 직원이 적어도 된다고 판단하였으나, 각각의 시설에 대한 행정서류와 예산 서류를 별도로 작성하여야 하므로 행정적으로 업무가 효율적으로 정리되지 못하는 상황이다. 결과적으로는 4인이 거주하는 3개의 시설 중 한 곳은 직원이 상주하지 않는 형태가 될 수 있으므로 이 경우도 여전히 주 52시간 근무제로 인한 근로시간 제한에 따른 직원의 적정 배치를 고려해야 하는 상황이다.

4. 지역사회 전환지원시설

지역사회 전환지원시설은 2015년 하위법령 개정 시 처음으로 시설유형에 포함된 단기거주시설이 그 시작으로, 2016년 법이 개정되면서 시설 명칭이 단기거주시설에서 지역사회 전환지원시설로 변경되었다. 시설 명칭의 변화에서도 드러나듯 단기로 거주하는 기능에서 병원에서 지역사회로의 전환을 지원하는 기능을 강조하고 있다. 시행규칙 「별표10」에 의하면 ‘지역 내 정신질환자 등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복지

를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응 훈련 등의 서비스를 제공하는 시설'로 정의되어 있다. 보건복지부에서 명시하고 있는 기능은 주로 병원에서 지역사회로의 전환을 위한 단기 입소이나 기대 받고 있는 역할은 두 가지로 구분된다. 첫째는 탈원화 시 일시적인 거주제공과 지역연계, 둘째는 지역 정신장애인을 위한 응급쉼터의 기능이다. 하지만 보건복지부에서 이 두 가지 역할에 대해서 명확한 사업내용과 구체적인 기준을 제시하고 있지 않고, 운영상 여러 어려움이 있어 실무현장에서는 이 모든 사업이 정착되지는 상황이다. 또한 이러한 역할을 고려한다면 「별표 7」, 「별표8」의 경우 생활시설과 차이가 없는 기준으로 되어있어 시설 역할과 기능이 충분히 고려되지 않았음을 알 수 있다.

지역사회 전환지원시설의 인력을 살펴보면, 다른 정신재활시설과 마찬가지로 정원에 따라 인력이 결정된다. 그러나 지역사회 전환지원시설은 입소자가 단기간 입소한 후 퇴소하여 지역사회로 전환하도록 돕고 응급 상황에서 단기간 이용하는 것을 목표로 하기 때문에, 다른 유형의 시설에 비해 입소자의 변동이 크다. 입소자가 3개월가량 단기 입소하는 지역사회 전환지원시설 특성상 정원에 의거하여 직원 수를 결정한 후 현원에 따라 직원과 운영 예산을 지원하는 현 방식 하에서는 기관 운영의 안정성을 갖기가 어렵다. 만약 지속적으로 현원을 정원에 맞추도록 요구한다면 단기간 입소하도록 하는 목표와 달리 입소자가 장기간 입소하도록 유도할 가능성도 존재한다.

이와 더불어 응급상황에서 병원에 입원하는 대신 전환지원 시설을 응급 쉼터로 이용하고자 하는 경우에는 기존에 지역사회 전환지원시설이 주된 업무로 삼고 있는 전환지원업무와는 성격이 다른 업무를 수행하게 된다. 응급쉼터로 전환지원 시설을 이용하는 입소자의 경우 특히 더 이용기간이 짧고 이용자의 안정이 중요하므로 여느 때 보다도 안정적 환경이 제공되어야하는 것도 필수이고 인력의 투입이 많이 필요하다. 그러므로 인력의 탄력적 근무가 필요하고 정원과 현원, 인력에 대해 전반적으로 고민해 보아야 한다. 그러다 보니 현장에서는 전환지원 업무가 주이고 응급쉼터의 기능은 수행하지 못하는 경우가 많다. 현재와 같이 전환기능을 주로 할 것인지 아니면 응급쉼터의 기능을 강화할 것인지, 지금처럼 전환지원시설에 응급쉼터 기능을 돌지 별도의 시설 유형을 돌지 등등에 대해서 논의가 필요하다.

앞서 언급한 대로 지역사회 전환지원시설에 대한 명확한 기능과 운영지침을 마련하고 이에 따른 인력이 필요한 상황이다.

5. 직업재활시설

시행규칙 「별표10」에 의하면 직업재활시설의 사업 내용을 ‘정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추게 되면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설’로 정의하고 있다. 이 내용은 주간재활 시설의 사업으로 제시된 ‘작업·기술 훈련, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 시설’과 유사하다. 주간재활 시설의 사업 내용도 사회적응훈련을 제외하고는 모두 직업, 취업을 다루고 있기 때문이다. 이처럼 직업재활시설의 사업 내용이 차별성을 갖고 명확하게 규정되어 있지 않았기 때문에 시설에 요구하고 있는 행정 업무와 갖춰야 할 서류도 주간재활시설과 차별성이 없으며, 업무점검이나 3년에 한번 진행되는 사회복지시설 평가에서도 주간재활시설과 거의 유사한 내용으로 평가를 받고 있다.

그러나 현재 운영되고 있는 직업재활시설을 들여다보면, 별표에서 제시한 대로 직업훈련을 하고 고용시장에 참여하도록 하는 업무를 주로 하는 유형과, 직접 생산품을 만들고 정신장애인을 고용하는 시설 유형으로 나뉘어 있다. 전자는 취업지원과 취업 연계활동을 주된 사업내용으로 삼아 지역사회에 취업하도록 지원하되 시설에서 정신장애인을 직접 고용하지는 않으며, 후자의 경우 장애인직업재활 시설과 마찬가지로 사업자등록을 하고 작업장 내지 사업장을 직접 운영하여 정신장애인을 채용하고 제품을 생산하고 판매하며 급여를 지급하는 형태의 직업재활시설이다. 동일한 직업재활시설 유형이지만 운영의 형태가 서로 다르기 때문에 직원의 수나 필요로 하는 직원의 구성과 직종도 다를 수 있으나 현재는 동일한 기준 하에 운영되고 있다.

직접 사업장을 운영하여 정신장애인을 고용하는 직업재활시설의 경우 추가적으로 인력을 배치하거나 지원하고 있는 직원의 구성을 다양화해야 할 필요가 있다. 이러한 유형의 시설에서는 기본적으로 수행해야 하는 사례관리 업무 외에 추가적으로 상품을 개발하고, 제조하고, 홍보하고, 유통·판매 하는 등의 일이 일어나므로 이러한 업무를 담당할 직원이 필요하다. 또한 사업자로 세무서에 신고하고 사업을 하고 있는 경우에는 노무 및 임금지급, 세금과 관련된 업무들이 증가하기 때문에 사무와 회계를 담당하는 직원이 배치될 필요가 있다. 실제 장애인복지시설 중 보호작업장과 비교해서 살펴보면, 보호작업장에는 생산라인을 지원하는 생산기사나 회계 및 사무를 담당하는 인력

을 배치하도록 하고 있다. 현재와 같이 모든 직업재활 시설을 동일한 시설로 간주하고 동일하게 직원을 배치하도록 하는 것은 시설의 특징과 맞지 않다. 그러므로 작업장을 제공하는 유형과 취업 연계를 주되게 하는 시설의 유형을 별도로 구분하여 인력 기준을 두는 것이 적절할 것으로 보인다.

또한 두 유형의 직업재활시설 모두 정신재활시설의 타 유형과 달리 전문요원이 1명으로 고정되어 있어 이용인원이 증가할수록 직원의 수가 상대적으로 적을 수밖에 없다는 한계가 있다. 직업재활시설도 정신장애인 시설에서의 기본적인 지원을 위해서는 타 유형과 마찬가지로 전문요원의 수가 이용인원이 증가함에 따라 변동되도록 할 필요가 있다.

제3절 정신재활시설과 장애인복지시설의 시설기준 비교

정신건강복지법 시행규칙 「별표 7」에 의거한 정신재활시설의 시설기준과 장애인복지법 시행규칙 「별표 5」에 의거한 장애인복지시설의 종류 및 설치·운영기준을 비교해 보았다.

1. 공통기준

정신재활시설과 장애인복지시설을 공통기준을 살펴보고 현장의 목소리를 반영해보면 가장 크게 문제로 지적되는 부분은 '바탕'이다. <표 4-9>에는 정신재활시설과 장애인복지시설의 공통기준이 나와 있다. 정신재활시설의 공통기준 '바탕'에는 '상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실'을 갖추도록 명기되어 있다. 단순히 보이지만 모든 정신재활시설 유형에서 이 5개의 실을 모두 갖추어야 하는 것이다. 그러나 시설유형에 따라 이 각각의 실이 필요하지 않은 경우도 있고, 바탕의 모든 '실'을 다 갖추기 힘든 경우도 있다.

장애인복지시설의 경우에는 공통기준이지만 시설 유형별로 갖추어야 하는 실의 기준을 구분하여 기술하고 있다. 우선 장애인거주 시설 중 장애인 공동생활가정의 경우에는 공통기준을 전혀 적용하지 아니한다고 되어있다. 정신재활시설의 시설유형과 유사해서 비교하고 있는 주간보호시설, 직업재활시설도 제3호 나목(시설에는 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법령에 따른 편의시설을 갖추어야 한다)만 적용한다고 되어있어 실제적으로 공동생활가정과 주간보호시설, 직업재활시설의 경우에는 공통시설기준 중 상담실, 사무실, 식당 조리실은 갖추지 않아도 되는 것으로 되어 있다. 실제로 공동생활시설의 경우 대부분 가정집과 같은 환경에서 운영되고 있으므로 상담실과 사무실을 개별적으로 두거나 조리실과 식당을 별도로 두는 것이 여의치 않으며 규모가 작은 주간보호시설과 직업재활 시설의 경우에도 식당과 조리실을 갖추는 것이 필요하지 않은 경우가 많다. 식당과 조리실의 경우 다수의 기관에서 정원기준 상 영양사나 조리원을 두지 않아도 되는 규모여서 식당과 조리실을 운영하지 않거나, 주방 시설을 갖추더라도 공간 구분이 되지 않고 식당은 회의실이나 여타 다른 공간과 공유하여 사용하는 경우가 다수이다.

장애인복지시설의 경우 30인 이상 거주하는 시설과 30인 미만 거주하는 시설로 구분하고, 30인 이상의 시설에서도 장애인이 상시 생활하지 않는 시설에서는 거실, 의무실, 조리실, 목욕실, 세탁장, 건조장을 갖추지 않아도 되도록 하고 있으며, 보호작업장의 경우 집단활동실과 자원봉사실을 장애인생산품 판매시설로 활용 가능하도록 열어 두고 있다. 30인 미만 시설의 경우에는 사무실과 의무실, 그리고 목욕실과 세탁장을 결합하여 운영할 수 있도록 하고 있기도 하다.

장애인복지시설의 경우를 참고한다면 공통기준이라 하더라도 시설유형에 따라 필요한 '실'을 다르게 규정해두거나 모든 시설에서 공통으로 필요하지 않은 시설이라면 공통기준에서 제외하고 개별시설유형의 필요 기준으로 추가하는 것으로 변경할 수 있다.

시설의 규모는 정신재활시설의 경우 개별시설 기준에 명시하고 있으나 장애인복지시설의 경우 공통사항에 표시하고 있는데, 정신재활시설이 거실면적 기준으로 되어 있는데 반하여, 장애인복지시설의 경우 전체 총면적을 기준으로 하고 있어서 차이가 있다. 뒤에서도 다시 언급하겠지만, 거실 면적을 정원 인원 에 비례하여 넓은 곳을 찾는 것이 불가능한 경우 있기 때문에 전체면적을 기준으로 하거나 정신장애인이 주로 이용하는 생활공간의 최소기준을 마련하는 것도 가능하다.

〈표 4-9〉 정신재활시설 vs 장애인복지시설 시설의 공통기준

구분	정신재활시설	장애인복지시설
공통 기준	가. 대중교통수단을 통한 접근이 편리한 곳에 설립할 것 나. 입소자·이용자의 건강·안전 및 생활편의에 적합한 시설을 갖추출 것 다. 「화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률」이 정하는 바에 따라 소화설비 등 소방시설을 갖추고, 비상구를 설치하는 등 화재예방, 소화 및 비상대피에 필요한 조치를 할 것 라. 겨울에도 상당한 시간의 일조량을 확보할 수 있을 것 마. 적당한 냉방장치·난방장치 및 통풍장치를 갖추출 것 바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실을 갖추출 것 사. 정신재활시설의 종류별 규모에 적합한 시설 면적·부지면적을 확보할 것	1. 공통기준(장애인 거주시설 중 장애인 공동생활가정의 경우에는 적용하지 아니하며, 장애인 거주시설 중 장애인 단기거주시설, 장애인 지역사회재활시설 중 장애인 주간보호시설, 장애인 체육시설, 장애인 수련시설, 장애인 생활이동지원센터, 한국어어 통역센터, 점자도서관, 점자도서와 녹음서 출판시설, 장애인 재활치료시설, 장애인 직업재활시설 및 장애인 생산품 판매시설의 경우에는 제3호 나목만 적용한다) 1. 시설의 입지조건 시설은 그 분포의 적정성과 보건·위생·급수·안전·환경 및 교통편의 등을 충분히 고려하여 장애인이 쉽게 접근하고 편리하게 이용할 수 있는 쾌적한 환경을 갖춘 부지를 선정하여야 한다. 2. 시설의 규모 상시 10명 이상 30명 이하가 생활할 수 있는 시설을 갖추어야 한다. 다만, 시설 종류별 개별기준에서 10명 미만의 소규모 시설을 따로 정하고 있는 경우와 장애인이 상시 생활하지 아니하는 시설은 예외로 한다. 3. 시설의 구조 및 설비 가. 시설의 구조와 설비는 그 시설을 이용하는 장애인의 장애 유형별·성별·연령별 특성에 맞도록 하여야 한다. 다만, 6세 미만의 장애영유아를 위한 시설은 이 기준에 따른 구조 및 설비

구분	정신재활시설	장애인복지시설
	<p>아. 제2호에 따른 생활시설, 제3호에 다른 재활훈련 시설 중 지역 사회 전환지원시설, 제4호에 다른 중독자재활시설 및 제6호에 따른 종합시설이 남녀 공용시설인 경우에는 침실 및 목욕실을 남성용과 여성용으로 구분하고, 제3호에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정의 경우에는 남성 또는 여성만으로 운영할 것</p>	<p>외에 「아동복지법」에 따른 아동복지시설 중 영아시설에 준하는 설비를 따로 갖추어야 한다.</p> <p>나. 시설에는 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법령에 따른 편의시설을 갖추어야 한다.</p> <p>다. 장애인이 30명 이상 거주하는 시설에는 다음의 설비를 갖추어야 한다. 이 경우 지체장애인이거나 뇌병변장애인의 거주시설은 1명당 21.78㎡ 이상, 청각·언어 장애인 거주시설은 1명당 21.78㎡ 이상, 시각장애인 거주시설은 1명당 19.8㎡ 이상, 지적장애인 또는 자폐성장애인 거주시설은 1명당 21.12㎡ 이상, 중증장애인 거주시설은 1명당 18.48㎡ 이상 및 장애영유아 거주시설은 1명당 18.48㎡ 이상으로 한다. 다만, 장애인이 상시 생활하지 아니하는 시설에는 1)·3)·7)·8)·9) 및 10)의 설비를 갖추지 아니할 수 있다. 장애인 직업재활시설 중 장애인 보호작업장, 장애인 근로사업장, 장애인 생산품 판매시설의 경우에는 5)와 6)의 설비 중 하나의 설비로 다른 설비를 겸하여 운영할 수 있다.</p> <p>1) 거실</p> <p>가) 겨울에도 상당한 시간의 일조량을 확보할 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>나) 출입구는 비상재해 시 대피하기 쉽도록 복도나 넓은 공간에 직접 연결되게 설계하여야 한다.</p> <p>다) 적당한 난방장치 및 통풍장치를 갖추어야 한다.</p> <p>라) 복도·다락 등을 제외한 바닥의 면적은 6세 미만의 경우 시설 거주자 1명당 2.0㎡ 이상, 6세 이상의 경우 시설거주자 1명당 3.3㎡ 이상으로 하고, 1실의 정원은 6세 미만의 경우 10명 이하, 6세 이상의 경우 8명 이하로 한다.</p> <p>마) 6세 이상의 장애인이 생활하는 시설의 경우에는 남녀별로 거실을 구분하여 설치하여야 한다.</p> <p>2) 사무실: 사무를 위한 적당한 집기·설비를 갖추어야 한다.</p> <p>3) 의무실: 건강상담 등을 위한 적당한 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>4) 재활상담실: 거실 가까운 곳에 설치하되 비밀을 보장하기 위하여 필요한 방음설비를 갖추어야 한다.</p> <p>5) 집단활동실: 여가·체력단련·재활프로그램 등을 실시할 수 있는 시설과 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>6) 자원봉사자실: 자원봉사자·후원자 등 지역사회 자원활동 프로그램을 실시할 수 있는 시설과 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>7) 조리실</p> <p>(가) 채광과 환기가 잘 되도록 하고, 창문에는 방충망을 설치하여야 한다.</p> <p>(나) 식기를 소독할 수 있고, 위생적으로 취사와 조리를 할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>8) 목욕실: 남자용과 여자용을 구분하여 설치하되, 욕탕·샤워기 및 세면설비와 깨끗한 물을 사용할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>9) 세탁장: 세탁에 필요한 기계·기구를 갖추어야 한다.</p> <p>10) 건조장: 세탁물을 건조할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>11) 화장실: 남자용과 여자용으로 구분하여 설치하여야 한다.</p> <p>12) 급수·배수시설</p> <p>(가) 급수시설은 상수도로 한다. 다만, 상수도로 할 수 없는 경우에는 「먹는물 관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질 기준에</p>

구분	정신재활시설	장애인복지시설
		<p>적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.</p> <p>(나) 지하수 등을 사용하는 경우 취수원은 화장실·폐기물처리시설·동물사육장이나 그 밖에 지하수가 오염될 우려가 있는 장소로부터 20미터 이상 떨어진 곳에 위치하여야 한다.</p> <p>(다) 빗물·오수 등의 배수에 지장이 없도록 배수설비를 하여야 한다.</p> <p>13) 비상재해 대비시설</p> <p>「화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률」 제9조에 따른 화재안전기준에 따라 소화용 기구를 갖추어 두고, 비상구를 설치하여 비상재해에 대비한 시설을 갖추어야 한다.</p> <p>라. 30명 미만의 장애인이 거주하는 시설은 1명당 9.37㎡ 이상으로 하고 다음의 설비를 갖추어야 한다. 다만, 2)·3)의 설비와 5)·6)의 설비는 하나의 설비로 다른 설비를 겸하여 운영할 수 있다.</p> <p>1) 거실</p> <p>(가) 겨울에도 상당한 일조량을 확보할 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>(나) 출입구는 비상재해 시 대피하기 쉽도록 복도나 넓은 공간에 직접 연결되게 설계하여야 한다.</p> <p>(다) 적당한 난방장치 및 통풍장치를 갖추어야 한다.</p> <p>(라) 복도·다락 등을 제외한 바닥의 면적은 6세 미만의 경우 시설거주자 1명당 2.0㎡ 이상, 6세 이상의 경우 시설거주자 1명당 3.3㎡ 이상으로 하고, 1실의 정원은 6세 미만의 경우 10명 이하, 6세 이상의 경우 8명 이하로 한다.</p> <p>(마) 6세 이상의 장애인이 생활하는 시설의 경우에는 남녀별로 거실을 구분하여 설치하여야 한다.</p> <p>2) 사무실: 사무를 위한 적당한 집기·설비를 갖추어야 한다.</p> <p>3) 의무실: 건강상담 등을 위한 적당한 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>4) 조리실</p> <p>(가) 채광과 환기가 잘 되도록 하고, 창문에는 방충망을 설치하여야 한다.</p> <p>(나) 식기를 소독할 수 있고, 위생적으로 취사와 조리를 할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>5) 목욕실: 남자용과 여자용을 구분하여 설치하되, 욕탕·샤워기 및 세면설비와 깨끗한 물을 사용할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>6) 세탁장: 세탁에 필요한 기계·기구를 갖추어야 한다.</p> <p>7) 건조장: 세탁물을 건조할 수 있는 설비를 갖추어야 한다.</p> <p>8) 화장실: 남자용과 여자용으로 구분하여 설치하여야 한다.</p> <p>9) 급수·배수시설</p> <p>(가) 급수시설은 상수도로 한다. 다만, 상수도로 할 수 없는 경우에는 「먹는물 관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질 기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.</p> <p>(나) 지하수 등을 사용하는 경우 취수원은 화장실·폐기물처리시설·동물사육장이나 그 밖에 지하수가 오염될 우려가 있는 장소로부터 20미터 이상 떨어진 곳에 위치하여야 한다.</p> <p>(다) 빗물·오수 등의 배수에 지장이 없도록 배수설비를 하여야 한다.</p> <p>10) 비상재해 대비시설: 「화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률」 제9조에 따른 화재 안전기준에 따라 소</p>

구분	정신재활시설	장애인복지시설
		화용 기구를 갖추어 두고, 비상구를 설치하여 비상재해에 대비한 시설을 갖추어야 한다.

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

2. 유형별 시설기준 비교

정신재활시설과 장애인복지시설의 유사한 유형별로 시설의 기준을 비교해 보면 다음과 같다.

가. 생활시설

생활시설과 장애인복지시설의 거주시설을 비교해서 살펴보면 <표 4-10>과 같다. 정신재활시설의 경우 공통기준에서 제시한 기준과 개별기준을 모두 충족하려면 ‘상담실, 사무실, 식당, 조리실, 화장실, 거실, 응접실, 침실, 목욕실, 재활훈련실, 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실, 세탁장 및 건조장’이라는 12개의 ‘실’을 갖추어야 한다. 반면 장애인복지시설은 정원에 따라 차이는 있지만 거실, 사무실, 의무실, 재활상담실, 집단활동실, 자원봉사자실, 조리실, 목욕실, 세탁장, 건조장(설비), 화장실, 급수배수시설, 비상재해 대비시설(설비)을 갖추도록 되어있다. 실의 수로는 10개이다. 또한 정신재활시설은 정원과 상관없이 모든 시설에서 12개의 모든 ‘실’을 다 갖추어야 하지만 장애인 거주시설은 30인 이상과 이하의 경우에 필요한 ‘실’을 다르게 규정하고 있다. 인원이 적은 경우 필요 ‘실’의 수와 넓이를 줄이고 겸용으로 사용할 수 있는 ‘실’을 제시하였다. 정신재활시설의 생활시설의 경우에도 상담실, 사무실, 재활훈련실, 자원봉사자 대기실 또는 휴게실을 각각 별도로 두기보다 겸용이 가능하도록 하거나 불필요한 경우는 삭제하는 것도 가능할 것이다. 상담실과 사무실은 겸해서 활용이 가능하고 화장실, 목욕실, 세탁장 및 건조실도 겸하는 것이 가능하다. 식당과 조리실의 경우도 분리되어 있기보다는 합쳐져 있는 경우가 많고 식당은 재활활동실과 겸해서 사용하는 경우도 있다.

시설의 넓이의 경우 장애인복지시설은 전체 면적 기준으로 1명당 일정 정도의 넓이를 갖추도록 하고 이후 거실 면적을 규정하였으나, 정신재활시설의 경우 전체 면적에 대한 기준은 없고 거실면적만을 1명당 4.3㎡로 하고 있다. 이런 경우 50인 시설이라면 거실 넓이가 172㎡이어야 하므로 현실적으로 이러한 규모의 거실을 구비하는 것이 불가능하다. 장애인복지시설과 마찬가지로 전체 넓이에서 개인에게 쾌적성을 유지할 수 있는 넓이를 기준으로 삼은 다음, 각 실을 구비하도록 할 수도 있고 필요하다면 각 실의 최소기준을 제시할 수도 있을 것이다.

〈표 4-10〉 정신재활시설 생활시설과 장애인복지시설 거주시설 기준 비교

구분	정신재활시설 중 생활시설	장애인복지시설 중 거주시설
공통	바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실	(30인 이상 거주시) 지적장애인 또는 자폐성장애의 경우 거주시설은 1명당 12.21㎡ 이상 거실(거주자 1명당 3.3㎡ 이상, 1실 정원은 8명 이하) 사무실, 의무실, 재활상담실, 집단활동실, 자원봉사자실, 조리실, 목욕실, 세탁장, 건조장(설비), 화장실, 급수배수 시설, 비상재해 대비시설(설비)
		(30인 미만 거주시) 1명당 9.37㎡ 이상 거실(거주자 1명당 3.3㎡ 이상, 1실당 8명 이하) 사무실과 의무실(겸용가능), 조리실, 목욕실과 세탁장(겸용가능), 건조장(설비), 화장실, 급수·배수시설
개별	거실(응접실과 침실로써, 1명당 4.3㎡ 이상) 응접실, 침실, 목욕실, 재활훈련실, 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실, 세탁장 및 건조장	

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

나. 주간재활시설

정신재활시설 주간재활시설 유형과 장애인복지시설의 주간재활시설, 장애인복지관 유형을 비교해보면 정신재활시설의 주간재활시설은 공통기준을 포함하여 8개의 실을 두어야 하지만 장애인복지시설의 주간재활시설은 4개의 실을 갖추면 된다. 이는 공통 시설 기준은 갖출 필요가 없고 개별시설 기준에서는 가항의 거실, 나항의 조리실, 마항의 집단활동실을 겸용할 수 있도록 하고 있기 때문이다. 정신재활시설에서는 공통 규

정에서 규모와 관계없이 식당과 조리실을 구비하도록 되어 있는 반면, 장애인복지시설은 조리실과 거실을 겸하여 두도록 하고 있어서 별도로 식당 없이 거실이나 다른 곳에서 식사가 가능한 것으로 해석 가능하다. 결국 장애인 주간보호시설에서 실제 필요한 '실'은 거실, 의무실 또는 의료재활실, 사무실, 집단활동실, 화장실이다. 규모가 작은 주간재활시설의 경우라면 장애인복지시설과 마찬가지로 필요한 시설의 기준을 간소화할 수 있다.

여러 공간 중에서도 장애인의 활동을 위해 정해진 공간만을 별도로 살펴보면 장애인복지시설에는 의료재활실과 집단활동실(조리실과 겸용가능)이라는 2개의 공간으로 단순하게 제시되어 있지만 정신재활시설의 경우 공통기준에서 제시하는 상담실과 개별 기준에서의 재활훈련실, 휴게실, 집단활동실의 4곳으로 구분되어 있는 것을 볼 수 있다. 현실적으로 이용자가 시설에서 활동을 할 때에는 이러한 '실'의 용도를 크게 구분하지 않고 있기 때문에 개별의 가) 재활훈련실, 나) 휴게실, 다) 집단활동실을 별도로 구분하지 않고 재활훈련실 하나로 두거나 각 실을 겸용으로 사용할 수 있도록 하는 것도 고려해볼 수 있다.

그 외에 (사)항의 비상재해 대비시설은 시설이라기보다는 장비나 설비로 구비 가능하도록 되어있다. 다른 시설과 마찬가지로 장애인재활시설에는 현재 포함되지 않은 시설기준이다.

〈표 4-11〉 정신재활시설 중 주간재활시설과 장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관 기준 비교

구분	정신재활시설 중 주간재활시설	장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관
공통	바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실	주간보호 시설은 공통이 적용되지 않으나 장애인 복지관은 공통 기준에 해당된다.
개별	가) 재활훈련실(1인당 3.3㎡ 이상) 나) 휴게실 다) 집단활동실	(주간보호시설) (1) 건축물 연면적: 최소 66㎡ 이상 (2) 기본설비: (가), (나), (마)는 겸용할 수 있다. (가) 거실 (나) 조리실 (다) 의무실 또는 의료재활실 (라) 사무실 (마) 집단활동실 (바) 화장실 (사) 비상재해 대비시설 (아) 그 밖에 장애인의 주간보호에 필요한 설비

구분	정신재활시설 중 주간재활시설	장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관
		(2) 공통기준 외 추가설비 (가) 강당 또는 회의실 (나) 의무실 의료재활실 (다) 휴게실(또는 쉼터) (라) 직업재활실 (마) 장애인보호자 및 자원봉사자 대기실 (바) 그 밖에 장애인에 대한 재활서비스 제공에 필요한 설비

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

다. 공동생활시설

정신재활시설의 공동생활가정과 장애인복지시설의 공동생활가정을 살펴보면 정신재활시설은 갖추어야 할 시설이 공통기준에서 4개실 개별기준에서 5개 실로 가정집에서 갖추기 어려운 규모이다. 공동생활가정이 4~6인이 거주하는 가정집과 같은 공간에서 운영된다는 점을 고려한다면 공통기준에서 제시하는 바향의 상담실, 상담실, 식당, 조리실 및 화장실을 각각 두고 그에 더해 응접실, 침실, 목욕실 세탁장, 상담실 및 사무실을 두는 것은 불가능하다고 판단된다. 특히 상담실과 상담실은 공통과 개별시설 기준에서 겹쳐져 있다. 지자체에 따라서는 직원이 근무하는 상담실, 사무실을 반드시 별도로 두도록 해석하기도 하고 때로는 다른 공간을 일부 분리하여 사용하는 것을 허용하기도 한다. 대부분의 가정집 구조가 방 3개에 거실과 주방, 화장실로 구성되어 있는 것을 감안한다면 이러한 보통의 가정 공간을 시설로서 어떻게 구분하여 활용할 수 있을지에 대한 고민이 필요하다. 장애인복지시설과 같이 간소화하여 실제에 맞게 운영기준을 만드는 것을 고려해 볼 수 있다.

〈표 4-12〉 정신재활시설 중 공동생활가정과 장애인복지시설 중 공동생활가정 기준 비교

구분	정신재활시설 중 공동생활가정	장애인복지시설 중 공동생활가정
공통	바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실	적용되지 않음

구분	정신재활시설 중 공동생활가정	장애인복지시설 중 공동생활가정
	라) 세탁장 및 건조장 마) 상담실 및 사무실 2) 정원: 입소정원 4명 이상 6명 이하	

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

라. 지역사회 전환지원시설

〈표 4-13〉에서 볼 수 있듯, 정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설도 다른 시설과 마찬가지로 장애인복지시설과 비교해 보면, 갖추어야 할 ‘실’이 많은 반면 단기거주 시설은 기본적으로 갖추어야 할 시설의 요건도 적고 점용으로 사용가능한 ‘실’도 많다. 전환지원시설이 통상적으로 가정집과 같은 구조에서 운영되는 것을 고려한다면 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실을 두고 있는 공통기준 ‘바탕’은 실재를 반영하지 못한 기준으로 보인다. 그러므로 장애인복지시설의 단기거주시설처럼 공통기준을 제외하고 개별시설의 기준에 조리실을 포함하는 등 시설에서 갖추어야 할 실을 단순화하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

현재 지역사회 전환지원시설은 복지시설에 해당되므로 건축법상 노유자시설로 해석된다. 이 경우 소방법에 의거하여 소화 설비와 소방 설비를 갖추고 비상구를 설치하는 등 여러 제한을 받게 된다. 그러나 대부분의 지역사회 전환지원시설은 주택이나 1층 근린생활시설을 임대해서 운영하는 경우가 많아서 건축물 용도가 노유자시설이 아닌 경우가 많다. 건축물 용도는 노유자시설이 아니나 운영 내용상으로는 건축법상 노유자 시설로 해석되므로 상충되는 부분이 발생한다. 노유자시설로 해석되어 모든 소방법을 따르기가 어려운 현실적 제약으로 인해 대부분의 지역사회 전환지원시설은 공동생활 가정 여러 개로 분할 신고하고 있다. 정원인 25인이 한꺼번에 들어가는 시설이 아니라 4~6명이 숙박할 수 있는 소규모 시설 여러 개를 하나의 시설로 묶어서 운영하는 것이다. 즉 각각의 시설을 하나의 공동가정으로 등록하여 외견상으로는 여러 개의 공동생활가정으로 운영되지만 내용상으로는 하나의 지역사회 전환지원시설의 기능을 수행하는 것이다. 이처럼 운영하는 경우 시설장은 개별 공동가정별로 두고 전체 직원 수는 전환지원시설의 수에 맞춰 채용하고 있다. 노유자시설로 해석되지 않기 위해 공동생활가정으로 설치·신고하였지만 기능적으로는 전환지원시설의 역할을 하는 경우, 향후 보건

복지부의 복지시설 평가에서도 어떤 시설 기준을 적용하여야 할지를 결정해야하고 나중이라도 소방법상 문제가 되지 않는지 정리가 필요하다. 지역사회 전환지원시설이 제대로 기능하고 확산되기 위해서는 보건복지부에서 지역사회 전환지원시설의 기능을 명확히 제시할 뿐 아니라 이에 대한 시설기준도 규정해주어야 할 것이다.

〈표 4-13〉 정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설과 장애인복지시설 중 단기거주시설 기준 비교

구분	정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설	장애인복지시설 중 단기거주시설
공통	바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실	적용되지 않음
개별	1) 시설: 다음 시설을 갖추어. 이 경우 거실면적은 입소자 1명당 4.3㎡ 이상이어야 한다. 가) 응접실(독립된 방이 아니라 개방된 공간) 나) 침실 다) 목욕실 라) 재활훈련실 마) 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실 바) 세탁장 및 건조장 2) 정원: 입소정원 25명 이하	(1) 건축물 연면적: 최소 66㎡ 이상 (2) 기본설비: (가), (다), (마)는 겸용할 수 있다. (가) 거실 (나) 조리실 (다) 의무실 (라) 사무실 (마) 집단활동실 (바) 화장실 (사) 비상재해 대비시설 (아) 그 밖에 장애인단기거주에 필요한 설비

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

마. 직업재활시설

정신재활시설의 직업재활시설도 다른 유형의 시설과 마찬가지로 공통기준 바항의 적용을 받고 있으나 현실적으로 직업재활시설에서 이 모든 ‘실’, 특히 식당과 조리실을 갖추는 것은 힘든 상황이다. 또한 〈표 4-14〉를 보면 직업재활시설의 경우 개별기준으로 가) 직업재활훈련시설과 나) 재활상담실, 다) 근로활동을 위한 시설을 별도로 두도록 규정하고 있으나 실질적으로 같은 역할을 하는 공간에서 세 공간을 구분할 필요가 없이 겸용으로 사용가능하다. 통상적으로 소규모 20~30인 정원의 소규모 직업재활시설이 운영되는 되는 것을 고려한다면, 공통 시설기준은 적용제외로 두고, 개별시설 기준을 강화하거나 공통기준에서 식당, 조리실은 적용제외로 하고 개별기준에서도 3 종류의 실을 직업재활훈련 및 근로활동실로 통합하는 것도 가능할 것이다. 다만, 생산품을 직접 제조하여 판매하면서 직접고용을 하는 시설과 고용을 연계하는 직업재활시설의 경우 시설의 기준도 별도로 적용하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 즉, 직업 연계를 주역할로 삼고 있는 시설의 경우 주간재활시설의 기준에서 제시하는 시설기준을 적

용해도 될 것이다.

〈표 4-14〉 정신재활시설 중 직업재활시설과 장애인복지시설 중 보호작업장 기준 비교

구분	정신재활시설 중 직업재활시설	장애인복지시설 중 보호작업장
공통	바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실	(30인 이상) 사무실, 재활상담실, 집단활동실과 자원봉사자실(둘 중 하나의 설비로 다른 설비를 겸하여 운영할 수 있다), 화장실 (30인 미만) 사무실, 화장실
개별	가) 직업재활훈련실(면적은 이용자 1명당 3.3㎡ 이상) 나) 재활상담실, 사무실 및 휴게실(재활상담실, 사무실 및 휴게실은 같은 공간을 함께 사용할 수 있다.) 다) 근로활동을 위한 시설	(장애인 생산품 판매시설) (1) 생산품 판매장의 면적은 50㎡ 이상이어야 한다. (2) 부대시설은 상담 및 판매 내용에 따라 적합한 곳에 설치하여야 한다.

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

사. 종합시설

정신재활시설에는 두 가지의 서로 다른 유형의 시설 역할을 동시에 수행하는 종합시설이 있다. 종합시설의 경우 공통의 시설기준에 따르는 것에 더해 각각의 정신재활시설이 갖추어야 하는 시설의 모든 기준을 준수하고 별도로 강당 또는 회의실을 두게 되어 있다. 그러나 실제로는 강당이나 회의실이 식당이나 재활활동실을 겸해서 사용되는 경우가 많으므로 강당 또는 회의실은 두지 않아도 될 것이다. 그리고 공통에서 제시하는 시설 기준과 2개의 각각의 유형의 시설에서 공통적으로 갖추어야 하는 ‘실’은 겸하여 사용할 수 있도록 하는 것이 현실적일 것이다. 초기에 종합시설은 주로 이용시설과 입소시설을 결합하여 운영하는 것을 전제로 하였으나 현재는 다양한 형태의 종합시설이 운영되고 있다.

〈표 4-15〉 정신재활시설 중 종합시설 기준

구분	정신재활시설 중 종합시설
----	---------------

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 「별표7」, 장애인복지법 시행규칙 「별표5」

제4절 정신재활시설과 장애인복지시설의 인력 기준 비교

정신재활시설과 유사한 시설유형인 장애인복지시설과 인력 기준을 별표 기준에 의거해서 비교해 보았다. 정신재활시설의 직원 기준은 정원대비 전문자격을 갖춘 인력으로 결정된다. 반면 장애인복지시설은 시설 유형에 따라 정원을 기준으로 인력의 수가 결정되는 경우도 있고, 건축물의 규모와 조직기준에 따라 정해지기도 한다. 즉 장애인복지시설의 경우 전문자격증을 가진 인력의 수와 직제에 따른 인력의 수에 대한 기준 그리고 장애 유형에 따라 정원수 대비 직원 수를 정하는 등 여러 방식으로 자격기준과 직원의 수를 산정하고 있다. 그러면 구체적으로 정신재활시설과 장애인복지시설의 인력 기준의 차이와 시사점이 무엇인지 살펴보려 한다.

1. 장애인복지시설과의 비교 시 인력의 직위 차이

정신재활시설은 장애인복지시설과 달리 직원 구성이 전문자격 기준으로 되어 있기 때문에 역할에 따른 직위와 급여 지급 시 기준이 되는 직위 간에 혼동이 있다. <표 4-16>는 보건복지부의 2019 정신건강사업안내에서 제시하고 있는 <사회복지시설 종사자 기본급 권고기준 적용 직위 분류표>이다. 정신재활시설에서는 사무국장, 정신건강전문요원을 사무국장 테이블의 급여를 주도록 되어 있다. 예컨대, 150인 정원의 주간재활시설인의 경우 이용인원 15인당 전문요원 1명을 채용하도록 되어 있으므로 이 시설은 10명의 정신건강전문요원이 근무하게 되며 이들 모두는 사무국장 테이블로 급여를 받게 된다. 급여의 기준이기는 하지만 직위가 사무국장이기 때문에 외적으로는 한 기관에 10명의 사무국장이 근무하는 상황이 된다. 장애인복지시설에서 시설장과 사무국장을 각 1인으로 두고, 다른 인력은 전문자격증이나 정원을 기준으로 직원 기준을 삼는 것과는 차이가 있다. 물론 다수의 지자체에서 별도의 직급기준으로 급여를 지급하고 있어서 이러한 직위 분류가 문제되지 않는 경우도 있지만 타시설과의 형평성 문제가 있어 정리하는 것이 필요해 보인다. 이는 초기에 보건복지부에서 제시한 급여 기준이 생활시설의 급여기준이고 기본적으로 생활시설 테이블 종류가 단순하고, 이용시설보다 낮아서 전문요원의 급여를 보존하기 위한 방책이기도 했다. 그러나 현재는 이용시설과 생활시설의 급여가 동일하고 단지 테이블의 직위 구분이 다르므로 급여가

이드와 직위를 현실화하는 것도 필요하다. 이는 정신재활시설의 종사자를 자격기준으로만 정해져 있는 현 상황에서 직위를 포함하는 것도 함께 고려되어야 할 것이다.

〈표 4-16〉 사회복지생활시설 종사자 기본급 권고기준 적용 직위 분류표

종사자 기본급 권고기준 직위	정신재활시설의 직위
원장	시설장
사무국장	사무국장, 정신건강전문요원
과장 및 생활복지사	영양사, 재활활동요원
생활지도원	재활활동보조원, 생산품판매시설의 사무원
기능직	조리원
관리인	생산품 판매시설의 관리인

자료: 2019년 정신건강사업안내, 보건복지부

2. 장애인복지시설과의 비교 시 인력의 구성

정신재활시설과 장애인복지시설의 인력구성을 비교해보면, 정신재활시설의 인력 구성은 단순해서 시설장, 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동전문요원으로 되어 있다. 인력의 구성이 시설장은 직급으로 구분하고 나머지 직원은 자격을 기준으로 하고 있다. 여기에 추가하여, 거주하는 입소인원이 있는 시설에는 이용인원에 근거하여 조리원과 영양사를 배치하도록 되어 있다. 반면 장애인복지시설의 직원구성은 다양하다. 장애인복지시설에는 시설장, 사무국장, 총무, 의사, 간호사 또는 간호조무사, 생활지도원, 영양사, 사무원, 사회재활교사, 직업훈련교사, 직업훈련교사, 시설관리인, 조리원, 위생원을 근무 직원으로 두고 있다. 직원의 구성이 직급, 직위, 자격기준 등으로 다양하며, 또한 시설 유형의 특성과 이용·입소 인원에 따라 직원의 수뿐만 아니라 일하는 직원의 직종도 다르게 구성하고 있다.

정신재활시설도 시설의 유형에 따라 인력 구성의 변화를 둘 필요가 있다. 특히 규모가 큰 시설의 경우 행정업무가 많으므로 사무원이 필요한 경우가 있으며, 직업재활시설도 사무원과 생산기사를 고용해야 할 필요가 있다. 향후에는 정신재활시설도 시설 유형과 규모에 따라 다른 인력 구성을 고려해볼 필요가 있다.

3. 장애인복지시설과의 비교 시 인력의 수

정신재활시설의 각 유형의 인력 기준을 장애인복지시설 중 유사한 시설 유형의 인력 기준과 비교해 보려 한다. 장애인복지시설의 각 유형과 비교해보면 정신재활시설의 인력이 적다는 것을 알 수 있다.

가. 생활시설

〈표 4-17〉을 보면 생활시설의 경우 다른 유형의 정신생활시설과 마찬가지로 전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원으로 인력을 구성하게 되어 있는 반면 장애인복지시설 중 장애인 거주시설의 인력 기준을 보면 시설장, 사무국장, 사무원, 시설관리인, 사회재활교사, 간호사, 치료사, 상담평가요원, 생활지도원, 영양사, 조리원 등 다양한 분야의 직원으로 구성되어 있다.

직원의 수는 20인 정원 기준일 때 정신재활시설은 5명, 장애인거주시설은 7이고, 50인 기준인 경우 정신재활시설은 11명, 장애인거주시설은 19명으로 직원 수가 각각 거의 2배 정도 차이가 난다.

생활시설은 상시 식사 인원 50인 이상이면 영양사를 추가 고용할 수 있게 되어있는데, 50인 미만으로 운영하게 규정되어 있는 생활시설에서 직업을 갖고 일하러 가는 입소자 등을 고려하면 상시 식사 인원 50명을 채울 수 없으므로 영양사 인력은 고용하기 불가능한 상황이다. 반면, 장애인 거주시설을 보면 영양사 고용기준이 상시 식사인원 50명이나 현원 30인 이상으로 되어있다. 생활시설에서도 장애인 거주 시설과 동일한 기준을 제시한다면 실제 영양사를 고용할 수 있는 시설도 등장할 것이다.

또한 입소 15인 이상의 경우 조리원 1명을 배치하게 되어있는데, 24시간 365일 상주하고 있는 입소자에게 3식을 제공해야 하는 시설의 특성상 주 40시간 근무에 휴가 등을 고려하면 인력이 부족함을 알 수 있다. 생활시설의 규모가 큰 경우에는 조리원 1명을 추가 배치할 필요가 있다.

노동법에서 주 52시간 근무로 바뀌고, 생활시설에서 정신장애인에게 24시간 서비스를 제공한다는 점을 고려한다면 현재는 2교대 정도의 직원 수가 배치되어 있으나 향후에는 3교대를 기준으로 산정하는 것이 바람직할 것이다. 즉 장애인복지시설 중 유사

한 유형의 시설인 거주시설과의 비교의 결과나, 근로자의 노동시간을 고려하는 관점에서 도 직원 수는 증가되어야 한다.

〈표 4-17〉 정신재활시설 중 생활시설과 장애인복지시설 중 거주시설 인력 기준 비교

구분	정신재활시설 중 생활시설	장애인복지시설 중 거주시설
기준	시설장 1명 전문요원, 재활활동요원, 보조원: 입소 1인당 15명, 끝수 8 이상인 경우 각 1명 추가 조리원: 1명(입소 15인 이상) 영양사: 1명(상시 50인 이상 식사 시)	시설장 1명 사무국장, 사무원: 각 1명(정원 30인 이상) 시설관리인: 1명(현원 200인 이상) 사회재활교사: 1명(30인 이상) 간호사: 1명(현원 150 이상 시 1명 추가) 치료사: 30인 이상(장애군에 따라 다른 치료사) 상담평가요원: 1명(현원 30인 이상) 생활지도원: 지적장애 경우 현원 5명당 1명 영양사: 1명(상시 50명 또는 현원 30인 이상) 조리원: 2명(현원 50인 이상 시 1명 추가) 위생원: 1명(현원 30인 이상)
예	(20인기준) 계: 5명 시설장 1명 전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원 1명 조리원 1명	(20인기준) 계: 7명 시설장 1명 간호사 1명 생활지도원(지적장애기준) 4명 조리원 1명
	(50인기준) 계: 11명 시설장 1명 전문요원, 재활활동요원, 보조원: 각 3명 조리원 1명	(50인기준) 계: 19명 시설장, 사무국장, 사무원, 사회재활교사, 간호사, 치료사, 상담평가요원: 각 1명 생활지도원: 10명 조리원, 위생원: 각 1명

자료: 2019년 정신건강사업안내, 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권, 보건복지부

나. 주간재활시설

우선 주간재활시설과 장애인복지시설의 주간보호시설, 장애인복지관의 직원 수를 비교해보면 〈표 4-18〉과 같다. 20인 정원을 기준으로 하는 경우 정신재활시설은 4명, 장애인복지시설은 5명으로 큰 차이가 없어 보이지만 50인 기준으로 보면 정신재활시설은 8명, 장애인복지시설은 14명으로 차이가 커진다. 규모가 커질수록 직원 수의 차이가 커지는 것이다. 또한 정신재활시설의 경우 복지관 유형이 없지만 규모가 크고 포괄적인 서비스를 제공하는 시설이 있다. 예를 들어 150인 정원의 시설인 경우 정신재활시설은 직원 24명을 두게 되어있는데, 장애인복지관의 경우 건물의 규모에 따라 20

명에서부터 40명 이상까지 배치하도록 권고되어 있어서 직원 수의 차이가 크다.

또한 장애인복지관의 경우 팀으로 직원을 배치하도록 하고 있어서 직원의 인사관리나 총무, 건물관리 등의 업무를 별도로 하고 있는데 반해, 정신재활시설은 직원 구성은 다른 정신재활시설 유형과 동일하게 단순하게 되어 있어서, 총무 등의 지원업무를 위해서는 이용자를 지원하는 업무를 하는 직원을 줄여서 투입해야 해야 하는 상황이 발생한다. 규모나 직원 수가 일정 이상인 시설의 경우 별도의 사무 인원 등 지원 업무를 전담하는 직원을 배치하는 것이 업무의 효율성을 높일 수 있을 것이다.

〈표 4-18〉 정신재활시설 중 주간재활시설과 장애인복지시설 중 주간보호시설 및 장애인복지관의 인력 기준 비교

구분	정신재활시설 중 주간재활시설	장애인복지시설 중 주간보호시설, 장애인복지관
기준	시설장: 1명 전문요원: 이용 15인당 1명 재활활동요원: 이용 20인당 1명 활동보조원: 이용 30인당 1명 영양사: 1명(상시 50인 이상 식사)	(주간보호시설) 15인 기준 시설장: 1명 사회재활교사: 3명(이용장애인 4인당 1인 배치) 기능직: 필요한 기능직 1명(직종 겸직 시 사회재활교사로 대체 배치 가능)
		(장애인복지관) 1,000㎡ 이상 20~29명(1국 6팀) 1,500㎡ 이상 30~39명(1국 7팀) 2,000㎡ 이상 40명 이상(1국 8팀)
예	(20인기준) 계: 4명 시설장, 전문요원, 재활활동요원, 보조원 각 1명	(20인기준) 계: 5명 시설장 1명, 사회재활교사 4명, 기능직 1명
	(50인기준) 계: 8명 시설장 1명, 전문요원: 3명 재활활동요원: 2명, 활동보조원 2명	(50인기준) 계: 14명 시설장: 1명, 재활교사: 12명, 기능직: 1명
	(150인 기준) 계: 24명 시설장, 영양사: 각 1명 전문요원: 10명, 재활활동요원: 7명 보조원: 5명	(150인, 복지관과 비교시) 시설 규모에 따라 다르며, 20~40명 이상

자료: 2019년 정신건강사업안내, 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권, 보건복지부

정신재활시설인 주간재활 시설의 경우 규모와 상관없이 정원 기준으로 직원의 수가 묶여있고 예산 지원방식도 시설로 찾아오는 정신장애인을 이용 인원으로 산정하여 예산을 지원하고 있다. 그러므로 당사자의 가정으로 찾아가서 지원하는 서비스의 경우 상대적으로 취약 할 수밖에 없다. 점차 정신장애인이 고령화되고 혼자 사는 가구가 증

가하면서 당사자의 가정으로 찾아가야 하는 서비스가 증가하고 있으며, 찾아가는 동주민센터(찾동) 사업이나 커뮤니티 케어가 시범적으로 시행되면서 지역사회 내에서 연계하여 서비스를 제공해야 하는 상황이 증가할 것으로 추정되므로, 현재의 인력 기준이나 예산 지원방식은 이러한 변화되는 욕구나 상황에 맞지 않을 수 있다.

직원의 수와 지원 예산 정도가 정해지는 기준에 대해 살펴보면, 다른 모든 정신재활 시설과 마찬가지로 정원을 기준으로 직원이 배치되고 기관운영비와 관리운영비가 책정된다. 그러나 실제 예산 지원은 이용 현원의 수로 정해지며 정원에 비해 이용인원이 줄면 예산 지원도 감소되고 규정대로라면 직원도 감원되어야 한다. 각 시설의 정원은 시설의 넓이를 기준으로 정해지므로 시설의 이용자 쾌적성을 고려하여 정원까지 등록을 받게 된다. 그러나 실제로 내소하여 시설을 이용하는 인원은 통상적으로 정원에 미치지 않는다. 취업, 학업, 입원, 외래진료, 여행, 취업, 개인사무 등의 다양한 이유로 내소하지 못하는 이용자가 있기 때문이다. 이를 보완하기 위해 보건복지부에서는 취업장 방문, 가정방문, 주간과 공휴일, 그리고 저녁 시간 이용인원, 미등록 회원의 내소이용, 가족의 내소 이용에 가중치를 두도록 하고 있다. 그러나 여전히 현원이 정원에 미치지 못하는 경우가 발생한다. 가중치 인원은 내소 인원에 비해 인력의 투입이 많기 때문에 이를 충분히 달성하기 위해서는 많은 인력이 필요하여 현재의 인력으로 가중치에 해당하는 서비스를 다 제공하기에는 한계가 있다.

이에 대한 보완으로 두 가지 방법을 고려할 수 있다. 첫째는 정원의 일정 비율만큼 현원이 채워지지 않는 것을 보장해 주거나 현원을 기준으로 직원 수와 예산을 책정하는 것이고, 둘째는 내소 이용 인원이 적을 것임을 미리 고려하여 정원의 일정 정도 이상을 더 등록받도록 하는 것이다. 현재 시설의 규모는 정원에 명시된 모든 인원이 함께 활동해도 쾌적하게 이용 가능한 정도를 상정하고 있다. 실제로는 등록된 모든 인원이 내소하여 활동하지 않기 때문에 공간의 여유가 있다. 통상적인 내소 인원수를 기준으로 등록보다 더 받을 수 있는 실제 인원을 산정할 수 있을 것이다. 현재 보건복지부의 지침에는 등록 인원이 정원의 10% 넘지 못하도록 되어 있다. 시설 이용 현원을 더 확보하기 위해서, 또 시설에 따라서 대기 인원이 발생하기도 하는데 더 많은 잠재적 이용자에게 기회를 부여하기 위해서도 정원 이상으로 등록 받는 것이 필요하다고 생각된다. 초과해서 받아도 되는 정원의 수는 내소하는 인원과 가중치 인원의 비중을 확인한 후 정하는 것이 하나의 방안이 될 수 있을 것이다.

다. 공동생활시설

〈표 4-19〉를 보면 공동생활시설은 기본적으로 입소 4명당 직원 1명이 근무하도록 되어 있는 기준으로써, 정신재활시설이나 장애인복지시설 간에 인력의 수에는 차이가 없어 보인다. 그러나 세부적으로 들여다보면 두 시설 간 직원 수에 차이가 있다. 일단 정신재활시설의 공동생활가정은 직원이 1명으로 고정되어 있지만 정원이 4~6명으로 되어 있어서, 5~6인이 입소하게 되면 상대적으로 직원의 수가 감소하게 된다. 반면 장애인복지시설의 정원은 4명으로 정해져 있어 직원의 수가 상대적으로 적어지지 않는다. 직원의 구성도 정신재활시설에서 시설장 1명으로 규정하고 있는 반면 장애인복지시설에서는 시설장이나 생활교사 1명으로 시설 운영이 가능하도록 되어있다. 이는 인력 운영이 정신재활시설에 비해 탄력적으로 배치 가능함을 알 수 있다.

또한 장애인복지시설의 공동생활가정 직원 기준에는 1인 이상이라는 문구와 함께 ‘근로기준법 준수 및 장애인의 욕구, 특성 고려하여 추가인력 배치 노력해야 한다.’라는 요건이 추가되어 있다. 정신재활시설도 당장 1인 이상 근무하는 것이 쉽지는 않아 보이나 주 52시간 노동으로 법이 바뀌면서 1인이 근무하고 있는 공동생활 시설의 경우 직원 수에 대한 고민을 해보아야 할 것이다.

〈표 4-19〉 정신재활시설과 장애인복지시설의 공동생활가정 인력 기준 비교

구분	정신재활시설 중 공동생활가정	장애인복지시설 중 공동생활가정
기준	시설장 1명, 1명의 시설장이 3개 공동생활가정 관리시 재활활동요원 1명을 둔다.	시설당 시설장 또는 사회재활교사 1인 이상 (근로기준법 준수 및 장애인의 욕구, 특성 고려하여 추가인력 배치 노력해야 한다)
예	(4인 시설) 시설장 1인	(4인 시설) 시설장 또는 사회재활교사 1인
	(4인 시설 3곳) 계 2명 시설장 1명, 재활활동요원 1명 (회원 12인)	
	(4~10인 시설) 계 2명 시설장 1명, 재활활동요원 1명 * 훈련형으로 불리며, 법 개정 이전에 있던 시설형태로 법 개정 이후에는 이러한 유형이 법에 존재하지 않아 신규 등록은 불가함	

자료: 2019년 정신건강사업안내, 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권, 보건복지부

정신재활시설에는 법에서 제시하고 있는 4~6인 정원의 시설 외에도 개정이전 법에 의거하여 설치 운영되는 7~10인 정원의 시설이 유지되고 있다. 이러한 시설 중 소규모화를 추진하면서 1명의 시설장이 3개의 시설을 운영하는 경우도 있다. 이 경우에는 지침에 의거하여 1명의 시설장이 3개의 공동생활가정을 관리하고 재활활동 요원 1명을 추가 고용한다. 실제로 1명의 시설장이 3개의 시설을 운영하는 시설에는 직원 1명이 추가되어 2명의 직원이 근무하는 형태이며, 이 경우 한 시설 당 4~6명이 정원임을 고려하면, 12~18명의 이용자 대비 2명의 직원이 근무하게 된다. 이는 4명당 직원 1명에 미치지 못하는 수치이고 3개 시설이 별도의 행정시스템을 사용해야하는 현실에서 많은 어려움이 발생하게 된다. 특히 주 40시간제의 직원과 시설장이 주말과 휴일에도 근무를 해야 하는 상황에서 인력의 공백이 발생할 가능성이 높다. 그나마 현재 서울시에서는 시설 당 연간 130시간 동안 대체 인력을 고용할 수 있도록 지원하고 있으나 지원자를 구하기 쉽지 않고 인력의 전문성을 담보하기 어렵다는 현장에서의 어려움이 있다. 또한 인건비 지원이 실제 근무한 날에 대해서만 책정되어 있어 주휴수당이나 퇴직금은 포함되어 있지 않다. 기관에 따라서는 자부담으로 직원에게 별도의 인건비를 지급하는 경우도 있으나 이나마도 서울시의 경우 전체 입소비의 15%내에서 지급하도록 규정되어 있어 인건비 마련에 어려움을 겪고 있다. 대체 인력에 대한 기준과 급여가 현실적으로 시설에서 운용 가능하도록 제시될 필요가 있다. 그나마도 다른 지방자치단체에서는 이러한 인력지원 방침조차 없다. 대체인력을 모집하면서 경험하는 또 다른 어려움은 자격기준이 높아서 해당 자격을 갖춘 인력을 채용하지 못하는 경우이다. 대안으로는 지자체에서 인력풀을 만들어 제공하는 것이다. 정신장애인 뿐 아니라 다른 장애 유형이나 공동생활가정 유형이 많이 있으므로 이들 시설에서 공통으로 활용 가능한 인력이 있다면 시설에서 유용하게 활용할 수 있을 것이다. 그러므로 실제 병원에서 퇴원한 이후 이용하게 되는 공동생활가정의 경우 직원 1인 시설로 운영되는 것에 대한 한계가 있으므로 이에 대한 보완이 필요하다.

라. 지역사회 전환지원시설

지역사회 전환지원시설은 장애인복지시설 유형 중 단기거주시설과 비교가 가능하다. <표 4-20>을 보면 지역사회 전환지원시설의 경우 정원 25인 정원기준으로 8명의

직원을 배치하도록 되어 있다. 반면 장애인복지시설 중 단기거주시설의 경우 25인 정원 기준으로 12명의 직원을 두게 되어 있어 지역사회 전환지원시설의 직원 수가 적다. 지역사회 전환지원시설의 경우 병원에서 퇴원한 이후 바로 입소하면서 증상이 많고 불안정한 상황에 있는 입소자가 많으므로 인력의 수가 좀 더 많아야 할 것으로 보인다. 실제 현장에서는 지자체에 따라 보건복지부에서 제시하는 인력 기준 이상으로 배치하도록 하고 있는 경우가 많다.

〈표 4-20〉 정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설과 장애인복지시설 중 단기거주시설의 인력 기준 비교

구분	정신재활시설 중 지역사회 전환지원시설	장애인복지시설 중 단기거주시설
기준	시설장: 1명 전문요원, 재활활동요원, 보조원: 입소정원 15인 당 각 1명 (입소 끝 수 8인 이상시 각 1명 추가) 조리원: 1명(입소정원 15인 이상) 영양사: 1명(상시 50인 이상 식사시)	시설장: 1명 사회재활직 및 복지지원직: 이용장애인 2.5명당 1명 (종사자 2명 이상 시 2급 이상 사회복지사 1명 이상 이어야함) 조리직: 1명
예	(25인 시설) 계: 8명 시설장, 조리원: 각 1명 전문요원, 활동요원, 보조원: 각 2명	(25인 시설) 계: 12명 시설장, 조리직: 각 1명 사회재활직: 10명

자료: 2019년 정신건강사업안내, 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권, 보건복지부

이를 해결하는 하나의 방법은 입소 인원에 대해 가중치를 부여하는 방식이다. 예를 들어 병원에서 퇴원하여 바로 지역사회 전환지원시설에 입소한 정신장애인을 초기에 지원하는 경우에는 인력의 투입이 많이 이루어진다. 반면 입소 후 시간이 지나면서 안정되면 초기에 비해 지원해야할 것이 적어지게 된다. 이러한 사업의 내용과 시기 등을 고려하여 주간재활시설의 현원 계산 방식과 유사하게 가중치를 두는 방식을 고려할 수 있다. 즉, 이용인원 산정 시 직원이 많은 일을 해야 하는 시점이나 사업에 가중치를 두는 것이다.

아래 〈표 4-20〉은 서울시에서 지역사회 전환지원시설 이전 모형인 의료지원형 사회복지시설의 입소(이용) 시설에서 인원을 산정하는 기준이 되는 가이드이다. 입소 초기 직원의 노력이 많이 투여되는 시점과 프로그램에 대해서는 1.5~2명의 인원으로 가중치를 부여하고 3개월이 지난 이후에는 오히려 0.8명으로 감소시켜서 가급적 3개월 이내에 지역사회로의 전환을 유도하고 있다. 이와 같이 사업 내용과 기능을 명확히 하여

중요도나 필요도가 크거나 직원의 업무 비중이 큰 업무에 가중치를 부여할 수 있다.

〈표 4-21〉 의료지원형 사회복귀시설의 입소(이용)인원 산정기준

프로그램 유형	입소(이용) 인원 가중치	관련기록
집으로/(1개월 이내)	2	등록회원 대장, 프로그램 기록, 결과보고서
정검다리(1개월 이내)	1.5	등록회원 대장, 프로그램 기록, 결과보고서
31일~90일	1.5	등록회원 대장, 프로그램 기록
91일~180일	1.2	등록회원 대장, 프로그램 기록
180일 이후	0.8	등록회원 대장, 프로그램 기록

자료: 2018 서울시 정신보건사업안내

또 다른 방법은 지역사회 전환지원시설의 기능을 분할하여 두 개의 유형으로 구분하는 것이다. 현재 지역사회 전환지원시설은 전환지원 기능과 응급쉼터의 기능을 동시에 하도록 되어 있다. 그러나 보건복지부의 지침에는 전환지원 업무가 주로 되어 있고, 실제 대부분의 시설에서도 응급쉼터의 기능은 수행하지 못하고 있다. 현실적으로 병원에서 지역사회로의 전환을 유도하는 업무와 지역사회에서 병원이 아닌 다른 대안으로 선택 가능한 서비스를 같은 공간에서 제공하기에 어려움이 있다. 장애인복지법 59조의 13에는 피해 장애인 쉼터가, 노인복지법 39조의 19에는 학대피해노인 전용쉼터, 청소년복지지원법 32조 청소년복지시설의 종류 1항에 청소년쉼터가 제시되어 있다. 이러한 시설에서 단기 쉼터의 기능과 시설기준을 참고해볼 만하다.

지역사회 전환지원시설의 인력 중 영양사 배치에 대해서도 논란이 있다. 현재 전환지원 시설의 경우 「별표 7」정신재활시설의 시설기준 및 수용인원 기준에는 정원을 25인 이하로 운영하도록 되어 있으나 「별표 8」정신재활시설 종사자의 수 및 자격 기준에는 상시 1회 50인 이상에게 식사를 제공하는 시설에 영양사 1인을 배치하도록 명시되어 있다. 시설 정원이 25인 이하로 규정되어 있으므로 상시인원 50인 이상인 시설이 존재하지 않아 이 기준은 삭제하여야 할 것이다.

뿐만 아니라 지역사회 전환지원시설도 생활시설과 마찬가지로 24시간 365일 근무하는 시설이므로 생활시설과 마찬가지로 주 52 근무제로 바뀐 이후의 인력 기준을 마련해야 할 것이다.

마. 직업재활시설

마지막으로 정신재활시설 유형 중 직업재활시설을 장애인복지시설의 보호작업장과 비교하였다. <표 4-22>를 보면 직업재활시설은 30인 정원 기준에 직원 5명이고 장애인복지시설 중 보호작업장의 경우 30인 정원 기준에 직원이 8명이다. 다른 유형과 마찬가지로 직업재활시설도 장애인 보호작업장에 비해 직원 수가 적다. 다만 보호작업장과의 비교는 직업재활시설 중에도 직접고용을 하고 있는 시설인 경우에 비슷한 업무를 하고 있으므로 유용하다.

또한 정신재활시설의 시설 유형은 직원 기준이 유사한데 직업재활시설의 경우 다르게 명시되어 있다. 대부분 정신건강전문요원이 15명당 1명으로 정해져 있지만, 직업재활시설은 전문요원이 이용 정원의 수와 관계없이 1명으로 고정되어 있어서 정원에 비례해서 증가하지 않는다. 물론 이를 보완하기 위해 타 유형에서 20인당 1명으로 배치하게 되어있는 재활활동요원을 직업재활시설에서는 15인당 1명 고용하도록 되어 있다. 그렇지만 정신건강전문요원이 1명으로 고정되어 있어서, 장애인복지시설과의 비교에서도 인력이 적지만 동일한 정신재활시설 내 타 유형의 시설과 비교해 보아도 인력 기준이 낮다. 실제로 정신재활시설 중 주간재활시설과 비교해 보면 30인 시설까지는 인력의 수가 동일하지만 그 이상이 되면 직원 수가 적어진다. 예를 들어 40인 기준인 경우 직업재활시설은 6명이고 주간재활시설은 7명이다. 즉 정원이 늘어날수록 직업재활시설의 직원 수는 상대적으로 적어진다. 이는 초기에 직업재활시설의 역할과 기능을 보건복지부 지침에 나와 있는 대로 주간 재활시설의 역할 중 직업 영역에 해당하는 서비스를 중점으로 제공하는 시설 유형을 고려했기 때문으로 보인다. 그러나 직업재활 시설 유형중에서도 생산품을 만들고 정신장애인을 직접 고용하는 시설의 경우 다른 적용이 필요하다. 정신장애인 개인에 대한 사례관리와 고용이라는 두 가지 업무가 동시에 진행되어야 하므로 다른 정신재활시설과 마찬가지로 전문요원을 15명당 1명으로 배치하는 것이 바람직해 보인다. 또한 인력의 구성에 대한 논의도 필요하다. 현재 직업재활시설도 다른 정신재활시설과 마찬가지로 전문요원 재활활동요원, 재활활동 보조원으로 직원이 구성되어 있다. 그러나 직업재활시설의 특성상 생산품 관리업무와 회계 및 사무관련 업무가 많을 수밖에 없다. <표 4-21>에서 알 수 있듯 보호작업장에는 사무원 1명과 생산 및 판매관리기사가 1명 배치된다. 이처럼 직업재활시설에도 장애인보호작

업장과 마찬가지로 생산품 관리기사와 사무원을 직원으로 배치할 필요가 있다.

〈표 4-22〉 정신재활시설 중 직업재활시설과 장애인복지시설 중 보호작업장의 인력 기준 비교

구분	정신재활시설 중 직업재활시설	장애인복지시설 중 보호작업장
기준	시설장 1명 정신건강전문요원: 1명 재활활동요원: 15명당 1명 활동보조원: 30명당 1명	시설장 1명 사무국장 1명(이용장애인 30인 이상인 경우) 작업훈련교사: 10명당 1명 (10명 초과시 초과인원 반올림 하여 지원) 사무원 1명 생산 및 판매관리기사: 20인당 1명 조리원 1명(이용장애인 30이상 & 집단급식 기제공 기능이 있는 경우 배치)
예	(20인 시설) 계 3명 시설장, 전문요원, 재활활동요원: 각 1명	(20인 시설) 계 5명 시설장, 사무원, 생산 및 관리기사 각 1명 작업훈련교사 2명
	(30인 시설) 계 5명 시설장, 전문요원, 보조원 각 1명 재활활동요원: 2명	(30인 시설) 계 8명 시설장, 사무국장, 사무원, 생산 및 관리기사, 조리 원 각 1인 작업훈련교사 3명 시설장, 사무국장, 사무원, 생산기사 및 관리기사 조리원 각 1명 작업훈련교사 3명 시설마다 다른 기준을 적용

자료: 2019년 정신건강사업안내, 2019년 장애인복지시설 사업안내 3권, 보건복지부

제 5 장

정신건강증진시설의 시설 및 인력 기준 개선 방안

제1절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선방안

제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준 개선방안

제3절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선방안

5

정신건강증진시설의 시설 및 인력 << 기준 개선 방안

제1절 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선방안

앞서 제2장에서 살펴본 정신의료기관의 시설 및 인력 기준의 문제점을 요약한 내용은 <표 5-1>에 제시되어있다.

<표 5-1> 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약

구분	정신의료기관 문제점
시설 기준 문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 정신병원과 병원급 설치과는 해당 의료기관이 운영하는 정신과의 진료모델과 진료서비스량에 따라 시설과 설비가 차이가 날 수 있음에도 불구하고 법적 규칙은 공통적으로 적용되고 있음 • 현재 의료보험환자의 수가체계는 행위별 수가제이고, 의료급여환자의 수가체계는 일일정액수가제로 구분되어 있어 의료서비스의 양과 질이 차이가 날 수 밖에 없는 상황이지만 시설과 장비 적용기준은 의료보험환자와 의료급여환자가 동일한 기준으로 적용되고 있음 • 정신병원에 입원한 의료급여환자가 정신과를 제외한 타과 진료를 받기 원하는 경우 진료비가 일일정액수가 내에서 지급되기 때문에 정신병원은 타과를 위한 시설과 장비를 갖추고 보다 나은 의료서비스를 제공하려는 동기를 갖지 못하고 있음 • 정신병원 1인실을 차액병실로 운영하지 않는 이상 1인실과 2인실 바닥면적에 차이가 나도록 한 위 규칙은 규제로 작용할 뿐임 • 현재 정신병원들이 개방적 공간을 갖도록 유도하기 위해서는 위 규칙 외 별도로 편의시설, 공원시설 등을 구체적으로 제시할 필요가 있음 • 2020년부터 부동산 취득세와 재산세 감면혜택 감소로 개방공간에 대한 인센티브는 작용하지 않고 세금과 비용 부담만 증가하게 됨 • 소아전문치료에는 소아치료에 필요한 1인실 인센티브가 제공되지 않고, 특수치료공간이 필요함에도 다인실은 일반병실보다 더 좁은 공간에서 치료하도록 하여 소아정신전문치료서비스를 제공하기 진료공간을 확보하기가 어려움 • 개방병동 기준에 대해서, 현재 100분의 10 이상이라는 기준을 100분의 20이나 30으로 올리게 되면 다양한 치료욕구를 충족시키면서, 개방성도 높아지고 지역사회 연계율도 높아지게 되지만 상대적으로 정신병원은 직원투입과 시설확장이라는 운영부담을 가지게 되는 딜레마가 존재함 • 우리나라 정신의료기관에 대한 수가체계는 정신질환 병동의 특수성을 인정하지 않고 있기 때문에 자연스럽게 다인실을 운영할 수밖에 없으며 수가인상이 지체되면 병실당 병상 수가 늘어나는 동기로 작용하게 됨 • 현재 정신의료기관에서 운영하는 보호실은 관찰병실 또는 안정실 기능과 함께 응급환자 입원실 또는 자·타해 위험환자의 진정을 위한 장소로 복합적으로 이용되고 있을 뿐 아니라 격리나 강박의 장소로도 이용되고 있음

구분	정신의료기관 문제점
	<ul style="list-style-type: none"> • 치매질환에 대한 관심이 지극히 높아짐에도 불구하고, 치매를 전문적으로 치료하고 가료할 정신의료기관의 이용도가 높지 않음 • 정신의료기관은 응급이나 급성기 환자 비율이 낮기 때문에 급성기 환자를 위한 진료 시설과 장비가 차지하는 비중이 높지 않고, 진료시설과 장비의 안전기준에도 민감하지 않음 • 우리나라 정신병원에서는 응급실에서 이루어질 수 있는 정신과적 응급상황에 대한 집중치료가 지원되지 않으므로 응급실은 임시대처공간으로만 쓰임 • 정신의료기관 병동은 폐쇄병동과 개방병동이 분리되어 있어 개방병동 환자가 응급이나 급성 질환이 발생하면 개방병동에서 치료가 이루어지는 것이 아니라 폐쇄병동으로 이동하여 입원생활을 하도록 되어 있음 • 뇌파검사 및 심전도실, 상담실, 재활훈련실, 임상검사실, 방사선실에 대하여 시설만 갖 추도록 했을 뿐 이들 시설에서 근무할 직원의 자격과 근무형태에 대한 내용이 없음 • 병원급 설치과와 정신병원에서 운영하는 구급차의 운영기준을 차별화할 필요가 있음 • 정신과 질환은 타과 입원에 비해 상대적으로 입원기간이 길기 때문에 입원생활 만족도를 높이고 사생활을 보장하기 위해 병실자물쇠, 책상, 의자, 수납장, 로커 등 편의시설이 더 필요함 • 뇌파검사 및 심전도실, 재활훈련실, 임상검사실, 방사선실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설은 외주로 지원 가능한 경우 선택구정으로 할 필요가 있음

1. 시설 기준 제안

앞서 살펴본 정신의료기관이 가지는 시설 기준 문제점과 관련하여 개선 방안을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 정신의료기관의 개방적 공간 확보 유도를 위한 기능회복실 및 생활시설 등의 구체적인 기준을 제시할 필요가 있다. 일본 정신병원의 경우, 기능회복 훈련 및 생활관련 시설의 평균 면적과 보유율을 살펴보면 다음과 같다. 일본의 정신병원은 작업요법에 대한 높은 관심을 가지고 있으며, 정원과 옥외 운동실에 대한 보유율도 각각 68.8%, 44.8%로 나타나 개방된 곳에서 입원생활을 하도록 하고 있음을 알 수 있다. 그리고 생활기능회복훈련실과 음악실을 운영함으로써 다양한 프로그램 운영도 가능하도록 하고 있다는 것을 알 수 있다. 생활 관련 시설을 보면 공공욕실, 식당, 담화실 보유율이 80%가 넘는 것으로 나타나 위생관리에 신경을 쓰고 있고, 개인 사생활을 보장하는데 많은 배려를 하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 다목적홀과 조리실을 운영하면서 입원생활이 단조롭게 느껴지지 않도록 배려를 하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 5-2〉 일본 정신병원 기능회복훈련 및 생활관련 시설의 평균면적과 보유율

	구분	1병상 당 평균면적	보유율
기능회복 훈련시설	작업요법실	2.09m ²	79.2%
	생활기능회복훈련실	0.98m ²	45.6%
	옥내운동실	3.53m ²	36.0%
	음악실	0.42m ²	16.8%
	옥외운동실	15.94m ²	44.8%
	정원	6.15m ²	68.8%
생활 관련 시설	담화실	1.16m ²	80.0%
	식당	1.71m ²	85.6%
	흡연실	0.35m ²	55.2%
	차실	0.17m ²	35.2%
	다목적홀	1.10m ²	52.0%
	조리실	0.28m ²	40.8%
	공공욕실	0.56m ²	92.0%

출처: 주용선(2007) : 1,057개 병원을 대상으로 설문조사하여 유효 회답한 129개 병원 조사결과

둘째, 소아, 응급, 만성, 급성 등 상황과 대상에 맞는 전문화된 서비스 제공을 위한 시설 및 장비 규칙을 마련하는 것이 필요하다. 응급의 경우 구급용시설, 응급처치장비, 의약품, 신체보호장비와 응급병상을 갖추도록 상황과 대상에 맞는 시설 및 장비 기준을 마련해야 한다. 특히 보호실은 관찰병실, 안정실 기능과 응급환자 입원실, 자타해 진정실 기능을 모두 하고 있다. 보호실은 관찰병실, 안정실 기능과, 응급환자 입원실, 자타해 진정실 기능을 분리하는 한 방편으로 응급 또는 급성기 병동을 설치하고 별도의 시설 및 장비기준에 따라 운영하는 것을 생각해볼 수 있다. 그리고 소아전문치료 같은 전문진료는 타과의 협진 및 전문시설과 장비가 필요하므로 이에 맞는 시설 및 장비 규칙 마련이 필요하다.

셋째, 개방병상 비율을 상향조정하는 것이 필요하다. 물론 개방병상 비율 상향 조정에는 정신의료기관의 특성에 따라 유연하게 적용하는 것이 필요하다. 현재 50인 이상 입원한 정신병원의 경우 1/10이상 개방병동을 운영하도록 되어있으나, 정신병동의 기능을 응급, 급성기, 일반, 요양, 치매 병동 등으로 구분하게 되면, 기능에 따라 개방비율을 달리 적용하는 것이 필요하다. 또한 100분의 10 이상이라는 기준을 100분의 20이나 30으로 올리게 되면 다양한 치료욕구를 충족시키게 되지만 상대적으로 정신병원은 직원투입과 시설확장이라는 운영부담을 가지게 되므로 시설보조 및 지원도 고려해

뿐만 하다. 가까운 일본의 경우 병동별 개방도를 달리 적용하고 있는데, 급성기 치료병동, 치매요양병동, 치매 치료 병동의 경우 70% 이상을 폐쇄 병동으로 운영하고 있으며, 요양병동의 경우 70% 이상을 개방병동이나 반개방병동으로 운영하고 있다.

〈표 5-3〉 일본 정신병원 병동별 개방도

구분	개방병동	반개방병동	폐쇄병동
급성기치료병동	15.60%	6.30%	78.10%
요양병동2	71.40%	7.20%	21.40%
요양병동1	58.60%	13.50%	27.90%
치매요양병동	18.80%	0%	81.20%
치매치료병동	26.30%	0%	73.70%
병동전체	40.20%	10.80%	49%
그 외의 병동	35%	12%	53%

출처: 주용선(2007) : 1,057개 병원을 대상으로 설문조사하여 유효 회답한 129개 병원 조사결과

넷째, 입원실 정원 축소가 필요하다. 앞서 제2장에서 살펴본 것처럼 우리나라는 8인실 이상 운영하는 경우가 많아 의료서비스의 질이 떨어지고 이용하는 정신질환자의 사생활 보장에 많은 한계를 가지고 있다. 병실 당 인구수를 줄일 수 있는 정책과 시행규칙 마련이 필요하다. 일본의 정신의료기관 병상규모별 구성 비율을 보면, 보호병실은 개인실이 절대적으로 많고, 관찰병실, 차액병실도 71.9%, 65.9%가 개인실인데 반해, 일반병실은 개인실 비율이 10.3%로 낮게 나타난다. 일반병실의 가장 일반적인 형태는 4인실로 38.0%로 차지했고, 다음으로 높은 비율은 차지한 일반병실은 6인실로 17.9%로 나타났다. 일본의 병실 규모별 비율을 보면, 7인실 이상 운영하는 경우는 그리 많지 않다는 것을 알 수 있다.

〈표 5-4〉 일본 정신병원 병실 규모별 구성 비율(%)¹⁾

병실 규모별 비율	병실 구분			
	보호병실	관찰병실	차액병실	일반병실
전체비율	10.8%	2.9%	7.9%	78.4%

병실 규모별 비율	병실 구분			
	보호병실	관찰병실	차액병실	일반병실
5인실	0.2%			8.5%
6인실	0.5%	1.8%		17.0%
7인실		0.6%		3.0%
8인실	0.2%	0.6%		2.5%
9인실		0.6%		0.5%
10인실 이상				1.5%
합계	100%	100%	100%	100%

1) 주용선(2007) : 1,057개 병원을 대상으로 설문조사하여 유효 회답한 129개 병원 조사결과

다섯째, 정신의료기관에서 환자에 대한 스크리닝, 포괄평가, 치료계획, 퇴원계획, 교육 및 연계의 기능이 점차 확대되면서 이에 대한 시설 및 장비기준이 필요하다. 이러한 업무는 시간이 소요되므로 진료실에서 모두 이루어지기에는 한계가 있다. 또한 건강보험 요양비용급여 제8장 정신요법료를 보면 10분 이하 개인정신치료 I의 병원 금액은 11,090원이고, 40분 초과하는 개인정신치료 V의 병원금액은 68,260원이다. 본 치료금액에 따르면 정신병원은 10분 이상 개인면담을 할 수 있는 유인동기를 갖지 못하고 상담실보다는 입원실 위주의 약물치료 중심으로 운영되고 있다. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙에 따르면 환자 50명 이상이 입원할 수 있는 병실을 가진 경우 상담실 1개 이상을 갖추도록 하고 있다. 현재 요양급여와 의료급여체계에서는 이정도 규모가 적절하고 대부분 정신병원의 상담 기능은 최소화되어 있다. 응급환자나 급성기 환자가 보다 많은 집중면담을 받을 수 있도록 하고, 사회복지상담과 심리상담도 실시하며, 인지행동치료와 같은 비약물 요법을 시행하기 위해선 이에 맞는 시설기준을 갖출 필요가 있다. 이러한 정신치료와 정신상담 기능을 활성화하기 위해선 재활과 예방을 위한 급여지원과 함께 50명 이상 입원할 수 있는 병동당 1개 이상의 상담실이나 프로그램실을 갖추도록 할 필요가 있다.

여섯째, 정신건강복지법 제11조를 보면 정신의료기관의 시설 및 장비는 의료법을 준용하여 설치하도록 하고 있으나 규정된 시설과 장비는 정신질환자와 의료인의 안전과 인권에 관하여 미흡한 점이 많다. 특히 소방관련 기준은 정신의료기관의 특수성을 반영하지 못하고 있고, 소방시설의 폭력의 도구로 사용되는 경우가 있다. 또한 환자의

고통이나 불만이 제때 처리되지 않거나 받아들여지지 않을 경우 생기게 되는 불만으로 사고가 발생할 수도 있다. 이에 대비하여 고충처리실 혹은 의사소통관련 시설을 마련 하도록 한다면 폭력사고를 예방할 수도 있다.

〈표 5-5〉 정신병원 항목별 시설 기준

항목	하위 범주	내용
안전 및 인권	소방	소방 안전시설을 마련하되, 폭력의 도구로 사용되지 않도록 조치
	격리실	환자의 보호, 격리실 기준
	대피실	의료인 및 서비스 종사자의 안전 확보
	경보체계	연락망, 알람 등
진료	상담실	환자 평가, 퇴원 계획, 교육, 연계
	진료실	경보체계 확보
	재활 및 복귀활동실	재활 및 사회복귀를 위한 프로그램 운영실
	응급치료실	응급치료실 마련 및 운영기준
행정 및 관리	의료정보실	의무기록, 사건보고, 의료기관평가 등
	교육실	종사자 훈련 및 교육실
	고충처리실	환자, 가족, 종사자 등 고충처리 창구

일곱째, 뇌파검사실 및 심전도실 등 타 진료과와 함께 사용할 수 있는 경우 선택 규정으로 전환할 수 있다. 현재 정신병원에 의무규정으로 되어 있는 뇌파검사 및 심전도실은 정신과 진료에서 거의 이용하지 않고 있다. 방사선실도 입원실 운영을 위한 루틴 작업 이외 정신과 진료 기여도가 높지 않다. 세탁물 처리시설도 세탁물을 위탁으로 운영하는 추세에 있다. 정신과 병동은 수술과 시술에 사용하는 집기가 없고 드레싱도 위생상 일회용 키트를 사용하는 추세이므로 소독실 이용은 거의 없다고 볼 수 있다. 이러한 상황을 반영하여 이들 시설 및 장비규정은 선택사항으로 두는 것이 바람직하다.

여덟째, 보호실에 대한 시설 규정 마련이 필요하다. 앞서 언급한 것처럼 보호실은 관찰병실, 안정실, 응급환자 입원실, 진정실 등 복합적으로 활용하고 있다. 보호실을 관찰병실, 안정실, 응급입원실, 진정실 등과 기능적으로 분리하기 위해선 보호실 외 시설

에 대한 별도 시설규정을 마련하는 것이 필요하다. 그리고 보호실 규정에는 적절한 온도 조와 조명, 즉각적 치료개입이 가능할 수 있도록 해야 한다.

2. 인력 기준 제안

정신의료기관은 진료업무 외에도 포괄평가, 정보제공, 교육, 재활 및 사회복지 프로그램 등 치료프로그램, 퇴원 후 관리, 복합질환자에 대한 진료 연계 등 업무를 한다. 심리상담, 교육, 평가 등 업무도 강화되면서 향후 정신건강전문요원의 역할과 업무를 활성화하는 방향으로 인력기준이 개선될 필요가 있다.

정신건강복지법 제 12조 2항과 관련한 시행령에 따르면 정신건강전문요원은 정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 각각 1, 2급으로 나뉜다. 공통 업무는 정신재활시설의 운영, 정신질환자 등의 재활훈련, 생활훈련 및 직업훈련의 실시 및 지도, 환자 및 가족의 권익보장을 위한 활동지원, 법 제44조 제1항에 따른 진단 및 보호의 신청, 환자 개별 지원 계획의 수립 및 지원, 정신질환 예방 및 복지에 관한 조사 연구, 환자의 사회적응 및 재활을 위한 활동, 사업의 수행 및 교육 등이 있다.

〈표 5-6〉 정신건강전문요원의 업무범위

구분	개별 업무범위	공통 업무
정신건강임상심리사	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자 등에 대한 심리 평가 및 심리 교육 정신질환자등과 그 가족에 대한 심리 상담 및 심리 안정을 위한 서비스 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 정신재활시설의 운영 정신질환자 등의 재활훈련, 생활훈련 및 직업훈련의 실시 및 지도 환자 및 가족의 권익보장을 위한 활동 지원
정신건강간호사	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자 등의 간호 필요성에 대한 관찰, 자료수집, 간호활동 정신질환자 등과 그 가족에 대한 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행 	<ul style="list-style-type: none"> 법 제44조 제1항에 따른 진단 및 보호의 신청 환자 개별 지원 계획의 수립 및 지원 정신질환 예방 및 복지에 관한 조사 연구
정신건강사회복지사	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자 등에 대한 사회서비스 지원 등에 대한 조사 정신질환자 등과 그 가족에 대한 사회복지서비스 지원에 대한 상담 및 안내 	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 사회적응 및 재활을 위한 활동 정신건강증진사업등의 수행 및 교육

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령(시행 2019. 10. 24. 대통령령 제30142호)

정신건강복지법 시행규칙법에 따르면 정신건강전문요원의 인력 기준은 입원환자 100명당 1인, 간호사는 13명당 1인, 전문의는 60명당 1인이다. 미국의 법제 사례 (Code of Federal Regulations, § 482.62 Condition of participation)를 참고하여 인력기준을 보면 병원의 기능 재정비, 업무의 선정, 업무를 담당할 인력을 두도록 하는 것이 바람직하다. 미국의 연방규정집(Code of Federal Regulations, § 482.62)은 간호사에게 특별히 충분한 수를 갖출 것을 적시했는데 능동적인 치료 프로그램, 환자에 대한 평가, 치료계획수립 등 여러 업무에 필요한 인력이기 때문이다. 탈 시설화와 지역사회 역할비중을 확대한 호주 정신병원은 병상을 응급, 급성기 병상, 장기 요양병상, 재활 병상 등으로 구분하여 기능을 정립하고 그에 맞는 인력 규정을 두고 있다. 전문인력 확보는 단기에 해결하기 어려운 문제이지만 충분한 인력이 확보되지 않으면 정신병원 운영은 격리와 강박과 같은 통제적 방식을 많이 사용하게 되고, 폭력사고가 발생할 가능성도 높아지게 된다. 이와 같은 이유로 미국 보건의료인 폭력방지법은 직원이 취약한 시간대에 단독근무 하는 것을 금지하고 있다.

그리고 간호인력의 경우 간호사 정원의 3분의 2 범위에서 간호조무사를 대체할 수 있도록 되어 있는데 간호조무사의 업무범위가 제한적인 만큼 간호사의 업무는 가중될 수밖에 없으며 제대로 된 진료 서비스를 제공하기 어렵다. 간호조무사 대체 조항이 인력 수급이 어려운 정신의료기관의 상황을 일부 반영하고 있기 때문에 인력을 확보할 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

〈표 5-7〉 정신의료기관의 기능 및 담당인력

기능		담당 인력
진료	정신의학적 포괄 평가	간호사 정신건강전문요원
	환자 및 가족에게 정보 제공 및 교육	간호사 정신건강전문요원
	환자의 재활, 사회 복귀 프로그램 및 사후 관리	간호사 정신건강전문요원
	입원환자 관리, 외래 상담	의사 간호사

기능		담당 인력
행정 및 관리	의무기록, 의료질 보고 등	간호사
	기관 인증 및 평가와 관련한 활동	간호사
	의료기관 종사자 교육	간호사 정신건강전문요원

보호사 인력에 대해서 보건의료분야 업무자격문제가 제기되었다. 정신보건교육을 받지 못한 보호사들의 업무 태도, 이해도 문제들이 발생해왔다. 보호사 입사 시 사전 정신보건 교육을 실시하는 단기적인 개입 뿐 아니라 보호사 자격증 시스템 마련 등이 필요하다.

현재 정신의료기관은 과거 폐쇄병동 치료에서 지역사회재활과 치료로 그 역할을 전환할 것을 요구받고 있다. 이에 정신병원은 병상을 치료 목적과 기간에 따라 나누고 급성 중증질환뿐만 아니라 만성정신질환자를 치료하기 위한 시설 및 인력 기준으로 수정하여 단계적인 변화를 추진해야하다. 따라서 응급 및 급성 치료 병상, 사회복귀와 재활병상, 요양 및 관리 병상으로 분류하여 수가와 인력 기준을 마련할 필요가 있다. 이들 병상에 대한 인력 제안을 보면 아래 <표 5-8>과 같다.

<표 5-8> 정신의료기관 치료목적별 병상 인력 제안

병상 등급	치료 목적	의사	간호사	정신건강 전문요원	정신보건 (보호사)	보안인력
1	응급 및 급성기 치료	◎	◎	○	-	○
2	사회복귀 및 치료	○	◎	◎	○	○
3	만성질환자 요양	○	○	-	◎	○

주: 1. 전문의 중심, 고도 전문 의료기술, 단기, 2. 간호사와 정신건강전문요원 중심, 고도 전문간호기술, 중기, 3. 요양 전문인력 중심 관리. 장기, ◎ 주요 인력, ○ 필요 인력, - 필수 인력 아님

3. 정신병원의 개념 제안

최근 정신병원이 요양병원에서 제외되면서 병원급 의료기관으로 정신병원을 신설하도록 하는 의료법 개정안이 상정되어 있다. 본 개정안이 통과되면 정신병원은 정신질환의 추이와 연령·성과 같은 인구학적 변수를 고려한 치료를 구체화하면서 보다 전문

성을 발휘할 것으로 기대된다.

이에 우리나라 정신병원의 법적 정의를 보면, <정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)> 제3조 제3항에 의료기관 중 정신질환자를 치료할 목적으로 설립되어 정신건강복지법 제19조 제1항 후단에 따른 기준에 적합하게 설치된 병원이라고 정의되어 있다. 한편 정신과 치료에는 정신병원 외에도 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과(이하 '병원급 설치과')가 있어 정신과 치료에 있어 정신병원과 기능적으로 분리된 분야를 담당하고 있다. 정신건강복지법의 정의에 따르면 정신병원 내에 일반병상이 있는 경우 정신과 외 타과 치료는 정신질환자 치료를 목적으로 이루어져야 한다.

정신병원은 장기입원환경과 보건위생관리능력의 한계로 인해 면역력이 약하고, 기저질환을 갖고 있는 타과질환 환자가 많지만 이에 대한 의료서비스를 제공할 여력을 갖고 있지 못하다. 타과 전문인력을 고용할 만큼 자금여력이 없으며 전문화된 시설·장비 도입이 어렵다. 따라서 타과 의료 인력을 고용하는 병원은 고령자와 중증타과질환을 가진 환자 비율이 높아 외진을 감당할 수 없거나 전원이 쉽지 않은 교외지역에 위치한 병원으로 한정되어 있다. 반면 도시 내 인구밀집지역에 있는 정신병원은 요양병원을 함께 운영하면서 타과진료의 어려움을 감당하고 있다.

궁극적으로 정신병원은 타과 의료서비스를 제공하기도 어렵고, 타과 전문의료 인력을 고용하는 경우에도 의료서비스 수준을 높이는 데에도 한계가 있을 수밖에 없다. 이에 타과진료를 담당하는 의사 및 간호사 인력을 정신병원 인력기준에 포함하도록 하고 진료서비스에 대한 수가지원이 가능해 진다면 정신병원 의료서비스의 질이 훨씬 높아질 것으로 기대한다.

정신병원과 병원급 설치과의 정신치료 기능은 분리되어 있는데 정신건강복지법 시행규칙을 보면 치료에 필요한 시설과 장비, 그리고 인력 기준이 거의 공통적으로 적용되어 있다. 앞으로 정신병원이 의료법 상 새로운 병원 유형이 될 때 정신질환자를 치료할 목적으로 설치된 병원이면서도 일반병원으로 허가받은 병원은 정신병원이나 병원 중 하나를 선택해야 할 것이다. 마찬가지로 정신질환자 치료를 목적으로 설립되지 않으면서 정신과 치료를 함께 하는 병원도 정신과 기여도, 정신과 진료수가, 인증평가기준 등을 고려하여 정신병원이나 병원 중 하나를 선택해야 할 것이다. 그리고 일반병원

으로 전환할 계획이 있는 정신병원이 있는지도 확인해야 할 것이다.

여기서 고려해야 할 것은 일반병원이 정신병원으로 유형 변경을 할 때 비정신질환과 (이하 ‘타과’) 치료를 위한 일반병상의 허가비율을 얼마로 인정할 것인가 하는 것이다. 만약 정신병원 내 정신병동이 응급·급성·요양·노인병동 등으로 치료기능이 분류되어 있고, 분류된 병동별로 타과 진료지원체계가 조직되어 있다면 전체 병상 수 대비 일반병상의 비율이 그리 문제가 되지 않는 것이다. 우리나라 의료급여 정신과 환자의 경우 모두가 같은 진료수가제를 적용받고 있고, 그들이 받는 일일 정액수가에서는 타과 진료의 수가 보전되지 않는다. 이러한 이유로 병원에서는 원활한 진료를 위해 일반병상을 개설한 경우가 많아졌으며 만일 정신병원이라는 새로운 유형이 생긴다면 정신병원 내 일반병동을 얼마만큼 허용할 것인가 하는 것을 고려해야 할 것이다.

일반병원 중에는 정신과 치료를 위한 일반병상을 운영하는 병원 외에 정신질환 치료를 주목적으로 하지 않는 경우도 있다. 이런 정신병원은 지역사회의 요구에 따라 일반병상을 정신과 치료 외 타과진료를 전문적으로 하고 있다. 이러한 정신병원은 일반병상을 증설하려고 하는 경향을 가질 것이다. 따라서 정신병원 내 일반병동의 규모를 얼마만큼 허용할 것인가 하는 것은 일반병원 입장에서 민감하게 받아들일 수 있는 문제이다.

그럼 정신병원내 일반병상의 최대치를 정하는데 있어 고려해야 할 사항으로 병상 당 진료수입을 들 수 있다. 정신병원의 일반병상 수입을 보면 정신과 병상 수입의 1.5배에서 3배에 달하는 것으로 나타났다. 일반병상 수입이 정신과 병상 수입을 초과하지 않으려면 전체 병상 수 대비 정신과 병상 비율이 70% 이상이면 적절하다고 본다. 만일 일반병상이 30% 이상이 되면 수익성에서 일반병상을 늘리려는 동기가 작용할 것이며 그러면 정신과 치료라는 정신병원의 운영목적은 벗어날 우려가 있다.

정신의료기관의 현황도 정신병원의 기준을 정하는데 참고할 수 있다. 우리나라 정신의료기관 현황을 보면 아래 <표>와 같다. 우선 입원실이 있는 설치과는 154개가 있다.

<표 5-9> 정신의료기관 현황 (2018년 말 기준)

기관 분류		개소 수	비고
합계		1,670	
설치과 (378)	종합병원 (202)	입원실有	107
		입원실無	95
	병원 (176)	입원실有	154
		입원실無	22
정신병원 (144)	국립	6	복지부 소속 5개, 법무부 소속 1개(국립법무병원)
	공립	12	
	민간	126	
정신과의원 (1,148)	입원실有	61	
	입원실無	1,087	

아래 <표 5-10>을 보면 일반병원 154개 중 정신과 병상이 50%가 넘는 병원은 139개소로 전체 154개소 대비 90.3%를 차지한다. 현재 의료기관 인증평가원에서는 정신과 병상이 50% 이상 되는 의료기관을 정신병원으로 판단하고 평가사업을 하고 있다. 정신과 병상수 50%를 기준으로 하면 많은 병원들을 정신병원의 정의에 부합하도록 할 수 있고 의료기관 인증평가원의 기준도 변경할 필요가 없다.

그렇지만 <표 >을 보면 정신과 병상수 70% 이상을 차지하는 일반병원 비율도 적지 않다. 일반병원 중 총 병상 대비 정신과 병상비율이 70%가 넘는 기관은 128개소로 전체 154개소 대비 83.1%를 차지한다. 300병상이 넘는 대형 정신병원이 일반병상을 대규모로 운영하는 사례는 없으므로 일반병상 비율을 50%가 아닌 70%로 정하여도 일반병원들의 저항이 크지 않을 것이다. 그리고 정신병원이 정신과적 치료목적으로 운영하는데 집중하려면 지역사회 환자보다 정신과 환자가 일반병상을 이용하도록 해야 할 것이므로 정신과 병상수 50% 이상보다는 70%이상이 더 바람직하다.

<표 5-10> 입원실이 있는 일반병원 설치과 현황 (2018년 말 기준)

정신과병상/총 병상 (비율 %)	의료기관 수	비고
100	85	
90~100	20	
80~90	13	
70~80	10	70% 이상이 128개소, 전체 154개소 대비 83.1%
60~70	8	
50~60	3	50% 이상이 139개소, 전체 154개소 대비 90.3%
40~50	8	
30~40	2	
20~30	5	
합계	154	

따라서 기존 정신과 외 일반병상을 가진 병원은 정신과적 치료를 목적으로 시설·장비·인력 기준을 준수하고 있다면 정신과 병상수가 70% 이상이 될 때 정신병원으로 전환하도록 허가할 수 있을 것이다. 70% 이상이면 대부분 정신병원은 정신과 치료 운영원칙을 훼손하지 않을 것으로 본다.

참고로 일본정신과 병원은 구급기, 급성기, 요양, 아동·청소년, 치매병상의 운영원칙에 따라 정신과 환자 치료를 위한 타과병상을 운영할 수 있도록 하고 있다. 그리고 국립 또는 공립정신병원은 민간정신병원에서 감당하기 어려운 비정신과적 문제 환자를 무리 없이 진료할 수 있도록 하고 있다.

4. 격리 관련 시설 및 인력 기준

미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교(〈표 5-11〉)를 보면 미국은 가능한 최소 구속(Least Restrictive) 원칙과 높은 수준의 기록 의무 규정을 연방과 주의 법규로 갖추고 있다. 연방규정은 메디케어와 메디케이드 급여기관으로서 응급실은 갖춘 모든 병원, 지역의 'Critical Access Hospital' 등이 격리와 강박이 불가피한 환자라 하더라도 이들의 권리를 보호할 수 있도록 시행조건, 기록, 인력, 시설 등 규정을 두고 있다. 덧붙여 독자적 법률을 제정할 권리가 있는 대부분의 주에서는 환자 권리장전(Patients' Bills of Rights)의 법규를 두고 격리와 강박에 대한 구체적인 조항들을 마련하고 있다. 호주의 경우는 모니터링과 재감정 규정을 엄격하게 두어 최소 시간 간격 내 관찰, 최소 시간 내 재감정 하고 이를 기록하도록 정신보건법에서 규제한다.

우리나라의 경우는 격리와 강박에 대한 모니터링, 재감정 및 기록에 대한 규정이 우선 개선되어야 한다. 즉 격리와 강박이 불가피하게 필요한 상황이라도, 환자를 잇고 방치하거나 수가가 지급되는 쉬운 관리 방법으로 격리나 강박에 의탁하지 않도록 조치가 필요하다. 최소한 일정 시간마다 신체구속이 필요한지에 대해 재감정하고, 신체 구속의 상황에 있는 환자의 상태를 모니터링하고 그러한 내용을 기록 보관하도록 해야 한다. 현재 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’ 제 75조에서 시행의 조건을 제시하고 있으며, 정신건강복지법 시행규칙 제51조에서 기록의 항목을 지정하고 있을 뿐이다. 이에 정신질환자의 권리보호를 위해 시행규칙 제51조의 개정을 검토할 필요가 있다.

〈표 5-11〉 미국, 호주, 한국 정신의료기관의 격리, 강박의 기준 비교

항목	미국(연방)	호주 (빅토리아주)	한국
근거법	미국연방규정집§ 캘리포니아규정집※	정신보건법 제110-116조	정신건강복지법과 시행규칙
시행조건	<ul style="list-style-type: none"> 자/타인에 대한 신체 위해 위험이 ①즉각적임 환자는 ②훈련된 직원으로부터 격리 혹은 신체구속을 안전하게 받을 권리가 있음 의사의 지시 가능한 최소 구속 원칙 	<ul style="list-style-type: none"> 격리: 자/타인에 대한 위해 위험이 ①위중하고 ②임박함 ✓ 신체구속: <ul style="list-style-type: none"> - 자/타인에 대한 위해 위험이 ①위중하고 ②임박함 - 의학적 치료를 실시할 목적으로 움직임의 제한 	<ul style="list-style-type: none"> ①치료 또는 보호의 목적으로 ②정신건강의학과 전문의가 지시한 경우 ③자/타인에 대한 위험 가능성이 위중함 ④다른 방법으로 위험을 회피하는 것이 어려움 해당시설 내에서만 가능
기록	<ul style="list-style-type: none"> 서면 지시서 환자 치료 계획의 수정 병행 		<ul style="list-style-type: none"> ①사유 및 내용 ②병명 및 증상 ③개시 및 종료의 시간 ④지시자 및 수행자 위4개 사항을 진료기록부에 기재함
모니터링 재감정	-	<ul style="list-style-type: none"> RN 혹은 의사: 매 15분마다 격리실 관찰 정신건강의학과 전문의는 최소 매 4시간 마다 격리여부 재감정 전문의를 업무를 수행할 수 없는 경우, 의사가 대신 ✓ 신체구속 지속적 관찰 ✓ RN, 의사 매 15분 리뷰 ✓ 전문의 매 4시간 재감정 	-

제5장 정신건강증진시설의 시설 및 인력 기준 개선 방안 147

항목	미국(연방)	호주 (빅토리아주)	한국
		<ul style="list-style-type: none"> 1회 최대 제한 규정 없음 	
인력	<ul style="list-style-type: none"> 의사의 지시 (Physician's order) 	<ul style="list-style-type: none"> 지시자(전문의) 지시자 권한 대리자의 위계: 전문의, 당직의/시니어 RN 응급 시 RN의 신체구속 지시 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 책임: 정신의료기관 등의 장 지시: 정신건강의학과 전문의
시설	<ul style="list-style-type: none"> 화재 등 응급상황에 쉽게 제거 가능할 것 격리실은 안전한 구조와 장비를 갖출 것 (캘리포니아 규정집) 	-	-
특징	<ul style="list-style-type: none"> 연방정부법령에 있으며 각주의 자치법령이 보완적으로 존재함 지시자 권한 대리 위계 없음 지시자가 정신과전문이라는 조항이 없음 훈련된 직원, 안전 수행 조건이 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 격리 및 강박의 수준을 구분 지시자 권한 대리 위계 있음 기록 규정 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 격리와 강박의 수준을 구분하지 않음 미국, 호주와 비교할 때 법규정을 매우 기본적으로 제한적임.

주: §미국연방규정집: Condition of Participation[42 CFR section 482.13]

※캘리포니아규정집: California Code of Regulations, Section 71545(d), 7162

제2절 정신요양시설의 시설 및 인력 기준 개선방안

앞서 제3장에서 살펴본 정신요양시설의 시설 및 인력 기준의 문제점을 요약한 내용은 <표 5-12>에 제시되어있다.

<표 5-12> 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약

구분	문제점
시설 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 정신요양시설 사업 목적의 복잡성: 만성정신질환자를 위한 생활시설인 정신요양원에 사회적으로 요구된 이러한 복합적인 기능 때문에 정신요양시설 사업의 목적은 모호하고 복잡하며 때로는 불명확하게 규정되고 있으며 이것이 정신요양원에 대한 법률 등에도 반영되고 있음 • 정신요양시설은 입소자가 24시간 휴식, 취침 등 일상생활을 할 수 있는 공간임에도 개인이 취침과 개인사물함을 위한 공간에 대한 명시화된 문구가 없음 • 시설의 특이성을 고려한다고 하여도 정신요양시설의 설치 기준은 다른 시설들에 비해서 매우 열악함: 1인당 면적의 크기를 정함에 있어서 우선적으로 고려되어야 하는 것은 인권의 측면에서 정신요양원에 입소한 생활인들에게 일정정도의 쾌적한 생활공간이 주어져야 한다는 것임
인력 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 정신요양시설 사업 목적의 복잡성에 따른 과도한 업무량: 정신요양원이 수행해야만 하는 복합적인 기능을 고려하고, 정신질환으로 인하여 개인의 일상생활능력이 현저히 떨어지고, 나아가 대부분의 입소자가 노화와 신체질환을 겪고 있는 상황을 고려할 때 현재의 인력 기준으로 인권이 보장되고 개인의 존엄이 보장되는 안락한 정신요양원을 기대하는 것은 매우 힘든 상황임 • 현장의 업무량과 근로기준법을 충족시키지 못하는 지원기준: 사회가 요구하는 인권이 존중되는 요양서비스의 제공을 위한 최소한의 근무환경을 만들어 주지 못하는 비현실적인 기준이며, 또한 최근 개정된 근로기준법의 요구를 맞추지 못하는 지원기준임 • 정신요양시설의 생활지도원은 1인이 25명을 담당하도록 되어 있는데 반하여 노인요양시설의 요양보호사는 2.5명을, 노인양로시설은 12.5명을, 장애인거주시설의 지적장애, 자폐장애의 경우는 5명을 담당하는 것으로 되어 있어, 정신요양시설의 인력 지원 수준이 타 시설에 비하여 매우 열악함 • 정신요양시설의 인력지원기준이 설치기준상의 인력 기준과 차이가 나는 주된 원인은 설치기준상의 인력 기준은 24시간 근무에 대한 고려가 없었다는 점이 가장 커 보인다. 거주시설로서 정신요양시설은 주간 외에 야간에도 입소자들에게 보호 서비스가 요구되지만 설치기준은 야간근무에 대한 고려가 없음 • 또한 현장의 업무량을 시설 설치기준에서 반영하지 못하고 있음 • 점점 더 많은 입소자들이 정신질환 뿐 아니라 노인질환과 같은 다양한 신체 질환을 겪게 되면서, 정신요양원은 더 많은 집중적인 돌봄 서비스를 제공하여야 하는 처지에 놓여 있음

이러한 문제점에 대한 인식을 통해 정신요양시설의 설치 및 인력 기준에 대한 개선의 기본 방안은 두 가지 측면에서 다루어져야 할 것이다. 첫째, 현재 「정신요양시설의

설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 규정되어 있는 내용들을 현실적으로 정신요양시설의 운영 실태에 맞도록 개선해야 할 것이다. 현재의 설치기준이 정부가 실제로 지원하는 지원기준에 미치지 못하고, 정신요양시설에 대한 사회복지시설평가의 평가기준들과도 일치하지 못하는 부분이 그 필요성을 명백히 근거하고 있다. 둘째, 정신요양시설에 입소하고 있는 만성 정신질환자 및 종사자의 인권과 행복추구권이 충족될 수 있는 수준으로 개선되어야 할 것이다. 현재의 정신요양시설의 설치기준과 인력지원 기준은 입소자와 종사자의 인권의 준수에 부족한 수준이며, 나아가 행복추구권을 적극적으로 보장하기에 부족한 수준이다. 따라서 이에 대한 개선은 시급히 이루어져야 한다.

1. 시설 기준 제안

앞의 3장에서 정신요양시설의 시설 및 인력을 중심으로 정신요양시설의 전반에 대한 논의에서 드러난 것은 정신요양시설의 기능이 의료시설의 기능, 재활시설의 기능, 주거복지시설의 기능이 혼재되어 있는 복합적인 기능을 암묵적으로 수행하고 있다는 것이다. 이러한 특성은 정신요양시설의 현 설치기준에도 숨어 있으며, 무엇보다도 현 시설 기준이 너무나 오래되어 현재 우리사회의 욕구 수준에 충족되지 않는다는 것이다. 따라서 정신요양원 입소자의 인권과 행복추구권을 고려하면서도 현재 53개 정신요양시설이 기존의 설치기준에 따라 갖추고 있는 물리적 환경에 배치되지 않는 범위에서 다음 2가지 개선 방안을 제안한다.

첫째, 정신요양시설의 현재 설치 기준상 입소자 1인당 면적은 관련법 등 그 처한 환경이 다를 수 있음을 고려한다 해도 유사 노인 또는 장애인 시설의 기준에 비해 현저하게 낮은 수준이다. 이는 정신요양시설의 입소자들에 대한 형평성의 문제로 이어질 수도 있음을 고려해야 한다. 특히 정신요양시설 입소자의 인권을 최우선 하는 관점에서 1인당 거실 면적은 향상되어야 할 것이며, 거실이 실질적으로 침실의 역할을 같이 한다는 점을 고려하면, 최소한의 기준으로 노인요양시설(노인의료복지시설)의 입소자 1명당 침실면적 수준인 6.6㎡ 이상은 되어야 할 것이다. 이와 함께 거실 하나당 정원은 10명 이하를 6인 이하로 하는 개선안을 제안하는 바이다.

둘째, 현 정신요양시설 설치 시설 기준에 따르면 정신요양시설은 거실, 의무실, 상담실 및 면회실, 휴게실, 조리실, 목욕탕, 세탁장, 건조장, 화장실, 급·배수시설, 비상재해

대비 시설을 갖추고 있어야 할 뿐, 프로그램실에 대한 규정이 없다. 그럼에도 불구하고 법으로 실행되고 있는 정신요양시설평가 지표에는 총 6개의 영역 중 프로그램 및 서비스 대한 평가지표가 차지하는 평가 배점이 34%로 가장 높으며 시설 및 환경 평가의 지표영역에서도 구체적으로 “프로그램실이 2개 이상 마련되어 있어야 한다.”라고 구체적인 기준을 제시하고 있다. 이는 정신요양시설의 활동 중 프로그램과 서비스를 제공한 것이 그만큼 중요한 역할이란 것을 의미한다. 따라서 다양한 프로그램을 실시할 수 있는 프로그램실에 대한 규정을 시설 구조와 설비 영역에 명시할 것을 제안한다. 또한 프로그램실의 규정에 정원대비 일정 규모의 강당을 프로그램실로 포함하여 입소자들의 다양한 실내 활동의 공간을 확보할 필요가 있다. 이러한 공간 확보는 정신요양시설에서 지역사회와 연계하는 다양한 사회활동을 실행할 수 있는 환경적 토대를 확보하는 일일 것이다.

2. 인력 기준 제안

정신요양시설의 운영을 정신요양시설이 당면하고 있는 현실을 고려하여 입소자 중심의 윤리적 운영으로 입소자 및 종사자의 인권과 행복추구권을 높이기 위하여서는 인력 기준을 확대할 필요가 있다. 이러한 인력 기준의 개선에서 다음 3가지 측면이 적극 반영되어야 할 것이다.

첫째, 정신요양시설 입소자들의 신체·정신 건강 질환의 중증도가 반영되어야 할 것이다. 정신 기능 및 신체 기능의 악화로 인하여 일상생활이 어려운 입소자가 늘고 있는 상황에서 현재의 인력 기준으로는 이들에게 인간다운 요양 보호 서비스를 제공할 수 없다. 중증도를 판정할 수 있는 방안은 보다 세밀한 고려를 통하여 그 기준을 마련할 수 있을 것이며, 장애연금지급에서 나눈 중증과 경증을 사용하여 중증과 경증의 차별적인 인력지원기준을 만들어 달라는 현장의 요구를 수용할 수 있을 것이다.

둘째, 365일 24시간 내내 서비스가 제공되어야 하는 정신요양시설 종사자의 근로가 현 시점의 근로기준법의 준칙에 어긋나지 않도록 인력 기준이 개선되어야 할 것이다. 현재 정신요양원의 인력지원 기준은 야간근무가 반드시 필요한 인력의 2교대를 가정한 것이고, 그마저도 휴게일, 법정공휴일, 휴게시간 등을 고려하면 근로기준법을 준수하기 어려운 실정이다. 따라서 이에 대한 개선은 반드시 이루어져야 하며, 야간 근무

가 필요한 인력에 대한 3교대 근무를 기본으로 하고, 앞에서 언급한 입소자의 중증도 및 업무량을 고려한 인력지원 기준의 개정이 필요하다. 예를 들어 입소자 25명당 1인을 둔다는 생활지도원 또는 생활복지사 그리고 입소자 40명당 1인을 둔다는 간호사의 인력 기준은 유사한 노인 및 장애인 시설들과 비교하였을 때도 매우 낮은 수준으로 현실적으로 보편타당한 윤리적 운영을 할 수 없는 수준이기에 현실화가 필요하며, 같은 맥락에서 조리원 및 위생원의 인력지원 기준도 개정이 필요하다.

셋째, 정신요양시설 입소자가 받는 서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 요양간호서비스 및 정신사회재활 서비스의 양과 질을 높일 수 있도록 정신보건전문요원의 확충이 필요하다. 현재의 정신요양시설은 국가의 만정정신질환자의 사회적 격리 수용에 의한 관리 중심으로 운영되고 있다. 향후 정부는 정신요양시설의 순기능을 제대로 밝히고 이에 따라 정신요양시설에 입소한 시민들의 권리가 최대한 존중되는 입소자 중심의 정신요양시설 운영을 목표로 삼아야 할 것이며 이를 위해 필요한 인력지원을 도모해야 할 것이다. 실질적으로 시설 당 2인의 정신보건전문요원이라는 기준은 정신요양시설 입소자들의 인권과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 치료, 재활, 요양 서비스가 가능한 수준에 절대적으로 미치지 못하는 수준으로 현실적인 개선이 필요하다. 이러한 개선을 위한 방안으로서 현재 지역사회 정신재활시설 중 생활시설의 경우 “전문요원, 재활활동보조요원, 보조원: 입소 1인당 15명, 끝수 8 이상인 경우 각 1명 추가”라는 기준과 비교하여 정신요양시설의 인력 기준을 정할 수 있을 것이다. 정신요양시설의 정신보건전문요원의 인력 기준의 향상 시 한 가지 고려해야 하는 점은 이들의 역할과 현재 인력 규정에서의 간호사, 생활지도원 또는 생활복지사, 작업지도원이 담당하는 역할의 중복에 대한 고려를 명확히 규정할 필요가 있다. 이에 대한 한 방안으로 현재의 생활지도원 또는 생활복지사는 주로 일상생활 관리 및 요양보호를 담당하고, 정신보건전문요원을 확충하여 정신사회재활, 지역사회연계와 관련된 활동들을 책임지어 담당하게 하고, 향후 작업지도원 직위는 폐지하고 현재의 작업지도원의 업무는 그 성격에 맞게 생활지도원 또는 생활복지사의 업무와 정신보건전문요원의 업무에 재배치하여 담당하도록 하고 현재의 고용된 작업지도원은 생활지도원 또는 생활복지사의 인력으로 편입하는 인력구조 조정을 제안하는 바이다.

이상의 논의를 고려하여 정신요양시설의 인력 기준은 다음과 같은 6개의 원칙을 제안하는 바이다. (1) 24시간 365일 서비스 제공 원칙, (2)야간 근무자를 기준으로 3교

대 원칙, (3) 정신요양시설의 설비를 반영하여 병동(근무자 담당하여야 하는 시설공간의 구분)당 간호사와 생활지도원 또는 생활복지사가 4인 1조로 상시근무 원칙, (4) 조리원과 위생원의 법정초과근로시간 위반금지 원칙, (5) 입소자의 장애정도 반영 원칙 (중증 대 경증 = 2:1), (6) 모든 입소자에 대한 정신보건전문요원에 의한 정신사회재활 및 지역사회연계 프로그램의 제공 원칙. 이와 같은 원칙을 토대로 정신요양시설 인력 설치 기준의 개선안을 <표 5-13>에 제시하였다.

<표 5-13> 정신요양시설 인력 설치기준 개선안

구 분	지 원 기 준
시설장	- 시설 1인(시설장은 상근의무). *겸직에 따른 인건비 이중 지원은 불가. 시설장 인건비는 1개 시설에서만 지급.
사무국장	- 시설당 1인
정신건강의학과 전문의 또는 촉탁의	- 시설당 1인
간호사	- 입소현원 34인당 1인 - 3 교대 근무 원칙
생활지도원 또는 생활복지사	- 입소현원 경증 입소자는 12인당 1인, 중증 입소자는 6인당 1인 - 3 교대근무 원칙
영양사	- 시설당 1인
사무원	- 시설당 2인(입소현원이 100명 미만인 경우에는 1명)
정신건강전문요원	- 입소현원 50명당 1인 (단, 시설당 최소 2명 그리고 여성 정신건강전문요원 1인은 반드시 포함하여야 함)
작업지도원	폐지 (현재의 인원은 생활지도원 또는 생활복지사로 편입)
조리원	- 입소현원 50명 미만: 2명 - 입소인원 30명 추가 당 1 명 추가
위생원	- 입소현원 100명 이하 : 2명 - 입소인원 50명 추가 당 1명 추가
관리인 또는 경비원	- 시설당 1인
안전관리요원	- 시설당 1인

제3절 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선방안

앞서 제4장에서 살펴본 정신재활시설의 시설 및 인력 기준의 문제점을 요약한 내용은 <표 5-14>에 제시되어있다.

<표 5-14> 정신건강증진시설 시설유형별 시설기준 문제점 요약

구분	문제점
시설 기준	<ul style="list-style-type: none"> 생활시설: 정신장애인 생활시설의 정원에 대한 논의가 필요하며 시설 전체의 정원 뿐 아니라 개별 생활실의 정원, 즉 몇 명이 함께 거주할 것인지에 대한 규정도 고민해 보아야 함 주간재활시설: 건축물 용도가 노유자시설인 곳에 설치 신고하고 소방법에 의거하여 소방 설비와 대피시설을 갖추어야 하지만 이러한 건물 용도와 시설설비를 갖추기에는 어려움이 많아 증가하지 않고 있음
인력 기준	<ul style="list-style-type: none"> 생활시설: 정신장애인 생활시설의 정원에 대한 조정이 이루어지면 이와 연계하여 직원의 수 역시 함께 고민되어야 함 주간재활시설: 규모가 큰 시설의 경우 행정업무가 많아지게 되는데 현재 시설 인력 기준에는 이러한 부분이 반영되어 있지 않음 공동생활가정: 정신재활시설의 공동생활가정의 직원 기준은 2017년 정신건강복지법 개정 이전에 설치신고된 시설과 그 이후에 신고된 시설이 달리 적용되어 현재의 시설 기준은 법 개정 이전에 신고된 시설과 이후 신고한 시설로 이원화되어 있음 지역사회 전환지원시설: 지금처럼 전환기능을 주로 할 것인지 아니면 응급섭터의 기능을 강화할 것인지, 지금처럼 전환지원시설에 응급섭터 기능을 들지 별도의 시설 유형을 들지 등등에 대해서 논의가 필요함 직업재활시설: 고용시장에 참여하도록 하는 업무를 주로 하는 유형과, 직접 생산품을 만들고 정신장애인을 고용하는 시설 유형으로 나뉘어 있는데, 동일한 직업재활시설 유형이지만 운영의 형태가 서로 다르기 때문에 직원의 수나 필요로 하는 직원의 구성과 직종도 다를 수 있으나 현재는 동일한 기준 하에 운영되고 있음

정신재활시설에 대한 법적기준은 정신건강복지법 시행규칙 「별표7」(시설기준 및 수용인원기준), 「별표8」(종사자의 수 및 자격기준), 「별표9」(이용 및 운영에 관한 기준), 「별표10」(구체적인 종류 및 사업)을 기반으로 한다. 이 같은 시설 및 인력 기준은 1997년 하위법령이 만들어진 이후 크게 바뀌지 않았고 시설유형의 변화에 대한 내용만이 추가된 상황이다.

사회 변화가 급속화되면서 정신재활시설도 정신건강복지법 시행 등 사회적 변화와 국제적 기준을 반영하여 역할을 새롭게 정립하고 이에 맞춘 인력 기준과 시설기준을 재정립하여야 할 필요성이 있다. 초기 정신재활시설의 역할에서 벗어나 국제적인 기준

인 장애인권리협약 제26조 훈련 및 재활의 목표(장애인이 최고의 독립성과 완전한 신체적, 정신적, 사회적 그리고 직업적 능력과 삶의 모든 면에서 완전한 통합과 참여를 얻고 유지하게 하는 것)를 추구하여야 할 것이다. 또한 탈원화 방향에 맞추어 정신장애인의 자립생활과 존엄성을 실현하기 위한 사회적 보호를 구체적으로 실현하여야 한다. 이를 위하여 정부는 정신재활시설의 역할과 기능을 다양화하여 정신장애인의 건강, 고용, 교육 그리고 사회복지와 관련하여 포괄적이고 개별화된 훈련 및 재활서비스가 가능하도록 지원하여야 할 필요가 있다.

1. 시설기준 제안

앞서 4장에서 논의한 바와 같이 현재 지역사회에서는 정신재활시설에 대해 다양한 역할과 기능을 요구하고 있고 그에 따라 변화가 시도되고 있다. 그러나 정신재활시설의 기준은 과거의 틀을 그대로 유지하고 있기 때문에 이러한 변화를 충분히 반영하고 있지 못하다. 그러므로 각각의 시설의 유형에 맞는 기능과 역할을 명확히 규명하는 것을 우선한 후, 그에 맞추어 시설의 기준을 정비하여야 할 것이다.

첫째, 시설의 공통기준 간소화하고 개별시설 기준을 세밀화 하는 것이 필요하다. 법에서 제시하고 있는 시설의 기준은 모든 시설에 적용되는 공통기준과 개별 유형별 시설기준으로 구분되어 있다. 장애인 시설과 비교해서 살펴보면, 장애인 시설의 경우 공통기준도 시설 유형에 따라 적용의 내용과 폭이 달라지는데 반해 정신재활시설의 경우 공통기준에서는 개별 시설의 특성이 고려되지 않고 일괄적으로 적용하도록 되어 있다. 또한 정신재활시설의 공통기준에서는 제시하는 내용이 많고, 개별 시설 기준과 겹치는 경우도 있어서 보완이 필요하다. 공통기준이 많다는 것은 한편으로 시설 유형간의 기능과 역할을 차이를 반영한 공간 구성과 시설기준이 적절히 이루어지지 못했음을 반증하는 것이기도 하다. 그러므로 공통기준을 최소화하고 개별 정신재활시설의 유형과 기능에 맞는 기준이 제시되어야 할 것이다.

둘째, 이용 및 입소 정신장애인의 인권보장을 위해 시설의 최소기준이 마련되어야 한다. 최근 장애인시설의 경우 시설화 되는 경향을 축소하기 위해 면적과 실별 생활인에 대한 기준이 강화되고 있다. 정신재활시설을 보면, 최근 공동생활가정의 경우에는 이용인원과 개별 실에 입소하는 인원에 대한 규정이 정해져 있지만 그 외 거주관련 시

설에서는 전체 면적에 대한 기준은 제시되고 개별 실의 인원에 대해서는 규정화되어 있지 않다. 입소인이 보다 쾌적하고 자유롭게 생활하는 것을 보장하기 위해서는 개별 실에 거주하는 인원에 대한 기준도 마련되어야 할 것으로 보인다.

셋째, 정신재활시설에 적용되는 다양한 법을 고려한 현실적인 시설기준을 마련하거나 기준을 맞추기 위해 필요한 지원이 필요하다. 정신재활시설의 경우 대부분 지역사회 내의 주택이나 근린시설을 임차하여 설치·신고하고 운영하는데, 비단 정신건강복지법 뿐만 아니라 여러 다른 법령에 의해서도 영향을 받는다. 시설이기 때문에 적용되는 여러 다른 법과 제도의 영향에서 자유롭지 못하므로 이에 대한 고려가 필요하다. 현재 정신재활시설을 설치·운영하기 위해서는 「정신건강복지법」이외에 「소방법」, 「건축법」, 「장애인 노인 임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」, 「주택법」, 「상하수도법」 등의 법령을 따라야 한다. 업무점검과 시설평가에서도 이러한 시설 기준이 반영되고 있다. 그러나 건물을 새로 신축하지 않는 한 기존의 건축물에 이러한 모든 법령을 충족하도록 개보수하여 시설을 설치·운영하는 것은 거의 불가능하다. 이는 정신재활시설이 지역사회 내에서 확산되지 못하는 걸림돌이 되기도 한다. 현장에서는 법적인 기준을 충족하지 못해 실제 운영하는 시설 유형이 아니라 법적 제재가 덜한 시설 유형으로 등록하여 운영하기도 한다. 정부에서 이 같은 상황에 대해 인식하고 조정할 필요가 있다. 즉 시설 유형에 맞출 수 있도록 시설을 개·보수하도록 지원하거나 기준에 설비를 갖춘 지역사회복지시설의 일부를 활용하여 시설을 운영하도록 하는 방법, 건물을 지자체에서 마련하여 위탁하여 운영하는 형태도 고려해 볼 수 있을 것이다.

2. 인력 기준 제안

현재 정신재활시설 인력의 기준은 모든 시설 유형이 공통으로 이용·입소한 정신장애인의 수를 기준으로 정해진다. 인력의 수와 인력의 구성도 정원에 근거하고 있다. 이 같이 획일적으로 규정된 기준에서 몇 가지 변화가 필요하다.

첫째, 직원의 수가 절대적으로 부족하므로 직원 수에 대한 기준이 변경되어야 한다. 정신재활시설과 비슷한 역할을 하고 있는 장애인시설 유형과 비교해 보면 인력이 부족함이 명백히 드러난다. 정신장애인이 적절한 서비스를 받을 수 있는 권리를 확보하고 주당 52시간 근로제도 하에서 직원의 인권이 보장받기 위해서도 인력의 수를 현실화

할 필요가 있다. 특히 1년 365일 24시간 내내 함께 생활하면서 서비스를 지원하는 시설의 경우 강화된 근로기준법을 준수하는데 어려움이 크다. 현재는 2교대에 해당되는 직원 수가 근무하고 있으므로 휴가나 공휴일 등을 고려하면 향후 3교대가 가능한 인력이 배치되어야 할 것이다. 또한 소규모 생활시설도 유사한 상황이다. 4인 정원의 생활시설의 경우 1인의 직원이 근무를 하고 있어 근로자로서의 권리 보장에 대한 논란이 지속되고 있다. 현실적으로 2인의 직원이 근무하는 것이 불가능하다면 주당 근무시간과 휴가 등을 고려하여 직원이 근무하지 못하는 시간에 대체인력이 근무하도록 지원하는 방안도 고려되어야 할 것이다. 대체 인력이 지원되는 지자체도 있지만, 대체 인력의 기준과 대체 인력 인건비에 대한 규정이 없다. 대체 인력에 대한 자격기준을 제시하고 인력 풀을 만들어 시설에 배치될 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 직원을 지원하는 기준에 대한 고민도 필요하다. 현재는 기관에 내소하여 이용하는 인원을 기준으로 인건비를 지원받도록 되어 있다. 물론 정원 모두가 출근할 수 없으므로 가중치를 두고 있으나 향후에는 지역사회에서 혼자 살아가는 정신장애인에 대한 서비스 지원이 강화될 수 있으므로 내소를 중심으로 인력을 정하는 방식에 대한 변화가 필요하다. 전환지원시설의 경우에도 단기간 거주하고 지역사회로 이동하도록 지원하는 역할을 고려하고 초기 병원에서 퇴원한 사람이나 응급상황의 정신장애인에게 서비스 요구가 많다는 점 등을 고려하면 단순히 내소나 입소한 인원 대비 인건비를 지불하는 방식에는 문제가 있다. 인력이 많이 필요한 시기나 업무 등에 가중치를 부여하여 인력을 조정할 필요가 있다.

셋째, 시설의 유형에 따라 직원의 구성에 변화가 있어야 할 것이다. 현재는 인력 기준이 시설 유형과 관련 없이 등록 정신장애인의 수에 근거하여 전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원을 두도록 획일화 되어있다. 그러나 시설의 기능이 다변화 되고 규모의 차가 커지면서 이를 반영하여 인력을 배치할 필요가 요구되고 있다. 장애인시설과 비교해보면 장애인시설의 인력 기준에는 시설의 역할, 유형, 규모에 따라 배치되는 직군과 수가 다양하다. 정신재활시설도 개별 시설의 기능, 유형이나 규모에 따라 회계 및 행정담당 직원, 사무원, 생산품 기사, 조리사, 관리인, 안전관리요원 등의 인력이 추가될 필요가 있다. 다음의 표는 본 연구에서 시설 유형에 따라 인력 기준을 설정할 때 고려해야하는 사항을 정리한 것이다.

〈표 5-15〉 정신재활시설의 시설 유형별 인력 기준 설정 시 고려해야하는 사항

시설 유형	고려사항
생활시설	<ul style="list-style-type: none"> • 시설의 소규모화, 다양한 주거전달체계 유형 고려 필요. • 개별상황실의 정원에 대한 규정 고민이 필요하며, 이와 연계한 직원 수 보완이 필요함(현재 공동생활가정은 입소정원에 따라 기준이 마련되어있으나 생활시설에는 적용되지 않고 있음)
주간재활시설	<ul style="list-style-type: none"> • 주간재활시설 확충이 선행될 필요가 있음. • 규모가 큰 주간재활시설의 경우 장애인복지관에 준하는 인력을 구성하여 다양한 복지서비스를 제공하도록 고려
공동생활가정	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지법 개정 이전 및 이후 신고 시설의 유형이 이원화됨에 따라 인력 문제가 드러나고 있음. 시설에 따른 직원의 적정 배치 규모 고려 필요
지역사회전환지원시설	<ul style="list-style-type: none"> • 단기 이용시설이기 때문에 정원과 현원, 인력에 대한 전반적인 고민이 필요. 시설의 명확한 사업내용과 구체적인 기준이 제시된 이후 적정 인력 규모에 대한 고려 필요
직업재활시설	<ul style="list-style-type: none"> • 직업재활시설의 운영형태가 다름에도 직원 수나 구성, 직종이 동일한 구성을 따르고 있으므로, 시설의 유형에 따른 추가적인 인력배치, 직원 구성 다양화가 필요함. • 이용인원이 증가함에 따라 전문요원의 수도 변동되도록 기준 변경 필요.

참고문헌 <<

- 국립정신건강센터. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8726&fno=106&gubun_no=6&pg=1&search_item=1&search_content=%BA%B8%B0%ED%BC%AD&menu_cd=K_04_09_00_00_T0
- 박경민, 이상민, 노성원, 서용진, 최원석, 황태연. 정신병원 정신건강의학과와 증장기적 발전방향 조사를 위한 연구. *신경정신의학* 2014;53(2): 99-113.
- 주용선. 일본 정신병원의 시설현황과 병동특성에 관한 연구. *대한건축학회논문집* 2007;23(2):39-46.
- 이동은, 서동우, 이태경, 박종익, 홍진표, 권수희, 이종일, 정은기, 장동원. *신경정신의학* 2005;44(5):560-567.
- 미국 법전(United States Code, U.S. Code, U.S.C.)의 1395x(f)
- 미국연방규정집: Condition of Participation[42 CFR section 482.13]
- 미국 캘리포니아규정집: California Code of Regulations, Section 71545(d), 71625
- 미국 캘리포니아 보건의료폭력방지법(§ 3342. Violence Prevention in Health Care)
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령
- 치료감호 등에 관한 법률 (약칭: 치료감호법) 제2조, 25조의3, 치료감호 등에 관한 법률 시행령 제 7조의 3
- 호주 빅토리아 정신보건법 Mental Health Act 2014, Victoria.
- AIHW(Australian Institute of Health and Welfare).(2019). Mental health services—brief 2019. Cat. no. HSE 228. Canberra: AIHW.
- USC(1395x(f) Psychiatric hospital). Title 42-THE PUBLIC HEALTH AND WELFARE. CHAPTER 7-SOCIAL SECURITY. SUBCHAPTER XVIII-HEALTH INSURANCE FOR AGED AND DISABLED. Part E-Miscellaneous Provisions. <https://uscode.house.gov/view.xhtml?jsessionid=3EFE2C98DC788F42FC5A1E4742D0714D?req=granuleid%3AUSC-prelim-title42-chapter7-subchapter18-partE&saved=%7CKHRpdGxlOjQyIHNIY3Rpb246MTM5NXggZWRpdGlvbjpwc mVsaW0p%7C%7C%7C0%7Cfalse%7Cprelim&edition=prelim>
- CMS. (2018). Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting (IPFQR) Program. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instr>

uments/HospitalQualityInits/IPFQR

Code of Federal Regulations. Title 42 - Public Health. CHAPTER IV - CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (CONTINUED). SUBCHAPTER G - STANDARDS AND CERTIFICATION. PART 482 - CONDITIONS OF PARTICIPATION FOR HOSPITALS Volume: 5. Date: 2018-10-01.
<https://www.govinfo.gov/content/pkg/CFR-2018-title42-vol5/xml/CFR-2018-title42-vol5-part482.xml#seqnum482.22>

Department of Industrial Relations § 3342. Violence Prevention in Health Care.
<https://www.dir.ca.gov/title8/3342.html>

Justice Action. (2017). Submission to the Legislative Assembly Public Accounts Committee Inquiry into the Management and delivery of Health care in NSW.

Parliamentary of Australia. Senate Committees. (2019). Chapter 6 - Access to mental health services.
[.https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Former_Committees/mentalhealth/report/c06](https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Former_Committees/mentalhealth/report/c06)

Russakoff, L. M. (2014). Private in-patient psychiatry in the USA. *The Psychiatric Bulletin*, 38(5), 230-235.

The Sydney Morning Herald. (May 29, 2019) Overburdened psychiatrists abandon 'broken' public system.
<https://www.smh.com.au/healthcare/overburdened-psychiatrists-abandon-broken-public-system-20190528-p51s3j.html>

U.S. Department of HHS (Health and Human Services). (2017). National Mental Health Services Survey (N-MHSS): 2016 Data on Mental Health Treatment Facilities. HHS Publication No. (SMA) 17-5049. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. retrieved from https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2016_National_Mental_Health_Services_Survey.pdf.

부록 1. 정신요양원 근무자 업무 << 매뉴얼 사례

1. 공간 위생 담당자 매뉴얼

〈부표 1-1〉 공간 위생 담당자 주요 업무

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
09:00 ~09:40	쓰레기 분리배출과 현관, E/V청소 신발장 청소	창문 열고 환기, 쓰레기 분리 배출 화장실, 각 방, 관리실, 공동방 등 쓰레기통을 큰 통 한 곳으로 모아 소각장에 배출 및 분리수거 & 외부쓰레기통 세척 & E/V청소)	
		월 목: 목욕날은 동편구역 청소를 먼저 함	
09:40 ~10:10	동편 화장실 청소 동편 세면실 청소	동편화장실-슬리퍼세척, 소화전 밑 세척 및 청결유지, 휴지 확인, 변기세척, 바닥 및 벽면 청소(스프레이와 분무기 이용) 곰팡이 때 제거, 수건교체, 쓰레기통 세척, 거울세척, 수도꼭지 상태확인 동편세면실-슬리퍼교체, 거울세척, 수도꼭지주변 닦기, 세면대 닦기, 하수구 오물 제거, 수건교체, 바가지와 세숫대야 닦기, 세면실바닥 닦기, 양치컵 점검하기	1. 매일: 양동이에 베이킹소다 1컵, 물 15L(1양동이)를 배합하여 사용. 2. 필요시: 양동이에 세제 1컵, 락스컵 두경으로 4컵, 물 15L(1양동이)를 배합하여 사용.
10:10 ~11:10	서편 화장실 청소 서편 세면실 청소	서편화장실-슬리퍼세척, 소화전 속 청결상태 확인, 휴지 확인, 변기세척, 바닥 및 벽면 청소 (스프레이와분무기 이용) 곰팡이 때 제거, 세면대 세척, 수건교체, 쓰레기통 세척, 거울세척, 수도꼭지 상태확인 서편세면실-슬리퍼교체, 거울세척, 수도꼭지주변 닦기, 세면대 닦기, 하수구 오물 제거, 수건교체, 바가지와 세숫대야 닦기, 세면실바닥 닦기, 양치컵 점검하기	
11:10 ~12:00	배식 양치지도와 가글	근무자 공통사항: 생활인 케어서비스(식사 및 양치)	
12:00 ~13:00	직원식사, 휴게시간	직원 휴게시간	식당이용 함 병동 밖으로 나갈 경우 핸드폰소지 함
13:00 ~14:30	배식실 청소 및 기타	① 음용수기 청소 (브러쉬 사용 물 때 청소, 물받이통 상태 확인 - 1일 2회 이상 교체) ② 잔반통 - 세제 배합하여, 혹은 주방세제만으로 청소, 수세미 소독, 앞치마, 고무장갑 청결상태확인 ③ 배식실(식기세척기, 싱크대, 천장, 벽면),간식그릇 세척, 세척기 오염물 배출 ④ 칫솔소독기 및 컵 건조기 가동 여부 확인 및 청소 / 핸드드레일, 각 방문 손잡이 에탄올 희석액 청소	

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
14:30 ~15:00	동편 세면실, 화장실	물청소, 수건교체	
15:00 ~15:30	서편 세면실, 화장실	물청소, 수건교체, 걸레 건조대 관리, 건조장 세탁물 관리	건조장 세탁물 관리: 월, 목: 세탁물 넣기 일, 수: 건조세탁물 꺼내기
15:30 ~16:00	수선화, 백합방 스팀청소	안정시, 수선화, 백합방 스팀청소, 사물함 주변관리 및 이 불장관리,	방 생활인 위생상태 확인 및 지도
16:00 ~17:00	시설물 점검관리	층내 점검, 시설물 관리, 수리대장기록, 생활공간청소(진공 청소기 이용)	
17:05 ~18:00	저녁 배식 업무인계	저녁배식 직원 회합 (업무 인수인계)	

* 외부 병원 진료 시 운전지원

2. 관리실 담당자 매뉴얼

〈부표 1-2〉 관리실 담당자 주요 업무

시간	주요업무	업무실행방법	비고
09:00 ~09:40	전체 소목욕	전체 소목욕 및 팬티교체(천사 소목욕 지원:들국화 방으로 안내 후 물수건 사용, 팬티교체) 층청소 준비:청소도구, 세제물(소량의 세제희석액), 걸레 등 월, 목 목욕날 -세탁물 내리기 및 목욕자 인솔 안내	화요일:NP진료 일요일:층내 미 사 지원
9:40 ~ 10:30	병동 라운딩 및 청소지원	병동 라운딩 및 관리실 정리, 생활인 필요물품 비치, 청소진행- 공동방, 각방 청소, 복도 및 공동방 청소지원, 미 사계단 청소 (월, 목-목욕날은 10:30부터 진행)	
10:30 ~ 11:10	건강보조식품 제공 및 커피제공 / 컵 세척	커피, 건강보조식품 제공(그린비아, 청국장환), 컵 세척 요일별 업무 진행, 생활나누기, 이불 및 베갯잇 교체 봉사자 OT 및 인사, 활동지원 소화기 점검 및 (매달 1일, 15일)및 칫솔교체, 미사책 교부,	
11:10 ~12:00	식사준비 및 지원 직원식사 및 뒷정리 환기	연하곤란자, 식사거부자 위치로 모시기 + 식사예절지도	

162 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

시간	주요업무	업무실행방법	비고
12:30 ~13:00	새천년 체조	새천년 체조 지원, 결재서류 철하기, 봉사자 활동지원	
13:00 ~13:40	휴게시간	휴게시간	
13:40 ~14:30	상담진행	위기개입 상담 및 사례관리진행 등에 필요한 대상자의 주기적인 개별상담	
14:30 ~15:30	개인 프로그램 진행	프로그램진행(1시간)	
15:30 ~16:40	일지작성	상담일지, 프로그램 일지 작성	
16:40 ~17:00	사례관리	'집중사례관리' 대상자를 포함하여 사례관리 서비스 제공	
17:00 ~17:10	저녁 배식 준비 및 배식	저녁배식 & 식사 후 상 정리 연하근란자 등 제 위치로 모시기 + 식사에절지도	
17:40 ~18:00	업무인계	저녁 회합업무(업무 인수인계)	

* 하루일과를 진행, 층 내 필요한 소모품 및 물품 지원(부족물품 칠판에 기록)

* 관리실에서 전화 응대, 공동업무일지기록, 병동 회합 후 업무 전달,

* 출입문 관리

3. 밤 근무 업무 담당자 (N) 매뉴얼

<부표 1-3> 밤 근무 업무 담당자 주요 업무

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
18:00~ 18:20	방별 라운딩 및 인원확인 사물함관리 점검, 위생상태 점검, 건강상태 파악	생활인분들 각방으로 들어가도록 안내함. 사물함 사용자의 사물함을 열게 하여 사물함 정리 및 청결상태를 확인함, 위생 및 건강상태 파악하여 조치함, 결례교체 및 삶기, 402호 세탁물관리	낮 당직자 or 공간위생 담당자 보조받음
18:20~ 19:00	저녁약 투약 보조 손발 피부관리	저녁약, 건강보조식품 제공, 행주, 걸레 삶기고 널기 틀니 세정관리, 손발관리(연고 및 로손바르기)	

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
20:00 ~20:30	위생관리 소변지도	응급상황매뉴얼 숙지(응급상황체계도, 자위소방대조직 표, 비상연락망, 화재 발생시 업무 분장표, 저혈당증상표, 생활인 특성) 기저귀 및 생리대 필요자 상태점검 및 물품제공	
20:30 ~22:00	취침준비/취침약 투약	각 방 이부자리 점검 및 제공, 오염이불 교체, 소변지 도, 의복교체, 취침전약 투약, 생리대 제공, 기저귀 착용, 간이변기 비치, 세면실 등 수건교체, 세면실 세면용품준비	
22:00 ~01:00	20분 단위로 1층, 4층 병동 라운딩 생활인 수면상태확인 층내 문단속 각종 일지작성	매시간 병동 라운딩, 소변지도 및 기저귀교체 실내온도 체크, 목욕탕정리(애벌세탁) 개인위치파악, 탈의여부 확인, 이불 덮어주기, 환기순 환점검. 하절기-모기약 확인 / 동절기 - 화장실, 세면실 등 창 문확인(동파방지)	
01:00 ~05:00	휴게시간	상담실 혹은 기타(옷방, 이불방)	
05:00 ~06:00	병동 라운딩 및 혈당체크 및 인슐린 투여	병동 라운딩 및 소변지도, 외출자 목욕, 대소변으로 오 염된 침구류와 의류 애벌세탁,화장실,세면실 청결상태 확인 및 청소, & 식전약 투약, 주간혈당체크(식전 혈 당체크)	
06:00 ~06:20	전체기상과 침구정리 아침운동	전체기상 및 국민체조, 환기, 방청소, 세면, 로션바르 기, 머리빗기 & 목욕탕 세탁물 정리 속옷교체 및 의복 지급, 소목욕 지도, 각 방 이부자리 오염 여부 확인 및 오염세탁물 애벌빨래	
06:50 ~07:30	식사 지원 및 설거지지도	식사 지원 및 설거지 지도, 양치지도	생활인 도움으로 배식함
07:30 ~08:00	아침약 투약 보조	아침약 투약보조	
08:00 ~08:30	층 청결상태 점검	동서편화장실,수선화방, 안정실 청결상태 확인 및 청소 목욕날 목욕준비(들국화방에 종류별로 의복준비,목욕 탕 목욕용품 준비)	
08:30 ~09:00	아침기도 지원	아침기도 지원 및 라운딩 업무인계	

4. 개인위생 담당 (B) 매뉴얼

〈부표 1-4〉 개인위생 담당자 주요 업무

164 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
9:00 ~ 9:40	개인위생상태 확인 소목욕 및 팬티교체 월,목:전체목욕 지원	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의복 및 개인위생상태(손발톱, 머리, 얼굴, 의복 등) ▶ 매일목욕자 목욕지원 ▶ 매일좌욕자 * 일요일은 층내 회합 후 진행 	매일 목욕자 명단 필요시 교체 됨
9:40 ~ 10:30	속옷 세탁 및 삶기 전체 세탁물 관리	<p>속옷, 양말세탁, 이엠 락스희석액 사용-간이변기 닦기, 목욕탕 청소, 탈의실청소,탈의실 옷장에 여벌 옷 종류대로 비치 오염세탁물 목욕탕에서 애벌빨래 후 드럼세탁기로 삶기 → 옷걸이를 이용해 건조대에 널다 오염된 이불(의복)은 애벌 빨래 후 세탁실로 내려 세탁 실에서 세탁하여 야 외 건조장에 널다 수건 및 속옷삶기 : 세탁기에 삶기 기능에 맞춰 돌려서 세탁 후 실내널기</p> <p>(목욕날 -목욕탕: B 및 D /방별로 목욕자 확인 및 들여 보내기 /C : 세탁물내리기 및 생활인 데려오기: / 옷입 히기 & 로션바르기 :의무팀 및 가족도우미)</p>	월,목:목욕날은 목욕탕에 들어가 지적장애인 과 요보호자 직접목욕시키 고 나머지 생활인 목욕도우미 진행 함
10:30 ~ 11:10	매점동반 및 세탁물 관리 소변지도와 손 씻기	매점동반 - 요일마다 방별로 매점 이용하여 간식구입 및 환희찾집 이용, 복귀 시 간단한 소지품 검사 목요일- 천사 매점간식 16명 제공 1:1 산책 지원(준비 및 활동), 성체조배 지원 소변지도 발열자 확인 의무팀 인계	월,목-목욕날 주간 근무 담당자 지원
11:10 ~ 12:00	배식준비 배식 양치지도와 가글	식사 및 자른식 20인분 준비(연하 곤란자, 식탐자) 및 밥 배식 근무자 공통사항 : 생활인 케어서비스	
12:00 ~13:00	직원식사 휴게시간	식당에서 식사 후 휴게시간을 갖음.	병동 밖으로 나갈 경우 핸드폰 소지함
13:00 ~14:30	낮 당직업무 진행 간식수령 및 준비 세탁물 관리	실내 세탁물 널기 낮 담당 근무자 휴게시간으로 인해 관리실 업무 (간식수령 및 준비 등 전반적인 층 업무 수행)	금요일오후- 내과 정기진료
14:30 ~ 15:00	간식준비 및 간식제공 소변지도	간식시간 및 뒷정리(쓰레기 정리)	
15:00 ~ 17:10	관리실 업무, 생활 인 케어 (소변 지도,목욕탕 정리) 담당방 업무	<p>B조 가족 돌보기 의복 및 개인위생상태(손발톱, 머리, 얼 굴, 의복 등) 확인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 손씻기와 소변지도, 발열자 확인 인계 (수,일요일) 건조장 세탁물 견고 정리하기 	담당구역관리 및 이불장 관리,

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
		목 : 동아리 활동 준비 및 활동지원 금 : 토: 양말 삶기, 월 건강체크 지원 일 : 공중전화 걸기지원 소변지도 자른식 제공자, 연하 곤란자, 20인분 반찬준비	
17:10 ~17:40	저녁배식, 양치지도 및 가글	양치지원	
17:40	업무인계	회합(업무 인수인계)	

*개인위생관리 담당

*세탁물관리

*소변지도 -지도가 필요한 생활인은 일상생활 기술훈련과 동일한 방법으로 배변지원

*동아리 활동 지원

*출입문 관리

5.주간 근무자 매뉴얼

〈표 1-5〉 주간 근무자 주요 업무

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
9:00 ~9:40	소목욕 및 팬티교체, 및 전체목욕 지원	전체 목욕날 -목욕탕에서 목욕서비스 제공	
9:40 ~12:00	사레관리 상담 및 일지작성 개인서류	사레관리, 상담 및 일지작성 개인서류업무, 성체조배 동반, 칭찬일지기록 매주 월요일 그릇방 청소, 정리. 컵소독기 청소	전체목욕으로 시간변동 가능 함
12:00 ~ 13:00	직원식사 휴게시간	식당에서 식사 후 휴게시간을 갖음.	식당이용 함 병동 밖으로 나갈 경우 핸드폰 소지함
13:00 ~ 14:30	산책	*가족 전체 대상 산책, 레크레이션 활동지원 or 노래방 노래부르기 대체 가능/ 조별 대상자 산책(산책표 참고)/ 1:1산책/성체조배 지원 ▶ 산책 후 신발 산책 옷 정리 (천사1:1산책 시 상담일지 작성 가능)	
14:30 ~ 16:50	레크레이션 or 전체프로그램		
	개인 서류작업	*근무자 부재 시 관리실 지키기 및 개인 서류작업. *생신잔치 일지 작성하기(월1회)	

166 정신건강증진시설 시설 및 인력 기준 개선방안 연구

시간	주요 업무	업무실행방법	비고
~ 17:40			
17:40	업무인계	회합(업무 인수인계)	

D형 매뉴얼

* 오전 목욕지원 * 오후 산책 지원

* 주간 계획 실시 - / 월 : 목욕 및 위생검사

목: 목욕, 천사 매점이용 지원, 동아리활동 지원.

* 체력증진 시간 및 자기 개발 증진 시간 & 가족들을 위한 요일별 프로그램 진행

* 방 담당제 실시

* 외부 작업 지원(주방) 및 전체 행사 참석

* 외부 병원 진료시 운전지원