
인권기반 작업치료 실천을 위한 연구

- 정신보건시설을 중심으로

2016. 7.

연구진

책임연구원: 이동석(장애우권익문제연구소 정책위원장)

공동연구원: 이선욱(대구대학교 작업치료학과 교수)

김슬기(대한작업치료사협회 정책부회장)

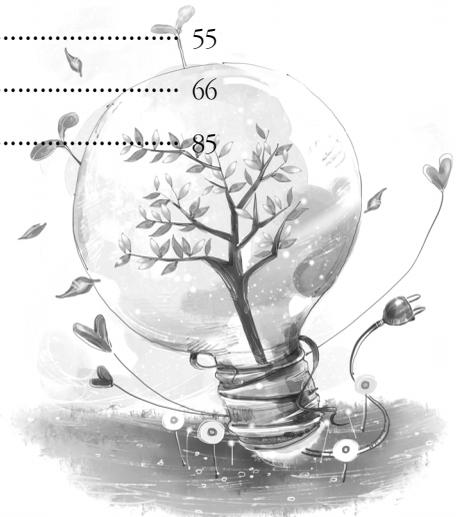
장영재(경기장애인인권센터 변호사)

황은선(장애우권익문제연구소 정책교육팀 팀장)

이지은(장애우권익문제연구소 정책교육팀 간사)

CONTENTS

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	3
2. 연구 내용 및 방법	6
II. 정신보건시설의 작업치료 현황	9
1. 정신질환자와 정신장애인	11
2. 정신보건시설 현황	12
3. 작업치료의 개념	13
4. 작업치료 현황	18
5. 우리나라 정신보건시설 작업치료 지침(보건복지부)	23
6. 작업치료 오용에 따른 인권침해 실태 - 2008년 국가인권위원회 실태조사를 중심으로	27
III. 작업치료 오용에 의한 인권침해 현황 - 국가인권위원회 결정례를 중심으로 ·	31
1. 국가인권위원회 결정례 분석	34
2. 제언	51
IV. 체험한 사람들의 이야기를 통한 작업치료	53
1. 작업치료 이용자의 이야기	55
2. 작업치료 종사자의 이야기	66
3. 이용자 집단과 종사자 집단 면접결과 비교분석	85



V. 외국 작업치료에 대한 고찰	93
1. 외국 사례연구의 목적 및 방법	95
2. 분석 결과	96
3. 소결 및 함의	113
VI. 인권기반 작업치료를 위한 제언	117
1. 작업치료 개념의 확대	119
2. 작업치료사 협회 및 단체의 리더쉽 강화	121
3. 작업치료사의 윤리에 대한 교육 강화	123
4. 정신장애인을 위한 혁신적인 치료서비스 형태 도입	126
5. 고지된 동의(informed consent)의 실천	127
6. 보호고용 보다는 지원고용 형태로의 전환	131
7. 작업치료학에 대한 정신장애인 당사자들의 연구참여 또는 연구주도	131
참고문헌	133
〈부록 1〉 치료적 의사소통모드 임상평가	139

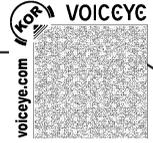
표목차

〈표 II-1〉 정신보건시설 현황	13
〈표 II-2〉 작업치료 교육기관 및 입학정원	20
〈표 II-3〉 작업치료사 국가면허 시험 형태 및 내용	20
〈표 II-4〉 정신보건 관련 작업치료 교육과정	21
〈표 II-5〉 강제 노역 여부	27
〈표 II-6〉 작업을 통해 받는 임금이 적정수준이라고 생각하는지 여부	28
〈표 II-7〉 작업치료 후 임금통장 관리	29
〈표 IV-1〉 집단면접 참여 이용자 현황	55
〈표 IV-2〉 집단면접 참여 종사자 현황	66
〈표 IV-3〉 두 집단 면접결과 비교분석	85
〈표 IV-4〉 정신건강 서비스 종사자들과 이용자들의 관점과 가치의 상이성	89
〈표 V-1〉 미국작업치료협회 윤리강령 및 지침 관련 자료	98
〈표 V-2〉 미국작업치료협회 윤리심의위원회 사례별 자문내용	99
〈표 V-3〉 치료 상황에서의 학대 체크리스트(Treatment Abuse Checklist)	103
〈표 VI-1〉 미국작업치료사협회의 작업치료 영역	119
〈표 VI-2〉 미국작업치료협회 교육인증위원회(Accreditation Council for Occupational Therapy: ACOTE) 교육과정 인증규정 중 윤리부문	123
〈표 VI-3〉 캐나다 온타리오의 동의 체크 리스트	128

그림목차

[그림 II-1] 연도별 작업치료사 국가 면허 취득 현황	21
[그림 V-1] 일상용어로 풀어보는 MOHO 용어(사람중심 작업치료(MOHO), 2015)	111
[그림 V-2] 영국 정신장애인들을 위한 정신사회작업치료 중재프로그램 기초표준안 ·	112
[그림 VI-1] 국제 기능·장애·건강 분류	120

인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로



I

서론



인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 정신질환을 앓고 있거나 경험한 사람은 약 600만 명 이상으로 추정되지만 정신질환 경험자 중 전문가의 상담 치료를 받는 비율은 약 15%에 불과하다(조맹제 외, 2011). 또한 이 중 장애인복지법 상의 정신장애인으로 추정되는 장애인은 117,428명이고, 이 중 81.5%인 95,675명만 등록하고 있다(김성희 외, 2014). 장애인복지법 상 정신장애인의 정의가 정신보건법 상의 정신질환자 정의보다 협소하기 때문이기도 하지만, 정신장애인에 대한 편견으로 인해 장애등록을 하지 않거나 조사를 회피하는 경우 등을 고려하면 출현율은 더욱 증가할 것으로 보인다.

지역사회기반의 정신건강 서비스 운영 체계를 강조하고는 있지만, 아직도 정신질환에 대한 치료, 정신장애인의 재활은 거의 대부분 정신보건시설을 기반으로 하고 있다. 즉 외국의 경우 정신병원에 대한 목적의식적 축소(탈시설)에 따라 정신장애인의 조속한 재활과 사회복귀를 이끌어 내고 있는 반면, 우리나라에서 정신장애에 대한 치료는 아직 정신보건시설 중심임을 알 수 있다. 특히 강제입원비율이 90.3%에 달하고(정신보건사업지원단, 2007), 평균입원일수가 267일(정신보건사업지원단, 2007)로 13일-52일 수준에 머물고 있는 OECD국가들과 비교해보면, 우리나라의 정신보건시설의 기능은 단순수용 또는 사회통제 이상일 수 없음을 알 수 있다. 입원 및 퇴소 과정에서 자기결정권이 박탈당하고 있다는 사실은 정신보건시설 내 인권침해의 가능성을 충분히 뒷받침할 수 있다. 실제로 국가인권위원회의 2008년도 조사(정인원 외, 2008)에 따르면 25%정도의 응답자들이 정신보건시설 내에서의 인권현황에 대해 부정적인 응답을 하였다.

정신보건시설에서의 인권침해 내용은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다(정인원 외,

2008). 첫째는 자유권의 침해로서, 임의적인 입원과정이거나 탈법적인 이송과정, 불법적인 퇴원거부, 통신권의 제한, 지나친 강박조치 등이 해당된다. 두 번째는 사회적 기본권으로서의 생존권의 침해로서 인간다운 생활을 할 권리의 침해이다. 열악한 시설환경이나 의료인력의 부족 및 적절한 치료 프로그램의 부족 등이 이에 해당된다. 여기에는 시설운영자의 부도덕성과 더불어 수익구조와 관련된 제도적 문제가 함께 관여된다고 할 수 있다.

정신병원이나 정신요양시설은 정신질환자가 해당 시설에 들어오면, 그 순간부터 그는 외부와의 접촉은 최대한 제한되며 그의 모든 행동이 통제되고 있다. 하지만 인권의식의 발전에 따라, 해당 시설의 목적사업 즉 정신질환자의 치료 및 사회복귀와 더불어, 그 과정에서도 시설에서 생활하는 사람들의 삶의 질을 최소한 일반인의 평균치 정도로는 유지하는 것이 요구되고 있다. 하지만 아직도 정신보건시설은 열등처우의 원칙(principle of less-eligibility)을 요구하고 있는 것으로 보인다. 즉 사회통제와 관련된 목적상 이들 시설들에 들어와 있는 사람들은 일반사회의 노동자보다 한 단계 낮은 처우가 행해져야 한다는 것이다. 바로 이 지점에서 인권침해 발생 가능성이 높아지는 것이다. 즉 정신보건시설 이용자에 대한 인권을 어떻게 바라볼 것인가에 대한 시설종사자와 이용자 간의 개념 차이만큼 인권침해가 발생하는 것이다.

인권의식의 발전에 따라 신체 구속에 따른 자유권 침해, 신체적 학대 등은 사회적으로도 많이 보고되고 종사자에 대한 인권교육도 강화되고 있다. 하지만 정신보건시설 내에서의 정신질환자에 대한 노동력착취 문제는 최근에 이르러서야 제기되고 있고(JTBC 2015년 방송), 아직 정확한 실태나 가이드라인이 명확하게 설정되어 있지 못하다.

역사적으로 시설에서 장애인이 노동의 대가로 어떠한 임금도 받지 못하거나 최저금액보다도 턱없이 모자란 금액을 받는 것은, 그들이 노동자가 아닌 훈련생이나 클라이언트로 분류되고 재활이라는 주장에 따라 합리화 되어왔기 때문이다(오봉욱, 2013; Abbas, 2012). 더욱이 시설의 폐쇄성과 오랫동안 지속되어온 치료와 재활의 논리로 인해 이러한 관행은 지속되고 있으며, 문제제기도 어려운 실정이다.

현재 신체적, 정신적, 그리고 발달과정에서 어떠한 이유로 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 하기 위하여 정신보건시설에서는 작업치료를 실시하고 있다. 작업치료는 담당 주치의(또는 치료진)의 치료처방과 환자 본인이나 가능하면 보호자의 동의하에 '직업재활 훈련실 등 작업에 필요한 시설을 갖춘 장소에서' 실시되어야 한다. 또한 작업치료 시간은 1일 6시간, 1주 30시간으로 제한되고 있고,

재료비 등 경비를 제외하고 이익이 창출된 경우 이용자의 개인통장에 입금하게 되어 있다.

하지만 상당수의 정신의료기관이 환자들의 치료 목적으로 작업을 실시한다고 보기 어려운 정도로 치료진의 상담 및 평가가 부재하거나 하루 종일 장시간 작업을 수행하는 등 인권침해의 문제가 계속하여 발생하고 있다. 특히 작업치료의 성과로 발생하는 이익에 따라 임금이 공정하게 배분되어야 함에도 그렇지 않은 사례들이 발생하고 있다. 국가인권위원회에 진정된 대부분의 내용은 강도 높은 노동을 시키고도 그에 비해 턱없이 모자라는 액수만을 지급하는 임금착복에 해당하는 것이었다(서미경·김재훈·이진향, 2008). 실제로 정신보건시설 내 정신장애인 인권침해 실태를 보면 노동에 비해 적절하지 못한 임금을 받는 장애인이 46.4%였고, 또 58.7%가 작업요법 후 임금통장을 본인이 관리하지 않는 것으로 나타났다(권혁장, 2009).

이처럼 정신보건시설에서는 작업치료를 한다고 하지만, 인권의 시각에서 보면 학대로 볼 수도 있는 문제들이 발생하고 있다. 즉 잘 활용하면 작업치료이지만 잘못 운영하면 학대가 되는 상황이 존재하고 있다는 것이다. 이와 같은 논쟁은 장애인의 노동과 생산성을 어떻게 볼 것인가하는 문제로 보인다. 현재 대부분의 프로그램에서 장애인들에 대한 보상은 일에 대한 물질적인 가치를 표현하는 것이 아니라 단순히 인센티브 차원에서 공급되는 것으로 이해되고 있다(강대혁·김선옥, 2011; Blaine & Mason, 1986). 하지만 비장애인에게도 고용은 삶에 의미를 주고, 경제적 자립을 도와주고, 무료한 시간을 달래게 하는 치료적 효과가 있기 때문에, 장애인에게만 치료나 재활을 이유로 정당한 대가 없이 노동을 요구하는 것은 노동력 착취가 분명하다는 주장도 있다(Blaine & Mason, 1986). 특히 시설이 장애인의 노동력으로 인해 이득을 보거나 장애 서비스에서 장애인의 희생의 결과로 이득을 보는 자가 비장애인이라면 더욱 노동력 착취라고 볼 수 있다는 것이다(Abbas, 2012).

이에 따라 노동착취와 치료의 모호한 경계에서 학대의 위험에 방치된 정신질환자들을 보호하기 위해서, 작업치료와 학대(노동력 착취)의 경계를 현재보다 명확하게 할 필요가 있다. 이를 위해 정신보건시설에서 작업치료 시행과 관련한 현황과 실태를 조사하여 문제점을 파악하고 외국의 사례와 비교하여 정신보건시설 정신질환자의 건강권과 권리 옹호를 위한 법적, 제도적 개선방향을 모색할 필요가 있다.

2. 연구 내용 및 방법

1) 연구 내용

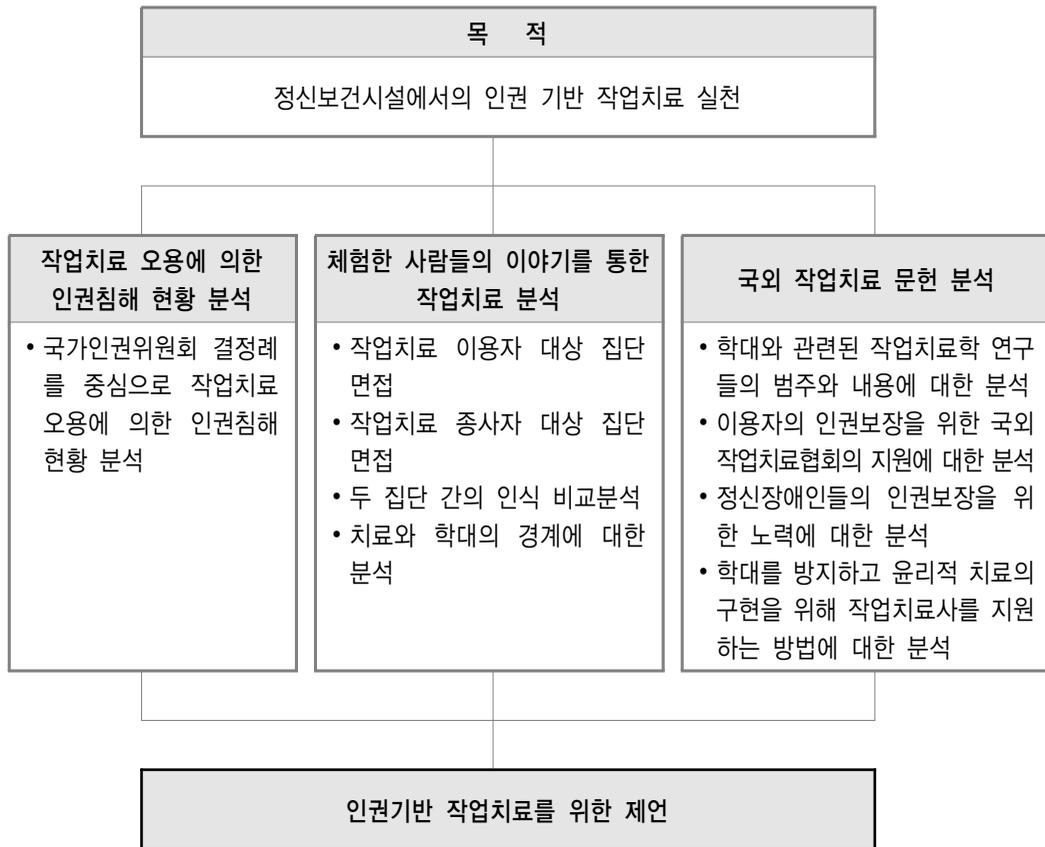
- 정신보건시설의 작업치료 현황
 - 작업치료의 개념, 정의, 업무범위, 인력양성 등
- 작업치료 오용에 의한 인권침해 현황
 - 국가인권위원회 결정사례 분석
- 체험한 사람들의 이야기를 통한 작업치료와 학대의 경계에 대한 상화 파악
 - 정신질환자(정신장애인) 인터뷰
 - 작업치료사 인터뷰
 - 두 집단 간의 의견 비교
- 외국 사례연구
 - 미국, 영국, 캐나다 등의 관련 지침, 현황, 관련 논쟁 등에 대한 조사
- 인권기반 작업치료를 위한 제언
 - 인권 관점에서 학대 없는 작업치료에 대한 제언

2) 연구 방법

- 문헌조사
 - 정신장애인의 노동과 사회적 편견 관련 문헌 조사
 - 작업치료, 학대 등 관련 국내외 문헌에 대한 조사
 - 인권기반 작업치료를 위한 관련 해외 지침 등 정부 문서에 대한 조사
- 심층인터뷰
 - 정신질환자(정신장애인) 인터뷰

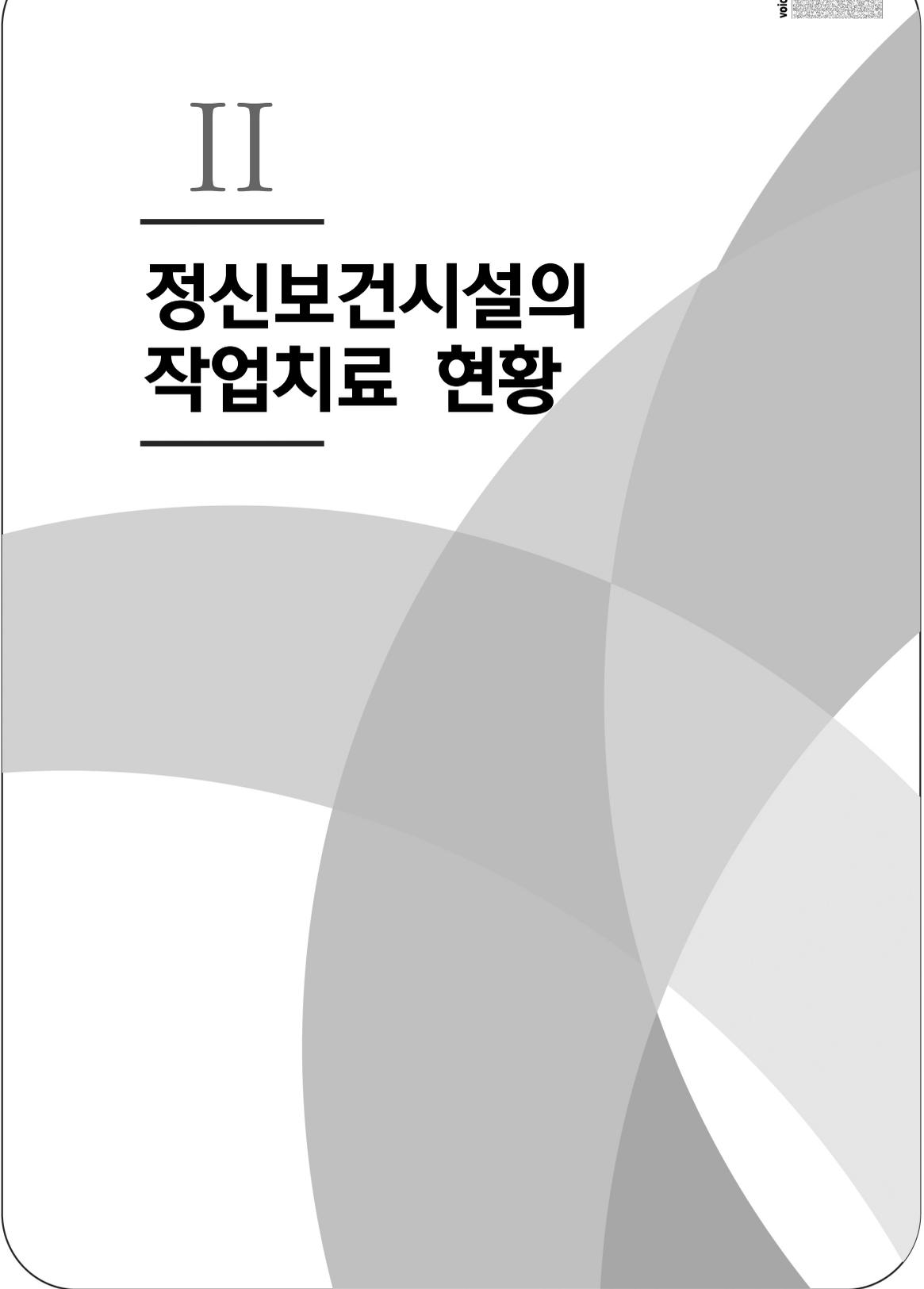
- 정신보건시설 근무 작업치료사 인터뷰
- 반구조화면접(semi-structured interview) 진행, 면접 당 1.5~3시간 소요 예정
- 정신장애인 및 작업치료사가 생각하는 작업치료와 노동력 착취의 판단기준, 전문 인력으로서의 작업치료사 윤리강령, 장애인 노동력착취 목적 시 행동경향 등
- 현재 정신의료시설이나 사회복지시설에서 행해지는 노동력착취에 대한 정책적 대안과 지침 등을 논의 및 주제별 분석

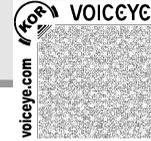
3) 연구 수행체계



II

정신보건시설의 작업치료 현황





인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

II. 정신보건시설의 작업치료 현황

1. 정신질환자와 정신장애인

현재 우리나라에서는 정신질환자와 정신장애인은 구분되고 있다. 정신질환자는 정신보건법에 의해 규정되고 있으며, 정신장애인은 장애인복지법에서 규정되고 있다. 정신보건법의 정신질환자는 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물 중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 의미한다. 장애인복지법의 정신장애인은 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애를 가진 자를 의미한다.

정신질환에 대해서는 매 5년마다 보건복지부가 실태조사를 하게 되어 있는데, 가장 최근의 조사는 2011년 정신질환실태조사이다. 이에 따르면 18세 이상 성인 중 최근 1년 간 한 번 이상 정신질환을 경험한 사람은 전체 인구의 16.0%인 577만 명으로 추정되었다. 알코올과 니코틴 사용 장애를 제외하면 10명 중 1명(전체 인구의 10.2%)꼴이 최근 1년 간 정신질환에 걸린 적이 있었다. 또한 평생 한 번 이상 정신질환 경험 한 사람은 전체 인구의 27.6%로 성인 10명 중에 3명꼴, 알코올과 니코틴 사용 장애를 제외하면 14.4%(’06년에는 12.6%)로 성인 6명 중 1명꼴이었다(조맹제 외, 2011).

하지만 모든 정신질환자들이 정신장애인으로 등록하는 것은 아니다. 정신질환과 정신장애의 정의가 다소 다르기 때문에 이들이 모두 정신장애인으로 등록할 수는 없지만, 정신질환자 중 장애인복지법 상의 정신장애인으로 추정되는 장애인은 117,428명이고, 이 중 81.5%인 95,675명만 등록하고 있다. 조사 직전 1년 동안 정신질환을 경험한 사람은 577만 명 기준으로 보면, 정신질환자 중 1.66% 정도만이 정신장애인으로 등록하고 있는 것이다.

우리나라에서 정신장애를 가진 사람의 출현율은 2014년 현재 약 11만명(중복장애 제외)으로, 인구 천 명당 2000년 1.4명, 2005년 1.8명, 2011년 2.3명, 2014년 2.3명으로 2000년에 비하여 약 2배 이상 증가하고 있다(김성희 외, 2014). 특히 정신장애인에 대한 편견으로 인해 장애등록을 하지 않거나, 응답하지 않은 정신장애인까지 고려한다면, 출현율은 더욱 증가를 보일 것으로 보인다.

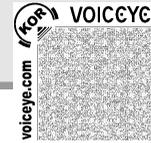
2. 정신보건시설 현황

현재 우리나라 정신보건법과 이에 따른 보건복지부(2015)의 사업지침에 따르면, 지역기반의 정신건강서비스 체계와 시설기반의 유형별 정신보건시설 서비스 체계가 존재한다. 지역사회 기반의 정신건강서비스 제공을 위해 중앙 및 지방정신보건사업지원단, 중앙자살예방센터, 광역·기초 정신건강증진센터 및 중독관리통합지원센터가 설치 운영되고 있다. 또한 음주폐해 예방사업과 마약류 중독자 치료보호사업의 내용도 포함하고 있다. 이와 더불어 시설기반 서비스체계는 정신보건시설이 담당하고 있는데, 여기에는 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설이 존재하고 있다.

정신보건법에 따르면, 정신보건시설은 정신보건법에 의한 정신의료기관·정신질환자사회복지시설 및 정신요양시설을 말한다. 각각의 시설정의는 다음과 같다.

- 정신의료기관: 의료법에 의한 의료기관중 주로 정신질환자의 진료를 행할 목적으로 제 12조제1항의 시설기준 등에 적합하게 설치된 병원(이하 "정신병원"이라 한다)과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과
- 정신질환자사회복지시설: 정신보건법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복지촉진을 위한 훈련을 행하는 시설
- 정신요양시설: 정신보건법에 의하여 설치된 시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복지촉진을 위한 훈련을 행하는 시설

또한 정신보건시설의 2014년 말 기준 정신보건시설의 현황을 살펴보면, 국공립 정신의료기관 187개소, 민간 정신의료기관 1,167개소가 존재하고 있으며, 정신요양시설은 59개소, 사회복지시설은 317개소가 존재하고 있다.



〈표 II-1〉 정신보건시설 현황

(단위: 개소)

구분		기관수	주요기능
계		1,730	
정신의료기관	국·공립	187	• 정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민간	1,167	• 정신질환자 진료
정신요양시설		59	• 만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		317	• 병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀 촉진을 위한 훈련 실시

자료: 보건복지부(2015), 2015년 정신건강사업안내

3. 작업치료의 개념

1) 작업치료의 정의

작업치료에서 사용되는 '작업'은 직업에서의 '작업'에 한정된 의미가 아니라, 사람들이 일상생활에서 흔히 접하게 되는 지극히 일상적인 활동들을 의미한다. 작업이란 각 개인들에게 의미가 있고 목적이 있는 육체적 행동뿐만 아니라 정신적, 사회적 활동까지 포함하는 것이다. 작업은 시간에 따라 진행되고 그 수행에 대한 의미를 가지며, 복합적 과제를 수반하는 목적 지향적 수행으로 정의하기도 한다. 또한 작업은 문화적 가치를 반영하고 삶의 체계를 규정하는 일상의 활동을 통해 자기관리나 즐거움 혹은 사회참여를 위한 인간의 욕구를 충족시키는 것으로 정의하기도 한다. 일상생활활동은 개인과 문화에 의해 결정되며, 의미와 가치가 부여되고 조직화된다. 작업은 사람들이 스스로를 위해 하는 모든 것을 말하며, 자신을 돌보거나 삶의 즐기며 공동체의 사회적·경제적인 구조에 기여하는 것을 포함한다(이재신 외, 2015).

이러한 작업은 크게 자기 관리, 놀이·여가, 생산성·일의 세 가지 영역으로 나눌 수 있다. 자기 관리영역에는 기본적인 자기 보호를 위해 자신을 돌보는 기초적인 일상생활과 집안일을 하거나 금전관리 등 독립적인 생활을 유지하기 위해서 필요한 복잡한 일상생활 등이 포함된다. 놀이·여가 영역은 생존을 위한 필수적인 활동이나 사회적으로 구속되는

시간 이외에 자신의 흥미나 관심에 따라 의미 있게 보내는 놀이나 즐거움, 기분전환을 위한 활동 영역이다. 생산성·일 영역은 학교교육이나 개인적 관심사에 대한 교육이나 직업 활동, 자원봉사 등이 포함된다(Creek, 2002).

따라서 작업치료란 신체적, 정신적, 사회적 문제를 가진 사람들이 그 개인이 선택한 의미 있는 작업에 직접 참여하게 함으로써 수행능력을 회복, 강화시키며, 적응과 생산성에 기본이 되는 기술과 기능의 학습을 촉진시키며, 병적 증상들을 감소시키거나 교정하며, 건강을 증진시키고 유지하도록 하는 것이다. 작업치료는 클라이언트의 작업적 요구를 평가하고, 각 사람의 상태에 맞는 의미 있고 목적 있는 작업을 선택·수행하는 과정을 통하여, 손상의 악화를 예방하고 잔여 기능을 향상시킴으로써 독립적인 개인의 생활을 증진시키는 의료 서비스이다(장기연 외, 2016).

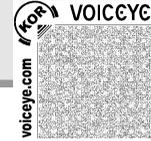
작업치료가 광범위한 영역을 다루고 있고, 작업치료가 시작된 이래로 역사적 문화적 배경에 따라 변화를 해왔기 때문에 한마디로 정의를 내리기가 쉽지 않다. 작업치료에 대한 주요 국가 및 법령에서의 정의는 아래와 같다

① 한국

작업이란 개인에게 의미가 있는 모든 종류의 정신적, 육체적, 사회적 활동을 말한다. 작업치료란 신체적, 정신적 그리고 발달과정에서 어떠한 이유로 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료, 교육하는 보건의료의 한 전문 분야이다(대한작업치료사협회, 2016).

② 미국

작업치료의 실행은 가정, 학교, 직장, 지역사회, 기타 다른 세팅에서의 역할과 상황에 참여하기 위한 목적으로 개인이나 그룹에 대해서 일상생활활동(작업)의 치료적 사용하는 것을 말한다. 작업치료 서비스는 건강과 안녕을 증진시킬 목적으로 질병, 부상, 질환, 기능장애, 만성질환, 손상, 장애, 활동 제한이나 참여 제한이 발생할 위험이 있는 사람에게 제공된다. 작업치료는 건강, 웰빙, 삶의 질에 영향을 주는 일상생활활동 참여를 돕기 위하여 다양한 맥락에서 작업 수행의 신체적, 인지적, 사회 심리적 측면을 다룬다(AOTA, 2014).



③ 일본

신체 또는 정신장애인, 또는 그것이 예측되는 것에 대해서 그 주체적인 활동의 획득을 도모하기 위한 여러 기능의 회복·유지 및 개발을 촉구하는 작업 활동을 이용하여 하는 치료·지도·지원하는 것이다(일본작업치료사협회, 2012).

④ 캐나다

작업치료는 작업을 통해 일상적인 삶에서의 용무를 가능케 하는 예술이고 과학이다. 작업치료는 건강과 안녕을 육성하는 작업을 사람들이 수행하는 것을 가능하게 하는 것이다. 공정하고 포용하는 사회를 가능하게 하여 모든 사람들의 삶의 일상의 작업에서 그들의 잠재 가능성에 참여하도록 하는 것이다(Townsend & Polatajko, 2013, p.380).

일반적으로 작업치료사들은 지역사회 기관, 병원과 같은 의료 서비스제공 단체, 만성질환자 보호 시설, 재활센터와 진료소, 학교, 사회서비스 기관, 회사 측에 고용되어 일하거나 자가 영업하고 있다. 일부의 작업치료사들은 관절염, 발달 조정 장애, 정신장애나 척수장애와 같은 장애를 가진 사람들이나 특정한 연령대의 집단에 있는 내담자와 일하는 것에 전문화되어 있다.

⑤ 세계작업치료사연맹

작업치료는 작업을 통해 건강과 안녕을 촉진하는 클라이언트 중심의 의료·보건 전문직이다. 작업치료의 주요 목적은 사람들을 일상의 활동에 참여할 수 있도록 하는 것이다. 작업치료사는 사람들 그리고 지역 사회와 협력하여 그들이 하고 싶고 해야 하는 작업에 종사할 수 있도록 능력을 높이거나 작업이나 환경을 수정하고, 그들의 작업에 종사를 더 잘 지원함으로써 일상의 활동에서의 참여를 증진한다(WFOT, 2011).

⑥ 정신건강사업안내 작업치료 업무지침

작업치료란 신체적, 정신적, 그리고 발달과정에서 어떠한 이유로 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료 및 교육하는 활동을 의미한다. 그러므로 정신질환에 있어서 작업치료란 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진시키는 작업활동을 이용하여 행하는 치료·훈련·지도 등의 활동을 말하고, 좁은 의미로는 일과 신체적 활동을 통한 치료활동을 말한다(보건복지부, 2016).

2) 작업치료사의 업무 범위

우리나라의 경우 작업치료사의 업무 범위에는 다음과 같은 업무가 포함된다.: 신체적·정신적 기능장애를 원활하게 회복시키기 위하여 일상생활에서 사용하는 물체나 기구를 활용한 감각·활동훈련, 작업적 일상생활훈련, 인지재활치료, 삼킴장애재활치료, 상지(上肢) 보조기 제작 및 훈련, 작업수행분석 및 평가 업무, 그 밖의 작업요법적 훈련·치료 업무 (법제처, 2016).

또한 캐나다 작업치료사 협회는 작업치료사들이 그들의 실천을 분명하게 할 수 있도록 가이드를 개발하였는데 ‘캐나다 작업치료 실행 가이드(2012)’이다. 이는 작업치료 실천과 능력의 분야에서 현재의 증거를 반영하고 건강관련 욕구를 채우기 위해 작업치료사가 필요로 하는 지식과 기술의 연속 내에서 새로운 정보와 모델을 융합시킨 것이다. 가이드에 의하면 작업치료사로서의 주요한 일곱 가지 역할은 다음과 같다.: ① 작업을 가능하게 하는 전문가, ② 의사소통자, ③ 협력자, ④ 실천 관리자, ⑤ 변화의 주체, ⑥ 연구자, ⑦ 전문가

캐나다 작업치료사 협회는 작업치료사의 고유한 역할과 범위에 대해 2008년 입장선언문을 통해 다음과 같이 밝혔다(CAOT, 2002, p.2).

- ① 작업치료사들은 의미 있는 작업치료를 촉진하는 집, 일터와 지역 환경을 만듦으로써 정신건강에 대한 장애물을 다룸.
- ② 작업치료사들은 정신건강 서비스 소비자, 그들의 가족들과 비정부 단체를 포함하여 이해관계자들이 협력하기 위한 다음과 같은 기회들을 발전시킴:
 - a) 국가의 정신건강 전략을 위해 확고한 목소리를 갖는 기회;
 - b) 정신장애와 정신건강 증진 서비스를 개선하기 위한 기회;
 - c) 생산적이고 유한한 직업, 대중교통수단, 더 나은 주택, 포용적인 예방 및 건강 프로그램에 대한 접근을 주창함;
 - d) 정신장애와 정신건강에서의 지식과 실천을 향상시키기 위한 기회
- ③ 작업치료사들은 작업과 회복, 근거에 기반한 실습과 성과에 대한 증명에 대한 연구에 참여함.
- ④ 작업치료사들은 사람 중심의 실습을 가능하게 하는 접근법, 직업상의 삶의 질과 연관이 있는 성과, 정의와 권한강화에 초점을 맞추는 정신건강 작업치료에서의 최상의 실습을 판정하기 위해 연구 근거를 사용함

3) 작업치료의 역사

작업치료의 탄생은 19세기 초 근대 정신의학의 획기적인 발전을 가져온 인도주의적 치료(moral treatment) 운동에 그 기원을 두고 있다(Gordon, 2009). 인도주의적 치료는 프랑스의 Philippe Pinel과 영국의 William Tuke가 처음으로 시행한 정신질환자를 위한 치료법으로 이 치료법은 당시 정신과 치료법으로 주로 사용되었던 구금과 신체적 가혹행위 대신 쾌적한 환경에서의 규칙적인 생활, 취미활동, 생산적인 활동과 같은 개인에게 의미 있는 작업을 통해서 스스로를 돌보고 사회에 참여할 수 있는 기회를 제공하여 보다 효율적으로 정신과 질환을 치료할 수 있다는 믿음과 사람에 대한 존중에 기초한 것이었다(Paterson, 2008). 그리고 1917년 제1차 세계대전이 일어나면서 작업치료의 분야가 확장되었다. 상이군인들의 재활을 위해 재활 병원이 많이 생겼으며 이들 치료를 여성들을 훈련시켜 담당하게 하였다. 전쟁으로 인한 신체장애를 다루는 작업치료가 급성장하게 되었고 의학계의 인정을 받으면서 학교가 성립되기에 이르렀다. 1920년에는 이 전문직을 작업치료사라고 명명하였으며 1923년에 처음으로 미국작업치료협회(American Occupational Therapy Association)가 발족되었다. 1940년대에는 사회 전반적으로 과학주의가 팽배해져서 작업치료에서 인간에 대한 인본주의적이고 통합적인 관점보다는 구조와 기능을 세분화하여 접근하는 환원주의적 접근의 증대로 작업치료에 대한 의과학적인 치료 기술이 강조되었으며 1960년대 이후 감각운동과 신경생리학적 치료접근이 새롭게 대두되었다. 1980년대에는 다시 작업치료의 초기 정신이 강조했던 작업(occupation)을 목적 있는 활동으로 정의하여 환자들이 일상생활에서의 일과로써 자신의 일에 능동적으로 참여함을 통해 건강을 회복하도록 하는 전인적인(holistic) 접근을 강조해 오고 있다.

이렇게 작업치료가 정신과에서부터 출발하였지만 한국의 경우는 1950년 한국전쟁 이후 전후 부상자 치료를 위하여 도입되면서 정신장애인을 위한 작업치료보다는 신체적 장애를 중심으로 발전하게 되었다. 1965년에는 의료기사법 제도가 시행되어 작업치료사 면허 제도가 물리치료사 면허 제도와 함께 첫발을 내 딛는 시점이 되었고 1975년도에 각 병원에서 본격적인 작업치료사 수습제도가 시행되어 1980년도까지 모두 8개의 기관에서 작업치료사들이 배출되기 시작했다. 1979년에 대학에서 작업치료사들의 정규교육과정이 시작되었으며 1993년에는 보건복지부의 승인을 받아 사단법인 대한작업치료사협회(<http://www.kaot.org>)를 발족하였다. 대한작업치료사협회는 1995년 아시아태평양 작업치료사협회 회원국으로 가입하였고, 1998년에는 캐나다 몬트리올에서 열린 98 WFOT

Congress에서 세계작업치료사 연맹(world federation of occupational therapist, WFOT)에 49번째 정식 회원국으로 가입하여 활동하고 있다. 정신과 작업치료의 경우에는 1962년 국립정신병원이 설립되면서 '작업요법요원'이라는 인력배치는 있었으나 일할 인력이 없어 사회복지사나 다른 기타 인력이 작업요법을 실시해 왔다. 최초로 작업치료사로서 정신과에서 서비스를 제공한 것은 1984년 이연덕이 원주기독교병원에 취업하면서이다. 1988년에 국립서울병원에 작업치료사가 일하게 되었고 현재는 5개 국립병원과 보호감호소, 서울 경기 주요 병원 및 소아청소년 정신과 클리닉에서 작업치료 서비스를 제공하고 있다.

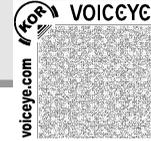
4. 작업치료 현황

1) 작업치료 분야

작업치료사는 주로 의료기관이나 노인 및 장애인시설, 복지관, 보건소나 학교 등에서 일하고 있다. 또한 일부는 직업재활시설이나 보조공학센터 등에서 근무하기도 한다. 작업치료사들은 의료기관에서 입원환자 시설이나 외래 시설에서 일하게 되는데 급성 관리 입원시설은 외상 이후 즉각적으로 관리를 제공하고 보통 입원기간이 짧은 반면 재활세팅은 다양한 전문가들이 장기간 관리와 집중적인 치료를 제공한다. 작업치료사는 의사, 물리치료사, 언어치료사, 사회복지사, 영양사, 사례관리자, 간호사, 교육자, 가족 구성원을 포함한 다른 팀 구성원들과 상의하여야 팀으로 일하게 된다. 지역사회 작업치료사는 상담가, 연구자, 활동 분석가, 사례 관리자, 재활 코디네이터, 프로그램 매니저로서, 지역사회에 거주하는 장애인을 대상으로 일상생활 활동훈련, 대체적·보상적 접근 및 치료, 장애인과 그 가족에게 재활 관련 교육, 보조도구의 효과적인 선택 및 사용 훈련, 주거환경 개선과 같은 환경수정 서비스를 제공한다(Steultjens et al., 2004). 2011년 현재 대한작업치료사 협회에 등록된 작업치료사 중 65.6%는 신체장애 및 노인 작업치료 분야, 21.4%는 아동 작업치료 분야, 13.1%는 정신사회 작업치료 분야에서 근무하고 있다.

① 신체장애 작업치료

신체장애는 근골격계나 신경계 손상으로 발생하는 질환으로 뇌졸중, 척수손상, 관절염, 절단, 심폐질환, 골절, 화상, 근육병 등 다양한 질환을 포함한다. 치료 목적은 근력 유지



및 증진, 기능적 활동을 통한 신체지구력, 독립적인 일상생활, 주거환경 개선, 보조도구의 처방과 사용법 교육 등이다.

② 노인 작업치료

급속한 노령화에 따른 다양한 질환 및 기능저하를 동반하는 대상이 작업치료의 주요 대상이 되며, 치료목표는 신체 기능의 유지 및 보상방법, 심리적지지, 인지기능 저하 예방, 낙상 및 사고 예방 등이다. 주요 대상은 고령화로 인해 발생하는 치매, 관절염, 뇌졸중 등의 질병과 노화에 따른 기능저하를 동반하는 노인이다.

③ 아동 작업치료

아동 작업치료의 기본 목표는 아동, 부모와 파트너십을 형성하여 그들이 원하고, 만족하는 작업활동에 아동이 참여 가능하도록 지원하는 것이다. 이를 위해서 가정 우선 되어야 할 것은 아동이며, 아동중심의 작업치료를 실현하기 위해서 아동과 부모를 존중하고, 의사결정에 참여시켜야 한다. 아동작업치료의 주요 대상은 뇌손상을 포함한 신체적 손상은 물론 지적장애, 자폐, 정서 장애 등 다양한 발달기의 장애아동이다.

④ 정신사회 작업치료

정신사회 작업치료는 다른 분야에 비하여 매우 광범위한 영역으로 목적 있는 작업 활동을 활용하여 정신과적 증상을 완화하고, 일상에서 본연의 역할과 작업 활동을 회복할 수 있도록 돕는다(이재신 외, 2015). 작업(occupation)의 상실은 공포, 슬픔, 스트레스, 분노 등의 심리적인 문제를 야기하고, 자신의 본연의 역할과 기능을 변화시킨다. 작업치료사들은 다양한 정신사회 전문요원과 함께 손상된 작업기능의 향상을 위한 전인적인 치료적 접근을 실시한다. 주요대상은 치매를 포함한 정신분열, 정서장애, 마약 및 알코올 중독, 성격장애, 스트레스 장애, 공포증 등의 다양한 정신적 질환에 의해 작업수행 능력이 상실된 사람이다.

2) 국내 작업치료사 양성제도

우리나라의 작업치료사 양성제도는 1997년까지 두 가지 제도로 존재하였는데, 하나는 대학의 정규과정을 통한 인력양성이고 다른 하나는 의료기사법 제4조 2항에 의거 대학이

아닌 수습기관을 통해서 양성하는 제도이다. 후자의 수습제도는 의료기사법 시행령 11조에 의해 보건복지부가 인정하는 수습기관에서 일정기간(고졸 3년, 초급대학 또는 대학 졸업자 1년)동안 수습을 받은 사람에게 작업치료사 국가고시 응시자격을 부여함으로써 양성이 이루어졌는데 이 제도 1997년에 폐지되었다. 현재는 작업치료 대학교육 교과과정을 이수해야 작업치료사 국가 면허시험에 응시할 수 있다. 2000년도 이후에 작업치료학과의 급격한 신설로 2015년 현재 작업치료 교과과정을 개설한 대학은 64개교에 이르고 있고, 8개 대학에는 대학원 과정이 개설되어 있다. 이 중 국제적인작업치료사 양성을 위한 교과과정을 인준하는 세계작업치료사연맹으로부터 교과과정을 인준 받은 대학은 총 6개이다.

〈표 II-2〉 작업치료 교육기관 및 입학정원

구분	3년제	4년제	합계
기관수	32	32	64
입학정원(명)	1,701	1,245	2,946
평균 수업시수	2,168	2,872	2,530(평균)

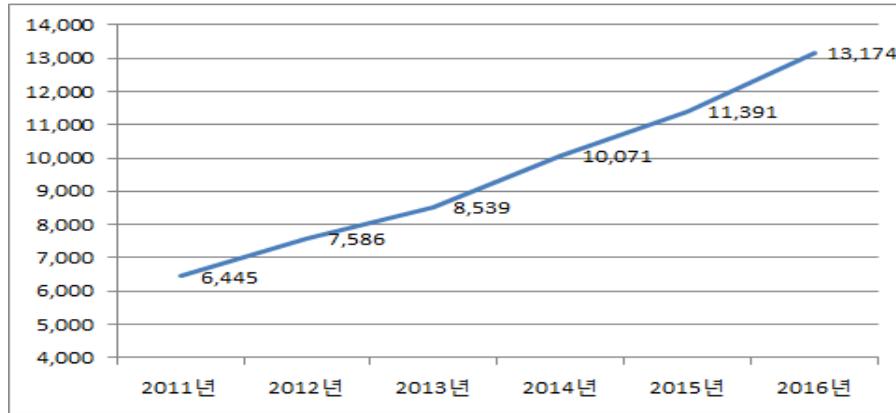
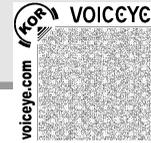
자료: 2015 대한작업치료사협회 내부자료

작업치료사 면허는 국가면허로 관리되며 면허 국가시험 응시자격은 국내 3, 4년제 작업치료학 전공 대학졸업자 및 졸업 예정자와 보건복지부장관이 인정하는 외국의 해당 의료기사 면허를 받은 자들에게 주어지고 있다. 면허 취득 후 자격관리를 위해 년 8시간 이상의 보수교육을 필수로 받으며, 2014년 “의료기사 등 면허신고제”도입으로 면허 취득자의 지속적인 자격관리를 강화하고 있다. 국가 면허시험을 통한 작업치료사 인원은 [그림 II-1]처럼 2016년 현재 16,174명이다.

〈표 II-3〉 작업치료사 국가면허 시험 형태 및 내용

시험형태	면허시험 관련내용
필기시험	1. 작업치료학 기초 : 해부생리, 공중보건, 운동/감각, 인지/지각, 심리/사회발달, 전문가 자질 2. 작업치료학 : 측정 및 평가, 작업분석 및 적용, 신체기능장애, 정신사회, 일상생활 및 여가활동, 학교작업치료, 직업재활, 지역사회, 보조공학(스플린트) 및 보조기기, 환경수정, 운전재활, 치료적 도구, 수예/공작활동 3. 의료관계법규
실기시험	작업치료에 관한 것

자료: 의료기사 등에 관한 법률 시행규칙(2011.10.31.개정)



[그림 II-1] 연도별 작업치료사 국가 면허 취득 현황

<표 II-4> 정신보건 관련 작업치료 교육과정

구분	작업치료학과	정신과 관련 교과목
전공필수/ 기초	<ul style="list-style-type: none"> 생리학 기능해부학 신경해부학 아동 작업치료학 신경계 작업치료학 작업치료 임상실습 1 	<ul style="list-style-type: none"> 정신사회 작업치료학 치료적 작업응용
전공선택/ 기본이수	<ul style="list-style-type: none"> 의학용어 인체해부학 재활치료학 개론 인체해부학 운동치료학 재활의학 인체운동학 작업치료학 세미나 일상생활 동작(실) 의료법규 및 행정 노인재활 근골격계 작업치료학 노인재활연구방법론 작업치료교재연구및 지도법 작업치료 임상실습2 작업치료 임상실습3 작업치료 임상실습4 보조기 및 의수족 	<ul style="list-style-type: none"> 직업재활 가족 심리학 정신사회 작업치료학 1. 성격심리학 정신의학 임상신경학 병리학 재활 심리학 작업수행 분석 작업치료도구 재활치료의 심리학적 기초 심리평가 임상치료실습(실습)

3) 정신보건시설 작업치료

정신보건시설에서의 ‘작업치료’는 정신장애인의 저하된 기능 회복 및 사회복귀 등을 위한 정신과 치료의 방법 중 하나로 보건복지부 작업치료지침에 따르면, 본인의 동의를 전제로, 참여 환자를 위한 기능평가, 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램이 작업치료에 포함되어야 한다고 명시하고 있다. 그러나 국가인권위의 진정사건 조사를 통해 여러 차례 조사된 바에 의하면, 상당수의 정신의료기관이 환자들의 치료 목적으로 작업치료를 실시한다고 보기 어려울 정도로 치료진의 상담 및 평가가 부재하거나 하루 종일 장시간 작업을 수행하는 등 인권침해의 문제가 계속하여 발생하고 있다(국가인권위원회, 2009).

작업치료와 관련된 「정신보건법」 관련 규정을 살펴보면 첫째, 동의가 있어야 하며, 둘째, 치료 또는 사회복귀에 도움이 되어야 하고, 셋째, 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라 행하여 져야 하며, 넷째, 직업재활훈련실 등의 작업치료에 필요한 시설을 갖춘 장소에서 공예품 만들기 등의 단순 작업치료를 시킬 수 있다고 규정하고 있으며, 작업치료사항을 진료기록부에 기재하지 않았을 경우 1년 이하의 징역이나 500만 원 이하의 벌금에 처해진다. 그러나 작업치료를 시킨 경우 단순히 진료기록부 또는 작업치료일지에 그 내용과 결과, 실시 일시 등만을 기록하여야 한다고 규정하고 있을 뿐 기재되어야 할 작업치료계획 및 평가와 관련된 사항에 대해서는 누락하고 있다.

또한 작업치료의 범위에 대해서도 필요한 시설을 갖춘 장소에서 단순 작업치료라고 하여 구체적인 범위에 대해서는 언급하고 있지 않을 뿐 아니라 이를 위반한다 하더라도 이를 강제할 방법이 없다.

따라서 동법 시행규칙에 치료목적, 대상자의 기능평가, 치료진 및 작업장 관리자의 평가, 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원계획 등과 같은 치료 계획 및 프로그램 등을 진료기록부나 작업치료일지에 기재할 사항으로 규정하고, 작업장 명, 대상자의 적합성 및 작업내용, 작업조건, 기대효과, 대상자 평가표 등을 포함한 작업치료 관련 별지서식을 별도로 만들어 시행하여야 한다.

또한 「정신보건법」의 취지를 살려 작업치료를 행할 수 있는 대상 기관을 재활훈련실이 설치된 의료기관으로 한정하고 치료적 수단으로 볼 수 없는 작업치료는 정신질환자의 노동을 강요한 것으로 볼 수 있으므로 치료목적으로 볼 수 없는 작업치료에 대해서는 노동을 강요한 것과 동일하게 벌칙규정을 개정해야 한다.

5. 우리나라 정신보건시설 작업치료 지침(보건복지부)

1) 정의 및 목적

작업치료란 신체적, 정신적, 그리고 발달과정에서 어떠한 이유로 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료 및 교육하는 활동을 의미한다. 그러므로 정신질환에 있어서 작업치료란 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진시키는 작업활동을 이용하여 행하는 치료·훈련·지도 등의 활동을 말하고, 좁은 의미로는 일과 신체적 활동을 통한 치료활동을 말한다.

2) 원내의 작업치료 및 직업재활 과정

(1) 1단계 : 기초적인 작업치료

의미 있는 작업을 통한 사회적 활동의 참여를 유도하기 위하여 참여욕구를 자극할 만한 즐거운 작업수행, 성과물을 가져올 수 있는 작업수행을 통해 환자들로 하여금 작업동기 부여

(2) 2단계 : 사회 적응을 위한 작업치료

작업치료를 통하여 독립적인 일상생활에 필요한 기술을 배우고, 신체적·사회적 기능을 최대한 유지하기 위한 프로그램과 사회성을 기르기 위한 여러 가지 집단 활동 시행

(3) 3단계 : 사회복귀를 위한 작업치료

사회복귀를 위한 취업준비를 위하여 개인의 흥미와 능력을 평가하고 간단한 장비조립, 수리 등 취업을 위한 실용적인 기술훈련을 시행하며, 자신의 능력에 알맞은 직업을 구할 수 있는 취업상담 실시

(4) 4단계 : 직업재활

직업재활은 정신장애인의 사회복귀와 재활에 있어 가장 필요하면서 최종적인 목표라

할 수 있으며 정신장애인들이 지역사회 내에서 직업을 갖고 독립적으로 생활하면서 장애를 극복하기 위한 프로그램으로, 직업활동 및 사회적 역할수행을 위하여 원내 및 원외에서 시행되는 일련의 체계적인 치료적 접근을 말하며, 직업재활에는 직업기술 및 구직 기술훈련, 보호작업, 임시취업, 지지고용, 개별취업 등 일련의 훈련 및 지도 포함

3) 원내 작업치료 및 직업재활 적용기준

(1) 적용원칙

- 가. 작업치료 및 직업재활은 정신과적 치료의 한 방법으로 적용되어야 하며, 단순한 노동을 위해서 사용되어서는 안 된다.
- 나. 작업치료 및 직업재활의 참여는 담당 주치의(또는 치료진)의 치료처방과 환자 본인이나 가능하면 보호자의 동의하에 실시되어야 한다.
- 다. 일련의 치료계획과 프로그램 하에 시행되어야 하며 치료계획과 프로그램은 다음사항을 포함한다.

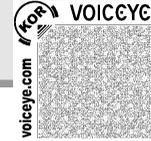
- ㉠ 작업치료 지침 및 적용기준
- ㉡ 참여환자를 위한 기능평가
- ㉢ 작업치료를 위한 치료진의 검토회의
- ㉣ 주기적인 치료진 및 작업장 관리자의 평가
- ㉤ 작업치료 일지 및 임금대장
- ㉥ 작업치료 종결 후 직업재활 및 퇴원 계획

(2) 적용(참여)기준

- 가. 증상이 안정되어 프로그램 참여 및 작업수행이 가능한 환자
- 나. 동의능력이 있으며 자발적인 참여의사가 있는 환자
- 다. 작업치료에 보호자가 동의하는 경우

(3) 배제기준(사전)

- 가. 작업에 지장을 주는 신체질환 또는 신체장애가 있는 환자
- 나. 기질성 뇌증후군, 정신지체 등의 증상으로 인지기능이 현저히 저하된 환자
- 다. 간질증상이 조절되지 않은 환자



(4) 부적기준

- 가. 작업도중 발견된 신체질환이 단기간에 해결될 수 없고, 전문의의 지속적인 치료를 요하는 경우
- 나. 사고 또는 무단이탈의 위험성이 있는 경우
- 다. 다른 환자와 대인관계로 문제를 일으키고, 피해를 주는 경우
- 라. 정해진 업무 또는 의무를 빈번히 기피하는 경우
- 마. 증상이 심각하게 악화된 경우
- 바. 관리자에 대한 공격성향과 저항이 심한 경우
- 사. 규칙을 고의로 지키지 않는 경우

(5) 치료적 접근방법

- 가. 약물치료 주치의가 처방한 약물을 규칙적으로 복용하여야 하고, 투약을 거부할 경우 작업치료를 유보할 수 있다.
- 나. 개인정신치료 주치의는 병동의 환자상태에 따라 필요한 면담 및 개인 정신치료를 실시하여야 하고, 작업장에서는 이에 협조하여야 한다.
- 다. 정신사회재활치료 병동 내 집단치료를 포함한 재활 프로그램시간에 참여할 수 있어야 한다.
- 라. 작업장 내 지도감독원내 작업장에서는 작업치료 관리자를 참석시키고, 작업시간동안 생기는 문제나 환자의 작업 상황을 주치의 및 병동에 정기적으로 보고하고 지시에 따라야 한다.

(6) 원내 작업치료의 종류

- 가. 시간제(비숙련) 작업
 - 직원의 지도하에 작업의 적응을 위한 단순작업을 시행한다.
 - 작업시간은 환자의 기능을 고려하여 적용한다.
- 나. 정규(숙련) 작업
 - 정규작업자는 원내의 작업치료 장소에 배정되어 작업 기술을 배양하고, 사회적 기술 및 기능을 향상시키며, 기능 향상 시에 지속적으로 직업재활 프로그램에 참여하여 퇴원 후 독립생활을 할 수 있도록 한다.

(7) 작업자의 시간관리

가. 시간제 작업자

- 작업장 이동시에는 작업장 관리자가 직접 관리한다.

나. 정규작업자

- ㉠ 작업자의 업무 시간의 시간 관리는 해당 부서의 담당자가 관리한다.
- ㉡ 출/퇴근은 시간표에 의하여 관리한다(계절별로 시간 재조정).
- ㉢ 모든 작업자는 일요일·공휴일은 휴무로 하고 작업장의 형편에 따라 조정할 수도 있다.
- ㉣ 정규 출·퇴근시간(9:00~17:00) 이외의 관리는 해당병동 관리자가 직접 인솔하도록 한다.

(8) 작업치료 참여자의 임금

가. 작업치료는 치료의 일환으로 시행되므로 모든 작업에 대하여 임금이 지급되지는 않는다.

나. 작업치료 시 환자의 작업에 대해 지급될 필요가 있는 임금은 작업의 종류, 작업강도, 숙련도, 작업시간을 고려하여야 하며, 작업치료자의 지도감독 비용, 작업치료 프로그램 운영비용을 공제하고, 적절한 근거를 가지고 지급되어야 한다.

다. 모든 작업치료에 의한 임금은 개인통장을 통하여 관리한다.

라. 작업장에서는 작업치료를 수행한 근무시간, 일수 등을 기록한 작업일지를 작성하여야 한다.

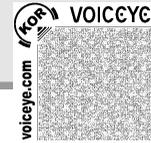
마. 정규작업자는 매월 초부터 말일까지의 임금을 해당 부서의 업무량을 감안하여 임금을 일당제로 책정하여 지급하며 정기적인 임금조정을 실시한다.

바. 비정규 작업자는 업무량과 시간에 따라서 임금을 차등 지급할 수 있다.

(9) 작업장 관리자

가. 작업장 관리자는 년 2회 정신장애인의 관리에 필요한 교육을 받는다.

나. 작업장관리자는 작업자에 대하여 월 1회 평가한다(작업장 관리표 참조).



6. 작업치료 오용에 따른 인권침해 실태

- 2008년 국가인권위원회 실태조사를 중심으로

작업치료가 있는 시설의 대상자 747명에 대해서 강제 노역 여부를 평가하였다. 작업이나 주방일, 빨래, 청소 등을 강제로 시키는 사람이 있는지에 대한 문항에서 강제로 시키는 사람은 없다는 응답이 686명(91.8%)으로 압도적으로 많이 나왔다. 강제로 시키는 사람은 있지만, 원하지 않으면 안 해도 된다는 응답이나 강제로 시키면 해야 한다는 응답의 경우는 8.1%가 나왔는데, 시설별로 보면 주로 정신요양시설의 입소자들에 해당되었다. 실제 정신요양시설에서 강제 노역에 의한 인권침해가 있을 가능성과 함께 또 한 가지 고려해야 할 부분은, 정신요양시설에서 개인위생 관리 훈련의 일부분으로 자신의 옷을 빨도록 시키고, 병실을 청소하도록 하는 것을 강제노역을 시키는 것으로 인식했을 가능성도 있다.

〈표 II-5〉 강제 노역 여부

시설 유형	강제 노역 여부			계
	원하는 경우만 참여	강제로 시키는 사람은 있지만, 원하지 않으면 안 해도 됨	강제로 시키는 사람이 있고, 시키면 해야 함	
국립정신병원	83(100.0)	0	0	83(100.0)
공립정신병원	48(98.0)	0	1(2.0)	49(100.0)
사립정신병원	220(90.9)	14(5.8)	8(3.3)	242(100.0)
종합병원정신과	51(94.4)	1(1.9)	2(3.7)	54(100.0)
병원정신과	166(94.9)	6(3.4)	3(1.7)	175(100.0)
정신과의원	48(96.0)	1(2.0)	1(2.0)	50(100.0)
정신요양시설	39(61.9)	8(12.7)	16(25.4)	63(100.0)
사회복지시설	31(100.0)	0	0	31(100.0)
계	686(91.8)	30(4.0)	31(4.1)	747(100.0)

자료: 정인원 외(2008)

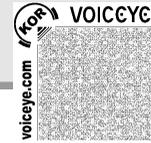
작업을 통해 받는 임금수준에 대해 입소자들의 절반가량은 적절한 수준이라고 답하였지만, 적거나 최저임금에도 못 미친다고 답한 입소자들도 상당히 많았다. 아예 얼마 받는지 모른다는 입소자도 8.1%나 있었다. 시설별로는 사회복지시설의 경우 최저임금에도 못 미친다고 답한 경우가 많았고, 병원정신과의 경우에는 얼마 받는지 모른다고 답한 경우가 많았다.

〈표 II-6〉 작업을 통해 받는 임금이 적정수준이라고 생각하는지 여부

시설 유형	작업을 통해 받는 임금 수준					계
	적절한 수준	적지만 어쩔 수 없다	최저임금에도 못 미침	얼마 받는지 모름	무응답	
국립정신병원	15(51.7)	7(24.1)	3(10.3)	1(3.4)	3(10.3)	29(100.0)
공립정신병원	6(42.9)	6(42.9)	1(7.1)	1(7.1)	0	14(100.0)
사립정신병원	27(39.1)	22(31.9)	10(14.5)	3(4.3)	7(10.1)	69(100.0)
종합병원정신과	1(20.0)	0	0	0	4(80.0)	5(100.0)
병원정신과	18(37.5)	13(27.1)	6(12.5)	11(22.9)	0	48(100.0)
정신과의원	7(58.3)	1(8.3)	0	1(8.3)	3(25.0)	12(100.0)
정신요양시설	18(56.3)	7(21.9)	5(15.6)	2(6.3)	0	32(100.0)
사회복지시설	16(61.5)	4(15.4)	5(19.2)	0	1(3.8)	26(100.0)
계	686(91.8)	60(25.5)	30(12.8)	19(8.1)	18(7.7)	235(100.0)

자료: 정인원 외(2008)

실제 작업치료를 하고 있는 235명의 대상자에게 받은 수당은 어떻게 관리되는지를 질문하였다. 46명(20.8%)의 환자들이 자신이 받은 수당에 대해 확인할 수 없는 상황을 보였는데, 수당관리에 환자들의 참여 및 공개가 필요할 것으로 생각된다. 시설별로는 사립정신병원과 병원정신과의 경우에서 자신이 받은 수당이 어떻게 관리되는지 모르는 상황이 높게 나타났다.



〈표 II-7〉 작업치료 후 임금통장 관리

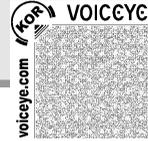
시설 유형	작업치료 후 임금통장 관리				계
	통장으로 들어오고 본인관리	통장으로 들어오고 가끔 확인	통장으로 들어온다는 얘기만 들음	어떻게 관리되는지 모름	
국립정신병원	16(55.2)	8(27.6)	2(6.9)	3(10.3)	29(100.0)
공립정신병원	8(57.1)	5(35.7)	0	1(7.1)	14(100.0)
사립정신병원	21(30.4)	30(43.5)	8(11.6)	10(14.5)	69(100.0)
종합병원정신과	5(100.0)	0	0	0	5(100.0)
병원정신과	22(46.8)	8(17.0)	6(12.5)	12(25.5)	48(100.0)
정신과의원	8(66.7)	3(25.0)	0	1(8.3)	12(100.0)
정신요양시설	6(20.0)	20(66.7)	5(15.6)	1(3.3)	32(100.0)
사회복귀시설	11(44.0)	15(57.7)	0	0	26(100.0)
계	97(42.0)	89(37.9)	21(7.8)	28(12.1)	235(100.0)

자료: 정인원 외(2008)

III

작업치료 오용에 의한 인권침해 현황

- 국가인권위원회 결정례를 중심으로



인권기반 직업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

Ⅲ. 직업치료 오용에 의한 인권침해 현황

- 국가인권위원회 결정례를 중심으로

정신보건법 제46조의2는 직업치료에 관하여 규정하고 있다. 위 규정은 정신의료기관 또는 정신요양시설(이하 '정신의료기관 등'이라 한다)에서 치료를 병자하여 강제노동이 행해지는 문제점을 해결하기 위한 목적에서 2008. 3. 21. 신설되었다.¹⁾

위와 같은 입법 목적에 비추어보면, 위 규정에서 정한 직업치료의 요건 하나 하나는 직업치료의 올바른 실시를 위한 것이라고 할 수 있다. 즉 위 요건을 충족하지 못한 직업치료는 강제노동이거나 강제노동으로 변질될 가능성이 치료로 볼 수 있다고 볼 수 있는 것이다.

정신보건법

제46조의2(입원환자 등에 대한 직업요법) ① 정신의료기관등의 장은 입원환자의 치료 또는 입소자의 사회복귀 등에 도움이 된다고 판단되는 경우에는 입원환자나 입소자의 건강상태와 위험성을 고려하여 입원환자나 입소자의 건강을 해치지 아니하는 범위 내에서 공예품 만들기 등의 단순 작업을 시킬 수 있다.

② 제1항의 작업은 대상자 본인의 신청이 있거나 동의가 있는 경우에 한하여 실시하여야 하고, 정신건강의학과전문이가 지시하는 방법에 따라 실시하여야 한다. 다만, 정신요양시설의 경우에는 정신건강의학과전문의의 지도를 받아 정신보건전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다.

③ 정신의료기관등의 장은 제1항 및 제2항에 따라 작업을 시킨 경우에는 진료기록부 또는 직업치료일지에 그 내용을 기록하여야 한다.

④ 제1항에 따른 작업의 시간, 위험성 여부 및 장소 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

1) 「정신보건법」 일부개정법률안(정부 제출) 검토보고, 국회 보건복지위원회 전문위원, 2007. 6.

이 규정에 따르면, 작업치료는 ① 입원환자의 치료 또는 입소자의 사회복귀 등에 작업 요법이 도움이 된다는 정신의료기관 등의 장의 판단이 있을 것, ② 대상자 본인의 신청이나 동의가 있을 것, ③ 정신과 전문의의 지시가 있을 것, ④ 정신과 전문의의 지도를 받은 정신보건전문요원 또는 작업치료사에 의해 실시될 것, ⑤ 작업에 따른 수입을 분배할 것, ⑥ 치료 또는 사회복귀 등에 도움이 되는 작업으로서 법정된 시간 범위 내에서 적절한 장소에서 실시될 것이 요구된다.

국가인권위원회 결정사례를 위 요건을 따라 작업치료 오용 현황에 대해 살펴보았는데, 국가인권위원회가 위의 요건 중 ①과 ③의 요건을 크게 구분하지 않고 있고, ⑥의 요건이 직접적으로 문제되었다고 볼 만한 사안은 없었으므로 i) 대상자 본인의 신청이나 동의가 없어 노동 강요로 본 사례, ii) 정신과 전문의의 판단이나 지시에 의하지 않아 위법한 사례, iii) 정신보건전문요원 또는 작업치료사에 의해 실시되지 않은 것으로 위법한 사례, iv) 부적절하게 수입을 분배하여 위법한 사례, v) 작업치료의 내용이 치료가 아니라고 하여 위법한 사례로 나누어 살펴보았다.

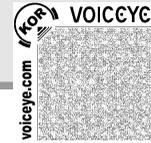
1. 국가인권위원회 결정례 분석

1) 대상자 본인의 신청이나 동의가 없어 노동 강요라고 본 사례

[2009. 11. 6.자 09진정2942 결정]

[결정요지]

- [1] 환자들은 스스로 원하여 일을 하였거나 직원의 요청에 따라 일을 하고 있으나 싫다고 거부하지 않았고, 배식, 화장실 및 세면장 청소, 격리실 청소와 격리환자의 대소변 받기, 병동 바깥의 풀 뽑기 등의 작업을 수행한 대신 하루 담배 6~10 개피를 받았으며, 간호사나 보호사는 청소와 배식 업무 등을 수행하지 않았고, 별도의 직원도 없었던 사안
- [2] 정신의료기관에서 기본적으로 제공하여야 할 배식과 청소 등의 기본업무를 피진정인이 제공하지 않으면서 환자들의 자발적 봉사활동이라는 명목으로 청소와 배식을 시키는 행위는, 환자가 자발적으로 참여하였다고 하더라도, 병원의 기본 역무를 환자 전체 집 단에게 전가한 것이고, 할 수밖에 없는 일을 누군가 자의로 하는 것은 순수한 자발적 봉사활동이라고도 할 수 없으며, 그러한 활동이 환자의 치료에 도움이 된다는 정신과 전문의의 지시와 작업치료 지침에 따른 치료프로그램의 일환으로 시행된 것이 아닌 한 노동을 강요한 것이다.



[2009. 11. 6.자 09진인3092결정]

[결정요지]

- [1] 간식주문과 배분을 하는 역할을 담당한 방장제도가 운영되고 있었던 정신병원으로, 정신병원측은 주 2회 화장실 청소를 하고 있었을 뿐 환자들이 방별로 순번을 정하여 방장의 관리 하에 나머지 날의 화장실 청소와 복도, 휴게실, 욕실 등 나머지 공동구역의 청소를 담당하였으며, 배식과 잔반처리도 담당하여 수행하였던 사안
- [2] 병원측이 주 2회 정도의 화장실 청소 외에 병동 청소, 배식관리, 간식 주문취합 및 배분 업무 등 기본 역할을 수행하지 않고 있기 때문에 환자들이 자구책의 일환으로 그러한 위 업무들을 수행하고 있는 것이고, 병원 측이 충분히 청소를 하였더라도 환자들이 스스로 청소구역과 순번을 정하여 청소를 할 필요가 없었고, 간식과 배분업무를 수행하였더라도 환자들이 방장을 정하여 간식주문과 배분을 해결하고 있었던 것이므로 이는 병원 측이 고유 업무를 환자들에게 전가시킨 것으로서 환자들의 위 활동은 개별 환자의 동의가 있었다고 하더라도 순수한 자율 활동으로 볼 수 없다고 판단한 사안
- [3] 배식관리의 경우에도 병원 측이 수행하지 않았으므로 환자들이 스스로 배식담당자를 선출하고 배식관리와 잔반처리를 하였던 것으로, 배식담당자의 재활동의서, 작업치료일지 및 평가서를 일부 작성하였다고 하더라도, 정신과 전문의가 환자의 치료와 재활목적으로 사전에 치료에 도움 되는지를 평가하여 결정한 것이 아닌 환자들 사이에서 필요에 의하여 결정된 사항을 병원 측이 통보받고 작업치료 관련 서식에 내용을 기록한 것일 뿐, 실제로 작업치료를 시행하였다고 보기 어렵다고 한 사안

[2010. 2. 5.자 09진인2907결정]

[결정요지]

- [1] 병원이 환자들에게 식당 식기 세척, 병동 청소 등의 업무를 수행하도록 하면서, 그 활동의 대가 월 7~10만원을 간식비 대장으로 지급한 사안
- [2] 병동내의 식당식기 세척, 병동 청소 등의 병원관리 업무는 피진정인의 고유업무이므로 원칙적으로 환자들에게 맡기지 말고 피진정인 직접 수행하되, 입원 환자들의 치료와 재활에 도움이 된다고 판단되는 경우에 한하여 「작업치료지침」에 따라 시행하여야 한다.

[2010. 6. 21.자 08진인0004643, 09진인0001434, 10진정0067000 병합]

[결정요지]

- [1] 병원이 방장인 환자에게 화장실 청소를 시킨 것에 대해 작업신청서와 동의서가 존재하지 않음을 이유로 병원이 위 환자의 일반적 행동자유권을 침해하여 노동 강요를 한 것이라고 본 사안

[2] 병원은 병원 운영에 필요한 세탁, 청소 등의 업무를 작업치료라는 형식으로 환자들에게 맡기고 있는데, 병원이 환자들로부터 봉사활동 신청서를 받고, 담당주치의의 지시에 따라 작업을 부과하고 있으며, 월 1회 작업치료평가서를 작성하고 매일 작업치료 일지를 작성하고 있을 뿐만 아니라 작업에 대한 대가로 일정금액을 개인 통장 등으로 지급한 사안에서 절차상으로 작업치료절차를 준수하였으나 위와 같은 내용의 작업치료프로그램은 사회복지 및 직업재활 차원에서 진행되는 프로그램이라고 보기 어려운 것으로 병원 시설 관리를 위해 환자들의 노동력을 사용하는 것이라고 판단

[2009. 8. 7.자09진인789결정]

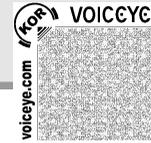
[결정요지]

- [1] 정신과의원에서는 작업치료를 시행하고 있지 않았으나 '봉사활동'으로 지칭하는 병실 및 병동 화장실 청소, 배식보조 등을 환자들이 해왔고, 의원측은 일부 활동에 대해서는 대가로 간식을 제공해왔는데, 의원 측에서 환자에게 작업을 강요하였다고 불만한 객관적인 입증자료는 없으나 봉사활동인 화장실 청소, 배식보조 등은 기본서비스에 해당하는 것이고, 봉사활동이 작업치료의 내용과 크게 다르지 않으며, 봉사활동 참여를 격려하기 위해 간식 등을 제공하기로 하였다든 점 등을 고려하면, 의원측이 정신과 환자의 특성을 반영하여 능동적인 활동에의 참여를 유도한 것으로 볼 것이므로 이러한 봉사활동은 「작업치료지침」에서 정의하는 '작업'의 범주에 포함된다.
- [2] 의료진의 별다른 처치나 관여 없이 작업이 수행되어 온 점, 폐쇄병동이라는 특수한 상황에서 개별 환자의 상태를 고려하지 않고 환자들 간의 관행에 의해 일률적으로 입원 환자 모두가 원칙적으로 참여해왔다는 점, 피진정인이 작업수행에 대한 의료적인 기록도 남기지 않고 환자들의 작업을 당연히 해온 점 등에 비추어보면, 외형상 환자의 자발적인 의사가 있었다 해도 이는 환자들의 작업 참여 등에 대하여 제한을 두는 작업치료지침의 적용원칙에 반하는 것이라고 판단

[2011. 11. 28.자 11진정0337800결정]

[결정요지]

화장실과 세면장 청소를 환자들이 전담하는 관행이 있는 정신병원에 대해, 병실의 개인생활 공간을 제외한 화장실, 세면장, 복도, 거실, 안정실 등의 공동시설물의 청소는 피진정인이 수행하여야 할 기본적인 업무에 해당함에도 이러한 청소업무를 수행하지 않음에 따라 환자들 순번을 정하여 청소를 하거나 일부환자들이 청소를 전담하게 되는 것은 피진정인의 부작위에 의하여 최적의 치료와 보호를 받을 환자들의 권리가 침해되는 것으로서 환자들이 의료 또는 재활목적이 아닌 노동을 강요당하는 것과 다름없다고 판단한 사안



(1) 정신보건법은 작업치료를 병자한 강제노동이 행해지는 것을 막기 위한 장치로서, 환자 보인의 신청이나 동의를 요구하고 있다.

그런데 이 요건과 관련한 인권위 결정례들을 보면, 정신의료기관 등의 주장은 “작업치료가 아닌 자발적 봉사활동이기 때문에 신청이나 동의가 불필요하다”는 것이었다. 이에 대해 인권위는 일관되게 하지 않아도 될 일을 자의로 하는 것이 아니라 할 수밖에 없는 일을 자의로 하는 것은 순수한 자발적 봉사활동이 아니라고 하면서, 정신의료기관등이 제공하는 기본서비스를 작업치료명목으로 환자들이 수행하게 하는 것은 예외적 혹은 제한적으로 인정할 수 있을 뿐, 정신과 전문의의 판단에 따라 그러한 작업이 치료프로그램의 일환으로 수행되는 것이 아닌 한 노동을 강요하는 것이라는 입장을 취하고 있다.

다시 말해, 인권위는 자발적인 참여의 범위를 상당히 좁게 해석하고 있다. 외형상 자발적 참여였다고 하더라도, 그러한 참여를 유도하는 요소가 있다면 강요가 없었다고 하더라도 자발성이 결여된 것이라고 보고 있는 것이다. 이것은 활동을 하고자 하는 욕구를 가진 환자의 활동 자체를 제약하는 결과를 초래할 수도 있다. 그러나 종래 정신의료기관 등이 자신들이 제공해야할 기본 서비스를 환자들에게 전가하고 있던 잘못된 관행을 바로잡을 필요가 있다는 점, 입원병동이 외부와 격리되어 있어 감시가 용이하지 않다는 점에 비추어 보면, 정신장애인의 인권을 위해서는 인권위의 입장은 적절한 것이라고 평가할 수 있다.

(2) 그런데 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」 제11조 [별표3] 제6호가목은 “해당 시설 자체의 청소·취사·세탁 등 단순 작업을 시킬 수 있다.”고 규정하여 병동 내 청소·취사·세탁 등 정신의료기관등이 제공해야하는 기본 서비스를 작업치료에서 이용가능한 작업으로 보고 있다. 그리고 위 규칙이 기본 서비스를 예시로 들고 있는 것은 이러한 기본서비스는 원칙적으로 작업치료의 작업에 해당한다는 의미로 볼 수 있다.

위 규칙은 정신요양시설에 적용되는 것이라고는 하나, 정신의료기관의 기능과 역할이 정신요양시설과 무관한 것이 아니므로 위 규정은 정신의료기관의 작업치료에 관한 일종의 기준이 되는 규정이다. 인권위도 2006. 9. 11.자 05진인1760결정에서 “정신의료기관이 비록 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」의 직접 적용대상이 되는 정신요양시설은 아니라고 하더라도 마땅히 이 기준을 준수해야 한다.”고 하여 정신의료기관이 위 규칙을 준수해야한다고 하였다.

결국 인권위는 위 규칙을 목적론적으로 해석하여 정신의료기관 등의 기본 서비스는 원칙적으로 작업치료에 해당하지 않는다고 판단하고 있다고 볼 수 있는데, 이것은 적절하지

않은 것이다. 보건복지부는 위 규칙의 개정하여야 할 것이다.

(3) 한편 인권위 결정례 중 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권이 쟁점이 된 사안은 없었으나, 정신보건법이 환자의 신청이나 동의가 있을 것을 요구하고 있는바, 이를 간단히 살펴보면 다음과 같다.

보건의료기본법 제12조는 “모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.”고 규정하고 있다.

그리고 우리 대법원도 “환자는 헌법 제10조에서 규정한 개인의 인격권과 행복추구권에 의하여, 생명과 신체의 기능을 어떻게 유지할 것인지에 대하여 스스로 결정하고 의료행위를 선택할 권리를 보유한다. 따라서 환자는 스스로의 결정에 따라 의료진이 권유하는 진료를 동의 또는 거절할 권리가 있지만 의학지식이 미비한 상태에서는 실질적인 자기결정을 하기 어려우므로, 의료진은 환자의 증상, 진료의 내용 및 필요성, 예상되는 위험성과 함께 진료를 받지 않을 경우 예상되는 위험성 등 합리적인 사람이 진료의 동의 또는 거절 여부를 판단하는 데 중요하다고 생각되는 사항을 설명할 의무가 있다.”(대법원 2011. 11. 24. 선고 2009다70906 판결)고 판시하여 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권을 인정하고 있다.

정신의료기관 등도 의료기관에 해당하고, 작업치료는 의료행위로서의 성질도 지니고 있는 것이므로, 정신의료기관 등의 정신과 전문의는 설명의무를 부담하여야한다. 즉, 정신과 전문의가 작업치료가 필요하다고 판단하였다면, 정신과 전문의가 작업치료가 필요하다고 판단하였다면, 정신과 전문의는 환자에게 신청이나 동의를 받기에 앞서 어떠한 내용의 작업치료를 할 것이고, 어떠한 효과가 있을 것으로 기대가 된다는 설명을 하는 것이 바람직하다고 하겠다.

2) 정신과 전문의의 판단이나 지시에 의하지 않아 위법한 사례

[2005. 9. 26.자 04진인45 결정]

[결정요지]

정신병원측은 병당마다 2명씩 청소도우미를 지정하여 복도와 화장실 청소를 전담시킨 뒤 매월 5만원씩 지급하고 있고, 각 병실은 병실 입원 환자들이 스스로 청소를 하도록 하고 있었는데, 정신과 전문의의 지시 없이 청소작업이 이루어지고 있었으므로 인권위가 정신 병원측에게 작업치료 제도를 개선하라는 권고를 한 사안

[2006. 9. 11.자 05진인1760결정]

[결정요지]

- [1] 국립병원의 일부 환자들이 소일거리 및 용돈 수입 등을 위해 외부 업자로부터 작업 물량을 받아 봉투 붙이기를 하였고, 작업실적에 따라 월 2~3만원(초보자)에서 11~12만원(숙련자)을 대가로 받았으며, 작업시간은 물량에 따라 달랐으나 병원 내 공간에서 반일 혹은 하루 종일 시행되고 있었던 사안
- [2] 환자의 자율성 보장을 이유로 외부 업자를 폐쇄병동에 출입시키면서 작업을 묵인하고 진료기록에 기재조차 하지 않은 것은 스스로 정신의료기관으로서의 역할을 다한 것이라고 볼 수 없고, 외부 업자가 수년간 병원의 재활작업에 간여해온 것을 감안하면 병원의 '작업치료'와 환자들의 '자율적 작업'에 차이가 있다고 하기 어려우며, 그렇다면 병원측은 환자에 대한 적절한 치료프로그램도 없이 환자들을 사실상 방치한 것으로 볼 수밖에 없다.
- [3] 정신의료기관이 비록 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」의 직접 적용대상이 되는 정신요양시설은 아니라고 하더라도 마땅히 이 기준을 준수해야 한다.

[2009. 11. 6.자 09진인3092결정]

[결정요지]

- [1] 배식관리의 경우 병원측이 수행하지 않았으므로 환자들이 스스로 배식담당자를 선출하고 배식관리와 잔반처리를 하였던 것으로, 배식담당자의 재활동의서, 작업치료일지 및 평가서를 일부 작성하였다고 하더라도, 정신과 전문의가 환자의 치료와 재활목적으로 사전에 치료에 도움이 되는지를 평가하여 결정한 것이 아닌 환자들 사이에서 필요에 의하여 결정된 사항을 병원측이 통보받고 작업치료 관련 서식에 내용을 기록한 것일뿐, 실제로 작업치료를 시행하였다고 보기 어렵다고 한 사안

[2010. 9. 10.자 10진정199100결정]

[결정요지]

- [1] 병원이, 청소와 관련해 “청소는 자발적인 참여로 실시합니다”라는 문구를 부착하고, 작업치료의 일환이 아닌 환자들의 자발적인 참여로 청소가 이루어지고 있으며, 배식과 관련해서는 간호사 또는 보호사 1~2명과 자발적으로 참여한 환자 2~3명이 함께 실시하였고, 환자들의 현실참여 및 사회생활 적응을 위하여 지속할 필요성이 있다고 주장한 사안
- [2] 병원이 충분히 고유 업무를 수행하였다면 환자들이 청소나 배식을 할 이유가 없으므로 환자들의 참여는 자발적 참여라고 할 수 없고, 병원측이 청소와 배식을 작업치료나 직업재활도 보지 않으면서 환자들에게 병원 고유 업무인 청소와 배식을 부담시킨 것은 노동을 사실상 강요한 것이라고 판단

[2012. 3. 5.자 11진정0206200]

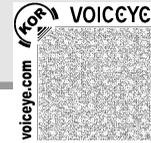
[결정요지]

병원이 청소 전담 직원을 두고 있었으나, 이외는 별도로 병동내의 홀, 화장실 청소를 병실별로 1주일 간격으로 돌아가며 환자들이 수행하도록 하고, 배식도 환자들에게 맡긴 것에 대해 정신과 전문의의 치료계획이나 프로그램의 일환으로 참여시킨 것을 볼 수 있는 구체적인 자료나 내용이 없었다는 점에서 병원이 환자들에게 청소, 배식을 시킨 것은 병원의 고유업무를 단순히 환자들에게 전가시킨 것으로서 치료범위는 넘는 사실상의 노동을 부과한 것이라고 판단한 사안

(1) 정신보건법은 정신과 전문의의 판단 및 지시에 따라 작업치료가 실시될 것을 요구하고 있다. 그런데 위 결정례들은 정신과 전문의의 지시 없이 작업이 이루어졌거나, 정신과 전문의의 치료계획이나 프로그램의 일환으로 작업을 시키지 않은 것이라고 하여 문제가 된 사안이다.

위 결정례들 중 정신의료기관 등이 ‘작업치료로 한 것이 아니다.’라고 주장한 사안들도 있었는데, 인권위는 그러한 경우에도 작업치료로 보아야 하고, 작업치료 절차를 준수하여 정신과 전문의의 지시와 그에 따른 치료계획이나 프로그램의 일환으로 작업활동이 이루어져야 한다는 입장을 취하고 있다.

2006. 9. 11.자 05진인1760결정도 위 범주에 들어가는 사안인데, 이 사안에서는 병원이 작업치료를 실시하지 않았을 뿐만 아니라 환자 활동에 대해 전혀 간섭하지 않았다고 주장하였다. 이에 대해 인권위는 병원이 이러한 활동을 관리하지 않은 것을 환자에 대한 방



치라고 하면서, 환자들의 자율적인 작업과 병원의 작업치료 사이에 차이가 없으므로 작업 치료로서 시행되어야 한다는 취지로 판단하였다. 환자들이 외부업자와 연계되어 작업활동을 한 것을 전혀 관리하지 않은 것은 문제가 될 만하므로 인권위의 결정이 정당하다고 보인다.

그러나 위와 같은 인권위의 결정으로 인해서 환자들의 순수한 자율적 활동이 제한받는 상황이 발생할 수도 있다. 즉 병원 입장에서는 작업치료가 필수적인 치료수단이 아니고, 위 작업 활동을 작업치료로서 관리하면 업무량이 증가하므로 환자들의 자율적 작업을 작업치료로서 관리하지 않으려고 할 수 있다. 이에 따라 위와 같은 결정은 정신장애인들의 자유를 오히려 제한하는 것으로 작용할 수도 있다. 작업치료와 자율적 작업 사이에 차이가 없다고 하여, 환자들의 순수한 자율적 활동을 금지시키는 것이 타당한지 의문이다.

(2) 한편 정신요양시설의 작업치료에 관하여는 1998년 시행된 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에 관련 규정이 존재하였다. 그에 반하여 2008년 「정신보건법」 제46조의2가 신설되기 전까지 정신의료기관의 작업치료에 관하여 규율하는 법령은 존재하지 않았다. 물론 2003년에 보건복지부가 「작업치료지침」을 배포하였으나, 그 지침은 행정규칙에 불과하여 대외적 구속력을 갖는 법령이 아니므로 정신의료기관을 규율하기에는 적절하지 않았다.

2008년 이전에는 위와 같은 상황에 있었으므로, 인권위가 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」상의 작업치료에 관한 규정을 정신의료기관의 작업치료에도 적용하여야 한다고 해석한 것은 적절한 유추해석이라고 판단된다.

(3) 또 인권위 결정례 중에는 부실한 내용의 결정을 볼 수 있다. 예컨대, 2005. 9. 26. 자 04진인45 결정의 경우, 그 진정 요지는 “정신병원이 환자들에게 강제로 병원 청소를 시키고, 위반할 경우 전화금지, 프로그램 금지 등 불이익을 주고 있다”는 것인데, 인권위는 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」 및 「작업치료지침」에 따라 ‘환자의 동의’가 존재하는 지를 먼저 검토하여 위 작업치료가 강제 노동이었던지를 판단하였어야 하나, 그러한 판단을 하지 않은 채 정신과 전문의의 지시가 없었던 점만을 지적하고는 ‘작업치료 제도를 개선하라’는 추상적인 권고를 하였다. 작업치료 절차에 관한 개별 요건 중 하나에만 흠결이 있더라도, 작업치료 제도를 개선하라고 권고할 수는 있겠으나 해당 정신의료기관의 작업치료 절차를 보다 인권적으로 개선하기 위해서는 구체적으로 하나하나 판단을 하여주는 것이 바람직하다고 생각된다.

3) 정신보건전문요원 또는 작업치료사에 의해 실시되지 않은 것으로 위법한 사례

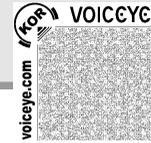
[2006. 3. 27.자 05진인2498, 05진인4056, 4057, 4058, 4060, 4061, 4062, 4063, 4065, 4066, 4068등 10건 병합 결정]

[결정요지]

- [1] 원외 작업은 환자들이 농번기에 시설 근처 농가의 비닐하우스에서 오전 9시부터 오후 5시까지 일하면서 사용자와의 계약을 토대로 일당(2004년까지는 1일 1만원, 2005년 5월부터는 1일 1만5천원)을 자기 계좌로 받았고, 원내 작업은 환자들이 식당 청소, 세탁 작업을 오전 6시부터 오후 5시까지 수행하면서 월급(2003년까지는 월 2만원, 2004년 월 3만원, 2005년 5월부터는 월 4만원)을 자기 계좌로 받았으며, 또 다른 환자들은 부적, 종이접기, 문구류 마감일 등의 외부 위탁 작업을 수행하면서 일한 수량만큼 대가를 받았는데, 이와 관련하여 정신요양원측에 대해 원·내외 작업치료의 작업대가가 지나치게 낮은 점을 지적하며 이를 최대한 현실화할 것을 권고한 사안
- [2] 정신요양원 보안요원이 축탁 의사나 사무국장, 사회복지사 등의 사전 승인 없이 임의로 환자들을 인솔하여 원외 작업을 나가고, 요양원 사무 공간 재배치 시 일부 환자들을 동원한 사안에서 정신보건전문요원도 아닌 보안요원이 임의로 환자들을 작업에 동원하는 행위는 근절하도록 권고할 필요성이 있다고 본 사안

(1) 정신보건법은 정신보건전문요원 또는 작업치료사에 의해 작업치료가 실시될 것을 요구하고 있다. 위 결정례의 경우 작업치료를 수행할 자격이 없는 보안요원이 작업치료를 실시하여 문제가 된 사안이다. 인권위는 보안요원이 환자들을 원외작업에 동원한 것이 문제라고 지적을 하면서도, 적절한 다른 사건에 대해 심의하면서 재론하겠다는 입장을 밝히면서 보안요원이 작업치료를 수행한 것에 대해서는 정면으로 다루지 않았다. 이는 적절하지 않은 것이라고 생각된다.

(2) 한편 정신보건법 제46조의2 제2항 단서는 “정신요양시설의 경우에는 정신건강의학과전문의의 지도를 받아 정신보건전문요원이 작업의 구체적인 방법을 지시할 수 있다.”고 규정하고 있고, 정신보건법 시행규칙 제23조의2 제2항은 “제1항에 따른 작업은 그 치료대상자의 신청 또는 동의를 받아 정신건강의학과전문의의 지도에 따라 실시하되, 전문요원 또는 작업치료사를 두어 안전한 환경에서 작업이 이루어지도록 하여야 (한다)”고 규정하고 있다. 그런데 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」 제11조 [별표3] 제6



호 다목은 “가목에 따른 작업은 해당 정신질환자 본인의 신청 또는 동의에 의하여 정신과 전문의의 지시에 따라 실시하거나 정신과전문의의 지도를 받아 전문요원의 지시에 따라 실시하되, 작업치료사, 사회복지사, 간호사 또는 간호조무사를 작업지도원으로 임명하여 입소환자가 안전한 환경에서 해당 작업을 할 수 있도록 보호하여야 (한다)”고 규정하고 있다.

즉 정신보건법(정신요양시설의 경우에는 정신보건전문요원), 정신보건법 시행규칙(전문요원, 작업치료사), 「정신요양시설의 설치 규칙」(전문요원, 사회복지사, 간호사, 간호조무사)이 서로 다른 규정을 두고 있는 것이다.

작업지도원의 역할이 정신보건전문요원의 역할과 다르다면, 위와 같은 규정이 유의미할 수 있다고 하겠으나, 그렇게 불만한 사정이 있어보이지는 않는다.

작업치료의 오용을 방지하기 위한 측면에서도 적절한 자격을 가진 자에 의해 작업치료가 실시되는 것이 필요하므로, 달리 특별한 사정이 없다면, 정신보건법과 시행규칙, 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」모두에서 작업치료를 수행하는 자에 대한 규정을 통일적으로 두거나 각자의 역할을 명확히 할 필요가 있을 것이다. 보건복지부는 이를 개정하여야 할 것이다.

4) 부적절하게 수입을 분배하여 위법하다고 본 결정례

[2005. 8. 16.자 04진인3098 결정]

[결정요지]

- [1] 정신요양원은 식당보조, 영농작업, 쓰레기 소각, 물당번 등의 작업치료프로그램을 운영하였는데, 식당보조의 경우 근무시간은 6~11시간, 작업치료비는 월 4~5만원이었고, 영농작업의 경우, 근무시간은 6~8시간, 작업치료비는 월 4~5만원이었으며, 일부환자들은 건강을 위해서라도 높고만 있을 수 없으므로 자발적으로 쓰레기 소각이나 물당번을 하거나, 정화조 청소등을 한 사안
- [2] 인권위는 작업 자체는 인권침해행위에는 해당하지 않으나, 작업치료시간과는 별개로 식당보조나 영농작업 치료비로 월 4~5만원을 지급하는 것은 최저임금과 비교하여 지나치게 낮으므로 적정한 작업치료비를 지급하여야하고, 작업치료결과를 평가하지 않았으므로 원내작업치료평가서를 반드시 작성하는 것이 필요하다고 판단
- [3] 정신병원에서는 식당보조 작업치료가 있었는데, 이 경우에도 작업치료시간과는 별개로 작업치료비로 월 9만원을 지급하는 것은 최저임금과 비교해 사회상규상 지나치게 낮은 작업치료비이므로 적정한 작업치료비를 지급하여야 한다고 판단

[2006. 3. 27.자 05진인2498, 05진인4056, 4057, 4058, 4060, 4061, 4062, 4063, 4065, 4066, 4068등 10건 병합 결정]

[결정요지]

원의 작업은 환자들이 농번기에 시설 근처 농가의 비닐하우스에서 오전 9시부터 오후 5시까지 일하면서 사용자와의 계약을 토대로 일당(2004년까지는 1일 1만원, 2005년 5월부터는 1일 1만5천원)을 자기 계좌로 받았고, 원내 작업은 환자들이 식당 청소, 세탁 작업을 오전 6시부터 오후 5시까지 수행하면서 월급(2003년까지는 월 2만원, 2004년 월 3만원, 2005년 5월부터는 월 4만원)을 자기 계좌로 받았으며, 또 다른 환자들은 부적, 종이 접기, 문구류 마감일 등의 외부 위탁 작업을 수행하면서 일한 수량만큼 대가를 받았는데, 이와 관련하여 정신요양원측에 대해 원·내외 작업치료의 작업대가가 지나치게 낮은 점을 지적하며 이를 최대한 현실화할 것을 권고한 사안

[2009. 9. 26.자 05직인11, 12 병합 결정]

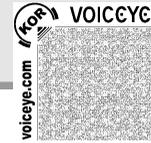
[결정요지]

- [1] 정신병원이 일부 특정 환자들에게 휴일 없이 매일, 휴게 시간을 제외하고 하루 8시간 정도 식당에서 식당 아주머니와 동일한 강도의 일을 하도록 하였고, 일당은 종일 근무하는 경우 1만원을 지급한 사안에서, 1만원 밖에 지급하지 않은 것은 적정하지 않고, 과도한 작업으로 치료목적의 범위를 벗어난 것이라고 판단
- [2] 작업치료비를 2달 후에 지급하는 것은 적정하지 않다고 한 사안

[2012. 5. 1.자 11진정0471300]

[결정요지]

- [1] 정신과 전문의의 의견에 따라 과수원에서 작업치료를 하였는데, 작업치료 장소는 병원 이사장의 형 소유로서 병원 이사장의 조카가 임차하여 운영하는 과수원이고, 작업 내역은 사과 따기, 컨테이너 박스 운반하기, 비료주기, 풀을 베거나 매기 등 작업이었으며, 급여는 2011. 3. 작업시간 84시간에 126,000원, 2011. 4. 작업시간 126시간에 214,200원, 2011. 5. 작업시간 141시간에 239,700원, 2011. 6. 작업시간 42시간에 71,400원, 2011. 7. 작업시간 64시간에 108,800원 있고, 그 과수원은 병원 소속 직원과 작업치료 환자 7~9명이 관리한 사안
- [2] 작업재활요법 평가서에는 ‘작업하는 일에 잘 따름’, ‘말없이 잘하고 있음’, ‘작업하는 이 령 불평 없이 잘하고 있음’, ‘말없이 잘 따르고 행동함’ 등 매우 단순하고 형식적인 작업치료 평가가 있으며, 특히 중요하다고 볼 수 있는 치료진의 평가에서는 ‘외부작업 과수원 나가심’, ‘과수원일 중단이유, 집에 보내달라고 사회사업실갔다’, ‘복지사 힘들게 하지 않는 조건으로 작업허락 남’등과 같은 간단한 언급 외에는 주기적이고 구체적인 평가내용이 없었다는 점을 볼 때 작업치료의 평가가 형식적으로 이루어져 왔으며, 일



련의 치료계획에 따라 적업치료가 시행되지 않은 것은 판단되고, 작업치료 환자들이 과수원에서 한 역할과 업무를 보았을 때 이 사건 작업치료는 치료목적으로 볼 수 없고, 병원 이사장의 조카가 임차하여 운영하는 과수원에 작업치료 명목으로 값싼 노동력을 제공하는데 이용한 것으로 판단된다.

- [3] 작업치료 환자가 과수원에서 이루어지는 대부분의 작업을 수행하였으며, 한 여름철인 7월에도 과수원에서 작업을 한 점을 볼 때, 진정인이 작업치료 명목으로 받은 시급 1,500원 또는 1,700원은 과수원의 높은 작업강도에 비해 현저히 낮으며, 또한 보건복지부의 「작업치료지침」에서는 모든 작업치료에 따른 임금은 개인 통장을 통하여 관리하도록 하고 있으나, 병원에서는 간식비 통장과 간식비 대장을 통해 작업치료 임금을 관리하고 있어 부당하다는 이유로 ‘작업치료 환자에게 지급한 작업치료 임금에 대하여 2011년 최저임을 기준으로 다시 산정하여 지급하고, 「작업치료지침」에 따라 임금을 개인통장으로 지급하라’고 권고 한 사안

(1) 정신보건법은 수입을 적절하게 분배할 것을 요구하고 있다. 2005. 8. 16.자 04진인 3098 결정은 공개되어 있는 작업치료와 관련한 결정례 중 작업치료에 인권침해적 요소가 있다고 인정한 최초의 결정이다. 인권위는 작업치료비를 최저임금과 비교를 하면서, 지나치게 낮은 수준의 작업치료비가 지급되고 있는 관행을 지적하고 있는데, 이 점에서 큰 의의를 갖는 결정이다. 그러나 결정문 기재 내용 중 “최00 환자도 계속 늘 수만 없으므로 자발적으로 하며 따라 작업치료 동의는 받지 않고 매달 1만원과 담배를 지급받고 있다”는 내용을 볼 수 있는데, 이와 관련하여 인권위는 정신과 전문의의 지시가 있었는지, 작업치료 일지는 작성되고 있었는지, 담배를 지급한 것은 계좌로 지급해야한다는 원칙을 위반한 것은 아닌지에 대해 아무런 조사와 판단을 하지 않았다는 점에서 좋은 결정이라고는 보이지 않는다.

위 결정례와 비교하여 볼 수 있는 사안은 2012. 5. 1.자 11진정0471300 결정이다. 이 결정은 작업의 내용과 지급한 임금의 수준을 보았을 때, 작업치료를 명목으로 노동력을 착취한 것이라고 판단한 사안으로, 위 첫 번째 결정이 작업치료비와 최저임금을 비교하는 수준에 그친 것과 달리, 최저임금을 기준으로 작업치료비를 다시 산정하라고 하여 보다 진보된 판단을 한 결정례이다. 2012년 결정이 보다 타당한 결정이라고 하겠다.

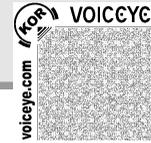
(2) 한편 2009년에 시행된 정신보건법 시행규칙 제23조의2 제3항은 “제1항에 따른 작업으로 얻은 수입이 있는 경우에는 원자재 구입비용 등 작업에 든 실비를 제외한 금액을 해당 입원환자에게 각 개인별 예금계좌를 통하여 지급하여야 한다”고 규정하고 있고, 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」 [별표3] 제7호는 “정신요양시설의 장은 제6호에 따른 작업으로 얻은 수입이 있는 경우에는 원자재 구입비용 등 작업에 든 실비를 제외한 금액을 해당 작업자에게 각 개인별 예금계좌를 통하여 지급하여야 한다.”고 규정하고 있었다. 위 규정들에 의하면, 작업치료 환자에게 지급하는 것은 임금이 아니라 수익의 배분이다. 즉 임금을 지급하는 것이 아니라 순수익을 배분하는 것이 원칙인 것이다.

그런데 보건복지부지침은 보건복지부령이 수입의 배분이라고 규정하고 있는 것에 반하여, 작업치료 참여자에 대해 ‘임금’을 지급할 수 있다고 규정하고 있는 것이다. 행정규칙으로서 하위법규인 「작업치료지침」이 법규명령으로서 상위법규라고 할 수 있는 보건복지부령에서 정한 것과 달리 수익배분이 아니라 임금지급을 원칙으로 하는 것은 적절하지 않다.

대부분의 사안에서 작업치료의 일환으로 정신의료기관등이 수익을 낼 수 있는 사업을 하는 게 아니라 청소, 배식 등 단순작업을 실시 하고 있으므로 현실과 괴리된 규정으로 볼 수 있는 면이 있으나, 위 보건복지부령에 의하면 작업수당에 관한 기본원칙은 임금이 아니라 수입배분임이 분명하다. 인권위는 이러한 관점에서 보고 판단하여야 함에도 그러하지 아니하였다.

예컨대, 2012. 5. 1.자 11진정0471300 결정례의 사안에서의 영농작업의 경우, 만약 그 영농작업이 농작물 수확을 통해 수익을 낼 수 있는 것이었다면, 적절한 급여를 지급하려고 할 것이 아니라 수익을 배분하라는 취지의 권고를 하는 것이 보다 법령에 부합하는 것이라고 할 수 있다.

(3) 2009. 9. 26.자 05직인11, 12 병합 결정은 보호자의 허락과 정신과 전문의의 지시하에 작업치료가 시행된 것인데, 정신과 전문의는 환자가 일반적인 작업치료에 적합한지만 판단하였고 작업치료의 종류는 보호과에서 결정한 사안이다. 위 사안에서 인권위는 보호자의 허락만으로 환자의 동의 또는 신청이 있었던 것으로 볼 수 있는지, 작업치료의 종류를 정신과 전문의가 판단하지 않는 것이 적절한 것인지를 판단하였어야 함에도 그렇게 하지 않고, 작업이 과도하여 치료목적을 벗어났다는 점, 작업치료비가 지나치게 낮게 책정되어있다는 점만을 지적하였을 뿐이다. 또한 작업이 과도하다는 점을 지적하기에 앞서,



적절한 절차를 거쳤는지, 전문의가 치료목적에 부합하는 작업이라고 판단하여 일련의 치료계획 하에 식당 업무를 하게 하였는지가 보다 본질적인 문제라고 생각되는데, 인권위의 위와 같은 판단은 문제의 본질을 흐리게 만들었다고 생각된다.

5) 작업 치료의 내용이 치료가 아니라고 하여 노동력 착취라고 본 사례

[2009. 3. 23.자 07진인4625결정]

[결정요지]

- [1] 피진정인이 재활작업일지와 작업치료평가서는 꾸준히 작성하였으나, 평가를 누락하였거나 평가를 하더라도 전문의가 아닌 행정실무가가 하도록 하고, 구체적인 평가도 하지 않았으며, 배식과 청소 작업치료 환자들에게 매일 담보 1보루와 콜라 5병을, 틈틈이 청소업무를 수행하는 환자 2명에게는 월 20일 내외의 작업에 월 4만원, 식당보조 환자 6명에게는 격일 근무에 월 100,00원(7일 근무)~280,000원(21일 근무)을, 간병보조 환자에게는 매일 5~7만원을 각 지급하였던 사안
- [2] 피진정인의 작업치료는 보건복지부의 「작업치료지침」에 따른 치료 본연의 목적으로 수행되는 것으로 보기 어려워 정신과적 치료로 볼 수 없고, 실질적인 작업치료절차도 준수하지 하지 않았으며, 단순한 노동을 위해 사실상 근로관계를 설정한 것으로서 인권침해에 해당

[2009. 11. 6.자 09진정2942 결정]

[결정요지]

- [1] 환자들은 스스로 원하여 일을 하였거나 직원의 요청에 따라 일을 하고 있으나 싫다고 거부하지 않았고, 배식, 화장실 및 세면장 청소, 격리실 청소와 격리환자의 대소변 받기, 병동 바깥의 풀뽑기 등의 작업을 수행한 대신 하루 담배 6~10개피를 받았으며, 간호사나 보호사는 청소와 배식 업무 등을 수행하지 않았고, 별도의 직원도 없었던 사안
- [2] 병동 내에서의 입원환자들이 수행하는 다양한 신체적 활동 중에서 어떠한 것이 치료에 도움이 되는 작업이고 어떠한 것이 단순 노동 또는 근로인지 여부는 신체적 활동의 내용 그 자체만으로 일률적으로 판단할 수는 없고, 청소와 배식, 간식배분 등의 동일한 신체적 활동이라 하더라도 그 신체적 활동에 치료·훈련·지도 등이 부가되어 일련의 치료계획과 프로그램 하에 시행된다면 이는 치료에 도움이 되는 작업으로 볼 수 있을 것이며, 그렇지 않고 신체적 활동만이 이루어진다면 이는 단순 노동이나 근로로 볼 수 있다.

[3] 정신의료기관에서 기본적으로 제공하여야 할 배식과 청소 등의 기본역무를 피진정인이 제공하지 않으면서 환자들의 자발적 봉사활동이라는 명목으로 청소와 배식을 시키는 행위는, 환자가 자발적으로 참여하였다고 하더라도, 병원의 기본 역무를 환자 전체 집단에게 전가한 것이고, 할 수밖에 없는 일을 누군가 자의로 하는 것은 순수한 자발적 봉사활동이라고도 할 수 없으며, 그러한 활동이 환자의 치료에 도움이 된다는 정신과 전문의의 지시와 작업치료 지침에 따른 치료프로그램의 일환으로 시행된 것이 아닌 한 노동을 강요한 것이다.

[2010. 6. 21.자 08진인0004643, 09진인0001434, 10진정0067000 병합 결정]

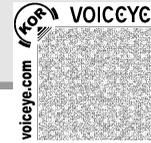
[결정요지]

병원은 병원 운영에 필요한 세탁, 청소 등의 업무를 작업치료라는 형식으로 환자들에게 맡기고 있는데, 병원이 환자들로부터 봉사활동 신청서를 받고, 담당주치의의 지시에 따라 작업을 부과하고 있으며, 월 1회 작업치료평가서를 작성하고 매일 작업치료일지를 작성하고 있을 뿐만 아니라 작업에 대한 대가로 일정금액을 개인 통장 등으로 지급한 사안에서 절차상으로 작업치료절차를 준수하였으나 위와 같은 내용의 작업치료프로그램은 사회복지 및 직업재활 차원에서 진행되는 프로그램이라고 보기 어려운 것으로 병원 시설 관리를 위해 환자들의 노동력을 사용하는 것이라고 판단

[2012. 5. 1.자 11진정0471300]

[결정요지]

- [1] 정신과 전문의의 의견에 따라 과수원에서 작업치료를 하였는데, 작업치료 장소는 병원 이사장의 형 소유로서 병원 이사장의 조카가 임차하여 운영하는 과수원이고, 작업 내역은 사과 따기, 컨테이너 박스 운반하기, 비료주기, 풀을 베거나 매기 등 작업이었으며, 급여는 2011. 3. 작업시간 84시간에 126,000원, 2011. 4. 작업시간 126시간에 214,200원, 2011. 5. 작업시간 141시간에 239,700원, 2011. 6. 작업시간 42시간에 71,400원, 2011. 7. 작업시간 64시간에 108,800원있고, 그 과수원은 병원 소속 직원과 작업치료 환자 7~9명이 관리한 사안
- [2] 작업재활요법 평가서에는 '작업하는 일에 잘 따름', '말없이 잘하고 있음', '작업하는 이 랭 불평 없이 잘하고 있음', '말없이 잘 따르고 행동함' 등 매우 단순하고 형식적인 작업치료 평가가 있으며, 특히 중요하다고 볼 수 있는 치료진의 평가에서는 '외부작업 과수원 나가심', '과수원일 중단이유, 집에 보내달라고 사회사업실갔다', '복지사 힘들게 하지 않는 조건으로 작업허락남'등과 같은 간단한 언급 외에는 주기적이고 구체적인 평가내용이 없었다는 점을 볼 때 작업치료의 평가가 형식적으로 이루어져 왔으며, 일련의 치료계획에 따라 작업치료가 시행되지 않은 것은 판단되고, 작업치료 환자들이 과수원에서 한 역할과 업무를 보았을 때 이 사건 작업치료는 치료목적으로 볼 수 없고, 병원 이사장의 조카가 임차하여 운영하는 과수원에 작업치료 명목으로 값싼 노동력을 제공하는데 이용한 것으로 판단된다고 한 사안



(1) 정신보건법은 작업치료의 내용이 작업에 적합한 것일 것을 요구하고 있는데, 인권 위 결정례 중에는 작업치료라는 명목으로 시행되었으나 그 실질은 작업치료를 오용하여 노동력을 착취한 사안들이 다수 존재하였다.

2009. 3. 23.자 07진인4625결정은 운영비를 절감하기 위해 작업치료를 오용한 사안이다. 위 사안의 경우, 환자들이 작업치료에 동의하였고, 정신과 전문의의 지시가 있었으며, 환자들은 대체로 작업수당에 만족해하고 있었으며, 재활작업일지와 작업치료평가서까지 작성되어져 있었다. 재활작업일지와 작업치료평가서도 부실하게 작성되어 있었다는 점을 제외하면, 모든 절차를 준수한 사안임에도 인권위는 그 활동 내용의 실질이 치료와는 무관한 것이라고 판단하고는, 작업치료가 치료목적으로 행해지지 않고 운영비를 절감하기 위한 수단이었다고 보았다.

2009. 11. 6.자 09진정2942 결정은 첫 번째 사안과 유사한 사안이다. 이 사안에서는 병원 운영에 필요한 세탁, 청소 등의 업무를 작업치료로 한 것을 문제 삼은 것으로 보이는데, 앞서 본 바와 같이, 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」 제11조 별표3 제6호 가목은 “해당 시설 자체의 청소·취사·세탁 등 단순 작업을 시킬 수 있다.”고 규정한 것에 비추어보면, 인권위는 판단은 옳은 판단임에도 불구하고, 법 문언과는 부합하지 않는 측면이 있다. 인권위는 위 규칙 자체를 개정하도록 권고하여야 하고, 보건복지부는 위 규칙을 개정하여야 한다.

한편 이 결정에서는 작업치료에 의한 작업인지 강요된 노동인지를 판단하는 기본적인 기준이 제시되고 있다. 인권위는 작업 활동의 내용이 무엇인지보다는 치료에 도움이 되는 활동인지를 따져서 작업과 노동을 구분하고 있다. 즉 활동의 내용이 무엇이 되었든 정신과 의사가 치료에 도움이 된다는 판단을 하고, 그에 따라 일련의 치료계획과 프로그램 하에서 시행되는 활동이라면 작업치료이고, 그렇지 않으면 노동이라는 것이다.

인권위의 입장과 같이, 어떠한 치료가 필요하고, 실시하여야 하는지 판단하는 것은 정신과 전문의의 몫이자 재량이라고 볼 수밖에 없다. 하지만 정신과 전문의의 판단에 모든 것을 맡기는 것은 매우 위험하다. 정신과 전문의가 그 스스로 정신의료기관 등을 운영할 경우나, 정신의료기관 등으로부터 대가를 받을 경우, 운영비를 절감하기 위해서 작업치료 프로그램을 만들어 시행하는 경우는 얼마든지 발생할 가능성이 있는 것이다.

(2) 2010. 6. 21.자 08진인0004643, 09진인0001434, 10진정0067000 병합 결정은 정신과 전문의가 작업치료에 개입하고 있었던 사안이었음에도 활동의 내용을 따지면서 적절한 작업치료가 아니라고 판단한 사안이다. 앞서 본 두 번째 결정례에서 본 바와 같이, 인권위가 종래 작업치료인지 노동인지에 대한 판단을 정신과 전문의에게 전적으로 맡기고 있는 듯한 기준을 제시해 온 것에 비추어보면, 일용 예외적인 판단이라고 볼 수도 있다.

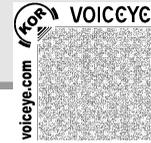
결정 이유에 구체적 내용이 언급되어 있지 않아 정신과 전문의의 판단 하에 이루어진 활동임에도 작업치료로 보지 않은 이유는 불분명하나, 결정이유에서 “작업치료는 치료의 일환으로 원칙적으로 임금이 지급되지 않으므로 이를 악용할 경우에는 최저임금에도 미치지 않는 비용으로 환자들을 이용하여 시설 관리를 할 우려가 있다는 점”을 들고 있는 것으로 보아, 병원과 정신과 전문의가 적극적으로 작업치료를 남용하였던 사안이므로, 위와 같은 판단을 한 것이 아닌가 생각된다.

(3) 2012. 5. 1.자 11진정0471300 결정은 작업치료라는 명목으로 병원 이사장의 형과 조카가 이득을 취한 노동력 착취 사안이다. 결정 이유 기재 내용에서 정신과 전문의가 ‘과수원 작업환경에는 아무런 문제가 없었고, 평소 의심이 많고 피해적 사고와 편집사고를 가진 진정인이 여성 사회복지사에 대한 애정표현을 제지당한 것에 불만을 가지고 작업치료 환경에 대해 부정적 주장을 한 것이다’는 취지의 진술내용을 볼 수 있는데, 조사 결과 인정된 내용은 명백한 노동력 착취 사안이었다. 정신과 전문의가 작업치료를 오용한 것이라고 밖에 평가할 수 없다. 즉 위 사안은 정신과 전문의의 판단이 중요한 기준이 될 수밖에 없으나, 정신과 전문의의 재량을 폭넓게 인정하였을 때 발생할 수 있는 부작용을 확인해주는 사안이라 하겠다.

의학적 판단이 개입되어 있으므로 해당 활동이 작업치료인지, 아니면 노동력착취인지를 구분하는 것은 매우 어려운데, 어떤 방식으로든 작업치료 명목의 노동력 착취를 예방하기 위해서는 정신의료기관과 정신과 전문의를 견제 또는 감시하는 장치가 필요해 보인다. 예컨대, ① 작업치료지침에 작업치료 계획서, 작업치료 평가서²⁾를 의무적으로 작성하도록 하고, 그 항목과 내용을 체계적이고 구체적으로 작성하게 하는 방안을 생각하여 볼 수 있고³⁾, ② 정신의료기관 등에 대한 심사인증 평가항목에 작업치료에 관한 항목을 포함시킴으로써 작업치료를 적절하고 효과적으로 운용하도록 유도할 수 있다. 또 ③ 지침정신의료

2) 현재의 작업치료지침에도 작업치료 평가서가 포함되어 있으나 매우 부실하다. 개선이 필요하다.

3) 예컨대, 해당 작업치료가 도움이 되는지에 대한 평가를 하도록 하고, 만약 작업치료 중 환자가 아무런 말이 없었다면 왜 말이 없었는지 분석하게 하여야 한다.



기관 등이 제공해야할 기본 서비스를 작업치료의 활동으로 할 경우, 기본 역무를 수행하는 근로자가 수령하는 임금에 상응하는 작업치료비를 책정하게 하는 규정을 두는 방법 등을 강구하여볼 수 있을 것이다.

2. 제언

국가인권위원회 결정례를 분석한 결과 다음과 같은 제언을 할 수 있었다.

첫째, 「정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙」에서 정하고 있는 실시할 수 있는 작업에 관한 규정을 개정하는 것이 필요하다. 먼저, 위 규칙 제11조 [별표3] 제6호 가목은 “해당 시설 자체의 청소·취사·세탁 등 단순 작업을 시킬 수 있다.”고 규정하여 병동 내 청소·취사·세탁 등 정신의료기관 등이 제공해야하는 기본 서비스를 작업치료에서 이용 가능한 작업으로 보고 있는데, 인권위는 원칙적으로 허용되지 않고, 예외적으로만 허용된다는 입장이다. 인권위가 이러한 입장을 취하는 것은 위와 같은 기본서비스를 작업으로 허용할 경우, 정신의료기관 등이 이를 남용할 수 있다는 점 때문이다. 그러나 인권위의 입장은 위 규칙에 부합되지 않는 측면이 있다고 할 것인바, 인권위의 우려가 작업치료에서의 현실이라면, 위 규칙을 개정하여 기본서비스는 예외적으로 허용되는 작업임을 명문화할 필요가 있다.

둘째, 작업치료에 대한 동의에 앞서 의사의 설명의무가 준수되도록 정신보건법을 개정하여야 한다. 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권은 의료행위와 관련하여 당연히 인정되는 의무와 권리이다. 그리고 정신의료기관 등도 의료기관에 해당하고, 작업치료는 의료행위로서의 성질도 지니고 있는 것이므로 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권은 작업치료에 있어서도 당연히 인정된다고 볼 수 있다. 정신보건법의 개정이 없더라도 당연히 지켜져야 하는 것임에도 전혀 지켜지지 않고 있다고 보이므로, 이 내용을 명문으로 강제할 필요가 있다고 보인다.

따라서 정신과 전문의는 환자에게 작업치료가 필요하다고 판단하였다면, 환자에게 어떠한 작업치료를 어떻게 실시할 것인지에 대한 내용을 설명하여야 한다. 그리고 환자는 이것이 전제된 상황에서 작업치료에 대한 동의의 의사표시를 할 수 있어야 한다.

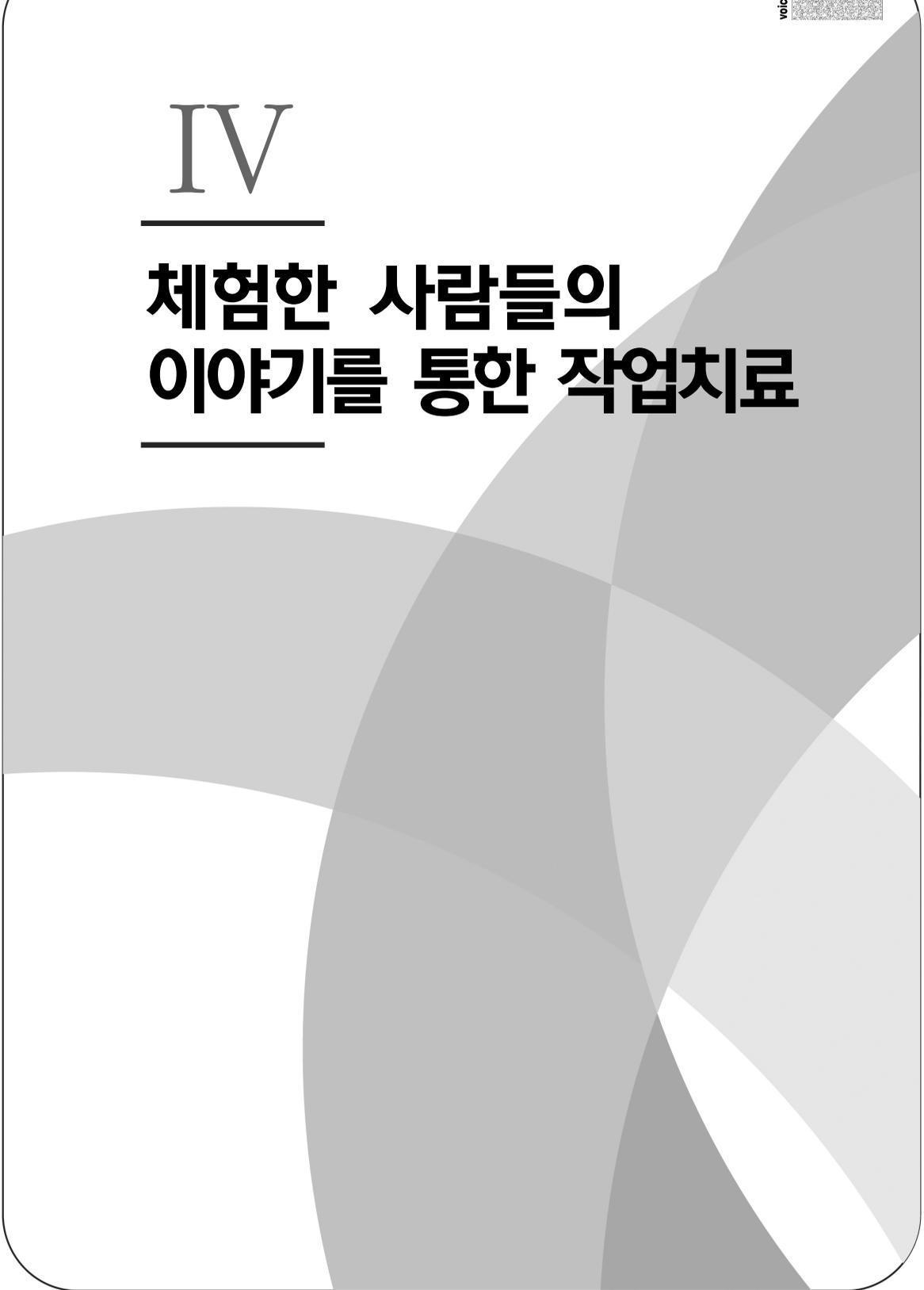
셋째, 작업치료 업무를 수행할 수 있는 자격자에 대한 규정을 명확히 하여야 한다. 정신보건법 시행규칙은 정신보건전문요원과 작업치료사가 작업치료업무를 수행할 수 있다는 내용으로 규정하고 있는 것에 반하여, 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙은 정신보건전문요원, 작업치료사, 사회복지사, 간호사 또는 간호조무사가 작업치료 업무를 수행할 수 있는 것처럼 규정하고 있다. 두 규정을 달리 규정할 이유가 없으므로 동일한 내용으로 규정하되, 작업치료에 대한 전문성을 갖춘 자격자가 작업치료를 담당할 수 있도록 위 두 보건복지부령을 개정할 필요가 있다.

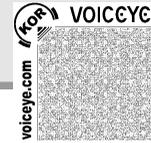
넷째, 작업치료지침 상의 급여와 관련한 규정을 보건복지부령에 부합하도록 개정하여야 한다. 정신보건법 시행규칙과 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙은 작업으로 얻은 수입을 배분하는 것을 원칙으로 삼고 있는데, 작업치료지침은 임금 지급을 원칙으로 삼고 있는 것으로 보인다. 따라서 작업치료지침이 보건복지부령에 어긋나는 형태로 규정되어 있는 것은 적절하지 않으므로 이를 개정할 필요가 있다. 다만, 임금을 지급하여야 하는 것이 법현실이라면, 수입배분을 원칙으로 하는 위 두 보건복지부령을 개정하여 법과 현실을 일치시킬 필요가 있을 것이다.

다섯째, 정신과 전문의가 작업치료를 오용하는 것을 막기 위한 장치를 마련하여야 한다. 현실적으로 정신과 전문의의 판단이 작업치료인지 여부를 판단하는 데 있어서 가장 중요한 판단기준이 될 수밖에 없다. 그리고 정신의료기관 등 내에서 발생하는 노동력 착취를 외부에서는 쉽게 알 수가 없다. 따라서 정신과 전문의가 작업치료를 오용하는 것을 막기 위한 수단을 강구하여야 한다. 예컨대, ① 작업치료지침에 작업치료 계획서, 작업치료 평가서를 의무적으로 작성하도록 하고, 그 항목과 내용을 체계적이고 구체적으로 작성하게 하는 방안을 생각하여 볼 수 있고, ② 정신의료기관 등에 대한 심사인증 평가항목에 작업치료에 관한 항목을 포함시킴으로써 작업치료를 적절하고 효과적으로 운용하도록 유도할 수 있으며, ③ 지침정신의료기관 등이 제공해야 할 기본 서비스를 작업치료의 활동으로 할 경우, 기본 업무를 수행하는 근로자가 수령하는 임금에 상응하는 작업치료비를 책정하게 하는 규정을 두는 방법 등을 생각하여 볼 수 있을 것이다.

IV

체험한 사람들의 이야기를 통한 작업치료





인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

IV. 체험한 사람들의 이야기를 통한 작업치료

1. 작업치료 이용자의 이야기

1) 참여자 현황

〈표 IV-1〉 집단면접 참여 이용자 현황

구분	정신보건시설 이용 경험	작업치료 경험이 있는 기관	작업치료 경험	연령대	성별
U1	20년	사회복지시설, 정신병원 등	10년	40대	남성
U2	15년	정신요양시설, 사회복지시설 등	10년	30대	여성
U3	24년	정신병원, 정신보건센터 등	15년	50대	여성
U4	26년	정신병원, 정신보건센터 등	15년	40대	남성
U5	8년	사회복지시설, 정신보건센터, 자립생활센터 등	3년	50대	남성
U6	17년	정신병원, 병원정신과, 사회복지시설 등	1.5년	30대	여성
U7	22년	정신병원, 사회복지시설 등	5년	50대	여성
U8	10년	정신병원, 사회복지시설 등	3년	40대	여성
U9	10년	정신병원, 사회복지시설 등	6년	30대	여성

2) 분석결과

(1) 작업치료에 대한 생각

① 직원들이 할 일 또는 직원을 고용하여 할 일을 작업치료라는 명목으로 활용

일부 이용자의 경험을 보면 작업치료라고 보기 보다는, 직원들의 일거리를 줄이기 위해 일을 한 경우도 있었다. 예를 들어 폐쇄병동에서의 서류 심부름 등은 작업치료 명목을 갖기도 어려워 보였다. 이처럼 원래 직원들이 할 일을 했기 때문에 직원 또는 기관은 이용자에게 보상을 해주어야 하고 이용자는 합당한 보상을 받았어야 했음에도 이 부분에 대해서는 서로 간에 인식이 전혀 없었다. 또한 작업치료 목적으로 원래 직원들이 할 일 또는 직원을 고용하여 할 일을 이용자들에게 시키고 적은 임금을 주었다.

U6

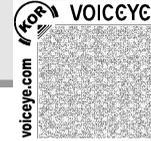
00병원 폐쇄병동에 2년 반 있었는데, 처음에 생활 못해서 묶어 놓기도 하고 그랬는데요, 나중에 생활 잘 한다고 간호사님이 식판 같은 거 날려 부엌에 식당에 내려 보내주고, 죽 같은거 가지고 오라고 심부름도 시키고 그러면 당뇨 환자들 샌드위치 만들어 놓은 게 있어요. 우유하고 식빵.. 그러면 그거 갖고 올라 오면요, 그거 남으면 한조각씩 주실 때도 있었어요. 돈은 안 받았어요.

U6

그 후 일반병동으로 가서 화장실 청소하고 심리과 문서 나르고 했어요... 청소하는 게 일이라서... 월급을 받았죠. 심리실가서 일을 했어요. 심리실 가서 차트 가져오고 차트 갖다 주고 심리평가 문제들 환우분들이 해오면 내가 그거 가지러 갔다 오고 답안지 갖다 주고 그런 거 했었어요. 병동마다.... 다 동시예요. 1주일에 세 번은 청소를 한 거 같아요. 차트 나르는 건 1주일에 5번 정도. 화장실 청소는 아침에 하고, 9시 넘으면 차트 갖다 주고... 두 가지 일하고 7만원 받았 습니다.

② 치료임에도 일을 할 수 있는 능력이 좋아야 참여할 수 있는 프로그램

작업치료는 치료임에도 능력에 따라 차별이 발생하고 있다고 생각하고 있었다. 작업을 할 수 있는 능력이 보다 좋은 사람들이 작업치료 프로그램에 선택되기 때문에 차별이 발생하고 있었고, 본인의 의사와는 상관없이 어느 정도 능력이 되어야 참여할 수 있는 프로그램으로 생각하고 있었다.



U3

00병원에서 낮병동 다닐 때 쇼핑백을 저기 했거든요 그런데 제가 손이 느려서 별로 못했어요. 그런데 상태 좋은 사람만 시켰거든요.

U4

00병원에서 작업치료 했는데요. 부처님이 아니라 “부.침.인” (프로그램의 일종으로 보임)했는데요, 거기서 상태가 좋은 사람들 있잖아요. 그 사람들만 뽑아서 개별병동에서 했어요. 32병동, 폐쇄병동 침대 밑에 끌고, 닦고 그런 거 했었거든요. 그래서 임금이 한 달에 8만원 받았어요. 아침 9시에 들어가서 11시까지 청소하고 끌고 해서 또 한시에 올라가서 두시까지 총 세 시간 일했어요. 그리고 뭐 그렇게 나쁜 건 별로 없었어요.

③ 강압 또는 위계에 의한 강요에 따라 해야만 하는 프로그램

작업치료를 해야 상태가 더 좋아진다는 생각은 없었고, 작업이 따분하고 힘들니까 하기 싫어했지만 직원들이 시키기 때문에 어쩔 수 없이 하는 경우가 있었다. 또한 예전 일하는 하지만 한 정신요양시설의 경우 강제노역에 가까운 노동을 시키기도 하였다. 새벽부터 강제적으로 일을 하고 잠깐 잠깐의 식사시간 외에는 휴식시간이 없었다. 또한 일을 하지 않는 경우 치료목적이라고는 하지만 강제적으로 묶어두는 등 노동거부에 대한 처벌이 존재했다.

또한 현재는 아니지만 대형 종합병원에서는 퇴원의 조건으로 작업치료를 이용하기도 하였다. 간호사들이 환자의 상태가 좋다고 평가해 줘야 퇴원이 가능하기 때문에 간호사가 시키는 경우 어쩔 수 없이 작업치료를 해야만 했다.

U3

어차피 저는 바라지도 않았는데 상태가 좋다고 또 가서 하라고 그러더라구요. 안했으면 좋겠는데.

U4

근데 그에 비해서 좀 00원 같은 데는 일을 시켰는데 아침 5시 반에 일어나서 삼십분 세면하고 일을 해요 그리고, 16시에 밥먹고 또 일을 해요. 그래서 5시 반에 끝나는데 그때 끝나는게 없어요. 다섯시 반에 끝난다고 말만했지 그때 안 끝나고 매일 6시 반이나 7시에 끝나요. 근데 또 일하기 싫은 사람들이 있는데 반장이 일을 해라 일을 해라 그런데 안하면 묶어요. 왜냐하면 이 사람은 하기 싫은 게 아니라 상태가 나빠서 하기 싫은거다 그렇게 간주하고 묶어요. 묶어서 무

를 꿰고 앉아있게 해요. 그래서 거긴 좀 나쁜 데예요. 작업이나 일을 하러 나갔는데 어떤 할아버지가 힘들게 천천히 일을 하고 계시는데 갑자기 00원 원장이 와서 ‘왜 이 따위로 일을 하느냐? 며 구두발로 그 할아버지를 짓밟는 걸 보면서 일을 안 하면 묶이고 맞겠구나 하고 생각했습니다.

U3

그리고 보니 저기 00병원 새 건물 짓기 전에 수간호사들이 병원 처방전 접는 거 옛날엔 손으로 했잖아요? 그걸 하라 그러면서, 4등급까지 있거든요, 그걸 해야 높은 등급 받을 수 있다고 그걸 또 억지로 시키더라구요. ... 안하면 퇴원 안 시켜 준다는 식으로 요즘은 그런 일은 없겠죠 뭐. 특수 작업을 안 하니까. 4등급이 되어야 퇴원이 되니까 (아니 뭐 가족이 데려가면 퇴원할 수는 있지만..) 그러니 수작업 잘하면 4등급 줄게 하는 거지요..

(2) 작업치료 임금 등에 대한 생각

① 일에 대한 너무나 형편없는 보상

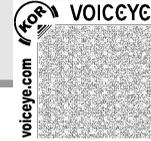
기관 내에서 부업을 하는 경우나 원외 취업을 하는 경우 모두 낮은 임금을 받고 있었다. 부업은 직원이 외부에서 받아와서 하는 것이었는데 대부분 간이수공업 수준이다보니 단가가 상당히 낮은 편이었다. 밖에 나가 일을 하는 경우에도 치료 목적이기 때문에 대부분은 낮은 임금을 받았다. 이용자들은 대부분 형편없는 보상에 불만이 있었다.

U5

아마 보호작업일 거예요.. 거기서 스티커 붙이는 작업을 했었어요. 그런데 한 개 붙이는데.. 얼마더라 2원인가. 5원인가 그래서 돈 안 받고 일하겠다고 그리고 밥 먹고 집에 오고 그랬는데. 그때도 거기서 00센터 다니면서 거기를 안 나간다고 거길 간 거 였는데 밥이 굉장히 형편이 없어요. 거기 간호사나 직원들은 고가의 월급 받아 가는데.. 그러다가 또 한 번은 부모님을 모시고 오래요. ... 훈련일 뿐이라고 하여 임금을 못 받은 적도 있습니다.

U3

00병원에서 낮병동 다닐 때 쇼핑백을 저기 했거든요 ... 그런데 하나에 1원 이었던가 10원은 아니겠죠. 그런데 아침에 가서 40분 정도 했는데 아무튼 한 달 통장에 찍힌 거 보면 2200 얼마 2400 얼마 찍혔더라구요.



U4

00원에서 19세 때 들어가 강제적으로 폴리백, 쇼핑백을 만들라고 위협받았습니다. 안 하면 밥을 굶기고 이틀에 한 번씩 간식이 나오는데 세 달이 지나고 감독이라는 사람이 쇼핑백을 만드는 대가로 한 달에 3천 원씩 입금시켜 주겠다고 했는데 한 달이 지나고 감독이 이틀에 한 번씩 나오는 초코파이를 간식비로 썼다고 했습니다.

U9

000(볼펜 회사)는 월 7만원 넘게 받구요. 00는 10만원. 월 7만원 받는 거는 적죠, 제가 상자들어 가져다 놓고 일을 많이 하기는 하는데 일하는 거에 비해서 적죠...

② 장애인이라 어쩔 수 없는 적은 임금

이용자들은 일을 하는 것이 치료 목적이기 때문에 임금은 적을 수밖에 없다고 생각하고 있었다. 본인이 장애인이고 하는 일이 보호작업이기 때문에 적은 임금은 어쩔 수 없다고 생각하고 있었다. 어찌 보면 억압이 내재화된 것으로 볼 수 있다. 그런데 이와 같은 생각은 복지시설의 종사자들에 의한 교육 때문이었다.

U6

한 1년 좀 넘게 해서 66만원만 받았는데, 그게 보호 작업이었잖아요. 병동에서 치료 목적으로 하는 거기 때문에 그렇게 안 주셨어요.

U9

적게 받아도 상관 없죠. ... 저는 장애가 있으니까요. 저는 정신장애인이고 ... 내가 아프잖아요. 저는 정신장애인이다 보니까 재발하면 막 변하니까 그런거 알면서도 주시니까 돈을 적게 받아도 괜찮았어요.

U7

네 00복귀시설 선생님들이 그러시더라구요. 이게 돈이 목적이냐고, 돈은 몇 푼 주겠냐고. 이게 정신 재활하는데 필요해서 하는 거라고 그러시더라구요.

③ 억울하지만 억울함을 말할 곳이 없고, 말해도 들어주지 않음

임금이 적다고 생각해도 얘기할 수 있는 사람이 없다고 생각하고 있었다. 이에 따라 억울하지만 포기하고 살았다. 일부는 병원 원장 등에게 말을 하기도 했지만 원장 등이 무시한다고 생각하고 있었다.

U9

돈이 적다는 생각이 들기는 하지만 그런 거 얘기해 본적은 없습니다. 그런 친한 분이 없어가지고...

U6

원장 선생님께 말했더니, 그러냐고 하면서 그거 수금을 잘 안해주시더라구요. 내 말이 틀렸어 그러는 거 같았어요.

(3) 작업치료 과정에 대한 평가

① 체계적인 작업치료 기능평가보다는 도움이 된다는 막연한 기대

대부분 기능평가를 받아본 기억은 없었으며, 치료에 도움이 되니 하는 것이 좋겠다는 말을 주로 들었다. 또한 치료에 도움이 되는 것이기 때문에 돈을 따지지 않는 것이 바람직하다고 생각하게 되었다.

U3

무슨 평가같은 그런 건 안 받아본 거 같아요.

U7

저는 그 이야기를 들었어요. 병을 고치는데 도움이 된다고. 재활 치료. ... 작업 안마기에다 조립하고 망치 두들기고 조립하고 포장하고, 안마기 태그 꼬리표 얼마 얼마 붙이고. 치료 목적이지 돈 목적이 아니다.

U6

00병원에서 일할 때, 간호사 선생님이 오셔서 왜 하느냐 보다는..그냥 일 한번 해볼 수 있겠냐고 그건 물어봤어요.

② 한 번도 해 본적 없는 '작업치료에 대한 동의'

작업치료를 시작하기 전에 활동에 대한 동의를 하게 되어 있지만, 이와 같은 동의에 대해서는 대부분 기억을 하지 못했다. 기억력의 한계에 의해 기억을 못하는 것이 아니라 동의를 한 기억이 없기 때문에 기억을 하지 못했다. 즉 작업치료를 하겠다는 동의 절차는 전혀 없었던 것으로 보인다.

U3

또 한 번은 노래방 카바 만드는데 강남 센터에서 나보고 공장가서 일하라 그런 이야기 했을 때 평가나 동의 그런 거 없었고, 일하겠냐고 묻지도 않았고 그때 세 명을 뽑았었는데, 할 수 있을 법한 사람들을 뽑았겠거니 하고 그땐 추천을 해 주길래 15만원 주면 정신 쪽에 회원으로 일하면서는 적지는 않았던 경험이었어요. 그런 느낌이 들어서 한 3개월 정도 했던 거 같아요. ... 잘 다 기억이 안 나지만 작업치료 목적이 뭐고 어떤 효과가 있고, 이런 거 설명은 자세하게 안 받아요.

U6

동의서라던가 그런 건 안 썼어요.

U7

동의서는 안한 거 같아요. 그냥 한다고 일한다고 말로 하면 시켜주세요

③ 과거에는 종사자가 통장관리, 현재는 개인이 통장관리

요즘은 대부분 본인의 통장으로 입금이 되었지만 예전에는 정신병원의 경우 간호사가 관리를 하였었다. 통장의 금액은 현금으로 받을 수는 없었고 간식비용으로 사용하였다. 또는 퇴원할 때 임금을 일시불로 받기는 했지만 통장을 본적은 없었다. 경리과에서 본인에게는 알려주지 않은 채 별도 계좌로 관리를 한 것으로 보인다. 또한 이전의 일부 시설의 경우 노동을 했음에도 임금을 전혀 받지 못했다.

U4

간호사님이 .통장을 가지고 계셨지요... 돈을 쓰고 살을 땀 간사님을 찾아서 간식비로 돌려요. 통장에 있는 돈을 간호사님이 찾아서 간식비 장부에 8만원 이렇게 해서 누나들이 간식 대주는 거랑 똑같이 간식비를 대줘요. ... 통장은 보여달라고 해도 안 보여줘요. ... 000원은 아예 임금을 안줬으니 통장이고 뭐고 없는 거지요. 거기는 3년 6개월 동안 못 받았어요.

U6

경리과에서 모았다가 퇴원할 때 66만원 받아왔어요. ... 통장은 없었는데요 주임 간호사님이 돈 받게끔 경리과에 전화해주셔서. ... 그거 해서 간호사님이란 보호사님이란 일 하시는 분들만 도너츠하고 짜장면 짬뽕 같은 거 시켜주고 그랬어요.... 주임 간호사님이 맡아서 하셨어요. 그러니까 돈관리를 주임 간호사님이 맡아서 해주신 거예요.

(4) 인권침해의 원인에 대한 생각

① 관리자들의 편견과 시대적 상황에 따라 발생

인권침해의 원인은 개인이 약하거나 잘못이기 때문이라기보다는 관리자들이 사회적 편견에 빠져 있고 시대적 상황에 따라 어쩔 수 없다고 여겼다.

U5

사회적으로 그렇다 그런 거죠... 편견에 익숙해진 관리자들이기 때문에 그러려니 했습니다.

U1

그 기관이 잘못되었다기 보다는 그 시대가 잘못되서 그러실 수 있지 않겠느냐... 그런 거죠...

(5) 작업치료에 대한 제언

① 치료목적의 보호작업보다는 좋은 일자리를 만들어 주었으면...

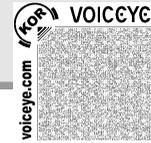
정신 질환자들을 위한다고 만들었지만 실제로는 거기에 자꾸 매몰되게 하는 경향이 있으니까 작업치료나 보호 작업과 같은 프로그램을 만들지 말고, 퇴원 후 일정 시간의 정착 기간을 거친 후 최저임금 수준의 일자리를 주었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 일을 안 하고 싶은 것이 아니라 좋은 일자리가 없기 때문에 일을 못한다고 인식하고 있었기 때문에, 조금 더 양질의 일자리를 원하고 있었다.

U5

그 작업치료라는 과정을 없앴으면 좋겠어요. ... 오히려 정신 장애자들이 병원에서 약으로 몸이 재워져 있기 때문에 동작들이 둔하단 말이에요. 그래서 적어도 산책이나 배드민턴, 음악 듣기.. 그 정도만으로도 3,4년 충분히 하면 원활히 활동이 된다고 생각하기 때문에 이후에 일자리를 주고, 보수가 최소 정상인 기준에서 생각하면 최고 5,60만원은 있어야 할 거 같아요. 근데 나는 내가 아예 보호작업 치료를 안 받았던 이유는 아예 돈 같지가 않았기 때문이에요...

U1

... 그리고 우리가 보호작업뿐만 아니라 다른 것도 할 수 있거든요. 근데 안 시켜주고 일자리가 없으니까 못 하는 거지 안 하는 게 아니에요.



U5
일자리가 없어.

U1
그러니까. 이 사람들이 직장이라고 만들어 놓은 게 보호 작업인데. 무슨 보호 작업을 우리가 할 수 있어요?

② 동행서비스가 활동보조로 편입되어 제도화되었으면...

정신보건서비스를 받지 못한 채 지역사회에 거주하는 정신 장애인에게 비슷한 경험을 지닌 정신장애인 당사자들이 정기적인 방문서비스를 통해 고립된 정신 장애인에게 관계형성의 기회를 제공하고, 동료방문활동가들의 경험을 타인을 돕는 것에 활용함으로써 동료 원조관계 및 상호 치유과정을 경험하도록 하는, 공동모금회 지원 동행서비스에 대해 정신 장애인들은 높게 평가하고 있었다. 따라서 이와 같은 동행서비스가 공동모금회의 시범사업으로 진행되기 보다는 보건복지부의 정식 사업인 활동지원제도에 편입되기를 희망하고 있었다.

U3
저는 아까도 말씀드렸듯 정신장애 같은 동료랑 활동 보조 서비스로 해서 그게 직업이 됐으면 좋겠어요. 늘 주장하는 데요 제가요. 가는 데마다 주장해요.

U2
동행서비스를 하게 되면, 불면증 환자나 망상 장애가 .. 혼자 있을 때보다는 좀 나아질 수 있을거 같구요. 속된말로 동행 서비스 이게 이질감이 없어요

③ 일을 하게 된 경우 수급에서 탈락을 하게 되기 때문에 유예기간을 두었으면...

일을 하게 되면 수입이 발생하고 수입이 최저생계비를 넘는 경우 수급에서 탈락하다보니 많은 문제점이 발생할 수밖에 없다. 특히 기본 재산이 없는데 수급에서 바로 탈락하게 되면 여러 모로 불편할 수밖에 없다. 특히 일자리를 잃어 다시 수급자 신청을 하는 경우 몇 개월이 소요되다보니 몇 개월 동안은 아무 수입 없이 살아야만 된다. 이에 따라 유예기간을 2-3년 정도 둬으로써 기본 재산을 형성할 수 있도록 지원해 주었으면 하는 기대를 하고 있었다.

U4

저 같은 경우는 수급자잖아요. 근데 일을 하면 수급자가 안 되잖아요. 그러다가 일을 못하면 수급자가 되는 게 어려우니까. 일을 해도 수급자를 기다리는 기간이 2,3년 있었으면 좋겠어요.

(6) 정신병원과 약 복용에 대한 생각

① 정신병원, 창살 없는 감옥!

독방, 구금 등 정신병원에서의 기분 안 좋은 경험에 따라 이용자들은 정신병원에 입원하는 것을 상당히 꺼려했다. 일부는 창살 없는 감옥으로 묘사하기도 하였다.

U7

병원가는 게 두려운 거 보다 있기가 싫지요.

U6

왜 그러냐 면요. 그래도 집이나 이런 시설에 있으면 자유롭게 나갔다가 들어오고 그럴 수 있는데 병원에 있으면 병원 테두리 안에서만 있어야 되잖아요. 그러니까 답답하고 어쩔 땐 뛰쳐나가고 싶은데 못 그러니까 그래서 그런 생각이 들어요. 병원에 들어가면 안 된다..

U7

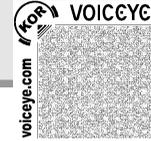
창살 없는 감옥이죠.

U6

근데요. 갖혀 있으면 사람이 병 생겨요. 왜 그러냐면 안 아프면 몸도 아파요. 움직이면 덜 아픈데 가만히 앉아서 해운 밥이나 먹고 그러면 마음이 해이해 지더라고요. ... 그리고 말다툼하면 보호사님들이 다 따로따로 띄어 놓은 다음에 문턱 잠귀 버리고.. 보호동이라고 그러거든요, 그 보호동에 열쇠 꽂 잠귀 놓고 안 열어주더라고요. ... 의사 맘이에요. 주치의 마음. 일주일 처방도 내리고 (한: 맞아요) 3일 처방도 내리고. 남자들은 싸우기만 하면 보통 일주일, 3일, 5일.

② 끔찍한 병원에 다시 입원하지 않기 위해서는 반드시 약을 먹어야 함

약을 계속 먹는 이유는 다시 입원하지 않기 위해서 였다. 또한 센터 등에서 중점적으로 약을 먹어야 한다고 교육을 하기 때문에 약 복용을 중요하게 생각하고 있었다.



U3

저는요. 다 나왔다고 약을 안 먹어서 두 번을 더 들어가서 총 세 번 들어갔다 왔거든요. 그래서 그 다음부터는 꼭 약을 챙겨 먹어요. 처음 병원에 간 사람들은요, 병에 대한 지식이 없기 때문에 낫다고 그러고 약을 안 먹어요. 그러고 재발하고 그래서 그때부터 먹어야겠다는 걸 알고 그래요.

U5

저도 병원 다시 안 들어가려는 목적이 커요. 입원 안하려고. 98년도에 퇴원 했으니까.

... 난 00정신센터 다닐 약물 증상 교육 시간이라는 걸 3개월을 받았었던 거예요. 그 복지사나 간호사들은 국가로부터 채용이 된 사람들인데 그런 시스템은 되어 있는 걸로 알고 있어요.

U6

아 약을 안 먹을까? 그런 생각은 안 해봤는데요. 약을 안 먹으면 또 발작.. 재발을 하니까 그건 안되요.

U7

네 저는 약 안 먹으면 재발하죠. 그런 걸 교육을 시켜요. 병원부 사회복귀시설에서. 약 안 먹으면 재발한다고. 약물 증상 교육을 해요. 우울증, 조울증, 뭐 무성 증상, 양성 증상 그래가지고..

③ 하지만 너무나 큰 부작용, 그럼에도 정신병원 가는 것 보다는 나음

약 복용으로 인해 불면, 손 떨림, 정신착란, 무력증 등의 부작용이 발생하고 있었다. 또 이와 같은 부작용 때문에 일을 하는 것이 불가능하기도 하였다. 그러다보니 부작용이 나타나는 것을 억울하게 생각하고 있었다. 하지만 위에서처럼 다시 병원에 입원하지 않기 위해서는 약을 먹어야만 했다.

U6

제가 약 부작용 땀에 손도 떨고요, 다리도 떨고 입도 떨고 막 그랬어요 고개도 이쪽으로 좀 돌아가고 그랬는데 내가 다 이겨냈어요.

U7

저도 병원 있을 때 마비가 됐었어요. 약을 너무 썼데요. 약을 너무 세게 써서 그랬었는데요.

U6

저는 잠도 못 잤었어요. 막 입 돌고 턱 돌고 그러니까 하루에 3시간 자면 많이 잔거였어요, 그때는. ... 우리가 약을 먹으면 정신이 막 헛갈리고 혼동되요. 마음이 막 급하고 그런 행동을 더 많이 하게 되요... 그니까 잠을 푹 자도요 아침에 일어나면 개운해야는데 개운하지가 않고, 그냥 부시시 일어나요.

U5

병원에서 약 먹는 환자들을 완전히 속된말로 반 죽여 놓기 때문에 신경들이 둔해진단 말이에요. 그래서 활발하지 못하잖아요. 그 몸 가지고 어디 가서 움직이는 게 감각이 입원을 안 한 사람처럼 움직일 수 없거든요. 당사자들은 그런 걸 인정하는 게 솔직한 거고...

2. 작업치료 종사자의 이야기

1) 참여자 현황

〈표 IV-2〉 집단면접 참여 종사자 현황

구분	소속기관	면허 및 자격	주요 업무	작업치료 경력	연령대	성별
OT1	사회복지시설	작업치료사	직업재활	8년	30대	남성
OT2	정신병원	작업치료사	작업치료 직업재활	25년	40대	여성
OT3	정신요양시설	작업치료사	직업재활	3년	20대	여성
OT4	정신보건센터	작업치료사	직업재활 주간재활	4년	30대	여성
OT5	종합병원 정신과	작업치료사	작업치료	14년	30대	여성
OT6	종합병원 정신과	작업치료사	작업치료	32년	50대	여성
OT7	정신병원	작업치료사 미술치료사	작업치료	10년	30대	남성

2) 분석결과

(1) 작업치료에 대한 생각

① 기관에 따라 달리 정의되는 작업치료

병원에서 일을 하는 작업치료사의 경우 작업치료의 범위를 정신적 재활에 도움을 주는 치료의 개념으로 바라보았다. 입원자의 수가 적은 병원은 개별치료와 집단치료를 병행했으며, 예술치료, 행동치료 등의 프로그램을 실행하였다. 입원자의 수가 많은 병원에서는 개별치료가 쉽지 않다보니 주로 집단치료를 실시하였고, 음악치료, 원예치료 등의 프로그램을 실행하였다. 하지만 치료에 중점을 두다보니 간호사, 심리치료사, 정신보건전문요원 등의 업무와 경계가 모호해지는 문제가 발생하기도 했다. 특히 심리치료의 경우 수가가 높을 뿐만 아니라 행위별로 이루어지기 때문에 작업치료사의 치료에 비해 성과 또는 효과가 높을 수밖에 없다는 인식이 있었다. 하지만 작업치료 고유의 중재기법을 사용하면서 다른 분야의 치료와는 차별화를 꾀하고 있었다.

또한 정신보건센터, 요양원 등에서는 치료개념이 아니라 직업재활 또는 전직업재활에 해당하는 업무를 주로 담당하고 있었다. 그러다 보니 직업재활과의 경계가 모호한 것처럼 보였다. 또한 업체와 정신장애인을 연계하고 사후지원을 하다보니 통장관리 등 신변지원이 이루어질 수밖에 없었다. 이 경우 사회복지사의 업무와 경계가 모호해 진다고 생각하고 있었다.

OT3

저는 환자분들이 생활관에서 지내시는데, 그 생활분하고 업체에서 중간역할을 한다고 보시면 됩니다. 그래서 저희가 임금같은것도 임금을 해드리고, 중간에서 관리같은것도 하고, 주 월 1회 자조모임을 해서 직업재활단에 참여하시는 분들이 모여서 애로사항 같은걸 나누고, 그런것도 하고 있고, (25:33) 현장 방문 해서 어려운점이나 사진 기록이나 평가도 하고 있구요.

OT1

저는 앞에 두분하고 비슷한 일들을 하는데요. 저도 일단 직업 재활을 담당 했었구요 저희 형태도 원외, 원내 작업장이 있고, 그리고 보호 작업장에서 가내 수공업 형태 일들을 했었고, 저희 하는 일들은 주기적으로 작업장을 방문해서 시설에 입소해 계신 분들 애로사항이라던가 작업장에 있는 고용주들 상황 파악을 해서 그에 대한 중재를 하는 역할들을 했었구요 (29:31) 이제 보호 작업장 같은

경우에는 개발이라는 차원에서 원내를 돌면서 이런 가내 수공업 거리가 있는지 개발하는 일들을 진행 했었습니다.

OT2

이야기를 들어 보니까 지금 하는 일이 사회 복지사랑 많이 하는것 같아요. 저희 같은 경우는 서울시 정신 보건 워크샵이나 이런걸 하면, 사회복지사가 거의 다 이미 포진되어 있는데 주로 하는 그 일을 굉장히 열심히 하고 있거든요.

OT1

이게 과연 작업치료라고 이름을 붙일 수 있는가에 대한 부분이 고민이 되더라구요. 이제 저희가 작업치료사로서 이런 직업 재활을 하면서 작업치료를 한다고 할 수 있는건데 과연 이런 세팅 자체가 작업 치료사가 이루어 놓았는가 하는 부분들이 고민이 되더라구요. 저도 작업 치료사로서 작업치료 한다고 이야기는 하지만 궁극적으로 처음 세팅을 한거는 작업 치료사가 아닌 사회복지사라던지 그런 사람의 세팅을 그대로 이어가는 시스템을 따라 가다보니 이게 과연 작업 치료인가 그런 부분들이 항상 고민이 되어가지구요

OT7

또 초기에 작업치료를 정신 전문 보건 위원들, 특히 사회복지사들이 해왔었기 때문에 자신들의 일로 알고 있더라구요. 그래서 처음에 불만을 가지는 분들이 좀 있었고.

이처럼 기관에 따라 작업치료의 영역이 달라지는 것은 기관이 처한 상황에 따른 것으로 보인다. 작업치료를 임금목적의 작업요법과 훈련 목적의 작업요법으로 구분할 수 있는데, 병원에서 임금목적의 작업요법을 할 경우 기한에 맞추지 못하는 문제, 이로 인해 직원들이 부업에 참여해야 하는 문제, 그럼에 따라 본래 업무를 못하는 문제 등이 발생했고 이에 따라 취미활동 등과 같은 활동으로 작업치료의 영역이 바뀌게 되었다.

하지만 요양원과 같은 기관의 경우 이용자들이 시설수급권자가 됨에 따라 용돈으로 사용할 돈이 없어지게 되고, 개인적 용도로 사용할 돈을 마련하기 위해 직업재활을 통해서 어떤 형태로든 금전적인 것을 취하고자 한다. 이에 따라 임금이 없는 형태로 작업치료를 진행하는 것은 쉽지 않게 되었다.

사회자 1

그런데 여기에서는 뭐 시설이 달라가지고 저는 묻고 싶은게 제가 다른데서 조사한걸 보면 우리가 병원에서 할 때 작업을 통해 수입이 발생하여 임금 형태의 작업 요법이 있고, 수익이 발생하지 않아서 임금을 지급하지 않는 훈련 목적의 작업 요법이 있다 이런식으로 구분을 하더라구요.

OT6

그리고 그전에 저도 그런 부업, 같은걸 저도 예전에 했었거든요. 그런데 그게 어떤 문제가 있을 수 있냐면. 환자가 원하지 않을 수도 있잖아요 그런데 이분이 직업을 한다 했어도 그 일을 원하지 않을수도 있는거죠. (35:56) 예를 들어 귀걸이 조립을 한다던가 그런거 할 때 저희 환자들은 집중력이 낮거든요. 그러면 집중이 어렵고 그러면 하기가 어렵고 또 환자 상태가 나빠지고 그러면 하기가 어려우니까 그런데 부업 같은 경우엔 기한을 맞춰야 하거든요. 그런 경우에는 굉장히 어려워요. 그래서 사회 복지사들이 하시겠지만, 그 게 기한 맞추기가 어렵다 보니까 그 작업이 저희 일이 되는 거예요. 그러니까 환자들을 돌봐야 하는데 그 일을 하고 있으니까 안되는거잖아요. 그러니까 그런거 다 때려치우고 환자들에게 원하는 일들을 하다 보니까 이 사람이 취미 활동, 기타 치기나 그림 그리기 그런 쪽으로 이제 하고 있는..

OT1

사회 복지 시설 같은 경우에는 임금이 지급되는 형태로 진행되는 일이 많거든요. 그분들이 병원에 오면 병원에서 시설로 오면 시설 수급자라는 걸로 변경이 되면서 병원에서는 기초 수급권자에게 일정한 돈이 지급이 되지만, 이제 시설 수급으로 변경이 되면 그럼 금액 자체가 환자분들에게 전혀 적응이 되지 않거든요. 그래서 이분들은 무조건 직업 재활을 통해서 어떤 형태로던 금전적인 것을 취하려고 하다 보니까 임금이 없는 형태로는 진행이 되지는 않습니다.

② 좋은 프로그램 개발을 통한 전문성 증진이 필요한 직업치료

이용자들에게 도움이 되는 좋은 프로그램을 개발하여 이용자에게 제공하는 것이 전문성을 확보하는 것이라고 생각했다. 이 과정에서 환자나 정신장애인의 욕구에 맞추어 프로그램을 개발하기는 했지만, 기본적으로 전문가들이 미리 짜 놓은 프로그램에 신청자의 지원을 받아 프로그램을 시행하였다.

OT4

학교처럼 오시면 일주일에 3회 이렇게 해서 사회 프로그램도 하고 탁구도 하고, 사회 기술 훈련, 인지재활 이런 걸 죽..

사회자 1: 이런 프로그램들을 센터에서 개발해놓고 그런걸 죽 하시는거죠?

OT1: 네.

OT1

그리고 프로그램 형태도 각각의 작업 치료 프로그램 보다는 1주일 안에 프로그램 형태를 맨 처음에 주욱 짜는 형식으로 해서 저는 사회기술이라던지 사회 적응 프로그램, 뭐 인지 이런 프로그램으로 그룹으로 진행을 했었습니다.

OT6

집단 치료는 그렇게 하고. 프로그램은 저희가 미리 짜놓는다거나 그렇게 해서 하죠.

③ 인권침해 가능성 제기에 따라 회피되는 작업치료

정신병원의 경우 수가가 낮다보니 작업치료를 기피하게 되었고, 또한 낮은 수가임에도 인권침해제기 등 사회문제화 될 확률이 높아지자 병원에서는 작업치료를 기피하게 되었다.

OT7

네 그런데 저희 병원 같은 경우에는, 다른 병원도 그런지는 모르겠지만, 이런 집단 치료, 전산 치료 같은걸 해도 작업 및 직업재활에 대한 프로그램을 해도 작업 및 오락 요법. 그런데 3,450원 밖에 안 되고 하루에 두개를 해도 한 개만 적용이 되니까. 일반 다른 병원에서도 크게 그냥 안하고 말지 그런 게 있어요. 괜히 해서 인건에 대해 문제가 있을 수 있으니 그렇구요, 또 시설을 만들면 돈이 드는데 거기에 비해 수익 창출이 잘 안되니까 별로 끼어있지 않은 이상은 일반 병원에서 잘 안한다고 들었어요.

OT6

예를 들면 재활요법이라는 것도 있는데요. 정신과에 없는 건 아니에요 그런데 그게 예를 들면 3개월 이상이 되었을 때 그 코드를 사용할 수 있다거나 그런 식으로 되거든요. 근데 예를 들어 재활은 이 사람이 오늘 오면 오늘부터도 할 수 있는 문제인거지 3개월이 될 때만 적용하고 그런 건 아니라고 생각하거든요. 그리고 이걸 지금 저희가 다 작업 및 오락요법이라는 게 다 그룹치료거든요. 그런데 이게 꼭 그룹이 아니라 개인으로도 얼마든지 할 수 있는 문제인데 이게 길이 안 열려 있구요, 그러면 우리가 이렇게 면담을 한다던지 기타 여러 가지 하는

건 예를 들어 사회복지 같은 경우에도 가족 면담을 한다거나 여러 가지 하고 계시지 않습니까. 그런데 작업치료사들도 가족을 만나야 되는 경우도 있고요. 예를 들어 저희가 가정 방문을 가야할 때도 있거든요. 또 저희가 사업지 방문도 가야 해요. 그러면 이걸 다방면으로 할 수 있게 열어 놔줘야하는데. 이걸 다방면으로 열어 놔줘야 하는데. 의사도 면담을 하지 않습니까. 그러면 작업치료사도 개인 면담을 해야 하는 경우가 있잖아요. 오히려 환자들이 작업치료사한테 면담을 요청하고 그런 경우들도 있거든요. 그런데 그걸 다 의사한테 미룰 수만은 없는 거 같아요. 그런데 이게 쓸 수 있는 게 너무 없는 거예요. 저는 예전에 재활 의학 과에서도 너무나 답답한 게 어떤 거였냐면 환자가 집으로 퇴원을 해요.. 휠체어를 타요 그러면 이 집을 방문을 해야만 가옥 구조를 변경해야 하는 상황도 생기거든요. 방문을 해야지 아는 거고, 가서 세부적인 사안들을 말씀드리고 그런 건데, 지금 이런 상태에서는 지금 아무것도 할 수가 없는 거거든요. 저는 다른 사회복지 코드가 있더라도 이걸 당겨서 쓸 수 있다거나 그러면 좋을 거 같은데 사회복지도 아마 가족 면담하는 거 하루 한번, 초기에 면담하는 거 한번만 이렇게 정해져 있을지도 모르겠거든요 이제. 그러다보니 이게 참 어려운 일인 것 같아요.

④ 주변 환경에 의해 좌우되는 작업치료

병원의 경우 경영자의 마인드에 따라 원내 작업장이 생기기도 하고 없어지기도 하였다. 경영자가 원내 작업장의 효과성을 의심하거나 또는 다른 부분의 강화를 원하는 경우 작업치료가 위축될 수밖에 없었다. 또한 원외 작업장을 개발하고자 하여도 입원 환자분들의 출퇴근을 지원하여야 하는데, 추가비용지출을 우려하는 경영진의 경우 지원을 꺼려함에 따라 원외 작업치료를 할 수가 없었다. 이처럼 안전과 보호, 효율성의 틀 내에서 이용자를 관리하려고 할 경우 작업치료가 위축되는 현상이 나타났다.

또한 원외 작업치료를 통해 수입이 발생하게 되면 수급에서 탈락하는 상황이 발생하다 보니 가족들이 반대하는 경우도 있었다. 이처럼 작업치료사는 작업치료의 중요성을 인식하고 활동하려고 하여도 주변의 구조적 문제에 의해 난관에 부딪치는 경우가 많았다.

OT1

그리고 원내 작업장을 개발하는 게 어렵다는 게, 뒷사람에 따라서 갑자기 작업장이 없어지기도 생기기도 하고 그런 게 ... 사람이 설득력도 중요한데 설득력 이전에 열린 마인드와 차이도 우리가 정말 큰 것 같아요. 그래서 우리가 환자분들 같이 서비스를 받아도 좋은 분들이 있었는데도 불구하고 갑자기 서비스를 없애 버려서 증상이 악화된 부분도 있었거든요. 그리고 원외 작업장은 솔직히 개발이 참 어려워요. 저희는 시골이고 그러다보니 새로운 곳을 캐내야 하는데, 그

런 것들을 캐낸다 해도 이동할 수 있는 교통시설이 어렵고, 그리고 서울분들 이야기 들어보면 이동할 수 있어도 정신 장애인들에 대한 편견 때문에 잘 안 열려 준대요. 그리고 그런 것들을 하려면 저희 병원 같은 경우는 기사실에 행정적으로 요구를 하고 허락 받는 과정이 좀 복잡하거든요. 저희병원에는 기사실이 있으니까 출퇴근을 시켜줄 수 있거든요. 옛날에는 했는데 새로운 원장님이 오면서 그걸 없애버려서 지금 쉬고 있어요. 그런데 그걸 또 다시 하려면 우리가 설득했을 때는 실제로 안해 주려고 할거 란 말이에요. 편하게 일하고 있는데..

...

이제 마인드가 다른 윗사람이 지시를 내리면 할 수도 있을 거란 생각이 들기 때문에 그런 행정적인 부분도 있구요. 그리고 저희 병원 같은 경우는 퇴원한 환자들이 직업을 갖기 까지 되게 어려운 현실이 있어요. 그래서 주거시설이나 이용 시설이 되되 어려운 것. 그래서 회전문 현상이 계속 일어나구요. 그래서 오히려 아까 말한 것처럼 오히려 안에서 진행하는 것이 더 낫다는 그런 느낌을 많이 갖구요, 이걸 과연 시간을 때우기 위해서 하고 있다.. 이런 생각도 들 때도 있어요. 실제로 이걸 키워서 이 사람이 진보된 다른 작업장으로 가야 하는데 여건이 마련이 안됐으니까 병원에서 무료함을 달래기 위한 어떤 목표.. 약간 용돈 벌이 정도밖에 안 되는 그런 부분들. 그리고 밖에서 실제로 고임금, 90만원씩 받던 분들도 있었는데, 수급비가, 기초생활 수급비가 단절됐어요. 그리고 차상위 계층에 대한 문제. 또 실제 그걸 봤던 가족들 입장에서는 그것을 놓기 싫어하더라고요. 저는 차라리 이렇게 생각했거든요. 놓더라도 이득이다. 결론적으로 이득인데, 약간의 득일 바에는 안한다고 하더라고요.

(2) 작업치료 임금 등에 대한 생각

① 낮은 노동생산성으로 인한 업체 연계의 어려움

원의 작업치료, 즉 업체와의 연계가 잘 안 되는 이유로 노동 생산성의 문제가 많이 제기되었다. 또한 외부 업체에 나가는 일이다 보니 원내에서 관리를 하는 데 어려움을 느꼈고 어려움이 심한 경우 원외 작업치료를 포기하기도 하였다.

OT3

원내 작업 같은 경우는 6시간으로 잡고 있고, 원외는 8시간을 넘지 않도록 해서 작업을 진행을 하는데, 그 시간 가지고 가끔씩 트러블 있을 때가 있거든요. 예를 들어 만나절을 하면 4시간을 해야 하는데, 저희 같은 경우는 여유롭게 진행을 하기 위해서 한 20분 전에 출발을 하는걸로 저희가 내정되어 있거든요. 그래서 차로 이동하는 시간 제외하고 진행하는 게 맞지 않겠냐 그런 생각이 있었는데 또 생활관에서는 환자가 나가는데 이동 시간을 일하는 시간으로 포함시켜야 한

다 그런 경우도 있었고 또 원내 같은 경우엔 환자분들이 담배를 피우시는 경우가 많거든요. 특히 만성적인 경우에는 담배나 콜라, 커피 같은 자극적인 거에 시간을 많이 빼앗길 때가 있어요. 특히 줄담배를 피운다던가 해서 작업시간을 빼앗겼다 그런식으로 항의가 들어올 때도 있고. 그리고 제 개인적인 입장에서는 제가 연차가 높지 않기 때문에 직접적인 교제를 하려고 하면 그런 걸 불만족스럽게 하시는 그런 경우도 있었고, 그런...

OT2

저희는 이제 작업을 돈을 해주겠다고 하는 기관들도 있었는데요. 근데 전체가 너무 복잡한 거예요. 돈이 들어오고, 통장을 만들고 서류를 만들고.. 그런데 다른 치료가 많은데 그걸 하게 되면 시간을 너무 많이 빼앗기게 되니까 저는 그 염려를 하지 않았던 거죠. 그리고 요즘은 할 수 있는 소스도 많고 요즘은 협동조합 만들어서 하는 것들도 있잖아요.

② 생산성이 낮음에 따라 어쩔 수 없는 낮은 임금

임금은 비장애인보다도 훨씬 낮았다. 하지만 생산성이 낮다는 편견 때문에 어쩔 수 없이 이를 수용할 수밖에 없었다. 일부 센터의 경우 업체를 연계할 경우 최저임금이 가능한 업체에만 연계를 하고 있었다. 직원의 연계가 아니라 본인이 직접 업체를 찾은 경우 최저 임금을 받지 못하는 경우도 있었지만 이 경우는 본인의 선택이기 때문에 어찌할 수 없었다.

일부 시설의 경우 보호 작업의 명목으로 동네 부업을 가져다 하는데, 이 경우 장애인이기 때문이 아니라 원래 인건비가 낮은 부업이기 때문에 최저임금을 맞출 수도 없고, 이용자들의 만족도도 떨어졌다. 다른 지역 요양기관의 경우 최저임금을 줄 수 있는 업체를 찾기가 어렵기 때문에 최저임금 이하의 작업장을 많이 연결해 주고 있었다. 특히 장애인생산성이 떨어진다고 보는 사회인식 때문에 어쩔 수 없다는 인식이 강했다.

OT7

실제로 인근 지역에 보통 농사 같은 걸 하게 되면 일손이 딸리면 병원에 부탁을 하고 하기도 했었거든요. 요즘은 안 하고 있어요. 옛날에 할때는 하루 일당 7만원 받는 그런 일을 환자들 가면 보통 5만원에서 4만원을 받아요. 적게 받긴 하는데 그만한 이유가 납득이 돼요. 일을 못해요 실제로. 7만원 받는 분들 보다 일을 확실히 못하거든요. 그런데 또 그 중에 10명이 가면, 세 명은 또 일을 잘해요. 그렇다고 또 그분만 돈을 많이 주기도 애매해서, 그런 게 좀 있어요. 그래서 이게 잘못하면 인권침해일 수도 있지 않을까 그런 생각도 들고요. 그리고 옛날에 제가 실습할 때도 그렇고 보면, 병원에 있는 환자를 대상으로 청소 그런

걸 맡겼었거든요. 용역으로. 요즘은 이런 걸 많이 이슈화 시켜서 안하는 거 같은데 청소 같은 거 하면 아무래도 비위생적인 업무를 맡리게 되는 것과 그리고 용역들에게 주는 돈보다 적게 주니까 약간 또 이용하는 걸로 보여질 수도 있을 것 같아요. 그런데 이걸 또 좋으면 좋게 해석하면 환자분들한테 일자리 제공하는 거기 때문에 그냥 좋게 하면 되는데, 이게 약간만 해석을 잘못하면 정말 강제 노역이 될 수 있을 것 같습니다.

OT4

저는 최저임금에 맞춰서 드렸어요. 그런데 어떤 일을 하나에 따라 다르긴 한데 최저임금에 맞춰 드렸고, 최저임금도 장애인 여부를 떠나서, 사업이잖아요. 수익이 발생되지 않으면 힘들어요. 그래서 ... 주변에 도움을 많이 받을 수밖에 없어요. 그런데 만약 다행히 저희가 임금을 다 맞춰주지 못할 상황이 생겼는데 그럴 때 차라리 인원을 감축하더라도, 한명이던 두 명이던 최저임금을 맞춰 줄 수 있도록. 그리고 훈련도 좋지만 본인이 일한 만큼의 돈이 따라주지 않으면 회원들도 동기 부여가 떨어지기도 하구요, 제 입장에서는 아무래도 치료효과를 언급을 해도 그 기간이 힘들어요.

OT4

일반 사람이 한 것이든 장애인이 한 것이든 보상이 따라줘야 그것도 유지가 되는 것 같아요. 저는 조금 노동에 대해서 부적절하다는 걸 언제 많이 느꼈다면, 보호작업이라고 해서 외부에서 물건을 띄어다가 해요. 그런데 그건 장애 유무를 떠나서 그 일 자체가 하루 8시간, 4시간해도 한 달에 받을 수 있는 돈이 1,2만원. 인형눈알 같은 것처럼. 그런데 아마 그런 걸 하는 지역사회 기관이 많을 거예요. 업무에 따라 달라서 그렇지 그런데 실제 또 그걸 하면 회원들이 왜 내가 이걸 해야 하고, 아까 이야기한 것처럼 왜 내가 이걸 경제적으로 해야 하나 그럴 때가 많은데 그럴 때 또 본인 선택에 맡기죠.

OT1

저희는 최저임금을 지킬 수 있는 데가 거의 없을 정도로. 원래 작업장이라 하면, 사회복지 시설 입장에서는 최우선 되는 게 고용주거든요. 당장 이 사람들은 돈이 없어서 무엇이랄도 해야 한다는 것으로 접근한다면 이 고용주의 입장에 따라 일을 진행할 수밖에 없는 상황이니까 사실 제가 직업재활 했을 때 되게 높으신 분들은 최저임금해서 80, 100만원 까지 벌 수 있으신 분들이 계시지만, 평균적으로 보면 시급이 2000원? 1600원? 그 정도 시급에서 일을 진행하는 경우가 많습니다. 고용주의 입장에서는 생산성이 떨어지니 고용하는 건 말도 안 되지만 그런 거잖아요. 그런데 그걸 뭔가 바꾸려고 하는 거는 우리 시스템 내에서는 쉽지 않은 거겠죠.

③ 최대한 반영하기 위해 노력하는 이용자 건의

이용자의 건의를 받으면 이를 최대한 반영하려고 애쓰고 있었다.

OT3

아까 제가 자조모임을 한다고 말씀을 드렸었는데, 그때 많은 이야기를 해 주시거든요. 이런 부분은 고민이 됩니다. 이런 부분은 개선해주었으면 좋겠습니다. 그러시면 관련 담당자들이 있어요. 생활 담당자도 있고, 저는 직업 재활 담당이고, 팀장님, 부장님 이런 식으로 같이 전체 회의가 이루어진 다음 그 회의록도 결재를 받아야 하거든요. 그렇게 정확한 절차가 이루어지고 있고요, 돌아다니면서 언제든지 편하게 말씀해달라고 이야기 하면 저랑 상담하면서 이야기 하실 때도 있고, 사무실로 찾아오실 때도 있고 그렇게 되고 있습니다.

OT4

제가 있는 기관 내에서 치료 프로그램을 하는데 의사 표현을 하면 조율할 수 있는 내에서 하구요, 환자가 이런 기관을 벗어나서 취업을 하거나 활동을 하면 그걸 총괄하는 분, 사업자 역할을 하는 분이 있으면 저는 가서 중재자 역할을 하는 거죠. 가서 이 사람이 이런 걸 힘들어합니다. 이렇게 전달자 역할을 하고, 환경에 따라 있을 거 같기도 해요. 가급적이면 많이 반영할 수 있도록 조절을 하죠.

(3) 직업치료 과정에 대한 평가

① 입원 또는 입소 초기에 직업치료를 포함한 포괄적으로 동의

종사자들은 직업치료와 관련하여 일반적으로 동의를 받는다고 하였다. 하지만 병원의 경우에는 입원 시 일괄 동의를 받는 경우가 있었고, 센터에서는 초기 동의와 더불어 개별 활동별로 동의를 받는 경우도 있었다. 요양원의 경우 초기 입소 시 동의서를 작성하는데 개별 활동에 대한 동의서라기보다는 하지 말아야 할 것에 대한 서약서 정도로 보였다. 이를 근거로 문제를 일으킨 경우 취소되기도 하였다. 따라서 전반적으로 직업치료 활동에 따른 동의라기보다는 입원 또는 입소 초기 생활수칙 및 활동 안내에 대한 동의를 받은 것으로 볼 수 있다.

OT2

당연히 해야죠. 감사대상에 해당되는 거예요. 아래 부분은 차트에 기록하고 그런 내용들인 거 같아요.

OT6

아 이걸 예를 들어 저희가 이번 동의서에는 활동을 한다 이런 걸 환자랑 환자 보호자한테 다 동의를 받거든요. 그리고 입원할 때 저희가 2인 이상 다 받아야 하구요, 환자가 자기 의사 표현을 못하면 보호자 2명의 동의를 받고 해야 하는데. 처음에 액티비티가 있다. 이런 설명을 다 하고 하게 되구요 만약 중간에 어디를 나가야할 상황이다, 형편이 바뀌었다, 직업재활로 2시간 나가야한다 그러면 다시 또 설명을 해야죠. 환자한테도 설명하고 보호자한테도 설명하고 해서 동의를 받고 나가고, 안 나가도 된다 이렇게 말을 하거든요. 그리고 언제든지 네가 불편하면 안할 수 있다 이런 걸 설명한 상태에서 진행되는 거지 그냥 나가세요. 이러진 않는다는 거죠. 그런 걸 다 주치의 선생님이랑 이야기를 하고..

OT6

... 입원 동의서 하나 있고, (그리고 활동이 있습니다. 동의하시겠습니까 묻고) 네. (그 외에 실제적인 액티비티가 일어날 때 또 동의서가 있냐구요.) 아니요 그렇지 않는 않아요. ... 활동에 대한 동의는 처음에 받는데, 실은 환자의 동의라고 완벽하게 말할 수는 없을 수 있습니다. 거의 동의자들이 와서 네네 하고 갔는데, 어차피 입원을 동의한 상황에서 거기에 동의를 안 하는 경우는 하나도 없을 테니까요...

OT4

저희는 이제 센터 들어올 때 당연히 동의서 쓰구요, 프로그램을 이 사람이 하면 동의서를 개별로 작성을 해요. 그리고 동의서 안에 당사자와 보호자 란이 각각 있어요. 그래서 각각 사인을 의무적으로 받아야 하구요 불가피하게 보호자가 그 지역에 없거나 하면 뭐 우편물이라도 보내서 받던지 아니면 당사자가 사인을 하되 구두 상 통화를 해서 상담을 해서 기록을 하던지 어떻게든 하도록 되어 있고 그렇게 동의를 받았는데 저희가 중간에 프로그램이나 치료 목표가 변경될 때가 있어요. 그런 경우에도 다시한번 동의서를 받던지 구두상의 설명을 하던지 해서 민감하게 하고 있어요.

OT3

우선 동의서 안에 나 누구누구는 뭐 하지 않겠습니다. 이런 내용이 있고 보호자랑 환자랑 기록하는 란이 같이 있어서 그건 한 장으로 되고, 입퇴원이나 환자에게 안 좋은 상황이 발생했을 때 정신과 기록해서 그건 항상 추가가 되는 부분이 있고, 기본적으로는 두 장 받습니다.

OT4

동의서를 썼더라도 이 사람이 문제가 되어서 집단 내에서 어떻게 보면 문제가 되

서 전환시킬 때가 있어요. 그런 사안을 회원 분들이 이야기를 많이 하시더라고요. 나는 환자인데 왜 나를 정지시키고 강제적으로 퇴출 시키냐 그래서 인권위에 문제 제기 하는 경우 되게 많아요. 그런 경우도 있어요. ... 선생님들도 있으시겠지만 동의서를 쓸 때 규칙사항이 있어요. 예를 들어서 폭언, 성희롱 이런 금지조항이 있거든요. 그래서 그런 거에 기반해서 1회 경고 2회 경고 그리고도 계속 되면 1주일, 2주일 이런 식으로 금지를 시키죠. ... 거의 그렇게 제재를 하면 가만히 안 계시죠. 인권 위원회에 하시거나 (억울한 거잖아요) 그런데 그렇기 때문에 동의서 작성을 할 때 근거에 대해서 확실히 설명을 드리고 물론 그걸 듣는다고 다 수용하시는 건 아니지만 중요하게 짚어서 설명을 다 해드리고, 거기에 사인을 하시고 문제 발생되면 그 규칙을 보여 드리고, 그걸 근거에 기반에 해야지 저희도 어설픈게 했다면 환자들이 열이면 열 더 문제 제기 하시니까...

② 작성하지 않는 작업치료 계획서

작업치료 계획을 문서로 작성해 놓고 있지 않았다. 종합병원, 정신 병원 등 대부분의 기관에서 작업치료계획서는 작성되지 않았다. 병원에서 구조적으로 작업치료계획서를 요구하지 않았다. 그러다 보니 계획에 대한 전달은 주로 구두로 이루어졌다.

OT7

작업치료 계획서 같은 것은 없습니다. 없고요. 그냥 뭐 중간중간에 만나서 쓰는 상담 일지 이런데 앞으로 손노트 정도 형식으로 해서 플랜에 뭘 어느 정도로 해야겠다 이런 정도가 간단하게 있는거지 상세한 계획은 실제로 없는게 현실일 거예요. 저는 이런 게 두려워요 사실. 다른 영역도 못하고 있을 거라고 생각이 들지만, 하는 분들도 있을 거라고 생각이 들거든요. 그래서 이제 역으로 역공당할 수 있는 저의 상황인거 같아요. ... (병원의 시스템 자체가 이걸 요구하지 않는 거잖아요.) 하지 않죠.

③ 실행은 되지만 피드백이 안 되는 치료 후 기능평가

병원의 경우 다양한 평가지표를 활용하여 평가를 하고 있었다. 그 결과를 개별로는 알려주었으나, 집단으로는 다 알려주지 못하기도 하였다. 기능평가의 경우 주로 환자 개인의 기능에 대한 평가가 주를 이루었고, 일상생활정도에 대한 평가가 이루어졌으며, 신체활동기능평가에 대한 욕구도 있었다. 시설의 경우 개인의 기능에 대한 평가는 이루어지지 않았지만, 개별 작업치료사의 역량에 의해 활동 분석이나 작업장 분석을 하고 있었다. 하지만 활동분석과 작업장 분석이 이루어진다고 하여도 사업체가 요구하는 시간에 맞추어야 하기 때문에 개인에 대한 기능평가와 사업체의 요구사항을 정확히 연계시키는 데는 한계가 있었다.

OT2

환자분들이 향상되는 건 개별로는 다 알려드려요. 개별로는 저번에 평가했을 때 보다 얼마큼 좋아졌습니다. 그렇게 말씀드리는데 집단으로는 다 그렇게 해드리지 못해요. 그렇지만 당신의 이런이런 부분이 좋아졌습니다. 이렇게 해서 말씀을.. 다는 아니고.

OT1

제가 보기에는 사회복지 시설 내에서는 평가라는 것 자체가 되게 묘하거든요. 기능평거나 그런 평가 부분들이 사실 없어요... 어려운데 일단 저는 직업 재활들을 해야했기에 활동 분석이나 작업장 분석을 통해서 이 사람이 어떻게 해야 되는가라는 부분들을 취지로 평가를 했었고, 기능적이 면에 대해서는, 사실 평가를 하지는 못했습니다.

OT4

... 업무에 따라 난이도를 나눠서 이 사람은 한 시간 일을 해야 하더라도 사업체가 요구하는 시간이 있기 때문에 예를 들어 이 파트, 8시간 이런 안에서...
... 작업치료사가 일 시작 전에 그 사람을 어떤 평가하는 역할을 해야 하는데 업무양이나 그런 거에 제한을 받을 때가 많아요.

④ 개인 통장으로 관리되는 임금

임금착취에 대한 사회적 문제제기가 심하다 보니 이제는 임금을 모두 개인의 통장으로 관리하고 있었다. 하지만 병원 내, 또는 시설 내 텃밭 등에서 생산된 물품은 직원식당에서 이용자뿐만 아니라 직원들의 식사용으로 사용되기도 했다. 이 경우 직원 분들이 이용자들에게 칭찬을 하는 것으로 품삯을 대신했다. 하지만 감사의 마음이 아닌 칭찬이라는 용어가 사용되는 등 작업치료에 따른 노동을 정당한 노동 보다는 훈련과정으로 생각하는 것으로 보인다.

OT4

원칙적으로 어떤 방법이던 다 무조건 통장 거치게끔 하고, 저 같은 경우는 통장을 관리하는건 아니고 사본을 받아서 이체를 시키는 경우가 있죠. 그런데 만약에 센터 내에서 저 같은 경우에 커피샵을 운영을 했잖아요. 제가 회계처리도 다 했어요. 수입이 발생 되잖아요. 그러면 회원들 개인 통장으로 다 입금을 해드리고 현금은 절대 없어요. 그리고 만약에 보호 작업장이라고 해서 어디서 물건을 떼어서 하면 그 업체에서 센터 공동 명의로 입금을 하시면 그걸 다시 제가 환우들한테 쏘주거나 만약 저희를 건너 뛰어서 대상자가 있고, 어떤 사업체에서

돈을 받아야 하는 관계가 있잖아요 그러면 중간에 일하신 만큼의 금액이 잘 입금되고 있는지 확인하는.. 역할. 그래서 결과적으로는 무조건 통장에 다 입금이 되게끔. 현금으로 하면 문제가 되구요.

OT2

저희가 크게 텃밭을 운영하고 있는데요, ... 물을 주고 담당을 줘서 1인 1밭을 하기가 어려워요. 요정도 캐니까. .. 그래서 판매하는 건 안 되니까 지금까지는 모아서 구내식당이 있어요. 그래서 직원들이 밥 먹을 때 함께 식사 이런 정도. 본인이 가져 가고 싶은 사람들이 있으면 비닐에 싸서 가져가고 싶은 만큼 가져 가고. (그러면 직원 분들은 돈을 내세요 상추에 대해서?) 한번 먹어요. 일 년에 한번. (먹고 나서) 환자들에게 칭찬을 주지요. ... 또 남는 거는 어떻게 할까를 먼저 물어보는 거죠. 다 가져 갈거나. 다 안 가져간다. 가져갈 사람 가져가고 그러면 그건 많지는 않은데 어떻게 할까. 그럼 올해는 이렇게 하자 동의하시냐. 한다. 그럼 날짜는 어떻게 할까 구체적으로. 그러면 가져갈 사람도 정하고..

(3) 인권침해 사례 및 원인에 대한 생각

① 강제노역과 임금착취의 역사

현재는 많이 개선되었지만 예전에는 강제노력이 행해졌고, 이에 따라 과거의 강제노역 경험이 강한 이용자들은 현재의 작업치료를 거부하는 경우도 발생하였다.

OT1

저희 시설에 입소하신 분 한분이 일을 안하려하시는 분이 있으셨거든요 그래서 권유를 해도 일을 안하려 하셨는데 나중에 이야기를 해보니 전에 있던 시설에서 강제노동 같이 메주를 찌는 일 같은걸 하셨는데 강압적으로 몇 시간씩 모든 입소하신 분들을 강제적으로 하시고 임금 자체도 미뤄 준단던지 그리고 그분은 기초 생활 수급권자셨는데 그에 관련해서 통장 관리를 시설 쪽에서 임의로 해서 그 돈을 일부만 준단던지 하는 형태로 불법 형태로 진행을 하셨더라구요. 그래서 그런 이야기를 듣고 보니 이게 음지에 너무나 많은 시설들이 존재하다 보니 그런 편법... 법을 악용해서 하는데도 있는 것 같습니다.

② 보호자 입장이 우선됨에 따른 자기결정권 침해

본인이 원하지 않는 경우에도 보호자가 강력하게 주장을 하는 경우 당사자의 입장보다는 보호자의 입장을 들을 수밖에 없는 상황이었다.

OT4

저희 같은 경우에는.. 거의 보호자랑 같이 오시잖아요. 그런데 본인이 원하지 않아요. 당사자는 원하지 않는데 보호자가 강력히 밀어요. 그러면 저희는 중간에서 혼란이 오죠. 그런데 사실 설득을 해도 당사자가 원하지 않으면 힘들 거든요. 보호자랑 당사자랑 대칭이 되고 그런 상황에서 당사자가 원하지 않습니다 그러면 보호자가 이 사람 정신 질환 있지 않느냐 보호자의 말을 들어야 하는것 아니냐 시켜야 하는 것 아니냐 이런 식으로 나올 때가 있어서 보호자에 의해서 아무리 가족이지만 그렇게 휘둘러서 하게 되는 상황이 있어서 선택권에 대해서 그런 문제가 있는 것 같아요.

OT1

이제 퇴소라던지 그런 것을 생각해 보지 않았냐고 했을 때 그 보호자와의 관계가 친밀한 형태를 띄고 있어서 계속적으로 입소를 하고 계셨다..하시더라고요.

③ 같은 공간에서 누구는 작업치료를 하지만 누구는 노동을 할 수도 있는 환경

다양한 활동을 할 수 있지만, 활동이 중단되었을 때 누군가 대체인력이 투입되어 마무리를 하여야 한다면 그것은 노동으로 정의할 수 있다. 하지만 이렇게 하기 위해서는 개별화가 되어야 하는데, 인력의 부족, 비용의 부족 등으로 인해 집단 활동을 주로 하다 보니, 모든 사람의 욕구를 맞출 수 없는 한계가 있는 것으로 나타났다. 즉 집단으로 할 경우 누군가는 작업치료를 하고 있을 수 있지만 누군가는 하기 싫은 노동을 하고 있을 수도 있다는 것이다.

OT3

아 그러니까 치료라는 개념에서 이것도 해보고 저것도 해봐라. 하는건 괜찮은데 이걸 하는게 너무 광범위 해서 안하면 안되는 상황이 되면 그건 치료가 아니라고 생각을 합니다. 생산성이 목적이 되거나 예를 들어서 이분한테는 이런 치료가 필요하고 다른 분한테는 다른 치료가 필요할 수도 있는데 A분이 안한다고 했어요. 그러면 이 사람 대타를 무조건 구해야 하는 상황이 일어나면 그건 노동이라고 봐야한다고 생각하는..

OT2

작업 치료시는 환자 중심의 치료 이론이라던지 중재기법이 철저하게 이야기 되는 사람들이잖아요, 그래서 어떤 작업을 선별하거나 진행하는데 있어서 접근하는 방식이 되게 다르거든요. ... 거기서 작업치료와 단순한 노동, 이런것들을 작업 치료사의 눈으로 본다면 수준별 작업을 제대로 하고 있느냐, 대상자에게 의견

존중을 하느냐, 또 환자들의 만족감과 연결이 되어 있느냐. 그런거. 포함되서 그런게 차트에 기록이 되고 문서화 되고 그렇게 할 수가 있는데 다른 파트는 그렇지 않은 거거든요. 그런 차이점 아닐까요? 진정한 환자 중심의 의료적인 높은 혜택을 받기 위해서는 환자를 존중하고 환자의 상태 그런걸 적절하게 할 수 있는 전문가가 치료를 맡아서 해야한다..

OT6

... 저희가 말하는 건 그 환자에게 맞는 액티비티를 선정해 줘야한다.. 이렇게 작업 치료사가 우선으로 해야 하는 거라고 이야기도 하는데요. 그렇게 되려면 개별화가 많이 되어야 하고 그렇게 하려면 비용도 많이 든다거나 그럴 수도 있는데 지금 현재는 그룹 액티비티를 활용을 하는 것 같아요. 그리고 저희가 그룹 액티비티를 활용 하는 이유 중의 하나도 비용이나 그런 것도 있겠지만 환자들이 대인관계가 굉장히 부족하거든요. 그런데 또 이 사람이 대인관계가 부족하는데 또 개별치료를 해요. 그런다고 해서 대인관계 기술이 좋아진다거나 그런 건 또 아니거든요. 그러니까 오히려 그룹 액티비티를 하는 성향이 많이 나타나는 거 같구요. 또 저희가 정신과에서 치료 패턴이 많이 바졌어요. 환경 치료라고 들어보셨나 모르겠는데 그 환경치료에서는 그룹 치료를 많이 이용 했던거 같거든요. 그다음에 그게 그 사람의 권익을 침해했다 안했다.. 그런 걸 가지고 그 사람의 권익표를 만들고. 그걸 가지고 나중에 입퇴원을 결정한다거나 그런 게 많아지게 되더라구요. 그러다보니까 오히려 그런 패턴에서 지금 요즘에는 환자의 개별적인 거를 존중하고 하는 면에서 패턴이 좀 달라진 거 같거든요. 치료 방식이.. 그러다보니 그런 생각도.

OT7

작업 치료와 노동의 차이. 그냥 말해볼까요. 일단 작업치료는 현재 자신의 다양한 기능적, 사회적 회복을 목적으로 하는 치료적인 활동으로 작업 난이도의 어려움, 동료와의 어려움, 증상문제 등으로 일을 시작해도 중도, 포기하게 되는 것과 같은 경우에 전문가, 특히 작업 치료사가 개입되어 진행되는 직업 훈련이고, 제 생각에는 작업 치료는 전문가 개입이 있다. 이거구요. 제 생각에 노동은 직업자로서 기대되는 그러한 효과는 똑같다고 생각해요. 그런 자존감, 사회성 증가, 삶의 향상 같은건 다 똑같이 겪을 수 있는데 전문가가 없이 시행이 되다 보니까 대상자가 아무래도 장애가 있는 분들이잖아요, 그래서 장애에 대한 특징이 고려되지 않는 환경에서 일을 해서 실패율도 많고 그렇다 생각이 들어요. 전문가 개입의 유무가 아닐까 생각하고 있습니다.

④ 직원의 인권에 대한 우려

이용자들의 인권도 중요하지만 종사자들의 인권도 중요하다는 의견도 있었다. 입원환자들의 난폭행동 때문에 직원의 안전이 위협을 받는 상황에 대한 우려가 강했다.

OT6

... 저도 얼마 전에 고발당했거든요 그런데 그 고발 내용이 환자의 문제로 고발되는 경우가 많아요. 그 사람의 성격 때문에. 어찌 보면 그게 치료자의 문제라기보다는 환자의 문제 때문에 물고 늘어지고 자기 문제가 해결되기까지 계속 물고 늘어지는 건데 오히려 직원들이 피해를 입는 건거죠. 거꾸로 이걸 우리가 뭘 해서라기보다 환자분들의 문제로 그런 게 많더라고요. 알코올 중독자 같은 경우, 여러 가지 중독이 있는 경우가 있거든요. 알코올 플러스 성격장애라던가.. 만약 이 사람이 반사회성이다 그런.. 저는 그래서 제 방 거의 바리케이트 쳐놓거든요. 지난번에 저를 죽이겠다 그래서 문 다 부수고 가고.. 오히려 직원들이 그렇게 환자들한테 노출되어 있는 경우가 많거든요. 그래서 거꾸로 환자의 인권이 침해당한다.. 하지만 직원들이 침해당하는 경우도 많아요. 그래서 저는 환자들이 와도 제 방 문이 안 열리게 해놨거든요. 그래서 사람들이 보면 저 사람 왜 그럴까. 그러는데 저는 저를 도와줄 사람이 없어서 바리케이트 쳐놓고 있어야 한다고 그럴 정도로. 환자들이 오면, 여자 환자라도, 알코홀릭이 오면 낮병동에 와서 화장실도 다 부수고 가고, 그러니까 그럴 땐 저희가 거꾸로 위협을 느끼는 거죠. 그래서 환자에 대한 증상 때문에 의사가 오더를 내려도 그날그날 증상 따라 컨디션에 따라 달라지기 때문에 그건 좀 어려워요. 예를 들면 그럴 때 직원들끼리 해결해야 하는 경우도 있잖아요. 그럴 때 여자 한명을 남자 여러 명이 못 당하거든요. 그러면 그럴 땐 액티비티가 다 깨지게 되고 그런 거죠. 그 사람이 왜 그러냐 그래도 해결이 안되는 경우 있거든요.

OT3

... 예를 들어 직원 머리를 뽑는다든지 그런 과격한 행동 하시는 분들이 있어요. 생활관에서 항상 시비 걸어서 싸움을 만든다 던지 직원이 24시간 근무를 해야 하는데, 밤 12시에 담배 피우고 싶어서 나가고 그런 건 안되거든요 그런데 그렇게 이루어 지지 않았을 때 본인이 분풀이로 정수기를 부순다든지 그런 경우에는 제재가 가해지죠.

OT7

... 사업장에서 물건 100개를 일주일 안에 해달라고 했을 때, 환자들이 안 오거나 속도가 느리거나 하면 개수를 못 채우게 되거든요. 그러면 남아서 일을 좀 더 하라고 하고 싶을 때가 있어요. 근데 그렇게는 절대 못하거든요. 일단 제가 있는 곳 에서는요. 그러면 이게 우리가 약간의 인권 감수성이 떨어지면 강제적

으로도 부탁을 하는 경우는 인권 침해가 될 수 있을 것 같아요. 그런데도 있지 않을까 하는 생각이 들기는 하거든요. 근데 이제 보통 그렇게 못하기 때문에 직원들이 울면서 하고 있죠. 와서 왜 우리가 이걸 하고 있냐..

⑤ 인권침해 원인에 대한 생각

i) 구조적인 문제에 따른 인권침해

성과만을 중시하는 정부의 평가제도, 만족도나 인권과 같은 지표가 인증평가항목에 들어가 있지 않는 점. 임금에 대한 구체적 기준의 미비, 기능향상 없이 일부의 돈이라도 벌기 위해 사업장에 투입해야 하는 상황 등 주변 환경의 구조적인 문제가 인권침해를 유발할 수 있다고 생각하고 있었다.

OT2

직업 재활에 대한 어떤 근본적인 관점이죠. 돈을 벌기 위해서 직업재활을 할 것이냐. 아니라는 생각이 드는 거죠.

OT6

그리고 저희가 성과내는 거 있잖아요. 아까 직업재활하는 걸로 성과를 메킨다.. 이런 이야기 하셨는데 그런 압력도 많이 받는 거 같아요. 돈 대주는 국가가 정상인에게 있어서 생산을 요구하는게 10이라고 하면 장애인들은 1이 나올 수도 있고, 마이너스가 나올 수도 있는거잖아요. 그런데 + 또는 10의 성과가 나오기를 기대하는 이것도 인권의 문제를 유발시키는 것일 수가 있다는 생각이 들거든요.

OT1

일단 근본적으로 법 자체도 그 분들이 보호를 받을 수 있는 것이 없더라구요. 고용주가 얼마를 줘라 이런 것도 없고 그냥 이 사람의 수준이 이러니까 이 정도 밖에 주지 못한다 하고 이야기 하는 거거든요. 그러면 저희 입장에서는 그렇게 밖에 할 수밖에 없는 입장이고, 그분들 기능을 좀 체계화 시켜서 올려야 되는 게 복지 시설의 현황인데 또 그렇게 할 수 있는 시간적으로 부족한 면이 있거든요. 아까 얘기했듯이 이분들이 시설 수급으로 바뀌면 당장 돈이 없기 때문에 가족 관계라던지 체계적으로 시스템 없이 오직 이 분 자체에서 해결되야 할 부분이니까 기능을 향상시킬 시간이 없이 그냥 곧장 투입을 시킬 수밖에 없는 입장 이죠. 시설에서는 어떻게 보면.

OT6

어떤 만족도나 인권이라는 그런 사항들이 실은 병원 인증 평가 항목에 들어가면

우리도 충분히 할텐데 그런 게 안 들어가 있다 보니 우리도 사실 할 동기부여가 크게 안 되는 거죠.

ii) 담당 직원의 인식문제에 따른 인권침해

담당 직원의 작업치료에 대한 관점, 전문가의 이용자에 대한 부정적 인식도 인권침해의 한 축으로 생각하고 있었다. 전문가 일수록 반복적으로 보다 보니 인간보다는 자신의 일에 고착되는 경향이 발생할 수 있고, 이럴 경우 업무에 집중하다보면 인권침해 가능성이 높아질 수 있다.

OT1

그러니까 너무 많은 사람들에게서 반복적으로 보다 보니까 스스로 고착화 된게 있지 않을까 하고 보거든요. 그러니 좀 어려운데 이전에 제가 인권위에서 직접 들은 이야기가 뭐냐하면, 어떤 한 분이 밤 12시에 빨래를 하고 싶어서 빨래를 했는데 병원측에서는 그걸 증상으로 보고 보호실에 가뒀던 일이 있었거든요. 그 분은 단지 나는 빨래를 했을 뿐인데 나를 가두더라. 나에게 어떤 규칙들을 말해줬으면 나는 하지 않았을텐데 하면서 되게 인권적으로 무시를 당했던 이야기들을 하더라고요. 어떻게 보면 그 사람들도 일적으로 이 사람을 보다 보니까 이런 다양한 증상들을 많이 경험하면서 단정하는 것들이 있는 것 같습니다.

OT7

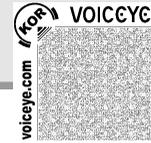
인권침해의 원인 중 가장 큰 것은 직원의 인권 감수성이 부족해서라고 생각이 들어요. 그래서 인권교육을 많이 들어야 된다고 생각이 들구요. 이렇게 해도 되는 사람이라고, 함부로 해도 되는 사람이라고 생각을 하는 것 같아요.

iii) 전문성이 없는 사람들의 개입에 따른 인권침해

작업치료에 대한 전문성이 없는 사람들이 개입을 하게 될 경우 인권침해 가능성이 더 높아질 수 있는 것으로 보았다. 이에 따라 교육이나 지침과 같은 것이 필요하다고 생각했다.

OT7

작업 치료 과정에서 일종의 평가나 상담이나 치료 계획이라던지 종결해서 보고 하는 어떤 그런 짜여진 계획들과 중재가 없을 경우에 인권침해가 있을 수 있을 거 같아요. ... 아무래도 교육이 필요한 게 규정이나 지침, 이런걸 모르면 자기는 좋은 의도였어도 통장 꼭 지급해야 하는지 모를 수 있잖아요? 그런 부분. 교육이 필요해서. 교육이 없어서.



3. 이용자 집단과 종사자 집단 면접결과 비교분석

1) 동상이몽(同床異夢) - 동일한 현상을 다르게 해석하는 두 집단

이용자 집단과 종사자 집단의 이야기를 들어보면 동일한 현상에 대해서 다른 생각을 갖고 있음을 알 수 있었다. 물론 이용자 집단과 종사자 집단이 서로 관련되어 있지 않기 때문에, 즉 면접에 참여한 이용자들이 면접에 참여한 종사자들에게서 서비스를 받은 것이 아니기 때문에, 두 집단의 의견을 직접적으로 비교하는 것은 다소 무리가 있지만, 그럼에도 이용자 집단과 종사자 집단 간에는 상당한 괴리가 있음을 알 수 있었다.

〈표 IV-3〉 두 집단 면접결과 비교분석

구분	이용자 집단	종사자 집단
작업치료	직원들이 할 일 또는 직원을 고용하여 할 일을 작업치료라는 명목으로 활용	기관에 따라 달리 정의되는 작업치료
	치료임에도 일을 할 수 있는 능력이 좋아야 참여할 수 있는 프로그램	인권침해 가능성 제거에 따라 회피되는 작업치료
	강압 또는 위계에 의한 강요에 따라 해야만 하는 프로그램	좋은 프로그램 개발을 통한 전문성 증진이 필요한 작업치료
		주변 환경에 의해 좌우되는 작업치료
임금	일에 대한 너무나 형편없는 보상	낮은 노동생산성으로 인한 업체 연계의 어려움
	장애인이라 어쩔 수 없는 적은 임금	생산성이 낮음에 따라 어쩔 수 없는 낮은 임금
이용자 건의에 대한 반응	억울하지만 억울함을 말할 곳이 없고, 말해도 들어주지 않음	이용자 건의는 최대한 반영하기 위해 노력
작업치료 과정	체계적인 작업치료 기능평가보다는 도움이 된다는 막연한 기대	실행은 되지만 피드백이 안 되는 치료 후 기능평가
	한 번도 해 본적 없는 ‘작업치료에 대한 동의’	입원 또는 입소 초기에 작업치료를 포함한 포괄적으로 동의
		작성하지 않는 작업치료 계획서
	과거에는 종사자가 통장관리, 현재는 개인이 통장관리	개인 통장으로 관리되는 임금

구분	이용자 집단	종사자 집단
인권침해 원인	관리자들의 편견과 시대적 상황에 따라 발생	구조적인 문제에 따른 인권침해
		담당 직원의 인식문제에 따른 인권침해
		전문성이 없는 사람들의 개입에 따른 인권침해
		보호자 입장이 우선됨에 따른 자기결정권 침해
		직원의 인권에 대한 우려

(1) 작업치료 개념

작업치료에 대해 이용자들은 ‘직원들이 할 일 또는 직원을 고용하여 할 일을 작업치료라는 명목으로 활용하는 프로그램’, ‘치료임에도 일을 할 수 있는 능력이 좋아야 참여할 수 있는 프로그램’, ‘강압 또는 위계에 의한 강요에 따라 해야만 하는 프로그램’으로 생각하고 있었지만, 종사자 집단은 기본적으로 ‘좋은 프로그램 개발을 통한 전문성 증진이 필요한 작업치료’로 생각하면서 실천의 어려움 때문에 ‘기관에 따라 달리 정의되는 작업치료’, ‘인권침해 가능성 제기에 따라 회피되는 작업치료’, ‘주변 환경에 의해 좌우되는 작업치료’처럼 생각하고 있었다.

이용자들은 치료이기는 하지만 치료보다는 단순한 노동의 의미로 받아들이고 있었고, 또 치료로 받아들이는 경우에도 즐겁게 참여할 수 있는 프로그램이기 보다는 치료목적으로 명령이 된 것이기 때문에 따라야만 하는 것으로 받아들이고 있었다. 반면 종사자들은 작업치료를 잘 하고 싶지만 관리자의 부정적인 마인드에 의해, 주변의 인권침해 가능성 제기에 의해, 작업치료 영역이 축소되는 것을 안타까워하고 있었다.

(2) 이용자 건의에 대한 반응

이용자들은 작업치료와 관련하여 억울함이 있어도 말할 곳이 없다고 생각하고 있었지만, 종사자들은 이용자가 건의를 하면 최대한 반영하기 위해 노력한다고 하였다. 이를 보면 이용자들은 건의를 쉽게 하지 못하지만, 종사자들은 이용자들이 건의를 하기만 하면 최대한 지원하기 위해 노력하는 것으로 보인다. 결국 억울함이 해소되지 않는 것은 종사

자 개인의 문제가 아니라, 억울함을 호소할 수 있는 구조적 장치가 없기 때문인 것으로 보인다.

(3) 직업치료 과정

직업치료 과정에 대해서도 두 집단은 극명하게 다른 생각을 하고 있었다. 이용자들은 사전이건 사후이건 기능평가를 받아본 적은 없고, 그냥 막연히 도움이 되는 것이니까 하겠지 하는 생각에 따라 직업치료에 참여하였다. 하지만 종사자들은 무언가 평가를 계속하고 있었지만 실제 실천에는 이를 반영하지 못하는 한계를 갖고 있었다. 구체적으로 실천에 반영되지 못하다보니 이용자들도 체감할 수 없었을 것으로 보인다.

또한 직업치료 동의와 관련하여 대부분의 이용자들은 동의를 한 적이 없다고 하였다. 하지만 종사자들은 동의를 받고 있다고 하였다. 그러나 동의라는 것은 입소 또는 입원 초기에 입소동의, 규칙에 대한 동의, 일부 지원 프로그램에 대한 동의 등이 포괄적으로 이루어지고 있었다. 하지만 이용자 입장에서 보면 입소 또는 입원을 하기 위해서는 별 생각 없이 해야만 하는 과정이었을 뿐이었다. 그마저도 보호자에 의해 이루어지고 있다. 따라서 직업치료와 관련된 동의가 실질적으로 이루어졌다고 볼 수는 없다. 그럼에도 종사자들은 동의를 구했다고 생각하고 있었기 때문에, 직업치료 전에 다시 동의를 구하는 절차를 제도화할 필요가 있어 보인다.

하지만 통장관리에 대해서는 두 집단의 의견이 일치했다. 임금착취 등 인권침해 사건이 많이 알려지고 이에 따라 개인에 의한 통장관리가 제도화됨에 따라 현재는 모든 이용자들이 개인통장을 관리하고 있었고, 종사자들도 이를 지키기 위해 노력하고 있었다.

(4) 인권침해 원인

인권침해 원인에 대해서도 두 집단은 상당히 다른 생각을 하고 있었다. 이용자들은 직원들이 악하거나 잘못되었기 때문에 인권침해가 발생하는 것이 아니라 장애인을 보호하려고 통제하려는 사회적 편견 때문에 발생하는 것으로 생각하고 있었다. 종사자들도 담당 직원의 직업치료에 대한 관점, 이용자에 대한 부정적 인식도 인권침해의 한 원인으로 생각하고 있었다. 하지만 종사자들은 이외에도 성과만을 중시하는 정부의 평가와 같은 제도의 미비, 직업치료 전문성이 없는 사람들에 의한 직업치료, 이용자들의 의사를 무시하는 보호자 등 때문에 이용자들의 인권침해가 발생한다고 생각하고 있었다. 즉 직업치료사 내부의 문제보다는 직업치료 외적인 측면의 원인 때문에 인권침해가 발생하는 것으로 바라

보고 있었다. 또한 다른 전문직종과 마찬가지로 종사자의 인권침해에 대해서도 심각하게 우려하고 있었다.

(5) 임금

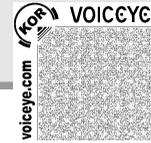
임금과 관련해서는 두 집단이 비슷한 생각을 하고 있었다. 두 집단 모두 일에 비해 너무나 형편없는 임금이라고 생각하고 있었고, 이에 대해 장애인이기 때문에 어쩔 수 없다는 생각이 강했다. 작업치료의 목적이 사회적 구조와 주변 환경을 변화시키고자 하는 것이라면 임금이 적은 것에 대해 순응하기 보다는 주변을 바꾸고자 하는 노력이 더 필요할 것으로 보인다.

2) 차이의 원인 - 가치의 충돌

이처럼 두 집단 간의 생각이 차이가 많이 나는 이유는 두 집단 간 기본적인 관점과 가치가 다르기 때문으로 해석할 수 있다. 기존의 문헌들을 보면, 전문가들은 ‘증상의 완화’나 ‘병으로부터의 완쾌’를 목표로 하지만⁴⁾, 당사자들은 증상이 다소 남아 있더라도 자신들에게 개인적으로 의미가 있는 일을 하면서 좋은 인간관계를 맺고 희망적으로 사는 것을 목표로 한다. 정신장애인 당사자들의 시각과 달리 정신건강 분야의 전문가들은 대체적으로 특정한 상황에서 환자의 자율성을 존중하는 것보다 그들을 보호하는 것이 더 중요⁵⁾하며, 강압의 사용이 윤리적인 문제가 아니라고 여기고 있다(Hem et al., 2014). 이처럼 정신건강 서비스 종사자들과 이용자들이 갖는 다른 관점, 가치와 욕구는 다음 표처럼 상당히 다르게 나타나고 있다(McAllister & Walsh, 2004).

4) 우리는 전문가들의 관점이 무엇인가에 대하여 더 논의할 필요가 있다. 정신장애의 진단과 시설수용 여부의 판단, 치료방법에 대한 결정이 모두 개별적인 전문가들에 의해 이루어지나 “특정사회가 그 것을 용인하거나 제도화하고 있다는 측면에서 그것은 지극히 사회적인 행위”로 보아야 무방하다(이용표 2005; 정은, 2014 재인용). 마찬가지로, 환자를 위한 최선의 것이 무엇인지에 대한 결정도 의사가 동료들의 관점과 관련하여 내리는 판단이다. 만약 의사가 환자의 최선이 무엇인지에 대하여 동료들의 의견은 무시한 채 자기 마음대로 행동한다면, 아마도 그 의사는 태만과 비전문가적인 관행으로 고발될 것이다. 그런즉, “환자의 최상의 이익에 이바지할 수 있는 옵션들의 존재여부 자체도 대중의 관심사에 대한 질문에 얽매어 있을 것이다”(Chong, Huxtable & Campbell, 2011). 다시 말해서, 전문가들의 관점이라는 것도 우리가 배워온 것처럼 단순히 임상에서 과학적인 평가를 하는 절대적인 것이 아닌 개인의 주관이 개입되고, 동료들에 의해 좌우될 수도 있는 사회적인 판단이라는 것을 기억해야 한다.

5) 아이러니컬하게도, 이런 보호정책은 “그들의 의사결정 파워의 일부를 박탈함으로써 환자를 어린이 취급하는 의도하지 않은 영향을 가질 수 있다”(Dyer & Bloch, 1987; Usher & Arthur, 1998).



〈표 IV-4〉 정신건강 서비스 종사자들과 이용자들의 관점과 가치의 상이성

서비스 제공자 및 종사자	서비스 이용자
<ul style="list-style-type: none"> • 어떠한 측면에서도 평가하고 변화를 만들기 위한 방법을 지적하기 위해 일반적으로 그 문제 밖에서 있음 • 내가 성공적으로 전달할 수 있다면 다른 사람으로부터의 동정을 불러일으키고 그들이 변화를 찬성하도록 행동할 수 있는 치료, 교육, 연구혁신을 제공하도록 돕는 지식, 훈련과 자원에 대한 접근을 가짐 • 나는 지역사회에서 존경받는 지위를 누리고 사람들은 대체적으로 나의 훌륭한 판단에 따름 • 나의 목표는 능률적이고 효과적으로 건강에 대한 욕구를 알아내고 해결하는 것임 • 클라이언트가 순응하고 자발적이고 동기유발이 되어있기를 기대함 • 나의 목표는 공명정대하고 현명하게, 또 올바르게 문제를 해결하는 것임 • 나의 바램은 국가의 모든 이들을 위한 건강을 향상시키는 것임 	<ul style="list-style-type: none"> • 나는 종종 경험 내에서 주관적으로 몰두해 있고, 문제가 무엇인지, 어떻게 그 문제들이 신체적으로, 감정적으로, 사회적으로 나쁜 영향을 주는지를 직접적으로 앎. • 나는 분노의 걱정, 소외, 부당한 처리, 좌절과 다른 사람에 대한 불쌍히 여김에 대한 접근을 가짐 • 존중받기 전에 통례적으로 내 자신을 증명해야만 함 • 내 목표는 정중하고, 접근성이 있는 적시의 양질의 케어를 받는 것임 • 내 권리가 증중되는 것을 기대함 • 나의 목표는 내가 어떻게 낙인찍히거나 부당하게 대우받는지에 대해 알아채지 못하는 것들에 대한 다른 사람들의 인식을 제고하는 것임 • 나의 바램은 나와 같은 다른 사람과 내가 좀 더 완전하고, 행복하고, 의미가 있고, 지지받는 삶을 사는 것을 허용하도록 여러 가지의 것들을 바꾸는 것임.

이와 같은 근본적인 관점의 차이에 따라 작업치료에 대해 서로 다른 생각을 갖게 된 것으로 보인다. 그런데 이와 같은 관점의 차이는 당사자 집단과 작업치료사 간의 차이일 뿐만 아니라 우리 사회의 가치를 반영하고 있다고 볼 수 있다. 정신장애인이 위험하기 때문에 다수를 안전하게 지키려면 정신장애인 개인의 자율성은 제한되어도 무방하다는 사회적 가치가 작용하고 있는 것으로 보인다. 이에 따라 정신장애인은 천부적 인권에서 배제되고, 일상에서 그들을 향한 사회적 차별에 대한 합리화 또는 정당화하는 형태를 띠게 되는 것으로 보인다.⁶⁾ 정신장애인에 대한 편견은 크게 관계지양의 차별과 권리박탈의 차별의 두 양상으로 나타나는데, 전자는 정신장애인을 결혼상대로, 피고용인으로, 친구로 원치 않는 것이고, 후자는 일반인에게 당연하게 주어지는 권리를 정신장애인에겐 적용시키지

6) Mary O'Hagan은 비슷한 맥락에서 이렇게 말하였다(Russo & Wallcraft, 2011에서 재인용): “정신건강 전문가들, 정치인들, 가족들처럼 이 논쟁을 지배하는 이해관계자들은 합법화된 강압의 사용을 지지하고 홍보하는 경향이 있어요. 그들의 시각은 잘 알려져 있고, 잘 기록되어 있으며, 강제적인 개입을 허용하는 전세계의 법에 잘 반영되어 있지요. 하지만 보다 적은 힘이나 무력을 원하는 서비스 이용자와 (정신보건 시스템) 생존자들의 시각은 상대적으로 소외되어 있어요. 우리의 시각은 관련된 사고, 법률이나 임상에서 어떤 주요한 영향을 아직도 행사하지 못했어요. 이것은 바뀌어야 하죠.”

않는 것이다(서미경 등, 2008; 권혁장, 2009). 비장애인이나 신체장애인에게 주어지는 자기결정권의 부정, 어떤 치료를 제공할 때 의료 시스템에서 전반적으로 반드시 필요로 하는 고지된 동의에 대한 정신보건 서비스나 제도 내에서의 인식미흡이나 다른 윤리적 관행을 적용하기하는 것은 모두 후자인 권리박탈의 차별이다.

3) 면접결과에 따른 제언

(1) 단순한 노동이 아닌 즐겁게 참여할 수 있는 프로그램으로서의 작업치료

현재 작업치료에 대해 이용자들은 강제적으로 참여해야만 하는 즐겁지 않은 프로그램으로 생각하고 있었고, 종사자들도 외부 요인에 의해 만족할만한 수준의 서비스를 제공하지 못하고 있다고 생각하고 있었다. 따라서 작업치료 및 직업재활이 단순한 노동을 위해서 사용되지 말뿐만 아니라 정신과적 치료의 한 방법으로 적용되는 즐거운 프로그램이 될 수 있도록 노력할 필요가 있어 보인다. 이를 위해서는 작업치료의 효과성, 필요성에 대한 인식이 보다 확대되어야 할 것으로 보인다.

(2) 기능 평가 및 효과성 평가 의무화 및 이용자에게의 고지 의무화

이용자들은 사전이건 사후이건 기능평가를 받아본 적이 없다고 하였다. 기억이 안 나서 일수도 있지만 평가를 하고도 평가내용에 대해 피드백을 받은 적이 없기 때문일 수도 있다. 실제로 종사자들은 평가를 하고는 있었지만 실천에 이를 구체적으로 반영하지 못하고 있었다. 따라서 기능평가를 구체화하고 이를 실제 작업치료에 반영할 수 있도록 하는 구체화된 정책이 필요하다. 이를 위해 작업치료 프로그램에 이용자의 기능평가, 주기적인 치료진 및 작업장 관리자의 평가 등 작업치료의 효과성에 대한 평가를 주기적으로 실시하고 이를 이용자에게 반드시 알려주도록 하는 정책을 의무화할 필요가 있다.

7) 정신병리가 동의절차를 이해하는 환자의 능력을 평가하는 좋은 지표가 아니며 정신장애인도 다른 의학연구 참여 집단과 비슷한 정신적 능력을 증명할 수 있다고 몇몇의 선행연구는 결론지었다(Chong, Huxtable and Campbell, 2011). 이에 더하여, Johnstone(1994)도 무엇이 합리성(rationality)을 구성하는지, 충분한 능력이 있는 사람의 특징에 대한 실질적인 동의가 없다는 것을 우리에게 상기시킨다(Usher & Arthur, 1998에서 재인용).

(3) 입소 또는 입원 시 동의 확인이 아닌 작업치료 시작 전 동의 확보

정신보건시설에서 동의가 이루어지고 있었지만, 대부분 입소 또는 입원 초기에 포괄적으로 이루어지는 동의였다. 따라서 작업치료와 관련된 동의가 실질적으로 이루어졌다고 볼 수는 없다. 결국 현재 보건복지부 지침에 있는 ‘작업치료 및 직업재활의 참여는 담당 주치의(또는 치료진)의 치료처방과 환자 본인이나 가능하면 보호자의 동의하에 실시되어야 한다.’는 규정을 위반하고 있는 것이다. 따라서 작업치료 전에 다시 동의를 구하는 절차를 의무화할 필요가 있어 보인다.

(4) 적절한 임금 보장, 좋은 일자리의 창출

현재 작업치료는 치료의 일환으로 시행되므로 모든 작업에 대하여 임금이 지급되지 않아도 되고, 작업의 종류, 작업강도, 숙련도, 작업시간을 고려하여 통상 임금에 훨씬 못 미치는 임금을 지급해도 된다. 하지만 전문가들은 정신 장애인들의 기능 부족을 이유로 괜찮은 일자리의 창출보다는 작업치료에 매몰될 수도 있다. 따라서 병원에 있는 경우에는 어쩔 수 없더라도 퇴원 후 일정 시간의 정착기간을 거친 후 최저임금 수준의 일자리를 마련하는 노력이 더 필요할 것으로 보인다. 대부분의 정신장애인들은 일을 하기 싫은 것이 아니라 좋은 일자리가 없기 때문에 일을 못하는 것이었기 때문에, 작업치료의 목적이 사회적 구조와 주변 환경을 변화시키고자 하는 것이라면 임금이 적은 것에 대해 순응하기 보다는 조금 더 양질의 일자리를 마련하는 노력이 필요할 것으로 보인다.

(5) 이의제기 또는 불만을 표출할 수 있는 구조적 장치 마련

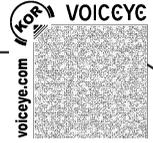
종사자들은 이용자가 건의를 하면 최대한 반영하기 위해 노력한다고 하였지만, 이용자들은 작업치료와 관련하여 억울함이 있어도 말할 곳이 없다고 생각하고 있었다. 일부 이용자들이 억울함을 호소하면 종사자들은 이의 해결을 위해 노력했겠지만, 원칙적으로 억울함을 말할 수 있는 통로가 부족함을 알 수 있었다. 따라서 억울함을 호소할 수 있는 구조적 장치의 마련이 필요한 것으로 보인다. 이를 위해서 기관 내부에 불만을 접수할 수도 있지만, 불만을 처리하는 직원이 동료직원과의 인간적인 문제, 위계 문제 등으로 인해, 이용자의 입장에서 고충을 해결하기는 쉽지 않을 수 있다. 이에 따라 이용자의 고충을 제삼자의 입장에서 객관적으로 판단 조사하고 해결하는 민원 조사관(음부즈만) 제도가 필요할 수 있다. 음부즈만의 구성은 복지관 구성원이 아닌 외부 인원으로 구성하며, 5명 정도

가 적당할 것으로 보인다. 임기는 2년에서 3년 정도로 기관에서 정하면 되고, 연임할 경우 매너리즘의 문제, 복지관관의 친분 형성에 따른 고유 업무에 대한 부담 문제 등이 발생할 수 있기 때문에 단임으로 하는 것이 바람직하다. 읍부즈만의 주요 업무로는 고충민원의 조사와 처리, 고충민원과 관련된 시정권고 또는 의견 표명, 고충민원과 관련하여 운영의 개선이 필요하다고 판단되는 경우 권고 또는 의견 표명, 고충민원 처리결과 및 운영 개선에 관한 실태조사와 평가 등을 담당하는 것이 바람직해 보인다.

(6) 시범사업 중인 동행서비스의 활동지원제도 편입

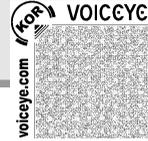
현재 서울지역의 경우 동행서비스를 공동모금회 지원으로 시행하고 있다. 이에 대해 이용자들은 상당히 긍정적인 의견을 보여주었다. 따라서 보다 심도 깊은 연구가 필요하겠지만, 동행서비스를 현행 보건복지부 사업인 활동지원제도에 편입시킴으로써 모든 정신장애인들이 이용할 수 있고 또한 정신장애인 일자리 창출에도 기여하는 것이 바람직해 보인다.

인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로



V

외국 작업치료에 대한 고찰



인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

V. 외국 작업치료에 대한 고찰

1. 외국 사례연구의 목적 및 방법

본 장은 국외 사례를 고찰하여 우리나라에서 발생하고 있는 정신장애인에 대한 작업치료관련 학대 문제를 해결하며 인권기반 치료서비스를 보장하기 위한 시스템을 구축할 수 있는 정보 제공을 목표로 한다. 문헌 및 웹을 통해 보건의료 선진국에서 제시하는 정신장애인들을 위한 윤리적인 작업치료가 구현되는 기전을 고찰하여 학대와 작업치료의 경계를 모색하고, 나아가 우리나라 정신보건 서비스를 제공받는 정신장애인들의 인권 보장을 위한 교육, 임상 및 정책의 방향구도를 설정하는데 실제적이고 구체적으로 필요한 사항들을 가늠해 볼 수 있을 것이다. 본 장은 다음과 같은 가설을 검증하기 위한 반복적 문헌 조사 방법(iterative manner)을 사용하여 진행하였다:

- 학대와 관련된 작업치료학 연구들의 범주와 내용은 어떠한가?
- 클라이언트들의 인권보장을 위해 국외 작업치료협회는 어떠한 지원을 하고 있는가?
- 특히 정신장애인들의 인권보장을 위한 노력으로 어떤 것들이 제시되고 있는가?
- 학대를 방지하고 윤리적 치료의 구현을 위해 임상가를 돕는 자원에는 어떤 것들이 있는가?

2016년 3월 28일부터 2016년 5월 14일까지 국제 전문작업치료 관련사이트 조사가 이루어졌고, CINAHL(보건의료관련 검색엔진)과 Google 검색엔진을 사용하여 작업치료관련 국외문헌조사를 시행하였다. 검색어는 “ethic, ethics”, “(ethical)dilemma”, “abuse”, “therapist abuse”, “financial abuse”, “economic abuse”, “institutional abuse”, “institution + abuse + mental health + occupational therapy”를 이용하여 개별검색 및 조합검색을 시행하였다.

작업치료관련 국제사이트는 세계작업치료사연맹(World Federation of Occupational Therapy(WFOT)) 및 주요 각국 사이트 American Occupational Therapy Association (AOTA)-미국, College of Occupational Therapies(COT)-영국, 그리고 Canadian Occupational Therapy Association(COTA)-캐나다를 중심으로 시행하였다.

2. 분석 결과

1) 학대와 관련된 작업치료학 연구들의 범주와 내용은 어떠한가?

학대(abuse)라는 용어를 사용하여 조사한 작업치료학(Occupational Therapy) 국제문헌들은 아동학대, 노인학대, 가정폭력 및 성폭력 피해자 등 각종 “abuse”(학대상황) 피해자들에게 적용할 수 있는 작업치료방법 및 효과, 그리고 권리옹호자로서의 작업치료사의 역할을 논의하며 이들 피해자들에 대한 작업치료의 근거를 제공하고 있었다. 부당한 노동력 착취와 연관된 관련자료로는 “financial abuse” 또는 “economic abuse”로 검색 시, 고령자 학대(elderly abuse)와 연관되어 지역사회에서 보호자로부터의 발생하는 학대 형태로 다수 보고되고 있었고(CAOT, 2011; OT Practice, 2016), 이를 확인하고 보고하는 작업치료사의 역할에 대한 의무를 강조하고 있었다. 특히 최근에는 지역사회 작업치료사들을 위한 지침으로 아동과 고령자들에 대한 보호자로부터의 경제적, 신체적 및 정신적 학대를 파악하며 보고하는 의무를 초점으로 하고 있었다. 본 연구의 주된 관심사인 정신장애인을 위한 시설(Institution)에서의 학대적 치료행위 및 그에 관련된 자료는 주로 작업치료사에 의한 것이기 보다는 미국의 경우 60년대 중반 탈시설화(deinstitutionalization movement)를 이끈 '시설에서의 비활동성(Inactivity)으로 인한 인권침해사례'로서 보다 많이 지적되고 있었다(Scheinoltz, 2010). 즉, 시설수용 정신장애인들의 권리인 작업활동에 대한 제재로 인해 삶의 참여가 퇴행되는 것을 넓은 범주의 인권침해로 간주하였다.

이처럼 치료현장에서의 치료사로부터의 학대를 연구한 연구들의 부재와 더불어, 작업치료 문헌에서는 이들 학대 문제에 대한 작업치료사의 인권보장의무로서의 보고의무를 강조하고 있다. 작업치료사에 의한 직접적인 학대문제가 부재한 반면, 학대의 범주를 확장하여 살펴본 연구들은 소수 확인할 수 있었다. Bushby, Chan, Druif, Ho와 Kinsella(2014)는 작업치료 내에서 발생하는 윤리적 긴장문제(Ethical tensions)에 대한 체계적 고찰

(Scoping review) 연구를 시행하였고, 윤리적 모호성(Ethical uncertainty), 윤리적 고민상황(Ethical distress), 그리고 윤리적 딜레마(Ethical dilemma)를 포함시켜 2000-2013년 사이 총 32개의 논문을 찾아내었다. 이들 논문들은 미국(13건), 영국(8건), 캐나다(7건), 오스트레일리아(2건) 및 스웨덴(2건)으로 아시아권에서는 이를 다룬 논문이 전무하다고 제시했다. 한편 작업치료 임상가들이 치료현장에서 여러 가지 윤리적 딜레마를 경험하고 있으며 환자들을 포함한 직장환경에서의 폭력을 경험한다는 연구논문도 소수 있었다.

2) 이용자들의 인권보장을 위해 국외 작업치료협회는 어떠한 지원을 하고 있는가?

세계작업치료협회(World Federation of Occupational Therapy) 및 미국, 영국 및 캐나다 등 선진국의 관련지침, 현황 및 논쟁을 중심으로 살펴보았다. 앞서 언급되었듯이, 전문 작업치료학(Occupational Therapy)은 정신과 환자들에 대한 비약물적 및 도덕적 치료(Moral treatment)인 인본주의적인 접근으로서 태동하여 1917년 의사, 간호사, 건축학자, 사회사업가 등으로 구성된 다학제간 팀으로 작업치료사협회가 결성되었고, 약 100년의 역사를 가지고 급속도로 발달해온 신학문이다. 전세계에서 시행되고 있는 보건의료 치료학문으로서 현재 92개국에서 세계작업치료사연맹(World Federation of Occupational Therapy)에 가입되어 있고, 전세계적으로 480,000명 이상의 작업치료사들이 활동하고 있다. 세계작업치료사연맹에서는 공식성명서(position statements)를 두어 인권보호(Human rights) 및 보장에 대한 작업치료사의 역할에 대해 규정하고 있다(WFOT, 2016). 현재 보건의료 선진국이라고 할 수 있는 미국, 영국, 캐나다 및 북유럽권에서 작업치료사의 활동이 가장 활발하게 이루어지고 있다(American Occupational Therapy Association(AOTA), College of Occupational Therapies(COT), Canadian Occupational Therapy Association(COTA)). 이들은 작업치료관련 웹 조사결과 윤리강령문서(Code of ethics) 중심으로 정보제공을 하고 있음을 알 수 있었다.

이중 미국은 작업치료사의 수가 가장 많은 나라로서(공식적인 협회원수가 213,000으로서 현 국내 작업치료사 수의 약 21배, 일본은 약 6배에 달함), 미국작업치료협회(American Occupational Therapy Association, 2016) 사이트에는 윤리강령코드, 즉 작업치료사로서 지켜야 할 전문가로서의 윤리기준을 제시하고, 나아가 임상을 직접적으로 가이드 하기 위한 지침으로서 윤리강령 및 내용(Ethics)에 관한 내용을 독립적으로 다루고 있

다. 구체적으로는 협회 내 윤리심의위원회를 두고 “Conflict of Interest(윤리적 갈등상황)”이 발생하는 경우, 윤리적인 의사결정과정에서 사례를 들어 견해문을 제시하고 있다. 또한 윤리심의결과 및 집행방법에 대해 회원들에게 공개보고하고 있다. 모든 종류의 학대 발견 시, 보고의 의무(Report obligation)을 협회에서 지정하고, 이를 위반 시 면허정지, 면허취소 등의 결정이 윤리심의위원회를 통해 진행된다. 사이트를 통해 전문 작업치료사들에게 제공되는 정보는 다음 <표 V-1>과 같다.

<표 V-1> 미국작업치료협회 윤리강령 및 지침 관련 자료

자료 항목	주요 내용
Advisory Opinions 윤리심의위원회 자문지침(사례포함)	윤리심의에 상정되었던 문제들에 대한 소개, 사례를 포함하여 윤리강령과의 연계성을 제시, 작업치료사로서 윤리관련 근거에 기반한 의사결정을 할 수 있도록 돕는 자료로서 제공
Ethics Complaint 윤리위반행위에 대한 신고방법 및 절차	윤리위반행위를 신고하는 문서 및 절차에 대한 설명, 문의처 등에 대한 자료 제공
Ethics Commission 윤리심의 위원회 설명 및 역할	윤리심의 위원회에 대한 제반 설명 및 역할에 대한 정보를 제공
Disciplinary Actions 심의결과 및 행정처분 공개통지서	협회원에게 공개되는 윤리강령 침해사건에 대한 공개자료로서 행정처분 결과에 대해 작업치료사 개인정보를 포함한 공개통지서
For Educators 타대학/기관 윤리관련 자료링크	윤리강령에 대한 타대학 및 기관에서 제공하는 심도있는 자료들을 접근할 수 있는 자료를 링크
FAQs about Ethics 질의 응답식 윤리관련 주요 정보제공	빈번하게 의뢰되는 윤리관련 문제에 대해 간단한 질의응답식 자료제공과 더불어 심화자료 링크를 제공
Resources 윤리관련 및 법제문서	윤리문제와 관계된 법적 자료들을 수록.
Tools for Productivity Requirements 치료생산성 결과물 관련 윤리지침	치료효과의 생산성을 증빙하는 결과물에 관련된 윤리지침을 제공하여 치료 환경 별 제출자료에 대한 안내.

자료: AOTA(2016)

이 중 이 '윤리심의위원회 사례지문지침'은 정신과 작업치료를 포함하여 작업치료가 제공되는 모든 서비스 영역에 해당하는 클라이언트들과의 임상행위에 적용되는 지침으로서 (<표 V-2>), 임상에서 야기된 윤리적 문제들에 대한 사례와 함께 윤리강령코드를 제시하여 작업치료사들이 상황 별 윤리기준에 따른 판별을 할 수 있도록 제시하고 있다.

〈표 V-2〉 미국작업치료협회 윤리심의위원회 사례별 자문내용

Advisory Opinion (사례별 윤리위원회 결정사항)	주요내용
State Licensure, Professionalism, and the AOTA Occupational Therapy Code of Ethics and Ethics Standards	해당 주 면허규정, 전문성, 및 미국작업치료협회 윤리강령 및 지침서
Ethical Considerations for Productivity, Billing and Reimbursement	임상행위로 인한 생산성, 수가 및 상환제
Promoting Ethically Sound Practices in Occupational Therapy Fieldwork Education	임상실습 교육 중 윤리적인 임상행위 독려방법
Ethical Considerations Relevant to Emerging Technology-Based Interventions	신기술 기반 중재법과 관련된 윤리적 고려사항
Telehealth	원격치료행위
Ethical Considerations in Private Practice	사설 작업치료에서의 윤리적 고려사항
OT/OTA Partnerships: Achieving High Ethical Standards in a Challenging Health Care Environment	작업치료사/작업치료보조사 파트너십: 급변하는 보건의료환경에서 높은 수준의 윤리규준 보장하기
Avoiding Plagiarism in the Electronic Age	전자기기 시대에서 표절 방지하기
Social Networking	사회적 네트워크
The Role of an Expert Witness	전문 관찰자의 역할
Professional Boundaries: Where to Draw the Line	전문가로서 경계선 지키기: 선은 어디에?
Cultural Competency and Ethical Practice	고유문화 파악 역량 및 윤리적인 임상
Plagiarism	표절
Social Justice and Meeting The Needs of Clients	사회정의와 클라이언트의 필요충족 사이
Outdated and Obsolete Tests and Assessment Instruments	오래되고 사용되지 않는 검사 및 평가도구들
Balancing Patient Rights and Practitioner Values	환자의 권리와 임상가로서의 가치간의 균형
Ethical Considerations for Professional Education of Students with Disabilities	장애학생을 위한 전문가적 교육을 위한 윤리적 고려사항
On Organizational Ethics	기관윤리
On Ethical Considerations When Occupational Therapists Engage in Business Transactions with Clients	작업치료사가 클라이언트와 경제관계를 하는 경우 윤리적 고려사항

Advisory Opinion (사례별 윤리위원회 결정사항)	주요내용
On Ethical Issues Around Payment for Services	서비스비용관련 윤리적 문제들
On Ethics in Governance	관리자 윤리
On Patient Abandonment	클라이언트 방치문제에 관하여
Ethical Management of Disrespectful, Disruptive, Uncivil, and Unethical Colleagues: Consequences to Patient Safety, Health Care Team Wellness and Morale, and Workplace Retention	존중결여, 파행적, 비문화적 및 비윤리적인 동료에 대한 윤리적 관리: 클라이언트 안전문제, 보건의료 팀 안녕과 사기 그리고 일터관리에 미치는 결과

3) 정신장애인들의 인권보장을 위한 노력으로 어떤 것들이 제시되고 있는가?

위에 제시된 미국의 사례지침 중 정신장애인들을 위한 시설치료, 특히 본 연구의 주제인 작업 활동을 통한 치료 시 노동으로 인해 수익이 발생하는 경우와 관련된 사항들은 다음의 사례들과 연관되어 있다:

- 기관윤리
- 작업치료사가 클라이언트와 경제관계를 하는 경우 윤리적 고려사항
- 서비스비용관련 윤리적 문제들

이들 윤리문제 사례들에 대한 자문지침의 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 기관윤리

윤리문제 사례: 작업치료를 거부하는 환자에 대해 치료거부행위를 용납하지 말라는 의사의 지시가 있는 상황에서 작업치료사가 취할 윤리적 행사는?

자문 지침: "보건의료시설(Health Care Institution) 내 이익창출의무(business ethics)와 임상 의무(clinical ethics)가 상존하는 현실에서 서비스 행위는 치료사-환자의 단독관계 뿐만 아닌 시설-치료사-환자의 관계에 의해 영향을 받고 있다.... 따라서 치료적 동맹관계인 기관에서는 치료사-환자의 관계에 부정적 영향을 미치는 것이 환자를 위한 윤리적인 의사결정이라고 할 수 없으며, 이에 따라 작업치료사는 기관의 자문위원단(supervisor)과의 검토를 통해 physician과의 의견조율을 이루어질 수 있도록 한다."

지문해석: 본 문서에서는 클라이언트의 치료거부의사와 기관에서의 치료목적의사가 충돌한 경우, 작업치료사로서의 윤리적 행위를 검토하고 있으며, 클라이언트의 의사를 최우선으로 존중하기 위해 기관과의 조율을 시도하는 것을 작업치료사로서의 의무라 제시하며 윤리적인 방침으로 안내하고 있다. 종사자들을 대상으로 한 본 연구의 인터뷰 중, 정신장애를 가진 클라이언트의 작업치료 거부상황의 문제가 거론되었으며 이 같은 경우 기관윤리와 상충되는 작업치료사의 윤리강령 지침을 인권보장의 입장에서 해석하고 그에 따른 윤리적인 의사결정 방법을 판단해 볼 수 있을 것이다.

(2) 작업치료사가 클라이언트와 경제관계를 하는 경우 윤리적 고려사항

윤리문제 사례: 치료목적으로 치료도구를 파는 경우 및 구입한 치료도구로 인해 클라이언트가 상해를 입는 경우

지문 지침: "작업치료 윤리강령 및 윤리기준(The Occupational Therapy Code of Ethics and Ethics Standards (2010); [AOTA, 2010])에서는 임상가들의 수익이 발생할 수 있는 경우(financial conflicts), 이를 공개하도록 명시하고 있다(원칙 2C, 2J, 6B, 및 7E)..... 정의(Justice)는 클라이언트와 다른 사람들과 공정하고 편협하지 않은 관계를 합법적으로 준수하기를 말한다. 이타성(Altruism)은 7가지 핵심윤리기준 중 하나로서, 클라이언트의 안녕을 최우선으로 하는 것을 치료사의 가치, 행동 및 태도로서 가이드 한다. 작업치료사의 중재는 환자의 쾌유를 목표로 하는 목표중심의 행위로서, 치료사의 경제적 이득을 위해 환자를 착취(exploitation)하는 어떠한 행위도 피해야 한다. 착취는 "자신의 이윤 또는 이득을 위해 공평하지 않은 방법으로 다른 사람을 이용하는 행위"(JCAHO, 2004-2005)를 말하며 보건의료 관계자들은 실제적인 또는 인식되는 학대, 방치 또는 착취로부터 클라이언트를 보호할 의무를 가진다."

지문 해석: 본 문서에서는 치료중재행위의 하나인 치료도구 안내 시 유의점에 대해 설명하고 있으며, 본 연구의 쟁점인 치료활동의 수익의 배분에 대해서는 직접적으로 다루고 있지 않으나, 위에 언급된 대로 치료사 또는 기관의 경제적 이득을 위해 환자를 착취하는 행위는 윤리적이지 않으며, 오히려 학대, 방치 또는 착취가 일어나는 상황으로부터 클라이언트를 보호할 의무를 작업치료사의 윤리강령 기준한 의무사항으로 밝히고 있다. 작업치료사 윤리강령은 클라이언트에게 최대한의 이익을 보장하고 해를 끼치지 않는 것을 핵심윤리강령으로 규정하여, 본 연구에서 인권침해로 결정된 사례들에서 작업치료사가 치료행위를 했을 경우, 취해야 했을 행동에 대해 알려주고 있다. 수익발생을 위한 작업치료, 기관이 의무적으로 서비스이용자에게 제공해주어야 할 서비스를 클라이언트에게 부담시키는 작업치료, 그리고 작업치료로 인해 수익발생 시, 정당한 분배가 이루어지지 않은 채

치료자와 클라이언트의 치료적 동맹관계의 결속을 약화시키고 클라이언트에게 미묘한 정서적으로 부정적인 영향을 주는 작업치료 모두, 치료적이지 않으며, 작업치료사는 이러한 경우가 발생하는 것을 미연에 막고, 정신장애인의 권익을 위한 옹호자의 역할을 해야 한다고 지적하고 있다.

(3) 서비스비용관련 윤리적 문제들

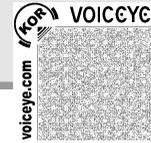
자문 지침: "미국수가체제 하에서 치료 서비스 이용비 안내 시 작업치료사는 적합한 수준의 지식을 함양하여 클라이언트를 자문할 수 있어야 한다."

자문 해석: 본 문서에서는 작업치료 서비스이용비에 대한 정확하고 포괄적인 정보를 클라이언트에게 제공할 전문적 지식을 작업치료사의 윤리적 의무사항으로 기술하고 있다. 본 연구와 관련하여, 치료행위의 일환으로 노동으로 인한 수익이 발생할 경우, 그것에 대한 정보제공을 하는 것이 작업치료사로서의 윤리적인 치료행위이며, 이러한 치료를 적극적으로 제공하는 것이 전문가로서의 역량으로 한계 짓고 있다. 따라서 정신장애인들을 위한 작업치료 진행시, 재정적으로 연관되는 모든 사항에 있어 클라이언트와 보호자들을 투명성을 가지고 안내하고 이들에게 적합하고 타당한 정보를 제공할 윤리적인 의무를 가진다.

4) 학대를 방지하고 윤리적 치료의 구현을 위해 임상가를 돕는 자원에는 어떤 것들이 있는가?

(1) 다학제 접근 시 사용할 수 있는 인권보장 장치의 예

본 연구의 초점은 수익발생 시 문제점에 대한 것이지만, 치료자로부터의 학대가 발생하는 경우는 언급된 경제적인 것은 극히 일부분에 속한다는 보고들이 있다. 실제로 학술논문 외 웹 조사 결과, 작업치료 외 학문, 특히 상담(counseling) 또는 정신상담치료(psychotherapy)로 인한 감정적 학대(emotional abuse) 및 성적 학대(sexual abuse)에 대한 피해자 보고 사례자료가 다수 있었고, 이들 학대에 대한 지원사이트를 찾을 수 있었다. 미국작업치료협회는 작업치료학을 가이드하는 윤리강령을 의학, 간호학, 상담치료학 등과 비슷한 수준에서 제시하고 있고, 이들 학문들에서처럼 육체적, 정신적 및 경제적 학대의 문제들이 한가지 영역으로 치우쳐 심하게 발현되지는 않는 편이지만 이들 학문에서 사용하는 윤리기준을 살펴보는 것도 도움이 될 수 있을 것이라 언급하고 있다 (AOTA,



2016). 특히 작업치료는 의료기관과 복지기관, 지역사회 등 광범위한 곳에서 행해질 수 있기 때문에, 이들 다양한 환경에서 발생할 수 있는 여러 종류의 인권침해 상황들, 즉 사례별로 각기 다른 문제에 대한 신중한 검토과정을 강조하고 있다(AOTA, 2016).

작업치료는 작업을 하면서 클라이언트의 생각과 감정 및 행동을 변화를 이루는 치료의 핵심기전 및 전략으로 활용하는데(Kielhofner, 2008), 특히 정신장애인들과 진행하는 작업 치료는 상담 치료에서 사용하는 다음과 같은 체크리스트(Boston Associates to Stop Treatment Abuse (BASTA)(Disch, 2016) 중 해당되는 내용을 활용해볼 수도 있을 것이다. 이 리스트는 경제적 착취/학대뿐만 아니라, 클라이언트가 주관적으로 느낄 수 있는 의존감, 고립감, 사회성박탈, 정신을 통제하는 경우, 치료사의 성적행위, 치료과정에서의 부당함, 치료사의 유혹적인 언어적/비언어적 행동, 그리고 신체접촉 행위까지 정서, 신체 및 사회적인 면에서 치료사로서의 권력과 위치를 이용하여 일어날 수 있는 다양한 학대의 가능성을 제시하며 정신건강 문제를 가지고 살아가는 클라이언트들이 스스로 치료자가 가하는 학대를 점검해 볼 수 있게 한다(<표 V-3> 참조).

<표 V-3> 치료 상황에서의 학대 체크리스트(Treatment Abuse Checklist)

<p>Business Practices(비윤리적 임상행위)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>나만을 위한 특별로 무료치료 또는 저가치료를 제안하였다. <input type="checkbox"/>저가치료에 대한 대가로 음식 또는 기타 다른 형식의 보상을 기대하였다. <input type="checkbox"/>치료하지 않은 날에 대해 수가를 청구하였다. <input type="checkbox"/>총 치료시간이 지정 치료시간보다 연장된다. <input type="checkbox"/>내 치료시간은 대부분 하루 중 맨 마지막 차례이다. <input type="checkbox"/>대개 내 치료시간에는 나를 제외하고 아무도 없다. <input type="checkbox"/>자주 나를 오래 기다리게 한다. <input type="checkbox"/>나는 임상가에게 백 만원 이상의 빚을 지고 있다. <input type="checkbox"/>치료시간을 알지 못한다. 20분일 경우도 있고 한 시간 반이 넘을 때도 있다 <input type="checkbox"/>나를 치료하는 도중 전화를 받는다. <input type="checkbox"/>임상가가 배가 고프면 내 치료시간에 같이 레스토랑에 간다. <p>Dependency, Isolation and Goal Derailment(의존성, 고립 및 목표이탈)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>다음과 같이 내게 중요한 관계(들)을(모친/부친/여자형제/남자형제/파트너 또는 배우자/친목회/종교활동/치료집단/가까운 친구들/정치모임/12-단계 프로그램/기타) 끊어야 한다고 임상가는 말했고, 나는 그 이유를 잘 모른다.

- 내가 필요하다고 느끼지 않는데도 임상가 자신을 자주 만나도록 독려한다.
- 내가 필요하다고 느끼지 않는데도 임상가가 자신한테 전화를 자주 하도록 독려한다
- 자기계발을 위해 임상가 자신이 하고 있는 것을 말해주고 나보고 똑같이 하라고 한다.
- 불편함을 무릅쓰면서도 나의 빈번한 시간변경 요구를 들어주기 위해 무리를 한다.
- 학교를 그만두라고 권유하였다.
- 나의 진학 또는 학위수로 계획이 좋지 못하다고 생각하는 듯하다.
- 임상가는 보다 나은 미래를 위해 내 직업을 변경하는 것이 좋지 못하다고 생각하였다.
- 내가 돈이 떨어질 경우, 장기치료가 필요하더라도 무료치료를 해주겠다고 제안하였다.
- 임상가가 자신이 입던 옷을 주었다.
- 내가 어떤 옷을 입을 지, 헤어스타일을 어떻게 할 지를 말해주었다.
- 임상가가 내 치료에 대해 아무에게도 말하지 말 것을 요구하였다.
- 치료를 위해 다른 임상가를 만나고 싶다고 여러 번 요구하였으나, 그러면 안 된다며 나의 요청을 거절하였다.
- 자택방문, 어려운 때에 같이 있어주기, 혹은 자주 안부인사를 하는 등 규칙적으로 지원을 제공한다. 내가 위기에 처할 때면 이런 형태의 임상가의 지원이 증가한다.
- 이 임상가와 있으면 내 평생 동안 원했던 도움과 이해를 찾은 듯 느껴진다.
- 임상가는 자신이 나를 진심으로 케어 해 주고, 나를 이해하고 아는 유일한 사람이라고 정기적으로 상기시킨다.

Social Contact(불필요한 사회적 접촉 여부)

- 나는 임상가가 있는 파티에 참여한 적이 있고, 같은 사회적 집단에 참여한 경험이 미치는 여파에 대해 임상가와 논의한 적이 없다.
- 임상가가 나를 파티에 초대하였다.
- 나는 임상가를 파티에 초대할 적이 있고, 임상가가 그 파티에 참석하였다.
- 나는 임상가를 파티에 초대할 적이 있고, 임상가는 그 파티에 참석하지 않았지만 선약이 있어서 참여하지 못했다고 말하였다.
- 나는 임상가의 초대로 임상가와 함께 전문미팅에 참석한 적이 있다.
- 임상가와 나는 같은 알코올 자조모임에 참석하고 있다.
- 임상가가 치료세션 후 버스 정류장으로 태워다 준다.
- 임상가가 자주 집까지 데려다 준다.
- 나는 임상가의 집에서 하룻밤 머무른 적이 있다.
- 이 임상가의 가족과 어울려 시간을 보낸 적이 있다.
- 나는 이 임상가의 가족 중 한 명 이상과 깊은 관계를 가졌던 적이 있다.
- 이 임상가의 친한 친구들이 나의 친한 친구들이기도 하다.
- 치료가 끝나면 친구가 될 수 있다고 임상가가 말하거나 암시하였다.
- 임상가는 때때로 나와 함께 약물을 복용하거나 음주를 한다.
- 임상가가 나에게 불법약물을 주었다.
- 나는 스파, 헬스장 등에서 내 임상가가 벗은 몸을 본 적이 있다.

- 나는 체력훈련장 또는 헬스클럽에서 내 임상가를(웃 입은 상태) 본 적이 있다.
- 나는 내 임상가와 같은 스포츠 팀에 속한다.
- 나는 내 임상가와 스포츠 경기 상대팀에 속하고 서로를 상대팀 선수로 생각한다.
- 나는 친구나 동료 등 임상가에 관한 많은 개인정보를 얻을 수 있다.
- 치료적 관계 외 사회적 접촉이 치료적 관계에 미치는 영향에 대해 논의한 적이 없다.
- 기타 다른 형태의 사회적 접촉이 있었다면 기술하십시오.:

Feeling Special(내가 특별하다고 느껴지게 하기)

- 임상가는 자신이 가장 선호하는 클라이언트가 나라고 말하였다.
- 내 앞에서 다른 클라이언트에 관한 이야기를 했다.
- 내 앞에서 다른 클라이언트의 전화를 받고 그들이 누구인지 알려주었다.
- 나 같은 사람을 만나본 적이 없다고 말했다.
- 많은 선물을 주고 그것이 임상가 자신에게 내가 얼마나 중요한가를 반영하는 것이라 말했다.
- 다른 클라이언트에 관한 이야기를 나에게 하여 내가 중요하고, 신뢰받고, 특별하게 느껴지게끔 한다.
- 임상가는 내가 특별하다고 말해주었다.
- 기타 다른 방법으로 임상가가 당신으로 하여금 특별하다고 느끼게 하였다면 기술하십시오.:

Cult Themes(숭배조장)

- 이 임상가와 가까운 클라이언트들이 많다. 그들을 만나거나 그 사람들에게 대한 이야기를 들었다.
- 임상가는 나를 포함한 자신의 클라이언트들에게 가족 및 지역공동체의 느낌을 선사하기를 좋아한다.
- 임상가의 집에서 파티나 친목회가 자주 열리고 나도 참석한 적 있다.
- 자주 임상가는 자신의 예전 클라이언트를 치료훈련기관의 훈련생으로 유치시킨다.
- 클라이언트들의 "우두머리" 역할을 한다. 임상가만의 세계관이 있고 자신의 추종세력을 양성하려고 노력한다.
- 나는 임상가가 양성하고자 하는 공동체의 기획팀 구성원이었다.
- 비밀보장 원칙에 대한 권리보장이 지키지 않고, 내가 아는 클라이언트들에 대해 이야기한다.
- 나와 임상가 그리고 그/그녀의 공동체와의 관계 속에서 예식과 같은 집단적활동을 한다.
- 임상가는 자신이 연관된 집단의 "우두머리"이다.
- 다른 사람들 앞에서 의식화된 가학적 활동을 시행한다.
- 기타 임상가가 만든 가족분위기의 공동체가 있다면 기술하십시오.:

Mind Control(정신통제)

- 치료의 일환으로 최면요법을 사용하고 무슨 일이 일어나고 있는지 나는 잘 알지 못한다. 질의 할 경우 답변을 회피한다.

- 최면술을 쓰고 있지 않아 보임에도 불구하고, 임상가 앞에서 최면에 걸린 것처럼 또는 황홀경에 빠진 것처럼 느껴진다.
- 나는 임상가가 내가 불편함을 느끼는 최면요법을 제안한 것을 기억한다.
- 치료세션 후, 내가 최면상태일 때 임상가가 말하거나 행동한 것들이 기억하고, 그 기억은 나를 매우 불편하게 하거나 학대적이라고 느껴진다.
- 나보고 자살하라고 추천했다.
- 나의 자살충동을 심각하게 간주하지 않았다. 내가 죽는 편이 낫다고 임상가가 제안 또는 암시하였다.
- 나의 의존성을 촉진시킨 후 내가 원하지 않는 일을 하도록 시키기 시작했다.
- 내 삶에서 좋았다고 생각되는 부분을 모욕하였다.
- 치료를 시작하고 얼마 되지 않아 나의 삶이 분열되기 시작했다. 임상가는 내 삶에 대해 염려하지 않는 듯 보였고, 대신 자신에게 의존하도록 신경쓰는 것 같았다. 때때로 나는 치료세션 후 약물을 복용한 것처럼 느낀다/느꼈다.
- 그밖에 다른 방식으로 임상가가 당신의 사고에 영향을 주거나 당신을 약하게 한 경우가 있다면 기술하십시오:

Sexual Activity(성관련 행동)

- 임상가가 다음과 같이 신체적으로 강압적인 또는 강압은 없지만 명백한 성적접촉을 하였다: 입술, 가슴, 성기에 키스; 성적인 포옹(장시간 신체전체 포옹, 골반마찰, 명백한 발기행위); 성적 접촉을 목적으로 부분 또는 전체적으로 옷을 벗기는 행위; 의복이 있거나 없는 채로 가슴 또는 성기를 애무하기; 자위행위; 오럴섹스; 질 또는 항문섹스; 섹스토이의 사용; 약물에 취해있는 도중 성활동. 나의 의사에 반하는 성적 활동에 임상가가 참여하였다.
- "이 사실이 밖으로 새어나가면 나와 내 가족은 끝이야." 등을 말하며 임상가가 함묵을 조건으로 나와의 성적행위를 시도하였다.
- 성적인 관계가 종결된 후, 다른 사람에게 이 사실을 알리면 자신의 인생이 끝난다고 나에게 이야기하였다.
- 성적인 관계가 종결된 후, 권위자에게 알리거나 신고를 할 경우 내가 정신적으로 수치심을 느끼는 부분을 알려겠다고 협박하였다.
- 나의 억압된 성 문제를 치료하기 위해 자신과 성적관계를 하지 않으면, 회복되지 않을 것이라고 협박했다.

Seductive Language and Nonverbal Interaction(유혹적 언어 및 비언어적 상호관계)

- "내가 예전에 당신을 알았더라면, 우리는 좋은 커플을 이루었을 것입니다."라고 임상가가 말하였다.
- 내 신체에 대한 칭찬을 한다.
- 나를 향한 성적 이끌림에 대해 논의한다.
- 임상가가 "만약 우리가 기혼자들이 아니었다더라면..."라고 말한다.

- 치료 종결 후, 불륜관계를 하고 싶다고 말한다.
- 내 성생활에 대해 엿보는 것을 즐기는 듯하다.
- 나에게 연애편지를 보낸다.
- 집에서 사용하라고 섹스토이를 주고, 사용방법을 말해주고, 내가 구체적으로 어떻게 사용하고 있는지 물어본다.
- 나를 가능한 “성적으로 매력있게” 만드는 것을 목표로 임상가가 나의 외모에 대한 코멘트를 자주 한다.
- 치료가 종결되면 불륜관계를 할 수 있다고 자주 제안하거나 암시를 준다.
- 임상가가 나를 사적으로 엿보듯이 쳐다본다.
- 치료 종결 후, 나에게 데이트 신청 전화를 걸어왔다.
- 치료 종결 후 얼마 안되어, 나는 임상가와 성적관계를 시작하였다.

Treatment Process(치료과정 중 확대)

- 임상가 자신의 문제점을 이야기해서 내가 도움이나 조언을 줄 수 있게 한다.
- 자신에 대한 이야기를 많이 하고 그런 공유가 내 치료에 어떤 식으로 관련되는지 이해하기 어렵다.
- 내가 말한 내용에서 자신의 생각으로 자유 연상하는 것처럼 보인다. 나의 문제가 적절히 다뤄지지 않는 듯 하다.
- 나에게 묻지도 않고 항상 나에 대한 최선책을 아는 것처럼 행동한다.
- 임상가는 차갑고, 거리를 두며, 엄격하다.
- 임상가가 굉장히 화를 내며 때때로 나에게 소리를 지르기도 한다.
- 내가 느끼는 감정에 대해 임상가가 영향을 미친 것이 명백한데도, 나와 관계에서 일어나는 모든 일은 전이라고 해석한다.
- 치료시작 이후 나의 기분은 최악이고, 임상가는 왜 이런 일이 생기는지 염려하거나 또는 왜 그럴 수 있을 지 설명하지 않는다.
- 치료시작 후, 나의 삶은 산산조각 나기 시작했다. 내 삶의 질 또는 나의 마음상태보다 임상가는 내가 자신에게 의존한 채로 지내는 것에 관심이 더욱 많은 듯하다.
- 치료시작 후, 내 생애 처음으로 자살충동을 느꼈다; 임상가는 염려하지 않는 듯하다.
- 적대적이고 가학적이다.
- 나의 아픔을 즐기는 듯 하다.
- 내 자살충동을 심각하게 간주하지 못하는 것처럼 보인다.
- 직접 또는 간접적으로 자살을 제안하였다(예, 내가 죽는 것이 낫다; 내가 죽은 꿈을 꾸었다; 자살이 합당한 선택으로 보여진다 등).
- 내가 통제할 수 없거나 통제가 거의 불가능한 나와 관련사항들, 가령 신체적 특징과 능력, 몸무게, 인종, 성별, 나이, 성적지향성, 입원병력 등을 가지고 모욕을 주었다.
- 임상가는 내 삶의 다른 부분들도 모욕을 한다. 나를 다시 세워주기 보다 파멸시키는 것에 좀 더 관심이 있어 보인다.

- 자신이 시키는 대로 하지 않으면 나는 회복되지 않을 것이라고 협박한다. 때때로 그 말이 맞는 것 같기도 하고 틀린 것 같기도 하다.
- 임상가는 예전에 치료가 학대적이었는지를 보는 것의 중요성 정도를 격감시켰다.
- 임상가는 항상 현재 내가 다루고자 하는 문제해결을 위해서는 내 예전경험을 다루어야만 한다고 주장한다면 나의 현재 문제들을 다루기를 거절한다.
- 나한테 반복적으로, 큰소리로 소리를 지른다.
- 치료진행이 잘 되지 않는 것 같다고 얘기하면 임상가는 그런 나를 무시한다.
- 치료진행이 어떻게 되고 있는지 질의하면, 임상가는 치료과정, 치료사 역할, 치료를 통해 내가 기대할 수 있는 것 등에 관해 논의하기를 거부한다.
- 임상가는 자신의 이력사항에 대해 알려주지 않으려 한다.
- 임상가 자신의 이력을 사실과 다르게 표현하였다.
- 임상가 자신이 할 수 없는 치료서비스에 대해 광고하였다.
- 나와 함께 약물 또는 알코올을 복용하였다.
- 내가 약물 또는 알코올 남용력이 있다는 것을 알면서도 그것들을 사용하도록 독려했다.
- 치료시간에 약물 또는 술에 취한 듯 했다.
- 나와 함께 치료시간 또는 상담실 방문 중 약물 또는 알코올을 섭취하였다.
- 내가 치료받고 있는 문제들을 가지고 모욕을 주었다.
- 정상적인 치료종료 과정 없이 치료가 종결되었다.
- 매우 화난 채로 치료가 종결되었고, 다른 임상가를 추천하지 않았다.
- 내 허락을 받지 않고 다른 사람들과 나에 관해 이야기를 하였다.
- 개인기밀정보 보호원칙에 대해 자세히 설명해주지 않았다.
- 기타 치료과정 중 옳지 않게 느껴진 부분이 있다면 기술하시오.:

Dual Roles(역할중첩)

- 임상가는 나의 실습지도 선생님이기도 하다(또는 반대의 경우).
- 나는 임상가의 피고용인이다.
- 나는 치료비 대신 임상가를 위해 일을 한다.
- 임상가는 나의 선생님, 지도교수 등 이기도 하다 (이였다).
- 치료를 떠나서 임상가와 나는 친구사이다.
- 임상가는 내 친척이다.
- 임상가는 우리가족과 친분관계가 있다.
- 임상가와 나는 직장동료 또는 동료학생이다.
- 임상가와 나는 협력업체 관계이다.
- 임상가가 나한테서 금전을 빌린 적이 있다.
- 기타 중첩되는 다른 역할이 있다면 기술하시오.:

In Bodywork, Health Care etc. Involving Physical Contact (신체적 접촉을 동반하는 신체중심 치료, 보건의료 등)

- 이 임상가는 내 문제와 직접적으로 연관이 없는 신체부위를 터치하였고, 나는 그 이유를 알지 못한다. 내가 질의했을 때, 적절한 해명을 얻을 수 없다.
- 이 임상가의 터치는 의학적 치료 또는 평가로 적절하다기 보다는 성희롱처럼 느껴진다.
- 신체검사 또는 치료 시 임상가 손이 내 몸에 필요이상으로 오래 머무는 것 같다.
- 이 임상가는 다른 치료 또는 진단법에 대해 논의 없이 내가 준비되지 않은 상태에서 아프게 했다.
- 자신이 하는 신체접촉으로 인해 내가 고통을 느끼는 것을 즐기는 듯하다.
- 이 임상가는 내 건강문제를 내 탓이라고 하며 그 문제들을 가질 만 하다고 한다.
- 이 임상가는 내 신체를 향해 적대적인 태도를 보인다.
- 이 임상가는 내 신체에 대해 성적 성향의 코멘트를 한다.
- 이 임상가는 내 신체부위 중 촉진되지 않기를 바라는 부분이 있는지 미리 물어보지 않았다.
- 이 임상가는 검사 또는 치료 시 자신이 무엇을 하고 있는지, 내가 어떤 것을 예상할 수 있는지 설명해주지 않는다.
- 치료 또는 검사되는 부위를 제외하고는 가려달라고 요청했음에도 불구하고, 치료 후에도 신체 부위가 노출된 상태로 내버려두었다.
- 내가 친구 또는 보호자를 동반하면, 나 대신 내가 데려간 사람과 의사소통을 한다.

Copyright © 1998 BASTA! 의 저작권 보호를 받습니다.

(2) 작업치료학에서 제공하는 인권보장 장치의 예

① 인권을 보장하는 치료적 기술

작업치료학은 임상을 가이드 하는 중재근거 모델을 통한 근거기반의 치료(Evidence-Based Therapy: EBT)가 중시되며, 이를 지원하기 위한 이론적 근거로 여러 이론 및 중재근거 모델들이 개발되어 왔다. 특히 생체역학적 모델(Biomechanical model), 인지모델(Cognitive model), 운동 조절 모델(Motor Control model), 감각통합모델(Sensory Integration Model), 관계중심모델(Intentional Relationship model), 기능적 그룹모델(Functional Group model)이 가장 현대적이고 임상에서 가장 많이 쓰이고 있는 모델들이라고 미국을 비롯한 전세계 연구들을 통해 제시되고 있다(Brown, Rodger, Brown, & Roevers, 2005; Crowe & Kanny, 1990; Haglund, Ekbladh, Thorell, & Hallberg, 2000; Law & McColl, 1989; National Board for Certification of Occupational Therapy [NBCOT], 2004; Wikeby, Lundgren, & Archenholtz, 2006). 중재근거모델은 이론과 다른 용어로서, 실제적으로 치료행위를 할 수 있도록 치료행위를 결정짓는 치료적 추론과정

(Therapeutic Reasoning Process)을 이끌 이론, 클라이언트를 이론에 근거하여 타당하고 신뢰도 있는 방법으로 평가할 수 있는 평가도구 및 치료프로그램, 그리고 이론, 평가도구 및 치료프로그램의 효과 및 효용성을 지원하는 연구결과의 존재를 필수조건으로 하고 있다(Kielhofner, 2008).

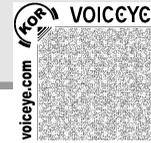
최근 인본주의적인 작업치료학의 철학 및 인권존중 사상을 임상에서 치료적으로 실현할 수 있도록 이론을 중재근거모델화하여 치료기술 획득을 장려하면서 이에 대한 활발한 연구가 진행되고 있다. 대표적인 예로는 목적중심관계모델(Intentional Relationship Model: IRM) (Taylor, 2009)로서 이 중재근거모델은 작업치료를 진행하는 데 적용할 수 있는 치료적 의사소통 기술을 가이드 하기 위해 개발되었다. 이 모델은 6가지 모드를 활용해서 치료사가 클라이언트의 작업경험의 참여(Occupational Engagement)를 촉진시킬 수 있는 방법을 제안한다. 6가지 치료적 모드는 다음과 같다:

- Instructing mode(교육자로서 클라이언트가 이해하도록 설명하는 핵심기술)
- Empathizing mode(클라이언트를 있는 그대로 이해하고 공감하는 핵심기술)
- Encouraging mode(클라이언트가 동기 부여되도록 격려하는 핵심기술)
- Collaborating mode(클라이언트와 협조적이고 동등한 관계로서 치료를 진행하는 핵심기술)
- Problem-solving mode(클라이언트가 스스로 문제를 해결할 수 있도록 촉진하는 핵심기술)
- Advocating mode(클라이언트가 자기권리를 주창할 수 있도록 지원하는 핵심기술)

이 모델에 의해 개발된 평가도구들은 번안과정에 있으며, 클라이언트가 서비스 이용자로서 경험하는 국면에 초점을 맞춘다. 가령 치료적 의사소통모드 임상평가 (클라이언트 버전 1.0)의 목적은 환자치료 시 의료서비스 제공자들이 사용하는 다양한 의사소통 방식을 이해하기 위함이다. 이 임상평가는 <부록 1>에 예시되어 있다.

② 정신장애인들의 인권보장을 위한 윤리적인 작업치료 평가 및 문서화 기전

작업치료학 중재근거 모델 중 작업중심 중재근거모델들(즉, Ecological Human Performance[EHP]; Model of Human Occupation[MOHO]; Occupational Adaptation[OA]; Person Environment Occupational Performance[PEOP])은 포스트모더니즘(Postmodernism)과 장애학(Disability Studies)의 영향을 받아 작업중심(Occupation-focused)의 입장을 가이드에 활용된다. 이들 작업중심의 중재근거모델이 시사하는 중요성은 정신장애인들의 인권을 보장할 수 있는 작업치료의 모습을 확립하는데 중추적인 역할을 담당할 수 있는데, 그



이유는 이 모델들이 기존의 의료기반 서비스 모델과 차별화 되기 때문이다.

이 중 인간작업모델(Model of Human Occupation[MOHO])는 1980년대에 개발되어 최
 다의 근거를 보유하고 있고, 전세계적으로 가장 많이 쓰이고 있는 작업중심의 전문작업치
 료 중재근거모델이 된다(Brown, Rodger, Brown, & Roeve, 2005; Haglund, Ekbladh,
 Thorell, & Hallberg, 2000; Law & McColl, 1989; NBCOT, 2004; Wikeby, Lundgren, &
 Archenholtz, 2006; Lee, 2010). 또한 이 모델은 심화사례연구(In-depth Case studies)를
 통해 조현병, 우울증, 약물남용, 기분장애 등 정신장애인들을 대상으로 한 치료사례를 통
 해 설명한다. 인간작업모델에서 핵심 관심분야는 정신장애인의 참여를 촉진시키는 것에
 있고, 이를 촉진시키기 위한 6가지 작업영역(Occupational areas): 작업의지(Motivation for
 occupation), 패턴화(Habituation), 수행역량(Performance Capacities), 그리고 환경
 (Environment)을 작업치료사가 평가하고 중재하게 한다. 인간작업모델에서 다루는 전문용
 어들을 쉽게 풀이하면 [그림 V-1]과 같다:

MOHO 개념	클라이언트에게 이론과 개념을 설명하기
사람	
작업의지	매일의 생활에서 무슨 일을 하는 것에 대한 나의 동기 그리고 삶에서 하려고 선택하는 것에 대한 동기 내가 생각하기에 흥미 있고, 가치 있으며, 내가 생각할 때 할 수 있을 만한 것에 동기부여 됨
개인인과	생활에서 어떤 활동을 할 때 내가 얼마나 잘 한다고 느끼는가
가치	나에게 중요하고 의미 있는 것 그리고 내가 목표하는 것
흥미	하는 것이 즐겁고 만족스러운 것
패턴화	나의 생활양식과 전형적인 하루 일과
역할	배우자, 부모, 근로자, 학생 등 내 삶에서 담당하는 지위와 그의 연결된 책임들
습관	나만의 활동방식과 매일의 일과
수행역량	신체적 및 정신적인 능력 병/손상에 대한 주관적 경험
환경	
공간	일, 놀이, 휴식, 공부, 쉬거나 자는 물리적인 장소(예를 들면, 교실, 부엌, 침실, 사무실)
사물	도구, 필수품, 가구, 기기, 옷, 타는 것 등 내가 사용하고 교류하여 그밖에 매일 생활의 일부가 되는 물건
작업방식/과제	내가 매일하는 활동
사회집단	매일의 생활에서 내가 교류하는 사람들(동료, 동급생, 가족, 룸메이트, 이웃사람 등)

[그림 V-1] 일상용어로 풀어보는 MOHO 용어 (사람중심 작업치료(MOHO), 2015)

본 연구에서 문제로 지적되었던 적합한 작업치료 평가문서 부재의 어려움을 지원할 수 있는 방법으로 인간작업모델은 심리측정적요소연구(Psychometric Studies)를 통해 신뢰도와 타당도에 대한 근거를 가지고 있는 평가도구들을 통해 치료중재를 진행하는 방법을 제시하고 있다. 그 중 인간작업선별평가도구(Model of Human Occupation Screening Tool: MOHOST)를 사용하여 평가한 결과가 가장 많이 사용되고 있다.

인간작업모델은 정신장애인들을 위한 전문작업치료에 대해 근거를 가장 많은 근거들을 제공해왔을 뿐만 아니라(Haglund et al., 2000; Law & McColl, 1989), 2010년 시작되었던 영국에서의 수가관련 법제변경에 따른 치료서비스 표준화 작업연구에도 사용되어 현재 영국 전역의 정신장애인의 치료서비스 모델로 사용되고 있다(Morley et al., 2011; Lee et al., 2010; Lee et al., 2012; Lee et al., 2013; Lee, S. W., Forsyth, K., Melton, J., Kielhofner, G., & Taylor, R., 2011). 이를 통해 다학제간 접근(interdisciplinary approaches)이 가능한 20개의 범주(Clusters)에 따른 작업치료 및 타 분야 치료안이 개발되어 있다. 다음은 20가지 범주들 중 한 범주에 속하는 중증정신과적 우울증을 가진 정신장애인들을 위한 작업치료중재 지침서이다(그림 V-2 참조).

Care Cluster: 15 Severe Psychotic Depression							
Occupational Therapy							
Assessment of user abilities, interests, & values activities	Challenges emerging in self-care activities	Outcomes of therapeutic encounter	Intervention	Staff/role	Contact	Resource	Added value
<p>Ability to engage in self-care productivity (work) & leisure activities</p> <p>with a specific task on:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivation to engage in activity Responsiveness and routines Communication skills within activity Organisation & problem solving within activity Understanding of environmental support to engage in activity (incl. physical & social networks) & environment Need identified the user should be considered Motivation & coordination within activity 	<p>Difficulty engaging in self-care, productivity (work) & leisure activities due to below challenges:</p> <p>Severe challenges:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivation to engage in activity Responsiveness and routines <p>Mild/moderate Challenges:</p> <ul style="list-style-type: none"> Communication skills within activity Organisation & problem solving within activity Motivation & coordination within activity Environment not supporting engagement in daily activity 	<p>Reengagement in self-care, productivity (work) & leisure with specific improvement in:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduction to engage in daily activity Increase awareness of what one enjoys Begin to feel engagement & satisfaction in doing things <p>Responsiveness and routines</p> <ul style="list-style-type: none"> Increase feeling of connection to others through regular participation in roles Increase ability to identify and follow a simple daily routine <p>Communication skills within activity</p> <ul style="list-style-type: none"> Develop ability to cooperate with others during a task <p>Organisation & problem solving within activity</p> <ul style="list-style-type: none"> Develop capacity to maintain concentration of completing a simple 2-3 step tasks <p>Motivation & coordination within activity</p> <ul style="list-style-type: none"> Develop capacity to assure adequate stability, movement and energy to participate in daily activities <p>Environment supporting engagement in daily activity</p> <ul style="list-style-type: none"> Identify / increase access to resources to engage in valued occupations Identify / increase access to resources that support engagement in a satisfying routine Identify physical spaces that support engagement in valued activities 	<p>Goal setting and interventions to improve engagement in self-care, productivity (i.e., work) & leisure (e.g., sports, exercise, hobbies) activities</p> <p>This includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Building self-efficacy to engage with activity Exploring future options for activity Building engagement when engaged in activity Re-motivation process Support building & graded engagement Play (Establishing productive / valued routines Play (Establishing productive / valued roles Lifestyle adjustment Developing / maintaining organisation and problem solving within activity Developing / maintaining supportive social relationships and networks Environmental modification to support engagement in activity Supporting Transitions in new physical and social environments Carer education and support Consultation, liaison and advice Developing / maintaining independent living skills Supporting engagement in leisure & exercise <p>Reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> Review occupational interventions Reviews Link with care coordinator & wider MCT team <p>Discharge planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revision of release prevention plan Liaison with Care Co-ordinator to integrate occupational intervention plan with CH care plan Liaise with employer, voluntary organisations, other health professionals <p>Audit of OT & Occupational Interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete OT outcome measures <p>Example of outcome measures that may be used include:</p> <ul style="list-style-type: none"> Model of Human Occupation Screening Tool Assessment of Motor and Process Skills Assessment of Communication and Interaction Skills Worker Role Interview Work Environment Impact Scale 	<p>Depends on skill mix of OT team and presentation of service user:</p> <p>Level 5-6 Qualified OT, PLUS OT support worker (Level 2-4 to support OT intervention plan)</p> <p>Range: 10-30 hours Average contact: 20 hours</p> <p>PLUS OT support worker (Level 2-4 to support OT intervention plan)</p> <p>Range: 10-34 hours Average contact: 24 hours</p>	<p>Daily contact during onset of work on ward; decreasing as function improves or following discharge.</p> <p>Expected duration Range: 2-4 months Average: 6 months</p> <p>Occupational assessment, interventions, reviews, discharge planning and audit (OT 4-6)</p> <p>Range: 10-30 hours Average contact: 20 hours</p> <p>PLUS OT support worker (Level 2-4 to support OT intervention plan)</p> <p>Range: 10-34 hours Average contact: 24 hours</p>	<ul style="list-style-type: none"> Access to appropriate space to undertake OT assessments and interventions. Specialist OT assessments including relevant software Materials for activities and assessments, safety cash Access to support workers as needed Transport Administrative support Clinical payments Information needed for service users, carers, MCT Information on community resources, services including mental health, primary Office space Access to collaborative working with other MCT (e.g. health and/or physical health for joint assessments & interventions) Access to specialist services for onward referrals, advice MCT equipment & leisure technology, time scheduling, mobile, phone Clinical & management supervision Education and development programmes and resources (e.g. books) Professional leadership Effective discharge Relapse prevention Increased client equality and engagement including mental health in services Improved social return on investment Decrease in self-harming behaviour Social inclusion Reconnection of service user with social networks Resources to reduce re-admissions Appropriate assessment and monitoring (including family, peer-involvement) Appropriate placement Improved function and reduced sick pay, absence level and benefit dependency Reduction in carer burden and increased ability for carers to continue their support to a service user Contribution to formation of diagnosis 	<p>To service user and carer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Development of confidence, self-esteem and empowerment Maintained occupational identity and wellbeing Improved enjoyment of positive and socially acceptable activities Increased willingness for recovery Development of a meaningful lifestyle and achieving personal activity-related goals Improved daily routine Improved feeling of being connected through roles Improved communication with others Increased social network and interaction with social environment Enhance problem solving skills within activity Ability to negotiate environment Reduced carer stress Increased functional independence Maintenance of mental and/or physical health Reduce vulnerability Reduction of identified risks <p>To Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Achievement of clinical outcome Improvement of patient related outcome Achievement of national quality indicators Reduced hospital / care costs (e.g. admission through profile) instead of crisis care and identification of strategies Effective discharge Relapse prevention Increased client equality and engagement including mental health in services Improved social return on investment Decrease in self-harming behaviour Social inclusion Reconnection of service user with social networks Resources to reduce re-admissions Appropriate assessment and monitoring (including family, peer-involvement) Appropriate placement Improved function and reduced sick pay, absence level and benefit dependency Reduction in carer burden and increased ability for carers to continue their support to a service user Contribution to formation of diagnosis

[그림 V-2] 영국 정신장애인들을 위한 정신사회작업치료 중재프로그램 기초표준안

3. 소결 및 함의

학대와 치료는 원칙적으로는 정반대의 개념으로 그 경계의 폭이 넓어 보이나, 우리나라 정신보건시설에서 보고되는 경제적 학대(financial abuse) 또는 착취(exploitation)의 실례들은 작업치료를 오용할 경우 쉽게 그 경계가 무너질 수 있음을 확인해 준다. 인권보장의 길을 여는 것을 초점으로 한 제언을 하고자, 본 장에서 시행된 문헌 및 국외 작업치료 협회사이트 조사 결과는 현존 작업치료 학문의 State of Art는 학대 피해자를 위한 치료학 문으로서 근거를 보유함과 동시에 의학이나 간호학에 비해 신학문으로서 치료사에 의해 직접적으로 윤리적 문제가 발생할 경우에 대한 누적된 연구의 양이 부족하다는 점을 제시해주고 있다(Barnitt, 1998; Kinsella et al., 2008).

작업치료학 문헌에서 치료사에 의한 학대에 대한 연구가 부재하다는 결과는 작업치료학문 자체가 학대피해자에 대한 치료자로서의 역할을 담당하고 있기에, 이들에 대한 치료 근거를 제시하기 위한 연구들이 많은 점과 수반하여 이해될 만 하다. 다시 말해, 보건의료 선진국에서의 이와 같은 조사결과는 작업치료라는 학문 내에서 임상가가 학대의 행위를 한다는 것이 이론적으로는 극히 드문 일임을 명시하고 있다. 하지만 동시에 Bushby, Chan, Druif, Ho와 Kinsella(2014)의 고찰연구에서 볼 수 있었던 임상에서 발생할 수 있는 윤리적 긴장문제(Ethical tensions), 윤리적 모호성(Ethical uncertainty), 윤리적 고민 상황(Ethical distress), 그리고 윤리적 딜레마(Ethical dilemma)를 다룬 연구가 아시아권에서는 전무하다는 연구결과와 함께, 임상현장에서의 딜레마에 대한 연구들이 있고, 협회사이트에서 확인할 수 있듯이 윤리강령위반에 대한 처벌사례가 존재하는 상황은 학대의 문제가 연구로서 다뤄지기 어려운 점 등을 감안하더라도 부재한다고 확신할 수는 없다는 결론에 이르게 한다. 하지만 공개발표 되는 윤리심의위원회 결정사안을 비롯하여 교육프로그램 속에 내재된 윤리강령에 대한 치료적 기술교육 및 문헌을 통해 제시되는 윤리문제에 대한 지속적인 관심은(College of Occupational Therapists, 2005; Greene, 1997; Jensen, 2005; Kassberg, & Skär, 2008; Van Denend, & Finlayson, 2007) 인본주의적 철학을 초석으로 하는 작업치료학의 자체적인 노력과 분투를 증명하고 있다. 이 같은 변증법적인 사실들이 제시하는 바는 결국 보이지 않는 곳에서 일어날 수도 있는 치료와 학대의 경계에 대한 연구가 필요함을 반영하고 있다.

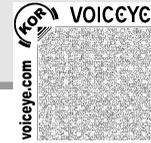
다만 현존하는 연구들을 통해 제시된 사항은, 보건의료 선진국에서 작업치료 상황 시 발생하는 문제들 중 상당수가 치료사가 조절할 수 있는 범위 밖의 상황, 즉 정책기반 시

시스템으로 인해 윤리적 긴장이 생긴다는 점에서 다른 연구들과 같은 결과를 보고하였고 (Kinsella et al., 2008), 기관윤리와 작업치료사로서의 윤리강령 사이에 마찰이 발생하고 있음을 지적했다.

“정부정책의 일환으로 또는 해당기관 수준에서의 자원조달 정책들이 궁극적으로 클라이언트를 위한 케어에 영향을 미치는 치료사들의 임상을 결정짓는 선두주자다.”(Bushby et al., 2014, 218)

이런 이유로 Bushby 등(2014)의 연구는 추후 연구로서, 정책과 시스템이 다학제간 상황에서 작업치료사가 직면하는 매일의 치료상황에 어떤 영향을 미치는 지에 대한 실험연구가 필요하다고 논했다. 이와 같은 제언은 본 연구의 방향성과 접목되는 것으로서, 본 연구의 결과인 “전문작업치료사 집단과 기관에서 작업치료라는 서비스를 받은 정신장애인들의 견해에 차이가 있다”는 점에 대한 이해를 돕는 한 방법이 될 수 있을 것이다. 즉, 전문치료사집단 인터뷰를 통해 작업치료사들이 정신장애인들에 대한 작업치료 진행 시, 기관에서의 요구와 기대치를 만족시키는 것과 클라이언트의 참여의사를 존중하는 것 사이에서 치료사가 윤리적 딜레마를 경험하는 것, 한편 작업치료 서비스를 이용한 클라이언트 집단으로부터 보고된 사실, 즉 작업치료에서의 치료활동이 때로는 치료가 아니라 노동으로서 부당하게 느껴진다는 점과, 노동에 대한 임금분배가 정당한 방법으로 이루어지지 않았다는 점의 두 가지 결과 모두 적절하고 타당한 지적일 수 있다.

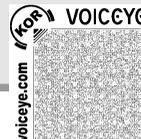
이와 관련해, 본 연구설계상 각각의 표본집단을 선택하기 위해 편리표본집단(convenience sampling)을 이용했고 치료사와 클라이언트 간의 표본짜짓기(matching)이 이루어지지 않았다는 점과 2015년 환자수 통계인 4,083명에 대한 정신의학적 재활요법 24,743건에 대해, 또한 통상적으로 작업치료 시 사용되는 '작업 및 오락요법' 행위 건수 대비 2016년 4월 기준 전국 정신보건관련 기관에 종사하는 전문작업치료사 수는 32명에 불과하다(한국정신보건 작업치료학회, 2016)는 점을 주목해 볼 수 있다. 이는 정신보건시설 내 보고되는 작업치료 오용으로 인한 학대실태를 반영하고 있기도 하지만 우리나라 정신보건의료 서비스 이용자들이 받아야 할 권리인 전문작업치료 서비스를 제대로 제공받지 못하고 있다는 점, 그리고 소수의 전문작업치료사들이 작업치료사로서 윤리강령에 기준해 제공하는 치료가 기관윤리와 상충해 윤리적 딜레마를 겪고 있다는 점의 두 가지 문제들을 모두 시사한다.



그러나 국외사례를 통해 외국에서도 같은 문제가 일어나며, 이런 경우 기관윤리와의 상충은 작업치료 윤리강령 준수를 강화하는 노력으로 해결될 수 있다는 점을 확인할 수 있었다. 나아가 정당한 수익배분, 비용관련 정보제공 및 자율성보장 등 정신장애인의 인권을 보장하기 위한 노력에 작업치료사가 앞장서야 하는 것이 전문가로서의 의무와 역량 및 책임이며, 이를 위한 윤리심의위원회 등 미국작업치료협회를 모델 삼은 우리나라 형 윤리심의위원회 확립 및 운용의 가능성에 대해 모색해 볼 필요성을 찾을 수 있었다.

VII

인권기반 작업치료를 위한 제언



인권기반 작업치료 실천을 위한 연구 | 정신보건시설을 중심으로

VI. 인권기반 작업치료를 위한 제언

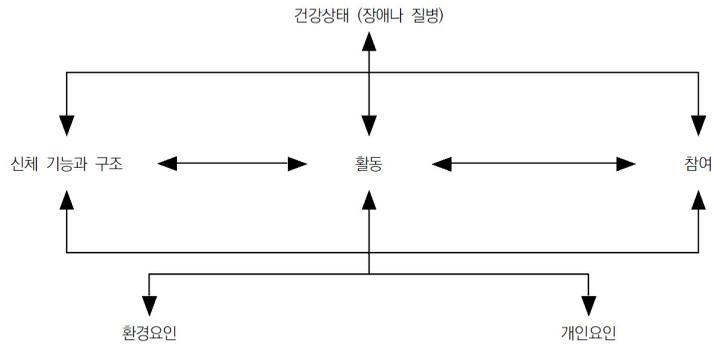
1. 작업치료 개념의 확대

작업치료는 넓은 의미로 생활기능의 회복·유지·개발을 촉진시키는 작업을 이용하여 수행하는 치료·훈련·지도 등의 활동을 말하고, 좁은 의미로는 일과 신체적 활동을 통한 치료활동을 말한다. 국내의 작업치료는 한국전쟁 이후에 외국에서 도입되어 주로 신체적 장애에 대한 의료적 모델의 접근법이 이루어져 왔으며 근래까지 우리나라는 의료기관 위주로 좁은 의미의 신체적 재활 중심의 작업치료가 수행되어 왔다. 하지만 작업치료가 정신장애인에 대한 인도주의적 치료에 대한 요구로 시작되었다는 점을 상기할 때 특히 정신장애인에 대한 작업치료에서는 일상 활동과 지역사회 활동참여를 촉진하는 넓은 의미의 작업치료 접근이 필요할 것이다.

활동참여를 통한 건강증진은 <표 VI-1>과 같은 미국작업치료사협회의 작업치료 임상체계(Occupational therapy practice framework)를 통해 보다 구체화되고 있다. 이 작업치료 임상체계에서의 영역들은 다음 [그림 VI-1]과 같은 세계보건기구의 국제 기능·장애·건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; 이하ICF)와 상당한 연관을 갖고 있다.

<표 VI-1> 미국작업치료사협회의 작업치료 영역

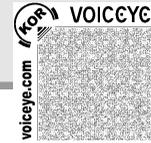
작업	클라이언트 요인들	수행 기술들	수행 패턴들	맥락과 환경들
<ul style="list-style-type: none"> • 일상생활활동 • 수단적 일상생활 • 휴식과 수면 • 교육/일 • 놀이/여가 • 사회적 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 가치, 믿음, 영성 • 신체 기능 • 신체 구조 	<ul style="list-style-type: none"> • 운동기술 • 처리기술 • 상호작용기술 	<ul style="list-style-type: none"> • 습관 • 일상 • 관례 • 역할 	<ul style="list-style-type: none"> • 문화적 • 개인적 • 물리적 • 사회적 • 시간적 • 가상적



[그림 VI-1] 국제 기능·장애·건강 분류

세계보건기구에서는 증가하는 만성질환 및 장애와 개인의 건강상태에 관한 요구를 반영하는 새로운 지표의 필요성이 제기되었고 2001년 ICF를 채택하여 주어진 환경에서 사람의 활동과 참여의 중요성을 보다 강조하게 되었다. 작업치료는 미국에서 1917년 공식적으로 전문직으로 시작될 때부터 작업적 모델(occupational model)을 바탕으로 개인의 질병보다는 그로 인한 기능의 변화에, 급성질환보다는 만성질환에, 그리고 개인이 환경에 적응하는데 있어서 작업치료의 역할을 두어왔다. 1990년대부터 미국 작업치료사협회는 변화하는 작업치료의 패러다임을 반영하기 위해 지속적으로 작업치료 표준용어를 개정하였고 이를 작업치료 임상체계로 발전시켜 세계보건기구에서 발표한 ICF에서의 변화 또한 반영해오고 있다.

세계보건기구에서의 건강 접근과 작업치료 실천의 공통점은 둘 다 1차적 질병이나 장애보다는 그로인한 2차적인 기능의 변화에 초점을 맞추고 사회적 존재로서의 개인이 처한 환경에서의 작업영역에 대한 활동과 참여의 중요성을 강조한다는 점이다. 인간과 환경의 상호작용을 중시하며 개인의 일상생활 및 사회생활 참여를 강조하는 세계보건기구의 ICF 관점을 적극 반영하여 우리나라의 작업치료도 건강의 의미를 총체적으로 바라보면서 정신장애인의 건강증진과 인권옹호에 기여해야 할 것이다.



2. 작업치료사 협회 및 단체의 리더십 강화

- “치료가 확대가 되는 것을 참을 이유를 윤리적으로 생각해낼 방도는 없다.”

현재 국내 작업치료 협회를 통해 제공되고 있는 윤리강령은 총 10조로 구성되어 있고 그 내용은 다음과 같다.

작업치료사 윤리 강령

- 제1조. 작업치료사는 개인의 인권을 존중하고, 사상·종교·사회적 지위 등을 이유로 서비스 대상자를 차별하지 않는다.
- 제2조. 작업치료사는 서비스 대상자의 알 권리 및 자기결정권을 존중한다.
- 제3조. 작업치료사는 전문가로서의 품위와 자질을 유지하고, 자신이 맡고 있는 업무에 대해 책임을 진다.
- 제4조. 작업치료사는 연구 및 교육을 통하여 검증된 치료서비스를 제공하며, 관련 분야의 지식과 기술에서 최고 수준을 유지한다.
- 제5조. 작업치료사는 성실하고 공정한 방법으로 업무를 수행하며, 어떠한 부당한 압력에도 타협하지 않는다.
- 제6조. 작업치료사는 비밀보장의 원칙을 준수하고 서비스 대상자를 신체적·정신적 불편이나 위험요소로부터 보호한다.
- 제7조. 작업치료사는 존중과 신뢰를 기반으로 동료들 대하며, 상호권익을 증진시키기 위해 함께 협력한다.
- 제8조. 작업치료사는 후배 양성과 교육수준의 고양에 힘쓰며, 공익 보장을 위한 전문가로서의 사회적 책임을 갖는다.
- 제9조. 작업치료사는 전문 분야의 정확하고 객관적인 용어를 사용하며, 치료 사항에 관한 보고와 기록의 의무를 지킨다.
- 제10조. 작업치료사는 작업치료의 제반 지침과 정부 법률 및 협회 정책을 준수한다.

이 같은 윤리강령 기준 제시는 영국이나 캐나다 협회에서 제시하고 있는 것과 내용적인 면에서는 일치하나, 본 연구에서 조사한 결과처럼 미국작업치료협회에서 제공되는 정보의 양과 구체성등과 비교해봤을 때, 임상가를 위한 사례기반 형 자문지침 정보의 제공이 필요하다고 사료된다.

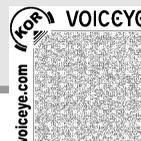
인권보장을 지원하는 정부정책 및 지원시스템의 확립, 기존정책의 변경 등이 요구됨을 외국의 사례를 통해서 확인할 수 있었다. 한편 국내 정신건강보건법 등과 작업치료의 정의 및 전문작업치료행위가 불분명하게 명시되어 있는 점은 2008년 대한작업치료사협회 보고서에서 지적한 바와 같이:

“최근 정신보건법 주요 개정 내용 중의 하나로 작업요법(치료)에 대한 근거를 신설(제46조의2)하였으나 부적합한 용어의 사용(작업요법)으로 모법(정신보건법)과 하위법(시행령, 시행규칙 및 지침) 간의 모순을 초래하여 개정 취지를 전혀 반영하고 있지 못한 실정이다.”

- 우리나라 정신보건 서비스 현황과 작업치료사 역할 보고서, page 76

다시 말해, 인권보장을 추구하는 작업치료사와 정신보건요원, 기관 및 서비스 이용자들 사이에 혼선을 빚고 있다. 문헌에서 언급한 것처럼, 정책적이고 거시적인 Macro level의 윤리확립이 중요하다면, 정신장애인의 인권보장을 위한 윤리문제에 대한 노력은 정신장애인에게 서비스를 제공하는 여러 분야 전문가와 정부의 협력적인 노력으로 이루어질 수 있을 것이기에, 다학제간 접근 형 연구 등이 지속적으로 제시될 수 있어야 할 것으로 사료된다. 본 연구에서 살펴본 경제적 확대 외의 여러 국면의 확대를 정신장애인 스스로 확인해 볼 수 있는 체크리스트 등은 확대의 의미를 확대하여 보다 나은 인권보장을 확립하고, 다학제 간 팀으로 구성된 정신보건요원들 모두가 활용해 볼 수 있다는 점에서 우리나라 정신보건시설 현황에 맞게 수정 및 보완하여 적용하도록 시도할 수도 있을 것이다.

나아가 적절히 정립된 작업치료의 범주와 의미를 토대로 전문작업치료사들이 구사할 수 있는 인권보장 장치들, 즉 인권보장 핵심치료기술 및 평가와 문서화 방법들, 그리고 표준화된 중재방법들에 대한 교육과 우리나라 임상현장에 정착시키는 노력이 필요할 것이라 사료된다. 정신장애인의 삶에 참여하도록 기여하는 근거기반 작업치료가 적합한 방법으로 적용되었을 때, 단순히 확대의 방지라는 소극적 의미의 인권보장이 아닌 적극적인 인권보장을 추구하는 방법을 선택하는 것임이 자명하다.



3. 작업치료사의 윤리에 대한 교육 강화

- “윤리적 치료행위는 도덕기준이 아니라 치료적 기술이다.”

미국작업치료협회와 연계하여 미국 작업치료학 교육인증이사회(Accreditation Council for Occupational Therapy Education: ACOTE)에서는 석사과정 후 작업치료사 취득과정(Entry-level Master’s Occupational Therapy program), 임상박사 과정 후 작업치료사 취득과정(Occupational Therapy Doctorate program), 그리고 작업치료보조사(Occupational Therapy Assistant)라는 세 가지 교육프로그램에 대한 인증기준을 제시하여, 해당 프로그램 별로 교육기관, 학생자격, 교육과정, 교육내용, 그리고 임상실습 경험에 대하여 규정하고 있다. 이런 방식으로 지역사회 및 공공을 위한 전문가적 자질, 질 높은 수행수준 및 기여도에 관하여 작업치료사로서의 자긍심을 함유할 수 있도록 교육적인 지원을 제공한다(AOTA, 2016).

이 교육인증기준표는 크게 3가지 영역(Section A: 일반적 인증기준, Section B: 교육과정 인증기준, Section C: 임상실습 인증기준)으로 나뉘어져 있는데, 그 중 “Section B.9.0 작업치료학의 윤리와 가치를 이해하고 평가할 수 있는 전문가 윤리, 가치관 및 책임” 영역에 속하는 13가지 항목을 통해 학생들이 성취해야 할 치료윤리 성과목표를 제시하고 있다(<표 VI-2> 참조). 이 표에서는 작업치료사의 역할과 책임, 윤리강령에 대한 이해와 지식함양의 필요성을 피력하고 있으며, 나아가 다학제 간 상황인 임상기관 및 클라이언트와 가족들에게도 작업치료사로서의 역할에 대한 이해를 증진시켜 서비스 이용자로서의 효용을 극대화 할 수 있게 할 것을 전문가적 자질 및 책임영역으로 규정하고 교육하고 있다.

<표 VI-2> 미국작업치료협회 교육인증위원회(Accreditation Council for Occupational Therapy: ACOTE) 교육과정 인증규정 중 윤리부문

인증 기준	작업치료 임상박사 교육과정(OTD) 인증기준	작업치료 석사 교육과정(MSOT) 인증기준	작업치료보조사 교육과정(OTA) 인증기준
B.9.0. PROFESSIONAL ETHICS, VALUES, AND RESPONSIBILITIES(전문가 윤리, 가치 및 책임감) : 해당 교육과정을 통해 작업치료학의 윤리와 가치를 이해하고 평가할 수 있는 전문가 윤리, 가치관 및 책임감에 대해 다음에 제시된 수행기술을 발달시켜 학생들이 다음 사항을 성취할 수 있도록 독려해야 함			

B.9.1	미국작업치료협회 작업치료 윤리강령 및 윤리규준, 그리고 표준임상규준에 대해 지식과 이해도를 보이며 전문가적 상호작용, 클라이언트 중재 및 취업기관에서의 윤리적인 의사결정과정을 안내 하도록 활용할 수 있다.	미국작업치료협회 작업치료 윤리강령 및 윤리규준, 그리고 표준임상규준에 대해 지식과 이해도를 보이며 전문가적 상호작용, 클라이언트 중재 및 취업기관에서의 윤리적인 의사결정과정을 안내 하도록 활용할 수 있다.	미국작업치료협회 작업치료 윤리강령 및 윤리규준, 그리고 표준임상규준에 대해 지식과 이해도를 보이며 전문가적 상호작용, 클라이언트 중재 및 취업기관에서의 윤리적인 의사결정과정을 안내 하도록 활용할 수 있다.
B.9.2	전문가로서의 역할이 어떻게 국제적, 국내, 주정부 및 지역사회와의 작업치료 협회 및 관련 단체들에 대한 이해와 연계를 통해 증진될 수 있는지 논의하고 타당함을 보여줄 수 있다.	전문가로서의 역할이 어떻게 국제적, 국내, 주정부 및 지역사회의 작업치료 협회 및 관련 단체들에 대한 이해와 연계를 통해 증진될 수 있는지 논의하고 타당함을 보여줄 수 있다.	전문가로서의 역할이 어떻게 국제적, 국내, 주정부 및 지역사회와의 작업치료 협회 및 관련 단체들에 대한 이해와 연계를 통해 증진될 수 있는지 예를 들어 기술할 수 있다.
B.9.3	타 학문의 전문가, 소비자, 수가책정기관, 정부행정기관 및 국민에게 정보를 제공하여 작업치료서비스를 증진시킬 수 있다.	타 학문의 전문가, 소비자, 수가책정기관, 정부행정기관 및 국민에게 정보를 제공하여 작업치료서비스를 증진시킬 수 있다.	타 학문의 전문가, 소비자, 수가책정기관, 정부행정기관 및 국민에게 정보를 제공하여 작업치료서비스를 증진시킬 수 있다.
B.9.4	현 인증규정과 일치하는 지속적인 임상전문가 개발과정의 전략기술을 찾아내고 개발할 수 있다.	현 인증규정과 일치하는 지속적인 임상전문가 개발과정의 전략기술을 찾아내고 개발할 수 있다.	현 인증규정과 일치하는 지속적인 임상전문가 개발과정의 전략기술을 찾아내고 개발할 수 있다.
B.9.5	현 서비스를 제공하는 정책과정에서 책임문제가 발생 시, 전문가로서의 책임영역에 대해 논의할 수 있다.	현 서비스를 제공하는 정책과정에서 책임문제가 발생 시, 전문가로서의 책임영역에 대해 논의할 수 있다.	현 서비스를 제공하는 정책과정에서 책임문제가 발생 시, 전문가로서의 책임영역을 찾아낼 수 있다.
B.9.6	업무적 책임 문제와 관련하여 개인 및 전문가적 능력과 역량에 대해 논의하고 평가할 수 있다.	업무적 책임 문제와 관련하여 개인 및 전문가적 능력과 역량에 대해 논의하고 평가할 수 있다.	업무적 책임 문제와 관련하여 개인 및 전문가적 능력과 역량에 대해 찾아낼 수 있다.
B.9.7	임상가, 교육자, 연구자, 정책개발자, 치료프로그램 개발자, 권리지원자, 관리자, 상담가 및 기업가에 이르는 다양한 작업치료사의 역할에 대해 논의하고 타당함을 보여줄 수 있다.	임상가, 교육자, 연구자, 상담가 및 기업가에 이르는 다양한 작업치료사의 역할에 대해 논의하고 타당함을 보여줄 수 있다.	임상가, 교육자 및 연구조교 인력에 이르는 다양한 작업치료보조사의 역할을 파악하고 평가할 수 있다.

B.9.8	작업치료 제반에 대한 감독관으로서의 역할, 책임영역 및 작업치료사와 작업치료 보조사 간의 협조적인 전문가 관계의 중요성을 설명하고 타당함을 보여줄 수 있다.	작업치료 제반에 대한 감독관으로서의 역할, 책임영역 및 작업치료사와 작업치료보조사 간의 협조적인 전문가 관계의 중요성을 설명하고 타당함을 보여줄 수 있다.	작업치료 제반에 대한 감독관 역할의 필요성, 책임영역 및 작업치료사와 작업치료 보조사 간의 협조적인 전문가 관계의 중요성을 파악하고 설명할 수 있다.
B.9.9	계약관계 하에 서비스 제공 시 전문가로서의 책임영역과 문제들을 기술하고 논의할 수 있다.	계약관계 하에 서비스 제공 시 전문가로서의 책임영역과 문제들을 기술하고 논의할 수 있다.	계약관계 중에 서비스 제공 시 전문가로서의 책임영역과 문제들을 파악해 낼 수 있다.
B.9.10.	개인 및 기관에서의 윤리적 문제 발생 시, 문제해결을 위한 분석 및 의사결정을 도울 수 있는 전략기술을 발휘할 수 있다.	개인 및 기관에서의 윤리적 문제 발생 시, 문제해결을 위한 분석 및 의사결정을 도울 수 있는 전략기술을 발휘할 수 있다.	개인의 윤리적 갈등 문제가 발생 시, 문제해결을 위한 분석 및 의사결정을 도울 수 있는 전략기술을 찾아낼 수 있다.
B.9.11	다양한 임상영역에서 발생하는 윤리적 분쟁을 해결하는데 도움이 될 비공식 및 공식적 전략기술을 발휘할 수 있다.	다양한 임상영역에서 발생하는 윤리적 분쟁을 해결하는데 도움이 될 비공식 및 공식적 전략기술을 발휘할 수 있다.	작업치료임상에서의 윤리적 분쟁을 관할하며 해결할 수 있는 다양한 비공식 및 공식적 시스템을 찾아낼 수 있다.
B.9.12	클라이언트가 작업치료를 비롯하여 다른 보건의료 및 복지서비스를 받을 수 있도록 돕는 전략기술을 기술하고 실행할 수 있다.	클라이언트가 작업치료를 비롯하여 다른 보건의료 및 복지서비스를 받을 수 있도록 돕는 전략기술을 기술하고 실행할 수 있다.	클라이언트가 작업치료를 받을 수 있도록 돕는 전략기술을 찾아낼 수 있다.
B.9.13	작업치료학의 발전, 소비자의 접근성, 서비스 및 지역 사회의 복지가 발전하도록 도모하는 기관 또는 단체(미국작업치료협회, 세계 작업치료연맹, 전문가 옹호 조직 등)에 참여하고, 이들 조직 및 단체에서의 리더십 역할을 탐색하여 전문가의 지원 역량을 발휘할 수 있다.	작업치료학의 발전을 도모하는 기관 또는 단체(미국작업치료협회, 주정부작업치료단체기관, 전문가옹호조직 등)에 참여하여 전문가의 지원 역량을 발휘할 수 있다.	작업치료학의 발전을 도모하는 기관 또는 단체(미국작업치료협회, 주정부작업치료단체기관, 전문가옹호조직 등)에 참여하여 전문가의 지원 역량을 발휘할 수 있다.

또한 앞서 목적중심 관계모델(Intentional Relationship Model)에서 제시하는 형식의 평가도구는 작업치료 임상을 안내하는 이론에 근거하여, 치료사 기준에서의 윤리적인 치료에서 나아가 매일매일의 치료현장에서 정신장애인들 자신들이 느끼기에 인권이 보장되는 치료형식을 발달시키고 문화로 정착하도록 하는 시스템을 발달시키는 것에 중추적인 역할을 담당할 수 있다. 즉 인권보장은 작업치료사의 치료적 기술로서 정신장애인의 참여를 촉진시킬 수 있는 기전이 되므로, 이에 대한 적극적인 지원이 필요할 것이다.

인간작업모델 선별평가(MOHOST)를 포함해 현존 22가지의 인간작업모델 평가도구는 정신사회 작업치료 시 활용될 수 있는 이론 중심의, 근거기반의, 전인적 접근으로서 작업 중심의 치료를 구현할 수 있는 방법으로 고려할 수 있다. 이러한 접근이 인권의 문제와 관련하여 중요한 이유는 작업중심의 접근이 개인의 욕구와 바람, 환경 및 도전이 되는 점을 고유한 것으로 보는 관점을 채택하기 때문이다. 지금까지 정신보건시설에서의 치료형태가 개인치료보다는 시설수용 및 편리중심의 그룹치료 또는 관리를 위한 치료프로그램으로 구성되어 온 반면, 앞으로는 정신장애인 개개인의 필요에 맞춤형 치료인력의 양성과 시스템 구축이 필요하다. 환경의 일부분으로서 문화적 고유함을 인지하는 이 평가도구들을 영국의 사례처럼 제도화하여 표준화된 방식으로 사용하여 치료서비스 발달을 이끄는 근거를 창출하는 선순환 시스템의 확립을 통해, 전세계적으로 정신장애인들에게 필요하고 유용하다고 판단되는 선진국형 작업치료가 국내에 확립되는 일이 시급한 실정이다. 그리고 이것은 장애학의 입장과 공명(共鳴)한다.

4. 정신장애인을 위한 혁신적인 치료서비스 형태 도입

- “기관에서 시작해서 개인맞춤형 서비스까지”

우리나라 정신보건 시설에서 작업치료와 학대의 경계를 구분 짓기 위해서는 전문작업 치료에 대한 제도적 및 인지도적 이해도를 증진시켜, 정신재활 서비스를 이용하는 정신장애인과 가족들이 적절하고 타당한 치료형태를 분별할 수 있도록 도울 수 있어야 한다. 이는 국외사례에서 확인한 것처럼 기관윤리가 치료사의 전문가로서의 윤리와 일치해야 함이 필요하며, 정신장애인을 위한 작업치료의 형태가 현재는 대부분 그룹치료로 이루어지므로 개인의 선호도를 고려하지 않은 시설에서의 편리성 및 현실적으로 가능한 작업활동이 제공되고 있는 사실에 대해서도 주목할 필요가 있다. 정신사회 작업치료가 가장 발달된 영

국의 경우 다학제간 협응이 가능하도록 시스템을 확립하면서도 인간작업모델 선별평가를 이용하여 개인맞춤형 서비스가 제공되는 것을 기본으로 하고 있다.

장애인의 손상(impairments)을 줄이도록 디자인 되어있는 일반적인 보건의료 서비스와 이들의 권리를 옹호하고, 오히려 장애를 극복하거나 줄이는 것이 필요 없으며, 인간으로서의 당연한 권리인 자주권을 되찾게 하는 장애학(Disability Studies)에서의 입장은 사뭇 다르게 보일 수도 있다. 확실히 현 의료서비스의 목적 및 형태는 손상의 감소에 초점이 맞추어져 있음은 자명하다. 하지만 장애학에서 주창하는 장애의 발생이 개인의 능력감소 및 손상으로 인한 것이 아니라 사회적 지원의 부족과 편견에서 비롯된 것이라는 견해도 클라이언트의 궁극적인 회복과 안녕을 위해 필수적으로 필요하다는 것을 작업치료학에서는 적극적으로 인지하고 있다. 이를 치료서비스 형태로 제공하기 위한 방법으로서, 인간 작업모델의 개념은 ICF와 같이 상응하면서도, 물리적·사회적 환경이 작업참여에 영향을 미칠 수 있다는 점을 주지하여 이에 대한 대처기술 훈련 등을 활용함으로써 정신장애인의 인권을 보장할 수 있는 통로를 제공한다.

5. 고지된 동의(informed consent)의 실천

고지된 동의(informed consent)는 환자가 그와 관련된 모든 의사결정에 참여하고 치료 옵션과 목표에 대한 최신정보를 받도록 하는, 의료진의 알릴 의무와 환자의 정보제공 받을 권리에 대한 법률상의 원칙이다. 어떠한 조치가 윤리적인지 아닌지를 판단하는 것은 결국 강제성 / 자율성⁸⁾과 연관이 있고, 이는 또 자기결정권의 가치를 토대로 하는 ‘고지된 동의’에 대한 본질적인 질문과 관련이 있다. Usher와 Arthur(1998)에 의하면 한 사람의 고지된 동의를 얻기 전에 몇 가지 충족되어야 할 요건이 있는데 이를 나열하자면: 따라오는 절차에 대한 정당한 설명, 가능한 위험성과 불편에 대한 서술, 예상할 수 있는 이득에 대한 서술, 아마도 그 사람에게 유리할 수 있는 어떤 대안적인 방법의 발표/폭로, 어떠한 질문에 대답하기 위한 제의, 그 사람이 동의를 아무 때나 철회하거나 거절할 자유가 있다는 지시, 개입된 당사자들 사이의 어떤 재정적인 관계의 공개, 그 사람이 법적 및

8) 개인차와 상황에 따른 정도 차이로 보는 대신 어떤 사람이 자율성을 갖고 있거나 없거나 둘 중의 하나라고 보는 자율성의 개념 자체가 경쟁하는 권리들의 충돌에서 갖는 문제점은 이미 지적된 바 있다(Chong, Huxtable, Campbell, 2011; Warsh, 1993).

의료적인 조언을 얻을 권리를 가진다는 통지, 대답되어야 하고 이해된 것처럼 보이는 절차나 기술과 관련된 어떤 질문이다. 충분한 정보를 제공하는 것만큼이나 중요한 것은 정보를 듣는 사람의 이해도에 맞춘 언어와 설명으로 적절하게 제공하여 동의를 하는 사람으로 하여금 자신들이 무엇에 동의하는지를 이해하도록 하는 것이다. 온타리오 작업치료사 전문학교는 작업치료사가 서비스를 제공하는 과정에 있어서 의식적으로 자신을 점검해 볼 수 있도록 다음과 같은 동의 체크 리스트를 제공하고 있다. 이는 우리에게도 의미하는 바가 크다고 볼 수 있다.

〈표 VI-3〉 캐나다 온타리오의 동의 체크 리스트

서비스를 위한 동의 / 정보의 공개	구성요소를 실천과정의 일부로 이해하고 적용할 수 있다.				현 과정에 대한 나의 반성
	항상	종종	결코	비적용	
활동 지표					격차 알아내기 / 변화를 위한 계획
1. 어떤 서비스(평가, 개입, 자문)를 제공함에 있어서 내담자나 대체의사결정자로부터 동의를 구한다.					
2. 개인적인 건강 정보의 접근, 수집, 이용, 공개나 수정을 위해 내담자나 대체의사결정자로부터 동의를 구한다.					
3. 참여하지 않는 것의 결과들을 포함하여 내담자에게 내 서비스와 관련된 위험, 이익과 대안들에 대해 제공한다.					
4. 내담자들이나 그들의 대체의사결정자들로부터 제공되는 서비스의 특성, 유형, 범위에 대한 동의를 받는다.					
5. 내 개입의 범위가 지속적인 서비스를 포함하는 것이라면 정기적으로 계속 동의를 구한다.					
6. 내담자가 질문할 수 있는 기회를 제공하고 그들이 이해할 수 있는 매너로 대답한다.					
7. 동의를 얻었다는 것을 기록한다 (내담자의 필기 동의는 요구되지 않음)					



서비스를 위한 동의 / 정보의 공개	구성요소를 실천과정의 일부로 이해하고 적용할 수 있다.				현 과정에 대한 나의 반성
활동 지표	항상	종종	결코	비적용	격차 알아내기 / 변화를 위한 계획
8. 능력을 평가하기 위한 세 절차를 따른다: 언제 평가할지에 대해 판단하는 것, 정보를 이해하는 것, 그리고 결과를 인정하는 것					
9. 무능력을 결정하는 데에 있어서 대체의사 결정자를 알아보고 그 대체의사결정자가 작업치료 서비스와 관련한 최종적인 결정을 내릴 것이라고 알린다.					
10. 가능할 때마다 대체의사결정자와의 토론에 내담자를 참여시킨다.					
11. 무능력을 발견하는 것이나 대체의사결정자의 선택 둘 중에 한 부분에 대하여 내담자가 우려를 갖고 있다면 검토하는 과정이 이용가능하다는 것을 내담자에게 알린다.					
12. 청구서 준비를 위해 고지된 동의를 획득한다.					
13. 다른 사람들(예를 들어서, 다른 전문직의 멤버, 규제받지 않는 보조자)을 개입시킬 때 고지된 동의를 획득한다.					
14. 의사결정자의 계급에 대한 핵심적인 규칙과 결정을 내리기 위해 낮은 등급이 매겨진 의사결정자의 도움을 언제 받을 수 있는지 알고 있다.					

위의 동의 체크 리스트에서 짚고 넘어가야 할 부분들이 있다면, 3번의 “참여하지 않는 것의 결과들을 포함하여 내담자에게 내 서비스와 관련된 위험, 이익과 대안들에 대해 제공한다” 와 5번의 “내 개입의 범위가 지속적인 서비스를 포함하는 것이라면 정기적으로 계속 동의를 구한다”, 그리고 6번의 “내담자가 질문할 수 있는 기회를 제공하고 그들이 이해할 수 있는 매너로 대답한다”이다.

질적 연구에서 보이는 자료수집의 변화하는 특성으로 인해 고지된 동의를 일회성으로

끝나는 것이 충분하지 않은 것처럼(Usher & Arthur, 1998), 또 정신건강 개입이 계속 상황에 따라 바뀔 수 있는 것처럼, 정신장애인도 변화하는 치료과정에 대하여 계속 알 필요가 있고, 그 때마다 고지된 동의를 새롭게 할 필요가 있다.⁹⁾ 즉, 절차/과정 동의(process consent)는 “치료과정의 이 단계에서 클라이언트에게 통지했나?”를 끊임없이 질문한다(Usher & Arthur, 1998). 고지된 동의를 이렇게 지속되어야 하는 과정으로 보기 시작하면, 정신과 병원에서 환자들에게 약을 투약하는 것도 일회성으로 그들의 동의를 얻어서 지속되는 것이 아닌 약이 바뀔 때는 물론이고 매일 주어질 때마다 약의 부작용과 위험성을 설명하면서, 그럼에도 불구하고 약을 먹겠냐고 묻는 형태로 그들의 동의를 새로 구해야 하는 작업이다(Usher & Arthur, 1998). 한국의 정신과 약물에 대한 교육이 단순히 증상관리를 위해 약의 필요성을 역설하는데 그치는 것에 치중된 것을 볼 때 고지된 동의에 절차/과정 동의의 적용은 서비스이용자와 종사자 사이의 협력적인 관계와 의사소통에 중점을 두으로써 약물치료, 작업치료를 포함하여 모든 정신건강 관련 서비스가 전달되는 과정과 절차를 철저히 변형시킨다.

캐나다 작업치료사 지침과 윤리강령을 살펴본 결과, 드러나는 중점 포인트가 몇 가지가 있지만 그 중에서도 가장 명백한 두 가지는 고지된 동의가 단 한번으로 끝나는 것이 아니라는 것과 고지된 동의를 획득하는 것에 대한 필수조건 중의 하나가 어떠한 치료의 절차나 예상되는 혜택을 설명하는 것에 그칠 수 없고 그러한 치료의 잠재적인 위험성과 불쾌감, 그리고 다른 대안적인 방법까지도 이해할 수 있도록 숨김없이 알리는 것을 포함한다는 것이다. 특히, 정신보건 영역에서의 고지된 동의는 임상에서 잘 지켜지지만 한다면 “정신장애인을 의학적 위험상황으로부터 보호하고 전문가들의 정신장애인에 대한 책임을 강화시켜주는 기능”을 하므로(Beauchamp & Childress, 1994; 서미경, 1998) 치료나 재활을 목적으로 정신장애인의 자기결정권을 침해하기 쉬운 관행에 호루라기 부는, 없어서는 안 될 역할을 하는 것으로 볼 수 있다. 그러므로 한국 정신보건 제도와 서비스 체계에 이러한 고지된 동의가 계속 반복적으로 이루어지는 것을 보장하는 정책과 관습들이 만들어져야 하며, 또 진지한 윤리적 고민을 바탕으로 인권침습이 적고 자기결정권을 존중하는 정신보건 관행들을 발전시키기 위한 연구에 시간과 노력을 쏟아야 한다.

9) 물론 한국에도 이러한 논의가 근근히 이어지고 있다. 서미경(1998)은 ‘정신보건 영역에서 고지된 동의 과정에 대한 연구’에서 상황에 따라, 과업에 따라 변화하기 쉬운 것이 한 사람의 동의능력이기 때문에 한 사람이 정신장애를 갖고 있다고 하여 동의 및 의사결정 능력이 없다고 판단하는 것은 매우 위험한 발상이며 동의 및 의사결정능력을 반복적으로 체크하여야 한다고 주장한다. 차후에 서미경(2009)은 정신장애인의 치료동의능력 평가 도구 개발에 대한 연구도 하였으나 양자의 논문에서 정신장애인이 병식, 현실성, 자발성이 부족하다는 정신의학적 담론의 영향을 받은 고정관념이나 편견도 목격된다.



6. 보호고용 보다는 지원고용 형태로의 전환

고용에 대하여 장애인이 비장애인과 동등한 접근을 현실적으로 갖기 힘들다면 경쟁이 덜 치열한 그들만의 작업공간과 고용기회의 제공은 좋은 소식으로 받아들여질 수 없을까? 장애인들의 보호작업장은 본래 고용불가능한 장애인의 기술을 키워 일반 고용시장에 점차적으로 들어갈 수 있도록 하는 과도기의 일터로 만들어졌다. 하지만 대다수의 장애인들이 여전히 일반고용으로 전환하는 데에 어려움을 겪었고, 애초의 의도와는 달리 작업장이 장애인과 비장애인을 분리하는 도구로 쓰이며, 또 장애인의 노동력을 착취하여 영리를 목적으로 사용한다¹⁰⁾는 1980년대 초의 장애인 노동자들과 장애인 인권 활동가들의 비판과 함께 캐나다 전역에 600개가 넘게 있던 작업장에 대한 캐나다 정부의 지원도 1985년 즈음에는 차차 감소하기 시작했다(Galer, 2014). 요즘 캐나다에서 보호작업장은 흔치 않고, 장애인에게 전문가가 따라 붙어서 비장애인 동료들과 작업하는 일반고용에 온전히 적응을 할 때까지 도와주는 지원고용¹¹⁾이 새로운 추세이다(Galer, 2014). 따라서 우리도 보호작업 보다는 지원고용 형태로 전환하면서 이를 직업치료에서 지원하는 방안을 찾는 것이 바람직해 보인다.

7. 직업치료학에 대한 정신장애인 당사자들의 연구참여 또는 연구주도

당사자와 종사자의 관점차이를 극복하기 위해 직업치료학 분야에 당사자 연구가 필요할 것으로 보인다.¹²⁾ 정신장애인 당사자 연구가 활발한 영국, 미국, 캐나다 등에서는 광

10) 장애서비스에서의 무임금 노동과 착취를 주제로 작성한 글에서 Abbas(2014)는 보호작업장이 노동법, 최저임금, 보험금이나 노동조합을 넘어서서 존재하는 값싸고 사로 잡혀있는 노동 풀을 활용하면서도 동시에 자신들의 비즈니스가 장애인고용 시범사업을 찬성한다는 긍정적인 대중적인 인식을 강화한다고 역설하였다.

11) 작업장에서 일한 경험과 지원고용의 경험을 모두 갖고 있는 장애인에 대한 일의 만족에 대한 연구에서 92.8%의 장애인 노동자가 지원고용을 선호한다고 언급했다(Abbas, 2012).

12) 당사자 연구가 필요한 이유는 정신의학적 연구가 초점을 맞추는 부분과 정신장애인 당사자에게 중요한 질문들이 다르기 때문이다. 정신의학적 패러다임에 기초한 연구에 당사자가 '참여'했는지라도 이러한 자료 수집을 위한 '참여'는 본질적으로 그들의 경험적 지식이 연구를 풍부하게 하거나 연구의 방향을 새롭게 바꾸는 역할을 하기가 어렵다고 Russo와 Wallcraft(2011)은 설명한다.

기학(mad studies)¹³⁾이라고 하여 전문가 위주의 지식생산이 아닌 당사자들의 경험적인 지식을 바탕으로 하는 학문이 만들어져 있다. 정신보건 시스템의 경험이 있는 사람들이 대학교와 대학원에 가서 석사와 박사 논문을 쓰고, 고등교육을 통하여 자신들이 획득한 ‘문화자본(cultural capital)’을 사용하여 자신들만의 목소리를 좀 더 당당하게 내면서 한 사람은 서비스를 주고 또 다른 사람은 서비스를 받는 위치에 놓는 정신의학, 심리학, 사회복지 등과는 전혀 다른 학문의 발전을 불러일으키고 있다. 일본의 베델의 집에서 하는 당사자들의 연구도 전문가 중심, 치료 중심(증상 완화나 경감)의 사고방식에서 벗어나 당사자들이 자기 자신의 전문가라는 전제에서 출발하는 그것만의 고유한 매력과 유용성이 있는 것은 의심의 여지가 없다. 하지만 개인이 경험한 ‘고생의 분야’¹⁴⁾에 대한 지식으로 미래에 자신이나 타인의 회복에 공헌하는 것이 궁극적인 목표가 아니라 자신의 경험을 바탕으로 정책이나 실제 서비스에서의 변화를 꾀하는 캐나다나 영국에서의 당사자 연구는 좀 다른 성향을 가진 것으로 보인다.¹⁵⁾ 이렇게 겉으로 보이는 차이점에도 불구하고, 일본 베델의 집과 영국의 당사자 연구, 또 캐나다의 광기학에서 공통적으로 발견되는 것은 인간의 주관적인 고통의 경험을 객관화 또는 부정하여 기계적으로 대응하는 대신에 그것의 의미를 찾는 노력이고, 자신에 대한 무엇을 꼭 어떻게 바꾸지 않아도 그 자체로 충분히 용납 받으며 살고 싶다는 갈망이 겉으로 표출된 분투일 것이다. 위계적인 관계를 반영하는 권력과 지식의 결합이 헤게모니-특정한 방식으로 사건이나 사물을 보는 시각의 지배력-에 의해 유지 및 행사됨을 감안할 때, 정신장애인 당사자들의 연구는 치료의 이데올로기나 인간이 겪는 경험을 분류하고 해석하는 전문가들의 독점권을 바꿀 수 있기 때문에 우리나라 작업치료학 등 정신보건관련 학문에서 당사자 연구가 반드시 필요하다.

13) 광기학은 정신보건 시스템의 경험이 있는 사람을 ‘정신질환자’나 ‘정신장애인’이라는 용어로 일컫지 않는다. 이러한 용어는 종종 그들의 경험을 무효화하는 정신의학적 진단과 의료적 사고방식의 지배를 표현하는 용어로 보기 때문이다. 광기학에서 이 집단의 사람들은 큰 틀에서의 공통점을 토대로 한 각기 다른 매우 다양한 경험을 가진 이질적 사람들의 집합으로 자신들의 경험에 걸 맞는 특정한 용어로 자신들을 부르기를 선호하는 사람들은 자유롭게 그러한 단어들을 써서 자신의 정체성을 설명한다.

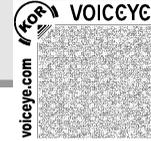
14) 사람마다 각각 인생에서 겪는 자기만의 어려움이 있듯이 정신장애인도 마찬가지이다. 서양 당사자 운동이나 정신보건 시스템을 비판하는 비주류 정신건강 전문가들 사이에서는 이를 일컬어서 ‘삶을 사는 것’ 또는 생활에서의 문제(problem in living)’라고 부른다.

15) 이진희·이용표 (2016) 또한 베델의 집 당사자연구를 소개하기를, “그것은 인지행동이론에 기반하고 있지만 인지행동치료와 다르고, 장애동료들이 문제에 공감하고 정서적 지지를 제공하는 동료지지와도 다르다. 정신장애가 있는 사람이 자신의 증상에 관하여 말하는 것조차 터부시 되어왔던 정신의학적 전통에서 당사자연구는 지극히 반정신의학적 활동이지만 정신의학을 온전히 거부하지도 않는다. 당사자의 문제에 당사자가 주체가 되는 철학을 가지고 있는 정치운동을 중심으로 하는 당사자운동과도 다르다”고 하였다.

참고문헌

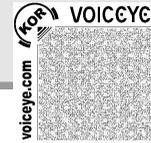
- 국가인권위원회(2009), “정신장애인 국가보고서”, 국가인권위원회.
- 권혁장(2009). “정신장애 소수자에 대한 격리와 감금, 그 사회학적 상상”. 『한국사회학회』 1, 989-1001.
- 대한작업치료사협회(2009). 『우리나라 정신보건 서비스 현황과 작업치료사의 역할 워크숍 자료집』. 대한작업치료사협회
- 대한작업치료사협회(2016). “작업치료 정의”. 대한작업치료사협회 홈페이지 2016년 6월 1일 접근. Available at <https://www.kaot.org/start.asp>
- 미국작업치료협회(2016). “윤리강령”. 미국작업치료협회 홈페이지 2016년 6월 15일 접근. Available at: <http://www.aota.org/Practice/Ethics/Advisory.aspx#sthash.kdkGULhl.dpuf>
- 법제처(2016). “의료기사 등에 관한 법률 시행령”. 2016년 6월1일 접근. Available at <http://www.law.go.kr>
- 보건복지부(2016). 2016년 정신보건사업 안내. 보건복지부.
- 서미경(1998). “정신보건 영역에서의 고지된 동의과정에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』, 6(12), 5-24.
- 서미경(2009). “정신장애인의 치료동의능력 평가 도구 개발: 신뢰도와 타당화”. 『한국심리학회지: 건강』, 14(3), 579-596.
- 이선욱 · 김은영 · 이단비 · 민유선 역(2015). 『사람중심 작업치료』. Model of Human Occupation(4th ed.). 한미의학.
- 이재신 · 유두한 · 장종식 · 최성열 · 김지현 · 김영란(2015). 『작업치료사 업무범위에 대한 임상가이드라인』. 대한작업치료사협회.
- 이진의 · 이용표(2016). “정신장애인 당사자연구에 관한 탐색적 고찰”. 『2016년 5월 4일 정신장애인 지역사회 통합을 위한 한·일 법제포럼 자료집』 55-85. 서울사회복지공익법센터와 함께하는 법제포럼.
- 일본작업치료사협회(2012). 『일본작업치료백서 2010』. 일본작업치료사협회.
- 장기연 · 김희정 · 김슬기 · 차유진 · 권이영(2016). 『작업 중심 지역포괄센터 모델』. 대한작업치료사협회.

- 정은(2014). “정신 장애와 민주 사회”. 『기억과 전망』 통권 30호, 52-90.
- 조맹제 외(2011). 『2011년 정신질환실태역학조사결과』. 보건복지부.
- 한국정신보건작업치료학회(2016). 『2016년 제 1차 정신사회 작업치료 실무자 역량강화 교육 워크숍 자료집』. 한국정신보건작업치료학회.
- AOTA. (2014). “Definition of Occupational Therapy Practice for the AOTA Model Practice Act”. Retrieved 1. June. 2016, from <http://www.aota.org/>
- Barnitt, R. (1998). “Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service”. *Journal of Medical Ethics*, 24, 193-199.
- Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., & Roevers, C. (2005). “A comparison of Canadian and Australian pediatric occupational therapists”. *Occupational Therapy International*, 12, 137-161.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., & Kinsella, E. A. (2015). “Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review”. *British Journal Of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221 10p. doi:10.1177/0308022614564770.
- Canadian Association of Occupational Therapy. (2016). *Strategies for occupational Therapy*. Canadian Association of Occupational Therapy.
- Canadian Association of Occupational Therapy.(2008). *CAOT Position Statement Occupational Therapy and Mental Health Care*. Taken from: <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1290>
- Choi, H. & Lee, S. W. (2015). *Clinical Assessment of Therapeutic Responses - Client (Korean Version)*. Chicago, IL: University of Illinois at Chicago. Available at: <http://ahs.uic.edu/cl/irm/assessments/>
- Chong, S. A., Huxtable, R., Campbell, A. (2011). “Authorizing psychiatric research: Principles, practices and problems”. *Bioethics*, 25(1), 27-36.
- College of Occupational Therapists (2005), “Code of Ethics and Professional Conduct: College of Occupational Therapists”. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(11), 527-532.
- College of Occupational Therapists of Ontario (2011). “Consent Checklist”. Taken from:



- http://www.coto.org/pdf/QA_Consent_Checklist.pdf
- College of Occupational Therapists of Ontario (2011). "Guide to the Code of Ethics".
Taken from: http://www.coto.org/pdf/Code_of_Ethics.pdf
- Creek J (2002). "The knowledge base of occupational therapy". In Creek J (ed)
Occupational Therapy and Mental Health. (3rd ed.). Edinburgh, UK: Churchill
Livingstone. 29-49.
- Crowe, T. K., & Kanny, E. M. (1990). "Occupational therapy practice in school systems:
A survey of northwest therapists". *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*,
10(3), 69-83.
- Disch, E. (2016). "Treatment Abuse Checklist". Available at:
<http://www.survivingtherapistabuse.com/treatment-abuse-checklist/>
- Galer, D. (2014). "A place to work like any other? Sheltered workshops in Canada,
1970~1985". *Canadian Journal of Disability Studies*, 3(2), 1-15.
- Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L., & Arbesman, M. (2011). "Occupational therapy
interventions for recovery in the areas of community integration and normative life
roles for adults with serious mental illness: A systematic review". *American Journal
of Occupational Therapy*, 65, 247-256. doi: 10.5014/ajot.2011.001297.
- Gordon, D. M. (2009). "The history of occupational therapy". In E. B. Crepeau, E. S.
Cohn, & B. A. Boyt Schell (Eds.). *Willard & Spackman's occupational therapy* (11th
ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 202-215.
- Greene, D. (1997). "The Use of Service Learning in Client Environments To Enhance
Ethical Reasoning in Students". *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10),
844-852.
- Gutman, S. A. (2012). "Centennial Vision—State of mental health research in the
American Journal of Occupational Therapy, 2008-2011". *American Journal of
Occupational Therapy*, 66, e30-e33. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.003913>.
- Gutman, S. A., & Raphael-Greenfield, E. I. (2014). "Centennial Vision—Five years of
mental health research in the *American Journal of Occupational Therapy*, 2009-
2013". *American Journal of Occupational Therapy*, 68, e21-e36.
<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.010249>

- Haglund, L., Ekbladh, E., Thorell, L.-H., & Hallberg, I. R. (2000). "Practice models in Swedish psychiatric occupational therapy". *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 107-113.
- Hem, M. H., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2014). "Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personal in mental health care". *BioMed Central*, 15:82.
- Jensen, J. (2005). "Do You Practise Ethically? Using the Updated College of Occupational Therapists' Code of Ethics and Professional Conduct". *British Journal of Occupational Therapy*, 68(11), 485.
- Kassberg, A., & Skär, L. (2008). "Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives". *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(4), 204-211.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kinsella, E. A., Park, A. J., Appiagyei, J., Chang, E., Chow, D. (2008). "Through the eyes of students: ethical tensions in occupational therapy practice". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Law, M., & McColl, M. A. (1989). "Knowledge and use of theory among occupational therapists: A Canadian survey". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 56, 198-204.
- Lee, J. (2010). "Achieving best practice: a review of evidence linked to occupation-focused practice models". *Occupational Therapy In Health Care*, 24(3), 206-222 17p. doi:10.3109/07380577.2010.483270.
- Lee, S. W., Forsyth, K., Melton, J., Kielhofner, G., & Taylor, R. (2011). "Practice development efforts' impact on mental health rehabilitation: Results-based health care implications". *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(11), 602-609.
- Lee, S. W., Forsyth, K., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Taylor, R. (2013). "Mental health payment-by-results clusters and the model of human occupation screening tool". *Occupational Therapy Journal of Research*, 33(1), 40-49.



- Lee, S. W., Morley, M., Taylor, R. R., Kielhofner, G., Garnham, M., Heasman, D., & Forsyth, K. (2011). "The development of care pathways and packages in mental health based on the model of human occupation screening tool". *British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 284-294. doi:10.4276/030802211X13074383957940.
- Lee, S., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J., & Taylor, R. (2012). "Impact of using the model of human occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions". *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450-456.
- McAllister, M., & Walsh, K. (2004). "Different voices: Reviewing and revising the politics of working with consumers in mental health". *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 22-32.
- Morley, M., Garnham, M., Forsyth, K., Lee, S. W., Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (2011). "Developing occupational therapy indicative care packages in preparation for mental health payment by results". *Mental Health Occupational Therapy*, 16(1), 15-19.
- National Board for Certification in Occupational Therapy. (2004). "A practice analysis study of entry-level occupational therapist registered and certified occupational therapy assistant practice". *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation, and Health*, 24(Suppl. 1), S1-S31.
- Canadian Association of Occupational Therapy. (2016). "Occupational therapy - Definition". Taken From: <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1344>.
- Paterson, C. F. (2008). "A short history of occupational therapy in psychiatry". In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed.). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone. 3-16.
- Reaume, G. (2011). "Psychiatric Patient Built Wall Tours at the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) Toronto, 2000 - 2010". Taken from: <http://activehistory.ca/papers/historypaper-10/#READMORE>
- Russo, J., & Wallcraft, J. (2011). "Resisting variables-service user/survivor perspectives on researching coercion". In Kallert, T. W., Mezzich, J. E., Monahan, J. (Eds.) *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. New Jersey: John Wiley & Sons. 213-234.

- Scheinoltz, M. (2010). "Occupational therapy in mental health: Considerations for advanced practice". Bethesda, MD: AOTA Press.
- Sklar, R. B. (2011). "The 'capable' mental health patient's right to refuse treatment". *McGill Journal of Law and Health*, 5(2), 291-293.
- Stultjens EM1, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. (2004) "Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review". *Age Ageing*. Sep; 33(5): 453-60.
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship: Occupational therapy and use of self*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Usher, K. J., & Arthur, D. (1998). "Process consent: A model for enhancing informed consent in mental health nursing". *Journal of Advanced Nursing*, 27, 692-697.
- Van Denend, T., & Finlayson, M. (2007). "Ethical decision making in clinical research: Application of CELIBATE". *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 92-95.
- Walsh, M. L. (1993). "The right to refuse treatment: A historical, legal, and philosophical analysis from Canadian and American Perspectives". *Canadian Review of American Studies*, 23(3), 57-92.
- Wellesley Institute (2009). "Mental health 'recovery': Users and refusers- What do psychiatric survivors in Toronto think about mental health 'recovery'?"
- WFOT. (2011). "What is Occupational Therapy?". 2016년 6월 1일 출력. <http://www.wfot.org/information.asp>
- Wikeby, M., Lundgren, B., & Archenholtz, B. (2006). "Occupational therapists' reflection on practice within psychiatric care: A Delphi study". *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 151-159.
- Wilton, R., & Schuer, S. (2006). "Towards socio-spatial inclusion? Disabled people, neoliberalism and the contemporary labour market". *Area*. 38(2), 186-195.
- World Federation of Occupational Therapy (2016). "International Advisory Group: Human Rights Educating Occupational Therapists - Poster". Available at: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

<부록 1> 치료적 의사소통모드 임상평가

치료적 의사소통모드 임상평가

(클라이언트 버전 1.0)

이 평가의 목적은 환자치료 시 의료서비스 제공자들이 사용하는 다양한 의사소통 방식을 이해하기 위함입니다. 이 질문지는 목적중심 관계모델(Intentional Relationship Model) (Taylor, 2008)에 근거하여 효과적인 의사소통법에 대한 측정도구로서 개발되었습니다. 가장 최근에 있었던 귀하의 치료시간을 떠올려보시고 다음에 제시될 질문들에 응답해 주시기 바랍니다. 개인정보 보호 및 연구참여자 신원보장 원칙을 따라 귀하의 응답은 연구목적으로만 사용될 것입니다.

I. 전반적 인상

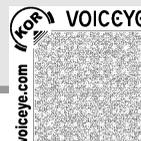
1. 전반적으로 생각했을 때, 지난 치료시간 동안 당신의 작업치료사는 얼마나 효과적으로 당신과 커뮤니케이션을 했나요?
 - 1) 전혀 효과적이지 않았음
 - 2) 약간 효과적이었음
 - 3) 어느 정도 효과적이었음
 - 4) 매우 효과적이었음
 - 5) 완전히 효과적이었음

2. 지난 치료시간 동안을 생각해볼 때, 작업치료사가 당신에게 다르게 행동했어야 한다고 생각되는 부분이 있나요? (해당 사항을 모두 선택하십시오)
 - 환자에게 좀 더 명확하게 설명해 주거나 더 많은 정보를 제공했어야 했다.
 - 환자에게 좀 더 많은 통제권을 주거나 환자가 좀 더 많은 선택과 결정을 내릴 수 있도록 촉진해주었어야 했다.
 - 장애 극복을 위해 비슷한 경험을 가진 다른 사람을 소개시켜주거나, 환자의 지역사회에서 활용할 수 있는 자원을 연결시켜 주었어야 했다.
 - 환자의 생각, 감정, 요구를 이해하기 위해 좀 더 많은 질문을 하고, 좀 더 잘 들어주었어야 했다.
 - 좀 더 긍정적이고, 지지해주며, 더욱 많은 희망을 심어 주었어야 한다.
 - 선택할 수 있는 옵션에 대해 알려주고, 선택에 따른 잠재적인 결과를 분석하며, 논리적으로 질문을 했어야 했다.
 - 위의 항목 중 해당사항이 없음. 치료사가 한 것에 대해 만족한다.

II. 치료적 소통모드 임상평가

지난 치료시간 동안 당신의 치료사가 다음 각각의 항목을 했는지 “그렇다” 또는 “아니다” 중 하나를 √로 선택하시오.

항목	그렇다	아니다	해당 사항 없음
1. 내 치료사는 내가 살고 있는 지역사회의 자원이나 사람들에 대한 정보를 주었다.			
2. 내 치료사는 나에게 무엇인가를 가르쳐주었다.			
3. 내 치료사는 내가 다양한 방법으로 무엇인가를 할 수 있도록 도움을 주었다.			
4. 내 치료사의 긍정적인 태도는 내가 할 수 없다고 생각했던 것을 할 수 있을 것이라 생각되게 했다.			
5. 내 치료사는 내가 대답하기 편하도록 아주 조심스럽게 질문을 하였다.			
6. 내 치료사는 장애인을 위한 법적, 교육적, 사회적 권리 등에 대해 이야기해 주었다.			
7. 내 치료사는 나에게 가장 중요한 것을 치료의 중점이 되게 했다.			
8. 내 치료사는 신념이 담긴 권장사항을 나에게 전달해준다.			
9. 내 치료사는 이야기를 할 때, 내가 정상이고 다른 사람들과 같다고 느껴지게 한다.			
10. 내 치료사는 병원/클리닉에 속하지 않은 지역사회의 개인, 사회 단체 및 장소를 알려주었다.			
11. 내 치료사는 내가 성취하는 바를 조절할 수 있게 해주었다.			
12. 내 치료사는 나와 비슷한 경험 또는 장애를 가진 사람들과의 만남을 도와주었다.			
13. 내 치료사는 내게 필요한 것들에 대해 이해하기 위해 필요한 만큼 많이 질문하고 경청하며 열심히 노력하였다.			
14. 내 치료사는 내가 무엇을 하는 것에 자신감을 갖게 만들었다.			
15. 내 치료사는 내가 다음단계로 할 것에 대해 선택할 수 있게 해주었다.			

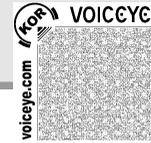


항목	그렇다	아니다	해당 사항 없음
16. 내 치료사는 내가 의사결정을 할 수 있게 해주거나, 하던 일을 완성할 수 있게 가이드 해줄 때 여러 가지 대안을 설명해주었다.			
17. 내 치료사는 내 생각과 느낌이 무엇이든지 이해하려고 노력하였다.			
18. 내 치료사는 내가 도움이 되지 않는 것을 지적하면 변경하거나 개선시켰다.			
19. 내 치료사는 치료과정 중 나를 능동적인 참여자, 의사결정자처럼 느끼게 하는 말 또는 행동을 하였다.			
20. 내 치료사는 내가 희망을 가지게 말을 하였다.			
21. 내 치료사는 나에게 진심으로 관심을 가지고 내 말에 귀 기울였다.			
22. 내 치료사는 나로 하여금 문제점을 보다 자세히 볼 수 있게 도와주었다.			
23. 내 치료사는 나에게 확실한 방향을 제시하였다.			
24. 내 치료사는 내가 잘하는 것을 알려주었다.			
25. 내 치료사는 나의 수행이나 행동을 개선할 수 있는 방법을 말해주거나 본보기를 보여주었다.			
26. 내 치료사는 자신의 경험에 대해 공유하여 내가 혼자가 아니라고 느끼게 해주었다.			
27. 내 치료사는 현재 일어난 일과 앞으로 일어날 일에 대해 설명해주었다.			
28. 내 치료사는 나의 문제를 감정을 배제하고 이성적으로 생각할 수 있게 도와주었다.			
29. 내 치료사는 내가 한 것에 대해 보상하거나 칭찬해주었다.			
30. 내 치료사는 내 문제점이나 활동을 다른 관점으로 생각할 수 있게 도와주었다.			

III. 개선지향 소통모드 임상평가

지난 치료시간 동안 당신의 치료사가 다음 각각의 항목을 했는지 “그렇다” 또는 “아니다” 중 하나를 √표로 선택하십시오.

항목	그렇다	아니다	해당 사항 없음
1. 내 치료사는 내가 살고 있는 지역사회의 자원이나 사람들에 대한 정보를 주었다.			
2. 내 치료사는 나에게 무엇인가를 가르쳐주었다.			
3. 내 치료사는 내가 다양한 방법으로 무엇인가를 할 수 있도록 도움을 주었다.			
4. 내 치료사의 긍정적인 태도는 내가 할 수 없다고 생각했던 것을 할 수 있을 것이라 생각되게 했다.			
5. 내 치료사는 내가 대답하기 편하도록 아주 조심스럽게 질문을 하였다.			
6. 내 치료사는 장애인을 위한 법적, 교육적, 사회적 권리 등에 대해 이야기해 주었다.			
7. 내 치료사는 나에게 가장 중요한 것을 치료의 중점이 되게 했다.			
8. 내 치료사는 신념이 담긴 권장사항을 나에게 전달해준다.			
9. 내 치료사는 이야기를 할 때, 내가 정상이고 다른 사람들과 같다고 느껴지게 한다.			
10. 내 치료사는 병원/클리닉에 속하지 않은 지역사회의 개인, 사회단체 및 장소를 알려주었다.			
11. 내 치료사는 내가 성취하는 바를 조절할 수 있게 해주었다.			
12. 내 치료사는 나와 비슷한 경험 또는 장애를 가진 사람들과의 만남을 도와주었다.			
13. 내 치료사는 내게 필요한 것들에 대해 이해하기 위해 필요한 만큼 많이 질문하고 경청하며 열심히 노력하였다.			
14. 내 치료사는 내가 무엇을 하는 것에 자신감을 갖게 만들었다.			
15. 내 치료사는 내가 다음단계로 할 것에 대해 선택할 수 있게 해주었다.			



항목	그렇다	아니다	해당 사항 없음
16. 내 치료사는 내가 의사결정을 할 수 있게 해주거나, 하던 일을 완성할 수 있게 가이드 해줄 때 여러 가지 대안을 설명해주었다.			
17. 내 치료사는 내 생각과 느낌이 무엇이든지 이해하려고 노력하였다.			
18. 내 치료사는 내가 도움이 되지 않는 것을 지적하면 변경하거나 개선시켰다.			
19. 내 치료사는 치료과정 중 나를 능동적인 참여자, 의사결정자처럼 느끼게 하는 말 또는 행동을 하였다.			
20. 내 치료사는 내가 희망을 가지게 말을 하였다.			
21. 내 치료사는 나에게 진심으로 관심을 가지고 내 말에 귀 기울였다.			
22. 내 치료사는 나로 하여금 문제점을 보다 자세히 볼 수 있게 도와주었다.			
23. 내 치료사는 나에게 확실한 방향을 제시하였다.			
24. 내 치료사는 내가 잘하는 것을 알려주었다.			
25. 내 치료사는 나의 수행이나 행동을 개선할 수 있는 방법을 말해주거나 본보기기를 보여주었다.			
26. 내 치료사는 자신의 경험에 대해 공유하여 내가 혼자가 아니라고 느끼게 해주었다.			
27. 내 치료사는 현재 일어난 일과 앞으로 일어날 일에 대해 설명해주었다.			
28. 내 치료사는 나의 문제를 감정을 배제하고 이성적으로 생각할 수 있게 도와주었다.			
29. 내 치료사는 내가 한 것에 대해 보상하거나 칭찬해주었다.			
30. 내 치료사는 내 문제점이나 활동을 다른 관점으로 생각할 수 있게 도와주었다.			
31. 나는 내 사적인 것을 이야기했고 내 치료사의 반응은 적절하지 않거나 완전하지 못했다고 생각한다.			
32. 내 치료사는 주의 깊게 듣지 않아 내가 하고자 했던 말을 이해하지 못하는 것처럼 보였다.			

항목	그렇다	아니다	해당 사항 없음
33. 내 치료사는 다양성에 대한 민감성이나 배려없이 말하거나 나를 대한다(예, 인종, 민족, 종교, 성별, 성적취향, 종교적 관점, 개인특성 등)			
34. 내 치료사는 지나치게 개인적이거나 사생활 침해적인 질문을 하였다.			
35. 내 치료사는 너무 많은 결정을 나에게 전가하여 나를 당황하게 만들었다.			
36. 내 치료사는 지나치게 분석적이고 나에게 맞지 않는 추론방법을 사용하려 했다.			

인권기반 작업치료 실천을 위한 연구

- 정신보건시설을 중심으로 -

발 행 일 : 2016년 7월

발 행 처 : (사)장애우권익문제연구소, (사)대한작업치료사협회

홈페이지 : <http://cowalk.or.kr>

연 락 처 : 02)2675-5364

주 소 : 서울 영등포구 의사당대로 22, 이룸센터 303호

인 쇄 처 : 리드릭(02-2269-1919)