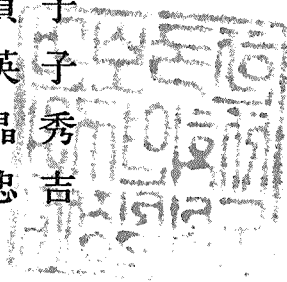


精神保健의 現況과 政策課題

南貞子
韓英子
崔晶秀
韓忠吉



韓國保健社會研究院



머 리 말

精神保健政策은 한 國家의 福祉水準을 가늠하여 볼 수 있는 하나의 指標이다. 先進國 進入을 눈앞에 두고 있는 現在 우리의 精神保健 水準은 ‘살만한 수준’에 살고 있는 우리자신의 良心과 道德의 거울일 수 있다. 본 연구원에서는 1993년도 『地域社會 精神保健 施行方案 研究』에 이어 금년에 『精神保健 醫療機關 現況과 精神疾患 罹患實態 및 精神醫療 서비스 支援方向에 關한 調查研究』를 보건사회부의 용역을 받아 수행하였다.

精神疾患의 罹患實態를 把握하기 위하여 340여 만건에 달하는 全國 醫療保險療養取扱機關의 지난 1년간 精神疾患者 診療實績資料를 의료보험관리공단과 의료보험연합회로부터 수집, 분석하였으며, 정신질환 관련 醫療資源 및 정신의료 서비스 實態 파악을 위하여, 전국 34개 精神病院과 23개 精神療養院을 연구진이 직접 방문하여 조사를 실시하였다. 이밖에도 美國에서 최근 개발된 ‘精神疾患者 早期發見 道具’를 우리나라의 保健所 단위 에 적용함으로써, 이러한 ‘도구’의 도입 가능성도 타진해 보았다.

또한 본 연구의 제2편에서는 地域社會精神保健을 위한 국립 및 사립 정신병원의 役割과 改善方案을 비롯, 정신보건전문인력으로서 정신간호사, 사회복지사, 임상심리사의 役割 및 課題에 관해 분야별 전문가의 의견을 제시하였다.

본 연구결과는 全國民醫療保險 실시 이후 우리나라 精神保健의 현황을 包括的으로 분석한 최초의 자료로서, 향후 精神保健政策 樹立에 있어서 귀중한 資料가 될 것으로 확신하는 바이다. 특히 精神病院과 精神療養院의 實態에 관한 조사결과는 이 분야의 자료가 거의 全無한 실정에서 그 활용도가 매우 클 것으로 기대되며, 관련 학계 전문가 및 政府 部處의 담당관들께 일독을 권하고 싶다.

本 研究는 본 研究院의 南貞子 책임연구원의 責任 下에 韓英子, 崔晶秀 책임연구원, 그리고 韓忠吉 보건복지부 과전관 등의 研究陣에 의해 完成 되었다.

研究陣들은 연구가 진행되는 동안 많은 助言과 協調를 해준 保健社會部 관계관들과 醫療保險聯合會 및 醫療保險管理公團 관계직원들, 調查對象 精神病院과 精神療養院의 關係者, 그리고 서울의대 김용익, 조맹제, 김운 교수와 아주의대 정영기, 김영문 교수, 연희신경정신과 김병후 원장께 感謝를 표하고 있다. 아울러 研究의 全過程에 참여하면서 일익을 담당했던 金南赫 임시 주임연구원과 분석화일의 構成과 分析에 도움을 준 전산실의 都世綠 책임연구원, 자료 정리를 담당하였던 張世媛, 金泰貞 연구원, 檢讀過程에 유익한 도움을 준 宋建鏞, 朴玉禧 박사께 감사하고 있다.

끝으로 본 報告書에 收錄된 모든 內容은 어디까지나 著者들의 意見이며 本 研究院의 公式見解가 아님을 밝혀둔다.

1994年 12月

韓國保健社會研究院
院 長 延 河 清

目 次

第 1 編 精神保健의 現況과 政策課題

第1章 序論	19
第1節 研究의 必要性	19
第2節 研究의 目的	23
第2章 研究內容 및 方法	24
第1節 研究內容	24
第2節 研究方法	24
1. 醫療保險 및 醫療保護 療養給與資料 分析	25
2. 現地調査	27
第3章 精神疾患 罹患實態	28
第1節 分析資料	29
第2節 精神疾患 有病水準	32
1. 全體 精神疾患	32
2. 重症·慢性精神障礙	45
第3節 結果에 대한 論議	50
第4章 精神醫療利用 實態	52
第1節 精神患者의 醫療利用實態	52
1. 精神患者의 醫療利用率	52
2. 精神患者 1人當 入院日數 및 外來訪問日數	52
3. 精神患者의 利用 醫療機關 現況	55
第2節 精神患者의 診療費 現況	58
第3節 醫療保護 精神患者의 醫療利用 實態	61
第4節 結果에 대한 論議	61

第5章 精神醫療施設 現況	64
第1節 精神醫療施設 現況	64
1. 精神醫療施設 및 病床 現況	64
2. 精神醫療施設의 地域的 分布	66
3. 中診療圈單位 精神醫療資源 分布	69
4. 精神障碍者의 中診療圈內 醫療機關 利用率	71
5. 入院 外來別 精神疾患別 醫療機關別 中診療圈內 醫療機關 利用率	74
第2節 結果에 대한 論議	75
第6章 精神病院 實態	77
第1節 患者現況	78
第2節 施設現況	79
第3節 人力現況	81
第4節 運營 프로그램 現況	82
第5節 結論	85
第7章 精神療養院 實態	86
第1節 患者現況	88
1. 在院患者 現況	88
2. 退院患者 現況	94
第2節 施設現況	95
1. 病室環境	95
2. 作業治療室	95
3. 看護師室, 重患者室 및 隔離室	96
4. 食事環境	97
5. 衛生環境	97
6. 體育·娛樂施設	98
7. 施設 環境에 대한 職員의 主觀的 評價	99

第3節 運營現況	100
1. 施設長 従事者 現況	100
2. 患者의 入退院과 關聯된 事項	102
3. 診療 및 投藥과 關聯된 事項	103
4. 患者의 保護管理와 關聯된 事項	104
5. 地域社會와의 關係	105
6. 行政機關에 대한 建議	107
7. 其他	108
第4節 結果에 對한 論議	109
第8章 精神保健人力 現況 및 需給	111
第1節 精神保健 專門人力의 範圍 및 役割	111
1. 精神醫療 社會事業家	112
2. 臨床心理士	113
3. 精神看護師	113
第2節 精神保健 專門人力 現況	114
第3節 精神科 專門醫 供給	117
1. 現況分析	117
2. 供給推計	120
第4節 精神科 專門醫 需要	123
第5節 結論	127
1. 精神科 專門醫 需給 比較	127
2. 精神科 專門醫 需給推計結果에 대한 論議	129
3. 結論	130
第9章 地域社會單位의 精神障礙者 早期發見 方案	131
第1節 研究背景	131
第2節 研究對象 및 方法	132
1. 對象機關 및 應答者의 選定	132
2. 研究方法	133

第3節 研究結果	137
1. 事前調査	137
2. 本調査	139
第4節 結果에 대한 論議	153
第5節 結論	155
第10章 結論	158
第1節 研究結果의 要約	159
第2節 政策提言	171
第3節 長·短期 政策方案	177
1. 短期的 對策	178
2. 長期的 對策	180
參考文獻	181

第2編 地域社會 精神保健에서의 主要 精神醫療 關聯 分野의 役割 및 課題

第1章 研究背景 및 目的	187
第2章 要約	189
第1節 國立精神病院의 問題와 發展方向	189
第2節 私立精神病院의 問題와 改善方案	193
第3節 社會福祉士의 役割 및 課題	200
第4節 精神看護師의 役割 및 課題	203
第5節 臨床心理士의 役割 및 課題	206
第3章 分野別 役割 및 課題	210
第1節 地域社會 精神保健에서의 國立精神病院의 역할 및 發展方向	210
(國立서울 精神病院 院長 李忠敬)	

第2節 私立精神病院의 改善方向	245
(龍仁 精神病院 企劃室長 李忠淳)	
第3節 地域社會 精神保健에서의 事例管理技法의 適用과 活用	302
(建國大學校 社會福祉學科 教授 黃成東)	
第4節 地域社會精神保健에서의 精神看護師의 役割과 課題	332
(梨花女大 看護學科 教授 李光子)	
第5節 地域社會 精神保健事業의 課題와 臨床心理士의 役割	362
(延世大學校 心理學科 教授 吳慶子)	
附錄	395
附錄 A. 附表	397
附錄 B. 調查票	401
1. 精神病·醫院 現況 調查票	401
2. 精神療養院 現況 調查票	420
3. 精神醫療機關 從事者 現況 調查票	445
4. 精神療養院 在院患者 現況 調查票	450
5. 精神療養院 退院患者 現況 調查票	451
6. 危險要因 評點票	452

表 目 次

第 1 編 精神保健의 現況과 政策課題

<表 2.1>	1993年度 精神疾患者 醫療保險/保護 療養給與 件數	26
<表 3.1>	國際疾病分類(ICD)에 따른 精神疾患 診斷分類	30
<表 3.2>	施設利用(收容) 精神疾患者 現況, 1993	31
<表 3.3>	人口 10万名當 精神疾患 有病率, 1993	32
<表 3.4>	性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(全體)	34
<表 3.5>	性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(男子)	35
<表 3.6>	性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(女子)	36
<表 3.7>	醫療保障種類別 人口 10万名當 精神疾患 有病率, 1993	42
<表 3.8>	醫療保護對象의 順位別 入院多頻度 傷病	44
<表 3.9>	社會福祉施設 類型別 醫療保護 精神疾患者數, 1993	44
<表 3.10>	分類基準別 重症, 慢性精神疾患者 分布, 1993	48
<表 3.11>	診斷基準에 의한 重症·慢性精神障碍者의 諸 特性	49
<表 4.1>	'93年度 精神疾患 4大 分類別 性別 入院/外來 利用件數	53
<表 4.2>	精神疾患者 1人當 入院日數 및 外來訪問日數	54
<表 4.3>	全體 保險(保護 包含) 診療費에 대한 精神醫療 診療費의 比率	58
<表 4.4>	疾患種類別 入院·外來 診療費	59
<表 4.5>	醫療機關別 診療費 實態	60
<表 4.6>	醫療保護 種別 診療實績	62
<表 5.1>	精神醫療機關 및 病床分布	64
<表 5.2>	精神病院의 國·公立과 民間 施設 分布	65
<表 5.3>	病床規模別 精神醫療施設 分布	65

<表 5.4>	市·道別 精神科 精神醫療施設 및 病床數 分布	66
<表 5.5>	精神科 醫療資源 保有 中診療圈 分布	70
<表 5.6>	精神障礙者 中診療圈 內 醫療機關 利用率	71
<表 5.7>	中診療圈別 精神障礙者의 地域 內 醫療機關 利用率(入院)	72
<表 5.8>	中診療圈別 精神障礙者의 地域 內 醫療機關 利用率(外來)	73
<表 5.9>	中診療圈別 精神障礙者의 地域內 醫療機關 利用率	75
<表 6.1>	專門精神病院 入院患者 現況 (診療費 支拂形態別)	78
<表 6.2>	專門精神病院의 病室環境	79
<表 6.3>	1病室當 病床數에 따른 專門精神病院 分類	80
<表 6.4>	專門精神病院의 人力別 1人當 入院患者數	81
<表 6.5>	精神科 專門醫 1人當 入院患者數에 따른 專門精神病院 分類	82
<表 6.6>	專門精神病院의 프로그램	84
<表 7.1>	地域別 調査對象 療養院 現況	87
<表 7.2>	調査對象 療養院의 設立年度	87
<表 7.3>	在院患者現況	88
<表 7.4>	在院患者의 一般的 特性	89
<表 7.5>	在院患者의 家族과의 關係	90
<表 7.6>	在院患者의 諸 特性別 在院期間 分布	91
<表 7.7>	在院患者의 諸 特性別 入院經路	92
<表 7.8>	在院患者의 諸 特性別 診斷分布	93
<表 7.9>	在院患者의 諸 特性別 療養費 負擔形態	93
<表 7.10>	退院患者의 一般的 特性	94
<表 7.11>	病棟의 區分 與否	95
<表 7.12>	作業治療室 및 作業治療士	96
<表 7.13>	看護師室, 中患者室 및 隔離室	96
<表 7.14>	營養士, 調理士, 取捨施設	97
<表 7.15>	衛生施設	98

<表 7.16> 體育·娛樂 施設	98
<表 7.17> 施設の 適切性에 대한 應答者의 主觀的 評價	99
<表 7.18> 從事者 現況	101
<表 7.19> 精神療養施設과 他福祉施設間의 支援人力 比較	101
<表 7.20> 患者의 入·退院과 關聯된 事項	102
<表 7.21> 退院關聯 事項	103
<表 7.22> 診療 및 投藥과 關聯된 事項	103
<表 7.23> 患者의 保護管理와 關聯된 狀況	105
<表 7.24> 地域社會와의 關係	106
<表 7.25> 自願奉仕者의 活用	107
<表 7.26> 事業遂行에 있어서의 行政機關에 대한 要望事項	108
<表 7.27> 運營基準 遵守 與否	108
<表 7.28> 其他 關聯政策 및 書類의 具備	109
<表 8.1> 精神醫療 社會事業家의 職務內容	112
<表 8.2> 우리나라의 精神保健人力 現況, 1994	114
<表 8.3> 精神醫療施設の 醫師, 看護師 및 保護人力 1人當 入院患者數	115
<表 8.4> 精神科 專門醫 推移	118
<表 8.5> 精神科 專門醫 現況, 1994	119
<表 8.6> 精神科 專門醫 供給 推定式	122
<表 8.7> 精神科 專門醫의 年齡別 供給推計 結果, 2000~2020	123
<表 8.8> 美國과 韓國의 醫師, 精神科 專門醫, 精神科 病床數 推移, 1970~1990	126
<表 8.9> 精神科 專門醫 需要 推計結果, 2000~2020	127
<表 8.10> 精神科 專門醫 需給 比較 結果, 2000~2020	128
<表 9.1> GHQ 點數分布	138
<表 9.2> Q DIS 診斷結果	138
<表 9.3> 調查對象者	139

<表 9.4>	1次 調査(GHQ) 面談者の 社會・經濟的 特性分布	143
<表 9.5>	1段階調査(GHQ)對象者の 保健醫療機關 來訪理由	144
<表 9.6>	GHQ 點數分布	145
<表 9.7>	GHQ 危險評點	147
<表 9.8>	Q DIS 面接者の 社會・經濟的 特性	149
<表 9.9>	Q DIS 面談結果	150
<表 9.10>	Q DIS 診斷結果와 專門醫 診斷結果 比較	151

第2編 地域社會 精神保健에서의 主要 精神醫療 關聯 分野의 役割 및 課題

<表 3.1>	精神醫療施設の 現況	222
<表 3.2>	精神醫療機關 病床 數의 國際間 比較	223
<表 3.3>	精神科 病・醫院 地域的 分布	223
<表 3.4>	6個 國立 據點 精神病院 建立	225
<表 3.5>	醫療人力別 病床當 適正醫療	239
<表 3.6>	精神醫療機關別 平均 및 50% percentile 在院日數	363
<表 3.7>	人口 10万名當 精神保健 專門人力의 數	374
<表 3.8>	美國 臨床心理學의 主要 沿革	376
<表 3.9>	臨床心理 專門家 修練過程 및 內容	378

圖目次

第 1 編 精神保健의 現況과 政策課題

<圖 1.1>	精神保健에서의 患者管理 모델	21
<圖 2.1>	研究內容別 研究方法	25
<圖 2.2>	分析화일別 分析內容	26
<圖 3.1>	全體 患者 中 醫療保險·保護 療養給與資料로부터 把握되는 患者現況	29
<圖 3.2>	性·年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率, 1993	37
<圖 3.3>	神經症性 障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993	38
<圖 3.4>	氣質的 精神障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993	39
<圖 3.5>	其他 精神障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993	40
<圖 3.6>	精神發育 遲延群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993	41
<圖 3.7>	醫療保障種類別 精神疾患 有病率의 年齡別 推移, 1993	43
<圖 4.1>	全體 精神患者의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993) ...	55
<圖 4.2>	氣質的 精神病群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993) ...	56
<圖 4.3>	其他 精神病群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)	56
<圖 4.4>	神經症性 障礙群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993) ...	57
<圖 4.5>	精神發育遲延群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)	57
<圖 4.6>	醫療機關別 診療費 分布(1993)	60
<圖 5.1>	市道別 精神醫療施設 分布	67
<圖 5.2>	市道別 精神醫療施設 病床 分布	67
<圖 5.3>	市道別 人口 10万名當 精神醫療 施設數	68
<圖 5.4>	市道別 人口 10万名當 精神醫療施設 病床分布	68
<圖 5.5>	市道別 全體 病床數와 精神科 病床數 集中度 比較	69

<圖 8.1> 全體 醫師 中 專門醫師 推移, 1975~1994	118
<圖 8.2> 精神科 專門醫 需要・供給 推移, 2000~2020(1994=100)	128
<圖 9.1> 患者發見過程	136
<圖 9.2> 道峰區保健所 患者發見過程	140
<圖 9.3> 任實郡 保健醫療院 患者發見過程	141
<圖 9.4> GHQ 點數分布	145

第2編 地域社會 精神保健에서의 主要 精神醫療 關聯 分野의 役割 및 課題

<圖 3.1> 地域社會精神保健 傳達體系 模型	233
<圖 3.2> 國立精神病院 役割 및 發展方向	234

第 1 編 精神保健의 現況과 政策課題

第1章 序論

第2章 研究內容 및 方法

第3章 精神疾患 罹患實態

第4章 精神醫療利用 實態

第5章 精神醫療施設 現況

第6章 精神病院 實態

第7章 精神療養院 實態

第8章 精神保健人力 現況 및 需給

第9章 地域社會單位의 精神障礙者 早期發見 方案

第10章 結論

第 1 章 序論

第1節 研究의 必要性

精神疾患은 다른 疾患들과는 달리 그 疾患의 특수성으로 인하여 患者管理를 위한 특별한 국가적 정책이 요구되는 疾患이다. 保健學에서는 질병의 예방을 1차, 2차, 3차로 구분한다. 이를 精神保健에 적용하면, 精神疾患의 發生을 豫防하는 것을 1차예방이라 하며, 精神疾患의 조기발견, 조기진단, 조기치료를 촉진함으로써 精神疾患의 慢性化와 再發을 防止하는 것을 2차예방이라 한다. 3차예방은 精神疾患으로 인한 精神的 缺陷과 부수적으로 발생하는 社會活動能力의 障礙를 줄이기 위한 再活治療 및 訓練을 의미한다.

아직까지 發生機轉이 분명하지 않은 精神患者에 대한 관리는 질병의 증상을 가능한 한 빨리 발견하여, 적절한 治療를 받도록 환자와 치료시설 간을 연계시켜주는 2차예방과 發病 後의 지속적인 事後管理를 통해 증상의 慢性化 防止와 社會生活 復歸를 위한 患者 再活에 중점을 두는 3차 예방사업의 중요성이 強調된다.

지난 30여 년간 地域社會 精神保健의 이념에 根據하여 전세계에서 시도되어 온 精神患者에 대한 관리모델은 이와 같은 保健學的 이해에 바탕을 두고 있다. 地域社會 精神保健의 精神患者 管理모델에서는 收容 위주의 精神患者 管理體系와는 다른 모델을 採擇한다.

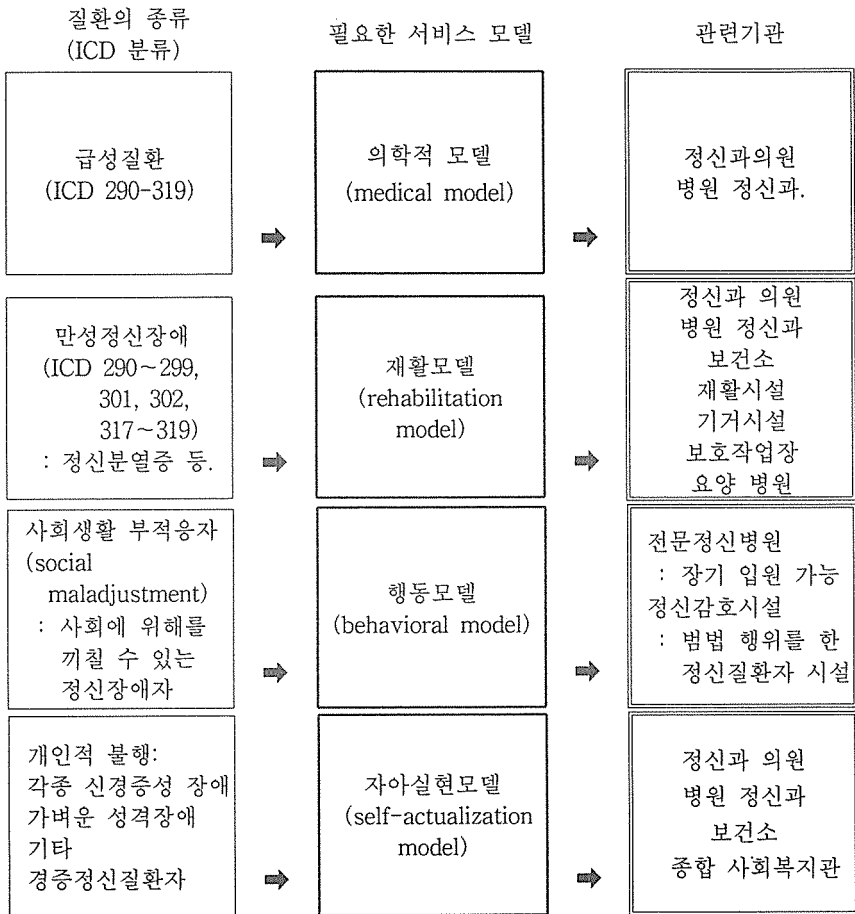
地域社會 精神保健에서 환자 관리모델의 主流를 이루고 있는 것은 ① 急性疾患(acute illness)을 위한 醫學的 모델(medical model) ② 慢性 精神障礙者(chronic disability)에 대한 再活모델(rehabilitation model) ③ 社會生活 不適應者(social maladjustment)에 대한 行態모델 (behavioral model) 그리고 ④ 個人的 不幸(personal unhappiness)에 대한 自我實現 모델(self-actualization model) 등이다(Foley H.A & Sharfstein; 1983).

첫째, 醫學的 모델에서는 醫師가 질병을 진단하고 原因을 규명하기 위한 노력을 계속한다. 진단에 의해 治療方法이 결정되며 豫後에 대해서도 다소 豫見할 수 있으며 病醫院은 의학적 모델에서 주요 시설이 된다.

둘째, 再活모델에서는 重症의 慢性精神障礙者가 대상이 된다. 이들은 치료 노력에도 불구하고 병이 長期化됨에 따라 사회생활에 필요한 능력을 상실하게 되며 결과적으로 經濟的 貧困에 처하게 된다. 따라서 이들은 治療에 대한 요구보다는 保護에 대한 요구가 우선되는 集團이다. 이들에게는 더 이상의 障礙의 심화를 방지하기 위한 3차예방이 강조된다. 즉, 환자들을 실제 社會場面에서 가능한 한 正常的으로 살아갈 수 있도록 돕는 것이다. 自身과 他人에게 위협하지 않은 중증의 慢性精神障礙者들이 의료 및 요양기관에서의 入院 및 收容이 장기화됨에 따른 社會復歸를 위한 機能의 喪失과 機會의 剝奪을 줄이고자 하는 것이 이 모델의 특징이다.

셋째, 行態모델의 대상은 日常的인 사회활동에의 適應이 거의 불가능하여 正常的인 사회규범에서 逸脫되어 있거나 사회에 어떤 해를 끼칠 가능성이 있는 精神疾患者들이다. 이 모델에서는 환자의 태도를 變化시키기 위한 報償과 處罰體制(Reward and Punishment System)가 사용된다. 장기 入院 및 收容을 통하여 문제가 되는 행동들에 대한 行動修正(Behavior Modification)이 이 모델의 核心이다.

넷째, 自我實現 모델의 對象은 사회적으로 끼치는 影響도 적고 사회생활에의 適應能力도 비교적 유지되고 있어, 일반인들은 이들을 精神疾患者로 認識하기 힘들지만 본인 자신은 不便을 느끼고 治療를 받기 원하는 환자들로서 ① 각종 神經症性障礙, ② 가벼운 정도의 性格障礙, ③ 기타 여러 가지 輕症의 精神疾患者들이 이 範疇에 해당된다(圖 1.1 참조).



<圖 1.1> 精神保健에서의 患者管理 모델

환자 관리모델에 따라 精神疾患者を 분류한다는 것은 현실적으로 매우 애매하고 論難의 대상이 되기 쉽다. 위의 네 가지의 모델로 患者群을 분류하는 것도 실제 적용하는 데 있어서는 重疊(overlap)되기 쉽기 때문에 精神疾患者を 위한 政策的 決定이나 프로그램의 開發에 있어 많은 혼란이

있을 수 있다. 그러나 精神保健서비스의 체계를 構築하기 위해서는 이와 같은 작업이 필수적이다. 따라서 많은 制限點에도 불구하고 精神保健 정책입안자나 행정가, 임상 의의에 의해 精神疾病者들을 定義하고 구분하기 위해 여러 가지 분류 방법이 고안되었다.

우리나라는 精神疾病者에 대한 관리모델이 정책적으로 결정되어 있지 않은 상태에서 收容·治療施設의 確保에만 관심이 집중되어 왔다. 따라서 필요병상수를 산정하기 위해 精神疾病者數에 대한 파악이 우선적으로 필요했다. 우리나라의 精神疾病者數는 과거, 정부가 精神疾患의 국제적 有病率을 적용하거나(보건사회부, 1988), 의료보험 적용인구의 醫療利用資料 분석을 기초로 推定하는 등의 방법으로 전인구의 1~2.16%로 추정되고 있다(보건사회백서, 1992).

세계 각국이 일찍부터 精神疾病者에 대한 국가의 도덕적 법률적인 책임을 강조해 왔다. 그러나 우리나라는 精神疾病者에 대한 責任을 대체로 患者 家族이 담당해 왔으며, 종교적 이념에 바탕을 둔 사설 기도원과 같은 施設들이 부양가족이 없거나 가난한 精神疾病者들을 많이 수용 관리하여 왔다. 최근 들어 精神疾病者 管理를 위한 포괄적인 精神保健對策이 필요하다는 인식이 확산되고 있으며 政府가 추진하고 있는 精神保健法의 制定도 이와 같은 노력의 일환이라고 하겠다. 그러나 精神保健政策을 수립함에 있어서 우리는 여러 가지 문제를 지니고 있다. 첫째, 精神疾患의 특성상 구분이 요구되는 의학적 서비스나 재활서비스와 같은 각종 서비스 모델의 대상자 규모를 파악하는 데 기초가 되는 질병의 유병률에 대한 정확한 자료가 없다. 둘째, 精神疾病者의 管理에 있어서 국가관리 대상자와 일반 환자에 대한 구분이 명확하지 않으며 이들 각 대상자의 규모에 대한 파악이 이루어지지 않고 있다. 셋째, 精神疾病者 管理施設에 있어서도 치료시설, 재활시설, 요양시설, 기타 특수시설 등이 각기 제공할 서비스의 종류에 따른 구분이 없으며 역할이 정립되지 못하고 있다. 넷째, 精神醫療 서비스體系 하에서 종사할 다양한 인력에 대한 수급계획이나 자격규정이 이루어지지 않고 있다.

이와 같은 상황에서 효율적인 국가적 차원의 精神疾患者 管理政策을 수립하기 위해서는 무엇보다도 精神疾患 罹患實態, 精神疾患 관련 醫療資源(인력 및 시설)實態 및 精神保健 醫療서비스 實態 등이 정확히 파악되어야 한다.

第2節 研究의 目的

앞에서 문제로 제기된 ① 精神疾患者 罹患實態, ② 精神疾患 關聯 醫療資源, ③ 精神醫療서비스 實態를 파악하기 위하여 이 研究가 설계되었고, 本 研究의 細部目的은 다음과 같다.

가. 精神疾患 罹患實態에 관한 基礎資料를 生産 및 分析한다. 특히 국가에서 우선적으로 관리해야 하는 重症의 慢性精神障礙者와 의료비 부담능력이 없는 精神疾患者數를 파악하며 그들의 의료이용 양상과 진료비에 관한 사항을 분석한다.

나. 精神疾患管理와 관련되는 施設, 人力에 관한 基礎資料를 生産·分析하고 장래의 需要와 供給을 推計한다.

다. 精神醫療機關의 서비스 실태, 문제점 및 애로사항 등을 파악하여 이를 근거로 精神醫療 서비스의 向上을 위한 政府의 支援方案을 모색한다.

라. 앞에 열거된 가, 나, 다 항의 研究目的과 관련하여 수집·분석된 자료를 기초로 精神保健醫療實態를 종합분석하여 우리나라에 적용가능한 效果의인 長·短期 精神疾患者 管理 對策을 제시한다.

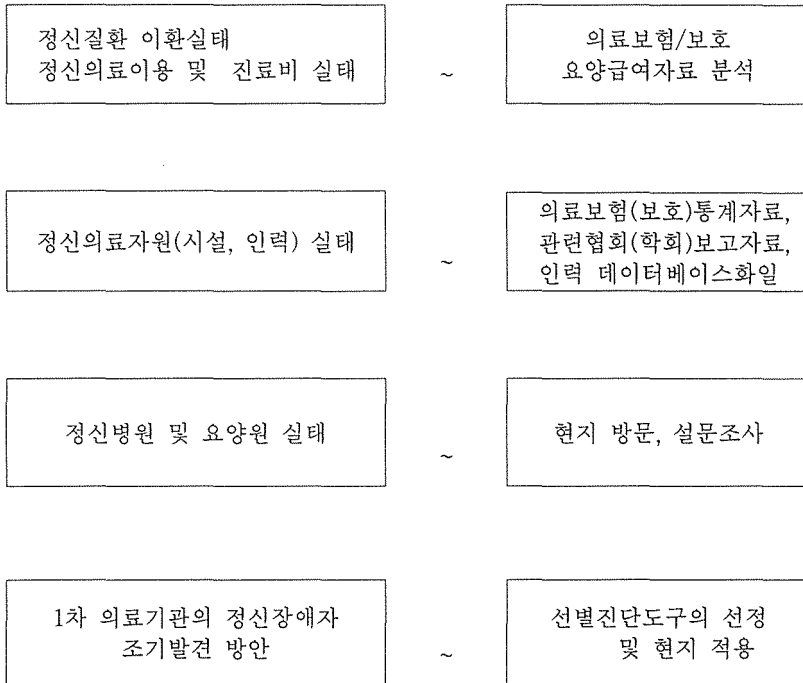
第2章 研究內容 및 方法

第1節 研究內容

本 研究의 內容은 크게 다섯 부분으로 나뉘어진다. 첫번째는 第3章의 精神疾患 罹患實態로서 精神疾患 數 및 有病率, 重症·慢性精神障者, 醫療保護對象 精神疾患, 사회복지시설에 수용되어 있는 精神疾患의 現況이 把握, 提示되고 있다. 두번째는 第4章의 精神醫療利用 및 診療費 實態로서, 精神疾患의 醫療利用頻度, 利用機關, 診療費 現況에 관해 논의되고 있다. 세번째는 第5章부터 第7章까지의 精神保健醫療施設 現況으로, 전반적인 精神保健醫療施設 現況과 함께 현재와 같은 입원(수용)위주 관리체계 하에서 주된 역할을 담당하고 있는 專門精神病院과 精神療養院에 대한 실태조사 결과가 제시되고 있다. 네번째로는 우리나라의 精神保健關聯人力의 現況과 특히 精神醫療人力 중 精神科 專門醫의 장래 需給이 第8章에서 논의되었으며, 마지막으로 第9章에서는 既存 保健醫療體系 내에서의 精神疾患 早期發見方案이 제안되고 있다.

第2節 研究方法

본 연구는 精神疾患에 대한 醫療保險 및 醫療保護 療養給與資料, 現地 調查資料, 그리고 기타 報告·統計資料의 分析을 토대로 이루어졌다. 즉, 醫療保險 및 醫療保護 療養給與資料로부터 精神疾患 罹患實態 및 精神醫療利用實態가 파악되었으며, 現地調查를 통해 專門精神病院 및 精神療養院의 現況이 파악, 제시되었다. 또한 精神疾患 早期發見方案의 마련을 위하여 선별진단도구의 현지적용이 시도되었으며, 기타 報告·統計資料를 기초로 關聯 施設 및 人力 전반에 대한 현황과 수급이 논의되었다(圖 2.1 참조).



<圖 2.1> 研究內容別 研究方法

연구내용별 구체적인 연구방법은 各章에서 다루기로 하고 다만, 중복될 소지가 있는 醫療保險 및 醫療保護 療養給與資料 分析과 現地調査에 대하여 간략히 설명하면 다음과 같다.

1. 醫療保險 및 醫療保護 療養給與資料 分析

精神疾患 罹患實態와 醫療利用 및 診療費 實態를 파악하기 위하여, 1993년 1월 1일부터 12월 31일까지 1년간 전국의 의료보험 요양취급기관에서 의료보험관리공단과 의료보험연합회에 청구한 진료비 청구명세서 중 精神疾患에 관한 요양급여자료를 분석하였다.

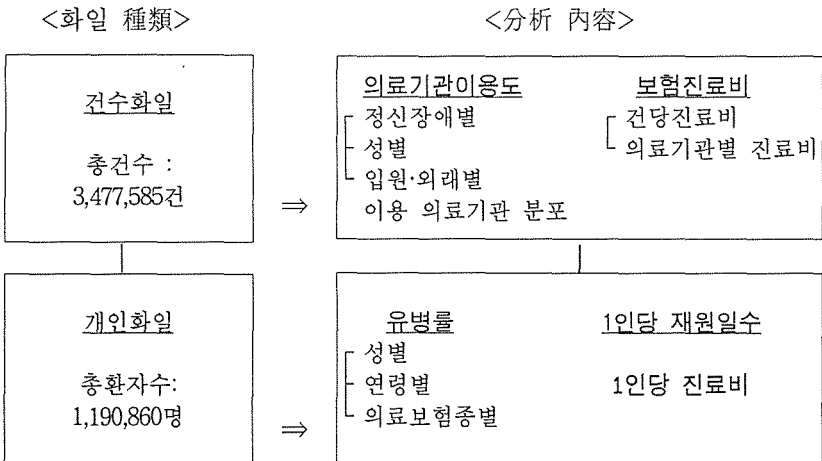
분석에 사용된 자료는 국제질병분류에 준하여 진단기호가 290~319에 이르는 정신질환에 관한 것으로, 총3,477,585건(외래: 3,238,506건, 입원: 239,079건)이었다(表 2.1 참조).

<表 2.1> 1993年度 精神疾患者 醫療保險/保護 療養給與 件數

(단위: 명)

구분	입원	외래	계
전체	239,079	3,238,506	3,477,585
직장	29,767	1,048,594	1,078,361
공교	11,008	411,738	422,746
지역	81,681	1,474,137	1,555,818
보호	116,623	304,037	420,660

分析화일은 파악하고자 하는 내용을 고려, 진료건별 화일(건수화일)과 환자별 화일(개인화일)의 두 가지로 구성하였는데(圖 2.2 참조), 환자별 화일 작성에 적용된 가정은 다음과 같다.



<圖 2.2> 分析화일別 分析內容

첫째, 保險種類(직장, 공교, 보호, 지역)간 적용대상의 상호이동이 없다.
둘째, 개인화일의 진단명은 최종 診療費請求明細書에 나타난 진단명을 기준으로 한다.
셋째, 주민등록번호가 불확실한 경우는 제외한다(의료보호환자의 약 0.1% 미만이 해당).

2. 現地調査

專門精神病院 및 精神療養院 實態를 파악하기 위한 현지조사는 9월 4일부터 10월 9일까지 약 1개월에 걸쳐 실시되었다. 『調査票』(부록 참조)는 정신과 전문의를 포함한 전문가 6인의 자문을 거쳐 제작되었으며, 연구진에 의한 사전조사 후, 실제조사는 3인의 훈련된 전문조사원에 의해 이루어졌다.

조사대상은 전문정신병원의 경우 전국 34개 전수였으며, 정신요양원은 전국 74개소 가운데 환자수와 지역을 고려하여 추출된 23개소였다.

조사결과, 전문정신병원은 4개 기관이 응답거부를 함으로써 30개 기관에 대한 자료가 수집되었고, 정신요양원은 표본추출된 23개 기관 전수로부터 자료가 수집되었다.

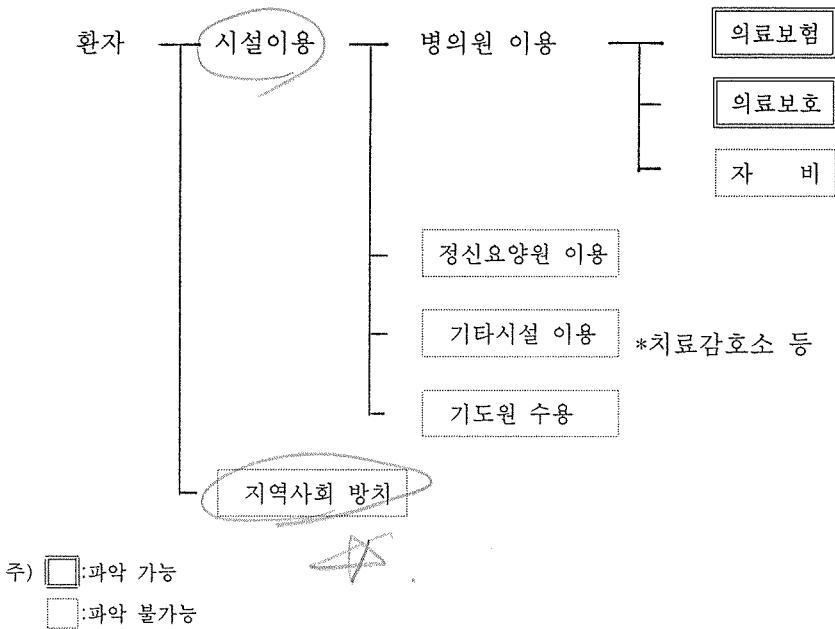
第3章 精神疾患 罹患實態

우리나라의 精神疾患患者數 추정에 활용되어 온 방법들은 크게 세 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 國際的 平均有病率을 적용하여 患者數를 추정하는 것으로, 국내의 관련 현황자료가 거의 없었던 1970년대까지 주로 국가 차원의 精神保健事業 기획에서 사용되었다. 두번째는 미국 등의 선진국에서 널리 사용되어 온 역학조사에 의한 방법으로서, 一般住民을 대상으로 한 面接調査를 실시하여 보다 정확한 유병률을 파악하는 것인데, 우리나라에서도 한정된 地域을 대상으로 과거 여러 차례 시도된 바 있으나(이정균 외, 1986; 이호영 외, 1986), 조사에 소요되는 막대한 費用과 努力 등의 이유로 아직까지 단 한번도 全國的 規模의 調査가 실시되지 못하였다. 마지막으로 세번째는 정신질환자의 醫療利用資料로부터 환자수를 추정하는 것인데, 1988년에 우리나라 총인구의 68%에 해당하는 의료보험 피보험자의 의료이용자료를 기초로 처음 실시되었으며(문옥륜 외, 1989), 그 결과는 최근까지 관련 정책의 수립에 활용되어 왔다.

전국민의료보장제도 하에서 볼 때, 상기의 방법 가운데 세번째 방법이 비교적 현실적으로 접근이 용이하다고 평가되지만, 실제로 可用한 정신질환자의 의료기관이용자료는 의료기관의 의료보험·보호 진료비청구에 대한 급여자료로서, ① 非醫療機關에 收容되었거나, ② 自費로 진료를 받은 경우 또는 의료보험의 연간 진료일수를 벗어난 경우, ③ 복합진단 등으로 진료비 청구명세서 상에 정신질환진단명이 기재되지 않은 경우에 있어서 대상자의 누락이 예상되며, 근본적으로는 현재와 같은 정신질환관리체계 하에서 지역 사회에 방치될 수 밖에 없는 많은 환자들이 제외 된다(圖 3.1 참조).

상기와 같은 제한점에도 불구하고, 전국적인 역학조사가 용이하지 않은 현 시점에서 전국민의료보장 이후의 의료이용자료를 통한 정신질환자수

추정이 나름대로 의의가 있다고 판단됨에 따라, 동 자료를 통한 환자수 추정을 시도하였으며, 이와 함께 정책의 우선순위 등을 고려, 대부분의 국가에서 우선관리대상이 되고 있는 중증 만성정신장애자수도 규명해 보고자 하였다.



<圖 3.1> 全體 患者 中 醫療保險·保護 療養給與資料로부터 把握되는 患者現況

第1節 分析資料

분석에 사용된 자료는 '93년 1월 1일부터 12월 31일까지 1년간 전국의 의료보험·보호 요양취급기관에서 관리된 정신질환자의 요양급여자료 총 3,477,585건(외래: 3,238,506건, 입원: 239,079건)이며, 정신질환으로는 국제질병분류(ICD)에 따른 진단기호 '290'~'319'를 모두 포함시켰다(表 3.1 참조).

64 194.623

<表 3.1> 國際疾病分類(ICD)에 따른 精神疾患 診斷分類

질병코드	질 병 명
(290~294)	기질적 정신병 상태
290	노인성 초로성 기질적 정신병
291	알콜성 정신병
292	약물성 정신병
293	일과성 기질적 정신병 상태
294	기타 기질적 정신병 상태(만성)
(295~299)	기타 정신병
295	정신분열증 정신병
296	정동성 정신병
297	편집상태
298	기타 비기질성 정신병
299	소아에 기원 특이성을 가진 정신병
(300~316)	신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 장애)
300	신경증성 장애
301	인격장애
302	성도착 및 성적 장애
303	알콜 의존성 증후군
304	약물 의존
305	비의존성 약물남용
306	정신적 요인에서 발생하는 생리적 기능장애
307	기타 비분류 특수증상과 증후군
308	급성 스트레스 반응
309	조정반응
310	기질적 뇌손상에 따른 비정신병적 정신장애
311	다른 곳에서 분류되지 않은 우울성 장애
312	다른 곳에서 분류되지 않은 행동장애
313	아동기 및 청소년기에 특이한 정서장애
314	소아기의 운동과다성 증후군
315	발육상 특수지원
316	다른 곳에서 분류된 질환에 관련된 정신요인
(317~319)	(정신발육지연)
317	가벼운 정신발육 지연
318	기타 명시된 정신발육지연
319	상세불명의 정신발육지연

이러한 진료건별 자료를 환자의 주민등록번호를 토대로 개인별 자료로 재구성한 결과, 해당진료건에 대한 환자수는 총 1,190,860명으로 나타났다.

여기에 보건사회부 환자조사 자료로부터 추정된 자비치료자 약 24만명과 정신요양원 및 기타 수용시설의 정신질환자수를 합할 경우, 우리나라의 총 정신질환자수는 약 145만명으로 인구 10만명당 3,300에 해당된다(表 3.2 참조).

본 연구에서는 총 정신질환자 145만여명 가운데 의료보험·보호 요양급여자료에서 확인된 1,190,860명(전체의 81.9%)을 대상으로 정신질환 분류별 유병현황을 분석하였다.

<表 3.2> 施設利用(收容) 精神疾患者 現況, 1993

()는 추정치임			
시설구분	환자특성	환자수	비 고
전체		1,454,242	
병·의원	계	(1,434,771)	
	의료보험	1,085,933	본 연구분석대상임
	의료보호	104,927	본 연구분석대상임
	자비, 기타	(243,911) ¹⁾	
정신요양원	계	17,605 ²⁾	
	의료보호	(13,000) ²⁾	
	자비	(4,500)	
기타 시설(치료감호소 등)		(500) ³⁾	
기도원		(5,000) ⁴⁾	

註: 1) '92 환자조사(보건사회부)결과의 특수병원 진료비지불방법별 외래환자수로 부터 추정(전체환자 구성비 → 의료보험/보호: 83%, 자비: 15%, 기타: 2%)

2) 정신요양원 의료보호 환자중 3,634명은 동 기간중 병·의원도 이용함으로써, 의료보호 요양급여자료에서 파악된 환자수에 이미 포함되었음.

3) 대한신경정신의학회, 『대한신경정신의학회년보』, 제9호, 1993년.

4) 비공식자료에 의해 파악한 수를 기초로 추정했음: 충남의 경우 41개 기도원에 853명의 정신질환자가 수용되어 있는 것으로 파악됨.

第2節 精神疾患 有病水準

1. 全體 精神疾患

국제질병분류에 따른 전체 정신질환(진단기호 290~319)의 인구 10만명 당 有病率은 <表 3.3>에서 보는 바와 같이 2703.5로 나타났다.

<表 3.3> 人口 10万名當 精神疾患 有病率, 1993

진단분류	코드	환자수	유병률
계		1,190,860	2703.46
(290~294)	(기질적 정신병 상태)	(32,169)	(73.03)
290	노인성 초로성 기질적 정신병	11,063	25.11
291	알코올성 정신병	11,678	26.51
292	약물성 정신병	3,951	8.97
293	일과성 기질적 정신병 상태	2,215	5.03
294	기타 기질적 정신병 상태(만성)	3,262	7.41
(295~299)	(기타 정신병)	(156,288)	(281.77)
295	정신분열증 정신병	80,051	181.73
296	정동성 정신병	34,291	77.85
297	편집상태	4,109	9.33
298	기타 비기질성 정신병	4,305	9.77
299	소아에 기원 특이성을 가진 정신병	1,363	3.09
(300~316)	(신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 장애)	(1,030,731)	(2,339.94)
300	신경증성 장애	633,401	1437.9
301	인격장애	7,957	18.06
302	성도착 및 성적장애	842	1.91
303	알코올 의존성 증후군	8,484	19.26
304	약물 의존	3,950	8.97
305	비의존성 약물남용	4,350	9.88
306	정신적 요인에서 발생하는 생리적 기능장애	120,205	272.89
307	기타 비분류 특수증상과 증후군	201,689	457.87
308	급성 스트레스 반응	6,216	14.11
309	조정반응	5,296	12.02
310	기질적 뇌손상에 따른 비정신병적 정신장애	10,000	22.70
311	다른 곳에서 분류되지 않은 우울성 장애	13,258	30.10
312	다른 곳에서 분류되지 않은 행동장애	1,307	2.97
313	아동기 및 청소년기에 특이한 정서장애	4,864	11.04
314	소아기의 운동과다성 증후군	3,521	7.99
315	발육상 특수지연	3,309	7.51
316	다른 곳에서 분류된 질환에 관련된 정신요인	2,082	4.73
(317~319)	(정신발육 지연)	(3,841)	(8.72)
317	가벼운 정신발육 지연	1,551	3.52
318	기타 명시된 정신발육 지연	1,196	2.72
319	상세불명의 정신발육지연	1,094	2.48

전체 정신질환자의 53.2%인 633,401명(유병률, 1.43%)이 신경증성장애(ICD 300)이며, 대표적 정신질환인 精神分裂症性 精神病(ICD 295)은 80,051명(유병률, 0.18%)으로 전체 환자의 6.7%였다.

산출방법 등의 차이¹⁾로 직접적인 비교는 어렵지만, 지역 및 인종간 유병률에 있어서 큰 차이를 보이지 않는 것으로 밝혀지고 있는 精神分裂症性 精神病的 경우 전 인구의 0.3~0.4%로 보고되고 있는데(Kaplan & Sadock, 1989), 우리나라는 정신요양원 등에서 관리되고 있는 환자중 88.1%²⁾를 차지하고 있는 정신분열증 환자를 포함할 경우 해당환자의 유병률은 인구의 0.22%에 달한다.

精神疾患 가운데 가장 높은 有病率을 나타낸 疾病群은 “神經症性 障礙, 人格障礙 및 非精神病的 精神障礙 (300~316)”로서 인구 10만명당 2,340로 나타났고, 두번째로 높은 疾病群은 “기타 정신병군(295~299)”으로 人口 10만명당 282였다. “氣質的 精神病 狀態群(290~294)”은 인구 10만명당 有病率이 73이었고 “精神發育 遲延群(317~319)”이 9로서 가장 낮은 有病率을 보여주었다(表 3.3 참조).

가. 性·年齡別 有病率

성 및 연령별 전체 정신질환의 진단별 유병률은 <表 3.4>, <表 3.5>, <表 3.6>과 같다.

1) 미국의 자료는 역학조사를 통해 파악한 평생유병률(lifetime prevalence rate)인 반면에 본 연구의 결과는 1년간의 환자에 관한 것이므로 기간 유병률(period prevalence rate)이며 엄밀한 의미에서는 치료유병률(treatment prevalence rate)이라고 볼 수 있음.

2) 정신요양원 실태에 관한 본 연구조사 결과

<表 3.4> 性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(全體)

질병코드	전체	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70+
계	2703.46	657.44	789.00	1653.10	3257.83	4588.90	5899.74	6135.59	4600.47
(N)	(1,190,800)	(41,778)	(63,665)	(143,002)	(265,835)	(225,580)	(238,556)	(140,081)	(72,363)
(290~294)	(73.03)	(44.32)	(28.13)	(29.22)	(58.38)	(92.17)	(128.77)	(221.42)	(317.74)
290	25.11	6.47	14.82	5.48	6.63	18.41	37.12	113.62	218.76
291	26.51	19.86	5.40	11.38	32.18	47.17	53.05	53.79	43.10
292	8.97	14.05	3.28	5.34	9.02	10.23	13.35	16.21	11.57
293	5.03	1.75	2.09	3.24	5.15	6.88	10.07	13.36	11.76
294	7.41	2.19	2.54	3.78	5.40	9.48	15.18	24.44	32.55
(295~299)	(281.77)	(23.88)	(71.56)	(377.81)	(461.95)	(394.23)	(371.22)	(324.82)	(295.32)
295	181.73	4.99	46.90	286.36	334.58	247.43	169.36	101.92	161.42
296	77.85	2.06	17.87	74.77	101.23	115.24	163.60	181.77	99.18
297	9.33	0.39	1.51	6.08	13.41	17.52	19.86	19.45	14.88
298	9.77	0.58	2.91	10.07	12.35	13.59	17.56	20.76	19.20
299	3.09	15.86	2.37	0.53	0.38	0.45	0.84	0.92	0.64
(300~316)	(2339.94)	(573.10)	(680.18)	(1239.15)	(2732.02)	(4016.29)	(5392.55)	(5579.55)	(3973.69)
300	1437.93	315.11	349.31	763.81	1710.98	2575.59	3363.94	3474.55	2386.92
301	18.06	1.49	8.90	19.65	27.40	28.95	25.47	17.70	22.31
302	1.91	0.83	1.26	1.51	2.55	2.73	2.70	3.15	2.10
303	19.26	0.72	1.81	5.02	26.69	47.66	51.42	34.91	29.31
304	8.97	9.99	10.88	2.80	4.34	8.91	11.48	22.60	26.89
305	9.88	2.31	4.45	4.55	9.72	17.66	21.17	24.44	23.84
306	272.89	29.44	60.81	136.72	309.38	472.50	681.91	741.93	547.76
307	457.87	89.95	159.10	251.63	548.30	804.76	1035.86	1030.67	740.71
308	14.11	3.57	7.16	9.43	17.23	25.10	27.23	23.91	19.58
309	12.02	4.50	9.95	9.59	15.12	17.45	18.28	14.89	13.10
310	22.70	7.40	12.91	13.34	20.26	30.92	43.18	62.11	63.38
311	30.10	1.64	3.77	11.93	29.38	48.84	88.96	101.22	70.70
312	2.97	4.83	8.12	1.20	1.08	1.10	1.09	1.49	1.34
313	11.04	31.72	24.45	2.10	2.03	3.07	4.25	5.17	5.47
314	7.99	32.21	12.15	0.84	0.92	1.51	2.55	4.34	4.45
315	7.51	36.24	3.17	1.28	1.26	1.95	3.59	7.36	8.07
316	4.73	1.15	1.98	3.75	5.38	7.59	9.47	9.11	7.76
(317~319)	(8.72)	(16.11)	(9.11)	(6.89)	(5.47)	(6.22)	(7.22)	(9.80)	(13.74)
317	3.52	6.85	3.94	2.55	2.18	2.62	2.77	3.50	4.96
318	2.72	3.52	3.26	2.90	1.70	1.55	1.93	3.85	4.90
319	2.48	5.74	1.91	1.44	1.59	2.05	2.52	2.45	3.88

<表 3.5> 性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(男子)

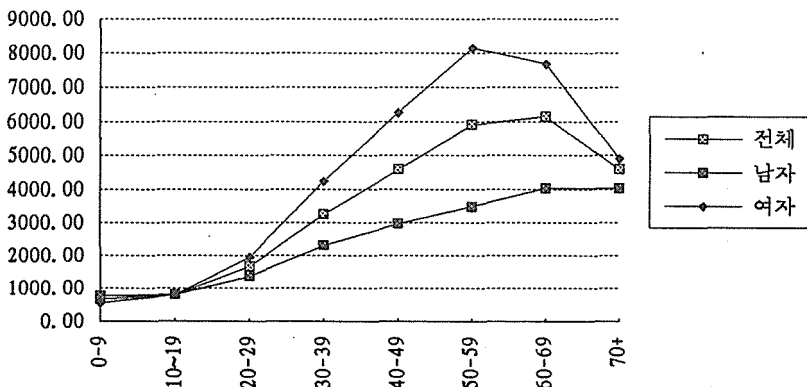
질병코드	전체	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70+
계	1902.97 (416,397)	765.34 (25,678)	796.71 (32,796)	1365.97 (58,645)	2306.89 (95,867)	2967.05 (73,952)	3491.27 (68,138)	4046.34 (39,038)	4036.34 (22,283)
(290~294)	(71.50)	(48.98)	(26.81)	(26.76)	(59.36)	(102.88)	(137.28)	(215.28)	(338.91)
290	20.06	6.65	14.07	6.10	4.62	12.56	31.87	101.16	221.35
291	31.47	22.86	6.02	9.32	37.44	66.44	70.30	62.19	51.99
292	7.18	15.59	3.86	3.61	6.18	6.90	8.51	10.78	6.16
293	4.38	1.79	2.58	2.82	4.48	5.18	8.15	12.23	14.31
294	8.41	2.09	2.48	4.91	6.64	11.80	18.45	28.82	45.10
(295~299)	(284.17)	(33.10)	(77.71)	(410.12)	(477.37)	(378.66)	(320.33)	(279.96)	(368.44)
295	200.77	5.69	52.76	326.58	369.93	259.06	175.23	108.52	226.61
296	61.13	2.38	17.37	67.94	84.20	89.63	110.06	128.42	98.72
297	10.09	0.42	1.58	6.31	13.38	19.90	22.80	25.19	21.19
298	7.62	0.80	2.82	8.73	9.60	9.71	11.68	17.10	20.83
299	4.56	23.81	3.18	0.56	0.26	0.36	0.56	0.73	1.09
(300~316)	(1537.87)	(663.22)	(678.33)	(921.89)	(1764.94)	(2400.89)	(3008.31)	(3542.62)	(3314.50)
300	896.62	343.63	337.65	565.14	1048.71	1478.31	1787.19	2119.57	1946.53
301	23.17	1.88	11.25	23.48	33.28	38.68	35.35	25.29	46.19
302	2.24	1.13	1.77	1.96	2.98	3.13	2.66	3.42	1.63
303	33.52	0.83	2.19	7.80	47.48	84.58	94.43	64.99	59.78
304	7.28	10.70	11.15	2.66	2.38	5.70	7.89	16.90	18.66
305	10.52	2.30	4.98	5.26	10.71	19.50	25.36	24.88	23.19
306	173.74	31.56	58.21	102.56	202.40	283.94	383.36	487.78	449.59
307	288.69	108.37	149.06	166.24	348.56	465.91	556.96	631.24	581.46
308	9.84	3.64	7.14	7.03	10.68	15.53	18.09	15.86	17.75
309	10.06	5.16	11.00	7.52	10.73	14.48	13.22	11.71	13.40
310	24.30	8.46	15.81	15.05	21.95	34.06	45.19	68.93	77.53
311	17.27	2.00	3.62	9.34	18.17	27.08	46.22	53.90	56.33
312	3.62	5.96	10.30	1.28	0.99	1.00	1.23	1.35	1.81
313	12.38	36.27	28.52	1.96	1.70	2.65	2.97	3.32	3.44
314	11.83	48.67	19.85	0.58	0.48	1.04	1.33	2.80	2.72
315	10.06	51.65	3.74	1.40	0.94	1.77	2.97	7.05	8.15
316	2.73	1.01	2.14	2.63	3.10	3.53	3.89	3.63	6.34
(317~319)	(9.45)	(20.03)	(11.61)	(7.20)	(5.22)	(4.94)	(4.95)	(8.61)	(14.49)
317	3.71	8.26	5.15	2.21	2.12	1.89	1.90	3.01	4.71
318	3.01	4.20	4.25	3.52	1.73	1.36	1.49	3.01	4.89
319	2.73	7.57	2.21	1.47	1.37	1.69	1.95	2.59	4.89

<表 3.6> 性 및 年齡別 人口 10万名當 精神疾患 有病率(女子)

질병코드	전체	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70+
계	3493.62 (774.463)	536.75 (16,100)	780.98 (30,869)	1936.01 (84,357)	4244.74 (169,968)	6257.01 (151,628)	8146.84 (170,418)	7664.55 (101,043)	4905.54 (50,080)
(290~294)	(74.55)	(39.11)	(27.25)	(31.63)	(57.36)	(81.17)	(120.85)	(225.97)	(306.30)
290	30.11	6.27	15.61	4.87	8.72	24.43	42.02	122.73	217.36
291	21.62	16.50	4.76	13.40	26.72	27.36	36.95	47.64	38.30
292	10.74	12.34	2.68	7.05	11.96	13.66	17.88	20.18	14.50
293	5.67	1.70	1.59	3.65	5.84	8.62	11.86	14.18	10.38
294	6.41	2.30	2.61	2.66	4.12	7.10	12.14	21.24	25.76
(295~299)	(279.40)	(13.57)	(65.14)	(345.97)	(445.94)	(410.22)	(418.68)	(357.65)	(255.75)
295	162.93	4.20	40.78	246.74	297.89	235.46	163.88	97.09	126.16
296	94.34	1.70	18.39	81.50	118.90	141.58	213.55	220.81	99.42
297	8.58	0.37	1.44	5.85	13.44	15.06	17.11	15.25	11.46
298	11.90	0.33	3.01	11.38	15.21	17.58	23.04	23.44	18.32
299	1.65	6.97	1.52	0.50	0.50	0.54	1.10	1.06	0.39
(300~316)	(3131.66)	(472.33)	(682.07)	(1549.53)	(3735.71)	(5788.07)	(7898.31)	(7070.25)	(4330.15)
300	1972.25	283.21	361.46	959.57	2398.31	3704.16	4835.05	4466.15	2625.07
301	13.02	1.07	6.45	15.88	21.30	18.94	16.25	12.14	9.40
302	1.58	0.50	0.73	1.08	2.10	2.31	2.72	2.96	2.35
303	5.19	0.60	1.42	2.27	5.12	9.70	11.28	12.90	12.83
304	10.63	9.20	10.60	2.94	6.37	12.21	14.82	26.78	31.35
305	9.24	2.33	3.90	3.86	8.69	15.76	17.26	24.12	24.19
306	370.76	27.07	63.53	170.38	420.41	666.44	960.45	927.93	600.85
307	624.87	69.34	169.56	335.76	755.61	1153.58	1482.67	1322.98	826.83
308	18.33	3.50	7.19	11.80	24.02	34.95	35.76	29.81	20.57
309	13.96	3.77	8.85	11.64	19.68	20.51	22.99	17.22	12.93
310	21.13	6.20	9.89	11.66	18.51	27.69	41.30	57.12	55.74
311	42.76	1.23	3.92	14.48	41.01	71.22	128.83	135.86	78.46
312	2.32	3.57	5.84	1.12	1.17	1.20	0.96	1.59	1.08
313	9.73	26.64	20.21	2.25	2.70	3.51	5.45	6.52	6.56
314	4.20	13.80	4.12	1.10	1.37	1.98	3.68	5.46	5.39
315	5.00	19.00	2.58	1.17	1.60	2.15	4.16	7.59	8.03
316	6.69	1.30	1.82	4.84	7.74	11.76	14.68	13.12	8.52
(317~319)	(8.01)	(11.74)	(6.50)	(6.61)	(5.74)	(7.54)	(8.99)	(10.70)	(13.32)
317	3.34	5.27	2.68	2.89	2.25	3.38	3.59	3.87	5.09
318	2.43	2.77	2.23	2.30	1.67	1.73	2.34	4.48	4.90
319	2.24	3.70	1.59	1.42	1.82	2.43	3.06	2.35	3.33

성별 전체 精神疾患 有病率을 보면, 여자가 남자보다 약 1.8배 높은 것으로 나타났다는데, 특히 신경증성 장애(ICD 300), 정신적 요인에서 발생하는 생리적 기능장애(ICD 306), 다른 곳에서 비분류된 특수증상과 증후군(ICD 307)에서 여자의 유병률이 남자에 비해 매우 높았다. 반면, 정신분열증, 알콜성 정신병, 인격장애 등을 포함한 13개 질환에서는 남자의 유병률이 여자에 비해 높은 수준을 보였다.

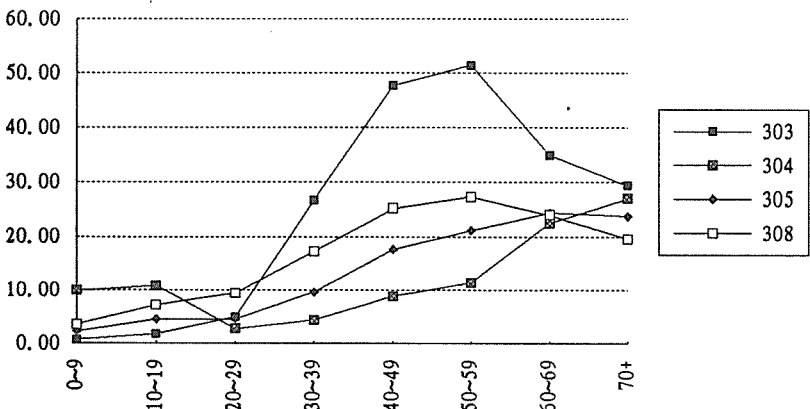
여자에게서 특히 높은 유병수준을 보이고 있는 상기의 세 개 精神疾患은, 다른 연구에서도 보고되었지만(Davis, 1962: Gurin et al., 1960: Langner and Michael, 1963: Leighton et al, 1963: Phillips, 1966), 성별 실제 有病率의 차이라기 보다는 남·여간의 질병에 대한 인지도와 의료이용의 차이에 기인한다는 해석이 일반적이다(Phillips and Segal 1969: Cooperstock, 1971). 특히 情緒的인 문제나 葛藤에 대해서는 女性이 男性보다 이를 자주 表現하는 경향이 있으며 그로 인해 의료기관을 찾는 傾向이 높다는 점을 指摘한 研究들이 적지 않다(Cooperstock, 1971; Elpern and Karp's, 1984). 이와 같은 점을 감안하면, 우리나라에서도 性別 有病率 差異에 대한 보다 심층적인 研究가 필요하다고 본다.



<圖 3.2> 性·年齡別 人口 10万當 精神疾患 有病率, 1993

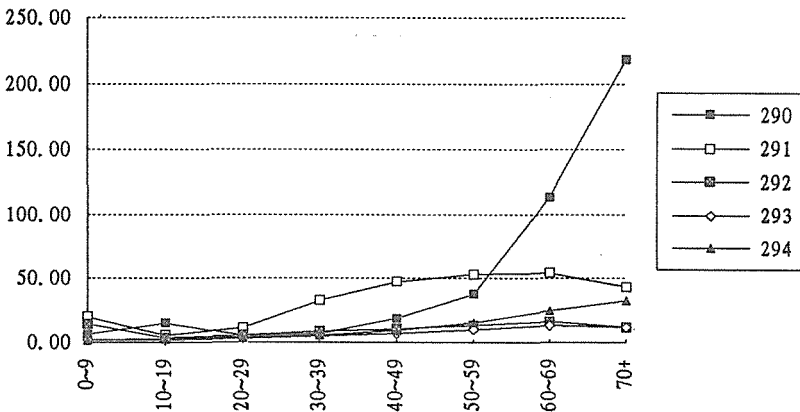
또한 성·연령별 인구 10만명당 精神疾患 有病率을 보면, 전체적으로 有病率은 20대부터 급격히 증가하여 50~60대에 頂点を 이루다가 다시 減少하는 경향을 보이는데, 여자의 경우 특히 50대에서 남자와의 차이가 크게 나타나고 있다. 즉, 50대의 인구 10만명당 有病率은 남자의 경우 3,942이며 여자는 남자의 2.3배가 넘는 9,271이다(圖 3.2 참조).

年齡별 각 질병군의 有病率을 구체적으로 살펴보면, 가장 높은 有病率을 나타내고 있는 “神經症性 障礙, 人格障礙 및 非精神病的 精神障礙 (300~316)”군에는 일상생활에서 누구나 쉽게 경험하는 여러 가지 神經過敏性 機能障礙들을 위시해서 急性스트레스反應, 調整反應 등 다른 群에 포함시킬 수 없는 疾患들을 포함해 17개의 疾病이 포함되어 있는데, 그 中 신경증성장애(300)는 60대까지 지속적으로 증가 경향을 보이고 있으며 알콜依存性 症候群(303)의 경우는 20대에서부터 增加하기 시작하여 40~50대에 정점을 이루다가 60대에 減少 추세를 보이고, 非依存性 藥物濫用은 20대부터 서서히 증가하기 시작하여 60대 이후까지 증가 경향을 나타내고 있다(圖 3.3 참조).



<圖 3.3> 神經症性 障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993

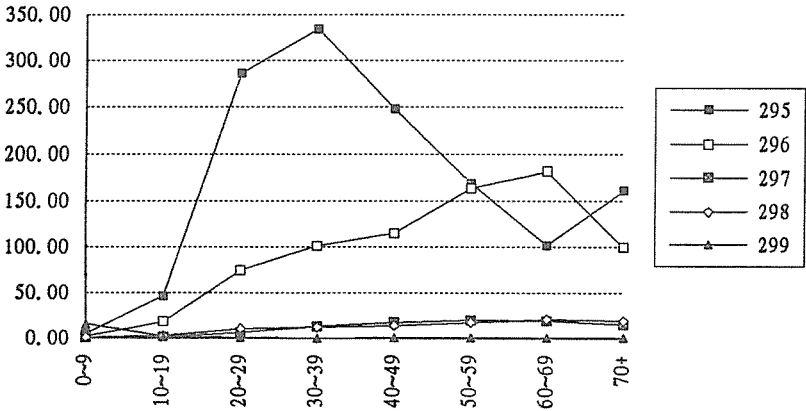
“氣質的 정신병 상태(290~294)”군은 腦細胞의 병변으로 인해 발생하는 원인이 확실한 것으로서, 그 중 “老人性 및 初老性 氣質的 精神病 狀態(290)”는 40대 이후 증가하기 시작하여 70대 이상에서 人口 10만명당 유병률 232를 나타내었고, “알코올性 精神病”은 30대 이후부터 증가하여 40대에서 70대에 이르면서 人口 10만명당 유병률이 50 내외에 머물고 있으며, 기타 “藥物性 精神病(292)”, “一過性 氣質的 精神病 狀態(293)” 및 “기타 氣質的 精神病 狀態(慢性)”의 경우는 유병률이 全年齡 區間에서 人口 10만명당 50 이하로 낮게 나타났다(圖 3.4 참조).



<圖 3.4> 氣質的 精神障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993

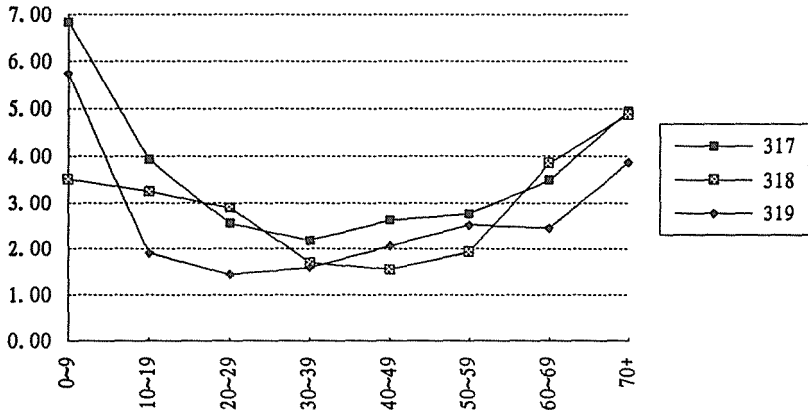
또한 병리적으로 아무런 病度도 확인할 수 없는 精神病이 속해 있는 “기타 精神病(295~299)”群에서는, 精神分裂症의 경우 人口 10만명당 유병률이 20대에서 287이고 30대에는 355로서 頂点を 이루다가 40대 이후 급속하게 떨어지고 있다. 이는 40대 이후에 患者數가 급격히 감소한다기

보다는 精神分裂症이 慢性化의 과정을 밟는 代表的인 疾患으로서, 40대 이후에는 치료를 抛棄하거나 대부분 비의료시설에 수용되는 경우가 많기 때문일 것으로 추측된다. 이와 같은 사실은 우리나라의 精神療養院에 수용되어 있는 患者의 대부분(80% 이상)이 精神分裂症 患者라는 점에서도 나타나고 있다(圖 3.5 참조).



<圖 3.5> 其他 精神障礙群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993

마지막으로, “精神發育遲延(317~319)”群은 지능의 發達不全을 분류한 群으로서 국제질병분류 상에서는 精神疾患(mental disorders)에 포함시키고 있으나 우리나라의 경우 이들을 障礙人으로 분류하여 障礙人福祉法의 적용대상이 되고 있다. 따라서 이들의 一部는 障礙人 施設에서 시설보호를 받고 있으며, 疾患群의 유병률은 人口 10만명당 16 이하로서 他疾患群에 비해 낮은 수준이다(圖 3.6참조).



<圖 3.6> 精神發育 遲延群의 年齡別 人口 10万名當 有病率, 1993

나. 醫療保障種別別 有病率

醫療保障種別別 精神疾患 有病률을 살펴보면 <表 3.7>과 같다.

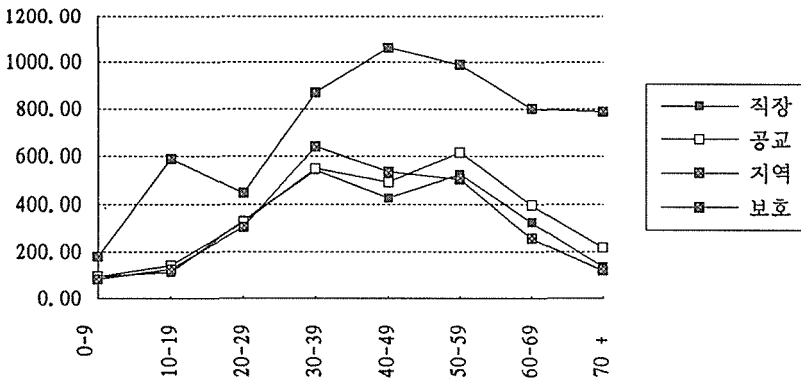
인구 10만명당 정신질환 유병률은 직장이나 지역의료보험의 경우에는 각각 2,496과 2,571로써 평균 유병률인 2,703보다 낮았으나, 공·교의 경우는 평균 유병률보다 다소 높은 인구 10만명당 2,837로 나타났다. 그러나 醫療保護 대상자의 精神疾患 유병률은 4,434로써 평균보다 1.6배나 높았다.

질환분류별로는 정신분열증의 경우, 의료보호가 인구 10만명당 975로 나타나 유병률이 가장 낮은 職場醫療保險의 94보다 10배나 높게 나타났다. 또한 30개 세부진단 중 유병률이 가장 높은 神經症性 精神疾患의 경우에도 醫療保護는 인구 10만명당 1,629로써 의료보험대상자의 평균 1,400에 비해 1.2배였다.

<表 3.7> 醫療保障種類別 人口 10万名當 精神疾患 有病率, 1993

질병코드	전 체	직 장	공 교	지 역	보 호
계	2703.46 (1,190,860)	2496.31 (403,547)	2837.25 (134,188)	2571.07 (548,198)	4434.78 (104,927)
(290~294)	(73.03)	(28.52)	(235.72)	(32.21)	(403.22)
290	25.11	12.71	19.28	10.41	248.44
291	26.51	6.94	130.54	12.10	86.12
292	8.97	2.43	59.69	2.29	10.40
293	5.03	2.32	20.59	2.72	12.09
294	7.41	4.12	5.62	4.69	56.17
(295~299)	(281.77)	(180.27)	(233.20)	(278.68)	(1125.73)
295	181.73	94.26	120.35	169.15	974.51
296	77.85	66.84	90.39	78.76	102.24
297	9.33	7.67	9.49	8.63	24.51
298	9.77	7.79	9.35	9.87	21.05
299	3.09	3.71	3.62	2.40	3.42
(300~316)	(2339.94)	(2281.62)	(2357.35)	(2264.42)	(2856.56)
300	1437.93	1409.10	1492.99	1390.43	1628.70
301	18.06	13.70	17.85	19.29	33.26
302	1.91	1.48	3.87	1.47	4.44
303	19.26	10.50	12.33	19.31	88.21
304	8.97	1.31	1.88	1.57	140.07
305	9.88	4.26	4.61	5.61	94.97
306	272.89	278.75	271.53	264.37	250.76
307	457.87	455.48	428.69	460.68	403.97
308	14.11	12.06	15.82	12.85	32.92
309	12.02	12.33	14.65	11.03	10.90
310	22.70	17.91	20.87	18.31	93.62
311	30.10	29.19	35.12	29.44	25.36
312	2.97	2.70	3.15	2.87	4.61
313	11.04	11.62	10.93	10.44	10.19
314	7.99	8.41	9.79	6.56	12.64
315	7.51	7.98	8.20	6.10	13.95
316	4.73	4.84	5.07	4.09	7.99
(317~319)	(8.72)	(5.92)	(10.97)	(5.62)	(49.27)
317	3.52	2.40	4.46	2.57	17.12
318	2.72	1.63	2.20	1.37	22.65
319	2.48	1.89	4.31	1.68	9.50

의료보장종류별 정신질환 유병률의 연령별 추이를 보면, 의료보호를 제외한 직장, 공·교, 지역의료보험에서는 각 연령구간에서 비슷한 유병률 수준을 나타내고 있다(圖 3.7 참조).



<圖 3.7> 醫療保障種類別 精神疾患 有病率의 年齡別 推移, 1993

이처럼 의료보호대상이 기타 대상에 비해 높은 정신질환 유병수준을 보이고 있는 것은, 빈곤한 계층의 정신질환 발생률이 높아서라기 보다는 정신질환이 장기화되면서 사회적 기능을 상실하거나 또는 가족으로부터 버림받아 시설에 수용되면서 의료보호 대상이 됨에 따른 것이다.

이와 같은 현상은 전체 의료보호대상의 입원 다빈도 상병과 6개 사회복지시설 수용자(시설보호) 중 정신질환자의 비율 등을 통해 간접적으로 입증되고 있는데, 즉 입원 다빈도 상병의 경우, 정신분열증성 정신병이 진료건수, 입원일수, 총진료비면에서 1위로 나타나고 있고 그 밖에도 10순위 내에 인격장애, 알콜 의존성 증후군, 간질, 정동성 정신병이 포함되어 있

다(表 3.8 참조). 또한 아동복지시설을 포함한 6개 사회복지시설에 수용되어 있는 의료보호대상자 가운데 1993년 1년간 정신질환으로 의료기관을 이용한 환자의 비율이 부랑인시설의 경우 전체 수용자의 40.7%, 노인복지시설은 16.9% 등으로서 전체 시설보호 대상의 약 18%인 13,491명이 정신질환자로 나타나고 있다(表 3.9 참조).

<表 3.8> 醫療保護對象의 順位別 入院多頻度 傷病

순위	999분류 상병명	진료건수 (건)	입원일수 (일)	총진료비 (원)
1	295 정신분열증성 정신병	87,816	2,730,888	41,371,687
2	571 만성간질환 및 경변	8,391	137,712	5,669,600
3	250 당뇨병	4,976	96,931	3,705,232
4	540 급성충수염	3,997	36,952	2,291,535
5	301 인격장애	3,676	106,604	1,729,990
6	303 알코올 의존성 증후군	3,521	91,189	1,460,113
7	291 알코올성 정신병	3,313	92,925	1,506,789
8	496 폐색성 폐질환	3,191	49,598	2,208,020
9	345 간질	3,087	79,940	1,541,207
10	296 정동성 정신병	3,028	90,214	1,397,137

<表 3.9> 社會福祉施設 類型別 醫療保護 精神疾患患者數, 1993

사회복지시설 유형	의료보호대상자(A)		의료보호 정신장애 수진자(B)		B/A %
	수	%	수	%	
전 체	76,211	100.00	13,491	100.00	17.70
아동복지시설	22,651	29.72	1,064	7.89	4.70
노인복지 시설	8,221	10.79	1,389	10.30	16.90
부녀복지시설	3,592	4.71	241	1.78	6.71
장애인복지 시설	11,787	15.47	1,268	9.40	10.76
부랑인복지시설	14,486	19.01	5,895	43.70	40.69
정신 요양시설	15,474	20.30	3,634	26.93	23.48

資料: 보건사회부·의료보험관리공단, 『'93 의료보호통계』, 제2호, 1993.

醫療保護 精神患者의 성별 구성비율을 보면, 남자가 63.5%로서 여자보다 많았으며 연령별로는 30대가 13.5%, 40대가 18.6%, 50대가 약 19%로 30대부터 50대까지의 생산연령층이 전체의 51.1%나 차지하고 있다.

醫療保護대상자 중 精神患者의 比率이 높게 나타나고 있는 것은, 앞서 언급된 바와 같이 精神疾患의 특수성과 관련되지만 현 의료보호제도의 矛盾에도 그 원인이 있다. 즉, 정신질환자의 입원을 代替할 수 있는 프로그램이 거의 전무한 실정에서 精神患者는 전문정신병원이나 精神療養院에 입원 또는 수용되었을 때에 한하여 醫療保護의 혜택을 받을 수 있음으로 인해, 환자가족은 환자의 퇴원을 기피하게 됨으로써 醫療保護患者의 長期 收容이 초래되고 있기 때문이다.

2. 重症·慢性精神障礙(severe and persistent mental illness)

“重症, 慢性精神障礙”는 정신장애 중에서도 優先적으로 관심을 기울여야 하는 對象이다. 따라서 이들에 대한 범위 規定과 우리나라 重症, 慢性精神障礙의 수준 및 특성에 관해 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 重症·慢性精神障礙의 定義 및 分類基準

“중증, 만성정신장애자”란 “精神疾患으로 인해 重한, 그리고 持續的인 不能을 가져온 사람을 말한다(Hargreaves, 1988)”. 보다 구체적으로는, “慢性精神障礙者란 자신의 개인위생(personal hygiene), 자기관리(self care), 자기지시(self direction), 對人關係, 사회적 교류(social transaction), 學習, 오락 등과 같은 日常生活의 기본적인 측면 중 세 가지 이상에서 機能的 能力的 發達과 경제적 自立을 저해하는 어떤 精神的 또는 情緒的 장애(기질적 뇌증후군, 精神分裂症, 재발성 우울증, 재발성 조울증, 妄想症 또는 기타 慢性이 될 수 있는 기타 精神 神經症의 障礙)로 인하여 고 통받고 있는 사람”을 말한다(Goldman et al., 1981, p.23).

Minkoff(1978)는 중증, 만성정신질환을 特性에 따라, ① 慢性精神疾患(the chronically mentally ill), ② 慢性 精神的인 不能(the chronically mentally disabled), ③ 慢性精神疾患者(the chronic mental patient)의 세 가지의 그룹으로 나누었는데, 그것이 오늘날 중증, 만성정신질환의 개념적인 토대가 되었다. 여기에서 慢性精神疾患(the chronically mentally ill)이란 진단명을 기준으로 한 것이며, 慢性 精神的인 不能(the chronically mentally disabled)은 機能的인 역할(직업적 또는 가정적 역할)수행 상의 부분적인 또는 전체적인 損傷과 관련된다. 또한, 만성정신질환자(the chronic mental patient)란 入院期間과 입원의 持續性, 그리고 입원회수와 같은 入院 關聯 特性을 기준으로 하고 있다. 오늘날의 “중증 만성정신장애”의 개념은 Minkoff의 만성 정신적인 불능(the chronically mentally disabled)과 가장 類似하다고 할 수 있다.

미국의 경우, 1970년대 후반부터 정신과 醫師, 政策立案者, 行政家, 연구자들이 중증 만성정신질환자를 定義하기 위해 많은 노력을 기울여왔다(Bachrach, 1988; Skarrvedt, 1987). 初期에는 주립정신병원에 한번 이상 入院했던 경험이 있는 患者를 모두 그 범주에 포함시켰는데, 그 이유는 그 당시 重한 患者들의 대부분이 주립정신병원에 收容되었기 때문이다. 이후 脫院化가 시작되고 地域社會 精神保健 事業이 定着되어 가면서 이集團에 대한 새로운 定義가 필요하게 되었다. 정의의 기준은 收容施設 入院經驗, 疾病의 種類, 機能的인 不能의 程度와 질병의 持續期間으로 옮겨왔다(Krauss JB and Slavinski, 1982).

重症 精神疾患의 정의에 관한 지난 10여 년간의 研究文獻을 고찰해 보면, 대부분의 연구자들은 어떤 형태로든 간에 ① 診斷(diagnosis), ② 不能(disability), ③ 期間(duration)에 관한 기준을 사용하고 있음을 알 수 있다. 다만, 정확한 구분과 각각의 기준에 관한 상대적인 중요성에 따라 차이가 있는데, 診斷과 不能에 관한 基準은 대체로 연구자들 간에 同意가 이루어진 反面에 기간이나 서비스의 利用度를 정의하기 위해 사용한 기준은 연구자마다 多樣했다.

미국 國立精神保健研究院(NIMH)의 1987년 定義를 살펴보면 첫째, 診斷으로는 기타 精神病(295~299)과 人格障礙(301)가 포함되고 둘째, 不能(disabilities)은 다섯 가지 기능장애(dysfunction)³⁾ 가운데 세 가지 이상을 지닌 경우가 셋째, 期間에 대한 基準은 과거 입원 경력이나 질병 또는 불능으로 인한 장기간의 外來 이용 경험에 있는 경우가 해당되며, 여기에 추가하여 일반적으로 長期間의 치료, 재할 또는 사회적 지지를 요하는 경우를 기술하고 있다(Schinnar, 1990).

본 연구에서는 “중증, 만성정신질환”에 대한 Goldman과 Mincoff의 概念的인 정의와 '87년도 미국 국립정신보건연구원의 조작적 정의(operational definition)를 참고하여, 의료보험 급여명세서에 나타나 있는 變數를 중심으로 다음과 같은 기준을 설정하였다.

- ① 診斷에 대한 基準: 일과성 氣質의 精神病 狀態(293)를 제외한 모든 기질적 정신병 상태(290~292, 294), 기타 精神病(295~299), 인격장애(301), 性倒着 및 性的 障礙(302), 精神發育遲延(317~319)를 포함한다.
- ② 不能(disabilities)에 대한 基準: 社會福祉 施設에 수용되어 있는 경우로 한다.
- ③ 期間에 대한 基準: 年間 診療日數를 기준으로 3개월 이상인 경우와 6개월 이상인 경우의 두 가지로 구분하여 포함한다.

나. 重症·慢性精神障礙者數 및 有病率

앞서와 같이 정의된 分類基準에 의하여 환자수 및 유병률을 算出한 결과는 <表 3.10>과 같다.

3) 精神醫療 시스템이나 法廷의 개입을 요하는 사회적 행위, 基本的인 욕구나 일상생활 활동상의 가벼운 缺損, 사회적 機能上的 중정도 결손, 職業遂行上的 중정도 결손, 非職業的 활동상의 中程度 결손 등.

<表 3.10> 分類基準別 重症, 慢性精神疾患 分布, 1993

정의기준	적용기준			중증 지속적 정신질환	
	진단 ¹⁾	시설수용	기간	명	비율 ²⁾
<단독기준>					
진단 단독	○			166,713	14.0
시설수용 단독		○		26,671 ³⁾	1.1
기간 단독			3월	164,241	13.8
			6월	76,727	6.4
<복합기준>					
진단 또는 시설수용	○	○		169,724	14.3
진단 또는 기간	○		3월	252,804	21.2
			6월	196,109	16.5
진단 또는 수용 또는 기간	○	○	3월	254,710	21.4
			6월	198,348	16.7
진단과 기간			3월	78,150	6.5
			6월	47,331	3.9

註: 1) 진단은 ICD분류의 290, 291, 292, 294, 295~299, 301, 302, 317, 318, 319 포함.

2) 연간 의료기관을 이용한 총정신장애자(1,190,860명)에 대한 비율임.

3) 정신요양원에 수용되어 있는 환자 중 의료기관을 이용하지 않은 환자 13,491명이 포함되었음.

診斷만을 기준으로 삼을 경우, 重症, 慢性精神障碍者數는 전체 정신장애자수의 14.0%에 해당하는 166,713명으로 나타났다. 또한, 期間만을 기준으로 하였을 때는 年間 진료기간을 3개월 이상으로 정할 경우는 전체의 13.8%에 해당하는 164,241명이 되며, 6개월 이상으로 하였을 경우는 6.4%에 해당하는 76,727명이 된다. 한편, 各各의 基準 중 한 가지 기준만이라도 해당되는 경우는 전체의 26.1%에 해당하는 310,843명으로 나타났으며, 각각의 기준을 동시에 만족시키는 경우는 診斷과 6개월 이상의 診療基準을 모두 만족시키는 경우로 전체의 3.2%에 해당하는 37,947명이었다.

앞에서 지적한 바와 같이 중증, 만성정신장애자에 대한 정의는 우선 관리 대상자의 範圍나 規模를 파악하고자 하는 政策立案者나 서비스제공자들의 관심에 의해 규정되어 왔다. 그러나 중증, 만성정신장애자 집단은

臨床的인 症狀과 機能的 障礙가 어떤 時點이나 時間의 經過에 따라 차이가 매우 커서, 어떤 경우는 평생동안 複合的인 障礙에 시달리기도 하는 반면, 비교적 가벼운 장애(handicap)만을 지니고 있을 수도 있다. 따라서 人口集團 중 重症·만성정신장애자의 크기와 性格을 정확히 결정짓는 것은 매우 어려운데, 그럼에도 불구하고 이들 집단의 性格을 規定한다는 것은 이들을 위한 관리모델의 개발과 정신보건 서비스 體系의 마련을 위해 필수적이다.

본 연구자료의 특성을 고려할 때, 진단을 기준으로 한 분류가 비교적 타당할 것으로 보이며, 이에 따른 重症, 만성정신장애자수는 166,713명이다.

診斷 단독 기준에 의한 重症·만성정신장애자의 年齡分布는, 30대가 가장 많아 전체의 26.9%를 차지하고 있으며, 20대, 40대, 50대 순으로 각각 22.4%, 15.3%, 12.7%로 나타났다. 性別로도 男女 모두 30대 年齡層의 비율이 높았으며, 전체 重症·만성정신장애자 중 의료보호 수혜자는 23%에 달하고 있다(表 3.11 참조).

<表 3.11> 診斷基準에 의한 重症·慢性精神障礙者의 諸 特性

(단위: 명, %)

수			수		
	수	비율		수	비율
전체	166,713	100.00	전체	166,713	100.00
성별			연령		
남자	84,494	50.68	0~9세	5,395	3.24
여자	82,219	49.32	10~19세	9,431	5.65
시설수용			20~29세	37,358	22.41
예	9,418	5.66	30~39세	44,929	26.95
아니오	157,024	94.34	40~49세	25,435	15.26
의료보호			50~59세	21,241	12.74
예	37,947	22.76	60~69세	12,866	7.72
아니오	128,766	77.24	70세 이상	10,058	6.03

第3節 結果에 대한 論議

이 章에서는 우리나라의 精神疾患者 이환실태에 관하여 살펴 보았다. 精神疾患의 有病水準을 파악하기 위한 指標에는 發生率(incidence rate), 時點有病率(point prevalence rate), 期間有病率(period prevalence rate), 등이 있으나 精神疾患의 특성이 회복(remission)과 악화(exacerbation)를 반복하는 경향이 강하므로 잠재적 환자를 파악할 수 있는 평생유병률(lifetime prevalence rate)이 유용하게 사용된다(Robins et al., 1984). 즉 평생유병률은 과거에 병을 앓았던 사람 중에서 완전히 치유된 경우와 일시적 회복상태에 있는 경우, 그리고 현재 앓고 있는 경우가 모두 포함된다. 그러나 本 研究의 자료는 1993년 1년간 精神疾患을 앓았던 患者에 국한되어 있어 기간유병률(period prevalence rate)이라고 할 수 있으나 엄밀한 의미에서는 치료유병률(treated prevalence)이다. 따라서 本 研究의 結果를 여타 研究, 특히 疫學調査 結果와 직접 비교하는 것은 세심한 주의를 요한다.

본 연구결과, 1993년도 1년간의 의료보험·보호 진료실적자료로부터 파악된 정신질환자수는 1,190,860명으로서, 우리나라의 전체 정신질환 유병률은 인구 10만명당 2,703이고, 精神分裂症性 精神病의 有病率は 인구 10만명당 181.7이다.

본 연구결과를 동 연구와 동일한 접근법으로 1988년에 의료보험 給與明細書를 분석한 연구(문옥륜 외, 1989)에서의 전체 정신질환 유병률 2.16%와 비교해 보면, 지난 5년간 유병률이 다소 增加되었음을 알 수 있다. 이와 같은 결과는 1988년도 分析資料에는 醫療保護對象者와 都市地域 의료보험 적용자가 제외되기는 하였으나, 전국민의료보장과 함께 정신질환자의 의료이용 기회가 擴大되어 보다 많은 환자가 精神疾患의 診斷 및 治療를 받고 있음을 보여주고 있다.

精神疾患者 중 국가에서 우선적으로 관리를 해야하는 重症·慢性精神疾患者는 아직까지 그 분류기준이 정해지지 않은 상태이나 診斷만을 기준으

로 하여 추정했을 때, 전체 精神疾患者の 14.0%에 해당하는 166,713명이며 인구 10만명당 유병률은 378이다. 이들은 3차예방의 대상자로서, 최근 세계각국은 이들 重症·慢性精神障礙者를 관리하기 위하여, 大型精神病院의 기능축소, 종합병원 精神科의 기능강화, 입원 대체프로그램의 활성화, 精神疾患者를 위한 職業再活의 개발, 가족이 없거나 같이 지낼 수 없는 환자들을 위한 寄居施設의 확충, 실질적인 豫防프로그램의 수행 등을 실시하고 있다.

그러나 우리나라는 아직까지도 精神病院과 精神療養院을 중심으로 하는 입원(수용)위주의 관리정책에서 벗어나지 못하고 있으며, 따라서 입원대체 시설의 부재로 장기입원에 따른 의료비부담이 점차 가중되고 있는 실정이다. 이러한 제도적 여건 하에서, 환자의 사회적 기능상실 또는 가족의 환자포기 등으로 의료보호에 대한 의존도가 점차 높아지고 있는데, 우리나라의 총 醫療保護適用 醫療利用件數 중 정신질환이 차지하는 비율은 5.7%에 불과하지만, 入院의 경우는 총 診療件數의 44.1%, 총 入院日數의 60.3%, 총 入院診療費의 31.5%를 占有하고 있다.

醫療保護 診療 중 精神疾患의 비율이 상당부분을 차지하는 등, 醫療保護制度가 저소득층 精神疾患者の 관리에 크게 기여하고 있음은 확실하지만, 入院을 대체할 수 있는 프로그램이 거의 존재하지 않은 상황에서 우리나라는 精神疾患者가 전문 정신병원이나 정신요양원에 入院 또는 收容되었을 때에 한해서만 醫療保護의 혜택을 받게 되므로 의료기관등에서 이를 이용, 환자를 불필요하게 長期 收容하게 됨에 따라, 국가의 재정적 부담 가중과 서비스 수준의 질저하라는 惡循環도 초래되고 있다.

현대의학의 발전과 함께 精神疾患者の 장기입원은 불필요하게 되었으나, 우리나라의 현 제도는 정신질환자의 장기수용과 비인도적 처우, 그리고 의료비부담 가중이라는 문제를 낳을 수 밖에 없는 수준에 머물러 있다. 따라서 지역사회에 방치된 환자의 조기발견과 단기치료 및 사회복귀 등을 위한 제도적 개선이 시급히 요청된다 하겠다.

第 4 章 精神醫療利用 實態

第1節 精神疾患者の 醫療利用實態

1. 精神疾患者の 醫療利用率

1993년도 주상병이 精神疾患으로 인한 總診療費 請求明細件數는 3,477,585건으로서 이를 入院과 外來로 구분을 해 보면, 入院이 7.0%, 外來가 93.0%를 차지하고 있다. 이를 정신병 4대 분류로 구분해 보면 入院診療의 경우에는 전체 入院件數의 69.6%가 정신분열증 등의 기타 정신병이며, 21.8%가 신경증성장애, 인격장애 및 기타 非神經症的 精神疾患이며 기질적 정신병 상태가 6.8%를 차지하고 있다. 이를 성별로 보면 男女 모두 其他 精神病 群에 의해 주로 入院診療(남자의 66.3%, 여자의 74.7%)를 받은 것으로 나타났다.

外來診療의 경우에는 전체 外來件數의 78.2%가 신경증성장애, 인격장애 및 기타 非神經症的 精神疾患이고 기타 정신병군이 19.4%를 차지하고 있다. 성별로 보면 남자는 기타 정신병군의 비율이 여자보다 높은 데 비해 신경증성장애, 인격장애 및 기타 비신경증적 정신질환으로 인한 外來診療件數는 여자가 남자보다 더 높았다(表 4.1 참조).

2. 精神疾患者 1人當 入院日數 및 外來訪問日數

精神疾患者 1人當 平均 入院日數는 전체적으로 볼 때, 연간 83일이다. 남자의 入院日數는 91일로, 여자의 72일에 비해 19일 더 길었다. 반면에 평균 外來訪問日數는 연간 5일으로써 남녀간에 별 차이가 없었다. 入院日

이 평균 100일 이상인 질병을 진단분류별로 살펴보면, 기타 명시된 정신 발육지연(mental retardation)이 235일로 가장 入院日數가 긴 질환으로 나타났다고, 가벼운 정신발육지연은 199일으로써 두번째로 길었으며 세번째로 入院日數가 긴 질환은 기타 기질적 정신병 상태(만성)로서 平均 入院日이 150일이며, 정신분열증 정신병도 平均 入院日이 126일이나 되었다.

<表 4.1> '93年度 精神疾患 4大 分類別 性別 入院/外來 利用件數

구 분	입 원			외 래		
	계 (%)	남 (%)	여 (%)	계 (%)	남 (%)	여 (%)
계(%)	239,079 (100.0)	144,121 (100.0)	94,958 (100.0)	3,238,506 (100.0)	1,210,534 (100.0)	2,027,972 (100.0)
기질적 정신병 상태 (290~294)	16,230 (6.8)	12,777 (8.9)	3,453 (3.6)	71,113 (2.2)	34,371 (2.8)	36,742 (1.8)
기타 정신병 (295~299)	166,439 (69.6)	95,539 (66.3)	70,900 (74.7)	629,004 (19.4)	314,249 (26.0)	314,755 (15.5)
신경증성장애, 인격장애 및 기타 비신경증 정신장애 (300~316)	52,135 (21.8)	34,040 (23.6)	18,095 (19.1)	2,530,774 (78.2)	857,324 (70.8)	1,673,450 (82.5)
정신발육지연 (317~319)	4,275 (1.8)	1,765 (1.2)	2,510 (2.6)	7,615 (0.2)	4,590 (0.4)	3,025 (0.2)

資料: '93 의료보험 및 의료보호 급여자료 분석결과

그 외에 기질적 뇌손상에 따른 非精神病的 精神疾患도 평균 입원일이 84일이나 되었다. 한편 外來訪問日이 연간 10일 이상이 넘는 질환은 정신분열증 정신병과 靜動性精神病으로 각각 13일과 11일로 나타났다(表 4.2 참조).

<表 4.2> 精神疾患 1人當 入院日數 및 外來訪問日數

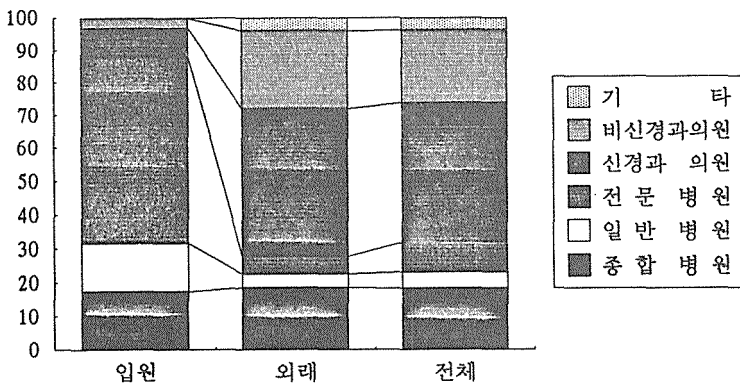
(단위: 일)

질병코드	입원			외래		
	남	여	계	남	여	계
전체	91.31	72.33	82.86	6.06	5.12	5.44
290	78.78	90.49	84.68	7.39	6.16	6.64
291	66.56	46.89	65.32	4.49	3.31	3.92
292	34.14	17.96	27.31	2.67	3.10	2.87
293	83.19	64.66	75.76	5.23	4.93	5.06
294	149.09	153.65	150.38	8.32	6.50	7.49
295	129.49	123.14	126.75	13.80	13.01	13.44
296	64.66	56.04	60.12	11.46	10.75	11.02
297	72.90	54.98	66.33	9.50	8.85	9.19
298	70.00	48.21	57.67	9.67	9.29	9.43
299	88.54	53.41	78.74	5.55	4.56	5.29
300	32.65	16.99	22.35	5.70	5.10	5.29
301	93.15	63.94	87.76	8.83	9.29	9.03
302	20.34	20.82	20.47	3.07	3.39	3.21
303	59.53	48.30	58.90	3.79	3.56	3.75
304	37.83	17.70	32.19	5.33	5.03	5.15
305	46.24	19.12	41.78	3.28	3.87	3.58
306	18.40	12.35	13.96	4.14	4.17	4.16
307	12.33	10.95	11.44	3.12	3.00	3.04
308	30.45	12.42	17.67	7.04	4.01	5.07
309	31.14	25.47	27.74	6.68	5.80	6.16
310	111.73	106.14	110.00	5.10	4.43	4.78
311	39.54	24.62	30.33	7.17	7.64	7.51
312	59.36	43.93	53.95	4.82	4.48	4.68
313	27.97	35.91	31.79	4.15	3.90	4.04
314	44.28	32.96	39.29	6.03	4.61	5.66
315	29.28	23.87	27.52	3.57	3.86	3.67
316	21.00	10.27	14.25	2.54	2.53	2.53
317	144.08	239.70	199.20	4.04	4.01	4.03
318	225.99	247.20	235.32	6.24	4.79	5.59
319	104.57	168.66	142.65	3.39	3.32	3.61

3. 精神疾患者の 利用 醫療機關 現況

'93년도 한 해 동안 정신질환으로 인해 환자들이 利用한 醫療機關을 살펴보면 入院의 경우 환자의 절반 이상(56.2%)이 전문정신병원을 利用했으며 종합병원과 일반병원을 利用한 경우는 각각 17.4%와 14.2%였다. 신경정신과 의원을 利用한 경우는 8.7%가 되며, 非神經精神科 醫院의 利用率도 3.2%나 되었다. 성별로도 비슷한 경향을 보여주었다. 반면에 外來는 신경정신과 의원의 利用率이 44.4%로서 가장 높았고 그 다음이 비신경정신과 의원, 종합병원으로서 각각 23.8%, 18.4%가 利用했다. 일반병원, 전문병원의 이용률은 각각 4.1%, 5.1%로 나타났다.

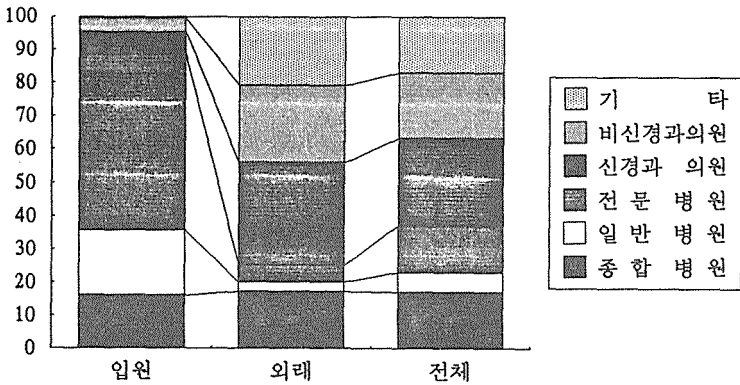
精神疾患者の 醫療利用 樣相에서 두드러진 점은 종합병원은 入院과 外來 利用率이 각각 20% 내외로 비슷한 분포를 보이고 있는데 비해 전문정신병원의 경우 入院 利用率이 外來 利用率에 비해 두드러지게 높은 점이다(圖 4.1 참조).



<圖 4.1> 全體 精神疾患者の 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)

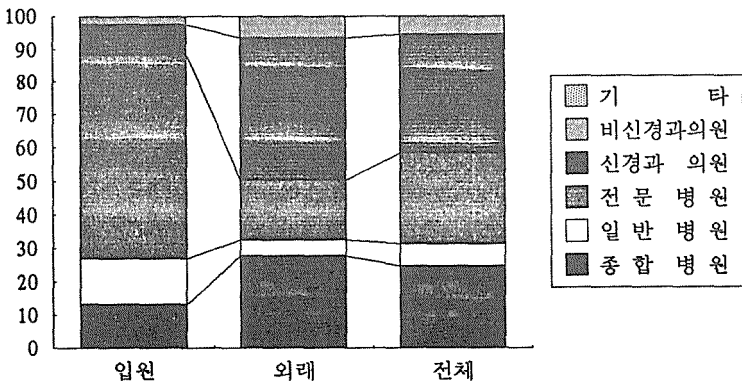
精神疾患者の 利用 醫療機關을 정신질환의 4대 질병군별로 나누어 살펴보면 기질적 정신병의 경우 入院患者는 주로 전문병원(52.7%)을 利用하며

그 다음 일반병원과 종합병원 入院率은 각각 16.0%, 19.4%로 비슷하였다. 外來利用의 경우는 신경과 의원과 非神經科 醫院 利用率이 각각 30.7%, 23.2%로 나타났다(圖 4.2 참조).



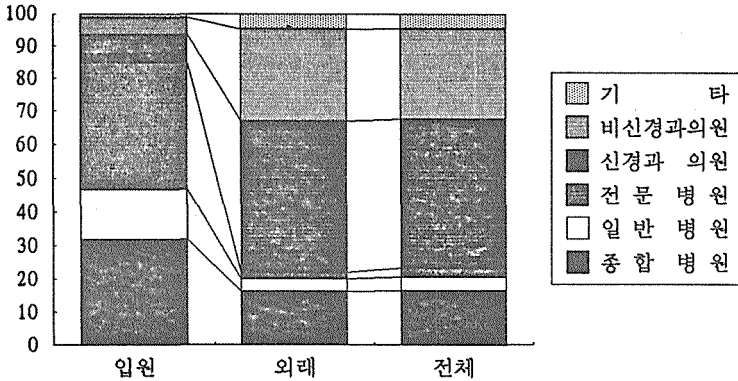
<圖 4.2> 氣質의 精神病群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)

精神分裂症과 靜動性 精神病이 屬해 있는 其他 精神病의 경우도 入院은 주로 전문병원을 利用하며(61.5%), 外來는 신경과의원, 종합병원, 전문병원(43.2%, 27.6%, 17.8%)의 순서로 利用하였다. 정신과 전문의가 없는 비신경정신과 의원에 入院한 경우도 6.4%나 되었다(圖 4.3 참조).



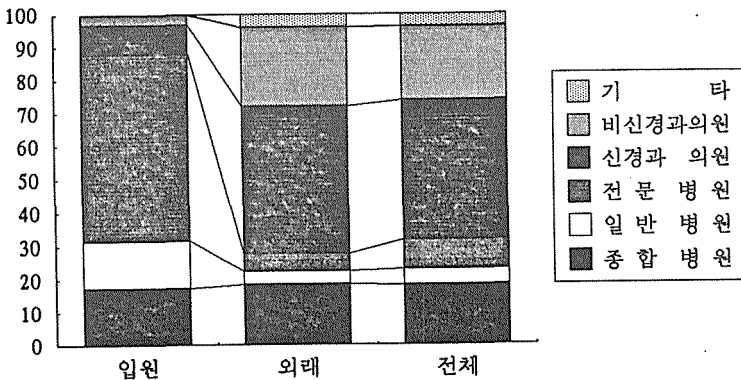
<圖 4.3> 其他 精神病群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)

신경증성장애, 인격장애 및 非精神病的 精神障礙는 전문병원과 종합병원 入院率이 각각 38.1%, 31.7%로 비슷하였고 外來는 신경과의원과 非神經科醫院 利用率이 45.1%, 28.2%로 높았으며 전문병원 外來 利用率은 1.9%에 불과하였다(圖 4.4 참조).



<圖 4.4> 神經症性 障礙群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)

정신발육지연의 경우 入院은 절대 다수인 82.1%가 전문정신병원을 이용했으며 6.8%만이 종합병원을 利用한 반면, 外來의 경우 전문병원 이용률은 8.4%에 불과하고 신경과의원 26.0%, 종합병원 이용률은 28.8%로 비교적 높은 수준이었다(圖 4.5 참조).



<圖 4.5> 精神發育遲延群의 入院·外來別 利用 醫療機關 分布(1993)

第2節 精神疾患者の 診療費 現況

1993년 總醫療保險診療費는 4조 6,569억원이었으며 그 중 精神疾患으로 인한 診療費는 1,831억원으로 전체 診療費의 3.9%에 해당되었다. 入院診療費의 경우는 6.1%로서 外來의 2.6%보다 다소 그 비율이 높았다(表 4.3 참조).

<表 4.3> 全體 保險(保護包含)診療費에 대한 精神醫療 診療費의 比率

(단위: 천원)			
	전 체 (A)	정신장애 (B)	B/A (%)
계	4,656,938,084	183,120,726	3.9
입 원	1,752,355,422	106,845,213	6.1
외 래	2,904,582,661	76,275,513	2.6

資料: 1) 의료보험연합회, 『'93 의료보험통계연보』, 제15호, 1993. p. 320.
2) 의료보험관리공단, 『'93 의료보호통계』, 제2호, 1993. p. 320.

한편, 본 연구에서 분석한 결과에 의하면, 1993년 精神疾患으로 인한 保險診療費는 총1,835억원으로 나타났다. 그 중 入院診療費가 58.5%에 해당하는 1,073억원이며 外來診療費는 762억원으로써 41.5%를 점하였다. 30개의 세부진단분류별로 總診療費의 구성비를 살펴보면 정신분열증으로 인한 診療費가 總精神 醫療保險診療費의 43.9%를 차지하는 806억원이나 되었다. 이를 入院, 外來별로 보면 入院診療費의 경우에도 정신분열증 정신병이 전체 診療費의 62.5%를 차지하는 671억원으로써 압도적으로 많았다. 반면에 外來診療費는 신경증성장애로 인한 保險診療費가 382억원으로 總外來診療費의 50.1%를 점유하였다(表 4.4 참조).

<表 4.4> 精神疾患種類別 入院·外來 診療費

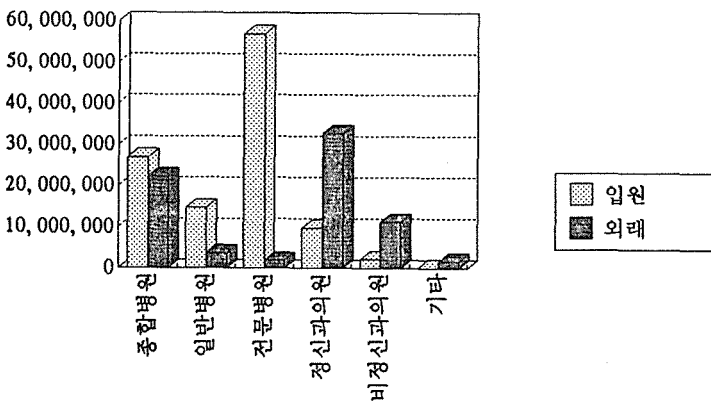
상병코드 계	전체		입원		외래	
	총진료비	비율	총진료비	비율	총진료비	비율
	183,547,056	100.00	107,335,011	100.00	76,212,045	100.00
290~294	9,180,812	5.00	7,289,290	6.79	1,891,522	2.48
290	2,279,807	1.24	1,383,411	1.29	896,396	1.18
291	4182,840	2.28	3,839,749	3.58	343,091	0.45
292	167,508	0.09	90,388	0.08	77,120	0.10
293	474,130	0.26	318,555	0.30	155,575	0.20
294	2,076,527	1.13	1,657,187	1.54	419,340	0.55
295~299	97,995,669	53.39	77,790,177	72.47	20,205,492	26.51
295	80,665,164	43.95	67,141,477	62.55	13,523,687	17.74
296	13,961,801	7.61	8,317,433	7.75	5,644,368	7.41
297	1,569,266	0.85	1,128,439	1.05	440,827	0.58
298	1,632,741	0.89	1,137,157	1.06	495,584	0.65
299	166,697	0.09	65,671	0.06	101,026	0.13
300~316	73,997,496	40.32	20,114,373	18.74	53,883,115	70.70
300	43,119,151	23.49	4,870,371	4.54	38,248,780	50.19
301	5,200,098	2.83	4,494,922	4.19	705,176	0.93
302	74,189	0.04	43,978	0.04	30,211	0.04
303	5,376,718	2.93	5,093,508	4.75	283,210	0.37
304	287,291	0.16	142,022	0.13	145,269	0.19
305	784,579	0.43	642,348	0.60	142,231	0.19
306	5,440,473	2.96	478,705	0.45	4,961,768	6.51
307	5,968,656	3.25	491,127	0.46	5,477,529	7.19
308	446,364	0.24	66,181	0.06	380,183	0.50
309	657,350	0.36	250,227	0.23	407,123	0.53
310	2,895,391	1.58	2,079,946	1.94	815,645	1.07
311	2,407,390	1.31	949,845	0.88	1,457,545	1.91
312	330,992	0.18	251,050	0.23	79,942	0.10
313	375,052	0.20	132,700	0.12	242,352	0.32
314	338,954	0.18	51,017	0.05	287,937	0.38
315	220,366	0.12	59,806	0.06	160,560	0.21
316	74,482	0.04	16,830	0.02	57,652	0.08
317~319	2,373,079	1.29	2,141,161	1.99	231,918	0.30
317	910,029	0.50	828,912	0.77	81,117	0.11
318	1,018,772	0.56	916,741	0.85	102,031	0.13
319	444,278	0.24	395,508	0.37	48,770	0.06

精神疾患으로 인한 總 診療費를 醫療機關別로 살펴보면, 入院診療費는 전체의 51.56%에 해당하는 569억원이 전문병원에 지급되었고 外來診療費는 전체의 32.03%에 해당하는 588억이 정신과 의원에 지급되었다. 종합 병원에는 入院診療費의 24.29%와 外來診療費의 26.68%에 해당하는 268억원과 489억원이 각각 지급되었다(表 4.5 및 圖 4.6 참조).

<表 4.5> 醫療機關別 診療費 實態

(단위: 천원, %)

구분 병의원	입원		외래		계	
	진료비	비율	진료비	비율	진료비	비율
종합병원	26,801,639	24.29	22,172,412	30.29	48,974,075	26.68
일반병원	14,616,077	13.25	3,609,013	4.93	18,225,103	9.93
전문병원	56,890,216	51.56	1,892,719	2.59	58,782,987	32.03
정신과의원	9,720,886	8.81	32,692,679	44.65	42,413,574	23.11
비정신과의원	2,202,556	2.00	11,230,830	15.34	13,433,388	7.32
기타	103,647	0.09	1,614,406	2.21	1,718,053	0.94
계	110,335,021	100.00	73,212,059	100.00	183,547,180	100.00



<圖 4.6> 醫療機關別 診療費 分布(1993)

第3節 醫療保護 精神疾患者の 醫療利用 實態

1993년 1년간 정신질환으로 인하여 의료기관을 이용한 醫療保護 대상자의 診療費 청구 명세서 件數는 426,339건으로서 전체 醫療保護 환자의 총 진료비 청구 명세서 건수(7,493,722건)의 5.7%에 달하였다. 이를 入院, 外來別로 나누어 보면, 입원의 경우 精神疾患이 차지하는 비중이 상당히 높아, 총 건수의 44.1%, 총 입원일수의 60.3%, 총 醫療保護 입원 진료비의 31.5%를 점유하였다. 反面에 외래의 경우에는 정신질환이 차지하는 비율이 약 5% 내외에 불과하였다. 醫療保護 種別로 전체 질환에 대한 정신질환의 比率을 살펴보면, 1종 醫療保護의 경우 精神疾患이 차지하는 비율은 총입원건수의 55.7%, 入院日數의 67.7%, 총입원진료비의 42.1%나 차지하여 2種 醫療保護나 醫療扶助에 비해 정신장애의 비율이 높게 나타났다(表 4.6 참조).

第4節 結果에 대한 論議

1993년도 精神疾患으로 인한 總 診療費 請求 明細件(3,477,585건)중 入院이 차지하는 비율은 7.0%였고 나머지 93.0%는 外來가 차지하고 있었다. 入院診療 件數의 약 60%가 精神分裂症으로 인한 것이었고 外來는 약 54%가 신경증성 장애로 인한 것으로 나타나 정신질환 종류별로 醫療利用 양상의 큰 차이를 보여주었다.

精神疾患者 1인당 平均 入院日數는 전체적으로는 연간 83일이었으나 정신질환의 대표적 질환인 정신분열증 정신병의 平均 入院日은 126일이 되었다.

한편, 精神疾患者들은 入院을 위해서는 주로(56.2%) 專門精神病院을 이용했으며 外來는 주로(52.1%) 神經精神科 醫院을 이용했다. 종합병원의 入院과 外來 利用率은 각각 20% 내외로 비슷한 분포를 보이고 있었다.

<表 4.6> 醫療保護 種別 診療實績¹⁾

(단위: 건, 일, 천원, 원)

	계			입 원			외 래		
	전체질환(a) (001-999)	정신질환(b) (290-319)	b/a (%)	전체질환(a) (001-999)	정신질환(b) (290-319)	b/a (%)	전체질환(a) (001-999)	정신질환(b) (290-319)	b/a (%)
전 체									
총 건 수	7,493,722	426,339	5.7	264,783	116,855	44.1	7,228,939	309,484	4.3
내원일수	24,674,395	4,259,887	17.3	5,916,646	3,564,897	60.3	18,757,749	694,990	3.7
총진료비	354,436,487	66,128,257	18.7	174,459,462	55,029,625	31.5	179,977,025	11,098,632	6.2
1 종									
총 건 수	2,937,065	242,411	8.2	157,998	88,013	55.7	2,779,067	154,398	5.6
내원일수	11,326,009	3,042,302	26.9	3,961,970	2,681,082	67.7	7,364,039	361,220	4.9
총진료비	182,233,089	48,229,261	26.5	99,724,310	41,936,161	42.1	82,508,779	6,293,100	7.6
2 종									
총 건 수	4,363,648	175,559	4.0	101,407	27,709	27.3	4,262,241	147,850	3.5
내원일수	12,867,135	1,170,041	9.1	1,863,683	850,598	45.6	11,003,452	319,443	2.9
총진료비	164,660,047	17,219,426	10.5	70,980,153	12,611,905	17.8	93,679,894	4,607,521	4.9
의료부조									
총 건 수	193,009	8,369	4.3	5,378	1,133	21.1	187,631	7,236	3.9
내원일수	481,251	47,544	9.9	90,993	33,217	36.5	390,258	14,327	3.7
총진료비	7,543,350	679,570	9.0	3,754,999	481,559	12.8	3,788,352	198,011	5.2

註: 1) 행려자, 성병감염자 실적 포함, 한방진료실적 제외

資料: 보건사회부·의료보험관리공단, 『'93 의료보호통계』, 제2호, 1994, pp.146-153.

精神患者의 醫療利用行態는 질병의 종류에 따라 뚜렷이 구분되었는데 정신분열증이 속해 있는 기타 정신병군의 경우 入院은 주로 전문병원을 이용하며 外來는 신경과 의원, 종합병원, 전문병원의 순서로 이용했다.

1993년 精神疾患으로 인한 保險診療費는 총1,835억원으로써 그 중 入院診療費가 58.5%에 해당하는 1,073억원이며 外來診療費는 762억원으로써 41.5%를 점하고 있다. 30개의 세부 진단분류별로 總診療費의 구성비를 살펴보면 정신분열증으로 인한診療費가 總精神 醫療保險診療費의 43.9% 차지하는 806억원이나 되었다. 이를 入院, 外來별로 보면 入院診療費의 경우에도 정신분열증 정신병이 전체診療費의 62.5%를 차지하는 671억원으로써 압도적으로 많았다. 반면에 外來診療費는 신경증성장애로 인한 保險診療費가 382억원으로써 總外來診療費의 50.1%를 점유하였다.

精神疾患로 인한 總診療費를 醫療機關별로 살펴보면, 入院診療費는 전체의 54.06%에 해당하는 569억원이 전문병원에 지급되었고 外來診療費는 전체의 42.89%에 해당하는 327억이 정신과 의원에 지급되었다. 종합병원에는 入院診療費의 24.97%와 外來診療費의 29.09%에 해당하는 268억원과 222억원이 각각 지급되었다.

精神患者의 醫療利用과 그에 따른 醫療費 支給 現況을 살펴본 결과 전문정신병원은 정신분열증 환자 중심의 入院爲主施設로서 역할을 하고 있는 반면에 정신과 의원은 신경증환자 중심의 外來爲主施設로서 역할을 하고 있는 모습이 뚜렷하게 나타났다. 종합병원만이 入院과 外來治療의 균형을 이루고 있었다. 정신분열증을 포함한 精神患者의 관리를 더 이상 지역사회에서 멀리 떨어진 入院爲主施設에 격리 수용할 수 없는 것이 오늘날 우리가 당면하고 있는 문제임을 인식할 때, 이와 같은 불합리한 現精神醫療供給體系의 개선이 시급히 이루어져야 할 것이다.

第 5 章 精神醫療施設 現況

第1節 精神醫療施設 現況

1. 精神醫療施設 및 病床 現況

우리나라의 全體 精神醫療機關 病床은 1985년 6,107병상에서 1993년 16,915병상으로 약 2.8배의 증가가 있었다. 精神病院의 病床은 1985년 48.3%에서 1993년에는 54.8%로 증가했으며 종합병원과 일반병원의 精神科는 동 기간 중 33.8%에서 36.3%로 거의 비슷한 수준에 머물렀다. 반면에 精神科醫院의 病床은 17.9%에서 8.9%로 감소하였다(表 5.1 참조).

<表 5.1> 精神醫療機關 및 病床分布

	1985			1993		
	기관수	병상수	비율(%)	기관수	병상수	비율(%)
정 신 병 원	11	2,952	48.3	34	9,266	54.8
종합병원 정신과 (일반병원정신과)	55	2,064	33.8	139	6,137	36.3
정 신 과 의 원	113	1,091	17.9	328	1,512	8.9
전 체	179	6,107	100.0	501	16,915	100.0

資料: 1) 대한신경정신의학회연보, 제9호, 1993.

2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993.

정신병원 病床의 國·公立 및 民間施設의 비율은 1985년에서 1993년 기간 중 각각 65.4%, 34.6%에서 47.6%와 52.4%로 국·공립이 차지하는 비율이 감소되고 있다(表 5.2 참조).

우리나라 精神醫療施設의 規模를 보면 200병상 미만 기관은 정신병원의 37.1%, 요양원의 41.1%이며 200에서 500病床 미만은 정신병원이 42.9%,

요양원이 56.2%로 精神醫療施設の 반 정도가 이 규모에 속한다. 500病床 이상 大規模 施設은 정신병원의 20.0%를 차지하여 정신병원의 규모가 대 형화되고 있음을 알 수 있는 반면 요양원은 500病床 이상 施設이 2.7%를 차지하고 있다(表 5.3 참조).

<表 5.2> 精神病院의 國·公立과 民間 施設 分布

	1985			1993		
	기관수	병상수	비율(%)	기관수	병상수	비율(%)
국·공립	7	1,930	65.4	12	4,414	47.6
민 간	4	1,022	34.6	22	4,852	52.4
전 체	11	2,952	100.0	34	9,266	100.0

- 資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
 2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993.
 3) 보건사회부 내부자료, 1993.

精神病院은 1993년말 현재 31개 施設에 9,266 病床으로 전체 精神醫療 施設 病床의 27.7%를 차지하고 있으며 종합병원 13.1%, 일반병원 5.3%, 精神科 醫院 4.5%인 반면 정신요양원이 49.4%에 달하고 있다. 따라서 慢性精神障礙人을 위한 精神保健關聯 서비스전달체계는 대단위 정신병원 중 심의 치료와 요양원에서의 보호를 그 중심축으로 하고 있으며 豫防과 再 活은 그 공식적인 시행기관조차 없는 실정이다(表 5.4 참조).

<表 5.3> 病床規模別 精神醫療施設 分布

	200 미만		200~499		500 이상		전체	
	기관수	비율(%)	기관수	비율(%)	기관수	비율(%)	기관수	비율(%)
정신병원	13	37.1	15	42.9	7	20.0	35	100.0
요 양 원	30	41.1	41	56.2	2	2.7	73	100.0
전 체	43	39.8	56	51.9	9	8.3	108	100.0

- 資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
 2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993.
 3) 보건사회부 내부자료, 1993.

2. 精神醫療施設の 地域的 分布

精神醫療施設の 지역적 분포를 보면 施設種類別로 시·도간 불균형분포가 심한 것을 볼 수 있다(表 5.4, 圖 5.1, 圖 5.2 참조).

<表 5.4> 市·道別 精神科 精神醫療施設 및 病床數 分布

	정신병원		종합병원		일반병원		정신과의원		정신요양원		전체	
	기관	병상	기관	병상	기관	병상	기관	병상	기관	병상	기관	병상
전체	31	9,266	119	4,368	20	1,769	328	1,512	73	16,541	571	33,456
서울	4	1,690	41	1,130	3	40	120	571	0	0	168	3,431
부산	7	1,043	14	348	2	100	33	121	11	3,484	67	5,096
대구	1	320	4	177	2	50	28	95	4	800	39	1,442
인천	1	300	5	227	0	0	10	0	1	120	17	647
광주	0	0	3	56	0	0	18	169	3	525	24	750
대전	1	300	3	103	1	55	16	39	4	1,114	25	1,611
경기	8	2,269	11	71	1	10	33	31	6	1,277	59	3,658
강원	1	400	5	778	0	0	7	27	1	100	14	1,305
충북	2	754	3	270	1	30	13	42	7	1,799	26	2,895
충남	2	660	7	656	1	80	7	32	12	1,817	29	3,245
전북	0	0	6	319	0	0	14	63	5	1,090	25	1,472
전남	1	600	2	0	1	180	4	2	3	1,142	11	1,924
경북	1	180	6	87	4	200	8	30	7	1,287	26	1,784
경남	2	750	8	146	4	1,024	14	252	8	1,836	36	4,008
제주	0	0	1	0	0	0	3	38	1	150	5	188

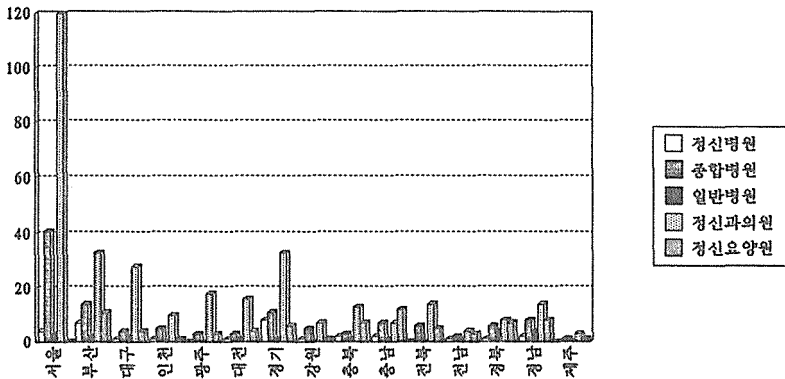
資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.

2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..

서울지역은 精神科醫院과 綜合病院 精神科의 분포가 높은 데 비해 精神療養院은 전혀 없으며 전남과 제주는 精神病院과 療養施設 분포가 무척 낮다. 精神醫療施設 病床 分布를 보면 경기도에 정신병원의 병상 분포가 높으며 정신요양원 병상은 부산, 충북, 충남, 경남지역이 높다.

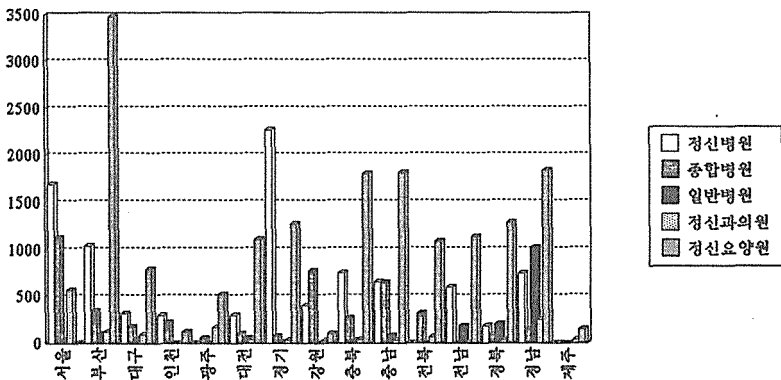
인구 10만명당 精神醫療施設 病床數는 충북과 충남이 211과 169로 높고, 인천과 서울이 31.9, 32.2로 가장 낮아 높은 지역과 낮은 지역과의 차이가 6.6배에 달하고 있다. 이는 우리나라 全體 病床數의 시도간 차이가

최고 1.8배인 것에 비해 精神醫療施設 病床의 시도간 불균형분포 정도가 큰 것을 볼 수 있다(보건사회통계연보, 1994년, 圖 5.3, 圖 5.4 참조).



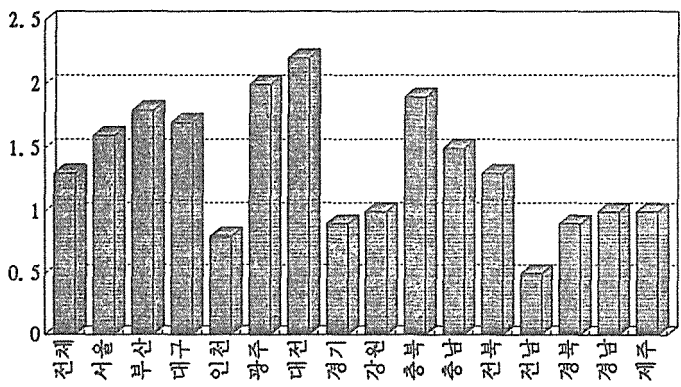
<圖 5.1> 市道別 精神醫療施設 分布

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..



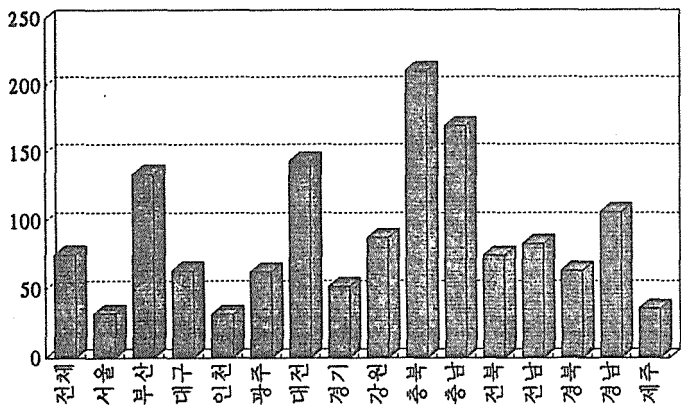
<圖 5.2> 市道別 精神醫療施設 病床 分布

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..



<圖 5.3> 市道別 人口 10万名當 精神醫療 施設數

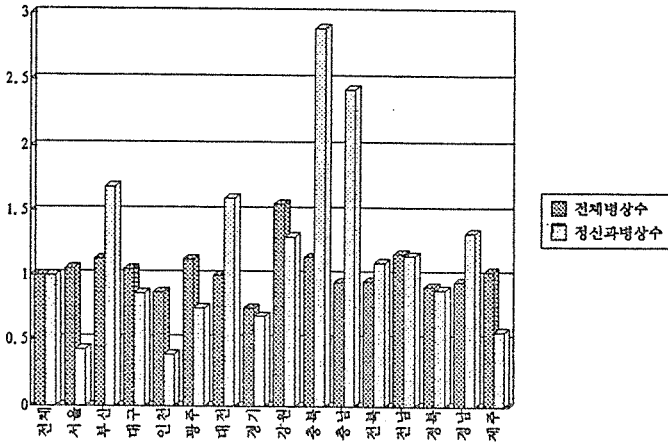
資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..



<圖 5.4> 市道別 人口 10万名當 精神醫療施設 病床分布

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..

시도별 精神醫療施設 病床의 集中度에서도 전체 醫療機關에 비해 정신 의료시설의 지역간 불균형분포 정도가 큰 것을 볼 수 있다(圖 5.5 참조).



<圖 5.5> 시도별 全體 病床數와 精神科 病床數 集中度¹⁾ 比較

註: 1) 병상집중도 = (i 지역병상수/전국병상수)/(i 지역인구수/전국인구수)

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.

2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993..

여기에서 간과해서는 안될 사항이 精神病·醫院이 전혀 없는 中診療圈 (정신요양원 포함 안됨)이 140개 中診療圈 중 82개로 59%에 달한다는 사실이다(表 5.5 참조).

3. 中診療圈單位 精神醫療資源 分布

精神醫療資源의 분포를 中診療圈 단위로 살펴보면 다음과 같다(表 5.5 참조). 전국 140개 中診療圈 중 精神醫療施設을 한개라도 보유하고 있는 中診療圈은 76개로 54.3%이며 精神醫療施設이 전혀 없는 곳은 64개로 45.7%에 달하고 있다. 大診療圈別로 살펴보면 精神醫療施設 보유 중진료 권비율이 가장 높은 곳은 경인대권으로 75.0% 이며 낮은 곳은 강원대권, 전남대권, 전북대권으로 각각 35.7%, 38.1%, 38.5%였다.

<表 5.5> 精神科 醫療資源 保有 中診療圈 分布

단위: %, (N)

	전체	경인 대권	강원 대권	충북 대권	충남 대권	전북 대권	전남 대권	경북 대권	경남 대권
중진료권수	(140)	(24)	(14)	(9)	(15)	(13)	(21)	(25)	(19)
시설보유	54.3	75.0	35.7	55.6	66.7	38.5	38.1	48.0	68.4
중진료권	(76)	(18)	(5)	(5)	(10)	(5)	(8)	(12)	(13)
종합병원	25.0	37.5	28.6	22.2	33.3	30.8	9.5	16.0	26.3
	(35)	(9)	(4)	(2)	(5)	(4)	(2)	(4)	(5)
일반병원	10.0	8.3	0	11.1	13.3	0	4.8	12.0	26.3
	(14)	(2)	(0)	(1)	(2)	(0)	(1)	(3)	(5)
전문병원	15.0	37.5	7.1	22.2	20.0	0	4.8	8.0	15.8
	(21)	(9)	(1)	(2)	(3)	(0)	(1)	(2)	(3)
정신과의원	33.6	58.3	35.7	44.4	33.3	38.5	19.0	24.0	21.1
	(47)	(14)	(5)	(4)	(5)	(5)	(4)	(6)	(4)
정신요양원	31.4	29.2	7.1	44.4	60.0	23.1	23.8	28.0	42.1
	(44)	(7)	(1)	(4)	(9)	(3)	(5)	(7)	(8)
정신과전문의	47.1	75.0	42.9	55.6	60.0	38.5	23.8	36.0	47.4
	(66)	(18)	(6)	(5)	(9)	(5)	(5)	(9)	(9)

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 9호, 1993.
 2) 대한병원협회, 『전국 병원명부』, 1993.
 3) 보건사회연구원 전문의 데이터베이스

精神科가 있는 종합병원 보유 中診療圈도 역시 경인대권이 37.5%로 높은 편이며 낮은 곳은 전남대권으로 9.5%였다. 精神科를 갖고 있는 일반병원 보유 中診療圈은 전체적으로 낮아 10.0%에 불과하였다. 精神科 専門病院 보유 中診療圈 비율은 전국적으로 25%이며 대진료권별로 보면 전북대권에는 전혀 없으며 전남대권이 4.8%로 가장 낮고 경인대권이 37.5%로 높은 편이었다.

精神科醫院은 다른 施設에 비해 분포가 좋은 편인데도 불구하고 전국 140개 中診療圈 중 精神科醫院이 있는 곳은 47개 中診療圈으로 33.6%에 불과하다. 精神科醫院 보유 中診療圈比率을 대진료권별로 보면 경인대권이 58.3%로 가장 높고 전남대권이 19.0%로 가장 낮다.

精神療養院의 경우 충남대권, 충북대권, 경남대권이 60.0%, 44.4%, 42.1%로 높으며 강원대권이 7.1%로 낮았다.

한편 精神科 専門醫의 지역적 분포를 보면 精神科専門醫가 있는 中診療圈이 66개로 전체의 절반에도 못 미치는 47.1% 였다. 정신과전문의 분포도 施設分布와 비슷하게 나타나고 있어 경인대권이 75.0%로 높고 전남대권이 23.8%로 가장 낮았다.

4. 精神障碍者の 中診療圈內 醫療機關 利用率

中診療圈별로 精神障碍者の 醫療機關 이용률을 보면 입원의 경우 지역내 기관 이용률이 10%미만인 中診療圈 수가 64개로 무려 45.7%에 달한다. 외래의 경우는 입원보다 지역내 機關利用率이 높아 지역내 기관 이용률 80% 이상인 診療圈 수가 31개 지역으로 전체의 22.1%에 달한다. 그러나 外來의 경우조차도 中診療圈內 醫療機關을 이용하지 못하는 인구가 적지 않음은 향후 개선되어야 할 사항이다(表 5.6 참조).

<表 5.6> 精神障碍者 中診療圈內 醫療機關 利用率¹⁾

(단위: 수, %)

지역 내 기관이용률	전체			입원			외래		
	수	%	누적%	수	%	누적%	수	%	누적%
전체	140	100.0	100.0	140	100.0	100.0	140	100.0	100.0
0~9	8	5.7	5.7	64	45.7	45.7	9	6.4	6.4
10~19	15	10.7	16.4	23	16.4	62.1	15	10.7	17.1
20~29	27	19.3	35.7	16	11.4	73.5	21	15.0	32.1
30~39	21	15.0	50.7	6	4.3	77.8	26	18.6	50.7
40~49	15	10.7	61.4	7	5.0	82.8	12	8.6	59.3
50~59	11	7.9	69.3	7	5.0	87.8	12	8.6	67.9
60~69	8	5.7	75.0	8	5.7	93.5	8	5.7	73.6
70~79	5	3.6	78.6	6	4.3	97.8	6	4.3	77.9
80~89	17	12.1	90.7	2	1.5	99.3	15	10.7	88.6
90~100	13	9.3	100.0	1	0.7	100.0	16	11.4	100.0

註: 1) 1993년도 의료보험자료 중 지역의료보험 건수만을 분석한 것임.

精神障碍者の 자신이 거주하는 中診療圈內 醫療機關 利用率別 분포를 보면 <表 5.7>과 같다. 여기에서 전국 140개 中診療圈 중 의료기관 이용

精神障礙者가 없는 진료권은 분석에서 제외되었다. 入院의 경우 지역내 기관이용률이 20% 미만인 中診療圈數가 125개 중 72개로 반 이상이 되어서 환자가 거주지역내 醫療機關에 입원하는율이 무척 낮은 것을 볼 수 있다. 특히 脆弱한 地域으로는 전남대권으로 20% 미만인 지역이 17개 中診療圈 중 12개로 70.6%에 달하고 있다. 전체적으로 거주지역내 기관 이용률이 80% 이상인 地域은 125개 中診療圈 중 단지 3개 진료권에 불과하였다.

<表 5.7> 中診療圈別 精神障礙者의 地域 內 醫療機關 利用率(入院)¹⁾²⁾

단위: 중진료권수(%)

	0~19%	20~39%	40~59%	50~79%	80~100%	계
전 체	72 (57.6)	22 (17.6)	14 (11.2)	14 (11.2)	3 (2.4)	125 (100.0)
경 인	12 (50.0)	4 (16.7)	5 (20.8)	3 (12.5)	-	24 (100.0)
강 원	8 (57.2)	2 (14.3)	2 (14.3)	1 (7.1)	1 (7.1)	14 (100.0)
충 북	4 (57.1)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	-	7 (100.0)
충 남	6 (46.1)	4 (30.8)	3 (23.1)	-	-	13 (100.0)
전 북	8 (61.5)	2 (15.4)	-	2 (15.4)	1 (7.7)	13 (100.0)
전 남	12 (70.6)	3 (17.6)	1 (5.9)	1 (5.9)	-	17 (100.0)
경 북	14 (63.6)	4 (18.2)	1 (4.6)	3 (13.6)	-	22 (100.0)
경 남	8 (53.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	15 (100.0)

註: 1) 지역의료보험 이외의 타보험자료는 환자거주지 정보의 제한으로 분석에서 제외시켰음.
 2) 140개 중진료권 중 환자가 없는 진료권은 분석에서 제외되었음.
 資料: '93 의료보험 급여자료 중 지역의료보험자료 분석결과

한편 外來의 경우는 入院에 비해서 거주지역내 기관 이용률이 높은 편이다(表 5.8 참조). 中診療圈內 醫療機關 이용률이 20% 미만인 中診療圈數는 139개 中診療圈 중 22개로 15.8% 이며 경북대권과 전남대권이 이용률이 낮아서 20% 미만인 中診療圈數가 1/4 정도에 달하고 있다. 80% 이상인 中診療圈數는 31개로 22.3%에 달하며 강원대권이 타대권에 비해 中診療圈內 醫療機關 利用率이 다소 높은 편이다.

<表 5.8> 中診療圈別 精神障礙者の 地域內 醫療機關 利用率(外來)¹⁾²⁾

단위: 중진료권수(%)

	0~19%	20~39%	40~59%	50~79%	80~100%	계
전 체	22 (15.8)	48 (34.5)	24 (17.3)	14 (10.1)	31 (22.3)	139 (100.0)
경 인	2 (8.3)	6 (25.0)	4 (16.7)	8 (33.3)	4 (16.7)	24 (100.0)
강 원	2 (14.3)	4 (28.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	5 (35.7)	14 (100.0)
충 북	1 (11.1)	4 (44.5)	0 (0)	1 (11.1)	3 (33.3)	9 (100.0)
충 남	1 (7.1)	5 (35.7)	3 (21.5)	1 (7.1)	4 (28.6)	14 (100.0)
전 북	2 (15.4)	6 (46.1)	1 (7.7)	1 (7.7)	3 (23.1)	13 (100.0)
전 남	5 (23.8)	7 (33.3)	5 (23.8)	-	4 (19.1)	21 (100.0)
경 북	6 (24.0)	7 (28.0)	6 (24.0)	2 (8.0)	4 (16.0)	25 (100.0)
경 남	3 (15.8)	9 (47.4)	3 (15.8)	-	4 (21.0)	19 (100.0)

註: 1) 지역의료보험이외 타보험자료는 환자거주지 정보의 제한으로 분석에서 제외시켰음.

2) 140개 중진료권 중 환자가 없는 진료권은 분석에서 제외되었음.

資料: '93 의료보험 급여자료 중 지역의료보험자료 분석결과

5. 入院 外來別 精神疾患別 醫療機關別 中診療圈內 醫療機關 利用率

지역의료보험 급여건수에서 精神障礙者의 中診療圈內 醫療機關 利用率은 입원이 52.6%로 절반 정도 수준이며 외래의 경우 입원보다 높아 79.0%에 달하고 있다(表 5.9 참조). 이것은 人口가 密集되어 있고 醫療機關의 분포가 높은 大都市診療圈 때문에 평균적으로는 높게 나타나고 있으나 지방의 경우 中診療圈內 醫療機關 利用率이 낮은 진료권수는 상당수에 이르고 있다.

精神障礙를 4대 분류로 나누어 中診療圈內 醫療機關 利用率을 살펴보면 神經症性障礙의 경우 81.8%로 가장 높고 기질적 정신병이 69.4%이며 정신분열증을 포함한 기타 정신병과 정신발육지연은 각각 64.6%, 64.9%로 비슷한 수준을 보이고 있다. 신경증성장애는 外來利用이 높아 지역 내 이용률이 높게 나타난 것으로 보이며, 반면에 기타 精神病과 精神發育遲延은 입원율이 높아 施設이 있는 곳으로 찾아가는 경우가 많아 낮게 나타난 것으로 보인다.

中診療圈內 醫療機關 利用率을 醫療機關별로 살펴보면 다음과 같다. 中診療圈內 기관 이용률이 一般病院, 精神科醫院, 綜合病院 순서로 각각 81.2%, 78.2%, 70.6%로 나타나고 있으며 정신병원은 54.7%로 가장 낮게 나타나고 있다. 이것은 中診療圈 精神醫療資源의 분포와 관련이 있는 것으로 보이며 一般醫院과 保健機關 및 其他 機關은 지역 내 기관이용률이 높게 나타나고 있다. 기관이용 건수로 보았을 때 精神障礙者의 一般醫院 이용 건수가 精神科醫院 이용 건수의 44%나 되는 것으로 나타났다. 한편 일반병원과 보건기관 및 기타 기관을 이용한 건수는 他醫療機關에 비해 낮은 수준이었다.

<表 5.9> 中診療圏別 精神障碍者の 地域内 醫療機關 利用率

(단위: %)

	이용건수	이용률		이용건수	이용률
전체	1,465,304	77.7	종합병원	288,241	70.6
입원	75,885	52.6	병원	50,942	81.2
외래	1,389,419	79.0	정신병원	119,329	54.7
기질적 정신병	21,113	69.4	정신과의원	662,281	78.2
기타 정신병	332,212	64.6	일반의원	292,524	90.0
신경증성장애	1,109,355	81.8	한방기관	49,736	89.4
정신발육지연	2,624	64.9	보건기관	2,025	99.2
			기타	226	95.6

資料: '93 의료보험 급여자료 중 지역의료보험자료 분석결과

第2節 結果에 대한 論議

최근 약물치료의 발달로 長期入院의 필요성이 상대적으로 감소하였으며 동시에 장기입원으로 인한 사회성 붕괴증후군과 만성수용소증후군이 심각한 社會問題로 인식되면서 선진 각국은 脫施設化(deinstitutionalization)政策과 동시에 地域社會에 基盤을 둔 精神保健事業을 推進해오고 있다. 미국, 아일랜드, 이태리 등에서는 정신병원의 병상수가 급감하고 있으며 患者의 治療와 함께 일상생활 및 사회적응능력 향상을 위해 지역사회에 기초한 의료 및 非醫療的 다양한 施設과 여기에서 실시되는 다양한 서비스가 등장하게 되었다(남정자, 최정수, p17, p32, p36).

한편, 우리나라는 中央에 精神保健을 위한 全擔部署도 없는 실정이며 정신보건서비스는 대단위 정신병원 중심의 치료와 요양원에서의 보호가 그 中心軸을 이루고 있고 예방과 재활서비스는 거의 전무한 실정이다. 즉 환자의 治療, 再活 및 豫防보다는 社會防衛的 차원에서의 保護管理에 역점을 두어왔다고 볼 수 있다. 정부는 그 동안 치료병상 확보에 주력해 왔으며 民間에 크게 의존한 결과 의료시설의 地

域間 不均衡 分布와 의료시설의 大型化가 초래되었다. 또한 社會復歸를 위한 재활시설과 주거시설이 전무한 실정이다.

慢性精神障礙人들은 그 특성상 社會의 자극에 매우 약하고 社會생활을 하는데 기본적인 기술이 부족하므로 그들에게는 지속적이고 포괄적인 서비스를 일생동안 제공해주어야 하며 이는 地域社會 내에서 의료서비스와 社會支持體系의 제공이 필요함을 의미한다. 그러나 본 연구결과에서는 精神醫療施設의 불균형분포 정도가 타의료시설에 비해 훨씬 심한 것으로 나타났다.

재활 및 기거시설의 확충이 필요하며 의료시설의 大型化는 抑制되어야 한다. 또한 최소한 中診療圈 단위로 정신과 치료시설이 없는 지역과 專門醫 不在地域 해소를 위한 노력이 필요하다. 정신과 치료체계에서 중요한 위치를 차지하고 있는 일반병원 정신과 및 정신과 의원이 위축되고 있는데 이 기관들의 기능이 활성화되어야 하며 精神醫療과 地域社會 精神保健이 均衡을 이루는 精神醫療體系가 確立되어야 할 것이다.

第 6 章 精神病院 實態

우리나라에서 정신질환자 치료의 주역을 담당하고 있는 전문정신병원은 '93년말 현재 전국적으로 34개소가 있다. 그 가운데 국·공립은 12개소로 전체 정신의료병상(9,266병상)의 48%(4,414병상)를 차지하고 있다.

정신병원은 정신요양원과 달리 전문치료팀이 있는 의료시설이다. 그러나 정신의료에 있어서의 시설별 적정인력기준 등이 제대로 갖추어지지 않음으로써 인력이나 시설, 서비스 프로그램 등이 매우 취약한 수준에 있을 뿐만 아니라 기관별로도 각기 다른 수준을 나타내고 있다. 이와 같은 전문정신병원의 현황은, 문제의 심각성에도 불구하고, 과거 단 한번도 구체적으로 조사된 바가 없으며, 따라서 이들 기관에서 제공되고 있는 서비스 수준에 대한 평가도 거의 이루어지지 못하였다.

이러한 시점에서 본 연구는 정신질환자 관리의 주축이 되고 있는 정신병원의 관련 현황을 파악, 향후 발전방안을 모색하고자 시도되었다.

현황 파악을 위한 조사는 全國의 34개 專門精神病院 전수에 대하여 '94. 9. 4.부터 10. 9.까지 약 1개월간에 걸쳐 실시되었으며, 전문 조사원이 이들 기관을 직접 방문, '精神病醫院 現況 調査票'(부록 조사표 참조)에 의거하여 患者, 人力, 施設, 醫療 및 福祉서비스 현황 등을 파악하였다.

대상기관의 응답기피 등으로 자료수집은 물론 수집된 資料를 분석하는데 여러 가지 어려움과 제한점이 있었으며, 이를 보완하기 위하여 ① 무응답이 많은 항목, ② 조사원이 현지에서 나름대로 파악한 현황과 응답내용이 각기 다른 경우, ③ 확인이 어려운 상황에서 현실성이 없거나 극단적인 응답내용 등은 분석대상에서 제외되었다.

또한, 서울시립용인정신병원, 경기도립정신병원, 용인정신병원, 인산병원은 1개의 法人으로서 4개 기관에 대한 종합자료만이 수집되었으므로, 이를 감안한 31개 기관이 최종 분석단위가 되었다.

각각에 대한 조사결과는 다음과 같다.

第1節 患者現況

전국의 31개 專門精神病院 가운데 자료가 수집된 27개 기관의 입원환자 현황은 <表 6.1>과 같다.

<表 6.1> 專門精神病院 入院患者 現況 (診療費 支拂形態別)

단위: 명(%)						
	(응답기관/ 전체기관)	허가정원	현재원자	의료보호	의료보험	자비
전 체	(27/31)	8,611	10,426 (100.0)	6,635 (63.64)	3,025 (29.01)	766 (7.35)
국 립	(3/4)	1,750	1,476 (100.0)	220 (14.90)	922 (62.47)	334 (22.63)
공 립	(5/6)	1,075	1,121 (100.0)	865 (77.16)	256 (22.84)	-
사 립	(19/21)	5,786	7,829 (100.0)	5,550 (70.89)	1,847 (23.59)	432 (5.52)

전문정신병원에 입원중인 患者의 진료비지불형태별 특성을 보면 전체의 64%가 醫療保護이며, 29%가 醫療保險 그리고 나머지 7%는 自費 로서 醫療保護의 비중이 매우 높음을 알 수 있다. 의료보호 환자의 비중은 공립과 사립기관에서 매우 높은 반면, 국립기관의 경우는 전체의 약 15%에 불과하다.

이와 같은 현상은, 국립기관과는 달리 공립기관과 사립기관들이 해당 행정기관으로부터 醫療保護 患者의 입원의뢰를 직접 받고 있으며, 사립기관들이 병원경영의 어려움을 해소하고자 患者 誘致에 적극성을 띠는 점 등과도 관련된 것으로 보여진다.

따라서 우리나라의 전문정신병원은 크게 ① 保險患者 중심의 국립기관, ② 保護患者 중심의 공립기관, ③ 保護患者 중심의 사립기관, ④ 保險·自

費患者 중심의 사업기관 등 네 가지 형태로 구분하여 볼 수 있다. 즉, 상기의 구분은 치료여건과도 관련된 것으로서, 患者의 診療費 부담능력과 家族의 患者에 대한 支持度(Social Support)의 정도에 따라 각기 이용되어지고 있다고 하겠다.

第2節 施設現況

1. 病室環境

入院患者가 제공받는 서비스의 수준은 시설과 설비의 量的, 質的 상태와 관련되며, 그 중 병실환경은 入院患者의 私生活 保障과 行動의 自由 측면에서 특히 중요하다.

調査대상 31개 기관 가운데 자료가 수집된 24개 기관의 1病室當 入院患者數, 침상의 형태(침대-온돌), 病棟 開放性的 여부(개방-폐쇄)를 파악한 결과는 <表 6.2>와 같다.

<表 6.2> 專門精神病院의 病室環境¹⁾

(단위 : 개, %)

구 분	병상형태	1병실당 환자(병상)수				전 체
		1~8	9~16	17~32	33~	
폐 쇄	온 돌	1,137 (37.4)	421 (13.8)	597 (19.6)	887 (29.2)	3,042 (100.0)
	침 대	1,997 (72.5)	490 (17.8)	167 (6.1)	100 (3.6)	2,754 (100.0)
개 방	온 돌	46 (100.0)	- -	- -	- -	46 (100.0)
	침 대	615 (96.9)	20 (3.1)	- -	- -	635 (100.0)
전 체		3,795 (58.6)	931 (14.4)	764 (11.8)	987 (15.2)	6,477 (100.0)

註: 1) 총31개 기관 중 24개 기관 현황임

1病室當 병상수를 보면, 8인실 이하의 病室이 전체의 58.6%이고, 41.4%는 9인실 이상의 병실이며, 33인 이상도 전체의 15%나 된다. 이와 같은 현황은 의료법에서 1병실당 병상수를 제한하고 있지는 않으나 精神療養院 운영규정에서 1거실당 병상수를 8개 이하로 制限하고 있는 것과 비교해 볼 때, 현재의 병실당 환자수가 과밀한 수준임을 시사하고 있다.

병상의 형태는 온돌형이 47.7%를 차지하고 있는데, 온돌형 병실이 스스로 관리하지 못하는 患者들의 경우에 편리하고 또한 일반가정과 같은 온돌환경이 患者에게 입원에 따른 拒否感을 줄여 준다는 등의 長點이 있으나, 個人領域(personal territory)이 명확히 구분되지 않음으로써 患者의 私生活 保障이 어려우며 過收容의 가능성이 침대형에 비해 높다는 단점이 있다. 실제로 1병실당 병상수가 많을수록 온돌형이 選好되는 傾向이 조사결과에서 뚜렷이 나타나고 있다.

병상의 開放程度를 보면, 전체 병상의 약 11%만이 개방병동에 속해 있으며, 개방의 경우도 단지 기관 내에서의 활동자유가 보장된 것으로 외부와의 자유로운 왕래를 허용하고 있지는 않다.

1병실당 병상수에 따라 專門精神病院을 분류하여 본 결과, 9인실 이상의 病室만을 갖춘 기관이 3개였으며, 여기에 病床의 반수 이상이 9인실 이상인 5개 기관을 합하였을 때, 대형병실위주의 전문정신병원의 병상은 전체 병상수의 약 42%에 달하는 것으로 나타났다(表 6.3 참조).

<表 6.3> 1病室當 病床數에 따른 專門精神病院 分類

9인실 이상 병실의 비율	기관의 수	9인실 이상 병실의 병상 ¹⁾
100%	3	17.2
50~99%	5	25.0
50% 미만	5	20.4
없음	11	37.5
전 체	24	100.0

註: 1) (9인실 이상 병실의 병상수/전체 병상수) x 100

第3節 人力現況

전문정신병원의 人力은 크게 세 가지 분야로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 醫師와 看護師로 대표되는 ‘醫療人力’이고, 둘째는 患者의 사회적 능력의 평가와 개발 및 관리를 담당하는 社會事業家, 臨床心理士 및 作業治療士와 같은 ‘精神醫療 關聯人力’이며, 셋째는 시설의 운영과 관리를 위한 ‘管理人力’이다.

그중 환자관리의 주축이 되는 醫療人力에 대하여 인력 1인당 환자수를 파악한 결과는 <表 6.4>와 같다.

전체 31개 調査對象機關 가운데 자료가 수집된 24개 기관의 의료인력 1인당 환자수를 보면, 정신과 전문의의 경우 평균 79명에 달하며(전공의 포함시 48명), 간호사 인력은 환자 15인당 1인인 것으로 나타났다.

<表 6.4> 專門精神病院의 人力別 1人當 入院患者數

인력구분	인력수	1인당 입원환자수 ¹⁾
의사(전공의 포함)	127(211)	79.33(47.75)
간호사	657	15.33
보호인력 ²⁾	390	38.72

註: 1) 입원환자수는 1일 평균재원환자수임

2) 보호인력은 간호보조사와 병동관리사(보호사)를 포함

정신과 전문의 1인당 入院 患者數를 기준으로 24개 전문정신병원을 분류해 볼 때, 정신과 전문의 1인당 患者數가 40명 이하인 기관이 8개, 41~100명인 기관이 10개이고, 전문의 1인당 100명이 넘는 환자를 보는 기관이 6개 기관이나 되는 것으로 나타났다. 또한 전문의 1인당 환자 100명을 초과하는 기관의 병상수는 전체 병상수의 54%에 달하고 있다(表 6.5 참조).

<表 6.5> 精神科 専門醫 1人當 入院患者數에 따른 専門精神病院 分類¹⁾

정신과 전문의 1인당 환자수	기관수	전문의 수(명)	환자수(명)
1 ~ 20명	1	6	70
21 ~ 40명	7	25	837
41 ~ 60명	2	16	708
61 ~ 80명	6	31	2,100
81 ~ 100명	2	10	885
101 ~ 120명	2	30	3,325
120명 이상	4	9	2,150
전 체	24	127	10,075

註: 1) 총31개 기관 중 24개 기관 자료임.

第4節 運營 프로그램 現況

전문정신병원의 수준을 평가하기 위한 방안의 하나로서, 현재 시행 중에 있는 서비스의 종류별 현황 파악이 시도되었다. 그러나 조사상의 어려움 등을 이유로 서비스 프로그램의 實施與否, 담당인력의 有無, 프로그램을 위한 專用施設의 有無 등과 같이 주로 외적상태를 파악하는데 그쳤으며, 그 결과를 요약하면 <表 6.6>과 같다.

이에 따르면, 전문정신병원 가운데 낮병원 프로그램이 실시되고 있는 기관은 5개소이며, 낮병원 전용시설을 보유한 기관은 6개소였다. 낮병원 프로그램을 실시하고 있지 못한 기관들은 첫째, 運營人力의 不足, 둘째, 운영인력의 전문성 부족, 셋째, 施設 內 공간의 不足 등을 이유로 들었다. 그 이외에도 交通의 不便, 보호자의 인식부족, 진료수가의 부적절, 患者의 參與動機의 不足 등도 낮病院 프로그램의 實施를 가로막는 주요 요인으로 지적되었다.

作業治療는 20개 기관에서 실시되고 있었고, 作業治療를 위한 전용시설을 보유한 기관은 13개소 였다. 작업치료만을 專擔하는 人力이 있다고 응답한 기관은 18개소 였고, 그들의 직종은 사회복지사가 가장 많았으며 그 다음이 看護師와 작업치료사의 순이었다.

患者 家族을 위한 프로그램은 12개 기관에서 시행하고 있었다. 프로그램의 내용으로는 患者 疾患의 특성과 家族의 역할에 관한 敎育, 보호자들의 환자로 인한 어려움에 대한 支持 및 相談, 入院患者에 대한 가족들의 역할(통신, 면회 등)과 退院時 그 이후의 對策 등에 대한 정보제공 등이 주종을 이루고 있는 것으로 보고되었다.

알콜중독을 위한 프로그램을 施行하고 있는 機關은 23개소 였고, 약물중독을 위한 프로그램을 시행하고 있는 機關은 8개소 였다. 알콜중독 프로그램의 患者 參與는 17개 기관이 醫療陣의 판단에 의하여 결정한다고 보고하였고, 6개 기관이 患者 본인의 意思에 의하여 결정한다고 보고하였다.

주정중독의 경우 患者 본인이 入院을 거부함에 따른 患者管理의 어려움으로 인하여, 藥物中毒의 경우는 불법약물 중독자는 국립기관에 한하여 입원치료가 가능하며 接着劑나 신경안정제 등의 過多服用에 의한 중독은 行政機關에 보고하여야 하는 번거로움 등이 프로그램을 시행을 저해하는 요인으로 指摘되었다.

心理劇 프로그램은 13개 기관에서 시행하고 있었다. 13개 기관 중 10개 機關은 의료진과 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사 등 精神醫療 關聯人力이 팀 接近法에 의해 심리극을 운영하고 있다고 보고하였다.

아동을 위한 놀이치료 프로그램은 한 개의 국립기관에서만 시행되고 있는 것으로 나타났다. 兒童 患者가 전문정신병원에 내원하는 경우가 매우 적고, 놀이치료 프로그램을 시행하는데 필요한 專門人力의 不足과 전용시설 및 醫療酬價의 문제 등이 兒童들을 위한 놀이치료 프로그램의 開設을 忌避하는 要因으로서 평가된다.

18개의 機關이 종교 프로그램이 施行되고 있다고 보고하였으며, 患者의 60% 이상 참여하는 기관이 4개소 였고, 기관의 설립 취지나 규정에 의하여 在院患者의 전체가 참여하거나 職員들의 권유에 의하여 患者의 참여여부가 결정된다고 應答한 기관이 2개소가 있었다. 기관의 설립과 운영이 특정 종교이념에 바탕을 두고 있다고 응답한 기관은 11개 기관으로 개신교가 9개소, 카톨릭이 2개소였다.

산책 프로그램을 施行하지 않는다고 보고한 기관은 6개소 였고, 월중의 定期的인 프로그램으로 시행한다고 응답한 기관이 1개소, 주중의 정기적인 프로그램으로 시행한다는 기관이 24개소 였다.

集團治療 프로그램은 26개 기관에서 시행하고 있었다. 醫師가 주로 담당하고 있었으나(17개소) 의사나 간호사가 아닌 다른 직종의 人力이 담당하고 있는 곳도 9개소가 있었다.

<表 6.6> 專門精神病院의 프로그램¹⁾

프로그램	실시기관	전용시설 보유기관
낮병원	5	6
작업치료	20	13
환자가족들을 위한 프로그램	12	#
주정중독 프로그램	23	#
약물중독 프로그램	8	#
심리극	13	#
놀이치료	1	1
종교활동	17	#
산책	25	#
집단치료	26	#

註: 1) 분석 대상기관: 31개

2) # - 조사내용이 아님

그 밖에도 전문정신병원에서는 입원환자의 상태 파악이 주로 醫師, 看護記錄, 看護師의 判斷에 依存하고 있는 것으로 나타났으며, 患者의 退院은 主治醫의 決定, 保護者의 意思, 經濟的 負擔, 患者 本人의 意思 등에 따라 결정되는 것으로 나타났다. 31개 기관 중 26개 기관이 社會復歸 가능성이 있는 患者를 退院시키는데 어려움이 있다고 보고하였고, 대부분의 기관이 患者가족의 引受 拒否를 그 이유로 들고 있다..

第5節 結論

專門精神病院의 現況을 통해 볼 때, 다음과 같은 문제점이 제기된다.

첫째, 전반적인 醫療人力의 不足현상으로 治療的 環境造成에 어려움이 있다.

둘째, 병실당 병상수, 병실구조 등은 病室環境이 매우 劣惡한 水準에 있음을 시사하고 있다.

셋째, 精神疾患의 治療에 필요한 각종 서비스 프로그램이 극히 저조한 수준에 있고, 있다고 하더라도 전용시설과 전문인력의 부족으로 정상적인 프로그램의 운영을 기대하기 힘든 상태에 있다.

이와 같은 전문정신병원의 열악한 서비스 환경은, 전체 入院患者의 64%인 醫療保護 患者가 주로 이용하고 있는 私立 및 公立 機關에서 더욱 두드러지게 나타나고 있다. 국립기관은 공립이나 사립기관에 비하여 대체로 人力, 施設, 프로그램의 모든 부분에 있어서 양호한 수준을 보이고 있는데, 公立機關의 경우 공립정신요양원에 정신과 전문의를 파견한 형태를 띤 것이기에 의료서비스 資源의 열악함은 당연한 결과이며, 사립기관의 경우도 낮은 수가로 인한 병원경영의 어려움과 관련되었을 것으로 이해되고 있다. 결국, 이러한 現實은 기관 운영자의 경영상 요구나, 精神醫療人力 또는 政府의 無關心만으로 설명될 수 있는 것은 아니며, 精神疾患者들에 대한 排他的인 국민의식, 精神疾患患者의 권익을 代辯하여 주는 사회단체의 不在, 精神疾患患者에 대한 부정적 시각을 한층 고조시키는 홍보 매체, 病院의 정상적인 醫療行爲를 불가능하게 하는 醫療酬價 등이 복합적으로 작용하였다고도 볼 수 있다.

이 밖에도, 본 연구에서는 專門精神病院의 보다 구체적인 현황을 파악하고자 시도하였으나, 응답내용의 부실 등으로 조사항목 중 상당부분에 대한 분석이 이루어지지 못하였으며, 따라서 이 부분에 대하여는 제2편의 國立 및 私立精神病院의 役割과 發展方向이 참고가 될 것으로 본다.

第7章 精神療養院 實態

專門 病醫院과 함께 정신질환자관리의 주축이 되어 온 精神療養院(私立)은 社會福祉法人의 하나로써 '93년말 현재 전국적으로 74개소가 있으며, 우리나라 전체 입원 정신질환자의 약 50%에 해당하는 17,000여 명이 이곳에서 수용, 관리되고 있다.

그러나 精神療養院은 정신질환자를 단순히 격리, 수용하는 非醫療的 施設이라는 점과, 낮은 수가에 따른 관리 소홀 등으로 인해 환자의 인권과 관련한 사회적 문제를 끊임없이 야기시켜 왔다. 이에 精神保健法 制定을 통한 精神療養院의 기능전환방안이 최근 제기되고 있으며, 그 내용으로서 長期 入院(收容)患者의 再活을 지원하기 위한 社會復歸施設 또는 無緣故患者의 寄居施設로의 활용 등이 검토되고 있다.

精神保健의 세계적인 추세 등을 감안할 때 향후 精神療養院의 기능변화는 불가피할 것으로 보이며, 이와 같은 시점에서 본 연구는 精神療養院의 제반 實態 및 問題點을 파악, 향후 방향모색을 위한 기초자료를 제공하고자 추진되었다.

자료는 '94. 9. 5.~10. 7.의 약 1개월간 본 조사를 위해 채용된 3인의 전문 조사원이 해당기관을 직접방문, 조사표의 내용을 파악함으로써 수집되었다.¹⁾

조사대상은 전체 精神療養院의 30%에 해당하는 23개 療養院을 保有病床數와 位置를 감안하여 選定하였는데, 保有病床數의 경우 규모별 표본을 추출하지 않고 단순히 크기 順으로 한 것은 본 연구조사가 患者數 파악과도 관련되어 限定된 豫算으로 보다 많은 患者를 調査에 포함시키고자 하였기 때문이다.

1) 조사의 일관성이 유지되도록 소수의 조사원을 활용하였으며, 그밖에 조사의 정확성과 신뢰도 제고를 위해 응답내용에 대한 조사자의 의견을 별도 작성토록 하였음

지역별 조사대상기관 現況은 <表 7.1> 과 같다.

<表 7.1> 地域別 調査對象 療養院 現況

지역	전체 정신요양원		조사대상 정신요양원	
	기관수	환자수	기관수(%)	환자수(%)
전 체	74	17,814	23(31.0%)	7,699(43.2%)
대 도 시	22	6,096	6(27.3%)	2,357(38.7%)
기타도시	13	2,271	4(30.8%)	581(25.6%)
군 지 역	39	9,447	13(33.3%)	4,761(50.4%)

註: ()은 전체에 대한 비율임

資料: '93년말 현재, 보사부 내부자료

調査對象 요양원의 設立年度는 1980년대가 11개소로서 가장 많은데, 이는 지난 '83년 7월 매스컴이 祈禱院을 사회고발²⁾한 것을 계기로, 政府가 그 동안 제도권 밖에서 亂立해 온 기도원이나 수용소를 閉鎖, 整理하는 과정에서 시설을 갖춘 일부 기관을 陽性化한 結果에 따른 것이다(表 7.2 참조).

<表 7.2> 調査對象 療養院의 設立年度

설립년도	기관수	백분율
계	23	100.0
1950년대	2	8.7
1960년대	3	13.0
1970년대	7	30.4
1980년대	11	47.9

- 2) 1983년 7월 KBS “추적 60분”에서 무허가 기도원에 대한 실상을 폭로하였다. 그 때 방영된 무허가 기도원이나 수양원 시설들에서는 정신질환자를 감금하고 축쇄를 채우며 종교의식이나 미신에 의한 집단행동이 생활의 전부였고 때로는 금식이나 매질 등을 통한 육체적 고통을 가함으로써 환자를 다스리는 등 비인간적 행위를 자행하고 있었다. 이는 당시 그를 접했던 모든 사람들이 충격과 놀라움을 지나 분노의 공감대를 이루게 한 큰 사건이었다(김문곤, 1992).

調査内容は 첫째, 患者에 관한 사항으로서 조사일 현재 在院중인 患者와 1993년도 1월 1일 이후 1994년 9월 조사일까지 1년 9개월 동안 退院한 患者의 개인특성 및 입원특성과 둘째, 療養院의 전반적인 施設 및 運營現況에 관한 사항이다(附錄 調査票 참조).

각각에 대한 조사결과는 다음과 같다.

第1節 患者現況

1. 在院患者 現況

調査對象 療養院의 調査當日 재원자수는 7,729명으로, 이 가운데 醫療保護 대상자가 76%를 차지하고 있다. 현 在院者의 입원시기를 보면 13%만이 지난 1년간(1993년)의 新規 患者로서, 대부분의 환자가 1년 이상 長期間 收容되어 왔음을 나타내고 있다(表 7.3 참조).

<表 7.3> 在院患者現況

	1기관당 평균환자수	전체환자수	현 재원자에 대한 비율 ¹⁾
허가정원	341	7,845	1.00
현 재원자	336	7,729	0.99
의료보호	257	5,903	0.76
일반(자비)	79	1,822	0.24
연간입소자('93)	46	1,047	0.13
연간퇴소자('93)	56	1,295	0.17
타기관전원자('93)	7	163	0.02
평균재원자	365	8,385	1.07

註: 1) 허가정원에 대한 비율임

가. 一般的 特性

精神療養院에 입원중인 患者의 一般的 特性을 보면, 성별로는 男子가 女子보다 1.7배나 많고 진단별로는 精神分裂症 환자가 대부분(88.1%)을 차지하며,

3년 이상의 長期 수용환자가 많은 점(73.1%) 그리고 연령별로는 20, 30대가 44.8%나 되고 醫療保護 환자가 많은 점 등이 눈에 띈다(表 7.4 참조).

<表 7.4> 在院患者의 一般的 特性

수 백분율			수 백분율		
계	7,699	100.0	계	7,699	100.0
성별			연령		
남자	4,897	63.6	나이 모름	246	3.2
여자	2,802	36.4	10~19	14	0.2
진단별			20~29	834	10.8
정신분열	6,786	88.1	30~39	2,617	34.0
정신지체	195	2.5	40~49	2,118	27.5
성격장애	80	1.0	50~59	1,368	17.8
간질	169	2.2	60~69	422	5.5
알콜중독	218	2.8	70세 이상	80	1.0
정동장애	53	0.7	보험형태		
조울증	67	0.9	의료보호	5,298	68.8
뇌증후군	85	1.1	자비	1,682	21.8
치매	46	0.6	모름	719	9.3
보호자 거주지			재원기간		
대도시	1,955	25.4	기간 모름	106	1.4
시부	1,184	15.4	1년 미만	832	10.8
군부	2,161	28.1	1년~3년 미만	1,134	14.7
모름	2,399	31.2	3년~5년 미만	829	10.8
			5년~10년 미만	2,416	31.4
			10년~15년 미만	1,541	20.0
			15년 이상	841	10.9

즉, 현재 精神療養院에는 젊은 연령층의 남자 정신분열증 患者가 장기간 收容되어 있는 특징을 보여주고 있으며, 醫學의 發達과 함께 精神分裂症 患者의 경우도 더이상 장기 입원이나 수용이 필요치 않음이 이미 널리 입증되고 있음을 고려할 때, 우리나라의 경우 이들 환자에 대한 대책마련이 무엇보다도 시급한 과제라고 하겠다.

또한, 재원환자의 家族과의 관계를 살펴보면, 家族과 정기적으로 접촉을 하고 있는 患者는 전체의 44.1%였으며, 전체의 약 1/3에 해당하는 患者는 가족이 있음에도 불구하고 전혀 연락이 가능하지 않거나 緣故者가 전혀 없는

것으로 나타났다(表 7.5 참조). 精神障礙者의 再活과 社會復歸에 가장 중요한 영향을 미치는 요인이 家族의 支持(support)로써, 앞으로 精神療養院에 단순 수용되어 있는 患者에 대한 적극적인 脫收容化를 유도하기 위해서는 무엇보다도 家族이 없는 患者에 대한 특별한 對策이 요구된다고 하겠다. 外國의 경우에는 이러한 患者를 위한 臨時 寄居施設과 集團 寄居施設 등을 갖추고 있다.

<表 7.5> 在院患者의 家族과의 關係

내 용	평균 (1기관당)	전체인원	재원환자에 대한 비율
가족과 정기적으로 접촉을 하고 있는 환자	155	3,412	44.1
가족과 연락이 가능한 환자	60	1,328	17.2
가족이 있으나 전혀 연락이 가능하지 않은 환자	44	979	12.7
연고자가 없는 환자	70	1,549	20.0

나. 在院期間

患者의 제 특성별 在院期間을 살펴보면, 성별로는 큰 차이가 없었으나 年齡別로는 상당한 차이가 있었다. 즉, 연령이 많을수록 재원기간이 길게 나타났다는데, 20대의 경우 48.4%가 3년 미만의 재원기간을 보인 데 비해 30대는 56.7%가 5년 이상 재원하고 있었으며 40대는 68.2%가 5년 이상 재원하고 있는 것으로 나타났다. 다시 말해, 정신질환이 발병되면 치유되어 사회에 복귀되지 않고 精神療養院에서 거의 일생을 보내게 됨을 엿볼 수 있다.

한편, 療養費支拂形態別로는 의료보호환자의 재원기간이 自費患者의 재원기간에 비해 월등히 길게 나타났다.

現代醫學의 관점에서 보면, 精神疾患者는 지속적인 藥物治療에 의해 80% 이상 好轉될 수 있고 따라서 대부분의 환자가 持續的인 약물치료를 하면서 正常的인 사회생활을 영위할 수 있다. 그러나, 藥物治療을 中斷할 때에는 증상이 호전된 환자의 70%에서 다시 再發할 가능성이 있는데(정영기 외, 1994), 지난 10년간의 研究를 통해 파악된 再發의 주요 요인은 ① 精神保健

서비스의 提供體系가 유연(flexible)하지 못한 경우 ② 患者 및 患者 保護者에 대한 敎育 不在 또는 未洽 ③ 지역내의 再活프로그램의 不足 ④ 長期 收容爲主 政策으로 지적되고 있다(Gittelman, 1994).

현재 우리나라 精神療養院은 적절한 醫療的 서비스를 제공하지 못하고 있음은 물론 상기와 같은 問題點들을 모두 지니고 있다는 점을 감안할 때, 요양원에 入院한다는 것은 再活이나 社會復歸를 오히려 어렵게 하는 결과를 초래할 수도 있다(表 7.6 참조).

<表 7.6> 在院患者의 諸 特性別 在院期間 分布

단위: % (N)								
	기간 모름	1년 미만	2~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10~15년 미만	15년 이상	전체
전체	1.4	10.8	14.7	10.8	31.4	20.0	10.9	100.0(7,699)
성별								
남자	1.7	11.8	15.8	10.6	30.5	19.1	10.5	100.0(4,897)
여자	0.9	9.0	12.8	11.1	33.0	21.6	11.6	100.0(2,802)
연령별								
나이 모름	1.6	6.1	2.4	3.7	37.0	19.5	29.7	100.0(246)
10~19	-	50.0	42.9	7.1	-	-	-	100.0(14)
20~29	0.6	21.7	26.7	14.9	25.1	7.9	3.1	100.0(834)
30~39	1.1	12.0	17.3	12.9	33.1	18.6	5.0	100.0(2,617)
40~49	1.9	8.7	11.9	9.2	31.4	24.9	11.9	100.0(2,118)
50~59	1.4	6.9	10.1	9.4	31.5	23.5	17.3	100.0(1,368)
60~69	1.7	7.1	10.7	7.1	30.8	18.0	24.6	100.0(422)
70 이상	1.3	10.0	13.8	5.0	30.0	18.8	21.3	100.0(80)
보험형태별								
자비	2.9	23.8	27.9	13.3	18.7	9.7	3.8	100.0(1,682)
의료보호	1.1	7.0	11.1	9.4	31.8	24.9	14.6	100.0(5,298)
모름	8.2	10.6	15.0	57.9	8.2	0.1	-	100.0(719)

다. 入院經路

在院患者의 入院經路라 함은 現 機關에 入院하게 된 경위로서 의뢰한 사람 또는 기관을 일컫는데, 전체 환자 중에서 51.1%에 대한 入院經路가 파악

되지 않았다. 性別로는 入院經路에 두드러진 차이가 보이지 않았으나 年齡別로는 차이가 있었으며 즉, 30대까지는 父母에 의해 의뢰된 경우가 가장 많았고 40대 이후는 兄弟, 配偶者 및 子女에 의해 의뢰된 경우가 많았다. 精神障礙者의 入院經路를 통해서 볼 때 우리나라에서는 아직까지도 家族이 精神障礙者를 돌보고 있음을 알 수 있으며 病이 慢性化되어 감에 따라 돌보는 家族의 범위가 父母에서, 兄弟, 子女로 옮겨지고 있음을 짐작케 한다 (表 7.7 참조).

<表 7.7> 在院患者의 諸 特性別 入院經路

	단위: % (N)									
	부모	배우자	형제	친척	기관	타기관	자녀	친구	모름	계
전체	22.2	5.1	14.9	3.5	0.5	0.2	2.4	0.1	51.1	100.0(7,699)
성:										
남자	23.9	6.0	16.2	3.6	0.5	0.2	2.0	0.1	47.4	100.0(4,897)
여자	19.2	3.4	12.6	3.4	0.5	0.2	3.0	0.1	57.5	100.0(2,802)
연령:										
나이 모름	8.5	1.2	11.8	4.1	0.8	0.8	4.9	-	67.9	100.0(246)
10~19	21.4	-	-	14.3	-	7.1	-	-	57.1	100.0(14)
20~29	41.7	0.4	8.2	4.0	0.2	0.2	0.2	0.1	45.0	100.0(834)
30~39	30.9	1.7	15.7	2.8	0.4	0.1	0.1	0.1	48.3	100.0(2,617)
40~49	18.6	4.8	18.8	4.0	0.5	0.1	1.1	0.1	52.0	100.0(2,118)
50~59	8.8	13.1	14.7	3.8	0.8	0.1	5.3	0.1	53.4	100.0(1,368)
60~69	3.6	12.6	9.0	3.8	0.7	0.5	14.0	-	55.9	100.0(422)
70 이상	1.3	6.3	5.0	3.8	1.3	-	12.5	1.3	68.8	100.0(80)

라. 診斷分布

在院患者의 진단명은 성별 구분없이 대부분이 정신분열증이었으며(남자: 86.1%, 여자: 91.8%), 그 다음으로는 남자의 경우 알콜중독이 4.3%로서 높게 나타났다. 연령별로는 50대 이후로 가면서 정동장애와 조울증 환자의 비율이 다소 높았다(表 7.8 참조).

<표 7.8> 在院患者의 諸 特性別 診斷分布

단위: % (N)

	정신 분열	정신 지체	성격 장애	간질	알콜 중독	정동 장애	조울증	뇌중 후군	기타	전체
전체	88.1	2.5	1.0	2.2	2.8	0.7	0.9	1.1	0.6	100.0(7,699)
성별										
남자	86.1	2.8	1.4	2.3	4.3	0.4	0.8	1.5	0.5	100.0(4,897)
여자	91.8	2.1	0.5	2.1	0.3	1.1	1.0	0.5	0.7	100.0(2,802)
연령별										
나이 모름	86.2	2.8	0.8	4.1	2.8	0.4	1.6	0.4	0.8	100.0(246)
10~19	92.9	7.1	-	-	-	-	-	-	0.2	100.0(14)
20~29	85.3	6.5	1.0	3.4	0.4	1.8	1.1	0.4	0.4	100.0(834)
30~39	90.3	2.5	0.8	2.6	1.4	0.6	1.0	0.6	0.2	100.0(2,617)
40~49	89.8	1.9	1.0	1.9	2.5	0.6	0.7	1.3	0.2	100.0(2,118)
50~59	86.3	1.7	1.7	1.4	5.8	0.4	0.8	1.2	0.7	100.0(1,368)
60~69	82.9	0.9	0.5	0.9	6.9	0.5	0.2	4.5	2.6	100.0(422)
70 이상	68.8	-	2.5	-	-	10.0	1.3	2.5	15.0	100.0(80)

마.療養費 負擔形態

성별 요양비 부담형태를 살펴보면, 男子가 女子보다 自費 比率이 높았으며 年齡別로는 20대가 다소 높았다. 전체적으로 자비환자의 비율은 21.8%였는데, 참고로療養院 運營指針에서는 自費患者의 비율을 30%까지 허용하고 있다(表 7.9 참조).

<表 7.9> 在院患者의 諸 特性別 療養費 負擔形態

단위: % (N)

	자비	보호	모름	전체(N)
전체	21.8(1,682)	68.8(5,298)	9.3(719)	100.0(7,699)
성:				
남자	24.7	66.7	8.6	100.0(4,897)
여자	16.8	72.4	10.8	100.0(2,802)
연령:				
나이 모름	21.5	77.2	1.2	100.0(246)
10~19	21.4	57.1	21.4	100.0(14)
20~29	35.1	54.3	10.6	100.0(834)
30~39	24.6	65.6	9.8	100.0(2,617)
40~49	18.3	73.1	8.6	100.0(2,118)
50~59	14.8	75.4	9.9	100.0(1,368)
60~69	20.1	69.9	10.0	100.0(422)
70 이상	18.1	70.0	11.3	100.0(80)

2. 退院患者 現況

1993년 1월부터 12월 사이에 退院한 患者數는 총1,295명으로 나타났으나 그 중 退院患者에 대한 記錄을 파악할 수 있는 경우는 전체 퇴원환자의 68.4%에 해당하는 879명에 불과하였다. 또한 1994년도 1월부터 9월의 調査일까지 退院한 환자는 737명이며, 따라서 이들 총1,616명의 퇴원환자에 대하여 분석한 결과는 다음과 같다.

우선 退院患者의 一般的 特性을 살펴 보면, <表 7.10>과 같다.

<表 7.10> 退院患者의 一般的 特性

	수	백분율		수	백분율
계	1,616	100.0	계	1616	100.0
성별			보험형태		
남자	1,110	68.7	의료보호	404	25.0
여자	506	31.3	자비	905	56.0
연령별			모름	307	19.0
나이 모름	87	5.4	퇴소시 인수자		
10~19	599	37.1	부모	337	20.9
20~29	805	49.8	배우자	91	5.6
30~39	125	7.7	형제	179	11.1
진단별			친척	42	2.6
정신분열	1,236	76.5	자녀	19	1.2
정신지체	30	1.9	기타	17	1.1
성격장애	44	2.7	무응답	931	57.6
간질	32	2.0	재원기간		
알콜중독	164	10.1	기간모름	85	5.2
정동장애	17	1.1	1년 미만	499	30.9
조울증	16	1.0	1년~3년 미만	413	25.6
뇌증후군	23	1.4	3년~5년 미만	216	13.4
모름	54	3.3	5년~10년 미만	283	17.5
			10년~15년 미만	81	5.0
			15년 이상	38	2.4

退院患者의 一般的 特性을 入院患者의 경우와 비교하면, 入院患者 중 自費患者의 비율은 20% 정도에 불과한 반면, 退院患者 中 자비환자의 比率은

56%나 된다는 점이다. 年齡別로 보면, 퇴원환자의 연령이 나이를 모르는 5.4%를 제외하고는 모두 30대 이하로 나타났다. 이와 같은 특성은 이들의 再發率을 최소화하고 再入院을 豫防하기 위하여 退院 後 적절한 追後管理를 받을 수 있는 지역사회 내 再活프로그램의 필요성을 시사하고 있다.

第2節 施設現況

1. 病室環境

在院患者의 80% 이상이 온돌로 된 病室에 入院되어 있으며 98.3%가 閉鎖病棟에 입원하고 있다. 병실당 환자수를 보면, 33인실 이상에 입원중인 환자가 전체의 14.3%를 차지하고 있다(表 7.11 참조).

<表 7.11> 病棟의 區分 與否

	구 분 여 부		
	계(N)	예	아니오
개방/폐쇄에 따른 구분	100.0 (23)	4.3	95.7
진단에 따른 구분	100.0 (23)	8.7	91.3
성별에 따른 구분	100.0 (23)	4.3	95.7
연령에 따른 구분	100.0 (23)	13.0	87.0
보호/자비에 따른 구분	100.0 (23)	100.0	0.0
신체질환에 대한 구분	100.0 (23)	52.2	47.8

2. 作業治療室

전반적으로 再活訓練프로그램이 미흡한 水準이어서 作業治療室을 별도로 갖추고 있는 기관이 13%에 불과했으며 作業治療士를 두고 있는 경우는 8.7%에 지나지 않았다(表 7.12 참조).

<表 7.12 > 作業治療室 및 作業治療士

	작업치료실 및 작업치료사 여부		
	계(N)	예	아니오
작업치료실 여부	100.0(23)	13.0	87.0
작업치료사 여부	100.0(23)	8.7	91.3

3. 看護師室, 重患者室 및 隔離室

간호사실은 원칙적으로 病棟 內에 두는 것이 바람직한데, 약 39%는 병동 내에 看護師室을 두고 있지 않았으며, 重患者室을 두고 있지 않은 기관도 60.9%나 되었다. 傳染性 疾患者들을 위한 隔離施設도 없거나 열악한 경우도 78.3%에 달하고 있다(表 7.13 참조).

<表 7.13> 看護師室, 中患者室 및 隔離室

빈도 백분율			빈도 백분율		
계	23	100.0	계	23	100.0
병동 내에 간호사실 여부			중환자보호실의 적절성		
예	14	60.9	적절함	2	8.7
아니오	7	30.4	보통	1	4.3
병동 내 간호사실 없음	2	8.7	열악함	7	30.4
			중환자실 없음	12	52.2
			무응답	1	4.3
개방되어 있지 않은 경우 그 이유			전염성질환자 격리시설 여부		
직원보호를 위해	4	17.4	예	10	43.5
기타	3	13.0	아니오	12	53.3
비해당	14	60.9	격리시설 없음	1	4.3
무응답	2	8.7			
중환자 보호실 여부			격리시설의 적절성		
예	9	39.1	적절	3	13.0
아니오	13	56.5	보통	1	4.3
중환자실 없음	1	4.3	열악함	6	26.1
			격리시설 없음	12	52.2
			무응답	1	4.3

4. 食事環境

調査對象機關 중 營養士가 있는 곳은 34.8%였고 調理士는 13.0%만이 확보하고 있었다. 따라서 취사는 대부분 잡부(87.0%)나 患者(91.3%)에 의해 이루어지고 있었으며, 식사시 식당을 이용하는 경우는 전체의 78.3%였다(表 7.14 참조).

<表 7.14> 營養士, 調理士, 炊事施設

빈도 백분율			빈도 백분율		
계	23	100.0	계	23	100.0
영양사 여부			식사장소		
없음	13	56.5	식당	18	78.3
있음	8	34.8	병동내 공간	2	8.7
무응답	1	8.6	각개의 병실	3	13.0
조리사 여부			배식에 환자참여 여부		
없음	18	78.3	예	16	69.6
있음	3	13.0	아니오	7	30.4
무응답	2	8.6			
잡부 여부			식단을 미리 작성하여 두는 지		
없음	3	13.0	예	23	100.0
있음	20	87.0	아니오	-	-
취사에 환자가 참여하고 있는 지			직원 별도의 식사장소가 있는 지		
예	21	91.3	예	16	69.6
아니오	2	8.7	아니오	7	30.4

5. 衛生環境

沐浴施設은 병동마다(47.8%) 또는 별도(52.2%)로 설치되어 있는데 1주일에 한번 미만 沐浴을 실시하는 곳도 43.5%나 되었다. 화장실은 모두 病室과는 별도로 설치되어 있고 男女用이 區分되어 있었다(表 7.15 참조).

<表 7.15> 衛生施設

빈도 백분율			빈도 백분율		
계	23	100.0	계	23	100.0
목욕시설의 장소는			세 명과 목욕의 빈도		
병동과 별도로	12	52.2	일주일에 한번 이상	13	56.5
병동마다	11	47.8	일주일에 한번 미만	10	43.5
개인/공동시설 여부			화장실의 설치장소		
공동시설	23	100.0	병동과 별도로	23	100.0
개인시설	-	-	아니오	-	-
1회 목욕시키는 인원			화장실의 직원공동사용여부		
10명	3	13.0	예	15	65.2
15명	1	4.3	아니오	8	34.8
20명	6	26.1			
30명 이상	13	56.5			

6. 體育·娛樂施設

체육과 오락을 위한 室內空間은 고유한 공간으로(34.8%) 또는 공용공간(43.5%)으로 마련되어 있으나 그러한 施設이 없다고 답한 機關도 21.7%나 되었다. 그러한 시설사용은 患者 자신이 決定할 수 있는 경우가 43.5%이고 醫療陣이나 職員이 決定하는 경우가 34.8%이다(表 7.16 참조).

<表 7.16> 體育·娛樂施設

빈도 백분율			빈도 백분율		
계	23	100.0	계	23	100.0
체육과 오락을 위한 실내 공간의 여부			시설사용의 결정자		
고유공간	8	34.8	환자자신	10	43.5
공용공간	10	43.5	의료진	2	8.7
해당시설 없음	5	21.7	기타직원	6	26.1
동시에 사용할 수 있는 인원			해당시설 없음	5	21.7
50명 미만	2	8.7	시설사용에 대한 규정		
50명 이상 100명 미만	3	13.0	있다	1	4.3
100명 이상 200명 미만	6	26.1	없다	16	69.6
200명 이상	6	26.1	해당시설 없음	5	21.7
해당시설 없음	5	21.7	무응답	1	4.3
무응답	1	4.3			

7. 施設 環境에 대한 職員의 主觀的 評價

調査對象 機關의 職員인 응답자의 自體 評價에 의하여 대체로 適切하다고 판단되는 부분은 病室의 照明(95.7%), 病실청소(91.3%), 음용수(91.3%), 食器類 供給(91.3%)과 침구, 일반 生活數 公給(87.0%), 患者 化粧室(82.6%)의 순이며 적절하지 못하거나 劣惡하다고 보는 것은, 特殊治療를 위한 공간(87%), 應急키트의 보유(69.6%), 基礎精神醫藥品 公給(56.5%)의 순으로 나타났다. 기초의약품공급, 娛樂空間, 개인소지품 보관공간, 訪問客을 위한 공간은 보통 정로 평가되었다. 종합적으로 <表 7.17>은 향후 補完해야 할 부분이 무엇 인가를 시사해 주고 있다.

<表 7.17> 施設の 適切性에 대한 應答者の 主觀的 評價

	계	적절하다	적절하지 못하다	전혀 없다
특수치료를 위한 공간	100.0(23)	13.0	21.7	65.2
레크레이션 활동을 위한 공간	100.0(23)	52.2	34.8	13.0
방문객을 위한 공간	100.0(23)	60.9	30.4	8.7
환자 개인소지품을 보관하기 위한 공간	100.0(23)	52.2	34.8	13.0
병실의 조명	100.0(23)	95.7	4.3	-
병실청소	100.0(23)	91.3	8.7	-
환자를 위한 화장실	100.0(23)	82.6	17.4	-
환자 일상생활을 위한 급수	100.0(23)	87.0	13.0	-
음용수 공급	100.0(23)	91.3	8.7	-
침구공급	100.0(23)	87.0	13.0	-
식기류 공급	100.0(23)	91.3	8.7	-
기초 의약품의 공급	100.0(23)	52.2	47.8	-
기초 정신의약품 공급	100.0(23)	43.5	56.5	-
각 병동에 공급하고 있는 응급키트	100.0(23)	30.4	52.2	17.4

第3節 運營現況

1. 施設長 및 従事者 現況

療養院 運營에 가장 영향을 미칠 수 있는 理事長의 社會·人口學的 背景을 살펴 보면 대다수가 男子였으나 女子도 13%나 되었고 年齡은 50대가 가장 많았다. 대부분이 기혼으로서 학력은 대졸 이상이 60.5%를 차지하였으며 사회복지를 전공한 경우는 17.4%였다.

가. 政府의 支援基準

調査對象 機關의 従事者 現況 및 政府의 支援基準을 살펴보면 <表 7.18>과 같다. 즉, 현재 政府가 精神療養施設에 지원하고 있는 職員은 적정한 數나 報酬 面에서 매우 不足하다고 할 수 있다. 즉, 시설당 한 명의 囑託醫를 지원하여 일주일에 1회 이상의 診療 및 投藥을 담당토록 하고 있으나 실제로는 일주일에 한번 그것도 3~4시간 동안에 모든 患者를 診療하고 있어 患者 1인에 할애되는 시간은 1분도 채 안되고 있다. 둘째, 지난 1990년도 하반기부터 定員 200인 이상의 農村地域施設에 公衆保健醫가 파견되었으나 대부분 비정신과 전문의사로서 精神疾患 患者 管理에는 한계가 있다. 셋째, 수용자 100명당 한 명의 看護師가 파견되고 있으나 이는 業務의 특성상 看護師가 24시간 동안 患者를 관리해야 하는 점을 고려하면 看護師 1인이 300명을 돌봐야 한다는 조건이므로 매우 非現實的이다.

전체적으로 政府支援 基準과 실제로 각시설에 従事하고 있는 종사자를 比較하면, 看護師 대신 看護助務士를 活用하는 경향이 두드러지게 나타나고 있으며 生活指導員, 事務員, 相談員을 실질적으로 고용하여 활용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 낮은 給料로 인해 적절한 의료인을 구할 수 없어 非醫療人으로 代置할 수 밖에 없는 현실이 반영된 結果로 간주된다. 이와 같은 현실은 우리나라 精神療養院의 서비스 水準을 단순 收容保護次元 이상의 것으로 기대하기 어렵게 하고 있다(表 7.18 참조).

<表 7.18> 従事者 現況

	전체	1 기관당 평균
시설장	23	1
총무	23	1
축탁 정신과 전문의	24	1.04
공보의	10	0.43
간호사 및 간호조무사	72	3.13
사회복지사	29	1.26
사무원	31	1.35
생활지도원	167	7.26
작업치료사	1	0.43
취사부	35	1.52
세탁부	7	0.30
기타	33	1.43
기타 비급여 인력	-	-

정부에서 精神療養院에 지원하는 看護師와 補助員의 지원기준을 他社會福祉施設과 比較해 보면 상대적으로 매우 脆弱하다는 점을 알 수 있다. 즉, 노인요양원에는 老人 50명당 간호사가 한 명씩 배치되어 있고 영아시설도 영아 80명당 看護師가 한 명씩 支援되고 있는데 반해 精神療養院에는 100명당 한 명만이 지원되고 있으며 補助員도 타시설에 비해 매우 적은 수가 支援되고 있다(表 7.19 참조).

<表 7.19> 精神療養施設과 他福祉施設間の 支援人力 比較

(보사부 지원상황)				
사업별	간호사	보조원	수용자 100인기준 직원수	직원 1인당 수용자수
정신요양시설	100/1	50/1	3명	33.3
노인요양시설	50/1	10/1	12명	8.3
영아시설	80/1	7/1	16명	6.3
장애인시설 ¹⁾	1/시설	20/1	14명	7.1
육아시설	100/1	15/1	8명	12.5

註: 1) 성인 기준(아동의 경우 보조원은 8명당 1인임)

2. 患者의 入院退院과 關聯된 事項

가. 入院關聯 事項

정신요양원에의 입원은 주로 行政官署에 의해 결정되며 반드시 관할구역 주민이 아니어도 가능하다. 그러나, 入院이 拒否되는 경우가 82.6%의 기관에서 나타났는데, 그 이유는 주로 他管轄 區域住民(78.3%), 性格障礙者(78.3%), 重症患者(69.6%), 알콜중독자(47.8%)였다(表 7.20 참조).

<表 7.20> 患者의 入·退院과 關聯된 事項

	빈도	백분율
계	23	100.0
입원대상자 자격: 관할지역 주민이어야 한다		
예	11	47.8
아니오	12	52.2
입원대상자 결정: 행정관서에서 결정한다		
예	21	91.3
아니오	2	8.7
입원대상자임에도 받지 않는 경우		
있음	19	82.6
없음	4	17.4
입원거부 이유		
타관할지역주민	18	78.3
성격장애자	18	78.3
중증환자	16	69.6
알콜중독자	11	47.8

나. 退院關聯 事項

退院審査는 정기적으로 이루어져야 할 것이나 그렇지 않은 경우도 26.1%나 되었다. 社會復歸可能性이 있는 患者를 退院시키는 데 문제점이 있다고 답한 機關이 82.6%이고 退院審査와 관련해서도 같은 비율로 問題點이 있다고 답하고 있는 바, 이는 家族이 引受를 꺼리거나 인수할 가족이나 그 밖의 돌봐 줄 사람이 없기 때문에 만일의 事故에 대한 責任問題등이 그 원인인 것으로 보인다. 실제로 오랫동안 施設에서 生活해 온 患者가 곧바로 社會에

복귀하는 것은 어려움이 있다(表 7.21 참조). 따라서 地域社會 안에 Club House형태의 사회복귀를 위한 中間施設을 마련하는 것이 退所를 촉진시킬 수 있는 방안이 될 것으로 보인다.

<表 7.21> 退院關聯 事項

내 용	계	예	아니오
퇴소심사가 정기적으로 이루어지고 있습니까?	100.0(23)	73.9	26.1
퇴소심사와 관련된 문제점	100.0(23)	82.6	17.4
가퇴소제도를 활용하고 있습니까?	100.0(23)	56.4	43.5
가퇴소심사와 관련된 문제점	100.0(23)	15.4	84.6
사회복귀 가능성이 있는 환자를 퇴소시키는데 문제점	100.0(23)	82.6	17.4

3. 診療 및 投藥과 關聯된 事項

囑託醫에 의한 診療와 處方은 불가피하지만, 대체로 주 1회의 짧은 진료시간에 그치고 있다. 그러므로 公衆保健醫의 상근이 필요한데, 공중보건과의 配置도 調査對象 23기관 중 10기관(43.5%)에 국한되어 있는 실정이다(表 7.22 참조).

<表 7.22> 診療 및 投藥과 關聯된 事項

	빈도	백분율
전체	23	100.0
촉탁의의 1회 방문시 머무르는 시간은		
3시간~5시간	14	60.9
6시간~8시간	7	30.4
9시간 이상	2	8.7
개별입소자의 촉탁의에 의한 진료와 처방의 빈도는?		
주 2회 이상	3	13.0
주 1회	18	78.3
필요할 때만 받음	2	8.7
공중보건과의 유무는?		
있다	10	43.5
없다	13	56.5
공중보건과의 근무형태는?		
시설 내에 상주함	4	17.4
출퇴근함	6	26.1
공중보건과 없음	13	56.5

4. 患者의 保護管理와 關聯된 事項

患者의 보호관리에 관하여 중요하다고 생각이 되는 다음의 항목에 대해 質問을 한 結果를 요약하면 다음과 같다.

(1) 患者는 편지, 직원, 전화를 통해서 外部와 通信을 하고 있으나, 이와 같은 행동이 자유롭지 못한 경우는 전체의 73.9%이다. 面會場所는 56.3%가 면회실로 제한하고 있으며 시설 내에서 자유롭게 하고 있는 곳은 34.8%이다.

(2) 患者의 보호에 있어서 患者와 保護者の 의견을 수렴하여 반영하고 있으나(78.3%) 그것이 자유롭지는 못하다고答한 機關은 전체의 73.9%이다.

(3) 患者의 日常生活기술훈련을 시키고 있지 않은 기관은 전체의 47.8%이다.

(4) 作業治療는 전체의 56.5%가 實施하고 있으나 作業치료를 위한 專用施設이 있는 곳은 13%에 불과하고, 전담직원의 確保水準은 매우 열악하다.

(5) 娛樂 및 취미활동은 전체의 82.6%가 實施하고 있으며, 실시하지 않고 있는 기관은 人力不足, 施設不足과 患者의 意慾不足을 이유로 들고 있다.

(6) 기타 患者의 保護管理와 關聯된 상황은 <表 7.23>과 같다.

<表 7.23> 患者의 保護管理와 關聯된 狀況

	계	그렇다	아니다
새로 입원하는 환자는 환영받는다는 느낌을 받게 한다	100.0(23)	82.6	17.4
직원은 환자를 항상 친근하고 예의바른 태도로 대한다	100.0(23)	95.7	4.3
스스로 관리하지 못하는 환자는 외모에 충분한 관심을 준다	100.0(23)	56.5	43.5
식사는 권장 최소영양 요구량이 충족되도록 제공한다	100.0(23)	69.6	30.4
영양상의 특수요구에 대하여 적절한 음식을 제공한다	100.0(23)	26.1	73.9
신규입원환자는 24시간 이내에 종합검진을 받는다	100.0(23)	65.2	34.8
급성환자는 매일 진찰을 받는다	100.0(23)	30.4	69.6
만성환자는 매월 진찰을 받는다	100.0(23)	52.2	47.8
작업요법과 재활활동에 관한 지침서가 있다.	100.0(23)	34.8	65.2
개별환자 관리계획에 대한 정기적인 직원 모임이 있다	100.0(23)	78.3	21.7
응급사고 발생시 신속한 도움과 지원이 주어진다	100.0(23)	69.6	30.4
응급시 인근 병·의원으로 부터 도움을 받을 수 있다	100.0(23)	69.6	30.4
환자의 능력별 적절한 종류의 일을 하도록 격려한다	100.0(23)	60.9	39.1
직원이 하루 중 적절한 시간 동안 환자와 함께 지낸다	100.0(23)	100.0	-
가족이 요구할 경우 환자관리책임자와 의논할 수 있다	100.0(23)	100.0	-
가족이 환자치료계획에 참여하도록 권장한다.	100.0(23)	65.2	34.8
가족이 필요로 할 경우 직원은 도움과 지원을 준다	100.0(23)	95.7	4.3
환자간호 및 대처기술 향상을 위해 가정방문을 하기도 한다	100.0(23)	4.3	95.7
정기적인 가족전체모임을 통해 가족교육을 실시한다	100.0(23)	21.7	78.3

5. 地域社會와의 關係

調査對象機關의 地域社會와의 關係를 보면, 後援者の 활용은 82.6%가 하고 있으나 結緣事業은 13%만이 하고 있었고 후원결연사업의 擴大는 기업 및 사회단체와의 姉妹結緣을 중심으로(65.2%) 推進하고 있었다. 施設慰問者の 방문에 관하여는 자주 訪問한다가 13.0%에 불과하고 나머지는 연말 연시에 形式的인 방문(56.5%)을 하거나 거의 또는 전혀 방문하지 않고 있어서, 정신 질환자가 社會的 關心에서 소외되어 있음을 보이고 있다(表 7.24 참조).

<表 7.24 > 地域社會와의 關係

	빈도	백분율
전체	23	100.0
후원자의 유무		
예	19	82.6
아니오	4	17.4
후원결연사업의 효과는?		
예	3	13.0
해당없음	20	87.0
후원결연사업을 확대하기 위한 자체계획은?		
특정수용자에 대한 특정후원자 결연을 확대코자 함	4	17.4
시설에 대한 개인 결연후원자를 증가 시키고자 함	4	17.4
기업 및 사회단체와의 자매결연을 추진시키고자 함	15	65.2
시설위문자의 방문 빈도는?		
자주 방문하는 편임	3	13.0
연말연시에만 형식적으로 방문	13	56.6
거의 방문하지 않는다	3	13.0
전혀 방문하지 않는다	4	17.4
귀시설의 사업내용에 대한 지역사회의 반응은?		
매우 좋다	1	4.3
대체로 좋다	10	43.5
별로 좋지 않다	9	39.2
매우 좋지 않다	2	8.7
모르겠다	1	4.3

또한, 調査對象機關 중 자원봉사자의 活動이 없는 곳은 47.8%이다. 自願奉仕者의 活動에 대하여는 도움이 된다고 답한 곳이 65.2%로 나타났으며, 도움의 내용으로는 專門人力의 活用(21.7%), 地域社會와의 紐帶強化, 인건비 절약, 收容患者의 士氣振作(각 17.4%)등을 들고 있었다(表 7.25 참조).

<表 7.25> 自願奉仕者の 活用

	빈도	백분율
계	23	100.0
현재 활동하고 있는 자원봉사자의 수는?		
조금 부족하다	3	13.0
많이 부족하다	1	4.3
자원봉사자가 없다	8	34.8
무응답	11	47.8
자원봉사자 활동의 도움 정도는?		
큰 도움이 된다	11	47.8
조금 도움이 된다	4	17.4
별로 도움이 되지 않음	6	26.1
무응답	2	8.6
도움이 된다면 그 이유는?		
인건비의 절약	4	17.4
전문인력의 활용	5	21.7
지역사회와의 유대 강화	4	17.4
수용자들의 사기향상	4	17.4
비해당	6	26.1
도움이 되지 못한다면 그 이유는?		
필요한 만큼 충분한 수를 확보하기 어렵다	1	4.3
자원봉사자의 책임감이 부족하다	1	4.3
자질을 갖춘 자원봉사자가 부족하다	3	13.0
환자들의 호응이 낮다	1	4.3
비해당	16	69.6
무응답	1	4.3
자원봉사자 확보의 주된 방식은?		
매스컴을 통하여	2	8.7
지역사회 종교단체를 통하여	1	4.3
벽보 및 베틀시장을 통하여	1	4.3
자원에 의하여	6	26.1
기타	5	21.7
자원봉사자 필요 없음	8	34.8

6. 行政機關에 대한 建議

행정기관에 바라는 要求는 支援의 擴大(78.3%), 종사자에 대한 處遇 改善(69.6%)이 많았고 그 외에 行政實務者の 專門化, 節次 및 規制의 簡素化 등이었다(表 7.26 참조).

<表 7.26> 事業遂行에 있어서의 行政機關에 대한 要望事項

	빈도	백분율
업무담당 행정기관에 사회복지사자격증 소지자가 배치되었으면 좋겠다(행정실무자의 전문화)	9	39.1
불필요한 행정서류 및 절차의 간소화가 이루어졌으면 좋겠다(행정절차 및 규제 간소, 현실화)	8	34.8
행정기관과의 긴밀한 협조가 이루어져서 사업수행상 효율을 높일 수 있었으면 좋겠다	3	13.0
지나친 간섭, 감사, 형식위주의 행정철폐	7	30.4
행정당국의 시설에 대한 지원의 확대	18	78.3
시설 입소자들에 대한 의료혜택의 확대	8	34.8
시설종사자들에 대한 처우개선(보수의 현실화)	16	69.6

7. 其他

가. 運營基準 遵守 與否

<表 7.27> 運營基準 遵守 與否

	계	지키고 있다	지키지 못하고 있다
환자입소시 전문의 진단서 첨부	100.0(23)	100.0	-
입소시 시장·군수·구청장의 사전입소 승인 취득	100.0(23)	100.0	-
입소자 및 직원에 대한 연 1회 이상의 건강진단 실시	100.0(23)	95.7	4.3
영양사 혹은 보건소의 지도에 의한 식단작성	100.0(23)	82.6	17.4
조직, 인사 등에 관한 필요규정의 제정 및 시행	100.0(23)	91.3	8.7
시설운영장부 및 서류비치	100.0(23)	100.0	-
입·퇴소 기록부 비치	100.0(23)	100.0	-
환자의 신변 인수인계서 작성비치	100.0(23)	100.0	-
개인별 신상기록카드 작성 비치	100.0(23)	100.0	-
환자를 위한 운동·오락 등 일정표 작성·비치	100.0(23)	91.3	8.7
개인별 요양보호 생활기록 작성비치	100.0(23)	95.7	4.3
환자의 주 1회 이상 목욕 실시	100.0(23)	56.5	43.5
자립 또는 재활가능자에 대한 작업요법 실시	100.0(23)	52.2	47.8
작업요법에 관한 일지 작성	100.0(23)	47.8	52.2

보사부의 精神療養院 運營指針에 근거하여 14 가지의 運營基準에 대한 遵守與否를 質問한 결과 대체로 잘 지키고 있다고 응답을 하고 있어 運營基準이 현실과 커다란 괴리가 없음을 확인할 수 있었다. 다만, “患者의 주 1회 이상 목욕 실시”, “自立 또는 再活可能者에 대한 作業療法 實施”, “作業療法에 관한 日誌 作成”은 각각 56.5%, 52.2%, 47.8%만이 지키고 있는 것으로 나타나 이 부분에 대해 運營基準을 現實化 해주거나 또는 현실적으로 기준을 遵守할 수 있도록 支援을 擴大할 필요가 있다고 본다(表 7.27 참조).

나. 關聯 政策 및 書類의 具備

<表 7.28>에 열거한 일곱 가지의 관련 政策 및 文書의 구비에 대해 質問한 결과, 대체로 잘 구비하고 있다고 응답을 하였으나 “事故 발생시 參考할 指針書”, “職員을 위한 서비스 條件에 관한 文書화된 政策”은 각각 39.1%와 34.8%만이 具備하고 있다고 응답하였다.

<表 7.28> 其他 關聯政策 및 書類의 具備

	개	있다	없다
관리의 철학 및 모델에 관한 문서화된 정책	100.0(23)	100.0	-
사고 발생시(Violent episode) 참고할 지침서	100.0(23)	39.1	60.9
환자 및 가족이 제기하는 불만의 관리 절차	100.0(23)	100.0	-
직원을 위한 서비스 조건에 관한 문서화된 정책	100.0(23)	34.8	65.2
모든 직원에 대한 업무분장	100.0(23)	82.6	17.4
환자의 안전에 관한 문서화된 절차	100.0(23)	78.3	21.7
비상시 대피를 위한 문서화된 정책	100.0(23)	95.7	4.3

第4節 結果에 對한 論議

우리나라의 정신요양원은 社會復歸에 대한 對策이 거의 全無한 실정에서 만성화가 초래된 환자들과 기타 경제적인 이유 등으로 전문의료기관을 이용하지 못하고 발병과 함께 수용된 환자들을 주로 관리하고 있다. 이

러한 특성은 현재 재원중인 환자의 1/3정도가 연고자가 전혀 없거나 가족이 있음에도 불구하고 연락이 가능하지 않고, 62.2%는 3년 이상 장기간 정신요양원에 收容되어 있으며, 30~40대가 전체의 60%가 넘는다는 특성에서 잘 나타나고 있다. 즉, 환자들의 대부분은 지역사회 내 입원대체시설의 부재로 인하여 의료보호대상자는 평생동안(의료보호 대상자의 약 40%가 10년 이상 재원자임), 기타 정신질환자는 가족의 경제적 지원이 가능한 기간 동안 아무런 대책없이 정신요양원에 수용되게 된다고 하겠다.

이들의 관리는 대부분 주 1회 정도의 촉탁이나 공중보건의사에 의존하고 있으며, 전문인력의 부족으로 기타 치료서비스가 거의 전무한 상태이고 수용환경 또한 매우 열악한 수준에 있다.

이와 같은 정신요양원에 대한 수요는 정신질환자에 대한 사회복지대책이 적극적으로 강구되지 않는 한 날로 증대될 수 밖에 없으며, 의료보호 대상자의 의료비지원에 따른 정부의 부담 가중과 함께 치료환경도 더욱 악화될 것이 예상된다.

따라서 향후 정신질환자 문제는 현 精神療養院에 대한 과감한 기능전환과 함께 개선될 수 있을 것으로 기대되며, 이와 관련한 몇 가지 방안을 제시하면 다음과 같다.

1) 精神障礙者의 生活施設로의 轉換: 이미 황폐화하여 사회복지나 독립생활이 불가능한 환자, 家族이 없거나 家族과 함께 생활할 수 없는 精神障礙者들이 인간다운 생활을 할 수 있도록 하는 施設로서 完全 開放을 원칙으로 하며 작업, 학습, 오락 등 전일 프로그램을 운영한다. 인력은 장애자 시설에 준할 수 있다.

2) 再活施設로의 機能 轉換: 사회복지가 가능한 精神障礙者들을 保護하며 生活機能과 職業機能을 회복시키기 위한 재활훈련을 실시하는 시설로서 학습, 취미, 오락 등 전일프로그램을 운영하며 趣味와 素質別 클럽(club)을 조직하여 소집단별 자치능력을 배양한다.

3) 療養病院으로 機能 轉換: 노인 精神障礙者나 기질적 精神障礙者들이 장기간 요양 및 보호를 받을 수 있도록 한다.

第 8 章 精神保健人力 現況 및 需給

第1節 精神保健 専門人力의 範圍 및 役割

정신질환은 醫療서비스의 內容, 이를 제공하는 人的 資源 및 施設 面에서 일반질환과는 相異한 서비스체계를 필요로 한다. 즉, 強制入院이나 환자의 보호를 위한 行動制限과 약품이나 의료장비에 의존하지 않는 精神療法, 閉鎖病棟이나 隔離室, 作業所 등과 같은 特殊施設, 専門醫師는 물론 精神醫療社會事業家, 臨床心理士, 作業治療士와 같은 관련 専門人力 등이 필요하다(河崎茂, 1993).

우리나라는 아직까지 精神保健法이 제정되지 않았고 관련인력에 대하여도 별도의 活用基準이 없이 일반의료에서의 人力 基準¹⁾을 적용하고 있어서, 精神疾患 管理에 오히려 부작용이 深化되고 있는 실정이다. 더욱이, 精神保健 専門人力으로서 精神科 専門醫師 및 専門看護師 외에 作業治療士(occupational therapist), 精神醫療社會事業家(psychiatric social worker), 臨床心理士(clinical psychologist) 등이 규정되어 있지 않음에 따라, 해당인력의 養成 不振은 물론 부적절한 활용 등이 招來되고 있다.

최근 정부는 정신질환의 豫防 및 治療와 社會復歸를 위한 關聯法の 制定을 추진해 오고 있는데, 동 法(案)에는 臨床心理士와 精神醫療社會事業家가 精神保健 専門要員으로서 규정되어 있으며,²⁾ 精神保健에 있어서 이들 관련인력의 역할은 대략 다음과 같다.

1) 임원의 경우, 의사인력은 환자 20인당, 간호사인력은 환자 5인당 1인으로 함(의료법 시행규칙 제28조의 6).

2) 정신보건법(안) 제1장 제7조, 1994.

1. 精神醫療 社會事業家

過去 病院中心의 精神疾患者管理 시대에는 社會事業家の 역할이 治療費와 관련한 경제적 문제의 해결이나 老人, 精神遲滯者들을 위한 活動補助 등에 주로 局限되었으나, 정신질환의 사회적 측면이 강조되고 地域社會 精神保健이 普遍化되면서 그 역할이 점차 擴張되는 추세에 있다(WHO, 1974).

그러나, 社會事業家の 養成(訓練)課程이나 개발된 서비스내용이 국가마다 相異하고 또 이들의 역할에 대한 精神科 專門醫를 비롯한 기타 인력들의 理解가 충분치 못함에 따라, 社會事業家の의 역할이나 제공할 수 있는 서비스내용 등에 대한 合意가 이루어지지 못한 상태에 있다.

精神醫療社會事業家が 수행할 수 있는 職務內容으로서 提示되고 있는 사항을 例로 들면 다음과 같다(안향림·박정은, 1994).

<表 8.1> 精神醫療 社會事業家の 職務內容

활 동 업 무	직 무 내 용
1) 심리사회적, 정신적 문제해결업무	- 심리사회적, 정신적 문제의 원인조사 및 평가 - 사회환경조사 및 평가, 개인 및 가족력 조사 및 평가 - 문제해결을 위한 개별사회사업 및 사회사업지도 - 대인관계(가정, 학교, 회사 등)의 조사 및 평가 - 초기 입원환자 진단과 치료계획수립과정 참여 - 정신보건 상담지도
2) 집단을 통한 환자 문제 해결업무	- 집단치료 및 집단활동지도 및 평가 - 심리극 치료에 대한 참여 및 평가 - 환자, 보호자 전체회의 실시지도
3) 경제적 문제해결 업무	- 요구호대상자 실태조사 및 입원치료비 감면조치업무 - 극빈환자에 대한 진료비 감액조사 - 환자의 경제능력조사 및 사정 - 진료비 감면 및 체납환자처리업무
4) 지역사회자원과의 연결업무	- 지역사회자원의 정보수집 및 활용 - 타병원 및 시설에 환자의뢰 및 알선 - 자원봉사자 활용 및 자금동원과 모금알선
5) 사회복귀 및 재활 문제 해결업무	- 퇴원 및 재활계획 상담 및 지도 - 퇴원환자 실태파악 및 사후지도책에 의한 재활지도 - 환자의 회복상태에 따른 사회화능력 평가 - 낮병원의 관리 및 환자의 사회화과정의 혼련 - 사회복귀를 위한 환자 퇴원후의 개별 및 집단지도

2. 臨床心理士

臨床心理士는, 社會事業家の 경우와 마찬가지로, 包括的인 서비스를 제공하는 地域社會 精神保健에서 豫防, 精神科的 鑑別診斷을 위한 心理評價, 心理治療, 研究 등으로 그 역할이 擴大 되고 있다(WHO, 1973).

즉, 地域사회 주민에 대한 정신건강교육 실시로 특히 一次 豫防(Primary Prevention)³⁾에 寄與하고, 心理檢査를 통하여 診斷을 支援함은 물론 醫療陣과 共同으로 치료계획을 樹立하며, 개인 또는 집단상담과 심리치료 등을 독자적으로 수행하고 있다. 그 밖에도 여러가지 治療過程에 대한 評價를 위한 연구(Self-evaluation Research)나 정신질환과 관련된 행동들의 變化를 誘導하는 연구(Action Research) 등에 關與하고 있다.

3. 精神看護師

精神科 專門醫師와 함께 精神疾患者 管理의 가장 기본적인 인력으로 看做되고 있는 정신간호사의 역할 또한 국가마다 일정하지 않다. 일반적으로 정신간호사는 精神科 專門醫와 팀을 구성하여 환자를 管理해 왔으며 따라서 의료의 補助者的 역할이 主流를 이루어 왔는데, 精神科 專門看護師制度가 導入되면서 地域사회에서 별도로 환자관리를 담당하는 등 그 역할도 擴大되고 있다.

정신간호사의 병원 및 地域사회에서의 역할을 각각 살펴보면 다음과 같다(이광자, 1993).

가. 精神科 病棟 內에서의 役割 및 業務

- 간호제공자로서의 업무
: 기본간호 및 전문 정신간호 수행
- 병동 내 다른 치료팀과의 협조
- 교육자 및 연구자로서의 업무

3) 삶의 질 향상과 사회적응력 증대로 질환의 발병을 예방

나. 地域社會 內에서의 役割

- 중앙과 지역사이의 정보교환을 위한 교량 역할
- 가정방문을 통한 정신간호 수행
- 지역사회 내 정신건강교육 및 관련 활동의 참여
- 정신보건 관련기관의 행정 및 운영
- 낮병원 프로그램의 운영
- 팀접근 및 연구수행

第2節 精神保健 專門人力 現況

우리나라는 지역사회 또는 공공보건조직에서의 精神疾患者 管理가 사실상 全無한 상태로서, 환자들은 공·사립 전문기관을 통해서만 專門人力에 의한 서비스를 제공받을 수 있다.

1994년 6월말 현재, 우리나라에는 요양원을 포함, 총548개소의 공·사립 전문기관(37,639병상)이 있으며, 여기에 종사하고 있는 醫師, 看護師, 臨床心理士, 社會事業家, 作業治療士의 현황은 <表 8.2>와 같다.

<表 8.2> 우리나라의 精神保健人力 現況, 1994

기관	인력	기관수 (병상수)	의사		간호사	임상 심리사	사회 사업가	작업 치료사
			전문의 ¹⁾	일반의 ²⁾				
전체		548(37,639)	1,398	(292+)	(2,000)	(129)	(144)	(7)
(종합)병원		37 (6,417)	552	-	(1,000)	88	n.a.	n.a.
정신병원		36(11,383)	478	53+	929	28	57	7
의원		299 (1,230)	368	-	n.a.	13	n.a.	n.a.
요양원		76(18,609)	-	239	n.a.	-	n.a.	n.a.

註: 1) 정신과 전공의 포함

2) 타과 전문의, 공중보건의 포함

資料: 1) 본 연구조사

2) 관련학회 보고(정신과학회, 정신간호학회, 임상심리학회, 정신의료사회사업학회)

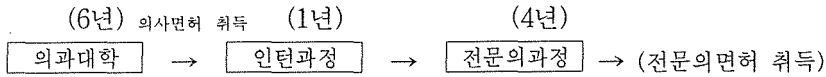
이와 같은 현황은 전문의사의 경우 인구 10만 명당 2.2명(전공의 포함: 3.1명)으로서, 선진국들의 인구 1인당 GNP US\$ 10,000 내외에서의 인력數⁴⁾와 비교할 때 매우 낮은 수준이다. 실제로 본 연구조사 결과, 정신병원의 의사 1인당 입원환자수는 48명(전공의 제외시 79.3명), 요양원은 247명이나 되는 것으로 나타났으며, 현행 의료법 기준인 20명과는 상당한 거리가 있음을 보여주고 있다(表 8.3 참조).

<表 8.3> 精神醫療施設の 醫師, 看護師 및 保護人力 1人當 入院患者數

인력구분	정신병원 ¹⁾		요양원 ²⁾	
	인력수	1인당 입원환자수	인력수	1인당 입원환자수
의사	211 ³⁾	47.75	34 ⁴⁾	246.62
간호사	667	15.33	72	116.46
간호+보호 ⁵⁾	1,437	7.01	239	35.08

註: 1) 총31개 기관 중 24개 기관 자료임
2) 총74개 기관 중 23개 기관 자료임
3) 전공의 포함
4) 촉탁의, 공중보건의 포함
5) 간호사, 간호보조사, 병동관리사 포함

이들 專門人力의 資格基準을 보면, 精神科 專門醫는 의사면허 취득 후 1년간의 인턴 수련과정과 4년간의 전공의 수련과정을 거쳐 자격시험에 합격함으로써 최종 배출되고 있는데(아래 그림 참조), 전공의의 1년차 정원은 전공의 修練機關 現況과 學會 등의 의견을 參考로 대한병원협회에 의해 매년 審議·決定되고 있다.



4) 인구 10만 명당 정신과 전문의수는 일본 7.3명(1984, US\$ 10,555), 영국 7.6명(1981, US\$ 9,216), 프랑스 5.1명(1980, US\$ 10,127), 독일 8.3명(1982, US\$ 10,555), 덴마크 8.3명(1982, US\$ 10,471), 미국 9.2명(1980, US\$ 12,039) 등임.

또한 精神看護師는 1990년 보건사회부고시⁵⁾에 의하여 이론 200시간, 실습 1,000시간의 1년 과정인 精神看護課程이 開始된 후, 간호사 免許所持者로서 3년 이상의 精神科 臨床經歷을 가진 者가 상기과정을 履修한 경우에 자격이 주어지고 있다. 1994년말 현재까지 정신간호사 자격취득자는 약 100명에 불과하지만, 현재 병·의원 정신과에 근무하고 있는 간호사는 2,000여 명에 달한다.

精神科 専門醫와 精神看護師를 除外한 其他 人力의 경우에는 아직 専門分野에 대한 규정이 마련되어 있지 않으며, 단지 최근의 精神保健法 制定과 관련하여 社會事業家 및 臨床心理士 人力이 관련학회 등을 통해 資格基準을 마련하는 등, 관심을 高調시키고 있다. 이에 따르면, 精神醫療 社會事業家(假稱)는 사회사업학 또는 사회복지학을 전공한 1급 사회복지사 가운데 精神醫療 社會事業 분야에서의 석사학위 이상 취득자를 資格者로서 認定하고자 하고 있으며, 參考로 1994년말 현재 우리나라의 1급 사회복지사는 약 7,000명으로 把握되고 있다. 한편, 臨床心理士는 専門水準에 따라 크게 둘로 분류되고 있는데, 하나는 심리학 相關學科를 졸업하고 1년간 전문적인 실습을 履修한 후 자격이 주어지는 ‘臨床心理士’이고 다른 하나는 ‘臨床心理士’가 3년 이상의 追加 수련과정을 거친 후 취득하게 되는 ‘임상심리전문가’이다. 우리나라에서 배출되는 심리학 相關學科⁶⁾ 졸업생은 연간 약 800명에 이르며, '94년말 현재 臨床心理士 자격취득자는 27명, 임상심리전문가 자격취득자는 88명이다.

그 밖에도 外國의 경우에 精神患者의 治療 및 再活過程에 専門人力으로서 적극 참여하고 있는 作業治療(療法)士는 우리나라의 경우, 현재 준비 중인 精神保健法(案)에서도 전혀 언급되지 않는 등, 그 重要性이 看過되고 있으며 人力의 活用 또한 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다.

이상을 통해 볼 때, 향후 精神看護師 및 精神醫療 社會事業家, 臨床心理

5) 1990. 6. 5. 보건사회부고시 제90-44호 '전문간호사 과정등에 관한 고시'

6) 심리학과(22개교), 산업심리학과(3개교), 교육심리학과(3개교), 심리치료학과(1개교)

士는 수련과정의 확대 등을 통해 인력의 供給增大가 비교적 容易할 것으로 평가된다.

이에 본 연구에서는 養成에 所要되는 期間이 가장 길 뿐만 아니라 精神疾患者 管理의 主軸이 되는 精神科 專門醫에 관하여 長래 需給을 展望해 보았다.

第3節 精神科 專門醫 供給

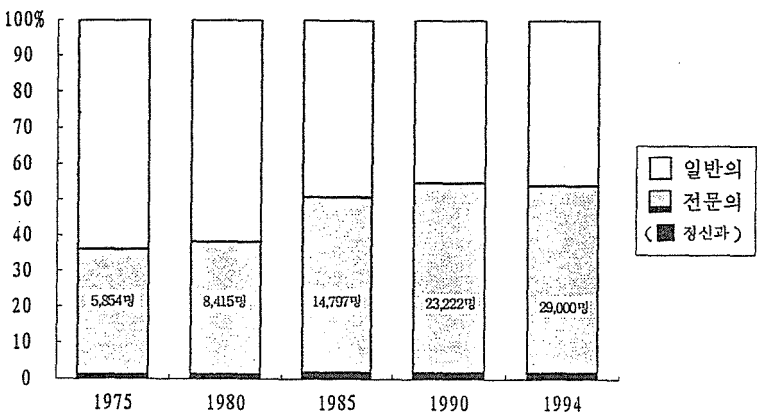
1. 現況分析

精神科 專門醫는 1951년⁷⁾에 처음으로 10개 專門科目이 인정되면서 ‘신경정신과’ 專門醫로 輩出되기 시작하였으며, 1982년에 동 과목이 ‘신경과’와 ‘정신과’로 分離됨에 따라 현재는 ‘정신과’ 專門醫로서 輩出되고 있다.

일반적으로, 專門醫 免許는 인턴과정 수료 후 전공의 수련병원에서 일정 기간 수련을 마치고 자격시험을 거쳐 취득하게 되는데, 최근 우리나라는 의대 졸업 후 대부분이 인턴과정을 志願하고 동 과정의 수료 후 90% 이상이 專門醫 과정에 志願함으로써 醫師의 專門化 추세를 보이고 있다(보건사회부, 보건사회통계연보, 1990~94). 그 결과 현재 전체 의사의 약 54%를 차지하고 있는 專門醫數는 1980년대 후반부터의 의대 졸업생수 증가와 더불어 향후 급속히 증대될 전망이다(圖 8.1 참조).

精神科의 경우도 1985년까지 30여 년간 배출된 專門醫數가 518명에 불과하였으나 최근 10년간 빠르게 증가하여 '94년말 현재 1,032명에 이르렀다. 이러한 추세는, 精神科 專攻醫 定員이 꾸준히 증가되고 있고 현재 정신과 전공과정 중에 있는 醫師數가 427명이나 되는 점 등을 감안할 때, 앞으로도 당분간 持續될 것으로 보인다(表 8.4 참조).

7) 1951년 12.25. 보건부령 제11호 국민의료법시행세칙 제34조



<圖 8.1> 全體 醫師 中 專門醫師 推移, 1975~1994

<表 8.4> 精神科 專門醫 推移

연 도	신경 정신과	정신과	누 계	전공의 정원 ¹⁾				
				1년	2년	3년	4년	계
1975	24	-	184					
1980	26	-	284					
1985	-	39	518	52	52	41	-	145
1990	-	67	794	87	79	72	-	238
1991	-	73	867	97	84	78	-	259
1992	-	73	940	107	94	83	-	284
1993	-	11	951	115	104	94	83	396
1994	-	81	1,032	124	109	100	94	427
(1995)				(127)				

註: 1) 전공의 2년~4년은 현원임.
資料: 1) 대한의학협회, 전문의 면허발급현황
2) 대한병원협회, 전공의 수련현황

1951년 專門科 認定 이후 1994년까지 40여 년간에 걸쳐 배출된 神經精神科 및 精神科 專門醫 총 1,032명 가운데 당 연구원의 의사인력 데이터베이스 화일⁸⁾에서 전문과목이 확인된 1,015명(전체의 98.4%)의 一般的 特性은 <表 8.5>와 같다.

<表 8.5> 精神科 專門醫¹⁾ 現況, 1994

특 성	의사수	백분율	특 성	의사수	백분율
전 체	1,015	100.0	국내거주자	984	100.0
전문과목			전문과목		
신경정신과	340	33.5	신경정신과	320	32.5
정신과	675	66.5	정신과	664	67.5
성			성		
남자	873	86.0	남자	844	85.8
여자	142	14.0	여자	140	14.2
거주현황			연령		
국내거주	984	96.9	29세 이하	11	1.1
해외이주	8	0.8	30-39세	489	49.7
사망	23	2.3	40-49세	307	31.2
			50-59세	129	13.1
			60-69세	40	4.1
			70세 이상	8	0.8
			취업기관		
			의원	368	37.4
			(종합)병원	435	44.2
			정신병원	168	17.1
			기타(타분야/은퇴)	13	1.3
			취업지역		
			대도시	650	66.0
			시부	221	22.5
			군부	113	11.5

註: 1) 신경정신과 전문의 포함.

- 8) 당 연구원의 의사인력 수급연구(1990, 1994)에서 구축된 것으로, 1974년의 면허갱신 이래 1994년까지 면허를 발급받은 전체 의사의 면허취득상황, 성, 연령, 전문과목, 취업형태 및 동태 관련 사항을 포함하고 있음.

동 자료에 의하면, 死亡과 海外移住를 除外하고 현재 국내에 생존하고 있는 精神科 專門醫는 984명으로, 이 가운데 98.7%가 精神疾患 治療業務에 從事하고 있는 것으로 나타났다. 취업지역은 전체의 88.5%가 都市로서, 郡지역의 경우 精神病院 就業이 대부분을 차지하며 醫院 開業醫는 郡지역 專門醫의 약 13%에 不過하다(전체 精神科 專門醫의 약 1.5%). 따라서 우리나라 전체 인구의 약 25.6%(’90)를 차지하는 郡지역 주민은 精神醫療에 있어서 一次 機關 接近도가 지극히 낮은 수준임을 示唆하고 있다.

2. 供給推計

醫師 특히, 專門醫師의 장래 需給間 均衡을 꾀하기 위하여는 養成에 소요되는 기간 등을 고려, 供給에 대한 事前計劃樹立이 요구된다.

전문의사의 장래 供給數 推定에는 諸般 사회경제적·제도적 요인들이 관련되는데 첫째, 專門醫數는 전체 의사수의 供給推移와 밀접한 관련이 있고 둘째, 一般醫와 專門醫 比率 셋째, 專門科目別 專門醫 比率 또는 특정 전문과목에 대한 대책 여부 등에 의해 달라질 수 있다. 그밖에도 장래 專門醫數는 개인의 가치관 변화와 질환의 有病率 변화, 일반인의 專門醫 選好性 변화 등과도 관련될 것으로 보이는데, 이와 같은 특성들은 실재에 있어서 예측이 어려울 뿐만 아니라 앞서의 제도적 요인에 비해 적게 영향을 미쳐 온 것으로 평가된다. 즉, 專門醫는 필연적으로 전체의사 數 범위 내에서 增減하게 되고, 專門醫 養成은 매년 실시되고 있는 專門科目別 專攻醫 定員審議⁹⁾ 등을 통한 數的 調整이 이루어지고 있으며, 이러한 이유 등으로 인해 실제로 전체 醫師 對比 專門醫 比率이나 專門醫의 과목별 비율¹⁰⁾이 오랜 기간 크게 변화되지 않았음이 과거추이로부터 파악되고 있다.

이에 본 연구에서는 장래 精神科 專門醫의 供給을 推計하는 데 있어서, 현재의 의과대학 입학정원(3,080명)이 유지될 것을 가정, 精神科 專攻醫의

9) 대한병원협회가 매년 전문과목별 수련병원 현황 및 학회의 의견 등을 참고로 전문과목별 전공의 정원을 심의·결정하고 있음

10) 1975~94년간 전체 전문의 대비 정신과 전문의 비율은 3.4% 내외로 유지되고 있음.

1년차 정원을 고정한 基礎推計(baseline projection)¹¹⁾를 실시하였으며, 推計方法은 醫療人力의 供給推計에 일반적으로 쓰여지고 있는 流入·流出方法¹²⁾과 人口學의 方法¹³⁾을 적용하였다.

供給推計에 사용된 假定과 이에 따른 推定式의 구체적 내용은 다음과 같다(表 8.6 참조).

<假定>

1. 專攻醫 1년차 定員은 1995년 수준(127명)으로 維持한다.
2. 專攻醫 과정(4년) 修了率은 지난 5년간 平均 修了率을 적용한다.
3. 專門醫 시험합격률은 1, 2차로 구분하지 않고, 지난 5년간 平均 合格率을 적용한다(이유: 각각의 경우, 추이가 불안정함)
4. 專門醫 시험에 대한 前년도 不合格者의 再應試率은 의사국가고시 불합격자의 지난 5년간 平均 再應試率을 적용한다(이유: 精神科 專門醫 배출기간이 짧아 추이가 불안정함).
5. 海外移住에 의한 損失(流出) 및 海外로부터의 流入은 무시한다

-
- 11) 인력의 공급추계 유형에는 기초추계(baseline projection), 대체추계(alternative projection), 예측(forecast)의 세 가지 유형이 있으며, 그 중 기초추계는 현재의 인력체계를 그대로 장래까지 유지한다는 가정 하에서 미래 인력을 추정함.
 - 12) 장래 특정시기의 인력은 現在供給(current supply), 將來增加(future increments), 將來損失(projected losses)의 세 가지 供給要素에 의하여 결정된다는 점을 근거로, 과거 시계열 자료를 유입과 유출로 구분하여 추계하는 방법
 - 13) 과거 유입과 유출의 연령별 특성을 반영하여 장래 공급을 연령별로 추계하는 방법

<表 8.6> 精神科 専門醫 供給 推定式

< 추정식 >	< 내 용 >
$T_{(n)} = T_{(n-1)} + G_{(n)} - L_{(n)}$	$T_{(n)}$: n년도의 국내생존 인력수 $T_{(n-1)}$: n-1년도의 국내생존 인력수 $G_{(n)}$: n년도의 인력 증가수 $L_{(n)}$: n년도의 인력 손실수
$G_{(n)} = PAS_{(n)}$ $= \alpha \{ APP_{(n)} \}$ $= \alpha \{ NEW_{(n)} + \gamma (OLD_{(n-1)}) \}$ $= \alpha \{ \beta (ADM_{(n-4)}) + \gamma (OLD_{(n-1)}) \}$	$PAS_{(n)}$: n년도 전문의 시험(1, 2차) 합격자 $APP_{(n)}$: n년도 전문의 시험 응시자 α : 전문의 시험합격률 $\rightarrow 0.9667$ $NEW_{(n)}$: n년도 전공의 과정 수료자 $OLD_{(n-1)}$: n-1년도 전문의 시험 불합격자 γ : 불합격자 재응시율 $\rightarrow 0.7923$ $ADM_{(n-4)}$: n-4년도 1년차 전공의 수 β : 전공의 과정(4년) 수료율 $\rightarrow 0.9351$
$L_{(n)} = D_{(n)}$	$D_{(n)}$: n년도 사망자수 ('90년 인구센서스 결과에 따른 5세 간격별 남자 일반사망률** 적용)
기 타	· 신규 정신과 전문의 자격취득자 연령분포 $\rightarrow$ 29세 이하: 9.9%, 30세~34세: 90.1% · 정신과 전문의의 연령별 진료분야 취업률(%) $\rightarrow$ 29세 이하: 100, 30~34세: 98.8, 35~39세: 99.6, 40~44세: 99.5, 45~49세: 99.1, 50~54세: 98.7, 55~59세: 98.1, 60~64세: 96.0, 65~69세: 86.7, 70세 이상: 62.5

資料: 통계청, 『장래인구추계(1990-2021)』, 1993.

추계과정에는 시간의 흐름에 따른 年齡別 構造變化가 반영될 수 있는 컴퓨터 시뮬레이션이 사용되었으며, 이에 따라 2020년까지의 5세 간격별 精神科 専門醫數를 推定한 結果는 <表 8.7>과 같다.

<表 8.7> 精神科 専門醫의 年齡別 供給推計 結果, 2000~2020

연령	2000		2010		2020	
	생존의	진료의	생존의	진료의	생존의	진료의
계	1,528	1,506	2,620	2,570	3,670	3,552
~29	48	48	58	58	58	58
30~34	454	449	584	577	584	577
35~39	329	328	572	570	582	580
40~44	231	230	450	448	579	576
45~49	199	197	324	322	564	559
50~54	104	103	226	223	441	435
55~59	74	72	193	190	315	309
60~64	52	50	100	96	216	208
65~69	24	21	69	59	180	156
70 이상	13	8	44	27	151	94

따라서, 現在의 供給體系를 維持할 경우(전공의 정원 고정), 장래 우리 나라의 인구 10만 명당 精神科 専門醫數는 2000년에 3.2명, 2010년에 5.2명, 2020년에 7.0명(진료의사수 기준)수준이 될 것으로 추정된다.

第4節 精神科 専門醫 需要

그 나라의 經濟 및 社會福祉 水準과 특히 밀접한 관련이 있는 것으로 평가되고 있는 精神保健政策은 精神保健 専門人力에 대한 需要에 특히 많은 영향을 미친다. 즉, 地域 및 人種 間 有病率에 있어서 큰 차이를 보이지 않고(Kolb, 1982) 또 어느 나라나 국가차원에서 주로 관심을 기울이고 있는 主要 精神疾患¹⁴⁾의 경우, 일반질환과는 달리 일단 發病하게 되면 일생동안 回復/再發을 反復하면서 여러 형태의 전문적인 관리를 필요로 하게 되는데, 그러한 管理의 専門性 및 適切性を 기하기 위하여는 관련인력의 확보와 충분한 經濟的 支援이 요구되기 때문이다.

14) 정신분열증, 조울증, 각종 기질성 정신병을 포함

선진국들의 대부분은 오래 전부터 精神疾患者의 早期 社會復歸에 중점을 둔 ‘地域社會 精神保健 事業’을 추진해 왔으며, 동 사업은 전국을 일정 규모의 관할 지역(catchment area)으로 나눈 후 공공 및 민간으로 구성된 精神保健傳達體系를 구축, 관할인구에게 포괄적인 精神保健서비스를 제공하는 방식으로 발전되고 있어서 精神保健 專門人力 全般에 대한 需要가 더욱 증대되는 추세에 있다.

한편, 우리나라는 최근까지도 入院 및 療養施設을 擴充하는 등으로 수용위주의 관리정책이 취해짐으로써 醫師와 看護師를 제외한 其他 專門人力에 대한 需要가 그다지 변화되지 않았다. 그러나 보건복지부가 현재 마련 중에 있는 長期 精神疾患者管理 對策¹⁵⁾이 선진국들의 ‘地域社會 精神保健 事業’을 우리 여건에 맞게 도입하는데 초점을 둔 것임을 감안할 때, 향후 우리나라도 關聯 專門人力에 대한 需要가 대폭 증대될 것만은 확실하다. 즉, 장래 우리나라의 精神保健 專門人力에 대한 需要는 ‘地域社會 精神保健 事業’ 추진에 대한 정부의 정책적 의지와 이를 뒷받침할 수 있는 제도 및 사회·경제적 수준 등에 따라 달라질 것으로서, 長期的으로는 현재의 선진국들과 유사한 방향으로 나가게 될 것이 예상된다.

따라서, 精神科 專門醫에 대한 需要推定은 Hall(1978)이 분류한 네 가지 推計方法¹⁶⁾ 가운데, 의료제도나 사회경제적 특성상 장래 우리나라와 比較될 수 있는 國家의 關聯人力 水準을 基礎로 한 ‘人力-人口 對比 方法’을 사용하였다. 이 방법에 한하여 需要를 추정한 이유는 첫째, 국가가 우선 관리해야 하는 主要 精神疾患의 有病率이 國家間 큰 差異가 없고 둘째, 精神疾患으로 인한 醫療要求는 어떤 형태로든 有效需要化하는 경향과 그

15) 정부는 장기적으로 지역정신보건사업을 실시한다는 방침아래, 1993년의 관리모델 개발(당 연구원 수행) 후 '94년부터 농촌형과 도시형 지역정신보건사업의 시범적 운영을 통한 정신보건정책 개발을 추진 중에 있음.

16) 의료인력의 수요를 추정하는 방법으로서, 의료요구량 추정방법(Health Needs), 인력-인구대비 방법(Manpower/Population Ratio), 의료에 대한 유효수요량 추정 방법(Health Demands), 서비스 목표량 추정방법(Service Targets) 등이 있음.

렇지 못할 경우에는 주위에 해를 끼치거나 사회적 문제를 야기할 소지가 있으며 셋째, 선진국들이 실시하고 있는 地域社會 精神保健 事業은 精神 疾患者에 대한 가장 바람직한 관리방안으로서 받아 들여지고 있음은 물론, 이미 우리 정부도 이와 같은 사업을 도입하고자 시도 중에 있기 때문이다. 우리나라의 장래 精神科 專門醫 需要推定을 위한 比較 國家로서 선진국 가운데 美國을 選定하였는데, 그 이유는 첫째, 우리나라와 유사한 自由企業型 의료서비스제도를 갖고 있고 둘째, 美國은 1963년의 關聯法 制定 이래 오랜 기간 地域社會 精神保健 事業을 추진해 오는 동안 축적된 경험과 다수의 精神保健 關聯人力을 확보하고 있다는 점에서 장래가 비교적 樂觀的으로 평가되고 있으며(日本厚生省, 1991), 우리 정부도 최근 환자의 전문적 치료를 위한 必要 病床 및 人力의 確保와 地域社會 精神保健 事業의 導入을 적극적으로 강구 중에 있기 때문이다. 그 밖에도 우리나라는 소득수준의 향상으로 2000년대에는 인구 1인당 국민소득이 US\$ 20,000을 상회하는 선진국 대열에 들게 됨으로써 1990년대의 美國과 比較 될 수 있고 특히, 관련분야에 대한 비교자료의 획득이 가능하다는 점, 그리고 地域社會 精神保健을 쫓는 精神保健政策의 흐름이 세계적으로 공통된 현상이며, 인구 대비 精神科 專門醫數가 地域社會 精神保健 事業을 추진하고 있는 국가간에 큰 차이를 보이고 있지 않은 점 등에서 특정 국가인 미국을 선정함에 큰 무리가 없을 것으로 판단되었다.

美國과 우리나라의 지난 20년간 醫師, 精神科 專門醫, 精神科 病床數 推移를 비교해 보면 <表 8.8>과 같다.

醫師의 경우 우리나라는 미국에 비해 인구대비로 보아 매우 낮은 수준을 유지해 왔으며, 이러한 차이는 우리나라가 70년대 후반부터 추진해 온 醫科大學 入學定員의 増員에 힘입어 점차로 좁혀질 전망이다(송건용 외, 1994). 한편, 精神科 病床數는 美國의 경우 1970년 인구 1만 명당 24.5병상에서 1990년 인구 1만 명당 6.2병상으로 70% 이상 급격히 감소되었고 이러한 추세는 이후에도 계속 진행되는 것으로 보고되고 있는 반면(WHO, 1994), 우리나라는 동 기간 중 病床數를 꾸준히 증가시켜 1994년

현재 인구 1만 명당 4.3병상(요양원 포함시 8.46병상)에 이르렀다. 따라서 우리 政府가 현재 취하고 있는 精神病床擴充政策 등을 감안할 때, 美國과 우리나라 간의 人口 對比 精神病床數 또한 향후에는 유사한 수준에 이를 것으로 보여진다.

<表 8.8> 美國과 韓國의 醫師, 精神科 專門醫, 精神科 病床數 推移, 1970~1990

연도	의사 ¹⁾		정신과전문의 ²⁾		정신과 병상 ¹⁾		1인당GNP(US\$)	
	미국 ³⁾	한국	미국 ³⁾	한국	미국	한국 ⁴⁾	미국	한국
1970	13.0	4.5	7.0	0.3	24.5	(n.a.)	4,952	252
1975	14.9	4.6	(n.a.)	0.5	14.7	(n.a.)	7,399	594
1980	16.0	5.8	9.2	0.7	9.1	1.1	12,039	1,592
1985	18.2	7.1	9.7	1.3	6.9	1.5	16,997	2,194
1990	18.9	9.9	9.8	1.8	6.2	3.3	22,105	5,659

註: 1) 인구 1만 명당

2) 인구 10만 명당

3) 진료의사수(한국은 생존의사수임)

4) 사회복지시설(요양원) 병상수 제외

資料: 1) William D. Marder, etc., *Physician Supply and Utilization by Specialty: Trends and Projections*, AMA, 1988.

2) OECD, *OECD Health Systems: Facts and Trends 1960~1991*, 1993.

3) OECD, *OECD Health Care Systems in Transition*, 1990.

4) 통계청, 『주요 해외경제지표』, 1993.

5) 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1994.

또한 美國은 1980년대부터 장래 醫師供給 過剩을 우려한 대처방안을 강구해 왔으며, 이에 따라 美 의회가 발족시킨 전문위원회에서는 의사인력에 대한 長期需給推計를 통해 인구당 의사수를 1995년 수준으로 유지할 것과 이를 위해 2020년까지 약 10만 명의 醫師人力을 감축할 것을 제안한 바 있다(COGME 3rd Report, 1992). 이와 같은 제안은 美國의 현재 인력 규모가 제반 사회·경제적 측면에서 比較的 適正水準임을 示唆하는 것으로, 장래 우리나라의 精神科 專門醫 需要에 있어서도 美國의 現 人力水準을 적용하는 것이 妥當함을 間接的으로 指摘해 주고 있다 하겠다.

이에, 본 연구에서는 장래 精神科 專門醫 需要를 1990년도 美國의 인구 당 人力數(인구 10만 명당 9.8명)로 假定하였는데, 목표년도는 1인당 국민 소득 수준으로 비교될 수 있는 2010년(代案 1)과 아직 준비단계에 있는 地域社會 精神保健 事業의 정착기간 등을 감안한 2020년(代案 2)의 두 가지로 설정하였다.

상기 두 가지 代案에 대하여 현재로부터 補間(interpolate)하여 推計한 결과는 <表 8.9>와 같다.

<表 8.9> 精神科 專門醫¹⁾ 需要 推計結果, 2000~2020

연도	인구수 (천명)	전체 (의사수)	代案 1		代案 2		1인당 GNP (US\$)
			수요	(인구10만명당)	수요	(인구10만명당)	
1994	44,453	44,457	971	(2.2)	971	(2.1)	8,196
2000	46,789	73,502	2,363	(5.1)	1,890	(4.0)	15,900
2010	49,683	84,362	4,869	(9.8)	3,423	(6.9)	25,000
2020	50,578	n.a.	4,956	(9.8)	4,956	(9.8)	n.a.

註: 1) 진료의사수 기준임.

第5節 結論

1. 精神科 專門醫 需給 比較

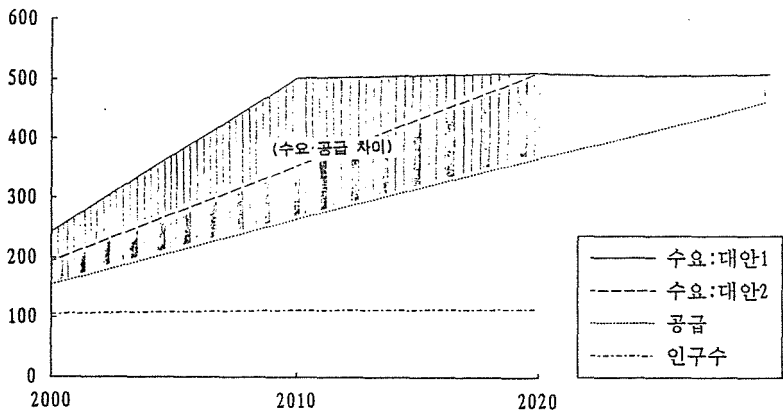
基礎推計에 의한 장래 精神科 專門醫 供給數와 1990년도 美國의 인구 대비 人力數를 근거로 장래 精神科 專門醫 需要를 추정한 결과를 比較해 보면 <表 8.10>과 같다.

아직 준비단계에 있는 우리나라에서의 地域社會 精神保健 事業 등을 고려할 때, 需要推計의 두 가지 代案 가운데 ‘代案 2’가 비교적 현실적으로 수용하기 용이할 것으로 보이는데, 이에 따르면 2010년에는 853명이, 2020년에는 약 1,400명의 精神科 專門醫가 不足할 것으로 예상된다.

한편, 이와 같은 需要·供給간 격차는 인구당 精神科 專門醫 需要는 일정 수준에서 維持되는 반면에 공급은 증가함으로써¹⁷⁾ 이후에는 점차 完化될 것으로 보인다(圖 8.2 참조).

<表 8.10> 精神科 專門醫 需給 比較 結果, 2000~2020

단위: 명			
구분\연도	2000	2010	2020
<공급>			
생존의사수	1,528	2,620	3,670
진료의사수 ㉠	1,506	2,570	3,552
<수요> ㉡			
代案 1	2,363	4,869	4,956
代案 2	1,890	3,423	4,956
<수급 비교> ㉠-㉡			
代案 1	△857	△2,299	△1,404
代案 2	△384	△853	△1,404



<圖 8.2> 精神科 專門醫 需要·供給 推移, 2000~2020(1994=100)

17) 장래 人口增加率 둔화 또는 정체로, 인구당 공급수는 증가될 전망이다.

2. 精神科 專門醫 需給推計結果에 대한 論議

장래 精神保健 專門人力의 供給 및 需要 推計를 통하여 政府의 관련정책을 지원하고자, 우선 精神保健 事業의 주축이 되는 精神科 專門醫의 需給 推計를 시도하였다. 그러나 거의 모든 人力需給 推計에서 지적되고 있듯이, 과거추이를 분석할 수 있는 基礎情報의 부족과 미래 不確實性 要素들로 인해 본 推計結果 또한 많은 문제점을 갖고 있음을 부인할 수 없다.

이에, 향후 관련분야 연구의 進展을 期待하는 意圖에서, 본 推計結果가 지닌 몇 가지 제한점들을 간략히 언급하면 다음과 같다.

供給推計의 경우, 현재의 상태로 고정시켜 基礎推計(baseline projection)함으로써, 專門醫 輩出이 본격화된 지 10여 년에 불과하여 高年齡層이 비교적 적은 현재의 年齡別 特性이나 生活樣式의 變化와 함께 예상되는 연령별 취업률 등의 향후 변화가 고려되지 않았다. 또한 醫療의 對外開放에 따른 外國으로부터의 人力 流入이나 外國으로의 人力 流出, 그리고 저하추세에 있는 연령별 사망률이나 인력의 性比變化에 따른 취업률 변화 등도 推計資料의 制限으로 고려에서 제외되었다. 그 밖에도, 근본적인 제약 또는 문제점으로 精神疾患을 다루는 非精神科 醫師의 역할이 전혀 고려되지 않았다는 점을 들 수 있다.

한편, 需要推計에 있어서는 향후 精神保健政策의 方向이 선진국과 같은 地域社會 精神保健으로 나아갈 것이라는 전제 하에, 오랜 기간 地域社會 精神保健 事業을 추진해 온 美國의 관련인력 수준을 기초로 우리나라의 장래 소득수준 및 제도변화와 대비함으로써 추정하였는데, 比較對象 國家인 美國과 우리나라 간의 社會·文化的 與件 差異로 인한 誤謬의 소지가 있다. 즉, 우리나라가 현재와 같은 수용위주의 관리정책을 유지하면서 地域社會 精神保健 事業의 導入을 늦춘다면 선진국 수준의 人力需要에 미치지 않게 됨으로써 需給間 不均衡 問題도 크게 대두되지 않을 것이며, 반대로 地域社會 精神保健 事業을 앞당겨 추진하려고 한다면 보다 빠른 需要增大에 직면하게 될 것이다. 따라서 보다 현실적으로는, 우리의 여건에

서 향후 관련시설의 需給計劃 등을 기초로 한 人力의 需要推定이 바람직할 수 있으나 본 연구에서는 시도되지 못하였다. 또한 需要는 우리나라 특유의 상황인 南北間 關係 變化와 대체인력의 활용 등에 의해서도 변화될 수 있는데, 이처럼 需要에 영향을 미칠 수 있는 많은 요인들이 본 推計에서는 구체적으로 고려되지 못하였다.

그밖에도 精神保健은 그 특성상 관련 專門人力들로 구성된 팀접근이 매우 중요하다는 점에서, 精神科 專門醫에 대한 需給計劃 시에 이들 관련 인력들이 동시에 다루어져야 할 것이나 본 연구는 단지 精神科 專門醫에 국한하여 需給推計를 실시했다는 제한점이 있다.

3. 結論

精神保健 水準의 向上을 위해서는 地域社會 精神保健의 早期 導入과 이를 추진하기 위한 人的 資源의 確保가 무엇보다도 중요하다.

需給推計 上の 여러 가지 제한점에도 불구하고, 가장 바람직한 精神疾患管理方案으로 평가되고 있는 地域社會 精神保健을 우리나라에서 실시하는 데 있어서 現在의 人力水準이 不足하다는 推論에는 논란의 여지가 없다. 따라서 우선, 지역적 均衡배치 등을 통해 현재의 인력을 최대한 활용하면서 일정수준에 달할 때까지 供給을 增大시켜 나갈 필요성이 있다.

본 연구결과를 기초로 할 경우, 精神科 專門醫는 現 供給規模에 대하여 연간 약 50명의 배출數 증가가 요구되는데(代案 2), 醫師와 같은 專門人力은 質的 側面이 매우 중요한 만큼 이에 대한 충분한 검토가 우선 이루어져야 하며, 또한 其他 專門人力에 대한 需給計劃과도 상호 연계되는 것이 바람직하다.

아울러 정신질환자의 사회복귀 및 재활과 관련된 作業治療士는 그 중요성에도 불구하고 아직 잘 인식되고 있지 않으므로, 이들의 양성 및 활용에 대한 보다 적극적인 장구가 요구된다.

第9章 地域社會單位的 精神障礙者 早期發見 方案

第1節 研究背景

精神健康은 신체건강과 분리될 수 없으며 精神保健事業도 일반 공중보건 사업으로부터 분리될 수 없다는 것이 전문가들의 일치된 의견이다. 이와 같은 견해는 地域社會 精神保健의 개념이 도입되면서 더욱 강조되어 왔다. 아직까지 발생기전이 분명하지 않고 질병의 특성상 慢性化의 과정을 겪게 되는 精神障礙者의 관리는 질병의 증상을 가능한 한 빨리 발견하여 적절한 치료를 받도록 연계를 시켜주는 2차예방이 매우 중요하다. 사실상 일차의료기관 또는 보건소 외래에 진찰을 받으러 오는 환자들 중 상당한 비율이 精神障礙(psychiatric disorders)를 지니고 있음에도 불구하고 早期에 인지되지 못함으로 인해 정신질환의 慢性化를 초래하고 있음이 여러 연구에서 지적되고 있다(WHO, 1984).

따라서 기존 일차보건요원들(일반의, 간호사, 보건요원, 보조원 등)이 다소의 훈련을 통해, 외래에 온 환자들 중 정신장애의 가능성을 조기에 판별해 낼 수 있다면 精神疾患의 慢性的인 障礙를 크게 감소시킬 수 있을 것이다. 우리나라에서는 精神障礙者 管理가 아직까지 治療中心으로 이루어져 있으며 일차보건기관을 중심으로 하는 患者早期發見 및 管理事業은 전무한 상태이다. 최근('91년 3월) 보건소법의 개정을 통해 정신질환 관리업무를 보건소단위에서 시행할 수 있는 근거를 마련하였다. 그러나 보건소를 중심으로한 地域社會 單位에서 일반보건요원들이 精神障礙者를 조기에 발견하고 관리할 수 있는 구체적인 指針이 없어 사실상 精神保健 業務를 전혀 실시하지 못하고 있는 형편이다. 따라서, 地域社會에서의 精神障礙者 早期發見을 위한 구체적인 지침의 마련이 매우 시급하다고 본다.

본 연구의 목적은 精神科專門醫가 아닌 기존 보건요원들을 활용하여 精神保健을 일반보건에 통합하여 제공할 수 있는 구체적인 患者發見 道具의 選定과 선정된 도구의 活用可能性을 檢討하기 위하여 실시되었다. 구체적인 目的은 다음과 같다.

일차진료기관을 중심으로 정신장애를 早期發見할 수 있는 도구 선정, 선정된 도구의 일차보건기관 적용 가능성 검토, 기본적인 精神保健 서비스를 기존 일차보건 서비스에 포함시키는 데 대한 방안의 검토이다.

第2節 研究對象 및 方法

1. 對象機關 및 應答者의 選定

본 연구가 도구를 이용하여 地域社會에서 환자를 早期發見하는 것이 목적이므로 향후 精神障礙者 早期發見 및 管理가 이루어져야 할 일차진료기관을 대상기관으로 하였다. 또한 일차보건의료기관을 방문하는 住民을 본 연구대상으로 하기로 결정함에 따라 조사지역은 1개 보건소와 1개 보건의료원을 택하기로 하였으며 작년도에 조사를 실시했던 서울 도봉구보건소와 보건의료원 중 地域적으로 서울과 가까운 임실군보건의료원을 임의로 조사지역으로 선정하였다. 여기에는 機關의 협조여부 또한 중요한 요인이었다. 도봉구보건소는 1일 25명 내외, 임실군보건의료원은 하루 100~150명의 住民이 1차진료과와 內科 外來를 내방하고 있으며 노인이 많은 편이다. 보건소와 보건의료원으로 부터 面談을 할 수 있는 독립된 방과 컴퓨터를 제공받았으며 機關 職員들의 적극적인 협조를 받을 수 있었다.

1994년 5월 23일에서 7월 16일까지 2개월 기간 중 서울특별시 도봉구보건소 1차진료과 來訪者와 전라북도 임실군보건의료원 내과 내방자를 調査對象者로 정하였다.

1次檢索 對象者를 500명으로 설정하고 이 목표가 달성될 때까지 調査를 계속하였다. 對象者 연령은 15세부터 65세까지를 대상으로 하였으며 환

자상태가 위중하거나 응급치료를 요하여 설문에 응할 수 없는 경우, 응답 거부자, 이미 1단계조사를 받은 再訪問者는 조사에서 제외하였다.

2. 研究方法

가. 調査道具의 考察 및 選定

정신장애의 早期發見을 위한 도구는 두 단계로 나누어 선정하였는데 첫번째 단계에서는 精神障礙者의 가능성을 판별해 줄 수 있는 도구를 선정하였고 그 다음 단계에서의 정신장애에 대한 진단을 내릴 수 있는 도구를 선정하였다.

1) 1段階 選別道具(first stage screening)

첫번째 단계의 選別道具로는 Goldberg의 “The General Health Questionnaire(GHQ)”를 국문으로 번역하여 사용하였다. GHQ는 일반주민을 대상으로 설계된 것으로서 정신분열증(Schizophrenia)이나 정신병적 우울증(psychotic depression)과 같은 중한 질병을 찾아내려는 의도로 고안된 것은 아니다. 이것은 精神患者의 가능성(The probability of being a psychiatric case)을 豫示해 주는 정신질환의 첫번째 단계의 평점 도구이다. 구체적인 診斷은 다음 단계의 정신과적 면담(psychiatric interview)을 통해 내려져야 한다. 또한 GHQ는 장애의 네 가지 요소를 ①우울증 ②불안증 ③사회생활 부적응 ④신체화 증상으로 나누어 파악할 수 있다. Goldberg에 의하면 이러한 要素는 Fould와 Bedford에 의해 요약된 정신질환의 位階體系(hierarchy of mental illness) 중 최하위 수준에 가까운 정신장애로(Goldberg, 1974) “dysthymic states”라고 불렀다. 이와 같은 狀態에 접어든 사람은 정상적인 상태와 비교해 볼 때 정신적 混亂狀態(disturbed) 또는 정서적 교란상태에 있다고 볼 수 있는데 그들은 身體的 症狀를 갖기 쉬우며 社會的 行爲(social behavior)에 있어서 두드러진 변화를 보이는 경우가 많다.

GHQ는 자가 기재용으로 설계되었으며 60문항, 30문항, 28문항, 20문항 형의 형태로 多樣하게 개발되어 있다. 60문항 중 12문항 이상에 체크하면 暫定的인 患者(potential case)로 간주된다. 따라서 이들은 위험군으로 분류되며 다음 단계에 좀 더 명확한 診斷을 받도록 유도할 수 있는 대상이 된다(Gldlberg, 1974).

2) 2段階 選別道具(second stage screening)

두번째 단계의 도구는 診斷的 鑑別이 가능한 面接方式의 도구로서 DSM Version-III에 의한 DIS(Diagnostic Interview Schedule)를 선정하였다. 이 도구는 1980년에 APA(American Psychiatric Association)에서 발간한 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition(DSM-III)의 진단체계를 포함하여 15개에 걸친 정신장애의 診斷的 鑑別이 가능한 도구로서 정신질환의 진단을 위한 가장 중요한 도구로 인정받고 있다. DIS의 母體인 DSM-III는 의사, 정신간호사, 사회복지사, 임상심리사들에게 널리 活用되고 있으며 단기간의 교육을 받은 비전문요원들을 活用하여 비교적 精確한 個別診斷을 도출할 수 있다는 점에서 매우 活用가치가 크다. DIS-III는 미국 국립정신보건원(NIMH)이 정책과제로서 제반 신경증적 장애들을 포함하는 精神障礙의 包括的 疫學調査를 수행하기 위하여 개발한 構造化된 面接樣式(structured interview schedule)으로 이미 미국에서 타당도 검증을 거쳐 이를 이용한 대규모 연구가 실시되고 있으며 일본과 대만 등지에서도 이를 채택하고 있다(이정균: 235, 1986). 한국에서는 1986년 이정균 등에 의해 타당도 검증을 통해 한국어판으로 개발되었으며 1986년과 1989년 精神障礙者 平生有病率을 구하기 위한 역학조사에 사용된 바가 있다.

최근 DIS는 컴퓨터 프로그램화되어 면접시간이 단축된 Quick DIS로 개발되어 現場에서 더욱 쉽게 이용할 수 있게 되었다. Quick DIS가 커버할 수 있는 診斷은 다음과 같다. 담배의존증, 신체화증상, 공포증, 범불

안장애, 광장공포증, 사회공포증, 단순공포증, 외상성스트레스, 주요 우울증, 조증, 양극성 장애, 정신분열증, 식욕부진, 대식증, 알콜 의존증, 강박관념(Obsessions), 강박증(Compulsion), 약물남용, 반사회적 인격, 병적 도박, 성전환증 등이다.

3) 精神科 專門醫에 의한 確診

Q DIS 면담에 의해 정신장애자로 진단이 내려진 응답자는 정신과 전문의에게 의뢰하여 확진을 받는다.

나. 事前調査

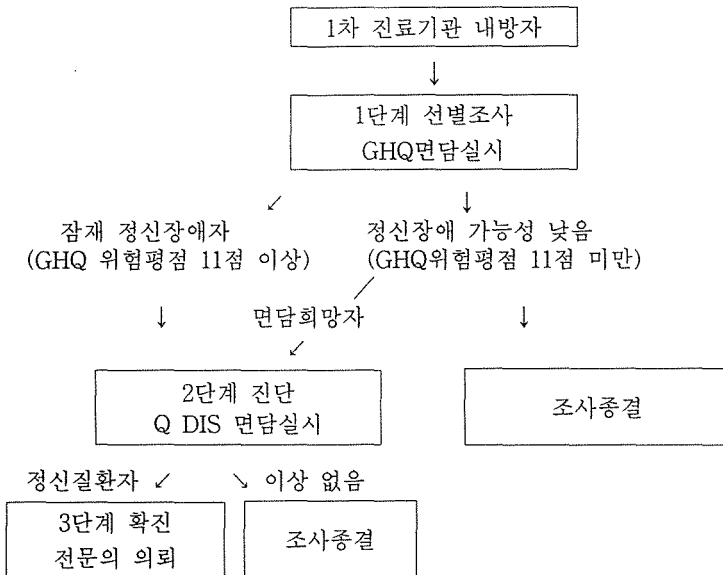
1994년 5월 10일에서 14일까지 5일간 도봉구보건소에서 GHQ 18문항 설문지와 Quick DIS 컴퓨터 면접진단도구를 가지고 조사를 실시하였다. 精神障礙者 1단계 선별과정에서 調査道具로는 GHQ 20개 문항 중 1993년 남에 의해 사용된 18개 문항으로 조사를 실시하였다. 본 연구에서는 잠정적인 精神障礙者를 선별할 수 있는 Cut-off point로 남 등이 선행연구에서 제시한 11점을 기준으로 하였다(남정자 외, 1993).

Quick DIS(Diagnostic Interview Schedule)는 컴퓨터에서만 사용이 가능한 짧은 診斷面談프로그램으로 워싱턴대학교 의과대학 정신과교실에서 최근 컴퓨터 프로그램으로 開發한 것으로 본 연구팀이 올해 초 구입하였다. 이것은 DSM-III-R 診斷에 필요한 情報를 포함하고 있다. Quick DIS 의 모든 문항은 한글로 번역하여 사용하였는데 대부분의 문항이 이정균(이정균: 237, 1986)등이 번역하여 妥當度를 거친 것과 일치하였으므로 그 내용을 많이 참고하였다. 조사는 본 연구팀 연구자 두명, 연구보조자 한명이 보건소와 의료원 직원의 도움을 받아 실시하였다.

다. 本調査

진찰을 받기 위해 대기중인 來訪者들을 對象으로 1단계 조사인 18문항의 GHQ 설문지를 작성하였다. 2단계 조사로 컴퓨터 면담프로그램인 Q

DIS를 실시하였는데 Q DIS는 對象者의 狀態에 따라 20분 내지 1시간 정도가 소요되며 면담이 끝남과 동시에 컴퓨터 프로그램에 의해 진단이 내려지고 結果가 즉시 인쇄되어 나온다. Q DIS 실시 결과 진단이 내려진 對象者는 진단의 확인을 위해 面談 직후 精神科 專門醫의 상담과 진단을 받을 것을 권장하였다(圖 9.1 참조).



<圖 9.1> 患者發見過程

라. 資料의 處理

본 조사는 시간과 豫算의 制約때문에 疫學調査의 연구체계를 갖추지 못했으므로 유병률을 구하는 데에는 제한점이 있다. 단지 본 도구의 1차진료기관에서의 活用 가능성 여부에 焦點을 맞추었으며 얻어진 결과는 주로 기술적으로 분석하였다.

第3節 研究結果

1. 事前調査

도봉구 보건소장 및 관계자와 조사에 대한 협의 결과 다음과 같은 문제점이 제기되었다. 도봉구 外來訪問 住民은 거의 영세민이거나 노인이어서 對象者가 적을 것이라는 점, 1차적 選別道具인 GHQ 설문지 작성은 별 문제가 없으나 1차단계에서 걸러진 危險集團에 사용하게될 Quick DIS(컴퓨터 면접도구)는 40분 내지 1시간 이상이 소요되므로 對象者로 부터 협조를 얻기 힘들 것이라는 점, 對象者들이 정신과적 진단에 대해 거부감을 보일 것이라는 점이었다.

총43명을 대상으로 GHQ 調査를 실시하였으며 GHQ 조사는 환자가 대기 중인 대기실에서 실시하였다. 面談 도중 노인에게는 이 설문지가 적합하지 않음을 발견하고 65세 이상 노인 4명을 제외시켰으며 3명은 면담을 거부했고 4명은 시간이 없어 面談을 中斷하였으며 2명은 健康狀態가 좋지 않아서 면담을 진행시킬 수가 없었다. 최종적으로 30명이 면담을 완료하였다.

남자 13명 여자 17명이 GHQ 면담에 응했으며 面談結果 면담자 30명 중 40%에 해당하는 12명이 11점 이상을 받아 精神疾患危險群으로 나타났다(表 9.1 참조).

Quick DIS 面談調査는 11명에게 실시하였다. 1단계조사에서 11점 이상을 받은 30명 중 8명에게만 2단계조사를 할 수 있었는데 그 이유로는 환자의 면담거부, 시간이 없는 경우, 患者가 對話에 집중하지 못함으로써 면담이 불가능한 경우, 등이 있었다. 또한 GHQ 점수가 11점에는 못 미쳤지만 본인이 특별히 원하는 경우가 1명으로 총9명에게 2단계면담을 실시하였다.

<表 9.1> GHQ 點數分布

	1~10점	11점 이상	전체
전체	18(60)	12(40)	30(100)
남	8(61)	5(38)	13(100)
여	10(58)	7(41)	17(100)

Q DIS 면담결과를 보면 5명이 神經症患者로 나타났으며 알콜 및 담배 의존증 2명, 이상 없는 경우가 2명으로 나타났다. 이 중에는 GHQ 위험 점수 8점으로 2段階調査 對象者는 아니었으나 본인이 원하여 2단계 면담을 하였는데 진단은 사회공포증으로 나타난 사례가 있었다(表 9.2 참조).

<表 9.2> Q DIS 診斷結果

사례번호	연령	성	GHQ점수	Q DIS 진단 결과
7	54	F	12	Somatization, Panic
9	64	F	13	Somatization, Generalized anxiety, Agoraphobia, Depression
10	62	M	16	Alcohol abuse or dependence
13	27	M	8	Social phobia
17	37	M	11	Tobacco, Generalized anxiety, Agoraphobia, Depression, Schizophrenia/Schizophreniform Alcohol abuse or dependence, Obsessive disorder
20	31	F	12	(-)
21	65	F	11	(-)
24	65	M	16	Tobacco, Alcohol abuse or dependence
28	53	F	13	Generalized anxiety

2. 本調查

가. 標本人口集團의 人口·社會學的 特性

調査期間중 도봉구보건소 1차진료과를 訪問한 환자는 남자 227명, 여자 276명으로 503명이었다. 이 중 조사에 응한 對象은 남자 102명, 여자 98명으로 남녀비율은 반 반 정도다. 임실군보건의료원 내과외래를 방문한 사람은 남자 248명, 여자 294명으로 여자가 남자에 비해 약간 많았다. 총 542명 중 調査에 응한 사람은 남자 116명, 여자 185명으로 301명이었다 (表 9.3, 圖 9.2, 圖 9.3 참조).

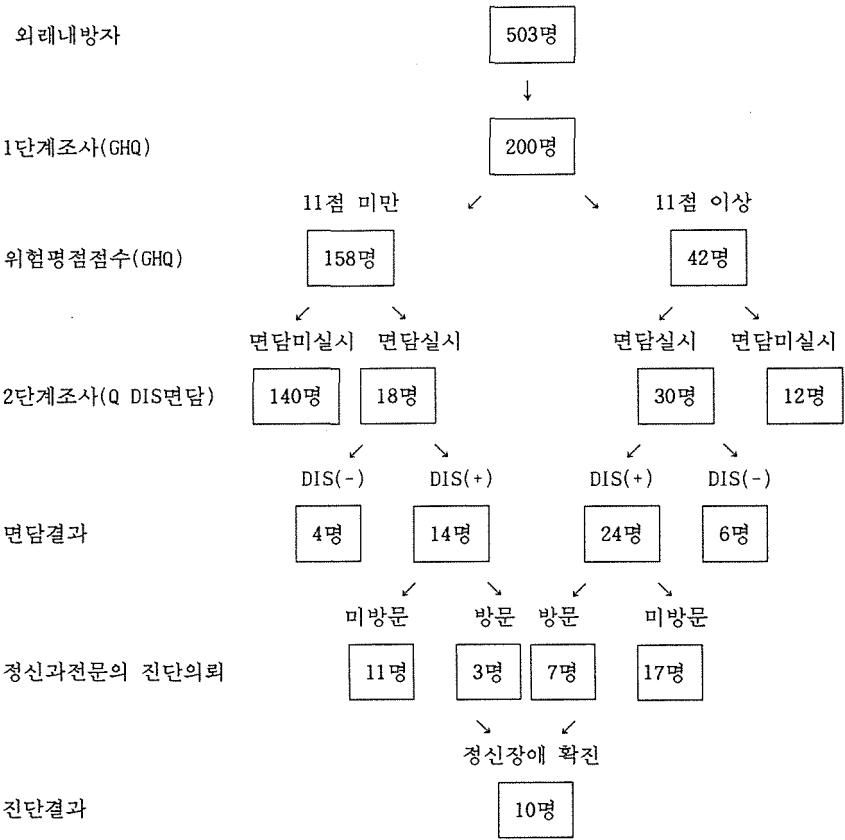
<表 9.3> 調査對象者

	남자	여자	전체
내방자			
도봉구보건소	45.1(227)	54.9(276)	100.0(503)
임실군보건의료원	45.8(248)	54.2(294)	100.0(542)
1단계 조사 응답자			
도봉구 보건소	51.0(102)	49.0(98)	100.0(200)
임실군보건의료원	38.5(116)	61.5(185)	100.0(301)

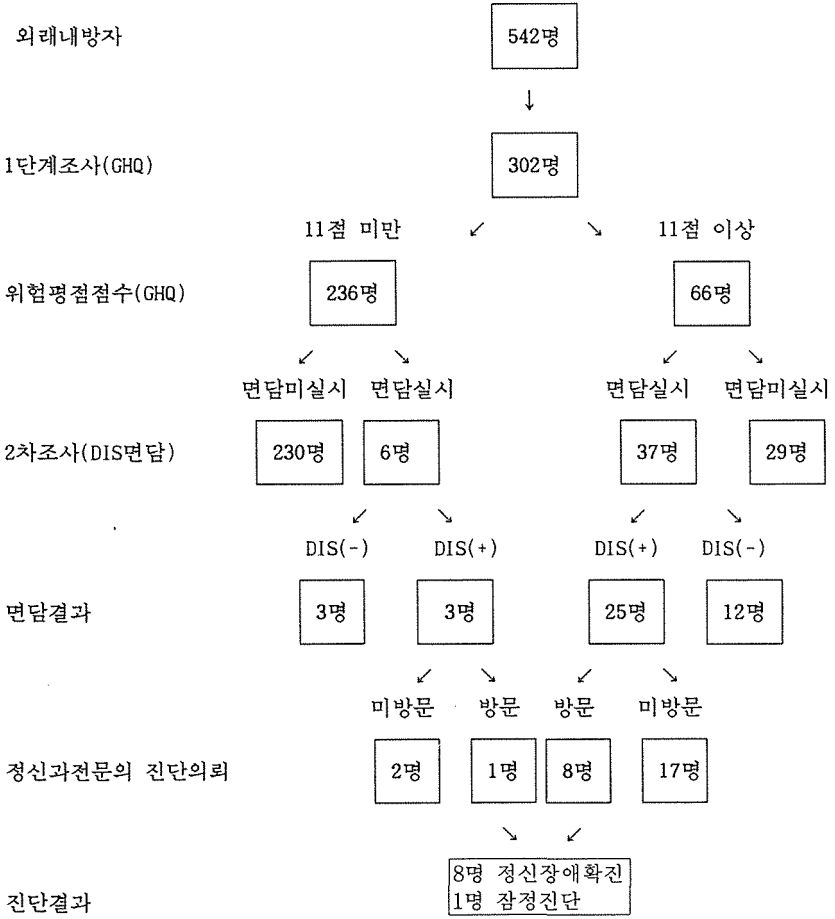
訪問者 중 조사에서 제외된 경우로는 再訪問者가 상당수 있었으며 면담 거부, 시간이 없어서 못한 경우였다. 面談自體를 거부하거나 조사자를 외판원이나 특정 종교전도인으로 오해를 하여 거부하는 경우가 흔히 있었다. 보건소에서 떨어진 地域에서 온 住民들로 동사무소에서 봉고차를 내서 보건소를 訪問하게 하고 診療가 끝나는 즉시 돌아가야 하는 경우 시간이 없어 면담에 불응한 경우가 있었다.

임실에서는 버스시간에 맞추어 診療時間 보다 일찍 來訪한 사람들이 많아 조사에 시간적 여유가 있었다.

1단계조사에 대한 응답자의 特性을 보면 다음과 같다(表4 참조). 성별로는 도봉구의 경우 男女比率이 거의 비슷하였으나 임실의 경우는 여성비율이 61.5%로 남성비율 38.5%에 비해 상당히 높았다.



<圖 9.2> 道峰區保健所 患者發見過程



<圖 9.3> 任實郡 保健醫療院 患者發見過程

年齡은 도봉구가 임실에 비해 젊은 人口構造를 갖고 있었다.

結婚狀態는 도봉구는 미혼비율이 16.6%로 임실군의 8.8%에 비해 높았으며
기혼자 비율은 임실군이 82.8%로 도봉구의 72.9%에 비해 높았다. 한편
이혼자 비율은 도봉구가 3%로 임실군의 0.3%에 비해 높은 편이었다.

職業을 보면 도봉구는 숙련직·판매직 또는 단순근로직이 각각 21.7%, 16.2%로 높은 데 비해 農村地域인 임실은 59.5%가 농림축산업에 종사하고 있었다. 한편 도봉구에서는 무직이 49.0%나 되었다.

教育水準을 보면 고졸 이상이 도봉구에서는 47%로 임실의 19%에 비해 높으며 임실의 경우 국졸 이하가 70.7%나 되었다.

對象者들이 主觀的으로 인식하고 있는 生活水準은 “下”라고 응답한 경우가 임실이 46.1%로 도봉구의 40%보다 약간 높았으며 “中” 및 “上”은 도봉구가 약간 높았다.

住宅所有形態를 보면 농촌지역인 임실이 도봉구보다 자가비율이 훨씬 높았다.

醫療保障形態를 보면 公/敎醫療保險은 임실이 10%로 도봉구의 5.2%의 배에 달하고 있고 職場組合은 비슷한 수준이었으며 地域組合은 도봉구가 임실 보다 약간 높았고 醫療保護는 임실이 17%로 도봉구의 14.6% 보다 약간 높았다.

同居家族數를 보면 동거가족 1명 이하인 경우 도봉구는 14%로 임실의 8.3%에 비해 높으며 5명 이상은 도봉구 임실 모두 25%, 28.5%로 높은편이었다.

<表 9.4> 1次 調査(GHQ) 面談者의 社會·經濟的 特性分布

단위: %(N)

	서울도봉구 보건소	전북임실 보건의료원		서울도봉구 보건소	전북임실 보건의료원
계	100.0	100.0	교육수준		
(N)	(200)	(302)	무학	7.1	31.7
성별			국졸	25.2	39.0
남자	51.0	38.5	중졸	20.7	10.3
여자	49.0	61.5	고졸	30.8	14.5
연령			전문대졸이상	16.2	4.5
14-29	17.5	8.7	생활수준		
30-39	20.5	12.3	상	10.0	9.9
40-49	22.0	20.0	중	50.0	44.0
50-59	30.0	40.3	하	40.0	46.1
60-69	10.0	18.7	주택소유		
결혼상태			자가	51.0	88.2
미혼	16.6	8.8	전세	27.6	7.8
기혼	72.9	82.8	월세	21.4	4.0
이혼	3.0	0.3	의료보장		
사별	7.5	8.1	공/교	5.2	10.0
직업			직장	19.8	18.0
단순근로직	16.2	4.6	지역	58.3	53.3
숙련·판매직	21.7	6.0	의료보호	14.6	17.0
농림축산업	0	59.5	없음	2.1	1.7
사무·관리직	6.1	7.3	동거가족수		
전문직	2.0	0.7	없음	3.0	2.0
학생	5.0	3.6	1명	11.0	6.3
무직	49.0	18.3	2명	15.0	30.8
			3명	21.0	18.5
			4명	25.0	13.9
			5명 이상	25.0	28.5

나. 1段階面談(GHQ) 結果

1) 1段階調査 (GHQ) 面談者의 保健醫療機關 來訪理由

1단계조사 면담자의 1차 보건의료기관 내방 이유를 健康檢診 여부와 17대 疾病分類 코드를 중심으로 分析해 보면 도봉구보건소는 건강검진이

31.3%로 가장 높고, 그 다음이 증상, 징후 및 불명확한 병태로 16.2% 였다(表 9.5 참조).

<表 9.5> 1段階調査(GHQ)對象者の 保健醫療機關 來訪理由

	(단위: %, N)		
	도봉구	임실	전체
전체	100.0(192)	100.0(292)	100.0(484)
건강검진	31.3	8.6	17.6
증상징후 및 불명확한 병태	16.2	35.6	27.9
순환기계질환	10.9	11.0	11.0
소화기계질환	7.8	11.6	10.1
호흡기계질환	12.5	7.9	9.7
전신성질환	6.8	5.5	6.0
근골격계질환	3.7	5.8	5.0
손상 및 중독	0.5	6.9	4.3
비뇨생식기계질환	6.3	0.7	2.9
감염성 및 기생충성질환	2.1	2.4	2.3
피부 및 피하조직질환	1.6	1.7	1.7
기타	0.5	2.4	1.7

임실의료원은 증상, 징후 및 불명확한 병태가 35.6%로 가장 높았으며, 다음으로는 소화기계질환과 순환기계질환이 각 각 11.6%, 11.0% 였다. 전체적으로 보면 症狀, 徵候 및 不明確한 病態가 27.9%로 가장 높았다.

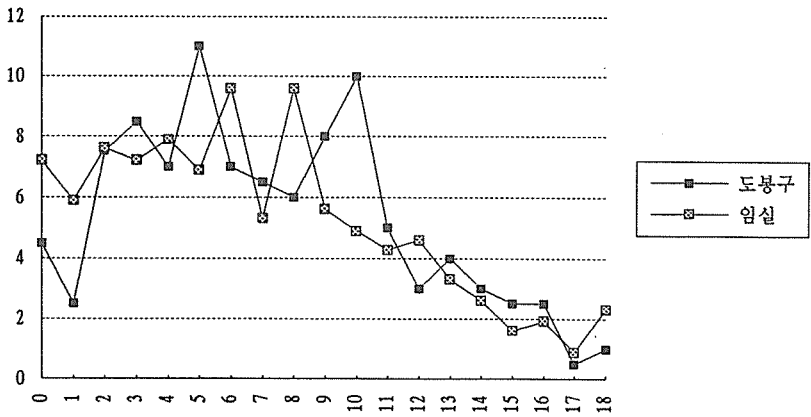
2) GHQ 危險評點 分布

GHQ 설문을 완료한 502명의 GHQ 위험평점 분포를 보면 다음과 같다 (表 9.6, 圖 9.4 참조). 잠정적인 精神障礙者를 가르는 cutting point인 11 점을 중심으로 볼 때 11점 이하에서는 도봉구와 임실간 차이가 컸으나 11 점 이상의 분포는 兩機關에서 비슷한 추세를 보였다.

<表 9.6> GHQ 點數分布

(단위: %, N)

	도봉구	임실	전체
전체	100.0(200)	100.0(302)	100.0(502)
0	4.5	7.3	6.2
1	2.5	6.0	4.6
2	7.5	7.6	7.5
3	8.5	7.3	7.7
4	7.0	8.0	7.6
5	11.0	7.0	8.6
6	7.0	9.6	8.4
7	6.5	5.3	5.8
8	6.0	9.6	8.2
9	8.0	5.6	6.6
10	10.0	5.0	7.0
11	5.0	4.3	4.6
12	3.0	4.6	4.0
13	4.0	3.3	3.6
14	3.0	2.6	2.8
15	2.5	1.6	2.0
16	2.5	2.0	2.2
17	0.5	1.0	0.8
18	1.0	2.3	1.8



<圖 9.4> GHQ 點數分布

GHQ 위험평점을 잠재적 精神障礙者인 11점 이상과 11점 미만으로 나누어 特性을 살펴보면 다음과 같다(表 9.7 참조). 설문응답자 502명 중 11점 미만이 393명으로 78.3%를 차지했으며 11점 이상은 109명으로 21.7%에 달했다. 一次調査對象 중 약 1/5에 해당하는 숫자가 잠재적 精神障礙者로 나타난 것이다(表 9.7 참조).

危險評點을 性別로 살펴보면 다음과 같다. GHQ 위험평점 11점 이상이 여성은 24%로 남성의 18.8%에 비해 높아 女性이 精神疾患 潛在可能性이 높은 것으로 나타났다.

年齡別로는 15~29세가 11점 이상 비율이 29.5%로 가장 높고 40~49세가 26.9%로 다음으로 높다. 11점 이상 비율이 가장 낮은 연령군은 30~39세로 16.7% 였다.

學歷別로는 국졸 및 무학이 각각 26.4%, 20.8%로 11점 이상 비율이 높고 학력이 높아질수록 고위험비율은 낮아지고 있다.

結婚狀態別로는 이혼의 경우 11점 이상이 42.9%로 가장 높지만 이혼자수는 7명에 불과해서 일반화시키기는 어려운 것으로 보인다. 이혼을 제외하면 미혼이 28.8%로, 기혼 21.0%와 사별 15.4%에 비해 높게 나타나고 있다.

醫療保障形態別로는 11점 이상 비율이 의료보호가 38.0%로 가장 높으며 다음으로 공·교의 22.5%, 지역 19.1%, 직장 13.0% 순이었다.

<表 9.7> GHQ 危險評點

(단위: %,N)			
	11점 미만	11점 이상	전체
전체	78.3(393)	21.7(109)	100.0(502)
성별			
남자	81.2	18.8	100.0(218)
여자	76.0	24.0	100.0(283)
연령별			
15~29	70.5	29.5	100.0(61)
30~39	83.3	16.7	100.0(78)
40~49	73.1	26.9	100.0(104)
50~59	81.3	18.7	100.0(182)
60~65	79.2	20.8	100.0(77)
학력별			
무학	79.2	20.8	100.0(106)
국졸	73.6	26.4	100.0(163)
중졸	80.3	19.7	100.0(71)
고졸	80.6	19.4	100.0(103)
전문대 이상	84.4	15.6	100.0(45)
결혼상태별			
미혼	71.2	28.8	100.0(59)
기혼	79.0	21.0	100.0(391)
이혼	57.1	42.9	100.0(7)
사별	84.6	15.4	100.0(39)
의료보장형태별			
없음	88.9	11.1	100.0(9)
공/교	77.5	22.5	100.0(40)
직장	87.0	13.0	100.0(92)
지역	80.9	19.1	100.0(272)
의료보호	62.0	38.0	100.0(79)

다. 2段階 選別調査(Q DIS 面談)

1) 2段階調査(Q DIS) 對象者の 人口·社會的 特性

Q DIS면담을 실시한 사람은 도봉구 48명, 임실 43명으로 전체가 91명이며 이 중 精神疾患者로 진단이 내려진 사람은 도봉구 38명, 임실 28명으로 총66명이다(表 9.8 참조).

Q DIS면담자의 人口·社會的 特性을 살펴보면 도봉구에 비해 임실에서 여성비율이 높으며 年齡別로는 임실은 20대와 50대의 비율이 높았으며 도봉구는 30대와 40대 연령층의 비율이 높았다. 學歷은 도봉구가 임실에 비해 높았으며 結婚狀態는 도봉구에서 임실에 비해 이혼과 사별의 비율이 높았다. Q DIS면담자의 인구·사회적 특성은 GHQ면담자와 별 차이가 없었다.

Q DIS면담결과 91명 중 精神疾患者로 진단이 내려진 對象者는 면담자의 72.5%인 66명이었다. 그러나 이 비율은 1단계조사인 GHQ 11점 이상자 전체를 대상으로 한 비율과는 차이가 있을 수도 있다고 본다. 面談過程에서 본인이 정신과적 문제를 갖고 있는 경우 2차면담에 적극 응한다는 느낌을 받았기 때문이다. 여기에 대해서는 추후 더욱 深層的인 研究가 필요하다고 본다.

Q DIS面談者와 면담 결과 精神疾患者로 진단이 내려진 對象者간의 인구·사회적 특성은 대체로 큰 차이가 없다. 임실의 경우 30대에서 면담자에 비해 精神疾患者로 진단을 받은 비율이 올라가고 40대는 비율이 다소 내려갔으며 도봉구에서는 40대에서 약간의 비율 감소가 있었다. 學歷別로는 면담자에 비해 精神疾患者로 판별이 난 對象者 비율이 도봉구에서는 무학에서 약간 증가하고 국졸에서는 감소한 반면 임실에 있어서는 중졸에서 비율증가가 있었다.

<表 9.8> Q DIS 面接者の 社會·經濟的 特性

(단위: %)

	DIS 면담자			DIS결과 정신질환자		
	전체	도봉구	임실	전체	도봉구	임실
전 체	100.0 (91)	100.0 (48)	100.0 (43)	100.0 (66)	100.0 (38)	100.0 (28)
성 별						
남	39.6	47.9	30.2	42.4	50.0	32.1
녀	60.4	52.1	69.8	57.6	50.0	67.9
연령별						
14-29	9.9	6.3	14.0	10.6	7.9	14.3
30-39	15.4	22.9	6.9	18.2	23.7	10.7
40-49	28.6	31.2	25.6	24.3	26.3	21.4
50-59	32.9	27.1	39.5	34.8	28.9	42.9
60-69	13.2	12.5	14.0	12.1	13.2	10.7
학력별						
무학	16.9	8.5	26.2	16.9	13.2	22.2
국졸	38.2	31.9	45.2	33.9	26.3	44.5
중졸	18.0	23.4	11.9	20.0	21.1	18.5
고졸	20.2	25.5	14.3	21.5	28.9	11.1
전문대이상	6.7	10.7	2.4	7.7	10.5	3.7
결혼상태별						
미혼	10.1	8.4	12.2	10.8	10.5	11.1
기혼	79.8	75.0	85.4	80.0	73.7	88.9
이혼	4.5	8.3	-	4.6	7.9	-
사별	5.6	8.3	2.4	4.6	7.9	-

2) Q DIS 面談 結果

Q DIS면담자 중 면담결과 精神疾患者로 판별이 된 경우는 도봉구 38명, 임실 28명으로 총66명이었다. 1인이 여러 가지 진단을 갖는 경우가 있으므로 診斷件數로 보면 도봉구 90건, 임실 74건으로 총164건이며 1인당 평균 2.5건의 複數診斷이 내려지고 있다.

診斷結果는 거의 대부분이 神經症이었다(表 9.9 참조). 도봉구에서는 범불안장애가 20%, 광장공포증 14.4%, 우울증 12.2% 순으로 나타났으며 임실에서는 범불안장애 17.6%, 광장공포증 16.2%, 우울증 13.5% 로 나타났다.

<表 9.9> Q DIS 面談結果

단위: 진단건수, %(N)

	도봉구		임실		전체	
	수	비율	수	비율	수	비율
전체	90건(38명)	100.0	74건(28명)	100.0	164건(66명)	100.0
담배의존증	8	8.9	4	5.4	12	7.3
신체화증상	2	2.2	1	1.3	3	1.8
공포증	6	6.7	9	12.2	15	9.1
범불안장애	18	20.0	13	17.6	31	18.9
광장공포증	13	14.4	12	16.2	25	15.3
사회공포증	5	5.6	4	5.4	9	5.5
단순공포증	4	4.4	8	10.8	12	7.3
외상성스트레스	3	3.3	5	6.8	8	4.9
우울증	11	12.2	10	13.5	21	12.8
알콜의존증	10	11.1	4	5.4	14	8.5
강박관념(OD)	1	1.1	3	4.1	4	2.5
강박증(CD)	3	3.3	0	-	3	1.8
약물의존증	1	1.1	0	-	1	0.6
반사회적인격	1	1.1	1	1.3	2	1.2
병적 도박	4	4.4	0	-	4	2.5

라. 精神科 専門醫에 의한 確診

Q DIS로 診斷이 내려진 66명에게 확진을 위해 정신과 전문의에게 依頼를 했으나 最終적으로 도봉구 38명 중 10명, 임실 28명 중 9명이 전문의를 찾았다. 의뢰된 19명 중 18명이 정신과 전문의에 의해 精神疾患으로 診斷이 내려졌으며 1명은 잠정적으로 精神疾患者로 진단이 내려졌다.

다음은 Q DIS 診斷 結果와 전문의 진단결과를 비교한 것이다(表 9.10 참조). 대체로 Q DIS 진단과 精神科専門醫 진단간에 큰 차이가 없었으며 Q DIS에서 複數診斷이 내려지는 추세였다. Q DIS 도구는 면담에 주로 의존하기 때문에 물음에 적절히 응답하기 힘든 Organic mental disorder 는 發見하기 힘든 限界가 있었다.

<表 9.10> Q DIS 診斷結果와 專門醫 診斷結果 比較

<도봉구 보건소>

	연령	성별	위험 점수	Q DIS 진단결과	전문의 진단결과
사례1	56	M	16	Alcohol abuse or dependence	Organic mood disorder
사례2	35	F	15	Depression	Major depression
사례3	65	F	13	Somatization, Generalized anxiety, Agoraphobia, Depression	Somatization do
사례4	57	M	11	Generalized anxiety	Dysthymia
사례5	61	M	7	Alcohol abuse or dependence Gambling	Alcohol dependence
사례6	34	F	11	Generalized anxiety, Depression	Social phobia
사례7	55	F	10	Tobacco, Panic, Depression, Generalizde anxiety, Post traumatic stress	Dysthymia
사례8	43	M	12	Agoraphobia, Alcohol abuse or dependence	Dysthymia,Alcohol dependence
사례9	62	F	15	Tobacco, Somatization, Panic, Generalized anxiety, Agoraphobia, Social phobia, Simple phobia, Depression	Somatization do
사례10	50	M	14	Generalized anxiety, Agoraphobia, Depression, Compulsive disorder	Somatization do

<表 9.10> 계 속

<임실군 보건의료원>

	연령	성별	위험 점수	Q DIS 진단결과	전문의 진단결과
사례1	52	F	12	Panic, Generalized anxiety	R/O Anxiety disorders Nos
사례2	15	F	16	Somatization, Panic, Generalized anxiety, Simple phobia, Depression, Compulsive disorder	Somatoform pain disorder
사례3	54	F	10	Generalized anxiety, Agoraphobia, Social phobia, Simple phobia, Posttraumatic stress, Depression	Generalized anxiety disorder, R/O Depressive disorder
사례4	55	F	14	Agoraphobia, Posttraumatic stress	Chronic posttraumatic stress disorder
사례5	43	F	15	Panic, Generalized anxiety, Agoraphobia, Posttraumatic stress, Depression	Posttraumatic stress disorder → Partial remission state
사례6	48	M	18	Social phobia, Posttraumatic stress	Organic mental disorder, R/O Organic hallucination
사례7	60	F	12	General anxiety, Agoraphobia, Social phobia, Simple phobia, Posttraumatic stress	Generalized anxiety disorder
사례8	30	F	14	Generalized anxiety, Depression	Anxiety disorder Nos R/O Marital problem
사례9	60	F	14	Panic, Generalized anxiety, Agoraphobia, Simple phobia, Depression	Depressive disorder

第4節 結果에 대한 論議

외국의 先行研究에 의하면 一次診療機關을 찾는 환자 중 상당수가 精神疾患을 갖고 있으나 여기에 대한 인식이나 診斷은 상당히 낮다고 한다(Burns, 1985). 본 연구결과 1차진료기관 來訪者의 상당수가 정신질환의 가능성을 갖고 있었음이 밝혀졌다. GHQ를 이용한 면담자 중 21.7%가 危險評點 11점 이상으로 潛在的 정신질환자로 나타났는데 이것은 英國에서 1차진료기관을 찾는 환자의 20%가 潛在的 정신질환자라는 報告와도 일치하고 있다(Harding, 1980).

Q DIS 면담결과 發見된 정신질환은 주로 神經症이었는데 이것은 외국의 1차진료기관에 대한 선행연구결과와도 一致하고 있다(WHO, 1975). 우리나라의 경우 精神保健은 타의료분야에 비해 특히 落後되어 있는 분야이다. 精神保健事業이 落後되어 있는 국가에서는 優先順位의 선정이 필요하며 介入이 필요한 우선순위로는 정신증 환자, 위기상황, 만성정신장애가 된다. 그러나 神經症의 경우 우선순위는 낮아도 一般醫療서비스에서 차지하는 糧的인 크기는 상당하다고 한다(WHO, 1975; Harding, 1980). 실제로 면담자 중 상당수는 신경증환자로서 극심한 苦痛을 호소하고 도움이 필요하다고 하였으며 자신의 症狀이 정신질환으로 인한 것이라는 인식을 못하는 경우가 많았다. 따라서 精神科的 도움을 청하기 보다는 胎生이 그래서 할 수 없다는 체념을 하고 고통을 감수하며 살거나 身體的인 症狀을 호소하며 진료기관을 배회하는 경우가 많았다.

神經症患者 管理를 포함한 1차적인 精神保健서비스를 위해서는 일차진료기관의 一次保健要員이 주요 역할을 하여야 한다. 疾患에 대한 인식이 없는 정신질환자의 發見을 위해서는 보건요원의 患者發見을 위한 능동적인 노력이 필요하다. 보건요원은 또한 도움이 필요한 다수의 신경증환자에 대처할 수 있는 효과적인 對應方案을 강구해야 한다.

神經症患者의 호소에 대응하는 목표 중 하나는 불필요한 조사, 의뢰 및 치료를 피하는 것이며 환자가 內在되어 있는 社會的 問題에 적절히 대응하지 못하고 잦은 보건의료기관 내방과 medicalization의 고리를 형성하는

것을 예방하는 것이다. 한 연구에서는 神經症患者는 신체적 증상을 호소하며 자주 1차진료기관을 찾고 여기 저기서 도움을 청하며 不適切하고 對證的인 藥物治療를 받는 것으로 보인다고 하였다(Harding, 1980).

신경증세의 경우 대체로 疾病初期段階에는 대처방안이 서 있지 않는 경우가 많다. 보건요원은 환자에게 醫療的 介入(Medical intervention)이 불필요할 경우 患者가 가진 사회적 문제에 대해 지역사회 내에서 도움을 받도록 격려해야 한다. 이것은 社會的 問題解決에 도움을 줄 수 있는 지역사회지도자, 종교지도자, 교사, 그 외 영향력 있는 사람과 밀접한 관계를 유지하는 것을 의미한다. 또한 신경증환자와 마찬가지로 가족들이 숨기고 있는 정신증환자에 대한 접촉이 이루어져 그들이 積極的인 醫療的 社會的 도움을 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

이번 조사로 Q DIS 프로그램이 한글판 컴퓨터 버전으로 轉換이 된다면 精神科 專門人力 이외 他保健要員도 短期間의 訓練만 받으면 이 프로그램을 이용해 患者 早期發見이 가능할 것으로 보인다.

精神障礙를 가진 환자의 대다수가 일차적으로는 신체적 증상을 호소하는데 그 중 두통, 현기증, 무력감(weakness)은 잠재적 "Psychosomatic" 증상으로 간주된다. 또는 多症狀 呼訴(Polysymptomatic presentation)와 精神疾患간에는 강한 상관관계가 있다. Kessel은 정신과 환자의 10%만이 정신과적 증상을 호소한다고 했다(Harding, 1980). 정신과적 증세는 물어보기 전에는 호소하는 경우는 드물다고 한다. 많은 文化圈에서 환자들이 의사에게 신체적 증상이 아닌 자신의 느낌을 얘기할 것을 기대하지 않기 때문이다. 환자는 精神狀態가 身體에 영향을 미칠 때 비로소 의사를 찾게 되는 경우가 흔하다. 여기에서 1次保健에 精神保健을 포함시켜야 할 필요성이 있음을 알 수 있다. 보건요원은 정기적으로 환자 중 정신장애를 발견하고 적절한 관리를 할 수 있도록 훈련을 받아야 하며 1차진료기관을 찾지 않는 重症 精神障礙者를 발견하도록 지역사회와의 접촉이 필요하며 정신장애인들이 도움을 받을 수 있도록 地域社會住民의 態度變化를 유도해야 할 것이다.

第5節 結論

精神健康은 一般健康과 분리될 수 없으며 精神保健事業도 일반 公衆保健事業으로 부터 분리될 수 없다는 것이 전문가들의 일치된 의견이다. 발생기전이 아직까지 분명하게 밝혀지지 않고 있으며 질병의 특성상 慢性化의 과정을 겪게 되는 精神患者의 管理는 환자를 가능한 한 빨리 발견하여 적절한 治療와 管理를 받을 수 있도록 연계시켜주는 2차예방이 매우 중요하다. 그럼에도 불구하고 우리나라는 精神患者 管理가 아직까지 治療中心으로 이루어져 있으며 1차보건기관을 중심으로 하는 患者早期發見 및 管理事業은 全無한 狀態이다.

그러므로 정신과 전문의사가 아닌 기존 보건요원들이 사용할 수 있는 患者 早期發見道具를 選定하고 선정된 도구의 活用 可能性을 檢討하기 위한 목적으로 본 연구를 실시하였다.

1994년 5월 23일에서 7월 16일 기간 중 향후 精神患者 早期發見 및 管理가 이루어져야 할 1차진료기관 중 서울특별시 도봉구보건소와 전라북도 임실군 임실보건의료원을 대상기관으로 선정하고 1차진료과와 내과를 방문하는 주민을 연구대상으로 조사를 실시하였다. 調查結果는 다음과 같다.

가. 調查道具로는 그 동안 신뢰도 및 타당도가 검토되어 널리 사용되어 온 것을 선택하였는데 1단계 선별도구로는 精神患者의 가능성을 예시해주는 Goldberg의 "The General Health Questionnaire(GHQ)"와 두번째 단계의 도구로 DSM-III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)診斷體系에 기초를 두고 컴퓨터 프로그램으로 개발된 Quick DIS(Diagnostic Interview Schedule)를 선택하였다.

나. 外來 來訪者 1,045명 중 502명이 1단계 검사에 응하였으며 이 중 精神疾患의 危險性을 예시하는 cutting point인 11점 이상을 얻은 對象者는 109명으로 21.7%에 달했다.

다. 정신질환의 가능성이 높은 危險對象者 비율이 남성보다 여성에서 높았고 연령별로는 15~29세 연령층이, 학력은 낮을수록, 의료보장형태별로는 醫療保護對象者가 높았으며 결혼상태별로는 이혼의 경우가 높게 나타났다.

라. 2段階 選別調査인 Q DIS 면담에 응한 사람은 총91명이며 이 중 精神疾患者로 진단이 내려진 사람은 총66명으로 72.5% 에 달한다. 1인이 여러 가지 진단을 갖는 複數診斷의 경향을 보이고 있으며 1인당 평균 2.5 건의 복수진단이 내려지고 있었다.

마. Q DIS에 의한 진단결과를 보면 거의 대부분이 神經症으로 범불안 장애 18.9%, 광장공포증 15.2%, 우울증 12.8% 의 순서로 나타나고 있다.

바. Q DIS에 의해 精神疾患으로 진단이 내려진 66명에게 확진을 위해 정신과 전문의를 訪問할 것을 권하였으나 19명만이 전문의를 찾아 상담을 받았다. 19명 중 18명이 精神科專門醫에 의해 정신질환으로 진단을 받았으며 1명은 잠정적인 정신질환자로 진단을 받았다.

사. Q DIS 진단결과와 전문의 진단결과를 비교해 보면 다음과 같다. 대체로 Q DIS 診斷과 專門醫 診斷간에 큰 차이가 없었으며 Q DIS에서 복수진단이 내려지는 추세였다. Q DIS 道具는 面談에 주로 의존하기 때문에 물음에 적절히 응답하기 힘든 기질적 정신장애(Organic mental disorder)는 발견하기 힘든 限界가 있었다.

아. 외국의 先行研究를 보면 1차진료기관을 찾는 환자는 주로 神經症患者이므로 1차보건요원은 神經症患者를 적절히 관리할 수 있는 방안을 강구해야한다고 제시하고 있다. 神經症患者에게 醫療的 介入(medical intervention)이 불필요한 경우 사회적 문제에 대해 地域社會 內에서 도움을 받을 수 있도록 도와주어야 할 것이다. 사회적 문제에 적절히 대응하지 못하는 神經症患者가 불필요한 치료를 받지 않도록 medicalization의 고리형성을 예방하도록 하는 것이 神經症患者 管理에서 유의해야 할 점이다.

자. 1차진료기관을 자발적으로 찾지 않는 慢性精神障礙者 발견을 위해 보건요원은 적극적으로 地域社會와 접촉하여야 하며 정신장애인들이 도움을 받을 수 있도록 地域社會住民의 태도변화를 유도해야 할 책임이 있다.

차. 1차보건에 精神障礙者 管理를 포함시켜야 하며 보건요원들이 정신장애자를 발견하고 적절한 관리를 할 수 있도록 訓練을 받을 수 있어야 하며 그들이 활용할 수 있는 指針書 開發과 精神保健傳達體系가 확립되어야 할 것이다.

第 10 章 結論

精神保健은 그 受惠 對象者인 精神疾患者가 스스로 자기 자신을 관리하고 權益을 擁護하기 힘든 特性으로 인하여 그 동안 社會的 關心의 영역에서 밀려나 있었다. 그러나 우리나라의 經濟水準이 先進國 진입 단계에 도달하면서 精神疾患者에 대한 국가의 道德的 責任이 강조되고 있다. 특히 대부분의 慢性精神障礙者들이 醫療保護나, 施設保護 등 어떤 형태로든 國家 福祉政策에 의존하고 있어 이들을 위해 국가가 부담하는 醫療費와 社會福祉費의 效率的 配分の 측면에서도 관심을 가져야 하는 분야이다.

최근 세계 여러 나라의 精神疾患者 管理對策은 대형정신병원을 중심으로 한 長期入院 중심에서 地域社會를 중심으로 한 短期入院과 社會復歸 중심으로 변화하고 있다. 우리나라도 精神保健 政策의 장기적인 方向을 再定立하고 地域社會 精神保健 事業을 본격화할 수 있는 프로그램을 개발하기 위하여 保健福祉部는 1994년부터 1996년까지 3개년의 계획으로 政策開發과 地域社會 精神保健 事業 開發을 위한 研究事業을 관련 연구기관과 대학에 의뢰하여 실시 중에 있다. 본 연구는 이와 같은 연구사업의 일환으로서 政策樹立의 基礎가 되는 精神疾患 罹患實態 및 精神醫療 서비스의 實態를 파악하고 精神醫療資源의 현황과 將來需給을 분석하며 보건소 단위의 정신질환자 早期發見方案을 모색하기 위해 시도되었다. 精神疾患 罹患實態를 파악하기 위해서는 醫療保險(保護)療養給與資料를 분석하였고 관련 精神醫療施設調査를 통해 精神醫療 서비스의 實態를 파악하였다. 그 밖에도 우리나라의 전반적인 醫療資源 현황을 관련 자료로부터 蒐集分析하였으며, 정신질환자 早期發見道具를 선정하여 보건소 단위에서의 활용가능성을 타진하였다.

第1節 研究結果의 要約

1. 精神疾患 罹患實態

가. 우리나라 精神疾患者數 및 有病率

가벼운 神經症 患者를 포함한 우리나라의 전체 精神疾患者數는 1993년 말 현재 1,454,242명(有病률 3.30%)으로 파악되었다.

정신질환의 대표적인 질환이라 볼 수 있는 精神分裂症性 精神病의 有病率(0.18%)은 미국의 정신분열증 유병률(0.34%; Kaplan et al., 1989)과 비교하면 실제보다 낮게 추정된 것으로 해석된다. 우리나라에서 1984년에 서울시와 농촌지역 주민 5,100명을 대상으로 실시한 疫學調査 結果(서울, 0.34; 농촌, 0.65; 이정균 외, 1984)와 비교해 보아도 본 연구의 정신분열증 유병률은 실제보다 낮게 추정되었을 가능성이 있다. 이는 精神疾患者의 낮은 정신의료 이용률이 반영된 것으로 해석되며 醫療保險資料가 지니고 있는 한계이기도 하다. 정신분열증환자는 어떤 형태로든 장기적으로 의료적 관리를 받아야 할 대상이라는 점을 고려한다면, 이들에 대한 早期發見事業과 더불어 정신의료의 접근성(accessibility)을 높여 나갈 필요가 있다고 하겠다.

한편, 全體精神疾患 유병률을 우리나라에서 동 연구와 동일한 접근법으로 최근 의료기관 이용자를 대상으로 分析한 연구결과와 비교해 보면, 지난 10여 년간 정신질환 유병률이 꾸준히 增加하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 1980년의 유병률(남자, 0.87; 여자, 1.19)에 비해 1986년의 유병률(남자, 1.02%; 여자, 1.88%)이 다소 증가되었고 1988년의 유병률(남자, 1.44%; 여자, 2.85%)은 1986년에 비해 더욱 증가하였으며 본 연구의 결과는 1988년 보다도 더 높게 나타났다. 이와 같은 결과는 醫療利用 기회의 확대에 따라 정신질환자의 의료이용수준이 증가한데 기인된 것이라 하겠다.

나. 性 및 年齡別 精神疾患 有病率

全體 精神疾患 有病率을 年齡別로 살펴보면, 대체로 20대부터 급격히 증가하기 시작하여 50~60대에 정점을 이루다가 다시 감소하는 경향을 보이는데 성별로 보면 女性의 有病率이 전연령구간에서 男性보다 훨씬 높았다. 여성의 유병률이 가장 높은 50대의 경우를 보면, 인구 10만명당 유병률이 동 연령군의 남성에 비해 2.3배 이상으로서 성별로 매우 큰 차이를 나타냈다. 이와 같은 성별 精神疾患 有病率의 차이는 다른 여러 연구에서도 보고되고 있지만 그와 같은 남녀간의 차이가 실제 有病率의 차이로 기 보다는 남녀간의 질병에 대한 인지도와 의료이용의 차이에 기인하는 것이라는 해석이 많다. 특히 情緒的인 문제나 葛藤에 대해서는 女性이 男性보다 이를 자주 表現하는 경향이 있으며 그로 인해 의료기관을 찾는 傾向이 높다는 점을 指摘한 研究들이 적지 않다. 이와 같은 점을 감안하면 본 연구에서 나타난 性別 有病率의 差異에 대한 보다 심층적인 研究가 요구된다.

다. 重症·慢性精神障礙者 規模

지금까지 우리나라의 精神疾患患者數에 대한 정책적 관심은 그를 근거로 하여 入院對象者數와 必要病床數를 산출하고자 하는데 있었다. 그러나 최근 세계 각국의 精神疾患患者 管理趨勢는 입원위주의 의학적 모델에서 탈피하여 地域社會에 기반을 둔 再活모델로 전환하고자 하는데 있다. 따라서 본 연구에서는 再活모델대상자 파악을 시도하였다. 이들 재활모델 대상자는 국가가 우선적으로 관리해야 할 3차예방 대상자로서 重症·慢性-精神障礙者라고 할 수 있다.

본 연구에서는 미국 국립정신보건연구소(NIMH)가 정한 기준을 근거로 하여 重症·慢性精神障礙者 規模를 파악하였다. 중증·만성정신장애자수는 診斷만을 기준으로 하여 추정하면, 전체 精神疾患患者의 14.0%에 해당하는 166,713명이고 有病率은 인구 10만명당 378.4명으로 추정된다. 診斷과 期

間(연간 진료일수 3개월 이상)을 동시에 적용할 경우엔 전체 精神疾患者의 6.5%에 해당하는 78,150명으로 나타났다. 重症·慢性精神障碍者의 規模는 앞으로 이들을 위한 새로운 시설(단기입원시설, 기거시설, 보호작업장 등)에 대한 소요판단과 필요한 人力의 추계를 위한 근거자료로서 매우 가치가 있다고 본다.

라. 醫療保護 精神疾患者 實態

精神疾患者 중 醫療保護 혜택을 받고 있는 精神疾患者를 살펴보면 專門精神病院 入院患者의 64%, 精神療養院 收容患者의 76%로서 장기 入院(收容)施設 在院患者의 대다수가 醫療保護 혜택을 받고 있는 것으로 나타났다. 한편, 우리나라 전체 醫療保護 診療件數 중 精神疾患이 차지하는 비율을 살펴보면 전체적으로는 5.7%를 차지하고 있으나 入院의 경우는 그 비중이 상당히 높아, 總件數의 44.1%, 總入院日數의 60.3%, 總醫療保護 入院診療費의 31.5%를 점하고 있다. 이와 같이 醫療保護患者 중 정신질환자가 차지하는 비율이 높은 것은 입원을 代替할 수 있는 프로그램이 거의 존재하지 않은 상황에서 精神疾患者가 精神醫療施設에 입원되었을 때에만 한해서만 醫療保護의 혜택을 받게 되는 現 制度의 문제점과 관련된다고 하겠다.

2. 精神醫療利用 實態

가. 精神醫療 利用 實態

1993년도 精神障碍로 인한 總診療費 請求明細件數(3,477,585건) 중 入院이 차지하는 비율은 6.8%였고 나머지 93.2%는 外來가 차지하고 있었다. 入院診療 건수의 약 60%가 精神分裂症으로 인한 것이었고 外來診療의 약 54%가 神經症性 障碍로 인한 것으로 나타나 精神疾患 종류별로 醫療利用 양상에 차이가 있는 것으로 나타났다.

精神疾患者 1인당 평균 入院일수는 전체적으로는 연간 83일이었으나 精神疾患의 대표적 疾患인 精神分裂症 精神病의 평균 입원일은 연간 127일이나 되었다.

또한, 精神疾患者들은 入院을 위해서는 주로(56.2%) 專門精神病院을 이용했으며 外來는 주로(52.1%) 神經精神科 醫院을 이용했다. 종합병원의 경우 入院과 外來 利用率은 각각 20% 내외로 비슷한 수준이었다.

精神疾患者의 醫療利用行態는 질병의 종류에 따라 뚜렷이 구분되었는데 精神分裂症이 속해 있는 其他精神病群의 경우 入院은 주로 전문병원을 이용하며 外來는 신경과 의원을 이용하였다.

나. 精神醫療 診療費 實態

1993년에 精神障로 인해 지불된 保險診療費는 총1,835억원이었다. 그 중 入院診療費가 58.5%에 해당하는 1,073억원이며 外來 診療費는 762억원으로서 41.5%를 점유하고 있다. 30개의 세부 진단분류별로 總診療費의 구성비를 살펴보면 정신분열증으로 인한 診療費가 총 精神.醫療 保險診療費의 43.9%를 차지하는 806억원이나 되었다. 이를 入院, 外來별로 보면 入院診療費의 경우에도 精神分裂症 精神病이 전체 診療費의 62.5%를 차지하는 671억원으로서 압도적으로 많았다. 반면에 外來診療費는 神經症性障로 인한 保險診療費가 382억원으로서 總外來診療費의 50.1%를 점하였다.

精神障로 인한 總診療費를 醫療機關별로 살펴보면, 入院診療費는 전체의 54.06%에 해당하는 569억원이 전문병원에 지급되었고 外來診療費는 전체의 42.89%에 해당하는 327억이 精神科 醫院에 지급되었다. 綜合病院에는 入院診療費의 24.97%와 外來診療費의 29.09%에 해당하는 268억원과 222억원이 각각 지급되었다.

3. 精神醫療施設

가. 精神醫療施設 現況

우리나라 精神醫療施設은 치료 및 수용위주의 시설이 대부분이며 精神疾患患者의 사회복귀를 위해 필수적인 再活施設과 寄居施設은 전무한 실정이다.

1994년 우리나라 전체 精神醫療施設은 精神療養院을 포함하여 548개 기관 37,639 病床이다. 그 동안 정부의 병상확충 노력에 힘입어 1985년과 1994년 사이 精神科 病醫院 병상의 증가는 약 3배에 달하고 있다. 專門精神病院病床은 급증하고 있으나 精神科 醫院 병상은 도리어 감소되었다. 專門精神病院에서 국·공립 비율이 감소되는 추세이며 精神醫療施設의 규모가 대형화되는 추세이다.

나. 精神醫療資源의 地域的 分布

精神醫療資源의 지역적 분포를 보면 시도간 불균형 분포가 심하며 전체 병상에 비해 精神科 病床의 불균형분포 정도가 더 심한 것을 볼 수 있었다. 전반적으로 경인대권의 施設保有率이 높으며 강원대권, 전남대권, 전북대권은 취약한 지역으로 나타났다. 精神療養院은 충남대권, 충북대권, 경남대권에 집중되어 있다.

다. 中診療圈別 醫療資源 實態 및 利用率

醫療資源實態를 중진료권별로 보았을 때 140개 중진료권 중 精神醫療施設이 전혀 없는 지역이 82개로 59%에 달하고 있으며 精神科 專門醫가 없는 중진료권이 52.9%에 달하고 있다. 중진료권 단위에서 精神疾患患者의 거주지 내 醫療機關 利用率이 입원의 경우 10% 미만인 중진료권수가 45.7%나 된다. 외래의 경우도 居住地域內 機關 利用率이 30% 미만인 경우가 32.1%에 달하고 있다.

4. 精神保健人力 現況 및 需給

가. 人力現況

세계적으로 精神保健이 包括的인 서비스를 제공하는 地域社會 精神保健을 향해 나아가고 있는 시점에서, 精神疾患者 관리를 위한 專門人力으로서 精神科 專門醫, 精神看護師, 臨床心理師, 精神醫療社會事業家, 作業治療師 등에 대한 需要가 급격히 증대되고 있다.

우리나라는 1994년 6월말 현재, 요양원을 포함한 총548개소의 공·사립 전문시설에 정신과 의사 1,398명(전공의 포함), 간호사 약 2,000명, 임상심리사 약 130명, 사회사업가 약 140명이 종사하고 있으며, 이는 外國의 人口對比 人力數와 比較할 때 극히 낮은 수준이다. 더욱이 우리나라는 아직까지 精神保健法이 갖추어지지 않음으로써 정신과 전문의 및 정신간호사를 除外한 기타 인력에 대한 규정이 없으며 이로 인해 해당 인력의 양성부진은 물론 적절한 活用方案이 마련되지 않고 있다.

나. 精神科 專門醫 需給

정신보건 전문인력 가운데 활동의 주축이 되는 精神科 專門醫의 경우 현재 인구 1만명당 2.2명으로서, 1인당 국민소득 US\$ 10,000 내외에서 外國의 5~9명에 비해 매우 낮은 수준이다. 이는 우리나라가 地域社會 精神保健을 導入하는데 가장 큰 障礙要因으로 評價되고 있으며, 해결방안으로서 우리나라의 장래 精神科 專門醫 수급을 추정한 결과는 다음과 같다.

將來 精神科 專門醫 供給에 대하여 基礎推計를 실시한 결과, 현재의 공급체계를 유지할 경우(전공의 정원 고정), 장래 우리나라의 精神科 專門醫 數(진료의사수 기준)는 2000년에 1,506명(인구 10만명당 3.2명), 2010년에 2,570명(인구 10만명당 5.2명), 2020년에 3,552명(인구 10만명당 7.0명)이 될 것으로 추계되었다.

한편, 需要는 향후 精神保健政策의 方向이 선진국과 같은 地域社會 精神保健으로 나아갈 것이라는 前提 下에, 오랜 기간 地域사회 정신보건 사업을 추진해 온 美國의 人力水準을 基礎로 우리나라의 장래 소득수준 및 제도변화와 對比함으로써 推計하였는데, 추계 결과 2010년에 약 3,500명, 2020년에 약 5,000명의 精神科 專門醫가 所要될 것으로 나타났다.

따라서 需給間 均衡을 이루기 위하여는 現 供給規模에 대하여 연간 약 50명의 輩出數 增加가 요구되고 있는데, 이는 향후 其他 專門人力의 需給과 醫療의 質的 側面에 대한 充分한 檢討下에서 慎重하게 이루어져야 할 것으로 보인다.

5. 精神病院의 實態

가. 在院患者

精神病院에 입원 중인 전체 환자의 64.0%가 의료보호환자이고, 29.7%가 의료보험환자이며 7.3%가 자비환자인 것으로 나타났다. 公立精神病院과 私立精神病院은 보호환자의 비율이 71% 이상으로 보호환자가 재원환자의 대부분을 차지하고 있는데 반하여 國立精神病院은 보호환자의 비율이 15% 미만이고 보험환자와 자비환자의 비율이 85% 이상으로 나타났다.

나. 우리나라 精神病院의 特性別 分類

우리나라의 精神病院을 이용환자의 특성(진료비의 부담능력과 환자 가족의 관심 정도)에 따라 분류한 결과, ① 보험환자가 대다수인 國立精神病院, ② 보호환자가 대다수인 公立療養院, ③ 보호환자가 대다수인 私立精神病院, ④ 보험 및 자비환자 중심의 私立精神病院의 네 가지 형태로 구분이 되었다. 즉, 진료비에 대한 부담을 걱정하지 않는 계층의 환자는 보험환자 중심의 私立精神病院을 이용하고 있고, 진료비를 부담하기 어려운 계층이지만 환자에 대한 가족의 지지도가 높은 것으로 간주되는 보험

환자들은 國立精神病院을 주로 이용하고 있으며, 두 가지 조건이 모두 열악한 보호환자들은 公立療養院과 私立精神病院을 주로 이용하고 있는 것으로 나타났다.

다. 從事者 現況

精神病院의 醫療人力이 전체적으로 부족한 것으로 나타났다. 즉, 精神科 專門醫 1인이 하루 동안 돌보아야 할 入院患者의 수는 79명이나 되었고 간호사 1인당 환자수는 15명으로 나타나 환자의 24시간 관리를 위한 3부 교대를 감안하면 간호사 1인이 담당해야 할 患者數는 더욱 늘어나게 된다. 보호인력(간호조무사와 보호사) 1인당 入院患者數는 3 명이였다.

精神病院의 의료서비스는 대체로 간호 및 보호인력에 의한 서비스가 중심이 되고 있으며 醫師人力에 의한 서비스는 기관간 차이가 심하게 나타났다.

라. 病室環境

精神病院의 병실환경은 매우 열악한 수준인 것으로 드러났다. 開放病棟에 있는 침상수는 전체의 11%에 불과하였다. 1병실당 침상수는 8인실 이하의 病室이 전체의 59.0%이고, 9인실 이상의 病床이 41.0%에 달하였다. 침상의 형태는 온돌형이 47%였고 침대형이 53%였다. 대부분의 병동이 閉鎖病棟이어서 환자의 행동의 자유도를 떨어뜨리고 있다. 또한, 1병실당 침상수가 너무 과다하고, 大型 病室일 수록 온돌형 침상이어서 患者의 사생활이 보장받기 어려우며 과수용의 가능성이 엿보였다.

1병실당 침상수에 따라 精神病院을 분류하여 본 결과 9인실 이상의 병실만을 갖춘 病院이 3개소 였다. 8인실 이상에 입원하고 있는 환자 비율은 요양원이 40.1%, 정신병원이 43.3%로 나타났으며 33인실 이상 병실에 입원하고 있는 환자도 요양원 14.3%, 정신병원 9.6%로 적지 않은 숫자이다.

마. 프로그램 現況

精神科 치료 환경에 필수적인 각종 프로그램 자원이 매우 적고, 있다고 하더라도 專用施設과 專門人力의 부족으로 정상적인 프로그램의 운영을 기대하기 힘든 것으로 판단되었다.

31개 기관 중 낮病院 프로그램이 실시되고 있는 기관은 5개소였고, 전용시설을 보유한 기관은 5개소였다.

작업치료는 20개 기관에서 실시하고 있었고, 작업치료 전용시설을 보유한 기관은 13개소였다. 작업치료만을 전담하는 人力이 있다고 응답한 기관은 18개소였고, 그들의 직종은 사회사업사가 가장 많았으며, 그 다음이 간호사와 작업치료사의 순이었다.

환자가족을 위한 프로그램은 12개 기관에서 시행하고 있었다.

주정중독을 위한 프로그램을 시행하고 있는 기관은 23개소였고, 약물중독을 위한 프로그램을 시행하고 있는 기관은 8개소였다.

심리극 프로그램은 13개 기관에서 시행하고 있었다.

아동을 위한 놀이치료 프로그램은 1개의 國立機關에서만 시행되고 있는 것으로 나타났다.

산책 프로그램을 월중의 정기적인 프로그램으로 시행한다고 응답한 기관이 1개소, 주중의 정기적인 프로그램으로 시행한다는 기관이 24개소였으며 시행하지 않는다고 보고한 기관은 6개소였다.

集團治療 프로그램은 26개 機關에서 시행하고 있었다.

6. 精神療養院의 實態

가. 在院患者의 現況 및 特性

在院患者 중 연고자가 전혀 없거나 家族이 있음에도 불구하고 전혀 연락이 가능하지 않은 患者가 32.7%나 되었다.

精神療養院에 收容되어 있는 患者의 特性을 요약하면, ① 남자가 여자보다 1.7배나 많고 ② 대부분(88.1%)이 精神分裂症 患者이며 ③ 대다수(73.1%)가 3년 이상 장기적으로 收容되어 있고 ④ 대부분의 患者(72.5%)가 40대 미만의 젊은 연령층에 속해 있으며 ⑤ 대다수가 醫療保護患者라는 점이다.

한편, 재원기간을 요양비 지불형태별로 나누어 살펴보면, 自費患者의 54.6%는 재원기간이 3년 미만인데 비해 醫療保護 患者는 71.3%가 5년 이상 재원하고 있는 것으로 나타나 自費患者의 社會復歸 比率이 높음을 짐작할 수 있다.

나. 退院患者의 現況 및 特性

退院患者의 特性을 入院患者의 特性과 비교하면, 入院患者 중 自費患者의 비율은 20% 정도에 불과한 반면 退院患者 중에는 自費患者의 비율이 56%나 된다. 연령별로 보면, 退院患者의 연령이 나이를 모르는 5.4%를 제외하고는 모두 30대 이하로 나타났다.

다. 從事者 現況

정부가 精神療養院에 지원하고 있는 직원은 적정한 수나 보수면에서 매우 부족한 것으로 파악되었다. 즉, 施設當 1명의 촉탁의를 지원하여 일주일에 1회 이상의 진료 및 투약을 담당토록 하고 있으나 실제로는 일주일에 한번 그것도 3~4시간 동안에 모든 患者를 진료하는 것으로 나타나 환자 진료의 부적절함을 알 수 있었다.

둘째, 收容자 100명당 1명의 간호사가 지원되고 있으나 이는 업무의 特性상 간호사가 24시간 동안 患者를 관리해야 하는 점을 고려하면 간호사 1인이 거의 300명에 가까운 환자를 돌봐야 하는 셈이 된다.

셋째, 정부지원 기준과 실제로 각 施設에 종사하고 있는 從事者를 비교하면, 간호사 대신 간호조무사를 활용하는 경향이 두드러지게 나타나고

있으며 생활지도원, 사무원, 상담원을 실질적으로 고용하여 활용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 낮은 급료로 인해 적절한 醫療人을 구할 수 없어 非 醫療人으로 대치할 수 밖에 없는 현실이 반영된 결과로 간주된다.

이와 같은 從事者의 現況은 우리나라 精神療養院의 서비스 수준이 단순 收容保護 차원에 지나지 않음을 명시하고 있다.

라. 施設現況

精神療養院 患者의 80% 이상이 온돌로 된 病室에 入院되어 있으며 98.3%가 폐쇄병상에 入院하고 있었다. 14.3%의 患者는 33인실 이상의 병실에 入院하고 있어서 患者의 사생활이 보호되기 어려운 환경임을 알 수 있었다.

마. 患者의 保護管理와 關聯된 事項

1) 患者는 편지, 직원, 전화를 통해서 외부와 통신을 하고 있으나 그것이 자유롭지는 못하다고 답한 기관이 73.9%였다. 면회장소는 면회실에서 하도록 하고 있는 경우가 56.3%이고 施設내에서 자유롭게 하고 있는 곳이 34.8%였다.

2) 患者의 보호에 있어서 患者와 보호자의 의견을 수렴하여 반영하고 있으나(78.3%) 그것이 자유롭지는 못하다고 답한 기관이 73.9%였다.

3) 患者의 일상생활 技術訓練을 시키고 있지 않은 기관도 47.8%나 되었다.

4) 작업治療에 관하여는 56.5%가 실시하고 있다고 하였으나 작업治療을 위한 전용시설이 있는 곳은 13%에 불과했다.

5) 오락 및 취미활동은 82.6%가 실시하고 있다고 답하였다. 실시하지 않고 있는 기관에서는 人力不足, 施設不足과 患者의 의욕부족을 들고 있다.

7. 地域單位 精神疾患 早期發見 方案

保健所의 1차 진료과에 내원하는 患者들 중 상당한 비율이 精神科의 문제를 지니고 있음에도 불구하고 그것을 認知하지 못하고 있을 것이라는 가정 하에 精神科 專門醫師가 아닌 既存 保健要員들이 사용할 수 있는 患者早期發見 道具를 선정하여 그 道具의 활용 가능성을 검토하기 위한 목적으로 1994년 5월 23일에서 7월 16일 기간 중 서울특별시 도봉구보건소와 전라북도 임실군 임실보건의료원의 1차진료과와 內科를 방문하는 주민을 대상으로 연구를 실시하였으며 研究結果는 다음과 같다.

가. 調查道具의 選定

患者의 早期發見을 위해 2단계의 判別過程에서 사용할 道具의 선택을 위해 여러 文獻을 고찰한 結果 그 동안 신뢰도 및 타당도가 검토되어 널리 사용되어온 Goldberg의 "The General Health Questionnaire(GHQ)"를 1단계 選別道具로 선정하였고 두번째 단계의 도구로 DSM-III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)진단체계에 기초를 두고 컴퓨터 프로그램으로 개발된 Quick DIS(Diagnostic Interview Schedule)를 선택하였다.

나. 精神障礙 危險集團의 選別

外來 내방자 1,045명 중 1단계 검사에 응한 사람은 502명이었으며 이들을 대상으로 한 GHQ 검사에서 精神障礙의 위험성을 예시하는 cutting point인 11점 이상으로 나타난 응답자는 109명으로 21.7%에 달했다.

다. 精神疾患의 社會的 背景

精神疾患의 가능성이 높은 위험대상비율이 남성보다 여성에서 높았고 연령별로는 15~29세 연령층이, 학력은 낮을수록, 醫療保障形態별로는 醫療保護對象者가 높았으며 결혼상태별로는 이혼의 경우가 높게 나타났다.

라. 2단계 選別調査인 Q DIS 면담에 응한 사람은 총91명이며 이 중 2단계 조사실시 精神疾患者로 診斷이 내려진 사람은 총66명으로 Q DIS 면담자의 72.5%에 달한다. 1인이 여러 가지 診斷을 갖는 複數診斷의 경향을 보이고 있으며 1인당 평균 2.5건의 複數診斷이 내려지고 있었다.

마. Q DIS의 結果

Q DIS에 의한 진단결과를 보면 거의 대부분이 神經症으로 범불안장애 18.9%, 광장공포증 15.2%, 우울증 12.8%의 순서로 나타나고 있다.

바. Q DIS에 의해 精神障礙로 진단이 내려진 66명에게 확진을 위해 精神科 專門醫를 방문할 것을 권하였으나 19명만이 전문의를 찾아 상담을 받았다. 19명 중 18명이 精神科 專門醫에 의해 精神障礙로 진단을 받았으며 1명은 精神疾患의 가능성이 있으나 향후 지속적인 조사를 받아야 할 것으로 나타났다.

사. Q DIS 診斷結果와 專門醫 診斷結果의 比較

대체로 Q DIS 진단과 專門醫 진단간에 큰 차이가 없었으며 Q DIS에서 복수진단이 내려지는 추세였다. Q DIS 도구는 면담에 주로 의존하기 때문에 물음에 적절히 응답하기 힘든 Organic mental disorder는 발견하기 힘든 한계가 있었다.

第2節 政策提言

1. 重症·慢性精神障礙者에 대한 登錄保護가 要求됨

1) 精神疾患 者 중 重症·慢性精神障礙者는 病症勢의 惡화와 緩和의 반복으로 인해 신체능력의 減少, 일상생활 기술의 결여, 사회지위의 상실, 실업 貧困의 과정을 겪게 되는 환자이다. 따라서 이들을 위한 적절한 사회적 對策이 없는 경우, 가정에서 장기간 돌봐주기 어려운 관계로 인해 자칫 버림받거나 收容施設등지에 유기되게 된다. 따라서 이들은 국가에서 우선적으로 관리해야 하는 對象이다.

2) 그러나 우리나라는 이들을 다른 精神患者로부터 구별할 명확한 定義와 分類基準이 설정되지 못한 상태이다. 따라서 이들을 가려 낼 기준을 결정할 委員會를 구성하여 이를 설정 시행하는 것이 시급한 課題이다.

3) 또한 이들이 障礙人福祉法 上의 障礙人으로서 여러 가지 혜택을 받을 수 있도록 障礙人福祉法을 개정할 필요가 있다.

2. 醫療保護 制度의 再檢討와 改善이 要求됨

1) 전체 醫療保護 入院患者中 精神疾患이 차지하는 비율이 타질환에 비해 지나치게 높은 것은 醫療保護制度를 통한 우리나라 精神患者 福祉政策의 문제점이라고 할 수 있다. 즉, 입원을 대체할 수 있는 프로그램이 거의 존재하지 않은 상황에서 우리나라는 精神患者가 專門精神病院이나 精神療養院에 입원 또는 수용되었을 때에 한해서만 醫療保護의 혜택을 받게 되므로 醫療機關 등에서 환자를 불필요하게 長期 收容하게 되며 가족은 집에서 요양이 가능한 상태라도 퇴원을 忌避하는 요인이 되고 있다. 최근 몇 년간 국가는 醫療保護 진료비를 체불함으로써 醫療機關의 경영압박과 醫療保護患者管理의 水準을 低下시키는 요인으로 작용하여 국가의 재정적 부담과 질 낮은 서비스의 惡循環이 되풀이되고 있다.

2) 현대의학의 발전으로 인해 精神患者의 장기입원은 불필요할 뿐만 아니라 장기입원으로 인한 시설중후군으로 사회복귀 적응력이 감소되는 등 역기능에 대한 인식이 높아지고 있다. 따라서 세계 각국은 大型精神病院에 장기 수용되어 있는 精神患者들의 탈원화를 추진해 왔을 뿐만 아니라 법적으로 입원기간을 제한하는 등의 국가적인 개입을 하고 있다. 이와 같은 시점에서 精神患者들이 가장 많은 혜택을 받고 있는 우리나라의 醫療保護制度는 그들의 장기 수용을 誘引하는 요인이 되고 있다는 점에서 반드시 再檢討 되어야 한다.

3) 醫療保護 酬價의 현실화와 入院期間의 제한, 생활시설로의 轉院措置등이 그 개선책으로 고려될 수 있을 것이다.

3. 精神疾患에 관한 定期的인 罹患實態 把握과 全國規模의 疫學的 調查研究가 要求됨.

1) 精神疾患者에 대한 정확한 統計는 필요한 豫算을 산정하는 根據가 되며, 필요시설과 人力에 대한 판단 기준이 될 뿐만 아니라 정신보건 분야의 투자 우선순위를 결정하는 基準이 되는 등 각종 정책결정과 평가를 위해 가장 기초가 되는 자료이다. 따라서 앞으로 정기적으로 醫療保險資 料를 분석함으로써 精神疾患 有病率을 파악할 需要가 있다.

2) 본 연구의 결과는 全國民이 醫療保障 惠澤을 받게 된 1989년 이후 醫療保險과 醫療保護資料의 분석을 시도한 첫번째 연구라는 점에서 그 의의가 크다고 본다. 그러나 醫療保險資料가 지니고 있는 제한점(의료기관을 이용하지 않은 환자에 대한 정보의 누락)으로 인해 본 연구에서 추정 한 有病率은 실제보다 적게 추정되었다고 볼 수 있다. 따라서 보다 正確한 有病率을 산출하기 위해서는 精神疾患에 관한 全國 規模의 疫學調查가 需要하다.

4. 地域社會 精神保健事業의 導入을 통한 精神醫療의 接近性 提高

1) 罹患實態 분석에서 나타난 精神疾患者의 낮은 精神醫療 利用率은 精神疾患의 특성과도 관련되나 현재 우리나라의 精神醫療機關과 精神療養 施設이 지역적으로 편중되어 있는 사실과도 밀접한 관련이 있다고 본다. 따라서 精神醫療의 接近性을 높이기 위해서는 지역적으로 偏重되어 있는 현재의 精神醫療施設의 均衡配置가 우선적으로 이루어져야 하며 精神科 專門醫가 전문한 증진료권이 해소될 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다.

2) 또한 一般醫療과 精神醫療의 統合을 통해 정신의료이용의 接近性을 높여 나갈 需要가 있다. 그러기 위해서는 綜合病院이나 一般病院에서 精神科 開設이 권장될 수 있는 지원책이 요구된다.

3) 전국 保健所의 정신보건 업무가 強化되어야 하며 地域社會에 기반을 둔 地域社會 精神保健 事業의 도입이 요구된다.

4) 증진료권 내 醫療資源과 지역 내 醫療機關 이용률이 대체로 일치하지만 예외도 상당수 있어 醫療利用行態에 대한 심층적인 연구가 이루어지고 여기에 기초한 政策을 입안해야 제한된 資源의 효율성을 높일 수 있을 것이다.

5. 精神病院의 開放化와 더불어 機能轉換이 要求됨

1) 우리나라 精神病院 의료서비스의 열악함은 醫療保護患者를 주로 진료하고 있는 대부분의 私立精神病院과 公立精神病院에서 두드러진다. 한편 精神病院 醫療保護患者의 입원 환경이 열악한 것은 국가에서 지급하는 醫療保護 費用이 자비부담환자나 보험환자의 절반 수준에도 미치지 못하고 있는데 기인한다. 따라서 精神病院과 관련된 최우선의 精神保健 政策은 무엇보다도 醫療保護患者들에게 보다 나은 수준의 의료서비스를 제공하는 것이라고 하겠다. 즉, 醫療保護 酬價를 현실화하여 過收容하지 않고도 시설을 운영할 수 있도록 해야 한다.

2) 醫療保險 및 醫療保護 酬價가 精神病院의 각종 프로그램을 지원해 줄 수 있도록 급여항목이 다양화되어야 한다.

3) 환자의 人權을 존중하고 치료효과를 높이기 위하여, 閉鎖病棟을 줄이고 開放病棟을 늘려야 한다.

4) 장기적으로는 精神病院施設을 지역사회에 기반을 둔 포괄적인 地域社會 精神保健 서비스로 代替시킨다.

6. 精神療養院의 段階的 機能轉換 및 完全開放 推進

우리나라의 精神療養院은 사회복귀에 대한 對策이 거의 전무한 실정에서 만성화가 초래된 환자와 기타 경제적인 이유 등으로 專門醫療機關을 이용하지 못하고 發病과 함께 收容된 환자들을 주로 관리하고 있다. 이러한 특성은 현재 在院중인 환자의 1/3정도가 연고자가 전혀 없거나 家族

이 있음에도 불구하고 연락이 가능하지 않고, 62.2%는 3년 이상 장기간 정신요양원에 收容되어 있으며, 30~40대가 전체의 60%가 넘는다는 특성에서 잘 나타나고 있다. 즉, 患者들의 대부분은 지역사회 내 入院代替施設의 부재로 인하여 醫療保護對象者는 평생동안(의료보호 대상자의 약 40%가 10년 이상 재원자임), 기타 정신질환자는 가족의 경제적 지원이 가능한 기간동안 아무런 대책없이 精神療養院에 수용되게 된다고 하겠다.

이들의 관리는 대부분 주 1회 정도의 囑託醫나 公衆保健醫師에 의존하고 있으며, 專門人力의 부족으로 기타 치료서비스가 거의 전무한 상태이고 수용환경 또한 매우 열악한 수준에 있다.

이와 같은 精神療養院에 대한 수요는 정신질환자에 대한 사회복지대책이 적극적으로 강구되지 않는 한 날로 증대될 수 밖에 없으며, 의료보호 대상자의 의료비지원에 따른 政府의 부담 가중과 함께 치료환경도 더욱 악화될 것이 예상된다.

따라서 향후 精神疾患者 문제는 현 精神療養院에 대한 과감한 기능전환과 함께 改善될 수 있을 것으로 기대되며, 이와 관련한 몇 가지 方案을 제시하면 다음과 같다.

1) 精神障礙者의 生活施設로의 轉換: 이미 황폐화하여 사회복지나 독립 생활이 불가능한 환자, 家族이 없거나 家族과 함께 생활할 수 없는 精神障礙者들이 인간다운 생활을 할 수 있도록 하는 施設로서 完全 開放을 원칙으로 하며 작업, 학습, 오락 등 전일 프로그램을 운영한다. 인력은 장애자 시설에 준할 수 있다.

2) 再活施設로의 機能 轉換: 사회복지가 가능한 精神障礙者들을 保護하며 生活機能과 職業機能을 회복시키기 위한 재활훈련을 실시하는 시설로서 학습, 취미, 오락 등 전일프로그램을 운영하며 趣味와 素質別 클럽(club)을 조직하여 소집단별 자치능력을 배양한다.

3) 療養病院으로 機能 轉換: 노인 精神障礙者나 기질적 精神障礙者들이 장기간 요양 및 보호를 받을 수 있도록 한다.

4) 경우에 따라 현재의 精神療養院을 중심으로 精神疾患者의 再活마을을 조성한다. 즉, 현재의 療養院의 病棟概念을 떠나 이들이 함께 살 수 있는 마을로 확장 조성한다. 일반 가옥형태에서 障礙者들이 거주토록 하며 직원이 돌본다. 그 마을에는 精神疾患者가 아닌 家族들도 함께 생활할 수 있도록 하며 일반인도 세입주가 가능토록 한다.

5) 장기적으로 재활마을(healing village)을 건설할 수 있도록 협회로 하여금 임무를 담당토록 하고 정책적인 支援을 한다. 이를 위해 민간 자본의 신규참여 방안도 고려할 수 있을 것이다.

7. 一次保健水準에서 活用할 수 있는 精神疾患者 早期發見 道具의 開發과 普及이 요구됨

1) 외국에서 開發된 정신질환자 발견도구(GHQ와 Q DIS)의 현지 적용 연구결과 우리나라에서도 活用可能性이 큰 것으로 나타났다. 따라서 이들 도구에 대한 보다 심층적인 妥當性 研究가 요구된다.

2) 보건소에서 既存要員들이 기본적인 精神保健 서비스를 제공할 수 있도록 구체적인 지침을 개발하여 보급해야 한다. 이 지침에는 精神保健의 要求把握, 精神障礙의 早期發見方案 및 精神疾患者 追後管理方案이 포함되어야 한다.

8. 精神保健 專門要員의 養成

精神保健水準의 향상을 위해서는 人的資源의 효율적 활용이 무엇보다도 중요하다. 따라서 관련 專門人力의 확보와 함께 이들을 위해서는 우선 법제정을 통한 專門人力에 대한 규정과 活用基準이 마련되어야 하며, 精神保健 서비스에 대한 수요에 대응하기 위한 人力의 확보 및 훈련계획 등이 수립 시행되어야 한다.

9. 各級 精神障礙人 家族會, 精神保健 發展 協議會 結成支援

다른 障礙人이나 환자에 비해 精神疾患者가 특히 열악한 서비스를 받고 있는 것은 그들이 스스로의 權益을 주장하지 못하고 그들의 가족조차 나서지 않고 있기 때문이라고 하겠다. 따라서 그들의 문제를 이해하고 대변해 줄 각계인사들과 가족의 참여를 권장하여 精神疾患者의 권익을 대변해 줄 가치 “精神障礙人 家族會”의 결성을 지원한다.

第3節 長·短期 政策方案

精神疾患者는 인권이 존중되고 人間다운 처우를 받을 수 있는 환경 속에서 個別症狀에 적합한 치료와 서비스를 제공받고, 社會에 復歸하여 정상적인 생활을 영위하도록 지원되어야 함이 마땅하다. 그러나 실제로는 患者 본인보다는 家族이나 社會의 필요에 의하여 주로 隔離, 收容되어 人權의 보장은 물론 적절한 治療나 서비스를 받지 못하고 있으며, 따라서 일생동안 社會의 一員으로서 정상인과 같이 生活할 기회를 박탈당하고 있는 경우가 대부분이다.

이와 같은 현상은 精神疾患者들이 자기의 意思를 제대로 표현하지 못할 뿐 아니라 第3者가 이를 받아주지 않는 것에 대해 당연시하는 풍조가 있고, 家族들도 치료회복에 대한 期待보다는 患者로부터 벗어나고자 애쓰면서 단지 경제적인 負擔만을 고려하는 태도를 취함으로써, 精神疾患者를 맡은 입장에서 자연히 費用을 적게 들이고 管理하는 데 초점을 맞추는 경향 등에서 비롯되고 있다.

모든 국민은 人間다운 生活을 할 헌법적 권리를 가지므로 精神疾患者라 해서 그 權利가 무시될 수는 없으며, 政府와 관련 기관은 이의 是正을 위한 努力을 적극적으로 강구해야 한다. 이와 관련, 이미 세계적으로 널리 수용되고 있는 地域社會 精神保健을 우리나라에 導入하려는 움직임이 학계를 중심으로 수년 전부터 이루어져 왔는데, 여기에 수반되는 制度變更

이나 豫算 確保 그리고 사회계층별 認識의 變化 등을 단기간에 이루기가 어려워 아직까지 準備段階에 머물러 있는 실정이다. 그러나 최근 정부의 강력한 政策意志가 표명되면서, 정신보건의 進展을 기대할 수 있는 기반이 조성되어 段階別 接近方案 등이 다각적으로 모색되는 시점에 있다.

이의 일환으로서, 우리 與件에 맞는 地域社會 精神保健 事業模型의 開發이라는 短期的 목표 하에서 관련사업의 試驗的 착수를 推進하고, 동 사업의 定着은 국민의 認識變化와 함께 보다 長期的으로 이룬다는 데 주안하여 향후 段階別 政策課題를 다음과 같이 論議해 보았다.

1. 短期的 對策

가. 地域社會精神保健 示範保健所 指定運營 等

- 각 시·도별 1개 保健所를 지역정신보건사업 시범보건소로 指定 (健康增進法에 의한 건강증진 시범보건사업에 包含하는 方案 고려)
- 주요 업무내용은 ① 관내 精神疾患者 과악 및 신규환자의 早期發見, ② 患者에 대한 적정치료 指導 및 依賴, ③ 症狀이 관리된 精神疾患者의 사회복귀지원 및 事後管理, ④ 관내 精神疾患者 관리시설과의 협조체계 構築, ⑤ 精神疾患者 가족회 構成 및 지원, ⑥ 住民에 대한 精神健康增進 프로그램의 運營 등임.
- 地域精神保健協議會 구성을 통한 지역정신보건사업의 企劃·評價 및 연차적 확대 발전방안의 摸索

나. 入院·收容爲主의 現 精神疾患者 管理制度에 對한 段階的 改善

- 現在 정신병·의원이나 정신요양원에서 入院 또는 수용관리되고 있는 精神疾患者를 ① 단기적·집중적 治療效果가 큰 그룹, ② 어느 정도 치료가 되어 再活治療가 필요한 그룹, ③ 相當期間 병이 진행되어 치료해도 症狀이 별로 호전되지 않고 障礙가 고착된 慢性重症의 그룹으로 크게 구분하여 관리

- ① 그룹은 정신과 병의원(치료시설)에서 관리
- ② 그룹은 再活장비 및 인력을 갖춘 病醫院 또는 재활시설이 확보된 精神療養院 등에서 관리
- ③ 그룹은 生活施設이나 단순주거시설에서 管理

다. 重症·慢性精神障礙者 登錄 保護

- 精神疾患 者 중 상당기간 병이 進行되어 치료해도 症狀이 호전되지 않고, 정상적인 社會復歸가 어려울 정도로 장애가 固着된 사람에 대해서는 國家가 등록·보호 실시

라. 精神病院에 對한 施設基準, 定員規定의 現實化

마. 醫療保險·醫療保護酬價體系의 改善

- 의료보험 수혜기간의 延長
 - : 현행과 같은 연간 수혜일수의 制限은 정신질환의 성격상 不適切하며, 다만 선진국과 같은 短期集中治療의 추세를 導入, 입원기간의 短縮을 검토
- 의사, 간호사외에 精神保健 관련인력의 적극적인 活用을 도모하기 위하여 關聯酬價 體系를 改善
- 再活療法의 수가 現實化 및 細分化
- 관련 서비스 수가의 현실화

바. 精神病院 改善

- 示範 지역사회 精神保健事業 실시
- 병동의 開放化 실시
- 낮병동 開設, 運營
- 병동 小規模化

사. 精神療養院 改善

- 시범 정신요양원 分院 運營
- 병동의 開放化 실시
- 地域社會와의 유대 강화 및 自願奉仕者 활용

아. 各급 精神障礙人 가족회, 정신보건발전협의회 結成支援

2. 長期的 對策

가. 全國의 모든 精神病院의 改革

- 위험한 환자를 위한 병동이외의 全病棟開放
- 入院診療는 4주 이내로 하고 外來爲主의 診療
- 40인 이하의 病棟 5인 이하의 病室로 전환
- 地域社會 정신보건사업의 中心機能 담당
 - 관내 보건소, 정신요양원, 재활시설 등과 긴밀한 協調體制
 - 退院患者 및 그 가족에 대한 投藥, 기타 재발방지 敎育
 - 사회복귀 患者를 위한 프로그램 開發활성화

나. 全國의 모든 保健所에서 地域精神保健事業 實施

- 전국 보건소에 精神保健전문인력 配置
- 지역주민에 대한 精神疾患早期發見 프로그램 및 精神健康增進 프로그램의 일상화
- 관내 精神疾患者 걱정관리지도, 退院患者 사후관리 등 지역정신보건 사업 擴充

다. 精神疾患者 分類別 管理制度의 完全體系化

라. 精神醫療施設의 地域的 均衡配置

마. 精神療養院의 機能轉換 및 開放

바. 精神保健 專門要員의 養成

사. 全國의 精神障礙人 家族協議會, 精神保健發展協議會 活性化 支援

參 考 文 獻

- 남정자·최정수, 『지역사회정신보건 시행방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 대한병원협회, 『'93 전국병원명부』, 1993.
- 대한신경정신과학회, 『대한신경정신과학회 연보』, 1991.
- 대한신경정신의학회, 『대한신경정신의학회 연보』, 제9호, 1993.
- 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1990~1994.
- _____, 『'93 의료보험통계』, 1993.
- _____, 『정신병환의 이환상태와 관리방안에 대한 조사연구』, 1989
- _____, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1993.
- 송건용 외, 『2010년의 의사인력수급 전망』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 안향림·박정은, 『정신의료 사회사업』, 서울, 홍익재, 1994.
- 이광자, 「정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할 및 활용」, 『정신간호학회지』, 제2권, 1993.
- 장안기, 「전국 정신과 치료시설의 분포에 대한 조사」, 국립서울 정신병원, 임상연구논문집, 1989.
- 정복란·이성기·김미곤·허선, 『생활보호대상자 선정에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 중앙대학교 사회복지학과 편, 『한국 사회복지학의 평가』, 한국복지정책연구소 출판부, 1992.
- 홍중관·조환구, 『성인병의 효율적 관리방안 연구』, 의료보험관리공단, 1991.
- 보건사회부, 『성인병 및 정신질환 관리를 위한 기초조사 연구』, 1988.
- 안창수·김국도·정복란·이가옥·하길웅, 『사회복지시설의 효율적인 관리방안에 관한 연구』, 한국인구보건연구원, 1987.

노인철·한혜경·정미숙, 『의료보험 관리체계 개선방안』, 의료보험관리공단, 1991.

통계청, 『1960~2000 시도별 추계인구』, 1994.

———, 주요 해외경제지표, 1994.

한국정신건강복지연구소, 『만성정신장애와 사회복지서비스』, 인간과 복지, 1994.

Alken L. H., Somers A., Shore M. F., "Private foundations in health affairs: a case study of the development of a national initiative for the chronically mentally ill", *Am Psychol*, 41, 1986.

Bachrach I.I., "Defining chronic mental illness: a concept paper", *Hosp Community Psychiatry*, 39, 1988.

Community Support System for Persons With Long-Term Mental Illness Questions and Answers. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, Office of Community Support Programs, Reference Division, 1987

Cooperstock, Ruth, "Sex Differences in the Use of Mood-modifying Drugs: An Explanatory Model", *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 1971.

Davis, James, *Stipends and Spouses*. Chicago: University of Chicago Press. 1971. *Elementary Survey Analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1962.

DHSS, *Health United States* 1990.

Elpern, S., Karp, S., A., "Sex-role orientation and depressive symptomatology", *Sex Roles*, 10, 1984.

Fuer, J.W. & Tax, B., ED. "Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen", Eindrapport van het Regioproject Nijmegen, deel I, [Somatic complaints, psychiatric symptoms and psychosocial problems. Final report on the Nijmegen Regional Project, part I]. Nijmegen, Institute of Social Medicine, Nijmegen Catholic University, 1987.

Goldman, H. A. A., Taube, C. A., "Defining and counting the chronically mentally ill", *Hosp Community Psychiatry*, 32, 1988.

- Gurin, Gerald, Joseph Veroff, and Sheila Feld, *Americans View Their Mental Health*, New York: Basic., 1960.
- Hargreaves W., LeGoullon M., Gaynor J., et al, "Defining the severely mentally disabled", *Evaluation and Program Planning*, 7, 1981.
- Hall, T. L., Mejia, A., "Health Manpower Planning: Principles, Methods and Issues", WHO, 1978.
- Hodiamont, P.P.G. Hetzoecken vanzieke zielen Seeking sick souls]. Thesis, Nijmegen Catholic University, 1986.
- Issac, M., Scott, R., *Mental Health Care Delivery*, Cambridge University Press, 1990.
- Kaplan, H. I., Robins, C., & Martin, S. "Antecedents of psychological distress in young adults: self-rejection, deprivation of social support, and life events", *Journal of health and Social Behavior*, 24, 1983.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, 1989.
- Kolb, L. C., Brodie, HKH, *Modern Clinical Psychiatry*, 10th ed., Philadelphia Saunders Co., 1982.
- Krauss, J. B., Laviaski, A. T., *The Chronically ill Patiene and the Community*, Boston, Blackwell, 1982.
- Langner, Thomas, and Stanley Michael, *Life Stress and Mental Health*, New York, Free Press, 1963.
- Leighton, Lorothea, John H., David M., Allister M., and Aalexander L., *The Character of Danger*, New York, Basic, 1963.
- Minkoff K, *A map of chronic mental patients, in The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions, and Recommendations for a Public Policy*, Edited by Talbott J.A., Washington, D.C American Psychiatric Association, 1978.
- OECD, *OECD Health Systems; Fats and Trends 1960~1991*, 1993.
- _____, *OECD Health Care Systems in Transition*, 1990.
- Phillips, Derek, "The 'True Prevalence' of Mental Illness in a New England State", *Community LMental Health Journal*, 2, 1966.

- Regier, D. A., et al., "One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites", *Archives of General Psychiatry*, 45, 1988.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. Jr., Reigier, D.A. (1984): "Lifetime prevalence of specific psychiatric Disorders in three Sites". *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 949 ~ 958.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Hadley, T. R., *Community Determinants of Psychiatric Hospitalization and Length of Stay: Wharton PMW Reptot 8808*, Philadelphia, University of Pennsylvania, June 1989.
- Skarrvede, E., *Definirions of Chronic Mental illness (CMI): A Literature Review: A Technical Report-NIMH Contract 86MST067090SD*, Denver, Colorado Division of Mental Health, 1987.
- US Department of Health & Human Resources, "Council on Graduate Medical Education Third Report-Improving Access to Health Care Through Physician Workforce Reform: Directions for the 21st Century", 1992.
- WHO, *The Role of the Social Worker in the Psychiatric Services*, 1974.
- , *The Role of the Psychologist in Mental Health Services*, 1973.
- William, D. M., et al, "Physician Supply and Utilization by Specialty: Trends and Projections", *AMA*, 1988.
- 河崎茂, 『日本 精神科 医療의 흐름』, 1993.
- 日本厚生省, 『我が國の精神保健』, 厚健出版株式會社, 1991.
- 厚生統計協會, 『厚生の指標 國民衛生の動向』, 1986.

第 2編 地域社會 精神保健에서의 主要 精神醫療 關聯 分野의 役割 및 課題

第1章 研究背景 및 目的

第2章 要 約

第3章 分野別 役割 및 課題

第1章 研究背景 및 目的

地域社會 精神保健은 종래의 병원·입원 중심 체제에서 과감히 탈피하여 地域社會와의 유기적 연관을 갖고 포괄적인 診療, 豫防, 再活 등을 통하여 精神保健 增進을 도모코자 하는 개념적 토대 위에 바탕을 두고 있다. 따라서, 地域社會 精神保健 醫療體系를 도입한다는 것은 단순히 정신병원과 요양원의 환자를 脫院化 시킨다던가, 地域사회정신보건센터를 설치한다던가 하는 차원을 넘어서 전체적 價値觀과 接近方式의 轉換을 필요로 한다. 즉, 임상적 모형에서는 精神疾患을 어떤 질병과정에 의해서 정상적 기능이나 상태에서 逸脫된 상태로 보고 이를 의학적 치료로 정상화시켜야 할 대상으로 간주한다. 이에 비하여, 地域社會精神保健模型에서는 인간을 자신이 처한 環境과 적극적으로 상호작용하는 존재로 보기 때문에, 정신질환자의 치료에서도 環境의 맥락의 중요성을 강조하게 되고, 이들로 하여금 자신이 처한 環境에 적응하도록 돕고, 환경이 부적절한 경우 이를 개선할 수 있도록 환자를 지원하는 것을 중요한 治療 目標로 삼게 된다. 따라서 地域社會精神保健模型에서는 환자를 자신이 속한 환경에서 격리시켜서 치료하는 것을 가급적으로 피하고 地域社會 內에서 維持하는 것을 강조한다. 지금까지 우리나라의 精神疾患管理對策은 의료기관 중심의 臨床的 模型에 토대를 두어왔다. 따라서 우리에게 익숙한 기존의 임상적 모형과는 전혀 다른 概念的 模型 위에서 地域사회보건사업을 추진하려면, 제도적 측면은 물론 기존의 의료인력 이외에 임상심리, 사회사업, 정신간호 등의 관련 專門人力들의 積極的인 參與가 필요하다. 또한 현재 정신의료의 핵심적인 역할을 담당하고 있는 정신병원의 役割變化와 기타 관련 기관 및 학계의 수용태세가 사업의 성패를 좌우한다. 따라서 이 편에서는 地域社會 精神保健에서의 관련 專門分野의 役割과 課題에 대해 각 분야의 견해를 수록하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

가. 우리나라 정신의료의 주요 基地라 할 수 있는 國立精神病院의 현 주소를 점검하고 그 役割과 向後 發展方向을 제시한다.

나. 우리나라 私立精神病院의 特性을 살펴보고 문제점과 원인, 그리고 改善方向을 제시한다.

다. 지역사회 精神保健에서의 事例管理 技法의 適用과 活用 및 사례관리 인력으로서의 社會福祉士의 役割에 관해 제시한다.

라. 지역사회 精神保健 사업 형태에 따른 看護師의 役割과 課題에 대해 제시한다.

마. 지역사회 精神保健 사업에서의 臨床心理學의 役割과 만성정신장애인을 위한 心理教育的 再活프로그램을 제시한다.

第2章 要約

第1節 國立精神病院의 問題와 發展方向

1. 現況 및 問題點

가. 機構, 職制 및 人力

1) 機構 및 職制

醫療部內 일부 직급 및 職制上 서울병원과 지방병원의 臨床 및 基礎 診療科 설치 기준이 서로 불일치하여 專門 診療病院으로서의 기능이 약화된다.

2) 人力

診療部門 인력과 지원인력의 내용이 기관별로 차이가 있고 병상수에 비례한 각 專門要員의 정원에 대한 기준과 지침이 없으며 의료법에 의해 의료인력을 산출하나 法規와 定員이 일치하지 않는다.

- (1) 精神看護師: 정신간호사 資格에 경력자(정신병원급 근무 경력 5년 이상자)에 대한 資格이 인정되고 있지 않다.
- (2) 看護助務士: 기능 10등급으로 일괄 통일되어 승급 기회가 없으며 특별 수당도 없어 사기가 저하되고 있다.
- (3) 醫療社會福祉士, 臨床心理士, 作業療法士: 전문 훈련과정의 부족으로 의료사회복지사, 임상심리사, 작업요법사 등의 유자격자가 부족하며 규정 미비로 인해 채용이 어렵다.

- (4) 專門醫: 결원이 심각하여 진료에 차질을 초래하고 경력자 부족으로 의료수준이 저하되고 있다.

나. 患者 診療 및 管理 水準

- 1) 病棟의 適合性: 병동당 30~100병상까지 병동 규모의 차이가 커서 患者管理에 비효율적이다.
- 2) 病棟의 開放化: 인력, 치료시설, 治療內容별로 과감한 개방병동 정책을 추진하고 있다.
- 3) 應急患者管理: 응급환자 진료체계와 직장인, 학생의 외래 진료를 위한 야간진료 제도가 필요하다.
- 4) 地方病院(奧地)의 運營 不實: 지정진료자격 의사 확보, 오지 수당 등이 요구된다.

다. 診療酬價, 入·退院 審査

- 1) 診療酬價: 단일 酬價制를 적용, 본인 부담이 극히 저렴하여 장기 입원과 再入院이 빈발하며 환자입원 대기 적체가 심화되고 있다. 酬價 인상(입원비 개별 수가 적용) 및 현실화가 요구된다.
- 2) 入·退院 審査: 입원기간 短縮을 위해 자체 입·퇴원 심사제도가 필요하다.

라. 用役契約 臨床研究

지급연구비에 비해 과제수가 過重하여 內實이 결여되고 있으므로 과제당 연구비 지급액의 인상, 혹은 과제수의 축소가 요구된다.

2. 國立精神病院의 役割 및 發展方向

가. 役割 短期 設定

1) 國立地域據點病院으로서의 향후 역할에 필수 요소의 하나는 地域社會 精神保健 事業의 주도 혹은 적극 參與役割이라고 할 수 있으며 두드러진 주 기능은 專門診療라 할 수 있다. 지역보건사업의 착실한 시행 준비를 위해서 地域精神保健示範事業이 必要할 것이다.

2) 지역별 정신병원의 모델이 되어 체질개선을 주도하고 발전 향상을 선도해야 할 것이며 현 시대가 요구하는 다양하고 수준 높은 기능을 확보해야 한다. 따라서 精神保健法 제정시행 착수부터 약 10년을 단위 기간으로 잡아 多機能모델 病院으로서의 역할을 충실히 해 주어야 할 것이다. 이에 지역정신보건사업의 다양한 내용을 포함하여, 진료의 細分專門化, 短期入院 治療政策 推進, 재활가료 위주로 병원 治療環境 轉換, 社會治療 活動 프로그램을 開發, 開放病棟政策을 펴나가야 한다. 응급진료와 위기 관리 시스템의 확보를 위한 단계적인 대책을 마련해야 할 것이다.

각 국립정신병원은 지역별 모델병원으로서 상향 평준화된 유사한 수준을 각기 유지하도록 노력이 필요하다. 진료기능의 발전, 수련교육기능의 내실화, 조사연구기능의 보강이 요구된다.

3) 정신보건법이 시행되면서 精神保健研究機關을 발족시켜야 하며 초기 단계에서 기초 역학조사 및 정신 사회적 분야의 연구와 프로그램 개발이 필요하며, 차후 연구원 수준에서는 각 부문의 집중연구와 치료법 개발, 고도의 생물학적 연구 기능도 갖추게 될 것이다.

4) 중대형 병원으로서 필히 갖추어야 할 應急診療 및 身體合併症 診療 機能을 갖추고, 정신장애자의 신체 및 정신과적 응급상황에 적절히 대처하고, 기타 관련 기관, 병의원에서의 의뢰도 받아 진료할 수 있는 센터 기능을 보강해야 한다.

5) 精神保健法 制定施行 準備와 支援: 각기 다른 부류의 정신의료시설의 인력, 시설, 장비에 대한 기준 설정에는 국립정신병원이 갖는 내용과 경험이 크게 참작될 것으로 기대된다.

나. 中·長期 發展方向

1) 精神保健法(案) 시행 약 10년 후의 3단계로서 특수기능을 보유한 병원으로 발전적 전환을 꾀하는 것이다. 다기능 전문화된 적정 시설은 그대로 유지하면서 정신과 부문의 특수 진료기능, 즉, 노인성 중증 치매, 소아 자폐증, 난치성 정신장애, 혹은 일반 정신병원에서 다루기 어려운 장애그룹을 위한 특수 클리닉을 개설하여 운영한다.

2) 小兒 靑少年 部署와 病棟은 별도로 獨立시켜 성인 부문과는 상호 영향이 없는 치료환경 조성이 필요하고, 발달학적 특성에 따른 교육시설이 완비되어야 한다.

3) 정신보건 연구부서는 별도의 연구소 혹은 研究院으로 독립시키며 정신과 전공의를 제외한 專門要員에 대한 교육 훈련 기능을 함께 담당토록한다. 이때 연구과제는 임상 및 기초 신경정신의학의 많은 부분을 망라하게 된다.

4) 지역사회 精神保健 事業에 지속적인 연계 바탕을 두고 연관 기관과 각 전문요원이 필요로 하는 特殊技術 支援을 強化하고, 보다 專門의 프로그램 開發 또한 주요 역할의 하나가 되겠다.

第2節 私立精神病院의 問題와 改善方案

1. 現況 및 問題點

가. 構成 患者群의 問題

1) 行旅 精神疾患者(Homeless Mentally Ill)

국내에는 이들에 관한 정확한 統計가 없으나 사립정신병원 입원환자의 약 20% 정도가 이에 해당한다고 판단된다. 이들은 원래 家族과 집이 없는 사람도 있으며, 가족이 遺棄한 경우도 있고, 정신병적인 상태에서 가출하여 증상으로 인해 주소와 전화번호를 記憶하지 못하는 경우도 있다.

2) 慢性精神疾患者(Chronic Mentally Ill)

만성정신질환자란 ‘심각하고 지속적인 精神疾患을 가지고 있으며, 일상 생활의 기능을 妨害받고 있고, 종종 장기간의 입원치료나 정신과적 치료를 필요로 하는 집단’을 말한다. 앞으로 脫收容化의 優先對象으로 거론될 수 있는 집단이다. 우리나라에 얼마나 많은 慢性精神疾患者가 있는지는 확실치 않으나 사립정신병원에는 많은 病床을 점유한 가운데 長期入院되어 병상의 효용성을 떨어뜨리고 있다.

3) 身體合併症 精神疾患者

精神疾患者는 정상인에 비해 전반적인 衛生狀態와 영양상태가 좋지 않고 저항력도 떨어져 있어 각종 신체적인 질환에 罹患될 확률이 높다. 특히 정신발육지연이나 老人性癩癧 환자에서 만성적인 각종 신체합병증이 동반되어 있는 경우가 많다. 이런 환자들은 大學病院을 비롯한 종합병원에서 가장 적절한 치료를 받을 수 있고 당연히 公共部門의 서비스에서 담당해야 할 對象이나, 전국 어느 병원(국공립 포함)에서나 우선적인 기피대

상 환자가 되고 있다. 현재 유일하게 私立精神病院들만이 이러한 책임을 담당하고 있으나, 精神病院에서는 도저히 해결할 수 없는 매우 심각한 신체합병증이 동반된 경우가 全體入院患者의 약 5% 정도에 달하고 있다.

4) 長期 入院患者

장기 입원환자의 문제는 國內 精神保健에 관련된 모든 問題點들이 總體의으로 作用하여 發生한 產物이다. 따라서 이 문제는 국내 精神保健의 각 분야가 변화되고 개선되어야만 해결될 現象이며, 사립정신병원의 경영지침 변경이라는 단순한 論理로서 접근하고 해결될 수 있는 사항이 아니다.

5) 問題 患者群

각 사립정신병원마다 공통적으로 느끼는 問題患者는 마약중독자, 인격 장애자, 대소변을 가리지 못하며 步行能力 등의 일상생활 능력이 없는 노인성 치매환자, 정신병이 동반된 精神薄弱 患者, 진단명에 관계없이 告訴告發 陳情 등을 常習的으로 하는 환자, 일부의 알콜의존증 환자, 기타 氣質性腦症候群 환자 등이다. 이들에 대한 별도의 對策이 마련되어야 한다.

나. 患者人權과 關聯된 問題

人權이라는 단어가 內包하고 있는 의미는 대단히 광범위하여 실제상황에서는 인간적인 대접을 받을 權利라는 단순한 말로써 해석하기 어렵다. 사립정신병원에서는 환자의 人權과 關聯하여 다음과 같은 사항들이 문제로 제기되어 왔다.

1) 通信自由

정신병원에는 병동 내에 患者가 자유롭게 사용할 수 있는 공중전화기가 가설되어 있지 않는 것이 일반적이다. 그러나 公衆電話가 가설되지 못하고 있는 것은 인권의 문제가 아니며 經費負擔의 문제이다. 만약 정부가

각 병동에 公衆電話 설치를 의무화하고 그 통화비용을 부담한다면 모든 정신병원은 이를 일시에 환영할 것이다. 현재 대개의 병원들은 엽서는 제한없이 보내주고 있다.

2) 强制入院

私立精神病院과 누군가가 결탁하여 멀쩡한 사람을 강제로 잡아 가두고 있는데 이것은 ‘대개 재산문제나 訴訟과 관련이 있는 경우들이다’라는 의심은 매우 흔하다. 이와 관련하여 자주 問題를 제기하는 환자들은 알콜 의존증 환자와 疑夫症 또는 疑妻症 患者들이다. 그러나 이들을 퇴원시킬 경우 그 배우자와 자녀를 포함한 直系家族들이 겪게 되는 고통은 가정과 탄을 가져올 정도로 심각하다. 精神疾患者의 人權問題가 대두된 이후 그 반작용으로 이들은 사립정신병원에서 대표적인 忌避患者가 되었고 조건이 아주 열악한 정신병원 또는 치료프로그램을 운영중인 극소수의 정신병원에서만 입원되고 있어, 대개는 치료받지 못하고 療養院이나 기도원 등의 人權四角地帶를 전전하는 疎外된 집단이 되고 말았다.

3) 私生活 保障

‘사립정신병원의 구조가 個人의 사생활을 보장하지 못한다’는 지적이 있다. ‘화장실문의 윗부분을 일부 가리지 않고 있다거나, 한 방에 너무 많은 인원을 입원시키고 있다거나, 아예 病棟構造 자체가 내부반식으로 되어 있어 아무런 사생활이 보장되지 않으며 管理收容 爲主로 운영되고 있다’는 점 등이 주로 논란이 되고 있다. 이러한 병실구조는 保健福祉部의 精神病院 管理指針과 經營者의 安全事故 防止에 대한 과도한 우려에 기인 된다.

4) 作業治療

‘일부 사립정신병원에서 患者에게 重勞動을 시킨다’는 의구심을 갖고 있는 일반인들도 있다. 이러한 견해는 일반인들에게 형제복지원 사건의 악

몽과 비인간적인 처우를 연상시키므로 각 私立精神病院은 이와 같은 소문이 나는 것을 매우 두려워한다. 狀態가 안정되고 있는 환자들이 병동 내에서 격리되어 있는 것보다 體系的인 社會適應訓練과 職業再活治療 프로그램에 참여함으로써 원활한 社會復歸가 이루어지며 재발률이 감소된다. 그러나 일은 만성정신질환자의 再活에 있어서 매우 중요한 위치를 차지하고 있으므로 사립정신병원들은 과감하게 이 문제에 도전하고 치료전략을 세울 필요가 있다.

5) 閉鎖病棟

대부분의 사립정신병원들은 外來는 전면 개방하고 있으나, 입원실은 특수한 경우가 아니면 開放하지 않고 있다. 이는 병실을 공개할 경우 오히려 환자의 안정, 치료와 管理에 부정적인 영향을 미칠 것이라는 우려와도 관련된다.

다. 醫療法의 問題

현행 의료법(법률 제4430호)은 1973년 6월 16일 제정된 이래 4회에 걸쳐 개정되어 현재에 이르고 있으나, 그간 특수 單科病院인 정신병원의 사정이 전혀 고려되지 않아 현재 정신병원들이 모두 不法運營을 할 수 밖에 없는 실정이다. 특히 동 법률 제32조(시설기준 등)와 의료법 시행규칙 제28조의 2(의료기관의 시설기준 및 규격), 제28조의 6(의료인 등의 정원) 등이 精神病院의 실정에 전혀 맞지 않는다.

1) 私立精神病院의 改善方案

가) 病院의 開放化

현재와 같은 精神病院의 폐쇄현상은 바람직하지 않다. 따라서 미국 주립정신병원의 경우처럼 訪問者의 인적사항, 방문일자와 목적, 환자와의 면

담여부, 촬영여부와 초상권 保護의 확약, 진료기록 조회여부 등을 사전에 문서로 신청하고, 병원의 倫理委員會 또는 기타 조직의 허락을 받아 공개 되는 절차가 반드시 필요하다.

나) 時代的 要求에 맞는 機能轉換이 要求된다.

향후 지역사회 내에 入院과 外來治療의 중간단계에 해당하는 여러 가지 서비스와 시설들이 제공되어, 현재 精神病院 위주의 진료체계가 크게 변화될 가능성이 있다. 이 경우 精神疾患患者의 社會復歸問題가 크게 대두 될 것이다. 이러한 가정을 한다면 현재 양적 成長을 추구하는 사립정신 병원들에게는 威脅의인 상황이 도래할 수도 있다. 따라서 일부 병원들은 종합병원으로 또는 老人療養病院으로의 전환을 심각히 고려하고 있으며, 일부에서는 병원 전체에 혼란을 가중시킬 우려가 있어 노출시키지 않고 진행중이다.

다) 多樣한 精神醫療人力의 兩性이 要求된다.

○ 최근 다수의 精神科 의사를 필요로 하는 대형 정신병원들과 신설 정신병원들이 계속 건립되는 중이어서 다수의 精神科 專門醫가 배출되어 도 일정 기간 내에 원하는 만큼 사립정신병원으로 流入되지는 않을 전망이다. 適正數의 醫師需給 對策이 要求된다.

○ 부족한 간호사 雇用을 촉진하기 위해서는 간호사 1인당 담당 환자 숫자가 적은 정신병원일수록 환자 1인당 診療費를 더 주는 정책을 취할 필요가 있다(일본에서는 단지 간호사 대 환자의 비율에 따라 정신병원을 1등급부터 4등급까지 분류하고 진료비를 차등지급하고 있다).

○ 사립정신병원에서 적정수의 藥師人力의 確保는 不可能하다. 이에 대한 대처방안으로 전산망과 자동 약포장기를 온라인으로 연결하여 자동화시키고, 의사나 간호사들이 직접 입력하게 함으로써 약 사인력을 최소화할 수 있다.

○ 심리사회적 치료법들에 참여할 수 있는 사회복지사, 임상심리사들을 간호사에 준하는 醫療人力로 정하고 이들을 고용하면 간호사를 고용한 것과 동일하게 인정해야 한다. 이들 직종을 고용할 경우 사회심리적 모델의 활성화가 기대되며, 현재 收容爲主라고 비난받는 정신병원들에서 각종 치료적 서비스와 프로그램들을 제공할 수 있는 人的資源의 역할을 담당할 것이다.

○ 보호사들의 교육과정을 일정규모(6개월), 수료증을 取得한 사람을 고용할 경우에는 준의료인력을 고용한 것으로 간주해야 한다.

라) 醫療法에 精神病院의 特殊性이 考慮된 別途의 施設基準을 定해야 한다.

○ 신체합병증 환자를 治療하는 시설을 제외한 모든 정신과 병동은 병실을 방으로 구획화하도록 의무 규정화해야 한다. 앞으로 신설되는 정신병원에는 이 條項을 설계 단계부터 엄격히 적용하여야 한다.

○ 병실당 最大人員數를 規程해야 한다.

○ 산책장과 운동장의 확보는 환자들의 人權 및 서비스의 수준과 직결되는 문제이다. 현행 醫療法의 概念과는 달리 정신과의 치료개념에서 본다면 병실은 精神疾患者가 잠만 자게 하는 것이 원칙이고, 낮시간에는 방에서 나와 소일할 수 있도록 해야 한다. 입원실 면적만으로 정신병원의 施設基準을 정하는 지극히 便宜主義的이고 固定的인 發想이다.

마) 醫療保險(保護) 酬價가 現實化되어야 한다.

○ 醫療保險 수혜기간을 현행 연중 180일에서 점진적으로 늘려야 한다.

○ 다양한 직종의 醫療人力 구성이 인정받을 수 있는 酬價로 변해야 한다.

○ 정신병원에는 일반 종합병원과는 달리 간호사 외에도 보호사, 간병부, 사회복지사, 임상심리사, 간호보조사 등의 다양한 간호 및

치료인력이 있어야 한다. 현재의 酬價體系에는 정신병원에만 독특하게 필요한 이들 人力에 대한 배려가 되어 있지 않다. 만약 정신병원이 이러한 인력없이 運營될 경우, 진료의 질은 낮아지게 되고 각종 안전사고의 우려가 높으며, 投藥과 面談만으로 진료를 하게 되어 다양한 形態의 진료행위가 이루어질 수 없다.

○ 단기적인 效果보다는 장기적인 效果를 가져올 수 있는 치료방법 중 비용효과 측면에서 효율적인 방식들이 勸獎될 수 있도록 酬價體系가 변해야 한다.

- 재활요법의 酬價가 현실화되어야 하고, 세분화되어야 한다. 특히 직업재활요법은 환자들의 長期入院 치료를 차단하고 환자 자신의 생산성을 창조하여 간접적인 치료비용을 감소시키는 물론 입원치료에 낭비될 수 있는 다액의 診療費를 절감시켜준다는 견지에서 반드시 재고되어야 한다.

- 特定患者群(알콜의존증 및 인격장애 환자, 노인성 치매 환자, 정신병이 동반된 간질 및 精神發育遲延(저능아) 환자)이 수가체계의 모순으로 인하여 진료상의 손해를 보고 있는 상황은 시정되어야 한다.

- 현재 지지적 精神療法料만 인정되고 있으나, 분석적 정신요법료 또는 별도의 행동요법료, 간병료 등이 산정되어야 한다.

- 불균형하게 책정되어 있는 집단정신치료 및 정신치료극 수가는 개정되어야 한다.

- 醫療保護 酬價의 현실화와 지불방식의 개선

- 정신과 환자의 醫療保護 입원진료비는 의료보험 환자들의 평균 입원진료비에 비해 50% 정도의 수준이다. 이러한 현상은 내과를 포함한 타전문과의 의료보호 진료에서는 없는 현상이다.

- 정신과 의료보호 外來診療時 단일수가제에 묶여 고가검사는 물론 심리검사를 포함한 정신과에서 필수적인 검사행위까지 제한시키는 문제점이 있다.

- 정신과 領域의 진단에 필요한 각종 검사에 대해 적정한 수가를 마련해야 한다.

- 의료보호 入院酬價는 재소자 관리비용과 비슷하여 전국의 사립정신병원들은 운영이 대단히 어려워 파행적인 경영을 하고 있다. 수년간 사립정신병원들의 의료보호 환자 치료비는 평균 6개월 정도씩 체불되고 있어 그 액수는 이미 수백억원을 넘어섰다. 국가가 사립정신병원들에 당연히 갚아야 할 부채를 豫算이 부족하다는 이유만으로 아무런 개선책도 없이 수년간 방치해 온 理解할 수 없는 상황으로 인해, 이미 정상적인 병원운영은 불가능해졌으며 그에 따른 부작용은 심각한 실정이다.

第3節 社會福祉士의 役割 및 課題

社會福祉士는 만성정신질환자들의 퇴원후 治療(aftercare)에 대한 많은 공식적인 원조체계로부터 비공식적 援助體系에 이르기까지 (1) 査定, (2) 個別化된 서비스 計劃의 樹立, (3) 連結 및 調整, (4) 모니터링 그리고 (5) 權益 擁護의 다섯 가지 주요한 機能을 담당한다. 구체적으로는 다음과 같다.

1. 査定(assessment)

査定の 과정에는 클라이언트로부터, 그 家族과 친지로부터, 그리고 복지 서비스기관과 의료기관들로부터 情報를 수집하는 것이 포함된다. 사정에 필요한 정보는 대략 다음의 領域으로 분류된다: 1) 클라이언트의 관심과 역량, 2) 물적 자원, 3) 사회적 지지 정도, 4) 對人關係 및 기술, 5) 자아강화력(Johnson, 1985).

2. 個別化된 서비스 計劃의 樹立

治療 計劃을 수립하는 데에는 두 가지 일반적인 原則이 있다. 그 첫째는 治療計劃 樹立過程에 클라이언트 당사자를 포함시켜야 한다는 것이다.

이것은 치료계획의 실행 과정에 가족과 친구 및 공식적 지원 체제의 원조자가 포함되어야 하는 것과 마찬가지로의 원리다. 둘째, 장기적인 목표 설정에서 간과되기 쉬운, 또 長期的 目標을 보완할 수 있는 단기적 목표들을 설정하는 것이다. 단기목표의 기간은 다양하게 정할 수 있지만 일반적으로 3개월을 주기로 하는 것이 보통이다. 短期治療의 目標은 클라이언트의 사회적 기능의 전 영역에 걸쳐 수립이 되어야 하며 이러한 단기목표들은 클라이언트의 관심과 동기 그리고 力量의 程度에 따라 점진적으로 개선, 발전되어야 한다.

3. 서비스의 連結 및 調整

서비스의 連結(linking)이란 정신의료기관에서 제공되는 모든 서비스에 클라이언트를 委託하거나 委任하는 과정을 말하며 여기에는 전반적으로 공식적 원조체제 및 자연스러운 非公式的 援助體制도 포함된다. 사례관리워커는 클라이언트가 이용 가능한 서비스가 어떤 것이 있는가를 파악하는 것 외에도 서비스 기관의 관리적 조직도 능히 다룰 수 있어야 하며 또 자연발생적인 비공식적 원조 네트워크를 찾거나 만드는 데에도 仲介者로서의 役割을 다해야 한다.

서비스조정 과정은 서비스 제공자를 찾아내어서 클라이언트에게 연결시키는 일 뿐만 아니라 서비스 제공자들끼리도 相互 連結시켜 주는 기능도 포함한다. 성공적인 連結과 調整의 機能을 다하기 위해서, 社會福祉士는 지역사회에서 이용 가능한 서비스가 어떤 것인지를 알아야 하고 또 공식적·비공식적 원조 체제의 자원을 충분히 동원할 수 있어야 한다. 그리고 클라이언트에게 최선의 서비스가 제공될 수 있도록 하기 위해 클라이언트와 제공자간 또는 서비스 프로그램간의 仲介者로서의 役割도 충실히 해야 할 것이다.

4. 모니터링(monitaring)

모니터링은 클라이언트의 進展 狀況을 계속해서 評價하는 것을 말하며, 기존의 설정된 목표에 대한 재평가를 통해 새로운 서비스 計劃과 서비스의 連結·調整 과정으로까지 이어지게 하는 것을 말한다. 이것은 클라이언트에게 서비스가 제공되어지게끔 하는 후속적인 조치와 클라이언트의 문제 상황의 진전을 예의 주시하는 것을 포함한다. 더 구체적으로 말하면 모니터링은 계획된 서비스가 클라이언트에게 제공되어지도록 확인하는 것을 포함해서 클라이언트가 서비스를 이용하고 있는 것을 관찰하는 것, 가족을 포함한 非公式 援助體系에 助言을 하는 것, 그리고 클라이언트에게 격려하며 취약한 부문에 대해 민감한 반응을 보임으로써 클라이언트를 지지하는 것까지도 포함한다.

5. 權益擁護(advocacy)

慢性精神障者의 權益擁護에는 두 가지 의미가 적용된다. 첫째 의미는 서비스의 제공과 더불어 적용되는 것이고, 클라이언트집단을 위해서 어떤 集合的인 行動을 할 때는 두번째 의미가 적용된다고 하겠다. 우리 사회에서는 어떤 사람들이 그 모습이 여타 사람들과 달라 보이거나 행동하는 것이 달라 보일 때 그들은 수상쩍은 눈초리를 받게 되고, 社會로부터 孤立되거나 拒否되고, 그 무엇보다도 오해를 받기가 쉽다. 만성정신장애자들은 바로 이러한 集團 중 하나인 셈이며, 이들의 慢性的인 機能 喪失 또는 機能低下때문에 나타난 특성들이 지역사회로 하여금 이들의 사회적 수행 능력을 인정할 수 없게 만든다. 그러므로 사회복지사는 법정에서 또 복지기관, 의료기관 및 기타 원조기관에서 이들 정신장애자들을 위해 그들의 올바른 권익을 끊임없이 주장해야만 하는 것이다. 물론 사회의 전체적인 분위기가 이러한 精神障者集團은 사회의 적절치 못한 구성 집단이라고 배격하는 상황에서 이들을 옹호한다는 것이 쉬운 일은 아니지만 이들의 정당한 권리와 이익을 쉬임없이 대변하고 보호하는 일에 앞장서야 한다.

第4節 精神看護師의 役割 및 課題

地域社會 精神看護는 개인, 가족, 집단 및 지역주민의 정신건강을 증진시키고 精神疾患의 發病率을 減少시키는 데에 그 목적이 있다. 또한 병원중심의 치료에서 2차적으로 발생하게 되는 환자의 사회적 고립과 질병의 만성화, 병원병(Hospitalization)을 豫防하고 再活을 促進하기 위해서 다음과 같은 역할을 담당한다.

1. 地域社會 精神看護師의 一般的 役割

환자가 보건소로 소개가 되면 가족을 먼저 訪問하는 것은 간호사의 업무이다. 이 방문에서 환자의 가족 내 위치를 파악하며 가정분위기를 조사하여 치료팀에게 보고하여 治療計劃을 세운다. 전문적으로 잘 준비된 간호사는 환자 개인에게는 물론 가족, 지역사회 내에서 그의 잠정적 능력을 치료의 방향으로 돌릴 수 있는 많은 기회를 가지고 있다. 특히 항정신의약품의 사용증가로 가정에서의 專門的 觀察이 필요한 사람이 많이 퇴원하고 있어 간호사는 가정의 이해를 도모함에 있어 주요한 전문인이 된다. 흔히 가족은 퇴원한 환자를 수용하기를 두려워하는데 그것은 아마도 죄의식과 부끄러움 때문일 것이다. 간호사는 환자가 퇴원 후 현실적인 계획을 세울 수 있도록 그 가족을 돕는다. 환자가 가정 내에 정착하게 되면 간호사는 개인의 행동에 의해 예측되는 새로운 문제나 욕구 등에 대한 가족의 관심을 환기시켜준다. 地域社會精神保健의 서비스 영역별 간호사의 역할을 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

2. 서비스 領域別 看護師의 役割

가. 入院 및 部分 入院治療

환자의 건강욕구를 사정하고 개별화된 접근을 통해 基本看護(신체간호, 투약 및 처치)를 위시하여 精神專門看護業務를 수행한다. 정신전문간호

업무에는 ① 환자와의 관계형성, ② 사정, ③ 계획, ④ 수행, ⑤ 평가의 5 단계 간호과정을 적용한 지지적 정신요법의 실시와 지역사회 精神保健 센터에서 제공되는 각각의 治療와 再活 프로그램을 연결하는 교량 역할이 포함된다.

나. 外來診療

환자가 자기 집에서 생활하도록 하면서 필요한 치료를 받게 하는 地域社會精神保健에서는 外來診療가 매우 중요한 기능 중의 하나이다. 따라서 재래의 외래진료와는 다음 세 가지 점에서 아주 다르다고 할 수 있다. 첫째, 개인치료보다 集團治療, 둘째, 他保健專門人力의 폭넓은 活用, 셋째, 환자가 외래에서 기다리는 것이 아니고 외래가 환자가 있는 곳으로 옮겨 가는 것이다. 外來診療에서의 看護師는 환자의 정신건강 뿐만 아니라 다른 건강문제가 있는지도 파악하여 적절한 도움을 줄 수 있도록 統合的인 役割을 수행한다. 특히, 만성질환자의 경우엔, 약물치료 이외에도 醫療와 看護 및 社會的인 서비스 活動의 統合化를 도모한다. 따라서 환자의 의·식·주 및 일정한 수입, 신체적, 심리적 건강관리, 법적 보호와 같은 基本的인 欲求 充足, 사회적 직업적 재활, 여가 활용, 교육, 재사회화 등을 통한 時間의 意味있는 使用, 환자가족에 대한 지지, 치료기관이나 각종 사회시설의 “專門的인”자원과, 가족, 친구, 이웃, 사회단체 등의 “自然的인”자원을 적절하게 연결하는 역할을 수행한다.

다. 應急治療

위기에 처한 환자는 즉각적인 도움이 필요하며 입원을 줄이는 방법은 위기조정을 얼마나 효과적으로 잘하느냐에 달려 있다. 따라서 간호사는 應急狀況에 迅速히 對處할 수 있어야 하며 언제 생길지도 모르는 응급사태에 대비해서 비전문가들을 훈련시켜 응급환자와의 상담 또는 전화상담을 효율적으로 할 수 있도록 敎育者로서의 役割을 擔當한다.

라. 危機看護

개인이 습관적인 문제해결 방법으로 해결을 얻지 못한 중요한 문제에 직면하는 위험한 환경에 맞닥처 심리적으로 평온치 못한 상태에 있을 때를 위기라 한다. 危機意識은 개인에게 위협감을 주고 정신질환으로 발전되는 促進要因으로써 때때로 작용한다. 일생동안 어떤 개인에게는 정서의 대변동이 있어 危機意識이 생기기도 하나 대부분 성장발달에 따라 위기의식이 생기게 된다. 즉 청소년시기, 약혼, 결혼, 임신, 부모가 되는 일, 폐경, 사랑하는 사람의 죽음 등에서 위기의식이 생긴다. 이 때 短期看護計劃에 의해 도움을 주어 그 상황에 대응할 수 있도록 하는 위기간호는 지역사회 精神保健센터의 업무 중 환자 개인에게 도움을 주는 가장 유일한 것으로 인정받고 있다.

마. 自殺豫防

일종의 危機看護 業務의 하나다. 점차 자살을 시도하려는 청소년층이 증가하면서 自殺豫防에 대한 간호사의 業務와 役割이 중요시되고 있다.

3. 精神健康 相談 및 諮問

精神保健專門要員은 수적으로 한정되어 있으므로 직접적인 일선에서의 환자 접촉보다는 각 機關의 諮問에 응하는 것이 오히려 효과적이다. 담당 지역 내의 복지기관, 사업체, 학교, 사법기관 등 여러 방면에서 자문을 의뢰 받을 수 있는데 精神看護師는 이를 통해 정신건강에 대해서 간접적이면서도 효과적으로 많은 사람들에게 影響力을 행사한다. 간호사는 친절과 사랑과 誠意와 忍耐力으로써 현실생활 적응에 가능한 相談役을 해주는데 주로 듣는 위치에서 문제점을 들어주고 필요한 부분은 적당한 專門家에게 依頼를 해 준다.

4. 地域社會 診斷 및 精神健康 要求度 評價

클라이언트로서의 지역사회는 정제된 대상이 아니라 力動的인 實體이다. 따라서 지역사회 내에서는 끊임없는 변화가 일어나고 있다. 주민의 健康要求度の 변화와 더불어 醫療供給體系 內에도 變化가 일어나고 있으며 지역사회의 물리적 환경 역시 변화되고 있다. 지역사회 精神保健 간호사의 중요한 업무 중의 하나는 이러한 변화에 대처할 수 있는 계획을 세우는 것이다. 좋은 계획이 실현되기 위해서는 지역사회의 전반적인 상태에 대한 診斷과 精神健康 要求도에 대한 지속적인 評價가 필요하다.

지역사회 정신간호사는 그 地域社會의 資源과 健康要求度を 評價하고 診斷하는 役割을 擔當한다. 이는 정신보건문제의 早期 警告 症狀을 나타내는 자료가 될 수 있다. 지역사회 진단은 그 지역에 대해 친밀하고 잘 알고 있는 간호사가 과학적으로 접근해 나갈 때, 대부분의 필요한 자료들을 비교적 큰 노력 없이 쉽게 수집될 수 있다. 이를 위해 간호사들은 지역에 대한 풍부한 지식을 가지고 있어야 되며 家族, 個個人, 여러 集團, 地域안과 밖의 기관들과 相互關係를 가지고 있어야 한다.

第5節 臨床心理士의 役割 및 課題

臨床心理學은 人間行動에 관한 科學的 知識을 바탕으로 개인의 심리적 문제와 不適應인 行動樣式을 연구하고 임상장면에 응용하는 학문이다. 이러한 응용분야로서의 臨床心理學은 심리학의 학문분야 발전의 초기인 20세기 초반부터 꾸준히 발전해오면서 그 活動分野를 넓혀왔다.

지역사회 精神保健에서 임상심리학자의 주요 역할은 크게 評價者로서의 기능, 心理治療者로서의 기능, 研究者로서의 기능으로 나누어 볼 수 있다. 임상심리학자의 세 가지 주요역할을 地域社會精神保健活動과 관련시켜 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

1. 評價者로서의 役割

평가기능은 개인의 인지적, 정서적 그리고 대인관계에서의 潛在能力과 현재의 遂行能力을 觀察하고 評價하는 過程을 말한다. 임상심리학자는 이 평가 기능을 수행하는 과정에서 각종 심리검사를 실시하고 이에 환자와의 面談과 行動觀察를 통해 얻은 자료를 종합하여 환자를 진단하고 문제의 원인을 이해하며, 나아가서는 適切な 治療方案을 찾는데 도움이 되는 자료를 제시한다. 현재 임상심리학자가 맡고 있는 평가자의 역할은 임상 장면에서 환자의 진단과 예후 평가가 매우 중요하게 사용되고 있으며 그밖에 학교장면이나 산업장면에서도 많이 활용되고 있다.

임상심리학자의 評價者로서의 기능은 精神疾患의 早期發見에 매우 중요하게 활용될 수 있다. 臨床心理專門家/臨床心理士는 정신병리나 심리진단에 대한 기본 지식과 임상경험을 갖추고 있어 비의료 전문인력 중에서는 정신병의 早期發見을 가장 신뢰롭고 정확하게 수행해 나갈 수 있는 정신보건인력이다. 미국에서는 임상심리학자들이 地域社會精神保健센터나 종합병원정신과의 외래 등에서 환자의 진단과 평가를 직접 담당하고 있는 경우가 많다. 따라서 임상심리전문가/임상심리사가 地域社會內의 보건소, 지역사회정신보건센터 등의 精神保健 시설에서 정신질환을 가진 사람이나 정신질환으로 발전될 가능성이 있는 심리문제를 가진 사람을 조기에 발견하고 평가하여 專門醫療人에게 의뢰하는 역할을 담당한다면 정신병의 조기발견이나 예방에 투입될 전문의료인력이 부족한 현 체제를 가장 잘 보완할 수 있을 것이다.

2. 治療者로서의 役割

임상심리학자는 인간행동의 원리나 행동변화과정에 대한 과학적 지식을 바탕으로 여러 가지 心理學的 治療技法을 개발해 왔다. 심리학적 이론에 토대를 둔 치료 기법 중 특히 행동수정, 인지치료, 인간중심치료법은 다양

한 非精神病的 精神障礙나 適應障礙를 治療하는데 효과가 있음이 입증되어 구미에서는 광범위하게 실시되고 있다. 뿐만 아니라 심리학의 이론적 토대 위에서 개발된 社會技術訓練이나 意思疏通訓練 등은 정신질환자의 再活訓練에 필수불가결한 요소가 되고 있다.

임상심리학자가 심리 사회적 치료를 담당하기에 적합한 기본 지식과 수련경험을 갖추고 있는 데도 불구하고 우리 나라에서는 아직껏 임상심리학자의 치료자 기능이 잘 활용되지 못하고 있다. 이는 非醫療專門人인 임상심리학자가 精神疾患의 治療를 수행하는 것에 대한 우려와 저항이 전문 의료인들 사이에 널리 퍼져 있기 때문이다. 그러나 임상심리학자가 전문 의료진과의 긴밀한 협조를 통해 적절한 환자에게 심리 사회적 치료를 선별적으로 적용한다면 큰 무리없이 치료가 수행될 수 있으리라고 본다.

임상심리전문인력의 治療者 機能이 가장 유용하게 쓰일 수 있는 곳 중의 하나가 지역사회내의 精神保健施設(보건소, 지역사회정신보건센터)이다. 즉 경한 심리장애나 적응문제로 인하여 이러한 지역사회내의 시설을 이용하는 사람들에게 적절한 심리 사회적 치료서비스를 제공해 줌으로써, 精神疾患의 豫防과 精神健康서비스의 擴散에 큰 도움이 될 것이다. 또한 정신질환자들의 사회재적응을 돕는 여러 가지 再活 프로그램들을 개발하여 직접 실시하거나 혹은 타전문인력에게 실시를 의뢰하는 경우 이에 대한 자문을 담당하는 것도 臨床心理專門人力의 役割이 될 수 있다.

3. 研究者로서의 役割

임상심리학자는 임상가로서의 수련을 쌓기 전에 먼저 研究方法, 통계절차에 대한 교육과 碩士 혹은 博士學位論文 연구를 통해서 연구자로서 기본훈련을 철저히 받고 있다. 특히 心理學은 人間行動에 대한 科學的 접근을 매우 중요시하는 學文이기 때문에 연구자로서의 訓練은 心理學 교육에서 대단히 강조되는 부분이다. 실제로 임상심리학자들은 지금까지 임상장면에서 전문의료인들과의 共同作業을 통하여 정신질환에 대한 많은

연구를 수행하여 왔고, 이러한 연구결과들은 환자들에게 보다 나은 精神保健 서비스를 제공하는데 활용되어 왔다.

앞으로 우리 나라 실정에 맞는 精神保健體制가 마련되고 精神保健政策이 수립되기 위해서는 정신질환자에 대한 정확한 統計와 客觀的 資料가 절대적으로 필요하다. 또한 效果的인 精神保健事業의 추진을 위해서는 여러 가지 프로그램이 도입되고 시행되면서, 각각의 成果를 體系的으로 評價하여, 그 결과를 事業計劃이나 政策에 반영하는 것이 매우 중요해진다. 만일 임상심리전문가/임상심리사가 地域社會精神保健機關에서 정신질환자에 대한 기초 자료를 수집하고 나아가서 여러 프로그램의 效果를 客觀的으로 평가하는 연구를 수행하게 된다면, 이러한 研究結果에 기초하여 地域社會 精神保健 事業이 더욱 效率的으로 운영될 수 있을 것이다.

第3章 分野別 役割 및 課題

第1節 地域社會 精神保健에서의 國立精神病院의 役割 및 發展 方向

1. 序 言

地域社會 精神保健은 종래의 病院 入院 中心 體制에서 과감히 탈피하여 地域사회와의 유기적 연관을 갖고 일체의 診療, 豫防, 敎育 등을 통하여 精神保健 增進을 꾀함으로써 다분히 사회적 성격을 띄고 있다. 따라서 이것이 나라마다의 文化的 特性이나 社會構造의 차이에 아주 달라질 수 있는 것이 사실임에 그 개념을 一元化시키기는 어렵다. 정의도 나라마다 또 학자마다 그 강조하는 측면에 따라 다르지만 대체로 實踐活動, 예방후 治療體系의 連續性, 早期介入調整, 自願活動 등에 중점을 두어 다음 영역을 포함한다. 즉, 地域사회를 기초로 하는 精神病院, 短期入院, 慢性的 入院 患者를 活性化시켜 地域사회로 돌려 보내고, 地域사회 여러 保健機構의 統合, 학교, 경찰, 기업 등에서의 相談 및 서비스, 정신질환자를 地域사회에 유지시키기 위한 대책 개발, 외래진료 서비스와 주간 및 야간병원 등 地域사회 정신병원에 대한 보조적 서비스의 개발과 참여 활동 등을 망라하는 것이다. 地域사회로부터 환자를 隔離 排除하려는 상황에서 이제는 환자와 사회구조와의 연관성을 파괴하지 않는 상태 즉, 地域사회에 두자는 것이 목적이다. 그러나 조기퇴원 혹은 短期入院이라는 명목만으로 地域사회와의 연속적인 유기적 관계없는 무조건적 퇴원은 오히려 무책임한 것으로, 병원과 地域사회는 서로 독립, 배타적이 아닌 상호의존적인, 밀접한 관련을 갖고 있다는 것이 재확인되어야 한다.

地域社會 精神保健의 背景과 發展은 나라마다 그 양상이 다르긴 해도 대체로 정부 주도의 精神保健法이 制定되면서 본격화된 것은 주목할 일이다.

현재 우리 정부는 첫째, 精神疾患 診療施設 擴充을 위하여 지역별 국립정신병원의 건립, OECF 차관을 민간정신병원 건립에 지원하고, 각 시도에 200병상 규모의 公立精神療養院 設置에 국고를 지원하는 한편, 300병상 이상 종합병원에는 精神科 設置를 義務化하는 등 부족한 전문 진료 병상을 확보해 가고 있으며, 둘째로 精神疾患管理體系 確立이라는 명제 하에 전국을 여섯 개 지역으로 구분하여 거점별로 國立精神病院을 建立하여 이를 중심으로 한 각 기관 연계운영체계를 도모하고 있으며, 셋째로 지역사회 정신보건 사업을 위해 綜合 對策을 추진하고 우리 실정에 맞는 모델 開發을 위한 조사연구 용역 계약 하에 세 개 지역에 시범사업을 실시하는 것 등을 정책기조로 하는 동시에, 그리고 네번째로 실로 오랫동안 검토되고 다듬어온 精神保健法의 역사적인 제정과 시행을 눈앞에 두고 있다. 선진국의 경험에서도 보듯이 地域社會 精神保健 事業의 적극 추진에 그 때를 늦추어서는 아니된다고 보는 것이며, 관련하여 政府 精神保健政策 상의 주요 기지라 할 수 있는 국립정신병원의 현 주소를 점검하고 그 役割과 向後 發展 方向을 모색하는 것도 시의 적절하고도 의의있는 일이라고 하겠다. 편의상 필자는 각국의 地域社會 精神保健 發展 過程과 現況을 살펴보고 우리나라의 정신보건 전반 및 관련 여건 일반, 그리고 국립정신병원 현황을 소개한 후,시책 마련에 주요 자료가 될 수 있기를 희망하면서 지역사회 정신보건 시책 일안을 제시하고 이를 중심으로 국립정신병원의 短期 및 中·長期 役割과 發展 方向을 살펴보았다. 마침 지역사회 정신보건에 대한 핵심 부문 조사 연구 결과와 많은 문헌을 집약적으로 고찰하여 정리한 연구서(지역사회 정신보건 시행 방안 연구, 1993, 남정자.최정수, 한국보건 사회연구원)가 최근 발간되어 이를 위주로 참고하고, 기타 관련 자료 및 그간의 병원 운영과 임상에서의 개인적 경험을 토대로 하였다.

2. 各國의 地域社會 精神保健

정신질환 관리와 관련하여 세계 여러 나라의 정책이나 활동을 보면, 간혹 예외는 있으나 대부분의 나라에서 공통된 변화의 흐름을 보게 된다. 첫째, 精神疾患患者의 人權에 대한 시대적인 認識의 變化와 함께 患者管理

면에서의 建設的 改革이 여러 나라에서 유사한 과정을 거쳐왔다는 점이
며, 둘째로는 정신장애로서 국가나 사회가 다루는 疾患의 範圍가 환자관
리 방법과 함께 變化되어온 점이다. 즉 주요 만성정신질환이 관심의 대
상이었으나, 지역사회정신보건 개념이 도입되면서부터 알콜이나 약물의존,
청소년 비행 등 社會 全般에 걸쳐 나타나는 精神保健上的 問題를 포괄적
으로 다루게 되었다.

가. 美國

1) 發達過程

1946년 7월, 연방정부는 精神保健法을 제정하고 이 법에 따라 국립정신
보건연구원을 설립하여 研究와 治療法의 開發에 본격적으로 착수하였다.
1963년 케네디 대통령은 의회 합동위원회의 보고에 접하여 지역사회 단위
의 포괄적인 정신보건프로그램을 통해 20년 이내에 만성환자의 병상을 반
으로 줄이겠다고 하였으며, 하원은 '地域社會精神保健法'(Community Mental
Health Act)을 통과시키게 되었다. 합동위원회에서 제의된 내용들은 ①
인구 50,000에 외래 1개소를 설치하여 應急治療 및 重患者 治療를 할 수
있도록 하며, 100병상 규모 이상의 모든 일반병원에 정신병동을 설치토록
하고, 정신병원은 그 규모를 1,000병상 이내로 제한한다. ② 追後管理와
部分入院, 再活 서비스를 제공한다. ③ 일반 주민을 대상으로 精神保健에
관한 敎育을 실시한다. ④ 소요비용을 주정부와 연방정부는 5년 이내 두
배, 10년 이내 3배의 財政的 支援을 해야 한다 등이었다.

이를 근거로, 연방정부는 인구 75,000~200,000명의 밀집지역마다 地域
社會精神保健센터를 설립토록 하고, 다음의 기본 서비스를 제공할 수 있
는 곳에 센터 건립을 위한 자금을 지원하였는데 이는 ① 단기 입원치료,
② 정신과 응급치료, ③ 부분입원, ④ 외래진료, ⑤ 정신건강상담 및 교
육, ⑥ 아동진료, ⑦ 노인진료, ⑧ 퇴원환자의 추후관리, ⑨ 주립병원 입원

전의 진단적 검사, ⑩ 약물중독진료, ⑪ 약물남용진료, ⑫ 일시적 기거시설 제공 등이다.

이후 미국의 정신의료는 脫施設化의 방향으로 향하였다. 거대한 주립 정신병원은 소형의 정신병원으로 분할되어 800개소의 지역정신보건센터를 중심으로 지역서비스를 전개하게 되었다. 주에 따라서 그 정도는 틀리지만 캘리포니아와 뉴욕주의 경우, 지역정신보건사업으로 급속히 재원 환자를 줄여서 소위 중간적인 社會復歸施設의 增設에 노력하였다. 그러나 한편 1960년대말 연방정부의 지역정신보건센터에 대한 지원이 중단되고 주정부가 이를 이어 받게 되면서 활동이 크게 위축되었고, 현재 약 700개소에 이르는 지역정신보건센터는 대부분이 專門人力과 豫算의 不足, 地域社會 안에서의 反撥 등에 당면해 있는 실정이다.

2) 成果 및 問題點

전국에 있는 정신병원의 병상수가 50~70% 정도 감소됨으로써 脫院化의 입장에서 볼 때 성공했다고 보는 반면, 지역사회정신보건센터는 지역사회의 기존의료계와 연계되지 못하고 오히려 孤立되는 등 運營上의 여러 가지 문제점이 드러나고 있다.

가) 脫院化

1950년부터 1974년까지 25년간에 걸쳐 일어난 몇 가지 변화를 보면 첫째 증가추세에 있던 정신병원의 在院患者數가 1955년을 고비로 減少하기 시작하여 이후 20년간 약 61%가 줄었다. 둘째 동 기간 중 환자당 入院期間이 매우 短縮되었음을 추측할 수 있다. 셋째 재원 환자수의 감소에도 불구하고 病院數의 增加가 이루어진 것은 대형 정신병원들이 적은 병상을 보유한 병원의 형태로 전환되어 갔음을 나타내고 있다. 이상과 같은 脫院化 현상은 긍정적인 반응을 얻었으나 地域社會에서 管理할 수 있는 체계가 충분히 갖추어지지 못한 상태여서 또 다른 문제를 야기시켰다. 즉 在入院率이 크게 증가하였고 전문 의료인이 확보되지 못한 시설에 맡

겨짐으로써 오히려 治療의 遲延을 초래할 소지를 남게 되었다.

나) 地域社會精神保健事業

미국에서의 地域社會 精神保健은 연방정부의 강력한 支援意志와 함께 출발되었으나 주축이 되었던 지역정신보건센터의 활동은 연방정부의 경제적 지원이 끊어지고 각 주정부가 부담을 지게 되면서 눈에 띄게 위축되기 시작하였다. 이처럼 거국적으로 순항에 올랐던 精神保健政策이 몇몇 주를 除外하고 전반적으로 실패했다고 평가되는 시점에서 그 원인으로 지적된 내용들을 정리해 보면 다음과 같다.

① 財政의 問題

정부의 재정 지원이 비현실적으로 적었으며, 특히 保險에서는 身體的疾患 보다 精神疾患에 대한 酬價를 매우 낮게 책정함으로써 재정을 더욱 악화시켰다.

② 組織 및 機能의 問題

기존 의료기관과의 역할 분담이나 연계체계가 확립되지 못하였음은 물론, 人力이나 業務면에서 타의료기관과는 이질적이라는 점 등으로 인해 의료계로부터 孤立을 면할 수 없었다. 결국 人力이나 財政 與件에 따라 접근이 용이한 프로그램에 치중하여, 地域精神保健에서 우선적으로 다루어야 할 주요 만성정신질환자의 追後管理나 再活서비스에 소홀하게 되었다. 따라서 센터는 점차 保健模型에서 社會서비스 模型으로 치우친 경향을 나타내어, 가난한 사람에게 낮은 수준의 서비스를 제공하는 사회시설화 한다는 지적까지 나오게 되었다.

③ 人力問題

1975년 國立精神保健研究院에 따르면 지역사회정신보건센터 종사인력의 약 6%만이 정신과 의사로서 이곳을 기피하여 대부분 외국인 의사들로 채워졌으며, 이들은 改革的인 變化에 적극 동참하려고 하지 않음으로써 그 역할이 기대에 미치지 못하였다.

④ 關聯政策의 問題

연방정부내 각 부처간의 協助 不在는 지역정신보건사업의 추진을 방해하는 결과를 낳게 되었는데, 결국 환자들은 정신과적 治療施設 대신 福祉施設 등에 머물게 되고 외래환자 서비스를 기피하여 지역사회정신보건센터의 利用과 發達을 制限시키는 결과를 가져왔다. 이상에서 지적된 제반 문제점에도 불구하고, 미국의 강점은 오랜 경험과 다수의 정신보건 관계 인력, 그리고 이해의 층이 두껍다는 것일 것이다. 향후 미국에서의 지역정신보건은 기존의 의료계와 지역사회정신보건센터가 어떻게 조화를 이루어 나가는가에 달려 있다고 볼 수 있다.

나. 日本

1) 發達過程

일본은 1950년에 精神衛生法을 제정하여 정신질환자를 집에 감금하는 것이 불법이라고 규정하고, 각 지방행정단체가 精神病院을 많이 세우도록 권장하였으며 정신질환자를 위한 公立의 相談센터와 家庭訪問 治療 프로그램 등의 새로운 개념들을 도입하였다. 1960년의 醫療制定法은 사설 정신병원의 開設이나 増設에 公共資金을 支援하게 되었다. 그 결과 1960년과 1970년 사이에 정신병원의 급격한 증설이 초래되었으며, 정부는 이곳에서의 외래치료에 대한 비용의 일부(1/2)를 지원해 주게 되었다.

1964년 3월, 19세의 정신질환자가 주일 미국대사였던 'Edwin Reischauer'의 오른쪽 다리를 칼로 찔러 불구로 만든 사건이 발생된 후 精神衛生法이 일부 개정되면서 보건소를 중심으로 한 地域精神衛生體制가 만들어졌다. 당시 정신병원의 대부분(전체 병상의 85%)이 民間私立精神病院으로 정부가 관할하기 어려웠으므로 기존의 보건소를 보강하여 지역사회정신보건센터로 탈바꿈시킨 것이다. 1975년에는 보건소의 社會復歸 促進事業을 시작하여 보건소는 지역정신보건의 제 일선으로서 힘을 쏟기 시작하였다.

각 보건소는 지역에서 생활하는 정신질환자들을 위해 낮병원, 사회클럽, 그리고 가족협회 등을 계획하였고, 그 중에는 共同作業所를 설립하는 곳도 생겨났다. 1984년에는 또 다른 사건으로, 도쿄 부근의 한 병원에서 병원 직원에 의해 두 명의 환자가 구타당한 뒤 사망한 사건이 있었는데 이를 계기로 정신과 전문인력들과 국민, 기타 인권단체의 항의의 소리가 높아지면서 유엔 인권위원회의 강력한 제안을 기초로 1950년의 정신위생법을 1988년 精神保健法으로 개정하게 되었다. 이 법안에는 환자의 人權을 보다 尊重하고 社會復歸 프로그램과 같은 지역사회 내에서의 보다 통합적인 정신보건프로그램을 시도하는 내용이 포함되어 있다. 精神衛生이 精神保健으로 변경된 배경에는 좁은 의미에서의 정신병 豫防對策 뿐만이 아니라 적극적인 健康増進이나 疾病이외의 불건강에 대한 요구가 커졌기 때문이었고 문부성의 問題兒 對策이나 노동성의 精神保健 對策에 뒤쳐졌던 것에 대한 반성도 있었다고 말할 수 있을 것이다.

2) 成果 및 問題點

일본은 현재 정신질환자의 社會復歸促進 등을 위해서는 지역에 밀착된 활동이 불가결하다고 보고, 852개의 보건소와 45개의 정신보건센터(1992. 6. 현재)를 중심으로 地域精神保健活動을 遂行하고 있다.

그러나 아직까지도 일본의 만성정신질환자 관리는 病院爲主로서, 민간 정신병원에 의존하고 있으며 소수의 환자만이 地域社會精神保健센터를 이용, 전체 환자의 79%가 정신병원에 수용 치료되고 있는 실정이다.

가) 脫院化

현재 일본의 정신병상수는 34만을 상회하여 인구 1,000명당 2.8병상에 달하고 있으며, 입원환자의 평균 재원일수가 500일에 달하는 등, 한마디로 脫院化의 움직임은 찾아볼 수 없다. 그 이유로서 지적되고 있는 점들을 간추려 보면 다음과 같다.

① 政府의 支援政策 및 民間病院의 營利追求

정신과 의사는 환자수의 감소를 노골적으로 원치 않고 있다. 결과적으로 환자의 入院을 장려함으로써, 민간 정신병원은 병상수를 늘림은 물론 환자의 入院期間을 延長시키고 있다.

② 地域社會 內 入院代替施設의 不足

입원환자의 약 30%는 지역사회 내 社會復歸體制의 부재로 말미암아 長期入院을 부득이 強要당하고 있다.

③ 家族의 反對

가족이 집(가정)으로 患者를 引受하기를 상당수에서 拒否한다.

나) 地域社會精神保健

일본의 精神醫學은 연구시설이나 이론면에서 크게 발전하여 선진국대열에서 있다고 평가되고 있다. 그러나 地域社會精神保健의 경우, 정신과 의사들의 지역사회정신보건에 대한 理解不足과 利權介入, 政府政策上的 問題 등으로 인해 병원중심의 장기 입원치료와 지역에서의 정신보건센터 운영이라는 이중성을 면치 못하고 있다. 국민전체를 위하는 일이나 국가가 결정한 정책에 대하여 단결하고 복종하는 국민성과 막강한 재원에 의하여 지역사회정신보건 골격이 만들어졌을 뿐, 정신과 의사의 意識轉換은 단기간에 이루기가 어려웠던 데 기인한다.

다. 이태리

精神保健法の 개정을 위한 강력한 社會的인 要求는 1968년 새로운 법의 통과를 가져오게 되었으며 이 법에 포함된 중요한 내용들은 다음과 같다.

- ① 自發的인 入院의 허용, ② 정신병원에 입원했던 사실이 犯罪記錄에 기록되던 條項의 閉止, ③ 病院의 規模 및 患者 대비 人力의 規模 명시, ④ 追後管理와 豫防을 위한 施設規定 등이다.

이후, 개혁을 주도해온 최초의 革新的인 醫師集團은 1970년을 전후로 국내 여러 도시로 퍼져 나간 그 곳에서 그들의 사업모델을 적용시켰는데, 이들의 개혁적 모델은 추후 이태리 정신의학의 본보기가 되었다. 1978년 세계 역사상 유례없는 改革的인 法律이 이태리에서 制定되었다. 'Law 180'이라고 명명된 이 법은 서구에서 가장 포괄적으로 지역사회정신보건의 개념을 포함하고 있다. 주요 내용을 요약하면 다음과 같다.

- ① 대형주립병원의 新規患者 入院 禁止
- ② 새로운 精神病院의 建立 禁止
- ③ 치료는 병원이 아닌 地域社會에 기반을 둔 施設에서만 허용
- ④ 입원(자의 또는 타의)은 地域社會의 치료가 실패했을 경우 또는 불가능할 때만 가능. 이 경우에도 一般病院의 小規模 精神科 病棟만 가능
- ⑤ 강제입원 評價나 治療適用 경우의 엄격한 制限
- ⑥ 강제 입원기일은 7일 이내로 제한함
- ⑦ 환자와 보호자는 이러한 결정에 대해 법정에 이의를 신청할 수 있다.

현재(1984년 기준) 활동 중인 地域社會精神保健센터는 675곳이다. 지역사회정신보건센터는 지역에 따라 다소 다른 분포를 보이나 대개 인구 70,000 내지 100,000에 1개소씩 설치되어 있다. 지역사회정신보건센터에 근무하는 人力은 지역과 서비스에 따라 차이가 있으나 13명에서 22명사이이며, 특히 정신과 의사와 간호사의 수에 지역간 차이가 있다. 모든 종류의 專門職을 확보하고 있는 센터는 전체의 1/3에 불과하다. 1984년에 약 36만명의 환자가 地域社會서비스를 이용하였고 그 중 1/3이 신규 이용자였다. 연간 평균 이용자수는 4,094명으로서 인구 10,000명당 480명이었다. 서비스의 종류별로 보면, 50.3%가 주로 藥物療法을 받았고, 32.4%는 神經精神療法을, 그리고 17.3%가 精神社會的 療法을 받았다. 센터의 67%가 적어도 1주에 1회씩의 직원모임을 가진다. 병원시설과의 통합정도는 국

가전체로 보았을 때는 별로 잘되지 않았다. 즉, 약 절반 정도의 센터만이 적어도 가끔씩 접촉이 있었으며, 8%는 전혀 접촉이 없었다. 자료의 수집 면에 있어서는 다만 1/3만이 개인의 임상기록 차트 이외의 도구(치료계획 등)를 가지고 있었다. 그럼에도 불구하고 어떤 사업의 경우에는 매우 效率的인 환자등록부와 疫學調査가 실시된 곳도 있다.

라. 綜合 및 評價

선진국을 중심으로 한 세계각국의 정신보건사업의 흐름은 다음과 같이 요약된다. 첫째는 정신질환자를 長技간 入院시킴으로써 발달되어온 大型 精神病院의 機能이 점차 縮小되고 일반의료와의 통합으로 종합병원 정신과에서의 短期 入院治療가 強調되고 있다. 둘째, 입원 이외의 代替治療가 活性化되었으며 이는 지역사회 단위를 근간으로 하고 있다. 셋째, 가족이나 돌 볼 사람이 없음으로 인해 회복 후에도 평생 요양시설에서 관리되던 환자들을 위한 기거시설이 마련되고 있다. 넷째, 환자의 社會復歸를 돕기 위한 구체적인 職業 再活이 開發되고 있다. 다섯째, 지역단위에서의 豫防事業이 社會의 참여 하에 시행되고 있다.

地域社會 精神保健事業의 成功要所로는, ① 정부의 강력한 政策意志, ② 강력한 指導者(이태리의 성공적인 지역사회정신보건 프로그램 뒤에는 언제나 강력하고, 헌신적이고, 열성적이며, 꾸준한 지도자가 있었다), ③ 전문가로 이루어진 支持集團, ④ 변화의 필요성에 대한 國民的 合意, ⑤ 안정적이고 예측 가능한 財政的 支援, ⑥ 국가의 一貫性 있는 政策 施行, ⑦ 統合的인 프로그램의 運營 등이 강조되며, 失敗因素로는 ① 정신과 의사층의 분열과 비협조, ② 민간 정신병원에 의존한 病床 確保, ③ 국가의 財政 方向錯誤, ④ 지역사회내 社會復歸體制의 未備, ⑤ 환자 寄居施設의 未備 등으로 지적되고 있다.

2. 우리나라의 狀況 및 與件

가. 精神保健 全般 및 與件

1) 政府政策 概觀

정부의 精神保健政策의 歷史를 대략 3기로 나누어 볼 때, 1983년 7월에 KBS-TV의 ‘追跡 60분’이라고 하는 프로그램에서 기도원에 수용된 정신 질환자들의 실태를 방영한 것이 우리나라에서 정신보건정책의 중요성을 부각한 직접적인 계기가 되었다. 시기적으로 1984년 이전으로 정신질환 관리 종합대책 수립 이전이 되겠다. 국립정신병원으로는 1960년초에 건립된 ‘國立서울精神病院’(360병상)이 최초의 기관이다. 정신요양원은 자혜 정신요양원이 1953년 11월 수용시설 허가를 받은 것이 최초이다. 정신요양원들은 1970년 1월에 社會福祉事業法이 제정되어 사회복지법인으로 전환하였다. 1981년 1월에는 정신보건 관련 업무가 사회복지분야에서 의정국병원행정과로 이관되었다. 이때의 주요 정책은 ① 국립정신병원 施設擴張, ② 公立精神療養所의 建立, ③ 精神看護助務士 養成所의 설치, ④ 사회복지법인이 운영하는 정신질환자 保護 施設의 중·개축 등으로 부족한 施設과 人力의 擴張에 主力하였다.

그 다음 第2期로는 1984년에서 1990년까지 精神保健 醫療基盤의 擴充期가 되겠다. 1984년 10월에는 ‘정신질환관리 종합대책’이 수립되었다. 주요 골자는 ① 精神疾患管理體系의 확립, ② 정신질환 專門要員 確保 및 診療施設擴充, ③ 全擔機構 強化, ④ 精神保健要員 配置 運營, ⑤ 再活機能 강화, ⑥ 他社會福祉施設의 활용, ⑦ 精神保健法의 제정 시행 등으로 정신보건법안이 만들어지고 이에 관한 논의가 활발해졌다. 정신의료시설의 확충을 위해서 1991년까지 정신보건시설까지 정신보건시설의 병상수를 36,500병상으로 늘리는데 50%를 정신의료기관의 병상으로, 50%를 요양시설의 병상으로 확보하기로 하였다. 이를 위해서 ① 거점별로 國立精神病院을 建立하고 ② 해외차관을 지원하여 민간정신병원의 건립을 支援하고

③ 무인가 시설로 있는 정신질환자요양소의 施設과 人力을 補強하여 인가 기준으로 끌어올리는 방안을 채택하였다. 1991년 이후를 3期로 볼 때 1991년 1월 종래 의정국에서 관장하던 정신보건사업을 신설된 保健局 疾病管理課로 이관하였다. 이러한 변화는 정신보건정책을 資源開發 차원에서 疾病管理 차원으로 전환할 수 있는 계기가 되었다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 정책의 주요 목표도 기존부터 지속적으로 추진되어 왔던 ① 精神疾患治療施設 擴充 ② 精神疾患管理體系 確立 ③ 療養施設の 保護水準 向上 ④ 精神保健法 制定에 더하여 ⑤ 地域社會精神保健事業을 추가하였다. 또한, '81년 3월, 보건소법의 개정을 통해 精神疾患管理 業務가 보건소단위에서 시행될 수 있는 근간을 마련하였다.

지금까지 우리나라의 정신보건정책은 정신보건시설의 量的 擴充과 人力開發 등에 중점이 두어져 있었다. 그러나 앞으로는 지역사회정신보건사업에 의해 대형 정신병원을 중심으로 한 장기입원 중심에서 지역사회를 중심으로 한 短期入院과 社會復歸 중심으로 추진될 것으로 기대되고 있다.

2) 管理對象 患者

정신보건법안상의 적용대상이 되는 '精神疾患者'의 정의는 기질적 정신병을 포함한 정신병, 인격장애, 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자로 비교적 넓은 범주를 포함한다. 지역사회정신보건사업에서 우선 관리대상은 비교적 장기적인 치료, 보호 및 관리대책이 필요한 精神分裂症, 조울증, 氣質性精神病과 각종 물질의존, 중독증 등이다. 아울러 강조되어야 할 것은 비교적 어렵고 힘든 협의의 重症 精神病 경우가 시종일관 최우선 시행대상이 되어야 한다는 것이다.

정부에서는 정신보건정책을 입안할 초기에는 외국의 일반적인 추세에 따라서 정신질환자의 수를 전체 인구의 약 1%로, 입원치료가 필요한 환자의 수를 환자의 16% (약6만5천명)로 추정하였으나, 1990년부터는 연구결과를 바탕으로 정신질환자수를 21.6%로, 입원이 필요한 경우를 환자의 11.6%로 다시 추정하였다.

3) 施設現況

1994년 6월 30일 현재 社會復歸施設을 제외한 정신의료시설은 548개소에 37,639병상이 있다. 精神醫療施設은 472기관에 19,030병상으로 전체의 50.6%이고, 精神療養院은 76개소에 수용정원이 18,607명으로 49.4%이다. 이밖에도 정신질환자를 수용하고 있는 시설은 전국의 39개 부랑인 시설과 전혀 의료인의 손길이 닿지 않는 상당수의 '祈禱院'이 있다.

부랑인 시설에 수용된 총 13,132명 중 약 30%(3,996명)가 정신질환자인 것으로 보고 있다(表 3.1 참조).

<表 3.1> 精神醫療施設の 現況 ('94. 6. 30 現在)

구 분		기관수	병상수	구성비(%)	구성비(%)	
전 체 계		548	37,639		100.0	
정 신 의 료 기 관	소 계		472	19,030	100.0	50.6
	정신 병원	국립정신병원	4	2,350	12.3	6.2
		공립정신병원 ¹⁾	8	2,009	10.6	5.3
		사립정신병원	24	7,024	36.9	18.7
	소 계		36	11,383	59.8	30.2
	종합병원 정신과		118	4,077	21.4	10.8
	병원 정신과		19	2,340	12.3	6.2
	정신과 의원		299	1,230	6.5	3.3
	소 계		436	7,647	40.2	20.3
	정신질환자 요양시설		76	18,607		49.4

註: 1) 공립요양원은 공립정신병원에 포함

현재의 병상수를 다른 나라와 비교해 볼 때에 우리나라의 病床數가 상대적으로 不足한 것을 알 수 있다. 적정 병상수에 대한 견해도 연구자에 따라 다양하다. 전체 정신질환자수 의 1/15이 입원으로 관리되어야 한다는 주장(Kolb, 1982)에서부터, 인구 1만명당 10병상(WHO 최저병상기준)이 필요하다는 견해와 인구 1만명당 4~5병상(Talbott, 1988)이면 충분하다는 견해까지 편차가 크다(表 3.2 참조).

<表 3.2> 精神醫療機關 病床 數의 國際間 比較

나 라	기준년도	병상수	인구1만명당 병상수
대한민국	1994	19,030	4.5
일 본	1986	341,950	28.1
미 국	1980	193,981	8.5
프 랑 스	1977	105,500	19.9
이 태 리	1979	80,480	14.1
스 웨 덴	1980	18,682	22.5

資料: 보건사회백서, 1993. 우리나라의 자료는 최신 자료로 변경

精神科 專門病·醫院의 地域的 分布를 보면, 서울, 인천, 경기, 제주를 포함하는 京仁 大診療圈에 의료기관의 약 반수가 집중되어 있으며, 총 병상수에 있어서도 45%가 그곳에 분포되어 있다. 반면, 강원지역은 총 13개 기관에 전체의 약 4%인 1,200병상에 불과하여 地域間 不均衡 現象을 보여주고 있다(表 3.3 참조).

<表 3.3> 精神科 病·醫院의 地域的 分布

대진료권	기관수 (병상수)			백분율	
	병·의원	병 원	의 원	기관수	병상수
경 인 ¹⁾	226 (6,289)	71 (5,553)	155 (736)	48.3	45.2
강 원	13 (1,200)	6 (1,173)	7 (27)	2.8	3.8
충 북	16 (892)	5 (850)	11 (42)	3.4	3.2
충 남	36 (1,891)	13 (1,820)	23 (71)	7.7	8.3
전 북	19 (372)	6 (307)	13 (65)	4.1	3.8
전 남	29 (831)	7 (696)	22 (135)	6.2	4.6
경 북	50 (1,047)	16 (922)	34 (125)	10.7	10.2
경 남	79 (3,335)	33 (2,869)	46 (466)	16.9	21.0
계	468 (15,857)	157 (14,190)	311 (1,667)	100.0	100.0

註: 1) 경인대권: 서울, 인천, 경기, 제주

資料: 대한신경정신의학보 연보, 1992. 9

4) 人力現況

精神保健人力은 의사, 간호사 이 외에도 임상심리사, 정신의 의료사회복지사, 작업치료사 등이 필요하다. 정신과 醫師의 數는 1993년말 현재 1,139명으로 인구 10만명당 2.7명 수준이다. 정신과에 근무하고 있는 看護師 數는 1,800여명이다. 정신간호사는 1990년부터 배출되기 시작하여 1993년 6월 현재 총58명이 배출되었다. 精神醫療社會福祉士는 정신질환자가 치료 후 가정이나 사회로 돌아가게 되었을 때, 適切한 社會適應을 위한 訓練을 실시하고 나아가 가족이나 사회가 환자를 받아 治療環境을 만들어 줌으로써 질환의 再發이 없이 사회의 구성원으로서 살아갈 수 있는 업무를 수행하게 된다. 우리나라의 경우 정신과 영역에서 활동하고 있는 사회사업가가 80여 명에 이르는 것으로 파악되고 있다. 임상심리학회에서 자체규정 등을 통해 약 70여 명의 임상심리전문가를 배출한 상태로, 이들 대부분이 의료기관에서 환자의 임상심리검사 업무에 주로 종사하고 있다. 정신과 영역에서 활동하고 있는 看護助務士역은 1,287명으로 파악되고 있다.

1982년부터 국립서울정신병원 양성소에서 정신과 자격 간호조무사가 약 250명 정도 배출되었으나 아직 매우 부족한 실정이며, 이들도 치료팀의 일원으로서 적극 활용하기 위한 대책이 요구된다.

5) 診療酬價

정신과 진료비용은 總診療費의 2.8%를 차지하여, 일본의 6~7%나 미국의 12%에 비해 매우 낮은 수준이다. 醫療保護의 경우에는 전체 의료보호 비용의 13.7%를 차지하고 있으며, 이중 84.3%가 입원비용이다.

또 1990년도 전체 정신과 진료비용 중에서 21.6%를 의료보호 수가가 차지하였다. 국가에서 치료비를 全額 負擔하는 일본의 경우를 고려할 때, 우리나라에서의 의료보호대상에 대한 支援計劃이 불필요한 長期入院을 초래하고 있지는 않은지 再考해 볼 필요가 있다.

나. 國立精神病院 現況

1) 沿革 및 設立 現況

國立精神病院은 보건사회부 산하 노랑진 구호병원을 전신으로 하여 1962년 현 서울병원 청사가 준공 개원되었으며, 1983년, 전남 도립정신병원을 국립나주정신병원으로 전환 설립함으로써 두 개 國立精神病院 시대를 지나, 이후 정부정책에 따른 여섯 개 國立 據點 病院建立 計劃 중 네 개 병원이 開院 運營 중에 있다(表 3.4 참조).

<表 3.4> 6個 國立 據點 精神病院 建立

명 칭	지 역	건립연도	병상수	비 고
서 울	서 울	1961	900	정신과 수련병원
나 주	호 남	1983	600	정신과 수련병원
부 곡	영 남	1988	450	정신과 수련병원
춘 천	강 원	1992	400	정신과 수련병원
(공주)	충 청	건립 중	(300)	(예정)
(경기)	경 기	건립 중	(300)	(예정)

국립정신병원은 정신과 환자의 진료조사 연구와 정신과 의료요원의 훈련에 관한 사항을 관장하기 위함을 설립 목적으로 하여 서울을 비롯한 각 병원은 설립이래 거듭된 규모 확장을 통해 현재의 병상 수에 이르고 있다. 年度別 沿革을 보면 다음과 같다. 보건사회부 산하 노랑진 구호 병원 설립(1952), 노랑진 구호 병원 인수 國立精神病院 轉換(1961), 현 서울병원 청사로 이전 개원 (1962, 360병상), 병동 증축(1970, 총500병상, 서울), 의료부 4개과 증설(1977, 서울), 부설 精神看護助務師 養成所 설립 (1981, 서울), 병동 증축(1982, 총700병상, 서울), 전남 도립정신병원을 국립나주정신병원으로 승격(250병상, 1983) 및 서울병원 개칭, 병상 증원 (1987, 총900병상, 서울), 병동 증축(총600병상, 1987, 나주), 국립 부곡정신

병원 개원(450병상, 1988), 외래 진료실 増築(1990, 서울), 국립 춘천정신병원 개원(400병상, 1992), 부설 소아 自閉症 再活治療센터(1995, 예정, 서울).

2) 診療機能

서울병원은 설립 당시는 2개 임상 진료과에 불과하였으나, 이후 꾸준한 규모 확대와 진료의 細分 專門化를 꾀하여 5개 臨床 診療科(일반 정신과, 소아 청소년 정신과, 노인 정신과, 정신위생과, 특수 치료과)로 늘어났다. 설치병동은 12개로 성인 남녀병동, 소아 청소년병동, 노인병동, 알콜 및 약물 병동(정신위생과 관장), 결핵병동, 낮병동 및 개방병동(특수치료과 관장)을 두고 있다. 나주병원의 경우 결핵을 제외한 전병동을 서울병원과 같게 설치 운영하고 있으며, 특히 開放病棟은 남녀 두 개를 두어 서울병원보다 훨씬 먼저 설치되었다. 부곡과 춘천의 경우는 설립년한이 쌓이면서 진료기능이 확대전문화되어 갈 것으로 보인다. 특히 1975년부터 운영된 낮病棟과 심리극을 위한 소극장운영을 필두로 再活治療 部門을 漸進的으로 補充하여 현재 활발한 治療活動을 벌이고 있다. 정신과 임상진료과에 더불어 내과, 방사선과, 임상병리과, 치과가 설치되어 있으며, 또한 필수 분야로서 임상심리과, 의료사회사업과가 설치 운영되고 있다. 또한 사법기관에서 의뢰되는 犯法精神障礙者의 정신감정업무는 매년 40여건에 이르고 있으며, 서울병원의 경우 전국에 산재한 상당수의 소아 자폐증 환자의 治療와 再活을 위하여 선진국 수준의 치료센터 개원을 1995년 상반기에 앞두고 있다.

입원 및 외래환자의 대체적 現況을 보면, 서울병원의 경우(1993 기준), 병상 이용률 96%, 1일 평균 입원수 6.9명, 1일 외래 내원 환자수 230명, 평균 입원일수 158일에 달한다. 年間 退院患者는 1,968명이었으며, 환자의 거주지 지역분포는 서울이 66%, 경기·인천지역이 24% 순이었으며, 진단상 정신분열증이 과반수로 약 60%를 차지하며, 입원전 치료력은 정신병원이 가장 많아 54%, 당원 입원력은 1회가 51%, 교육수준은 고졸 혹은

재학, 중퇴자가 48%, 직업은 무직이 79%, 종교 없음이 70%, 미혼 상태가 62%, 주치의에 의해 생활수준 중으로 분류됨이 62%, 연령은 20~30대가 65%, 퇴원시 상태는 호전되었음이 87%로 각기 최다를 차지한다. 한편 운영 예산 등 면에서 1993년 기준, 진료수입을 위주로 한 세입은 28억 2천 500만원, 세출은 103억 7천 700만원으로 이중 인건비는 45억 9천 711만원, 사업비는 41억 8천 100만원을 차지하였다. 보험환자가 대다수를 차지하며 醫療保護의 경우는 10% 선을 밀돌고 있다. 入院診療酬價는 單一酬價制로 월 15만 6천원, 보험 적용시는 월 3만 2천원에 불과한 극히 저렴한 수준으로, 입원 대기제를 시행하고, 입원을 위한 평균 대기기간은 2~3개월에 이른다. 이와 관련하여 최장입원 기간은 7개월을 원칙으로 하는 규정을 적용하고 있다.

3) 教育 修鍊 機能

현재 가동중인 네 개 國立精神病院은 모두 정신과 전문의 수련병원으로 서울병원의 경우는 연차당 9명 정원으로 국내 最多의 精神科 專攻醫를 保有한 수련병원으로 성장되었고, '93년까지 93명의 정신과 전문의를 양성배출하였다. 서울병원에서는 1981년, 병원 부설 국립 정신간호조무사 양성소가 설립되어 현재까지 약 250명의 수료생을 배출하였으며, 이들은 9개월간의 國費 專攻理論 및 實習教育을 받고, 시험을 거쳐 조무사 자격증을 획득하며, 국가가 지정하는 정신병원의 정신장애자 치료관리 부문에 9개월간 근무를 의무화하고 있다. 한편 전국 요양원에 근무하는 종사자의 직무 교육이 매년 1개월씩 서울병원에서 열려 1988년 이후 1993년까지 144명이 수료하였다. 서울병원 경우, 최신의학지식 습득을 위한 구미 선진국에 專門醫 海外研修 派遣이 1988년부터 매년 한 명씩 시행되고 있다. 기타 의과대학생, 간호학생, 임상심리 및 의료사회사업과 임상 실습이 꾸준히 시행되어 오고 있다.

4) 調査研究事業

각종 정신질환의 豫防과 보다 효율적인 治療, 再活의 改善發展을 위한 정신의학적 연구는 매년 활발히 진행되어 臨床調査研究를 바탕으로 한 生物精神醫學 分野, 心理 社會 精神醫學의 分野, 特殊 疾患群에 대한 분야 등 다양한 분야의 공동 또는 단독 조사는 모든 전문의의 참여 하에 매년 평균 약 50과제의 논문이 발표되고 있다.

기타 부근지역 주민과의 교류수준은 서울병원의 경우, 한때 정신과외 내과진료를 개방했으나, 여건 상 잠시에 그치고 말았고, 테니스장 같은 一部 施設의 開放, 직업재활 목적상 單純한 作業(봉투 만들기, 소도구 조립 등) 주문을 받을 수 있는 課를 개척하였으며, 그 외, 병원을 높이 둘러싼 담장을 반투명의 세련된 구조로 낮추는 施設 改造가 있었다. 고무적인 것은 연말에 갖는 불우이웃돕기 원내행사(일일찻집)에 인근 병·의원을 비롯 주변 가게 운영주들이긴 하나 주민의 적지 않은 참여가 있다는 사실이다.

다. 狀況 및 與件 要約

1) 정부 차원에서 우리의 정신과 전반의 문제점으로 다음 내용을 지적하고 있다. 즉, 첫째, 정신질환자에 대한 國民의 認識이 不足하다. 지역사회에서 환자를 치료할 수 있는 정신의료시설이 설치되는 것을 기피하고 있는 경향이며, 경제적, 정신적 부담이 과중하여 가족들이 보호를 기피하고 있다. 둘째, 지역정신보건의료사업 및 敎育事業이 不在하다. 셋째, 정신질환관리의 체계적인 醫療傳達體系가 未備하다. 정신질환자의 특성을 고려한 관리기반이 미비하여 收容, 入院 爲主로 治療가 이루어지고 있으며, 환자를 조기발견해서 적절한 치료기관에서 단기간에 집중 치료하고 조기에 社會復歸시키는 등의 段階的 管理對策이 不足하다. 넷째, 종합병원, 의원 등에서 정신과 病床運營을 忌避하고 있다. 다섯째, 정신질환자 요양시설의 保健醫療機能이 脆弱하다. 또한 정신요양시설에 대한 施

設, 運營, 機能, 人力, 財政 狀態 및 指導 監督 등 전반에 걸친 문제점이 상당한 것으로 파악되고 있다.

2) 이와 같은 다양하고 전반적인 문제점과 외형 資源의 不均衡에도 불구하고 최근의 精神保健과 관련한 제반 논의와 전문 종사자의 의지는 활발하고 의욕에 찬 단계에 있다고 보여진다. 현재 專門 從事人力도 전반적으로 보아 수적으로는 태부족이나, 그들은 상당한 수준에 있고 업무 수행 능력이 충분하다고 보여진다.

3) 국립정신병원은 정부의 직접 관장, 지원 하에 診療機能, 專門性, 관리수준면에서 그리고 修鍊教育 機能에서 비교적 우수한 수준에 있다고 보고 싶다. 현재와 같은 정신보건 모든 분야의 열악한 상황 하에서 파격적 변혁이 어렵다고 본다면 활용 가능한 자원은 最大한 效率的으로 이용되어야 할 것이다.

3. 地域社會精神保健 施策展望

가. 施策마련의 前提

1) 어떠한 형태, 어떠한 수준이라도 地域社會精神保健事業은 시작되어야 한다. 타개해 갈 財源調達이 매우 어렵더라도 일단 착수하여 단계적으로 이루어나가도록 하는 것이 바람직하다. 따라서 현 실정에 맞는 適正모델을 모색키 위해 현재 진행되고 있는 용역계약 시범사업도 좀더 확대되는 것이 바람직하다.

2) 이와 아울러 각종 기본적인 疫學調査가 병행되는 것이 필요하다. 형편상 막대한 재정을 투입하여 시행하는 일시 혹은 한시조사도 목적에 따라 필요하나, 각 정신의료기관과 시설에서 정부가 필요로 하는 基本情報 提供을 義務化하고 단계적으로 보다 그 범위와 파악수준을 適正經費로도 일상화될 수 있도록 시도한다.

3) 施行錯誤를 거듭한 일부 선진국의 경우를 답습치 않도록 차분한 기반조성과 方向調整이 정부차원의 強力한 意志와 함께 필요하다. 현재 우리는 선진국의 어떤 모델이든 유사한 수준선상에서 받아드리기는 불가능한 실정임으로, 더욱 더 현재 보유한 有形, 無形의 資源을 효율적으로 活用하는 方案을 찾아야 할 것 같다. 선진 경험국의 문제의 하나인 主要事業對象의 變質을 防止하고, 환자들의 주요 속성으로서 담당 의사에게 갖는 높은 의존욕구를 감안할 때, 가능하다면 퇴원후 사후관리까지 의사가 맡는 것이 가장 바람직한 것이다. 다양한 專門人力이 養成, 配置되기 까지 비록 범위는 제한이 크겠으나 의사의 적극개입으로 기틀마련에 일조가 되어야 할 것이다.

4) 정신보건에 종사할 다양한 人力의 養成 교육상 환자를 알게 하는 교육과정 즉, 바로 옆에서 같이 生活하고 交流하는 臨床教育이 필수적임에 그 교육처로서 가장 적합한 곳은 정신병원이 될 것이다.

따라서 이와 같은 전후 형편과 여건을 감안할 때 6개 지역 거점 國立精神病院의 活用方案이 적극 검토되어야 할 것이다.

나. 精神保健센터 設置類型

地域社會保健事業의 핵심기지는 地域精神保健센터임은 각국의 공통사항이다. 다만 이 또한 우리의 실정에 적합한 방식이 무엇인가 하는 것이 문제이다. 한국보건사회연구원에서 조사연구한 설치형태에 대한 의견은 다음과 같다. ① 센터는 도단위에 한 개소 또는 3~4개소를 설치해야 한다. ② 수도권에서는 현재 구상중인 廣域化 保健所가 담당할 수 있는 정도의 地域範圍(인구 150만~200만) 단위에 한 개소씩 설립하는 것이 좋다. ③ 地域社會精神보건센터는 기존의 정신병원 및 요양원, 보건소 등과 밀접한 醫療傳達體系를 維持해야 한다. 또한, 지역정신보건센터에서 순회진료팀을 형성하여 군단위의 보건소와 보건진료소의 활동을 감독하고 연계해야 한다는 안이 제시되었다. 그리고 어떠한 형태가 되든, 政府의 效率的인 管理 및 監視體制가 중요함을 지적하였다.

1) 既存 大學 또는 綜合病院에 設立

별도의 政府豫算을 補助해야만 하는 어려움이 있다고 지적된다.

2) 宗教團體 혹은 個人法人體

타종교인은 시설을 이용하지 않을 수 있고, 營利追求 爲主로 흐를 위험이 있다.

3) 別途의 獨立된 센터設立

홍보효과나 국민의식개선 측면에서도 가장 바람직하며 人力과 組織管理, 包括的인 프로그램 計劃과 運營이 效果的일 수 있다. 또한 궁극적으로는 별도 獨立設置가 전제되겠으나 지금으로서는 국가예산 배당의 어려움과 人力不足 등 현실적인 여건을 감안하지 않을 수 없다.

4) 保健所를 센터로 活用

예산을 절감할 수 있는 이점이 있으나 다음의 예상되는 문제점이 지적된다. ① 우선, 현재의 보건소에 대한 주민들의 信賴度나 認識이 매우 낮으며, 지역정신보건 프로그램에 대한 이용도도 낮을 것이다. ② 舊態依然한 行政爲主의 事業運營이 되고 말 위험성이 있다. ③ 실질적인 효과를 얻을 수 있는 保健所 利用方案을 강구하려면 專門要員의 새로운 投入과 施設補強이 전제되어야 한다.

5) 國公立 精神病院에 設立

문제점으로는 ① 일반인들의 인식이 좋지 아니하며, 본질적으로 주체가 되어야 할 地域住民의 外面可能性이 높고, ② 정부 직영임으로 官僚의 運營體制로 인해 非效率의일 수 있다. ③ 환자들도 정신병원에는 다시는 오지 않으려는 경향이 있고 ④ 일부병원은 거리상 다소 떨어진 곳에 위치하여 있어 교통이 불편하고 ⑤ 역시 추가되는 適正豫算, 人力支援이 원활

치 못한 정부형편이 염려될 수 있다. 그러나 부분적이거나 해소책 강구가 가능한데, 예를 들면 일반 인식 호전 차원에서 병원 명칭에서 우선 정신이란 용어를 삭제하는 등이다. 정신병원에 ‘精神’ 자를 넣는 나라는 이전 거의 없는 실정이다.

장점으로 꼽을 수 있는 것은, ① 우선 경비절감과 기존시설, 인력자원의 활용이 용이하다. 종사인력양성 교육에도 資源活用이 可能하다. ② 精神科 醫師가 주체가 되어 주도한다는 이점이 있고, 현실적인 문제로, 國公立 精神病院 醫師缺員 打開에 크게 도움이 될 수 있는데, 이는 새로운 부문의 비전제시와 자긍심을 줄 수 있다고 보기 때문이다. ③ 이를 계기로 정신병원 자체의 體質改善에 견인차가 될 수 있는데, 즉, 收容保護爲主의 환경에서 보다 발전적인 활성화와 再活家療 爲主의 轉換에 크게 도움이 될 것이며 이는 일반인식 개선에도 도움이 될 것이다. ④ 정부직영 기관으로서 관련 타기관과의 상호협조 지원을 구하는데 효과적일 수 있다. ⑤ 退院患者의 事後管理連繫가 더욱 容易하다. 아울러 기거시설, 응급진료 서비스 등 자원활용이 용이하다. 또한 정부가 명시한 지역거점 병원으로서의 다기능보유 센터로 발전되어 여타 精神病院의 모델로 발돋움할 수 있다.

다. 施策 一案과 國立精神病院

1) 管轄地域別 地域社會精神保健센터 體制

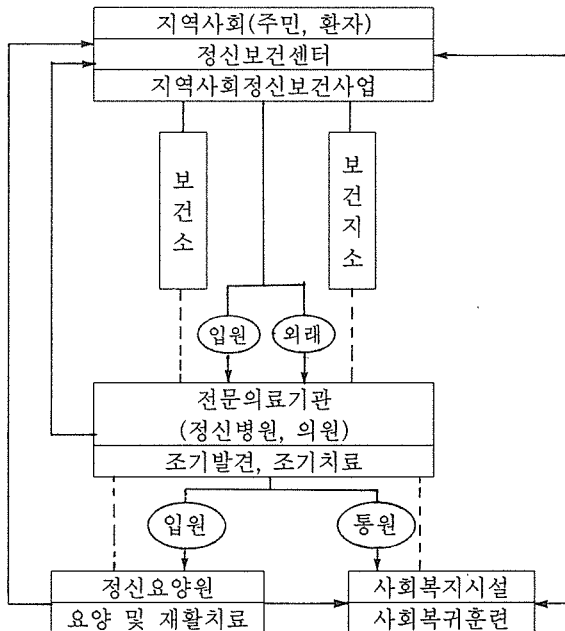
정신보건센터는 공공기관의 하나로서 관할지역별로 한 개소를 건립하고, 관할지역내에서 다음과 같은 役割 및 業務를 수행하도록 한다.

- ① 精神保健 專門팀의 構成: 정신과 의사, 간호사, 사회사업가, 임상심리사를 포함하는 전문팀을 구성한다.
- ② 既存의 公共保健組織과의 連繫體制 確立: 공공보건조직에서 종사하는 1차 보건요원에 대한 훈련 및 업무지도와 이들 공공보건기관

에서 의뢰된 응급환자의 단기 입원치료, 그리고 퇴원환자에 대한 추후관리 프로그램을 운영하여 공공보건기관의 활동을 지원한다.

- ③ 個人 專門醫院과의 協助體系 構築: 특히 인구가 밀집된 도시지역의 경우, 공공보건기관과 개인 전문의원과의 협조체계 구축으로 발견된 환자의治療 및 退院患者의 追後管理 등을 공동 추진한다.
- ④ 管轄地域內 全體 精神保健 關聯 機關에 대한 指導監督體系 構築: 기존기관들과의 원활한 협조체계를 구축하기 위해서는 정신보건센터의 권위가 타기관의 우위에 오도록 制度的 保障이 요구된다.

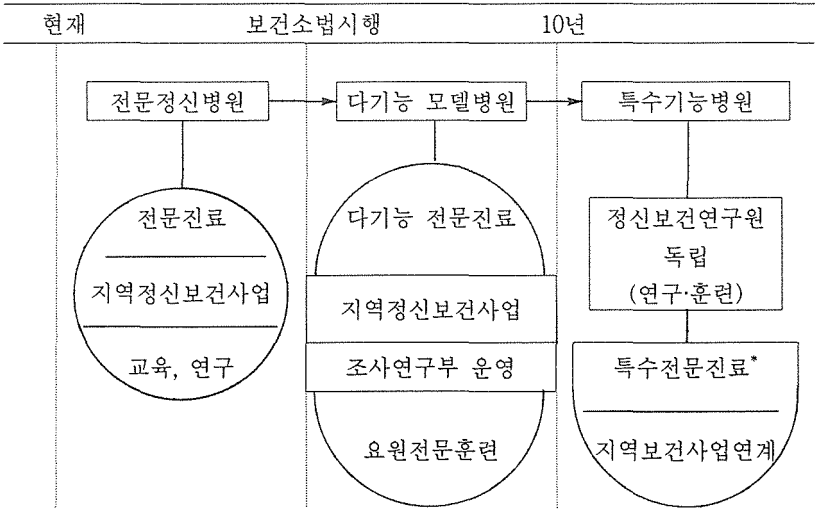
우리나라의 정신의료시설의 구조적 특성, 정책상 지향목표 등을 감안하여 다음과 같은 地域社會精神保健 傳達 基本틀을 構想해 볼 수 있다(圖 3.1 참조).



<圖 3.1> 地域社會精神保健傳達體系 模型

2) 多機能 모델病院과 特殊機能發展

地域精神保健事業의 기반조성에 따른 단계적 착수와 시행발전에 따라 國立精神病院의 機能과 發展方向도 맥을 같이하여 그 존재가치를 십분 높 이도록 추진해 가야 하겠다. 대체적인 방향으로, 현재의 전문정신병원 기 능에 地域精神保健에의 效率的 參與를 위한 시범사업이, 준비와 아울러 병행될 필요가 있고(1단계), 정신보건법 제정 본격 시행시부터 약 10년을 2단계로 설정하여 지역거점병원으로서의 명과 실을 갖춘 다기능적이며 바 람직한 모델 정신병원 시대를 거쳐 그 이후 精神保健傳達體系 定着 완료 시를 3段階로 보아 특수한 기능과 역할을 맡는 병원으로 전환해 가는 방 향모색이다(圖 3.2 참조).



註: 1) * 약물 의존증, 노인성 중증치매, 소아자폐증, 난치성 정신장애, 특수 치료 필요환자 등

<圖 3.2> 國立精神病院 役割 및 發展方向

5. 國立精神病院의 役割 및 發展方向

가. 役割 短期 設定

1) 국립지역거점병원으로서의 향후 역할에 필수 요소의 하나는 地域社會精神保健事業의 주도 혹은 적극 參與 역할이라고 할 수 있다. 현재도 다양한 기능을 수행하고 있으나 두드러진 주 기능은 專門診療라 할 수 있다. 지역보건사업의 착실한 시행 준비를 위해서는 國立病院의 위상과 입장에서 할 수 있는 가장 適切한 方式과 方案이 무엇인가를 미리 찾아 그 기반을 조성하는 일이라 하겠다. 따라서 地域精神保健示範事業이 필요할 것이다.

2) 정부가 앞으로 산적인 일을 해나가는데 國立精神病院이란 直營 자원의 최대한 효율적 활용을 모색해야 할 것 같다. 역시 地域 據點病院으로서의 활용이 되겠는데, 국한된 지역의 단순한 입원 및 외래 진료서비스 기능에 머물 수는 없는 것이며, 산재한 지역별 정신병원의 모델이 되어 體質改善을 주도하고 발전 향상을 선도해야 할 것이다. 그러자면 현 시대가 요구하는 다양하고 수준 높은 기능을 확보해야 한다. 따라서 정신보건법 제정시행 착수부터 약 10년을 단위 기간으로 잡아 다기능모델 병원으로서의 역할을 충실히 해 주어야 할 것이다.

이에는 地域精神保健事業의 다양한 내용을 포함하여, 진료의 細分專門化 - 일반성인환자, 소아청소년 장애, 알콜 및 약물의존, 노인 정신장애 등을 분류, 진료하고, 난치성 정신장애를 유효적절히 치료관리하며, 원칙적으로 단기입원 치료정책을 지켜나가고, 병원 치료환경을 재할가로 위주로 전환하여 施設과 裝備를 擴充하고, 社會治療活動 프로그램을 開發해 나가며, 시대에 걸맞는 개방병동정책을 펴나가야 한다. 應急診療와 危機管理 시스템의 確保는 또한 필연적인 것으로 단계적인 적극 대책을 마련, 시행해 나가는 노력이 절실히 필요하다. 원내 어느 한 부분도 치우치거

나 모자르는 부분이 없도록 調律하여 均衡 發展시켜 나가되 각 國立精神病院 은 地域別 모델병원으로서 상향 평준화된 유사한 수준을 각기 유지하도록 노력이 필요하다. 診療機能의 발전이 우선이겠으나, 현행 수련교육기능을 유지하면서 내실화를 기하고, 調査研究機能의 점진적 補強이 또한 요구된다.

3) 精神保健法이 시행되면서 적어도 정신보건 研究機關을 發足시켜야 함은 일반적인 당위이나 이 또한 막대한 재원이 필요한 것으로 현실적으로 여의치 못한 실정이다. 초기단계에서 필요한 것은 基礎 疫學調査 및 精神 社會的 分野의 研究와 프로그램 開發로서, 차후 연구원 수준에서는 각 부문의 集中研究와 治療法 開發, 고도의 生物學的 研究 機能도 갖추게 될 것이다.

현재로서는 서울병원에 基礎部門의 體系的 研究機能을 부여하고, 地方 國立精神病院과 연계하여 공조 조사연구 기반을 찾아 나가는 것이 바람직 하겠다. 지역별 각 병원이 가급적 유사한 규모와 수준, 그리고 직제와 인력의 통일을 유지하는 것이 효과적이겠으나, 현재의 保健福祉部 用役 契約 臨床研究와는 질과 규모에서 차원을 달리하는 集中 企劃 研究 機能과, 현행 정신간호조무사 양성소 운영, 앞으로 조속히 갖출 필요가 있는 정신 전문간호사 교육 기능을 비롯한 전문 종사요원 훈련 교육 체제 등은 여건 성숙시까지 우선 서울병원에 설치하는 것이 현실적이겠다.

4) 앞서 논한 다기능모델센터병원 내용에 포함되는 것이나, 다시 한번 강조되는 부문은 中大型 病院으로서 필히 갖추어야 할 應急診療 및 身體 合併症 診療機能이다. 이 또한 여건의 불비로 지연되고 있는 것으로, 필히 기능을 갖추고, 정신장애자의 신체 및 정신과적 應急狀況에 적절히 대처하고, 기타 관련 기관, 병의원에서의 의뢰도 받아 진료할 수 있는 센터 기능을 보강해야 한다. 이를 기반으로 지역사회에 대한 夜間 診療서비스, 그리고 재원환자에 제공되는 치과, 임상병리과, 진단방사선과 및 내과적 진료서비스에 비교적 수월히 開設할 수 있는 臨床診療科를 補強하여, 지역 주민에 진료서비스를 베풀 수 있다면, 매우 바람직한 방향일 것이다.

5) 精神保健法 制定施行 準備와 支援: 동법의 시행에는 상당한 준비 기간과 시행령, 시행규칙 마련 등의 각고가 예상된다. 특히 각기 다른 부류의 정신의료시설의 人力, 施設, 裝備에 대한 기준 설정에는 국립정신병원이 갖는 내용과 경험이 크게 참작될 것으로 기대된다. 이에 대한 資料 收集과 整理 및 病院入場에서의 對策 마련 등이 필요할 것이다. 이미 서울병원에서는 별도 임시 협의회를 결성하여 작업에 임하고 있다. 役割의 短期 設定 課題는 현안과제와 직접 혹은 유기적으로 연관되는 부분임으로 구체적인 사안별 검토는 현안과제 항에서 다루고자 한다.

나. 中·長期 發展方向

1) 순조롭게 단계적 발전을 이루어 갈 경우, 精神保健法(案) 시행 약 10년 후의 3단계로서 특수기능을 보유한 병원으로 발전적 전환을 꾀하는 것이다. 多技能 專門化된 適正 施設은 그대로 유지하면서 정신과 부문의 特殊 診療機能, 즉, 노인성 중증 치매, 소아 자폐증, 난치성 정신장애, 혹은 일반정신병원에서 다루기 어려운 장애그룹을 위한 特殊 클리닉을 개설하여 운영한다.

2) 원래 施設 중 소아 청소년 부서와 병동은 별도로 독립시키어 성인 부문과는 상호 영향이 없는 治療環境 造成이 必要하고, 발달학적 특성에 따른 教育施設이 完備되어야 한다.

3) 정신보건 연구부서는 研究所 혹은 가능하면 研究院으로 설립, 별도 독립되어 정신과 전공의를 제외한 전문요원에 대한 체계적이고, 전문적인 요원의 教育 訓練 機能까지 함께 부여하는 것이 효과적이다. 이때 연구원의 프로젝트는 臨床 및 基礎 神經精神醫學의 많은 부분을 망라하게 된다.

4) 地域社會精神保健事業에 지속적인 연계 바탕을 두고 연관 기관과 각 전문요원이 필요로 하는 특수기술 지원을 강화하고, 보다 전문적 프로그램 개발 또한 주요 역할의 하나가 되겠다.

다.懸案課題

현 단계에서도 國立精神病院이 모두 혹은 일부 병원이 안고 있는 시급한 과제와, 시일을 두고 필히 해결해야 할 과제들이 있다. 이는 모두 國立病院의 活性化를 위한 크고 작은 사안들로 궁극적으로 診療, 敎育, 研究 및 運營 上의 機能 發展 對策이며 다기능모델 지역 據點病院 造成 目標과 직결된다.

1) 機構, 職制와 人力

가) 機構 및 職制

- ① 現況: 서울 병원과 지방 병원의 직급 및 직제상 조금씩 차이가 있어 의료부내 일부 臨床 및 基礎 診療科 設置 基準이 일치하지 않는다.
 - ② 問題點: 전문 진료 병원으로서의 機能 弱化될 수 있다.
 - ③ 改善策: 지방 및 서울 병원의 기구와 직제 개편 통일하여 100명상당 정신과 진료과장 1인을 두고 진료과 명칭은 정신 1과, 2과, ..., 9과로 개편하고 임상병리검사실, 방사선검사실, 기타 검사실을 내과로 일괄 소속시키며, 뇌파검사실, 상담실, 사회사업실, 임상심리검사실을 정신1과로 일괄 소속 관장시키어 病院機能 爲主의 機構로 轉換하여 과 기능을 조성함으로써 진료위주로 기능을 높이고, 동시에 部門別 專門要員 確保로 部署運營을 活性化한다.
- 기관장 직급도 통일하고 일정기간(3~5년) 근무후 순환근무토록 함으로써 運營의 停滯性, 變化의 消極性을 탈피할 수 있다.
- 정신간호사 敎育, 정신간호조무사 양성소, 정신의학 연구소, 및 專門人力의 敎育 訓練 部署는 서울병원에 유지 및 신설하여 서울병원을 精神保健의 調查研究 機能과 諸般 敎育擔當 機關으로 육성하고, 專門要員을 양성 배출함으로써 이에 따라 地方病院의 專門人力 確保에도 도움을 줄 수 있다..

나) 人力

- ① 現況: 診療部門 人力과 支援人力의 내용이 기관별로 차이를 보이고 있다.
- ② 問題點: 병상 수에 비례한 각 專門 要員의 定員에 대한 基準 指針이 없고 醫療法에 의해 의료인력을 산출하나 법규와 정원이 일치하지 않고 있다.
- ③ 改善策: 병상수에 따른 專門 精神病院의 개별적 專門人力 指針이 必要 - 정신보건법 시행시 제정 필요하며 이는 정신보건법 시행시 제정할 필요가 있다. 병동조무사는 3부 교대근무에 충분한 人力 提供이 필요하며, 의사, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 작업요법사 등이 치료팀을 형성, 의사의 지도하에 再活治療까지 감당할 수 있는 인력 편성으로 良質의 治療效果를 기대할 수 있다.

<表 3.5> 醫療人力別 病床當 適正醫療人力

의사 (전공의 포함)	20병상당	1명 이상
간호사 (조무사 포함)	40병상당	12명 이상
약사	100병상당	1명 이상
임상심리사	200병상당	1명 이상
사회복지사	100병상당	1명 이상
작업요법사	100병상당	1명 이상

다) 資格과 職級

(1) 精神看護師

- ① 現況: 취득자, 교육 이수과정자 극소수에 불과하다.
- ② 問題點: 4개 국립병원의 이수자가 극소수이고, 교육기관 수강이 근무로 인해 실제로는 곤란한 상황이다.
- ③ 改善策: 국립정신병원 자체가 교육기관으로 지정 받아 所屬看護師에 대한 教育 計劃을 樹立 實施하면 실제 근무에 지장을 덜고, 교육

이수도 용이하며 교육에 따른 개인 負擔이나 經費를 節減할 수 있는 등의 장점이 있다. 따라서 국립병원이 교육기관 지정을 받아 자체교육을 실시하는데 따른 支援方向이 要求된다. 또한 精神看護師 資格에 대한 시행 규칙에 경과 규정을 마련, 경력자(정신병원급 근무 경력 5년 이상자)에 대한 자격을 소급하여 인정받을 수 있는 방안이 요구된다.

(2) 看護勤務士

- ① 現況: 기능 10등급으로 일괄 통일되어 승급 기회 없음, 특별 수당도 없는 상태이다.
- ② 問題點: 사기 저하, 이직, 결원 보충이 어렵다.
- ③ 改善策: 기능직 10등급으로 되어 있는 간호조무사를 定員의 一定 비율에 따라 8등급 20%, 9등급 30%, 10등급 50%로 구분하여 근무시 昇級할 수 있는 機會를 마련한다. 간호조무사에게도 일정의 수당을 지급함으로써 長期勤續에 따른 昇級の 期待效果를 줄 수 있으며, 士氣를 振作시킬 수 있다.

(3) 醫療社會福祉士, 臨床心理士, 作業療法士

- ① 現況: 전문훈련 과정과 자격 규정 없다.
- ② 問題點: 비전문가가 관여하고 있으며 專門性이 缺如되어 있다.
- ③ 改善策: 訓練過程과 資格規定이 必要하다. 의료사회복지사, 임상심리사, 작업요법사 등에 대해 1년 간의 전문 훈련과정을 이수케 하여 자격을 부여하고, 해당부서에도 유자격자에 한하여 별정직으로 직급을 마련 근무케 함으로써 치료팀의 일원인 전문가들의 확보로 진료기능 활성화를 기대할 수 있다.
- ④ 期待效果: 치료팀의 일원인 전문가들의 확보로 診療機能 活性化를 기대할 수 있다.

(4) 專門醫

- ① 現況: 특히 지방 國立精神病院에서 缺員이 심각하다.
- ② 問題點: 진료에 차질 초래, 경력자 부족으로 醫療水準이 低下된다.
- ③ 改善策: 5급 의사(사무관급) 昇進期間을 短縮하는 方案을 연구한다.
임상 연구비 지급을 개선하여, 과제를 축소하고 과제당 연구비는 증액하여 연구의 내실을 기하도록 한다. 또한 지정 진료예산의 일정 부분을 임상 연구비에 활용할 수 있도록 개선안을 마련함으로써 실질적 처우개선에 일조한다.
地方病院 優待策이 必要하며 이곳에 공중보건의를 우선 배치하고 전공의를 확보할 수 있도록 지원한다.

2) 患者 診療 및 管理 水準

가) 病棟의 適合性

- ① 現況: 병동당 30~100 병상까지 병동 규모가 다양하다.
- ② 問題點: 큰 병동일수록 患者管理가 未洽하며, 환자상태 파악이나 개별적 간호기준이 모호하고, 개인적인 여유 공간이 좁아 짜증이나 경계심, 친밀감 결여 등을 초래할 수 있다.
- ③ 改善策: 소규모 병동이 필요(40병상 이하)하며, 40병상시 간호 인력 12명이 필요하다.

나) 病棟의 開放化

- ① 現況: 開放病床 水準이 아주 未洽하여, 시설, 인력, 치료 프로그램이 갖추어져 있지 않으며 따라서 效率의인 運營도 未洽한 수준이다.
- ② 問題點: 장기입원화 경향, 인식의 부족 등으로 입원초기나 입원후 회복기에 開放的 治療病棟으로의 誘導가 未洽하여 活性化가 되고 있지 않다.

- ③ 改善策: 인력, 치료시설, 치료내용 개발로 과감한 開放 病棟政策이 시행되어야 한다.

다) 應急患者管理

- ① 現況: 應急診療의 제도적 장치가 미흡하다.
- ② 問題點: 응급환자에 대한 適正 診療가 未洽한 상태이며, 타기관 이송시 機關間 協助가 不足한 현실이다.
- ③ 改善策: 應急患者 診療體系가 必要하며, 직장인 학생의 외래 진료를 위한 야간 진료제도가 필요하다.

라) 指定診療

- ① 現況: 지방병원(오지) 특히 부곡병원, 춘천병원의 運營이 不實하다.
- ② 問題點: 경력자 專門醫 確保가 未洽하고, 形式的인 診療에 머문다.
- ③ 改善策: 지정진료 자격의사를 확보하거나, 指定診療 閉止를 검토할 수 있으며, 수당 연구비 인상 등으로 醫師의 處遇를 改善한다.

3) 入, 退院 業務, 診療酬價

가) 診療酬價

- ① 現況: 단일 수가제 적용중, 本人 負擔 극히 低廉하다.
- ② 問題點: 장기입원 요구, 재입원 빈발, 환자 입원 대기 적체현상이 심화된다.
- ③ 改善策: 酬價 引上(입원비 개별 수가 적용, 현실화)이 필요하다.

나) 入, 退院 患者

- ① 現況: 7개월~1년의 入院期間 制限制度가 시행되고 있다.

- ② 問題點: 長技入院化 하는 傾向이 있으며 이에 따라 환자 입원대기가 적체되고 있다.
- ③ 改善策: 입원 기간 단축, 자체 입,퇴원 심사 제도 필요, 地域精神 保健體系 活性化로 현안을 타파한다.

4) 專門醫 海外 研修

- ① 現況: 지방병원의 경우 定期 海外研修 制度가 도입되어 있지 않다.
- ② 問題點: 사기저하, 선진 지식, 정보 구득 차질의 문제점이 있다.
- ③ 改善策: 서울병원에 준하는 기준이 필요하고, 의사와 치료전문요원에 게도 研修機會를 擴大하며, 자비 부담 학술집회 참석시 制度的 便宜를 提供한다.

5) 用役契約 臨床研究

- ① 現況: 지급연구비에 비해 課題數가 過重되고 있다.
- ② 問題點: 논문이 형식에 치우치고, 內實이 缺如되고 있다.
- ③ 改善策: 과제당 연구비 지급액 인상, 혹은 課題數를 縮小한다.

5. 結 語

우리나라 정신의학계는 그 동안 많은 진전과 성과를 이루어 왔음에도 地域社會精神保健 部門에서는 아무런 준비를 해오지 못했다. 이제 精神保健法의 制定과 施行을 앞두고 공공 및 민간 부문 모두에서 지역정신보건에 대한 논의가 한창 일고 있음을 볼 때 앞으로 발빠른 발전을 기대해 볼 수 있겠다. 그러나 현실은 너무 빈약한 것이 사실이어서, 能動的 대처 자세, 관계 전문가들간의 協助, 支援 등 無形 資源의 동원이 더욱 절실한 때라 보여진다.

정신보건 정책상 지역 거점병원의 자리를 차지하고 있는 國立精神病院이 제 몫을 다하기 위해서는 많은 자체 노력이 필요하다고 생각된다. 우리의 어려운 여건과 환자측 特性과 認識 水準 등을 감안하여 필자는 정신병원 중심의 地域社會精神保健體制도 같이 검토해 보았다. 각 분야 專門家들의 많은 關心과 努力으로 地域精神保健의 조속한 發展定着을 희망하며 國立精神病院 또한 적극 參與로 크게 도움이 될 수 있기를 기대한다.

第2節 私立精神病院의 改善方向

1. 私立精神病院의 歷史와 成長過程

현재 私立精神病院들은 국내의 精神保健 분야에서 매우 큰 비중을 차지하고 있으며, 양적 질적인 成長을 지속하고 있다. 국내 精神科 입원환자의 50% 이상을 치료하고 있는 私立精神病院들은 각각 다양한 특성과 성장과정을 갖고 있어 '사립'이라는 한 단어만으로 이들을 특징짓고 일률적인 개선방향을 提示하는 것은 적절하지 않을 것이다.

기존 사립정신병원들의 양적인 성장과 신설 私立精神病院들의 출현은 1970년대 말부터 본격화되기 시작되었다. 이에 제일 큰 영향을 준 制度는 전국민 醫療保險과 생활보호대상자에 대한 의료보호의 적용이었는데, 이전까지 방치상태에 놓여 있던 다수의 精神疾患者들을 의료체계에 편입시킴으로서 이에 대한 서비스 供給機能을 갖는 정신병원들이 성장하게 되는 계기를 마련하였다. 이 과정에서 政策決定者들은 기존의 국공립정신병원들의 운영방침이 費用效果 측면에서 비효율적이라고 판단하였고 이러한 판단에 의해 사립정신병원들에게 시도립정신병원을 委託運營시키기 시작하였으며, 그후 국공립정신병원들은 당연히 공공부문에서 담당해야 할 역할을 외면함으로써 의료보호대상환자, 行旅患者, 신체합병증 환자들이 급속히 사립정신병원으로 流入되는 결과를 초래하였다. 1980년대 초에 기도원의 심각한 인권유린 狀況이 알려지고 형제복지원 사건 등으로 인해 의학적인 치료를 받을 權利에 대한 여론이 높아졌으며, 5공화국 이후 정권담당자들의 사회정화 의지와 올림픽 개최 이전에 거리에 떠도는 정신질환자를 격리시켜야 하겠다는 政策으로 인해 사립정신병원의 성장은 가속화되었다.

이러한 지속적인 양적 팽창에도 불구하고 저렴한 保險酬價, 정신과에만 유일하게 적용되는 醫療保護 단일수가제, 정부 예산배정액의 만성적인 부족으로 인해 누적되는 엄청난 미수금, 인건비의 급상승과 노사분규 등으

로 인해 사립정신병원들은 경영상의 壓迫을 받게 되었다. 또한 점차 치열해지는 경쟁 속에서 전문인력 補充 및 서비스 개선을 위한 재투자가 불가피하게 되었고, 과거보다 환자들에 대한 처우개선, 人權保障, 정신병원의 내부공개를 요구하는 주장이 지속되는 것도 심리적인 압박요인으로 작용하게되었다. 특히 최근 수년간 精神保健法을 논의하는 과정에서 사립정신병원들이 적극적인 치료와 재활보다는 收容爲主의 장기입원을 시키고 있다는 비난을 받게 되자, 어려운 여건 속에서도 國民의 정신건강 증진과 사회의 안정에 寄與하고 있다고 나름대로 자부하던 병원들의 입장에서는 수용하기 어려운 견해였고, 그 결과 현재는 中小型精神病院들을 중심으로 양적성장이 주도되고 있으며 대형정신병원을 중심으로 變化가 모색되고 있다.

최근 國民意識 수준의 변화와 보건복지부 및 각 관련단체들의 활동에 의해 조성되고 있는 새로운 環境 속에서, 정책의 중요성과 영향력을 인식하고 있는 사립정신병원들은 성장과 生存을 위해 어떠한 개선과 변화가 필요하며 가능한가를 심각하게 고려하게 되었다. 현시점의 사립정신병원들에게는 미래에 발생할 수 있는 여러 變化를 예측하고 유연한 적응력을 갖추는 것이 중요한 課題로 부각되었고, 일부에서는 변화에 적응하기 보다는 원하는 방향으로 변화를 선도하는 것이 바람직하다는 견해도 있어 앞으로 다양한 試圖과 움직임들이 있을 것으로 예측된다.

2. 私立精神病院의 特性과 分類

사립정신병원들은 ‘私立’이라는 단어가 의미하는 공통적인 특성과 함께 각 병원별로 고유한 특성들이 있어, 이에 대한 종합적인 理解가 있어야만 현상황에 대한 원인을 分析할 수 있고, 이들의 운영방침을 이해할 수 있으며, 결과적으로 문제점, 개선방향, 해결책 등의 정확한 提示가 가능하다.

가. 共通의인 特性

1) 經營者

사립정신병원에서는 運營의 주체이자 책임자인 경영자가 병원의 생존과 성장에 대한 무한책임을 지고 있으며, 그에 따라 權限 또한 막강하다. 즉, 모든 意思決定의 최종권한이 한 개인에게 있으며 나머지 인력들은 경영자의 운영방침을 구현하기 위한 助言者, 協力者, 또는 고용인이라고 보아도 과언이 아니다. 여기에서 改善에 관계된 두가지 중요한 측면이 제기된다. 첫째, 사립정신병원을 개선할 수 있는 가장 迅速하고 효과적인 방법은 경영자에게 개선에 대한 動機를 부여하며 교육시키고 설득하는 것이다. 이들은 숫자도 적고 대개 合理的인 측면이 있으므로 확신과 비전만 제시된다면 획기적인 變化가 가능해진다. 둘째, 해당 病院의 의사전달 체계, 조직표, 參謀陣의 구성을 일견함으로서 개선이 가능한가를 쉽게 판단할 수 있다.

2) 大型化와 專門化

사립정신병원이 비록 공공성격에 해당하는 서비스를 제공하고 있으나 민간자본이라는 특성을 가지고 있다. 즉, 다른 일반기업과 마찬가지로 초기에는 양적인 팽창을 追求하여야만 운영과 유지가 가능하며 일정기간 동안은 관성에 의해 대형화를 選好하게 된다. 그러나 각 병원의 능력과 여건에 따라 일정규모 이상이 되면 양적인 팽창은 한계에 부딪히며 성장의 경영에 미치는 潛在的인 위험성을 이해하게 되며, 이 시점에 놓인 병원만이 전문화와 질적인 개선에 대한 動機가 생기고 변화가 가능해진다. 양적인 성장을 통해 경영의 어려움을 벗어나려 하고 손쉽게 성장할 수 있는 시점에서는 아무리 동기를 부여하려 해도 변화되기 어렵다. 따라서 사립정신병원의 개선과 變化는 이미 대형화된 병원에서 부터 시작되어야 하며, 이들의 변화에 대한 成敗의 윤곽이 드러난 후에야 후발 정신

병원들이 변화되므로, 逆說的으로 대형화된 병원에 먼저 집중적인 지원과 동기부여를 해야 한다는 問題가 제기된다.

3) 效率性 優先과 投資順位

사립정신병원에서 시설을 補強하고 專門人力을 보강하고 치료적인 환경을 조성하여 서비스를 개선하는 것은 바로 追加資金의 투입을 의미한다. 대개의 경우 자금의 투입은 법령이 엄격하게 적용되어 도저히 개선하지 않으면 곤란한 경우, 조금만 資金投入을 하여도 개선이 가능한 경우, 자금 투입이 진료비와 직결되어 투자비용 이상의 효과가 기대되는 경우, 지속적인 투자를 요하지 않고 한번의 投資로 해결되는 경우, 병원의 이미지 향상과 관련된 경우 등에 우선 투자된다. 따라서 개선은 우선 시설개선부터 이루어지며 전문인력의 確保와 같은 지속적인 투자를 요하는 일은 순위가 낮아진다. 따라서 優先 順位에 있는 사항들은 단순한 권고 및 시정지시로서 유도되거나 자발적인 投資가 가능한 반면에, 순위가 낮은 사항들은 법령에 의해서 強要되는 동시에 자금지원 등의 동기유발이 반드시 동반되어야만 그 효과를 期待할 수 있다. 또한 법령이나 제도의 강제성은 각 병원들이 노력하면 지킬 수 있는 한계점을 정확히 판단하여 제시할 때만 효과가 있다. 현재 醫療法에 명시된 의료인력 기준과 시설 기준이 사립정신병원에서는 사문화된 現象에 유의하여야 한다.

4) 柔軟性

일반인이 생각하는 것보다 私立精神病院은 더 큰 적응력과 유연성을 갖고 상황에 대처하고 있으며, 각종 情報에도 민감하여 필요한 경우 쉽게 방향전환을 할 수 있다. 이 점은 國公立病院에 비하여 아주 다른 점이며 그동안의 경쟁 속에서 습득한 중요한 生存戰略이다. 정책입안자들이 각계의 입장을 반영하겠다면 대학교수들, 학회, 국공립병원들과 탁상공론을 하는 동안, 일부 사립정신병원의 경영자들은 표면적으로는 政策變化에 완

강히 抵抗하면서도 내부적으로는 변화에 대비하고 있는 경우도 많았고, 일단 변화에 적절한 時點을 기다리고 있는 경우도 있다. 사립정신병원의 개선방향과 변화 가능성은 각 병원 운영자들만이 가장 확실하게 알고 있으나 공개적으로 露出되지 않고 있을 뿐이다.

5) 試驗精神

모든 사립정신병원들은 항상 미래에 대한 省察이 있어야만 운영이 가능하므로 가능한 미래를 생각하며 항상 새로운 試驗을 하여야 한다. 특히 새로운 서비스 개발에 대한 欲求가 의외로 강하여 이에 대해 많은 연구와 시도들을 하고 있으며, 그중에는 획기적인 改善方法들이 포함되어 있다. 이러한 개선방안들 중 일부는 매우 합리적이며 效率的이어서 즉각적인 채택이 필요하나, 정책과 수가가 지원되지 않아 活性化시키지 않고 있다. 이러한 시험정신의 결과 중 대부분은 각 병원의 고급정보로서 축적되거나 경영정보로 활용되고 있으며, 각자 이를 土臺로 개선의 방법, 속도 및 시기 등을 생각하며 계획을 수립하고 있다. 만약 이들의 의견을 수렴하고 긍정적인 변화를 強化시켜 준다면 시험정신이 풍부한 병원들은 변화와 개선을 선도할 수 있을 것이다.

6) 經營

만약 사립정신병원에게 赤字運營을 하라고 강요한다면 그것은 병원의 폐쇄와 직결된다. 사립정신병원은 적자를 국고에서 보존해주는 국립정신병원과는 근본적으로 다르다. 즉, 사립정신병원이 감내할 수 있는 赤字는 이미 충분한 자본이 蓄積되어 있어 시험적인 사업을 추구할 수 있는 경우를 제외하고는 대개 短期間에 한한 것이며 적자에 상응하는 이미지 향상이나 장기적인 관점의 利益이 예상될 때만 가능하다. 만약 심각한 적자가 지속되면 대처방안을 찾게 될 것이고 이 경우 직원들의 인건비와 환자에 대한 처우가 제일 먼저 影響을 받게 된다. 이와 같은 경영속성이 있

으므로 사립정신병원에 대해 樹立된 정책이 병원의 지속적인 손해만을 요구하며 아무런 보상이 동반되지 않거나 장기적인 利益이 없을 경우에는 잘 지켜지지 않을 것이며, 설령 마지 못해 지켜진다 하더라도 入院患者들의 불이익이 동반될 가능성이 있다. 그러므로 개선을 위한 政策은 안 지킬 경우 신속한 처벌이 가해져야 하지만, 지킬 경우에는 損害에 상응하는 다른 보상이 반드시 있어야 한다.

7) 競爭

사립정신병원들은 공동의 이익이 관련된 경우에는 서로 긴밀하게 협조가 되고 의견일치도 쉽게 된다. 그 예로 정신보건법에 대한 共同阻止 노력을 들 수 있다. 그러나 이들은 서로 경쟁적인 관계에 놓여 있기도 하다. 지역적으로 멀리 떨어져 있어 환자에 대한 競爭이 되지 않을 경우에는 서로 협조가 쉬우나, 인접한 地域에서는 경쟁관계에 놓이거나 상호보완적인 진료를 하게 된다. 각 병원의 經營者 사이에도 묘한 경쟁심리가 있으며, 따라서 병원의 특성이나 運營戰略에 대해서는 윤곽만 드러날 뿐 자세한 세부사항들은 서로 모르게 된다. 정책입안자가 각 병원의 특징을 잘 알고 만약 어느 병원의 치료전략이 바람직하다고 判斷하여 전국적인 확산을 계획한다면 전국적으로 일률적인 支援을 하거나 그 프로그램을 강요할 필요가 없다. 특혜의 인상을 주지 않은 채 해당병원에만 지원을 하면 경쟁관계에 있는 병원들은 強要하지 않아도 자연히 모방을 하게 되고, 그 서비스를 더욱 정교하게 發展시킬 것이며 자연스럽게 전국적으로 확산될 수 있다. 이때 일정 水準의 서비스가 제공된다면 다른 병원도 지원하는 정책을 시행하면 쉽게 定着될 수 있다.

나. 分類

1) 主治療 對象患者

의료보험 환자 위주, 醫療保護 患者 위주, 혼합형태

2) 經營者の 特徴

정신과 전문의, 타과 의사, 의사가 아닌 경우

3) 入院 患者數

1000명 이상, 500명 이상, 500명 미만

4) 位置

서울 인근지역, 대도시 隣近地域, 기타 지역

5) 修練病院과 非修練病院

6) 設立根據

정신병원에서 출발,療養院에서 출발

7) 歷史

10년 이상, 5년 이상, 5년 이하

8) 大學病院과의 關係

부속병원, 동일계열의 財團이 운영하는 병원, 모자관계, 자매관계, 관계 없음

다. 分類別 特性

1) 전체 입원환자의 80% 이상이 醫療保護 患者들인 병원은 환자 중 보호자가 없는 행려환자의 비율이 20%를 넘으며, 요양원에서 後送된 환자들도 다수 있다. 진료비의 만성적인 적체현상으로(평균 6개월 이상) 인해 항상 경영에 압박을 받고 있고, 미수금을 上廻하는 부채를 갖고 있어 인건비 절감과 規模의 경제화를 통해 경영합리화하려는 전략을 주로 취하므로 점차 대형화되고 있다. 또한 환자와 보호자군의 특성, 대상환자

의 광역화, 신체합병증 환자, 行旅患者, 요양원에서 후송되어 온 환자, 노인성 치매환자의 적체 등으로 인하여 平均 在院日數가 길고 설립역사가 오래 될수록 장기환자의 비율이 높아진다.

반면에 의료보험 환자를 主治療對象으로 하는 사립병원들은 진료와 서비스의 고급화를 통해 종합병원, 대학병원, 국립병원 등과 경쟁해야 하고, 보호자가 많은 費用을 부담해야 하므로 재원일수가 짧으며, 의료보호 환자를 진료하는 경우보다 좋은 施設과 다수의 전문인력이 필요하다. 경영은 국가예산에 依存하지 않아 미수금도 발생하지 않으므로 수월한 편이며, 근무환경도 비교적 良好한 편이다. 그러나 진료의 전문화를 통한 개선은 현행 의료보험 酬價體系로 인해 곧 한계에 부딪히므로 의료보호 환자를 추가치료하거나 대형화함으로서 經營의 어려움을 극복하려 한다.

2) 경영자가 의사인 경우에는 診療와 서비스에 보다 중점을 두므로 전문인력의 유입이 쉬운 반면 의사가 아닌 경우에는 管理와 운영에 더욱 관심을 갖게 되고 관리인력의 抵抗으로 인해 전문의료인력의 유입이 힘들어진다. 정신병원의 특성은 의식주를 提供하는 생활의 공간인 동시에 치료의 장이기도 하므로, 관리와 진료간의 協助와 갈등이 모든 결정과정에서 작용하게 된다. 대부분의 결정과정에서 兩者間에 葛藤과 우선순위 다툼 현상이 벌어지게 되는데, 경영자가 정신과 전문의인 경우에도 이러한 갈등은 존재한다. 그 이유는 유한한 자원을 分配해야 하는데 관리는 필수조건이고 진료는 충족요건에 해당되기 때문이며, 兩者가 불균형하게 성장할 때 문제가 發生하게 된다. 현재 관리중심의 운영을 하는 병원에는 치료중심의 개선책이 필요하고, 치료중심의 운영을 하는 병원에는 관리부문의 서비스 개발을 통한 改善이 있어야 한다.

3) 최근 대형정신병원의 問題點이 대두되고 있으나 대형화될수록 커다란 오류는 범하지 못하는 構造를 갖고 있다. 사회적인 책임감을 일부 느끼기도 하며 항상 외부의 視覺에 노출되므로 무리한 운영을 할 수 없고, 내부적으로도 적절치 못한 決定이 내려지면 조직적인 저항과 불평

심지어는 외부언론에의 제보조차 있게 된다. 즉 규모가 대형화될수록 경영자는 조직의 운영이 過去와는 달리 자신의 결정에 의해 통제되지 않는다는 사실을 자각하게 된다. 그러나 대개의 중소형정신병원은 운영자체가 안정되어 있지 않아 生存과 성장을 위해서는 원칙에 어긋나는 무리한 결정을 쉽게 정하고 시행할 수 있으며, 현재 長期入院患者의 비율이 적은 이유가 단지 설립역사가 짧다는데 기인할 뿐이다. 일부의 '대형정신병원'은 문제가 많으니 앞으로는 중소형정신병원을 집중운영하자'는 의견제기는 外見上 합리적인 듯이 보이나, 이는 사립정신병원의 경영속성을 이해하지 못하고 있음에 기인하고, 또한 현재의 診療費 수준과 수가체제에서는 중소형정신병원의 안정적인 운영이 수년 내에 불가능하여 오히려 국내 정신보건의 일시적인 退步現象을 가져올 수 있음을 유의해야 한다. 근본적인 변화와 개선에는 예상보다 많은 자금, 시간, 인력이 일정목표를 위해 투입되어야 가능하고, 이때 예전에는 당연시되었던 慣行과 가치관의 희생이 동반되어야 한다. 이러한 희생을 감내할 수 있는 能力은 역사가 짧거나 규모가 작은 사립정신병원에서는 기대하기 어렵다.

4) 대도시를 중심으로 한 주변지역에서는 交通이 편리하고 정신질환자가 밀집되어 있어 현재는 환자를 誘致하기 위한 무리한 활동들은 적으며 또한 전문인력들의 고용도 용이한 편이다. 그러나 비교적 규모가 크면서도 農村地域에 위치한 정신병원들은 전문인력의 유입이 어렵고 특별한 전략을 구사하지 않는 한 환자의 確保가 어렵다. 다른 병원에서 기피하는 특정환자군을 치료하거나 (예를 들어 알코올의존증), 저렴한 진료비만 받거나, 또는 平生患者 제도를 운영하는 등 갖가지 방법을 동원하게 된다. 이들 병원의 문제들은 격리된 位置로 인해 쉽게 외부에 노출되지 않으며 폐쇄적으로 운영되고 있어 그만큼 改善이 쉽지 않을 전망이다.

5) 사립정신병원이 學會나 병원협회의 전공의 선발기준에 맞는 조건을 구비하였더라도 일정규모 또는 一定水準의 전문인력이 확보되지 못한 상황에서 전공의를 교육시킨다는 것은 다른 전문과에 비해서 대단히

힘이 든다. 전공의를 選拔하려면 일정기간을 대학병원과 모자 또는 자매 관계를 유지하도록 학회가 규정하고 있어 전공의 선발은 해당 사립정신병원에 대학병원의 干涉이 시작됨을 의미한다. 이러한 간섭은 경영방침, 진료의 질, 고용의사들의 人事權, 해당 전공의의 교육을 통한 간접적인 관여 등 매우 다양한 형태로 행해진다. 대부분의 사립정신병원은 이 과정을 통해 병원분위기가 신속히 改善되기도 하나, 일부에서는 이러한 간섭으로 야기된 갈등이 해소되지 않아 派閥造成, 은밀하고 조직적인 저항 등으로 표출되기도 한다. 만약 전문의를 채용하지 못하는 사립정신병원이 대체 인력으로의 활용을 위해 전공의 수련을 시작한다면 곧 후회하게 될 것이다. 전공의들은 많은 환자를 담당할 수 없으며, 이들의 교육수련에는 예상 이상의 비용과 專門人力이 투입되어야만 가능하다. 일정규모 이상의 사립정신병원에서는 전공의 수련을 의무화시키고 현재 신경정신의학회에서 요구하는 수준의 교육을 시킬 수 있도록 指導監督을 강화하며 정책적으로 지원을 한다면, 수년내에 이에 해당하는 병원들의 질적수준은 획기적으로 개선될 수 있다.

6) 정신병원으로 출발하였고 醫師가 경영자인 병원은 의학적 모델에서 출발하였으므로 초기에는 별 問題點이 없고 다양한 환자들에게 치료적인 접근을 할 수 있으나, 병원의 규모가 커지고 만성 정신질환자와 장기입원 환자들이 적체되면 심리사회적 接近法에 의한 치료적 모델의 개발과 적용이 불가피해진다. 이 경우 의학적 모델에 익숙했던 의료진을 설득하며 교육을 진행하고 여러 전문분야간의 協助體系로 전환하는 등의 서비스 개선이 이루어져야 하는데 수가와 정책의 지원이 없는 현시점에서 용이한 일은 아니다. 한편 療養院에서 출발했고 의사가 경영자가 아닌 정신병원은 더욱 개선되기 어려운 한계가 있다. 요양원과 정신병원의 운영방식은 다를 수 밖에 없어 요양원 運營時의 절대적이었던 경영진의 권위를 의사에게 일부 양보할 수 밖에 없으나 요양원 운영에 관여했던 관리인력이 그대로 정신병원에 유입되고 있어, 과거와 동일한 방식으로 운영

하려는 경향을 보이며 능력있는 의료인력들의 轉入을 가로 막아 서비스의 개선이 늦어지고 고급수준의 진료가 시행되지 못한다는 문제점이 있다.

이러한 상황의 개선은 전문인력의 大量流入만으로 개선이 가능하나, 우선 사문화된 현행 의료법의 인력기준이 정신병원의 현황에 맞게 합리적으로 개정되고 監督이 강화되어야만 여러 측면의 개선이 가능해질 것이다.

7) 서울에서 출퇴근이 가능한 地域에 위치한 정신병원들은 변화를 요구하는 의료인력 확보가 용이하고, 情報의 유통과 활용이 신속하게 이루어지며, 최신지식과의 交流가 원활한 등의 유리한 측면이 있는 반면에 외부의 변화에 쉽게 영향받으며 공개압력을 보다 심각하게 받을 수 밖에 없다. 또한 경영방식도 시대의 흐름에 맞게 계속 變化해야 하고 경영자의 비합리적인 요구는 쉽게 收容되지 않으며, 고급 전문인력의 인건비는 지방보다 저렴한 반면에 중간계층 이하의 인건비는 상대적으로 높다. 따라서 서울인근에 위치한 경우에는 병원 개선의 主對象 인력을 중간계층 이하의 職種에 두어야 하며, 기타 지방에서는 주대상을 중간계층 이상의 고급 전문인력에 두어야 한다. 서울 인근과 지방에 위치한 사립정신병원 사이에 정보교환 및 相互 기술능력 향상을 위해 신규채용 인원을 파견교환시킨 예가 있으나 원래의 목적과는 달리 임금에 대한 비교나 노조운동의 擴散을 피하는 움직임이 있어 중지된 바 있다. 그러나 서로 다른 경험과 대처능력을 보유한 각 병원들의 長點과 전략을 상호교환할 수 있다면 전체 사립정신병원의 개선속도는 빨라질 수 있다. 이런 관점에서는 대학병원 또는 공공기관이 사립정신병원의 中間階層 인력들을 대상으로 정기적인 세미나를 개최하거나 교육과정을 마련하는 것도 좋은 효과를 가져올 수 있다.

3. 私立精神病院의 問題點과 原因, 그리고 解決策

현재 사립정신병원들이 해결해야 할 문제점들은 국내 정신보건 분야가

찾고 있는 전체 모순점들의 총체적인 결과이지, 단순히 일방적인 이윤추구의 경영전략에 의해 야기된 결과는 아니다. 국내 정신보건의 각종 문제점들의 분석에서 항상 공통적으로 歸結되는 한가지의 원인은 상식적으로 납득할 수 없는 저렴한 의료보험 酬價와 교도소 재소자의 관리비용과 비슷하게 策定되어 있는 의료보호 단일수가제라고 할 수 있다. 현재 사립정신병원에 입원환자수가 많기 때문에 그에 따라 문제가 심각한듯이 부각되고 있을 뿐이지, 대부분의 문제들은 국가정책, 수가체계, 사회, 가족, 환자 및 공공립정신병원을 포함한 關聯團體 모두가 공동의 책임을 느껴야 할 사항들이다. 따라서 문제점들 중 일부는 병원 자체의 노력이나 소액의 投資로서 개선 가능한 사항도 있는 반면에, 국내전체 정신보건의 환경변화가 요구되거나, 法令이나 정부의 자금지원이 필연적으로 동반되어야만 해결가능한 상황들도 散在해 있다.

가. 政策

사립정신병원의 우선적인 장점들은 제한된 자원을 최대한 활용하면서 최선의 효율성을 追求하는 민간기업의 특성에 기인될 수 있으며, 이 효율성이 이윤추구에 국한될 때 갖가지 문제현상들이 나타난다. 따라서 국민정신건강 증진이라는 大名分 下에 그 병원이 진실로 추구하는 감추어진 목표가 무엇인가를 확인하게 되면 개선 가능성을 알아 볼 수 있다. 병원들은 각자의 힘으로 生存하고 있는 독립체이므로 단순히 동일할 시각으로 사립정신병을 평가하며 政策提示를 할 때 문제는 해결되지 않고 복잡성만 더해 가게 된다.

현재 정신보건 분야의 정책을 研究하거나 결정하고 시행하는 사람들이 흔하게 범하는 오류들은 대개 다음과 같다.

첫째, 일정한 규정을 만들어 一般化시키고 모든 대상들에게 동일하게 적용하고 싶어한다. 이러한 경향은 점차 細分化, 전문화되는 의료계의 현실에 맞지 않으며 관리감독 기능의 행정편의만을 위한 발상이다. 현재 아무리 효율적인 정책이 제시되어도 당장 일반화, 전국화를시킬 수 없는

전해는 정책으로 採擇되지 않고 있다.

둘째, 감독과 規制라는 概念에는 익숙하나 동기부여와 보상이라는 측면의 효과를 알지 못한다. 이들은 사립병원의 競爭이라는 개념을 이해하지 못하며, 또한 경쟁에서 탈락하게 되면 消滅이 불가피하다는 사실도 회피한다. 즉, 사회가 어떤 과정을 통해 발전되는지를 경험할 기회가 없었으므로 정책의 폭 또한 좁아지게 되며, 결과적으로 사립정신병원을 개선시킬 수 있는 가장 효과적인 방법을 구사하지 못하고 있다.

셋째, 변화에 필요한 비용, 노력, 기간 등은 政策立案者의 관심사가 아니며, 이에 관련된 사항들은 이들의 權限 밖의 협조되지 않는 곳에 위치하고 있다. 만약 협조를 얻으려 하면 상대방은 항상 일정기간 내에 얼마만큼의 가시적인 실적이 가능한가를 질문한다. 비용효율성 또는 비용이익 측면의 분석을 할 능력이 없으므로 결국 資金이 투자되지 않는 현재 입법예고된 정신보건법 같은 정책만을 선호하게 된다.

넷째, 결과에 대한 책임을 지지 않는다. 정책의 결과는 최소 수년이 경과해야 윤곽이 드러나는데, 이때 이들은 다른 分野의 다른 직위에서 활동하고 있게 된다. 또한 직위 이동시 자신이 蓄積했던 경험을 후임자에게 인계하는데 인식하므로 해당 政策分野의 전문가는 양성되지 못하고 정책은 일관성이 유지되지 못한다.

다섯째, 실제 현장에 있는 사람의 意見은 업계의 이익만을 추구할 것이라고 막연히 의심되거나 무시되며, 學會나 대학교수의 의견을 금과옥조처럼 생각한다. 이것은 잘못된 결과가 發生할 때 정책결정자를 보호할 수 있는 최선의 防禦策이 될 수 있기 때문이다. 현실에 어두운 사람들이 비공개적으로 탁상공론을 하여 결정되는 정책은 대부분 실패한다.

여섯째, 정부의 정책방향이 변경될 경우에는 그에 대한 관련 전문가들과 이해관계 집단들의 同意를 받아야 하며, 이와 같은 변화에 적응할 수 있는 단계적인 계획을 수립하고 施行해야 한다. 각 이해집단의 갈등현상을 조정하기 어렵다고 정책변경 계획을 비공개해서는 안된다. 확신이 있다면 적극적으로 설득하고 반대의견도 收容하는 자세를 보여야 한다.

일곱째, 국가의 정신보건 정책은 역사, 문화, 경제, 교육, 국민의식 수준 등 사회제반 여건이 총체적으로 반영되어야 한다. 즉, 현재 정신보건에 대한 평가는 비슷한 수준의 국가(예를 들어 그리스, 포르투갈, 대만)와 비교되어야 하고, 향후 정책은 정신보건 사업이 성공적으로 진행 중인 국가를 模型으로 해야 한다. 그러나 일부 정책입안자들은 현재 국내의 각종 여건을 무시하고 구미각국의 선진형 모델만을 주장하고 있다. 정신보건 관련 전문가라면 누구나 어떤 것이 바람직한 모델인지는 알고 있으며 교과서에 적힌대로 주장할 수 있다. 그러나 진정한 전문가라면 이러한 목표를 어떻게 달성할 수 있는가에 대해 현실적인 眼目과 실현가능한 계획을 세워 실천에 옮겨야 한다.

나. 問題點과 解決策

1) 構成 患者群의 問題

가) 行旅 精神疾患者 (Homeless Mentally Ill)

아마도 우리 사회에서 가장 脆弱하고 버림받은 집단은 집과 가족이 없는 정신질환자들일 것이다. 국내에는 이들에 관한 정확한 統計는 없으며, 사립정신병원 입원환자의 약 20% 정도가 이에 해당한다고 判斷된다. 이들은 원래 가족과 집이 없는 사람도 있으며, 가족이 遺棄한 경우도 있고, 정신병적인 상태에서 家出하여 증상으로 인해 주소와 전화번호를 기억하지 못하는 경우도 있다. 원칙적으로 이들은 공공의료기관에서 치료하여야 하나 현재는 사립정신병원들이 그 역할을 담당하고 있다. 이들은 정신병원 장기입원 환자의 主要部分을 차지하고 있으므로 반드시 별도의 대책을 마련하여야 한다.

나) 慢性 精神疾患者(Chronic Mentally Ill)

만성 정신질환자란 ‘심각하고 지속적인 정신질환을 가지고 있으며, 일상생활의 기능을 방해받고 있고, 종종 장기간의 입원치료나 정신과적 치료

를 필요로 하는 집단'을 말한다. 앞으로 탈수용화의 우선대상으로 거론될 수 있는 집단이나, 외국의 경험에서 보았듯이 對策 없이 社會復歸할 경우 엄청난 사회문제와 부작용을 惹起시키게 된다. 선진국의 지역사회 정신보건에서 실패부분의 주요 원인은 慢性 精神疾患患者의 문제를 소홀히 하였고, 체계적인 조사나 대책수립을 하지 않고 社會에 復歸시킨데 있다. 실제로 국내에 얼마나 많은 만성 정신질환자가 있는지는 확실치 않으나 사립정신병원에서는 많은 병상을 占有한 가운데 장기입원되어 병상의 효용성을 떨어뜨리고 있다. 국공립정신병원에서는 이들의 재원일수가 비교적 짧은데, 그 이유는 치료를 잘 해서 나타난 現象이 아니고, 국립정신병원은 많은 국민에게 좋은 서비스를 공평하게 저렴한 비용으로 제공해야 한다는 명분 하에 병의 경과에 관계없이 일률적으로 입원기간을 제한하고 있기 때문이다. 국립정신병원은 赤字가 나도 국가에서 그 비용을 부담해주므로 경영상태에 관계없이 저렴한 비용으로 서비스를 제공할 수 있고, 그 결과로 환자와 보호자보다 優越한 입장에서 일정기간 경과 후의 퇴원유도가 가능해진다.

다) 身體合併症 精神疾患者

정신질환자는 정상인에 비해 전반적인 衛生狀態와 영양상태가 좋지 않고 抵抗力도 떨어져 있어 각종 신체적인 질환에 이환될 확률이 높다. 특히 정신발육지연이나 노인성치매 患者에서 만성적인 각종 신체합병증이 동반되어 있는 경우가 많다. 이런 환자들은 대학병원을 비롯한 종합병원에서 가장 적절한 治療를 받을 수 있고 당연히 공공부문의 서비스에서 담당해야 할 대상이나, 전국 어느 병원(국공립 포함)에서나 우선적인 기피대상 환자가 되고 있다. 현재 유일하게 사립정신병원들만이 이러한 책임을 담당하고 있으나, 精神病院에서는 도저히 해결할 수 없는 매우 심각한 신체합병증이 동반된 경우가 전체입원환자의 약 5% 정도로서 적절한 수준의 의학적인 진료를 받지 못한 채 죽기만을 기다리는 기이한 現象이 발생하고 있다.

라) 長期入院 患者

선진국과 비교할 때 국내 사립정신병원 입원환자들의 平均在院日數가 긴 것은 사실이다. 그러나 現實認識이 부족한 극소수가 주장하듯이 병원 수입을 증가시키기 위해 나타난 고의적인 결과는 아니다. 바로 이 장기입원 환자의 문제는 국내 정신 보건에 관련된 모든 문제점들이 총체적으로 작용하여 발생한 產物이다. 그러므로 장기입원에 관련된 모든 측면을 분석하여 보는 것은 대단히 중요하며, 이 과정을 통해 사립정신병원을 포함한 국내 정신보건의 現況에 대한 이해가 가능하고 앞으로 정책입안자들이 지향해야 할 방향성과 해결방법이 提起될 수 있을 것이다. 우선 장기입원이 발생하는 원인을 살펴보면 아래와 같다.

첫째, 일반 사회인들의 정신질환자에 대한 偏見에 기인한다. ‘정신질환은 치료가 안되고 위험하므로 사회에 내보내면 안되고 내집 근처에 정신병원 등의 시설이 들어서는 것은 절대 용납할 수 없다. 정신질환자는 아주 이상해서 이해할 수도 없고 아무런 일도 못해 사회에 부담만 준다’ 대개 이와 같은 내용의 편견에 사로잡혀 있으며, 각종 매스컴이 정신질환자의 위험성을 확대전파시키고 있어 長期入院의 분위기가 조성되고 있다.

둘째, 가족들은 대개 환자를 입원시킴으로서 자신의 도리와 책임을 다했다거나, 입원시키는 길만이 환자를 최선으로 돕는 길이라고 생각한다. 의사가 퇴원을 권고해도 거부반응을 보이는 경우가 있는데, 가족이 치료비의 상당부분을 부담하는 의료보험 환자들에서는 이런 경우가 적으나, 정부에서 診療費를 부담하는 의료보호 환자의 경우에는 의사의 강력한 퇴원권유가 있어도 여러가지 이유로 거부하곤 한다. 대부분은 환자가 완치된 것이 아니므로 再發할 것이고 그 경우 재입원 절차가 번거롭고 힘들며, 오래 입원할수록 치료가 더 많이 될 것이라는 잘못된 믿음을 갖고 있거나, 퇴원 후 환자가 기거할 곳이 없거나 돌볼 사람이 없거나 퇴원으로 인해 전세집에서 쫓겨나거나 공부하는 學生에 방해가 되거나 이웃집에서 불평하거나 입원시킨 가족에게 보복을 할 것이라는 등의 실질적인 부담이 가족들에게 돌아온다는 이유를 제기한다.

셋째, 만약 병원이 收入増加를 위해 소속의사들에게 환자를 퇴원시키지 말라고 강요한다면 그 지시에 순응하는 정신과 의사는 없을 것이며, 특히 소속의사의 숫자가 많은 정신병원일수록 이와 같은 指示를 하는 것은 원천적으로 불가능하다. 그러나 다수의 정신과의사들은 보호자의 실질적인 어려움에 대해 귀를 기울이게 되고 그것이 現實이므로 퇴원을 연기시켜 주는 경우가 많다. 아무런 대책도 없이 퇴원만 하기 보다는 ‘차라리 내가 계속 데리고 치료하는 것이 집에 가는 것보다 나을 것이다’, 또는 ‘이 병원에서 퇴원하면 더 열악한 병원이나 療養院으로 갈 것이다’ 등의 상황이 예측되면 퇴원강요를 포기하는 경우가 많다. 또 다른 중요한 이유로는 현재의 열악한 국내 정신보건의 현실에서 脫收容化라는 명분 하에 환자를 퇴원시키는 것이 과연 윤리적인가에 대해 강한 회의를 갖고 있기 때문이거나, 퇴원 후 환자가 사회적인 물의를 일으키는 범죄행위를 저질렀을 때 그 책임을 누가 감당할 것인가가 확실치 않기 때문이다.

넷째, 노인성치매 환자, 만성 정신질환자, 심각한 신체합병증이 동반되어 있어 퇴원이 死亡과 직결되는 환자, 요양원에서 치료가 불가능하여 전원되었으나 정신병원에서도 치료가 불가능하고 행동상의 지속적인 문제가 있는 환자, 정신박약이 동반된 정신질환자 등은 현재의 과학수준으로는 치료 또는 조절이 불가능한 患者들이므로 당연히 퇴원이 안되어 병원에 계속 적체되며 설립연도가 오래된 病院일수록 장기입원 환자가 많아지는 주요 원인이 된다.

다섯째, 제도상의 문제와 수가의 문제점들이 장기입원을 조장하고 있다. 즉, 의료보호 환자의 관리지침에 入院期間 중 외출과 외박을 허용하지 않고 있어, 퇴원전에 정신질환자들이 가정복귀 경험을 통한 문제점 파악과 그 해결책을 摸索할 기회가 전혀 없으므로 입원기간이 연장되고 있다. 행려환자들에 대한 지문 조회 권한이 사립정신병원에 부여된다면 가족을 일부분은 찾을 수 있어 퇴원이 가능해지나 현행법에는 사립정신병원에서 지문조회를 의뢰할 수가 없게 되어 있다. 한편 행려환자의 보호자가 나타나는 순간부터 의료보호의 惠澤이 자동말소되므로 경제력이 어려운 보

호자는 환자를 찾지 않으려하여 長期入院의 또 다른 원인이 되고 있다. 장기입원을 막을 수 있는 대체치료 중 국내에서 의료보험 수가에 유일하게 반영된 치료법은 낮병원 진료이나, 醫療保護 환자들에게는 낮병원진료를 수가에 반영시키지 않고 있는 결정도 역시 長期入院을 조장하고 있다. 정책의 主要目標은 만성 정신질환자의 원활한 사회복귀 및 적응에 있는데 비해 수가의 운영방식은 이를 저해하고 있어, 추후 제공되어야 할 서비스들의 개발과 적응을 저해하고 있다.

여섯째, 사립정신병원에서 長期入院의 문제가 심각해지고 있는 이유는 공공서비스인 국공립정신병원들이 당연히 담당해야 할 역할을 소홀히 하고 있거나 기피하고 있음에도 일부 기인한다.

일곱째, 만성 정신질환자의 정신증상이 好轉되었다 할지라도 이들이 사회복귀 후 제공받을 수 있는 서비스가 전혀 없다. 국내의 정신보건체계는 입원치료, 외래치료, 요양원 入所의 세가지 기능 밖에 없어 정작 만성 정신질환자의 사회복귀를 촉진시키고 적응을 도와줄 아무런 방법이 없다. 이들의 사회복귀에는 일정기간 滯留하며 적응할 수 있는 기거시설, 이들을 도와 줄 인적자원, 지역사회 정신보건 개념에 입각한 서비스와 프로그램, 고용 기회의 제공, 각종 제도와 자금의 투입 등이 필요하다. 이러한 환경이 구비되지 못하고 있는 것도 장기입원 현상의 한 원인이 되고 있다.

이상에서 보았듯이 장기입원환자의 문제는 국내 정신보건의 각 분야가 변화되고 개선되어야만 해결될 현상이며, 사립정신병원의 經營指針 변경이라는 단순한 논리로서 접근하고 해결될 수 있는 사항이 아니다.

마) 問題患者群

각 사립정신병원마다 문제환자들이 있으며 그들에 대한 대책도 어느 정도는 있다. 그러나 놀랍게도 全國 精神病院들이(국공립, 사립 모두) 공통적으로 진단명에 따라 문제환자라고 느끼며 경영과 무관하게 치료를 기피

하는 환자집단이 있어 진료의 四角地帶에 놓여 있으며, 과연 이들이 정신병원에서 다루어야 할 환자군인지 조차 불 투명하다. 이들은 마약중독자, 인격장애자, 대소변을 가리지 못하며 步行能力 등의 일상생활 능력이 없는 노인성치매 환자, 정신병이 동반된 정신박약 환자, 진단명에 관계없이 告訴 告發 陳情 등을 상습적으로 하는 환자, 일부의 알코올의존증 환자, 기타 기질성뇌증후군 환자 등이다.

2) 人權의 問題

정신질환자는 자신의 權利를 인식하거나 主張하는 능력이 결여되어 있으므로 치료자 또는 보호자들이 이를 항상 염두에 두고 소홀하지 않도록 해야 한다. 人權이라는 단어가 내포하고 있는 의미는 대단히 광범위하여 실제상황에서는 인간적인 대접을 받을 권리라는 단순한 말로서 해석하기 어렵다.

사립정신병원에서는 그간 다음과 같은 事項들이 문제로 제기되었고, 그 결과 일부사항은 개선되었거나 개선방법을 모색 중이고, 일부 사안들은 오히려 역작용을 일으키고 있다.

가) 通信自由

‘정신병원에서는 외부와 通信을 할 자유가 제한되어 있으며, 대개 그 근거로서 병동내에 환자가 자유롭게 사용할 수 있는 공중전화가 가설되어 있지 않다’는 점이 지적 되곤 한다. 그러나 전화국에서는 월평균 일정액 수의 통화가 보장되지 않으면 公衆電話를 가설해주지 않고 있으며, 한 병동에 입원한 환자들이 이러한 액수의 통화량을 채울 수도 없고, 특히 의료보호환자인 경우에는 病院에서 전액 전화비를 부담하지 않으면 전혀 전화를 걸 수 없는 환자가 대부분으로, 정신병원에 입원 중인 환자들은 모두 시외전화를 사용하므로 自負擔能力이 없는 환자들에게는 1개월에 1~2회 밖에는 전화를 허용하지 못하고 있다. 현재상황에서 전화통화는 인권의 문제가 아니며 경비부담의 문제이다. 만약 정부가 각 병동에 공중전

화 설치를 의무화하고 그 통화비용을 부담한다면 일시에 이러한 논란은 사라질 것이다. 현재 대개의 病院들은 엽서는 제한없이 보내주고 있다.

나) 強制入院

‘사립정신병원과 누군가가 結託하여 멀쩡한 사람을 강제로 잡아 가두고 있는데 이것은 대개 재산문제나 訴訟과 관련이 있는 경우들이다’라는 의심은 매우 흔하다. 정신병원을 방문하는 언론인이나 감독자들 그리고 일반인들은 이 문제에 대하여 대단히 敏感하다. 병동이 공개되어 환자면담이 허용되면 이들은 억울한 사람을 한명이라도 찾아내기 위해 애쓴다. 이때 제일 확실하게 자신의 억울함을 立證할 수 있는 환자들은 알코올의 존증 환자와 의부증 또는 의처증 환자들이다. 현재 알코올의존증 환자들을 위한 時間制限的 치료프로그램을 운영하는 극소수의 정신병원을 제외하고는 대개의 사립정신병원에 아무리 환자가 오래 입원하여도 완치가 거의 불가능한 것이 사실이다. 그러므로 이들을 치료한다기 보다는 술로부터 격리시키고 있을 뿐이며 이와 같은 관점에서 보면 이들은 인권이 침해받고 있는 환자들이다. 그러나 퇴원할 경우 사회전체가 감당해야 할 각종 폐해와 부담은 엄청나며 그 배우자와 자녀를 포함한 직계가족들이 겪게 되는 인권유린과 家庭파탄의 현상 또한 심각한 실정이다. 비전문가의 입장에서 보면 의처증과 의부증 환자를 정상인과 감별하기 매우 힘들므로 이 환자들이 외부인에게 억울하다고 호소할 경우 때로 설득력을 갖는다. 실제로 이들 대부분은 離婚이나 재산문제에 관련된 소송 중이거나 소송을 계획하고 있다. 현재 국내상황에서 이들을 치료하겠다고 시도할 경우 의사는 법정에 증인으로 불려나가 困辱을 치를 가능성이 많다. 정신질환자의 인권문제가 대두된 이후 그 반작용으로 이들은 사립정신병원에서 대표적인 기피환자가 되었고 조건이 아주 劣惡한 정신병원 또는 치료프로그램을 運營 중인 극소수의 정신병원에서만 입원되고 있어, 대개는 치료받지 못하고 療養院이나 기도원 등의 인권사각지대를 전전하는 소외된 집단이 되고 말았다.

다) 私生活 保障

‘사립정신병원의 構造가 개인의 사생활을 보장하지 못한다’는 지적이 있다. ‘화장실문의 윗부분을 일부 가리지 않고 있다거나, 여자 병실에 남자 직원이 근무하여 목욕하는 것을 볼 수 있다거나, 한 방에 너무 많은 인원을 입원시키고 있다거나, 아예 病棟構造 자체가 내무반식으로 되어 있어 아무런 私生活이 보장되지 않으며 관리수용 위주로 운영되고 있다’는 점 등이 주로 논란의 主題였다. 이렇게 된 원인은 보건 복지부의 정신병원 관리지침과 경영자의 안전사고 방지에 대한 과도한 우려에 기인하며, 일부는 의료법의 시설기준이 정신병원의 운영에 필요한 要件과는 전혀 맞지 않기 때문이다. 그러나 한 방에서 생활할 수 있는 최대 입원환자수는 정해 놓을 필요가 있으며, 내무반식 병동운동을 속히 개선해야 하고, 치료활동 공간확보를 촉진시킬 수 있는 정책을 施行해야 한다.

라) 自然死한 行旅患者의 處理

사립정신병원에서 행려환자가 죽으면 ‘무슨 폭행에 연루되어 죽지는 않았는가 또는 시체를 대학병원에 보내 實習용으로 판 것은 아닌가’하는 의구심을 갖는 경우도 많다. 이러한 오해로 인한 후유증을 우려해 각 병원들이 死亡한 행려환자들을 무조건 매장만 하려 하고, 정작 필요로 하는 의과대학에는 보내지 못하고 있다. 무조건적으로 주장되는 人權擁護에 의해 파생되는 이런 현상들이 과연 누구를 위한 것인가는 깊이있는 성찰을 요한다.

마) 衣食住

사립정신병원 방문자들은 醫療保護患者를 보면 대개 ‘병원에서 밥을 배부르게 먹고 있는가’하는 우스꽝스러운 질문을 한다. 어떤 환자는 ‘배가고프다’고 답변하며, 이에 방문객은 기다렸다는 듯이 驚愕을 금치 못한다. 정신병원에서 사용하는 약물은 대부분 뇌의 식욕센터를 자극하므로 충분

히 음식을 섭취해도 환자들은 배가 고프게 느껴질 수 있으며, 일부의 기질성 뇌증후군 환자에서도 이런 현상이 나타나 일반인들은 이를 이해하지 못한다. 그러나 입원 중인 환자들의 몸매가 정상인보다 뚱뚱하다는데 주목하는 사람은 별로 없다. 현재 국내의 사립정신병원에서 주부식을 환자가 원하는 양만큼 주지 않는 병원은 없다.

정부는 의료보호환자의 입원치료비로 교도소 在所者 관리비와 비슷한 비용을 주면서 전문적인 치료를 제공하고, 高價藥을 사용하고, 고급 전문인력을 충분히 확보하고, 의식주도 중산층 가정처럼 제공하라고 지시하고 있다. 의식주의 質이 현재보다 향상되어야 하는 것은 당연한 사실이나, 이 경우 자금투입 면에서 경쟁상대에 있는 診療의 質이 저하될 수 밖에 없게 된다.

바) 治療와 일

‘일부 사립정신병원에서 환자에게 중노동을 시킨다’는 의구심을 갖고 있는 일반인들도 있다. 이러한 견해는 일반인들에게 형제복지원 사건의 악몽과 비인간적인 處遇를 연상시키므로 각 사립정신병원은 이와 같은 소문이 나는 것을 매우 두려워한다. 상태가 안정되고 있는 환자들이 병동 내에서 격리되어 있는 것보다 체계적인 社會適應 훈련과 직업재활치료 프로그램에 참여함으로써 원활한 사회복귀가 이루어지며 재발율이 감소된다는 것은 상식이다. 환자의 자발적인 參與가 문서화된 동의서로 작성되고 언제든지 중단할 권리가 보장되며 정해진 임금이 支拂되고 환자의 개별적인 통장에 의해 관리된다면 아무도 이를 비난할 수는 없다. 또한 퇴원과 독립적인 생활능력 習得을 목표로 하는 프로그램이라면 그 가치는 더욱 높다. 일의 치료적인 도구로서의 역할을 재발견함으로써 광범위한 치료의 방법들이 개발되고 있으며, 많은 연구들이 직업재활프로그램을 통한 고용상태와 재발을 사이의 相互關係를 입증하고 있다. 일을 한다는 것은 재활치료에 있어서 결과일 뿐만 아니라 과정으로서도 중요한데, 일을 통

해 스트레스를 줄임으로써 症狀의 재발을 막고 대응능력과 조절능력을 향상시키고 사회지지 체계를 강화시킬 수 있다. 연구들에 의하면 정신질환자가 일자리를 갖는 것은 증상의 관해를 유지하고 지역사회에서 생활을 유지하기 위한 중요한 예측인자가 된다. 이제 일은 만성 정신질환자의 재발에 있어서 중심적 위치를 차지하고 있으므로 국내에서도 이러한 프로그램을 體系的으로 시행해야 한다. 사립정신병원들은 과감하게 이 문제에 도전하고 치료전략을 세울 필요가 있다.

사) 精神病院의 公開

현재와 같은 정신병원의 閉鎖現象은 바람직하지 않다. 대부분의 사립 정신병원들이 외래는 전면 개방하고 있으나, 입원실은 특수한 경우가 아니면 개방하려 않는다. 물론 아무에게나 병실을 公開할 수는 없으며, 공개가 오히려 환자의 안정, 치료와 관리에 惡影響을 미칠 것이다. 그러나 공개요구에 무조건 저항만한다면 壓力은 점차 세어질 것이고 일반인의 의구심도 커질 수 있다. 최근 수년간 언론매체가 일방적으로 부정적인 측면만 보도한 관계로 사립정신병원들은 內部公開를 바라지 않고 있다. 그러나 다소 어려움이 있더라도 솔직히 공개하고 몇몇이 어려운 점과 실상을 알리는 것이 長期的인 측면에서 국민의 정신질환에 대한 이해를 얻을 수 있는 방법이다. 단, 현재와 같이 아무런 원칙 없이 公開壓力을 받아서는 안된다. 미국 주립정신병원의 경우처럼 방문자의 인적사항, 방문일자 와 목적, 환자와의 면담여부, 촬영여부와 肖像權 보호의 確約, 진료기록 조회여부 등을 사전에 문서로 신청하고, 병원의 윤리위원회 또는 기타 조직의 허락을 받아 공개되는 절차가 반드시 필요하다.

3) 醫療法의 問題

현행 醫療法(법률 제4430호)은 1973년 6월 16일 제정된 이래 4회에 걸쳐 改正되어 현재에 이르고 있으나, 그간 특수 단과병원인 정신병원의 사

정이 전혀 고려되지 않아 현재 정신병원들이 모두 불법운영을 할 수 밖에 없는 실정이다.

비록 惡法이라 할지라도 지킬 수 있다면 지켜야 하겠지만, 현행 의료법은 이미 사립정신병원들이 지킬 수 있는 限界를 너무 벗어나 있으므로 제정 초기부터 정신병원들에게는 사문화된 법이라고 볼 수 있다.

특히 동 法律 제32조(시설기준 등)와 의료법 施行規則 제28조의 2(의료기관의 시설기준 및 규격), 제28조의 6(의료인 등의 정원) 등이 현재 심각한 問題가 되고 있는데, 정신병원의 실정에는 전혀 맞지 않아 개정이 시급한 상황이다.

가) 醫療人力

정신병원의 의료인력에 관한 규정이 변경되어야 한다는 당위성이 논의되면서 이에 대한 각계의 서로 다른 기준치의 제시도 활발히 있어 왔다. 특히 사립정신병원들은 새로운 기준치에 대단히 민감할 수 밖에 없는 데 이는 전문인력의 고용이 정신병원 運營費의 상당 부분을 차지하는 인건비와 직접적으로 관계되기 때문이다.

(1) 醫師

그간 사립정신병원들이 醫療法에 규정된 의사를 확보하지 못해 항상 지적되어 왔으나 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 국내에는 원래 정신과 醫師의 숫자가 적어 정신병원의 의사 1인당 입원환자 숫자가 많을 수 밖에 없으며, 一般醫가 행한 진료는 정신과 진료비 중 제일 큰 部分을 차지하는 면담료를 청구할 수 없게 되어 있어 정신병원에 취업이 되지 않고 있다.

둘째, 精神科 醫師의 부족현상은 비수련병원일수록, 그리고 지방으로 갈수록 심화된다. 일반적으로 정신과의사들은 대학병원, 서울에 위치한 종합병원, 서울에 위치한 국공립병원, 서울에서 출퇴근 가능한 거리의 정신병

원 중 수련병원의 순으로 근무장소를 選好하고 있다. 따라서 국립정신병원 정신과의사의 월급에 비해 지방에 위치한 비수련 사립정신병원의 정신과의사의 봉급은 최소 2.5배에 해당된다. 이들의 俸給水準은 이와 같이 차이가 나나 환자 1인당 진료비는 별 차이가 없는 상황이므로, 지방에 위치한 비수련정신병원과 의료보호를 爲主로 치료하는 정신병원의 경영자는 근무 중인 정신과 의사에게 환자를 많이 담당시킬 수 밖에 없다.

셋째, 정신병원들은 앞으로 상당히 醫療人力 기준이 완화되어도 현재의 낮은 수가체계에서는 기준을 지키지 못할 것이다. 예를 들어 의료보호환자들을 대상으로 하여 치료하는 500병상 규모(1병동당 100명 입원시)인 정신병원의 예를 들어 인건비 대비 收入現況을 비교하여 보면, 월수입 총액은 현행의료법에 규정된대로 인원을 採用할 경우 인건비 총액에 조차 모자란다. 또한 의료보험 환자들을 대상으로 하여 치료하는 300병상 규모(1병동당 50명 입원시)인 정신병원의 人件費 대비 수입현황을 비교하여 보면, 현행의료법에 규정된 대로 인원을 채용할 경우 인건비 총액은 월수입 總額의 80%에 해당하는 실정이다.

위의 정신병원의 월수입 총액은 일반 종합병원 운영시 대략 110 ~ 120 병상을 운영할 경우의 월수입 총액과 비슷한 액수이다.

넷째, 국내 정신병원에 근무 중인 精神科 의사의 숫자가 적은 것이 아니라 는 견해에도 어느 정도 일리가 있다. Knesper가 1975년도 미국 전역의 주립정신병원을 대상으로 調査한 바에 의하면, 당시 미국의 223개 주립정신병원 중 전공의 수련과정이 있었던 80개 병원의 정신과 의사수는 100명의 입원 환자당 1.9명이었고, 나머지 비수련병원들에서는 100명의 입원환자당 1.0명이었으며, 전국 주립정신병원의 入院患者 100명당 정신과 전문의는 1.7명이었다.

(2) 看護師

간호사의 부족현상은 사립정신병원만의 問題가 아니다. 전국 의료분야의 공통적인 문제이고, 특히 經營이나 근무여건이 열악한 정신병원에서는

단순히 간호사 1인당 환자수를 보다 緩和시켜 규정하는 정책을 제시하여서 해결될 수 없는 문제이다.

(3) 藥師

여하한 근무조건을 제시하더라도 藥師를 사립정신병원이 의료법에 규정된 숫자만큼 고용한다는 것은 불가능한 일이며 그와 같은 약사 인력이 국내에 존재하지도 않는다. 정신병원은 대개 市外廓에 위치하고 있어 출퇴근이 불편하여 주로 여성 既婚者들인 약사를 고용하기는 더욱 힘들다.

(4) 精神保健關聯 專門人力

구미각국의 정신과는 의학적 모델과 심리사회적인 모델을 병용하여 적용하고 있으며, 국내 정신과 分野에서도 이러한 접근법은 꾸준히 시도되어, 현재 거의 대부분의 정신병원들이 이 모델에 필요한 전문인력들(예를 들어 사회사업사, 임상심리사, 재활요법사 등)의 필요성에 공감하고 있다. 이들이 활용되지 못하는 이유는 현행 醫療法에 이들에 관해 아무런 언급도 하지 않고 있기 때문이다. 이들은 정신보건 분야에서 절대적으로 필요한 專門人力들이며, 의료법의 규정에 의해 쉽게 정신병원으로 유입될 수 있는 인력들로서, 정신과 분야 서비스의 質的水準을 높이는데 크게 기여할 수 있는 인력들이다.

(5) 保護士 및 其他 人力

정신병원에는 환자의 安全管理을 위해 보호사 (또는 병동관리사)라는 중요한 비전문인력이 절대적으로 필요하다. 이들은 의료인력으로 규정되기에는 어려움이 있으나, 여하한 방법으로든 이들의 資格과 役割은 규정되어야 한다. 노인성치매 환자의 급증과 함께 간병부들의 역할도 점차 커지고 있어 이에 대한 규정도 필요하다.

政策提示

사립정신병원의 수입대비 인건비 費用分析을 하여, 노력하면 지킬 수 있는 적정선의 의료인력을 규정하여야 한다. 단, 어떠한 기준이 마련된다 하더라도 인건비가 병원 총수입의 40%를 上廻하게 되면 지킬 수 있는 사립정신병원은 없다. 규정은 진료비의 인상과 연계지어 단계적으로 향상되도록 施行하고, 이행여부를 철저히 감독해야 한다.

① 정신과 의사 1인당 입원환자수가 많다면 당연히 정신과 전문의의 배출을 늘리면 단시일 내에 해결될 수 있다. 우선 적정한 국내 전체 및 정신병원들의 필요한 전문의 숫자를 學會가 판단한 뒤 파악된 수요에 맞는 전공의 수련을 통한 인력수급 계획을 세워야 한다. 그러나 수요공급의 이론에 의해 판단해 볼 때 최근 정신과 의사 다수를 필요로 하는 대형 제병병원들과 신설 정신병원들이 계속 建立되는 중이어서 다수의 정신과 전문의가 배출되어도 일정 기간 내에 원하는만큼 사립정신병원으로 유입되지는 않을 전망이다.

② 사립정신병원에서 적정수의 간호사 인력의 확보는 불가능하다. 단, 부족한 간호사 고용을 促進하기 위해 간호사 1인당 담당환자 숫자가 적은 정신병원일수록 환자 1인당 진료비를 더 주는 정책을 취할 수 있다(일본에서는 단지 간호사 대 환자의 비율에 따라 정신병원을 1등급부터 4등급까지 분류하고 진료비를 차등지급하고 있다).

③ 사립정신병원에서 적정수의 약사 인력의 확보는 불가능하다. 이에 대한 대처방안으로 전산망과 자동 약포장기를 온라인으로 연결하여 자동화시키고, 의사나 간호사들이 직접 入力하게 함으로서 과거보다 서비스의 수준 및 오투율을 대폭 낮추며 감사기능을 增加시킬 수 있다. 비록 기계 설치비용이 약간 과다하기는 하나 현재와 가까운 장래에는 계속 부족하고 충원될 가능성도 없는 약사 확보만 고집할 것이 아니라, 정부도 현실을 인정하고 정책적으로 醫療環境에 따른 기준치를 정하거나 대처방안을 마련해주어야 한다.

④ 심리사회적 치료법들에 참여할 수 있는 사회사업사, 임상심리사들을 간호사에 준하는 醫療人力으로 정하고 이들을 고용하면 간호사를 고용한 것과 동일하게 인정해야 한다. 이들 직종을 고용할 경우 사회심리적 모델의 활성화가 기대되며, 현재 收容爲主라고 비난받는 정신병원들에서 각종 치료적 서비스와 프로그램들을 제공할 수 있는 인적자원의 역할을 담당할 것이다.

⑤ 保護師들의 교육과정을 일정규모 이상의 정신병원에 개설하고(대략 6개월), 수료증을 취득한 사람을 고용할 경우에는 준의료인력을 고용한 것으로 간주해야 한다. 이런 비전문인력을 의료법에서 言及하는 것은 부적절하다는 반대의견도 일부에서 있을 수 있으나 이는 사립정신병원의 현실을 모르는데서 나올 수 있는 意見일 뿐이다. 정신질환자의 관리와 처우에 대해 관심을 갖고 생각한다면 이들이 왜 교육을 받아야 하며, 왜 수료증이라도 받아야 하며, 準醫療人力으로라도 대우되어야 하는지를 쉽게 이해할 수 있다. 정신병원에서 이들은 단순히 환자들의 싸움이나 말리고 도망가는 것이나 지키는 역할을 수행하게 해서는 안된다. 이들은 환자와 가장 많은 시간을 接觸하고 있고, 환자들의 행동방식과 인간관계를 가장 잘 알고 있는 직종이다. 이들은 반드시 교육을 통해 정신질환자를 인도적으로 다룰 수 있게 되어야 함은 물론이고, 적극적인 치료팀의 일원으로서 활용되어야만 할 人的資源이다.

나) 施設基準

현행 醫療法은 정신병원도 일반 종합병원과 동일하게 환자 1명당 4.3m²의 입원실 면적을 요구하고 있을 뿐, 정신병원의 특수성이 전혀 고려되어 있지 않다. 일반 종합병원에서는 病室이 환자들의 치료장소로서만 이용되는 반면에, 정신병원에서의 병실은 患者들이 장기간 생활하는 치료, 주거 및 생활공간의 개념으로 이해되어야 하며, 이에 맞는 별도의 基準을 정해야 한다.

(1) 精神病院의 診療施設과 基準

정신병원에는 일반 종합병원과는 달리 다음과 같은 診療施設들이 건물 내에 필요하고, 施設基準에 이에 대한 언급이나 배려가 없다면, 각 병원은 병상수의 확보를 위해 이러한 시설의 설치를 기피하게 되어 결과적으로 진료의 질과 提供되는 서비스의 수준이 저하될 것이다(개인면담실, 집단요법실, 사회기술훈련실, 낮병원, 직업재활 훈련장, 일상생활기술 훈련실, 예술요법실, 오락 및 작업요법실, 마.S.T.실, 체육관, 넓은 복도 및 휴식공간, 별도의 식사장소, 격리실, 정신치료극 공연장, 원예실, 집중관리실, 특수검사실, 특수치료실 등).

그외에 병원 전체로는 산책공간의 확보, 목욕시설, 매점, 면회실 등 이외에도 각 병원의 상황에 따라 수많은 種類의 시설 및 공간이 있어야 하며, 이러한 空間들을 많이 확보하여 활용하는 병원일수록 양질의 진료를 제공하고 있다고 단언하여도 좋을 것이다. 즉, 入院室을 제외한 부대시설 면적의 비율이 치료환경의 적절성을 판정하는 또 하나의 잣대가 될 수 있으나, 만약 시설기준 및 허가병상수 규정에 이런 상황이 고려되지 않는다면 정책적으로 정신병원 시설의 劣惡함을 조장하는 동시에 환자들의 삶의 질이 낮아지는 원치 않는 현상이 발생할 것이다.

政策提示

정신병원의 許可 병상수를 정할 때는 다음과 같은 차별적인 규정을 적용해야 한다. 즉, 해당 정신병원내 모든 건물의 총연건평이 총병실면적의 몇배인가를 測定하여 입원환자 1인당 입원실 면적을 차등제로 정해야 한다. 이러한 규정을 적용하는 것이 너무 복잡하여 실행가능성이 적다면 현행 의료법의 기준은 精神病院에 맞지 아니하므로 ‘정신의료기관의 환자 1인당 입원실 면적은 3.5m²로 한다’라고 변경하고 나머지 시설들을 갖추도록 지도하는 방법도 고려될 수 있다.

(2) 病棟의 區劃化

일부 정신병원들이 病棟을 방들로 구획짓지 않고 내무반식으로 운영하고 있다. 이는 주로 의료인력과 관리인력의 부족으로 인해 안전사고를 줄이며 용이하게 관리하기 위해서 생겨난 결과이며, 입원실 면적을 최대 확보하고 허가병상수를 늘리기 위한 方案이다. 그러나 입원환자들의 사생활이 보장되지 않아 이의 개선이 필요하다.

政策提示

신체합병증 환자를 치료하는 施設을 제외한 모든 정신과 병동은 병실을 방으로 구획화하도록 의무규정화해야 한다. 앞으로 신설되는 정신병원에는 이 조항을 설계단계부터 엄격히 適用하여야 한다. 이 경우 허가 병상수의 감소(최소 25% 이상으로 추정됨)와 四角地帶가 생김으로 인해 환자 관리가 어려워지며 각종 사고의 발생 가능성이 증가하므로 정신병원들로서는 쉽게 받아들이기 어려운 입장이다. 그러나 방을 구획화하여 환자들의 사생활을 보호해야 함은 이제는 더 이상 회피할 수 없는 상황이다.

(3) 病室當 最大人員數

방으로 구획된 한 病室에 입원가능한 최대인원을 몇명으로 정할 것인가 역시 중요한 사항이다. 물론 소수의 인원일수록 치료적인 환경을 조성할 수 있다고 말할 수 있다. 그러나 현실에서 醫療保護 병동 전체를 그렇게 운영하는 병원도 없을 뿐더러 강요될 경우 사립정신병원의 경영 자체가 불가능해 진다. 현실적인 政策은 유예기간을 정하고 시설개조에 대한 자금지원을 하여, 전국 정신병원 전체의 병실을 일정수 이하로만 입원시키도록 유도해야 한다.

4) 散策場과 運動場의 確保

정신병원의 시설기준 또는 勸獎사항에 이 문제에 대한 언급이 있어야

한다. 국내에는 진정한 의미의 開放病棟은 아직 존재하지 않는다. 얼마나 환자가 자유롭게 생활하고 시간을 보낼 수 있는 안전한 공간이 확보되는가는 바로 환자들의 人權 및 서비스의 수준과 직결되는 문제이다. 현행 의료법의 개념과는 달리 정신과의 治療概念에서 본다면 병실은 정신질환자가 잠만 자게 하는 것이 원칙이고, 낮시간에는 방에서 나와 회롱할 수 있도록 해야 한다. 政策立案者들은 입원실 면적만으로 정신병원의 시설기준을 정하려는 監督 편의주의적이고 고정적인 관념에서 벗어나야 진정으로 환자에게 도움을 줄 수 있다.

5) 酬價와 豫算의 問題

現行 精神科 분야의 의료보험 및 의료보호 酬價는 많은 문제점을 내포하고 있으나, 현재까지 국내 精神保健의 흐름과 방향을 정해 왔으며, 오히려 정책을 압도해왔다고 해도 과언이 아니다. 그간 이 제도를 통하여 많은 정신질환자들이 의학적인 서비스를 提供받을 수 있었으며, 그나마 국내 정신보건의 水準을 향상시켜 왔음은 아무도 부인할 수 없다. 그러나 이 제도를 장기간 運營하는 동안 다른 전문과의 발전에 비하여 정신과에 대한 배려가 적었고, 담당자들의 전문적인 지식의 결여도 동반되어 현재 점진적인 개선이 있어야만 할 시점에 이르렀다.

무엇보다도 중요한 점은 이제부터는 酬價와 보건정책이 같은 방향으로 작용해야만 원하는 효과를 충분히 발휘할 수 있다는 점이다. 이러한 점에 착안하여 일부 관련 전문가 사이에 診療酬價 체계의 대폭적인 변화를 촉구하는 움직임도 있으나, 자칫 잘못 판단할 경우 국내 정신과 전분야의 균형을 급격히 깨뜨려 혼란을 초래할 가능성이 많으므로, 그와 같은 급진적인 방법보다는 다음과 같은 점진적인 해결책이 바람직하며 적은 예산 또는 기존 규정의 적용으로도 충분히 실시 가능한 개선책들은 시급히 시행되어야 한다.

가) 醫療保險 酬價

(1) 의료보험 受惠期間을 현행 년중 180일에서 점진적으로 늘려야 한다. 의료보험 혜택을 받지 못하는 기간 동안에는 진료비 전액을 환자 또는 보호자가 부담해야 하므로 치료가 지속적으로 진행되지 못한다. 즉, 조금만 더 지속하면 치료가 가능한 患者도 경제적 능력 부족으로 인해 중도에 탈락하게 되고 결국 만성화의 경과를 밟게 되므로, 장기적인 결과는 국민전체가 부담해야 할 진료비 총액을 증가시키는 모순을 가져올 수 밖에 없다.

(2) 多様な 직종의 의료인력 構成이 인정받을 수 있는 수가체제로 변해야 한다.

정신병원에는 일반 종합병원과는 달리 간호사 외에도 보호사, 간병부, 사회사업사, 임상심리사, 간호보조사 등의 다양한 간호 및 치료인력이 있어야 한다. 현재의 수가체계에는 정신병원에만 독특하게 필요한 이들 인력에 대한 配慮가 되어 있지 않다. 만약 정신병원이 이러한 인력없이 운영될 경우, 진료의 質은 낮아지게 되고 각종 안전사고의 우려가 높으며, 투약과 面談만으로 진료를 하게 되어 다양한 형태의 진료행위가 이루어질 수 없다.

(3) 短期的인 效果보다는 長期的인 效果를 가져올 수 있는 치료방법 중 비용효과 측면에서 효율적인 방식들이 勸獎될 수 있도록 수가체계가 변해야 한다. 이러한 측면에서 再活療法의 수가가 현실화되어야 하고, 세분화되어야 한다. 특히 직업재활요법은 환자들의 장기입원 치료를 차단하고 환자 자신의 생산성을 創造하여 간접적인 치료비용을 감소시키는 물론 입원치료에 낭비될 수 있는 다액의 진료비를 절감시켜준다는 견지에서 반드시 再考되어야 될 항목이다.

재활요법은 광범위하고 포괄적인 內容을 포함하고 있으므로 세분화시켜 定意를 내리고 치료에 관한 자세한 規정을 마련한 뒤 현실적인 수가를 책정하여야 할 필요가 있다.

(4) 特定患者群들이 수가체계의 모순으로 인하여 진료상의 손해를 보고 있는 상황은 시정되어야 한다. 이들에 대해서는 현재 지지적 정신요법료만 인정되고 있으나, 분석적 정신요법료 또는 별도의 행동요법료, 간병료 등이 算定되어야 한다.

- 알코올의존증 및 人格障礙 환자들
- 노인성 치매 환자들
- 정신병이 동반된 癲疾 및 精神發育遲延 (저능아) 환자들

(5) 身體合併症 환자들

정신질환자 중에는 結核, 간염, 肺炎, 당뇨, 신부전증 등 심지어 癌까지 동반된 환자들 있다. 이들이 정신병원에 입원할 경우에는 일반적인 의학지식에 따라 검사하고 합병증을 치료하여야 하나 치료에 대해 請求된 진료비의 대부분이 삭감되고 있다.

(6) 불균형하게 책정되어 있는 수가와 치료할수록 병원측에 손해만 발생시키는 수가는 改正되어야 한다.

- 집단정신치료
- 정신치료극

2) 醫療保護 酬價, 豫算과 診療費 支拂方式의 問題

가) 정신과 환자의 의료보호 入院診療費는 의료보험 환자들의 평균 입원진료비에 비해 50% 정도의水準이다. 이러한 현상은 내과를 포함한 他 專門科의 의료보호 진료에서는 없는 현상이다.

나) 정신과 의료보호 외래진료시 단일수가제에 묶여 高價 檢査는 물론 심리검사를 포함한 정신과에서 필수적인 검사행위까지 제한시키는 문제점이 있다. 정신과 영역의 診斷에 필요한 각종 검사에 대해 적정한 수가를 마련해야 한다.

다) 政府豫算의 만성적인 부족으로 인하여 정신병원들은 지속되는 적자와 과중한 부채로 인해 經營이 대단히 어려운 실정이다. 정신질환에 걸린 환자들은 대부분 장기적인 治療期間, 병에 의한 경제능력의 상실, 사회의 偏見 등으로 인하여 많은 고통과 불이익을 받게 되며, 그 과정에서 자연스럽게 저소득층화, 영세민화 될 수 밖에 없다. 전세계적으로 볼 때 정신질환자들은 국가가 책임을 지고 치료하며 관리하는데 반해, 그간 국가는 이들을 審査한 뒤 의료보호 카드를 발급하여 주고 저가의 치료비를 책정하여 놓고 예산조차 마련하지 못한 채, 그 책임의 대부분을 환자 가족과 사립정신병원에 맡겨 왔다. 의료보호 입원수가는 在所者 관리비용과 비슷하여 얼마나 열악한 비용인지 알 수 있다. 정신병원은 이 비용만으로 각종 의학적 치료 외에도 환자들의 衣食住를 포함한 일상생활을 전적으로 책임져야 하며, 그에 따른 인건비, 운영비, 주부식대, 관리비 등의 비용이 적지 않은 실정이다.

라) 현재 전국의 私立精神病院들은 운영이 대단히 어려워 파행적인 경영을 하고 있다. 수년간 사립정신병원들의 의료보호 환자 치료비는 평균 6개월 정도씩 滯拂되고 있어 그 액수는 이미 수백억원을 넘어섰다. 국가가 사립정신병원들에 당연히 갚아야 할 負債를 예산이 부족하다는 이유만으로 아무런 改善策도 없이 수년간 방치해 온 이해할 수 없는 상황으로 인해, 이미 정상적인 병원운영은 불가능해졌으며 그에 따른 부작용은 심각한 실정이다.

政策提示

(1) 국가가 현재 民間 정신병원들에 지고 있는 부채를 신속히 해결하도록 예산배정을 해야 한다.

(2) 진료비 지불방식을 改善하여 의료보호 환자의 진료비 적체현상이 3개월이상 되지 않도록 해야 한다. 정신질환자 醫療保護費는 정액제이므

로 시도단위에서 직접 지불할 수 있도록 이미 法令에 정해진 바 있으나 현재까지 施行하지 않고 있다. 이 제도만 활용하여도 쉽게 해결이 가능하다.

4. 私立精神病院의 發展方向

가. 細分化 및 專門化

발전과 변화의 餘力과 의지가 있는 사립정신병원들은 質的水準의 향상을 시도할 수 있으며 이때 진료나 서비스의 전문화를 제일 먼저 계획해 본다. 경영수준의 질적향상은 한정된 資源을 가장 효율적으로 활용하여 목표를 달성하는데 있는 반면에, 제공되는 서비스의 전문화와 세분화를 통한 개선을 추구할 경우에는 별도의 組織, 추가 전문인력, 추가 공간과 장비 등이 투입되어야 하며, 세분화된 만큼 서비스 대상환자수가 줄어들게 된다. 사립정신병원에서 전문화가 성공하기 위한 첫번째 조건은 전문화에 대한 能力과 의지가 있는 실무를 책임질 전문가가 확보되는가에 달려 있다. 또한 성공의 대부분은 이 專門家가 사립정신병원의 조직과 운영체계를 얼마나 잘 이해하고 活用할 수 있는가에 달려있다. 경영자의 역할은 이 전문가로 하여금 일할 수 있는 환경을 조성해주고 성취감을 자극시켜주는데 있으며, 이 경우 집중적인 支援이 동반되어야 하므로 기존의 타부서와 葛藤構造를 형성할 수 있다. 현명한 경영자라면 이러한 갈등의 기간을 최소화시키기 위해 노력할 것이며, 현명한 담당 전문가는 책임을 지는 자세로 임하며 갈등구조 속에서 적응하며 均衡을 취할 것이다.

세분화는 서비스 대상자의 範圍가 줄어드는 가운데 대상집단에 적합한 전문적인 진료가 제공됨을 의미한다. 成就戰略은 해당병원이 위치한 지역의 특성, 병원의 이미지와 능력, 사회적 환경 등을 고려하여 결정되어야 하는 것이 보통이나, 기존의 이미지에서 벗어나는 획기적인 전략을 취할 수도 있으며 이 경우 감내해야 할 投資의 規模와 위험성은 더욱 커지게 된

다. 투입되는 자금이 자체자본이 아닐 경우에는 더욱 부담스러운 상황이 되며, 어떠한 전문화 과정에서도 기득권을 갖고 있는 기존집단의 반발과 저항은 존재하므로 이것이 對立構造로 발전하지 않도록 유의해야 한다.

나. 敎育機關의 機能

변화와 개선의 시작은 組織의 일부에서 가능하나 효력을 발휘하기 위해서는 전체 조직으로의 擴散을 필요로 하며, 제일 좋은 방법은 잘 구성된 커리큘럼에 의한 정기적인 교육기회의 제공이다.

교육은 하층구조의 소속원(특히 보호사와 하부 관리계층)들에게 먼저 시행되어야 하나 일상적인 교육에 대해 저항이 심하다. 이들은 교육을 받아도 上部構造로 이동할 수 없으므로 교육에 대한 동기가 유발되지 않고 귀찮은 행사로 인식하며 간섭으로 받아들이기 쉬우며 집단교육은 별다른 효과가 없다. 그러나 환자들과 제일 많은 時間을 접촉하고 있고 실제로 환자에 대한 統制機能에 있는 이들에게 교육과 변화를 시키지 못한다면 개선은 이루어질 수 없다. 이에 대한 전략은 실무현장에서 이들도 치료팀의 일원이라는 인식을 심어주고 실제로 치료적인 役割을 수행할 機會를 주는 가운데 발언할 기회를 자주 부여하여 은연 중에 치료적과정에 참여하도록 유도해야 한다.

중간계층 이상에 해당하는 인력에 대해서는 資格證을 부여하는 교육과정을 개설하는 전략을 구사해야 한다. 현재 정신과 전공의, 임상심리사 전공의, 정신전문 간호사 등의 교육과정이 있으며, 앞으로 정신관련 사회복지사도 교육과정을 개설할 것이 예상된다. 현재 교육과정이 필요한 또 다른 계층은 정신병원의 전문관리 인력들이다. 현재 국내 사립정신병원들의 현황을 고려한다면 이들에 관한 별도의 교육이 절대적으로 필요함을 알 수 있다. 이들은 중하부계층을 점유하며 사립정신병원 조직의 문제점을 은밀히 利用하는 가운데 자신들만의 은밀한 행동양식을 보유한 채 절대 기득권을 행사하고 있다. 일부는 경영자의 친인척들로 교육

수준이나 직위에 맞지 않는 영향력을 행사하려 하여 문제를 야기시키며, 전조직원의 집단적인 반발이 있어야만 잠시 변화한다.

또한 환자와 보호자에 대한 각종 敎育도 대단히 중요하며 진료의 결과와도 직결된다. 敎育은 사립정신병원 전체에 신선한 변화를 유입시키고 여러 분야와 갈등을 조성하며 변화를 유도할 수 있는 힘이 있다. 경영자가 敎育에 관심을 갖고 확산되도록 권장하고 지원하는 것은 바람직한 현상이나 세부사항까지 關與한다면 逆作用을 일으킬 수도 있다. 사립정신병원들이 활력을 갖고 변화할 수 있도록 병원내 敎育이 권장되는 정책을 시행하는 것이 바람직하다.

다. 公共서비스 提供과 地域社會에 대한 寄與

현재 의료수가에는 반영되고 있지 않으나 정신보건 분야에서 사립정신병원들의 위치를 고려할 때 提供할 수 있는 공공서비스의 종류는 대단히 다양하다. 이러한 서비스들은 대개 현재까지의 의학적 모델과는 다른 심리사회적 접근법들이다. 이러한 接近法은 지원들을 敎育시킬 수 있는 기회를 제공하는 동시에, 인근 지역사회에 대한 기여를 할 수 있다. 예를 들어 보건소직원을 敎育시키거나, 문제 청소년들에 대한 선도프로그램에서 조연자의 역할을 하거나, 學校精神保健에 협조하거나, 지역사회 주민들에 대한 의료를 提供할 수 있다. 이러한 활동들은 앞으로 전개될 가능성이 있는 지역사회 정신보건의 理念과도 맞으며, 지역사회 내에서 사립정신병원을 홍보하고 定着시킬 수 있는 계기가 된다. 공공서비스를 提供하는 것이 귀찮고 초기에는 아무런 이익도 발생하지 않으며 사립정신병원의 내부를 공개해야 하는 어려움이 있으나 장기적인 眼目에서는 병원의 체질을 改善하게 해 준다. 최근 몇몇 사립정신병원들에서는 자원봉사자들의 참여를 시도하고 있다. 또한 대학생들의 실습과정의 場所로 병원의 환경을 提供하고 있어 지역사회와의 접촉을 활발히 하고 있다. 앞으로 이와 같은 公的서비스의 提供은 사립정신병원들의 주요한 기능중 하나가 될 예정이며, 이에 대한 지방자치단체의 支援도 있을 것이다.

라. 새로운 프로그램의 開發 및 導入

최근에는 전통적인 의학적모델에서 벗어난 여러가지 치료방법들이 활발하게 論議되며 이를 사립정신병원에 導入하여 적용하려는 노력이 진행 중이다. 특히 사립정신병원에는 단순히 약물요법과 면담만으로 해결될 수 없는 많은 慢性 精神疾患者들이 입원되어 있다. 이들에게는 사회적응능력과 독립된 생활을 유지시킬 수 있는 사회기술훈련이나 직업기술훈련 등의 재활요법이 필요하다. 再發率을 감소시키기 위한 약물복용교육, 증상관리교육, 보호자교육 등이 좋은 效果를 가져올 수 있다. 청소년 문제아들, 알코올의존증 환자, 藥物濫用 환자를 위한 별도의 프로그램을 개발하여 좋은 效果를 얻고 있는 병원들도 있다. 현재 일부의 프로그램들만 의료수가에 반영되고 있으나 장기적인 안목에서는 이러한 서비스와 프로그램에 대한 비용이 지불될 것이므로, 각 病院의 실정에 맞도록 시도하는 것은 바람직한 현상이다.

마. 對象患者群의 變更

향후 지역사회 내에 入院과 외래치료의 중간단계에 해당하는 여러가지 서비스와 시설들이 제공되어, 현재 정신병원 위주의 진료체계가 크게 변화될 가능성이 있다. 이 경우 정신질환자의 社會復歸 문제가 크게 대두될 것이다. 이러한 가정을 한다면 현재 量的成長을 추구하는 사립정신병원들에게는 위협적인 상황이 도래할 수도 있으며, 현재와 같은 안정적인 경영은 불가능해진다. 현재에도 競爭이 치열한 지역에 위치한 사립정신병원들은 대상환자군을 變更하려는 내부적인 움직임이 있다. 사립정신병원 인근에 아파트촌이 밀집되어 협오시설로 분류된 경우 이동하라는 압력도 대단하다. 일부 병원들은 종합병원으로 또는 노인요양병원으로의 전환을 심각히 고려하고 있으며, 일부에서는 병원 전체에 혼란을 가중시킬 우려가 있어 露出시키지 않고 진행중이다.

바. 地域化 또는 全國化

사립정신병원의 量的 成長을 대상 정신질환자의 분포를 점차 확대시켜 전국 각지에서 환자들이 내원하게 만든다. 이와 같이 對象地域을 넓히는 것은 초기에는 좋은 전략이 될 수 있으나, 보호자들의 무성의를 誘導하고 결과적으로 장기입원환자를 양산하여 부담스러운 결과가 나타난다. 또한 진료비를 수금할 경우 상대해야 할 對象機關이 증가되어 점점 경영측면의 비효율성을 증가시킨다. 따라서 이미 지역적으로 광범위하게 분포된 환자들을 대상으로 하고 있는 사립정신병원은 그 대상의 分布를 축소시켜 일정범위만 대상으로 하는 戰略을 구사하는 것이 좋다. 그 대신 서비스를 확장시켜 지역적인 축소현상을 보충하고 관리지역에 대한 서비스를 강화해야 한다.

5. 私立精神病院에 關聯된 政策提案

가. 提案의 基本方向

1) 국내 정신보건 특히 사립정신병원들의 현실에 대해 갖고 있는 인식을 근거로 하여 提案하며, 가급적 세부적인 사안까지 언급하고 대안을 제시한다.

2) 당장 실현 가능한 정책과 그 방법을 우선적으로 제시한다.

3) 별도의 豫算配定이 필요 없거나 현존하는 관계법령의 정비만으로도 시행가능하며 많은 혜택을 줄 수 있는 정책을 우선적으로 제시한다.

4) 다액의 豫算配定과 새로운 법령을 필요로 하는 정책은 단계적으로 시행하는 것을 원칙으로 提示한다.

5) 국내 정신보건 전체에 커다란 變革을 가져올 수 있는 정책은 각 관련분야의 협조 또는 理解를 받을 수 있는 방법으로 시행되는 것을 원칙으로 한다.

나. 精神疾患者 數

국내의 정신질환자 수가 몇 명이나 되는가와 각 진단분류별 發生率과 유병율을 조사하는 것은 대단히 重要하다.

과거에 몇몇 대학에서 一部 地域을 대상으로 하여 조사된 바가 있으나, 그 자료들을 근거로 전국적인 정신질환자 現況을 추론하기에는 불충분하다. 또한 醫療保險 管理公團이나 聯合會의 자료를 이용하여 추정하려는 시도도 있었으나 현재 의료체계에 편입되지 않고 있는 정신질환자가 너무 많아 정확한 추론을 하기에는 불충분한 資料이다. 선진국의 정신질환자 통계를 근거로 하여 推論하는 방법도 있으나, 한국인과 외국인의 사회, 문화, 정치, 경제적 배경과 인종 및 역사의 차이를 무시하고 적용하기에는 무리가 있다.

정신질환자의 진단별 분포에 대한 정확한 統計는 필요한 예산을 산정하는 根據가 되며, 소요병상수를 推定하게 해주고, 필요 의료인력에 대한 판단기준이 되며, 정신보건분야의 투자 우선순위를 결정하게 해 주는 등 각종 정책결정에 제일 중요한 根據資料이다. 정신보건 분야의 모든 논란은 서로 다른 근거를 기초한 주장에 의한 것이고, 특히 국내에는 이에 관한 각종 정보의 蒐集이 시급한 실정이다.

政策提示

앞으로 정부의 資金으로 진행할 精神科 분야의 최우선 연구과제는 진단 분류별 정신질환자 현황, 有病率, 發病率 등에 대한 정확한 조사와 자료확보이다.

그 방법은 전국의 의과대학 또는 保健社會研究院 등의 공공 연구기관을 몇개 지정하고 한국을 대표할 수 있는 지역들을 할당시켜 수년간 疫學調査를 하며 유병율과 발병율을 확인하는 것이 좋을 것이다.

다. 所要 病床數

현재 國內의 정신병상수가 많은가, 적절한가 또는 不足한가에 관해서는 그간 많은 論難이 있어 왔으나, 단순히 현재 국내 정신보건의 상황과 정책의 방향만을 놓고 논할 때는 의심의 여지 없이 절대수가 부족하다. 그러나 이러한 관점은 다음의 두가지 要因에 의해서 크게 다른 방향의 해석이 가능하며, 어떤 견해를 政策으로 수용할 것인가에 따라 적절한 소요병상수가 달라짐은 물론 향후 정신보건 분야의 우선투자 순위 및 그에 따른 사립정신병원들의 方向設定도 달라져야만 한다.

첫째, 정부가 현재 立法豫告된 정신보건법에서 밝힌 바와 같이 정신요양원(1993년, 74개소, 정원 17,696명)을 정신의료시설로 전환시킨다는 방침을 갖고 있다면 정신병상수에 대한 概念은 대단히 달라질 수 있다. 이 경우 병상수가 충분하다는 논리(정신병상수와 요양원의 정원을 합치면 현재로서도 36,000병상 이상이 되어 별로 부족하지 않음) 하에 정부는 정신보건 분야의 열악한 상황을 방치한 채 더 이상 투자를 안하게 될 것이 예상되며, 결과적으로 정신보건 분야의 발전에 악영향을 미칠 것이다.

둘째, 정부가 지역사회 정신보건 사업을 적극적으로 推進할 확고한 계획이 있는가 하는 점이다. 만약 그와 같은 方向性을 갖고 있다면 현재 시점에서는 정신병상수가 부족하기는 하나 정신보건에 대한 투자의 우선순위를 병상수의 급격한 増設보다는 단기입원치료 서비스, 입원대치 서비스, 재활치료 서비스, 지역사회 내 거주시설의 운영, 지역사회 정신보건센터의 설립과 운영 등에 우선적으로 配分해야 할 것이다.

政策提示

현재의 療養院의 침상을 병상수로 계산한 정책은 절대 수립되어서는 안 된다. 만약 이들이 일정 수준의 醫療人力을 갖추고 정식으로 정신병원으로 인가받게 되면 당연히 病床數에 포함시켜야 하나, 현재의 상태로 보아

도저히 의료시설로의 전환이 불가능하고 결국 療養院으로 남거나 기거시설로 전환될 요양원이 대부분이므로 이들의 침상수를 병상수로 인정한 바탕으로 정해지는 精神保健 政策은 그 정당성의 근거가 사라질 것이다.

라. 地域社會 精神保健 事業

현재 국내 精神保健의 현황이 지역사회 정신보건을 도입할 수 있는 적절한 시기라고 판단할 수 있는 根據는 전혀 없다. 가족을 포함한 지역주민들의 정신질환자에 대한 배타적인 태도와 편견은 개선될 전망조차 없고, 정신질환자를 위한 地域社會內 자원은 아무 것도 존재하지 않으며, 지역사회 정신보건 운동을 이끌고 나갈 역량있는 專門家도 없고, 설령 몇몇의 열의를 가진 사람들이 있다 하더라도 관련된 인적, 재정적 자원들을 집결시켜 체계화시킬 수 있는 組織力이 없고, 정부차원의 재정적 지원도 없으며, 전문가 집단 사이의 이견들도 상당하여 현실에 대한 종합적인 판단은 불가능이라고 判定하는 것이 현명한 실정이다.

그럼에도 불구하고 최근 이에 대한 論議들이 진행되고 구체적인 방안으로 까지 언급되는 이유는 이 개념이 지향하는 목표, 즉 정신질환자도 지역사회 내에서 정상인과 어울려 살아야 하며, 人權은 보호받아야 하고, 장기 입원된 환자들 중 다수가 탈원화될 수 있다는 理念에 많은 사람들이 동조할 수 밖에 없는 당위성이 내포되어 있기 때문이다.

즉 우리의 정신보건 현황에 비추어 볼 때는 지역사회 정신보건 사업을推進하는 것이 불가능하나, 추진하는 것이 시대의 흐름이라는 모순된 상황에 처해 있음을 우리는 發見하게 된다.

우리는 먼저 구미 각국의 경험을 살펴보고 이들이 경험했던 어려움과 실패 및 成功要因들을 확인해 보려는 과정을 거쳐, 현재의 한국 실정에 적합한 모델을 開發해야 한다. 성공적인 결과들은 다음과 같다.

우선 인도주의에 입각한 運動이 전개됨에 따라 그 이념의 신속한 확산과 정신질환자들의 인권이 保障되게 되었다. 또한 정신질환자들의 삶의

질이 일부에서는 매우 개선되었으며, 이들에 대한 각종 편견을 사라지게 하였다. 일부 환자들은 잠재된 生産力을 활용하여 독립적인 생활이 가능해졌으며, 지역사회 복귀와 정착을 위한 각종 多樣的한 프로그램과 서비스들이 개발되고 제공되었다. 치료의 개념도 다양화되어 예전에는 중요시하지 않던 사회심리적 接近法과 여러 분야 전문가들의 공동 노력이 중시되었다.

그러나 실패라고 인정해야만 할 결과들도 많아 이에 대한 고찰과 원인 규명을 하고 국내에서는 동일한 실수를 반복하지 말아야한다는 과제가 우리 앞에 놓여 있다. 실패의 結果들을 자세히 살펴보면 아래와 같다.

첫째, 脫收容化는 만성 정신질환자들에 대한 서비스를 준비하지 못한 상태에서 시행되어 그 부작용으로 집이 없이 彷徨하는 정신질환자들을 양산하고 각종 사회문제들을 야기시키는 결과를 초래했다.

둘째, 지역사회 정신보건 운동 후에도 入院治療 費用은 진단에 관계 없이 급속히 상승하여(Rubin 1982) 결국 사회전체에 엄청난 경제적인 부담을 주고 있다. Kiesler(1982)에 의하면 脫收容化가 된 이후에도 미국내 정신과 총진료비의 약 70%가 입원 치료비용으로 사용되고 있고, 확실히 절감되리라고 예측했던 직접비용인 진료비조차 팽창되며 解決方案을 찾지 못하고 있다 하며(Allen 1974, Stuart와 Mark ET 1975), 전에는 지불하지 않았던 지역사회가 부담해야 할 間接費用마저 급격히 증가하였다.

셋째, 脫收容化된 정신질환자들이 다른 유사시설들에 장기간 수용되게 되는 塡수용화 현상 그리고 여러 시설들을 전전하는 回轉門 현상들이 속출하게 되었다.

이와 같은 결과에 실망한 주정부와 연방정부는 資金支援을 축소하기에 이르렀고 결국 지역사회 정신보건 운동은 기로에 서게 되었다.

政策提示

현재 保健福祉部에서 지역사회 정신보건 사업의 기초자료에 대한 일부 용역사업이 시작되고 있지만, 이를 본격적인 事業의 시작이라고 보기에 너무 미흡하다. 즉 현재 국내에는 아무런 정식 사업도 진행되고 있지 않으며, 이 개념이 導入될지의 여부조차 불투명한 현단계에서 구체적인 정책제시는 불가능하며 오히려 혼란만 초래할 수 있다.

1) 政策立案者들은 지역사회 정신보건 사업을 통하여 현재 국내의 정신보건 문제의 대부분이 해결되기를 기대할 수 있으나 이는 단지 희망사항에 불과할 것이다. 오히려 현재 국내 정신보건 분야의 각종 문제점이 우선 제기될 것이고 문제의 範圍도 현재보다 매우 광범위하게 노출될 것이며, 따라서 개념 導入時點을 각종 해결해야 할 문제들의 폭발적인 출발점으로 보고 대응해야 한다. 즉 초반기 수년간은 (비관적으로 판단한다면 최소 20년간은) 문제가 점점 심각해지고 아무리 노력해도 해결되지 않는 상황들이 반복되어 많은 困難에 처하게 될 것이 거의 확실하다. 즉 개념의 도입은 종결점이 아니고 출발점이라는 사실을 반드시 인식하고 계획을 세워야 한다.

2) 費用利益 측면에서 효과가 입증될 수 있는 프로그램이 제일 먼저 도입되어야 하고 집중적으로 지원되어야 한다.

3) 공공부문의 자금지원이 提供되어질 서비스는 그 공급자가 그 효과를 스스로 입증해야만 하며, 그 결과가 다른 프로그램에 비해 효율적이지 못할 경우 즉각 지원을 중단해야 한다.

4) 만성 정신질환자를 위한 對策 없이 탈원화가 진행될 경우 부작용이 초래될 수 있으므로 社會復歸化의 개념으로 바뀌어야 한다. 특히 거거시설, 재활시설의 확보와 사례관리, 危機仲裁, 각종 지역사회내 활용 가능한 자원들의 조직화가 선행된 후 단계적인 사회복귀화가 이루어져야 한다.

5) 지역사회 정신보건은 단어 그대로 지역사회의 실정과 시대적인 배경 그리고 사회, 문화, 경제적인 與件에 적합하도록 발전되어야 한다. 최근 地域社會 精神保健 센터에 관한 논의과정에서 대도시형, 중소도시형, 농촌형 모델 등에 관한 일부 언급이 있었으나, 이러한 편의주의적이고 획일적인 發想은 바람직하지 않다. 지역사회 정신보건은 몇가지의 모델을 정해서千篇일률적으로 보급되어서는 안되며 그야말로 자연발생적으로 서로 다른 形態를 유지하며 각자의 상황에 적절 하도록 변형 발전하는 가운데 성장 확산되도록 하고, 효율성을 입증 못하는 施設과 프로그램들은 경쟁관계에서 자연도태되도록 유도해야 한다.

6) 지역사회 정신보건 사업에는 현재까지의 의학적 모델과는 전혀 다른 개념인 심리사회적 모델과 생태학적 이론들을 導入해야 한다. 현재 국내에는 전체적인 조직을 構成하고 조망할 수 있으며 조정, 기획의 능력을 소유한 전문가가 드물다. 전문가라고 자칭하는 사람들도 이에 대한 전문적인 경험이나 포괄적인 經驗이 없으며, 단지 외국서적 몇권을 보았거나 외국체류 중 센터에서 일한 경험을 토대로 얻은 피상적인 지식들을 갖고 마치 그것이 전부이고 항상 맞는 듯이 주장하고 있다. 약간의 대화 만으로도 이들의 의견이 일치하지 않으며 매우 근본적인 概念에서조차 서로 다른 가운데 자신의 주장만이 최선이라고 주장하는 상황이 실제로 나타나고 있다. 政策은 이와 같은 인물들의 주장만을 토대로 입안되어서는 안된다.

마. 慢性 精神疾患 對策

1) 慢性 精神障礙者의 心身障礙者 登錄

대부분의 사람들은 精神疾患을 가진 사람이나 노인을 장애인으로 인식하고 있지 않다. 비단 일반인 뿐만 아니라 精神障礙 부문에서 종사하는 전문인력 간에도 통합적 연결성이 부족하여 그들 사이에 토의되고 제시되

는 政策方案이나 서비스 내용에서 어느 한쪽에만 너무 편중되어 있다.

우리나라의 실정법상(장애인복지법 제2조)에 장애인의 범주가 극히 제한되어, 장애인은 지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체의 다섯 가지 영역에 국한되어 있다.

반면에 세계적 趨勢에서는 장애인 범주가 우리보다 훨씬 넓게 사용된다. 이것은 또한 그에 상응해야 하는 서비스의 책임 역시 점차 커지고 있는 것을 의미하기도 한다. WHO(1981)에서 제시하고 있는 장애인 영역들은 다음과 같다.

- 운동 및 감각장애 (Motor or Sensory Disabilities)
- 정신지체 (Mentally Retarded)
- 정신병 (Mentally Ill)
- 만성 알콜중독 및 약물남용 (Chronic Alcohol or Drug Abuse)
- 만성 심혈관 및 폐질환, 만성위장손상, 피부질환, 암, 만성 통증 (Chronic Cardiovascular and Pulmonary Diseases, Chronic Gastrointestinal Impairments, Skin Disease, Cancer, and Chronic Pain)
- 노인 (Elderly)

우리나라에서의 障礙人 福祉를 위해서 제공되어지는 제반 서비스나 자원들은 현행 法律體系 내에서 이루어지고 있다. 다시 말해서 장애인복지법 제2조에 들어가지 않는 장애인들은 국가의 공적 서비스를 전혀 수혜할 수 없으며, 장애인복지관을 비롯한 일부 民間 서비스에서도 철저하게 배제되고 있다. 만약 우리가 장애인 범주를 계속 고수하며 精神障礙者를 소외시킨다면 국제적 흐름에도 역행하게 된다. 1993년 12월 일본의 ‘심신장애자 대책기본법’이 ‘障礙者 基本法’으로 바뀌면서 제2조에 ‘장애인이란 함은 신체장애, 정신박약 또는 정신장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 制約을 받는 자를 말한다’라고 규정하였다. 우리나라의 장애인 복지법은 일본의 법률을 거의 모방했다고 보아도 과언이 아니며 그 결과로 현재와 같은 後進性을 면하지 못하고 있다. 국제적

인 비난을 받던 일본도 늦게나마 법령을 개정한 현시점에서 우리가 정신 질환자를 障礙人에 포함시키지 않고 있는 근거는 전혀 없다. 앞으로 장애인 범주를 현실적으로 정비하여 소외된 정신장애인들을 제도권으로 끌어들이야 한다. 왜냐하면 사회적인 烙印을 비롯한 정신장애와 관련한 문제들의 중요성 때문이다.

政策提示

앞으로의 정신장애자에 관한 關聯法規는 다음과 같이 변화되어야 한다.

첫째, 정신장애인은 반드시 障礙人 범주에 포함되어야 한다.

둘째, 따라서 현행 障礙人福祉法 제2조의 장애인이 받는 공,사적 서비스를 정신장애인도 당연히 받을 권리가 있다.

셋째, 정신장애인의 서비스 傳達體系도 현행 장애인과 같이 용이하게 접근하고 다루어져야 한다.

정신질환자를 장애인에 포함시키면 다음과 같은 政策의 效果를 기대할 수 있다.

- 추가의 豫算支援 없이도 만성 정신질환자에게 장애인이 받을 수 있는 서비스를 제공함으로써 국가의 福祉政策을 구현할 수 있다.

- 정신장애자를 雇用하는 기업은 자신들의 行爲가 사회에 기여하며 법적으로 장려받는 일임을 인식하게 되고 자부심을 갖게 되므로 고용이 촉진되고 결과적으로 정신장애자에 대한 직업재활 치료가 쉽게 전국적으로 확산될 수 있게 하는 長點이 있다.

- 이와 같은 정책이 시행되면 治療者와 가족들은 환자에게 직업기술 훈련과 취업을 권고하게 되고, 사회복귀를 위한 심리사회적인 각종 치료기법들을 경쟁적으로 開發하게 될 것이다.

2) 職業再活治療

가) 必要性

만성 정신질환을 가지고 있는 사람들의 문제를 解決하기 위해서는 다원화된 장기적인 재활치료적 接近이 필요하다. 이들에 대한 재활치료적 접근에 있어서 증상으로 인한 손상, 인지능력 손상은 사회적, 직업적 능력을 감소시킴으로 약물치료, 인지치료와 사회적, 직업적 능력부족을 채우기 위한 技術訓練 치료가 꼭 필요하다. Sylph 등(1977)은 만성 정신질환자의 50% 이상이 사회적, 개인적 領域에 중요한 기술부족이 있다고 발표한 바 있으며 Farks와 Roger(1986) 등은 日常生活 기술과 사회기술의 수준이 높은 환자군이 높은 퇴원율과 관해율을 보인다고 보고한 바 있다. 또 1974년 Margules와 Anthony 등은 연구를 통하여 精神疾患으로 인하여 능력의 장애가 있는 사람들도 유용한 기술을 배울 수 있다는 結論에 도달하였다. 따라서 이들이 사회에서 생존하며 대처해 나가기 위해서는 일상생활 기술, 사회기술, 작업기술 등의 訓練이 매우 중요하다.

1950년대에 정신과 치료약물의 發達로 환자의 정신병적 증상이 조절되면서 많은 환자들이 재활치료적 서비스를 받을 수 있게 되었으며, 이러한 프로그램들은 환자들을 脫收容化시킬 수 있어 더욱 실질적인 지지를 받게 되었다. 많은 산업치료장들이 병원내로 도입되었으며 혼동상태에 있는 정신질환자들에게 단순한 공장 일이 提供되기 시작하였다. 작업은 치료에 필요한 방법으로 인식되었고, 병원 내의 생활을 병원 밖의 생활과 가깝게 만들었다. 병원은 환자들에게 定期的으로 일을 하라고 지시함으로써 환자들을 바깥 세상으로 내보낼 수 있게 되었다.

作業治療가 발달하면서 생긴 큰 變化 중의 하나는 초기의 프로그램들은 조직화된 활동을 통하여 시간을 보내도록 단순히 考案되었으나, 새로운 프로그램들은 환자들이 정식고용된 지역사회 또는 保護받는 작업 환경 등으로 復歸할 수 있도록 고안된 점이다. 그후 작업치료는 단순히 일을 한

다는 概念에서 벗어나 評價, 訓練, 指導, 배치같은 형태의 포괄적인 체제로 변화되었다.

만성 정신질환자에서 보면 일할 수 있는 能力은 정신과 재활의 중요한 지침으로 일자리를 구하고 유지하기 위해서는 광범위한 분야의 증상관리적, 사회적, 작업적 技術을 배워야 하며, 이런 기술의 결핍은 직장의 상실을 의미한다. 일을 한다는 것은 재활치료에 있어서 결과일 뿐만 아니라 과정으로서도 중요한데, 일을 통해 스트레스를 줄임으로써 증상의 再發을 막고 대응능력과 調節能力을 향상시키고 사회지지 체계를 강화시킬 수 있다. 연구들에 의하면 정신질환자가 일자리를 갖는 것은 증상의 관해를 유지하고 지역사회에서 生活을 유지하기 위한 중요한 예측인자가 된다. 따라서 일은 만성 정신질환자의 再活에 있어서 중심적 위치를 차지하며, 직업재활 프로그램은 재활의 철학과 원칙에 일치한다 할 수 있다.

나) 長點

Van Weeghel과 Zeelen(1991)은 재활에서 職業的인 목표를 추구할 경우 다음과 같은 잇점이 있다고 요약하였다.

첫째, 정신장애자가 物品과 서비스를 제공받는데 있어 자율성을 갖게 해주는 수입이 생기게 된다.

둘째, 환자의 치료에 필수요건인 시간과 공간의 構造를 제공한다.

셋째, 정신장애자가 사회적 접촉을 늘일 수 있는 기회를 마련해준다.

넷째, 사회적인 役割을 부여한다.

다섯째, 일은 환자의 적극적인 참여를 유도한다.

다) 費用效果 및 費用利益

현재 정신질환자의 治療 및 福祉에 관계된 비용은 경제부처의 우선투자 선정시 낮은 순위에 놓이게 되고 정부의 예산배정이 항상 소극적으로 이루어지고 있으나, 점차 주변상황이 變化되고 있어 현재보다는 많은 비용

부담을 정부와 社會에 요구하기에 이르렀다. 그러나 자금의 지원 및 배분에 앞서 과연 어떠한 치료 프로그램이 費用利益 측면에서 가장 효용성을 갖고 있어 우선적으로 投資되어야 할지를 확인하는 연구가 요망된다.

정신분열증의 치료에 소요되는 費用이 정신과의 총진료비 중 제일 큰 부분을 차지하는데, 그 이유는 주로 靑少年期에 발병하며, 재발경향이 많고, 만성화되기 쉬우며, 증상의 심각성으로 인한 빈번한 입원치료와 집중치료가 필요하기 때문이다. 또한 병의 특성상 症狀 외에도 다양한 사회적 機能의 障礙가 동반되며 삶의 質이 낮아지게 된다.

경제적인 관점으로 보면 이러한 장애는 정신질환자와 그를 돌보는 家族들의 생산성을 喪失하게 만들므로, 결국 치료비용 외에 추가적인 간접비용의 소요를 요구하며, 그 間接費用은 정신분열증으로 인해 소요되는 총비용의 약 50% 정도를 차지하리라고 추정되고 있다. Gunderson과 Mosher(1975)에 의하면 1972년도 정신분열증 환자에 대한 연간 總所要費用은 입원환자 관리에 20%, 추후관리에 5%, 생산성 손실로 인한 간접비용에 58.5%, 공공부분의 보조에 20.5% 등으로 구성되어, 예상보다 추후관리에 대한 이용도가 낮았으며 생산성 손실로 인한 비용이 엄청나게 큰 비중을 차지함을 밝혀 주었다.

정신과 직업재활치료 프로그램의 경제적인 目的은 적응능력 향상을 통한 원활한 사회복귀가 가능케 하여 입원치료 期間을 줄임에 따라 직접 치료비용을 감소시키고, 환자들의 잠재적인 생산능력을 개발 활용하여 직업을 갖게 함으로서 간접비용의 損失을 막아, 가족과 사회전체의 비용부담을 줄이는데 있다.

政策提示

① 직업재활 治療에 대한 자금지원은 건물이나 장비에 대해 지원되는 절대 안되며, 서비스와 프로그램에 대해서만 提供되어야 한다.

② 직업재활 치료 프로그램을 통해 일정 기간 내에 환자들의 社會復歸가 이루어지지 않는 경우 또는 사회복귀를 목표로 하지 않는 경우에는 정부에서 자금을 지원해서는 안된다.

③ 지원은 실질적으로 금액으로 환산될 수 있는 이익이 발생된 경우에만 그 이익의 한도 내에서 지원되어야 하고, 정부는 費用 및 利益을 계산할 수 있는 방법을 開發해야 하며, 이익발생은 서비스 및 프로그램 제공자가 입증해야 한다.

④ 메스컴과 일반인의 認識이 전환되어 정신장애자의 사회복귀가 이루어 지도록 홍보적인 노력을 政府次元에서 해 주어야 한다.

3) 地域社會 內 居住地

가) 慢性精神障碍者의 住居問題

적절한 주거지 문제의 해결 없이는 다른 再活療法이나 치료의 효과를 나타낼 수 없을 정도의 중요한 문제이다.

만성 정신장애자들은 정신적인 불능 자체로 집을 選擇하고 유지하는데 방해가 되며, 정신장애자에 대한 일반인의 차별과 경제적 어려움 등으로 주거문제 解決에 대한 사회의 도움이 절실히 필요하다.

나) 住居問題의 解決을 위한 試圖

정신질환자들의 원활한 社會復歸를 위해서는 선진국들의 사례처럼 지역사회 내에 위치한 환자 寄居用 아파트 또는 기타 중간단계의 기거시설 마련이 필수적이다.

이와 같은 기거시설은 지역사회의 실정, 제공되는 서비스의 종류, 문화경제적 수준, 시대적 상황 등에 따라 다양하게 발전하였고, 그 각각의 서비스마다 장단점을 갖고 있다.

사회복귀하는 만성정신질환자들 중 일부는 어떠한 형태이던 일정기간 체류할 수 있는 거주지와 그의 運營을 위한 프로그램이 필요하다. 또한 이러한 거주지는 지역사회 내에 위치해야만 하므로 지역사회 주민들과의 마찰을 피하기 위한 적절한 管理方案도 마련되어야 하며, 환자들의 삶의 질 향상과 인권을 보장할 수 있어야 한다.

政策提示

① 각 사회의 特性, 주민성격, 제반 실정과 대상환자들의 특징 및 제공되는 서비스의 종류 등에 의해 다양한 모델들이 개발될 수 있다.

② 우선적으로 서울 등 대도시지역에서는 영세민 임대아파트를 공공기관에서 제공받아 住居地域으로 사용하고, 프로그램은 지역사회 정신보건센터에서 제공하고 관리하는 모델이 있을 수 있다.

③ 직업재활치료 프로그램에 참여하고 있는 사업체 인근 지역사회 내에 환자들이 기거할 居住地를 마련하는 방안이 있다.

④ 정신의료시설과 사회와의 경계부위에 Half Way House나 아파트를 설치하고 정신의료시설에서 관리하는 모델이 가능하다.

⑤ 현재 입법예고된 정신보건법에 언급된 바처럼 기거시설에 관한 규정을 마련하여 그 活用을 촉진시키는 것도 좋은 방법이다.

⑥ 단, 이와 같은 政策에서 반드시 한가지 유의할 점은 현재의 요양원들이 지역사회내 기거시설이라는 概念으로 오인되어서는 안된다. 요양원들은 산골 깊숙히 위치하여 지역사회 내 施設도 아닐 뿐더러 운영방침도 정신질환자의 사회복귀에 있지 않다. 정신질환자들을 보이지 않는 먼 곳에 孤立시키는 것은 우리 모두가 빨리 벗어나야 할 目標 중 하나이다.

바. 精神保健法

1) 정신질환자의 定義에 대한 재확립이 필요함.

제3조 1항: '정신질환자라 함은 정신병, 인격장애, 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다'

* 비정신병적 상태에 있는 각종 정신질환자들도 포함되어 있어 強制 및 同意入院治療의 대상이 될 수 있다고 해석될 수 있어 추후 인권문제가 야기될 수 있으므로, '정신질환자라 함은 國際疾病分類 기호에 의하여 정신과 항목으로 규정되어 있는 모든 종류의 정신질환을 가진 자를 말한다'로 수정하고, '위의 정신질환자 중 정신질환으로 인해 상당한 기간 동안 보호관찰이 필요하거나 혹은 자신이나 타인에게 危害를 가할 우려가 있는 자의 경우는 전문 정신의료기관에 強制 또는 동의 입원을 시킬 수 있다'로 강제 및 동의입원의 경우를 제한적으로 명시하는 것이 바람직함.

2) 각 기관의 기능별 분리 및 定義가 필요함.

제 3조 2항: '정신의료시설이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관, 정신요양원 및 社會復歸施設을 말한다'

* 정신요양원은 현행 醫療法上 의료시설이 아님에도 이를 정신의료시설에 포함시 켜놓았고, 전문적인 치료를 받아야 할 患者들을 임의로 정신요양원에 입소시킬 수 있게 되어, 결과적으로 적절한 治療의 기회가 박탈되고 병이 慢性化될 수 있으므로, '정신의료시설이라 함은 정신병원, 정신과 의원, 각급 종합병원 정신과 등 전문 정신의료기관을 말한다'로 수정하고, '정신복지시설이라 함은 이 법에 의해 설치된 정신요양원을 말한다'로 수정하며, '사회복지시설이라 함은 이 법에 의해 설치된 정신질환자의 사회복지를 위한 施設을 말한다'를 신설하는 것이 바람직함.

3) 정신요양원의 기능과 定義에 관한 문제점들.

제3조 4항: '정신요양원이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 장

기입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복귀 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다'

* 단순히 입원기간 만을 기준으로 장기입원의 경우는 정신요양시설로 가야 하는 듯이 규정하여, 정신요양원에는 환자가 장기간 수용되어야 하는 시설인 것처럼 해석될 수 있으며, 법안에 사회복귀시설을 별도로 설치하도록 명문화해 놓은 상태에서 정신요양원에 또 다시 이중으로 '사회복귀훈련을 행하는 시설을 말한다'는 문구를 삽입해 놓아 정신요양원이 사회복귀시설을 동시에 운영할 수 있게 되어 불합리하므로, '정신요양원이라 함은 이 법에 의해 설치된 시설로서, 정신의료기관에서 충분한 정신의학적 치료를 받아 요양이 가능하다고 정신과 전문의가 판단하여 의뢰한 정신질환자를 입소시켜 정신적인 요양을 행하는 시설을 말한다'로 수정하고, '단, 정신요양이라 함은 전문적인 치료를 요하지는 않으나, 현재로서는 사회복귀가 불가능한 상태의 환자를 수용하는 경우를 말한다'고 정의하며, 법안 중 '또는 사회복귀 촉진을 위한 훈련을'의 문구는 삭제하는 것이 바람직함.

제9조: '정신요양원 또는 사회복귀시설의 설립을 목적으로 하는 법인(이하 정신의료법인이라 한다)을' 등

* 정신요양원을 정신의료법인으로 규정해 놓았으나 현재와 같은 운영실태 하에서는 아무도 의료시설로 인정할 수 없으므로, 정신요양원의 설립을 목적으로 하는 법인(이하 정신복지법인이라한다)으로 수정하는 것이 바람직함.

4) 患者의 人權에 關한 問題點들.

제21조 1항(동의입원)

제22조 1항(강제입원)

제24조 1항(응급입원)

* 모든 종류의 입원이 정신과 전문치료기관이나 정신요양원 중 어디에나 가능하도록 되어 있고, 어느 시설에 어떤 상태의 환자를 입원시킬 것인지를 결정하는 시설 선택권자가 누구인지도 불분명하며, 정신의료시설에 정신요양원을 포함시켜 놓아 마치 정신요양원에서도 환자를 치료하는 듯이 그 역할 구분조차 명확히 해놓지 않아, 적절한 치료의 기회를 놓치게 하는 등 환자의 인권이 침해될 소지가 다분히 있으므로, 모든 입원은 정신과 전문치료기관의 정신과 전문의의 진단과 의학적 판단 하에 정신과 전문치료기관에 먼저 입원시키도록 명문화 되어야 하고, 치료결과에 따라 퇴원, 사회복귀시설 의뢰, 정신요양원 입소 등이 이루어져야 함.

사. 精神療養院

1) 정신요양원에 대한 정부의 향후 정책이 변경되는 방향에 따라 대한민국 정신보건의 전체 방향이 좌우될 것이고 사립정신병원도 예외일 수는 없다. 정신요양원은 제도권 내에 입원 또는 수용 중인 전체 정신질환자의 50% 정도에 해당하는 부분을 감당하고 있는 것이 현실이며, 그 영향력과 존재는 아무도 부인할 수 없다.

앞으로의 요양원들은 다음과 같이 변화될 수 있는 가능성들을 가지고 있다.

첫째, 현재 상태로 머무르며 관리가 가능한 만성 정신질환자들을 장기수용하는 현재의 원칙을 고수하겠다는 주장을 할 수 있다. 변화할 능력이나 의지가 없는 요양원들은 이와 같은 주장에 공감할 것이나, 사회 분위기의 변화로 보아 장기수용이라는 비난을 계속 감내해야 하며, 입원과 퇴원 그리고 입소와 퇴소사이에 해당하는 시설과 프로그램이 도입되면 제일 먼저 생존위협을 받게 될 것이다.

둘째, 이미 정신병원의 병설을 완료하였거나 시도 중인 요양원들이 있다. 전환 후 이들 정신병원들은 고급수준의 진료가 시행되지 못한다는 한계는 있으나, 요양원만으로 운영하던 상황에 비해서는 획기적인 발전이

라고 볼 수 있다. 현시점은 精神病床數가 부족하므로 이러한 전환을 억제하지 않고 있어 變化에 대한 어려움은 없다. 단 의료기관의 운영은 요양원 운영방식과 다를 수 밖에 없어 요양원 運營時의 절대적이었던 권위를 의사에게 일부 양보할 수 밖에 없으며, 인근에 기존의 정신병원이 위치하고 있다면 심각한 경쟁을 염두에 두어야 한다.

셋째, 정신보건법에 언급된대로 社會復歸 施設로의 전환을 시도할 수 있다. 그러나 현재 대부분 요양원의 위치가 지역사회에서 隔離되어 있으므로, 이에 해당하는 역할을 담당할 수 있는 요양원은 별로 없어 보인다. 또한 법이 통과되면 寄居施設 설치 자격자의 역할을 수행할 수 있는 자격자들이 대량 유입되며, 이들은 대부분 資金能力과 함께 사회심리적 모델 또는 의학적 모델에 익숙한 전문집단들로 競爭關係에서 현재의 요양원 운영방식의 변화 없이는 生存이 불가능해진다.

넷째, 정신보건법에 언급된대로 再活施設로의 전환이 가능하다. 이 경우 요양원들은 상당한 강점을 발휘할 수 있는데, 그 이유는 요양원 운영자들은 재활이라는 개념에 익숙하며 재원환자들의 구성이 재활치료에 적당하기 때문이다.

그러나 현재까지 요양원에서 환자들의 勞動力을 착취했었다는 의구심을 불식시키지 않는 한 상당기간 외부의 의심에 찬 시각에 자신의 모습을 노출시키려는 노력이 선행되어야만 한다. 또한 再活이라는 개념 속에는 환자의 사회복귀라는 목표가 포함되어 있으므로 요양원 운영방침과 다른 결과를 초래할 수 있는 위험성도 다소 있다.

다섯째, 노인 요양시설 또는 Hospice 등으로의 轉換도 가능하다. 환자의 치료에 대한 경험보다 관리의 개념에 익숙했던 요양원의 입장에서는 고려해 볼 수 있는 대안이다.

2) 향후 요양원의 긍정적인 변화에 확실하게 寄與할 수 있도록 하는 방법은 변화할 수 있도록 하는 동기의 부여와 긍정적 재강화를 하는 동시에, 이러한 變化에 적응하지 못하는 요양원들은 신속히 도태시키는

방안일 것이며, 제일 확실한 동기부여방법은 긍정적인 변화가 있는 요양원에 대한 선별적인 재정지원에 있을 것이다.

긍정적인 변화의 판단기준에서 가장 중요시해야 할 기준은 과연 요양원들이 정신보건 관련 전문인력들을 얼마나 적극적으로 流入하여 치료적인 프로그램들을 運營할 예정인가 하는 점이다.

政策提示

요양원이 정신병원으로의 轉換을 원할 때 이와 같은 전환은 양질의 서비스로의 편입이므로 정부가 관례적인 支援을 하는 것은 바람직한 현상이다.

그러나 현행의 법률은 정신병원으로 전환된 뒤에도 이들을 계속 사회복지법인으로만 인정하고 있다. 즉, 신설한 정신병원의 규모가 요양원보다 커도 정신병원은 社會福祉 법인을 유지하기 위한 부대사업으로 밖에 인정되지 않아, 필요 없어진 요양원을 계속 운영해야만 한다.

요양원 운영에 관여했던 관리인력이 그대로 정신병원에 流入되면 이들은 요양원과 정신병원을 동일한 방식으로 운영하려는 경향을 보인다는 점이다. 특히 療養院이 정신병원의 바로 옆에 있음으로 해서 좀처럼 그 운영방식이 바뀌지 않고 있으며, 능력있는 의료인력들의 전입을 가로 막아 당연히 정신병원에서 提供되어야 할 양질의 서비스가 이루어지지 못하고 있다.

따라서 정신병원을 설립한 요양원들은 一定期間 내에 요양원 운영을 포기하도록 의무화하여야만 진정한 양질의 서비스를 다소라도 기대할 수 있을 것이다.

第3節 地域社會 精神保健에서의 事例管理技法의 適用과 活用

事例管理技法(case management)은 근래에 地域社會 精神保健에 있어서 만성정신질환자를 위한 보다 발전되고 普遍化된 介入 方法으로 등장했다. 이 기법의 基本的인 概念은 클라이언트들에게 그들의 니드에 맞는 적절한 서비스를 제공하고 또 이를 조장해 줌으로 말미암아 地域社會 내에서 獨立인 生活을 할 수 있도록 도와주는 데 있다. 이 事例管理技法은 精神 疾患 集團의 여러 가지 多樣한 問題와 니드를 해결해 주는 適合하고도 效果的인 實踐 技法으로 널리 받아들여지고 있긴 하지만, 아직까지는 社會事業의 확고한 實踐 모델로 정착되어 가고 있는 과정 중에 있다 하겠다. 왜냐하면 事例管理技法에 대한 概念的 定意와 어떤 專門職이 이 方法을 活用해야 하느냐에 대해 논란이 있기 때문이다.

본 연구는 事例管理技法의 登場 背景과 그 기능 및 원리를 설명하고, 이를 어떻게 적용할 것인가에 대한 다양한 事例管理技法의 適用 모델에 대해 論議하고자 한다. 또 事例管理위커로서의 갖추어야 할 知識과 技術을 제시하며, 社會事業 專門職과 事例管理技法과의 관련성을 파악하고, 마지막으로 우리 나라의 地域精神保健體系의 發展에 있어서 事例管理技法의 활용에 대한 시사점을 제시하고자 한다.

1. 事例管理技法의 登場 背景

1960년대 후반과 1970년대 초반에 精神醫療專門家들은 精神疾患患者들을 病院에서 地域社會로 옮기는데 많은 노력을 기울였는데, 이것은 클라이언트들이 단지 “地域社會 內에 있는 것(being in the community)”만으로도 유익할 것이라는 信念에서 비롯된 것이다. 따라서 精神病院에 入院해 있는 입원환자의 수를 줄이는 것이 精神保健制度의 主要 目標가 되었던 것이다. 그리고 새롭게 확립된 地域社會精神保健센터가 慢性精神疾患患者들의 問題를 해결하도록 새로운 責任과 任務를 부여받았지만 病院에서 오랫동안

동안 입원해 있던 환자들의 누적된, 감당하기 어려운 니드를 地域社會가 과연 해결할 수 있을 지 그리고 어떻게 해결할 것인지에 관해서는 별로 고려해 보지 않았었다. 慢性精神疾患患者들의 대부분이 그들의 생애 중 오랜 세월을 병원에서 보냈기 때문에 獨立的으로 살아갈 수 있는 基本的인 生活技術을 잃어버렸고, 어린아이와 같이 의존적인 존재로 변해 버렸던 것이다(Miller, 1983). 그러므로 이러한 사람들이 地域社會 내에서 독자적으로 정상적인 생활을 해 나갈 것이라고는 생각하기가 어려운 것이다.

미국 의회 내 일반회계국(GAO)의 脫施設化에 대한 보고서(1977)로 말미암아 地域社會 내에서 제대로 동화하지 못했던 정신장애자들의 어려움에 대해 의회가 주목을 하게 되었다. 그리고 1978년 대통령 직속 정신보건위원회가 이러한 문제의 심각성에 대해서 대통령에게 다음과 같이 보고했다(President's Commission on Mental Health, 1978).

우리는 精神病院에서 퇴원은 했지만 독자적인 생활을 할 수 있는 基本的인 능력을 갖추지 못한 만성정신질환자들의 어려운 문제들에 대해서 재삼재사 증언을 통해, 또 조사나 特別委員會의 보고서를 통해 익히 알게 되었다. 그들에게는 적절한 식량도 의복도 거처할 곳도 없으며, 정신병원 퇴원 후 사후 精神醫療 및 醫療 서비스가 결여되어 있다는 것을 알게 되었다. 그리고 우리는 大型 精神病院에서 퇴원한 환자들의 과반수가 퇴원 1년 내에 재입원 하고 있다는 사실도 깨달았다. 모든 퇴원 환자들이 地域社會 내에서 치료받을 수는 없다 하더라도, 지역사회 내에 包括的인 서비스가 제공될 수 있었다라면 주립 정신병원에 在入院한 환자들 중의 다수는 재입원을 하지 않아도 되었을 것이다(p. 5).

대통령 직속 精神保健委員會의 조직 및 구조 분과위원회에서는 탈시설화의 문제는 精神保健 傳達體系에 있어서 서비스의 調整과 持續性的의 결여로 야기된 결과라고 강조했다. 즉, 地域社會精神保健센터法이 통과된 지 14년이 지났음에도 불구하고 미국의 精神保健서비스는 여전히 단편적이

고, 서비스들이 相互 調整되지 못하고 있기 때문에 대상 지역 클라이언트들에게 적절치 못한 非效果的인 서비스가 제공되고 있으며 擔當 地域간의 連繫性이 缺如되고 있다는 것이다. 따라서 精神保健서비스에 대한 體系的인 接近이 이루어지지 못하고 있다고 지적했다. 이와 비슷한 지적으로 일반회계국에서 밝힌 연구보고서에서도 地域社會 精神保健프로그램을 통해 精神疾患者들을 대상으로 하는 잘 調整되고 統合된 治療體系는 현실이라기보다는 이상에 가까운 것이라고 주장했다(General Accounting Office, 1977).

地域社會精神保健센터의 確立으로 말미암아 수백 개의 지역사회 단위에 이용 가능한 정신보건 서비스의 다양한 종류나 전체적인 서비스의 양은 크게 증가했지만 1964년에 제정된 地域社會精神保健센터法の 의도했던 목적은 이행되지 못한 실정이다. 특히 만성정신질환자들, 가족의 유대 관계가 약한 환자들, 의존의 정도가 높은 환자들 그리고 개인적·사회적·직업적 기술이 극히 제한된 환자들의 경우에는 더욱 그렇다. 이렇게 볼 때 미국 國立精神保健院(National Institute of Mental Health; NIMH)의 지역사회정신보건센터의 모델이 제공하는 일련의 필수적인 정신의료서비스에는 매우 중요한 서비스 한 가지가 누락된 것으로 여겨진다(Miller, 1983).

오늘날 事例管理技法은 지역사회정신보건프로그램에 있어서 유일한 필수 서비스는 아닐지라도 가장 필수적인 서비스 중의 하나라고 인정되고 있다. 이 기법은 精神保健體系의 複雜性和 斷片性을 극복할 수 있는 방법으로 인정이 되며 제대로 서비스를 받지 못하는 만성 및 중증 정신장애자 계층에 실질적인 서비스를 제공할 수 있는 방법으로 간주되고 있다(Lourie, 1978 ; Test and Stein, 1976). Turner와 TenHoor(1978)는 아무리 많은 서비스 기관이 관련되어 있다 할지라도 클라이언트를 지속적으로 接觸하고 責任을 지는 클라이언트 차원에서의 단일 워커 또는 單一 治療팀의 接近이 중요하다고 역설한다. 실로 事例管理技法이 精神保健領域에서 새로운 개입 전략으로 등장한 것은 바로 慢性精神疾患者들을 위한 통합된 서비스 네트워크의 不在에서 비롯된 것이라고 할 수 있다.

2. 事例管理技法의 機能

慢性精神疾患者들의 퇴원 후 治療(aftercare)에 대한 니드는 매우 광범위하다. 즉, 많은 公式的인 援助體系로부터 많은 非公式的 元祖體系에 이르기까지 매우 다양하고 광범위하다. 서비스 기관이나 치료의 장(場)에 따라 강조하는 바가 다르기는 하지만 전미병원인가연합회에서 밝힌 바에 따르면 5가지 주요한 기능이 있다(Joint Commission on Accreditation for Hospitals, 1976). 이 5가지 기능은 물론 國立精神保健院(NIMH)의 지역 사회 지원프로그램에서 그리고 여러 정신보건서비스기관의 事例管理技法을 담당한 직원을 모집하는 부서에서 인정하는 것으로서 (1) 査定, (2) 個別化된 서비스 計劃의 수립, (3) 連結 및 調整, (4) 모니터링 그리고 (5) 權益 擁護의 기능을 말한다.

가. 査定(assessment)

클라이언트 개인의 역기능적인 문제 상황을 判斷·決定하려면 단순히 그 개인이 어떤 社會的 役割을 利害하고 있다든지 아니면 수행할 수 있다든지 하는 個人的 力量을 아는 것 그 이상이 요구된다고 하겠다. 특히 重症 精神障礙者의 경우 더욱 많은 내용들을 이해할 필요가 있을 것이다. 소명감이 강한 워커들조차도 종종 빠뜨리기 쉬운 것은 精神疾患者를 이해하지 못하고 있고 또 정신질환자라는 이유로 그들을 이해하려 하지 않는 地域社會 內에서 매일 매일의 적응 생활에 어려움을 겪는 클라이언트들에게 끊임없이 肯定的 強化를 불어넣어 줄 필요가 있다는 사실이다(Sullivan, 1981).

査定の 과정에는 클라이언트로부터, 그 가족과 친지로부터, 그리고 福祉 서비스機關과 醫療機關들로부터 情報를 蒐集하는 것이 포함된다. 사정에 필요한 情報는 대략 다음의 영역으로 분류된다: 1) 클라이언트의 關心과 力量, 2) 物的 資源, 3) 社會的 支持 程度, 4) 對人關係 및 技術, 5) 自我強化力(Johnson, 1985).

나. 個別化된 서비스 計劃의 樹立

클라이언트에게 서비스를 제공하기 위해 個別化된 서비스를 計劃하는 것은 査定의 단계에서 수집된 情報를 바탕으로 수립된다. 물론 이 계획은 워커가 선호하는 治療 方法이나 현재 이용 가능한 서비스 기관들의 상황에 맞추어 調整되어야 한다. 그리고 클라이언트의 기능력의 수준과 서비스 니드 및 役割 遂行의 정도에 따라 치료 계획은 클라이언트의 自律性과 獨自性을 제한하거나 확대할 수 있다.

Johnson 교수는 치료 계획을 수립하는 데에는 두 가지 일반적인 원칙이 있음을 밝혔는데(1985), 그 첫째는 治療計劃 수립과정에 클라이언트 당사자를 포함시켜야 한다는 것이다. 이것은 치료계획의 實行過程에 가족과 친구 및 공식적 지원 체제의 원조자가 포함되어야 하는 것과 마찬가지로의 원리다. 둘째, 장기적인 목표 설정에서 간과되기 쉬운, 또 장기적 목표를 보완할 수 있는 短期的 目標들을 設定하는 것이다. 단기목표의 기간은 다양하게 정할 수 있지만 일반적으로 3개월을 주기로 하는 것이 보통이다. 短期治療의 目標은 클라이언트의 社會的 機能의 全領域에 걸쳐 수립이 되어야 하며 이러한 短期目標들은 클라이언트의 관심과 동기 그리고 역량의 정도에 따라 점진적으로 改善, 發展되어야 한다.

다. 서비스의 連結 및 調整

서비스를 연결하는 과정은 治療計劃을 樹立하는 것과 시간적으로는 거의 비슷한 시점에 이루어지지만 사례가 계속되는 한 이 과정은 계속된다고 볼 수 있다. 전미병원인가연합회(1973)에 의하면, 연결(linking)이란 精神醫療機關에서 提供되는 모든 서비스에 클라이언트를 위탁하거나 위임하는 과정을 말하며 여기에는 전반적으로 公式的 援助體制 및 자연스러운 非公式的 援助體制도 포함된다. 사례관리워커는 클라이언트가 이용 가능한 서비스가 어떤 것이 있는가를 파악하는 것 외에도 서비스 機關의 管理的 組織도 능히 다룰 수 있어야 하며 또 自然發生的인 非公式的 援助 네트워크를 찾거나 만드는 데에도 仲介者로서의 役割을 다해야 한다.

서비스 調整의 과정은 서비스 제공자를 찾아내어서 클라이언트에게 연결시키는 일 뿐만 아니라 서비스 제공자들끼리도 상호 연결시켜 주는 기능도 포함한다. 여러 다양한 서비스 기관들의 서비스 제공자 즉 워커들에게는 제각기 치료에 대한 가치나 철학이 서로 다를 수 있다. 다시 말하면 어떤 워커는 治療計劃을 實行하는데 있어 정서적이고 명백히 드러난 문제들을 더 잘 다룰 수 있고 어떤 워커는 實用的인 문제를 다루는데 더 능숙할 수가 있는 것이다. 성공적인 連結과 調整의 기능을 다하기 위해서는, 사례관리워커는 지역사회에서 이용 가능한 서비스가 어떤 것인지를 알아야 하고 또 公式的·非公式的 援助 體制의 자원을 충분히 동원할 수 있어야 한다. 그리고 클라이언트에게 최선의 서비스가 제공될 수 있도록 하기 위해 클라이언트와 제공자간 또는 서비스 프로그램간의 仲介者로서의 役割도 충실히 해야 할 것이다.

라. 모니터링(monitoring)

모니터링은 클라이언트의 進展 狀況을 계속해서 評價하는 것을 말하며, 기존의 설정된 목표에 대한 재평가를 통해 새로운 서비스 계획과 서비스의 連結·調整 過程으로까지 이어지게 하는 것을 말한다. 이것은 클라이언트에게 서비스가 제공되어지게끔 하는 後續的인 措置와 클라이언트의 問題 狀況의 進展을 예의 주시하는 것을 포함한다. 더 구체적으로 말하면 모니터링은 계획된 서비스가 클라이언트에게 제공되어지도록 확인하는 것을 포함해서 클라이언트가 서비스를 이용하고 있는 것을 관찰하는 것, 가족을 포함한 非公式 援助體系에 조언을 하는 것, 그리고 클라이언트에게 격려하며 취약한 부문에 대해 민감한 반응을 보임으로서 클라이언트를 지지하는 것까지도 포함하고 있다(Johnson, 1985). 결국 모니터링의 목적은 援助過程의 초기에 또는 적절한 시기에 필요한 조치를 취해서 더 效果的인 援助가 되도록 변화를 유도하고, 그 필요한 변화가 효과적이면서 효율적이 되도록 하게 하는데 있다.

마. 權益擁護(advocacy)

權益擁護의 사전적 의미는 대략 두 가지로 볼 수 있는데 첫째는 다른 사람의 처지나 입장을 호소 및 주장하는 의미와, 둘째는 다른 사람의 처지나 입장을 辯護하거나 防禦하는 것을 의미한다. 만성정신질환자 집단에 있어서는 이 두 가지 의미가 모두 적용된다고 할 수 있다. 事例管理技法에 있어서는 첫째 의미는 서비스의 제공과 더불어 적용되는 것이고, 클라이언트집단을 위해서 어떤 集合的인 行動을 할 때는 두 번째 의미가 적용된다고 하겠다. 우리 사회에서는 어떤 사람들이 그 모습이 여타 사람들과 달라 보이거나 행동하는 것이 달라 보일 때 그들은 수상쩍은 눈초리를 받게 되고, 사회로부터 고립되거나 거부되고, 그 무엇보다도 오해를 받기가 쉽다. 만성정신질환자들은 바로 이러한 집단 중 하나인 셈이며, 이들의 만성적인 機能喪失 또는 機能低下 때문에 나타난 특성들이 지역사회로 하여금 이들의 사회적 수행 능력을 인정할 수 없게 만든다. 그러므로 사례 관리자는 법정에서 또 복지기관, 의료기관 및 기타 원조기관에서 이들 정신질환자들을 위해 그들의 올바른 權益을 끊임없이 주장해야만 하는 것이다. 물론 사회의 전체적인 분위기가 이러한 精神疾患者集團은 사회의 적절치 못한 구성 집단이라고 排擊하는 상황에서 이들을 옹호한다는 것이 쉬운 일은 아니지만 이들의 정당한 權利와 利益을 쉬임없이 代辯하고 保護하는 일에 앞장서야 한다. 앞으로 事例管理技法이 더 확고한 서비스 傳達 技法으로 인정되어 감에 따라 클라이언트의 權益擁護를 위해 더 적극적인 役割을 遂行해야 하며, 만성정신질환자들의 권익을 擁護하거나 支持하고 防禦하는데 노력을 경주해야 할 것이다(Sullivan, 1981).

3. 事例管理技法의 原理

Gerhart는 事例管理技法의 실천을 뒷받침하고 이끌어 주는 네 가지 원칙을 밝히고 있는데(1983), 事例管理技法이 개인에 의해서 실행되든 아니면 팀에 의해서 실행이 되든 간에 事例管理技法의 원리로서 (1) 서비스의

個別化, (2) 서비스 提供의 包括性, (3) 클라이언트의 自律性 保障, (4) 保護 및 治療의 持續性을 주장하고 있다. 이러한 원리는 앞에서 논의한 事例管理技法의 일반화된 기능들을 가이드 하는 원리인 것이다.

가. 서비스의 個別化

이 원리는 각 클라이언트마다 독특한 身體的·精神的·社會的 環境에 따라 각 클라이언트의 니드에 적절한 서비스를 調節하여 맞추는 것을 말한다 (Lamb, 1980; Leavitt, 1982). 事例管理技法에 오랫동안 지켜온 이 원리는 어떤 클라이언트 두 사람에게라도 똑같은 治療法이 적용되어서는 안된다는 것을 말하는 것이다. 두 사람의 만성정신질환자가 비록 臨床的 診斷에 있어서나 나이, 성별, 사회경제적 수준에서 비슷하다 할지라도 그들에 관한 치료 계획은 각각 매우 다를 수 있다는 것이다. 예를 들면 클라이언트들은 처방된 치료약물에 대해 각기 다르게 반응하며, 주거에 대해서도 각기 다른 니드를 보이며, 여가선용과 직업 활동에 대해서도 제각기 니드가 서로 다르기 때문이다. 따라서 治療計劃은 클라이언트 한사람 한사람마다 주의 깊게 수립되어야 하며 변화하는 클라이언트의 상황에 따라 수정되어야 한다.

나. 서비스 提供의 包括性

이 두번째 원리는 종종 事例管理技法만의 독특한 品質 保證書(hallmark)와 같은 것을 간주된다. 여기에는 만성정신질환자들이 地域社會 내에서 제대로 生活하기 위해 필요한 광범위한 서비스들을 連結시키고, 調整하며, 모니터링하는 것을 전제로 하고 있다(Turner and TenHoor, 1978). 만성정신질환자들은 심각한 불안과 사고의 장애 및 혼란으로 인해 스스로 무엇을 할 수 없거나 다른 사람들이 쉽게 당연한 것으로 생각하는 간단한 일도 제대로 수행할 수 없을 때가 많다. 따라서 주택을 구하거나 의료 서비스를 받고자 할 때, 또는 공공 교통수단을 이용할 때던

가 아니면 가족이나 친구들과 어울릴 때에도 누군가의 도움을 필요로 할지도 모른다. 필요로 하는 원조의 형태나 정도는 클라이언트마다 다르고 시간이 경과함에 따라 개인별로 달라질 수 있다. 그러므로 사례관리워커는 클라이언트들에게 적합한 서비스를 제공하기 위해서는 현존하는 지역 사회의 자원뿐만 아니라 잠재적인 자원까지도 충분히 파악하고 있어야 하며, 그리고 나서 클라이언트가 이용 가능한 서비스를 효과적으로 이용할 수 있도록 해 주어야 하고, 더 이상 필요치 않을 때에는 그 서비스를 그만 이용할 수 있도록 해 주어야 한다.

다. 클라이언트의 自律性 保障

이 세번째 원리는 사회사업실천에 있어서 오랫동안 견지되어 온 원리이며, Biestek은 이것이 클라이언트의 자기 결정의 원리 — 즉 워커와 클라이언트 관계의 일곱 가지 원칙 중의 하나 — 와 같은 것으로 밝히고 있다 (1957). 이것은 서비스가 클라이언트의 선택의 자유를 최대한 존중하는 면에서 결정·제공되어야 하며 적절치 못한 과잉보호나 가부장적인 태도는 피하도록 해야 하는 것이다.

클라이언트의 자율성을 최대한 보장한다는 것은 새로운 중요한 법적인 의미를 함축하고 있다. 과거에는 정신질환자들이 항상 무능력한 것으로 간주되었지만 1970년대에 클라이언트의 권리를 보호하는 새로운 입법 조치로 - 예를 들면, 강제 입원 규정을 매우 엄격하게 적용하는 법의 제정 - 인해 이러한 개념은 발전되었다(Brooks, 1974). 지금은 정신질환자들이 무능력한 존재로 증명되지 않는 이상 정상인과 동등하게 간주되고 있는 것이다. 즉 법적으로, 정신적으로 무능한 존재로 증명되지 않는 이상, 정신질환자들도 투표할 권리가 있고 또 유언을 남길 권리 및 동산 및 부동산을 사고 팔 권리가 인정되고 있다. 다시 말하면 가능한 한 자율적으로 사회적 기능을 다할 수 있는 권리가 주어져 있는 것이다.

라. 保護 및 治療의 持續性

마지막 원리는 클라이언트에게 장기적으로 또는 어떤 경우에는 무한적으로 서비스를 제공해야 한다는 것을 의미한다. 이 원리는 만성정신질환자들이 완전하게 치료되기란 어려우며 무한정으로 원조를 필요로 한다는 가정 하에 적용되는 것이다(Bachrach, 1981). 이상적으로는 지속적으로 보호 및 치료 서비스를 제공하는 사례관리워커는 클라이언트에게 서비스가 필요로 하는 한 클라이언트와 계속 접촉해야 한다. 이것은 물론 지리적으로 접근 가능하다는 가정 하에 클라이언트가 지역사회 내에 있건 정신병원에 있건 간에 계속적으로 워커-클라이언트의 관계를 유지해야 한다는 것을 의미한다.

4. 事例管理技法의 適用 모델

지역사회 내의 만성정신질환자에게 보편적으로 적용될 수 있는 어떤 일반화된 사례관리기법의 모델은 아직 존재하지 않지만 적용 모델에 사용되는 필요한 프로그램 요소(예, 기능, 원리 등)에 대해서는 대체적으로 의견의 일치를 보고 있다. 왜냐하면 이러한 요소들을 다양하게 조직·구성하여 유용한 모델을 만들어 낼 수 있기 때문이다. 사례관리기법을 실행하는데 있어서는 여러 가지의 서비스 모델 중 어느 것이라도 적절히 활용할 수 있다. 사례관리기법의 모델을 선정하는 데에는 대체적으로 어떤 평가 전략 또는 어떤 모니터링 전략을 구사하느냐에 따라 좌우된다는 사실은 주목할 만하다. 그러나 어떤 모델을 채택하든지 간에 사례관리워커라면 누구나 세 가지 기본적인 서비스는 제공할 책임을 지는데, 이 세 가지 서비스는 첫째, 직접적 서비스의 제공(예, 클라이언트와 그 가족을 상담하는 것) 둘째, 서비스의 조정(예, 클라이언트를 위해 다른 전문가나 서비스 제공자와 협력하는 것) 셋째, 필요한 서비스를 만들어 내고 서비스의 적절성과 그 질은 보장하면서 클라이언트가 서비스에 접근할 수 있도록 클라이언트의 권익을 옹호하는 것을 의미한다(Weil, 1985).

지금까지의 연구 문헌에서는 事例管理技法의 實踐을 위한 다양한 모델들이 제시되었다(Honnard, 1985; Kanter, 1989; Lamb, 1980; Levine and Fleming, 1984; Weil, 1985). 어떤 모델들은 具體的이고 자세하게 제시되어 있고 어떤 것들은 일반적인 모델로서 제시되었다. 어떤 事例管理技法의 모델을 선택하느냐 하는데 영향을 주는 요인으로서는, 클라이언트의 니드와 워커의 力量 외에 여러 가지가 있는데 그 중 주요한 것만 몇 가지 들면 우선 財政的인 자원, 目標集團 즉 클라이언트집단에 대한 서비스 네트워크의 범위, 클라이언트집단이 가지고 있는 문제에 대한 公共의 態度 및 政治的 態度, 그리고 立法, 法令 및 政策的 가이드 라인과 規範 등을 들 수 있겠다.

Weil은 事例管理技法의 모델을 세 가지 範疇로 즉 (a) 社會福祉 서비스에 있어서 專門家 또는 특별히 훈련된 준전문가에 의해 제공되는 事例管理技法, (b) 클라이언트와 특별한 관련이 있는 非專門家에 의해 제공되는 事例管理技法, (c) 心理社會再活센터와 같은 종합적인 서비스 센터에 의해 제공되는 事例管理技法으로 분류했다(1985). Honnard는 事例管理技法의 接近과 適用 모델은 그 焦點을 어디에 두느냐에 따라 특징 지워질 수 있다고 주장한다(1985). 精神保健에 있어서 事例管理技法의 모델은 그 초점이 서비스 제공자, 클라이언트, 서비스의 目標 또는 이러한 것들의 相互聯合이 될 수 있다. 이미 기존의 문헌에서 다양한 적용 모델이 제시되었지만 다음에 소개하는 모델들이 가장 널리 인식되고 적용될 수 있는 모델들이라고 하겠다(Levine and Fleming, 1984; Rapp and Chamberlain, 1985).

가. 一般모델(generalist model)

이 모델은 한 사람의 사례관리워커가 事例管理技法의 모든 機能과 役割을 책임맡는 것으로 필요한 直接的인 서비스와 서비스의 調整 및 權益 擁護의 역할까지 하는 모델이다. Levine과 Fleming(1984)에 의하면 현재 활용되고 있는 여러 가지 사례관리모델 중 이 모델이 “전통적인 케이스웍

모델”과 가장 가까운 것이다(p. 17). 이 一般모델의 長點으로는 우선 각 클라이언트에게 한사람의 워커가 배정되어 있어 클라이언트의 치료 계획과 서비스 提供에 관한 役割을 擔當한다는 점 이다. 그리고 事例管理워커는 다양한 기능을 수행할 수가 있으며 사례관리워커의 自律性이 보장된다는 점이다(Bradfield and Dame, 1982). 이 모델은 만성정신질환자들에게 여러 가지 다양한 援助 서비스가 提供될 수 있을 때 특히 效果的이라고 하겠다.

나. 治療者 優先 모델(primary therapist-case manager model)

일반 모델과는 대조적으로 이 모델에서는 사례관리워커의 클라이언트에 대한 관계가 치료 우선적이라는 점이다. 남가주대학의 정신의학 교수인 Richard Lamb박사는 이 모델을 강력히 지지하고 있는데 事例管理 機能은 유능한 치료자의 基本的인 役割과 責任의 統合이라고 주장하고 있다(1980). 이 모델의 이점은 한 워커가 클라이언트에게 治療, 서비스 接近 및 事例 調整의 役割을 한다는 점이다. 게다가 전문 인력이 부족한 영역에서는 이 모델이 사례관리 서비스를 제공하는 가장 효과적인 모델이라는 것이다. 그러나 이 모델을 적용하는데 있어 가장 큰 問題點으로 지적되는 것은 治療 優先의 모델에서는 사례관리워커가 클라이언트가 더 절실히 필요로 하는 다른 事例管理의 機能을 수행하기보다는(클라이언트에게는 정신 치료 서비스가 가장 덜 필요로 하는 서비스임에도 불구하고) 臨床的 治療서비스를 提供하는데 더 많은 관심을 보일 수 있다는 것이다(McPheeters, 1983). 이 모델은 現實的이라기보다는 다소 理想的인 모델이라고 할 수 있고, 서비스 기관의 분위기와 직원들이 지지하게 될 때는 좋은 접근 모델이 된다고 하겠다. 그러나 이 치료자 우선모델이 사례관리워커로서의 역할을 간과하거나 간과할지도 모른다는 사실때문에 다른 대안적 모델들이 생겨났다는 사실은 기억해야 할 것이다.

다. 統合的인 팀 모델(interdisciplinary team model)

이 팀 모델은 專門 領域間의 統合的인 전문팀이라는 개념에 기초해 있고, 이 팀에는 각자가 각 分野의 專門領域 內의 서비스 活動에 대해 특별한 책임을 맡게 된다는 점이 돋보인다(Brill, 1986). 즉, 이 사례관리팀모델에서는 사례관리워커 각자가 그 사례관리 과정의 특정한 요소 — 예를 들면 서비스 계획, 연결, 서비스 조정 등 — 에 책임을 지게 되며 이러한 사례관리워커 각자가 구성하게 되는 專門活動이 전체적으로 연합하여 事例管理 過程을 完成하게 되는 것이다. 팀의 구성원들이 클라이언트의 기능 회복과 복지에 대해 책임을 강하게 느낄 때 그 팀은 相互企劃過程과 問題 解決을 통해 良質의 事例管理 서비스를 제공할 수 있게 된다(Weil, 1982). 물론 이 모델에서는 팀에 관계한 전문가들이 서로에게 相互 支援體系가 될 수 있고, 직무상의 소진(burnout)을 피할 수 있게 되며 어려운 사례인 경우 그 책임과 역할은 나뉘질 수 있게 된다는 점이 장점이다. 어떤 연구에 의하면 이 팀接近法은 만성정신질환자에게 더 지속적인 서비스를 제공할 수 있고 서비스 계획을 보다 좋게 할 수 있으며 서비스의 조정도 증진시킬 수 있다고 한다(Test, 1979). 그러나 이 모델에도 다소의 약점이 잠재되어 있다 할 수 있는데 만일 팀의 구성원들이 클라이언트의 福祉나 制度的인 運用 면에 주의를 충분히 기울이지 않는다면 그 책임의 규정이 모호할 수 있고 서비스 효과에 대한 책임 소재도 명확히 밝힐 수 없다는 점이다.

라. 家族모델(family model)

이 가족 모델은 가족의 구성원들이 전문가들보다는 만성정신질환자들에게 더 많은 사례관리 서비스를 제공할 수 있다는 사실에 근거하고 있다. 가족들은 그 가족 중에 정신질환자가 있을 때 그에 대한 책임을 맡게 되는 경우가 많다(Levine and Fleming, 1984). 가족의 구성원들이 事例管理 過程에 대한 훈련을 받고 함께 일하고 상의할 수 있는 전문가가 옆에

있을 때 클라이언트에게 제공되는 서비스의 質과 持續的인 서비스의 傳達에 큰 영향을 끼칠 수 있다. 그러나 많은 가족들은 이 役割이 자신들에게 適合한 것이 아니며 公평치 못한 부담을 지고 있다고 느낀다. 게다가 이들은 대체적으로 만성정신질환자들의 서비스 調整 니드에 대처할 준비를 갖추지 못하고 있다. 그러므로 이들이 정신질환을 겪고 있는 가족이나 친지들을 효과적으로 감당하는데 필요한 지식이나 技術을 가르쳐 주어야 하느냐 하는 이슈는 정신보건 전문가들 자신들에게 달려 있다고 하겠다. 사실 이러한 경우는 가족들에게 治療過程에 있어서 전문가들이 누리는 파워를 안겨 주는 결과가 될 것이라고 우려하는 사람들도 있다(Hatfield, et al., 1982). 또한 동시에 정신보건 전문가들은 클라이언트들에게 좋은 서비스를 보장해 주어야 한다는 基本的이고 公式的인 責任을 저버려서는 안될 것이다.

다. 支持的 援助 모델(supportive care model)

지지적 원조 워커를 활용하는 事例管理技法의 모델 중에서 가장 빈번하게 언급되는 모델은 Wisconsin州 Rhinelander 지역에서 활용되고 있는 모델이다(Cannady, 1982). 이 모델은 다음과 같은 신념에 기초하고 있는데, 즉 “만성정신질환자들이 지역사회에서 살아가는데 필요한 心理的 支持는 바로 그들의 이웃이나 주민들에게서 찾을 수 있으며 더욱이 일반 주민들이 適切한 支援과 가이드를 받는다면 그들도 效果的이면서도 經濟的으로 精神保健서비스를 제공할 수 있고, 클라이언트를 다른 필요한 地域社會의 支援體系와 連結할 수 있다.”는 것이다(Levine and Fleming, 1984, p. 21). 이 모델은 地域社會가 精神保健서비스와 클라이언트들의 權益擁護에 관계해야 한다는 가정에 기초하고 있다. 支持的 援助 워커는 지역사회 주민 중에서 뽑힌 사람이어야 하고 이들이 바로 사례관리워커로서 일하게 되는 것이다. 그리고 이들을 선정하는 기준은 과거에 정신보건에 관련된 訓練이나 經驗 有無에 기초하는 것이 아니다. 물론 일단 선정이 되고 나

면 전문 훈련을 받게 되고 일대일로 클라이언트에게 배정되게 된다. 이들 支持的 援助 워커들은 자원봉사자가 아니라 그들이 제공하는 서비스에 따라 급여를 받게 되며 地域社會 精神保健機關과 契約을 맺고 일하는 것이 일반적이다. 이 모델에서는 여러 가지 서비스 과업이 비록 골고루 배분된다 할지라도 法的·프로그램적 責任은 精神保健시스템에 있는 것이며 지지적 원조 워커들에 대한 슈퍼비전은 계속되는 月別 訓練過程과 事例 檢討 作業 등을 통해 이루어지는 것이 보통이다.

바. 自願奉仕者 모델(volunteer model)

만성정신장애자들에게 사례 관리 서비스를 제공하기 위해 自願奉仕者를 활용하는 것이 바로 자원봉사자 모델인데 이 모델에서는 주로 精神病院에서 退院한 정신질환자들에게 지역사회 자원봉사자들을 일대일의 지지적 관계를 맺도록 연결시켜 준다(Folkenberg, 1982). 메릴랜드州 Montgomery 카운티 精神保健協會에서는 사회복지 대학원생들을 전문필드 슈퍼바이저의 슈퍼비전 하에 만성정신질환자들을 위한 사례관리워커들로 활용했다. 이 프로그램에서는 費用 節減이라는 經濟的인 效果 외에도 학생 사례관리워커들이 地域社會의 資源을 동원하고 조정하는데 매우 효과적이었다는 평가가 나왔다(Bramhall, 1983). 그러나 自願奉仕 사례관리워커들을 활용할 때 매우 중요한 사항들이 몇 가지 있는데 그 첫째는 役割 理解에 관한 것으로 자원봉사자들이 자신들의 역할뿐만 아니라 전문직의 역할까지도 명확히 구분해서 이해해야 한다는 것이고, 둘째는 그들은 그들의 직무에 대하여 適切な 訓練을 받아야하며 동시에 適合한 슈퍼비전을 받아야 한다는 것이다. 만약 이러한 것들이 제대로 지켜지지 않게 되면 전문직은 클라이언트에 대한 통제권을 포기하지 않으려 하며, 이렇게 되면 결국 自願奉仕者들을 활용하기가 어렵게 된다. 또 자원봉사자들에 대한 전문직의 적절한 슈퍼비전이 결여되고 그리고 地域社會 資源의 不在로 인해 自願奉仕者들의 욕구불만이 생기게 된다고 하겠다.

이상에서 논의한 여섯 가지의 사례관리 모델들은 클라이언트의 福祉를 增進시키기 위해 效果的으로 活用될 수 있고 각 모델의 적용은 사례관리 프로그램을 실행하는 각 기관의 상황에 따라 결정되며 동시에 사례관리워커의 技術과 役割에 따라 크게 영향을 받는다고 하겠다. 또한 각 모델이 적용되는 방식은 地域社會 內에서 利用 可能한 서비스의 정도에 따라서도 달라진다고 할 수 있다(Boserup and Gouge, 1980).

5. 事例管理워커가 갖추어야 할 知識과 技術 및 價値

事例管理技法의 주요 기능을 제대로 수행하기 위해서는 몇 가지 역할면에 있어서 특별히 유능해야한다. 사례관리워커는 클라이언트를 위해서 廣範圍한 支援 네트워크를 만들며 때때로 자신의 사무실 밖 즉 “現場(real world)”에서 일하면서 만성정신질환자들만의 고유한 니드를 充足시켜 줄 수 있어야 한다. 事例管理서비스는 직접적 서비스이면서 동시에 간접적 서비스이기도 하다. 왜냐하면 클라이언트 개개인과 그들에게 의미 있는 사람들 즉 가족, 친지 및 친구들과도 장외의 非公式的 努力(behind-the-scenes work)과 간접적인 서비스를 제공해야 하기 때문이다. 이러한 間接的 서비스의 활동을 예시하면 우선 정신질환자들에게 지역사회 내에서 적절한 주거를 마련하기 위해 精神保健協會와 이 문제를 함께 해결해야 하는 경우가 있고, 서비스 전달의 효과를 높이기 위해 여러 기관의 전문 직원들과 연합회를 구성하기도 하며 住民公開討論會를 열어서 정신질환자들의 니드에 대한 논의도 하고 동시에 그들에 관한 그릇된 偏見을 불식시키기도 한다. 이 외에도 이따금씩 의회 의원들을 초청하여 환자의 가족 및 關聯集團成員들과 함께 精神疾患者의 地域社會 再活을 위한 프로그램을 法制化하는 노력도 한다.

이러한 사례관리서비스는 그 유형이 直接的인 서비스든 間接的인 서비스든 간에 어느 것도 클라이언트의 원조 과정에서 事例管理만의 독특하고 유일한 것이라고 말할 수는 없지만, 이러한 서비스들이 전체 統合的인 것

으로 인식될 때는 어떠한 기존 형태의 사회복지서비스 방법과도 확실히 구별되는 것이다. 예를 들면 사례관리워커의 일상 業務中에서 아침에는 클라이언트에게 치료 서비스를 제공하고 오후에는 클라이언트의 가족들로 構成된 援助 集團을 인도하고 그리고 저녁에는 地域住民委員會에 가서 클라이언트의 생활에 관한 증언도 하게 되는 것이 지극히 평범한 事例管理 워커의 일과인 것이다. 이러한 업무는 평범한 케이스워크나 그룹워크의 업무와는 확연히 구별된다고 할 수 있다. 이러한 다양한 역할 또는 역할의 전환으로 인해 사례관리워커는 때로는 아주 유쾌한 기분으로 일할 수 있고 때로는 가장 힘들게 느낄 때도 있다(Johnson, 1985).

모든 社會事業方法을 활용하는 事例管理接近法은 워커에게 광범위한 지식 기반을 요구하게 되는데 예를 들어 精神保健領域에 있어서 사례관리워커는 클라이언트의 法的인 權利 問題에 대해서도 잘 알고 있어야 하며 정신병리학, 정신치료약학, 서비스 기관간의 政策 規定 및 規則, 集團理論 및 集團社會事業, 위기개입, 社會體系理論 및 權益 擁護의 原理 등에 관해서도 정통해야 한다.

사례관리워커의 價值體系는 일반 社會事業의 가치와 비슷하지만 어떤 측면은 아주 독특하다고 할 수 있다. 事例管理에 있어서 가장 근원적인 가치는 아마도 각 클라이언트 한사람 한사람 모두가 존엄하며 보통 사람으로 살아가려는 그들의 노력에 원조할 만한 가치가 있다는 것이다. 이러한 가치는 사례관리워커에게는 특히 중요하다고 할 수 있는데, 왜냐하면 慢性精神疾患者들은 어떤 면에서 사회로부터의 희생양이며 버림받은 존재들이 되기 십상이기 때문이다. 실로 많은 수의 만성정신질환자들이 적지 않은 수의 地域社會 精神保健워커들로부터 “한심한 만성정신질환자들(bunch of chronics)”이라고 경멸 당할 수 있다. 이러한 용어를 쓰는 臨床專門家들은 정신병원에서 퇴원한 환자들을 언뜻 호감이 가기 어려운 治療하기 곤란한 한심한 존재들로 받아들이고 있으며, 그래서 이들의 무관심은 대화를 통한 구두치료노력에 별 반응을 보이지 않는 환자들을 處理하기 위한 效率的인 方法으로 대량의 처방으로 투약만 하게 하는 집단

으로 만들어 버릴 수가 있는 것이다. 그러나 사례관리워커들은 클라이언트들이 개인적으로 호감이 가는 가지 않은 간에 어떤 클라이언트를 위해서도, 그리고 모든 클라이언트들을 위해서 일해야 하는 것이다. 왜냐하면 사례관리워커들은 클라이언트의 個人的 尊嚴과 價値를 尊重하기 때문이다. 이러한 가치를 가지고 일하게 될 때 비록 클라이언트가 아주 조그만 進展 또는 回復의 기미를 보일 때에도 만족감을 느낄 수 있고 그 업무의 만족감을 높일 수 있게 된다.

事例管理워커들은 아주 독특한 이데올로기, 즉 그들의 지식과 기술과 가치 체계를 통합하는 어떤 信念을 가지고 있다. 사례 관리자들을 가이 드하고 그들의 노력을 견지하게 하는 — 때로는 어렵고 욕구 불만적인 상황에서도 — 이 이데올로기에는 다음과 같은 신념을 포함하고 있다 :

- 모든 사람은 누구나 자신의 安樂과 安全 그리고 자신의 社會的 發展에 대한 기회에 대해 동등한 권리를 가지고 있다.
- 만성정신질환자들은 이러한 基本的인 權利를 갖추지 못했으며 따라서 이들에게는 특별한 努力과 配慮가 필요하다.
- 사례관리워커와 클라이언트간의 관계와 사례관리워커와 地域社會간의 관계는 평등하다.
- 클라이언트가 살고 있는 實生活 環境이 臨床的 事務室環境보다 治療에 더 效果的인 장소다.
- 지역사회 주민들을 理解시키고 協助를 구하고 적절한 配慮를 하게 되면 地域社會는 만성정신질환자들에게 보다 더 수용적이고 나아가 援助 시스템이 될 수도 있다(Johnson, 1985, p. 292).

이탈리아의 저명한 정신과 의사인 Basaglia(1980)는 地域社會에서 精神疾患患者들을 위해 일하는데 있어 갖춰야 할 이데올로기로 다음과 같이 주장하고 있다:

精神保健워커에 있어서 이 技法은 전혀 새로운 역할인 것이다. 즉, 환자와 병원과의 관계에 있어서 仲介者로서의 역할 대신에 클라이언트가 직면하는 實際 世界の 生活로 들어가는 것이다. 이것은 그 가족, 직장 또는 복지 기관의 현장으로 들어가는 것을 의미하는 것이다. 이러한 현실의 장은 患者의 個人的 問題가 公共의 問題로 발전하게 됨에 따라 새로운 治療의 領域이 되는 것이다. 게다가 정신보건워커는 더 이상 中立의인 입장을 취하거나 무관심해서는 안되며 클라이언트의 문제를 유발시킨 權力構造의 不公平과 直面해야 하며 전심으로 약자 즉 클라이언트의 편에 서야 된다. 클리닉이나 정신병원의 바깥에서 일하게 되면 기존의 權威나 專門性이 무력함을 느끼는 경우도 더러 있지만 새로이 시작한다는 마음으로 즉 기존의 고정관념을 깨뜨리고 오직 클라이언트에 대한 헌신된 마음을 가지고서 주어진 역할을 다해야 할 것이다(p. 190).

6. 事例管理워커로서의 社會福祉士

이상에서 언급한 이러한 事例管理의 機能을 수행하고 사례관리의 이데올로기를 가지고 있는 사람들은 대체 어떤 사람들인가? 라는 의문을 가질 수 있는데 여기서는 이러한 의문에 해답을 제시하고자 한다. 실제로 본 논문에서 논의한 요구 조건들은 매우 광범위하며 여러 프로그램에 있어서 다양한 서비스를 포함하고 있다. 그럼에도 불구하고 事例管理가 다른 여타의 介入方法과는 구별되는 그 기능상의 어떤 공통 요소가 있다. 이것은 바로 클라이언트의 문제의 해결에 있어서 精神心理治療의 오리엔테이션과 社會治療의 오리엔테이션의 統合의 對處가 요구된다는 점이다. 그리고 또한 만성정신질환자의 문제는 심리적 요인과 사회적 요인의 상호작용에 의해 생겨난 것이며, 완벽한 治療는 가능하지 않을 수도 있으며, 클라이언트의 地域社會內 成功的인 適應을 위해서는 직접적 서비스와 간접

적 서비스 둘다 필요하다는 확신이 바로 그 공통의 요소이자 기준이 된다고 할 수 있다.

따라서 이 영역에 있어서 주도권을 주장할 수 있는 專門 領域이 있다면 바로 그것은 社會福祉(社會事業)일 것이다. 이러한 주장은 실증적인 것으로서 사회복지사들이 다른 專門職의 종사자들보다도 사례관리워커로 더 많이 고용되고 있으며 실제 직무상의 요구 조건들이 社會福祉(사업) 敎育을 명시하고 있으며 공식적으로 이러한 職務를 社會福祉(事業)職으로 분류하고 있다(Johnson and Rubin, 1983). 그리고 사례관리자가 어떻게 해서 사회복지(사업)의 영역에 속하는가 하는 데에는 강력한 이론적, 역사적 근거가 있다.

이론적 측면에서 볼 때 社會事業의 機能에 대한 定義를 살펴보면 이것이 事例管理의 機能과 어떻게 부합하는지 하는 것을 잘 보여준다 :

社會事業은 어떤 사람들이 그들의 개인적인 그리고 가족적인 자원이 불충분할 때 그들을 원조하는 과학이자 예술인 것이다. 즉 사회사업은 다음과 같은 원조 사항에 관계하는 것이다. :

- ① 개인적인 保護와 支持
- ② 個人的인 그리고 行動的인 문제에 관해 助言과 相談
- ③ 주택, 소득, 고용, 의료, 법률 상담, 복지 서비스, 교육 및 집단의 권익 옹호 등에 대한 기회와 자원을 斡旋하고 增進하며, 活用케 하는데 있어서의 援助(Turner, 1981, pp. 8~9).

이러한 정의는 바로 事例管理의 機能 및 이데올로기와 兩立하는 것이며 거의 일치한다고도 볼 수 있다. 실로 사례관리워커가 등장하게 된 근거 및 이유라고 말할 수 있는, 스스로 보호나 치료할 수 없는 사람들을 위해 積極的이고 持續的인 서비스의 開發과 調整의 必要성의 부각은 社會事業의 機能 즉 “개인적 및 가족적 자원이 불충분한 사람들을 원조하는 것”과 정말로 유사하고 할 수 있다(Turner, 1981, p. 8).

역사적으로 社會事業의 근본적인 철학은 個人的 價値와 尊嚴이며 이것은 事例管理의 基本的인 原理인 것이다. 社會사업이 추구하는 많은 이상향은 사례관리의 이상향과 조화를 이루는데 이것들 중 몇 가지만 열거하자면: Morris가 주장하는 장애인들을 원조하는 전문 기술로서의 適切性(1977); Pincus와 Minahan의 “行動시스템(action system)”을 擴大하는 概念(1973); Collins와 Pancoast의 連結의 原理(1976); Reid의 課業 中心의 實踐 概念(1978)을 들 수 있다. 따라서 사례관리의 이데올로기에 대한 강한 근원을 社會事業에서 찾을 수 있다.

사례관리워커로서의 社會福祉士는 케이스워크와 그룹워크, 가족치료 및 지역사회조직방법을 통합하여 활용한다. 이러한 역할의 연합으로 인해 사회사업은 보다 세분화된 專門職과 差別性을 두게 되며, 사회복지사들이 바로 인간의 福祉를 도모하는 영역에 있어서 그 發展의 機會를 擴大시키는 주역으로 자리 매김을 할 수 있는 것이다. 여러 가지 기능을 統合하고 社會的·心理的 오리엔테이션을 조화시키는데 있어서 필연적으로 나타나는 개념상의 모호함으로 인해 때때로 “그럼 도대체 社會事業이란 무엇인가?”라는 질문을 놓고 論難을 일으키기도 한다. 그러나 만성정신질환자들을 위한 地域社會 援助 프로그램을 발전시키는데 사회사업이 核心的인 專門職으로 인정을 받게 되는 것은 바로 이러한 기능상의 融通性과 社會的이고도 心理的인 均衡잡힌 안목으로 문제를 바라보고 해결하려는데 있다.

7. 事例管理에 있어서 當面한 問題點과 앞으로의 展望

만성정신질환자들을 치료하고 보호하는데 있어 事例管理의 重要性에 대한 인식은 점차 확대되고 있다. 그렇지만 事例管理가 케이스워크이나 그룹워크 같은 전통적인 실천 방법들과 같은 수준의 인정을 받기 위해서는 아직도 해결해야 할 과제가 많다고 하겠다. 더욱이 事例管理의 發展에 社會事業이 주도해야 한다는 논리적 근거가 설득력이 있지만 실제 많은 社會福祉士들이 사례관리워커가 되는 것을 원하지 않고 있는 실정이다(Rubin and Johnson, 1982).

사례관리가 당면한 여러 문제점들 중 가장 근본적인 것은 사례관리의 概念에 대한 意見의 不一致인데 Austin과 Caragonne(1981)은 사례관리활동에 있어서 저마다 강조하는 것이 다르다고 말하고 있다. 다수의 精神保健 事例管理프로그램에서는 사례관리의 여러 모델 중 “그 특징이 불분명한 모델(mixed model)”을 활용하고 있는데 여기에는 클라이언트에게 광범위한 治療的 카운셀링을 하는 것과 클라이언트의 치료 상태에 대한 평가에 주안점을 두고 있다. 즉 臨床的 治療 자체에만 지나치게 강조를 하고 클라이언트의 事後管理에는 소홀히 한다는 것이다(Johnson and Rubin, 1983). 地域社會 精神保健센터에서 일하는 사례관리워커들은 그들의 役割과 課業 및 活動에 대해 종종 혼동을 하고 있으며, 그들의 직장분위기가 사례관리직무를 수행하는데 큰 도움이 안될 수가 있다. 결국 워커들에게 精神心理治療(psychotherapy)를 강조하는 것이 사례관리시스템을 발전시키는데 치명적인 장애가 된다고 연구자들은 결론을 내렸다(Honnard, 1985).

이외에도 몇 가지 다른 요인들도 정신보건 서비스기관에 있어서 사례관리의 발전에 제한을 가하는 요인들로 간주되고 있다. 예를 들면 재정적 현실이 事例管理의 發達에 沮害要因이 되고 있는데 왜냐하면 地域社會 精神保健센터들이 이들 센터의 생존 전략으로 사무실내에서의 정신심리치료 같은 “금전적으로 환산할 수 있는 서비스(reimbursable service)”에만 치중하고 있기 때문이다. 과거 수십년동안 정신보건서비스에 대한 公的 財政支援은 감소해 오고 있고, 그리고 사례관리워커가 수행하는 다수의 간접적 서비스들은 메디케이드나 민간보험회사로부터 보험적용이 되지 않고 있다. 또 다른 요인을 들면 精神保健機關에서는 클라이언트의 문제를 치료 해결하는데 있어서 전통적으로 精神治療와 精神力動을 강조하는데 있다. 따라서 임상전문가들은 클라이언트로 하여금 地域社會의 서비스 자원에 接近, 利用하게 하고 地域社會에서 클라이언트의 權益을 擁護하는 것 같은 다소 덜 治療的이거나 덜 直接的인 서비스활동은 피상적인 것으로 보는 경향이 있다. 그리고 종종 서비스 기관이나 행정가들은 事例管

理의 役割을 수행하는데 있어서 전통적인 診斷과 治療의 機能을 강조하는 워커들을 더 인정해 주고 보상해 주는 경향이 있다.

그러나, 이러한 장애적 요인에도 불구하고 만성정신질환자들을 위한 事例管理에 대한 公共의 支持는 앞으로 계속 확대될 것이다. 재정적인 이유 하나만으로도 脫施設化에 대해 정부는 지속적인 관심을 보일 것이 분명하기 때문이다. 지역사회를 거점으로 하는 精神保健서비스프로그램이 비용에 있어서 더 效果的이라는 연구 결과가 이미 나타났으며(Greene and Cruz, 1981), 따라서 정부에서는 앞으로 계속해서 이와 같은 지역사회 정신보건프로그램을 지원할 것으로 예견된다.

지금 이 시점에서 事例管理가 여타의 전통적인 서비스실천방법보다 더 우월하다고 주장하기란 어렵지만, 몇 가지 示範的인 모델프로그램을 운영해 본 결과 고무적인 결과가 나왔고 만성정신질환자들의 니드가 다른 接近方法에 의해서는 제대로 충족될 수 없다는 것을 알고 있다(Test and Stein, 1976). 또 精神障礙者들에 대한 地域社會의 支援은 점진적으로 조성되어야 한다. 왜냐하면 아직도 정신장애자들에 대한 두려움과 편견이 존재하고 있기 때문이다. 그리고 대인서비스 전문가들이 모두 다 사례관리에 대한 열정과 이를 수행할 수 있는 필요한 기술들을 갖추고 있는 것은 아니라는 것도 알고 있다. 나아가 地域社會 精神保健워커들에게 이들 만성정신질환자들을 위해 헌신할 수 있게 하는 뾰족한 방도도 아직은 강구하지 못했으며, 精神保健機關에서 사례 관리워커들에게 좋은 보상을 해 줄 수 있는 시스템도 제대로 구축하지 못한 실정이다. 그러나 事例管理의 필요성이 앞으로 최소한 줄어들지는 않을 것이며, 정치적·경제적 변수가 투명하지 못함에도 불구하고, 정신질환자들을 위한 지역사회 지원프로그램은 비록 그 발전속도는 느리다 할지라도 분명 擴大·發展될 것이다. 그리고 事例管理職에 대한 채용 기회는 계속 늘어날 것이다.

지금까지 사례관리시스템을 발전시키는데 있어 사회사업의 주도적인 노력은 조용히 그리고 눈에 띄지 않게 이루어져 왔지만 이제는 좀 더 분명하고 활발하게 주장할 근거가 충분하다고 생각한다(Johnson and Rubin,

1983). 다양한 專門 技術을 갖추고 있고, 사회의 약자들을 위해 일해 온 역사와 전통에 자부심을 갖는 社會福祉士들은 사례관리워커로서 일하는데 專門職으로서의 滿足과 自負心을 가질 수 있을 것이다. 클라이언트 개개인으로 하여금 좀 더 나은 사회적 기능을 갖추게 하고 또 이들을 위해 地域社會의 資源을 동원하고 活用하는 통합적 노력은 바로 전통적인 사회사업과 事例管理의 核心이라고 할 수 있기 때문이다.

8. 韓國의 精神保健領域에 있어서 事例管理의 適用

韓國의 精神保健領域은 아직도 지역사회 중심의 접근 방법보다는 病院을 중심으로 하는 臨床的·治療的 接近方法이 普遍的으로 適用되고 있다. 그리고 정신의료기관 즉 정신병원이나 클리닉에서 일하는 精神醫療 社會福祉士의 경우 그 役割과 機能이 명확치 않아 그 역할과 책임의 정체성에 의문을 제기하고 직무의 불확실성으로 인해 고민, 갈등하는 경우가 많다. 그러나 정신질환자를 올바르게 치료하기 위해서는 정신과 의사의 臨床的 診斷 및 治療, 臨床心理士의 각종 심리적 테스트 기능 외에 환자의 社會的環境 즉, 클라이언트와 가족관계, 직장관계, 친구관계 등의 제요인들이 치료 및 재활에 큰 의미가 있으며, 결국은 지역사회 내로의 복귀를 위해 지역사회 자원과 연결하고 활용하는 것 등에 대한 사회복지사의 독자적이고 效率的인 役割이 강력히 요청된다고 하겠다.

특히 최근 들어 地域社會 中心의 治療接近法에 대한 세계적인 추세와 더불어 한국에서도 이에 대한 관심이 고조되고 있으며 精神保健法의 제정 노력이 결실 단계에 이룸에 따라 각종 재활센터, 지역사회복지센터, 地域社會精神健康相談所 등에서 활동하게 될 정신보건워커의 새로운 서비스 실천방법을 위한 專門 知識과 技術이 요구된다고 하겠다. 따라서 한국에서도 앞으로 정신보건영역의 발전과 만성정신질환자들의 올바른 치료·재활을 위해서는 기존의 입원 방식의 臨床的 治療 中心 接近法 외에, 精神障礙에 대한 一次的 豫防을 위해 地域社會 내에 精神保健센터 및 相談所

를 두어 정신질환을 豫防하고 精神健康을 增進함과 동시에 早期에 문제를 發見・治療하는 傳達體系가 確立되어야 할 것이다. 그리고 병원에서는 가능한 早期退院을 유도하는 시스템을 구축하여 지역사회 내에서 治療 및 再活서비스를 받으며 적응해 나갈 수 있는 地域社會精神保健體制가 構築되어야 할 것이다. 즉 퇴원한 환자들의 地域社會 復歸 및 在適應을 위해서는 地域社會 短期治療센터와 그룹홈 및 再活・復歸施設의 設立을 活性化하여, 클라이언트들이 건강한 사회인으로 기능을 회복하고 지역사회에 적응해 나갈 수 있도록 각종 地域社會의 서비스와 자원을 連結・調整하고 그들의 권익을 옹호하는 포괄적이고도 지속적인 정신보건 서비스체제가 확립되어야 할 것이다. 바로 여기에 사례관리워커로서의 社會福祉士들의 활용이 필수 불가결하다고 하겠다.

參考文獻

- Austin, David M. and Caragonne, P., *A Comparative Analysis of Twenty-Two Settings Using Case Management Components*, Austin, TX: Case Management Research Project, University of Texas at Austin School of Social Work, 1981.
- Austin, Carol D., "Case management in long term care: options and opportunities", *Health and Social Work*, 8(1), 1983, 16~30..
- Bachrach, Leons L, "Continuity of care for chronic, mental patient: a conceptual analysis", *American Journal of Psychiatry*, 138(11), 1981, 1449~1456.
- Basaglia, Franco, Breaking the circuit of control. In David Ingleby (ed.), *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*, New York: Pantheon, 1980.
- Biestek, Felix P, *The Casework Relationship*, Chicago: Loyola University Press, 1957.
- Boserup, D. G. and Gouge, G. V., *The Case Management Model: Concept, Implementation and Training*, Athens, GA: Regional Institute of Social Welfare Research, 1980.
- Bradfield, E. and Dame, F, *Community Support Systems: Planning and Implementation*, Report on the Rural Mental Health Training and Consultation Programs. Huron, SD: Community Counseling Services, 1982.

- Bramhall, M., *Case Management Program*, Unpublished manuscript. Kensington, MD: Montgomery County Mental Health Association, 1983.
- Brill, N. I., *Team Work: Working Together in the Human Services*, Philadelphia: Lippincott, 1976.
- Brooks, A. D. (ed.), *Law, Psychiatry and the Mental Health System*, Boston: Little, Brown & Company, 1974, 819.
- Cannady, D., "Chronics and cleaning ladies" *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 1982, 6~19.
- Collins, A. H. and Pancoast, D. L., *Natural Helping Networks*, Washington, DC: National Association of Social Workers, 1976.
- Endicott, J., Spitzer, R., and Fleiss, J., "The Global Assessment Scale", *Archives of General Psychiatry*, 33, 1976, 766~771,.
- Folkenberg, J., "Compeer provides help for patients returning to community", *ADAMHA News*, 8(20), 1982, 1~5.
- General Accounting Office, *Returning the Mentally Disabled to the Community: Government Needs to Do More*, Publication No. HRD-76-152A. Washington, DC: GAO, 1977.
- Gerhart, U. C., The role of the case manager for the mentally ill: problems and prospects, A paper presented at the NASW Professional Symposium in November of 1983, 1983.
- Greene, Les and Cruz, Arnold de la., Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full-time hospitalization, *Community Mental Health Journal*, 17, 1981, 191~202.
- Hatfield, A., Fierstein, R., and Johnson, D., "Meeting the needs of families of psychiatrically disabled", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(1), 1982.

- Honnard, R., The chronically mentally ill in the community, In M. Weil, J. M. Karls, and Associates, *Case Management in Human Service Practice*(pp. 204~232), San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1985.
- Johnson, Peter J., Case management, In Arthur E. Fink, et al. (eds.), *The Field of Social Work*(8th ed.) (pp. 269~296), Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985.
- Johnson, P. J. and Rubin, A., Case management in mental health: a social work domain?, *Social Work*, 28(1), 1983, 49~55.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Principles of Accreditation for Community Mental Health Service Programs*, Accreditation Council for Psychiatric Facilities, 1976.
- Kanter, J., "Clinical case management: definition, principles, components", *Hospital and Community Psychiatry*, 40(4), 361~368, 1989.
- Lamb, H. R., "Therapist-case managers: more than brokers of services" *Hospital and Community Psychiatry*, 31(11), 762~764, 1980.
- Leavitt, Stephen S, Case management: a remedy for problems of community care, In Carlotta J. Sanborn (ed.), *Case Management in Mental Health Services*(pp. 17~41), New York: The Haeworth Press, 1982.
- Levine, I. S. and Fleming, M., *Human Resource Development: Issues in Case Management*, Baltimore, MD: Manpower Development Unit and Community Support Project, State of Maryland Mental Hygiene Administration, 1984.

- Lourie, Norman V., Case management, In John A. Talbott(ed.), *The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions, and Recommendations for Public Policy*(pp. 159~164), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1978.
- McPheeters, H. L., *Case Management for the Chronically Mentally Ill*, Southern Regional Educational Board, 1983.
- Miller, Gary, Case management: the essential services, In Charlotte J. Sanborn(ed.), *Case Management in Mental Health Services*(pp. 3~15), New York: The Haworth Press, 1983.
- Miller, Sharon, Client-based program administration, In Charlotte J. Sanborn(ed.), *Case Management in Mental Health Services*(pp. 61~75), New York: The Haworth Press, 1982.
- Morris, Robert, Caring for versus caring about people, *Social Work*, 22(5), 353~359, 1977.
- Pincus, Allen and Minahan, Anne, *Social Work Practice: Models and Methods*, Itasca, IL: Peacock, 1973.
- President's Commission on Mental Health, *Report to the President from the President's Commission on Mental Health*, Vol. I. Washington, D.C.: Author, 1978.
- Rapp, C. A. and Chamberlain, R., Case management services for the chronically mentally ill, *Social Work*, 30(5), 417~422, 1985.
- Reid, William J., *The Task-Centered System*, New York: Columbia University Press, 1978.
- Rubin, Allen and Johnson, Peter J., Practitioner orientations toward the chronically disabled: prospects for policy implementation, *Administration in Mental Health*, 10, 3~12, 1982.

- Sullivan, John P., Case management, In John A. Talbott(ed.), *The Chronically Mentally Ill*(pp. 119~131), New York: Human Sciences Press, 1981.
- Test, M. A., Continuity of care in community treatment. In L. I. Stein (Ed.), *Community Support Systems for the Long-Term Patient*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Test, M. A. and Stein, L. I., Training in community living: a follow-up look at a gold award program, *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 193~194, 1976.
- Turner, J. C. and TenHoor, W. J., The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319~344, 1978.
- Turner, John B., Excellence in social work education. a paper presented at Rutgers, the State University of New Jersey, 1981.
- Weil, M., Research on issues in collaboration between social workers and lawyers, *Social Service Review*, 56, 393~405, 1982.
- Weil, M., Key components in providing efficient and effective services, In M. Weil, J. M. Karls, and Associates, *Case Management in Human Service Practice*(pp.29~71), San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1985.

第4節 地域社會精神保健에서의 精神看護師의 役割과 課題

1. 地域社會 精神保健 概念이 看護에 미친 影響

地域社會 精神保健이란 일정 지역내의 인구 집단을 대상으로 精神障礙의 예방과 精神健康의 증진을 위해 정신 건강에 관한 서비스 활동을 행하는 것을 말한다. 이러한 활동은 제2차 세계대전 후 精神障礙者의 치료에 있어서 새로운 경향이 나타나면서 싹트기 시작했다고 볼 수 있다. 즉 精神障礙者를 바라보는 시각이 달라졌는데, 인격을 가진 하나의 자연인으로 받아들이고 사회의 한 구성원으로 간주하기 시작한 것이다. 따라서 患者를 국립병원이나 요양원 같은 곳으로 멀리 추방할 것이 아니라 가까운 이웃 병원이나 또는 집에서 있는 그대로 치료해야 한다는 운동이 地域社會 精神保健을 가능케 한 역사적 배경이다.

이러한 地域社會 精神保健이 본격적인 궤도에 오르게 된 것은 1963년 케네디 대통령의 地域社會精神保健센터법이 통과되면서 시작되었다. 地域社會의 精神保健은 종래의 병원중심의 정신 보건관리에서 탈피하여 地域社會와 밀접한 유기적 연관을 갖고 일체의 진료, 예방, 교육 등을 통해 精神保健管理를 하는 사회적 성격을 하고 있다고 말할 수 있다. 즉 患者들에게 精神保健 및 사회적 서비스를 그들의 地域社會에서 받게 함으로써 그들이 일자리를 잃거나 가족, 친지 그리고 익숙한 環境으로부터 격리될 필요가 없도록 만드는 데 그 목적이 있다. 따라서 이제까지의 地域社會로 부터 患者를 배제하려는 상황에서 이제는 地域社會에서, 그리고 患者와 社會構造와의 연관성을 파괴하지 않는 상태에 두자는 것이다.

나라마다 그 樣式은 다르긴 해도 대체로 정부 주관의 精神保健法이 제정되면서 地域社會精神保健은 본격적으로 발전하였다. 그만큼 방대한 행정력을 동원하지 않으면 안되는 전 국민적 事業임을 시사하고 있다. 政府次元에서의 이러한 법률제정은 精神看護師의 역할에도 주

요한 변화를 초래하였는데 즉 看護現場이 병원에서부터 地域社會로 변하면서 특히 정신 질환의 예방 및 재화에 적극적으로 관여하기 시작하였다. 이전까지의 病院中心의 精神醫學에서는 치료의 연속성이 없었고 질병의 慢性化로 가족과 단절된 상태에서 사회로부터 잊혀져 갔으며 결과적으로 早期退院과 社會復歸라는 중요한 과제가 등장하였다고 할 수 있다. 그러나 단기 입원의 명목으로 地域社會와의 유기적 관계없이 早期退院시키면 오히려 무책임한 결과를 초래할 수 있다는 문제점이 있는데 이를 방지하기 위해 병원과 地域社會는 서로 독립된 것이 아닌 相互依存의인 밀접한 관계를 갖고 있어야 한다는 것을 강조하게 되었다.

따라서 精神看護는 종래의 병원중심의 精神看護에서 탈피하여 地域社會와 밀접한 관계를 맺으면서 일정 지역내의 인구집단을 대상으로 정신 건강의 증진, 精神障礙의 예방과 조기 발견, 치료기간의 단축, 조기 퇴원과 사회복귀의 촉진, 慢性患者의 재할 등 정신 건강을 향상시키기 위하여 포괄적인 精神保健 活動을 시행하게 되었다.

地域社會精神保健所의 활동은 심한 정신적인 어려움을 가진 사람들을 위한 임상간호에 비하여 예방을 강조하고 국소적인 地域社會 治療로 분산시킴으로써 精神健康看護에 있어서의 혁신을 일으키고 있다.

미국에서는 이 결과로 만성질환자와 요양소의 환자수는 줄어들었으나 그렇다고 해서 患者의 발생률이 줄어든 것은 아니다. 또한 퇴원환자의 추후관리가 地域社會 내에서 원활히 행해지고 있지 않기 때문에 여러 가지 부작용이 발생하게 되었다. 정신과 患者의 조기 퇴원과 빠른 재입원 현상은 회전문 증후군(revolving door syndrome)이라고까지 불리우게 되었다.

국립정신병원의 患者 감소는 전적으로 地域社會 精神保健運動의 영향만은 아니다. 1950년대의 중반부터 광범위하게 사용된 항정신약물의 도움으로 患者들의 行動을 조절할 수 있게 해주었기 때문에 지역 내에서의 生活로 되돌아가는 것이 가능하게 되었다. 같은 시기에 양

로원의 발달도 일어나게 되었고 이러한 시설들은 많은 老人患者들의 국립정신병원에서의 入院을 대신하게 되었다.

여러 형태의 治療施設은 국립정신병원의 입원율을 감소시키는데 큰 역할을 담당하여 입원효과가 身體疾患 치유만큼이나 좋다. 낮병원에서 활동요법을 통해 治療하고 있거나 보호작업장에서 일하고 있는 患者의 대부분이 만약 地域內에서 치료시설을 이용할 수 없게 되면 만성정신 요양소에 再入院하게 될 것이다.

대부분의 地域社會 精神保健의 기초가 되는 철학은 精神疾患者가 地域社會에서 가족이나 다른 사람들과 함께 있으면서 환경적 자극에 긍정적으로 반응하도록 하는 것이다. 그리하여 精神疾患者는 단기치료나 낮병원 시설을 利用하도록 早期退院이 시행되어지는 것이다. 그러나 이것은 24시간 간호를 필요로 하는 대상자에게는 문제가 있는데 이것이 장기 치료시설과 慢性患者 療養所가 필요한 이유이다.

재고할 여지없이 계속적인 관찰과 엄밀히 計劃된 環境이 요구되는 慢性患者에게는 장기치료 시설이 계속요구될 것이다. 회복을 위해서 때로는 가족,친구,일을 포함한 정상적인 주위환경으로부터 患者를 분리시킬 필요가 있다. 이러한 필요가 받아들여지지 않고 短期間 동안만 입원하게 되면 早期退院과 再入院의 회전문 증후군이 다시 나타나게 되고 地域社會 精神保健運動에도 지장이 있게 된다. 현재까지의 地域社會精神保健運動은 만성질환자의 치료에는 한계점을 가지고 있다.

地域社會 治療는 1차적으로 가능한 한 자율적으로 살 수 있도록 필요한 기본적인 對應技術의 교육에 초점을 두고 있다. 이러한 학습은 ①일상생활 기술, ②직업적 기술, ③여가 선용기술, ④사회 및 대인관계 기술을 포함한다.

지금까지 地域社會精神保健運動을 시행해온 국가를 중심으로 살펴보면 국립정신병원에서의 長期治療의 단점을 개선했다는 것과 精神疾患者의 법적인 권리를 명확히 한 것, 그리고 精神疾患에 대한 地域社會의 인식을 계몽하였다는 점에서 成功的이었다고 할 수 있다. 또한

이 움직임은 심리적 긴장을 弛緩시키고 사회적 스트레스를 중재하여 대상자를 효과적으로 도울 수 있도록 새로운 治療方法을 발달시켰다.

한편 우리나라에서 행해진 精神疾患者의 치료 상황을 보면, 우리나라는 근세 이전까지는 미국이나 유럽과는 달리 精神疾患者나 사회적으로 문제가 되는 사람들을 集團으로 사회로부터 격리시키는 시설은 없었다. 어떤 의미에서는 地域社會 精神保健이 이미 이루어지고 있었다고 말할 수 있다. 그러나 일제시대를 거치면서 도입된 서양의학과 한국전쟁을 계기로 쏟아져 들어온 美國 精神醫學과 看護學은 정신 간호의 발전을 가져오는 계기가 되었으나 한편으로는 격리, 수용치료가 중심으로 소개되는 부정적인 役割도 하였다.

따라서 專門醫療人의 훈련이 미비하여 전문인력의 부족 때문에 점차 대형 정신 병원이 설립되고 무허가 수용소, 기도원 등이 亂立하게 되었다. 현재는 격리,수용치료에 대한 認識이 바뀌어져서 地域社會 精神保健을 증진시키고 精神看護의 發展을 꾀하기 위해서는 우리나라 精神保健法의 제정을 서둘러서 법의 보호아래 국민정신 건강 증진을 위해 그 어느 때보다도 看護師의 노력이 절실할 때이다.

2. 地域社會精神保健의 特性

地域社會精神保健은 지금까지의 전통적인 정신의학 개념의 재정립을 요하는 다음 6가지의 특성을 가지고 있다.

가. 人間과 環境體制 觀點

地域社會精神保健運動의 기반을 이루고 있는 기초적인 개념은 행동의 두개변수(인간과 그가 처한 환경)가 기능하는 것이다. 즉 行動은 행동하는 개인의 속성과 그가 처한 環境의 속성에 관계가 있다. 그래서 地域社會精神保健이라는 용어는 地域社會에서 수행되는 모든 精神保健運動을 뜻하는 것이며 이론적으로 공식화하여 의학적 모형의 대

안으로서 나타난 것이다. 地域社會 精神保健 哲學에서는 대부분의 정서적 장애의 원인이 相互作用體制 구성속에서 발생한다고 믿는다. 즉 인간-환경 관계에 이상이 있다고 본다. 개인의 내적 환경과 다양한 외적 환경사이의 역동적 相互作用의 결과로 건강상태가 그 수준을 달리할 수 있다는 체제론적 접근(systems approach)으로 精神健康을 설명한다. 精神看護에서는 인간을 전인적 견해로 이해하기 때문에 체제 접근 방법론을 이용한다. 環境에 대한 개인의 반응은 정적인 것이 아니고 역동적이며 끊임없이 變化하며 개인은 계속해서 평형을 유지하려는 방향으로 反應한다.

인간은 모든 有機體와 마찬가지로 개방체제로서 계속해서 환경과 상호작용하며 인간의 性格은 하부체제와의 상호작용으로부터 형성된다. 예를 들면 가족이나 중요한 集團, 學校 또는 직장, 환경에서의 상호작용은 심리발달과 대응기전에 중요한 부분으로 기능한다. 상호작용 체제 내에서 일어나는 난문제나 스트레스는 다른 體制에까지 影響을 준다. 자아 심리학 이론에 의하면 自我가 成長하는 과정에서 환경적 스트레스가 너무 오래 持續되거나 능력에 비해 감당할 수 없을 정도로 큰 스트레스일 때는 그 개인은 適應能力을 상실하고 일시적인 自我의 解體(ego disintegration)가 일어나는데 이때는 자아경계가 불분명해지고 적응의 초기 수준으로 退行하게 된다는 것이다. 이런 경우에는 그 사람을 가족으로부터 分離해서는 안되는데 그 이유는 병원이라는 낯선 곳에 옮기면 더 심한 衝擊을 받고 退行이 더욱 심해진다는 것이다. 이것은 곧 患者를 입원시키지 않고 집에서 치료하는 것이 이상적이라는 地域社會精神保健의 기초이론의 하나이다.

인간과 사회 체제와의 관계 개념의 관점에서 보면 각 개인은 그를 둘러싼 가족, 중요한 인물, 이웃, 사회기구 등과 영향을 주고받는다. 것이다. 지금까지 전통적인 精神保健專門家들이 개인의 내적인 심리적 역동에 중점을 두었던 것에 반하여 地域社會 精神保健은 개인의 행동에 작용하는 環境의 影響을 강조하고 있다. 즉 여기에서 지향하

는 것은 개인이 생활하고 있는 환경과 사회체제에 개입함으로써 患者의 행동을 변화시키려고 試圖한다는 것이다. 그런데 社會體制에 대한 개입은 예방적 관점에서도 중요하다. 예컨대 교사와 전문요원들의 규칙적인 諮問關係를 유지하는 것이 바람직하다는 것이다. 이러한 자문적 접근 방식으로 潛在的인 문제를 예방할 수 있다는 것이다.

나. 豫防活動

예방에 대한 개념은 地域社會 精神保健의 주요 관심사 중의 하나이다. 예방개념은 Gerald Caplan (1964)이 제창한 1차, 2차, 3차의 예방정신의학이론을 應用하고 있다.

1) 1次豫防

精神障礙의 發病을 감소시키는 일, 즉 새로운 患者가 발생하지 않도록 예방하는 일을 말한다. 따라서 일차예방 프로그램은 취약한 인구 집단 전체의 發病 危險度を 감소시키기 위해 노력하며 개인이 직면한 상황을 전체 人口集團이 직면한 문제를 대표하는 것으로 간주한다. 일차예방은 다음의 두 가지를 강조한다.

첫째는 장기적인 안목의 接近으로써 사람들의 健康 즉 영양 문제를 포함한 신체적, 정서적 및 社會的 健康을 유지시키는 것이다. 둘째는 생활상의 위기에 介入하여 조정하는데 초점을 두어 위기를 건강하게 해결하게 함으로써 人格機能을 강화시키고 인격발달을 촉진시키는 것이다. 이것은 어느 個人을 대상으로 하는 것이 아니고 전 주민에 대해 有害한 환경요인을 조작함으로써 위험도를 최소한으로 줄이는 방향으로 노력한다. 예를 들어 임신부의 산전관리, 유아의 건강관리 등이 포함되고 특히 有害物質의 체내투입을 방지하는 일이 당면 과제가 되어 있다. 公海防止도 이런 노력의 일환이다.

다음은 사회문화적차원으로 家族이 한 단위로서 완전한 기능을 할

수 있도록 하고 産業化의 진전에 따른 조기은퇴, 노인문제 등에 대한 정책배려를 촉진하며 危機에 처한 사람에게 신속한 원조를 제공할 수 있는 제도적 보장도 마련한다. 이러한 役割을 수행하는 사람들은 한정된 精神專門人力 보다는 住民 가까이에 있는 성직자, 마을 원로, 교사, 일반의사, 경찰관 등이 되는 경우가 많다. 따라서 이들에 대한 事前敎育을 자모회, 교회, 청소년 모임 등을 통하여 실시하는 것도 중요한 豫防策의 하나이다. 교육내용으로는 精神健康에 대한 전반적인 내용이 된다.

2) 2次豫防

이 단계에서는 精神疾患의 조기발견과 조기치료에 역점을 둬으로써 만성화를 豫防할 수 있다. 효과적인 조기조정을 통해 장애의 기간을 줄여 가는 것이다. 다시 말해 早期에 治療함으로써 질환으로부터 올 수 있는 위험도, 합병증, 불쾌도 및 이병기간을 감소시키며 결국에는 精神障碍의 有病率을 가장 효과적으로 감소시킬 수 있게 된다.

예를 들면 학교나 기업체에서는 精神看護査定(screening program)을 통해 患者를 조기 발견할 수 있다. 또한 정신과 외래에서 각종 검사 실시와 入院患者에 대한 광범위한 査定, 치료적 환경 및 분위기 제공, 자살예방업무와 위기중재, 규명된 문제를 바탕으로 하여 地域社會 및 기관조직과 공동으로 仲裁活動을 하여 질병기간을 단축시키는 효과를 가져온다. 결국 어느 時點에서 한 인구집단내의 유병률을 낮추게 된다. 따라서 二次豫防에서는 일선 기관에서의 조기발견과 이송 및 이에 따른 적절한 治療가 중요한 活動이 된다. 그러기 위해서는 사회에 있는 모든 자원과 지식을 최대한으로 활용해야 된다.

3) 3次豫防

질환의 급성기가 지난 이후에 직업상 업무수행이나 사회적응면에서

지속되는 잔여 障礙나 自我機能의 손상 정도를 감소시키는 노력을 말한다. 장기적인 합병증을 방지해 주고 慢性 精神疾患의 잔류 결함(residual defect)을 감소시키는 데 주된 목표를 둔다. 두 가지 중요한 방향이 設定되는데, 첫째는 사회성 붕괴증후군(social breakdown syndrome)이라는 중요한 합병증을 예방하여 永久的인 무능력자가 되지 않도록 社會的 役割을 발전시켜 주는 것이다. 둘째는 患者 개개인의 기능 수준을 최대한으로 활용시킬 수 있도록 재활을 위한 능동적 프로그램을 實施하는 것이다. 그러기 위해서는 사회적으로 적절한 성인의 역할을 수행할 수 있도록 患者의 행동을 재학습시켜야 하며, 초기진단과 치료계획을 수립할 때부터 再活이 시작되어야 한다. 즉 다양한 내용의 재활 활동을 통해 잔여장애의 정도를 감소시키면서 가능한 빨리 사회적응 및 職業機能을 최선의 상태로 환원시키려는 것이다. 이를 위해서는 追後 管理 組織網(after-care networks), 지역 주거시설(hostels), 입원대체시설, 再活 및 보호작업장(sheltered workshop), 地域社會敎育 등이 포함된다.

직업훈련과 재활이 주된 活動으로 빠른 시일 내에 患者가 생산능력을 회복함으로써 재발을 防止하는데도 목적이 있다. 그렇게 함으로써 患者가 가족이나 사회에 주는 負擔을 경감시킬 수 있다. 직장에 복귀한 患者라도 전문요원들이 정기적인 現場訪問을 통해 고용주와 동료들의 협조와 이해를 구하도록 해야 한다. 患者들 상호간에 친목을 이루고 지지할 수 있는 집단(예, 단주친목과 가족친목)을 형성하기도 한다.

다. 精神保健專門要員간의 協同

여러 분야의 專門家들이 하나의 팀으로 구성되어 치료적 접근을 하는 것을 말한다. 구성원은 정신과 의사, 임상심리사, 精神看護師, 社會事業家, 作業療法士, 行政員들로 이루어지며, 각 치료 프로그램은 정신과 의사의 감독 하에 진행된다. 地域社會精神保健事業들은 어떤 한

분야의 專門家나 준전문가에 의해서만 수행될 수 없다. 地域社會 精神保健에서는 여러 전문영역별간에 역할정의가 희미해지고 있다. 모든 관계된 專門家들은 책임을 같이 지고 있으며 보건소의 책임자는 자기가 가지고 있는 배경에 따라 그 전문영역 안에서 능력, 경력, 하고자 하는 의욕 등에 따라 될 수 있다. 미국과 같은 나라에서는 看護師가 가족요법이나 집단요법에서 치료자로서 또는 공동 치료자로서 많은 활약을 이미 하고 있다. 그러나 이런 역할을 하기 위해서는 이에 필요한 교육을 더 받아 정신전문간호사가 되어야 할 것이다.

라. 地域社會住民의 參與와 決定

주민들의 요구도를 파악하여 치료 프로그램을 결정하는데 있어서 地域社會住民 자체가 참여하는 것을 말한다. 그 지역의 주민들이 계획수립에 적극적으로 참여한다면 그 만큼 성과가 좋아질 것이다.

地域社會 안에서 이미 봉사를 하고 있는 자원군 즉 社會事業家, 경찰, 성직자, 교사, 보건간호사 또는 여러 기관의 행정지도자들을 이용한다. 어떤 보건소에서는 그 지역 토착주민을 자원의 일원으로 포함시키기도 한다. 이들 주민은 정규교육을 받지 않았으나 비공식 차원에 있는 地域社會 機關을 이해하므로 지역주민의 진정한 희망과 관심, 생각을 안다. 게다가 그 지역 특유의 의사소통 방법까지 이해하는 장점이 있다. 만약 專門家の 지도가 따르면 토착주민은 地域社會 精神保健所 안에서 주민들이 요구하는 도움과 그것을 유용하게 받아들일 수 있는 수준에서 제공할 수 있는 훌륭한 능력이 있기 때문에 놀랄만하게 성공적인 事業을 할 수 있을 것이다.

따라서 계획을 수립할 때에는 地域社會 전체가 직접 간접으로 참여할 수 있도록 배려하고 조직 위원회를 구성할 때도 가능하면 사회 각층의 사람들이 고루 참여할 수 있게 위원을 선정하는 것도 한 방법이다. 또 地域社會 精神保健所의 운영에도 이 위원들이 강력한 자문 역할을 할 수 있도록 한다.

마. 綜合的인 서비스

地域社會 精神保健運動의 철학은 그 지역주민 모두에게 다방면에 걸친 종합적인 精神保健서비스를 제공하는 것이다. 즉 도움이 필요할 때에 患者는 즉시 구조되어져야 한다. 또는 상황에 대응하는 문제가 어렵거나, 도움이 필요하거나, 긴급한 난관에 있는 사람에게는 누구나 이용이 가능한 치료를 업무 초점으로 삼는다. 종합적인 서비스를 제공하는 地域社會精神保健所는 지리적 경계를 단위로 하여 전인적인 精神保健 事業을 수행하기에 충분한 소인구가 그 대상이 된다. 이는 도시나 주변지역의 어느 특정 구역 내 주민을 대상으로 하게 되는데 한 地域社會精神保健所나 한 진료소가 특정지역 주민의 精神保健을 분담하는 책임지역을 진료권지역(catchment area)이라고 말한다. 미국의 경우는 인구 75,000에서 200,000명 단위로 진료권이 정해져 있다. 따라서 전문인력이 지역마다 균등하게 배치되는 것이 필요하다. 보건소 患者들에게 근접한 곳, 즉 地域社會 내에 설치됨으로써 患者들이 쉽게 찾아갈 수 있고 조기 발견과 단기 입원을 쉽게 실시할 수 있으며 외래치료, 위기조정 등을 용이하게 한다.

이 분할 지역 내에 응급치료, 외래치료, 소아정신과, 노인정신과, 입원전 검진, 추후치료, 알콜중독 및 약물 남용에 대한 치료 시설 등이 포함된다. 그 밖에도 부분 입원치료, 임시 주거시설 등의 입원대체시설 등 여러 가지 치료적 서비스가 患者의 요구에 따라 다양하게 제공될 수 있다. 또한 이 센터는 地域社會에 어떤 기구와 전문인력, 診斷事業, 敎育 및 職業을 포함하는 再活事業 등을 제공할 것이 기대된다. 또한 精神疾患 예방, 원인과 치료 및 수행되는 프로그램의 효율성 연구를 수행한다.

바. 治療의 連續性

치료의 연속성이 단절되면 患者와 치료자 모두에게 문제를 일으킨

다. 치료의 연속성을 유지하기 위해서는 다음의 두 가지가 있다. 첫째는 한사람의 치료자가 치료의 전과정--응급치료에서부터 입원치료, 추후관리에 이르기까지에 대한 책임을 맡고 관여하는 것이다. 또 하나는 개인이 아닌 치료팀이 책임을 맡게 되는 경우인데 이때는 치료자간에 정보와 교환이 필요하며 따라서 팀구성원들 사이에 토의가 필요하고 치료에 대한 결정도 팀구성원이 하는 것이다. 즉 입원전, 입원중, 입원후에 이르는 전과정을 통해 일관되고 연속성 있는 치료체계를 확립하는 것이다. 이상적으로는 患者가 어디로 옮기든 같은 치료팀이 진료에 임하는 것이 원칙이나 이것이 어려우면 진료 기록철을 서로 교환함으로써 일관된 치료가 될 수 있도록 하는 제도가 마련되어야 한다. 또한 많은 보건소들이 기본적으로 협동으로 事業을 잘 이루어 나가며 포괄적 프로그램을 가지고 있으면 어느 지역에서나 일어나는 精神保健 問題를 다룰 수 있을 것이다.

3. 地域社會 精神保健 事業 形態에 따른 看護師의 役割

기존의 교과서에 제시되는 精神看護師의 역할을 먼저 살펴보면, 입원실에서 일하는 경우를 주로 일컫는데, 24시간 간호, 치료계획의 통합, 간호과정의 수행을 제공하는 자로 규명되어 있다. 이 경우에 있어서 看護師는 수용시설 내에서만 국한이 되어, 그들의 역할은 患者를 관찰하고, 보고서 작성을 하며, 약물관리나 하는 역할에 한정되어 진다.그러나, 현재의 정신과 영역은 이제 day care, hostel, 재활, 地域社會 그리고 환자가정으로 넓혀져 가고 있다.

이에 精神看護師의 역할을 입원병동 看護師, 외래/낮병원 看護師, 地域社會 看護師, 교육자로서의 看護師 등으로 나누어 보면,

- ① 입원병동 看護師는 주로 급성환자의 입원병동을 말하는데 이곳에서 어려운 患者들과 생활하는 긴장을 잘 견디어 나간다.

- ② 외래/낮병원 看護師는 患者를 사정할 능력이 있으며, 지도감독 하에 일대일 관계를 유지시킬 수 있다.
- ③ 地域社會 看護師는 患者를 가정에서 만나고, 다른 의료기관과 유대관계를 맺으며, 아파트를 구하고, 고용주들과 면담을 하며 또한 정신요법 기술을 실용화하는데 역량이 있다.
- ④ 교육가로서의 看護師는 이 사회의 精神保健 現況을 개선하는데 헌신할 수 있는 사람으로, 전문인들 뿐만이 아니라 일반대중도 참여할 수 있는 대중강좌와 코스를 주관할 수 있다. 대중강좌는 이 사회의 精神疾患者를 거부하는 태도에 영향을 주어 수용할 수 있는 자세로 바뀔 수 있도록 이끌어 내기 위해서 꼭 필요한 역할이다.

이러한 역할/기능은 ‘언제든지 응할 수 있는 상태(being available)’를 말하며, 교사, 감독자, 치료자, 상담자로서의 역할이라 말할 수 있는데, 전통적인 병원시설 내에서 일하는 看護師의 역할과 다르지만, 精神疾患者를 위한 서비스에 필수적인 역할을 계속해서 맡을 것임이 분명하다. 이러한 看護師의 역할 외에 전문인으로서 기술을 보다 더 개발할 구체적인 영역들이 있는데 즉 아동, 청소년, 알콜중독자, 약물중독자, 노인간호 등이다.

이와 같은 역할을 감당하기 위해 실시되는 일차적인 방안으로 제시된 精神看護師 교육과정을 통하여 기존의 精神看護師의 역할 외에 地域社會 看護師의 역할인 치료팀의 일원이 되며, 치료계획 작성에 기여하고, 지도감독 하에 일대일 관계를 맺는 책임을 수용하며, 다른 팀 멤버들과 직접적인 의사소통을 하며, 필요하다면 지지(support)를 주는 역할을 지속하고, 필요한대로 병원과 외래, 주간센터, 재활센터, 대상자의 가정 등에 출입하는 역할을 감당할 수 있을 것이다.

또한, 원내교육이나 인가된 특수 훈련과정을 통하여 특정분야 예를 들어, 행동치료, 가족치료, 그룹치료, 알콜상담 등에서 기술을 개발하

여 專門看護師로서의 역할을 담당할 수 있다. 물론 이와 같은 地域社會 看護를 올바르게 이행하기 위해서는 연구와 세밀한 계획, 대중교육, 태도의 변화 및 적절한 시설들이 뒷받침해 주어야 할 것이다.

地域社會 精神保健센터에서 제공되는 서비스는 입원치료, 외래치료, 응급치료, 위기중재, 자살예방, 직업재활, 보호작업장, 정신건강자문, 정신건강연구 및 평가가 있다.

가. 入院 및 部分 入院治療

입원이 요구되는 急性精神疾患患者들은 입원치료를 받아야 되는데 地域社會精神保健의 관점에서는 患者를 가급적 입원시키지 않고, 입원을 하는 경우에도 조기 퇴원을 시키는 것을 강조하고 있다.

부분입원 프로그램은 地域社會에서 행할 수 있는 대표적인 프로그램으로 만성 精神疾患患者의 탈원화를 도모하고 가능한 한 전체입원을 방지하기 위한 단기적인 치료를 제공하는 것을 말한다.

부분입원의 프로그램은 제공하는 시간에 따라 몇 가지 형태를 포함하고 있는데 밤 프로그램은 프로그램 과정 중 잠을 자는 患者들에게 저녁식사와 활동 등을 제공하며 낮 동안에 患者들은 정상적인 활동을 수행한다. 낮 프로그램은 월요일에서 금요일까지 낮동안에만 실시되며 잠은 자지 않는다. 이 밖에도 저녁, 주말 프로그램이 있다. 이 세 가지가 부분입원의 가장 일반적인 형태이며 이것은 다음의 3가지의 독립된 형태로 발전되었다. 즉, day hospital, day treatment center, day care center 등이다.

기능면에서 각 차이점을 보면, day hospital은 급성 환자에게 입원실에서와 같은 처치를 제공해 주는 기능을 하며, day treatment는 患者가 입원 치료에서 외래치료로 변화를 도와주기 위해 단기적인 프로그램을 제공하는 것이다. day care center는 기술 훈련, 지지적인 상담, 오락과 직업치료에 중점을 두고 있다. 이 중 day care center가 가

장 편리하고 효과적인데 덧붙여 설명하면 이 프로그램은 만성 정신분열증 患者가 地域社會에 머무는 것을 목적으로 한다. 또한 이 센터는 병원과 연결될 필요는 없으며 위치는 地域社會 내에 두며 직원은 우선적으로는 다소 전문적으로 훈련된 준전문인으로 구성된다. 이 프로그램에서의 주 활동은 患者가 시간을 어떻게 소비하는가에 두고 있다. 예를 든다면 예술, 재능 분야 등 사회화 기술을 가르쳐 주는 것이다. 입원치료시의 看護師의 업무는 다음과 같다.

1) 간호제공자로서의 업무

(1)기본간호; 患者의 신체간호 및 간호의 기술적 측면의 업무를 수행한다.

- a. 식사, 청결, 수면, 운동, 간식, 배설, 투약, 활력증후, 처치 및 기록업무
- b. 전기충격요법, 도주, 자살 등 특수상황에서 요구되는 간호수행

(2)정신전문간호업무:

- ① 患者를 위한 총체적인, 개별화된 일차의료를 제공하여 환자
자와 개별관계를 형성하며 지지적 정신요법을 실시한다.
- ② 간호과정의 적용
 - a. 간호요구 문제 및 자원규명: 자료수집 및 분석
 - b. 간호의 목적 및 목표설정
 - c. 목적달성을 위한 활동의 우선순위 선정
 - d. 계획한 간호 수행: 중재의 범위, 자신의 이용, 자원의
극대화
 - e. 간호평가 및 이에 따른 재수정
- ③ 각종 치료모임 수행
 - a. 환경요법: 병실관계자로서의 업무와 치료적 환경유지

b. 활동요법: 매일의 생활에서 患者를 치료적 활동에 참여시킴

*일상생활: 기상,침상정리 및 물품확인, 치장하기, 식사 및 간식,각종 집단 활동,운동,산책,휴식시간,취침 등

*주간내 정규 치료활동의 형태: 각종 작업요법, 오락, 춤, 운동,미술 및 예술 활동, 독서요법, 학습, 심리극, 사회화 활동

*특별활동: 생일모임, 퇴원모임, 각종 명절행사

c. 그룹치료

* Self-help group, Medication group

* Discharge planning group, Awwertive training group, Man's group vs Woman's group

*기타: 이완요법, 놀이요법, 행동요법을 수행하며 환자의 옹호자로서 의 역할, 患者와 가족을 위한 지지자원 활용과 관계된 업무도 수행한다.

2) 다른 치료팀과의 협조적 업무

① 임상적 정보교환 외에 치료팀과 치료계획 수립, 수행 및 평가에 참여

② 각종 치료팀 회의, 증례 토론에 참여

3) 교육자로서의 업무

① Self-directed professional로서 교육 프로그램 개발 및 참여: 병동내의 계속/보수교육 활동 및 학술 집담회

② 신규간호사 오리엔테이션

③ 간호학생 및 간호조무사에게 필요한 업무내용 교육

4) 연구자로서의 업무

- ① 精神健康 분야의 지속적인 지식개발과 수정보완을 위한 연구수행
- ② 연구분야에 참여하도록 유도 및 참여
- ③ 연구 수행시 책임있는 표준/윤리를 유지, 적용, 관찰
- ④ 연구결과의 발표 및 간호실무 적용
- ⑤ 연구를 통한 이론 실무의 발전과정을 타 전문직과 상호교환

5) 患者管理者로서의 업무

患者管理란 患者의 여러 가지 욕구를 충족시키기 위해 사정하고, 계획하고, 치료 및 간호 프로그램을 조정하고 타기관으로의 의뢰, 그리고 전체적인 과정을 감독하는 체계적인 과정으로 대상자의 자가간호(self-care)능력을 향상시키고, 질높은 치료와 간호를 제공받을 수 있게 하고, 서비스의 불필요한 중복을 피할 수 있어 비용을 절약할 수 있으면서도 患者의 삶의 질을 높여줄 수 있다. 患者管理는 대상자의 건강욕구를 결정하고 개별화된 접근을 하게되므로, 看護師가 이러한 업무에 가장 적임자라고 할 수 있다. 특히 精神看護師는 대학과정에서 습득한 기초의학 및 精神看護 지식뿐 아니라, 전문교육과정을 통해 精神健康 사정, 정신치료 원리와 방법, 위기상담 및 가족상담, 활동요법 등 다양하고 전문적인 지식을 습득함으로써 地域社會 精神保健 事業에서 가장 잘 준비된 인력이라 할 수 있다.

精神看護師는 전문직, 비전문직적인 기관간의 활동을 조정하기 위한 연락 및 상담역할을 담당하며, 다른 치료자들에 비해 患者의 임상생활에 대한 접근이 용이하다. 또한 看護師는 심리, 생리, 사회 정신적 건강이론 등 이론적 기초가 광범위하다. 이러한 看護師의 전략적 위치를 이용하여 전문적인 협조체제망과 비전문적인 협조체제에서 도움을 줄 수 있다. 慢性精神疾患者의 치료적인 활동을 위해 精神看護師가 수행하는 역할을 예를 들면 관계형성, 사정, 계획, 수행, 평가의 5단계를 거치게 된다.

患者管理者로서의 看護師는 地域社會 精神保健 센터에서 제공되는 각각의 치료와 재활 프로그램을 연결하는 교량 역할을 해야 한다. 특히 精神健康 뿐만 아니라 다른 건강문제가 있는지도 파악하여 患者가 적절한 도움을 받을 수 있도록 통합적인 역할을 수행한다면 다른 나라에서 경험하고 있는 문제점을 예방할 수 있을 것이다.

현 보건복지부 지역精神保健 事業계획안에 의하면 주요 만성정신질환의 유병률과 서비스 요구, 관리실태 등이 시범사업내용에서 중요한 事業으로 나타나 있으며, 그 외에 전화상담, 精神保健教育 및 患者와 가족회 결성 등을 들 수 있다.

주요 事業 대상인 만성질환자의 경우, 의.식.주 및 일정한 수입, 신체적, 심리적 건강관리, 법적 보호와 같은 기본적인 욕구 충족, 사회적 직업적 재활, 여가 활용, 교육, 재사회화 등을 통한 시간의 의미있는 사용, 약물치료, 환자가족에 대한 지지, 의료와 간호 및 사회적인 서비스 활동의 통합화와 치료기관이나 각종 사회시설의 “전문적인”자원과, 가족, 친구, 이웃, 사회단체 등의 “자연적인”자원을 적절하게 연결하는 것이 地域社會 精神保健의 중요한 열쇠가 된다.

나. 外來診療

地域社會精神保健에서 患者가 자기 집에서 생활하도록 하면서 필요한 치료를 받게 하는 것이 중요한 이념이라면 외래 진료는 중요한 기능 중의 하나이다. 따라서 재래의 외래진료와는 다음 세 가지 점에서 아주 다르다고 할 수 있는데 첫째, 개인치료보다 집단치료, 둘째, 타 보건전문인력의 폭넓은 활용, 셋째, 患者가 외래에서 기다리는 것이 아니고 외래가 患者가 있는 곳으로 옮겨가는 것이다.

다. 應急治療

위기에 처한 患者는 즉각적인 도움이 필요하며 입원을 줄이는 방법은 위기조정을 얼마나 효과적으로 잘하느냐에 달려 있다. 따라서 언

제 생길지도 모르는 응급사태에 대비해서 24시간 개방되어 있어야 하지만 종합병원이 아닌 경우 사실상 어려운 일이다. 그래서 비전문가들을 훈련시켜 응급환자와 상담을 하게 하거나 또는 전화상담을 통하여 인간적으로 소통을 하게 함으로써 위기를 모면할 수 있도록 도와준다.

라. 危機看護

위기는 개인이 습관적인 문제해결 방법으로 해결을 얻지 못한 중요한 문제에 직면하는 위협한 환경에 맞닥처 심리적으로 평온치 못한 상태에 있을 때를 위기라 한다. 이 때 단기 간호계획에 의해 도움을 주어 그 상황에 대응할 수 있도록 하는 운동 즉 위기간호의 경향이 地域社會 精神保健센터의 업무중 患者 개인에게 도움을 주는 유일한 것이다. 위기의식은 개인에게 위협감을 주고 精神疾患으로 발전되는 촉진요인으로써 때때로 작용한다. 위기간호에서 기억할 것은 개인의 자아강화나 이미 발달된 대응기전과 관련해서 위기의식이 일어난다는 것이다. 일생동안 어떤 개인에게는 정서의 대변동이 있어 위기의식이 생기기도 하나 대부분 성장발달에 따라 위기의식이 생기게 된다. 즉 청소년시기, 약혼, 결혼, 임신, 부모가 되는 일, 폐경, 사랑하는 사람의 죽음 등에서 위기의식이 생긴다. 이런 상황 중 어느 것은 어떤 개인에게는 인생에 변화를 가져다준다. 위기상황에 대처함에 있어 인격이 더욱 발달하고 성숙할 수도 있으며 아니면 붕괴될 가능성도 있다. 위기의 해결은 새로운 심리적 대응기전과 문제를 처리하는 새로운 방법, 그리고 외적 사회환경과의 새로운 관계를 발견함으로써 이루어진다고 할 수 있다. 위기조정이란 위기이론에서 치료방법을 지칭한 것으로 일반적인 위기조정에서의 원칙은 최근에 발생한 사건에 초점을 두고 그 사건이 자신에게 위협이면서도 동시에 성장할 수 있는 기회로 보는 것이다. 위기조정의 절차를 보면 먼저 위기를 일으킨 사건을 밝히고 그 사건이 患者에게 미친 정서적 영향과 정신역동을 찾아본 다음, 가

장 효과적인 조정방법을 결정하는 것이다. 조정 방법의 예를 들자면 해석, 토의, 투약, 감정표현, 현실적인 상황의 강조, 가능한 해결 방안의 재확인으로 적응력 강화 등의 방법이 있다.

마. 自殺豫防

일종의 위기간호 업무의 하나다. 점차 자살을 시도하려는 청소년층이 증가하면서 그 업무와 역할이 중요시되어지고 있다. 자살하고 싶다는 생각의 표현이나 충동은 도움을 요청하는 신호다. 이런 신호에 부응하기 위하여 잘 들어주고 죽어야 할 이유와 정보를 잘 유도해 내며 그에 대한 판단을 잘 내려주는데 훈련이 된 専門家에 의해 24시간 쉬지 않고 전화상담이 이루어진다. 이 전화상담에 책임 있는 専門家は 신호를 보내는 자살시도자의 스트레스 평가를 할 수 있어야 한다. 자살하려는 장소가 알려지면 재빨리 도움을 줄 수 있다. 전화상담은 보통 밤늦게나 이른 아침에 많이 온다. 밤새도록 잠을 자지 못하고 괴로워한 후에 걸기 때문이다. 미국에서는 1958년 처음으로 자살율이 높은 로스앤젤레스에 생겼으며 1966년에는 자살예방 센터가 국립정신건강 연구소 안에 설치되었다. 이 센터는 자살의 원인을 연구하여 예방책을 세우고 専門家에게 그 해결방법을 지도하는 것을 목적으로 세워졌다. 한국에서도 1978년에 “생명의 전화” 상담기관이 생긴 이래 여러 종류의 전화상담기관에서 자살 예방을 위한 상담을 하고 있다.

바. 職業再活

많은 地域社會 精神保健所는 직업재활 센터와 긴밀한 유대를 하여 병원으로부터 퇴원한 患者의 사회복귀 대책의 일환으로 직장 안내 업무를 하고 있다. 정서적으로 문제가 있었던 患者가 사회생활에 적응해 나갈 때 직장 일로 인한 부가적인 압박감을 받지 않는다면 최저의 적응생활을 維持할 수 있다. 그러나 職業을 갖기가 어렵다. 만약 업

무수행을 成功的으로 수행하면 自我強化의 경험을 하게 된다. 일 수행에서의 成功的인 經驗과 생활비를 벌 수 있다는 사실이 심리적으로 미치는 重要性이 크기 때문에 직업재활 센터에서는 정서적으로 문제가 있는 사람들을 위해 어떤 種類의 일을 成功的으로 하도록 안내해주어야 한다. 직업 안내를 할 때는 最大의 能力을 다해서 할 수 있는 일을 적성에 맞추어 시험하여 提供해야 한다. 회복기에 있는 患者들에게 적합한 직장알선을 해 준다. 그러나 職業을 갖게 되는 데에서 가장 심각하게 일어나는 문제는 정신과 患者를 바라보는 地域社會의 태도이다. 地域社會에 따라 태도가 다를지 모르지만 대부분의 고용주는 患者가 고용되는 것을 원치 않는다. 이런 문제는 地域社會에서 공통으로 해결해야 하며 끊임없이 지성적이며 장기적인 노력이 필요하다.

사. 保護作業場

정서적으로 불안한 사람이나 精神疾患을 앓은 사람 중에서 많은 患者들이 일을 하고 싶어하나 직장에서의 경쟁력과 압력 때문에 충분히 일을 지탱할 수가 없다. 이런 患者를 위해서 보호 작업장에서는 임금을 적게 주고 일을 시키되 압박감은 없게 도와준다. 이곳에서는 精神疾患의 경험이 있었던 患者에게 건강을 되찾게 도와주는 전체적인 접근시도의 필수적인 분야다. 만약 保護作業場이 활발하게 기능하면 患者는 경제적으로 獨立하는 치료적 경험을 가질 수 있게 될 것이다.

아. 精神 健康相談 및 諮問

精神保健專門要員은 수적으로 한정되어 있으므로 직접적인 일선에서의 患者 접촉보다는 각 기관의 諮問을 받는 것이 오히려 효과적이다. 그 지역내의 각 분야의 책임자들로 하여금 부하직원들의 정서적 문제가 야기되었을 때 효과적인 仲裁을 할 수 있도록 자문에 응하는 것이다. 복지기관, 사업체, 학교, 사법기관 등 여러 방면에서 자문을

의뢰 받을 수 있는데 이 방법은 精神健康에 대해서 間接的이면서도 효과적으로 많은 사람들에게 影響力을 행사할 수 있는 장점이 있다.

看護師는 친절과 사랑과 성의와 인내로써 현실생활 적응에 가능한 相談役을 해주는데 주로 듣는 위치에서 문제점을 들어주고 필요한 부분은 적당한 専門家에게 의뢰해 주어야 한다.

자. 精神健康 研究 및 評價

地域社會 精神健康에 대한 연구는 그 역사가 짧고 아직도 개발되어야 할 부분이 많다. 특히 그 동안의 施行過程에서 제기된 문제점을 해결하기 위해서는 새로운 접근법이 연구되어야 한다. 地域社會 精神健康 研究는 精神障碍의 병인론이나 치료에 대한 종전의 의학적 접근법과는 차이가 있는데 이것은 간호학 단독 분야만의 研究로서는 불충분하며 정신의학, 심리학, 사회사업, 작업요법 등은 물론이고 사회, 정치, 경제적인 면도 고려되어야 한다.

4. 地域社會精神看護의 目標

地域社會 精神看護는 개인, 가족, 집단 및 지역주민의 精神健康을 증진시키고 精神疾患의 발병률을 감소시키는데 목적이 있다. 또한 병원중심의 치료에서 2차적으로 발생하게 되는 患者의 사회적 고립과 질병의 만성화, 병원병(Hospitalization)을 예방하고 재활을 촉진하기 위해서 다음을 目標로 한다.

- ① 주민이 地域社會에서 최적의 수준으로 적응하도록 돕는다.
- ② 개인, 가족이 環境內에서 위기나 실패를 경험할 때 적절한 중재를 한다.
- ③ 입원을 전후로 필요한 看護를 提供하여 입원기간을 단축시킨다.
- ④ 地域社會 精神看護에 도움을 줄 수 있는 모든 자원을 활용하여 주민의 精神健康을 증진시킨다.

아직 우리나라에서는 地域社會精神保健센터들이 활발하게 활동하지 않을 뿐만 아니라 그 치료성격면에 있어서 종류가 다양하지 않으나 장차 고도 산업사회와 經濟的으로 복지국가가 이룩되면 무엇보다도 국민의 정신적 건강문제의 要求가 가장 시급하게 될 것이다.

미국의 경우 地域社會 精神保健센터에서 看護師가 폭넓은 역할을 하고 있는데 그 중에서도 특히 집단요법, 가족요법에서 치료적인 활동을 많이 하고 있다. 患者가 保健所로 소개가 되면 가족을 먼저 방문하는 것은 看護師의 업무이다. 이 訪問에서 患者의 가족내 위치를 파악하며 가정분위기를 조사하여 치료팀에게 보고하여 치료계획을 세우는 것이다. 전문적으로 잘 준비된 看護師는 患者 개인에게는 물론 가족, 地域社會 내에서 그의 잠정적 능력을 치료의 방향으로 돌릴 수 있는 많은 기회를 가지고 있다. 특히 精神性 藥物의 사용증가로 가정에서의 전문적 관찰이 필요한 사람이 많이 퇴원하고 있어 看護師는 가정의 이해를 도모함에 있어 주요한 專門人이 된다. 흔히 가족은 퇴원한 患者를 수용하기를 두려워하는데 그것은 아마도 죄의식과 부끄러움 때문일 것이다. 看護師는 患者가 퇴원 후 현실적인 계획을 세울 수 있도록 그 가족을 돕는다. 患者가 가정내에 정착하게 되면 看護師는 개인의 행동에 의해 예측되는 새로운 問題나 욕구 등에 대한 가족의 관심을 환기시켜준다.

또한 가정을 방문하는 동안 看護師는 患者가 적응하는 정도를 평가하여 그 결과를 보건소에서의 적합한 관계인에게 제공한다. 투약과 추후관리를 계속하도록 격려하며 家族을 정서적으로 지지한다. 때로는 적응이 어려운 경우 再入院을 의뢰하기도 한다. 오늘날 看護師는 개인 및 가족의 정서적 욕구를 충족시키며 가족 및 地域社會에 부가되는 事業에 계속적으로 주의를 기울여야 한다.

5. 地域社會 精神看護 査定 및 計劃

地域社會 精神保健運動에 대한 주요 배경 중의 하나는 의료 전문인력들이 地域社會를 하나의 대상(고객)으로 생각하지 못한다는데 있다. 클라이언트로서의 地域社會는 정해진 대상이 아니라 역동적인 실체로 인식되어야 한다. 地域社會內에서 변화가 일어나는 것은 필연적이다. 주민의 건강요구도가 變化하는 것과 마찬가지로 의료 공급체계 내에도 변화가 일어나고 있으며 地域社會의 물리적 환경 역시 변화되고 있다. 地域社會 精神保健 看護師의 중요한 업무중의 하나는 이러한 변화에 대처할 수 있는 計劃을 세우는 것이다. 좋은 계획이 실현되기 위해서는 地域社會의 전반적인 상태와 精神健康 要求度에 대한 지속적인 사정과 감독이 필요하다.

地域社會精神保健計劃을 개발하기 전에 먼저 그 地域社會의 자원과 건강요구도를 사정하고 診斷하는 것이 필요하다. 세밀하게 계획하여 수행된 사정은 최근에 가장 이목이 집중되는 精神保健問題의 早期 警告 症狀을 나타내는 자료가 되어야 한다. 사정에서는 무엇이 틀리고 무엇이 옳은지를 말해야 하고 地域社會의 資源들이 어떻게 배분되어야 하는지를 제시해 주어야 한다.

地域社會 精神看護師는 종합적인 지역사정을 해야되는 단계에 부딪히면 그 업무내용의 광대함에 압도당하게 된다. 그러나 科學적으로 접근해 나가면 대부분의 필요한 資料들은 비교적 별 노력 없이 쉽게 수집될 수 있다. 특히 그 地域社會에 대해 친밀하고 잘 알고 있는 看護師라면 더욱 쉽다. 이를 위해 看護師들은 지역에 대한 풍부한 지식을 가지고 있어야 되며 가족, 개개인, 여러 집단, 지역안과 밖의 기관들과 相互關係를 가지고 있다. 이러한 관계에서 얻는 정보들이 地域 精神看護 사정의 기초가 되는데 그 동안 이런 情報들이 記錄되지도 報告되지도 않았다. 그런데 의미있는 사정을 하기 위해서는 어떤 자료를 수집했느냐보다 어디서 資料를 수집했느냐가 중요함을 잊어서는 안된다.

地域社會 精神保健所가 발전하려면 국가적 차원에서의 법적 보장아래 財政과 人的 資源이 있어야 한다. 그 보건소가 있는 지역마다의 특색에 따라 무엇이 먼저 발전시켜야 할 문제이며 가장 강조해야 할 事業은 무엇이고 특별히 焦點을 맞추어야 할 문제는 무엇인지 결정하고 이에 따라 保健所事業은 이루어져야 한다. 예를 들면 어느 지역에서는 자살예방 센터나 위기센터가 時急할 수도 있고, 어느 지역은 낮병원보다 밤병원이 우선적으로 必要한 곳도 있다. 사정법에는 여러 가지가 있으나 앞으로도 더 많은 開發이 있어야 되겠다.

최근의 接近法에서는 전통적인 사정방법들이 소비자의 중요성을 강조하여 포함시키고 있다. 대상자, 즉 地域社會의 要求를 파악하는 것이 중요하며 대상자의 요구를 調査하는 것은 현대와 같은 시장성 특성을 지닌 사회에서는 필수적이다. 査定을 하는데 중심이 되는 두 가지 개념은 시장성 분할과 목표 마케팅이다.

가. 市場性 分割(market segmentation)

地域社會 내부에는 여러 가지 각기 다른 集團들로 이루어져 있어 여러 개의 작은 同質集團으로 분할할 필요가 있다. 地域社會에서의 건강문제를 사정하는 것을 市場調査에 비유한다면 地域社會라는 시장의 성격이 어떤 소집단으로 구성되어 있는지를 먼저 알아야 하는 것은 그 시장의 성격, 즉 地域社會 住民의 特性과 요구를 사정한 다음 거기에 맞는 프로그램 開發이 필요하기 때문이다.

시장성 분할이 제대로 이루어지려면 다음의 세 가지 條件이 고려되어야 한다.

- ① 測定 可能性(measurability)-소비자의 특성에 관해 어느 정도의 필요한 情報를 얻을 수 있는 가이다. 지역주민의 가치나 태도 같은 유용한 특성은 測定이 쉽지 않을 수도 있고 많은 精神健康의 스트레스 요인에 대한 確認이 용이하지 않을 수도 있다.

② 近接性(accessibility)-소비자의 속성을 측정할 수 있는 차이가 있더라도 測定하기가 실제로 어려운 경우도 있다.

③ 實質性(substantiality)-地域社會를 분할할 때는 별도의 프로그램을 효과적으로 運營할 수 있을 정도의 크기를 유지해야 한다.

地域社會를 분할하는 데는 여러 가지 변인에 의해 분류할 수 있다. 예를 들면 연령, 교육, 수입, 직업, 인종, 성별 등의 인구학적 기준으로 나눌 수도 있고 生의 週期에 따라 노인, 성인, 청소년, 아동으로 나누기도 한다. 사회 경제적 변인 또는 심리적 변인에 의해서도 구분이 된다. 現在까지의 普遍的으로 사용되는 분할 방법은 예방적인 측면에 초점을 맞추어 精神健康上的 問題點을 중심으로 나누는 방법인데 가족 간호, 위기간호, 退院患者의 추후 관리 간호 등으로 분할된다.

나. 目標 마케팅(target marketing)

분할이 끝난 뒤에는 地理的 領域을 정한다. 일정한 지역에 거주하는 주민에게 어떤 프로그램들을 實施하는 것인지를 결정하기 위해 여러 가지 目標市場(target market)의 크기를 결정한다. 지리적인 영역이 확정되면 그 地域社會의 問題와 要求가 무엇인지를 규명한다. 다음에는 지역 사회내의 자원에 대해 사정한다. 전통적인 精神保健專門要員들 즉 정신과 의사, 임상심리사, 社會事業家, 그리고 看護師와 같은 전문인들이 얼마나 있는지 情報를 수집해야 한다. 또한 현재 제공받고 있는 精神看護서비스의 양상과 질, 기존에 있는 정신과 의사, 병원, 요양시설과 地域社會精神看護事業을 펼쳐가는 데 협조할 수 있는 교사, 일반의사, 성직자 등에 대해서도 파악한다. 또 이용할 수 있는 여러 기관과의 相互作用에 대해서도 확인한다. 즉 자원에는 전문인력, 비전문인력, 기관들이 포함된다. 精神健康에 대한 地域社會의 태도도 규명해야 된다. 開業醫師나 병원 행정가, 직원, 社會事業家 등의 최근에 患者를 치료 관리했던 사람들에게서 특수한 태도에 관한 정보를 수집해

야 하며, 一般住民들의 態度뿐 아니라 그 지역내의 지도층 집단이나 특수 이익 집단들의 태도에 대해서도 調査한다. 여기에는 환경과 생활양식에 대한 지식도 包含시킨다. 이러한 사정내용을 바탕으로 문제해결을 위해 지역의 요구에 맞는 효과적인 프로그램을 운영한다.

이상의 내용을 要約하자면 地域社會를 사정하려면 기존의 精神保健 프로그램과 시설들에 대한 분석, 활용 가능한 자원들의 감사, 精神健康에 대한 態度 評價 그리고 가장 중요한 것은 地域社會의 특수한 요구가 무엇인지 分析 確認하는 것이다.

6. 地域社會精神看護 評價 및 課題

地域社會 精神看護는 비교적 새로운 개념으로서 그것의 가치,간호행위 형태,그리고 業務 標準에 대해서 합의된 바가 적은 실정이다. 따라서 地域社會 精神看護事業을 평가하는 것은 매우 어려운 작업이다. 그러나 양질의 地域社會 精神看護事業을 위한 시스템으로서, 그리고 책임과 관련된 방편으로서 평가는 반드시 필요한 과정이라고 할 수 있다. 醫療分野에 대한 평가를 함에 있어서 일반적으로 적용되는 방법은 구조(structure),과정(process) 그리고 성과(outcome)면에 있어서의 접근이다.

구조면에서의 接近은 양질의 인력과 훌륭한 물리적 시설 그리고 건전한 재정적,행정적 절차가 적용되면 事業의 질이 향상될 것이라는 가정에서 이루어진다. 이러한 接近 方法은 흔히 적용하기가 가장 용이하므로 전통적으로 政府에서 많이 이용한다.

과정면에서의 접근은 看護師의 활동이 “양질의 간호행위”로 이루어졌는지를 評價하는 것이다. 이것은 무엇이 양질의 간호 행위인가에 대한 看護師들 사이에 합의가 이루어져 있다는 기본 가정 하에서 시행된다. 이 방법은 흔히 看護提供者가 간호 행위상에 있어서 문제영역을 찾아내기 위해서 이용하는 방법이다.

성과면에서의 접근은 看護 結果에 근거해서 그 성과를 사정하는 것이다. 이것의 기준은 대상자의 회복된 정도를 측정하는 것으로서 對象者의 滿足度도 포함하게 된다. 이 방법은 정부나 간호 제공자 모두에 의해 이용될 수 있는데 비록 측정상에 있어서는 가장 어려운 方法이지만 가장 유용한 接近方法이 될 것이다.

위에 제시한 방법 중 어떤 方法을 이용하든지 간에 다음의 세 가지가 評價되어야 한다.

- ① 長, 短期 目標를 성취하였는가?
- ② 目標를 변경시킬 필요가 있는가?
- ③ 앞으로도 仲裁의 필요성과 문제 재해결의 필요성이 있는가?

유럽과 미국에서는 地域社會 精神看護事業의 역사가 이미 15~20년을 넘어서고 있다. 現在는 시행초기의 열기나 기대가 많이 감소되었으며 동시에 여러 가지 問題點들이 드러나고 있다. 그 첫째는 경제적인 측면에 대한 회의이다. 初期에는 병원치료 보다는 경제적인 것이라는 기대가 있었으나 여러 가지 治療 프로그램의 開發, 입원대체 시설 등의 신설 또는 확충은 더 많은 돈이 필요하였다.

둘째는 지나친 이상과 기대에 대한 실망감이다. 地域社會 精神保健이 정신건강상의 모든 문제점들--精神障礙의 예방에서부터 치료와 함께 慢性患者들의 관리 등등을 해결하는 이상적이고 유일한 선택이라는 생각은 하나의 이상일 뿐이었다.

세번째는 地域社會 精神保健은 어느 한 전문분야에만 속하지 않는다는 점이다. 여러 專門分野가 상호 얹혀있으므로 전통적인 역할을 고수할 수 없게 되었다. 따라서 정신과 의사, 精神看護師, 社會事業家, 作業療法士, 臨床心理士 등 地域社會 프로그램에 필요한 전문요원들에 대한 새로운 役割 糾明이 요구되고 있다. 또한 각 전문직에 대한 교육 및 훈련에 대한 體系的인 준비가 필요하다. 이러한 현재의 문제점과 한계성을 아는 것은 發展의 밑거름이 될 수 있을 것이다.

현 단계에서는 소비자가 入院治療나 수용치료 보다는 地域社會 중심 治療의 増加를 要求하고 있으며 실제 地域社會 프로그램으로 많은 患者들을 치료할 수 있게 된 것도 사실이다. 많은 사람들이 수용치료와 地域社會 치료형태 모두가 必要하다고 인정하고 있으며 이 두 가지를 치료 프로그램으로 連結시키는 것이 필요하다.

따라서 개인의 정신 내적 기능과 사회 문화적 상황 사이의 복잡한 상호 관계에 대한 이해는 未來에 地域社會 精神看護事業과 임상 정신간호의 統合의 基本이 될 것이다. 또한 이러한 노력이 전인 간호에 대한 완전한 이해를 마련할 수 있을 것이다.

地域社會 精神看護師의 역할은 새로운 시도로서 그 동안 병원에서 보호치료에 중점을 두었던 傳統的인 역할과의 사이에 많은 갈등과 혼란을 야기시켜 때로는 전통적인 役割로 되돌아가고 싶은 유혹마저 일으킨다. 특히 經驗이나 훈련이 부족한 상황에서 地域社會로 뛰어들면 좌절하기 쉽다. 역할의 변화나 社會認識의 변화도 개인의 변화처럼 복잡하고 긴 시간이 걸리며 어려움이 따른다는 점을 인식해야 한다.

최근에는 전통적인 看護師의 역할에 비해 문제의 사정과 치료의 계획을 수립하고 시행하는데 있어서 독자적인 領域이 더 넓어졌다. 따라서 地域社會 精神看護師로서의 책임감을 이해하고 정신 역동적 개념 및 정신 병리학과 精神治療에 대한 전반적이고 깊이 있는 지식과 경험을 쌓아야 한다. 또한 地域社會 精神保健에 대한 이론적인 개념에 익숙해야 하며 문제를 解決하도록 도와주기 위해 地域社會 상황에 이러한 개념을 적용할 수 있어야 한다. 대상자의 신체적, 정신적, 사회적 요구도와 관련된 문제를 理解하고 對象者와 가족과의 관계에 대하여도 이해할 수 있어야 한다. 치료팀 내에서도 적극적인 참여자로 활동해야 하며 여러 專門職員 상호간의 역동적인 관계에 대한 이해도 필요하다. 또한 경영과 政策에 대한 광범위한 지식도 터득해야 한다.

현재까지의 많은 노력에도 불구하고 地域社會 看護師로서 어떤 역할이 가장 효과적인지는 아직 糾明되지 않았다. 그것은 더 많은 도전

과 성장의 기회가 펼쳐져 있다는 뜻이기도 하다. 우리나라의 현재 상황은 病院治療 형태조차 患者들의 다양한 욕구에 부응하지 못하고 있으며 소아정신과, 노인정신과, 낮병원, 입원대체시설 등이 거의 전무하므로 우선은 이에 대한 段階的인 준비가 필요할 것이다.

위에서 언급한 看護師의 역할과 선진국에서의 地域社會精神保健事業의 문제점에 비추어 볼 때 精神看護師의 앞으로의 과제는

1) 地域社會 精神保健事業에서 精神看護師의 역할과 책임기능을 발휘하기 위해서는 현 일반 의료전달 체계의 보건소를 활용하는 정신의료전달 체계가 달라져야 한다.

2) 보건소 중심의 의료전달 체계가 유지된다면 精神保健事業에 종사하는 건강요원들간의 협의체 構成과 역할 분담이 문서화되어야 한다.

3) 보건소 중심의 의료전달체계에서의 地域社會 精神保健事業을 위한 精神看護師, 보건간호사, 가정간호사, 일반간호사, 간호조무사간의 간호전달체계를 확립해야 한다.

4) 보건소, 보건지소, 地域社會健康센터, 요양소를 설치하고 관리할 수 있는 精神看護師 인력을 확대 양성해야 한다.

5) 기존 간호인력의 地域精神保健에 관한 실무교육 및 훈련이 강화되어야 한다.

參考文獻

- 김소야자, 『지역사회 정신보건사업에서의 정신간호사의 역할과 과제』,
한국정신보건연구회, 1994.
- 도복늬 외, 『최신정신간호학』, 현문사, 1992
- 이광자 외, 『정신간호학』, 대한간호협회, 1992
- 이광자, 『정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할 및 활용에 관
한 연구』, 1993.
- 이소우 외, 『정신간호총론』, 수문사, 1988.
- Stuart and Sundeen, *Principles and Practice of Psychiatric
Nursing*, St. Louis; Mosby, 1983.
- Wilson and Kneisl, *Psychiatric Nursing*, Addison-Wesley, 1979.

第5節 地域社會 精神保健事業의 課題와 臨床心理士의 役割

1. 序論: 精神保健의 現況과 問題의 提起

精神健康問題는 현대의 산업사회가 공통적으로 안고 있는 사회문제로 社會福祉에서 우리보다 앞선 서구의 여러 나라에서는 이미 오래 전부터 이에 대한 綜合的 對策을 마련하여 적극적으로 대처해왔다. 1993년도 의료보험 및 보호급여자료를 分析한 結果에 의하면 우리나라에서도 전 인구의 약 2.7%에 해당되는 1,200,000명의 精神疾患者가 있을 것으로 推定되고 있으며 1993년도 精神障礙者로 인한 보험 진료비는 총 1,923억원으로 患者나 가족의 정신적 고통은 물론 精神障礙로 인한 생산성 상실과 의료비용 또한 상당한 수준에 달해 미루어 둘 수 없는 社會問題로 떠오르고 있다.

우리나라에서는 1984년 기도원에 收容된 精神疾患者의 실태가 언론의 보도를 통해 알려지면서 비로소 정신장애문제의 심각성이 인식되기 시작하였고, 이에 대한 政府次元에서의 대책이 논의되었다. 구체적으로 精神疾患 진료시설의 확충, 精神疾患 管理體系의 確立, 요양시설의 보호수준 향상, 그리고 精神保健法 制定 등이 추진되어야 할 事業으로 거론되었다.

그로부터 10년이 지난 현 시점에서 볼 때 가장 괄목할만한 변화는 精神疾患 진료시설의 병상수 擴充으로 1985년부터 1993년 사이의 9년간 총 병상수는 6,107병상에서 16,915병상으로 3배 가까이 증가하였다(남정자, 1994). 그러나 精神疾患管理體系確立, 요양시설의 보호수준 향상, 그리고 우리 나라 정신보건정책의 골격이 될 정신보건법 제정 등에서는 현재까지 큰 진척을 이루지 못하고 있다.

지난 10년간 精神科 病床數는 급격히 증가하였음에도 불구하고 기대와는 달리 精神疾患者의 효율적이고 인도적인 관리라는 애초의 목표에는 전혀 가까워지지 못하고 있다는 證據가 곳곳에서 나타나고 있다. 우선 정신병원이나 종합병원 정신과, 정신과 의원 등 정신의료 시설 뿐 아니라 요양원들에도 精神疾患者를 入院시키기 위하여 대기하는 행렬이 여전히

긴 것으로 보아 그 동안의 병상수 증가에도 불구하고 精神患者의 의료 서비스에 대한 需要가 여전히 채워지지 못하고 있음을 의미한다. 뿐만 아니라 기도원 등 非醫療機關을 이용하거나 치료를 받지 않고 집안에 감금되어 있는 精神患者도 상당수 있을 것으로 추정되어 아직까지 치료의 혜택이 미치지 못하는 集團 또한 남아있다.

1993년 현재 정신병의원에 입원하고 있는 精神患者는 16,919명, 정신요양원에 入院하고 있는 인원은 17,632명으로 총 34,551명이 收容되어 있는 것으로 추정되고 있다(남정자, 1994). 그 이외에 수용소 및 비인가 기도원 등에 收容되어 있는 인원까지 포함시키면 약 44,000명 정도가 收容되어 있는 것으로 보아 全體 人口 1,000명당 1명이 정신병원 및 의원, 그리고 기타 수용시설에 收容되어 있다고 볼 수 있다. 특히 치료비가 전액 국고 부담인 生活保護對象者들은 인구 1,000명당 15명 이상이 收容되어 있는 것으로 추정되어(정영기, 1993) 매우 높은 收容비율을 보이고 있다.

정신의료기관 및 收容施設에 입원, 收容되어 있는 精神患者들은 상당수가 短期治療後 퇴원하는 것이 아니라 수년간에 걸쳐 장기간 기관에 머무르고 있다. 정영기(1994)의 최근 조사결과에 의하면, 개인·종합·대학병원 정신과의 平均 재원기간은 60일, 국공립정신병원은 262일, 사립 정신병원은 962일, 그리고 療養院은 무려 2,526일에 달하였다. 각 기관의 재원일수의 50% percentile을 보았을 때도 요양원의 경우 2,303일로 반수 정도의 患者들이 거의 7년 이상의 기간을 재원하는 것으로 나타났다(表 3.6 참조).

<表 3.6> 精神醫療機關別 平均 및 50% percentile在院日數

기 관	조사환자수	평균재원일수	50% percentile 재원일
개인·종합·대학병원	228	80	종합병원 41 개인병원 45 대학병원 20
국·공립병원	120	282	83
사립정신병원	177	982	483
정신요양원	388	2,528	2,303
전 체	1,113	1,528	-

出處: 정영기(1994)

이상과 같이 收容된 精神患者의 재원일수가 높은 수준이라는 것은 동일한 患者들이 정신의료기관의 병상을 장기간 점유하게 됨으로써 새로운 患者들이 治療받을 수 있는 機會를 빼앗게 되는 결과를 가져오게 된다. 그 동안 정신의료 병상이 급격히 增加하였는데도 불구하고 지속적으로 정신의료 서비스의 未充足 需要가 있었던 것은 병상의 증가와 함께 患者의 재원일수가 증가함으로써 病床增加의 효과를 상쇄하였기 때문이라고 볼 수 있다.

入院治療는 정신과 치료 중 가장 비용이 많이 드는 치료의 형태로써 가급적이면 다른 형태의 治療로 代替하는 것이 전 세계적인 추세이다. 더욱이 장기간의 입원치료가 患者를 돕기보다는 도리어 사회적응력을 더욱 더 저하시켜서 궁극적인 목표인 社會復歸를 어렵게 만든다면 입원치료를 정당화하기 어렵다. 이와 같이 入院治療의 부정적 측면과 함께 탈원화 정책 즉, 가능한 한 精神患者들을 地域社會 내에서 치료하도록 하는 정책의 필요성이 널리 인정되고 있는데도 불구하고, 현재 우리 나라에서는 精神患者의 過收容 현상과 함께 재원기간이 매우 길다는 것은 정신질환 관리체계에 심각한 문제점이 있다고 볼 수밖에 없다.

精神患者의 높은 收容率과 오랜 기간의 재원일수에 대한 원인은 여러 가지 측면에서 분석해 볼 수 있다. 첫째, 종합적인 精神疾患 管理體系가 확립되어 있지 않아 정신의료서비스가 합리적으로 連繫되지 못하고 있어 입원치료 등 현재 활용가능한 治療形態에 집중적으로 수요가 몰리는 현상이 나타나고 있다. 정신과 병상은 많이 증가하였으나 患者들이 퇴원한 후 지역사회에의 再適應을 돕는 再活 프로그램, 퇴원후 추후관리제도, 그리고 퇴원한 후 居住할 수 있는 代替 居住施設들이 마련되어 있지 않아 결과적으로는 입원치료의 필요성이 크지 않은 患者들까지 퇴원을 시키지 못하여 長期入院을 하게 되는 일이 빈번히 일어나게 된다.

둘째, 상당수의 精神科 醫療施設들이 전문 인력의 부족으로 적절한 치료를 제공하지 못하고 있어 치료의 速度가 느리고 효과가 적어 병원에 장기간 머무르게 되는 결과가 되고 있다. 또한 지난 10년간 정신과 병상증

가의 주도적인 역할을 한 것은 專門 精神病院으로 이들 정신병원의 규모는 200병상 미만은 37.1%인데 비하여 200~250병상은 42.95%, 500병상 이상의 대규모 정신병원이 20%를 차지하고 있어 정신병원의 규모가 대형화하고 있다(남정자, 1994). 정신병원의 대형화는 患者의 非人間化를 가져올 뿐 아니라 효과적인 治療를 阻害하는 역기능적인 요인이 될 수 있다.

專門人力의 부족은 정신병원의 경우도 문제가 되지만 정신요양원의 경우는 더욱 더 심각해서 의사 1인당 入院患者數가 무려 246.6명으로 매우 열악한 여건에 놓여 있어서 거의 치료적 기능을 하지 못하고 있다.

셋째, 精神疾患의 퇴원 후의 追後 管理가 중요한 것과 같은 맥락에서 患者의 조기 발견과 조기치료는 綜合的인 精神疾患 管理에서 매우 중요한 부분이다. 患者를 초기에 발견하고 적절한 치료를 제공함으로써 慢性化를 방지할 수 있고 불필요한 입원을 억제할 수 있게 된다. 이를 위하여서는 患者들이 손쉽게 接近하고 이용할 수 있는 지역사회내의 시설에 患者의 조기발견 및 治療의 機能을 부여하여 운영하여야 할 것이다. 그러나 현재의 精神醫療體系에서는 정신과 병의원 외래 등 이러한 기능을 담당할 수 있는 시설이 地域的으로 偏重되어 있고, 그 수요 또한 제한되어 있다. 또한 精神疾患에 대한 두려움과 부정적인 태도로 인하여 정신의료기관에의 接近이 어려운 사람들이 많다는 점을 감안할 때, 좀 더 쉽게 접근할 수 있는 地域社會內의 시설이 없다는 점도 精神疾患의 조기발견과 치료에 걸림돌이 되고 있다.

의학계 내에서도 精神科 領域과 신체질환을 다루는 타과 의료영역간의 유기적인 연계가 잘되어 있지 않아서 患者의 早期發見에 중요한 몫을 할 수 있는 내과, 소아과 등의 의료진도 효율적으로 활용되지 못하고 있다. 이와 같이 精神疾患를 지역사회 내에서 조기발견하여 치료할 수 있는 시설이 제대로 갖추어져 있지 못함으로써 실제로 入院이 필요하지 않은 患者들까지도 입원을 시키게 되어 결과적으로 정신과 병상의 수요가 필요 이상으로 增加하게 되는 한 原因이 되고 있다.

요약하면 우리 나라의 精神疾患 管理 및 精神保健 政策은 지금까지 주

로 精神疾患의 수용시설을 확보하는데 치중하는 소극적 접근을 취해왔다. 그 결과 정신과 병상수의 현저한 增加에도 불구하고 실제로 입원치료를 받아야 할 患者들 중 치료의 惠澤을 받지 못하는 사람들이 상당수 남아 있다. 이미 입원되어 있는 患者들도 專門人力의 부족과 열악한 치료환경으로 적절한 의료서비스나 社會復歸를 위한 훈련 등의 기회를 갖지 못하고 있으며 또한 追後 管理體系나 대체 거주시설 등이 미비해 있어 결과적으로 장기입원, 收容을 하고 있다. 또한 精神疾患의 조기 발견과 조기 치료를 가능하게 하는 制度나 施設이 제대로 갖추어지지 못하여 불필요한 입원을 억제하고 精神疾患의 慢性化를 예방하는 기능을 제대로 수행하지 못하고 있어서 결과적으로 입원치료에 의존하는 왜곡된 의료 형태를 유지, 深化시키는 한 要因이 되고 있다.

우리나라가 지금 직면하고 있는 精神保健의 問題點은 서구의 여러 나라에서도 비슷한 양상으로 나타나 일찍부터 이에 대한 해결책을 모색해 왔다. 미국에서는 1955년 精神保健法(Mental Health Act)을 구성하여 정신보건공동연구회(Joint Commission on Mental Illness & Health)가 構成되고 정신보건의 現況과 問題點을 집중적으로 조사한 결과를 토대로 1) 인구 50,000명당 외래 1개소, 100병상 이상 규모의 일반병원에 정신병동 설치, 그리고 정신병원 규모를 1,000병상이내로 制限할 것, 2) 추후관리, 부분입원, 再活 서비스를 제공할 것, 3) 일반 주민들에 대한 교육을 통하여 精神疾患에 대한 부정적 태도를 變化시키도록 노력할 것 등을 제안하였다. 이를 근거로 1963년에는 地域社會精神保健센터가 설립되어, 단기입원 치료, 외래진료, 응급진료, 부분입원, 자문과 교육 등의 기능을 맡도록 하여 地域社會精神保健事業이 본격적으로 추진되기 시작하였다.

미국 이외에 다른 여러 나라에서도 地域社會精神保健事業이 활발히 논의되어 시행되고 있다. 영국의 경우, 단과 정신병원을 분할하고 종합병원에 정신과 병동을 設置하도록 하며, 開業醫師의 再教育을 통하여 1차 보건과 정신보건을 강화하고, 집단거주시설 등에서의 거주치료, 자원봉사자 활동, 자조집단, 고용치료, 위기개입시스템 등의 地域精神保健資源의 적극

적인 활용을 통하여 入院患者의 비율을 점차 減少시켜가고 있다. 그 밖의 유럽 각국에서도 精神疾患者들은 정신병원 이외의 지역사회 시설이나 가정으로 옮기는 脫院化 政策이 추진되고 있어 성과를 거두고 있다. 이러한 탈원화 정책의 구체적인 方案으로 1978년 WHO는 유럽국가들에 대하여 정신병원은 줄이고 地域社會에 근거를 둔 서비스를 신설할 것, 일반 병원의 정신과 병동은 늘이고 患者의 追後管理는 의료진이외의 인력으로 관리할 수 있도록 할 것 등을 권고하였다(김병후, 1994).

결국 地域社會精神保健事業은 지난 2, 30년간 세계 각국에서 지향하고 있었던 방향으로, 우리 나라에서는 이러한 흐름이 그 동안의 정신보건정책에 반영되지 못하고 있었을 뿐이다.

2. 地域社會精神保健事業을 위한 準備課題

지금까지 우리 나라의 精神疾患管理對策은 의료기관 중심의 臨床的 模型에 토대를 두어왔다. 地域社會精神保健 模型은 臨床的 模型과는 다른 개념적 토대 위에 바탕을 둔 것으로 지역사회 정신보건 의료체계를 도입한다는 것은 단순히 정신병원과 요양원의 患者를 탈원화 시킨다던가, 地域社會精神保健센터를 설치한다던가 하는 차원을 넘어서 전체적 가치관과 접근방식의 전환을 필요로 한다. 臨床的 模型에서는 精神疾患을 어떤 질병과정에 의해서 정상적 기능이나 상태에서 일탈된 상태로 보고 이를 의학적 치료로 정상화시켜야 할 대상으로 간주한다. 이에 비하여, 地域社會精神保健 模型에서는 인간을 자신이 처한 환경과 적극적으로 상호작용하는 존재로 보기 때문에, 精神疾患者의 치료에서도 환경적 맥락의 중요성을 강조하게 되고, 이들로 하여금 자신이 처한 환경에 적응하도록 돕고, 환경이 부적절한 경우 이를 개선할 수 있도록 患者를 지원하는 것을 중요한 치료 목표로 삼게 된다. 따라서 地域社會精神保健 模型에서는 患者를 자신이 속한 환경에서 격리시켜서 치료하는 것을 가급적으로 피하고 지역사회 내에서 유지하는 것을 강조한다.

이와 같이 기존의 臨床的 模型과는 전혀 다른 개념적 模型 위에서 지역 사회보건사업을 추진하려면, 제도적 측면을 비롯하여 시설 및 프로그램들을 새로운 방향과 부합되도록 수정하거나 새로이 개발하여야 할 것이고, 이를 운영할 수 있는 전문인력을 양성하여야 할 것이다. 地域社會精神保健事業을 위한 준비과제를 제도적 측면, 시설 및 프로그램 그리고 인력양성의 측면에서 상세히 살펴보면 다음과 같다.

가. 制度的 整備

지역사회 정신보건체계를 도입하기 위해서는 종전의 臨床的 模型위주로 설정되었던 의료전달체계나 정책, 그리고 관련제도 등을 地域社會精神保健模型이 지향하는 바와 상치되지 않도록 정비할 필요가 있다. 예컨대 현재의 의료보험제도는 精神疾患者들에 대한 진료 서비스의 내용이 면담과 약물투여로 단순화되어 있어 재활 프로그램 등 실제로 필요한 다양한 서비스의 제공이 어렵게 되어 있으며 集中的인 단기 입원치료후 사회복지 서비스를 추진시키기보다는 도리어 長期入院을 조장하는 경향이 있다. 또한 의료보험 적용 후에도 상당한 액수의 自費負擔이 필요하게 되고 보험의 급여일수가 제한되어 있어, 의료보험환자들이 일정기간 치료후 적절한 치료를 받을 수 없는 기도원 등을 택하는 경우가 많게 된다. 또한 의료보호患者의 경우에는 입원기간의 制限이 없고 보호자의 퇴원 의무가 없어 장기 收容이 되는 사례가 많아 地域社會精神保健 事業이 지향하는 탈원화 정책과 어긋나고 있다. 따라서 집중적인 短期治療後 퇴원시켜 지역사회에서 관리하는 방안을 患者나 患者의 家族, 그리고 의료진들이 선호할 수 있도록 의료보험이나 의료보호제도를 補完할 필요가 있을 것이다.

우리나라에 적합한 精神醫療傳達體系에 대하여서는 여러 가지 모델이 논의되고 있으나(예, 남정자 외, 1993), 구체적인 관할지역의 단위결정과 필요한 施設의 內容, 그리고 機能의 분담 등 세부적인 사항은 지속적인 연구와 示範事業 결과의 평가를 통하여 결정되어야 할 것이다. 또한 지

역사회 내에서 정신보건의료기능을 遂行할 수 있는 施設, 정신의료기관에서의 치료후 地域社會로 復歸하는 과정에서 이용할 수 있는 여러 종류의 중간시설(낮병동 등), 獨立的으로 생활하기 어려운 患者들이 재할 훈련을 받으며 공동생활을 할 수 있는 寄居施設들의 설립과 운영을 지원하고 관리할 수 있는 法規의 마련이 필요하며, 아울러 이들 시설들이 정신병의원 등의 의료기관을 중심으로 유기적으로 연결되어 精神疾患을 합리적으로 관리할 수 있는 制度가 定立되어야 할 것이다.

地域社會精神保健事業에는 기존의 의료인력 이외에 임상심리, 사회사업, 정신간호 등의 다른 專門 人力들의 참여가 필요하게 될 것이다. 따라서 이들 전문 인력의 資格과 地位에 관한 法制化가 조속한 시일 내에 추진되어야 할 것이다.

나. 施設과 프로그램

지역사회 精神保健事業의 성과는 이를 구성하는 프로그램들과 시설의 내용에 의해서 결정되는 것이므로 우리나라의 社會 文化的 상황에 적합한 좋은 프로그램과 필요한 施設을 갖추는 것은 매우 중요한 과제이다. 미국을 비롯한 다른 나라에서의 예를 참조하여 地域社會精神保健 事業에 필요하리라고 생각되는 프로그램과 시설을 豫防과 早期治療, 입원치료, 그리고 再活과 追後管理로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

1) 精神疾患의 豫防 및 早期發見과 早期治療를 위한 프로그램

精神疾患은 대체로 예후가 좋지 않다고 알려져 있지만, 조기에 발견하여 치료를 받게 되면 병의 기간이 短縮되고 再發을 防止할 수 있어 患者가 사회인으로 생활할 수 있을 가능성이 높아진다. 그 한 예로 정신병 중 가장 예후가 나쁜 것으로 알려진 정신분열증의 경우, 약 반수이상의 患者들이 慢性 患者로 정상적인 社會生活과 격리되어 지내게 되지만, 약 20~30%의 患者들은 회복되어 社會人으로 기능을 어느 정도 하게 된다 (Bleuler, 1968).

정신분열증의 예후를 결정짓는 要因에는 발병연령, 병전적응도, 증상의 형태 등 여러 요인들이 있지만, 첫 발병시에 치료를 받아 증상이 빨리 조절되는 정도가 예후를 결정짓는 중요한 요인으로 알려져 있다. 이와 같이 병의 早期發見과 治療가 병세를 결정짓게 되는 것은 정신분열증 이외의 다른 정신 장애의 경우에도 마찬가지로 해당된다. 따라서 장기적인 안목에서 볼 때 精神障礙의 조기발견과 조기치료는 慢性 精神疾患患者를 줄이고 더 많은 精神疾患患者들을 社會에 復歸시키도록 하는데 가장 필수적인 요소라고 할 수 있다.

비슷한 맥락에서 精神疾患의 예방사업 또한 종합적인 精神疾患管理體系에서 빼놓을 수 없는 매우 중요한 부분이다. 현재는 제한된 자원과 인력으로 인해 예방이나 조기발견 및 조기치료보다는 慢性疾患患者의 재화에 관련당국의 관심이 집중되어 있지만, 地域社會精神保健 事業의 취지와 근본 철학으로 볼 때 豫防이나 조기발견, 조기치료에 그에 못지않은 비중을 두어야 할 것이다(Cowen, 1983).

精神疾患 早期發見, 조기치료를 위한 프로그램의 예를 들면 다음과 같다.

- 가) 地域社會에 쉽게 접근할 수 있는 Walk-in Clinic 등의 상담기관
- 나) 학교, 기업체, 경찰, 종교단체 및 일반인들을 대상으로 정신건강관리, 精神障礙의 症狀들에 대한 교육프로그램 실시
- 다) 각급 학교 학생들에 대한 情緒問題, 행동문제의 screening작업과 screen된 學生들에 대한 치료 및 자문제공(민성길, 오경자, 이해련, 1993 ; Cowen, Trost, Lorion, Dorr, Izzo & Issacson, 1975)
- 라) 자녀의 行動問題를 다루는 방법에 대한 부모교육 프로그램
- 마) 약물남용예방을 위한 교육프로그램
- 바) 아동학대, 아내구타 등 家庭暴力의 豫防 및 이로 인한 심리적 문제를 다루는 프로그램(홍강의, 1987)
- 사) 老人들의 早期 隱退를 앞두고 이에 대한 심리적 준비를 도와주는 프로그램

- 아) 缺損家庭 子女들의 심리적 적응을 향상시키기 위한 지원 프로그램
- 자) 離婚 후의 心理的 현실적 문제를 다루는 집단 프로그램(Bloom & Hodges, 1988)
- 차) 자살기도, 심리적 危機에 대한 電話相談 및 위기개입 프로그램

이상의 예는 精神疾患의 예방 및 조기 발견 치료를 위하여 실시할 수 있는 여러 가지 프로그램들로, 지역사회의 필요성에 따라 다양한 프로그램들을 구성하여 실시할 수 있다. 이들 프로그램 중 일부는 각급 학교, 기업체, 종교단체나 기타 地域社會 團體들과 連繫하여 실시할 수 있을 것이고, 그 중 일부는 보건소나 地域社會精神保健센터 등 地域社會精神保健事業을 담당할 기관에서 실시할 수 있을 것이다. 정신병원 등의 의료기관은 일반인들이 지니고 있는 부정적 인식으로 인하여 이러한 예방사업을 실시하는데 적절하지 않을 수 있다.

2) 入院治療 및 受容施設

精神疾患患者의 상당수가 24시간 治療와 保護가 필요한 심각한 상태를 보이는 시기가 있으므로 이들을 위한 入院治療施設의 運營은 필수적이다. 다만 종래의 長期入院이 보편적으로 간주되는 치료형태는 바뀌어야 할 것이다. 즉 短期入院을 모델로 하여 여러 가지 치료 프로그램을 집중적으로 시도하는 密度있는 치료를 지향하면서 특히 퇴원 후 지역사회 복귀를 목표로 하는 再活 프로그램과의 連繫를 활용하는 방안이 地域社會精神保健事業의 취지와 부합될 것이다.

종합병원의 정신과 병동 및 일부 정신과 의원의 병동은 外來 治療와 함께 이러한 단기입원을 위한 施設로 쓰이고 기존의 정신병원은 단기간 내에 社會復歸가 어렵고 장기적 치료가 필요한 소수의 患者를 대상으로 장기입원 시설의 機能을 담당할 수 있을 것이며, 정신요양원은 치료시설보다는 長期 寄居施設로 전환하는 방안이 제기되고 있다(김용익, 1994).

3) 精神疾患者の 社會復歸를 위한 再活 프로그램과 追後管理

地域社會精神保健 事業의 핵심인 탈원화정책과 함께 가장 시급한 문제로 떠오르고 있는 것이 精神疾患者の 사회적응과 직업문제를 정책적으로 지원하는 再活 프로그램이다. 아울러 患者들이 지역사회에서 살 수 있도록 지속적인 추후관리와 住居施設의 確保, 그리고 사회적 지원의 필요성 또한 자주 논의되고 있다. 이러한 再活 프로그램과 추후 관리제도의 뒷받침이 없는 상태로 慢性精神障礙患者들을 퇴원시켰을 때, 사회적응에 실패하여 병이 재발하고 反復入院을 하게 되는 악순환을 겪게 된다.

精神疾患者の 社會再適應을 돕기 위한 재활프로그램의 예가 다음에 제시되어 있다(프로그램의 자세한 내용은 부록을 참조할 것).

가) 疾病管理技術

患者로 하여금 자신이 服用하고 있는 藥物을 스스로 관리하여 복용하도록 하고 재발의 初期 徵候를 파악하여 對處하도록 하며, 효과적인 스트레스 관리법을 쓰도록 하여 자신의 병을 효과적으로 관리하여 재발을 막도록 한다.

나) 生活技術訓練

지역사회 내에 사는데 필요한 기본적인 身邊管理와 시간·금전의 관리 그리고 日常生活에서 흔히 접하게 되는 간단한 문제들을 스스로 해결하는 방법을 훈련한다.

다) 社會技術訓練

기본적인 對話技術, 타인과의 接觸을 늘이고 인간관계를 유지하는 기술, 자신의 의사나 감정을 분명하게 표현하는 것을 훈련한다.

라) 職業適應訓練

사회에서 職業을 얻고 유지하기 위해서 필요한 職業技術을 훈련한다.

마) 追後管理

퇴원후의 精神疾患者의 사회적응을 전반적으로 점검하고 관리해 주는 기능으로 患者가 적절한 서비스를 이용하고 있는가, 治療指針에는 잘 따르고 있는 가를 확인하고 필요하면 적절한 서비스에 의뢰하거나 직업 등을 알선한다.

바) 患者家族을 위한 敎育 및 支援 프로그램

患者의 가족으로 하여금 患者의 상태와 치료 및 재활과정에서의 가족의 역할을 알려주고, 患者家族이 경험하는 스트레스와 애로점들을 함께 나누며, 이에 대한 효과적인 對策을 생각해 보도록 한다.

사) 寄居 施設(half-way house, group home)

가족과 함께 居住하기 어렵고, 獨立的으로 생활하기는 어려운 患者들이 일정수준의 지원과 관리를 받으며 함께 살수 있는 寄居 施設은 퇴원후 재활 프로그램에 참여하는 患者들이나, 혹은 입원하지 않고 외래로 치료받고자 하는 患者들을 위하여 매우 필요한 시설이다. 이러한 기거시설의 구체적 형태는 該當地域의 사정에 따라 결정되어야 할 것이다.

다. 專門人力의 養成

精神疾患은 그 특성상 醫學的인 치료만으로는 정상적 생활로 복귀하기 어려우며 심리전문가, 사회사업가 등 隣接 分野 專門人力의 적극적인 참여가 필요하다. 우리나라에서는 최근까지 입원과 收容 위주의 정신보건

정책을 추진해온 까닭에 정신과 전문의 이외의 관련 전문 인력이 精神保健事業에 참여할 수 있는 機會가 극히 制限되어 있으며 이에 따라 當堂事業에 참여할 수 있는 經驗을 갖춘 전문인력의 층이 아직 매우 제한되어 있다. 참고로 국가별 인구 10만명당 정신보건인력의 수가 <表 3.7>에 제시되어 있다.

<表 3.7> 人口 10万名當 精神保健 專門人力의 數

국가별 (연도)	인구 10만명당 전문인력수					인구1인당 GNP (US \$)
	전문의	간호사 ¹⁾	정신의료 사회사업가	임상 심리사 ²⁾	작업 요법사	
일본(1984)	7.3	49.2	0.7	N.A.	0.2	10,555
미국(1984)	7.8	23.0 ³⁾	15.4	8.9	N.A.	16,083
벨기에(1984)	12.7					7,886
덴마크(1982)	8.3			0.8('80)		10,471
프랑스(1980)	5.1					10,127
독일(1982)	8.3					10,639
이태리(1981)	2.1					7,189
한국(1994)	7.6			1.5('80)		9,216
	2.2	2.7	0.3	0.2		8,196

資料: 1) 厚生의 指標 國民衛生의 動向, 厚生統計協會, 1986
2) M. Issac, R. Scott, *Mental Health Care Delivery*, Cambridge University Press, 1990.
3) 대한신경정신과학회, 『대한신경정신과학회 연보』, 1991.
4) DHSS, *Health United States* 1990.

出處: 남정자(1994)

<表 3.7>에 제시되어 있는 바와 같이 우리나라의 精神保健專門人力 層은 유사한 경제 수준에 있는 다른 나라에 비하여 현저히 떨어지는 수준에 있다. 전문인력의 相對的 不足은 여러 분야에 공통된 현상이었으나, 미국의 경우에 비하였을 때 정신과 의사는 3.5:1 수준이었으나 精神醫療 社會事業家와 臨床心理專門家는 40~50:1 수준으로 현저히 떨어지고 있어 상대적으로 우리나라에서는 이 두 분야의 정신보건분야의 참여가 活性化될 필요가 있다.

근래 精神保健法制定과 관련지어, 정신보건관련 전문인력의 확대를 위한 노력이 활발히 일어나고 있다. 이들이 地域社會精神保健의 이념과 가치, 이론적 배경과 함께 現場 實習을 통하여 실제적인 프로그램 운영 및 각종 개입 기법의 실재를 익히도록 하는 것이 매우 필요하다. 따라서 전문인력 양성을 위한 교과과정 개발 및 현장실습의 기회마련을 위한 정책적 지원이 필요하다.

3. 地域社會精神保健事業에서의 臨床心理學의 役割

가. 臨床心理學의 精神保健專門分野로서의 發展過程

임상심리학은 人間行動에 관한 과학적 지식을 바탕으로 개인의 심리적 문제와 부적응적인 行動樣式을 연구하고 임상장면에 응용하는 학문이다. 이러한 응용분야로서의 臨床心理學은 심리학의 학문분야 발전의 초기인 20세기 초반부터 꾸준히 발전해오면서 그 활동분야를 넓혀왔다. 임상심리학자의 활동이 일찍 制度化된 미국의 경우를 보면 정신과 전문의, 사회사업가, 그리고 정신 간호사와 함께 정신보건분야의 주요한 專門人力으로 간주되고 있다(表 3.8 참조). 특히 2차 대전 이후 정신보건 전문인력으로서의 臨床心理學者의 必要性이 인정되면서 전문 인력양성의 정책적 지원의 일환으로 국립정신보건원, 보건성, 원호처에서 임상심리학 수련과정의 수련생들에게 財政的 支援을 하면서 전문인력이 현저히 증가하였고, 그 활동 또한 活性化되었다. 그리고 地域社會精神保健事業이 추진되기 시작한 60년대 초반부터 임상심리학계는 그 이론적 배경의 정립과 프로그램 개발, 그리고 실제 事業에의 참여를 통하여 주도적인 역할을 하여왔다.

<表 3.8> 美國 臨床心理學의 主要 沿革

1896	Witmer가 최초의 심리 clinic을 설립
1912	Witmer가 임상가를 위한 학술지 Psychological Clinics를 창간
1917	Hollingworth가 미국 임상심리학회 창립
1919	미국 심리학회가 임상심리학 분과회를 설립
1935	미국 심리학회 임상심리학 분과회가 임상수련과 실습지침을 정립
1937	학술지 Journal of Consulting Psychology가 창간
1945	학술지 Journal of Clinical Psychology가 창간
1946	미국 국립정신보건연구원, 보건성, 원호처에서 임상심리학 수련과 서비스에 대하여 재정지원을 시작
1946	Virginia 주가 최초로 임상심리학자 자격증을 주기 시작
1946	미국심리학회와 미국 정신의학회가 상호 협조를 증진시키기 위한 공동위원회를 구성
1947	미국 심리학회 임상심리학 수련위원회가 수련기준을 보고
1949	Boulder에서 열린 미국 심리학회 전국대회에서 임상심리학자 수련모델로 과학자-전문가 모형을 채택
1955	미국 Mental Health Study Act에 의해 정신보건에 관한 공동위원회(Joint Commission)구성
1963	Joint Commission의 보고결과에 근거해서 지역사회 정신보건센터 설립령이 제정
1965	지역사회정신보건에 대한 Boston회의
1974	미국 심리학회 전국대회에서 지역사회심리학 수련지침을 정립

국내에서도 이미 30년전에 臨床心理學會가 설립되어 學術活動을 펼치다가 그로부터 10년 뒤인 1973년부터 臨床心理專門家 및 臨床心理士 자격제도를 만들어 꾸준히 전문인력을 양성하는 동시에 엄격히 관리해왔다. 현재 臨床心理專門家を 수련, 지도하고 있는 기관이 10여 곳에 달하며 臨床心理專門家 자격을 취득한 상당수의 會員들이 정신과 의료기관과 상담소 등에서 정신보건인력으로 活躍하고 있다.

나. 臨床心理專門家/臨床心理士의 資格과 人力現況

한국심리학회에서 시행하고 있는 자격규정에 따르면 臨床心理專門家は 임상심리학을 대학원에서 專攻하여 석사학위 이상을 취득한 사람으로 신

경정신과가 설치되어 있는 병원, 학생생활연구소, 심리클리닉 등에서 臨床心理専門家の 지도/감독 하에 3년 이상의 임상수련을 받은 뒤 한국심리학회에서 실시하는 資格試驗과 審査를 통해 부여받도록 되어있다.

임상심리학회에서 요구하는 3년간의 수련과정의 교육내용(表 3.9 참조)을 보면 임상심리수련생은 최소한 心理評價 100사례 이상, 개인 심리치료 100회 이상, 집단치료연수회 60시간 이상 참여 그리고 연구논문 한편 이상의 임상활동과 학술/연구활동을 하도록 규정되어 있다. 이러한 수련과정을 마친 후, 정신병리학, 심리치료, 심리평가, 임상심리학 연구방법, 생리심리학, 인지 및 학습이론, 성격이론의 7과목에 대한 필기시험과 면접을 통과해야만 臨床心理専門家로서의 資格이 부여된다. 1973년부터 실시된 이 제도를 통해 1994년 12월 현재 한국심리학회가 공인한 臨床心理専門家の 수는 모두 90여명이며, 현재 修鍊중인 사람은 100여명에 이르고 있다.

臨床心理専門家は 석사학위 이상의 學問的 배경과 3년간의 집중적인 임상수련과정을 통해 정신보건전문인력으로서의 專門的 素養과 研究機能, 그리고 教育訓練者로서의 기능을 갖추도록 한데 비하여, 臨床心理士는 심리학과 학부를 졸업하고 임상장면에서 활동하고자 하는 준전문인력으로서 자격제도를 만들어 운영하였다. 臨床心理士의 資格要件은 대학에서 심리학, 교육심리학, 산업심리학을 전공한 학사학위 소지자나, 교육대학원에서 상담심리학이나 교육심리학을 전공한 석사학위 소지자로 규정하고 있다. 다음 臨床心理専門家の 지도하에 1년간의 臨床修鍊을 마친 후 한국심리학회가 시행하는 資格試驗(성격심리학, 학습심리학, 발달심리학, 이상심리학, 임상심리학, 심리검사 및 측정, 심리통계의 7과목)을 통과하면 臨床心理士의 자격이 부여되도록 규정되어 있다. 현재 한국심리학회가 공인한 臨床心理士의 수는 약 30여명에 이르고 있다.

<表 3.9> 臨床心理專門家 修練過程 및 內容

연차	심리평가	심리치료	학술헌동	연구활동
1	임상심리전문가의 지도하에 각종 심리 검사도구의 이론적 배경과 특성시행 및 해석법을 숙지하고 임상적용을 통해 숙달할 수 있도록 하며 보고서 작성법을 수련한다. * 30례 이상	임상심리전문가의 지도하에 각종 심리 치료이론을 숙지하고, 치료장면을 관찰하며, 집단상담 등에 참여함으로써 기본적인 치료기법을 숙달하고 치료자로서의 자질을 함양한다. * 집단치료연수회 20시간 참여	임상심리학회 및 관련전문학회가 주관하는 학술헌의에 참석하며, 소속된 수련기관에서 주관하는 세미나, 특히 사례회의에 필수적으로 참석한다. * 수련기관내 학술헌 및 사례회의의 50회 이상 참석, 사례발표 4회	임상적 관찰과 실헌, 심리검사도구의 개발, 실리치료기법의 개발 및 치료효과 연구 등 전문분야에서의 발전에 기여할 수 있는 연구방법론을 숙지한다.
2	심리평가를 통한 정신과적 감별진단과 치료계획수립을 숙달하고, 특히 투사법 검사를 포함한 심리 검사 배터리의 해석 및 대상에 따른 검사선택과 보고서 작성에 있어 독자적인 능력을 수립한다. * 50례 이상	전문가의 지도하에 개인 및 집단 심리 치료의 기법들을 숙달하며, 실제 치료 경험과 전문가의 지도를 통해 책임있는 심리치료자로서의 역할을 수행한다. *집단 치료연수회 20시간 참여	임상심리학회 및 관련 전문학회가 주관하는 학술헌 및 사례회의에 참석하며, 수련기관내에서 사례 연구를 발표한다. * 수련기관내 학술헌 및 사례회의의 50회 이상 참석, 사례발표 4회 이상	공동 또는 단독 연구에 적극적으로 참여함으로써 연구방법론을 적용, 응용하고 독자적 연구수행 능력을 수련한다.
3	임상심리전문가로서의 책임있는 심리평가보고서 작성과 치료계획수립을 집중적으로 수련하고, 특히 소아-청소년 및 특수장애 환자의 평가와 치료계획을 수립, 하급 수련생의 지도감독능력을 배양한다. * 20례 이상 100례 이상 (Full 기준)	심리치료자로서 독자적인 치료활동을 집중적으로 수련하고, 특히 소아 및 청소년의 심리치료와 타과 환자에 대한 자문경험을 쌓는다. * 집단치료연수회 20시간 참여	임상심리학회 및 관련전문학회가 주관하는 학술헌 및 사례회의에 발표자로서 참여하며, 특히 수련기관내에서 소아-청소년 및 특수장애 사례를 발표한다. * 학술헌발표 1회 * 수련기관내 사례발표 2회	공동 또는 단독 연구를 수행하고 학술헌에서 연구논문을 발표한다.
계		* 6례 이상, 총합 100 Session 이상(1례는 5 Session이상 지속된 경우) * 집단치료연수회 60시간 이상 참여	학술헌발표 1회,학술헌회의 참가연수평점 50점 이상, 수련기간내 학술헌 및 사례회의 참석 150회, 사례발표 10회	본인이 제1저자인 연구논문 1편 이상

우리 나라의 精神健康 서비스의 잠재적 수요에 비해 현재 臨床心理專門家나 臨床心理士의 자격증을 소지한 임상심리학 전문인력의 절대수는 부족하다고 볼 수 있다. 그러나 매년 심리학 관련 학과를 졸업하는 학부 졸업생의 수가 1300명에 이르고 있어 地域社會 精神保健事業이 정착되고 臨床心理學 전문인력이 活動할 수 있는 장이 마련될 때 이는 비교적 단기간 내에 전문인력으로 育成될 수 있는 잠재인력이 매우 많다고 하겠다. 또한 한국임상심리학회와 유사한 資格試驗과 심사를 거쳐 수여하고 있는 상담심리전문가나 상담심리사자격증을 소지한 상담심리학자가 200여명에 이르고 있어, 이들 상담심리 전문인력이 일정한 臨床訓練을 거쳐 임상심리 전문인력으로 再專門化(respecialize)할 때 지역사회정신보건분야에서 활동할 수 있는 임상심리 전문인력의 수는 충분하다고 볼 수 있다.

다. 地域社會精神保健에서 臨床心理專門家/臨床心理士의 役割

임상심리학자의 主要 役割은 크게 評價者로서의 기능, 心理治療者로서의 기능, 研究者로서의 기능으로 나누어 볼 수 있다. 임상심리학자의 세 가지 주요역할을 地域社會精神保健活動과 관련시켜 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

1) 臨床心理學者의 評價者 役割

평가기능은 개인의 認知的, 情緒的 그리고 對人關係에서의 잠재능력과 현재의 수행능력을 觀察하고 평가하는 과정을 말한다. 임상심리학자는 이 평가 기능을 수행하는 과정에서 각종 心理檢査를 실시하고 이에 患者와의 면담과 行動觀察를 통해 얻은 자료를 종합하여 患者를 진단하고 문제의 원인을 이해하며, 나아가서는 적절한 治療方案을 찾는 데 도움이 되는 자료를 제시한다. 현재 임상심리학자가 맡고 있는 평가자의 역할은 임상 장면에서 患者의 診斷과 예후 평가가 매우 중요하게 사용되고 있으며 그 밖에 學校場面이나 産業場面에서도 많이 활용되고 있다.

임상심리학자의 평가자로서의 기능은 精神疾患의 조기발견에 매우 중요하게 활용될 수 있다. 臨床心理專門家/臨床心理士는 정신병리나 심리진단에 대한 기본 지식과 임상경험을 갖추고 있어 비의료 전문인력 중에서는 精神病的 早期發見을 가장 신뢰롭고 정확하게 수행해 나갈 수 있는 정신보건인력이다. 미국에서는 임상심리학자들이 地域社會精神保健센터나 종합병원정신과의 외래 등에서 患者의 진단과 평가를 직접 담당하고 있는 경우가 많다. 따라서 臨床心理專門家/臨床心理士가 지역사회내의 보건소, 地域社會精神保健센터 등의 정신보건 시설에서 精神疾患을 가진 사람이나 精神疾患으로 발전될 가능성이 있는 心理問題를 가진 사람을 조기에 발견하고 평가하여 전문의료인에게 依賴하는 역할을 담당한다면 정신병의 조기발견이나 豫防에 投入될 전문의료인력이 부족한 현 체제를 가장 잘 보완할 수 있을 것이다.

2) 臨床心理學者の 治療者 役割

임상심리학자는 人間行動의 원리나 行動變化過程에 대한 과학적 지식을 바탕으로 여러 가지 心理學的 治療技法을 개발해 왔다. 심리학적 이론에 토대를 둔 치료 기법 중 특히 행동수정, 인지치료, 인간중심치료법은 다양한 비정신병적 精神障礙나 적응장애를 치료하는데 효과가 있음이 입증되어 구미에서는 광범위하게 實施되고 있다. 뿐만 아니라 심리학의 이론적 토대 위에서 개발된 社會技術訓練이나 의사소통훈련 등은 精神疾患患者의 재활훈련에 필수불가결한 요소가 되고 있다.

임상심리학자가 心理社會的 治療를 담당하기에 적합한 기본 지식과 수련경험을 갖추고 있는데도 불구하고 우리 나라에서는 아직껏 임상심리학자의 치료자 기능이 잘 活用되지 못하고 있다. 이는 비의료전문인인 임상심리학자가 精神疾患患者의 治療를 수행하는 것에 대한 우려와 저항이 전문의료진들 사이에 널리 퍼져 있기 때문이다. 그러나 임상심리학자가 전문의료진과의 긴밀한 協助를 통해 적절한 患者에게 심리 사회적 치료를 선별적으로 적용한다면 큰 무리없이 치료가 수행될 수 있으리라고 본다.

臨床心理専門人力의 치료자 기능이 가장 유용하게 쓰일 수 있는 곳 중의 하나가 지역사회내의 정신보건시설(보건소, 地域社會精神保健센터)이다. 즉 경한 心理障礙나 適應問題로 인하여 이러한 지역사회내의 시설을 이용하는 사람들에게 적절한 심리 사회적 치료서비스를 제공해 줌으로써, 精神疾患의 예방과 精神健康서비스의 확산에 큰 도움이 될 것이다. 또한 精神疾患者들의 사회재적응을 돕는 여러 가지 再活 프로그램들을 개발하여 직접 실시하거나 혹은 타 전문인력에게 실시를 의뢰하는 경우 이에 대한 諮問을 擔當하는 것도 임상심리전문인력의 역할이 될 수 있다.

3) 臨床心理學者의 研究者 役割

임상심리학자는 臨床家로서의 수련을 쌓기 전에 먼저 연구방법, 통계절차에 대한 교육과 석사 혹은 박사학위논문 연구를 통해서 연구자로서 기본훈련을 철저히 받고 있다. 특히 心理學은 人間行動에 대한 과학적 접근을 매우 중요시하는 학문이기 때문에 研究者로서의 훈련은 심리학 교육에서 대단히 강조되는 부분이다. 실제로 임상심리학자들은 지금까지 임상장면에서 専門醫療人들과의 共同作業을 통하여 精神疾患에 대한 많은 연구를 수행하여 왔고, 이러한 연구결과들은 患者들에게 보다 나은 정신보건 서비스를 제공하는데 활용되어 왔다.

앞으로 우리 나라 실정에 맞는 精神保健體制가 마련되고 정신보건정책이 수립되기 위해서는 精神疾患者에 대한 정확한 統計와 객관적 資料가 절대적으로 필요하다. 또한 효과적인 精神保健事業의 추진을 위해서는 여러 가지 프로그램이 導入되고 施行되면서, 각각의 성과를 체계적으로 평가하여, 그 결과를 사업계획이나 政策에 반영하는 것이 매우 중요해진다. 만일 臨床心理專門家/臨床心理士가 지역사회정신보건기관에서 精神疾患者에 대한 기초 자료를 수집하고 나아가서 여러 프로그램의 효과를 객관적으로 評價하는 研究를 수행하게 된다면, 이러한 연구결과에 기초하여 지역사회 정신보건 사업이 더욱 효율적으로 運營될 수 있을 것이다.

4. 맺는말

地域社會 精神保健은 그 필요성이 이미 세계적으로 널리 받아들여지고 있는 추세로 서구의 여러 나라들은 우리보다 앞서 실시하여 부분적으로 成果를 거두고 있다. 精神保健 問題는 특히 삶의 환경과 밀접하게 관련되어 있는 것으로 精神疾患 관리나 精神健康 증진 정책은 사회 문화적 요인들과 분리시켜 논의할 수 없다. 따라서 현재 우리가 당면하고 있는 정신보건에서의 여러 가지 問題들을 解決해 나아가는데 있어서 서구의 여러 모델들이 매우 유용한 指針은 될 수 있으나 우리 나라에서 실시했을 때 동일한 結果를 가져올지는 불확실하다. 이러한 의미에서 구체적인 政策의 方向을 確定하기 이전에 시범 사업을 통한 실제 경험을 놓고 관련 전문 분야의 사람들이 함께 논의하는 과정이 매우 필요하다.

지역사회 精神保健事業을 실시하기에 앞서 필요한 작업은 制度의 整備, 프로그램 및 시설의 확충, 그리고 이를 실제로 맡아서 運營할 人力의 訓練과 確保이다. 이 세 가지 준비가 모두 중요하지만, 그 중에서도 특히 중요한 것은 전문인력의 문제로써, 완벽한 제도와 좋은 프로그램이 준비되어 있다고 하더라도 이를 제대로 運營할 수 있는 能力을 갖춘 人力이 준비되지 않으면 그 事業은 좋은 成果를 거두기 어렵다.

地域社會精神保健事業은 지금까지 의료인 중심으로 움직여 왔던 정신보건 사업이 그 수혜자인 地域社會住民 중심으로 바뀌는 것을 의미한다. 그리고 醫療人 이외의 다른 전문분야의 광범위한 참여가 필요하게 된다. 그 동안 精神醫療나 社會福祉에 관여해 왔던 임상심리학, 사회사업, 그리고 정신 간호를 주축으로 기타 몇몇 전문분야가 이에 관심을 갖고 실제 사업에 참여하게 될 것으로 豫測된다. 이와 같이 여러 전문분야가 함께 일을 하게 될 때 가장 중요한 문제로 대두되는 것은 合理的인 役割 分擔과 相互 協助 關係를 형성하는 것이다. 역할 분담 문제는 분야간 이해관계가 대립될 수 있는 것으로 각 分野의 特性을 가장 잘 살리는 방향으로 조정되어야 할 것이다. 여러 專門 分野가 함께 참여하는 사업의 이점

을 최대한 살리는 방법은 각 分野의 學文的 背景과 교육 과정의 특성을 파악하여 이에 적합한 固有 領域을 인정하고 그 이외의 영역은 여러 분야가 共同으로 參與하는 방안이다.

臨床 心理學은 학문적 배경이나 교육 과정으로 보아 評價 및 診斷, 相談 및 心理治療, 그리고 基礎 研究와 프로그램의 효과를 평가하는 연구, 이 세 가지 역할에 적합한 것으로 생각된다. 그 중 심리검사를 사용하는 평가나 진단, 그리고 연구방법 등에서는 임상심리학이 타 분야에 비해 특별히 밀도있는 訓練을 받는 領域으로 볼 수 있고, 상담 및 심리치료에서도 행동수정이나 인지치료, 인간중심치료, 그리고 사회학습이론에 토대를 둔 社會技術訓練 등은 심리학적 이론에 뿌리를 둔 치료기법으로 임상심리학자가 특히 貢獻할 수 있는 부분이라고 할 수 있다.

精神醫學을 비롯한 다른 분야도 마찬가지지만, 임상심리학자가 갖추고 있는 이러한 기술이나 능력이 地域社會精神保健事業에서 구체적으로 어떠한 役割을 통해서 活用이 될 수 있는가는 미지수로 현장 경험을 통하여 검증될 필요가 있다. 따라서 現場經驗을 제공해 줄 수 있는 示範事業들에 대한 정책적 지원이 요청된다. 그리고 임상심리학계를 비롯한 관련 학계에서는 地域社會精神保健事業에 지속적인 관심을 보이고 학문적 뒷받침과 함께 전문인력의 양성에 노력할 필요가 있다.

參 考 文 獻

- 김병후, 「지역정신보건사업, 어떻게 시작할 것인가?」, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나, 서울중앙병원, 1994.
- 김용익, 「정신보건정책의 방향」, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나, 서울중앙병원, 1994.
- 남정자, 「정신질환 이환 실태 및 정신보건 현황평가」, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나. 1994. 11.23. 서울중앙병원.
- 남정자·최정수, 『지역사회 정신보건 시행방안 연구』 한국보건사회연구원, 1993
- 민성길·오경자·이혜련, 『학교정신보건사업의 모델 개발』, 학술진흥재단연구과제보고서, 1993.
- 정영기, 「입원 및 수용환자의 자원 적절성」, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나. 서울 중앙병원, 1994.
- 정영기, 「정신보건과 정신의료비용」, 정신보건정책토론회. 1993.
- 홍강의, 「아동학대의 대책과 예방」, 『정신건강연구』, 제6집, 한양대학교 정신건강연구소, 1987.
- Bandura, A., *Principles of behavior modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969
- Bleula, M., A "23~year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. In D. Rosenthal, & S. S. Kety (Eds.)", *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press, 1968.

- Bloom, B. L., & Hodges, W. F., The Colorado Separation and Divorce Program: A preventive intervention program for newly separated persons. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. R. Lorion, & J. Ramos-McKay(Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners*. American Psychological Association, 1988.
- Ciompi, L., "Learning from outcome studies: Toward a comprehensive biological-psychological understanding of schizophrenia" *Schizophrenia Research*, 1, 373, 1988.
- Cowen, E. L., Primary prevention in mental health: Past, present and future. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu & S. S. Farber(Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice*. New York: Pergamon Press, 1983.
- Cowen, E. L., Trost, M. A., Lorion, R., Don, D., Izzo, L., & Issacson, R. V., *New ways in school mental health*. New York: Human Service Press, 1975.
- Hogarty, G. E., Andersen, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., Madoria, M. J., Family psychoeducation social skills training and maintenance chemotherapy: One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 633, 1986.
- Joint Commission on Mental Illness and Health, *Action for mental health*. New York: Basic Books, 1961.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D., *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford, 1994.
- Rosenthal, D., *Genetic theory and abnormal behavior*. New York: McGraw Hill, 1970.
- WHO, *Mental health care in developing countries: A critical appraisal of research findings*. Report of WHO study group. Geneva, World Health Organization, 1984.

附錄: 慢性精神障礙人을 위한 心理教育的 再活프로그램

-地域社會 精神保健센터를 中心으로-

일반적으로 정신질환은 높은 재발률로 인해 慢性化되기 쉽다. 더욱이 정신병원이나 요양원 등 시설에서 장기간 입원후 퇴원한 精神障礙者들은 사회적응능력이 현저히 떨어져 있기 때문에 지역사회에 돌아온 후에도 적응이 어려워 병이 쉽게 재발하고 반복입원하게 되는 악순환을 겪게 된다. 이러한 악순환을 막기 위해서는 정신병원에서 퇴원한 환자들에 대한 철저한 사후치료체계를 지역사회를 중심으로 확립하는 것이 필요하다. 精神障礙者에 대한 심리교육적 재활프로그램은 사회학습이론과 병적소인-스트레스이론을 기초로 하여 精神障礙의 재발을 막고 精神疾病者가 지역사회내에서 독립적으로 기능하는 데 필요한 기술을 학습시키는 데 중점을 둔 재활프로그램이다.

1. 心理教育的 再活프로그램의 理論的 背景

정신장애인에 대한 심리교육적 재활프로그램은 병적 소인-스트레스이론과 사회학습이론에 기초를 두고 있다. 정신질환이 발병하고 재발하는 것은 精神障礙者가 원래 가지고 있던 병적 소인이 일상생활의 반복적인 스트레스를 만나 상호작용하여 일어난다고 가정하며, 적응행동이 사회환경의 변화와 관찰을 통해 학습될 수 있다고 전제한다(Ciampi, 1988).

병적소인-스트레스이론. Rosenthal(1970)은 精神障礙의 발병을 병적소인-스트레스(diathesis-stress)이론으로 설명하였다. 이 이론에 따르면, 어떤 사람들은 다른 사람들보다 精神障礙에 대한 유전적, 생물학적 취약성이 더 높게 태어난다고 본다. 그러나 이 취약한 사람들에게 다 精神障礙가 발병하는 것은 아니고, 일상생활중에 과도한 스트레스를 경험하게 되면 精神障礙가 발병한다고 가정한다. 精神障礙의 촉발인자로는 비판적이고 부정적인 가족관계와 같이 慢性的인 생활 스트레스가 될 수도 있고, 또

곧게 믿던 사람에게서 배신당하는 것과 같이 급성적인 일시적 스트레스가 될 수도 있다. 병적소인-스트레스이론에 의하면 精神障礙에 대한 유전적인 소인도 중요하지만, 일상생활의 스트레스를 어떻게 관리하느냐가 精神障礙의 에피소드를 예방하거나 재발을 방지하는데 매우 중요하다고 볼 수 있다 (Hogarty, Andersen, Reiss, Konblith, Greenwald, Javna & Madoria, 1986). 이 이론에 기초하여 심리교육적 재활프로그램에서는 精神障礙者가 살고 있는 가족환경이나 치료환경내에 각 개인에게 스트레스가 되는 요인이 무엇인가를 살펴보고 이에 효과적으로 대처하는 방법을 훈련하는 것을 강조한다.

사회학습이론. 사회학습이론은 조건형성원리에 의해 새로운 행동이 학습된다는 종래의 학습이론을 받아들여 개인이 자신의 경험에 어떤 의미를 부여하는가가 행동변화에 중요한 역할을 한다는 것을 강조한 이론으로서 Bandura(1969)에 의해 주창되었다. Bandura는 경험적 연구를 통해 개인이 어떤 행동에 대해 자신이 직접 강화를 받지 않더라도 다른 사람이 보상이나 벌을 받는 것을 관찰하고 자기강화를 하여 그 행동을 학습할 수 있다는 것을 밝혔다. 즉 개인이 조건형성의 직접경험을 거치지 않고도 모방, 관찰, 모델링과 같은 간접경험을 통해서 행동이 학습될 수 있다는 것이다. 또한 모든 행동변화에서 변화의 주체인 개인이 그 행동을 수행하는데 얼마나 능력이 있다고 지각하는가가 중요한 변인이라고 보았다. 이러한 자기효능감에 대한 강조는 정신질환의 치료에도 큰 영향을 미쳤는데, 환자의 행동중 변화해야 할 행동이 무엇인가를 명확하게 규정한 후 그 문제를 변화시킬 수 있는 효과적인 방법을 간구하여 실행에 옮김으로써 환자로 하여금 긍정적인 경험을 갖게 하는 것을 중요시하게 되었다(Kingdon & Turkington, 1994). 심리교육적 재활프로그램에서는 환자가 치료에 적극적으로 참가하여 달성가능한 구체적 목표행동을 설정하도록 하며, 시범연기나 역할연습, 지시, 긍정적 강화를 통하여 성공적으로 목표행동을 수행하게 하고 자기효능감을 증가시키도록 프로그램을 운영한다.

2. 心理教育的 再活프로그램의 目標

심리사회적 재활프로그램의 궁극적 치료목표는 ‘정상화’라고 볼 수 있다. ‘정상화’란 精神障礙者가 精神障礙를 갖고 있지만 지역사회에서 일반인과 더불어 지역주민의 역할을 하면서 살게 되는 것을 말한다. 정상화가 이루어지기 위해서는 첫째, 精神障礙者의 재입원율과 재입원일수를 줄여 환자가 지역사회내에서 사는 생활일수를 늘이도록 한다. 둘째, 精神障礙로 인하여 사회적 기능이 저하된 精神障礙者에게 사회재적응에 필요한 사회적 기술을 습득하도록 한다. 마지막으로, 심리교육적 재활프로그램의 최종목표는 精神障礙者들이 직업을 가지고 자립하여 살도록 돕는 데 있다.

3. 心理教育的 再活프로그램의 構成

심리교육적 재활프로그램은 精神障礙者의 사회적응에 필요한 기술훈련에 초점을 맞추어 실시하며, 환자의 필요에 따라 직업훈련과 가족교육도 병행하여 실시한다. 사회적응에 필요한 기술훈련은 크게 질병관리기술과 생활기술, 사회기술의 세 영역으로 나누어 진행되며, 각 영역의 기술훈련은 module식으로 이루어지도록 구성된다. 개별 훈련module의 목표나 다루는 내용, 치료의 진행순서는 대략적으로 미리 정하여 반구조적으로 운영하되, 구체적 목표설정이나 진행속도는 각 환자의 필요에 따라 개별화하여 프로그램을 적용하도록 한다. 훈련프로그램은 비교적 단순하고 기초적인 기술의 훈련module에서 어렵고 복잡한 기술의 훈련module로 진행되도록 단계별로 짜여져 있으나, 한 module에서 다음 module로 옮겨가는 방법은 융통성있게 운영하도록 한다.

4. 技術訓練프로그램의 內容

1) 疾病管理技術 訓練

第1段階 藥物管理 訓練 module

目標: 환자 자신이 복용하고 있는 약의 效果와 副作用을 스스로 관리함으로써 正規的인 藥物服用을 促進시키고 재발을 막는다.

對象: 약물치료로 심한 증상이 조절되고 치료자의 지시를 따를 수 있는 환자 퇴원후 再活의 첫 단계 환자에게 적절

內容: 약에 대한 기본적인 知識敎育
약에 대한 선입견이나 잘못된 태도 수정
약을 정확하게 복용하는 方法訓練
약에 대한 자신의 副作用理解
부작용에 대한 對處方法訓練

第2段階 症狀管理 訓練 module

目標: 환자로 하여금 자신의 지속증상을 파악하게 하고 이에 대처하는 방법을 훈련시키고, 재발의 초기징후를 조기에 발견하고 대처하는 법을 훈련시킨다.

對象: 약물을 規則的으로 복용하고, 자신의 증상에 대한 客觀的 理解가 가능한 환자

內容: 陽性的 증상과 陰性的 증상에 대한 지식敎育
자신의 持續症狀에 대한 이해
지속증상에 대한 對處法 訓練
재발의 일반적 초기징후에 대한 敎育
자신에게 일어나는 재발의 초기징후 이해
초기징후를 관리하고 대처하는 방법훈련

第3段階 스트레스管理 訓練 module

目標: 환자자신에게 스트레스가 되는 일이 무엇인지 파악하게 하고, 이에 대한 效果的인 對處法을 訓練시켜, 스트레스가 과도하게 축적되어 再發을 觸發하는 것을 防止한다.

對象: 증상이 심하지 않으며, 日常生活을 비교적 獨立的으로 유지하는 환자

內容: 스트레스에 대한 바른 지식교육
 個人내 스트레스를 주는 요인파악
 家族내 스트레스를 주는 요인파악
 社會生活環境내 스트레스를 주는 요인파악
 스트레스에 대한 자신의 反應理解
 스트레스에 대한 心理的 對處法
 스트레스에 대한 抵抗力을 쌓기
 휴일이나 명절의 스트레스에 대처하는 법

2) 生活技術訓練

第1段階 衛生과 容貌管理 訓練 module

目標: 환자가 地域社會내에 사는데 필요한 基本的인 衛生管理와 容貌管理 技術을 훈련시킨다.

對象: 藥物治療로 심한 증상이 조절되고, 치료자의 지시를 따를 수 있는 환자

內容: 세수, 양치질, 목욕등을 정기적으로 하는 법
 머리손질을 하는 법
 속옷을 정기적으로 갈아입는 법
 외출시 용모를 점검하는 법
 의복을 청결하게 입는 법
 의복을 상황에 맞게 입는 법
 의복의 색상과 형태를 조화시키는 법

第2段階 時間과 金錢管理 訓練 module

目標: 환자가 자신의 時間을 活用하는 법과 돈을 管理하는 법을 배워 自立하도록 한다.

對象: 집밖의 활동을 혼자서 수행할 수 있으며, 일정한 용돈이나 수입이 있는 환자

內容: 취침시간과 일어나는 시간을 조절하는 법
時間約束을 지키는 법
活動計劃을 자신에게 맞게 짜는 훈련
收入을 관리하는 법
銀行을 이용하는 법
支出을 미리 計劃하고 實行하는 법
衝動的인 購買를 防止하는 법

第3段階 問題解決 訓練 module

目標: 환자로 하여금 지역사회내에 살면서 접하게 되는 각가지 問題를 스스로 解決하는 方法을 訓練시킨다.

對象: 기본적인 生活技術을 갖추고, 일상생활을 비교적 獨立的으로 遂行하는 환자

內容: 자신이 當面한 問題를 정확히 把握하는 법
문제에 대한 解決方案을 여러가지로 생각하는 법
각각의 대안에 대해 長·短點을 생각하는 법
현실적이고 바람직한 代案을 選擇하는 법
선택한 해결방안을 實行에 옮기는 법
음식점에서 생기는 문제상황에 對處하는 법
물건을 살 때 겪는 문제상황에 對處하는 법

3) 社會技術訓練

第1段階 對話法 訓練 module

目標: 환자에게 기본적인 對話技術을 習得시키고, 일상생활에 적용시키는 훈련을 한다.

對象: 증상이 심하지 않으며, 基本的인 生活技術을 갖춘 환자

內容: 대화에서 적절한 비언어적 행동을 하는 법

짧은 대화를 시작하고 끝내는 법

상대방이 하는 말을 정확하게 알아듣는 법

상대방의 대화에 適切히 對答하는 법

電話하는 법

상대방의 감정과 욕구를 정확히 파악하는 법

자신의 感情과 意思를 傳達하는 법

第2段階 對人關係 訓練 module

目標: 다른 사람과의 접촉이나 활동을 증가시키고 人間關係를 유지하는 법을 훈련시켜 제한된 對人關係 範圍를 넓히도록 한다.

對象: 기본적인 생활기술을 갖추고, 다른 사람과 짧은 대화를 진행할 수 있는 환자

內容: 다른 사람과 있을 때 생기는 不安에 對處하는 법

같은 프로그램에 참가하는 사람과 이야기하기

家族과 하는 活動을 증가시키기

다른 사람과 할 수 있는 대화거리를 준비하는 법

옛 친구에게 安否電話를 하는 법

옛 친구와 만날 約束을 하는 법

친척집이나 친구집을 訪問하는 법

第3段階 自己主張 訓練 module

目標: 자신의 意見이나 感情을 좀 더 分明하게 表現하도록 한다.

對象: 기본적인 社會技術을 갖춘 환자

內容: 否定的인 감정을 적절히 표현하는 법

지나친 要求를 拒絶하는 법

상대방과 反對意見을 내는 법

남이 빌려간 물건을 돌려받는 법

여러 사람이 있는 자리에서 의견을 말하는 법

附 錄

附錄 A. 附表

<附表> 中診療圏別 精神醫療資源 및 精神障礙者の 中診療圏内 醫療機關 利用率

대진 료권	중진료권	기관수(병상수)					인력	이용률		
		종합 병원	일반 병원	전문 병원	정신과 의원	정신 요양원		전체	입원	외래
경인 대권	서울, 과천	41(1,130)	3(40)	4(1,690)	119(571)		415	95.7	71.7	97.4
	인천, 용진군	5(227)		1(300)	10(0)	1(120)	26	85.5	61.8	86.8
	성남, 광주군, 하남	3(0)		2(260)	5(0)		11	62.7	20.6	65.7
	수원, 용인군	2(27)		1(939)	4(0)	1(233)	33	83.3	41.4	86.2
	김포군, 부천	2(27)			8(0)		6	64.1	6.5	67.3
	오산, 화성군			1(42)		3(528)	4	7.4	8.7	7.3
	평택, 평택군, 송탄				2(16)		2	64.7	52.4	65.9
	구리, 미금, 남양주군			1(200)	1(0)		6	33.1	29.4	33.5
	동두천, 연천군		1(0)			1(93)		52.5	58.8	52.0
	의정부, 양주군	2(37)		1(170)	2(15)	1(640)	11	68.3	40.8	70.3
	안성군							41.4	7.0	43.8
	이천군			1(158)	1(0)		5	68.4	29.4	72.0
	여주군							29.8	2.1	32.6
	양평군							46.1	1.2	49.7
	가평군						3	10.3	3.5	11.2
	포천군						3	44.2	10.0	46.8
	파주군							31.8	3.3	34.2
	고양시, 고양군				1(0)	1(310)	3	20.3	18.4	20.5
	광명	1(0)			2(0)		3	32.9	3.7	34.7
	안양	1(0)			4(0)		6	57.0	4.5	61.0
강원 대권	시흥, 의왕, 군포			1(500)			10	29.1	47.5	27.4
	안산				3(0)		3	73.9	3.6	78.2
	강화군					1(206)		59.1	35.1	60.2
	제주, 북제주군	1(0)			3(38)		6	96.5	74.5	97.3
	서귀포, 남제주군									
	고성군, 속초, 양양군						2	63.2	17.8	66.2
	양구군, 인제군							30.4	20.1	31.6
	강릉, 명주군	1(160)			2(18)		4	90.8	64.2	91.9
	삼척, 삼척군, 동해	1(260)			1(0)		2	83.3	52.0	84.5
	춘천, 춘성군	2(290)		1(400)	1(9)	1(130)	10	96.5	91.6	96.9
	화천군							18.5	1.9	19.5
	철원군							35.0	7.0	36.6
	홍천군							40.8	4.0	43.9
	횡성군							6.4	4.7	6.5
	평창군							31.2	1.4	32.7
	정선군							47.3	5.7	51.5
	태백				1(0)		1	89.8	47.2	90.9
	영월군							29.4	8.5	30.7
	원주, 원주군	1(68)			2(0)		10	93.6	39.3	96.0

<附表> 계 속

지역	충진료권	기관수(병상수)					인력	이용률		
		종합 병원	일반 병원	전문 병원	정신과 의원	정신 요양원	정신과 전문의	전체	입원	외래
충북 대권	청주, 청원군	1(40)		1(230)	9(35)	2(400)	15	95.1	50.9	96.2
	영동군, 옥천군				1(0)	2(550)	1	63.6	12.2	64.7
	보은군							35.3	3.9	36.2
	진천군							10.8	-	11.2
	음성군		1(30)	1(550)		2(750)	6	37.1	72.0	33.7
	괴산군							23.0	-	23.9
	증원군, 충주	1(0)			1(7)		4	83.1	17.4	86.6
	제천군, 제천 단양군				1(0)	1(209)	1	78.7	16.0	80.7
충남 대권	대천	3(103)	1(55)	1(300)	17(39)	4(1,217)	35	24.8	45.3	24.1
	천안, 천안군	4(56)			4(5)	2(203)	11	84.4	28.4	87.5
	공주, 공주군	1(500)			1(5)	1(172)	4	82.1	7.1	83.8
	대천, 보령군						2	89.6	11.2	90.8
	은양, 아산군			1(450)		2(285)	3	33.8	50.2	32.8
	서산, 서산군, 태안군	1(0)			1(0)		2	70.6	20.3	73.3
	당진군							47.8	9.7	50.2
	창양군							14.5	-	15.2
	부여군					1(50)		29.6	7.4	30.8
	서천군					1(121)		43.0	19.3	44.1
	예산군							-	-	-
	홍성군			1(210)		1(255)	2	80.2	54.9	81.2
	논산군	1(100)			1(22)	3(769)	6	56.7	28.4	57.9
	금산군							24.5	10.2	24.8
전북 대권	연기군		1(80)			1(261)	1	24.7	25.9	24.6
	전주, 완주군	2(67)			8(46)	2(410)	19	94.6	81.3	95.3
	군산, 옥구군	2(102)			2(2)		5	88.7	60.6	89.6
	이리, 익산군	1(150)			2(15)	1(200)	9	83.3	78.7	83.5
	김제시, 김제군							21.5	0.9	22.4
	진안군							25.5	20.5	25.9
	무주군							27.2	4.8	28.3
	부안군							17.2	4.3	17.9
	정주시, 정읍군	1(0)			1(0)		3	61.3	23.6	62.4
	고창군							29.6	14.3	30.2
	임실군							14.1	3.5	14.8
	장수군							42.2	2.0	44.5
	순창군							20.9	4.8	21.8
	남원시, 남원군				1(0)	2(480)	1	30.8	10.3	31.8

<附表> 계 속

지역	증진료권	기관수(병상수)					인력	이용률		
		종합 병원	일반 병원	전문 병원	정신과 의원	정신 요양원		전체	입원	외래
전남 대권	광주	3(56)			18(169)	3(620)	37	92.2	71.0	93.2
	목포시, 무안군	2(0)			1(2)	1(463)	3	82.4	23.7	84.3
	영광군					1(250)		43.5	9.2	45.3
	장성군							14.8	-	15.8
	담양군							10.0	-	10.4
	곡성군							29.3	-	30.3
	구례군							24.7	1.8	25.9
	함평군							14.9	3.8	15.4
	나주시, 나주군			1(600)			11	32.1	50.6	31.0
	순천시, 송주군				2(0)	1(30)	3	84.4	10.7	86.5
	동광양시, 광양군							10.0	11.7	9.9
	영암군							54.7	3.9	55.9
	진도군							38.6	15.4	39.6
	해남군					1(430)		24.1	4.0	25.5
	강진군							51.8	20.4	53.1
	장흥군							35.5	20.3	36.7
	보성군							24.1	9.3	24.6
	완도군							57.7	15.9	59.9
	고흥군		1(180)					49.5	12.3	51.2
	화순군							15.6	-	16.7
경북 대권	여수시, 여천시, 여천군				1(0)		2	83.7	12.8	85.3
	영주시, 영풍군	6(227)		1(320)	28(95)	4(794)	59	96.9	67.2	97.9
	정촌시, 문경군				1(0)	1(174)	1	75.7	26.9	77.4
	예천군				1(0)			88.1	9.8	90.0
	봉화군							30.5	10.8	31.9
	울진군							8.6	10.9	8.5
	울진군							29.8	-	31.3
	상주시, 상주군					1(100)		43.9	35.4	44.3
	안동시, 안동군	2(0)			1(0)	1(349)	4	87.1	68.4	87.7
	영양군							6.3	15.8	5.9
	의성군							33.6	2.0	35.4
	청송군							21.6	-	22.8
	영덕군							9.5	6.9	9.6
	김천시, 금릉군				1(0)	2(433)	4	71.7	9.5	74.2
	구미시, 선산군						1	50.8	6.0	53.1
	군위군							20.6	6.3	21.3
	칠곡군					1(70)		45.6	1.0	46.7
	영천시, 영천군					1(190)		53.7	3.2	55.1
	포항시, 영일군	3(62)		1(180)	4(30)		10	94.3	64.5	95.2
경북 대권	성주군							23.0	1.1	23.8
	고령군							14.1	4.1	14.8
	달성군							9.3	-	9.8
	경산시, 경산군		1(0)				6	31.7	18.2	32.2
	청도군		2(200)				1	54.5	45.8	54.8
	경주시, 경주군	1(25)	1(0)				1	50.4	32.7	51.5
경북 대권	울릉군							17.7	30.8	16.9

<附表> 계 속

지역	중진료권	기관수(병상수)					인력	이용률		
		종합 병원	일반 병원	전문 병원	정신과 의원	정신 요양원	정신과 전문의	전체	입원	외래
경남 대권	부산시	14(348)	2(100)	7(1,043)	33(121)	9(3,018)	103	97.9	83.7	98.7
	울산시, 울주군	2(38)			5(100)	1(250)	8	84.0	18.7	87.1
	밀양시, 밀양군							35.0	2.5	37.6
	양산군			1(300)		1(240)	1	20.0	38.1	18.5
	김해시, 김해군					2(547)	1	31.1	8.0	32.6
	거제군, 장승포시	1(0)						20.6	1.5	23.0
	충무시, 통영군, 고성군					1(84)		40.2	7.0	42.3
	함안군							18.2	0.5	19.2
	산청군							4.2	3.6	4.2
	의령군							12.4	-	13.1
	합천군		1(0)				1	33.8	-	35.6
	거창군							42.6	10.1	45.1
	함양군					1(160)		21.9	-	22.7
	진주시, 진양군	3(78)			3(52)	1(345)	12	93.0	41.8	95.1
	삼천포시, 사천군		1(300)				3	46.9	29.6	47.7
	하동군		1(300)					29.5	62.6	26.3
	남해군							27.6	-	29.1
	창녕군			1(450)			5	31.2	60.9	28.8
	마산시, 창원시, 진해시 의창군	2(30)	1(424)		6(100)	1(300)	23	94.0	74.6	95.0

註: 1) 정신과 전문의 수에는 군병원의 인력이 포함되었음.

資料: 1) 대한신경정신의학회 연보, 1993.9.

2) 전국 병원명부, 대한병원협회, 1993.4.

3) 사회복지시설, 정신질환자 요양시설, 보사부 내부자료, 1993.

4) 보건사회연구원 전문의 데이터베이스화일, 1994.

5) '93 의료보험 급여자료 중 지역의료보험자료 분석결과

지역의료보험의 타 보험자료는 환자거주지에 관한 정보의 제한으로 분석에서 제외시켰음

附錄 B 調查票

1. 精神病·醫院 現況 調查票

정신병·의원 현황 조사표

안녕하십니까?

어려운 사정속에서도 정신질환자들을 위한 여러분들의 노고에 깊은 사의를 표합니다. 점차 높아지고 있는 국민들의 정신의료 서비스에 대한 요구수준을 충족시키기 위해 현재의 정신의료체계가 적절한가를 검증하기 위하여 저희 연구원에서는 전국의 정신질환 이환율과 정신보건 관련 의료기관 및 사회복지시설에 대한 현황을 알아보고, 이를 바탕으로 하여 정신의료 서비스의 지원방향을 연구하고자 합니다.

정신의료가 지닌 독특성을 감안할 때 현장에서 수고가 많으신 여러분의 성실한 응답만이 정신질환에 대한 국가정책을 긍정적인 방향으로 전개할 수 있는 근원이 될 수 있습니다.

여러분이 응답하여 주신 설문지는 컴퓨터에 의해 통계적으로 처리되므로 개인이나 소속기관의 자료에 관련된 비밀은 절대로 보장될 뿐 아니라 자료의 사용이 전체적인 단위로만 사용되므로 개인이나 시설에 불이익이 절대로 없을 것이므로 여러분의 성실한 답변을 부탁드립니다.

1994. 9.

시 설 명: _____

시설의 주소: _____

조사일/조사자: _____

보 건 사 회 부
한 국 보 건 사 회 연 구 원

I. 병·의원 일반사항

1. 설립년도: _____

2. 이사장의 일반적 배경

1. 성 별: ☐ 1) 남자 ☐ 2) 여자	2. 연 령: 만 _____ 세
3. 결혼상태: ☐ 1) 미혼 ☐ 2) 기혼 ☐ 3) 사별 ☐ 4) 이혼/별거	4. 교육수준: ☐ 1) 고졸이하 ☐ 2) 대졸 ☐ 3) 대학원이상
5. 전공과목: ☐ 1) 의학 ☐ 2) 사회복지학 ☐ 3) 기타_____	6. 종 교: ☐ 1) 기독교 ☐ 2) 천주교 ☐ 3) 불교 ☐ 4) 불교 ☐ 4) 기타

3. 응답자의 직책 : _____

응답자의 현기관 근무연한 : _____

II. 병·의원 운영현황

1. 환자현황

가. 허가정원 : _____ 명

나. 현 재원자 : _____ 명
 의료보호 : _____ 명
 일반(의료보험): _____ 명
 일반(자 비): _____ 명

다. 연간 신규 입원환자(93년도) : _____ 명
 연간 퇴원자(93년도) : _____ 명
 타기관 전원자(93년도): _____ 명
 평균 재원자(93년도) : _____ 명

라. 93년도 재원자중 사망건수 : _____ 건

마. 사망사유

- 1) 질병 : _____ 건
- 2) 사고 : _____ 건
- 3) 자살 : _____ 건
- 4) 기타 : _____ 건

바. 가족과의 관계

- 1) 가족과 정기적으로 접촉을 하고 있는 환자 : _____ 명
- 2) 가족과 연락이 가능한 환자 : _____ 명
- 3) 가족이 있으나 전혀 연락이 가능하지 않은 환자: _____ 명
- 4) 연고자가 없는 환자 : _____ 명

2. 직원 현황

가. 정원 및 현원

	정 원		현 원 (축탁여부)	
< 의 사 >				
정신과 전문의		평		평
정신과 수련의		평		평
비정신과 전문의	과	평	과	평
	과	평	과	평
	과	평	과	평
일반의		평		평
공중보건의		평		평
< 약 사 >		평		평
< 간호인력 >				
간호사		평		평
간호보조사		평		평
남자보호사		평		평
< 기타의료종사자 >				
임상심리사		평		평
사회사업사		평		평
작업치료사		평		평
영양사		평		평
조리사		평		평
의무기록사		평		평
의료보험관리자		평		평
원무행정요원		평		평
기타	_____	평	_____	평
	_____	평	_____	평
	_____	평	_____	평
	_____	평	_____	평
자원봉사자				평

나. 신규 및 퇴직직원 (1993년도 기준)

(단위:명)

	1993년초 이월인원	신규직원		퇴 직 자
		유경력	무경력	
< 의 사 > 정신과 전문의 정신과 수련의 비정신과 전문의 일반의 공중보건 <약 사> <간호인력> 간호사 간호보조사 남자보호사 <기타의료종사자> 임상심리사 사회사업사 작업치료사 영양사 조리사 의무기록사 의료보험관리자 원무행정요원 기타				

3. 치료관련시설

가. 환자의 기거 및 치료시설

1) 병동, 병실, 병상

① 병동

- (1) 몇 개의 병동이 있습니까? : ____개
- (2) 각 병동의 고유한 기능이 구분되어 있습니까? (환자의 진단, 성별, 연령에 따라 구분하여 입원시킵니까?)
- a. 병동의 개방의 정도에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
 - b. 진단에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
 - c. 성별에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
 - d. 연령에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
 - e. 기타. : _____

(3) 구분된 병동의 명칭과 병상수 고유 기능은 무엇입니까?

병동명	병상수	기능
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____
_____ 병동	() 병상,	_____

② 병상

- (1) 몇 개의 병상이 있습니까?
- 개방: ()개
- 폐쇄: ()개
- 기타: _____ ()개, _____ ()개
- _____ ()개, _____ ()개

③ 병실

(1) 어떠한 종류의 병실이 몇개 있습니까?

폐쇄: 온돌형

1인실 ()개

2인실 ()개

4인실 ()개

6인실 ()개

8인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

침대형

1인실 ()개

2인실 ()개

4인실 ()개

6인실 ()개

8인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

개방: 온돌형

1인실 ()개

2인실 ()개

4인실 ()개

6인실 ()개

8인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

침대형

1인실 ()개

2인실 ()개

4인실 ()개

6인실 ()개

8인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

(2) 격리실은 몇개가 있습니까? ()개

(3) 환자들의 신체 질환을 위한 처치실 및 입원실의 구분이 있습니까?

(예, 아니오)

구분이 있다면 그 시설의 규모와 내용은?

*

*

*

*

④ 전기치료실, 면담실, 작업치료실, 약제실, 심리검사실, 간호사실,
의무기록실, 낮병동.

(1) 전기치료실이 있습니까? (예, 아니오)

(2) 환자와 의료진의 면담을 위한 면담실이 있습니까? (예, 아니오)

⑤ 작업치료실

- (1) 작업치료실이 있습니까? (예, 아니오)
- (2) 작업치료사가 있습니까? (____명이 있다., 없다.)
- (3) 작업치료사가 없다면 누가 관리를 합니까?
직종_____ 인원(명)
- (4) 작업치료실의 크기와 구조, 그리고 설비는?
- 크기: ____평방미터, 또는 ____평.
- 구조: 공간이 어떤 식으로 구획되어 있습니까?
(공간의 기능을 중시하여 서술적으로 기술하십시오.)

- 설비: 어떠한 작업을 할수 있도록 필요한 도구와 재료가 준비되어 있습니까?

⑥ 약제실

- (1) 약제실이 있습니까? (예, 아니오)
- (2) 약사가 있습니까? (____명이 있다., 없다.)

⑦ 심리검사실

- (1) 심리검사실이 있습니까? (예, 아니오)
- (2) 임상심리학자가 있습니까? (____명이 있다., 없다.)

⑧ 간호사실

- (1) 간호사실(스테이션)이 병동내에서 개방되어 있습니까? (예, 아니오)
- (2) 개방되어 있지않다면 그 이유는?

⑨ 의무기록실

- (1) 의무기록실이 있습니까? (예, 아니오)
- (2) 의무기록사가 있습니까? (__명이 있다., 없다.)
 없다면 환자의 의무기록을 누가 관리합니까? _____

⑩ 낮병원

- (1) 낮병원을 위한 시설이 있습니까? (예, 아니오).
- (2) 낮병동의 크기와 구조, 그리고 설비는?
 - 크기: _____평방미터, 또는 _____평.
 - 구조: 공간이 어떤 식으로 구획되어 있습니까?
 (공간의 기능을 증시하여 서술적으로 기술하십시오.)

- 설비 및 도구: 어떠한 프로그램을 운영할 수 있도록 준비되어 있습니까?

3. 본기관에서 환자의 치료에 활용하고 있으나 위에서 열거된 치료관련 시설에서 누락된 것들이 있습니까? (예, 아니오)

있다면 그 시설의 크기와 설비 그리고 용도에 대하여 보고하여 주십시오.

* _____

* _____

* _____

* _____

* _____

나. 환자의 복지상태와 관련되는 시설

1) 급식시설 - 취사실, 식당

- ① 취사시설의 넓이는: _____평방미터, 또는 _____평.
- ② 취사인력: 영양사 _____명, 조리사_____명, 잡부_____명, 자원봉사자_____명.
- ③ 취사에 환자가 참여합니까? (예, 아니오)
- ④ 참여한다면 참여범위는?(인원과 역할)

⑤ 식사는 어디서 이루어집니까?

- a. 식 당 _____
- b. 병동내의 공간 _____
- c. 각개의 병실 _____

⑥ 식당의 크기는?: _____평방미터, 또는 _____평.

⑦ 취사에 환자가 참여합니까? (예, 아니오)

⑧ 참여한다면 참여범위는?(인원과 역할)

⑨ 식단을 미리 작성하여 돌니까? (예, 아니오)

⑩ 직원 별도의 식사장소가 있습니까? (예, 아니오)

2) 목욕시설과 화장실

① 환자의 청결상태를 누가 관리합니까?

② 목욕시설은 어디에 설치되어 있습니까?

- a. 병동과 별도로 _____
- b. 병동마다 _____
- c. 병실마다 _____

③ 개인시설입니까, 공동시설입니까? _____

④ 공동시설의 경우 1회 목욕시키는 인원은? 약_____명

⑤ 각 시설의 넓이는?:

- _____평방미터, 또는 _____평. _____개 위치: _____
- _____평방미터, 또는 _____평. _____개 위치: _____
- _____평방미터, 또는 _____평. _____개 위치: _____
- _____평방미터, 또는 _____평. _____개 위치: _____

- ⑥ 환자의 목욕이나 세면을 의료진이나 직원이 관리합니까? (예, 아니오)
- ⑦ 관리한다면 세면과 목욕을 얼마나 자주합니까?_____
- ⑧ 환자의 상태나 증상에 의하여 세면과 목욕을 회피하거나 수행할 수 없는 경우 어떻게 합니까?

⑨ 남지환자의 경우 면도와 이발은 어떻게 수행되니까?

- ⑩ 화장실은 어디에 설치되어 있습니까?

a. 평등과 별도로,

b. 병동마다,

c. 병실마다,

d. 기타.

- ⑪ 화장실이 남자용과 여자용으로 구분되어 있습니까?(예, 아니오)

- ⑫ 확장실의 규모는?(기능별위치, 대변기, 소변기의 갯수, 남,여)

- ⑬ 환자와 의료진 또는 직원들이 같이 사용합니까? (예, 아니오)

3) 체육, 오락시설

- ① 환자의 체육과 오락을 위한 시설과 설비에는 어떠한 것이 있습니까?

 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>


<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

- ② 어떠한 체육, 오락 기구가 있습니까?

<http://www.umich.edu>

✱

www.press.uchicago.edu

✱

✱



③ 환자의 체육과 오락을 위한 고유한 실내공간이 있습니까?(있다., 없다.)

④ 있다면 그 용도는?

⑤ 실내공간의 넓이는?: _____평방미터, 또는 _____평.

⑥ 동시에 사용할 수 있는 인원의 수는? _____명.

⑦ 환자들이 이러한 공간과 시설을 사용하는 것을 누가 결정합니까?

a. 환자자신 _____

b. 의 료 진 _____

c. 직 원 _____

d. 기 타 _____

⑧ 이에 대한 규정이 있습니까? (있다., 없다.)

⑨ 환자의 체육 오락활동시에 누가 관리합니까? _____

4) 면회시설

① 환자의 면회는 어디서 이루어집니까?

a. 면회실로 사용되는 곳에서만

b. 병원내에서는 자유롭게

c. 병동내에서

d. 기타 _____

② 어떠한 설비를 갖추고 있습니까? (예, 의자, 탁자, 독립된 공간, 매점등)

③ 환자 면회에 대한 제한이 있습니까? (예, 횟수, 의료진의 허락등)

④ 면회시 환자와 면회자의 대화에 제한이 있습니까?

⑤ 관리를 하는 의료진이나 인력이 있습니까?

⑥ 환자들이 사용할 수 있는 전화가 있습니까? (있다., 없다.)

⑦ 전화의 사용은 누가 결정하는가, 이에 대한 규칙이 있습니까?

5) 본기관에서 활용하고 있으나 위에서 열거된 시설에서 누락된 것들이 있습니까?
(예, 아니오)

있다면 그 시설의 크기와 설비 그리고 용도에 대하여 보고하여 주십시오.

4. 의료 및 복지 서비스

가. 관련정책 및 서류의 구비

	있다	없다
◦ 관리의 철학 및 모델에 관한 문서화된 정책		
◦ 사고 발생시(Violent episode) 참고할 지침서		
◦ 환자와 가족으로부터 제기되는 불만을 다루는 문서화된 절차(Written Procedures)		
◦ 직원을 위한 서비스 조건에 관한 문서화된 정책		
◦ 모든 직원에 대한 업무분장(Job Description)		
◦ 환자의 안전에 관한 문서화된 절차		
◦ 비상시 대피를 위한 문서화된 정책		

다. 직원에 관한 사항

	예	아니오
◦ 모든 직원에 관한 기록부가 비치되어 있습니까?		
◦ 모든 환자관리 직원의 보수교육이 의무화 되어 있습니까?		
◦ 정기적인 직원회의 (의사, 간호사, 보호사, 사회사업가 등) 이 있습니까?		
◦ 직원이 하루중 환자로부터 벗어난 일정한 공간에서 있을 수 있습니까?		
◦ 직원이 하루중 환자로부터 벗어난 일정한 시간을 가질 수 있습니까?		
◦ 직원이 정신 질환자와 함께 생활하면서 겪는 고충을 상관과 함께 의논할 수 있는 기회가 제공되고 있습니까?		
◦ 기관의 의사결정에 의사들이 참여할 수 있는 구조가 있습니까?		

마. 환자관리와 관련된 사항

1) 환자의 상태

① 환자의 상태를 주로 (우선순위대로 표시하십시오.)

- a. 의사가 직접 ____
- b. 간호사에 의하여 ____
- c. 간호기록에 의하여 ____
- d. 기타: _____, ____

판단된다.

2) 낮병원

① 낮병원이 운영되고 있습니까? (예, 아니오)

② 낮 병원을 운영하고 있지 않은 이유는?(우선순위대로 표시하십시오.)

- a. 시설내의 공간의 부족으로 ____
- b. 환자의 참여동기의 부족 ____
- c. 보호자의 인식부족 ____
- d. 운영인력 수의 부족 ____
- e. 운영인력 전문성의 부족 ____
- f. 진료수가의 부적절성 ____
- g. 기타 : _____

③ 낮병원을 위한 전용 시설이 있습니까?(예, 아니오)

④ 낮병원을 위한 전용 시설이 없다면 어떤 공간을 활용하고 있습니까?

⑤ 낮병원에서 시행되는 프로그램에는 어떠한 것들이 있으며 누가 담당하며 얼마나 자주 시행됩니까?

프로그램명	담당자	1회 활동시간	시행빈도
* 작업치료	_____	_____	_____
* 대인관계훈련	_____	_____	_____
* 사회적기술훈련	_____	_____	_____
* 심리극	_____	_____	_____
* 집단치료	_____	_____	_____
* 레크리에이션	_____	_____	_____
* 의사결정훈련	_____	_____	_____
* _____	_____	_____	_____
* _____	_____	_____	_____
* _____	_____	_____	_____

⑥ 낮병원만을 전담하는 인력의 수는?
_____명, _____명, _____명.

⑦ 낮병원에 참여하는 인력의 수는?
a. 의 사 _____명
b. 간 호 사 _____명
c. 특수치료사 _____명
d. 사회사업사 _____명
e. 자원봉사자 _____명
f. 기 타 _____명, _____명.

⑧ 낮병원의 평균 참여 환자수는? 입원 _____명, 외래 _____명.

⑨ 참여 환자의 낮병원 평균 참여일수는? _____일

3. 통신과 외출, 외박, 면회

① 환자가 외부와의 연락에 사용할 수 있는 수단은?(해당되는 것에 모두 표시(√) 하시오.)

a. 편지 _____ b. 전화 _____ c. 직원을 통해서 _____
d. 기타 : _____

② 환자가 외부와의 연락을 관리하는(서류화된) 지침이 있습니까?(있다, 없다)

- ③ 통신을 제한한다면 그 이유는?
*
*
*
- ④ 환자의 외출과 외박은 자유로웁니까? (예, 아니오)
⑤ 자유롭지 않다면 그 이유는?
*
*
*
- ⑥ 가족, 친지와의 면회가 권장되고 있습니까? (예, 아니오)
⑦ 권장되지 않는다면 그 이유는?
*
*
*
- ⑧ 월간 재원환자의 외출, 외박 비율은(93년 3월, 6월, 9월)?
(/), (/), (/).

4. 작업치료

- [illegible]

5. 가족들을 위한 프로그램

- ① 환자의 가족을 위한 프로그램이 있습니까? (있다. 없다.)
- ② 환자의 가족을 위한 프로그램에는 어떤 것이 있나, 이를 담당하는 인력은?
- | 프로그램명 | 담당자 |
|--|-------|
| * 교육 _____ | _____ |
| : 환자의 질환의 특성과 가족의 역할에 관하여 | |
| * 상담 및 지지 _____ | _____ |
| : 보호자들의 어려움에 대한 상담과 지지 | |
| * 정보제공 _____ | _____ |
| : 입원환자들에 대한 가족들의 역할(통신, 면회 등)과 퇴원시 그 이후의 대책 등에 대하여 | |
| * _____ | _____ |
| * _____ | _____ |
| * _____ | _____ |

6. 주정중독, 약물중독.

- ① 주정 중독자들을 위한 프로그램이 있습니까? (예, 아니오)
 참여여부를 결정하는 기준은? (우선순위대로 표시하십시오.)
 본인의사 _____
 보호자의사 _____
 의료진판단 _____
 기타: _____
- ② 약물 중독자들을 위한 프로그램이 있습니까? (예, 아니오)

7. 심리극

- ① 귀 기관에서는 심리극을 하고 있습니까? (예, 아니다)
- ② 심리극에 참여하는 환자수는? (대략) 입원 _____명, 외래 _____명.
- ③ 심리극의 시행 빈도와 1회 시행시간은? (____회, ____시간)
- ④ 심리극을 담당하는 인력은?
- (중심이 되는 인력(☆)과 참여 인력(V)을 구분하여 표시하십시오.)
- a. 의사 () b. 간호사 ()
- c. 작업치료사 () d. 심리학자 ()
- e. 사회사업사 () f. 기타 : _____ ()

8. 놀이치료(아동)

- ① 귀 기관에서 놀이치료를 하고 있습니까? (예, 아니다)
- ② 놀이치료에 참여하는 환자수는? 입원 ____명, 외래 ____명.
- ③ 놀이치료의 시행 빈도와 1회 시행시간은? (____회, ____시간)
- ④ 놀이치료를 담당하는 인력은?
(중심이 되는 인력(☆)과 참여 인력(▽)을 구분하여 표시하십시오.)

a. 의사 ()	b. 간호사 ()
c. 작업치료사 ()	d. 심리학자 ()
e. 사회사업사 ()	f. 기타 : _____ ()

9. 종교활동

- ① 귀 기관에서 환자들을 대상으로한 종교활동 프로그램이 있습니까?
(있다, 없다.)
- ② 무슨 활동을 얼마나 자주합니까? (_____, _____)
- ③ 전체환자의 참여 비율은?
(모두 참여한다., 90%이상, 75%이상, 60%이상, ____정도)
- ④ 종교활동 참여여부는 어떻게 결정됩니까?
 - a. 기관의 설립취지나 규정에 의하여 재원환자 전원
 - b. 직원들의 권유에 의하여
 - c. 환자 스스로
 - d. 기타.: _____
- ⑤ 귀 기관에서 종교활동을 담당하는 인력은 있습니까?
없다. ____
내부 : _____명, _____명, _____명.
외부 : _____명, _____명, _____명.
- ⑥ 귀 기관의 설립과 운영이 특정 종교적 이념에 바탕을 두고 있습니까?
(_____에 바탕을 두고 있다., 종교적 이념에 바탕을 두고 있지 않다.)

10. 특별활동

- ① 귀 기관에서 시행하는 특별활동에는 어떠한 것들이 있으며, 얼마나 자주 시행됩니까?

활동명	1회 활동시간	시행빈도
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____
* _____	_____	_____

11. 산책

- ① 귀기관에서 환자들의 산책은 어떻게 시행되고 있습니까?
1주에 ()회, 1회에 ()분이 소요됩니까?

12. 집단치료

- ① 귀 기관에서는 집단치료를 실시하고 있습니까? (예, 아니오)
② 실시하고 있다면 담당인력은?
a. 의사
b. 간호사
c. 기타 : _____

- ③ 치료의 내용은?

- ④ 참여환자를 어떠한 식으로 분류하여 실시합니까?(우선되는 기준부터 번호를 적으시오.)
a. 연령에 따라 _____
b. 진단에 따라 _____
c. 증상의 심각도에 따라 _____
d. 주소(problem)따라 _____
e. 기타 : _____

13. 퇴원

- ① 환자의 퇴원이 결정되는 기준은?(우선되는 항목부터 번호를 적으시오.)
- a. 주치의의 결정 ____
 - b. 환자의 경제적 부담으로 ____
 - c. 보호자의 의사 ____
 - d. 환자 본인의 의사 ____
 - e. 기타 : _____,
- ② 퇴원심사가 정기적으로 이루어지고 있습니까? (예, 아니오)
- ③ 퇴원심사 위원은 어떤 직종으로 이루어져 있습니까?
- ④ 퇴원심사 결과 사회복귀 가능성이 있는 환자를 퇴원시키는데 어려움이 있습니까? (예, 아니오)
- ⑤ 있다면 어떤 문제입니까?
- _____
- _____
- ⑥ 가퇴원제도가 있습니까? (예, 아니오)
- ⑦ 있다면 어떤 문제입니까?
- _____
- _____

14. 시간제 근무자

- ① 귀 기관에 시간제 근무자를 사용하십니까?(예, 아니오)
- ② 시간제 근무자의 역할과 인원은?
- _____ (명),
- _____ (명),
- _____ (명).

15. 자원 봉사자

- ① 귀 기관에 자원 봉사자를 사용하십니까?(예, 아니오)
- ② 자원봉사자의 역할과 인원은?
- _____ (명), _____ (명), _____ (명).
- _____ (명), _____ (명), _____ (명).

2. 精神療養院 現況 調査票

정신요양원 현황 조사표

안녕하십니까?

어려운 사정속에서도 정신질환자들을 위한 여러분들의 노고에 깊은 사의를 표합니다. 점차 높아지고 있는 국민들의 정신의료 서비스에 대한 요구수준을 충족시키기에 현재의 정신의료체계가 적절한가를 검증하기 위하여 저희 연구원에서는 전국의 정신질환 이환율과 정신보건 관련 의료기관 및 사회복지시설에 대한 현황을 알아보고, 이를 바탕으로 하여 정신의료 서비스의 지원방향을 연구하고자 합니다.

정신의료의 지닌 독특성을 감안할 때 현장에서 수고가 많으신 여러분의 성실한 응답만이 정신질환에 대한 국가정책을 긍정적인 방향으로 전개할 수 있는 근원이 될 수 있습니다.

여러분이 응답하여 주신 설문지는 컴퓨터에 의해 통계적으로 처리되므로 개인이나 소속기관의 자료에 관련된 비밀은 절대로 보장될 뿐 아니라 자료의 사용이 전체적인 단위로만 사용되므로 개인이나 시설에 불이익이 절대로 없을 것이므로 여러분의 성실한 답변을 부탁드립니다.

1994. 9.

시 설 명: _____

시설의 주소: _____

조사일/조사자: _____

보 건 사 회 부
한 국 보 건 사 회 연 구 원

I. 시설의 일반적 사항

1. 설립년도: _____

2. 건물과 구조

가. 건물의 건축년한 및 평수

건물(1) _____ 년 _____ 평

건물(2) _____ 년 _____ 평

건물(3) _____ 년 _____ 평

건물(4) _____ 년 _____ 평

나. 인근 병·의원까지의 교통 소요시간 (통상 후송기관 기준)

1) 정신병·의원: 승용차로 _____ 분

2) 일반병·의원: 승용차로 _____ 분
버스로 _____ 분

3. 이사장의 일반적 배경

1. 성 별: ☐ 1) 남자 ☐ 2) 여자	2. 연 령: 만 _____ 세
3. 결혼상태: ☐ 1) 미혼 ☐ 2) 기혼 ☐ 3) 사별 ☐ 4) 이혼/별거	4. 교육수준: ☐ 1) 고졸이하 ☐ 2) 대졸 ☐ 3) 대학원이상
5. 전공과목: ☐ 1) 의학 ☐ 2) 사회복지학 ☐ 3) 기타_____	6. 종 교: ☐ 1) 기독교 ☐ 2) 천주교 ☐ 3) 불교 ☐ 4) 불교 ☐ 4) 기타

4. 응답자의 직책 : _____

응답자의 현기관 근무년수: _____

II. 환자 및 직원사항

1. 환자현황

- 가. 허가정원 : _____ 명
- 나. 현 재원자 : _____ 명
 의료보호 : _____ 명
 일반(의료보험): _____ 명
 일반(자 비): _____ 명
- 다. 연간 입소자(93년도) : _____ 명
 연간 퇴소자(93년도) : _____ 명
 타기관 전원자(93년도): _____ 명
 평균 재원자(93년도) : _____ 명
- 라. 93년도 입소자 사망건수 : _____ 건
- 마. 사망사유
 1) 질병 _____ 건
 2) 사고 _____ 건
 3) 자살 _____ 건
 4) 기타 _____ 건
- 바. 가족과의 관계
 1) 가족과 정기적으로 접촉을 하고 있는 환자 _____ 명
 2) 가족과 연락이 가능한 환자 _____ 명
 3) 가족이 있으나 전혀 연락이 가능하지 않은 환자 _____ 명
 4) 연고자가 없는 환자 _____ 명

2. 직원현황

- 가. 시 설 장 : _____ 명
- 나. 총 무 : _____ 명
- 다. 촉탁 정신과 전문의 : _____ 명
- 라. 공 보 의 : _____ 명
- 마. 간 호 사 : _____ 명
- 바. 사회복지사 : _____ 명
- 사. 사 무 원 : _____ 명
- 아. 생활지도원 : _____ 명
- 자. 작업치료사 : _____ 명
- 차. 취 사 부 : _____ 명
- 카. 세 탁 부 : _____ 명

타. 기 타 : _____ 명

파. 기타 비급여인력 : _____ 명

Ⅲ. 시설현황

1. 환자의 보호관리 시설

가. 병동, 병실, 병상

① 병동

(1) 몇 개의 병동이 있습니까? : _____ 개

(2) 각 병동의 고유한 기능이 구분되어 있습니까? (환자의 진단, 성별, 연령에 따라 구분하여 입원시킵니까?)

- 병동의 개방의 정도에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
- 진단에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
- 성별에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
- 연령에 따라 구분되어 있다. (예, 아니오)
- 기타. :

② 병상

(1) 몇 개의 병상이 있습니까?

개방: ()개

폐쇄: ()개

기타: _____ ()개, _____ ()개

 _____ ()개, _____ ()개

③ 병실

(1) 어떠한 종류의 병실이 몇개 있습니까?

폐쇄: 온돌형

침대형

1인실 ()개

1인실 ()개

2인실 ()개

2인실 ()개

4인실 ()개

4인실 ()개

6인실 ()개

6인실 ()개

8인실 ()개

8인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

()인실 ()개

개방:	온돌형	침대형
	1인실 ()개	1인실 ()개
	2인실 ()개	2인실 ()개
	4인실 ()개	4인실 ()개
	6인실 ()개	6인실 ()개
	8인실 ()개	8인실 ()개
	()인실 ()개	()인실 ()개
	()인실 ()개	()인실 ()개
	()인실 ()개	()인실 ()개

- (2) 격리실은 몇개가 있습니까? ()개
어떠한 시설을 갖추고 있습니까?
- (3) 환자들의 신체질환을 위한 처치실 및 입원실의 구분이 있습니까?
(예, 아니오)
구분이 있다면 그 내용은?

나. 작업치료실, 간호사실

- (1) 작업치료실이 있습니까? (예, 아니오)
- 1) 작업치료실이 있습니까? (예, 아니오)
- 2) 작업치료사가 있습니까? (__명이 있다., 없다.)
- 3) 작업치료사가 없다면 누가 관리를 하십니까?
직종_____ 인원(명)
- 4) 작업치료실의 크기와 구조, 그리고 설비는?
- 크기: _____평방미터, 또는 _____평.
- 구조: 공간이 어떤 식으로 구획되어 있습니까?
(공간의 기능을 중시하여 서술적으로 기술하십시오.)

- 설비: 어떠한 작업을 할수 있도록 필요한 도구와 재료가 준비되어
있습니까?

- (2) 간호사실(스테이션)이 병동내에서 개방되어 있습니까? (예, 아니오)
개방되어 있지않다면 그 이유는?
- (3) 중환자 보호실이 있습니까? (예, 아니오)
있다면 누가 관리합니까? _____
중환자 보호실의 적절성? (적절함, 보통, 열악함)
- (4) 전염성질환자 격리시설이 있습니까? (예, 아니오)
있다면 누가 관리를 합니까? _____
격리시설의 적절성? (적절함, 보통, 열악함)

2. 환자의 복지상태와 관련되는 시설

가. 급식시설 - 취사실, 식당

- ① 취사시설의 넓이는: _____평방미터, 또는 _____평.
- ② 취사인력: 영양사 _____명, 조리사_____명, 잡부_____명, 자원봉사자_____명.
- ③ 취사에 환자가 참여합니까? (예, 아니오)
- ④ 참여한다면 참여범위는?(인원과 역할)

⑤ 식사는 어디서 이루어집니까?

- a. 식당 _____
- b. 병동내의 공간_____
- c. 각개의 병실_____

⑥ 식당의 크기는?: _____평방미터, 또는 _____평.

- ⑦ 취사에 환자가 참여합니까? (예, 아니오)
- ⑧ 참여한다면 참여범위는?(인원과 역할)

⑨ 식단을 미리 작성하여 돌니까? (예, 아니오)

⑩ 직원 별도의 식사장소가 있습니까? (예, 아니오)

나. 목욕시설과 화장실

- ① 환자의 청결상태를 누가 관리합니까?
- ② 목욕시설은 어디에 설치되어 있습니까?
 a. 병동과 별도로 ____
 b. 병동마다 ____
 c. 병실마다 ____
- ③ 개인 시설입니까 공동시설입니까? _____
- ④ 공동시설의 경우 1회 목욕시키는 인원은? 약 ____명
- ⑤ 각 시설의 넓이는?:
 ____평방미터, 또는 ____평. ____개 위치: _____
 ____평방미터, 또는 ____평. ____개 위치: _____
 ____평방미터, 또는 ____평. ____개 위치: _____
 ____평방미터, 또는 ____평. ____개 위치: _____
- ⑥ 환자의 목욕이나 세면을 의료진이나 직원이 관리합니까? (예, 아니오)
- ⑦ 관리한다면 세면과 목욕을 얼마나 자주합니까? _____
- ⑧ 환자의 상태나 증상에 의하여 세면과 목욕을 회피하거나 수행할 수 없는 경우 어떻게 합니까?

- ⑨ 남자환자의 경우 면도와 이발은 어떻게 수행됩니까?

- ⑩ 화장실은 어디에 설치되어 있습니까?
 a. 병동과 별도로,
 b. 병동마다,
 c. 병실마다,
 d. 기타: _____
- ⑪ 화장실이 남자용과 여자용으로 구분되어 있습니까?(예, 아니오)
- ⑫ 화장실의 규모는?(기능별위치, 대변기, 소변기의 갯수, 남, 여)

- ⑬ 환자와 의료진 또는 직원들이 같이 사용합니까? (예, 아니오)

다. 체육, 오락시설

① 환자의 체육과 오락을 위한 시설과 설비에는 어떠한 것이 있습니까?

* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____

② 어떠한 체육, 오락 기구가 있습니까?

* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____
* _____	* _____

③ 환자의 체육과 오락을 위한 고유한 실내공간이 있습니까?(있다., 없다.)

④ 있다면 그 용도는?

⑤ 실내공간의 넓이는?: _____평방미터, 또는 _____평.

⑥ 동시에 사용할 수 있는 인원의 수는? _____명.

⑦ 환자들이 이러한 공간과 시설을 사용하는 것을 누가 결정합니까?

- a. 환자자신 _____
- b. 의료진 _____
- c. 직원 _____
- d. 기타 _____

⑧ 이에 대한 규정이 있습니까? (있다 , 없다)

⑨ 환자의 체육 오락활동시에 누가 관리합니까? _____

라. 면회시설

① 환자의 면회는 어디서 이루어집니까?

- a. 면회실로 사용되는 곳에서만
- b. 병원내에서는 자유롭게
- c. 병동내에서
- d. 기타 _____

② 어떠한 설비를 갖추고 있습니까? (예, 의자, 탁자, 독립된 공간, 매점등)

③ 환자 면회에 대한 제한이 있습니까? (예, 횟수, 의료진의 허락등)

④ 면회시 환자와 면회자의 대화에 제한이 있습니까?

⑤ 관리를 하는 의료진이나 인력이 있습니까?

⑥ 환자들이 사용할 수 있는 전화가 있습니까? (있다., 없다.)

⑦ 전화의 사용은 누가 결정합니까, 이에 대한 규칙이 있습니까?

마. 본기관에서 활용하고 있으나 위에서 열거된 시설에서 누락된 것들이 있습니까?
(예, 아니오)

있다면 그 시설의 크기와 설비 그리고 용도에 대하여 보고하여 주십시오.

바. 시설의 적절성에 대한 응답자의 주관적 평가

	적절하다	적절하지 못하다	전혀 없다
특수치료(Specific treatment procedure)를 위한 공간			
리크레이션 활동을 위한 공간			
방문객을 위한 공간			
환자 개인소지품을 보관하기 위한 공간			
병실의 조명			
병실청소			
환자를 위한 화장실			
환자 일상생활을 위한 급수			
음용수 공급			
침구 공급			
식기류 공급			
기초 의약품의 공급			
기초 정신의약품의 공급			
각 병동에 보유하고 있는 응급 키트			

4. 행정적 장치

가. 운영기준 준수 여부

구 분	지키고 있다	지키지 못하고 있다	지키지 못하는 경우 그 이유
환자입소시 전문의 진단서 첨부			
입소시 시장·군수·구청장의 사전입소 승인 취득			
입소자 및 직원에 대한 연1회 이상의 건강진단 실시			
영양사 혹은 보건소의 지도에 의한 식단작성			
조직, 인사 등에 관한 필요규정의 제정 및 시행			
시설운영장부 및 서류 비치			
입·퇴소 기록부 비치			
환자의 신병인수·인계서 작성 비치			
개인별 신상기록카드 작성 비치			
환자를 위한 운동·오락등 일정표 작성·비치			
개인별 요양보호 생활기록 작성 비치			
환자의 주 1회 이상 목욕 실시			
자립 또는 재활가능자에 대한 작업요법 실시			
작업요법에 관한 일지 작성			

나. 기타 관련정책 및 서류의 구비

	있다	없다
◦ 관리의 철학 및 모델에 관한 문서화된 정책		
◦ 사고 발생시(Violent episode) 참고할 지침서		
◦ 환자와 가족으로부터 제기되는 불만을 다루는 문서화된 절차(Written Procedures)		
◦ 직원을 위한 서비스 조건에 관한 문서화된 정책		
◦ 모든 직원에 대한 업무분장(Job Description)		
◦ 환자의 안전에 관한 문서화된 절차		
◦ 비상시 대피를 위한 문서화된 정책		

다. 직원에 관한 사항

	예	아니오
◦ 직원이 하루중 일정한 시간을 환자로부터 벗어난 장소에서 보낼 수 있습니까?		
◦ 모든 직원에 관한 기록부가 비치되어 있습니까?		
◦ 모든 환자관리 직원의 보수교육이 의무화 되어 있습니까?		
◦ 모든 환자관리 직원이 정신장애자를 다루거나 치료를 위한 훈련을 받았습니까?		
◦ 정기적인 직원회의가 있습니까?		

V. 환자의 입·퇴소와 관련된 사항

1. 귀 시설의 입소 대상자의 자격은?

- ☐1. 정신질환자 이어야 한다
- ☐2. 관할지역 주민이어야 한다
- ☐3. 1과 2에 해당되어야 한다
- ☐4. 행정관서에서 결정한다
- ☐5. 기타

2. 귀 시설에서 입소 대상자 임에도 불구하고 받지 않는 경우가 있습니까?

- ☐1. 예 (문3으로 가시오)
- ☐2. 아니오

3. 어떤 경우입니까?

- ☐1. 알콜중독자
- ☐2. 성격장애자
- ☐3. 중증환자
- ☐4. 타 관할구역 주민 (문4로 가시오)
- ☐5. 기타 _____

4. 타 관할구역 주민이기 때문에 입소대상자 임에도 불구하고 받지 않고 있다면, 그 이유는?

- ☐1. 입소자에 대한 정부보조금을 받기 어렵기 때문에
- ☐2. 시설의 정관이나 규정에서 그렇게 정해 놓았기 때문에
- ☐3. 행정기관의 지시로 인해
- ☐4. 기타: _____

5. 입소대상자가 아닌 주민을 받는다면 그 이유는? (해당난에 모두 V표를 해 주십시오)
- ☐1. 관할구역내에 다른 적합한 시설이 없기 때문에
- ☐2. 행정기관의 강제로
- ☐3. 무의무탁한 주민이기 때문에
- ☐4. 기타: _____
6. 퇴소심사가 정기적으로 이루어지고 있습니까?
- ☐1. 있다 (문 7로 가시오)
- ☐2. 없다
7. 있다면 얼마나 자주 이루어지며 심사 위원은 어떻게 구성되어 있습니까?
- _____
- _____
8. 퇴소심사와 관련된 문제점이 있습니까?
- ☐1. 있다 (문 9로 가시오)
- ☐2. 없다
9. 있다면 어떤 문제입니까? 개선책이 있다면?
- _____
- _____
- _____
- _____
10. 가퇴소제도를 활용하고 있습니까?
- ☐1. 있다
- ☐2. 없다 (문 11로 가시오)
11. 없다면 그 이유는 무엇입니까? 개선책은?
- _____
- _____
12. 퇴소심사와 관련된 문제점이 있습니까?
- ☐1. 있다 (문 13으로 가시오)
- ☐2. 없다
13. 있다면 어떤 문제입니까? 개선책이 있다면?
- _____
- _____

14. 사회복지 가능성이 있는 환자를 퇴소시키는데 어려움이 있습니까?

- ☐1. 있다
☐2. 없다

15. 있다면 어떤 문제입니까?

V. 진료 및 투약과 관련된 사항

1. 축탁의의 1회 방문시 머무르는 시간은? _____ 시간

2. 개별 입소자의 축탁의에 의한 진료와 처방의 빈도?

- ☐1. 주2회 이상
☐2. 주1회
☐3. 월2회
☐4. 월1회
☐5. 필요할때만 받음
☐6. 기타 : _____

3. 공중보건과의의 유무는?

- ☐1. 있다
☐2. 없다

4. 공중보건과의의 근무형태는?

- ☐1. 시설내에 상주함
☐2. 출퇴근함

5. 중증환자의 보호관리는?

- ☐1. 안전장치가 된 방에 분리·보호한다
☐2. 일반 방에 분리·보호한다
☐3. 다른 환자에게 피해를 주지 않도록 조치를 하여 혼합 수용한다
☐4. 다른 환자와 함께 혼합 수용한다
☐5. 병·의원으로 후송
☐6. 기타

VI. 의료기관이용과 관련된 사항

1. 의료기관을 이용한 환자수는?

92년: _____ 명

93년: _____ 명

2. 의료기관을 이용할 경우 가장 문제가 되는 것은?

☐ 1. 정신질환자의 병원 입원시 간병 문제

☐ 2. 환자의 후송을 위한 차량 또는 교통편의 문제

☐ 3. 의료보험·보호 카드가 없는 환자의 비용부담 문제

☐ 4. 환자의 후송시 동반할 인력문제

☐ 5. 기타: _____

☐ 6. 문제가 없음

Ⅶ. 환자의 보호관리와 관련된 사항

1. 평소 정신질환자 관리시 가장 문제가 되고 있는 점은?
 - ☐1. 신체적질환을 가진자의 관리문제
 - ☐2. 난폭한 환자의 관리문제
 - ☐3. 신체장애로 인해 자기관리를 못하는 환자의 관리문제
 - ☐4. 정신과적, 신체적 응급시 처치문제
 - ☐5. 기타: _____

2. 환자관리의 기본사항

	그렇다	아니다
◦ 새로 입원하는 환자는 환영받다는 느낌을 받게 한다		
◦ 직원은 환자에게 항상 친근하고 긍정적이고 예의바른 태도로 자주 대화를 나눈다		
◦ 자기 자신을 관리하지 못하는 환자의 외모에 충분한 관심을 준다		
◦ 식사는 환자에게 권장 최소영양요구량이 충족되도록 제공한다.		
◦ 특수한 영양상의 요구가 있는 환자에게는 적절한 음식을 제공한다.		
◦ 모든 신규입원환자는 24시간 이내에 종합검진 (Full medical evaluation)을 받는다.		
◦ 급성환자는 매일 진찰을 받는다.		
◦ 만성환자는 매일 진찰을 받는다.		
◦ 직업요법(Occupational therapy)과 재활활동(Rehabilitation activity)의 역할과 목표에 관한 문서화된 지침서가 있다.		
◦ 개별환자 관리계획에 대한 토의를 위해 정기적인 직원 모임이 있다.		
◦ 응급사고 발생시(Violence breaks out) 신속한 도움과 지원이 주어진다.		
◦ 응급시에 직원은 인근 병·의원의 의료진으로부터 손쉽게 도움을 받을 수 있다.		
◦ 능력이 있는 환자는 적절한 종류의 일을 하도록 격려한다		
◦ 직원이 하루중 적절한 시간을 환자와 함께 같은 공간 (병동)에서 지내고 있다.		

3. 가족과의 관계(Interaction)

	그렇다	아니다
◦ 방문가족이 요구할 경우 환자관리에 관해 책임있는 직원과 함께 의논할 기회를 준다.		
◦ 가족이 환자치료계획에 참여하도록 권장한다.		
◦ 환자가족이 필요로 할 경우 직원은 도움과 지원을 하고 있다.		
◦ 일부 환자가족에게는 환자간호와 대처기술 향상을 위해 가정방문을 실시한다.		
◦ 가족전체모임(가족회)을 정기적으로 갖고 환자관리에 도움이 되는 교육을 실시한다.		

4. 퇴원과 추구관리

	그렇다	아니다
◦ 퇴원계획은 모든 직원과 관련환자와 함께 세운다.		
◦ 퇴원시 환자에게 추구관리와 환자거주 지역사회 내에서 이용가능한 사회적 서비스에 대해 철저히 오리엔테이션을 준다.		
◦ 퇴원시 가족에게 급성증상의 재발시 대처방안에 대해 교육시킨다.		
◦ 퇴원시 추후관리에 책임이 있는 관할 보건소에 환자에 관한 기본 정보양식(Standard information form)을 보낸다.		

VIII. 통신, 외출, 외박과 관련된 사항

1. 환자가 외부와의 연락에 사용할 수 있는 수단은 주로 무엇입니까?

- ☐1. 편지
- ☐2. 전화
- ☐3. 직원을 통해서
- ☐4. 기타 _____

2. 환자의 외부와의 통신은 자유롭습니까?

- ☐1. 예
- ☐2. 아니오

2-1. 통신을 제한한다면 그 이유는 무엇입니까?

2-2. 지난달('94년 8월) 한달동안 재원환자의 외출, 외박환자수는?

(외출: 명), (외박: 명)

3. 환자의 보호관리 수준의 향상과 관련된 사항

가. 시설의 운영에 있어 환자와 보호자의 의견을 수렴하여 반영하고 있습니까?

- ☐1. 예
- ☐2. 아니오

나. 예라면, 어떤 형태로 수렴하고 있습니까?

다. 앞으로 환자의 보호 관리 수준을 향상시키기 위한 문서화된 자체 개선계획이 있습니까?

- ☐1. 있다
- ☐2. 없다

라. 있다면 어떤 형태로 개선코자 합니까?

- ☐1. 의료진의 보강
- ☐2. 개방병동의 확대
- ☐3. 사회복지 훈련의 확대
- ☐4. 시설의 개방화 유도
- ☐5. 기타 _____

마. 환자의 사회복귀와 관련한 자체 계획이 있습니까?

☐1. 있다

☐2. 없다

사.  있다면 어떤 계획입니까?

아. 폐쇄시설(병동)내에 주간 및 야간 상시근무자를 지정하여 근무하게 하고 있습니까?

☐1. 예

☐2. 아니오

사.  아니오라면, 그 이유는 무엇입니까?

VIII. 일상생활 기술훈련과 관련된 사항

1. 일상생활 기술훈련의 실시여부
 - ☐1. 실시하고 있다
 - ☐2. 실시하지 않고 있다 (문 2로 가시오)
 - ☐3. 기타

2. 일상생활 기술훈련을 실시하지 않고 있는 경우, 그 가장 큰 이유는?
 - ☐1. 인력부족
 - ☐2. 시설부족
 - ☐3. 직원의 인식부족
 - ☐4. 입소자의 의욕부진
 - ☐5. 기타: _____

3. 일상생활 기술훈련을 실시하고 있는 경우, 담당인력 및 보수는?

☐ 1. 청소	담당인력 _____	보수 _____
☐ 2. 주방일	담당인력 _____	보수 _____
☐ 3. 영·농축산 작업	담당인력 _____	보수 _____
☐ 4. 환경정리 작업	담당인력 _____	보수 _____
☐ 5. 외부심부름	담당인력 _____	보수 _____
☐ 6. 매점관리	담당인력 _____	보수 _____
☐ 7. 세탁일	담당인력 _____	보수 _____
☐ 8. 사무실 심부름	담당인력 _____	보수 _____
☐ 9. 기타작업_____	담당인력 _____	보수 _____
_____	담당인력 _____	보수 _____
_____	담당인력 _____	보수 _____

IX. 작업치료와 관련된 사항

1. 작업치료의 실시여부

- ☐1. 실시하고 있다
☐2. 위탁하여 실시 하고 있다
☐3. 실시하지 않고 있다(문 7로 가시오)
☐4. 기타

2. 작업치료에 참여하는 환자수는? _____ 명

3. 작업치료를 위한 전용 시설이 있습니까?

- ☐1. 있다
☐2. 없다

4. 작업치료를 위한 전용 시설이 없다면 어떤 공간을 활용하고 있습니까?

5. 작업치료만을 담당하는 인력이 있습니까? 있다면 그들의 직종은?

- ☐1. 있다 : 직종 _____
☐2. 없다

6. 작업치료에서 시행되고 있는 프로그램에는 어떠한 것이 있습니까?

7. 작업요법을 실시하지 않고 있는 경우, 그 가장 큰 이유는?

- ☐1. 인력부족
☐2. 직업기술지도원 부족
☐3. 시설부족
☐4. 재정부족
☐5. 입소자의 의욕부진
☐6. 작업보상금에 대한 부작용 우려
☐7. 기타

X. 오락 및 취미활동과 관련된 사항

1. 오락 및 취미활동의 실시여부

- ☐1. 실시하고 있다
☐2. 위탁하여 실시 하고 있다
☐3. 실시하지 않고 있다
☐4. 기타 _____

2. 오락 및 취미활동을 실시하지 않고 있는 경우, 그 가장 큰 이유는?

- ☐1. 인력부족
☐2. 오락담당 전문요원 부족
☐3. 시설부족
☐4. 재정부족
☐5. 입소자의 의욕부진
☐6. 기타 _____

3. 오락 및 취미활동을 실시하고 있는 경우, 어떤 활동을 몇시간 하고 있습니까?

_____	활동	주당	_____	시간	담당인력	_____
_____	활동	주당	_____	시간	담당인력	_____
_____	활동	주당	_____	시간	담당인력	_____
_____	활동	주당	_____	시간	담당인력	_____
_____	활동	주당	_____	시간	담당인력	_____

XI. 지역사회와의 관계

1. 귀 시설에는 후원자가 있습니까?
☐1. 없다
☐2. 있다: _____명 (문 2로 가시오)

2. 후원결연사업의 효과는?
☐1. 결연후원금은 시설운영에 큰 도움이 된다
☐2. 후원자의 성의부족으로 별로 도움이 안된다
☐3. 후원결연사업은 없는 편이 차라리 낫겠다
☐4. 기타

3. 후원결연사업을 확대하기 위한 자체계획은?
☐1. 특정 수용자에 대한 특정후원자 결연을 확대시키고자 한다
☐2. 시설에 대한 개인 결연후원자를 증가시키고자 한다
☐3. 기업 및 사회단체와의 자매결연을 추진시키고자 한다
☐4. 기타: _____
☐5. 계획이 없다.

4. 시설위문자의 방문 빈도는?
☐1. 자주 방문하는 편이다.
☐2. 연말연시에만 형식적으로 방문한다.
☐3. 거의 방문하지 않는다.
☐4. 전혀 방문하지 않는다.

5. 귀 시설의 사업내용에 대한 지역사회의 반응은?
☐1. 매우 좋다
☐2. 대체로 좋다
☐3. 별로 좋지 않다
☐4. 매우 좋지 않다

XII. 자원봉사자의 활용

1. 현재 활동하고 있는 자원봉사자의 수는?
 - ☐1. 적당하다
 - ☐2. 조금 부족하다
 - ☐3. 많이 부족하다
 - ☐4. 자원봉사자가 없다
 - ☐8. 비해당
2. 자원봉사자 활동의 도움정도는?
 - ☐1. 큰 도움이 된다] (문3으로 가시오)
 - ☐2. 조금 도움이 된다]
 - ☐3. 별로 도움이 되지 않는다] (문4로 가시오)
 - ☐4. 전혀 도움이 되지 않는다]
 - ☐8. 비해당
3. 도움이 된다면, 그 가장 큰 이유는?
 - ☐1. 인건비의 절약
 - ☐2. 전문인력의 활용
 - ☐3. 지역사회와의 유대강화
 - ☐4. 수용자들의 사기향상
 - ☐5. 기타
 - ☐8. 비해당
4. 도움이 되지 못한다면, 그 가장 큰 이유는?
 - ☐1. 필요한만큼 충분한 수를 확보하기가 어렵다
 - ☐2. 자원봉사기간이 너무 자의적이다
 - ☐3. 자원봉사자의 책임감이 부족하다
 - ☐4. 사업에 필요한 자질을 갖춘 자원봉사자가 부족하다
 - ☐5. 기타 _____
5. 자원봉사자 확보의 주된 방식은?
 - ☐1. 매스컴을 통하여
 - ☐2. 지역사회 종교단체를 통하여
 - ☐3. 지역사회내에서 벽보 등을 통하여
 - ☐4. 이웃과 친지의 권유로
 - ☐5. 자원에 의하여
 - ☐6. 기타
 - ☐8. 비해당

9. 환자관리에 따른 문제점 또는 애로사항이 있다면 열거해 주십시오

IX. 정부에 대한 요망사항

1. 귀 시설의 사업수행에 있어 행정기관에 대하여 바라는 것은 무엇입니까?

- ☐1. 업무담당 행정기관이 가까운 곳에 있으면 좋겠다
☐2. 업무담당 행정기관에 사회복지사 자격증소지자가 배치되었으면 좋겠다
☐3. 불필요한 행정서류 및 절차의 간소화가 이루어졌으면 좋겠다
☐4. 행정기관과의 긴밀한 협조가 이루어져서 사업수행상 효율을 높일 수 있었으면 좋겠다
☐5. 기타 _____

2. 기타 정부에 요망하고 싶은 사항은? _____

3. 精神醫療機關 從事者 現況 調査票

정신의료기관 종사자 현황 조사표

(개인 별 현 황)

안녕하십니까?

본 조사는 정신의료분야에서 정신질환자의 치료 및 관리를 담당하고 있는 인력의 현황을 파악하여, 향후 관련인력의 수급계획 및 효율적 활용방안 마련에 기초자료로 사용하고자 실시되는 것입니다.

따라서 우리나라 정신보건의 발전에 기여할 귀중한 자료로서 귀하의 성실한 답변을 기대하는 바입니다.

조사는 무기명으로 실시되며, 조사된 내용은 일괄 전산처리되어 통계목적으로만 쓰여질 것임을 약속드립니다.

질문에 응해주신 데 대하여 다시 한 번 진심으로 감사드립니다.

1994. 9.

시 설 명 : _____

시설의 주소 : _____

조사일/조사자: _____

보 건 사 회 부
한 국 보 건 사 회 연 구 원

*** 현 근무장소에서 귀하에 해당하는 항목에 ☒ 또는 ____에 기재하여 주십시오.

직 종	1. 의사 (☐ 정신과전문의 ☐ 정신과전공의 ☐ 타과전문의(____ 과) ☐ 일반의 ☐ 공중보건과의 2. 간호사 (☐ 정신간호사 ☐ 일반간호사) 3. 전문치료팀 (☐ 임상심리사 ☐ 작업치료사 ☐ 사회사업가 ☐ 기타:____) 4. 보조치료팀 (☐ 간호보조사 ☐ 병동관리사 ☐ 기타:____)
근무형태	☐ 상근 ☐ 비상근
근무기간	19__년 __월부터 현재까지 (__개월)
직장이동 기관선택동기	현 근무기관은 몇 번째 기관입니까? ____ 번째
지역선택 동 기	

*** 귀하의 개인특성에 관한 사항입니다. 해당하는 항목에 ☐ 또는 ____에 기재하여 주십시오.

성	☐ 1. 남자 ☐ 2. 여자
연 령	출생년도: 19__년 __월 (만: __세)
결혼상태	☐ 1. 미혼 ☐ 2. 유배우 ☐ 3. 이혼/별거 ☐ 4. 사별
종 교	☐ 1. 불교 ☐ 2. 기독교 ☐ 3. 천주교 ☐ 4. 기타
최종학력	(1) 학교구분: ☐ 1. 중·고교 ☐ 2. 전문대학 ☐ 3. 대학(교) ☐ 4. 대학원 (2) 졸업년도: 19__년 (3) 최종학교 소재지: ____ 특별시/직할시/도 ____ 시/군
현 재 거주형태	(1) 거주지 구분: ☐ 1. 근무지내 숙소 ☐ 2. 근무지의 주거지 (2) 거주지 위치: ☐ 1. (근무지)동일 시/군 ☐ 2. 타 시/군: ____ (3) 가족동거여부: ☐ 1. 가족동거 ☐ 2. 단독거주 (4) 가족거주지: ☐ 1. 비해당(동거중) ☐ 2. (근무지)동일 시/군 ☐ 3. 타 시/군: ____
14세이전 거 주 지	____ 특별시/직할시/도 ____ 시/군

*** 귀하의 첫 근무지에 관한 사항입니다. 해당하는 항목에 ☐ 또는 ____에 기재하여 주십시오.

취업시기	취업년도: 19 ____ 년
취업기관	(1) 설립형태: ☐ 1. 국/공립 ☐ 2. 법인 ☐ 3. 개인 (2) 기관종류: ☐ 1. 전문병원 ☐ 2. 종합병원 ☐ 3. 대학병원 ☐ 4. 전문의원 ☐ 5. 요양원 ☐ 6. 기타: _____ (3) 기관 소재지: _____ 특별시/직할시/도 ____ 시/군
취업동기	☐ 1. 전공의수련 ☐ 2. 기타: _____

*** 귀하의 현재 근무에 대한 사항입니다. 해당하는 항목에 ☐ 또는 ____에 기재하여 주십시오.

근무시간	(1) 근무지 구분: ☐ 1. 입원실 ☐ 2. 외래진료실 ☐ 3. 입원 및 외래진료실 (2) 1일 평균 근무시간: <평일> ____ 시간, <토요일> ____ 시간 (3) 연간 휴무일(공휴일 제외): 휴가(____ 일) + 기타(____ 일)
업무내용 (모두 표시!)	☐ 1. 상담 ☐ 2. 투약 ☐ 3. 각종치료/검사 ☐ 4. 환자관리/보호
훈련 및 직무교육	(1) 훈련 및 교육경험 여부: ☐ 1. 있음 ☐ 2. 없음 (2) 내용 (모두 표시!) ☐ 1. 기초간호 ☐ 2. 일반 응급처치 ☐ 3. 정신 응급처치 ☐ 4. 정신질환의 중세 및 치료법 ☐ 5. 기타: _____ (3) 훈련장소: ☐ 1. 현 근무지 ☐ 2. 기타: _____
업무능력	(1) 정신질환 및 정신질환자 관리에 대한 지식 수준: ☐ 1. 충분 ☐ 2. 부족 (2) 교육 및 훈련에 대한 요구: ☐ 1. 있음 ☐ 2. 없음
근 무 만 족 도	(1) 현 근무에 대한 만족도: ☐ 1. 매우 만족 ☐ 2. 만족 ☐ 3. 보통 ☐ 4. 불만 ☐ 5. 매우 불만 >불만족 이유: (모두 표시!) ☐ 1. 급여수준 ☐ 2. 근무환경 ☐ 3. 업무 과중 ☐ 4. 장래성 ☐ 5. 나쁜 사회 인식 ☐ 6. 비혜당(만족) (2) 향후 계획: ☐ 1. 계속 근무 ☐ 2. 근무지 변경 ☐ 3. 타직종으로 전직 ☐ 4. 모르겠음 ☐ 5. 기타: _____

이하는 의사, 간호사의 경우에만 응답하십시오.

*** 다음은 정신보건의료 담당인력의 수급계획을 수립하는데 매우 중요한 자료입니다.
귀하의 보다 신중한 답변을 부탁드립니다.

1. 귀하께서 현재 담당하여 관리하고 있는 환자수는 1일 평균 몇명입니까?

한편 귀하께서 서비스의 질적인 측면 등을 고려할 때, 하룻동안 관리할 수 있는 적정환자수(이상적 환자수)는 몇명이라고 생각하십니까?

업 무 내 용	업무내용별 1일 평균 관리환자수 (명)	
	실제 관리환자수	이상적(적정) 관리환자수
· 신규환자 진료/상담		
· 재방문환자(외래) 진료/상담		
· 재원환자 진료/상담		
· 투약		
· 심리검사 (다음중 택일 기재 요!)	1일: _____명, 1주: _____명, 1개월: _____명	
· 기타:		
계 (1일 평균 환자수)		

2. 귀하께서 현재 정신질환자를 관리하는 데 소요되는 서비스단위별 평균시간은 얼마나 됩니까? 한편, 이러한 업무를 적절히 수행하기 위한 이상적 소요시간은 얼마라고 생각하십니까? (단위: 분)

업 무 내 용	서비스 단위별(건당) 평균 소요시간 (분)	
	실제 소요시간	이상적(적정) 소요시간
· 신규환자 진료/상담		
· 재방문환자(외래) 진료/상담		
· 재원환자 진료/상담		
· 심리검사(평균)		
· 투약		
· 기타 1:		
· 기타 2:		

3. 귀하의 경험에 비추어 볼 때, 1일 60명의 입원 및 외래환자를 가정하였을 경우, 이들을 관리하기 위한 치료팀의 구성은 어떻게 하는 것이 가장 적절하다고 생각하십니까?

인력구분	환자유형별 소요인원(명)		
	외래환자 60명	입원환자 60명	입원/외래 60명
의 사			
간호사			
임상심리사			
사회사업가			
병동관리사			
기타1: _____			
기타2: _____			

6. 危險要因 評點票

위험요인 평점표

조사기관: _____

조사일시: ____월 ____일 ____시

조사자: _____

주소: _____

전화: _____

1. 성명: _____ ☐ 2. 성별: 1) 남 2) 여 ☐ ☐ 3. 나이: 만 ____세☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 4. 주민등록번호 _____☐ 5. 학력: 1) 무학 2) 국졸이하 3) 중졸이하
4) 고졸이하 5) 대재이상 6) 알 수 없음☐ 6. 결혼상태: 1) 미혼 2) 기혼(동거) 3) 이혼(별거)
4) 사별 5) 기타 ()☐ 7. 의료보장: 1) 없음 2) 공/교 3) 직장 4) 지역☐ 8. 생활수준: 1) 상 2) 중상 3) 중 4) 중하 5) 하☐ 9. 주택 소유 형태: 1) 자가 2) 전세 3) 월세☐ 10. 현재직업: 1) 단순근로직 (행상, 공원, 품팔이 등)
2) 숙련직 (운전기사, 이·미용사, 기능공, 점원 등)
3) 판매직 (도매, 소매업, 음식점, 여관경영 등)
4) 농림축산업 (농업, 임업, 축산업 등)
5) 사무직 (교사, 기자, 경찰, 계장이하 공무원, 은행원, 회사, 사무직원 등)
6) 관리직 (대기업간부직, 중소기업사장)
7) 전문직 (회계사, 변호사, 의사, 교수, 판검사 등)
8) 학생
9) 무직 (주부 포함)☐ 11. 동거가족수 _____ 명 (8명이상은 8로 기재할것)

12. 가족사항 (해당가족에 모두 체크하십시오)

☐ 1) 배우자 ☐ 2) 부모 ☐ 3) 자녀 ☐ 4) 친척 ☐ 5) 기타

귀하는 약 한달전부터 지금까지 돌이켜 볼때, 그 전보다 더
(혹은, 그전보다 자주):

	아니 오	예
(+) 무엇을 하던지 간에 잘 집중할 수 있었습니까?	1	0
(-) 걱정때문에 잠을 많이 못잤습니까?	0	1
(+) 자신이 필요한 역할을 한다고 느꼈습니까?	1	0
(+) 매사에 올바른 결정을 잘 할수 있었다고느꼈습니까?	1	0
(-) 계속해서 긴장감을 느낀적이 있습니까?	0	1
(-) 어려움을 극복할 수 없다고 느낀적이 있습니까?	0	1
(+) 일상생활을 즐길 수 있었습니까?	1	0
(+) 어떤 힘든 일을 피하지 않고 정면으로 맞설수 있었습니까?	1	0
(-) 우울하고 불행하다고 느낀적이 있습니까?	0	1
(-) 자신감이 없었던 적이 있습니까?	0	1
(-) 당신 자신을 쓸모없는 사람이라고 생각한 적이있었습니까?	0	1
(+) 모든것을 고려해 볼때, 상당히 행복하다고 느꼈습니까?	1	0
(+) 바쁘게 열심히 일하면서 지냈습니까?	1	0
(+) 전반적으로 자신이 일을 잘 하고 있다고 느꼈습니까?	1	0
(+) 자신이 해야 할일을 수행해온 방법에 만족하십니까?	1	0
(-) 매사가 한꺼번에 당신을 힘들게한다고 느낀적이 있습니까?	0	1
(-) 초조감이나 긴장감을 항상 느꼈습니까?	0	1
(-) 때때로 신경이 너무 쇠약해져서 아무것도 할 수 없었던 적이 있습니까?	0	1
총 합 점 수		

* 종합점수가 11점이상일 경우: 컴퓨터 진단을 받도록 권유

□ 著者略歷

南 貞 子

가톨릭 醫科大學 看護學科 卒業
美國 University of Illinois 大學院 教育學 碩士
世宗大學校 大學院 教育學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

韓 英 子

서울大學校 醫科大學 看護學科 卒業
서울大學校 醫科大學 大學院 理學 碩士 (看護學 專攻)
University of London 保健大學院 理學 碩士 (保健人口學 專攻)
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

崔 晶 秀

서울大學校 醫科大學 看護學科 卒業
서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

韓 忠 吉

全北大學校 法學科 卒業
全北大學校 大學院 法學 碩士
서울 大學校 大學院 法學科 博士 課程 修了
前 保健社會部 國際協力官
現 保健福祉部 派遣官

研究報告書 94-27

精神保健의 現況과 政策課題

1994年 12月 日 印刷

값 원

1994年 12月 日 發行

著 者 南 貞 子 外

發行人 延 河 清

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話：355-8003~7

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明文化社
