

# 정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제



The Current State of Korean Mental Health Service Delivery System

전진아 | 한국보건사회연구원 연구위원

강혜리 | 한국보건사회연구원 연구원

이 글에서는 정신건강서비스 전달체계의 현황을 개괄적으로 고찰하고, 수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊김 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 하는 전달체계를 구성하기 위해 필요한 과제들을 탐색하였다. 정신건강서비스 전달체계를 구성하는 각 주체별 접근성 및 질 개선을 통한 전달체계 강화와 더불어 각 주체들 간 연계·조정을 통한 서비스 연속성 확보에 대한 내용 역시 고찰하였다.

## 1. 들어가며

정신건강 영역에서는 보건과 복지 전달체계 간 조정(coordination)과 연속성(continuity)이 매우 중요하다. 정신건강서비스는 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 사회통합으로 이어지는 연속적 스펙트럼을 가지고 있기 때문에 예방, 개입 및 치료를 위한 보건 영역과 더불어 재활, 사회통합으로 이어지는 복지 영역 간 연계는 필수적이다. 또한 정신건강서비스는 다른 보건복지 정책들이 그러하듯 이용자 혹은 수요자 중심

성을 강조하고 있기 때문에 수요자들이 접근하기 쉬워야 하며(accessible), 근거에 기반을 둔 양질의(quality) 서비스여야 한다. 이를 볼 때, 결국 좋은 정신건강서비스 전달체계라는 것은 수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊김 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 보건과 복지서비스 간 조정과 연계가 잘 이루어진 체계를 의미한다고 볼 수 있다.

하지만 다수의 선행연구에서 지적하듯(전진아 외, 2017), 한국의 정신건강서비스 전달체계는 파편화되어 있다. 정신건강 정책이 수립되고 이

행된 지 20여 년이 지나가면서 정신건강서비스를 제공하는 주체들이 양적으로 성장한 것은 사실이다. 그러나 정신건강 영역이 정책 이행 초기에 중증 정신질환자 대상 서비스 제공에 초점을 두었던 것에서 벗어나 전체 국민의 정신건강 증진으로, 치료와 더불어 정신질환자 개개인의 회복과 성장으로 관심을 확대하면서 각기 다른 정신건강 문제 유형(예: 중증 정신질환, 중독, 자살 등)에 대한 별도의 계획과 정책 수립이 이루어지기도 했으며 이를 기반으로 한 별도의 인프라가 구성되기 시작했다. 그리고 중증 정신질환자를 대상으로 한 서비스 역시 치료 기능을 수행하는 의료기관 외에 지역사회를 기반으로 사례관리, 재활서비스 등을 제공하는 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 기관 간 역할과 기능 중복에 대한 지적이 제기되고 있다.

언뜻 보면 한국의 정신건강서비스 제공 주체들은 양적으로 성장해 왔기 때문에 기존 인프라 간 연계를 잘 구축하면 정신건강서비스의 연속성, 접근성, 질이 강화될 것이라고 볼 수도 있다. 이후 살펴보겠지만 정신건강복지센터의 경우 대다수의 기초지자체 단위에 설치되어 있으며, 보건소를 기반으로 정신건강서비스 제공 주체들이 직영 혹은 위탁 운영하는 방식이기 때문에 인프라가 충분한 것으로 보일 수도 있다. 하지만 정신건강복지서비스 인프라는 여전히 물리적 접근성이 낮고 양질의 서비스를 제공하는 데 제한이 있

다(전진아 외, 2019b). 물론 보건과 복지 인프라 간 연계도 제한적이다.

이 원고는 정신건강서비스 전달체계 현황을 개괄적으로 고찰하고 수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊임 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 하는 전달체계를 구성하기 위해 필요한 과제들을 탐색하는 데 목적을 두었다.

## 2. 정신건강서비스 전달체계 현황

정신건강서비스는 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 사회통합으로 이어지는 다양한 스펙트럼을 가진다. 이러한 스펙트럼에 따라 정신건강서비스를 제공하는 주체는 상당히 다양하다. 정신질환 치료를 담당하는 정신의료기관에서부터 예방과 조기 개입, 재활과 사회통합 서비스를 제공하는 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터와 더불어 만성 정신질환자에 대한 요양과 보호 역할을 수행하는 정신요양시설까지 매우 다양하다.

2018년 12월 31일 기준 정신건강서비스 제공 기관들을 살펴보면(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2019), 전국에 1670곳의 정신의료기관(국·공립 18곳, 민간 1652곳)이 있으며, 259곳의 정신건강복지센터, 29곳의 자살예방센터,<sup>1)</sup> 50곳의 중독관리통합지원센터, 348곳의 정신재활시설, 59곳의 정신요

1) 자살예방센터의 경우 지자체에 따라 정신건강복지센터와 별도로 자살예방사업을 전담하는 센터를 설치하여 운영 중이나 대다수의 지자체에서는 정신건강복지센터 내에 자살예방팀을 설치하여 자살예방사업을 진행하고 있다.

표 1. 정신건강복지서비스 제공 기관 및 시설

(단위: 개소)

시·도	전 체	정신건강복지센터			자살 예방 센터	중독관리 통합지원 센터	정신 재활 시설	정신 요양 시설	의료기관					
		광역	기초	기본					정신병원			종합 병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원
									국립	공립	사립			
전체	686	16	235	8	29	50	348	59	6	12	126	202	176	1,148
서울특별시	148	1	25	0	4	4	114	3	1	1	3	40	20	362
부산광역시	34	1	16	0	1	3	13	3	0	1	18	21	4	97
대구광역시	30	1	8	0	1	2	18	3	0	1	1	8	16	62
인천광역시	30	1	10	1	2	5	11	2	0	0	4	15	14	47
광주광역시	24	1	5	0	1	5	12	4	0	1	4	8	9	34
대전광역시	38	1	5	0	0	3	29	4	0	1	3	8	4	58
울산광역시	10	1	5	0	0	2	2	1	0	0	0	3	7	17
세종특별자치시	4	0	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	7
경기도	114	1	36	0	15	7	55	6	0	5	35	32	32	245
강원도	31	1	18	0	4	3	5	0	1	0	4	11	5	22
충청북도	27	1	14	0	0	1	11	4	0	0	8	7	6	27
충청남도	44	1	16	0	1	2	24	10	2	0	14	4	4	32
전라북도	38	1	11	3	0	2	21	4	0	1	2	9	7	43
전라남도	28	1	20	2	0	2	3	4	1	0	5	11	14	20
경상북도	47	1	23	2	0	2	19	5	0	0	6	12	21	29
경상남도	30	1	20	0	0	5	4	4	1	1	17	10	12	46
제주특별자치도	9	1	2	0	0	2	4	1	0	0	1	3	1	0

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. p. 9.

양시설이 존재한다. 정신의료기관의 경우 대다수는 정신과의원이며, 국공립 정신의료기관은 18곳에 그친다. 정신건강복지센터는 광역지자체 중심으로 설치되어 있는 광역정신건강복지센터 외에 기초지자체 단위에 235개의 센터가 설치되어 있다. 일부 기초지자체에는 정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은데, 이 경우에는 보건소에서 제한된 인력이 기본형 사업만 진행하고 있기도 하다. 지역별로 보면 정신건강복지센터의 경우 지자체 단위로 설치되었기 때문에 지역별 편차가

없으나 정신재활시설은 서울과 경기도에 집중되어 있음을 알 수 있다.

### 3. 양질의 접근성 높은 정신건강서비스 전달 체계로의 전환에 대한 탐색적 고찰

수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊김 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 하는 전달체계를 구성하기 위해서는, 특히 ‘쉽게’, ‘끊김 없이’ 서비스를 이용하기 위해서는 서비스의 물리적 접근성

이 강화될 필요가 있다. 특히 정신재활시설이나 중독관리통합지원센터의 경우 물리적 접근성이 현재보다는 강화되어야 한다. 그리고 일부 서비스 제공 주체는 서비스의 질을 높이기 위한 노력을 할 필요도 있다. 따라서 이 영역에서는 각 정신건강서비스 제공 주체별로 구분하여 현재보다 개선된 전달체계의 요소로 작동하기 위해 필요한 사항들을 탐색적으로 고찰하였다.

### 가. 정신의료기관

정신의료기관은 정신질환자를 대상으로 외래, 입원 치료 서비스를 제공함으로써 이들의 재활 및 사회 복귀를 도모하는 기관이다(보건복지부, 2019). 정신의료기관은 정신건강복지서비스 중 치료라는 주요한 역할을 수행하고 있으나, 정신의료기관에 대한 사회적 편견은 상당하다(전진아 외, 2019b). 현재 정신의료기관이 당면한 과제는 정신의료기관에 대한 사회적 편견을 완화하고 그동안 다수 지적된 바 있는 장기 입원 문제를 어떻게 해결할 것인가 하는 것이다.

우선, 최근 정신의료기관에서의 코로나바이러스감염증-19(이하, 코로나19) 유행 상황에서 드러난 정신의료기관의 열악한 환경을 접한 국민들은 정신의료기관에 대한 고정관념이 더 굳어졌을 수 있다. 이러한 상황에 대한 인식을 기반으로 정신의료기관은 정신질환자의 급성도 및 기능을 고려한 특화된 치료 서비스를 적극적으로 제공하고

인권에 기반해 치료 환경을 개선할 필요가 있다. 코로나19 유행 상황에서 드러난 것처럼 정신의료기관 중 일부는 낙후된 시설, 개별화 혹은 세분화되지 않은 열악한 치료 환경에서 치료 서비스를 제공하고 있다.

기존 연구들은 정신의료기관이 당면한 치료 환경 개선 요구와 관련하여 현재 정신의료기관 시설 및 인력 기준은 환자의 중증도 및 간호 요구도 등을 반영하지 못하고 있으며 매우 낮은 종사자 인력 기준<sup>2)</sup>으로 환자에 대한 적극적인 치료가 어려운 상태라는 점을 지적한다(김경희, 김숙자, 김석선, 2017). 그리고 정신병동을 환자의 급성도 및 치료 서비스 요구도에 따라 구분하지 않는 현재의 시스템을 지적하기도 한다. 이러한 상황에서 정신의료기관은 보건복지부의 정신건강사업안내에 제시된 것처럼 ‘급성 정신질환자’를 치료하고 이들의 재활 및 사회 복귀를 도모하는 기관이라기보다 만성 정신질환자를 대상으로 하는 요양과 보호 기관이라는 지적을 받는 것이다(김문근, 하경희, 2016). 따라서 정신의료기관이 급성도 및 치료 서비스 요구도에 따라 특화된 서비스를 제공할 수 있도록 체계를 개선하고 이에 따른 시설 및 인력 기준을 구체화하는 작업이 우선적으로 필요해 보인다.

다음으로, 장기 입원을 통한 요양과 보호 기관으로서 기능하는 정신의료기관이 아니라 정신질환자의 사회 복귀와 재활을 도모하는 기관으로

2) 정신의료기관의 경우 설치 인력 기준이 의사 1인당 60명, 간호사 1인당 13명의 환자로 일률적으로 정해져 있다.

표 2. 정신의료기관 입원 환자의 재원 기간 현황

(단위: 명)

구분	입원 환자 실인원 (명) (T)	재원 기간								
		중양감 (일)	1개월 미만	1-3개월	3-6개월	6개월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
실인원	101,558	32	53,255	33,009	16,011	10,699	9,578	2,096	1,214	248

주: 2018. 1. 1.~12. 31. 연간 자료이며 실인원임. 2회 이상 입원자는 각 입원별 재원 기간이 상이하여 두 가지 이상의 재원 기간 범주에 포함될 수 있으므로, 입원 환자 실인원과 재원 기간별 실인원의 합계는 다를 수 있음.

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. p. 80.

기능을 개선할 필요가 있다. 다음의 <표 2>에 제시된 것처럼 입원 환자 중 29.1%가 1년 이상 입원하고 있는 것으로 나타나고 있다. 장기 입원은 정신질환자의 일상생활 수행 능력, 대인관계 등을 감소시켜 지역사회로의 통합을 저해한다는 지적이 상당하다. 앞서 언급한 정신의료기관의 치료 환경 개선은 장기 입원 체계를 변화시키는 데 효과적으로 작용한다. 또, 초발 및 급성기 환자를 대상으로 적극적인 치료를 제공하는 것은 만성화를 예방하는 데 도움을 줄 수 있다. 이와 더불어 정신의료기관 내 사회적 입원<sup>3)</sup> 환자를 파악하여 지역사회로 복귀할 수 있도록 하는 전략 마련이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회 연계에 대한 수가 보전을 통해 정신의료기관의 퇴원 환자를 대상으로 퇴원 시 퇴원 교육 및 지역사회 연계 정보를 제공하고, 퇴원 계획 수립을 포함해야 한다(김성완, 2018). 병원 기반 사례관리를 통해 퇴원 계획 수립료 및 교육 상담료 등이 시범 수가로

적용된 만큼, 시범 적용을 통해 정신의료기관의 장기 입원 체계가 개편될 수 있도록 해야 한다.

#### 나. 정신건강복지센터

정신건강복지센터는 정신건강서비스의 핵심 전달체계로 지역사회에 보편적으로 설치되어 운영되는 공공 정신건강서비스 제공 주체이다. 국민의 50% 이상이 정신건강복지센터에 대하여 인지하고 있으며, 국민 5명 중 1명이 정신건강복지센터 서비스를 이용한 적이 있다고 응답할 정도로 대중적인 조직이 되었다(국립정신건강센터, 2017). 정신건강복지센터는 우리 사회의 중요한 지역사회 정신보건과 복지의 전달체계로서 역할을 수행하고 있다. 다음의 <표 3>에서 제시된 것처럼 중증 정신질환자에 대한 사례관리 및 재활 서비스를 제공하는 것과 더불어 아동·청소년 정신건강증진사업, 자살예방사업, 지역 주민을 대상으로 한 예방 교육 홍보 및 일반 상담, 재난위

3) 사회적 입원 환자는 정신의료기관에 입원해 있지만 입원 치료가 필요하지 않다고 인식되는 비의료적 사회적 입원(입소) 환자를 의미한다. 비율은 연구에 따라 다양하게 보고되지만, 가장 작게는 25.9%(중앙정신건강복지사업지원단, 2017)에서 35.9%(황태연, 2017)까지 나타난다.

표 3. 기초 정신건강복지센터의 수행 사업 현황

시·도	개소 수	수행 사업									
		중증 정신질환	자살 예방	아동 청소년	알코올/ 중독	재난 관리	치매	자활	노숙자	공동모금회 지원	기타
전국	235	229	210	221	227	69	34	5	2	10	12
서울특별시	25	25	24	23	25	22	1	2	1	1	3
부산광역시	16	16	16	16	16	5	2	0	0	1	1
대구광역시	8	8	8	8	8	1	1	0	0	0	1
인천광역시	10	10	9	10	9	2	0	0	0	2	1
광주광역시	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	1
대전광역시	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0
울산광역시	5	5	5	5	5	1	1	0	0	0	0
세종특별자치시	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
경기도	36	32	31	28	33	12	12	1	1	1	1
강원도	18	18	18	18	17	7	1	0	0	0	0
충청북도	14	14	13	13	13	2	5	0	0	2	1
충청남도	16	16	14	15	16	4	0	2	0	1	0
전라북도	11	11	9	11	11	0	1	0	0	0	0
전라남도	20	20	18	20	18	5	2	0	0	1	0
경상북도	23	21	16	21	23	1	7	0	0	0	0
경상남도	20	20	16	20	20	6	1	0	0	0	1
제주특별자치도	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. p. 73.

기 심리 지원 등 다양한 사업들을 수행하고 있다.

정신건강복지센터가 당면한 한계들은 기존 연구에서 지적해 왔던 것처럼 지역사회 정신건강서비스 제공의 핵심 주체로 기대되는 멀티태스킹(multi-tasking) 역할에 대한 업무들이 표준화되어 있지 않아 업무가 과부하되고 있다는 점과 이 사업들을 제공할 인력이 부족하다는 문제이다(전진아 외, 2017). 우선 업무와 관련하여, 정신건강복지센터의 업무는 표준화되어 있지 않아 시·기나 사건에 따라 사업의 우선순위가 변한다. 최근에도 경험한 것처럼 중증 정신질환자의 범죄가

사회적으로 부각되면 중증 정신질환자 중 고위험군에 대한 위기응급 개입, 자살률 통계가 발표되면 자살률이 높아진 지역에 대한 자살예방사업, 코로나19와 같은 감염병 유행 시에는 지역 주민이나 확진자 및 격리자 대상의 심리 지원 사업으로 사업의 우선순위가 옮겨 가고 있다. 정신건강복지센터는 지역의 수요를 반영한 정신건강서비스를 제공해야 하지만, 필수 사업은 무엇인지 선택적으로 할 수 있는 사업은 무엇인지에 대한 업무 표준화 작업이 필요하며, 이들 사업을 할 때 어떠한 인력이 얼마나 확보되어야 하는지 업무에



다른 인력 기준 역시 함께 고민해 보아야 한다.

인력 부족 문제는 인력의 고용 안정성과 밀접한 연관성을 가진다. 전진아 외(2019a) 연구에 따르면 정신건강복지센터 1곳당 평균 인력은 12명 정도이며, 이 인력들이 <표 3>에 제시된 사업들을 진행하고 있다. 현재 인력의 양적 확충에 대한 정부의 의지가 강하고 인력을 충원할 수 있는 제도적 지원들이 잇따르고 있으나(보건복지부, 2019. 5.), 이들 인력이 안정적으로 서비스를 지속할 수 있는 고용 구조는 여전히 취약한 실정이다. 양적 확대 역시 정신건강전문요원을 필요로 하는 유관 자원들이 함께 확대되면서 정신건강복지센터가 양질의 인력을 확보하기 어려운 상황이다. 양질의 인력을 확보하고 지역에서 지속적으로 활동할 수 있도록 하기 위해서는 정신건강복지센터의 민간위탁 및 직영 구조하에서 인력 고용 안정성이 어떠한 차이를 보이는지 살펴보고, 실무자들의 의견 수렴 과정을 거쳐 개선 과제를 도출해 나가는 것이 우선이다.

#### 다. 정신재활시설

정신의료기관의 장기 입원 체계 개편을 위해서는 지역사회에서 정신질환자들이 회복을 도모하며 독립적으로 생활할 수 있도록 재활서비스를 제공하는 시설이 충분히 확보되어야 한다. 정신재활시설은 정신질환자의 사회 복귀 촉진을 위하여 사회 적응 훈련, 직업훈련 등의 재활서비스를 제공하는 시설로서(보건복지부, 2019), 주거를 제공하는 시설(예: 생활시설, 공동생활가정, 전환

지원시설 등)이 있고, 낮 시간 동안 직업·기술지도, 직업훈련, 사회 적응 훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 주간재활시설이 있다. <표 4>에 제시된 것처럼 정신재활시설은 다양한 유형이 있으며 주로 주간재활시설보다는 주거시설이 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다. 그리고 앞서 <표 1>에서 살펴본 것처럼 정신재활시설은 지역별 편차가 심하게 나타나는 대표적인 인프라이기도 하다.

정신재활시설이 당면한 과제들은 다양하나, 무엇보다도 정신재활시설 확충이 우선되어야 한다. 2016년 발표된 정신건강종합대책에서도 정신재활서비스 인프라 확충을 주요 정책 목표로 제시했으나 여전히 정신재활시설 확충이 지연되고 있다. 정신재활시설과 같은 지역사회 기반 재활 및 복지서비스 인프라가 부족한 것은 결과적으로 정신질환자 및 정신장애인에 대한 가족의 보호 부담을 가중시키고, 장기 입원이나 시설 입소로 이어질 수 있게 한다(김문근, 2019). 또한 정신재활시설 인프라는 다양한 유형별로 고루 설치되어야 한다. 인프라가 부족한 현실에서 막연한 이야기일 수도 있으나 정신질환자에게 직업재활 및 취업, 주거 지원, 교육(평생교육), 문화·여가 등 다양한 복지서비스를 제공하려면 지역에 다양한 유형의 정신재활시설들이 필요하며, 자립생활주택, 체험홈, 위기쉼터, 지원주택 등 새로운 유형에 대해 논의하고 시범적으로 운영할 필요도 있다. 또한 매우 제한적인 중독자 재활시설 역시 중독자의 치유와 재활을 돕기 위해 확충되어야 한다.

표 4. 유형별 정신재활시설 운영 현황 및 주요 기능

(단위: 개소)

구분	기관 수	주요 기능	
전체	348		
생활시설	19	가정에서 생활하기 어려운 정신질환자 등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회 적응을 지원하는 시설	
재활 훈련 시설	주간재활시설	85	정신질환자 등에게 작업기술지도, 직업훈련, 사회 적응 훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	공동생활가정	188	완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립 능력을 갖춘 정신질환자 등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립 역량을 함양하는 시설
	지역사회 전환시설	7	지역 내 정신질환자 등에게 일시보호 서비스 또는 단기보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원 계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거 제공, 생활훈련, 사회 적응 훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	직업재활시설	15	정신질환자 등이 특별히 준비된 작업 환경에서 작업 적응, 직무기능 향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며 일정한 기간이 지난 후 직업 능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	아동·청소년 정신건강지원시설	10	정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보 제공 등을 지원하는 시설
중독자재활시설	4	알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 돕는 시설	
생산물판매시설	-	정신질환자 등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자 등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로 개척, 정보 제공 등을 지원하는 시설	
종합시설	20	상기 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활 지원, 주거 지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설	

자료: 보건복지부. (2019. 5. 15.). 정신건강복지센터 인력 확충하고, 24시간 출동 응급개입팀 설치한다 - (별첨)중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안. 보건복지부 보도자료. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=7&CONT\\_SEQ=349437&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=7&CONT_SEQ=349437&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95)에서 인출.

다만 정신재활시설 인프라를 민간 중심으로, 지역사회 중심으로 확충하는 데는 한계가 있기 때문에 공공의 역할을 더욱 강화해야 한다. 예를 들어 지자체의 공공기관(예: 복지관 등) 등을 무상으로 또는 저렴하게 임대하여 정신재활시설이 정신질환자를 대상으로 주간재활서비스를 제공할 수 있도록 기회를 제공하는 것을 고려해 볼 수 있다. 혹은 지자체 차원에서 정신질환자들이 이용할 수 있는 직업재활시설 등을 설치하고 이를 민간에 위탁하는 방식으로도 재활시설을 확충할

수 있을 것이라고 본다. 또한 기존 장애인을 대상으로 복지서비스를 제공하는 기관 및 시설들을 정신장애인이 이용할 수 있도록 법제도를 개편하는 것 역시 고려해야 한다. 인프라 확충 외에도 기존 정신재활시설에서 제공하는 다양한 서비스의 질 제고를 위해서는 시설 유형별 시설·인력 기준에 대한 검토와 개선이 필요하며, 이 과정에서 정신재활시설을 이용하는 당사자와 실무자의 의견을 수렴해야 한다.



라. 정신요양시설

정신요양시설은 ‘가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 요양 및 보호하여 이들의 삶의 질 향상과 사회 복귀를 도모’하는 시설이다. 정신요양시설은 만성 정신질환자를 서비스 제공 대상으로 하고 있고 ‘요양’에 초점을 두고 있기는 하지만 현재 고령, 무연고자, 중복장애(지적장애), 장기간의 입원 및 시설 입소 경험 등으로 지역사회 복귀가 쉽지 않은 정신질환자들과 장기 주거 지원 욕구가 있는 사회 복귀 가능한 정신질환자를 함께 보호하고 있다(김문근, 하경희, 최진실, 2015). 이러한 상황에서 정신요양시설은 ‘탈시설화’ 혹은 ‘사회 복귀’의 가치하에서 기능 개편 요구를 가장 많이 받고 있기도 하다. <표 5>에서

도 보이듯이 전체 정신질환자 가운데 절반 정도가 10년 이상 정신요양시설에 입소해 있는 것을 알 수 있다.

향후 정신요양시설의 이용자 특성, 시설 특성, 정신질환자 및 정신장애인의 복지 지원 욕구를 종합적으로 고려하여 정신요양시설 기능 전환을 위한 모형을 개발하는 작업이 필요하다. 예를 들어 장기요양보호가 필요한 고령의 정신질환자를 대상으로 한 장기요양보호시설로 기능할 수 있는 모형과 더불어 지역사회 복귀를 도모할 수 있도록 재활서비스를 제공하는 거주시설로 기능할 수 있는 모형 등 정신요양시설 기능 개편 모형을 연구와 시범사업을 통해 구축하고 시범적으로 적용해 볼 필요가 있다.

표 5. 정신요양시설 입소자의 재원 기간

(단위: 명)

권역	전체	재원 기간							
		1개월 미만	1-3개월	3-6개월	6개월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
전국	9,518	95	132	170	449	2,232	724	1,265	4,451

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. p. 86.

마. 중독관리통합지원센터

정신재활시설과 더불어 지역사회에서 수요는 많으나 부족한 정신건강복지 인프라 중 하나가 바로 중독관리통합지원센터이다. 보건복지부(2018)에 따라 중독관리통합지원센터에 관한 법률 규정이 마련되었으나 여전히 중독관리통합지원센터

는 전국 50곳에 그친다. 중독 예방 및 관리를 위한 인프라는 지금보다 확대되어야 하나, 인프라를 중독관리통합지원센터 확충을 통해 확대해 나가는 방식뿐 아니라 다양한 방안을 마련해야 할 것으로 보인다(노성원 외, 2017). 예를 들어 인구 규모가 크고 고위험 음주율이 높고, 알코올 중독 등의 중독 유병률이 높은 지역의 경우 중독관

리통합지원센터를 설치하여 중독 예방과 관리를 위한 서비스를 제공할 수 있으나, 그렇지 않은 지역에서는 기초 정신건강복지센터 내에 중독 예방과 관리를 위한 팀을 구성하여 서비스를 제공할 수도 있을 것으로 보인다. 물론 중독 예방 및 관리를 위한 인력이 정신건강복지센터 내에 충분하지는 않지만, <표 3>에서 드러나는 것처럼 대다수의 정신건강복지센터에서는 중독 예방 및 관리 서비스를 제공하고 있다.

#### 4. 연속성이 담보된 정신건강 전달체계로의 전환에 대한 탐색적 고찰

앞서 살펴본 정신건강서비스 제공 주체들을 보면 주로 정신질환자를 대상으로, 특히 중증 정신질환자를 대상으로 하는 서비스 중심으로 정신건강서비스 전달체계가 구성되어 있음을 알 수 있다. 하지만 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하, 정신건강복지법)에서 명시하듯 정신건강서비스는 ‘누구나’를 위한 서비스여야 하며, 정신건강 문제에 대한 예방과 조기 개입을 위한 서비스 역시 마련되어야 한다. ‘끊김 없는’ 서비스가 제공되기에는 여전히 비어 있는 곳들이 많다.

최근 코로나19 유행 상황에서 경험하듯 국민들이 심리적으로 불안할 때 정보를 얻을 수 있고 상담을 받을 수 있는 체계가 부족하며, 재난 상황 및 일상에서 경험하는 트라우마에서 회복할 수 있도록 지원하는 체계 역시 부족하다. 이미 정신

건강 문제를 경험하고 있는 사람들을 대상으로 하는 서비스가 연속적으로 이어지는 전달체계가 중요하지만, 일반 대중을 대상으로 정신건강 문제 예방과 조기 개입을 위한 체계를 마련하는 것 역시 필요하다. 이러한 체계는 기존에 설치되어 있는 정신건강복지센터 내에 심리 지원을 위한 팀을 별도로 설치하여 지역 주민을 대상으로 트라우마 회복 지원을 포함한 심리 상담을 전담하는 방식일 수 있으며, 서울시에서 운영하는 것처럼 별도의 심리지원센터를 구축하는 것일 수도 있다.

또한 정신건강복지법에서 명시하는 정신질환자의 복지에 대한 서비스를 제공하는 체계 역시 매우 부족하다. 이미 앞서 언급한 것처럼 정신재활시설이 확충되는 것과 더불어 복지서비스인 소득과 고용 지원, 주거, 평생교육을 포함한 교육, 문화와 여가, 당사자 및 가족 활동 지원 등을 정신질환자가 이용할 수 있도록 하는 체계를 마련하는 것도 필요하다. 이 체계는 정신질환자만을 위한 별도의 인프라를 확대하는 방식일 수도 있으나, 기존 장애인 복지서비스와의 통합을 통해 마련될 수도 있다.

이 원고에서 언급한 것처럼 정신건강서비스 전달체계의 각 주체들이 확충되고 역량이 강화되면 수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊김 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 하는 전달체계가 구성될 수 있을까? 전달체계를 구성하는 각 주체들이 각자의 역량과 물리적 인프라를 확충해 나가는 것도 중요하지만 서로가 어떻게 연결되어 연

속적인 서비스를 제공할 수 있을 것인지에 대한 고민이 필요하다.

이러한 정신건강서비스 전달체계의 연속성을 강화하기 위한 방안은 중앙 단위에서 혹은 국가 단위에서 마련하여 하나의 모형으로 제시하기는 어렵다고 본다. 그 이유는 상당수의 정신건강복지 사업이 지방이양사업으로 전환되어 있으며(보건복지부, 2019), 지역마다 보유하고 있는 정신건강복지 인프라의 유형과 규모가 상당히 다양하다(전진아 외, 2019a). 지역마다 관심을 가지고 있는 정신건강 문제가 다를 수도 있고, 정신건강복지센터와 같은 제공 주체에 기대하는 역할도 다를 수 있다. 예를 들어 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터, 정신요양시설이 모두 있는 지역에서는 각 기관의 역할을 구분하여 기능상의 중복이 이루어지지 않도록 하는 모형을 구축하고 서로가 연계되어 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 반대로 정신건강복지센터만 있는 지역의 경우 센터에서 중증 정신질환자 대상 사례관리, 중독 예방 및 관리, 재활서비스 등을 모두 제공하는 모형으로 구성할 수도 있을 것이다. 따라서 정신건강서비스 제공 주체들은 지역의 특성에 따라 지역에서 활용 가능한 연계 모형들을 구축해 나가야 하며, 이를 위한 역량을 강화해야 한다. 또한 지역이 각자의 모형을 특화해 나갈 때 중앙은 이를 컨설팅하고 모니터링하는 역할을 수행해야 한다.

이처럼 지역에서 정신건강서비스 제공 주체들 서로 간의 연계가 지역의 인프라 현황과 특성에

따라 달라질 수도 있으나 공통적으로 모든 지역이 노력해야 하는 점은 바로 보건과 복지 영역 간 연계이다. 대다수의 정신건강서비스 제공 주체들은 보건소를 기반으로 보건 영역에 속해 있으나 최근 커뮤니티 케어 선도사업에서 시도되고 있는 읍면동 단위 복지서비스 전달체계와의 연계 강화가 필요하다. 이미 정신건강서비스 전달체계는 데이터 시스템 차원에서 보건과 복지 영역 간 연계가 시도되고 있긴 하다. 시군구청과 읍면동사무소도 정신건강복지센터에 사례를 의뢰할 수 있으며, 정신건강복지센터 역시 복지서비스 연계를 위한 의뢰를 시스템상으로 할 수 있다. 연계의 중요성은 지속적으로 강조되고 있으며 시스템상으로도 연결되고 있으나 결국 보건과 복지서비스를 제공하는 사람들 간 인적 네트워크 형성이 기본이 되어야 한다. 인적 네트워크 형성은 서로가 제공하는 서비스의 특성에 대한 교육, 주제별(예: 자살, 정신장애인) 지역 협의체 구성 등 다양할 수 있다. 서로가 제공하는 서비스의 내용과 특성을 잘 이해하고 각자가 할 수 있는 것과 할 수 없는 것들에 대한 조정을 통한 서비스를 연계하여 제공한다면 서비스의 연속성 역시 강화될 수 있을 것이라고 본다.

## 5. 나가며

이 글에서는 국내 정신건강서비스 전달체계의 현황을 개괄적으로 살펴보았으며, 수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊임 없이 연속적으로 이용할

수 있도록 하는 전달체계를 구성하기 위해 필요한 과제들을 탐색하였다. 앞에서도 언급했지만, 양질의 서비스를 연속적으로 이용하기 위해서는 정신건강서비스를 제공하는 주체들이 충분히 확보되어야 한다. 즉, 접근성 강화가 선행될 필요가 있다. 국내 정신건강서비스 제공 주체는 양적으로 확대되어 왔으나, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터 등 중독 예방 및 관리 인프라의 접근성은 여전히 낮다. 그리고 양질의 서비스를 제공할 수 있는 인력의 역량과 인력 부족 문제 역시 지속적으로 지적되고 있다. 물론 인프라 접근성을 강화하기 위해서는 충분한 예산 확보도 필수적으로 논의되어야 한다. 인프라 부족 외에도 각 정신건강서비스 제공 주체가 안고 있는 문제점들은 상당하다. 정신질환, 정신건강에 대한 부정적인 편견, 인권 친화적인 치료 및 재활 환경, 제한적인 서비스 유형과 서비스 대상자 등의 문제 역시 정신건강서비스 제공 주체들이 관심을 가져야 하는 요소이다.

이처럼 각 주체들의 역량 강화가 필요하기는 하지만 이들이 서로 협업하고 연계되지 않으면 선행연구에서 지적하듯(전진아 외, 2017) 수요자는 여전히 스스로 알아서 혹은 정보를 찾아서 좋은 서비스를 제공하는 곳을 수소문해서 이용할 수밖에 없다. 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 중독관리통합지원센터 등이 각자의 기능을 더 강화하고 서로가 협업하여 치료 이후 사례관리, 재활, 회복으로 이어지는 서비스의 연속성을 강화하는 것이 필요하다.

또한 다양한 욕구를 가진 수요자의 사회통합과 회복을 도모하기 위해서는 지역사회 내 다양한 자원들과 연계하는 작업이 필요하다. 주거, 고용, 소득 보장, 문화 및 여가, 복지 급여 등 수요자가 가지는 욕구에 대한 서비스를 정신건강서비스 제공 주체들이 모두 제공하려고 하는 것보다 해당 분야에서 전문성과 경험을 가진 서비스 제공 주체들과 연계하여 서비스를 제공하는 것이 필요하다. ■

## 참고문헌

- 국립정신건강센터. (2017). 대국민 정신건강 지식 및 태도조사. 국립정신건강센터.
- 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2018. 서울: 국립정신건강센터.
- 김경희, 김숙자, 김석선. (2017). 정신의료기관의 간호사 확보수준과 환자의 재원기간, 안전사고 실태. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 19(1), 503-511.
- 김문근. (2019). 우리나라 정신장애인복지의 탈가족화 기반에 관한 검토. *비판사회정책*, (62), 7-52.
- 김문근, 하경희. (2016). 장기입원 정신질환자의 탈시설화를 위한 정신보건전달체계 개편 방안: 정신보건기관 기능개편에 관한 전문가 인식을 중심으로. *사회복지정책*, 43(3), 31-57.
- 김문근, 하경희, 최진실. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구. 세종: 보건복지부, 경

산: 대구대학교 산학협력단.

김성완. (2018). 정신질환자 병원 기반 사례관리 방안. 세종: 보건복지부.

노성원, 김용진, 오홍석, 이용주. (2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발. 서울: 정신건강기술개발사업단, 한양대학교 산학협력단.

보건복지부. (2018. 11.). 음주폐해예방 실행계획. 보건복지부.

보건복지부. (2019. 5. 15.). 정신건강복지센터 인력 확충하고, 24시간 출동 응급개입팀 설치한다! - (별첨)중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안. 보건복지부 보도자료. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=7&CONT\\_SEQ=349437&SEARCH\\_KEY=CONTENT&SEARCHVALUE=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=7&CONT_SEQ=349437&SEARCH_KEY=CONTENT&SEARCHVALUE=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95)에서 인출.

보건복지부. (2019). 2019년 정신건강사업안내. 보건복지부.

전진아, 오미애, 박은자, 이용주, 이난희, 천미경, 이은주. (2019a). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거중심 정신건강사업 전략개발 연구. 서울: 국립정신건강센터.

전진아, 전민경, 김남희, 박재현, 이용주, 윤시몬, 유혜영, 김보은. (2019b). 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호. (2017). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제. 세종: 한국보건사회연구원.

중앙정신건강복지사업지원단. (2017). 중증정신

질환자 지역사회기반 서비스 구축 전략 - 서비스별 수요 추계 중심으로. 중앙정신건강복지사업지원단.

황태연. (2017). 정신건강복지법 정신질환자 복지서비스 발표자료. 한국정신사회재활협회.